



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس
تخصص علم النفس العيادي والصحة العقلية

مذكرة تكميلية لنيل شهادة ماستر
تحت عنوان:

التعقيل لدى مرضى سيكوسوماتيين

دراسة عيادية بتطبيق اختبار الـرورشاخ

إشراف الأستاذة:

– نجادي رقية

إعداد الطالبة:

– بن علي أمينة

لجنة المناقشة:

رئيسا

مشرفا ومقررا

مناقشا

– أ. غاني زينب

– أ. نجادي رقية

– أ. ديب زهيرة

السنة الدراسية: 2013 – 2014

الإهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى من جعل روحه تحيا بكياني و تجول حولي حتى تكون لي أنس في وحدتي و نور في ظلماتي إلى من أحمل اسمه بكل عز و افتخار و تمنيته وجوده اليوم معي أبي رحمه الله.

إلى التي لولاها ما كان لهذا اليوم من وجود و من دونها لا أكون إلى نور الذي ينير درب حياتي و منبع قوتي و حناني أُمِّي حفظها الله.

إلى من غمرتني بعطفها و حبها و كانت لي بمثابة الأم الثانية في هذه الحياة عمتي رشيدة.

إلى نور عيني و سر وجودي وروحي من أكون ملكة لهذه الدنيا و أنا بجانبه أخي مراد.

إلى من بفرحتهم تصنع البسمة على شفاهي و بهم و من أجلهم أحيأ و أعيش أخواتي لامية، زهيرة، أمينة.

إلى من أنجبت لي الدنيا ورفقاني و دعماني في مشواري دراستي صديقتي خديجة و نصيرة.

إلى من علمني الصبر على الحياة و دعمني بالثقة و القوة لي أستطيع بلوغ البال من قمم صديقي أوسامة.

مقدمة:

يستجيب الواحد منا لمختلف المواقف الضاغطة التي يواجهها في بيئته قصد تحقيق حاجاته و دوافعه، محاولا الوصول إلى حالة من التكيف و التوافق و ذلك باستخدام آليات و استراتيجيات و لكن أمام إلحاح بعض الدوافع و ظروف البيئة قد يفشل الفرد في مواجهتها مما يسبب له الضغط و تعرضه لصدمة انفعالية ينجم عنها اضطراب سلوكي قد يكون حادا و يدوم لفترة طويلة، و قد تعددت الملاحظات التجريبية العيادية في السنوات الأخيرة لتوضيح الأثر الذي تحدثه الضغوط و الصدمات الانفعالية في الجسم عندما ينشأ من تكرارها حالة مستمرة من التوتر و القلق النفسي، حيث تكون في بادئ الأمر بمثابة اضطراب وظيفي لا يلبث أن يهدأ و يزول بزوال الانفعال، و لكن عندما تتكرر الاضطرابات الفيزيولوجية الحادة بدوام الأسباب المثيرة للانفعال و التوتر النفسي فإنها تتحول إلى اضطرابات مزمنة تؤدي في نهاية الأمر إلى أعراض و إصابات عضوية و هنا يكون توقع حدوث اضطرابات عضوية نفسية المنشأ و هي الأمراض السيكوسوماتية التي هي عبارة عن "تعبير خاص عن أسلوب لحياة لدى الفرد و طرائقه في مواجهة القلق و النزعات النفسية المكبوتة".

و بالرغم من أن العامل النفسي يعتبر من أهم العوامل في تشكل الأمراض السيكوسوماتية إلا أنه بقي مهملا و مهمشا في هذا المجال، خاصة أثناء علاجها.

و من هنا تهدف دراستنا إلى تسليط الضوء على الجانب النفسي المغفل في هذا الميدان الطبي و الكشف عن العوامل النفسية المسببة للمرض السيكوسوماتي، و من أهدافنا أيضا محاولة تبين نوعية التعقيل و طبيعته لدى مريض السيكوسوماتيانطلاقا من هذا نحاول تفسير العمل النفسي الذي ينجزه التعقيل و صولا إلى كيفية حدوث الاضطرابات و تبين كيف للتعقيل علاقة في حدوثها، و كذلك الكشف عن الجانب الإرتباطي نفس- جسدي كدليل على تفاعل الوظائف الجسمية و النفسية و التشجيع على ازدواجية العلاج الطبي و

النفسي في آن واحد، و من الأسباب التي دفعتنا لاختيار هذا الموضوع لكون هذا النوع من الاضطرابات لم يؤخذ بعين الاعتبار ضمن الأمراض الخطيرة المنتشرة حاليا و خاصة عدم الاهتمام بالجانب النفسي عند المريض السيكوسوماتي إضافة إلى إهمال هذا الجانب النفسي في العلاج مثل هذه الأمراض و كذلك قلة الدراسات و الأبحاث حول هذا الموضوع خاصة مذكرات التخرج.

و قد إشتمل هذا البحث على بابين، الباب النظري و التطبيقي، فبالنسبة للباب النظري فإنه احتوى على فصلين، تناولنا في الفصل الأول الأمراض السيكوسوماتية حيث قمنا بإعطاء تعريف لهذا النوع من الأمراض لغة و اصطلاحا و عرض لأهم المدارس التي قامت بتفسير نشأة هذه الأمراض و أهم العوامل المسببة لها و تبين العلاقة بين الانفعال و التغيرات الفيزيولوجية، مع تقديم نماذج عن بعض الأمراض السيكوسوماتية و في الأخير تطرقنا لأساليب التكفل العلاجية بها.

أما الفصل الثاني كان عن التعقيل والاضطراب السيكوسوماتي، بداية تطرقنا إلى أسس نظرية بيار مارتيو أعطينا تعريف لمفهوم التعقيل و أنواعه مع شرح التنظيم التدريجي للتمثيلات و الوصف الاقتصادي للأمراض عند بيار مارتوي، والعلاقة الموجودة بين التعقيل و عملية الجسدة مع ذكر أهم إسهامات النظرية فيما يخص الربو و أخيرا عرض لحدود هذه النظرية. أما بالنسبة للجانب التطبيقي فقد احتوى هو الآخر على فصلين، الفصل الأول تطرقنا فيه إلى منهج البحث المتبع و المتمثل في المنهج العيادي، و قمنا بتعيين مجموعة البحث و معايير انتقاءها، و الأدوات المستعملة في هذا البحث و التي تمثلت في اختبار الرورشاخ، أما بالنسبة للفصل الثاني فقد قدمنا فيه عرض و تحليل بروتوكولات الرورشاخ، و مناقشة فرضيات البحث، مرفوق باستنتاج عام و انهينا بحثنا باقتراحات و توصيات تخدم سيرورة البحث.

منخل إلى الدراسة

الجانب النظري

الفصل الثاني

الفصل الثالث

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

الفصل الخامس

قائمة المراجع

الملاحق

1- إشكالية العامة:

إن تغير الحالة النفسية لدى الإنسان يؤدي إلى تغير الحالة العضوية كما أن الحالة الجسدية يمكنها بدورها أن تؤدي إلى تغير الحالة النفسية لدى الفرد، إلا أن الدراسات الطبية و النفسية المتقدمة تجمع على أن تأثير النفس في الجسم أكثر شدة و وضوحا و خطورة من تأثير الجسم في النفس، و القديما لم يتمكنوا من تقديم الأدلة و التفسيرات المنطقية التي تعتمد على أسس علمية عن كيفية تأثير الحالة النفسية في حدوث الاضطراب العضوي، و اكتفوا بالإشارة إلى هذه العلاقة بين النفس و الجسم و وصفها فقط، إلا أن الدراسات الطبية و النفسية المتقدمة أجمعت على أن تأثير النفس في الجسم أكثر شدة و وضوحا و خطورة من تأثير الجسم في النفس، من هذا المنطلق طرح موضوع الأمراض السيكوسوماتية اشكالا كبيرا في الصحة العمومية و السبب في ذلك يعود إلى انتشارها بشكل ملفت للانتباه نظرا لكثرة ضغوطات نتيجة المشاكل عند الناس، و التعرض لمواقف انفعالية، هذا ما أدى إلى تدهور صحتهم و احباط نفسياتهم و بالتالي فإن معظم الكائنات البشرية لها رد فعل للشدائد و الضغوط عن طريق تنمية أعضاء غير نوعية و ذكر أنه توجد أشكالا من الضغوط الداخلية و الخارجية التي يتعرض لها الفرد، هذا ما عرضه H.Seley في كتابيه "فيزيولوجية و باثولوجية التعرض للشدائد و الضغوط " و "الضغوط في الحياة" (ح. المعطي، 2003 ص152).

كما أن هناك ارتباط وثيق بين الضغوط الحياة و ما تؤدي إليه من إختلال عضوي، هذا ما أكدته دراسات هولمز (مرجع سابق،ص154).

كما ازداد ظهور عدد من الحالات المرضية العضوية التي لها جذور نفسية و التي تظهر مقاومة للعلاجات الطبية و تختص من فعاليتها النظر إليها من جانب آخر و هو الجانب النفسي.

بدأ علماء النفس التحليلي و في مقدمتهم س. فرويد الذي كتب سنة 1929 مقالا أشار فيه إلى أنه يشعر بوجود تأثير العوامل النفسية على الأمراض.(م. أبو النيل،1984ص98).

كان اهتمام المحللين النفسانيين بالأمراض نفس-جسدية عند الراشد مبكرا، و لهذا أصبح ميدان هذه الأمراض خصبة لتطبيق التحليل النفسي، و قاموا بتحديد الأمراض السيكوسوماتية و الناجمة عن الصراعات النفسية، و ميزوا بين الحالات الهستيرية التي تصيب الأعضاء الإرادية و بين الحالات السيكوسوماتية التي ترجع إلى عوامل نفسية و تؤدي إلى اضطرابات عضوية مزمنة (عطوف ياسين 1988ص55).

و في اتجاه مختلف قدمت مدرسة شيكاغو الأمريكية و على رأسها ألكسندر معارضا نظرية توسيع الهستيريا و يرى أن مصدر العرض النفس- جسدي يكون على مستوى الجهاز الإعاشي و لا العلائقي، إذ أن الاستجابة ما هي رد على وضعية انفعالية، رد مباشر لا يهدف إلى تعبير رمزي و تميزه صراعات ما قبل تناسلية و ليس أوديبية، ركزت هذه

المدرسة على مشاكل التبعية و أثارها على مختلف الاستجابات الخاصة.
(صالح معاليم، 2008ص134).

و هناك العديد من الدراسات و التجارب التي ساهمت في تطور و معرفة الاضطرابات
السيكوسوماتية مثل: الطب السيكوسوماتي الحديث خاصة إسهامات مدرسة باريس تحت
ريادة بيار مارتي الذي ألح على ميزة فقر العلاقات الموضوعية، الفقر بمعنى العرض و
الفقر في الحياة الهوامية و علاقته مع العرض، فالفقر هو عبارة عن تاريخ بدائي ما قبل
لغوي مع كبت أصلي سابق للغة، و الذي لا يمكن إدراكه أو الصعود إليه لتكوين هوامات
تسمح بالتعبير عن الرغبة و تفرغ الطاقة المكبوتة بإختصار هناك عجز في قدرة تمثيل
الصراعات(مرجع سابق ص136).

شرح بيار مارتي ضعف الإرصان للصدمات المعاشة من خلال تطرقه إلى مفهوم التعقيل،
يتميز هذا المفهوم العمل النفسي المنجز بالدوام لتفريغ هذه الإثارات النزوية من خلال أنظمة
و شبكات التمثلات و ترابط الأفكار المختلفة و التفكير المملوء بالعاطفة .
(محمد أحمد النابلسي 1992ص68)

و بالتالي يتحدد جاليا الطرح الإشكالي التالي:

ما طبيعة التعقيل لدى المرضى السيكوسوماتيين؟ و كيف يظهر من خلال اختبار
الرورشاخ.

2- الفرضية الأساسية:

يتميز المرضى السيكوسوماتيين بتعقيل سيئ و يظهر هذا من خلال اختبار الرورشاخ بتميزه:

-الإكتئاب الأساسي.

-الفقر الهوامي.

3- أسباب اختيار الموضوع:

تعود أسباب اختيار هذا الموضوع لكون هذا النوع من الاضطرابات لم يؤخذ بعين الاعتبار ضمن الأمراض الخطيرة المنتشرة حالياً و خاصة عدم الاهتمام بالجانب النفسي عند المريض السيكوسوماتي إضافة إلى إهمال الجانب النفسي في علاج مثل هذه الأمراض أي الاهتمام أكثر بالعلاج بالأدوية و إهمال الجانب النفسي.

قلة الدراسات و الأبحاث حول التعقيل و علاقته بالأمراض السيكوسوماتية خاصة مذكرات التخرج.

4- أهداف الدراسة:

تهدف دراستنا إلى تبين نوعية التعقيل و طبيعته لدى الفرد ذو البنية السيكوسوماتية انطلاقاً من هذا نحاول تفسير العمل النفسي الذي ينجزه التعقيل وصولاً إلى كيفية حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية و تبين كيف للتعقيل علاقة في حدوثها، و كذلك الكشف عن

الجانب الإرتباطي نفس_جسمي كدليل على تفاعل الوظائف الجسمية و النفسية و التشجيع على ازدواجية العلاج الطبي و النفسي في آن واحد.

5- مصطلحات الدراسة:

التعقيل: يتعلق بمحددات و أبعاد الجهاز النفسي من الناحية الكمية و الكيفية للتمثلات الفردية، الكيفية تترجم بالتلوين العاطفي و تنوعه أما الكمية فتدل على قدرة الفرد في إيجاد تمثلات.

الأمراض السيكوسوماتية: هي تعبير عن خلل وظيفي يظهر على مستوى الجسد مرضى سيكوسوماتيين: و هم المرضى الذين تم تشخيصهم من طرف طبيب مختص بأنهم يعانون من أحد الإضطرابات التالية: القرحة المعدية، ضغط الدم، داء سكري، الربو، الصداع النصفي، القولون العصبي...الخ.

تمهيد :

الأمراض السيكوسوماتية هي عبارة عن حالات معينة تكون فيها التغيرات التكونية في الجسم راجعة بصفة رئيسية إلى اضطرابات انفعالية، حيث يظهر الاضطراب السيكوسوماتي لأول مرة كنتيجة لسبب عضو ثم يعود مرة أخرى من خلال اضطراب انفعالي، وبالرغم من اتفاق العلماء على أن هذا النوع من الاضطراب يكون نفسي المنشأ إلا أنهم اختلفوا من حيث العوامل الأساسية المسببة للاضطرابات السيكوسوماتية في هذا الفصل سنحاول عرض وتفسير الاضطراب السيكوسوماتي.

1-تعريف الأمراض السيكوسوماتية:

1-1-التعريف اللغوي: مصطلح السيكوسوماتية (نفس- جسدي) هو مصطلح مكون من

قسمين: سيكو: تعني النفس .

و سوماتي: تعني الجسد و يعبر المصطلح عن وحدة الفرد في التفاعل المتبادل ما بين

النفسي و الجسدي و ترابط أحداث المتكررة للعوامل الانفعالية الواعية و غير الواعية التي

يكون الجهاز العصبي يؤثر على الوظائف العضوية للجسم .

1-2-التعريف الإصطلاحي :

هي تلك الاضطرابات التي تنشأ من أسباب نفسية و لكن أعراضها تتخذ شكلا جسميا أي

أسباب نفسية المنشأ (ع.العيسوي، 1994ص 31) .

يعرف ج.هاليداي الأمراض السيكوسوماتية على أنها "إضطرابات جسمية ذات طبيعة لا

يمكن تقديرها دون النظر لأشكال المشكلات الإنفعالية أي الأحداث النفسية التي لا يمكن

الإستغناء عن دراستها إلى جانب الإضطرابات الجسمية " (نفس المرجع ص25) .

ويعرف م. أبو النيل الاضطرابات السيكوسوماتية " :بأنها الاضطرابات الجسمية

المألوفة للأطباء والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو

من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظراً لاضطراب حياة المريض والتي لا يفلح

العلاج الجسمي الطويل وحده في شفاؤها شفاءً تاماً، لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم

علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي " (م.أبو النيل، 1984ص47)

أما أحمد عكاشة فعرف الاضطرابات السيكوسوماتية «بأنها اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دورًا هامًا وقويًا وأساسيًا، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي» (أحمد عكاشة، 1998ص55)

ومن الواضح أن جميع التعريفات النفسية السابقة تتفق على أن:

-الأحداث أو العوامل النفسية هي المحدثة للاضطرابات العضوية.

-أن الأمراض العضوية الناتجة عن الاضطرابات الإنفعالية تتطلب علاجًا طبيًا للأعضاء المصابة.

-أن العلاجات الطبية لا تؤدي إلى تحسن الحالة الجسمية ما دام السبب النفسي قائم.

-أن نشأة المرض في العضو أو الأعضاء لا يفيد في خفض التوتر وهذا ما

- أن الضغوط والأحداث تحدث خلا عصبياً كهربائياً وخللا هرمونياً من شأنه أن يؤدي إلى تغير وظيفي في العضو وهذه التغيرات لا تتم بشكل بسيط كما أنها تختلف من فرد لآخر.

2- الصلة بين النفس و الجسد:

إن بحث الصلة بين النفس و الجسد بحث فيه منذ القدم و وجدوا صعوبات في الفصل

الجسم و النفس لفهم بعض الظواهر النفسية و الجسمية لذلك يفضل تبني الاتجاه الكلي أي

النظر إلى النفس و الجسم معا فالإنسان وحدة وظيفية لذا لا بد من بحث دور العوامل

العضوية النفسية في نشأة المرض ، كذلك قد وجد الباحثون أن بعض أنماط الأمراض

كالقرحة المعدية هي ناشئة عن عوامل سيكولوجية أي انفعالية.

(أحمد بيرقدار، 1999ص42).

فالعوامل النفسية تلعب دورا رئيسيا في نشأة الأمراض العضوية " فالعامل الانفعالي يلعب

دورا هاما و قويا و أساسيا و عادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي الإرادي"

(م.أبو النيل، 1994ص135).

فالمرض يصيب الإنسان كله و ليس جزء منه، فالإصابة بالبرد مثلا قد تؤدي إلى انخفاض

قدرة المصاب على احتمال الضغوط النفسية و كذلك المضايقة الانفعالية قد تقلل من مقاومة

الفرد للمرض .

وإن تغير الحالة النفسية لدى الإنسان يؤدي إلى تغير الحالة العضوية الوظيفية كما أن

الحالة الجسدية يمكنها بدورها أن تؤدي إلى تغير في الحالة النفسية لدى الفرد ، إلا أن

الدراسات الطبية والنفسية المتقدمة أجمعت على أن تأثير النفس في الجسم أكثر شدة

ووضوحا وخطورة من تأثير الجسم في النفس .والقدماء لم يتمكنوا من تقديم الأدلة والتغيرات

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.

(أمل العنزي، 2004ص42).

