



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عباس لغرور - خنشلة -

كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

قسم العلوم الاجتماعية



# محاضرات في مادة :

## السيكوسوماتيك

محاضرات موجهة لطلبة السنة الثالثة علم النفس العيادي

إعداد :

د/ عبد الحفيظ معوشه

**السنة الجامعية: 2018/2017**

## فهرس المواضيع

الصفحة	الموضوع
02	فهرس المواضيع
04	فهرس الجداول
المحور الأول: ماهية الاضطراب السيكوسوماتي.	
05	مقدمة
06	1- الفلسفة التاريخية للاضطرابات السيكوسوماتية (نفس - جسدية).
09	2- مقدمة تاريخية عن العلاقة بين النفس والجسم.
11	3- العلاقة بين النفس والجسم.
13	4- تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية.
21	5- أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية.
23	6- المشقة والاضطرابات النفس جسمية.
26	7- سمات الشخصية والاضطرابات النفس جسمية.
المحور الثاني : أهم التفسيرات والمقاربات التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية .	
27	1- النظريات المفسرة للأمراض السيكوسوماتية.
35	2- تصنيف الأمراض السيكوسوماتية.

<b>المحور الثالث: ميكانيزم الاضطراب السيكوسوماتي.</b>	
43	1- شروط حدوث الأمراض السيكوسوماتية وخصائصها.
45	2- الأنا وآلياتها الدفاعية في الأمراض السيكوسوماتية.
48	3- الضغوط ودورها في الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية.
49	4- دور الانفعال في نشأة المرض السيكوسوماتي.
50	5- الفرق بين الأمراض السيكوسوماتية والأمراض العصابية.
52	6- الفرق بين الهستريا التحويلية والأمراض السيكوسوماتية.
55	7- أحلام المرضى السيكوسوماتيين وغريزة الموت أو التدمير.
<b>المحور الرابع: تشخيص وعلاج الاضطراب السيكوسوماتي</b>	
57	1- تشخيص الاضطراب السيكوسوماتي.
65	2- علاج الأمراض السيكوسوماتية.
<b>المحور الخامس : نموذج عن الاضطراب السيكوسوماتي.</b>	
68	1- تعريف القرحة المعدية.
68	2- أسباب القرحة المعدية.
69	3- أعراض القرحة المعدية.
69	4- مراحل حدوث القرحة المعدية.
70	<b>خاتمة</b>

71	المراجع
----	---------

### فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
35	تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية حسب الجهاز الذي يصيبه المرض.	01
52	الفرق بين الهستيريا التحويلية والأمراض السيكوسوماتية	02

مراجعة الطبيب النفسي وسوماتيك

## مقدمة

كثيرا هي الأمراض التي يصاب بها الإنسان في حياته، ومع هذا يختلف نوعها ودرجة شدتها وتتباين أسباب المؤدية لظهورها، لكن اللافت للنظر حاليا هي تلك الاضطرابات العضوية والوظيفية التي أصبحت عضية على العلاج الطبي والكيميائي وحده، وأصبح المصاب بها عاجزا عن تحمل ألامها وتكلفتها المادية والمعنوية، بل أصبحت كابوسا ينجس عليه طعم السعادة والتكيف في حياته اليومية، إن مثل هذه الأمراض أضحت اليوم موضع اهتمام كبير لأطباء العالم ومراكز البحوث والجامعات على اختلاف الاهتمامات والتخصصات الطبية، وجرى التدقيق في إتيولوجية هذه الأمراض فوجدوا أن الظروف البيئية القاسية المحبطة بالفرد وتفاقم صعوبات الحياة وزيادة الأعباء وكثرة المشكلات ومعاناة الاتساع للصراع والقهر، والاحباط، والقلق، والتوترات، والحرمان... وغيرها من الظروف الحياتية الصعبة والمتلاحقة يترتب عليها ضغوط انفعالية شديدة قد لا يقوى الفرد على تحملها، مما يؤثر تأثيرا سلبيا على وظائف الجهاز العصبي وخاصة تلك التي تحافظ على التوازن البيوكيميائي للبيئة الداخلية للجسم، مما يسبب مختلف الإختلالات والاضطرابات الوظيفية والعضوية داخل تركيبة جسم الإنسان.

هذه الاضطرابات هي الاضطرابات النفسوجسدية، أو ما يعرف بالاضطرابات السيكوسوماتية، وهي موضوع هذه المطبوعة، حيث تطرقنا إلى هذه الاضطرابات من خلال المحاور التالية:

ماهية الاضطراب السيكوسوماتي.

أهم التفسيرات والمقاربات التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية.

ميكانيزم الاضطراب السيكوسوماتي.

تشخيص وعلاج الاضطراب السيكوسوماتي.

نموذج عن الاضطراب السيكوسوماتي ( القرحة المعدية).

## المحور الأول: ماهية الاضطراب السيكوسوماتي:

### تمهيد:

لقد قطعت الأمراض النفس-جسدية شوطا كبيرا في تحديد مفهوم علمي واضح لها، خلال المراحل التاريخية التي واكبتها ولم يتكلم هذا النجاح إلا في القرون الثلاث هذه، ومع هذا لا تزال تستهدفها الدراسات والبحوث وأما عن العلاقة الجسم بالعقل أو النفس فقد انتقلت من الطور الجدلي الفلسفي إلى مرحلة التثبيت العلمي الصادق لنوعية العلاقة بينهما ويبقى الاجتهاد الحقيقي اليوم هو ما يسعى له الكثير من الباحثين وأهل الاختصاص في الضبط الحقيقي لإتيولوجية هذا الأمراض.

### 1- الفلسفة التاريخية للاضطرابات السيكوسوماتية (نفس-جسدية):

إن الإشارة إلى حقيقة العلاقة التي تربط بين النفس والبدن وبيان أثر العوامل النفسية على الناحية الجسمية وكذا مدى التفاعل بينهما لها جذور وباع قديم وطويل، قدم تاريخ الفكر الإنساني، ولقد سعت في دراسة هذه الظاهرة وكشف خباياها تيارات فكرية متنوعة من منظور فلسفي عن طريق الاستدلال العقلي (المنهج الاستنباطي)، وبدأ ذلك بمساهمة العديد من العلماء والفلاسفة في بادئ الأمر إلى التلميح لتجسيد فكرة لمعنى مصطلح " النفس جسدي" ونلمس هذا من خلال آرائهم المتنوعة والعديدة التي كانت تصب في خانة هذه الإشكالية وتزيد من تعزيز ووضوح هذا المفهوم.

ويذكر أن الفيلسوف اليوناني ورائد الطب الفلسفي الباطني هيبيوقراط (Hppocrate) (370-460 ق.م) أدرك هذه العلاقة- العلاقة بين النفس والجسم- وأشار إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية تعد رد فعل شاذ للانفعالات وأحداث ومواقف الشدة والخوف والغضب يمكن أن يحدث اضطرابات في الوظيفة الجسدية. (سحر علي طه علي جزر، 2001، ص14).

ويتبين لنا أن هيبيوقراط ذا رؤية ديناميكية فهو يرى الإنسان كوحدة متكاملة ويولي اهتمام بالحالة المزاجية للمريض ويحاول إثبات أن تغيرات المزاج تخضع لقوانين زمنية ومكانية وحسب رأيه فإن المرض هو عبارة اختلال في التوازن يجب الامتثال لقوانين الطبيعة، أي محالة التكيف قدر المستطاع كما أعطى أهمية كبرى للتاريخ الشخصي للمريض والعلاقة الإنسانية بينه وبين المعالج وكان يتحرى عن أحلام وصراعات المريض كما يذكر أنه شفى ملك مكدونيا (بردكاس) من مرض جسدي عندما قام بتحليل صراعاته.

(فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص10).

كما أشار الفيلسوف اليوناني أرسطو (Aristo) (322-384 ق.م) إلى أن الانفعالات مثل الغضب والخوف والرجاء والفرح والبغض والمجد لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها ولكنها تصدر عن المركب من النفس والجسم ويستطرد قائلاً بأنه في نفس الوقت الذي يحدث فيها انفعال يحدث تغير في الجسم. (سحر علي طه علي جزر، 2001، ص14).

أما أفلاطون (Plato) (348-428 ق.م) فقال إن الخطأ بين الناس محاولتهم التفرقة بين شفاء الروح وشفاء الجسد. (فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص10).

وفي القرن الثاني الميلادي طرح جالينوس (Galinos) نظرية التي تربط بين الجانب الحيوي وجسم الإنسان وبين بعض الظواهر النفسية وقال إن الإفراط في أحدهما بالتغير يؤدي إلى زيادة التغير في الآخر (نظرية الروح الحيواني).

كما لا ننسى إسهامات علماء العرب والمسلمين كابن سينا\* (980-1037م) فقد أشار في كتابه (القانون في الطب) إلى ما يسمى في وقتنا الحاضر بالإجهاد النفسي أو بالشدة النفسية بالرغم من الإمكانيات في زمانه لم يكن يسمح بالكشف الدقيق عن أسباب الأمراض السيكوسوماتية وكذا نجد الطبيب ابن عيسى المجوسي (990م) في كتابه (الصناعة الطبية) إلى أن الأمراض النفسية مثل الحصر والغم والهم والغضب والحسد تغير في مزاج الجسم وتؤدي إلى إنهاكه واضطراب وظائفه، ولقد أكد غيره من علماء الإسلام على هذا الاتجاه وعلى الرابطة وأهمية العلاقة بين النفس والجسد، ولعل السبب في ذلك الخلفية الدينية الإسلامية التي استلهم منها الجميع أفكارهم ونظرياتهم.

وفي القرون الوسطى نجد الطبيب الجراح هنري مندفيل (Henry mendfile) يقول "إنه من الواجب علينا كأطباء أن نوفر للمريض نصيباً من المرح والسعادة لأن المرح والسعادة والحزن كما نعلم هي حوادث روحية ولأن الجسم يتحسن بالفرح ويهزل بالحزن والألم" وقد دعا أيضاً بالاهتمام بالحالة النفسية لمرضاه قبل العمليات الجراحية.

(فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص11).

كما إشتغل كل من ديكارت (Decartes) في بلورة وخروج بأفكار مجسدة لأفكار تناقش مسألة العلاقة بين الروح والجسم وغيرها بين المعنويات والماديات (أي إذا كان هناك انسجام بينهما) وكان هذا الانشغال هو المسيطر لدى هؤلاء (صالح معاليم، 2008، ص8)، وقد أبد ديكارت فكرة الثنائية أو الازدواجية وقد سمى العقل بالوحدة المفكرة والجسم باللاتفكيرية.

ولقد ذكر الطبيب الفرنسي فليب بينل (Phillipe pinel) (1745-1826م) في كتابه (وصف الأمراض) 1798 أنه وجد أن طفح الجلد كان يأتي بسبب حالات الانفعال والحزن الشديد ولكن المتمعن والملاحظ على جميع هؤلاء المفكرين والأطباء لم يستخدموا مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية (النفسية جسمية) وكان أول استخدام لها كان سنة 1818 من قبل الطبيب النفسي هنروت (Heinroth P.G) واستعمله في الدراسات الطبية الألمانية لإثبات تفوق العوامل النفسية، كما أدخل أيضا مصطلح نفسي- جسمي عام 1828\* وفي عام 1876 أشار الطبيب الانكليزي مودسلي (Maudsley H) في كتابه عن فسيولوجية النفس إلى أنه إذا لم يحرر الفرد من الانفعال فإن ذلك سيؤثر على الأعضاء الجسمية ويؤدي إلى اضطراب وظيفتها، وفي عام 1930 دخل مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية في الدراسات الطبية الانكليزية من قبل دنبار هلين (Helene.f.dunbar) التي وضعت كتابا حول الانفعالات والتغيرات الجسدية، ثم بدا بعض التهميش لهذا الاتجاه والسبب في ذلك راجع إلى بعض الاكتشافات الكيميائية الطبية مثل المضادات الحيوية والاهتمام المتزايد بالأدوية وصناعتها، ظنا أن سبب المرض الرئيسي يعود لعامل البكتيريا وفي نفس الوقت كان بعض النفسانيين يهتمون ببعض الحالات الخاصة مثل حالات الهستيريا ولا ننسى بروز حركة التنويم المغناطيسي وشفاء العديد من الأمراض الجلدية والسمنة والإدمان والألم...إلخ.

وبدأ علماء التحليل النفسي وفي مقدمتهم فرويد (Freud) حيث كتب مقالا 1929 أشار فيه إلى أنه يشعر بوجود تأثير للعوامل النفسية في الأمراض.

وفي عام 1927 طلب دوتش (F.deutch) بإدخال مفهوم السيكوسوماتيك في مجال الطب النفسي وفي الولايات المتحدة الأمريكية قام فرانز ألكسندر (F.alexander) بتحديد الأمراض السيكوسوماتية الناجمة عن الصراعات النفسية وميز بين الحالات الهستيرية التي ترجع إلى الأعضاء الإرادية وبين الحالات السيكوسوماتية التي تصيب الأماكن اللاإرادية.

(فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص12).

وفي عام 1930 دخل مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية في الدراسات الطبية الانكليزية من قبل هيلين (Helen) وقد ساهم بافلوف (Pavlov) في تطور مفهوم السيكوسوماتيك عندما قام بدراسة ردود الفعل الجسمية (Reponses) إزاء المثيرات. (فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص13).

كما أن التجارب التي قام بها كانون (Cannon) عام 1935 ساهمت في تطور هذا

المفهوم. (فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص ص 14-15).

وفي العالم العربي يعتبر يوسف مراد من استخدم مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية عام 1942 كما أن مصطفى زيور يعتبر من المشاهير الذين اهتموا بالاضطرابات السيكوسوماتية. (فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص6).

## 2- مقدمة تاريخية عن العلاقة بين النفس والجسم :

بالرغم من أن الطب السيكوسوماتي يعد فرعاً حديثاً من فروع الطب، إلا أنه يمكن أن تعود بداياته إلى أكثر من ستة عقود تاريخية، وأصبح بعد ذلك فرعاً متخصصاً من فروع الطب النفسي، ومن الصعب أن نتعقبه أو ندرس تاريخه دون أن نتعرض لمشكلة النفس - الجسد ( أي السيكوسوماتية ) وهي كلمة إغريقية تتكون من شقين هما " Psycho " بمعنى النفس، " Soma " وتعني الجسم. وهذه العلاقة بينهما كانت مثار اهتمام الباحثين والعلماء عبر الزمن.

( Kaplan, 1981; p.590 ) .

ولكن ما حقيقة العلاقة بين النفس والجسم؟ وكيف تمت هذه العلاقة؟ حقيقة العوامل السيكلوجية التي تلعب دوراً في نشأة المرض قد عرفت منذ فترات زمنية تمتد ما قبل التاريخ. ففي المجتمعات البدائية كان ينظر إلى المرض على أنه أرواح شريرة دخلت الجسم ، وكان يتم علاجها بطرد الأرواح الشريرة بالتعاون وذلك عن طريق فتح الجمجمة ( Ress,1981,p.157 ) وفي سنة 400 ق م تقريباً كان أبو قراط " Hippocrats " أبو الطيب قد استطاع شفاء برديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسدي وذلك عندما قام بتحليل أحلامه، ويعكس ذلك إدراك هيبوقراط للعلاقة بين النفس والجسم.

كما ذهب أرسطو (322-384 ق م) إلى أن الانفعالات مثل الغضب والخوف والفرح والبغض والجد لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها، ولكنها تصدر عن مركب النفسي، ويضيف إلى ذلك أن أثناء حدوث الانفعال يحدث تغير في الجسم. (كرم:1958، ص،152).

ولا يقتصر الحديث عن موضوع العلاقة بين النفس والجسم على آراء الفلاسفة اليونانيين القدماء وغيرهم، فقد تعرض القرآن الكريم لهذه العلاقة إذ قال في سورة يوسف " وتولى عنهم وقال يا أسفي، وابيضت عيناه من الحزن فهو كظيم " . (سورة يوسف، آية، 84)

فقد أدى غم وحزن سيدنا يعقوب على فقدان ولده يوسف إلى تغير لون عينيه، وهذا ما أكدته الأبحاث العلمية الحديثة.

كما فطن العرب إلى ما للأعراض النفسانية من اثر في إحداث تغيرات في البدن وأمراض الجسم، وفي إعاقة الشفاء وتعجيله، مما يهدد ذلك توافق الإنسان، فقد أشار لذلك الأطباء وخاصة ابن عيسى المجوسي (994م) وابن سينا (370-428 هـ)، وأبو بكر الرازي المتوفى عام (364 هـ) ونجح هؤلاء الأطباء في علاج كثير من الأمراض العقلية والبدنية علاجا نفسيا مستخدمين في ذلك وسائل مختلفة منها الإيحاء والتسلية. ، ومن هؤلاء أيضا الطبيب الرازي العظيم وابن قيم الجوزية (691-751 هـ) حيث ذكر أن هناك علاقة بين النفس والمرض الجسمي عندما تكلم عن أسباب الصداع فقال " الصداع يكون عن أسباب عديدة، إحداها من غلبة واحدة الطبائع الربع (والخامس) يكون قروح في المعدة فيألم الرأس لذلك الورم الاتصال من العصب المنحدر من الرأس بالمعدة إلى أن قال (والسابع عشر) ما يحدث عن الأعراض النفسانية كالهوموم والغموم والأحزان والوسواس والأفكار الرديئة (ابن قيم :1957،ص ص،67-68)، ويتضح من هذا أن ابن قيم الجوزية قد ذكر بأن هناك علاقة مباشرة بين الصداع كآلم جسمي وبين الأعراض النفسية كآلم والغم أي أن هناك علاقة مباشرة بين النفس والجسم.

وباستخدام النظرة التحليلية "لفرويد" حاول العديد من العاملين في العقد الأول من القرن العشرين أن يوسعوا من مفهوم العلاقة المتداخلة للنفس والجسم، فمنهم "ساندور فريبنزي" الذي أوضح فكرة استعمال تغير رد الفعل لعضو من أعضاء الجسم يقع تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل. ( العتيبي: 1988،ص،4).

وقد ادخل مفهوم الطب السيكوسوماتي في العلاج الطبي العام من إعادة استخدام مصطلح سيكوسوماتي عن طريق دويتش، هيلين فلاندرز، دنبار،فرانز، الكسنكدر وآخرين. Deutch.F,Dunber.H.F.Alcxander et other فقد أكدوا على أهمية أن يعامل الفرد كوحدة كلية لا تتجزأ وليس كونه خليطا من كيانات منفصلة وأعضاء مختلطة على سبيل المثال ( العقل والجسد) ولقد أدخل Deutch مفهوم السيكوسوماتي في التحليل النفسي مع الاعتراف بتأثير هذه الصراعات الجسدية النفسية وتأثير اللاشعور على وظائف العضو، وقد اعترض دويتش عام 1964 أن الاضطرابات السيكوسوماتية لا يتم علاجها عن طريق

أعراضها الظاهرية فحسب، بل لا بد أن يتضمن معرفة أسباب المرض خلفيته وعلاجها، ويشمل ذلك الصراع النفسي اللاشعوري. (Sills,D.L.p,155).

وقد اتخذ البحث السيكوسوماتي منذ نشأته اتجاهين أساسيين:

**الأول:** - هو محاولة تحديد المتغيرات السيكولوجية التي يفترض أنها تكمن وراء العلل الجسمية المعينة، ولقد استوحى هذا الاتجاه نظرية التحليل النفسي وازدهر بقيادة "فرانز الكسندر" حتى 1955.

**الثاني:** -المحاولة عن طريق عن طريق الدراسات المعملية الوبائية لاكتشاف العلاقة الارتباطية بين المواقف المثيرة اجتماعيا والاستجابة السيكولوجية لها عند الفرد والتغيرات التي تطرأ سواء في وظائف فسيولوجية معينة أو في الحالة الصحية عموما. مثل فقدان العمل وبين حدوث المرض وبدايته ودرجة شدته ومثل هذا الاتجاه "هارولد وولف" ومساعدوه في جامعة كورنل. (فطيم: 1979، ص، 122).

ومن هذا العرض التاريخي يتضح أن مشكلة النفس - الجسم ترتبط بتطور علم النفس والطب السيكوسوماتي الذي يبين أهمية الصراعات والإحباطات وأحداث الحياة ومشكلاتها في ظهور الأمراض الجسمية، وقد اتفقت جميع الآراء على أن الاضطرابات النفسية لها علاقة بالاضطرابات الجسمية. وق يختلف العلماء في نوعية تلك العلاقة إلا أنهم يتفقون على أن هناك علاقة ما تؤدي إلى اضطرابات جسمية.

### 3- العلاقة بين النفس والجسم:

في تناولنا للمحة التاريخية حول تطور الدراسات السيكوسوماتية إلى بعض الاتجاهات الطبية والعقلية التي حاولت الربط بين النفس والجسم ولقد تبين لنا أن القدماء أدركوا أهمية هذه العلاقة وعبروا عن ذلك من خلال كتاباتهم "إلا أنهم لم يتمكنوا من تقديم الأدلة والتفسيرات المنطقية التي تعتمد على أسس علمية عن كيفية تأثير الحالة النفسية في حدوث الاضطراب العضوي، واكتفوا بالإشارة إلى هذه العلاقة بين النفس والجسم ووصفها فقط، علما أن التفسيرات القديمة كانت تعتمد على حدوث أمور غيبية إلا أن الدراسات الطبية والنفسية المتقدمة تجمع على أن تأثير النفس في الجسم أكثر شدة ووضوحا وخطورة من تأثير الجسم في النفس. (فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص ص 10-11).

