

مقدمة

يشير مصطلح النفسي - الجسدي (السيكوسوماتي) الى الخلفية النفسية الكامنة وراء الاعتلال البدني او المشجعة لظهوره او لمعاودته. والاهتمام بهذه الخلفية (السببية) ليس حديثا او طرئاً. اذ يعود الى افلاطون في مقولته الشهيرة:

"ان الخطأ الكبير لاطباء عصرنا هو أنهم يفصلون النفس عن الجسد لدى تصديهم لعلاج الجسم البشري. فطبيعة الجسد لا يمكن ان تكون مفهومة ما لم ننظر للانسان ككل" ويتوالى الاهتمام بهذه الخلفية على امتداد التراث الانساني حيث توقف عندها ابن سينا ليفرد لها فصلاً خاصاً في قانونه وذلك وصولاً الى العصر الحديث اذ بدأ الاطباء منذ القرن التاسع عشر باعادة النظر في موقفهم من العلاقة بين النفس والجسد وبالتالي من هذه الخلفية. ولقد كان الطبيب فان دوش (Van Dush) اول من تخطى الثنائية الديكارتية (التي تفصل بين النفس والجسد) ليعلن عن نمط نفسي خاص بمرضى القلب في العام (1868) حيث وصفهم بأنهم يتكلمون بصوت عال وبأنهم يخوضون الصراعات المتركة حول تدعيم سحرهم وسطوتهم. وكان هاينروث Heinroth قد اطلق مصطلح "سيكوسوماتيك" في العام (1818). لكن الاستخدام الدقيق للمصطلح تأخر لغاية العام (1922) على يد دوتش (F.Deutch). وقد كان لظهور التنويم المغناطيسي، وقدرته على شفاء العديد من الحالات المرضية - الجسدية، دور هام في اقناع الاطباء بالعلاقة بين النفس والجسد.

هذا وتعود بدايات الدراسات السيكوسوماتية الموسعة الى فترة ما بعد الحرب العالمية الاولى حين قامت شركات التأمين الاميركية بتمويل الابحاث السيكوسوماتية بهدف تجاري هو زيادة امكانياتها في تحديد الاشخاص المتعرضين لخطر المرض. من هنا كانت الانطلاقة الاميركية للسيكوسوماتيك على ايدي فلاندرز دينبار (F. Dunbar) وفرانز الكسندر (F.Alexander). فانطلقت دينبار من منطلق براغماتي - ظاهري في حين ادخل الكسندر بعضا من المنطق التحليلي في نظريته.

لقد احتاجت هذه الدراسات الى ما يقرب الثلاثين عاما كي تعبر الاطلسي وتصل الى اوروبا لتلفت انظار باحثيها. لكن السيكوسوماتيك الاميركي لم ينجح في الحفاظ على مضامينه الاميركية لدى اصطدامه بالمنطلقات النظرية للمدارس النفسية الاوروبية. خصوصا وان هذه المدارس كانت تملك بعض الارهاسات الاولى والمقدمات حول العلاقة بين النفس والجسد. وهكذا كانت مبادئ السيكوسوماتيك الواردة من وراء الاطلسي، هي التي حددت تقسيم السيكوسوماتيك الاوروبي الى تحليلي والى نفسي - عيادي والى طبي - نفسي والى حوائي. ثم امتد السيكوسوماتيك عبر اوروبا ليصل الى روسيا التي كانت تهيمن عليها ابحاث بافلوف (Pavlov) ليتحول الى السيكوسوماتيك الفيزيولوجي الذي ما لبث ان وجد دعمه من قبل النظريات الفيزيولوجية الغربية. ثم جاءت في النهاية التطورات الحديثة في الميدان لتترك اثرها على السيكوسوماتيك كما على علم النفس والطب النفسي بصورة عامة.

لقد اغنت هذه التعددية الرؤية السيكوسوماتية لكنها منعتها من التحول الى اختصاص متفرد. فالسيكوسوماتيك لم يصل بعد الى التفرد كاختصاص مستقل ضمن اختصاصات العلوم النفسية بل بقي ميدانا لملاحظة ودراسة وعلاج العلاقة بين النفس والجسد. كما بقي المجال مفتوحا لمجمل المدارس والتيارات النفسية كي تطبق مبادئها ونظرياتها في هذا الميدان.

ولا بأس هنا من تعداد بعض النظريات المؤثرة في ابحاث
السيكوسوماتيك المعاصرة ومنها: نظرية شيلي* ونظرية كانون* ونظرية
مارتي* ونظرية زيور* ونظرية علي*... الخ.

هكذا افتقد مصطلح السيكوسوماتيك تعريفه الدلالي الدقيق واحتفظ
بمعناه الحرفي أي النفسي - الجسدي ومن هنا كان اختيارنا للعنوان:
"معجم الطب النفسي - الجسدي". وللسبب عينه لم يصدر أي معجم
سيكوسوماتي في الغرب لان الاشكالية انما تبدأ من العنوان حيث
لمصطلح "سيكوسوماتيك" دلالات مختلفة باختلاف النظريات. لذلك
آثرنا التخلي عن المصطلح وابدلناه بترجمة عربية تخرجنا من اطار هذه
الاشكالية فاستعملنا "النفسي - الجسدي" لكن القارئ يلاحظ اننا لم
نتخل عن المصطلح المعرب (السيكوسوماتيك) في سياق شرحنا لكل
نظرية على حدة. كما يلاحظ القارئ اننا استخدمنا مصطلحا منحوتا من
نفسي - جسدي هو مصطلح "نفسي" وهو مصطلح لم يستسغه العديد
من الزملاء العرب. لكننا وجدنا ان ضرورته حيوية. ذلك ان تصنيف
بوس (Boss) للأمراض النفسية* قد اخرج اضطرابات عديدة من دائرة
الامراض السيكوسوماتية فاستخدمنا مصطلح نفسي للأمراض التي
اخرجها بوس في تصنيفاته.

ثم لتلك التي اضافها بيار مارتي الى هذه الامراض (التصنيف
النفسي*).

ان الفوضى الدلالية لمصطلح "سيكوسوماتيك" تتضخم بفوضى تعدد
الترجمات العربية لهذا المصطلح بما من شأنه ان ينعكس بضلالات
حقيقية وإرباكات معقدة لدى القارئ العربي فمن "سيكوسوماتيك" الى
"نفسي - جسدي" و"نفسي - جسمي" و"نفسي - بدني"... الخ يجد
القارئ العربي نفسه تائها بين هذه الترجمات وبين الدلالات الحقيقية
لاصلها. خصوصا وان اختلاف الدلالات لم يقف عند حدود النظري بل هو

تعمق لغاية العملي والتطبيقي. حيث تتعدد تسميات الاضطراب الواحد وتختلف من مدرسة الى اخرى. فما يسميه المحللون بالحزن غير المشنفذ يسميه آرخون بالاذ شطار الحويوي* (Schizokinésie) وغيرهم بالتكتم* (Alexythymie) في- حن- يمل- آرخون لتسميته بالانه يار المقنع* بينما يصر بعضهم على اعتباره مظهراً تحسسياً منتمياً للعباء* (النوراستانيا)... الخ.

وهنا نصل الى السؤال: وسط هذه التعددية هل يستطيع هذا المعجم تكوين هوية خاصة به؟ ان الهوية التي يمكن ان نعطيها لهذا المعجم هي هوية التراكمية في حقل من الحقول النفسية. ففي رأينا الشخصي ان معجم السيكوسوماتيك لا يستقل بهوية ذاتية ما لم نتوصل الى تعريف المرض اولاً. فهل نقبل تعريف كوبي (Kubie) اذ يقول: "ان الصحة هي حالة نارة غير مرضية" ام نعتمد تعريف لوريش (Le Riche) القائل: "ان الصحة هي الحياة مع صمت الاعضاء" ام نميل الى تعريف مارتني (Marty) القائل: ان الصحة هي نتاج التوازن النفسي - الجسدي" ام غير ذلك من التعريفات؟.

ان عملنا بهذا المعجم اعتمد على تصنيف ظواهرى للمرضى وهو يقول بأنهم يقسمون الى ثلاثة انواع: 1 - المريض المعاني من اصابة (تشريحية او نسيجية او بيوكيميائية) مشخصة وفق التصنيفات الطبية - التقليدية حيث يجب على السيكوسوماتيك ان يجهد لتسخير كافة امكانيات العلوم النفسية لدعم العلاج الطبي لهذه الحالات و 2 - المريض الذي يراجع الاطباء بسبب شكاوى صحية لا تثبت لها اية اسباب طبية موضوعية تسمح بتشخيصها. وفي هذه الحالات يفترض ان يلعب السيكوسوماتيك دورا تشخيصيا - تفريقيا بين عدة احتمالات. منها ان تكون هذه الشكاوى مقدمة لظهور احد الامراض او الاصابات العضوية (معروفة كانت ام مجهولة في التصنيف التقليدي). او ان تكون لهذه الشكاوى طبيعة هستيرية (بحثة او متمازجة مع اضطرابات

سيكوسوماتية) او ان تكون ذات طبيعة عيائية (نراستانية) أو أن تكون ناجمة عن عوامل خارجية (مصادر للشدة النفسية او عوامل تسممية) و 3- المريض المصاب فعلا باضطراب عضوي ولكن بصمت ودون مظاهر تستدعيه لمراجعة الطبيب. وهنا يتدخل السيكوسوماتيك عن طريق اقتراحاته للانماط السلوكية المشجعة لظهور بعض الامراض (الاحتشاء القلبي، القرحة، الاضطرابات الهضمية والغددية، الهرم المبكر، السرطان... الخ).

هذه التفريقات هي التي اعطت لهذا المعجم هويته فكانت ضرورة تضمينه لمختلف النظريات النفسية التي اهتمت بعلاج المرضى الجسديين، ولكي نتخلص من الصراعات النظرية القائمة بين هذه النظريات كان اختيارنا لمصطلح "النفسي - الجسدي" عنوانا لهذا المعجم.

ولكن هل احاط هذا المعجم فعلا بكافة هذه الآراء؟. اننا لا نستطيع ادعاء مثل هذه الاحاطة. فقد كان جل هدفنا هو عرض هذه الآراء والنظريات المتواجدة في مجال تطبيقي محدد. فمن راد التعمق بأية منها فان عليه الرجوع الى المصادر الاساسية لكل نظرية او مدرسة من المدارس المعروضة في هذا المعجم وهي على وجه التحديد مدارس: التحليل النفسي والعلاج الجسدي والسلوكية الحديثة والسلوكية - المعرفية وبالينت ومعاداة الطب النفسي والفيزيولوجية والغددية والعصبية والبيوكيميائية.

ويسعدني ان اتوجه بالشكر الى الاساتذة والزملاء الذين لم يكن لي ان اتم هذا العمل بدون مساعدتهم وفي مقدمتهم بيار مارتي (مؤسس مدرسة باريس للسيكوسوماتيك) واليزابيت موسون (رئيسة معهد الدراسات النفسية العليا في اكااديمية بودابست) وميهاي آراتو (جامعة هاميلتون - كندا) وزولتان ريمير (الباحث في المعهد الوطني للطب النفسي - المجر) وأني ريشكو (رئيسة الجمعية العالمية للعلاج

بالحركة) وميهاي او تسويو (الباحث في معهد امراض القلب - رومانيا)
وجاك واينبرغ (مدير معهد الطب الجنسي - باريس) بالاضافة الى
مؤلفي المراجع التي استعنت بها في اعدادي لهذا المعجم واخص
بالذكر منهم المعجميون العرب: فرج عبد القادر طه وسليم عمار وأنور
الجراية واحمد ذياب.

في النهاية لوجه هذا المعجم الى الاطباء، بكافة اختصاصاتهم،
الذين يراعون في ممارستهم مبدأ النظر للانسان ككل متكامل مدركين
احتمالات تجسيد الانفعالات النفسية وتورطها العضوي. كما لوجهه الى
المتخصصين في مختلف فروع وميادين علم النفس ممن لا يهابون
التصدي للصخرة البيولوجية التي غالبا ما تعترض سبيلهم في التعمق
بمعرفة تداخلات وتعقيدات العلاقة بين ما هو نفسي وما هو جسدي.
انه الامل في تقديم اضافة حقيقية لمكتبتنا العربية.

والله ولي التوفيق

طرابلس في 15/2/1966

السيكوسوماتيك مفاهيم عامة

يتميز الطب النفسدي (السيكوسوماتيك) عن كل من التحليل النفسي والطب التقليدي. وذلك على الرغم من استخدامه بعض اساليب الاول ومن استعانته بمبادئ الطب التقليدي ومعالجاته. وبفضل هذا التمايز تركز الطب النفسدي كمبحث قائم بحد ذاته وان لم يصل الى حد التفرد كاختصاص مستقل . وتكمن خصوصيات هذا الفرع الجديد في الاجابات التي يقدمها حول اشكاليات التكامل الاساسي او الوحدة المركزية للكائن الانساني. هذه الاشكاليات التي شهد نقاشها جدلا قديما ولكنها بقيت بدون حل حتى جاءت اجابات المبحث الجديد التي تستند الى جدلية علاقة الانسان بذاته وبالآخرين. وانطلاقا من شموليته النفسية - الجسدية التاريخية والاجتماعية فان الطب النفسدي يقدم مفهوما متجانسا وموضوعيا لمظاهر الاضطراب الجسدي.

والمنظومة الراهنة للمذهب النفسدي تشتمل على منظورين او مفهومين اثنين الاول منظور تطوري (دارويني المنحى) والثاني منظور البحث الفرويدي المتعلق بالعمل الذهني او العقلي وتستند هذه المنظومة في انطلاقتها الى مسلمات الوحدة الاساسية للجهاز العضوي الانساني والى التدرج التصاعدي لكل الوظائف المشاركة في تنظيمه.

هذا وقد ظهر مصطلح "النفس - طبي" في العام 1943 حين تم اشتقاقه من صفة عيادية لشكل من اشكال الارق. وكان الطبيب النفسي الالمانى هينروث (Heinroth) قد اطلق هذه الصفة تحت مسمى (سيكوسوماتيك) في بداية القرن التاسع عشر. وكان هذا الطبيب من

انصار المدارس الحيوانية (Vitaliste). وما لبث هذا الاصطلاح ان عاد الى الظهور بعد قرن من الزمن ولكنه استخدم في مفهوم طبي جديد ومغاير للمفهوم الذي أوماً اليه هينروث. ولقد نظر هذا المفهوم الجديد الى العوامل النفسية على انها متضمنة حتمية الامراض العضوية (أي تساهم في احداثها). ولقد فتح هذا المفهوم ثغرة هامة في النظرة اليقينية المختزلة (التيار الوضعي) التي هيمنت على الطب التقليدي منذ نهاية القرن الثامن عشر. على ان الاكتشافات العلمية الحديثة ما برحت، منذ عصر النهضة، تبلبل حقل المعارف والتقنيات. ولقد استفاد الطب من ذلك ولكنه بات اسير الفكرة القائلة بأن الامراضية غير ممكنة الشرح باستخدام التعابير الكيميائية - الفيزيائية كما لا يمكن التعبير عنها بالقياسات. ولقد تدعم هذا الموقف من خلال التطورات الطرئة على معرفتنا بعلم وظائف الاعضاء والكيمياء الحيوية وعلم الغدد والجهاز العصبي. كما دعمت هذا الموقف اكتشافات باستور التي حصلت في عصر البحوث المخبرية تبعا للنمط المعرفي - الاولي الشائع في تلك الحقبة من الزمن.

ولقد اكتشف كلود برنارد استقرار الاخلاط ومقرة الكائن الحي على صيانة تنظيمه واعادة التوازن اليه في حال اختلاله. وكان هذا الاكتشاف في سياق قيامه بأبحاث على الوظيفة السكرية للكبد (لم تكن معروفة آنذاك). وهذا ما دفعه للاستنتاج ان المرض (ومرض السكري خير دليل على ذلك) يمكنه ان يكون ناجما عن انحراف لتطور عضوي - فيزيولوجي طبيعي.

وستتابع هذه الفكرة مسراها وستكتسب كامل مضمونها في الطب النفسدي. ففي العام 1876 برهن احد علماء الفيزيولوجيا (الروسي بافلوف) على وجود الارتكاسات الشرطية. وحدد وجود آليات في اللحاء الدماغية. ولاحقا توصل متابعوه الى اثبات كون التشريط مرتبنا ايضا بالبنى اللحائية - ما تحت اللحائية. وعليه فان الانفعالات قابلة

للتحول الى ارتكاسات شرطية فهناك صلات شرطية تقام على مستويات وظيفية على درجات مختلفة من التعقيد. وفي سياق هذه الابحاث ابتدعت المدرسة الارتكاسية (المتثلة ب بيكوف وسملورنسكي) الطب اللحائي - الحشوي (Crtico - Visceral). وفي العام 1911 أثبت عالم فيزيولوجي آخر (كانون Cannon) أن التأثيرات العضوية للانفعالات تمارس اثارجعيا على كافة مستويات الجسد أيضاً انطلاقاً من الروابط اللحائية - المهادية (Cortico - Thalamique) والعصبية المستقلة.

كما أثبت كانون كون هذه التأثيرات الرجعية تتدخل في تنظيم انضباط الاخلاط. وذلك انطلاقاً من المسالك اللحائية - المهادية (-Cortico Thalamique) والعصبية المستقلة. وبان هذه التأثيرات تتدخل في تنظيم انضباط الاخلاط. ولسوف تؤدي بحوث كانون والتي تمتتها بحوث شيلبي (Selye) حول التناذر العام للتكيف وحول نظرية الشدة "Stress" سوف تؤدي الى ولادة امراض التكيف التي تشكل قرحة الاثني عشري وارتفاع الضغط الشرياني الاساسي مثالا حياً عليها.

ولقد كان كل اكتشافٍ من هذه الاكتشافات يفتح الطريق أمام بروز مفاهيم جديدة في علم منشأ الامراض مع أن أياً منها لا يستطيع ان يتيح فهم تمفصل كل هذه الاعتبارات والدور الذي تلعبه في ظهور مرض ما وفي لحظة معينة من حياة انسان ما.

ولقد حاول علم الطب النفسي الذي كان متأثراً كغيره بعلموية العصر، حاول جاهدا ايجاد تفسير للامراض العقلية مستخدماً عبارات مثل الاجابات الجرثومية او الخلل النسيجي. واذا كان علم الاعصاب قد استطاع ان يكون نفسه كنظام طبي محدد وذلك بتطبيقه انماط مورغاتي وفيرشوا، فان الطب النفسي كان يسير في طريق مغلوط. فالامراض العقلية، باستثناء العته الشيخوخي والشلل العام، كانت ما تزال مجالا

لم تسبر اغواره. وكان هناك تيران يتجادبان اطباء النفس وذلك بتفعيلهما للنقاش القديم حول الاحادية والازدواجية. وهذان التيران هما التيار العضوي والتيار الحيوي. وتجدر الاشارة الى ان علم النفس المرضي قد نشأ انطلاقا من التيار الاخير وترعرع بين ثناياه.

وفي نهاية القرن التاسع عشر اكتشف احد اطباء الامراض العصبية ويدعى فرويد (Freud) من سكان فيينا، اكتشف انطلاقا من أبحاث حول أنواع الشلل - الحُبسة (أي فقد القدرة على التعبير بالكلام او الكتابة او المقرة على فهم معنى الكلمات المنطوق بها)، وحول الهستيريا، الواقع الحيوي للوعي واخترع التحليل النفسي. ولسوف تتيح النظرية التحليلية النفسية الفرصة لاقامة مبادئ اقتصادية نفس - حيوية ووراثية. وهذه الاسس سوف تدير وتنظم الوحدة النفس - جسدية للكائن الحي. وفي أحد اخر مؤلفاته كتب فرويد يقول: "ان وسيلة تطور الافراد هي التي سمحت لنا بمعرفة الجهاز النفسي. ونحن نطلق على اقدم منطقة من هذا الجهاز تسمية "الهو" والتي يشتمل محتواها على كل ما يحمله الانسان عند ولادته من حتمية بنيوية وخاصة الغرائز الجنسية المنطلقة من الجهاز العضوي والتي تجد في "الهو" اول شكل من أشكال التعبير النفسي وبأنماط ما توال مجهولة لدينا". ومع أن فرويد لم يهتم بشكل خاص بالطب النفسي - جسدي، فإنه، أي فرويد، كان محرکه الاول اذ انه وبدءا من الكتابات الاولى حول الهستيريا وحتى قبل ان يكتشف المعنى الرمزي للاعراض، فقد فسره بتعابير اقتصادية - أو مادية. فعوارض الهستيريا هي نتيجة تحول اثرة داخلية الى عصاب جسدي. وفي الواقع فإن المشاكل النفس - جسدية بدأت تطرح نفسها انطلاقا من الابحاث التي قام بها فرويد حول الهستيريا. في نفس الحقبة الزمنية، قام فرويد بوصف اعراض عصاب الحصر (الحصر النفسي) أي القلق وما يلزمه من اضطرابات وظيفية على انه المظهر الجسدي لضائقات نفسية، لا تمثل لها.

ولقد ادت الراسة العميقة لعصاب الحصر النفسي او العصاب
الواهن، الى اظهره كنواة اساسية لكل العصابات النفسية.

والمفاهيم الفرويدية للعصاب سيسترجعها علماء تحليل نفسي
امريكيون اسسوا في عام 1939 "مدرسة شيكاغو" حيث قاموا بأول
الابحاث المنهجية في هذا المضمار. ولقد عرفت هذه المدرسة انطلاقة
عظيمة بفضل أهمية ابحاثها والدفع الذي وفرته للتيار النفسي - جسدي
في العالم أجمع وفي هذا الصدد يجدر التنويه "بفوانز الكسندر (F.
Alexander)" الذي كان المنظر لهذه المدرسة والذي حث، خلال أكثر من
ثلاثين عاما، البحاثة والمعالجين السيكوسوماتيين وشجعهم على
المضي في نشاطاتهم.

وفي نظرية الكسندر، فان الظواهر الاكثر بدائية للحياة النفسية
توجد محفورة في التركيب العضوي للوظائف الحشوية المتعلقة
بالحاجات الحيوية الاساسية ويقول الكسندر في هذا الصدد:

"ان الازواجية تنبدد وتختفي لدى معالجتنا للظاهرة النفسية كمظهر ذاتي لبعض العمليات الفيزيولوجية" وانطلاقاً من فكرة "العصاب العضوي" والتي كانت شائعة في تلك الحقبة، وبعد استرجاعه وانتقائه للجانبيات النفسية (اي المنحنيات المرسومة لتسجيل نتائج الاختبارات على الشخص نفسه) والتي ابتكرتها ف. دونبار (F.Dubar) بين السمات الشخصية والظواهر المرضية، فقد توصل الكسندر الى فكرة "المجموعات النفس - حيوية" التي تميز بعض الامراض الجسدية. وفي هذا المنظور "النفس - وراثي" فان المرض يصبح نتاجاً لعدد من العوامل التي تسبب ردود فعلها الانفعالية القلق والعوانية والمواقف المرضية. وهذه الامراض وهي بدورها امراضاً تراعية، تغذي ضغطاً مزمناً وتصبح ممرضة بسبب ازدياد المثيرات الحشوية خالقة بذلك "حلقة نفس - جسدية مفرغة" وفكرة التكون النفسي تثير بحوثاً عديدة في الاوساط الطبية والتحليلية الا ان نظرية الكسندر المبينة على النمط النفسي - عضوي والتي بقيت على المذهب الازواجي لم تستطع أن تعطي تفسيراً للروابط العضوية التي تجعل من الانسان كائناً نفس - جسدي (سيكوسوماتياً). ودور اية نظرية، كما هو معروف، لا يكتسب قيمته فقط في المعقولية التي يدخلها الى ميدان معين ولكن ايضاً من خصوصيتها في البحث. وتلك كانت القيمة الكبرى لنظرية الكسندر.

وفي عام 1939، ظهرت في الولايات المتحدة مجلة "الطب النفس - جسدي" وفي فرنسا ظهرت "مجلة الطب النفسي - جسدي" عام 1960 ومنذ عام 1947، نشر بعض المحللين النفسيين الباريسيين مقالات تشهد باهتمامات بالعنصر السيكوسوماتي بل ان الاهتمام بهذا البحث تخطى اطار الطب، والطب النفسي واطار التحليل النفسي، الى دراسات علمية - وبائية واجتماعية تتعلق بالعلاقة القائمة بين بعض اشكال الوجود وبين الامراض المزمنة، والى تجارب حيوانية

وابحاث نفسية - عضوية تحاول ان تقيم علاقات متبادلة بين العوامل النفسية وبين العناصر العضوية الثابتة. وهذه التجارب والابحاث تجسد بعدها كما بتنوعها الاهتمام الكبير الذي تثيره رهانات المسألة النفس - جسدية بسبب عدم تجانس الثقافات وغياب المنهجية في أبحاثها، ولكن نتائجها بقيت عرضة للنقد.

وانطلاقا من ملاحظات كانت ثمرة مراقبة لمواقف لا تدخل في اطار "التحولات الهيستيريا" ولا في اطار "العُصابات الحصرية"، قام بعض المحللين النفسيين من "الجمعية التحليلية الباريسية"، والذين انضم اليهم ل. كرسلر، بتأليف فريق للتفكير والبحث وبتشجيع من بيار مارتني، اوجدوا "المدرسة النفس - جسدية" المسماة بالمدرسة الباريسية وفيها اكتسب التحليل النفسي الجسدي استقلالته وتوصل الى وضعية نظام علمي. وبفضل الوسائل او الادوات التصويرية التي كانت خاصة به، وبالاغناء الحاصل من الاستقصاءات وعمليات المداوة الخاص ببيار مارتني تابع مسيرته. وجمع بين الجدية التحليلية والاهتمام بالجمعية (أي التوفيق بين الطرح ونقيضه)، فقد اف معطيات جديدة، وحدد مع بعض معاونيه من "المعهد النفس - جسدي"، علم نظرية الرموز والعلاقات الضرورية للبحث والتعليم.

الاحتشاء القلبي Infarct Myocardique

Infarct (Myocardic)

هو اخطر امراض الشرايين التاجية الانسدادية ا لمؤلمة (امراض القلب الانسدادية*) وهي الجلطة (او الذبحة) القلبية والتناذر الوسطي والاحتشاء القلبي. وقد أثبتت الابحاث العيادية علاقة هذه الامراض بقائمة طويلة من العوامل التي يمكن تصنيفها، كعوامل خطر، في الفئات التالية:

1- العوامل العضوية: واهمها الكوليستيرول والدهون الغذائية وارتفاع الضغط* والسكري* وتصلب الشرايين... الخ.

2- العوامل التسممية: التدخين وتعاطي الكحول والمخدرات وبعض الادوية المحظورة في حالات عدم كفاية القلب... الخ.

3- العوامل السلوكية: ويلخصها النمط السلوكي (أ)* اما عن النظريات الباحثة في سببية الاحتشاء القلبي فهي تتوزع على النحو التالي:

1- النظرية الوقائية: وهي ترى في الاحتشاء القلبي نتيجة لتراكم عوامل الخطر المشار إليها اعلاه. لكن ابحاثاً عديدة، ومنها ابحاث العالم كيز Keys تشير الى ان هذه العوامل (باستثناء العوامل السلوكية) لا تشكل مجتمعة تفسيراً لأكثر من 50% من الحالات.

2- نظرية التخثر والانتحلال: وتقول بحدوث الخثرة المؤدية لانسداد الشريان التاجي ومن ثم تحللها (بسبب افراز مادة الـ Prostacycline) من جدار الاوعية الدموية).

3- نظرية السدادات المصغرة (Microembolisme) التي لا تثبت ان تختفي بعد احداثها للاحتشاء.

4- نظرية تشنج الشرايين التاجية: وهي باتفاق العلماء اقرب الى الواقع حيث يعود الاحتشاء الى تشنج الشريان مما يؤدي الى تضيقه. وهم يردون هذا التشنج الى اضطرابات ذات طبيعة نفسية - اجتماعية.

5- لنظرية الوراثة: وتعتبر ان وراثة الشرايين الرديئة هي المسؤولة عن حدوث الاحتشاء القلبي.

6- تصاعد الحاجات الايضية للعضلات القلبية.

7- النظرية النفسية - انظر النمط السلوكي (أ)*.

لكن تهمننا الاشارة الى ان هذه النظريات مجتمعة تحتمل التكامل في ما بينها على ضوء المعارف الطبية الراهنة. حيث بات من الممكن التأكيد على العلاقة بين الشدة النفسية* وبين الاضطرابات الغذائية* والمناعة النفسية*. خصوصاً بعدما اشارت اليه الدراسات من تنامي احتمالات الاصابة بالاحتشاء

القلبي في المجموعات المتعرضة للشدة النفسية. حيث سجل ارتفاع لاقت في اصابات الاحتشاء لدى الجنود الاميركيين المحاربين في فيتنام وحيث سجلت العيادة اللبنانية تدني متوسط اعمار المرضى المصابين بالاحتشاء مع ارتفاع ملحوظ (يبلغ الاربعة اضعاف) في نسبة الاصابة.

الاحلام والبيولوجيا Rêves et Biologie

Dreams and Biology

نقلت مختبرات النوم دراسة الاحلام من ميدان الاسطورة واللسانيات والرموز الى ميدان البيولوجيا. وكان لباحث البروفسور الفرنسي جوفيه دور الريادة في هذا المضمار.

ولو نحن نتبعنا الدراسة البيولوجية للنوم وللاحلام فاننا نجد انه ولغاية القرن التاسع عشر كان الاهتمام منصباً على دراسة الاحلام. منذ ذلك التاريخ بدأ الاهتمام بدراسة النوم. واليوم باتت أبحاث النوم ومختبراته من أهم المصادر التي تعتمد عليها العيادة النفسية والعصبية. ذلك بحيث يمكننا القول بأن المعطيات العلمية المتوافرة حول النوم قد أصبحت قادرة على إزالة طابع الغموض عن موضوع الاحلام وموضوع اضطرابات النوم اجمالاً. فما هي هذه المعطيات؟

(أ) مراحل النوم

كانت دراسات النوم قد بدأت في العشرينيات على يد العالم الألماني هانس برجر (H. Berger) الذي اكتشف أن دماغ النائم يصدر موجات خاصة (سميت ألفا فيما بعد). ولكن دراسة النوم لم تلاق الاهتمام الكافي الا ابتداءً من العام 1950. ولقد بدأت دراسة النوم بمجرد مراقبة النائم أثناء نومه (نجد مثلاً هذه المراقبة عدد أرسطو وغاليلان اللذين لاحظا تباطؤ نبض القلب والتنفس لدى النائم). ثم نسجل ملاحظة فونتاننا في القرن الثامن عشر حول حركات الذائم وملاحظات سان دنيز وموري في القرن التاسع عشر. وقد دون هؤلاء ملاحظاتهم من خلال مراقبتهم لنومهم الذاتي.

ومع بدايات القرن العشرين نجد ملاحظات Du Pieron, Tournay, Lhermited الذين يصفون التغيرات التالية: العضلية (ارتخاء) والارتكاسية (لبونة المفاصل) والنباتية (أي تباطؤ نبض القلب والتنفس والافرازات الهضمية وغيرها من المظاهر العصبية - النباتية).

لقد كانت هذه المعلومات بمثابة يد "برجر" عندما بدأ دراساته حول النوم. ولكن هذه المعطيات لم تكن

كافية. ففي حينه لم تكن لأحد من العلماء أية فكرة عن النشاط الكهربائي للدماغ أثناء النوم. ولقد استخدم هذا الباحث **تخطيط الدماغ*** (لم يكن كما نعرفه اليوم) أثناء النوم فاستطاع أن يلتقط اصدار الدماغ النائم لموجات من نوع ألفا كما ذكرنا.

بعد برجر جاءت أبحاث Davis و Loomis اللذين قسما النوم الى مراحل اعتماداً على مدى عمق النوم. ثم تكاثرت هذه الدراسات مع بدايات الخمسينيات.

من أهم هذه الدراسات دراسات Kleitman و Azerinsky اللذين توصلا في العام 1953 الى تحديد لحظة ظهور الحلم لدى النائم. أي أنهما توصلا الى تحديد مرحلة النوم التي تظهر فيها الأحلام والتي تسمى اليوم بالنوم العشوائي. ولاحظنا أن هذه المرحلة تتوافق لدى النائم باسترخاء عضلي شبه تام مع تقلصات فجائية في أطراف اليدين وبعض عضلات الوجه وخاصة العينين.

في تلك المرحلة كانت آلات تخطيط جديدة قد دخلت الميدان العيادي فبات دارسو النوم يعتمدون عليها في دراسة النائم بحيث يخططون له الدماغ والقلب والتنفس والعضلات. وبذلك بات بإمكانهم تحديد 12 متغيراً فيزيولوجياً لدى النائم كما أمكنهم مقارنة هذه التخطيطات أثناء اليقظة وأثناء النوم. وهذه الامكانيات أتاحت لدارسي النوم الحصول على نتائج غاية في الدقة. ومنها توصلهم الى تحديد خمس مراحل للنوم هي التالية:

1- الاغفاء: وتحتل من 2 الى 4% من إجمالي وقت النوم. وفيه تظهر موجات أبطأ وأقل ارتفاعاً من موجات الفا. وفي حال الاثارة يستيقظ النائم فوراً ويكون لديه الشعور بأنه لم ينام.

2- النوم الخفيف: ويحتل حوالي 50% من إجمالي وقت النوم. وفيه تتناقص موجات ألفا وتظهر مكانها موجات بيتا.

3 و 4- النوم العميق والنوم الاعمق: ويولفان 20-25% من إجمالي وقت النوم وهما يظهران عادة في الجزء الاول من الليل. ويمتازان بظهور موجات دلتا (التي لا تظهر عادة في تخطيط اليقظة). والنائم يستيقظ بصعوبة في هاتين المرحلتين.

5- النوم العشوائي: ويحتل 20-25% من إجمالي وقت النوم وله مميزاته الواضحة على صعيد التخطيط الدماغي. ففيه تكون الموجات واطنة وأشبه بالتخطيط أثناء اليقظة. ويشبه هذا التخطيط بأسنان المنشار (أنظر الصورة). وفي هذه المرحلة تحدث الأحلام.

(يعود تقسيم النوم الى هذه المراحل الخمس الى الباحثين A. Rechtschaffen و A. Kales).

(ب) الأحلام والإفرازات الفيزيولوجية - العصبية

شهدت الستينيات من هذا القرن اكتشاف العلماء للعديد من المواد الأمينية المؤثرة على الصعيد العصبي - الفيزيولوجي. ولا تزال هذه الاكتشافات تتوالى حتى اليوم. وبما أن هذه المواد تؤثر في الدماغ فقد كان من الطبيعي أن يتساءل العلماء عن مدى تأثيرها على صعيد النوم واليقظة والأحلام. ولكننا لم نتوصل بعد الى معرفة الأجوبة وذلك لمجموعة من الأسباب نوجزها كما يلي:

1- إن لكل مادة من هذه المواد مفعولات عدة (بعضها لا يزال مجهولاً).

2- إننا لا نعرف ولغاية الآن ماهية الطرق التي تؤدي لإفراز هذه المواد.

3- إننا لا نعرف سوى بعض هذه المواد.

4- إننا نجهل طريقة عمل الدماغ (بالرغم من وجود عدة نظريات).

على أن هذه العوائق لم تحل دون متابعة العلماء لأبحاثهم ومن أهم نتائجها نذكر:

1- المادة المؤدية الى نوم من نوع دلتا (Delta) DSIP (Sleep Inductor Peptide).

تم اكتشاف هذه المادة على يد العالم Schoenberger في العام 1977. وتتألف هذه المادة من 9 حوامض أمينية. ومن حينه توالت الدراسات حول هذه المادة المفروزة من الدماغ فأصبحنا نعرف عنها ما يلي:

(أ) ان لها دوراً معدلاً ومبرمجاً بمعنى أن إعطاءها للشخص لا يؤدي دائماً للنوم.

(ب) إذا أعطيناها جرعة ملائمة فإنها تؤدي الى النوم. فإذا ما زدنا الجرعة يمكنها أن تسبب الأرق.

(ج) انها لا تغير النوم الطبيعي.

(د) إنها تدعم المنومات وتقوي مفعولها التثويي بنسبة 50%.

ومن هذه الخصائص يمكننا الاستنتاج بأن هذه المادة تمارس مفعولها على الصعيد الدماغى.

ج- الأحلام والتوازن الهورموني

تؤكد الأبحاث بما لا يدع مجالاً للشك وجود علاقات مباشرة بين الاحلام وبين الساعة البيولوجية للجسم النائم. ولسنا في مجال الخوض في هذا الموضوع لذلك نكتفي بالقول بأن التزام الشخص بأوقات نوم واستيقاظ معينة هو التزام يساعد في الحصول على نوم أفضل وأحلام أفضل ويقظة (وبالتالي تفكير)

أفضل.

الدماغي المسؤول عن النوم الحلمى. وهذا المركز هو Locus Correlus (مكان الالتقاء) - انظر الصورة.

د- كيميائية الأحلام

عديدة هي الناقلات الكيميائية المؤثرة في الأنشطة الدماغية (ومنها الأحلام) ومن هذه الناقلات نذكر: السيروتونين والأدرينالين والنور أدرينالين والدوبامين والاسيتيل كولين والتريبتوفان والاندورفين ومادة الدلتا المذكورة أعلاه.

وعلى الرغم من معرفتنا لهذه المواد فاننا لا نزال بعيدين عن معرفة طريقة ممارستها لتأثيراتها وطرائق تفاعلها العصبي. لذلك فان العلماء يعتمدون مبدأ طرح الفرضيات ومن ثم العمل على ايجاد البراهين التي تثبتها. ومن أهم هذه الفرضيات نذكر:

1- Dement: افترض في العام 1964 أن النوم العشوائي (عندما تحدث الأحلام) يتأتى من محاولة الجسم للتخلص من بعض افرازاته الضارة التي تتراكم أثناء النهار.

2- Oswald: يفترض عام 1969 أن النوم العشوائي يترافق مع زيادة انتاج البروتين في الجسم.

3- Morgan و Stom: يفترضان عام 1974 أن للنوم العشوائي وظيفة اصلاحية فيعد أن تتعب الوصلات العصبية من الكاتيكو لأمينات في النهار فانها ترتاح أثناء نوم الأحلام. وخلالها يتم افراز هذه المواد من جديد لاستعمالها في اليوم التالي. ومن الدلائل التي تستند اليها هذه الفرضية أن إعطاء كميات من هذه المواد لشخص ما يؤدي لانخفاض فترة النوم العشوائي لديه وبالتالي فانه يؤدي لنقصان أحلامه.

4- Synder: يفترض عام 1968 أن النوم العشوائي يحضر الجسم للتفاعل السريع مع متطلبات العالم الخارجي أثناء اليقظة.

2- الذاكرة والأحلام

تتفق جميع التجارب، بما فيها الذاتية، على وجود الروابط المتينة بين الذاكرة من جهة وبين الأحلام من جهة أخرى. والى هذه العلاقة تستند غالبية النظريات الدارسة للأحلام بما فيها النظريات البيولوجية. ونظراً لتعقيد هذه النظريات فاننا نكتفي بتبسيطها كما يلي:

بدأت الأبحاث حول النوم الحلمى (أي مرحلة النوم التي تحدث فيها الأحلام) في وقت مبكر من هذا القرن. وعرفت هذه الأبحاث محطتين في غاية الأهمية مما يضعها في مجال الاكتشافات الهامة. وأولها اكتشاف مرحلة النوم العشوائي (أو مرحلة تسارع حركات العين) أما ثانيتهما فهي تمكن البروفسور الفرنسي M. Jouvet من تحديد المركز

صورة مبسطة للجذع الدماغى والتكوين الشبكي فيها:

الفص الجانبي: Lobe parietal

الفص الجبهوي: lobe frontal

الفص الخلفي: lobe occipital

المخيخ: cerevet مكان الالتقاء (للخلة الكلوية)

Locus coeruleus: L.C

التكوين الشبكي: formation réticulaire

ولهذا التحديد أهميته الفائقة إذ يبرهن بشكل حاسم (عن طريق التشريح) بأن الأحلام ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالذاكرة. ذلك أن الذاكرة تعتمد على ما يعرف بالتنظيم الشبكي و"مكان الالتقاء" ينتمي الى هذا التنظيم وهو الى جانب كونه مركزاً لنوم الأحلام فهو يلعب وظيفة تذكرية مهمة. إذ تدل الأبحاث الحديثة على كون التنظيم الشبكي عاملاً فائق الأهمية في تشريحية الذكر. كما تدل هذه الأبحاث على كون مكان الالتقاء لاعب الدور الاساسي في انتقال المعلومات من الذاكرة قريبة الأمد الى الذاكرة البعيدة الأمد. وهذا يساعدنا في فهم دوره في الأحلام، فالمعلومات الجديدة تمر به لدى انتقالها الى حيز الذاكرة بعيدة المدى (حيث تحفظ المعلومات القديمة). وهذا ما يفسر علاقة المعلومات الجديدة بتلك القديمة في الحلم.

وفي سبيل فهم أعمق لعلاقة الذاكرة بالحلم نذكر بالمثل الذي يشبه الذاكرة بمقسم هاتفي تتداخل فيه آلاف الخطوط (ترمز الخطوط الى الخلايا الدماغية) ولكن مع فارق أن المقسم الهاتفي يتلقى السؤال ويعطى الجواب على نفس الخط. بينما في الذاكرة ترسل السؤال على خط ويأتي الجواب على مجموعة

من الخطوط الأخرى. وهذا ما يجعل الذاكرة أشد تعقيداً بدرجة كبيرة من المقسم الهاتفي.

الاحلام التكرارية

Rêves répétitifs

Repetitive Dreams.

هي تلك الاحلام المتكررة في شكلها وليس تلك المتكررة فقط في فكرتها (كما يحدث لدى العصابين). اذ ان الاحلام المتكررة فقط في الفكرة تعكس حالة من حالات التثبيت حتى ولو بدت هذه الفكرة في قالب مختلف في كل مرة. أما الاحلام المتكررة شكلاً فهي تنطلق من نفس مبدأ الاحلام العمليانية (المكررة لاحداث النهار او لصدى التفكير في الغد) لكن بتكرار متطور بحيث يعكس الركود التكراري للجهاز الذي يحدث هذه الاحلام. وهذا الفشل في برمجة الجهاز يمكن رده حسب العادة الى: أ- عدم كفاية المثيرات: عدم الكفاية هذا يبدو وكأنه الباعث على الاحلام العمليانية. حيث يرفض اللاوعي ان يظهر وان يتبدى واضحاً امام ما قبل الوعي الذي يكون في هذه الحالة مصاباً بقصور. بغض النظر عما اذا كان هذا القصور عابراً او اساسياً.

ب- الافراط في المثيرات: وفق تجربتنا نرى بان زيادة المثيرات عن حجمها العادي هي المتسببة في احداث الاحلام التكرارية، التي نناقشها الآن، وذلك بحيث يكون اللاوعي متظاهراً، ولكن بارتباك شديد، امام ما قبل الوعي. وامام هذا الارتباك الناجم عن الاحاسيس المتارة في اللاوعي فان ما قبل الوعي يقف مشدوهاً. وهذه العلاقة (ذات النوع الخاص)، بين اللاوعي وبين ما قبل الوعي، تؤدي الى تجميع الترسبات العقلية (الناجمة عن العصابات الرضية السابقة) مع حالة التثبيت الناجمة عن رضة نفسية حديثة العهد. وهكذا فإن الجمع يتم بين التثبيت (العائد الى عهد الطفولة) وبين الترسبات العقلية. وهذا الجمع بما فيه الحلم، هو بمثابة عرض موجٍ وذي مغزى للتثبيت الطفولي.

وفي الحالات التي تهيم فيها الاحلام التكرارية على الحياة الحلمية للمريض فان هذه الاحلام تتجلى عادة بشكل كوابيس. بحيث تؤدي الى استحالة استمرارية نوم الحالم. ولدى مقارنتنا، للمشهد الاولي مع الهومات الاصلية وكذلك مع الرموز الحلمية الزاخرة بالمعاني النزواتية، نستطيع ان نقسم الاحلام التكرارية الى:

1- احلام الحوادث Rêves d'accidents

2- احلام الانسحاق Rêves d'écrasements

3- الاحلام الخانقة Rêves d'étouffement

4- احلام الحرائق Rêves d'incendies

وهذه الانواع الاربعة من الاحلام التكرارية تشترك فيما بينها من حيث عدم قدرة الحالم على تحمل الحساسية امام الافراط في المثيرات وامام التمثلات الحلمية الناتجة عنها.

والحقيقة ان الاحلام التكرارية تأتي غالباً متكاملة ومرافقة للعصابات الصدمية. هذه العصابات التي لا تقود بالضرورة الى ظهور تناذرات جسدية ولكنها تهمنا في ميدان الطب النفسي من حيث احداثها للاحلام التكرارية التي ندرسها من زاويتين مختلفتين هما:

أ- لان الاحلام التكرارية تعكس فكرة ثابتة.

هذه الفكرة التي تكون عادة غير متحلية بالمرونة بحيث يصب جمودها في مجرى اعاقه التصورات.

الامر الذي قد يؤدي الى مجموعة من المحاذير هي:

اولاً: اصابة الوظائف التعبيرية. سواء على الصعيد الحسي - الحركي (اي على صعيد العضلات المخددة (Strié) او على صعيد العضلات الملساء (Lisse).

ثانياً: على المدى الطويل فان من شأن اعاقه التمثلات ان تؤدي الى اصابة الوظائف الجسدية الاساسية مهددة مناعة الجسم على سبيل المثال.

ب- لان الاحلام التكرارية كثيراً ما تأتي عقب الاصابة برضات جسدية مترافقة بجروح على درجة من الخطورة قد تقل او تكثر.

وفي نهاية حديثنا عن الاحلام التكرارية لا بد لنا من توضيح مسألتين في غاية الاهمية وهما:

1- الجرح النرجسي: المتميز بقدرته على احداث الخلل التنظيمي في الجهاز النفسي وخاصة لدى الاشخاص المميزين بالآما المثالي*.

2- الصعوبات الجمة التي يلقاها احياناً الحالم (الاحلام التكرارية) في اعادة تكيفه على الصعيد الحسي - الحركي. وايضاً من خلال عدم قدرته على التكيف مع ظروفه المهنية. خاصة اذا كانت لدى الحالم ميول هيبستيرية. ولعل اوضح مثال على ذلك هو التناذر الكلاسيكي المعروف بتناذر الجمجمة.

هكذا فاننا نلاحظ في هذه الاحلام هيمنة التهيج الجسدي وغياب الافكار الكامنة المتداعية (على عكس الاحلام العمليانية). مما يعكس ان الملكات العقلية للحالم (بالحلم التكراري) تبقى مجمدة وغالباً مركزة حول الرضة الاخيرة التي تعرض لها هذا الحالم.

الأحلام العملياتية

Rêves opératoires

Operatory Dreams

منذ العام 1963 ولغاية وقتنا الحاضر يشهد هذا النوع من الأحلام اهتماماً خاصاً وتركيزاً على أهميته. والمقصود بهذا النوع من الأحلام ذلك الحلم الذي يعيد استعراض أحداث وفصول النهار السابق. أو ذلك الحلم الذي قد يستيق أحداث الغد. وتمتاز هذه الأحلام، بموضوعيتها، واقعيته، سذاجتها واخيراً فهي تمتاز بغياب التحوير المعتاد في بقية أنواع الأحلام أما عن أحداث وفصول هذه الأحلام فهي تتمحور عادة حول النشاطات المعتادة للحالم وبشكل خاص نشاطاته المهنية (كأن يحلم النجار بأن عليه ان يركب رفاً جديداً أو ان يحلم المحاسب بأن عليه ان يعد تقريراً حسابياً جديداً... الخ).

في هذه الحالات يأتي الحلم العملياتي ليعيد أو ليستيق تركيب الرف (من قبل النجار الحالم) أو اعداد التقرير الحسابي (من قبل الحالم المحاسب). وغيرها من العمليات التي اذا لم تجر في الامس فهي قد تحدث في الغد.

وهذا النوع من الأحلام يعكس، كما في حالة غياب الأحلام، غياب التمهيدات العصبية والتهيجات التي تطال اللاوعي لجهة التصورات الاصلية. أو على الأقل فان هذا النوع من الأحلام يعكس غياب التمهيدات العصبية لجهة العمل الحلمى المترسب. على ان هذه السطحية الحسية - الحركية للأثار الذكورية، لمجمل ذكريات النهار الفائت أو لمجمل التصورات من أجل الغد، انما تأتي نتيجة القصور الواضح في الحركة المساهمة في ربط التصورات بعضها ببعض الآخر. وهذا القصور المميز للأحلام العملياتية ليس سوى النقص في التداعي.

بعد هذا التعريف المقتضب للأحلام العملياتية ولمسبباتها فاننا نجد من الملائم ان نقوم بتحديد مفهوم هذه الأحلام اعتماداً على موقف الفاحص من الحلم الذي يرويه مريضه.

أ- قد يكون الفاحص أو المعالج مهتماً بشكل اساسي بتحديد التردد أو البرمجة القصيرة الامد لهذه الأحلام اعتماداً على المعاشية الآتية وعلى الملابسات. ومثل هذا الفاحص يكون عادة عرضة لاهمال بعض التفاصيل الموحية التي يمكن ان تكون لها دلالاتها الخاصة. كأن يحلم النجار بأن المسمار قد التوى بحيث اضطر لنزعه اثناء تركيبه للرف. أو ان يحلم

المحاسب بأنه قد وضع احد الاصفار في غير مكانه المناسب.

والحقيقة ان الاحلام العملياتية، الناجمة كما رأينا عن البقايا الذكورية القصيرة المدى، لا تحوي على الكثير من الأثار والبقايا النزواتية مثل ترميز الخصاء وآليات انتقال التوظيفات التي تدل في مثل هذه الحالة على وجود العديد من الارتباطات. ومرد ذلك الى ان اللاوعي لا يمكن ان ينعزل تماماً عن ما قبل الوعي. خاصة عندما يعمل هذا الاخير اثناء الحلم.

ب- على عكس الحالة السابقة فان المعالج أو الفاحص قد يهتم بالتفاصيل الموحية للحلم. وبهذا يكون عرضة لاهمال الحمل الثقيل الوطاء، المتمثل بالحاضر، في نفس المريض الحالم. وهذا الفاحص قد يتعرض أيضاً لاهمال خطر تحول الصراعات الآتية للحالم الى مظاهر جسدية عن طريق عدم التنظيم أو عن طريق خلل التنظيم العقلي.

ما تقدم نلاحظ بأن ذلك المعالج المعتمد على التأويل يرد معنى المسمار الملثوي والمنزوع وكذلك الصفر في غير مكانه الى عقدة الخصاء مباشرة. وذلك في حين انه من الممكن ان يكون هذا المسمار أو الصفر بمثابة اولى المرات التي تتبدى فيها هذه العقدة لدى شخص يعاني اساساً من اضطراب تنظيم جهازه النفسي.

هذا مع العلم بأن بعض التفاصيل الموحية (في الأحلام العملياتية) قد تعكس، ولكن بشكل واه، وجود خلل في تنظيم الجهاز النفسي للحالم. وهكذا فان اصرار الفاحص على التعلق بهذه التفاصيل من شأنه ان يهيج وعي الحالم بحيث يدفعه التمهيد العصبي نحو ارتباطات غير مؤمنة ما بين اللاوعي وما قبل الوعي. وبهذا يكون هذا الفاحص قد دفع مريضه (المعاني من اضطراب اساسي أو مؤقت) نحو صراع من شأنه ان يحدث لدى المريض اختلالاً جديداً في جهازه النفسي. وفي حال تورط المريض في مثل هذا الصراع فإن المعالج يكون عاجزاً عن تحديد عواقب هذا الصراع وامكانيات تحوله الى اضطرابات جسدية. ومن هنا لا بد لنا من التأكيد بأنه على الفاحص ان يكون ملماً بالمبادئ النفسية - الجسدية وباقتصادها كي يستطيع مساعدة مريضه على استعادة صحته الجسدية.

والسؤال الذي يطرح نفسه، بعد هذا الشرح، هو التالي: ما هي الخطوات الواجب اتباعها في حالة المريض النفسدي؟

لمحتوى الأحلام والالتهام والخصاء أو المذبحة وارتكاب المحارم.

على أن هذه الصورة الفوتوغرافية (المتمثلة بالحلم) تعطينا أيضاً صورة لل (هو) أوضح من الصورة التي تعطيها للوعي.