من هنا تبين مدى العلاقة بين الجسد والنفس، ومدى تأثير كل منهما في الآخر، أي أن

العلاقة بينهما علاقة تبادلية حيث يؤثر كل منهما في الآخر، وكلما كانت شروط النمو

النفسي آمنة ومستقرة كلما كان الجسد يحقق نمواً ايجابياً. وإن الحالة الانفعالية لها تأثيرها على الجسد، فحالة الانفعال يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي من خلال الأجهزة العضوية في الجسم، وعندما ينتج توتر في الجهاز العصبي تتغير وظيفة عضو، أو حتى يتغير بناء العضو، محدثاً الأمراض النفسية الجسمية، أو ما يعرف بالأمراض السيكوسوماتية. (محمد الطحان، موسى محمد نجيب، 2008 ص 71).

3- النظريات المفسرة للأمراض السيكوسوماتية:

لقد أكد الكثير من الباحثين أن تعرض الفرد لمواقف التوتر الخارجي المستمر تؤدي في النهاية إلى إصابته بعدة أعراض في أعضائه يختلف هذا الرأي عن باقي الآراء من حيث أنهم يركزون على الضغط و ليس على الشخصية أو العكس ، إذا كيف نفسر ظهور الأعراض السيكوسوماتية في ضوء المدارس السيكولوجية المختلفة .

3-1- نظرية الفيزيولوجية (نظرية الضغط):

لقد جاء مصطلح الضغط أساساً من العلوم الطبيعية فمن وجهة نظر علم الفيزياء تشير كلمة الضغط إلى قوة خارجية تقع على الشيء مما يؤدي إلى حدوث رد فعل من ذلك الشيء نتيجة للقوة الخارجية التي وقعت عليه أما المعاجم المتخصصة فقد عرفت الضغط بأنه توتر أو صراع أو حالة من التوتر الشديد (Ferreri.M، 1999 ص 21).

من الملاحظ أن هناك عدّة تعريفات للضغط النفسي إلا أنه لا يوجد اتفاق تام واحد محدد لهذا المفهوم ، ويرجع ذلك إلى الاختلاف في وجهات النظر و خلفيات العلماء، و يعتبر

هانز سيلبي أول من قدم مصطلح الضغط النفسي للمجال الطبي في عام 1926 حيث لاحظ من خلال دراسته في كلية الطب بأن الأفراد يعانون من نطاق واسع من الأمراض، و لكن هناك عامل مشترك في الأعراض مثل فقدان الشهية ، انخفاض في قوة العضلات ، ارتفاع ضغط الدم ، فقدان الحماس لإنجاز شيء... الخ.(الطفي عبد الباسط،1994ص81).

في بداية عمله استخدم هانز سيلبي مصطلح الضغط النفسي لمصف مجموعة التغيرات غير المحددة وفي النهاية توصل إلى تعريف للضغط النفسي من وجهة نظر طبية و هو أنه "إستجابة الجسم غير المحددة نحو أي مطلب يفرض عليه"(ف. عثمان،2001 ص104) .

و نرى أن هانز سيلبي بتعريفه للضغط ركز على أنه استجابة عضوية قد تحدث من قبل أي عضو من أعضاء الجسم حتى يستطيع الجسم أن يتكيف و يتعامل مع المشكلة ، و نلاحظ أنه ركز على الجانب العضوي و وصف الضغط بأنه استجابة ، و قد لوحظ أن بعض التعريفات اتفقت مع هانز سيلبي و البعض الآخر ينظر للضغط على المثير أو المنبه الذي يوجد في البيئة و يحدث تأثيره على الفرد و آخرون ينظرون للضغط على أنه الجامع بين المثير و الاستجابة له ، أي هناك ثلاث اتجاهات لتعريف الضغط وهي:

الضغط مثير أم منبه:

ينظر للضغط على أنه أحد المثيرات أو المنبهات التي تتواجد في البيئة و تحدث تأثيرها على الفرد أي الضغط هو القوة التي تحدث أثرها على الفرد و تسبب له المشقة أو الإجهاد كوكس Cox(1987) الضغط النفسي "بأنه الظروف التي يدركها الفرد على أنها ضاغطة

و لا تتكافأ فيها إمكانيات الفرد مع المطالب المفروضة عليه ، أو عندما توجد قيود على أسلوب تكيفه معها و تقل لديه المساندة الاجتماعية " (علي ابراهيم، 1992ص102).

و الطريري " يرى أن الضغوط تنتج حينما تكون المتطلبات في البيئة أو العمل أكبر من أن تتحملها القدرات و المصادر المتوفرة لدى الفرد " (الطريري، 1994ص68).

و بالتالي فإن جميع التعريفات السابقة تنظر للضغوط على أنها مثيرات بيئية خارجية تستطيع أن تؤثر في الفرد و تسبب له توترا و مشقة .

الضغط استجابة الفرد للمثيرات:

أصحاب هذا الاتجاه ينظرون للضغط على أساس أنه استجابة الفرد للمثيرات أي أنه رد فعل نفسي أو فيزيولوجي يترتب عليه تغيرات بيولوجية و هو بذلك يصبح مرادفا للإجهاد حيث يظهر هذا الأخير على الفرد على شكل اضطرابات سلوكية و جسمية و نفسية مثل التأخر على العمل ، الأرق و من أصحاب هذا الاتجاه جلبت GELBERT حيث عرف الضغط النفسي بأنه "الإستحابة الفيزيولوجية أو السيكولوجية التي تحدث في مواجهة حدث أو حالة خارجية" (سمير شيخاني، 2003 ص15).

الضغط تفاعل بين العوامل المثيرة له و الاستجابة له:

أصحاب هذا الاتجاه ينظرون للضغط على التفاعل بين العوامل المثيرة للضغط و الاستجابة له، و من أصحاب هذا الاتجاه نيومان و تيربار TEIRPER ET NEWMAN اللذان عرفا الضغط النفسي "بأنه حالة تنشأ عن التفاعل بين الناس و أعمالهم و تتسم

بإحداث تغييرات في داخلهم و تدفعهم إلى الانحراف عن أدائهم الطبيعي "

(مرجع سابق ص17).

و من خلال العرض السابق يتضح أن هناك ثلاث مكونات للضغط هي المثيرات مسببات الضغط ، الاستجابة ، و التفاعل بين المثيرات و الاستجابة ، أي أن المثيرات هي القوى التي تبدأ بها حالة الضغط لدى الفرد و تمثل الاستجابة ردود الفعل الفيزيولوجية أو النفسية و لكي يحدث الضغط لابد من التفاعل بين المثيرات و الاستجابة لها .

لقد كان هانز سيلبي H.Seley متأثراً بفكرة أن معظم الكائنات البشرية لها رد فعل للشدائد و الضغوط عن طريق تنمية أعراض غير نوعية و ذكر أنه توجد أشكالاً عديدة من الضغوط الداخلية و الخارجية التي يتعرض لها الفرد نتيجة تلف الأنسجة الجسمية، أو التلوث، أو العبء، أو الجوع، أو الألم، و الإحباط و الصراع ، وأن هذه الضغوط تحدث ثلاث مراحل لعرض التكيف العام في تفاعل الفرد معها و هي كالتالي :

-مرحلة الصدمة : أو مرحلة التنبيه والتحذير وتعرف مرحلة الصدمة " بأنها مزيج من

استجابة الجسم للخطر الخارجي، وهي تعتبر وسيلة دفاعية للجسم من هذا الخطر"

(2005. Graziani.P, Swende.J ص23)

وهي مرحلة قصيرة تستمر دقائق أو ساعات قليلة وفيها يزيد النبض مع هبوط في ضغط الدم وحرارة الجسم وتسرع في ضربات القلب، ويزداد عدد مرات التنفس، كما يزداد تكسير سكر الأنسجة لتوفير مزيد من الطاقة و من هنا تبدأ مرحلة إنذار بالخطر، ولعل أول وسيلة

دفاعية هي زيادة واضحة في إفراز هرمون الأدرينالين الذي يكون له دور مؤقت وسريع، وكذلك نشاطاً لهرمون الكورتيزون الذي تفرزه قشرة الغدة الكظرية .وهذا الهرمون وظيفته السعي وراء الدفاع ضد الخطر من أجل تحقيق التوازن العضوي للفرد، أما في حالات الصدمة على إفراز الهرمون الشديدة نجد أن الهيبوثلاموس يحث الغدة النخامية المنشط للغدة الكظرية وهذا بدوره يحث قشرة الغدة الكظرية على إفراز هرمون الكورتيزون وغيره من المركبات التي تساعد على زيادة مقاومة الجسم في مواقف الضغوط والصدمات.

وبدخول الكورتيزون الدم يصحو المصاب ليدخل في المرحلة الثانية للصدمة.

-مرحلة المقاومة : وتسمى بمرحلة التكيف فالفرد حين يقاوم الضغوط تكون أعضاء جسمه في حالة تيقظ تام كرد فعل على تأثير هذه الضغوط وهذا ما يؤثر سلباً على أعضاء الجسم المسؤولة عن النمو و الوقاية من العدوى، مما يجعل الجسم في حالة إعياء وضعف، ومنها الإصابة بمرض فإذا لم تستمر المرحلة الأولى طويلاً تختفي الأعراض تدريجياً ويكون الجسم قد حقق بوساطة دفاعاته التوافق والعودة للتوازن ، ويتجدد بناء الأنسجة وتستمر المرحلة الثانية أياماً وشهوراً أو سنين عديدة بحسب نوع الضغوط وشدتها، وتنتهي بزوال الضغوط المسببة لها والشفاء منها أو تصاب الغدة الكظرية بعجز عن إفراز هرمونها الكورتيزون وذلك بسبب استنفاده بسرعة، مما يؤدي إلى ضعف مقاومة الجسم ثاني. كما أن مثل هذه الحالات إذا لم تعالج بسرعة فإنها تؤدي إلى اضطرابات عضوية خطيرة وبتزايد مقاومة الجسم وزيادة إفراز الهرمونات يصل الفرد إلى المرحلة الثالثة وهي مرحلة الإجهاد.

ج -مرحلة الإجهاد : كما تسمى أحياناً بمرحلة الانهيار وتحدث هذه المرحلة عندما تستمر الحالة في تعرضها للضغوط والمحن، حيث يستنفذ الجسم طاقاته ولا يتمكن من الاستمرار في المقاومة إلى ما لا نهاية، وتفشل الوسائل الدفاعية للجسم فتظهر علامات الإعياء تدريجياً وتتوقف قدرة الفرد على التوافق وتتوقف عملية إعادة بناء الأنسجة وتقل مقاومة الفرد ويصبح هزيلاً ضعيفاً ويكون ذلك بسبب التوقف التدريجي للجهاز العصبي السمبثاوي عن إنتاج الطاقة، ويبدأ الجهاز العصبي الباراسمبثاوي وظيفته فتبطئ أنشطة الجسم وقد يصاحب ذلك أعراض اكتئاب أو سلوك ذهاني أو مرض جسدي، وربما الموت أحياناً، وفي هذه المرحلة الذي يحدث على إفراز هرمون الكورتيزون، (ACTH) تفشل الغدة النخامية في إفراز هرمون مما يؤدي إلى إعطاء هذا الهرمون عن طريق الفم، والذي يحدث في حالة الشدة النفسية ، إن الغدة النخامية لا تستطيع التوقف عن عملها لأن الضغط التنفسي ينبه باستمرار وبالتالي تنبه (ACTH) الهيبوتلاموس الذي ينبه الغدة النخامية ويحثها ثانية على إفراز هرمون قشرة الغدة الكظرية ، ويزداد إفراز الكورتيزون ثانية، وهذه الزيادة الخارجية بواسطة الحقن والزيادة الداخلية لهرمون الكورتيزون تؤدي إلى نقص السكر بالدم والإصابة بمرض السكر وإرهاق خلايا البنكرياس وضمورها كما قد يؤدي ذلك إلى زيادة حمض اليوليك خاصة الخلايا التي تفرز الأنسولين مما يعرض الفرد لمرض السكر، كما قد يؤدي ذلك إلى قرحة المعدة، ونقصان نسبة الزلال والفسفور والكالسيوم في العظام لدرجة

إجابتها بالتدخل وسهولة الإصابة والكسر وقد يتعرض الفرد إلى الذبحة الصدرية ويزداد الكولسترول مع سهولة ترسبه في جدران الأوعية مما يزيد من احتمال تكوين جلطات دموية، وغيرها من الاضطرابات السيكوسوماتية. (M.Boudarene 2005 ص110).

و على الرغم من أن نظرية سيلبي لم تستطع أن توضح لماذا ينمو لدى بعض الأفراد أعراضاً جسمية معينة عند تعرضهم للشدائد و الضغوط الانفعالية ، في حين أن أفراداً آخرين تحت ظروف مشابهة تنمو لديهم أعراضاً جسمية أخرى مختلفة .

و لكن مما لا شك فيه أن هذه النظرية قد أوضحت أن الضغوط الانفعالية و الشدائد البيئية و المتاعب الشخصية المتراكمة لابد أن تترك أثراً بيولوجية على الفرد لدرجة أنها تنتج آخر الأمر الاضطرابات السيكوسوماتية. (باهي سلامي، 2007 ص26).

3-2-الاتجاه السيكودينامي :

3-2-1-نظرية الفرويدية :

إن العديد من المفاهيم السيكوسوماتية في الطب النفسي المعاصر ترجع إلى فرويد الذي تؤكد نظرياته في التحليل النفسي على دور العوامل النفسية في إظهار بعض الاستجابات التحولية مثل الشلل و العمى الهستيرى ولقد قامت المدرسة الفرويدية الحديثة بدراسة نظريته الأساسية وقدم النموذج الأولي لها ساندر فرنشير Sandor Ferenczi الذي استخدم النظرية لتوضيح بعض الأمراض مثل قرحة القولون.

ولقد اهتمت مدرسة التحليل النفسي بالديناميات والتفاعل بين القوى الثلاث الهو و الآنا و

الآنا الأعلى و يؤكد أصحاب هذا التوجه على ثلاثة مبادئ أساسية و هي:

1- مبدأ الحتمية النفسية أى معظم سلوكنا محدد ولا يتم اختياره بحرية ، بل هو محدد بواسطة طبيعة قوى نفسية.

2- إن هذه القوى تعمل بشكل لا شعوري.

3- إن هذه القوى تتأثر بخبرات الطفولة. (محمد فيصل. 2000ص77).

-وقد وضح " فرويد Freud" (1900) بعض التغيرات الجسمية في حالة الهستيريا التحولية و أكثرها الشلل الهستيرى حيث أن هذا النوع من الهستيريا له سبب و معنى رمزي حيث يعتبر تعبير رمزي لصراع لا شعوري و يتطلب من الأعضاء أن تنتبه من خلال الجهاز العصبي الإرادي، وأن الطاقة النفسية المكبوتة يحدث لها تفريغ من خلال منفذ فيزيولوجي.

3-2-2- مدرسة نيويورك

لقد افترض ألكسندر Alexandre أن كل اضطراب سيكوسوماتي يعكس نمطا معيناً من الصراعات اللاشعورية ، معتقداً أن كل شكل من أشكال الاضطرابات السيكوسوماتية تعبر و ترمز إلى نوع من الصراع الذي يؤدي إلى حدوث حالة تثبيت عند المرحلة السابقة (عطوف ياسين. 1988ص63) .

و لقد استشهد بمفهوم S. Freud للنكوص مشيراً إلى أن المرضى السيكوسوماتيين يمرون بصراعات مرضية في طفولتهم و تصبح مثبتة عند هذه المرحلة و تلح و تعيد نشاطها و تصبح فعالة لدى المريض (نفس المرجع، ص39).

إن التهديد الحالي الذي يثير هذه الصراعات اللاشعورية المثبتة لا يهيئ لاستدعاء الدفاعات السيكولوجية غير الناضجة لدى المريض فقط ، و لكن بالإضافة إلى ذلك تنشط ردود فعل فيزيولوجية معينة ترتبط بهذا الصراعات الموجودة في الطفولة و هكذا فإنه وفقا لوجهة نظر ألكسندر Alexander تعكس الاضطرابات السيكوسوماتية عند الشخص الراشد نوعا من إعادة تنشيط ردود الفعل الفيزيولوجية المزمنة المرتبطة بالطفولة (م.أبو النيل.1984ص92).

و قد إفترض بداية أن الصراع الإنفعالي لا ينتج مرضا بنفسه فالعديد من الناس يكونون مثبتين عند المرحلة الفمية و لكن القليل نسبيا منهم قد يصابون مثلا بقرحة المعدة ، و أن هؤلاء المرضى تكون لديهم قابلية بنائية ، أو قابلية لإصابة الأعضاء بالمرض ، و هذه القابلية تمثل ضعفا جسميا موروثا يجعلهم أكثر قابلية للإصابة بالمرض.

و قد أشار ألكسندر Alexander إلى أن الصراعات اللاشعورية ترتبط بثلاث حاجات :
الرغبة في التوحد أو في الإستقبال و الأخذ .

الرغبة في التخلص من شيء ما ، أو بذل الطاقة للهجوم عليه أو إنهائه .

الرغبة في الإحتفاظ بشيء ما أو الزيادة عليه .

و تبعا لرأيه فإن هذه الرغبات تصبح مرتبطة بالعديد من الوظائف الجسمية في الطفولة ، وإذا أحبطت حدث الصراع اللاشعوري و تثبتت خبرات الفرد عند هذه المرحلة.

3-2-3- نظرية خصائص الشخصية:

منذ عشرات السنين واضعوا النظريات الدينامي نفسية حاولوا أن يربطوا اختيار الأعراض"

ليس فقط بطبيعة الصراع ولكن أيضا بنوع الشخصية فقدمت دنبار (1935) Dunbar من خلال مقابلات مع المرضى عدد من صور الشخصية.

كما عرض فريدمان و روزينمان Friedman and Rosenman " نموذجين من نماذج الشخصية كالتى ترتبط بالاضطرابات السيكوسوماتية نمط (A) ويتسم الأفراد في هذا النمط بأنهم عدائيون يتكلمون و يمشون و يأكلون بسرعة وغير صبورين وقلقون ويكملون جمل الآخرين و يفخرون بأنفسهم عندما يnehون أعمالهم في وقت أقل من الآخرين و يقيسون أداءهم بمستويات صارمة فهم يضعون أنفسهم تحت ضغط يؤثر على أجهزة القلب كالأوعية الدموية لديهم. (محمد فيصل، 1983ص 66).

أما النمط (B) فهم أكثر هدوءا وصبرا وفي دراسة عن الصلة بين أمراض القلب والعداء وبمحاولة اكتشاف سبب عداء أشخاص المجموعة (A) و الذي يجعلهم عرضة للإصابة بأمراض القلب فإن الباحثين وجدوا أن أشخاص النمط (A) لهم استجابة فسيولوجية عالية وعند تعرضهم للضغط فإن أجسامهم تستجيب بمستويات عالية من جانب نشاط الجهاز العصبي والتي بدورها تضعف القلب.

هذه النتائج أدت إلى تطور العلاج النفسي الذي يهدف إلى تعليم أشخاص النمط (A) كيف يتعاملوا مع الضغوط بفاعلية أكثر. (نفس المرجع، ص72).

3-3- التوجه البيولوجي:

يرى منظرو التوجه البيولوجي الفسيولوجي أن السلوك المرضى أو المرض النفسي ينتج من مشكلات ترتبط بالعوامل الوراثية الجينية والإختلالات الكيميائية الحيوية ، والتغير في بنية و وظيفة المخ و الجهاز العصبي.