لعل أقوى ما يلفت النظر في ميدان العلاقة بين الجسم والعقل ما نجده بين التطور الجسمي والتطور العقلي من موازاة فنجد أن التطور الجسمي يسير جنبا إلى جنب مع التطور العقلي ويبدو وجود العلاقة واضحا بين الحياة الجسمية والحياة العقلية في الإدراك الحسي الذي هو الخطوة الأولى اللازمة لبقية العمليات العقلية الإدراكية الأخرى.

ففي الإدراك الحسي تتأثر الأطراف العصبية والحاسة بمؤثر معين من المحيط الخارجي ثم ينتقل هذا التأثير بواسطة الألياف العصبية إلى مركز المخ وهنا تنتهي مجموعة عمليات حيوية ضرورية لعملية الإدراك الحسي ثم تبدأ عملية عقلية هي عملية الإدراك، فلا بد من تعاون ظواهر بعضها جسمية وبعضها عقلية. (أنس شكشك، 2007، ص12).

كما أن وجود العلاقة بين الجسم والنفس يبدو جليا في الحالات الانفعالية وقد أثارت التغيرات الجسمية المصاحبة للانفعال بحثا كثيرة أشارت بأن الحالة الانفعالية هي الإحساس بالتغيرات العضوية في الجسم مثل تغيرات في إفراز الغدد الصم ونشاط الدماغ الومضي واضطرابات ضغط الدم والدورة الدموية واضطرابات عمليات الهضم والتنفس وغيرها، وهناك سلسلة من المحاولات بذلت لفهم العلاقة بين الجسم والعقل بحيث يمكن فهم الحياة العقلية من معرفة الحياة الجسمية بالرأي الذي يعتبر الحالة الجسمية كعامل من العوامل المتعددة التي تدخل في تكوين الشخصية بالشكل العام الذي يسمى عادة مزاجا، وهو مجموعة الصفات الثابتة التي يحملها منذ الولادة وتبرز آثارها في سلوكه الشخصي وتمثل حياة نمطية لصاحبها بحيث إذا عرفنا طبع الشخص تمكنا من التنبؤ بأفعاله بالنظر إلى الظروف المحيطة به ولهذا أمكن تصنيف الناس في مجموعات فمنذ ألفي عام وضع جالينوس نظرية الأمزجة وكان قد سبقه هيبوقراط في ذكر أمزجة الجسم الأربعة وهي الدموي والبلغمي والصفراوي والسوداوي وكان ثمة ارتباط بين الصفات الجسمية والشخصية.

يؤثر الجسم في الحياة العقلية عن طريق الفعل المباشر للدم، فالتغيرات الطارئة على حالة ما يصل إلى المخ من الدم أو ما يحمله الدم من مركبات كالأدوية أو القهوة والشاي كلها تؤثر في الحالة العقلية للفرد تأثيرا واضحا على الذاكرة والانتباه والإدراك والتفكير، وبالمقابل نجد أن الحياة العقلية لها أثر قوي على الحياة الجسمية ليس إلى الحد الذي نسمعه عن مقدرة الهنود مثلا إخضاع أجسامهم لإرادتهم النفسية إلى الحد الذي يمكنهم من وضع أيديهم على النار دون أن تحترق أو السير على أسنة مدببة دون أن تدمى أقدامهم العارية ولكن كثيرا من الناس

يلاحظون أن شعورهم بالقلق النفسي ينتج عنه حالة إمساك ونعرف كذلك أن حالات الغضب والخوف أنتجت سوء الهضم وارتفاع ضغط الدم . (آنس شكشك، 2007، ص 12-13).

#### 4- تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية:

إن تاريخ الأمراض النفسية العصابية تشير إلى أن علماء الطب النفسي اعتبروا لفترة من الزمن وقبل تطور الدراسات السيكوسوماتية أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي نوع من العصاب العضوي (Nevrose organe) حيث كانت تعتبر هذه الاضطرابات شبيهة بالعصاب من حيث أنها ترجع كلها إلى حالة قلق وضغط نفسي.

نجد ركما هائلا من التعريفات التي تناولت مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية وتباينت حسب خلفية منطلق التخصصات والاتجاهات العلمية، وبالرغم من هذا التعدد لم يؤثر في المفهوم العام للاضطرابات السيكوسوماتية فمن الجانب اللغوي نجد:

لغويا: نجد أن كلمة سيكوسوماتي مشتقة من كلمة سيكو (Sycho) التي تعني ويقصد بها (الروح أو النفس أو العقل) وكلمة سوما (Soma) تعني البدن، وفي اللغة العربية يطلق مصطلح (سيكوسوماتي) نفس جسمي.

#### أ- تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية عند بعض العلماء:

عرف أحمد عزت راجح 1967 الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها أمراض جسمية ترجع في المقام الأول إلى عوامل تسببها مواقف انفعالية تثيرها ظروف اجتماعية، ويرى أنها أمراض جسمية مزمنة تستعصي على العلاج الجسمي وحده .

(سحر علي طه علي جزر، 2001، ص 18).

وعرف أوتوفينغل (Autofinghel) 1969 الاضطرابات السيكوسوماتية بوصفه اتجاه غير عادي متأصل في صراعات غريزية لاشعورية، يتسبب في سلوك معين وهذا السلوك بدوره يتسبب في تغيرات بدنية في الأنسجة، هذه التغيرات ليست بصورة مباشرة نفسية الأصل ولكن السلوك الذي استهل هذه التغيرات كان نفسي الأصل، كان الاتجاه يستهدف تخفيف الضغط الداخلي، والعرض البدني الذي نتج عن هذا الاتجاه لم يكن يسعى إليه الشخص شعوريا أو لاشعوري . (عابدة شكري حسن، 2001، ص 63).

وتعرفها دائرة المعارف البريطانية بأنها "استجابات جسمية للضغوط الانفعالية تأخذ شكل اضطرابات جسمية مثل الربو وقرحة المعدة وضغط الدم المرتفع والتهاب المفاصل الروماتيزمي وقرحة القولون وغيرها.

ويحدد أنستازي وفولي (Anestasey & folly) في تعريفهما للاضطرابات السيكوسوماتية دور العوامل السيكلوجية بأن هناك عدداً من الحالات كالربو وقرح المعدة جذبت الانتباه في السنين الأخيرة بسبب أصولهما السيكوسوماتية، وهذا يعني أن العوامل السيكلوجية في بعض الحالات تساعد في تحديد ظروف نمو تلك الاضطرابات البدنية.

**(عبير بنت محمد حسن الصبان، 2003، ص ص 68-69).**

ويرى كل من عبد الظاهر الطيب وعبد المنصف غازي 1984 أن الأمراض السيكوسوماتية هي اضطرابات في الوظيفة وتلف واضح في العضو نفسه وتختلف في هذا عن الأعراض العقلية.

- تلعب الاضطرابات الانفعالية دوراً أساسياً فيها سواء في بدايتها أو بعد تفاقمها مما يميزها عن الأمراض العضوية الخالصة.
- أنها أمراض مزمنة ذات مراحل.

- أنها تميل إلى الارتباط بغيرها من الاضطرابات السيكوسوماتية وتحدث في العائلة الواحدة أو لدى الفرد الواحد في مراحل مختلفة من حياته. **(سحر علي طه علي جزر، 2001، ص 18).**

ويعرفها فيصل الزراد 1984 بأنها اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي، وذلك بسبب الاضطرابات الوجدانية الشديدة التي تؤثر على المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي. **(فيصل محمد خير الزراد، 1984، ص 121).**

ويعرفها وولمان (Wolman) 1988 أنها أمراض جسمية أو اضطرابات فسيوكيميائية تشريحية في حياة الكائن الحي وهو يرى أن مصطلح سيكوسوماتية هو مصطلح غامض نسبياً وذلك للتأكيد على وجود عوامل نفسية في مسببات بعض الاضطرابات الجسمية وعلاج بعض المرضى بغض النظر عن طبيعة مرضهم. **(سحر علي طه علي جزر، 2001، ص 19).**

كما نجد دليل تشخيص الأمراض العقلية (Dsm III) 1989 أنها قد أدرجت تحت مسمى آخر وهو العوامل النفسية المؤثر على الحالة الجسمية ويشير فيها إلى دور العوامل النفسية التي تؤثر على الحالة الجسمية والتي تتطلب العلاقة بين المؤثرات البيئية والمعنى الخاص بهم وبدء استثارة الجسم.

كما عرفتھا دائرة معارف الصحة الأسرة العقلية (familial Sante encyclopedie de la mental 1989 على أنها "الأمراض الجسدية التي يمكن أن يكون سببها أو تثيرها العوامل الانفعالية والنفسية ويمكننا القول أنها أحد الاضطرابات على المستوى العقلي تسبب اضطرابات على المستوى الجسدي والبيولوجي وهناك تأكيد على دور الحالات الانفعالية كالخوف والقلق والغضب والاكتئاب ويمكن أن يكون لها تأثيرات عكسية على الصحة الجسمية والتي ربما يتداخل تأثيرها الفعال للجهاز المناعي. (سحر علي طه ، 2001، ص20).

يعرفها أحمد عاكشة 1989 بأنها اضطرابات عضوية يلعب فيه العامل الانفعالي دورا هاما قويا أساسيا وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز اللاإرادي ويضيف أنها هي التورط الانفعالي في الأعضاء والأحشاء والتي تغذي الجهاز العصبي اللاإرادي مثل قرحة الإثني عشر والربو الشعبي، ويعاني المريض عادة من القلق والاكتئاب بل أحيانا ما يهدد القلق حياته. (عايدة شكري حسن، 2001، ص63).

أما جبالى نور الدين 1994 فقد عرفها تعريف إجرائي بأنها مجموعة الأعراض الفيزيائية التي تسبب ضيقا للمصاب سواء كانت عضوية أو وظيفية تصيب عضوا أو جهازا من أعضاء وأجهزة الجسم والتي تقع تحت السيطرة الجهاز العصبي الذاتي وتكون نتيجة تضافر العوامل الآتية: (سحر علي طه علي جزر، 2001، ص21).

- استعداد بدني جبلي كان أو مكتسب للإصابة.
- عوامل نفسية وانفعالية كالأحباط والضيق والقلق.
- بنية نفسية خاصة للشخص المصاب وباختلاف هذه البنية تختلف الإصابات.

ويرى سامي عبد القوي 1995 أن الاضطرابات السيكوسوماتية تشير إلى الأعراض الجسمية الناتجة من استمرار تعرض الفرد لضغوط انفعالية متزايدة مما يؤدي إلى اضطراب وظيفة العضو المصاب وكذلك تكوينه التشريحي.

ويعرفها عبد الرحمن عيسوي 1996 الأمراض السيكوسوماتية في جملتها هي مجموعة الأعراض والشكاوي غير العادية تكون الأعراض فيها طبية واضحة تماما وهي علامات يدخل ضمنها اضطراب أو خلل أو إصابة بعض الأعضاء أو الأجهزة في جسم المريض ولكنها ترتبط ارتباطا وثيقا بمتغيرات وعوامل نفسية، من أجل ذلك سميت بالأمراض السيكوسوماتية أو النفسجسمية. (عايدة شكري حسن، 2001، ص64).

كما يعرفها حامد زهران 1997 بأنها اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي وتصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي، ويهتم الطب السيكوسوماتي (Psychosomatic medicine) اهتماما خاصا بهذه الاضطرابات.

يقول فيصل الزراد بأن علماء التحليل النفسي يعرفونها بأنها تعبير خاص عن أسلوب الحياة لدى الفرد وطرائقه في مواجهة القلق والنزعات النفسية المكبوتة.

(عبير بنت محمد حسن الصبان، 2003، ص 67).

وتعرفها لمياء جابري 2006 بأنها الاضطرابات الجسدية الناتجة عن سبب نفسي.

(جابري لمياء، 2006، ص 161).

فمن خلال التعاريف السابقة يمكن أن نستخلص ونقف على بعض النقاط الهامة التي اشترك فيها الباحثون ونجد منها:

- تلعب الاضطرابات الانفعالية دورا أساسيا في بداية الاضطرابات السيكوسوماتية أو تفاقمها.

- تلعب الضغوط دور هام في الحالة الانفعالية المسببة للإصابة البدنية.

- أن الأمراض السيكوسوماتية مصدرها الجهاز العصبي المستقل.

- ليست العوامل النفسية وحدها لها الدور الأول والأخير في الإصابة البدنية.

- أن الأعراض أو الإصابة فيها تكون محققة بمعنى تحدث تغيرات في وظيفة العضو المصاب.

- لا بد من العلاج التكاملي في هذا النوع من الاضطراب وإلا كانت الانتكاسة.

ب- التعريفات التي ركزت على أسباب حدوث الاضطرابات النفس جسمية:

تؤكد التعريفات - التي تحت هذه الفئة - أن الاضطراب النفس جسدي نتاج لاضطراب نفس جسدي اجتماعي يحدث نتيجة لضغط انفعالي مستمر أو نتيجة لاستمرار مشكلات الحياة اليومية التي يعيشها الإنسان المعاصر.

في هذا الإطار تشير دائرة المعارف البريطانية Encyclopedia Britania أن الاضطرابات النفسي جسمية هي الاستجابة الجسمية للضغوط الانفعالية التي تأخذ شكل اضطراب جسدي.

(صديق، 1999، ص 18).

ويذكر كاتز Katz أن الاضطرابات النفس جسمية هي أعراض جسمية عضوية مرتبطة بالعوامل الانفعالية .

كما أن قاموس اكسفورد أدرج مصطلح " نفس جسي" لأول مرة له عام 1982 وصاحبه بعدة تعريفات فيذكر: أن مصطلح نفس جسي صفة تشير إلى ذلك التدخل أو الاعتماد المتبادل بين كل من النفس والجسم.

أما مصطلح الاضطراب النفس جسي ذاته فيشير إلى الاضطرابات العضوية التي تحدثها أو تؤدي إلى تفاقمها عوامل نفسية المنشأ وهي قليلة بالمقارنة بالاضطرابات الحادثة والمتزايدة بفعل عوامل عضوية. ( Lipowski,1989,p154).

كما أكد العديد من الباحثين دور أحداث الحياة الشاقة موضحين أن هناك علاقة جديرة بالملاحظة بين خبرات الحياة الصادمة وبين هذه الاضطرابات أو تكرار النوبات أثناء فترة المرض وأشاروا إلى أن هناك توترا في حدوثها باختلاف السن والجنس فعلى سبيل المثال يشيع الربو قبل مرحلة البلوغ بين الجنسين ويشيع بعد البلوغ لدى النساء كما تشيع الإصابة بقرحة المعدة والاثني عشر والجلطة التاجية وارتفاع الضغط الشرياني بين الرجال. ( صديق،1999،ص 20).

ج-تعريفات تهتم بكل من أسباب تلك الاضطرابات والنتائج المترتبة عليها:

لا تكتفي التعريفات هنا بالتركيز على أسباب الاضطرابات النفس جسمية بل تسعى لتوضيح الخلل الذي يحدث وظائف الجسم نتيجة لتلك الاضطرابات.

وفي هذا السياق ترى انستازي Anastasi أن تعبير نفس جسي يطلق على الاضطرابات الجسمية التي تؤدي فيها الضغوط الانفعالية إلى حالة مرضية ملموسة ويستخدم المفهوم بمعنى واسع لتوضيح اثر العوامل النفي جسمية على الوظائف الفسيولوجية .

(أبو النيل، محمود، 1994، ص 154).

ويعرف دافيزون ونيل Davison & Neale الاضطراب النفس جسي على انه مجموعة من الاضطرابات توصف بأنها أعراض جسمية تنشأ عن عوامل انفعالية وتتضمن جهازا عضويا واحد من الأجهزة التي تكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي وهي مرض حقيقي يتضمن تلفا بالجسم ولكنه ناشئ عن عوامل انفعالية ومن امثل تلك الأمراض الربو، القرحة، ضغط الدم الأساسي.

(زينة:1994،ص 41).

ويضيف محمود أبو النيل إلى ما سبق عدم استجابة تلك الاضطرابات للعلاج الطبي حيث يصفها بأنها تلك الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من الأعضاء نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظرا لاضطراب الحياة المريض والتي لا يفح العلاج الجسدي الطويل وحده في شفائها شفاء تاما لاستمرار الضغط الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسدي.

( أبو النيل، 1994، ص 161).

وفي إشارة لتفاعل العوامل البيئية مع العوامل النفسية أوضح كل من ايزنك Eysenck وارنولد Arnold وميلي Meili أن مصطلح " نفس جسدي " يستخدم لمعاني مختلفة والمعنى الأكثر انتشارا هو للدلالة على عدد محدود من الأمراض التي لها صفات مميزة أما المعنى الأكثر عمومية فينظر للمرض بوصفه علاقة بين الفرد وبيئته ومن أهم خصائص الاضطرابات النفس جسمية أنها اضطرابات في أعضاء الجسم مع تلف فيها وتؤدي الاضطرابات الانفعالية دورا أساسيا في التعجيل ببداية حدوث الأعراض أو عودتها أو تفاقمها كما أنها تكون مرتبطة باضطرابات مماثلة لدى الفرد في فترات مختلفة من حياته. ( زينة، 1994، ص 42).

وقد لخصت دائرة المعارف النفسية أهم خصائص هذه الأمراض فيما يلي:

- أ- وجود اضطرابات في الوظيفة مع وجود خلل في أحد أعضاء الجسم.
- ب- وجود اضطرابات انفعالية تقوم بدور جوهري في ترسيب وحدث وتكرار وتفاقم الأمراض وهذا ما يميزها عن الاضطرابات العضوية الصرفة.
- ج- تتسم هذه الاضطرابات بأنها مزمنة وتتنوع مظاهرها.
- د- كما أنها ترتبط بغيرها من الاضطرابات النفس جسمية الأخرى.
- هـ- وتوجد فروق كبيرة في حدوثها بين الجنسين. ( Harriman, 1947, p 678 ).
- د- تعريفات ركزت على الآليات الفسيولوجية التي تربط بين الأسباب والنتائج:

ومن تلك التعريفات تعريف استتهور وراجرانت الذي أكد فيه أن الاضطراب النفس جسدي يحدث عندما يتعرض الفرد لموقف مضطرب أو ضاغط فيستجيب على المستوى الفسيولوجي حيث ينشط الضغط الانفعالي الجهاز العصبي المستقل اللاارادي مسببا تناوبا في الوظائف مثل التقلص العضلي اللاارادي، يادة الافرازات، زيادة التنفس والتي قد إلى تغيرات في البناء

الجسمي إذا ما كانت حادة مثل الربو، قرحة المعدة، والقولون... الخ، وبذلك تتميز الاضطرابات النفس جسمية بأنها رد فعل فزيولوجي جسمي ضخم ناتج عن اضطراب نفسي.

( زينة، 200، ص 41).

ومن التعريفات التي أكدت أهمية دور عمليات التوافق كعوامل وسيطة بين الضغوط الانفعالية والإصابة بالاضطرابات النفس جسمية تعريف رينشارد سوين Suin الذي ربط فيه بين العوامل النفسية والجهاز العصبي، مشيراً إلى ان هذه المجموعة من الاضطرابات هي حالات تكون فيها التغيرات في بنية الجسم راجعة أساساً إلى الاضطرابات الانفعالية، وهي بمثابة الآثار النهائية للاتصال الوثيق بين الجسم والعقل. ذلك التفاعل الذي لا انفصال فيه بين الشخصية والانفعال من ناحية، والجهاز العصبي من ناحية أخرى، فالجهاز العصبي المستقل يقوم بإعداد الجسم للطوارئ أو الخطر كما يؤدي إلى الحفاظ على مستوى التوازن الحيوي للجسم في الظروف العادية. ( عبد المعطي أمال، 1987، ص 16).

كما يشير أيضاً إلى عمليات التوافق التي يقوم بها الفرد، موضحاً أن الشخص الذي يعاني من الاضطراب النفس جسمي هو الذي عجز عن أن يتخذ لنفسه دفاعاً ناجحاً ضد القلق، وعجز أن يجد وسيلة لأصرف توتراته، لذلك فإنها تتصرف من خلال أعضائه، وتضل الضغوط والصراعات لا شعورية إلى حد كبير. ( سوين، 1979، ص ص 433، 434).

وهو ما أكده ميلون و ميلون Million & Million في تعريفهما للاضطرابات النفس جسمية على أنها اضطرابات جسمية ناشئة عن عدم قدرة المريض على تجنب المضايقات أو الضغوط أو التنفيس عن التوترات النفسية المتراكمة، وتصبح ردود الفعل الفزيولوجية مكبوتة، تستثار داخلياً، حتى تؤدي إلى خلل جسمي، ومن الملاحظ أن المريض في أوقات الشدة، وتحت ظروف الإثارة والضغط يكون واعياً بعدد من الوظائف الجسمية التي يظن أنها حالة سوية، ولكن موجهة التهديد، والأخطار الخارجية، يؤدي إلى جعل هذه الأجهزة تنشط في ضبط و إطلاق الطاقات التي تعد الكائن الحي، للتغلب الأخطار بكفاءة وفعالية، وعدم التغلب على هذه الطاقات والتوترات المتكررة وعدم تفريغها، يؤدي إلى تلف الأعضاء أو خلل في وظائفها. ( زينة، 2000، ص 42).

