



جامعة 20 أوت 1955 – سكيدة-
كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية
قسم علم النفس

الموضوع:

تأثير الصدمة النفسية في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى
مرضى الجلد "الإكزيما والصدفية كتمظهرات جلدية للصدمة
النفسية مقارنة تحليلية سيكوسوماتية"

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر، تخصص علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ:

د. يوب مراد

إعداد الطالبين:

- عوابدي نسرین
- بلعابد عبد السلام

الإسم واللقب	الرتبة العلمية	الصفة	الجامعة
د. سعادنة خالد الأمين	أستاذ محاضر – ب-	رئيسا	جامعة 20 أوت 1955 – سكيدة
د. مراب يوب	أستاذ محاضر – أ-	مشرفا ومقررا	جامعة 20 أوت 1955 – سكيدة
د. محند سمير	أستاذ محاضر – أ-	ممتحنا	جامعة 20 أوت 1955 – سكيدة

السنة الجامعية: 2025/2024

الله

كلمة شكر وتقدير

"ربي أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحا ترضاه وأدخلي برحمتك في عبادك الصالحين" (سورة النمل، الآية 19)

"الشكر الجزيل موصول للأستاذ المشرف الأستاذ "يوسف مراد" لما تفضل به من قبول الإشراف على هذا العمل العلمي ولما قدمه من دعم وتوجيهات قيمة كان لها الأثر البالغ في إنجاز هذا البحث"

"كما نتوجه بالشكر الجزيل إلى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بحين قشرة -ولاية سكيكدة- على حسن الاستقبال والتسهيلات المقدمة لنا والتي ساعدت على إتمام هذا العمل في أفضل الظروف"

"ولا يفوتنا أن نتقدم بجزيل الشكر ومظيم الامتنان لكل أعضاء لجنة مكونة من أستاذ "سعادنة خالد الأمين" والأستاذ "محمد سمير" لما بذلوه من جهد في قراءة هذا العمل، ولكل من ساعدنا ولو بكلمة طيبة"

"كما نتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير إلى كافة أساتذة قسم علم النفس الذين كانوا لنا منارة علم وهداية، وحرصوا علينا فينبأ قيم البحث العلمي وروح المسؤولية"

إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

سبحانك ربي الذي خلقني وبسر لي أمري وجعل خطواتي سديدة لأبلغ آمالي وأحقق
مبتغاي فالشكر لله أولا والحمد لله الذي وفقني لإنجاز مذكرتي.
إلى نبض القلب والروح والشعور إلى من أوطاني الله بها خيرا إلى من زرع الوجد بذرة
حبها في قلبي إلى من رآني قلبها قبل أن تراني عينها إلى من أخلقته علي بجنابها
وسموتني لأجلي فاستحققت أن تكون الجنة تحت أقدامها إليك يا أعز مخلوق في الدنيا أمني
العبيبة وردة وزهرة حياتي.

إلى من كان زادي وما زال ساعدي وقلبي الذي ينبض. للذي له فضل عليا في تربيته
وتعليمي وأمدني بالقوة والإرادة ولم يبخل علي بالغالي والنفيس إلى أبي الغالي جمال،
أطال الله في عمرك وأمدك الله بالصحة والعافية.

إلى عمي رابع وعمتي هبيرة حفظهما الله ورعاهما وأمدهما بالعمر المديد.

إلى أعز الناس علي قلبي إخوتي وأخواتي الأحبة وتوأم الروح، عبد الرشيد، إسماجيل،

محمد، السعيد، عمار، حفيفة، مليكة، نورة، مريم.

"إلى أبناء عمي فتحي وأحمد وهيبة أمال وسوسن"

"إلى زوجتي الغالية ورفيقة الدرب وأم أولادي وروح فؤادي وحببيته الروح بشرى"

"إلى أبنائي وقرة عيني وروحي وسر سعادتي آلاء توبة رائد ريتاج وأيوب"

"إلى أبناء الإنوة والأخوات إسلام، أعلام، أشرف، مروة، ندير، منال، نور اليقين ساجد عبد

الغفور، أنس، هيثم، أنفال، معاذ، راج، رتييل، أرويح"

"إلى كل الأصدقاء والرفاق، إلى زملائي وزميلاتي الطلبة."

"إلى نسرين السعيدة والعنيدة التي تبتسم رغم كل شيء."

"إلى جميع الأهل والأقارب."

"إلى اللؤلؤة التي لا تخيب عنها الابتسامة جدي الزهرة."

عبد السلام

إهداء

إليك أنت، أيها القارئ؛

"أهديه إليك، لا لتقرأه فحسب، بل لتشعر به، وتعيد النظر في كل ألم
صامت لبسه الجسد نيابة عن الروح"

نسرين

ملخص الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى كشف تأثير الصدمة النفسية في تقاوم الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الجلد، من خلال تحليل العلاقات المعقدة بين الألم النفسي والتجليات الجسدية، انطلقت الدراسة من فرضية مركزية تؤكد أن الصدمات النفسية، خاصة تلك المكبوتة وغير المعالجة تشكل عاملاً جوهرياً في تطور الاضطرابات الجلدية ذات الأصل السيكوسوماتي، مع فرضية جزئية تؤكد أن زيادة الرجوعية النفسية لدى الأفراد المصابين تساهم بشكل فعال في التخفيف من حدة هذه الاضطرابات.

تم اعتماد المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة لتقديم رؤية شاملة وعميقة للتجارب النفسية والاضطرابات الجلدية المرتبطة بها، من خلال دراسة حالات تمثل نماذج الأكثر وضوحاً لهذا الارتباط، اعتمدت الدراسة على مقابلات نفسية مفصلة وأدوات تقييم دقيقة Traumaq و Tas-20 لتحليل البنى النفسية ومدى تأثير الصدمة على الحالة الجسدية.

أظهرت النتائج:

1. وجود علاقة وثيقة بين الصدمة النفسية والانتكاسات الجلدية.
2. كما كشفت النتائج أن ارتفاع مستوى الرجوعية النفسية يعد عنصراً وقائياً مهماً يحد من شدة الأعراض ويعزز فرص التعافي.
3. كما كشفت الدراسة عن وجود علاقة وثيقة بين أنماط التعلق غير الآمن والزيادة في شدة الاضطرابات السيكوسوماتية.

الكلمات المفتاحية: الصدمة النفسية، الاضطرابات السيكوسوماتية، مرضى الجلد.

Abstract:

This study aims to reveal the impact of psychological trauma on the exacerbation of psychosomatic disorders in skin patients, through analyzing the complex relationships between psychological pain and physical manifestations. The study began with a central hypothesis that states that psychological traumas, especially those that are repressed and untreated, are a crucial factor in the development of skin disorders of a psychosomatic origin. There is also a partial hypothesis that states that an increase in psychological resilience among affected individuals actively contributes to alleviating the severity of these disorders.

The clinical method based on case studies was adopted to provide a comprehensive and profound view of the psychological experiences and their related skin disorders, through studying cases that represent the clearest models of this correlation. The study relied on detailed psychological interviews and precise assessment tools such as Traumaq and Tas-20 to analyze the psychological structures and the extent of the trauma's impact on the physical condition.

The results showed:

1. A close relationship between psychological trauma and skin relapses.
2. The results also revealed that a high level of psychological resilience is an important protective factor that limits the severity of symptoms and enhances recovery opportunities.
3. The study also revealed a close relationship between insecure attachment styles and the increase in the severity of psychosomatic disorders.

Keywords: psychological trauma, psychosomatic disorders, skin patients.

فهرس المحتويات:

الصفحة	العنوان	الرقم
		كلمة شكر وتقدير
		إهداء
		ملخص الدراسة
		فهرس المحتويات
		فهرس الجداول
		فهرس المنحنيات
		فهرس الأشكال
أ - ب		مقدمة
الفصل التمهيدي: مدخل الدراسة		
03		تمهيد
04	1. الإشكالية	01
09	2. فرضيات الدراسة	02
09	3. أهداف الدراسة	03
10	4. أهمية الدراسة	04
12	5. دوافع اختيار الموضوع	05
13	6. المفاهيم الإجرائية	06
15	7. الدراسات السابقة	07
21	8. التعقيب على الدراسات السابقة	08
الفصل الأول: ماهية الصدمة النفسية		
28		تمهيد
29	1. تاريخ تطور مفهوم الصدمة النفسية	10
30	2. تعريف الصدمة النفسية	11
33	3. مفاهيم متداخلة مع الصدمة النفسية	12
34	4. أنواع الصدمة النفسية	13
36	5. خصائص الصدمة النفسية	14

37	6. العوامل التي تجعل الحدث صدمياً	15
41	7. سيرورة حدوث الصدمة النفسية	16
43	8. مراحل الصدمة النفسية	18
44	9. أعراض الصدمة النفسية	19
46	10. المعايير التشخيصية للصدمة النفسية	20
49	11. النظريات المفسرة للصدمة النفسية	21
49	1.11 نظرية فرويد	22
54	2.11 نظرية جاك لكان	23
56	3.11 نظرية وينكوت	24
59	4.11 نظرية فرينتزي	25
64	5.11 نظرية أوثرانك	26
65	6.11 نظرية دياتكين	27
66	7.11 نظرية بيار جانيه	28
66	8.11 نظرية كروك	29
67	9.11 نظرية بيار مارتي	30
68	10.11 الصدمة النفسية حسب النموذج البيولوجي	31
69	12. علاج الصدمة النفسية	32
69	1.12 مرحلة التكفل الاستعجالي	33
69	1.1.12 التطهير في عين المكان	34
69	2.1.12 التطهير النفسي	35
70	3.1.12 نموذج شمال أمريكا Mitchell	36
73	2.12 العلاج بالمساندة	37
74	3.12 العلاج المعرفي السلوكي	38
78	4.12 العلاج بإزالة التحسس بحركة العين والمعالجة CEMDR	39
81	5.12 التتويم المغناطيسي	40
82	6.12 العلاج بالأدوية	41
83	خلاصة الفصل	
الفصل الثاني: ماهية الاضطرابات السيكوسوماتية		
86	تمهيد	

87	1. نبذة تاريخية عن نشأة الاضطراب السيكوسوماتي	42
92	2. تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية	43
96	3. الاضطراب السوماتي	44
96	1.3 النقلة السيكوسوماتية	45
96	2.3 الحالة السيكوسوماتية	46
96	3.3 الاقتصاد السيكوسوماتي	47
97	4. تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية	48
97	1.4 محمد خير الزراد	49
100	Pierre Marty 2.4	50
103	Alexander 3.4	51
104	4.4 ريس	52
108	5. الخصائص الشخصية للمريض السيكوسوماتي	53
112	6. أنماط الشخصية وبروفيل شخصية مريض السيكوسوماتي	54
116	7. رمزية الاضطرابات السيكوسوماتية "الاضطرابات الجلدية أنموذجاً"	55
123	8. المعايير التشخيصية للاضطرابات السيكوسوماتية	56
124	9. الاتجاهات ونظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية	57
124	أولاً: النظرية البيولوجية	58
124	• نظرية الضعف البدني	59
125	• نظرية رد الفعل النوعي	60
126	• نظرية التطور والارتقاء	61
128	• نظرية التأثيرات الجينية	62
128	• نظرية كانون	63
129	• نظريه سيللي	64
131	ثانياً: النظريات النفسية	65
132	• نظرية الكسندر	66
135	• نظرية بيار مارتي	67
142	• نظرية سامي علي	68
144	• نظرية البروفيل الشخصي	69
145	• النظرية الإدماجية لستورا	70

145	• نظرية العرض السيكوسوماتي كنكوص	71
147	• تفسير الموقعية الثالثة للأمراض السيكوسوماتية	72
153	• النظرية السلوكية	73
154	• النظرية المعرفية	74
155	10. التنبؤ في الطريقة الإكلينيكية	75
156	11. علاج الاضطرابات السيكوسوماتية	76
156	1.11 العلاج بالأدوية "الطبي"	77
157	1.1.11 المهدئات Le Trauquilisants	78
157	2.1.11 العلاج البديل Placebo	79
157	3.1.11 الفيتامينات المضادة للضغط والانهايار	80
157	2.11 العلاج النفسي	81
159	خلاصة الفصل	
الفصل الثالث: الجلد بين البيولوجيا والسيكولوجيا		
162	تمهيد	
163	1. الجلد من منظور طبي سيكوسوماتي	82
163	1. تعريف الجلد	83
163	2. بنية الجلد	84
163	• البشرة	85
164	• الأدمة	89
164	• البشرة الداخلية	90
165	3. الجلد من منظور نفسي	91
167	4. رصد منهجي لأنواع الأمراض الجلدية المشمولة بالدراسة	92
167	1.4 الإكزيما	93
167	1.1.4 تعريف الإكزيما	94
167	2.1.4 أسباب الإكزيما	95
169	3.1.4 أنواع الإكزيما	96
170	2.4 مقارنة تحليلية في تفسير الإكزيما	96
172	2.4 الصدفية	97
172	1.2.4 تعريف الصدفية	98

174	2.2.4 أسباب الصدفية	99
175	3.2.4 أنواع الصدفية	100
177	مقاربة تحليلية في تفسير الصدفية	101
177	5. سيرورات جسدنة الجلد	102
178	6. استثمار الجلد	103
178	II. الأنا الجلدي: قراءة ميتسيكولوجية في مقاربة "ديديه أنزيو"	104
178	1. الجذور التاريخية لمفهوم الأنا الجلدي: من الفرضيات الأولى حول الجلد النفسي إلى طرح ديديه أنزيو	105
179	1.1 الامتدادات النظرية السابقة لمفهوم الأنا الجلدي: تفكيك الإسهامات الرائدة وتقاطعات مع طرح ديديه أنزيو	106
181	2.1 مقاربة ديديه أنزيو للجلد	107
182	2. مفهوم الأنا الجلدية عند ديديه أنزيو	108
184	3. ديناميات الأنا الجلدي	109
184	1.3 الأنا الجلدي ومرحلة المرآة	110
185	2.3 الأنا الجلدي وصورة الجسم	111
185	3.3 الأنا الجلدي والترميز	112
186	4.3 من الأنا الجلدي إلى الغلاف النفسي	113
187	5.3 استثمار الأنا الجلدي ونزوة التعلق	114
188	4. الأمراض في بعض النماذج السيكوسوماتية	115
191	5. الوظائف الثمانية للأنا الجلدي	116
198	6. الجلد كذاكرة للصدمة النفسية	117
199	خلاصة الفصل	
الفصل الرابع: الخطوات المنهجية للبحث		
201	تمهيد	
202	1. الدراسة الاستطلاعية	118
202	1.1 الهدف من الدراسة الاستطلاعية	119
203	2.1 أدوات الدراسة الاستطلاعية	120
205	3.1 نتائج الدراسة الاستطلاعية	121
206	المنهجية	122

206	2. منهج الدراسة	123
207	3. أدوات الدراسة	124
213	4. مجالات الدراسة	125
213	5. حالات الدراسة	126
214	6. سير المقابلة	127
215	خلاصة الفصل	
الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج		
217	تمهيد	
218	أولاً: عرض وتحليل الحالة الأولى	128
218	1. تقديم الحالة الأولى	129
218	1.1 التاريخ النفس- اجتماعي للحالة الأولى	130
220	2.1 ملخص المقابلات النصف الموجهة مع الحالة الأولى	131
229	3.1 نتائج تطبيق مقياس Troumaq مع الحالة الأولى	132
233	4.1 نتائج تطبيق مقياس Tas-20 مع الحالة الأولى	133
233	2. تحليل موضوع المقابلات مع الحالة الأولى	134
235	3. الملخص العام للدراسة للحالة الأولى	135
236	ثانياً: عرض وتحليل الحالة الثانية	136
236	1. تقديم الحالة الثانية	137
237	1.1 التاريخ النفس- اجتماعي للحالة الثانية	138
238	2.1 ملخص المقابلات النصف الموجهة مع الحالة الثانية	139
249	3.1 نتائج تطبيق مقياس Troumaq مع الحالة الثانية	140
252	4.1 نتائج تطبيق مقياس Tas-20 مع الحالة الثانية	141
252	2. تحليل موضوع المقابلات مع الحالة الثانية	142
253	3. الملخص العام للدراسة للحالة الثانية	143
254	ثالثاً: عرض وتحليل الحالة الثالثة	144
254	1. تقديم الحالة الثالثة	145

255	1.1 التاريخ النفس - اجتماعي للحالة الثالثة	146
256	2.1 ملخص المقابلات النصف الموجهة مع الحالة الثالثة	147
264	3.1 نتائج تطبيق مقياس Troumaq مع الحالة الثالثة	148
267	4.1 نتائج تطبيق مقياس Tas-20 مع الحالة الثالثة	149
268	2. تحليل موضوع المقابلات مع الحالة الثالثة	150
269	3. الملخص العام للدراسة للحالة الثالثة	151
269	رابعا: عرض وتحليل الحالة الرابعة	152
269	1. تقديم الحالة الرابعة	153
270	1.1 التاريخ النفس - اجتماعي للحالة الرابعة	154
272	2.1 ملخص المقابلات النصف الموجهة مع الحالة الرابعة	155
280	3.1 نتائج تطبيق مقياس Troumaq مع الحالة الرابعة	156
283	4.1 نتائج تطبيق مقياس Tas-20 مع الحالة الرابعة	157
284	2. تحليل موضوع المقابلات مع الحالة الرابعة	158
285	3. الملخص العام للدراسة للحالة الرابعة	159
285	خلاصة تحليلية لحالات الدراسة	160
286	خامسا: مناقشة النتائج	161
286	1. على ضوء الفرضيات	162
286	2. على ضوء الجانب النظري	163
288	3. على ضوء الدراسات السابقة	164
289	4. الإضافة التي تقدمها النتائج	165
289	5. استغلال نتائج البحث	167
290	6. آفاق البحث	168
292	الخاتمة	
294	قائمة المراجع	
301	الملاحق	

فهرس الجداول:

الصفحة	العنوان	الرقم
98	تصنيف محمد خير الزاراد للاضطرابات السيكوسوماتية	01
101	يوضح تصنيف بيار مارتي للاضطرابات السيكوسوماتية	02
105	النسبة المئوية لحدوث الأمراض السيكوسوماتية لدى التوائم الأمراض السيكوسوماتية	03
210	يمثل التقييم العيادي للنقطة الخام لمقياس الصدمة النفسية	04
211	يمثل توزيع عبارات مقياس الأليكسيثيميا على الأبعاد الثلاثة	05
211	يبين نوع بنود مقياس الأليكسيثيميا	06
212	يوضح تتقيط البدائل لمقياس الأليكسيثيميا	07
212	يبين مستويات الأليكسيثيميا حسب درجات المقياس	08
214	تقديم الحالات بصفة مختصرة	09
214	يمثل سير المقابلة	10
228	يوضح تحويل النقاط الخام إلى نقاط معيارية لحالة (س. م) لمقياس تروماك	11
231	يوضح التقييم العيادي للنقطة الخام لمقياس الصدمة النفسية لحالة (س. م)	12
232	يوضح إجابات الحالة "س. م" على مقياس Tas-20	13
247	يوضح التقييم العيادي للنقطة الخام لمقياس الصدمة النفسية لحالة (ح. م)	14
249	يوضح نتائج (ح. م) على مقياس تروماك	15
250	يوضح إجابات الحالة "ح. م" على مقياس Tas-20	16
263	يوضح تحويل النقاط الخام إلى نقاط معيارية لحالة (م. ن) لمقياس تروماك	17
265	يوضح التقييم العيادي للنقطة الخام لمقياس الصدمة النفسية لحالة (م. ن)	18
266	يوضح إجابات الحالة "م. ن" على مقياس Tas-20	19
279	يوضح تحويل النقاط الخام إلى نقاط معيارية لحالة (ف. ر) لمقياس تروماك	20

282	يوضح التقييم العيادي للنقطة الخام لمقياس الصدمة النفسية لحالة (ف. ر)	21
282	يوضح إجابات الحالة "ف. ر" على مقياس Tas-20	22

فهرس المنحنيات:

الصفحة	العنوان	الرقم
228	يوضح الملمح الصدمي النفسي لحالة (س. م)	01
247	يوضح الملمح الصدمي النفسي لحالة (ح. م)	02
263	يوضح الملمح الصدمي النفسي لحالة (م. ن)	03
279	يوضح الملمح الصدمي النفسي لحالة (ف. 4)	04

فهرس الأشكال:

الصفحة	العنوان	الرقم
42	اختراق الصورة الصدمية داخل الجهاز النفسي	01
43	حدوث تناذر التكرار نتيجة اختراق الصورة الصدمية داخل الجهاز النفسي	02
130	العلاقة بين الإجهاد والتوازن الداخلي حسب "كانون" و"سيلي"	03
163	يوضح طبقات الجلد	04

مقدمة

إن تأثير الصدمة النفسية في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية خصوصا في المجال الجلدي يشكل أحد أعمق وأهم مجالات البحث في علم النفس العصبي وعلوم الأمراض النفسية، فالأبحاث العلمية الحديثة قد أكدت بشكل قاطع أن العوامل النفسية بما في ذلك الصدمات النفسية تلعب دورا محوريا في تفعيل وتنشيط آليات مرضية قد تؤدي إلى اضطرابات جسدية مزمنة، تظهر في شكل تفاعلات جلدية تكون غالبا معقدة وذات طابع متعدد الأسباب. يشير هذا التفاعل إلى علاقة متبادلة بين النفس والجسد حيث تؤثر الصدمة النفسية في النظام البيولوجي للجسم مما يقضي إلى تنشيط سلسلة من التفاعلات البيوكيميائية التي قد تؤدي إلى ظهور أعراض جسدية كالتى نراها في الأمراض الجسدية مثل: الإكزيما والصدفية، حب الشباب، الأرتيكاريا ...

إن الاضطرابات السيكوسوماتية، التي يتم خلالها ظهور أعراض جسدية نتيجة لأسباب نفسية تمثل تداخلا معقدا بين العوامل النفسية والبيولوجية، حيث لا تقتصر هذه الأعراض على مجرد ظواهر جلدية بل هي في حقيقتها رد فعل جسماني للاضطرابات النفسية المعقدة. هذا يشمل ردود فعل مثل التهاب الجلد، تهيج الجلد، الحكة المفرطة، وظهور الطفح الجلدي، وهي جميعها أعراض قد تكون ناتجة عن صدمة نفسية، أو قد تتفاقم بسبب العوامل النفسية المصابة للمريض مثل القلق، الاكتئاب، أو التوتر النفسي المستمر.

تتمثل الصدمة النفسية في تجارب عاطفية مكثفة أو مواقف حياتية صعبة، سواء كانت حادة أو مزمنة يمكن أن تترك أثرا عميقا على النظام العصبي للإنسان، ومن خلال التفاعل البيولوجي والنفسي المعقد يمكن أن تتسبب هذه الصدمات في تعطيل العمليات الطبيعية للجهاز المناعي، مما يؤدي إلى زيادة الاستجابة الالتهابية في الجسم، هذه الاستجابة يمكن أن تكون مسئولة عن ظهور الأمراض الجلدية مثل الإكزيما، الصدفية، الثعلبة... إلخ التي غالبا ما تترافق مع تفاعلات التهاب مزمن وحكة شديدة على مستوى آخر فإن الصدمات النفسية تتسبب في نفس الاضطرابات الأخرى مثل القلق والاكتئاب التي تساهم في تفاقم الأمراض الجلدية بسبب تأثيرها المباشر على التوازن الكيميائي للجسم.

علاوة على ذلك، يلاحظ أن العلاقة بين الصدمة والأمراض الجلدية ليست علاقة مباشرة وسطحية بل هي عملية معقدة. إنما محاولة لاكتشاف ما وراء الأعراض الظاهرة والغوص في أعماق النفس البشرية لفهم كيف يعبر الجلد بالأمه وجروحه عن صدمات مكبوتة لم تجد طريقها إلى التفريغ الصحي.

من خلال ما سبق، يتضح أن العلاقة بين الصدمة النفسية والأمراض السيكوسوماتية لاسيما الاضطرابات الجلدية هي علاقة مفعمة بالترابطات المعقدة التي تستدعي مقارنة شمولية ودقيقة من منظور علم النفس العادي وعلم الأمراض الجلدية على حد سواء، هذه الدراسة تسعى إلى الكشف عن الدور الذي تلعبه الصدمة النفسية في هذا السياق، وتفسير الآليات النفسية والبيولوجية التي تؤدي إلى ظهور هذه الاضطرابات، مما يفتح الطريق نحو حلول علاجية مبتكرة وفعالة تتكامل فيها الجوانب النفسية والجسدية في علاج المرضى المتضررين من هذه الحالات.

من هذا المنطلق جاءت الدراسة الحالية لتسلط الضوء على العلاقة بين الصدمة النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية، مع التركيز على الأمراض الجلدية كنموذج للدراسة، حيث نتناول في الفصل الأول ماهية الصدمة النفسية، من خلال تتبع تطورها التاريخي، تعريفها، مفاهيمها المتداخلة، أنماطها، خصائصها، إضافة إلى استعراض النظريات المفسرة لها والعلاجات المتاحة.

أما الفصل الثاني، فيتناول الاضطرابات السيكوسوماتية، من حيث النشأة، التعريف، التصنيفات والخصائص، مع التركيز على العوامل النفسية والشخصية التي تجعل بعض الأفراد أكثر عرضة لتجسيد معاناتهم النفسية في شكل أعراض جسدية وخاصة الجلدية منها.

وفي الفصل الثالث، يتم التعمق في فهم الجلد من منظور مزدوج، يجمع بين الرؤية البيولوجية التي تدرس بنيته ووظائفه، والرؤية السيكلوجية التي تتناول مفهوم "الأنا الجلدي" كما طرحه "ديديه انزيو" مسلطاً الضوء على دور الجلد كوسيط نفسي عكس الصراعات الداخلية للفرد.

أما الجانب التطبيقي، فيتم تناوله في الفصلين الرابع والخامس، حيث يتم استعراض المنهجية المعتمدة في الدراسة، الأدوات المستخدمة وعينة الدراسة، قبل الانتقال إلى تحليل النتائج ومناقشتها في ضوء الفرضيات المطروحة، ليختتم البحث بتقديم مقترحات وتوصيات تهدف إلى تعميق الفهم حول العلاقة بين الصدمة النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية وفتح آفاق جديدة للتدخل العلاجي والبحث المستقبلي في هذا المجال.

الفصل التمهيدي: مدخل الدراسة

تمهيد

1. الإشكالية

2. فرضيات الدراسة

2.1 فرضية عامة

2.2 فرضية جزئية

3. أهداف الدراسة

أولاً: الأهداف العامة

ثانياً: الأهداف الخاصة

ثالثاً: الأهداف التطبيقية

رابعاً: الأهداف البحثية

4. أهمية الدراسة

1.4 الأهمية العلمية

2.4 الأهداف التطبيقية

3.4 الأهمية المجتمعية

4.4 الأهمية الوقائية

5.4 الأهمية البحثية

5. دوافع اختيار الموضوع

1.5 الأسباب الموضوعية

2.5 الأسباب الذاتية

6. المفاهيم الإجرائية

1.6 الصحة النفسية

2.6 الاضطرابات السيكوسوماتية

3.6 مرضى الجلد

7. الدراسات السابقة

1.7 دراسات حول الصدمة النفسية

2.7 دراسات حول الاضطرابات السيكوسوماتية

3.7 الدراسات التي تناولت متغير الأمراض الجلدية

8. التعقيب على الدراسات السابقة

1.8 من حيث العنوان

2.8 من حيث المنهج

3.8 من حيث الأداة

4.8 من حيث الهدف

5.8 من حيث العينة

6.8 مكانة الدراسة الحالية وموقعها من الدراسات السابقة

خلاصة الفصل

تمهيد:

يهدف هذا الفصل إلى تقديم الأسس المنهجية المعتمدة في هذه الدراسة، حيث سنتناول إشكالية البحث بصياغة دقيقة توضح التساؤل المركزي الذي نحاول الإجابة عنه، ثم نعرض الفرضيات التي توجه تحليلنا، كما سنتطرق إلى أهداف الدراسة وأهميتها العلمية والعملية، إضافة إلى استعراض دوافع اختيار الموضوع الذي تعكس الأهمية الشخصية والعلمية لهذا البحث.

ولإحاطة الدراسة بإطارها النظري المتين، سيتم تحديد المفاهيم الإجرائية الأساسية التي ستستخدم في التحليل، مما يضمن دقة المصطلحات وانسجامها مع الدراسات العلمية، كما سنقوم بعرض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الصدمة النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية سواء على المستوى العام أو فيما يخص مرضى الجلد تحديداً، مع تقديم تعقيب نقدي يبرز نقاط القوة والضعف فيها ومدى توافقها أو اختلافها مع دراستنا الحالية.

بهذا التوجه، نسعى إلى بناء دراسة رصينة تثري المعرفة العلمية حول العلاقة بين الصدمة النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الجلد.

1. الإشكالية:

تعد الصدمة النفسية من أكثر التجارب الإنسانية قسوة وتأثيرا على الفرد إذ تتجاوز تداعياتها حدود الاضطرابات النفسية التقليدية لتصل الأبعاد الجسدية بصورة معقدة ومتشابكة فعندما يتعرض الفرد لحدث الصادم يفوق قدرته على التقاهم أو الفهم، كفقدان شخص عزيز أو حادث مفاجئ أو تجربة تهدد وجوده أو سلامته النفسية والجسدية، فإنه لا يواجه مجرد اضطراب نفسي عابر، بل يدخل في صراع داخلي قد يخلق آثار عميقة ومستمرة، هذه الآثار لا تتوقف عند حدود العقل بل تتجسد في هيئة أعراض جسدية مزمنة تعرف بالاضطرابات السيكوسوماتية، حيث يتموضع الألم النفسي في الجسد، معبرا عن نفسه من خلال مشكلات صحية عضوية لا تفسير عضويا واضحا له.

أصبحت الاضطرابات السيكوسوماتية ظاهرة لافتة في المجتمعات المعاصرة، نظرا لتعقيداتها التشخيصية والعلاجية، ولأنها تمثل تحديا للمفاهيم التقليدية في الطب الحديث، فهذه الاضطرابات تعكس التفاعل الديناميكي بين العوامل النفسية والجسدية مما يظهر الترابط العميق بين النفس والجسد، ومن بين أشكال هذه الاضطرابات تبرز الأمراض الجلدية بوصفها أحد أكثر التجسيدات وضوحا للتأثيرات النفسية على الجسد، حيث يتأثر الجلد باعتباره العضو الخارجي الأكثر ارتباطا بالجهاز العصبي وبالتالي الأكثر تفاعلا مع الحالة النفسية للفرد.

إن الأمراض الجلدية من منظور سيكوسوماتي، أكثر من مجرد أعراض جسدية سطحية؛ فهي تعبيرات رمزية عن صراعات داخلية وعواطف غير مرئية تنشأ نتيجة لتوترات نفسية عميقة، الجلد بوصفه أوسع أعضاء الجسم وأول حاجز بين الشخص والعالم الخارجي، يعد مرآة تعكس التوترات الداخلية للفرد فكل مرض جلدي يتسم بخصوصية معينة في معناه الرمزي، ويكشف عن دوافع نفسية وعاطفية تتراوح بين الصراع الداخلي، القلق والشعور بالذنب، وصولا إلى التجارب النفسية المعقدة مثل الصدمات، الإكزيما؛ على سبيل المثال: تعرف ليوم ل Dermatite Atopique تتسم بالاحمرار والحكة والتقشير.

طرح الحقل السيكوسوماتي للإكزيما مسألة دلالة العرض الجسدي لدى الفرد والعائلة مع تفسير النفسو دينامي لأسبابها الخفية من الناحية التحليلية.

أكد R.Spitz أن هناك علاقة ما بين الإكزيما والخصائص الأساسية لنمو العلاقة الموضوعية بين الطفل والأم وهذا بعد عزل للعوامل الجسدية المفسرة لذلك، حيث وجد في دراسة تخص الأمهات في إحدى المؤسسات العقابية أنهن ولدن أطفالهن في السجن وبعد عزل أولئك الأطفال ظهر لديهم الإكزيما مقارنة مع الأطفال الذين تربوا في أسر.

وحسب R.Spitz فإن لدى هؤلاء الأطفال استعدادا خلقيا للاستجابة الجلدية بطريقة سريعة، حيث يستثمر الطفل كل التمثيلات النفسية للإدراك الجلدي بمعنى تحويل الطاقة البديلة الغائبة عن مواجهة الجلد أو قد يدل على الحاجة للأم التي رفضته ولم تحقق له إشباعات نفسية فتظهر عدم القدرة على التقمص الأولي لها.

أما "مارتي" فقد ربط الإكزيما والقدرة على تحقيق الإشباع من خلال هلوسة الرغبة، فتظهر فوبيا للمس اتجاه الأم، بحيث تكون إشباعات غير كافية، أولا يستطيع الطفل تكوين هلوسة الرغبة وعلى هذا الأساس يكون رد فعل عدائي تعويضا للملامسة الجسدية فهي تظهر فوق الجلد كتعويض للمس الغائب من طرف الأم أو نقص صاد الإثارة الأمومي الأرتيكاريا؛ من ناحية أخرى تتجلى في وجود دراسات قد ركزت على حالات عيادية ومعظمها أكدت على أهمية التواجد الحقيقي للعوامل النفسية لدى المرضى الذين يعانون من الأرتيكاريا المزمنة وهذا حسب Consolis Sylvie، فيرى أن النواقل العصبية تسمح بزوال الحبيبات من الخلايا البدنية النفوذية المطلقة للأوعية الدموية وتتسرب خلايا الدم البيضاء.

في هذا الصدد يعرض Philip Pongy دراسة لـ (1998) Guillet صرح عنها في إطار انعقاد المؤتمر الخاص بجمعية الأمراض الحساسية والمناعة بـ Toulouse أن نتائج الدراسة لـ 236 حالة تعاني من السثرى أظهرت نتيجة مفادها وجود 82% من الحالات تؤكد على ظهور المرض كان نتيجة لعوامل نفسية من بين هذه العوامل يتصدر الإجهاد القائمة لدى 80% من الحالات وخاصة من الذين يعانون من الأرتيكاريا الكولونية.

كما يدرج Consolis Sylvie دراسات تخص (1976) Keegon حول دور التعبير العلائقي مع الشخص المقرب، ظهور الحدث الصدمي، والوضعية الصراعية المحبطة والمتشابكة خاصة المتعلقة بالعمل أو العائلة أو كليهما معا في تفسير هذا الاضطراب.

نجد أيضا في مقدمة العلماء الذين درسوا علاقة الانفعالات بالأرتيكاريا Saul ، و Bernstein وهذا من خلال كتابهما The Emotional Setting Of Some Attacks Of Urticaria Psychosomatic Medicine.

حيث انتهيا إلى النتائج التالية:

- في معظم الحالات يكون ظهور الأرتيكاريا بسبب التوتر والفشل في الحب والزواج.
- كثيرا ما تظهر أعراض الأرتيكاريا لدى الكثيرين من أفراد الأسرة الواحدة.
- معظم المصابين بالأرتيكاريا حرموا من عطف وحنان الأم وارتبطوا بالأب الذي كان خضوعيا.

حيث قام Philip Pongy بدراسة في عيادته سنة 2008 على 15 فردا يعانون من الأرتيكاريا وتوصل إلى وجود خصائص عمل مشاركة لدى هؤلاء المرضى:

- توتر عام لدى جميع المرضى.
- سوابق مرضية مع الحساسية.
- الاستشارات العلائقية الجديدة الناتجة عن وضعيات جديدة والتي يعبر عنها بتفريغ الانفعالي ومحتويات عاطفية سلوكية.

أما الصدفية؛ قام Philip Pongy سنة 2008 بدراسة 31 حالة تعاني من الصدفية حيث أظهرت هذه الدراسة نتائجاً تتمثل في أن هناك دوراً للعوامل الجينية، بمعنى أن هناك دور للسوابق العائلية والوراثية في إحداث المرض وهذا بنسبة 60% من الحالات كما أكد أن العمر الذي تظهر فيه الصدفية منتشر ما بين 0-44 سنة مع وجود خاصيتين لدى هذه الحالات: ظهور المرض متزامناً مع انكسار أو جرح نفسي للفرد مع محيطه الخارجي وهذا قبل 4 سنوات، وأن مرضى الصدفية قد تعرضوا لصدمات نفسية أولية مفاجئة، وظهور الصدفية كان متزامناً مع هذه الصدمات.

قد أظهرت الدراسة أن 97% من الحالات عاشوا أحداثاً صدمية شديدة مفاجئة ومؤلمة، أما العوامل المشتركة بين هذه الحالات يذكر ما يلي: 7 حدث صدمي لدى حالات، تواجد حدث صدمي نتيجة انقطاع في العلاقات لدى 6 حالات، موت قريب لدى 3 حالات، رحيل ميلاد أخ صغير، اعتداء لدى 5 حالات واعتداء جنسي لدى حالتين مع تحرش جنسي واكتئاب، حوادث كارثية لدى 4 حالات، صدمة إجهاض، صدمة خيانة.

حيث أظهرت الدراسات أن الأفراد الذين تعرضوا لصدمات نفسية، سواء في مراحل الطفولة أو في مراحل لاحقة من حياتهم، يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض الجلدية أو لتفاقم أعراضها فعلى سبيل المثال:

أشارت دراسة أجريت بجامعة المدينة للباحثة "سارة عبد الله" (2022) بعنوان "تأثير الصدمة النفسية في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الجلد" إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين شدة الصدمة النفسية وظهور الأعراض الجلدية أجريت الدراسة على عينة مكونة من 60 فردا في عيادتين خاصيتين لطب الجلد بولاية المدينة.

ودراسة بجامعة ورقلة خالد جاب الله (2021): ركزت هذه الدراسة على تأثير الصدمة الثانوية على الصحة النفسية والجسدية، مشيرة إلى أن الأفراد الذين يتعرضون لصدمات غير مباشرة قد يعانون من

اضطرابات نفسية وجسدية، بما في ذلك الأمراض الجلدية.

وفي مقال في مجلة The Daily Telegraph (2024) تناول هذا المقال مجال "الطب النفسي الجلدي (Psychodermatology)" الذي يدرس العلاقة بين الصدمة النفسية والأمراض الجلدية أوضح المقال أن الضغوط النفسية يمكن أن تؤدي إلى تفاقم حالات مثل الإكزيما، حب الشباب، والصدفية (Dailytelegraph.com.ar).

كما جاءت دراسة باهي سلامة (2008) حول مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرس الابتدائي والمتوسط والثانوي، وأثبتت نتائجها وجود علاقة دالة إحصائياً بين مصادر الضغوط المهنية وأعراض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي.

كما جاءت دراسة الباحثتان فرحات يسري وبركات أسماء (2003-2014) وتناولت هذه الدراسة أثر الصدمة النفسية في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى القصور الكلوي وانطلقت هذه الدراسة من فرضية ارتباط الأمراض الجسمية بالصدمة النفسية وتوصلت إلى أنه كلما كانت الصدمات النفسية قوية في المراحل النمائية السابقة كلما كانت البنية النفسية هشة ودفاعاتها ضعيفة، كلما كانت مؤشراً قوياً للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

وأشار الدكتور أكمل سعد أستاذ الأمراض الجلدية إلى أن الحالة النفسية تساعد على زيادة حدة أعراض العديد من الأمراض الجلدية، أو قد تعوق علاجها وتعمل على تدهور حالتها، كما أنها قد تكون سبباً مباشراً للإصابة ببعض الأمراض الجلدية.

ففي أحدث الإحصائيات العالمية، تقرير أعدته منظمة الصحة العالمية حول الصدفية (2016) تشير الإحصائيات التقريرية لمدى انتشار الصدفية في دول العالم من (0.09%) إلى (11.3%) بما يضع مرض الصدفية من ضمن الأمراض ذات الانتشار العالمي بما يزيد عن (100) مليون مصاب حول العالم.

تشير الإحصائيات (2021) إلى أن أكثر من 94 مليون شخص في أوروبا يعانون من أعراض جلدية غير مريحة مثل الحكة والجفاف وتشمل الحالات الأكثر شيوعاً:

- العدوى الفطرية الجلدية: 8.9% من السكان.

- حب الشباب: 5.4%.

- التهاب الجلد التأتبي (الإكزيما) 5.5% (pmc.ncbi.nlm.nih.gov)

وتقدر الإحصائيات (2020) أن حوالي 60 مليون شخص في جميع أنحاء العالم مصابون بالصدفية يتراوح انتشارها بين البالغين من 0.17% في شرق آسيا إلى 25% في أوروبا الغربية (globalsoriasisatlas.org)

وتشير الإحصائيات أن أكثر من 30 مليون شخص في الولايات المتحدة مصابون بالالتهاب الجلدي التأتبي (2016)

في الجزائر تشير التقارير إلى انتشار ملحوظ للأمراض الجلدية بين فئات مختلفة فيما يلي بعض الإحصائيات البارزة:

تشير الإحصائيات (2021) أن أكثر من 5% من الجزائريين مصابون بالالتهاب الجلدي التأتبي "الإكزيما" خاصة في فئة الأطفال، وأن 80% من الشباب الجزائريين في الفئة العمرية بين 15 و 24 سنة يعانون الصدفية. (ennahaeonline.com)

تشير الإحصائيات (2021) أن حوالي 10 ملايين يعانون من مشاكل متنوعة (echoroukonline.com)

في مستشفى (2022) أول نوفمبر 1954 بوهران تم تسجيل 83 حالة من سرطان الجلد منها 41 حالة تعاني من سرطان الخلايا القاعدية (eldjournhouria.dz)

تنطلق أهمية هذه الدراسة من الحالة إلى فهم أعمق للروابط المعقدة بين الصدمة النفسية وظهور الأمراض الجلدية كاضطرابات السيكوسوماتية، خاصة في ظل الزيادة الملحوظة في معدلات الإصابة بالأمراض الجلدية عالميا ومحليا، كما أن تقديم تفسير علمي لهذه العلاقة يساهم في تطوير استراتيجيات علاجية شاملة، تأخذ في الاعتبار الأبعاد النفسية والجسدية معا مما يعزز فعالية التدخلات العلاجية ويحسن جودة حياة المرضى.

في ضوء ما سبق تتحدد إشكالية هذه الدراسة في التساؤل الرئيسي: إلى أي مدى تساهم الصدمة النفسية في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الجلد؟

وينتفع عن هذا السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- ما هي ابرز العوامل النفسية المرتبطة بظهور الأمراض الجلدية لدى الأفراد الذين تعرضوا لصدمة نفسية؟

- كيف تؤثر الصدمة النفسية على شدة الأعراض الجلدية لدى المرضى؟

- ما هي الآليات النفسية- الجسدية التي تربط بين الصدمة النفسية وظهور الأمراض الجلدية؟

- كيف يمكن توظيف فهم هذا الارتباط في تحسين استراتيجيات التشخيص والعلاج لمرضى المصابين بالأمراض الجلدية من منظور نفسي عيادي؟

2. فرضيات الدراسة:**- فرضية عامة:**

تؤدي الصدمة النفسية إلى ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية على مستوى مرضى الجلد.

- الفرضية الجزئية:

- كلما زادت الرجوعية لدى الأفراد المصدومين ساهمت في توازنهم النفسي والحد من الاضطرابات السيكوسوماتية الجلدية.

3. أهداف الدراسة:**أولاً: الأهداف العامة**

- الكشف عن الدور الذي تلعبه الصدمة النفسية في نشوء وتطور الاضطرابات السيكوسوماتية الجلدية، عبر تحليل الآليات النفسية والفيزيولوجية التي تربط بين العامل النفسي والجسدي.
- فهم طبيعة العلاقة بين المعانات النفسية والتعبير الجسدي.

ثانياً: الأهداف الخاصة

- تحليل كيفية تفاعل الجهاز النفسي مع الصدمة وتأثيره على الجهاز الجلدي، ما يؤدي إلى نشوء اضطرابات سيكوسوماتية جلدية.
- دراسة الفروقات الفردية في الاستجابة للصدمة النفسية، من حيث تأثيرها على مدة الأعراض الجلدية وفقاً لعوامل مثل الصلابة النفسية، آليات المواجهة والرجوعية.

ثالثاً: الأهداف التطبيقية

- تقديم دليل عملي للأخصائيين في علم النفس العيادي، يوضح كيفية التكفل النفسي بمرضى الاضطرابات السيكوسوماتية الجلدية، من خلال استراتيجيات تدعيمية وعلاجية ملائمة.
- تعزيز الوعي لدى الأطباء الأخصائيين النفسيين حول أهمية العوامل النفسية في تشخيص وعلاج الأمراض الجلدية ذات المنشأ السيكوسوماتي.
- تطوير برامج تدخل نفسي تستهدف تعديل أنماط المواجهة غير التكيفية لدى المرضى، من أجل الحد من تفاقم الأعراض الجلدية.

رابعاً: الأهداف البحثية

- اختبار الفرضيات المتعلقة بتأثير الصدمة النفسية على ظهور وتفاقم الاضطرابات السيكوسوماتية الجلدية من خلال دراسة ميدانية تعتمد مقاييس علمية دقيقة.
- التحقق من دور الصلابة النفسية الرجوعية وإستراتيجيات المواجهة في فهم العلاقة بين الصدمة النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية الجلدية.
- مقارنة نتائج البحث مع الدراسات السابقة لفهم أعمق للعوامل النفسية المؤثرة في نشوء الأمراض الجسدية لدى مرضى الجلد.
- إثراء الحقل العلمي السيكوسوماتي بمساهمة نظرية وعلمية تساعد على تطوير نماذج تفسيرية أكثر دقة حول العلاقة بين الصدمة النفسية والجسد.
- تحديد الثغرات البحثية الحالية وتوجيه الدراسات المستقبلية نحو مجالات غير مستكشفة.

4. أهمية الدراسة:

1.4 الأهمية العلمية:

- تساهم هذه الدراسة في إثراء الدراسات العلمية حول العلاقة بين الصدمة النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية الجلدية، من خلال تقديم تحليل معمق للآليات النفسية والفيسيولوجية التي تربط بين الحدث الصدمي والتعبير الجسدي للألم النفسي.
- تقديم إطارا نظريا متكاملًا من خلال استعراض وتفسير تصنيفات مختلفة للاضطرابات السيكوسوماتية الجلدية مما يعزز الفهم السيكودينامي لهذه الاضطرابات.
- تساعد على تطوير النموذج التفسيري للاضطرابات السيكوسوماتية، عبر دراسة تأثير متغيرات مثل الصلابة النفسية، الرجوعية، استراتيجيات المواجهة في ظهور وتفاقم الأعراض الجلدية.
- تسليط الضوء على التفاعل النفسي- البيولوجي من خلال تحليل كيفية تأثير العوامل النفسية على الجهاز المناعي والجلدي، مما يفتح المجال أمام مزيد من الأبحاث السيكوسوماتية متعددة التخصصات.

2.4 الأهمية التطبيقية:

- تساعد هذه الدراسة في تحسين التكافل العيادي بمرضى الاضطرابات السيكوسوماتية الجلدية، من خلال اقتراح استراتيجيات علاجية نفسية تهدف إلى التخفيف من حدة الأعراض الجلدية عبر إعادة التوازن النفسي.
- توفر دليلا علميا للأخصائيين النفسيين والأطباء حول كيفية التعامل مع مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية، عبر الجمع بين العلاج الدوائي والتدخلات النفسية الفعالة.

- تدعم إدماج المقاربة النفسية في العلاج الطبي للأمراض الجلدية، من خلال إثبات أهمية العوامل النفسية في تقاوم الأعراض الجلدية، مما يساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.
- تساهم في إعادة هيكلة البرامج العلاجية، من خلال التأكيد على أهمية استراتيجيات المواجهة التكيفية في الحد من تأثير الصدمة النفسية على الجسم.

3.4 الأهمية المجتمعية:

- تساعد هذه الدراسة في نشر الوعي داخل المجتمع حول تأثير العوامل النفسية على الصحة الجسدية مما يعزز ثقافة العناية بالصحة النفسية كجزء لا يتجزأ من الصحة العامة.
- تساهم في تقليل الوصم الاجتماعي المرتبط بالاضطرابات السيكوسوماتية، من خلال توضيح أن هذه الاضطرابات ليست مجرد مشكلات جلدية بل هي انعكاس لصراعات نفسية داخلية تحتاج إلى تدخل نفسي متخصص.
- تدعم تعزيز العلاقة بين المريض والطبيب والأخصائي النفسي، مما يساهم في فهم طبيعة المرض وتقديم رعاية متكاملة قائمة على الشراكة العلاجية.

4.4 الأهمية الوقائية:

- توفر هذه الدراسة أسساً علمية لتطوير برامج وقائية تستهدف الفئات المعرضة للصدمة النفسية، من خلال تعزيز استراتيجيات المواجهة التكيفية وتقوية الصلابة النفسية لتجنب ظهور اضطرابات السيكوسوماتية مستقبلاً.
- تساعد على التدخل المبكر في الحالات المعرضة للإجهاد المزمن أو الصدمات النفسية مما يحد من التحول المرضي للأعراض النفسية إلى أعراض جسدية مزمنة.
- تعزز أهمية الصحة النفسية في الوقاية من الأمراض الجلدية، من خلال التوعية بأهمية الاسترخاء، إدارة التوتر، ودعم الصحة العاطفية في الحد من التأثيرات النفسية على الجلد.

5.4 الأهمية البحثية:

- تفتح هذه الدراسة المجال أمام أبحاث مستقبلية تسعى إلى تعميق الفهم حول العلاقة بين الصدمة النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية الجلدية.
- توفير إطار مرجعي للدراسات القادمة حول تأثير العوامل النفسية على الأمراض الجسدية، مما يساهم في تعزيز التكامل بين علم النفس العيادي وعلوم الطب.

- تدعم تطوير نماذج تشخيصية وعلاجية أكثر دقة وفعالية، من خلال اقتراح مقاييس نفسية تساعد في الكشف المبكر عن القابلية للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية الجلدية.

5. أسباب اختيار الموضوع:

1.5 الأسباب الموضوعية:

- قلة الدراسات الموجهة نحو العلاقة بين الصدمة النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية: على الرغم من وجود أبحاث في هذا المجال إلا أنه هناك نقصاً في الدراسات التي تركز على الفهم العميق للآليات البيولوجية والنفسية التي تربط بين الصدمة النفسية والتأثيرات الجسدية.

- انتشار الصدمات النفسية وتأثيرها على الصحة: في ظل الحروب، الكوارث الطبيعية والأحداث الصادمة المتزايدة في العالم هناك حاجة لفهم أعمق حول كيفية تأثير هذه الصدمات في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية الجلدية.

- ارتفاع معدلات الاضطرابات السيكوسوماتية: الزيادة في الأمراض الجسدية ذات الأسباب النفسية تستدعي البحث عن الأسباب الجذرية ومنها الصدمات النفسية.

- الحاجة لتطوير برامج علاجية: فهم العلاقة بين الصدمة النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية يساعد في تصميم برامج علاجية ووقائية فعالة للأفراد المتأثرين.

- رفع الوعي الصحي: اختيار هذا الموضوع يساهم في تسليط الضوء على أهمية الاهتمام بالصحة النفسية كجزء لا يتجزأ من الصحة العامة.

- نقص الأدوات البحثية المناسبة.

- توجيه الدراسات المستقبلية.

2.5 الأسباب الذاتية:

- الفضول العلمي: الرغبة في فهم العلاقة بين النفس والجسد ودورها في التأثير المتبادل يعزز من دوافع اختيار الموضوع.

- الشغف بعلم النفس السيكوسوماتي: الانجذاب إلى دراسة تأثير العوامل النفسية على الصحة الجسدية والرغبة في المساهمة العلمية في هذا المجال.

- ملاحظة أثر الصدمات على الآخرين: ملاحظة أشخاص يعانون من أعراض جسدية نتيجة صدمات نفسية كانت دافعا قويا لاختيار الموضوع.

- العمل الميداني: الخبرة في التعامل مع حالات صدمة نفسية أو اضطرابات سيكوسوماتية مما دفعنا لاكتشاف هذا المجال بشكل أكاديمي.
- الرغبة في اقتراح وسائل جديدة لدعم الأفراد المتأثرين بالصدمة النفسية على المستويين النفسي والجسدي.
- الرغبة في تحقيق نتائج تساهم في تحسين الخبرة الأكاديمية وتقديم إسهام بارز في مجال البحث النفسي.
- الشعور بأهمية الموضوع في ظل تزايد حالات الصدمة النفسية ولا الاضطرابات الجسدية غير المبررة خاصة في البيئات التي تعاني من الحروب والكوارث أو الأزمات الاجتماعية.
- الرغبة في نشر المعرفة حول أثر الصدمات النفسية على الصحة الجسدية وضرورة التعامل معها بجدية.

6. المفاهيم الإجرائية:

1.6 الصحة النفسية:

- لغة:

الصدمة من صدم ضرب الشيء الصلب بشيء مثله صدمة صدمة: ضرب وصادمه فتصادمه فتصادما اصطداما وصدمة "أمر" أصابهم.

وفي اللغات الأوروبية كلمة صدمة Truman وجمعها Trumata وتعني باليونانية جرح وهو مصطلح عام يشير إما إلى الإصابة جسمية سببها قوة خارجية مباشرة أو إلى إصابة نفسية تسبب فيها هجوم انفعالي متطرف.

- اصطلاحا:

- الصدمة طبيا: هي تؤذي الجسم وقد تسبب جروحا أو كسورا أو حروقا والصدمة في الطب النفسي هي التجربة الغير متوقعة التي لا يستطيع المرء تقبلها للوهلة الأولى ولا يفيض من أثرها إلا بعد مدة وقد تصيبه بالقلق الذي يولد العصاب المعروف بعصاب الصدمة.
- يعتبر دياتكين Diatkine: الصدمة النفسية أنها الأثر الناتج من آثار عنيفة تظهر في ظروف لا تكون فيه نفس الشخص في مستوى القدرة على حفظ التوتر الناتج، وذلك إما لرد فعل انفعالي مفاجئ أو عدم قدرة النفس على القيام.
- إجرائيا: هي الدرجة التي يتحصل عليها أفراد العينة من خلال إجاباتهم على بنود المقياس المعتمد في هذه الدراسة "مقياس دافسون".

2.6 الاضطرابات السيكوسوماتية:**- لغويا:**

نجد أن كلمة سايكوسوماتي مشتقة من الكلمة اليونانية Psychia التي تعني الروح أو النفس وكلمة Soma وتعني البدن أو الجسد.

- اصطلاحيا:

في عام 1968 عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنها: مجموعة من الاضطرابات العضوية التي تتميز بأعراض ترجع بأسبابها إلى العوامل النفسية الانفعالية تقع تحت إشراف الجهاز العصبي اللاإرادي أو الذاتي.

أما وجهة نظر جماعة التحليل النفسي فهم يعرفون الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها: عبارة عن تعبير خاص عن أسلوب الحياة لدى الفرد و طرائقه في مواجهة القلق والنزاعات النفسية المكبوتة.

- إجرائيا:

هي مجموعة من الاضطرابات الجسدية التي تكون أعراضها طبية واضحة، هو غالبا ما تصيب وظيفة العضو، منشأها نفسي لأنها تظهر بعدما يتعرض الفرد إلى صدمة نفسية تفوق طاقته أو عندما يتأثر من معاناة شخص ما عايش الصدمة والمعبر عنها بالدرجة التي يحصل عليها الأفراد على مقياس "كورنال" بالاضطرابات السيكوسوماتية.

3.6 مرضى الجلد:

مرض الجلد هم الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات أو أمراض تصيب الجلد، والتي قد تكون ناجمة عن عوامل وراثية، مناعية، بيئية، نفسية تشمل هذه الأمراض حالات مثل الإكزيما، الصدفية، البهاق، حب الشباب، الحساسية الجلدية، والتهابات الجلد المختلفة.

4.6 الجلد:

هو غطاء مطاطي يغطي الجسم يعتبره كثيرا من العلماء كجهاز مستقبل شأنه شأن جهاز الدوران أو الجهاز الهضمي أو غيره من الأجهزة وتظهر أهميته في الوظائف الحيوية والتفاعلات الكيميائية التي تجرى فيه، وأهم وظائف الجلد هي الإفراز والإطراح وموازنة الحرارة وبنفس الوقت فهو الواقي لأنسجة الجسم من التأثيرات الخارجية كما يوجد فيه أجسام حسية للحرارة والبرودة والألم.

5.6 مرضى الصدفية:

هم المرضى الذين تم تشخيصهم من طرف طبيب الجلد وتفق مدة إصابتهم السنة وتختلف درجة إصابتهم من الدرجة الخفيفة، المتوسطة والحادة.

مرض جلدي مزمن وغير معدي يصيب من 2-3 من السكان والذي تبقى أسبابه غير معروفة إلى حد الآن.

مرض الصدفية يعرف من خلال ظهور صفائح حمرة بشكل قشري على سطح الجلد، هناك ميكانيزمين أساسيين في ظهور المرض: التهاب وتجديد سريع لخلايا الطبقة السطحية للجلد (البشرة) (سعادنة، 2011، ص 08)

6.6 مرضى الإكزيما:

هم المرضى الذين خضعوا للتشخيص الطبي من طرف طبيب الجلد مع استمرار الإصابة لفترات فوق السنة، وتصنف حالتهم السريرية ضمن درجات متفاوتة من الشدة: خفيفة متوسطة أو حادة، وذلك وفقا للأعراض الظاهرة والاستجابة للعلاج.

مرض جلدي ناتج عن التهاب الجلد وتهيج الجلد واستثارته واحمرار وجفاف، تظهر على الوجه والأطراف (Helst.B, p: 24)

7. الدراسات السابقة:

على ضوء ما سابق سيتم تناول الدراسات التي اهتمت بهذا الموضوع، وهذا بانطلاقنا بما توصلت إليه الدراسات السابقة:

1.7 دراسات حول الصدمة النفسية:

- دراسة عبد الرحيم شادلي (2016-2017):

انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف دراسة حالات من منظور نفسي عيادي، من إعداد عبد الرحيم شادلي، أطروحة الدكتوراه في علم النفس العيادي. وتناولت الدراسة استجابات الفرد بعد التعرض لحادث صدمي مولد للصدمة حيث يمثل العامل الرئيسي والاضطرابات ما بعد الصدمة ومن أجل التعرف على انعكاسات البتر باعتباره مولدا للصدمة على التوظيف النفسي للمبتور، ودور أهم العوامل المتدخلة لتحديد شكل استجابته، واستهدفت الدراسة فئة الراشدين من كل الجنسين المتعرضين لبتر أحد أو أكثر من أطراف جسمهم أثناء تدخل جراحي بسبب تعرضهم لحادث أو مرض حيث طبق الباحث منهج دراسة الحالة واستخدمها اختبار تفهم الموضوع T.A.T حيث اعتمد على تقنية شنتوب.

وبتطبيق الإجراءات تم التوصل إلى نتائج التالية:

- إن جميع الحالات المدروسة الذين تعرضوا للبتر عرضوا استجابة ضغط حاد وبالرغم من ذلك اختلفت استجابتهم على المدى البعيد أن قاومت كل من الحالة الأولى والحالة الثالثة تأثيرات ذلك الحادث بينما طورت الحالة الثانية اضطراباً صمدياً مزمناً، وشعور بالحزن والاكتئاب الناتج عن جرح نرجسي مرتبط بإدراك وتقبل حالة النقص وعدم الاكتمال الجسمي.

- دراسة ناجي يسمينة (2014-2015):

- تناولت تقنية "EMDR" في التخفيف من حدة الصدمات النفسية "دراسة حالة" طريقة فعالة في التخفيف من حدة الصدمات النفسية وبيان مدى فعالية هذه التقنية في التخفيف من آثار "PTSD" وتفوقها على تقنيات أخرى سابقة، حيث أنها تقنية حديثة وتم استعمال المنهج العيادي حيث استخدمت المقابلة، الملاحظة واختبار دافسون مكشف عند (PTSD) وتطبيق تقنية (EMDR) واعتمدت الدراسة على حالتين (ذكر/أنثى) تتراوح أعمارهم ما بين 32 و 51 سنة وتوصلت الدراسة إلى ما يلي:
- تحسن ملحوظ للحالتين كما بينه السلم Voc وسلم Sud لما يوضح التخلص من آثار الحادث الصمدي ومعالجة الأهداف المرجوة.
 - التنبؤ بنتائج أكثر إيجابية.

- دراسة عبد الرحمان جمعة وافي، وضياء عثمان أبو ججوح (2014):

- فعالية تقنية الحرية النفسية في الحد من أعراض الأحداث الصادمة جراء العدوان الإسرائيلي 2014 على محافظة غزة، بحث مقدم لمؤتمر النداءات التربوية والنفسية للعدوان على محافظات غزة المقدمة من الباحثين عبد الرحمن جمعة وافي وضياء عثمان أبو ججوح، هدفت الدراسة إلى قياس مدى فعالية تقنية الحرية النفسية للحد من أعراض الأحداث الصادمة حيث استخدم الباحثان مقياس دافسون ترجمة وتقنين عبد العزيز ثابت 2005، ومقياس Suds لقياس الشدة النفسية وتكونت عينة الدراسة من 6 أفراد يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وكانت تساؤلات الدراسة على النحو التالي:
- هل توجد فروق في متوسطات درجات الأشخاص الذين يعانون من أعراض الأحداث الصادمة على مقياس الصدمة النفسية بين القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق تقنية الحرية النفسية؟
 - هل توجد فروق في متوسطات درجة عينة الدراسة على مقياس Suds في (0-10) بعد تطبيق الحرية النفسية؟

وللتعرف على نتائج الدراسة قام الباحثين باستخدام العديد من الأساليب الإحصائية (معالجة فروض الدراسة والإجابة على تساؤلاتها، ومنها المتوسطات الحسابية والنسب المئوية واختبار وليكسون اللابار متري

Wilxon .T للتعرف على دلالة هذه الفروق بين المتوسطات الحسابية وتوصل الباحثان إلى نتائج الدراسة التالية:

- أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات درجات أفراد العينة في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي.

دراسة ليندا حراوية 2010 الجزائر: بعنوان الصلابة النفسية عند المصدومين الذين تعرضوا للاضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

هدفت الدراسة إلى فحص الفروق بين المصدومين الذكور والمصدومات في درجة الصلابة النفسية وهل يتميزون بصلابة رغم تعرضهم لاضطرابات الضغط ما بعد الصدمة، تم استخدام المنهج الوصفي المقارن وتكونت عينة الدراسة من 100 فرد منهم (61 ذكور، 39 إناث) طبقت مجموعة من الأدوات تمثلت في استبيان البيانات الديموغرافية cidiDemo، استبيان الضغط ما بعد الصدمة cidipTsD استبيان الصلابة النفسية وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن المصدومين رغم تعرضهم لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة يتميزون بصلابة مكنتهم من الاستمرار في الحياة وممارسة نشاطاتهم بشكل طبيعي ولهذا عند أغلبهم الأمراض النفسية ويعتبر الذكور أكثر صلابة من الإناث.

دراسة لعوج أسماء 2012 الجزائر: بعنوان الصدمة النفسية لدى الأفراد المصابين بجلطة دماغية

هدفت الدراسة إلى المساهمة في إثراء البحث العلمي وخاصة المتعلق بعلم النفس من جهة والطب (جراحة الأعصاب) من جهة أخرى، المساهمة في توضيح وتسهيل الممارسة العيادية للأخصائيين النفسيين بالتطرق إلى هذه الفئة من الأفراد وتم استخدام المنهج العيادي الإكلينيكي وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (14) حالة وتم استخدام في الدراسة استمارة الصدمة النفسية "تروماك" وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك اختلافات من فرد لآخر فما قد يشكل صدمة بالنسبة لفرد معين قد لا يكون الأمر كذلك بالنسبة للفرد الآخر.

2.7 دراسات حول الاضطرابات السيكوسوماتية:

دراسة فرحات يسرى وبركات أسماء (2013-2014):

تناولت هذه الدراسة أثر الصدمة النفسية في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى القصور الكلوي، دراسة عيادية ل: (03) حالات بمستشفى محمد بوضياف بورذلة، من إعداد الطالبتين فرحات يسرى وبركات أسماء، في مذكرة ليسانس جامعة قاصدي مرباح خلال الموسم الجامعي 2013-2014 وانطلقت من فكرة ارتباط الأمراض الجسمية بالصددمات النفسية وقد توصلت إلى أنه كلما كانت الصدمات النفسية قوة في

المراحل النمائية السابقة كلما كانت البنية النفسية هشة ودفاعاتها ضعيفة، وكلما كانت مؤشرا قويا للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

- دراسة باهي سلامي 2008:

درست هذه الدراسة مصادر الضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي دراسة ميدانية على عينة من أربع ولايات جزائرية أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم النفس الاجتماعي، وتوصلت الدراسة إلى أن مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي يعانون من مستوى مرتفع من الضغوط كما بينت النتائج المتوصل إليها إلى أن مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي يعانون من أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية، كما أثبتت نتائج الدراسة وجود علاقة دالة إحصائيا بين مصادر الضغوط المهنية وأعراض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي.

- دراسة ماكنتوش "Makintosh" وآخرون 1983:

بعنوان سمات الشخصية لدى المرضى السيكوسوماتيين هدفت الدراسة إلى الكشف عن الاضطرابات السيكوسوماتية في القرحة الهضمية بالشخصية وقد شملت عينة الدراسة (166) مصابا بالقرحة الهضمية المرضية، وقد اعتمد فيها على اختبار "كاتر" للشخصية ذي العوامل الستة عشر (16 pf) وقد أظهرت نتائج دراسة أن المصابين بالقرحة المعدية وقرحة الإثني عشر، يتمتعون بنفس البروفيل السيكوسوماتي كما يتميز الإناث من العينة التجريبية بالتذبذب الانفعالي والقلق، عكس الذكور الذين يتميزون بفقد الحماس وبمستوى منخفض من ضبط الذات وينتهي الباحثون إلى نتيجة مؤداها أن العوامل التفاعلية تلعب دورا مهما في نشوء القرحة الهضمية وخاصة حينما تتفاعل مع أحداث الحياة الضاغطة.

- دراسة عبد الرحمان محمد العيسوي 2000:

بعنوان "دراسة ميدانية للأمراض السيكوسوماتية لدى الشباب" وهدفت الدراسة إلى محاولة التحقق من وجود فروق في الأمراض السيكوسوماتية وفقا لمتغيرات الجنس، الوزن، السن، حجم الأسرة والتحصيل الدراسي الأول والتحقق من وجود ارتباط من عناصر الأمراض السيكوسوماتية في أجهزة الجسم المختلفة، ومحاولة التعرف على مدى الارتباط بين وجود الأعراض السيكوسوماتية ووجود أسبابها النفسية كالتوتر والانفعالات، وتكونت عينة الدراسة من (567) طالب وطالبة، منها (189) من الذكور و(378) من الإناث وتراوحت أعمارهم ما بين (18، 34) عام، وتم تطبيق اختبار الأمراض السيكوسوماتية من إعداد الباحث كانت نتائج الدراسة كالتالي:

- تفاوتت نسبة الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية حيث تراوحت من (1- 60%) لعرض (أشعر ببرود في أطرافي) شملت ثلث العينة، وكانت أقل الأعراض نسبة هي (حدث أو سبق أن أصبت بنزيف في المعدة أو الأمعاء)، وبلغت نسبة الانتشار (1.8%).
- ظهر أن درجات الذكور تزداد في بعض الأعراض بينما تزداد درجات الإناث في أعراض أخرى ولهذه الأعراض طابعها الأنثوي.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية بالنسبة العلمي وكذلك الوزن.
- أما بالنسبة للسن فصغار السن كانوا أكثر معاناة من الأعراض السيكوسوماتية وكذلك الإناث أكثر معاناة من الذكور.
- لا توجد فروق دالة إحصائية فيما يخص متغير حجم الأسرة أو المستوى الاجتماعي أو التخصص.
- توجد علاقة دالة إحصائية بين الأعراض السيكوسوماتية وأسبابها النفسية.

- دراسة شويطر (2005):

بعنوان "الضغط المهني لصراع الدور وغموضه وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الموظفين" وهدفت الدراسة إلى الكشف عن بعض الجوانب المتعلقة بالوضع الراهن للعاملين في المكتبة، والتعرف على مؤشرين هما صراع وغموض الدور وعلاقتها بالصحة النفس جسمية عند المكتبيين، ومحاولة التنبؤ بظهور الأعراض السيكوسوماتية من خلال متغيرات الدراسة صراع وغموض الدور المهني عند هذه الشريحة من المجتمع، وتكونت عينة الدراسة من (150) موظفاً بلغ عدد الذكور (51) وعدد الإناث (99) وطبق فيها استبيان إدراك الضغط: وضع من طرف ليفينشي وآخرون (1993) ومقياس أعراض الضغط المهني ووضع المقياس من طرف دافينس وآخرون (1997) وقام بترجمته إلى اللغة العربية "عسكر" 2000 واستبيان صراع الدور واستبيان "ودمان" وآخرون (1984) قام بترجمته إلى اللغة العربية "صلاح المعبود" (2000)، ومقياس الأعراض السيكوسوماتية أعد هذا المقياس في الأصل "الريش" و "فيتجلارد" (1990) وترجمها إلى اللغة العربية "آدم العتبي" سنة (1997) وكانت نتائج الدراسة كالتالي:

- يعرف موظف المكتبة الوطنية ارتفاع في ضغط صراع الدور وغموض الدور مع حضور الأعراض السيكوسوماتية بشكل متوسط.
- وجود علاقة ارتباطية دالة موجبة بين صراع الدور وغموض الدور المهني والضغط المدرك حيث كلما ارتفع صراع وغموض الدور المهني كلما كان إدراك الضغط المدرك، حيث كلما ارتفعت مستويات صراع وغموض الدور المهني كلما كان حضور أعراض الضغط المهني مرتفعاً.

- وجود علاقة موجبة بين مستوى صراع الدور والاضطرابات السيكوسوماتية، أي كلما ارتفع مستوى غموض الدور المهني كلما ارتفعت الأعراض والسيكوسوماتية عند الموظفين.
- وجود علاقة متعددة موجبة متوسطة دالة إحصائياً بين صراع وغموض الدور المهني وأعراض الضغط المهني أو الاضطرابات السيكوسوماتية، أي كلما ارتفعت مستويات صراع وغموض الدور بحضور أعراض الضغط كلما انتشرت الاضطرابات السيكوسوماتية لدى موظفي المكتبة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنس في ظهور الأعراض السيكوسوماتية وأعراض الضغط المهني تعزى لصالح الإناث.
- وجود فروق دالة بين الجنسين فيما يخص غموض الدور لصالح الذكور على الإناث.
- لا توجد فروق ذات دلالة بين الجنسين فيما يخص صراع الدور منفرداً وصراع الدور وغموض الدور معاً.

3.7 الدراسات التي تناولت متغير الأمراض الجلدية:

– دراسة محمود السيد أبو النيل (1984) مصر بعنوان الاضطرابات السيكوسوماتية:

وهي دراسة حول العوامل النفسية المرتبطة بالأمراض الجلدية في مصر، والتي هدفت إلى المقارنة بين مرضى الجلد والأصحاء على كل من الروح المعنوية وبعض النواحي العصبية والسيكوسوماتية، وأخذت عينة من مرضى الجلد وعينة من الأصحاء، وقد أظهرت النتائج أن مرضى الجلد أقل شعور بالأمن وأقل تواجداً بالعمل من الأصحاء، كما أن علاقتهم وقدرتهم على التعاون أقل من الأصحاء وتتناهبهم الأعراض والشكاوي الجسمية ذات المنشأ النفسي كأعراض الجهاز المعدي والمعوي وآلام الظهر والحكة وأعراض التنفس والدورة الدموية، كما تتناهبهم المخاوف وحالات الفزع والاكتئاب ويزداد معدل الشك والحساسية عند مرضى الجلد عما هي لدى الأصحاء، فهم يغضبون دائماً ويجدون أنفسهم في حاجة مستمرة للاحتراس حتى من أقرب الناس إليهم.

– دراسة Evren, Bilge & Cuneyt, 2007 تركيا relationship بعنوان سمة القلق الاجتماعي لدى

المصابين بالأمراض الجلدية:

وهدفت الدراسة إلى التحقق من العلاقة بين وجود أمراض جلدية وسمة القلق وطبقت الدراسة على عينه بلغت (50) مريضة تم إرسالهن إلى شعبة الطب النفسي في العيادات الخارجية من أجل الحصول على الاستشارة النفسية، وتم استخدام مقياس ليبوتيز للقلق الاجتماعي (LSAS) وبينت النتائج أن سمة القلق

والعجز عن التعبير الانفعالي عاملان مهمان ومؤثران لدى المريضات بالأمراض الجلدية وأن علاج أعراض القلق الاجتماعي وتعليم المريضات تنظيم التعبير عن مشاعرهن يسهم في شفائهن من مرضهن.

- دراسة (سبع هاجيرة 2018) بعين تموشنت بعنوان الانعكاسات النفسية لداء الثعلبة La Plade:

تسعى هذه الدراسة إلى الكشف عن الجانب النفسي لداء الثعلبة Le Pelade Maladie de "origine psychopomatique"، والذي يعرف بداء الصلع وهو من الأمراض الجلدية السيكوسوماتية يظهر في شكل بقع ملساء ورطبة دون الشعر وهو مرض مناعي ذاتي، أسبابه الحقيقية غير معروفة ولذلك يرجعها الأطباء إلى العوامل النفسية وعلى هذا الأساس تسعى هذه الدراسة إلى الاهتمام بتشخيصه من خلال عملية الفحص النفسي للكشف عن عوامله النفسية، مميزات شخصية المصابين بهذا المرض والانعكاسات النفسية الناتجة عنه، شملت عينة الدراسة ستة حالات متباينة في الجنس والسن والمستوى الدراسي والثقافي والاجتماعي وفي الحالة المدنية، وقد بينت الدراسة الميدانية من خلال عملية التشخيص الذاتي باستخدام المنهج العيادي بأدواته الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية والاختبار النفسي أن الصراعات الأسرية والمعانات النفسية والضغوط المهنية والصدمات النفسية والقلق والتوترات الناتجة عن الظروف الحياتية الصعبة كلها تشكل عوامل نفسية مباشرة لهذا الداء، أما عن السمات الشخصية قبل المرض فتتمثل في عدم الثقة في الذات وفي الآخرين، القدرة على تغيير وتعديل السلوك احتجاز الأفكار والشعور بالذنب، التضحية للآخرين، أما عن الانعكاسات النفسية فنجد المصابين باختلاف حالاتهم يعانون من عزلة اجتماعية والانطواء وعدم تقبل المظهر سواء التوافق النفسي والاجتماعي، فقدان الأمل في الحياة، عدم التفكير في المستقبل والإحساس بالفشل.

8. التعليق على الدراسات السابقة:

إن دراسة العلاقة بين الصدمة النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية قد شهدت تطورا ملحوظا في الأبحاث السيكلوجية، إذ تم تناول هذه العلاقة من زوايا متعددة، سواء عبر تحليل تأثير الصدمة على وظائف الجسد أو من خلال البحث في العوامل النفسية المرتبطة بالأمراض المزمنة ومع ذلك فإن التحليل العميق للدراسات السابقة يكشف عن فجوة بحثية هامة لم يتم استكشافها بشكل كافي، مما يجعل دراستنا "تأثير الصدمة النفسية في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الجلد" خطوة نوعية في هذا المجال.

وسنقوم في هذا القسم بتفكيك وتحليل هذه الدراسات من حيث العنوان، المنهج، الأداة، الهدف والعينة، مع إبراز نقاط التشابه والاختلاف بشكل نقدي يعكس القيمة العلمية لدراستنا.

1.8 من حيث العنوان:**- نقاط التشابه:**

تتقاطع دراستنا مع بعض البحوث التي تناولت أثر الصدمة النفسية على الاضطرابات السيكوسوماتية مثل دراسة "فرحات يسرى وبركات أسماء" حول تأثير الصدمة على مرضى القصور الكلوي ودراسة "لعوج أسماء" التي تناولت الصدمة لدى المصابين بالجلطة الدماغية، هذه الدراسات تقدم خلفية علمية مفيدة لدراستنا، حيث تطرح الصدمة النفسية كعامل رئيسي في نشوء الاضطرابات جسدية معقدة.

- نقاط الاختلاف:

تتجاوز دراستنا هذه الأبحاث من خلال تخصصها الدقيق في فئة مرضى الجلد، باعتبارها اضطرابا سيكوسوماتيا يعكس العلاقة العضوية النفسية بوضوح، بينما ركزت بعض الدراسات السابقة على اضطرابات جسدية أخرى، بينما ركزت بعض الدراسات السابقة على اضطرابات جسدية أخرى. هذه الزاوية البحثية لم يتم التطرق إليها بنفس العمق في الدراسات السابقة مما يمنح دراستنا بعدا تجديدا.

2.8 من حيث المنهج:**- نقاط الاختلاف:**

تعد دراستنا متفردة من حيث المنهج حيث اعتمدنا على المنهج العيادي المتعمق لدراسة حالات المتأثرين بالصدمة النفسية، مع استخدام تحليل كافي لتجاربهم الشخصية علاوة على ذلك، فإن المنهج المستخدم في دراستنا يتبنى مقاربة سيكو ديناميكية ونفسية-عصبية وهو ما يميزها عن الدراسات الأخرى التي اعتمدت إما على التحليل الكمي أو العيادي دون ربط واضح بين المستويات النفسية والفيزيولوجية.

- نقاط التشابه:

تلتقي دراستنا مع بعض الأبحاث التي استخدمت المنهج العيادي في تحليل العلاقة بين الصدمة النفسية والاضطرابات النفسجسدية مثل دراسة "عبد الرحمن العيسوي" التي ركزت على الأمراض السيكوسوماتية لدى الشباب ودراسة "سبع هاجيرة" حول الانعكاسات النفسية للثعلبة.

3.8 من حيث الأداة:

تتميز دراستنا باستخدام أدوات متعددة لضمان شمولية التحليل:

- مقابلات عيادية معمقة لفهم السياق النفسي والتجارب العاطفية للحالات.
- مقياس الصدمة النفسية "دافسون" لتقييم شدة الصدمة وتأثيرها على الحالة الجسدية.
- مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية Tramaq.

بالمقارنة اعتمدت معظم الدراسات السابقة على أدوات مثل:

- "ناجي ياسمينية" استخدمت EMDR كأداة علاجية.
- عبد الرحمان وافي ركز على تقنية الحرية دون الربط المباشر بالأعراض الجسدية.
- ليندة حراوية اعتمدت على مقياس الصلابة النفسية دون التركيز على التأثير السيكوسوماتي.

4.8 من حيث الهدف:

تتشارك دراستنا مع بعض الدراسات التي درست تأثير الصدمة على الصحة النفسية والجسدية من حيث الهدف المتمثل في:

- الكشف عن العلاقة السببية بين الصدمة النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية مثل دراسة فرحات يسرى وفرحات أسماء ودراسة ناجي ياسمينية.

- الاختلاف:

لا تهدف دراستنا فقط إلى إثبات وجود علاقة بين الصدمة والاضطرابات السيكوسوماتية فقط بل إلى تحليل مدى تأثير الصدمة لحادثة واحدة أو صدمات متكررة على شدة المرض مما يتيح فهما أكثر تفصيلا لكيفية استجابة الجسم للضغوط النفسية طويلة الأمد.

5.8 من حيث العينة:

- التشابه:

استخدمت بعض الدراسات عينات من المرضى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية مثل دراسة "سبع هاجيرة" حول مرض الثعلبية.

- بالمقارنة اختلفت دراستنا مع الدراسات السابقة في نوعية العينة:

- شادلي: يركز على مبتوري الأطراف، لعوج أسماء تناولت مرضى الجلطة الدماغية، فرحات وبركات ركزت على مرضى القصور الكلوي، شويطر استهدفت الموظفين الذين يعانون من صراع الدور.
- هذا التركيز على العينة محددة يعكس بعدا جديدا في دراسة التأثيرات النفسية للأمراض الجسدية مما يساهم في تقديم رؤى جديدة في مجال علم النفس العادي .

6.8 مكانة الدراسة الحالية وموقعها من الدراسات السابقة:

مراجعة الأبحاث السابقة حول العلاقة بين الصدمة النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية نلاحظ أن معظم الدراسات تناولت هذه العلاقة من زوايا مختلفة، أما بالتركيز على الصدمة النفسية وتأثيرها العام على الصحة النفسية أو بدراسة الاضطرابات السيكوسوماتية دون تعمق في علاقاتها بالصدمة. في هذا السياق،

تقدم دراستنا مقارنة متكاملة تدمج بين البعد النفسي العيادي والتفسير الفسيولوجي لظهور الأمراض الجسدية كأحد تجليات الصدمة النفسية.

1.6.8 أوجه التميز والاختلاف عن الدراسات السابقة:

- من حيث الإطار النظري والمنهجي:

- ركزت دراسة "عبد الرحيم شادلي" (انعكاسات الصدمة النفسية في التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف) على التأثير النفسي للصدمة لدى فئة محددة، التطرق للجانب السيكوسوماتي.
 - اعتمدت دراسة "ناجي ياسمين" (فعاليه تقنية EMDR فئة تخفيف من حدة الصدمات النفسية دراسة حالة) على مقارنة علاجية دون الخوض في الميكانيزمات السيكوفسيولوجية للاضطرابات الناجمة عن الصدمة.
- في المقابل تتفرد دراستنا بتقديم تفسير متكامل يجمع بين التحليل النفسي وآليات الاستجابة البيولوجية للصدمة النفسية مما يفتح المجال أمام فهم أعمق للعلاقة بين الصدمة والأمراض الجلدية.

2.6.8 من حيث الأداة المستخدمة:

- استخدمت دراسة "ليندا حراوية" (الصلابة النفسية عند المصدومين الذين تعرضوا لاضطرابات الإجهاد ما بعد الصدمة) مقاييس نفسية لقياس الصلابة النفسية لكنها لم تدمج مقاييس فسيولوجية.
 - ركزت دراسة "عوج أسماء" (الصدمة النفسية لدى الأفراد المصابين بجلطة دماغية) على اضطراب سيكوسوماتي آخر (الجلطة الدماغية) دون تناول الأمراض الجلدية.
- أما دراستنا، فتعتمد على أدوات تقييم متعددة تشمل الاختبارات النفسية، المقابلات العيادية والفحوصات الطبية، مما يمنح نتائجنا موثوقية علمية أكبر.

3.6.8 من حيث العينة:

- ركزت دراسة "فرحات يسرى وبركات أسماء" أثر الصدمة النفسية في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى (مرضى القصور الكلوي) على مرض القصور الكلوي دون التطرق إلى الأمراض الجلدية.
- تناولت دراسة "باهي سلامي" (مصادر الضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي) عينات مهنية مختلفة دون ربط الضغوط بالجانب الفسيولوجي للأمراض الجلدية.
- على عكس ذلك تركز دراستنا على مرض الجلد.

4.6.8 من حيث الهدف:

- تهدف دراسة "ماكينتوس وآخرون" (سمات الشخصية لدى مرضى السيكوسوماتيين) إلى تحليل السمات الشخصية للمرض، دون تطرق إلى العوامل النفسية المؤدية لظهور المرض.
 - ركزت دراسة "عبد الرحمان محمد العيسوي" (دراسة ميدانية للأمراض السيكوسوماتية لدى الشباب) على الفئة العمرية الشابة دون تخصيص نوع المرض السيكوسوماتي.
- أما دراستنا، فهي لا تكتفي بتأكيد العلاقة بين الصدمة النفسية والأمراض الجلدية بل تسعى للكشف عن الميكانيزمات السيكوفيسيولوجية التي تفسر هذه العلاقة مما يجعلها خطوة نحو تطوير استراتيجيات أكثر فعالية.
- تحتل دراستنا موقعا متقدما بين الأبحاث النفسية العيادية، نظرا لاعتمادها على منهج متكامل جمع بين التحليل العيادي والمقاربة السيكودينوميكية والتفسير العصبي المناعي، مما يمنحها عمقا علميا يتجاوز الطرح الوصفي السائد وبذلك لا تقتصر أهمية دراستنا على تعزيز الفهم النظري للاضطرابات السيكوسوماتية بل تمتد إلى تقديم أدوات علمية والسهم في تطوير طرق التشخيص والعلاج لمرضى الجلد الذين يعانون من آثار الصدمات النفسية.

الفصل الأول: ماهية الصدمة النفسية

تمهيد

1. تاريخ تطور مفهوم الصدمة النفسية
2. تعريف الصدمة النفسية
3. مفاهيم متداخلة مع الصدمة النفسية
4. أنواع الصدمة النفسية
5. خصائص الصدمة النفسية
6. العوامل التي تجعل الحدث صدميا
7. سيرورة حدوث الصدمة النفسية
8. مراحل الصدمة النفسية
9. أعراض الصدمة النفسية
10. المعايير التشخيصية للصدمة النفسية
11. النظريات المفسرة للصدمة النفسية
 - 1.11 نظرية فرويد
 - 2.11 نظرية جاك لاكان
 - 3.11 نظرية وينكوت
 - 4.11 نظرية فرينتزي
 - 5.11 نظرية أوثورانك
 - 6.11 نظرية دياتكين
 - 7.11 نظرية بيار جانيه
 - 8.11 نظرية كروك
 - 9.11 نظرية بيار مارتي

10.11 نظرية بيار مارتي

11.11 الصدمة النفسية حسب النموذج البيولوجي

12. علاج الصدمة النفسية

1.12 مرحلة التكفل الاستعجالي

1.1.12 التطهير في عين المكان

2.1.12 التطهير النفسي

3.1.12 نموذج شمال أمريكا Mitchell

2.12 العلاج بالمساندة

3.12 العلاج المعرفي السلوكي

4.12 العلاج بإزالة التحسس بحركة العين والمعالجة CDMR

5.12 التنويم المغناطيسي

6.12 العلاج بالأدوية

خلاصه الفصل

تمهيد

تعد الصدمة النفسية من أكثر الظواهر تعقيدا وإثارة للاهتمام في ميدان علم النفس العيادي، لما تحمله من تداعيات عميقة على البنية الشخصية وسرورة الحياة النفسية للفرد أنها ليست مجرد استجابة عابرة لموقف ضاغط، بل هي تجربة تهز أعق أسس الإحساس بالأمان والمعنى، منذ العصور القديمة وحتى يومنا هذا، شغلت الصدمة النفسية تفكير الفلاسفة والعلماء، مما أدى إلى تطور مفهومها بشكل ملحوظ عبر الزمن، وقد ارتبطت بعدة مفاهيم متداخلة واختلفت أنواعها باختلاف طبيعة الحدث الصدمي ودرجة تأثيره.

إن فهم الصدمة النفسية يتطلب الغوص في مراحلها الدقيقة، والعوامل المتسببة في مدتها وما تخلفه من أعراض واضطرابات قد تتجاوز التأثيرات النفسية إلى الأبعاد الجسدية، وهو ما يتجلى بوضوح في الاضطرابات السيكوسوماتية، كما أن الخصائص المميزة لهذه الظاهرة وما تتركه من آثار نفسية وسلوكية وفزيولوجية تجعلها محورا أساسيا لفهم معاناة الأفراد الذين مروا بتجارب قاسية ومؤلمة.

تتعدد النظريات المفسرة للصدمة النفسية، مما يعكس تعقيد هذه الظاهرة وتشابك أبعادها وبينما حاولت بعض النظريات تفسيرها من منظور التحليل النفسي والسلوكي ركزت نظريات أخرى على الأبعاد المعرفية والبيولوجية، وتبرز أهمية هذا التنوع النظري في إغناء فهمنا للصدمة النفسية وفتح آفاق جديدة لتشخيصها وعلاجها، مما يساهم في تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من آثارها.

في هذا الفصل سيتم استعراض شامل لتاريخ تطور مفهوم الصدمة النفسية، وتوضيح تعريفها، مع تناول المفاهيم المتداخلة معها، وأنواعها، ومراحلها، والعوامل المسببة لها. كما سنتناول الأعراض والخصائص المميزة لها، والتناذرات الأساسية المرتبطة بها، وتأثيراتها على الأفراد. سنستعرض أيضا النظريات المفسرة لها، وسيرورة حدوث الصدمة النفسية، وصولا إلى طرق التشخيص وأساليب العلاج المتبعة في التعامل معها، بذلك نسعى لتقديم فهم متكامل وعميق لهذه الظاهرة النفسية التي لا تزال تثير اهتمام البعدين والممارسين على حد سواء.

1. تاريخ تطور مفهوم الصدمة النفسية:

من الصعب إعطاء تقديم شامل لتطور الأفكار حول الموضوع الصدمة وذلك لكون هذه الأخيرة عبارة عن حدث وليس مجرد مصطلح، فإذا اعتبرناها حدث فإننا نقول أنها وجدت منذ القدم مع وجود الإنسان حيث أن L.Crocq يؤكد أن تاريخ الصدمة قديم كقدم العنف والقلق، وما يدعم أقوالنا هو تلك الدراسات التي تبرر قدمها عن طريق كل الإنجازات الفنية الخاصة بالإنسان البدائي كالروايات القديمة والأساطير، نجد آثار توأجدها كذلك من خلال ما تقدمه لنا علوم الآثار وعلوم التاريخ التي تنقل لنا كل ما دار بين الجنس البشري القديم من حروب وغيرها وكذلك ما يزعج الإنسان في صراعاته مع الطبيعة (مكيري كريم، 2008)

إن مفهوم الصدمة النفسية له جذور عميقة منذ العصور الوسطى، فقد تتواصل ذكر الصدمات النفسية في القصص والقصائد، فالقرن 14 تميز بالحروب الدينية، نذكر حالة الملك (شالة) بعد مذبحه والذي أصبح يظهر أعراض كالهلاوس والكوابيس المتكررة مع إعادة تكرار المشاهد (محمد أحمد النابلسي، 1991، ص 24) ففي سنة 1884 عرف مفهوم الصدمة النفسية اهتماما كبيرا، فتسمية "العصاب الصدمي" يرجع إلى الطبيب العقلي الألماني "أوبنهايم" وهذا نتيجة لدراسة 42 حالة تعاني من عصاب نتيجة حوادث العمر خاصة حوادث السكك الحديدية، وأدخل هذا المصطلح كوحدة مستقلة في التصنيف الخاص بعلم النفس المرضي، فقدم أطروحته الخاصة بعلم النفس التصوري وذلك من خلال كتاب "العصابات الصدمية" التي يركز فيها على "الرعب" المصاحب لاهتزاز نفسي شديد (L.Gocq, 2000, p29)

لم يكن "Charcot" موافقا على استعمال مصطلح "العصابات الصدمية" فكان يعرض في أعماله 1885 حالات الهستيريا التي كان يعالجها، فنجد بذلك أعمال "Oppenheim" فيما يتعلق بخصوصيات الملاحظة إثره الرعب بل أرجعها إلى أعراض "هستيرية- نوراستينية" والتي يكون سببها الانفعال الهستيرى (موقاي أمين، 2014، ص 32)

وفي سنة 1889 جلب مصطلح الصدمة النفسية اهتماما كبيرا من طرف المختصين من بينهم "P.Janet" أول من عرف الصدمة النفسية على أنها مثيرات مرتبطة بحدث عنيف، والذي يحدث تغييرات في النفس ويخترقها ويبقى كجسم غريب، إن الحدوث المفاجئ لهذا الحدث سماه بالفكرة الثابتة يبقى فيما قبل الشعور وينتج هلاوس وكوابيس (Gocq, 2007, p7)

لم يتمكن "P.Janet" من إعادة استحضار الأحداث الصدمية لمفحوصيه إلا أنه بعد إخضاعهم للتوتيم المغناطيسي، والذي نجح من خلاله في إزالة الأعراض الشبيهة لتلك التي وصفها شاركولا لدى الهستيريات (مكيري كريم، 2008، ص 87)

أما في سنة 1895 أعطى "فرويدا" الصدمة النفسية طابعا جنسيا، بحيث نجد الصدمة ترتبط بنظرية بنظرية الإغراء، والتي تعني فعل الإغراء الجنسي الذي يؤدي إلى العصاب وهذه الفرضية تمر بمشاهدين:

- **المشهد الأول (1905 - 1895):** وهو مشهد إغرائي في مرحلة ما قبل الجنسية حيث، أن النموذج الأساسي لفعل الصدمة مرتبط بالإغراء عند الطفل والتي تبقى مشاهدة مكبوتة في اللاشعور.

- **المشهد الثاني:** يأتي ليتزامن مع فترة البلوغ والمراهقة وهو يحتوي على حدث صدمي يحيي ويوقظ المشهد الأول حيث يلعب الحدث الثاني دورا في إحياء إثارة داخلية لتتشيطنه كما وضع "فرويد" في كتابه "دراسات في الهستيريا"، حيث يقول "أن الإثارات الجنسية وكذلك الوجدانية النفسية تكون الممرين تطور ثنم الذكريات الداخلية والوجدانية النفسية والتي تتناسب مع فترة البلوغ، ففي هذه الفترة يكتسب خلال النمو الذي يصبح رابطا بين هذه الإثارات الداخلية وإدراك المشهد الجنسي الأول" (راضية ريس، 2005، ص 99)

في 1920 "فرويد" يتخلى عن تنظيره السابق، ويتبنى وجهة نظر اقتصادية، حيث اهتم بالمعنى الصدمي للأحلام المزعجة والمتكررة، وكذا التكرار الاضطرابي الذي يمثل ميكانيزم الترميم بهدف استرجاع مبدأ اللذة الذي يفقد عند مواجهة خطر الموت والذي يسير وفق مبدأ اللذة (سالمي حياة، 2010، ص 21)

ويتحدث عن أعصبة الحروب والكوارث، حيث يضع في اهتماماته مشكلة الصدمة بشكلها العيادي المسمى "أعصبة الصدمة" حيث يرى أن الفيض المفرط للإثارة يخرج مبدأ اللذة مباشرة من دائرة التأثير مجبرا في ذلك الجهاز النفسي على القيام بربط الإطارات بشكل يسمح بتصريفها لاحقا لأن الصدمة هي اختراق واسع لحدود الأنا (لابلوش بونتاليس، 1967، ص 303)

في سنة 1974 يقترح "L.Crocq" قراره للصدمة انطلاقا من المدلول الذي تحمله وذلك بالرجوع إلى النظرة الفينومينولوجية وهذا عكس ما كان شائعا حول الاقتصار على تفسير الصدمة انطلاقا من الميكانيزمات الممثلة للطاقة أي كل ما يخص قدرة الصدمة على التحطيم (رمكيري كريم، 2008، ص 89)

وحدد اللفظ لأول مرة "DSMIV" في 1980 وأدخل اسم جديد اضطرابات الشدة النفسية عقبه التعرض للصدمة P.D.S.T إلى أن الفكرة تبلورت بدقة عن الصدمة النفسية وآثارها وبعض الأمراض السيكوسوماتية أو العصابية كالوهن النفسي والهستيريا.

2. تعريف الصدمة النفسية:

من الناحية الاشتقاقية يعود أصل كلمة "Trauma" إلى الكلمة اليونانية "Traumatōs" والتي تعني حرفيا "جرح" ومجازيا "كارثة أو فشل".

في الأصل، استخدم هذا المصطلح في القرن التاسع عشر في سياق الأمراض الجراحية وكان مخصصا للإصابات الجسدية.

فيما بعد أصبح مصطلح "Trauma" استعارة للإصابة الجسدية فيما يتعلق بالجروح النفسية وبالتالي وبالتوسع في الاستخدام، استخدمه الأطباء النفسيون للإشارة إلى الظواهر النفسية التي يمكن أن تنجم عن مواجهة مفاجئة وعنيفة لفرد مع حدث يهدد سلامته الجسدية أو النفسي حاليا، لا توجد تعريفات موحدة للصدمة النفسية.

- بالنسبة لبعض الباحثين يرتبط تعريف الصدمة النفسية بمفهوم التوتر (Stress)

- بالنسبة للآخرين لا يمكن فصلها عن النفس (Psyché)

ومع ذلك، يتفق الجميع على أهمية الحدث الذي قد يكون في أصلها.

- هذا المفهوم للصدمة النفسية يطرح تساؤلات حول تصور الإنسان للموت. وبالتالي، فهو يتجاوز المجال الطبي والنفسي فقط ليتقاطع مع الفلسفة والميتافيزيقا.

- إن إسقاط مفهوم الصدمة الجسدية على الصدمة النفسية يسمح بفهم أعمق لتأثيراتها النفسية (Semaoune,2017, p5)

ومن بين التعريفات نذكر:

- **في القاموس الطبي:**

تعرف الصدمة بأنها مجموعة من الاضطرابات النفسية أو النفس جسدية الناتجة عن عامل خارجي مفاجئ يثير شخص المصاب (la rouse Medicale, 2000, p 1057)

- **تعريف المنظمة العالمية للصحة: CIMN**

هي الاستجابة المؤقتة أو الدائمة لوضعية أو حدث مجهود، قصيرا، أو طويل المدة، مهدد. وينتج عنه أعراض واضحة كالقلق واليأس عند غالبية الناس (CIMN, 1996, P210)

- **الجمعية الأمريكية للطب العقلي:**

الصدمة النفسية تحدث عندما يعيش الفرد أو يشاهد أو يواجه حدثا يتضمن تهديد فعلي بالموت أو الجروح الخطيرة أو تهديدا بفقدان السلامة الجسدية أو تدمير سكن أو اكتشاف جثة وتكون استجاباته بالخوف والرعب والعجز وفقدان التحكم (شتر، 2014، ص20)

- **تعريف معجم التحليل النفسي:**

الصدمة النفسية هي حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص في نفسه

كاستجابة لما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب وإثارة مولدة للمرض (شتره، 2014، ص21)

- أما سيلامي Sillamy:

يرى بأن الصدمة النفسية تكون دائما بمجموعة من الاضطرابات النفسية الجسدية التي تكون غالبا مستمرة أي ما يعرف بتأخر ما بعد الصدمة Syndrome post traumatique أهمها: عدم الاستقرار، الضعف، الإعياء النفسي، فقدان الذاكرة، المخدرات والكحول توهم المرض، النكوص إلى مرحلة الطفولة (Sillamy, N1996, p266)

- أما بيرون Perron :

يرى أن للصدمة مفهومين:

- المفهوم الأول: الصدمة هي مجموعة من الاضطرابات المحدثة بسبب إصابات في العضوية خاصة في المنطقة الدماغية الجمجمة مع جروح، وهذه الاضطرابات قد تكون عابرة أو مؤقتة وقد تكون مستمرة أي ما يعرف بتأخر ما بعد الصدمة.
- المفهوم الثاني: الصدمة هي حالة من العضوية تختص بفعل إثاري حيث يكون التفريغ مستحيلا والعضوية لا تستطيع تعديل هذه الإثارة.

- تعريف دياكتين Diaktine:

الصدمة النفسية أنها ذلك الأثر الناتج عن الإثارة عنيفة تظهر في ظروف غير مناسبة، فلا تكون نفسية الفرد قادرة على خفض التوتر الذي تنتجه وهذا لعدم قدرة الفرد على القيام بإرصان عقلي كافي (عبد الرحمان سي موسى، 2002، ص 74)

- يرى ليبقوت Lebigot:

إن الصدمة النفسية هي تلك المواجهة مع واقع الموت فهي مواجهة العدم الذي يجعل المصدوم مسئول عن تشكيل صورة صدمية للحدث.

- أما لا كان Lacan:

يرى أن الصدمة النفسية هي مواجهة عنيفة بين الفرد والواقع الصدمي وتركز على:

- الواقع: أي الحدث الصدمة
- الخيال: مصير الصدمة في الخيال
- الرمزية: تجمع بين البعدين السابقين من خلال اللغة و الإخفاق في الفعل (شتره، 2014، ص21)

- لا بلانش وبونتاليس:

يرى أن الصدمة هي حدث في حياة الشخص، يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه يعبر عن الاستجابة الملائمة حياله وما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب وإثارة دائمة ومولدة للمرض (شتره، 2014، ص22)

- يعرف L. Croq:

الصدمة النفسية بأنها ظاهرة تجتاح الجهاز النفسي بسبب تدفق إثارات عنيفة وعدوانية تتجاوز قدرات دفاع الفرد وتؤدي إلى إخلال أساسي يمس نمطه الوظيفي.

- تعرفها الرابطة الأمريكية للطب النفسي:

أنها التعرض لحادث صدمي ضاغط على نحو مفرد الشدة متضمنا خبرة شخصية مباشرة لهذا الحدث الذي ينطوي على موت فعلي أو تهديد بالموت أو إصابة شديدة أو غير ذلك من التهديدات للسلامة الجسمية أو مشاهدة حدث يتضمن موت أو إصابة أو تهديد لسلامة الجسم لشخص آخر، أو يعلم الشخص عن موت غير متوقع أو نتيجة استخدام العنف أو عن ضرر شديد أو تهديدا بالموت أو بالإصابة وقع لعضو من أعضاء الأسرة أو بعض الأصدقاء المقربين (زاهدة، 2012، ص39)

- ويعرف كروك الصدمة النفسية (1999):

بأنها ظاهرة اقتحام لتنظيم النفسي وتجاوز دفاعاته من طرف مثيرات عنيفة مرتبطة بحدوث حادثة معادية للسلامة الجسدية والنفسية يتعرض لها الفرد كضحية أو كمشاهد أو كفاعل (سليمان، 2024، ص1)

3. المفاهيم المتداخلة مع الصدمة النفسية:**1.3 الخوف:**

الخوف أو الذعر هو حالة يعيشها الفرد في لحظة الصدمة، وهو يعبر عن ذلك الاحتياج بالعدم الذي يظهر عند مواجهة واقع الموت، تكون هذه اللحظة عابرة في الغالب، ولكن ليس دائما، ولا يتضمن أي عاطفة أو تمثيل ذهني، يشعر الفرد بفراغ كامل في تفكيره أو لا يشعر بشيء على الإطلاق لا خوف ولا قلق بشكل خاص.

2.3 الهشاشة:

تشير الهشاشة إلى الضعف الظاهر أو الكامن سواء كان فوريا أو مؤجلا، ويمكن فهمها كقدرة أو عدم القدرة على مقاومة ضغوط البيئة، تفهم أيضا على أنها احتمالية تدهور الوضع نتيجة الصدمة.

3.3 الضحية:

يطلق مصطلح "الضحية" على الأشخاص الذين تعرضوا للعنف سواء شعروا به كصدمة أو لا وإذا عاشوه كصدمة يطلق عليهم "ضحايا صدميون".

4.3 العصاب الصدمي:

يظهر العصاب الصدمي في مواقف يواجه فيها الفرد تهديدا حقيقيا أو محسوسا ضد السلامة الجسدية أو النفسية. يتعلق الأمر بتجاوز الجهاز النفسي الذي يفاجئ ولا يستطيع استدعاء آليات دفاع مناسبة (Benallaoua, Benchalal, 2017, p112)

4. أنواع الصدمات النفسية:

أولا الصدمات الأساسية: يرتبط هذا الصنف أو النوع الأول من الصدمات بالحالة التي يعيشها الفرد والمتمثلة في تلك الخبرات الغير عادية والشاذة عن المألوف التي تعترضه خلال مرحلة نموه، بحيث تترك له آثار نفسية جسمية لا يمكن استحداثها بأي صدمة أخرى، وأهم صدمتين يصادفهما الفرد خلال مراحل نموه هما:

- صدمة الميلاد:

حسب "أوترانك O.Rank" أن مصدر الخطر خلال مرحلة الولادة هو تأثير الجنين بقلق أمه وانفعالها ويرى "رانك Rank" أن صدمة الولادة تعتبر تجربة أولى للقلق كانت تعميما جزئيا ومذهلا بشكل خاص ولكنها مع ذلك لا تبدو متوافقة مع الواقع النفساني.

كما فسر ترانك بأن الجنين في بطن أمه يحس بكل ما تحس به أمه، وكل هذا يدخل في ترجمة شخصيته فبالنسبة له كل مصدر قلق في الولادة له تأثيرات داخلية على مستوى الجنين، كذلك فإن تفريق أو إبعاد الجنين عن ثدي أمه أحد العوامل الأساسية التي يمكن أن تشكل عائقا مستقبليا أمام هذا الطفل. حيث أن سيغموند فرويد ربط بين مفهوم الصدمة وعلاقتها بالرغبة والذاكرة، بمعنى أن هناك علاقة بين الصدمة أو هذا الاضطراب بالأننا.

يكرر هذه العلاقات بكل ما هو خارجي العودة إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو، أي أن الجنين يتأثر بكل ما يحيط به وبذلك من خلال أمه ستبقى هذه التغيرات ترافقه طوال حياته (خفي، 1996، ص924)

- صدمة الطفولة:

الصدمة عند الطفل تعني الجرح النرجسي، هذا الجرح هو جرح حقيقي يحدث للطفل، حيث نستطيع أن نستنبط بأن أثر الصدمات فيما يخص الجروح الجسدية أو النفسية تؤدي إلى الاضطرابات النفسية وتكون مرتبطة بالاستنكار متبع بحدث صدمي كان تعايشه الضحية.

- صدمة البلوغ:

البلوغ هو مجموعة التحولات النفسية والعضوية المرتبطة بنضج جنسي، ويمثل الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة في أن تظهر عادة في نمو الجسم وتطور الخصائص الجنسية، ويظهر عادة من 12 إلى 14 ويمكن أن يتأخر بنسبة 12%، بحيث يظهر نقصان في الاتزان التطوري عند الطفل العادي بينما يكون عاديا عند الراشد، وهو انعكاس النفسي هام يحدث عند التلاميذ في نقص القدرات العقلية وفي تحاليل غير منطقية.

ثانيا صدمات الحياة:

هي تلك الأحداث والتجارب التي يمر بها الفرد في حياته، بحيث قد تكون بسيطة وقد تكون عنيفة فهي تشكل له صدمة نفسية.

كما لا ننسى أن هناك صدمات تهدد الحياة كصدمات الحروب والمجازر وأعمال العنف والإرهاب والتعذيب والكوارث الطبيعية... ومن هنا يمكن تحديد الأنواع التالية للصدمة:

- الصدمة نتيجة عن معايشة الحدث:

- قد تكون المسببة للصدمة في هذا النوع حوادث طبيعية مثل (الزلازل، الحرائق...).
- هي حوادث خارجة عن نطاق الفرد، تؤثر على الفرد ويخفي نفسه بعد تعرضه لها بحيث يصبح مشوها بلا علم أو معرفة في أي وقت خاصة بعد اختفاء الأشخاص المحبوبين له (حنفي، 1996، ص930)

- صدمة المستقبل أو الصدمة الحضارية:

تكون منتجة للإفراط في الإثارة كما يقول "توفلر" ويحدث ذلك عندما يضطر الفرد إلى التصرف بشكل يتجاوز مداه التكيفي، ويقصد بمداه التكيفي قدرة الفرد على التكيف أو التأقلم، وليس بشرط أن يكون هذا الحدث مؤلماً لدى أي فرد مثل التهديد الخطير على الحياة الشخصية أو الجسد أو على الزوجة أو الأولاد أو رؤية قتل أو اعتداء جنسي أو غيرها.

- **الصدمة البديلة:** تعتبر كصدمة انتقلت عن طريق عدوى أو عن طريق التقمص، فعندما يكون الفرد الممارس في اتصال دائم مع الأفراد المصدومين لا يولد هذا الأمر صدمة نفسية لأنه لا يوجد حقا تحطم

واقترام الصورة الصدمية للجهاز النفسي حيث يكون الاضطراب على مستوى التصورات واللغة، أما بالنسبة للصدمة البديلة فتحدد بتجاوز القدرة على تحمل انفعالات شديدة والتي تتراكم مع مرور الزمن.