كما يرى أصحاب هذه النظرية أن العوامل الوراثية و الأمراض الجسمية المبكرة في حياة الفرد ونوعية الغذاء الذي يتناوله الفرد يمكن أن تؤدي إلى خلل واضطراب في وظيفة عضو من أعضاء الجسم

ويصبح هذا العضو عرضه أكثر للإصابة، أنصار هذه النظرية بأن أكثر الأعضاء ضعفاً هي التي تختل وظيفتها أو تصاب بالجرح عند استجابتها للمواقف الضاغطة فعلى سبيل المثال:

إذا كان الفرد مصاباً بعدوى في جهازه التنفسي ، قد يؤدي القلق الانفعالي إلى إصابته بالربو ، أي العضو الضعيف هو الذي تهاجمه نوبات المرض ، سواء كان هذا الضعف ناتجاً عن الوراثة أو الاستعداد أو من الإصابة بمرض سابق.

3-4- التوجه السلوكي:

ويرى أصحاب هذا التوجه أنه قد يكون من الأفضل عند محاولتنا فهم وتفسير سلوك الإنسان أن ندرس الظروف السابقة لحدوثه والنتائج التي أعقبت هذا السلوك أو الذي ترتبت عليه،

دون أن نهتم كثيرا بما يجرى داخل الكائن من عمليات عصبية أو فسيولوجية ، أي دراسة الأفراد من خلال ما يقومون به من سلوك لا من خلال ما يدور بداخلهم.

ومن أصحاب هذا التوجه:

-بافلوف : ويتمثل منهج بافلوف في التجربة الكلاسيكية في تدريب الكلاب على إفراز اللعاب من خلال موقف تشريطي وعُرفت تجاربه بالتشريط الكلاسيكي والمؤيدون للتشريط الكلاسيكي يرون أن كثيرا من اضطراباتنا وسماتنا الشخصية هي استجابات اكتسبناها من خلال عملية تشريط كلاسيكية ثم تحولت إلى عادات مرضية ، وهي ليست نتاجا لغرائز طبيعية أو صراعات داخلية.

-سكينر : وقد تحدث عن التشريط الإجرائي و هو أن كثيرا من أشكال السلوك تصدر عن الكائن الحي دون أن تكون مرتبطة بمنبه محدد ، ذلك إلى جانب السلوك الذي لهذا يصدر عن الكائن ويكون مرتبطا بمنبهات محددة ولقد أعطى "سكينر اهتماما كبيرا لهذا النوع وأطلق عليه التشريط الفعال أو الإجرائي وهو أن السلوك هو محصلة ما يؤدي إليه من نتائج أو آثار .

فبعض المرضى السيكوسوماتيين قد يكتشفون أنهم يحصلون على بعض المزايا أو المكافآت من جراء المرض مثل المعالجة والرعاية والاهتمام ، كما يمكن إعفائهم من بعض الواجبات ، بمعنى أن السلوك المرضى يجد تعريزا أو مكافأة أو تدعيماً فيستمر ويتكرر .

يمكن " Lachman " فقد أ وضحت دراسة " لاشمان أن بداية ظهور أي مرض سيكوسوماتي يمكن أن يكون بطريقة عرضية ، ولكن عن طريق عمليات المكافآت والتدعيم الذي يلقاه الفرد نتيجة لسلوكه وحالته المرضية ، وكننتيجة لعملية تعميم المثيرات ، فإن السلوك المرضى يميل للظهور والتكرار في مواقف مختلفة ولكن لها نفس المثيرات أو مثيرات مشابهة كنوع من الاستجابة المدعمة المتعلمة.

- " Bandura :أما " باندورا فهو يرى أن التعلم و اكتساب السلوك تتم من خلال الملاحظة و هو يشير إلى أن معظم السلوك الإنساني متعلم بإتباع نموذج أو مثال حي و واقعي.

فالسلكيون يرون أن ما يصيب الإنسان من اضطراب انفعالي يكون نتيجة عدم قدرة الفرد على استيعاب المواقف الجديدة في حياته ، الأمر الذي يترتب عليه وجود حالة من التوتر والاضطراب و عدم الاتزان أي فشل الفرد في التعلم واكتساب سلوك جديد مناسب يؤدي إلى الشعور بعدم الرضا و عدم الراحة و بالتالي إحساس الفرد بالتوتر الذي قد يساهم في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية.

3-5-التوجه المعرفي:

ولقد نشأ هذا التوجه لدراسة السلوك كرد فعل لضيق وجهة النظر الخاصة بالسلكيين وتصور أن فهم سلوك الإنسان ممكن أن يقوم فقط على تحديد الظروف البيئية التي من

شأنها أن تثير السلوك أو تواصله أو تعمل على تكراره ، أمر يتغاضى عن كثير من المجالات المثيرة لسلوك الإنسان.

فالناس تخطط وتتخذ القرارات وفقاً لما يتذكرونه من معلومات ، وهم لا يستجيبون تلقائياً لأي مثير يقع على حواسهم ، بل هم يختارون انتقائياً من بين عديد من المثيرات التي تتطلب الانتباه إليها قبل قيامهم بالاستجابة ، لذلك فالعمليات المعرفية لا ينبغي تجاهلها عند دراسة السلوك.

أن استجاباتنا الانفعالية تعتمد على كيفية إدراكنا وتقديرنا فقد أضح " لازاروس للموقف، كما أن هناك علاقة متبادلة بين النواحي المعرفية المتمثلة في المعتقدات والتصورات و النواحي المزاجية حيث أن الحالة المزاجية للفرد تتأثر بالنواحي المعرفية والعكس صحيح.

و يرى " A.Ellis " "ألبرت إليس" و هو رائد العلاج العقلاني الانفعالي أن الاضطراب يحدث للناس بناء على أسلوب تفكيرهم الهازم للذات ، وغير المنطقي ، وخاصة تبنيهم لتفضيلات ورغبات معينة وجعلها فروضا مطلقه وتعسفيه على أنفسهم وعلى الآخرين.

وعلى هذا فالاضطراب السيكوسوماتي يحدث عندما يضع الفرد أهدافاً تفوق طاقته وقدراته ، أو يفرض على نفسه إنجاز مهام كثيرة في وقت قصير جداً كما في الشخصية التاجية أي أن التفكير غير المنطقي من الممكن أن يؤدي إلى سلوكيات غير توافقيه.

4-العوامل المسببة للأمراض السيكوسوماتية

وفيما يلي أسباب الاضطرابات النفسية الجسمية :

1- الأمراض العضوية في الطفولة التي تزيد احتمال تعرض أعضاء معينة من الجسم للمرض ، وقلق الفرد على صحته .

2- اضطراب العلاقات بين الطفل والوالدين في عملية الغذاء والتدريب على الإخراج ، ونقص الأمن وفقد الحب والخوف من الانفصال والحرمان والحاجة إلى القبول ، وفقر واضطراب المناخ الانفعالي في المنزل وسيادة جو العدوان والمشاحنات والغيرة ، والخلافات السرية وعدم السعادة الزوجية .. الخ .

3- الصراع الانفعالي الطويل مثل الصراع بين الاعتماد على الغير وبين الاستقلال . والكبت الانفعالي (وخاصة كبت الغضب المرتبط بنقص القدرة والقوة) والعدوان المكبوت واختزان الحقد والغيط والشعور الطويل بالظلم ، والضغط الانفعالي الشديد المستمر والتوتر النفسي ، والانفعالي الطويل المزمّن واستدخال التوتر وتحويله داخليا وتسلمته على عضو ضعيف ، فيحدث اضطراب في طاقته الوظيفية العادية . والخوف وعدم الشعور بالأمن . والاحباطات المتراكمة في الأسرة والعمل ، والقلق الشامل المستمر وخاصة عندما يوجد حائل دون التعبير اللغوي أو النفسي أو الحركي عنه . والحزن العميق على وفاة عزيز أو الطلاق أو الفشل ، والمطامح غير الواقعية أو غير الممكن تحقيقها . والضغط الاجتماعي والبيئية واضطراب العلاقات الاجتماعية .

4 - التجارب الجنسية الصادمة ، أو الحب المحرم ، ومشاعر الإثم ، وعدم الرضا الدائم .

5 - التعرض للمواقف الحربية العنيفة . (أنور حمودة البنا، 2006ص112).

5- تصنيف الأمراض السكوسوماتية :

تقسم هذه الإضطرابات حسب العضو الذي تصيبه، و على ذلك يمكن تمييز الأنماط الآتية من هذه الإضطرابات :

5-1- الإضطرابات الجلدية :

و يتمثل في ذلك المرض الجلدي العصبي و الإكزيما الساسية و بعض حالات الجذري و حب الشباب و الإضطرابات الأخرى التي تظهر فيها الاضطراب الانفعالي كعامل سببي

5-2- الإضطرابات العضلية الهيكلية :

و تتضمن أعراض مثل آلام الظهر و الشد العضلي و الروماتيزم النفسي المنشأ وصداع التوتر .

5-3- الاضطرابات التنفسية أو إضطراب الجهاز التنفسي :

هو ذلك التقلص الشعبي و حمى الخريف و إتهاب الجيوب العظمية و الإلتهابات أو النزلات الشعبية المتكررة .

5-4- الإضطرابات القلبية الوعائية :

من ذلك نوبات زيادة ضربات القلب أو زيادة نشاط القلب و زيادة ضغط الدم المرتفع و التقلصات الوعائية و أوجاع الصداع النصفي الناتج عن تغير الأوعية الدموية في المخ ضمن هذه المجموعة .

5-5- الإضطرابات الدموية و اللمفاوية :

تتضمن أي إضطرابات تحدث في الدم أو الجهاز الليمفاوي التي تظهر فيها أثر العوامل الإنفعالية كعوامل سببية .

5-6- الإضطرابات المعدي المعوية :

و تشمل إضطرابات مثل إضطرابات المعوي الثاني عشر و إتهاب القولون و الالتهابات المعوية أو النزلات المعوية المزمنة و الإمساك و زيادة الحموضة و فقدان الشهية العصبي .

5-7- الإضطرابات التناسلية :

من ذلك بعض أنواع من إضطرابات الحيض أو الطمث و حرقان البول و آلام تقلصات الفرج أو الآلام المصاحبة لإنقباضات الفرج و يوجد عند المصاب بالبرود الجنسي .

5-8- الإضطرابات الغدية أو المتعلقة بالغدد الصماء :

و يحتوي هذا النمط من الإضطرابات على تضخم الغدة الدرقية مع ما يصاحب ذلك من فقدان الإلتزان الغدي و زيادة إفرازات الغدة الدرقية و السمنة و غير ذلك من الإضطرابات التي تبدو فيها أثر العوامل الإنفعالية كعوامل مسببة .

5-9- إضرابات الجهاز العصبي :

و تتضمن فقدان القوة مع الشعور بالتعب و الإرهاق و وجود آلام في العضلات و المعاناة من القلق و بعض الإضطرابات التشنجية .(أمل العنزي،2004ص97).

6-العلاقة بين الإنفعال و التغيرات الفيزيولوجية :

يعرف الباحث ميلار **Milar** "الإنفعال بأنه خبرة ذات شعور قوي و يصاحبها عدة تغيرات جسمية في الدورة الدموية و التنفس و التعرق كما يصاحبها عادة أفعال قهرية حادة" (نور الهدى محمد الجاموس.2004ص81) .

و يعرفه عبد الله عسكر هو حالة من التوتر النفسي الشعوري تعترى الكائن الحي وتصحبها تغيرات سيكوفسيولوجية خارجية وداخلية ، ولا يمثل الانفعال حالة جزئية، بل حالة تحدث في السلوك آثارها على الإنسان كله نفسياً وجسماً وتعم . وتحدث نتيجة لفقدان التوازن مصحوبة بالألم في حالات الانفعالات السلبية مثل الغضب والحزن والفشل في تحقيق حاجات الفرد، أو الفرح والنشوة والانطلاق كالانفعالات الايجابية نتيجة تحقيق حاجات الفرد أو الفوز بجائزة (عبد الله عسكر،1998ص129)

ولقد تعددت الملاحظات التجريبية والإكلينيكية في السنوات الأخيرة لتوضيح الأثر البالغ الذي تحدثه الصدمات الانفعالية في الجسم عندما ينشأ من تكرارها حالة مستمرة من التوتر النفسي.(أمال السميع،2003ص182).

حيث أن حالة الاستثارة الانفعالية العالية لمدة طويلة تؤدي إلى الإضرار بسلامة الأداء النفسي للأشخاص، بل أحياناً يؤدي استمرار التوتر الانفعالي لمدة طويلة إلى الإضرار بصحة الفرد الجسمية و إلى حدوث الأمراض السيكوسوماتية. (ممدوحة سلامة.1996ص244)

ويُلخص عبد الله عسكر خطورة الانفعالات على الناحية الجسمية والعقلية على النحو التالي:

1-يؤثر الانفعال على التفكير الذي يصل لحد التوقف الفكري أو اختلال التفكير مثلما

يحدث في بطن التفكير في حالات الحزن و الاكتئاب.

2-يقلل الانفعال من قدرة الشخص على ضبط النفس والتصرف الإرادي ، والإتيان بالسلوك

العشوائي المضطرب.

3-اضطراب الذاكرة المرتبط بالأحداث الانفعالية.

4-إذا استمر الانفعال بدون خفض حدة التوتر تحدث الأم ا رض السيكوسوماتية وأهمها

قرحة المعدة، و الإثني عشر ، وارتفاع ضغط الدم ، والربو الشعبي.

(عبد الله عسكر.1998ص133).

و قد وضحت البحوث الحديثة أثر العوامل الانفعالية في الجسم، إذ يبين والتر كانون

Walter canon العلاقة بين الإنفعال و التغيرات الفيزيولوجية كما جعل من السهل قياس

تحليل الانفعال معمليا، كما أنه قام بفحص هذه التغيرات التي تحدث في الجسم نتيجة

حالات الألم، الخوف، كالتنفس بعمق، إسراع متزايد لضربات القلب، إرتفاع في ضغط الدم

...الخ (أنور حمودة البنا.2006ص75).

كما يمكن تصنيف المظاهر الفيزيولوجية للإنفعال إلى أربع نواحي :

الأولى : عبارة عن تغيرات منعكسة تعتري الجهاز العضلي الإرادي و تكون هذه التغيرات التي ما يعرف بالحركات التعبيرية لمظاهر إنفعالية معينة و تتحول إراديا تحت تأثير البيئة الإجتماعية .

الثانية : التغيرات المنعكسة التي تظهر في الغدد و العضلات الملساء و الأوعية فتتنشط الغدد التي تفرز الدموع في حالة الحزن و تنشط الغدد المثيرة للعرق في جميع الأحوال الإنفعالية و تحدث تغيرات في العضلات الملساء من إنبساط أو تقلص كإنقباض حدقة العين .

الثالثة : إفراز الغدد الصماء فتتنشط الغدتان المجاورتان للكليتين في حالتَي الغضب و الخوف خاصة في حالة مواجهة خطر مفاجئ، فتفرزان الأدرينالين الذي يعبء الطاقة العضوية و يغذي العضلات كما يزيد من قدرة الدم على التخثر فيحول دون النزيف فيحفظ للجسم قوته .

كما ينبه الأدرينالين الجهاز العصبي السمبثاوي فينتج عن ذلك كف غدد المعدة عن الإفراز و شل حركتها، فيزول الإحساس بالجوع و ينتج عن ذلك إعداد العضلات الإرادية بكمية إضافية من الدم و لهذا قد يكون إفراز الأدرينالين من عوامل تحقيق التكيف مع الموقف الخارجي .

الرابعة : تغير النشاط الكهربائي في الدماغ حيث توجد ثلاث موجات كهربائية دماغية الأولى ألفا Alpha و الثانية بيتا Beta و الثالثة دلتا Delta و يؤثر النشاط الكهربائي في الدماغ .

و يفسر موترام Motram زيادة الإنفعال بقوله: "إن بعض الناس تزداد الحالة الإنفعالية لديهم فيكون عندهم إما أن السرير البشري التلاموس نامى نموا كبيرا أو أن سطح الدماغ غير قادر على ضبط التلاموس، كما يذهب إلى القول بأن الصدمة الأنفعالية للشخص تعتمد على كل من التلاموس و كمية ضبط سطح الدماغ في إرجاع التلاموس" (ب.صابرينة،خ.كريمة.2007ص37) .

وهو يركز في تفسيره على الإستعداد التكويني، حيث أن الإنفعال نتيجة للخوف أو الغضب يعتمد على ذلك الإستعداد .

كما تشير نظرية و.كانون W. Canon الأخيرة في دراسة الإنفعال، أن المثير يستقبل بواسطة لحاء المخ و يدرك كمنتج أو مثير للإنفعال و يرسل إلى مراكز المخ السفلى في جهاز الهيپوتلاموس، و تتبعث من ذلك الجزء من المخ إشارات في الصورة المتزامنة إلى كل من العضلات الخارجية و العضلات الداخلية و ترتد إلى اللحاء و تعمل العضلات و الأعضاء و ردود الفعل الفيزيولوجية للإنفعال في الوقت الذي يعي اللحاء فيه الإشارة كإنفعال معين ، و على ذلك فإن هذه النظرية تشير إلى أن كل من ردود الفعل الفيزيولوجية و النفسية تحدثان في وقت واحد.(عبد الرحمن العيسوي.1997ص34).

"إن أي عضو من أعضاء الجسم يتأثر بالإنفعال و خاصة عندما يزداد إفراز الأدرينالين في حالات الغضب و الخوف والقلق أي أن إستمرار هذه الحالات تؤدي إلى إستمرار الإضطرابات والتي هي إستجابة إنفعالية حشوية في صورة مرضية".
(نور الهدى الجاموس.2004 ص84).

و من العوامل الانفعالية التي تؤدي إلى الاضطرابات السيكوسوماتية ما يلي:

-الحرمان من العناية والحب والعطف مع وجود رغبة من المريض الملحة في الحصول عليها .ومن هنا نشأت الصلة بين دلائل الحب وحركة المعدة .حيث يستجيب الشخص للحرمان الذي يعانیه صامتاً بالطموح الزائد .ومضاعفة الكدح والتظاهر بعدم المبالاة وإرغام نفسه على بذل الحب والعطف لغيره ..وهذه الحالات الانفعالية لدى الأشخاص المصابين بقرحات المعدة.

-النزعات العدوانية والثورة ضد السلطة، والتذمر من العمل، ومحاولة تجنب المسؤولية والصراع العنيف لمواجهة معضلة وجدانية لا يمكن حلها ولا تجنبها كما يحدث في حالات ارتفاع ضغط الدم.

-الخوف من فقدان الأم أو من يقوم مقامها كالزوجه مثلا في حالة بعض الأشخاص الذين لم ينضجوا انفعاليًا، أو الخوف من فقدان موضوع الحب حيث يظل هؤلاء الأشخاص متعلقين بالأم تعلقا طفليا كما في حالات الربو. (احمد عكاشة.1976 ص170).

7- اختيار الأعراض لعضو معين دون أعضاء أخرى من الجسم :

هناك عدة محاولات لتفسير هذا الاختيار، لماذا يقع الاختيار على عضو معين دون غيره، بينما يقع على عضو آخر في شخص آخر، من هذه المحاولات يمكن القول بأن العضو المصاب يرتبط رمزياً بالصراع الانفعالي الذي سببه فإذا كان المريض يشعر بالذنب شعوراً قاسياً من جراء ممارسة عادة الاستمناء فالغالب أن تنمو عنده أعراض تصيب الجهاز التناسلي. (أمل سليمان، 2004ص45).