وهذه الصور تعكس فيما تعكسه أيضاً تكثيفات المريض، بعض الازاحات، التوظيفات، الإسقاطات ومجموعة من المشاهد المتداعية (المرتبطة بنسب متفاوتة مع أحداث النهار).

على أن عمل الحلم لا يستمر كثيراً في نطاق الآلة العقلية حيث الترميز المبطن بالدلالات نتيجة لاتصال اللاوعي بما قبل الوعي. ولتأخذ على سبيل المثال حلم الرمي بالرصاص الذي يبدو على أنه قناع يرمز إلى اتمام الرغبة بالقتل. ولكن الحالم (ذا الأحلام الفظة) يكون قادراً على التعرف على الأشخاص الذين رماهم بالرصاص في حلمه. وهذه القدرة على معرفة الأشخاص تعود، كما رأينا، إلى اتصال اللاوعي بما قبل الوعي.

مما تقدم نلاحظ بأن الانفجار الغريزي، مع ما يرافقه من إطلاق النزوات، هو الطابع المميز للأحلام الفظة. هذه الأحلام التي تبدو ظاهرياً وكأنها مقحمة دون سابق تدبير أو علاقة بدفاعات الحالم وهي غالباً ما تنسب في إيقاظ الحالم. والفاحص أو المعالج قد يقف مذهولاً أمام رواية مثل هذه الأحلام وأمام وضوح محتواها. وذوول الفاحص هذا يشبه ذووله أمام بعض أحلام أو هوامات المرضى الذهانيين. على أن لهذا الذوول فضله إذ أنه يتيح للفاحص وقتاً كافياً للتفكير ولاتخاذ قرار حكيم عوضاً عن الإسراع في التدخل. والسؤال الذي يطرح نفسه في هذه الحالة هو: كيف يمكن للمعالج التدخل في مثل هذه الحالات؟

من وجهة نظر تحليلية بحتة فإن التفسير الوحيد لهذه الحالة هو ما يسمى بانحراف التحويل. ولكن هذا التفسير يبقى مستبعداً في حالة الأحلام الفظة. وهكذا يبقى السؤال مطروحاً دون اجابة. بل وينقرع منه عدد من الاسئلة: كيف يمكن للمحلل أن يؤثر على تبديات العنف والتأكيدات النزوية بدون توظيفات عكسية وحتى دون تداع؟

ان جوابنا على السؤال الاساسي وعلى الاجوبة المتفرعة منه ينطلق من شرحنا لقول Rosine Debray إذ تقول: في مثل هذه الحالات فإن المسألة لا تطرح من منطلق تدخل أو عدم تدخل المحلل إذ يتوجب على المحلل، في هذه المواقف، أن يحدد الخطوات الواجب

ان سلوك المعالج في مثل هذه الحالة هو سلوك على درجة من الرهافة والحساسية. ففي حالة الأحلام العملية فإن السلوك الواجب اتباعه لا يختلف كثيراً عنه في حالة غياب الأحلام. وعلى الأقل من وجهة نظرية فإن الأحلام العملية هي بمثابة احد قطبي الحياة الحلمية. هكذا نلاحظ في هذه الأحلام ان تفاصيل الحلم تتبدى واضحة وتكون ذات صلة مباشرة بما جرى اثناء النهار أو تكون متعلقة بموضوع ينوي المريض مباشرته في المستقبل القريب. وبالتالي فإن المعالج النفسي لمثل هذه الحالات لا يستطيع ان يعتبر افكار الحلم بمنزلة افكار متداعية. ذلك ان هذه الأحلام تربط محتوى الحلم بالحقيقة مباشرة أي دون تدخل اللاوعي سواءً على صعيد المكبوتات أو على صعيد الاشكال الاصلية أو اخيراً على صعيد المظاهرات النزوية.

الأحلام الفظة

Raw Dreams

Rêves Crues

لقد استحققت هذه الأحلام تسميتها بسبب غياب الدفاعات، المقاومات والرقابات النفسية. وذلك بحيث تأتي هذه الأحلام لتعكس بفضاظة وفجاجة محتويات اللاوعي ومكونات الهو من الرغبات الغريزية. وهكذا فإن هذه الأحلام تحوي مشاهد مثل العدائية، السيطرة، الإغواء، الخصاء أو المذبحة، ارتكاب المحارم... الخ.

هذا ويعود مصطلح الأحلام الفظة إلى العام 1983 حين اطلقته الباحثة النفسية الفرنسية روزين ديبراي (R. Debray). كما كانت هذه الأحلام موضوع اهتمام بعض العلماء الاميركيين ومنهم هارولد ليفيتان (H. Levitan).

وقد جاءت تسمية الفظة أو الفجة لتقترن بهذه الأحلام نظراً لكونها، أي الأحلام، تعكس في مشاهد مباشرة الدوافع النزوية للحالم مثل الرغبة بالسيطرة. الطاقة العدائية (فمية كانت أم شرجية) والطاقة الجنسية. والحقيقة ان التحوير، الذي يطال الدوافع النزوية في مشاهد الحلم، يكون في بعض الاحيان على درجة من الحساسية بحيث يدفعنا إلى الاعتقاد بأن الحلم هو بمثابة صور فوتوغرافية للوعي الاصيلي (وكذلك المكبوت) لهذا الحالم. إذ ان اللاوعي في مثل هذه الحالات يتبدى بدون صراعات داخلية وبدون تدخل العناصر المشبوهة والحقيقة ان مثل هذه الأحلام تعكس بجلاء، وببساطة السيطرة والاعواء والغنى البالغ

الرشاقة وبين منتهى التعثر.
ان الجواب على هذه التساؤلات ومفترعاتها يقتضي
العودة الى النكوصات* والتثبيطات* والرقابات
النفسية* فهذه العوامل الثلاثة كانت وستظل لفترة
غير قصيرة مجالاً خصياً للابحاث الدارسة للوظائف
العقلية التي لا يمكن استيعابها ما لم ينظر إليها من
وجهيها النهاري والحلمي.

Rêves Psychosomatiques

Psychosomatic Dreams

يؤدي سوء تنظيم جهاز ما قبل الوعي الى اضطرابات
الجهاز النفسي. هذه الاضطرابات تنعكس اول ما
تنعكس على صعيد الحياة الحلمية للمريض. يتجلى
هذا الانعكاس لدى المرضى النفسديين وفق احد
الانماط التالية:

1- غياب الاحلام

2- فقر محتوى الاحلام

3- ندرة الاحلام

وإذا ما اردنا تحديد المنبع الاساسي لاضطراب الحياة
الحلمية فاننا نجد انها تتبع من نقص التداعي.

بهذا نصل الى نتيجة مفادها ان الحياة الحلمية
للمريض النفسدي تنسم بفقرها الذي قد يصل الى
حدود الغياب التام للاحلام. فلو عدنا الى بيار مارتي
لوجدنا انه يصنف احلام المريض النفسدي في ثلاث
خانات هي: (1) الاحلام العملية* و (2) الاحلام
التكرارية* و (3) الاحلام الفظة.

اما بالنسبة لموضوع غياب الاحلام فهو مثير للجدل اذ
انه قد لا يكون فعلياً وانما ناجم عن كبت المريض
لاحلامه ولمحتوياتها او الى عجزه عن تذكرها او
حتى عدم رغبته بارهاق ذاكرته يتذكر احلامه. كما
يمكن ان ينجم نسيان الحلم عن آليات دفاعية* تمنعه
من الظهور الى حين الوعي بما يعكس رفض
اللاوعي الكشف عن مكوناته. هذا ويربط مارتي،
ومعه اعضاء مدرسة باريس، تحسن الحياة الحلمية
بتحسن التوازن النفسدي للمريض. لدرجة اعتبار
عودة الاحلام للظهور واغتناء محتوياتها اللاواعية
مؤشرات صحية تعكس تحسن وظائف الجهاز النفسي
واستعادة التنظيم النفسدي.

وبمعنى آخر فان مدرسة باريس وسائر المدارس
النفسدية المرتكزة الى التحليل النفسي تعلق اهمية
كبيرة على الاحلام (باعتبارها الطريق الملوكي

اتخاذها لمساعدة المريض تدريجياً على ترتيب او
اعادة ترتيب مناسبة ل (ما قبل وعيه) وذلك بحيث
يتوصل هذا المريض الى تنظيم صراع مرتكز، في
هذه المرة، على رغبته ومرتببط بدفاعاته.

وإذا ما نظرنا من وجهة عيادية فاننا نلاحظ ان
الاحلام الفظة (التي تصادف غالباً لدى العصائيين
السلوكيين كما سبقت الاشارة) انما تحدث لدى
اشخاص لا يملكون القدرة على التوظيفات العكسية.
وذلك انما يعود الى بعد جهازهم النفسي عن التنظيم
الراقي. وهذا بعد ذاته كاف ليشرح لنا سبب غياب
التداعيات في احلام هؤلاء المرضى. مما يجعل
احلامهم (وهي فظة) بعيدة عن الرقابات النفسية وذلك
لعدم احتوائها لعلامم وبذور الصراعات النفسية. ومن
خلال ما تقدم يلوح لنا عجز ال (أنا) وكذلك عجز
الاجهزة العقلية المنبثقة عن هذه ال (أنا).

الا انه من الممكن ايضاً مصادفة الاحلام الفظة لدى
المصابين بالعصاب الطبائعي. ولدى هؤلاء المرضى
نلاحظ ارتكاز (أناهم) على اسس ما قبل واعية سريعة
العطب مما يجعل هذه ال أنا على وشك الافلاس. وفي
النهاية نؤكد بأن الاحلام الفظة هي الاحلام الاكثر
حدوثاً لدى المرضى النفسديين (غير المنظمي الجهاز
العقلي بشكل جيد) الا ان هذه الاحلام ممكنة الحدوث
ايضاً لدى مرضى آخرين حيث تعكس هذه الاحلام
(وان كانت اقل وضوحاً منها لدى النفسديين) قيماً
نكوصية جزئية كمثل تبدي العُلمة السادو - مازوشية)
او كمثل تدخل آليات عزل العواطف عن المحتوى
الحلمي. وهذه الحالات لا تعيننا لانها لا تخص
المرضى النفسديين من ناحية ولانها اقل وضوحاً
وتدوم لفترات زمنية بسيطة (بضع ليالٍ) من ناحية
أخرى.

هذا وتطرح الاحلام الفظة سلسلة من التساؤلات وفي
مقدمتها:

1- لماذا لا يعتمد الحالم الفظ الى القيام بأعمال فظة
كالتي يراها في احلامه؟ هذا علماً بأنه يتذكر حلمه
الفظ ويروييه.

2- كيف يتسنى للرقابات النفسية المكتسبة المحافظة
على وجودها ضمن الاختلالات الواسعة في التنظيم.
هذه الاختلالات المؤدية الى الاحلام العملية.

3- لماذا لا يرتكب المرويصون اعمالاً اجرامية مع
انهم جد قريبين من حالات سوء التنظيم العقلي وايضاً
ما هو سبب التقاوت مع مواقفهم امام الحقيقة الحلمية ا
لتي يصادفونها؟ اذ تتفاوت هذه المواقف بين منتهى

المؤدي الى اللاوعي - لكنها قد تتعرض للاعاقة لدى مرورها عبر ما قيل الوعي). فهي تتعامل مع الاحلام النفسية على انها اداة مساعدة على التشخيص وايضاً على مراقبة تطور الحالة والتنبؤ بمستقبلها.

اختبار اضطرابات التغذية

Test des troubles
de l'alimentation

Allimentation Disorders Test

هذا الاختبار يهدف الى تحري عوامل التشخيص النفسي لاضطرابات التغذية وانعكاساتها على صعيد الوزن خصوصاً. وهو من اعداد الدكتور محمد احمد النابلسي (منشور في كتاب الهزال وعلاجه النفسي). وهو يتألف من 44 بذداً تهدف الى تحديد العوامل التالية: (1) الميول الانهيارية و (2) القلق النفسي و (3) الميول العصائية و (4) الاصابة بالامراض الجسدية و (5) الشكل العيادي للهزال (فقدان الوزن).

1- متى بدأت تشعر بهبوط الوزن؟
2- كم كيلو غراماً فقدت وما هي المدة التي فقدتها فيها؟

3- هل تعاني من الإمساك؟
4- هل تعاني من الإسهال؟
5- هل تعاني من اضطرابات هضمية؟
6- هل تعاني من الآلام؟ وأين؟
7- هل تتناوب موجات من السعال؟
8- هل سبق لك أن بصقت دماً؟
9- هل تعاني من الدوار؟
10- هل سبق لك أن فقدت الوعي؟
11- هل تعاني من ارتجاع الأظراف وخاصة الأصابع؟

12- هل تدخن؟
13- هل تشرب الكحول؟
14- هل تشرب القهوة؟
15- هل تتعاطى المخدرات؟
16- هل تعاني من الأرق؟
17- هل تعاني من العصبية الزائدة؟
18- هل تعاني من جحوظ العينين؟
19- هل تعاني من التعرق الشديد؟
20- هل تعاني من الغثيان؟
21- هل تعاني من النقيز؟
22- هل تشعر أنك لم تعد قادراً على التمتع بأشياء صغيرة كانت ولفترة قصيرة مصدر سعادة لك؟
23- هل تشعر أن محيطك يقيدك ويعيقك عن اتخاذ

القرار؟

24- هل تشعر أنك بحاجة للحظ وللمساعدة الإلهية كي تعود لك سعادتك السابقة؟
25- هل تعتقد أن مردود عملك أقل من الجهد الذي تبذله فيه؟

26- هل أنت غير راضٍ عن حياتك الجنسية؟

27- كم ساعة تعمل في اليوم؟

28- ما هي مهنتك؟

29- هل تزاول عملاً آخر؟

30- هل عانيت من الاضطراب الغددي؟

31- هل توجد اصابات سكري في عائلتك؟

32- متى أجريت آخر فحص للدم؟

33- هل عانيت من الكساح في طفولتك؟

34- هل تشكو من علة قلبية منذ ولادتك؟

35- هل تخاف من البدانة؟

36- هل تعاني متاعب في فمك (أسنان، لثة... الخ).

37- هل تنتفس بصعوبة أحياناً؟

38- هل تشعر بزيادة الشهية ومع ذلك فان وزنك ينقص؟

39- هل تشعر أحياناً بالحاجة لعطف الآخرين وتقهمهم دون أن تجرؤ على طلب ذلك؟

40- هل تشرب الحليب؟

41- هل تستطيع هضم الحليب؟

42- هل سبق لك أن انقطعت إرادياً عن تناول الطعام؟

43- هل تعتقد أن بعض أنواع الطعام مضر؟

44- هل تعرف أنك مصاب بمرض جسدي؟ وما هو؟
ومن خلال هذا الاختبار يستطيع المعالج توجيه تشخيصه بالاتجاهات التالية:

1- الميول الانهيارية ويمكن استنتاجها من الأسئلة:
11 و 16 و 17 و 22 و 23 و 24 و 25 و 26 و

27.

2- القلق والإرهاق النفسيين: من خلال الأسئلة: 6 و 16 و 17 و 19 و 27 و 28 و 29 و 37.

3- الميول العصائية وتنتج من الأسئلة: 12 و 13 و 14 و 15 و 16 و 17 و 26 و 35 و 43.

4- الإصابات الجسدية من خلال الأسئلة: 3 و 4 و 5 و 6 و 7 و 8 و 9 و 10 و 17 و 18 و 19 و 20 و 21 و 30 و 31 و 32 و 33 و 34 و 36 و 37 و

38 و 39 و 40 و 41 و 44.

5- الشكل العيادي للهزال ويمكن تحديده من خلال الأسئلة: 1 و 2 و 3 و 4 و 5 و 6 و 7 و 8 و 9.

علاقة أخرى مع العلوم البيولوجية، الا وهي الدليل على أن مركز الشخص على بعد الانبساط، الانطواء يمكن تغييره عن طريق العقاقير، فالعقاقير المنبهة ذات آثار انطوائية، في حين أن العقاقير المثبطة لها تأثيرات انبساطية.

وبالنظر الى بعد العصابية، نلاحظ أن الشخص الذي يحصل على درجة مرتفعة على هذا البعد، بأنه شخص قلق، مهموم، متقلب المزاج، يحدث الاكتئاب لديه بشكل متكرر، وهو شخص يعاني من صعوبة في النوم، كما يعاني من اضطرابات سيكوسوماتية متنوعة، مفرط من الناحية الانفعالية أو هو زائد الانفعال، استجاباته عنيفة جداً لكل أنواع المنبهات، يجد من الصعوبة بمكان أن يعود الى حالته الطبيعية بعد المرور بخبرة انفعالية مثيرة، تؤثر ردود فعله الانفعالية القوية في حسن توافقه، ومن شأن ذلك أن يجعله يسلك سلوكا غير معقول، وقد يسلك في بعض الأحيان - مسلماً متصلباً. وعندما تربط بين العصابية والانبساط فان مثل هذا الشخص يميل الى أن يكون حساساً ومتمللاً غير مستقر ويصبح بعد ذلك سريع الاهتياج لابل يصبح عدوانياً. والشخص الذي يتسم بدرجة عالية من العصابية ميل الى القلق، مهموم والخاصية الأساسية لديه هي الانشغال الدائم بالاشياء التي قد تسير في غير مجراها الطبيعي، مع رد فعل انفعالي قوي يتسم بالقلق تجاه هذه الافكار.

ويمكن وصف الشخص الذي يحصل على درجة مرتفعة على بعد الذهانية بأنه منزو لا يهتم بالآخرين، غالباً ما يكون مزعجاً، غير مناسب في أي مكان، كما يمكن أن يتسم بالقسوة وعدم الانسانية، تنقصه المشاعر والاستشفاف الوجداني ومشاركة الآخرين مشاعرهم، وجميعها خواص تشير الى تبدل الشعور أو نقص الاحساس وذو الدرجة المرتفعة من الذهانية كذلك عدائي نحو الآخرين وحتى نحو أصدقائه وعشيرته، هذا فضلاً عن كونه عدوانياً حتى نحو من يحبهم، وهو يميل الى الاشياء الشاذة الغريبة، يحب غير المألوف، لا يكتثر بالخطر، يحب أن يخدع الآخرين وان يستغفلهم، كما يحب مضايقتهم وازعاجهم. ان المصطلحات السيكياترية التي يبدو أنها تستوعب هذا النوع من النمط السلوكي هي: الشبهمنفصم - Schizoid والسديكرواتي. وعلى الرغم من الطبيعة السيكياترية للمصطلح، وتشابهه مع غيره من المفاهيم السيكياترية فإنه يهتم بمتغيرات الشخصية المتضمنة في السلوك، والتي تتحول الى أعراض

اختبار اضعاف الموجة (T)

Test d'Affaiblissement de l'onde T
وهذا الاختبار كثير الاستعمال. وهو كذلك الاكثر دقة لتحري وجود الاضطرابات العصبية - النباتية (التأثر العصبي - النباتي*).

وهو يقتضي إجراء تخطيط القلب الكهربائي للمريض في وضعي الاستلقاء والوقوف. والقيام بالمقارنة بين الموجة (T) في كلا التخطيطين. فإذا كان الفارق بينهما يساوي أو يزيد عن 12، ميلي فولت فإن ذلك يعني وجود التأثر العصبي - النباتي. أما عندما لا يصل الانخفاض الى هذا الحد فإن ذلك ينفي وجود هذا التأثر.

هذا ومن وجهة نظر عيادية فإن هذه الاختبارات التي تثبت وجود هذا التأثر ممكن استعمالها للتحقق من وجود التناذرات القلبية - الوظيفية.

اختبار أيزنك للشخصية

Eysenck Personality Test

Test de Personnalité d'Eysenck

نشرت قائمة أيزنك للشخصية EPI عام 1964، وفي عام 1975 صدرت الصيغة المعدلة للقائمة تحت اسم: اختبار أيزنك للشخصية EPQ وقد تمخض هذا الاختبار عن تحديد ثلاثة أبعاد أساسية للشخصية، هي: الذهانية والانبساط والعصابية، فضلاً عن مقياس الكذب.

وتجدر الإشارة الى أن بنود صيغة الأطفال مستقلة ومختلفة عن بنود صيغة الراشدين. وتجدر الإشارة أيضاً الى أن عامل الذهانية غير ثابت لدى الأطفال العرب كما يقاس بالبنود التي وقع الاختبار عليها لدى الأطفال الانجليز. وتكشف الأدلة في مجال الوراثة أن الوراثة تقوم بدور مهم في تطور عوامل الشخصية الثلاثة جميعاً (الانبساط والعصابية والذهانية) وثمت

مرضية في الحالات المتطرفة فقط.
* عربيه وأعدده: أ. د. أحمد محمد عبد الخالق (1991)
استخبار أيزنك للشخصية: دليل تعليمات الصيغة
العربية (للأطفال والراشدين)، الاسكندرية: دار
المعرفة الجامعية.

اختبار تحري العوارض CHESS Symptoms النفسية

Chek-List for the évaluation of somatic
وقد وضعه كل من غولفي (Guelfi S.D.) وديلسير (Dulcire C.) واورديان (Audrian. S.).

وكان هذا الاختبار قد عرض للمرة الاولى في المؤتمر السابع للطب النفسي الذي انعقد في فيينا عام 1983. تم اعادة المؤلفون عرضه بعد ادخال تعديلات عليه في المؤتمر الثامن للطب النفسي (أثينا 1989). عن مجلة الثقافة النفسية نورد في ما يلي طبعة 1989 من هذا الاختبار الذي نشرته المجلة مع تقنيته في عددها الثاني الصادر في نيسان 1990 مترجماً الى العربية.

الاسم	الجنس	العمر
اسم الفاحص	تاريخ الفحص	
رقم الوحدة	رقم العلاج	
التشخيص	تاريخ العلاج	
(أ) اذا ما شكك المريض من اضطرابات جسدية: (قبل سؤال الفاحص عنها)		
نعم	لا	اذا نعم (عدد هذه الشكاوى

بالتسلسل الذي عرضه المريض).

(ب) إسأل المريض الاسئلة المذكورة في الصفحات التالية

وأضف إليها الشكاوى التي عرضها المريض لوحده (دون سؤاله عنها) مع الاشارة الى هذه الشكاوى بحرف (أ).

تحدد النسبة بواسطة الأعراض الظاهرة. سواء تلك الملاحظة أثناء الفحص أو تلك التي يخبرنا عنها المريض.

في العادة تدوم فترة الفحص 7 أيام، وفي بعض الحالات يمكن أن تمتد هذه الفترة لتبلغ اسبوعين الى أربعة أسابيع.

وفترة الفحوص يفترض أن تحدد بالتعابير التالية:

- خلال الأسبوع الأخير.

- خلال الأسبوعين أو الأربعة أسابيع الأخيرة.

- لدى آخر لقاء مع المريض.

الاسئلة / المعطيات /
(0) (1) (2))
(3) (4)

الظواهر
المرضية

- 1- كيف كانت شهيتك في الفترة الاخيرة؟ هل تراجع وزنك؟
- 2- انخفضت الشهية
- 3- انخفض الوزن
- 4- زاد الوزن
- 5- ازدیاد الشهية
- 6- غثيان
- 7- هل توجد لديك مشاكل في أمعائك
- 8- هل تتغوط بشكل طبيعي؟
- 9- هل تعاني من جفاف الحلق؟ هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 10- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 11- هل تعاني من جفاف الحلق
- 12- هل تتعرق بشكل زائد؟
- 13- هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 14- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 15- هل تعاني من جفاف الحلق
- 16- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 17- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 18- هل تعاني من جفاف الحلق
- 19- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 20- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 21- هل تعاني من جفاف الحلق
- 22- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 23- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 24- هل تعاني من جفاف الحلق
- 25- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 26- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 27- هل تعاني من جفاف الحلق
- 28- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 29- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 30- هل تعاني من جفاف الحلق
- 31- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 32- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 33- هل تعاني من جفاف الحلق
- 34- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 35- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 36- هل تعاني من جفاف الحلق
- 37- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 38- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 39- هل تعاني من جفاف الحلق
- 40- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 41- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 42- هل تعاني من جفاف الحلق
- 43- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 44- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 45- هل تعاني من جفاف الحلق
- 46- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 47- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 48- هل تعاني من جفاف الحلق
- 49- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 50- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 51- هل تعاني من جفاف الحلق
- 52- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 53- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 54- هل تعاني من جفاف الحلق
- 55- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 56- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 57- هل تعاني من جفاف الحلق
- 58- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 59- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 60- هل تعاني من جفاف الحلق
- 61- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 62- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 63- هل تعاني من جفاف الحلق
- 64- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 65- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 66- هل تعاني من جفاف الحلق
- 67- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 68- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 69- هل تعاني من جفاف الحلق
- 70- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 71- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 72- هل تعاني من جفاف الحلق
- 73- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 74- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 75- هل تعاني من جفاف الحلق
- 76- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 77- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 78- هل تعاني من جفاف الحلق
- 79- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 80- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 81- هل تعاني من جفاف الحلق
- 82- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 83- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 84- هل تعاني من جفاف الحلق
- 85- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 86- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 87- هل تعاني من جفاف الحلق
- 88- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 89- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 90- هل تعاني من جفاف الحلق
- 91- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 92- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 93- هل تعاني من جفاف الحلق
- 94- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 95- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 96- هل تعاني من جفاف الحلق
- 97- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟
- 98- هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟
- 99- هل تعاني من جفاف الحلق
- 100- هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟

- العصبي الجلوس
44- عسر البلع
45- زيادة حيوية العضلات
46- فقـدان التعابير
47- زيادة الحركة العصبية
48- زيادة الارتكاسات العصبية
49- الارتجاج العصبي
50- تغيرات في الفحص المجهرى
51- عسر الكلام
52- التباسات الذاكرة
اضطرابات 53-
أخرى 54-
عددها 55-

(ج) العلاقة بالتطبيب الدوائي

(د): أنقل على الجدول أدناه الأمراض المفترضة وسجل رأيك بإمكانية معاناة المريض لها على النحو التالي:

- 0- غير موجود
1- ممكن
2- محتمل
3- واضح أخذاً بعين الاعتبار الاستجابة للدواء الأمراض

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Test Jenkins

اختبار جنكينز

Jenkins Test

يهدف هذا الاختبار الى تحري علائم النمط السلوكي (أ)* في تصرفات المفحوص وتحديد ما اذا كان المفحوص ينتمي الى هذا النمط أو الى مقابله (ب) وقد قام بتعريب هذا الاختبار واعداده

- هل تنام جيداً في الليل؟
22- صعوبة بداية النوم
23-أرق
منتصف الليل
24- أرق صباحي
25- تغير في الحياة الحلمية
26- نوم زائد
27- نوم غير فعال
28- وسن / تهويم
29- تورم الأطراف السفلى
30- صعوبة تبول أو زيادة تبول
31- تعب عام
32- تقلص في العضلات المضغية
33- تقلص في النوع الكزازي
34- تشوش الإحساس بالأطراف
35- هل تعاني صعوبات في التذكر أو في التركيز؟
هل تشعر بتعب غير عادي بعضلاتك أو في جسمك كله؟ هل تزعجك التقلصات أو النخر؟
هل تعاني صعوبات في التذكر أو في التركيز؟
هل تعاني ألماً أخرى؟
38- (أ) هياج جسدي أو توتر
(ب) صداع
39- ألم أسفل الظهر
40- ألم في البطن
41- أوجاع عضلية منتشرة
32- ألم جسدية غير محددة
الفحص 43- رهبة

الدكاترة: احمد محمد عبد الخالق وعبد الفتاح
دويدار ومايسة النبال وعادل شكري كريم.
في ما يلي نعرض لهذا الاختبار بصيغته المعربة:
الاسم: المهنة:
العمر: ذكر / انثى

يعرض استقصاء النشاط الذي وضعه (جنكز)
مجموعة من الاسئلة، تدور حول جوانب السلوك
التي وجد انها تساعد في التشخيص الطبي. وحيث
ان كل فرد يختلف عن الآخر، لذا لا توجد اجابات
(صحيحة) وأخرى (خاطئة).

وبالنسبة لكل سؤال من الاسئلة، اختر الاجابة التي
تنطبق عليك، وضع دائرة حولها. وينبغي ان تكون
الدائرة واضحة وثقيلة أمام الاجابة التي تختارها. ضع
الدائرة على اجابة واحدة فقط لكل سؤال. اذا
غيرت في إحدى الاجابات. فما عليك الا مسح
الدائرة القديمة تماما، وتضع علامة جديدة أمام
الاجابة الجديدة.

1) هل تجد مشكلة أحيانا في أن تجد وقتا
لقص شعرك أو تصفيفه؟

أ- أبداً (مطلقاً)

ب- أحيانا

ج- دائماً تقريباً

2) الى أي مدى تدفعك وظيفتك الى التحرك
النشط والفعال؟

أ- أقل غالباً من وظائف معظم الناس.

ب- متوسط تقريباً

ج- أكثر من وظائف معظم الناس.

3) هل حياتك اليومية مليئة غالباً بـ:

أ- مشاكل تحتاج الى حل؟

ب- تحديات تتطلب المواجهة؟

ج- سلسلة من الأحداث الروتينية العادية
والمتوقعة؟

د- أشياء غير كافية لجذب اهتمامك أو لجعلك
مشغولاً بها؟

4) يعيش بعض الناس حياة هادئة. يمكن
الالتنبؤ بها، بينما يجد آخرون أنفسهم في
مواجهة تغيرات غير متوقعة أو معوقات
وازعاجات متكررة، أو يجدون الأشياء تسير
بصورة خاطئة. الى أي مدى تواجهك هذه
المضايقات أو الاحباطات الصغيرة (أو
الكبيرة)؟

أ- مرات عديدة في اليوم

ب- مرة واحدة في اليوم تقريباً
ج- عدد قليل من المرات في الاسبوع
د- مرة واحدة في الاسبوع
هـ- مرة واحدة في الشهر أو أقل.
5) عندما تقع تحت ضغط ما أو شدة، ماذا
تفعل عادة؟

أ- أفعل شيئاً للتغلب عليه في الحال
ب- اخطط بدقة قبل اتخاذ أي اجراء

6) في العادة، بأي سرعة تأكل؟

أ- غالباً ما أكون الأول في الانتهاء من تناول
الطعام

ب- أكل أسرع قليلاً من المتوسط

ج- أكل بنفس سرعة معظم الناس تقريباً

د- أكل أبطأ كثيراً من معظم الناس.

7) هل سبق أن قال لك أحد أصدقائك (أو
زوجك) بأنك تأكل بسرعة كبيرة؟

أ- نعم، كثيراً

ب- نعم، مرة أو مرتين

ج- لا أبداً.

8) كم مرة تجد نفسك تقوم بأكثر من عمل في
نفس الوقت، كالعامل أثناء تناول الطعام،
القراءة أثناء ارتداء الملابس، أو التفكير في
حل المشكلات أثناء قيادة السيارة؟

أ- أقوم بعمل شئيين في آن واحد كلما كان ذلك
عملياً.

ب- أفعل ذلك فقط عندما يكون وقتي ضيقاً

ج) نأمر (أو مطلقاً) ما أقوم بأكثر من عمل في
نفس الوقت.

9) عندما تستمع الى شخص يتحدث، وكان
هذا الشخص يستغرق وقتاً طويلاً ليصل الى
جوهر الموضوع الى أي مدى تشعر بالرغبة في
تنبيه هذا الشخص الى الدخول في الموضوع؟

أ- كثيراً

ب- أحيانا

ج- تقريباً أبداً.

10) كم مرة قمت فعلاً بتلقين الآخرين (أو
وضعت الكلمات في أفواههم) حتى تجعلهم
يسرعون في التعبير عن أفكارهم؟

أ- كثيراً

ب- أحيانا

ج- أبداً تقريباً

11) اذا أخبرت صديقك (أو زوجك) بأنك سوف

تقابلته في أحد الأماكن في ميعاد محدد، الى أي مدى تصل متأخرا؟

أ- مرة كل مدة

ب- نادرأ

ج- لا متأخر ابدا

12) الى أي حد تجد نفسك في عجلة للوصول الى الأماكن، حتى عندما يكون هناك متسع من الوقت؟

أ- كثيرا

ب- أحيانا

ج- أبدا تقريبا

13) افرض أنك ستقابل شخصا ما في مكان عام (على الناصية، صالة استقبال في أحد المباني، مطعم وقد تأخر هذا الشخص لمدة عشر دقائق، فماذا ستفعل؟

أ- أجلس وأنتظر.

ب- اتمشى قليلا أثناء انتظاري له

ج- غالبا ما أحمل معي شيئا ما أقرأه أو أكتبه، حتى أنني عملا ما أثناء انتظاري.

14) عندما يتحتم عليك الانتظار في الصف (الطابور) في مطعم أو محل أو مكتب البريد، فماذا تفعل؟

أ- أتقبل ذلك بهدوء.

ب- أشعر بنفاد الصبر ولكني لا أظهر هذا الشعور

ج- أشعر بنفاد صبري تماما لدرجة أن أي شخص يراني يستطيع أن يقول بأني قلق.

د- ارفض أن أنتظر في الطابور، وأبحث عن طريقة ما كي أتجنب مثل هذا التأخير.

15) عندما تلعب بعض الألعاب مع أطفال يبلغون من العمر حوالي العاشرة (أو عندما كنت تفعل ذلك في السنوات السابقة) فكم مرة كنت تجعلهم عن قصد يكسبون؟

أ- معظم الوقت

ب- نصف الوقت

ج- احيانا فقط

د- أبدا.

16) عندما كنت صغيراً، هل كان معظم الناس يعتبرونك:

أ- تعمل كثيرا وتعد منافسا قويا بالتأكيد؟

ب- تعمل كثيرا وتعد منافسا قويا الى حد ما؟

ج- أكثر استرخاء وهدوءا الى حد ما؟

د- أكثر استرخاء وهدوءا بالتأكيد؟

17) وهذه الأيام، هل تعتبر نفسك:

أ- تعمل كثيرا وتعد منافسا قويا بالتأكيد؟

ب- تعمل كثيرا وتعد منافسا قويا الى حد ما؟

ج- أكثر استرخاء وهدوءا الى حد ما؟

د- أكثر استرخاء وهدوءا بالتأكيد؟

18) هل يعتبرك صديقك الحميم (أو زوجك) أنك:

أ- تعمل كثيرا وتعد منافسا قويا بالتأكيد؟

ب- تعمل كثيرا وتعد منافسا قويا الى حد ما؟

ج- أكثر استرخاء وهدوءا الى حد ما؟

د- أكثر استرخاء وهدوءا بالتأكيد؟

19) هل يقدر صديقك الحميم (أو زوجك) مستوى نشاطك العام على أنه:

أ- بطيء جداً، ويجب أن تكون أكثر نشاطاً؟

ب- حول المتوسط، ومشغول أكثر الوقت؟

ج- نشيط جداً، وينبغي أن تكون أبطأ؟

20- هل يتفق الناس الذين تعرفهم جيدا على أنك تقوم بعملك بجدية شديدة؟

أ- نعم بالتأكيد

ب- ربما نعم

ج- ربما لا

د- لا بالتأكيد

21) هل يتفق الناس الذين تعرفهم جيدا على أن لديك طاقة أقل من معظم الناس؟

أ- نعم بالتأكيد

ب- ربما نعم

ج- ربما لا

د- لا بالتأكيد

22) هل يتفق الناس الذين تعرفهم جيدا على أنك غالبا ما تثار بسهولة؟

أ- نعم بالتأكيد

ب- ربما نعم

ج- ربما لا

د- لا بالتأكيد

23) هل يتفق الناس الذين يعرفونك جيدا على أنك تميل الى أن تنجز معظم الأشياء في عجلة؟

أ- نعم بالتأكيد

ب- ربما نعم

ج- ربما لا

د- لا بالتأكيد

24) هل يتفق الناس الذين يعرفونك جيدا على

أنك تستمتع بالمباريات (التنافس) وتحاول
جاهدا أن تكسب؟

أ- نعم بالتأكيد

ب- ربما نعم

ج- ربما لا

د- لا بالتأكيد

25) كيف كانت حالتك المزاجية عندما كنت
صغيراً؟

أ- تثار بسهولة ويصعب أن تضبط نفسك

ب- عنيفة ولكن تستطيع التحكم فيها

ج- لا مشكلة

د- تقريبا لا أغضب أبداً

26) وهذه الأيام، كيف هي حالتك المزاجية؟

أ- تثار بسهولة ويصعب أن تضبط نفسك.

ب- عنيفة ولكن تستطيع التحكم فيها

ج- لا مشكلة

د- تقريبا، لا أغضب أبداً.

27) عندما تكون في قمة انغماسك في عمل
ما، ويقوم شخص ما (ليس رئيسك) بمقاطعتك،
تشعر به غالباً داخلك؟

أ- أشعر بالارتياح، لأنني أعمل بصورة أفضل بعد
فترة راحة.

ب- أشعر بقليل من الضيق

ج- أشعر بالاضطراب الحقيقي، لأن مثل هذه
المقاطعة لا داعي لها

28) إلى أي مدى هناك (مواعيد محددة) لانجاز
أعمالك في وظيفتك؟

أ- يومياً أو أكثر من ذلك.

ب- أسبوعياً

ج- شهرياً أو أقل من ذلك

د- لا يوجد

29) هذه المواعيد المحددة لانجاز أعمالك
يُصاحبها عادة:

أ- ضغوط بسيطة نتيجة طبيعتها الاعتيادية
(الروتينية)

ب- ضغوط شديدة حيث أن التأخير يمكن أن
يتسبب في اضطراب مجموعة العمل كلها التي
أعمل معها

ج- ليس هناك أبداً (مواعيد محددة) في وظيفتي.

30) هل تضع لنفسك موعداً محدداً (أو حصّة أو
نصيباً معيناً) في العمل أو في المنزل؟

أ- لا

ب- نعم، ولكن أحياناً فقط

ج- نعم، مرة في الأسبوع أو أكثر

31) عندما تضطر إلى العمل على أساس
(الموعد المحدد) فما هي نوعية عملك؟

أ- أفضل

ب- أسوأ

ج- بنفس المستوى (فالضغط لا يؤثر في العمل)

32) في أثناء العمل، هل تسمح بسير عمليين
في آن واحد، وذلك عن طريق الانتقال بسرعة
من عمل لآخر؟

أ- لا أبداً

ب- نعم، ولكن في حالات الضرورة القصوى فقط

ج- نعم، بصورة منتظمة

33) هل أنت قانع بالبقاء في مستوى مهنتك
الحالية خلال السنوات الخمس القادمة؟

أ- نعم

ب- لا أريد أن أرتقي

ج- بالتأكيد لا. أكافح لكي أتقدم، ولن أكون راضياً
إذا لم أرتق في هذه الفترة الزمنية.

34) إذا كان لك اختيار، فأيهما تفضل أن
تحصل عليه؟

أ- زيادة صغيرة في المرتب دون الارتقاء إلى وظيفة
ذات مستوى أعلى

ب- الارتقاء إلى وظيفة ذات مستوى أعلى من
غير زيادة في المرتب

35) في السنوات الثلاث الماضية، هل حصلت
على أجزاء أقل من الأيام المخصصة لك؟

أ- نعم

ب- لا

ج- نوعية عملي لا تمنح أجزاء منتظمة

36) في السنوات الأخيرة، كيف تغير دخلك
السبوي الشخصي؟

أ- بقي كما هو أو اتجه إلى الانخفاض

ب- ارتفع بدرجة طفيفة (نتيجة للزيادة لمواجهة
أعباء المعيشة أو الزيادة التلقائية على أساس
سنوات الخدمة.

ج- ارتفع بصورة كبيرة

37) إلى أي مدى تأخذ عملك إلى المنزل
للانتهاء منه ليلاً، أو تدرس مواد متصلة
بوظيفتك؟

أ- نأرا أو أبداً

ب- مرة في الأسبوع أو أقل

45) فيما يتعلق بالدقة (الامتثال بالتفاصيل)

فانني:

أ- دقيق بدرجة أكبر كثيرا

ب- دقيق بدرجة أكبر قليلا

ج- دقيق بدرجة أقل

د- دقيق بدرجة أقل جدا

46) أتناول أمور الحياة بصفة عامة:

أ- بجدية أكبر كثيرا

ب- بجدية أكبر قليلا

ج- بجدية أقل جدا

(بالنسبة للسئلة من 47 الى 49، قارن عملك

الحالي بأوضاع عملك في السنوات الخمس

الماضية: اذا لم تكن تعمل منذ خمس سنوات،

قارن وظيفتك الحالية بوظيفتك الأولى):

47) أشتغل عددا أكثر من الساعات أسبوعيا:

أ- في وظيفتي الحالية

ب- في السنوات الخمس السابقة

ج- لا أستطيع أن أحدد

48) أتحمّل مسؤولية أكبر.

أ- في وظيفتي الحالية

ب- في السنوات الخمس السابقة

ج- لا أستطيع أن أحدد

49) أعتبر في مستوى مرتفع (في المكانة او

المركز الاجتماعي):

أ- في وظيفتي الحالية

ب- في السنوات الخمس السابقة

ج- لا أستطيع ان أحدد

50) ما عدد المسميات الوظيفية التي تنقلت

بينها في السنوات العشر الأخيرة (كن متأكدا

من أنك قد حسبت عدد تنقلاتك في مختلف

أنواع العمل، وتنقلاتك بدرجات جديدة في

الوظيفة، وتنقلاتك في العمل ذاته صعودا

ونزولا).

صفر - 1، 2، 3، 4، 5، أو أكثر

51) ما هو عدد السنوات المدرسية التي

تلقيتها؟

أ- صفر - 4 سنوات

ب- 5 - 8 سنوات

ج- درست بعض السنوات في مدرسة ثانوية

د- تخرجت في مدرسة ثانوية

هـ- تخرجت في مدرسة تجارية أو مدرسة ادلة

اعمال

ج- أكثر من مرة في الأسبوع

38) كم مرة تذهب الى موقع عملك، عندما لا

يكون من المنتظر أن توجد به مثلا: في

المساء، أو في نهاية الأسبوع؟

أ- وظيفتي لا تسمح لي بذلك

ب- نائرا او أبدا

ج- أحيانا (أقل من مرة في الأسبوع)

د- مرة في الأسبوع أو أكثر

39) عندما تشعر بالإرهاق في عملك، ماذا

تفعل غالبا؟

أ- أتباطأ فترة قصيرة حتى أسترجع قواي.

ب- أغرق نفسي في العمل بالرغم من تعبتي

40) عندما تكون في مجموعة، كم مرة يتطلع

إليك المحيطون بك وينشدون منك القيادة؟

أ- نائرا

ب- بنفس الدرجة تقريبا التي يتطلعون بها

للآخرين

ج- أكثر مما يتطلعون الى الآخرين

41) كم مرة كتبت لنفسك قوائم لتساعدك على

تذكر ما تريد القيام به؟

أ- لا، أبدا

ب- أحيانا

ج- كثيرا

(بالنسبة للسئلة من 42 الى 46، قارن نفسك

بالعامل المتوسط في وظيفتك الحالية، وضع علامة

أمام أكثر الصفات التي تصفك بدقة):

42) في كمية الجهد التي تبذلها، فانني

اعطي:

أ- جهدا أكبر كثيرا

ب- جهدا أكبر بدرجة طفيفة

ج- جهدا أقل بدرجة طفيفة

د- جهدا أقل كثيرا

43) من ناحية الاحساس بالمسؤولية، فانني:

أ- أحس بالمسؤولية بدرجة أكبر كثيرا

ب- أحس بالمسؤولية بدرجة أكبر قليلا

ج- أحس بالمسؤولية بدرجة أقل قليلا

د- أحس بالمسؤولية بدرجة أقل كثيرا

44) أجد من الضروري أن أسرع:

أ- في كثير جدا من الأوقات

ب- في كثير من الأوقات

ج- في قليل من الأوقات

د- في قليل جدا من الأوقات

- 9- هل يلاحظ الآخرون أنك تثور بسهولة؟ نعم
لا (0,33)
- 10- هل ترفض الوقوف في الصف وتتخذ الوسائل
كي لا تتعطل؟ نعم لا (0,30)
- 11- هل تقوم عادة بأعمال خطيرة بهدف البحث
عن الاثارة؟ نعم لا (0,30)
- ب- التنافس الشديد**
- 1- أنا، في هذه الايام، منافس لا يعرف الكلل؟
نعم لا (0,68)
- 2- يصنفني الآخرون بمنزلة المنافس الشديد؟
نعم لا (0,64)
- 3- يرى الآخرون ان طاقتي ليست أقل من أشدهم
منافسة؟ نعم لا (0,57)
- 4- يتفق الآخرون على كوني أهوى المنافسة وأتلذذ
بالربح؟ نعم لا (0,50)
- 5- اذا حددت موعداً فلا يمكن أن أتأخر عنه؟
نعم لا (0,39)
- 6- عادة أقوم بأعمال خطيرة للإثارة؟ نعم
لا (0,39)
- 7- يقر الآخرون أنني استثار بسهولة؟ نعم
لا (0,37)
- 8- يصنفني الآخرون بأني بالغ النشاط. يجب ان
أهدأ؟ نعم لا (0,36)
- 9- اعتقد أن العمل الشاق هو سبب نجاح كبار
القادة؟ نعم لا (0,35)
- 10- أقوم بالعمل بنفسى عندما أرى مبتدئاً يفعل
بأقل من سرعتي؟ نعم لا (0,31)
- ج- الاستعجال والسرعة**
- 1- هل يلاحظ الآخرون أنك تأكل بسرعة بالغة؟
نعم لا (0,77)
- 2- هل أنت أول الذين ينتهون من تناول الطعام
على المائدة؟ نعم لا (0,74)
- 3- هل يخبرك الآخرون بأنك تقوم بأعمالك
بسرعة؟ نعم لا (0,59)
- 4- هل تعمل أشياء أخرى بانتظار وصول زائر
متأخر؟ نعم لا (0,40)
- 5- هل تثور اذا خسر الفريق الذي تؤيده؟ نعم
لا (0,36)
- 6- هل يصفك الآخرون بأنك بالغ النشاط، هل
يجب أن تبطئ؟ نعم لا (0,36)
- 7- في الألعاب الجماعية هل تقنع بالأ تكون
الأفضل؟ نعم لا (0,33)

- و- درست بعض السنوات الجامعية
ز- تخرجت في الجامعة (أربع سنوات)
- ح- مرات عليا في كلية جامعية
- 52) عندما كنت في المدرسة، هل كنت رئيساً
لاحدى المجموعات، كاتحاد الطلاب، فريق
للغناء الجماعي، ناد للفتيات بالكلية، جمعية
اخاء، أو كابتن لفريق رياضي؟
أ- لا
- ب- نعم، شغلت مركزاً واحداً من هذا النوع
- ج- نعم، شغلت مركزين أو أكثر من هذا النوع
هذا وقد تمت محاولات اعادة النظر في هذا
الاختبار من هذه المحاولات اختبار جنكينز - ألوني

اختبار جنكينز ألوني

Test de Jenkins

Alony —

Jenkins- Alony Test

ويهدف هذا الاختبار الى تحديد مدى تطابق
تصرفات المفحوص مع النمط السلوكي (أ)* الذي
يجعله عرضة للاصابة بالذبحة القلبية. مما يقتضي
بالتالي اتخاذ الخطوات الوقائية اللازمة. وفيما يلي
نعرض لهذا الاختبار مختصراً وهو من تعريب الدكتور
محمد أحمد النابلسي. وهو يتألف من 4 فقرات
(عوامل) هي التالية:

أ- فقدان الصبر

- 1- هل تعتاد استعجال أولئك الذين يتحدثون
ببطء؟ نعم لا (0,61)
- 2- هل تستعجل الوصول الى المكان حتى ولو
كان لديك فسحة من الوقت؟ نعم لا
(0,51)
- 3- هل تثور وتترفز اذا ما قاطعك أحد أثناء قيامك
بعمل هام؟ نعم لا (0,48)
- 4- هل تقوم بعملين في وقت واحد لو أتيح لك
ذلك؟ نعم لا (0,43)
- 5- هل تلقن الآخرين الكلام كي تستعجل
حديثهم؟ نعم لا (0,39)
- 6- اذا تأخر الشخص الذي تنتظره فهل تقوم
بأعمال أخرى ريثما يحضر؟ نعم لا
(0,39)
- 7- هل تغضب اذا سار الشخص، الواقف أمامك في
الصف، ببطء؟ نعم لا (0,35)
- 8- هل يلاحظ الآخرون أنك تقوم بمعظم اعمالك
باستعجال؟ نعم لا (0,33)

د- القرة علنا لتحكم بردود الفعل

- 1- في هذه الايام يصعب علي التحكم بطباعي الملتهبة؟ نعم لا (0,64)
- 2- يتفق الآخرون على أنني أثار بسهولة؟ نعم لا (0,57)
- 3- أتلذذ بالمنافسة لأنها مثيرة؟ نعم لا (0,56)
- 4- عندما كنت أصغر كان طبعي متلهباً ولا يمكن التحكم به؟ نعم لا (0,52)
- 5- يقر الآخرون بأنني أتلذذ بالمنافسة وأهوى الربح؟ نعم لا (0,47)
- 6- يصغني الآخرون بأنني بمنزلة المنافس الشديد؟ نعم لا (0,37)
- 7- أنا، في الحقيقة، أثار اذا خسر فريقي؟ نعم لا (0,36)
- 8- يصغني الآخرون بأنني بالغ النشاط - يجب أن أهدأ؟ نعم لا (0,34)
- 9- في هذه الايام أنا بالتأكيد منافس لا يعرف الكلل؟ نعم لا (0,33)
- 10- في الالعب الجماعية لا أفنح إلا بأن أكون أفضل من الآخرين؟ نعم لا (0,30)

اختبار رسم الزمن Test du temps

Time test

وضعت البروفسورة الهنغارية اليزابيت موسون هذا الاختبار في أواخر الستينيات واستخدمته لتوجيه الفحص السيكا تري حيث يتيح هذا الاختبار استكشاف قدرة المفحوص على التمتع في الزمن والمكان. فرسم الزمن يعني اسقاطه في المكان. اما عن الجذور النظرية لهذا الاختبار فاننا نجدها لدى مدرسة التحليل النفسي الوجودي. كما نجدها في فلسفة الزمن عند برجسون. اما جذورها العيادية فلعلها تنطلق من تجارب يوجين مينكوفسكي (Minkows Ki-E) الوقت المعيش √ والذي يصف فيه اساليب معايشة الوقت لدى مجموعات المرضى المصابين بالامراض النفسية. فراه يحدد اساليب هذه المعايشة لدى الفصاميين والعظاميين والمنهارين والقلقين... الخ. هذا التحديد الذي نعتبره الاساس النظري لفرز اساليب رسم الزمن وتصنيفها.

استعمال الاختبار وادواته في غاية البساطة. اذ يقدم الفاحص ورقة بيضاء وقلم رصاص وممحة للمفحوص

ويطلب منه ان يرسم تصوره لمجرى الزمن وطريقة سيلان الوقت. لكن الصعوبة تكمن في استخراج نتائج الاختبار التي يستطيع الفاحص تلافيتها من طريق استخدام العلام المتبدية من خلال هذا التصور في حواره مع المريض.

ولقد شارك المؤلف (د. محمد احمد النابلسي) البروفسورة موسون في بعض ابحاثها التطبيقية لهذا الاختبار. وقدم الاثنان بحثاً مشتركاً في المؤتمر الدولي الثامن للطلب النفسي (اتينا 1989). و كان بعنوان تصور الوقت لدى الناجين من الكوارث. وتضمن تطبيق الاختبار على مرضى نفسيين (تحديداً نساء مصابات بسرطان الثدي ومعانيات من صدمات اخرى).

وكان الدكتور النابلسي قد اجرى تطبيقات نفسية للاختبار ونشرها في العام 1995 (المؤتمر العالمي السابع عشر لامراضية التعبير) قام فيها بفرز وتصنيف اساليب تصور الزمن لدى المرضى النفسيين. وذلك على النحو التالي:

أ- أساليب التصور

1- دورية (بمعنى تصور ان الزمن يعيد نفسه - مثل رسم ساعة او روزنامة... او رسم بذور - زهرة - ذبول بذور الخ).

2- الزمن غير القابل للتراجع

3- التصور البنيوي للزمن (تقسيمه بوضوح الى ماض وحاضر ومستقبل).

4- التصور ثلاثي الابعاد.

5- ذوبان العناصر الممثلة للزمن في تصور موحد.

6- رؤية فلسفية للزمن تربط بينه وبين الحياة المعيشية.

7- هيمنة الماضي.

8- هيمنة الحاضر.

9- هيمنة المستقبل.

ب- عوامل تعكس الصلابة النفسية

1- رسومات تعتمد الرموز المألوفة للوقت (روزنامة، ساعة، الطبيعة، التاريخ... الخ).