- الصدمات الناتجة عن فقدان شخص عزيز:

قد تنجم الصدمة عن سماع خبر فقدان أحد الأشخاص خلال الأهل والأقارب أو الأصدقاء مما يؤثر سلباً على نفسه الفرد (عبد القادر طه، ص 58.59)

5. خصائص الصدمة النفسية:

1.5 مواجهة واقع الموت:

الصدمة تنتج عن مواجهات واقع الموت أين يدرك الفرد حقا معنى الموت حيث أشار "فرويد" لا نعتقد بفكره أننا سنموت لأنه ليس لدينا في اللاشعور تمثيل الموت بحجة لا يمكن تمثيل العدم ويمكن أن تصنف ثلاث وضعيات التي تكون الصدمة النفسية وهي كالتالي:

- الفرد يكون متعلق بواقع الموت: مثل اعتداء، حادث مرور، حادث عمل... فهي فترة وجيزة يرى الموت الغير متوقع.
- رؤية موت الآخر بشكل فجائي .
- الموت المفزع والمخيف الذي يتمثل في رؤية الجثث كما هو الحال لدى أعوان الحماية المدنية عند رؤية ضحايا الزلزال أو الفيضان.

2.5 الرغبة:

لقد ميز "فرويد" بين الرعب والخوف والقلق، فالقلق يكتمل دوره في حماية الجهاز النفسي من الصدمة النفسية بينما الرعب فهو الخاصية المميزة لها والرعب له وجهان الوجه الأول يتجسد في التمثيلات حيث كل فكرة أو صورة وكل كلمة تختفي من النظام الإدراكي وساحة الوعي أين يشعر المصدوم بالفرغ وضياح وعدم القدرة على التعبير، أما بالنسبة للوجه الثاني فيتجسد على مستوى العاطفية الذي يظهر في الحذر الانفعالي وعدم الشعور بالخوف أو القلق ليدل على استعمال الإنكار كآلية دفاعية فالرعب يعتبر نتاج لنقص وعدم التحضير للقلق ضد فائض الإثارات الذي حطم صدى الإثارات ليخترق الجهاز النفسي في لحظة من غفلة الأنا.

3.5 المفاجأة:

لقد أولى "فرويد" عنصر المفاجأة اهتمام كبير في مفهوم الصدمة النفسية حيث للمفاجأة تلعب دورا مهما في إحداث تكسر صد الإثارات النفسي وخرق الجهاز النفسي لأننا أين كانت توظيفاته أقل استثمارا في هذا الجانب.

4.5 إدراك الصدمة أو شعور بها:

إن تكوين العوامل لوضعية مؤلمة مهما كانت شدتها وتأثيرها على نفسية الفرد لا تمثل صدمة نفسية لأن قصة الموت ليست بواقع الموت، بمعنى آخر إن مشاهدة أحداث كارثية في السينما أو التلفزيون أو سماع أشياء عنها لا يكون الفرد مشاهدا عليها أين تهدد وحدته النفسية والجسمية في مواجهة مباشرة مع هذه الحقيقة، أي حقيقة واقع الموت إذا لا توجد صدمة نفسية قصصية المنشأ أو انتقالية تنتقل من جيل إلى جيل آخر (شباح، 2020، ص 24.25)

6. العوامل المسببة للصدمة النفسية:

1.6 متغيرات موضوعة خاصة بالحدث:

هناك مجموعة من الخصائص التي تجعل حدثا إماتيكيا قادرا ليكون صدميا، تتعلق بشدته ودرجة التعرض له الذي يعتبر مواجهة مع واقع الموت ثم طبيعة الحدث تبعا للتصنيف هذا النوروغرافي، وأيضا الانعكاسات السلبية التي تخلفها التجربة، وسوف نعرض هنا كل ما يتعلق بالحدث؛

1.1.6 شدة وخطورة الحدث:

لبعض الأحداث قوة صدمية كبيرة، ومؤثرة من الصحة النفسية للضحية، وترتبط ارتباط وثيقا بتطور اضطرابات نفسية صدمية لاحقا من هذه الأحداث نجد:

- **التعرض لأخطار مهددة للحياة:** يكون الأثر صدمي شديدا كلما تعرض الفرد إلى خطر يهدد حياته ويضعه في موقف العاجز دون أي حماية في مواجهة خطر حقيقي على حياته، ومستقبل مجهول ينتظره هذا المجهول هو ما يلقي على حياته النفسية الخوف والشكوى واللامن مثل: الصراعات المسلحة، الحوادث الطبيعية الخطيرة دون وجود مساعدة ما يجعل الفرد معرض لظهور اضطرابات نفسية صدمية لاحقة (محدد، دبوز، 2023، ص156)

- **حوادث التعذيب والأفعال الهمجية:** تمثل حوادث صدمية خطيرة على الفرد من حيث أنها تحمل مواجهة مع واقع الموت، تهدد حياة الفرد وسلامته الجسدية للخطر، ويزداد الأثر الصدمي للحدث كلما خلف كدمات وجروح خطيرة غير قابلة للشفاء، تترك انطبعا في نفسية الضحية من الصعب تجاوزها، فحسب

Philippe Bessoles 2005 فالتعرض إلى فعل همجي يؤدي إلى أعراض صدمية تتحطم خلالها الروابط النفسية والعاطفية والعلاقة مع الجسد وتنعكس المعاناة بلغة الأعراض الجسدية.

- الاعتداء الجنسي والاغتصاب: يرتبط الاعتداء الجنسي بالعنف أكثر من الجنسية واللذة، فهو فعل

تتواجد به ميكانيكية واحدة تتجه نحو تدمير الضحية وتحقيق القوة النرجسية ويتميز المعتدي حسب Pascal Roman 2012 بفقر في الاعتراف بالفعل المقترف وأثاره الكارثية على الآخر، فالمعتدي إنن عن طريق قوته البدنية يختار أن يكون في حالة غضب ضد نفسه وضد الآخر ويكون الأثر أعمق كلما كان الضحية عاجزا على حماية نفسه في صورة المرأة والأطفال وينعكس على المدى الطويل حسب Kadiri et All 2012 من خلال القلق والاكتئاب.

- **موت الأهل في أحداث عنيفة:** تعتبر أحداثا صدمية تلك التي تهدد حياة الفرد أو مشاهدة تهديد الآخر وعندما يكون هذا الآخر هو شخص قريب له روابط عاطفية يكون الأثر أكبر، ومشاهدة موت الوالدين أو الأبناء يكون له مآل نفسي يحمل المعانات النفسية على المدى البعيد.

- **العنف داخل الأسرة:** عندما يكون المعتدي شخص له تأثير على الفرد أو مصدرا لفقته، ينتظر منه الحماية فيجد الخطر والتهديد، فتنعكس سوء المعاملة في الأسرة على الأطفال والأشخاص المسنين من خلال آثار صدمية وخيمة، وهذا ما خلصت إليه دراسة Michel Crappe 2013 من أن الطفل الذي يشهد أفعال العنف في الأسرة يطور اضطرابات نفسية صدمية تحتاج إلى تكفل.

2.1.6 درجة التعرض للعمل الصدمي:

تمثل درجة التعرض للحدث الصدمي معيارا يسهم في مدى تطوير الفرد لاضطرابات النفسية ويتعلق هذا بمدى معاشته وتكرار حدوثه، وأيضا القرب الجسدي منه:

- **مدة استمرار الحدث:** إن استمرارية الحدث شأنه أن يكون أعنف على المعاش النفسي للفرد وقادر على إلقاء آثار نفسية مرضية على حياته، وهذا ما يكون في الكوارث الطبيعية أين يجد الفرد نفسه في مواجهة الخوف وعدم الأمن، وغياب الحاجات الأساسية له من علاج الجروح أو التغذية، والمكان الهادئ الذي يحميه من البرد والحرارة، مثلما يحدث أثناء الاختطاف باعتباره مواجهة طويلة مع واقع الموت (محنند. دبوز. 2023. ص158)

- **تكرار الحدث أو خطر تكراره:** هناك علاقة بين تكرار الحدث أو احتمال تكراره وقابلية تطوير الأعراض الصدمية المرضية، إذ أن هذا يجعل الفرد يعيش التهديد والخطر المستمر بما لا يسمح له بتجاوز آثاره السلبية.

- **القرب الجسدي من الحدث الصدمي:** إن التعرض عن قرب والمواجهة المباشرة للتهديد أو الخطر، له قيمة أكبر في مآل الفرد في تطوير ونمو أعراض مرضية، فهذا القرب يتعلق باحتمال مضاعف للأذى

الجسدي.

3.1.6 الطابع الفجائي وغير القابل لتحكم للحدث: إن الطابع الفجائي للحدث الصدمي يجعل الفرد يتلقاه دور تحضر ولا يسمح له بالمواجهة الفعالة ولا تعبئة موارده النفسية للتكيف معه، هو وعندئذ يعيش كمواجهة مع واقع الموجه ويستجيب لدفاعات بدائية، ضف لذلك قوة الحدث وعدم قابليته للتحكم ما يجعل الفرد في موقف العجز.

- **عدم قابلية التنبؤ بالحدث:** عندما تأتي الأحداث بسرعة بطريقة غير متوقعة و "تراجيدية" فهي تمس بصورة مباشرة الإحساس بالأمن لدى الفرد، فعندما يكون الخطر متوقعا يسمح ذلك للفرد بتفعيل سيرورة التكيف معه، وعلى العكس من ذلك يواجه الضحية بهشاشة وإنكار الأخطار غير المتوقعة.

- **الأحداث الصدمية غير المتحكم فيها:** إن عدم القدرة على التحكم في المحيط يجعل الفرد في موقف العاجز عرضة لتلاقي الآثار السلبية، يستجيب بمشاعر الخوف والرعب وسلوكيات الكف والانكفاء إزاء العوامل المهددة ولا يستطيع تقديم العون لنفسه ولا استقباله مما يضاعف الآثار الخطيرة عليه.

4.1.6 النتائج السلبية للحدث:

إن الانعكاسات الخطيرة التي ترضها الأحداث الصدمية من شأنها أن تضاعف الصدى النفسي والجسدي على الفرد بالنسبة لقدرته على أداء الوظائف الحياتية المطلوبة منه مستقبلا، فالتعرض إلى الاعتداء الجنسي الذي يخلف أمراض أو آثار جسدية تعيق الضحية على القيام بوظائفها مستقبلا سيكون أشد وقعا نفسيا، والصدمات التي تخلف إعاقات جسدية أو حسية تجعل الأثر يتضاعف، وحوادث التهجير النفسي نتاج النزاعات المسلحة بما فيها فقدان المأوى والوظائف تؤدي لنمو أعراض صدمية أشد.

تمثل هذه إذا عوامل موضوعية خاصة بالحدث طبيعته، بما يجعله قادرا على تفجير اضطرابات نفسية وخيمة على حياة الفرد يمكن في ضوءها. بالإضافة إلى عوامل أخرى - التنبؤ بمآل الفرد وصحته.

2.6 الشخصية وعوامل الهشاشة لدى الفرد:

يشير مفهوم الهشاشة النفسية إلى احتمالية تدهور وضعية وظروف معيشة الفرد أيا كان أمام تقلبات الحياة ما يشير إلى وجود عوامل قابلية الإصابة والتدمير بعض الأفراد تميز شخصيتهم، هذه الأخيرة تمثل مرتكزا مهما في دراسة مدى القابلية لنمو أعراض مرضية بعد التعرض للتجارب الصعبة، فنلاحظ على أي

بيئة داخلية تم استقبال الصدمة، ما يسمح بالتنبؤ بمآلها (Lebrun. 2015. P 113)

- **الصدمات السابقة:**

إن تعرض الفرد لصدمة سابقة يضاعف احتمال الأثر السلبي الذي تخلفه تجربة صدمة جديدة فمثلا يتعرض إلى سوء المعاملة في الطفولة يجعل الفرد أكثر هشاشة أمام الصعاب لاحقا.

- الأحداث الشخصية الخارجية:

إن الأحداث المؤلمة مثل فقدان، الانفصال، الهجرة، اللجوء، فقدان الوظيفة كلها يمكن أن تضاعف الأثر الصدمي وتطوره لدى الفرد إذا ما عاش تجربة صادمة.

- **التوظيف النفسي قبل الحدث:** إن الطابع المتسم بالتجنب، ضعف الجانب الاجتماعي الخوف والانطوائية يمكن أن يهيئ الفرد لتطوير اضطراب نفسي صدمي، فهذه السمات لها علاقة بفاعليته في تجاوز الآثار السلبية إذ أن الانسحاب والتجنب له علاقة بالفوبيا، مثلما قد يرجع ذلك إلى نوع التعلق الباكر، فنمط التعلق الآمن يمكن الفرد ليكون أكثر قدرة على تجاوز الشدائد وأن يكون فعالا في العالم الخارجي فالمحدد الأساسي للصحة النفسية يرتبط بنوع العلاقة الباكرة الدافئة والمستقرة مع الأم.

- السوابق النفسية المرضية:

تمثل الاضطرابات النفسية والعقلية السابقة على عامل هشاشة إزاء الصدمات، تجعل الفرد هشاً أمام الشدائد، فاضطرابات القلق، (القلق العام، نوبات الهلع، الفوبيا) واضطراب الاكتئاب والاضطرابات السيكوسوماتية والوسواس القهري سوابق مرضية تدعم ظهور اضطراب الصدمة.

3.6 متغيرات علائقية خاصة بوسط الاسترجاع:

- المناخ الأسري قبل الحدث:

يمثل المناخ الأسري عامل مهم بالنسبة للفرد، فنوعية العلاقات السائدة والارتباط الأسري له دور في مواجهة الصعاب، في حين أن ضعف الارتباط الأسري والعلاقات السائدة بين أفراد الأسرة، الصراعات والمشاكل التي تميزها كلها عوامل تتبنى سياق هش يعيق توفير سند للفرد عند تعرضه لوضعيات صعبة وعلى العكس فإن التوافق الأسري من شأنه أن يقوي ميكانيزمات الفرد على مواجهة فعالة مع الأحداث (محدد. دبوز. 2023 ص164)

استقرار وسط الحياة:

يعد الاستقرار في وسط الحياة الفرد بقوة على المواجهة من حيث أنه يتجاوز الإحساس بالانقطاع في الزمن الذي يظهر على أنه توقفا تبعا لمعايشته حدثاً مأساوي، فوجود نمط حياة واضح منظم للأنشطة الحياتية اليومية يجعل الفرد يحس باستمرارية والأمان ويسمح بالتكيف مع الموقف الجديد، في حين أن غياب هذا الاستقرار قد يدعم حالة التشدد والاختلال التي تطرأ على الفرد.

- القدرة على تقديم السند لدى المحيط:

1. السند لدى المحيط القريب: في غالب الأحيان تحظن الأسرة الفرد بعد الصدمة، غير أن قدرات هذا المحيط على تقديم السند تختلف، ففي الوقت الذي ينتظر الفرد تقديم مشاعر الاستقرار، الحماية، الأمن الحب والاهتمام الذي يحتاجهم قد لا يجدهم تبعا لكون الأسرة عاجزة نتيجة لاضطرابها، شعورها بالرعب مشاعر الذنب، وجود اضطراب عقلي لدى القائم بالرعاية، أو في حالات التي يكون المعتدي هو فرد من الأسرة في صورة العنف الأسري وسوء المعاملة، عندها يكون الأثر النفسي أشد على نفسية الفرد.

2. السند لدى زملاء العمل: يمثل الفضاء المهني جزء من حياة الفرد الزمنية والعلائقية أين يبني علاقات مع الآخرين في ظل مشاعر التوافق والاحترام، عندها يمكن أن يجد السند بعد تجاربه الصعبة، فالسند غير المشروط من قبل الزملاء ومسئولي العمل يخفف الأثر الصدمي على الفرد خاصة إذا كان هذا الحدث في ميدان العمل، في حين أن غياب السند يجعل الفرد يحس بالخيانة وعدم التقدير، وينعكس سلبا عليه.

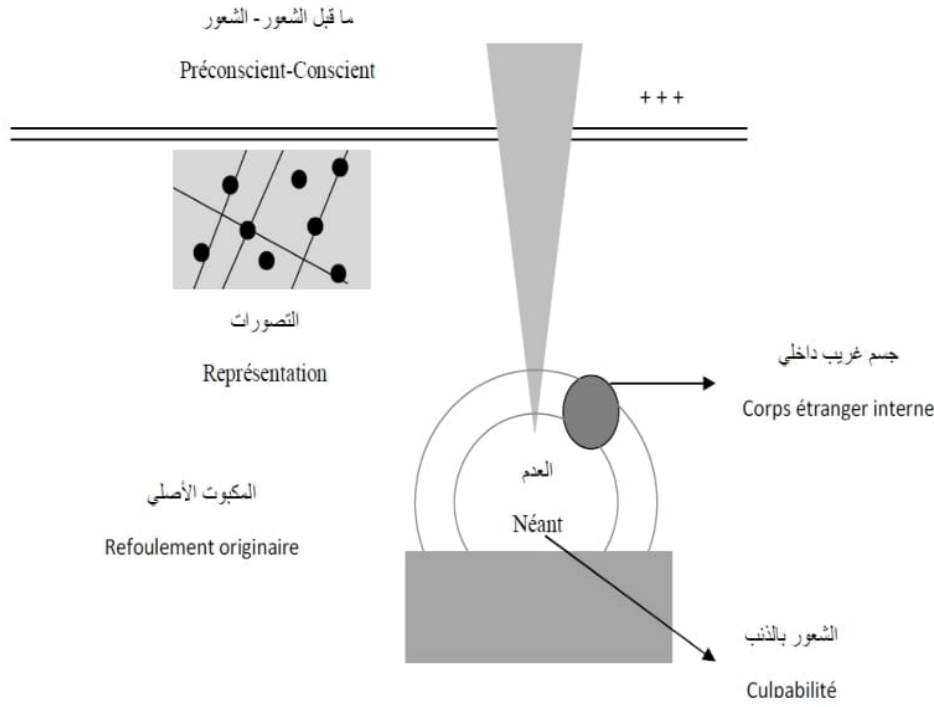
3. السند لدى الشبكات الاجتماعية: تمثل الشبكة الاجتماعية والعلاقات مع الآخرين عامل حماية إضافي يقدم للفرد الضحية مورد خارجي يساعده على أن يكون فعالا إزاء الصعاب التي يلاقيها في حياته لذلك فوجد علاقات طيبة ومستقرة ضمن شبكات أسرية ثقافية أو رياضية أو دينية يمثل عامل دعم ايجابي، في حين أن غياب هذه الشبكات كأن يعيش بمفرده منسحب اجتماعيا، يمثل عامل خطير (مخد. دبور. 2023 ص165)

7. سيرورة حدوث الصدمة النفسية:

اقترح "فرويد" في نمودجه الاقتصادي تمثيل لحدوث الصدمة النفسية، حيث مثل الجهاز النفسي كجسم كروي محاط بغشاء محكم يدعى صاد - للإثارة (le bigot, 2005, p10)

بالاعتماد على هذا النمودج التشبيهي سنحاول وضع مخطط، مكون من خطوط أفقية وينقسم إلى طبقات، في أعلى المخطط نجد العالم الخارجي، ثم يليه في الأسفل "صاد للإثارة" الذي يفصل الداخل عن الخارج، ونجد أسفل حاجز "صاد للإثارة" الجزء الأساسي في الجهاز النفسي وأسفل هذا المخطط سنجد خط غليظ يمثل ما يسميه "فرويد" المكبوتات الأصلية، ويفصل هذا الحاجز التصورات عن الخبرات الأصلية الموجودة في الأسفل، ونقصد بها الخبرات الأولى للجنين وللرضيع قبل ظهور اللغة التي تسمح له بالتعبير عنها. فالمكبوتات الأصلية الأولى التي يستحيل على الشخص الوصول إليها، ونحن لا نتكلم هنا عن المكبوتات الثانوية، والتي تحتوي على كل التصورات والوجدانات، التي تكون مرتبطة، والتي لا تلعب تقريبا

أي دور في تثبت وترسب الصورة الصدمية، ولا في الأعراض التي تظهر فيما بعد، المخطط التالي يوضح كيفية اختراق الجهاز النفسي في حالة التعرض لحدث صدمي.



شكل 1- إختراق الصورة الصدمية داخل الجهاز النفسي

(Lebigot, 2005, p 72)

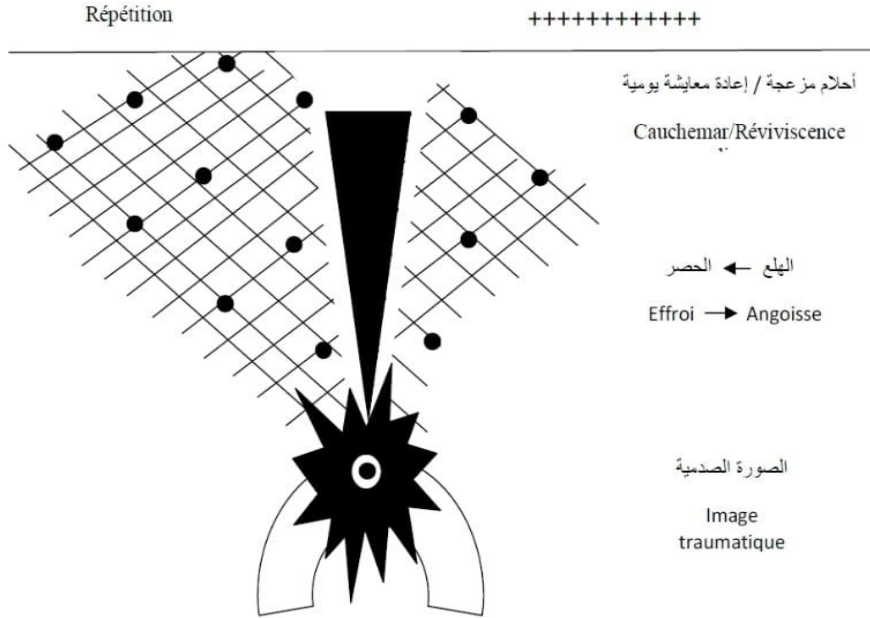
حيث نلاحظ من خلال الشكل تمثيل الصورة المشهد الصدمي بشكل كتلة تعبر "صاد للإثارة" وتعتبر منطقة التصورات، وتثبتت على خط المكبوتات الأصلية حيث سنركز في شرحنا لما سبق على ثلاث نقاط: الأثر الذي يتركه عبور الكتلة الصدمية على مستوى منطقة التصورات الآثار المباشرة للصورة المترسبة على الجهاز النفسي، وتجاوزها مع المكبوتات الأصلية.

عند اختراق الصورة الصدمية للجهاز النفسي، فإن هذه الصورة التي تمثل حقيقة الموت لن تجد أي تصور لترتبط به، فتترسب كجسم غريب يجول في الحيز الفضائي والزمني للشخص (le bigot, 2005, p14) بداية عند عبور الكتلة الصدمية، فإنها تقوم بدفع وإبعاد التصورات والعواطف التابعة لها فنهم في هذه اللحظة آليات حدوث "الهلع" وهو عبارة عن اختفاء كلي للتفكير والعواطف حيث يجد الشخص نفسه عاجزا عن استعمال اللغة، فنتج لديه مشاعر قوية ودائمة هي مشاعر الخجل والخيبة. والشعور بأن الآخرين تخلوا عنه (le bigot, 2005, p22)

بالنسبة لـ "C.Janin" 1996 فإن أحد الأشكال المهمة للصدمة يتمثل في كون ذلك المجال أو الحيز الذي يفصل بين الواقع النفسي والواقع الخارجي، والذي من خلاله يتم عمل الجهاز النفسي بما فيه التصورات

والهوام يضيق إلى درجة إحداث إلتصاق بين الأجهزة المشكلة للمكانة الداخلية، هذا الالتصاق من شأنه أن يعطل بسهولة الحركة ما بين الأجهزة المشكلة للنفس، أي تعطيل إنشاء الروابط وتفكيكها والتحرك الحر للطاقة، وبالتالي تثبيط التصورات والهوامات (Janin. 1996, p 67)

نلاحظ في أسفل المخطط، وبالضبط على مستوى حاجز المكونات الأصلية ترسب الصورة الصدمية وهذا يعود إلى أن مضمون الصورة الصدمية ذات مضمون مشابه لمضمون المكبوت الأصلي، هذا الأخير الذي يحمل مشاعر الرعب والشك، التي تؤدي إلى قلق العدم، وكذلك إلى تجارب الاستمتاع الكلي مع غياب عنصر اللغة، فهذا المجال الذي يمنع عن الشخص الوصول إليه سيكون متاحا، حيث يعود إليه شخص بواسطة الصدمة التي يعيشها (le bigot, 2005, p22)



شكل -2- حدوث تناذر التكرار نتيجة إختراق الصورة الصدمية داخل الجهاز النفسي

كما نلاحظ ظهور تناذر التكرار وهو الأكثر انتشارا ويمثل قدرة الصورة الصدمية على معاودة الظهور على مستوى الوعي كما تم إدراكها لأول مرة، وبشكل مفصل وكان الحدث سيعاود الحدوث من جديد، إلا أن هذا الشعور المؤلم بإعادة معايشة الحدث حتى بعد عشرات سنوات يبقى مؤلما للشخص الذي يعجز في نفس الوقت عن منع ظهوره أو إحداث أي تغيير فيه.

8. مراحل الصدمة النفسية:

1.8 المرحلة الأولى "الإنكار":

وفيها يتصرف المصاب دون وعي منه وكأنه لم يتعرض لأي صدمة نفسية وتعتمد هذه المرحلة في

العادة على حسب نوع درجة الصدمة النفسية التي تعرض لها الفرد.

2.8 المرحلة الثانية "الغضب":

فيها يشعر الفرد الذي تعرض للحادث الصادم بالغضب نتيجة تعرضه لتلك الخبرة المؤلمة، ويبدأ في لوم ذاته لما حصل لي هذا؟

3.8 المرحلة الثالثة "المساومة (التضحية)":

يكون فيها الفرد في حالة إحباط فتجعله يأخذ الوعود على نفسه بأن يقوم بأي شيء للخروج من تلك الخبرة المؤلمة أو استعادة ما فقده (سوف أكون إنسانا صالحا).

4.8 المرحلة الرابعة "الاكتئاب":

في هذه المرحلة يبدأ وقع الصدمة النفسية يأخذ منحى طبيعى وواقعي إذ يبدأ المريض بالحزن ويبدى عدم اهتمامه بكل ما يدور حوله من أمور.

5.8 المرحلة الخامسة "التقبل":

وفيهما يبدأ باستيعاب ما حصل له من صدمات، وتقبل الأثر النفسي الذي خلفته الصدمة النفسية وراءها، وتعد هذه المرحلة بداية العلاج والخروج عن الصدمة النفسية (شحاتة، 2023، ص 505)

9. أعراض الصدمة النفسية:

تظهر جملة من الأعراض على الشخص المصدوم والتي يمكن تقسيمها إلى:

- أعراض نفسية؛
- أعراض جسدية؛

1.9 الأعراض النفسية:

تعد الصدمة النفسية منعرجا خطيرا على الأفراد لما لها من آثار سلبية على الجوانب المعرفية للمعلومات وعلى الجوانب الوجدانية المتمثلة في الاضطرابات الانفعالية أو (القلق، والوسواس القهري الاكتئاب) والمصاحبة للإصابة بالاضطراب، كما يؤثر مصدر الحدث الصدمي على شدة أعراض الاضطرابات وما يؤدي إليه من أمراض نفسية تؤثر على الفرد وكذلك لعوامل الوجدانية الانفعالية (عشوي. خياطي. 2012 ص 95)

- التبلد الانفعالي:

ذكر "هورو ويتز Horo Witz" (1980) أن هناك حوالي 65% من المصابين بالصدمة يعانون من تبلد

الانفعال والخوض في ردادات الفعل إزاء المنبهات الخارجية ويظهر التبدل من خلال انخفاض الاهتمام بالأنشطة التي كانت في حياة المريض، وأيضاً انحسار في مجال الحياة العاطفية والجنسية بحيث لا يعود المريض يشعر بأي رغبة أو قدرة على المشاركة الوجدانية والحب وهذا ما يعني أن المصابين ليس لديهم أي شعور بالحب والحنان ولقد ماتوا عاطفياً (يعقوب 1999: ص47)

- الاكتئاب:

أسفرت دراسات متعددة عن ظهور الاكتئاب لدى ضحايا الصدمات على اختلاف الصدمات المتضمنة فيه والمسببة له، هناك دراسة بينت أن أكثر من 75% تظهر لديهم الملامح الاكتئابية حيث يتميزون بالخصائص التالية:

- الشعور بالكآبة.
- اشعر بنضوب الطاقة وتناقصها.
- سهولة البكاء.
- الحزن.
- اشعر بعدم الاهتمام بالأشياء.
- اشعر باليأس بالنسبة للمستقبل.

كما تظهر أعراض نفسية أخرى من بينها:

- صعوبات في تركيز الانتباه مع عدم القدرة على الاسترخاء.
- الميل إلى الانزعاج وسرعة القابلية للاستثارة واستجابة الجفول أي أن المصدوم يروع فجأة ويفزع بسهولة.
- فقدان التحكم في العدوان.
- الحذر أو فقدان الإحساس النفسي (عبد الخالق. 1998. ص144)

2.9 الأعراض الجسمية:

تختلف شدة الآلام الجسمية من مريض لآخر وتستمر هذه الأعراض من عدة أيام إلى بضعة أسابيع بعد الحادث الصدمي ومن بين هذه الأعراض ما يلي:

- الغثيان واضطراب المعدة.
- الآلام وأوجاع في العضلات.
- الإغماء والدوار والدوخة.

- الخضر أو فقدان الإحساس في مختلف أعضاء الجسم.
- الشعور بثقل الأطراف.
- التوتر الشديد وألم مزمن في العضلات.
- آلام في المفاصل.
- الدوار.
- قرحة المعدة والغثيان.
- التهاب القولون.
- مشكلات في الرئتين والقلب.
- هبات من الحر والبرد.
- آلام في الظهر والكتفين.
- آلام في الصدر والشعور في وجود كتلة في البلعوم وكأنها تؤدي إلى الاختناق.
- توتر العضلات الهيكلية.
- اضطرابات الجهاز البولي والتناسلي (يعقوب 1999. ص 59)

10. المعايير التشخيصية للصدمة النفسية DSM.SATR

- A: التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:
1. التعرض مباشرة للحدث الصادم.
 2. المشاهدة الشخصية للحدث عند حدوثه للآخرين.
 3. المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو احد الأصدقاء المقربين في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت فالحدث يجب أن يكون عنيفا أو عرضيا.
 4. التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم (على سبيل المثال أول المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال).
- ملاحظة:

لا يتم تطبيق المعيار A4 إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية والتلفزيون والأفلام أو الصور إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

B: وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم والتي بدأت بعد الحدث الصادم.

1. الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.

- **ملاحظة:** في الأطفال الأكبر سنا من ست سنوات قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر حول مواضيع أو جوانب الحدث الصادم.

2. أحلام مؤلمة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.

- **ملاحظة:** عند الأطفال قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.

3. ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال Flashbacks) ومضادات الذاكرة حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر. (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل حيث التعبير الأكثر تطرفا هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).

- **ملاحظة:** في الأطفال قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب (الحماذي ص 112)

4. الإحباط النفسي شديد لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.

5. ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشب بها جانبا من الحدث الصادم.

6. تجنب ثابت للمحافظات المرتبطة بالحدث الصادم، وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم كما يتضح من واحد مما يلي أو كليهما:

• تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

• تجنب أو جهود لتجنب عوامل لتذكير الخارجية (الناس، الأماكن، والأحداث، الأنشطة والأشياء والمرافق) والتي تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

D: التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، والتي بدأت أو تفاقت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي:

1. عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم، (عادة بسبب أن النساوة التفارقية ولا يعد لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس والكحول أو المخدرات).

2. المعتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها أو توقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات، والآخر، أو العالم على سبيل المثال "أنا سيء" "لا يمكن الوثوق بأحد" "العالم خطير بشكل كامل" الجهاز العصبي لدى عمر كله بشكل دائم".

3. المدركات الثابتة والمشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه / نفسها أو غيرها.

4. الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال: الخوف والرعب والغضب، والشعور بالذنب أو العار).

5. تضائل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.

6. مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين.

7. عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا، أو مشاعر المحبة).

E: التغيرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم كما يتضح من شيتين (أو أكثر) مما يلي:

1. سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستقر أو يستقر بشكل خفيف) والتي عادة ما يعبر عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.

2. التهور أو سلوك تدميري للذات.

3. التيقظ المبالغ فيه (Hyper Riligilance).

4. استجابة عند الجفل مبالغ بها.

5. مشاكل في التركيز.

6. اضطراب النوم (على سبيل المثال صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر).

F: مدة الاضطراب (معايير E.D.C.B) أكثر من شهر واحد.

C: يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

H: لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل الأدوية والكحول) أو حاله طبية أخرى.

حدد في ما إذا كان:

مع أعراض تفارقية: أعراض الفرد تقي بمعايير اضطراب الإجهاد ما بعد الصدمة وبالإضافة إلى ذلك فردا على الشدائد، يختبر الفرد أعراضا مستمرة أم متكررة من أي مما يلي:

1. تبدد الشخصية: تجارب ثابتة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات، وكما لو كان الواحد مراقبا خارجيا، لجسم أو العمليات العقلية (على سبيل المثال الشعور كما لو كان الواحد في حلم، الشعور بإحساس غير واقعي عن النفس أو الجسم أو تحرك الوقت ببطء).

2. تبدد الواقع: تجارب ثابتة أو متكررة بلا واقعية البيئة المحيطة (على سبيل المثال يختبر العالم المحيط بالفرد على أنه غير واقعي، شبيه بالحلم، بعيد أو مشوه).

ملاحظة:

لاستخدام هذا النمط الفرعي، يجب أن لا تعزى أمراض التفارقية إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل النساوة بسبب مادة أو وسلوك أثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال نوبات الصرع الجزئية المعقدة) (الحماي ص 116).

1.1 النظريات والاتجاهات المفسرة للصدمة النفسية:

1.1.1 نظرية الصدمة النفسية عند "سيغموند فرويد":

تعد نظرية "سيغموند فرويد" حول الصدمة النفسية من أبرز النظريات التي أسست لفهم عميق لآليات العقل البشري وتأثير التجارب المبكرة على الوعي، بدأ "فرويد" اهتمامه بالصدمة النفسية من خلال دراسته لحالات الهستيريا، حيث لاحظ أن الأعراض العصابية غالبا ما ترتبط بذكريات مؤلمة أو صادمة تعرض لها المرضى في طفولتهم، قادته هذه الملاحظة الى تطوير فكرة أن الصدمة النفسية ليست فقط حدثا مؤلما، بل هي تجربة يتعذر على العقل استيعابها ومعالجتها في وقت حدوثها، مما يؤدي الى كبتها في اللاوعي.

تطورت نظرية "فرويد" عبر مراحل متعددة، بدءا من اعتقاده الأول بأن الصدمات الجنسية المبكرة هي ليست السبب الرئيسي للعصاب، وصولا الى مفهوم "الأثر الرجعي" الذي يفسر كيفية إعادة إحياء الذكريات السابقة عندما ينضج الفرد ويكتسب فهما أعمقا للتجربة شكلت هذه النظرية تحولا جذريا في علم النفس، حيث أبرزت دور اللاوعي في تكوين الأعراض النفسية وأرست الأسس للتليل النفسي كمنهج لفهم الصدمات النفسية وعلاجها.

المرحلة الأولى نظرية الصدمة الجنسية المبكرة 1896:

في أواخر القرن 19 كان "فرويد" يعمل في فيينا ويعالج مرضى الهستيريا، وهي حالة نفسية غامضة آنذاك، تتمثل في أعراض جسدية مثل: الشلل وفقدان النطق دون وجود سبب عضوي. تأثر "فرويد" بأعمال

"جان شاركو" (Jean Charcot) الذي استخدم التنويم المغناطيسي لعلاج الهستيريا، وكذلك "جوزيف بروير" (Josef Breuer) الذي اكتشف أن استرجاع الذكريات المكبوتة يخفف من الأعراض من هنا بدأ "فرويد" في البحث عن أصل هذه الأعراض في الذكريات المكبوتة، مما قاده لتطوير نظرية الصدمة الجنسية المبكرة، وقد توصل إلى:

1. أن التجارب الجنسية المبكرة كسبب للعصاب:

- افترض "فرويد" أن الأعراض الهسرية تنشأ من تجارب جنسية صادمة حدثت في الطفولة المبكرة، غالبا قبل سن البلوغ.

- هذه التجارب تشمل:

- الاعتداء الجنسي من قبل شخص بالغ أو أكبر سنا.
- التعرض لمشاهد جنسية غير مفهومة للطفل.
- ملامسات أو إحياءات جنسية تجعل الطفل يشعر بالارتباك أو الذنب.

- اعتبر فرويد أن هذه تجارب تظل مكبوتة في اللاوعي وتظهر لاحقا في شكل أعراض هستيرية أو عصابية.

الكبت:

يحدث الكبت عندما يعجز الطفل عن فهم أو مواجهة التجربة الصادمة، فيقوم الطفل بنفي الذكرى إلى اللاوعي لحماية الأنا من الألم النفسي، رغم ذلك تظل الذكرى ناشطة في اللاوعي وتؤثر على الفرد من خلال الأعراض العصابية أو الجسدية، ومثال عن ذلك: شخص يعاني من قلق غير مبرر عند لمس يده، قد يكون ذلك بسبب حادثة التحرش في الطفولة تسببت على مستوى الوعي لكنها مكبوتة في اللاوعي.

التحول:

اعتقد "فرويد" أن الطاقة النفسية المرتبطة بالذكرى المكبوتة تتحول إلى أعراض جسدية "كما في الهستيريا"، فالأعراض الجسدية تمثل رمزا للذكرى المكبوتة دون أن يدرك الشخص الرابط بينهما، ومثال عن ذلك: شلل في الذراع قد يعكس رفضا لا واعيا للفرد نتيجة تعرض للاعتداء الجسدي في الطفولة.

ومن بين الدراسات التي استلهم منها فرويد أفكاره نذكر:

- حالة "آنا أو" (Anna O):

تعاون فرويد مع "جوزيف بروير" في دراسة حالة "آنا أو" التي عانت من شلل مؤقت وفقدان للنطق دون سبب عضوي، اكتشفوا أن الأعراض تختفي عندما تتذكر "آنا" الحادثة الصادمة المكبوتة وتتحدث عنها تحت

التنويم المغناطيسي، قاد هذا إلى فهم أن الكبت هو سبب الأعراض العصابية وأن التفريغ وإعادة عيش الذكرى يمكن أن يعالج الأعراض حيث أصبحت حالة "آنا" أول نقطة انطلاق لنظرية الصدمة الجنسية المبكرة.

- حالة "دورا Dora":

كانت "دورا" مراهقة تعاني من أعراض هستيرية مثل: السعال العصبي وفقدان الصوت، اكتشف "فرويد" أنها تعرضت لموقف جنسي غير مرغوب فيه من قبل صديق والدها، مما أدى إلى كبت التجربة وظهور الأعراض لاحقاً، رأى "فرويد" أن رفض "دورا" للاعتراف بمشاعرها الجنسية (لأنها كانت تتعارض مع قيمها الأخلاقية) أدى إلى ظهور الأعراض الهستيرية.

وفي عام 1827، تراجع "فرويد" عن نظريته، وأوضح ذلك في رسالة إلى صديقه "فيلس" قائلاً: "لم أعد أؤمن بنظريتي عن العصاب"، وذلك لأسباب حيث لاحظ أن عدداً كبيراً من المرضى يروون ذكريات مشابهة عن تجارب جنسية مبكرة، ما جعله يشك في صحتها، أدرك أن هذه الذكريات قد تكون خيالات جنسية لا واعية وليست أحداثاً حقيقية بدأ يرى أن الأطفال يمرون بمراحل من التخيلات الجنسية كجزء طبيعي من النمو النفسي.

هذا التراجع أدى إلى تطور مفهوم الأثر الرجعي كما قاده إلى تطوير نظرية "عقدة الأوديب" لاحقاً

(Sajus. 2020 p : 30)

المرحلة الثانية الأثر الرجعي (1897-1905) Apres-Coup:

بعد التخلي عن نظرية الصدمة الجنسية المبكرة بدأ أفراد في استكشاف كيفية تأثير الذكريات القديمة على النفس عندما يتم استعادتها في ضوء تجارب جديدة، حيث تأثر بفكرة أن العقل يعيد نفس الذكريات القديمة بناءً على نضج الفرد وتجاربه الجديدة.

يؤكد "فرويد" على أهمية الزمن في الصدمة النفسية من خلال مفهوم الأثر الرجعي Apres-Coup:

- الزمن الأول: يحدث مبكراً في حياة الكائن غير الناضج وفي حالة سلبية.
- الزمن الثاني: لا يكتسب الحدث معناه ولا يصبح صدمة إلا في مرحلة لاحقة، وتحديدًا في مرحلة البلوغ حيث تعيد هذه المرحلة إحياء الأثار الذكرية للحدث الأول (الذي كان قد تم كبت ذكراه).

- يتضح مفهوم الأثر الرجعي Apres-Coup من خلال حالة "إيما إكستين":

كانت "إيما" غير قادرة على دخول المتجر بمفردها، أثناء التحليل النفسي استحضرت الذكرى حادثتين:

A: الأولى عندما كانت في سن 13 حيث شعرت بأن البائعتين سخرتا من طريقة لبسها.

B: الثانية عندما كانت في سن 8 حيث دخلت الى محل بقالة مرتين لشراء الحلوى وتعرضت للتحرش من قبل البقال.

- توضح حالة "إيما" هذا المفهوم تعقيدا تداخل المشاهد المختلفة مع النضج الجنسي، للفرد كانت "إيما" غير قادرة على دخول المتجر بمفردها وارتبط ذلك بذكرين:

• **الذكرى الأولى:** عندما كانت في 13 من عمرها شعرت بالسخرية من طريقتها في ارتداء الملابس من قبل البائعتين.

• **الذكرى الثانية:** ظهرت لاحقا أثناء التحليل، تعود الى عمر الثامنة حيث ذهبت مرتين إلى البقال لشراء الحلوى والذي قام بتحسس أعضائها التناسلية من فوق ملابسها.

استنتج "فرويد" أن الذكرى المكبوتة لا تتحول إلى صدمة إلا أنه بعد "الأثر الرجعي" فقد ساهم كل من التطور البيولوجي المرتبط بالبلوغ والتطور العاطفي "لإيما" في تشكيل نوع من القدرة المطلقة للخيال تجاه حدث كان يمكن أن يكون عاديا، لكنه ارتبط بصدمة سابقة (Sajus. 2020. P: 33)

مع التخلي عن نظرية العصاب، ظهرت العديد من الأسئلة لدى "فرويد"، من خلال تطوير التحليل الذاتي للأحلام، ابتداء من يونيو 1897، اقترح العلاقة بين الحلم واكتشافات تتعلق بالخيال والجنسانية الطفولية، خلال فترة ما بين 1898 و 1905 قام بتدوين ملاحظاته حول الطريقة التي ينظم بها Trauma، في عام 1900 أشار إلى أن الظواهر والخصائص المتعلقة بالعصاب الصدمي مثل الأحلام والقلق المتكرر هذه القلقات تعكس تعددية مستويات الرغبة داخل الجهاز التنفسي، في عام 1916 تم تنظيم الفكر الفرويدي حول البعد المتزامن للصدمة النفسية مع العصابات الصدمية.

المحاضرة الثامنة عشر بعنوان "مقدمة إلى التحليل النفسي" في عام 1916، تناولت مسألة العصابات الصدمية الناتجة في عن الحرب وتم النظر إلى البعد الصدمي من وجهة نظر اقتصادية ولاحظ "فرويد" ثابتا اطلقت عليه "مفهوم التثبيت".

العصاب الهستيرى والوسواس يشبه العصاب الصدمي الذي يمثل النموذج الفعلي لتثبيت البعد الصدمي لم يترك ولكنة اصبح يحتل مكانا مختلفا ويخضع لظروف أخرى

قدم فرويد فرضية العمليات النفسية اللاواعية أمام جهل المرضى بأعراضهم، والتي تم تناولها هنا في بعد الأفعال الوسواسية والتكرارية، في 18 فبراير 1919 بعد الحرب كتب "فرويد" الى تلميذه أي "جونز" عن تصويره للعصابات الصدمية يقول:

"أنها حالة نرجسية مثل الخرف المبكر، وما إلى ذلك يشكل القلق حماية ضد الصدمة، في العصاب الصدمي

يبدو ان العقل لم يجد الوقت للاستعانة بهذه الحماية وأنه تعرض للصدمة دون أن يكون مستعدا لها، دفاعه ضد المحفزات يكون قد تعرض للغمر ويجد نفسه محبطا من وظيفته الأساسية والرئيسية وهي أبعاد الإثارات المفرطة، عندئذ تظهر النرجسية على شكل قلق بكل علاماته... الفرق بين الحرب والسلام هو أنه في الحرب يكون الأنا قويا ولكنه مهاجم بشكل مفاجئ، بينما في السلام يكون مستعدا للهجوم ولكنة ضعيف لذلك، فإن العصاب الحربي يعرض الصراع النرجسي الداخلي داخل الأنا، وهو مشابه إلى حد كبير لآلية الكآبة... ومع ذلك لم أقم بتحليل أي حالة من حالات الصدمة الحربية..."

يعرف الصدمة النفسية زمنين في النظرية الفرويدية ابتداء من عام 1895، يرتبط فرويد بالجنس بشكل وثيق مع نظرية الإغراء، هذا النموذج الذي يشير إلى فعل "الإغراء الجنسي" باعتباره الرائد في تنظيم العصاب (الذي يتعلق بالذاكرة والكتب، حيث ظل هذا النموذج سائدا حتى عام 1920 خلال هذه الفترة الأولى، يجب التمييز بين مرحلتين:

- **الفترة الأولى:** من عام 1895 إلى 1905/1900 حيث يثبت "فرويد" أن تأثير الصدمة مرتبط بالإغواء وهو نموذج الزمنيين "بعد الصدمية". هذا هو زمن التخلي عن نظرية العصاب حيث يصبح الخيال وليس الإغواء، هو العامل الصدمي الذي يفتح تنظيم العصاب.

- **الفترة الثانية:** بين 1905 و 1920 في هذه الفترة يطور "فرويد" الميتاسيكولوجيا ويرسم تطور الحسية النفسية الطفولية، ويضع نظرية اللذة تطرح الموقف الصدمية نماذج جديدة مرتبطة بـ "الخيالات الأصلية" والقلق المرتبط بها: قلق الخصاء، عقدة أوديب يرتبط الصدمة بالقوة العقوبة للدوافع الجنسية والصراع الذي يخوضه الأنا ضدها، جميع الصراعات والصدمات يتم تناولها بالإشارة إلى الخيالات اللاواعية والواقع النفسي الداخلي.

في نهاية هذه الفترة في 1919/1920 يظهر "فرويد" شووكا سريرية كبيرة بشأن العصابات الصدمية، ومع ذلك في كتابه "ما وراء مبدأ اللذة" ينجح في نظرية جديدة من خلال الأحلام المتكررة في العصابات الصدمية، يقوده هذا التخيل للبعد الحلمى إلى مفهوم "الاندفاع" المتكرر وإلى الثنائية الدافعية بين دافع الحياة ودافع الموت.

في عام 1921 قدم "فرويد" مساهمة أساسية من خلال سيكولوجيا الجماعات وتحليل الأنا تبرز ملاحظاته التي استعادها عن الحلم في عام 1923 البعد الاقتصادي للصدمة، أي أن الأنا تتعرض للغمر وغمرها بهجوم داخلي أو خارجي لا يمكنها التحكم في شدته، بعد ذلك يعدل "فرويد" تعريفه للقلق بالتركيز على الرابط بين الصدمة وفقدان الموضوع، مقدما بذلك السؤال الذي سيصبح لاحقا مركزيا في التحليل

النفسي، وهو روابط الموضوع ويؤكد على أن القلق من الموت يجب أن يفهم باعتباره مشابهًا لقلق الخفاء، في محاضرات جديدة في مقدمة تحليل النفسي طور "فرويد" فكرة فشل اللحم في العصابات الصدمية التي وصفها بـ "الحالات القصوى" في الرجل موسى والدين التوحدي يتحدث عن مفهوم الصدمة في علاقته بالانرجسية، الجروح النرجسية لها قيمة صدمية قد تؤدي إلى تأثيرات مبكرة على الأنا لأنها تشكل جزءًا من الوظائف النفسية وتنظيمها.

يرى "فرويد" أن للصدمة مصيرين محتملين: إحداهما إيجابي ومنظم يحدث بشكل متقطع ويسمح بالتكرار والتذكر وتطوير، والآخر سلبي ومذكر يخلق انفصال حقيقي يمنع نمذجة العمليات النفسية وبالتالي تصبح الصدمة ذات طابع مدمر.

تأثر "فرويد" في تطوير هذه الأفكار بالأعمال التي قدمها "فيريننتشي" بين 1927/1928 و 1933 حيث ساهم الأخير في توسيع مفهوم الصدمة النفسية عبر إعادة صياغة ميتاسيكولوجية لنظرية الإغواء الصدمي، لا تزال هذه الإسهامات ذات أهمية كبيرة حتى اليوم، إذ سمحت بفهم أعمق لطبيعة الصدمة النفسية وإثارة التساؤلات حول العلاقة بالموضوع ومفهوم الانقسام النفسي (Sajus. 2020. P:35)

2.11 الصدمة النفسية عند جاك لاكان J.Lacan:

إذا كان "فرويد" يعتبر أن الصدمة مفهوم مركزي ينبع من تكوين اللاوعي نفسه، فإنه يحتفظ مع ذلك بطابع الحدث العرضي، أما عند "لاكان" فتزرع في أعماله تأملات حول مسألة الصدمة النفسية تدعو إلى تجاوز النماذج الطاقوية التي طرحها "فرويد" حيث تصبح الصدمة مسألة بنيوية. في أحد آخر حلقاته الدراسية، قام "لاكام" بتوضيح بعض الجوانب البنيوية للصدمة، حيث تمتد إعادة صياغة المسألة من منظور المعرفة، مستوحيا من "هيجل" كتب "لاكان" عن الصدمة قائلا: "وفقا للصدمة الفرويدية هناك، لا أعرف لا يمكن التفكير فيه... في الواقع، النقطة الأصلية هي النقطة العقديّة المعرفة متعثرة".

يرى "لاكان" أن الإنسان بمجرد كونه كائنا ناطقا يحمل ذاته الصدمة، حيث يطرح فكرة "صدمة اللغة" فاللغة في نظره لا تستطيع التعبير عن كل شيء إذ يوجد فيها فراغ لا يمكن ملئه وهو بمثابة وجبة فجوة في الواقع.

يعبر لاكان عن ذلك بقوله: "لا يوجد علاقة جنسية" ما يشكل ثغرة صدمية "Traumatisme" وهو نحت لغوي يجمع بين كلمتين ثغرة "Trau" وصدمة Traumatisme مما يمنح المفهوم دلالة خاصة فبالنسبة له الصدمة تنشأ من الفجوة الموجودة في اللغة مما يؤدي إلى معاناة ذاتية يشكو منها الفرد.

يعتبر هذا "الثغرة الصدمية" Traumatism مجموعة من الثغرات يمكن مقارنتها بمجموعة التشكيلات النفسية، وعلى رأسها الخيالات والأعراض، التي تعمل كحواجز تخفي الواقع الذي يسعى دائما النظام الرمزي الى احتوائه، دون ان يتمكن من ذلك تماما.

عندما تقترب الحقيقة كثيرا من الذات، تعود الصدمة الأصلية إلى الظهور في شكل قلق لتذكره بها ومع ذلك، قد تحدث "إكتفاء سيء" أي مواجهة مع ما لا يمكن ترميزه لقاء، مع الواقع الذي لم يستوعب ولم يصل إلى اللغة، هذه المواجهة يسميها "لاكان" "التوشيه" Tuche وهي التي تقع دائما خارج "الأوتوماتون Automaton" أي أنها تمثل "اللقاء بالواقع" في بعده غير القابل للاستيعاب.

يعرف "لاكان" "التوشيه" بأنها الصدفة البحثية ما لم يمكن التنبؤ به أو توقعها أو حسابه مسبقا، أما "الأوتوماتون" فهو ينتمي إلى الجانب الرمزي ويمثل ما لا يتوقف عن الإشارة إلى المعنى، أي ما يحدث ويشارك في بناء مصير الذات، إنه بمثابة مقاومة تعيق اللقاء مع الواقع.

ما يجعل الصدمة تتحقق هو عندما يتملص الواقع من أي دلالة أو عندما تنشأ جدلية متناقضة بين "التوشيه" و"الأوتوماتون" مما يؤدي الى حدوث الصدمة النفسية.

وفقا لـ "لاكان" لا يمكن أن توجد "علاقة حقيقية مع الواقع" خارج نطاق اللغة، فاللغة ليست مجرد عملية تعيين أو تطابق مباشر بين الدال والمدلول، مستندا إلى اللسانيات السويسرية، يرى "لاكان" أن اللغة ليست إيجابية بذاتها بل هي نظام من العلاقات البنوية، حيث لا يكتسب الدال معناه إلا من خلال تعارض مع دوال أخرى.

بالتالي "الواقع" هو ما يقاوم كل عملية ترميز أو تمثيل رمزي، وما يمكن الفرد أنه يدرك ليس سوى "واقع مشكل لغويا" أي ما سمح له النظام اللغوي بتمثيله.

يحاول الخيال (Fantasme) إعادته وصل الذات بالموضوع المعقود كآلية حماية ضد الصدمة لكنه لا يستطيع سد الفجوة الأساسية التي تجعل الذات في حالة نقص دائم.

لأن اللغة لا يمكنها أن تحيط بكل المعاني، فإنها تخلق انقساما في الذات، مما يؤدي إلى الدخول في تجربة الخفاء، الفشل، الانفصال الخطاب الافتقار، وبالتالي إلى رغبة لا تشبع أحدا رغبة دائما في شيء آخر.

لذلك فإن الصدمة هي المكون الأساسي للولوج الذات إلى النظام الرمزي، ووفقا غانبيان (Gagnepain) فهو متصل باللواعي وبالطابع الاعتباطي الذي يجد من قدرة الذات على الوصول الى البنية أو بما يسمى السلبية.

في المنظور اللاكاني، يتم التخلي عن عملية "الأثر الرجعي" التي وصفها "فرويد" لصالح مفهوم الحدث باعتباره لقاء مع الواقع، يستمد الحدث قوته المسببة للصدمة، ليس من خلال تفعيل صدمة الطفولة ولكن لأن يعيد الفرد إلى ما لا يمكن التفكير فيه إلى، ما هو خارج عن الرمزي وبالتالي إلى البنية ذاتها للذات "الراغبة" والكائن اللغوي (Sajus. 2020. P:43)

3.11 الصدمة النفسية عند دونالد وينكوت D.W.Winnicott:

في دراسته حول بناء النرجسية الأولية، يصف "وينكوت" التجارب المتعاقبة التي تحول تدريجياً العلاقة الأولية بين الطفل والأم، ما يساهم في بناء العلاقة مع الموضوع. ولهذا ركز "وينكوت" بين عامي 1951 و 1953 على أهمية وجود المجال الانتقالي بين الطفل وأمه وهو فضاء للعب والإبداع والتكوين الرمزي الأولي في هذا الفضاء، يتم قبول الغموض دون أن يؤدي إلى إنقسام بين الذات والموضوع. وأضاف أن هذا يستلزم خبرة "جيدة بما يكفي" للنرجسية الأولية تتحقق من خلال الاهتمام الأمومي الأولي الذي يلبي احتياجات الطفل.

- هذه البنية العلائقية تتيح للرضيع:

- أن يعيش إحساسه بالقدرة المطلقة ويخلق موضوعاته الذاتية.
- القدرة على البقاء وحيدا في وجود الأم.
- القدرة على استخدام الموضوع والسماح لنفسه بأن يكون مستخدما.

- مفهوم الاحتواء عند "وينكوت":

يشير "وينكوت" بمصطلح الاحتواء إلى مجموعة الرعاية الأولية التي تقدمها الام للرضيع لتلبية احتياجاته المينولوجية الخاصة وفقا لحساسيتها الحسية المختلفة، سواء كانت لمسية، شمعية، سمعية أو بصرية.

- العوامل التي تشكل "احتواء والأم" الجيدة بما يكفي:

- ثباتها وموثوقيتها.
- قدرتها على مع التماس مع الرضيع.
- قدرتها على حمايته.
- قدرتها على التكيف مع تغيراته الجسدية والنفسية.
- قدرتها على استقبال اسقاضاته ومنحها واقعية.

- أبعاد الاحتواء الثلاثة:

- يرتبط الاحتواء أيضا بالبعد الزمني حيث يوجد ضمن ثلاثة ابعاد رئيسية:
 - تقديم الموضوع: حيث تترك الأم الثدي ليتم اكتشافه من قبل الرضيع.
 - توفير بيئة آمنة: تتجلى في الحب حيث تلعب الأم مع الطفل وتسمح له أيضا باللعب بمفرده في وجودها، مما يساعد على بناء "المجال المحتمل" الذي يسهم في عملية الانفصال التدريجي.
 - ثبات الموضوع الأولي: مما يمكن الرضيع من التطور نحو الشعور الدائم بالوجود.
- دور ثبات الأم في عملية الانفصال النسبي عند "وينكوت":
- بفضل ثبات الأم، تصبح حركات الانفصال بين "الأنا" و"اللاأنا" مقبولة، يشير وينكوت إلى أن يمكن القول "أن الانفصال يتم تجنبه بفضل المجال المحتمل الذي يمنع من خلال اللعب الإبداعي واستخدام الرموز وكل ما سيشكل في النهاية الحياة الثقافية".

- دور المجال المحتمل والرمزية:

- في المرحلة الأولى، يؤسس "وينكوت" لفكرة المجال الضروري لبناء التمثيل الأم في حضور الرضيع.
- يمر الرضيع بمرحلة الهلاوس الإدراكية حيث يتخيل ثدي أمه ويراه عندما يتم العثور عليه.
- تصبح الأم أول الموضوع يتم ترميزه في ذهن الطفل.

- الشيء الانتقالي كجسر نفسي:

- يمثل الشيء الانتقالي أول انتقال نفسي بين النرجسية الأولية والعلاقة بالموضوع.
- عندما يخلق الطفل الشيء الانتقالي، فإنه لا يسعى بالضرورة للإشباع الغريزي بل يتعلم تأجيل الإشباع والتعامل مع الرغبة والإحباط في الوقت نفسه.

- الصدمة النفسية: من التبعية الطفولية إلى مفهوم التعدي:

- يؤكد "وينكوت" كما فعل "فرينتشي" على دور التفاعل الأبوي الواقعي في نشوء الحياة النفسية للفرد إضافة إلى انحرافاتة المحتملة، كلا المؤلفين يمنحان نفس الأهمية لكل من الواقع الخارجي للموضوع والواقع الداخلي للفرد خاصة فيما يتعلق بالتجارب التي يعيشها.
- يصف "وينكوت" التعايش بين الصدمة والعلاقة التبعية بقوله: "الصدمة مرتبطة بالتبعية، الصدمة هي ما يكسر المثالية المرتبطة بموضوع معين من خلال كراهية الفرد كرد فعل على فشل هذا الموضوع في تحقيق وظيفته".

يشير "وينكوت" إلى مفهوم الزمن بعد الصدمة، حيث تؤدي بعض الظروف القصوى إلى مسار من المعاناة النفسية يبدأ من القلق ثم الألم وصولاً إلى الاحتضار النفسي، وهو مصطلح سبق أن تناوله كل من "فرويد"، "فيرينشي". يصف "وينكوت" كيف أنه بعد $x + y + 2$ دقيقة من غياب الأم، فإن عودتها لا تصلح الضرر الذي حدث لحالة الرضيع النفسية.

تؤدي الصدمة النفسية إلى إحساس الرضيع بانقطاع استمرارية وجوده، مما يدفعه إلى تكوين دفاعات بدائية لحماية من تكرار القلق غير القابل للتذكير فيه أو من العودة إلى حالة التشوش الحاد التي ترافق تفكك بنية الأنا الناشئة.

يؤكد "وينكوت" على أهمية تدخل المحلل النفسي لتعويض التجربة التي لم تحدث في وقتها، إذ يقول "الاستجابة من خلال النقل المضاد هي الاستجابة التي كان يجب أن تصدر عن الموضوع الأساسي". ربط "فيرينشي" مثل "وينكوت" مفهوم الاعتماد بمفهوم "الانتهاك" ويشرك كلاهما في تعريف عام مشترك، لمفهوم الصدمة النرجسية المبكرة أو الانتهاك، حيث ينظر إليه في سياق الاعتماد النفسي على أنه عدم تكيف استجابة الموضوع الأولي "للأم أو مقدم الرعاية الأساسي" أو خلل في البيئة المحيطة بالرضيع. بدمج "وينكوت" محوئين مفهوم الانتهاك ضمن الاستدخال المحاكي (Introjection mimetique) في سياق الصدمة النرجسية، مما يؤدي إلى النضج المفرط للطفل الذي وصفه "فيرينشي" بالرضيع الحكيم (Wise Baby) وهو ما يسهم في تشكيل "ذات دائفة" False self لدى الفرد.

يرى "وينكوت" مثل "فيرينشي" أن هناك علاقة وثيقة بين مستوى نضج الطفل في لحظة الصدمة وحجم تداعيتها، مما يؤثر على المستقبل النفسي للفرد وتظهر الضائقة الأصلية التي تحدث عنها "وينكوت" تحت مصطلح "الاحتضار البدائي" (Primitive a gong) أو "المعاناة غير القابلة للتذكير" والتي يمكن أن تعاد تنشيطها لاحقاً من فعل البيئة المحيطة بالفرد، خاصة عند مواجهته اضطرابات أو صعوبات في حياته المستقبلية.

يؤكد "وينكوت" أن أي خلل البيئي غالباً ما يكون مرتبطاً بالاضطرابات النفسية للأفراد والوالدين قد يؤدي إلى خيبة أمل مبكرة عند الطفل، ويمكن أن يظهر هذا الخلل في عدة أشكال مثل:

- الإفراط في الرعاية.
- الإهمال أو الغياب.
- عدم القدرة على التنبؤ بسلوك الوالدين.

هذه العوامل قد تؤدي على اضطرابات نفسية عميقة تؤثر على النمو العاطفي والعلاقات المستقبلية للطفل.

نظرا لهشاشة الطفل وضعفه، فإنه غير قادر على مواجهة الاختراقات البيئية بطريقة "ألوبلاستيكية" أي من خلال تعديل البيئة الخارجية لتتناسب مع احتياجاته، ونتيجة لذلك لا يجد أمامه سوى التكيف ذاتيا بطريقة (Autoplastique) أي من خلال تعديل نفسه فقط للتعامل مع الظروف المحيطة لمواجهة الفوضى الناجمة عن الصدمة، يقوم الطفل بتثبيت الميل الفطري نحو الفوضى النفسية عبر انقسام ذاتي نرجسي (Autoclivage narcissique) وهو آلية دفاعية لكنها مدمرة للنفس.

نتيجة لهذه الفوضى الداخلية، تصبح شخصية الطفل قابلة للتكيف بشكل مفرط مع البيئة، بحيث تتغير تبعاً للظروف غير المستقرة التي تحيط به.

في النهاية، تصبح هذه الشخصية عبارة عن مجموع التهديدات المتكررة استجابة لسلسلة من الاخفاقات في التكيف مع البيئة.

من خلال ما سبق يتضح أن الصدمة النفسية عند "وينكوت" هي كالتالي:

- يؤكد "وينكوت" أن الصدمة النفسية ترتبط بشكل وثيق بحالة التبعية الطفولية، فالطفل يعتمد بشكل كلي على أمه أو مقدم الرعاية، وأي إخفاق أو عدم استجابة مناسبة من البيئة المحيطة يمكن أن يؤدي إلى شعور عميق بعدم الأمان، قد يتحول لاحقا إلى اضطرابات نفسية.

- يرى "وينكوت" أن الصدمة تحدث عندما لا يتمكن الطفل من استخدام أمه بشكل مناسب لتلبية احتياجاته النفسية والجسدية، مما يؤدي إلى تجربة "الإنهيار النفسي" أو القلق غير القابل للتفكير unthinable anxiety هذه الصدمة يمكن أن تترك آثارا دائمة على نمو شخصية، خصوصا إذا لم يجد الطفل بيئة تعويضية تدعمه في تجاوزها.

- بحسب "وينكوت" يحتاج الطفل الى بيئة جيدة بما يكفي تساعده على تجاوز الصدمات المحتملة فالبيئة التي توفر الاحتواء والدعم العاطفي المناسب تحمي الطفل من التمزق النفسي وتساعد على تطوير هوية متماسكة في المقابل تؤدي البيئة غير المستقرة أو القاسية إلى حرمان نفسي مما يؤدي إلى اضطرابات نفسية معقدة.

4.11 نظرية الصدمة النفسية وفقا لـ "ساندور فيرنشي":

تحدث "بالينت Balint" عن "أثر الصدمة" في علاقة "فرويد وفيريننتشي"، نظرا للخلافات العديدة بينهما، التي كانت أحيانا عنيفة بسبب سوء الفهم العميق بينهما وكما هو الحال مع "فرويد"، لا شك أن "فيريننتشي"

بين عامي 1908 و 1933 تاريخ وفاته، ساهم أيضا في بناء التحليل النفسي، حيث ترك بصمة من خلال مفاهيم جديدة، لقد تعرض "فيرنتشي" للانتقاد كثيرا، حتى من قبل "فرويد" نفسه لأنه يتبنى مقاربة قديمة للصدمة النفسية، وهي المقاربة نفسها التي كان "فرويد" قد تخلى عنها عام 1897 أدرك "فيرنتشي" أن الروايات التي قدمها مرضاه الهيستريون حول الأحداث الصادمة كانت في معظمها مجرد تخيلات أكثر منها وقائع حقيقية، أما "فرويد" فلم يكن راضيا تماما عن نظريته حول الصدمة النفسية وقضى سنوات طويلة في إعادة صياغتها واستكمالها.

على عكس "فرويد"، يدعم "فيرنتشي" فكرة ان الصدمة الحقيقية أكثر شيوعا، بل إنها دائما موجودة إذا تم التعمق بشكل كافي في الأمور، وفقا للمقاربة الفيرينتشية تظل الصدمة الذات طابع جنسي لكنه عالج هذه المسألة بطريقة مختلفة عن "فرويد".

وصف "فيرينتشى" الصدمة النفسية على أنها حالة من الصدمة والاضطراب، تؤدي إلى تفكك شخصية الفرد وقد سعى إلى تحليل الانقسام الناتج عن الصدمة باستخدام استعارات مختلفة هي:

- انقسام جزء من الذات وكأنه ميت بفعل عنف الصدمة، مما يسمح للجزء المتبقي بأن يعيش حياة طبيعية.
 - فقدان جزء من الشخصية: بعيدا عن متناول الفرد وكأنه كيس معزول داخل شخصيته.
 - إنقسامات متعددة: تحدث نتيجة صدمات متكررة مما يؤدي إلى تفكك النفس بشكل يشبه تمزق شخصية بفعل الاعتداءات في محاولة منها لحماية ذاتها عبر زيادة مساحة المقاومة أمام الصدمة.
- وضع "ابراهيم Abraham" و"توروك Torok" تصوراتهم حول آثار الصدمة استنادا إلى نظرية "فيرينتشى" فالأمر هناك لا يتعلق بصدمة ثانوية ناتجة عن الإغواء (سواء عبر الرعاية الأممية أو غياب الموضوع) بل هو بالأحرى نوعا من السلب الفكر والعاطفة، يحدث من خلال إبطال قيمة العاطفة وإنكار المشاعر التي يعيشها الطفل ضمن العلاقة الثنائية التي تربطه بشخصية أمه.

- يوجد ذن ارتباط سببي خارجي بالصدمة، يعود إلى واحد من العوامل التالية:

- الحرمان العاطفي (سواء كان على مستوى الأولي أو الثانوي).
- المطالب المفرطة من قبل الوالدين.
- عدم القدرة على إدراك احتياجات الطفل.

هذه العوامل تؤدي على تأثيرات مختلفة على البنية النفسية، أبرزها حالة من الذهول ناجمة أساسا من

اليأس، (Sajus.2020.p: 38)

يرى "فيرنشي" أن أصل الصدمة مرتبط بعواقب مصير معين للطاقة البديلة والذي ينتج عن تجارب الفرد مع أول موضوع تعلق له، يوضح أن ذلك يحدث بسبب "التشوش اللغوي" بين لغة الحنان عند الطفل ولغة الشغف عند البالغ، وقت تنشأ إثارة جنسية مبكرة هذا النوع من التجربة هو نتيجة الاستجابات غير ملائمة من موضوع قاصر في مواجهة حالات القلق والضيق الذي يعيشها الطفل، فقد يكون هذا الموضوع إما حاضرا بشكل مفرط أو غائبا بشكل مفرط.

إن هذا الموضوع الزائد يترك بصمة على النفس الناشئة للطفل، مما يعيق بناءه النفسي فهو يساهم في وسم الأنا بشكل دائم، مع الإبقاء عليه في حالة من الضيق يمكن أن تعاد تنشيطها طوال حياته وفقا للسياقات المختلفة أو البيئة المحيطة.

هنا، يتغير مفهوم الصدمة النفسية، حيث لم يعد ينظر إليها فقط من منظور التجربة الجنسية بل أصبحت تتجذر في تجربة الفرد مع الموضوع الأولي، فالصدمة النفسية التي تتجلى فقط فيما حدث بل أيضا فيما لم يحدث، أي تلك التجربة السلبية المؤلمة التي تعود إلى انقسام الأنا مما يحول بشكل مفاجئ العلاقة مع الموضوع التي أصبحت مستحيلة، الى علاقة نرجسية.

ليتحدث "فيرنشي" عن انقسام داخلي داخل الشخص، حيث ينقسم الذات إلى جزء متألم ومدمر بشكل عنيف وجزء آخر يعرف كل شيء ولكنه فاقد للمشاعر تماما، يؤدي هذا الانقسام إلى إخراج جزء من الأنا إلى الخارج، مما يخلق فراغا يسمح بحدوث تطابق مع المعتدي، مصحوبا بمشاعر من نوع "إرهاب المعاناة" يصبح الجزء المطرود من الأنا كلي القدرة ومنفصلا عن العواطف.

الجدير بالذكر أن مفهوم تقمص شخصية المعتدي تم استعارته من قبل أن "فرويد" لكن في سياق مختلف تماما، ففي حين أن "فيرنشي" يطبق هذه الفكرة على الأطفال الذين تعرضوا لسوء معاملة جديدة وكانوا ضحايا للربح، فإن هؤلاء الأطفال يتفاعلون من خلال استبدال العنف الذي تعرضوا له، فهم يتكيفون تماما مع رغبة الآخر، ويتخلون عن أنفسهم كليا عبر تقمص المعتدي، مما يجعلهم يأخذون وضعية بقاء.

يصنف "فيرنشي" بعض أنواع الاعتداء مثل: الاغتصاب الذي يرتكبه البالغون، أو العقوبات العاطفية العنيفة والمفاجئة بسبب أفعال يراها الطفل مجرد لعب بريء وفقا لنظريته، يسمح تقمص المعتدي للطفل بالحفاظ على صورة جيدة بما يكفي للوالد المسيء، الذي يعتمد عليه بشكل كامل.

"آنا فرويد" لا تنتمي إلى المدرسة الفيرنشيية لتتبنى هذا المفهوم ولكن في سياق مختلف فهي تطبقه على الأطفال الذين لم يتعرضوا لسوء المعاملة ولكنهم يسبقون عدوانا متوقعا عبر التقمص مع المعتدي فيتحولون بأنفسهم إلى معتدين، يعرف هذا المفهوم بـ "التطابق الاستقاطبي" مع المعتدي على سبيل المثال

تذكر "آنا فرويد" حالة طفل يخاف من الأشباح، فيحاول التغلب على خوفه من خلال تخيل نفسه شبعا كما يمكن أن يكون هذا السلوك وسيلة للسيطرة على القلق تجاه السلطة مثل الطفل الذي يتوقع عقاب والدته، فيبادر إلى ضربها بنفسه.

بعبارة أخرى، عند "آنا فرويد" يتعلق الأمر بعدوان متخيل، بينما عند "فيرنتشي" يدور الأمر حول تهديد واقعي، مأساوي بل وحتى وجودي.

استنادا إلى ملاحظته الإكلينيكية، واصل "فيرنتشي" تطوير نظريته حول الصدمة النفسية مع إعادة النظر باستمرار في تقنية العلاج، وكما هو الحال عند "فرويد" يرى أن الصدمة لا تصلح مرضية إلا إذا مرت بمرحلتين ضروريتين، لكن هاتين المرحلتين ليست بالضرورة نفسيهما عند كلا المفكرين.

فالصدمة في حد ذاتها ليست بضرورة مرضية، بل إنه وفقا لـ "فيرنتشي" إذا تم اختبارها في بيئة حاضنة وداعمة فقد تساهم في نمو طبيعي ومع ذلك يمكن أن تصبح صدمة مرضية إذا تلاها في مرحلة ثانية إنكار أو رفض من قبل البالغين الذين يعتمد عليهم الطفل وعلى رأسهم الأم.

- يشير "فيرنتشي" إلى عوامل تجعل الصدمة مرضية مثل:

- عنصر المفاجأة.
- تكرار الصدمات.
- النفاق.
- الشعور بالذنب.
- الرفض.
- الكذب.

ومع تقدم عمله العلاجي، قام "برنتشي" بتوضيح رؤيته حول عمل الصدمة حيث قال:

"المادة التذكارية التي كشف عنها أم تم تأكيدها عبر التطهير العاطفي الجديد، أعادت التأكيد على أهمية العامل الصدمي الأصلي في المعادلة الايتولوجية للإصابات العصبية".

- وأضاف:

"يمكن تفسير التدابير الوقائية لدى مرضى الهستيريا، وكذلك تجنب الوسواسيين، من خلال تكوينات خيالية ذات طبيعة نفسية بحثية، لكن دائما ما يكون هناك اضطراب حقيقي وصراع مع العالم الخارجي يشكل صدمة ويخلق تأثيرا صادما، مما يعطي الدفعة الاولى لظهور مسارات تصور غير طبيعية، هذه الصراعات تسبق دائما تكوين القوى النفسية المسببة للاضطرابات مثل تكوين الضمير الأخلاقي".

يؤدي الانقسام النرجسي الذي يقف وراء "الآثار السلبية" للصدمة التي أشار إليها "فرويد" في "الرجل موسى" إلى إعاقة عملية الربط بين الدوافع النفسية، كما سبب اختلالات في بناء النرجسية نظراً لعدم قدرة الحاجز الواقي على احتواء الإثارة الزائدة.

فينتج عن ذلك نقص كبير في التمثيلات النفسية، مما يؤدي إلى ضمور دائم في الأنا، وإلى معاناة أولية مؤلمة قد تصل إلى حد اليأس.

على مدار خمسة وعشرين عاماً، ساهم "فيرينثشي" بشكل غير مسبوق في تطور الفكر التحليلي النفسي بين عامي 1908 و1933، لا سيما من خلال تقديمه لمفهوم "الإدخال" Introjection ومع ذلك فإن أعماله حول الصدمة النفسية تشكل جوهر تفكيره الميناسيكولوجي حيث يعتبر "فيرينثشي" رائداً، في تحليل البنيات الحدية.

طور "فيرينثشي" رؤية عيادية أدت به إلى اكتشاف أهمية الصدمة كنتيجة للصدمة الأولية التي يعيشها الفرد، فهذه الصدمات التي تنشأ منذ التجارب المبكرة، تؤدي إلى:

- إبطال عملية الربط بين الدوافع النفسية.
- خلل في بناء النرجسية، مما يسبب في ثغرات كبيرة في عملية التمثيل الرمزي.
- ظهور انتقالات عاطفية قوية، مثل الاكتئاب الانتقال مما يعكس حجم التدمير النفسي الكامن في الصدمة.

فيما يتعلق بالطفل، يبرز "فيرينثشي" ظهور إنكار الاعتراف بمشاعره في مواجهة الصدمة، بالإضافة إلى نقص الاستجابة الأمومية، كما يؤكد على الدور المبكر للصدمة وآثارها على البنية النفسية للفرد حيث تعتبر بصدرًا للانقسام النفسي ووظائفه.

في هذا السياق يوضح "فيرينثشي" كيف يؤدي الانقسام النفسي إلى نشوء ازدواجية في عمل النفس بين الجزء النهائي وغير النمائي لدى الشخص الذي تعرض لصدمة، ويعتبر ذلك وسيلة دفاعية تمكن المريض من حماية نفسه من الاحتضار بفعل القلق.

يرى "فيرينثشي" أن الطريقة التي يمكن للمحلل النفسي من خلالها تفكيك هذا الانقسام تكمن في قدرته على مساعدة المريض في استيعاب الحدث الصدمي والتفكير فيه، كما يبرز أهمية العمليات السلبية للصدمة داخل النفس البشرية ويشير إلى حدود التحليل النفسي في تطور الحالات النفسية الصدمية.

من خلال أعمال "فيرينثشي"، تتبلور فرضية مفادها أن الصدمة المبكرة، عندما تحدث عند أشخاص في طور التكوين النفسي ويفتقرون إلى الحماية الكافية، تكون عواقبها أشد خطوره وربما يعني ذلك أيضاً أن

آليات الدفاع تتغير وفقا لدرجة تطور الشخصية ووقت حدوث الصدمة (Jusus. 2020. P: 40)

5.11 الصدمة النفسية عند "أوتوراك O.Rank":

ذكر "رانك" تسليط الضوء على علاقاته الخاصة مع "فرويد" ثم مع "فيرينثشي"، ولد "أوتو روزنفيلد" في بيئة متواضعة واتخذ الإسم المستعار "ترانك" ليذكر أصوله العائلية التي طبعت عليها العنف الأسري لاسيما مع والده وإدمان الكحول، ليلتقي به "فرويد" عندما كانت "رانك" يعمل في ورشة ميكانيكية وبفضل ذكائه اللامع بدأ "رانك" في إعداد عمل مرتبط بالتحليل النفسي، حصل على مكانة مميزة إلى جانب "فرويد"، حيث شغل منصب سيكريتار الجمعية التحليلية النفسية في فيينا بين عامي 1910 و 1915. قاده شغفه وهو بالأساطير اليونانية إلى إعداد أطروحة دكتوراه في الفلسفة عام 1912 حيث حل فيها الحلم وتفسيره في ضوء الأساطير، توجد صلة وثيقة بينه وبين "فيرينثشي"، فقد كان قريبين جدا من بعضهما البعض وشارك في تأليف كتاب "آفاق التحليل النفسي" عام 1924 وهو عمل أساسي في الممارسة التحليلية.

في عام 1926 حدثت قطيعة بسبب نشر كتاب "صدمة الولادة" في هذا العمل يتناول "رانك" مفهوم الصدمة النفسية من منظور فقدان والانفصال والصراعات الداخلية، وكذلك من زاوية التجربة الجسدية والإدراكية والحياة النفسية الباطنية، يطور "ترانك" فكرة التناقض بين الاندماج والانفصال عن الأم ضمن ديناميكيات علاقات متقلبة، مما يؤدي إلى نشوء مخاوف مبكرة جدا لدى الرضيع مثل القلق من السقوط أو التمزق، كما يصف اضطرابات الجهاز الهضمي لدى الطفل باعتبارها مرتبطة بالانفصال عن الأم القوية والمهيمنة.

في المقابل كان "فرويد" في ذلك الوقت لا يزال متمسكا بمفهوم عقيدة أوديب، ولم يتقبل أفكار "رانك" الجديدة، التي ركزت على الأم باعتبارها موضوعا لعلاقات متناقضة وفوضوية، اعتبر "فرويد" أن صدمة الولادة "لا تترك مجالاً" لنظرية الأوديب، مما دفعه إلى اتهام "رانك" المطرقة المضادة للأوديب لأنه تحدث عن التطور والعلاقات السابقة للأوديب، ونتيجة لذلك تم استبعاد من الدائرة الفرويدية.

ومع ذلك عاد "فرويد" في عام 1932 إلى مفهوم العلاقات ما قبل الأوديبية لتطوير فكرة النرجسية الأولية، حيث كان جسد الطفل ذاته هو الموضوع الوحيد لها دون أن أي علاقة بالأم، وتعد "ميلاني كالين" إمتدادا لأفكار "رانك" وأصبحت واحدة من الرواد في دراسة الحياة النفسية المبكرة.

واصلت مقاربتها التحليلية استكشاف المراحل المبكرة للحياة النفسية عند الرضيع والطفل الصغير جدا واستمرت الأبحاث التحليلية بعد "ميلاني كالين" في دراسة "الولادة إلى الحياة النفسية" لدى الرضيع والطفل ما

قبل الأوديب.

في عام 1924 قام "أوترانك" بمراجعة أفكار وانتقد "ساندور فيرينتزي" وانتقد صرامة القواعد التحليلية النفسية لقد كان "رانك" أحد الفاعلين في تحديد تقنية العلاج التحليلي، حيث شكك جذريا في النهج الكلاسيكي.

وفي عام 1926، اقترح نظرية العلاج "النشط" التي استحدثت علاجات قصيرة ومحدودة تركز "هنا الآن". كان "ترانك" يؤيد تحقير للإرادة الواعية لدى المريض من أجل تنشيط رغبته في الشفاء، معتبرا أن ذلك هو السبيل الوحيد لإخراج المريض من سلبيته المازوحيية التي يميل إلى اللجوء إليها بسهولة.

عارض "فرويد" أيضا هذا الناس في كتابه "التثبيط، العرض والقلق" لكنه رغم ذلك اعترف بشرعية مواقف "رانك" لما لها من دور في إبراز أهمية الانفصال الأول عن الأم وذلك في كتابه "محاضرات جديدة في المدخل إلى التحليل النفسي" عام 1933.

باختصار بعد "أوترانك" كأحد أوائل المهتمين بالعلاقة المبكرة بين الطفل وأمه بخصوص الجنسية الأنثوية، لقد تطور تعريفا للأومومة والأنوثة، منتقدا الفكر الفرويدي الذي اعتبره متمحورا بشكل مفرط حول دور الأب.

إضافة إلى ذلك، أعاد "ترانك" أحد أوائل تحديد دور المحلل الذهني داخل العملية العلاجية، فقد دعم فكرة أن كل فرد عند ولادته يتعرض لصدمة نفسية كبيرة يسعى لاحقا إلى تجاوزها من خلال رغبة لا واعية في العودة إلى الرحم الأمومي.

وقد اعتبر الانفصال البيولوجي الأول عن الأم هو الأساس في نشوء القلق النفسي، وهي أطروحة قريبة من طرح "ميلان كلاين" وتبناها لاحقا محللون نفسيون آخرون، من بينهم تيار التفاعل النفسي لـ "جون بوليبي" ومستقلون مثل "دونالد وودز وينكوت" ومع ذلك، ركز هذا النهج على القلق من الانفصال والذي يرتبط بعلاقة الطفل المتناقضة مع ثدي أمه (Justus.2020.p 45)

6.11 الصدمة النفسية عند دياكتين:

يعتبر الصدمة النفسية أنها الأثر الناتج عن الإثارة عنيفة، تظهر في ظروف لا تكون فيه نفسية الفرد في مستوى القدرة على خفض التوتر الناتج وذلك إما لرد فعل انفعالي مفاجئ أو لعدم قدرة الفرد على القيام بإرسان عقلي كافي، فالخبرة الشاقة تلاقي رغبة لا شعورية مما يؤدي إلى الإخلال بتوازن القوى النزوية وتوازن الأنا فينجوا عنه بتر لنظام ضد الإثارات وكبت مكثف يتولد عنه ظهور الأعراض ولذلك فكل حادث

يتعرض له الشخص دون أن يكون هناك عمل نفسي يمهد له، يضع مباشرة حياته النفسية والواقعية في خطر (سي موسى عبد الرحمان ورضوان زقار، 2016، ص 64)

7.11 الصدمة النفسية حسب Pierre Janet:

يعد Pierre Janet أول من تحدث عن الصدمة النفسية وكان ذلك سنة 1889 في رسالة دكتوراه تحت عنوان "الاستقلالية النفسية" ويقول الصدمة النفسية هي: مجموع استنثارات مرتبطة بحدث عنيف يهاجم الحياة النفسية ويخترقها بعنف يتسبب في تحليل، وتفكيك النظام اللاشعوري، واستنكار هذا الحدث الشعور باحساسات خالصة، الصور والتجارب الخالصة التي سماها بالفكرة المثبتة "idee Fixee" والتي تتخذ مكانا لها في التسبب في تظاهرات نفسية أو نفس-حركية آلية مثل: (الهلاوس والكوابيس والرغبة والافعال الآلية)، بينما يعمل الجزء المتبقي من الشعور الجزء الذي لم ينفكك على المواصلة في تهيئة الأفكار والافعال الظرفية أو المتكيفة، وفيما يتعلق بالتدخل العلاجي أوصى Janet بما يلي:

- محاولة إعادة إظهار الحدث الصدمي المنسي ونقله إلى مستوى الشعور، ويكون ذلك بفعل التنويم المغناطيسي كما تطلع المريض عليه عند استيقاظه ميناء التنويم المغناطيسي.
- تحت تأثير التنويم المغناطيسي يحول الأحداث إلى منفذ مريح، ومفرج لإخراج الحدث الصدمي ومحو الآثار السلبية المرتبطة بالمنفذ الحقيقي الذي تم من خلاله فعل الاختراق.
- أن حث الفرد على تحويل الاستنكار للحدث الخام إلى ذكرى مبينة عن طريق استخدام اللغة (عن طريقة التعبير اللغوي الشفوي) (crocq. 2007 p.7)

وفي نفس السياق أن Pierre Janet سنة (1891) يؤكد أن العصاب الصدمي يتميز أساسا بعدم القدرة على الانفصال عن ذكرى الحدث، حينما يريد الإنسان نسيان ذكريات مؤلمة فإنه يحاول الهروب من بعيد لكن الحزن يسافر معه حسب (crocq. 2007 p.13)

8.11 الصدمة النفسية حسب Lour Crocq:

من (1985-1994) يقول أن إدراكنا للصدمة ما يعتمد على ثلاث نقاط هي:

أ. إغتراب الصدمي Alienation Traumatique

ب. بلبلة وقتية Bouleversement de la Temporalite

ت. لا معنى ناجم للصدمة Non Sens Implique par le Trauma

أ. الإغتراب الصدمي: لدى الأشخاص الذين يحسون بتغيير في شخصيتهم، معارفهم إدراك جديد لأشياء الأفكار، الإحساسات، للحب، للإرادة، ويتعلق الأمر بشخصية بعد أثر الصدمة.

ب. بلبلة وقتية: الانسجام الوقت العميق يميز الشخص المصدوم، فقد توقف الزمن بالنسبة إليه عند لحظات الصدمة بسبب اضطراب الزمان، الرعب والهول الحاضر ارتبط بصورة الصدمة أما المستقبل فهو مسدود.

ج. لا معنى ناجم للصدمة: ضياع نرجسية المصدوم وفقدان قيمته وجودته، فقدان معنى الأشياء وعدم القدرة على التعويض، ضياع ومحور لكل معنى للأشياء وعدم البقاء في النواة مخيفة- كذلك السلبية اتجاه الذات والمحيط، إذا الصدمة هي ضياع شخصية وتحطم المعنى الوجود (عديش. 2013 ص18)

9.11 الصدمة النفسية عند "بيار مارتى":

يرى "مارتى" أن الصدمة النفسية ليست مجرد حدث صادم في حد ذاته، بل هي تجربة نفسية معقدة تؤثر على بنية الشخصية ووظائفها النفسية، مما يؤدي إلى اضطراب التكيف والتفكير وقد تتجسد آثارها في الجسم على شكل اضطرابات سيكوسوماتية.

تحدث الصدمة النفسية عندما يتجاوز الحدث الصادم قدرة الفرد على الاستيعاب والمعالجة النفسية مما يؤدي غلى انهيار آليات الدفاع النفسي وحدث فشل في التمثيل النفسي، هذا الفشل يجعل الفرد غير قادر على دمج التجربة في بنيته النفسية وبالتالي يؤدي إلى ظهور اضطرابات جسدية ونفسية مزمنة (Marty. 1968 p110)

يعتبر "مفهوم التراجع العملياتي" من أهم المفاهيم التي استخدمها "مارتى" لفهم كيفية تأثير الصدمة النفسية على التفكير، يشير هذا المفهوم إلى أن الصدمة النفسية تؤدي إلى انهيار القدرة على التفكير الرمزي والمعالجة النفسية العميقة، مما يجعل الفرد يعتمد على أنماط تفكير سطحية ووظيفية بحثية، خالية من المشاعر والتأمل الذاتي.

يصبح الشخص الذي يعاني من التراجع العمليات غير قادرة تفسير مشاعره أو فهمها أو التعبير عنها بالكلمات وبدلاً من ذلك يعاني من أعراض جسدي مثل الأمراض الجلدية، اضطرابات الجهاز الهضمي، أمراض القلب وغيرها.

- خصائص التفكير العملية بعد الصدمة النفسية:

- فقدان القدرة على التفكير الرمزي والتجريدي.
- غياب التفاعل العاطفي.

- السلوك الروتيني والميكانيكي (Marty. 1968 p150)

يشير "مارتى" إلى أن أحد أخطر نتائج الصدمة النفسية هي فشل عملية التمثيل النفسي وهو العجز عن تحويل التجربة العاطفية إلى أفكار ورموز يمكن استيعابها والتعامل معها بوعي، يحدث هذا الفشل عندما

تكون الصدمة شديدة للغاية أو عندما يكون الجهاز النفسي ضعيفا وغير قادر على معالجة المشاعر المرتبطة بها.

- كيف يحدث فشل التمثيل النفسي بعد الصدمة؟

1. الحدث الصادم يتجاوز قدرة الجهاز النفسي عن الاستيعاب.
 2. عدم القدرة على التعبير عن المشاعر المرتبطة بالصدمة.
 3. تحول المشاعر المكبوتة الى أعراض جسدية أو اضطرابات سلوكية.
- يؤدي هذا الفشل إلى ميل الفرد إلى التعامل مع صدمة وكأنها لم تحدث لكنها لم تحدث، في الواقع من آثارها في شكل اضطرابات جسدية أو تفكك نفسي (Marty & de Muzan, 1963 p 220)
- يرى "مارتي" أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي نتيجة المباشرة لفشل تمثيل النفسي وتراجع العمليات عندما لا يستطيع الفرد عبر الجسد.

يرى بعض الأفراد الذين تعرضوا للصدمة يعانون من انفصال عاطفي، حيث تبدو مشاعرهم وكأنها "جمدة" هذه الظاهرة تعرف بـ "الموت العاطفي" وهي نتيجة مباشرة لفشل الجهاز النفسي في التعامل مع الحدث الصادم.

يرى "مارتي" ان علاج الصدمة النفسية يجب أن يستهدف إعادة تنشيط القدرة على التمثيل النفسي أي مساعدة الفرد على استعادة قدرته على التفكير في مشاعره ومعالجتها بدلا من تفرغها عبر الأعراض الجسدية.

تتمثل نظرية "بيار مارتي" منها متكاملا لفهم كيف تؤثر الصدمة النفسية على التفكير والعواطف والجسد من خلال مفاهيم التراجع والعمليات، فشل التمثيل النفسي والتعبير الجسدي عن معاناة، يمكننا فهم كيف تؤدي الصدمة على اضطرابات نفسية وجسدية معقدة كما أن نظريته توفر أسسا علاجية تساعد المرضى على استعادة توازنهم النفسي والتكيف الصحي مع تجاربهم الصادمة (Marty, 1993. P: 100)

10.11 حسب النموذج البيولوجي:

حاولت النماذج البيولوجية تفسير ظهور أعراض الصدمة يشترط في كثير من الجوانب مع نموذج سلوك الحيوان إزاء الصدمة التي لا مهرب منها وكلاهما يتضمن التعرض لضغط شديد لا يمكن تقاديه ويسلم كل من "داركولك" وآخرون أعراض الصدمة تتجم عن التغييرات في نشاط الناقلات العصبية وهي أعراض فقدان الذاكرة الحادة والانتقاضية الشديدة والثورات العدوانية يعتقد أنها ترتبط بالنشاط الزائد لإثارة الأدرينالية والمثيرات مرتبطة بالصدمة والتي يتبعها استهلاك كيماويات حيوية للمخ ونقص أدرينالين على مستوى الجهاز

العصبي المركزي. الذي يعتقد أنه يفسر لنا أعراض مثل فقدان الإحساس بالذلة الانسحاب الجماعي والحذر العاطفي أو الوجداني.

وعلى الرغم من أن النماذج البيولوجية مثيرة للعقول إلا أنها اعتبرت أولية بطبيعتها وتترك الكثير من الغموض في تفسير الصدمة وأعراضها وتأثير الفوارق الفردية وإستجابة للصدمة (شحاتة. 2023 ص 510)

12. علاج الصدمة النفسية:

1.12 مرحلة التكفل الإستعجالي:

يكون من خلال الفترات الحادة وهو عبارة عن تداخلات سريعة وفورية من أجل تقديم المساعدة لضحايا كوارث الطبيعية، حوادث... وهي نوعين من التكفل:

1.1.12 التطهير في عين المكان: يمارس مباشرة في المكان الذي وقع فيه الحادث الصادم ويكون من طرف الأطباء العقلين والمختصين النفسيين والممرضين وخلايا الاستعجالات الطبية والنفسية من طرف رجال مكونين في الإسعافات الأولية كرجال الحماية المدنية والعلاج الموجه لضحايا المدنيين لمساعدتهم على تجاوز الصدمة وتقبلها واستيعاب معاشهم الآني والتخفيف من القلق.

2.1.12 التطهير النفسي: يمارس التطهير النفسي من يومين إلى عدة أيام بعد الحادث صدمي (مدة زمنية تتراوح بين 24 إلى 70 ساعة) يكون في مكان ملائم وبعيد عن مكان الحادث فهناك من يعتبر التطهير النفسي طريقة علاجية وهناك من يعتبرها وسيلة تفسيرية عن كل الإحساسات السلبية للشخص المصدوم وتطبق بعض بعد تعرض الفرد لحادث صادم أو مجهود مثل (الكوارث الطبيعية، اعتداءات، عنف، حوادث...) وقد يكون فردي أو جماعي ومدة تتراوح بين ساعة ونصف إلى ثلاث ساعات حسب عدد المشاركين الذين لا يتجاوز عددهم 12 فردا، وهذه العملية بمثابة متابعة مباشرة للفرد إذ يتيح إبراز معاناته النفسية وهذا بواسطة وجود مختصرين وكلما كان التدخل مبكرا وسريعا كلما كان التصدي إيجابيا للتطور الإضطراب إلى إجهاد ما بعد الصدمة.

وهذه الطريقة موجهة للأفراد المدنيين والممارسين الذين واجهوا أحداث خطيرة أثناء عملهم ورجال الإنقاذ بعد ممارسة عملهم ويكون مؤمنا من طرف أخصائي الصحة العقلية: (Bossoles.P. 2006. P: 82,83)

- المكونين في الإجهاد وديناميكية الجماعة، وللعملية قواعد تتمثل في:

- إعلام الفرد بالوقت الذي سيستغرقه الاجتماع.
- المشاركون أفراد تعرضوا لنفس الحدث الصادم.
- الفوج لا يتعدى 12 شخصا.

- إعطاء توضيح عن العملية العلاجية.
- الحرية في التعبير أو عدمه ولا يوجد أي إرغام في ذلك.
- إعطاء نفس الوقت للحديث بالنسبة لكل فرد (تقسيم عادل لوقت الكلام).
- التعبير بكل طلاقة وحرية عن الأحاسيس وردات الأفعال الشخصية لكل الأفراد في الاجتماع.

3.1.12 نموذج شمال أمريكا Mitchell:

التطهير في علاج Debriefing صدمة نفسية استعمل في التسعينات مع الأفراد الجيش مطلع سنة 1953 وضع "ميتشال" نموذج التطهير وهو نموذج مكون من سبعة مراحل يكون تطبيقه في مدة بين 24 إلى 72 ساعة من وقوع الحدث الصدمي (Evelyne Josse, 2009, p4)

التطهير يكون مباشرة بعد تدخل الفوري "Difising"، وهذا النموذج الذي جاء به هذا العالم يقوم على مقارنة معرفية واضحة البنية ويكون داخل قاعة مغلقة يجرى من طرف مختص ومساعد له على مجموعة من الذين تعرضوا لنفس الحادث الصدمي عددهم عادة من 05 إلى 08 أفراد ولا يتعدى 12 فرد يتم عموماً خلال جلسة واحدة ويتبع مراحل معينة ودقيقة الهدف منه جعل الصحة في حالة مستقرة ومنع ظهور الإضطرابات النفسية الصدمية ومنه يمكن القول أن التطهير علاج استباقي يحد من ظهور الصدمة (Gise le perren Klinger, 2000, p 1,2)

وحسب ميشال هناك نوعين من تطهير الموجز والعملي:

- التطهير الموجز:

يكون بعد 24 ساعة من الحادث الصدمي والهدف منه توفير الثقة والأمان من طرف سواء الاخصائي النفسي أو أخصائي الأمراض العقلية وتركيز الفاحص على الردود الانفعالية من طرف المفحوص والعمل على فهمها وتسهيل سيرورة الاسترجاع الانفعالي بعد الحادث الصادم والتحقق من المضاعفات التي سببها الموقف أو الحدث الصدمي الذي عايشه الفرد أو واجهه وتشجيعه من أجل تحقيق التوازن الدينامي للضحية كما كان في السابق، ونجد أن الفاحص أو المساعدة دائماً يعملون على تشجيع كل مبادرات المساعدة والتضامن بين المجموعة التي تتلقى العلاج من خلال عملية التفاعل داخل المجموعة التي تتسلق العلاج (Cottencin.o, 2009, p: 13)

تنطبق هذه التقنية العلاجية يكون بطرح أسئلة حول الإحساسات السلبية والمعاش النفسي لكل فرد داخل المجموعة التي تتلقى العلاج الذي كان ضحية الحدث الصدمي.

ظهرت هذه التقنية في الولايات المتحدة الأمريكية مع أعمال "جيفري ميشال" إستخدمت في الإطار العسكري قبل أن تظهر وتنتشر في كل دول العالم، وكانت ناجحة لحد كبير في إطار الكوارث الطبيعية

خاصه الزلازل... إلخ

- التطهير العملي:

يكون في عدة جلسات علاجية وقد يصل وقت الجلسة ثلاث ساعات ولا تقل عن ساعتين وتتم هذه

العملية العلاجية عبر سبعة مراحل كما يلي : (Damiani.c, 2009)

- المرحلة التمهيديّة:

حسب ميشال في هذه المرحلة تقديم المتدخلين لمسؤولين عن الجلسة العلاجية وشرح الهدف منها المشاركين وبعدها يتم مناقشة ردود الأفعال التي من الممكن أن تلبي الصدمة وأبرز ميزات طبيعتها والسوية لأن الشخص يبرز ردود أفعال غير طبيعية مما يسهل للمشاركين الفرصة لفهم كل ما يجري أثناء الجلسة. وهذا ما يؤدي الى انضمامهم كليا إلى العملية العلاجية وضمان سيرورتها ويوضحون تجربتهم وخبرتهم وأن يلتزمون بقواعد الجلسة كالسرية التامة وأن كل ما يحدث داخل الجلسة العلاجية لا يتعداها للخارج.

إن السير الحسن للعلاج وزيادة الثقة والتي تعتبر أساس للنجاح العلاقة العلاجية، وأيضا مخرج عن الموضوع أثناء الكلام الحديث يكون حول الحدث الصدمي ودورهم في ذلك فقط. والتركيز على التأثير وردود الأفعال الحدث وكل هذا من أجل الوصول إلى نتائج إيجابية وتحقيق التفاعل العلاج الإيجابي والتقيد بوقت الجلسة وعدم تحسيس المجموعة بالنفور خاصة عند الخروج عن الموضوع.

2. مرحلة الوقائع (التوقعات والأحداث):

تقوم على أسئلة قاعدية، كيف؟ لماذا؟ متى؟ من؟ ماذا؟ ما الذي يحدث؟.. إلخ وهذا يسهل الحديث على تفاصيل الحدث الصدمي وسرده كما هو دون التركيز على الأفكار والأحاسيس و الانطباعات من أجل تجنب التعرض للصدمة ثانية غير مراقبة وسلبية، كل فرد داخل المجموعة يتحدث عن الحادث ويعبر عنه بكل انفعالات الذاتية بواسطة اللغة مهما كانت طبيعة هذه الحوادث خفيفة أو شديدة، مما يؤدي إلى التحكم في الذكريات الصدمية.

يعتمد الأخصائي النفسي "المعالج" في هذه المرحلة أساساً على الصعيد التطبيقي بالإعتماد على عنصرين أساسيين هما اللحظة الهادئة الأخيرة التي سبقت الحادث، واللحظة الأولى عقب الحادث، ففي أي لحظة أثناء عملية التطهير النفسي الرجوع إلى عملية استحضار من طرف المفحوص آخر لحظة إيجابية والسارة تؤثر بطريقة إيجابية على الجو المشحون انفعاليا الذي سبق سرد الحوادث أو الوقائع وذلك يمهد إلى مواجهة المتدخلين لمواجهة الوقائع مهما كانت صعوبته، وهذه العملية أو التقنية تساعد الفاحص في إعادة بناء الوقائع بدقة وعدم إهمال جميع مراحل الحادث الصدمي خاصة الجانب المؤلم، فمهما كان الحادث

الصدمة مرعبا وشديدا فهناك لغة للتعبير عنه، في هذه المرحلة يقوم المتدخلين بسرد قصة موضوعية عني الحادث الصدمي، واللغة التعبيرية للمتدخل تكون بمثابة وسيلة تفريقية لكل ما حدث للشخص أثناء الحادث وتتيح الابتعاد عن الحادث المعاش وتجعل من ذكرى الصدمة فرصة للابتعاد عن هذا الحدث الصدمي مما يؤدي إلى التحكم المتداخل في انفعالاته حيث مهما كان طبيعة الحدث فهناك لغة وكلمات تعبيرية عنه تسمح بإستخراج ما هو مكبوت واستحضار كل الصور من الذين والتعبير عنها واقعيا والوصول إلى التفرغ الانفعالي والتنفس، وفي الاخير تكون هناك خلاصة يقدمها المتدخلين في الوقائع بطريقة موضوعية تتقبله المجموعة مما يسهل الإنتقال إلى المرحلة الموالية،

3. المرحلة الانتقالية:

وهي مرحلة تقديم الحادث حيث يطلب المتداخل من المجموعة سرد ما كانوا يفكرون فيه من أجل الوصول إلى انفعالات والإحساسات التي تأتي لاحقا، أي تترك الضحية الوقت للتعبير عن ما الذي راوده ووصف الظاهرة الأكثر ألما وتأثيرا على الضحية أثناء الحادث الصادم.

4. مرحلة التفاعلات (ردود الأفعال):

والهدف من هذه المرحلة هو تسيير مشاعر المشاركين في الجلسة حسب ميشال هي مرحلة التنفيس حيث يجد الفرد نفسه وسط انفعالاته وفي حالة ما يكون التنفيس غير مراقب مراقبة جيدة يؤدي إلى ظهور إحساسات ليست طبيعية مما يعزز زيادة الهياج التي سببته هذه الانفعالات المؤلمة، ويكون عن طريق أسئلة من المتدخل للمشاركين ذات طابع سلبي وانفعالي، كالخوف والإحباط و الاكتئاب وفقدان الأمل واليأس والغضب.

كما أنه طرح الأسئلة يجب أن يكون بدقة من أجل الوصول إلى التعبير الدقيق والصادق عما عاشه الأفراد إثرء الحادث الصادم، وكل هذه الانفعالات تعتبر بمثابة تنفيس عن ما هو مكبوت عند المصدومين مما لا شك يؤدي إلى تقليل من التوترات عندهم.

5. مرحلة الأعراض:

وهي مرحلة مناقشة الأعراض ومعالجتها، التطهير النفسي الدروس إمكانية ظهور أعراض وتجارب في المستقبل مثل: القلق، الكوابيس، الاستثارة... إلخ يتم معالجة ردود الأفعال الناجمة عن الصدمة وذلك بطرح الأسئلة من طرف المتدخل للمشاركين عن ردود الأفعال أثناء الحدث الصدمي وما هو شعورهم والأعراض التي ظهرت عليهم، وكيف واجهوا هذا الحدث الصادم.

نجد أن الضحية تقوم بسرد كل الحركات والتصرفات والأعراض التي حدثت له خلال تعرضه للموقف الصادم، وقد يظهر عليه ذلك اثناء الجلسة.

6. مرحلة إعادة ترتيب الانفعالات:

يكون ذلك من خلال حوارين المتدخلين والمشاركين فيتم التطرق إلى ردود الأفعال من جهة نظر نفسية وتربوية، ويتم فيها بناء الأفكار ومناقشة التجربة من أجل إعطائهم تقنيات طرق للتحكم في الإجهاد وتسييره إيجابيا، وهذه المرحلة تمتاز بظهور راحة عند المشاركين حيث يصبحون يتكلمون عن كل جوانب الحدث الصدمي حتى المروعة منها ويصلون إلى إدراك أن الانطباعات والأفكار اللاعقلانية بمثابة ردود أفعال طبيعية سوية، وإدراكهم أن الحدث المؤلم قد فصل في حياتهم وليس نسيانه تماما وإنما تسجيله في الماضي والضرر الذي يسببه انتهى مع نهايته ولا بد من تجاوزه تماما، ويمكن اعتبارها مرحلة الإرشاد والتوعية من أجل تسيير الإجهاد.

7. مرحلة إعادة الإدماج (إعادة التأهيل):

حسب "ميشال" هي العودة إلى الحياة الطبيعية أو المعتادة وعلى المتدخلين ضرورة إعادة التفسير مرة أخرى لما يتعلق بسيرورة التطهير، والتطرق إلى النتائج المتوصل إليها في الناحية العلاجية خلال المراحل الستة السابقة خاصة فيما يخص العناصر المعرفية والانفعالية والنظرة المستقبلية للمفحوصين (المشاركين)، الغرض من التطهير هو فهم التجربة التي مروا بها وتقسيمها وتفسيرها بأسلوب جديد بإدراكهم سابقا بعدم تجاوز ما تعرضوا له أنه قابل للتحكم فيه وتجاوزه، وأن الذكريات المؤلمة شيئا فشيئا تفقد طابعها الصدمي وتصبح قابلة للتيسر وفصلت عن حياتهم تماما وتجاوزها أصبح أمرا حتميا وأصبحت من الماضي.

نستنتج مما سبق أنها مرحلة لتقديم مناقشة عامة عن الجلسة وتقييم النتائج المتوصل إليها وتلخيصها أن هذه المراحل السبعة لـ "ميشال" تسمح بالوصول إلى النواة الانفعالية النفسية للفرد وبالتالي مساعدته على التعبير عن انفعالاته عن طريق التفريغ والتنقيح (أوميلي، 2017، ص 11)

2.12 العلاج بالمساندة:

العلاج بالمساندة أو الدعم يأتي مباشرة بعد الإنتهاء من عملية التطهير النفسي، فالأشخاص الذين تعرضوا لحادث صادم مهما كانت طبيعته (كوارث طبيعية كالزلازل والفيضانات أو حوادث كوارث السرور والسقوط أو بيئة وأمراض فتاكة كالتطاعون أو إنفلونزا الخنازير والكوفيد... إلخ) يكون التكفل النفسي بهم فوري بالإعتماد على تقنية التطهير وبعد الانتهاء من هذه الطريقة العلاجية يستطيع الأخصائيين سواء في

الامراض العقلية أو النفسية الكشف عن الحالات التي تعاني من إجهاد حد وبالتالي تحتاج هذه الفئة إلى تكفل نفسي مستمر يكون عن طريق العلاج بالمساندة.