و المحاولة الثانية تذهب إلى القول بأن أي توتر عصبي قد يؤثر عملياً في أي عملية فيزيولوجية فإذا كانت معدة الفرد ضعيفة فإنه يحتمل أن يستهدف للمتابع المعدية عندما يصبح قلقاً أو غاضباً و إذا كان الفرد مصاب بعدوى في جهازه التنفسي قد يؤدي القلق الانفعالي إلى إصابته بالربو أو النوبات الربوية و المحاولة الثالثة تؤكد على الفروق الفردية في التغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للحالات الإنفعالية المختلفة فعلى سبيل المثال: وجد أن انفعال الخوف يرتبط بإعاقة الوظائف الخاصة بالأعضاء الغليظة بينما انفعال الغضب، القلق وجد أنها ترتبط بزيادة عمل القلوب. (ح. عبد المعطي. 2004ص122).

8- نماذج من الأمراض السيكوسوماتية :

8-1- القرحة المعدية :

هي عبارة عن حفرة أو قطع أو التهاب في جدار المعدة أو الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة تحدث بسبب زيادة إفراز العصارات الهاضمة التي تعمل على تحلل و هضم الطعام في

الظروف العادية أما في الحالة المرضية فإن هذه العصارات تعمل على تآكل الغشاء المخاطي (عبد الرحمن العيسوي. 1980 ص 91).

و قد أشار GARMA إلى أن قرحة المعدة عبارة عن أزمة للغشاء المخاطي تعبر عن عداء المريض للأم فمن المفترض أنها ترمز إلى الارتداء الذاتي اتجاه الأم و لما كانت الأم ليست في متناول الراشد فإن قرحة المعدة تكون هي التعبير المباشر عن العدوانية المكبوتة تجاهها. (ح. عبد المعطي - 184/2004).

و يرى ألكسندر Alexandre أن مرضى قرحة المعدة يعانون صراعات مثبتة خاصة بالاعتمادية المرتبطة بالمرحلة الفمية و لديهم حاجات لاشعورية قوية للحب و الرغبة في التقدير و الاعتناء بهم و ترجمة هذه الاتجاهات سيكولوجيا كحاجة إلى التغذية الأمومية و في نفس الوقت فإنهم لا يستطيعون قبول الدفعات التي تجعلهم معتمدين. (نفس المرجع ص 50).

بمعنى أن الفرد الذي يعاني من القرحة يكون قد حدث له حالة تثبيت عند المرحلة الفمية و عندما لا توجد هذه الرغبات إشباعا في العلاقات الإنسانية فإن المثيرات الإنفعالية المزمنة تتولد و تنتج تأثيرا معينا على وظائف المعدة، و كذلك يرى أن العامل الحاسم في نشأة مرض القرحة المعدية بصفة خاصة هو الإحباط لرغبات الاعتماد و البحث عن المساعدة و طلب الحب و هذه الرغبات تصبح مرتبطة بالعديد من الوظائف الجسمية في بداية الحياة.

و في المقابل نجد إسهامات دنبار Dunber في دراسة شخصية المرضى السيكوسوماتيين لتكشف المزيد عن الحاجات النفسية لديهم، فهي ترى أن القرحة المعدية هي عبارة عن منفس للشخصية المندفعة الطموحة التي لديها مشاعر الحرمان من الحاجات الاعتمادية و البحث عن الأمان، يتصف صاحبها بالاكتماء الذاتي، مسؤول من النمط المغامر الذي يعوض عن الرغبة الاعتمادية يكون مستاء أكثر استجابة للغضب لا يستطيع التنفيس عن أحقاده و لذا تكون مكبوتة لاشعورية.

8-3-الربو:

وصف كل من بورسيل و ويس، Purcell et Weiss 1970 الربو على النحو التالي :
 "الربو عرض و شكوى معقدة توصف بزيادة الإستجابية لعدد من المثيرات في القصبة الهوائية و الشعب الهوائية تؤدي إلى التهابات بالشعبيات ينتج عنها ضيق شامل في الممرات الهوائية فيحدث اضطراب في عملية تبادل الهواء أثناء الزفير و من ثم يحدث صفير أو تزييق أثناء التنفس، و يمكن أن تضيق الممرات الهوائية بسبب الاستسقاء بها الناتج عن تراكم الإفرازات المخاطية أو البلغم على جدرانها و حدوث تقلص أو تشنج العضلات الشعبية أو ضعف الشديد للجدران الخلفية القصبية الهوائية و الشعب أثناء الزفير الذي يخرج بقوة"
 (ح.عبد المعطي.2004ص62).

لقد استفاد العديد من التابعين ل س. فرويد Freud.S من أتباع التحليل النفسي بفكرته عن الرمزية التي تذهب إلى أن الأعراض الجسمية تكون ذات شكل رمزي من خلال شكل من

أشكال اللغة الجسمية التي تعبر بها شخصية المريض عن الصراعات المتضمنة في النفس، فيرى هاس HASS أن التزييق و السعال في حالة الربو الشعبي يمكن النظر إليها باعتبار أنها صرخة مكظومة لطلب المساعدة، إذ يريد المريض أن يرجع طفلا مرة أخرى و يبحث عن الأم مجازا. (صالح معاليم، 2008ص115).

و من ناحية أخرى يرى ألكسندر Alexander أنه في حالا الإصابة بالربو الشعبي يكون المرضى خائفين لاشعوريا من الانفصال عن أمهاتهم، ذلك أن علاقة الطفل المبكرة بأمه تختل، و هذا الخلل يعبر عن نفسه لدى الطفل الصغير في كبت الدافع للبكاء و بعد ذلك يصبح الطفل غير قادر على إقامة علاقة صريحة صادقة مع الأم أو البديل عنها، و بذلك تكون نوبة الربو بديلا للاتصال بالأم أو بشخص محبوب حينما يكون الفرد في خوف من الانفصال عنه، و يمثل صيحة مكبوتة لمواجهة القلق أو الغضب. (نفس المرجع ص65).

كما توضح الأبحاث وجود بروفيل شخصي خاص بمرضى الربو أو نوع من الصراع الخاص بهم مميذا لمكونات شخصيتهم فمثلا نجد لديهم اعتمادية زائدة على الأم، ويرى البعض أن مثل هذه الصفات تحمل علاقة سببية تنمي أعراض الربو، في حين يرى آخرون أن مثل هذه الصفات تنتج عن وجود الأعراض و تأثيرها على المريض و أسرته (أي نتيجة للإصابة بالربو) لكن مما لا شك فيه أن مرضى الربو خصوصا الأطفال يتسمون بصفات القلق، الاعتمادية، الخضوع، عدم الأمان، نقص الثقة في النفس، الحساسية، المفرطة. (م أبو النيل. 1984ص128).

9-أساليب التكفل العلاجية للأمراض السيكوسوماتية :**9-1-التكفل الطبي :**

هو استخدام الأدوية أو العقاقير للتخلص من الألم أو من مظاهر الأعراض فقط، فمثلا في حالة القرحة يتبع المريض نظاما معيناً للأكل و يتناول الأدوية اللازمة، وفي حالة البدانة يستعان بالأدوية و تنظيم الغذاء، و يستخدم المسكنات و المهدئات للتخلص من القلق و التوتر، و قد يستدعي الأمر التدخل الجراحي و في بعض الحالات كما في حالات القرحة مثلا، ولكن لن ننجح من التخلص من المرض إلا إذا اقترن العلاج الدوائي بالعلاج النفسي تبعا لحالة المريض.(أنور حمودة البنا.2006ص164).

9-2- التكفل النفسي :

1-العلاج النفسي الممركز على سبب المرض: و فيه يتم التركيز على أسباب المرض و حل الصراعات النفسية و إزالة القلق و العمل على شرح و تفسير أعراض المرض و مساعدة المريض على فهم دور الانفعال و الشخصية في نشأة المرض.

2-العلاج النفسي التدميمي : الذي يهدف إلى تعديل نمط حياة المريض و نصح المريض بتجنب مواقف الانفعال الشديد و الإجهاد العقلي المتواصل، وأن يأخذ الحياة هونا.

3-العلاج النفسي الجماعي مع الحالات متشابهة الأعراض مثل السمنة و القرحة...الخ، أما الاضطرابات الجنسية مثل العنة و البرود الجنسي...الخ فهي تحتاج إلى علاج نفسي فردي.

4-العلاج البيئي و ذلك لتخفيف الضغوط على المريض في الأسرة و العمل و الجماعة و إعادة الطمأنينة إليه و توفير المساندة.

5-العلاج السلوكي : عن طريق التدريب على الاسترخاء والتغذية الرجعية أو الإرجاع الحيوي و يعتبر أسلوب الاسترخاء مهماً في علاج الاضطرابات المرتبطة بالتوتر وهو يعتمد على تعليم المريض شد وإرخاء عضلات جسمه بشكل منتظم وفي الوقت ذاته يركز انتباهه على المشاعر المختلفة التي يحس بها وهنا تفيد إجراءات التوتر والاسترخاء في زيادة انتباه وبقظة الفرد لمشاعر التوتر و بديلتها مشاعر الاسترخاء ويفيد التدريب على الاسترخاء مجموعة كبيرة من المرضى مثل اضطرابات القلق و مرض الربو الشعبي، ومرض الصداع وضغط الدم وذوى النمط السلوكي (أ).

أما الإرجاع الحيوي فهو يعنى تغذية الجسم من خلال التدريب للقدرة على ضبط المعلومات الحيوية التي يمكن استرجاعها من الجسم وهى عملية مراقبة للتنبيه الفسيولوجي للجسم مثل ضربات القلب و ضغط الدم الشد العضلي و تحويل هذه الإرشادات الفيزيولوجية إلى معلومات لها معنى عن طريق و استرجاعها للمريض.

أي مراقبة وظائف الجسم عن طريق أجهزة معينة مثل جهاز التخطيط الكهربائي للعضلات ، و رسم الدماغ الكهربائي، وجهاز الرسم الكهربائي لوظائف القلب وجهاز استجابة الجلد الجلفانية وغيرها و هذه الطريقة في علاج زيادة ضغط الدم وزيادة ضربات القلب والصداع النصفي وبعض الآلام العضلية.

وتأتى أهمية التغذية البيولوجية المرتدة (الإرجاع الحيوي) من كونها أسلوب يستخدم الأدوات و الأجهزة لإمداد الفرد بمعلومات مستمرة عن وظائفه الجسمية التي لا يكون على وعي بها بدون هذه الأجهزة وهي تهدف إلى جعل المريض أكثر وعياً وإدراكاً بالتغيرات الجسمية وأكثر قدرة على إخضاعها لسيطرته ومن ثم يصبح أكثر نشاطاً في العملية العلاجية.

(نفس المرجع،ص167).

خلاصة:

من خلال هذا الفصل نستطيع تمييز الصلة الموجودة بين النفس والجسد وكيف للنفس تأثير بالغ الأهمية على الجسد وبالتالي يبقى العامل النفسي يلعب دورا كبيرا في ظهور الأمراض السيكوسوماتية، وبالرغم من ذلك إلا أنه بقي مهملا لذا يستوجب النظر إليها من جانب آخر وإعطاء العامل النفسي إهتمام أكثر في علاج مثل هذه الأمراض.

وقد تعددت المدارس السيكلوجية في تفسير الأمراض السيكوسوماتية ومن بين هذه المدارس نجد مدرسة باريسية تحت قيادة بيار مارتني الذي يعتمد على العمل النفسي الذي ينجزه التعقيل في تفسير مثل هذه الاضطرابات.

تمهيد:

شكّلت الإضطرابات السيكوسوماتية إشكالا من حيث تصنيفها فالبعض يضعها في خانة التنظيمات الحديدية (البينية) والبعض الآخر يرفض هذا التصنيف ويسجل إسهامات مدرسة باريس بقيادة بيار مارتي حيث اعتبرها حقلا مستمرا قائما بذاته واقترح تصنيفا مرضيا يضم كل التوظيفات النفسية ولا يقتصر تصنيفه على من يقصد الطب العقلي والتحليل النفسي فقط بل أشخاص يستقبلون في هياكل صحية عادية من أجل اختلالات جسدية عابرة أو مزمنة وأساس نظرية بيار مارتي أنه قام انطلاقا من دراسات ميدانية قام بها، وتقوم هذه النظرية على التفاعل القائم بين المظاهر الجسدية والنفسية.

1-أسس نظرية بيار مارتي:

هذه النظرية تطالب بالوفاء إلى المبادئ التحليلية التي انبثق منها التيار النفس- جسدي، و كانت أهدافه هي دراسة الإنسان ككلية و في علاقته مع البيئة.

إن التقدم الطبي أفاد حقيقة الصحة الإنسانية بصفة عامة، غير أنه جزء الإنسان إلى أعضاء، فهذه الجاذبية للوظيفة الميكانيكية تكونت على حساب الوجدان و ترجمة الإدراك بالإحساس، و هذا ما أدى إلى عدم اعتبار الإنسان بكليته، حاول بيار مارتي إعادة الاعتبار للإنسان ككلية من خلال الحياة و الموت، و التي أعطى لها معنى عن طريق السيرورات المنشطة لها، تسلسل الوظائف اللاشعورية و الشعورية للإنسان، قدراته التنظيمية، و معالجة المعطيات المدركة تسجل في حركة تطويرية أين تتواجد نزوات الحياة و نزوات الموت لإعطاء الحياة، هذه المقاومة الأبدية تتسبب في حالات عميقة أو جزئية من الشدة أو الضيق، و التي تحاول غريزة الحياة الدفاع عنها، و الأكثر هشاشة منها يزول نتيجة عدم قدرة مقاومته لضغوط غريزة الموت، و هكذا نظام الطبيعة يبقى قائم.

(صالح معالم. 2008ص42).

تتميز نظرية Marty بتأثرها بنظرية التحليل النفسي، فهو يحاول تطبيقها و تكييفها مع ميادين بحث أخرى، هذا المرجع للتحليل النفسي أعطى توجيهات جديدة للأبحاث في دراسة العصابات و الاضطرابات النفسية ذات التعبير الجسدي.

ركزت مدرسة باريس على غياب التعقيل mentalisation في السيرورات النفس-جسدية، يرتكز هذا المفهوم على التقسيمة الأولى لفرويد، أين يلعب ما قبل الشعور دور عامل الربط بين تمثلات الأشياء و تمثلات الكلام، هذا النشاط هو محقق في الاقتصاديات النفس-جسدية (Marty.P،1991،ص31).

بالارتكاز على النظرية الفرويدية المفضلة لما قبل الشعور في نشاط الروابط ما بين تمثيلات الكلمات، يوضح MARTY غياب سيرورة التعقيل في الاقتصاديات النفسية، و يقترح ترتيبا أوليا أين تتعارض فيه الذهانات و العصابات، تتميز بتنظيم ذهني مغروس بصلافة مقارنة بعصابات الطبع و السلوك المتميزة بقلة التنظيم في دفاعاتها الذهنية، هذه الأخيرة هي التي تكون أرضية خصبة لظهور الأمراض النفس-جسدية، و يميز ثلاث فئات من تكوينات العصابات ذات التنظيمات الذهنية المختلفة:

- 1-العصابات ذات التنظيم الذهني المحكم، و هي عصابات الطبع.
- 2-العصابات ذات التنظيم الذهني غير المؤكد و الموافقة لعصابات السلوك، و هذين الشكلين من العصابات ليس لها تثبيت صلب.
- 3-العصابات ذات التنظيم الذهني السيئ و التي تميزها ضعف نشاط ما قبل و هشاشة الأنا. (صالح معاليم،2008،ص63).

و منذ 1989 أعاد Marty النظر في هذا الترتيب، و وضعه في منظور مستمر من جديد، أين تأخذ نوعية التعقيل و حدها في اعتبار التصنيف الأول الذي يبدو مركزا على

الأعراض، و لم يسمح بظهور أو لأخذ بعين الاعتبار العناصر النوعية التي تكون الإرشادات الكاشفة عن عيوب و نقائص العميل السيكوسوماتي.

يعارض Marty الدهانات و العصابات ذات التنظيم الصلب في دفاعاتها الذهنية التي تبدو صعبة من حيث إصابات الأمراض النفس-جسدية، عكس عصابات الطبع و العصابات السلوكية ذات التنظيم الناقص في دفاعاتها الذهنية و التي تكون ضحية الأمراض النفس-جسدية.(Marty.P،1991،ص41).

إذا مبدأ التعقيل يعتمد على الموقعية الأولى ل Freud و تدخل جهاز ما قبل الشعور، إن ما قبل الشعور عاجز على استعمال التمثيلات الكلامية و تقريبها للشعور، و سوء التعقيل هو دليل على عدم قدرة الشخص على مواجهة الحقائق و عدم نجاح كبت النزوات و الضغوطات.

و لهذا استثمرت الطاقة النفسية مباشرة على الجسد، إن الاستثمار على عضو معين لم يكن عشوائياً و يجب البحث على سبب هذا الاستثمار، أو البعد الرمزي له بقول جروداك Groddek: « كل التظاهرات الجسدية أو النفسية، ما هي إلا تعبير رمزي عن نزوات الهو، و يعتبر الجسد في حد ذاته رمزي. »

2- مفهوم التعقيل :

و يعرفه بيار مارتي: "التعقيل إذن يعالج كمياً و كيفياً التمثلات و الصور النفسية و ديناميتها، فهو يؤهل كفاءة الجهاز النفسي للقيام بربط الإثارات النزوية من خلال أنظمة و

شبكات التمثلات، ترابط الأفكار المختلفة، و التفكير المملوء بالعاطفة "

(Marty.P، 1991، ص13).

يوصف التعقيل بمجموعة من العمليات النفسية التي تقود الاستنارات الغريزية، من أجل إنتاج تفكير للتعبير اللغوي، فهو مجموعة من السيرورات التي تتعلق بالنشاط الموجود في الموقعتين الأولى و الثانية، إما على أساس ما قبل الشعور و الأثار الذاكراتية، أو على أساس الآنا و المكونات العقلية.

فهو مبدأ يصف تواجد التفكير و المشاعر، ظهر أول مرة من طرف إ.كلابور Clapore.E من عام 1970 إلى 1975، أما بيار مارتي "فعرّف مبدأ التعقيل بأنه يتعلق بمحددات و أبعاد الجهاز النفسي، من الناحية الكمية و الكيفية للتمثلات الفردية." (نفس المرجع، ص20). فالتعقيل يضم في طياته معنى الحركة أو الفعل أو التشكيل العقلي، فهو يركز على القطب النفسي حيث يعالج كمية و كيفية التمثلات الخاصة بالفرد، فالكيفية تترجم بالتلوين العاطفي و تنوعه، أما الكمية فتدل على قدرة الفرد في إيجاد تمثلات.