ويعرفها عكاشة على أنها أعراض واضطرابات جسمية أو خلل في وظائف الأعضاء، نتيجة لما يصاحب خبرات الحياة من قلق وتوتر ومخاوف لا يتم التعبير عنها حيث يؤدي القلق إلى

ظهر اضطرابات فسيولوجية بدلا من الرمزية ويتم التعبير عن الوجدان بواسطة الأحشاء وقد يؤدي التعبير الفسيولوجي المبالغ فيه عن القلق إلى تغييرات بنائية في العضو مترتبة على الاضطرابات الوعائية واختلاف وظيفة العضلات الملساء وزيادة أو نقص إفراز الغدد وهي كلها خاضعة لسيطرة الجهاز العصبي اللاإرادي. (عكاشة،1984،ص 33).

وفي تأكيد الدور الذي تلعبه الهرمونات في الإصابة بتلك الاضطرابات أوضح تعريف كالوجراس Kalogerakis. أن الاضطرابات النفس جسمية مجموعة من الأمراض الجسمية الناتجة عن الصراعات الانفعالية والقلق والخوف والاستياء وأشكال التوتر الأخرى مما يؤثر على الأعصاب ويؤدي إلى اختلال وتغييرات في الهرمونات التي تنظم نشاط الأجهزة الداخلية للجسم في الظروف العادية. ( Kalogerakis,1970,p144).

وهو ما أكده جالاتين Gallatin من أن الضغط الناتج عن أسباب نفسية له دور كبير في حدوث الأمراض النفس جسمية التي تظهر في صورة الم واضطرابات جسمية فقد يسبب الضغط الانفعالي الملح والصراع النفسي فسادا في نظام الضغط والتوازن الهرموني أو تمزقا في أجزاء معينة من الجسم فإذا كانت الضغوط مزمنة فإن الرئتين يحدث لهما تشنجات ويبدأ الجهاز الدوري في التوتر وقد تبدأ المعدة في هضم نفسها. (Gallatin,J,1982,p21).

وبتحليل التعريفات السابقة نجدها تتضمن التالي:

1- تأكيد دور الضغوط الانفعالية وأحداث الحياة الشاقة في التعجيل ببداية حدوث الأعراض أو عودتها أو تفاقمها كما إنها تكون مرتبطة باضطرابات مماثلة لدى الفرد في فترات مختلفة من حياته أو في الأسرة.

2- إن هناك اختلافا في حدوث تلك الاضطرابات باختلاف الجنس والسن.

3- تشترك التعريفات في التأكيد على التفاعل بين العوامل النفسية والعوامل الفسيولوجية في الإصابة بالأمراض النفس جسمية وأكدت بذلك على دور الضغوط الانفعالية وخصائص الشخصية والعوامل البيئية عند محاولة تفسير أسباب الاضطرابات النفس جسمية.

4- تأكيد أهمية حدوث تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من الأعضاء

5- إن العلاج الجسمي الطويل وحده لا يفلح في شفائها شفاء تاما لاستمرار الضغط الانفعالي.

6- إن من خصائص تلك الأمراض أنها ترتبط بغيرها من الاضطرابات النفس جسمية الأخرى.

7- تأكيد أهمية الدور الذي يقوم به الجهاز العصبي المستقل السمبثاوي و الباراسمبثاوي في الإصابة بالاضطرابات النفس جسمية.

8- تأكيد دور التغيرات الهرمونية في الإصابة بالاضطرابات النفس جسمية.

9- تأكيد التعريفات لأهمية الدور الايجابي لعمليات التوافق كمتغير وسيط بين الضغوط الانفعالية والإصابة بالأمراض النفس جسمية.

#### 5- أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية:

مما لا شك فيه أن العوامل النفسية تكمن وراء هذه الاضطرابات وهي بمثابة العامل المفجر لها، لكن هذه ليست قاعدة عامة وذلك لتداخل عوامل أخرى ولقد لخص علماء الطب السيكوسوماتيين أهم الأسباب أو العوامل المؤدية إلى الاضطرابات السيكوسوماتية:

#### أولاً: العامل البيولوجي:

1) **العوامل المتعلقة بالوراثة:** ويقصد بها عوامل الاستعداد الوراثي "prédisposition" وأثر العوامل المؤثرة على الجنين قبل الولادة وظروف الحمل والولادة، وأمراض الأم، وظروف التغذية، وتناول الأم للعقاقير أو الكحول أو المخدرات أو تعرضها للحوادث، إضافة إلى أثر التدخين، والحالة النفسية للأم، والزمرة الدموية (RH)، وعمر الأم وتعرض الأم لأشعة X وعوامل الولادة... الخ مما قد يؤدي بالجنين إلى الإصابة أو التعرض للاضطراب العضوي الذي ينسب لديه الضعف بعد ولادته أو إلى التعرض للإصابات والأمراض مع ضعف جهاز المناعة لديه وتشير الدراسات الطبية إلى أن هذه العوامل تؤثر على الجهاز العصبي والغذي لدى الطفل وتضعف من قدرته على التحمل

وعلى الحيوية وتعتبر هذه العوامل بمثابة سبب مهيء للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

( فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص 73 ).

## (2) عوامل أخرى:

- وكذلك تغيرات الشخصية في مراحل العمر المتقدمة والتي تؤثر في عمل الأعضاء.
- ضعف عضو من الأعضاء كما هو الحال في الإصابة السابقة ويتم على شكل انتكاس . (صالح معاليم، 2008، ص14).
- وجود العنصر في حالة النشاط لحظة الإجهاد النفسي أو الثورة الانفعالية.
- الاختلافات في التغيرات الفسيولوجية الملازمة للحالات الانفعالية التي تطبع الفرد حيث وجد أن انفعال الخوف والاكتئاب يرتبطان بإعاقة الوظائف الموجودة خاصة في منطقة الأمعاء الغليظة بينما ترتبط صورة انفعال الغضب والقلق بزيادة نشاط القولون.
- (عبد الرحمان العيسوي، 2000، ص289).
- تظهر هذه الاضطرابات وتتأثر بنوع الجنس \* وكذلك بالعمر الزمني كما أثبتته بعض الدراسات . (زينب شقير، 2002، ص34).

### ثانيا: العامل النفسي والبيئي:

- (1) **العوامل النفسية:** من مجمل هذه العوامل يمكن أن نلخصها فيما يلي:  
اضطراب العلاقات بين الطفل والوالدين خاصة في عملية الغداء والتدريب على الإخراج (التبول والتبرز) وكذا نقص الأمن وفقدان الحب والعطف والرعاية، وفقدان الأمن والطمأنينة والخوف من الانفصال عن الأم وفقدان السند، وفقر واضطراب المناخ الانفعالي في المنزل والميول العدوانية والغيرة، وسيادة جو القسوة والإهمال في الأسرة وكذا المشاحنات والصراعات الأسرية. (حامد عبد السلام زهران، 1977، ص477).
- كل هذه الأمور تتعكس بصورة مباشرة أو غير مباشرة على الطفل وتؤثر على نموه ونضجه العضوي والنفسي والصحي وخير مثال على ذلك دراسات بولبي (Boulby) وسبيتز (Spitz) وهافجهرست (Havighurst). (سحر علي طه علي جزر، 2001، ص45).
- وغيرهم فقد برهنت دراساتهم على ما تفرزه العلاقة بالموضوع والحرمان العاطفي من علل جسدية ونفسية عند الطفل.

العوامل الانفعالية التي يتعرض إليها الفرد والصراع الانفعالي الطويل مثل الصراع بين الاعتماد على الغير وبين الاستقلال ومعاناة القلق والإحباط والكبت الانفعالي (وخاصة كبت الغضب المرتبط بنقص القدرة والقوة) والحقد الشديد والعدوان المكبوت والشعور بالنقص

وبالاضطهاد والظلم وعدم القدرة على تأكيد الذات والضغط الانفعالي الشديد والمستمر والتوتر النفسي وتحويلهم داخليا وتسلمه على عضو ضعيف فيحدث اضطراب في طاقته الوظيفية وكذلك الإحباطات المتراكمة التي تتولد عنها ضغوط نفسية شديدة تؤدي بالفرد إلى اليأس والانهيال.

التجارب العاطفية والجنسية الصادمة والحرمان العاطفي والجنسي ومعاناة مشاعر الإثم والذنب ويرى جروودكس (Grootdeckes) أن كل اضطراب هو تعبير رمزي عن المكبوتات.

(فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص ص 75-76).

**2) العوامل البيئية:** ونشير إلى العوامل الاجتماعية بصفة خاصة والتي تحمل الصورة السلبية والصعبة في حياة الفرد كتعرض للمواقف العنيفة مثل الحروب والكوارث والمفاجآت الصادمة والظروف المهنية وضغوطها والتقلبات والأزمات المالية. (زينب شقير، 2002، ص 33). وتعمل الحياة المدنية الحديثة وضغوطها دور بارز في ذلك (محمود أبو النيل، 1994، ص 352)، مما يؤدي إلى استنفاد طاقة الفرد وعدم قدرته على التحمل ويرى مسجينيس ورنوريس (Mcginis و Rnorris) 1970 أن التأثيرات البيئية الاجتماعية تلعب دورا مهما في ترسيب الأعراض السيكوسوماتية ولقد أكد كل من أرثر (A.arthur) ومسكان (Mckean) وكوب (Cobb) وكاسي (Kasi) على أن الحوادث اليومية مثل البطالة، التشرد، الخسارة والفرق، موت شخص عزيز... تؤدي كلها إلى الإجهاد النفسي وكذلك فإن المعاشية الطويلة لمثل هذه المواقف تترك أثرها سيء في جسم الإنسان.

## 6- المشقة والاضطرابات النفس جسمية:

في إطار تحديد دور العوامل النفسية في الإصابة بالأمراض النفس جسمية، أبرزت معظم النظريات الدور الذي يقوم به كل من الشعور بالمشقة النفسية (1)، والشعور فيؤكد هانز سيللي Selly في نظريته عن الضغوط الانفعالية، في نظريته عن الضغوط الانفعالية، أن الضغوط بالاكنتاب في الإصابة بتلك الاضطرابات، فتعرض الفرد لمثيرات المشقة مع انخفاض مهاراته الاجتماعية اللازمة لمواجهةها، واضطراب بعض الجوانب الوجدانية لديه، يؤدي إلى ارتفاع درجة استهدافه للإصابة بالاضطرابات النفس جسمية.

التي يقع الإنسان تحت وطأتها، تمثل حجر الزاوية في كافة الاضطرابات النفس جسمية.

(عبد المعطي، 1989، ص 29).

وعلى نحو مشابه ارجع وولف Wolf الاضطرابات النفس جسمية إلى القلق والتوتر، الناتجين عن التعرض للأحداث الشاقة، واللذين يؤديان إلى زيادة إفرازات الهرمونات وعصارات الغدد بقدر لا تتحملة الأجهزة الجسمية الداخلية، فتضطرب وظائف الأعضاء ( كما يحدث في حالة قرحة المعدة، وقرحة القولون ). ( Gatchel, 1993, p 07 ).

ويشير لبيوفسكي ( Lipowski ) 1985 إلى أن الدراسات النفس جسمية لا بد وأن تضع في الاعتبار التأثير الواضح لأحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها الأفراد في الإصابة بهذه الاضطرابات، حيث تؤدي إلى ردود فعل انفعالية شديدة قد تؤثر بشكل خطير على الإفرازات الهرمونية.

ومن أمثلة الأحداث الضاغطة التي أشار إليها لبيوفسكي الضغوط المهنية، والمواقف التي تسبب الإنهاك، كفقد الوظيفة، أو العيش في بيئة مزعجة، والتعرض إلى تغيرات شاملة في الحياة الأسرية، أو التعرض لأي اضطهاد من الآخرين. (جبالي، 1989، ص 54).

ويشير ريس Rees إلى أن فقدان الوالدين وما يصاحبه من تفاعلات الحزن يعتبر من أهم أنواع الضغوط التي لوحظ تزامنها مع بداية حدوث المرض لدى نسبة كبيرة من المرضى في معظم أنواع الأمراض النفس جسمية ويعتبر ريس فقدان أحد الوالدين وما يصاحبه من تفاعلات الحزن سببا جوهريا في نشأة تلك الأمراض. (سليمان نجلاء، 2000، ص 34).

ومن ناحية أخرى، قدم كونترادا ليفنسل واليري نموذجا لتفسير الإصابة بمرض السرطان، مبرزين دور المشقة في الإصابة بهذا المرض، فأشار إلى أن الأحجام النفسي (1) وعدم التنفيس الانفعالي (2) والفقد (3) يمثلون نقطة البدء في العملية التي تؤدي إلى الإصابة بمرض السرطان من خلال المرور بالعديد من العمليات الفسيولوجية، وذلك بالإضافة للعوامل الوراثية، والجينية، فالتعرض للضغط النفسي يولد الشعور بالاكئاب، والذي بدوره يؤدي إلى ممارسات أو سلوكيات غير صحية، تؤثر بشكل غير مباشر على أداء الخلايا الطبيعية القاتلة في جهاز المناعة (4)، مما يجعل الفرد مستهدف بالإصابة بمرض السرطان.

ومع كل هذا التأكيد لدور التعرض لمثيرات المشقة في الإصابة بالاضطرابات النفس جسمية، فهناك من الباحثين من يرى أن مجرد التعرض لهذه المثيرات ليس هو الأمر الحاسم في

الإصابة بالاضطرابات النفس جسمية، بل هناك عوامل أخرى تتدخل لجعل التعرض يؤدي إلى المعانات المرضية، من أهمها طول مدة التعرض، وإدراك مثيرات المشقة، وطريقة الاستجابة لها.

فيشير سيللي إلى أن استمرار تعرض الفرد للضغوط - ولمدة طويلة - يؤدي إلى اضطراب التوازن الداخلي للجسم، بصحبه مزيد من الإفرازات الهرمونية، التي تتسبب في اضطرابات عضوية، فإذا استمر التعرض لمزيد من الضغوط بمقدار معين، تضطرب أجهزة الجسم إلى الدرجة التي قد ينتج عنها - إذا استمرت على هذا النحو - التعرض للموت.

( عبد القوي، 1995، ص 225).

ويفترض ستيرنباك - في نموذجه عن علاقة المشقة بالاضطرابات النفس جسمية - أن طول مدة التعرض للتنبيه أو الاستشارة الخارجية الفعلية أو المواقف الضاغطة يجعل الفرد يدرك المواقف والأحداث الطبيعية على أنها ضغوط ويستجيب لها باستجابة فسيولوجية شديدة وهذا الإدراك الخاطئ يرجع إلى اتجاهات أو خصائص شخصية تؤثر في إدراك الفرد وتفاعله مع المنبهات . ( Gatchel, 1993, p 15).

أما زيجانز Zegans فقد قدم نموذجا أكد فيه الدور المهم للعمليات النفسية التي تتوسط المشقة والاستجابة الجسمية لها ( مثل عمليات تفسير المنبه المثير للمشقة، وإدراكه وتقييمه، وعمليات التوافق المناسبة لتلك المشقة) مشيرا إلى أن الفشل في تفسير أو إدراك موقف المشقة، غالبا ما يؤدي للإصابة بالأمراض العضوية، وان مواقف المشقة قد تضعف إستراتيجية توافق موجودة بالفعل لدى الفرد، مما يتطلب نوعا جديدا من التوافق. ومن ثم قدم النموذج عددا من الافتراضات التي تفسر عملية تحول الأحداث العابرة - التي لا تؤدي في طبيعتها إلى أي تغيرات فسيولوجية - إلى أحداث تسبب اضطرابات في الأنسجة والأعضاء.

ويشير لازاروس Lazarus في نموذجه عن علاقة المشقة بالصحة إلى أن التغيرات في الاستجابات الانفعالية للفرد، والتغيرات في صحته الجسمية - بوصفها مصاحبات للتعرض للمشقة - ناتجة عن انخفاض قدرة الفرد على التكيف مع مصادر التهديد التي يخبرها. أي أن تأثير التعرض لمثيرات المشقة على الصحة، يتحدد في ضوء تقييم الفرد لدلالة هذه المثيرات بالنسبة له واستجابته لها. (عشماوي، فيفيان، 2001).

وعلى الرغم من تأكيد النظريات والنماذج السابقة لوجود علاقة بين التعرض للمشقة، والإصابة بالاضطرابات النفس جسمية، فإن الدراسات الواقعية ( الامبيريقية) التي أجريت في هذا السياق أظهرت تعرضا واضحا في النتائج التي تناولت هذه العلاقة.

( عبد الحليم، أمال، 1999، زينة، 2000 )

#### 7- سمات الشخصية والاضطرابات النفس جسمية:

بالإضافة إلى التأكيد السابق لدور المشقة والعوامل النفسية في تهيئة الفرد للإصابة بتلك الأمراض، ظهرت محاولات تبرز دور السمات الشخصية في هذا السياق. حيث طرح فريدمان و روزمان 1974 Freedman & Rosenman من ناحية، وجرير وموريس - من ناحية ثانية - ثلاثة أنماط من أنماط الشخصية(1) أشاروا إلى ارتباطها بالإصابة ببعض الاضطرابات النفس جسمية، وألها النمط (أ)(2) الذي يرتبط بالإصابة بأمراض الشريان التاجي، حيث يتسم أصحاب هذا النمط بعدد من السلوكيات المثيرة للمشقة مثل الشعور بضغط الوقت والغضب والعداء وعدم التأني والتنافس الشديد والرغبة في الانجاز والتنبيه الزائد وسرعة الحديث وتوتر عضلات الجبهة.

( Rosenman & Chesney,1982,p 544).

أما النمط (ج)(3) فيرتبط بالإصابة بمرض السرطان، ويتسم أصحابه بخاصيتين أساسيتين هما الاستجابة اليائسة، وفقد الأمل تجاه الضغوط، بالإضافة إلى كبت الاستجابة الانفعالية لأحداث الحياة المثيرة للانفعال.( Sheridan & Radmacher,1992,p278).

وفي مقابل النمطين السابقين، يوجد النمط (ب)(4) السوي هو النمط الأقل استهدافا للاضطرابات النفس جسمية.

والتصور السابق لعلاقة الاضطرابات النفس جسمية بكل من متغيرات المشقة والاكنتئاب من ناحية، وبنمطي الشخصية (أ)و(ج) من ناحية ثانية، أظهر الحاجة إلى البحث في علاقة الاضطرابات النفس جسمية بأساليب الحياة، وخاصة أسلوب الحياة الضاغط، وأسلوب الحياة الأنسحابي وهما موضع اهتمام الدراسة الراهنة.

## المحور الثاني : أهم التفسيرات والمقاربات التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية : تمهيد:

كثرت الاجتهادات العلمية وتنوعت توجهاتها وسغت كل واحدة منها لوضع تفاسير علمية لهذه الأمراض من منطلق فزيولوجي وبيولوجي أو نفسي واجتماعي وغير ذلك ولا تزال هذه البحوث قائمة رغم تبيان في الوسائل المستخدمة لذلك إلا أن الجميع يهدف إلى غاية واحدة هو الوصول لجوهر وحقيقة هذه الأمراض، كما نجد أيضا تنوع في التصنيف لهذه الأمراض رغم أن البحث لزال لم يضبط هذه الأخيرة في تصنيف محدد ودقيق.

### 1- النظريات المفسرة للأمراض السيكوسوماتية:

وقبل تناول مختلف النظريات والتوجهات التي صبت في هذا التناول النظري المفسرة لكيفية حدوث المرض السيكوسوماتي جاءت هذه الأخيرة لمحاولة لكل واحدة منها إيجاد تفسير منطقي وعلمي لبعض الأسئلة التي كانت تثير استفهام خاص حول الاضطرابات السيكوسوماتية ومن مجمل هذه التساؤلات نجد ما يلي:

- هل كل ضغط أو ضغط نفسي يؤدي إلى مرض سيكوسوماتي؟
- ولماذا تسبب مرض جسمي وليس اضطرابا نفسيا؟
- لماذا نفس المواقف الصادمة تؤدي أحيانا إلى إصابة عضو ما لدى فرد ما بينما تؤدي إلى إصابة عضو آخر لدى فرد آخر؟ وهل هناك محددات أولية معينة تفسر لنا ذلك؟
- لماذا يبالغ المرض السيكوسوماتي في إصابة أحد الأعضاء كالربو مثلا ويهمل نسبيا باقي الأعضاء؟

ونجد أن تقدم الدراسات والاكتشافات الطبية والنفسية والكيميائية الحيوية ساعد على الإجابة على بعض هذه الاستفسارات وقدم لنا تفسيرات تعتمد على أسس موضوعية علمية مع التأكيد على وجود مجموعة عوامل معقدة ومتفاعلة مع بعضها البعض وتؤدي في الغالب إلى إصابة عضو جسمي دون آخر، وقد تركزت الإجابات حول كيف ولماذا يحدث ذلك.

**أولا: النظريات البيولوجية:** وتشير النظريات الفسيولوجية إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية ترجع إلى الضعف النوعي أو النشاط الزائد للأجهزة العضوية للفرد عند الاستجابة للضغط وتشمل:

**1- نظرية الضعف الجسمي (العنصر الضعيف):** وتشير هذه النظرية إلى أن العوامل الوراثية والأمراض الجسمية المبكرة والتي أصيب بها الفرد في حياته وكذلك نوع الوجبة الغذائية التي يتناولها الإنسان كل ذلك يؤدي إلى اضطراب وظيفة عضو معين من أعضاء الجسم ويصبح هذا العضو ضعيفا وأكثر انجرافا عند تعرضه للضغط وتبعاً لهذه النظرية تصبح العلاقة بين الضغط وأي اضطراب سيكوفسيولوجي معين تكمن في ضعف العضو المصاب نتيجة لأسباب فطرية أو وراثية أو لأسباب مكتسبة كالإصابة السابقة ببعض الأمراض، ويحتوي الجسم البشري ضعفاً معروفاً كوجود جهاز تنفسي ضعيف لأسباب وراثية مثلاً من الممكن أن يهيئ الفرد للإصابة بالربو أو جهاز هضمي ضعيف يعرض الفرد للإصابة بالقرحة أيضاً.