العلاج بالمساندة يكون بين المختص والصحية من خلال تقديم الدعم النفسي وتوفير الراحة من الأمراض وتعزيز التكيف بشكل أفضل مع طريق الحياة، يعتمد على العوامل المشتركة في العلاج النفسي مثل الإستقرار النفسي والقدرة على توليد الأمل وطمأنينة وتحقيق الأمن العاطفي للمفحوص وتعزيز قدرات التكيف وتجعلها أكثر مرونة وعدم إصدار الأحكام، وتساهم المساندة النفسية في التخفيف من المعاناة النفسية للضحية، والعلاج بالمساندة هو الشكل الأكثر استخداما في العلاج النفسي بأمريكا الشمالية وغالبا ما تستخدم في الطب النفسي للمرض الذين يعانون من مرض حاد ومستمر والمرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية والذين تم إدخالهم للمشفى والأساليب الأكثر استخداما هي: التقدير (التشجيع) والتخفيف النفسي والإرشاد وتطوير مهارات التأقلم والتوجيه الاستباقي ورفع الوعي وإقامة روابط (سن الأفكار والمشاعر والسلوكيات والحاضر) (<https://www.psychopap.com/therapieoutien>)

العلاج بالمساندة له دور فعال وأساس في الوقاية من الإصابة بالاضطراب الإجهاد ما بعد الصدمة فتقدم الدعم النفسي الذي سواء باللغة لفظيا والتعبير عن ردود الأفعال والمشاعر والغضب والشعور بالذنب من طرف المفحوص ستساعده في فهم المصدوم للحدث الصادم وكيفية مواجهته.

العلاج بالمساندة هو التنفيس والتفريغ العقلي لكل مشاكل المريض وانفعالاته ومخاوفه ويقوم على المشاركة الوجدانية والدعم النفسي وله أهمية كبيرة في الوقاية من وصول الشخص الذي تعرض لحادث صادم إلى الإصابة باضطراب الإجهاد ما بعد الصدمة.

يعتمد العلاج بالمساندة على عناصر رئيسية لنجاحه وهي العلاقة العلاجية بين الفاحص والمفحوص ستكون علاقة ثقة ودعم، فهذا يؤدي الى تحقيق معنى السند والدعم من الاخصائي للمفحوص يصبح هذا الأخير في حالة ماسة للأول، وبعدها الإصغاء الذي يعبر عن الإهتمام والتعاطف من طرف المعالج ثم بالاعتماد على المعلومات الدقيقة وتقديم النصيحة ثم الانطلاق العاطفي وتشجيع الأمل يكون بطريقة واقعية وذلك من أجل الوصول الى مقارنة إيجابية التي تبنى على تشجيع المريض من أجل إستغلال الإمكانيات والفرص واخرها والإقناع وهذا حسب خبرة المعالج وقوتهم في الإقناع من أجل مساعدة المفحوص بإتخاذ قرارات صعبة لكنها ضرورية (Paul Harrison et al, 2017, p: 1162,1163)

3.12 العلاج المعرفي السلوكي CBT:

1.3.12 تعديل الموقف والانتباه:

التعامل مع الاستجابات لحدث أو موقف ما مجهد من خلال تعديل ذلك الموقف المسؤول عن القلق والتوتر والتركيز من طرف الفاحص على المظاهر الأقل توترا والتي تركت صورة إيجابية عند المفحوص خاصة منها السارة أو الممتعة والتي كانت قبل حدوث الصدمة بوقت قصير أو لها علاقة بالحدث الصادم أو مكان وقوعه من أجل تغيير الخبرة العامة للحدث أو الموقف (هوفمان إس. جي، 2012 ص 58)

فالفحص أثناء الجلسة العلاجية يركز على المواقف التي تركت صورة إيجابية عند المفحوص أثناء تعرضه للحدث الصادم والإبتعاد عن تذكير المفحوص بمعاناته من أجل تحسيسه بالمساعدة وتجاوز كل ما حدث له، والعمل على تغيير انتباهه نحو الأمل وحب الحياة، والفهم الموضوعي للتجربة المؤلمة التي مر بها وسعادة إحساسه بالسيطرة وثقة بالنفس وتحسين القدرة على التأقلم مع تلك المواقف أو الأحداث التي تسبب له معاناة.

2.3.12 إعادة البناء المعرفي إعادة البناء المعرفي للمخططات:

المخططات المعرفية هي المحددة لتقييم المعرفة للموقف الصادم وهي عبارة عن معتقدات عن العالم الذي يعيش فيه المصدوم حول ذاته ونظرته للمستقبل التشاؤمية والسلسلة مثلا: الذي يعاني من اضطراب إجهاد ما بعد الصدمة بسبب تعرضه لحادث مرور بالسيارة فعند ركوب هذه الأخيرة يتذكر ما حدث له ويخاف من معاودة إحداث الصدمي (الحدث المروري). فمعالجة التقييمات التي التقييمية على أنها فروض صحيحة أو خاطئة ولكي يصل المريض إلى صدق هذه الأفكار يأخذ دور الملاحظ أو المكتشف وليس دور الضحية الأفكار السلبية ويعتمد لمعالج بتقنية (CBT) على الحوار السقراطي كما يسميه "بيك" يكون بين الفحص والمفحوص أثناء الجلسات العلاجية، فيكون تركيز الفاحص على المعتقدات السلبية الرئيسية مثلا: أنا في خطر دائم، أنا لا أنام، ونومي متقطع، وأعاني من كوابيس حول الحدث الصادم، أنا في حالة توتر وقلق، سوف يتكرر يوما ما الحدث الصادم...إلخ، والعمل الأساسي للأخصائي هو العمل على تغيير هذه المعتقدات رغم أن العملية تستغرق وقت كبير وجهد كبير من أجل تغيير هذا التفكير الآلي السلبي للمفحوص وبإمكان الأخصائي الإعتماد على ثلاثة عمليات أخرى تساعده في تسهيل العملية:

- يجب أن تكون للمفحوص قصة يتعلق بنمو هذه الأعراض.
- رؤية الخبرات الموضوعية والقدرة على إقناع المفحوص واعترافه بتعلمه لشيء سلبي يعيق حياته من جميع النواحي.
- إحياء الأمل عند الغموض بقدرته على تجاوز هذه المعتقدات السلبية بمساعدة الأخصائي وإتباعه لإستراتيجيات علاجية.

ومن الإستراتيجيات الفعالة للكشف عن المخططات اللاتكيفية طريقة السهم النازل وهي تقنية مفيدة لتحديد المعتقدات العميقة من جانب المريض وله تأثير علاجي معين يسمح كذلك بالتعبير عن الأفكار العميقة والمعتقدات بطريقة تعكس الوضع.

تهدف إلى تغيير أنماط التفكير الخاطئة لدى المفحوص من خلال مساعدتهم على تنمية قدراتهم على تقييم الأحداث الصادمة، بطريقة أكثر واقعية واستخدام أيضا الحوار الذاتي وتقدير الذاتي لبناء هذه المهارات والاستعانة أيضا الاسترخاء من أجل دفع التصورات المكبوتة إلى الشعور (بركو، 2016، ص 150)

3.3.12 تأمل الملاحظة الذاتية أو المراقبة الذاتية:

هو حالة عقلية تتميز بالوعي اللاتحكمي بخبرات الحالة الراهنة كأحاسيس الفرد وأفكاره وأعراضه الجسمية وبيئته ووعيه وتشجيعه على الإنفتاح والتقبل و الاستطلاع والتأمل يحتوي على جزئين الأول هو التنظيم الذاتي للإنبته أو الثاني هو التوجيه والتركيز حول اللحظة الحالية التي تتميز بالإستطلاع والتقبل والإنفتاح، حيث أشارت الدراسات الحديثة إلى أن العلاج المعرفي السلوكي القائم على التأمل مفيدا جدا في التقليل من الضغوطات النفسية والقلق والإكتئاب والصدمات النفسية من أجل التخفيف من أعراض الإضطراب ومستوى القلق لدى هذه الفئة حيث يعتقد الأشخاص النية للمرور بخبرة الإنفعالات الموجبة أثناء التأمل لنفسهم وحياتهم وكلها والهدف من التعلم من خلال تفكير الفرد وعقله والإستغناء عن الإفتراضات الخاطئة التي تعيق حياة الفرد وسعادته والتخفيف من القلق ومن أعراض الحدث الصادم (هوفهام إسي جي، 2012 ص 59)

4.3.12 التقبل:

الإعتماد على التقبل في العلاج المعرفي السلوكي من خلال تعزيز الأفكار والمشاعر غير المرغوب فيها من طرف الفاحص وتشجيع المفحوصين على ذلك مثلا: الألم، القلق، التوتر، الإحساس بالذنب كبداية لتجنب الخبرات والهدف من ذلك هو مواجهة الأفكار والمشاعر غير المرغوب فيها بدون محاولة تغييرها أو إزالتها ووضع النهاية لها (Hayes, 2004)

4.3.12 المواجهة:

ولنجاح العلاج بالمواجهة يكون بمواجهة موقف القلق من ناحية ومن ناحية أخرى والبناء المعرفي للتشوهات التابعة لها دورا حاسما في العملية العلاجية وتهدف إلى وضع الخبرات الصادمة في جانب معرفي تكيفي وتمكين المفحوص من الوصول إلى تقدير واقعي فيما يتعلق بمشاركة ذاتية في الحدث الصادم،

والدراسات الإمبريقية أكدت أن العلاج المعرفي السلوكي من الطرق العلاجية الأكثر فعالية ونسبة توقف العلاج أو فشله ضئيلة جدا بالمقارنة بالطرق العلاجية الأخرى (Taylor, 2006, p16)

تطرت "إيليرز" إلى أساليب المواجهة من أجل إعادة الخبرة الصادمة بطريقة تخيلية مع طرق العلاج المعرفي السلوكي وتحدد هذه العالمة عمليتين معرفيتين مهمتين ويؤديان إلى إدراك المصدوم وجود تهديد رهن ينتج الخوف الأولي وهي تفسير الصدمة أو نتائجها أو كليهما معا، والثانية هي نوع ذاكرة وارتباطها بذكرات حياة الفرد المصدوم (Ehlers, 1999, p: 44)

إستراتيجية العلاج بالواجهة هدفها إعادة البناء البناء المعرفي وتعديل التقويمات المشوهة للصدمة وعواقبها من أجل التخفيف أو حتى الحد من أعراض التكرار والتجنب للحدث الصادم وأعراض فرط التيقظ ويكون ذلك تأثير المريض على العلاج إيجابيا والوصول إلى السيطرة على ما يحدث معه فيمكن القول أن العلاج ناجح (Ehlers, 1999, p:122)

أثناء العلاج المعرفي السلوكي يتم مواجهة المفحوص بخبرات الصدمة والتركيز على المثيرات التي تستدعي القلق والخوف مما يؤدي إلى الإعتياد على هذه الخبرات الصدمية.

أثناء هذه الاستراتيجية الهلاجية يحصل المفحوص على معلومات جديدة لمواجهة الخوف والقلق، المواقف الصادمة وهذه الطريقة لا يعالج بواسطتها مباشرة معتقدات المريض حول العالم وحول ذاته وإنما التركيز على تخفيف الأعراض المفحوص فيصبح قادرا على مواجهة الصدمات والإنقاص من الشعور بخطورة العالم حوله مما يسهل عليه البحث عن الدعم الاجتماعي وتحقيق الاستقرار له (Foa, 2003, p 99)

6.3.12 الإسترخاء :

هو تقنية علاجية لخفض توتر العضلات من خلال الاسترخاء ثم يؤدي إلى الاسترخاء الذهني الأصدقاء الجسدي ثم يؤدي إلى الإسترخاء الذهني وهذه التقنية تقع ضمن نطاق العلاجات التي تتم بواسطة الجسم، وتستخدم هذه الطريقة كإستراتيجية علاجية في العلاج السلوكي المعرفي.

الإسترخاء هو طريقة بسيطة وفعالة للتعامل مباشرة مع الأعراض الجسدية و الإضطرابات العاطفية وتعلم التحكم فيها، يعيد الإسترخاء العلاجي الإرتباط بين النفس والجسد من خلال إكتشاف التجربة النفسية الجسدية ويمكن نقل تقنيات الإسترخاء وتعليمها للمفحوص الذين يمكنه استخدامها في وقت القلق والتوتر.

حيث أن الفرد الذي يعاني من إجهاد ما بعد الصدمة يكون في حالة توتر وقلق خاصة في تذكره الحدث الصادم وعودته الأعراض المتعلقة خاصة منها فرض الاستثارة وأعراض التجنب والتكرار للحدث الصادم فهذه التقنية العلاجية أثناء الجلسات العلاجية أو حتى بعد انتهائها تقلل من الإجهاد من خلال

تمارين التنفس وإسترخاء العضلات تقلل من توتر وقلق المفحوص وبذلك لتخفيف من الأعراض الفيزيولوجية السلوكية خاصة والتحكم فيها فالمعالج يعمل على تعليم المبحوث تقنية الإسترخاء أثناء الجلسات العلاجية والتي تدوم غالبا 10 دقائق وكذا إنتهاء الجلسة العلاجية يقوم بها لوحده (قي، سعدوني، ع. 2012. ص 198) حسب "M. Sapir" الاسترخاء هي تقنية إثارة لإنتاج الهوائي للفرد فلا يبحث هذا الأخير عن الاسترخاء الجسدي والإحساس بالراحة فقط وإنما التوغل والوصول إلى الحياة اللاشعيرية للمفحوص الذي يعاني إضطراب إجهاد ما بعد الصدمة والتركيز على أجزاء الجسم لتحقيق رابط قطع بسبب الكبت أو النسيان ويسمح الاسترخاء بوضعية نكوصية والسعي لإيجاد نوع من الإرضان الكلامي يتم من خلاله تفرغ القلق وتحقيق الراحة النفسية وتسمح للشخص الذي يعاني من الصدمات بالتحكم في الاستجابات الفيزيولوجية (Paumelle, 2001, p: 68,69)

الاسترخاء هو عرض للوضعيات لصور الذهنية التي تفكر بالوضعية الصدمية والحدث الصادم حيث تشمل الصور البصرية المقتحمة المميزة لحالة "PTSD" المفحوص يتخيل بطريقة متكررة للمواقف المصورة في هذه الصور كما يمكن أن يعمل على إزالة التحسس النظامي فيحاول تغيير المحتوى في خطوات صغيرة لصور تكون أقل إزعاجا، إستعمال التصور في العلاج المعرفي السلوكي وإزالة التحسس قد أصبح بمثابة مبادرات علاجية لعلاج إضطراب إجهاد ما بعد الصدمة ويمكن مساعدة المرضى في دمج ومعاملة الاستجابات المزعجة المجزئة للأحداث الصادمة (Hackman et al, 2011)

- **التدريب على الاسترخاء:** يسهل قدرة الفرد على تخيل مشهد الحادث الصدمي لخفض مستوى القلق المتبقي الذي يتبع تقديم مشاهدة الصدمة.

4.12 العلاج بإزالة التحسس بحركة العين EMDR:

إكتشفت هذه الطريقة العلاجية سنة 1989 من طرف الدكتورة "شابيرو" والهدف منها هي إزالة الحساسية لحركة العين وإعادة المعالجة من خلال إستدعاء ذاكرة عاطفية قوية مع المنبهات التي تتناوب على الجانبين الأيمن والأيسر بغض النظر الحواس المحفزة (البصر، اللمس، السمع) وهي حركات يقوم بها المعالج بإصبعه السبابة من اليمين إلى اليسار والتي يتبعها المفحوص بنظراته (العين المرهقة) وأيضا أصوات مسموعة من سماعات الرأس التي تتناوب بين الأذنين اليمنى واليسرى، يستخدم الفاحص أحيانا النقر على ركلة واحدة ثم الأخرى ويمكن حواس مختلفة للوصول إلى ما يسمى بالمنبهات الثنائية، ولقد تم إثبات فعالية EMDR على نطاق واسع في علاج إضطراب إجهاد ما بعد الصدمة والذي يصاحبه تغيير في الأداء الإجتماعي أو الشخص أو الشخصي أو المهني وعادة ما تكون بضع جلسات كافية لعلاج حادث صادم معين (<https://www.Observatoireb2desmemoires,fr>)

- مراحل العلاج بطريقة EMDR:**1. المرحلة الأولى (تاريخ الحالة وخطة العلاج):**

جمع معلومات حول المفحوص والتركيز على العلاقة العلاجية مبنية على ثقة والإنفاق على كل حيثيات العلاج، والتطرق إلى سبب طلب المفحوص العلاج ويقوم الفاحص بتدوين تاريخ مفصل عن الأحداث التي سربها في حياته وعن صحته الجسديه والأدوية التي يتناولها والدعم الإجتماعي والأحداث والتجارب الماضية السلبية التي تسبب له المعاناة العاطفية والسلوكية الراهنة والتركيز أساسا على تاريخ الذكريات المؤلمة التي تعرض لها المفحوص الهدف الأساسي هو صياغة مخطط علاجي لإستهداف الذكريات الصادمة بالإعتماد على تقنية EMDR (مجاهدي، ميموني، 2008، ص 205، 206)

2. المرحلة الثانية (التحضير):

شرح المعالج للمفحوص بالتفصيل وتهيئة تهيئته للعلاج ويوضح له أنواع الاستشارات الثنائية وأن أكثرها فعالية في حركة العينين وإذا تعذر استخدامها يلجأ المعالج إلى النبضات الصوتية أو التريبت على الركب فكلها حركات متناوبة، ويمكن أيضا ترك الإختبار للمفحوص إختبار إحدى تقنيات التي يفضلها طبعاً بعد تنظيم طريقة الجلوس على الكرسي متقابلاً مع المفحوص على شكل مرور سفينتين بإتجاهين متعاكسين ولا يمنع التحول إلى تقنية أخرى في وسط العلاج، ويعلم المعالج المفحوص كيفية تطبيق عدد من تقنيات الإسترخاء مثل: التنفس ببطء، وتقنية مجرى الضوء، والمكان الآمن أثناء مروره بخبرات مزعجة وأفكار صدمية (Freedman D opur, 2007, p 95,96)

3. المرحلة الثالثة (التقييم):

تعتبر أهم المراحل، يقوم خلالها الفحص بتحديد الأحداث الصدمية التي تذكر المفحوص بالتجارب المراد علاج المشاعر السلبية المرتبطة بتلك الأحداث، والهدف الأساسي هو تحديد الذكرى المزعجة التي ينبغي العمل عليها.

يقوم المعالج بتدوين المقياس الأساسي لردات الفعل الانفعالية فعالية والإدراكية والجسدية للمفحوص وتنتهي هذه المرحلة التقييمية بتحديد موقع الإحساس بجسد المفحوص الذي يترافق بضغط أو الشدة (Shapiro Francine, 2018, p 225)

4. المرحلة الرابعة (إيصال الحساسية):

معالجة مسرعة للعمليات من خلال إستعمال الإستنارة الثنائية مع الصور (الذكرى الأكثر انزعاجاً والمعتقد السلبي عن الذات مع الأحاسيس الجسدية) فأى تغيير يطرأ في الصور والذكريات والأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية للمفحوص يخبر المعالج بها بعد كل مجموعة استنارة ثنائية وتهدف إلى إيصال

التحسس سواء لحركة العين أو النبضات الصوتية أو التريبت على الركبة وإعادة معالجة مجموع الذكريات المحزنة بطريقة غير تكيفية.

وتنتهي هذه المرحلة عند إعلان المفحوص أن صورة أو الذكرى المتعلقة بصدمة لم تعد تسبب له إزعاجا

(Luber. M. 2010.P: 78)

5. المرحلة الخامسة (التثبيت):

في هذه المرحلة يقوم المعالج بإرشاد المفحوص إلى دمج النظرة الإيجابية للذات مع الصور والذكريات المزعجة الأصلية حول الحدث الصادم، يستعمل الأخصائي الإستثارة الثنائية مهما كان نوعها لتعزيز النظرة الإيجابية للذات، وبالتالي زيادة ثقة المفحوص بنفسه وتعزيز قوة الأنا لديه وبذلك تترسخ الإعتقادات الإيجابية، فيكون الإعتقاد الإيجابي هو المرغوب من المفحوص (Shapiro Francine, 2012 p 228)

6. المرحلة السادسة (الفحص الجسدي):

يطلب الفحص من المفحوص إجراء مسحا ذهنيا لجسده من خلال إستحضار الصور أوالذكريات المزعجة الأصلية المتعلقة بالحدث الصادم مع النظرة الإيجابية للذات، في حال وجود أي توتر جسدي غير إعتيادي فيطلب الفحص من المفحوص التركيز على تلك المنطقة ويقوم بمجموعة من الحركات المتناوبة حتى يختفي ذلك الإحساس تماما (مجاهدي، ميموني، 2018، ص 218)

7. المرحلة السابعة (إختتام حصة الإغلاق):

تتمثل هذه المرحلة ختام كل جلسة علاجية ويحرص الأخصائي على مغادرة المفحوص بحالة نفسية جيدة ويكون ذلك بإتباع الخطوات التالية:

- إخبار المفحوص بوقت التوقف وتشجيعه على التعبير عن إحساسه وعن مدى إقتناعه بالعلاج وماذا تعلمه واكتسبه أثناء الحصة العلاجية، ويطلب من المفحوص أن يكتب لائحة بيومياته فيها كل ما يخطر على باله طوال الأسبوع (الأحلام، الذكريات، الأفكار) سواء كانت سارة أو مزعجة ويتم إستعمالها كنقاط لبداية العلاج في الحصة القادمة كالقول الأعمال التي أنجزتها في الحصة يمكنه أن يكملها بعدها (الأفكار، الأحلام، والذكريات) عند حدوث هذا معك أكتب كل ما تحس به وماذا ترى وبماذا ذكرت وما هي الأساليب التي أدت حدوث ذلك؟

ويمكنك إستعمال المكان الآمن "وإذا لم تجد أي حل إتصل بي في أي وقت"

لائحة البيوميات بطلب الفاحص من المفحوص أن يكتب لائحة فيها كل ما يحدث له طوال الأسبوع سواء كانت أفكار الذكريات أو أحلام مهما كانت طبيعتها وأسبابها، حتى يتم إستخدامها كنقاط لانطلاق الحصة القادمة،ومن هذا تقول أن العملية العلاجية قد تستمر مع الغموض حتى خارج الحصة في منزله أو

مكان عمله أو حتى حياته اليومية من خلال اطلاع المعالج على دفتر يوميات المفحوص بين الجلسة العلاجية والأخرى ويذكره باستخدام تقنيات الإسترخاء في بيته أو مكان عمله كلما شعر بتوتر أو انزعاج (مجاهدي، ميموني، 2008، ص 219، 220)

8. المرحلة الثامنة (إعادة التقييم):

تستهل كل جلسة علاجية جديدة بإعادة تقييم فيسرد المفحوص للفاحص كل ما اختبره بين الجلسة الأخيره والجلسة الحالية فيمكن التنبؤ بحسن الحصة السابقة والهدف الأساسي من هذه المرحلة هو التحقق من حالة المفحوص منذ إنتهاء الجلسة العلاجية الأخيرة إلى الوقت الذي عاد فيه للعلاج أثناء الحصة الحالية (مجاهدي، ميموني، 2008، ص 219)

5.12 العلاج بالتنويم المغناطيسي:

يعرف إنجلش إنجلش التنويم المغناطيسي "هو اصطناع النوم" وهو حالة استعداد النائم بإيحاء إلى قبول ما يوحي به إليه من أولى ويخضع المفحوص إلى إرادة الفحص ويمكن استخدام هذه التقنية العلاجية وتكون ناجحة مع الجنود الذين كانوا يعانون من صدمات الحروب ومع المريض الذي يعاني من الألم إذا ما تعرض لموقف علاج ولذلك يصلح الإيحاء المباشر في إزالة هذه الحالة ثم إكمال علاج بمناهج أخرى Fredrik (Johan Bjornstram, 1889 p:55)

- يعمل التنويم المغناطيسي على ثلاث وجهات:

1. الإبحار المباشر فالمبحوث بأنه قد نجح فعلا في تعديل سلوكه المرضي من خلال تعقب الأعراض وتغيير نحو الإجابة.
2. التفرغ والتطهير الانفعالي من خلال إعادة إحياء الخبرة الانفعالية المنسية والمكبوتة خاصة في حالة اضطراب الجهاد ما بعد الصدمة من أجل تفرغ كل ما هو سلبي متعلق بالحدث الصادم.
3. الأحلام من خلال تفسيرها لو طلب المعالج من الفحوص أن يرى في منامه عرضا من الأعراض التي يعاني منها، وقد يرى المبحوث الحلم أثناء الجلسة ويوحي إليه المعالج أنه يرى في الليلة المقبلة حلما معينا، وفي الجلسة المقبلة يستخدم معه منهج تفسير الأحلام وتذكره هو منهج التداعي الحر (العيسوي، 2004، ص 152، 153)

ولههدف الأساسي هو استعادة السيطرة على القلق وتهيئة إزالة التحسس فيما يتعلق بالحدث الصادمة القضاء على عادات الكوابيس والذكريات المتكررة المتعلقة بالحدث الصادم.

التنويم المغناطيسي أداة مفيدة للتحكم بشكل أفضل في أعراض الصدمة ويعتبر طريقة علاجية فعالة لما يكون جنبا إلى جنب مع EMDR على وجه الخصوص طريقة فعالة لمعالجة الذكريات المؤلمة للصدمة (<https://www.nhp-centrum.com/hypnotherapie/traumatique-sspt>)

6.12 العلاج بالأدوية:

العلاج بالأدوية هو المرحلة الأولى لتخفيف الأعراض الحادة والمؤلمة من أجل تسهيل الانتقال إلى مرحلة العلاج النفسي، وتشير العديد من الأبحاث والدراسات الحديثة أن العلاج الدوائي للطبيب يكون في عالم في معالجة القلق و الاكتئاب وفرط الإستثارة خاصة منها الإضطرابات النوم والكوابيس (محمد حمدي النجار، 1989 ص 113)

الحركات تكون حسب الأعراض الإكلينيكية التي تظهر على المريض، وتزيد هذه الجرعات بالتدرج حتى تتحسن الحالة وهناك مجموعة أخرى من الأدوية لعلاج هذا الإضطراب Zolaft, Divarus, Diroxat, Tiagabine, Extalopran, Tianeptine, Tropicamide أفضل من طرف المريض، وقد تستعمل حتى المهدئات في العلاج مثل "كاليرومازيام"، "ليكزوميل" العلاج القصير للاضطرابات القلق والأرق ومهدئ للأعصاب والتوتر (<https://www.anxiete.fr/stress-post-traumatique/prise-en-charge>)

ويمكن أيضا الإعتماد على أولانزابين "Olanzapine" وكيثيابين "Quetiapine" الأدوية المضادة للذهان الغير النمطية، وأدوية تعالج إرتفاع ضغط الدم ويمكن إستخدام مضادات القلق لتخفيف من القلق الشديد والمشكلات ذات الصلة ولا يمكن تناولها لمدة طويلة لتجنب الإدمان، ومن بين الأدوية التي تعالج إضطرابات النوم وتقليل من أعراض الاستثارة للمريض هو "البرازيسين"

(<https://www.msmanuals.com/MSD2021>) Prazoscine

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل قمنا بتفكيك بنية الصدمة النفسية، متتبعين تطورها كمفهوم نفسي معقد، لا يقتصر على كونه مجرد استجابة لحادث الصادم بل يتجلى بنية نفسية تتفاعل فيها العوامل الإدراكية العاطفية والبيولوجية، لقد كشفت تحليل العميق لمفهوم صدمة النفسية عن تشابكها مع المفاهيم أخرى، مما يكن كظاهرة النفسية تتجاوز البعد الفردي في الأنساق الإجتماعية والثقافية.

كما استعرضنا التصنيفات مختلفة لصدمة نفسية محددتين العوامل التي سجل الحدث الصادمة لبعض الأفراد دون غيرهم، وفقا لمحددات ذاتية وموضوعية وتمت مناقشته مراحل الصدمة النفسية وأعراضها إلى جانب المتلازمات النفسية التي تترتب عنها، مما سمح بفهم دينميكيات تطورها وتأثيرها على التوازن النفسي للفرد كذلك نتطرقنا إلى سيرورة حدوث الصدمة النفسية.

على المستوى النظري، تناولنا أبرز المقاربات المفسرة لصدمة النفسية، بدء من التحليل النفسي الذي كشف عن جذورها اللاواعية، مروراً بالمقاربات العصبية التي ربطتها في الاستجابات الفسيولوجية للدماغ وصولاً إلى الطرح المعرفي والسلوكي الذي ركز على أنماط التفكير والاستجابات التكيفية، وأخيراً تطرقنا إلى الأساليب العلاجية المختلفة مؤكداً أن التعامل مع الصدمة لا يقتصر على إزالة الأعراض، بل يستهدف إعادة بناء التوازن النفسي العميق مما يجعلها، مما يجعلها مجالاً مفتوحاً للبحث والتطوير المستمر.

الفصل الثاني: ماهية الاضطرابات السيكوسوماتية

تمهيد

1. نبذة تاريخية عن نشأة الاضطراب السيكوسوماتي

2. تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية

3. الاضطراب السوماتي

1.3 النقلة السيكوسوماتية

2.3 الحالة السيكوسوماتية

3.3 الاقتصاد السيكوسوماتي

4. تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية

1.4 محمد خير الزراد

Pierre Marty 2.4

Alexander 3.4

4.4 ريس

5. الخصائص الشخصية للمريض السيكوسوماتي

6. أنماط الشخصية وبروفيل شخصية مريض السيكوسوماتي

7. رمزية الاضطرابات السيكوسوماتية "الاضطرابات الجلدية أنموذجاً"

8. المعايير التشخيصية للاضطرابات السيكوسوماتية

9. الاتجاهات ونظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية

أولاً: النظريات البيولوجية

• نظرية الضعف البدني

• نظرية رد الفعل النوعي

• نظرية التطور والارتقاء

- نظرية التأثيرات الجينية
- نظرية كانون
- نظرية سبلي

ثانيا: النظريات النفسية

- نظرية الكسندر
- نظرية بيار مارتي
- نظرية سامي علي
- نظرية البروفيل الشخصي
- النظرية الإدماجية لستورا
- نظرية العرض السيكوسوماتي ككوص
- تفسير الموقعية الثالثة للأمراض السيكوسوماتية
- نظرية السلوكية
- النظرية المعرفية

10. التنبؤ في الطريقة الإكلينيكية

11. علاج الاضطرابات السيكوسوماتية

1.11 العلاج بالأدوية "الطبي

1.1.11 المهدئات Le Trauquilisants

2.1.11 العلاج البديل Placebo

3.1.11 الفيتامينات المضادة للضغط والانهييار

2.11 العلاج النفسي

خلاصة الفصل

تمهيد:

لطالما كانت العلاقة بين النفس والجسد محط اهتمام الفلاسفة القديمة والعلوم الحديثة على حد سواء، فالإنسان ليس مجرد كيان مادي تحكمه قوانين الفيزياء والبيولوجيا، بل هو منظومة ديناميكية معقدة تتداخل فيها العوامل النفسية والوجدانية مع العمليات الفيزيولوجية، في هذا السياق، تبرز الاضطرابات السيكوسوماتية كمجال بالغ الأهمية، إذ تمثل نقطة التقاء بين ما هو نفسي وما هو جسدي مما يفرض إعادة النظر في المفاهيم التقليدية للصحة والمرض.

لم تعد الأمراض الجسدية تفسر فقط من منظور بيولوجي بحت، بل أصبح من الضروري فهم الدور العميق الذي تلعبه الصدمات النفسية، الضغوط المزمنة، والصراعات اللاواعية في نشوء الاضطرابات الجسدية حقيقية.

في هذا الفصل سنتناول التطور التاريخي لمفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية، موضحين كيف انتقل التنكير العلمي من الفصل الصارم بين الجسد والعقل إلى الاعتراف بتأثير العوامل النفسية في نشأة الأمراض الجسدية، كما سنناقش المفاهيم المتداخلة مع هذه الاضطرابات.

إضافة إلى ذلك، سنتناول تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية وفقا لمقاربات متعددة، من بينها تصنيف بيار مارتي الذي ركز على التحليل النفسي العميق لهذه الاضطرابات، وتصنيف محمد خير الزراد الذي قدم رؤية مستندة إلى معايير طبية ونفسية متكاملة، بالإضافة إلى تصنيفات أليكساندر وريس التي سلطت الضوء على العلاقة بين أنماط الشخصيات السيكلوجية والاستجابات الجسدية المرضية.

كما سنستعرض الخصائص الشخصية للمريض السيكوسوماتي، موضحين السمات التي تميزه عن غيره من المرضى، ونحلل أنماط الشخصية المرتبطة بهذه الاضطرابات إضافة إلى تقديم بروفيل تفصيل لشخصية المريض السيكوسوماتي لفهم بنيته النفسية وكيفية استجاباته للضغوط الداخلية والخارجية ونستعرض كذلك رمزية الاضطرابات السيكوسوماتية.

وفي سياق لتشخيص، سنتطرق إلى المعايير التشخيصية للاضطرابات السيكوسوماتية، حيث سنناقش المؤشرات السريرية والنفسية التي يعتمد عليها الأخصائيون في تشخيص هذه الاضطرابات مما يساهم في تطوير استراتيجيات علاجية أكثر فعالية.

وأخيرا، سنناقش سبل العلاج المتاحة، محاولين استكشاف إلى أي مدى يمكن للعلاج النفسي بمختلف مدارس أن يساهم في هذه الاضطرابات، ولكن يمكن للجسد أن يستعيد توازنه حين تعالج جذور المعاناة النفسية، هذا الفصل ليس مجرد استعراض النظريات ومفاهيم، بل هو محاولة لفهم أكثر عمقا

للطبيعة الإنسانية حيث يصبح المرض الجسدي انعكاسا لصراعات لم تحل، ورسالة خفية تحتاج إلى فك شفرتها.

1. نبذة تاريخية عن نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية:

يمثل السيكوسوماتيك نظرة جديدة إلى الإنسان المريض، وهو بذلك جزء من تاريخ الطب منذ نشأته تطور الطب عبر تيارات مفاهيمية مختلفة، لعبت فيها الحياة النفسية دورا متفاوت الأهمية، وقد ظهر مصطلح "السيكوسوماتيك" في النصف الثاني من القرن التاسع عشر، ونسب إلى الطبيب النفسي الألماني هاينروث (Heinroth).

كان الهدف من ظهور هذا التيار الطبي الجديد الذي أطلق عليه مصطلح السيكوسوماتيك، هو إدخال العوامل النفسية في التيار العضوي والتجريبي للطب في القرن التاسع عشر، وذلك لفهم أسباب وأصول بعض الأمراض وقد استمرت هذه المقاربة الشمولية للإنسان المريض حتى يومنا هذا، حيث أصبحت إحدى الاتجاهات السائدة في الممارسة الطبية، ومع ذلك واجهت هذه المقاربة تحديات بسبب التطور السريع للاكتشافات البيولوجية والنظريات العلمية التي أصبحت اليوم تشكل الأساس الصلب للطب الغربي.

منذ أن أسس فرويد التحليل النفسي، فتحت آفاق جديدة لدراسة المرضى الذين يعانون من أمراض جسدية، حيث اعتمد العديد من المحللين النفسيين على هذه النظرية الجديدة في ملاحظتهم السريرية وفي علاجهم التحليلي النفسي، وهكذا ظهر تيار سيكوسوماتي جديد ذو أصل تحليلي نفسي يختلف عن التيار الطبي التقليدي البحث.

- التيار الطبي التقليدي ينطلق من مفهوم المرض، ويسعى إلى البحث عن جميع العوامل المسببة له، سواء كانت بيولوجية أو نفسية.
- أما السيكوسوماتيك التحليلي النفسي فينطلق من الإنسان المريض ووظيفته النفسية، محاولا فهم الشروط النفسية التي أدت إلى ظهور المرض الجسدي.

1.1 تاريخ الساكوسوماتيك في التحليل النفسي:

أ. الأسس الفرويدية للسيكوسوماتيك:

لا يوجد في أعمال "فرويد" أي بحث مخصص بشكل خاص لدراسة الساكوسوماتيك ومع ذلك، فإن العديد من المفاهيم والأدوات التي طورها في مجالات أخرى من علم الأمراض النفسية، أصبحت أساسا للجهود المستقبلية التي بذلها المحللون النفسيون المهتمون بالأمراض الجسدية ذات الأصل النفسي.

وعلى الرغم من أن فرويد لم يهتم بالسيكوسوماتيك بالمعنى الذي نفهمه اليوم إلا أنه درس بشكل مكثف الحالات المختلفة للجسد وتدرج جميع أعماله المتعلقة بالأمراض ذات التعبير الجسدي ضمن الإطار الاقتصادي الغريزي.

عند استعراض أعمال فرويد يمكننا تصنيف الأعراض الجسدية إلى أربعة أنواع رئيسية:

1. الأعراض التحويلية الهستيرية.
2. الأعراض الجسدية للعصاب الفعلي.
3. الأعراض الهيبيوكذرية.
4. الأمراض العضوية (Smadja, p: 1)

ب. التيارات ما بعد الفرويدية في السيكوسوماتيك:

بعد فرويد، اهتم عدة محللين نفسيين بدراسة التحليل النفسي للمرضى المصابين بأمراض جسدية.

1. التيارات النظرية التي سبقت الحرب:

خصص "فيرينتزي" جزءاً من أعماله للتحليل النفسي للأمراض العضوية وقد قام بابتكار مفهوم "المرض العصابي" "Pathonévrose" وهو مصطلح يسعى إلى تفسير إعادة التشكيل العصابي للتحويلات الذهانية أو النرجسية التي قد تحدث نتيجة لمرض عضوي.

كما تناول "فيرينتزي" دور النزعة المازووية في هذه التغيرات المرضية، معتبراً أنها قد تلعب دوراً أساسياً في كيفية تطور المرض لدى الفرد.

قام "غروديك" (Groddeck) بتطوير نظرية تحليلية نفسية حول الأمراض العضوية حيث اعتبر أن الهر (ça) بوصفه قوة كلية القدرة، قادر على إنتاج الأعراض العصابية والسمات الشخصية وحتى الأمراض الجسدية. وبناء على ذلك، فإن كل مرض جسدي يمنح قيمة رمزية مما يجعله قابلاً للعلاج بالتحليل النفسي.

ومع ذلك، فإن أي تمييز أو تفريق بين المستويات النفسية من جهة والمستويات البيولوجية والفيزيولوجية من جهة أخرى، يعد من أبرز النقاط التي تعرضت للانتقاد في نظرية "غروديك".

كان أليكسندر (Alexander) تلميذاً ومساعداً لفيرينتشي (Ferenczi)، وقد قام بتصوير تيار في علم النفس الجسدي، أطلق عليه اسم الضوء الطب النفسي الجسدي (médecine psychologique) وذلك في الولايات المتحدة داخل مدرسة شيكاغو (École de Chicago) التي أسسها.

تعتمد مفاهيمه على مقارنة ثنائية للمريض الجسدي حيث تجمع بين وجهة نظر تحليلية نفسية ووجهة نظر فيزيوباتولوجية.

وقد تأسس الطب النفسي الجسدي على نظريتين أساسيتين:

1. نظرية العصاب العضوي، التي تستند إلى مفهوم العصاب الفعلي عند فرويد، وتفترض أن المشاعر المكبوتة لفترات طويلة نفسياً يتم نقلها عبر الجهاز العصبي اللاإرادي إلى الأعضاء مما يؤدي في البداية إلى اضطرابات وظيفية ثم لاحقاً إلى أمراض عضوية.

2. نظرية التخصص (Spécialité) التي تفترض أن لكل انفعال أو عاطفة متكررة متلازمة فيزيوباتولوجية محددة (SMAdja, p: 4)

أدت أبحاث "أليكسندر" وزملائه في مدرسة "شيكاغو" بالإضافة إلى باحثين أمريكيين آخرين تحديد أنماط شخصية مرتبطة ببعض الأمراض الجسدية والتي باتت تعرف باسم الأمراض النفسجسدية (psychosomatique).

وعلى الرغم من أن مفاهيم الطب النفسي الجسدي قد تعرضت للنقد من وجهة نظر التحليل النفسي، إلا أن الدراسات التي أجريت حول بعض الأمراض مثل "الربو القصبي، والقرح المعيدية الإثنا عشري، وارتفاع ضغط الدم" تحتفظ بقيمة تاريخية كبيرة، وقد مهدت الطريقة لأبحاث لاحقة في علم النفس الجسدي، لا سيما في فرنسا بعد الحرب العالمية الثانية.

في امتداد أعمال مدرسة شيكاغو، اكتسب مفهوم أمراض الإجهاد (maladies du stress) أو ببساطة الإجهاد (Stress) انتشاراً واسعاً في الطب الغربي اليوم، أصبح هذا المفهوم نموذجاً جديداً يميل إلى استبدال مفهوم الأمراض النفسجسدية حيث يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الأمراض والأعراض الجسدية التي تتميز بأسباب متعددة العوامل ليكون من بينها عامل نفسي.

يرتبط مفهوم الإجهاد بأعمال عالم الأحياء "هانز سيلبي (Hans Selye) الذي عرفه على أنه استجابة غير محددة للفرد تجاه هجوم أو اعتداء خارجي، وهو ما سماه "متلازمة التكيف العام" (Syndrome général d'adaptation)، وقد أسهمت أبحاثه إلى جانب أبحاث ومعرفة أبحاثه "والتر كانون (Canon) في تطبيق نموذج الأمراض الناتجة عن اضطرابات التكيف في علم النفس الجسدي، ويعد الطب النفسي الجسدي "فرانز ألكسندر" (Franz Alexander) أبرز الأمثلة عن ذلك.

في الوقت الحاضر أصبح مفهوم الإجهاد مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بمفهوم الصدمة النفسية (Traumatisme) حيث ينظر إلى الصدمة على أنها العامل المعتدي أو المسبب، في حين يتم تفسير

أمراض الجهاد بشكل متزايد على أنها حالات مرضية ما بعد الصدمة- (états morbides poste-traumatique)

2. التيارات النظرية لما بعد الحرب في فرنسا:

في بداية الخمسينات، بدأ عدد من المحللين النفسيين الفرنسيين في الاهتمام بالمرضى الذين يعانون من أمراض جسدية، وقد أدى انتشار أعمال المتخصصين في الطب النفسي الجسدي (Psychosomaticiens) في أمريكا الشمالية في أوروبا، إلى جانب انتقاء مواقفهم النظرية إلى ظهور مفاهيم جديدة ذات طابع تحليل نفسي تجاه الظاهرة النفسجسدية.

ساعد إعادة التركيز على العلاقة والتحويل النفسي (Transfert) (في الممارسة التحليلية النفسية مع المرضى الجسديين على تطوير مقاربة جديدة للظاهرة النفسجسدية، قائمة على التحليل النفسي، وقد تركزت النقاشات النظرية التي نشأت بين مختلف المدارس بشكل أساسي حول مسألة معنى "العرض الجسدي".

- بالنسبة للبعض يحمل العرض الجسدي دلالة ومعنى.
- بالنسبة للآخرين فهو نتيجة لبنية نفسية تؤدي إلى تدهور المعنى بدرجات متفاوتة (SMAdja, p: 4)

أ. التحويل المعجم: (1964) J. P. Valabrega

تعتمد مفهوم J. P. Valabrega على فكرة وجود نواة تحويلية لدى كل فرد وبهذا ينظر إلى الجسد على أنه لاوعي قريب يحمل ذاكرة ذات دلالة ومعنى وبالتالي: فإن أي عرض جسدي يحتوي على معنى وهو ما يسعى التحليل النفسي إلى اكتشافه وتفسيره أثناء العلاج، مع ذلك تبقى هناك إشكالية غير محسومة وهي:

- هل ينتمي هذا المعنى إلى المريض نفسه؟ أم أنه ناتج تأويل المحلل النفسي؟
- بالإضافة إلى ذلك لا تميز هذه النظرية بين: المعنى المرتبط بنشأة العرض الجسدي والمعنى الذي يظهر لاحقاً، نتيجة التغيرات التي تحدث أثناء التحليل النفسي لمريض يعاني من مرض جسدي.

ب. مدرسة باريس للطب النفسي الجسدي:

نشأت مدرسة باريس للطب النفسي للطب النفسي الجسدي في أواخر الأربعينيات، حيث جمعت عددا من المحللين النفسيين المنتمين إلى جمعية التحليل النفسي بباريس من بينهم M. "P.Marty": "Fain", "M.de M. Vzan" بالإضافة إلى آخرين.

ركزت أولى الأبحاث التي قادها "بيار مارتى" بمفرده أو بالتعاون مع "ميشيل فاين" خلال الخمسينات على مرض الصداع، وآلام العمود الفقري والحساسية، وقد أكدت هذه الأبحاث على قصور آليات الدفاع العصبية واعتبرت أن الأعراض الجسدية لها قيمة تعويضية، لكنها تفتقر إلى البعد الرمزي على عكس الأعراض الهستيرية التحويلية.

خلال هذه الفترة ظهر مفهوم "التراجع الجسدي" (Régession Somatique) "وذلك بالتوازن مع مفهوم التراجع النفسي الليبدي.

في أوائل الستينات، تم تطوير تركيبة نظرية إكلينيكية شاملة، وظهرت في كتاب جماعي بعنوان "التحقق في الطب النفسي الجسدي (L'investigation psychosomatique)" نشر عام 1962 وشارك في تأليفه "بيار مارتى"، "ميشيل دوموزان"، و "شارل دافيد"، يعتبر هذا الكتاب بمثابة إعلان رسمي عن دياريكو ولادة الطب النفسي الجسدي كفرع من التحليل النفسي.

مع تطور المدرسة ظهرت مفاهيم إكلينيكية جديدة منها

• الاكتئاب بدون موضوع (Dépression sans objet)

• التفكير العملياتي (pensée opératoire)

• آلية التكرار الاسقاطي. (Mécanisme de reduplication).

أصبح "المنظور الاقتصادي" هو الإطار النظري الأساسي لدراسة المرضى المصابين بأمراض جسدية خطيرة وفقاً لهذا المنظور يتم تحليل جميع الإنتاجات وفقاً لتحويلات المتبادلة سواء كانت إنتاجات نفسية كأعراض العصبية أو الذهانية سمات تشخيصية أنماط سلوكية تجليات جسدية (Smadja, p: 6)

انطلاقاً من كتاب التدقيق في الطب النفسي الجسدي ومن داخل مدرسة باريس للطب النفسي الجسدي تطورت اتجاهات نظرية مختلفة، قام "بيار مارتى" بوضع نظرية تطويرية للاقتصاد النفسي الجسدي والتي تقوم على التعايش والتناوب بين نوعين من الحركات الفردية: النوع الأول الذي يسمى "حركات الحياة" يتمثل في عمليات تنظيمية هرمية، أما النوع الثاني المعروف "بحركات الموت" فيتجسد في عمليات التفكك والانحلال وبالتالي فإن تطور الفردي يؤدي إلى بناء أنظمة "تثبيت" تختلف في مدى مقاومتها لتيارات التفكك وبشكل عام، فإن الاضطرابات الجسدية الخطيرة تنتج بدرجات متفاوتة من الدوام عن فشل هذه الأنظمة الدفاعية بينما تعكس الاضطرابات الجسدية الحميدة نجاحاً نسبياً لهذه الأنظمة.

أما في أبحاثه فقد ركز "ميشيل فاين" على عدم اكتمال البنية الأوديبية لدى الطفل الذي يصبح لاحقاً عرضة للاضطرابات الجسدية، وذلك بسبب الأوضاع الصادمة التي تضفي على علاقته المبكرة مع

والديه، ونتيجة لذلك يتم حظر تدقيق الرغبات عن طريق الهلوسة مما يؤدي إلى تنظيم الأنا بطريقة مستقلة بشكل مبكر وبهذا فإن حالة الانفصال الغريزي تصبح أرضية خصبة لظهور الاضطرابات الجسدية والتي يمكن تفسيرها على أنها مصير فريد للغريزة.

من جهته يميز "ميشيل دي موزاي" بين الاضطرابات النفسية الوظيفية والأمراض العضوية، فالأولى ترتبط بعملية ارتدادية (تقهقرية)، بينما الثانية تنتج عن نمط معين من الأداء العقلي، هذا النمط الذي وصفه بداية بأنه "بنية نفسية جسدية" يعتبر في الواقع جزءا من الطيف الطبيعي لوظائف النفس لدى كل فرد، وهو يتسم بنقص في الحياة التخيلية والتفكير العملي وآلية التكرار الإسقاطي وينتج عن فقدان التأهيل للطاقة النفسية (Smadja, p: 9)

2. تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية:

- التعريفات التي قدمت لمفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية:

نستطيع أن نحصر التعريفات التي قدمت لمفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية في المجموعات

التالية:

أولاً: التعريفات التي تركز على أعراض وخصائص الاضطرابات السيكوسوماتية

وتنهض هذه المجموعة من التعريفات على حقيقة خلاصتها أن الاضطرابات السيكوسوماتية تنتج عن عمليات ناتجة عن تفاعلات معقدة بين المخ وبقية أجهزة الجسم وأن استمرار هذا التعقيد والتفاعل ينهك أعضاء الجسم ويقودها إلى "الشلل" أو (فقدان وظائفها) ومن أهم هذه التعريفات:

1. تعريف محمود أبو النيل:

ويعرفها بأنها: اضطرابات جسمية مألوفة للأطباء والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم، أو خلل في وظيفة عضو من أعضاء الجسم نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظرا لاضطرابات حياة المريض والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفاءها شفاء تام نظرا لاستمرار الضغط الانفعالي وعدم علاج أسبابه (النفسية الحقيقية) إلى جانب العلاج الجسمي فقط (غانم، 2011 ص 25)

2. تعريف دافيزون ونيل Davison&Neal:

وهي مجموعة من الاضطرابات توصف بأنها أعراض جسمية تنشأ عن عوامل انفعالية وتتضمن إصابة جهاز عضو واحد أو أكثر من أجهزة الجسم المختلفة والتي تكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي وأن استمرار الضغط والانفعال السيئ على الجسم يقود إلى (تدهور في أجهزة الجسم

وشلل تام عن أداء وظائفها...) وأن المجال ينفسح ليشمل العديد من أجهزة الجسم والتي تتحكم تتمثل في إصابة عضو أو أكثر.

3. تعريف "جالاتين" Gallatin للاضطرابات السيكوسوماتية:

بأنها تنتج عن أسباب نفسية، غالبا ما تلعب الضغوط النفسية الحادة دورا كبيرا في حدوثها، وأن الآلام النفسية تنعكس في حدوث مرض أو أكثر في أجهزة الجسم المختلفة، وأن الأمر في هذه الحالة -لا يقتصر على جهاز من أجهزة الجسم دون غيره، بل قد يشمل الاضطرابات والتلف لجميع أجهزة جسم الفرد.

ثانيا: التعريفات التي تركز على أن الاضطرابات السيكوسوماتية تعد نتاجا لاضطراب نفسي اجتماعي

وينطلق أصحاب هذا المحور من حقيقة خلاصتها أن الاضطرابات السيكوسوماتية تحدث نتيجة لتعرض الفرد لضغوط نفسية عالية (أي لا يتحملها) كما أن هذه الضغوط دائمة ومستمرة نتيجة لأزمات اليومية التي يعيشها الفرد، وقد ينجح الفرد قليلا في مواجهة هذه الضغوط إلا أن المحور الأساسي والهام هو فشل الفرد الدائم والمستمر في مواجهة أحداث الحياة اليومية.

ولذا فإن (إستراتيجية الفرد) في مواجهة هذه الضغوط لا تتلاءم على الإطلاق مع هذه الضغوط، إضافة إلى إمكانية إدراك الفرد "المبالغ فيه" وغير الموضوع لهذه الضغوط كما تقود في النهاية إلى "إنهاك" قوى الفرد وتجعله يقع صريحا للاضطرابات السيكوسوماتية والتي تنعكس في تلف العديد من أجهزة الجسم المختلفة.

وسوف نقدم بعضا من نماذج من هذه التعريفات:

أ. ترى أنستازي: أن مصطلح "اضطراب سيكوسوماتي" يطلق بشكل قاطع على تلك الاضطرابات التي تلعب فيها المشقة -الضغوط النفسية- الانفعالية دورا هاما في إصابة الفرد وتحويله إلى حالة مرضية ملموسة وواضحة، وأن هذا المصطلح بمعنى أوسع يوضح بجلاء اثر العوامل السيكلوجية على الوظائف الفيزيولوجية مؤكدة موجود تأثيرات سلبية على مثل هذه الأجهزة، وكذا وظائف الأعضاء، وأن العوامل الانفعالية لا يخطأ أحد في تفسيرها ووجودها الكامن والمؤثر خلف كل هذه "التنوعات" من الاضطرابات التي تصيب أجهزة الجسم، وتصيب وظائفه بالشلل والدمار التام.

ب. ويرى ميلون وميلون **Millon & Millon**: أن مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات جسمية ناشئة عن عدم قدرة الفرد (المريض المصاب بهذه الاضطرابات الجسمنفسية) على تجنب المضايقات أو ضغوط وشدائد الحياة وأن اضطرابات الجسم تنتج نتيجة أمرين:

- الأول: تراكم هذه الانفعالات المؤلمة لفترة طويلة.
- الثاني: عجز الفرد عن المواجهة -الصحيحة- السوية لأزمات وضغوط الحياة ، وأن هذا الفشل ينعكس على إصابة العديد من أجهزة الجسم (غانم، 2011 ص 29)

ثالثاً: المجموعة الثالثة من التعريفات

وينهض أصحاب هذا الاتجاه من خلاصتها أن مصطلح "سيكوسوماتي" أصبح يستخدم استخداماً واسعاً في الوقت الحاضر وما ساعده على انتشاره هو الحاجة إلى مصطلح يمكن أن يعكس بدقة تأثيرات الانفعالات (البيئة والمستمرّة المزمّنة) على أعضاء الجسم، ولذا فإن المصطلح قد تساع استخدامه وأصبح (سد فراغاً) كانت تعاني منه من قبل مثل هذه الدراسات وطبقاً لأصحاب هذا الاتجاه فقد اتسع نطاق الأمراض السيكوسوماتية ليشمل أكثر من 40 شخصاً مرضاً عضوياً يعاني منه الإنسان.

وكان الطبيب "فولدي" (ج جردين) أول من فصل بعض الأمراض الجسمية مثل الربو الشعبي، وتقرح المعدة والقولون عن باقي الأمراض العضوية مفيداً أن سبب هذه الأمراض -وغيرها- يرجع إلى عوامل نفسية مؤكدة وواضحة ولا تحتاج إلى دليل.

وسوف نقدم بعض من التعريفات للتدليل على أصحاب هذا الاتجاه:

أ. يرى نيسنتهاور وراجرن **Nistenhauer & Raegrant**: أن مصطلح الاضطراب السيكوسوماتي يظهر عندما يتعرض الفرد لموقف مضطرب أو ضغط فيستجيب على المستوى الفيسيولوجي -العضوي حيث ينشط الضغط الانفعالي للجهاز العصبي الإرادي وأن هذا (التفجير أو التنشيط) يؤدي إلى العديد من الأضرار العضوية مثل: التقلص العضلي الإرادي، زيادة الإفرازات، زيادة التنفس (النهجان) ومع استمرار هذا التحفيز واستمراره فإن ذلك يقوده إلى العديد من الأضرار التي تنعكس في نهاية المطاف وتعود إلى (كف الجهاز أو عضو الجسم) عن أداء وظائفه.

ب. في حين تعرف دائرة المعارف النفسية أهم الخصائص هذه الاضطرابات السيكوسوماتية في:

1. وجود اضطرابات في الوظيفة مع وجود خلل في أحد أعضاء الجسم.
2. وجود اضطرابات انفعالية تقوم بدور جوهري في ترسيب وحدث وتكرار وتفاقم الأمراض وهذا ما يميزها عن الاضطرابات العضوية الصرفة.

3. تتسم هذه الاضطرابات بأنها مزمنة وتتنوع مظاهرها.

4. كما أنها ترتبط بغيرها من الاضطرابات النفس الجسمية الأخرى.

ج. تعريف "كيف برودمان وآخرين Keev Brodman et al": بأنها جملة الأعراض الجسمية التي تنشأ عن عوامل نفسية انفعالية، والتي قد تتسبب في حالة زيادة شدتها إلى المواطنين من مرض حقيقي يصيب عضواً أو جزءاً من أجزاء الجسم أو بسبب خلل في أداء هذا العضو لوظيفته، بحيث لا يفلح في علاج هذه الأعراض وشفائها تماماً في حالة الاعتماد فقط على العلاج الجسمي الطويل وبدون علاج أسبابه النفسية، وقد تنشأ هذه الأعراض غالباً نتيجة تفاعل عوامل نفسية واجتماعية حادة (مثل تعرض الفرد لضغوط حياتية مزمنة، أو نظراً لتبنيه أسلوب حياة غير تكيفي، ولا ولائته بسمات شخصية معينة للوقوع في هذه الاضطرابات مع وجود عوامل بيولوجية مهيئة مثل ضعف فيزيولوجي في أحد الأعضاء أو وجود اضطرابات) مع وجود عوامل بيولوجية مهيئة مثل ضعف فيسيولوجي في أحد الأعضاء أو وجود اضطرابات في الأجهزة الفيزيولوجية والهرمونية... الخ).

والخلاصة أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي عبارة عن اضطرابات جسمية تحدث نتيجة اضطرابات انفعالية ولذا فإن التركيز فقط على الاضطرابات على علاج "الأعراض" دون علاج (الأسباب النفسية الحقيقية والكامنة خلف هذه الأعراض) لا يجدي (غانم، 2011 ص 30)

ولذا فإننا نستطيع أن نستنتج من كل ما سبق الآتي:

1. جود اضطراب أو خلل في أحد أعضاء أو أجهزة الجسم.
 2. أن هذا الخلل قد يكون في (العض) و أو في (وظيفته) وأن الأمرين ينتهيان إلى (شلل) تام ودمار لوظيفة العضو أو الجهاز أو أكثر من أجهزة الجسم .
 3. إن الاضطرابات الانفعالية السيئة تلعب دوراً جوهرياً في حدوث (خلل في وظيفة العضو).
 4. إن ما يميز الاضطرابات السيكوسوماتية عن الاضطرابات العضوية هو العامل الانفعالي (السن- والمتكرر والمستمر والمزمن).
 5. من الممكن أن تلعب الضغوط والأحداث اليومية وفشل الفرد في مواجهة هذه الضغوط الدور الحاسم والأكبر في تدهور أعضاء الجسم.
 6. إن كل ما سبق يفيد في أمرين:
- الأول: ضرورة التعرف على إستراتيجية الفرد في التعامل مع أحداث وضغوط الحياة.

• الثاني: ضرورة أن يسير العلاج العضوي جنباً إلى جنب مع العلاج النفسي (غانم، 2011، ص

(31)

3. المفاهيم المرتبطة بالاضطرابات السيكوسوماتية:

توجد الكثير من المصطلحات وثيقة الارتباط بها ومنها:

1.3 النقلة السيكوسوماتية:

وتطلق على الحالات التي يتقل فيها الإحساس بالاضطراب أو بالألم من عضو لآخر ويعبر عنه المريض دون فهم سببه أو الحصول على تفسير له، وفي هذه الحالات نجد المريض يشكو من اضطراب في معدته تارة ومن اضطراب القولون تارة أخرى، أو من الحكمة في الجلد أو من الصداع وكأن العامل النفسي قد أثر في أكثر من موضع في الجسم أو أكثر من عضو واحد، فنجد أنه ترداد على كافة التخصصات الطبية والصورة لهذه الحالات أن الحالات النفسية تؤدي إلى اضطراب عضوي وهذا الأخير يزيد من حدة العامل النفسي (ريحاني، 2010، ص 75).

2.3 الاقتصاد السيكوسوماتي:

يقصد بها مجموعة من التنظيمات المعقدة التي تعمل عند الفرد مهما كان سنه، جنسه أو حالته الصعبة للحفاظ على توازنه مع عالمه الداخلي وكذلك مع معطيات العالم الخارجي وبمجرد محاولات معرفة مدى أهمية الاقتصاد السيكوسوماتي للفرد يجب التعرف على المتغيرات التي قد تحدث على المستوى نفس-جسدي وبه يتضح أن الإطار العام الذي يندرج فيه اضطرابه وتنظيمه العام (زبيدي، 2000، صفحة 220-221)

3.3 الاضطراب السوماتي:

ويتصف المريض المصاب بهذا الاضطراب بالشكوى من أعراض عضوية وظيفية متعددة مبهمة وغاضمة تشمل أي جزء من أجزاء البدن، إلا أن الشكاوى الشائعة هي: الصداع، الغثيان، التعب... إلخ وعادة ما يظهر هذا الاضطراب في سن المراهقة أو بعد سن الرشد والنسوة تصاب به أكثر من الرجال (ريحاني، 2010 ص 76)

4.3 الاضطرابات الجسدية الشكل:

يتميز هذا الاضطراب الانشغال بالألم في غياب مشاهدات جسدية مناسبة، تشير إلى عامل عضوي مسئول عن الألم أو شدته وعادة يرفض كرد الألم إلى عوامل نفسية وفي بعض الحالات يكون للألم أهمية

رمزية فهي مجموعة من المشاكل التي يعاني فيها الأشخاص من أعراض جسدية أو قلق بشأن مرض جسدي أو تشوه لا يمكن تفسيره بسبب حالة طبية عضوية أو اضطراب نفسي آخر مثل: الاكتئاب أو القلق، في حين لم يتم التعرف عليها لأن العوامل النفسية والسلوكية قد تؤثر على أي حالة طبية، فإن الاضطرابات الجسدية الشكل تحتفظ بمعاني كونها ناتجة كلياً أو في الغالب عن العمليات النفسية التي تؤثر على إدراك الأعراض والسلوك المرضي (Laurence. 2007)

5.3 الحالة السيكوسوماتية:

أشار كل من (Maltz.M) و (RookF.L) إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي التي تصيب بعض وظائف الجسم أو بعض الأجزاء منه وتتكون من الحدة والإصرار، بحيث تقاوم عمليات العلاج الطبية والنفسية وتصبح أعراض هذه الأمراض بمثابة سمة في شخصية الفرد وتدوم فترة أطول حتى مع تحسن ظروف المرض ونظراً لذلك تسمى هذه الحالات بالحالة السيكوسوماتية (الزراد، 2000 ص 22)

4. تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية:

ونعتمد هنا التصنيف الذي وضعه فيصل محمد خير الزراد حيث قام بحصر جميع الاضطرابات الواردة في 15 مرجعاً مختصاً في مجال هذه الاضطرابات والطب السيكوسوماتي، وأيضاً تصنيف "بيار مارتى" أو ما يعرف بتصنيف المدرسة الباريسية والذي يعمل به منذ 1978 حيث يعتمد هذا التصنيف على الترميز، وقدم هذا التصنيف بعد دراسة قام بها بيان مارتى على (323) مريضاً يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية ويتصف هذا التصنيف بالشمولية والتفصيل والتفكير الدينامي الذي يأخذ بعين الاعتبار تطورات الفرد وماضيه وقدراته على التكيف وحالته المرضية.

1.4 محمد خير الزراد:

جدول رقم (01): تصنيف محمد خير الزاراد للاضطرابات السيكوسوماتية

الاضطرابات	الجهاز
<ul style="list-style-type: none"> - القرحة المعدية Gastric Ulcer - القرحة الإثنا عشر Peptic Ulcer - التهاب المعدة المزمن Chronic Ulcer - التهاب القولون colitis - الإمساك المزمن Chronic Constipation - الإسهال المزمن - فقدان الشهية العصبي Anorexie Nervosa - الشرهية في تناول الطعام Bulimia - عسر الهضم Dyspepsia - آلام انتفاخ البطن والتشجؤ Abdomen pain and accordion - السمنة المفرطة Excessive obesity - التهاب القرحة الشرجية Anus inflammation - التهاب البنكرياس pancreatitis - التهاب الزائدة الدودية Appendicitis - اضطرابات الكبد والحويلة الصفراء Liver and bile diseases 	1/ جهاز الهضم
<ul style="list-style-type: none"> - الربو الشعبي (العصب Asthma Vervosa or bronchial Asthma) - الإصابة بالنزلات البردية The Colds - حمى القش Hay Fover - التدرن الرئوي "السل Pulmonay Tuberculosis" - الحساسية الأنفية 	2/ اضطرابات جهاز التنفس
<ul style="list-style-type: none"> - الخفقان أو خط القلب الوظيفي Chyeardia and Functional Dyshy Thomias - الإصابة بانسداد الشرايين التاجية والأوعية الدموية Throbosis - عصاب القلب Cardiac neurosis - الذبحة الصدرية Angina Pectoris - ضغط الدم الجوهرى Essential blood Pressure - انخفاض ضغط الدم Hypopressure 	3/ اضطرابات جهاز القلب والدوران

<p>- ارتفاع ضغط الدم Hyperpressure</p>	
<p>- الشرى الأرتيكاريا Hives Urticaria - حب الشباب Acnevulgaris - الإكزيما Eczéma or Ance Rosacea - تساقط الشعر Alopecia - فرط التعرق Hyperhidrosis - مرض الصدفية Inapetigo</p>	<p>4 / الاضطرابات الجلدية</p>
<p>- العجز الجنسي عند الرجل Impotence - البرود الجنسي لدى المرأة Frigndity - القذف المبكر للحيوان المنوي Premature Ejaculation - القذف المتأخر Retarded ejaculation - عسر الجماع Dyspareunia - اضطراب الحيض Menstruel disease - العقم (أنثوي - ذكري Sterility) - الإجهاض المتكرر Repeated obotion - آلام الحوض Pelvis pains - الحمل الكاذب Fouse Pregnancy</p>	<p>5 / الاضطرابات الجنسية</p>
<p>- آلام الظهر Lumbago - التهاب المفاصل شبه روماتيزمي Rhumatoïde Arthritis - داء الرجز (فقدان التناسق العضلي Abasia) - ضمور العضلات Muscular Atrophy - العض على النواجد</p>	<p>6 / اضطرابات الجهاز العضلي والهيكلية</p>
<p>- التبول اللاإرادي Enuresis - كثرة مرات التبول Polyuria - احتباس البول Anuria</p>	<p>7 / اضطرابات الإخراج</p>
<p>- مرض السكر Diabètes - سكر الدم Blood Sugar - ازدياد سكر الدم Hyperglycemia - نقصان سكر الدم Hypoglycemia</p>	<p>8 / اضطرابات الغدد والهرمونات</p>

- التسمم الدراقي Hyperthyroidism	
- الصداع Head acke - الصداع النصفي (الشقيقة Migraine) - الخلجات أو الأزمات العصبية Motor Symptom-ties - إحساس الأطراف الكاذب phanton Limbs	9/ اضطرابات الجهاز العصبي
- الإحساس بالألم Pain Sinsitivity - اضطراب الحمل Pregnancy Disorders - اضطراب الولادة Labour ou Birth - اضطراب النوم Sleep Disorders - السرطان (سرطان الثدي، الجهاز التناسلي) Cancer - نزيف الأذن الوسطى Meniere's Syndrome - اضطرابات النطق والكلام الناتجة عن العوامل النفسية والحرمان البيئي الأسري.	10/ اضطرابات سيكوسوماتية أخرى

المصدر: (فيصل محمد خير الزاراد، 2000، ص ص 58-61)

2.4 تصنيف بيار مارتي Pierre Marty:

جدول رقم (2): يوضح تصنيف بيار مارتى للاضطرابات السيكوسوماتية

14. أنف-أذن-حنجرة:	- صعوبات تحديد الزمان والمكان 382	- داء الصدف 246	1. الحساسية: 10
- طنين الأذن 511	- اضطرابات تكيف حرارة الجسم	- الوضح 247	- الربو الشعبي 101
- البحة المزمنة 512	383	- حب الشباب 240	- الإكزيما 102
- التهاب الأنف الحنجرة	- اتزان الجسم 384	- صلح (تساقط الشعر) 241	- انتفاخ كونيك 103
513	11. اضطرابات التغذية الأيض-	- مرض جلدي 242	- تحسس الأنف التشنجي
- الصمم 514	الغدغ:	- التهاب الأدمة 243	104
15. العظام- المفاصل:	- الهزل 401	6. أمراض الهضم:	- الشرى 105
- أوجاع المفاصل 531	- زيادة الشهية أو انخفاضها-	- أمراض المستقيم 271	- ردادات فعل تحسسية
- آلام المفاصل 532	اضطراب التغذية 402	- مرض كرون 272	متنوعة 106
- التهاب المفاصل 533 آلام	- زيادة إفرازات الدرقية (مرض	- أمراض هضمية- وظيفية	- السعال التشنجي 107
الظهر 534	(Sedour 403)	273	2. السرطان:
- الكسور المتعددة 535	- السكري غير مدمن الأنسولين	- عسر الهضم 274	- التناسلي 141
- آلام العمود الفقري 536	404	- التهاب غشاء المعدة 275	- الثدي 142
- انخفاض تكلس العظام	- السمنة 405	- التهاب المستقيم النازف 276	- مرض هودكين 143
567	- اضطرابات درقية 406	- القرع المعدية الإثنا عشرية	- الجلد 144
- التهاب مفاصل الفقارت	- إزرقاق الأطراف 407	277	- الرئة 145
التصلبي 536	- اضطرابات هرمونية متنوعة	- الغثيان- القيء 278	- الدم 146
16.	408	- الكبد، المرارة 279	- العظام 147
16. الرئة:	12. الاضطرابات العصبية:	7. الأمراض النسائية:	- البنكرياس 148
- التهاب الشعب الهوائية	- الآلام 441	- التهاب ملحقات الرحم 291	- العين 149
561	- الصدى 442	- تعقيدات ما بعد I. V. G	- أنف- أذن- حنجرة 150
- انتفاخ الرئة 562	- الصراع 443	292	- وجود امتدادات للسرطان
- عدم الكفاية التنفسية 563	- الشقيقة 444	- اضطرابات العادة الشهرية	151
- السل الرئوي 564	- التهاب النخاع شوكي 445	293	- سرطان الجلد 152
17. الكلية والجهاز البولي:	- التهاب العصب 446	- العقم 294	- السرطان اللمفاوي 153
- المغص الكلوي 581	- الشلل 447	- المهبلية 295	- أورام سرطانية غير مرض
- التهاب المثانة 582	- التهاب الأعصاب 448	- التهاب غشاء الرحم 296	هودكين 154
- سلس البول 583		- تكيس في المبيض 297	3. الجراحة:

584 - عدم كفاية الكلى	مرض - Reklinghousen	- التهاب الأغشية المخاطية	- البتر 191
585 - حصى الكلية	449	298	- عقيدات الكسور 192
586 - اضطراب التبول	- تناذر ذاتي عقبة رضة جسدية	- التهابات نسائية متنوعة 299	- الجراحة العصبية 193
587 - زراعة الكلية	450	<u>8. أمراض المناعة:</u>	- دخلات عديدة عقب
588 - غسيل الكلى	- الكزاز 451	- الضمور النخاعي 311	الجراحة 194
589 - تناذر كلوي	- التواء العنق التشنجي 452	- مرض الكولاجين 312	<u>4. القلب - الدورة الدموية -</u>
- الكلية متعددة الأكياس	- رضات الجمجمة وأثارها 453	- الانحطاط المركزي 313	<u>الدم:</u>
590	- حوادث وعائية دماغية 454	- مرض الذئبة 314	- فقر الدم 222
<u>18. الجهاز الجنسي:</u>	- الدوار الخادع 455	- التهاب ما حاول المفصل 31	- التهاب الشرايين 223
- البرودة الجنسية 601	- نوبات حركية ذات المصدر	- مرض ديهرينج 316	- رض قلبي عضوي 244
602 - عجز جنسي	غير الأكيد 456	- التهاب المفاصل الحاد	- أمراض الدم غير
603 - قذف مبكر	- الوهن العضلي 457	المزمن 317	السرطانية 255
604 - المهبلية	- تناذر تشنج العضلات 458	- مرض Echouffiud Still	- ارتفاع الضغط 226
<u>19. اضطرابات النوم:</u>	- أمراض حسية- أو هام مرضية	318	- الإحتشاء القلبي 227
- المشي أثناء النوم 611	459	- ضمور العضلات التدريجي	- ارتفاع الضغط 228
<u>20. الأسنان:</u>	<u>13. اضطرابات العيون غير</u>	319	- أمراض الشرايين متعددة
621 - الفم والأسنان	<u>محددة:</u>	- مرض انعدام المناعة "السيدا"	229
- أورام حميدة	- العمى 491	32	- مرض رينولد 230
- التحولات الهستيرية	- تكثف عدسة العين 492	<u>9. الانتهايات والأمراض</u>	- اضطراب نبض القلب
665 - الصريحة	- التهاب مشيمة العين التطوري	<u>الفيروسية الحالية أو الحديثة:</u>	231
667 - ادعاء المرض	493	- الجلدية 351	- الدم التهاب الوريد 233
	- الرؤية المزدوجة 494	- البولية- التناسلية 352	<u>5. أمراض الجلد:</u>
	- أمراض شبكة العين 495	<u>10. عدم الكفاية الأساسية:</u>	- الثعلبة 244
	- اضطرابات الشبكة 496	- الوهن العام 381	- الحكاك 245

* يشير الرقم المقابل إلى رمز المرض أو الاضطراب في تصنيف مارتي

3.4 تصنيف أليكساندر 1950 : Alixander

ضم تصنيفه قائمة بسبعة أمراض: ضغط الدم الأولي، القرحة الهضمية، التهاب المفاصل الروماتيزمي، وفرط نشاط الغدة الدرقية، الربو الشعبي، القولون، والتهاب الجلد العصبي.

- أسباب الأمراض السيكوسوماتية:

لخص علماء الطب السيكوسماتي أهم العوامل المؤدية إلى الأمراض السيكوسماتية: حيث أن كل أجهزة العضوية يمكن أن تكون ساحة لهذه الأمراض كالجهاز الهضمي، جهاز الدوران، الجهاز التنفسي، الجلد... ولكن اختيار عضو دون سائر الأعضاء لا يكون بمحض الصدفة حسب (Sillamy) بل هناك عوامل تؤدي إلى وقوع الاختيار على عضو دون آخر: فهناك العضو أو ضعفه والصدمات الانفعالية، وغيرها تساهم في ظهور المرض في هذا العضو دون ذلك (Sillamy, 1996, p 210)

وتتمثل أهم هذه العوامل في:

- العوامل المتعلقة بالوراثة:

لا نقصد هنا العوامل الوراثية، حيث تستبعد الاضطرابات التي ترجع إلى عوامل وراثية مباشرة أو إلى خلل في الأوموزومات، إذ نقصد بالعوامل المتعلقة بالوراثة عوامل الاستعداد الوراثي Prédís Position وأثر العوامل المؤثرة على الجنين قبل ولادته، وظروف الحمل والولادة، وأمراض الأم، وتناولها العقاقير، وظروف التغذية والحالة النفسية لها والزمرة الدموية (RH) وعمرها، وعوامل الولادة... الخ مما يؤدي بالجنين إلى الإصابة أو التعرض للاضطرابات العضوية، الذي يرثه لديه الضعف بعد ولادته أو إلى التعرض للإصابات والأمراض، مع ضعف جهاز المناعة لديه.

وترى (دينار) أن الجنين قبل ولادته، يكون حساسا حتى للصوت، فالأصوات المفاجئة والحادة تجعل القلب الذي لم يولد يدق بسرعة، كما أن الاضطرابات المتكررة تنقص من الطاقة التي تساعد على بناء الجسم والنسج العصبي (أبو النيل وزيور، 1984 ص 19)

ويرى "سونتاج (Sontage)" و "لستر (Lister.w) (1953)" "أن حياة الجنين داخل الرحم تتأثر بالحياة الإنفعالية للأم، وبالحياة الجسمية والبيئية الداخلية والخارجية فأى اضطراب للأم ينعكس على الطفل، ومثال ذلك حركة الجنين بسبب الاضطراب النفسي للأم مما يؤثر على إفراز الغدد وتغيير الدم وتركيبه، والجنين الذي يخضع لمثل هذه الظروف نجده متهيجا بعد الولادة، ويشبه أطفال الأمهات المدمنات على الكوكايين من حيث الصراع والحركات.

وتشير الدراسات الطبية إلى أن هذه العوامل تؤثر على الجهاز العصبي والغدي لدى الطفل وتضعف قدرته على التحمل، وتعتبر هذه العوامل عادة بمثابة سبب مهيب للإصابة بالاضطرابات العضوية، لكنها لا تعمل وحدها في إنتاج هذه الاضطرابات، وقد أجريت دراسات عدة لمعرفة دور العامل الوراثي في الأمراض السيكوسوماتية، واستهدفت هذه الدراسات معرفة انتشار الأمراض السيكوسوماتية لدى التوائم المتماثلة والتوائم غير المتماثلة ونشير هنا إلى دراسة (Selon Brautigian.W & Christian) عام (1976) وقد أشارا لها في كتابهما عن الطب السيكوسوماتي.

4.4 تصنيف ريس:

- أشار ريس إلى تصنيف الأمراض السيكوسوماتية بوجه عام والذي يتضمن:
- اضطرابات الجهاز الهضمي: قرحة المعدة، اضطرابات القلون.
 - الجهاز الوعائي القلبي: ضغط الدم الجوهري، مرض الشريان التاجي، الصداع النصفي، أمراض الوعائي المخي.
 - اضطرابات الجهاز التنفسي: الربو، التهاب الأوعية.
 - الاضطرابات الجلدية.
 - اضطرابات العضلات والمفاصل: روماتيزم المفاصل، التهاب النسيج الليفي
 - اضطرابات الغدد الصماء: زيادة نشاط الغدد الدرقية.
 - الاضطرابات المتعلقة بوظائف التناسل والحيض: غياب أو قلة الحيض، عسر الطمث، النزيف الطمثي، التوتر السابق للحيض، اضطرابات سن اليأس.
 - الاضطرابات السلوكية: مثل العدوان، الغيرة، المخاوف (تفاحة، 1996 ص 63-64)
- حيث حدد النسبة المئوية لحدوث بعض الأمراض السيكوسوماتية لدى التوائم المتماثلة والتوائم غير المتماثلة ودونها، ذلك حسب الجدول التالي:

الجدول الرقم (3): النسبة المئوية لحدوث الأمراض النفسية لدى التوائم الأمراض
النفسية

توائم غير متماثلة	توائم متماثلة	الأمراض النفسية السوسوماتية
22.20%	51.6%	1. الدرن(السل)
10.70%	25%	2. القرحة المعدية
6.50%	26.6%	3. بعض الحجار المتواجدة في الكلية
8.20%	28.4%	4. آلام مفصلية روماتيزم
5.6%	33.3%	5. الربو الشعبي
21.8%	53.0%	6. ضغط الدم الجوهري
13.0%	57.8%	7. مرض السكر
3.1%	47.0%	8. اضطرابات الغدد الدرقية
10.8%	17.4%	9. السرطان
71.4%	69.5%	10. اضطرابات الغدد
45.8%	89.3%	11. اضطرابات الأيض

المصدر: (الزباد 2000، ص 74)

ويرى (كولز 1992) أن المرض النفسي السوسوماتي يتحدد عن طريق أضعف حلقة في جهاز الاستجابة الفيزيولوجي فإذا كانت معدة الفرد ضعيفة يسمى اضطرابا معاويا، حيث يتعرض لوطأة انفعالية حادة وإذا كان جهاز الدوران ضعيفا فإن ضغط دمه سيرتفع.

ونتيجة للفروق الفردية أو الوراثية، أو مرض بدني سابق فإن جزء معين من التكوين العضوي للفرد سيكون أضعف من بقية أجزائه، وبالتالي سيكون أكثر قابلية وتعرضا لنمو اضطراب جسدي إذا واجه أي نوع من التوترات (الأعظمي، 2003 ص 34)

- اضطرابات العلاقة بين الطفل والأبوين:

إن علاقة الطفل بأبويه مهمة جدا ، وخاصة الأم: خلال تدريبها لطفلها على عملية الغذاء أو الإخراج، وكذلك نقص حبها وعطفها على ابنها، وفقدان الأمن والطمأنينة والحرمان العاطفي والانفصال عنها (الأم) وفقد السند... والمشاحنات الأسرية، والميول العدوانية، والغيرة، وقسوة الأبوين... كل هذه الأمور تنعكس بشكل مباشر أو غير مباشر على الطفل وتؤثر في نموه، ونضجه العضوي النفسي والصحي، ويكون ذلك بالرغم من توفر الإمكانيات المادية والغذاء الكافي للطفل، وقد ركزت فلاندر

دنبار" (F.Dunbar) على أن الاضطرابات المتكررة لدى الطفل تنقص من الطاقة التي تساعد على بناء جسم الجنين وقدرات الطفل فيما بعد، مما يضعف من توافقه مع البيئة.

إن الحرمان العاطفي لدى الأطفال يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات خطيرة في النمو حسب أعمال

"سبيتز" (Spitz) (jean. Michel Thurin, 2006 p 67)

- **العوامل الانفعالية التي يتعرض لها الفرد:** والصراع الانفعالي بين الاعتماد على الآخر، وبين الاستقلال ومعاناة القلق والإحباط والخبرات الطفولية المؤلمة، والصراع بين الغرائز والمجتمع والفشل، وقمع الغضب والانفعال، وعدم القدرة على تأكيد الذات والضغط الانفعالي المستمر والاحباطات المتراكمة التي تتولد عنها ضغوط نفسية شديدة تؤدي بالفرد إلى اليأس والانهيار (الزباد، 2000 ص 75)

- **التجارب العاطفية والجنسية الصادمة والحرمان العاطفي والجنسي:** ومعاناة مشاعر الإثم والدين لارتكاب معصية أو محرم، والخوف المرضي من الإشباع الغريزي والخوف، من عقوبة المجتمع والوالدين يرى "جروديك" (G. Grooddeck) "وهو من تلاميذ "فرويد" 1923 أن مفهوم السيكوسوماتيك ينطبق على الطب بمفهومه العام وعلى جميع الأمراض حيث أن لكل مرض سببا نفسيا أدى إلى ظهوره أو ساهم في تطوره وكل اضطراب هو تعبير رمزي عن المكبوتات. ويرى (H. Hild) أنه ليس هناك أمراض سيكوسوماتية بل مرضى سيكوسوماتيين (الزباد، 2000، ص 75)

كما أن الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية تنقص مناعة الجسم، وتضعف قدرته على مقاومة الأمراض، فيمرض الإنسان بسهولة ولا يبرأ بسرعة، ضف إلى ذلك أن الأفكار التشاؤمية والمشاعر الانهزامية تؤدي إلى خلل في وظائف أعضاء الجسم عامة، ووظائف الجهاز العصبي اللامركزي (السمبثاوي) خاصة والتي تؤدي بدورها إلى خلل في إفراز الغدد الصماء، وأجهزة الدورة الدموية والتنفس والهضم والإخراج والنوم، فيضعف الجسم ويصبح عرضة لأمراض القلق والجهاز التنفسي والسكري... وغيرها من الأمراض المرتبطة بالانفعالات (مرسي، 2000، ص 157)

- **العوامل الاجتماعية الصعبة:** وتعرض الفرد لمواقف عنيفة في حالة الحروب، والكوارث المفاجئة التي لم يتهيأ لها الفرد وهو ما يؤدي إلى استنفاد طاقته وعدم قدرته على التحمل.

ويرى بعض الباحثين "كجيمس هالدي 1970 (James Halliday) "أحد الأطباء الأسكتلنديين الذين يعملون في مجال الطب النفسي الاجتماعي، أن المجتمع المريض يظهر بوضوح أعراض تفككه على شكل أمراض واضطرابات لدى أفراد، كما أن التغيير الاجتماعي السريع يزيد من هذه الأمراض.

كما يرى (R. Norrus) و (Mc. Ginnis) 1970 أن التأثيرات البيئية الاجتماعية تلعب دورا مهما في ترسيب الأعراض السيكوسوماتية.

وفي الطبقات الاجتماعية المحرومة حيث ينتشر ضعف الوعي الصحي وعدم القدرة على العلاج وعدم الاهتمام بالوقاية من الأمراض لا يمكن أن تكون سببا مهددا لظهور الأمراض السيكوسوماتية.

إن حالة الحزن العائلي أو فقدان العمل هما من العوامل المؤدية إلى ظهور الأمراض السيكوسوماتية، حيث أن مشكلة فقد العمل ليست فقط فقدان للمادة، بل هي قضية وجود ومكانة بالنسبة للفرد مما يجعله

يرفض هذا الوضع ويستجيب الجسم لهذه الرفض بقوة (Jean-Michel Thurin, 2006, p 67)

وتلعب بيئة الطفل الصغيرة والضيقة دورا خطيرا في ظهور الأعراض السيكوسوماتية وخاصة تأثير الوالدين: إذ أن أي قلق أو إهمال من جانبها يؤدي إلى سوء التوافق معها ومع الراشدين عموما وتكون ردود فعل ذلك عند الطفل عبارة عن استجابات في حركات القناة الهضمية وإفرازاتها المختلفة وغير ذلك من وظائف الجسم، ومثل هذه الأمراض السيكوسوماتية تعبر عن محاولة من الطفل للحصول على اهتمام زائد أو تكون استجابة عدوانية للاحتباطات التي مر بها الطفل (أبو النيل وزيور، 1984 ص 30)

ويرى (العبيدي) أن أسباب الأمراض السيكوسوماتية متعددة ومظاهرها لا يوجد لها سبب واحد خاص وهي:

1. العامل النفسي: وهو العامل الفعال المباشر وقد يكون بشكل صدمة حادة مفاجئة (قتل، موت بجوارث المرور، ذكريات مفاجئة) أو إهانات لا تغنفر، أو ظروف شديدة من التهميش والإنكار .
2. وجود ضعف تكويني: في بعض أجهزة الجسم قد يكون شعورا بالنقص أو شعور بوضاعة ونقص ذلك العضو.
3. الأمراض السابقة لعضو معين: قد تساعد على تكرار الإصابة عند التعرض للشدائد النفسية.
4. إصابة أحد أفراد العائلة: بمرض جسمي في أحد أعضاء الجسم، يساعد على إصابة نفس العضو عند الشخص الآخر، وفي الحياة اليومية أمثلة كثيرة عن ذلك.
5. لتحديد أهمية كل عامل من العوامل السابقة لابد من معرفة شخصية المريض وحياته وغالبا ما نجد عنصر مشترك وهو عدم النضج العاطفي، أي التخوف من المسؤولية (الكبت الشديد لدى هذا النمط من الشخصية معرض للمرض السيكوسوماتي) وهو ما دعاه بعض الباحثين بالشخصية النفس جسمية (العبيدي، 2004، ص 59)

5. الخصائص الشخصية للمريض السيكوسوماتي:

سعى رواد تيار السيكوسوماتي من خلال ملاحظاتهم العيادية لتحديد خصائص شخصيات هؤلاء فبالإضافة إلى مساهمات المدرسة الفرنسية والباريسية تحديداً، لوصف هذه الخصائص فقد تقدمت المدرسة الأمريكية ومدرسة بوسطن على وجه التحديد بإسهاماتها في هذا المضمار، ويمكن البحث السيكوسوماتي من تحديد المميزات الأساسية للمرضى السيكوسوماتيين والمتمثلة في:

1.5 التفكير العلمي:

أشار Marty & De M'uzan (1963) إلى ظهور بعض الصفات الظاهرة لدى المرضى تتمثل في التفكير الملموس والعلمي، الاستثمار المفرط للواقع، فهم أشخاص لا يبكون، كلماتهم تصف أفعالهم عن قرب، لا تتبع أي إرسان وخالية من النشاط الهوامي، وكأن محتوى الهوام محتوى خطير وحي اقتصاده، يبقى الفرد لصيقاً باستمرار مع تدفق إيماءاته وعلاقاته في الحالي، وإن حدث له إسقاط في المستقبل أو أرجع إلى الماضي فذلك يحدث بتفككه وتجزئته وبتناوله في الحاضر بطريقة مهيمة على كل شيء من خلال تتابع الأحداث، اتصاله يكون في اتجاه خطي ومحدود دون التفتح على واقع من ترتيب مختلف (عاطفي أو خيالي)، حيث لا مجال لتوسيع وإثراء كلامه، أما عمله فكأنه فرض عليه فرضاً، وإن رافق سرده تظاهرات حسية حركية، فهو ليس لتفسير الحركة أو العمل ولكن لمضاعفته، يصنف Smadja بأن الفرد يظهر وكأنه غريب عن ذاته وليس حاضراً في قلب السيرورة ولكن شاهداً عليها من خلال الحركات الخارجية، كالسلوك والطبع وليس في المعاش الذاتي الداخلي والانفعالي، يصبح الفرد وكأنه مفصول عن نفسه و عما يشكله عاطفياً، ولأنه منهمك بالحفاظ على بقائه على قيد الحياة فإن التعبير العاطفي يصبح ثانوياً وكمالي بالنسبة له (Smadja.2001 pp 47-76)

2.5 السلوك التكتمي:

اصطلاحاً من الكلمة Thymos أي الذي لا يمتلك الكلمات "Alexithymie" أو التكتم يعبر عن غياب الكلمات لتعبير عن الانفعالات، وبالرغم من أن الوصف الأول للتكتم كان من قبل "Reusch" سنة 1948 إلا أنه سلوك كثير من المرضى المناقش تحت تسمية التكتم ترجع إلى "Sifnéos" سنة 1972 ويشير لعدم القدرة على الترميز والتعبير عن الانفعالات. إضافة لتناذر السلوك الفارغ والذي يعبر عنها هشاشة السايكوسوماتي، شاهد عن اضطراب في التنظيم العاطفي مما يتولد عنه عدم التفرقة في إقامة العلاقات مع الغير، راجع لغياب قلق الشهر الثامن والموضوع الانتقالي.

اهتم "John Nemiah & Peter Sifines" في مدرسة بوسطن بطريقة تعبير المرضى، إذ لاحظ أن ظهور الانفعالات لديهم تظهر بطريقة عنيفة ومباغثة وكأنها استجابة لمثير ما تزول بزوال الوضعية، أي بمجرد تغيير الموضوع الذي أثارها، وعادة ما تكون هذه الانفعالات غير مرفقة بالإرصان الهوامي، فهي تظهر كاستجابة معزولة غير مستمرة، ترتبط بالمثير دون ربطها بما حدث قبله أو بعده وكأنه صمام يفتح ويغلق بطريقة مفاجئة.

وعلى غرار ما ذهب إليه "Fenickel" في 1945 بوصف سلوك هؤلاء المرضى "يدبالنمط البارد انفعاليا" أو "بالأميين انفعاليا" أطلق "Sufnes" مصطلح "التكتم" في 1972 (حافري، 2019 ص 101) سعى "Sufnes & Nemiah" لوصف التكتميون بأنهم أشخاص كئيبين، جامدين بلا حياة، مملين وغير معبرين، يجدون صعوبة كبيرة للتعرف ووصف أحاسيسهم الخاصة وإبلاغها، يتعذر عليهم التمييز بين حالتهم الانفعالية وأحاسيسهم الجسدية، كلامهم نثري ومبتذل، نفعي ولا يثير الاهتمام، نمط تفكيرهم موجه نحو التفاصيل الخارجية للحياة اليومية مقابل توجهه نحو الحياة الهوامية ونحو الأحاسيس أو التجارب الداخلية، لديهم محدودية في الحياة الخيالية، وكذا نوع من التفكير الموجه نحو الملموس والواقعي، فهم أشخاص يهربون إلى الواقع من خيالاتهم المرعبة ولكن إلى واقع عديم الحياة وميت.

إضافة إلى ذلك يشير (2002) "Porcelli & Meyer" إلى وجود درجة كبرى من الامتثالية الاجتماعية والتي تومي بالسواء عند هؤلاء الأفراد التكتوميون، حساسين للنمطية الاجتماعية مع فرط في التكيف الاجتماعي ويفتقدون بما على الآخر فعله، ويشبههم (1990) "Taylor" بالرجل الآلي، فهم يتطورون في الحياة بطريقة ميكانيكية وكأنهم يتبعون إرشادات كسب التعليمات، فاقدين الاتصال بواقعهم النفسي أما حياتهم العلائقية فتتميز بالصلابة، إذا لا يسمحون لأي شيء يخرج منهم ما عدا الأعراض العضوية التي تكون عديمة المعنى أو أعراض غيبية كما يدعوها (حافري، 2011. ص 102)

3.5 الاكتئاب الأساسي:

هو اكتئاب بدون موضوع، خلل من الأعراض، مقنع مختلف تماما عن الاكتئاب الأخرى (حصرية أو سوداوية مثلا) الاكتئاب الأساسي يسبق دائما التجسدن الذي يمكن أن يكون خفيفا للوهلة الأولى، ثم يتجه نحو اللاتنظيم التطوري .

يمكن أن يشخص من خلال بحث نفسجسدية، يأخذ بعين الاعتبار العلاقة بالموضوع للعميل الذي لا يستثمر العلاقة مع المعلل إلا من خلال النمط التقني يركز حول الواقع، فالتفكير العملي هو الذي يرافق الاكتئاب الأساسي (سعادنة. 2011، ص 24)

وصفه مارتي سنة 1966 وهو اكتئاب يتميز بغياب التعبيرات الأعراضية المعهودة في الاكتئاب، تعرف بهبوط عام في نشاط الحياة دون مقابل اقتصادي، ويرى "مارتي" أنها تعبر عن انحطاط غرائز الحياة، ومن الوجهة الميتاسيكولوجية كما ذهبت إليه (1983) "Debray" هي شهادة عن فقدان ليبيدي نرجسي وأيضاً موضوعي، تمثل سلسلة من تيار التحطيم الذاتي لنزوة الموت، يبقى الفرد منغمساً في حياته العملية ولا يشكو من شيء والمحيطين فقط هم من يلاحظوا هذا الاكتئاب عليه بسبب طبعه الميكانيكي والنقص الحيوي لوظائف الشخص مما يولد مخاوف لدى عائلة المريض، ويستدعي تدخلاً علاجياً مستعجلاً.

4.5 سمات نموذجية في علاقتهم بين الإنسانية:

يرتبط السيكوسوماتيون في علاقتهم بصورة رمزية بشكل وثيق بشريك (شخصهم المرجعي) يحاولون بمساعدته تثبيت مشاعر الهومية الغائبة لديهم واستقلاليتهم الناقصة من خلال منظومة تأمين خارجية وجعلهم العجز في المشاعر القادمة الذاتية والاستقلالية متعلقين بشدة بالتجانس مع الشخص المرجعي، يدركون الآخرين بصورة غير دقيقة وغير سوية، ويعيشون أنفسهم بأنهم منفصلين عن الآخر، أطلق على هذه الطريقة من الخبرة والإدراك تسمية "التضاعف الإسقاطي" أو "التطابق مع الآخر"، كما ذهب إليه (1998) "Sami Ali" فهم يرون الآخر بصورة آلية وكأنه نوع من صورة ذاتهم ويحاولون بهذا المحافظة على ارتباطهم الرمزي فكونهم لا يتعرفون على مشاعرهم الخاصة، فهم لا يتعرفون على مشاعر الآخر مما سيبعث لإدراكه كازواج لذواتهم كما أنهم بحاجة للامتثال ومسيرين من طرف نموذج مثالي وجماعي، لا يستخدمون مفهوم "أنا" في سياق ممتلئ بـ "لا" ويميلون إلى الحل الوسيط الذهبي ويخافون من رفض الآخر وابتعاده، وكحل للخلل في مفهوم الفضاء والزمان يتبنى الفرد تكيفاً مبالغاً مع الزمن الاجتماعي واحترام مفرد للوقت والمواعيد كسد لثغرات الوقت الذاتي.

5.5 الأحلام عند مرضى السيكوسوماتيين:

- غياب الأحلام:

يلاحظ مارتي والسيكوسوماتيون إجمالاً، غياب الأحلام لدى بعض المرضى النفس-جسديين وهم لا يجزمون ما إذا كان هذا الغياب فعلياً أو متأتياً عن نسيان الأحلام بسبب اضطرابات النوم ومراحله، إلا أن مارتي يؤكد بأن الأحلام تعود للظواهر لدى هؤلاء المرضى بعد فترة من العلاج النفسي تختلف من مرض لآخر طبعاً لعوامل عديدة) على أن عودة الأحلام هذه تتم بصورة تدريجية ففي البداية نلاحظ أن

هذه الأحلام تكون مشوشة وغير منتظمة، ولكنها لا تلبث أن تنتظم مع تقدم العلاج النفسي وهذا يعكس فعالية العلاج النفسي، لأنه دليل على التحسن الوظيفي المضطرب لجهاز ما قبل الوعي.

- الأحلام العملية:

وتتلخص هذه الأحلام بكونها تعكس مشاهد الحياة العملية للحالم، كأن يحلم العالم أخلاقياً ذات علاقة بالمعمل الذي يعمل فيه أو بالعمل الذي يزاوله، وهذه الأحلام تعكس قفزا في محتويات ما قبل الوعي بسبب قلة المثيرات ولكن هذه المحتويات لا تلبث أن تتكثف وتغنى مع تقدم العلاج النفسي.

- الأحلام التكرارية:

وتعني بها الأحلام المتكررة بشكلها ومحتواها، وهذه الأحلام تعكس زيادة في التهيج الذكوري ناجمة عن تشتيت رضة حديثة العهد أو عن انعكاس حدث لتثبيتات عائدة إلى عهد الطفولة.

- الأحلام الفظة:

ولقد استحقت هذه الأحلام تسميتها بسبب غياب الدفاعات، المقاومات والرقابات النفسية، وذلك بحيث تأتي هذه الأحلام لتعكس بفضاضة وفجاعة محتويات اللاوعي ومكونات الهو من الرغبات الغريزية وهكذا فإن هذه الأحلام تحوي مشاهد مثل العدائية، السيطرة، الإغواء، الخساء، أو المذبحة، ارتكاب المحارم... الخ.

وهذه الأحلام تشبه أحلام الدهانين بدرجة كبيرة من شأنها أن تفاعلاً المعالج غير المتمرس بالاقتراب والعلاج النفسي - الجسدي.

وهذه الأحلام تعكس عادة عصاباً طبائعياً سيئاً التدقيل أو عصاباً سلوكياً، أما على صعيد ما قبل الوعي فإن الأحلام الفظة تعكس وهن ما قبل الوعي وعدم كفايته يمكن بعدم الكفاية هذه أن تنقسم إلى عدة مستويات منها:

أ. عدم كفاية ما قبل الوعي الخفيفة والعابرة وتتجم عن صراعات تسبب شللاً مؤقتاً لجهاز ما قبل الوعي ويتم تجسيد هذه الصراعات (وانعكاسها على الصعيد الجسدي) عن طريق تفريغات نزوية ذات طبيعة نكوصية وغالباً ما ترافق الصراع، ارتفاع الضغط وزيادة حيوية العضلات المحظر به (آلام العضلات والعمود الفقري... الخ)

ب. عدم كفاية المعارضة من خلال إعادة التنظيم وتتجلى جسدياً بشكل نوبات مختلفة الحدة (لا تلبث أن تزول بعد إعادة التنظيم والتوازن النفسي - الجسدي) وهذه هي حالات نوبات مرضى كل من الربو والقرحة.

ج. عدم كفاية ما قبل الوعي الحادة، والتي يمكنها أن تستمر لفترات طويلة ونصادفها في حالة اختلال التنظيم التدريجية وهي غاية سوء التعقيل ويعتبر مارتى ملازمة للأمراض الخطيرة (تابلسي. 1992، ص 78-79-80)

6. الأنماط التشخيصية وبروفيل شخصية المريض السيكوسوماتي:

شغلت فكرة دور بعض السمات وبعض الشخصيات في تشجيع ظهور بعض الأمراض الجسدية العاملين في المجال الطبي وأخذت العديد من الاهتمامات، والفرضية القائلة بارتباط بعض الخصائص الثابتة في شخصية الفرد بحظر تطوير بعض الأمراض فرضية قديمة قدم الزمان، ابتدأت مع نظريات الأخلاط والأمزجة في الطب القديم وصولاً إلى نظريات الأنماط "أ" A و "ب" B في 1950 لصاحبها "روزمان ونريدمان" "R. Rosenman et M. Friedman" وكان الباحثان قد أشارا إلى وجود نمط سلوك يشكل عامل خطير على صحة الأفراد هو النمط "أ" المستهدف للإصابات القلبية، كما استطاعت "ليديا تيمو شوك" "L. Temoshok" تمييز السلوك الانفعالي لمرضى السرطان لتضعه تحت نمط "ج" C والذي تعرفه على أنه عامل خطر في ظهور وتطور السرطان. وفي المقابل وحسب ما تم تسجيله من ملاحظات سريرية هو تزايد حالات الإصابة بالنوبات القلبية وحالات الوفاة بالسكتات القلبية في الآونة الأخيرة، استطاع "جوهان دونو لوت" "J. Denoll et" وزملائه البحث عن الأسباب الكامنة وراء ذلك، فكانت زيادة نسبة الكورتيزول من أهمها والتي ترتبط بدورها سمات شخصية محددة صنفها "دونو لوت" بشخصية من النمط ولا يمكن الحزم بتدخل نمط. "Type D".

ولا يمكن لتدخل نمط الشخصية كعامل أساسي لظهور الاضطراب السيكوسوماتي، بل كعامل مساهم لظهوره في ارتباطها مع عوامل أخرى، تتمثل في الجانب الوراثي والهشاشة الجسدية، إضافة إلى وجود نشاط عقلي خاص (تنظيم سيكوسوماتية).... وفيما يلي عرض لهذه الأنماط.

1.6 أنماط الشخصية كعامل للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية:

1.1.6 نمط الشخصية "أ" Type A:

يشار إليه حالياً بمصطلح سلوك النمط "أ" والتي تنتظم في سمة أو نمط في الشخصية، يتميز هذا النمط بأنه مسئول عن استجابة مفرطة إزاء المواقف المجهدة، فهو نمط أكثر من كفاح متواصل مركب-فعلي انفعالي يستخدمه لمواجهة تحديا محيطهم، يتضمن هذا المركب مظاهر سلوكية كالعدوانية، فهم عدائيون وعدوانيون متسرعون، لديهم رغبة شديدة في المنافسة والسيطرة، ورغبة قوية في الإنجاز قد ينافس صاحب هذا النمط نفسه. هم أشخاص نافذوا الصبر، ويشعرون بإلحاح الوقت، يكون لديهم

إحساس بأن الوقت يسرقهم وأن مسؤولياتهم كبيرة، يسرون ويتحركون يأكلون بسرعة يضعون عددا من الأعمال لإنجازها في وقت قصير يتجاوز قدرتهم، فهم في حاجة لتحقيق ذاتهم والتفوق عليها، يملون إلى تأكيد بعض الكلمات في أحاديثهم والاستعجال في نهاية الجمل التي ينطقونها، يتميزون بأسلوب انفجار في الحديث وتوترات في عضلات وجوههم، يقاطعون من يحدثهم ويكملون كلامه، فأصحاب النمط "أ" يجدون صعوبة في الاسترخاء بدون عمل يهتمون، بالعمل وإنجازه أكثر من التمتع بأدائه، فهو نمط يحب السيطرة نتيجة شعوره بعدم الأمان الخفي، يعبر عنه بواسطة العدوانية المفرطة اتجاه الآخرين ومثل هذه الجهود المستمرة كما يشار إليه تنتج تنشيطا مفرطا للجهاز السمبثاوي، وتنتج عنه عواقب متعددة تتمثل في ارتفاع ضغط الدم، انقباض الأوعية الدموية، إفراز مفرط للأدرينالين. وهو ما لخصه (Consoli, 2013) بأنهم أشخاص يمتازون بفرط في النشاط، ديناميكية وحركية عصبو هرمونية في مقابل الإجهاد، مرشحون أكثر من غيرهم للإصابة بأمراض الشريان التاجي (حافري، 2019، ص 77)

2.1.6 الشخصية من النمط "ج" Type C:

في نفس المنحى الافتراضي لوجود نمط خاص من الشخصية الذي يقترن بأمراض جسدية محددة قام كل Morris&Greer من في 1980 لإدراج النمط "ج" "C" أو ما يسمى بالشخصية المستهدفة للإصابة بمرض السرطان، استطاعت Temoshok في 1987، تمييز السلوك الانفعالي لمرضى السرطان، والذي تعرفه على أنه عامل خطر في ظهور وتطور السرطان، ووصفه على أنه نمط يتميز بقمح الانفعالات خاصة السلبية منها كالغضب، الميل للتضحية بالنفس دون التعبير عن المصاب الفردية وسعت Temoshok و Fox لوصف المريض بطبيعة السلوك على أنه محبوب محيط واجتماعي لطيف، هادئ وصبور فهو في حياة عملية متقن للعمل متقبل من المجتمع يتهرب من النزاعات الشخصية، يتمسك بالروتين وميال موافقة والانصياع، يمتاز بالثبات أمام المصائب، ليس لديه الثقة في نفسه، وغير مؤكد لذاته ومضحي بها، فهو شخص جد متعاون، يتميز بعدم المنافسة، الاستجابة لرغبات الآخرين، وعدم التسلط، تجنب السلوكات التي يمكنها أن تجرح الآخرين، الامتثال لمواصفات السلوك المتعارف عليه والحفاظ على مظهر اللطف، نظرته إلى الواقع الخارجي تكون معقلنة ومجردة من العواطف، الميل إلى مشاعر العجز واليأس، العجز عن تفريغ التوتر والإفصاح عما يستبد به من انفعالات، يعجز عن التعبير عن غضبه وعدوانياته في وقت يسعى فيها للحفاظ على واجهة قوية وسعيدة، يتحكم في غضبه لأجل الحفاظ على العلاقات بين شخصيته والحفاظ على صورة جيدة عن نفسه كشخص محبوب لا يتم رفضه.

أما "Dumbar" فترى بأنهم أكثر تعرضاً للإجهاد، جد متعاونين، يتطلعون لإرضاء الغير واحترام السلطة، يتسمون بالحصر ومفرطي الإحساس.

3.1.6 الشخصية من النمط D Type D:

طور مفهوم النمط "د" (Type D) سنة 1998 من طرف Johan Denollet يشير الحرف D إلى الكلمة الإنجليزية Distress أي "المدنة والتعاسة" ولكن أيضا كحرف يلي الحرف A. B. C في أبجدية اللغة الأجنبية التي تصف باقي الأنماط.

تعتبر العاطفة السلبية والتنشيط الاجتماعي من أكبر السمات المميزة لهذا النمط، وتشير العاطفة السلبية حسب (Denollet 2008) إلى الانفعالات السلبية ذات طابع اكتئابي تمتاز بالغضب والقلق الحاد. والأشخاص الذين لديهم عاطفة سلبية هم أشخاص لديهم ميل لاختبار المشاعر السلبية عبر الزمن يصعب تحملهم فهم يمتازون بشعور غير صار ومثيرة للقلق، عدم الراحة العاطفية أو العقلية، لديهم أعراض حصرية، الإحساس بعدم الرضا والسخط، التوتر والتهيج، الاستياء، وفي بعض الأحيان اللامبالاة نحو المنخرطين والاستجابة والشعور بالوحدة، رؤية سلبية وإنفعالات سلبية نحو الذات، يتميزون بالاهتمام أكثر بالمؤثرات السلبية، زيادة من استنكار الأحداث الضاغطة والمجهددة ومبالغة في تقييم العلاقات بين إنسانية بالسلبية.