يتميز هذا المفهوم العمل النفسي المنجز بالدوام لتفريغ الإثارات عن طريق بناء، هذه الإثارات النزوية لابد من تفريغها، و في حالة عدم التفريغ تراكمها يؤدي إلى تفاعل سيرورة التجسدن. فالتعقيل هو عملية شاملة للحياة الهوامية و الخيالية و الإستثمارات العلائقية، هذه الوظائف تتشابك، و هذه الاستمرارية الدينامية تسجل في هذه الوظائف التي بدونها كل تقييم لدرجة التعقيل لا يكون إلا مضاربة محضة، و إعادة الاعتبار للتصنيف الأول يؤدي إلى التصنيف

الثاني الذي هو أجدر بالنظام الاقتصادي الذي يحدد الكيفيات الأساسية لما قبل الشعور. (صالح معاليم 50/2008).

حيث يقول بيار مارتي (1976) في بعض الحالات، الشحنة العاطفية تبدو مهمشة مربوطة بالأشياء، و يتبع بعد ذلك ضياع الشحنات العاطفية في مستوى التمثلات الكلامية و كفاءاتها على الترميز، حيث تصبح غير مؤكدة عندما لا يلعب ما قبل الشعور دوره كمفترق طرق منظم لسير التمثلات ما بين الشعور و اللاشعور، و الحركات اللاشعورية تصبح عاجزة عن التعبير إلا في وقت النشاط الراهن .

و إن تراكم الطاقة المتولدة بسبب عجز ما قبل الشعور في تفريغها عن طريق عمل بنائي رمزي ثانوي، ترجع ضد الجسد بتفريغات مدمرة .

هذه الحالة المتعلقة باللاتنظيم، ينتج عنها خطاب فقير من حيث المحتوى الهوامي الناقل للوجدان، و المحتويات الخيالية المملوءة بالاستثمار الليبيدي، تعوض المضامين النفسية بخطاب طبي، و هي إستراتيجية معلنة لفشل سيرورة الإسقاط.

و يرتبط مفهوم التعقيل بالمفاهيم التالية:

الغلاضة: epaisseur تشبيهه بليغ مكاني، و تكشف عن عدد طبقات التمثلات حسب اتجاهين :

الأولى أفقية: أين مختلف طبقات التمثلات المتعلقة بمختلف مراحل نمو الحياة النفسية (نفس-شرجية).

الثانية عمودية: أثناء نفس المرحلة، التمثلات الناتجة من منابع مختلفة (سمعية- بصرية) هي في تفاعل.

السيولة: **fluidité** عامل دينامي ما قبل اللاشعور، تعكس التنقل بين مخلف طبقات التمثلات و العبور من واحدة إلى أخرى.

الدوام: **permanence** يدخل مفهوم الزمنية من خلال انعكاس وجود، أو غير نظامية النوعية الوظيفية لما قبل الشعور. (نفس المرجع، ص112).

تعتمد سيميولوجية التعقيل على مفهومين أساسيين للدلالة عليه، الأول هو مبدأ عدم التعقيل **dé mentalisation** أما الثاني فهو العجز على التعبير الانفعالي أو كما سماه **Sifenoës** ب. سيفنيوز الألكستيميا، حيث يرى **Duparc François** (2001) أن مصطلح عدم التعقيل يقترب من مصطلح **Bion et Klein** و المتمثل في مصطلح استنفاد التفكير، فإذا كان الجهاز النفسي لا يعمل بالصورة العادية، و الملائمة في أوقات معينة من أجل التكيف، يحدث استنزاف فكري يظهر عدم التعقيل أو التعقيل السيئ، فالتعقيل لا يعرف إلا بعكسه فيظهر الخلل يتبين الفرق، أما المصطلح الثاني الألكستيميا أو عجز التعبير الانفعالي، فهو ناتج عن عدم التعقيل فإن وجد دل على التعقيل السيئ أو عدمه.

يعتمد المصطلح على أربع عناصر أساسية و التي تعد عوامل لإحداثه و هي:

-عدم القدرة أو المعرفة و التعبير عن الانفعالات.

-المحدودية للحياة الخيالية، و خاصة فقر الأحلام.

-الميل إلى العيش في الأحداث الآتية.

-و صف الأشياء بدقة و الأحداث و الأعراض الجسدية.

و من أسباب عجز العقيل:

قد يكون التعقيل في أغلب الحالات الثانوي، و قليلا مايكون أولي حيث فقدان التكويني

للتعقيل نجده نادرا فعجز التعقيل الثانوي جد منتشر، يتراوح ما بين الدقيقة إلى العديد من

السنوات، تستطيع تمييز أسباب مختلفة لهذا العجز و هي:

-قمع العواطف و التمثلات.

-حدوث الإكتئاب الأساسي.

-كما قد يكون عجز التنظيم التعقيلي راجع إلى عجز، التنظيم المتعلق بالبنية، و الذي يمتد

إلى مراحل النمو و التطور الفردي، و قد يكون سبب هذا العجز البيولوجي أو صدمات

جنينية، أو خلل عقلي عصبي، أو إختلال هرموني، أو راجع إلى عدم التفاعل الأولي

الخاص بالعلاقة أم/طفل. (أحمد النابلسي، 1992، ص58).

3-التنظيم التدريجي للتمثلات:

إن عملية التعقيل تهتم بمختلف العمليات العقلية التي لم تكن إلى حد الآن محل دراسة هذه

العمليات العقلية خاصة بكمية و نوعية التمثلات السيكلوجية للأفراد، التمثلات البسيكلوجية

تمثل القاعدة الأساسية للحياة العقلية التفكيرية لكل واحد منا، عموما و هي تمدنا بما تسميه

الغرائز في النهار و في الليل تمدنا بمكونات الحلم، و تستعمل أيضا في علاقاتنا المباشرة و غير المباشرة مع الآخرين.

الأطباء النفسانيين يعلمون جيدا دور التمثلات، دور مكون مع التخيلات التي تشهد مباشرة، و دور أكثر تعقيدا مع النزعات التي تشمل الروابط الداخلية بين عدة أنواع من التمثلات، فمختلف الأعمار شكلوا نظام جديد للبيكولوجية، الأطباء يقدرون أيضا دور التمثلات، مثلا عندما المريض يحكي حياته الصحية، هذه القصة قد تكون ناقصة من التمثلات و لا تشهد إلا حالات مرضية و تواريخها، بالعكس فقد تكون غنية عندما كل حالة مرضية تكون مصحوبة بحدث شعوري في أوقات المرض. (L.Hawkes،2004،ص28).

ما قبل الشعور يمثل مكان تواجد التمثلات و روابطها مع بعضها البعض التحليل النفسي تفرق بين تمثلات الشيء و تمثلات الكلمات، تمثلات الأشياء تذكر الحقائق المعاشة في تسلسل حسي، تعطي تعبير لكل توحده حسي، و أيضا علاقة تصرفات يعني فعل الأشياء بتسلسل ما مثلا، تستطيع أيضا أن تكون مرتبطة بحالات حسية لكن تكون متقلبة في الجهاز البيكولوجي أما تمثلات الكلمات تظهر عن طريق اكتساب لغة الآخرين، من البسيط إلى المعقد بتسلسل حسي. (P.Marty،1991،ص93).

نذهب تدريجيا من هذا الايطار (تمثلات الأشياء) في مرحلة النمو و التطور الشخصي تولد عن طريق الاتصال مع الأم ثم ترسخ و تنظم روابط مع الأشخاص الآخرين ثم مع الشخص نفسه (ردة الفعل الداخلية) تمثلات الكلمات تمثل القاعدة الأساسية لترابط الأفكار في الحقيقة

تمثلات الكلمات مرتبطة بتمثلات الأشياء، و تمثلات الكلمات قد تنحصر في تمثلات الأشياء حيث تنحصر معظم المكونات الحسية و الظواهر المكتسبة خلال مرحلة النمو.

الأحلام الليلية عموماً تترجم نوعية التمثلات عند شخص ما في وقت معين، أحياناً هذه الأحلام تمثل تمثلات أشياء عادية يراها الإنسان كل يوم بدون فارق مع حقيقة الوظائف التي يقوم بها، لا يعطي وقت لترابط الأفكار، في حين أنه من قبل ابتداء من صورة بسيطة قادر على فتح المجال لترابط عدة أفكار محمولة بالأحاسيس و المعاني إلى أبعد نقطة من الاكتشاف لما تحمله هذه الأفكار من معاني حقيقية. (نفس المرجع، ص105).

نرجع الآن إلى نوعية و كمية التمثلات البسيكولوجية لما قبل الشعور، كمية التمثلات هي على علاقة بتراكمات التمثلات لمختلف مراحل النمو الفردي من الرضاعة إلى الطفولة، فنوعية ما قبل الشعور هي في تواجد الصورة في ذاكرة الفرد و ترابطها مع تمثيل تمثلات و الصور التي تعبر عنها مكتسبة بطريقة خاطئة أو انقطاع مفاجئ و قوي لتسلسل ما، فنتج عندها تمثلات مكتسبة بطريقة غير متسلسلة فيما قبل الشعور. (أمال فاسي، 2010، ص09).

4- المفاهيم الأساسية لنظرية بيار مارتى:

4-1- التفكير العملياتي:

هو عبارة على ترسيخ الفكر مع الواقع و العرض يصبح عنصر من عناصر واقع العميل و المتميز بالسيطرة على إنشغالاته، يشكل هذا الواقع المرضي المسيطر، حاجز يمنع العبور

للالاشعور و كشف الدوافع المتسببة في ظهور المرض عن طريق خطاب موحد يأخذ قيمة تعويض علاقة موضوعية مشوهة.

أثار هذا الإنغراس في الواقع تظهر على مستوى الخطاب و الهوامات، و الذي يميزها الفقر من خلال المضمون الرمزي و العاطفة المعبر عنها. (صالح معاليم، 2008ص54).

لقد جاء مصطلح التفكير العملياتي من أجل تفسير الحقل السيكوسوماتي ، ف بيار مارتني لم يكتب عنه كثيرا بقدر ما كان يبحث عنه في حالته، فرأى أن معظم هؤلاء الأشخاص الذين يتميزون بهذا التفكير قد تعرضوا إلى صدمة نفسية، مع عدم القدرة على إيجاد حل مرصن لتلك الوضعية . فيظهر هذا التفكير من خلال التكيف المطلق لأننا وللواقع أمام الصدمات الخضوع والامتثال للمثل الجماعية والحياة غير الشخصية . (أمال الفاسي، 2010ص12).

بنى بيار مارتني هذا التفكير على أساس التركيز على الموقعية الفرويدية والصراع بين النزوات التدميرية حيث يساعد النشاط العملي على تطور المرض الجسدي، وعجز نزوات الحياة التي تترجم في عدم القدرة على إعادة أو تشكيل الحياة النفسية التي تكون مهاجمة من طرف نزوات الموت الذي يؤدي إلى خلل التنظيم التدريجي . فهذا التفكير يتميز باستثمار كبير للواقع والحياة اليومية، فالفرد لا ينشغل إلا بالحاضر بطريقة آلية خالية من الجوانب العاطفية، حيث يكون التعلق بالتفاصيل اليومية وكل شيء يحدث على أساس خارجي أي دون الارتباط على أساس هوامي . (نفس المرجع ص14).

كما يتميز هذا النوع من النشاط بما يسمى بعجز التعبير الانفعالي أو ما تحدث عنه سيفينوس بمصطلح الالكستيميا والتي "تعرف بعدم القدرة على التقمص أو التعبير العاطفي لغويا عن الانفعالات والعواطف، البعد عن الصراع من أجل عدم القدرة عن التعبير عن الانفعالات". (Duymentz.M، 2012، ص89).

ف برجرت Bergeret يرى حسب بيار مارتي "إن هذا التفكير العملياتي نوع من التكيف الصلب جدا مع الواقع ، والذي قد يستمر إلى وقت طويل خارج العرض وغيابه عند أشخاص عاديين، هادئين ومتوازنين ولكن يفسر هذا التفكير خلال العرض الجسدي". (أمال فاسي، 2010، ص17).

إن هذا التفكير العملي حاليا عرف بمصطلحات جديدة خاصة من طرف المدرسة العلائقية ف سامي علي يعادل التفكير العملياتي بمصطلح le banale الذي كتب عنه كتابا معروفا بهذا الاسم، فالمصطلح يشير كما سبق ذكره بيتولوجيا التكيف حيث يكون الواقع ذا قيمة تكيفية. (Sami Ali، 2004، ص50).

إن التطرق إلى التفكير العملياتي لا يعرف إلا من خلال منشأه أو السببية النفسية، والذي لا يظهر إلا من خلال فقر في التمثلات المرتبطة بفقر أو غياب الهوام أو خلل على مستوى الصعيد الهوامي .

الإكتئاب الأساسي:

يشرحه بيار مارتى على أصل المنشأ أو السببية التي أدت إلى ظهوره، فهو يرجعه إلى غياب الليبيدو النرجسي، بمعنى الانسحاب النرجسي من الأنا وغياب وفقدان الموضوع الخارجي الذي قد يكون فيه الفرد تابعا له، أما على أساس النشاط العقلي فهو يتميز بغياب أو إلغاء الحياة الحلمية والحياة الهوامية، وكذلك يفسر الاكتئاب الأساسي على أساس الموقعية الأولى بمعنى إفلاس ما قبل الشعور وعدم القيام بعمله، وهذا خاص بالمثيلات والعاطفة، وبالتالي الانصباب يكون موجها نحو استثمار كلي للواقع، أما على أساس الجهاز النفسي قد يكون راجعا إلى غياب ميكانيزمات الدفاع التي تصبح غير فعالة، فيحل محلها ما يسمى بالتفكير العملي الذي قد يكون سابقا بقلق عائم منتشر، فيخلق على أساس طاقتي عدم تصريف الطاقة أو ربطها، وبالتالي قد يحدث التجسد. (أمال فاسي، 2010، ص20).

يعرفه بيار مارتى بأنه الإكتئاب بدون موضوع، يتجه فيه الإحساس بالتقدير النفسي الواطئ و الجرح النرجسي إلى الدائرة الجسدية، بحيث تمحى الدينامية الدفاعية العقلية تماما، و يهبط مستوى التوتر الليبيدي دون أن يكون هناك تعويض اقتصادي إيجابي أي دون ارتباط ليبيدي علائقي، و يكون الإكتئاب الأساسي عادة ملازما لإختلال التنظيم التدريجي الذي يمثل تحولات نفسية تدريجية تفقد الجهاز النفسي بنياته المعنوية و تقلل كفاءات الإرصان النزوي إلى درجة قد تصل إلى الموت، و لا ينفصل سياق التفكير العملي عن هذين المفهومين. (ع.

سي موسي، م. خليفة، 2008، ص96).

أما مفهومه حسب P.Pongy على تناذر أولي في الطب النفس جسدي، يكون فيه التشخيص جد صعب، لأن الأمر يتعلق هنا بأشياء مأخوذة بغيابها، أو ما يعرف بغياب الأعراض الكلاسيكية للاكتئاب العادي والذي ينتج عن عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات والعواطف للشخص فيظهر التجسدن. (P.Pongy, R.Babeau, 2003, ص45).

أما Jaque Gorot فيرى أن الاكتئاب الأساسي يظهر كغياب للبيدو النرجسي والموضوع الخارجي مع إلغاء للحياة الحلمية والهوامية وفقر في الموقعية، خاصة على أساس ما قبل الشعور، واللاشعور الذي يكون في انحراف، وما قبل الشعور يفس في عمله من خلال التمثيلات ويحل محله الآني والحالي واستثمار الحياة اليومية، أما على أساس اقتصادي والموقعية، يكون مستودع الطاقة غير فارغ مع أنه مغلق، في حين لا يكون تحرر نزوي، والأنا يعاني من إفلاس جذري في الدفاعات مع عدم التنظيم في تصريف الطاقة .

فعلى هذا الأساس يمكن أن نقول حسب P Pongy أن الاكتئاب الأساسي هو من العلامات الأولى أو التناذر الذي يسبق التجسدن لدى الفرد السيكوسوماتي، يكون التشخيص فيه صعبا و هذا لغياب الأعراض المألوفة في الاكتئاب الكلاسيكي ، فهو يقاس على أساس غياب الأعراض الواضحة لدى الاكتئاب وغيابها يدل على وجوده، أو ما يسمى بالأعراض الإيجابية التي تكون الحالات المزاجية وتكون جد واضحة.(نفس المرجع،ص48).

الإرصان النفسي:

الإرصان النفسي يدل بالمعنى الواسع على مجمل عمليات الجهاز النفسي، فهو يحول كميات الطاقة مما يتيح السيطرة عليها، إما بربطها أو بجعلها تتحرف عن مسارها، و بالتالي يحدث ما يسمى بالتعقيل أو العقلنة . ولكن عند الشخص الذي يتميز بالتنظيمية السيكوسوماتية، ويتعرض إلى صدمة نفسية، لا يكون هناك إرصان نفسي حيث لا يقوم هذا الأخير بعمله، و هذا راجع إلى خلل الأجهزة والأنظمة النفسية، فيظهر تصعيد للقلق، وبتزايد التوتر بشكل غير محتمل، فيظهر لدينا القلق الآلي أو الأوتوماتيكي الذي قدمه س. فرويد أثناء نظريته في القلق في كتابه، الكف والعرض والقلق سنة (1926)، يعرفه لابلاش وبونتاليس "على أنه تلك الاستجابة الذي يبديها الشخص في كل مرة يجد نفسه فيها في وضعية صدمية أي خاضعا لفيض من الإثارة، ذات المنشأ الخارجي أو الداخلي، والتي يعجز عن السيطرة عليها، ويتعارض القلق الآلي تبعا لفرويد مع القلق الإشارة".

(2004،Hawkes.L).

5- الوصف الاقتصادي للأمراض عند بيار مارتى:

5-1- اللاتنظيمات الظاهرة أو الخلل التنظيمي الظاهر:

تتميز عصابات السلوك بنقص في فعالية الدفاعات مع غياب في تنسيقها التسلسلي، في هذه الحالات العرض الجسدي هو دوما استجابة للصدمة المعاشة في فارة ما بين الحياة، في هذه السلوكات العصابية أين تتشارك أعراض غير أصلية يتعقد و يصعب التشخيص و التنبؤات، بحيث قد يكون المرض المزمن هو نهاية مطاف المسار اللاشعوري للمريض، و

يفرض التعبير في حياة العميل بفعل التثبيت و تغير في نشاطه النفسي لكي يتمكن من إبعاد الأحداث الصدمية المتعرض لها و عدم تمكينها من الرجوع و هكذا يعطي المرض توازن نسبي للمريض عن طريق النكوص الذي يعرضه إلى التأزم أو لإعادة تنظيم النشاط النفس-داخلي، المصابون بالأمراض النفسية ذات التعبير الجسدي ذوا هشاشة يبقوا معارضين لأخطار اضطرابات التنظيم في مواجهة وضعيات صدمية. (صالح معاليم، 2008، ص74).

5-2- التنظيمات المضطربة تدريجيا:

تهم عصابات السلوك و الأشخاص الذين يعانون من هشاشة أنظمة النكوص- التثبيت، يمكنها التظاهر بتطور سريع أو بطيء، تتميز بحركة ضد تطويرية مكثفة، و أي تثبيت غير قادر على جعله مستقرا بشكل دائم إلى مرحلة معينة، التنظيمات المضطربة تدريجيا تساهم في التفككات و الفوضى الوظيفية، في هذه الحالات العلاجات الطبية و العلاجات النفسية الثقيلة تصبح عاجلة.