**2- نظرية رد الفعل النوعي (الاستجابة النوعية):** تؤكد هذه النظرية ومن خلال العديد من الدراسات إلى أن هناك اختلافاً في الطرق التي يستجيب بها الأفراد عند تعرضهم للضغوط ومن المحتمل أن ترجع أسباب هذا الاختلاف إلى محددات وراثية وقد اكتشف أن بعض الأفراد لديهم نماذج آلية خاصة للاستجابة للضغوط فمثلاً نرى معدل دقات القلب تزداد عند فرد ما وذلك عند تعرضه للضغط الانفعالي بينما يستجيب فرد آخر بزيادة معدل التنفس دون أي تغييرات تذكر في دقات القلب.

ووفقاً لهذه النظرية فإن الأفراد يستجيبون للضغوط كل على طريقته الخاصة ويصبح عضو الجسم الأكثر استجابة هو العضو المسؤول عن التحكم في أي اضطراب سيكوسوماتي لاحق. مثال ذلك نجد أن شخصاً يستجيب للضغوط بزيادة إفرازات حامض المعدة وقد يكون أكثر حساسية للإصابة بقرحة المعدة وآخر يستجيب للضغوط بزيادة ضغط الدم ويكون هذا الشخص أكثر عرضة للإصابة بضغط الدم الجوهري (سحر علي طه علي جزر، 2001، ص ص 27-28).

**3- نظرية التقييم والتوازن الذاتي (التلقائي):** أن الاضطرابات السيكوسوماتية تحدث في الأجهزة التي يتحكم فيها الجهاز العصبي اللاإرادي والذي يمكن أن نقسمه إلى جزئين: السيمبثاوي والذي يعمل في حالات الطوارئ والأخطار والباراسيمبثاوي الذي يعمل أثناء الحالات التي يكابد فيها الإنسان خطراً ذا طارئاً.

ويعمل هذان الجهازان في تناغم وتناسق وأحياناً يعمل كلا منهما في مقابل الآخر وذلك ليديرا الوظائف الداخلية للجسم، ويمكن وصف هذا التوازن بأنه معقد أو بسيط في بعض الأحيان

ويكون هذا التناسق والانسجام واضحا فالجهد العنيف لنشاط الجهاز السيمبثاوي يعوضه زيادة نشاط الجهاز الباراسيمبثاوي بعد زوال الخطر أو حالة الطوارئ.

ويستجيب لذلك الأمعاء والأوعية الدموية والغدد ليظل الجسم بعيدا عن الضرر الجسمي وعندما يوجد الخطر الجسمي الخارجي يتأثر الجهاز السيمبثاوي ليستعد الجسم إما للقتال أو الهرب فيزيد من معدل ضربات القلب، ضغط الدم، معدل التنفس وإطلاق الكبد لكمية كبيرة من السكر في مجرى الدم والأوعية الدموية المتصلة بالعضلات والأخرى المتصلة بالعضلات المحركة للجهاز الهيكلي لتكون مستعدة لنشاط شاق كذلك الأوعية الدموية المتصلة بالمعدة والمعوي والجلد والعصب الذهني أو المخ.

ولكن الخطر الجسمي الحقيقي عادة ما يكون عابرا أي أنه بعد زواله يعود الجسم لحالته الطبيعية فتسترخي عضلاته وتبطئ ضربات القلب ثانية ويجري الدم إلى المخ ويستأنف الاستيعاب كل هذا يكون تحت تأثير الجهاز الباراسيمبثاوي.

ويضيف سيمونس (Simeans) 1961 إلى أن عقولنا تتطرق إلى النقطة التي ندرك بها الآخرين أكثر من إدراكنا للأخطار الجسمية.

وهي تتخيل أو تدرك الأخطار الاجتماعية مثل الغضب الذي يحدثه الإزعاج من موقف حاضر أو الندم على الماضي أو القلق على المستقبل كل هذا يؤثر على نشاط الجهاز السيمبثاوي ويجعله ينشط ولكن لا يكون هذا التأثير في قوته كاستجابته للقتال أو الهرب من خطر خارجي كما أنها لا تمر بسهولة، إن مشاعر الاستياء، الندم، القلق من شأنها أن تجعل الجهاز السيمبثاوي مستثار والجسم في حالة دائمة من الطوارئ وأحيانا يحدث ذلك بحيث لا يستطيع الجسم تحمله، ونجد في هذه الحالة أنه من الضروري التوازن بين استجابات السيمبثاوي والباراسيمبثاوي الذي يصبح أكثر صعوبة.

ولذا فإن الأفكار الضاغطة التي تحول يمكن أن تحدث تغيرات جسمية والتي تظل فترة أطول والتي تساهم في عدم التوازن بين نشاط الجهاز السيمبثاوي والباراسيمبثاوي.

(سحر علي طه علي جزر، 2001، ص ص 28-29).

4- نظرية الاقتران الشرطي: أكد (بافلوف) على أن العديد من الأمراض مصدرها اختلاف في العمليات العصبية خصوصا "أمراض البدن"، وفي الوقت نفسه أعطى أهمية لاتجاهات المريض النفسية وآرائه وتأثيرها على مسار المرض وإمكانية علاجه.

أي أن الآثار الانفعالية تعتبر من أقوى العوامل في إحداث التغيرات البدنية وأعطى اللحاء دورا في كيفية تنظيم وتنشيط الميكانزيمات الهرمونية، فعن طريق اللحاء تجد الأحداث الخارجية طريقها لكي تعبر عن نفسها في العمليات الداخلية ذات الأهمية الحيوية فلا شك أن التغيرات الإيقاعية التي تحدث في الكلى والقناة المهيئة والمراكز العصبية متصلة بالأحداث في البيئة الخارجية وكذلك الإشارات الداخلية المساعدة في الجهاز العصبي غالبا ما تؤثر أيضا في عمليات التمثيل الغذائي والاستثارة العصبية وهذا التأثير إذا استمر لفترات طويلة أو قصيرة يؤدي إلى اختلال وظيفي.

وترى نظرية الاقتران الشرطي المرض السيكوسوماتي بشكل عام على أنه استجابة تدعمت مع الوقت نتيجة مجموعة من الأفعال المنعكسة المتكررة ويؤكد ذلك ما أثارته النظرية من إمكانية تغيير الاستجابة الجسمية كقرحة المعدة والصداع النصفي وارتفاع ضغط الدم بعمليات إشرافية بطرق تجريبية.

وقد ابتكر بعض علماء السلوكية فكرة جديدة في تفسير الأمراض السيكوسوماتية وهي نظرية التعلم الذاتي ولكن التعلم الذاتي أو الميكانيكي ليس هو السبب الوحيد للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية فقد ترجع هذه الأمراض إلى أسباب وراثية أو إلى استعدادات أو تهيؤ وما إلى ذلك . (عايدة شكري حسن، 2001، ص 65-66).

ثانيا: **النظريات السيكولوجية (النفسية):** تحاول النظريات السيكولوجية أن تعطي بعدا تفسيريا حول تطور اضطرابات عديدة من خلال دراسة العوامل الانفعالية التي تتم في اللاشعور والسمات الشخصية والقيم المعرفية وطرق خاصة للتكيف مع الضغوط ومنها:

**1- نظرية التحليل النفسي:** يحاول منظرو اتجاه التحليل النفسي إعطاء تفسير لتطور الاضطرابات السيكوسوماتية وذلك بناء على العوامل الانفعالية التي تتم في اللاشعور وكذلك سمات الشخصية ومؤيدي هذه النظرية يقولون أن الأعضاء الجسمية المصابة ليست سوى تعبير رمزي عن بعض الصراعات اللاشعورية التي تعكس أثرها في صورة القرحة وغير ذلك من الاضطرابات السيكوسوماتية. (عبد الرحمان العيسوي، 2000، ص 223).

وقد كان فرانز ألكسندر (Franz alexander) 1950 صاحب أكثر أثر من أتباع نظرية التحليل النفسي فقد قام بدراسة ردود الفعل النفسجسمية فمن وجهة نظره أن الاضطرابات السيكوسوماتية نتاج لحالات انفعالية لاشعورية خاصة بكل اضطراب.

فالانفعالات اللاشعورية تم كبتها وبعد ذلك تم تفريغها عن طريق عضو معين يتفق مع طبيعة هذه الانفعالات المكبوتة.

ولقد أكد فرانز على أن الصراعات الحالية ترجع إلى صراعات لاشعورية رمزية مرتبطة بمراحل مبكرة للنمو الجسمي، وترتبط هذه المراحل مع أجهزة عضوية خاصة هي التي تشملها الاضطرابات وعندما لا تحل هذه الصراعات بطريقة سوية تسعى إلى استخدام الحيل الدفاعية اللاشعورية مما يؤدي إلى زيادة في التوتر الجسدي الذي يظهر على هيئة اضطراب عضوي، وقد أوضحت مدرسة التحليل النفسي بأن أهم ما يميز السيكوسوماتي أنه يعاني من قلق وفقدان السند بشكل مميز. (زينب شقير، 2002، ص ص 16-31).

فمثلا اتضح أن العمل الأساسي في القرحة هو الإحباط والبحث عن العون أو رغبات والحاجة للحب وعندما لا تجد هذه الرغبات إشباعا في العلاقات الإنسانية يظهر مثير انفعالي مزمن له آثار معينة على وظائف المعدة.

وقد افترض أن مرضى القرحة يكتبون شوقهم للحب الأبوي وهذه الرغبة المكبوتة تسبب نشاط زائد للجهاز العصبي المركزي "الذاتي أو اللاإرادي" والذي يؤثر بدوره على المعدة مما يؤدي إلى الإصابة بالقرحة فسيولوجيا نجد أن المعدة مستعدة دائما لتلقي الطعام والذي يرتبط رمزيا للشخص بالحب الأبوي.

وعدم إشباع الدوافع العدوانية تعتبر مسببة لحالة انفعالية مزمنة مسئولة عن الحساسية وعدم إشباع هذه الدوافع سيستمر وتزيد بالتالي من حدتها مما يسبب نمو أو تكوين أساليب دفاعية أقوى من أجل مقاومة المشاعر العدوانية المكبوتة وبسبب درجة الكبت العالية فإن هؤلاء المرضى يكونون أقل تأثيرا في أنشطتهم المهنية ولهذا السبب يميلون للفشل في تنافسهم مع الآخرين كما يزيد من الحسد وتزيد المشاعر العدوانية نحو الأكثر نجاحا.

لقد صاغ الكسندر هذا (الغضب الداخلي) في قالب نظرية بناها أساسا من ملاحظاته حول المرضى الذين خضعوا للتحليل النفسي. (سحر علي طه علي جزر، 2001، ص 30).

كما اهتمت فلاندرز دنبار (Plandars dunbar) 1935 بوضع مقياس كامل للشخصية أو بروفيلا للشخصية السيكوسوماتية خاص بنوع شخصية معينة فمثلا الشخصية القرحية والشخصية ذات الضغط الدم المرتفع والمصابة بالتهاب المفاصل وهكذا، ومن خلال هذا

البروفيل أرادت أن تقدم صورة شاملة وكاملة عن شخصية مرضاها وأدمجت عددا من العوامل منها العامل التاريخي والفيزيائي والانفعالي تلك العوامل التي تساهم في نشأة الاضطراب .

(عبد الرؤوف الطلاع، 2000، ص 65).

كما عرض فريدمان وروزمان (Friedman and Rosenman) نموذجين للشخصية التي لها صلة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

ولم تقف إسهامات مدرسة التحليل النفسي عند هذا الحد بل هناك عدة توجهات لهم في ذلك محاولة إيجاد صيغة تحليلية لهذه الأمراض ومن بين هؤلاء المحللين نجد فريش (F.frisch) بيار مارتي (P.marty) وقرينكار (Grinker m de boucand) وقروداك (Groddeck) وببيروا (Pierot) وكانون (Cannon) وفين وهيلد (M.fain R.held) وغيرهم قدموا إضافات بالغة الأهمية في هذا المجال حتى أن المؤرخين لهذا المجال يقرون بسيطرة هذا الاتجاه وجعله كمرجعية فكرية ونظرية للاضطراب سيكوسوماتي بنسبة كبيرة جدا.

**2- الاتجاه السلوكي:** يعتمد هذا الاتجاه في تفسيره للاضطرابات السيكوسوماتية على مبادئ المدرسة السلوكية ونظريات الإشراف في التعلم وأهمية المواقف وعلاقتها بالشخصية، ولم يهتم علماء السلوكية بفكرة المعنى الرمزي للعرض المرضي، ولكن اهتموا بالعرض نفسه (العوامل الموقفية) المتضمنة في الموقف بدلا من الفروض الغيبية (الصراع اللاشعوري) وقد اعتبروا أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي مسألة إشراف (التعلم الشرطي) أي أن الفرد يكون لديه أصلا حساسية نحو الغبار وهذه الحساسية تؤدي إلى الربو عن طريق تعميم المثير وبالتالي يصبح أي شيء مرتبط بالغبار يثير نوبة الربو، إضافة إلى ذلك فإن المرضى الاضطرابات السيكوسوماتية يكشفون أنهم يحصلون على بعض المكافآت أو التعزيزات نتيجة لكونهم مرضى (أي المعاملة الخاصة أو المعالجة) أي وجود ارتباط بين المرض والمكافئة .

(عبد الرؤوف الطلاع، 2000، ص 66).

كما يقسم السلوكيون العوامل العامة في نشوء وتطور الظواهر السيكوسوماتية إلى:

(أ) **عوامل مهينة وراثية:** فالبناء الجسدي للكائن العضوي هو في النهاية وراثية بيولوجية وهذه الخصائص البيولوجية الموروثة تشمل نوع عضلات القلب، القناة الهضمية، الغدد الصماء، الأوعية الدموية وتختلف درجة هذه الأبنية من حيث قوة التحمل فبعض الأبنية تتهار أو

تتخاذل أو تتغير بسهولة بينما تظهر الأبنية الأخرى مقاومة أكبر للتغيير وهذه الفروق في النواحي الوراثية تكمن داخل الفرد نفسه كما تكون داخل الأجهزة أيضا.

(ب) **عوامل مهينة بيئية:** إن التعديلات الفيزيائية المكتسبة هي نتاج للتفاعل الجسماني المباشر للأبنية العضوية مع البيئة وتشمل هذه التعديلات الآثار المترتبة على ظواهر مثل التعرض للأذى البدني والإصابة بالطفيليات السامة الغريبة ونقص التغذية... الخ فهذه النواحي تؤدي إلى نقص مستوى المقاومة . (سحر علي طه علي جزر، 2001، ص 32).

ولقد ابتكر علماء السلوكية فكرة جديدة في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية هي:

**1-2 نظرية التعلم الذاتي:** يرى لاشمان (Lashman) أن المرض يحدث لأول مرة بالصدفة كالطفل الذي يشعر بالألم المعدة يتم إعفاؤه من الواجبات اليومية نتيجة لمرضه، ومن تم يرتبط هذا المرض بأوضاع يرغب الطفل تحاشيها كالذهاب إلى المدرسة، وكنتيجة لذلك فإن معدة الطفل تأخذ في زيادة الإفراز وكلما كان على الطفل أن يقوم بأداء الواجبات اليومية تعرض لنوبة سوء الهضم التي تقوده إلى الإعفاء من الواجبات، وفي هذه الحالة يقع الطفل في دائرة مغلقة وبمرور الوقت تنمو القرحة لديه، ولكن التعلم الذاتي ليس هو السبب الوحيد للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية فقد ترجع إلى أسباب وراثية أو إلى استعدادات وما إلى ذلك. (عبد الرحمان العيسوي، 2000، ص 224).

**3- نظرية الضغوط النفسية:** اعتقد الأطباء لبعض الوقت أن أحداث الحياة المرتبطة بالتصاعدات (الاستثارة) الانفعالية يمكن أن تسبب تغيرات في العمليات الفسيولوجية ويمكن لمشاكل الحياة اليومية الأساسية أن تؤثر على الصحة بطرق سلبية، وكان السبق لجورج أنجل (George engel) في النظرية النفسية الاجتماعية للضغوط، فالجسد الإنساني يكافح باستمرار لكي يصل إلى الاتزان البدني أو الاتزان في الوظائف وأحداث الحياة التي تقلب حالة توازن الجسم رأسا على عقب تتادي بإعادة التوافق وكثير من التغيرات في الحياة تحدد قدرة الجسم على إعادة التوافق والنتيجة هي الضغوط ألا وهي رد الفعل السيكولوجي والفسيولوجي لكم هائل من المطالب التي تتادي بإعادة التوافق . (عايدة شكري حسن، 2001، ص 68).

**4- الاتجاه المعرفي:** أجرى جراهام (Graham) وتلامذته مجموعة دراسات حول عينات من المرضى سيكوسوماتيين بهدف معرفة أثر العمليات المعرفية والعقلية على العمليات الفسيولوجية،

وتبين لهم من خلال المقابلات أن هناك عنصرين على مستوى الأهمية في الاضطراب السيكوسوماتي هما:

أ- ما يشعر به الفرد من سعادة أو حزن.

ب- ما يرغب الفرد في معرفته أو عمله في ضوء خبراته وأفكاره أو مدركاته السابقة مثل (مريض آلام أسفل الظهر يشعر أنه يعمل لدرجة التعب) إلا أن البعض الآخر يرى أن الربط العمليات المعرفية بالعمليات الفسيولوجية لدى المرضى تحيط به بعض الصعوبات المنهجية .

(فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص100).

**5- نظرية متعددة العوامل:** قد أصبح معروفاً أن معظم الأمراض لها أكثر من سبب وتتعدد في إحداثها فأعراض القلب على سبيل المثال ترجع إلى العديد من العوامل المتداخلة مثل الاستعداد الجسدي والعوامل الوراثية ونوعية الطعام الذي يتناوله الفرد تدخين السجائر، ونقص النشاط الجسدي والرياضي وأخيراً الضغط النفسي والانفعالي.

وقد أخذ منظور متعدد العوامل في شق طريقه في التنظير السائد للأمراض بشكل عام والأمراض السيكوسوماتية بشكل خاص، ويتناول هذا التنظير كلا من الضغط والاستجابات الانفعالية والفسيولوجية المرتبطة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

(عايدة شكري حسن، 2001، ص68).

ولقد أكدت كل هذه النظريات على نوعية العوامل والارتباطات التي من الممكن أن تؤدي إلى الاضطراب سيكوسوماتي وبهذا نستخلص أن كل هذه الاتجاهات حاولت بحسب الميدان والتخصص والخلفية الفكرية لها أن تعطي تفسيراً علمياً وموضوعياً لكيفية نشوء هذه الاضطرابات السيكوسوماتية محاولة بذلك الإجابة على بعض التساؤلات التي محورت خلفية حدوث هذه العلة وبالتالي جاءت كل نظرية بجانب تفسيري خاص.

ويرى سامي عبد القوي أن النظرية المفسرة للأمراض السيكوسوماتية تتطلب تكاملاً بين العديد من النظريات، إذ أنه لا توجد نظرية واحدة يمكنها أن تعطينا تفسيراً واضحاً شاملاً للاضطرابات السيكوسوماتية فهي إذا تناولت بعداً في علاقته بالمرض سيكوسوماتي أغفلت أبعاد أخرى لا نستطيع استبعادها في تفسير هذا الاضطراب كما يرى أن تفسير الأعراض والاضطرابات السيكوسوماتية لا يمكن أن يقتصر على النواحي الفسيولوجية أو الوراثية أو التكوينية فقط ولا على النواحي الانفعالية فقط بل يجب أن تشمل عملية تفسير المرض السيكوسوماتي العديد من المتغيرات لأن العلاقة بين الواقع الخارجي (البيئة والعوامل

الاجتماعية) والواقع الداخلي (النفسي والبيولوجي) ليس علاقة إحصائية بل هي علاقة ديناميكية يحدث فيها التفاعل والحركة بالقدر الذي لا نستطيع فيه فصل أي عامل عن العوامل الأخرى.  
(عايدة شكري حسن، 2001، ص 69).

## 2- تصنيف الأمراض السيكوسوماتية:

تعددت المحكات التي اتخذها الباحثون كأساس لتصنيفهم للاضطرابات النفس جسمية، وأشهر هذه التصنيفات هو تصنيفها تبعا للجهاز الجسمي الذي تظهر عليه هذه الاضطرابات، مقابل التصنيفات التي تقسم هذه الاضطرابات وفقا لمسبباتها.

### أ- التصنيف تبعا للجهاز الجسمي الذي يصيبه المرض:

وفيما يلي التصنيف الفرنسي للاضطرابات السيكوسوماتية الصادر عن مدرسة السيكوسوماتيك في باريس الذي يعمل به منذ عام (1978) وهذا التصنيف يعتمد على ترميز الاضطرابات السيكوسوماتية بالأرقام، وقد اعتمد هذا التصنيف على الدراسة التي قام بها العالم الفرنسي بيير مارتى (P.martie) في مستشفى باريس قسم السيكوسوماتيك حيث أجرى دراسة على (323) مريضا يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية ويتصف التصنيف الفرنسي أيضا بالشمولية، والتفصيل، والتفكير الديناميكي الذي يأخذ بعين الاعتبار تطورات الفرد وماضيه، وقدراته على التكيف، وحالته المرضية وهذا التصنيف هو كالتالي:

جدول رقم (01): تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية حسب الجهاز الذي يصيبه المرض  
(فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص 61).