2- الرسومات المعتمدة على الاشياء.

3- الرسومات التي تتضمن شروحات كتابية.

4- تصورات تعتمد على الكتابة.

5- استعمال الارقام.

6- تصورات تأملية - ذهنية.

7- اجترلات للصرعات النفسية - الداخلية.

8- عواطف وجدانية معبر عنها بتكتم.

- 9- فقر عناصر عدم ثبات الانفعال.
ج- عوامل تعكس عدم ثبات الانفعال.
1- رسومات ابتكارية غنية بالعناصر وبالتصورات.
2- تماهيات مرنة ومنتشرة.
3- تعبيرات كتابية تعكس عواطف متضاربة.
4- تصورات تعكس هروباً الى الامام (امرار على طلب شروحات تفصيلية حول الاختيار ومحاولة تضمينها للرسم او الرسومات التي تعكس السذجات او اللامبالاة او التردد او السرعة أو الاهمال... الخ).
5- التصورات التي تعكس الحس الغرامي.
6- التصورات والتعليقات الانفعالية المتضاربة.
7- الرغبة في شرح تصورات متضاربة.
8- علائم نرجسية (افكار متمحورة حول الذات وتعليق الهمية على جمالية الرسم... الخ).
9- التركيز علىالعلاقات الانسانية.
10- التركيز على التفكير ذي النمط القلق.
11- وجود افكار رهابية وخصوصاً رهاب الموت.
د- عوامل من نوع الاعاقة (الكف).
1- الاحتياج لوقت اطول كي يتم الرسم.
2- انعدام النشاط اثناء الرسم.
3- ميل عام للتحفظ.
4- فقر التعليق والشرح الكلامي لافكار الرسم.
5- سذاجة التصور دون محاولة الهرب الى الامام.
6- الرفض والميل نحو الرفض (رفض الخضوع للاختبار).
7- التعلق برموز الوقت.
8- التركيز على مجريات الحياة اليومية.
9- ظهور عناصر قلقية او انهيارية في الرسم او في التعليق عليه.
هـ- ردود فعل على صعيد السلوك.
1- سخرية، لا مبالاة، استهزاء.
2- طلبات مقدمة لطلب مساعدة الفاحص.
3- هياج حركي (خصوصاً الخطوط في الرسم)
و- تبدي السيرورات الاولى
1- التجريد والترميز المحكم.
2- التصورات الحسية (خصوصاً المترافقة مع شرح كلامي).
3- عدم ملاءمة الرسم مع فكرة الزمن (بسبب اعتبارات ما وراثية او سياسية او فلسفية - تخريفية تمنع ظهور عناصر ذات علاقة بتصوير الزمن او الوقت).
- 4- تعبيرات فظة عن تفكير جنسي او عدائي.
5- تصورات المواضيع السيئة.
6- الرسومات غير الواضحة - غموض، انعدام التحديد... الخ.
7- التعبيرات العاطفية - الوجدانية (خوف من المرض من الموت، شعور بعدم القدرة، غريزة التدمير، ميول اذاء الذات، مشاعر الاضطهاد، علائم النقلة... الخ).
8- الخلط بين رموز الموت او الزمن.
9- فقدان الترابط بين عناصر التصور.
اما عن اسباب اهتمامنا بهذا الاختبار فهي متعددة ومنها نذكر:
1- منذ وضع **التصنيف النفسدي*** موضع الاستعمال (مارتي 1978) شعر العياديون النفسديون بالحاجة الى ملاءمة الاختبارات النفسية (خصوصاً الاسقاطية منها) مع هذا التصنيف. ونذكر في هذا المجال تحديداً عمل البروفسورة الفرنسية نينا راوخ دو تروينبيرغ (De Traubenber N.R) على تقنين **اختبار رورشاخ*** وتطويعه للاستخدام في العيادة النفسدية.
2- ان تصور الزمن يمر بضرورة الربط بين الماضي والحاضر والمستقبل لاستخلاص تصور شامل منها. لذلك فان هذا الاختبار هو في رأينا اداة عاكسة بصدق لمستوى التوازن النفسدي لانه يحرك آلية الاسقاط في الزمان والمكان. كما انه يساعد على تشجيع النكوصات بما يساعد المعالج في تتبع مساراتها واستخدامها لتوجيهها نحو اعادة التنظيم.
3- باستعارة المبدأ الفرويدي بتشبيه التصورات الاسقاطية بالاحلام فان تصور الزمن يمكنه ان يعكس لنا انماط الحياة الحلمية للمفحوص - سواء كانت نفسدية (عملياتية، تكرارية او فظة أو غياب احلام). ام كانت نمطية.
لعله من المفيد ايراد بعض الامثلة على رسومات الزمن لمرضى نفسديين نبداً ب:
- رسم الزمن للمريضة اندريا (21 سنة) وهي مصابة بحول ولادي مع امساك مزمن واضطرابات هضمية اقتضت خضوعها لعمليات جراحية متعددة ويتوقع الاطباء ظهور سرطان هضمي لديها (كتطور لمرض

الامعاء الذي تعاني منه).
 في هذا الرسم نلاحظ الصعوبات الاسقاطية التي تجلت بعدم تقدير المسافة (مما اضطرها الى رسم الشخص على مستوى ادنى). هذه الصعوبات التي يربدها سامي علي الى الحول الذي تعاني منه المريضة. يضاف الى هذه الملاحظة.
 فرز نتائج الرسم وهي (أ - 2 و 6 + ب - 8 و 9 + ج - 8 و 9 + د - هـ - 3 و - 1) ثم أخيراً تحليل رسم الشخص.
 بهذا تعطينا هذه الصورة للزمن فكرة عن شخصية المريضة ونكوصاتها وتوزنها النفسي.
 وننتقل الى مثال آخر لرسم الزمن هو التالي:

الخريشة على الورق. هذه الخريشة التي تأخذ احياناً شكل الخطوط السوداء واحياناً اشكالاً هندسية واحياناً تفسر هذه الخريشة تحت قناع غير هجومي وبعيد عن العدائية في ظاهره (ولكنه يحتوي عدائية قد تبلغ حد السادية في واقعه). وعن طريق هذه الخريشات يقوم الشخص، بصورة لاواعية، بالدفاع عن نفسه. ذلك انه يجد في هذه الخريشات تنقيساً عن قلقه او غضبه او توتره. ووفقاً لهذه الآليات عينها فاننا عندما نطلب من المفحوص ان يرسم شخصاً فانه يودع في هذا الشخص اسقاطاته الذاتية وتوتره وقلقته. وبمعنى آخر فان راسم الشخص انما يرسم نفسه كما هو او ربما كما يخشى ان يصبح وربما كما لو يتمنى ان يصبح. في المؤلفات النفسية يظهر اختبار ماكوفر باسم اختبار رسم الشكل البشري. ويعود اصل هذا الاختبار الى اختبار آخر معروف جيداً منذ العام 1926. وهو اختبار غودينايف (اسم واضعه - راجع الفقرة الاولى). وكان اختبار غودينايف هذا مستخدماً كاختبار ذكاء. الا ان التجارب اللمتتابعة اثبتت عدم فعاليته في هذا المجال (Brill و Ochs و Henrichs)

التصور هو للمريضة هاينكا (19 عاماً) وهي مصابة بمرض كرون. في هذا الرسم نلاحظ ان فرز النتائج يعطينا: (أ + 1 و 3 و 9 + ب - 1 و 3 + ج - 10 + د - 7 و 9 + هـ - لا شيء + و - 8).
 ونأتي الى الملاحظة الأهم في رسم الزمن من قبل المفحوصين العرب حيث نلاحظ انهم يعكسون مجرى سيلان الوقت بالمقارنة مع الاجانب. فهم حين يقسمون الرسم الى مناطق انبثائية فانهم يرسمون الماضي الى اليمين والمستقبل الى اليسار على عكس الاجانب. وهذا التصور يتطابق مع مجرى كتابة اللغة الام. هذه الملاحظة واجبة التطبيق في جميع الاختبارات المرسومة وليس في رسم الزمن فحسب.

وهكذا فان لماكوفر الفضل في تحويل هذا الاختبار من اختبار لمراسة الفعالية الى اختبار لمراسة الشخصية. ولكن اختبار ماكوفر هذا لا يخلو، كما سنرى، من الشوائب. فالمؤلفة تميل لتقييم قرات المفحوص على الاتصال من خلال كبر حجم ادوات اتصال الشخص المرسوم. بمعنى ان ماكوفر تعتبر ان كبر العينين (في الرسم) يعكس الانفتاح الاجتماعي للراسم. من طرفنا نستطيع ان نقبل مبدأ ان كبر العينين في الرسم من شأنه ان يعكس الانفتاح الأنبي او الرغبة في الانفتاح لدى مفحوص ذي عيون صغيرة وفم صغير. اما القول بان صاحب العينين والفم الصغير هو انسان منفتح اجتماعياً، لأنه رسم شخصاً ذا عينين كبيرتين، فهو قول نرفضه تمام الرفض. فمن ناحية نرى ان دارسي علم النفس المستند للشكل (Morphopsychology) يؤكدون،

اختبار رسم الشخص (ماكوفر)

Test de

Machover

Machover Test

في البداية تمحور اهتمام الباحثين النفسيين بالرسم حول الرغبة في مراسة العوامل الابداعية والعلاقة التي يمكنها ان توجد ما بين الابداع والجنون.
 فالذكاء يرتبط ارتباطاً مباشراً بالفترة النفسية - الحركية للراسم. ومن الملاحظ ان الانسان وفي اوضاع معينة يلجأ للتنفيس عن غضبه من خلال

تدعمهم التجارب الميدانية، ان اتساع وكبر احدى ادوات الاتصال هو دليل على تطور الاتصال عن طريق هذه الاداة. فاذا كان الغم كبيراً دل ذلك على ميل صاحبه للكلام. اما اذا كان الغم صغيراً فان ذلك يعكس ميل صاحبه للاقلال من الكلام.

هذا من جهة، اما من جهة اخرى فاننا نلاحظ، من خلال التجربة، ان الانفعالات المؤقتة للمفحوص تهيم عادة على شكل الرسم مما من شأنه ان يعطينا نتائج سطحية قد تكون بعيدة عن الواقع الفعلي للشخصية.

من هنا ضرورة تجنب مأزق الوقوع في هذه التحليلات السطحية. مما يقتضي معرفة مفهوم ماكوفر لصورة الجسد وهو التالي:

كما الجسد والبصمات خاصة بصاحبها، ومميزة له عن سائر الناس، كذلك **صورة الجسد***. فكل انسان يرسم في خياله صورة هوائية لجسده. وهذه الصورة لا تكون واقعية بسبب تضمنها للهوامات. وهكذا فان صورة الجسد تتضمن قيماً ومزايا لا يملكها الشخص في الواقع.

ومن خلال الفوارق بين الجسد الحقيقي وبين صورته الهوائية رأيت ماكوفر ان اسقاط المفحوص لجسده في رسم الشخص هو اسقاط لا يكون دائماً اميناً. بل هو اسقاط محور وعرضة لبعض التعديلات. فالاعتكاف مثلاً يرسم جسد الشخص استناداً الى عالم الصورة التي ترد الى اعماقه، والى اعماق رغباته الكامنة، وليس استناداً الى جسده الواقعي. وهكذا فان الاعتكاف يرسم شخصاً ذا ايدي طويلة (او تحديداً يداً طويلة مكان يده المبتورة). وذلك بسبب تدخل آلية التعويض. وانطلاقاً من مبدأ التعويض ذاته يمكننا ان نرى فتاة تعي عيباً في خلقتها وهي ترسم لنا فتاة جميلة وجذابة. او ان نرى رجلاً نحيفاً وهو يرسم لنا شخصاً رياضياً ذا عضلات مفتولة... الخ. وهكذا نرى ان الآليات اللاواعية تتدخل الى جانب الاسقاط في رسم الشخص (وعليه يجب ان نأخذ هذه الآليات كافة بعين الاعتبار لدى تحليلنا للاختبار).

اما التعديلات التي تظهر على الرسم فهي بمثابة تليط لما هو مبالغ فيه في الرسم. على هذه الاسس فان الشخص المعاني من القلق يرسم شخصه بطريقة مترددة وغير ثابتة. ويكون لهذا المرسوم ايدٍ مخبأة خلف الظهر أو في الجيوب. المفحوص المعاق فهو يرسم شخصاً بدون يدين

مثلاً. واخيراً فان الجانحين والمهووسين يرسمون ايضاً اشخاصاً دون يدين.

تطبيق الاختبار في الميدان النفسي
توصل Model و Porter الى تطبيق اختبار ماكوفر في ميدان السيكوسوماتيك. وتوصلوا لتحديد انماط الرسم لدى ثلاث فئات من المرضى هم:

(1) مرتفعو الضغط.

(2) المقروحوون

(3) الربويون

- لدى مرتفعي الضغط: يمتاز الشخص المرسوم بجسد نحيل ومرهف. مع حد ادنى من التفاصيل وسوء اتصال الاذرع بالجسم.

- لدى المقروحين: يرسم مريض القرحة اشخاصاً ذوي وجوه كبيرة جداً وفم مفتوح (جاهز لتلقي الطعام). كما نلاحظ ان الايدي والملابس واضحة (معايير التقبل الاجتماعي التي يبحث عنها المفحوص).

- لدى الربويين: مريض الربو لا يرسم فما لشخصه او هو يرسم فما كبيراً له ظلال. وتنبدى صراعات المريض من خلال انعدام التناسب والتشويه وسماكة الخطوط وكثافة الظلال وكلها علائم قلق.

واخيراً نشير الى ان الفصاميين يرسمون اشخاصاً اصاب التلف صورهم الجسدية او عكراها بدرجات متفاوتة (يمكن ان ينشأ هذا التلف عن اصابات لحائية). ويمكن لهذا التلف ان يصل الى حدود التفكك الجسدي التام وذلك بحيث يرسم بعض الفصاميين اشخاصاً مفككة وينثرون اعضاءها في مختلف الاتجاهات وهم بذلك يعكسون معاناتهم من التفكك الجسدي (Desomatization)

اختبار رورشاخ Test de Rorschach

Rorschach Test

من الطبيعي أن تكون تعددية المدارس الشفائية سبباً في تعددية المدارس النفسدية. وبما ان اختبار رورشاخ يحظى باهتمام متنام فقد كان من المهم ان نتابع اساليب اعتماد هذا الاختبار في العيادة النفسدية (السيكوسوماتية).

انطلاقاً من هذه المتابعة نجد منهجين مختلفين لاعتماد هذا الاختبار في الميدان النفسي. المنهج الاول يهتم بتطبيق الاختبار بصورته التقليدية مع السعي الى تبيان العلامت الشخصية المميزة للمرضى النفسديين بالمقارنة مع الاصحاء. اما المنهج الثاني فانه ينطلق من مبادئ مدرسة

باريس (نظرية مارتني*) ويسعى لايجاد تفسير نفسدي خاص لهذا الاختبار.

يلاحظ الباحث اهمية الاختبار وفائدته بالنسبة للابحاث السيكوسوماتية. حيث يمكن لهذا الاختبار ان يساعد على كسر القوالب السلوكية الجامدة الموضوعية كخطوط عريضة لعلائم شخصية او نمط سلوك المصابين بمرض معين. في ما يلي نعرض باختصار كلا المنهجين:

1- التطبيق التحليلي النفسدي

ويتلخص باعتماد التحليل النفسي لتفسير العلاقة بين النفس والجسد. ويتمثل هذا التيار بشكل رئيسي في المدرسة الباريسية للبيكوماتيك. التي انطلقت من مبدأ Sacha Nacht القائل: √ هناك مريض وليس هناك مرض √. وتنظر هذه المدرسة للمرض اذاً من مبدأ انه اختلال للتوازن العام للمريض. هذا الاختلال الخاص بالمريض والمميز له. ومن هنا تتضح لنا النظرة الشمولية لهذه المدرسة التي ترى بأن التوازن العام هو حصيطة عوامل متعددة ومعقدة كمثل الوراثة والجينات والايقاعات البيولوجية والبيئة والمحيط ونمط علاقات الشخص بالآخرين والخصائص العقلية المهيمنة عادة على تصرفات المريض والخصائص العقلية المهيمنة بصورة عابرة والصدمات والامراض التي سبق للمريض أن تعرض لها... الخ.

من خلال هذه النظرة الدينامية الشمولية تربط المدرسة الباريسية ما بين النفس والجسد وترسخ العلاقة بينهما. وذلك بحيث انها تعتبر الانسان مريضاً انطلاقاً من اختلال تولنه العام (اي تولنه النفسي - الجسدي) فعندما يبدو لنا الشخص صحيحاً معافى من الوجهة الجسدية فان ذلك لا يمنع امكانية وجود مرض كامن لديه او امكانية نشوء مرض جديد بدون علائم جسدية ظاهرة. فالمقياس اذا بالنسبة لهذه المدرسة هو التوازن النفسي - الجسدي. ومن الطبيعي اذاً ان تهتم هذه المدرسة وباحثوها بتحديد عوامل هذا التوازن على الصعيدين الطبي (من خلال الفحوصات الطبية) والنفسي - العقلي (من خلال الفحوصات النفسية).

وبعد ان لاحظنا فقرات الرورشاخ في سير اغوار اللاوعي فاننا نسلم بكونه اداة جليطة الفائدة بالنسبة للفحص السيكوماتي. والآن كيف يستعمل الرورشاخ في السيكوماتيك؟

للجواب على هذا السؤال لنا عودة الى مؤسس

المدرسة الباريسية البروفسور بيار مارتني. الذي يعلق اهمية كبيرة على الحلم معتبراً اياه الدليل للتعرف على حالة التوازن النفسي - الجسدي. وذلك عن طريق التعرف الى تنظيم ما قبل الوعي. والمبدأ عينه صالح بالنسبة للرورشاخ من منطلق ان اجوبة المفحوص على اللوحات هي اجوبة مستمدة من لوعي المريض مثلها مثل الحلم. من هذا المنطلق فان الفاحص السيكوسوماتي يتعامل مع اجوبة المفحوص وكأنها احلام. وهو يقسم هذه الاحلام على الطريقة السيكوسوماتية. أي انه يقسمها الى:

1) احلام عملياتية*.

2) احلام تكرارية*.

3) احلام فظة*.

4) غياب الاحلام*.

وكما نلاحظ فان تحويل تفسير الاختبار الى تفسير الاحلام هو خطوة تقتضي تمكن الفاحص ليس فقط من مبادئ التحليل النفسي وإنما أيضاً من مبادئ السيكوماتيك. لذلك فاننا نكتفي في هذا المجال بايراد عدد من الأمثلة ونبدأها بـ:

1- **الأحلام العلمية*:** أو الأفكار العملياتية التي تتضمنها أجوبة المفحوص. وهذه الأفكار هي تلك المحتوية على مشاهد من الحياة اليومية للمفحوص. كأن يجيب احدهم اجابات مثل انهم اشخاص يعملون او انهم يمارسون الجنس أو انهم خائفون... الخ من الاعمال والاحاسيس التي تتردد في الحياة العادية للمفحوص (نتأكد من ذلك من خلال التحقيق).

2- **الاحلام التكرارية*:** وهي تلك الافكار المتطابقة شكلاً ومضموناً والمتكررة في اكثر من اجابة مثال ذلك ترداد احدي مريضات السرطان لعبارات مثل √ انها دماء تسيل √، √ انه بحر من الدماء √ وعلى اللوحة العاشرة √ كأنه شخص جرحته قدمه فسالت منها √ الدماء √. ومن خلال التحقيق رأينا ان فكرة سيلان الدم كانت تتردد في أحلامها وكانت على علاقة بحادثة جرت لها وهي في سن مبكرة.

3- **الاحلام الفظة*:** وتتمثل بتلك الاجابات التي تعكس مباشرة الوافع النزوية للمفحوص كمثل الرغبة بالسيطرة والطاقة العدائية والطاقة الجنسية. وبمعنى اخر فان هذه الاجوبة تعكس لنا اللاوعي دون صراعات (أفكار الخفاء والمذبحة وارتكاب المحارم والشذوذ... الخ).

ارتفاع المعطى الدائم المتوسط	ارتفاع المعطى الدائم المتوسط	ارتفاع المعطى الدائم المتوسط	ارتفاع المعطى الدائم المتوسط	ارتفاع المعطى الدائم المتوسط	ارتفاع المعطى الدائم المتوسط	ارتفاع المعطى الدائم المتوسط
30+2	10+1	54+3	1.8+0	61+2	47+3	50+3
.3						

وفي هذه الحالة فان الاجوبة ع وج تنبئنا عن تظاهر ردود الفعل امام الاشياء والمواقف. في حين ان الاجوبة ش وش.ل تنبئنا عن عدم الثبات الانفعالي والقررة على التحكم بالاهواء (اعلى لدى المرضى) فان الحيوان وا أ وسذ تنبئنا عن الميل لمجراة الجماعة والانفتاح الفكري.

اما عن انفعال المفحوصين وصدماهم امام الازواض التي يعرضهم لها الاختبار فنلخصها كما يلي:

مؤشر	صدمة	الصدمة
القلق (%) <td>اللون الاحمر (%) <td>امام الحركة (%) </td></td>	اللون الاحمر (%) <td>امام الحركة (%) </td>	امام الحركة (%)
طبيعيين	17	27
ارتفاع ضغط	12	55
متراوح ارتفاع	6	50
ضغط دائم		17

اختبار الأوجه الشخصية
متعدد
M.M.P.I
M.M.P.I
انظر قائمة منيسوتا متعددة الواجهه*.

اختبار شيلونغ
Schellong Test
Test Schellong

يفضل غالبية الاطباء النفسيين اجراء هذا الاختبار وذلك بسبب سهولته. ويتلخص هذا الاختبار باحداث تغيرات في دينامية الدورة الدموية. وذلك عن طريق قياس ضغط الدم وعدد دقات القلب في وضعي الاستلقاء والوقوف والمقارنة بين الازقام المسجلة في كل من هذين الوضعين.

وهذه المقارنة في حالة زيادة حيوية الجهاز العصبي - النباتي تتيح لنا ملاحظة احد نمطين يمثل انعكاس هذه الزيادة. وهما:

1- النمط المنخفض النشاط Type Hypodynamique

4- غياب الاحلام*: ويعادل في الرورشاخ هروب المريض الى الامام. هذا الهروب الذي يمكنه ان يتمثل بقلة عدد الاجابات ويقصرها. كما يتجلى في اعطاء اجوبة جامدة يجهد المفحوص من خلالها كي يمنعه من تبدي اسقاطاته او عواطفه.

والواقع ان السيكوسوماتيين لم يتوصلوا لغاية اليوم الى وضع تقنين خاص للرورشاخ. وعليه فان هذا الاختبار لا يزال يطبق في السيكوسوماتيك بنفس طريقة تطبيقه في المحاولات الاخرى ولكن مع اضافة الاعتبارات التالية:

1- مقارنة نوعية الاجابات مع الاحلام (كما شرحنا اعلاه). اذ ان المدرسة الباريسية تعتبر ان هذه الاحلام هي خاصة ومميزة للمرضى السيكوسوماتيين. كما تعتبر ان تحسن الاحلام وغنى محتواها هي علائم تحسن تنظيم ما قبل الوعي وبالتالي فانها علائم تحسن الحالة النفسية والجسدية للمريض. وهكذا فان الرورشاخ ممكن الاستخدام لمراقبة تطور الحالة المرضية السيكوسوماتية.

2- تحديد نوعية العصاب السيكوسوماتي: يعتبر مؤسس المدرسة الباريسية ان المرضى السيكوسوماتيين يعانون من احد نوعين من الاعصبة:

1- العصاب السلوكي*

2- العصاب الطبائعي*

3- اعتماد المنهج التحليلي - النفسي في تحديد البنية الاساسية للمريض ومدى تنظيم جهازه النفسي **2- التطبيق التقليدي.**

بتطبيق الرورشاخ، على مجموعات من المرضى المصابين بأمراض معينة، توصل الباحثون الى تحديد الخطوط العريضة لاجوبة هؤلاء المرضى على لوحات الرورشاخ.

وعلى سبيل المثال فقد قام الباحث Kamieniecki ومعاونوه بتطبيق الرورشاخ على مرضى ارتفاع الضغط فحصلوا على النتائج المتلخصة بالجدول التالي:

اجوبة عامة (ع%)	اجوية تفصيلية (ت) (%)	اجوية شكل (ش) (%)	اجوية لون شكل (ل-ش) (%)	حيوانا (حيوان) (%)	انسان (ا) (%)	سداجات (س) (%)
34+5	60+4	70+3	0.8+0.2	44+3	15+2	19+2
48+6	47+4	60+6	1.6+0.3	48+2	15+3	24+2

المتوسط ط لدى الطبيعيين
متوسط ط لدى المرضى

على استخدام الراسمات الحيوية (Markers Biological) أهمية هذا الاختبار في تدعيم تشخيص الانهيار الداخلي (Endogenous) فقد ظهرت لدى أكثر من نصف المصابين بهذا الانهيار ردود فعل غير عادية أمام هذا الاختبار. ولما كان الانهيار المقنع واحداً من أشكال الانهيار الداخلي فان من شأن هذا الاختبار ان يدعم تشخيص هذا النوع من الانهيار. كما من شأنه أن يساعدنا على توقع احتمالات التجسيد على صعيد الجهاز الغددي وجهاز المناعة.

M.M.P.I
M.M.P.I

اختبار منيسوتا

انظر- قائمة منيسوتا متعددة الوجة

اختبارات الحساسية

في ما يلي نعرض لاختبارات الحساسية وللحوص المخبرية المساعدة على تشخيصها. أ- الفحوص والاختبارات المعتمدة على تفاعل مضادات الأجسام- مضادات النوع (-Antigène Anticorps)

1- الاختبارات المسببة للحساسية (بشكل محدود) للتأكد من وجودها وتقسيم الى:
- الاختبارات الجلدية: وهي الأكثر أمانة والأقل كلفة وتعقيدا وتعطي نتائج محددة لدى مقرنتها بالفحص العيادي.

- اختبارات الاستنشاق عن طريق الأنف...
- اختبارات الاستنشاق عن طريق الشعب الهوائية.
2- الاختبارات المخبرية: وتعرف هذه الاختبارات بال

Radio alegosorbent ويمرز لها بال(RAST).

ب- الفحوص المخبرية العامة:

1- فحص الخلايا الايوسية.
- في الدم (في حالة الحساسية يفوق عدد هذه الخلايا ال 006- في مم³).
- في الإفرازات الأنفية أو المخاطية أو في البلغم.
2- نسبة البروتينات المناعية (E) العامة.

Désorganisation
Desorganisation

اختلال التنظيم (النفسي)

انظر التنظيم النفسي*

2- النمط المنخفض الحيوية Type Hypotonique
1- النمط المنخفض النشاط: ويمتاز هذا النمط بتسارع نبض القلب، بهبوط ضغط الدم الانقباضي (Maxima) وارتفاع الضغط الانبساطي (Minima) بحيث يقل الفارق بين قيمة الضغط القصى وبين قيمته الدنيا.

2- النمط المنخفض الحيوية: وبدوره يمتاز بتسارع نبض القلب. إلا أنه يتميز بانخفاض قيمتي الضغط القصى والدنيا. (اجع الرسم البياني أعلاه).

Schellong F: Regulations prufung des Kreislaufs leipzig 1938.

اختبار قمع الديكساميتازون Test de suppression de la Dexamethasone Dexamethasone Suppression Test (D.S.T)

الديكساميتازون وهو من عقاقير الكورتيزون المصنعة، وتعادل جرعة 1 مغ منه جرعة 7.5 مغ من عقار ال-Prednison. ويؤدي هذا العقار الى الهبوط الوظيفي ل: ما تحت المهاد- النخامية- الكظرية (Cort s.r Hypothalamo- Hypophyso) وهو يستخدم كعلاج مضاد للتورم كبقية الكورتيزونات. كما يستخدم لاجراض تشخيصية، مثل تشخيص تناذر كوشنيغ* (زيادة إفراز الكظرية). وذلك بإعطاء المريض جرعة من الديكساميتازون ومن ثم فحص نسبة الكورتيزونات في دمه وبوله بعد فترة. فإذا ما نجح الجسم في التخلص (قمع) من الزيادة الطرئة دل ذلك على عدم وجود اضطراب غددي. أما إذا فشل القمع فإن ذلك يعني وجود الاضطراب الغددي.

ولقد دلت الابحاث العلمية- الموضوعية المعتمدة

ارتجاج الدماغ Contusion Cérébrale

Contusion (Cerebral)

يظهر ارتجاج الدماغ مباشرة عقب رضة جمجمية مع غيبوبة متوسطة الامد وعلائم عصبية- مركزية. وتتشابه المظاهر العيادية لارتجاج الدماغ مع تلك الناجمة مع الرضة الدماغية* (Comotion) مع فارق زيادة مدى الغيبوبة التي تتراوح بين عدة ساعات وعدة أيام بدلاً من بضع دقائق. وتعقب هذه الغيبوبة فترة من الخدر تكون بدورها اطول من فترة الخبل (Confosion) التي ترافق الرضة الدماغية.

أما على صعيد المظاهر العصبية فاننا نلاحظ علائم وجود اصابة دماغية (تختلف باختلاف المنطقة الدماغية المصابة) اضافة الى علائم تحسس السحايا الدماغية. وتضاف الى هذه وتلك مظاهر انعدام الارتكاسات العصبية وانخفاض النشاط الحيوي للعضلات ومظاهر عصبية- نباتية مثل التعرق والحرلة وتسارع النبض والتنفس المتحشرج... الخ.

ارتفاع الضغط

H.T.A

H.T.A

ان علاج ارتفاع الضغط الانفعالي يواجه اشكالية التشخيص التفريقي البالغ التعقيد. ولا يمكن للمعالج تخطي هذه الاشكالية.

فالمعالج لا يمكنه ان يداوي مريضه مرتفع الضغط بمضادات القلق كما انه لا يستطيع ان يصف له خافضات الضغط بصورة عشوائية. ولكن ومع اكتشاف المفعول المضاد للقلق لصادات بيتا* (الى جانب مفعولها في ضبط نبض القلب وفي خفض الضغط) بات الاطباء يحلون هذه الاشكالية من طريق وصف صادات بيتا لعلاج هذه الحالات.

الطب النفسدي من جهته لا يشكك بهذا الموقف العلاجي ولكنه يدعو الى نظرة أكثر دقة وشمولية. وتزداد الحاجة الى هذا الموقف في الحالات التي يفشل فيها العلاج التقليدي لهذا النوع من ارتفاع الضغط (وبخاصة العلاج بصادات بيتا) وهذا الموقف هو التالي:

أ- التفريق بين ارتفاع الضغط العضوي (أساسي او ثانوي) وبين ارتفاعه الانفعالي.

ب- كي نرد ارتفاع الضغط الانفعالي يجب ان تتوافر له الشروط التالية:

1- ان يظهر ارتفاع الضغط بعد تعرض المريض والا يكون قد ظهر قبل ذلك.

3- التطور المتتابع لغاية استقرار المرض.

4- الا يكون ارتفاع الضغط ثانوياً لاضطراب نفسدي آخر.

ج- تحدد الاحصاءات والراسات الجائحية بعض انماط ارتفاع الضغط الانفعالي لدى مجموعات معينة من الناس. الامر الذي يدعو الاطباء الى طرح احتمال تأثيرات أكبر للعامل الانفعالي لدى هذه المجموعات وهي التالية:

1- الذين يعايشون معارك حربية (Battle Strain).

ولكن هذا النوع من ارتفاع الضغط يكون عادة عابراً. وغالبا ما يستجيب لعلاج حالة القلق الصدمي اضطراب الشدة عقب الصدمة الذي تولده المعارك.

2- يلاحظ الباحث (Maranon) 50% من النساء يعانين من ارتفاع الضغط في فترة دخولهن سن اليأس. وان قسماً منهن ينجح في التكيف مع الوضع الجديد فتختفي لديه المظاهر النفسدية. المرافقة لسن اليأس، بما فيها ارتفاع الضغط.

د- التفريق بين انماط النشاط الشرياني.

ويتم هذا التفريق من خلال اختبار شيلونغ* (Schelong) المخصص لتحديد تغيرات دينامية الدورة الدموية. ويتجلى هذا الاختبار بقياس الضغط والنبض في وضعي الوقوف والاستلقاء والمقارنة بينهما. ويظهر هذا الاختبار نوعين من الاستجابات المرضية وهما:

1- النمط منخفض الحيوية (Hypotonique): ويتميز بهبوط الضغط الانقباضي (Systolique) وزيادة الضغط الانبساطي (Diastolique) مع تسارع نبض القلب.

2- النمط منخفض الدينامية (Hypodynamique):

ويتميز بهبوط الضغط الانقباضي والانبساطي كليهما مع تسارع نبض القلب.

وهذان النمطان يعكسان عدم ثبات الجهاز العصبي النباتي بحيث نلاحظ ارتفاع ضغط انفعالي بسيط ولكن متكرر (وأحياناً متصاحب مع مظاهر عدم ثبات الضغط من صداع ودوار وغيرها) لدى كليهما.

هـ- التغيرات الهرمونية:

قد يكون ارتفاع الضغط الانفعالي هو ردة الفعل الاساسية، على الصعيد الجسدي، أمام التعرض لعوامل الشدة* (Stress). ولكن هذا الارتفاع قد يأتي ثانوياً لاضطرابات عضوية اخرى ناجمة بدورها عن الشدة (أو متفجرة بسببها). ولعل اضطراب افراز

هورمون الالدوسيترون اهم هذه الاضطرابات (خاصة لدى المرضى الذين ينتمون الى عائلات تعاني من **الاضطرابات الغددية***). وفي هذه الحالة فان جميع المحاولات العلاجية تكون فاشلة ما لم نلجأ لاصلاح الخلل الهرموني الحاصل.

الاقتراحات العلاجية:

تتنوع هذه الاقتراحات وتختلف باختلاف المدارس الطبية والنفسية. وفي ما يلي سنحاول اعطاء لمحة سريعة عن أهم هذه الاقتراحات وأوسعها استعمالاً. ونبدأ بـ:

1- العلاج بالتنويم: ويقتضي استعمال المنومات لتنويم المريض فترة 18-20 ساعة في اليوم. وذلك لمدة 2-3 اسابيع. وهذه الطريقة مستخدمة في علاج العديد من الاضطرابات النفسية وبخاصة منها ذات الطابع الانهياي. اما عن فعاليتها في علاج ارتفاع الضغط (بأشكاله العضوية والانفعالية) فهي فعالية يؤكدها علماء عديدون من أمثال Azerad, Kartun, Weissman وغيرهم،

ويرى الباحثون ان ارفاق التنويم بالعلاج النفسي من شأنه مساعدة المريض على التكيف مع ضغوطاته. ويلاحظ ان هذه الطريقة مستخدمة في علاج كافة انواع ارتفاع الضغط.

2- العلاج الحوائي: وهنا نلاحظ اختلافاً واضحاً في المواقف العلاجية. اذ تقترح مجموعة من الادوية لهذا العلاج. وفي ما يلي نورد من أهمها:

أ- **صادات بيتا*** (Beta bloquant) وخاصة بعدما ثبتت فعالية هذه الادوية في علاج حالات القلق الخفيفة. ومن أهم هذه الادوية البروبرانولول والاكسبرونولول.

ب- **مضادات القلق***: وبخاصة عائلة البنزوديازيبين. وهي تمارس مفعولاً مثبطاً للانفعالات. وتستخدم في الحالات العضوية ايضاً.

ج- العقاقير المستخرجة من نبات كف الثعلب Rauwolfia او الفللازين وهي تعيد التوازن للجهاز العصبي النباتي.

د- صادات ألفا (Alpha Bloquant).

وفي رأينا الشخصي ان علاج حالات ارتفاع الضغط الانفعالي يجب ان يجري على ثلاث مراحل فاذا ما فشلت احداها انتقلنا الى المرحلة التي تليها.

وهذه المراحل هي التالية:

أ- صادات بيتا مع مهدئ نباتي من نوع البيلاونا.

ب- ديهيدرو أرغوتامين* مع البيلاونا*.

ج- ديهيدرو أرغوتامين مع مضاد قلق مع مضاد انهيار (بجرع صغيرة) مع العلاج النفسي.

3- العلاج النفسي: وهذا العلاج يقتضي تعرف المعالج الى هيكلية العصاب النفسي المتجسد بارتفاع الضغط. وهذا التعرف يمر بالخطوات التالية.

أ- تحديد الروابط بين الانفعالات (الحالات الشدية اجمالاً) وبين تظاهر المرض. وهذا التحديد يقتضي تعرف المعالج الى نوعية الانفعالات التي تعرض لها المريض ومدى حدتها وديمومتها وبخاصة تحديد ما اذا تعرض المريض لموقف صدمي (الشعور بتهديد الحياة).

ولعله من المفيد هنا ان نذكر بالعوامل الشخصية التي يراها Bringer مميزة للمرضى المصابين بارتفاع الضغط وهذه العلام هي التالية:

1- غير قادر على تجاوز العقبات المرتبطة بصراعه النفسي.

2- غير قادر على التحكم بميوله العدوانية.

3- غير قادر على تنظيم قلقه وتحويله الى عصاب **قلق*** عضوي (**كعصاب القلب*** مثلاً).

4- نقص قدرته الهوامية (عجزه عن التهويم).

ومما لا شك فيه ان تعرف المعالج الى هذه المعطيات يسهل عليه تحديد استراتيجيات علاجه للحالة.

هذا وقد جرت العادة على الجمع بين العلاج النفسي والاسترخاء والعلاج الحوائي لمواجهة هذه الحالات. فاذا ما فشل هذا العلاج وجب علينا اعادة الفحوصات (خاصة لهرمون الالدوسيترون) للتأكد من عدم بروز مساهمات عضوية جديدة.

وبغض النظر عن الاسباب المؤدية الى نوبات ارتفاع الضغط فان هذه النوبات قد تؤدي الى احداث اعيال دماغية تتجلى بالمظاهر التالية:

صداع حاد ونوبات تشنجية- صرعية واضطرابات الوعي (بدرجات مختلفة) وانفعال وتراوح المزاج وضعف قوة الاطراف ومظاهر انهيارية. وصولاً الى التسبب بالحوادث الوعائية- الدماغية.

ارتفاع الضغط داخل الجمجمة

Hypertension Intracrânienne

Hypertension (Intra cranial)

في البداية تظهر علائمه بشكل عابر لتعود وتستقر وتصبح دائمة بعد فترة من الوقت. ثم تتطور لتؤدي الى الغيبوبة والموت. وهذه المظاهر هي:

الاسترخاء بالتدريب الذاتي

Training
Autogene

Training Autogene

مبدأ هذه الطريقة يكمن في احداث الاسترخاء لكافة أعضاء الجسد وذلك عن طريق بعض التمارين الفيزيولوجية والفكرية. وهي شأنها شأن التنويم المغناطيسي تستطيع تحقيق الإحياءات. وقد أسس هذه الطريقة الدكتور شولتز. Schulz. ولكن هذه الطريقة أدخلت الى الولايات المتحدة وطورت على يد الدكتور (Wolfgang Luthe) وتتألف هذه الطريقة من دورتين الدورة الاولى وتسمى بالسفلى والدورة الثانية وتسمى بالعليا.

1- الدورة السفلى:

وتتألف هذه الدورة من ستة تمارين يجب اجراؤها في مكان مريح ومن الافضل في وضع الاستلقاء على الظهر. ويدعى المريض الى اغماض العينين الامر الذي يتيح للمريض قرة أكبر على التركيز. ويطلب من المريض أن يتخيل في عقله وأن يترجم عن طريق جسده دون أن يتكلم او يتحرك عبارة مفادها (أنا هادئ كلياً).

وهذا الدفع نحو الهدوء يتم عن طريق هذه العبارة البسيطة ذات المغزى المحدد ولكن هذه العبارة لوحدها لا تستطيع احداث الهدوء. الا ان هذا الهدوء سيحدث تدريجياً أثناء تطبيق التمارين الستة.

- التمرين الاول: تجربة الجاذبية.

وعلى المعالج بعد أن دفع المريض لان يشعر بأنه هادئ عليه ان يوحي له بأن فراعته اليمنى ثقيلة وأن يدعو المريض لان يحس ذلك بيده دون كلام ودون حراك. وعلى المريض أن يعيد صورة يده الثقيلة في ذهنه عدة مرات. وبعدها يطلب من المريض أن يثنى فراعته اليمنى وان يفتح عينيه. وبعد ذلك على المريض ان يعيد هذا التمرين لوحده مرتين أو ثلاث في اليوم الواحد، وذلك لمدة لا تتجاوز الخمس دقائق. وتقوم هذه التجربة مدة اسبوعين تقريبا.

- التمرين الثاني: تجربة الحولة.

ان العضلات التي تتناولها هذه التمارين هي عضلات هيكلية بمعنى انها خاضعة لإرادتنا. فنحن نستطيع التحكم بها وحتى تحريكها. وبعد التمرين الاول يشعر المريض بالجاذبية عن طريق شعوره بثقل يده اليمنى اولا ثم بجسده كله بشكل تدريجي. بعد وصول المريض الى هذه المرحلة على

على الصعيد الجسدي: الصداع والغثيان والقيء وتورم الحلمية (Papile) وتباطؤ النبض والتنفس اضافة الى النوبات الاختلاجية المعممة. على الصعيد النفسي: الخبل العقلي وعسر التذكر. ويكون هذا الخبل من نوع باروك (Baruk) وهو يطل الوعي اليقظ وايقاع التفكير دون ان يطل القوى الذهنية الاساسية. اما عسر التذكر فهو يصيب 30% من الحالات ويمكنه ان يتطور لدى الشيوخ نحو تناذر كورسكوف*.

الارصان

Elaboration

Elaboration

يدل على العمل الذي ينجزه الجهاز النفسي في سياقات مختلفة. وذلك بقصد السيطرة على المثيرات التي تصل اليه والتي يتعرض تراكمها لان يصبح مرضيا. ويتلخص الارصان في مكاملة الاثرات في النفس واقامة صلات ترابطية فيما بينها (مما يسهل ظهورها في الحلم).

الراحة

Déplacement

Deplacement

الراحة هي آلية دفاعية تتمثل بإراحة شحنة وجدانية داخلية، أي نقلها، من موضعها الحقيقي الى موضوع خارجي بديل. مثل ذلك ما يحدث في حالات الرهاب* (Phobie) حيث تتم راحة القلق الداخلي من مسبباته الحقيقية الى قلق من مواضيع خارجية.

أما على صعيد الاحلام فيمكن للراحة ان تضخم وتبرز تمثلاً (فكرة او صورة او موقف.. الخ) بعيدا عن الفكرة الكامنة التي يهدف الحلم الى اظهارها وتحققها. وغالبا ما يكون هذا التمثل احد تفاصيل الحلم كما قد يكون عكس الفكرة الكامنة تماما. من الامثلة التي يعطيها فرويد على عمليات الراحة مثال من احلامه الشخصية. حيث حلم بان امرأة تحاول اغراءه فتذبل عينيه. ومن خلال تحليله لهذا الحلم اكتشف فرويد بأن صورة العينين الجميلتين في الحلم هي صورة مخادعة ومنقولة. فالمرأة لم تكن سوى ابنة ادهم الذين يدين لهم فرويد بالمال. وكان هذا الانسان لا يخدم انساناً لجمال عيونه.

المعالج ان يعيد ترديد عبلة √ أنا هادئ كلياً √
وبعدما عبلة √ جسمي ثقيل √ جدا وهي الإيحاءات
السابقة ثم يضيف المعالج عليها عبلة √ يدي
اليمنى حامية جداً √ وذلك بنفس طريقة التمرين
الأول ويطلب من المريض ترداد ذلك ثلاث مرات
في اليوم. ويوم هذا التمرين عادة من أسبوع الى
أسبوعين. وهذا الاحساس بالحرارة يصل في بعض
الاحيان لان يرفع حرارة الجسد بمعدل درجة مئوية
واحدة احياناً.

– التمرين الثالث: مراقبة القلب.

بعد انهاءنا للتمرينين الاول والثاني نبدأ بالتمرين
الثالث بأن نعيد نفس الخطوات ونطلب من
المريض أن يضع يده اليمنى على قلبه بحيث
تساعده هذه اليد على احساس خفقان قلبه. وبعد
بضع جلسات يصبح المريض قاراً على تخيل قلبه
وعندها نعيد على المريض الافكار السابقة: (أنا
هادئ كلياً) (جسدي كله ثقيل) (جسدي كله حام)
ونضيف اليها العبلة الجديدة الخاصة بالتمرين
الثالث وهي (قلبي يدق بهدوء وبقوة). وهكذا يتوصل
المريض لان يحس دقات قلبه وهذا لا يعني مطلقاً
بأن هذه الدقات قد تغيرت. ولكنه يعني أنه أي
المريض وجه اهتمامه نحوها بحيث بات يحسها.

– التمرين الرابع: مراقبة النفس.

بعد القيام بالتطبيق الجيد للتمارين الثلاثة الاولى
يطلب المعالج من المريض ان يستسلم لتنفسه
ويركز تفكيره عليه دون ان يحاول احداث تغيير فيه
عن طريق جعله أعمق أو أكثر سطحية أو أن
يسرع او يبطئ فيه. وهكذا يتوصل المريض الى
التركيز على تنفسه ويحس به. ولمساعدته على
ذلك عليه ان يردد العبارات التالية: (وفي عقله
طبعاً ودون كلام أو حراك) √ تنفسي هادئ تماماً √
وكل جسدي يتنفس √.

– التمرين الخامس: مراقبة الاحشاء.

بعد أن أتم المريض التمارين الماضية بنجاح يطلب
المعالج من هذا المريض أن يركز تفكيره على بطنه
وبالضبط في النقطة الواقعة بين اسفل عظمة الصدر
وبين الصرة (حيث يقع المجمع العصبي) ويطلب
بعد ذلك من المريض ان يركز تفكيره على
الاحساس بالحرارة في هذا المكان. وبعد بضع
جلسات نرى بأن الاحساس بالحرارة يزداد تدريجياً
بحيث يصل المريض في نهاية هذا التمرين الى
الاحساس بالحرارة في اطرافه وفي جسمه وكذلك في

احشائه. ويكون هذا الاحساس مريحاً جداً بالنسبة
للمريض. خاصة وان المريض يطلق العنان لدقات
قلبه وتردد أنفاسه اضافة الى المشاعر السابقة
بالحرارة، الامر الذي يجعل المريض يحس براحة
واسترخاء عامين في كافة أنحاء جسده، الامر الذي
يجعله يحس بسعادة جسدية ونفسية.

– التمرين السادس: النظام الخاص بالرأس.

وينصح الاخصائيون بأبعاد الراس عن التمرين الثاني
أي أن لا تدع شعور الحرارة يصل الى راس المريض.
وفي سبيل ذلك علينا ان نجعله يردد في تفكيره
بأن √ جبهته منتعشة √ وهذا الاحساس يجب الا
يدوم الا بضع ثوان لانه اذا دام أكثر من ذلك فانه
جدير بتسبب الصداع. وهذا الانتعاش الذي نوحى
للمريض باحساسه يجب ان يكون احساساً خفيفاً،
لذيذاً وعبيراً.

وفي نهاية حديثنا عن الدورة السفلى نذكر بقول
الدكتور شولتز (واضع هذه الطريقة) بأن ممارسة
الدورة السفلى وتمارينها يقتضي فترة تتراوح بين 2 و
3 أشهر.

2- الدورة العليا

وممارسة هذه الدورة تقتضي توافر شروط عدة منها
أن يكون المريض قد مارس الدورة السفلى لفترة
سنتين على الأقل وأن يملك المستوى الذهني
الذي يتيح له ممارسة تمارين هذه الدورة (يشدد
مؤسس هذه الطريقة على هذين الشرطين).

وتبدأ هذه الدورة بأن يطلب من المريض أن ينظر
الى الاعلى بحيث تكون نظراته متوجهة نحو
منتصف جبهته. وهذا التمرين يؤدي الى إزالة
التشنج وهذا التمرين يجب اجراؤه لفترة قصيرة. وهذه
الدورة تقتضي اشراف طبيب اخصائي في الطب
العصبي النفسي وكذلك مجموعة من الآلات
الطبية. أما التمرين الثاني للدورة العليا فيتم بالطبع
بعد أن يكون المريض في حالة استرخاء كلي
(يستطيع المريض احداث هذه الحالة بسهولة بعد
تمرينه الطويل على الدورة السفلى) ونطلب من
المريض أن يركز اهتمامه ويحصر تفكيره في لون
واحد منسجم ومتكامل. واختيار الشخص للون معين
يقودنا الى ما يسميه شولتز بـ(علم نفس الالوان)
ويوم تخيل اللون حوالي النصف ساعة. ونستطيع
بعدها تحديد النمط الشخصي للمريض بعد هذا
التمرين يدعو المعالج مريضه لان يركز تفكيره على
ألوان يختارها المعالج الذي يقوم بتسجيل قابلية

وتفاعل المريض مع كل من هذه الالوان. أما المرحلة التالية فهي تتم عن طريق احلال المريض للالوان بتخيل من نوع آخر كأن يدعو المريض لان يتخيل السعادة والاخوة وغيرها من المشاعر والمثاليات.

والحقيقة ان ايقاظ هذه المشاعر تسبب تحرر مكونات العقل الباطني التي يشجعها الطبيب العصبي النفسي على الانطلاق عن طريق الايحاء. وفي هذه المرحلة نرى بأن الدورة العليا تتحول الى التحليل النفسي التقليدي. بحيث تؤدي هذه الدورة في النهاية الى اتاحة الفرصة للمريض كي ينظر في داخله ويرى ما كان مستتراً في لا وعيه.

وفي حالات العصاب على أنواعه من المفيد أن نسال المريض عن أفعاله الشريرة وجواب المريض على هذا السؤال هو الذي يحدد لنا الايحاءات والمثل التي يجب تثبيتها في وعي المريض لكي يستطيع تخطي أزمته.

وهكذا يستطيع المعالج النفسي أن يحدد النهج الحيائي للمريض وهذا النهج اما ان يكون متوافقا مع أحاسيس المريض الشخصية ولكنه يحتاج للشجاعة كي يستطيع تحقيق ذاته وأما العكس وفي هذه الحالة على المعالج ان يوجه المريض نحو النهج الأكثر تلاؤماً مع شخصيته والذي يستطيع ان يقوده الى تحقيق أفضل لذاته.

الاسترخاء السوفولوجي

Sophrologie

Sophrology

وتتألف كلمة سوفولوجي من ثلاث كلمات يونانية هي التالية: ذهن Phren وتناسق Sas وعلم Logus وهكذا فان هذه الكلمة تعني √ علم تناسق الذهن √.

ودراسة الوعي حسب هذه المدرسة تقتضي تقسيمه الى ثلاثة اقسام أو حالات هي التالية:

1- اليقظة La veille

2- النوم Le sommeil

3- الحدود ما بين النوم واليقظة état sophro-luminal

والحقيقة ان مدرسة السوفولوجي هي تطوير للـ Training autogène وهي أنجح المدارس النفسية المعاصرة التي تعتمد مبدأ الاسترخاء العصبي وتأثيراتها امتدت لتشمل جميع الفروع الطبية فهي

تستخدم حالياً في علاج أمراض القلب والشرايين وأمراض الغدد الصماء والأمراض النسائية والجلدية الخ... وذلك الى جانب استخدامها في علاج الامراض النفسية..

وهذا التطبيق يقتضي تنفيذ الخطوات التالية:

1- الجلوس في مكان مريح ويفضل الاستلقاء في وضع النوم.

2- اغماض العينين لفترة دقيقة واحدة ومحاولة تذكر المشاكل التي تعترض وعينا (أي المشاكل التي نحس انها تزعجنا).

3- التنفس العميق مرتين متواليتين مما يحسن قدرتنا على التركيز.

4- العمل على استرخاء الوجه وذلك بأن نركز اهتمامنا على وجهنا (العينان لا تزالان مغمضتين) وبعد أن نشعر بوجهنا علينا ان نقوم بتخيل اجزائه جزءا بعد آخر (الجبهة- الخدود الخ..). وذلك لغاية وصولنا الى استرخاء الوجه كله.

5- بعد ذلك نركز تفكيرنا على منطقة الرقبة والنقرة والكتاف ونعمل على استرخائها.

6- نتخيل ظهرنا كله حتى نتوصل لان نحسه وبعد ذلك نعمل على استرخائه.

7- نركز التفكير على اليدين والقدمين ونتصورها ذهنيا ونعمل على ارخاء عضلاتها الواحدة بعد الاخرى.