تبقى النكوصات محرك لإعادة التنظيم في الحالتين، بالنسبة ل Marty هذا المصطلح يشمل مفهومي:

"النكوصات النفس-جسدية لها ميزة مشتركة تتمثل في افتعال توقف حركة اضطرابات التنظيم الناجمة عن صدمات عاطفية، إنطلاقا من هذا التوقف كل الآمال لإعادة بناء الشخص أو لإعادة بناءه كما كان سابقا". (صالح معاليم 2008/52).

5-3- النكوصات الشاملة: تخص الروابط التي تتدخل في تكوين الشبكة المركزية المتعلقة بالجانب العقلي و الحسي، و تتميز هذه النكوصات بثبوتات شديدة لا تعرض حياة الشخص لخطر الموت الحقيقي و ذلك حتى و لو كانت الأعراض قد توحى بأسوء النتائج، يستخدم المرض في مثل هذه الحالة كدفاع خاص من شأنه ضمان حماية نسبية للشخص.

5-4- النكوصات الجزئية: تشكل جزءا من النكوصات الشاملة، إلا أنها على علاقة بالشبكات التطورية الجانبية و بالديناميات المتوازية في ذات الوقت و تمس العقل و الجسد بنفس النسبة بناء على أنها تستمد نشاطها من غريزة الحياة، و بهذا يمكن القول إن المرض ينتمي إلى حركتين متناقضتين و هما كالتالي:

-الحركة التطورية: و التي ترمي إلى تحقيق إعادة التنظيم التي يفترضها النكوص و غريزة الحياة.

-الحركة ضد تطورية: التي قد تؤدي إلى الموت، سوف يبقى التشخيص الفارقي هو الذي يحدد الاستراتيجية العلاجية المناسبة بالتوافق مع شخصية العميل، لا يمكن مقارنة سيرورات الثبوتات و النكوصات إلا من خلال حركة مزدوجة تقدمية أي نحو الأمام و خلفية نحو الورا، تنتمي الأولى إلى نزوا الحياة التحتية و تنتمي الثانية إلى نزوات الموت.

يستمر النكوص حتى التقائه بمرحلة نمو تتميز بالاستقرار الذي تحقق اكتسابه سابقا، يسمح هذا الاستقرار بانجاز الثبوت و إعادة تنشيط الحركة التطورية، إن إعادة تنظيم الطاقة النزوية تابع لشدة الثبوتات.

تجدر الإشارة إلى أن حركة تثبيت- نكوص ما هي إلا بنائية لما يتعلق بتنشيط جديد للعمل النفسي الذي تتضمنه سيرورات التعقيل و بالعكس فهذا التنظيم التدريجي قد يؤدي إلى الموت، هذه الحركة ليست موحدة النمط، إذ أنه يضع في الاعتبار مميزات الأشخاص التي يحددها النشوء النفسي و كذا تاريخ الفرد في علاقاته مع الوسط الذي يعيش فيه.(نفس المرجع،ص78).

6-التعقيل وعملية الجسدنة:

يفسر بيار مارتي الجسدنة على أساس عجز التعقيل الذي يرجع إلى الفقر الهوامي والتفكير العملي الممزوج بالحالي والآني، فالفرد كأنه منقطع عن لا شعوره، كما يلاحظ عليه التأقلم الزائد مع المحيط لا يوجد مرونة في التفكير فالمرض حسب بيار مارتي يأتي عندما يكون هناك عدم القدرة على الفعل أو النشاط، وعدم الإكتمال البنيوي للجهاز النفسي الذي يخلق عدم اكتمال دفاعي للكمونات العقلية، كما أن النكوص يكون متجه نحو مستوى دفاعي أولي حيث يكون إلتحام الفرد مع الموضوع، بدون وجود علاقة موضوعية، وخاصة العلاقات التحولية التي تصبح بيضاء(christiane moxers، 1995 ص 70).

على هذا الأساس سيرورة الجسدنة تظهر عندما لا يستطيع الشخص معالجة اضطراباته النفسية أو مواجهتها والتي قد تخلف له صدمة لديها أثر خدش، ناتج عن وضعية خارجية أو على الأقل ممتدة إلى حدث خارجي ارتجاعي يهز التنظيم العقلي للفرد. (نفس المرجع،ص76) .

إن الانفعالات الأولية قد تعطي المكان المتتابع للظواهر ذات التنظيم العقلي، وعندما تحدث صدمات نفسية تبدو لدينا تظاهرات ذات التنظيم الجسدي، بحيث يكون النشاط العقلي سابقا لنشاط الجسم واضطراباته ومكونا له وهو سبب في ظهوره. (J.Michel، 2006، ص48).

7- إسهامات نظرية بيار مارتي فيما يخص الربو:

يرى G.Szwec أن: "المرض ذو النوبة كربو الطفل يشكل نكوصا جسديا سبقه أو زامنه نكوصا نفسيا مصحوبا بقلق و اشتداد الأعراض العصبية مثل الخوف و الوسواس و أيضا أعراض الطبع و السلوك، وتتجلى هذه الحركة بعد إثارة على المستوى النفس- عاطفي، و لها دورا صدمي، و يشكل الربو الإصابة الجسدية حيث يظهر على أنه استجابة لظروف ذات إثارة مفرطة و متراكمة و التي لم يتمكن الطفل من تفريغها عن طريق الارصان (البناء العقلاني)، كما أن إعادة التنشيط المفرط للقصبات الهوائية يعادل أيضا التثبيت في الجسد و الذي سيستخدم كمرحلة للحركة النكوصية التي تتضمن مستوى تعبير الجسدي" (صالح معالم 55/2088).

كما يرى بيار مارتي أن التثبيتات الأولى التي تتم حول تنظيمات مناعية جينية و الوراثة، سوف تحقق تثبيتات أخرى على بعض الوظائف أثناء نمو الطفل التي تنتهي إلى التجسد لاحقا بوصفها كوسيلة للتفريغ و التخفيض من شدة الإثارة.

يذهب L.Kriesler إلى أن: "الظروف المولدة للمرض المتنوعة يطبعها الفراغ، و حياة تتكرر فيها الانفصالات، أو علاقة لا بصمة عليها، محرومة من الغذاء الليبيدي جراء ظروف أو شخصية الأم." (نفس المرجع، ص115).

يتجلى الانفصال مع الأم في هذا الفراغ الذي يفسح المجال للقلق هنا، إن صحة الطفل تابعة للعلاقة الثنائية، و يبقى الكمال الوجداني، المرونة و الاستقرار، المميزات الأساسية التي من شأنها أن تتضمن نشاطا وظيفيا عقليا جيدا.

و يضيف هذا الأخير: " في العلاقة الأولية، يضمن الاستقرار و التوافق جمع الأجزاء المشتتة كالفسيفساء البدائية، أن الاستقرار الذي يتأسس على استمرار العلاقة، و انسجامها عن طريق توافق العناية الأمومية و الاستجابات لحاجات الطفل، و تعزيزها بالانسجام الإيقاعي من جهة، و التقسيم الزمني إلى التنظيم.

و يظهر التقبل سهولة التكيف المتبادل لهذه الحركات اللامتناهية، إذ تحتوي الكمال نوعية التفاعلات الهوامية التي تغلن الجسم البيولوجي للطفل و يدخل الاستثمار أين يكون هو الموضوع عن طريق الإستناد النزوي الذي يسجلها في النشاط الخيالي للأم، و الذي يتضمن حضور الطفل في الوقت الراهن و المستقبلي و ما تبنيه له من مشاريع." (Riban.J، 2006، ص129).

و يظهر لنا هذا التطور النظري أن الطفل الذي يخرج إلى العالم الخارجي يكون معبئا بمشاريع أعباها له والده، و في مكان ينسبانه له، و الطلبات التي سيتلقاها يجب أن تكون

خاضعة لثلاثة شروط، و إلا سيكون الانحراف النفس- مرضي الذي يفسر التفاعل: أم _ طفل.

لقد ساهمت أعمال R.Spitz في توضيح المشاكل النفس- مرضية و بصفة عامة بفهم الربو عند الطفل، الذي يكمن في خاصية القلق الذي يعتبر حركة و مكونة له، و ينسب هذا القلق إلى الموضوع الليبيدي، في حين Freud ينسبه إلى فقدان الموضوع.

يرجع M.Fain إلى Spitz في تحليله للميكانيزمات العقلية المبكرة للربو عند الطفل، و بموقع هذا التحليل ظهور الربو في نقطتين من ضمن إدراك لعالمه و هذا الشهر السادس. الأول هو الابتسامة في وجه الأشخاص المألوفين و هذا بصفة عامة، و الثاني الخوف من الوجوه الغريبة.

بالنسبة ل Spitz: " الاضطرابات الموجودة في شخصية الأم هي أساس ظهور الأعراض عند الطفل، و هو يميز نوعين من الاضطرابات: اضطرابات لراجعة إلى عدم كفاية العلاقة أم_ طفل، الغير ملائمة من حيث النوعية، و الأخرى راجعة إلى عدم كفاية هذه العلاقة من حيث الكمية. " (صالح معالم، 2008، ص102).

7- حدود نظرية بيار مارتي:

حافظ نموذج نظرية بيار مارتي على البعد متعدد العوامل للاضطرابات الخاصة بالتعبير الجسدي وفقا للمصطلحات الفرويدية فيما يخص أسباب المرض، و نلاحظ تشابه بين نظرية التكيف أين الرسمة المعروفة التي تلخص كمايلي: منبه الخطر يجند العضوية و تكون

إجابة الشخص مشروطة بقدراته الدفاعية بالهروب أو تلقي العدوانية بسلبية الذي ينتج المرض في حين أو مع مرور الزمن. (Marty.P، 1991، ص95).

يتموقع التشابه في الوظيفة العملية لما قبل الشعور أين الجودة، هذا ما يقود كل نظرية بيار مارتي فيما يخص التصنيفات تعتبر بيار مارتي أن الصدمة هي أساس الصراع سواء كانت ما قبل تناسلية أو كانت تناسلية منشؤه تكون من ضمن النشاط النفس- داخلي و تكون خاضعة لاقتصادية ديناميكية تحتية.

هذا المنظور النفسي لهذه الأمراض النفسية ذات التعبير الجسدي لا تعطى أهمية لمكانة الجسم كمكان استثمار نزوي و تترك السؤال فيما يخص اختيار العضو معلقا للنقاش. و تكون الغلمنة صورة الجسم النفس- لبيبيدي بالنسبة للجسم المادي البيولوجي و التي تظهر أنها تختلط باستعمال التشبيه البليغ التالي: جسم أبله *corps bête*، عرض أبله من جهة، وينقسم عن طريق التفاعل النزوي للجسم النفسي أي هو موضوع استثمار و توهم الذي تبرزه الصدمة الصراعية الضمنية من جهة أخرى.

يأخذ المرجع التحليلي طابعا معمما لكل الأمراض إذا اعتبرنا أن أصل التجسد هو صدمة صراعية أين النواة تكون قبل تناسلية مهما كانت طبيعة التعبير عن الاضطراب، كل خصوصية تمحي لفائدة التعميم الذي يذكر انحرافات خلفيات الشخصية عند Alexander، طبيعة و اتجاه الطاقة النزوية يؤدي بنا إلى صعوبة التموقع و التفريق في التسلسل الزمني للنمو الليبيدي التناسلي و ما قبل التناسلي.

نظرا لتصنيف دراسة الأسباب المرضية لبيبار مارتي : عصابات الطبع ذات التعقيل الغير ثابت، أين المميز الفارقي هو التثبيت الشرجي، العصابات السلوكية، أين عدم الكفاءة الوظيفية ينشأ من ثنائية العلاقة أم_طفل عند الولادة، وما قبل الولادة، و هذا يفتح المجال للقول أن التناسلي سابق لما قبل التناسلي في مراحل النمو، إذا أخذ بعين الاعتبار الإثارة التي تكون جسمية في عصاب القلق و نفسية في الهستيريا لا يسمح لنا بالتقدم في فهم ظواهر التجسيد. (L.Hawkes،89،2004).

خلاصة الفصل:

لقد ركز بيار مارتني في نظريته على غياب التعقيل في السيرورات النفسية، جسدية يرتكز هذا المفهوم التقسيمية الأولى لس فرويد، أين يلعب ما قبل الشعور دور عامل الربط بين تمثلات الأشياء، وتمثلات الكلام، هذا النشاط محقق في اقتصاديات النفس-جسدية، سوء التعقيل هو دليل على عدم قدرة الشخص على مواجهة الحقائق وعدم نجاح كبت النزوات والضعوطات.

منهجية البحث:**1- منهج البحث:**

إن كل دراسة تتطلب منهج الذي يساعدنا للوصول إلى الغاية الموجودة أو الهدف المسطر و على الباحث اختيار المنهج الملائم لدراسته حتى تتضح له الأمور و يكون بحثه دقيق كون أن لكل دراسة منهج خاص بها، فالمنهج إذا هو "الطريقة أو الأسلوب الذي ينتهجه العالم في بحثه أو دراسة مشكلته و الوصول إلى حلول لها و إلى بعض النتائج". (فيصل عباس، 1990ص23).

و نظرا لأن موضوع دراستنا يتمحور حول التعقيل لدى مرضى سيكوسوماتيين فقد اعتمدنا على المنهج العيادي لأنه يخدم موضوع الدراسة و لا يمكن معالجته باستخدام منهج آخر. و يعرفه د. لاجاش على أنه "تناول للسيرة الذاتية في منظورها الخاص، و كذلك التعرف على مواقف و تصورات الفرد إتجاه و ضغيات معينة معادلا بذلك إعطاء معنى للحالة للتعرف على بنيتها و تكوينها، كما يكشف عن الصراعات التي تحركها و محاولة الفرد حلها". (جيلالي سليمان، 2002ص77).

كما يرى د. لاجاش أن المنهج العيادي يتضمن دراسة السلوك في إطاره الحقيقي، و يكشف بكل أمانة ممكنة عن طرق التعايش و التفاعل للفرد في المعنى، و البنية و التكوين، و يكشف عن الصراعات التي تحركه، يطبق هذا المنهج مع السير المتكيفة مثلما يطبق مع السير المضطربة.

2- مكان إجراء البحث:

تقع المؤسسة الاستشفائية العمومية شيغيفارى بولاية مستغانم يحتوي 29 مصلحة طبية به حوالي سبعة آلاف عامل يضم مساحة واسعة جدا و من بين الأجنحة التي يحتوي عليها هذه المؤسسة جناح متخصص في علاج أمراض القرحة المعدية و الربو.

أجرينا دراستنا التطبيقية بمستشفى شيغيفارى بمستغانم وبالتحديد في جناح أمراض القلب والذبحة الصدرية، وجناح أمراض القرحة المعدية واللدان ينقسمان إلى طابقين وكل طابق يحتوي على 12 غرفة ووجود أطباء مختصين منهم طبيب مختص في علم النفس لكل جناح.

3-مجموعة البحث و معايير انتقائها:

تتكون مجموعة الدراسة من 02 مرضى سيكوسوماتيين، حالة عن القرحة المعدية و حالة عن الربو، و قد تم اختيارنا لحالات مجموعة البحث بناء على المعايير التالية:

-التشخيص الطبي: حيث تم اختيار الحالات من المؤسسة الاستشفائية شيغيفارى.

-أن تكون الحالات في سن الرشد.

-أن تكون الحالة مصابة بمرض سيكوسوماتي (علينا التأكد من أن الحالة تحت متابعة و إشراف طبي).

جدول (1) يوضح خصائص مجموعة البحث وفق السن و الجنس و طبيعة المرض.

الاسم	السن	الجنس	المرض
حليمة	24	أنثى	قرحة معدية
محمد	28	ذكر	الربو

4- أدوات البحث:

لعل من أسس نجاح سيرورة البحث العيادي الحفاظ على العلاقة المؤطرة في سياق البحث و حماية المشاركين و كذا حماية الباحث ارتأينا استعمال استمارة طلب موافقة للمشاركة تحوي مراحل البحث، و مميزات المشاركة فيه و كذا مجالات استعمال المادة الناتجة عن البحث و تصريح شخصي موقع من الباحث يقضي باحترام سرية شخصية و خصوصية المشاركين و كذا الأشخاص المقربين الذين قد تحويهم المادة مباشرة أة غير مباشرة.

و من الأدوات المستعملة في بحثنا هذا و التي قد تساعدنا على جمع أكبر جل من المعلومات عن الحالات هي كالتالي:

4-1- المقابلة العيادية:

تعرف على أنها علاقة ثنائية تستلزم حضور الفاحص و المفحوص و يمكن أن تدخل التقنية في إطار مساعدة لما تتميز به من حيث تركيزها على الشخص في وحدته.

4-2- إختبار الرورشاخ:

-تعريف اختبار الرورشاخ: هو أكثر الاختبارات الاسقاطية أهمية، و قد وضعه هرمان رورشاخ 1921 يدرس العقل و العاطفة و يدرس أيضا اجتماعي الشخص و تأثير هذه المجالات على بعضها البعض و يتكون من عشر بطاقات من الورق المقوى على كل بطاقة شكل غير محدد، خمس من هذه البطاقات فيها الأسود و الرمادي و الأحمر، اللوحة الثانية و الثالثة أما اللوحات الثامنة و التاسعة و العاشرة فهي متعددة

الألوان.(ف.عباس،1997ص22).

-كيفية تطبيق اختبار الرورشاخ:

تقنية تطبيق الاختبار هي نفسها لجميع الأعمار كما أنها تحتاج إلى كثير من الدقة و التركيز يجب على الفاحص أن يكون مع المفحوص في غرفة هادئة و مثيرة لكن على الفاحص أن يكون مع المفحوص في غرفة هادئة و يكون جالس على اليسار قريبا من الفاحص لكي تسهل ملاحظة تصرفاته و قبل أن يشرع هذا الأخير في تطبيق الاختبار عليه أن يقوم بإعداده بوضعه على المكتب و تمون اللوحات مقلوية و مرتبة من الأول حتى العاشرة ليسهل تقديمها للمفحوص. (ع.سي موسي، م.خليفة،2008ص158).

التعليمة:

يبدأ الاختبار عادة بأن يقول الفاحص سأعرض عليك هذه اللوحات الواحدة بعد الأخرى، ثم يمسك باللوحة الأولى و يلقي عليه التعليمة التالية:"سأريك عشر لوحات، قل لي ما الذي

تجعلك تفكر فيه، و ما تستطيع أن تتخيله انطلاقاً من ،(1983ص23)Chabert.C) هذه اللوحات؟"

هذه التعليلة تشمل الأطراف الثلاثة للوضعية الإسقاطية: الفاحص من خلال "سأريك"، المادة محددة في "عشر لوحات"، و المفحوص طبعاً بجهد "الفكري" و "التخيلي" أي الإدراكي و الإسقاطي.

إن ما يجب الاحتفاظ به هو أن التعليلة على اختلاف صياغاتها يجب أن توافق الوضعية الإسقاطية الخاصة بكل مفحوص، بإعتباره محور الفحص، من حيث استعدادة لقبولها و فهمها و من ثم التكيف معها.

و قد كانت التعليلة المقدمة من قبلنا كيفية حسب وضعيات الفحص الخاصة بكل فرد، و ذلك من حيث لغته، لغة العربية العامية، و كان محتواها بصفة عامة "سأريك عشر لوحات فيهم بقع تاع حبر، قول لي واش تقدر تكون، أو كل شيء لي تقدر تشوفو و لا تتخيلو فيها؟".