<p>3- أمراض الهضم:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- أمراض المستقيم.</li> <li>2- مرض كرون.</li> <li>3- أمراض هضمية- وظيفية.</li> <li>4- عسر الهضم.</li> <li>5- التهاب غشاء المعدة.</li> <li>6- التهاب المستقيم النازف.</li> <li>7- القرحة المعدية- الإثني عشرية.</li> <li>8- الغثيان - القيء.</li> <li>9- الكبد- المرارة.</li> </ol>	<p>1- الحساسية:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- الربو الشعبي.</li> <li>2- الأكزيما.</li> <li>3- انتفاخ كوينك.</li> <li>4- تحسس الأنف التشنجي.</li> <li>5- الشري.</li> <li>6- ردات فعل تحسسية متنوعة.</li> <li>7- السعال التشنجي.</li> </ol> <p>2- السرطان:</p>
--	--

#### 4- الأمراض النسائية:

- 1- التهاب ملحقات الرحم.
- 2- تعقيدات ما بعد ال (L.V.G).
- 3- اضطرابات العادة الشهرية.
- 4- العقم. 9-التهابات نسائية متنوعة
- 5- المهبلية.
- 6- التهاب غشاء الرحم.
- 7- كيس في المبيض.
- 8- التهاب الأغشية المخاطية.

#### 7- اضطراب التغذية- الأيض- الغدد:

- 1- الهزال. 6- السمنة.
- 2- زيادة الشهية أو انخفاضها- اضطرابات التغذية.
- 3- السكري غير مدمن الأنسولين.
- 4- إزرقاق الأطراف. 7-زيادة إفراز الدرقية
- 5- اضطرابات هرمونية متنوعة.

#### 8- الالتهابات والأمراض الفيروسية

##### الحالية أو الحديثة:

- 1- جدية.
- 2- بولية- تناسلية.
- 3- التهاب الكبد الفيروسي الحاد.
- 4- القوباء (Herpes).
- 5- العيون.
- 6- أنف، أذن، حنجرة.
- 7- التهاب البنكرياس.
- 8- انخفاض المناعة.
- 9- السل.

#### 1- التناسلي. 2- الثدي.

- 3- مرض هودكين. 4- الجلد.
- 5-العظام البنكرياس. 6- العين.
- 7-أنف- أذن- حنجرة.
- 8-وجود امتدادات للسرطان.
- 9-سرطان الجلد (Mélanome).
- 10-السرطان الليمفاوي.
- 11-وجود امتدادات للسرطان.
- 12-سرطان الجلد (Mélanome).
- 13-أورام سرطانية غير مرض هودكين.

#### 5- اضطرابات الجلد:

- 1- حب الشباب.
- 2- صلح (تساقط الشعر).
- 3- مرض جلدي.
- 4- التهاب الأدمة.
- 5- الثعلبة (تساقط الشعر).
- 6- أمراض المناعة:
  - 1- الضمور النخاعي.
  - 2- مرض الكولاجين.
  - 3- الانحطاط المركزي.
  - 4- مرض الذئبة.
  - 5- التهاب ما حول المفصل.
  - 6- مرض ديهرينغ.
  - 7- التهاب المفاصل الحاد المزمن (الروماتيزم).

10- التهابات البولوية.	8- مرض Echauffaud – still.
11- مرض بقعة زoster (zona zoster).	9- ضمور العضلات التدريجي.
11- الاضطرابات العصبية:	10- مرض انعدام المناعة (السيدا).
1- الآلام (Algies).	6- عدم الكفاية الأساسية:
2- الصداع.	1- الوهن العام.
3- الصرعية (Comitialité).	2- صعوبات تحديد الزمان والمكان.
4- تقلصات الكتاب (Crampes des écrivains).	3- اضطرابات تكييف حرارة الجسم.
5- الشقيقة.	4- الزمانية- الفضائية (اتزان الجسم).
6- التهابات النخاع الشوكي (Myérites).	9- اضطرابات العيون (غير محددة):
7- سوابق جراحات عصبية.	1- العمى (Cécité).
8- اضطرابات عصبية- نباتية.	2- تكثف عدسة العين (Cataracte).
9- التهاب العصب (Névrite).	3- التهاب مشيمة العين التطوري
10- شلل.	(Choroidite évolutive).
11- التهاب الأعصاب (polyomyélite).	4- الرؤية المزدوجة (Dyplopie).
12- مرض (Reklinghausen).	5- أمراض شبكية العين.
13- تناذر ذاتي عقب رضة جسدية.	6- اضطرابات الشبكية.
14- تصلب المادة العصبية البيضاء S.E.P.	10- اضطرابات العظم - المفاصل:
15- الكزاز.	1- أوجاع المفاصل.
16- التواء العنق التشنجي (Torticolis spasmodique).	2- آلام المفاصل.
17- رضات الجمجمة وآثارها.	3- التهاب المفاصل (Arthrose).
18- حوادث وعائية- دماغية.	4- آلام الظهر.
19- الدوار الخادع (vertiges faux).	5- الكسور المتعددة.
20- نوبات حركية ذات المصدر غير الأكيد.	6- آلام العمود الفقري (لومباجو).
21- الوهن العضلي.	
22- تناذر تشنج العضلات (Spasmophilie).	

<p>23-أمراض حسية- لأوهام مرضية.</p> <p>19- اضطرابات الجهاز التنفسي:</p> <p>1- التهاب الشعب الهوائية.</p> <p>2- انتفاخ الرئة (Emphysem).</p> <p>3- عدم الكفاية التنفسية.</p> <p>4- السل الرئوي.</p> <p>20- اضطرابات الجاز البولي والكلوي:</p> <p>1- المغص الكلوي (Coliques néphritique).</p> <p>2- التهاب المثانة (Cystite).</p> <p>3- سلس البول (Enure sie).</p> <p>4- عدم كفاية الكلي.</p> <p>5- حصى الكلوة.</p> <p>6- اضطرابات التبول.</p> <p>7- زراعة الكلوة.</p> <p>8- غسيل الكلي (Dialyse).</p> <p>9- تناذر كلوي.</p> <p>الكلوة متعددة الأكياس (Reine polykistique)</p>	<p>7- انخفاض تكلس العظام (Osteoamlacies et chondromalacie).</p> <p>8- ترقق العظام (ostéporose).</p> <p>9- التهاب المفاصل التصاعدي- المزمن Polyar – trite chronique évolutive</p> <p>10- الروماتيزم المفصلي الحاد (R.A.A).</p> <p>11- أنواع أخرى من الروماتيزم.</p> <p>12- التهاب مفاصل الفقرات التصليبي (Spondi – loarthritis ankylosante).</p> <p>12- اضطرابات الجهاز التناسلي:</p> <p>1- البرودة الجنسية.</p> <p>2- عجز جنسي.</p> <p>3- القذف المبكر.</p> <p>4- المهبلية.</p> <p>13- اضطرابات النوم:</p> <p>1- الروبصة (المشي أثناء النوم) (Somnambulisme)</p> <p>14- الأسنان:</p> <p>1- الفم والأسنان.</p> <p>15- أورام حميدة.</p> <p>16- التحولات الهستيرية الصريحة.</p> <p>17- ادعاء المرض (pathomimies)</p> <p>18- اضطرابات أنف- أذن - حنجرة:</p> <p>1- طنين الأذن (Acouphenes).</p> <p>2- البحة المزمنة (Enrouement)</p>
--	---

	<p>.(chronique  3- التهاب الأنف- حنجرة  .(Rhinophayngite)  4- الصمم Surdit� .  نزيف الأذن الوسطى</p>
--	--

(فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص ص 62-63-64).

#### ب-التصنيف تبعا للعوامل المسببة للمرض:

تغيرت مناحي تصنيف الاضطرابات النفس جسدية في العقدين السابقين تغييرا واضحا- ففي دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية DSMI الذي أصدرته الرابطة الأمريكية للطب النفسي 1952 ظهرت فئة سميت الاضطرابات النفس جسدية شملت تسع فئات للاضطرابات تبعا للجزء أو الجهاز المصاب في الجسم.

ويصنف الاضطراب على انه نفس جسدي تبعا لهذا التصنيف إذا لم نتمكن من تحديد سبب طبي له فعلى سبيل المثال مرض ضغط الدم أحيانا ما يكون مرضا محدد السبب مثل ضغط الدم البولي والذي يرجع لعدم فعالية الكلى وأحيانا لا يكون له سبب طبي معروف ( ويسمى ضغط الدم الأساسي) وهو هنا يقع في دائرة اهتمام الأمراض النفس جسدية.

ومع زيادة الوعي بأهمية العوامل النفسية والانفعالية في بداية تطور واشتداد المرض العضوي والذي أكدته نتائج العديد من البحوث على الأمراض التي لا تتدرج ضمن الأمراض النفس جسدية مثل الأمراض النيورولوجية كالتصلب المتعدد والأمراض والأمراض المعدية مثل الدرن وأيضا أنواع معينة من السرطان مثل سرطان الدم (اللوكيميا) ظهرت حاجة ملحة لتغيير

هذا التصنيف . ( Gatchel,1993,p15).

وفي دليل التصنيف الثاني المعدل (الذي صدر عام 1968) DSM2 حل فيها مصطلح الاضطرابات السيكوفسيولوجية محل الاضطراب النفس جسيمي في محاولة للابتعاد بالمصطلح عن وجهة النظر القديمة التي تفرق بين الأسباب الجسمية والنفسية وللابتعاد به أيضا عن مجال التحليل النفسي.

أما دليل التصنيف الثالث DSM3 فقد اختلف تماما عن التصنيفين الأول والثاني حيث الغي استخدم مصطلح ( اضطرابات) أو (ردود فعل) وظهرت فئة العوامل النفسية المؤثرة على الحالة الجسمية ومن ثم لم يعد هناك مجال لتلك التقسيمات السابقة القائمة على أجهزة الجسم. وأضاف دليل التصنيف الثالث DSM3R 1987 المعدل بعض المعايير الجديدة التي يقوم على أساسها التشخيص مثل الأعراض السابقة للمرض - التكيف قبل بداية المرض - مدة سير المرض - احتمال تطور المرض - انتشار المرض - الفروق الجنسية كما ألغيت بعض الأمراض من التصنيف مثل الهستيريا والعصاب ( سليمان، نجلاء، 2000، ص 14).

وفي محاولة لتأكيد الدرجة التي تؤثر بها العوامل النفسية في اضطراب جسيمي قدم الباحثون المحك التشخيصي لفئة العوامل النفسية المؤثرة في أي اضطراب جسيمي وتتلخص في من:

1- التنبيه البيئي النفسي ذو المعنى والذي يرتبط زمنيا ببداية واشتداد وتطور حالة جسمية نوعية أو اضطراب ما.

2- الحالة الجسمية وتتضمن أما عرض عضوي محدد مثل: الروماتويد أو يتضمن عملية مرضية فسيولوجية معروفة مثل الصداع النصفي.

3- هذه الحالة لا تتقابل مع الفئة الخاصة باضطراب السوماتوفوم.

ولقد أوضح ليب ولونيز وسبيتزر 1977 Lipp,Loonez,Spitzer في تقريرهم أن النسخ الجديدة من الدليل التصنيفي لم تعد تتضمن فقط الاضطرابات السيكوفسيولوجية السابقة ولكنها تتضمن أي حالة جسمية أو عضوية يكون للعوامل النفسية دور ذو دلالة في بدئها أو تطورها أو شدتها و في طول مدة الاضطراب.

ومن ثم بدأ المتخصصون في مجال الطب النفس جسيمي يتخذون التوجه متعدد الأسباب للمرض ولم يلجئوا إلى تحديد مجموعة من الأمراض بل أشاروا إلى أنها أي حالة جسمية تتأثر بالعوامل النفسية، فالعوامل النفسية ذات أهمية في كل الاضطرابات الجسمية.

وفي دليل التصنيف الرابع DSM4 أطلق على تلك الاضطرابات " العوامل النفسية أو السلوكية المؤثرة في الحالة العضوية غير الطبية ".  
وفي هذه الفئة تم تحديد أنماط العوامل المؤثرة في الحالة الطبية التي تتضح في المحكات التشخيصية لتلك الفئة في التصنيف الرابع كما افترضه ستودمير و هلز Staudmer&Halls 1991 وهي:

- أ- عوامل نفسية أو سلوكية تؤثر بشكل عكسي على الحالة الجسمية بأحد الطرق التالية:
  - 1- تؤثر تلك العوامل في مدة الحالة الجسمية ( فهناك ارتباط زمني بين نمو واشتداد أو تطور الشفاء وثبات الحالة الطبية والعوامل النفسية).
  - 2- تلك العوامل تؤدي لعدم إيمان الفرد للإرشادات الطبية والعلاجية ( الفرد الذي لديه رفض للمرض يعبر عنه برفض العلاج).
  - 3- تؤدي تلك العوامل لتجاهل عوامل الاستهداف المعروفة على أنها مسببة أو مطورة للحالة الجسمية.
- ب- عامل سلوكي أو نفسي ذو طبيعة خاصة ( وإذا ما تواجد أكثر من عامل أدى لسيطرت المرض بصورة اكبر).
- 1- أعراض نفسية تؤثر في الحالة الجسمية ( أعراض اكتئاب أو قلق ولكن لا تصل إلى حد المرض ).
- 2- سمات الشخصية المؤثرة في الحالة الجسمية ( اضطراب سمات الشخصية).
- 3- أساليب التوافق أو أساليب الدفاع المؤثرة في الحال الجسمية ( إنكار المرض، نمط الشخصية).
- 4- الاستجابة الفسيولوجية للمثقة ( مثال: مرض قرحة المعدة).
- 5- عوامل أسلوب الحياة التي تؤثر في الحالة الجسمية ( الأكل المفرط، ممارسة الجنس غير الآمن ).
- 6- عدم مطاوعة الفرد للعلاج وعدم إتباع نضام العلاج الذي يؤثر في الحالة الجسمية ( رفض اخذ العلاج، عدم القدرة على فهم طبيعة المرض).
- 7- العوامل الثقافية التي تؤثر في الحالة الجسمية ( القيم الثقافية الدافعة لرفض العلاج ).

- 8- اضطراب التفاعل بين الأفراد المؤثر في الحالة الجسمية (الصراع بين الأزواج).
- 9- العوامل النفسية أو السلوكية غير المحددة والمؤثرة في الحالة الجسمية.
- ( Gatchel,R,J,1993,pp17-19 )

مطبوعة السيكوسوماتيك

## المحور الثالث: ميكانيزم الاضطراب السيكوسوماتي

### تمهيد:

إن الأمراض السيكوسوماتية تتمتع بميكانيزمات خاصة فلقد استغرق العديد من الدراسين في هذا المجال جهداً للإلمام بآليات حدوثها ومعرفة بروفيـل الشخص المصاب بها، وتحديد أبعادها كما سعى العديد من الباحثين تبيان ميكانيزم التحول بين المرض النفسي والمرض العضوي وإعطاء الفروق بين التحول الهستيرى الوظيفي وبين التحول العضوي للأمراض النفس-جسدية.

### 1- شروط حدوث الأمراض السيكوسوماتية وخصائصها:

لقد ميز عدد من الباحثين في هذا المجال على دور وأهمية عدد من العوامل والشروط اللازمة لحدوث الاضطراب السيكوسوماتي منهم كوتمان (Guttman) 1966 الذي يشترط وجود الأحداث التالية لظهور الاضطرابات السيكوسوماتية:

1- ظهور العوامل الانفعالية أو مصادر الضغوط بتاريخ سابق لظهور التغيرات الجسدية بفترة زمنية ولا يمكن أن تكون الاستجابة الانفعالية للمحن والضغوط مؤقتة وكذلك الاختلال الوظيفي (العضوي) كما هو في المواقف الضاغطة العادية، وبمرور الوقت تزيد المقاومة للاضطراب وينتقل إلى الانهيار الجسدي الذي يعتمد على عدد كبير من العوامل الاستعدادية والبيئية ولا يعني هذا أن الانفعالات تسبب المرض وحدها ببساطة ولكن الضغوط الانفعالية تظهر وتترك بوضوح قبل أن تصاب الحالة الجسدية ولكن تحدث كل من التغيرات الجسدية والانفعالية في وقت واحد.

2- العوامل الانفعالية الكامنة وراء الانهيار الجسدي يفترض عموماً كونها لاشعورية وعلى سبيل المثال كبت تلك العوامل لا يتضمن أن تكون المكونات الشعورية غائبة أو ليس لها علاقة بالموضوع كلياً أو جزئياً ولكن الانفعال يكون مقروناً بعدم القدرة على الفعل.

(عايدة شكري حسن، 2001، ص70).

3- تتضمن الثورة السيكوسوماتية انهيار الدفاعات المستترة coping السابقة.

4- يزمن الأعصاب للجهاز العصبي المركزي مقروناً بالاختلال الوظيفي المزمن ويقيد من الضبط الإرادي للحالة وهذا يؤدي إلى تغيرات مورفولوجية في تركيب النسيج ويتطور النمو

المرضي ويكون المرض هو النقطة التي فيها يكون الفرد قد وصل إلى حالة توافق جيدة والنقطة التي عندها انهارت ميكانيزمات الدفاع والتكيفات السابقة.

5- يحدث الانهيار السيكوسوماتي إذا وجد ضعفا وراثيا أو مكتسبا للجهاز العضوي وتوجد عوامل إضافية أخرى لحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية وهي ليست عوامل مؤكدة أو مكونات أساسية منها:

أ- يتضمن المرض السيكوسوماتي نكوصا\* فسيولوجيا ونفسيا يحدث في الأشخاص الأقل نضجا.

ب- تشارك بعض أزمات الحياة في الانهيار السيكوسوماتي والميكانيزمات المرضية والقابلة للتشريط، والتي تم تشريطها في الطفولة في المراحل المبكرة (ويقصد بها الخبرات المكتسبة في تلك المرحلة). (عايدة شكري حسن، 2001، ص ص 70-71).

ولقد حدد بعض الباحثين عدة محكمات تميز المرض السيكوسوماتي عن غيره من الاضطرابات الأخرى وهي كالاتي:

- 1- وجود اضطراب انفعالي كعامل مسبب.
- 2- ترتبط بعض الحالات بنمط معين من الشخصية (زينب شقير، 2002، ص 29).
- 3- تختلف الإصابة في هذه الاضطرابات بين الجنسين اختلافا ملحوظا أي تنتشر عند جنس أكثر من الآخر.
- 4- قد توجد مختلف الأعراض أو تتوالى لدى الفرد الواحد.
- 5- غالبا ما يوجد تاريخ عائلي للإصابة بنفس الاضطراب أو ما شابهه.
- 6- يميل مسار المرض لاتخاذ مراحل مختلفة .

(زينب شقير، 2002، ص ص 29-30).

وقد زاد فيصل الزراد أن هذا الاضطراب يتميز بأنه أكثر شيوعا لدى الإناث منه لدى الذكور وبين الشباب في عمر (20 و 40) سنة أكثر منه في باقي المراحل العمرية الأخرى، وأكثر هذه الاضطرابات شيوعا تلك المتعلقة بالجهاز الدوري والهضمي والجنسي كما أن لهذه الاضطرابات مضمونا رمزيا وتنتشر في الحضارات المعقدة والمتقدمة بنسبة (4-5) أضعاف ما هي عليه في المجتمعات البدائية\* وذلك بسبب الضغوط الاجتماعية والبيئية كما أنها تصيب الصغار ومنتشرة لدى الأطفال وغالبا ما تتخذ شكل (الإسهال diarrhée أو قيء

vomissement أو إمساك constipation أو اضطرابات معوية، وعدم تناول الطعام) ويقدر أن تظهر الأمراض السيكوسوماتية لأول مرة في الكبد .

(فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص ص 65-71).

## 2- الأنا وآلياتها الدفاعية في الأمراض السيكوسوماتية:

يعتبر الأنا أو الذات الوسطى (ego) بمثابة صورة الجهاز الإرادي للشخصية ولأجل ذلك فهو يستخدم جميع الوظائف النفسية بغية أن يؤدي دوره بكل كفاءة، فإن الأنا هو الجزء المسيطر على منافذ الفعل والسلوك وبذلك يختار من البيئة الجوانب التي يستجيب لها ويقرر الغرائز التي سوف تشبع والطريقة والكيفية التي يتم فيها هذا الإشباع .

(pierre dacco, 1973, p.p 162-170) .

ولكي يقوم الأنا (ego) بهذه الوظيفة عليه أن يعمل على تكامل مطالب متناقضة فيما بينها ومتصارعة وهي مطالب هو ca والأنا الأعلى (super ego) والعالم الخارجي ودور الأنا هذا يجعله عرضة للقلق والتوتر الناتج عن الصراعات بين مطالب الأنظمة السابقة، فهو يناضل ويكافح التهديدات التي تأتيه من العالم الخارجي، وكذلك الدوافع والمشاعر والذكريات التي تأتيه من العقل (العالم الخارجي).