أما التنشيط الاجتماعي فيشير للميل إلى الكف عن تعبير عن الذات في التفاعلات الاجتماعية التي يعيشونها نتيجة الشعور بعدم الأمن يتجنبون الخطر الموجود في التفاعلات الاجتماعية مثل انتقاد أو عدم الحصول على الموافقة من الآخرين لديهم مشكلة في تكوين الصداقات الخوف من الرفض أو المعارضة (حافري، 2019 ص 79)

على الرغم من أن أسباب ارتفاع المخاطر لدى نمط "د" غير واضحة بصفة نهائية إلا أن الباحثون في مجال الطب وعلم النفس الجسدي قد أكدوا أن الزيادة في هرمون الكورتيزول تزيد من توتر القلب بشكل مضاعف لأشخاص من نمط "د" أكثر من غيرها من الأنماط الأخرى مما يؤدي إلى تسريع دقات القلب، توسيع الأوعية الدموية، زيادة في ضغط الدم، وزيادة في نسبة السكر في الدم، مما يجعل جهاز المناعة هذا النمط أكثر نشاطا مما كان، وبالتالي المزيد من الالتهابات، ما يؤدي إلى تلف الأوعية الدموية، وتمزق لوحات تصلب الشرايين، وعليه يكون أصحاب النمط "د" أكثر عرضة للجلطات والسكتات القلبية.

6. بروفييل الشخصية لبعض المرضى السيكوسوماتيون:

يعتبر "أليكسندر" و "دومبار" أول من بينا كيف أن المصابين بارتفاع ضغط الدم تتنازعهم ميولات متناقضة من جهة؛ الحاجة إلى السلبية والتبعية التي يعيشها الفرد كإنقاص من القيمة مخجلة وغير مقبولة، ومن جهة أخرى؛ سلوك رد فعل يهدف إلى التحكم في الوضعيات إلى السيطرة وإلى الاستقلالية مثل هؤلاء المرضى يظهرون عادة بمظهر خارجي هادئ لا مبالي والذي يخبئ شدة انفعالية معتبرة وهي عدوانية تجاه المحيط، والتحكم في الذات عموما يكون نتيجة لحزم هؤلاء الأفراد وهم يستعملون طاقة كبيرة لقمع عدوانيتهم وعاطفتهم، إثباتهم لذاتهم اكتفائهم ونضالهم يدفعهم للبحث عن المسؤوليات والانخراط في نشاط دائم وحتى في النشاط مفرط؛ كأن يكون رئيسا ومرؤوسا في الوقت ذاته.

هناك العديد من المميزات التي تتطوي عليه شخصية المصاب بالشرابين التاجي التي وصفها "دنبار" وقد يكون ظهور النموذج "A" عند شخص سليم مؤشرا نفسيا للإصابة بالشربان التاجي وهذا يسمى هذا النوع بالنموذج Coronogene / Coronary-prime ونجد فيه أهمية استثمار المهن، الطموح الاجتماعي، الشعور بضياح الوقت، وظهور ردود فعل عدم الصبر، كما وجد لديهم نفع اجتماعي معتبر والذي يتصادف مع حالة الضغط الدائم في العلاقة الاجتماعية مع حساسية مفرطة إزاء الفشل، كما أظهرت دراسات أخرى عند التاجيين سيطرة للتنظيمة الوسواسية للشخصية.

أما المصاب بالقرح المعدية حسب "أليكساندر" فنجد لديه الكثير من المميزات التي ذكرناها عند المصاب بالاضطرابات القلبية الوعائية، إضافة إلى ما أشار إليه الكثير من الباحثين حول الميولات القيمة المحبطة عند المصاب بالقرح المعدية، وهي حاجة شديدة إلى التبعية والحماية التي قد يطمعها ويبعداها عن طريق نشاط مفرد وسلوك طموحي وتنافسي، قد يعوضها بالإشباع التي يجدها في العلاقات العائلية والزوجية وبالعكس عندما تكون الجراحة فعلا اضطراريا، تظهر الميولات السلبية وتباعية حسب "De M'Uzan" ويشير إلى أن القرحة المعدية تدفع بالمرضى بعكس مرض الضغط الدموي إلى الشاكوى من الوسط الطبي يأخذ مأخذ الانتظار والتبعية ولا يكون مبادرا.

كان من الصعب إيجاد بروفييل نمطي للأمراض الربوية لوجود نفس صراعات الاستقلالية والتبعية وبين "أليكساندر" أننا نجد لدى هؤلاء: الطموح، التعلق، ولكن أيضا الحساسية المفرطة، تأخذ خاصة التبعية هنا شكل أقل من البحث عن الضمان والعاطفة (être nourri) من القرعيين (d'être protégé) فهم يبحثون عن الحماية والتدليل من طرف الأم (حافري، 2019، ص 80)

وعادة ما نجد عندهم ارتباط كبير بالأم، والعلاقات التي تبنى مع المحيطين تكون مشبعة بالحماية وتتميز بالجشع الفمي، وهم في حد ذاتهم مفرضي الحماية مع الآخرين، إن إحباط مثل هذه المطالب العاطفية قد يؤدي إلى الانطواء، الاكتئاب أو إلى اتجاه طبيعي أو إلى عدوانية ظاهرة، كما يؤدي المرض لهؤلاء المرضى وعائلاتهم أحيانا إلى توطيد التبعية المتبادلة، فيصبح كل فرد ضمان للآخر فهو عبارة عن بحث عن آثار الأم في الآخر.

إن خصوصية العلاقات بمرضى الرب نجدها أيضا عند مرضى الحساسية، وفي هذا المنظور حاول Marty تحديد "علاقة موضوع تحساسية" والتي يمكننا ملاحظتها في المقابلة العادية من خلال السهولة المبالغ فيها لهؤلاء المرضى إزاء الوضعيات الجديدة، أو حين يواجهون محاولا مجهولا (راجع لغياب قلق الشهر الثامن) وتتأثر علاقتهم بميولاتهم الدائمة إلى التقرب من الموضوع إلى درجة الاختلاط معه، فهم يسعون دائما إلى علاقة تطابق ولا ينتقلون إلى حالة التشابه، وإذا كان الموضوع محبطا لهذه العلاقة قد تظهر عندهم نوبة حساسية، وقد يربطون علاقات أخرى بشكل سريع وسهولة مذهلة بفضل استثماره لموضوع جديد كتعويض للقديم، وإن مثل هذه المميزات العلائقية مرتبطة بنتييات في المرحلة ما قبل الموضوعية قبل التعرف على الآخر ككل منفصل عن الذات.

ونشير كما ذكرنا سابقا، أنه لا يمكن لأنماط الشخصية أن تشكل عامل خطر لوحدها بل في اجتماعها مع عوامل أخرى، والجدل القائم حول ارتباط أنماط الشخصية مع ظهور الأمراض العضوية إنما يختص باستثارة هذه الأنماط من الشخصية وليس كعوامل مساهمة في ظهورها.

كما يؤكد (2001) Fernandez-Ballesteros أنه وعلى الرغم من النقد الكشفي الذي لاقتته نتائج الدراسات المقدمة إلا أن اتفاقها مع صفة القمع للانفعالات السلبية وصعوبة التعبير عن الغضب وصعوبة التعامل في الإجهاد، الإبداع مجالا للشك، للقول بأن نمط الشخصية هو عامل مساهم في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية واتفاقها مع وجود صفة القمع للانفعالات السلبية وصعوبة التعبير عن الغضب العدوانية والصعوبة في التعامل مع الإجهاد لا يدع مجالا للشك للقول بأن نمط الشخصية هو عامل مساهم في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية (حافري، 2019، ص 82)

7. رمزية الاضطرابات السيكوسوماتية:

في التحليل النفسي يرى مجموعة من المحللين النفسيين أن العرض النفسي هو رمز تعبيرى عن مجمل الرغبة وتقبضها وأن اللغة الرمزية التي تظهر في الاضطرابات السيكوسوماتية مثلها مثل التي تظهر في الأحلام أو العمليات الإبداعية أو الأساطير.

تبدأ سيرورة عمل الرمزية السيكوسوماتية انطلاقاً من مركب التمثيل حسب M. Perron 1995 فهو اعتقاد للوهم (Fantasem) كما نجده مكثف في شكل تمثل لأفعال ومواقف من جهة أراد أن يستدل على الاستثمار الأصلي للنشاط الحركي بواسطة الطاقة النزوية والعاطفية التي تغذيه وتحول التمثيلات المجردة إلى أفعال وحركات، وبالتالي تبدأ هذه السيرورة من تمثيلات لكلمات وأشياء شعورية وتمثيلات الأشياء اللاشعورية وفق لسيرورة استثمار جسدية شعورية ولا شعورية.

يرى Perran أن هذه التركيب ترتبط بأحلام يقضة أو بهومات واعية أو لا واعية تكون كامنة خلف محتوى ظاهر (بن أحمد، 2011، ص 128)

يرى كل من "David" و (1994) "Fain" أن الحالات التي يكون فيها الهوام يكون هناك نشاط للتمثيلات، حيث يتمص الطاقة في قنوات طاوية مؤكدة المنفذ، مع فاعليتها تسمح لنا بتحقيق التعقيل السيكوسوماتي أما عندما يحدث العكس ويغيب نشاط العمل التمثيلي أو ينقص بالنسبة للاستثمار العلاقة مع الموضوع أو على أساس وظيفة غير كامل بالنسبة للحياة النزوية، فرط الطاقة الاستيعابية تمنع حركية تلك الطاقة ولا يكون هناك إرسان نفسي ويكون هناك حقل جد محدود للنشاط العقل الهوامي الذي يؤدي إلى تصريف الطاقة جسدياً.

أما "سامي علي" يرى أن غياب الخيال ليس راجع إلى نقص، ولكن عبارة عن عجز حقيقي وعجز عن التعبير الانفعالي هو نتيجة إلى كبت غير معروف مع رفض لكل حياة الحلمية (فاسي، 2016، ص 46)

فكل هذه السيرورات تنتهي بعجز التعقيل نتيجة الفقر الهوامي والتفكير العاملي حيث لا توجد مرونة في التفكير، فالتعقيل عملية شاملة للحياة الهوامية والمالية والاستثمارات العقلانية وهذه الاستمرارية الدينامية استثمرت الطاقة النفسية مباشرة على الجسد حيث يقول "GRODDEK" على كل التظاهرات الجسدية أو النفسية ما هي إلا تعبير رمزي عن نزوات الهو ويعتبر الجسد في حد ذاته رمزي (Jacques, 2007, p 334)

- رمزية بعض الاضطرابات الجلدية:

1.7 الصدفية:

هو مرض التهاب جلدي مزمن، يتميز بظهور بقع حمراء، مغطاة بقشور بيضاء فضية اللون ولامعة، شبيهة بصدف البحر، ولهذا يسمى المرض باللغة العربية "الصدفية" ويمكن أن تظهر هذه البقع بأحجام مختلفة في أي مكان على الجسم، وخاصة في منطقة الكوع والركبة وفروة الرأس، وأحياناً تصاب الأظافر

واليدنين والقدمين في حالات الشديدة تنتشر البقع في الجسم كله إضافة لظهور البقع الحمراء ذات القشور البيضاء.

قام "Philip Pongu" سنة 1808 بدراسة 31 حالة عاني من الصدفية، حيث أظهرت هذه الدراسة نتائجها تتمثل في أن هناك دورا للعوامل الجنسية بمعنى أن هناك دورا للسوابق العائلية الوراثية في احداث المرض وهذا بنسبة 60% من الحالات. كما أكد أن العمر الذي تظهر فيه صدفية منتشر ما بين 0 إلى 44 سنة مع وجود خاصيتين لدى هذه الحالات: ظهور المرض متزامنا مع انكسار أو جرح نفسي للفرد مع محيطه الخارجي وهذا قبل 4 سنوات، وأن مرضى الصدفية قد تعرضوا لصدمة نفسية أولية مفاجئة، وظهور الصدفية كان متزامنا مع هذه الصدمات.

لقد أظهرت الدراسة أن 97% من الحالات عاشوا أحداث صدمية شديدة مفاجئة ومؤلمة، أما العوامل المشتركة بين هذه الحالات فيذكر ما يلي: حدث صدمي لدى 7 حالات، تواجد حدث صدمي نتيجة انقطاع في العلاقات لدى 6 حالات، موت قريب لدى 3 حالات، رحيل، ميلاد أخ صغير، اعتداء لدى 5 حالات، واعتداء جنسي لدى حالتين، مع تحرش جنسي واكتئاب، حوادث كارثية لدى 4 حالات، صدمة إجهاض، صدمة خيانة.

حيث صنف "Philip" هذه الصدمات إلى أربعة أنواع منها المتعلقة بالحوادث الفقدان، الاعتداء والكوارث، حيث أن طبيعة صدمات مؤشر أولي لظهور الصدفية فهذه الصدمات تقوم بتنشيط نمط من القلق الذاتي، للشخص الذي قد يدل مثلا على قلق الانفصال، كما نجد لدى هؤلاء المرضى تناذر ما بعد الصدمة PTSD (فاسي، 2017، ص 10)

فظهر الصدفية قد يتزامن مع ثلاث مراحل تتمثل فيما يلي:

1. الذهول الصدمي أو مرحلة الكامنة: تظهر الصدفية عادة بعد مرحلة كاملة من حدوث الصدمة تقدر من 15 إلى 20 يوم، وهذا في مناطق المحددة من الجسم، هذه المرحلة الكامنة تعرف بالذهول الصدمي، ولا يحدث فيها إعادة البناء أو التركيب النفسي فيظهر رد في الجسد كدليل على وجود الصدمة والحلقة الدفاعية للأنا.

2.7 الصدمات اللاحقة المتفاقمة: مع مرور الوقت تظهر الصدفية في مناطق أخرى نتيجة للصدمات اللاحقة والمتفاقمة فتحيي المناطق الأولى الخاصة بالصدمات الأولية.

3.7 اختفاء أو نكوص الصدفية: قد يحدث إعادة للتعتيل نتيجة للتفريغ الغير النزوي من خلال العلاج النفسي أو قد يحدث نكوص وترجع صدفية نتيجة حدث هام أو تأثيرها النفسي ودلالاتها في حياة الفرد.

فالتعقيل لدى مرضى صدفية قد يكون أولياً بدائياً أو يكون كلياً والذي يفسر كتالي: الصدمة تؤدي إلى غياب التعقيل وتظهر كما ذكرنا مسبقاً من خلال الذهول النفسي وحالة الرعب التي تخلق العصاب الصدمي فمن الصعب تقييم مدة عدم التعقيل كون المريض يأتي بعد سنوات من حدوث الصدمة، وأيضا كون هذه الفترة جد قصيرة ولا تحتفظ بذكريات كافية وهذا راجع إلى عجز في الإرصان النفسي والذي ينخفض تدريجياً.

قام "Jacpues Martel" بتحديد بعض الملامح والدلائل الرمزية الخاصة بمرضى الصدفية والتي إذا تمعنا فيها، قد نجدها تمت بالصلة إلى الأكسيتيميا أو بالعوامل المسببة لها فأدرج ما يلي: أنهم يتميزون بالحساسية الزائدة والحاجة للعطف والحب، لذلك فإن الصدفية تغطي تلك المساحات التي تحتاج للعطف أو تذكر الفرض بالوضعيات الصعبة في حياته، سواء كانت تتعلق بالأشخاص أو الأشياء التي لديها دلالة عنده فهم يعانون من التعرض للانفصال المزوج، بمعنى أن هناك انفصال عن شخصيتين أو انفصال لنفس الشخص مرتين، وعادة تظهر الصدفية عند انفصال الأم والأب فالجلد يتأذى لغياب الاتصال الجسدي من طرف الوالدين ويصبح الطفل مجبرا على الاتصال مع الأشخاص غير مرغوب فيهم، حيث تصبح هذه العلاقة مستحيلة وبالتالي تنمو مع الصدفية كطبقة خارجية تحد من الاتصال الجديد كدفاع ضد الآخر، فهي نوع من الحواجز ما بين الذات والآخرين وهي طريقة جديدة لحماية الجسد تقي الفرد من الهشاشة النفسية التي يعاني منها وكأنها درع واقى (فاسي، 2017، ص 14)

لأن الفرد يعيش صراعات داخلية متناقضة بين الحاجات الرغبات والاتصال مع الآخرين والذي يتوجب المسافة الأمنية، فيكون قمعاً للانفعالات مع العيش في قلق مستديم وأيضا المراقبة الحياتية لمواجهة الانفعالات الذاتية.

2.7 الأرتكاريا:

الأرتكاريا تعرف أيضا بمصطلح "الشري" وهو عبارة عن طفح جلدي يكون على شكل بثور بارزة تسبب حكاكا شديداً، وهي نوع شائع من أنواع حساسية الجلد التي يمكن اعتبارها عرضاً وليس مرضاً، حيث أنها حالة جلدية يعبر بها الجسم عن ردة فعله اتجاه محسس ما، أو عامل لم يتقبله الجسم، وتظهر هذه الحساسية على شكل مناطق مرتفعة ومنتوءات وتصيب أي مكان في الجسم مع ظهور احمرار والتهاب بالجلد.

نجد في مقدمة العلماء الذين درسوا علاقة الانفعالات بالأرتكاريا Bernstein و L. Saul هذا من

خلال كتابهما Psychosomatic medicine. حيث انتهى إلى النتائج التالية:

- في معظم الحالات يكون ظهور الارتكاريا بسبب التوتر والفشل في الحب والزواج.
 - كثيرا ما تظهر أعراض الارتكاريا لدى الكثير من أفراد الأسرة الواحدة.
 - معظم المصابين بالارتكاريا حرموا من عطف وحنان الأم وارتبطوا، بالأب الذي كان ماسوشيا خضوعيا.
 - إن أعراض الطفح هي بمثابة منافذ أو مخارج يعبر فيها المالد عن صراعات طفولة المكبوتة.
- تدل الارتكاريا على دلالة رمزية تفسر ظهورها، ومن بين علماء النفس الذين تناولوا رمزية هذا الاضطراب نجد Winnicott الذي نشر مقالا تحت عنوان Les Sentiments de l'enfant: Souffrant d'urticaria Papuleuse مشاعر الطفل الذي يعاني من ارتكاريا، فاعتبر هذا المرض راجعا إلى الوحدة النفسية الجسدية، حيث يمثل عملية الانتصاب التي تحدث على مجال الغدد، القضيب، البظر، الحلمة والإفرازات الأنفية بمعنى أن هناك استثارة تحدث على مستوى الجد فيظهر ذلك الانتفاخ.
- كما أشار بأن الارتكاريا عبارة عن كبت لعملية الاستمنا وتعويضها في الجلد باللمس والحكة لتحقيق الإشباع بطريقة غير واعية لا تتعارض مع الشعور بالذنب، حيث يصبح الجلد حقا للصرع، كما أضاف بأن الاستمنا الاضطرابي أو القهري يكون عادة مصحوبا بأرتكاريا الأعضاء التناسلية التي تعوض الشبقية التناسلية والشرجية.
- فالارتكاريا تشير إلى وجود دوافع غريزية محبطة إلى جنسية مكبوتة وإلى صراعات ماسوشية يعاقب بها الفرد ذاته لسبب أو لآخر، ويظهر ذلك بوضوح في حالة الحكه الجلدية لدرجة الإدماء، وكذلك فالحك الجلدي يعتبر مصدراً للاستثارة الجنسية وقد يحل محل ذلك محل الاستمنا الذاتي خاصة في حالة حكة الأعضاء التناسلية والأماكن الشبقية الأخر، بحيث يعطي ذلك لذة جنسية ويحقق إشباعا جزئيا، ويكون الألم والحرقان والإدماء أحيانا بمثابة عقاب داخل سبب المشاعر الجنسية المثارة وفي الحالات التي وردت إلى الحيادة النفسية، حالة سيدة تركت زوجها حديثا، وكانت تعاني من سلس البول تم علاجه بواسطة وضع جهاز في مجرى البول، وكانت طريقة العلاج سبب لها تهيجا جنسيا، فأصبحت قلقة تنتبها مشاعر الإثم حيال هذه الأمور الجنسية وأصيبت بحكة في أعضائها الجنسية، فكانت تهرش الجلد بعنف لتشبع مشاعرها الجنسية، فالهرش يؤدي إلى تنبيه الخلايا العصبية المشرفة على الأعضاء التناسلية، يلي ذلك معاناتها للألم والأرق كعقاب على تلك اللذة غير الطبيعية.

أما فيما يخص البروفيل النفسي أو الشخصية القابلة للاستعداد فهي لم تحدد في هذا المرض بطريقة واضحة رغم أن فيصل خير الزراد أشار إلى أن الأرتكاريا تنتشر لدى الشخصيات ذات السمات الهستيرية التي تعبر عن صراع داخل ثلاثي وعدم القدرة على الإشباع بسبب وجود منافس، كما تظهر لدى الأشخاص الذين يستعملون الميكانيزمات الدفاعية الموجودة لدى المنغوليين والمكتئبين.

أما "Jacques Martel" فقد أبرز بعض السمات والخصائص التي تميز شخصية مرضى الأرتكاريا وهي بأنهم يعانون من الضغوطات الحياتية ويقومون بأفعال كثيرة لصالح الآخرين ولكن يكون الآخرون في العادة غير متعرفين لهم بهذا الدور، فنجدهم بحاجة إلى الاهتمام والرعاية، لا يتحملون الانتقادات الموجهة لهم، ولديهم حساسية مفرطة كما يرفضون شخصياتهم التي قد عانت في العادة من رفض الآخرين لهم مع الخوف من التعرض إلى الأذى وتوقعه من طرف الآخرين.

أصحاب هذه الشخصيات يكرسون أنفسهم للغير لكن في المقابل لا يستطيعون القيام بأي عمل لصالح الذات كما لا يجروون على الإقدام على المشاريع الجديدة وإنجازها مما يزيد مستوى الشعور بالعجز، ويتقبلون الانفصال عن الآخرين بدلا من تقاوم المضغيات.

3.7 الإكزيما:

أكد "R.Spitz" أن هناك علاقة ما بين الإكزيما والخصائص الأساسية لنمو العلاقة الموضوعية بين الطفل والأم، وهذا بعد عزل للعوامل الجسدية المفسرة لذلك. حيث وجد في دراسة تخص الأمهات في إحدى المؤسسات العقابية أنهن ولدن أطفالهن في السجن، وبعد عزل أولئك الأطفال ظهر لديهم الإكزيما مقارنة مع الأطفال الذين تربوا في أسر، فقد لاحظ أن هناك عاملين مختلفين يظهران لدى هؤلاء الأطفال الذين يعانون من الإكزيما، العامل الأول يتمثل في الوراثة، حيث يكونون عرضة لاستنثارات جلدية في ميلادهم، أما العامل الثاني فهو متعلق بالعامل النفسي الخاص بالبنية التكوينية للطفل التي تقتصر على العلاقة أم- طفل ومدى تأثير هذه العلاقة والتظاهرات الحصرية المتعلقة بقلق الشهر الثامن لخاص الغرباء.

أما مارتي فقد ربط الإكزيما والقدرة على تحقيق الإشباع من خلال هلوسة الرغبة فتظهر فوبيا للمس تجاه الأم، حيث تكون إشباعات غير كافية، أو لا يستطيع الطفل تكوين هلوسة الرغبة، وعلى هذا الأساس يكون رد فعل عدائي تعويضا للملامسة الجسدية، فهي تظهر فوق الجلد كتعويض للمس الغائب من طرف الأم أو نقص صاد الإثارة الأمومي.

Gerard Swvec أشار إلى أمهات الرضع اللواتي كن يعانين من الإساءة الجسدية في طفولتهن تعانين أيضا من الإكزيما حيث ظهر لديهن هومات لاواعية، بينما أن الأمهات الأخريات يظهرن العكس فلهن هومات مقلقة.

فالطفل الذي لا حزن مفرط النشاط أو يظهر اضطرابات جلدية نتيجة الصمت الذاتي الذي يطبع على الجلد ويشير إلى نوع من التكوين البنيوي والألم النفسي فالإكزيما وسيلة تعبيرية عن المشاعر في العلاقة التحولية كما أنها اسقاط وإتمام للأخريين من خلال المرض الجلدي، كما تدل على إحباط ناتج عن غياب الملامسة الجسدية.

"Franz Alexande" فيرجع الإكزيما إلى المشاكل العدوانية والتشوه الناتج عن العار والفضيحة، التحقير والإذلال أو الترك والهجر مع انخفاض المشاعر العدوانية والشعور بالذنب.

وتطرقت "J.Mac dougall" إلى الإكزيما النمطية لدى الرضع حيث أوعزت أسبابها إلى القلق الأمومي الثابت مع وجود علاقة التحامية تتميز باستحالة تحويل الحب للأم أو الأب، كما أشارت إلى دور التبادل الجنسي في العلاقة أم-طفل الذي يحمل بصمات لاواعية في المصفوفة المستقبلية جسم/نفس أين يرسم التكوين البنيوي للرضيع حيث تدل الإكزيما الموضوعية للرضيع على عدم القدرة على التعبير، بحيث يظهر تعبير العقل على الجلد الناتج عن المشكل العلائقي.

يشير "Gerard Swvec" إلى أهمية قلق الشهر الثامن فقلق الطفل تجاه الغرباء يدل على قدرته على التمييز بين الموضوع المنفصل عن الذات والبدائي والقدرة على تفكير في الموضوع المنفصل مع عدم استثمار التفكير من خلال قلق مخيف يتمثل في وجه آخر وغيابه يظهر العكس الذي يدل حسب حال دفاعي مواجه ضد النمو وليس ضد تمثيلة حيث يترك للطفل التمييز بين فردين .

تناول "Dider Anzien" مشكلة الطفل الذي يعاني من الإكزيما على أنها تتعلق بالغلاق النفسي، حيث يظهر إفلاس مع فقر للأنا الجلدي الذي يعمل كوعاء، فالإكزيما محاولة لإثبات التواجد من خلال الحكمة والأحاسيس الجلدية كما تعكس صورة الجسد النظام العائلي.

يمكن أن نلخص من كل ما سبق بأن الجسدانية الجلدية تترجم عادة في العديد من العوامل النفسية خاصة المتعلقة بالخلل العلائقي، قدر الانفصال، قلق الانفصال، الصدمات الحياتية، الهجر، قلق الاضطهاد والانكسارات النفسية التي تغير المنحى المساري للنشاط العقلي الذي يجز أمام هذه الاستنارات الطاقوية واستحالة إرضائها نفسيا، فيظهر العرض جسديا ليبين دلالة رمزية أو نمطا دفاعيا مستقرا نسبيا

أو كلياً، يكون الجلد المسهتداف الأول لهذا النشاط الذي يتميز بانفصال الجهاز النفسي وحل محله الجسد كمتغير يعبر عن الآلام والمعاناة النفسية (فاسي، 2017، ص 30)

8. معايير تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:

1.8 حسب DSMSTR:

يرتكز تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية في البديل التشخيصي على العلامات العيادية الآتية:

A: واحدة أو أكثر الأعراض الجسدية المؤلمة أو التي تؤدي إلى تعطل كبير في الحياة اليومية.
B: أفكار، مشاعر أو سلوكيات مفرطة متصلة بالأعراض الجسدية أو المخاوف الصحية المرتبطة بها
 كما تتجلى بوحدة على الأقل مما يلي:

1. أفكار غير متناسبة مستمرة حول خطورة أعراض الشخص.
2. استمارة مستويات القلق المرتفعة حول الصحة والأعراض.
3. الوقت والطاقة المفرطين والمخصصين لهذه الأعراض أو المخافة الصحية.

C: على الرغم أن عرض جسدي واحد قد لا يكون حاضراً باستمرار، فالحالة العرضية تبقى ثابتة (عادة أكثر 6 أشهر)

- تحديد ما إذا كان:

مع ألم مسيطر (سابقاً اضطراب الألم): هذا المحدد للأفراد الذين تنطوي أعراضهم الجسدية الألم.

- تحديد ما إذا كان:

مستمر يتميز المسار المستمر بالأعراض الحادة، ضعف ملحوظ ومدة طويلة (أكثر من 6 أشهر)

- تحديد الشدة التالية:

- **خفيف:** واحد فقط من الأعراض المحددة في المعيار B يتم الوفاء بها.
- متوسط: يتم الوفاء باثنتين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار B.
- شديد: يتم الوفاء باثنتين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار B بالإضافة إلى تواجد

شكاوي جسدية متعددة (أو عرض جسدي واحد شديد) (الحمادي، د. س، ص 220)

حسب ويس "Weiss" وأنجلوس 1950 "English" إن تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية

يتطلب مراعاة الملاحظات التالية:

- جمع المعلومات أو أدلة من التاريخ الأسري للمريض حول مشاكل طفولة كالأعصاب أو الحرمان

- العاطفي أو تجارب صادمة أو شخصية هشة.
- الوقوف على حالة المريض من حيث الجوانب المرضية السوية ومدى استبصاره بنفسه وإدراك نقاط الضعف شخصيته.
- إدمان الحالة وتردد المريض على العيادات وإجراء كافة الفحوصات والتحاليل الطبية دون وجود سبب عضوي واضح لمشكلة المريض.
- النظر إلى السياق الاجتماعي للمريض للكشف عن الضغوط الخارجية التي قد تكون أسباب مفجرة لما لديه استعداد داخلي.
- معرفة المكاسب الثانوية التي قد يحققها المريض من وراء اضطرابه العضوي ورمزية اضطراب العضو للمريض (الزباد، 2000 ص 107)

9. النظريات التي حاولت تفسير حدوث الاضطرابات النفسجسمية:

أولاً: النظريات البيولوجية

1. نظرية الضعف البدني:

- ينطلق أصحاب هذا الاتجاه على فرضية خلاصتها: أن أي فرد لابد أن يكون لديه عضوا ضعيفا وأن هذا الضعف قد ينتج من خلال العوامل أو الأسباب الآتية:
- الإصابة بسبب عوامل وراثية.
 - إصابة والضعف بسبب سوء التغذية.
 - الضعف بسبب الإصابة بمراضي مبكر.
 - لضعف بسبب إهمال العلاج.

وأي كان السبب فإن أي فرد لابد أن يكون لديه هذا العضو ضعيف، وأن هذا الضعف يجعل الفرد مهيناً لأن يصاب مستقبلاً، ومن خلال هذا العضو دون غيره، بل نستطيع أن نتنبأ بإمكانية وطبيعة الاضطرابات النفسجسمية التي من الممكن أن يصاب بها الفرد مستقبلاً أو يكون مرشحاً لذلك.

فالشخص الذي يكون جهازه التنفسي ضعيف "لأسباب متعددة" يكون مهيناً للإصابة الربو الشعبي مستقبلاً من خلال أي تواتر قد ينتاب هذا الشخص، عكس حال شخص آخر يكون مهيناً وراثياً للاستجابة للتوتر من خلال ردود أفعال مفرطة في أجهزة ذاتية معينة، مما يقود ذلك إلى إمكانية إصابة الفرد -هذا-

بضغط الدم المرتفع حين يواجه أي توتر مستقبلاً، عكس شخص آخر يكون مهيباً للإصابة بالصداع النصفي أو أي أمراض أخرى.

إذا فإن أنصار نظرية الضعف البدني Somatic Weakness Theory يتمسكون بوجهة نظرهم تلك، بل يستطيعون الدليل عليها من خلال أن هذا الضعف البدني لأجهزة -أو على الأقل- لجهاز معين من أجهزة الجسم، ولذا فإن أبحاث الجينوم وفق الشفرة الوراثية لكل فرد سوف تجعل العلماء مستقبلاً يحددون للشخص طبيعة الأجهزة -أو الجهاز- الضعيف لديه، مع الأخذ في الاعتبار إمكانية الإصابة بمرض (كذا) مستقبلاً، ولا شك أن (معرفة الحال مستقبلاً) سوف تجعل الفرد أكثر حذراً إزاء "ضغوط معينة" مع إمكانية (أن يتدخل العلم)، ويستطيع بما يمتلكه من إمكانيات أن يتفادى حدوث إصابة الفرد بمثل هذه الأمراض مستقبلاً أو أن يحدث ذلك، فإن أصحاب الضعف البدني متمسكون بنظرات بل إن أبحاث الجينوم سوف تؤكد لهم -ولغيرهم- طبيعة هذه النظرية الصحيحة التي يعتقدون في صحتها، وإنما السبب الرئيسي والمفسر الأوضح تجاه الإصابة بكافة أعراض ومظاهر الإضرابات النفسجسمية (غانم، 2011، ص 115)

2. نظرية رد الفعل النوعي Specific Keacting Theory:

ويذهب أنصار هذه النظرية إلى وجود أجهزة عصبية ذاتية معينة يمتلكها الفرد تكون بطبيعتها مهيبية وراثياً -أي لا دخل للفرد فيها- تجعله يستجيب للتوتر والقلق والانفعالات السيئة وردود أفعال مفرطة مما يؤدي إلى فتح المجال لإمكانية الإصابة بأمراض نفسجسمية مختلفة وفقاً للاستجابة الفرد.

ولعل تقسيم الأفراد إلى العديد من الأنماط مثل النمط A والنمط B وهو تصنيف ينهض على حقيقة أن هناك سمات معينة تميز كل نوعية معينة من الأفراد، فهذا رد فعله يكون عنيفاً، وهذا متوتر بطبعه، بل ويبحث عن الاستثارة ولا يهدأ ولا يريد دوماً أن يكون في (قلب الأحداث) لدرجة أنه إذا لم يجد أحداث فإنه يحاول (اختراعها) عكس شخص آخر بطبيعته يميل إلى الحذر والانطواء وتجنب الناس، وأن حوارته مع ذاته أكبر بكثير وأهم من حوارته مع الآخرين (ولذا فإن "إيزنك" كمثال قد قسم البشر إلى نوع انطوائي وعكسه انبساطي) ولا شك أن الفرق بين هذا وذاك فرق شاسع، لأنه يتعلق بطبيعة الفرد الاجتماعية (مع الآخرين) والشخصية وكذا الإنفعالية.

ولذا يلاحظ أن الحالة الإنفعالية تتربط مع بعض الأمراض النفسجسمية دون غيرها، فعلى سبيل المثال وجد أن الإنفعال يرتبط مع بعض الأمراض الجلدية المميزة، فالعدوان يتراط مع مرض الحكمة والقلق

مع العرق الغزير والحزي مع العد الوردي، والغضب مع الأرتيكاريا، واللهفة للحب مع التهاب الجلد... الخ.

وقد توصلت لعدد من الدراسات والملاحظات والأبحاث إلى أن مريض الجلد عادة (من النوع النفسي) في حاجة إلى الحب الشديد والحنان والمساندة والدعم من قبل الآخرين في نفس الوقت هو يعاني من عدم قدرته على أن يبادل في أو حتى بعض الآخرين الحب أو حتى يمتلك القدرة على أن يعبر لهم عن حبه لهم، هذا الكبت الشديد لكل الانفعالات (سواء كانت انفعالات حب أو حتى رفض أو حتى اعتراض مع سلوكيات معينة قام بها الآخرون تجاهه... الخ) يقود إلى مرض أو أكثر من الأمراض الجلدية التي لها أساس انفعالي- نفسي.

ووفقا لطبيعة استعداد الفرد للاستجابة -أو حتى الاستجابة- لانفعال معين يكون المرض الذي سوف يرافق الشخص أو من الممكن أن تتنبأ مستقبلا بإمكانية الإصابة به مستقبلا أو يكون الفرد مرشحا للإصابة بمرض معين دون شخص آخر لديه استعداد للاستجابة للضغوط مختلف عن غيره من الأفراد (غانم، 2011، ص 117)

3. نظرية التطور والارتقاء:

ينهض أنصار هذه النظرية في إثبات وجهة نظرهم من خلال اعتقادهم من أن رحلة التطور والارتقاء التي مرت بها البشرية منذ ملايين السنين لم تمر هكذا عبثا، بل تركت العديد من الآثار والنتائج، لأن مرور هذه السنين مع اكتساب الآلاف من الخبرات المختلفة قد أدى إلى إنماء أجهزة عصبية ذاتية لدى البشر، وأن هذا النمو لهذه الأجهزة قد أدى إلى زيادة (التحمل) هذه الأجهزة في قدرتها على مواجهة أفضل لكافة المشاق والضغوط التي يتعرض لها الفرد، وأنا إزاء مواقف الخطر قد تعلمنا إما أن نواجهه (إذا كنا قادرين على ذلك) أو أن نهرب إذا كنا نستشعر أن الخطر الذي نواجهه سوف نعجز عن مواجهته، وفي كلتا الحالتين يهيئ الجسم السليم نفسه لذلك من خلال المظاهر الآتية:

أ. زيادة معدل التنفس.

ب. زيادة تدفق الدم إلى العضلات.

ج. إطلاق السكر في مجرى الدم.

د. توقف المعدة عن هضم الطعام وما يستتبعه ذلك من نشاط فيسيولوجي... الخ.

ومن الغريب أنه مع انتهاء الخطر (إما بالقتال أو الهرب) تخنفي مثل هذه المظاهر المؤقتة ويعود الجسم إلى (سيرته الأولى المعتادة) إلا أن قد يوجد لدى النوع البشري التباسا في التفرقة بين الاستجابة

بتلك الطريقة لإمكانية التنبؤ بالتحديات المهددة للحياة والتي قد تحفز الحيوانات، الأخرى وبين الاستجابة بها للأخطار النفسية، وبالفعل فإننا قادرون من خلال أفكارنا وتخييلاتنا مع إشعال أجهزتنا العصبية الذاتية، ومن ثم تتبقى أجسامنا في حالة استثارة مستمرة.

فالحيوان قد يدرك الخطر (ولا يتخيله) في حين أن الإنسان قد يفكر أفكارا غير عقلانية في تحديد حجم الخطر... وأن هذه الأفكار (السيئة المبالغ فيها) قد تؤدي بدورها إلى استثارة العديد من صور الإنفعالات السيئة أو الإنفعالات السيئة بدورها لابد أن تنتقل وتظهر في السلوك الخارجي (وهي نفس فكرة نظرية العلاج العقلاني -الانفعالي السلوكي- لألبرت أليس) والتي تهض على أن العلاج وفقا لهذه النظرية إنما ينهض على التعرف على منظومة الأفكار غير العقلانية الموجودة لدى الشخص ثم دحض هذه الأفكار، حيث أن مجموعة من الأفكار العقلانية لدى الشخص تحل محل الأفكار غير العقلانية.

إن الاستثارة المستمرة، والمبالغة في حجم التحديات تجعل أجهزة الفرد النفسية مهينة ومتوترة على الدوام، وأن هذا التوتر غير الضروري سوف يترك آثاره السيئة على هذه الأجهزة مستقبلاً، مما يهيئ المسرح لإمكانية إصابة الفرد مستقبلاً بمرض أو أكثر من الأمراض النفسجسمية.

مثال: الأشخاص الجادون والذين لا يكون من العمل والكد والإجتهد، ويبحثون عن التحدي ولا يعطون أجسادهم فرصة للراحة، وليس هذا فحسب، بل إن هذه النوعية من الناس تتصف بالآتي: (غانم،

2011 ص 118)

أ. الميل إلى السيطرة على الزوجة.

ب. الميل إلى السيطرة على الأزواج.

ج. الرغبة في السيطرة على كل مرؤوسهم.

د. الفشل في الاسترخاء والراحة.

هـ. محاولات مستمرة لإثبات الفصولة والقدرة الجنسية الخارقة.

و. الرغبة التي لا تكل في الصعود إلى السلم الاجتماعي.

ز. الإحساس بالذنب لو (مر بخاطره) لأنه قد استمتع بوقته أو إعطاء الفرصة لجسده.

هؤلاء الأفراد بنفس السمات كشفت العديد من الدراسات والملاحظات أنهم في حالة ملحة للحب والحنان

من قبل الآخرين، إلا أنهم يفتقدون إلى ذلك، فيلجأون إلى التعويض من خلال البحث عن القوة والتفوق

والسيطرة وإثبات الذات والرجولة والشخصية في مجالات متعددة (غانم، 2011 ص 119)

4. نظرية التأثيرات الجينية:

بالرغم من استخدام مصطلح الضغط "Stress" أو الإجهاد على نطاق واسع كأحد الأسباب الخارجية في حدوث الأعراض السيكوسوماتية. إلا أنه يوجد افتراض بيولوجي وراثي حول دور العوامل الوراثية في حدوث الأعراض السيكوسوماتية، وقد اهتمت الدراسات في هذا الشأن فنتين مرضيتين هما: مرضى قرحة المعدة، ومرضى الأوعية الدموية القلبية، ويؤكد "إيزنك" على أن الدليل الوراثي ودوره لم يثبت إلى الآن نظرا لتعدد المشكلة في الطب السيكوسوماتي والذي ينظر إلى الحالات السيكوسوماتية ودراستها بطرق وأساليب متعددة، ويخلص من ذلك في تلخيصه لاتجاه البحث الوراثي السيكوسوماتي إلى اتجاهين يساعدان على فهم الدور الوراثي في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية وهما:

- أولاً: التحليل الجيني للحيوانات التي حدث لها مرض تجريبيا وبدقة.
 - ثانياً: دراسة توائم المتماثلة بعناية لتحديد العوامل الجينية المسؤولة عن الأمراض الخاصة.
- في حين أكد آخرون على ضرورة أن نأخذ في الاعتبار العلاقة بين تأثير العوامل الوراثية (بصفة عامة) وبين الضغوط الاجتماعية الخارجية التي يتعرض لها الفرد في البيئة الخارجية التي يعيش فيها بصفة خاصة. و إمكانية تحديد الدور أو حجم التأثير لكل منها في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية (غانم، 2011، ص 12)

5. نظرية كانون Cannon:

قدم "كانون" نظريتين لتفسير فيسيولوجية الاضطرابات النفس-جسدية:

- الأولى النظرية المهادية: أوضح في هذه النظرية أن الجزء السمبثاوي من الجهاز العصبي الذاتي يقوم بدور مميز في استعداد الكائن الحي لمواجهة حالات الطوارئ ففي الحالات التي تستثير الخوف أو الغضب تحدث تغيرات جوهرية في الجسم مثل منع إفراز اللعاب، والحكة المعوية وإفراز العصارة المعدية، وسرعة ضربات القلب وإعادة توزيع الدم في الجهاز العصبي وزيادة ضغط الدم، واستعادة الجسم للقيام بنشاط عضلي قوي، مما يجعل كانون يستنتج أن التوتر الانفعالي يصل إلى معظم أجزاء الجسم بواسطة ممرات الشعرة المهادية.

- الثانية الاتزان الحيوي: أشار في هذه النظرية إلى أن استثارة الجهاز العصبي السمبثاوي مع زيادة إفراز الأدرينالين تعني وجود الكائن الحي في حالة رد فعل تجاه موقف طارئ، وأن الجهاز العصبي السمبثاوي يقوم يقاوم الضغوط البيئية، فالتغيرات الجسمية المرتبطة بالانفعالات القوية تنتج عن الجهاز

العصبي السمبثاوي وتهدف إلى إعادة التوازن الحيوي فهي بمثابة مؤثرات لنقص هذا التوازن مما يحفز الجسم على إعادته مرة أخرى للتوازن (أبو النيل، 2014، ص 144)

ومن أشهر تجاربه استطاع كانون أن يثبت بأن استئصال المناطق العصبية لما فوق المهاد (التلاموس) لدى الكلب يؤثر في انعكاساته الانفعالية (الغضب، العواء، محاولات العض...) ومن خلال تجاربه على الحيوانات توصل إلى أن هناك علاقة متبادلة بين متغيرة فيزيولوجية وثابتة نفسية ومن أجل تخطي الموقف الذي يسبب القلق يلجأ الفرد إما إلى الهجوم Fight أو الهروب Flight، والإجهاد بالنسبة له هو "رد فعل في حالة الطوارئ" أو الاستجابة السريعة للتهديد كما استخدم مصطلح تناذر الاستعجال ليصف رد الفعل النفسي الفيزيولوجي، والذي يظهر بشكل متكرر أمام أي تهديد يتعرض له الفرد النفسي الفيسيولوجي، والذي يظهر باستمرار الحفاظ على توازن ثابت من خلال Homéostasie ويحتمل فقط تعديلات محدودة، ولذا إذا كانت التغييرات الناتجة عن عوامل داخلية أو خارجية مفرطة فإنها تؤثر على ميكانيزمات الحفاظ على التوازن الداخلي للجسم وتؤدي إلى الاضطرابات في الوظائف الأعضاء.

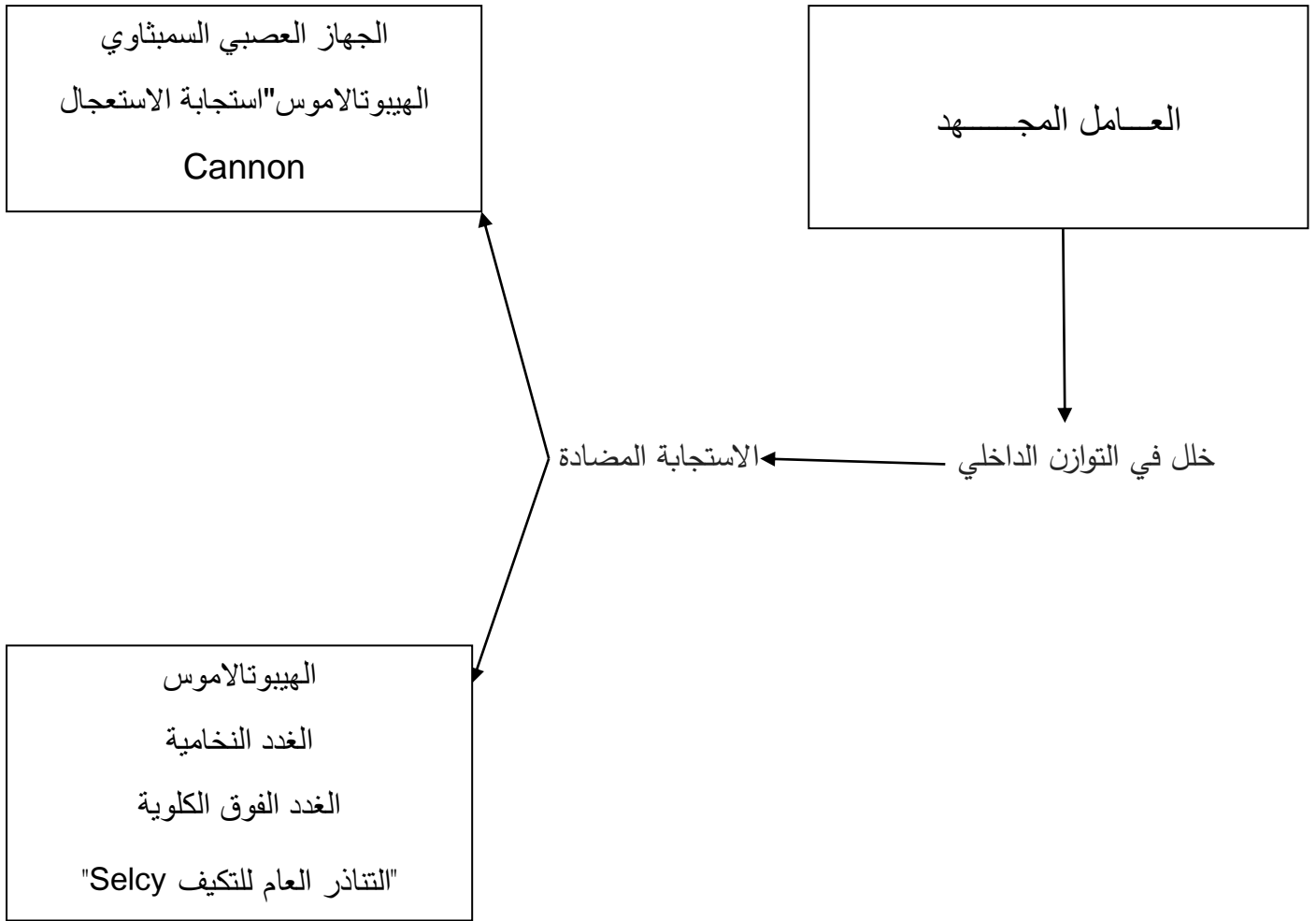
لقد بين "كانون" أن الجسم يلجأ إلى ميكانيزم للحفاظ على حالة التوازن الحيوي، أي القدرة على مواجهة التغيرات التي يصادفها ورجوع إلى حالة التوازن العضوي والكيميائي بانتهاء الظروف والمرافق المسببة لتلك التغيرات، ويرجع الدور في ذلك إلى الجهاز العصبي السمبثاوي، الذي يقوم بدور الدفاع ضد الموافق المجهد وتحقيق التوازن الداخلي (لوشاخي، 2022، ص 1)

6. نظرية Hansseley:

انطلق من أعمال "كانون" وطورها حيث يقول أن إرهاق القدرات الدفاعية للفرد بعد تعرضه للاعتداء نفسي أو جسدي يهدد التوازن الداخلي، ويؤدي إلى استجابة مضادة ترمي إلى استعادة التوازن وهو ما يعرف بالإجهاد الذي يعرف على أنه: الاستجابة الغير نوعية Mospécifique للجسم لكل طلب يطلب منه، أي لا تخضع لطبيعة العامل المعتدي بمعنى، أنه مهما كان العامل المجهد (مادي، نفسي، فيزيولوجي، اجتماعي...) فإن الجسم يقوم بنفس الاستجابة.

والمخطط التالي يوضح العلاقة بين الإجهاد والتوازن الداخلي حسب "كانون" و"سيلي":

الشكل رقم (03): العلاقة بين الإجهاد والتوازن الداخلي حسب "كانون" و"سيللي"



ويقوم "Seley" أن الإجهاد هو تعلم لكيفية التصرف أمام موقف خاص، أي استجابة تكيفية وعامة وأطلق عليهم اسم التنادر العام للتكيف Syndrome général d'adaptation الذي يحدث عبر مراحل:

- مرحلة الإنذار **Alarme**:

فيها تقوم العضوية بتهيئة كل مصادرها لمواجهة الاعتداء، فالجسم يستعد للدفاع والتكيف مع العامل المجهد، هي استجابة استعجالية حيث أنه عندما يتلقى الفرد وضعية مجهدة تنتقل المعلومات إلى المخ لكن يحللها وينبه الهيپوتالاموس (المسؤول عن الانفعالات) هذا الأخير يعطي الأوامر للغدد الفوق كلوية لتتحرر في الدم الإفرازات التالية والتي تعرف بهرمونات الإجهاد Les Catécholamie وهي : Noradrenalie, Adrénaline هذه الإفرازات تؤدي إلى إحدى التغيرات هامة في العضوية هي: تسارع

ضربات القلب توسع الأوعية الدموية، ارتفاع منسوب السكر في الدم، تسارع في التنفس، زيادة التوتر العضلي، التعرق، انخفاض أو توقف الهضم، زيادة اليقظة، بفضل وصول الأكسجين للمخ.

الهدف من هذه التغيرات هو إعادة وتهيئة الجسم لمواجهة العوامل المجهدة هذا الأخير مستعد للدفاع

وتكيف (لوشاخي، 2022، ص 4)

- مرحلة المقاومة Resistance:

تحدث عندما يستمر العامل المجهد وتسمح بمقاومته، فالجسم يقوم بتعديلات للتكيف مع الاعتداء الذي يزال موجود ويحاول إيجاد التوازن، في هذه المرحلة يعمل الهيوتالاموس على تنبيه الغدد فوق كلوية لإنتاج هرمونات أخرى هي Les Glucocorticoides والمفرزة من قبل القشرة الكظرية ودورها هو جعل الجسم يعمل على صرف طاقة أكبر، تلك الهرمونات تؤدي إلى إنتاج Glycogène انطلاقاً من بروتينات ولبيدات الجسم (أي من مخزون الجسم).

كما تفرز هرمونات Endorphine وهو مهدئ، و Cortisol الذي يعمل كمضاد ومنظم لضغط الدم والوظائف القلبية الوعائية والوظيفة المناعية ويفرز Sèrotonine ودوره هو تعديل المزاج.

- مرحلة الإنهاك "الإعياء":

تظهر بعد عدة أسابيع وأشهر من بداية الاعتداء عندما لا يستطيع الفرد التغلب على مصادر الإجهاد يصاب بالإعياء ويعجز عن المقاومة، ويصبح عاجز عن التكيف لأن العامل المجهد كبير أو موجود منذ فترة زمنية طويلة، في هذه المرحلة تضعف الدفاعات المناعية ويصاب باضطرابات وأمراض جسمية وهي ما يسميه "سيلي" أمراض التكيف بسبب إعياء الغدد فوق كلوية ونفاذ طاقة الجسم.

وبالتالي فحسب هذه النظرية فإن الأمراض السيكوسوماتية تحدث بعد فترة من مقاومة الجسم العوامل نفسية مجهدة، تتخطى محدودية قدرات الفرد، وهذا يختلف من فرد لآخر، فقد تكون المدة قصيرة أو طويلة ويرجع ذلك إلى الاستعداد العضوي والنفسي لكل شخص وكذلك نمط الحياة (التغذية، النوم، ممارسة

الرياضة) (لوشاخي، 2022، ص 5)

ثانياً النظرية التحليلية:

لقد كان Geory Groddeck الطبيب والمحلل النفسي الألماني من رواد نظرية التعبير الرمزي للنزوات اللبديية، وقد عرف نفسه على أنه محلل نفساني متمرد، إذ يؤكد على أن "كل ظاهرة إنسانية تعبر

من خلال نمطين جسدي، ونفسي وأن المرض الجسدي له معنى يجب على المعالج أن يبحث عنه حتى يعالجه فعلاً". وهو بذلك طور مذهباً نفسياً تحليلياً للأمراض العضوية.

وإن فكرة أن الاضطراب السيكوسوماتي لديه وظيفة رمزية كان قد ناصرها بشدة رائدي الطب النفسي جسدي في الولايات المتحدة الأمريكية Franz Alexander, Helen Dunbar فحسب هذين المحللين الإضطرابات السيكوسوماتية هي ببساطة نتيجة لحالة توتر عصبي مزمن ناجم عن عواطف مزعجة أو معبر عنها بطريقة غير ملائمة وهذا ما أحدث ثورة في مجال الطب النفسي جسدي وفتح الباب أمام أبحاث كثيرة.

إن ولادة هذا التيار النفسي جسدي التحليلي كان من خلال الجمع بين المعارف النفسية والطبية حيث جنبا إلى جنب، ومن خلال فهم العمل النفسي من أجل معرفة الشروط التي يتطور فيها المرض السيكوسوماتي.

1. مدرسة شيكاغو Franz Alexander:

يعتبر أليكساندر طبيب ومحلل نفساني أسس مدرسة الطب النفسي جسدي في الولايات المتحدة الأمريكية وعرفت بمدرسة شيكاغو، كان تلميذاً ل Sandor Ferenczi ومن الأوائل الذين طبقوا التحليل النفسي في المجال الجسدي ونظريته تركز على مقارنة ثنائية للمرض الجسدي وتشرك وجهة نظر نفسية تحليلية ووجهة نظر جسدية- مرضية وتبرز أهمية نظريته في إدخال أبعاد الدينامية التحتية للصراعات، وأخذ الفرد في كليته، مما سمح بتطوير أبحاث مختلفة تتمحور حول العلاقة بين النفس والجسد. وترتكز نظريته على المفاهيم الأساسية وهي:

- **نظرية عصاب العضو:** وهي مستمدة من المفهوم الفرويدي حول الأعصاب الحالية، وهي تقر بأن العواطف الدائمة المكبوتة على الصعيد النفسي مسيرة من قبل السبل المستقلة "الجهاز العصبي المستقل" وطور ذلك أيضاً من خلال اقتباسه لأبحاث "W. Canon" والمتمثلة في أن الاستجابات الإعاشية تتأثر بالمنبهات الإنفعالية، حيث يتدخل الجهاز العصبي السمبثاوي من أجل المقاومة والهروب والحالات الإنفعالية النشطة كالعدوانية والصراع، ويتدخل الجهاز العصبي الباراسمبثاوي الذي يقوم بردود فعل سلبية كالإغماء.

- ويقول أنه تنتمي إلى المجموعة الأولى كل من ارتفاع الضغط الدم ومرضى السكري.
- وينتمي إلى المجموعة الثانية كل من الربو والقرح المعدية.

فحسب "أليكساندر" الصراعات المكبوتة الغير الظاهرة تتجلى في اضطرابات عصبية تلقائية تضال الأعراض وتحدث العصاب العضوي، الذي يتحول إلى مرض عضوي حقيقي يؤكد الفحص الطبي والتشريح العضوي.

- **نظرية الخصوصية:** وهي تقر بأن كل عاطفة يوافقها تناذر جسدي- مرضي خاص، فأعمال "أليكساندر" وشركائه في المدرسة "شيكاغو" توصلت إلى إعداد بروفيلات للشخصيات ترتبط بعدد من الأمراض النفسجسدية (لوشاخي، 2022 ص 6)

فأبحاثه سمحت له بتكوين مطابقة نوعية بين الشخصيات والأمراض، وتحديد بعض الأمراض الخاصة التي تحدث بنتجة لمواقف انفعالية معينة.

لقد أدى التقدم المسجل في هذا الميدان السيكوسماتي إلى فتح أرضية جديدة للبحث لم تكن معروفة مسبقاً، والجديد في هذه النظرية يتمحور في إمكانية الربط بين تنظيم الجهاز النفسي لمجموعة تناذرات والبنية التحتية المساهمة في مواصلة نشاط الوظائف المصابة، وفي سنة 1930 كتب "أليكساندر" مؤلفه "الطب النفسي- جسدي" وقد ميز بين المرض الجسدي والتحول الهستيري. إن العرض التحولي هو محاولة حل ضغط انفعالي بشكل رمزي، هذا الميكانيزم يتحدد في الجهاز العضلي والجهاز الإدراكي الحواسي، فالهستيريا هي اضطراب نفسي بحث ينعكس في الأعضاء المستخدمة في العلاقة مع العالم الخارجي، أما العصاب الإعاشي فيتمثل في اضطراب يرجع إلى تنبيه مزمن للجهاز العصبي الإعاشي بسبب العواطف أو حالات الإثارة المزمنة الناتجة عن مشاعر العدوانية الكره، القلق، وبالتالي فالعرض الإعاشي ليس تعبير رمزي لأن العضو الإعاشي يأخذ من تحكم الجهاز العصبي.

ويرجع "أليكساندر" إلى مخطط طاقي، حيث الحياة العقلية تعدل التوازن بسبب إنتاج الطاقة من قبل البيولوجي وطريقة تفريغه، فتوقف تلك الطاقة في الجهاز العقلي يعطينا الأعصاب الكلاسيكية، في حين التوقف عن الغير عادي في عضو ما أو جهاز وظيفي جسدي والمستثمر من قبل الحياة الانفعالية سوف يخلق عصاب العضو، ويعتقد أليكساندر بأن حالة انفعالية ما تترجم أولاً باضطراب وظيفي يتموضع في جهاز أو عضو ما ثم بعد ذلك يصبح الاضطراب الوظيفي اضطراب عضوي من خلال تعديل جسدي- مرضي، إذن فإن اضطراب وظيفي بعد مدة معينة سوف يؤدي إلى ضرر تشريحي.

العوامل المسببة للمرض حسب أليكساندر:

يجعل سبب الإصابة بالأمراض النفس جسدية إلى ثلاث عوامل: البنية النفسية الصراعية، وآليات الدفاع- هشاشة العضو- الظروف الحالية المثيرة للانفعال .

- **البنية النفسية الصراعية:** لقد ركز أليكساندر مجهوداته على الدراسات النفسو دينامية للحالات الإنفعالية المصاحبة للسيروورات النفسية وافترض وجود سراع دينامي خاص بكل مرض، فهناك صراعات نوعية أو مستوى التثبيت والنقوص الليدي يؤدي إلى اضطراب خاص، فمثلا رغبة مكبوتة تؤدي إلى الإصابة بقرحة معدية.

لقد كان أليكساندر يقوم بتشخيص القرحة المعدية بدقة دون اللجوء إلى فحص طبي متخصص وذلك من خلال تاريخ لحالة المريض، وفي ذلك يقول: "أن الخصوصية لا تأتي من الشخصية ولكن من نوع الصراع المعاش من قبل المريض".

نظريته إذن دينامية بعيدة عن الجمود، وارتكز أساسا على مبدأ الصراع وخاصة اللاوعي، فجوهر الصراع لا يكمن في وعي المريض وسلوكه الظاهري وإنما يكمن في لاوعيه وفي أنماط الصراعات الكامنة لديه "العدائية، التعلق".

ولكن أيضا في آليات الدفاعية المستخدمة فتبعاً لهذه الآليات يمكن للعدائية أن تظهر بصور مختلفة إما بشكل مباشر أو غير مباشر، ويمكن أن تظهر بشكل معاكس كالخضوع والسلبية (لوشاكي، 2022، ص 7)

إذن فقد افترض أن بعض الصراعات لديها خاصية التأثير على الأعضاء معينة، فالخوف والغضب ينعكسان غالباً على صعيد القلب والأوعية الدموية، في حين أن المشاعر التبعية والحاجة إلى الحماية يعاكسان على الجهاز الهضمي.

- **هشاشة العضو (العامل X):** هو الاستعداد للإصابة بمرض ما الذي هو وراثي أو يرجع لطبيعة الجسم، فالاختلاف بين الأفراد يرجع إلى عوامل وراثية والذي يعطي صيغة فردية خاصة، وكذلك عوامل بيئية منها البيئة الرحمية والعوامل المؤثرة على تكوين الجنين والبيئة الخارجية المساعدة على النمو أو المعرقة. وبالتالي حصول ضعف عضوي قد يكون شامل أو يخص عضو معين، وذلك ما سماه أليكساندر سنة 1930 بالعامل X فالانفعال الحاد أو الإجهاد النفسي يستخدم موضع المقاومة العضوية وهو العضو الضعيف، فمثلاً إذا كان هذا العامل موجود في البنكرس + إجهاد كبير أو إنفعالات غير معبر عنها فإن الفرد يصاب بالسكري.

وحتى إذا كان عموماً قد أصيب بمرض مكتسب ثم شفي منه بالعلاج فإن تلك الإصابة تبقى ذلك العضو دائماً هشاً وبالتالي فإذا تعرض الفرد للإجهاد الحاد فإن ذلك العضو المصاب سابقاً سوف يصاب مجدداً.

- الظروف الحالية المثيرة للانفعال:

تعرض الفرد في حياته اليومية للضغوط والانفعالات يجعل دفاعاته ضعيفة، فنمط المعيشة الذي يتسم باستمرارية المشاكل الأسرية، المهنية، والعلاقية... الخ يؤدي إلى جعل الجهاز العصبي الإعاشي دائما في حالة استجابة.

وذلك ما يؤدي إلى اضطراب التوازن الداخلي ويحدث الاضطراب الوظيفي ثم التشريحي في الأعضاء.

خلاصة:

العرض هو تعبير عن صراع نفسي وأيضا عن تسيير عاطفة في مضمون علائقي متعدد، واختيار العضو حسب هذه النظرية ليس من الصدفة بل هو ذو معنى ودلالة، فالعوامل التي تحدد موقع الإصابة النفس-جسدية هي:

- وجود هشاشة في العضو (العضو المصاب منذ الولادة، أو يكون أصيب ثم شفي).
- الفائدة اللاشعورية التي يأتي بها المرض (التعبير عن الصراع وإخراجه).
- الطبيعة الصدمية المولدة للمرض (مثلا اغتصاب يؤدي إلى إصابة في الجهاز التناسلي كالبرودة الجنسية)

وإن القمع للعواطف هو ميكانيزم دفاع عام لا يؤدي إلى مرض معين، ولكن قد يؤدي إلى جداول عيادية مختلفة وحسب أليكساندر ليست بالضرورة نفس-جسدية فقد تكون نفسية .

وإن التجارب الأولى التي يعيشها الفرد منذ ميلاده تلعب دورا في نشوء الأمراض النفس-جسدية فمصدرها يكون غالبا فيما يحدث أو لا يحدث في العلاقة أم- طفل (وحتى الأب) كالحرمان العاطفي المبكر أو صدمة نفسية مبكرة (نوشاحي، 2022، ص 9)

2. المدرسة الباريسية Pierre Marty:

رائد هذه المدرسة هو الطبيب والمحلل النفساني Pierre Marty ولد سنة 1913 وتوفي سنة 1993. وهو مؤسس مدرسة السيكوسوماتيك بباريس سنة 1972 والمعروفة بـ (IPS) عرفت أعماله نجاحا عالميا، ومدرسته ساهمت في تغيير وجهة النظر حول الأمراض، وذلك بمساعدة عدد من المحللين النفسانيين مثل 'M. De M'Uzan'.

هذه النظرية هي نظرية دينامية لا تعامل بجمود مع المريض، أي لا يقتصر البحث فقط على فترة ظهور المرض ولكن يتابعه عبر مراحل تطوره أي أثناء صحته ومرضه، لمعرفة التوازن النفسي الجسدي

واختلاله وهذا ما فتح آفاق كبيرة للطب النفسي-جسدي، حيث أصبح بالإمكان التعرف على الإصابة بمرض قبل حدوثه وقبل الأعراض الطبية. وذلك من خلال تحديد بعض المؤشرات النفسية فهو يركز على الخصائص الفردية للشخصية وعلى التنظيم النفس- جسدي الخاص بكل مريض، فكل فرد له تنظيم خاص هو نتاج تفاعل عوامل وراثية وفطرية مع عوامل المحيط، إذ يقول "مارتي" أن الإنسان هو وحدة متميزة له فرديته، فمنذ ولادته يكون مختلف عن الآخرين من الناحية البيولوجية فنتيجة لعوامل وراثية وظروف الحمل النفسية والجسدية فيكون مزود بالآليات الدفاعية الجسدية التي تسمح بمقاومة الالتهابات والآليات الدفاعية النفسية، وكلاهما يتطور من خلال العلاقة مع المحيط وخاصة الأمة التي تعني بالطفل من الناحية الجسدية والنفسية، فكيفية قيامها بذلك هو الذي سوف يقوي تلك الدفاعات أو يضعفها. فمن الناحية النفسية الأم تكون هي سند الأنا للطفل الذي هو في البداية ضعيف، وهي تساعده على تكوين جهاز نفسي متوازن وجسم سليم وقوي، ولذلك حسب "مارتي" فإن معرفة مراحل التطور اللبدي جد مهم في مجال الطب النفسي جسدي ويجب على الطبيب السيكوسوماتي أن يعرف مبدأ التحليل النفسي. إن نظرية مارتي ركزت على وجهة النظر الاقتصادية للنظرية التحليلية النفسية، وذلك في محاولة لمقاربة كلية للإنسان الذي يعتبر على أنه خاضع باستمرار لمجموعة من الحركات التطورية والصد تطويرية، الأولى ترمي إلى إعادة التنظيم وثانية تؤدي إلى الموت.

لقد ركز على الروابط بين نزوات الحياة ونزوات الموت عند الفرد في بداية الحياة هناك تأكيد لنزوات الحياة ثم بعد ذلك تظهر بالتدرج نزوة الموت وتقوم بتنظيم نسق من التثبيتات الخاصة بكل فرد مثلاً تثبيت العدوانية أو الكراهية، والتي تصبح النسق الدفاعي المرجعي (قد تظهر العدوانية من خلال ميكانيزم الإسقاط)، إن نزوة الحياة تدافع على البقاء والحفاظ على الحياة الفرد والنوع وهي عامل مساعد على افتقار التوازن النفسي، أما نزوة الموت فهي على العكس تبحث عن التدمير وهذا عامل مهدد للاستقرار.

والفرد في حياته يعيش في معادلة توازن بين نزوات الحياة ونزوات الموت، بحيث يمر جهازه النفسي بمراحل متعاقبة من التوازن النفس- جسدي ومن اختلال التوازن (أو التنظيم النفس- جسدي) وإن صدمة معينة يمكن أن تعيق التكيف مع وضعية جديدة وتترك وبالتالي المجال لنزوات الموت لتحتل مكانة كبيرة فيحدث المرض الجسدي (لوشاخي، 2022، ص 9)

فالقدرات التنظيمية للفرد ومعالجة المعطيات المدركة تسجل في إطار حركة تطويرية تواجد فيها نزوات الحياة ونزوات الموت، وهذه المقاومة الأبدية تتسبب في حالات من الشدة والضيق والتي تحاول نزوة الحياة الدفاع عنها.

إن اختلال التوازن يكون نتيجة هيمنة إحدى النزوات والتي يكون بصورة مؤقتة فقط لأن هناك تشابه بينهما أي هناك تعاقب لمراحل مختلفة يحدث خلال تطور الفرد وعبر مراحل نموه النفسي والجسدي. لقد أوضح "مارتي" ميكانيزمات الاضطرابات الوظيفية من خلال التحليل النفسي، وأيضاً من خلال الملاحظات الطبية الاستشفائية على مرضى يعانون من أمراض عضوية مزمنة، وقام بوصف نموذج لعمل فكري يميز بين البنية النفس-جسدية ويستدل على ذلك بثلاث مظاهر أساسية وهي كالاتي:

- التفكير العملي *La Pensée Opératoire*:

وهو حسب "مارتي" شكل من أشكال التفكير بدون موضوع حيوي أي أنه تفكير عقلاني دون تعلق شخصي ظاهر، يتميز بأنه جامد حيادي ومحدد زمنياً بما هو حالي، ونستدل عليه من خلال كلام المريض المنهجي والعقلاني، فهو كلام حديث "factuel" مرتبط بالأحداث الحالية وخالي من أي س عاطفية، إذ أنه يركز على الأعراض الجسمية ولا يمكنه أن يتحدث عن حياته إلا بصعوبة، حيث يجد ضيقاً وحرماً في استدعاء مشاعره وتكلم عن حالاته الوجدانية، فنجد مضمون كلامه وصفي وجاف، فهناك فراغ نفسي ناتج عن خلل فكر وعجز في إدماج الإثارات النزوية من خلال الحياة الرمزية والتخيلية. فالمريض النفس-جسدي وبسبب فكره العملي لا يتمكن من التعبير عن عواطفه وخطابه مرتبط بالأحداث المادية الواقعية وينتهي بمجرد عرض الشكاوي، وهذا يرجع إلى أن الدفاعات النفسية السائدة لديه قوية "القمع والكبت" وبالتالي فالتفكير العملي يزيد من خطر انعكاس الاضطراب على الصعيد الجسدي.

- **تشبيط التصورات القاعدية:** ويعني غياب كل الهومات والأحلام، وعجز في التوهم، فحياته الخيالية محدودة أو غائبة تماماً لديه، أي لديه صعوبة كبيرة في ترميز صراعاته، وهذا مشكل كبير وخطير، لأن عدم احتجازها والتعبير عنها يسبب ضغطاً كبيراً وهذا ما يرتد على الجسم، فمن خلال الأحلام مثلاً تخرج كل المكبوتات بشكل رمزي للتفيس والتقليل من القلق الذي تسببه وكذلك الهومات التي هي ضرورية للتعبير عما لا يستطيع الفرد التعبير عنه.

ويقسم "مارتي" أنماط الأحلام للمرضى النفس-جسديين كما يلي:

- **غياب الأحلام:** ويعني نسيان الأحلام وأي ذكرى عنها، حيث يقول المريض بأنه لا يحلم، وفي الواقع هناك كبت كبير يمنعه من تذكر أحلامه وبالعلاج النفسي يصبح شيئاً فشيئاً يتذكرها.

- **الأحلام العملياتية:** حيث يرى الفرد مشاهد من حياته اليومية، فهي تعكس التفكير العملي الذي يميزه، فيحلم أحلاما لها على علاقة بعمله أو دراسته أو انشغالاته اليومية، إن هذا النوع من الأحلام يعكس فقرا في محتويات اللاشعور والذي لا يعبر بشكل جيد عن المكونات المكتوبة بشكل رمزي (لوشاخي، 2022، ص 10)

- **الأحلام التكرارية:** وهنا تتكرر الأحلام في فكرتها ومحتوها (مثل حلم الغرق يتكرر بطرق مختلفة) وأن هذا يدل على تثبيت على حدث ما قريب، أو تثبيبات بسبب صدمة نفسية لم يستطيع تجاوزها أو صراع غير محلول.

- **الأحلام الفضة:** وفيها يظهر اللاشعور بشكل واضح وصريح في الأحلام، يعني غياب للميكانيزمات الحلمية وللرقابة، فهي تعبر بفضاضة على الرغبات الغريزية وتخرج المكتوبات بدون ترميز، فنجد أحلام الإغواء وارتكاب المحرمات والسيطرة والعدوانية... الخ

- **العلاقة البيضاء:** وهو نموذج خاص في العلاقة مع الآخرين والتي تكون غير شخصية وحيادية، بطبعها غياب الكلمات المكيفة للتعبير عن المشاعر فخطابه تقني مفرغ من العواطف، تقني مفرغ من العواطف، فهو يتجاهل الآخر الذي بالنسبة له مجرد طرف شاهد، يتلقى حديث جاف وعقلاني وهو غير مدرك جيدا في فرديته واختلافه، وأثناء المقابلات العيادية تبدو عليه أشكال من الجمود تهدد متابعته للعلاج، فهناك تفرد Singularité في العلاقة مع الموضوع، ويجد المعالج صعوبة معه في التدايمات الذاتية، لأنه لا يعرف التكلم عن مشاعره وهو ما يعرف بالألكاستيميا Alexithymie فالمرضى السيكوسوماتيين لديهم صعوبة في التعرف والتكلم عن عواطفهم ومشاعرهم وكذلك في التعرف على مشاعر الآخرين، ويبدو كأنهم لا يتأثروا بما يقوله الآخرين عن ذاتهم لما يتحدثوا بصيغة عاطفية، وكأن هناك طرف واحد فقط مهم في العلاقة ألا وهو المريض، في حين الآخر غير مهم وبالتالي يبدو وكأنه لا يصغي لحديثه.

نظرية "مارتي" ركزت على الاقتصاد النفس- الجسدي الذي يقر بتواجد وتعاقب نوعين من الحركات التطورية الفردية ومن خلال نمو الفرد يصل إلى إعداد تنظيم خاص مقاوم للاختلالات وبالتالي فإن الاضطرابات النفس- جسدية تنتج عن فشل نظام الدفاع، فالمرضى السيكوسوماتيين لا يطلبون المساعدة ولا يعبرون شفويا عن معاناتهم وشكاويهم تظهر بصورة أساسية على الصعيد الجسدي، فمن خلال

المقابلات معهم توصل إلى وصف تنظيم نفسي خاص بهم ومن خلال ذلك توصل إلى تصنيف سيرورات الجسدية إلى فئتين أساسيتين:

- **النكوصات Les Régressions**: وهي تسمح بإيقاف اضطراب التنظيم الجسدي ناتج عن الصدمات العاطفية بفضل "نقاط تثبيت جسدية" وهي ما يؤدي إلى أمراض ذات أزمت مثل الربو، قرحة المعدة أي أن الفرد في هذه الحالات يستخدم المرض كدفاع خاص، بالنسبة لمارتي يعتبر النكوصات بمثابة المحرك لإعادة التنظيم فانطلاقاً من تلك النقاط أو التوقفات تحاول إعادة بناء الشخص كما كان قبل الصدمة.

وتلك النكوصات قد تكون شاملة أو جزئية، ففي الحالة الأولى تتميز بتثبيتات شديدة فهي لا تعرض حياة الشخص لخطر الموت الحقيقي على الرغم من أن الأعراض قد تكون شديدة، والنكوصات الجزئية هي جزء من الشاملة وتمس العقل والجسد بنفس النسبة.

2. اضطرابات التنظيم التدريجية Les désorganisations Progressives: المرض

هنا تطوري لأن نقاط التثبيت الجسدية قادرة على توقيف الحركة ضد- تطورية ويؤدي ذلك إلى أمراض خطيرة (كالسرطان). وعلى ذلك فإن المرض حسب "مارتي" قد ينتهي إلى حركتين متناقضتين:

- حركة تطويرية ترمي إلى إعادة التنظيم والتي يفرضها النكوص وغيرة الحياة.
- حركة ضد تطويرية والتي تشكل خطر الموت (لوشاخي، 2022، ص 15)

إن الاهتمام مارتي بنظام النكوص تثبيت وتتبعه للمسارات النكوصية يهدف إلى تحديد مدى كفاءة ما قبل الشعور والتعقيل، فسيرورة النكوص- تثبيت هي مهدد لظواهر الأمراض النفسية والأمراض السيكوسوماتية، فالأفراد الذين لا يملكون تثبيتات صلبة وقوية تدعم نمطهم العقل يكونون ضعيفين المقاومة أمام الأمراض النفس- جسدية، فالكثير من الأمراض الجسدية ترجع إلى "أنا ضعيف" أو ناقص أو مختل التنظيم.

- مفهوم التعقيل Mentalisation: لقد ركز "مارتي" على دور التعقيل في السيرورات النفس-

جسدية هذا المفهوم يشير إلى الطريقة التي يسير بها الفرد تلك الإثارات الداخلية والخارجية، وهو القدرة على التمييز ومواجهة وإعداد الصراعات الداخلية والعلانية، فهو يسمح باستحضار التمثيلات أو التطورات، فمثلاً عندما نتلقى صدمة فإنه في البداية هناك إلغاء لردود الفعل العاطفية والحركية ثم

نستحضر تمثيلات نفسية وصور فيما قبل الشعور. وإن نقص التمثيلات يؤدي إلى سلوكيات خالية من المعاني (العلاقة البيضاء).

التعقيل إذن هو عملية شاملة للحياة الهوامية والحلمية والاستثمارات العلاقية، فهو ذلك العمل النفسي الدائم لتفريغ الإثارات عن طريق عمل بناء رمزي (هوامات، أحلام، تمثيلات...) وبالنسبة لمارتي فإن التعقيل يلعب دور الموجه لتشخيص الأمراض النفس-جسدية ولديه كتاب بعنوان *Mentalisation et Psychosomatique 1991* بشأن التعقيل فيما قبل الشعور الذي يلعب دور الوسيط بين الشعور واللاشعور، ويتدخل لكي يقرر ما هي النزوات والتمثيلات النزوية التي يمكنها العبور إلى الشعور، وتلك التي لا يمكنها العبور فيرجعها إلى اللاشعور.

إنما قبل الشعور هو بمثابة المصفاة بين النزوات والشعور، ويسمح بسلسلة من التداعيات التي سوف تحول النزوة وتجعلها قابلة للتعبير، وفعلا هناك بعض الإثارات النزوية لا بد من تفريغها، لأن تراكمها يؤدي إلى سيرورة الجسدنة.

لذا فالتعقيل يعتمد على مدى كفاءة ما قبل الشعور، فكلما قام بعمله بشكل جيد كلما كان التعقيل جيد وأفضل وإن خطأ في التعقيل يعني أن هناك خلل فيما قبل الشعور الذي لم يعد يؤمن السير الحسن للتمثيلات بين اللاشعور والشعور أو يقوم بذلك بشكل سيء (غياب الأحلام، الأحلام الفظة...)

- مفهوم البنية الأساسية:

يركز "مارتي" على فرضية ووحدة كل إنسان والتي تميزه عن الآخرين، ولذلك فهو يؤكد أن لكل شخص بنية أساسية واحدة ولا يمكنه أن يجمع بين بنيتين أو أكثر في آن واحد فهي إذن بنية ثابتة بالنسبة للإنسان الراشد وهي نتاج تجاربه وتفاعله مع المحيط (خصائص سلوكه، والتنظيم النفس-جسدي).

إن مفهوم البنية الأساسية يركز على مبادئ تحليلية وهي ما يسمى بالبنية النفسية، وحسب مارتي تنقسم البنية إلى: عصاب طبائعي، عصاب سلوكي، عصاب عقلي، ذهانات طبائعية وسلوكية، البنية التحسسية (لوشاخي، 2022، ص 17)

- **العصاب الطبائعي:** وهو يندرج ضمن الأعصاب اللانمطية، بدون أي أعراض عصابية ظاهرة، وهو يشير إلى المرضى الذين يتميزون بعدم كفاية تنظيم جهازهم النفسي، والذي يظهر من خلال انخفاض استعداد الجهاز العقلي للقيام بعمليات نفسية-ذهنية مثل: التماهي والوعي بالذات وبالأخرين، والقدرة على التفكير، وأهم ما يميز العصاب الطبائعي هو عجز الأنا في استخدام آليات الدفاع مما يؤدي إلى "ضعف الأنا" (فعلا هناك علاقة وطيدة بين الأنا الضعيف والأمراض السيكوسوماتية) وهذا بدوره يؤدي إلى

انخفاض في قدرة الشخص على مواجهة الصدمات النفسية وبالتالي انخفاض في قدرة الجسم على التصدي للأمراض. إن العصاب الطبائعي يسمى كذلك لأن الفرد قد نظم آلياته الدفاعية بمجموعة من الطباع الملازمة لنوع من أنماط الشخصية دون أن يلتزم بها تماما، فتتكلم عن طباع هستيرية، وسواسية، خوافية... ويمكن أن يجمع أكثر من نوع.

ويقسم مارتي العصاب الطبائعي إلى:

- **عصاب طبائعي حسن التعقيل:** أي ما قبل الشعور قد تعرض لخلل وظيفي عابر وخفيف وهذا لا يشكل مشكلة لأن حسن التعقيل مؤشر على إمكانية كبيرة للشفاء لأن الخلل مؤقت فتظهر تفرجات نكوصية (آلام متفرقة في الجسم).
- **عصاب طبائعي غير مؤكد التعقيل:** في هذه الحالة تطور المرض غير واضح إذ ممكن أن يحدث إعادة التنظيم، ويظهر جسديا من خلال نوبات مثل: الربو، وقرحة المعدة.
- **عصاب طبائعي سيء التعقيل:** وهو خلل كبير ومزمن فيما قبل الشعور وهذا مؤشر الأمراض الخطيرة والصعبة شفاء، ويكون في الاضطرابات التنظيم التدريجية كمرض السرطان.

- **العصاب السلوكي:** وهو كذلك من الأعصاب اللانمطية، ينشأ من عجز فيما قبل الشعور في التدخل بحيث تظهر الرغبات والنزوات اللاشعورية مباشرة في الشعور دون إخضاعها للترميز من قبل ما قبل الشعور الذي لا يقوم بدوره كمنظم، ولهذا فهو عصاب سيء التعقيل ويكون الفرد هنا عاجزا أمام الصدمات النفسية غير قادر على مواجهتها، وبالتالي يختل تنظيم النفس-جسدي وتظهر الأمراض السيكوسوماتية.

إذن وحسب "مارتي" فإن الأعصاب اللانمطية هي التي تؤدي إلى اختلال التوازن وبتالي المرض النفس-جسدي.

- **العصاب العقلي:** وهو ما يسمى بالأعصاب النفسية أو التقليدية التي تظهر فيها عدة أعراض، ويعتبر مارتي أن المصابين بهذا النوع من العصاب أقل عرضة للأمراض السيكوسوماتية، وذلك يرجع إلى أن هؤلاء لديهم غنى في الهوامات والأحلام والحياة التخيلية وذلك ما يشكل تعويضا ويجنبهم اختلالات التنظيم.

- **الذهانات الطبائية والسلوكية:** ليست فيها أعراض الذهان فالهذيانات والهلاوس، بمعنى أن التنظيم

الذهاني غير واضح، فالفرد يأخذ طباع نهائي ذهاني ولا يعني هذا أنه كذلك، ويتكلم "مارتي" عن ذهانات سيئة التنظيم بسبب عدم كفاءة ما قبل الشعور، بحيث تسيطر الرغبات على الشعور (مرجع نفسه، ص 20) - **البنية التحسسية:** يتميز الفرد هنا بنموذج خاص في العلاقة مع الموضوع، حيث أن هناك تقمص مباشر يهدف إلى محي الاختلافات، تقليص المسافة بين الذات والآخر إلى حد الالتحام معه، وفي هذه الحالة فإن أي انفصال حقيقي كان أو خيالي يؤدي إلى احتمالية الجسدية، لقد وجد مارتي أن هذا النوع من العلاقة حتى عند أفراد لم تظهر لديهم أعراض حساسية لكنه وجد أنها قد حدثت سابقاً أو سوف تحدث لاحقاً ولذلك يقول أنه يمكن وضع تشخيص مقبولاً حول الحساسية انطلاقاً من وجود تلك العلاقة المميزة حتى بدون معرفة الإصابات الجسدية وفي هذا النوع نجد أمراض الحساسية بأنواعها الإكزيما الربو، الصدع النصفي.

3. نظرية سامي علي "النظرية العلائقية":

يتزعم هذه النظرية البروفيسير "سامي علي" وهو رائد في كبار الأخصائيين في حقل السيكوسوماتية المعاصرة، يفترض أن الجهاز المناعي ينشأ أساساً من نظام علائقي خاص وأنه يتأثر بالجهاز النفسي. تأثير الجهاز النفسي على الجهاز المناعي، أن أي تغيرات تطراً على الحالة العقلية عند الفرد، تؤثر تأثيراً مباشراً على وظيفة، جهازه المناعي والعكس صحيح.

ولعل أول بحث علمي تناول ظاهرة علم المناعة النفسي - العصبي بشكل مجمل كان قد ظهر عام 1919 وذلك عندما نشر باحث ياباني، يدعى إيشيغامي "Ishigami" لأول مرة نتائج بحثه عن السل بين أطفال المدارس.

وفي السبعينات من القرن العشرين أجريت دراسة في "ويلز" الجديدة بأستراليا تم في هذه الدراسة فحص عينات من خلال الدم البيضاء المكونة في قسم منها (جهاز المناعة لدى الذين يعانون من الحرمان الانفعالي والعاطفي، وتمت مقارنتها بعينات من خلايا الدم التي لم تتعرض لمثل هذا الحرمان، في هذه الدراسة تمت السيطرة بطبيعة الحال على جميع المتغيرات كالعمر والجنس وكل العوامل الأخرى التي قد تغير بعض الشيء من النتائج، ولقد اتضح في نهاية الدراسة أن جهاز المناعة لدى الذين يعانون من الحرمان قد انخفضت كفاءته إلى أدنى مستوى (قرص: العقل السليم والعقل المريض) ويفيد سامي علي أن الإسقاط ينظم عمل الجهاز المناعي من خلال وصوله بين النفس وبين هذا الأخير.

ويشدد سامي على أن أهمية ودور عدم تناسق التطور النفسي، منذ مراحل الطفولة المبكرة في إحداث الأمراض السيكوسوماتية إذ أن عدم تناسق هذا يحول دون تأسيس ميكانيزم دفاعية ملائمة وهذا ما يؤدي إلى ضعف وهشاشة الأنا.

ويتمحور منظور "سامي علي" في هذه النظرية حول فرضية فحواها أن الجسد تماما كالنفسى علائقين وأن العلاقة في هذه الحالة تفرض أربعة أبعاد مختلفة ومتكاملة وهي: الفضاء/ الزمان/ الحلم/ الوجدان. حيث يضع سامي علي الزمان والفضاء مكان الجنس في نظرية فرويد ويعتبرهما محددان جسديان لا يمكن فصلهما عن تنظيم الفكر حيث، يبتكر الجسد فضاء وزمان ويسقطهما في العالم الخارجي، من وجهة نظرة تطويرية، الفضاء يتطور بإدخال المتبادل للبعد الثالث مروراً بفضاء ثنائي الأبعاد مكمل (مرآوي) إذ يتطور من الحسي إلى التمثيلي، يتبع إذن كل المخاطر للوصول إلى الأوديب وإذن درجة الاختلاف مع جسد الأم، إن الشرجية في تعبيرها النزوي الحركي والعدواني تسمح بالمرور إلى البعد الثالث، حيث في هذه المرحلة يبني الداخل والخارج وبالتالي يفرق بين الأنا واللأنا، أما الزمان فينشأ من الإيقاعات الجسدية. إذن العلاقة مع جسد الأم عن طريق الإيقاعات الجسدية الحاضرة في الحياة الرحمية منذ ما قبل الولادة وتتواصل عن طريق المبادرات البيئية، فالأم تلعب دور المنظم الزمني للإيقاعات الجسدية للطفل (Calza.Contant, 2002, pp 18.19)

كما تحدث "سامي علي" عن الخيال كونه يمثل همزة وصل بين النفس والجسد، ويعرفه أنه مفهوم نفسي وبيولوجي في آن واحد وما هو إلا الحلم ومكافأته كالهوام، الوهم، الاعتقاد، الوجدان، النقلة، اللعب السلوك السحري... وبهذا يمكن اعتبار أن الحلم الليلي يمكن أن يبرز في الحياة اليقظة تحت أشكال مغايرة وعن كبت وظيفة الخيال، الأمر الذي يسمح بتوسيع حقل الباتولوجيا لكي يضم العضوي، حيث يؤدي نجاح هذا الكبت إلى جسدنة في الجسم الحقيقي لا في الجسم الخيالي كما هو الحال في الهستيريا. فقد تكلم "سامي علي" عن دور ضعف الأنا والإسقاط في تطوير الاضطرابات النفس جسدية وكذلك ذكر أهمية تطوير مفهومي الفضاء والزمن بالنسبة للجسد العادي عن طريق العلاقة بجسم الأم (مختار، 2009، ص 46)

من خلال ما سبق يتضح:

- الأنا السيكوسوماتي: حسب "سامي علي" يبني خلال العلاقة الأولية مع الأم، التي إضافة لدورها الخاص بالحماية ضد المثيرات فإنها تلعب دوراً آخر في تزامن الوتيرات وتوافقها وتناسقها خاصة في

التنظيم الحراري للجسد وتنظيم دورة النوم واليقظة (وتيرتان تلعبان دوراً أساسياً في التوظيف النفسي الجسدي).

لهذه العلاقة أربعة أبعاد:

- **البعد الزمني:** الذي يشكل وفق تصورات الوتيرات الخاصة بالتنظيم الحراري للجسد وخلال دورة النوم اليقظة.
- **البعد الفضائي:** عندما نولد فإننا نشغل فضاء مقابل فضاء الآخر يتميز هذا الفضاء وفق مفاهيم الداخل والخارج، اليمين والشمال، أعلى وتحت...
- **الحياة الخيالية:** تتمثل في الحلم وبدائل الحلم بمعنى الهيامات وأحلام اليقظة، الهذيان، الهلوسات، الوهم والاعتقادات واللعب والتحويل والسلوك السحري.
- **الانفعالات والأحاسيس Affect:** يعتبر ذلك من بدائل الحياة الخيالية لأنه يعمل على تحويل حقيقة المدرك (Ali, 2013)

4. نظرية البروفيل الشخصي:

فبالنسبة لفلاندرس ودونبار فإن سبب الاضطراب ليس دوما نفسياً فقد يكون خارجياً لكن بنية الشخصية هي التي تجعل جزءاً من الجسم هشاً مما يؤهله للتأثر ومن ثم التجسد ومن خلال مقابلتها مع عدد من المرضى أكدت على أوجه الشبه بين سمات الشخصية للمرضى بنفس المرض السيكوسوماتي، وحددت لكل اضطراب سيكوسوماتي بروفيل شخصية خاص به، ففي حالة مريض الربو فإن أهم يميزه عدم الشعور بالأمن، ويعتبر السعال تعبيراً رمزياً عن البكاء طلباً للأمن وهو متواكل. وفي نفس السياق وجد كل من (جريس وجراهام 1952) أن الأفراد الذين يعانون عللاً جسمية متشابهة يملكون نفس ردود الأفعال تجاه المواقف التي تعترضهم في حياتهم، كما أن صفات شخصية معينة ترتبط بنماذج معينة من هذه العلل.

كما عرض "فريدمان وروزنمان Friedman&Rosenmane" نمو جنين من نماذج الشخصية التي ترتبط بهذه الاضطرابات على غرار النمط (A) العدائي الذي يرتبط بأمراض القلب مقابل النمط (B) الهادئ واستخدمت نتائج دراستها في تطوير العلاج النفسي الذي يهدف إلى تعليم أشخاص النمط (A) كيفية التعامل مع الضغوط بفعالية أكبر (Davison&Neal, 1996, p 201)

5. نظرية العرض السيكوسوماتي كنكوص:

تنطلق هذه النظرية من أن التحويل الجسدي حسب "Garma" يحدث بسبب ميكانزمات نكوصية وتثبيت، حيث يلعب الكبت دورا هاما، فهي تركز على مراحل النمو في تفسيرها للاضطرابات، فترجع قرحة القولون مثلا إلى عملية التدريب على النظافة في الصفر وما يرتبط بها من مواقف انفعالية بسبب معاملة الوالدين المتشددة لتنظيم عملية الإخراج، وكبت الطفل لرغبته لمعاقبتهما وينعكس الانفعال في صورة اضطراب سيكوسوماتي متمثل في قرحة القولون، وتؤكد الباحثة "دوتشي" على أن العامل النفسي المرتبط بالحوادث والكوارث المفاجئة، وظروف الحرمان والشدة تجعل العضو المصاب بالأذى النفسي منذ الطفولة موضع انفعال دائم ويتكون فيه ما يعرف بعصاب العضو (ستورا، 1997، ص 82)

ويؤكد كل من (Micheal, 1944) و (Szasz 1952) أن العرض السيكوسوماتي يحدث حينما ينسحب الفرد إلى الأسلوب السلوكي ونمطية طفلية، وما التعبير الجسدي سوى نكوص من الراشد إلى المرحلة البدائية من الوظائف الجسدية، والظاهرة السيكوسوماتية هي نتيجة لنكوص إنعصابي حيث الجهاز العصبي البراسيمبيثاوي يسبق فيزيولوجيا الجهاز السيمبيثاوي، مما يعني أن محاولة الفرد للتكيف مع الضغط تطلب منه نكوصا فيزيولوجيا إلى الوظيفة العصبية الأولية بتنشيط الجهاز العصبي البراسيمبيثاوي الذي يحطم توازن الفرد الداخلي (جبالي، 2007، ص 86)

6. النظرية السيكوسوماتية الإدماجية لجون بنجامن ستورا Jean Benjamin Stora:

طرح ستورا النظرية السيكوسوماتية الإدماجية في 1993 بعد مغادرته لمعهد باريس لسيكوسماتيك أين كان مديرا سابقا له، ليصبح مؤسس معهد السيكوسماتيك الإدماجي جاءت نظريته عند نقطة تقاطع التحليل النفسي، الطب العلوم العصبية، وكمرجعية استند ستورا إلى تخصصات جديدة مثل علم النفس المناعي العصبي، علم النفس العصبي، الغدي، التحليل النفسي العصبي... مع لجوء لنظرية النظم لصاحبها Von Bertalanffy واقترح متغيرين لفهم مقاربتة:

1. نموذج السيطرة المزدوجة.

2. النظم الفرعية الأساسية لأربع الاستجابة العصبية للإنفعالات.

أحدثت النظرية السيكوسوماتية الإدماجية قطيعة مع المقاربات السيكوسوماتية التقليدية، تلك المقاربات السيكوسوماتية ذات التوجه التحليلي والسيكوسوماتية ذات التوجه الطبي، فهي مقارنة جديدة للمرض والمريض، عملت على الابتعاد عن النشوئية النفسية للأمراض، وعن النشوئية العضوية للأمراض، وسعت

لإعادة النظر في المعتقدات التي كانت تدعو بهيمنة الروح على الجسم (النشوية النفسية) أو تغليب أداء العضوية (نوكوص الأعضاء) لأجل فهم الأمراض وعلاج المرضى.

تقدم ستورا بفرضية تقترح في ضوء مختلف التخصصات إقامة العلاقات بين الوظائف في الجسدية والجهاز العصبي المركزي والجهاز النفسي، إذ يعد الجهاز النفسي الذي طوره Freud كجزء لا يتجزأ من الوحدة النفسية الجسدية بالنسبة له، والمسألة بالنسبة له فهو مشاركة هذا الجهاز في التوظيف الإجمالي والشامل، واقترح الاستعاضة عن الاقتراح الفرويدي بمقترحات علمية معاصرة، اتجه ستورا في طرحه إلى ما وراء النشوية النفسية والنشوية العضوية، فكون الكائن الحي كنظام للأنظمة، يجب أن يفهم تفاعلاتها واختلالات توظيفاته.

تركز نظرية ستورا على دينامية الإجهاد والمتغيرات النوعية المرتبطة بالجهاز النفسي، كما تركز على المتغيرات الكمية التي تتعلق بالجسد وفيزيولوجيته كقاعدة أساسية تفسر على أساسها الضطرابات السيكوسوماتية، كما اهتم ستورا بدور العوامل الخارجية في إحداث التكامل النفسو جسدي أي أن يؤدي اختلال هذه العوامل لإحداث المرض.

– المراحل تطور الفكر السيكوسوماتي الإدماجي:

انقسمت وجهة نظر بنجانين ستورا إلى مرحلتين متكاملتين من الطرح متعمداً في ذلك على مبادئ السيكوسوماتيك لمدرسة باريس التي كان ينتهي إليها (حافري، 2019، ص 71)

أ. المرحلة الأولى: تبنى ستورا أفكار زميله "مارتي" إذ يرجع الإصابة الخطيرة إلى وجود حركات خلل التنظيم التدريجية باتباع مخطط محدد يتمثل في: تراكم الإثارة على المستوى النفسي الوجداني ← غياب إمكانية الإرسال العقلي ← نقص احتمال التفرغ على المستوى السلوكي ← خلل التنظيم العقلي الراجع لسرعة أو بطئ شبكة ترابطات الأفكار ← ابكتئاب أساسي مع حياة عملياتية في بعض الأحيان قلق ← قلق متفشي يشير لحالة الشدة السيكوسوماتية للفرد ← خلل تنظيم جسدي راجع لتعادل الإصابات المرضية التي يمكنها أن تشكل الأعراض الجسدية الأولى للخلل التنظيم التدريجي ← ظهور مرض خطير (السرطان). حيث يمكن لظهور المرض أن يطول أو يقصر حسب الفرد ومرحلة الكهون، غير أن ستورا لم يقر بفرضية تأثير التنظيمات العقلية لوحدها في إحداث المرض، وهو ما نفعه لتعميق أبحاثه في مجال علم النفس العصبي المناعي في مرحلة ثانية والإقرار ببعض النتائج.

ب. المرحلة الثانية: وفي نظرة تسلسلية يرى ستورا بضرورة مقارنة شاملة لسيرولات الجسدنة والأخذ بعين الاعتبار مجمل المتغيرات النوعية (مستندا ومستدلا لما جاءت به مدرسة باريس للسيكوسوماتيك) والكمية

(الأسس البيولوجية) للوحدة النفسجسدية للفرد، فتمودجه عبارة عن نموذج دينامي للعلاقات المتبادلة بين النظام النفسي، الجهاز العصب المركزي، الجهاز العصبي المستقل، الجهاز المناعي، النظام الجيني، ويفسر سيرورة الجسدنة الإصابة بأمراض خطيرة ضمناً من وجهة نظر التكاملية وفقاً لخمس مستويات مصحوبة بميكانيزمات عصبية وعصبو هرمونية ويؤكد بأن العلاقات الدينامية المتبادلة بين هذه النظم الخمس هو ما يجب دراسته حول مختلف الحالات ومختلف التوازنات واختلالات التوازن (حافري، 2022، ص 79)

7. تفسير الموقعية الثالثة للأمراض النفسوجسدية:

- الموقعية الثالثة:

تكلم ديجور عن موقعية تعددت أسماؤها بين نظرية الانشطار أو الموقعية الثالثة، تطرقت فيها إلى اللاشعور الذي أسماه في البداية الأمر بالأولي Primaire سنة 1986 واللاعقلاني Amential سنة 2001، وسماه لابلاش فيما بعد المعزول Enclavé سنة 2007.

وقد أخذ ديجور مصطلح اللاعقلاني من كلمة Amentia من أعمال الطبيب المختص في الأمراض العصبية ماينارت Maynert الذي استعمل هذا المصطلح في وصفه للعقل وهو في حالة الذهان، العقل الملموس المليء بالحيرة، وهو في القاموس الطبي 2022 تعني التأخر العقلي والخلط الذهني. وبهذا المعنى يكون اللاشعور العقلاني هو من يسمح لنا بأن نعيش وضعية لا تفكير تشبه حالة الحيرة والخلط الذهني.

إسهام نظرية الإنشطار في تفسير الأمراض النفسوجسدية:

- إختيار العضو في الأمراض النفسوجسدية:

إن مفهوم الجسد بحد ذاته حسب ديمون يقترب من فقدان الموضوع ولا يخضع إلى الترميز مع تمركز المريض حول ذاته، فيبرز العرض كإعطاء سببا وجوديا للمعاش عند هؤلاء المرضى الذين اختاروا الجسد، فلا وجود لفاعلية الهوام التي تبقى غير معروفة في العرض، وهنا يمكن موطن الغموض من خلال هذا الاختفاء المزمّن، مع نقص في الخيال.

إن إختيار العضو الذي لم تجد له مدرسة الباريسية في دراستها وتفسيراتها مكانة له، فإنما أفادت به العرض النفسوجسدي عديم المعنى، فديجور قدم تفسيراً مهماً عن إختيار العضو الذي يكون لا شعورياً،

راجع إلى الهدف المقطوع باستخدام العضو، فمن المحتمل توجيه العدوانية إلى الخارج ومن الممكن لها أن ترجع إلى الذات مع حماية الآخرين.

ووضع ديجور في نظريته الخاصة بالموقعية الثالثة التي تسمى بموقعية الانشطار، أن لا شعوره المنشق بين لا شعور لا عقلاني ولا شعور مكبوت كلاسيكي حسب التحليل النفسي مكان التصور المكبوت، فالمنطقة اللاعقلانية لا توجد بها عقلا وغير قابلة للرمزية، وتبقى محاولات ترجمة العرض عن طريق رسالة موجهة للآخر، فهو غير قادر على تركيبها، فتبقى حسية الركود العقلي بسبب أنها ليست مكبوتة (هدور، 2022، ص 77)

وذكر ديجور (Dejours, 2007, p: 02) أن هذه الحركات لما تتجاوز الانشطار تكون إما بالمرور إلى العقل أو حالة فقد التعويض أو الوقوع في الجسدنة، فاللاشعور اللاعقلاني لا يلعب دور في الحياة النفسية إلا كنتيجة حاصلة في الحياة بين الفرد والآخرين، ولا يعتبر الفرد بوجوده سبب غموض الحركات المكبوتة في اللاشعور الكلاسيكي التي تظهر في زلة اللسان، الإسناد والأحلام تنفيذاً للغواية في تنافس مع الإنشطار، أو بالأحرى ابتكار منطقة شعورية لا عقلانية غير غلمية مسببة للأمراض النفسو جسدية يظهر عنفها من خلال الجسد الغلمي، الذي كان في أولى محاولاته يضع الخطر الحقيقي لهذه الحركات اللاعقلانية التي كانت تدعم الإرصان النفسي لرغبة الطفل، وفي نفس الوقت مع القمع من طرف الوالدين لتفكير الطفل، تتعزز الاندفاعية الحيوانية لديه، والاختلاف بين الإنسان والحيوان يكون في نظام اللاشعور وما قبل الشعور الذي يفصل الإنسان، فاللاشعور هو مصدر اللعب، الإغراء لتعويضات الذي عند (راشد- طفل) وكذا الحيوانية الاندفاعية في مفهومها العام للإنسان التي تدخل في إطار الجسدنة النكوصية والتي تكون غير حيوانية كاملة كون أن هناك إقلاب لبيدي، يشهد عن عمل نفسي راجع للاشعور لا عقلاني له علاقة بباقي أركان الجهاز النفسي وهذا في حالة الهستيريا.

أما في الأمراض النفسجسدية التي تكلم عنها "مارتي" ما هي إلا اعتلال في الشخصية Caractéropathes بتفكير عمليات من خلال جسدنة نوكوصية، فالمصابين حسب "ديجور" هم مرضى يتميزون بخلل عدم قدرة النشاط للترجمة الغلمية، بتقييد من الكبار للحياة الحلمية للعب والهوام الطفل في سن مبكرة، ويصبح الفكر مفعوماً، وبالتالي اللاشعور الثانوي الكلاسيكي لحماية الجسد البيولوجي بالإقلاب اللبيدي، فيحاول تهدئة القلق الموجه للآخرين، لكن مع غياب التوظيف من اللاشعور الكلاسيكي، واستبداله بتوظيف اللاشعور اللاعقلاني بشكل مكثف، من خلال هيمنة على العلاقات مع أركان الشخصية في توظيف الطاقة اللبيدية ووضع الجسد مكان الخطر، ويستخدم نزوة الموت لما فوق

مبدأ اللذة، ويؤكد "لابلانز" على وجود أنوية غير قابلة للترجمة، والجسدنة هي منفذ للاشعور اللاعقلاني ولنزوة الموت غير الجنسية، حين مرور الحركات بحاجز الانشطار وتتوجه إلى أعضاء الجسم أي العدوانية أو العنف الموجه تجاه الجسد.

كما أن المصابين بالأمراض النفسو جسدية لا يبرزون توظيفا ثابتا، حيث أكد كل من "ديجور ودوبراي" أن اقتصادهم يتعلق حسب الموقعية الأولى بتوظيف غير منتظم للوقت، وبهذا لا ينسون الماضي، ويتواجد خلل في ما قبل الشعور الذي يتميز بقله سماكته، أما الموقعية الثانية فتظهر هشاشة الأنا وبأن أعلى غير متميز، يتميز بصرامته نوعا ما درجة التنظيمات العقلية يكون هناك تدرجا في الصرامة الوظيفية وثبات تنظيماتها ودفاعاتها العقلية وذلك حسب درجة العقلنة التي أشار إليها مارتى، بأنها خاصية بوظيفة ما قبل الشعور التي تتمثل في المعالجة الكمية والنوعية للتطورات النفسية والعاطفية الموجودة به.

وبالحالي هناك تشابه في تفسير "دوجور" مع "مارتى" فيما يتعلق بالأمراض النفسوجسدية حيث من ناحية عدم الإسناد إلى النكوص، وكذا مصطلح غياب العقلنة أو ضعفها، لكن "مارتى" صد بها الجانب النفسي وما يشمله الجهاز النفسي من عدم القدرة على الإرضان، ونقص العلاقة الموجودة بين أركان الشخصية، أما اللاشعور اللاعقلاني فيعكس جانبا لا يتعلق بسيرورات نفسية عادية، مشتقة من اللاشعور الكلاسيكي يحتوي على كل ما هو سيء في مجال ذكريات ومدركات الشخص منذ طفولته، ولها علاقة بحدوث العرض النفسوجسدي حتى وإن كانت سيرورة العرض غير قابلة للترميز العصابي، وما يميز حدوث المرض هو تجاوز الانشطار وتحريض حركات اللاشعور اللاعقلاني، هذا الانشطار الذي يتشابه مع الانشطار المعروف في التحليل النفسي بين قسام الأنا وكذا الموضوع إلى الجيد وسيء، وهو مفهوم مقارب للاشعور اللاعقلاني الذي يحتوي على كل ما هو سلبي، وعادة ما يستخدم الذهانيون هذا الميكانيزم من طرف الأنا، أما حسب "ديجور" فإن الانشطار الأنا يعكس الانشطار اللاشعور بل هو أصله، يقوم الأنا بإسقاط العنف المتعلق بالذكريات السلبية على العضو المصاب.

كما أن التفكير يكون مقموعا حيث يتميز بالفقر، وقد أكد ذلك على أن "مارتى ودوجور" وكذا "سامي علي" الذي ركز على ما يميز الفرد الذي يعاني من الاضطرابات النفسو جسدية بأنه لا يمكن الإسقاط في المستقبل وأن ما يهمه هو الوقت الحالي ولا يفكر إطلاقا في نشاط خيالي مستقبلي (هدور، 2022، ص

- رمزية العرض والأمراض النفسوجسدية:

يعرض "ديجور" في مقاله الذي وصف به العرض الجسدي ذو بعد نفسي ضعيف الرمزية من ناحية ربط الجانب العضوي بالنفسي، وبالاعتماد على "لابلانز" في تحديد دور نزوة الموت غير الجنسية بالمفهوم الفرويدي، التي تعمل على إيماءة الأنظمة الواقعية.

وبالرجوع إلى غريزة حفظ الذات في الجسد البيولوجي، نجد هناك غياب تام للشقيقة الغلمية التي تظهر من خلال وجود اضطراب وصعوبات بيولوجية، مع سحب الشقيقة من الجسد الذي يكون خاضعا لنزبة الموت التي تقف ضد غريزة حفظ الذات، وافترض بذلك وجود لا شعور لا عقلائي Amential منبعا لتلك النزوة.