وبهذه الطريقة نكون قد توصلنا لتأمين الاسترخاء الجسدي التام ولكن يجب علينا ان نؤمن ان الاسترخاء الذهني ايضا ويتم ذلك بالطريقة التالية:

أ- علينا ان نتخلى عن التفكير وبمعنى آخر ان نتخلى عن تفكيرنا فلا نستجيب لاستفزازاته كي نفكر في موضوع او في اخر.

ب- علينا ان نعيش حالة ما بين النوم واليقظة أي ان نوقف تفكيرنا المنطقي وكذلك تخيلاتنا لان الواحدة منها تفضي الى الاخرى وذلك لمدة دقيقتين.

وتنتهي هذه التمارين بأربع خطوات هي التالية:

أ- التنفس العميق مرتين متواليتين.

ب- تحريك القدمين فاليدتين ومن ثم الوجه.

ج- اعادة الحيوية للعضلات المسترخية.

د- فتح العينين.

Relaxation

Psychosomatique

Psychosomatic Relaxation

ان اختيار المعالج للطريقة الاسترخائية يجب ان

الاسترخاء
النفسي

ST-T في

تخطيطاً

القلب... الخ.

عن Carruthers جدول يبين انعكاسات كل من الشدة والاسترخاء على الصعيد الجسدي.

بعد هذا العرض الموجز لمحاذاير ومميزات العلاج الاسترخائي تأتي على عرض هذه الطريقة الاسترخائية المتبعة في بعض مراكز العلاج النفسي وخصوصاً في علاج مرضى القلب.

وتتألف الطريقة التي نعرضها من 13 جلسة علاجية تجرى يومياً الساعة الثامنة صباحاً (قبل البدء بالمشاغل اليومية) وتكون هذه الجلسات جماعية يحضرها عشرة من المرضى ويقوم خلالها المعالج باصدار اوامره بصوت هادئ وواضح. وذلك على أنغام موسيقى هادئة. ويفضل ان تكون الانلثة خفيفة وبضوء أزرق. وهذه تفاصيل الجلسات.

الجلسة الاولى: وضع الجلوس (لانه اقرب الى الواقع العملي)، العينان مغمضتان او مفتوحتان (وفق رغبة المريض)، شد عضلات اليدين والقدمين ومن ثم رخاؤها. تعاد عملية الشد والرخاء عدة مرات (وفق توجيهات المعالج).

شهيق مع شد كافة عضلات الجسم (القبضة مغلقة، العضلات مشدودة طيلة فترة الشهيق) ومن ثم زفير هادئ وتدرجي مع الرخاء التدريجي لكافة عضلات الجسم. وصولاً الى الاسترخاء الجسدي التام. وعندها تفتح العينان. ويوم الاسترخاء في هذه الجلسة مدة عشر دقائق يجري بعدها حوار حر بين المرضى (بتوجيه من المعالج وتدخل عند الحاجة) يستمر عشرين دقيقة.

الجلسة الثانية: وضع الجلوس، العينان مغمضتان. (دائماً ابتداءً من هذه الجلسة). اعادة تمرين الجلسة الاولى، تحسس الجسم وتخيله ذهنياً في وضع الجلوس، الظهر مستقيم، الاليتان مركرتان جيداً على المقعد، القدمان على الارض (بحيث تلامص الارض اكبر مساحة ممكنة من القدم). البحث عن مركز توازن الجسم في وضع الجلوس (من خلال ميلان بسيط الى الامام والى الجوانب). احساس بالمقعد الذي يحمل الجسم. شهيق مترافق بشد كامل عضلات الجسم (يحتفظ بهذا الوضع لبضع ثوان). ومن ثم رخاء عضلات الجسم وصولاً الى حالة الاسترخاء التام.

وبعد هذا التمرين توجه للمرضى ملاحظة تقتضي

يكون مدروساً كي يتجنب توريط المريض في علاجات عقيمة. اذ ان هنالك عدداً من المرضى الذين لا تستجيب حالاتهم مع هذا العلاج.

في هذا المجال يؤكد العالم كيهولز Kielholz، وبعد ربع قرن من التجربة، على ان العلاج الاسترخائي لا يجدي مع المرضى المصابين بحالات **القلق*** و**الانهيار*** او بحالات هيسيرية او **بالمراق*** او بالمبول الفصامية.

لذا فانه من غير الممكن تطبيق هذا العلاج بصورة عشوائية. فهذا التطبيق يقتضي أن يأخذ في اعتباره عاملين مهمين:

أ- **البنية الذاتية*** للمريض والتي تتحدد من خلال وراثته وطبيعته وبيئته وتجاربه والصدمات التي تعرض لها.

ب- قابلية المرض النفسي والاضطرابات النفسية لمرافقة له للعلاج الاسترخائي وفي ما يلي جدول يبين الفعالية الفيزيولوجية للعلاج الاسترخائي.

التمارين	الرهاق والشدة	العوامل
الاسترخائية	النفسيين عن المتأثرة	العوامل
عن طريق تهييجها	طريق تهييج الجهاز الودي	الايضية
للجهاز الودي	نظر	الغذائي
زيادة التمثيل	نقص التمثيل	العوامل
الغذائي	الغذائي	الايضية
Anabolisme	Catabolisme	التيسستويرون والانسولين
زيادة الافراز	نقص الافراز	تخثر الدم والكاتيولامين والكورتيزون
نقص التخثر	زيادة التخثر	الدهون، السكر والزلال
نقص الافراز	زيادة الافراز	نقص القلب
نقص الافراز	زيادة الافراز	ارتفاع ضغط الدم
نقص المظاهر	ازدياد المظاهر	علائم وعوارض نقص تغذية القلب
		بالاوكسجين
		مثال الذبحة Angine أو
		انخفاض ال

تأكدهم طيلة النهار من أنهم يلقون بكامل ثقل جسدكم على المقعد عندما يجلسون. وتقوم هذه الجلسة عشر دقائق. وتلي هذه الجلسة مناقشة حرة تمتد الى عشرين دقيقة.

الجلسة الثالثة: تكرر التمارين السابقة، شعور بثقل الجسد، صمت تام لمدة دقيقتين، شهيق وزفير كما في المرات السابقة. على أن تقوم هذه الجلسة 15 دقيقة. بعد هذه الجلسة تجري أحاديث حرة لمدة 20 دقيقة.

وفي نهاية هذه الجلسة يطلب من المريض أن يتأكد من الفاء ثقل جسده على المقعد عندما يجلس وكذلك ان يمارس تمرين شهيق (مع شد العضلات)- زفير (ارخاءها) صباحا عند استيقاظه ومساء قبل نومه.

الجلسة الرابعة: تكرر التمارين السابقة، العمل على ارخاء عضلات النقرة، الرأس مرّن وكأنه بالون، الكتفان منخفضان ومتحرران، صمت تام لمدة 3 دقائق. شهيق، فتح العينين. ومدة هذه الجلسة 15 دقيقة تتبعها مناقشة حرة لمدة 20 دقيقة. الواجبات المطلوبة: اضافة الى الواجبات السابقة يطلب من المريض ان يراقب وضع كتفيه اثناء النهار.

الجلسة الخامسة: نفس التمارين السابقة لمدة خمس دقائق كاملة ومن ثم دعوة المريض الى تحرير ذهنه، السماح لصور الخيالات بالمرور في الفكر ولكن دون تركيز الفكر عليها، التحرر من وطأة الوقت (التركيز على فكرة الان وهنا دون التفكير بما كان أو قد يكون، صمت لمدة خمس دقائق، شهيق وفتح العينين. مدة هذه الجلسة 15 دقيقة وتتبعها 20 دقيقة مناقشة حرة.

الواجبات المطلوبة: اضافة للواجبات السابقة يطلب من المريض ان يجد الوقت اثناء النهار كي يقوم باعادة تحرير ذهنه واستعراض افكاره (دون الوقوف عندها) مرتين يوميا.

الجلسة السادسة: اعادة التمارين السابقة، ارخاء العضلات المحيطة بالعينين، عضلات الفم، الانف، منطقة الاذنين، الحاجبان متباعدان. صمت تام لمدة 5 دقائق، تنفس وفتح العينين. مدة الجلسة 15 دقيقة تليها مناقشة 15 دقيقة.

الواجبات المطلوبة: الواجبات السابقة مضافاً الى تمرير اطراف الاصابع على الحاجبين، الفم، والانف والعيون وذلك عدة مرات يوميا.

الجلسة السابعة: اعادة التمارين السابقة لمدة

عشر دقائق، وليدع المريض نفسه يشعر بحرارة لطيفة تجتاح جسمه، وليشعر بالدماء تتدفق في جسده بحرية. صمت لمدة 5 دقائق. تقوم هذه الجلسة 20 دقيقة تليها 15 دقيقة مناقشة حرة. الواجبات المطلوبة: واجبات الجلسة السادسة نفسها.

الجلسة الثامنة: اعادة التمارين السابقة، ارخاء اللسان، والحنجرة، تنفس بطيء وكامل مع ضغط بسيط على قاعدة الحجاب الحاجز. الصمت لمدة 5 دقائق، تنفس وفتح العينين. مدة هذه الجلسة 20 دقيقة تليها مناقشة تمتد 15 دقيقة.

الواجبات المطلوبة: واجبات الجلسة السادسة مضافا اليها تمرين تنفس مع رفع الحجاب الحاجز اثناء الشهيق وذلك كلما احس المريض بالتعب او بالانفعال.

الجلسة التاسعة: اعادة التمارين السابقة، ارخاء الحنجرة فالبلعوم فالمعدة فالصدر فالبلطن. وذلك بحيث يحس المريض داخله مسترخيا، رحبا ومتفتحاً.

الجسم مُسترخٍ من الداخل كما من الخارج. صمت لمدة 7 دقائق، تنفس وفتح العينين. الواجبات: واجبات الجلسة السابقة. (مدة الجلسة 20 دقيقة ومدة المناقشة 10 دقائق).

الجلسة العاشرة: تكرر التمارين السابقة، يردد كل من المرضى عددا من الكلمات بصوت جد منخفض وذلك بحيث يعي كل مريض تقلص حباله الصوتية. وبعدها وبنفس الصوت المنخفض يردد كل من المرضى بعض الكلمات المقذعة (ربما شائم اذا زاد) وبعدها بعض الكلمات اللطيفة. وليعي المريض مع تقلصات حباله الصوتية تقلصات القصبية الهوائية، الحنجرة وتقلص عضلات الوجه أثناء الكلام. صمت لمدة 5 دقائق. مدة الجلسة 20 دقيقة ومدة الاحاديث الحرة 10 دقائق.

الواجبات المطلوبة: الواجبات السابقة يضاف اليها وعي التقلصات المصاحبة للكلام.

الجلسة الحادية عشرة: تكرر التمارين السابقة، التنصت لسماع الضجة الخارجية ومن ثم العودة الى التركيز على استرخاء الجسد. (وفي هذا الوقت يحدث المعالج بعض الضجة كأن يرمي شيئا ما على الارض مثلا). صمت لمدة 5 دقائق تنفس وفتح العينين.

الواجبات المطلوبة: الواجبات السابقة يضاف اليها

فطوره من تصور هندسي مسطح الى تصور هندسي مكاني (ثلاثي الابعاد) ومن ثم شرحه على النحو المبين في الصورة التالية:

حيث يشبه العمل التحليلي (الاسقاط في موضوعنا) مرآة مجوفة (a) امامها اناء (ب) حيث يمر مركز كرة المرآة في منتصف الاناء). اما باقة الزهور (B) فتعرض معكوسة. وتبعاً للقوانين الفيزيائية البصرية فان المرآة تعطي صورة حقيقية (B') للباقة. ولكن هذه الصورة لا تكون مرئية الا من قبل الناظر من خلال زاوية معدنية. وعاد لكان فتعمق أكثر فأكثر في راسه الثلاثية الأبعاد فطرح الفرضيتين التاليتين لشرح سيرورة العمل التحليلي. وتفسر هاتان الفرضيتان وفق المبادئ الفيزيائية-البصرية على النحو التالي:
الفرضية الأولى

هذه الصورة تمثل آلية عمل الاسقاط، حسب رأي لكان. وهي أكثر تعقيداً من سابقتها. ففيها نلاحظ ان الاناء (c) ينعكس في المرآة المقعرة بشكل عكسي فيصبح باتجاهه الصحيح (فتحتته الى الاعلى). ثم تتدخل المرآة المسطحة لتعكس صورته ومعها صورة الباقة (a) حتى يهيء للناظر الصورة i (a)
2- الفرضية الثانية

التكيف مع الضجيج. مدة الجلسة 20 دقيقة ومدة المناقشة 15 دقيقة.

الجلسة الثانية عشرة: اعادة التمارين السابقة وبسرعة، الطلب الى المرضى القيام بعمليات فكرية (مثلاً 13x13 أو ترجمة جملة ما.. الخ) مع العودة الى التركيز على استرخاء الجسد تنفس وفتح العينين.
مدة هذه الجلسة 20 دقيقة تليها مناقشة لمدة عشر دقائق.

الواجبات المطلوبة: نفس واجبات الجلسة السابقة.
الجلسة الثالثة عشرة: اعادة التمارين السابقة، التحليل الفكري مع محاولة استعراض ما يمكن ان يحصل في الغد. ومن ثم العودة الى التركيز على الاسترخاء الجسدي. تنفس وفتح العينين. مدة الجلسة 10 دقائق والمناقشة 20 دقيقة.
والحقيقة ان اختيار هذه الطريقة الاسترخائية له ما يبرره. فهي تتطابق مع الواقع العملي (وضع الجلوس، الضجيج المزعج، التفكير.. الخ). ويمكن ممارستها مع عشرة مرضى في آن واحد. ومن ثم فان المناقشة التي تجري بين المرضى عقب كل جلسة استرخائية تدخل في مجال العلاج الجماعي، تسهيل اتصال المريض بالآخرين وحوره معهم واخيراً فان المعالج يستطيع من خلال هذه الاحاديث ان يكون فكرة واضحة عن الحالة النفسية لكل مريض على حدة.

الاسقاط

Projection

Projection

ويدل على العملية التي ينبذ فيها الشخص من ذاته بعض الصفات والمشاعر والرغبات وحتى بعض الموضوعات التي يتنكر لها او يرفضها في نفسه. ويموضعها في الآخر (شخصاً كان أم شيئاً). والاسقاط على أنواع فمنه المرضي ومنه ما يسهل الاتصال في لاوعي الآخر (موضوع الاسقاط).
والحقيقة ان فرويد كان قد عرض مراراً لمفهوم الاسقاط ولكنه لم يشرحه بالشكل الكافي. حتى ان المحلل الفرنسي جاك لكان يرى في مفهوم الاسقاط لدى فرويد مفهوماً ثنائياً البعد. بما استتبع اعادة قراءة فرويد لكن مع ادخال البعد الثالث على مفاهيمه. الامر الذي يعتبره بعض المحللين التقليديين خروجاً تاماً على التحليل الفرويدي.
فقد انطلق لكان من مفهوم فرويد للعمل التحليلي

الدماغية ومسبباتها.

في هذه الصورة شرح لآلية اسقاطية اصعب من سابقتها. فهناك اناء الزهور وفيه الباقة (a). المرأة المقعرة تعطينا صورة مقلوبة للناء اما المرأة المسطحة فانها تعطينا صورة شبيهة له. ولكن في حال دوران المرأة المسطحة 90 درجة سنحصل على صورة مختلفة.

من جهته استوعب المحلل العربي سامي علي هذه المفاهيم الثلاثية البعد للآلية الاسقاطية. فلما جاء الى تطبيقها في الميدان النفسي رأى فيها مجالاً لشرح وتفسير حالات نفسية متنوعة. فالتموقع في الزمان والمكان هو بحد ذاته عملية اسقاطية. وهي المنتجة لـ **صورة الجسد***. الامر الذي دفع علي الى نشر كتاب بعنوان **الجسد الحقيقي والجسد الوهمي**.

(Corps réel, corps imaginaire)

وفيه يربط عجز احدى الفتيات عن استيعاب دراسة الرياضيات وبين حول في عينيها. حيث يعتبر علي ان هذا الحول يعيق الفتاة عن تكوين رؤية اسقاطية متكاملة.

يبقى ان نشير الى ان مارتي يربط بين الاسقاط وبين القدرات النفسية - الحركية اذ يقول:... فالكلمات هي في الاساس اشياء لا تلبث ان تتحول الى تصورات حسية- حركية. أي الى كلمات. ثم تأتي مرحلة تطويرية جديدة وأكثر تعقيدا لكونها تقتضي تنظيماً جديداً بين الاشياء وبين الكلمات حتى يتمكن الطفل من كتابتها. الامر الذي يستوجب مساهمة اجهزة حسية- حركية جديدة. كما ان هناك ترتيبات وظيفية- نفسية جديدة مرتبطة بترتيبات مزاجية جديدة تؤدي الى ظهور علائم جديدة للتقرب من الشخصية.

استسقاء الدماغ Hydrocéphalie

Hydrocephaly

وينجم هذا الاستسقاء عن تراكم السوائل داخل الجمجمة. وغالبا ما تعود اسبابه الى اصابات السحايا الدماغية. ونامرا الى ورم دماغي. تختلف الانعكاسات العقلية باختلاف الاصابة

الاشراط العملي Conditionnement Opérante

Operant Conditioning

يتمثل الاشرط التقليدي في تجربة بافلوف في دفع الكلب لافراز اللعاب لدى سماعه للجرس (عن طريق اقتران صوت الجرس مع تقديم الطعام للكلب). اما الاشرط العملي فيهدف الى تركيز الشخص على افرازاته اللعابية مثلا والتمرن على التحكم فيها بصورة لادية ودون الاستعانة بمثير خارجي كالجرس مثلا.

الاضطرابات البولية Troubles Urinaires

Urinary Disorders

تعود فكرة الربط بين الحالة النفسية وبين الاضطرابات البولية الى الملاحظات المتكررة لمعاودة سلس البول لدى الاطفال الذين يعايشون حالات انفعالية حادة (مثل ولادة اخ جديد)، خلافات الاهل، المنافسة المدرسية، الضغوطات المحيطة... الخ.

الا ان النظرة النفسية لاضطرابات الجهاز البولي تمتاز عن هذه النظرة النفسية- الفيزيولوجية. حيث تضاف اليها نظرية **عصاب العضو***. كما تضاف اليها انعكاسات اضطرابات الجهاز العصبي النباتي على صعيد الجهاز البولي- انظر **الامراض النفسية***.

اضطرابات التذكيرية mnésiques

عقب الصدمية Post Traumatique Post traumatic Mnesic Disorders.

تقسم الاضطرابات التذكيرية عقب الصدمية الى:

1- الاضطرابات التذكيرية التقدمية: وفيها يمتد فقدان الذاكرة خلال فترة ما بعد الرضة ويشمل فترة الغيبوبة والخبل الذي يعقبها كما يشمل فترة يبدو فيها المريض واعيا في حين يكون فعليا معانيا لاضطراب الذاكرة.

2- الاضطرابات التذكيرية الرجعية: وبطال فيها فقدان الذاكرة الفترة الفاصلة بين آخر الذكريات الواضحة السابقة للصدمة وبين الصدمة نفسها.

اضطرابات التناسلية Génitales

Genitaly Disorders

عندما طرح فرويد مفهوم العصاب الراهن ميزه عن باقي الاعصبة بان سببته تعود الى اضطرابات في الحياة الجنسية الراهنة وليس في احداث هامة من الماضي.

بهذا يكون فرويد قد ربط بين الاضطرابات التناسلية وبين **الاعصبة الراهنة*** التي اشتق منها مارتي مفهومه **للاعصبة النفسدية***.

وفي عودة الى العيادة النفسدية، بمختلف تيلراتها، فاننا نجد ان الاضطرابات التناسلية تكاد ان تكون الشكوى المشتركة بين معظم المعانين من الاضطرابات النفسدية. بل ان هذه الاضطرابات، الجنسية، غالبا ما تظهر منذ البداية وكأنها الاعلان عن بدء سيرورة **التجسيد***.

اضطرابات التنفسية Respiratoires

Respiratory Disorders

صدمة الولادة (Traumatisme de la naissance) هو مصطلح استخدمه فرويد لوصف الحالة النفسية للوليد لحظة ولادته. ولقد اعتبر فرويد هذه الصدمة اولى تجارب القلق للانسان. هنا يتداخل النفسي بالعضوي لدرجة التمازج وبما ان فرويد كان يسعى جامدا لتجنب الصخرة البيولوجية (أي مساهمة النواحي البيولوجية في التوازن النفسي) فقد اختصر في الحديث عن هذه الصدمة. لكن اوتورناك تصدى

للموضوع فألف كتابا بعنوان **صدمة الولادة***.

الطب النفسدي من جهته يربط بين صدمة الولادة والوظيفة التنفسية. هذا الربط الذي يجد مبرراته في كون الجهاز التنفسي يباشر عمله مع لحظة انطلاق صرخة الولادة. فالوليد يمر بلحظة الاختناق التي تهدد حياته فور خروجه الى العالم. فتكون صرخة الولادة (المتصاحبة مع دخول الهواء الى رئتيه للمرة الاولى وبصورة فجائية). صرخة تنفسية تعتبر اولى خطوات التكيف النفسدي التي يمارسها الانسان.

وفي رأينا الشخصي ان صدمة الولادة انما تتركز في لحظات الاختناق التي تسبق صدور صرخة الولادة. فمن المعلوم ان الالم الاقوى يذهب باحساس الآلام الاقل حدة. وبما ان الاختناق يهدد الحياة فانه يستفز كافة الارتكاسات الشرطية المتكونة اثناء فترة الحمل. وبالتالي فانه يعتبر اقوى المثيرات التي يتعرض لها الوليد. من هنا رأينا في تركيز تجربة القلق حول شعور الوليد بالاختناق.

هذا الارتباط بين الاختناق وبين القلق يصحب الانسان في مختلف مراحل حياته. فأية صعوبة تنفسية تحدث من القلق ما لا تحدثه اضعاف هذه الصعوبة في الاجهزة الاخرى. فأى الم مصاحب للتنفس (او في منطقة الصدر اجمالا) مهما كان بسيطا يفجر قلنا مضاعفا لما يمكن ان تفجره الام حادة اخرى (مثل آلام الاسنان أو المفاصل... الخ).

هكذا فان الاضطرابات التنفسية (خصوصا الشعور بالاختناق- مثل نوبة **الربو*** مثلا) تؤدي للنكوص الى صدمة الولادة مفجرة الارتكاسات التي صاحبت لحظة الاختناق السابقة لصرخة الولادة. وهذا هو سبب الضغط النفسي والقلق المبالغ الذي يصاحب الشعور بالاختناق ويمتد لفترة قد تطول او تقصر بعدها.

هذا ويتفق مجمل الباحثين على أهمية الوظيفة التنفسية في الحالة الزوجية للشخص. فيرى Racamier ان الهواء الخارج من الرئتين هو مادة اللغة الاولى، فالوليد يخرج هذا الهواء عندما يبكي وعندما يصرخ أي عندما يعبر عن ذاته ويتصل بالعالم الخارجي ومعلوم أن الأطباء يختلفون في نظرتهم الى الاسباب الحقيقية الكامنة وراء الاصابة **بالحساسية*** وبالرغم من ذلك يعترف Seropian (وهو من المتشددين بالتفسير الطبي التحسسي للربو) بأن العامل النفسي موجود في 23% من مرضى الربو.

ولا يفوتنا في هذا المجال التأكيد بأن القلق النفسي **ورهاب الموت* Tanatophebie** الناجمين عن النوبة هما من الامور التي تقتضي العلاج النفسي مهما كان نوع النوبة الاختناقية ومهما كان موقفنا من الاسباب الحقيقية الكامنة خلفها.

ونحن لا نعدم البراهين والتجارب التي تثبت اننا قادرون على احداث نوبة الربو عن طريق الايحاء وعن طريق استعمال عوامل غير مختصة في احداث هذه النوبة. وفي هذا المجال نذكر بحالة Proust الذي كان يطلق نوبة ربو لمجرد رؤية الزهار المرسومة على السجادة المعلقة في حائط غرفته. وقد أمكن احداث النوبات المشابهة لدى عدد من المرضى عن طريق تهيج ذكريات التأثيرات التي تمارسها هذه الزهور على هؤلاء المرضى. ويؤكد الباحث Kourilsky سهولة خضوع مريض الربو للايحاء وسرعة تكوينه للارتكاسات الشرطية. مما أوحى لهذا الباحث بضرورة وجود خلفية نفسية-عصبية وراء الاصابة بالربو وهذا ما أكدته مارتي فيما بعد انظر - **الربو***.

ومن تأكيدات كوريلسكي نفسه الدور المهم الذي تلعبه العوامل الانفعالية في زيادة حدة تأثيرات المواد المسببة للتحسس.

الاضطرابات الجنسية Sexuelles Troubles

Sexual Disorders

يُعتبر الاضطراب الجنسي أسبق المظاهرات الجسدية للاضطراب النفسي. فهو يرافق حالات القلق والإنهيار البسيطة كما يرافق الذهانات المتطورة.

وإذا اعتمدنا مقولة ان نسمي المرض النفسي هو ذلك الاختلال العضوي ذو المنشأ النفسي، فان الاضطرابات الجنسية تأتي في طليعة الامراض النفسية.

ونحن في هذا المجال نتفق مع الجمعية الفرنسية للطب النفسي.

بل أن هذه الجمعية ذهبت الى أبعد من ذلك كثيرا عندما خصصت احدى نشراتها لموضوع **العقم النفسي*** وهكذا فان الحالة النفسية للشخص لا تؤثر فقط في ممارسته الجنسية، ولكنها مؤثرة ايضا في ثمار هذه العملية وفي نتائجها.

1- القلق والاضطراب الجنسي

يعتبر الاضطراب الجنسي من المظاهر المألوفة **لمرض القلق***. بل ان هذا الاضطراب يزيد المرض تعقيدا عن طريق مساهمته باحداث القلق الارتكاسي. ونقصد به ذلك القلق الذي يأتي كردة فعل على الاحباطات الجنسية على أنواعها (فشل فض البكرة، الضعف، البرودة، العقم... الخ). وهذا النوع من القلق يأخذ طابع الدائم والمزمن في حالات مثل القذف السريع و**المهبلية*** وغياب اللذة... الخ. وكلما تكرر الاحباط الجنسي جر وراءه مظاهر جديدة للقلق وللاضطراب النفسي الناتج عنه (الام المعنوي، خفقان القلب، التعرق، الصداع، ارتجاف الايدي... الخ).

وتظاهرة القلق هذه تؤثر بدورها في القمرة الجنسية للمريض وذلك بحيث يدخل في حلقة مفرغة يغذي فيها الاضطراب الجنسي مظاهر القلق. وهذه بدورها تزيد الاضطراب الجنسي وتخلق مصاعب جديدة في مواجهته. وهكذا فان كلا من القلق والاضطراب الجنسي يغذي الآخر ويطوره.

2- الانهيار والاضطراب الجنسي

تتمحور الاضطرابات الجنسية المرافقة **للانهيار*** حول المظاهر العيادية التالية:

أ- ومن عصبي عشوائي: وهذا الوهن يظهر دون مسبب او مبرر منطقي. وهذا التعب لا يزول بالراحة حتى ولو طال أمدها. حتى أن هذا التعب يزداد حدة بعد الاستيقاظ. وبالطبع فان هذا التعب ينعكس على الحياة الجنسية للمريض معرضا اياه للعجز الجنسي المؤقت. مما يزيد في تعاسة المريض وفي احباطه. ومن المعروف بأن النساء هن الأكثر عرضة للإصابة بالانهيار.

ب- مشاعر الحزن: يتميز الانهيار بمشاعر الحزن والتعاسة المرافقة بالشعور باللونية وبالذنب. ومما يزيد في هذه المشاعر حالات الهمود الفكري واضطراب الذاكرة التي ترافق عادة التناورات الانهيارية.

ج- القلق: والقلق يصاحب الانهيار عادة مما يضفي طابع التشاؤم على تفكير المريض. هذا التشاؤم الذي تزداد حدته بسبب مشاعر الذنب واللونية.

والعكس صحيح بمعنى ان الاحباطات الجنسية ممكن ان تؤدي الى الحالات الانهيارية فالاضطراب الجنسي والخلاقات الزوجية تؤديان الى حالات انهيارية تختلف في حدتها باختلاف تاجر الشخص بهذه الصعوبات ومن المهم هنا ان نلفت النظر الى

حالات الانهيار المقنع* والى حالات الشدة النفسية*.

غالباً ما يتصاحب الانهيار بحالة من اللافرعية (فقدان الأقبال على الجنس وفقدان المودة) أو التخدير الجنسي.

ولا بد للمعالج من التفريق بين التناذر الانهياي وبين بعض اضطرابات السلوك. ولتوضيح فكرتنا نعطي هذه الامثلة:

أ- ذلك الرجل المتزوج والمخلص لأمراته الذي يعترف بأنه أهمل زوجته جنسياً أو انقاد وراء علاقة عابرة.

ب- تلك العازبة التي تتصرف بشكل هستيري بعد فراق حبيبها، فتعتمد الى اقامة عدد من العلاقات غير المثمرة. وذلك دون أي شعور عاطفي من قبلها.

ان هذه الحالات انما تعكس لنا السلوك القلق للحالة الانهيارية التي قد يخفيها هذا القلق. وبهذا يدخل الانهيار في نطاق الانهيار المقنع.

والمنهار اذا ما عجز عن تجسيد حالته النفسية الا ان اضطرابه الجنسي يأتي بطريقة آلية كنوع من أنواع هذا التجسيد.

اضطراب الشدة عقب P.T.S.D الصدمية Post Traumatic Stress Disorders

أدخل التصنيف الاميركي اسماً جديداً للعصاب الصدمي* هو اضطراب الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة √ ويعتبر التصنيف ان هذه الاضطرابات مميزة. لذلك فانه يفرد لها فصلاً خاصاً في باب √ مجموعة اضطرابات القلق √ وحسب التصنيف الاميركي فان تشخيص هذه الاضطرابات يستند الى المعطيات التالية:

أ- التأكد من وجود الحدث الصدمي (أي الحادثة التي حددت حياة المريض وسببت له الصدمة). وهنا يتم استبعاد ضغوطات الحياة العادية. فتستبعد الصراعات الزوجية والمهنية والصعوبات المادية والأمراض المزمنة.

ب- تكرار معايشة الحدث الصدمي من قبل المريض. ويمكن لهذا التكرار ان يكون على شكل ذكريات أو كوابيس أو رؤى هلوسية عابرة... الخ.

ج- ديمومة استمرارية السلوك التجنبي. ويعني اضطراب المريض الى بذل الجهود ليسيئ على الافكار أو العواطف أو المواقف أو النشاطات ذات العلاقة بالحدث. وذلك بحيث يضطر الى تجنبها

وتجنب كافة الاثرات المرتبطة بالحدث الذي تسبب بالصدمة وبالتالي بالاضطرابات.

د- ديمومة العلامات المرضية التي تعكس استمرارية حالة الاستنفار لدى المريض. وهذه الحالة تنعكس بالعلامات التالية: اضطرابات النوم- الحساسية النفسية- سرعة الاستثارة النفسية- اضطرابات اراكية وردود فعل فيزيولوجية عندما يتعرض المريض لمواقف تذكره بالحدث.

وبالاضافة الى المعطيات المذكورة في أ وب وج ود فان الطبعة المراجعة عام 1987 للتصنيف الاميركي تضيف ضرورة كون العلامات المرضية (المعروضة في ب، ج، ود) قد ظهرت واستقرت لدى المريض منذ شهر على الاقل. أما في الحالات التي تظهر فيها هذه العلامات بعد مرور أكثر من ستة أشهر على حصول الحادث فان التصنيف الاميركي يسمي هذه الحالات بالاضطرابات المتأخرة الظهور. هذا ويقسم التصنيف اضطرابات الصدمة الى شكلين عياديين هما: 1- الشكل الحاد و 2- الشكل المتأخر.

اضطرابات صورة الجسد Troubles du schéma Corporelle Body scheme Disorders

درس العديد من الباحثين ردود فعل الطفل امام صورته في المرأة بهدف مواكبة مراحل تطوره الادراكي- المعرفي وتطور مراحل علاقته بالآخر وبالعالم الخارجي. فكانت دراسات كل من بريير (Breyer) وشيلدر (Schelder) وليرميت (Lhermitte) ووالون (Wallen) وزازو (ZaZzo) ولاكان (Lacan)- انظر صورة الجسد* ومرحلة المرأة*.

اما من الوجهة الطبية فان صورة الجسد هي تلك الصورة التي يكونها الشخص عن جسده الخاص. هذه الصورة يمكنها ان تتعرض لاضطرابات متنوعة بتنوع الاسباب المؤدية لها.

من هذه الاضطرابات نذكر:

1- العضو الشبح: يلاحظ هذا الاضطراب لدى 12% من الذين يتعرضون لبتنر احد اطرافهم. ويتجلى هذا الاضطراب باستمرارهم بالشعور بوجود العضو المبتور وبتلقي الاحساس منه (احاسيس الالم والحركة... الخ).

2- الاصابات الدماغية: وتختلف آثار هذه الاصابات باختلاف المنطقة الدماغية. حيث تصادف اضطرابات لصورة الجسد متغيرة بحسب المنطقة

المصابة:

أ- إصابة دماغية طفيفة: حيث نصادف اوهاما حركية اضافة الى وهم الاحساس بطرف ثالث 0اي ان لديه ثلاث ايدي او رجل). وفقدان صورة نصف الجسد (المقابل للمنطقة الدماغية المصابة).

ب- إصابة دماغية هامة: وتتجلى بتناذر بيك (Pick) أي بالعجز عن تحديد الاعضاء الذاتية وصعوبة تحديد اعضاء شخص اخر موجود امامه كما تتجلى بتناذر غرشتمان (Gerstmann) حيث عمه الاصابع لا يستطيع التعرف الى اصابعه وتسميتها). وذلك مع او بدون فقدان التوجه يسار- يمين والاحسابية (Acalculie). واللاكتابية (Agraphie).

3- افكار نكران الجسد: حيث نصادف لدى بعض المرضى العقليين مثل هذه الافكار التي تتراوح بين نكران عضو او اكثر وبين الشعور بانسداد احد الاحشاء (لدى مرضى الكآبة والقلق وتناذر كوتار وغيرها).

اما لدى مرضى **العياء* والهكاع*** فان مشاعر تغير صورة الجسد تصادف غالبا وحيانا تكون غير قابلة للتراجع. كما نصادف اضطرابا خاصا لصورة الجسد في بعض حالات الشلل الهستيرى- انظر **التناذر النفاسي- الهستيرى*** حيث يتجلى الاضطراب ببتير قسم من صورة الجسد (القسم المصاب بالشلل). على ان الاضطرابات الاعمق لصورة الجسد هي تلك التي نصادفها في حالات الفصام والنوبات العظامية (البرانويائية) حيث تتفكك صورة الجسد وتجزأ وتفتتت.

4- انشطار صورة الجسد- انظر **معايشة الجسد***.

Troubles de اضطرابات الشهية l'appetit

Appetite Disorders

يلاحظ الباحث دافيدسون (Davidson). ان الانسان العادي يستهلك حوالي الـ 12 طنا من المواد الغذائية خلال خمسة وعشرين عاما. فلا يزيد وزنه اكثر من كيلو غرام واحد طيلة هذه المدة. من هنا يخلص الباحث الى افتراض ملكية الجسم لآليات فيزيولوجية تقوم بتعديل استهلاك الاطعمة تبعا لحاجات الجسم من الطاقة. وذلك بحيث تحافظ هذه الآليات على التوازن بين الطاقة الواردة وتلك المستهلكة. هذه الآليات ذات طبيعة عصبية هرمونية وتتركز، برأى دافيدسون، على صعيد ما

تحت المهاد.

الطب النفسى من جهته يرى في السمنة مرضا نفسيا يتطور ديناميا مرتبطا بالسلوك الغذائى المكتسب للشخص (هذا بعد استبعاد حالات السمنة التي تأتي بصورة ثانوية لامراض اخرى). اذ تعود **نظرية الكسندر*** بالعادات الغذائية الى المراحل الغمية والشرجية وترتبط بين السلوك الغذائى للطفل وبين استجابة الام لحاجاته. فاذا ما تمكنت الام من تقديم الاستجابات الملائمة لحاجات طفلها فانها ترسي لديه القدرة على الفصل بين النفسى وبين الجسدى. مما يحد من امكانية تأثير الحالة النفسية على السلوك الغذائى للشخص عن طريق تسببها باضطرابات الشهية. على ان العيادى النفسى يلاحظ التوافق بين اضطرابات الشهية من **قهم*** (Aboulie) ومن **نهام*** (Boulimie)، وبين اضطراب الحالة المزاجية- الوجدانية للشخص.

هذا ويجب التفريق بين اضطرابات الشهية، التي تتعلق بزيادة او نقصان استهلاك الاطعمة، وبين اضطرابات غريزة التغذية التي تتضمن اقبال الشخص على اكل ما لا يؤكل (وحل، فحم، زجاج... الخ).

Troubles الاضطرابات الغددية Glandulaires

Glandular Disorders

تتفق مجمل النظريات النفسدية على اثر الشدة النفسية والارهاق المصاحب لها على توازن الجهاز الغددى. اذ تؤدي بعض الانفعالات الى زيادة افراز الكاتيكولامين. كما تؤدي بعض الانفعالات الى زيادة افراز الكورتيزول. هذه الزيادات هي نتيجة لسلسلة معقدة من الافرازات الهرمونية التي لا تزال موضوع البحوث الطبية. حيث تركز هذه الابحاث حاليا على العلاقة بين هذه الافرازات وبين جهاز المناعة- انظر **المناعة النفسية***.

ومن الامراض الغددية الشائعة تذكر:

- 1- فرط افراز الحرقية*
- 2- قصور افراز الحرقية*
- 3- السكرى*
- 4- قصور الجنب درقية*
- 5- فرط الجنب درقية*
- 6- اضطرابات الغدة الكظرية*

7- اضطرابات الغدة النخامية.

أما عن آلية حدوث الاضطرابات الغددية بسبب الانفعالات فإنها ترتبط بآليات تأثير الانفعالات على الجهاز العصبي حيث توالى النظريات على النحو التالي:

لعل أولى النظريات النفسية- الفيزيولوجية في المجال هي تلك النظرية التي طرحها العالمان James و Lange في العام 1884. والقائلة بأن الانفعال والمعاشات الوجدانية بشكل عام يمكن ان تفسر من خلال تأثيرها على الشخص ومن خلال التغييرات الظاهرة التي تحدثها فيها. وبقيت عبلة James الشهيرة:

عندما نشاهد دياً نصاب بالخوف لاننا نهرب.

على ان هذه النظرية لا تغطي الا الدرجة الاولى من سلم التأثيرات الانفعالية ولهذا فهي تعتبر اليوم نظرية ساذجة.

ففي العام 1927 ظهرت نظرية Cannon و Bard وعرفت هذه النظرية بنظرية اللحاء- الدماغ الاوسط (Cortico- Diencephalique) وهذه النظرية لا تزال تلاقي الكثير من القبول حتى الآن.

وقد أثبت Bard بأنه لا يمكن الاستغناء عن الهيبوتالاموس في شرح الحالات الوجدانية. ذلك أن استئصاله لدى القطط يؤدي الى فقدان الانفعال لديها. وبهذا يعتبر Bard بأن الهيبوتالاموس هو المسؤول عن تسجيل ردود الفعل الوجدانية وذلك طبعاً تحت مراقبة اللحاء الدماغى. ونحن اذا اردنا ان نلخص هذه النظرية فان التلخيص يأتي على النحو التالي: يقوم اللحاء الدماغى بانتقاء وتحديد نوعية ردود الفعل أثناء المعاشات الوجدانية. الا ان اظهار وتنفيذ ردود الفعل فهي من اختصاص الهيبوتالاموس.

وفي العام 1950 استطلع العالمان Arnold, Lindsley أن يكمل هذه النظرية وأن يسد بعض ثغراتها. وذلك من خلال شرحهم لآلية التنشيط (Activation) هذه الآلية التي تستطيع ان تشرح لنا اسباب استمرار او حتى زيادة اثر المعاشات الوجدانية السابقة. فهذه النظرية تقول بأن المثير يحدث تهييجاً يصل الى المركز الخاص به في اللحاء. وعندما يبدأ المرء بوعي المثير وفي هذه اللحظة يكف اللحاء عن كبح الهيبوتالاموس بحيث يتيح له ممارسة التأثيرات المتلائمة مع المثير. وهذه الرابطة بين اللحاء والهيبوتالاموس تلعب دوراً

مزوجاً. فهي من ناحية تقوم بارسال السائل العصبي الضروري لمواجهة المثير. اما من ناحية اخرى فهي تقود التيار العصبي من المحيط نحو اللحاء متيحة بذلك امكانية دعم واستمرار وتقوية ردة الفعل.

ولا بد هنا من الاشارة الى الاضافة التي اتى بها العالم Mac Lean من خلال دراساته على الجهاز الليمبي وآرائه في التكامل السلوكي. بحيث اصبح بالامكان تحديد دائرة مغلقة للفعل ولردة الفعل.

وهذه الدائرة تستطيع ان تفسر لنا ما يجري بشكل متكامل. وهذه الدائرة العصبية المغلقة هي: لحاء دماغى- هيبوتالاموس- أعصاب محيطية- هيبوتالاموس لحاء دماغى Cortico- Hypothalamo- Perferico- Hypothalamique- Cortical. وهذه الدائرة العصبية تستطيع ان تفسر لنا الآلية المسؤولة عن الاستمرار التلقائي للمعاشات الوجدانية التي تدوم طويلاً.

وهذه النظرية تعتبر نقلة هامة في فهم الجهاز العصبي. وذلك من خلال تخطيطها دراسة الدماغ من حيث بنيته الى دراسة الادوار الوظيفية للدماغ. فهذه النظرية قاهرة على شرح تكامل البواعث والطاقة الوجدانية.

ومن المهم ان نلاحظ الرابطة العصبية- الهرمونية القائمة بين ما تحت المهاد (الهيبوتالاموس) وبين الغدة النخامية (الهيبوفيز). اذ يفرز ما تحت المهاد الهرمونات المسماة (Releasing factors) التي تؤدي بدورها لافراز الهرمونات النخامية (F.S.H. و T.S.H. و L.H. و A.C.T.H) وهذه الصورة تشرح لنا المشاركة القائمة بين الجهاز

العصبي من جهة وبين الغدد الصماء من جهة أخرى. هذه المشاركة التي تتم اثر مواجهة الجسد لصدمة ما. سواء أكانت نفسية (كالخوف مثلا) او فيزيولوجية (كالعرض للبرد مثلا). وفي كلتا الحالتين نلاحظ ان الجهاز العصبي يتفاعل بنفس الطريقة. فالمثير يؤدي الى تهيج الهيبوتالاموس مما يؤدي الى افراز الغدة النخامية للهورمونات: F.S.H و L.H, T.S.H. A.C.T.H. وهذه الهرمونات تصب في الدم وعن طريقه تصل الى الغدة الكظرية للحائية حيث تقوم بمراقبة افراز الـ A.C.T.H. وتشجع رداً الفعل الجسدية الكفيلة بمقاومة آثار الصدمة.

اضطرابات الغدة الكظرية Troubles de la Surrénale Surrenal Disorders

تقسم اضطرابات الغدة الكظرية الى:

- 1- نقص افراز الكظرية- اللحائية (Cortico Surrénale).
2- زيادة افراز الكظرية- اللحائية/ مرض كوشينغ (Cushing).
3- زيادة افراز الكظرية المركزية (Medullo- Surrénale).

1- **نقص افراز الكظرية للحائية** وتتجلى بالمظاهر التالية:
أ- مظاهر نفسية: تناذر **عياء* نوراستانيا** و**قهم*** (اباء الطعام) مع مظاهر ذهانية احيانا وتناذر خبل وغيوبة.

ب- مظاهر جسدية: يميل لون الجلد الى البني الغامق مع انخفاض الوزن وضعف العضلات وانخفاض الضغط ونسبة السكر في الدم مع غثيان وقيء

ج- فحوصات مخبرية: يلاحظ فيها نقص نسب الكورتيزونات والصوديوم مع زيادة البوتاسيوم. أما تخطيط الدماغ فانه يعطي موجات عالية وبطيئة.

2- **زيادة افراز الكظرية- اللحائية/ مرض كوشينغ** (Maladie Cushing) وتتجلى هذه الزيادة بالمظاهر التالية:
أ- مظاهر نفسية: عدم التوازن العاطفي- المزاجي مع غضب واهتياج وثورة وحيانا تنافرات ذهانية- مزاجية مع برودة جنسية وانقطاع العادة الشهرية.

ب- مظاهر جسدية: الجلد رقيق مع بضع بقع رضية

تحت الجلد. الخدود حمراء مع بقع حمراء ايضا من منطقة البطن وزيادة سماكة الانسجة الدهنية في الوجه والرقبة والذراع وتراجع نمو العضلات وتكلس العظام وارتفاع الضغط.
ج- الفحوصات المخبرية: وفيها زيادة نسبة السكر والكورتيزونات.

3- **زيادة افراز الكظرية- المركزية** وتتجلى بالمظاهر التالية:
أ- مظاهر نفسية: تصاحب هذه الزيادة بقلق اساسي عارم يصل الى قمته اثناء النوبة وتصحبه علائم هلعية ليبدأ الخبل (Conjusion) بعد النوبة.
ب- مظاهر جسدية: تتصاحب هذه الزيادة بنوبات ارتفاع الضغط المصحوبة بتسارع نبض القلب مع شعوب او احمرار.
ج- فحوصات مخبرية: تظهر هذه الفحوصات زيادة نسب الكاتيكولامين تغيرات في قعر العين (اختبار ايجابي Regitine).

اضطرابات الغدة النخامية Troubles de l'Hypophyse Hypophyson Disorders

تعتبر الغدة النخامية المايسترو الذي يقود اوركسترا الجهاز الغددي وتتظاهر اضطراباتها على كافة الاصعدة بحيث تؤثر هذه الاضطرابات في التوازن النفسي- الجسدي بصورة عامة. واهم هذه الاضطرابات:

1- **زيادة افراز النخامية الامامية:** مرض الكلثمة (Acromégalie) وتتجلى هذه الزيادة بالمظاهر التالية:
أ- مظاهر نفسية: مزاج انهباري خصوصاً كردة فعل

ونقص نسبة الهرمون.

Troubles اضطرابات القلب Cardiologiques Fonctionnelles الوظيفية Fonctional Cardiologic Disorders

تتجلى هذه الاضطرابات بظهور عوارض عديدة لا يمكن تصنيفها أمراضاً لأن القلب يكون سليماً لا عيب فيه وهذه الاعراض تجتمع لتكون ما يسمى بالتناذر.

والتناذر هو مجموعة أعراض وليس مرضاً مع ذلك فإن الكثيرين من المصابين باضطرابات القلب الوظيفية يعتبرون أنفسهم مرضى ويتصرفون على هذا الاساس.

لعله من المفيد في هذا المجال ان نذكر بقول الرئيس السابق نيكسون في كتابه (الازمات الست) حيث يقول: ان الانسان الذي مر بلزمة ما (حتى ولو لم تكن لزمة خطيرة) يعرف بأنه لا داعي لقلقه اذا ما أحس بأن عضلاته تتشنج وتنفسه يتسارع ومعدته تتلوى تحت تأثير الوخز وكذلك اذا اصبح متحسناً سهل الاثارة او اصابه الارق. اذ ان هذا الانسان يعلم بأن هذه المظاهر هي جد طبيعية في الجسد السليم وهو يستعد لخوض معركة فاذا غابت هذه الاعراض وجب على الشخص عندها ان يخشى المرض. والواقع ان تناذر قلب المحارب* (داكوتا) يقدم المثال على الاضطرابات الوظيفية للقلب. اذ يضم هذا التناذر كافة المظاهر الوظيفية على صعيد القلب.

تناذر قلب المحارب:

ولهذا التناذر تسميات عدة (تناذر دي كوستا او التعب العصبي للدورة الدموية الخ..). وهذا التناذر هو كناية عن مجموعة هذه الاعراض التي قد يغيب بعضها: صعوبة التنفس- التعب- أوجاع في منطقة القلب- صداع- تعرق اليدين- هزال او نمو جسدي ضعيف- ارتجاف الاصابع- الغشيان الدهولي- مظاهر عصبية أثناء الطفولة- سوابق عائلية عصبية او ذهانية.

والحقيقة ان اسم هذا التناذر يجعلنا ندرك بسهولة علاقته بالحروب كافة بذلك يشرح لنا أسباب ازدياد الإصابة به اثناء الحروب.

يقول العالم Paul Wood بأن الطبيب الذي يعتقد خطأ بأن ألم ما تحت الثدي اليسر هو ألم الجلطة

على تشوه الوجه والجسد عامة بسبب المرض.
ب- مظاهر جسدية: تشوه في تقاطيع الوجه وانخفاض سرعة نبض القلب وعسر التنفس. بالإضافة الى اضطرابات هضمية. وفي حال توافقت هذه الزيادة مع داء السكري فانها تؤدي الى عدم كفاية القلب (Insuffisance Cardiaque).

ج- فحوصات مخبرية: تلاحظ زيادة نسب الفوسفات والفوسفور ونقص القرة على هضم السكر وارتفاع نسبة هرمون النمو (S.T.H) في المصل وارتفاع نسبة الهيدروكسي بيروتين في البول.

2- نقص افراز النخامية الامامية: ويتجلى بالمظاهر التالية:

أ- مظاهر نفسية: تباطؤ ذهني مع انخفاض ملكات التركيز والانتباه والقررة على الحفظ مع تباطؤ حركي ونفسي اضافة الى العجز والبرودة الجنسيين.

ب- مظاهر جسدية: رقة الجلد وشحوبه لغاية فقدانه اللون. مع عدم نمو الشعر وانخفاض سرعة نبض القلب وانخفاض ضغط الدم والحرارة.

ج- الفحوصات المخبرية: نقص الهرمونات: T.S.H و F.S.H و S.T.H و A.C.T.H.

3- نقص افراز الهرمون مضاد در البول ويتجلى بالمظاهر التالية:

أ- مظاهر نفسية: مظاهرات عصبية متنوعة (وهن، اوهام مرضية، عصاب قلق... الخ) ومظاهر ذهانية تزداد بروزاً في حال توافقت هذا النقص مع ادمان الكحول.

ب- مظاهر جسدية: عطش شديد مع زيادة كبيرة في مرات التبول وكميات البول (من 5 الى 8 لترات يومياً).

ج- فحوصات مخبرية: وفيها زيادة كثافة البول

القلبية او ذلك الطبيب الذي يفسر أي فوخة او حوار على انه انهيار القلب ان مثل ذلك الطبيب لا يرتكب بهذا حماقة فقط تعكس جهله ولكنه يتحمل ايضا مسؤولية تحويل مريضه الى مصاب بالوساوس المرضية او الى عصابي مزمن يصعب شفاؤه.

على ان تشخيص تناذر قلب المحارب (وهو احد مظاهر عصاب القلق) هو تشخيص بالغ الصعوبة اذ ان كثرة وتنوع الاعراض المصاحبة لهذا التناذر تحمل الطبيب على التردد كثيرا قبل ان يضع تشخيصه خاصة وان هنالك عددا من الامراض والتناذرات ومن بينها زيادة افرازات الغدة الرقية التي يمكن ان تؤدي لظهور مثل هذه العوارض ولذلك يجب علينا ان نستبعد الاصابة بها قبل ان نضع تشخيص تناذر قلب المحارب ٧.

ويتلخص علاج هذا التناذر بالعقاقير وتتضمن احد صادات بيتا (بروبرانولول مثلاً) واحد العقاقير التي تساعد على استقرار الجهاز العصبي النباتي مثل الايرغوتامين* او البيلادون... الخ.

2- ارتفاع الضغط الانفعالي*

3- انخفاض الضغط الانفعالي*

4- تناذر القلب الزائد الحيوية*

ويمكن للعلاج النفسي ان يمارس دوراً داعماً في علاج كافة اضطرابات القلب الوظيفية- انظر العلاج النفسي*.

الاضطرابات الهضمية Troubles Digestives الوظيفية fonctionnelles

Fonctional Digestiv Disorders

ان الجوع والعطش ليسا حاجات بيولوجية او غريزية بحتة اذ ان العوامل النفسية البحتة ممكن ان تساهم في ابراز هذه الحاجات او في طمسها. ويرد المحللون النفسيون اصول هذه العلاقة بين العوامل النفسية ومشاعر الجوع والعطش الى مراحل الطفولة الاولى فيقولون بان الطفل في مرحلة الرضاع يربط بين الرضاعة وبين الملامسة الجلدية ومظاهر الحنان المرافقة لها. ومع مرور الوقت تتوثق هذه الرابطة بين الشعور بالحنان وتناول الغذاء. حتى تمتد في فترة متقدمة حيث نرى ان هذا الشخص لا يربط بين انفعال الحنان وحده ولكن بين عدد من انفعالاته النفسية الاخرى ايضا وبين تناوله لطعامه.