وفي حالة مواجهة وتصدي "الأنا" لكل هذه الأمور الغازية المقلقة والتي تحمل طابع التهديد والأمن له وتزيد من قلقه وتوتره وتزعزع استقراره وتوافقها النفسي يلجأ الأنا إلى ميكانيزماته وآلياته الدفاعية فهي بمثابة وسائل وأساليب لاشعورية هدفها التخلص أو التغلب على حالات التوتر والقلق الناجمة عن الصراعات والإحباطات التي يتعرض لها الفرد بين الحين والآخر، كما يؤدي استخدامها بهدف السعي إلى إعادة التوازن والتوافق النفسي والتخفيف من شدة الصراع والكبت.

وهناك سؤال يفرض نفسه في هذا المقام ألا وهو: ما هي العلاقة بين العناصر المهددة الداخلية وميكانيزمات دفاع الأنا في المرض السيكوسوماتي؟

إن موقف الأنا الخاص\* 2 بالمرض السيكوسوماتي يختلف عن موقف الأنا لدى مرضى العصاب والذهان.

حيث نجد أن الأنا في مرض العصاب والذهان يتعامل مع العناصر المهددة ويستخدم مكنيزم دفاعي يحاول من خلاله عمل تسوية للصراع.

أما في المرضى السيكوسوماتيين لا يحدث الأنا تسوية ويفشل الأنا في عمل أي اتصال مع العناصر المهددة الداخلية التي تمثل تهديدا له. (stanleycheren.1989.p63).

الاضطرابات السيكوسوماتية تحدث إذا لم تكن عملية الدفاع على المستوى النفسي كافية للحفاظ على التوازن النفسي ففشل الميكانيزمات الدفاع النفسية\*1 في إعادة التوازن مما يعرض الفرد للانهييار، حيث تتحول توتراته وصراعاته في شكل اضطراب سيكوسوماتي.

ونحاول هنا أن نعرض أهم الميكانيزمات الدفاعية المرتبطة بظهور المرض السيكوسوماتي والتي تلقى نوعا من الاتفاق من طرف المختصين بالحقل السيكوسوماتي:

**التحويل: converse (transfert)** هو تحويل الصراعات الانفعالية أو الدوافع المكبوتة وتعبيرها عن نفسها خارجيا من خلال العمليات الحسية والحركية أو العمليات الفيزيولوجية.

(pierre dacco, 1973, p.p 310-311).

فيعتبر الميكانيزم المركزي central لنظام آليات الدفاع في ظهور العرض وبهذا تلعب آلية التحويل دورا هاما في ديناميكية الجهاز النفسي أثناء ظهور المرض وإن التحويل هي طريقة يستخدمها الأنا ليدفع بالقلق بعيدا عنه وذلك بتوجيه التعبير عن الرغبات المكبوتة إلى أعراض جسمانية ويؤثر الصراع العقلي في هذه الحالة في ارتياح الجسم وأدائه لوظائفه تأثيرا مباشرا.

يعرف بوكود (m.de boucaud) 1985 التحويل بأنه "كفاءات خاصة ببعض الأشخاص للتعبير عن ميولاتهم ورغباتهم عبر الأعراض الجسدية الممكن تحويلها إلى أمراض بديهية ومزمنة" يبرز التحويل عندما تقمع الرغبات والانفعالات الحادة بواسطة عملية الكبت والضغط المتواصل للكبت يولد أحيانا أعراضا وظائفية ذات تعبير جسدي. (صالح معاليم، 2008، ص16).

وهكذا تؤدي الضغوط إلى ظهور الانفعالات مرة تلو مرة ويتفاعل الجسد فيزيولوجيا فالترجمة النفسية للظواهر الفيزيولوجية تتم عبر آلية التحويل كصورة تجسيمية مباشرة لا تحتاج لترميز.

**النكوص: (Regression)** وهي حيلة لاشعورية يترد بواسطتها الشخص إلى مراحل سابقة من النمو، حيث ينتكص الشخص إلى نماذج من السلوك أو التصرفات البدائية التي تناسب عمره الحالي ونلاحظ هذه الحيلة بوضوح خاصة في مرض التبول الوظيفي. (مأمون صالح، 2008، ص113).

يقول بيار مارتى (P.marty) أن النكوص يهدف دائما إلى إعادة خلق وضعية راهنة كان الشخص يبحث فيها عن شروط أين تكون ذاته راسخة في منظومة كانت معززة أثناء نموه (عملية الإشباع اللذة القوية والمفرطة) والنكوص مهما كان يبحث عن المستحيل إذا اضطرت الفرد على إجبار ذاته الرجوع إلى الوراء فإنه يزيد حتما من تبعيته تجاه الوضعية الراهنة التي

لا يمكنها متابعة نكوصه فتكون الحركة في هذه الحالة عاجزة عن القيام بنكوص الوضعية الراهنة تلقائياً وتضع الفرد في وضعية مصادمة وتتسم بالخطورة لأنها بلغت درجة من التعفن لكون إطارها أصبح مهددا لمكانيزمات الدفاع. (صالح معاليم، 2008، ص 21).

**التثبيت:** (fixation) ميكانيزم التثبيت متعلق بالخصوص بمكانيزم النكوص والتثبيت هو الوقوف عند مرحلة نمو صعبة التي حصل فيها نوع من الإشباع المفرط.

ولقد أكدت الدراسات التحليلية فيما يتعلق باختيار الأعراض السيكوسوماتية أن الفرد الذي لديه تثبيبات في المنطقة الفمية فإن الأعراض السيكوسوماتية التي يصاب بها تكون فمية مثل (التقيؤ، وفقدان الشهية للطعام، أو القرحة) ومن الطبيعي أن ذلك يتوقف على عدة عوامل أخرى تساعد على ظهور الإصابة. (فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص 152).

**الكبت:** (Refoulement) ويرى كالقن هل (kalgane hall) أن ميكانيزم الكبت يساهم كثيرا في تنمية الكثير من الاضطرابات البدنية مثل التهاب المفاصل والربو والقرحة، فالتهاب المفاصل ينشأ من كبح العدوان إذ ينتشر الكبح في العضلات التي تستخدم في العدوان ويخلق ذلك حالة من التوتر المؤلم يتطور إلى التهاب المفاصل مزمن وإلى الربو بسبب انتشار الكبت من ميكانيزم التنفس، فحالة الخوف قد تتسبب في أن يتنفس الفرد في لهثة ولا يحصل على الأكسجين الكافي ولا يفرز كمية (CO<sub>2</sub>) والاختناق الجزئي يسبب لهثة في التنفس وكذلك القرحة، وهنا تدافع الأنا عن نفسها للتعبير عن الرغبات المكبوتة بأعراض جسمية.

(فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص 152-153).

**ملاحظة هامة:** نود أن نشير أنه في الدراسات الأكثر حداثة وخاصة من قبل التحليليين يعتبرون التحويل والنكوص كمكانيزمات أساسية في ظهور الأمراض النفسية ذات التعبير الجسدي ولا يغفلون عن الآليات الدفاعية الأخرى التي تلعب دور بارز والتي حاولنا هنا أن نقف سوى على عدة ميكانيزمات للتقريب الفهم النظري والطرحي لهذه المفاهيم فهناك الكبت ذو الوجهين والإستدخال (Introjection) والإسقاط (Projection) والتكوين العكس (formation reactionnel) الخيال (l'imajination) والرمزية (symbolisation) وغيرهم من الآليات الدفاعية الذين يلعبون دورا بارزا في الاضطرابات السيكوسوماتية ويفشلون في إعادة التوازن المنشود التي من المفروض تحقيقه للأنا ولل فرد بصفة عامة.

### 3- الضغوط ودورها في الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية:

3-1 تعريف الضغط النفسي: عرف سيلبي الضغط النفسي من وجهة نظره الطبية وهو أنه "استجابة الجسم الغير محددة نحو أي مطلب يفرض عليه" (أمل سليمان تركي العنزي، 2004، ص32) وقد ذهب سيلبي إلى أن الجسم يستجيب للضغط بردود أفعال فسيولوجية وذلك لمواجهة الخطر والضغط النفسي والذي ينتج عن هذه الاستجابة بعض الأعراض فسيولوجية أو السيكوسوماتية.

وقد قسم سيلبي استجابة الكائن الحي البشري للضغوط إلى ثلاثة مراحل:

1- مرحلة الإنذار أو التنبية (Alarm Stage).

2- مرحلة المقاومة (Resistance Stage).

3- مرحلة الإنهاك أو الانهيار أو الإجهاد (Exhaustion Stage).

وتمثل مرحلة الإنذار رد الفعل الأول للموقف الضاغط عندما يدرك الفرد التهديد الذي يواجهه عن طريق الحواس التي تنتقل منها إشارات عصبية إلى الغدة النخامية، حيث يظهر الجسم تغيرات واستجابات تتميز بها درجة التعرض المبدئي للضاغط، وقد تحدث الصدمة العضوية بسبب الانفعالات الحادة وهي مرحلة قصيرة وسريعة جداً، ونتيجة لهذه التغيرات تقل مقاومة الجسم، وتحدث مرحلة المقاومة عندما ينتقل الجسم من مرحلة المقاومة العامة إلى أعضاء حيوية معينة تكون قادرة على الصد لمصدر التهديد، وتحدث هذه المرحلة عندما يكون التعرض للضاغط متسقاً مع التوافق، وهنا تختفي التغيرات التي ظهرت على الجسم في مرحلة الإنذار ويحاول الجسم التوافق مع المطالب الفسيولوجية التي تقع على كاهله (مصدر الضغط)، وعندما يقاوم الفرد الضغوط النفسية تكون أعضاء جسمه في حالة تيقظ تام كرد فعل على تأثير هذه الضغوط، وتحدث المرحلة الثالثة عندما يكون الجسم قد توافقت إلا أن الطاقة الضرورية للجسم تكون قد استنفذت، وتبرز هذه المرحلة إذا كانت الاستجابات الدفاعية شديدة واستمر التهديد واستنفذت الأعضاء الحيوية قواها اللازمة للصدوم، فتظهر علامات الإعياء تدريجياً وتتوقف قدرة الفرد على التوافق، وقد ينتج عن ذلك أمراض التوافق، ويعتبر المرض في هذه الحالة ثمناً للدفاع ضد العوامل الضاغطة الأمر الذي يؤدي في حالات متطرفة إلى الموت . (عبير بنت محمد حسن الصبان، 2003، ص45).

وقد عرف سلايكو (slalkeu 1990) الأزمة بأنها حالة مؤقتة من الارتباك وسوء التنظيم وتتميز أساسا بعدم قدرة الأفراد على التعامل مع موقف معين باستخدام الأساليب التقليدية لحل المشكلة وباحتمالية الاستجابة سلبيا أو إيجابيا.

وقد قام كابلان 1964 باقتراح أربعة مراحل للتعامل مع الأزمة التي تسبب الضغط النفسي:

1- للأزمة بداية واضحة ومنها بعض الأحداث مثل الاغتصاب أو الموت أو الأمراض المستعصية تكون مدمرة بشكل يجعلها مفاجئة.

2- بمجرد حدوث الأزمة يزداد الضغط العصبي وتبدأ استراتيجيات التعامل المألوفة في الظهور ولو فشلت لا تحل الأزمة ويزداد الشعور بالارتباك.

3- يظهر المزيد من استراتيجيات التعامل وقد تحل الأزمة ويعاد تحديد المشكلة أو تحرز فيها أهداف محددة.

4- لو لم تحل الأزمة تتركز المشكلة أو تنهار استراتيجيات التعامل الانفعالية ويزداد الضغط النفسي ويحدث الارتباك والثورة. (سحر علي طه علي جزر، 2001، ص41).

وقد تحدث الكثير عن التغيرات البيولوجية التي تحدث أثناء مواجهة الضغوط وتساعد هذه التغيرات في تخفيف دور الضغوط على المرضى ومثال ذلك زيادة معدل ضربات القلب أو ضغط الدم أو في إفراز الهرمونات كما أن الأبحاث قد أوضحت أن الضغوط تؤثر على الجهاز المناعي مما يؤثر على الإصابة بالأمراض المعدية والسرطان والحساسية.

وقد أوضح زاكوسكي (zakowski 1992) وآخرون أن الحزن والحزن يحركان وظائف مناعية وأن الشعور بالضيق قد ينم عن تغيرات في المناعة وكذلك القلق.

(سحر علي طه علي جزر، 2001، ص42).

#### 4- دور الانفعال في نشأة المرض السيكوسوماتي:

يعرف أحمد عزت راجح 1967 الانفعال "بأنه حالة نفسية جسدية ناتجة عن أي حالة شعورية خاصة تقترن باضطرابات فسيولوجية حشوية مختلفة تغطي الأجهزة الداخلية جميعا"، كما يرى أنها تقترن بحركات تعبيرية وإيماءات وألفاظ وسلوك خارجي ظاهر تتصرف عن طريقه تلك الطاقة الحشوية.

(سحر علي طه علي جزر، 2001، ص46).

وقد تعددت الملاحظات التجريبية والإكلينيكية في السنوات الأخيرة لتوضح الأثر البالغ الذي تحدثه الصدمات الانفعالية في الجسم عندما ينشأ من تكرارها حالة مستمرة من التوتر النفسي والمظاهر الفسيولوجية المصاحبة للانفعال تكون في بادئ الأمر بمثابة اضطراب وظيفي لا يلبث أن يهدأ ويزول بزوال الانفعال.

ولكن عندما تتكرر الاضطرابات الفسيولوجية بدوام الأسباب المثيرة للانفعال والتوتر النفسي فإنها تتحول إلى اضطرابات مزمنة تؤدي في النهاية الأمر إلى أعراض وإصابات عضوية. فإذا حدث وأن أعيقت هذه الطاقة الانفعالية عن الخروج و الانطلاق على شكل سلوك خارجي مناسب بالقول أو بالفعل سوف يرتد هذا التوتر إلى الشخص نفسه مما يؤدي في النهاية إلى تغيرات عضوية في الأنسجة وإذا زاد تراكمها واشتدت وطأتها تتضخم الاضطرابات والتوترات مما يحدث للشخص اضطراباً . (سحر علي طه علي جزر، 2001، ص 47).

ويوجز أحمد عكاشة 1982 أهم العوامل الانفعالية التي تؤدي إلى الأمراض السيكوسوماتية فيما يلي:

1- الحرمان من العناية والحب والعطف مع وجود رغبة المريض الملحة في الحصول عليها ومن هنا نشأت الصلة بين دلائل الحب وحركات المعدة، ويستجيب الشخص للحرمان الذي يعانیه صامتا بالطموح الزائد، ومضاعفة الكدح والتظاهر بعدم المبالاة وبارغام نفسه على بذل الحب والعطف لغيره، ونشاهد هذه الحالات الانفعالية في الأشخاص المصابين بقرحات المعدة.

2- نزعات عدوانية والثورة ضد السلطة والتذمر من العمل ومحاولة تجنب المسؤولية والصراع العنيف لمواجهة معضلة وجدانية لا يمكن حلها ولا تجنبها كما في حالات ارتفاع ضغط الدم.

3- الخوف من فقدان الأم أو ما يقوم مقامها كالزوجة مثلا في حالة بعض الأشخاص الذين لم ينضجوا انفعاليا أو الخوف من فقدان موضوع الحب ويظلون متعلقين بالأم طفليا كما في حالات الربو. (سحر علي طه علي جزر، 2001، ص 49).

#### 5- الفرق بين الأمراض السيكوسوماتية والأمراض العصابية:

فالأمرض العصابية مجموعة من الأمراض التي يصطلح على أنها اضطراب في الحالة الانفعالية " Emotional disorder " أو اضطراب في الوجدان " Affective disorder "

وتكون لها مصاحباتها الفسيولوجية التي تعم الجسم بأشملة، ففي القلق تكون له مصاحباته الجسمية كجفاف الحلق، وزيادة ضربات القلب وذلك نتيجة للمخاوف التي تعم الكائن الحي، والناجمة عن إدراكه لخطر يحيق به.

" خلاصة القول " أن العصاب بأشكاله المختلفة سواء وهن الأعصاب أو في الأعصبة القهرية الوسواسية أو غيرها له مصاحباته الفسيولوجية التي تعم الجسم بأشملة سواء أجهزته المعدية معوية أو أجهزته الدورية أو أجهزته الهيكلية، وهذه أوجه الشبه الأساسية بين العصاب والاضطراب السيكوسوماتي. ("أبو النيل"، 1984، ص ص، 22-28).

فماذا عن الفرق الأساسي بينهما؟.

يفرق يوسف مراد (1954) بين الاضطرابات السيكوسوماتية والعصاب في ثلاث نواح:

- 1- الجهاز العصبي العامل في العصاب هو الجهاز العصبي الإرادي ، أما في الاضطراب السيكوسوماتي فهو الجهاز العصبي اللاإرادي.
  - 2- في الوقت الذي نجد فيه القلق موجود في الاضطراب السيكوسوماتي يكون هائما طليقا في العصاب.
  - 3- أما العرض فهو رمزي في العصاب وانفعالي في الاضطراب السيكوسوماتي .
- (أبو النيل"، 1984، ص، 80).

ولعلى خير ما نختم به هذه المقارنة ما جاء به " زيور" في كتاب " الأمراض السيكوسوماتية " حين يفرق بين العرض التحولي في الهستيريا، والعرض السيكوسوماتي وفقا لاختلاف مسار الانفعالات فيها، إذ ينشأ التحول في الهستيريا عن صراع انفعالي يقع تحت وطأة الكبت، وبناء على طواعية جسمية يتحول الصراع النفسي فيها إلى عرض بدني، هو تعبير رمزي للتسوية بين الرغبة و الدفاع. في حين يختلف الأمر في الأعراض السيكوسوماتية، فارتفاع ضغط الدم على سبيل المثال في حالة الغضب الشديد ليس تعبيراً رمزياً للغضب، وإنما هو جزء لا يتجزأ من حال انفعال الغضب نفسه، وذلك من خلال ميكانيزمات جسمية تتم في الجهاز العصبي اللاإرادي. فإذا ما تعرض الفرد لإثارة خطيرة من الخارج أو من الداخل أدى ذلك إلى انفعال شديد يتبعه استجابات تعويضية لمواجهة هذه الإثارة الخطيرة، كأن يستنفر زيادة مادة الجليكوجين و الأدرينالين في الدم، وارتفاع الضغط وغير ذلك من الاستجابات الحشوية، بحيث يصبح الكائن مهيباً لمواجهة المواقف بالهرب أو ...

فإذا كان الفرد واقعا تحت حالة عصابية من الغضب المكتوم فإننا نتوقع حينئذ أن تزداد هذه الاستجابات الحشوية، فإذا كانت الحالة العصابية المثيرة للانفعال والغضب أمرا مزمنا، لا بد أن ينتهي الأمر إلى إفساد في خلايا بعض الأعضاء الحشوية كالمعدة و الكلى وغيرهما فضلا عن إهدار الطاقة الحيوية. ( أبو النيل 72، 1984، ص ص 5، 6 ) .

## 6- الفرق بين الهستريا التحويلية والأمراض السيكوسوماتية:

الجدول رقم (02): يوضح الفرق بين الهستيريا التحويلية والأمراض السيكوسوماتية.

(فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص ص 85-86-87).

(الاضطرابات السيكوسوماتية)	(الهستريا التحويلية)
1- تصيب الأعضاء التي يشرف عليها الجهاز العصبي اللاإرادي (الأعضاء الحشوية) (Autonomic.N.S) (عدا التهاب المفاصل الروماتزمي الذي يسبب إصابة للعضلات الهيكلية وألم ويسيطر على هذه العضلات الجهاز العصبي الإرادي).	1- تصيب الأعضاء التي يشرف عليها الجهاز العصبي المركزي (الحواس وجهاز الحركة) أي الأجهزة الإدراكية.
2- الأعراض الجسمية عبارة عن نتاج مباشر لصدمة نفسية، أو انفعالات مزمنة، أو إجهاد نفسي، وتخلو من الدلالات الرمزية للعرض، مع استعداد وراثي سابق وميكانزم الإنكار (Denial) هو الذي يميز السيكوسومات.	2- الأعراض الجسمية عبارة عن تعبيرات رمزية عن دوافع مكبوتة وصراعات لاشعورية وتخدم غرضا لدى المريض بصورة غير مباشرة، وميكانزم الكبت (Repression) هو الذي يميز الهستريا التحويلية.

<p>3- يمكن للمريض معرفة سبب اضطرابه العضوي، وكيف أن الغضب يزيد من ضربات القلب.</p>	<p>3- عدم معرفة المريض لسبب اضطرابه العضوي الوظيفي ومع عدم اكترائه بالعرض، رغم ما يسبب من إعاقة لما يحققه من مكاسب، وهروب من مواجهة الموقف.</p>
--	---

ونلخص مما سبق إلى أن أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية هي أعراض جسمية تنتج استجابة لانفعالات مزمنة وهي لا تخفف من حدة القلق ولكنها استجابة تكيفية للانفعال وتحدث خلا وظيفيا حقيقيا في العضو المصاب أما أعراض الهستيريا التحولية فهي أعراض جسدية تنتج استجابة لانفعال مؤقت تخفف عند حدوثها من حدة القلق ولا يصاب العضو إصابة حقيقية.

وهكذا نرى أن الأمراض النفس- جسدية لا بد أن تستوفي شروط لحدوثها وأن المصاب بها له خصائص معينة تشكل شخصيته ونمط حياته وأن للضغوط الحياة المحيطة بالفرد دور بارز في تهيئته للإصابة بهذا النوع من الأمراض وما ينجم عنها من انفعالات عنيفة متكررة تكون علا منجرا لها، وأن ميكانيزم التحول يختلف بين المرض النفسي والاضطراب العضوي. تختلف الأمراض السيكوسوماتية عن بعض الاضطرابات الأخرى والتي تظهر بها بعض الأعراض الجسدية والتي يطلق عليها الاضطرابات الجسدية الشكل.