تعتبر طريقة تعامل المفحوص مع مادة الفحص، سواء باللفظ أو بالتصرف، أمراً مهماً يجب ملاحظته و الاستماع له بدقة و توجيهه، و هي تبدأ بمجرد تسليم اللوحة الأولى له إيداناً بالانطلاق لمرحلة الأولى و هي تمرير اللوحات للحصول على الإجابات التلقائية.

نعمل على إتباع كل مراحل الإجراء التي يحبها المختصون، و هي تتمثل في ثلاث مراحل أساسية: التمرير التلقائي للوحات، التحقيق، و اختبار الإختيارات.

التمرير التلقائي للوحات:

تقتضي منا هذه المرحلة تسجيل الأزمنة (زمن الرجوع و الزمن الكلي) في كل لوحة و في الاختبار ككل، و تسجيل الإجابات بحذافيرها حتى فيما يتعلق باللغة المستعملة أو المزج بين اللغات، مع كل التعليقات المقدمة من قبل المفحوص، و استفساراته عن طريقة الإنجاز، كما نسجل تدخلاتنا أيضا إذا اقتضى الأمر لتوجيهه و مساعدته، بالإضافة إلى تسجيل كل تصرفاته و إيماءاته إن وجدت، دون أن ننسى الإشارة إلى تغييره لوضعية اللوحة أثناء الإجابة: عادية ()، مقلوبة () جانبية ().

-التحقيق:

بعد الانتهاء من تمرير اللوحات العشرة ننتقل إلى المرحلة الثانية المتمثلة في التحقيق الذي هو عبارة عن استقصاء لطبيعة الإجابات المعطاة في المرحلة الأولى من حيث موقعها (كل البقعة أو جزء منها فقط) وخصائص المنبه (الشكل، اللون، الحركة، التمويه، الظلال) التي تدخلت لتحديد الإجابة، من أجل ذلك يجب إبداء بعض المرونة في التعامل مع المفحوص بعيدا عن التحقيق الصارم الذي يوحى بالرقابة المتشددة والمخيفة، إذ يفسح له المجال لتوضيح التفسيرات التي تقدم بها قائلين له: " سأعيد الآن تمرير اللوحات لك دون الإطالة فيها كي تقول لي أين رأيت الأشياء التي ذكرتها وما الذي جعلك تفكر فيها"، ولم نستعمل التحقيق مع كل الأفراد الذين فحسناهم بالطريقة المنتظمة، فقد اقتضت ظروف استقبال الأفراد في بعض الحالات تحديد مدة الإجراء (على الأكثر 45 د) بسبب المواعيد المضبوطة

للأفراد في الإطار العلاجي، ذلك ما دفعنا إلى انتهاج أسلوب التحقيق في المرحلة التلقائية بعد الإجابات مباشرة، وقد وجدنا صعوبات في التحليل حينما لم نقم بالتحقيق بسبب استثناءات العلاقة العلاجية، ومهما يكن فإن الفائدة من التحقيق هو المساعدة على تنقيط الإجابات بسهولة وذلك ما كنا نلمسه في بعض البروتوكولات، حيث كانت صعوبة التنقيط تفرض نفسها، كما سمحت الحصص التكوينية بالتأكد من أهمية وأبعاد التحقيق في الضبط الأحسن الأحسن للسير النفسي للأفراد، تساعد هذه العملية على إبداء ملاحظات حول طبيعة الإنتاج وطبيعة النظام النفسي.

التحقيق الحدي:

هي مرحلة تفرض لدى بعض الأشخاص الذين يكون إنتاجهم محدودا وخاليا من بعض الإجابات أو بعض التفسير التي يلزم ظهورها عند عامة الأفراد، وقد اقترحها كلوبفر من قبل (1942،1946) في الحالات التي لا يعطي فيها المفحوص أية إستجابة شائعة أو لونية أو في حالة غياب نمط من أنماط الإدراك أو عدم بروز استجابات إنسانية، نذكر أن غياب مثل هذه الإجابات تعني خلا في بناء الواقع والموضوع، أي كأن الشخص يملك عالما خاصا وغير مشترك مع الغير والمألوف.

اختبار الإختيارات:

تكون هذه المرحلة الأخيرة من الإجراء على شكل اختيار تفضيلي للوحات، وتتمثل في الطلب من المفحوص اختيار لوحتين من بين اللوحات العشر التي يفضلهما أو تعجبهانه أكثر أو اللتان "يحبهما أكثر ولوحتين أخريين لا تعجبهانه أو "أقل حبا لهما" أو اللتان ينفر منهما. إن كل الخطوات التي وجب علينا إتباعها لا يعني وسم الوضعية الإسقاطية بنوع من التحكم الصلب الذي يقيد القدرات التخيلية والفكرية للمفحوص، بل محاولة بسط نوع من الارتياح في العلاقة من خلال الاستماع والإهتمام لكل ما كان يقوم به المفحوص للإلمام بكل جوانب شخصيته، فهو الهدف المقصود قبل أن يكون إنتاجه الكمي، وكل ذلك يتحدد في إطار العلاقة التحويلية التي لا يمكن بأي حال من الأحوال تجاهلها في ديناميكية إجراء الروشاح

5-مرحلة التطبيق:

تمت عملية البحث في المؤسسة الإستشفائية العمومية شغيفاري مستغانم، توجهنا إلى قسم القرحة المعدية والأمعاء وقسم أمراض القلب والذبحة الصدرية بدراسة استطلاعية للتمكن من انتقاء مجموعة البحث، وقد تمت عملية التطبيق على النحو التالي:

الإتصال الأولي:

الإتصال بالمختصين العاملين في كل قسم وخصوصا المختصين النفسانيين، وهذا بغرض تكوين معرفة أعمق عن الميدان.

بعد شرعنا في عملية انتقاء المفحوصين الذين سنطبق عليهم الإختبار ، بحيث تتوفر فيهم شروط الإنتماء وإلى مجموعة البحث، مع الأخذ بعين الإعتبار رأي الأطباء المعالجين حول

قابلية الحالات لإجراء الإختبار وهذا من ناحية حالتهم الصحية ومدة إقامتهم بالمستشفى، كون تطبيق البحث يتطلب أكثر من حصة.

بعد تحديد المفحوصين الذين تتوفر فيهم خصائص مجموعة البحث، قمنا بالإقتراب منهم كل واحد على حدا لتقديم أنفسنا وسبب اتصالنا بهم حسب التعليمات التالية مستعملين اللغة العربية الدارجة" أنا طالبة في علم النفس، راني ندير في بحث حول مرضى (قرحة معدية، الربو) وحالتهم النفسية وأنت تقدر تساعدني باش ندير هذا البحث بقبولك تطبيق إختبار نفسي في حالة ما قبلت نأكدك بلي كل ما راح تقدموا يكون في سرية تامة".

بعد موافقة الحالة تقوم بتحديد موعد معها لإجراء مقابلة تمهيدية، وكما هو معمول به بدأ بإجراء المقابلة ثم تطبيق إختبار الروشاخ وكانت هناك مقابلة ما بعد تطبيق الإختبار بعد الإنتهاء من إجراء تطبيقه.

تطبيق إختبار الروشاخ:

قمنا بتطبيق إختبار الروشاخ يوم 29-05-2014 حسب الطريقة الكلاسيكية المتبعة من طرف فرقة البحث لباريس، فبعد استقبال المفحوص، بدأنا بالتمهيد التالي: "كيما قتلتك المرة اللي فاتت اليوم راح نبدأو بتطبيق الإختبار"، بعد التأكد من استعداد المفحوص لإجراء الإختبار قمنا بإلقاء التعليمات الأولى، ثم تمرير اللوحات واحدة تلو الأخرى، ثم الانتهاء بمرحلة التحقيق واختبار الحدود مسجلين أثناء كل ما صدر عن المفحوص.

5- صعوبات البحث:

أي بحث علمي لا يمكن أن يخلو من العراقيل، إذ شملت على الجانبين النظري والتطبيقي في الجانب النظري:

- قلة المراجع وصعوبة الحصول عليها، وهذا ما اضطررنا إلى التوجه بمكتبة جامعة البليدة والتي كان عليها ضغط كبير حيث أن أغلبية الطلبة كانوا يتوجهون إليها وهذا ما سبب لنا بعض المشقة.

- قلة المراجع فيما يخص التعقيل والدراسات السابقة باللغة العربية.
في الجانب التطبيقي:

- لقد قمنا بتربص مذكرة تخرجنا بالمؤسسة الاستشفائية العمومية شبيغيفاري بمستغانم بجناح أمراض القرحة المعدية والقولون وجناح أمراض القلب والذبحة الصدرية، والتي قبلنا فيها بعد مرور مدة من تقديم طلبنا، حيث كانت تحتوي هذه العيادة على متربصين متعددين من طلبة الطب والتكوين الشبه الطبي.

- قلة الحالات المصابين بالربو لعدم مكوثهن مدة طويلة بالمستشفى.

1- عرض وتحليل نتائج إختبار الرورشاخ:

1-1- عرض وتحليل نتائج:

-الحالة الأولى:

البيانات الأولية:

الإسم: خ.حليمة

السن: 24 سنة

المستوى التعليمي: سادسة ابتدائي

المستوى المعيشي: متوسط

الحالة الإجتماعية: مطلقة وأم لبنت

عدد الإخوة: خمسة

المرتبة بين الإخوة: الأخيرة

سبب الفحص: إصابة على مستوى معدة.

سوابق مرضية: لا يوجد

السوابق الأسرية: عدم إصابة أي فرد من أفراد الأسرة بنفس المرض

-السيمائية العامة للحالة:

الشكل المرفولوجي: بنية جسمة ضعيفة، سمراء البشرة، طويلة القامة، شعر أسود غير كثيف

اللباس: نظيف ومتناسق

ملامح الوجه: نظرات عميقة تدل على الإستياء

-سيمولوجية الوظائف الكبرى:

اللغة: مفهومة وواضحة

الذاكرة: إسترجاع بسيط للأحداث

الوظائف المعرفية: الإنتباه متذبذب

الوعي والإدراك: يقظة ولديها وعي بالمخطط الجسدي

الوظائف الفيزيولوجية: تعاني من إضطرابات في النوم والأكل

العلاقات الإجتماعية: متوترة مع غير أفراد أسرتها

2- بروتوكول الرورشاخ

اللوحة	النص	التحقيق	التنقيط
1	21..... ياهاذي ساهلة ^ - فراشة	39 -فراشة (G) هذا الرأس (Dd22) جناحيها (D2) راهي طيارة.	GF+Kan A Ban
2	^ < > 24 ^ - مافهمنهاش -راس -عينين	35 هذا هو الرأس (تاع حشرة) (Dd) هاذو عينين (تاع حشرة) (Dd25) حشرة (D3) DF+A	DdF ± Ad DdF ± Ad
3	^ تقريب و ابعاد البطاقة -سرطان يديه و يديرهاكا (بحركهم) -صح قوليلي شتاكي	39 (D) سرطان (D7) عينيه	DF - Kan A

	رأسه (D5)	تشوفي فيها	
		50	
صدمة مميل لرفض اللوحة	GF + Kan A Ban cloob غوريلا (G) → هاذو رجليه (D2) راه يتمشى في رجليه اللون لكحل بينلي بلي غوريلا.	><^ تقريب اللوحة 31.....^ راهي جايتي غريبة بزاف هاذ الشكل 52	4
GF+Kan A Ban	حمامة (G) رأسها (D3) جناحيها (D4) راهي طايرة.^ هاذي ساهلة على لخرى 12..... ^ حمامة حتى و لو قلبناها حمامة 19	5
صدمة ميل الى الرفض	حوت تاع الراية G GF- Anat بيان من شكله مشرحينه (G) هاذو عينيه (Dd10) هتذي كعالتة (D8)	46.....^ ماعرفتهاش (تقريب و تبعيد) ماعرفتهاش 53	6
GF - A	ضفدع G رأسه (D1) يديه (D3)	16.....^ -ضفدع -رأس -يدين -كرعين 19	7
DF+ kan A Ban D/bl F- Bot	-كلاب (D1) طالعين في الشجرة هاذي شجرة (D/bl) هاذا جذع (Dd21) أوراقها (Dd22)	20.....^ -كلاب -شجرة هاذو كلاب طالعين، أوراق شجرة، جذع شجرة	8

		42	
صدمة ميل إلى الرفض	-غيوم(D1) (DF+Frage) غيوم(D6) DFE+Frage	35.....^ ما علاباليش شتاهي هي هادي.....؟	9
صدمة GF+bot scène	وردة(G) شفت روجي أنا رفدة هادي الوردة جدع الوردة(D11)	42.....V^ تقريب وتبعيد V ورده	10

المخطط النفسي للحالة: 1

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
A=07	F+=08	G=06	R=09
Ad=02	F-=04		R.COMPL=04
	F+=02	G%=66%	Refus=00
	S.de F=14	D=05	
Scène=01	K=00	D%=55%	T.total=420
	Kan=05	Dd=02	T.d appr=
Frage=02	Kob=00	Dd%=22%	G-D-Dd-D/bl
Bot=02	Kp=00	D/bl=01	TRI=Ok/oc
Anat=01	S.dek=05	Dbl%=11%	
	E=00		F.C=5k o e
	EF=00		RC%=33%
	FE=02		Ban=04
	S-de E=01		F%=155%
	Clob=01		F+%=64%
			A%=100%
			IA%=11%

4/تحليل بروتوكول الروشاح:

الإنتباع العام

يتميز بروتوكول المفحوصة بالكف الشديد وهذا بالنظر للإستجابة المسجلة $R=09$ تعد ضئيلة مقارنة بمعدل الإنتاجية الخاصة بالراشد حسب الدراسة الجزائرية للبروفيسور سي موسى و ع.خليفة محمود (2004) وأزمنة الكمون المرتفعة المسجلة في أغلب اللوحات وتسجيل 4 صدمات ف اللوحات (4,6,9,10) وميل للرفض وهذا يدعم البعد الكبتي للمفحوصة والكف، فقد تراوح نمط الإدراك لدى المفحوصة بين شامل $G\%=66$ والجزئي $D\%=55$ وسنتطرق لنوعيتها لاحقا.

أما المقاربة الشكلية فجاءت مرتفعة $F\%$ تدل على استثمار مكثف للحدود ورقابة شديدة على العالم الداخلي، وقد طغى المحتوى الحيواني على بروتوكول الحالة ووصل أقصاه $A\%=100$ وهذا يدل على مزاج إنهياري وبالنظر إلى باقي المحتويات جاءت هشّة تدل على فقر هوامي للمفحوصة $H\%=0$ أما الإجابات الإنسانية انعدمت تماما وهذا يدل على إشكالية تقمصية عميقة وعجز عن تمثيل الذات في المحيط.

التحليل الكيفي:

السياقات المعرفية:

في اللوحة الأولى: نجحت المفحوصة في إعطاء إجابة شائعة وتوحيد الإدراك في هذه اللوحة المتناسكة هو توحيد لصورة الجسد.

في اللوحة الثانية: لم تصمد طويلا المفحوصة أمام نزوية اللوحة لتعطي إجابات جزئية

مبهمة Ddf+Ad متجنبة التداعيات العلائقية ومتجنبة كل النزوات التي تحوي عليها اللوحة وفشل تعمقي واضح.

اللوحة الثالثة: بعد زمن طويل 39 وتردد أعطت المفحوصة كمون إجابة جزئية لمدرک

سلبی DF- kan A متجنبة تداعيات العلائقية أيضا وكاشفة لإشكالية تقمصية عميقة.

اللوحة الرابعة: بعد تحفظ كلامي " راهي جايتني غريبة بزاف....." وصدمة مسجلة وميل

لرفض اللوحة، أعطت إجابة شاملة ورغم أنها شائعة إلا أنها إنطباعية مخيفة تحمل ميكانيزم خوافي Clob وقد تشير إلى الاكتئاب كنوع من الحصر والقلق وتوحي بذات مهددة.

اللوحة الخامسة: نجحت المفحوصة في توحيد اللوحة لكن جزءت المدرک في مرحلة التحقيق وهذا يدل على انشغالات حسية.

اللوحة السادسة: بعدما سجلت بها صدمة وميل للرفض وزمن كمون مهم 46 أعطت

المفحوصة إجابة شاملة بمدرک سلبی تشريحي GF-Anat محاولة التغلب على رمزية قضيبية للوحة.

اللوحة السابعة: أعطت إجابة شاملة بمدرک سلبی حيواني وتجنبت كل تصور إنساني وعلائقي.

اللوحات الثلاثة الأخيرة (الثامنة، التاسعة، العاشرة): عادت الحالة للتجزئة لكن بمحتويات

ذات رمزية غير متطورة وتجاهل صارخ للألوان وبالنظر للمحتوى الكامن لهذه اللوحات فالحالة تعاني من عزلة عن العالم الخارجي وتكيف سطحي معه.

الدينامية الصراعية: نمط الصدى الصميم (TRI(Ok/oc) يشير إلى النمط الإنسحابي المغلق وتؤكد المعادلة التكميلية (SK/OE) وهذا دليل عاطفة مكبوتة و مزاج إنهياري، أما بالنسبة للإستجابات اللونية RCI=33 تشير إلى عاطفة خافتة انعدمت في البروتوكول التصورات الإنسانية وبالتالي الحركات أيضا $K=0$ وهذا دليل كف وإشكالية تقمصية عميقة وعجز عن تمثيل الذات في محيط علائقي.

التظاهرات الحسية: والإجابات التظليلية إنعدمت الإجابات اللونية ($C=0$) وهذا دليل كف عاطفي ويؤكد أن الجهاز النفسي معطل لدى الحالة ويؤكد الإنسحاب.

ملخص الروشاخ للحالة الأولى:

- كف شديد للحالة ويظهر ذلك من خلال الإنتاجية المسجلة $R=09$ وأزمة الكمون المرتفعة المسجلة في أغلب اللوحات.
- البعد الكبتي للمفحوص وهذا من خلال تسجيل 04 صدمات في اللوحات (4، 6، 9، 10) وميل للرفض.
- عجز عن تمثيل الذات في المحيط.
- كف عاطفي مع إشكالية تقمصية عميقة.
- ظهور ميكانيزمات خوافية وعلامات إكتئابية.

2/ عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية:

البيانات الأولية:

الإسم: ب/محمد

السن: 28 سنة

المستوى التعليمي: ثلاثة ثانوي

المستوى المعيشي: متوسط

الحالة الإجتماعية: أعزب

عدد الإخوة: 04

المرتبة بين الإخوة: الثالثة

سبب الفحص: ضيق التنفس، إنقباض في القفص الصدري

سوابق مرضية: حساسية مفرطة

سوابق أسرية: لا يوجد

-السيمائية العامة للحالة:

الشكل المرفولوجي: بنية جسمية قوية، أسمر البشرة، طويل القامة.