وتلعب الام دوراً رئيسياً في حفاظ الطفل على التوازن النفسي والبيولوجي لمشاعره بالجوع والعطش أي بتوازنه النفسي- الغذائي في مراحل الطفولة الاولى وايضا في المراحل اللاحقة حتى ان هذا التأثير ممكن ان يمتد الى مراحل ما بعد البلوغ. وذلك لان الزيادة او النقص في الحنان المرتبط يتناول الطفل لغذائه ممكن ان تؤدي الى ظهور صراعات عصابية او حتى ذهانية في نفس الطفل. ويكون منشأ هذه الصراعات عائدا الى عدم التوافق بين انفعالات الطفل وغرائزه من ناحية وبين العوامل الخارجية المتمثلة في مرحلة الطفولة بالحنان.

وهذه الصراعات النفسية يمكن ان تؤدي الى اضطرابات هضمية عديدة مثل الشره المفرط (النهام*) المؤدي للسمنة، فقدان الشهية (القهم*) المؤدي الى الهزال او تقلص البلعوم او المرئ المؤدي الى صعوبة البلع وكذلك تؤدي هذه الصراعات الى الغثيان او القيء العصبي او الامساك او الاسهال الخ...

وهذه الاضطرابات الهضمية ذات المنشأ النفسي يمكن ان تؤدي في النهاية الى حدوث اصابات عضوية وبالتالي حدوث الامراض من نوع القرحة* المعديّة وقرحة الاثني عشر وكذلك الالتهاب القرصي لجدران الامعاء (مرض كرون*)... الخ.

وهذه الصراعات النفسية تشرح لنا ايضا اسباب ظهور الاضطرابات الهضمية ومنها القرحة لدى الاطفال. ذلك ان البعض يعتقدون بأن ظهور القرحة لدى الاطفال هو دليل على عدم وجود علاقة بين الضغوط النفسية وبين الاصابة بالقرحة. انظر القرحة* في ما يلي سنقوم بسرد بعض الحالات التي عانى أصحابها من اضطرابات وظيفية نتيجة للظروف النفسية التي مروا بها.

وببدأ بحالة امرأة في الثلاثين من العمر كانت قد عانت سابقا من التهاب قرصي لجدران الامعاء الغليظة وقد اظهرت الصور الشعاعية تحسنا ملحوظا في حالتها وكذلك توقف الالتهابات. ولكن هذه السيدة كانت تصاب بالاسهال لمجرد سماعها لاصوات الانفجرات مهما كانت هذه الاصوات خفيفة وبعيدة.

والحالة الثانية هي حالة امرأة في الرابعة والعشرين من العمر تعاني نزلة معوية ومعديّة مرتبطة بكونها لا تتقبل زوجها جنسياً وكانت هذه المرأة تصاب

د- رأي بيار مارتي Pierre Marty القائل بالربط بين الاعصبة اللانمطية وبين عمليات التثبيت- النكوص المرتبطة بدورها بالوظائف العقلية وترباطها وبالتالي بدرجة القفرة على التعقيل. هذا ويقسم مارتي، مؤسس معهد البسيكوسوماتيك في باريس، الاعصبة اللانمطية الى: أ- الاعصبة الطبائعية- جيدة وغير مؤكدة وسيئة التعقيل (انظر العصاب الطبائعي*). ب- الاعصبة السلوكية (انظر العصاب السلوكي*).

Reorganisation Psychosomatique إعادة التنظيم (النفسي)

Reorganisation (Psychosomatic)

تعتبر مدرسة باريس للسيكوسوماتيك، ذات المنطلقات التحليلية، ان التوازن النفسي* هو حصيلته التوازن بين غريزتي الموت والحياة. هذا التوازن الذي يستقر استناداً الى نمط تنظيم الجهاز النفسي والجسدي - انظر التنظيم النفسي* - المرتبط مباشرة بتنظيم جهاز ما قبل الوعي. واذا كان من الطبيعي ان يتعرض جهاز ما قبل الوعي للاختلال، في حال تعرض الشخص للرضوض النفسية- انظر العصاب الصمدي*، فان الجهاز النفسي، وبالأستناد الى آليات الاقتصاد النفسي. يعمل على مقاومة هذا الاختلال على صعيد ما قبل الوعي ليعيد له استقراره وبالتالي ليعيد التنظيم النفسي. هذا ويمكن لاعادة التنظيم هذه ان تتم وفق سيرورات مختلفة باختلاف حدة الاختلال- انظر النكوص النفسي*.

Névroses Actuelles الراهنة

Actual Neurosis

في العام 1884 فصل فرويد طائفة من الاعصبة مقترحا لها تسمية الراهنة^٧ وكانت هذه الطائفة تضم الاضطرابات الجنسية- الفيزيولوجية ومن ثم النوراستانيا* (العياء*) وعصاب القلق*. وفي العام 1914 الحق فرويد هجاس المرض (المراق*) بطائفة الاعصبة الراهنة اذ يقول: ^٧ اجد نفسي مدفوعاً لتصنيف هجاس المرض الى جانب النوراستانيا وعصاب القلق كثالث الاعصبة الراهنة^٧. وتجدر الاشارة هنا الى ان فرويد لم يركز على

بالتقيؤ القهري لمجرد قيام زوجها بلامستها. وهناك محاولات حديثة عديدة لتفسير العلاقة القائمة بين الاضطرابات الهضمية وبين الحالة النفسية للمريض وذلك على صعيد جهاز المناعة. حيث تؤثر الشدائد النفسية على هذا الصعيد بما يفتح الابواب امام التجسيد*.

هذا ويشرح العالم الكسندر Alexander هذه العلاقة رابطاً بينها وبين مراحل تطور الشخصية خلال المرحلة الغمية والشرجية فيربط هذا العالم بين صعوبة الهضم وبين الرغبة في الاخذ والتلقي وكذلك يربط بين الاسهال وبين الرغبة في البذل والعتاء كما عزا هذا العالم الامساك الى الرغبة في الاحتفاظ والتملك.

ويقول الكسندر ان هذه الرغبات تكون مكبوتة في نطاق اللاوعي وهي لا تظهر في نطاق الوعي الا انها لا تفتأ عن العمل في أعماق الشخص مؤثرة في جهازه العصبي- النباتي. وبما ان هذا الجهاز هو المتحكم في الجهاز الهضمي. فان هذه الرغبات اللواعية ممكن ان تجد التعبير عنها في أشكال اضطرابات هضمية وظيفية.

Névroses Atypiques الاعصبة اللانمطية

Atypic Neurosis

هي طائفة من الاعصبة التي لا تتبدى بأعراض عصابية محددة. اذ ان العصاب يطال مجمل هيكلية الشخصية. هكذا فان الصواع الداخلي للشخصية لا ينعكس بأعراض مرضية نفسية قابلة للعزل وانما ينعكس بالتنظيم المرضي لمجمل الشخصية. وهذه الاعصبة تستعصي عادة على التحليل النفسي.

هذا وتختلف آراء المحللين في تحديد منشأ هذه الاعصبة ويهمنا في هذا المجال عرض الآراء التالية: أ- ان منشأ هذه الاعصبة ذو صلة وثيقة بمراحل التطور الليبيدي على وجه الخصوص.

ب- رأي رايش W. Reich القائل بتكون الدرع الطبائعي وهو تعبير يرمز الى الاساليب والاتجاهات الدفاعية التي تتكرر مهما كان نوع المحتوى المنطوق.

ج- رأي سامي علي Sami Ali القائل بأن التنظيم المرضي للشخصية انما يعود الى نقص في القدرات الاسقاطية للشخص.

Economie

الاقتصاد النفسي

Psychique

Psychological Economy

ينطلق هذا المصطلح من فرضية ان العمليات النفسية تتمثل في سريان وتوزيع طاقة قابلة للتحديد الكمي. ويفترض ان هذه الطاقة هي الطاقة النزوية. وبما ان هذه الطاقة قابلة للزيادة والنقصان والمعادلة فانه من الممكن الكلام عن تشبيه تغيراتها بالتغيرات الاقتصادية. وبالرغم من غموض هذا المصطلح، وعدم ملاءمته وتوافقته مع بعض المعطيات الفيزيولوجية الحديثة، فإنه لا يزال مستخدماً لتسهيل فهم التبدلات النزوية وتجسيدها. بل ان النفسيين بدورهم يتكلمون عن الاقتصاد النفسي الجسدي- انظر **الاقتصاد النفسي***.

Economie

الاقتصاد النفسي

Psychosomatique

Psychosomatical Economy

لدى محاولتنا الاستيعاب الشامل للاقتصاد العام للجسد لا يمكننا ان نعلم الموقف التقليدي القاضي بالفصل بين الاقتصاد النفسي (مع ما يجري في الجهاز النفسي من تغيرات) وبين الاقتصاد الجسدي (مع ما يمكن ان يتعرض له الجسد من زُلمات صحية وحوادث).

فالاستيعاب الشامل لوظيفية الفرد الكلية (ذهنية وجسدية) يقتضي اعتمادنا لمبدأ الاقتصاد النفسي- الجسدي. الذي يرفض العزل بين الجسد والنفس. والذي ينظر للاضطراب، نفسياً كان أم جسدياً، من خلال تقييم التوازن النفسي والجسدي للشخص المتعرض لهذا الاضطراب. وعلى هذه الاسس تتمحور دراسات وأبحاث بيار مارتي ومعاونيه الذين يؤلفون اليوم ما يسمى بالمدرسة الباريسية للبيسيكوسوماتيك.

ويعرف هؤلاء الاقتصاد النفسي- الجسدي على النحو التالي: ان هذا الاقتصاد لدى شخص ما، في مرحلة معينة من حياته، هو مجموعة الظواهر والعوامل المتباينة والشديدة التعقيد (بدءاً بالعوامل الوراثية، التغيرات البيولوجية ووصولاً الى خصائص علاقته بمحيطه). وعليه فإن تحديد هذا الاقتصاد يأخذ بعين الاعتبار الحالات العقلية المتباينة التي يمر بها الشخص، تاريخه المرضي والوراثي، العلائق

موضوع هجاس المرض فهو لم يفرق ابداً بين الهجاس ذي الطابع الهذيانى وبين ذلك ذي الطابع العصائى. فهو وان ادرج الهجاس في قائمة الاعصبة الراهنة الا انه ترك ما يوحي باعتقاده بوجود قرابة بين الهجاس وبين الذهان، فهو مثلاً يعتبر الهجاس بمنزلة النواة المولدة لمرض الفصام الهذيانى (بلافرانيا) كما يلاحظه ملازماً للعظام (بلافرانيا). ونود هنا التركيز على كتاب فرويد من اجل تقديم النرجسية حيث يعرف الاعصبة الراهنة على النحو الاتي: √ يجب البحث عن مسببات الاعصبة الراهنة في صراعات المريض الراهنة دون العودة الى طفولته √. ولهذا التعريف اهميته القصوى التي نلخصها في نقطتين:

1- بهذا يقدم فرويد تشخيصاً تفريقياً بين **الهستيريا*** وبين هجاس المرض ففي حين تعود الاولى الى صراعات منذ عهد الطفولة فان الثانية يعود الى الصراعات الراهنة. وفي هذا التفريق توضيح للالتباس الناجم عن اختلاط المظاهر الهستيرية مع المظاهر الهجاسية.

2- من خلال عرض فرويد للاعصبة الراهنة يوحي لنا فرويد بانه يقصر مظاهر هذه الاعصبة على الاعراض الجسدية. الامر الذي يتطابق مع المفاهيم الحديثة للاصابات النفسدية. حيث تؤكد هذه المفاهيم على عدم وجود مظاهر نفسية واضحة ومميزة للاعصبة النفسدية*.

Economie

الاقتصاد العلائقي

Relationelle

Relational Economy

ان هذا المصطلح كثيراً ما يكون مثلاً للالتباس ولاختلاف التصنيف بين معالج وآخر. فتغيرات الاقتصاد العلائقي انما ترمز الى انقطاع التوظيفات العلائقية (في العائلة، في العمل، في الصداقات... الخ).

وهي بذلك تدخل في نطاق الحداد الحديث غير المتظاهر. ومع ان بيار مارتي يخصص لكل واحدة باباً متفصلاً فان الفاحص غير المتمرن وغير المعتاد على **نظرية مارتي*** في التصنيف يمكن ان يخلط بين الحداد الحديث غير المتظاهر وبين اضطرابات الاقتصاد العلائقي.

الأكزيما المستشرية Eczema Atopique

Eczema (Atopic)

وتظهر عادة لدى الرضيع على صعيد الوجه أولاً ومن ثم في ثنيات مفاصل الأطراف لتمتد الى فروة الرأس ومن ثم الى كافة أنحاء الجسم. وتختفي هذه الأكزيما بعد العلاج ولكنها لا تلبث ان تعود للظهور بشكل نوبات خلال السنوات الست الاولى من العمر. وبعدها قد تختفي سنوات عديدة لتعود للظهور. وغالبا ما يكون هذا النوع من الأكزيما مصاحباً لمرض الربو* لذلك فان علاجه يستوجب الحذر الشديد حتى لا يكون سبباً في تفجير نوبات الربو. انظر الحساسية*.

:Alprazolam

Alprazolam

وهو من البنزوديازيبينات الجديدة نسبياً ويمتاز عنها من حيث ملكيته لفعالية محدودة مضادة للانهيار الى جانب مفعوله كمضاد للقلق. ولقد دلت دراسات عبر قارية (أجرتها منظمة الصحة العالمية) على فعالية هذا العقار في علاج حالات الهلع (Panique) والرهاب (Phobie) وتتراوح جرعاته الفاعلة ما بين 1.5 مغ و 8 يومياً، وهو يملك بقية خصائص عائلة البنزوديازيبين ومحاذيرها.

يسوق هذا العقار باسم Xanax بشكل حبوب من عيار 0.25 و 0.50 مغ.

ومثله مثل بقية مضادات القلق يساهم هذا الدواء في الحد من مظاهر القلق الناجمة عن الاضطرابات الوظيفية. مع ملاحظة عدم احتمالها من قبل المرضى المعانين من تناذر القلب زائد الحيوية* (Hyperkinétique) او الذين ترتبط هواجسهم بتسارع نبض القلب والخفقان.

التهاب الأنف التحسسي Rhinite Allergique

Rhinitis (Alergic)

ونعني به تركيز الحساسية في نطاق الانف بحيث تؤدي الى التهاب غشائه المخاطي. وهذا ما يتظاهر عيادياً بنوبات عطاس متكررة مع انتفاخ واحمرار الغشاء المخاطي للأنف. وأيضاً انتفاخ العينين واحمرارهما مع سيلان الدمع بشكل غير عادي. وتقسم هذه الحساسية الى نوعين أحدهما فصلي

المميزة لسلوكه والخصائص المهيمنة على هذا السلوك. وهكذا فإنه من الطبيعي ان يختلف هذا الاقتصاد لدى نفس الشخص من وقت لآخر (تبعاً للعوامل المحيطة به، مرحلة العمر، حالته العقلية...الخ) وعليه فإنه من الخطأ التشبث بنتيجة تقييمنا للاقتصاد النفسي- الجسدي لشخص ما لان هذا الاقتصاد يتغير. كما أنه من الخطأ ان نعمم هذه الخصائص على مجموعة من الأشخاص. فعلياً ألا ننسى ان لكل شخص فرديته وتميزه ليس فقط من الناحية الجسدية (بما فيها المظهر الخارجي، بصمات الاصابع... الخ) ولكن ايضاً من الناحية النفسية- العقلية وهذا ما نقصده بالكلام عن البنية النفسية الذاتية الخاصة بكل شخص على حدة.

وهذا يقودنا للتذكير بعبارة ساشاناخت (S.Nacht): ليس هنالك أمراض بل هنالك مرضى. وبمعنى آخر فان المرضى المصابين بمرض واحد يبقون مختلفين شديد الاختلاف فيما بينهم. وهذا الاختلاف يتعلق بالمرضى نفسه. فاسباب المرض ومناسبة ظهوره وطريقة تظاهره واسلوب علاجه واحتمالات شفائه او تطوره وغيرها من العوامل هي أمور شديدة الاختلاف من مريض لآخر. لذلك كان من الضروري ان ننظر للمرضى من خلال ذاتيتهم وتفردهم وليس من خلال مرضهم.

ونحن اذا ما نظرنا للصحة الجسدية من منطلق التركيز على المرض وتناسي المريض، او تجاهل فرديته، فاننا نصل الى نتيجة مفادها ان عدم وجود المظاهر المرضية هو دليل ساطع على الصحة الجسدية. وبذلك نضطر لتجاهل الامراض التي تتطور وسط أجواء من الهدوء العضوي البعيد عن أي مظهر مرضي- جسدي. ومن هنا تتأكد لنا ضرورة ربط الصحة الجسدية بالاقتصاد النفسي- الجسدي وليس فقط بالاقتصاد الجسدي. وهنا تطرح اشكالية غاية في التعقيد وهي: أي الامراض الجسدية تتأثر بالحالة النفسية وايها لا تتأثر بها؟- انظر الطب النفسي*.

Depression

Depression

اكتئاب

انظر انهيار*.

وفيه تظهر الحساسية بسبب غبار الطلع (لقاح الزهر) ويظهر في فصل الربيع مع بداية تفتح الزهور (نهاية نيسان في لبنان). اما الشكل العيادي للآخر فهو غير فصلي ويظهر لأسباب متنوعة مثل الغبار، التعرض لمجرى الهواء... الخ- انظر الحساسية*.

التهاب بيضاء الدماغ

Leucoencéphalite

ما تحت الحاد

Sous aigue

Van Bogaret Diseas

وهو التهاب خطر ينتهي غالباً بالموت ويمر في ثلاث مراحل:

1- تغيرات سلوكية (اللامبالاة، فقدان الودية) مترافقة مع نوبات حركية بسيطة ولا حركية.

2- تدهور عقلي تدريجي يتبدى بمظهر عتهى مع خرس وصعوبات في البلع وحركات رمعية (تشنجات عضلية مؤلمة ولا ارادية) وحركات زفنية (Choreeiforme).

3- المرحلة الأخيرة وتتميز بالذهول والجمود الشللي (تظهر موجات - Rader Marcker - تشبه البنيات في شارع- في تخطيط الدماغ*).

التهاب الجلد الاحتكاكي

Dermite Allergique

de contact

Dermatitis Allergic

وهو نوع من أنواع الاكزيما الناجمة عن احتكاك الجلد بمواد محسسة وتختلف هذه المواد اختلافاً كبيراً من مريض لآخر بدءاً بالحساسية من النايلون (الألبسة) وانتهاء بالإسمنت، الصابون ومزيل الرائحة... الخ، ويسمى هذا الالتهاب ايضاً بالاكزيما الاحتكاكية- انظر الحساسية*.

التهاب الجلد العصبي

Neuro dermite

Neurodermitis

ويظهر هذا المرض الجلدي لدى الاشخاص الذين يحكون أكثر من غيرهم اذا ما تعرضوا لنفس أسباب الحكاك. ومن المتفق عليه أن الظواهر النفسية الانفعالية تلعب دوراً كبيراً في ظهور هذا المرض. وفي جميع حالات هذا المرض يكون الحكاك الظاهرة المرضية الاولى وتعقبه ظهور القروح الجلدية (Lésion) ويتطور هذا المرض على شكل نوبات يكون سببها العوامل الانفعالية.

ويصيب هذا المرض عادة النساء أكثر من الرجال وخاصة في سن 30-50 سنة. ومن الممكن ان يتركز هذا المرض في منطقة واحدة او في عدة مناطق مثل أعلى الفخذين او النقرة أو قرب المناطق التناسلية أو على الوجه الامامي للفراخ وممكن ان يعم الجسد كله. وفي أية حال فإن القروح التي يسببها هذا المرض تكون جافة، بنية اللون، مسطحة ولماعة.

وعلاج هذا المرض يقضي بابعاد عوامل القلق النفسي (علاج نفسي) وتناول مضادات الهيستامين واستعمال مراهم الكورتيزون موضعياً اما مضادات الحيوية فتستعمل في حالة وجود تقرحات جلدية تنذر بالالتهاب. وفي الحالات المتطورة يستعمل العلاج الشعاعي (Roëntgen) ذو التأثير الجانبي السيء بحيث يفضل تجنبه.

التهابات الدماغ الثانوية

Encéphalites Secondaires

Scndary Encephalitis

- التهاب الدماغ عقب اللقاحي.
ويظهر غالباً عقب تناول لقاح الجحري وهو اقل ظهوراً عقب لقاحات الكلب والسعال الديكي. ويظهر بعد 9-13 يوماً من اللقاح. ويبدأ فجأة بعلائم التهابية خطيرة (حرارة، استفراغ، صداع) اضافة الى علائم اصابة السحايا. وعلى الصعيد النفسي يظهر النعاس والخيل وعلائم خارج هرمية وشلل.
- التهاب الدماغ الثانوي للقاح جحري الماء (نفس العلائم السابقة).
- التهاب الدماغ الثانوي للقاح الحمى الالمانية (نفس العلائم السابقة).
- التهاب الدماغ الثانوي للقاح الحصبة (نفس العلائم السابقة).

التهاب الدماغ الوبائي

Encéphalite Epidémique

Epidemic Encephalitis

هذا الالتهاب الدماغى هو من نوع نادر وله شكلان عياديان
1- عيني- 2- وسني (وسن- نوم مفطر، يوم بضعة اسابيع).
2- رمع عضلي مؤلم (Algomyoclonie) مع لوجاع حادة، في الفراعين وفي مؤخرة الراس، مترافقة مع

التهاب النخاريب Allergique التحسسي الخارجي: Alvéolite Extrinsèque Extrinsèque Allergic Alveolitis

ويظهر هذا التحسس منذ عهد الطفولة وغالبا ما تكون مادة الحساسية متمثلة بريش الطيور. ويتظاهر هذا الالتهاب من الناحية العيادية بالعلامات التالية: ارتفاع الحرارة، الشعور، الوهن والأوجاع العضلية وتوهم النوبة حوالي الـ 120 ساعة. وتختلف حدة المرض باختلاف نوع المادة المحسسة، كميتها والوقت الذي تعرض فيه المريض لاستنشاق هذه المادة. والنوبة لا تظهر عادة الا بعد 4 الى 6 ساعات من التعرض للمادة المحسسة. الا ان تكرار التعرض لهذه المواد وبكميات كبيرة من شأنه ان يتسبب بأحداث مرض رئوي مزمن. - انظر الحساسية*.

التهاب النخاريب Fibrosante التلفي Criptogénique Fibrosant Criptogenic Alveolitis

ويتظاهر هذا الالتهاب بعدد من الامراض مثل Hamman- Rich Pneumonic inters. Limphoide... الخ ذات العلامات العيادية المتقاربة وهي: صعوبة التنفس، الازرقاق الناجم عن نقص الاوكسجين في الدم، سعال مزمن (أحيانا مع دم) وممكن ان تظهر عدم كفاية القلب مع الوقت. وكذلك الاصابع الهيبوقراطية. اما عن التشخيص التفريقي فتحده صور الرئتين بالأشعة. انظر الحساسية*.

الآليات الدفاعية Mécanismes de deffenses

Deffence Mecanisms

ينظر المحللون المعاصرون لعملية الكبت، استناداً للأعمال الأخيرة لفرويد، على انها وظيفة دفاعية لنا. بمعنى آخر فان للكبت وظيفة حماية الانا من مواجهة قاسية مع اللوعى. لكن الكبت ليس الوسيلة الدفاعية الوحيدة للانا. فالانا تملك وسائل وآليات دفاعية عديدة اضافة للكبت. من جهتها تصنف أنا فرويد هذه الآليات (في كتابها الانا، والآليات الدفاعية) كما يلي:
1- النكوص Regression: ويعني العودة بالذاكرة،

تشنجات مميزة.

الاضطرابات النفسية: هي اضطرابات ذهانية الطابع (جمود عضلي، هذيان، حالات حلمية، هلوسات بصرية، فقدان الذاكرة).

الاضطرابات العصبية: شلل، خزل (Paresse)، انسداد الجفن، خزل القرحة على تكييف الرؤية، رؤأة (Nystagmus)... الخ غياب الارتكاس البصري- الحركي. بعد بضعة اسابيع تتراجع هذه المظاهر مخلفة تناذر باركنسون* او تناذر الوهن الدماغي.

التهاب السحايا البكتيري Meningite Purulente Purulant Meningitis

وهو من التعقيدات المحتملة لبعض الالتهابات البكتيرية (المكورات الرئوية والسحائية والعنقوديات وعصويات السل وبيربت والمتقبلة والاشريكية القولونية). والتعقيدات النفسية لهذا المرض تكون خطرة (خاصة في التهابات المكورات السحائية والرئوية والتهاب السل*). ويبدأ المرض بعلامات الالتهاب التسممي المتصاحب مع علائم اصابة السحايا وتتبدى علائمه في السائل الشوكي وفي تخطيط الدماغ*. ولا تلبث هذه العلائم ان تتراجع بعد العلاج. ولكن هذا المرض يخلف عقابيل عصبية ونفسية على درجة من الخطورة.

التهاب السحايا الفيروسي Meningite Virotique Virotic Meningitis

وينجم عن بعض الاصابات الفيروسية. وعلائمه النفسية اقل حدة وخطورة من سابقه وغالبا ما تتظاهر بحالات النعاس ودغش الوعي (Obnubulation) او تناذر عياء* مقرون بعلامات عصبية لاصابة السحايا، وهو لا يترك عقابيل نفسية أو عصبية هامة.

التهاب السحايا Meningite (chez l'enfant) (لدى الأطفال) Meningitis

يؤدي الى نمو الدماغ بشكل غير طبيعي والى تخلف عقلي من درجة الحمق (حاصل ذكاء 35-50) ويطال التشوه الى جانب الدماغ الشكل العام للرأس والشفاه والاذنين. ويمكن ان يعاني من نوبات صرعية.

بدرجات متفاوتة، الى معايشات ومسالك سابقة من خبرة الشخص.

2- العزل Isolation: ويعني عزل بعض التطورات العقلية عن محتواها العاطفي- الانفعالي.

3- الالغاء الرجعي Annulation Rétroactive: وهي حيلة دفاعية تهدف الى الحد من أثر تجربة سابقة للشخص. وذلك عن طريق الاستعانة بالشعائر السحرية.

4- العودة الى الذات Retour au Soi: وتعني ابدال موضوع خارجي (لاحدى النزوات) بالذات نفسها.

5- التحويل الى العكس: ويعني عكس دلالة الدوافع الى الفعل.

6- الاستدخال والاجتياف: ويعنيان قيام الشخص باستدخال موضوع خارجي (ذي دلالة وأهمية بالنسبة للشخص) في الذات.

7- **الاسقاط** *Projection: ويعني تحويل بعض المحتويات النفسية الداخلية الى الخارج. واخفاءها على موضوع او موضوعات خارجية.

8- تكوين عكسي Formation Reactionnelle: وهو موقف نفسي خارجي يذهب في الاتجاه المعاكس لاحدى الرغبات المكبوتة. ويشكل رد فعل ضدها (مثل الحياء الذي يقولم رغبات استعراضية).

9- التسامي Sublimation: ويعني تحويل بعض الطاقات الاولى المكبوتة الى شكل ممكن التقييم في الواقع.

فاذا ما نظرنا الى هذه المواقف والمعطيات التقليدية على ضوء النفسية التحليلية- وتحديداً **نظرية مارتني***- فاننا نسجل مجموعة من الملاحظات التي دفعت بـ فان (Fain) الى القول: √ قد يستغرب بعضكم انتماءنا الى المدرسة التحليلية بعد الملاحظات التي نسوقها... √ فلو بدأنا بنظرية الكبت فاننا نلاحظ ان **الاحلام الفظة*** ومواقف الحالين بها واسلوب روايتهم لها تدل على فشل آلية الكبت كما تدل على نجاح انعدام التعقيل او سؤه في حماية الانا من المواجهات القاسية مع اللاوعي. الا اذا اعتبرنا آلية التعقيل كنوع من انواع الكبت.

وفي حال متابعتنا للآليات الدفاعية التي تطرحها أنا فرويد فاننا سنلاحظ ان **المدرسة النفسية التحليلية*** قد احتفظت لهذه الآلية باسمائها لكنها عمقت مفاهيمها على غرار ما نراه من عمل سامي علي على تعميق مفهوم **الاسقاط*** واعطائه

بعداً ثالثاً وقس عليه.

من هنا القول بأن هذه الآليات الدفاعية تنفجر في حالات ظهور القلق ويزداد تدخلها بالتوافق مع ازدياد حدة تظاهر القلق. لكن لهذه التدخلات حدودها، فاذا ما تخطى تدخلها هذه الحدود فاننا نجد انعكس بتأثيرات عشوائية على صعيد الانا. في هذه الحالة يمكن لهذه الحيل الدفاعية ان تسيطر على وعي الشخص فتؤثر على علاقته بواقعه وعلى قدرته على معايشة هذا الواقع والتكيف معه. وفي هذه المرحلة تبدأ عوارض العصاب العقلي بالظهور. لكن زيادة تدخل الحيل الدفاعية يمكنه ايضا ان يسلك سبيلاً مختلفاً اذ يؤدي الى احداث اختلال التنظيم النفسي فيتسبب بعدم كفاية التنظيم وبتبدي **الاعصبة النفسية*** التي لا تتظاهر على شكل عوارض نفسية- مرضية بل هي تتبدى بعوارض نفسية تختلف حدتها باختلاف حدة خلل التنظيم. من هنا اصرار المحللين النفسيين على المتابعة الدقيقة للمسرات النكوصية وعلى حسن التحكم بها.

وهكذا فان هذه الآليات الدفاعية هي أشبه باللقاح الذي اذا ما اعطي بكميات محدودة يؤدي الى تكوين مناعة لدى الجسم. اما اذا اعطي بكميات كبيرة فانه يؤدي لإصابة الجسم بالمرض.

على ان عمل الآليات الدفاعية لا ينحصر في نطاق مواجهة القلق. بل ان هذه الآليات تدافع عن الأنا بطرق عديدة اخرى. فهي قد تتدخل للمساعدة في تحقيق الرغبات المكبوتة مدعمة بذلك دور الأنا، وقوتها كوسيط بين الهو والأنا الاعلى. ولكن الدور الاهم والاطهر الذي تلعبه الآليات الدفاعية، في نطاق الأنا، يبقى ذلك الدور المتمثل في تأمين قوة الدفع للأنا. فالأنا لا تملك طاقاتها أو دوافعها الخاصة (فهي لا تسعى لتحقيق النزوات ولا لفرض المثل) ومن هنا حاجتها لان تستعير هذه الطاقة من الهو على ان تعطيه في المقابل الفرصة لتحقيق حد أدنى من مبدأ اللذة. ولتأمين هذا التعاون بين الانا والهو وتأمين استمراريته فان الآليات الدفاعية تتدخل لتحويل هذه النزوات (المتحققة بهذه الطريقة المعادلة لتنازلات الأنا أمام الهو) عن مسرلها الطبيعي. وذلك بحيث تنعكس على السلوك بتصرفات عصابية (غير سوية). وبمعنى اخر فان التحليل النفسي ينظر للمظاهر العصابية (نفسية كانت أم جسدية) على انها من نتائج التدخل

المبالغ للآليات الدفاعية. هذا التدخل المحفوف بالمخاطرة والهادف الى التخفيف قدر الامكان من حدة سوء الضروري الذي يجب ان تتعرض له الأنا. حتى ان المحلل الشهير فينيل يقول: بأن العارض العصابي المألوف يعكس، وفي ذات الوقت، مجموعاً على الأنا ودفاعاً عنها. وهنا تجدر الاشارة الى كلام فرويد عن المكاسب الأولية والثانوية. اذ يعرف التحليل الكسب على أنه كل إشباع مباشر أو غير مباشر يحصل عليه الشخص من خلال المرض. فأما الكسب الأولي فهو ذاك الذي يحصل فيه المريض على كسبه من خلال العارض والهروب في المرض. مع ما في ذلك من تعديل الاتصال والعلاقات بالمحيط لصالح المريض. وأما الكسب الثانوي فهو يعني مبدأ الكسب عينه ولكن مع اختلاف الاشباع. الذي يحدث من خلال مرض قائم سابقاً، فلا يكون له دور في معنى ونشوء العوارض، والذي يطال الصعيد النرجسي (اشباع نرجسي وليس لبيدي كما في الكسب الأولي).

وفي عودة الى نظرة التحليل النفسي للعوارض المرضية، على أنها وسائل دفاعية، فاننا نلاحظ التقارب بين هذه النظرة وبين نظرية شيليه* (Selye) التي تعتبر المرض بمنزلة محاولة تكيفية وردة فعل امام الاستنفاد الناجم عن التعرض للشدة وديمومته. ويزداد هذا التقارب لدى اعتمادنا المنطلقات النفسدية حيث الخلل التدريجي للتنظيم النفسي*.

الأمراض الجلدية

Maladies

Dermatologiques

Dermatologic Disees

ان افراز العرق يلعب دوراً هاماً في الحفاظ على توازن الجسم الكيميائي والحراري فاذا ما ارتفعت حرارة الجسد قامت الغدد بافراز العرق لتعيد للجسم حرارته الطبيعية والتعرق يساعد الجسم على التخلص من كثير من فضلاته.

والعرق الناتج عن افراز طبيعي للجسم لا يكون عادة ذا رائحة كريهة ولكن العرق ذا الرائحة الكريهة هو ذلك العرق الناتج عن الضغط النفسي. والضغط النفسي يؤثر على الجلد بطريقة مباشرة فهو يؤدي الى اضطراب في افرازات الغدد الصماء مما يؤدي بالتالي الى اضطراب في افرازات الغدد العرقية وبالتالي الى زيادة كميات العرق المفرزة ولما كانت هذه الافرازات ذات رائحة كريهة كما

أشرنا فإن تفاعلها مع الميكروبات الموجودة على سطح الجلد يكون مضراً ومهيئاً للجلد لكي يتقبل العدوى ومضعفاً من مناعته.

كما ان الضغط النفسي يؤدي الجلد بطريقة غير مباشرة اذ انه من النادر ان نجد انساناً يعاني الضغوط النفسية وخاصة ضغوط الحروب من نفسية واقتصادية وحياتية ويبقى له المتسع من الوقت ليحافظ على نظافته في هذه الحالات نرى الانسان المتعرض للضغوط مهملاً لهندامه ولمظهره الخارجي وكذلك لنظافة جسده.

ولعل أفضل دليل على ذلك هو موجات الحرب التي اجتاحت لبنان في اثناء الحرب العالمية الثانية وعادت واجتاحته أثناء الحرب الاهلية ومشكلة الحرب الى جانب الكثير من الامراض الجلدية الناجمة عن عدم نظافة الجسد هي من الامراض التي يزداد انتشارها في أجواء الحروب.

والحكاك ظاهرة تعقب عادة الضغط النفسي الانفعالي وهي تماماً مثل الصداع تأتي عندما يتخلص المريض من رهاقه ويطلب الراحة. والتفسير الطبي لذلك هو ان الراهق يؤدي الى افراز الادرينالين الذي يتسبب في تضيق الشرايين فاذا ما زال الضغط النفسي وتوقفت افرازات الادرينالين عادت الشرايين الى طبيعتها. والراحة عن طريق الجهاز العصبي البارسمبتاوي تؤدي الى توسع هذه الشرايين مما يؤدي الى تدفق كميات كبيرة من الدم الى الجلد فترفع حرارته ويشعر المرء بالرغبة في الحكاك. والحكاك في ظروف الضغط النفسي يزول عادة بعد عدة ساعات. اما اذا تعرض المرء لتكرار هذه الضغوط او اذا كان الشخص ميالاً للحكاك (يوجد اشخاص عندهم ميل طبيعي للحكاك بمعنى انهم يحكون اكثر من غيرهم) في مثل هذه الحالات فان الحكاك يترك أثراً على الجلد بشكل مجموعة رضوض بسيطة من الممكن ان تساهم في ضعف مناعة الجلد امام امراض معينة ومن الممكن ان تتحول هذه الرضوض نفسها الى امراض جلدية مثل الـ(Lichen- Plaque Verminose- Leucoplasiforme).

وحالات الحكاك هذه يمكن ان تتطور لتؤدي الى استمرارها ليلاً وانخفاض وزن المريض والتسبب في الارق.

على ان حالات الحكاك هذه ليست وقفاً على الحالات النفسية اذ انه من الممكن ان تكون اولي مظاهر امراض مثل السكري* وهودكين الخ...

الا ان هنالك حالات حكاك يكاد يكون السبب فيها
وقفا على الحالة النفسية للمريض ومنها:

1- الحكاك العصبي*Prurigo Neurotique.

2- التهاب الجلد العصبي*Neurodermite.

3- الصدفية*Psoriasis.

Maladies Neuro Psychiques

Neuro Psychological Disees

ونعني بها الامراض العصبية المؤدية لحدوث
اضطرابات نفسية تختلف من حيث حدتها ونوعيتها
باختلاف الاصابة العصبية. هذه الاضطرابات النفسية
ممكنة التصنيف على النحو التالي:

أ- الاضطرابات العقلية الناجمة عن تشوهات
الدماغ:

1- التهاب السحايا* (لدى الاطفال)*

2- فقد الدماغ*

3- تضخم الدماغ*

4- استسقاء الدماغ*

ب- الاضطرابات العقلية الناجمة عن رضوض
الجمجمة الدماغ

1- رضه دماغية*

2- ارتجاج الدماغ*

3- الخثرة داخل الجمجمة*

4- حالة الخبل قبل الرضية*

Coronarapathies Obstructives

Obstructiv Cardiopathy

ان الاهتمام بالعلاقة بين الحالة النفسية والاصابة
بهذه الامراض يعود الى العام 1868 حين أكد العالم
Van Dusch بأن الاصابة بأمراض انسداد الشرايين
التاجية تكون أكثر حدوثاً عند الناس الذين
يتكلمون بصوت مرتفع وعند الناس المرهقين
بسبب ظروفهم المعيشية.

وفي العام 1910 يؤكد أوسلر (Osler) تأثير الإرهاق
والنموذج السلوكي المتمثل بالحيوية الفائقة في
الاصابة بهذه الامراض.

كما يؤكد Dnbar بأن غالبية المصابين بهذه الامراض
هم من الناس الفائقين الحيوية والذين يركزون كل
حواسهم نحو هدف معين.

ويعتبر العالم (Kemple) كامبل ان أغلب هؤلاء
المرضى كثيرو الطموح ويقومون باستهلاك أنفسهم

دون حساب من اجل بلوغ اهدافهم التي تتركز
عادة حول تدعيم قوتهم وسحرمهم.

وفي العام 1950 قام العالم ستوارت بتقديم
الدلائل على العلاقة القائمة بين ازدياد نسبة
الاصابة بهذه الامراض من جهة وبين زيادة عوامل
الإرهاق بسبب التقدم الصناعي من جهة اخرى.

ولقد توصل الباحثون في معهد ستانفورد العالمي
للبحاث وعلى رأسهم العالم روزمان الى تحديد
نمط سلوكي يؤكد هؤلاء الباحثون بأن اتباعه يكون
احد الاسباب الرئيسية المؤدية للاصابة بأمراض
انسداد الشرايين التاجية عامة وبالاختشاء بشكل
خاص. وسمي هذا النمط بالنمط السلوكي. (أ)* (Shéma - comportemental type A).

وفي دراسة نشرتها ال (W.C.G.S). قام الباحثون
خلالها بمتابعة 3154 شخصا (كلهم من الذكور)
ترواحت أعمارهم بين 39 و 59 سنة. وابتدأت
الدراسة في العام 1960. وفي حينها قام الباحثون
براسة متعمقة للعوامل التي تعتبر نذيراً للاصابة
بانسداد الشرايين التاجية (كوليستيرول - أمراض
الضغط - السكري - العوامل النفسية... الخ).

وبعد مرور ثماني سنوات ونصف على بداية هذه
الدراسة أصيب 257 شخصاً من أصل ال 3145
بانسداد في الشرايين التاجية. ومن المصابين ال
257 كان هنالك 181 شخصا من متبعي النمط
السلوكي أي بنسبة 71% مما دفع هؤلاء الباحثين
الى القول بأنه وبمعزل عن بقية العوامل الخطرة
التي يمكن ان تؤدي للاصابة بالذبحة فان عامل
الاضطراب النفسي الناتج عن اتباع النمط السلوكي
(أ) يؤلف لوحده عاملاً أساسياً في الاصابة ليس
بالانشاء لوحده ولكن بجميع أمراض الشرايين
الانسدادية.

Maladies psycho somatiques

Psycho somatic Disees

يعرف كوبي (Kubie) الصحة على انها حالة نادرة
غير مرضية. هذا التعريف ينطوي على حدزائد من
النسبية. فهل نستنتج منه ان الصحة هي غياب
المرض؟ ام نعتمد تعريف لوريش (Le riche)
القائل: ان الصحة هي الحياة مع صمت
الاعضاء؟ ام ان الصحة هي السلام والبراء
العضوي؟.

الأمراض النفسدية

منظمة الصحة العالمية، من جهتها، تطرح تعريفاً أكثر طموحاً للصحة فتقول ان الصحة لا تقتصر على غياب المرض او الاعاقة^٧.

بهذا يجد الطب المعاصر نفسه في مواجهة مسؤوليات جديدة، تتعدى علاج الامراض، تتمحور حول المساهمة في حل كافة اشكاليات وصعوبات التكيف.

وهكذا فان تعريف الصحة بقي لفترة طويلة مرادفاً لنفي المرض. مما يقودنا للتساؤل: من هو المريض؟
1- المريض هو ذلك الشخص المعاني من اصابة نسيجية او تشوه تشريحي او من اضطراب بيوكيميائي. وهو يعيش حياة عادية دون ان يستشعر الحاجة الى المراجعة الطبية. فهو لا يكتشف مرضه الا بعد تطوره على مدى سنوات. و غالباً ما يأتي هذا الاكتشاف مفاجئاً من خلال فحص طبي عابر، بل ان اكتشاف المرض قد يتأخر الى ما بعد الوفاة حيث يكشفه التشريح او هو لا يكتشف ابداً.

2- المريض هو ذلك الشخص الذي يراجع الطبيب بسبب شكاوى جسدية تثير قلقه. الا ان فحصه العيادي وفحوصاته المخبرية لا يشيران الى وجود أي خلل عضوي لديه.

3- المريض الحقيقي هو ذلك الشخص الذي يراجع الطبيب بسبب اضطرابات تثبت انها ناجمة عن مرض معروف التظاهر وذي اساس عضوي.

ولدى مراجعتنا لهذه التعريفات الثلاثة نجد ان التعريف الثاني يتطابق مبدئياً مع غالبية الحالات المعروضة على العيادة (حوالي ثلثي الحالات). وربما كان من الضروري التذكير بان قسماً لا بأس به من رواد المستشفيات العامة يعانون من اضطرابات طب نفسية. كما علينا ان نعترف بان المرضى المنضويين تحت التعريف الثالث هم وحدهم الذين يحظون بالاعتراف بكونهم مرضى. وعليهم يمكننا اطلاق صفة^٧ المرضى الواضوحون^٧.

يبقى التعريف الاول وهو بمنزلة الانذار الذي وجهه واضع التعريف (Knock). فاذا ما امعنا النظر في هذه التعريفات فاننا نجد ان الفوارق بينها هي فوارق نظرية لا تشكل فواصل حقيقية. فالاضطرابات الوظيفية يمكنها ان تتحول مع الوقت الى اصابات عضوية. وهذا ما يجعلنا نستوعب مسألة كون بعض الاصابات العضوية وعدم تظاهرها بشكل يلفت نظر المريض اليها.

اما في الحالات التي تبقى فيها المظاهر وظيفية فان

علينا ان نجد التفسيرات للمراجعات الطبية المتعددة والمستمرة (حيث يستوجب الامر تحري وجود اضطرابات الشخصية من نوع العظامية او الهستيرية او الاصابة **بالمراق*** او **بتوهم المرض*** او **برهاب الموت***...

كما علينا ان نجد التفسيرات للشكاوى والازعاجات التي تدفع المريض الى الاهتمام المبالغ بالجسد (اهتمام لا يستند الى أي واقع عضوي). هنا يطرح السؤال حول حس الاعتلال- توهم المرض^٧ جنون الحس^٧. هذا الاحساس الذي يعتبره بوس (Boss) بمنزلة الميدان الرئيسي للطب النفسي أمام مجمل هذه الاشكاليات يبرز حل سهل يقضي بتقسيم المرضى الى نوعين:

أ- معانين من اضطرابات عضوية.
ب- معانين من اضطرابات طب نفسية (يتم توجيههم نحو العلاج الطب النفسي).

وفي هذا الموقف بديل محسن لموقف التخلي عن المريض. خصوصاً وان مرضى الفئة الثانية يشكلون ثلثي المرضى وطردهم يعني التخلي عن غالبية المرض. فصحيح ان هؤلاء لا يعانون عوارض توحى باحتمالات اصابتهم بالهذاء او بالعصاب لكن امكانيات **تجسيد*** عوارضهم هي التي تبرر توجيههم نحو العلاج الطب النفسي. اذ ان تطور الاعراض الوظيفية نحو التجسيد يحولها الى مرض جسدي معادل لل^٧الذهان الجسدي^٧. تالياً فان الطبيب الجسدي يتحمل مسؤولية الوقاية والرقابة امام احتمالات تجسيد هذه الاضطرابات الوظيفية.

ان التزام الطبيب الجسدي بهذه المسؤولية يلامس المسألة الاساسية للطب النفسي. هذه المسألة التي تتمحور حول التعرف الى بعض اشكال نشوء المرض وتطوره. بما يسهل خطوات الوقاية والعلاج المبكر لهذه الامراض. مع ما في ذلك من مساهمة في عملية انقلاب جذرية في الرؤى والمنطلقات النظرية لعلم نشوء وسببية الامراض. يتلخص هذا الانقلاب باستبدال النظرة التقليدية، القائلة بأن الاصابة العضوية تؤدي الى اضطرابات وظيفية (تلفت نظر المريض فيلجأ الى العيادة). بنظرة معاكسة تقول بأن الاضطرابات الوظيفية يمكنها ان تلعب دور المولد للاصابة العضوية. انقلاب النظرة هذا يقودنا الى ميدان الطب النفسي بعد ان كان ينظر للاضطرابات الوظيفية (التي لا تستند الى اساس عضوي، على انها مجرد صخب، بات ينظر

اليها على ضوء امكانية كونها علائم انذارية مبكرة لظهور المرض العضوي. وتتدعم هذه النظرة من خلال تنامي احتمالات ووسائل اكتشاف الاسس العضوية للامراض العقلية.

هكذا وعن طريق انقلاب النظرة والايحاء بأسبقية العارض الوظيفي وبالبحث عن معانيه تمكن الطب النفسي من اعادة ادخال النفس الى العيادة الجسدية. وهو بذلك يكون قد حسم معركة ثنائية النفس والجسد واعاد اليهما اللحمة. خاصة وان الطب التقليدي كان في اصله موحداً بين النفس والجسد وذلك في سياق التوامه بمبدأ ان الامراض الحقيقية هي الاصابة العضوية. لكن الطب النفسي، على النقيض من هذا الالتزام، ينطلق من دراسة اثر العوامل النفسية في احداث الامراض الجسدية. معيداً بذلك للنفس سيطرتها وتفوقها (الذين تمتعت بهما في عصور الطب ما قبل العلمي) أخذاً بعين الاعتبار المعارف العلمية المستجدة على صعيد علوم التشريح والميكروبات والعلاج. مما جعلها عاجزة عن طرح فكرة نفسية-امراضية بحتة للمرض. من هنا انطلاقة الطب النفسي في تحديد نظرة امراضية-جسدية مع الاصرار على العوامل النفسية واحولها وانعكاساتها الى هذه النظرة. من هذه المنطلقات يطرح بوس (Boss) التصنيف التالي (ذا الطابع التعريفي) للامراض النفسية:

1- جهاز القلب والشرايين:

أ- علائم فيزيولوجية عادية: تسارع النبض، تغيرات الضغط وتمدد الأوعية وتضييق الأوعية.

ب- اضطرابات وظيفية: خفقان، غثيان، فقدان وعي، ارتفاع او انخفاض الضغط العابر.

ج- امراض نفسية: تسارع النبض العشوائي*، أمراض القلب الانسدادية*، ارتفاع الضغط* المزمّن تصلب الشرايين، مرض رينود Raynaud.

2- الجهاز التنفسي

أ- علائم فيزيولوجية عادية: تسارع التنفس وصعوبة التنفس.

ب- اضطرابات وظيفية: عثرة التنفس العصبية هيوط تنفسي تشنج بسبب تسارع التنفس.

ج- امراض نفسية: الربو*، السل*.

3- الجهاز البولي.

أ- علائم فيزيولوجية عادية: انحباس البول او زيادة عدة مرات التبول.

ب- اضطرابات وظيفية: انحباس او سلس البول (الصافي) ما دون الانحباس.

4- الجهاز الحركي

أ- فيزيولوجية عادية: زيادة نشاط العضلات او انخفاضه.

ب- اضطرابات وظيفية: آلام، تقوس، آلام العمود الفقري، آلام الظهر والوهن.

ج- امراض نفسية: التهاب المفاصل المتعدد-المزمّن او المتطور.

5- الجهاز الهضمي

أ- علائم فيزيولوجية عادية: اضطرابات الشهية.

ب- اضطرابات وظيفية: نهام*، سمنة*، قهم*، هزال*، اضطرابات هضم، امساك اسهال، تقلصات الامعاء والتهاب الامعاء والنزيف.

ج- امراض نفسية: القرحة* المعديّة- المعوية، التهاب المستقيم، المعوي النازف وامراض القولون (مرض كرون*).

6- جهاز الغدد الصماء

أ- علائم فيزيولوجية عادية: ردود فعل دماغ أوسط- غدة نخامية. وعواقبها من زيادة افراز الكظرين.

ب- اضطرابات وظيفية: انقطاع الطمث، اضطراب العادة الشهرية الوظيفي وانخفاض نسبة السكر.

ج- امراض نفسية: زيادة افراز الرقبة* والسكري* وغيرها من الاضطرابات الغددية*.

7- الجهاز العصبي

أ- علائم فيزيولوجية عادية: الارتجاج.

ب- اضطرابات وظيفية: صداع*، صرع (وظيفي) فرط الحساسية.

ج- امراض نفسية: الشقيقة والتصلب المتعدد.

8- الجهاز التناسلي

أ- علائم فيزيولوجية عادية: زيادة افراز البطانة واضطرابات الانتصاب.

ب- اضطرابات وظيفية: عجز، برودة، مهبلية* وعقم.

ج- امراض نفسية: التهاب المبيض التصليبي والتليف.

9- الجلد

أ- علائم فيزيولوجية عادية: اصفرار، احمرار.

ب- اضطرابات وظيفية: حكاك متنوع (خاصة مهلبلي أو شرجي).

ج- أمراض نفسية: الاكزيما، الصدف، والثعلبة)

(Pelade) والشري.

10- الجهاز البصري.

أ- علائم فيزيولوجية عادية: دموع.

ج- أمراض نفسية: التهابات شحاد العين (Orgelet) المياه الزرقاء.

11- انف- اذن- حنجرة.

أ- علائم فيزيولوجية عادية: تغيرات في الصوت.

ب- اضطرابات وظيفية: حبسة (فقدان الصوت).

ج- أمراض نفسية: حوار (Meniere) التهاب الانف التشنجي.

الا ان مراجعتنا للتصنيف الطبي للامراض النفسية* بحسب مدرسة باريس للبيكوسوماتيك تبين لنا اتساع نطاق الامراض المصنفة كنفسية بحسب هذه المدرسة. حيث تضاف الى لائحة بوس (المعرضة اعلاه) السرطانات والالتهابات والامراض المعدية على أنواعها- انظر للتصنيف النفسي*.

اميتريبتيلين

Amytriptyline

Amytriptyline

ويسوق بأسماء Sdroten- Laroxyl..Triptyzol.