وتتصف الاضطرابات الجسدية الشكل بوجود مشاكل نفسية تأخذ شكل جسمي أو عضوي. وتتضمن الاضطرابات الجسدية الشكل الأعراض الجسمية الواضحة والتي لا يمكن تفسيرها كنتيجة لعوامل طبية، وتتضمن اضطراب التبددين ( الجسدية) والاضطراب التحولي واضطراب الألم وتوهم المرض واضطراب تشوه صورة الجسد. ( Bonnie, 2001, p 420 ).

ويعني اضطراب التبددين أو الجسدية أو وجود شكاوي جسدية متعددة تبدأ قبل سن 30 سنة وتحدث لأكثر من بضع سنوات وتؤدي الى طلب العلاج أو خلل واضح في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة من الأداء الوظيفي. بينما يعني اضطراب التحويل (أو الهستيريا التحولية) عرض أو عجز أو خلل وظيفي في أحد أعضاء الجسم نتيجة عوامل نفسية، دون وجود أسباب طبية أو تشريحية. بينما يعني اضطراب الألم وجود الألم في موضع

تشريحي أو أكثر وتكون للعوامل النفسية دورا هاما في ابتداء الألم أو شدته أو مفاقمته أو الإبقاء عليه، بينما يعني اضطراب توهم المرض الانشغال بمخاوف من حدوث مرض خطير أو الانشغال بفكرة أن لدى الشخص مرضا خطيرا، وهذا الانشغال مبني على سوء تفسير الشخص للأعراض الجسدية. ويعني اضطراب تشوه شكل الجسد الانشغال بعيب متخيل في المظهر. وإذا كان هناك شذوذ جسدي بسيط فان قلق الشخص يكون مفرطا جدا.

**( AMERICAN PSYCHATRIC ASSOCIATION, July 2000 )**

وتختلف الأمراض السيكوسوماتية عن الهستيريا التحولية في أن الأولى يحدث فيها خلل عضوي حقيقي نتيجة عوامل نفسية و انفعالية بينما في الثانية يحدث خلل وظيفي في العضو نتيجة الصراع النفسي بحيث يكون العضو سليم ولكنه غير قادر على القيام بوظيفته وتكون للعرض وظيفة رمزية مثل حالات العمى الهستيريا والشلل الهستيريا ... الخ.

ففي الهستيريا لا يكون هناك ضرر عضوي، وفي هذا العصاب يتم التعبير عن الصراعات اللاشعورية بواسطة أعراض لها معاني وتفسيرات رمزية، وهي تنتمي إلى مستوى متطور من النمو النفسي فالنكوص لا يصيب سوى التمثلات ( التصورات).

**( بلعارف، أكتوبر - ديسمبر 2005، ص 92).**

بينما تشير الهيبوكوندريا إلى الاهتمام الزائد بالبدن والقلق الزائد على الصحة و القلق من الإصابة بمرض معين، وجميع المعلومات عن هذا المرض وأعراضه ومضاعفاته، فمريض توهم المرض مريض مثقف وهو يبحث دائما عما يؤيد مخاوفه.

وفي الهيبوكوندريا يركز المريض اهتمامه حول جسمه وهو في قلق وهمي من أن يصاب بضرر لا أساس له في الواقع، وهنا يكون النكوص جزئي عن طريق فشل استثمار الموضوع على حساب استثمار أهم للترجسية. ( بلعارف، أكتوبر - ديسمبر 2005، ص 92).

ولكن يتميز المرض السيكوسوماتي بأن العوامل النفسية تؤدي إلى إصابة عضوية فعلية، مثل حالات قرحة المعدة أو التهاب المفاصل ... الخ.

وفي حالة المرض السيكوسوماتي يتم النكوص إلى مستوى أكثر قدما أو رجوعا للوراء أقرب نكوص الذهاني لكن دون انفجار الأنا. فتكوين الأمراض السيكوسوماتية ينطبق على مستوى من تنظيم الشخصية أكثر قدما وتأسلا من المستوى الذي تتشكل فيه الأعراض العصابية ...

لهذا نستطيع أن نحدد عند المرضى السيكوسوماتيين ميلا إلى استعمال ميكانيزمات دفاع قريبة من التي نجدها عند الذهنيين مثل ميكانيزم " التوحد الاسقاطي".

( بلعارف، أكتوبر - ديسمبر 2005، ص 92).

وتختلف الأمراض السيكوسوماتية عن الهستيريا أيضا في أن الأعراض السيكوسوماتية لا تكون لها وظيفة رمزية، بينما تكون في الهستيريا لها وظيفة رمزية.

وقد قدم فرويد تشخيصا فارقا بين الهستيريا وتوهم المرض، فالهستيريا تعود في جذورها إلى نكوص إلى عهد الطفولة - المرحلة الأوديبية - في حين يعود الهجاس في أساسه إلى الصراعات الراهنة... وهذا التفريق فائق الضرورة في ميدان الطب النفسي والجسدي ( السيكوسوماتيك) حيث يتم تصنيف المرض وعلاجه على أساس هذا التفريق ولكن بتحفظ. ( بيار مارتى وآخرون، 1990، ص 53).

#### 7- أحلام المرضى السيكوسوماتيين وغريزة الموت أو التدمير:

لقد قرر كلا French&Shapiro من أنه عندما ندرس أحلام المرضى الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية، عادة ما نجد علاقة قوية بين محتوى أحلامهم وبين الأعراض السيكوسوماتية التي يعانون منها. ( Thomas & Louis, 1949, pp 110-112 ).

ويتضح من خلال تحليل أحلام المرضى السيكوسوماتيين تميزها ببعض الخصائص والتي توضح فشل وظائف الأنا، ويوجد اختلاف بين الأنا لدى المرضى السيكوسوماتيين و الأنا لدى العصائيين والذهنيين، فالأنا في حالات العصاب والذهان يتعامل مع العناصر المهددة ويستخدم ميكانيزم دفاعي لمحاولة تسوية الصراع، بينما في الحالات السيكوسوماتية لا يحدث الأنا تسوية ويفشل من عمل أي اتصال مع العناصر المهددة الداخلية التي تمثل تهديدا له.

( طه، 2001، ص 72).

ومن خلال تحليل أحلام المرضى السيكوسوماتيين نجد سيادة نماذج من الأحلام لافتة للنظر متشابهة لدى السيكوسوماتيين، نكشف عن البناء العقلي المشترك لهؤلاء المرضى. وأهم هذه النماذج ما يلي:

1- أحلام تحتوي على وحشية قصوى: هذا النموذج يعكس غريزة العدوان الشديدة و فشل

المريض في أن يعادلها أو يحيدها.

2- أحلام تحتوي على فعل السفاح: ويفسر هذا النمط ارتباط الرغبات الجنسية بالعدوان وفشل الأنا في التحكم فيها.

3- الأحلام التي تحتوي على خصائص الأخر أكثر من مشاعر وخبرات الحالم نفسه: وفي هذا النموذج يتضح الفشل الكلي في وظائف الأنا.

ويتضح من النماذج السابقة ظهور دفاعات التدمير أو العدوان بشكل واضح في أحلام المرضى السيكوسوماتيين.

مطروحة السيكوسوماتيك

## المحور الرابع: تشخيص وعلاج الاضطراب السيكوسوماتي

### تمهيد:

يؤكد أهل الاختصاص والميدان أن قيمة العلاج الفعلية لبد وأن تتبع من صورة تشخيصية ذات طابع محدد ودقيق وواضح، ومن تم نستطيع أن نتكلم عن خطة علاجية مناسبة تحقق الأهداف المسطر الوصول إليها ولقد تنوعت العلاجات المستخدمة لدرأ صدع هذه الأمراض في جسد المريض بين نفسي وكيميائي وتقليدي وغيرها إلا أن التجربة أثبتت أنه من غير الممكن على بعينه لتحقيق الشفاء.

### 1- تشخيص الاضطراب السيكوسوماتي:

إن القيام بعملية تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية يستلزم إجراءات عملية يقوم بها المختص للإمام التام بواقع المريض والوقوف على حقيقة المرض وانتماءه وتصنيفه ويجب في بادئ الأمر الاهتمام بإجراء فحص طبي شامل ثم بعد ذلك التقصي والبحث في التاريخ العائلي للمريض وتاريخ المرض وبناءات الشخصية، وتحقق هذه الخطوات الإجرائية في كثير من الأحوال حصر للأسباب الحقيقية والكامنة للجوهر المرض (أي إذا كان عضوي محض أو أنه مرض نفس جسدي أثارته العوامل السيكولوجية).

ومن الملاحظ في الاضطرابات السيكوسوماتية عدم الاعتراف من قبل المريض بأن داءه في الواقع هو مرض نفسي جسدي فهو إما شعوريا أو غير شعوريا يحاول أن يثبت بأن مرضه في الحقيقة إلا حالة نفسية أو العكس بأن يصر بأن مرضه عضوي خالص لا دخل للعامل النفسي فيه لا من قريب أو بعيد. (فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص 102).

كما ذهب ويس وإنجليش (Weiss and English) 1950 إلى أن هناك نوعا من الافتراضات التي تساعد في التشخيص السيكوسوماتي مثل التاريخ الأسري الذي يبين الجوانب النفسية والاجتماعية مثل تقمص أي المريض، ووجود شواهد العصاب في الطفولة والتي تعتبر مقدمة لعصاب الشباب والحساسية لعوامل انفعالية خاصة والتي تحدث في البلوغ والزواج وميلاد الطفل وبناء الشخصية الخاص والسلوك النوعي الخاص.

(محمود أبو النيل، 1994، ص ص 92-93).

وكذا من الملاحظ أنه عندما يعرف المريض بهذا التشخيص يبدأ النشاط لدفاعاته بشكل ملحوظ وقد تزداد انفعالاته وحدة نوبته وظهور أعراض الاضطراب بشكل ملحوظ أثناء

التشخيص، ويلاحظ أيضا وجود اضطراب سيكوسوماتي لدى المريض سابق أو وجود تاريخ مرضي في الأسرة لنفس المرض أو مرض مشابه، كما يكون سير المرض مرحليا بمعنى التقلب بين فترات شفاء وأخرى مرض وهذا حسب الحالة النفسية للفرد، كما يلاحظ ارتباط المرض السيكوسوماتي بنمط معين في الشخصية مثل (الميل إلى السيطرة والعدوان أو الكآبة والانطواء...).

(فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص106).

ولقد ذهب بعض الباحثين إلى أن العوامل السالفة لتحديد أهميتها يجب معرفة شخصية المريض وحياته وغالبا ما نجد عنصرا مشتركا هو عدم النضج العاطفي أو التخوف من المسؤولية أو الكبت الشديد وهذا يعني أن هناك طراز من الشخصية معرض للإصابة بالمرض النفسجسمي، وهي ما سماها بعض الباحثين بالشخصية النفسجسمية.

(ناصر الدين زبدي، 1998، ص183).

ومن الملاحظات المهمة في التشخيص هو الاعتماد على التشخيص الفارقي\* 1 (Diagnostic différentiel) بغية الوقوف على الفرق بين العرض النفس جسمي وبين عرض مصاحب لأحد الأمراض النفسية العصابية فمثلا قد تكون العنة الجنسية (l'impuissance) أو البرود الجنسي (fregidité) أو فقدان الشهية للطعام العصبي (Anorexie ou l'inappétance) اضطرابا نفسيا جسميا في حد ذاتها وقد تكون عرضا مصاحبا لحالة الاكتئاب (Depression).

كما يجب أن ينتبه المشخص إلى النقاط التالية وعليه أن يحددها ويتعرف عليها وهي أنه يمكن للإجهاد النفسي والصدمات الانفعالية أن تكون السبب المباشر لحدوث الاضطراب العضوي ويجب أن يحدد أثناء التشخيص الطبي ومدى هذا الاضطراب هل هو اضطراب في وظيفة العضو فقط أم في بنية التشريحية أم في الجانبين الوظيفي والبنوي معا من ناحية أخرى يجب تحديد فيما إذا كان الإجهاد النفسي والانفعالات الحادة تؤثر في سير المرض لا إحداث المرض حيث يكون الفرد مصابا بمرض ما إلا أن سير المرض يتأثر وبشدة بعوامل الانفعالات وبالإجهاد النفسي فالعامل النفسي يغير من سير المرض كما أنه يزيد من عمق الإصابة.

ويضيف انجلش وويس (English and Weiss) أن الاضطراب السيكوسوماتي يحتاج في تشخيصه إلى ما يلي، كما أنه يجب أن تتوفر فيه الخصائص التالية:

- (1) يحتاج إلى فحص طبي شامل.
- (2) ضرورة استطلاع تاريخ حياة المريض وتاريخ المرض وبناء الشخصية.
- (3) المريض يصر ويؤكد على أن مرضه جسمي.
- (4) تزداد أعراض المرض وضوحاً عند عملية التشخيص.
- (5) ارتباط الحالة بنمط معين من أنماط الشخصية ووجود اضطراب انفعالي مرسب للمرض.

- (6) وجود اضطراب نفسي جسمي شامل سابق.
- (7) وجود تاريخ مرضي في الأسرة لنفس المرض أو ما شابه له.
- (8) سير المرض يكون مرحلياً، مراحل مرض ومراحل شفاء.
- (9) التشخيص الفارقي ضروري للوقوف على نوعية المرض وأعراضه.
- (10) لابد من التفريق بين الأعراض السيكوسوماتية والهستيريا.

ويرى بعض الأطباء النفسانيين أن هناك بعض الصفات المتعلقة بالاضطرابات السيكوسوماتية التي تساعد على التشخيص الفارقي ومن أبرز هذه الصفات ما يلي:

- (1) الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات في وظيفة العضو وقد تؤدي إلى تلف أو إصابة في العضو إذا توافرت شروط انفعالية محددة وهي بهذا تختلف عن الأعراض العقلية.
- (2) تلعب الاضطرابات الانفعالية دوراً أساسياً فيها سواء في بداية الأعراض أو بعد تفاقم الأعراض.

- (3) إنها اضطرابات مزمنة ذات مراحل.
- (4) تميل إلى الارتباط بغيرها من الاضطرابات السيكوسوماتية وتحدث في العائلة الواحدة أو لدى الفرد في مراحل مختلفة من حياته.
- (5) تختلف بين الجنسين فحالات الروماتيزم المفاصل أكثر شيوعاً لدى الإناث بالمقارنة بالرجال والربو لدى الأولاد يزيد ضعف ما هو عليه لدى البنات وهكذا.
- (6) تتحسن بالعلاج النفسي بشكل جزئي أو كلي في حين لا تتأثر بالعلاج العضوي.

(فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص110).

وكل هذه الملاحظات التي تناولناها هي عامة في عملية تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية فيجب أخذها بعين الاعتبار من قبل المشخص حتى يؤدي ذلك إلى تشخيص

جيد يساعد في وضع إستراتيجية علاجية صحيحة هادفة لهذا يعتبر المختصون أن التشخيص ليس بالأمر السهل على الأخصائي بل هو يحتاج إلى مهارة وخبرة طبية ونفسية عالية وذلك خشية وقوع إلتباس أو تداخل مرضي بين الأمراض العضوية والأمراض السيكوسوماتية مما ينعكس سلبا على حياة المريض وكما يقول المثل العامي لدينا "جايسعى ودرتسعى".

فضلا عن طرق التشخيص الطب نفسي، التي تعرضنا لها - تشخيص DSM بتعديلاته المختلفة - قدمت عدة محاولات لاستخدام الأساليب السيكومترية للمساهمة في تشخيص الاضطرابات النفس جسمية، كان من أهمها أربعة أساليب، شملت كما يشير أبو النيل (2001)، أربع طرق كبرى وهي :

أ- طريقة فيس وانجلش .

ب- معادلة النقاط الست لهالدي.

ج- التشخيص باستخدام الطريقة الطولية .

د- الاختبارات النفسية .

ونحاول فيما يلي عرض تلك الطرق بنوع من التفصيل :

أ- طريقة فيس وانجلش :

تعتمد طريقة فيس وانجلش (1950) على دراستهما للشخصية، حيث يشيران إلى أن تشخيص الاضطرابات النفس جسمية لا بد أن يؤسس على النواحي الفيزيولوجية والنفسية معا، بعبارة أخرى فإن تشخيص الاضطراب النفس جسمي يعد ممكنا فقط إذا ما جمع بين المنظور النفسي والمنظور الفيزيولوجي العضوي .

ويحدد فيس وانجلش عددا من الافتراضات التي تساعد في التشخيص النفس جسمي مثل :

1- التاريخ الأسري للفرد في جوانبه النفسية والاجتماعية .

2- وجود شواهد لعصاب في الطفولة والتي تعتبر مقدمة لعصاب الشباب .

3- الحساسية لعوامل انفعالية .

4- بناء الشخصية وسلوك الفرد .

ب- معادلة النقاط الست لهالدي :

قدمت هالدي صيغة مكونة من ست نقاط، روعي فيها أخذ جميع الجوانب المؤثرة في

الاضطرابات النفس جسمية في الاعتبار ، وقد شملت هذه النقاط :

1-الانفعال كعامل معجل : ويؤكد هذا العامل أن المرض غالبا ما يكون مدفوعا باضطراب انفعالي ، يحدث كاستجابة للتعرض لحادث واضح .

2- نمط الشخصية : حيث أن كل نمط من أنماط الشخصية يرتبط بمرض خاص، ولذا فمن البديهي أن تكون أنواع الأمراض المختلفة تعبيراً عن أنماط مختلفة من الشخصية، وهذا ينطبق خاصة على الأمراض النفس جسمية، وتصف هاليدي أربعة أنماط للشخصية هي :

أ - النمط الهستيرى ( أو المسرحي)، والذي يرتبط بالهستيريا من حيث مظاهرها الجسمية سواء أكانت حسية حركية أم اضطرابات آلية .

ب - النمط ذو الحساسية الزائدة ( وهو الأكثر عرضة للإصابة بمرض الربو) .

ج - النمط ذو النشاط والطموح الزائدين، شديد الميل إلى توكيد الذات ( وهو الأكثر عرضة للإصابة بالربو، وقرحة المعدة، وارتفاع ضغط الم ) .

3-جنس الفرد : حيث تذهب هاليدي إلى وجود فروق بين الجنسين في نوع الاضطرابات التي تصيب كل جنس - والتي قد تختلف درجتها عبر الزمن - فهناك زيادة لدى الأطفال الذكور في الإصابة ببعض الاضطرابات مثل الربو وقرحة الإثني عشر، أما لدى الإناث فتزداد الإصابة بأمراض أخرى جحوظ العينين، وروماتيزم المفاصل .

4- التاريخ الأسري : إذ يظهر العديد من المرضى السيكوسوماتيين وجود تاريخ مرضي لدى آبائهم و إخوتهم أو أقاربهم .

5-تباين مظاهر المرض : فمسار المرض يظهر على فترات منقطعة، ومنكررة، وهناك اختلاف في حدة المرض ومدته، في كل مرحلة رئيسية من مراحل تطور المرض ( أبو طيرة، 1989، ص 41)، وهذا في المرض الواحد أو عبر مختلف الأمراض .

6- ارتباط المرض باضطرابات مرضية أخرى : فقد يظهر المرض مرتبطاً بوجود مرض نفس جسمي آخر، أو قد تحدث عدة اضطرابات نفس جسمية لدى الفرد في آن واحد. كما قد يرتبط المرض السيكوسوماتي بأمراض نفسية مثل العصاب النفسي، أو أمراض عقلية مثل الفصام، والذهان الاكتئابي، والبارانويا. ( أبو النيل، 2001، ص ص 13، 14).

ج-التشخيص باستخدام التتبع الطولي للمرض :

لاحظ فيس و انجلش - في الدراسات الطولية التي قاما بها - أن الاضطراب السيكوسوماتي يظهر عبر تسع مراحل تتباين والمراحل العمرية للفرد، ويظهر في كل رحلة من تلك المراحل مجموعة من الأعراض الخاصة. ( أبو النيل، 2001، ص ص 13، 14).

#### د-المقاييس النفسية :

وتنقسم الاختبارات النفسية التي تستخدم في تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية إلى ثلاثة أنواع:

أ - الاختبارات الإسقاطية : ومنها الرورشاخ الذي يساعد في تحديد ما إذا كان نمط الشخصية أقرب للعصاب أم إلى الذهان .

ب - اختبارات الشخصية : من بين الاختبارات التي تساعد في تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية، اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI فهو من المقاييس الموضوعية المساعدة في تشخيص الحالات الطبية.

ج - الاستبيانات الخاصة بالصحة : ومن أمثلة هذه الاستبيانات ما يلي :

1- استبيان مسح النشاط لجنكنز ( Jenkins ) :

استخدمت عديد من استبيانات الشخصية، كذلك التي تهتم بتاريخ الحياة في البحوث المرتبطة بالكشف عن الاستهداف لأمراض معينة كالسرطان، الدرن الرئوي، اضطرابات القلب و الشريان التاجي، للتنبؤ بالكشف عن هذه الأمراض.

واهتمت واحدة من أشهر هذه المقاييس، بالكشف عن العلاقة بين نمط الشخصية (أ) والاستهداف لأمراض القلب الوعائية، وقد تضمنت البطارية التي قدمها فريدمان وروزمان من خلال دراستهما الإكلينيكية والمعملية عددا من الاختبارات الأدائية ومقاييس التقدير .