وباتجاه مخالف يمكن التذكير بالمدرسة الباريسية التي تنوه إلى أن العرض عديم المعنى بالنسبة للأمراض النفسوجسدية، التي تتميز بصراع لم يرقى إلى المستوى النفسي ولا يضع الجسد في مكان تحمل معنى من الناحية العرضية، لهذا فهو عرض خال من الرمزية العصابية لأن كل عرض عصابي هو بديل لإشباع (هدور، 2022، ص 81)

من خلال الجسد الفيزيولوجي، أما في الاضطرابات النفسو جسدية فيعتبر الضغط النفسي والصدمة لهما نفس المكان ويقول كل من "كونتون وكالزا" أنه في حالة الصدمة النفسية يحدث تراكم الإثارات الداخلية أو الخارجية على المستوى الصاد للإثارات، الذي يسمح بمرورها بكميات معقولة، مع وجود توفير الحلول وسهولة التعامل معها من قبل الأنا بهدف عمل الإرصان النفسي، فيصاب الجهاز النفسي بالذهول في هذه الحالة صاد الإثارات يكون هشاً فتطغى الإثارات المتراكمة على الجهاز النفسي، كون الأنا لم يجد الحل المناسب لها بسبب هشاشة الجهاز النفسي وضعف الإرصان وبالتالي سيختزل الطريق لظهور العرض الجسدي.

وقد اهتم "ديجور" في أعماله بتوجيه "لابلانز" في الاضطرابات النفسو جسدية حسب ما جاء عن "ديمون" وصرح بأنها ناتجة عن عصاب سيء بصراع غير نفسي يسمح بنكوصات بسيطة وليست تحويلية مثل الهستيريا، التي تتميز باستثمار عضو من الجسم بشكل مفرط مع إسناد الوظيفة العضوية بشكل مبالغ دون وجود خلل لكنه، يحمل الكثير من المعاني الرمزية.

ومما سبق يبدو توجيه "ديجور" إلى أن العرض النفسو جسدي له معنى لكنه لا يخضع للرمزية العصابية، ويطبق ذلك وفق ما أوضحتها المدرسة الباريسية على أنه عرض يبقى دون معنى، في إشارة منها إلى أن الإصابة التشريحية تعكس الهشاشة النفسية.

- علاقة نظرية الانشطار بالموقعية الأولى والثانية:

حسب التفسير النفسو جسدي للمدرسة الباريسية أنه لا وجود لقلق الإثارة وإضافة إلى ذلك هناك غياب للعمل النفسي، وبقاء الصراع حبيسا في الجسد ويعمل على إخلال الوظيفة العضوية، بوجود إصابات حقيقية مع تفكير عملياتي وغياب العقلنة مع فقر انفعالي وخيالي نكوصيا، ويقول "مارتي" أن الفرد المصاب بالمرض النفسو جسدي يظهر على كلامه الخالي من العاطفة الصعوبة في تمييز الإحساسات الجسدية وبتفكير عملياتي الذي يكون موجها نحو الخارج (المهنة والعمل) ويسمى أيضا بالتفكير الآلي الذي لا يكون رمزيا، متعلقا بالأشياء الملموسة فيعيش في حياة مجرد من العاطفة ويبقى مستثمرا للواقع من خلال النشاط الذي يربطه بالعالم الخارجي يعكس حالة التثبيت بالواقع (هدور، 2022، ص 84)

يظهر ما أسماه "مارتي" بالاكنتاب الأساسي الذي يختلف عن الاكنتاب العادي في أنه مفتح بالعرض، حيث لا يعبر عن الاكنتاب الذي يعاني منه عن طريق الإيماءات أو السلوك أو اللفظ، بل يعبر عنه من خلال المرض، وما يظهر عليه أنه من دون موضوع وغالبا ما يكون من خلال الحياة الحلمية والمناخية الفقيرة وعدم القدرة على الإرصان النفسي للصراع والعرض ما هو إلا فشل للجهاز النفسي من الناحية الاقتصادية والدينامية وكذا الموقعية.

أما الصراع الخارجي بسبب حالة اللاتوازن في الاقتصاد النفسي أي الاستثمار النزوي وتظهر المعاناة الجسدية الناتجة عن المأزق النفسي المميز بدون وجود حلول ممكنة فيكون العرض الجسدي كحل بديل عنه ونهائي، ويذكر "فيراغو" أن الفرد لم يتمكن من إرصان الكثير من الأحداث التي تعرض لها، مما ساهم في التعبير عن المعاناة لكن بدون عاطفة ومن دون أي شكل من أشكال التعبير عنها إلا من خلال العرض، لذلك يبقى الألم مرتبطا به، حيث أن الجسدنة تعكس خلا في العقلنة، وتدل أيضا على حالة الانشطار الأنا بتوجيه العدوانية تجاه جزء من الجسد.

وأفاد "ديجور" برؤية إضافية عن التفسير السابق للمدرسة الباريسية، حسب ما قاله "ديمون" بعيدا عن قلق الإشارة، يرجع التطور المكبوت في حالة العصاب، فيكون هناك فك رابط العاطفة في حالة غنى ما قبل الشعور، ويكون شعوريا عن بعض المواضيع التي توقظ عنفا على المستوى اللاعقلاني، فيسمح للأنا بالشعور بقلق الإشارة الذي ينعدم عند الحالات النفسو جسديين فترجع إلى الذات، حيث يقوم اللاشعور اللاعقلاني بتجسيدها في الجسد البيولوجي، ففي غياب الإسناد النزوي في مناطق من الجسد التي تعتبر حسب "ديجور" نقاط تقاطع بين اللاشعور المكبوت الكلاسيكي واللاشعور اللاعقلاني غير المكبوت،

ونظام ما قبل الشعور - الشعور الكلاسيكي والإدراك يصبح تطورا حسب فرويد الذي يكون مكانه فيما قبل الشعور، وما يحتاجه العمل النفسي الذي يربطه بالاشعور في الحلم بتوظيف أركان مكبوتة وهذه في حالة العصاب، أما الأشخاص النفسو جسديين أي حالة غياب التنظيم العصابي تسمح بعض المدركات بأن تصطدم بالاشعور اللاعقلاني وتطالب بعدم التفكير فيها، وتهرب من تحكم ما قبل الشعور فيها وهذه المنطقة اللاشعورية موجودة عند كل إنسان. وأهميتها ترجع إلى حجم الطاقة بين أركان الشخصية كونها غير منسية بالرغم من أنها تقترب من مفهوم الصدمة التي تفرض خضوع الأحداث المدركة للكبت في اللاشعور، لكنها تكون مقموعة وليست مكبوتة فيكون تقيغا للعنف المدرك بالمرور إلى الفعل أو الهروب أو الوقوع في الجسدية، وهذا ما يوضح علاقة نظرية الإنشطار بالموقعية الأولى (هدور، 2022، ص 85) أما الموقعية الثانية، يمكن شرحها من خلال التفكير المتعلق بمعطيات خارجية إجتماعية موضوعية في الشعور، تحدث ما يقارب أزمة الهوية بالأنا بانقطاع استمراريته وفقدان الاتصال مع الجسم، وانفجار بسبب عدم ثبات الانشطار. هذه الإشكالية المسببة للمرض فيكون قبلها حالة من القلق حيث يعيش الفرد تجربة الفوضى النفسية وهدم البناء اللاعقلاني للأنا، أي حيرة عقلية واختفاء كل الروابط النفسية التي عادة ما تصاحب بخلل بيولوجي.

فالحل الجسدي يتميز بعدم ثبوت الانشطار، فبعض المرضى يلجأون إلى العارض الجسدي لوقف هدم بناء الأنا مع فقدان التواصل مع الجسد إلى التعويض الجسدي، كوظيفة محافظة على الأنا والموقعية معا خلال تدهور الجسد، وهي نفس السيرورة النفسية في حالة الهلوسة التي تحدث عند الذهان، فهي تعكس الحيرة والعقلانية وعدم ثبوت الانشطار، والتي ما هي إلا حل تعويضي.

أما الرسائل الغامضة مثل ضرب الاعتداء على الطفل تشحن بالإثارات المقموعة التي لا تشمل حيز التفكير، ولا يمكنها أن تترجم لأنه في حالة صدمة فلا تكون في اللاشعور الكلاسيكي و لا تكبت كذلك في اللاشعور العقلاني، وبمعنى آخر كل الذكريات التي ترجع إلى طفولة خاصة بماضي مؤلم وعنف اتجاه الجسد وعدم التسامح الوالدين معه، كل هذه الأحداث المعاشة تحمل مفهوم الصدمة النفسية حسب تحليل النفسي، لكن الفرد ما زال يتذكرها. ومن هذا المنطلق تعارض "ديجور" مرة أخرى مع المدرسة الباريسية في تحديد العلامات التي تعتري مسار النمو لموقع النكوصات الشاملة والجزئية لكنه لم يتطرق إلى مكانة العنف في الطفولة مثلما أوضحه ديغور.

يقول "ديجور" أن قمع المحتوى الفكري لطفل من قبل الراشد أو القمع للطفل لنفسه ليصبح كبيرا ووجود أنا أعلى نوعا ما صارم اتجاه العنف لأول مرة تعرض فيها للقمع، فيصبح بذلك محتوى اللاشعور

العقلاني يعرف بالسلبية تجاه القمع في الجسدنة، وهنا يتلاقى مع المدرسة الباريسية بأن العرض النفسي جسدي ما هو إلا نتيجة لغياب وظيفة الإسناد فتتوجه الجسدنة لقمع الوظيفة وعدم وجود التطورات فيكون تدمير الطاقة النزوية بالمعاناة النفسية (Dejours, 2008, p: 40)

وليس القمع وحده هو أصل نقاط التوقف في الجسد الغلمي فقدرات فتح جسد الطفل معاني والرمزية تتفاوت في المأزق اللاعقلاني ولرسائله الغامضة هذا المأزق يكون موضوع للإرصدان من طرف الطفل، ويترك قدرا منه في المنطقة اللاعقلانية للإقلاب اللبدي في الجسد الفيزيولوجي لأجل جعل الجسد غلمي، مكان تعامل الآباء للعب بجسد الطفل، لتسجيل هذه التعابير أي مع وظائف الجسد، ويفترض تحرير نفس تعبير من طرف الآباء، والذي لا يلعبه الوالدين في هذا الحالة، حيث يبدوان غير حساسين لأنهما مستتارين وقلقين، الأمر الذي يجعلهما يتصرفان بعنف معه مما يترك آثار للعنف على جسده. لقد كان اهتمام نظرية الانشطار أو ما يسمى بالموقعية الثالثة، أنها سمحت بتفسير الأمراض النفسجسدية من منظور مختلف، ومكمل للنظريات التي اعتمدت على تحليل النفسي في تفسيرها للمرض النفسي جسدي، حيث يمكن إدماج دور اللا شعور اللاعقلاني في الأمراض النفسجسدية وتعميمها على كل الأفراد دون استثناء ليدخل هذا التفسير ضمن إطار علم النفس المرضي.

إن التفسير الخاص لهذه النظرية شارك في نقاط كثيرة مع تحليل النفسي والمدرسة الباريسية في كثير من المواطن كالتذكير بالعمليات وحدوث المأزق النفسي وعدم قدرة الأنا على تسيير طاقة الجهاز النفسي، ما يفتح المجال لنزوات هدم البناء وفك الروابط النفسية، التي تشير إلى فشل النكوص.

أما ما تميزت به هذه النظرية هي تقديم تفسير خاص بمكانة العرض واختياره اللا شعوري من طرف اللا شعور اللاعقلاني، الناتج عن العنف في مرحلة الطفولة وتسجيل المدركات التي تبقى في اللا شعور وغير خاضعة للكبت أي مقموعة، وقد اختلفت عن الموقعية الأولى بإثبات أن اللا شعور الفرويدي ذو قطب واحد يتميز بما هو مكبوت لكن أثبت أن اللا شعور يحتوي على أحداث تبقى مقموعة بإمكان الإنسان أن يتذكرها وتبقى الانفعالات السلبية مكانها في اللا شعور اللاعقلاني، وحدوث الانشطار في هذا الركن وكلما كان تجاوز محتويات هذه المنطقة، كلما سمحت بالمرور إلى الفعل أو الجسدنة (هدور، 2022، ص 87)

8. النظرية السلوكية:

تنهض المدرسة السلوكية في تفسيرها للسلوك على مجموعة من الأسس تتلخص في أن السلوك الانفعالي ليس استجابة مستقلة مفردة، بل هناك العديد من الأعضاء التي يشملها الإضطراب وتعتمد على

ظروف مختلفة ومتغيرات مهينة للاضطراب.

إن البناء الجسدي للكائن العضوي هو في النهاية وراثية بيولوجية، وأن هذه الخصائص المورثة تشمل محددات معينة تهيب أعضاء أو أجهزة الجسم لإمكانية الانهيار حيال مواجهة الشدائد. والمدرسة السلوكية تركز على مبدأ الفروق الفردية بين الأفراد، وأن هذه الفروق في الاستجابة إزاء مثيرات معينة قد تعلم الفرد من خلالها أنماط من الاستجابة الانفعالية وإن العوامل التي تؤدي إلى إمكانية الإصابة بالاضطرابات النفسجسمية تنقسم إلى نوعين من العوامل:

أولاً: العوامل الوراثية.

ثانياً: العوامل المهينة البيئية.

إن التفاعل بين هذين العاملين يفتح المجال انهيار مقاوم الجسم، وبالتالي الإصابة بالاضطرابات النفسجسمية.

- النظرية المعرفية:

وقد اشتقت فكرة الاتجاهات الخاصة التي تلعب دوراً في الاضطرابات السيكوسوماتية من خلال نتائج البحوث السيكوفيزيولوجية التي توضح أن العمليات المعرفية لها تأثير على الوظيفة الفيزيولوجية وهذه الفكرة تفترض أن اتجاهات معينة أو خاصة يتميز بها كل الأشخاص من ذوي الاضطراب الجسدي الواحد، وقد تم اختبار هذا الافتراض بطرق عديدة واستخرج "جراهام" Graham مفارقة في بحوثهم هذه الاتجاهات من خلال المقابلات الشخصية وعدد كبير من الفئات المرضية وقد تم تحديد الاتجاه هذا من خلال عاملين:

الأول: ما يستعرض نحوه الشخص إما بالسعادة أو الحزن.

والثاني: ما يرغب الشخص في المعرفة عنه أو عمله. وقد تم استخلاص العديد من السمات النفسية التي تميز أصحاب مرض معين من الأعراض النفسجسمية كالاتي:

1. الأرتيكاريا **Articuria**: حيث يشعر الشخص المصاب بهذا المرض الذي يحتوي على عامل نفسي أنه مهزوم وهزيل، وأنه يشعر بالضعف والخوار الذي يجعله عاجزاً عن عمل شيء ما.
2. القولون المتقرح **Ulceratirer Colitis**: حيث يشعر المريض وكأنه مصاب بداء أو أذى يرغب في التخلص من المسؤولية.

3. الربو والتهاب الأنف **Asthma and Rhimits**: حيث يشعر المريض وكأنه قد ترك في البرد، ويريد الابتعاد عن الموقف وعن الأشخاص أي أنه يشعر ببرودة تجعله يتجنب لقاء الآخرين (غانم، 2011، ص 123)

4. قرحة الاثنى عشر **Dvodenal Ulcer**: حيث يشعر المريض بالحرمان ويريد الانتقام الثأر من مسبب هذا الشعور بالحرمان.

5. الضغط الدم الجوهري **Essential Hypertension**: حيث يشعر المريض بالتهديد والأذى ويضطر إلى الاستياء تجاه أي شيء.

6. الصداع النصفي **Migvaine**: حيث يشعر المريض بالتهديد والأذى، ويضطر إزاء ذلك إلى الشعور بالاستياء تجاه أي شيء.

7. آلام أسفل الظهر **Lawe Backache**: حيث نجد أن أهم سمة تميز هؤلاء المرضى هي العمل إلى درجة الإنهاك.

إلا أن هذه الافتراضات من نوعية الاتجاهات التي تم اختبارها تدريجيا في عدد من التجارب لعدد معين من الاتجاهات المحددة للدراسة مع تحديد إلى أي مدى ترتبط بتغيرات الفسيولوجية مع صورة الاضطراب التي يمكن استشارتها بهذه الطريقة (غانم، 2011، ص 125)

10. التنبؤ في الطريقة الإكلينيكية:

لا يخلو التشخيص المتكامل من آثار إلى توقعاتنا لتطور أو لمسار الحالة، وكما إذا كانت هناك مؤشرات تنبؤية **progmosis** تشير إلى إمكانية تحسن الحالة من عدمه وذلك بالأخذ في الاعتبار العديد من العوامل مثل: الحالة الجسمية للشخص/ بيئة المريض/ عمر المريض/ الذكاء والتعليم والثقافة/ كيفية مواجهة الفرد للضغوط والمشاكل، هل يواجهها أم يلجأ إلى ميكانيزم الهروب/ الظروف التي قادت إلى نشأة الاضطراب/ الدافع للعلاج/ تأثير الأعراض، أي أننا نأخذ في الاعتبار كافة الظروف المحيطة (الخارجية) والداخلية مجتمعية، ومن خلال تقييم شامل ودقيق وموضوعي نستطيع أن نتنبأ بمسار الحالة وما لها وما إن كان سيئا أو جيدا وبأي درجة.

وعلى العموم تجتمع عدة عوامل تجعلنا نتنبأ بمآل الحالة إذا توافرت الشروط الآتية:

1. كلما كانت بداية المرض مفاجئة وحادة.
2. كلما كان ظهور المرض حديثا ومدته قصيرة قبل بدء العلاج (خلال ستة أشهر)
3. إذا وضعنا أيدينا على الأساليب المهيئة بدقة وعرف سبب محدد.

4. عندما لا توجد عوامل وراثية في الأسرة.
 5. إذا كانت الأعراض غير حادة.
 6. كلما كانت الأهداف والمكاسب الأولية والثانوية من المرض قليلة.
 7. إذا كانت نتائج الفحص الشامل (جسدي/ نفسي/ عقلي/ طبي).
 8. إذا كان التشخيص دقيقاً.
 9. إذا كان العلاج مبكر أو قبل حدوث أي تدهور في الشخصية.
 10. إذا كان تشخيص المريض قبل المرض متكامل ومتزنة.
 11. عندما تكون بصيرته أفضل.
 12. عندما تكون البيئة والمتابعة -بعد العلاج- أفضل ونستطيع القول بأن عكس هذه العوامل السابق ذكرها- يستطيع أن يوقفنا على حقيقة التنبؤ الأسوأ ومآل الحالة التي يعاني منها اضطراب.
- وهكذا يتضح من هذا العرض المختصر السريع لكيفية التوصل إلى التشخيص مدى المهارة في استخدام الطريقة -أو الطرق- المناسبة للحالة من جمع المعلومات على أساس أنها تكون الركيزة التي من خلالها تم التشخيص، ثم التنبؤ ثم العلاج، وهذا يقتضي بلا شك من الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلماماً بالأمراض النفسية والعقلية والسلوكية، وأن يتم التفسير أو التشخيص أو العلاج وفقاً لنظرية -أو أكثر- من النظريات النفسية تكون منطلقاً نظرياً وعمالياً ينطلق من خلالها الأخصائي النفسي الإكلينيكي حتى تتضح هويته من البداية لأن تحديد الهوية تبنى عليه العديد من الفروض والمسلمات والمعلومات (غالم، 2011، ص 140)

11. علاج الإضطرابات السيكوسوماتية:

إن الهدف الرئيسي للطب السيكوسوماتي هو علاج الفرد ككل (نفس وجسد) وهنا يجب التركيز على العلاج التكاملي بين العلاجين الطبي والنفسي (بدره ميموني، 2005، ص 115)

وفي هذا أصدد يشير فيصل محمد خير الدين إلى أن الخبرات الطبية والنفسية تؤكد أن الاضطرابات السيكوسوماتية تستعصي على العلاج الجسدي أو الطبي وحده كما تستعصي على العلاج النفسي وحده (الزراد، 2000، ص 50) وفيما يلي أهم الطرق المستخدمة في علاج الاضطرابات النفسجسمية باختصار.

1.11 العلاج بالأدوية "الطبي":

1.1.11 المهدئات Les Trausuilisants: يحتل القلق المرتبة الأولى في أغلب الاضطرابات السيكوسوماتية وبالتالي فإنه يستعمل أدوية مهدئة للقلق ولا يمكن أن يتجاوز ذلك ثلاثة أشهر، حيث لها إنعكاسات تتعلق باستعمالها والتعود عليها والتوقف المفاجئ عن تناولها.

2.1.11 العلاج البديل (بلاسبو Placebo): ويتم عن طريق أدوية ليس لها مفعول كيميائي بل يعتمد مفعوله على الإيحاء والإيمان بالعلاج خاصة مع المعالج ذي السمعة الكبيرة، حيث (30% - 35%) من الحالات تشفى هكذا، ويلجأ إليه الأطباء خاصة مع الحالات التي تكون فيها اضطرابات راسخة ولا تخضع للعلاجات المعتادة، ولا ينجح البلاسيو مع ذوي صلابة وجذور وشك بينما ينجح عند الأفراد الانفعاليين والمطووعين والتلقائيين.

3.1.11 الفيتامينات المضادة للضغط والانهيار: حيث يجد الدكتور ليسر "Lisser" يعالج آثار الضغط بالفيتامينات خاصة (Vita BS) ويركز أيضا على أهمية نظام التغذية المتوازنة ولكن يجب على أن لا ننسى أن الإفراط في الفيتامينات يكون مضرًا (بدره، ميموني، 2005، ص 155-157)

2.11 العلاج النفسي: وفيه يتم التركيز على سبب المرض من خلال تناول النواحي الإنفعالية والعمل على حل الصراعات النفسية والتخفيف من القلق، وإعادة الثقة بالنفس ويفضل تعديل حياة المريض على توفير الهدوء والراحة والطمأنينة وتجنب الإجهاد العقلي المتواصل (زهران، 1997 ص 478)

ويشير فيصل محمد خير الزراد (الزراد، 2000، ص 504) إلى الوسائل العلاجية التالية:

- العلاج النفسي مفيد جدا وغني عنه طالما أن الأسباب النفسية، ويتم الكشف عن العوامل التي سببت ظهور الأعراض والعوامل اللاشعورية عن طريق التحليل النفسي والإيحاء.

- الإرشاد النفسي للمريض ولأسرته وللزوجين

- ومن وسائل العلاج النفسي المستخدمة في علاج الاضطرابات السيكوسوماتية تقنيات الاسترخاء التي تمارس بشكل فردي أو جماعي.

- الاستفادة من تقنيات الإشراف والعلاج السلوكي التي تعتمد على مبادئ التعلم والتدريب كما هو الحال في العلاج السلوكي (Behaviour Therapy) والعلاج المعرفي، وتتطلب بعض الاضطرابات السيكوسوماتية التدخل الجراحي كما هو في حالة القرحة.

وتلخص نور الهدى محمد الجاموس (نور الهدى محمد الحاموس، 2004، ص 152) علاج الاضطراب

فيما يلي:

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

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل تعمقنا في دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية من منظور تكاملي يجمع بين التحليل النفسي، البيولوجي، والسلوكي، مما مكنا من تفكيك تعقيداتها وفهم طبيعتها المزدوجة التي تتجلى في التفاعل الديناميكي بين العوامل النفسية والاضطرابات الجسدية، لقد أوضحنا كيف أن هذه الاضطرابات ليست مجرد تجسد عضوي للمعاناة النفسية، بل هي آلية معقدة تعبر من خلالها الذات عن صراعاتها اللاواعية مما يستوجب إعادة النظر في مفهوم المرض وفصله التقليدي بين الجسدي والنفسي.

تناولنا التطور التاريخي لمفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية، مسلطين الضوء على التحولات الفكرية التي قادت إلى الاعتراف بالدور الحاسم للعوامل النفسية في نشأة العديد من الأمراض الجسدية، كما استعرضنا التصنيفات المختلفة لهذه الاضطرابات، بما في ذلك تصنيف بيار مارتني ومحمد خير الزراد إضافة إلى تصنيف أليكساندر وريس.

علاوة على ذلك، قمنا بتحليل الخصائص الشخصية للمريض السيكوسوماتي محددتين السمات الأساسية التي تميزه عن غيره من المرضى، ومفسرين كيف تساهم أنماط شخصيته في تطور هذه الاضطرابات، كما استعرضنا البروفيل النفسي التفصيلي لمريض السيكوسوماتية موضحين كيف تتشكل بنيته النفسية وكيفية استجابته لضغوط الداخلية والخارجية موضحين كذلك رمزية كل اضطراب جسدي.

وفي سياق التشخيص، ناقشنا المعايير التشخيصية للاضطرابات السيكوسوماتية، أما في مجال العلاج فقد بحثنا في مدى فعالية تدخلات النفسية، التحليلية منها السلوكية في التخفيف من هذه الاضطرابات.

يكشف هذا الفصل أن الاضطرابات السيكوسوماتية ليست مجرد ظواهر مرضية، بل هي رسائل مشفرة تحمل في طياتها صراعات اللاوعي مما يجعل التعامل معها يتطلب تفكيك رموزها وفهم أبعادها النفسية والجسدية معاً، هذا الفهم العميق لا يسهم فقط في تحسين جودة حياة المرضى بل يعزز أيضاً من تطوير نموذج علاجي أكثر شمولية يدمج بين ما هو نفسي وما هو عضوي، في سبيل تحقيق توازن شامل بين النفس والجسد.

الفصل الثالث: الجلد بين البيولوجيا والسيكولوجيا

تمهيد

1. الجلد من منظور طبي سيكوسوماتي

1. تعريف الجلد

2. بنية الجلد

• البشرة

• الأدمة

• البشرة الداخلية

3. الجلد من منظور نفسي

4. رصد منهجي لأنواع الأمراض الجلدية المشمولة بالدراسة

1.4 الإكزيما

1.1.4 تعريف الإكزيما

2.1.4 أسباب الإكزيما

3.1.4 أنواع الإكزيما

4.1.4 مقارنة تحليلية في تفسير الإكزيما

2.4 الصدفية

1.2.4 تعريف الصدفية

2.2.4 أسباب الصدفية

3.2.4 أنواع الصدفية

4.2.4 مقارنة تحليلية في تفسير الصدفية

5. سيرورات جسدنة الجلد

6. استثمار الجلد

II. الأنا الجلدي: قراءة ميتسيكولوجية في مقارنة "ديديه أنزيو"

1. الجذور التاريخية لمفهوم الأنا الجلدي: من الفرضيات الأولى حول الجلد النفسي إلى طرح ديديه أنزيو.

1.1 الامتدادات النظرية السابقة لمفهوم الأنا الجلدي: تفكيك الإسهامات الرائدة وتقاطعات

مع طرح ديديه أنزيو

2.1 مقارنة ديديه أنزيو للجلد

2. مفهوم الأنا الجلدية عند ديديه أنزيو

3. ديناميات الأنا الجلدي

1.3 الأنا الجلدي ومرحلة المرأة

2.3 الأنا الجلدي وصورة الجسم

3.3 الأنا الجلدي والترميز

4.3 من الأنا الجلدي إلى الغلاف النفسي

5.3 استثمار الأنا الجلدي ونزوة التعلق

4. الأمراض في بعض النماذج السيكوسوماتية

5. الوظائف الثمانية للأنا الجلدي

6. الجلد كذاكرة للصدمة النفسية

خلاصة الفصل

تمهيد:

الجلد العضو الأكثر وضوحا كحاجز بين الجسد والعالم الخارجي، يعد أكثر من مجرد غلاف فيزيولوجي، بل هو مساحة حيوية غنية بالمعاني النفسية والجسدية، حيث يعكس التفاعلات الداخلية للنفس البشرية، طالما كان الجلد رمزا للصرع بين الداخل والخارج وبين الجسد والعقل، ويعد اليوم نقطة التقاء البيولوجيا بالسيكولوجيا، مما يفتح المجال أمام دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية التي تتجسد على سطحه. سوف نتطرق في هذا الفصل إلى دراسة الجلد من منظور طب سيكوسوماتي، حيث نبدأ بتعريفه وبنيته ليتضح لنا كيف أن هذا العضو الجسدي يمثل أكثر من مجرد واجهة فيزيولوجية، سنستعرض تأثيرات الجلد من الناحية النفسية، موضحين كيف يمكن أن يتجسد الألم النفسي، والكبت العاطفي، والصدمة النفسية على سطح الجلد، مما يترجم إلى أمراض جلدية مثل الإكزيما والصدفية، في هذا السياق ستكون الأبحاث التي تربط بين الصدمة النفسية والأمراض الجلدية محورا مهما، حيث سنتناول رسدا منهجيا لأنواع هذه الأمراض وأسبابها النفسية العميقة، مع استكشاف سيرورات جسدية الجلد التي تشرح كيفية تحول المشاعر والآلام النفسية إلى أعراض جسدية ملموسة.

سنكشف في هذا الفصل عن الجذور التاريخية لمفهوم "الأنا الجلدي" وكيفية تأثير هذه البنية النفسية على تكوين الشخصية، وصولا إلى تحليل دينامياتها في التفاعل مع الأمراض السيكوسوماتية، سنتناول في هذا السياق الوظائف الثمانية للأنا الجلدي وكيف يساهم الجلد في التعبير عن الأزمت النفسية العميقة، سنستعرض أيضا كيف أن الجلد ليس مجرد حاجز مادي بل ذاكرة حية تحفظ الصدمات التي قد تبقى كامنة في أعماق النفس.

1. الجلد من منظور طبي سيكوسوماتي

1. تعريف الجلد:

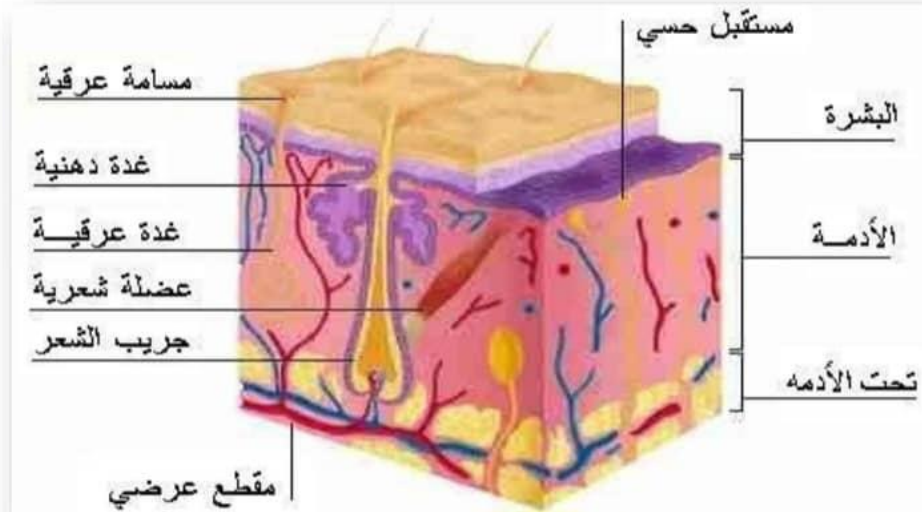
يعد الجلد العضو الأكبر في الجسم الإنسان حيث يمثل 16% من مجمل وزنه ويعرف كونه غلاف خارجي يغطي الجسم كما يفصل العالم الداخلي عن الخارجي، حيث يصل وزنه لدى الإنسان تقريبا 5 كغ وطوله 1.70م بمساحة قدرها 2 م² (Robin, 1985 p 7) يتكون من الناحية الكيميائية من 70% من الماء، 27.5% من البروتينات، 2 من المواد الدسمة و 0.5% من الأملاح المعدنية والآثار المعدنية ويتكون من نسيجين:

- ظهار سطحي (Epthélium) الذي يكون البشرة وأصل نسيجه جلدي
- نسيج ضام وعميق (Robin, 1985 p7)

2. بنية الجلد:

نقدم من خلال هذا الرسم التوضيحي مختلف مكونات الجلد لاسيما الطبقات الثلاثة التي تشكله:

الشكل رقم (04): يوضح مقطع عرضي للجلد



حينما نتمعن في الرسم الذي يمثل المقطع الطولي للجلد نلاحظ أنه يتركب من:

1.2 البشرة: (L'épiderme) وهي القسم الخارجي للجلد دورها الأساسي هو الحماية من الاعتداءات

الخارجي، تتكون من:

- طبقة خارجية وتسمى بالطبقة القرنية المتكونة من الكورنيوست (Cornéocytes) والتي تعتبر نتاج مرحلة تحول الكيراتينوسيتت (Kératinocytes) التي تصعد تدريجيا من الطبقة القاعدية كما هي أيضا نتاج دهون البشرة كما نقوم بصناعة نخاع الكيراتين (Robin, 1985, pp: 78)

- طبقة ثانية أعمق من الأولى وهي حية وتمتاز بقدرتها على الانقسام والتكاثر.

2.2 الأدمة (Le derme): هو القسم العميق من الجسم، لها عناصر تكوينية عديدة، كما أنها طبقة حسية تسبح في نسيج أساسي وهي مسؤولة عن تمدد وتقلص الجلد بفضل ألياف الهلام الغنية بالبروتينات الليفية وتحتوي على:

- شعيرات دموية تؤمن تغذية خلال الجلد والتبادل الغازي معا وتنقل الدم لتساهم في مقاومة الجراثيم التي تتسرب إلى الجسم وذلك بفضل احتوائها على الهيموغلوبين الذي يضمن نقل الأكسجين في الأوعية.

- نهايات عصبية منها ما يتسبب في الشعور بالحرارة أو البرودة أو الألم وبذلك يكون الجلد عضوا حسيا.

غدد عرقية تنتهي بمسامات على سطح الجلد، هذه الغدد تفرز العرق الذي بواسطته يتخلص الجسم من بعض الفضلات السامة.

- غدد دهنية كل واحدة في أصل الشعرة ووجودها يمنع البشرة من الجفاف.

- غدد دهنية تحمي الجسم من العوامل الخارجية.

3.2 البشرة الداخلية (L'hypoderme): تقع تحت الأدمة وتعتبر البنية الأعمق للجلد تتخللها الأوعية والأعصاب التي تصل إلى الأدمة وهي متكونة من نسيج ضام من ذو أصل دهني يختلف سمكها من فرد لآخر ومن منطقة لأخرى، تعد هذه المنطقة غنية بالأنسجة الدهنية حيث تخزن بها الدهون الزائدة عن حاجة الجسم، يكمن دورها في الحماية كونها مثبط (Amartisseur) بين الأدمة والعظام كما تعد عازل حراري.

من حيث المورفولوجيا فهي مسؤولة عن إعطاء شكل الشخص (Silhouette) حسب السن، الجنس، الحالة الغذائية، كما تعد مصدر للطاقة نظرا لكونها تخزن الدهون.

ونظرا لكون الجلد لا يملك ما يكفي من الطبقة القرنية أو الصبغيات أو الالتهابات العصبية لحماية الجلد، فإنه يملك أنظمة أخرى للحماية تسمى زوائد البشرة وهي:

1.3.2 الغدة العرقية: ووظيفتها فصل العرق عن الدم لترطيب الجسم وتعديل درجة حرارته عن طريق التبخر وحفظها في معدلها الطبيعي .

2.3.2 الغدة الدهنية: وهي غدة تفرز الدهن الذي يتدفق في القناة التي تحتوي على الشعر فتزيتته كما تعمل على وقايتها بما في ذلك الجلد.

3.3.2 الشعر: أحد مميزات الثدييات بحيث يغطي سطح الجلد ويعتبر طبقة عازلة للجسم، كما تختلف كثافته حسب نوع الحيوان، الجنس، والوسط الذي يعيش فيه، وتتكون الشعرة من جذر (الذي يتواجد في باطن الجلد أي الأدمة) والساق الذي هو جزء ظاهر من الشعرة كما يحتوي على صبغيات ملونة يغير لها اللون كما يحيط بالشعر غدد دهنية تعمل على لمعانه.

4.3.2 الأظافر: هي شقات طبقيّة البشرة، تنتج عن تجمد طبقات البشرة وتحويلها إلى مادة قرنية صلبة تدخل في تكوينها مادة الكيراتين التي تكسبها الصلابة (Claudie. 1994)

3. الجلد من منظور نفسي:

- حسب "فرويد وفيرينتر" في السابق لم يستعمل مفهوم الجلد النفسي كما هو متعارف عليه حالياً، حيث عرفوا الجلد على أنه: آليات الدفاع والإرسان النفسي في حالة الصدمة.

- وحسب "سيريلنيك Cyrulnik" اعتبر أن الصراع في الصدمة ليس نفسي داخلي فقط بل يضاف له الوسط الاجتماعي، فالحدث الصدم يمكن أن يقود الفرد لاستخدام دفاعات مثل: الإنكار، النكوص، العدوانية أو الإسقاط، فهي تعتبر كلها دفاعات تكيفية مع المواقف ولكن لا تعد جلدًا، في حين أن الدفاعات كالتسامي والغيرية والتعقل وغيرها من الدفاعات التي تحظى بقبول من طرف الجميع، حيث يستقبل الشخص المصدوم أو المريض الذي يعاني مشقة ما، ويفسح أماكن عاطفية أماكن للتفريغ وللإبداع، وهي ما تعد مؤشرات عن الجلد.

- أما حسب ليغزولو ودي تي شي (Leghezzolo et De Tychey (2005) يمثل دور مدعم للجلد في إعادة بناء الأنا والأنا الأعلى والأنا المثالي للفرد بعد إصابتهما أثناء الحدث الصدمي مما يساعد على التلمي مع نماذج جديدة وأهداف جديدة، من خلال استدخال عدد من القيم.

- حسب (Marky (2007 ما يعتبر مدعماً للجلد ما يحمله الفرد في ذاته وبداخله من اعتقاد وقناعات تدخلت في تكوين شخصياته وهو السند في الأوقات التي يتعرض لها للمحن والصدمات فيلجأ إليها ليستمد منها قوته ومخزونه المتراكم الذي اكتسبه خلال مختلف مراحل حياته (فرطافي، 2023، ص 30)

- وحسب (Ferenczi (1934 فالطفل لا يستجيب للخطر والعدوانية بالدفاع لكن يتمص واستدخال ذلك التهديد أو الاعتداء الذي تعرض له وهو ما يمثل عامل من عوامل الخطر لاحقاً.

ومن هنا فإن الجلد يرتبط مع عدة مفاهيم للتحليل النفسي التي تحدث عنها فرويد Freud وخصوصا الخاصة بالصدمة، ميكانيزمات الدفاع، وعمل الحداد، غيرها من المفاهيم المستقاة من المدرسة التحليلية. فحسب "بولبي" Boullby والذي يعد من الأوائل الذين أسسوا لهذه المقاربة وفي تقرير له أكد أن لتكوين الطفل نحتاج لنسخ رابط آمن مع راشد، فوفقا له التعلق هو حاجة أساسية نوعية والذي يتواجد منذ الولادة، أما حسب Gyrułnik فالجلد لدى الطفل يبني من خلال العلاقة مع الآخرين فهو نسيج من خلال عملية التعلق، فالتعلق يحمي الفرد ويسمح له بتكوين قاعدة الأمن الداخلي.

كما أظهرت أعمال وأبحاث فونجي (2001) Fonagy أن الجلد مرتبط بتعلق من النوع الآمن، حيث أشار هذا الأخير عن تواجد علاقة ترابطية بين التعلق الآمن في مرحلة الطفولة المبكرة والتنمية لعدد من القدرات التي تعتمد على القدرات التفسيرية أو الرمزية مثل الاستكشاف واللعب الذكاء والقدرة على الكلام ومراقبة الذات والجلد والقدرات المعرفية الاجتماعية... الخ.

وهناك دراسات أخرى توضح أهمية التعلق في مستويات مختلفة في ظهور الجلد لدى الأفراد، والأبحاث الحالية حول التعلق بينت أن العمل على روابط التعلق مرتبطة في المركز الأول بالأم أو بديلها، الأب أو بديله، لكن علماء آخرون أبرزوا أن التعلق ينسج بالعديد من الآخرين الثابتة لمحيط الطفل بدءا من الوالدين إلى الأقارب من العائلة حتى الأفراد الخارجيين عن العائلة، فالأعمال الحالية من التعلق الذي وسع مجال حقل أبحاثه مستعبدا من الثنائية أم- طفل ليأخذ بعين الاعتبار ليس فقط على الأب ولكن أيضا استثمارات علائقية أخرى والتي تحاول الاستكشاف الروابط مع النمو التكويني، تفتح آفاق هامة قابلة للإثراء وإكمال القواعد النظرية لنموذج الجلد (فرطافي، 2023، ص 34)

ومن منظور المقاربة النسقية للجلد: هي محاولة لتفسير العلاقة الموجودة بين مختلف المصادر المعرفية في وسط جماعي مما يؤدي إلى الكشف عن الروابط في هذا الوسط مع الأخذ بعين الاعتبار الروابط الشخصية الخاصة بالفرد مثل العلاقة بين الانفعال والتفكير. وعلى هذا الأساس اقترح Tousignant نموذج إيكولوجي للجلد لتفاعل الشخص والمحيط في هذا المنظور، اقترح دائرة من الأسباب مترابطة ومتماسكة في بعضها البعض حيث يأخذ علاقة التفاعل بين الشخص وذاته وبين الشخص ومحيطه الخارجي في تفعيل سيرورة الجلد لديه.

فحسب النظرية الإيكولوجية الاجتماعية من وجهة نظر Tousignant فإن الطبيعة النفسية للجلد تحدث بتحليل التفاعل بين مختلف الإنسان، التي تحيط بالطفل عوض التمركز حول مفهوم الجلد، التي تتموضع داخل منظور فردي، هذا التحليل انطلق من مسلمة أن النمو ناتج عن تفاعل بين مختلف مستويات الأنساق

التي تحكم الطفل سواء كانت الخصائص الداخلية -للفرد أو العائلة- أو العشيرة، أو الثقلة والنسق السياسي، هذه النظرية، فصلت لنا دور كل نسق في النمو والمحافظة على التكيف الناجح حيث تعد العائلة مركز الحماية النفسية للفرد، أما المحيط الاجتماعي فله دور التكيف أمام المحن والصدمات المختلفة كالمرض وغيرها، ولأسيما الأفراد المحيطين بالشخص والذين لديهم تأثير على تطوره النفسي والاجتماعي والثقافي، أما العشيرة فهي منع يستقى منه الفرد القوة والأصالة لتكوين شخصيته في مواجهة الظروف الصعبة، أما عن الثقافة والمجتمع فلهما دور في بناء الفرد من خلال تأثيره بثقافة معينة وتبني أساليب معيشة وفقا لثقافة معينة أو فكر سياسي وأيديولوجي معين.

أما من وجهة نظر "بيك 1976" ينطلق من هذا المنظور أن قدرة الجلد لدى الفرد تتأثر حسب نظريته إلى الموقف المنظر المائل أمامه بناء على ما اكتسبه من قبل الخبرات التاريخية التعلم والمعتقدات السائدة في وسطه الاجتماعي وتركز نظرية التعلم الاجتماعي على التفاعل الذي بين الأفراد ومن التعلم الذي يحدث داخل المجتمع.

أما حسب (Bandura 1977) فالنظرية المعرفية السلوكية تعتمد أساسا على المزاج والسلوك المناسب الذي ينتبه الفرد معرفيا لتفسير ما يحيط به والحكم عليها، تؤكد هذه النظرية أن الأسس والمبادئ الأولى للجلد نشأت من النظرية المعرفية السلوكية مثل نظرية بيك 1976 والتي تؤكد على أن البناء المعرفي للفرد يكون وفق البيئة التي يعيش فيها والتي تعزز أو تعيق التكيف في سياق معين (فرطقي، 2023، ص 40)

4. رصد منهجي لأنواع الأمراض الجلدية المشمولة بالدراسة:

1.4 الإكزيما:

1.1.4 تعريف الإكزيما:

هي تفاعل جلد إلتهابي استجابة لتحريض مستضد ما.

يصف الطبيب "Bear" الإكزيما بأنها تفاعل حطاطي حويصلي حاك تترافق في طورها الحاد مع حمامي ووذمة، وفي طورها المزمن مع تمسك وتحزز وتقرح مع الاحتفاظ ببعض مظاهر الحطاطية الحويصلية، تشكل أنواع الإكزيما أكثر من 30% من حالات الأمراض الجلدية.

2.1.4 أسباب الإكزيما:

- الاستعداد الوراثي والعامل العائلي: بمعنى أنه توجد قصة عائلية للإكزيما التي يمكن أن ترتبط أيضا بالإصابة بمرض الربو وحمى العلف.

- **التحسس للأطعمة:** يبدأ عادة أثناء السنة الأولى من العمر، حيث يتحسس الطفل المصاب بالتهاب الجلد التأتبي لعدة مواد أولية أهمها الحليب، بياض البيض، القمح، الحبوب، البرتقال وإلى غيرها من ذلك، كما يمكن توقع هذا النوع من حساسية عند الطفل المصاب بالإكزيما عندما يتظاهر باسترجاع الطعام، وتظهر عليه آلام المغص بعد الرضاعة في هذا السياق أشارت أحد الدراسات الاستطلاعية الحديثة أن الرضاعة الطبيعية خلال الأشهر الثلاثة الأولى من حياة الطفل تقلل من حدوث الإكزيما التأتبية خلال مرحلة الطفولة خاصة بالنسبة للأطفال الذين لديهم تاريخ عائلة تأتبي.

- **التحسس للمواد الاستشفائية:** ويشمل ذلك استنشاق غبار الصوف، الريش وملامسة الحيوانات كالقطط والكلاب.

- **التحسس لقشرة فروة الرأس:** التي تحدث خاصة عندما يبدأ المريض بمص ثدي أمه وأثناء التودد إليها فتحسس الطفل لقشرة فروة الرأس يمكن أن يفسر زيادة الحكمة والمظاهر الأخرى للإكزيما.

- العوامل المتدخلة في التأثير النفسي للمرض:

• مدة تطور المرض.

• مدى الضرر الناتج عن إصابة الأجزاء الظاهرة من الجسم (الوجه، اليدين).

• اضطرابات النوم المصاحبة للمرض.

• الحكمة.

• ظهور فوبيا اللمس.

• ظهور اضطرابات الجنسية مصاحبة (شاكر، 2015، ص 24)

• التعرض لتجارب الرفض الاجتماعي والعاطفي.

• ظهور اضطرابات سيكوسماتية مصاحبة (الصداع، القولون...)

• تراجع نوعية الحياة عند المصاب بالإكزيما.

تعتبر الإكزيما التأتبية من بين الأمراض الطفولية الشائعة التي يمكن أن تؤثر على النوم، فالنوم الجيد لمدة كافية أمر ضروري لنمو الطفل، في هذا السياق تظهر دراسات (Catelain, 1998) أن الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي بهم أكثر عرضة للإصابة باضطرابات النوم، فاضطرابات النوم (قلة النوم، كثرة الساعات الليلية المنبهة)، التعب، والتهيج الجلدي المصحوب بالحكة، قد يؤدي إلى ظهور اضطرابات علائقية نقص في الانتباه، العدوانية، والإصابة بفرط الحركة

يؤثر التهاب الجلد التأتبي سلباً على نوعية الحياة والتكيف النفسي الاجتماعي للطفل من جهة والوالدين من جهة أخرى، فقلة نوم الوالدين وسهرهم مع أطفالهم شعورهم بالذنب، تعرضهم للإحباط والإرهاق، يؤثر سلباً على حياتهم العملية والاجتماعية.

تشير نتائج بعض الدراسات الحديثة أن أحداث الحياة الضاغطة، كوفاة أحد أفراد العائلة أو إصابتهم بأمراض خطيرة، الصراع العائلي أو الشخصي خلال السنوات التي تسبق ظهور الإكزيما، قد يؤدي إلى ازدياد شدة المرض بشكل كبير، وتظهر دراسات أخرى وجود علاقة بين الحالة النفسية وضعف الوظيفة الجلدية، بمعنى أن للضغط النفسي تأثير على نفاذية الجلد ووظيفته كحاجز وبالتالي التعرض للإصابة بالتهابات جلدية.

3.1.4 أنواع الإكزيما:

أ/ الإكزيما الداخلية المنشأ:

هذا المصطلح يعني حالة إكزيمائية لا تنجم عن عوامل بيئية خارجية المنشأ، لكونها ترجع إلى عوامل تنشأ داخل الجسم تشمل:

- التهاب الجلد الاستشرائي أو التأتبي.
- التهاب الجلد الزهمي.
- الإكزيما القرصية.
- إكزيما عسر التعرق النفاضية.
- إكزيما استقلابية.
- جلدات الأخص الشبابية.
- اندفاع دوائي إكزيمائي.
- التهاب الجلد الزكودي (شاكر، 2015، ص 25).

ب/ الإكزيما الخارجية المنشأ: تتمثل في

- التهاب الجلد التخريشي البدني.
- إكزيما الالتماس.
- التهاب الجلد الضيائي.
- الاندفاع الصباغي متعدد الأشكال.
- التهاب الجلد الإنتاني.

ج/ الأشكال غير مصنفة من الإكزيما:

- التهاب الجلد العصبي أو الهزاز المزمن البسيط.
- الأكال العقدي.

د/ كما تصنف الإكزيما حسب الصورة السريرية إلى:

- إكزيما حادة.
- إكزيما تحت حادة.
- إكزيما مزمنة

4.1.4 مقارنة تحليلية في تفسير الإكزيما:

اهتمت العديد من الدراسات والبحوث بموضوع الالتهابات الجلدية التأتبي وذلك من أجل إعطاء سببية مرضية لهذا للطراب السيكوسوماتي، لفهم هذه السببية المرضية نقترح اتجاهين اتجاها يرتبط بغياب قلق الشهر الثامن عند هذه الفئة من الأطفال، أما الاتجاه الثاني فيرتبط بصعوبة وجود جسم محدد من طرف الجلد.

- غياب قلق الشهر الثامن:

تعود الملاحظات الأولى حول الإكزيما إلى Spitz 1974 حيث قارن هذا الأخير داخل مؤسسة للأمهات الشابات المجرمات بين مجموعة من الرضاع المصابين بالإكزيما ومجموعة ضابطة من الرضع المصابين بالإكزيما ومجموعة ضابطة من الرضع العاديين، ولاحظ أن الرضع المصابين بالإكزيما لا يظهر لديهم قلق الشهر الثامن، عرف Spitz هذا الأخير بقلق فقدان الأم، الذي يحدث عندما يبدأ الطفل بإدراك ذاته في سن الثمانية أشهر (شاعر، 2015، ص 31)

كما أعطى محمود سامي علي (1984) تفسيراً مختلفاً لقلق الشهر الثامن، إذا لا يمثل هذا الأخير قلقاً لفقدان الأم وإنما قلقاً لفقدان الذات، يصل هذا القلق ذروته إذا وجد الأم مع شخص غريب في نفس الوقت في المجال البصري للطفل، ووجد الطفل نفسه في وضعية الذهاب والإياب بين الوجهين مدركاً الفرق بينهم فيظهر هذا القلق.

حسب محمود سامي علي (1984) لا يكون الرضيع قبل تجربة المرأة وجهاً خاصاً به بل يكون له وجه والدته التي ترجع له وهم الهوية وعدم التمييز، في تجربة الغريب يظهر موضوع آخر بجانب موضوع الأنا، ألا وهو شعور الرضيع بالانقسام، والازدواج، والاختلاف عن الآخر، مما يسمح له بالخروج من العلاقة الازدواجية، هذه الأخيرة التي تتطور من تجربة الوجه.

ويضيف سامي علي في هذا السياق إلى أن العلاقة التي تبقى قائمة عند شخصية الحساسة هي العلاقة الأولى المتمثلة في تمص وجه الذات والآخر، وبمعنى تمص وجه الأم والذات نفسها.

- صعوبة وجود جسم محدد من طرف الجلد:

أشار Anzieu 1985 إلى الدور الذي يلعبه كل من الربو والإكزيما للتغلب على قصور الأنا الجلدي في أداء وظيفة الاحتواء، فتكون الإكزيما محاولة للإحساس بالخارج، بمعنى الإحساس بالسطح الجلدي للأنا من خلال الجروح الظاهرة عليه.

واعتبر "جان ماري غوشيه" 1993 الجلد جزء لا يتجزأ من الكل الجسمي، كما هو الحال بالنسبة للمهارات الحركية والنوم، وأشار إلى الحقائق الفيسيولوجية التي ينبغي أن تؤخذ بعين الاعتبار كونها تترتب وفقا للتاريخ العلائقي للفرد ويمكن أن تكون موضوعا للتفسير كما تطرق إلى ما يعرف بمفهوم الإيقاع (Irrythme) عند الطفل، هي إيقاعات خاصة ومميزة لنموه لابد أن ترتبط بمن حوله إلى درجة أنه في كثير من الأحيان يصعب عليه تمييز بعضها عن الآخر.

كما فسر "جون ماري غوتيه" (1993) مفهوم التجسيد المبكر من خلال عجز الطفل على تنظيم خبرة جسدية خاصة به، وذلك بسبب التناقض الواضح بينه وبين المحيطين به ففي سن ثلاثة أشهر مثلا يصعب على الطفل المصاب بالإكزيما العيش بجسد ينتمي إليه حقا (شاكرا، 2015، ص 32)

في دراسته بالمقارنة بين 30 طفلا مصابا بالإكزيما و30 طفلا عاديا، فوجد أطفال المجموعة الأولى أي الأطفال المصابين بالإكزيما لهم صعوبة في بناء معاش عاطفي وأرجع السبب إلى الصعوبة التي تجدها أمهات هؤلاء الأطفال لعيش وتحديد مشاعرهن الخاصة بهن أو بأطفالهن أو التعبير عن هذه المشاعر من خلال اتصال جسدي منتظم مع الطفل وأن هؤلاء الأطفال يكتسبون إيقاعا يعرف بإيقاع الساعة البيولوجية (إيقاع اليوم/ الليل) مقارنة بالأطفال الآخرين، مما يدل أن لديهم ميل أكبر للتكيف مع وتيرة الحياة الاجتماعية، هذا التكيف السريع بين الطفل والمحيطين يمكن أن يكون سببا في الاستعداد للإصابة بمرض جسدي يؤدي به إلى تجاهل نفسه على المدى الطويل، وتجاهل هويته لصالح حقائق المحيطين به، فالتطورات الجسدية الخاصة بنا يمكن أن ترجع إلى الوتيرة المميزة للنمو وذلك من خلال الحركة المستمرة للاستقرار العلاقة وانقطاعها.

وعليه يمكن أن يحدث الخضوع المبكر لإيقاع غيره (لا ذاتي) خلا في إمكانيات التعرف وتحديد الوتيرة الخاصة بالذات، وانطلاقا من هنا أي من جسم الطفل الخاص به، نواة أول إحساس بالهوية يمكن أن تظهر

العديد من الصعوبات كصعوبة بناء الهوية، يمكن أن تظهر العديد من الصعوبات، كصعوبة بناء الهوية، وبالتالي تطوير ما يعرف بقلق الشهر الثامن.

أرجع (2000) Sylvie Cady مرض التهاب الجلد التأتبي إلى وجود خلل في الجهاز المناعي، بالنسبة لها لا يوجد معنى رمزي للعضو فالمعنى الرمزي يبعث إلى المعنى الجسمي والمعنى الجسمي يشير إلى الوظيفة البيولوجية، وإذا كان هناك خلل في الجهاز المناعي فإن هذا الأخير ينتج في سياق العلائقية والهوية.

في الواقع، انطلقت من مبدأ القائل بأن التوظيف السيكوسوماتي لا يكون إلا في إطار علائقي مع الآخر، في الحالات الحساسة يحدث إخفاق في بناء الهوية يدور حول صعوبة التمييز بين الذات واللا ذات، ويصعب على المصاب بالحساسية تحقيق وجوده الجسمي والمكاني كغيره من الأفراد، وبالتالي ينتج عن ذلك استحالة التفريق بين الذات والآخر، بمعنى استحالة التمايز، فالآخر بالنسبة إليه هو ازدواج للذات فحسب "Sylvie Cady" أيضا ينقسم العالم المناعي إلى جزئين الذات واللا ذات، وفي حالة الحساسية تحدث الصياغة النفسية الجسدية من خلال إخفاق الهوية في تحقيق التمايز بين الذات واللا ذات (شاعر، 2015، ص 33)

درس محمود سامي علي (2001) بطريقة أكثر تفصيلا سياق التجسيد في الحالات عند الحالات المصابة بالحساسية إلى درجة مقارنتها بالحالات الذهانية، وتوصل إلى أن ما يميز حالة الحساسية هو عدم وجود بعد أو مسافة في العلاقة مع الآخر، وهو ما يميز أيضا حالات الذهان، إلا أن اللجوء لنشاط الإسقاطي في الحالات الذهانية بسبب اختفاء الحساسية، فالتجسيد يصيب الجسم الحقيقي أين يكون النشاط الإسقاطي عاجزا عن الانتشار.

ترتبط الحساسية بالذهان ارتباطا سلبيا، ويعتبر الذهان محاولة للتغلب على الحساسية التي تنجح في الظهور، في كلتا الحالتين يرتبط الأمر بإشكالية التفريق بين الذات والآخر، والقلق الأساسي السائد هو قلق فقدان الآخر أو الذوبان في الآخر (شاعر، 2015، ص 34)

2.4 الصدفية:

1.2.4 تعريف مرض الصدفية:

- تعريف منظمة الصحة العالمية:

الصدفية من الأمراض المزمنة غير المعدية ويظهر في صورة مرض جلدي التهابي ويتصف هذا المرض بظهور آفات جلدية قشرية محددة بشدة وحمراء، وهي تظهر في معظم الأحيان على المرفق والركبة

وفروة الرأس واليد والقدم، وتشمل الأعراض الحكمة وتهيج الجلد والشعور بالوخز والألم، ونادرا ما تمس سطح الجسم بأكمله إلا في الحالات الشديدة للصدفية، ويمكن تفسير حدوثها باضطراب في توازن البشرة فرط الانتشار واضطرابات التمايز الجيلاتينية كما يمكن أن يحدث إثر تسارع في تجديد البشرة والتي تجدد في الحالات العيادية كل أربع أسابيع (منظمة الصحة العالمية، 2013، ص 1)

- اتجاه التحليل النفسي في تفسير مرض الصدفية:

ترى أن كل اضطراب نفسي ما هو إلا نتاج صراع انفعالي لاشعوري وأن الاضطرابات الجسمية (Somatoform Disorders) تظهر -على ما يرى فرويد- مع ضعف الأنا بسبب الطاقة التي يستهلكها في عملية الصراع ويشير "أليكسندر" أن مرض الصدفية تحدث نتيجة صراع نفسي دينامي يجعل من كل عقدة معينة مرتبطة بمرض معين فعقدة الاتكال تولد قرحة المعدة، وعقدة الفراق عن الأم تولد الربو وأطلقت "هيلين دوتش" مصطلح عصاب العضو organ Neurosis في إشارة منها إلى أن العضو المصاب إذا كان تعرض إلى أذى نفسي في مرحلة الطفولة، فإنه يصبح في مرحلة الرشد موضوع انفعال وهناك من يرى أن هذه الاضطرابات ناتجة بسبب الخوف عن التعبير بشكل صريح عن الحالات الانفعالية أو عن توترات يصعب التخفيف منها.

ولقد صنف "بيرجر" Berger الأمراض الجلدية إلى 4 فئات حسب الأنماط السيكلوجية للشخصية وهي كالتالي:

- الأمراض التي يكون فيها العرض الجسدي مكافئا للانفعال والقلق ومن بين هذه الأمراض: الإكزيما، الصدفية، حب الشباب، تساقط الشعر.
- العصاب الذي يختار البشرة كمكان لظهور العرض، ويكون التغير في الجلد كرمز للصراع العصابي ومن بين الأمراض حب الشباب وتكسر الأظافر.
- اضطرابات جلدية تحدث في معنى علائقي تعبر عن اضطرابات الأنا مثل: بشرتي رخوة، أنا رخو.
- اضطرابات جلدية معروفة في الطب النفسي نجدها في الحديث عن الهلوس والحذر الجلدي والتميل الجلدي واضطرابات إفراز العرق (بارود، 2018، ص 26)

وحسب الدكتور "دانيال بوماي- راي" Daniele Pomey-Rey مؤسس دائرة دراسة مقارنة الأمراض الجلدية والتحليل النفسي فإن هؤلاء الأشخاص لديهم عادة جانب منطوي ولم يتمكنوا من حل العقدة الأوديبيية وتم تشبيته في هذه المرحلة.

ووجد أيضا علماء التحليل النفسي أن تفجيرات الصدفية يمكن أن تكون تعبيراً عن دوافع سادية انقلبت ضد أنا الشخص بسبب عدم قدرته على التفريغ تركت أثارها عبر تغييرات عصبية كيميائية (دباش، 2018، ص 40)

2.2.4 أسباب الصدفية:

- أسباب وراثية:

من خلال الدراسات التي أقيمت في هذا الجانب فإن 30 إلى 50% من المصابين بداء الصدفية انتقل إليهم المرض عبر المورثات، وفي هذا الصدد يوجد احتمالين:

- إذا كان أحد الوالدين مصاب فإن احتمال إصابة الطفل تقدر بـ 6.6%.
- إذا كان الوالدين مصابين فإن احتمال إصابة الطفل تقدر بـ 12 إلى 4%.
- أما الدراسات التي أقيمت على التوائم الحقيقية بينت التنقل الوراثي الذي يصل نسبته بالتقريب إلى 70%، أما عند توائم غير الحقيقية فإنها تقدر بـ 23%.

- أسباب بيئية:

إن الشخص الذي يدخن أكثر من 15 سجارة في اليوم يكون عرضة للإصابة بالصدفية واحتمال إصابته تقدر بضعف الذي لا يدخن، كذلك تعاطي الكحول والإكثار من شرب القهوة وفيتامين A والأحماض، قد تؤدي إلى ظهور الصدفية وتوجد بعض الأدوية مثل Les Bêtablosueurs, les sels de lithium, L'interféron, Les quinidiniques، قد تؤدي للإصابة أيضا كما أن درجة الحرارة لها تأثير سواء ارتفعت أم انخفضت حيث بينت الدراسات التي أقيمت في إنجلترا عام 2000 على أن التغيير في درجة الحرارة يسبب جفاف البشرة مما يؤدي إلى ظهور الصدفية (دباش، 2018، ص 31)

لأشعة الشمس أيضا لها تأثير على مرض الصدفية، يتحسن المصاب في فصل الصيف ويزداد الأمر سوءاً في فصل الشتاء ويرجع سبب ذلك إلى أثر الأشعة فوق البنفسجية التي تساعد على تخفيف حدة المرض لذا فإن مرض الصدفية ينتشر بكثرة في البلدان التي يكون فيها فصل الشتاء طويلاً.

- أسباب جرثومية تعفنية:

إن الالتهابات التعفنية لها أثر في ظهور وتطور الصدفية خاصة عند الأطفال والمراهقين وذلك بنسبة 38%.

- أسباب هرمونية:

بينت الدراسات أن هناك علاقة بين التصدف والاضطراب الوظيفي في الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء، وذلك من خلال ملاحظة تطور التصدف في النصف الأول لفترة الحمل وكذا الإجهاض وحتى عند توقف الرضاعة، غير أنه في النصف الثاني لفترة الحمل يكون هناك تحسن ملحوظ للحالة وكذا أثناء فترة الرضاعة (دباش، 2018، ص 32)

- أسباب نفسية:

يرى الباحث A. Lavastione أن الصدفية هو حالة اكتئاب متناوبة عند المرضى ما يسميه بالاكتئاب الصدفى Les dépressions Psoriatique ذو قيمة مطابقة للاكتئاب المعروف عموماً، وكثيراً ما تحدث الصدفية في ظهور صدمة نفسية واضحة كفراق العزيز (Brumetière A, 1983, p:5)

3.2.4 أنواع الصدفية:

- الأشكال العيادية الخاصة: عادة يصاب بها الشخص من 10 إلى 30 سنة.

- تصدف الوجه **Psoriasisdy Visage**: يعتبر هذا النوع من الصدف أقل انتشاراً راجع لتعرض الوجه للأشعة تحت البنفسجية التي تمنع ظهور الصدف وهو منتشر عند الأطفال أكثر من الراشد وهو راجع إلى حساسية بشرة الأطفال، المنطقة الأكثر إصابة عادة في الوجه فوق العين التي تظهر باللون الأحمر الداكن.

- تصدف الشعر والأذنين **Psoriasis du Cuir Chevelu et des Orelles**: يظهر على شكل بقع ذات قشور مكثفة ويستطيع أن يمس كافة جلدة الرأس ونلاحظ نمو بطيء للشعر، وقد يمس الأذنين هناك مناطق أكثر انتشاراً من مناطق أخرى كالجبهة وراء الأذنين والمنطقة السفلية للرأس، وهذا راجع إلى حساسية هذه المناطق والحك يؤدي إلى التهابات خطيرة (دباش 2018، ص 46)

- تصدف المناطق المخاطية **Psoriasis des Muqueuses**:

- على مستوى الفم: من المحتمل أن يكون تصدف على مستوى الفم كرد فعل لحالة تسوس الأسنان، حيث تكون فيه على شكل بقع دائرية أو بيضاوية الشكل، ذات لون رمادي محاط ببقع حمراء ووردية اللون وتكون بارزة مقارنة مع مستوى الفم.
- على مستوى اللسان: يأتي على شكل طفحات جلدية محدودة تتطور مع مراحل نمو الشخص المصاب.
- على مستوى الأعضاء التناسلية: منتشرة بنسبة 20% ويمس خاصة الإناث.

- تصدف الطوابق **Psoriasis des plis**: يسمى أيضاً بالصدف المقلوب يمس كل من الطوابق الذراعين والركبتين والمرفقين، والأكثر انتشاراً تصدف تحت الثديين.

- تصدف راحة اليد وباطن القدم **Psoriasis palmo-plantaire**: تتميز ببقع صفراء وبنية اللون وفي بعض الحالات تكون كل راحة اليد أو باطن الرجل على شكل صفيحة قشرية بيضاء وتصل نسبة الإصابة إلى 26%.

- تصدف الأظافر **Psoriasis unguéal**: منتشر بنسبة 10% إلى 50% وعند الأطفال بنسبة 7% إلى 13% ويمس أظافر اليد أكثر من أظافر الرجل، هذه الإصابة تنتشر من ظفر إلى عدة أظافر في اليد أو الرجل، في الأول يكون التصدف منقطا قمعي الشكل ثم يصبح مخططا بفعل زيادة حادة وكثافة للطبقة القشرية للأظافر مسببا له الانحناء على شكل مخالب، ثم انفكاك الأظافر وقد تتراكم مادة بيضاء مصفرة تحت حافة الظفر كما يترافق التهاب جلد النهايات المستمرة المقيح الذي هو شكل خاص من الصدف البشري.

- تصدف على شكل قطرات **Psoriasis pour forme de goutte**: يبدأ هذا النوع على شكل بقع صغيرة ليتطور إلى قطرات منتشرة على كافة الجسم، أو عضو معين يميزه اللون الأحمر الداكن وقد يختفي باستعمال الأشعة تحت البنفسجية وهو منتشر أكثر عند الطفل والمراهق.

الأشكال العيادية الحادة والمعقدة: عادة يصاب بها الشخص من 40 إلى 60 سنة.

- **التصدف العام Psoriasis Vulgaire**: تمتاز ببقع حمراء متفاوتة السمك ومنتشرة أكثر في كل من المناطق التالية: المرفقين، الركبتين، أسفل الظهر وفي جلدة الرأس وهي نادرا ما تمس الوجه، هذا النوع أكثر استقرارية ذات بقاع قشرية بيضاء بعد الحك وقد يكون هذا النوع مؤلم وملتهب وحساس للمس وقد تتحول الطبقة القشرية البيضاء إلى طبقة سمكية وصلبة (دباش، 2018، ص 47)

الصدف الذملي Psoriasis pustuleux: نجد هذا النوع من التصدف بكثرة عند الراشد ونادرا عند الأطفال، حيث لوحظ بصفة قليلة جدا في سن الرشد المبكر والباقي ما بين 55 إلى 60 سنة هذا النوع يصيب تقريبا 20% من الحالات، وهو مرض عام خطير ظهوره يكون مفاجئ وتصحبه حمى وتقلب المزاج، قلق، ضيق إنزعاج مع تكاثر الكريات البيضاء، يظهر هذا النوع في الأول على شكل بقع حمراء رطبة، تنتشر بصفة سريعة على كامل الجسم وتكون حمراء اللون، تتشكل فوقها حبيبات ذملية تتحول إلى صفائح قشرية ذات لون بني مصفر، وقد يشعر صاحبها بالتهاب، ونجد هذا النوع إما محلي أو معمم، كما قد يكون لهذا المرض تطور خبيث وقاتل.

- **التصدف الحمامي L'érythrodermies Psoriasis**: هذا النوع نادر الوجود قد يظهر من جراء تطور الصدفية العام، وقد يمسك كافة أنحاء الجسم ويبدو الجلد باللون الأحمر الداكن مع وجود بقع

قشرية بيضاء التي تتحول إلى طبقات سميكة وقد ينتج هذا النوع من الصدفية نتيجة نقص ملحوظ في النمو والجسم، عادة يكون متبوع بحمى شديدة، المريض يحس دائما بالبرد الشديد والخطير في الأمر أنه قد يؤدي إلى جلطة قلبية.

- **التصدف الروماتيزمي Rhumatisme Psoriasis**: هذا النوع من الصدفية منتشر بنسبة 5 إلى 30%، وهو راجع إلى نشاط كبير وغير منتظم للكريات اللغافية T ، وعادة يصاب به الشخص من 35 إلى 45 سنة والذين أصيبوا بمرض الروماتيزم وليس وجود علاقة بين مرض الروماتيزم، وليس وجود علاقة بين مرض الروماتيزم والصدفية الروماتيزمية يصعب التشخيص نظراً للتعقيدات والاشتراكات المتواجدة بين هذين المرضين، حيث أن هذا النوع من الصدفية يحتاج بحد ذاته نوع خاص من العلاج (دباش، 2018، ص 48)

- **مقاربة تحليلية في تفسير الصدفية:**

5. **سيرورات جسدنة الجلد:**

بالنسبة لمارتي عدد كبير من الإصابات الجلدية تندرج ضمن ما يسمى بالأمراض ذات الأزمت كالإكزيما أو التهابات الجلدية والمخاط أو (Urticaire) خاصة أنه ما يحاول تطويره بخصوص نظريته لا يخضع مباشرة للتصنيف الطبي بل إنه يصف نموذجاً نظرياً بناء سيكوسوماتي أين تكون الأمراض ذات أزمت تنتج عن سيرورة جسدنة التي تستعمل مسلكا نوكوسيا جسمياً إلى غاية نقطة تثبيت جسمية.

وسع مارتي بخصوص ما هو جسم المفهوم الفرويدي للتثبيبات النفسية، حيث يرى أن التثبيت الجسدي يشكل مرحلة توقف للتيار الضد التطوري، كما يسمح بإعادة انطلاق تطوري إلى جانب إعادة التنظيم الذي يمكنه من العودة إلى حالة سابقته، ولا تندرج ضمن هذه الإصابات، الإصابات الخطيرة (التي تنتج عن سيرورة الجسدنة) والتي كان يرى فيها مارتي اختلالاً للتنظيم التدريجي بحكم غياب التثبيبات التي توقف هذه الحركة والتي قد تؤدي إلى الموت؛ وأضاف أن هناك بعض الإصابات الجلدية التي قد تندرج ضمن إختلال تنظيم تدريجي عند كل نوبة لكن هناك عدد آخر من الإصابات الجلدية التي تتطور بنوبات صغيرة تحل تلقائياً أو بفعل علاج قد تكون اختلالات تنظيم محددة تحدث أثناء صدمات نفسية وجدانية تحدث اكتضاضاً (Surcharge) الاستثارات غير الممكن إرضانها من قبل الأنا. ويقصد مارتي وجود عوامل صدمية حالية بمفهوم العصاب الحالي الفرويدي أو عصاب العضو الخاص بفرنكزي "Ferenczi" ويظهر ذلك من خلال قمع المريض لعدوانية والليبدو.

6. استثمار الجلد:

يستثمر الجلد على المستوى النرجسي والموضوعي معا، فهو بذلك ملتقى بين النرجسية والموضوعية (Objectalisation) ولتكوين الموضوع والأنا وكذا التصورات الأولى فإنه ينبغي تواجد الاتصال جلد/ جلد أو الانطباعات اللسمية/ الجلدية التي تتموضع في باطن اليد حيث أدى ذلك إلى طرح إشكالية من طرف بعض المحللين بخصوص هوام جلد لإثنين، الذي يدل على نوع من الاستمرارية للتنائية الأصلية ولتثبيت في سيرورة بدائية، حيث يكون الرضيع والموضوع يشكلان واحدا وهوية واحدة في بداية الأمر.

في الحقيقة الظواهر التي تخص الجلد ما هي إلا جزء من الكل الخاص بالتجارب الجلدية/ اللسمية للألم وذلك في مفهوم واسع للعلاقة وليس فقط الاتصال الجلدي- الذي يساهم في بناء وفي تمييز الأنام والموضوع مثل الإحساس الشبقي بالحلمة في الفم، تجارب الرضا والإشباع (Satiété) فمجموعة هذه الإحساسات والتصورات وليس فقط الإحساسات الجلدية أو المخاطية ستكون في المستقبل الحدود بين داخل الجسم والعالم الخارجي، حدود تتعلق باستثمارات وإفراغ الاستثمارات (Désinvestissement) من طرف الأم "الموزعة/ المقسومة" نفسيا بين دورها كأُم مع رضيعها ودورها كعاشقة مع شريكها (Ibid)

بهذه الطريقة نفهم أن البناء النفسي بخصوص الجلد لا يعتبر الأول بحيث يتكلم في هذا الصدد "أنديري قرين Green" عن فكرة جلد مشترك (Peau Commune) إلا أنه يجب توخي الحذر فيما يخص هذه الفكرة وعدم اعتبارها بدائية إذا تتواجد في النشاط الجنسي للراشد، بينما بالنسبة "فان Fain" فإنه يرى أن الاستثمار الكامل للإحساسات الجلدية يظهر في تصورات سبقت استعمال كل من البصر والسمع (بعبارة أخرى أن الإحساسات الجلدية تسبق الحواس الخاصة بالسمع والبصر).

من خلال هذه النماذج السيكوسوماتية التي حاولت تفسير الإصابات الجلدية بواسطة الصراعات العصابية متجاهلة الجانب الاقتصادي، يصبح البحث عن أصل نفسي للمرض الجلدي دون جدوى بما أن المسألة متعلقة أكثر بضعف في التوظيف النفسي (بداد، 2015، ص 103)

II. الأنا الجلدي: قراءة ميتسيكولوجية في مقاربة "ديديه أنزيو"

1. الجذور التاريخية لمفهوم الأنا الجلدي: من الفرضيات الأولى حول الجلد النفسي إلى طرح ديديه أنزيو:

برز الاهتمام بالجلد وصياغة مفهوم نفسي عنه تحت مسمى "الأنا الجلدي" في غمرة التحول الكبير لعلم النفس من الانشغال بالمحتويات النفسية (Les Contenus Psychique) إلى العناية بالحاويات النفسية (Les Contenus Psychiques) وملاحظة مظاهرها وأثارها. وفي ظل الإقرار بأن كل وظيفة نفسية

تتكئ على وظيفة جسدية، فالهوية ترتكز على الجسد، ويرتهن تكون الأنا -كوحدة نفسية- إلى تكوين الوحدة الجسدية، ويتوافر هاتين الوحدتين يتأهل الفرد لتكوين صورة عن نفسه عبر الآخر، فالأنا هو قبل كل شيء أنا جسدي، ينتج عن استدخال الإحساسات المنبعثة من سطح الجسم.

وهي تحولات ابتدرتها مباحث فرويد حول البنية النفسية الحدودية التي تدرأ على الجهاز النفسي ما يفيض عن حاجته من الاستثمارات الخارجية، وتمنعها من التسرب إلى الداخل، وما انجرت عنه من مفهوم "حواجز الاتصال" (Barrières de Contact) "وأفضت إليه أخيرا من بلورة مفهوم الغلاف، تطرح مفهوم الأنا وغشائه المزوج، إضافة إلى ما استتبعه من جهود عمدت إلى تناول "حدود الأنا" (Frontière du moi) " تطور المنحى مع "أنزيو" ووصل إلى مفهوم "الغلاف النفسي" الذي يبدو كحد أو غشاء نفسي وحسي يضمن هوية الفرد ويسمح بالتبادلات مع المواضيع، ويكفل له تشكيل صورة عن ذاته عبر الآخر، مؤمنا له تحقيق التواصل معه. إنه واجهة بينية تعزل وتتصل في آن، فهو ذو توتر وتركيبية مزدوجة؛ تتجه إحدهما صوب العالم الخارجي لتصد الإثارات البرانية، فيما تتكفى أخرى على العالم الداخلي لتسجل آثار المعيش وتواجه مثيرات اللاشعور، إن إمكانية تشكيل المحتويات رهينة بوجود هذا الغلاف أو هذا الحاوي (زغودي، 2022، ص 46)

1.1 الإمتدادات النظرية السابقة لمفهوم الأنا الجلدي: تفكيك الإسهامات الرائدة و تقاطعاتها مع طرح أنزيو

بعد التحليل النفسي في آن واحد نظرية خاصة بالفرد وتوظيفه النفسي وطريقة علاجية مبنية على مفهوم اللاشعور، وأيضا أداة بحث عن الأعراض المرضية. برزت هذه النظرية على يد واضعها (1856-1939) "S.Freud" والذي كان طبيب مختص في الطب العقلي العصبي.

انطلاقا من أن علم الأجنة للجلد، يعلمنا أن ما يأتي من النواة الأكثر بكرة والأكثر عمقا سيهاجر حتى السطح ليكون الغلاف الجلدي، لكن سيكون أيضا النسيج الخلوي الذي يعد بمثابة السند للوظيفة الأكثر تعقيدا والخاصة بالجهاز العصبي (بداد، 2015، ص 60)

يوصل فرويد في التأكيد على أهمية سطح الجلد من حيث أحاسيسه، تجاربه، وتبادلاته اللمسية في تكوين "نفسية الإنسان"، أي بعبارة أخرى تكوين الأنا، ففي كتابه "الأنا والهو" يقوم أن الأنا قبل كل شيء جسمي فهو ليس كائن سطح (un être de surface) بل هو نفسه إسقاط لسطح، وبعد ذلك في إحدى

الترجمات الإنجليزية بموافقته أضيفت النقطة التي يقول أن الأنا اشتقاق للأحاسيس الجسمية وبالضبط التي تنحدر من سطح الجسم.

فيمكن اعتباره كإسقاط عقلي Projection mentale لسطح الجسم كما يمثل أيضا سطح الجهاز العقلي.

خلال 1995 جعل فرويد من الأنا هيئة تحتوي على استنثارات نفسية تقف حاجز للدخول في "النفس" (Le Psychisme) كذلك التي تأتي من الخارج والتي تحد العالم الإدراكي الخارجي والعالم النفسي الداخلي عن طريق وظيفة "الحكم" (Jugement) والتي تسمح بتمييز ما يأتي من الداخل (نكريات، تصورات الرغبة) وما يأتي من الخارج (عالم الإدراك) والذي لديه حساسية مضاعفة الأولى موجهة نحو العالم الإدراكي (الخارجي)، والثانية نحو عالم النكريات (الداخلي) بفضل وظيفة الانتباه التي تسمح بالتعرف في الوقت اللازم على المدرك قاس أو احتواء شعور عنيف أو إدراك مواضيع خارجية مرضية.

بعد أعمال بعض العلماء المختصون في السلوك الحيواني بالأخص أعمال "هارلو" وضع "بولبي" خلال الخمسينات من القرن الماضي نظرية حول التعلق يقول فيها بأنه أول أسلوب علائقي للرضيع اتجاه الأم ويتكون خلال السنوات الأولى من الحياة ويكون معزز بخمس عناصر:

- متانة الحمل.
- حرارة الحضن.
- لطف اللمس.
- تبادل الابتسامة.
- تفاعل الإشارات الحسية والحركية خلال الرضاعة.

وأضيف أنزويو لهذه العناصر الخمسة لاحقا عنصر تآزر النظم بين الأم والطفل .

إن الوظيفة الأساسية لهذا الرباط التعلقى وضمان أمان الطفل وبالتالي إرضاء حاجته الأولية للحماية

(Boulby, 1978) (بداد، 2015، ص61)

بالنسبة لـ وينكوت (winncott) تعد الأم بحكم عدم النضج الحركي الوجداني للرضيع المساعد الأساسي والمخلص الذي يتوسط تبادلاته مع العالم الخارجي فهي التي تلعب دور التمييز بالعمل على تصفية المثيرات القادمة من المحيط في وقت يكون فيه الرضيع عاجزا عن ضمان حمايته الشخصية، وبهذا يتجلى دور الأم في كونها الحاجز أو "واقى الاستنثارات" (Pare-exitant) "الذي يحفظ طفلها إلى أن يستطيع هذا الأخير أن يحقق ذلك بنفسه وذلك بفضل نضج وظائفه الجسمية.

عندما يكون دور وافي الاستثارات مؤدى من طرف الأم بصفة صحيحة يسمح ذلك للطفل باستثمار حدوده الجسمية أي أعضائه الحسية وسطحه الجلدي بالتعرف عليهم بكونهم قادرين على ضمان الحماية التي هو بحاجة إليها ضد أي اعتداء خارجي دون أن يكون بصفة دائمة تحت أي خطر تسلل ممكن.

كما أكد (Winnicott) على أهمية استمرارية التجارب الجسمية من حمل وتثبيت مع الأم الحقيقية أي ما سماه "بالحمل (Holding)" وذلك للنضج الوجداني للطفل وحاجته إلى الأمان (Winnicott, 1976)

أما روفي سبيتز "Spitz" فلقد وصف تحت تسمية استشفائية "Hospitalisme" نوعا من الحرمان العاطفي المؤدي إلى نكوصات خطيرة تكون فيها عدم قابليتها للانقلاب سريعة التي تحدث عند الرضيع الذين انفصلوا عن أمهاتهم جراء استشفائهم المبكر، بحيث تكون العلاجات الروتينية لهم خالية من أي شكل من أشكال الحنان أو الحرارة الوجدانية إذ يكونوا محرومين من حرية التواصل للمسي الشمي، السمعي، البصري، الذي توفره الأم (Spitz, 1974)

انطلاقاً إذن من هذا الحراك للإرسان النظري التحليلي، وبعد "بيون Bion" الذي تكلم عن "الجلد العقلي (peau mentale)" أو الجلد الأول (Première Peau) 1967 تتكلم استر بيك "Bick" عن جلد عضلي ثانوي "Peau Musculaire" أو جلد نفسي (1968) "peau Psychique" فانطلاقاً من كل هذه المفاهيم يضع أنزيو نظرية حول الأنواع الجلدي Moi-Peau والتي تعتبر نتاج مجهود فكري كبير لتتظير التجارب التحليلية المعقدة والصعبة التي كانت تشغل بين المحللين النفسيين بخصوص العلاجات الفردية للمرضى الجلديين (Anzieu, 1985)

2.1 مقارنة ديديه أنزيو للجلد:

قبل أن يصبح "أنزيو" محللاً نفسياً عمل أنزيو كطبيب نفسي إكلينيكي، فقد قاده مشاركته في علم النفس إلى عدة مجالات دراسية مثل: الدراما النفسية والأمراض الجلدية والأساليب الإسقاطية وتكنيك الروشاخ الذي تخصص فيها حين استفاد أنزيو من المجموعات اللونية في إنشاء جمعية في مركز الدراسات Ceff RAP الفرنسية عام 1962 من أجل التكوين والبحث النشط في علم النفس، والتي من خلالها أنشأ أول التجارب الفرنسية في مجموعة "التحليل النفسي والدراما النفسية الجماعية" حيث دعت أنشطة "أنزيو" المتنوعة مسيرته الأكاديمية الرائعة إلى جانب عمله كمحرر وكاتب إبداعي سواء كانت قصص قصيرة أو مقالات أو دراما. عمل أنزيو كطبيب نفسي متدرب في قسم الأمراض الجلدية حيث عمل بشكل خاص مع المرضى الذين يعانون من الإكزيما، وهي ممارسة ساهمت في تكوين حدسه الأول لمفهوم الأنا الجلدية، وخلال سنوات التدريب هذه تعرف على الدراما النفسية التحليلية والتي كرس لها أطروحته الأولى.

في ممارسته للتحليل النفسي إدعى "أنزيو" دائماً أنه محلل نفسي أرثوذكسي لكنه كان حريصاً على تعديل آلية وتقنيات التفسير وفقاً للإحتياجات العلاجية لكل مريض فردي، حيث بدأ أنزيو أول علاج بالتحليل النفسي مع جاك لاكان.

وعلى مدار عدة عقود كان المحلل النفسي الفرنسي أنزيو شخصية مؤثرة بشكل متزايد بين المنظرين الثقافيين المعاصرين المهتمين بالتفكير النقدي حول العلاقة بين الحياة الحسية والذاتية، وكان عمله على "الأنا الجلدية" ذات أهمية خاصة في هذا الصدد، وبينما سعى عدد متزايد من العلماء إلى تطبيق عمل "أنزيو" على مجموعة متنوعة من الأشياء والسياقات، فإن القليل منهم كلفوا أنفسهم بمهمة فهم الأسس النظرية التي جعله واضحاً وذو معنى في مصطلحات التحليل النفسي.

كما اتسم نهج "أنزيو" ليس بوصفه فرويدياً ثابتاً وإكلينيكيًا حازماً فقط، ولكنه أيضاً مناهضاً للأكانيين، بشكل أكثر تحديداً سيوضح "أنزيو" أن تحليله النفسي للجلد يتميز بتوليف فريد من عمل فرويد حول الهستيريا وعمل ميلاني كلاين حول الخيال بالإضافة إلى الرفض الحماسي لعمل جاك لاكان حول البنية اللغوية للاوعي.

ظهر مفهوم الأنا الجلدي في إصطلاحه للقوة الأولى سنة 1974 عنواناً لمقال كتبه "أنزيو" ونشره بالمجلة الجديدة للتحليل النفسي، اتخذ بعدها عنواناً لكتاب كامل سنة 1985، ولم يكن له علم نفس مصدراً وحيداً، في استلهام المفهوم وتطويره، بل أفاد أنزيو في صياغته؛ من علوم إنسانية وميادين بحث شتى أبرزها: الأنتروبولوجيا والأنثولوجيا بالإضافة إلى الفينومولوجيا (محمود خطاب. ص 2)

2. مفهوم الأنا الجلدية عند ديديه أنزيو:

أدخل "أنزيو" مفاهيم جديدة في نظرية التحليل النفسي، وبالمفهوم المهم للأنا الجلدية حيث أشار "أنزيو" إلى: التصوير الذي تستخدمه أنا الطفل خلال المراحل المبكرة مع النمو لتمثيل نفسها على أنها أنا تحتوي على محتويات نفسية تعتمد على تجربتها لسطح جسده.

أو بعبارة أخرى يعرف أنزيو الأنا الجلدية على أنها: تمثيل عقل لتجربة سطح الجسم الذي تستخدمه الأنا الناشئة للرضيع من أجل بناء نفسها كحاولة قادرة على احتواء محتويات نفسية.

يدل الأنا الجلدي على بنية مضمرة منذ الولادة تتحقق من خلال العلاقة بين الرضيع والمحيط الأولي، إنه مأل يقضي إليه تطور الوظيفة النفسية للجلد، ينطلق من أديم الجلد وسطحه ويؤء فيه الاستدخال بدور رئيسي، يكون فيه حصيلة استبطان اللمسات الأمومية، المبكرة لجلد الطفل، حيث تمنح هذه البنية المجازية الطفل القدرة على تشكيل صورة نفسية عن جسده، وتبنى تصوره عن نفسه كأنا انطلقاً من تجاربه الجسدية،

فما الصورة الجسدية سوى التصوير الذي يستخدمه أنا الطفل خلال المراحل البدائية كي يظهر هو في حد ذاته كأنه انطلاقاً من سطح الجلد.

إن الأنا الجلدي غلاف يحف نرجسية الأنا ويرسم ويبنى قواعدها داعماً تفردتها وضامناً وحدتها وتماسكها، يحتوي أعضاء الجسم المختلفة ويلفها، ويجمع شملها بغلاف حاو يصونها من التأثيرات الخارجية المرفوضة ويؤكد تفردتها وسد السبيل في وجه سد السبيل في وجه متغير الاختراق بحدوده النفوذية المهددة فيما يصور الأنا ويصون ووحدتها من التبدد، إن هذا الحد الجلدي يضم بين الصلابة والهشاشة دون تعارض ويجمع بين النفوذية والانغلاق دون تطرف.

أضاف أنزي وجهة نظر جون بولبي عند التعلق والتي تقوم على دراسة كيفية تكوين العلاقات الأولى، ودورها الحاسم في تكوين شخصية الطفل عبر انعكاسات نماذجها عليه وترى في قرب الطفل الجسدي من الأم، ضرورة لتنمية الشعور بالأمان لديه، فلا غنى للجهاز النفسي-حسب فرويد عن تدخل الأم باعتبارها مصدر الحياة النفسية.

فالجسد بوصفه مبعوث، لذا فنحن نعرف القليل عن مشاعرها أو مشاعر الآخرين ولكن هذا الجهل يتم من خلال جهاز اللمس لندنيا، وهو الجلد حيث يشير مصطلح "الإجماع" إلى الوجود المشترك للإدراكات على الجلد، وهو الغطاء الخلفي للأحاسيس والفكر، وإذا كان نكاء الجسد هو أساس الإحساس والرضا، فإن التوافق أيضاً يتعلق بالعلاقات الإنسانية القائمة على حاسة اللمس، ولاسيما العلاقة بين الأم بالطفل وعلاقة الرغبة والحب والفقد (محمود خطاب، ص 4)

إن فكرة "أنزيو" عن الأنا الجلدية مبنية على تقليد تحليل نفسي طويل بدأ بفكرة فرويد القائلة: بأن الأنا هي في المقام الأول أنا جسدية، أو إسقاط في النفس لسطح الجسم، أو بعبارة أخرى فكرة أن الظواهر النفسية تتجسد دائماً بوصفها حاوية للأنا، ولكن أيضاً أصلها وكما تصورها أنزيو بمثابة الوظيفة النفسية للجلد، إن خيال الطفل بأن يكون له بشرة مشتركة مع الأم هو نقطة لديه الملموسة للتطور الذي يؤدي من خلال حظر اللمس إلى تجربة كونه شخصاً منفصلاً وفردياً.

فالأنا تحيط بالجهاز النفسي كما يحيط الجلد بالجسد، حيث تصبح الأنا قادرة على إصلاح الحواجز التي تحمي العالم الداخلي بالإضافة إلى حجب التبادلات مع الهوية والأنا الأعلى "Super Ego" والعالم الخارجي، فالأنا الجدية هي غلاف يحتوي على أفكار وتعطي لنشاط التفكير بعد الحدود والاستمرارية والحماية من الغرائز.

حيث تتمثل وظائف الأنا الجدية في الحفاظ على الأفكار والعواطف وتوفير درع وقائي، كما تسجل آثار الاتصال الأساسي مع العالم الخارجي، و إدارة المراسلات بين الحواس، والتفرد ودعم الإثارة الجنسية ولإعادة شحن الرغبة الجنسية، حيث وضع أنزيو ومسألة الحدود في مركز التحليل النفسي على أساس كيان نفسي وجسدي مختلط تتحقق استكشافية في حدود الممارسات المركزية للتحليل النفسي ولم يتمكن من القيام بذلك إلا وهو واثق بما فيه الكفاية في مطاريفه النفسية، ومتأثرا بما يكفي بأخطائه.

إن جوهر تفكير أنزيو فيما يتعلق بالحدود: الحدود مع العالم الخارجي التي تتكون من جلدنا حيث حظي الجلد في التحليل النفسي بعناية كبيرة؛ لأنه يقدم للجهاز النفسي جملة التمثيلات المؤسسة للأنا ووظائفه الأساسية، وهو الحد البيئي الفاصل للحدود الثقافية التي تخلق تمييزا بين الداخل والخارج، بين الحين والآخر، ولكن أيضا بين العقل والتفكير بين الذات والعالم، بين الذات والموضوع بين الذات والآخر والعالم بين الجنون والجنون.

حيث كان في زمن فرويد والجيلين الأولين في أتباعه وجد المحللون النفسيون أنفسهم يتعاملون مع حالات عصاب واضحة المعالم مثل: الهستيريا أو الهوس أو الرهاب وغيرها من حالات العصاب، في الوقت الحالي يتعامل العديد من المحللين النفسيين مع ما يعرف بإضطراب الشخصية الحدية أو مضطربي الشخصية النرجسية.... في الواقع يعاني هؤلاء المرضى من عدم وجود حدود، فهم لا يستطيعون إدراك الحدود بين الأنا النفسية والجسدية، بين الأنا الواقعة والأنا المثالية بين ما يعتمد على الذات (خطاب، ص 6)

إن عمل التحليل النفسي مع الاضطرابات العقلية الشديدة يجعل من الضروري التحقق من أوجه القصور في وظيفة احتواء الأنا الجدية قبل استكشاف المحتويات النفسية للمريض، في حالة التحليل النفسي تحل كلمات المحلل النفسي محل الاتصال اللمسي، وبالتالي تساهم في شفاء جروح الأنا الجدية، حيث تم توضيح الآثار السريرية لنموذج "أنزيو" النظري من خلال أمثلة من التحليل النفسي للأطفال والبالغين، إن الارتباط الوثيق بين اللمس والأغلفة النفسية والتفكير يفتح منظورا أوسع لضرورة وضع حدود العنف ضد الطبيعة والبشر.

الأنا الجلدي هو كناية للسطح الجلدي والذي يتشابه معه، تكوينه هو أيضا انعكاس عبر استدخال الوظيفة الأمومية الأنا- جلد يتكون عبر الإسناد على وظائف الجلد وعبر الوهم الذي تقدمه لامتلاك جلد مشترك (Anzieu, 1995, p 6-8)

3. ديناميات الأنا الجلدية:

1.3 الأنا الجلد ومرحلة المرأة:

تعتبر بشكل عام أن مرحلة المرأة والتي يتعرف الفرد جاء من خلالها على نفسه في المرأة هو مؤشر جيد على بداية هذا الاكتئاب، لما وراء التصور، تتجمع الآراء لوضعها في الشهر الثامن، العمر المتوسط لمرحلة المرأة، وهي شعلة القدرة على التصور - الذاتي.

تمكن سامي علي من إظهار أنه من الممكن الكشف قبل هذا العمر من طلائع لنشاط المسك - الذاتي للذات نفسها، أدخل "ديديه أنزيو" أيضا تصور الأنا - جلد في عمر جد أبكر من ذلك الذي تم الكشف عنه في مرحلة المرأة، فعلى الأغلب يتعلق الأمر بسيرورة تتم بشكل تدريجي، مرحلة بمرحلة وبطريقة جزئية في فترات من الطفولة تبدأ بالضرورة عبر المسك الحركي واللمسي - ذاتي دون شك ممتزج باختلاط بفعل واجهات الأنا - جلد وصعوبات في الأوساط الحركية (Chouvier et Brun et autres, 2012, p 77)

2.3 الأنا الجلدي وصورة الجسم حسب "ديديه أنزيو":

إن المؤلفين مثل إستر بيك (Esther Bick) في الولايات المتحدة الأمريكية و "ديديه أنزيو" في فرنسا الذي طور تصورات قريبة من تصور "فرونسواز دولتو (Françoise Dolto) "ابتكر أنزيو تصور الأنا - جلد، حاول إعطاء طابع ما وراء نفسي لهذا التصور ليس فقط عبر إعادة ربطه بالأنا (وهو شرعي ومنسج مع الموقعية الفرويدية الثانية) ولكن أيضا بتأسيس الأنا (أنا بدائي) مع هذه الجلد - صورة للجسم. يشير التمايز الأول للأنا في الجهاز النفسي على إحساسات الجلد وتآلف من صورة المجاز الرمزي لهذا الأخير، وهو ما أسميه بالأنا - جلد.

يهتم المؤلف بالشكل الهوامي للجسم الذي يبينه الفرد، انطلاقا من الإحساسات الأولى للتجارب المبكرة للرضيع (وليس انطلاقا من أنواع الخصاء) كما تفعله ف. دولتو.

يستوحى أنزيو من الأنا الفرويدي "الأنا الجسدي" الذي يريد أن يستدخل الجسد ويتردد خارجه يحاول أن يكمل التصورات الإكلينيكية للإستدخال والإسقاط، بالتذكير أن هذه الأولويات لا يمكن أن يتخيلها بدون أن يكون الطفل قد استدخل فكرة حد بينه وبين العالم الخارجي.

حسب د. أنزيو يجد الأنا - جلد إسناده على ثلاثة وظائف للجلد:

- الجلد الوظيفة الأولى هو الكيس الذي يمك في الداخل الجيد ومملوء الرضاعة والرعايات وحمام الكلمات التي قام بجمعها.

- الجلد الوظيفة الثانية هو المساحة التي تميز الحد معها وتحتوي هذا الأخير في الداخل، هو الحاجز الذي يحمي من الشراهة ومن الاعتداءات الآتية من الآخرين، أشخاص أو مواضيع.

- الجلد الوظيفة الثالثة في نفس الوقت مثل الفم أو على الأقل باعتباره كذلك، هو مكان ووسيلة بداية للتبادل مع الغير (A.Raffy, 2000, p 292-294)

3.3 الأنا الجلدي والترميز:

تعتبر هذه الكوارث في الترميز عن تقصير لعمل نفسي أساسي، إعادة الربط بين تصورات- الشيء وتصورات- الأشياء... لكنها تعبر أيضا عن فضاء، إعادة تنظيم، تحت أولية الجسم وهو في كل الحالات الخيار الذي اقترحه هنا، في حقل النظرية الفرويدية، مع تأكيد فرويد في إطار تعريف مؤقته الثانية، والتي حسبها "الأنا قبل كل شيء هو أنا- جسد".

يضع هذا التأكيد قواعد تصور للنفسية بالإسناد على التجربة الجسمية والتي انطلقا منها اقترح "ديده أنزيو" عام 1985 الامتدادات النظرية والبراهين العيادية مع تصور الأنا- جلد.

من المهم الكشف عن المجاز الجسدي الذي أدخله د. س راكميه "P.C.Racamier" لتعريف هذه السيرورة بالفعل، حيث كتب: لا يتم الحداد على الاتحاد الأصلي مرة واحدة لكن شيئا فشيئا إربا، قطعة قطعة كبرتقال لا نتوقف عن تقشيرها".

يأتي مجاز الجلد هنا كصدي لأعمال "ديديه أنزيو" حول الأنا- جلد، وبشكل أكثر تحديدا لما يهنا هو حول وظيفة الجلد في تأسيس ما يسميه وهي الوظيفة التي تحتوي على وظيفة الترميز (سفاري، 2019، ص 39)

بالفعل نحن نعلم بأن التجربة العلائقية الأولى للمولود حديثا مع محيطه هو عبارة عن تجربة للجلد: جلد- جلد، جلد منزوع أو مقتلع، جلد منتفع... انطلقا من هذه التبادلات الأولى، نقاط الارتباط للاستثمارات الليبديّة، التي تنتظم النشاطات الأولى للتمثيل أو التصور في مواجهة غياب الموضوع. تكون سيرورات الجلد الأصلي ما وراء- إطار النشاط التصور: وهو الشرط القلبي تماما مثل نقطة الهدف.

من جهة حركات الانفصال أو التفكك المثالية "إلى قطع" في العلاقة بالموضوع الأولى تسمح بقدم الموضوع في تمسكه الداخلي/ الخارجي، تفعل هذه الحركات نمط الإرصان في تكوين المازوحية الأولية كمشارك في هذا الإنفكك: تتمثل المازوشية الأولية في إنقاص على الجسم الخاص للفرد لعدم تقبل الغير، يرجعها هذا التصور إلى هوام الجلد المقتلع، والذي اقترح حوله ديديه أنزيو إرصانا للإشكاليات النرجسية والمازوشية (P.Roman 1997 p 78.79)

4.3 من الأنا الجلدي إلى الغلاف النفسي:

ظهر تصور الغلاف بشكل مبكر جدا في فكر د. أنزيو منذ 1976 حيث كتب عن الغلاف الصوتي
للأنا أن تصور الغلاف هو تصور مجرد عام .

إن الغلاف الجلدي الذي يؤسس الأنا- جلد هو الأكثر أهمية، ولكنه لا يقصي الأنماط الأخرى من
الأغلفة التي تستند على كفاءات حسية (الغلاف الصوتي، البصري،
الشمي) أو على وظائف أخرى (وظيفة العلم، وظيفة الذاكرة) يركز تصور الغلاف البحث على دراسة
الحاويات التي تتعارض مع المحتويات، إذ يسمح الغلاف بوصف الطوبوغرافيا والهندسة اللاكمية وليس فقط
الموقعية (Anzieu, 1995, p 9)

تعتمد نظرية الأغلفة على مجموعة من الرواد: فرويد مع فكرة صاد- الإثارات وحواجز الاتصال، فيدرن

(Federn) مع تصور "حدود الأنا" وبيون مع تصور الحاوي (Anzieu, 1995, p 9)

الأنا الجدي هو حقيقة ذات نمط هومي، يتم تصويرها في نفس الوقت في: الهوامات، الأحلام، اللغة،
المواقف الجسمية، اضطرابات الفكر، وهو مزود للفضاء الخيالي الذي يمثل الهوام الحلم الفكر لكل تنظيمية
نفس- مرضية.

إن التثبيت في هذه الهوامات خاصة هوام الجلد المقتلع، الميكانيزمات الدفاعية الفاعلة لكتبها لإسقاطها،
قلدها إلى العكس لأفراد استثمارها غلميا يلعب دورا ظاهرا في مجال الإصابات الجلدية والمازوشية.

5.3 استثمار الأنا الجلد ونزوة التعلق:

بالنسبة "لفرويد" قائمة النزوات لم يتم إقفالها، أيضا سمح أنزيو لنفسه بأن يأخذ بعين الاعتبار نزوة
التعلق انطلاقا من عمل ج. بولبي (Boulby) أو عمل إ. هارمان (I. Hermann).

لأن ما يثير اهتمامه ليس الجلد بقدر الاستثمارات النفسية للجلد والتي تسمح بتكوين هوام الجلد الخيالي
والأنا- الجلد، نزوة التعلق هي نزوة حفظ الذات هدفها إشباع الحاجة للحماية، للتشجيع والدعم، يؤدي غياب
إشباع التعلق إلى الكدر ويصفه بالأصلي.

نزوة التعلق المشبعة تسمح للأنا- جلد بأن يتكون تدريجيا بمنطقة مولدة للغلطة، يلتقط الأنا-جلد على
سطح استثمار الليدي ويصبح غلطا للاستتارة الجنسية (سفاري، 2019، ص 26)

ينبغي دراسة الدور الذي تلعبه الأم وبهذا الصدد يرى "وينكوث" من المناسب أن نقارن بين القضيتين
من جهة لدينا الأم الجيدة كفاية، ومن جهة أخرى الأم ليست جيدة كفاية السؤال الذي يطرح نفسها ما
المقصود بتعبير جيدة كفاية.

الأم جيدة كفاية تستجيب إلى القوة المطلقة للرضيع وتعطيها دلالة إلى حد ما، وهذا الموضوع مرارا وتكرارا عبر وسائط القوة التي يقدمها لتحقيق تعبيرات عن قوته المطلقة للأنا الضعيف للرضيع "ذات" حقيقة تبدأ في الوجود.

أما الأم التي ليست جيدة كفاية فهي ليست قادرة على جعل القوة المطلقة للرضيع حقيقة أو فعالة ولا تتوقف عن ترك وهجر الرضيع بدلا من الاستجابة لإشارته، بدلا من ذلك تستبدله بإشارتها الخاصة، والذي له معنى إلا عبر خضوع الرضيع، هذا الخضوع من قبله هو أول مرحلة في تكون "الذات" المزيفة "الزائفة".

يتميز نمو الأنا بميول مختلفة:

- يسند الأنا على أنا جسمي، ولكن فقط عندما يجري كل شيء بشكل جيد بالنسبة للشخص الرضيع الذي يبدأ في التعلق بالجسم وبالوظائف الجسمية، الجلد باعتباره الغشاء حد.

- عندما تكون الظروف ملائمة، يصبح الجلد الحد بين الأنا- واللأنا، بتعبير آخر تأتي النفس لتعيش في الجسم وتبدأ حياة نفسية- جسمية (winnicott, 1970, p 16)

في بعض الأمراض السيكوسوماتية، تظهر العرضية بصورة خاصة تفاعل النفس والجسد وهو ما يتم الحفاظ عليه كدفاع ضد التهديد بفقدان الوحدة النفس- جسدية أو ضد مشكل من تفكك الشخصية.

طريقة الاعتناء، عناية المحيط هي التي توافق تأسيس ترابط سيكوسوماتي، بدون رعايات جيدة كفاية نشطة ومتكيفة، فالعمل السابق يمكن أن يبدو صعبا بالفعل، يظهر أنه ربما من المستحيل أن يتأسس نمو علاقة تبادلية سيكوسوماتية بشكل ملائم (Winnicott, 1970, p 17)

4. الأمراض الجلدية في بعض النماذج السيكوسوماتية:

قبل الجلد كذاكرة للصدمة النفسية، يعتبر أطباء الأمراض الجلدية من الأطباء الذين كثيرا ما يرجعون أسباب إصابة الأفراد بهذه الأمراض إلى عوامل نفسية وذلك من خلال الإحالات التي هم بصدد معالجتها، والبعض منها معروفة أنها تحدث مباشرة بعد حادث صدمي كما هو الحال في داء الثعلبية التي تظهر في حالة رعب إلى جانب ظروف أقل مبالغة، تذكر بخصوص بداية ظهور صدف وأمراض أخرى كالحكاك البسيط المزمن، وفي هذه الحالات كثيرا ما يلجأ الأطباء المختصون في ميدان الإصابات الجلدية إلى أسئلة كثيرة وبحث عميق في حياة المريض لإيجاد الحدث الذي تسبب في ظهور المرض، وفي هذا الصدد يعتبر نموذج السيكوسماتي الأكثر شيوعا هو عصاب العضو والذي يتلقى مع مفهوم فرويد حول العصاب الراهن، حيث ينبغي البحث في أصله في الحاضر وليس في الجنسية الطفلية، فكثيرا ما يرجع لهذه النظرة حينما تهيمن من فكرة أن الإصابة الجلدية مهما كانت تموضعها فهي خالية من المعنى (بداد، 2015، ص 95)

هناك نظرة أخرى تقوم على أثر أن نفسية على هذه الإصابات والتي توجه بالبحث في سبب ظهورها على معنى نفسي رمزي، بحيث تكون الإصابات على الجلد مفسرة كلغة "الجسم" وعلاقته مع هومات مكبوتة في اللاشعور إن النموذج النظري لهذا الترميز بخصوص الجلد ما هو إلا نموذج التحويل الذي هو بالنسبة لفرويد يخص هستيريا التحويل.