وهو مضاد للانهيار من فصيلة ثلاثية الحلقات ويتمتع بمفعول مثير. من هنا استخدامه في علاج حالات الانهيار بمختلف درجاتها وحالات الانهيار المقنع* بمظاهر جسدية. كما انه يتمتع بالفترة على دعم اثر المهدئات البسيطة وعلى تشجيع النوم. ولقد شاع استخدامه خلال السبعينيات في عيادة البيكوسوماتيك حين ظهر هواء يجمع بين هذه المادة وبين الكلورديازيبوكسيد (Limbitrol) الا ان هذا الاستخدام ما لبث ان تراجع لصالح ادوية اخرى. الا ان هذه المادة لم تفقد اهميتها في العيادة النفسية نظراً لفاعليتها في علاج كافة انواع الانهيار*.

ويعطى هذا الهواء بجرع تتراوح بين 30 او 300 مغ يومياً ويحتاج الى اسبوعين حتى يمارس اثره الفاعل.

الأنا المثالي

Moi Idéale

Ideal Ego

لم يفرق فرويد بين الأنا المثالي وبين المثل الأعلى للأنا. ولكنه استخدمها في مواضع مختلفة بحيث يمكن تعريف الأنا المثالي على أنه مثل أعلى

للجبروت النرجسي (المبني على نسق النرجسية الطفولية) وليس للأنا. ومع تقدم العلاج النفسي- الجسدي تتوضح الفوارق بين الأنا المثالي وبين المثل الأعلى للأنا.

والأنا المثالي ينشأ في المرحلة الطفولية قبل تمايز الأنا عن الهو (في مرحلة المرأة حسب رأي لا كان) ويتوق المرء للعودة الى هذا الأنا المثالي.

وهكذا فان الأنا المثالي هو تكوين لا واعي يغلب عليه الطابع النرجسي ويحتوي مضامين سادو-مازوشية.

اندورفين

Endorphine

Endorphine

وهي مواد لها مفعول مخدر يشبه مفعول المورفين ومن هنا تسميتها بالمورفينات الداخلية او بمورفينات المخ. اذ يتم افرازها في جسم الانسان لذلك فانها لا تحدث أثراً جانبية اخرى. الامر الذي يؤخر ظهورها كأدوية متداولة في الاسواق. حيث يجري تصنيع اشباهها وتخليقها.

الانشطار الحيوي

Schizokinésie

Schizokinezia

هنالك قسم من المرضى يحسنون ضبط المظاهر النفسية لديهم. بحيث لا يوحي لنا مظهرهم الخارجي او تصرفاتهم بوجود أي أثر للعوامل النفسية لديهم. ومن الملاحظ ان هؤلاء المرضى هم اكثر عرضة لظهور الاضطرابات الجسدية على أنواعها.

اما القسم الآخر من المرضى فإنهم لا يحسنون ضبط انفعالاتهم واضطراباتهم النفسية بحيث تتبدى هذه الاضطرابات واضحة في المظهر الخارجي لهؤلاء المرضى. ومن الملاحظ ان الاضطرابات الجسدية، لدى مثل هؤلاء المرضى، تكون نادرة الحدوث. واذ حدثت فإننا نلاحظ بأنها غالباً ما ترتدي طابعاً تحويلاً هيسثيرياً.

وبالطبع فنحن لا نستطيع ان نهمل ذكر القسم الثالث من المرضى الذين يجمعون بين مظاهر القسمين الاول والثاني.

وبناء على هذه المعطيات يقترح العالم (Gantt) مصطلح الانشطار الحيوي (Schizokinésie) معتبراً

ان هذا الانشطار بين نشاطين متلازمين هما:

1- الانفعال النفسي البادي والمنعكس على التصرفات وعلى المظهر الخارجي.

2- ردود الفعل الجسدية التي قد تتطور على مرحلة الامراض العضوية- النفسية. وفي حال حدوث هذا الانشطار الحيوي نلاحظ ان احد هذين العاملين يختفي ويبقى الآخر.

فإذا اختفى الانفعال وبقيت ردود الفعل الجسدية. فإننا في هذه الحالة نجد أنفسنا أمام مريض صعب المراس. لا يريد الاعتراف بقلقه ولا بعوامل هذا القلق. الا ان فحصا نفسيا دقيقاً من شأنه ان يساعدنا على تبين الإهراق النفسي وعوامله. وبالتالي فان الفحص النفسي يساعدنا في تقرير وجود الانشطار الحيوي او عدم وجوده.

اما في حالة اختفاء ردود الفعل الجسدية وسيطرة مظاهر الانفعال الخرجي. فإننا نجد أنفسنا أمام حالة كثيرة الشبه بالهستيريا.

هذا وقد استبدل مفهوم الإنشطار بمفهوم جديد هو **التكتم * Alexithymie**

Gantt, W.H. Principales of nervous breakdown, sahzokinesis and Autokineses. Ann. N.Y. Acad. Sci 56, 143 (1953)

انفصال الأنا

Scission du Moi

انظر المعاشية الجسدية * (Vécu corperel).

الانفعال (عدم ثبات)

Emotionelle

Emotional instability

وهذا العارض العصابي غالباً ما يصيب النساء وبخاصة أثناء فتراتهن الفيزيولوجية (العادة الشهرية، الحمل، سن اليأس). ويتجلى هذا العارض بزيادة اهتمام المرأة وتركيزها على مواضيع معينة (الاهتمام الانفعالي بالزوج، بالابناء، بالاسرة، بالمنزل... الخ) وغالبا ما يترافق الانفعال مع **اضطرابات غددية*** من نوع زيادة افراز الرقية، نقص افراز الحبيب رقية او زيادة افراز الكورتيزون.

أما عن التغيرات التي يحدثها الانفعال فهي تطل النواحي التالية:

أ- **الاضطرابات السلوكية:** وتنبدى من خلال مظاهر الخضوع √ خوفا من عواقب المواجهة √. تعليق كبير الهمية على آراء الآخرين، عدم الثبات الانفعالي وذلك بحيث تتراوح مواقف المريضة بين الحشرية وبين الاحباط، بين الانطلاق وبين الانهيار... الخ.

ب- **اضطرابات المظهر الخارجي:** تمتاز هذه المريضة ب مشية عصبية، حركات خاطئة وغير دقيقة تتعثر في مشيتها، تكسر الاشياء... الخ)، ارتجافات الجسم وخاصة الاطراف (التي تبقى باردة ومتعرقه) واخيراً العصابات الحركية (مثل هز القدم، الرقبة، الجذع... الخ وخاصة عض الشفاه).

ج- **اضطرابات التعبير:** وخاصة على الصعيد الكلامي اذ تستخدم هذه المريضة اسلوبا كلاميا يتميز بالمبالغة. فهي تكثر من استخدام التعبيرات مثل: رائع، لذيذ، فائق غير عادي، غير محتمل، غير معقول، فضائحي.. الخ. وفي هذا المجال لا بد من التنبيه الى قرة بعض المريضات على التحكم بانفعالاتهن وحجبها عن النظرة الاولى للفاحص. وذلك تبعا لثقافة المريضة، تربيتها على التحكم بانفعالاتها، موقفها من الطبيب وبنيتها النفسية. كما يمكن التعبير عن هذه الانفعالات من خلال التوظيفات.

د- **اضطرابات عصبية- نباتية:** ومنها زيادة الحساسية العصبية Hyperesthesie، نوبات تعرق، دوام، فقدان الوزن او السمنة.

هـ- **اضطرابات القلب الوظيفية*** احمرار او شحوب الوجه، خفقان القلب، زيادة نبض القلب، عثرة القلب، فقدان الوعي الناجم عن الـLipotimie، تغيرات ضغط الدم (صعوداً أو هبوطاً) وايضا تغيرات في الأوعية التاجية تؤدي لاحداث تغيرات في تخطيط القلب.

و- **اضطرابات هضمية:** فقدان الشهية، الغثيان القيء، الألام، النزيف الهضمي، تحسس القولون، آلام المرارة، الصفراء من خلال تضيق عاصرة √اودي √ (التي توصل عصرة المرارة الى الامعاء) ونزيف المستقيم.

ز- **اضطرابات بولية تناسلية:** نقص افراز الغدد الجنسية، الاجهاض المفاجئ، اضطراب السلوك الجنسي... الخ.

وهذه الاضطرابات تنعكس في بعض الفحوصات نظيرة العيادية اذ نلاحظ توافق الحالات الانفعالية بالعلامم، نظيرة العيادية التالية:

أ- اضطراب في تخطيط العضلات يعكس حالة التشنج العضلي "Spasmophylie" **الشنج***.

ب- اضطراب التخطيط القلبي المتجلي بانعكاس الموجة (ت).

ج- تخطيط نشاط الجلد الكهربائي "Dermographe"

يوضح ارتفاع التوتر (تخطيط الجلد*).

د- **التخطيط الدماغي*** يوضح لنا في هذه الحالة تغيرات عديدة. إذ تمتاز موجاته بعدم مولاتها وعدم قوامها. وهذه التغيرات لا تتأثر بفتح العينين وغماضهما ولكنها تختفي عندما تطلب من المريضة ان تعصر راحة كفيها. وفي هذه الحالة نلاحظ هيمنة لموجات بيتا التي تعكس حالة الاستنفاد النفسي- الجسدي.
هـ- اضطرابات التنفس المنعكسة بتباطؤ التنفس وانخفاض سعته.

الانهيار (الاكتئاب)

Dépression
Depression

يعتبر الانهيار من المؤشرات الرئيسية الدالة على وجود الاضطرابات النفسية. حتى اننا نلاحظ اختلافات عميقة في مواقف الباحثين النفسيين من الحالات الانهيارية. هذه الاختلافات التي تسبب الاربك حتى للمتخصصين. ففي حين يرى التحليليون في الحالة الانهيارية نموذجاً للانغماس الجامد في **الحياة العملية***. وبالتالي نموذجاً لمناسبات اختلال التنظيم النفسي، يتكلم آخرون عن مقارنة الانهيار **بالتكتم*** ويدعمون آراءهم بحالات **الانهيار المقنع*** التي يجدون فيها دليلاً على وجود قرابة بين كل من التكتم والانهيار.

اما الاطباء النفسيون- البيولوجيون فيفتشون عن هذا القرابة من خلال البحوث المخبرية. حيث توصل هؤلاء لاثبات وجود العلاقة بين الانهيار وبين العديد من التغيرات البيولوجية في جسم النهار. كمثال انخفاض قرة جسم النهار على قمع زيادة الكورتيزول (انظر اختبار **قمع الديكساميتازون***). ويلاحظ هؤلاء ان هذا الانخفاض يحدث خصوصاً لدى المصابين بالانهيار الداخلي وخصوصاً بالانهيار المقنع الذي يعتبرونه احد انواع الانهيار الداخلي. بل ان الطب النفسي - البيولوجي يجد في هذا الانخفاض مؤشراً لخلل جهاز المناعة (انظر **المناعة النفسية***) وبالتالي فانه يشرح اسباب زيادة احتمال اصابة المنهارين بالالتهابات وبالامراض المعدية وغيرها من امراض جهاز المناعة.

ان اختلاف المذاهب البحثية هذا يطرح مشاكل عديدة. إذ يجد الباحث نفسه مدفوعاً لتحري الفوارق بين مصطلحات هذه المذاهب. التي تكاد ان تتطابق من حيث التعريفات. فما هو الفارق

بين حالة التكتم وبين الحياة العملية؟ وقس عليه.

وتجنبنا منا للمساهمة في زيادة هذا الاربك رأينا ان نعرض للانهيار من منطلق ظاهري يعرض للمرض واعراضه وانواعه كما تتبدى في العيادة. دون ان نهمل شرح كافة المواقف من موضوع الانهيار ولكن في سياقات اخرى. فاذا ما تناولنا الانهيار من هذه الزاوية وجب علينا البدء بتعريفه وبالتفريق بينه وبين علائم القلق التي تمتاز دائماً مع الاعراض الانهيارية

تعريف الانهيار ومظاهره وتصنيفاته:

للتفريق بين القلق والانهيار يقول ابراهام:

يعتبر النهار ان الكارثة قد حلت به وانه عاجز عن اصلاحها واصلاح اضرها. وهو ينظر للماضي فيجده تعيساً وينظر للمستقبل بتشاؤم فيجده مظلماً. أما القلق فهو يخاف ويتوقع ان تحل به مصيبة ما. وهو يعتقد ان هذه المصيبة قادمة لا محالة وان عليه انتظار قدامها. واذا كان القلق يشك في كل ما حوله فان النهار متأكد من ان كل شيء حوله هو سيء وعاطل.

ولعل ابسط ولوجز تعريف للانهيار هو التالي: ٧ انه اختلال التوازن النفسي الذي يصيب في الدرجة الاولى مزاج الشخص ومثالياته معرضاً اياه للام وللشقاء ٧.

وتعاسة النهار تختلف عن مشاعر الحزن الطبيعية- المبررة. فالحزين يحتفظ بقدرته على التفكير المنطقي وعلى الموازة بين حزنه وبين خسارته التي يعمد فوراً لمحاولة تعريضها اذا ما وجد سبيلاً لذلك. وهذا على عكس النهار الذي تتركز تعاسته حول خسارته التي يعتبرها غير قابلة للتعويض. مما يحول تعاسته الى كآبة بسبب عجزه عن استغلال الفرص للتعويض. وهو يميل الى العزلة ويعجز عن الافادة من التجربة (المتسببة بشعوره العارم بالخسارة) لانه ينظر اليها على انها حدث صدمي غير قابل لان يستوعبه. وبهذا فان تذكر هذا الحدث يكون بحد ذاته ذا طابع صدمي. كما نلاحظ ان مشاعر الالم المعنوي المرافقة للانهيار هي مشاعر تمتاز بالخصائص التالية:

أ- احتمال تطور وتعقيد الحالة الانهيارية بحيث تصل الى حدود الكآبة والانتحار.

ب- تكون هذه المشاعر عميقة بحيث تؤثر على التوازن العام للشخصية.

ج- بسبب طابعها الصدمي فان هذه المشاعر لا تزول بسرعة كما في حالات الحزن العابرة. وانما تكون مرشحة لان تأخذ الطابع التكراري مما يؤكد دوام تأثيرها.

د- ان تجاوز مشاعر التعاسة الانهيارية للحدود الموضوعية المنسجمة مع مسبباتها يجعل من هذه المشاعر مشاعر مبالغة وتفقد الى المبررات المنطقية.

- كلما تطور شلل القرة على التفكير وتركز الانتباه حول المسببات كان الانهيار اكثر حدة ووضوحاً.

* خصائص الانهيار ومظاهره:

ترافق الحالات الانهيارية مع جملة من الاضطرابات المرضية التي تطال المزاج والتفكير والسلوك والقوى الالراكية عموماً. ويمكن لهذه الاضطرابات ان تنعكس على الصعيد الجسدي. وتبعاً لشخصية المريض ولنوعية انهياره يمكن لاحد هذه الاضطرابات ان يهيمن متخذاً طابع الصلدة بالنسبة لبقية الأعراس. وفيما يلي نعرض لهذه الاضطرابات.

أ- اضطرابات المزاج: في حالة المنهار يتجلى هذا الاضطراب بمشاعر التعاسة (عوضاً عن الخوف في حالة القلق) والألم الاخلاقي والمعنوي. وهذه المشاعر تدفع المريض نحو التشاؤم المرضي ونحو الشعور بالاضطراب والفراغ الداخليين.

ب- الاضطرابات الالراكية: تسيطر على اراك المريض مجموعة من الافكار السوداء والضبابية مما يعيق قرة المنهار على التعقيل (وهذا يفتح الابواب امام ظهور الاضطرابات الجسدية). وهكذا فان افكار المريض تكون ذات منحى ومحتوى انهياريين. وتكون هذه الافكار متركرة حول ذات المريض. وفي حالات الانهيار الذهاني يمكن للاضطرابات الالراكية (خاصة التفكير) ان تصل الى حدود ظهور الأفكار الهذيانة والهوسات.

ج- اضطرابات السلوك: يبدو مريض الانهيار متردداً في اتخاذ القررات بسبب اضطراب قمرته على الانتباه والتركيز والتفكير. وهو يشعر بضالته أمام بواعث الانهيار مما يدفعه الى لوم ذاته ونقدتها بل وكورها لغاية الرغبة في معاقبة نفسه (محاولات اذاء الذات) لذا فان الرغبة في الانتحار تزداد مع تطور الانهيار.

د- الهبوط النفسي- الحركي: تنخفض القررات الحركية والايمائية لدى المنهار بسبب حالة الانهيار والخور الناجمين عن الوضعية الانهيارية. وعلى وجه

العموم فان هذا المريض يكون سلبيا وقليل النشاط وهو يتورط في نشاطات عديمة الفائدة ولكنه لا يكملها.

هـ- الاضطرابات النفسدية: تنعكس بواعث الانهيار والشدة الناجمة عنها والاضطرابات المذكورة أعلاه على التوازن الجسدي العام للمريض مما يؤدي الى ظهور علائم عضوية عديدة مثل جفاف الفم وأو الغثيان واضطرابات الشهية والارق الصباحي (يستيقظ في آخر الليل ويعجز عن متابعة نومه) والاضطرابات الجنسية والصداع والتعب العضلي والاستنفاذ الجسدي.

ويمكن لهذه الاضطرابات ان تتعقد بتطور المظاهر العصبية النباتية لدى المنهار. كأن يشعر المريض بانزعاج في منطقة القلب والم المعدة والبطن والألام المفصلية... الخ من الالام والمظاهر التي يمكنها ان تغذي ظهور حالة المراق*.

أما عن تجسيد الانهيار بأمراض نفسدية صريحة فاننا نكتفي باستجيل ملاحظات حول ترافق الحالة الانهيارية مع ظهور الاضطرابات الغددية* (السكري والرقية... الخ) وأمراض القلب الانسدادية*... الخ.

* تصنيفات الانهيار:

ان تنوع العوارض المرافقة لحالات الانهيار وتنوع اسباب حدوث هذه الحالات هو تنوع يخلق صعوبة في تصنيف هذه الحالات تصنيفاً دقيقاً. وفيما يلي نعرض لأهم الاقتراحات التصنيفية في المجال ونبدأ ب:

أ- تصنيف كياهلولز (Kielholz) للحالات الانهيارية.

1- الانهيار الجسدي: ومن الممكن ان يكون عضويا حين ينشأ بسبب التخلف العقلي أو تصلب الشرايين الدماغية او الحوادث الدماغية او الصرع... الخ. كما يمكنه ان يكون تناذرياً حين يأتي الانهيار نتيجة للالتهابات او التسمم او لاضطرابات الغدد الصماء وأخيراً فان الانهيار الجسدي يمكنه ان يكون فصامياً.

3- دراسة العوامل الوراثية (خاصة بسبب احتمالات وراثية الاضطرابات المزاجية).

الانهيار المقنع Depression Masquée Masked Depression

هو حالة انهيارية تختبئ فيها الاعراض التقليدية (من مزاجية وامراكية) خلف مظاهر جسدية متنوعة على علاقة بوساوس المرض او بسلوك المريض. ويمكن رد حالة الانهيار المقنع الى أسباب نفسية دينامية كالاسباب العائلية او المحيطية او الثقافية. الاجتماعية او النفسية. العصبية.

ويشارك هؤلاء المرضى مع المعانين من **التكتم*** في عدم القدرة على التعبير وعن صياغة مشاعرهم وانفعالاتهم بالكلمات. وفي كلتا الحالتين يكون التجسيد نوعاً من التعبير عن المشاعر ووصف المعاناة لدى هؤلاء المرضى.

هذا ويلخص الاختبار التالي الاعراض النفسية لحالة الانهيار المقنع:

- 1- هل لديك انطباع بأنك لم تعد قادراً على التمتع بأشياء صغيرة كانت ولفترة قريبة مصدر سعادة لك؟
- 2- هل تشعر بأنك بحاجة ماسة للحظ او للمساعدة الإلهية لكي تعود لك سعادتك السابقة.
- 3- هل تشعر بأن العوامل المحيطة بك تفيدك بحيث تعيقك عن اتخاذ القرار.
- 4- هل تعتقد بأن مردود عملك أقل من الجهد الذي تبذله والأمال التي تعلقها عليه؟
- 5- هل ينتابك شعور مفاده بأنك لا تصلح لشيء؟
- 6- هل تعاني من القلق؟
- 7- هل تعاني من الأرق؟

هذا ويقترح الطب النفسي اخضاع اصحاب الشكاوى الجسدية التي لا تركز الى اساس فيزيولوجي لاختبار **قمع الديكساميتازون***.

(Dexamethazone Test suppression D.T.M)

فاذا فشل الجسم في قمع الكمية الاضافية من الديكساميتازون فان ذلك يكون مؤشراً لتشخيص حالة الانهيار المقنع.

الانهيار لدى المرأة Dépression (chez la femme)

وهو أكثر حدوثاً لدى النساء عقب الولادة، وفي مرحلة **سن الياس***، او عقب الاجهاض. هذا

2- الانهيار الداخلي (Endogene): ويمكنه ان يكون دورياً أو مرحلياً أو متأخراً.

3- الانهيار النفسي: ويمكنه ان يكون عصابياً او رداً فعلياً او انهاكياً وهذا الاخير يمكنه ان يكون ذا طبيعة عصابية او ذهانية (انظر الجدول).

ب- تصنيف الجمعية الاميركية للطب النفسي (DSM III):

تعتمد هذه الجمعية تصنيفاً عملياً يعتمد على عاملين أساسيين هما:

1- عامل التزامن.
2- عامل التطور.

1- عامل التزامن: ويعنى بمراقبة تكرار وحدة النوبات الانهيارية خلال فترة معينة. مما يتيح لنا التفريق بين الانهيارات البسيطة وبين الانهيارات العظمى (Majeures) التي تقسم بدورها الى:

- 1- انهيارات عظمى مترافقة مع الكآبة.
- 2- انهيارات عظمى ذهانية.
- 3- انهيارات عظمى عصابية.

كما يساعدنا عامل التزامن على تحديد دور المحيط والظروف الخارجية في احداث الانهيار.

2- عامل التطور: ويساعدنا على توضيح النقاط التالية:

- 1- قدم الحالة الانهيارية: مما يساعدنا على تبيين أثر الاضطرابات غير المزاجية في احداث الحالة الانهيارية اذ يمكن لهذه الحالات ان تنشأ عن الرضوض والحوادث او بعد الالتهابات والتسمم.
- 2- تحديد الاسباب المباشرة وغير المباشرة التي أدت الى ظهور الانهيار. ومن خلال هذا التحديد يمكن تقسيم الحالات الانهيارية (اعتماداً على عامل التطور) الى:

- انهيارات جسدية (عضوية، تناذرية او فصامية).
- انهيارات داخلية (مرحلية، تأخرية او دورية).
- انهيارات نفسية (عصابية، انهاكية او رد فعلية).
- 3- تحديد السوابق النفسية والجسدية للمريض مما يتيح لنا تقسيم الانهيارات الى:

- 1- أولية (لا تستند الى مرض نفسي أو عضوي).
- 2- ثانوية.

أوكسازيبام

Oxazepam

Oxazepam

ويسوق تجارياً بالأسماء التالية: Praziten, Serepax, Serenal, Serax.

* مجالات الاستعمال: انه مفعول مهدئ شبيه بالديازيبام الا انه أقل فعالية. ويمتاز بظهور تأثيره عقب الجرعات الأولى، وهو مضاد جيد للقلق.
* محاذير الاستعمال لا يتسبب عادة بالإدمان.
* طريقة الاستعمال: عبوات 30 حبة من عيار 10 مغ. في حالات القلق العادية يعطى بجرعة 10-40 مغ يوميا (على 3-4 جرعات).

S.I.D.A

A.I.D.S.

صادف تصنيف الالتهابات والأمراض المعدية في عداد الأمراض السيكوسوماتية معارضة عنيفة. ولقد تكرست هذه المعارضة بشكل متطرف عندما توصل البيولوجيون من الأطباء الى تحديد دقيق للجراثيم المؤدية للإصابة بهذه الالتهابات. وفي حينه تدعمت هذه المعارضة باكتشاف المضادات الحيوية التي تشفي هذه الالتهابات.

الا ان هذه النظرة بقيت عاجزة عن الاجابة على عدد من الاسئلة والأشكاليات المطروحة. فعلى سبيل المثال فان هذه النظرية تعجز عن الاجابة على السؤال التالي: لماذا يصاب احد حاملي جرثومة كوخ بالسل في حين ينجو من هذا المرض شخص آخر حامل للجرثومة؟

في عودة الى السيكوسوماتيك نذكر بأنه لا يرفض النظرة البيولوجية او يعارضها وانما هو يعمل على مكاملتها. وفي وقتنا الحالي فان ابحاث علم نفس المناعة جاءت لتدعم وجهة النظر السيكوسوماتية وذلك عن طريق الربط بين الحالة النفسية للمريض وبين قرة جهازه المناعي. والامر نفسه يقال بالنسبة لمرضى الايدز حيث نجد المصابين بالمرض من جهة وحاملي الفيروس دون ان يكونوا مصابين بالمرض من جهة اخرى.

الا ان اراج الايدز في قائمة الامراض النفسية ومناقشته من الوجة السيكوسوماتية هما من الامور التي تقتضي الاجابة على قائمة طويلة من التساؤلات وفي طليعتها التالي:

1- هل توجد هنالك شخصية (او على الاقل نمط سلوكي معين) من شأنها تشجيع الإصابة بالايديز؟

ويتوافق الانهيار عادة مع الاضطرابات العضوية التالية: عدم كفاية افراز الغدة النخامية*، زيادة افراز الجنب مرقية*. مرض أديسون والنقص المتنوع.

هذا وينعكس الانهيار بالمظاهر التالية:

أ- اضطرابات سلوكية: تتبدى مظاهر الانهيار على وجه المريضة وجسدها وتنعكس على تصرفاتها وسلوكها اجمالاً. كما يتميز هذا السلوك بالتباطؤ النفسي- الحركي. وتبدو مريضة الانهيار مترددة عاجزة عن اتخاذ القرار وحزينة. وقد يبلغ هذا الحزن مرحلة الكآبة في الحالات المتطورة.

ب- اضطرابات القلب والشرايين: انخفاض الضغط، تباطؤ نبض القلب، هبوط نفسي- حركي، وهن جسدي قد يؤدي الى الاغماء.

ج- اضطرابات تنفسية: تنهدات عميقة من آن لآخر.

د- اضطرابات الاحشاء: غثيان قيء.

هـ- مظاهر متنوعة: عجز وبرودة جنسيان، زيادة الاوهام المرضية، زيادة تحسس الجهاز العصبي النباتي... الخ.
(انظر- الانهيار*).

اوبيرامول

Opipramol

Opipramol

ويسوق تجارياً باسم Insidon.

هو مركب ثلاثي الحلقات يتمتع بخصائص مضاد الانهيار. لكن مفعوله محدود في هذا المجال وهو يصلح لعلاج حالات الانهيار البسيطة ومن بينها **الانهيار المقنع***. حيث ينجح في علاج المظاهر الجسدية التي تقنع هذا النوع من **الانهيار***.

هذا ويشيع استخدام هذا الدواء في علاج اضطرابات الجهاز العصبي- النباتي والمظاهر النفسية اكثر مما يشيع في علاج حالات الانهيار التقليدية. حيث تؤكد بعض الابحاث على دوره في اعادة التناسق (الثبات) للجهاز العصبي النباتي.

ويسوق حبوب من عيار 50 مغ في علب تحوي ثلاثين حبة. ومحاذير استعماله هي عينها محاذير استعمال الادوية ثلاثية الحلقات- انظر **ايميرامين***.

2- هل يمكننا تصنيف المصابين بالإيدز في لوائح الاعصبة السيكوسوماتية؟
 3- هل يلعب التوازن السكوسوماتي، واضطرابه، دوراً في تحديد الإصابة بالمرض او عدم الإصابة به لدى حاملي الفيروس؟
 4- هل يمكن للعلاج النفسي ان يعطي نتائج ملحوظة في علاج مريض الإيدز؟
 5- ما هي نوعية الحياة الحلمية لدى مرضى الإيدز؟ وهل تختلف هذه الحياة الحلمية لدى حاملي الفيروس من غير المصابين بالمرض؟... الخ وتطول لأنحة هذه الاسئلة فما هو موقف السيكوسوماتيك وكيف يجيب على هذه الاسئلة؟ في ما يلي نقدم اقتراحات الاجابة على هذه الاسئلة من خلال النقاط التالية:

(أ) اختلافات المدارس القائمة:

ان البحث السيكوساماتي هو بحث معمق ومن هنا فان العينات المدروسة تكون محدودة العدد وذلك بحيث يصعب استخراج الدلالات الاحصائية على اساسها. ومن هنا كان سعينا المشترك مع البروفسور Marty لتشجيع امكانيات الدراسات المقارنة. وعلى هذا الاساس نشرنا كتاب ٧ مبادئ السيكوسوماتيك وتصنيفاته ٧ بالاشتراف مع Marty و Stora وفيه ترجمة للتصنيف السيكوسوماتي للمدرسة الباريسية. وذلك بهدف تشجيع الدراسات المقارنة التي من شأنها ان تضيق شقة الخلاف بين مختلف العاملين في المجال وفي مختلف البلدان. وعلى أية حال وباختصار شديد فان اختلاف وجهات النظر يجعلنا نتوقع ان نسمع اجوبة متناقضة، او على الاقل غير متطابقة تماماً، على الاسئلة المطروحة أعلاه.

(ب) صعوبات الاتصال بالمرضى:

مهما كانت تقليعة الايدز حديثة ومريعة فانها لا تخرج عن كونها تهديداً مباشراً لحياة المريض. وبالتالي فان الايدز هو من الكوارث التي تهدد استمرارية الحياة. وبهذا فان هؤلاء المرضى لا يختلفون كثيراً عن المتعرضين لأنواع اخرى من هذه الكوارث.

في مثل هذه الاوضاع غالباً ما يرفض المريض التعاون مع الطبيب او المعالج السيكوماتي او النفسي اجمالاً. واذا ما تم مثل هذا التعاون فإننا نلاحظ ان المريض انما يهرب الى الامام (بمعنى انه لا يرفض التعاون مباشرة ولكنه يحاول ان

يتهرب).

ج- الشخصية ما قبل المرضية:

ان الحديث عن شخصية ما قبل مرضية مشجعة للإصابة بالإيدز يقتضي أولاً دراسة موسعة تطال اعداداً كبيرة من هؤلاء المرضى ودراسة ماضيهم النفسي وشخصيتهم قبل الإصابة بالمرض ومثل هذه الدراسات غير متوفرة لغاية الآن. إلا ان الإحصاءات الطبية المنشورة تسد لنا بعض الثغرات في هذا المجال. فهذه الإحصاءات توزع المصابين بالمرض على النحو الآتي:

- 37% من الشاذين جنسياً.

- 17% من مدمني المخدرات.

2% بسبب نقل دم ملوث.

1% سيلان الدم.

6% حالات أخرى.

ونحن من خلال معرفتنا للاضطرابات النفسية المميزة، لكل من الشاذين جنسياً ومن مدمني المخدرات، نستطيع ان نتبين الخطوط العريضة لشخصية ما قبل الإصابة لدى 90% من مرضى الايدز. أما الـ 10% الباقية فإنها لا تخرج عن نطاق ملاحظتنا إذ أننا نجد من بين هؤلاء مدمني الجنس. وهم اولئك الذين يحاولون (ولو لفترة معينة) ان يفرغوا ضغوطاتهم النفسية عن طريق الجنس مما يصل بهم الى حد الانتقاء العشوائي لشريكهم الجنسي. كما أننا نجد ضمن هذه الـ 10% مجموعة لا بأس بها من المرضى السيكوسوماتيين ومن الذين يعانون ضائقات حياتية تحتاج الى تدخل الطبيب النفسي.

انطلاقاً من هذه المعطيات فانه بالإمكان تعريف نمط او مجموعة علائم سلوكية هي بمثابة علائم لسلوك المرضى قبل اصابتهم. كما أنها بمثابة عوامل من شأنها ان تزيد احتمالات الإصابة بالمرض. ولهذا الراي ما يدعمه احصائياً إذ أننا نجد ان ازدياد الاصابات بين الشاذين والمدمنين هو ازدياد هندسي في حين انه ازدياد حسابي لدى الفئات الاخرى.

وهذه النتائج بحد ذاتها تطرح سؤالاً جديداً وهو: ٧ ما هي العلاقة بين الشخصية الاساسية للمريض، قبل الإصابة بالإيدز، وبين هذه العدائية التي تدفعه لنقل المرض الى أشخاص اخرين وكأنه يريد الانتقام من الشذوذ والشاذين معاً؟ ان هذا الموقف لا بد له ان يجد جذوره في شخصية المريض الاساسية.

ونحن عندما نرى ظاهرة ما وهي تتعمم فانه من الطبيعي ان نبحت لها عن آليات وقواعد تفسر هذا التعميم وبالتالي فإننا نبحت عن الخطوط العريضة للشخصية ما قبل المرضية للمصاب بالايذز. وكما هو ملاحظ فان هذا البحث لا ينطلق من نقطة الصفر فهناك ما يدعمه من المشاهدات والإحصاءات وكذلك ايضا من خبرة الأطباء المشرفين على علاج المرض والذين يتخذون من المرض مواقف ايجابية داعمة لها مفعول المواساة والعلاج النفسيين.

(د) الخصائص النفسية المهيمنة بعد الاصابة بالايذز:

في العادة فإننا نتكلم عن الخصائص المهيمنة حالياً ولكن هذا الكلام ينحصر في رأيي في حالات المرض الجسدي غير المترافق بالاجواء الرامية التي تغلف مرض الايدز وتحيط معاشته. ففي هذه الحالة لا يمكننا مطلقاً تجاهل نقطة التحول الحاسمة التي يشكها ابلاغ المريض باصابته. فهذا الابلاغ يشكل بحد ذاته صدمة ورضة عنيفة من شأنها أن تخل بتوازن الجهاز النفسي للمريض.

والواقع ان نبدأ الاصابة بالايذز يشبه نبدأ الاصابة بالسرطان في العديد من وجوهه كما أنه يختلف عنه من وجوه عديدة اخرى. وتختلف نقاط الالتقاء والاختلاف هذه باختلاف ثقافة المريض ومدى قرة المحيط على التفهم وايضا مستواه الثقافي.

ايرغوتامين (مشتقات) Ergotamine (Derivées)

Ergotamine Derivat

وهي تمارس مفعولاً معدلاً لنشاط الجهاز العصبي النباتي من طريق صده. وهي بذلك فاعلة في علاج الحالات الوظيفية الناجمة عن عدم ثبات هذا النشاط. مثال ذلك خفقان القلب وتغيرات ضغط الدم المفاجئة (ميل نحو انخفاض الضغط مع دوام). كما تستخدم هذه المشتقات في علاج انعكاسات الاجهاد والشدة* على الصعيد الجنسي حيث يشكو المريض من فورات الغضب ومن سرعة القذف.

برومازيبام

Bromazepam

Bromazepam

ويسوّق بالأسماء التجارية التالية: Lexotan, Lexotanil, Lexomil Compendium... الخ.

* **مجالات الاستعمال:** يستخدم في حالات الضغط النفسي والقلق، حالات الانهيار المترافقة مع اضطرابات مزاجية، الأرق، سرعة التأثر والثورة، الهياج، الاضطرابات النفسية - العضوية، في حالات النفاس وفي حالات القلق والانهيار الناجمة عن الأمراض والاصابات الجسدية.

* **محددات الاستعمال:** راجع الـ **الديازيبام**.*

* **طريقة الاستعمال:** عبوات من 30 حبة عيار 1.5 أو 3 أو 6 مغ، ويستخدم كما يلي:

- في الحالات العادية: 1.5 - 3 مغ ثلاث مرات يومياً، (4.5 - 9 مغ يومياً).

- في الحالات الحادة: يمكن التوصل الى اعطاء جرعة أقصاها 18 - 24 مغ يومياً.

بقايا نهائية

Restes diurnes

Day's residues

انها تبعا للنظرية التحليلية النفسية للحلم، عناصر من حالة اليقظة في اليوم السابق، تصادف من جديد في رواية الحلم وفي التدايعات الحرة للحالم، وهي على ارتباط قريب أو بعيد مع الرغبة اللاواعية التي تتحقق في الحلم. ويمكننا أن نجد كل الحالات الوسيطة ما بين حالتين متطرفتين: أي الحالة التي يبدو فيها وجود أمثال هذه البقايا النهارية مبررا، على الأقل في التحليل الاولي، بانشغالات أو برغبة من الأمسية السابقة، والحالة التي تختار فيها عناصر نهارية عديمة المعنى ظاهريا. انطلاقا من صلتها الترابطية مع رغبة الحلم.

ولقد وردت اول اشارة فرويدية لهذه البقايا النهارية في سياق روايته لحلم ابنته أنا وهي طفلة. يوم حال تعرضها لاضطراب هضمي دون السماح لها بأكل الفريز (الفراولة). فحلمت في تلك الليلة بأنها تأكل الفريز. لكن المحللين النفسيين يلاحظون بأن هذه البقايا النهارية تتحكم في بعض احلام المرضى النفسيين - انظر **الاحلام العملياتية*** - لدرجة الغائها لبعض عناصر الحلم التقليدية. من هنا تحذير المحللين النفسيين من خطورة تفسير الاحلام العملياتية، بما تحويه من بقايا نهارية، على أنها عناصر لا واعية. فمن الخطورة مثلاً ان نرد حلم النجار بانه ينزع

مسماراً على انه تعبير لا واع عن عقدة خصاء... الخ.

البنية الأساسية

Structure Fondamentale

Fondamental Structure

انظر البنية الذاتية*

البنية التحسسية

Structure Allergique

Allergic Structure

يرى مارتي ان لمرضى الحساسية بنية نفسية خاصة بهم يطلق عليها تسمية البنية التحسسية، وهو يقسم هؤلاء المرضى الى فئات ثلاث هي:

1- الحساسية الاساسية: ويمتاز هؤلاء المرضى بهيمنة مشاعرهم العاطفية على سلوكهم وهم يسعون لاقامة علاقات ودية مع معالجهم. ويعتبر مارتي ان هؤلاء هم من العصائبيين السلوكيين. - انظر **العصاب السلوكي**.*

2- الحساسية المترابطة: حيث تتراوح بنية المريض بين قطبين. واحد ذو طبيعة هيسيتيرية تقليدية والثاني ذو طبيعة عصابية - سلوكية. هؤلاء يشكلون 65% من مرضى الحساسية وفق دراسات مارتي.

3- الحساسية الطبائعية: وهي حالة المتحسسين المصابين **بالعصاب الطبائعي*** مع علائم هيسيتيرية واضحة. لدى هؤلاء تكون النوبة التحسسية على علاقة مباشرة بالانفعالات النفسية. مع الاشارة الى ان فئة الحساسية الاساسية هي الاكثر تأثراً بالمواد المحسنة.

البنية الذاتية

Structure Individuelle

Individual Structure

هي عامل من عوامل التشخيص النفسي وهذا العامل يتيح لنا تحديد دلالة واحدة لكل مريض. بمعنى أننا نستطيع أن ننسب المريض الى واحدة فقط من الفئات المحددة في جداول التصنيف. وهكذا فان المريض اما أن يكون عصابياً أو أن يكون ذهانياً. فاذا كان عصابياً فعلياً أن نحدد ما اذا كان هيسيتيرياً أو وسواسياً أو نفسياً أو غيره.

وتزداد البنية الذاتية (أو الفردية) حصراً أو تأكيداً اذا ما أخذنا بعين الاعتبار نتائج أبحاث المدرسة الباريسية التي يعرب عنها البروفسور Marty بالقول: من خلال تجربتنا نستطيع القول بان غالبية المرضى النفس - جسديين انما ينتمون الى فئة من فئات الأعصابية

اللانمطية* (أو اللانمذجية) Nevroses (Atypiques).

من هنا كان طرح الاعصبة النفسدية (سلوكية وطبائعية) ومن هنا ايضا كان تصنيف مدرسة باريس يضم البنى الذاتية التالية:

1- العصاب العقلي

2- العصاب الطبائعي*

- جيد التعقيل

- غير مؤكد التعقيل

- سيء التعقيل

3- العصاب السلوكي*

4- الذهانات المنظمة عقلياً

5- الذهانات الطبائعية

6- الذهانات السلوكية

7- البنية التحسسية*

9- غيرها

(انظر التصنيف النفسدي*)

بيسبيرون

Buspiron

ويسوق تجارياً باسم Buspar.

هو مضاد جديد للقلق يمتاز عن مضادات القلق المعروفة من حيث قلة ومحدودية آثاره الجانبية فهو لا يؤدي الى ارخاء العضلات ولا يملك مفعولاً مضاداً للتشنج بل تنصب فعاليته على علاج القلق، كما أنه لا يتسبب بالاعتياد. وينتمي هذا العقار الى فصيلة داعمات السيروتونين الجديدة.

يسوق هذا الدواء في عبوات تحتوي حبوب عيار 5 و 10 مغ وهو يملك مفعولاً مضاداً للانهيال الى جانب كونه مضاداً للقلق.

التثبيت

Fixation

هو واقعة التعلق المبالغ بأشخاص أو بصور هوائية معينة واعادة انتاج أسلوب ما من الاشباع. والبقاء في تنظيمه تبعاً للبنية المميزة لاحدى المراحل التطورية (فمية، شرجية، تناسلية) وقد يكون التثبيت صريحاً وراهنأ أو هو يكون امكانية تفتح أمام الشخص امكانية النكوص. وما يهم النفسديين (السيكوسوماتيين) تحديداً هو النكوص النفسدي - الجسدي الذي يمكنه (اذا لم يقدر جيداً من قبل المحلل) أن يؤدي الى انتكاسات مرضية - أنظر النكوص النفسدي*.

تثبيت نرجسي

Fixation Narcissique

Narcissic Fixation

يقصد بالتثبيت التعلق اللبيدي المفرط بأشخاص معينين أو بصور هوائية معينة واعادة انتاج أحد أساليب الاشباع. وقد يكون التثبيت واضحا وراهنأ أو هو يشكل امكانية النكوص.

والتثبيت النرجسي يعني تقدما منظما للبيدو الى المرحلة النرجسية حيث يدل على تسجيل اللاوعي لبعض محتويات المرحلة النرجسية (تجارب، صور هوائية، هومات... الخ تعود الى المرحلة النرجسية). وهذه المحتويات تستمر دون تحول في اللاوعي. وذلك بحيث تظل النزوة مرتبطة بهذه المحتويات.

والتثبيت هو مصدر الكبت ويمكن اعتباره بمنزلة الخطوة الاولى في الكبت بمعناه الواسع. هذا ويطلع التثبيت شخصية الشخص وسلوكه فنلاحظ، في حالة التثبيت النرجسي مثلاً، رغبة الشخص الجامعة في أن يكون محبوباً. ويهيمن عليه انشغاله بذاته اضافة الى سائر مظاهر الشخصية النرجسية الهستيرية.

التجسيد (مفهوم نفسي)

Somatisation (Psy.) (تحليلي - نفسدي)

من خلال المسائرة الجسدية يتورط الجسد بالتدخل لايجاد سبيل تصريف جسدي للصرع النفسدي. هذه المسائرة يمكنها ان تصاحب مختلف الاعصبة وان كانت مظاهرها أكثر حدة في حالات العصاب الهستيري بالمقارنة مع الاعصبة التقليدية الأخرى. حتى باتت التحويلات الهستيرية* والتجسيديات الهستيرية من مألوفات العيادة النفسية.

من جهته يطرح الطب النفسدي - التحليلي مفهوم الاعصبة النفسدية (عصاب طبائعي* وعصاب سلوكي*) وهي اعصبة غير تقليدية (اولا نمطية).

في هذه الحالات من الطبيعي ان يكون تجسيد الصراعات المرافقة لهذه الاعصبة، أكثر تعقيداً منه في حالة الاعصبة التقليدية حيث يكون التحويل بمنزلة تصريف الطاقة الجنسية عن طريق عضو ذي قيمة ايروسية - انظر منطقة غلمية*. بمعنى ان تجسيديات الهستيريا والاعصبة التقليدية هي على علاقة مباشرة بالغرائز الجنسية.

أما التجسيد بمفهومه النفسدي فانه يرتبط بغرائز الانا وليس بالغرائز الجنسية. لكن صعوبات جمة تطرحها علينا مسألة التفريق بين هذين النوعين من الغرائز.

خصوصاً وان لهما تقاطعات عديدة. ولتبسيط فهم الفوارق بين التجسيد وبين التحويل الهيستيري نعطي مثالا للمقارنة بين الرضيع (بوصفه نموذجاً بدائياً للتنظيم النفسي يعادل التنظيم البدائي لدى الهيستيريين) وبين البالغ. فنلاحظ اختلاط النفسي بالفيزيولوجي لدى الطفل (حيث زيادة حيوية المعدة لدى الوليد هي في الوقت عينه معادلة دقيقة لمشاعر الحب والكرهية) بحيث لا يمكننا فصلهما. وبالتالي فان الكلام على التجسيد والمسايرة الجسدية يصبح في غير مكانه نظراً لهذا الارتباط بين النفسي والفيزيولوجي. وذلك على عكس البالغ الذي يتمتع جسده بتكامل وباوتوماتية غالبية وظائفه الفيزيولوجية. من هنا فان هذه لا تتحرك للمسايرة الجسدية (وللتجسيد) إلا بناء على التصور العقلي للنزوات - انظر **حالة دورا* كمثال** - بحيث تزداد حدة التجسيد كلما ازدادت صعوبة التعقيل.

التجسيد

Somatisation (Med.)

Somatisation (Med.)

(مفهوم طبي)

تتطابق مراحل تطور المفهوم الطبي لمصطلح التجسيد مع مراحل تطور علم سببية الامراض. ولعل بداية المصطلح تعود الى افلاطون حين يقول: "ان طبيعة الجسد لا يمكن ان تكون مفهومة ما لم تنظر للجسد ككل. وهذا هو الخطأ الكبير لاطباء عصرنا اذ انهم يفصلون النفس عن الجسد لدى معالجتهم الجسم البشري".

بهذا يكون افلاطون قد طرح نظرية التجسيد ليعود ابن سينا فيطرحها بشكل تجريبي في تجربته عندما ربط الذئب والحمل بحيث لا يطاول احدهما الآخر. فلاحظ تجسيدات الخوف المتبدية لدى الحمل بدءاً بهز اله وانتهاء بموته.

ونأتي الى العام 1880 لنجد فابر (Fabre) يحتج لعدم كفاية الدراسات، في حينه، المتعلقة بالعلاقة بين الاضطرابات العصبية وبين اضطرابات الاحشاء. فاذا ما وصلنا للعام 1892 فاننا نصادف كتابا للباحث فيريه (Ferré) بعنوان "امراضية الانفعالات" (Pathologie des émotions). حيث يشبه المؤلف اثر الانفعالات في الجسم (اي تجسيد الانفعالات) بالاثار الذي تحدثه العوامل الفيزيائية. كما ينوه المؤلف بان العوامل الخارجية وصدائها الداخلي (الانفعالات) الناجمة عنها) تتجسد على صعيد الجسم عامة وعلى بعض اعضائه خاصة وذلك تبعا للظروف والايضاح

الصعبة السابقة للشخص. بعده نأتي الى اعمال فرويد والتحليل النفسي التي طرحت مفهوم التحويل الهيستيري ومن ثم اعمال المحللين النفسانيين الذين طرحوا مفهوم التجسيد (مفهوم نفسي).

لكننا لا نستطيع القيام بهذه القفزة دون ذكر نظريات الانماط الجسدية التي بدأها كرتشمير (**نمطية كرتشمير***) الذي ربط بين الشكل الخارجي للجسد وبين احتمالات اصابه صاحبه بامراض نفسية وعضوية معينة. في المجال عينه نذكر **نمطية فيولا* ونمطية سيفو* ... الخ.**

أما بالنسبة للمفهوم الطبي - البيولوجي لآلية التجسيد فاننا نجد لها بداية عند والتر كانون (W. Cannon) الذي تعرض لتجربة شخصية من النوع الصدمي (كادت تزل قدمه وهو يتسلق جبلا) مما اصابه بانفعال مواجهة الموت (قلق عارم يبلغ حدود الهلع). فعمد كانون الى دراسة هذه الحالات الانفعالية ووجد انها تؤدي الى زيادة افراز الادرينالين. فعمد الى احداث هذه الحالة لدى الحيوان بصورة تجريبية عن طريق حقنه بالادرينالين. ثم توالت الابحاث وفق الوثيرة التالية:

في العام 1927 ظهرت نظرية Cannon و Bard وعرفت بنظرية "اللحاء - الدماغ الاوسط" وهي لا تزال تلاقي القبول لغاية اليوم. ولقد أثبت Bard أنه لا يمكن الاستغناء عن ما تحت المهاد (الهيبتوتالاموس) لدى شرحنا للحالات الوجدانية. اذ أن استئصاله لدى القطط يؤدي الى فقدانها لقدرتها على الانفعال (وتاليا التفاعل). وبهذا اعتبر الباحث أن ما تحت المهاد هو المسؤول عن التفاعل وذلك طبعا تحت مراقبة اللحاء الدماغية. واذا ما أردنا اختصار هذه النظرية فاننا نقول "يقوم اللحاء الدماغية بانتقاء وتحديد نوعية ردود الفعل أثناء عملية التفاعل ولكن تنفيذ ردود الفعل هذه واظهارها هو من اختصاص ما تحت المهاد".

وفي العام 1950 تمكن الباحثان Lindsley و Arnold من اكمال هذه النظرية وسد بعض ثغراتها. وذلك من خلال شرحهما لآلية التنشيط التي تقسر أسباب استمرار أو حتى زيادة أثر المعاشات الوجدانية السابقة. وبحسب هذه النظرية فان المثير يحدث تهيجا يصل الى اللحاء (المنطقة اللحاءية المختصة بهذا المثير). وعندها يبدأ وعي المثير. وفي هذه اللحظة يتوقف اللحاء عن كبح وصلة المهاد - ما تحت المهاد بحيث يتمكن الأخير من اظهار التفاعل المتلائم مع المثير (مثلا يسحب يده من المكان الحار

عندما يحس بحرارتها). وهذه الرابطة بين اللحاء وما تحت المهاد تلعب دوراً مزدوجاً. ولا بد هنا من الإشارة الى الاضافة الهامة التي قدمتها دراسات Mac lean حول الجهاز الهامشي (الليمبي) والى آراء هذا الباحث في التكامل السلوكي. فهو قد حدد دائرة مغلقة للفعل ولردة الفعل (وبهذا اكتملت النظرية) وهذه الدائرة هي التالية: "اللحاء - ما تحت المهاد - أعصاب محيطية - ما تحت المهاد - اللحاء". وتعتبر هذه النظرية نقلة هامة في فهم الجهاز العصبي. اذ انها تخطت دراسة تشريحية الدماغ الى دراسة وظائفه وطرائق عمله (أنظر الصورة). وهذه الصورة تشرح لنا المشاركة القائمة بين الجهاز العصبي وبين الغدد الصماء. التي تتم عقب مواجهة الجسد لاثارة ما (نفسية كالخوف أو جسدية كالبرد).

البيولوجية لتجسيدها. لكن الابحاث المعاصرة اتجهت لدراسة الآثار بعيدة المدى للانفعالات وللتعرض المزمّن للشدة النفسية*. حيث يسجل الباحثون ملاحظات عن انتشار امراضيات معينة لدى المجموعات المتعرضة لانفعالات صدمية جماعية (مثل الحروب والزلازل والاسر... الخ). حيث لوحظ، وبعد مرور السنوات انتشار امراض من نوع **السل والسرطان*** والهرم المبكر لدى الناجين من هذه الكوارث. فكان تكرار هذه الظواهر المرضية حائلا دون قبول الباحثين ردها الى مبدأ المصادفة. فكانت الابحاث التي خلصت الى نتائج مفادها باختصار شديد، ان الآثار المباشرة للانفعالات تترك لدى الشخص جهازاً غددياً - مناعياً سريع العطب وذا حساسية غير طبيعية امام عوامل الشدة النفسية. وهذا ما يفسر التجسيدات التي يتأخر ظهورها سنوات طويلة بعد التجارب الشدية العنيفة.