ولقد تم وضع استبيان النشاط لجنكنز ( JAS ) للغرض نفسه - من خلال جنكنز وريزانكي وروزمان 1979. ويتكون استبيان جنكنز من 52 عبارة تعتمد على تقدير المبحوث لمدى انطباق العبارة عليه من خلال مقياس تقدير وقياس نمطين للشخصية هما نمط (ا) ونمط(ب) ويستخرج من مقياس جنكنز درجة كلية للمعرج (أ) لمكونات ثلاثة استخرجت من خلال التحليل العامل هي عامل السرعة وعدم الصبر، وعامل استخدام العمل، وعامل المنافسة

والقيادة، وقد تم حساب صدق هذا المقياس باستخدام بيانات المقابلة لدى مرضى القلب والشريان التاجي.

### 1- استبيان ميلون للسلوك المرتبط بالصحة:

يعتبر استبيان ميلون للسلوك الخاص بالصحة محاولة للربط- في أداة واحدة - بين مجموعة من المتغيرات المتصلة بتقييم واتخاذ قرار في المواقف الطبية العامة. ويتكون استبيان ميلون من 150 عبارة، والإجابة عن كل عبارة تكون صح أو خطأ. ويستخرج من استبيان ميلون ( MBHI ) درجات لعشرين مقياسا فرعيا، تتفق وأساليب الشخصية المتوقع أن يكون لها تأثير في اهتمام وعناية المريض بصحته، وهذه الأساليب تشمل: المنطوي، المكفوف، الاجتماعي، الواثق، القوي، المحترم، الحساس، واختصت مجموعة أخرى من المقاييس بالاتجاهات والضغوط الحديثة، والتي قد تتدخل ويكون لها علاقة بالعلاج والشفاء ويشمل التوتر المزمن وخبرات الفشل القلبية، والتشاؤم المعتاد، ووجهة النظر المنعزلة والاعتزاز الاجتماعي.

واختصت مجموعة ثالثة من المقاييس بالكشف عن مدى التشابه بين الفرد والمرضى الذين لديهم اضطرابات نفس جسمية (مثل: الحساسية والاستهداف للأمراض المعوية والمعدية) وتتعلق بتقييم الأفراد الذين يفتقرون للاستجابة للمرض أو للتدخل العلاجي. ويستخدم الاستبيان في مراكز علاج السرطان وعيادات علاج الألم.

### 2- قائمة كورنل:

هي أول أداة استخدمت في التشخيص عام 1946، والتي أعدها وايدر Wayder وهي تكشف عن الاضطرابات النفس جسمية والعصبية والطب نفسية، وتكونت - في طبعها الأولى 1946- من 101 سؤالا، تنتوزع على عشرة مقاييس فرعية بالإضافة إلى سؤال تمهيدي، حيث شملت:

- 1) الخوف وعدم الكفاية. (5) الفزع. (8) أعراض الجهاز المعدي معوي.
- 2) العصبية والقلق. (6) الأعراض النفس جسمية. (9) الحساسية والشك.
- 3) الاكتئاب. (7) الخوف على الصحة. (10) السيكوباتية.
- 4) أعراض التنفس والدورة الدموية.

### 3- قائمة كورنل " الجديدة" للنواحي العصابية السيكوسوماتية 1986:

هذه القائمة من أعداد كيف برودمان Kees Brodman والبرت Albert Erdmann وهارولد ولف Harld G.Wolf بول في مسكوفتش Paul Miskovitz وقام بترجمتها إلى العربية محمود أبو النيل (1995).

والقائمة عبارة عن مجموعة من الأسئلة التي تتعلق بالصحة ومختلف الأحوال الصحية. والمقياس صمم بهدف التعرف على النواحي العصبية والانفعالية والنفس جسمية لدى الأفراد وترجع أهمية هذا المقياس إلى انه يمكن من خلاله وضع تشخيص تمييزي للمصابين بالاضطرابات النفس جسمية. كما تكمن أهمية القائمة أيضا في البحوث المستمرة التي تؤكد قدرتها على كشف الأعراض النفس جسمية. وتتميز القائمة بأنها تتضمن مجموعة من المواقف التي تكشف الإجابة عليها من جانب الفرد عن ما يعاني منه من أمراض عضوية تتسبب في ظهورها مواقف انفعالية وضغوط نفسية.

كما أن القائمة شملت جميع أجهزة الجسم التي تتأثر بالمواقف الانفعالية والتي تشير إلى الأعراض الناتجة عن اضطرابها إلى أمراض نفس جسمية وبالتالي فان عدد المواقف المرتبطة بالاضطرابات لنفس جسمية أكثر واشمل من قائمة كورنل السابقة والتي تتكون من 101 فقرة فقط وتقيس عشرة مقاييس فقط.

#### 4- مقياس العادات الصحية:

من المقاييس التي تهتم بالتنمية الصحية مقياس مبيان تأثير المرض (1) والذي قام باعدادة فريق من تخصصات مختلفة، يشكلون تعاونا فنيا عاليا فيما بينهم. ويعطي هذا المقياس اثني عشرة درجة في الفئات التالية:

(1) النوم والراحة. (2) الأكل. (3) العمل. (4) إدارة المنزل. (5) الاستجمام. (6) التسلية. (7) التجول والفسحة. (8) القابلية للحركة. (9) العناية بالجسم والحركة. (10) التفاعل الاجتماعي. (11) السلوك اليقظ. (12) السلوك الانفعالي والاتصال.

وتغطي العبارة الخاصة بكل فئة المدى من السواء إلى اللاسواء ولقد كشف المقياس عن كفاءة سيكومترية مقبولة. (أبو النيل، محمود، 2001، ص).

وهذه النوعية من المقاييس هي الأقرب إلى مقاييس أسلوب الحياة.

## 2- علاج الأمراض السيكوسوماتية:

لقد أكدت الخبرات الطبية والنفسية على أن الأمراض السيكوسوماتية تستعصي على العلاج الجسدي أو الطبي وحده كما تستعصي على العلاج النفسي وحده أيضا، لذلك من الضروري الاعتماد على تكامل العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي.

أ- السيرورة العلاجية النفسية: فبعد إجراء المقابلة مع المريض السيكوسوماتي والتأكد من البيانات المتوفرة\* لنا بأن تشخيص دقيق ومحدد نشعر في التكفل بالعمل والشروع في بناء إستراتيجية علاجية ويمكن توصيف سير المقابلات كالاتي فأهداف المقابلات الأولى تكمن في التقليل من حدة القلق وكسب ثقة العميل عن طريق تفسير المرض، والخطوات العلاجية الممكنة لتحسين حالته الصحية في إطار زمني يحدد مع العميل في هذه الأثناء تحدد الأدوار لكلا الطرفين، لكي تكون استجابة الطبيب النفسي إيجابية، ينتظر منها العميل فعالية علاجية، تحتاج المعطيات المحصلة عليها أثناء المقابلات بحث معمق ودقيق وهذا يتطلب وسائل خاصة نجدها في الاختبارات الإسقاطية كالروشاخ، تفهم الموضوع، العائلة وأخرى، تتميز هذه الاختبارات بكشف اللاشعور وعن طريق ميكانيزم الإسقاط تبرز على مستوى الشعور عوامل الصراع المتسبب في ظهور المرض والسيرورات التحتية له. حوصلت المقابلات والاختبارات الإسقاطية المطبقة، تسمح لنا بأخذ قرار استعمال منهجية علاجية تتوافق مع حالة عميلنا.

## ب- أهم المناهج العلاج النفسي المستخدمة:

1- التحليل النفسي: ويستخدم للكشف عن العوامل اللاشعورية، ومعرفة الهدف الذي يحققه المريض من وراء مرضه وعن سير المرض والطابع النفسي الدينامي للتداعيات خلال عملية التداعي الحر وكيف يتم تنظيم بعض العوامل النفسية من خلال علاقة النفس والجسم وكما هي معاشة من قبل المريض مع النظر إلى الناحية الاقتصادية بالمعنى النفسي التحليلي للكلمة، وهذه الناحية تتمثل في كمية الطاقة التي تحدث الاضطراب الجسدي ويلعب الإقناع والإيحاء (التنويم الإيحائي في بعض الأحيان لإزالة الأعراض) دورا مهما في هذا المجال وبعض المعالجين يستخدمون نوعا من الحقن (الأميتال الصوديوم) لتسهيل عملية التنفيس.

(فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص502).

2- **العلاج السلوكي:** ويفيد هذا العلاج في بعض الحالات كالتبول اللاإرادي أو اضطرابات الإخراج وبعض اضطرابات الجنسية وهذا بالاعتماد على تكتيكات الإشراف ومبادئ التعلم. (فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص 503).

3- **العلاج المعرفي السلوكي:** تهدف إلى تغيير نمط تفكير العميل والسلوكيات الناتجة عنه، يقوم تفكيره على انفعالات وإحساسات وتأويلات ذاتية لا يمكن تقييمها موضوعياً، غالباً ما يكون المصاب بهذه الأمراض يتميز بنمط تفكيري يضخم الأحداث ويبالغ في إحساساته بها. (صالح معاليم، 2008، ص 161).

4- **الإرشاد النفسي:** سواء للمريض نفسه أو لأسرته والأقرباء منه وينصح عادة بعدم العناية الفائقة بالمريض أثناء علاج حالته لأن ذلك يثبت نوبات المرض لاعتقاد أن ذلك يجذب انتباه الآخرين ويحقق العطف والرعاية إليه، وفي حالات ينقل هذا الإرشاد إلى علاج أسري وخاصة في حال وجود الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأطفال فلا بد من توجيه الوالدين وخاصة الأم.

5- **العلاج النفسي الجماعي والفردي:** ويفيد هذا العلاج خاصة في الحالات المتشابهة مثل القرحة أو السمنة وأما مثل الاضطرابات الجنسية فالعلاج الفردي أثبت فاعليته.

6- **العلاج البيئي أو الاجتماعي:** والذي يهدف إلى تعديل الظروف البيئية المضطربة التي يعيش فيها الفرد المريض، وهناك أيضاً علاج الشرح والتفسير في شرح العلاقة بين الانفعال ورد الفعل العضوي.

7- **الاسترخاء: Relaxation\* 1** وهي تقنية علاجية أثبتت جدارتها وفعاليتها في هذا النوع من الأمراض بطرقها المختلفة والمتنوعة والتي تهدف إلى تحقيق التوازن لدى الفرد والحصول على الاستراحة والانبساط والحد من شدة وتوترات العضلات المصاحبة للمعاناة النفسية، وقد استخدم سولتز (shultz) هذا التكنيك الذي أسماه تكنيك التدريب الداخلي\* 2 معتمداً على مبادئ جاكسون وعلى التنويم المغناطيسي الذاتي أو المركز وعلى مبدأ التغذية الراجعة الحيوية، حيث يمكن إحداث تأثير الاسترخاء أو التنويم المغناطيسي التأثير في بعض الوظائف الحيوية ولقد لاحظ سابير (M.sapir) 1973 أن المريض السيكوسوماتي يقبل الاسترخاء بسهولة ويمكن أن تساعد على ذلك طرق التغذية الراجعة الحيوية (Biofeedback) التي تساهم في تعديل بعض الوظائف العضوية مثل مخطط المخ الكهربائي والضغط الوريدي، وضربات القلب، وحرارة الجلد.

(فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص 505).

وهناك أنواع أخرى للاسترخاء هي أكثر تطبيقاً مثل الاسترخاء الدينامي أو ما يسمى (caycdo) . (صالح معاليم، 2006، ص 169).

8- العلاج الطبي بالأدوية: تساعد العلاج الطبية إلى جانب العلاج النفسي في علاج العديد من الحالات السيكوسوماتية التي تتطلب العلاج لفترات طويلة أحيانا بالإضافة إلى الأدوية الوهمية (placebo) وتستخدم في العادة مضادات الاكتئاب والقلق والمهدئات تحت إشراف ومتابعة طبية وكذا يفيد إعطاء بعض المقويات مثل فيتامين (ج) و(ب) والجلوكوز مع جرعات من الكافيين والبروميد ومن الأدوية المستخدمة أيضا في هذا النوع من الأمراض المهدئات الصغرى والعقاقير المنومة والأدوية المقوية أو المنشطة، وقد تتطلب بعض الاضطرابات السيكوسوماتية التدخل الجراحي كما هو في حالة القرحة . (فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص 504).

9- العلاج التكاملية: ونقصد به تكامل العلاج الطبي والنفسي والبيئي وسير هذه العلاجات جنبا إلى جنب يكمل ويساعد بعضها في بلوغ هذا النجاح والعلاج وتحقيق الصحة والشفاء للعميل وهذا ما أثبتته الدراسات والتجربة وهذا ما يوصي به خاصة في التعامل مع هذا النوع من الاضطراب.

## المحور الخامس : نموذج عن الاضطراب السيكوسوماتي:

### القرحة المعدية كنموذج للأمراض السيكوسوماتية:

**1- تعريف القرحة المعدية:** هي التهاب في جدار المعدة أو الجزء العلوي من الأمعاء الغليظة نتيجة لزيادة نشاط المعدة وزيادة الإفرازات والتي هي ضرورية فقط أثناء عملية الهضم لكن في بعض الظروف الانفعالية تظل إفرازات الأحماض تتصبب في المعدة فتؤدي إلى حدوث فجوات ملتهبة.

وتعتبر الظروف السيكولوجية الانفعالية المسؤولة الأولى لهذه الالتهابات كما أن فوضى التغذية والإكثار من الطعام هما مؤثران سيكولوجيان لحالات انفعالية تفرضان على المعدة عملاً مضاعفاً.

وتعتبر القرحة المعدية عند التحليلين بأنها عدوان موجه لداخل الفرد أي هي "غضب داخلي يعبر فيه الفرد عن العدوان وقلق العدوان المكبوت".

يقول دونالددير واليانورليرد "عندما تبدأ التوترات الانفعالية في العقل فإنها تؤثر في وظائف البدن، فالغضب يجعل المعدة دائماً متهيجة ويكون ذلك بداية القرحة".

(ناصر الدين زبيدي، 1998، ص ص 203-204).

### 2- أسباب القرحة المعدية:

يذهب كوفيل وزملائه إلى القول بأنه على الرغم من أن السبب المباشر هو زيادة إفراز أحماض المعدة التي تلهب جدرانها وتهيجها وفي النهاية تؤدي إلى تآكل هذه الجدران، فإن تلك الزيادة في الإفراز تأتي غالباً من حالة الضغط المزمن الناجم عن توتر انفعالي مستمر وتوجد قرحة المعدة عادة عند الأشخاص ذوي الطموح المرتفع، ورجال الإدارة الذين يحدث صراع بين سلوكهم الخارجي وبين رغبتهم في الاعتماد على الغير.

(ناصر الدين زبيدي، 1998، ص 209).

وقد كشفت دراسات تجريبية ارتباط القرحة بالأحداث التالية:

- الأحداث التي يواجه بها الفرد الفشل والإحباط.
- وجود صراع أو خلاف مع الأم أو مع من يرمز إليها كسلطة.
- في حالات الحمل للزوجة (المريضة) أو وضعها لطفل.

- الشعور العنيف بالذنب على وجود علاقة جنسية غير شرعية.
  - العمل تحت ظروف التوتر والضغط وقمع الرغبات.
  - المشاحنات العائلية والاعتماد على الآخرين وعم الاعتماد على النفس.
- (ناصر الدين زبدي، 1998، ص 206).

### 3- أعراض القرحة المعدية:

- باختصار يمكننا القول أن أهم الأعراض الرئيسية للقرحة هي:
- الألم الذي يكون على شكل مغص، مع حرق موضعي، وامتداد نحو الظهر وجانبي البطن.
  - الحموضة التي تصاحب الألم.
  - القيء.
  - أعراض أخرى تصاحب ذلك مثل الإسهال الكاذب، والتوتر العصبي، والكآبة، وسرعة الانفعال .
- (فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص 186).

### 4- مراحل حدوث القرحة المعدية:

- وتذهب فلاندوز ودنبار إلى أن هناك أربع مراحل تحدث خلالها قرحة المعدة:
- أولها:** الاضطرابات الانفعالية التي تؤثر على الآليات العصبية بالدماغ الوسط والحوصلة للجهاز المعدي.
- ثانيها:** أن هذه الاضطرابات تؤثر في إنتاج حامض الهيدروكلوريك حيث يؤدي كثرة إنتاج الحامض عن الحد المطلوب للهضم إلى الضرر، ونتيجة لذلك يحدث الجوع أن يصبح الجسم في حاجة إلى الطعام فيأكل الإنسان أكثر مما يحتاج فيحدث الضرر.
- ثالثها:** ظهور التوتر في العضلات الملساء وتضطرب عمليات التقلص بها وبدلاً من أن يمر الطعام المحفوظ في المعدة في خطه العادي للهضم فإنه يهيج البطانة.
- رابعها:** إتحاد حامض الهيدروكلوريك وتوتر العضلة فيزيد من الجرح الموجود على جدار البقعة الهضمية وتصبح القرحة واضحة وترى بأشعة X .
- (ناصر الدين زبدي، 1998، ص ص 209-210).

## خاتمة:

إن الحادثة النفسية لا تحدث بمعزل عن الوسط العضوي ووظائفه ، بل إن الوسط العضوي شرط للحادثة النفسية ، ولذا فإن النفس والجسم وحدة متكاملة متناسقة لا يمكن فصلهما .  
أي أن الحادثة النفسية لا تجري مستقلة عن الجسم ووظائفه بل تحدث فيه ، ويرافقها تغيرات فيزيولوجية متعددة مثل (الخجل الذي يصاحبه زيادة في ضربات القلب وتغير في توزيع الدم ، ونقص في إفراز اللعاب وتوتر في العضلات) ، وهذا المنهج العلمي في علم النفس يسمى بالمنهج التكاملي الذي يربط بين العلوم السيكولوجية والفيزيولوجية والاجتماعية ، ولا ينظر إلى الإنسان من حيث هو جسم ونفس ينضافان إلى بعضهما أو مجموعة أجزاء نفسية يلصق بعضها إلى بعض بل ينظر إليه من حيث أنه وحدة نفسية جسمية اجتماعية .

## المراجع:

1. أنس شكشك (2007) : الصحة والأمراض النفسية ، (د.ط)، دار الحافظ للكتاب القاهرة، مصر.
2. حامد عبد السلام زهران (1977) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، الطبعة الثانية، دار عالم الكتب- القاهرة - مصر
3. زينب شقير (2002) : الأمراض سيكوسوماتية (النفس-جسمية) ، المجلد الأول، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة المصرية - القاهرة- مصر.
4. سعد جلال (1971) : المرجع في علم النفس ، (د.ط)، دار المعارف الجامعية، مصر.
5. صالح معاليم (2008) : محاضرات في الأمراض النفس جسدية ، (د.ط)، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر، الجزائر.
6. عبد الرحمان العيسوي (2000) : الاضطرابات النفسجسمية ، الطبعة الأولى، دار الراتب الجامعية - بيروت- لبنان.
7. فوزي محمد جبل (دون سنة) : الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية ، (د.ط)، المكتبة الجامعية - الأزاريطة، الإسكندرية - مصر.
8. فيصل محمد خير الزراد (1984) : الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية ، الطبعة الأولى، دار القلم - بيروت - لبنان.
9. فوزي محمد جبل (دون سنة) : الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية ، (د.ط)، المكتبة الجامعية - الأزاريطة، الإسكندرية - مصر.
10. فيصل محمد خير الزراد (1984) : الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية ، الطبعة الأولى، دار القلم - بيروت - لبنان.
11. فيصل محمد خير الزراد (2009) : الأمراض النفسية-جسدية أمراض العصر ، الطبعة الثانية، دار النفائس - بيروت- لبنان.
12. مأمون صالح (2008) : الشخصية ، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع - عمان - الأردن.

13. محمد عبيدي (2008) : علم النفس العام ، (د.ط)، دار بوحالة للطبع، الجزائر،
14. محمود السيد أبو النيل (1994) : الأمراض السيكوسوماتية في الصحة النفسية ، الطبعة الثانية، المؤسسة الابراهيمية، مصر.
15. محمود عبد الحليم منسي وآخرون (دون سنة) : الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية، الجزء الأول ، (د.ط)، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.
16. ناصر الدين زبدي، الأمراض السيكوسوماتية لدى الأستاذ الجامعي ، الجزء الأول، (د.ط)، دار الحكمة منشورات جامعة، الجزائر.

المراجع الأجنبية:

- 01- Bensmail .B(1988) : la psychiatrie Aujourd'hui. Opu, Alger.
- 02-Bottero .A et Coll(1992) : psychiatrie de l'adulte. maloine, Paris
- 03- Bourcet.S(2001) : Stratégies thérapeutiques, Ellipses, édition marketing.
- 04- Deloune.A(2004) : Pratiquer la psychothérapie, Dunod, Paris.
- 05- Despinoy.M(1999): Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Armand colin, paris.
- 06- Diatkine.R\_Vincent.M(1994); Psychiatrie de l'enfant.Puf, Paris.
- 07 – Jeammet. PH (1980) : Psychologie médicale . Masson , Paris
- 08- Laland.P- Grunberg.F(1992) : Psychiatrie clinique, approche contemporaine, Géatan Morin, Quebec.
- 09-Lambotte.M.C et coll (1995): La psychologie et ses applications pratiques, Editions de Fallois