من المعروف أن مسألة وجود معنى خاص بالأعراض العضوية أو غيابه كثيرا ما شكل نقاشات ما بين مختلف التيارات الفكرية تحليلية في مجال السيكوسوماتية، كما وقع خلط في هذه المسألة أحيانا وأحيانا أخرى وقع تمييز بينه وبين المسألة الأساسية والحاسمة الخاصة بالسببية العضوية أو النفسية نفهم من هنا أن بالنسبة للمدرسة الباريسية تتوقف محاولة البحث عن أسباب مرض ما على المحور المرجعي للعيادة السيكوسوماتية الذي ليس هو محور المرجعي الطبي، وإنما يخص المحور المرجعي للتوظيف النفسي. نظرا لصعوبة "التمييز" بين الأصل النفسي للتناثرات النفسجسمية في الإصابات الجلدية فقد أفرز ذلك إشكالات عديدة تطرح نفسها لاسيما:

- واقع الإصابات المختلفة والتي تعبر كونها نفس جسمية.
- اختيار العضو وتموضع الإصابة.
- طبيعة ظهور الإصابة الجلدية النفسجسمية.
- مدى اعتبار الإصابة الجلدية عرض تحويلي أو عصاب العضو، أم كونها تعادل الوجدان، كل هذه التساؤلات شكلت اهتمامات المختصين في النصف القرن الماضي بخصوص وجود معنى أو غيابه في الإصابات الجسمية.

إن الكثير من الحالات التي رصدتها أدبيات التحليل النفسي بينت المفعول الإيجابي للعلاج البديل في إصابات متعددة وذلك دون علم المصاب بحيث زاد ذلك من التأكيد على السببية النفسية للأمراض من خلال الإيحاء وبالتالي إبراز الدور الذي تلعبه الهستيريا في ذلك.

في الحقيقة السؤال يطرح فيما يخص واقع مختلف الإصابات الجلدية المعتمدة كإصابات نفسية-جسمية في علم النفس المرضي، بحيث يعتبر عدم صحة الاضطراب الجسدي عند الهستيريا هو ما يواجه واقع الاضطراب الجسدي عند المريض الجسدي (بداد، 2015، ص 97)

بالنسبة للنموذج الفرويدي الآخر للجسدية فإنه يخص العصاب الراهن وهو عكس ما أقر عليه بخصوص المعنى النفسي الرمزي للإصابة الجسمية (أي الهستيريا) بحيث أن في هذا النموذج يفترض غياب المعنى بحكم ضعف الكبت أو كونه غير قادر على إعطاء لهذه الجسدية معنى نفسي.

نصل من خلال هذين النموذجين إلى شبقية مفرطة في نموذج وشبقية أقل من النموذج الآخر ذلك ما يوضح فكرة أن طبيعة الاستثمار اللييدي لسطح الجلد هو تركيبة هامة لمسألة وجود معنى من عدمه في الاضطراب الجلدي.

ترتبط اللييدانية إذن بعلاقات الطفل الأول مع محيطه وما ستدخله من رسائل الأم الليلية من خلال عنايتها به.

لقد أوضح كل ما من سبيتز "Spitz" ومارتي "Marty" في حالات الإكزيما أهمية التبادلات الليلية بين الأم ورضعها وذلك من خلال حالات ودراسات قدموا نتائجها، فالأول أشار إلى وجود علاقة بين هذه الإصابة الجلدية وخصوصية أصلية لنمو العلاقات الموضوعية من خلال اكتشافه لعاملين يميزان الرضع المصابون بالإكزيما والمتمثلة في قابلية خلقية للإستثارة اللارادية المرتفعة للجلد تكون متواجدة منذ الولادة والعامل، الثاني هو عامل نفسي صادر من محيط يخص افتراضية علاقة الأم برضيعها والمتعلق بأثر العلاقات الموضوعية التي تظهر على شكل فرق يخص كيفية ظهور قلق الغريب، أو قلق الشهر الثامن، ويتساءل سبيتز على خصوصيات التوظيف النفسي للأمهات هؤلاء الأطفال بحيث لاحظ بخصوص لييدانية لسطح جلد الرضيع، خصوصية متعلقة بكون هؤلاء الأمهات لا تحب لمس أطفالهن، كما أن القابلية الخلقية للإستجابات الجلدية الأكثر قوة والأكثر سرعة بالنسبة لسبيتز تؤدي بالرضيع إلى استثمار كبير للتصور النفسي للإدراك الجلدي أي لبييدانية سطح الجلد رغم كون ذلك يندرج ضمن الحاجة التي ترفض الأم تلبيتها والذي ينجز عنه صعوبات في التقمص الأول، في نفس السياق أضاف "مارتي" من خلال حالات عالجهما للأطفال المصابين بالإكزيما والذين كانوا يعانون من ضعف في التبادلات الليلية مع أمهاتهم، يضيف أنه ربما يكون ذلك راجع لخوف اللمس للأُم من خلال القدرات على الإشباع الخيالي للرغبة والذي يعمل بدوره على إضعاف الإشباع الجلدي للطفل بحكم عدم إمكانية التنظيم والانتشار، ومنه استخلاص مارتي نتيجة: أنه ربما قد يكون الإكزيما بديلا جلديا لمسيا ذاتيا لغياب الاستثارة أو وافي الاستثارة الصادر عن الأم (بداه، 2015، ص 99)

بالنسبة "Szwec" فقد أوضح أن في معظم الحالات المصابة بالإكزيما التي عالجهما هناك نقطة مشاركة والخاصة بالاقتصاد في اللييدو وبالعدوانية خاص بالأمهات ذوي الأمراض المصابون ليس فقط بالإكزيما وإنما بإضطرابات النوم بالإفراط الحركي التي كانت تظهر أحيانا خلال نهاية السنة الأولى من الحياة.

كما أضاف أن الرضيع الذي لم يلمس أو لمس تحت تأثير قلق مفرد يصبح طفلا غير ملاطفا وهذه الملاحظة ليست خاصة بالأطفال المصابين بالإكزيما أو أي مرض جلدي آخر، فضعف التبادلات اللمسية يطور عند الطفل نوعا من الإفراط الحركي يحكم عدم إشباعه من حيث هذه التبادلات فيعتمد على أمه لكي يتحين الاتصال بها نظرا لكونها أصبحت منبعاً للاستثارة غير مستدخلة حيث يرفض الذهاب إلى حضنها بل يحاول الابتعاد عنها وبهذه الطريقة فإنه يطور استقلاليته رغم عدم نضجه لذلك، يواصل "شفيك" فكرته بخصوص نفس الموضوع أن هذا الطفل يحاول محو تصورات الاتصال الخاصة بالجلد/ جلد المتعلقة بوضعيات الحمل و اللمسات والتي أصبحت بالنسبة إليه منبع ذيق واستثارة الصدمة في سن مبكرة إذ تكون مفاهيم الإدراك والتصور لا زالت غير مميزة فيحاول محو المدركات اللمسية مع موضوع الأم لمحو وتصورات العلاقات خاصة معها، ودائماً في إطار حركي يرفض هؤلاء الرضا أن يعتني بهم من طرف أم سلبية.

فكل هذه السر بالنسبة لشفيك تهدف إلى محو نشاط فكري بخصوص موضوع الأم التي يمكن اعتبارها كهجومات ضد العقلنة أو محاولة بائسة لإيجاد حلول بواسطة عدم الاستثمار وعدم المواضعية حسب مفهوم قرين "Green" والذي يدل على شكل مبكر لعمل النفس مضيفاً أن مسألة اللبديية التي تطرق لها "سبيتز" لا تشكل خصوصية الأطفال المصابين بأمراض جلدية بحيث أن الأطفال الذين لا يتعرضوا إلى اللمس بما فيه الكفاية من قبل أمهاتهم، يطورون سلوكاً من نوع غير ممكن لتطيفهم ومع إفراط في الحركة المستعملة كطرق مهدئة ذاتياً بصفة مبكرة لغاية عدم الاستثمار وعدم المواضعية.

كما أوضح "شفيك" أن طبيعة الرسائل المبعوثة من طرف الأم لرضيعها في اتصالها به تعتبر مهمة وذات دلالة أكبر من اتصال الذي يحدث مع العضو (الجلد) حيث تكون لها آثار مهيكلة أو مهدمة بالنسبة للطفل وتخص هذه الرسائل المشاركة النفسية للأم بين الاستثمار الذي توليه لرضيعها واستثمارات أخرى، مثل تلك التي تكون ممزوجة بصراعات خاصة بكونها أم تارة وامرأة عاشقة تارة أخرى من خلال رغبتها في قضيب عاشقها الذي يستمر بالرغم من وجود الرضيع (بداد، 2015)

سياق يندرج ضمن ما جاء به "فان Fain" بخصوص مراقبة العاشقة لأنشطة هذه الرسائل لدى الرضيع القدرة على احتمال عدم الاستثارات، كما تسمح له بالتصور عقلياً غياب الموضوع للوصول إلى تحمله (الغياب) كما تعزز التقمصات الخاصة بالثنائية الجنسية بحيث قد لا يصاب بأمراض جلدية وعضواً من ذلك يطور عدم تحمله للملاطفة إلى جانب الإفراط في الحركة أو يصبح رافضاً للسلبية مستعملة الحركة لإزالة تصورات عقلية (بداد، 2015، ص 100)

5. الوظائف الثمانية للأنا الجلدي:

1.5 وظيفة الصيانة: الوظائف قبل الجلد كخدمة نفسية

إن الجلد يؤدي وظيفة دعم الهيكل الهضمي والعضلات، كذلك يؤدي "الأنا- جلد" وظيفة الحفاظ على الحياة النفسية، تؤدي الوظيفة البيولوجية هذا الدور عبر ما سماه وينكوت "الاحتواء (Holding)" أي الطريقة التي تدعم بها الأم جسم الرضيع تتطور الوظيفة النفسية من خلال استدماج (استبطان) للاحتواء الأمومي، يعتبر الأنا الجلد جزءاً من الأم -وخاصة يديها- حيث يتم استدماجه ويضمن استمرارية الأداء النفسي، على الأقل أثناء اليقظة، تماماً كما تحافظ الأم على جسم الرضيع في الوقت نفسه.

في حالة من الوحدة والصلابة تحدد قدرة الرضيع على الحفاظ على توازنه الجسدي قدرته على الجلوس ثم الوقوف والمشي، الدعم الخارجي من خلال جسم الأم يقود الرضيع إلى اكتساب دعم داخلي عبر عموده الفقري "مثل دعامة صلبة" تسمح له بالاعتدال.

إحدى النوى التمهيديّة لظهور "الأنا" تتمثل في الأساس تطويري بقضيب داخلي أمومي أو أبوي، وهو عنصر يوفر للفضاء العقلي الناشئ المحور الأولي للعمودية والمقاومة الجاذبية، مما يمهّد لتجربة وجود حياة نفسية مستقلة، بالاعتماد على هذا المحور يمكن ل"الأنا" أن يفعل آليات الدفاع الأكثر بدائية مثل الإنقسام، والتماهي والإسقاط، لكن لا يمكنه الاعتماد على هذا الدعم والشعور بالأمانة إلا إذا كان متأكداً من لدية في جسمه مناطق اتصال وثيقة ومستقرة مثل: الجلد، والعضلات وكفوق الأم (كذلك الأشخاص الآخرين في بيئته الأولية). كذلك عند محيط جهازه النفسي، هناك إحاطة متبادلة بينه وبين نفسية الأم وهو ما أطلق عليه "سامي علي" (1974) "الإحتواء" المتبادل.

تم تناول هذه الفكرة في فلسفة بيليز باسكال، الذي فقد والدته في سن مبكرة قد عولجت تجربته في مجالات الفيزياء وعلم النفس وحتى اللاهوت الدفاعي، لفترة طويلة كان ينسب هذا الإحساس بالرعب من الفراغ الداخلي إلى الطبيعة حيث يمثل غياب الموضوع الدائم نقصاً أساسياً للنفسية، مما يجعلها في حاجة إلى نقطة ارتكاز، في لوحاته قام "فرانسيس بيكون" برسم أجساد مشوهة، حيث يبدو الجلد والملابس وكأنهما مجرد غلاف سطحي يفتقر إلى العمود الفقري الذي يربط الجسد بالفكر، ويشبه هذا التصور صورة الأجساد المنتخبة بسائل أكثر من الصلب مما، يتطابق مع الصورة الرمزية للجسد (Didier Anzieu, 1995, p

121)

المسألة التي تتعلق بالاندماج الخيالي مع الثدي المغذي، التماثل الأول موضوع دائماً يختصنه الطفل ويتمسك به، إنها غريزة التشبث والتعلق التي تحقق رضاها من خلال العناق، ملامسة الطفل لجسد الأم

ترتبط بغريزة جنسية بدائية تجد إشباعها الفموي عبر المص، وتجسد في الكبار من خلال العناق الذي يعبر عن الحب غالبا ما يلجأ البالغون إلى هذا الشكل من التلامس لإشباع رغباتهم الجنسية على مستوى الأعضاء التناسلية. من ناحية أخرى يتطلب التماثل الأولي مع الموضوع الدائم إطاراً مكانياً محدداً، يتمثل في شكلين متكاملين كما وصفه جرو تشاتين (1981).

حدد "بيون" الشكلين، الأول منهما هو: ظهور الطفل مقابل بطن الشخص الذي يعمل كموضوع داعم (Back Ground Object) وبطن الطفل مقابل ظهر هذا الشخص.

في الشكل الأول، يكون الطفل مستندا إلى الموضوع الدائم، الذي يشكل له تجويفاً وفراغاً يحتويه، يشعر الطفل بأنه محمي من الخلف، حيث يكون ظهره الجزء الوحيد من جسمه الذي لا يستطيع رؤيته أو لمسه، هذا النمط شائع عند الأطفال المصابين بالحمى، إذا تصبح الأسطح التي ينامون عليها متوجة، متشققة، ممثلة بالتجاعيد والنتوات وهي طريقة رمزية تعبر عن الهجمات الموجهة ضد التمثيل المطمئن للجلد كموضوع داعم يمكن لمن يرى هذه الأسطح المتموجة أن يفسرها على أنها تشبه حركة الثعابين لكن هذا تفسير خاطئ، إذ أنها لا ترمز فقط إلى دلالات فحولية، بل تمثل أيضاً مشاعر الأمان أو عدمه.

أما في الوضع الثاني، يكون الطفل مستقياً على بطنه مقابل ظهر الشخص الداعم، يمنحه هذا الوضع إحساساً بأن الجزء الأكثر هشاشة من جسده أي بطنه، محمي من قبل جسم آخر صلب يعمل كحاجز واقٍ، هذه التجربة شائعة بين الأطفال، حيث يلجأون إلى هذا الوضع مع أحد الوالدين أو كليهما يمكن أن تستمر حتى يصبح الطفل أماً أو أختاً كبرى، حيث يقوم بهذا الدور تجاه الأشقاء الأصغر سناً.

على سبيل المثال في تحليله النفسي، كان "سامويل بيكيت" غير قادر على التغلب على قلق الأرق إلا بالنوم مستندا إلى ظهر شقيقه الأكبر.

إحدى مريضاتي، التي نشأت في بيئة أب عنيف جداً، كانت تعاني من شعور دائم بعدم الأمان في طفولتها المتأخرة، بدأت تلجأ إلى النوم مستندة إلى ظهر أختها الصغرى التي كانت تشاركها السرير، وفي النهاية استطعنا مع معالجة قلقها المرتبط بفقدان "Object-Support" الموضوع الداعم (Anzieu, 1995,

p 122)

2.5 وظيفة الاحتواء:

كما أن الجلد يغطي سطح الجسم بالكامل ويحتوي على جميع الأعضاء الحسية الخارجية فإنه يؤدي وظيفة الاحتواء للـ "Moi- Peau" هذه الوظيفة تمارس بشكل أساسي من خلال رعاية الأمة (Handling) فالإحساس بصورة الجلد ككيس مستيقظ عند الطفل الصغير يتم عبر رعاية الجسم، التي تتكيف مع احتياجاته والتي توفرها له الأم، ينشأ كمثل "Moi- Peau" نفسي من خلال التفاعلات بين جسد الأم وجسد

الطفل، وكذلك من خلال استجابات الأم للإحساسات والعواطف التي يشعر بها الرضيع، سواء كانت استجابات جسدية أو صوتية حيث تتضايق حينها استجابة الغلاف الحسي، بما في ذلك استجابات صوتية ذات طابع دائري مثل الصدى الصوتي أو تقليد حركات الآخر، وهي استجابات تسمح للطفل الصغير بتجربة إحساسه وعواطفه الخاصة دون أن يشعر بالدمار.

يُميز R. Kaës (1979) بين جانبيين لهذه الوظيفة، الأولى: "المحتوى" وهو ثابت، مستقر، غير متحرك، ويعمل كمتلقن سلبي لتسربات الأحاسيس والصور - العواطف الخاصة بالطفل، حيث يتم تحييدها وحفظها، أما الثاني: "المحتوي" فيتعلق بالجانب الفاعل كدور الأم وفقا "ليون"، حيث تساهم في عملية التجديد الإسقاطي، مما يسمح لها بصياغة وتحويل وإعادة تقديم أحاسيس الطفل بشكل قابل للتمثيل. وكما يحيط الجلد بالجسم بأكمله، يسعى "Moi-Peau" إلى احتواء الجهاز النفسي بأكمله، وهي وظيفة قد تصبح مفرطة مع الوقت لكنها ضرورية في البداية ينظر إلى "Moi- Peau" هنا على أنه يمثل القشرة، بينما يمثل الهو الفطري النواة، وهما عنصران يشكلان معا الأساس للاستمرارية الإحساس بالذات.

3.5 وظيفة الحماية:

تحمي الطبقة السطحية من البشرة الطبقة الحساسة التي تقع تحتها (حيث توجد النهايات الحرة للأعصاب والجسيمات اللمسية) كما تحمي الجسم عموما من الاعتداءات الفيزيائية، الإشعاعات، والإفراط في التحفيزات، منذ كتاب "مسودة علم النفس العلمي" سنة 1895 كان "فرويد" قد اعترف بشكل موازي بأن للأنا وظيفة الحماية من الإثارة الفائضة (Pare-exaitation).

في مذكرة حول "الكتلة السحرية" (1925) أوضح أن الأنا (كما البشرة، لكن فرويد لم يحدد ذلك) تمتلك بنية مزدوجة الطبقات في "المسودة" سنة 1895 (Anzieu, 1995, p 126) لمح "فرويد" إلى أن الأم تعمل كحماية إضافية من الإثارة الفائضة للراضع وقد أضفت هنا أن ذلك يستمر حتى يجد الأني النامي للطفل دعامة كافية في جلد الخاص ليتمكن من أداء هذه الوظيفة بشكل عام، يعد "أنا الجلد" بنية افتراضية عند الولادة ويتم تفعيلها أثناء العلاقة بين الرضيع وبيئته الأولية، ويمكن تتبع أصول هذه البنية إلى ظهور الكائنات الحية ذاتها.

يؤدي الإفراط أو النقص في وظيفة الحماية من الإثارة الفائضة Pare-exentation إلى أشكال متنوعة جدا من الاضطرابات، وصفت "فرانسييس توستين" (1927) صورتين للجسد تتعلق بالتوحد الأولي والثانوي:

- أنا- الأخطبوط: حيث لا تكون أي من وظائف "أنا- الجلد" مكتسبة، سواء تلك الخاصة بالدعم أو الاحتواء أو الحماية من الإثارة الفائضة، كما أن التبقاء المزدوجة لم تبدأ في التشكل بعد.
- أنا- القشري: حيث تكون هناك درع صلبة تحل محل الاحتواء الغائب وتمنع الوظائف الأخرى "لأن-الجلدي" من التفعيل.

يظهر القلق البارانويدي الناجم عن التطفل النفسي في شكلين:

أ. "يسرق تفكيري الاضطهاد".

ب. "يتم غرس الأفكار الداخلي".

- في هذه الحالة توجد وظائف الحماية من الإثارة الفائضة والاحتواء بشكل مفصل لكنها تظل غير كافية.
- يصل القلق الناجم عن فقدان الكائن الذي يلعب دور الحماية المساعدة (Pare-excitation) إلى أقصاه عندما تتولى الجدة (بصفتها أم- الأم) تربية تطيف الطفل بدلا من الأم البيولوجية، حيث تعتني به من ناحية النوعية لا الكمية، مما يمنعه من تجربة الحاجة إلى دعم ذاتي، في هذه الحالة قد يصبح الإدمان على المخدرات وسيلة لتعويض هذا النقص، من خلال تكوين حاجز من الضباب أو الدخان بين الأنا والمؤثرات الخارجية.

يمكن البحث عن وظيفة الحماية من الإثارة الفائضة من خلال الأدمة (Derme) في حالة غياب البشرة (épiderme) وتعرف هذه الظاهرة باسم "الدرع العضلية" كما وصفها (Cuirasse Caracérielle) كما وصفها ويليام (W.Reich) رايش (D.Anzieu, 1995, p 129)

4.5 وظيفة تفردية الذات :Fonction d'individuation du Soi

تحمي غشاء الخلايا العضوية فردية الخلية من خلال تمييز الأجسام الغريبة التي ترفض دخولها، والمواد المشابهة أو المكملة التي تسمح بقبولها أو لإدماج معها من خلال ملمسها، لونها، نسيجها ورائحتها، تمتلك البشر اختلافات فردية ملحوظة، هذه الاختلافات يمكن أن تكون مفرطة النرجسية، بل وحتى محملة اجتماعيا، فهي تتيح تمييز الآخرين من حيث موضوعات التعلق والحب، وتساعد الفرد على تأكيد ذاته كشخص فريد يمتلك بشرته الخاصة.

بدوره، يضمن أنا- جلد "Moi Peau" وظيفة تفريد الذات Individuation du Soins مما يمنح الشخص الشعور بأنه كائن فريد، القلق الذي وصفه فرويد (1919) "بالغربة المقلقة (L'iquiétante)" يرتبط بتهديد يستهدف فردانية الذات من خلال ضعاف الشعور بحدودها.

في حالة الفصام (Schizophrénie) يعتبر كل الواقع الخارجي (الذي لا يتم تمييزه بوضوح عن الواقع الداخلي) خطرا يجب تجنبه، مما يؤدي إلى فقدان الإحساس بالواقع ولكن هذا ما يسمح بالحفاظ بأي ثمن على الشعور بوحدة الذات.

5.5 وظيفة التواصل الحسي البيئي Fonction d'intersensorialité

الجلد هو سطح يحمي جيوبا وتجويفات تحتوي على الأعضاء الحسية الأخرى غير اللمس (الذي يتم إدراجه في البشرة نفسها) يعد "Moi- Peau" سطحا نفسيا يربط بين الأحاسيس ذات الطبيعة المختلفة ويجعلها تظهر كأشكال على الخلفية الأصلية التي تمثلها الغلاف اللمسي: هذه هي وظيفة التواصل الحسي البيئي (Interpensorialité) ل أنا- الجلد التي تؤدي إلى تكوين "الإحساس المشترك (Le Sensorium Commune) والذي يسند دائما إلى اللمس كمرجع أساسي.

عند غياب هذه الوظيفة، تنشأ حالة القلق مع تفكك الجسم وتحديدًا تفكك الأعضاء الحسية، حيث يعمل كل عضو بشكل مستقل وفوضوي.

في الواقع العصبي الفيسيولوجي، يتم دمج المعلومات القادمة من مختلف الأعضاء الحسية داخل الدماغ، وبالتالي فإن التواصل الحسي البيئي هو وظيفة الجهاز العصب المركزي أو بشكل عام، وظيفة الأديم الظاهر الذي ينتج عن كل من الجلد والجهاز العصب المركزي، أما في الواقع النفسي فإن هذه الوظيفة تتجلى كتمثيل تخيلي للجلد كسطح أصلي يتمدد عليه التواصل الحسي البيئي (Anzieu, 1995, p 132)

6.5 وظيفة جنسية:

تعد بشرة الرضيع موضوع استثمار ليبيدي من قبل الأم، إذ تصاحب التغذية والعناية تلامسات جلدية غالبا تكون ممتعة، مما يهيئ لنشوء الاستمناة الذاتي ويؤسس للمتعة الجلدية كخلفية اعتيادية للملذات الجنسية، هذه الملذات تتركز في مناطق انتصاب معينة أو عند بعض الفتحات (الزوائد والجيوب) حيث تكون الطبقة السطحية للبشرة رقيقة، وحيث يؤدي التلامس المباشر مع الأغشية المخاطية إلى فرط استثارة، يؤدي "الأنا- الجلدي" وظيفة دعم الاستثارة الجنسية، حيث تشكل البشرة سطحا يمكن أن تتركز عليه المناطق الإيروتيكية من خلال تطور طبيعي، مما يسمح بالتعرف على اختلاف الجنسين وتحقيق التكامل المرغوب.

يمكن لهذه الوضعية أن تكفي بذاتها، حيث يستقبل "الأنا- الجلد" الاستثمار الليبيدي على سطحه بالكامل، ليصبح غلاف عاما للاستثارة الجنسية، هذه البنية تؤسس بلا شك لأكثر النظريات البدائية عن الجنسية الطفولية، والتي نرى أن الجنس يتمحور حول متعة التلامس الجسدي وأن الحمل هو نتيجة مجرد

العناق والتقبيل، في حال عدم تخفيف تفريغ مرض، يمكن لهذا الغلاف المثير للأحاسيس أن يتحول إلى غلاف من القلق.

إذ كان الاستثمار في جلد نرجسيا أكثر من ليديا فقد يتم استبدال غلاف الاستثارة بغلاف نرجسي لامع يفترض أن يجعل صاحبه لا يقهر.

إذا لم يتم دعم الاستثارة الجنسية بشكل كاف، فقد لا يشعر الفرد البالغ بالأمان الكافي للانخراط في علاقة جنسية كاملة تقضي إلى إشباع تناسلي متبادل.

إذا كانت الزوائد والفتحات الجنسية أماكن تجارب مؤلمة أكثر منها مثيرة فإنها تمثل "الأنا الجلدي المثقوب" يصبح أكثر وضوحاً، مما يعزز الشعور بالقلق المستمر، ويزيد من الاستعداد للانحرافات الجنسية التي تهدف إلى تحويل الألم إلى متعة.

7.5 وظيفة طاقوشية:

يستجيب "الأنا- الجلدي" لوظيفة إعادة الشحن الليديية للنشاط النفسي من خلال اعتبار الجلد سطحاً للتحفيز الدائم للتوتر الحسي- الحركي عبر الإثارات الخارجية مما يساعد في الحفاظ على التوتر الطاقوي الداخلي وتوزيعه على غير المتكافئ بين الأنظمة الفرعية والفرعية النفسية.

يؤدي الإخفاق في هذه الوظيفة إلى نوعين متضادين من القلق:

- قلق الانفجار النفسي نتيجة فرط الإثارة والذي يمكن أن يؤدي على سبيل المثال إلى نوبة صرعية.
- قلق النيرفانا، أي قلق مرتبط بما يمكن اعتباره تحقيقاً لرغبة خفض التوتر إلى الصفر (D.Anzieu,

1995, p 134)

8.5 وظيفة المدلوية:

تعتبر البشرة مع الأعضاء الحسية للمسية التي تحتويها مثل الإحساس بالألم، والحرارة والبرودة والحساسية الجلدية) مصدراً للمعلومات المباشرة عن العالم الخارجي، والتي يتم التحقق منها لاحقاً عبر "الحس المشترك" بمساعدة المعلومات السمعية والبصرية وغيرها.

يؤدي "الأنا الجلدي" وظيفة تسجيل الآثار الحسية للمسية، وهي وظيفة تصويرية وفقاً لبيريلا كوستورديس- أولانبييه (1975)، فشل درع بيرسيوس الذي يعكس صورة الواقع في المرأة حسب ف. باشي (1971)، يتم تعزيز هذه الوظيفة من خلال البيئة الأمومية حيث يقوم "الأنا الجلدي" بدور "عرض الموضوع" وفقاً لوينكوت (1962) عند الطفل الصغير.

يتطور "الأنا الجلدي" عبر بعدين، بيولوجي واجتماعي:

- بيولوجيا: تطبع على الجلد أولى الرسومات للواقع.
 - اجتماعيا: يتم التعبير عن انتماء الفرد إلى مجموعة اجتماعية من خلال الشقوق، الندوب، الطلاء، الوشم، المكياج، تسريحات الشعر، والملابس التي تعتبر بمثابة نسخ مزدوجة لهذه العلامات.
 - يشبه "الأنا الجلدي" المخطوطة القديمة التي تحتوي على طبقات من المسودات المشطوبة والمعدلة والمحملة بالمعاني، مكونة كتابة أصلية مفضلة مصنوعة من آثار جلدية.
- القلق المرتبط بهذه الوظيفة:

إحدى أولى أشكال القلق المرتبط بهذه الوظيفة تنشأ عندما وضع علامة مهينة ودائمة على سطح الجسم والنفس من خلال نقوش لا تمحى ناتجة عن الأنا الأعلى مثل الاحمرار، الإكزيما، والجروح الرمزية وفقا لبتلهيم (1954).

أما القلق العكسي فهو يتمحور إما حول خطر محو النقوش بسبب تراكمها المفرط أو فقدان القدرة على تثبيت الآثار، كما يحدث أثناء النوم مثلا (Anzieu, 1995, p: 140)

6. الجلد كذاكرة للصدمة النفسية:

من وجهة نظر إكلينيكية إن الحدث أو الوضعيات المرضية تدخل إضطرابات عند الشخص الذي يترجم من خلال خلل في اشتغال الأنا، فالصدمة تفجر صراع في الأنا، وقوة الأنا ترتبط بالقدرة الشخصية على وضع الدفاعات أمام الكسر الإنفعالي، فكل جرح أو عقلي لا يرتبط بالضرورة بالصدمة تكون صدمة عندما الإثارة المفرطة تفوق القدرات التصويرية وفكرة الجهاز النفسي فتكون الصدمة أو الجلد حسب قدرات أو عدم قدرات الشخص على القيام بترابطات ممثلة تسمح بتجاوز الصراع النفسي، وهذا يشرح أن عامل خارجي معزول ممكن أن يكون صدمي حتى وأنه شديد وعنيف.

ومجموعة الحوادث الصغيرة من الممكن أن تؤدي إلى نفس النتيجة عندما تفوق الإمكانيات الإصلاحية الدفاعية للشخص وهذا يقود إلى الصدمة المتراكمة لمختلف العوامل.

وليس الحدث في ذاته صدمي (أو مجموعة العوامل) لكنه عجز على إدماجه نفسيا، فالإثارة المفرطة غير قابلة للمعالجة من طرف الشخص، إذن ممكن أن يكون إطار مولد للصدمة بفعل تراكم حوادث الحياة السلبية التي تنتهي بإنتاج مستوى من الضغط العالي جدا، فمهما يكون نوعية الاشتغال العقلي للشخص حتى هذا الحد وهذا يشرح الشقوة المتأخرة للجلد عند الأشخاص الجلديون أو الرجوعيون (فرطقي، 2023، ص 49)

خلاصة الفصل:

كشف هذا الفصل عن البعد المزدوج للجلد، باعتباره ليس فقط غلافا جسديا بل واجهة نفسية، تعبر عن الصراعات والإنفعالات العميقة من خلال تناول الإكزيما والصدفية كنموذجين للأمراض سيكوسماتية، تم توضيح كيف تتحول الصدمة النفسية إلى فعل جسدي على مستوى الجلد، في صورة جسدنة واضحة. كما أتاح مفهوم "الأنا الجلدي" ليديه أنزيو فهما أعمق لديناميات الذات وحدودها النفسية المرسومة على سطح الجلد.

بهذا الطرح نتأكد أن الجلد ليس مجرد عضو بل نص صامت يكتب فيه اللاوعي آثاره ما يستدعي قراءة سيكولوجية موازية للفهم الطبي.

الفصل الرابع: الخطوات المنهجية للبحث

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية

1.1 الهدف من الدراسة الاستطلاعية

2.1 أدوات الدراسة الاستطلاعية

3.1 نتائج الدراسة الاستطلاعية

المنهجية:

1. منهج الدراسة

3. أدوات الدراسة

4. مجالات الدراسة

5. حالات الدراسة

6. سير المقابلة

خلاصه الفصل

تمهيد:

بعد التأسيس النظري لمفهوم الصدمة النفسية والوقوف على تعقيداتها النفسجسدية، يصبح من الضروري الانتقال إلى الجانب التطبيقي، الذي يشكل الاختبار الحقيقي لقدرة الباحث على تحويل المعرفة النظرية إلى أدوات تشخيصية وتحليلية دقيقة.

تم توظيف المنهج العيادي القائم على دراسة حالة باعتباره الأداة الأكثر ملائمة لاختراق البنى العميقة للذات والربط، بين معاناتها النفسية وتعبيراتها الجسدية وتم اعتماد مقياس تروماك (Traumaq) بوصفه أداة سيكومترية دقيقة تسمح بتحديد شدة الصدمة ومظاهرها النفسية، إضافة إلى المقابلة النصف موجهة وتحليل المضمون وذلك لضمان قراءة مزدوجة: كمية، ونوعية للحالات المدروسة، وكذلك مقياس Tas-20 لتقييم أبعاد الأكسيثيميا لدى مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية.

1. الدراسة الاستطلاعية:

في إطار التحضير للمرحلة الميدانية من البحث، قمنا بإجراء دراسة استطلاعية أولية قصد التحقق من مدى ملائمة الظروف والإجراءات المعتمدة، وكذا صلاحية أدوات الدراسة توجهنا إلى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين قشرة- ولاية سكيكدة، وهناك استطعنا التعرف على مجموعة من الأفراد المحتملين للمشاركة في الدراسة ممن تنطبق عليهم المعايير المطلوبة من حيث السن والخصائص النفسية .

قمنا بإجراء مقابلة تمهيدية مع عينة صغيرة مكونة من أربعة أشخاص، حيث عرضنا عليهم موضوع البحث ومحاور المقابلة نصف الموجهة، وذلك للوقوف على مدى فهمهم للأسئلة، وقدرتهم على الاستجابة لها بشكل يثري معطيات الدراسة، كما قمنا بتطبيق اختبار تروماك (Traumaq) لقياس آثار الصدمة النفسية، من أجل الوقوف على مدى وضوحه وسهولة فهم فقراته بالنسبة للمفحوصين، وكذلك مدى توافق نتائجه مع طبيعة الموضوع المدروس- وكذلك مقياس Tas-20 لقياس أبعاد الألكستيثيميا.

ممكنتنا هذه الخطوة الاستطلاعية من ضبط أدوات البحث بشكل أدق، وتكييف بعض الأسئلة لتكون أكثر ملائمة لطبيعة العينة، مما يساعد في تحسين جودة العمل الميداني وضمان تحقيق أهداف الدراسة بشكل أكبر دقة وموضوعية أهداف الدراسة بشكل أكثر دقة وموضوعية.

2.1 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

قبل الشروع في الدراسة الأساسية، قمنا بإجراء دراسة استطلاعية ميدانية على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بعين قشرة- سكيكدة وذلك بغرض التمهيد المنهجي للعمل الميداني وضمان جودة المعطيات من خلال تحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف على مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الإكزيما والصدفية داخل المؤسسة الصحية المستهدفة.
2. استكشاف العلاقة المحتملة بين التعرض للصدمة النفسية وظهور أعراض الإكزيما والصدفية لدى المرضى.
3. التأكيد على ملائمة أدوات البحث (مثل من مقياس Trauma ، أو المقابلة) من حيث الوضوح والفعالية في جمع المعطيات اللازمة.
4. قمنا بتحديد الصعوبات الميدانية التي قد تواجهنا أثناء تطبيق الدراسة الأساسية، مثل تعاون المرضى أو الطاقم الطبي.
5. اكتساب فكرة أولية حول خصائص العينة (مثل الفئة العمرية، الجنس، مدة الإصابة...).

2.1 أدوات الدراسة الاستطلاعية:

في إطار الدراسة الحالية الموسومة بـ"تأثير الصدمة النفسية في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الجلد" تم إجراء مقابلات نصف موجهة مع مجموعة من المختصين، قصد تعميق الفهم الإكلينيكي للعلاقة بين الأثر الصدمي والاضطرابات السيكوسوماتية ذات الطابع الجلدي. وقد أجريت هذه المقابلات على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بعين قشرة -ولاية سكسكة- التي احتضنت مراحل الدراسة الاستطلاعية والبيانات الميدانية.

وفي هذا السياق، كانت لنا مقابلة معمقة مع الأخصائية النفسانية العيادية بالمصلحة، التي وفرت رؤى تحليلية دقيقة حول خصائص المرضى ذوي البنية السيكوسوماتية خاصة في ظل وجود تاريخ صدمات نفسية سابقة، كما تمت مقابلة مع طبيب الأمراض الجلدية بالمؤسسة ذاتها، بغرض الربط بين المسار العلاجي العضوي والمحددات النفسية المصاحبة، مما ساعد على إثراء الجانب التطبيقي للدراسة وتدعيم الفرضيات المطروحة.

المقابلة النصف موجهة مع أخصائية نفسية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية -عين قشرة-

- هدفها:

- التعرف على أنواع الحالات السيكوسوماتية ذات الطابع الجلدي، وخاصة المرتبطة بتاريخ الصدمة النفسية.
- فهم الميكانيزمات النفسية الأكثر شيوعا لدى هؤلاء المرضى لاسيما Olexithymia ونمط التفكير العملي.
- الوقوف على الكيفية التي تترجم بها الصدمة النفسية إلى أعراض جسدية جلدية مزمنة.
- استقصاء مدى تمثل الصلابة النفسية وتحديد طبيعة الاستراتيجيات المواجهة المعتمدة من طرف المرضى مع تحليل كيفية تفاعل هذه المتغيرات مع حدة الأعراض السيكوسوماتية واشتدادها في ظل الخلفية الصدمية.
- الإطلاع على الأساليب التشخيص المعتمدة، ومدى دمج المقاربة النفسية ضمن التكفل الطبي العام.
- استقصاء دور الأخصائية النفسية في التنسيق بين الأطباء والمريض ضمن إطار علاج تكاملي.

- ملخص المقابلة مع الأخصائية النفسية:

أجريت هذه المقابلة بتاريخ 25 مارس 2025 مع الأخصائية النفسية العيادية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة- وهي ذات خبرة سريرية تتجاوز عشر سنوات، في التعامل مع حالات معاودة تتقاطع فيها الأعراض النفسية والعضوية ضمن سياق سيكوسوماتي مركب.

وقد أبانت هذه المقابلة، منذ لحظاتها الأولى عن غنى معرفي وتبصر إكلينيكي عميق، مكنتنا من استجلاء أبعاد جديدة لم يكن لنبلغها عبر المعطيات النظرية فقط ومن أهم أسهم في تعميق الدراسة ميدانياً، هو ما أبدته الأخصائية من تعاون منهجي إذ أشارت إلى المركز الوسيط للصحة العقلية بمدينة تمالوس، باعتباره هيكلًا علاجياً تابعاً إدارياً وتنظيماً للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بعين قشرة، ويضم حالات إكلينيكية متنوعة جديرة بالدراسة والتحليل، وقد لعبت الأخصائية دوراً فعالاً في تسهيل الاتصال بالمركز، ما ساهم في توسيع قاعدة المعاينة الميدانية، وضمان تنوع العينة من حيث الأعراض والأنماط السيكلولوجية.

في السياق ذاته كشفت العلاقة عن معطيات نوعية متعلقة بانتشار الصدمة النفسية لدى المرضى الجلديين، وخصوصاً مصابين بالإكزيما والصدفية، حيث أشارت الأخصائية إلى أن جزءاً كبيراً من الحالات يعاني من تاريخ صدمي لم يحتوى بالشكل العلاجي المناسب، ما يجعل من الجسد ساحة بديلة للتعبير عن الألم النفسي المكبوت.

قد أكدت الأخصائية على تجلي سمات الأليكسيثيميا بشكل لافت لدى هذه الفئة، من خلال الصعوبة في توصيف الإنفعالات الذاتية والتميز بينها، مقرونة بنمط من التفكير العملي الذي يفرغ التجربة النفسية من شحنتها الرمزية، ويستبدلها بوصف سطحي للأعراض الجسدية، في قطيعة واضحة مع العالم الانفعالي الداخلي.

ومن الزوايا التحليلية الدقيقة التي أثارها المقابلة، تشخيص الأخصائية لنمط المواجهة السائد لدى المرضى، والذي يتسم في غالبيته بالبلا تكيف نفسي، حيث يلجأ الأفراد إلى ميكانيزمات دفاعية بدائية، كالتجنب والإنكار والكبت، مما يعيق مسار التعافي ويعزز تثبيت الأعراض على المستوى الجسدي.

وفي مقابل ذلك، لاحظت الأخصائية تدنيا ملحوظاً في مستويات الصلابة النفسية لدى معظم المرضى، حيث تغيب القدرة على تحمل الشدائد أو التكيف معها بشكل مرن، فغالبيتها الحالات تفتقر إلى مقومات التوازن الانفعالي، هذا الضعف في الصلابة يجعل الفرد أكثر عرضة للهشاشة النفسية، ومن ثم أكثر ميلاً لجسده معاناته في شكل أعراض عفوية جلدية.

كما أشارت الأخصائية النفسية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بعين قشرة أنها تعتمد على مجموعة من الاختبارات النفسية الإسقاطية والمقاييس كأدوات مساعدة في تشخيص السمات الانفعالية والمعرفية للفرد،

خاصة فيما يتعلق بضعف القدرة على التعبير عن المشاعر (Alexithymie) ، وقد أوضحت أنها تقوم مبدئياً بإجراء مقابلة إكلينيكية معمقة تهدف إلى استجلاء التاريخ المرضي النفسي والجسدي، مع التركيز على الأحداث الصدمية التي ساهمت في تشكل الأعراض.

أما فيما يخص العلاج، فقد بينت الأخصائية اعتمادها بشكل أساسي على العلاج المعرفي السلوكي، وذلك عبر جلسات توجيهية تهدف إلى تعزيز الوعي بالعلاقة بين الحالة النفسية والجسدية وتطوير الاستراتيجيات مواجهة صحية، كما تلجأ في بعض الحالات إلى تقنيات الاسترخاء، وتمارين التنفس وإعادة البناء المعرفي.

2.3 نتائج الدراسة الاستطلاعية: من خلال دراستنا الاستطلاعية والأهداف المسطرة سابقا توصلنا إلى مجموعة النتائج المتمثلة في:

- تم الشروع في ضبط العينة البحثية انطلاقاً من منطلق دقيق يسند إلى مقومات الملائمة الإكلينيكية والمنهجية، حيث لم يكن الهدف مجرد جمع بيانات عشوائية، بل اختيار حالات تجسد بأعلى درجة من الوضوح البنية السيكوسوماتية المتأثرة بالصدمة النفسية وقد تطلب ذلك معاینات متكررة وملاحظات ميدانية دقيقة داخل المؤسسات الصحية، مكنتنا من ملاحظة أن الاضطراب الجلي وتحديدا الإكزيما والصدفية يظهر لدى بعض المرضى بوصفه ترجمة جسدية لمعاناة نفسية دفيئة، ناتجة عن صدمات غير معالجة.

- أظهرت الدراسة الاستطلاعية أن الموضوع يتمتع بدرجة عالية من القابلية للتجسيد في الميدان العيادي، وهو ما أتاح لنا فرصة الانتقال من البناء النظري إلى المعاینة الواقعية الدقيقة التي كشفت عن ارتباط واضح بين المعاناة الجلدية والانهيال الدفاعي الناتج عن تجربة صادمة لم يتمثلها نفسياً بشكل كافٍ.

- تم إخضاع أدوات القياس المعتمدة في الدراسة إلى تقويم أولي، حيث وقع الاختيار على أدوات ذات بعد إسقاطي وتحليلي قادرة على النفاذ إلى التكوين الانفعالي العميق، كما تم تكييف بنود المقابلة الإكلينيكية بشكل يسمح باستخراج ديناميات الدفاع، أنماط المواجهة، ودرجة الصلابة النفسية لدى الفرد في ظل تجربة الصدمية.

- بعد معاینة عدد معتبر من الحالات، تم اختيار عينة قصدية مكونة من 4 حالات من المصابين بالإكزيما وصدفية تراوح أعمارهم بين 35 إلى 53 سنة وتميزت بتنوع الجنس والتجربة الصدمية، مما أضف على العينة ثراء دينامياً يعزز من صلاحية النتائج وقد كان الاختيار مبنياً على معاینة دقيقة للتاريخ الصدمي، وملاحظة العلامات السريرية التي تشير إلى التحويل السيكوسوماتي، وتم استبعاد كل حالة لم تظهر اتساقاً كافياً بين الصدمة والاضطراب الجسدي.

المنهجية:

لكل دراسة منهج خاصا بها يساعد على الوصول للغاية المحددة والهدف المسطر، فهو الذي يساعد الباحث في ضبط أسئلة وفروض البحث.

ويعرف "رونز" المنهج بأنه: "إجراء يستخدم في بلوغ غاية محددة، أي أن المنهج يسهل عمل الباحث ويمكنه من بلوغ هدفه بشكل مباشر ومحدد.

زيادة على ذلك فهو: الطريقة أو الأسلوب الذي ينتهجه الباحث في بحثه أو دراسة مشكلة والوصول إلى حلول لها وإلى بعض النتائج (يوب، 2020، ص 139)

ويعرف منهج البحث العلمي بأنه وسيلة للدراسة يمكن بواسطتها الوصول إلى حل لمشكلة محددة وذلك عن طريق التقصي الشامل والدقيق لجميع الشواهد والأدلة التي يمكن التحقق منها والتي تتصل لمشكلة محددة.

البحث العلمي محاولة منظمة تتبع أسلوبا أو منهجا معينا ولا تعتمد على الطرق غير العلمية (الحمودي، 2019، ص 14)

يعرف وودي البحث العلمي "بأنه عبارة عن عمليات أو فحص دقيق للوصول إلى مجموعة من الحقائق والتحقق منها (المشهداني، 2019، ص 16)

2. منهج الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي باعتباره الأنسب لطبيعة موضوعنا، كونه يعنى بالفهم العميق والدقيق للحالات النفسية في سياقها الفردي الخاص ويعد هذا المنهج الأداة الأساسية التي تتيح لنا مقارنة الظواهر النفسية المعقدة، سواء كانت سوية أو مرضية من خلال ملامسة التجربة الذاتية للمرضى في أبعادها النفسية الاجتماعية والجسدية.

إن المنهج العيادي بما يتضمنه من أدوات كالملاحظة والمقابلة والدراسة المعمقة للحالة مما يجعله خيارا منهجيا دقيقا يخدم أهداف بحثنا بشكل فعال.

أو كما يعرفه دويدار سنة 1996: "هو دراسة لحالات فردية بالتعمق و الغموض في مميزاتا وخصائصها" (دويدار، 1996، ص 52)

يعرفه Lagach 1949 "هو الدراسة المعمقة والتي تتميز بالبحث الشامل والكامل إلى حد ما للحالات الفردية" (Lagache. D. 1949 p:23)

3. أدوات الدراسة:

نظراً لما تطرحه دراستنا من إشكالية دقيقة تتمحور حول العلاقة المعقدة بين الصدمة النفسية والإضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الجلد، وتحديدًا المصابين بالإكزيما والصدفية إرتأينا ضرورة الاعتماد على وسائل بحث تتسم بالعمق، والمرونة وتستجيب لطبيعة الموضوع وتشابكاته النفسجسدية. وبما أن الدراسة تنتمي إلى المنهج العيادي الذي يركز على فهم الظواهر النفسية في سياقها الفردي والذاتي، فقد كان من الضروري اختيار أدوات قادرة على الكشف عن المعطيات النفسية الخفية، وملامسة البعد اللاشعوري لدى المبحوثين، وعليه، تم الاعتماد على مجموعة من الوسائل العيادية النوعية، كالمقابلة العيادية النصف الموجهة، التي تتيح للمريض التعبير عن معاناته النفسية والجسدية، وكذا مقاييس نفسية مختارة بعناية، تمكنا من النفاذ إلى تمثيلاته الداخلية وآليات دفاعه، مما يسمح بفهم أعمق لمدى تأثير الصدمة في ظهور الأعراض الجسدية الجلدية.

إن هذا الاختيار لم يكن عشوائياً، بل جاء ثمرة تفكير منهجي دقيق، يراعي خصوصية العينة، وتعقيد الظاهرة المدروسة، وسعي للوصول إلى نتائج ذات مصداقية علمية تسهم في إثراء الفهم الإكلينيكي للعلاقة بين النفس والجسد.

1.3 المقابلة النصف موجهة (تحليل المضمون):**1.1.3 المقابلة العيادية L'entretien Clinique:**

هي عبارة عن حوار علائق ديناميكي مباشر يقيم وجهاً لوجه بين الباحث والمرحوظ يسعى فيها الباحث إلى تحقيق هدفه العلمي في فترة زمنية ومكان محدد وتتطلب فئات يمارسها الباحث لتحقيق غايته (ملحم، 2000، ص 249)

2.1.3 المقابلة العيادية النصف الموجهة: تهدف إلى السير في اتجاه واضح وبأقل توجيه وضبط الأسئلة مع المحافظة على حرية التعبير عند الحالة أي تجنب معلومات عديدة صعبة وقليلة النفع، بل يوجه حوار على نحو ما يخدم أهداف الموضوع، والمقابلة العيادية النصف الموجهة بهدف البحث هدفها ليس التشخيص أو العلاج بل هي توافق مخطط عمل خاص بالبحث، وهذا النوع من المقابلة يدعى أيضاً بالحوار (فضال، 2004، ص 198)

2.3 التحليل الموضوعي:

في هذه الحالة، يتم تحليل المقابلة وفق المحاور التي بنيت عليها في دليل المقابلة، ويتم التركيز على المواضيع الأكثر ظهوراً خلال المقابلة، وهي التي تكتسي قيمة أكبر خلال التحليل. ويعتبر هذا النوع من

تحليل خطاب المفحوص أكثر سهولة بالنسبة للباحث من حيث أنه يركز على العناصر المهمة بالنسبة لفرضياته، غير أنه يقتضي إلمام أكبر بالجانب النظري، والقدرة على الربط بين الخطاب والجانب العيادي وعلم النفس المرضي.

- مراحل التحليل الموضوعي:

1. التسجيل: يتطلب أخذ نقاط فقط خلال المقابلة وتسجيل الباقي اعتماداً على الذاكرة لاحقاً.
2. نزع التحليل: يركز على الجانب الكيفي النوعي.
3. محور التركيز: يركز على أهم المواضيع في الخطاب.

3.3 اختبار تروماك Traimaq:

1.3.3 تعريف اختبار تروماك Traimaq:

وهو إستبيان لتقييم الصدمة النفسية والكشف عن تناذر ما بعد الصدمة، حيث يقيس التظاهرات الصدمية أثناء وبعد الحدث الصدمي، صمم عام 2006 في مركز علم النفس التطبيقي في باريس من طرف كارول دوميني وماريا بيريرا فردان (Carole Damiani, Maria Pereira-Fradin)

يتكون الاختبار من جزئين:

- الجزء الأول: ردود الأفعال النورية أثناء الحدث والإضطرابات النفسية الصدمية من الحدث ويتألف من عشرة سلالمة.

1. أثناء الحدث:

- السلم A يشمل ثمانية بنود يقيس ردود الأفعال الفورية والنفسية أثناء الحدث.

2. منذ الحدث:

- السلم B يشمل 4 بنود يقيس العرض المميز لمرض التكرار، والمشاهد الارتدادية، الشعور بإعادة معايشة الحدث، القلق المرتبط بالتكرارات.

- السلم C يشمل 5 بنود يقيس اضطرابات النوم.

- السلم D يشمل 5 بنود يقيس القلق وحالة عدم الأمن والتجنبات الخوافية .

- السلم E يشمل 6 بنود يقيس القابلية للغضب وفقدان القدرة على المراقبة وفرط اليقظة والحساسية.

- السلم F يشمل 5 بنود يقيس ردود الأفعال النفسية والجسمية أو إضطرابات الإدمان .

- السلم G يشمل 3 بنود يقيس الاضطرابات المعرفية، الذاكرة، التركيز، الانتباه .

- السلم H يشمل 8 بنود يقيس اضطرابات الاكتئاب، اللامبالاة، فقدان الطاقة والحيوية، الكآبة، الملل، الرغبة في الانتحار.
 - السلم I يشمل 7 بنود يقيس المعاش الصدمي، الإحساس بالذنب، العار، اختلال تقدير الذات، مشاعر عنيفة، الغضب.
 - السلم J يشمل 11 بنود تقيس نوعية الحياة.
- بالنسبة للجزء الأول، من الاختبار معدل السلم J يختار المفحوص واحدة من بين الاستجابات الأربعة التي تطابق شدة أو تواتر الظاهرة بالنسبة له من: منعدم، ضعيف، شديد، شديد جدا. أما السلم L فتكون الإجابة على بنوده بنعم أو لا.

الجزء الثاني، يتناول فترة ظهور الاضطرابات الموصوفة ومدة استمرارها يتألف من 13 بنود يقيس:

- ظهور الاضطرابات منذ الحدث حسب سلم ذو 9 درجات تتراوح من الدرجة صفر التي تقابل "غير معنى بذلك" إلى درجة 8 التي تقابل "أكثر من عام".
- مدة استمرار الاضطرابات حسب سلم ذو 9 درجة تتراوح من الدرجة صفر التي تقابل "غير معني بذلك" إلى درجة 8 التي تقابل "اضطراب حاضر إلى يومنا هذا" (مستمر دائما).

2.3.3 طريقة التطبيق:

- يطبق على الراشد ابتداء من 18 سنة ولوقت غير محدد على أفراد كانوا ضحايا مباشرين أو شاهدون على: جريمة جزائية (اعتداء بالضرب، جرح عمدي، اغتصاب إمساك رهان...)
- كارثة كبرى مع التهديد بالموت.
- حادث بالطريق العام ...
- (يجب للحدث المسبب للاضطرابات أن يمثل خطرا كامنا للموت أو تهديدا حقيقيا بالموت للأفراد الضحايا).
- لا يجوز تطبيقه على الأفراد الذين لم يتعرضوا للحدث مباشرة، الأطفال الضحايا، الأفراد الضحايا وضعيات متكررة (مثل وضعيات سوء المعاملة...) أقارب الضحايا.
- ولا بد التأكد أن المفحوص قادر على فهم التعليمات المعطاة والأسئلة المطروحة مع التحكم الجيد بلغة الاستبيان وامتلاك قدرات عقلية كافية وحالة انفعالية مستقرة، لهذا من الضروري حضور مختص
- يجب تأكيد الفاحص على التعليمات العامة التالية:

"يجب عليك الإجابة على كل الأسئلة وبإمكانك العودة إلى الخلف، تجاوز السؤال الذي لم تتمكن من الإجابة عليه شريطة أن تجيب عليه لاحقاً"

3.3.3 طريقة التنقيط:

أ. الجزء الأول: "ردود الأفعال الفورية أثناء الحدث والاضطرابات النفسية الصدمية منذ الحدث"، بالنسبة للسلالم A- B- C- D- E- F- G- H- I تحسب علامة كل سلم على حدى بجمع استجابات الفرد المقدمة أمامه.

بالنسبة للسلم J تمنح الاستجابات "Y" درجة واحدة من الاستجابات "نعم" صفر ما عدا البنود 4- 5- 6- 11 أين يكون التنقيط بطريقة عكسية.

ثم يتم حساب العلامة الكلية لكل السلالم (كل سلم على حدا) وكذا العلامة الكلية للاختبار ويتم تحويل العلامة إلى درجات معيارية.

ب. الجزء الثاني: فترة ظهور الاضطرابات الموصوفة ومدة استمرارها

تساعد المعلومات التي يوفرها هذا الجزء في إتمام الحوصلة الإكلينيكية ودراسة حالة .

الجدول رقم (04): يمثل التقييم العيادي للنقطة الخام لمقياس الصدمة النفسية

المجموع الكلي	23-0	54-24	89-55	114-90	155 وأكثر
التقييم الإكلينيكي	غياب الصدمة	صدمة خفيفة	صدمة متوسطة	صدمة شديدة	صدمة شديدة جدا

4.3.3 تفسير النتائج الكمية:

1. دلالات المجموع الكلي للاختبار:

2. التحليل النمطي:

إن نتائج الكمية للجزء الأول من الاختبار تساعد الفاحص في إجراء التحليل النمطي لشخصية

المفحوص ورسم بروفيل الحالة.

وقد تم تحديد أربعة صفحات:

- الصفحة A التي يقابلها تناذر نفسي صدمي شديد.
- الصفحة B التي يقابلها تناذر قلق اكتئابي أو تناذر حصري اكتئابي.

- الصفحة C التي يقابلها تناذر نفسي - صدمي معتدل.
- الصفحة D التي يقابلها تناذر نفسي - صدمي خفيف.

4.3 مقياس تورنتو للأليكسيثيميا (Tas-20):

هو من قياس خاص بتقييم الأليكسيثيميا قام بإعداده Taylor وتم تعريبه وتكييفه من قبل بوشوشة مريم ونابت عبد السلام كريمة (2021) على البيئة الجزائرية وهو مكون من 20 بند ويتكون من (3) أبعاد رئيسية:

والعبارات الخاصة بالمقياس موزعة على الأبعاد كالتالي:

جدول رقم (05): يمثل توزيع عبارات مقياس الأليكسيثيميا على الأبعاد الثلاثة

الأبعاد	الفقرات	الحد الأعلى لكل بند	الحد الأدنى لكل بند
صعوبة وصف المشاعر	1 - 3 - 6 - 7 - 9 - 13 - 14	35	07
صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات	2 - 4 - 11 - 12 - 17	25	05
التفكير الموجه نحو الخارج	5 - 8 - 10 - 15 - 16 - 18 - 19 - 20	40	08
عدد البنود	20	/	/
درجة المقياس ككل		100	20

جدول رقم (06): يبين نوع بنود مقياس الأليكسيثيميا

البنود السلبية	البنود (العبارات) الإيجابية
4 - 5 - 10 - 18 - 19	1 - 2 - 3 - 6 - 7 - 8 - 9 - 11 - 12
	13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 20

1.4.3 طريقة تصحيح مقياس الأليكسيثيميا:

يحتوي مقياس تورنتو على 5 بدائل منقطة من (1-05) يقوم المفحوص بوضع إشارة (X) أمام البند التي تعبر عنه وهذا حسب البدائل المقدمة، تعبر الدرجة 100 عن أعلى مستوى من الأليكسيثيميا، بينما تعبر الدرجة 20 عن أدنى حد والتي تعبر عن انخفاض الأليكسيثيميا، ويتم تطبيق البدائل الخمس كالتالي:

جدول رقم (07): يوضح تنقيط البدائل لمقياس الألكسيثيميا

البدائل	العبارات الإيجابية	العبارات السلبية
موافق تماما	(5)	(1)
موافق نسبيا	(4)	(2)
لست موافقا ولست رافضا	(3)	(3)
غير موافق نسبيا	(2)	(4)
غير موافق تماما	(1)	(5)

وفي الجدول التالي سنوضح دلالات الدرجات المتحصل عليها من حيث مستويات الألكسيثيميا:

جدول رقم (08): يبين مستويات الألكسيثيميا حسب درجات المقياس

الدرجة	مستويات الألكسيثيميا
الذي يتحصل على 61 درجة فأكثر	مرتفعة
الذي يتحصل على 61 درجة فأقل	معتدلة
الذي يتحصل على 51 درجة فأقل	منخفضة

2.4.3 الخصائص السيكومترية للمقياس:

من أجل حساب الخصائص السيكومترية لمقياس الألكسيثيميا قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة تكونت من (1) 30 طالبا (99 طالبة، و 31 طالب) من قسم علم النفس في جامعة 20 أوت 1955 تتراوح أعمارهم بين (18 و 48) سنة وقد توصلت الباحثتان إلى النتائج التالية:

- الصدق:

قامت الباحثتان بوشوشة مريم ونابت عبد السلام كريمة (2021) بحساب صدق المقياس بالطرق التالية:

- صدق المحكمين:

قامتا الباحثتان بترجمة أولية للمقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية وتم عرض النسخة الأصلية الإنجليزية للمقياس على (3) خبراء في اللغة الإنجليزية من أجل ترجمته إلى اللغة العربية، وتم توحيد الترجمات المتحصل عليها في نسخة واحدة وذلك بعد رصد أوجه الاختلاف والتشابه بين النسخ المترجمة والاستفادة من ملاحظات المترجمين، وأيضا تم ترجمة النسخة الفرنسية ل (Loas. 1993) إلى اللغة العربية من طرف الباحثتين وعرض النسخة المترجمة على ستة أساتذة من قسم علم النفس بجامعة تيزي وزو الجزائر متحكمين في اللغة الفرنسية، للمطابقة بين الترجمتين والتأكد من السلامة اللغوية ووضوحها، بالإضافة إلى

الترجمة العكسية أي من العربية إلى الإنجليزية والفرنسية وهذا للوصول إلى النسخة النهائية بدون إنقاص عدد البنود، حيث يتم تعديل وتصحيح وجمع النسخ المترجمة في نسخة واحدة.

بعد الحصول على النسخة المترجمة إلى اللغة العربية تم تطبيقها على عينة مكونة من 55 طالباً.

للتأكد من صدق الترجمة ووضوح ألفاظ وعبارات بنود النسخة العربية، وذلك بتطبيق كل من نسخة المعربة والنسخة الأصلية على العينة وذلك بفواصل زمن، ليكون كل فرد من العينة قد أجاب على النسختين، وفي الأخير حساب معامل الارتباط بينهما لتأكد من دلالة العلاقة بين النسختين، حيث بلغت قيمة الارتباط (0.75) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) والتي تدل على صدق الترجمة.

4. مجالات الدراسة:

1.4 المجال المكاني:

يمثل المجال المكاني الإطار الجغرافي الذي تمت فيه الدراسة الميدانية، والذي يشكل عنصراً محورياً بالنظر إلى طبيعته العلاجية المرتبطة مباشرة بموضوع البحث، وقد تم اختيار المركز الوسيط للصحة العقلية بتالموس، التابع إدارياً وتنظيمياً للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين قشر -سكيكدة- نظراً لاحتوائه على حالات سريرية من مرضى الجلد خاصة المصابين بالإكزيما والصدفية، مما تظهر لديهم أعراض سيكوسوماتية مرتبطة بخلفية صدمية نفسية، وقد أتاح هذا المركز بما يوفره من خدمات علاجية متخصصة بيئة مثالية لجمع بيانات ميدانية دقيقة، تعزز من مصداقية النتائج وتمنح للدراسة عمقا علمياً وواقعياً.

2.4 المجال الزمني:

يشير المجال الزمني إلى الفترة المحددة التي أنجزت فيها الدراسة الميدانية، وهي فترة ذات أهمية منهجية لضبط التفاعلات النفسية والجلدية لدى العينة المختارة. وقد تمت هذه المرحلة خلال الفترة الممتدة من فيفري 2025 إلى مارس 2025 وهي مدة زمنية كافية لملاحظة الأبعاد النفسية للصدمات لدى المرضى وتحليل انعكاساتها السيكوسوماتية على المستوى الجليدي.

5. حالات الدراسة:

تم الاعتماد على الطريقة القصدية في اختيار أفراد العينة باعتبارها الأنسب لموضوع يتطلب توافر خصائص محددة لدى المفحوصين وقد تم اختيار الحالات وفق الشروط التالية:

- الفئة العمرية: شملت أفراد تتراوح أعمارهم بين 35 و 53 سنة، وهي فئة راشدة.

- الجنس: ذكور، إناث.

- جميع أفراد العينة يعانون من الإكزيما والصدفية الجلدية، ويخضعون للمتابعة النفسية والعلاج داخل المركز الوسيط للصحة العقلية بتمالوس، التابع للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين قشرة -سكيدة-

1.5 خصائص حالات الدراسة:

- تقديم الحالات بصفة مختصرة:

جدول رقم (09): تقديم الحالات بصفة مختصرة

الحالات	السن	الحالة الاجتماعية	المستوى الدراسي
س.م	29	عازبة	جامعي
ح.م	36	متزوجة	جامعي
م.ن	42	متزوج	جامعي
ف.ر	25	عازبة	جامعي

2.5 سير المقابلات:

جدول رقم (10): يمثل سير المقابلة

الحالات	المقابلة الأولى	المقابلة الثانية	المقابلة الثالثة	المقابلة الرابعة	المقابلة الخامسة
سير المقابلة	2025/02/23	2025/03/01	2025/03/08	2025/03/10	2025/03/15
تاريخ المقابلة	- عرض مشروع البحث وجمع المعطيات الأولية حول السياق النفسي والاجتماعي للحالة وبناء لأرضية تشخيص أولي	- التركيز على العوامل المبدئية للصدمة. - التركيز على الأعراض السيكوسوماتية الأولية مثل الألكسيثيميا ودراسة العلاقة بين الصدمة والاضطرابات السيكوسوماتية	- التركيز على استمرارية الصدمة النفسية على حب الحالة مع تحليل أعمق في العلاقات العاطفية الحالية واستراتيجيات التعامل مع الصدمة على المدى الطويل.	- تعميق فهم الأثر الصدمي من خلال تحليل مضمون الأحلام واستكشاف السلوكيات التجنبية كما تسعى المقابلة إلى تحليل مظاهر فرط اليقظة، الأرق والكوابيس إلى جانب دراسة الألكسيثيميا. - التطرق إلى تمثيلات الذات السلبية وانهايار الإحساس بالسيطرة والثقة	استكمال التشخيص العيادي من خلال تطبيق مقياس Traumaq و Tas-20، وتحليل كيفية تفاعل الحالة مع بنود كل منهما، بما يكشف المؤشرات النفسية الكامنة المرتبطة بالصدمة وعسر التعبير العاطفي كما تهدف المقابلة إلى التركيز على التعبيرات غير

اللفظية أثناء الإجابة.	في العالم كدلائل على عمق الأثر الصدمي وانعكاساته على البنية النفسية للمفحوص.				
1 سا	45 د	45 د	45 د	45 د	مدة المقابلة

خلاصة الفصل:

تم في هذا الفصل عرض منهجية البحث المعتمدة، حيث تم اختيار المنهج العيادي كأداة أساسية لجمع البيانات وتحليلها، تم جمع البيانات باستخدام المقابلات العيادية كما تم استخدام أدوات القياس مثل مقياس Traumaq ومقياس Tas-20 وأخيرا توضيح حالة الدراسة وكيفية سير المقابلات .

الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

أولاً: عرض وتحليل الحالة الأولى

1. تقديم الحالة الأولى

- 1.1 التاريخ النفس- اجتماعي للحالة الأولى
- 2.1 ملخص المقابلات النصف الموجهة مع الحالة الأولى
- 3.1 نتائج تطبيق مقياس Troumaq مع الحالة الأولى
- 4.1 نتائج تطبيق مقياس Tas-20 مع الحالة الأولى

2. تحليل مضمون المقابلات مع الحالة الأولى

3. الملخص العام للدراسة للحالة الأولى

ثانياً: عرض وتحليل الحالة الثانية

1. تقديم الحالة الثانية

- 1.1 التاريخ النفس- اجتماعي للحالة الثانية
- 2.1 ملخص المقابلات النصف الموجهة مع الحالة الثانية
- 3.1 نتائج تطبيق مقياس Troumaq مع الحالة الثانية
- 4.1 نتائج تطبيق مقياس Tas-20 مع الحالة الثانية

2. تحليل مضمون المقابلات مع الحالة الثانية

3. الملخص العام للدراسة للحالة الثانية

ثالثاً: عرض وتحليل الحالة الثالثة

1. تقديم الحالة الثالثة

- 1.1 التاريخ النفس- اجتماعي للحالة الثالثة
- 2.1 ملخص المقابلات النصف الموجهة مع الحالة الثالثة
- 3.1 نتائج تطبيق مقياس Troumaq مع الحالة الثالثة

4.1 نتائج تطبيق مقياس Tas-20 مع الحالة الثالثة

2. تحليل مضمون المقابلات مع الحالة الثالثة

3. الملخص العام للدراسة للحالة الثالثة

رابعاً: عرض وتحليل الحالة الرابعة

1. تقديم الحالة الرابعة

1.1 التاريخ النفس- اجتماعي للحالة الرابعة

2.1 ملخص المقابلات النصف الموجهة مع الحالة الرابعة

3.1 نتائج تطبيق مقياس Troumaq مع الحالة الرابعة

4.1 نتائج تطبيق مقياس Tas-20 مع الحالة الرابعة

2. تحليل مضمون المقابلات مع الحالة الرابعة

3. الملخص العام للدراسة للحالة الرابعة

خلاصة تحليلية لحالات الدراسة

خامساً: مناقشة النتائج

1. على ضوء الفرضيات

2. على ضوء الجانب النظري

3. على ضوء الدراسات السابقة

4. الإضافة التي تقدمها النتائج

5. استغلال نتائج البحث

6. آفاق البحث

خلاصة الفصل

تمهيد:

يشكل هذا الفصل لب العمل الميداني، حيث نغوص في أعماق التجربة النفسية لمرضى الجلد، بحثا عن الأثر الكامن للصدمة النفسية وانعكاساتها السيكوسوماتية، ومن خلال المقابلات النصف الموجهة التي تم تحليل مضامينها بعناية وفق منهجية تحليل المضمون نسعى إلى فك شفرات المعاناة النفسية التي غالبا ما تسكتها الكلمات ويترجمها الجسد كما يوظف مقياس Traumad لتقدير شدة الأثر الصدمي، ومقياس Tas-20 للكشف عن مستويات الأليكسيثيميا، بوصفها آلية دفاعية محتملة أمام الانفعال النفسي، وبالربط المنهجي بين هذه المعطيات، نسعى إلى تفكيك العلاقة المعقدة بين الجرح النفسي والجلد كمساحة للتعبير الصامت، في محاولة للإجابة على السؤال الجوهرى: كيف ينقلب الألم النفسي إلى أثر جسد ملموس؟.

إن هذا التحليل لا يطمح فقط إلى الوصف، بل إلى النفاذ إلى جوهر المعاناة، واستكشاف المسارات النفسية التي تؤدي من الصدمة إلى المرض، وستحلل هذه المعطيات تحليلا نوعيا وكميا في ضوء أهداف البحث مع ربطها بما توصلت إليه الدراسات السابقة.

أولاً: عرض وتحليل الحالة الأولى

1. تقديم الحالة الأولى:

الحالة (س.م) هي أنثى في العقد الثالث من عمرها، تبلغ من العمر 29 سنة عزباء تقيم رفقة والدتها في منزل عائلي بمدينة سكيكدة، في ظل الغياب الأب الذي انفصل عن الأسرة منذ كانت في السابعة من عمرها، نشأت في كنف عائلة نووية غير مستقرة، موسومة بالتفكك العاطفي والصراعات المتكررة التي طبعت سنوات طفولتها الأولى، وخلفت فيها ندوبا نفسية غائرة لا تزال أثارها حاضرة حتى اليوم.

تعيش الحالة في ظروف اجتماعية متوسطة، غير أن المناخ العائلي يتسم بالتوتر والانفعالات المتصاعدة لاسيما في علاقتها مع والدتها التي تغطي عليها القسوى والانتقادات المتواصلة مما ساهم في تغذية شعورها بالعجز والرفض وعدم الأمان، أما علاقتها بوالدتها فهي شبه منعدمة، يطبعها الغياب الجسدي والوجداني، الأمر الذي عمق شعورها بالهجر وفقدان السند.

تم تحويلها إلى المتابعة النفسية بعد أن بدأت تعاني من أعراض جلدية مزمنة، تم تشخيصها طبيا على أنها "إكزيما"، تتفاقم حدها مع كل موقف ضاغط أو توتر نفسي مما استدعى التدخل العلاج متعدد التخصصات، الحالة تظهر مجموعة من المؤشرات النفسية المقلقة، من ضمنها الأرق، القلق، الانسحاب الاجتماعي ونوبات متكررة من الانهيار العاطفي، وهو ما يثير تساؤلات عميقة حول الخفيات النفسية لهذه الأعراض الجسدية الظاهرة.

1.1 التاريخ النفسي الاجتماعي للحالة الأولى:

تختزن الحالة (س.م) الابنة الرابعة ضمن ستة إخوة، طفولة مغمورة بالخسارات المبكرة والخيبات العاطفية المتكررة، ولدت في وسط عائلة لم تمنحها خصوصية عاطفية فكونها ليست الكبرى لتحظى بالمسؤولية، ولا الصغرى لتتال الدلال جعلها تعيش على هامش الاهتمام الأسري ما رسخ لديها إحساسا باللامرئية وكأن وجودها لا يحدث فرقا.

لم تكمل الثلاثة أشهر من عمرها حتى حرمت من الرضاعة الطبيعية بسبب مرض الأم فتعرضت لأول فقد عاطفي في حياتها، انقطع فيه الحبل النفسي قبل أوانه، ليسجل أول أثر صامت على جلدها بظهور طفح مبكر، لم يقرأ حينها بوصفه صرخة انفصال، بل مجرد عرض جلدي عابر.

وفي سنة 2009، حيث بلغت السابعة من عمرها جاء الانفصال الرسمي بين والديها ليعمق هذا الشرخ الداخلي وسط مشاهد مشحونة بالصراخ والعنف اللفظي، غادر الأب المنزل دون وداع وترك خلفه فراغا عاطفيا موحشا، تجذر في أعماقها كشعور دائم بالنبذ والهجر، أما الأم قد تحولت إلى سلطة ضاغطة تائهة

بين واجباتها ومسئولياتها، فلم تمنح (س.م) سوى نظرات قاسية وأوامر صارمة، وغياب مطلق لتفاهم أو الاحتواء.

علاقتها بوالدتها تتسم بالفتور والتوتر، يغلب عليها التسلط والانفعال بدل الحنان والتقبل، ما جعلها تشعر أنها مصدر عبء لا كيان له قيمة، أما الأب فغاب حضوره الجسدي والنفسي تماما، حتى تحول إلى طيف من الخذلان المتكرر، لا تذكر منه سوى صراخ وأبواب تصفق في وجهها.

وبين أخواتها لم تجد مكانا آمنا تلجأ إليه، الذكور يتعاملون معها بنظرة دونية يفرضون سلطتهم بلا اعتبار والإناث، إن وجدن، يقابلنها ببرود أو تنافس غير معن حيث أصبحت في البيت جسدا حاضرا وروحا منسية، لا أحد يسألها عن حالها، ولا أحد ينصت لما تشعر به، جعلها تتغلق على ذاتها أكثر وتشكك في من حولها.

أما في محيطها الخارجي فقد حملت معها قلق الانفصال كظل يسبقها في كل علاقة في المدرسة، كانت تعرف بالهادئة المنعزلة، التي تراقب الآخرين أكثر مما تتفاعل معهم صداقاتها سطحية، قصيرة الأمد، تنقطع دون سبب واضح سوى خوفها الدفين من التعلق ثم الهجر، تخشى العلاقات المتينة لأنها تهددها بخيبة جديدة، وتتحاشى التفاعلات الاجتماعية خوفا من نظرات الشفقة أو الرفض.

كانت تتواجد جسديا في الأماكن، لكنها غائبة نفسيا لا تنتمي حقا لأي مجموعة، ولا يلاحظ غيابها إن تغيبت، هذا الانسحاب التدريجي من الفضاءات الاجتماعية جعل منها هدفا سهلا لمشاعر الوحدة والعجز، ما غذى أزمتها النفسية الصامتة، والتي لم تجد لها متنفسا إلا عبر الجسد.

ومع تراكم هذا الألم الداخلي المكبوت، بدأ الجسد يصرح عما لم يقل، كان أول ظهور للإكزيما في مرحلة مبكرة من طفولتها، تحديدا بعد أشهر قليلة من نظامها القسري حين بدأت تلاحظ بقعا حمراء خشنة في مناطق متفرقة من جدها، خاصة في مفاصل المرفقين وخلف الركبتين، لم تكن الأسرة تدرك آنذاك أن تلك الأعراض لم تكن مجرد حالة جلدية سطحية، بل كانت في جوهرها استجابة جسدية لفقد عاطفي مبكر لم يفهم ولم يحتوى.

ومع كل تجربة فقد لاحقة، ومع كل تراجع في الاستقرار العاطفي، كانت تلك البقع تعود أشد التهابا وأكثر انتشارا، في سنوات المدرسة الأولى، ومع تصاعد الشعور بالعزلة والتهميش داخل الأسرة، تكررت نوبات الحكمة، حتى صارت تقضي ليالي كاملة في حك جدها حد النزيف، في محاولة لاواعية منها للتفيس عن توتر داخلي لا يحتمل.

ومع الوقت، تفاقمت حالتها الجلدية تدريجياً، إلى أن تم تشخيصها في سن المراهقة بالإكزيما حيث أصبح الجلد ساحة للصراع النفسي.

2.1 ملخص المقابلات وهدفها (الحالة الأولى):

- المقابلة الأولى:

• التاريخ: 23 فيفري 2025.

• المدة: 45 دقيقة.

• المكان: قاعة مخصصة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة-

دخلت الحالة (س.م) غرفة المقابلة بخطى مترددة، نظراتها قلقة، وكتفها منحنيان إلى الأمام كأنها تحمل وزناً نفسياً أثقل من عمرها، اتسمت اللحظات الأولى بجدار من الصمت والحذر، لم تبدي خلالها سوى تواصل بصري محدود، وجمل مقتضبة، إلا أن استخدام تقنيات التلطيف اللفظي، وتقليل سلطة الموقف، والسماح بالتعبير العفوي، ساعد تدريجياً على بناء مناخ من الأمان الوجداني.

السياق الأسري كان أول باب انفتح عند محاولة استكشاف بنيتها النفسية، ذكرت أن والدها غادر البيت نهائياً سنة 2009، دون مقدمات أو وداع، حين كان لا تزال في السابعة من عمرها علقته كل ذلك بلغة ممزوجة بالغضب والخذلان: "بابا مشى وخلانا... ما قال لا كلمة ولا حتى حاجة، كيما اللي نسي بلي عندو دراري"، "حسيت قلبي تفرق... من يومها، ما بقيتش نحس بالأمان".

هذا الانفصال لم يكن مجرد حدث عائلي، بل شكل الصدمة التأسيسية في مسارها النفسي حيث تم اختزال صورة الأب في تمثّل دائم للغدر العاطفي والنبد الوجودي، وعندما تم التطرق لذكرياتهما معه قبل الانفصال، عبرت عن قسوة وصرامة زرعت فيها خوفاً دائماً من السلطة الذكورية:

"كان يعيط بزاف، كي يجي للدار الكل يسكت، ما كانش يضحك معنا... يضربنا بلا سبة، وأنا كنت نخاف نغلط... ما يحبنيش... كنت نحس روجي عبء عليه، كي نغلط غير شوية، يضربني ولا يحبسلي المصروف".

كما صرحت بأن أباها الأكبر كان يتلقى نفس المعاملة، مما زاد من شعورها الجماعي بالظلم: "حتى خويا الكبير كان يقول: "بابا قاسي بزاف... كي نحكي معاه، نحس بلي كنا كلنا معذبين مش غير أنا".

الأم، بعد الانفصال، تحولت إلى نموذج وظيفي أكثر من كونها مصدراً للحنان، وصفت بأنها منهكة، صارمة، ومنتشغلة بالمسؤوليات حيث قالت: "ماما دائماً تعبانة... ما عندهاش وقت تسمعلي، غير توبخ

وتتقد... نحس روحي دائماً غطانة... ما نقدرش نحكي لها وش نحس، تقولي: "بركاي بلا متهلي روحك، الدنيا ما وقفنش عليك".

هذا النمط من التربية زاد من اغترابها الداخلي، ورسخ فيها شعوراً باللامرئية، حتى داخل بيت العائلة. على مستوى العلاقات الاجتماعية، برزت سمات الانسحاب والعزلة، حيث لا تملك علاقات صداقة حقيقية، وتخشى الارتباط خشية الخذلان. قالت: "ما نحيش نكون قريبة من الناس... كي نتعلق نخاف يروحولي، كيما بابا... نحكي مع روحي أكثر من الناس... نرتاح وحدي، بصح مرات نختنق من كثر التفكير".

الجانب الاقتصادي تم وصفه بعبارات تحمل التناقض بين الاكتفاء المادي والحرمان النفسي إذ قالت: "عايشين عادي، نأكلو ونشربو، بصح ماكانش دفي في الدار... عايشين بصح ماناش حيين". تشير هذه العبارة إلى حالة من الاغتراب الوجودي، حيث لا يقاس الاستقرار بالاحتياجات البيولوجية فقط بل بمناخ الأمان العاطفي، والذي كان غائباً تماماً.

فيما يخص العرض الجسدي، أشارت إلى أن أول نقشي للإكزيما حدث وهي في العاشرة من عمرها بعد تعرضها للتمتر من إحدى قريباتها، وأكدت أن الأعراض تتجدد في كل مرة تتعرض فيها لضغط أو توتر: "بدأت في يدي... حكة، احمرار، ومع الوقت ولا تطلع كما النار خصوصاً كي نغضب أو نبكي بزاف... نخبي يدي كي نخرج... نلبس منطو طويل حتى كي يكون الصيف، نخبيهم في جيبي، نخاف الناس يشوفوهم... نحس روحي مشوهة... ناقصة".

وفي نهاية المقابلة، ظهرت مؤشرات واضحة على تدني تقدير الذات، لقلق الانفصال، وشعور دفين بالذنب والنذب، إلى جانب ميول انسحابية وانكفاء عاطفي. رغم تحفظها الأولى بدأت تظهر ملامح ثقة مع نهاية الجلسة، مما شجع على تحديد موعد لاحق مواصلة العمل العيادي، مع الحرص على بناء علاقة قوامها التفهم والاحتواء.

- المقابلة الثانية:

• التاريخ: 24 فيفري 2025.

• المدة: 45 دقيقة.

• المكان: قاعة مخصصة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين - قشرة.

تميزت هذه الجلسة بانفتاح أكبر من الحالة (س.م) التي بدأت تعبر عن موضوعات أكثر عمقا، مع بروز فعالة ظاهرة، تمثلت في اهتزاز نبرة الصوت، توتر اليدين، وظهور الدموع خلال الحديث، مما ساعد في

توضيح حجم المعاناة الداخلية، في بداية المقابلة أعادت الحديث عن لحظة مغادرة الأب، لكن هذه المرة لم تكنني بسرد الوقائع بشكل تقليدي، بل أضافت شحنة وجدانية قوية، حيث قالت: "مفهمش علاش راح... كان نهار عادي، كي روح مرجعش حسيت الدنيا طاحت فوق راسي"، يرافق هذا التصريح تنهدات متكررة، وتجنب النظر المباشر مما يعكس الانفعال الداخلي والصدمة التي ما زالت عميقة، لم يكن التعبير اللفظي هو الحامل لهذا الانفعال، بل كان التعبير الجسدي في اليدين المتوترة وتجنب التواصل البصري يعكس القلق والتوتر النفسي الذي لم يتم معالجته.

ثم تطرقت الحالة إلى علاقة غامضة ومعقدة مع والدتها، حيث ظهرت ملامح الفطام المبكر جسده قولها: "ماما ما كانتش دفيني... غير توبخ وتنقد كي نبكي متخلينبش" وكان واضحا أن الكلمات كانت تحمل حمولة عاطفية ثقيلة، في حين كانت يديها متشابكة بإحكام على ساقيها طوال الحديث، مما يظهر تحفظها النفسي وعدم قدرتها على الانفتاح الكامل، هذه الإيماءات الجسدية تعكس فقدان الأمان العاطفي وهو ما أسهم في تعزيز العلاقة المضطربة مع الذات والشعور بالذنب المستمر.

بينما كانت تعبر عن مشاعر الحزن والخيبة، كانت الدموع تتساقط بهدوء على وجنتها لكنها سرعان ما مسحتها، وكأنها تحاول إخفاء ضعفها، تلك اللحظات غير اللفظية كان لها دور محوري في التعبير عن الـ alexithymia، حيث قالت: "مرات نبكي ومنعرفش علاه... قلبي يتخفق بصح الكلام ما يخرجش". فالتعبير الجسدي عن الألم دون القدرة على التعبير اللفظي يضعنا أمام عجز داخلي في التواصل مع الذات، حيث أن المشاعر تتجمع وتضغط على القلب والجسد دون أن تجد مخرجا صحيحا.

كما ظهرت بوضوح أعراض أليكسيثيميا في حديثها عن مشاعر الغضب والمزح، حيث قالت: "نغضب؟ نبكي؟ مرات نكتم كلش... ونقول ما شي مهم" وتظهر تعبيراتها الجسدية مثل التنفس المتسارع وتجنب الحديث عن المشاعر بشكل صريح، تعبيرا عن صعوبة التمييز بين المشاعر، وهي سمة من سمات الأليكسيثيميا التي تؤثر في قدرتها على ربط التجربة العاطفية بالكلمات.

في اللحظات الأخيرة من المقابلة، تكررت مظاهر القلق الوجودي بشكل شديد الوضوح، حيث قالت: "نحس روحي دائما خايفة كأني كل يوم ننتظر كارثة جديدة" كان هذا التصريح مصحوبا بتشنج في عضلات وجهها إذ بدا على ملامحها القلق المستمر والتوتر المزمن الناتج عن الخوف من فقدان آخر، وهو ما يترجم إلى قلق انفصالي مستمر، الذي نشأ نتيجة لتجربة الطلاق المبكر، وأثره على بناء الثقة الداخلية.

هذه الملاحظات غير اللفظية، مثل التوتر العضلي، التملل، وتجنب التواصل البصري كانت جميعها مؤشرات إكلينيكية تظهر العلاقة الوطيدة بين التجربة النفسية والأعراض الجسدية في الحالة، مما يعزز الفهم العميق لتشكيل الإكزيما كاضطراب سيكوسوماتي، الناتج عن الصدمة النفسية المبكرة وتداعياتها المستمرة.

- المقابلة الثالثة:

• التاريخ: 26 فيفري 2025

• المدة: 45 دقيقة

• المكان: قاعة مخصصة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة

اتسمت هذه الجلسة بشحنة وجدانية عالية، حيث أظهرت الحالة منذ اللحظات الأولى تذبذباً انفعالياً عبر جسدها، متمثلاً في شد على الأكمام، لمس متكرر للوجه، تجنب النظر المباشر، وبسؤالها على علاقاتها العاطفية الحالية علقت بنبرة مضطربة:

"نحب نحب، بصح نخاف... كيما نحبوهم، كيما يروحوا ويخلونا".

ثم أضافت لاحقاً:

"مانيش نعرف نطلب، منحيش نحس روحي ثقيلة، ديما نحط روحي في بلاصة الناس ونقول بلي ما لازم نزعجهم" هذا التصريح يبرز بوضوح حالة التراجع العاطفي والخوف من الرفض المرتبط بقلق انفصال عميق الجذور.

كما تطرقت الحديث إلى علاقتها بالأب، بدت ملامحها أكثر تصلباً، قبل أن تقول بنبرة أقرب للبكاء: "بابا

كي راح ما حبش يشوف فيا، حسيت بلي ما نستاهلوش... وليت نخاف من كل راجل نقريلو"

ثم قالت بمرارة:

"نكره نحكي علي، بصح كي نشوف راجل يغضب، قلبي يرجف، يجي في بالي بابا كيف كان يصرخ" كما استحضرت حدث الطلاق بلغة مؤثرة:

"كنت صغيرة، بصح ما ننساش نهار خرج بابا من الدار"

"كان في الليل، وماما تبكي وأنا كنت نحاول نرضيها، حسيت بالذنب، كأني سببت الفراق"

وفي حديثها عن علاقتها بالأم، صرحت "ماما كانت ديما مشغولة، بخويا بصح كي كبرت ولات تقولي

لازم تصبري، ما توليش حساسة...حسيت بلي مشاعري ما عندهاش قيمة" هذا الشعور بالإلغاء العاطفي إلى

جانب التهميش من طرف الأب، خلق لدى الحالة تطوراً داخلياً بأنها "غير مرئية"، مما ولد انسحاباً وجدانياً

وتجزئياً داخلياً يظهر اليوم في عدم الثقة بالنفس وصعوبة بناء علاقات آمنة.

عند الحديث عن الأعراض الجسدية، تحدثت عن الإكزيما بقولها: "تبدأ كي نغضب أو نطيح في مشكلة... نحس جلدي يغلي، نحك بلا ما نحس، ومن بعد نبكي" وأضافت: "الإكزيما تخرج لي كي نعيش حاجة تقلقني وما نقدرش نحكيها، كي تكون حاجة مخنوقة في قلبي".

ثم تابعت بتعبير مؤثر:

"كأنو جسمي يقولي باللي راهو تعبان، بلا ما نتكلم" وعن أول مرة ظهرت فيها الأعراض ربطت ذلك بقطامها وولادة أخيها: "كانت ماما تعبانة، ولات تهتم به أكثر، وأنا كنت غير نبكي، ما فهمتش بصح حسيت باللي منعودش مهمة"

ثم قالت بتنهيدة طويلة:

"من وقتها بدأت الحكمة... ما كنتش نغرق، بصح كنت نحس كي نمرض، ماما تولي تهتم بيا" أما في لحظات الصمت، والتي كانت كثيرة كانت أحيانا تقول بعد تردد:

"من وقتها بدأت الحكمة... ما كنتش نعرف، بصح كنت نحس بلي عندي بزاف حاجات في قلبي، ببصح ما نلقاش الكلام".

هذه العبارات تعكس بوضوح اضطراب أليكسيثيميا، حيث توجد مشاعر مكبوتة دون أن تتمكن الحالة من ترميزها لفظيا، ما يجعل الجسد يلعب دور المعبر في محور تمثيلات الذات والعالم، صرحت بقولها: "أنا نحس روحي ضعيفة، ما نعرفش نواجه، كي تصرا حاجة، نحاول نتهرب أو نمرض". ثم أضافت:

"خاف نواجه الناس، خاف ما يعجبهمش رأيي، ديما نقول بلي أنا السبب".

وفي نهاية الجلسة، حين سئلت عن أمنياتها قالت بصوت خافت: "نحب نرتاح... نحب نلقى واحد يسمعني بلا ما يحكم عليا، بلا ما يخليني".

وهذا التصريح الأخير يختزل معاناة داخلية عميقة تبحث عن التثبيت العاطفي بعد سلسلة من الهزات النفسية والانفصالات.

– المقابلة الرابعة:

- تاريخ: 27 فيفري 2025.
- المدة: 45 دقيقة.
- المكان: قاعة مخصصة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية – عين قشرة –

منذ بداية الجلسة، ظهرت المفحوصة بحالة من القلق الحاد كانت تحرك يديها باستمرار وتمسح ذراعيها بطريقة لا إرادية، مع نبرة صوت مضطربة، استهلت كلامها بقولها: "راني تعبانة كي العادة... البارح مرقدتش، نحس راسي ثقيل، جلدي زاد حكني كي قعدت نفكر في النهار اللي راح فيه بابا" وعند التعمق في الحديث حول معاشتها اليومية، عبرت عن شعور متكرر بالاختناق والقلق قائلة: "خاف بزاف من الموت، خاف نفقد الناس، كي نسمع خبر وفاة نتهاز، جسمي يبدأ يحك، وزيد نغلق على روحي".

عند الانتقال إلى محور الأحلام، عبرت عن دهشة طلب الحديث عنها لكنها ما لبثت أن دخلت في سرد متواصل، معا عكس قوة أثارها عليها بدأت بقولها: "نحلم نكون في بلاصة نحن نكون في بلاصة ضيقة ونغرق في البحر، نحاول نطلع من فوق وما نقدرش، نحس قلبي راح يتفجر" عند تعميق الحديث، بدأت المفحوصة تسرد أحلاما متكررة قالت: "نحلم أنا صغيرة، نفس الضوء طافي، نسمع غير الصياح ماما وبابا يعيط...، ونحس روحي راجع لذاك النهار نفسو". هذا نموذج للحلم العملياتي إعادة معايشة حدث صادم واقعي في الحلم، دون تغيير، دون رمزية، فقط عرض مباشرة للمعاناة.

كما أضافت كذلك: "نحلم دائما لي كنت نبكي وهي تسد لي فمي بالحليب بصبعها، ولا اتدور وجهها عليا... نفيق قلبي يوجعني ونحلم وسي بابا يخرج ويضرب الباب، وانا نعيطلو ماتروحش أبابا وتخليني... نفس المشهد نشوفو كل مرة... وتاني نحلم خاصة كي نكون تعبانة بزاف، نحلم روحي في السيطار" كما أضافت كذلك: "نحلم نبكي وما يسمعي حتى واحد في الدار... نمشي من بيت لبيت وكل باب يسكروه في وجهي، فأحلام الحالة (س.م) تعكس عجزا في تحويل الصدمة النفسية إلى تمثيل رمزي داخلي، فبدل أن نعالج التجربة الصدمية من خلال محتوى حلمي متحول يعاد الحدث كما هو، بصورة حسية متكررة خالية من الرمزية وتكشف هذه الأحلام عن قصور في الوظائف النفسية العليا (كالترميز والتكثيف والإزاحة) مما يمهّد لانتقال المعاناة من المستوى النفسي إلى الجسدي وهو ما يفسر ارتباط هذه الأحلام باستمرار أو تقاوم الأعراض السيكوسوماتية مثل الإكزيما في حالة المفحوصة.

كما أظهرت (س.م) سلوكيات اجتنابية واضحة حيث صرحت: " ما نحيش نهدر على الماضي، ما نحب حتى واحد يفتحلي هناك الباب... كي نسمع حاجة تشبه وش صرالي نولي نرعش... نحاول ننسى ومنحيش نسمع أغاني كانوا يسمعوهم في دارنا" يشير هذا القول إلى محاولة الهروب اللاوعي من كل ما يرتبط بتجربة الصدمة، خوفا من إعادة الإحساس بالألم.

عبرت المفحوصة عن حالة تأهب دائم، حيث قالت: "خاف بزاف، حتى كي نكون فالدار نحس روحي مراقبة، أي صوت خفيف يرعيني... نبقي دائما مشدودة". كما عبرت عن نظرة سلبية لذاتها بقولها: " أنا

منيش كيما الناس، ضعيفة، كرهت روجي، كي نشوف وجهي في المرايا نحس باللي فيه كلش مكسر " هذا التصريح يعكس تدني احترام الذات الناتج عن تجربة صادمة ولدت شعورا دائما بالذنب والعار .

كما أكدت (س.م) معاناتها المستمرة من الأرق والكوابيس: نرقد ونوض عشرة مرات فالليلة، نحس كاين خطر راح يجيني، حتى في الحلم نحس روجي محبوسة".

كما صرحت المفحوصة أكثر من مرة ب: "ما نعرفش نعير، نغلي من داخل ومنلقاش واش نقول... نحس قلبي كيا الحجر". هذا العجز عن وصف الانفعالات يشكل عائقا كبيرا في عملية التفريغ النفسي ويسهم في تثبيت المعاناة داخل الجسد.

كما قالت: "حسيت باللي الدنيا كبيرة وأنا صغيرة بزاف، ما كان حتى واحد يحميني" يشير هذا الشعور إلى انهيار الإحساس بالسيطرة والثقة في العالم وهو عرض رئيسي بعد الصدمة.

- المقابلة الخامسة:

• تاريخ: 29 فيفري 2025.

• المدة: 1 ساعة.

• المكان: قاعة الاستقبال النفسي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة

تميزت المقابلة الرابعة بطبيعتها التحليلي العميق، حين شكلت لحظة تطبيق بالأداتين Traumaq و Tas-20 مناسبة للولوج إلى البنية النفسية العميقة للحالة (س.م) بعيدا عن الطابع الروتيني للاختبارات النفسية، لقد تم استثمار كل تردد، كل صمت، وكل تفاعل جسدي أو لفظي، كمؤشر تشخيصي يوظف في فهم آليات الدفاع، ونمط التعبير العاطفي والعلاقة بين الصدمة والتمظهر الجسدي.

منذ لحظة تقديم الأدوات، أبدت الحالة انفتاحا واضحا ومفاجئا، قائلة: " نقول لك بصراحة، نحس بلي كي نجابو على هذي الأسئلة، راني نحفر في روجي... كاين حوايج عمرهم ماخرجوا".

وتواصل هذا الانفتاح حينما علقت بصوت منخفض قراءة أحد البنود: " هادي بالذات كأنها اكتب واش صرالي كي كنت صغيرة".

أثناء تابعات اختبار Traumaq، بدت الحالة وتوتر ملحوظ، تمثل في حركة الأرجل المستمرة، تنفس متقطع، وارتباك في حمل القلم، ولدى توقفها مطولا عند بند مرتبط بالفقد، تمتت: "صراحة؟ فقدت روجي قبل ما نفقد الناس... منهار شفت بابا يروح وما رجعش، وأنا نحس الدنيا مقلوبة".

كما أفادت، أثناء اختبار Tas-20، الصعوبة في تسمية مشاعرها قائلة: "ما نعرفش واش نحس بالضبط... مرات نغضب... مرات نعيط... مرات نسكت، بضح من داخل نحس روجي نغرق". ثم أضافت

بشيء من السخرية المغلفة بالألم: "واش نقولك، أنا والمشاعر ما نتفهموش... دايمًا نحس الجسمي يعبر على واش نحس".

وقد لوحظ تكرار الحالة لعبارة: "مانحيش نحكي على الماضي، لكن المفارقة أنها كانت تعود إليه مرارًا عبر أقوال متقطعة ومشحونة عاطفياً مثل: كنت صغيرة، ومنفهمش علاه دداروفيا هكاك... حسيت روجي منسواش، كأني غلطة لازم تتصلح".

أثناء المقابلة، سجلت لحظات صمت طويلة، كانت تتابعها تنهيدات عميقة لتقول بعدها: "الإكزيما؟ هاذي كأنها طابع مطبوع فيا... كل ما نحاول ننسى، تولي تعاود تطلع".

وقد بدا على الحالة انسحاب لحظي خلال بعض الإجابات، حيث رفعت رأسها نحو السقف بعينين دمعيتين ثم قالت: "كاين وجع ما يتداوش بالكلام، بصح كي حكيتك حسيت شوية برك باللي راني خفتت." وفي نهاية الجلسة ورغم الانفعال العاطفي الظاهر، عبرت عن ارتياحها: "على الأقل هنا نحس روجي مفهومة... ماش دايمًا لازم نكون لاباس".

ثم اختتمت بكلمات حملت وعياً داخلياً متتامياً: "ما كنتش نتصور بلي هاد الأسئلة تخليني نكتشف روجي... يمكن كان لازم من زمان ندير هاد الشي".

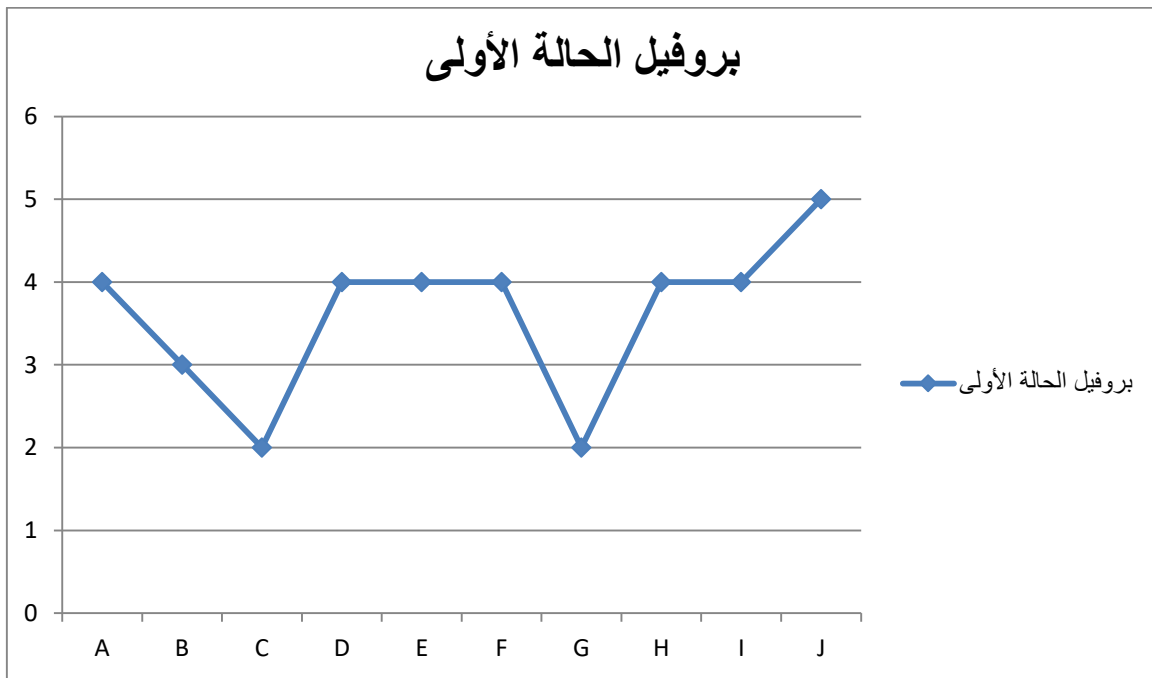
- تقديم نتائج (س.م) على مقياس تروماك:

الجدول رقم (11): يوضح تحويل النقاط الخام إلى نقاط معيارية لحالة (س. م) لمقياس

تروماك

5	4	3	2	1	الدرجة المعيارية
					السلام
24	23 -19	18 -13	12 -7	1 -0	21 = A
+ 10 أو	9 -8	7 -5	4 -1	0	6 = B
+ 14 أو	13 -10	9 -4	3 -1	0	5 = C
+ 14 أو	14 -10	9 -5	4 -1	0	13 = D
+ 15 أو	14 -10	9 -5	4 -2	1 -0	10 = E
+ 10 أو	9 -7	6 -4	3 -1	0	8 = F
+ 8 أو	7 -6	5 -3	2 -1	0	2 = G
+ 18 أو	17 -12	11 -4	3 -1	0	16 = H
+ 17 أو	16 -10	9 -6	5 -2	1 -0	14 = I
+ 8 أو	7 -6	5 -2	1	0	9 = J
115 +	114 -90	89 -55	54 -24	23 -0	المجموع = 104

منحنى بياني رقم (01): يوضح الملح الصدمي النفسي لحالة (س. م)



3.1 تحليل نتائج (س.م) على المقياس Traumaq :

تم تطبيق مقياس Traumaq على الحالة (س.م) في مرحلة متأخرة نسبياً من الحدث الصدمي، أي بعد مرور فترة زمنية معتبرة، الأمر الذي يسمح بتقييم الأثر العميق والمستمر للصدمة، وقد كشفت النتائج على درجة خام مرتفعة بلغت 104 وهي تصنف وفق سلم التقدير العيادي في الفئة المعيارية 4 ما يدل بوضوح على تموضع صدمي حاد ومستقر، وقد جاءت نتائج الأبعاد المختلفة للمقياس على النحو التالي:

فيما يخص حالة المفحوصة أثناء وقوع الحادث، فقد حصلت (س.م) على نقطة خام تقدر بـ 21 وهي مرتفعة تقابلها الدرجة المعيارية 4، هذا يشير إلى أن الحدث الصدمي قد شكل لحظة اختراق نفسية قوية تميزت بالإحساس بالعجز والذعر وانعدام السيطرة هذا ما أكدته البند (1-3-8) ما يجعلنا نستنتج أن المفحوصة كانت تعيش الحدث بعين الذات، دون أي حماية نفسية مما زاد من حدة الأثر الصدمي ويعكس ذلك مستوى عالي من الانهيار العاطفي والانفعالي الذي حال دون توظيف آليات التكيف الأولية.

أما على مستوى تناذر التكرار (B) فقد حصلت المفحوصة على 6 نقاط خام، تقابلها الدرجة المعيارية (3) ما يدل على وجود إعادة معايشة متوسطة للحدث الصدمي سواء من خلال الصورة الذهنية أو استرجاع المشاعر المصاحبة للصدمة وهذا ما يؤكد البند (1-2).

وبخصوص اضطراب النوم (C) فقد سجلت (س.م) 5 نقاط خام تقابلها الدرجة المعيارية (3) وهي درجة تشير إلى وجود اضطرابات متوسطة في نمط النوم مثل صعوبة الاستغراق أو الاستيقاظ المتكرر وهذا ما أكدته البنود (1, 3, 4, 5) مما يعكس بقاء الجهاز العصبي في حالة تأهب، وعجز المفحوصة عن الانفصال عن الشخصية الصدمية أثناء فترات الراحة، ما يدل على تأثر إيقاع النوم كامتداد لحالة فرط اليقظة.

فيما يخص بتناذر التجنب (D) حصلت الحالة على 13 نقطة خام، وهي مرتفعة تقابلها الدرجة المعيارية 4 يعكس هذا المعطى لجوء المفحوصة إلى آلية دفاعية قوامها اجتناب كل ما يرتبط بالصدمة سواء على مستوى الذكريات الأماكن أو الأشخاص وهذا ما أكدته البنود (3 و 5).

أما في بند المقابلة للإثارة الانفعالية (E) فقد سجلت (س.م) 10 نقاط خام تقابلها كذلك الدرجة المعيارية (4) ما يدل على وجود حالة مستمرة من التوتر، تتجلى في سهولة الاستثارة، فرط اليقظة، والقلق المزمن وهذا ما أكدته البنود (1-2-4) هذا يشير إلى أن الصدمة قد غيرت بشكل واضح من خط الدفاع العصبي للحالة وأصبحت الانفعالات تظهر بشكل فجائي ومضخم دون تنظيم داخلي.

فيما يخص الاضطرابات السيكوسوماتية (F) فقد سجلت الحالة 8 نقاط خام بدرجة معيارية 4، يعكس هذا المؤشر وجود تحول المعاناة النفسية نحو الجسد وتحديدا في شكل تشكل الإكزيما وهذا ما أكدته البنود (3-4) حيث يصبح الجلد وسيلة تعبير غير واعي عن الألم العاطفي الذي تعجز المفحوصة عن ترجمته إلى كلمات مما يظهر تجسيدا فعليا للصراع الداخلي عبر العرض الجسدي.

أما في بند القدرات العقلية (G) فقد حصلت المفحوصة على 2 كنقطة خام، وهي درجة منخفضة تقابلها الدرجة المعيارية (2)، تشير هذه النتيجة إلى أن الأداء المعرفي لم يتأثر بشكل كبير رغم الحالة الصدمية، مما يدل على أن البناء المعرفي بقي محافظا على توازنه النسبي وهذا ما أكدته البنود (1-2-3)، وقد يمثل ذلك آلية تكيف دفاعية داخلية تنتج لها تتيح لها الاستمرار في المهام الدراسية والحياتية.

وفيما يخص الاضطرابات الاكتئابية (H) ، فقد سجلت المفحوصة 16 نقطة خام، بدرجة معيارية 4، ما يدل على وجود مشاعر حزن عميق، انطفاء داخلي وشعور بفقدان المعنى مع صعوبة في إقامة العلاقات العاطفية، وفقدان الطاقة والحيوية مع العزلة ورفض أي اتصالات خارجية وهذا ما أكدته البنود (1, 3, 6, 8, 7, 5, 4) ويمكن اعتبار هذه الدرجة انعكاسا لتحول الشحنة الصدمية إلى حالة اكتئابية حادة، تتميز بتثبيط في الدفاعية والانخراط في الحياة.

أما بالنسبة للمعاش صدمي، فقد سجلت (س.م) 14 نقطة خام، تقابلها كذلك الدرجة المعيارية (4) هذا يعني أن المفحوصة لا تزال تعيش الصدمة كأنها تحدث حاليا، دون أن تتمكن من إدماجها في سردية حياتها فقد تغيرت نظرتها للحياة وللآخرين وأيضا تفكر أنها ليست مثلما كانت سابقا وهذا ما أكدته البنود (3-4-5-6-7) فقد ظل الحدث محتجزا في الحاضر الواعي واللا شعوري، مع ما يرافق ذلك من إحساس دائم بالتهديد.

وفيما يخص نوعية الحياة حصلت (J) حصلت المفحوصة على 9 نقاط خام وهي مرتفعة جدا تقابلها الدرجة المعيارية (5) تعكس هذه الدرجة تدنيا كبيرا في جودة الحياة، نتيجة آثار الصدمة على مختلف أبعاد وجودها، من العلاقات الاجتماعية إلى الوظائف اليومية وهذا ما أكدته البنود (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) ما يؤكد أن الاضطراب الصدمي أصبح يشكل عائقا فعليا أمام تكيفها النفس والاجتماعي.