التجسيدات الهيستيرية Somatisations hystériques Hysterical somatisations

يطرح النفسديون مبادئ تشخيصية للتقريب بين التحويلات الهيستيرية على الصعيد الجسدي وبين مبدأ التجسيد* الناجم عن خلل تنظيم الجهاز النفسي. لكن هذا التقريب لا يمدح بعضهم من استخدام مصطلح التجسيد الهيستيري لوصف تحويلات الهيستيريا من الصعيد النفسي الى الصعيد الجسدي. على ان ما يهتما في هذا المجال هو عرض التحويلات الهيستيرية الشائعة في عيادة الطب النفسي والتي تطرح ازمة التقريب التشخيصي بينها وبين الاعراض النفسدية. وهذه التحويلات (او التجسيدات) هي:

- 1- نظير الربو الهيستيري
- 2- اللقمة الهيستيرية
- 3- الاجتياح الحراري (او موجات الحرارة يحسها المريض تجتاج جسده): من النادر ان تأتي هذه الموجات منفردة اذ انها غالباً ما ترافق تحويلات هيستيرية أخرى. لكن هذا الاجتياح الحراري الذي يعقبه شعور بالبرودة يطغى على شكاوى المريض من المظاهر الجسدية - الهيستيرية الاخرى.
- 4- التشنج الهيستيري: حيث نجد تغييرات في التخطيط الدماغي لدى التعرض للضوء. وهي تغييرات تشبه في بعض ملامحها تخطيط الحالات الصرعية. الا ان التخطيط يعود للانتظام عند اغماض العينين. كما انه يحافظ على انتظامه بعد التهيج الدوائي. -

وفي كلتا الحالتين نلاحظ أن الجهاز العصبي يتفاعل بنفس الطريقة. اذا تؤدي الاثارة الى تهيج ما تحت المهاد مما يؤدي الى افراز الغدة النخامية (الهيوفيز) لهورموناتها التي تصل الى الغدة الكظرية فتشجع افرازها لهورمون ACTH مما يشجع ردات الفعل الجسدية الكفيلة بمقاومة الاثارة (البرد أو الخوف). ومن المهم ملاحظة ما تبينه الصورة عن الرابطة ما بين ما تحت المهاد وبين الغدة النخامية (رابطة عصبية - غددية هورمونية). وذلك بحيث يفرز ما تحت المهاد ما يسمى بالعوامل المشجعة (releasing factors) التي تحت افراز الهرمونات النخامية (ACTH, L.H, T.S.H, F.S.H). هذا بالنسبة للآثار المباشرة للانفعالات وللآليات

اصرار المحللين التقليديين على اعتبار كافة اعراض دورا الجسدية كتحويلات هو وراء استعمالهم لمصطلح التجسيدات الهيستيرية* (somatisations). وهو استعمال من شأنه اثاره اللبس. خصوصاً بعد دخول محللين تقليديين الى الميدان النفسي.

تخطيط الجلد Electrodermographie

Electrodermography

في عام 1949 لاحظ الباحث النمساوي روبراشر (Rohracher) ان الجلد يصدر نبضات مصغرة (microvibration). وفي حينه طرحت فرضيتان حول منشأ هذه النبضات. الفرضية الاولى تقول بنشوتها عن العضلات المحطربة (muscles striés) الموجودة تحت الجلد. أما الفرضية الثانية فتربط بين هذه النبضات وبين الضخ القلبي. كما لوحظ ان الادوية المؤثرة في الجهاز العصبي تؤثر في هذه النبضات بصورة متناسقة مع تأثيرها في الاعصاب المحيطة.

هذه الوقائع طرحت على الباحثين مجموعة من الاسئلة التي تستوجب الاجابة عليها. فقترعت الابحاث الى ايجاد آلة لتسجيل هذه النبضات ومحاولة تحديد متغيرات النبضات التي تسجلها مثل هذه الآلة. أما الابحاث الاخرى فاتجهت لمعرفة أثر الناقلات العصبية على هذه النبضات. هذه الابحاث ادت الى ظهور آلة تخطيط الجلد. وآلة قياس توتر الجلد. اللتين دخلتا كجزء اساسي في جهاز كشف الكذب. حيث يؤدي الانفعال (وما يصاحبه من هيمنة الجهاز الودي) الى زيادة سعة هذه النبضات (زيادة مرتبطة بزيادة افراز الادرينالين). كما دخلت هذه الآلات الى جهاز الاثر الرجعي (Back Biofeed) على ان الابحاث لم تتوقف في هذا المجال حيث يسعى الباحثون الى تمييز الموجات الخاصة بدرجات الشدة وبانواع الاضطراب النفسي وخصوصاً الهلع.

في عودة الى عيادتنا العربية فان بالامكان الاستعاضة عن غياب مثل هذه الآلات من طريق استخدام جهاز تخطيط الدماغ* باستعمال قطبين فقط من قطابه. مع وضعها على رأس الابهام الايسر ومن ثم اجراء التخطيط. وهذه بعض نماذج:

انظر هيستيريا تحويلية*.

5- الخرس الهيستيري - انظر هيستيريا تحويلية*.

6- الصمم الهيستيري - انظر هيستيريا تحويلية*.

7- الشلل الهيستيري - انظر هيستيريا تحويلية*.

8- الحمل الهيستيري - انظر التناذر النفاسي الهيستيري*.

هذا دون ان ننسى العلام الجسدية المصاحبة ل: النوبة الهيستيرية الكبرى - انظر التناذر النفاسي - الهيستيري*.

التحسسذ الأسبيرين Syndrôme

Reye's

Reye's Syndrom

ويراوح هذا التحسس بين أيام المعدة والتقيؤ وصولاً الى الاصابة بتناذر ريبس Syndrome Reye's فقد أثبتت الابحاث الحديثة أن الاسبيرين يسبب هذا التناذر، ولو بنسب ضئيلة جداً، لدى الاطفال دون السادسة عشرة من العمر. وهذا التناذر ليس مرضاً بحد ذاته ولكنه يشجع تأثير العوارض المرضية لامراض أخرى. أما عن أعراض هذا التناذر فهي التالية: القيء، النعاس الشديد، ضلال السميت (عدم القدرة على تحديد الزمان أو المكان) الذي قد يتطور ليصل الى الهذيان فالوفاة. - انظر الحساسية*.

التحويلات الهيستيرية Conversions hystériques

يقوم مبدأ التحويل (أو الانقلاب) على تحويل الصراع النفسي الى اعراض جسدية (وظيفية أو حسية أو حركية) وذلك في محاولة تبدالها الأنا لحل هذا الصراع عن طريق تصريفه في التظاهر الجسدي. هذا وينظر فرويد للتحويل كعامل اقتصادي. فهو يلخصه بتحول التصور المكبوت الى طاقة تعصيب. وهذا المفهوم يختلف عن مفهوم التجسيد كما يطرحه النفسيون.

وهذه النقطة تحديداً هي مثار خلافات اساسية بين المحللين التقليديين وبين المحللين النفسيين. فبالعودة الى حالة دورا* نجد ان فرويد قد اعتبر كافة شكاويها الجسدية كتحويلات هيستيرية. في المقابل نجد ان النفسيين (راجع حالة دورا) يصرون على ضرورة تقسيم الاعراض الجسدية لدى دورا الى قسمين: (1) تحويلات هيستيرية و (2) تجسيدات نفسية. مما يقودنا الى مناقشة مفهوم التجسيد لدى النفسيين. والواقع ان

التشخيص للعديد من الحالات المعروضة في العيادة النفسية. خصوصاً وان اضطرابات الدماغ تتعكس في مظاهر نفسية مميزة (انظر الامراض العصبية - النفسية)*.

وعلى الرغم من ظهور التصوير بالرنين المغناطيسي (المرنان) والتصوير المقطعي - المحوري (سكانر) فقد حافظ تخطيط الدماغ على شيوعه وعلى اهميته كموجه لتشخيص الاضطرابات الدماغية والمظاهر المصاحبة لها.

والواقع ان هذا التخطيط يبدو لغير المتخصصين وكأنه رموز هيروغليفية. لكن صعوبته تتدنى لدى تعرفهم الى ايقاعاته الاساسية الاربعة (الفا وبيتا وبيتا وبيتا ودلتا). هذه الايقاعات التي نورد خصائصها في الجدول التالي:

هيمنة الموجات بيتا تخطيط يعكس عدم ثبات الجهاز العصبي - النباتي*

المميزات / الايقاع	Alfa ألفا	Beta بيتا	Teta تيتا	دلتا Delta
التردد Frequency	8-13 ثانية	14-30 ثانية	4-7,5 ثانية	0,5 - 5,5 ثانية
سبعة الاهتزاز Amplitude	10-100 ميكروفولت	5-30 ميكروفولت	40-70 ميكروفولت	20-150 ميكروفولت
شكل الموجة	كأسنان المنتشر	سريعة وغير منتظمة	ترددية، واسعة	متعددة الأشكال أو ترددية
نسبة الموجة في التخطيط الطبيعي	20-90%	2-30%	10-15%	صفر%
التزامن Synchnon	متزامنة	غير متزامنة	متزامنة	غير متزامنة
التناسق Symetrie	متناسقة	غير متناسقة	متناسقة	غير متناسقة
المنطقة الدماغية المصدرة	الدماغ الخلفي	الدماغ الامامي	المنطقة الصدغية	مختلفة
تأثير التهيج والاثارة	تفقد تزامناتها	لا تتأثر	لا تتأثر	تزداد سعتها

هيمنة الموجات الفا تخطيط لمريضة سليمة

علام التخطيط الطبيعي

يمكننا تلخيص هذه العلام على النحو التالي:

- 1- في حالات التخطيط الطبيعي المثالي نلاحظ هيمنة موجات ألفا بحيث تُولف لوحدها 85 الى 90% من مجمل موجات التخطيط.
- 2- نلاحظ أن موجات بيتا وبيتا مجتمعتين لا تُولفان أكثر من 10 الى 15% من مجمل موجات التخطيط.
- 3- نلاحظ غياباً تاماً لموجات دلتا في التخطيط الطبيعي.

هيمنة الموجات بيتا عدم ثبات الجهاز العصبي النباتي.

تخطيط الدماغ Electroencephalogram

Electroencephalogram

تخطيط الدماغ (او رسم المخ) هو من الوسائل، غير الدموية، الشائعة لاستطلاع النشاط الفيزيولوجي للدماغ، ولتحديد مدى طبيعية او اختلال هذا النشاط. حتى بات تخطيط الدماغ عنصراً من عناصر

4- في التخطيط الطبيعي نلاحظ ان مواصفات الموجات تتطابق وبشكل تام مع المواصفات المعروضة في الجدول اعلاه.
(راجع الجدول). وذلك سواء من حيث التردد، السعة، الشكل، التناسق، والتزامن.

أما اذا أخذنا كل منطقة دماغية على حدة فاننا نلاحظ أنه، في الحالات الطبيعية، يوجد هنالك نوع من الاختصاص - وذلك بحيث تصدر كل منطقة دماغية إيقاعاً معيناً من الإيقاعات الأساسية وعليه فان:

1- المنطقة القذالية Region Occipital: ويغلب عليها اصدار موجات ألفا ذات تردد يساوي عشر موجات في الثانية وذات سعة اهتزازية تساوي 50 ميكروفولت.

2- المنطقة الجدارية Region Parietale: وتصدر موجات ألفا منفردة ذات تردد عال وسعة اهتزاز منخفضة. ولكن هذه المنطقة تصدر أيضا موجات بيتا وبيتا منفردة.

3- المنطقة الجبهوية Region Frontale: وهي فقيرة باصدار موجات بيتا وألفا وهكذا فان الهيمنة فيها لموجات بيتا. ونظراً لانخفاض السعة الاهتزازية للموجات التي تصدرها هذه المنطقة فاننا نلاحظ أن تخطيط هذه المنطقة انما يشبه الخط الأفقي (انظر صورة التخطيط الطبيعي).

المنطقة الصدغية Region Temporale: وهي فقيرة باصدار موجات ألفا التي تكون متميزة بسعة اهتزازية منخفضة لدى صدورها عن هذه المنطقة. كما تصدر هذه المنطقة موجات بيتا منعزلة (منفردة).
نماذج من التخطيطات الدماغية.

تخطيط في حالة اضطراب الشخصية

تخطيط لحالة عصاب قلق

تخطيط طبيعي

3- الموجات المعقدة الدورية - المتكررة:

وتسمى هذه الموجات بـ Redermerck. وهي مؤلفة من مجموعة من الموجات الرأسية والبطيئة ذوات السعة الاهتزازية الكبيرة جداً (300 – 400 ميكروفولت) وتدوم هذه الموجات ما بين 0,5 و 3 ثوان وهي متزامنة في جميع مناطق التخطيط وتظهر هذه الموجات من ثماني مرات الى ست عشرة مرة في الدقيقة الواحدة. الا أن المسافة بين موجتين من هذا النوع لا تكون متساوية. وهذه الموجات تميز مرض الصرع عند الرضيع. وهذه الموجات نادرة الوجود في عيادات الطب العقلي. وكثيراً ما تشبهه بشارع يتخلله عدد من العمارات متساوية الارتفاع.

تخطيط لحالة صرع اصغر (Petit mal).
ومن الموجات ذات الدلالة المرضية الخاصة نذكر:
1- الموجات الرأسية البطيئة:

الترسبات الحديدية في الرئتين Hemosiderose pulmonaire idiopathique

Idiopathic pulmonar Hemosiderosis

وتتجم عن الترسب التدريجي للحديد، الذي يحويه الدم، في الرئتين (Hémosidèrose pulmonaire). وهذه الترسبات قد تعود لأسباب عديدة، ليست بالضرورة ناجمة عن الحساسية، وأهم أسباب هذه الترسبات، من الوجهة المناعية، هي حساسية المريض أمام حليب البقر. ويظهر هذا المرض لدى الرضيع في أسابيعه الأولى. وتنعكس هذه الحساسية بالمظاهر العيادية التالية: ارتفاع نسبة الخلايا الأيوسية، التهاب الأنف المزمن، التهاب الأذن الداخلية بالإضافة الى مظاهر معوية - معدية مثل الاسهال، القيء، النزيف، وأخيراً فإن من شأن هذا الترسب الناجم عن الحساسية أن يعيق نمو الطفل. ومن الجدير بالذكر أن هذه المظاهر التنفسية والمعدية - المعوية تختفي مع الامتناع عن تناول حليب البقر وتعود للظهور مع العودة الى تناوله. هذا وقد استطاع العلماء أن يحددوا عدداً من الأشكال العيادية لهذه الحساسية فمنها ما يصيب الجهاز الهضمي ومنها ما يصيب الجهاز التنفسي بأحد أقسامه العلوية أو السفلية وذلك بالإضافة الى الشكل

تدل هذه الموجات على الحساسية وتعكس إصابة دماغية عميقة، وتصل سعتها الى 200 – 300 ميكروفولت. أما فترة ظهورها فغير ثابتة. وهي يمكن أن تظهر منعزلة أو متجمعة، محلية أو عامة وقسمها الصاعد هو أكثر عمودية في القسم النازل وتسمى هذه الموجات بموجات شارب Sharp Waves.
2- الموجات المعقدة السريعة: وتتألف هذه الموجات من رأس سريع تعقبه موجة أخرى سريعة ولهذه الموجات دلالة محدودة في حالات الصرع. والبعض يعتبرها ملازمة تقريباً لحالات الفصام.

المعروض أعلاه والذي يصيب مختلف هذه الأقسام. ويمكن تحديد هذا النوع من الحساسية عن طريق الاختبار الجلدي - أنظر الحساسية*.

الترميز

Symbolisation

Symbolisation

هو بالمعنى العريض أسلوب من التصوير غير المباشر والمجازي لفكرة أو لصراع أو لرغبة لا واعية. أما بالمعنى الضيق فإن الترميز هو أسلوب التصوير المتميز بثبات العلاقة بين الرمز وبين الرموز اليه (الذي يكون لا واعياً) على أن مثل هذا الثبات لا يوجد فقط عند الفرد بل هو يوجد في اللاوعي الجماعي. إذ يوجد في الأساطير والفولكلور والنظام الرمزي الأساسي للأمة أي اللغة. على أن هذه العلاقة بين الرمز والرموز اليه ليست بالضرورة علاقة داخلية. وهذا ما نلاحظه في استخدام مصطلح الرمزي من قبل جاك لاكان. وتتسع شقة التفاوت في استعمال مصطلح الترميز عندما نصل لاستخدام بيار مارتي لهذا المصطلح. حيث يتم الترميز بين رموز ومرموزات تنتمي إلى نفس المستوى أو المجموعة الوظيفية - انظر التنظيم النفسي* - فقرة تعلم اللغة.

تسارع النبض العشوائي Tachycardie فوق البطيني Paroxistique supra مرض بوفيرييه ventriculaire

Bouveret Diseases

ويظهر هذا التسارع عقب الإرهاق. كما أنه قد يظهر دون سبب واضح أو نتيجة لتغيير وضع الرأس أو الجسد بسرعة. وهو يبدأ عادة بشعور مضمّن بفعال الصدر (Declic). يعقبه مباشرة الاحساس المستمر بخفقان القلب الشديد الذي غالباً ما يصاحب بالاحساس بالضغط على الصدر والدوار والغثيان وأحياناً القيء. كما يترافق هذا التسارع في بعض الأحيان مع الإغماء وفقدان الوعي.

ويتبدى هذا التسارع بارتفاع نبض القلب إلى حدود 140 - 210 نبضة/الدقيقة ثم تنتهي النوبة بشكل فجائي تماماً كما بدأت. وفي أغلب الأحيان نلاحظ أن المريض يستطيع التخلص من النوبة أو أن يحد من تطورها عن طريق قيامه بحركات معينة. قد يكتشفها لوحده أو قد يتعلمها من الطبيب. من هذه الحركات نذكر:

- 1- بلع لقمة غذائية كبيرة
- 2- أحداث التقيؤ بإدخال أصبعين في البلعوم
- 3- اتخاذ وضع معين (أثناء الرأس إلى الامام)
- 4- الضغط على مقلة العين وهي مغمضة
- 5- الضغط على منطقة الشريان السباتي
- 6- تحسس سقف الحلق باللسان.

ومما لا شك فيه أن مثل هذه النوبات تكون مصدر قلق وازعاج كبيرين بالنسبة للمريض. إلا أن هذه النوبات لا تشكل خطورة حياتية على المريض. إلا في حالة تزامن هذه النوبات مع أمراض قلبية أخرى ذات طبيعة عضوية مثل قصور القلب، موت عضلة قلبية، تضيق الصمام القلبي... الخ. ففي مثل هذه الحالات يجب الحذر الشديد والحوول دون تكرار هذه النوبات عن طريق منع أسبابها وأخطار المريض بالخطوات الواجب اتخاذها ريثما يحضر الطبيب.

التشخيص Diagnostic Psychosomatique النفسي Psychosomatic Diagnosis

يعتمد التشخيص النفسي على تصنيفين متلازمين هما:

أولاً التصنيف الطبي الكلاسيكي وثانياً التصنيف النفسي. وإذا كان التصنيف الطبي معروفاً على الأقل بخطوطه العريضة فإن التصنيف النفسي (البيكوسوماتي) هو تصنيف مجهول من غير الاختصاصيين ويقتضي بالتالي شرحاً وافياً لاستيعابه. وفيما يلي عرض لأسلوب التشخيص المعتمد في معهد البيكوسوماتيك في باريس. وهذا التصنيف يركز على تحديد ثلاثة متغيرات نحصل عليها من خلال الفحص النفسي للمريض ومن خلال متابعتنا للعلاجات التي تلقاها.

وهذه المتغيرات الواجب تحديدها هي:

أ- البنية الأساسية*: وهذه البنية لا تتيح لنا تحديد أكثر من دلالة واحدة لكل مريض. ولكن هذه الدلالة تمكننا من تصنيف المرض ضمن واحدة من أنواع العصابات أو الذهانات.

ب- المميزات العظمى الاعتيادية* وتحوي هذه المميزات، في ذات الوقت، مجموعة من المعطيات مثل الأعراض، تفسير حالة المريض العيادية ومعطيات حول نشوء ومرحل تطور المرض. وبهذا تتيح لنا المميزات الاعتيادية المهيمنة استخراج دلالات عدة للمريض الواحد.

التصنيف الطبي للأمراض النفسية Classification médicale des maladies psychosomatiques.

Medical classification of psychosomatic

Disees

في ما يلي التصنيف الطبي التقليدي الذي تركز اليه نظرية مارتي في تشخيصها (التشخيص النفسي). اذ يأخذ هذا التشخيص في اعتباره التشخيص الطبي الكلاسيكي (الذي يعكس خلل التنظيم الجسدي) ثم يعمل على تحديد التشخيص النفسي (الذي يعكس خلل التنظيم النفسي) ويشرح نوبات خلل التنظيم الجسدي).

هذا التصنيف هو التالي:

- 100 -I- الحساسية
- 101 1- الربو الشعبي
- 102 2- الأكزيما
- 103 3- ورم كوينك
- 104 4- تحسس الأنف التشنجي
- 105 5- الشرى
- 106 6- ردات فعل تحسسية متنوعة
- 107 7- السعال التشنجي
- II- السرطان:
- 141 1- التتاسلي
- 142 2- الثدي
- 143 3- مرض هودكين
- 144 4- الجلد
- 145 5- الرئة
- 146 6- الدم
- 147 7- العظام
- 148 8- البنكرياس
- 149 9- العين
- 150 10- أنف - أذن - حنجرة
- 151 10- وجود امتدادات للسرطان
- 152 11- سرطان الجلد Mélanome
- 153 12- السرطان الليمفاوي
- 154 14- أورام سرطانية غير مرض هودكين
- III- الجراحة
- 191 1- البتر
- 192 2- صعوبات اعادة التأهيل
- 193 3- تعقيدات الكسور
- 194 4- الجراحة العصبية

ج- الخصائص العظمى الحالية* وتشير هذه الخصائص الى التغيرات الحالية للمريض بالمقارنة مع مميزاته الاعتيادية المهيمنة. وبمعنى آخر فان هذه الخصائص تتيح لنا تقييم التغيرات الطارئة على طريقة التفاعل العقلي للمريض. هذه التغيرات التي تشكل العوامل الاساسية المؤدية لظهور المرض وحيانا لاستمراره.

ثم يتم بعد ذلك تحديد التشخيص بالمقارنة بين المعطيات النفسية وتلك الطبية التقليدية. على ان التشخيص النفسي لا يكون جامداً بل هو يتسم بالمرونة لدرجة انه قابل للتغيير على ضوء الحالة الجسدية للمريض وعلى ضوء متابعتنا للخصائص المترتبة على العلاج النفسي - انظر التصنيف الطبي للأمراض النفسية.

تصلب الشرايين الدماعي المنتشر

Athéro sclérose
cérébrale diffuse

Diffuse cerebral Athéro sclérosis

وينعكس هذا التصلب بالمظاهر التالية:

أ- مظاهر نفسية:

أرق نرق، تراوح المزاج، ميل للانهايار، تراجع القوى الذهنية، مراحل خبل، انهيار ذهاني، وحالات هوس.

ب- مظاهر جسدية:

صداع، وهن، دوام، اضطراب الرؤية، تتميل الاطراف، كما يمكنه ان يترافق مع تصلب الشرايين المحيطية وارتفاع الضغط بحيث يكون الانبساطي اكثر من (11) وعلامت عدم كفاية القلب واعطال عصبية محدودة (الا اذا تم اكتشاف المرض من خلال حادث عصبي - وفي هذه الحالة تظهر النوبات الصرعية).

كما يمكن لهذا التصلب احياناً ان يترافق مع اضطرابات عقلية (تراجع عقلي احيائي) حيث تنبدي المظاهر التالية:

- تراجع عقلي (تناذر شببيه البصيلي).

- عدم القدرة على الحفظ - انعدام التوجه الزمني - التعرف الخاطيء - هذيان الاراجيف - تراجع عقلي - دماغي هام.

اضطرابات عصبية متنوعة (مظاهر شلل، حركات ارادية محدودة، زيادة الحركات اللاارادية، انعدام القدرة على الایماء (التعبير من خلال الوجه) وانعدام القدرة على تماوج الصوت اضطراب المشية، سلس البول وعدم التحكم بالبراز... الخ.

297	7- كيس في المبيض	195	5- تدخلات عديدة عقب جراحية
298	8- التهاب الأغشية المخاطية		IV- القلب - الدورة الدموية - الدم:
299	9- التهابات نسائية متنوعة	221	1- فقر الدم
	VIII- أمراض المناعة:	222	2- تنفخ خطر (مهتد للحياة)
311	1- الضمور النخاعي	223	3- التهابات الشرايين
312	2- مرض الكولاجين	224	4- مرض قلبي عضوي
313	3- الانحطاط المركزي	225	5- أمراض دم غير سرطانية
314	4- مرض الذئبة	226	6- ارتفاع الضغط
315	5- التهاب ما حول المفصل	227	7- الاحتشاء القلبي
316	6- مرض ديهرينغ		8- أمراض شريانية متعدّدة Polyarteropathie
317	7- التهاب المفاصل الحاد المزمن (الروماتيزم)	228	
318	8- مرض Echauffaud-Still	229	9- مرض رينود
319	9- ضمور العضلات التدريجي	23	10- اضطراب نبض القلب
320	10- مرض انعدام المناعة - انظر الايدز	231	11- انبلاج التفتخ Rupture d'anévrisme
	IX- الالتهابات والأمراض الفيروسية الحالية أو الحديثة:	232	12- ضباغ دموي Hemocromatique
351	1- جلدية	233	13- التهاب الوريد Phlébite
352	2- بولية - تناسلية	240	V- الجلد
353	3- التهاب الكبد الفيروسي الحاد	241	1- حب الشباب
354	4- القوباء Herpes	242	2- صلغ (تساقط الشعر)
355	5- العيون	243	3- مرض جلدي (الامراض الجلدية)
356	6- أنف، أذن، حنجرة	244	4- التهاب الأدمة
357	7- التهاب البنكرياس	245	5- الثعلبة (تساقط الشعر)
358	8- انخفاض المناعة	246	6- الحكاك
359	9- السل	247	7- الصدفية
360	10- الالتهابات البولية	248	8- الوضغ
361	11- داء المنطقة Zona Zoster		VI- أمراض الهضم (الاضطرابات الهضمية)
	X- عدم الكفاية الأساسية:	271	1- امراض المستقيم
381	1- الوهن العام	272	2- مرض كرون
382	2- صعوبات تحديد الزمان والمكان	273	3- اضطرابات (أمراض) هضمية- وظيفية
383	3- اضطرابات تكييف حرارة الجسم	274	4- عسر الهضم
384	4- الاضطرابات الزمانية - الفضائية	275	5- التهاب غشاء المعدة
	XI- اضطراب التغذية - الأيض - الغدد:	276	6- التهاب المستقيم النازف
401	1- الهزال	277	7- القرحة المعدية - الاثني عشرية
	2- زيادة الشهية أو انخفاضها - اضطرابات التغذية - انظر النهام*	278	8- الغثيان - القيء
402		279	9- الكبد - المرارة
403	3- فرط افراز الدرقية (مرض Basedow)		VIII- الأمراض النسائية:
404	4- السكري غير مدمن الانسولين	291	1- التهاب ملحقات الرحم
406	5- السمنة	292	2- تعقيدات ما بعد الـ I.V.G.
407	6- اضطرابات الدرقية	293	3- اضطرابات العادة الشهرية
408	7- ازرقاق الأطراف	294	4- العقم
409	8- اضطرابات هورمونية متنوعة	295	5- المهبلية
		296	6- التهاب غشاء الرحم

531	1- أوجاع المفاصل		XII- الاضطرابات العصبية:
532	2- آلام المفاصل	441	1- الألام Algies
533	3- التهاب المفاصل Arthrose	442	2- الصداع
534	4- آلام الظهر	443	3- السباتية comitialité
535	5- الكسور المتعددة	444	4- تقلصات الكتاب
536	6- آلام العمود الفقري	445	5- صداع الشقيقة
	7- انخفاض تكلس العظام	446	6- التهابات النخاع الشوكي Myérites
537	Osteoamlacies et chondromalacie	447	7- سوابق جراحات عصبية
538	8- ترقق العظام Ostéporose	448	8- اضطرابات عصبية - نباتية
	9- التهاب المفاصل التصاعدي - المزمن	449	9- التهاب العصب Névrite
539	Polyartrite chronige évolutive	450	10- شلل
540	10- الروماتيزم المفصلي الحاد R.A.A.	451	11- التهاب الاعصاب Polyomyélite
541	11- أنواع أخرى من الروماتيزم	452	12- مرض ريكلنجهاوزن Reklinghausen
	12- التهاب مفاصل الفقرات التصالبي	453	13- تناذر ذاتي عقب رضة جسدية
542	Spondiloarthritis Ankilosante	454	14- تصلب المادة العصبية البيضاء S.E.P.
	XVI- الرنة:	455	15- الكزاز
561	1- التهاب الشعب الهوائية		16- التواء العنق التشنجي
562	2- نفاخ رئوي Emphysem	456	Torticolis Spasmodique
563	3- عدم الكفاية التنفسية		17- رضات الجمجمة وأثارها - انظر
564	4- السل الرئوي	457	الامراض العصبية - النفسية*
	XVII- الكلية والجهاز البولي:	458	18- حوادث وعائية = دماغية
581	1- المغص الكلوي Coliques néphritiques	459	19- الدوار الخادع Vertiges faux
582	2- التهاب المثانة Cystite	460	20- نوبات حركية ذات المصدر غير الأكيد
583	3- سلس البول Enure'sie	461	21- الوهن العضلي
584	4- عدم كفاية الكلى	462	22- الشنج Spasmophilie
585	5- حصى الكلية	463	23- حسُ الاعتلال- Cénéstopathies
586	6- اضطرابات التبول		XIII- اضطرابات العيون (غير محدّدة):
587	7- زراعة الكلية	491	1- العمى cécité
588	8- غسيل الكلى Dialyse	492	2- تكثف عدسة العين cataracte
589	9- تناذر كلوي		3- التهاب مشيمة العين التطوري
	10- الكلية متعدّدة الأكياس polykistique	493	choroïdite évolutive
590		494	4- الرؤية المزدوجة Dyplopie
60	XVIII- الجهاز الجنسي (الاضطرابات الجنسية):	495	5- أمراض شبكية العين Réthinorathie
601	1- البرودة الجنسية	496	6- غيرها
602	2- عجز جنسي	497	7- اضطرابات الشبكية
603	3- القذف المبكر		XIV- أنف - أذن - حنجرة:
604	4- المهبلية	511	1- طنين الأذن Acouphenes
61	XIX- اضطرابات النوم	512	2- البحة المزمنة Enrouement chronique
611	- الروبصة Somnambulisme		3- التهاب الأنف - حنجرة
62	XX- الأسنان	513	Rhinopharyngite
621	- الفم والأسنان	514	4- الصمم Surdité
64	XXI- الأورام الحميدة		XV- العظم - المفاصل:

65 -XXII- التحويلات الهيستيرية الصريحة

67 -XXIII- محاكاة المرض Pathomimies

التصنيف النفسي Classification

Psychosomatique

Psychosomatic classification

شهدت حقبة الثمانينيات امتداداً واسعاً للطب النفسي فقد تمّ خلالها ارساء مبادئ نظرية مارتي سواء من حيث التصنيف أو العلاج أو التطورات النظرية المدعمة بالتجارب والاحصاءات التي استطاعت ادخال تحسينات وتعديلات أساسية على هذه المبادئ. هذا وتمتاز نظرية مارتي* بكونها مساعدة للاختصاصيين لمناقشة الأوضاع المرضية والمقارنة فيما بينها. كما تتيح لهم مراقبة التطورات المرضية في اطار تصنيف يمتاز بالمرونة كما سنلاحظ. والتصنيف الذي ناقشه فيما يلي يعرف بتصنيف مارتي Classification Marty وهو مطبق منذ بداية العام 1978 في معهد البسيكوسوماتيك في باريس (I.P.S.O).

وهذا التصنيف يذهب الى ما وراء الملاحظات والمظاهر العيادية التقليدية فهو، بالإضافة الى هذه المعطيات، يركز على الخصائص الفردية للشخصية وعلى التنظيم النفسي الخاص بكل مريض على حدة. ولا يخفى على أحد من العاملين في المجال العلاجي ضرورة تقييم تطورات المرض ومراقبة تأثير العلاج اضافة لتحديد انعكاسات هذه العوامل على صعيد التنظيم النفسي - الجسدي. ومن هنا تتبع الأهمية الفائقة للتصنيف النفسي - الجسدي ولأساليب تشخيصه.

ومن الطبيعي أن يواجه هذا التصنيف انتقادات مختلفة توجه عادة لمختلف النظريات التشخيصية. ومن هنا كان علينا الاجابة على عدد من التساؤلات المطروحة وفي مقدمتها:

- 1- هل هذا التصنيف هو من النوع الثابت - الجامد أم أنه مرن وقابل للتعديل والتطوير؟
- 2- يعتمد هذا التصنيف على ترميز العلائم العيادية بالأرقام. فهو يشير مثلاً للعصاب السلوكي بالرقم 131 وهكذا دواليك بالنسبة لباقي العلائم النفسية: والسؤال هو: هل تقبل هذه الوسيلة، الرياضية - الحسابية، التطبيق على الظواهر الحيوية وخاصة على الوظيفة العقلية للأشخاص؟
- 3- ما هو مدى الدور الذي يمكن لهذا التصنيف أن

يلعبه في مجال البسيكوسوماتيك؟ الى ما هنالك من الأسئلة التي تضاف اليها علامات استفهام عديدة نابغة من احتمالات اللبس سواء على صعيد تحديد العلائم المرضية الفورية أو على صعيد النظرة الاجمالية الكلية للوجود الانساني ولتناسخه وأزماته.

انطلاقاً من هذه التساؤلات تتبع المخاوف ذات الطبيعة الهوامية الخادعة والمتحورة حول فكرة الخوف من أن يؤدي تصنيف الأمراض والمرضى في جداول وأرقام الى تجريد المريض من انسانيته وتحويله الى معادلة رياضية. وبالطبع فان هذا التجريد ليس الا ظاهرياً. وعلى أية حال فاننا سنجيب من خلال هذه الدراسة على مختلف التساؤلات والانتقادات التي يمكن لهذا التصنيف مواجهتها.

ولعل التطبيق العملي لهذا التصنيف هو الحل الحاسم الكفيل بازالة الشكوك وبالاجابة على التساؤلات المطروحة. وهو بالتالي جدير بتسيخ أهمية هذا التصنيف وتعميق فهمه.

وهذا التصنيف يتحلى بالخصائص التالية:

- 1- الايجاز: عن طريق نقل العناصر والعلائم الاساسية لشخصية المريض وذلك عن طريق ملاحظة شخصيته واستبطانها من زوايا متعددة.
- 2- المرونة والطواعية وسهولة الاستعمال: وذلك عن طريق اعتماد هذا التصنيف على عدد محدود من الأبواب.
- 3- التفكير الديناميكي: الذي يأخذ بعين الاعتبار ماضي الشخص المرضي وتطورات المرض.
- 4- القدرة الدائمة على التكيف مع التطورات المرضية.

ان هذا التصنيف يطرح أبواباً تصنيفية محدودة. ولكن هذه الأبواب ممكنة التفصيل عن طريق تفرعها الى مجموعة من الأبواب الأكثر دقة.

مما تقدم نستنتج أن هذا التصنيف لا ينظر للمريض نظرة جامدة. بل على العكس فانه تصنيف يراعي مختلف التغيرات التي يمكنها أن تطرأ أثناء سير العلاج. كما يراعي التطورات والتغيرات التي قد تطرأ على الحياة اليومية للمريض. وكما سنلاحظ لاحقاً فان التشخيص المشتق من هذا التصنيف هو تشخيص مرن وقابل للتعديل وفقاً لظروف العلاج والمستجدات التي يمكنها أن تطرأ على حياة المريض. ويرتكز هذا التصنيف على ثلاث دعائم اساسية هي:

هذه المعطيات بالوظيفة العقلية، نمط الحياة الاعتيادي والمعطيات المتعلقة بالسوابق المرضية للمريض. وفي سبيل تسهيل التعرف على هذه المميزات وتصنيفها فقد عمدنا الى مناقشتها على ثلاثة أصعدة هي:

- الأعراض (ذات الدلالة التحليلية أولاً).
- التفسير.
- السوابق المرضية.
- على صعيد الأعراض تمكننا ملاحظة المميزات التالية:

- 1- القلق المتفشي - (القلق التلقائي المرافق للضيق النفسي) ورمزها 211
 - 2- القلق الموجه نحو الموضوع (علام الانذار المترافقة بروابط تمثيلية) ورمزها 221
 - 3- العلام الطبائعية
- الحساسية Allergiques ورمزها 231
- شرجي وسواسي (حصر الخروج - والتحكم به) ورمزها 232
 - مراقبي Hypochondriaque ورمزها 233
 - الهستيريا (متنوعة أو أوديبية) ورمزها 234
 - فمي Oral ورمزها 235
 - شذوذ ورمزها 236
 - قضيبى - نرجسي ورمزها 237
 - رهاب المحيط أو الاجتياح ورمزها 238
 - رهاب الموضوع ورمزها 239
 - ذهاني ورمزها 240
 - سادو - مازوشية (علاقات غلمية) ورمزها 241
 - سادو - مازوشية (مفرغة سلوكياً) ورمزها 242
 - مازوشية ظاهرية ورمزها 243
 - غيرها ورمزها 200
 - السلوكيات (اللجوء غالباً الى) ورمزها 251
 - الروبصنة Somnanbulisme ورمزها 252
 - مظاهر التذكك (غرابية الأفكار) ورمزها 261
 - Dépersonnalisation ورمزها 271
 - انهيار كامن ورمزه 271
 - اعاقه، تجنب التمثلات أو قمعها ورمزها 281
 - قمع التعابير الغريزية من السلوك ورمزه 282
 - عدم الانتظام الحاد للوظيفة العقلية ورمزه 291
 - رفض الواقع والتهرب من الحقيقة ورمزه 292
 - العقلنة الدفاعية intellectualisation ورمزه 293
 - آليات عقلية أخرى مستخدمة ورمزها 300
- II- على صعيد التفسير نلاحظ المميزات التالية:

1- البنية الأساسية Structure Fondamentale
2- المميزات الاعتيادية Particularités
Habituelles Majeures
3- الخصائص العظمى الحالية Caractéristiques
Actuelles Majeures
وفيما يلي نعرض الجداول التي تبين تغيرات كل من هذه العوامل. وهذه الجداول هي:

1- البنية الأساسية:

وهي صفة أساسية غير قابلة للتعديل لدى البالغ. وهي تطبع تنظيم الجهاز النفسي - الجسدي لدى الشخص. وللبنية الأساسية سمة واحدة، وحيدة، لدى الشخص الواحد. ومن أهم البنى المصادفة في البسيكوسوماتيك نسجل السمات التالية للبنية الأساسية:

- 1- الأعصاب العقلية مع الحفاظ على التوازن الجسدي ورمزها 111
- 2- الأعصاب الطبائعية وتقسّم الى:
أ- حسنة التعقيل ورمزها 121
ب- غير مؤكدة التعقيل ورمزها 122
ج- سيئة التعقيل ورمزها 123
والتعقيل* انما يقاس اعتماداً على ثلاث خصائص رئيسية لما قبل الوعي وهي:
- سماكة الطبقات الموصلة.
- سيولة انتشار المعلومات بين مختلف طبقات ما قبل الوعي.

- ديمومة الوظيفة العقلية (القدرة على التعقيل).
3- الأعصاب السلوكية: وتعكس عدم كفاية تنظيم ما قبل الوعي ويستدل عليها من خلال سلوك المريض المعبر عن رغباته الدفينة (الهو) وعن عناصر لا واعيه. دون أن يستطيع ما قبل الوعي التدخل وذلك بسبب قصور ما قبل الوعي وعدم تنظيمه.

ويرمز للعصاب السلوكي* بالرقم ورمزها 131
4- الذهانات مع الحفاظ على وظيفة الجسد

- ورموزها 141
- 5- الذهانات الطبائعية ورمزها 151
- 6- الذهانات السلوكية ورمزها 161
- 7- تنظيم تحسسي أساسي ورمزها 181
- 8- غيرها ورمزها 100

2- المميزات الاعتيادية العظمى:

تحت هذا الاسم تنضوي المعطيات والأعراض التي يمكن تبينها بدرجات متفاوتة من الصعوبة. وتعلق

- 16- انخفاض الليبدو (بسبب العمر) ورمزه 681
 17- الادمان (بما فيه استعمال المهدئات بمشورة الطبيب) ورمزه 692
 18- علاجات نفسية سابقة ورمزها 692
 19- غيرها ورمزها 600

3- الخصائص العظمى الحالية:

وتحتوي هذه الخصائص على مجموعة المظاهر المرضية المتبدية على صعيد الوظيفة العقلية - الحالية، نمط الحياة الحالي والسوابق المرضية الحديثة العهد.

ومن الممكن ملاحظة عدة خصائص لدى المريض الواحد. وهذه الخصائص هي:

- 1- التحويل (هيسيري أم لا) ورمزها 801
 2- الانهيار الأساسي ورمزها 802
 3- انهيار ما تحت الحادّ أو الحادّ (بالمعنى التحليلي) ورمزها 803
 4- اختلال تنظيم تدريجي ورمزها 804
 5- حداد حديث غير معبر عنه ورمزها 805
 6- مشاكل مهنية أو اصابات مؤثرة على الصعيد النفس - جسدي ورمزها 806
 7- الحياة العمليانية ورمزها 807
 8- والد لطفل يعالج في ذات الوقت ورمزه 808
 9- علاج نفسي سابق (لمدة سنة على الأقل) ورمزه 809
 10- صعوبات جنسية (عجز، برودة) ورمزها 810
 11- محاولات الانتحار الحديثة ورمزها 811
 12- ادمان حديث العهد (بما فيه الدوائي) ورمزه 812
 13- الحد من النشاطات الجسدية (بسبب حوادث أو غيرها) ورمزه 813
 14- تغير ملحوظ على صعيد الاقتصاد العلائقي ورمزه 814
 15- تغير في الاقتصاد العلائقي (منذ سنة على الأقل) ورمزه 815
 16- احباطات جنسية ورمزها 816
 17- اعادة تنظيم نسبي (موقت على الأقل) على شكل وسوس مرضية ورمزه 820
 18- مكاسب ثانوية يحققها المريض عن طريق مرضه ورمزها 822
 19- خصائص أخرى ورمزها 800

- 1- شذوذ جنسي كامن ورمزه 411
 2- الطفالة التراجعية infantilisme regressif ورمزها 421
 3- أنا مثالي مهيمن ورمزه 431
 4- عصاب صدمي ورمزه 441
 5- التساميات الفنية ورمزها 451
 6- التساميات الاجتماعية ورمزها 461
 7- التقاليد الدينية أو الثقافية الضاغطة والمؤثرة في الوظيفة النفس - جسدية ورمزها 471
 8- الاضطراب الجنسي (البرودة، العجز) ورمزه 481
 9- الرضة الطفلية لوضع عائلي او لنشاط الأهل بشكل أعاق التطور الجنسي للمريض ورمزها 482
 10- رفض النكوصات (واع أو لا واع) ورمزه 491
 11- مسالك الاستنفاد اللييدي ورمزه 492
 12- مميزات أخرى ورمزها 400
 III- على صعيد السوابق المرضية نلاحظ المميزات التالية:
 1- التحويل conversion (هيسيري أو لا) ورمزه 611
 2- الحداد القديم غير المعبر عنه ورمزه 621
 3- مشاكل أساسية في الهوية الذاتية ورمزه 622
 4- الحداد على المواضيع أثناء حمل الأم بالمريض أو أثناء السننتين الأوليين من عمره ورمزه 623
 5- تغيرات ملحوظة للاقتصاد العلائقي خلال السننتين الأوليين ورمزها 624
 6- حدادات، قبل البلوغ، غير معرب عنها ورمزها 625
 7- تغيرات ملحوظة للاقتصاد العلائقي في فترة ما قبل البلوغ ورمزها 626
 8- انهيارات حادة أو ما تحت الحادة (ذات علائم تحليلية) ورمزها 627
 9- انهيارات أساسية متكررة ورمزها 628
 10- اختلالات تنظيم متكررة (موجات الأمراض) ورمزها 629
 11- شذوذ جنسي ممارس ورمزه 631
 12- اصابات عصبية مركزية ورمزها 641
 13- شذوذ منظم ورمزه 651
 14- متعرض لعدة عمليات جراحية (سابقة لاختلال التنظيم الذي يسببه المرض الحالي) ورمزه 661
 15- الانتحار (محاولات سابقة لاختلال التنظيم الذي يسببه المرض الحالي) ورمزه 671

- 8- تشجيع الوظيفة العقلية والتعبير الغريزية ورمزه 943
- 9- اختفاء، أو الحد الملحوظ، من العوارض الدالة على الانا - المثالي ورمزه 945
- 10- الخروج من مأزق العصاب الصدمي ورمزه 947
- 11- الخروج من مأزق الصعوبات الجنسية الاعتيادية ورمزه 949
- 12- قبول النكوصات ورمزها 951
- 13- اعادة احياء بعض مظاهر العصابات العقلية السابقة ورمزه 953
- 14- عودة بعض مظاهر التعبير الخصائصية بشكل أو بآخر ورمزها 955
- 15- الخروج من سلوك الانهك الجنسي ورمزه 957
- 16- اختفاء المشاكل الاساسية للهوية الذاتية ورمزه 959
- 17- اعداد الأحزان والحداد الظاهر في مرحلة ما دون السنيتين من العمر ورمزها 961
- 18- اختفاء المظاهر الانهيارية أو الحد الملحوظ لها ورمزه 963
- 19- اختفاء اختلال التنظيم النفسي - الجسدي ورمزه 963
- 20- اختفاء أو الحد من مظاهر الايمان ورمزه 967
- اكتساب مميزات جديدة بمساعدة العلاج النفسي: وتتعلق خاصة بالتساميات ومنها:
- 1- على الصعيد العقلي:
- 971 - تساميات ملحوظة للوظيفة العقلية
- 973 - 975 - أبواب جاهزة في الباب الأول
- 2- على الصعيد التعبيري:
- 985 - التساميات الفنية
- أبواب جاهزة في الباب الاول (موجودة في المميزات الاعتيادية) 987 - 989
- 3- على صعيد التنظيم الاجتماعي:
- 991 - التساميات الاجتماعية
- أبواب جاهزة في المكان الاول 993 - 995
- غيرها 990
- هذا ولا يكتمل التشخيص النفسي الا بمقارنة نتائج هذا التصنيف النفسي مع التصنيف الطبي - التقليدي*.

التصورات

Représentations

Representations

مصطلح التصور vorstellung هو من المفردات

وفي نهاية عرضنا لتصنيف مارتي النفسي (البسيكوسوماتي) نأتى الى عرض الخصائص المترتبة على العلاج النفسي. وهذه الخصائص لا تزال موضع تجارب واعداد.

4- الخصائص المترتبة على العلاج النفسي:

وتصنف هذه الخصائص على ثلاثة مستويات هي: (1) اختفاء الخصائص الحالية و (2) تعديل المميزات الاعتيادية و (3) اكتساب خصائص جديدة بمساعدة العلاج النفسي. ونبدأ بـ:

- اختفاء الخصائص الحالية (المعرضة أعلاه) ويمكن أن يصيب الاختفاء الخصائص التالية:

- 1- اختفاء الاقلاب الحديث ورمزه 901
- 2- اختفاء الانهيار الأساسي ورمزه 902
- 3- اختفاء الانهيار الحاد أو ما تحت الحاد ورمزه 903
- 4- اختفاء اختلال التنظيم التدريجي ورمزه 904
- 5- ارهاص واعداد الحداد (أو الحدادات) الحديث العهد ورمزه 905
- 6- اختفاء الحياة العملية ورمزه 907
- 7- اختفاء الصعوبات الجنسية حديثة العهد ورمزه 910
- 8- اختفاء ظاهرة الايمان الحديثة ورمزه 912
- 9- اختفاء احباطات اللذة الجنسية ورمزه 916
- 10- اختفاء المكاسب الثانوية للمرض ورمزه 922
- تعديل المميزات الاعتيادية: يصيب هذا التعديل تلك المميزات التي تعيق التوازن (التنظيم) النفسي - الجسدي فيخفيها. كما يتناول تلك المساعدة لاقرار هذا التوازن فيشجع ظهورها.
- 1- اختفاء أو الحد الملحوظ لمظاهر القلق المتقشي ورمزه 931
- 2- الحد الملحوظ لمظاهر القلق الموجه نحو الموضوع ورمزه 932
- 3- الحد الملحوظ أو اختفاء المظاهر الرهابية ورمزه 933
- 4- تكامل الكفايات السلبية ورمزه 935
- 5- اختفاء، أو الحد الملحوظ، للمظاهر السلوكية ورمزه 937
- 6- الخروج من الانهيار الكامن ورمزه 939
- 7- تشجيع التمثلات النهارية والحلمية ورمزه 941

Macrocéphalie

تضخم الدماغ

Macrocephaly

ويعود سببه الى تضخم المنطقة النسيجية الضامة وليس العصبية. وهي حالة نادرة بالمقارنة مع التشوهات الدماغية الأخرى. وفيها يمكن لوزن الدماغ أن يصل الى حدود الـ 1600 غرام.

Mentalisation

التعقيل

Mentalisation

يعتبر بيار مارتى آلية التعقيل بمنزلة حجر الأساس في التوازن النفسي وفي الحياة النفسية - الجسدية للشخص بصورة اجمالية. حتى ان التعقيل هو العامل الموجه لتشخيص الحالات النفسية وفق نظرية مارتى. هذا التعقيل يعتمد على مدى كفاءة جهاز ما قبل الوعي. اذ كلما ازداد ما قبل الوعي كفاءة وتنظيماً كان التعقيل ارقى وأكثر جودة.

والواقع ان تحديد مدى جودة التعقيل هو امر غاية في التعقيد اذ انه يقتضي دراسة مفصلة ومتحرية لجهاز ما قبل الوعي وتحديد دراسة ابعاده الثلاثة:

- 1- سماكة مجموعة الطبقات الموصلة.
- 2- سيولة الانتشار بين هذه الطبقات.
- 3- ديمومة النشاط العقلي.

وهذا التحديد يقودنا حتماً الى دراسة الحياة الحلمية للمريض النفسي وبالتالي الى تحليل احلامه. هذا التحليل الذي يختلف عن طريقة فرويد في تفسير الاحلام وتحليلها في وجوه عديدة. اذ يهدف هذا التحليل الى تحري وجود انماط الحياة الحلمية التي يعتبرها مارتى مميزة للمرضى النفسيين وهي: (1) غياب الاحلام و (2) الاحلام التكرارية* و (3) الاحلام العملياتية* و (4) الاحلام الفظة*. اذ ان وجود نمط او

التقليدية في الفلسفة الالمانية وهو قد انتقل الى علم النفس حيث فصلت النظريات الدينامية (ومنها التحليل النفسي) بينه وبين العاطفة. ويتلخص هذا الفصل بالتفسير التحليلي لمصير العاطفة في العمليات النفسية: "اذ يكبت التصور وتقمع العاطفة".

وبما ان المقصود بالتصور: "المحتوى المحسوس لفعل التفكير" فاننا نلاحظ تناقضاً بين هذه المحسوسية وبين استعمال فرويد لمصطلح (التصور اللاوعي). ولتفسير هذا التناقض يلاحظ المحللون بأن استخدام مصطلح التصور في التحليل النفسي له دلالة ذلك الجانب، من الموضوع المتصور، الذي يسجل في الانظمة الذكروية.

عند هذا الحد لا بد من التذكير بان فرويد لا يصور الذاكرة على انها وعاء محتو للصور بشكل محض تجريبي. بل هو يتحدث عن انظمة ذكروية ويفرع الذكرى الى سلاسل ترابطات مختلفة عن بعضها حتى يقترب شرحه للانظمة الذكروية من تفسير فرديناند دوسويسر للسلاسل التذكيرية. وهذا يتبدى من خلال الاسلوب الفرويدي في تحليل الاحلام.

ولقد ذهب لكان الى ابعاد من ذلك عندما اعتبر ان اللاوعي نفسه مبني على غرار اللغة وفي هذا مزج بين "تصورات الشيء" وبين "تصورات الكلمة". من هنا معارضة هنري أي (Eg. H) لطرح لكان وتأكيد أي على أن اللغة هي مجرد وسيط مفصلي بين اللاوعي وبين الوعي.

وقبل الانتقال الى المفهوم النفسي للتصور نذكر بان فرويد لم يورد ما يوحي بقبوله لمبدأ التصور المجرد كلياً من التوظيف.

أما لدى بيار مارتى (Marty P.) فاننا نلاحظ طرحه لمفهوم خاص للانظمة الذكروية (انظر تنظيم الجهاز النفسي*). كما نلاحظ انه يربط بين سوء التعقيل، الناجم عن اختلال تنظيم جهاز ما قبل الوعي، من اعاققة التصورات والتحكم فيها. وبمعنى آخر فان مارتى يرى في سوء التعقيل آلية تفصل التصورات عن فعل التفكير العقلاني ويتبدى لنا ذلك جلياً في سياق حديثه عن الاحلام الفظة* حيث يعتبر ان سوء تنظيم ما قبل الوعي يفقده قدراته الرقابية فتتبدى محتويات اللاوعي على صعيد الوعي ودون الخضوع الى رقابة ما قبل الوعي (ذات الطابع التعقيلي). مع الاشارة الى ان انفصال التصور عن التعقيل (اي سوء التعقيل) هو بحسب مارتى احدى العلائم الرئيسية للاعصبة النفسية*.