اللباس: نظيف ومتناسق

ملامح الوجه: شاحب الوجه

-سيمولوجية الوظائف الكبرى:

اللغة: واضحة

الذاكرة: صعوبة في استرجاع الأحداث

الوظائف المعرفية: الانتباه متذبذب

الوعي والإدراك: صعوبة في استرجاع الذكريات

1-2- بروتوكول الرورشاخ للحالة الثانية

التنقيط	التحقيق	النص	محمد
Gdf+kan A ban	خفاش (G) بان من لونه لكحل جناحيه) (D2) راه طاير	"11.....^ خفاش جناحين	1
GF+H ban	-زوج رجالا قاعدين G ملاقيين يديهم D4، ريسانهم (D2)، كرعيهم (D3)	تقريب وتبعيد "19.....^ -زوج رجالا قاعدين لاقين يديهم، ريسانهم، كرعيهم "32	2
GF+H ban DF+obj	- امرأتان (G) -ربطة عنق (D3) -رجلين تاع امرأتان (D5)، ريسانهم (D6)	عجبي شكلها واضحة.....10" -زوج بنادم -ربطة عنق -رجلين، يدين، راس	3
F+(H)	رجل آلي ضخم (G) راسه (D3) رجليه (D6)، يديه (D4)	تقريب اللوحة، تعجب "12.....^ رجل آلي ضخم راس، رجليه، يديه	4
GF+kan A ban	(شكل) فراشة (G)	"9....^.....V.....^ -راهي تبان كيما	5

	جناحيها (D4)، رأسها (D6) حالة جناحيها طايرة	حمامة ولا فراشة، ولا نقولاك فراشة	
GF+Sex DF+Sex	الجهاز التناسلي للرجل (G) عضو ذكري نتاعه (D3)	راه بيان كيما جهاز تناسلي للرجل هذا عضو ذكري نتاعه 38"	6
GF-A Scène	زوج فيلة (G) راهم رافدين يديهم (Dd) وخرطومهم في السما (D5) راسه (D1)	راهم بيانولي زوج فيلة متلاصقين بالظهر خرطومهم 36"	7
DF-kan A DF-Frag DF+Frag	حرباء (D1) طالعين حائط (D8) صخرة كبيرة (D7)	تقريب وإبعاد اللوحة 7.....^" -حرباء -حائط صخرة كبيرة 23"	8
GF-A	زوج نوريس راهم واقفين على	تقريب اللوحة وتدقيق 22.....^" -زوج طيور نوريس متقابلين...جسمه	9

	صخرة (G) جسم تاعه (D1)، راسها (D3)، صخرة (D6)	-صخرة راهم واقفين عليها "40	
DF-Ad GF-Anat	-رأس تاع طائر (D11) غير مشرح -أحشاء الطائر بعد التشريح (G) جهاز تنفسي (D10)	^.....10" -رأس تاع طائر..... مشرح من جسمه ماشي من راسه قاعد صحيح "27	10

المخطط النفسي للحالة: 2

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
A=05	F+=09	G=08	R=15
Ad=01	F-=06	G%=53%	R.compl=00
H=02	F+=00	D=07	Refus=00
(H)=01	S.de.F=15	D%=46%	T-total=303
Scène=01	K=00		T.d appr= D -G
Frage=02	Kan=03		TRI=Ok/1C F.C=3/oF7
Amat=01	Kob=00		R.C%=40%
Sex=02	Kp=00		Ban=04
Obj=01	S.de.k=03		F%=100%
	C,F=01		
	S.de.c=01		

F+%=60%			
A%=40%			
H%=13%			
IA=13%			

4- تحليل بروتوكول الروشاخ:

الإنطباع العام:

سجل المفحوص إنتاجية قدرت ب $R=15$ ، تعد ضئيلة مقارنة بمعدل الإنتاجية الخاص بالراشد حسب الدراسة الجزائرية للبروفيسور سي موسى.ع وبين خليفة محمود (2004) والمكيفة حسب المجتمع الجزائري سنتطرق لنوعية هذه الإجابات لاحقا تدل على كف لدى الحالة، والتناول الإدراكي تراوح بين التناول الشامل $G%=53$ والتناول الجزئي $D%=46$ أما المقاربة الشكلية فجاءت مرتفعة بل بلغت أقصاها $F%=100$ وتدل على رقابة شديدة وكف.

طغيان معدل الإستجابات الحيوانية $A%=40$ على حساب معدل الاستجابات الإنسانية $H%=13$ وهذا دليل على ميزاج انهيارى وإشكالية تقمصية أما باقي المحتويات لا تعكس ثراء هواميا.

التحليل الكيفي:

السياقات المعرفية:

اللوحة الأولى: نجح المفحوص في توحيد اللوحة وإعطاء إجابة شائعة لكن ارتبطت بلونية سوداء GCF kan A ban وهذا يحمل نزعة اكنئابية لمفهوم الذات المرضية.

اللوحة الثانية: بعد تردد أعطى المفحوص إجابة شاملة شائعة GF+H ban بتصور إنساني لكن تداعيات علائقية سطحية متجنبة لكل أوجه الصراع وللنزوات السلبية أو العدوانية التي تستدعيها اللوحة.

اللوحة الثالثة: بدت تقمصات المفحوص المفحوص واضحة في هذه اللوحة حيث أعطى استجابة شائعة لكن بعد صعوبة إدراكية وبتفاصيل حسية في التحقيق (رجلين....ريسان....) وهذا دليل انشغالات حسية.

اللوحة الرابعة: أعطى المفحوص إجابة شاملة خيالية GF+(H) رجل آلي ضخم، جمد بذلك كل الإستنارات النزوية والعدوانية وشكل هذا دفاع ضد الرمزية القضيبية للوحة، وصعوبة تقمصية وقد تدل على معاش اضطهادي.

اللوحة الخامسة: أعطى إجابة شائعة لكن بعد تردد ملحوظ وعسر إدراكي (حمامة ولا فراشة....ولا نقولك فراشة) GF+kan A ban.

اللوحة السادسة: أعطى إجابتين شاملة (GF+sex) وإجابة جزئية (DF+sex) وظهر المحتوى الجنسي.

اللوحه السابعة: أعطى المفحوص إستجابة تخلو من المحتوى الإنساني GF-A Scène (زوج فيلة متلاصقين بالظهر) تجنب واضح للعلائقية المثارة في اللوحه وصعوبة تقمصية. اللوحات الثامنة والتاسعة والعاشره: معظمها إستجابات جزئية بمحتوى حيواني جاف دون رمزية متطورة وتمسك بالمحتوى الظاهري للوحه، والأهم غياب الإجابات، مزاج انهيارى وفقر هوامى، وتعكس شرح علائقي.

الدينامية الصراعية:

نمط الصدى الصميم: TRI(OK/1C) يشير إلى النمط الإنطوائى المختلط(3K/OE) أما بنية الإستجابة وتؤكد المعادلة التكميلية اللونية %40=Rc تعكس انفعالية محدودة جدا بالنظر لنوعية الاستجابات الخالية من المحددات اللونية والتضليلية k=0 انعدمت الحركات الإنسانية وهذا دليل على صعوبة تقبل الذات وتمثيله علائقيا وعدم القدرة على إرسان الصراعات وتجنب صراح للنزوات والهوامات.

خلاصة الروشاخ الحالة الثانية:

-يتميز بروتوكول المفحوص بوجود كف شديد حيث سجل إنتاجية قدرت بR=15، تعد ضئيلة مقارنة بمعدل الإنتاجية الخاصة بالراشد.
-تتميز الحالة بمزاج انهيارى وإشكالية تقمصية.
-شرح علائقي وفقر هوامى.
-صعوبة في تقبل الذات وتمثيله علائقيا.

-عدم القدرة على إرسان الصراعات وتجنب صراح للنزوات والهوامات.

- لدى الحالة عاطفة مخنوقة (كف عاطفي).
- ظهور إنطباع إكتئابي.
- ظهور تجسيد لمخاوف أمام الصور الرمزية.

مناقشة فرضيات البحث:

إستخلصنا من خلال تحليلنا لمعطيات بروتوكولات الروشاخ لأفراد مجموعة بحثنا أن هناك خصائص مشتركة تجمع بينهم، نتعرض إليها وأهم النتائج المتحصل عليها من خلال مناقشة فرضية بحثنا والمتمثلة في أن يتميز المرضى السيكوسوماتيين بتعقيل سيئ ويظهر هذا من خلال إختبار الروشاخ من خلال تميزه:

- الإكتئاب الأساسي .

-الفقر الهوامي.

ظهور الإكتئاب الأساسي في الروشاخ من خلال تمييز البروتوكولات بالكف الشديد والإنتاجية الفقيرة (الحالة حليلة $R=09$)، (الحالة محمد $R=15$)، والصدمات فالحالة حليلة مثلا سجلت أربع صدمات في اللوحات (4، 6، 9، 10)، وميل إلى الرفض. وكذلك ظهر الإكتئاب الأساسي عند الحالة محمد في اللوحة الأولى عندما أعطى إستجابة إرتبطت بلونية سوداء، وقد ظهر كذلك عند الحالة حليلة في اللوحة الرابعة أعطت إجابة شاملة ورغم أنها شائعة إلا أنها إنطباعية مخيفة تحمل ميكانيزم خوافي وتشير إلى الإكتئاب clob.

و قد جاء هذا حسب الدراسة التي أجرتها ك.شابير (1988) التي تؤكد عن الروائز الاسقاطية و عن الموازنة بين التصورات من جهة و بين التمثلات و العواطف من جهة و قد استخلص مؤشرات الإكتئاب الأساسي من الروشاخ و التي تمثلت في:

-قلة الانتاجية.

-أزمنة كمون طويلة.

-ميل لرفض اللوحات و رفض اللوحات.

أما الفقر الهوامي فقد حدد من إختبار الروشاخ من خلال البروتوكولات التي طغى عليها إنعدام الإستجابات اللونية $C=0$ وهذا دليل على عاطفة مكبوتة، فمثلا نجد $RC=40$ عند الحالة محمد، هذا ما يشير إلى عاطفة مخنوقة أو كف عاطفي.

وكذلك يظهر الفقر الهوامي من خلال كثرة الاستجابات الحيوانية على الاستجابات الإنسانية، فالحالة حليلة المحتوى الحيواني وصل أقصاه $A\%=100\%$ ، أما الحالة محمد معدل طغيان الاستجابة الحيوانية $A\%=40\%$ طغى على حساب معدل الاستجابات الإنسانية $H\%=13\%$ هذا دليل على مزاج انهيارى وإشكالية تقمصية كما تشير إلى النمطية أي الافتقار إلى الخيال، كما أن انعدام الحركات الإنسانية OK التي تدل على صعوبة في تقبل الذات وتمثيله علائقيا وعدم القدرة على إرصان الصراعات وتجنب صراح للنزوات والهوامات، هذا ما يؤكد تعطل ما قبل الشعور لدى الحالات.

و يظهر الفقر الهوامي من خلال اختبار الرورشاخ حسب ك. شابير فيمايلي:

- قلة المحتويات و سطحياتها

- الاجابات الجسدية و التشريحية

- الرقابة الشكلية ضد البروز الهوامي

- اهمال و تجنب المحددات الحسية (الالوان .. التضليل..)

- القلق المرتفع IA لايعكس قلق الخصاء بل يترجم فشل الارصان .

وبهذا تكون قد تحققت فرضية بحثنا التي تمثلت في أن المرضى السيكوسوماتيين يتميزون

بتعقيل سيئٍ وظهرت في اختبار الروشاخ بتمييزها

-بالإكتئاب الأساسي.

-الفقر الهوامي.

خلاصة عامة:

تمثل موضوع دراستنا حول معرفة طبيعة التعقيل لدى المرضى السيكوسوماتيين و فيه تطرقنا إلى عرض و تفسير الأمراض السيكوسوماتية و كيفية حدوث هذا النوع من الإضطرابات حيث يعرف على أنه مجموعة من الأمراض الجسمية التي يعتقد أن سببها الأساسي هو الشدة النفسية و بالتالي تلعب العوامل النفسية و الإنفعالية دورا أساسيا فيها، و بالرغم من إتفاق العلماء على تأثير العامل النفسي في حدوث مثل هذه الاضطرابات إلا أنهم اختلفوا في تفسير نشأتها، في هذا الصدد نجد نظريات عديدة من بينها نظرية الضغط ل هانز سيللي، الإتجاه السيكودينامي الذي ينشطر منه عدة توجهات (مدرسة شيكاغو، نظرية أنماط الشخصية، مدرسة باريس) و كذلك نجد التوجه المعرفي و التوجه السلوك، كل من هذه التوجهات التي ذكرت يفسر نشأتها حسب النظرية المرجعية و المدرسة التي يؤمن بمبادئها، رغم هذا الاختلاف إلا أنهم اجمعوا على ضرورة الازدواجية العلاجية للتكفل بمثل هذه الاضطرابات، و في المقابل تطرقنا إلى التعقيل من أجل فهم طبيعة العمل النفسي الذي ينجزه من خلال القيام بربط الإثارات النزوية من خلال أنظمة و شبكات التمثلات، ترابط الأفكار المختلفة، و التفكير المملوء بالعاطفة، و ذلك بالإعتماد على نظرية بيار مارتي و كيفية تفسيره لحدوث عملية الجسدنة من خلال التعقيل السيئ و قد أكد على أن المرضى السيكوسوماتيين يتميزون بضعف الإستهام و الخيال و هنا إشارة إلى الفكر العملياتي و هو أسلوب من التفكير خال من الحياة الإستهامية منطقي، عقلاني جاف، يعمل الفكر لديهم بنظام ألي مجرد من الجنس و العاطفة مع غياب الصراع الأوديبى، صعوبة التحدث عن الذات، تعبير فقير، صعوبة في التعبير عن الإنفعالات و التظاهرات الإنفعالية الشديدة، و بالتالي يفسر بيار مارتي الجسدنة على أساس عجز التعقيل الذي يرجع إلى الإكتئاب الأساسي و الفقر الهوامي.

توصيات و اقتراحات:

- تشجيع على الازدواجية العلاجية بالتكفل في مثل هذه الأمراض و نقصد بها التكفل الطبي و التكفل النفسي.
- الاهتمام أكثر بهؤلاء المرضى خاصة من الناحية النفسية .
- يجب توفر على الأقل أخصائي نفسي في كل مصلحة.
- اقتراح أن تكون هناك دراسة في المستقبل مماثلة أو مكملة لدراستنا، نظرا لقلّة الدراسات حول التعقيل خاصة في مذكرات التخرج.

- أهداء.....أ
- شكر.....ب
- ملخص الدراسة.....ج
- مقدمة.....1
- مدخل إلى الدراسة.....9
- إشكالية عامة10
- فرضية أساسية.....13
- أسباب إختيار الموضوع.....13
- أهداف الدراسة.....13
- مصطلحات الدراسة.....14
- الجانب النظري.....15
- الفصل الثاني الاضطراباتالسيكوسوماتية.....16
- تمهيد.....17
- تعريف الأمراض السيكوسوماتية.....18
- الصلة بين النفس والجسد.....19
- النظريات المفسرة للأمراضالسيكوسوماتية.....21
- العوامل المسببة للأمراضالسيكوسوماتية.....34
- تصنيف الأمراض السيكوسوماتية.....36
- العلاقة بين الإنفعال والتغيرات الفيزيولوجية.....38
- اختيار الأعراض لعضو معين دون أعضاء أخرى من الجسم.....43
- نماذج عن بعض الأمراضالسيكوسوماتية.....43
- أساليب التكفل العلاجية للأمراضالسيكوسوماتية.....47
- الخلاصة.....50
- الفصل الثالث: التعقيل والاضطرابالسيكوسوماتي.....51
- تمهيد.....52

53.....	- أسس نظرية بيار ماتي.....
55.....	- مفهوم التعقيل
59.....	- التنظيم التدريجي للتمثلات.....
61.....	- مفاهيم أساسية لنظرية بيار ماتي.....
66.....	- الوصف الاقتصادي للأمراض عند بيار ماتي.....
69.....	- التعقيل وعملية الجسدنة.....
70.....	- اسهامات نظرية بيار ماتي فيما يخص الربو.....
72.....	- حدود نظرية بيار ماتي.....
75.....	- خلاصة.....
76.....	- الجانب التطبيقي.....
77.....	- الفصل الرابع: منهجية البحث.....
78.....	- منهج البحث.....
79.....	- مكان اجراء البحث.....
79.....	- مجموعة البحث ومعايير انتقاءها.....
80.....	- أدوات البحث.....
85.....	- مرحلة التطبيق.....
86.....	- صعوبات البحث.....
88.....	- الفصل الخامس: عرض وتحليل النتائج.....
89.....	- عرض وتحليل نتائج اختبارالوروشاخ.....
89.....	- عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى.....
97.....	- عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية.....
105.....	- مناقشة الفرضيات.....
108.....	- خلاصة عامة.....
109.....	- توصيات واقتراحات.....
	- قائمة المراجع
	- الملاحق

ملخص الدراسة:

يواجه الأفراد في الحياة المعاصرة المليئة بالمتغيرات ضغوطات قد تزيد من مصادر التوتر، هذا ما أدى إلى ظهور عدد من الحالات المرضية العضوية التي لها جذور نفسية والتي لا تستجيب للعلاجات التقليدية بنجاح بل تستدعي النظر إليها من جانب آخر وهو الجانب النفسي، ومن هنا فقد تمثل موضوع دراستنا في التعقيل لدى المرضى السيكوسوماتيين التي كانت تهدف إلى تبيين نوعية التعقيل وطبيعته لدى الفرد ذو البنية السيكوسوماتية مع محاولة تفسير العمل النفسي الذي ينجزه التعقيل وصولاً إلى كيفية حدوث الإضطرابات السيكوسوماتية وتبيين كيف للتعقيل علاقة في حدوثها وذلك انطلاقاً من الطرح الإشكالي التالي:

ما طبيعة التعقيل لدى المرضى السيكوسوماتيين؟ وكيف يظهر من خلال اختبار الروشاخ؟

لتمييزه:

- بالاكنتاب الأساسي .

-الفقر الهوامي.

أما فرضية بحثنا فتمثلت في:

-يتميز المرضى السيكوسوماتيين بتعقيل سيئ ويظهر من خلال اختبار الروشاخ بتمييزه ب:

الاكنتاب الأساسي .

الفقر الهوامي.

وقد تم اختيار عينة الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية شيعيفارى وذلك حسب معيارين السن والإصابة بالمرض وقد تم اختيار حالتين:

الحالة الأولى: مصابة بالقرحة المعدية

الحالة الثانية: مصاب بالربو

وقد توصلنا إلى نتائج الدراسة من خلال اختبار الروشاخ لتمييزه:

الاكتئاب الأساسي .

الفقر الهوامي.

وتمثلت فيما يلي:

- ظهور الإكتئاب الأساسي في الروشاخ من خلال تميز البروتوكولات بالكف الشديد والانتاجية الفقيرة.

- ظهور الفقر الهوامي فقد حدد من اختبار الروشاخ من خلال البروتوكولات التي طغى عليها انعدام الاستجابات اللونية وطغيان الاستجابات الحيوانية على الاستجابات الإنسانية، هذا ما يدل على مزاج انهيارى وإشكالية تقمصية والافتقار إلى الخيال، هذا ما يؤكد تعطل الجهاز النفسي لدى الحالات.

وبهذا تكون قد تحققت فرضية بحثنا فالمرضى السيكوسوماتيين يتميزون بتعقيل سيئ ظهرت في اختبار الروشاخ بتمييزها:

-الإكتئاب الأساسي.

-والفقر الهوامي.