- خلاصة الحالة (س.م):

تظهر نتائج اختبار Traumaq أن المفحوصة (س.م) قد تعرضت لصدمة نفسية ذات طابع عنيف ومؤثر، وذلك من خلال حصولها على مجموعة نقاط خام تقدر بـ 104 والتي تصنف في جدول التقييم العيادي للنقطة الخام في الفئة المعيارية (4).

الجدول رقم (12) يوضح التقييم العيادي للنقطة الخام لمقياس الصدمة النفسية لحالة (س. م)

الترتيب	1	2	3	4	5
الدرجة المتحصلة	23 - 0	54 - 24	89 - 55	114 - 90	+155
التقييم	غياب الصدمة	صدمة ضعيفة	صدمة متوسطة	صدمة مرتفعة	صدمة مرتفعة جدا

تشير نتائج مقياس Traumaq إلى تمظهر واضح للثلاثية الأعراض الصدمية النفسية لدى الحالة (س.م) يتسجلنا درجات مرتفعة في بنود: تناظر التكرار لدرجة خام 6، معيارية (3) تناذر التجنب لدرجة خام 13 معيارية (4) والاستثارة الانفعالية لدرجة خام 10، معيارية (4) مما يعكس تفاعلا صدميا متماسكا من الناحية العيادية له إنعكاسات على كل من الجانب النفسي والجسدي.

ففيما يخص إعادة المعاشة، تعيش المفحوصة في حالة دائمة من الرجوع القصري إلى الحدث الصدمي عبر ذكريات فجائية ومشاهد ذهنية وحتى أحلام ليلية تنطوي على نفس التهديدات التي تعرضت لها. أما في جانب التجنب، فتظهر المفحوصة استراتيجيات لا شعورية للهروب من كل ما يذكرها بالمصدر الصدمي، سواء عبر الانعزال الاجتماعي أو رفض الحديث عن أحداث الماضي أو حتى نكران الأثر النفسي الظاهر.

فيما يتعلق بالاستثارة والانفعالية، تظهر الحالة فرط يقظة وانفجار داخلي مستمر ما يعكس ارتفاع في النشاط العصبي الذاتي كعلامة على التوتر المزمن.

- إجابات الحالة "س. م" على مقياس Tas-20:

الجدول رقم (13): يوضح إجابات الحالة "س. م" على مقياس Tas-20

رقم البند	الإجابة الأصلية	معكوسة/ أولاً	الإجابة بعد التصحيح
1	5	لا	5
2	4	لا	4
3	5	لا	5
4	2	نعم	4
5	4	نعم	2
6	4	لا	4
7	4	لا	4
8	5	لا	5
9	5	لا	5
10	5	نعم	1
11	4	لا	4
12	5	لا	5
13	4	لا	4
14	3	لا	3
15	5	لا	5
16	5	لا	5
17	5	لا	5
18	4	نعم	2
19	4	نعم	2
20	5	لا	5

- حساب الأبعاد:

1. صعوبة وصف المشاعر:

- بنود: 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14.

- عدد النقاط التي تحصلت عليها الحالة في هذا البعد:

$$5+5+4+4+5+4+3=30$$

2. صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات:

- بنود: 2, 4, 11, 12, 17.

- عدد النقاط التي تحصلت عليها الحالة في هذا البعد:

$$4+4+4+5+5=22$$

3. التفكير الموجه نحو الخارج:

- بنود: 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20.

- عدد النقاط التي تحصلت عليها الحالة في هذا البعد:

$$2+5+1+5+5+2+2+5=27$$

- النتيجة الكلية:

• صعوبة وصف المشاعر: 30.

• صعوبة تحديد المشاعر: 22.

• تفكير موجه للخارج: 27.

- المجموع الكلي: $79=27+22+30$.

3.1 تحليل نتائج (س.م) على المقياس: Tas-20

كشفت نتائج تطبيق مقياس الأليكسيثيميا على (Tas-20) على (س.م) عن درجة مرتفعة من aleyithymie، حيث حصلت على مجموع كلي قدره 79، مع العلم أن الدرجات في هذا المقياس تتراوح بين 20 كحد أدنى و 100 كحد أقصى، وقد سجل أعلى معدل في بعد صعوبة وصف المشاعر 30، يليه بعد صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات بدرجة 22 ثم بعد التفكير المواجه نحو الخارج بدرجة 27.

تعكس هذه النتائج بشكل واضح ضعف قدرة الحالة على التعرف على مشاعرها الداخلية والتعبير عنها لفظياً، إضافة إلى ميلها لتركيز على الوقائع الخارجية بدلا عن الحياة النفسية الذاتية.

2. تحليل موضوعي للمقابلات مع الحالة الأولى:

امتدادا لهذا التحليل الديناميكي المتعدد المرجعيات نعائين كيف يتشابك البعد السيكوسوماتي مع الصدمة النفسية وأثارها طويلة المدى، خاصة في ظل قلق الانفصال الذي يعد من المحاور المحورية في البنية النفسية للحالة (س.م) فمنذ فطامها المبكر في عمر ثلاثة أشهر وغياب الإرضاع الطبيعي، إضافة إلى

طلاق الوالدين وتبدد الرابط الأمومي، ترسخ لديها شعور دائم بالهجر والفراغ العاطفي تقول: "نخاف نقرب لواحد يروح وينفصل عليا، كي نحب نخاف نقول ما يدوم والو" وهو تعبير مباشر عن قلق الانفصال، انعكس على علاقتها ومثل عنصرا مزعزا لاستقرارها النفسي.

وفقا "لجون بولبي"، فإن غياب الارتباط الآمن في المراحل الأولى من الحياة يترك أثرا عميقة على التنظيم الانفعالي والعلائقي ووفقا لنظريته في التعلق والحرمان المبكر، فإن الطفل المحروم من الحضور الجسدي والعاطفي للأمم يعيش حالة من "الحداد غير المكتمل" وهو ما يتبلور لاحقا في شكل قلق دائم، وعدم قدرة على تكوين علاقات آمنة وصعوبة في تحمل الانفصال أو فقدان، هذا ما نراه في خطاب الحالة حيث تقول: "نبكي نحس روجي وحدي، نحس ما كاين حتى واحد يفهمني، نخاف نحكي ونندم" وهو خطاب مليء بالحذر والتردد والخوف من التعرض للخذلان من جديد.

من جهة أخرى، نجد أن نظرية "بيار مارتي" تضيء بعدا إضافيا لتحليل الأعراض السيكوسوماتية، يرى مارتي أن هذه الأعراض تنشأ نتيجة نكوصية جسدية، أي عندما يفشل الجهاز النفسي في تحويل التوتر إلى صور وتمثيلات، فينكص في تحويل التوتر إلى صور وتمثيلات، فينكص إلى المستوى الجسدي كوسيلة للتفريغ.

ويؤكد أن هذا النكوص يرتبط بما يسميه فقر الحياة التمثيلية، وهو ما نلاحظه بوضوح عند الحالة من خلال قولها: "نحك بلم نحس، نحس جلدي يغلي، نحس روجي نخم بزاف ومن بعد نسكت". في دلالة على عجز تمثيلي واضح وانقطاع بين العالم النفسي الداخلي وتجلياته الرمزية.

ويضاف إلى ذلك عنصر الأحلام التكرارية، الذي اعتبره "بيار مارتي" مؤشرا على إعادة إنتاج الصدمة وعدم معالجتها رمزيا، فتكرار نفس الصور والمشاهد في الحلم دليل على بقاء الأثر الصدمي نشطا في اللاشعور، تقول الحالة: "كل مرة نحلم كي كنت صغيرة نبكي وماما ما تسمعنيش، نحوس نهرب وما نلقاش الطريق" وهو حلم تكراري يعكس التثبيت على مشاعر العجز والهجر وعدم الحماية.

أما ديديه أنزيو أضاف مساهمة فريدة من خلال مفهوم الأنا الجلدي (Moi-peau) الذي يرى فيه أن الجلد يشكل حدا نفسيا يمثل الحماية والاحتواء وعندما يكون هذا "الأنا الجلدي" متقوبا أو هاشا كما في حالة (س.م) فإن الحدود النفسية تتفكك ويصبح الجسد معرضا لتجليات الألم النفسي، الحالة تقول: "نحك حتى نوجع روجي، كي نحس ما نقدرش نهذا نحك ونحك حتى نرتاح" وهو تعبير دقيق عن تحول الجلد إلى مساحة للتفريغ، وانهيار وظيفة الحماية الرمزية للجسد.

بينما يرى croq أن الصدمة النفسية لا تختزل في الحدث الصادم فحسب، بل في العجز عن استيعاب هذا الحادث وتفسيره وتمثيله داخل الجهاز النفسي، الصدمة تفرق الحدود النفسية وتخل بتماسك الأنا، ما يؤدي إلى تشوش على مستوى التمثيلات وصعوبة في التمييز بين الداخل والخارج وبين الواقعي والخيالي هذا ما نلاحظه بوضوح في كلام الحالة حين تقول: "تخربط كلش في حياتي وليت ما فاهمة والو في حياتي، في هاذيك اللحظة حسيت روحي منفصلة عن الواقع، وهو تعبير مباشرة عن تفكك التمثيل وفشل الأنا في استيعاب الصدمة".

بينما يركز تحليل الأليكسيثيميا في حالة (س.م) على مفاهيم قدمها الطبيب الأمريكي "بيتر سيفنوس" "peter sifneos" الذي وصف الأليكسيثيميا بأنها صعوبة في التعرف على المشاعر والتعبير عنها لفظيا مع وجود فجوة بين التجربة العاطفية الداخلية والقدرة على تمثيلها رمزياً، تظهر الحالة على هذا بوضوح في قولها: "نحس جلدي يغلي لكن ما نقدرش نعبر على لي في قلبي" هذا العجز في التواصل العاطفي يؤدي إلى تحويل الانفعالات المكبوتة إلى أعراض جسدية، مما يفسر ظهور الإكزيما كتعويض جسدي عن عدم القدرة على التعبير النفسي.

وبالتالي يشكل مفهوم "سيفنوس" حجر زاوية لفهم التداخل بين الاضطرابات النفسية والجسدية في هذه الحالة.

أما بالنسبة لشكل ومحتوى الخطاب في حالة (س.م) يعكسان بوضوح المعاناة النفسية ويظهران أثر الصدمة وقلق الانفصال من حيث الشكل يتميز خطابها بالتقطيع والتكرار واستخدام عبارات مختزلة ما يدل على صعوبة في تنظيم الأفكار والانفعالات كما نلاحظ في قولها: "منيش مرتاحة... كي نحكي نحس روحي نتقلق منحش نكمل وهو ما يظهر نكوصا على مستوى وعجز عن بناء سردية متماسكة للمعاناة أما من حيث المحتوى، فيطغى عليه التوجس، مشاعر الخوف والانقطاع عن الماضي مع رفض الحديث عن الأحداث الصادمة " ما نحب حتى واحد يفتلحي موضوع الماضي نحب ننسى برك" هذا المحتوى يترجم تجنباً صريحاً وإقصاء دفاعياً للصدمة ما يؤكد آليات التجنب وإعادة المعيشة ويكشف عن عمق الجرح العاطفي التي لم تتم معالجته رمزياً، يظهر في الجسد كأعراض سيكوسوماتية.

3. الملخص العام للحالة الأولى:

من خلال المقابلة النصف المواجهة، ومقياس Trauma و Tas-20 وتبين أن الحالة (س.م) تعاني من بنية نفسية صدمية متجذرة، نتجت عن سلسلة من الخبرات المؤلمة منذ الطفولة، أبرزها الطلاق المبكر للوالدين، الفطام المفاجئ وغياب الأمان العاطفي داخل العلاقة مع الأم.

تحصلت الحالة على درجة خام 104 في مقياس Traumaq، تقابلها درجة معيارية تعادل 4 ما يدل على وجود صدمة نفسية مرتفعة اتسمت بأعراض واضحة وهي:

- إعادة المعاشة.
- التجنب.
- فرط اليقظة.

أما في مقياس Tas-20 فقد سجلت الحالة درجة مرتفعة 79 من أصل 100 ما يشير إلى وجود alexithymia ذات دلالة إكلينيكية تتمثل في:

- صعوبة وصف المشاعر.
- ضعف القدرة على التمييز بين الحالات الوجدانية.
- هيمنة التفكير الخارجي.

إن التفاعل بين الصدمة النفسية وقلق الانفصال والأليكسيثيميا أدى إلى ظهور أعراض جسدية مزمنة "الإكزيما" تعبر عن تفريغ لاشعوري لمحتوى انفعالي مكبوت، خاصة في ظل غياب القدرة على التمثيل النفسي للانفعال تظهر الحالة في مجملها دينامية دفاعية متكررة من خلال الكبت، الإنكار والاجتناب، ما يحول الصراع الداخلي إلى عرض سيكوسوماتي.

ثانياً: عرض وتحليل الحالة الثانية

1. تقديم الحالة الثانية:

الحالة (ح. م) امرأة متزوجة تبلغ من العمر 36 سنة أما لأربعة أطفال، تقيم في بيئة عائلية متوسطة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية، أحييت إلى المتابعة النفسية بعد تدهور حالتها النفسية والجسدية بشكل مفاجئ. حيث ظهرت عليها أعراض شديدة تتعلق بالقلق، اضطراب النوم، نوبات الهلع، كوابس متكررة، وسلوكيات وسوسية قهرية إلى جانب ورز أعراض جلدية متمثلة في الإكزيما، والتي تم تشخيصها من قبل أطباء مختصين دون وجود مبرر عضوي واضح.

ترجع الحالة إلى بداية معاناتها إلى حادثة صادمة تمثلت في سقوط أحد أبنائها من شرفة المنزل أمام ناظرها وهو الحدث الذي وصفته بأنه "كسر حياتها النفسية" وحولها إلى شخص آخر، حيث بدأت منذ ذلك اليوم في فقدان السيطرة على نفسها، وتحولت مشاعر القلق والخوف إلى معاشة جسدية واضحة، ورغم نجاة الطفل إلا أن التجربة بقيت راسخة ومستمرة في لا شعور الحالة، تتكرر في شكل صور ذهنية مرعبة وأحلام مزعجة وأعراض جسدية متزايدة.

قامت الحالة بعدة محاولات للعلاج الجسدي عبر زيارات متعددة لأطباء الجلد والأعصاب في ولايات متعددة (جيجل - العاصمة) لكنها لم تتلقى تشخيصا يفسر حالتها، وكان التشخيص الغالب "الخلعة" أو "حالة نفسية" إلى أن تم تحويلها إلى طبيب نفسي أين بدأت العلاج الدوائي والمتابعة النفسية. عند العودة إلى سياقها العلائقي، تصرح الحالة بأنها نشأت في أسرة يطغى عليها الصمت العاطفي، حيث كانت العلاقة بوالديها سطحية، يغلب عليها التوجيه والانضباط دون احتواء وجداني ويذكر ما يجعل إمكانية تكوين مراجع نفسية آمنة لمواجهة شذائد ضعيفة كما أن علاقتها بزوجها متوترة وغير متوازنة، حيث عبرت عن شعور دائم بالوحدة والخذلان خصوصا بعد الحادثة، حيث لم تتلقى الدعم النفسي الكافي، مما زاد من حدة الأعراض.

1.1 التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الثانية:

تتحدّر الحالة (ح. م) من وسط اجتماعي بسيط، نشأت في بيئة عائلية يغلب عليها الطابع المحافظ والانضباط الصارم، حيث كانت العلاقة مع الوالدين كما تصفها باردة عاطفيا ومحدودة من حيث الدعم الوجداني، والدها كان متحكما وقليل التعبير عن مشاعره، فيما كانت والدتها شديدة الانشغال بمسؤوليات المنزل، ما جعل الحالة (ح. م) تنمو في مناخ عاطفي يفتقر للأمان النفسي والاحتواء، مما ساهم لاحقا في صعوبة بناء تمثيلات داخلية مستقرة وآمنة عن الذات والعالم.

تشير الحالة إلى أنها منذ طفولتها كانت حساسة ومفرطة في القلق، خاصة عند الانفصال عن الأم أو التعرض لمواقف مفاجئة، وكانت تميل إلى الصمت والتأمل بدل التعبير العاطفي ما قد يشير إلى بدايات ميول ألكسثيميا (alexithymia) غير مشخصة.

عند انتقالها إلى الحياة الزوجية، لم يتغير السياق الانفعالي كثيرا إذ تزوجت في سن مبكرة نسبيا، في إطار تقليدي، من رجل تصفه "بأنه لا يجيد التواصل العاطفي" وأنه غائب نفسيا خاصة في الأوقات الحرجة. العلاقة الزوجية، رغم استقرارها الظاهر تتسم بالبرود العاطفي، ما جعلها تشعر دوما بأنها وحدها في معترك المسؤوليات والتحديات.

بعد إنجاب الأطفال، بدأت الحالة تركز معظم طاقتها الانفعالية على أبنائها، خصوصا بعد غياب الإشباع العاطفي من المحيط، فكونت معهم علاقات اندماجية مفرطة تقوم على الحماية الزائدة والخوف عليهم، مما شكل عامل هشاشة نفسية لاحقا عند التعرض للصدمة.

تاريخها النفسي السابق لا يتضمن متابعات عند مختصين، لكن تفيد بأنها كانت تعاني أحيانا من نوبات قلق قبل حادثة السقوط، وخصوصا في فترات التوتر الأسري، إلا أن هذه الأعراض لم تكن حينها محور اهتمام أو طلب مساعدة، إلى أن وقع الحدث الصدم الذي شكل منعطفا في حياتها النفسية والجسدية. من الناحية الاجتماعية، تقيم الحالة في بيئة شبه حضرية، لها شبكة اجتماعية محدودة، وفتقر إلى صديقات مقربات أو مساندة نسوية قوية، مما جعلها تنزوي على نفسها وتراكم المعاناة، وتعتمد في المواجهة على المراقبة الذاتية، واللجوء المتأخر إلى العلاج.

2. ملخص المقابلات وهدفها (الحالة الثانية):

• التاريخ: 1 مارس 2025.

• المدة: 45 دقيقة.

• المكان: قاعة الاستقبال النفسي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة.

افتتحت المقابلة الأولى مع السيدة (ح. م)، 36 سنة والتي ظهرت في وضع نفسي هش تتخلله مشاعر قلق وخوف، لكنها رغم ذلك بدأت انفتاحا في الحديث وعبرت عن رغبتها في التعبير، كشفت الحالة عن نشأتها في بيت محافظ، تربت فيه وسط عدد من الإخوة، تصف علاقتها بوالديها بقولها: "أبأ كان جامد، ما يحبش نحكو بزاف، ديما يخاف علينا بصح ما يبينش، كان كي يغضب يعلي صوتو وكي يشوفنا يسكت" أما والدتها فتقول عنها: "يما كانت حنينة بصح مريضة، ديما نديها للطبيب وأنا صغيرة، كنت ديما خائفة نخسرها، نخاف غير تموت قدامي". يتضح هنا أن الطفولة كانت مشبعة بانفعالات القلق والخوف من فقدان، وأن علاقة التعلق اتسمت بانعدام الأمان، كما أن غياب التواصل الانفعالي مع الأب شكل نمطا ممتدا انعكس لاحقا في العلاقة الزوجية.

عن حياتها الزوجية قالت: "زوجي راجل يخدم ويصرف بصح ما يهدرش بزاف، ما يعرفش يعبر كي نحكي معاه يقلي نساي، ما كانش ذيك الراحة اللي نحسها اتجاهو، كي نغلط ولا نتعب كيف كيف ما يدير حتى رد فعل". يفيد هذا التصريح بوجود علاقة تفتقر للدعم الانفعالي ما يترك الحالة عرضة لتراكم التوترات النفسية دون منفذ للتفريغ أو المشاركة الوجدانية.

كما عبرت الحالة عن كونها تعيش شعورا دائما بالمسؤولية المفرطة تجاه أبنائها قائلة: "أنا نخاف عليهم كما نخاف على زوجي، ساعات نخمم بالزائد، نحب ديما نراقبه، نحب نكون معهم في كل لحظة".

هذا الإحساس المبالغ فيه بالمسؤولية جعل الصدمة المرتبطة بأحد أبنائها لاحقا، أشد وقعا وتهديدا.

وصفت حالتها الاجتماعية ب: "ما عنديش صحبة بزاف، غير نخرج للطبيب، نمشي شوية، ما نحكوش في الدار بزاف، حتى مع راجلي، كي نحب نهذر نحكي مع روجي ولا نبكي وحدي". تبين هذه الأقوال درجة من العزلة والانغلاق الاجتماعي، التي من شأنها أن تعزز من تفاقم الأعراض النفسية وتحويلها لاحقا إلى أعراض جسدية، رغم نفيها وجود مشكلات صحية مزمنة أو أمراض جلدية قبل الحادث إلا أن الحالة اعترفت بأنها كانت تعاني في السابق من "قلق، وسواس، نخاف زاف من المرض، وكي يمرض واحد من ولادي ينحس قلبي يوقف". هذا يشير إلى وجود أرضية نفسية قلقة وهشة، تعد مهينة لتحول الانفعالات غير المعالجة إلى تعبيرات جسدية لاحقا، خصوصا في حالة التعرض لحادث صادم.

تعد الحادثة التي تعرض لها أحد أبناء الحالة لحظة فاصلة في مسارها النفس، إذ تحولت من أم تعيش قلقا مزمنًا داخلها إلى امرأة محطمة نفسيا وجسديا، مما يظهر وضوح كيف يمكن للصدمة أن تفعل اضطراب سيكوسوماتية كامنة، تصف الحالة اللحظة الأولى قائلة: "نهار الأربعاء كانوا ولادي يلعبوا في البالكو، وأنا كنت نحكي مع أخت راجلي، فجأة جا ولدي يجري ويقول لي باري طاح من البالكو، حسيت قلبي خرج من بلاصتو... خرجت نجري، لقيتو مغاشي، أزرق وما يتنفسش، شديتو في يدو وهو جامد... بديت نهضر معاه، ما يردش... حسيت الدنيدور بيا... طلعتلي سخانة... ودنيا صوناولي"

في هذه اللحظة برز شعور بالعجز المطلق، وهو من أكثر المشاعر تدميرا عند الأمهات خاصة في حالات الخطر المحدق بالأبناء، ومن خلال كلماتها يمكن تلمس بدء اختلال الإحساس بالزمن والواقع: "ما نعرفش كيفاه قدرت نفخلو في فمو ونضربو على ظهره... بكيت حتى ما بقيت نسمع في روجي".

رغم إنقاذ الطفل لم تغلق دائرة التهديد بالنسبة، بل ظلت تعيش الحدث بشكل مستمر من خلال إعادة المعيشة النفسية والانفعالية وهو ما تظهره بوضوح في قولها: "من هذاك النهار وليت منرقدش كي نغلق عيني نسمع صوت ولدي هو يطيح... وليت نخم كيفاش كان رايح يموت قدامي، كل ليلة نعيشها كأنها نهار الحادث".

بدأت الأعراض النفسية تتسلل بصمت ثم تصعدت بسرعة، ما يؤشر إلى مسار ما بعد صدمة الحاد: "وليت نحس بالضيق في صدري، نتخنق، نخاف نخرج من الدار، نبكي بلا سبب... كي نوض نحضن ولادي ونبوسهم بالسيف، نحس روجي رايحة نخسرهم".

وبمرور الأيام تحول هذا الانفجار النفسي إلى اضطراب جسدي واضح، مع ظهور أعراض سيكوسوماتية مثل إكزيما واضطرابات النوم والضغط: "طلعتلي إكزيما، ما نقدرش نحك، وليت نبكي يدي كي نشوفهم، ما نرقدش غير بالحنق، الطبيب أعطاني دوا تاع النعاس... الضغط يطلعلي ونولي نخم موت"

تصف تدهور حالتها بقولها: "رحت لطبيب، بعدها ثاني، حتى درت سكانير، راديو، رحت للجزائر العاصمة وجيجل، كلهم قالولي ما عندك والو هذي غير خلعة... بصح فيا نار، نحسها في بطني، في صدري، في يديا".

في هذه الشهادات، يظهر بوضوح التحول من صدمة نفسية حادة إلى معاناة جسدية ملموسة، عبر ميكانيزم التحويل الجسدي، الذي يشكل لب الإضطراب السيكوسوماتي، كما يتجلى بروز ملامح الوسواس القهري والانشغال المرضي بالجسد: "وليت كل دقيقة نشوف روحي في لمرايا، نشوف إذا وجهي تبدل، ولا جسمي، ولا عيني... ديمنا نحس نشوف حاجة مش نورمال" وأمام فشل الطب العضوي في تقديم إجابة شافية، تحولت إلى المتابعة النفسية، تقول: "في الأخير بديت نشرب الدواء تاع بسيكياثر:

- 20 Mg Dépréline 1/2 حبة كل يوم.
- 01 Clomaprine 10 Mg حبة كل يوم، ودرك نتابع معاه... كي نحكي معاه نحس نخف شوية، بصح مازال نعيش هذيك الخوف وكل مرة نخم في روحي".

سمحت هذه المقابلة بجمع معطيات أولية حول السياق النفسي والاجتماعي للحالة، حيث كشفت عن خلفية عائلية مضطربة وميل قوي للقلق والخوف من فقدان، شكلت حادثة سقوط ابنها لحظة صدمة فجرت سلسلة من الأعراض النفسية والجسدية، أبرزها: اضطرابات النوم، الوسواس، والإكزيم، كما أظهرت الحالة صعوبة في التعبير الانفعالي وتعلق مفرط بالأبناء .

- المقابلة الثانية:

تاريخ: 2 مارس 2025.

مدة: 45 دقيقة.

مكان: قاعة الاستقبال النفسي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة.

تمت المقابلة في جو يسوده الحذر والتردد، حيث بدت الحالة مضطربة منذ البداية، ملامح وجهها مشدودة، وصوتها منخفض، كانت كثيرا ما تمسك يديها وتتنظر للأسفل أو إلى نقطة ثابتة في الجدار، هذا السلوك غير اللفظي كان كاشفا عن قلق داخلي وصعوبة في التعبير الانفعالي.

في استرجاعها للحادث، بدأت الحالة في حالة انفعال مرتفع، حيث بدأت الحديث بالقول: "نهار الأربعاء هذا كان أسود عليا... ولدي طاح قدامي، حسيت قلبي طاح معاه... شفت الموت في عينيه" رفق هذا الاستذكار اضطراب حركي واضح، حيث اهتز جسدها قليلا وشدت يديها بقوة، تبعت قائلة: "ما ننساش كيفاه كنت نفوت وهو في يدي، ما يتحركش، ونحاول نفيق فيه، حسيت الدنيا تسكرت عليا"

كان واضحاً أن الصدمة لم تهضم نفسياً، إذ استمرت أعراض إعادة المعيشة: "كل ليلة نرقد كيما فيلم يعاودلي نفس اللقطة... نفيق نغوت ونبكي"، "نحس كي نغمض عيني نرجع نعيش بنفس الوجع".

أشارت الحالة إلى بداية ظهور أعراض جسدية متزامنة مع الصدمة: "من هذاك النهار... ظهرتلي إكزيما، تولي يدي تحكني حتى نجرح روحي... الإكزيما تعاودلي كي نحس بالخوف، ولا كي نتقلق، تولي يدي تحكني لدرجة نجرح نفسي" هذه الأعراض السيكوسوماتية كانت معززة بسلوكيات تجنب وانسحاب: "راني وليت نخاف من كلش، ما نخرجش بزاف، نغسل يدي بزاف، ونقعد قدام لمرايا هي نشوف في وجهي".

خلال المقابلة، بد واضحاً وجود صعوبات في التعبير عن المشاعر، حيث صرحت: "تحب نبكي بصح ما نقدرش، كي نحس حاجة نكتمها" "ما نعرفش نعبر واش نحس... كي يسقسوني تتلفلي الهدرة ما نقدرش نشرحلهم بواش نحس" هذا القصور العاطفي يجد جذوره في البيئة الأسرية السابقة حسب قولها: "يما ما كانتش حنينة، ديما تقول ما تبكيش، البكاء للضعاف... تربيت نكتم كل حاجة" تحدثت الحالة عن غياب الاحتواء من الزوج، مما فاقم العجز العاطفي: "هو معايا بصح ما يحسش بيا... يقوللي راكي تخلعتي برك، ماشي مرض" "كي نبكي قدامو، يقلق ويتبدل، ما يحسش يشوفني ضعيفة".

المقابلة كشفت عن تنامي الوسواس والقلق المفرط: "ديما نحس راح تصرالي حاجة ولا لولادي... ما نقدرش نرتاح".

أظهرت هذه المقابلة عمق المعاناة النفسية والجسدية المتشابكة لدى الحالة، وكشفت عن دينامية صدمية غير معالجة، أدت إلى اضطراب سيكوسوماتي واضح "إكزيما" في ظل بيئة تقنقر إلى الدعم العاطفي، غياب القدرة على التعبير عن الانفعالات وضعف الحضور العلائقي، جعل من الأعراض الجسدية وسيلة تعبير بديلة تجسد الصراع النفسي الداخلي.

- المقابلة الثالثة:

• تاريخ: 4 مارس 2025.

• مدة: 45 دقيقة.

• مكان: قاعة الاستقبال النفسي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة.

في هذه المقابلة، انتقل التحليل من قراءة الأعراض السطحية إلى الغوص في البنية النفسية الأعمق، التي تعيد إنتاج وتؤطر استجابات الحالة، برزت المؤشرات غير اللفظية بوضوح حيث بدت الحالة أكثر انكساراً، وكانت تنظر إلى الأرض أغلب الوقت، وتحرك أصابعها بشكل قهري، كما ظهرت عليها نوبات بكاء صامت متكرر، خصوصاً عند الحديث عن أبنائها وزوجها.

قالت في بداية الجلسة بصوت منخفض ونبرة ممثلة بالحزن: "ما نيش نعيش... غير نتنفس بصح ما نحس بوالو... كي نقول لك خايفة، راهو خوف ما يروحش" هذا التصريح شكل مدخلاً مهماً للولوج إلى حالة الجمود الانفعالي والقلق الوجودي المزمن الذي تعيشه.

عبرت الحالة عن فقدان تدريجي للثقة في المحيط حيث قالت: "كي نمشي في الزنقة، نقول في راسي: الناس كامل تشوف فيا، راهي عينيهم عليها..." "مبيقيتش نحب نلبس، مبيقيتش نحب نخرج، حتى كي نحكي مع الناس قلبي يضرب" هنا يبرز تطور الاجتناب بالاجتماعي كمؤشر على استمرار الاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) مقرونا بإحساس بالعار والوصم ما أدى بها إلى تطوير تمثيلات مرضية حول الآخر.

تكشف المقابلة الثالثة عن هشاشة العلاقة الزوجية التي تحولت إلى مصدر إضافي للضغط، بدل أن تكون حاضناً داعماً، قالت بصوت منكسر: "كنت نقول روعي: يا ربي الحمد لله لقيت راجلي، بصح كي طاحت السماء، لقيتو بارد، بارد كالثلج". ثم أضافت لاحقاً:

"ما عمري شتو يبكي... حتى كي طاح وليدي وشاف الموت قالي: ما نبغيش نبان ضعيف أنا، وأنا ما نقدرش نوقف دموعي".

هذا الصراع في التعبير العاطفي يعيد إنتاج الجرح النرجسي ويبرز غياب التماثل العاطفي داخل العلاقة، حيث تشعر الحالة أنها وحيدة حتى وهي متزوجة، قالت في لحظة من الألم: "نرقد جنبو، بصح نحس كأنني نرقد وحدي... منحسش بوجودو خلاه".

عند سؤالها عن شعورها تجاه نفسها اليوم، قالت: "أنا؟ ما بيقيتش نحس روعي إنسانة...". ثم استدركت: "كي نشوف روعي في المرأة، نقول: واش راكي؟ هاذي انتي؟ كحولة، هازيلة... نخم كي كنت نضحك وين راه داك الضحك؟" يكس هذا انهيار صورة الذات، وتحولها إلى ذات مظلمة ومتألّمة، تمحو ملامح الهوية السابقة.

كشفت الحالة أن الأحلام تطاردها بشكل دائم، لكنها أصبحت أكثر رمزية وعزابية ما يعكس انتقال التمثيلات الصدمية من المشهد الواقعي إلى التشفير الرمزي، قالت: "ديما نحلم روعي فوق جبل، ونخاف نطيح... ودايما وحدي، مكنش لي يمدلي يدو".

ثم أضافت :

"بصح كي نفيق، تلقاني نبكي، قلبي يضرب... مرات نشهق، وراجلي ما يحسش بيا" هذا الحلم يعكس تمثيلات عميقة حول الخطر والسقوط وغياب الآخر الحامي.

في هذه الجلسة، أكدت الحالة أن الإكزيما أصبحت تظهر فوراً بعد كل نوبة قلق أو توتر، قالت كي نحزن، نحك... كي نغضب، تولى تخرجلي فصبعي... وحتى كي نتقلق من راجلي تولى تحكني يدي بزاف" "ندير لكريمة، بصح ما يروحش... كي نهذاً، يروح وحدو، كي نحزن، يرجع... راهو مرتبط بقلبي" بهذا التصريح، أكدت بشكل لا شعوري العلاقة بين البعد الانفعالي والتمظهر الجسدي، حيث يصبح الجلد الواجهة الوحيدة للتعبير عن انفعالات غير قادرة على التمثل الواعي.

رغم حالة الإنهاك، شارته الحالة إلى بعض المحاولات البسيطة للمقاومة كالكتابة والدعاء، لكنها لا تستمر طويلاً قالت: "تكتب على ورقة ومن بعد نهبط ما نقدرش نكمل مرات ندعي ونبكي ونقول: يا ربي خليني ننسى" غير أن هذه المحاولات تجهض سريعاً، بفعل غياب الدعم النفسي الحقيقي واستمرار التثبيت الصدمي

تميزت هذه الجلسة بتوسع وتحول نوعي في محتوى الحوار، حيث ظهرت بنية صدمية ثابتة تتكرر في مختلف مجالات حياة الحالة (العلاقات، الجسد، النوم، التمثيلات الذاتية).

استمرارية الصدمة النفسية لم تعد مرتبطة فقط بالحادث الأصلي، بل امتدت لتؤطر علاقة الحالة بنفسها وبالأخرين، نلاحظ تعميقاً في حالة الألكسيثيميا وتحولاً نوعياً في الإكزيما، كوسيلة تعبير لا شعوري، مع غياب فعال لآليات التكيف الناضجة.

- المقابلة الرابعة:

تاريخ: 5 مارس 2025.

مدة: 45 دقيقة.

مكان: قاعة الاستقبال النفسي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة.

في بداية المقابلة، تم تأكيد على أهمية توفير بيئة آمنة ومريحة للحالة، لضمان إتاحة المجال للتعبير عن مشاعرها وأفكارها بحرية، تم استعراض ما تم توصل إليه في المقابلات السابقة، وتوضيح الهدف من المقابلة الحالية، بدأت المقابلة بالتركيز على الأحلام المتكررة التي تمر بها الحالة، والتي تعتبر أداة هامة لفهم تأثير الصدمة النفسية تم توجيه السؤال بطريقة محايدة، لتشجيع الحالة على استرجاع تفاصيل أحلامها بكل وضوح، تم الاستفسار عن محتوى الحلم المتكرر، والتركيز على المشاعر المرتبطة به، مع تحديد السياقات المرتبطة بالحادث، حيث صرحت الحالة: "نفس الحلم يرجع لي كل ليلة... نرجع لنفس اليوم، وليت نسمع صوت وليدي وهو يصرخ، والوقت اللي طاح فيه، وكل مرة نحس روحي كنت معاه وما قدرتش نساعد".

تظهر هذه الأقوال أن الحالة تعيش إعادة معايشة للحدث الصدمي عبر أحلامها المتكررة وهذا يعد من أبرز سمات اضطراب ما بعد الصدمة، ثم الانتقال إلى موضوع السلوكيات التجنبية وهو أحد السلوكيات المميزة للأفراد الذين يعانون من صدمة نفسية، تم طرح الأسئلة بطريقة غير مباشرة لكي تتيح للحالة أن تعبر عن تجنبها للمواقف التي تثير ذكريات الحادث دون أن تشعر بالضغط أو الإكراه على الحديث عن تلك التجارب المؤلمة بشكل مباشر حيث قالت: "بديت نخاف نخرج وحدي مع ولادي، دايمًا معايا شخص حتى في الأماكن اللي فيهم زحام نخاف... ما نقدرش نقعد برا، دايمًا في بالي خوف من الحادث". تظهر هذه الأقوال أن الحالة أصبحت أكثر عزلة وتجنبًا للعديد من الأنشطة اليومية نتيجة للصدمة، تجنب الأماكن العامة أو المزدحمة يعتبر محاولة لا شعورية لتقليل المخاطر المحسوسة نتيجة الحدث الصدمي، وهو سلوك مبرر في ضوء تجربتها الشخصية مع الحادث.

تعد أعراض فرط اليقظة والأرق من المظاهر النفسية الشائعة لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الصدمة النفسية، لذلك تم التركيز هذه المرحلة على تأثير القلق والكوابيس على حياة الحالة اليومية، تم فتح المجال للحالة لتحدث عن نومها والتحديات التي تواجهها أثناء الليل، ثم توجيه سؤال مباشر حول الكوابيس والتأثيرات البدنية المترتبة عليها.

حيث صرحت الحالة: "ما نقدرش نرقد مليح، كل ما نغلق عيني نخاف من حلم يجيب لي ذكريات الحادث... نحس قلبي يضرب بسرعة وكأنه رايح يخرج من صدري". هذه الأقوال تكشف عن تأثير الكوابيس المستمرة على الحالة مما يساهم في تأجيج أعراض فرط اليقظة، مشاعر الخوف والقلق تحفز نشاط الجهاز العصبي مما ينعكس على معدل ضربات القلب وتوتر العضلات.

كما أن الأرق هو أحد مظاهر القلق المستمر بعد الصدمة، ويؤثر بشكل كبير على قدرة الحالة على الاسترخاء والنوم، تم مناقشة موضوع الأليكسيثيميا مع الحالة، حيث أبدت صعوبة في التعبير عن مشاعرها، تم توجيه الأسئلة بطريقة تراعي الحساسيات المرتبطة بالعجز عن التعرف على المشاعر، تم استخدام أسئلة مفتوحة تسمح للحالة بتعبير عن مشاعرها بطرق غير مباشرة حيث صرحت الحالة: "ما نعرفش كيفاش نشرح شعوري، نحس كما أنا ماشية في عالم ما هوش ديما واضح، ما نقدرش نحدد واش نحس"، تعتبر هذه الأقوال مؤشرًا على الأليكسيثيميا حيث يعاني الأفراد من صعوبة تحديد وصف مشاعرهم، وهو ما يعكس حالة من الانفعال العاطفي نتيجة للصدمة النفسية.

تم التركيز على تأثير الصدمة على تمثيلات الذات وتقييم الحالة لثقتها في نفسها، تم استخدام أسئلة مباشرة تتعلق بتقييم الذات والثقة في القدرة على التفاعل مع الحياة مع التركيز على فهم الوضع الحالي بعد

الحادث وهذا ما صرحت به الحالة: "ما بقاش عندي ثقة في روعي... كل مرة نحس بالعجز، ونشوف العالم كأنه خطير، ما نقدرش نواجه". هذا التصريح يظهر انهيار الثقة بالنفس والشعور بالعجز، مما يشير إلى تدهور تمثيل الذات لدى الحالة نتيجة للصدمة، الشعور بالعجز وعدم القدرة على مواجهة الحياة يعتبر من الأمراض الأساسية لاضطراب ما بعد الصدمة.

أجريت مناقشة حول كيف أن ثقة في العالم حولها قد تدهورت بعد الحادث حيث تم طرح أسئلة حول نظرتها للعالم والمواقف التي تشعر فيها بعدم الأمان حيث صرحت الحالة قائلة: "كي نخرج ونشوف الناس حولي، نحسهم كلهم خطر عليا، ما نقدرش نكون هادئة... نعيش في حالة خوف دايم". تظهر هذه الأقوال انهيار الثقة في العالم المحيط بها.

لقد أكدت المقابلة الرابعة مع الحالة (ح. م) على الآثار العنيفة التي تتركها الصدمة النفسية على المستوى العاطفي والسلوكي، من خلال تحليل الأحلام، السلوكيات التجنبية، الأرق، والألكسيثيميا.

- المقابلة الخامسة:

• تاريخ: 7 مارس 2025.

• مدة: 1 ساعة.

• مكان: قاعة الاستقبال النفسي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة.

تم تقديم المقياسين في بيئة هادئة مع شرح الغرض منهما بلغة بسيطة، مع التأكيد على أن الأجوبة الصادقة تساعد في فهم حالتها بشكل أفضل، كما تم التأكيد على سرية الأجوبة وعدم وجود إجابة "صحيحة" أو خاطئة، خلال الشرح أظهرت الحالة علامات التوتر (عض الشفاه، تحريك اليدين بتوتر، هز الرجل اليسرى بشكل متكرر)، مما تم تفسيره كمؤشر على الاستثارة النفسية المصاحبة لإعادة استحضار المشاعر المرتبطة بالصدمة.

عند الإجابة على البنود المتعلقة بالتعارض لحدث صادم عنيف أو فقدان مفاجئ، توقفت لفترة قبل الإجابة على البند الأول، تنهدت بعمق ثم قالت: "مش يسهل باش نجابو على حاجة كيما هك، ا كأنك ترجع كلشي ثاني...". كانت نبرة صوتها منخفضة مع دموع في الزاوية اليمنى للعين دون أن تبكي بشكل صريح. هذا التوقف والبكاء المكبوت دلالة على إعادة المعيشة للصدمة، ما يظهر أن الأثر العاطفي لا يزال نشطاً.

عند البنود المتعلقة بمشاعر الذنب والغضب المرتبط بالحادث، أجابت: "تشعر بالذنب... علاه ما قدرت ندير والو؟ علاه ربي كتبلي نعيش ونشوف ولدي في الحالة هذي". وعندها قامت بتغطية فمها بيدها وانحنت قليلا نحو الأسفل.

في أحد البنود المتعلقة بالاجتتاب وتجنب التفكير في الحدث، أجابت: "نحاول نتهرب من كل شيء ذكرني بهاديك المصيبة- بدلت الديكور تاع داري".

عند البدء ببنود المقياس، خاصة تلك المتعلقة بصعوبة تمييز المشاعر، حيث قالت: "بصراحة مرات نحس بثقل في صدري وما نعرفش واش نحس... نقول يمكن حزن يمكن خوف... كلشي مخلوط" هذا يعكس بوضوح البعد الأول من Alexithymie صعوبة تحديد المشاعر، حالة الانفصال العاطفي، هنا قد تكون دفاعا ضد الألم الصدمي العميق.

في البند المتعلق بصعوبة وصف المشاعر للآخرين قالت: "ما نحيش نهدر على روجي بزاف... كي نحكي نحس روجي نضعف، والناس ما يفهمونيش" مع ابتسامة مشوهة (مزيج من الحزن والدفاع) ونظرة جانبية سريعة ثم تقادي الاتصال البصري، هذا يكشف عن حاجز نفسي أمام تعبير العاطفي، ناتج عن مخاوف من الحكم أو النبذ وهو مؤشر لعسر التعبير العاطفي.

خلال كامل التقييم، لوحظت مجموعة من التعبيرات الجسدية غير اللفظية الدالة، نذكر منها:

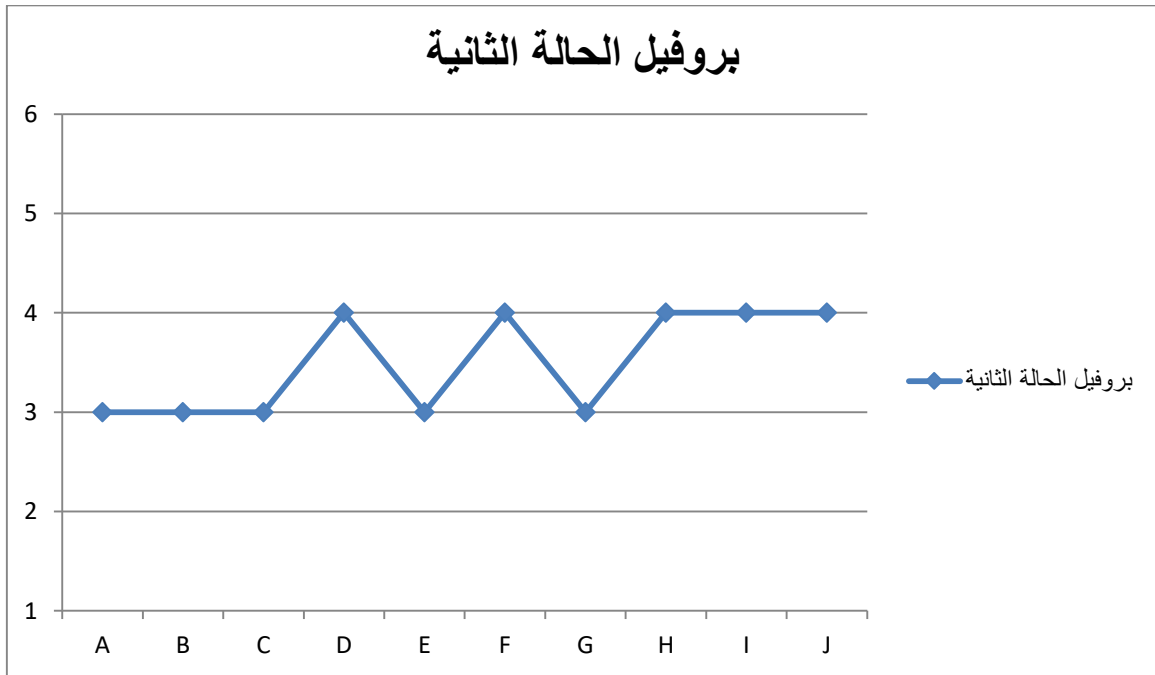
- فترات الصمت الطويلة بعد بعض البنود، خاصة المتعلقة بحادثة الابن، حيث ساد الصمت ثم ظهور علامات انشغال ذهني، مما يشير إلى إعادة استحضار ذكرى مؤلمة.
- تشنج في الكتفين مع كل سؤال مرتبط بالإحساس بالذنب أو العجز.
- الضغط على الأصابع وتحريكها بتوتر أثناء الحديث عن الكوابيس، وهو سلوك يومي بمحاولة السيطرة على الانفعال.
- ابتسامات مشوهة أو غير مناسبة للمحتوى العاطفي، مما يدل على محاولة دفاعية لإخفاء الألم.

- تقديم نتائج (ح. م) على مقياس تروماك:

الجدول رقم (14): يوضح نتائج (ح. م) على مقياس تروماك

5	4	3	2	1	الدرجة المعيارية السلام
24	23 -19	18 -13	12 -7	1 -0	18 = A
+ 10 أو +	9 -8	7 -5	4 -1	0	7 = B
+ 14 أو +	13 -10	9 -4	3 -1	0	6 = C
+ 14 أو +	14 -10	9 -5	4 -1	0	12 = D
+ 15 أو +	14 -10	9 -5	4 -2	1 -0	9 = E
+ 10 أو +	9 -7	6 -4	3 -1	0	7 = F
+ 8 أو +	7 -6	5 -3	2 -1	0	3 = G
+ 18 أو +	17 -12	11 -4	3 -1	0	14 = H
+ 17 أو +	16 -10	9 -6	5 -2	1 -0	12 = I
+ 8 أو +	7 -6	5 -2	1	0	8 = J
115 +	114 -90	89 -55	54 -24	23 -0	المجموع = 96

منحنى بياني رقم (02): يوضح الملمح الصدمي النفسي لحالة (ج. م)



3.1 تحليل نتائج (ح. م) على المقياس Traumaq:

تم تطبيق مقياس Traumaq على الحالة (ح. م) في مرحلة متأخرة نسبياً من الحدث الصدمي، أي بعد مرور فترة زمنية معتبرة، الأمر الذي يسمح بتقييم الأثر العميق والمستمر للصدمة، وقد كشفت النتائج على درجة خام مرتفعة بلغت 96 وهي تصنف وفق سلم التقدير العيادي من الفئة المعيارية (4) ما يدل بوضوح على تموضع صدمي حاد ومستقر وقد جاءت نتائج الأبعاد المتعلقة للمقياس على النحو التالي:

فيما يخص البند المتعلق بحالة المفحوصة أثناء وقوع الحادث (A) فقد أحرزت الحالة نقطة خام تقدر بـ 18، وهي مرتفعة تقابلها درجة معيارية (3) ما يشير إلى حالة الصدمة لحظة الحدث كانت متوسطة تدل هذه الدرجة على وجود استجابة انفعالية واضحة عند لحظة التعرض للحدث مع إمكانية ترسيخ الخوف والقلق وتظاهرات جسدية وهذا ما أكدته البنود (1- 2- 4) وكذلك عدم القدرة على تبني استراتيجيات غير متكيفة مع الإحساس بالوحدة وأنه في حال آخر ما أكدته البنود (3- 5).

فيما يخص بند تناذر التكرار (B) فقد سجلت المفحوصة نقطة خام بـ 7 تقابلها درجة معيارية (3) ما يدل على وجود مستوى متوسط من إعادة المعاشة حيث تستعيد الحالة بعض تفاصيل الحادث بشكل متكرر سواء في شكل صور ذهنية أو أفكار دخيلة وهذا ما أكدته البنود (1- 2) وكذلك في شكل أحلام وكوابيس مع الشعور بالقلق عند التفكير بالحدث وهذا ما أكدته البنود (2- 4) يشير ذلك إلى استمرارية الأثر الصادم في الجهاز النفسي.

في بند اضطرابات النوم (C) أحرزت المفحوصة نقطة خام 6 تقابلها درجة معيارية 3 ما يدل على وجود درجة متوسطة من اضطراب النوم، تتمثل غالباً في صعوبة في الاستغراق في النوم أو استيقاظ متكرر وهذا ما أكدته البنود (1- 3) فهو ما يعكس أثر التوتر النجم عن الصدمة النفسية.

فيما يخص بند تناذر التجنب (D) فقد بلغت النقطة الخام 12 بدرجة معيارية 4 ما يعكس وجود درجات مرتفعة من التجنب، وهو مؤشر على لجوء المفحوصة إلى تفادي كل ما يذكرها بالحدث الصدمي، سواء أماكن أو أشخاص أو مواقف وهذا ما أكدته البنود (3- 5) مع نوبات القلق وشعور بعدم الأمان وهذا ما أكدته بندين (2- 4).

أما في بند القابلية للإثارة الانفعالية (E) فقد سجلت المفحوصة نقطة خام بـ 9 بدرجة معيارية 3 ما يدل على وجود درجة متوسطة من فرط الاستثارة والتي تتجلى في التوتر الزائد سرعة الغضب أو الاستجابة الفيسيولوجية المفرطة وهذا ما أكدته البنود (1- 4- 5- 6- 1).

وفي بند الاضطرابات السيكوسوماتية (F) سجلت المفحوصة نقطة خام 7 بدرجة معيارية 4 ما يعكس وجود مؤشرات واضحة على تجليات جسدية للأثر الصدمي سواء في شكل آلام غير مفسرة طبيا ما يدل على تحويل المعاناة النفسية إلى مستوى جسدي وهذا ما أكدته البنود (3- 4).

فيما يخص البند المتعلق بالقدرات المعرفية (G) فقد أحرزت الحالة نقطة خام ب 3 بدرجة معيارية ما يدل على تأثر متوسط في الأداء المعرفي، يتجلى في صعوبات تركيز، التشتت الذهني مع صعوبة في استحضار بعض أحداث الحدث وهذا ما أكدته البنود (1- 2- 3).

أما في بنود الاضطرابات الاكتئابية (H) فقد حصلت الحالة على نقطة خام 14 بدرجة معيارية 4 ما يدل على وجود درجة مرتفعة في عامل الأعراض الاكتئابية تشمل الحزن مع نوبات البكاء هذا ما أكدته البند 4 مع فقدان الحافز واضطرابات المزاج ما أكدته البنود (1- 7) مع الميل إلى العزلة والصعوبة في إقامة علاقات عاطفية وهذا ما أكدته البنود (6- 8) مما يشير إلى تعقد التفاعل الصدمي.

وفي بند المعاش الصدمي (I) أحرزت المفحوصة نقطة خام ب 12 بدرجة معيارية 4 ما يدل على بقاء آثار الصدمة حية في تجربة المفحوص الحالية وتشير إلى استمرار حالة التهديد الداخلي وعدم الإحساس بالأمان مع تغير جذري في حياة المفحوصة وهذا ما أكدته البند (7) مع الشعور الدائم بانعدام القيمة وهذا ما أكدته البند (4).

في بند نوعية الحياة (J) فقد سجلت المفحوصة نقطة خام ب 8 بدرجة معيارية (4) ما يدل على تأثير نوعية الحياة بدرجة معتبرة سواء من ناحية العلاقات الاجتماعية، الرفاه النفسي، أو القدرة على الاستمتاع بالحياة اليومية وهذا ما أكدته البنود (1- 5- 9- 10).

3.1 نتائج تطبيق مقياس تروماك على حالة (ح. م):

تظهر نتائج اختبار Traumaq أن المفحوصة (ح. م) قد تعرضت لصدمة نفسية ذات طابع عنيف مؤثر، وذلك من خلال حصولها على مجموعة نقطة خام تقدر ب 96 والتي تصنف في جدول التقييم العيادة للنقطة الخام في الفئة المعيارية (4).

الجدول رقم (15) يوضح التقييم العيادي للنقطة الخام لمقياس الصدمة النفسية لحالة (ح. م)

الترتيب	1	2	3	4	5
الدرجة المتحصلة	23 - 0	54 - 24	89 - 55	114 - 90	+155
التقييم	غياب الصدمة	صدمة ضعيفة	صدمة متوسطة	صدمة مرتفعة	صدمة مرتفعة جدا

تشير نتائج حالة ح. م إلى معاناة نفسية واضحة تتوزع على أبعاد متعددة من الصدمة، حيث جاءت أغلب الدرجات المعيارية في المستوى المتوسط إلى المرتفع، ما يعكس وجود تفاعل صدماتي قائم ومتشعب. سجلت الحالة أعلى الدرجات في أبعاد: الاضطرابات الاكتئابية، تناثر التجنب الاضطرابات سيكوسوماتية، المعاش الصدمي ونوعية الحياة، ما يدل على أثر نفسي عميق خلفته التجربة الصدمية، سواء على المستوى النفسي أو الجسدي مع تأثير سلبي واضح على جودة الحياة اليومية. كما أظهرت الحالة مستوى متوسط في إعادة المعيشة، اضطرابات النوم والقابلية للاستشارة والوظائف المعرفية، مما يؤكد استمرار الأعراض الصدمية بشكل مزمن، مع توظيف ميكانيزمات دفاعية غير فعالة كالتجنب والتحويل الجسدي.

- إجابات الحالة "ج. م" على مقياس Tas-20

الجدول رقم (16): يوضح إجابات الحالة "ح. م" على مقياس Tas-20

رقم البند	الإجابة الأصلية	معكوسة/ أولاً	الإجابة بعد التصحيح
1	3	لا	3
2	4	لا	4
3	2	لا	2
4	2	نعم	4
5	5	نعم	1
6	3	لا	3
7	2	لا	2
8	5	لا	5
9	4	لا	4
10	5	نعم	1
11	5	لا	5
12	5	لا	5
13	3	لا	3
14	3	لا	3

4	لا	4	15
5	لا	5	16
5	لا	5	17
5	نعم	1	18
4	نعم	2	19
5	لا	5	20

- حساب الأبعاد:

1. صعوبة وصف المشاعر:

- البنود: 1 - 3 - 6 - 7 - 9 - 13 - 14.

- عدد النقاط التي حصلت عليها الحالة في هذا البعد:

$$3+2+3+2+4+3+3=20$$

2. صعوبة تحديد المشاريع والانفعالات:

- البنود: 2 - 4 - 11 - 12 - 17.

- عدد النقاط التي حصلت عليها الحالة في هذا البعد:

$$4+4+5+5+5=23$$

3. التفكير المواجه نحو الخارج:

- البنود: 5 - 8 - 10 - 15 - 16 - 18 - 19 - 20.

- عدد النقاط التي حصلت عليها الحالة في هذا البعد:

$$1+5+1+4+5+5+4+5=30$$

- النتيجة الكلية:

• صعوبة وصف المشاعر 20.

• صعوبة تحديد المشاريع 23.

• تفكير موجه للخارج 30.

- المجموع الكلي: $73=30+23+20$

4.1 تحليل نتائج (ح. م) على المقياس Tas-20 :

أظهرت نتائج تطبيق مقياس الأليكسيثيميا على الحالة "ح. م" درجة مرتفعة من الأليكسيثيميا حيث بلغ المجموع الكلي 73 من أصل 100 علما أن درجات المقياس تتراوح بين 20 و 100 نقطة، وتشير الدرجات المرتفعة إلى وجود صعوبات معتبرة في تعامل مع المشاعر.

وقد كشفت النتائج عن ارتفاع واضح في بعد التفكير المواجه نحو الخارج بدرجة 30 وهو ما يدل على توجه ذهني قوي نحو الجوانب الواقعية الخارجية، كما سجلت الحالة درجة مرتفعة في بعد صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات بـ 23 مما يعكس ارتباكاً واضحاً في التعرف على الحالات الشعورية وتحديد طبيعتها، أما بعد صعوبة وصف المشاعر فقد بلغت 20 وهي درجة متوسطة تعكس وجود ضعف نسبي في القدرة على التعبير اللفظي عن الانفعالات.

2. تحليل موضوعي للمقابلات مع الحالة الثانية:

تتحدث الحالة (ح. م) من وسط اجتماعي بسيط، نشأت في عائلة يغلب عليها الطابع المحافظ والانضباط الصارم، حيث تصف علاقتها مع الوالدين بأنها باردة عاطفياً ومحدودة من حيث الدعم الوجداني، والأب متحكم وقليل التعبير عن مشاعره والأم مشغولة جداً بالمسؤوليات، هذا المناخ الأسري يفتقر للأمان النفسي والاحتواء وهو ما يتماشى مع نظرية التعلق "لجون بولبي" التي تؤكد غياب الحنان والدعم العاطفي في الطفولة يعيق تطور قدرة الفرد على تنظيم انفعالاته، ويولد أنماط تعلق قلق وغير مستقرة، فالافتقار إلى الاحتواء الأبوي يولد شعوراً بعدم الأمان النفسي، ما يظهر جلياً في خطاب الحالة.

شكل الخطاب يعكس هذا الواقع العاطفي المجدد، فهو مختصر يحمل جمل متقطعة تعبر عن صعوبة التعبير عن المشاعر، وهو ما يتفق مع مفهوم "عسر التعبير العاطفي Alexithymie" الذي يشير إلى صعوبة الفرد في إدراك مشاعره والتعبير عنها لفظياً، وهو ما برز في قولها: "حب نحكي بصح ما نقدرش، وليت أي حاجة نكتمها"، هذا النمط من الخطاب يعكس محاولة داخلية لكبت الإنفعالات نتيجة الخوف من فقدان السيطرة.

الحدث الصدمي الأساسي الذي غير مجرى حياتها هو سقوط إبنها من الشرفة أمام عينيها، حادثة وصفتها بأنها "كسرت حياتي النفسية وحولتني إلى شخص آخر" وفقاً ليديه أنزيو فمفهومه على "الأنا الجلدي" "Le Moi- Peau" "يمكن فهم هذا الحدث على أنه اختراق "لأنا جلدي" الذي يشكل حاجزاً بين الذات والعالم الخارجي، فقدان هذا الجلد الرمزي نتيجة الصدمة يؤدي إلى تفكك الذات وشعورها بعدم

التماسك، وتحول الألم النفسي إلى معاناة جسدية، كما يظهر من خلال تكرار ظهور الإكزيما حيث صرحت الحالة: "تولي يدي تحكني حتى نجرح روحي".

محتوى الخطاب يكشف عن استمرار إعادة تجربة الصدمة بشكل لا واعي، من خلال تكرار الحلم الذي يعيدها إلى يوم الحادث حيث صرحت: "نفس الحلم يرجع لكل ليلة" وهو ما يفسره "هيرمان" ضمن مفهوم إجهاد ما بعد الصدمة، والمتمثل في إعادة المعيشة التي تعيد تجسيد الصدمة النفسية.

كما يظهر القلق المزمن واضح في كلماتها تجاه أطفالها إذ تقول: "تخاف عليهم بزاف، ساعات نخم بالزائد" وهذا ما يعكس نمط القلق المفرط ومحاولات السيطرة على وصفها "آرون بيك" في نظريته المعرفية.

علاقتها الاجتماعية محدودة وزواجها متوتر حيث يشير خطابها إلى غياب الإحتواء والدعم الزوجي: "زوجي... ما يعرفش يعبر، كي نغلط ولا نتعب كيف كيف ما يدير حتى ردة فعل" هذا يعيدني إلى مفهوم الإحتواء عند وينكوت الذي يشير إلى أن غياب الإحتواء العاطفي من الشريك يفاقم شعور الفرد بالعزلة ويعزز مشاعر الاغتراب عن الذات والآخر.

شكل الخطاب يتسم أيضا بتكرار التناهي في الكلمات والعبارات مع حضور واضح للتناقضات بين الرغبة في التعبير وعدم الرغبة في ذلك، مما يعكس نزاعا داخليا حادا بين الإبقاء على الانفعال مكبوتا أو السماح له بالخروج.

تظهر الحالة (ح. م) ملامح اضطراب نفسي معقد ناتج عن تفاعل الصدمة مع ضعف بنية الذات وغياب أنماط التعلق آمنة، مما يجعله عرضة لاستمرار معاناة جسدية ونفسية متشابكة.

3. الملخص العام للحالة الثانية:

أظهرت المعطيات المستخلصة من المقابلة النصف الموجهة، مدعومة بنتائج مقياس Trauma و Tas-20 أن الحالة تعاني من تبعات صدمة نفسية حادة نجامة عن حادث سقوط أحد أبنائها من شرفة المنزل وهو حدث شكل لحظة قطع فيها الشعور بالأمان والانتماء العاطفي، فتح الباب أمام معاناة طويلة. نشأت الحالة في بيئة يغلب عليها الصمت العاطفي، مع علاقات أبوية سطحية افتقدت إلى الدعم والتعبير الوجداني، وهو ما ساهم في تهيئة أرضية هشة للتفاعل مع الصدمات لاحقا، كما كشفت المقابلة عن علاقة زوجية متوترة وغير متوازنة، تغذي لدى الحالة مشاعر الوحدة والخذلان خصوصا بعد الحادث، حيث شعرت من بانعدام السند العاطفي والاجتماعي.

على مستوى النتائج الكمية سجلت الحالة درجة 96 على مقياس Trauma وهي درجة مرتفعة تشير إلى وجود أثر صدماتي شديد، يتجلى في إعادة المعيشة، التجنب وفرط اليقظة كما تحصلت على درجة 73

على مقياس Tas-20 ما يعكس وجود مستوى معتبر من الأليكسيثيميا، خاصة في بعدي صعوبة وصف وتحديد المشاعر، مما يبرز ضعف القدرة على تمثيل الحياة الانفعالية والتعبير عنها لفظيا.

تظهر هذه النتائج تداخلا واضحا بين الصدمة النفسية والأليكسيثيميا حيث يمكن اعتبار الأليكسيثيميا آلية دفاعية مكنت الحالة من تجنب المواجهة المباشرة مع الألم النفسي، لكنها في الوقت نفسه فاقت من عزلتها الداخلية وساهمت في مظهرات جسدية نفسية محتملة.

ثالثا: عرض وتحليل الحالة الثالثة

1. تقديم الحالة الثالثة:

تمثلت الحالة (م.ن) رجل في عقده الرابع، ينحدر من وسط اجتماعي ريفي متواضع اتسم سياقه العائلي بالصرامة العاطفية من جهة الأب والبرودة الانفعالية من جهة الأم مقابل حزن عاطفي كان يجده في جديه، يصف الطفولة التي عاشها بكونها "تعيسة" متخللة بتجارب صدمية حادة شكلت منعطفا نفسيا حاسما في مسار نمو الانفعالي والمعرفي.

في أكتوبر 1995 وأثناء فترة الطفولة المدرسية المبكرة، تعرض (م.ن) لموقف صادم شديد، تمثل في مشاهدته لحادثة قتل مباشرة أمام أعين تلميذ المدرسة، وقع الحدث حين أطلق أحد عناصر الحرس البلدي النار على زميله فوق سطح المدرسة، ما أحدث حالة ذهول ورعب جماعي بين الأطفال، يصف (م.ن) أثر هذه اللحظة بانفصال وجداني تمثل في الصمت والجمود اللحظ تلاه، انفجار بكائي عارم مع اندفاعه إلى المنزل في حالة من الهستيريا، مردد بعبارات طفولية مأساوية: "الدم قتلوا قدامي".

لم تمضي سوى أيام قليلة حتى تعرض لصدمة إضافية، تمثلت في رؤية جثة إرهابي مقتول وموضوع في عربة فلاحية، ساهم هذا المشهد في تعميق الأثر الصدمي الأول، حيث ظهرت عليه أعراض خوف مفرط من الموت، انشغالات قلبية مرضية، واضطرابات في النوم تمثلت في الكوابس الليلية المزعجة المصاحبة لصور الموت والدم، تحولت الليالي إلى مصدر رعب واضطر للنوم بجانب جدته بحثا عن الأمان المفقود. من الناحية النفسية، ظهرت أعراض فرط يقظة واضحة، تجلت في الحساسية المفرطة تجاه أصوات الجنائز أو إطلاق النار، مع استجابات انفعالية مبالغ فيها كالنبكاء والنحيب وتلمس القلب بشكل قهري، مصحوبا بأفكار إجترارية مرتبطة بالخوف من الموت الوشيك.

على المستوى الجسدي، وضع ومع تفاقم الحالة النفسية، بدأ (م.ن) يشكو تدريجيا من أعراض جلدية تمثلت في ظهور بقع إحمرارية مصحوبة بحكة شديدة، خاصة في فترات التوتر والقلق، حيث تطورت لاحقا

إلى نوبات متكررة من الإكزيما، وقد اعتبرت هذه الأمراض بمثابة ترجمة نفسجسدية للمعاناة الصامتة التي لم تجد سبيلها للتفريغ الانفعالي السليم، مما عزز ارتباط الأثر الصادمي بالمظاهر السيكوسوماتية. في محاولة للفهم أو العلاج، لجأت الأسرة إلى الراقي الشعبي والطبيب العام، دون تحقيق تحسن ملحوظ، مما ساهم في تثبيت معاناة نفسية وجسدية لم تجد متنفسا علاجيا ملائما لترسخ شعور الخوف والوسوسة كجزء مكون من شخصيته اللاحقة.

على المستوى العلائقي، وجد (م. ن) نوعا من الدعم والتفهم من جديه وعمه، في مقابل برودة عاطفية من الأم وقسوة جافة من الأب، ما أسهم في تكوين بناء عاطفي هش وغير مستقر، لاحقا وصف علاقاته الأسرية الراهنة بأنها جيدة نسبيا، مشيرا إلى وجود علاقة حب ومودة مع زوجته، رغم احتفاظه بجراح الطفولة كندوب نفسية داخلية غير ملتئمة.

بوجه عام، تقدم حالة (م. ن) نموذجا حيا للصدمة النفسية الطفولية غير المعالجة وما تركته من بصمات مستديمة على البناء العاطفي والجسدي للإنسان، مع تأثيرات ممتدة تمس القدرة على التكيف العلائقي والانفعالي، وتترجم أحيانا عبر اضطرابات نفسجسدية كالإكزيما.

1.1 التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة (م. ن):

الحالة (م. ن) ذكر في العقد الرابع من العمر، متزوج ينحدر من وسط اجتماعي ريفي محافظ، ولد ونشأ في بيئة بسيطة تتسم بسلطة أبوية واضحة، حيث كان الأب يتسم بالصرامة والجمود الانفعالي، بينما تميزت الأم بالحضور الهادئ الخالي من الحنان المعبر، نشأ في كنف أسرة ممتدة، وحد في جديه (رحمهما الله) مصدرا رئيسيا للدعم العاطفي والأمان الوجداني، خاصة الجدة التي لعبت دور الأم النفسية البديلة، وهو ما تجلى في توأمية العلاقة التي ربطته بها منذ الطفولة.

منذ سن مبكرة، أبدى (م. ن) ميولاً المرح، وللتفوق الدراسي، والاجتماعية التلقائية، إلى أن اصطدم في مرحلة الطفولة بحادثتين متتاليتين شكلتا نقطة التحول الجذري في مساره النفسي:

أولهما كانت في أكتوبر 1995، حيث شهد اغتياً مباشراً لأحد أفراد الحرس البلدي أمام المدرسة، أثناء وجوده في ساحة المؤسسة التربوية، وهو مشكل صدمة عنيفة ومباغته لطفل لم يتجاوز حينها العاشرة من العمر.

تلتها بعد أيام قليلة مشاهدة جثة إرهابي مقتول محمولة داخل وسيلة نقل فلاحية (روموركة) هذه الصورة شكلت صدمة بصرية- وجدانية حادة، لم تجد طريقا للتفريغ أو المعالجة، بل لاقت ردود فعل اجتماعية محبطة (كالنقل من قيمة البكاء أو إظهاره كضعف ذكوري).

بعد هذين الحدتين، لوحظ تغير حاد في سلوك الحالة: بدأت تظهر عليه أعراض نفسية حادة كاضطراب النوم، نوبات بكاء، اجتناب المدرسة. أفكار حول الموت وكوابيس ليلية متكررة تتضمن مشاهد دماء وأجساد ميتة، في هذا السياق، ظهر أول شكل من أشكال التعبير الجسدي عن المعاناة النفسية، حيث بدأت نوبات من الحكة والاحمرار الجلدي تظهر في سياقات قلق وخوف، تم تشخيصها لاحقاً على أنها إكزيما بحسب ما صرح به الأطباء لاحقاً.

عدم الاعتراف بالمعاناة النفسية من قبل المحيط، وتفسيرها على أنها "خلعة" أو "وسواس" أدى إلى لجوء الأسرة إلى العلاج التقليدي (الرقية، الأعشاب...) بدل التوجه للعلاج النفسي المختص، ما رسخ نمطا من الكبت الانفعالي والإنكار الداخلي للألم.

أدت الأمور تعقيدا بعد وفاة الجدة، التي شكلت حجر الأساسى للاستقرار العاطفي عموما ولد صدمة فقد ثانية، وعمق عن مشاعر الهشاشة النفسية، ووسع دائرة الخوف عن الموت والانفصال. ورغم محاولات لاحقة لبناء حياة أسرية مستقرة (زواج، علاقة طيبة مع الأخوات)، إلا أن الخوف المزمن، الوسواس، والقلق من الموت ما تزال مرافقة له، ويصف حال متكررة: "الخلعة ما راحتش... راهي ساكنة فيا".

تشير هذه المعطيات إلى خلفية صدمية مبكرة غير معالجة، أسهمت في تشكل اضطراب سيكوسوماتي بظهر على مستوى الجلد عبر الإكزيما وعلى المستوى النفسي عبر اضطرابات النوم، الخوف المفرط، والقلق المزمن .

2.1 ملخص المقابلات النصف موجهة مع الحالة الثالثة:

- المقابلة الأولى:

- التاريخ: 8 مارس 2025.
 - المدة: 45 دقيقة.
 - المكان: قاعة الاستقبال النفسي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة.
- افتتحت المقابلة في جو يسوده الحذر، حيث جلس (م. ن) بهدوء، غير أنه أبدى استعدادا للتحدث، بدت عليه منذ البداية ملامح شخص عاش تجارب مؤلمة تخزين بصمت، رغم محاولاته الحفاظ على تماسكه. عندما طلب منه أن يصف طفولته، قال بصوت خافت: "كنت صغير، نفرح، نلعب، نقرا مليح بضح من نهار شفت القتل بعيني تبدلت حياتي كامل". وأضاف بعد لحظة صمت طويلة: " النهار هذاك ما ننساهش... أكتوبر 1995، كنا نقرا وخرجنا للساحة فجأة واحد من الحرس البلدي قتل صاحبو قدام عينيا.

الدم قدامي بديت نبكي ونغيط روحت نجري للدار، ونقولهم: قتلوا قدامي، الدم، الدم... وهوما يقولوا لي علاه تبكي كي لبنات؟".

في تلك اللحظة، بدأ التأثر واضحا، وعاد بذاكرته إلى صدمة ثانية أكثر قسوة من الأولى: "بعدها بثلاثة أيام جابوا إرهابي مقتول في روموركة تاع تراكتور، ووروهولنا كي شفت الجثة حسيت سخانة طلعت لي من رجليا وصلت راسي، بكيت بزاف، حسيت قلبي راح يخرج، وليت نمس فيه ونقول راح نموت، راح نموت"...

بدأ يظهر تدريجيا مسار تطور الأعراض النفسية بعد الصدمة، حيث صرح: "من هذاك النهار وليت نخاف، ما نرقدش، نحوس نرقد غير مع جداتي، الليل يخلعني... غير نسمع بجنازة، غير خبر موت، نولي نبكي وحدي، نخاف نسمع رصاص، نتحكم بالبكاء حتى نحس قلبي رح يوقف".

سئل عن آثار هذه الأحداث على نمط حياته، فأجاب: "راني تبدلت من طفل مرح يقرأ مليح، وليت ما نقراش، نخاف من كلش، نحلم بكوابيس، نشوف الدم، نشوف الناس تموت، وليت ما ناكلش، الماء يحبسلي، نبكي بزاف، وليت موسوس، نخاف نموت فجأة".

عند التطرق للجوانب الصحية، ذكر عرضا أنه يعاني من مشاكل جلدية: "عندي إكزيما تروح وتجي، كي نكون مضغوط ولا خايف تولي تخرجلي، نحك بزاف، الجلد يحمار ويحرقني... الطبيب قاللي حساسية، بصح أنا نحسها كي تخرج من الهم والقلقة، كي نشوف حاجة تخوف تولي تطلع،..." بهذه العبارة بدا واضحا أنه يربط دون وعي مباشر بين الأعراض الجسدية والانفعالات الداخلية، وقد فسرت هذه المعطيات من المنظور السيكوسوماتي.

عن العلاقة العائلية تحدث بنبرة مختلطة: "ابا قاسي بزاف، عمرو ما واساني، ماما كانت عادية، لا حنانة لا قسوة... بصح لي حسيت بهم وقفو معايا، هوما جدي وجداتي الله يرحمهم كانوا الحزن تاعي".

ثم أضاف بتأثر واضح: "جداتي كي ماتت، حسيت أنا مت معاها، كنت نرقد معاها، نحبها ومن نهار راحت، وليت خايف أكثر، كرهت كلش".

على الصعيد العاطفي الحالي، قال باقتضاب: "مرتي نحبها وتحبني، وخاوتي نحبهم العلاقة طيبة، بصح الخلعة هذيك ما راحتش".

- المقابلة الثانية:

- التاريخ: 9 مارس 2025.
- المدة: 45 دقيقة.
- المكان: قاعة الاستقبال النفسي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة.

منذ بداية الجلسة، برزت مؤشرات الانفعال المكبوت، إذ بدأ (م. ن) حديثه بتهيدة طويلة وصمت امتد لعدة ثمان ثم قال بصوت منخفض: "هاذي الحكاية كل مرة نحاول ننساها، بصح كأنها مربوطة فيا،... نعود نعيشها كي البارح".

عند الرجوع لحادثة إطلاق النار في طفولته، والتي حدثت أمام أعين تلاميذ المدرسة، يقول: "كنا صغار نلعبو، فجأة سمعنا طلق ناري، شفت راجل طاح قدامي الدم خرج، بقيت جامد، ما نتحركش، حسيت الدنيا حبست، بعد بكيت بكاء ما عمرني ما بكيتو، كي روحت قالوا لي علاه تبكي كي البنات، سكتوني...". يتضح هنا أن الصدمة حدثت فجأة، في فضاء آمن (المدرسة) ما شكل خرقاً تاماً للإحساس بالأمان، وطريقة تفاعل البيئة المحيطة (التوبيخ، الإنكار العاطفي) عمقت أثر الحدث، ومنعت تصريفه النفسي.

عند سؤاله عن محاولاته للتعامل مع مشاهدته، أجاب: "نتقادنا نحكي عليها، حتى كي يجي موضوع عن الموت ولا رصاص نبدل الموضوع، نحس قلبي يدق، وما نحبش نشوف أفلام فيها دم، نغلق التلفاز"، هذا يشير إلى وجود ميكانيزمات اجتنابية واضحة حيث يلجأ لتجنب المثيرات المرتبطة بالحدث، بما فيها الحديث عنه، الصور أو حتى المفاهيم القريبة منه (الموت، العنف).

كما يقول أيضاً: "كنت نحلم بزاف، نشوف الدم، نشوف الراجل الميت رجع، نفيق مفزوع، نرقد مع جدتاي نرتاح بصح كي ماتت ونخاف بزاف، نحلم نموت...". الحالة تظهر خصائص إعادة المعاشة الكاملة، سواء عبر الكوابيس المتكررة أو الصور النفسية المقترحة وهو ما يعيق المعاناة ويغذي القلق المستمر.

كما يقول أيضاً: "ما نحبش الظلمة، نخاف من الصوت العالي، كي نسمع جنازة ولا صوت رصاص نفقر، نرقد بصعوبة، نبقي نخمم، نحس قلبي يخبط" هذه الشكاوي تعبر بوضوح عن حالة فرط يقظة غالباً ما تكون نتيجة لخوف غير مدمج، تبقى الجهاز العصبي في حالة أهب دائم.

خلال محاولته وصف مشاعره أثناء تلك الأحداث، بدأ مرتبكاً إذ قال: "نحس حاجة تقطع في قلبي، بصح منعرفش واش، غير نبكي برك ونسكت"، وجود هذه الصعوبة في تحديد المشاعر وتسميتها هو مؤشر واضح على الأليكسيثيميا، والذي غالباً ما يصاحب الصدمة المبكرة خاصة في غياب تعبير عاطفي في البيئة الأسرية.

عند الغوص في تاريخ ظهور الإكزيما، قال: "بدا كلش بعد الحكايات هذوك، يدي تحك، ووجهي يحمر، الطبيب قال اكزيما بصح انا كينتنم بزاف تولي تزيد، كي نسمع على الموت ولا نغضب تجيني الحكمة، نحس روحي ما نحملش الجلد تاغي".

هنا يبرز الجسد كبديل عن التعبير النفسي، حيث تتحول المعاناة النفسية لصيغة حسية ملموسة، كحد فاصل بين الذات والعالم، يعبر عن الألم الذي لم يجد له تفريراً سيكولوجياً، كما صرح أيضاً: "أبأ كان قاسي بزاف، ما سندنيش، ماما كانت عادية، بصح جدي وجداتي هو ما لي وقفوا معايا حسيت بالأمان معاهم، خاصة جداتي، كما ماتت تحطمت".

الحرمان من الحنان الأبوي، والاعتماد على الجد كحاضن عاطفي، ثم فقدانها، زاد من هشاشة البنية النفسية، وساهم في استمرارية الألم الصدمي وتحوله المزمن.

تكشف المقابلة عن صدمة طفولية أولى، لم تحتوى بشكل صحي، ترافقت مع تقنيات دفاعية هشة (الإنكار، التجنب، الكبت) ما مهد لتصور أعراض نفسية وجسدية متداخلة (حالة م. ن) تجسد بوضوح العلاقة بين الصدمة النفسية واضطراب سيكوسوماتي، يتجلى في الإكزيما كتعبير جسدي عن ألم نفسي لم يجد منفذاً عبر الكلمة أو الاحتواء العاطفي.

كما تشير المقابلة إلى اضطراب في التنظيم العاطفي، يعكسه الألكسيثيميا والكوابيس واليقظة المفرطة.

- المقابلة الثالثة:

• التاريخ: 11 مارس 2025.

• المدة: 45 دقيقة.

• المكان: قاعة الاستقبال النفسي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة.

منذ بداية الجلسة، بدأ (م. ن) أكثر هدوءاً، لكن لغة جسده لم تخلو من التوتر جلس منكشاً قليلاً، يشبك أصابعه بشدة ويهز رجله اليمنى بلا توقف، بعد فترة صمت بادر بالقول: "ككل ما نظن باللي نسيت، يجي موقف يجرنني للي فات، نعيشو في شكل آخر... " وصرح أيضاً: "نشوف روحي تبدلت، راني ديماً نتهرب، نخاف من المسؤولية نخاف نخسر، من ما ننقش، أي واحد يقرب لي نحس بلي راح يخليني...". يتجلى هنا أثر الصدمة كخلفية مستمرة في حياته، توجه تمثيلاته للعلاقات والانفصال والخسارة عن الحديث عن زوجته قال: "نحبها بصح كل مرة نتعلق، نخاف تقول لي كلام وتروح، نغار بزاف، نحوس نراقبها، ونقول في راسي رايحة وتخليني...".

- وأضاف:

كي نتقلق وتحكي بصوت عالي، نرتبك، نحس روحي صغير، نكتم، وما نقولش وش نحس، نغيب، ما نبكيش، بصح داخليا نتحرق" هذه الأقوال تظهر أثر قلق الانفصال غير المعالج، وهو غالباً نتيجة لفقدان الطمأنينة الأول مع الجدة.

- كما صرح أيضاً:

"ترقد، نخم بزاف، نغلق على روعي، مرات نروح نتمشى وحدي" كما أضاف: "مرات كي نزيد عليها، نحك جلدي، تجيني الحكمة، نحس كي نتجرح نرتاح، نحس بأني حي...".

يتضح هنا أن آلياته التكيفية غير ناضجة: الانسحاب، الاجتناب وحتى الأذى الذاتي غير مباشر يعكس نزعة للعزلة وكتمان الانفعال.

كما صرح أيضاً: "نشوف روعي ضعيف، ما نقدرش نتحكم في مشاعري، نقول راني كبير بصح، نقول راني كبير بصح نتصرف كي طفل، العالم مكانش فيه أمان، أي لحظة تقدر نخسر ناسك".

يتضح من هذا التمثل الذاتي الشعور بالدونية والانفصال عن المشاعر، بينما تمثل العالم يكشف عن توقع دائم للخطر والفقد، وهو من سمات ما بعد الصدمة .

كما صرح أيضاً: "ما نحبش نتفرج في روعي، عندي بقع في يدي نحسها تشوه" هذا الربط المباشر بين والانفعال النفسي يكشف بوضوح عن تحول الانفعالات المكبوتة إلى أعراض جسدية.

أظهرت هذه المقابلة أن الصدمة لم تكن مجرد حادث عابر في طفولة (م. ن) بل خلفت أثر طويل الأمد، تشكل في هيئة قلق الانفصال الدائم، تمثيلات غير آمنة للعلاقات واضطراب في الهوية الذاتية، كما أن استراتيجيات المواجهة غير الناضجة (الانسحاب، الحكمة، الكبت) زادت من حدة الأعراض السيكوسوماتية وأبقت الصدمة في حالة نشاط دائم.

- المقابلة الرابعة:

• تاريخ: 12 مارس 2025.

• المدة: 45 دقيقة.

• المكان: قاعة الاستقبال النفسي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة.

دخل (م. ن) هذه الجلسة بحالة من التهيج النفسي الظاهر، كان يحرك يديه كثيرا ينظر إلى الأرض ويتنفس بسرعة طرح عليه سؤال عن النوم، فابتسم بمرارة وقال: "أنا والنوم ما نتلاقوش راسي، يخدم كي نحطو ونغلق عيني وبيدي الفيلم...مرات نفيق نغرق، نطيح من الفراش، قلبي يخبط، نقول راهو الموت جاي... " كما صرح أيضاً: "نشوف روعي نجري في المدرسة، الدم في الأرض، صوت الرصاص يضرب في وذني، وأنا نحوس نغطي راسي ونبكي، ونسمع صوت يقوللي: راك غالط... راك في خطر..." في هذا الحلم يظهر بوضوح إعادة المعيشة وهو من أبرز أعراض الصدمة، والمدرسة تعود كمسرح للفعل الصدمي،

والدماء والرصاص تسترجع كمؤثرات حسية مكثفة تعيد تنشيط الانفعال القديم الشعور بالخطر والذنب يتكرران، مما يشير إلى عدم اكتمال معالجة الصدمة على مستوى تمثيل العقلي.

حين سئل عن الروتين الليلي أجاب: "تفرج في الضوء، نخاف الظلمة، نسمع أي صوت نغطي راسي، ونبدأ نحوس على قلبي، نحط يدي نشوف راهو يخبط، نقول راهو قريب يوقف... مرات نخم حتى للفجر، نعيًا ومنرقدش".

هذه الأقوال تبرز فرط اليقظة والخوف من فقدان السيطرة على الجسد وهو سمة واضحة للصدمة، كما أن توتر ما قبل النوم يؤكد وجود أرق نفس المنشأ مرتبط بمحتوى صادم غير معالج.

- كما صرح أيضا:

"من نحيش نمر قدام المدرسة، نبدل الطريق، كي نشوف شرطي نتقلق، وكي نسمع جنازة نسكر نوافذ والبيبان، ونزيد الصوت تاع التلفاز" هذا الوصف يوضح آلية تجنب النمطي حيث يهرب (م. ن) من كل ما يذكره بالحدث الأصلي، لكنه لا يتمكن من إسكات أثره الداخلي.

- كما صرح أيضا:

"نحس حاجة في صدري، بصح ما نعرفهاش، مرات نغضب مرات نبكي بصح ما نعرفش علاش نحس فوضى... "كي يستصوني واش بيك؟ ما نعرف واش نقول... نقول راهم راح يضحكوا علينا، نقول واش من راجل يبكي".

تشير هذه الأقوال إلى صعوبة في تمييز المشاعر وتسميتها والتعبير عنها، وهو جوهر الأليكسيثيميا التي غالبا ما ترافق الصدمة خصوصا في السياقات التي يقمع فيها التعبير الانفعالي داخل الأسرة أو المجتمع الذكوري.

كما صرح أيضا:

"نشوف روجي خايف، ضعيف، نكذب على الناس، ونبين بلي قوي، بصح الحقيقة راني محطم غير نغطي مرات نقول راني مجرد رقم، كي نموت ما يهم حتى واحد، العالم ظالم، ما كانش أمان، الناس تبدلك ثانية..."

تبرز هنا وضوح تمثيلات سلبية للذات (ضعيف، محطم) وتمثيلات سوداوية للعالم (ما كانش أمان، الناس تبدلك)

المقابلة تبرز حالة (م. ن) كشخص يعيش داخل فخ زمني (نفسى مغلق، حيث الماضي لا ينسى، بل يعاد بعنف في شكل أحلام، أرق، اضطرابات جسدية وخوف دائم.

- المقابلة الخامسة:

• التاريخ: 14 مارس 2025.

• المدة: 1 ساعة.

• المكان: قاعة الاستقبال النفسي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة.

دخل الحالة (م. ن) الغرفة بخطوات مترددة، نظرت شاردة وتعبير وجهه يحمل توترا داخليا حاول السيطرة عليه منذ اللحظة الأولى بمجرد جلوسه، قال بنبرة صوت خافتة:
"أنا نحاول نجاب...". هذا التصريح الأولي يعكس صعوبة في التواصل الداخلي مع ذاته العاطفية، وخوف من انكشاف مناطق الألم المكبوت.

مع بداية الإجابة على المقياس الأول، بدأت تظهر على الحالة المؤشرات عدم التوازن الانفعالي تغيير في نبرة الصوت، حركات يد متكررة على ذراعين تهديدات متقطعة، ومحاولات للهروب البصري من عيني الفاحص بدأ وكأنه يعيش بعض الأسئلة لا يجيب عنها فقط، حيث صرح: "كاين حوايج كي نقرأهم يرجعونني لذلك النهار،... القلب يدق..." هذا الرد تزامن مع اهتزاز بسيط في يده اليمنى وحركة متكررة في القدم، مما يدل على تنشيط ذاكرة جسدية مرتبطة بالحدث الصدمي.

خلال الجزء المتعلق بالمقياس الثاني، بدأت ملامح عسر التعبير العاطفي تظهر بوضوح عند سؤاله عن كيفية تعبيره عن مشاعره، كان رده: "أنا ما نعرفش نعبر... مرات نحس بحجرة في صدري..." كلامه هذا كشف عن صراع داخلي بين الحاجة إلى التفريغ الانفعالي وعجزه عن تحويل المشاعر إلى كلمات، مما يجعلها تتسرب إلى الجسد كوسيلة واحدة للتعبير، هذه العلاقة تمثلت بقوة حين قال: "الإكزيما هذي تجيني كي نخاف بزاف، ولا كي نحس بالاختناق..." وقد لوحظ أن الحالة (م. ن) حك ذراعه أثناء الحديث، وكان الإحمرار واضحا، مما يظهر تطابق مباشر بين التوتر الداخلي وظهور العرض الجلدي كعلامة سيكوسوماتية.

مع التقدم في المقابلة، ازداد التملل الحركي، واستخدم عبارات تدل على فقدان السيطرة "خايف من روحي... مانيش ناثق حتى في واحد..." رافق هذه التصريحات تغير فجائي في تعابير الوجه، ارتعاش في الصوت ودموع لم يفصح عنها لفظيا لكنها ظهرت في وضعات الصمت بين الكلمات.

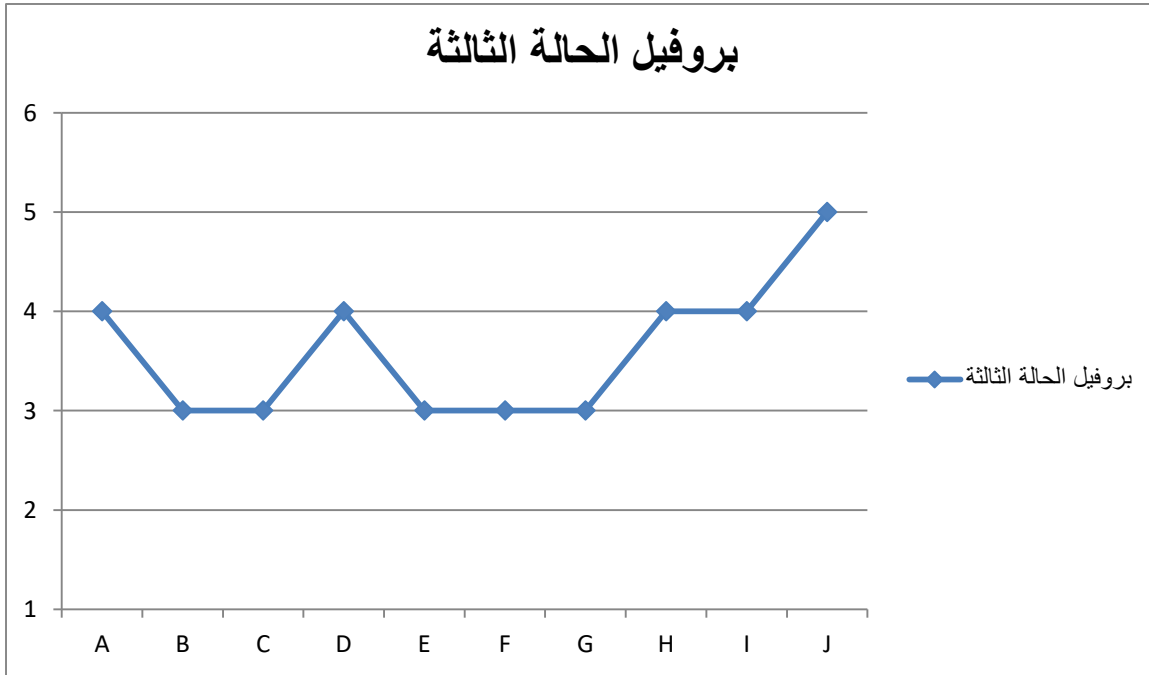
- تقديم نتائج (م. ن) على مقياس تروماك:

الجدول رقم (17): يوضح تحويل النقاط الخام إلى نقاط معيارية لحالة (م. ن) لمقياس

تروماك

5	4	3	2	1	الدرجة المعيارية
					السلام
24	23 -19	18 -13	12 -7	1 -0	19 = A
+ 10 أو	9 -8	7 -5	4 -1	0	6 = B
+ 14 أو	13 -10	9 -4	3 -1	0	5 = C
+ 14 أو	14 -10	9 -5	4 -1	0	12 = D
+ 15 أو	14 -10	9 -5	4 -2	1 -0	10 = E
+ 10 أو	9 -7	6 -4	3 -1	0	9 = F
+ 8 أو	7 -6	5 -3	2 -1	0	4 = G
+ 18 أو	17 -12	11 -4	3 -1	0	15 = H
+ 17 أو	16 -10	9 -6	5 -2	1 -0	13 = I
+ 8 أو	7 -6	5 -2	1	0	10 = J
115 +	114 -90	89 -55	54 -24	23 -0	المجموع = 99

منحنى بياني رقم (03): يوضح الملمح الصدمي النفسي لحالة (م. ن)



3.1 تحليل نتائج (م. ن) على المقياس Traumaq:

تم تطبيق مقياس Traumaq على الحالة (م. ن) في مرحلة متأخرة نسبياً من الحدث الصدمي، أي بعد مرور فترة زمنية معتبرة، الأمر الذي يسمح بتقييم الأثر العميق والمستمر للصدمة، وقد كشفت النتائج على درجة خام مرتفعة بلغت 99 وهي تصنف وفق سلم التقدير العيادي في الفئة المعيارية (4) ما يدل بوضوح على تموضع صدمي حاد ومستقر، وقد جاءت نتائج الأبعاد المختلفة للمقياس على النحو التالي :

حالة المفحوصة أثناء وقوع الحادث A: سجلت الحالة درجة خام 19 مع درجة معيارية (4) تعكس تعرضها لصدمة انفعالية شديدة في لحظة الحدث هذه المرحلة عبر اضطراب نفسي حاد حيث تسيطر مشاعر الخوف والرعب والقلق وهذا ما أظهرته البنود (1- 2) مع الانفصال مع الذات وهذا ما أكدته البند (3) مع الإحساس بالوحدة والبند من طرف الآخرين مع الآخرين مع الإحساس بعدم القوة وهذا ما أكدته البند (7، 8).

تتأخر التكرار إعادة المعيشة B: تحصل المفحوص على درجة خام 6 ودرجة معيارية (3) ما يدل على استمرارية تجليات الصدمة عبر إعادة المعيشة التي تمثل استحضار الصور الذهنية للحدث أو التفكير المتكرر فيه وهذا ما أكدته البند (1- 4) مع استحضار الأحداث في أحلام الحالة وهذا ما أكدته البند (2) هذا البند يعكس صعوبة الفصل النفسي بين الماضي والحاضر حيث تظل الذكريات الصادمة تتسلل إلى الوعي بشكل متكرر

اضطرابات النوم C: سجلت الحالة درجة خام 5 مع درجة معيارية (3) دلالية على وجود اضطرابات نوم واضحة تتمثل في صعوبة الاستغراق في النوم وهذا ما أكدته البند (1) مع كثرة الاستيقاظ خلال الليل أكدته البند (3) مع كوابيس مزعجة ما أكدته البند (2) اضطراب النوم هنا يعكس تداخل قلق الصدمة مع الإيقاع البيولوجي للنوم.

تتأخر التجنب D: بحصولها على درجة خام 12 ودرجة معيارية مرتفعة (4) يظهر أن المفحوص يتبنى آليات دفاعية قوية تعتمد على التجنب كإستراتيجية نفسية مع هذا التجنب يشمل تفادي الذكريات، الأشخاص والأماكن التي تثير استدعاء الصدمة وهذا ما أكدته البند (3- 5) ترافقها نوبات قلق وهذا وفقاً للبند (2) إن هذه الدرجة المرتفعة في التجنب تؤكد على وجود مقاومة نفسية عميقة للاندماج مع الحدث الصدمي.

فرط الاستثارة الانفعالية E: مع درجة خام 9 ودرجة معيارية (3) تبين هذه النتيجة وجود تنشيط مفرط، ما يترجم إلى حالة توتر دائم، استثارة مزعجة سرعة الغضب وصعوبة في تحكم في ردود الفعل الانفعالية وهذا ما أكدته الحالة على البند (1- 3- 4- 5- 6).

الاضطرابات السيكوسماتية F: سجلت الحالة درجة خام 6 مع درجة معيارية (3) وهو مؤشر جوهري على تحويل الصدمة النفسية إلى أعراض جسدية ملموسة هنا يظهر التوتر النفسي على شكل اضطرابات جسدية غير مفسرة طبيا وهذا ما أكدته البند (4) تعبر عن حوار غير واعي بين الجسد والنفس.

القدرات المعرفية G: مع درجة خام (3) ودرجة معيارية (3)، تشير النتائج إلى تأثير نسبي في الوظائف المعرفية كالتركيز والانتباه مع ضعف في الذاكرة وهذا ما أكدته البند (1-2) هذه الصعوبات المعرفية تعكس استنزافا نفسية نتيجة الانشغال المستمر بالحدث الصدمي.

الاضطرابات الاكتئابية H: حصلت الحالة على درجة خام 15 مع درجة معيارية مرتفعة (4) ما بين وجود حالة اكتئابية واضحة ومؤثرة على المزاج العام تتضمن هذه الأعراض الحزن العميق، فقدان الحافز، تراجع الاهتمام بالنشاطات اليومية واضطراب المزاج وهذا ما أكدته البنود (1-3-4-7) ما يعكس تقاوم التفاعل الصدمي وتحوله إلى حالة مزمنة من اليأس والانتحاب النفسي.

المعاش الصدمي I: درجة الخام 12 مع درجة معيارية مرتفعة (4) تشير إلى استمرار تأثير الصدمة في الوقت الحاضر بحيث تشعر الحالة وكأن الحدث الصدمي لا يزال أو أنه يحتل جزءا كبيرا من تجربتها النفسية اليومية مع الإحساس بأن الحالة مسئولة عن كل الأحداث وهذا ما أكدته البند (1) هذا ما يعكس عدم القدرة على التحرر من الصدمة.

نوعية الحياة J: سجلت الحالة درجة خام 8 ودرجة معيارية مرتفعة جدا (5) مما يدل على أن الصدمة أثرت بشكل كبير على جودة حياتها، من حيث الانخراط الاجتماعي، والاستمتاع بالأنشطة اليومية، يشير هذا الانخفاض في نوعية الحياة إلى أن تداعيات الصدمة لم تقتصر على الأعراض النفسية فقط بل امتدت لتؤثر على الوظائف الحياتية الشاملة.

- خلاصة حالة (م. ن):

تظهر نتائج الاختبار Traumaq أن المفحوص (م. ن) قد تعرضت لصدمة نفسية ذات طابع عنيف مؤثر وذلك من خلال حصوله على مجموعة نقطة خام تقدر ب 99 والتي تصنف في جدول تقييم العيادي للنقطة الخام في الفئة المعيارية (4)

الجدول رقم (18): يوضح التقييم العيادي للنقطة الخام لمقياس الصدمة النفسية لحالة (م. ن)

الترتيب	1	2	3	4	5
الدرجة المتحصلة	23 - 0	54 - 24	89 - 55	114 - 90	+155
التقييم	غياب الصدمة	صدمة ضعيفة	صدمة متوسطة	صدمة مرتفعة	صدمة مرتفعة جدا

- خلاصة الحالة (م. ن)

تبرز نتائج الحالة (م. ن) تفاعلا صدميا ذا شدة متوسطة إلى مرتفعة مع توزع الأعراض على أبعاد نفسية وجسدية متداخلة وفق ما عكسته نتائج مقياس Traumaq ، تعاني الحالة من إعادة المعيشة المتكررة للحدث الصدمي مترافقة مع تجنب وفرط واضطرابات نوم وفرط اليقظة ما يشير إلى استمرار تنشيط الانفعال الداخلي رغم مرور الزمن، كما يظهر تأثير الصدمة في شكل اضطرابات جسدية من طبيعة سيكوسوماتية. يتجلى الأثر الصدمي كذلك في تدهور نوعية الحياة من خلال تراجع القدرة على الاستمتاع وتوتر العلاقات الاجتماعية مع وجود مؤشرات على اضطراب مزاجي، كما تعاني الحالة من اضطراب في الأداء المعرفي وتدهور في التوازن الداخلي مما يدل على هشاشة آليات المواجهة والتكيف.

- إجابات الحالة "م. ن" على مقياس Tas-20

الجدول رقم (18): يوضح إجابات الحالة "م. ن" على مقياس Tas-20

رقم البند	الإجابة الأصلية	معكوسة/ أولا	الإجابة بعد التصحيح
1	5	لا	5
2	4	لا	4
3	5	لا	5
4	2	نعم	4
5	3	نعم	3
6	4	لا	4
7	5	لا	5
8	4	لا	4
9	5	لا	5
10	2	نعم	4
11	4	لا	4
12	4	لا	4
13	4	لا	4
14	4	لا	4

5	لا	5	15
5	لا	5	16
5	لا	5	17
3	نعم	3	18
4	نعم	2	19
5	لا	5	20

حساب الأبعاد:

1. صعوبة وصف المشاعر:

- البنود: 1 - 3 - 6 - 7 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14

- عدد النقاط التي حصلت عليها الحالة في هذا البعد:

$$5+5+4+5+5+4+4=32$$

2. صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات:

- البنود: 2 - 4 - 11 - 12 - 17.

- عدد النقاط التي حصلت عليها الحالة في هذا البعد:

$$4+4+4+4+5=21$$

3. التفكير الموجه نحو الخارج:

- البنود: 5 - 8 - 10 - 15 - 16 - 18 - 19 - 20

- عدد النقاط التي حصلت عليها الحالة في هذا البعد:

$$3+4+4+5+5+3+4+5=33$$

- المجموع الكلي: 86

4.1 تحليل نتائج (م. ن) على مقياس Tas-20:

أظهرت نتائج تطبيق مقياس الأليكسيثيميا (Tas-20) على الحالة (م. ن) مستوى مرتفع من الأليكسيثيميا حيث بلغ المجموع الكلي 86 من أصل 100 من نطاق يتراوح بين 20 و 100 نقطة، وقد تم تسجيل أعلى درجة في بعد صعوبة وصف المشاعر بدرجة تقدر بـ 32 تليه درجة مرتفعة من التفكير الموجه نحو الخارج بـ 33 ثم صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات بدرجة 21.

هذه النتيجة تشير إلى اضطراب عميق في القدرة على إدراك الانفعالات ووصفها مما يدعم الطرح السيكوسماتي التي يربط بين الأكسيثيميا والاضطرابات السيكوسماتية.

2. تحليل موضوعي للمقابلات مع الحالة الثالثة:

تبدأ المعاناة النفسية للحالة من بيئة أسرية تتسم بالاضطراب العاطفي، حيث نشأ في مناخ تغيب فيه مظاهر الاحتواء والدفع، كما يتضح من خطابه الذي يشير إلى برودة الأم و"قسوة الأب" في مقابل تعلقه بالدعم العاطفي الذي وجده لدى جديه وعمه.

هذه التناقضات أسهمت في بناء نمط تعلق هش، وفقاً لما بيّنه "جون بولبي" حيث يؤدي غياب التعلق الآمن في الطفولة إلى صعوبات لاحقة في تنظيم الانفعالات ويجعل الفرد أكثر عرضة لتطور اضطرابات ما بعد الصدمة.

في هذا السياق النفسي الهش، جاءت الواقعتان الصدميتان بمثابة زلزال نفسي الحادثة الأولى تمثلت في مشاهدة اغتيال مباشر لأحد الحرس البلدي أمام مدرسة، تليها في فترة قصيرة رؤية جثة إرهابي داخل وسيلة نقل، وهما حادثتان تتجاوزان قدرة الطفل النفسية على الفهم والاستيعاب، وفقاً لـ"ليبار جاني" فإن مثل هذه الصدمات تفوق الطاقة النفسية على التمثيل، فتتجمد في شكل صور حسية قوية غير قابلة للدمج داخل التسلسل الزمني الطبيعي، مما يفسر تكرار صور (الدم الموت، الجنازة) في كوابيس الحالة، وبروز أعراض اجتنابية واضحة مثل رفض الذهاب إلى المدرسة والخوف من الليل.

هذا التوقف الزمني النفسي ينعكس بوضوح في شكل محتوى الخطاب، حيث تظهر أقوال الحالة تكرارات العقوبة وصور حيثية مكثفة: الدم قدامي"، "بكيت بزاف"، "قلبي راح يخرج"، "تخاف من الرصاص"، وما يشير وفق "ديديه أنزيو" إلى استحالة إدراج الحدث في الكلام، وبقاء التجربة في الإنفعال كما أن اللجوء إلى الجسد كمصدر للشكوى يفهم هناك كاستبدال اللغة بالعرض في حالة عجز الأنا عن التمثيل الرمزي للمعاناة. ويمثل العرض الجسدي، أن الإكزيما مفصلاً هاماً في هذا المسار التحليلي حيث تؤكد الحالة ارتباط ظهور الحكا والإحمرار الجلدي بمشاعر الخوف والتوتر، ما يتطابق مع مفهوم "أليكسندر" عن التحويل السيكوسماتي، حيث يعاد توجيه الصراع اللاوعي إلى الجسد في غياب قنوات تعبير نفسية.

هذا التوازن بين الشحنة الانفعالية والجسد، تدعمه كذلك نظرية الأليكسيثيميا "سيفنيوس" إذ تصف الحالة عجزها عن تحديد مشاعرها بقولها "ما نعرفش واش غير نكي برك ونسكت" ما يدل على غياب المفردات الانفعالية أمام شحن عاطفية عالية، تم اختزانها في الجسد بل اللغة.

وتزداد دلالة هذه الأعراض عند ربطها بنمط الدفاع النفسي لدى الحالة حيث يظهر الميل إلى الكبت، والإنكار والتجنب مرتبطة ما بعد الصدمة كما حدده "بيار مارتى" و "هورنى" فالتجنب عن المدرسة، النوم قرب الجودة، وتجنب الأخبار المرتبطة بالموت كلها تمثل محاولات لا شعورية للتجنب.

3. الملخص العام للحالة الثالثة:

تكشف الدراسة العيادية للحالة (م. ن) عن مسار نفسي عميق التأزم، تشكل ضمن سياق عائلي موسوم بالصرامة والبرودة الانفعالية، حيث غابت التعبيرات العاطفية من الأب وقابلها جفاء وجداني من الأم، ساهمة في بناء أرضية خصبة لقلق الانفصال المبكر، الطفولة التي وصفها الحالة "بالتعيسة" لم تكن فقط تفتقر إلى الحنان، بل مثلت أيضا مسرحا لصددمات نفسية عميقة، بدأت بمشهد قتل مباشر أمام زملاء المدرسة، تلاه بأيام فقط مشاهدة جثة إرهابي ما شكل انكسارا حادا في الإحساس بالأمان النفسي، وعطل بناء الذات في مراحلها المبكرة.

في ظل هذا الغياب العاطفي من الوالدين شكلت، العلاقة مع الجدين تعويضا جزئيا عن الحنان المفقود، غير أن ذلك لم يكن كافيا لترميم النشاطات النفسية العميقة، وقد انعكست هذه التجارب الصدمية لاحقا في صورة قلق مزمن، وميل إلى الاجتناب الانفعالي.

نتائج مقياس الصدمة النفسية Traumaq تدعم هذا التصور، إذ أحرزت الحالة درجة خام مرتفعة 99 تعكس شدة الاضطراب الصدمي وتبرز مظاهر إعادة المعاشة، الاجتناب واليقظة المفرطة، من جهة أخرى كشفت نتائج مقياس الأليكسيثيميا Tas-20 عن درجة مرتفعة 86 من أصل 100 ما يعكس صعوبات حادة في التعرف على المشاعر وتوصيفها، إلى جانب اعتماد التفكير الموجه نحو الخارج ما يعزز فرضية التحول الجسدي للمعاناة النفسية.

إذ تدخل هذه المؤشرات الإكلينيكية مع مسار حياة مطبوع بالخسارات والانفصالات العاطفية، يبرز بوضوح كيف يمكن البيئة الوجدانية الفقيرة والصددمات غير المحتواة، أن تخلق بنية نفسية هشّة ومعرضة للتأزم، تعبر عن ألمها عبر أعراض سيكوسوماتية أو انسحابات انفعالية حادة.

رابعا: عرض وتحليل الحالة الرابعة

1. تقديم الحالة الرابعة:

الحالة (ف. ر) تبلغ من العمر 25 سنة، طالبة جامعية، تنحدر من بيئة ريفية تنتمي لأسرة ممتدة محافظة ذات دخل محدود، عاشت خلال طفولتها وشبابها في ظروف اتسمت بالتمييز الأسري والصرامة

التربوية، وتظهر من خلال أقوالها مؤشرات واضحة على الرفض، التهميش، وانعدام الإشباع العاطفي داخل الأسرة.

ولدت الحالة في إطار توأمي، حيث شكلت علاقتها المبكرة مع أختها محور مقارنة مستمرة داخل العائلة، مما ولد لديها مشاعر نقص ورفض متكرر، غذته تعليقات الأسرة حول اللون، الشكل، والسلوك وهو ما عبرت عنه بقولها: "دايما يقولوا أختك باهية عليك، وأنتي سمرة ورقيقة،... هاد الهدرة أثرت فيا بزاف بصح ما نحبش نبيين".

لم تحظى الحالة برعاية طبيعية وإشباع عاطفي من والدتها، كما ذكرت أن علاقتها بها اتسمت بالبرود والانتقاد العلني أمام الآخرين، مما خلق جروحا انفعالية مزمنة، خاصة وأنها عبرت بوضوحا رغبتها المكبوتة في التواصل العاطفي معها بقولها: "ما نقدرش نقولها نحبك برغم من أني نحب نقولها... جامي مدتلي لحنانة".

وتعاني الحالة من اضطراب واضح في العلاقات الاجتماعية منذ الطفولة، إذ عرفت العزلة والانطواء، سواء في الوسط المدرسي أو العائلي، وصرحت بوجود شعور متأصل بالدونية والنقص مصحوبا بتجارب إقصائية مؤلمة في محيطها، كما يتضح من قولها: "كنت دايما جابدة روجي، زملائي ما يحكوش معايا". وتشير معطيات الحالة التي تعرضها لصدمة حادة إثر خيانة من أقرب صديقاتها تمثلت في علاقة بين هذه ال-خيرة وخطيبها، مما أدى إلى تفكك نفسي حاد، مع ظهور أعراض جسدية كالصدفية، وميول لاكتئاب شديد، عبرت عنه بقولها: "حياتي ولات ظلمة... كحالت ضربة وحدة فقدت طعم الحياة".

كما تبرز الحالة حالة من الانفصال عن الذات والمحيط ونقصا حادا من الثقة، وميلا واضحا للانعزال، وفقدان الأمن النفسي مع تكرار أحلام ليلية مزعجة وكوابيس وحاجة ملحة للشعور بالدعم والحماية.

1.1 التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة الرابعة:

تنحدر الحالة (ف. ر) في بداية العشرين من عمرها، من عائلة ريفية ممتدة تتسم بالبساطة المعيشية والمحافظة الاجتماعية الشديدة، نشأت ضمن وسط أسري يحمل قيما تقليدية صارمة.

ولدت الحالة توأما، وهو ما شكل منذ الولادة وضعية نفسية غير متكافئة مع أختها، التي غالبا ما نظر إليها باعتبارها، "الأجمل والأهدأ، والأحب إلى العائلة"، حسب تعبيرها تقول الحالة: "ديما يقولو أختك باهية عليك، وإنتي رقيقة وسمرة" وهو خطاب تقييمي حمل منذ الطفولة معاني الإقصاء والمقارنة السلبية وأسهم في تشكيل صورة ذاتية مهزوزة قائمة على الشعور بالدونية الجسدية والاجتماعية.

تذكر الحالة أنها كانت كثيرة البكاء ومريضة في طفولتها، وقد يكون هذا تعبيراً باكراً عن معاناة جسدية نفسية مشتركة أو بداية ظهور اضطرابات سيكوسوماتية، خاصة وأنها لم تحظى بالرعاية العاطفية اللازمة، ولم ترضع طبيعياً، مما حرّمها من لحظة فطام نفسي صحي وترك شرخاً عميقاً في علاقتها بالأم، هذه العلاقة لم تشهد لاحقاً أي إصلاح، بل زادت توتراً: "ماما مش حنينة خلاص... جامي مدتلي الحنانة... نحسها تفرح كي توبخني قدام الناس".

أما على المستوى العلاقة بالأب، فتصفه بالحزم المفرط، وتقول أنه لم يكن قريباً لا منها ولا من باقي الأبناء، بل فرض سلطة صارمة تركز على التحكم في مظهر وسلوك البنات، يقول: "لازم الطفلة ما تلبس السروال، ما تحكيش، ما يدخلوش الجامعة... مش حنين" هذا الأب المتسلط لم يكن مصدر أمان ولا حماية، مما ساهم في تنمية شعور الخذلان والفراغ العاطفي.

في هذا السياق العلائقي المشحون بالتوتر والنقد الدائم، نظر إلى الحالة كالابنة التي يجب أن تتحمل المسؤولية فكانت تحمل فوق طاقتها، مطالبة بعدم الخطأ وبالامتثال المستمر لمعايير "الإبنة المثالية" ومعاينة ذاتها على كل زلة، تقول: "كنت كي نغلط نجلد روجي علاه درتي هكا؟ علاه تحكي هكا؟" ما يشير إلى ميكانيزمات دفاعية صارمة تتمثل في جلد الذات والشعور بالذنب.

أما في المجال المدرسي، فقد عانت من صعوبات متكررة لم تحظ فيها بالدعم، بل ساد شعورها بالتمييز والنفور حيث صرحت: "زملائي ما كانوا يحبوا يحكوا معايا كنت ديما جابدو روجي"، هذا الانسحاب الاجتماعي كان تعبيراً عن ألم نفسي داخلي يتغذى من مشاعر الإقصاء الأولى داخل الأسرة، ويتكرر في المحيط المدرسي.

العلاقات الاجتماعية ظلت ضعيفة عبر مختلف المراحل، إلى أن تعرضت لصدمة نفسية حادة في مرحلة لاحقة، حين اكتشفت أن صديقتها الوحيدة دخلت في علاقة مع خطيبها، هذا الحدث لم يخلق مجرد جرح نفسي، بل تسبب بانهيار ثقتهما بالآخرين وبذاتها أيضاً: "الضربة هذي وليت ما ندير ثقة في حتى واحد... حتى روجي.... حياتي ولات ظلمة" على أثر الصدمة ظهرت أعراض نفسية خطيرة تمثلت في الصدفية، سقوط الشعر، اضطرابات النوم، نوبات الذعر والانعزال التام.

الحالة تعيش نوعاً من الانطفاء النفسي، فقدان الأمل والشوق دائم إلى الاحتواء لم تتلقاه يوماً، حيث تصرح: "ما كان حتى واحد وقف معايا... غير صلاتي راهي واقفة".

2.1 ملخص المقابلات مع الحالة الرابعة:

- المقابلة الأولى:

• تاريخ: 15 مارس 2025.

• مدة: 45 دقيقة.

• مكان: قاعة الاستقبال النفسي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة.

في إطار جلسة أولى اتسمت ببداية متحفظة وملامح دفاعية واضحة، حضرت الحالة (ف. ر) بوجه مشدود ونظرات مترددة ما تطلب منا، تبني موقف إكلينيكي قائم على الإصغاء والاحترام الصارم لوتيرة البوح الخاصة بالحالة، دون استعجال أو تدخل تقمحي، سمح لهذا الإيقاع أن يكتشف تدريجيا ما أتاح بروز أولى مؤشرات المعاناة السيكولوجية الكاملة.

كشفت الحالة عن نشأة داخل عائلة ممتدة ببسيطة، ميزتها سلطة الكبار وتداخل الأدوار ضمن جو لم يكن يسمح بالخصوصية ولا بالاحتواء، منذ ولادتها شكلت علاقتها بأختها التوأم بؤرة أولى للتمييز الجارح، حيث كانت تقارن دوما بأختها "العاقلة والجميلة" بينما كانت هي تصف "كركيقة وسمرة وتبكي كثيرا" وهي أوصاف حملت في طياتها دلالات رفض وإقصاء مبكر، تقول الحالة بلهجة تتضح وجعا: "كانوا دائما يقولوا أختك باهية عليك، وأنت رقيقة وسمرة... هذي الهدرة منحبهاش، أثرت فيا" يتبدى هنا أثر نظرة العائلة في نحت صورة ذاتية مشوهة منذ الطفولة، مما مهد لاحقا لشعور عميق بعدم القيمة الذاتية.

أما العلاقة مع الأم فقد وصفتها باضطراب حاد في الرابط الأمومي، إذ غابت فيه الرعاية العاطفية بشكل شبه كلي، لم ترضعها الأم، وكان البكاء هو وسيلتها الوحيدة للتعبير، في ظل أم المتصلبة، تنزع الحنان وتمارس التوبيخ علنا، من الشهادات اللافتة قولها: "ماما تستمتع كي توبخني قدام الناس... قدامهم تقولي علاش قاعدة هنا... أمشي من هنا" هذه الإهانات المتكررة أسهمت في ترسيخ شعور بالخزي أمام الجماعة، وعززت انطوائها وتجنبها للانخراط الاجتماعي

أما العلاقة مع الأب فتميزت بالغياب العاطفي الكامل، وتجلت فيه صورة الأب السلطوي المحافظ الذي لم يكن يقبل النقاش ولا يمنح الدعم، بل جسد دور الرقيب الصارم، عبرت عن ذلك بقولها: "بابا ماشي، حنين الطفلة ما لازمش تهدر، ما تقراش ما تلبسش سروال... ما كاش تقرب" تعكس هذه الكلمات جوا من الكبت وغياب الاعتراف، ما ساهم في كسر إمكانيات النمو النفسي الحر والمستقل .

أما داخل الوسط المدرسي، شعرت بالعزلة منذ المراحل الأولى، حيث لم تكن محل اهتمام من قبل زملائها، وتطورت لديها شخصية منطوية، حذرة من الآخر، فاقدة للثقة، كانت العلاقة الوحيدة التي سمحت

لنفسها بخوضها، انتهت بصدمة عنيفة تمثلت في خيانة مزدوجة: صديقتها الوحيدة وخطيبها، تقول: "تبدلت حياتي كانت كامل... وليت ما ندير ثقة في حتى واحد، حتى في روعي" تكشف هذه الحادثة عن إعادة تفعيل صدمات سابقة متراكمة وتجلي صارخ لخدلان متكرر.

جاءت الصدمة العاطفية كشرارة فجرت احتقانات نفسية مزمنة، لتظهر على السطح في شكل أعراض جسدية سيكوسماتية واضحة، مثل الصدفية وتساقط الشعر، واضطرابات في النوم، وكوابس مزعجة متكررة، تؤكد الحالة: "من بكري وأنا مريضة، بصح مكانش اللي يسمعي... الضربة هذيك دمرتني" هذه المعاناة تشير إلى اختناق وجداني مزمن لم يجد سبيلا آمن للتعبير، فانبثق من الجسد.

رغم حجم الانكسار تمسكت الحالة بجانب روعي وهو الصلاة، والذي وصفته بأنه "المتنفس الوحيد" في وقت أغلقت فيه أبواب الثقة لجميع الاتجاهات، بما في ذلك الذات، الشعور بالفراغ واليتم العاطفي هو ما طبع خطابها طيلة المقابلة، مشفوعا بحذر شديد تجاه الآخرين، حتى ضمن سياق العيادة النفسية.

- المقابلة الثانية:

• تاريخ: 16 مارس 2025.

• مدة: 45 دقيقة.

• مكان: قاعة الاستقبال النفسي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة.

عقدت المقابلة الثانية في جو اتسم بمزيج من الحذر والانفتاح التدريجي، ما سمح بالغوص أعمق في المحتوى النفسي، بدت الحالة أكثر استعدادا للكشف عن جوانب حساسة من تاريخها، خاصة تلك المتعلقة بالخدلان العاطفي وخيانة الثقة، والتي شكلت نقطة تحول في مسارها النفس والجسدي.

كشفت الحالة عن سلسلة من التراكمات الانفعالية المؤلمة، بدأت بالطفولة من خلال علاقة مختلة مع الأم تتسم بالبرودة والنبذ: "ماما ما كانتش حنينة، حتى كي نمرض تبان منقلقة كي شغل دايرلها مشكل... نحب نحضنها بصح نخاف... نخاف أنها تزيد تبعد" هذه العلاقة الأولية المشوهة بالوظيفة الأمومية زرعت في الفتاة مشاعر غير مصاغة من الخوف، الخزي ونقص الاستحقاق العاطفي، هذا الحرمان المبكر من الاحتواء ترك ثغرة عميقة في قدرتها على بناء أمان داخلي، وولد استعدادا للانكسار في تجارب العلاقة المستقبلية.

أبرز ما طغى على المقابلة هو سرد الحالة لجربة الخيانة العاطفية من طرف صديقتها المقربة وخطيبها في آن واحد والتي وصفتها بأنها: "أقسى حاجة صرأتلي، كي ضاعتلي الثقة في روعي، في العشرة، وحتى في روعي... شحال من مرة نحب نقول حلم برك، بصح الواقع يزيد يضرني".

صرحت بالتفصيل أن الصديقة السابقة لها كانت تشاركها كل يومياتها بما في ذلك أسرار علاقتها العاطفية، وهو ما جعل وقع الخيانة مضاعفا: "كانت أختي، نقولها كلشي، حتى وش نحس، كانت تعرف ضعفي،... وخطفاتو بلا رحمة، شو كيت" هنا نلاحظ أن الخيانة، لم تكن مجرد انفصال عاطفي بل تجسد لصدمة مركبة تمس ثلاثة مستويات في آن واحد: الخسارة العاطفية، خيانة الأمان والسرية، تدمير صورة "الآخر الداعم" هذا الحدث بحسب ما صرحت به الحالة، شكل نقطة انكسار حادة: "نهار عرفت حسيت قلبي توقف، برودة في الجسم، كأنو روحي خرجت وما رجعتش... بكيت بزاف وحدي، من بعد ما عادش بكيت... وليت نمرض".

عند استكشاف الحياة الانفعالية بعد الحادثة، بدا واضحا أن الكلام لا يجد طريقة للتعبير عن الألم، استعملت الحالة مرارا جملا مثل: "نحس كي حاجة مخنوقة داخلي، بلا صوت... كي دمة ما طاحتش، كي وجع لي معدوش اسم" ينجلي من ذلك وجود عسر واضح في تسمية المشاعر وتصنيفها (الأليكسيثيميا) مع الميل إلى إسقاط الانفعال على الجسد، فعوض أن تقول "أنا حزينة أو غاضبة" كانت تركز على الوصف الجسدي: "قلبي يضرب، نبرد فجأة، يدي ترجف، ساعات نحس روحي راح نطيح" هذا يشير إلى ميكانيزم دفاعي جسدي، تتجسد فيه المشاعر المكبوتة عبر الأعراض الجسمية، بما يؤكد الطبيعة السيكوسوماتية لحالتها.

وفق ما صرحت به الحالة، بدأت المعاناة الجسدية مباشرة بعد حادثة الخيانة، مع ظهور نوبات حكة جلدية، مع ظهور بها جلدية حمراء سميكة ومحرقة على مستوى المرفقين والركبتين وفروة الرأس، تم تشخيصها لاحقا على أنها صدفية تقول: "طلعتلي حكة غريبة كي مشيت لطبيب الجلد، قالي لازم ترتاحي نفسيا" كما رافق هذه الأعراض اضطراب في النوم، فقدان شهية ملحوظ، اضطرابات هضمية، وتساقط الشعر: "شعري ولى يتساقط، نحل عيني صباح نلقاه فوق المخدة".

وتدل هذه المؤشرات على تحول الصدمة النفسية إلى استجابة جسدية عنيفة، حيث يصبح الجسد هو الوعاء الوحيد القادر على التعبير عن ما عجز اللسان عن قوله.

– المقابلة الثالثة:

- تاريخ: 18 مارس 2025.
- مدة: 45 دقيقة.
- مكان: قاعة الاستقبال النفسي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية – عين قشرة.

دخلت (ف. ر) المقابلة الثالثة وهي تظهر مزيجا من الإرهاق والتوتر، مع تصاعد في انفعالاتها اللفظية والجسدية كلما اقترب الحديث من موضوع الخيانة العاطفية، بدا أنها في حالة إعادة معايشة صامتة، حيث تعيد سرد الحدث بنفس العبارات والمشاعر دون تحول في التفسير أو التمثل.

تحدثت الحالة عن استمرت داعيات الصدمة في يومياتها، فقالت: "ما زال المشهد عالق، كي نشوفها في الطريق نكمل نرجع للدار، نولي كي المهبولة، قلبي يخبط، نغرق، نحب نصرخ بصح نغلق فمي"، "ما نعرفش كيف ننسى، نحس كي نحاول ننساها روجي تعيطلي وتقولي ما تنسيش راهي خانتك" هذا التكرار في الرؤية الذهنية يبرز نمطا من الاجترار القهري للصدمة، حيث لم يتمكن الجهاز النفسي من تفكيك الحدث ودمجه في البنية النفسية، ما يبقيه حاضرا باستمرار.

عند الحديث عن علاقة جديدة حاولت الدخول فيها، تقول: "هو يحبني باين عليه، بصح أنا ما نقدرش نبادلو نفس الشعور، نخاف نتحمس ونغدّر ثاني... نفضل نحب في صمت وما نقولش، نتهنى من الوجع"، "كي بيذا يهدر على الزواج، نولي نحس كأني نتخفق ما نحبش نهدر بزاف، نغلق السوجي، ونخليه يفكر وحدو" نلاحظ هنا وجود تناقض انفعالي- عاطفي يدل على صراع داخلي بين رغبة في الارتباط ورفض لا واعي لأي انكشاف جديد، وهنا يشير إلى بقاء الجرح العاطفي مفتوح، وارتباطه بميكانيزمات الحماية الذاتية. عبرت عن نظرتها لنفسها بعد تجربة قائلة: "نحس روجي غبية.... عطيت ثيقتي لناس ما يستاهلوش، خليتها تدخل داري، تلبس من قشي، تاكل معايا، وتخوني"، "من ذاك النهار وأنا نحس روجي صغيرة، ضعيفة، ما نستاهلش الحب" ما يكشف عن تشوه تمثلات الذات نتيجة الصدمة: تراجع في تقدير الذات، إحساس بالضعف وانعدام الكفاءة العاطفية، هذه التمثلات تعزز اجتنابها للعلاقات العاطفية وتغذي الحذر المزمّن من الآخر.

أشارت الحالة إلى معاناتها من كوابس متكررة: "نحلم بيها تبوس فيه، نفيق نبكي نحس جسمي كامل ثقيل، ونولي ما نحبش نهدر كامل النهار"، "نحس جسمي يوجعني من غير سبب، ضغطي يهبط، و قلبي يضرب كي يجيني الحلم هناك".

يستدل من خلال ذلك على ربط واضح بين المعاناة النفسية وتجليها الجسدي، ما يدل على بداية ترسيخ النمط السيكوسوماتي خاصة في ظل غياب وسيلة للتفريغ الانفعالي.

كما صرحت: "نصهر، نشعل الموسيقى بصوت عالي، نغرق في الهاتف، نكتب خواطر ونمسحهم، وبعدها نرتاح شوية"، "ما نحكيش لحتى واحد، ما نحبش نقولهم على وجعي، نخبيه نحس إذا حكيت نولي

ضعيفة" ما يظهر تبنيها لإستراتيجية التجنب، الإنكار، والكبت كآليات الدفاع الرئيسية، ورغم أنها تمنح راحة مؤقتة، إلا أنها تغذي الاحتقان الداخلي وتعزز السلوك الانسحابي.

صرحت الحالة بتعبير يدل على تعميم الخيانة كإحتمال دائم: "كل وحدة تحب تتقربلي، نقول بلكي كيما هي، تبان طيبة وتسممني من ورايا"، "وما نحش حتى نسمع واحد يقولي نحبك، نقول في قلبي كذاب" هذا التمثل العدوانى المشحون بالحذر الشديد من الآخر يشير إلى تمركز القلق في بنية العلاقات الشخصية، وتحوله إلى قاعدة شعورية تحد من التفاعل الاجتماعى السليم.

- المقابلة الرابعة:

• تاريخ: 19 مارس 2025.

• مدة: 45 دقيقة.

• مكان: قاعة الاستقبال النفسى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - عين قشرة.

دخلت الحالة (ف. ر) جلسة المقابلة في وضع نفسى يوحى بتعب على المستوى العاطفى والجسدى، مع ارتجاف خفيف في الأيدي ونظرات شاردة تتهرب من المواجهة، خطابها كان مترددا في البداية، ثم انفتح تدريجيا تحت أثر التحفيز العيادى.

حيث سئلت عن أحلامها الليلية، ساد صمت طويل كأنها تتردد في كشف منطقة حساسة من ذاكرتها النفسية، ثم قالت بصوت خافت: "نحلم كي نكون في عرسهم... الناس تضحك وأنا في نفس القاعة قاعدة، وحدي نبكي بصوت ما يسمعوش، نحاول نخرج الباب مغلق"، "مرات نفيق نحس قلبي راهو يخرج من بلاصتو، حلمت شحال من مرة نمدي ليه وهو يروح ليها...".

يظهر بوضوح في هذه الأحلام طابع تكرارى قهرى يعيد تمثيل الخيانة كصدمة أولى وهو أحلام تحمل طابع "المشهد الصدمى المجدد" حيث تتكرر نفس الصور والسيناريوهات بشكل مرهق، اللاشعور هنا يعمل على إعادة تمثيل الذكرى الصدمية دون القدرة على استيعابها أو تجاوزها.

أثناء التطرق لعلاقتها اليومية، ظهر نمط من الانسحاب الاجتماعى: "بطلت نخرج بزاف، نخاف نشوفهم ولا حتى نشوف أماكن كنا نروح ليهم، ولا ناس يعرفوهم... نحس قلبي يتقبض... حذفها من حياتي كامل حتى صورها كي نطيح فيهم صدفه نحس روجي نتخفق" تعبر هذه السلوكيات عن تجنب نفسى وسلوكى صريح لكل محفز يوقظ الأثر الصدمى، ورغم أنه يشكل حماية مؤقتة، إلا أنه يعمق العزلة ويضعف أدوات التكيف المرنة، مما يجعل البنية النفسية عرضة للانهايار تحت الضغط المستمر.

عند الحديث عن نومها، أبانت الحالة عن أعراض مميزة: "ما نقدرش نرقد، نبقي نخم ونخم أول ما نغفى نحلم بيهم، كي نفيق نحس جسمي كله مشدود، نبدا نبكي بسكات باش ما يسمعني حتى واحد"، "أي صوت يخوفني، مرات نسمع حاجة بسيطة تنتفض، ك نكون راقدة، نظن بلي راهو احد راهوا جاي" هذه المؤثرات تتطابق مع أعراض الصدمة النفسية خاصة فيما يخص فرط اليقظة الذهنية، واضطرابات النوم والكوابس التكرارية.

حين طرحت أسئلة عن مشاعرها أجابت: "ما نعرفش واش نحس، مرات نحب نبكي بلا سبب، مرات نغضب ونتخفق، بصح ما نعرفش واش بيا بالضبط"، "تخاف نقول واش نحس، كاين مشاعر نحب نحسها وما تخرجش، كاين حاجات نخليها تغلي داخلي" تظهر الحالة خصائص واضحة للإضطراب الأليكسيثيميا متمثل في: عجز عن التعرف عن المشاعر وتحديدها، صعوبة في التعبير الانفعالي، نزعة للانفجار الجسدي بدل الرمزي، ما يعزز التحول السيكوسوماتي (الصدفية نموذجاً).

ثم صرحت بنبرة تحمل مزيجاً من الحزن والغضب: "كرهت روجي... كي نشوف مرايتي نحس وليت قبيحة، مريضة، مكرفصة، ماشي كيما كنت"، "ما عنديش قيمة، كل واحد يشوفني كي حاجة تتكسر، حتى أنا وليت نشوف روجي هكا" هذه التصريحات تعكس تمثيلاً سلبياً للذات قائمة على الذنب، العار، وانعدام الجدارة، وهو تمثيل مشوه يعكس تفكك في صورة الأنا، مرتبط مباشرة بالخيانة والخذلان والعجز عن استيعاب الصدمة وإعادة بناء المعنى منها.

كما صرحت الحالة: "الدنيا ما بقاش فيها لآمان، الناس خطر... الثقة راحت، حتى ربي مرات نغضب عليه، ونقول علاش خليتني نعيش هكا؟" كما صرحت أيضاً: "أي حاجة ممكن تصراك، حتى من أقرب الناس، وهم، كذب".

هذه العبارات تظهر انهياراً شاملاً في الشعور بالأمان الوجودي والثقة في الآخرين، الصدمة هنا لم تؤثر فقط على علاقتها بخطيبها السابق بل فككت المنظومة المرجعية التي تعيش ضمنها: العلاقة بالله، بالناس، بالعالم.

– المقابلة الخامسة:

- تاريخ: 21 مارس 2025.
- مدة: 1 ساعة.
- مكان: قاعة الاستقبال النفسي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية – عين قشرة.

دخلت الحالة الجلسة في حالة من الإنقباض الواضح ورغم محاولتها الظاهرة لضبط انفعالاتها فقد بدت علامات توتر جلية من خلال حركات يديها اللووعية، قضم الأظافر ولف خصلات شعرها، إلى جانب تجنب النظر المباشر، بدت مترددة منذ بداية الشرح حول هدف اللقاء وقالت بصوت منخفض تخله الصمت: "يعني راكم رايمين تحكمو علي من خلال هاذ الأسئلة؟ مرات نحسها بلي لازم نسكت برك" هذا الموقف يعكس دفاعا نفسيا أوليا يقوم على التحفظ والخوف من التقييم والانكماش، ما يشير إلى هشاشة في تمثيل الذات، وانعدام الشعور بالأمان داخل العلاقة.

مع بدء التفاعل مع الأسئلة، لوحظ إزدياد مؤشرات فرط اليقظة: ارتجاف خفيف في اليد اليمنى، نظرات متقطعة نحو الباب، تغير نبرة الصوت، وتكرار بلع الريق.

تحدثت الحالة عن تجربة صامتة بلغة مشحونة بالعجز والانهيال، قالت: "حسيت الدنيا كاملة طاحت فوق راسي، حتى جسمي تجمد... ما فهمتش واش صرا بالضبط، غير حسيت روحي مخنوقة... جسمي تبدل" رافق هذا التصريح توقف التنفس لثواني واهتزاز في الكتفين ما يحيل إلى إعادة معايشة مشحونة لشحنة وجدانية لم يتم تفريغها ولا استيعابها سابقا، التعبير الجسدي هنا يسبق التعبير اللفظي، وفي أخرى صرحت: "من ذاك النهار وأنا نعاني بجلدي، نحبك بزاف خاصة كي نتقلق تشعل فيا النار" هذه المقولة تعكس رمزية جسدية عالية، تظهر تحول الصراع النفسي إلى تعبير جلدي صريح، وتدعم الرؤية الديناميكية للعلاقة بين الصدمة واضطراب سيكوسوماتي.

عند الانتقال للأسئلة المرتبطة بالمقياس Tas-20 بدت الحالة مشوشة، وظهر نوع من التوتر الانفعالي على مستوى تعبير الوجه وتقطع الصوت، وقالت: "أنا ما نعرفش كيفاه نحس... مرات نقول راني غضبانه برك ومرات نبكي وما نعرفش علاه... كاين حاجة داخلي توجعني، بصح ما نلقاهاش" صاحب هذا التصريح انحناءة إلى الأمام، تشبث بكفي اليدين، وحركة عينين تحبي بالضياح، وهي كلها مؤشرات غير رفضية على حالة من التشويش الانفعالي والانفصال عن الذات، وهي خاصيات جوهرية في البروفيل الألكسيثيمي. وفي لحظة مكاشفة مؤثرة أضافت: "حتى كي نكون مع الناس نحاول نضحك ونحكي... بصح داخلي كأنه حجر ثقيل، ما يتحركش... ما نقدرش نفرغ".

هذه الجملة تكشف عن ميكانيزم قهري قاعدته الإنكار والتظاهر بالتماسك الاجتماعي في مقابل تفكك داخلي يمس التماسك النفسي.

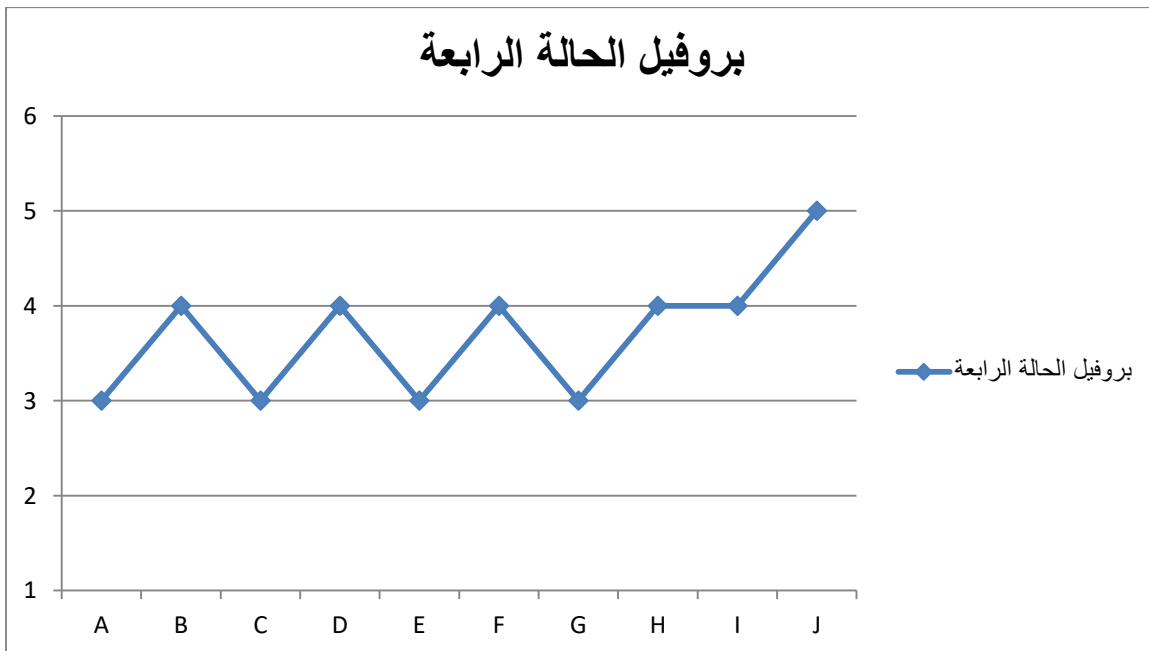
تقديم نتائج (ف. ر) على مقياس تروماك

الجدول رقم (19): يوضح تحويل النقاط الخام إلى نقاط معيارية لحالة (ف. ر) لمقياس

تروماك

5	4	3	2	1	الدرجة المعيارية السالام
24	23 -19	18 -13	12 -7	1 -0	17 = A
+ 10 أو +	9 -8	7 -5	4 -1	0	8 = B
+ 14 أو +	13 -10	9 -4	3 -1	0	5 = C
+ 14 أو +	14 -10	9 -5	4 -1	0	10 = D
+ 15 أو +	14 -10	9 -5	4 -2	1 -0	9 = E
+ 10 أو +	9 -7	6 -4	3 -1	0	7 = F
+ 8 أو +	7 -6	5 -3	2 -1	0	4 = G
+ 18 أو +	17 -12	11 -4	3 -1	0	13 = H
+ 17 أو +	16 -10	9 -6	5 -2	1 -0	11 = I
+ 8 أو +	7 -6	5 -2	1	0	8 = J
115 +	114 -90	89 -55	54 -24	23 -0	المجموع = 92

منحنى بياني رقم (04): يوضح الملمح الصدمي النفسي لحالة (ف. ر)



3.1 تحليل نتائج (ف. ر) على مقياس Traumaq :

تم تطبيق مقياس Traumaq على الحالة (ف. ر) في مرحلة متأخرة نسبيا من الحدث الصدمي أي بعد مرور فترة زمنية معتبرة، الأمر الذي يسمح بتقييم الأثر العميق والمستمر للصدمة، وقد كشفت النتائج عن درجة خام مرتفعة بلغت 92 وهي تصنف وفق سلم التقدير العيادي في الفئة المعيارية 4 ما يدل بوضوح على تموضع صدمي حاد ومستقر، وقد جاءت نتائج الأبعاد المختلفة للمقياس على النحو التالي:

البعد A: حالة الحالة أثناء وقوع الحادثة درجة خام 17/ معيارية (4) تشير هذه الدرجة إلى تموضع صادم شديد يعكس عجزا نفسيا لحظيا أثناء وقوع الحدث وقد تجلى ذلك في مجموعة من التظاهرات الجسمية مثل الارتجاف، التعرق، الغثيان، وزيادة ضربات القلب، وهذا ما أكدته البند (4)، بالإضافة إلى الإحساس بالوحدة وأنه عديم القوة وهذا ما أكدته البند (7- 8) ترافقها الإحساس بالرعب والقلق، وهذا ما أكدته البند (1- 2) هذا ما يؤكد أن الصدمة لم تعاش فقط كحدث خارجي بل كانهيار داخلي ولد فجوة على مستوى الأمان النفسي وهذا ما أكدته البند (5).

البعد B: تناذر التكرار درجة خام (8/ معيارية 4) تكشف هذه نتيجة عن حضور قوي لمظاهر إعادة المعيشة، بما يشير إلى أن تمثيلات الحدث الصدمي لا تزال نشطة في الذاكرة عن طريق استرجاع ذكريات الحدث طوال النهار والليل وهذا ما أكدته البند (1) بالإضافة إلى الأحلام والكوابس ترافقها الإحساس بالقلق عند التفكير في الحدث وهذا ما أكدته البند (3- 4) فرغم مرور الزمن، بقيت المشاهد والأحاسيس الصدمية تفرض ذاتها على المستوى الشعوري واللاشعوري.

البعد C: اضطرابات النوم درجة خام 5/ معيارية 3 تعكس هذه الدرجة اضطرابا متوسطا في النوم إما في صورة أرق أو كوابس وهذا ما أكدته البند (1- 2).

أما البعد D: تناذر التجنب درجة خام (10/ معيارية 4) تعكس هذه النتيجة استخداما مكثفا لآليات التجنب كدفاع ضد إعادة المعيشة والمتمثلة في تجنب الأماكن والأشخاص وأي شيء يثير لديه ذكرى الحدث وهذا ما أكدته البند (5) مع عدم الإحساس بالأمان ترافقها نوبات قلق وهذا ما أكدته البند (2- 4) وهو ما يترجم إلى تجنب داخلي وخارجي لكل ما يرتبط بالصدمة.

بينما البعد E: القابلية للإثارة الانفعالية (درجة خام 9/ معيارية 4) تشير هذه الدرجة إلى فرط إستثارة انفعالية واضحة ما يدل على حالة استنفار عصبي دائم وهو ما أكدته البند (3) بالإضافة إلى ظهور سلوكيات عدوانية مع حذر شديد وهو ما أكدته البند (2- 6) فالصدمة النفسية جعلت الحالة شديدة الحساسية للمثيرات، وسريعة الانفعال مع وجود تهيج داخلي ومستمر يؤثر في الاستقرار النفسي.

البعد F: الاضطرابات السيكوسوماتية (درجة خام 7 / معيارية 3) تبرز هذه الدرجة وجود علاقة وثيقة بين الصدمة والأعراض الجسدية، حيث يعاد إنتاج المعاناة النفسية في الجسد بدل تمثيلها شعورياً وذلك من خلال تعرض لمشاكل جسدية من الصعب معرفة أسبابها وهذا ما أكده البند (4) هذه الآلية تعبر عن انسداد في القنوات التعبيرية النفسية، فانقلت المعاناة إلى الجسد ليصبح هو المتكلم.

بينما البعد G: اللقدرات المعرفية (درجة خام 4 / معيارية 3) تظهر هذه النتيجة ضعفاً طفيفاً في الأداء المعرفي وهذا ما أكده البند (3) لذا يفهم على أنه أثر مباشر لتشوش الانتباه والانشغال الدائم بالأحداث الصدمية.

أما البعد H: الاضطرابات الاكتئابية (درجة الخام 13 / معيارية 4) تشير هذه الدرجة إلى ارتفاع ملحوظ في الأعراض الاكتئابية ما يدل على تراجع الطاقة النفسية فقدان المعنى والشعور بالذنب أو العجز وهذا ما أكدته البنود (1- 2- 5) كما أن الحالة تميل إلى العزلة وترفض جميع الاتصالات الخارجية وهذا ما أكده البند (8) هذه المظاهرة توحى بأن الصدمة تجاوزت البعد الانفعالي لتطال البنية العاطفية العامة وتكرس تموضعا داخليا سوداويا.

بينما البعد I: المعاش الصدمي (درجة خام 11 / معيارية 4) تعكس هذه الدرجة استمرارية الحدث الصدمي كواقع داخلي حي، ما يدل على أن الزمن النفسي للحالة لم يتحرك بعد نحو ما بعد الصدمة، لا تزال المفحوصة تعيش الصدمة كحالة وجودية وليست فقط ذكرى، مما يمنعها من بناء سردية متماسكة حول ما حدث. فقد تغيرت نظرة الحالة للحياة وللآخرين وهذا ما أكده البند (6) بالإضافة إلى الشعور بالغضب والشعور بالدونية وهذا ما يوضحه البند (4- 5).

أما البعد L: نوعية الحياة (درجة خام 5 / معيارية 3) تظهر هذه النتيجة تأثر نمط الحياة بشكل ملحوظ حيث تراجعت القدرة على الاستمتاع، المبادرة والتفاعل الاجتماعي، لقد نجحت الصدمة في إعادة تشكيل تفاصيل الحياة اليومية للحالة بحيث أصبحت معيشاً رمادياً تحكمه الطاقة سلبية والانغلاق وهذا ما تؤديه البنود (3- 9- 10).

- خلاصة حالة (ف. ر):

تظهر نتائج اختبار Trauma q أن المفحوصة (ف. ر) قد تعرضت لصدمة نفسية ذات طابع عنيف ومؤثر وذلك من خلال حصولها لمجموعة نقطة خام تقدر بـ 92 والتي تصنف في جدول التقييم العيادي للنقطة الخام في الفئة المعيارية 4.

الجدول رقم (21): يوضح التقييم العيادي للنقطة الخام لمقياس الصدمة النفسية لحالة (ف. ر)

الترتيب	1	2	3	4	5
الدرجة المتحصلة	23 - 0	54 - 24	89 - 55	114 - 90	+155
التقييم	غياب الصدمة	صدمة ضعيفة	صدمة متوسطة	صدمة مرتفعة	صدمة مرتفعة جدا

تظهر نتائج تطبيق مقياس Traumaq على الحالة ف. ر تموضعا صادقا ذات طابع بنيوي، حيث تتجلى آثار الصدمة في مستويات متعددة: انفعالية، جسدية، معرفية وعلائقية، ارتفاع درجات الخام والمقابلة لها من الدرجات المعيارية في الأبعاد، يشير إلى حضور مكثف لمعاناة نفسية عبر اضطرابات النوم، فرط اليقظة وأعراض سيكوسوماتية واضحة، كما يعكس البعد الاكتنابي المرتفع هشاشة البنية النفسية بعد الحدث الصدمي.

- إجابات الحالة "م. ن" على مقياس Tas-20

الجدول رقم (22): يوضح إجابات الحالة "ف. ر" على مقياس Tas-20

رقم البند	الإجابة الأصلية	معكوسة/ أولا	الإجابة بعد التصحيح
1	4	لا	4
2	5	لا	5
3	3	لا	3
4	3	نعم	3
5	3	نعم	3
6	2	لا	2
7	4	لا	4
8	2	لا	2
9	3	لا	3
10	2	نعم	4
11	4	لا	4
12	3	لا	3
13	3	لا	3

4	لا	4	14
3	لا	3	15
2	لا	2	16
3	لا	3	17
3	نعم	3	18
4	نعم	2	19
2	لا	2	20

- حساب الأبعاد:

1. صعوبة وصف المشاعر:

- البنود: 1- 3- 6- 7- 13- 14

- عدد النقاط التي تحصلت عليها الحالة في هذا البعد:

$$4+3+2+4+3+3+4=23$$

2. صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات:

- البنود: 2- 4- 11- 12- 17

- عدد النقاط التي تحصلت عليها الحالة في هذا البعد:

$$5+3+4+3+3=18$$

3. التركيز التفكير الموجه نحو الخارج:

- البنود: 5- 8- 10- 15- 16- 17- 18- 19- 20

- عدد النقاط التي تحصلت عليها الحالة في هذا البعد:

$$3+2+4+3+2+3+4+2=23$$

- المجموع الكلي: 64

4.1 تحليل نتائج (ف. ر) على المقياس Tas-20:

كشفت نتائج تطبيق مقياس الأليكسيثيميا على الحالة عن درجة متوسطة من أليكسيثيميا حيث حصلت على مجموع كلي قدره 64 من أصل 100 ضمن مدى المقياس الذي يتراوح بين 20 إلى 100 وقد سجل أعلى معدل بعد صعوبة وصف المشاعر 23 يليه التفكير الموجه نحو الخارج 23 ثم بعد صعوبة تحديد المشاعر والانفعالات درجة 18.

هذه النتائج تشير إلى وجود صعوبات معتبرة في تحديد وصف المشاعر لدى الحالة إلى جانب ميول نحو التفكير الخارجي، ما قد يفسر في ضوء الصراع السيكوسوماتي كمؤشر على ضعف الحياة الانفعالية وصعوبة تحويل الضغط النفسي إلى رموز لفظية، مما يزيد من احتمال ترجمته في شكل أعراض جسدية.

2. تحليل موضوعي المقابلات مع الحالة الرابعة:

تتحدّر الحالة من العشرينات، تنشأ ضمن وسط أسري تقليدي صارم، تميز بعلاقات تتسم بالبرود العاطفي والسلطة الأبوية المفرطة، حيث تصف العلاقة مع الأب الحزم الزائدة، ما خلق لديها نوعاً من الانضباط القسري المشوب بالخوف، أما العلاقة مع الأم فكانت متوترة ومشحونة، يغيب عنها الحنان وتطغى عليها المطالبة بالكمال، حيث صرحت الحالة: "كي نغظ نجد روجي، علاه درتي هاك؟ علاه تحكي هاك؟" كما أضافت بنبرة حزينة أن والدتها كانت كثيراً ما تقول لها: "أنتي باشعة، أحتك خير منك" وهي عبارة تعكس تمثيلاً مهيناً للذات ترسخ عبر التكرار من الأم، أسهم في تشكل صورة مشوهة عند الجسد.

تذكر الحالة أنها كانت كثيرة البكاء ومريضة في طفولتها، ولم تحظى بالرضاعة الطبيعية، ما قد ينعكس على انعدام أول تجربة ارتباط آمن، ووفق تصور Winnicott حول "الأم الجيدة بما يكفي" هذا الافتقار المبكر إلى الاحتواء العاطفي أسس لشعور عميق بالحرمان العاطفي الذي رافقها لاحقاً، في السياق الاجتماعي ساد شعورها بالتميز والنفور، حيث قالت: "زملائي ما كانوا يحبوا يحكوا معاي، كنت ديما جابدة روجي" ما يعكس إحساساً بالتهميش وصعوبة في بناء علاقة سوية.

التحول الجذري في مسارها النفسي بدأ بعد صدمة حادة تمثلت في اكتشافها أن صديقتها الوحيدة دخلت في علاقة مع خطيبها، ما أدى إلى انهيار الثقة بالآخر والذات تجلّى في قوله: "ضربة هذي، وليت ماندير الثقة في حتى واحد، حتى روجي، حياتي ولات ظلمة" هذه العبارة تكشف تمثلات عميقة للخذلان، وقد نشير وفقاً لـ "Janet" إلى انهيار البنية النفسية الدفاعية وانهيار الثقة الأساسية.

بعد الصدمة، ظهرت أعراض نفسجسدية واضحة: الصدفية، سقوط الشعر، اضطرابات النوم، والانغلاق الاجتماعي، حسب Didier Anzieu يتجسد الألم النفسي في الجسد نتيجة انحباس العاطفة وفقدان القدرة على التفريغ الرمزي، تعيش الحالة حالة من الانطفاء النفسي، فقدان الأمل، والشوق الدائم للاحتواء، والذي لم تتلقاه يوماً كما صرحت: "ما كان حتى واحد واقف معاي غير صلاتي راهي واقفة" هذه الجملة الأخيرة تؤكد تعلقاً دينياً دفاعياً تعريضياً عن غياب الحضور العاطفي في حياتها، في محاولة للاتزان الداخلي كما تشير مفاهيم "بولبي" حول التعلق في حالة الإهمال العاطفي.

3. الملخص العام للحالة الرابعة:

تعكس المعطيات الإكلينيكية للحالة نمطا نفسيا مرسوما بتهميش الوجدان وقلق الانفصال في ظل سياق أسري اتسم بالصرامة التربوية، التمييز العنفي، وانعدام الإشباع العاطفي، الطفولة المبكرة المحرومة من الرضاعة الطبيعية كأول علاقة جسدية/ نفسية مع الأم كانت بمثابة القطيعة الأولى، ما ولد أرضية خصبة لتشكّل قلق انفصال مبكر.

العلاقة مع الأخت التوأم لم تكن تعويضية، بل مثلتها مرآة مؤلمة للتفاصيل والتفاضل والتهميش، ما زاد من الشعور بالرفض، وانعدام القيمة الذاتية، غياب الحضور الانفعالي للأبوين جعل الحالة تطور نمطا دفاعيا قوامه الانسحاب والانغلاق وهي آليات بقيت مستمرة حتى بعد البلوغ خصوصا على المستوى الاجتماعي، أما الصدمة العاطفية الحادة -خيانة الصديقة مع الخطيب- فقد مثلت ذروة لإعادة الرمزية لقلق الانفصال الأولي: خيانة الحاضن، فقدان الأمان، وخرق الثقة الأساسية.

تحليل المقابلات النصف موجهة كشفت عن هشاشة واضحة في الروابط العواطفية خاصة حاجة مفرطة للتعلق، وفي الوقت نفسه صعوبة في الثقة والبوح، وهي تناقضات تعبر عن التمزق الداخلي المرتبط بقلق الانفصال، هذا القلق لم يعبر عنه لفظيا بل وجد منفذه عبر الجسد بشكل صدفية كعرض سيكوسوماتي. نتائج مقياس Traumaq درجة 92 أكدت وجود أثر صدمة مرتفعة تجلى في إعادة المعيشة، التجنب وفرط اليقظة، مما يدل على عدم تجاوز الصدمة العاطفية واستمرارها النفسي الفعال، أما نتيجة Tas-20 درجة 4 فتشير إلى أليكسيثيميا بدرجة معتدلة ما يعزز فكرة التحويل الجسدي للمشاعر غير المعبر عنها.

- خلاصة تحليلية لحالات الدراسة:

كشفت المعالجة العيادية لحالات الدراسة الأربعة من خلال تحليل المقابلات النصف موجهة وتطبيق مقياس Traumaq و Tas-20 عن حضور بنية نفسية مشوشة تهيمن عليها دينامية مركزية: قلق الانفصال، هذا القلق العميق والذي غالبا ما يعود إلى انقطاعات مبكرة في العلاقة الأمومية أو الخبرات العلائقية، التي لم تتم معالجته بشكل رمزي أو وجداني، بل بقي مفعلا في البعد اللاشعوري: ليبحت عن منافذ تعبيرية بديلة، كان أبرزها الجسد من خلال الإكزيما والصدفية كعوض سيكوسوماتي في مقياس Taumaq برزت بوضوح مؤشرات الصدمة النفسية خاصة في أبعاد إعادة المعيشة، التجنب وفرط اليقظة، ما يشير إلى أن الحالات لم تخرج بعد من دوامة التهديد النفسي الأولي، وأن الأثر الصدمي لم يتم دمجها على مستوى النفس، أما نتائج مقياس Tas-20 فقد عكست اضطرابا شديدا في معالجة المشاعر تتجلى في

درجات مرتفعة على بعدي صعوبة وصف المشاعر والتفكير الموجه نحو الخارج، ما يشير إلى وجود أليكسيثيميا مهيكلة.

القاسم المشترك بين هذه الحالات هو أن كل واحدة منها تحمل في عمقها فقداً أولياً لم يتم احتوائه، سواء تعلق الأمر بألم غائبة عاطفياً أو جسدياً، هذا الفقد يتحول إلى قلق الانفصال مزمن، يدفع الذات إلى الانغلاق، الإنكار أو ترميم المعاناة عبر الجسد.

إن هذا الاستنتاج يعد التأكيد على ما تذهب إليه المدرسة السيكوسوماتية بأن الأعراض السيكوسوماتية ليست مرضاً في الجسد بل في المعنى الغائب عنه، ومعالجة هذه الحالات لا تتطلب فقط تدخلاً طبياً جليداً بل قبل أي شيء احتضاناً نفسياً يرمم الانفصال، يحيي الرمز ويعيد المعنى لما تم كتمه.

عرض وتحليل نتائج الدراسة:

خامساً: مناقشة النتائج

1. على ضوء الفرضيات:

كشفت نتائج الدراسة الحالية، من خلال تحليل المقابلات النصف موجهة، ومقياس الصدمة النفسية Traumaq ومقياس Tas-20 عن وجود علاقة بنيوية ومعقدة بين التعرض لصدمة نفسية ومستوى ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الجلد، وهي علاقة تتأثر بدرجة توفر آليات التكيف النفسي المتقدمة وعلى رأسها الرجوعية التي تمثل عاملاً حاسماً في تموضع الأعراض الجسدية من عدمه. وقد أظهرت الحالات المدروسة أن الأفراد الذين عانوا من صدمات نفسية مبكرة (كالقمام، الطلاق، الخيانة، الإهمال العاطفي) دون أن يطوروا قدرات رجوعية واضحة، كانوا أكثر عرضة لتجسيد المعاناة النفسية في شكل اضطرابات جلدية مزمنة كالإكزيما والصدفية. وهذا ما يدعم الفرضية العامة للدراسة، التي تنص على أن الصدمة النفسية تساهم في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الجلد لكن هذه العلاقة تتأثر بمدى توفر القدرات الرجوعية لدى الفرد، كما تؤكد نتائج الفرضية الجزئية القائلة "كلما زادت الرجوعية لدى الأفراد المصدومين، ساهمت في الحد من شدة الاضطرابات السيكوسوماتية وتخفيف تجلياتها الجسدية".

2. على ضوء الجانب النظري:

تكشف نتائج الدراسة الحالية عن انسجام مع الأطر النظرية التي تناولت الصدمة النفسية وتأثيراتها في البنية النفسجسدية للفرد لا سيما النظريات السيكوسوماتية التي قاربت الجسد بوصفه امتداداً لصراعات نفسية خصوصاً حين تغيب القدرة على التعبير أو التمثيل اللفظي.

في هذا السياق، يبرز إسهام ديدي أنزيو Didier Anzieu من خلال مفهومه الجوهري "الأنا الجلدي" الذي يمثل نقلة نوعية في فهم العلاقة بين الجسد والنفس، يرى أنزيو أن الجلد لا يعد مجرد غشاء بيولوجي يفصل الفرد عن العالم الخارجي، بل هو أول "أنا نفسي" يتشكل في العلاقة مع الأم فالتجارب الحسية الأولى مثل اللمس والاحتضان، تتيح للرضيع أن يبني تصوره لذاته كوحدة متماسكة، وعندما تشوه هذه التجربة أو تقطع مبكرا بسبب الفطام أو غياب الحاضن، يتشوه الأنا الجلدي، مما يؤدي لاحقا إلى هشاشة في التنظيم النفسي، تظهر في أعراض جسدية-خصوصا الجلد منها كالإكزيما.

وقد بينت الحالات المدروسة في هذه الدراسة، خاصة حالة (س. م) أن الصدمة المبكرة نتيجة عن طلاق الوالدين والفطام العنيف، أدت إلى تصدع في "الأنا الجلدي"، فالجلد الذي كان من المفترض أن يكون حاميا ومحددا للحدود النفسية، أصبح هو نفسه مصرحا للانهايار الرمزي، متجليا في نوبات متكررة من الإكزيما.

ففي حالة (ج. م) التي تعاني من الإكزيما كعرض سيكوسوماتي واضح تترجم معاناتها النفسية العميقة وفق نموذج بيار مارتي عن الأمراض النفسجسدية فقد لاحظنا من خلال مقابلاتها أن لديها صعوبة كبيرة في التعبير عن مشاعرها، وتفتقر إلى القدرة على تحويل الانفعالات إلى رموز أو كلمات، مما يؤكد غياب التفكير الرمزي وتحول الألم النفسي إلى جسدية نكوصية.

تتجلى هذه الحالات في حديثها المتكرر عن أعراض جسدية محددة، مع غياب شبه كامل للوصف العاطفي الداخلي، هذا الانسداد الرمزي يشير إلى تفكير عملياتي بحت، فوفقا لبيار مارتي هذه الدينامية تعكس اعتلالا في الشخصية يجعل المريض عاجزا عن الصراع النفسي الداخلي، فيبدل المعاناة النفسية التي يجب أن تعالج عبر التمثيل الرمزي إلى ألم جسدي يتجلى في اضطراب جلدي مزمن، ويعزز ذلك في كل الحالات التي تم إجراء المقابلات معهم ينتمون إلى بيئة أسرية تشجع على الكتمان وتقمع التعبير الانفعالي تساهم بشكل كبير في ظهور الجسدية النكوصية.

بينما يرى كريستوف دوجور أن الأمراض النفسجسدية ليست مجرد نتيجة لتوتر نفسي أو ظرف عابر، بل هي تعبير عميق عن محتويات لا شعورية لا عقلانية لم تجد طريقها إلى تفريغ رمزي أو التمثيل النفسي السليم، في تصوره تجاوز هذه الأمراض التفسير السببي السطحي، لتغوص في ديناميات اللاشعور الذي يعاني من شلل رمزي، فيسقط صراعه على الجسد.

يتحدث "دوجور" على أن الجسد في هذه الحالات لا يصاب عن طريق الصدفة، بل لأنه يصبح وسيلة وحدة للتعبير حيث يعجز الجهاز النفسي عن الرمزية والتفكير التأملي، فالصراع هنا ليس عقلانياً أو واعياً، بل ينتمي إلى مستوى لا شعوري فوضوي، متناقض وغير منظم.

يتميز دوجور بين الألم الجسدي الهادي الذي يمكن تفسيره عضوياً، وبين الألم السيكوسوماتي الذي يعد تعبيراً عن اللاشعور، لا يخضع للمنطق وهنا لا يعمل الدفاع النفسي التقليدي (مثل الكبت أو التبرير) بل يحدث نوع من التفريغ اللاعقلي، حيث يترجم الانفعال المكبوت إلى مرض عضوي.

في ضوء هذا التصور، يمكن فهم بعض الحالات المدروسة، لا سيما حالة (ف. ر) التي عانت من صدمة مبكرة فطام، ثم تليها صدمة الخيانة مع الإهمال العاطفي من طرف الوالدين، تبعها كتم وانعدام في التعبير العاطفي، ولم تعالج هذه الصدمة عبر رموز أو كلمات، بل ظلت في شكل توتر داخلي متكرر وجد في الجلد (الإكزيما) وسيلة لتجسيد نفسه هنا يظهر اللاشعور اللاعقلاني في أوضح تجلياته انفعال داخلي بدائي لا شكل له، لا معنى له، لكنه يبحث عن مخرج عبر الجسد.

3. على ضوء الدراسات السابقة:

تنسجم نتائج دراستنا الحالية والتي تناولت تأثير الصدمة النفسية في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الجلد مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة، حيث أجمعت جل الدراسات السابقة على أن الصدمة النفسية تشكل أرضية خصبة لتجسد المعاناة النفسية في الجسد، خاصة عند غياب آليات دفاعية ناضجة وفعالة .

فقد أكدت دراسة فرحات يسرى وبركات أسماء وكذلك دراسة العيسوي أن المرضى الذين تعرضوا لصدمة نفسية غير معالجة يبدون ميلاً واضحاً لتطوير أعراض سيكوسوماتية، وهو ما انعكس جلياً في الحالات التي قمنا بإجراء المقابلات معها التي، حملت على جلدنا آثار ألم لم تعترف به نفسياً، بل اتخذت طريقاً نكوصياً جسدياً كما وصفه ديديه أنزيو "بالأنا الجلدي" الذي يجسد هشاشة الحدود النفسية.

كما تقاطعت نتائجها مع دراسة ماكينتوس وآخرون، التي أبرزت السمات النفسية المميزة للشخصية السيكوسوماتية، كالعجز عن التعبير العاطفي والتفكير العملي، وهي سمات تمكن من رصدها بشكل واضح لدى الحالات المدروسة التي عجزت عن الربط بين معاناتها الداخلية وأعراضها الجسدية، مكتفية بجسدها الصراخ دون تمثيله شعورياً.

وفي السياق ذاته، بينت دراسة ليندا حرابية أهمية الصلابة النفسية في تخفيف وطأة الصدمة، وهو ما يؤكد نتائج الفرضية الجزئية في دراستنا، حيث لاحظنا أنه كلما خفضت الرجوعية النفسية زادت شدة

الأعراض السيكوسوماتية، وهي نتيجة تتقاطع أيضا مع ما أشرت إليه دراسة باهي سلامي التي ربطت بين الضغوط النفسية المزمدة ونمط الشخصية السيكوسوماتي.

أما من زاوية العلاج، فقد دعمت دراسة ناجي ياسمينه وجمعة وافي فعالية التقنيات النفسية المواجهة للصدمة EMDR، في تخفيف حدة الأعراض، مما يعزز ما توصلنا إليه من ضرورة إدماج البعد العيادي النفسي ضمن خطة علاج الأمراض الجلدية، لأن الاكتفاء بالتدخل الدوائي يظل قاصرا أمام عرض يحمل في عمقه بنية صدمية.

وفي ضوء هذه المعطيات، يمكن القول أن الحالات المدروسة تمثل نموذجا عياديا يؤكد بقوة العلاقة بين الصدمة النفسية والبنية السيكوسوماتية، ويعكس امتداد ما توصلت إليه البحوث النظرية والتطبيقية في هذا المجال، الأمر الذي يمنح مصداقية علمية للفرضيات المطروحة، ويغني المقاربة التحليلية للاضطراب السيكوسوماتي.

4. الإضافة التي قدمتها النتائج:

تقدم الدراسة دعما نظريا للمقاربات الديناميكية والسيكوسوماتية، التي ترى في الجلد مرآة للجرح النفسي غير المعالج، مؤكدة أن فهم الأعراض السيكوسوماتية لا يكتمل دون تحليل السياق العاطفي والعلاقات الأولية للفرد، لا سيما مع الوالدين.

إضافة إلى ذلك، أظهرت المقاربات وتحليل نتائج مقياس Traumaq و Tas-20 وأن القواسم النفسية المشتركة بين الحالات مثل الطفولة المؤلمة، العلاقات غير الآمنة وتكرار الصدمات تؤدي إلى تضخم الأثر الإنفعالي وتثبيت المعاناة على المستوى الجسدي، مما يعزز الحاجة إلى إدماج الفحص النفسي العيادي في التشخيص والعلاج.

5. استغلال نتائج البحث:

تتيح نتائج هذه الدراسة إمكانية توظيفها عمليا في عدة مجالات عيادية ونفسية، إذ تمكن الأخصائيين النفسيين والطاقم الطبي من إدراك أهمية البحث عن الجذور النفسية للأعراض الجسدية خاصة لدى المرضى الأمراض الجلدية الكاليزيما والصدفية، يمكن اعتماد مقياس Traumaq و Tas-20 كأدوات تشخيصية مكملة تساعد في الكشف المبكر عن وجود أثر الصدمة النفسية وصعوبات التعبير العاطفي، وبالتالي توجيه العلاج نحو الجذور النفسية للظواهر السطحية فحسب.

كما توجه هذه النتائج ممارسات العلاج النفسي نحو تبني مقاربات علاجية تعطي أولوية للتفريغ الإنفعالي، وإعادة بناء العلاقة مع الذات والآخر، ومعالجة قلق الانفصال مما يفتح المجال أمام تحسين فعالية

التدخل العيادي النفسي الجسدي، ويمكن استثمار هذه النتائج في تطوير برامج تكوين الأخصائيين في الطب النفسي والأمراض الجلدية، من خلال نوعية الطاقم الطبي بدور الصدمة النفسية في ظهور أو تفاقم الأعراض الجسدية.

6. آفاق البحث:

يمثل هذا البحث خطوة تأسيسية في بناء وفهم سيكولوجي معمق للعلاقة بين الصدمة النفسية والإضطرابات السيكوسوماتية، ويدعو إلى تحول نوعي في مسارات البحث العيادي، مستقبلاً ينبغي تجاوز طابع الوصف نحو مقاربات تفسيرية ودينامية تسند إلى تحاليل طولية تتبع تطور الأمراض الجسدية المرتبطة بالعجز الإنفعالي والصدمة النفسية، كما أن نتائج هذا العمل تبرز الحاجة الملحة إلى تطوير نماذج تدخلية عيادية متكاملة تجمع بين القراءة التحليلية العميقة والاستراتيجيات العلائقية التكيفية، بما فيها العمل على تمثيلات الذات، إعادة بناء الروابط العاطفية، وتفكيك ميكانيزمات الدفاع المرضية.

من جهة أخرى تظهر المعطيات أهمية إدماج أدوات تقييم نفسية مدققة مثل Traumaq و Tas-20 ضمن الممارسة العيادية، كما يمكن توسيع نطاق البحث ليشمل فئات مختلفة (أطفال، مراهقون، مرضى مزمنون...) وتوظيف منهجيات نوعية وكمية متكاملة لاستكشاف الأثر المتقاطع للصدمة، والعوامل النفسية الجسدية.

في أفق أبعد، يفتح هذا الموضوع إمكانية إرساء ممارسات وقائية تستبق تحول المعاناة النفسية إلى أعراض جسدية، من خلال الكشف المبكر عن مؤشرات الأليكسيثيميا وقلق الانفصال، مما يجعل من هذا المسار البحثي ركيزة لتطور الصحة النفسية في الجزائر.

وفي النهاية تجدر الإشارة إلى أن هذه النتائج صالحة فقط لحالة هذا البحث، وفي هذا الزمن والمكان فقط، ولا يمكن تعميمها على الحالات الأخرى وذلك وفقاً لمبدأ هنا والآن.

الخاتمة

يعد موضوع الصدمة النفسية وانعكاساتها الجسدية من بين المواضيع المعقدة التي تشغل حيزا واسعا في اهتمام الباحثين المعاصرين، نظرا لما تطرحه من إشكاليات على مستوى الفهم والتشخيص والتكفل، خاصة عندما تتجسد هذه الصدمات في أعراض جسدية صامتة، كما هو الحال عند مرضى الجلد. لقد بينت مذكرتنا أن الأعراض السيكوسوماتية ليست مجرد اعتلالات عضوية مفصلة، بل هي رسائل ناطقة بلغة الجسد تعبر عن معاناة نفسية مكبوتة لم تجد مسارا للبوح.

من حيث تحليل الحالات المدروسة، تبين لنا أن الصدمة النفسية خاصة تلك التي تضرب في عمق البنية العاطفية للفرد في مراحل حرجة من النمو، تترك بصمتها على الأنا الجلدي وتعيد تمثيل الألم النفسي من خلال الجلد، باعتباره الحاجز الفاصل والواصل بين الذات والعالم، وهو ما ينسجم مع ما جاء به ديديه أنزيو في نظرية الأنا الجلدي، ومع مفاهيم بيار مارتى حول التفكير العمليات والجسدية النكوصية.

كما أظهرت نتائج دراستنا أن غياب الدعم النفسي وانعدام الاحتواء العاطفي، إضافة إلى تراكم التجارب الصدمية، تشكل الأرضية الخصبة لظهور هذه الاضطرابات السيكوسوماتية وهو ما يعزز ضرورة إدماج البعد النفسي في علاج الأمراض الجلدية بل حصر التكفل في البعد العضوي فقط.

وبناء على هذه النتائج، نقترح مجموعة من التوصيات التي قد تسهم في الحد من انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الجلد، نذكر منها:

- ضرورة توعية الطاقم الطبي بأهمية التكامل بين الجسد والنفس وإدراج الأخصائي النفسي ضمن الفريق العلاجي للمرضى المصابين بأمراض جلدية مزمنة.
- توجيه المرضى نحو جلسات نفسية تهدف لفهم تاريخهم الصدمي و بنيتهم النفسية بدل الاكتفاء بالتشخيص الجسدي الظاهري. إدماج برامج وقائية للأشخاص المعرضين لصدمة نفسية متكررة لاسيما في البيئات الاجتماعية الهشة، لتفادي ترسيخ الصدمة وتحولها إلى عرض جسدي مزمن.
- الاهتمام بفئة المراهقين والأطفال الذين يعانون من أمراض جلدية والعمل على استكشاف الخلفيات النفسية المحتملة وراء هذه الأعراض في سن مبكر.

وفي ختام هذا العمل، يتضح لنا أن الصدمة النفسية لا تمحى بمجرد مرور الزمن بل تترسخ في الجسد وتتجلى عبر أعراض جلدية مزمنة يصعب شفاءها ما لم يعالج الجرح النفسي الكامن من خلفها، فالجسد لا ينسى بل يتكلم حين تصمت اللغة، ويبوح بما تعجز النفس عن قوله. ومن هذا المنطلق تبرز أهمية المقاربة السيكوسوماتية كأداة تحليلية وتشخيصية ضرورية لفهم المعاناة الإنسانية في عمقها ومنح المريض فرصة لاستعادة التكامل بين جسده ونفسه في عالم كثير الصدمات وقليل الإصغاء.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

- أبو النيل، محمود السيد وزيور، مصطفى (1994) *الأمراض السيكوسوماتية الأمراض الجسمية النفسية المنشأ - دراسات عربية وعالمية*، ط (1) مكتبة الخانجي، القاهرة.
- أحمد شحاتة سعد علي. (2023). *الصدمة النفسية لدى الأبناء. المجلة العلمية الكافية التربية للطفولة المبكرة*، المجلد (8) العدد (4) جامعة المنصوري.
- الجاموس. محمد نور الهدى (2004)، *الاضطرابات النفسية والجسدية*، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- الحمادي أنور (د. س). معايير DSM-S.TR.
- الزراد فيصل محمد خبير (2000) *الأمراض النفسية الجسدية ط1 دار النفائس بيروت*.
- أولميلي حميد (2017) *التدخلات النفسية الاستعجالية عقب حوادث المرور مقارنة نفسية صدمية مرحلة السراج في التربية وقضايا المجتمع*، العدد 4، جامعة حمة لخضر، الوادي. الجزائر.
- بارود مصطفى (2018)، *صورة الجسد لدى المصاب بمرض الصدفية*، مذكرة منشورة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة عبد الحميد مهري - قسنطينة 2.
- باهي سلامي (2008). *مصادر الضغوط المهنية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي*، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر.
- بداد فضالة نادية (2015) *خصوصيات النقل عبر الأجيال للتوظيف السيكوسوماتي في الأمراض الجلدية المناعية - الذاتية*. كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله.
- بدرة معتصم ميموني (2005) *الاضطرابات النفسية والعقلية للطفل والمراهق (ط2)*، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.
- بدرة، معتصم ميموني. (2005). *الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق*، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون.
- بن أحمد. قويدر (2011) *التمثيلات الثقافية للعلاج ووظيفتها في المستر العلاجي للمكثب الراشد*. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة مستغانم.

- بيار مارتي، جان بونجامان ستورا (1992) *مبادئ السيكوسوماتيك وتصنيفاته* ترجم من طرف أحمد نابلسي، ط1، دار الهدى.
- تفاحة جمال السيد مصطفى (1996) *الأمراض السيكوسوماتية دراسة عيادية*، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين الشمس، القاهرة.
- جان لابلاتش، ج. بونتاليس (1997)، *معجم مصطلحات التحليل النفسي*، ترجمة مصطفى حجازي. (ط2) بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات للنشر والتوزيع.
- حافري زهية غنية (2019) *محاضرات في مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية*، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد لمين دباغين - سطيف 2.
- حراوية ليندة. (2010). *الصلابة النفسية وعلاقتها بالحوادث الصدمية وحدوده* مجلة العلوم الإنسانية، مجلة آفاق علمية، المجلد (11) العدد (03) المركز الجامعي لتامنغست.
- حنفي، عبد المنعم (1996) *موسوعة علم النفس*، (ط4)، المجلد (3) القاهرة، مكتب مدبولي.
- دباش سلوى (2018) *الجلد النفسي لدى الراشد المصاب بالصدفية من خلال تطبيق الروشاخ*، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه منشورة، جامعة محمد خيضر بسكرة.
- ریحاني الزهرة (2010)، *العنف الأسري ضد المرأة وعلاقته بالأمراض السيكوسوماتية*، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة.
- ریحاني زهرة. (2009). *العنف الأسري ضد المرأة وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية دراسة مقارنة بين النساء المعنفات وغير المعنفات*، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه منشورة، كلية العلوم الاجتماعية الإنسانية، جامعة محمد خيضر بسكرة.
- زبدي ناصر الدين (2000) *الأمراض السيكوسوماتية لدى الأستاذ الجامعي*، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر.
- زغودي دليلة (2022)، *الأنا الجلدي أرجوحة الوجود المتفاوت*، المركز الجامعي مغنية (الجزائر)، المجلد (09)، العدد (01).
- زهران عبد السلام حامد (1997) *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. ط1، القاهرة.
- سالمى حياة (2010) *فقدان التوازن النفسي وعدم القدرة على إرضان الأحداث الدمية*، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية.

- سعادنة خالد الأمين (2011) *دور الحرمان العاطفي في ظهور مرض الصدفية منشورة*، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة منتوري قسنطينة.
- سفاري لبنى (2018)، *خلل الأغلفة النفسية والوظيفة الحاوية لدى مرض الصدف*. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه منشورة. جامعة الجزائر 2- أبو القاسم سعد الله.
- عبد الخالق. أحمد (1998). *الأبعاد الشخصية*، دار المعرفة للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد الرحمان بن موسى ورضوان زقار (2002) *الصدمة النفسية والحداد عند الطفل والمراهق- نظرة الاختبارات الإسقاطية*، جمعية علم النفس، الجزائر.
- عبد الرحمن محمد العيسوي (2004). *دراسات حديثة في علم النفس الإكلينيكي*، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- عبديش، إيمان زكية (2013) *أثر الصدمة النفسية على صورة الذات عند المراهقة المغتصبة*، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس الإكلينيكي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس- جامعة سعيدة، الجزائر.
- غسان يعقوب (1999) *سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي*، دار الفكر، بيروت. لبنان.
- فاسي أمال (2016) *الاضطرابات الجلدية رمزية العرض والدفاع ضد الألم النفسي*، مقال نشر في مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد دباغين، العدد 36، سطيف 2.
- فرج عبد القادر طه (1993) *موسوعة علم النفس والتحليل النفسي- الكويت* - دار سعاد الصباح.
- فيصل محمد خير الزراد (1983) *محاضرات في الطب السيكوسوماتي*، قسم علم النفس العيادي، جامعة قسنطينة.
- لوشاحي فريدة (2022) *محاضرات في الصدمة النفسية*، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 20 أوت 1955. سكيكدة.
- محمد حسن غانم. (2011). *الاضطرابات النفسجسمية*، مصر، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- محمد خير الزراد (2000) *الأمراض النفسية- جسمية أمراض العصر*، بيروت، دار النفائس.
- محمود خطاب محمد أحمد، (د. س) *ورقة بحثية الأنا الجلدية (دراسة في التحليل النفسي- يديه أنزيو)*.

- محند سمير. دبور نادية (2024) *مساهمة في اقتراح براديفم لنمو الأعراض النفسية الصدمية*، المجلد (12)، العدد (01).
- مكبرى كريم (2009). *أثر التصورات العائلية على الراشدين الذين عايشوا أحداث صدمية في مرحلة المراهقة*، رسالة ماجستير في علم النفس الصدمي، الجزائر.
- مكيري كريم (2008) *أثر التصورات العائلية على الراشدين الذين عايشوا أحداثا صدمية في مرحلة المراهقة*، مذكرة لنيل شهادة رسالة ماجستير، دراسة عيادية لست حالات من خلال المقابلة ورائز تفهم الموضوع، جامعة الجزائر.
- نابلسي أحمد محمد. (1991). *الصدمة النفسية*، دار النهضة الأوروبية للطباعة والنشر، بيروت.
- هدور سميرة (2022)، *تفسير الموقعية الثالثة للأمراض النفسوجسدية - دراسة نظرية تفسيرية مقارنة-* المجلد (6) مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية.
- هوفمان؛ سبجي (2012) *العلاج المعرفي السلوكي المعاصر (الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية)*، ترجمة الدكتور مراد علي عيسى، الطبعة الأولى، القاهرة مصر، دار الفجر للنشر والتوزيع.
- المراجع باللغة الإنجليزية:
- Anzieu, D. (1987). *Les enveloppes*. Paris: 13 ordas.
- Anzieu, D. Haay, G. Tisseron, s. Lavallee, G, Boulbi, M.k Lassegue. J. *Les contenants de pensée*. Paris : Dunod.
- Anzieu. D. (1994). *Le penper Du Moi-Peau au Moi pensant*, paris, Dunod.
- Avzieu, D. (1985). *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod.
- Boulby J. (1978). *Attachement, Dans : L'attachement et perte*. Tomo. Paris : PUF.
- Calza Andre. Contant Maurice (2002), *le symptôme psychosomatique : un langage du corps a decoder*, Paris, Ellipses.
- Chouvier B et Brun. A et autres (2012). *Les processus de la médiation*, paris, Dunod.
- Claudie. M-P. (1994). *Les maladies de la peau*, paris : Albim Michel.
- Cottencin. Olivier (2009) : *Les traitants psycho Traumatisme stress et trauma* Masson. Paris.

- Croq I (2000), *les modèles explicatifs du P.T.S.D in* le Journal des psychologues N207.
- Croq. Lous et al (2007), *les Traumatismes psychiques*, Paris en charge psychologique des victimes, Paris : elsevier Masson.
- Damiani Carole (2009) : *Le Soutien Psychologique des victimes en France*. Le Journal des psychologues, N 264, France.
- Frenderick Bjornstron (1889) : *Hypnotism its history and present development*. He Humbolot publishing co, 28 la Fayette place, New york.
- Jacqu er. M (2007), *le grand dictionnaire des maladies*, édition quinlence-S.A.R.T, France.
- Janin. C, 1996, *Figures et destin de traumatisme*, Paris, P.U.F.
- Laurence J. Kirmayer (2007) *Somatoform Disorders January*.
- Lebigot François, 2005, *traiter les Traumatismes psychique clinique et prise en charge*. Danod. Paris.
- Marty .P (1968). *L'ordre psychosomatique*. Paris : PUF.
- Marty. P. & De M'Uzan (1963). *Éléments de psychosomatique*. [Paris : PUF.
- Marty. P. (1976). *Psychosomatique de l'adulte et de l'enfant*. Paris.
- Marty. P. (1990). *Psychosomatique de l'adulte*. Paris : PUF.
- Raffy. A (2000): *Les psychanalystes. le développement de l'enfant*, paris. Eres.
- Robin. PH et all. (1985). *Dermatologie et vénérologie Dossier Medico-chirurgicaux*. Maloine. SA éditeur.
- Roman. P (1997) *Trouble somatique et catastrophes de Symbolisation*. In Revue de psychologie cliniques et projective, psychosomatique. Vol. 3.
- Sajus par Nicolas (2020) *psychologie du Traumatisme psychique et Enjeux chimiques entre répétition. Perversion et sublimation*, Thèse de doctorat de psychopathologie clinique. Université de Paris Ecole doctorale corps. ED 450.
- Sami. Ali. (2013) *Introduire la psychosomatique relationnelle* 1 (1).
- Smadja Claude (2001), *la vie opératoire études psychanalytique*, Paris, PUF, collection le fil rouge.
- Spitw, R, A. (Dec 1974). *De la naissance a la parole, la première année de la vie*. Paris : PUF.

- Winnicott. D. W. (1956). *La préoccupation maternelle primaire* 168. 74. Dans *de la pédiatrie a la psychanalyse*. 1976. Paris. Petite Bibliothèque payot.
- Winnicott. D. W. (1970) : *processus de maturation chez l'enfant développement affectif et environnement*, traduction Le Jeannine Kalmanovitch Paris. Payot.

المراجع الإلكترونية:

- <https://www.psychopap.com/Therapiedsoutien>.
- <https://www.Observatoireb2desmemoires.fr>.
- <https://www.mhp-centrn.com/hypnotherapie/traumatique.sspt>.
- <https://www.anxiete.fr/stress-post-traumatique/paris-en-charge>.
- <https://www.msmanuals.com/MSD2021>.

الملاحق

Trau Maq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme
Carole Damiani
Maria Preira-Fradin

Passation individuelle
Collective
Victime directe de l'évènement
Témoin

Nom :
Prénom :
Age : Sexe : F M
Date de passation :
Lieu de passation :

Informations concernant l'évènement :

Evénement individuel collectif Nature* :
Lieu (domicile, voie publique, etc.) :
Date :
Durée :
Blessures physique : Non Oui Description :
Séquelles actuelles :
Avez-vous bénéficié de l'intervention de la cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?
 Non Oui
ITT¹ Non Oui Nombres de jours : Arrêt de travail Non Oui Durée :
IPP² Non Oui Pourcentage :

* Nature de l'évènement

En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle | <input type="checkbox"/> Coups ou blessures volontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe technologique | <input type="checkbox"/> Coups ou blessures involontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire | <input type="checkbox"/> Tentative d'homicide |
| <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique | <input type="checkbox"/> Agression sexuelle |
| <input type="checkbox"/> Attentat | <input type="checkbox"/> Viol |
| <input type="checkbox"/> Explosion de gaz | <input type="checkbox"/> Racket |
| <input type="checkbox"/> Accident domestique | <input type="checkbox"/> Conflit armé |
| <input type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration | <input type="checkbox"/> Tortures |
| <input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée | <input type="checkbox"/> Autres |

¹ ITT = Interruption Temporaire de travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'évènement :

Situation familiale

Marié (e) ou en concubinage Divorcé Célibataire Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leurs âge) :

Situation Professionnelle

Etudiant (e)

Salarié : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parentale

En stage formation congé maladie retraité (e)

Etat de santé

Aviez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels :

Suivez-vous un traitement médical : Non Oui de quelle nature :

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre, ou un psychothérapeute : Non Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non Oui Sous quelles forme :

Date : Durée :

Avez-vous vécu d'autre événement qui vous ont profondément marqué (e) :

Non Oui Nature :

Date :

Renseignements concernant la période postérieure à l'évènement :

Avez- vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non Oui Sous quelle forme :

Date de la première séance :

Nombre de consultation (à ce jour) :

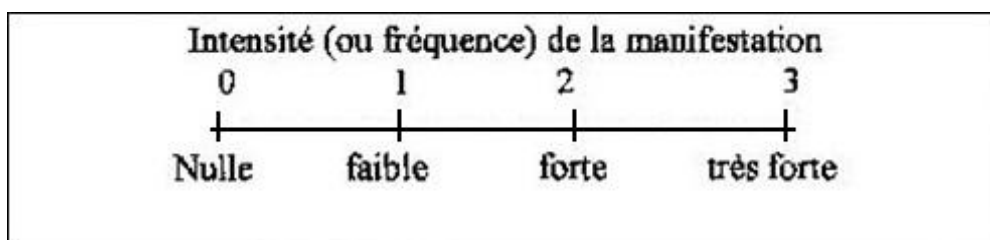
Traitement médical : Non Oui lequel :

Durée :

PREMIERE PARTIE

Vous deviez répondre à toute les questions, Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes le questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher les case correspondante.



Pendant l'évènement

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti **pendant** le déroulement de l'évènement

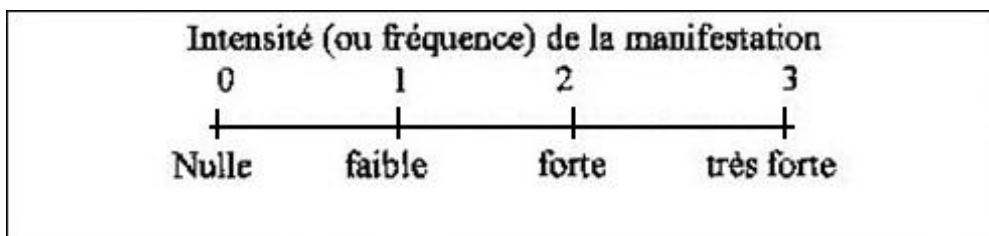
		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?				
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?				
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?				
A4	Avez-vous eu des manifestations physique comme, par exemple, des tremblements, des suées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération de battement du cœur ?				
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé (e), incapable de réactions adaptées ?				
A6	Avez-vous eu la convection que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?				
A7	Vous êtes-vous senti seul (e), abandonné (e) par les autres ?				
A8	Vous êtes-vous senti impuissant (e) ?				
Totale A					

Depuis l'évènement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez **actuellement**

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenir ou des images reproduisant l'évènement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?				
B2	Revivez-vous l'évènement dans des rêves ou des cauchemars ?				
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'évènement ?				
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces évènements ?				
Totale B					

		0	1	2	3
C1	Depuis l'évènement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?				
C2	Faites-vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants ? (au contenu sans rapport direct avec l'évènement)				
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?				
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?				
C5	Etes-vous fatigué (e) au réveil ?				
Totale C					

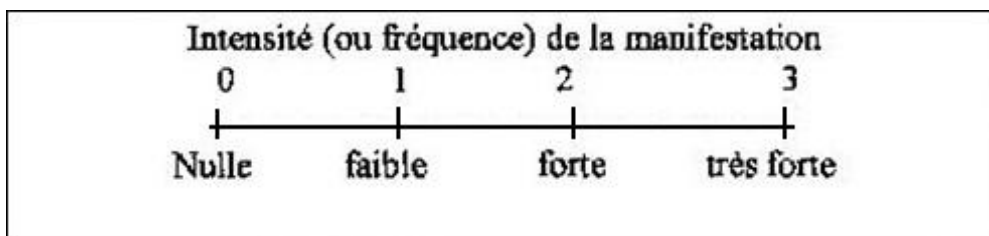


		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux (se), tendu (e), depuis l'évènement ?				
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?				
D3	Craignez-vous de vous rendre sur les lieux en rapport avec l'évènement ?				
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?				
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'évènement ?				
Totale D					

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant (e), plus attentif (ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?				
E2	Vous estimez-vous plus méfiant (e) qu'auparavant ?				
E3	Etes-vous plus irritable que vous n'étiez avant ?				
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?				
E5	Vous sentez-vous plus agressif (ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'évènement ?				
E6	Avez-vous eu de comportements agressifs depuis l'évènement ?				
Totale E					

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y pensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'évènement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblement, sueurs, respiration difficile ?				
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?				
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?				
F4	Depuis l'évènement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?				
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?				
Totale F					

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?				
G2	Avez-vous plus de « trous de mémoire » qu'auparavant ?				
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'évènement ou certains éléments de l'évènement ?				
Totale G					



		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'évènement ?				
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'évènement ?				
H3	Avez-vous des impressions de l'lassitude, de fatigue, d'épuisement ?				
H4	Etes-vous l'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?				
H5	Etes-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?				
H6	Des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?				
H7	Depuis l'évènement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?				
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?				
Totale H					

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les évènements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquence ?				
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'évènement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres sont disparu ?				
I3	Vous sentez-vous humilié (e) par ce qui c'est passé ?				
I4	Depuis l'évènement vous sentiez-vous dévalorisé (e) ?				
I5	Ressentez-vous depuis l'évènement de la colère ou de la haine ?				
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?				
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?				
Totale I					

		0	1	2	3
J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?				
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelle sont équivalentes à avant ?				
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?				
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'évènement ?				
J5	Vous sentez-vous incomprise (e) par les autres ?				
J6	Vous sentez-vous abandonné (e) par les autres ?				
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?				
J8	Recherchez-vous d'avantages la compagnie ou la présence d'autrui ?				
J9	Pratiquez-vous autant de loisir qu'auparavant ?				
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?				
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné (e) par les évènements qui touchent votre entourage ?				
Totale J					

DEUXIEME PARTIE

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'évènement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser de délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

Délai d'apparition des troubles depuis l'évènement

- 0 : pas concerné
- 1 : le jour même de l'évènement
- 2 : entre 24 heures et 3 jours
- 3 : entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : entre 4 jours et 1 semaine
- 5 : entre 1 semaine et 1 mois
- 6 : entre 3 et 6 mois
- 7 : entre 6 mois et un an
- 8 : plus d'un an

Durée des troubles

- 0 : pas concerné
- 1 : immédiatement après l'évènement
- 2 : mois d'une semaine
- 3 : de 1 semaine à 1 mois
- 4 de 1 à 3 mois
- 5 : de 3 à 6 mois
- 6 : de 3 à 6 mois
- 7 : plus d'un an
- 8 : trouble toujours présent à ce jour

	Troubles	Délai d'apparition	Durée
01	L'impression de revivre l'évènement, les souvenirs et les images de l'évènement qui reviennent.		
02	Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.		
03	L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.		
04	La crainte de retourner sur les lieux de l'évènement ou des lieux séminaires.		
05	L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.		
06	La vigilance, l'hypersensibilité, aux bruits et/ou méfiance.		
07	Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.		
08	Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.		
09	L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc).		
10	Les difficultés de concentration et/ou mémoire.		
11	Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.		
12	La tendance à s'isoler.		
13	Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.		

Résultat du TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

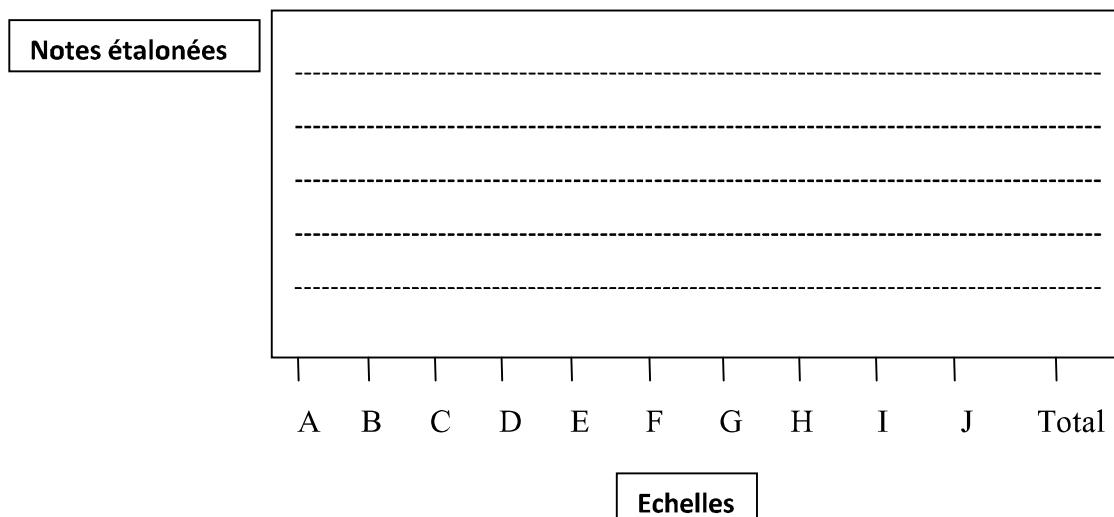
Les notes brutes des échelles (A) à (I) correspondent à la somme des points attribués aux items.

Pour l'échelle (J), les réponses NON sont cotées 1 point et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items (4), (5), (6), et (11), pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelle	Notes brutes	1	2	3	4	5
A	<input type="text"/>	0-6 <input type="checkbox"/>	7-12 <input type="checkbox"/>	13-18 <input type="checkbox"/>	13-23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
B	<input type="text"/>	0 <input type="checkbox"/>	1-4 <input type="checkbox"/>	5-7 <input type="checkbox"/>	8-9 <input type="checkbox"/>	10 et + <input type="checkbox"/>
C	<input type="text"/>	0 <input type="checkbox"/>	1-3 <input type="checkbox"/>	4-9 <input type="checkbox"/>	10-13 <input type="checkbox"/>	14 et + <input type="checkbox"/>
D	<input type="text"/>	0 <input type="checkbox"/>	1-4 <input type="checkbox"/>	5-9 <input type="checkbox"/>	10-13 <input type="checkbox"/>	14 et + <input type="checkbox"/>
E	<input type="text"/>	0-1 <input type="checkbox"/>	2-4 <input type="checkbox"/>	5-9 <input type="checkbox"/>	10-14 <input type="checkbox"/>	15 et + <input type="checkbox"/>
F	<input type="text"/>	0 <input type="checkbox"/>	1-3 <input type="checkbox"/>	4-6 <input type="checkbox"/>	7-9 <input type="checkbox"/>	10 et + <input type="checkbox"/>
G	<input type="text"/>	0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-5 <input type="checkbox"/>	6-7 <input type="checkbox"/>	8 et + <input type="checkbox"/>
H	<input type="text"/>	0 <input type="checkbox"/>	1-3 <input type="checkbox"/>	4-11 <input type="checkbox"/>	12-17 <input type="checkbox"/>	18 et + <input type="checkbox"/>
I	<input type="text"/>	0-1 <input type="checkbox"/>	2-5 <input type="checkbox"/>	6-9 <input type="checkbox"/>	10-16 <input type="checkbox"/>	17 et + <input type="checkbox"/>
J	<input type="text"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2-5 <input type="checkbox"/>	6-7 <input type="checkbox"/>	8 et + <input type="checkbox"/>
Total	<input type="text"/>	0-23 <input type="checkbox"/>	24-54 <input type="checkbox"/>	55-89 <input type="checkbox"/>	90-114 <input type="checkbox"/>	115 et + <input type="checkbox"/>

Profil



TRAUMAQ

استبيان تقييم الصدمة النفسية

كارول دمياني

مرىا بريرا - فرادين

اللقب:	<input type="checkbox"/>	تطبيق فردي
الاسم:	<input type="checkbox"/>	تطبيق جماعي
السن:	<input type="checkbox"/>	ضحية مباشرة للحدث
الجنس:	<input type="checkbox"/>	شاهد عيان
تاريخ الإجراء:		
مكان الإجراء:		

معلومات متعلقة بالحدث

حدث فردي <input type="checkbox"/>	جماعي <input type="checkbox"/>	طبيعة الحدث:
المكان (السكن، طريق عام... الخ):		
التاريخ:		
المدة:		
جروح جسدية: لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	وصفها:
أثار حالية:		
هل استفدت من تدخل خلية الأزمة الطبية النفسية المتواجدة في المناطق؟		
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	
ت ع م ¹ : لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	عدد الأيام:
ع ق ج د ² : لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	النسبة:
		توقف عن العمل: لا <input type="checkbox"/>
		توقف عن العمل: لا <input type="checkbox"/>

1 م: توقف عمل مؤقت

2 ع ق ج د: عدم قدرة جزئية دائمة

طبيعة الحدث

حسب الإجابة المتحصل عليها، ضع علامة أو أكثر في الخانات التالية:

إصابات وجروح متعمدة	<input type="checkbox"/>	كارثة طبيعية	<input type="checkbox"/>
إصابات وجروح غير متعمدة	<input type="checkbox"/>	كارثة تكنولوجية	<input type="checkbox"/>
محاولات الاغتيال	<input type="checkbox"/>	كارثة جوية، بحرية، أو برية	<input type="checkbox"/>
اعتداء جنسي	<input type="checkbox"/>	حادث الطريق العمومي	<input type="checkbox"/>
اغتصاب	<input type="checkbox"/>	اعتداء	<input type="checkbox"/>
ابتزاز	<input type="checkbox"/>	انفجار الغاز	<input type="checkbox"/>
صراع مسلح	<input type="checkbox"/>	حادث منزلي	<input type="checkbox"/>
تعذيب	<input type="checkbox"/>	رهن أو حجز	<input type="checkbox"/>
أخرى	<input type="checkbox"/>	سلب بالقوة أو سطو مسلح	<input type="checkbox"/>

معلومات عامة حول مرحلة ما قبل الحدث:

الوضعية العائلية		<input type="checkbox"/> متزوج	<input type="checkbox"/> مطلق أو منفصل	<input type="checkbox"/> عازب	<input type="checkbox"/> أرمل (ة)
عدد الأولاد (تحديد عمرهم):					
الوضعية المهنية		<input type="checkbox"/> طالب (ة)	<input type="checkbox"/> أجير: وقت كلي	<input type="checkbox"/> وقت جزئي	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بدون عمل: رجل أو امرأة مآكثين بالبيت <input type="checkbox"/> بطالة <input type="checkbox"/> عطلة والديّة <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تربص تكويني <input type="checkbox"/> عطلة مرضية <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/>					
الحالة الصحية					
هل عندك مشاكل صحية: لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> ما هي.....					
هل تتبع علاج طبي: لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> هي طبيعته.....					
هل استشرت من قبل أخصائي نفسي، طبيب عقلي أو معالج نفسي: لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>					
هل تبعت علاج نفسي: لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> من أي نوع.....					
التاريخ..... المدة:.....					
هل عايشت أحداث أخرى أثرت عليك بعمق:					
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> طبيعتها:..... التاريخ:.....					
معلومات متعلقة بمرحلة ما بعد الصدمة					
هل استشرت أخصائياً نفسانياً، أو طبيب عقلي أو معالج نفسي: لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>					
علاج نفسي: لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> من أي نوع.....					
تاريخ الحصة الأولى:.....					
عدد الحصص (لحد اليوم):.....					
علاج طبي لا: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> ما هو:.....					
المدة:.....					

الجزء الأول

عليك بالإجابة على كل الأسئلة، يمكنك العودة إلى الوراء ، اجتياز سؤال إذا وجدت صعوبة في الإجابة عليه مباشرة لكن يجب ، العودة إليه فيما بعد. وقت الإجراء غير محدودا.

لكل الأسئلة الآتية، استعمل السلم التالي وضع علامة في الخانة المناسبة.

حدة (أو تواتر) الظهور			
0	1	2	3
منعدمة	ضعيفة	قوية	قوية جدا

أثناء الحدث

سنتطرق إلى ما شعرت به أثناء وقوع الحدث.

3 2 1 0

A1	هل شعرت بالهلع؟				
A2	هل شعرت بالقلق؟				
A3	هل شعرت بأنك في حالة ثانوية؟				
A4	هل كان لديك أعراض جسمية كالارتعاش، التعرق، الارتفاع في الضغط، غثيان أو تسارع في خفقات القلب؟				
A5	هل كان لديك انطباع أنك عاجز، غير قادر على ردود أفعال متكيفة؟				
A6	هل كنت مقتنعا بأنك ستموت و أو حضرت لعرض لا يطاق؟				
A7	هل شعرت بالوحدة ، و أنك مهجور من طرف الآخرين؟				
A8	هل شعرت بأنك ضعيف (عاجز)؟				

مجموع A

منذ الحدث

سنتطرق الآن إلى ما تشعر به حاليا.

3 2 1 0

B1	هل هناك ذكريات وصور حول الحادث تفرض نفسها عليك خلال الليل أو النهار؟				
B2	هل تعاود معايشة الحدث في الأحلام على شكل كوابيس؟				
B3	هل يصعب عليك الحديث عن الحدث؟				
B4	هل تشعر بالقلق عندما تفكر في الحدث؟				

مجموع B

حدة (أو تواتر) الظهور			
3	2	1	0
/...../	/...../	/...../	/...../
قوية جدا	قوية	ضعيفة	منعدمة

				C1	منذ الحدث هل كان لديك صعوبات في النوم أكثر من ذي قبل؟
				C2	هل تقوم بكوابيس أو بأحلام مرعبة (ذات محتوى غير متعلق مباشرة بالحدث)؟
				C3	هل تستيقظ بكثرة خلال الليل؟
				C4	هل لديك انطباع بأنك لا تنام كلية؟
				C5	هل تكون متعب عند الاستيقاظ؟

مجموع C

3 2 1 0

				D1	هل أصبحت قلق، متوتر منذ الحدث؟
				D2	هل لديك نوبات القلق؟
				D3	هل تخاف الذهاب إلى المناطق ذات الصلة بالحدث؟
				D4	هل تشعر بحالة عدم الأمن؟
				D5	هل تتجنب المناطق ، المواقع والعروض (التلفاز،سما) المثيرة للحدث؟

مجموع D

3 2 1 0

				E1	هل تشعر بأنك أكثر يقظة، أكثر انتباه للأصوات (الضجيج) من قبل و هل هذه الأصوات تجعلك ترجف؟
				E2	هل تجد نفسك أكثر حذرا من قبل؟
				E3	هل أنت أكثر توتر مما كنت عليه من قبل؟
				E4	هل يصعب عليك السيطرة على نفسك (نوبات عصبية ، الخ)، أو تتجه بالأحرى نحو الهروب من المواقف غير مطابقة؟
				E5	هل تشعر بأنك أكثر عدوانية أو هل تخف من عدم القدرة في التحكم على عدوانيتك منذ الحدث؟
				E6	هل لديك سلوكيات عدوانية منذ الحدث؟

مجموع E

حدة (أو تواتر) الظهور			
3	2	1	0
/...../	/...../	/...../	/...../
قوية جدا	قوية	ضعيفة	منعدمة

3 2 1 0

				F1	عندما تفكر، أو تكون في مواقف تفكير بالحدث، هل لديك ردود أفعال جسدية كالصداع، الغثيان، خفقان، ارتجاف، عرق، صعوبة التنفس؟
				F2	هل لاحظت تغيرات في وزنك؟
				F3	هل لاحظت تدهور في حالتك الجسدية العامة؟
				F4	منذ الحدث، هل لديك مشاكل صحية يصعب معرفة سببها؟
				F5	هل زدت في استهلاك بعض المواد (القهوة، السجائر، الكحول، الدواء، الغذاء.....الخ)؟

مجموع F

3 2 1 0

				G1	هل لديك صعوبات في التركيز أكثر من قبل؟
				G2	هل لديك (فجوات في الذاكرة) أكثر من قبل؟
				G3	هل لديك صعوبات في تذكر الحدث أو بعض العناصر المتعلقة به؟

مجموع G

3 2 1 0

				H1	هل فقدت الاهتمام بأشياء كانت مهمة لك قبل الحادث؟
				H2	هل تنقصك الطاقة و الحماسة منذ الحدث؟
				H3	هل لديك انطباعات، العياء، التعب، الإرهاق؟
				H4	هل أنت ذو مزاج حزين و أولديك نوبات البكاء؟
				H5	هل لديك انطباع أن الحياة لا قيمة لها، و حتى أفكار الانتحار؟
				H6	هل تواجه صعوبات في علاقاتك العاطفية و، أو الجنسية؟
				H7	منذ الحادث هل يظهر أن مستقبلك قد انهار؟
				H8	هل لديك اتجاه نحو الانعزال أو رفض العلاقات؟

مجموع H

حدة (أو تواتر) الظهور			
3	2	1	0
/...../	/...../	/...../	/...../
قوية جدا	قوية	ضعيفة	منعدمة

3 2 1 0

				I1 هل يأتيك التفكير أنك مسؤول عن كيفية وقوع الحوادث، أو وجب عليك التصرف بطريقة أخرى لتفادي بعض العواقب؟
				I2 هل تشعر بأنك مذنب فما فكرت فيه أو ما فعلته خلال الحدث و، أو بأنك عشت بينما الآخرون اختفوا؟
				I3 هل تشعر بأنك مهان نتيجة ما حدث؟
				I4 منذ الحدث هل تشعر بأنه ليس لديك قيمة؟
				I5 هل تشعر منذ الحدث ببعوض عنيف أو بالكرهية؟
				I6 هل تغيرت نظرتك للحياة، نظرتك لنفسك أو نظرتك للآخرين؟
				I7 هل تظن أنك لست كما كنت؟

مجموع I

3 2 1 0

				J1 هل تتابع نشاطك المدرسي أو المهني؟
				J2 هل لديك انطباع بأن قدراتك الدراسية أو المهنية مماثلة لما كانت عليها من قبل؟
				J3 هل تستمر في لقاء أصدقاءك بنفس النسبة؟
				J4 هل قطعت علاقات مع الأقارب (الزوج، الابن، الوالدين.... الخ) منذ الحدث؟
				J5 هل تشعر بأنك غير مفهوم من طرف الآخرين؟
				J6 هل تشعر بأنك مهجور من قبل الآخرين؟
				J7 هل تلقيت مساعدة من طرف مقربيك؟
				J8 هل تبحث بنسبة زائدة عن مرافقة أو حضور الآخرين؟
				J9 هل تمارس نشاطات ترفيهية أكثر من قبل؟
				J10 هل تجد نفس اللذة كما من قبل؟
				J11 هل لديك انطباع بأنك معني بنسبة أقل فيما يخص الأحداث التي تمس محيطك؟

مجموع J

الجزء الثاني

لقد انتهيت في الحين من تقديم حوصلة حول ما تعيشه اليوم، لكن إنه من الممكن أن يكون هناك تحسن منذ الحدث: بعض الاضطرابات اختفت، و بعضها تستمر دائما.

باستعمال السلالم الآتية حدد وقت ظهور الاضطرابات الموصفة ومدتها :

وقت ظهور الاضطرابات منذ الحدث	مدة الاضطرابات
0: غير معني	0 غير معني
1: يوم وقوع الحادث	1: مباشرة بعد الحدث
2: بين 24 ساعة و3 أيام	2: أقل من أسبوع
3: بين 4 أيام و أسبوع	3: من أسبوع إلى شهر
4: بين أسبوع وشهر	4: من 1 إلى 3 أشهر
5: بين 3 و 6 أشهر	5: من 3 إلى 6 أشهر
6: بين 3 و 6 أشهر	6: من 6 أشهر إلى عام
7: بين 6 أشهر و عام	7: أكثر من عام
8: أكثر من عام	8: اضطرابات مستمرة حتى اليوم

المدة	الظهور	الاضطرابات
		1- انطباع إعادة معايشة الحدث، الذكريات و الصور المتعلقة بالحدث التي تعود.
		2- اضطرابات النوم : صعوبات النوم ، كوابيس ، الاستيقاظ في الليل و، أو عدم النوم.
		3- الحصر أو أزمات القلق ، حالة عدم الشعور بالأمن.
		4- الخوف من العودة إلى مناطق حدوث الحدث وإلى المناطق المتشابهة لها.
		5- العدوانية ،سرعة الغضب و، أو فقدان التحكم في الذات.
		6- اليقظة، الحساسية المفرطة اتجاه الأصوات المزعجة و، أو الحذر.
		7- الردود الأفعال الجسدية مثل : التعرق، الارتعاش، صدعات، خفقان القلب، غثيان.. الخ.
		8- مشاكل صحية: فقدان الشهية، الشراهة، تفاقم الحالة الجسدية.
		9- ارتفاع في نسبة استهلاك بعض المواد (القهوة، السجائر، الكحول، الغذاء... الخ)
		10- صعوبات في التركيز و، أو الذاكرة.
		11- عدم اهتمام عام ، فقدان الطاقة و الحماسة، كآبة، عياء، أو الرغبة في الانتحار.
		12- الاتجاه إلى الانعزال.
		13- الشعور بالذنب و، أو بالعار.

Questionnaire TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale)

Nom :	Né(e) le :	Date passation du test :
-------	------------	--------------------------

Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse sur chaque assertion :

- (1) désaccord complet ;
- (2) désaccord relatif,
- (3) ni accord ni désaccord,
- (4) accord relatif,
- (5) accord complet.

Vous pouvez remettre ce questionnaire rempli lors de votre prochaine consultation pour cotation et interprétation.

	1	2	3	4	5
1 Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments					
2 J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.					
3 J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.					
4 J'arrive facilement à décrire mes sentiments					
5 Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire					
6 Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère					
7 Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps					
8 Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.					
9 J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier					
10 Etre conscient de ses émotions est essentiel					
11 Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens					
12 On me dit de décrire davantage ce que je ressens					
13 Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi					
14 Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère					
15 Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments					
16 Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des films dramatiques					
17 Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches					
18 Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence					
19 Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.					
20 Rechercher le sens caché des films ou de pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent					
SCORE TOTAL					

Nous vous remercions d'avoir complété cette évaluation. Vos réponses nous aideront à mieux comprendre votre traitement émotionnel et à orienter notre prise en charge.

Questionnaire TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale)

(Échelle d'Alexithymie de Toronto)

Interprétation

Nom:

Date de l'évaluation :

Score total TAS : _____

Interprétation :

L'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS) mesure le degré d'alexithymie, c'est-à-dire les difficultés à identifier et à décrire les émotions.

L'échelle va de 20 à 100, les scores les plus élevés indiquant des niveaux d'alexithymie plus élevés.

- Score inférieur à 52 : pas d'alexithymie. Le client fait preuve d'une capacité saine à reconnaître et à décrire ses émotions.
- Score entre 52 et 60 : Alexithymie possible. Le client peut avoir des difficultés à reconnaître ou à décrire ses émotions. Une évaluation plus approfondie peut s'avérer nécessaire.
- Score supérieur à 60 : Alexithymie élevée. Le client a de grandes difficultés à reconnaître ou à décrire ses émotions. Les interventions thérapeutiques doivent se concentrer sur l'amélioration de la conscience et de l'expression des émotions.

Recommandations :

Exemple : Compte tenu du score obtenu par le client, une intervention thérapeutique axée sur l'amélioration de la conscience et de l'expression émotionnelles pourrait s'avérer bénéfique. Il peut s'agir d'une thérapie cognitivo-comportementale ou d'une thérapie centrée sur les émotions.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Toronto Alexithymia Scale Questionnaire (TAS-20)

1. I am often confused about what emotion I am feeling.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

2. It is difficult for me to find the right words for my feelings.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

3. I have physical sensations that even doctors don't understand.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

4. I am able to describe my feelings easily.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

5. I prefer to analyze problems rather than just describe them.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree

4. Agree
5. Strongly Agree

6. When I am upset, I don't know if I am sad, frightened, or angry.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

7. I am often puzzled by sensations in my body.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

8. I prefer to just let things happen rather than to understand why they turned out that way.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

9. I have feelings that I can't quite identify.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

10. Being in touch with emotions is essential.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree

5. Strongly Agree

11. I find it hard to describe how I feel about people.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

12. People tell me to describe my feelings more.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

13. I don't know what's going on inside me.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

14. I often don't know why I am angry.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

15. I prefer talking to people about their daily activities rather than their feelings.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

16. I prefer to watch "light" entertainment shows rather than psychological dramas.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

17. It is difficult for me to reveal my innermost feelings, even to close friends.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

18. I can feel close to someone, even in moments of silence.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

19. I find examination of my feelings useful in solving personal problems.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

20. I look for hidden meanings in movies or plays.

1. Strongly Disagree
2. Disagree
3. Neither Agree nor Disagree
4. Agree
5. Strongly Agree

The TAS-20 has 3 subscales:

- Difficulty Describing Feelings subscale is used to measure difficulty describing emotions. 5 items – 2, 4, 11, 12, 17.
- Difficulty Identifying Feeling subscale is used to measure difficulty identifying emotions. 7 items – 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14.
- Externally-Oriented Thinking subscale is used to measure the tendency of individuals to focus their attention externally. 8 items – 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20.

Scoring:

- Range of scores: 20 to 100 (Higher scores reflect greater challenges or impairment.)
- Each response is given a score on a Likert-type scale with 1 being strongly disagree and 5 being strongly agree.
- Reverse scoring is used for items 4, 5, 10, 18, and 19.
- The responses to all 20 questions add up to the overall alexithymia score, while the responses to each subscale factor add up to the score for that subscale