أكثر من هذه الانماط يكون مؤشراً على وجود خلل في ما قبل الوعي وبالتالي على وجود خلل في آلية التعقيل لدى الشخص. على أن تحري هذه الانماط الحلمية يقتضي طريقة خاصة في تفسير الاحلام. فهو يقتضي من المحلل أن يقوم بتحديد المسارات النكوصية دون الانتهاء بالصراعات الدفاعية الجلية. فإذا ما حلم النجار بأنه ينزع المسامير فإن النفسيين يعتبرون هذا الحلم من النوع العملياتي. فهو يكرر مشاهد من الحياة اليومية - العملياتيية للحالم النجار. وهذه الطريقة تختلف اختلافاً جدياً عن تفسيرات التحليل التقليدي الذي يرد نزع المسامير الى عقدة الخشاء. مما يدفعه الى تغير جذري لوجهة المسار النكوصي. بما يمكنه ان يدفع بالمرضى نحو نكوصات غير مأمونة قد تعقد اختلال تنظيمه النفسي وتزيد من حدة **التجسيد*** (اعراض المرض الجسدي) لديه.

وهذه النقطة تحديداً تكاد تخرج مارتي واتباعه من المدرسة التحليلية وتزع الاعتراف بهم كمحللين. ففي هذه الملاحظة اتهام خطير للتحليل النفسي. ينطوي على الإيحاء بأن التحليل التقليدي يمكنه ان يكون سبباً في ظهور بعض الامراض الجسدية الخطيرة. فهو اذ يركز على اللاوعي فإنه يهمل ما قبل الوعي وبالتالي فإنه يهمل حجر الاساس في التوازن النفسي للمريض.

ويتبدى هذا الاختلاف بوضوح اكبر عندما يدعو مارتي الى ايقاف العلاج التحليلي ووضع الحدود له فور تأكدنا، من خلال احلام المريض، من ان المريض قادر على تغطية الوظيفة العقلية المثالية (اي قدرة تعقيل كافية) وبالتالي افضل وضع جسدي ممكن. وفي مثل هذه الحالة يقول مارتي انه يتوجب علينا انهاء العلاج حتى في الحالات التي نلاحظ فيها ان خلفية المريض مزروعة بالغام الصراعات التي لا يقوى على تحويلها الى صراعات نفسية - داخلية. على ان نبقى المريض تحت رقابة مستمرة في هذه الحالة.

وبهذا نرى ان الاختلاف بين مارتي والتحليل التقليدي يطال ايضاً الهدف النهائي للعلاج. حيث يدعو التقليديون من المحللين الى ضرورة استمرار العلاج التحليلي لغاية اختفاء فقدان الذاكرة الطفولي. فإذا ما اردنا التعمق في التعرف الى الفوارق القائمة بين فرويد ومارتي فإن علينا ان نراجع مواقف كل منهما من حالة دورا والتعرف الى الفوارق بين ما يدعو فرويد بالاقتصاد النفسي وما يدعو مارتي

بالاقتصاد النفسي.

هذا ويلاحظ مارتي ان خلل التعقيل مرتبط مباشرة بخلل تنظيم جهاز ما قبل الوعي ويصنفه على النحو التالي:

أ- عدم كفاية تنظيم ما قبل الوعي متفاوتة الحدة والعبارة والمترافقة مع الاعاقة والتهرب او مع كبت التصورات العقلية. وينعكس عدم الكفاية هذا بعجز عابر عن التعقيل.

ب- عدم كفاية التنظيم ما قبل الوعي المعاوضة. التي يمكنها ان تتعوض من خلال اجهزة اعادة التنظيم النفسدية في حالات النكوص. انظر **النكوص النفسي***.

ج- عدم الكفاية المتطورة التي تدوم لفترات طويلة وتترافق عادة بالغياب شبه الكلي للتصورات. وذلك من خلال سيوروات اختلال التنظيم التدريجية.

هذا ويرى مارتي ان هذه الاشكال الثلاثة لعدم كفاية الجهاز النفسي تؤدي الى اشكال أكثر تعدداً من التطورات التي تنعكس سلباً على صعيد الجسد محدثة فيه الاضطرابات النفسدية المختلفة من حيث حدتها والتي تختلف باختلاف **البنية الذاتية*** وباختلاف نوع عدم الكفاية التي يتعرض لها.

التفعيل

Acting out

Acting out

يستخدم هذا التعبير للإشارة الى الافعال ذات الطابع الاندفاعي المختلفة عن أنظمة الدوافع المعتادة للشخص. وتبقى هذه الافعال منعزلة عن مجرى باقي النشاطات. وتتخذ عادة شكل عدائية موجهة نحو الذات، أو نحو الغير. ومن الوجهة التحليلية فإن التفعيل يعكس بروز المكبوتات. وفي حالة ظهور التفعيل أثناء فترة التحليل فإنه يعتبر، في هذه الحالة، مرتبطاً بالنقلة ومحاولة من قبل المريض للتكرار لهذه النقلة - وهذا ما حدث في حالة دورا مثلاً.

التفكك

Dissociation

Dissociation

هو احدى الآليات الدفاعية - الذهانية او بمعنى أدق هو أحد انعكاسات زيادة تدخل هذه الآليات على صعيد سلوك المريض. فقد حددت المحللة ميلاني كلاين الآليات الدفاعية - الذهانية الرئيسية على النحو التالي:
- انشطار الموضوع والنزوة Clivage d'objet et de la Pulsion

التقنيات الدماغية

Supuration

cérébrale

Cerebral Supuration

واهمها:

- التهاب الوريد الخثاري (Thrombophlebite): ويرتبط ظهوره بالتهاب عام او في منطقة قريبة من الوريد. وتختلف مظاهره العصبية باختلاف المنطقة التي يقع فيها. وتنبدى بعلائم التهابية خطيرة وباضطرابات على صعيد الوعي.
- الخراج الدماغى Abcés cérébral: يشبه في التصوير الاورام وتختلف مظاهره باختلاف مكان وجوده. وعلائمه تشبه علائم سابقة ولكنها تختلف من حيث تطوراتها التي تصل الى حدود الغيبوبة.

تكامل القامة

Intégration corporelle

Corporal Integration

- في ما يلي نعطي فكرة موجزة عن مجرى العلاج، على طريقة تكامل القامة. ويبدأ هذا العلاج بقراءة الجسد. اذ يدعى المريض للفحص بعد خلع ثيابه. وعن طريقة قراءة جسده من الامام فاننا سنجد احتمالات عديدة. كمثل "الرأس منحن، الى الامام كما لو اراد المريض أن يكون أقل طولاً" أو "احدى العينين مفتوحة أكثر من الأخرى" أو "القسم الأعلى من الرأس أكبر من بقية الأقسام" أو "الرأس منحن الى اليمين دائماً" أو "الكف الأيسر يلاصق الفخذ في حين يميل الكف الأيمن نحو الخلف" أو "الصدر مبلوع" أو "يبدو التنفس وكأنه من البطن اذ تتحرك عضلات البطن في حين تبقى عضلات الصدر جامدة"... الخ. ثم نعد الى قراءة جانبية للجسد. فنطلب من المريض أن يقف بشكل جانبي لنقرأ جسده من هذه الجهة. وهذه القراءة الجانبية قد تؤكد لنا الملاحظات السابقة ولكنها تساعدنا أيضا في تحديد ملاحظات وقرارات أخرى للجسد من نوع: "انحناءات غير معتادة للعمود الفقري" أو "تركز الضغط في منطقة الكتفين أو المؤخرة" أو "أن وزن الجسد يبدو وكأنه يتركز على القسم الأمامي للقدمين حتى أن الكاحلين يلامسان بالكاد الأرض"... الخ وأخيراً يقرأ المعالج العضلات الخلفية. فيطلب من المريض أن يدير ظهره ويقوم بقراءة هذه المنطقة من الجسد بدورها. وهنا تسجل ملاحظات من نوع "أن الضغط يتركز في منطقة الكتفين أو القدمين اللذين قد يتقوسان نتيجة لهذا الضغط"... الخ.

المثمنة Idealisation

رفض الواقع (الداخلي أو الخارجي) Réfús de la réalité

انحباس المعاشيات العاطفية Rétenion affective

ونستطيع ان نستشف تدخل هذه الآليات المرضية من خلال مراقبتنا لسلوك المريض الذهاني. فهذا التدخل ينعكس على سلوك المريض بمظاهر ذهانية مثل:

1- التناظر Discodance: وه و تعبير اق ترحه Chaslin وه و م رادف لتعبير التفكك (Dissociation) وهو عارض يظهر غالباً لدى الفصامين.

2- انعدام الاستيعاب Dérealisation: م ن خلال شعوره المرضي بتغيير العالم من حوله يفقد المريض قدرته على التعرف الى هذا العالم وعلى استيعابه.

3- تفكك الشخصية Dépersonnalisation: وه و تناذر مصاحب لمرض الفصام ويتجلى بشعور الشخص بغرابة أفكاره (تفكك نفسي) أو بتغيير في أعضائه (جسدي).

4- الهلوسات Hallucinations: وتقسم الى سمعية وبصرية وشمية وذوقية.

5- الهذيان Délir: ويطل الهذيان معاشيات المريض. وينبع من اضطرابات التفكير التي تطال علاقة المريض بالمحيط.

6- الانعزال أو العزلة Autisme: تمّاز ظاهرة العزلة بعبور الشخص الى حياته النفسية الداخلية مع انفصال التفكير عن الواقع.

7- الوحدة الذاتية Solipsisme: والمقصود به هذه الوحدة ذلك الانعزال الذي تنعكس من خلاله اختلالات الترابط والتوازن بين مختلف القوى الإدراكية (من ذاكرة وانتباه وتفكير...).

هذا وي طرح مارتي مصطلح الذهانات النفسية (طباعية وسلوكية). هذه الذهانات تختلف مع الذهانات التقليدية في عدة وجوه وان ارتكزت الى ذات الآليات الدفاعية - الذمانية. حيث ان الذهانات النفسية لا تصل الى درجة الهذيان الذهاني. وهي تنبدي في فترات معينة عندما يؤدي زيادة تدخل الآليات الدفاعية الى عبور مكونات اللاوعي لتنبدي مباشرة في الوعي وذلك بسبب خلل تنظيم جهاز ما قبل الوعي.

بعد هذه القراءة المتأنية لجسد المريض يتوصل المعالج الى تحديد خطته العلاجية. الا أن هذه الخطة لا تكون ثابتة وجامدة. فهذه **الدروع العضلية*** ذات علاقة مباشرة باللاوعي. وبما أن اللاوعي نفسه عرضة لاعادة التنظيم فان هذه الدروع بدورها عرضة للتغيير.

بعد ذلك يبدأ العلاج العصبي - النباتي فيطلب من المريض التمدد على ظهره ومن ثم التنفس دون الاحتفاظ بالهواء ومن ثم الزفير المترافق بكلمة "أه" بأعلى صوت ممكن (ان هذه الطريقة في التنفس تؤدي الى تغيير قلبية الدم مما يؤدي الى تدافع ذكريات المريض. ولا تزال لغاية الآن نهج آليات حدوث هذا التدافع). وبينما يتنفس المريض بهذه الطريقة يعمد المعالج الى استخدام أطراف أصابعه ليلاصق بها مناطق الدروع العضلية بحيث يحس المريض مكان هذه الدروع عن طريق احساسه بأنامل المعالج. ثم يشرح المعالج لمريضه الوضع فيقول له مثلاً: ان كامل منطقة الصدر تعكس التفاعل أمام الانفعالات مثل الحزن والشعور بالوحدة والتخلي والفرق... الخ. أما الغضب فانه يترك آثاره أكثر ما يتركها على منطقة الكتفين والظهر... الخ. ويقرن المعالج حديثه هذا بلامسة هذه المناطق بأطراف أصابعه كي يحسها المريض. وبعد أن يحدد المعالج المناطق العضلية المتشنجة فانه يقوم بشرح أهمية الضغط بالاصابع ودوره في علاج هذه التقلصات العضلية. ويدعوه الى تعلمها كي يتمكن من ممارستها لوحده بعد الجلوس. هذا وتزداد أهمية العلاج بالضغط بالاصابع عندما نتحقق من كون النقاط مركز التشنج واقعة في نطاق خطوط التنصيف. أي في الخطوط التي تزرع فيها الابر الصينية. وفي خطوة أولى نحو تسريب المريض على العلاج، يقوم المعالج بالشروحات الآتية: ان خطوط التنصيف هذه (ذات العلاقة بالعواطف والانفعالات) تتبع وتخضع لنظام خاص يسمى بـ "العناصر الخمسة". وهنا يضع المعالج طرف اصبعه على نقطة معينة في الصدر ويقول للمريض ان هذه النقطة هي نقطة تجمع الطاقة الواصلة الى الرئتين (والرئة في جهاز العناصر الخمسة تعكس مشاعر الحزن) وثم يضغط المعالج بطرف اصبعه على نقطة معينة في الكتف ويقول ان هذه النقطة هي مولدة انفعال الغضب وهي تقع في نطاق خط التنصيف الواصل الى الحويصلة المرارية (هذه الحويصلة التي ينسب اليها الطب الصيني انفعال

الغضب).

بعد هذه الشروحات يترك المعالج مريضه ليمارس عملية التنفس مع اخراج الـ "أه" أثناء الزفير. وذلك مع وضع المعالج يده على صدر المريض (في نقطة الرئة التي أشار لها المعالج) ومع محاولة المريض اطالة الزفير قدر الامكان وهكذا ترافق يد المعالج حركات صدر المريض التنفسية صعوداً وهبوطاً، وتدرجياً يضغط المعالج بيده على صدر المريض. حتى يصل الى الضغط بكل قوة يده ليحرر فجأة الصدر من هذا الضغط.

ان لعملية التنفس هذه أهميتها الفائقة في العلاج. فهي تمثل مراقبة لا ارادية ولا واعية بالنسبة للشخص. وبطريقة الضغط على الصدر أثناء التنفس (المشار لها أعلاه) يستطيع المعالج أن يحدث خلافاً في الطريقة الاعتيادية لتنفس المريض. وذلك بحيث يدفعه لاستخدام عضلاته التنفسية بأسلوب غير اعتيادي. وهذا يسهل عملية تحرير العضلات التنفسية من التشنج. (خاصة وأن الضغط على الصدر يجبر المريض على استخدام جميع عضلاته المساهمة في التنفس اضافة للعضلات المساعدة للتنفس. مما يتيح للعضلات المتشنجة تحرير طاقتها الزائدة ومن ثم استرخاءها). وبهذا يؤدي العلاج الى اعادة تنظيم أكثر عافية لعملية التنفس وللانفعالات النفسية المصاحبة لها والمرتبطة بها. وبعد دقائق يترك المعالج مريضه ويراقبه وهو مسترخ ويتنفس بطريقة هادئة. ان الجلسة الاولى للعلاج تخصص عادة للقسم الاعلى من الجسد. بعد هذا التمرين التنفسي يبدأ تمرين تنفسي آخر. فيقف المعالج أمام المريض المتمدد على ظهره ويكور قبضتيه ليضغط بهما بقوة ولكن برفق على أضلاع المريض الذي يتنفس كما أشرنا أعلاه. ومن ثم ينقل المعالج قبضته من مكان لآخر في الصدر. وهذا الضغط الذي يمارسه يهدف الى اجراء نوع من التدليك العميق للعضلات. وعليه فانه يكون خفيفاً بشكل لا يكاد معه المريض يحسه. ويتم هذا الضغط بحركات متتابعة ترافق عملية التنفس. وبعد هذا التمرين يصرح المريض أنه لم يكن يتألم لهذا الضغط وانما كان يحس وكأنه يفرغ الألم من خلال صرخات الـ أه التي كان يطلقها مع الزفير.

بعد ذلك يعمد المعالج للارتكاز على صدر المريض اعتماداً على اطراف أصابعه مع الاحتفاظ بذراعيه ممدودتين. وينقل الضغط بهما من مكان لآخر. وصولاً الى تحت الابط حيث يصعب احتمال هذا

الضغط ويظهر الضيق على المريض (الذي قد يدفع يدي المعالج للدلالة على مضابقتة). بعد هذه التمارين يتعدل التنفس وينتظم بطريقة جديدة.

وفيما يلي حالة المريض جيرارد الذي بعد خضوعه للتمارين المشار لها أعلاه، تابع تنفسه وفجأة ظهرت تعابير انفعالية على وجهه ومال الى اليسار (عوضاً عن التمدد على الظهر) ثم بدأ يرتجف (كأنه مصاب بالبرد). وكانت ارتجافاته تنطلق من منطقة البطن. ثم عاد ليتمدد على ظهره. وبدت على عينيه ووجهه تعابير الحزن. ثم سألت الدموع على خديه. "هنا تدخل المعالج ليضغط بطرف أصابعه - لسبابتان - على حافتي جبين المريض. وذلك بهدف تجنيبه آلام الصداع التي تصاحب مثل هذه الانفعالات". وانفجر جيرارد بالبكاء وراحت عضلات بطنه تتقلص وتمتد بعنف مجبرة كامل الجسد على الارتجاف. ثم تكلم جيرارد بصوت منخفض ميز من خلاله المعالج الجملة التالية: إنه العبد... اننا مع الاصدقاء... أنا بين ذراعي أمي آخ... أنا انقياً... لقد رمتني امي الى الارض وقالت لي لا احبك ثم بدأ بالبكاء ليشرح بعدها للمعالج أنه عاش هذا المشهد من طفولته وأنه عانى طيلة حياته من الاضطرابات الهضمية.

ان الهدف النهائي والغاية المتوخاة لتكامل القائمة هما اعادة تعريف المريض على جسده واعادة اقتراجه من هذا الجسد. وهذا يعني أن الوعي يذوب في تلقائية الحركة وان السلوك المعاش هو في الوقت عينه نزوة غريزية وتغيير وجداني. وكما ابتعد الانسان عن جسده (وغم تصوره لجسده) صعب على الانسان اكتساب المرافقة لها. ف (أنا) الشخص تحتك بالعالم الخارجي من خلال جسده. ومن خلال حركات هذا الجسد و سكناته يترسخ اتصال الأنا بالعالم الخارجي وتتبدى طبائع الأنا وخصائص الشخصية.

ومثل هذه الطريقة العلاجية، المركزة على تمارين جسدية، من شأنها أن تسبب الدهشة للأشخاص الذين لم يألّفوا بعد مثل هذه العلاجات التي تستغل الطاقة. حتى أن هذه الدهشة تصل بالبعض الى حد الاستنكار ورفض هذه الوسائل العلاجية. إلا أن ما يدعم موقف "تكامل القائمة" هو النتائج التي يعطيها هذا العلاج. خاصة وأن التجربة تثبت أن تدافع الذكريات، الناجم عن طريقة التنفس الخاصة، لا يفجر من الذكريات اللاواعية الا تلك التي يكون المريض قادراً على تحملها.

التكتم

Alexithymie

Alexithymia

هي حالة تقيّد القدرة على التمييز والتعبير عن المشاعر والحالات العاطفية - الوجدانية بحيث تنخفض لدى المتكتم القدرة على التخيل وعلى الحلم (غياب الاحلام او ندرتها مع انعدام محتواها بظهورها على شكل احلام عملياتية). مما يؤدي الى انخفاض صلات الشخص بالعوامل الحقيقية المؤثرة في توازن جهازه النفسي - الجسدي. حتى انه يعجز عن التمييز بين حالاته الانفعالية وبين احساسه الجسدية بل إن تكتمه يجعله يعرب عن ضيقه النفسي من خلال الاعراض الجسدية. ويبقى منشأ حالة التكتم غير واضح. إذ ترده بعض النظريات الى آليات وراثية وعوامل خلقية وعصبية - نفسية وعصبية - تشريحية والى تأثيرات نفسية - دينامية وثقافية - اجتماعية. على ان التكتم ليس سمة ثابتة من سمات الشخصية إذ يمكنه ان يظهر بصورة عابرة ومؤقتة عقب تعرض الشخص لاضاع انفعالية مثل الشدة والشعور بالتهديد (عصاب صدمي)... الخ. حيث تكون حالة التكتم ثانوية.

ومصطلح التكتم يكاد يكون رديفاً طبينفسياً للمصطلح التحليلي "السلوك العملياتي - أو الحياة العملية" الذي طرحه بيار مارتى ودي ميزان اما مصطلح التكتم فقد طرحه ستيفنسون وفر ايبيرغ وآخرون.

التكثيف

Condensation

Condensation

هو عملية أساسية من عمليات اخراج الحلم ولكن ايضاً تكوين الأعراض النفسية - المرضية. ففي التكثيف يظهر في الحلم عنصر واحد يرمز في الواقع الى مجموعة عناصر.

تكوين العارض

Formation de

symptôme

Symptom - formation

يعتبر بروير الهيستيريًا بمنزلة الحالة النومية - الشبيهة بالتتويم المغناطيسي التي تؤدي الى حالة وعي خاصة تتبدى من خلال ما نلاحظه من اعراض هيستيرية. أما جانيه فيفترض، بالمنطق نفسه، ان الأعراض الهيستيرية تتجم عن تضيق حقل الوعي. من جهته يرفض فرويد هذه الشروحات لغاية اعتبارها مضللة. فهو يرى ان تكوين العارض هو نتيجة لعملية

الذاكرة بالنسبة للحوادث الجديدة وتباطؤ التفكير وانخفاض القدرة على التجريد والتعميم وفقر الوجدان بالنسبة للتلف التدريجي. ويظهر الفحص النفسي انخفاض القدرة التذكيرية وانخفاض القدرة على الانتباه والتركيز وبطء التفكير والتراوح المزاجي والانفجارات الانفعالية مع حفاظه على منطلقات تفكير.

Identification

التماهي

Identification

هو كناية عن عملية نفسية يتمثل الشخص بواسطتها أحد مظاهر أو خصائص أو صفات شخص آخر. ويتحول عن طريق هذا التوحد، بشكل كلي أو جزئي، عن مظاهره أو خصائصه أو صفاته الأساسية. هذا ويعتبر المحللون أن الشخصية تتكون وتتمايز من خلال سلسلة متتابعة من التماهيات.

Syndrôme X (Likoff)

تناذر اكس

X Syndrom (Likoff)

ويعرف هذا التناذر أيضاً باسم تناذر ليكوف (Sydr. Likoff). وقد عرف هذا التناذر للمرة الأولى في العام 1910 حين ابتداء الأطباء بملاحظة احتمال حدوث الأمراض الانسدادية، على صعيد القلب، لدى أشخاص يملكون شرايين تاجية سليمة. خاصة بعد تأكدهم من سلامة هذه الشرايين بعد تشريحهم لجثث هؤلاء المرضى.

الا أن التحديد الدقيق لهذا التناذر ولعلائمه العيادية لم يتم الا في العام 1967⁽¹⁾. وتوالت بعد ذلك الدراسات حول هذا الموضوع. فالبروفسور

W. Proudfit⁽²⁾ يرى بأن 37% من مرضى الذبحة القلبية هم في الأساس مرضى بتناذر إكس. في حين يرى البروفسور H.G.Kemp بأن هذه النسبة لا تتعدى الـ 10%.

ولكننا نميل لتأييد رأي العالم Maseri⁽³⁾ A. ومعاونيه، الذي تابع عدداً كبيراً من مرضى الانسداد القلبي والذي يعتبر بأن نسبة المصابين به، دون أن

1 - ikoff, W. et al: Paradox of normal selective caronary arteriograms in patient considered to have un mistakable caronary heart disease. New Engl. J. Med. 276, 1063. (1967)

2 - Proudfit, W.I: selective cine caronary arteriographie circulation 33, 901

3 - Kemp, H. G.: anginal sydr. with normal caronary arteriography, Trans. Ass. A.er. pys 80, 59 (1967)

نفسية خاصة تكون مقدمة لنشأة العصاب. هذه العملية التي تتجلى في عودة المكبوت الى الظهور. هذه العودة هي التي تكون العارض وتساهم في اختيار العصاب. هذه الصورة التي تتم على شكل تكوينات بديلة أو تكوينات تسوية أو حتى على شكل تكوينات عكسية.

1- تكوين بديل: ويشمل هذا التعبير الاعراض او التكوينات المعادلة لها (مثل الهفوات والنكات... الخ) باعتبارها بديلاً يحل محل المحتويات اللاواعية ويؤخذ هذا الابدال بمعنى مزدوج: اقتصادي (اذ يحمل العارض اشباعاً بديلاً للارغبة اللاواعية) ورمزي (اذ يستبدل المحتوى المكبوت بأخر يرمز له).

2- تكوين تسوية: هو الشكل الذي يتوسله المكبوت ليتم قبوله في الوعي، لدى معاودته، بشكل عارض او حلم او في كل انتاج لا واع على وجه العموم. اذ تحور التصورات المكبوتة، بواسطة الدفاع، لدرجة يتعذر معها التعرف اليها. بهذا يمكن للتسوية ان ترضي الرغبة اللاواعية ومتطلبات الدفاع في آن معاً.

3- تكوين عكسي: هو موقف او مظهر نفسي خارجي يذهب في اتجاه معاكس لرغبة مكبوتة ويشكل رد فعل تجاهها (مثل الخجل الذي يقاوم نزعات استعراضية).

4- اختيار العصاب: هو نتاج مجمل العمليات التي ينخرط الشخص بواسطتها في تكوين نمط من انماط العصاب دون سواه.

بالعودة الى الطب النفسدي - التحليلي نجد ان تكوين العارض يختلف بعض الاختلاف عما ورد اعلاه. نظراً لان التحليل التقليدي يصف تكوين العارض النفسي في حين يهتم الطب النفسدي بتكوين العارض النفسدي. عن هذه النقطة نتجم كافة الاختلافات بين التحليل وبين الطب النفسدي. ففي حين يرتكز ظهور العارض النفسي على عودة المكبوت اللاواعي الى حيز الوعي نجد ان ظهور العارض النفسدي يرتكز الى مدى تأثير المكبوت في جهاز ما قبل الوعي. ففي حالة الاحلام الفظة* مثلاً نجد ان محتويات اللاوعي تظهر في الاحلام (والنتائج اللاواعية) بدون تعقيل* (بمعنى انها تجتاز حاجز الرقابة بين ما قبل الوعي والوعي دون الخضوع للرقابة) مما يؤدي الى تكوين الاعراض النفسدية وظهورها.

Détérioration mentale

التلف العقلي

Mental Deteroration

يرتكز تشخيص التلف العقلي الى الرضة وضعف

تناذر انخفاض الضغط الانفعالي

Hypotension

Emotionelle

Emotional Hypotension

حيث ينجم انخفاض الضغط الشرياني عن اضطرابات انفعالية. ويمتاز المريض بوجود ميول انهيارية واضحة اضافة الى رغبته الجامحة في التصنيف المرضى لاعراضه الجسدية. الامر الذي يعكس ميولاً هيسثيرية تختلف في حدتها وفي تظاهرها من حالة لأخرى.

هذا ويلاحظ البروفسور (Christian) ان الطبيعة الانفعالية لهؤلاء المرضى تجعلهم غير متقبلين للعلاج الدوائي وغير مواظبين عليه. مما يقتضي تركيز العلاج على النظام الغذائي والعلاج النفسي الداعم بهدف مساعدة المريض للسيطرة على انفعالاته.

تبقى ضرورة الاشارة الى اهمية التشخيص التفريقي بين انخفاض الضغط العضوي وبين ذلك الوظيفي - الانفعالي (موضوع حديثنا). حيث ان الاول يمكنه ان يستند الى امراض عضوية مثل السكري* والزهري واصابات العمود الفقري والرعاش وادمان الكحول... الخ.

تناذر الأيسوية - الرئوي:

Syndrôme
d'Eosinophilie

Pulmonaire

Pulmonar Eosinophily Syndrom

ويمتاز هذا التناذر بزيادة نسبة الكريات البيضاء المعروفة بالأيسوية (Eosinophile) عن الـ 20%. ومثل هذه الزيادة يمكننا ملاحظتها في خمسة من الأمراض الرئوية - التحسسية وهي على التوالي:

أ- مرض لوفلير Loffler: وتتنوع المواد المحسنة المسببة لهذا المرض. فمنها المواد الكيميائية، بعض العقاقير، بعض أنواع الديدان... الخ. أما عن العلائم العيادية فهي خفيفة حتى أنها تغيب في بعض الحالات. وتتجم هذه العلائم عن ظهور انسرابات (Infiltration) تحت الغشاء الرئوي في القسم الأعلى للرئة. ولكنها لا تلبث أن تختفي بعد بضعة أسابيع.

ب- الأيسوية الرئوية الـ Criptogène: والمادة المحسنة من الطفيليات أو البكتيريا... الخ، وتنتظر عيادياً بعلائم التهاب الرئة مع تراكم الخلايا الأيسوية في الحويصلات الرئوية، ويوم هذا المرض من شهرين الى ستة أشهر.

يكونوا مصابين بأعطال في شرايينهم التاجية، هي 7% من مجموع مرضى الانسداد القلبي. واعتمادنا لرأي العالم Maseri لا ينف ي ب الطبع فرضية البروفسور Proudfit⁽¹⁾ باحتمال أن يكون تناذر إكس مسبباً لانسداد الشرايين في 37% من الحالات. الا أن هذه الفرضية لا تزال بحاجة للبرهان.

ومن الملاحظات المسجلة حول هذا التناذر نذكر:

1- يظهر هذا التناذر في سن متوسطها 45 عاماً.
2- يحدث هذا التناذر لدى النساء أكثر منه لدى الرجال.

3- الألم المرافق لهذا التناذر يختلف عن ألم الذبحة القلبية من حيث حدته ومدته. فمدة هذا الألم تزيد عادة عن العشرين دقيقة وقد تستمر ساعات بل أيام. أما من حيث الحدة فان حدة هذا الألم تظل أقل من ألم الاحتشاء القلبي بنسبة كبيرة.

4- ان الآلام المرافقة لهذا التناذر لا تزول مع زوال عوامل الارهاق النفسي والجسدي الذي أدى اليها. بل أنها تنوم وقتاً طويلاً بعد ازالة هذه العوامل.

5- يلاحظ LAVAY⁽²⁾ أن 70% من مرضى تناذر إكس يتحسنون تلقائياً بعد عدة سنوات. ولكن ذلك لا يفي بالطبع خطر تعرضهم للاصابة بالذبحة أو بالاحتشاء خلال هذه المدة.

6- أثبتت التجارب العيادية بأن استعمال النيترات والـ Nifedipine في علاج هذا التناذر لا يعطي أية نتيجة.

7- يرى بعض الباحثين أن استعمال صادات بيتا يعطي نتائج مؤقتة في علاج هذا التناذر. الا أن الآلام لا تلبث أن تعود للظهور.

8- يؤكد العالمان Day و⁽³⁾ Sowton أن استعمال عقال الـ⁽⁴⁾ Perhexiline يعطي نتيجة فعالة في علاج تناذر إكس وآلامه.

1 - maseri, A. and co: Carony vaso spasme as a possible cause of myocardial infarction, Neur Eng. J. Med 299, 1271 (1978).

2 - Lavay, E. B.: Continvig disability of patients with chest pain and normal coronary arteriograms. J. orbon Dis 32, 191 (1979).

3 - Day, L. J. et Sowton, E.: The treatment of- Angina pectoris practioner 220, 965 (1978).

4 - Day, L.J. et Sowton, E: clinical features and follow upot patient with Angina and normal coronary artemies Lancet 1976/II, 334.

ج- الأيوسية الاستوائية: وغالباً ما تعود للطفيليات. وتنتشر بارتفاع معتدل للحرارة، نوبات تنفسية شبيهة بنوبات الربو. وتصاب أحياناً بتضخم الطحال أو الغدد الليمفاوية وتصل نسبة الكريات الأيوسية الى 30 - 90%.

د- التهاب الشرايين: وتتسبب باحداث التهاب رئوي قاس يدوم لبضعة أشهر وقد تصاحب عدداً من الأمراض مثل التهاب الكلى وأورام Wegener... الخ.

هـ- الأيوسية الرئوية المصاحبة للربو: وتحدث نتيجة الانسرابات الأيوسية لدى المريض بالربو. ويصعب تحديد هذه الأيوسية خاصة وان مظاهرها العيادية تختلف من مريض لآخر. - انظر الحساسية*.

تناذر داكوستا

Syndrôme Dacosta

Dacosta Syndrom

وتطلق على هذا الاضطراب تسميات مختلفة منها:

- 1) رهاب مرض القلب.
 - 2) تناذر داكوستا - قلب المحارب.
 - 3) وسواس القلب.
 - 4) ردة فعل قلقية.
 - 5) خفقان عصبي.
 - 6) زيادة نشاط القلب.
 - 7) وهن عصبي - وعائي.
 - 8) الجلطة الصدرية الوظيفية.
 - 9) اضطراب قلبي وعائي وظيفي... الخ.
- هذه هي التسميات التي اطلقت على هذا الاضطراب منذ العام 1895 ولغاية العام 1974.
- أ- العوارض المتظاهرة على صعيد القلب (لا تجتمع بالضرورة).

- 1- خفقان القلب.
 - 2- تسارع النبض.
 - 3- انزعاج في منطقة القلب.
 - 4- آلام في منطقة الصدر (بدون اعطال في الشرايين التاجية).
 - 5- عسر التنفس عقب الجهد.
 - 6- الشعور بالاختناق.
- في رأينا ان العلاج الذي ينجح في علاج 92% من هذه الحالات هو ذلك الذي يجمع بين احد صادات بيتا وبين مضاد للقلق.
- ب- العوارض النفسية المصاحبة (لا تجتمع بالضرورة).

- 1- مظاهر تناذر القلق. (يعالج بمضاد للقلق - Diazepam).
 - 2- اضطرابات النوم. (يعالج بمضاد مثبط - Diazepam).
 - 3- اضطرابات الذاكرة. (يعالج ب فيتامينات - ب).
 - 4- مظاهر انهيارية. تعالج بالـ Flupentixol أو - Amisulpiride
 - 5- اضطرابات عضلية - وظيفية (تعالج بمضاد قلق ذي مفعول مرخ للعضلات - Diazepam).
 - 6- اضطرابات تنفسية - وظيفية (تعالج بالـ Fluanxol).
 - 7- اضطرابات هضمية - وظيفية (تعالج بالـ Amisulpiride).
 - 8- اضطرابات بولية - تناسلية - وظيفية (تعالج بالـ Fluanxol).
 - 9- علائم نباتية - عصبية
- ج- الاقتراح العلاجي:

يهدف العلاج النفسي لهذه الحالات الى الحؤول دون تحول الحالة الى حالة وسواس مرضية. وقد يحدث ان يصل المريض الى العيادة بعد تطور عصابه الى وسواس مرضية. وفي هذه الحالة يتم علاجه وفق الاقتراح المعروض لعلاج هذه الحالة.

تناذر الرشاشيات

Aspergilose

Allergique

التحسسي

Allergic Aspergilosis

والمادة المحسوسة في هذه الحالة هي الفطريات الرشاشية. التي تدخل للجسم عن طريق التنشق أو عن طريق الابرة. وغالباً ما تتركز هذه الحساسية في الرئتين.

التناذر العام للتكيف

Syndrôme général

d'Adaptation

General Adaptation Syndrom

انظر نظرية شيليه*.

التناذر العصبي

Syndrôme

Neuro-Végétatif

- النباتي

euro-Vegetatif syndrom

تحت هذه التسمية تتضوي مجموعة من الاضطرابات الوظيفية ذات المنشأ النفسي - الانفعالي والتي تظهر نتيجة أثر الانفعالات على جهاز عصبي - نباتي غير

مستقر. مما يقتضي تأكد الطبيب من عدم وجود أية خلفية عضوية لهذه الاضطرابات قبل تصنيفها على انها وظيفية.

هذا ويمكننا تأكيد هذا التشخيص عن طريق قياس مدى استقرار وحيوية الجهاز النباتي بطرق مختلفة منها:

1- الاختبارات الدوائية: باعطاء احد الادوية التالية: الادرينالين - البيلوكارابين - الميكوليل - النورادرينالين.

2- التخطيط الكهربائي: Microvibration أو Plethysmographie أو التيار الـ Galvanique.

3- اختبارات تخطيط القلب: اختبار شيلونغ* واختبار اضعاف الموجة (T)* هذا وتشير تجارب العيادة النفسية الى وجود علاقة وثيقة بين هذا التناذر وبين كل من النوراستانيا (العياء) وعصاب القلب وعصاب القلق وهجاس المرض*. - انظر نوراستانيا*.

1- من الصعب علينا قياس الأعراض التي لا تتسم بالموضوعية، أي احساسات المريض، لأنها احساسات ذاتية يختلف الاعراب عنها وعن حدثها من شخص لآخر وهذا بالتالي يجعل من الصعب علينا قياس القدرة الفعلية للعلاج.

2- يؤدي القلق الى زيادة نشاط القلب والعكس صحيح بحيث يمكننا القول بأن هذا الدعم المتبادل هو المسؤول عن استمرار زيادة نشاط القلب. وفي النهاية يؤكد هذان العالمان بأن تناذر نشاط القلب الزائد هو وظيفي تماماً ولا يؤدي مطلقاً لظهور اصابات عضوية وبالنسبة للعلاج فيقترح فيورينتينيني وغوازي استعمال البروبراتولول أو أحد معادلته بمقادير تتراوح بين 40 و 80 ملغ 4 مرات يومياً حسب الحالة ويؤكدان بأن هذا العلاج من شأنه أن يبذل مظاهر هذا التناذر ويؤدي الى حركة دم طبيعية في القلب وسائر أطراف الجسم.

Syndrôme du cœur
de combattant
Battle strain

تناذر قلب المحارب

انظر تناذر داكوستا*

Syndrôme
anxio
depressif=

Anxio-Depressif syndrom

العلامات العيادية لتناذر القلق الانهيارى:

أ- المظاهر النفسية - المرضية:

- 1- الشعور المحيط بالضالة.
- 2- الخوف الغامض من أشياء غير محددة.
- 3- عدم الارتياح والضغط الداخليين.

ب- المظاهر النفسية - الحركية:

- 1- تشنج تعابير الوجه وإيماءاته.
- 2- الهياج النفسي - الحركي.
- 3- الاعاقة النفسية - الحركية.

ج- المظاهر العصبية - النباتية:

- 1- شحوب الوجه.
- 2- توسع حدقة العين.
- 3- التعرق الزائد.
- 4- تسارع النبض.
- 5- تسارع التنفس.
- 6- جفاف الفم.

تناذر القلب الزائد الحيوية Syndrôme du cœur Hyperkinétique Hyperkinetic heart syndrom

ان ما يميز تناذر القلب الزائد الحيوية هي العلامت المرافقة له من قلق نفسي، خفقان القلب، وخز في منطقة القلب وزيادة في نشاط القلب. ويتلازم في هذا التناذر القلق مع زيادة نشاط القلب اللذين يؤدي وجود أحدهما الى وجود الآخر. ووجودهما معاً يؤدي لأن يدعم أحدهما الآخر.

وديمومة هذا التناذر تؤدي الى ظهور علامة مرضية عضوية في القلب. إذ أن النشاط الزائد للقلب يؤدي الى زيادة قوة وعدد انقباضاته ويفترض البعض أن هذا الوضع يؤدي مع الوقت الى تضخم القلب. ويبدأ هذا التضخم على صعيد البطين الأيسر ومن بعدها يمتد التضخم ليطل الحاجر بين البطينين ومن ثم يمتد التضخم الى القلب كله. مما يؤدي في النهاية الى ظهور أمراض العضلة القلبية الانسدادية وهي بالطبع أمراض عضوية خطيرة.

وفي رأي البروفسورين (1) C. Fiorentini و M. Guazzi أن تحديد الدور الذي يلعبه الارهاق النفسي في ظهور وتمركز أمراض قلبية وظيفية يواجه صعوبتين أساسيتين هما:

1- Guazzi et Fiorentini, C: stress - induced and sympathetically mediated electro cardiographic and circulatory variations in the primary hyperkinetic heart syndr. cardiovasc. Res 9. 343 (1975).

- 7- الأسهال.
 8- اضطراب الشهية.
 9- الأرق.
 10- انخفاض الرغبة الجنسية.
 11- عدم ثبات الضغط.
 12- ارتفاع نسبة السكر والدهون في الدم.

تناذر كورساكوف عقب الصدمي

Syndrôme Korsakov post traumatique

Korsakov Post-Traumatic syndrom

يستند تشخيص هذا التناذر الى العناصر التالية: وجود رضة قريبة العهد واضطرابات الذاكرة واضطراب التوجه في الزمان والمكان والشمق (فرح دون مبرر).

يضيف كورساكوف عارض اضطراب التوجه في الزمان والمكان (المترافق مع الشمق والسيلان الكلامي) الى العوارض الثلاثة التي تشكل مثلث كرابلين (فقدان القدرة على الحفظ وفقدان الذاكرة الانتقائي المؤدي الى هذيان الاراجيف Confabulation والتعرف الخاطيء على الاشياء لتعويض الثقوب التذكيرية).

ويمكن لهذا التناذر أن يظهر عقب الخروج من حالات الخبل عقب الصدمة. ويتطور هذا التناذر نحو الشفاء الا في حال تأخر ظهوره وازمانه وعندها يؤدي الى التلف العقلي*.

التناذر النفاسي - الهيسيتيري

Syndrôme hystérique psychonévrotique

Hysteric psychoneurotic syndrom

في البداية كانت الهيسيتيريا* معتبرة مرضاً خاصاً بالنساء. وذلك لغاية نشر العالم الفرنسي شاركو لنظريته حول الهيسيتيريا الرجولية. كما نشر شاركو كتاباً بهذا العنوان. ولما حاول فرويد (بعد تتلمذه على يد شاركو) تعميم المرض (بمعنى أنه يمكن ان يصيب الرجال)، في الاجواء الطبية النمساوية، وجد معارضة بالغة. ولكن فرويد تمكن في النهاية من اقناع علماء النفس بان الهيسيتيريا يمكنها ان تصيب الرجال والنساء على حد سواء (وان كانت هيسيتيريا النساء اكثر انتشاراً وضجة من الهيسيتيريا الرجولية).

أما عن ماهية المرض فان Laségue يقول في 4: "ان الهيسيتيريا لم تكن يوماً معرفة وهي لن تجد تعريفها الواضح في يوم من الايام". ولعل السبب الأهم، الذي

يعيق تعريف الهيسيتيريا، هو كونها تتداخل وتتموضع الى جانب الاعراض النفسية الاخرى في عدد كبير من الامراض. اذ تمكننا ملاحظة العوارض الهيسيتيرية في الحالات الذهانية (الواضحة أو المستترة) كما في حالات الفصام والهوس والكآبة وحياناً في بعض حالات الشلل الرعاشي عقب الاصابات الدماغية.

وباختصار فان الهيسيتيريا هي "عصاب وقت الفراغ" بمعنى انها تظهر اكثر ما تظهر لدى النساء اللواتي يعشن اوقات فراغ طويلة. وتتميز الهيسيتيريا باعراض نظيرة - الجسدية تخترعها المريضة (عن وعي او بدرجات متفاوتة من الوعي) وذلك نتيجة لضعف تحسسي اساسي او عابر في هذه المناطق من الجسد. وهكذا فان الامراضية الهيسيتيرية المتظاهرة جسدياً هي ذات طابع خيالي اكثر منها اصابات. وتدعى هذه الامراضية بالنفسية - التشكيلية (Psychoplastique).

ودون الالتزام باية من النظريات المطروحة في المجال لاننا نرى انها ليست متعارضة تماماً. فسواء انجمت عن اضطراب الشخصية (كما يقول Janet) أو عن تدخل ما قبل الوعي (كما يقول فرويد وبافلوف) أو عن انخفاض القدرة على التحكم بالوعي وعلى توليف الافكار مع ارتفاع القابلية للإبحاء (كما يقول Babinski). اذاً فأياً كانت الآلية فان الهيسيتيريا هي سيرورة مرضية مقصودة وتمثيلية - دفاعية ومتبدية بهدف تحقيق مآرب مادية وعاطفية (كسب ا لعطف والدعم والمواساة والراحة والهدايا والاعفاء من المسؤوليات... الخ). ولهذه الاسباب يترافق العصاب الهيسيتيري مع استخدام الصفات والتعابير من نوع "التمثيلية الكبرى" و"النوبة الهزلية"... الخ. هذا وترتبط المظاهر الهيسيتيرية ببعض الظروف المحيطة. فهي تظهر غالباً امام شهود (هم بمثابة الجمهور الذي يحضر التمثيلية). وهي تظهر وتختفي بصورة فجائية لا يحدها الا انتقاء المريضة الارادي - العاطفي للحظات الظهور والاختفاء. ومن الاضطرابات الهيسيتيرية نناقش التالية:

أ- الاضطرابات السلوكية:

ان الهيسيتيريا السلوكية (Pitiatism) هي بمنزلة اسقاط التمثيلات الداخلية على التصرفات. وهذه الحيلة الاسقاطية تمتاز بسذاجتها. ويتبدى هذا الاسقاط وانحاً من خلال مقابلتنا مع العائلة التي تخبرنا بان المريضة تتكلم أثناء نومها أو تروبص. وعلى الصعيد

الاجتماعي فاننا نلاحظ لدى المريضة الميل للتهرب والمطالبة باعفاؤها من المسؤوليات. واخيراً وعلى صعيد المراقبة المباشرة لتصرفات المريضة فاننا نلاحظ الصفات الهيستيرية في سلوكها كمثل الحركات التمثيلية - المسرحية والبكاء حتى يُبكي لحالها... الخ.

ب- اضطرابات التعبير:

تترافق الهيستيريا مع اضطرابات اتصال المريضة بمحيطها وبالتالي اضطراب قدرتها في التعبير عن ذاتها. وعلى هذا الصعيد يمكننا ان نلاحظ لدى المريضة اضطرابات من نوع اضطرابات الذاكرة والحالات الغسقية (الانحطاطية) - "Crepusculaire" والهياج النفسي (بحيث تضحك المريضة ثم تبكي ثم تدخل في حالة من البهجة وفجأة تلجأ الى الخرس الهيستيري وتمتنع عن الكلام أو بعض المظاهر البسيكوسوماتية كمثل ارتجاف الجفن الاعلى للعين (وتسمى هذه العلامة بعلامة روزباخ). واستخدام الحديث بكلمات غير مكتملة اللفظ واستخدام الحركات والتعابير عوضاً عن الكلام. كما يمكن للمريضة ان تتخذ بعض المواقف الغريبة والعصبية - التشنجية والتقلصات العضلية والارتجافات والشلل الهيستيري في بعض المناطق (يمكنه ان يدوم لفترات) وآلام هيستيرية يمكنها ان تتجلى في مناطق النقرة أو الرقبة أو في مفصل الحوض - الفخذ... الخ.

ج- الحمل الهيستيري:

الحمل الهيستيري هو واحد من أهم تجليات الهيستيريا. اذ ينقح بطن المرأة حتى تبدو وكأنها حامل. وقد يحدث احياناً ان يترافق هذا الحمل مع عوارض الغثيان والقيء. وفي احيان اخرى فان هذا الحمل قد يبدو وكأنه ناجم عن انسداد الامعاء. حتى ان هنالك بعض الحالات حيث اجريت عمليات جراحية لا داعي لها لمثل هذه الحالات.

ويطلق الباحثون تسميات مختلفة على هذه الحالة اذ يسميها بعضهم بـ "الانتفاخ الهيستيري" وآخرون "نفخة الطبل" و"تضخم البطن العصابي" و"البطن الاكوردبون"... الخ.

وفي هذا المجال نذكر واحدة من الهيستيريات الشهيرات ممن عانين من هذا الانتفاخ وهي: ماريا تودور (ملكة بريطانيا).

د- النوبة الهيستيرية الكبرى:

يمتاز الجدول العيادي لهذه النوبة بغنى مظاهره وضجيجها مما يربك الطبيب المبتدىء. ويزداد هذا الارباك في حالة استنفار المحيط وهله. الا ان

الطبيب المتمرس ينظر للحالة بالبرود الكافي لوضع تشخيصها التقريبي وعلاجها.

اتناء هذه النوبة تعمد المريضة الى تمثيل نوبة اغمائية (ولكنها تختار المكان الذي تقع فيه حتى لا تصاب بأذى - وهي تقع وكأنها قطعة من القماش. بمعنى ان سقوطها يكون تدريجياً ومدروساً بحيث لا يصيبها أذى). وتكون المريضة دون حراك وتكون عضلاتها قاسية ومنتشجة (التقوس التشنجي Opisthotonus) تقطعه التشنجات تشبه تشنجات الكزاز على صعيد الاطراف - خاصة اليدين). وفي بعض الاحيان نلاحظ حركات سريعة للجفن الاعلى للعين. وتنتهي هذه النوبة عادة بشهقة تنفسية عميقة وتشنجية وخاصة بعد قيام المعالج بتدليك منطقة الحوض (تدليك الرحم). وهذه النوبة في طريقها للاختفاء اليوم لأنها باتت بمثابة الحيلة المفضوحة. وبات يطلق عليها اسم النوبة الكاريكاتورية. وهي تلاحظ اليوم لدى المريضات متدنيات الثقافة.

هـ- تناذر النخامية - الدماغ الاوسط:

بالرغم من اصرار الكسندر على كون الهيستيريا عصاباً ذا مظاهر عصبية - شوكية وعضلية فقط فاننا لا نستطيع تجاهل الروابط القائمة بين بعض الجهاز العصبي المركزي (تحديداً الغدة النخامية - الدماغ الاوسط) وبين بعض المظاهر الهيستيرية (الخرس والغصة وعثرة التنفس وآلام منطقة القلب والحبسة الكلامية المفاجئة والغثيان والقيء وانحباس البول... الخ). كما ان حصر الهيستيريا في الحبل الشوكي والعضلات يتعارض تماماً مع امكانية التراوح بين الهيستيريا وبين الامراض النفسدية. كما يرى النفسديون في حالة دورا*.

في النهاية تجدر الاشارة الى ان مصطلح التناذر النفساي - الهيستيري هو بمنزلة التسوية لتداخل مظاهر الهيستيريا مع عصاب الوهن ومع النوراستاتيا*. حيث نلاحظ ان كلا من المصطلحين لم يجد التعريف الدقيق له. بما يتيح امكانيات التشخيص

التفريقي بينهما. من هنا عمد التصنيف الاميركي لالغاء بند النوراستانيا (العياء) وحصر الاضطراب الهيسثيري في واحدة من خانات اضطراب الشخصية وهي: الشخصية الهيسثيرية. من هنا التفريق الذي نتعمده بين التناذر النفاسي الهيسثيري الذي يمثل الرؤية الطبية - العيادية للحالات الهيسثيرية وبين **الهيسثيريا*** كمفهوم تحليلي نفسي.

التنظيم Organisation psychosomatique النفسدي Psychosomatic Organisation

في البدء نود أن نعرض لمبدأ التنظيم النفسي في رأي فرويد الذي نلخصه بأنه يعتبر الطفل حديث الولادة بمثابة لا وعي كلي. الا أن الأم وعن طريق قيامها بالشحن المستمر للنرجسية غير المتميزة لهذا الطفل وعن طريق لعبها لدور الوسيط مع العالم الخارجي فانها تقوم بذلك بدور الوعي وما قبل الوعي في أن معاً. وذلك ريثما يتم تمايز النرجسية وبالتالي انبناء الوعي وما قبل الوعي. ويستخدم فرويد تعبير التنظيم من خلال شرحه لتنظيم الليبيدو فيصنفه بالتنسيق النسبي للنزوات الجزئية، الذي يتميز بصدارة احدى المناطق المولدة للغلطة وأسلوب نوعي في العلاقة مع الموضوع. هذا وتعرف تنظيمات الليبيدو بمراحل التطور النفسي - الجسدي الطفلي. وبالتالي فان تصدر المرحلة الشرجية للتنظيم النفسي - الجنسي لا تعني تعليقاً للجنسية الفمية ولا حتى دفعها للمقام الثاني اذ أن الجنسية الفمية تندمج في الواقع في التنظيم الشرجي مما يجعل التبادلات الفمية تصطبغ بدلالات مرتبطة بالنشاط الشرجي.

أما R. Spitz فإنه يركز على محطتين يعتبرهما غاية الأهمية في تنظيم الجهاز النفسي للطفل وهما: ضحكة الشهر الثالث لرؤية وجه الأم و"قلق الشهر الثامن" حيث يصب الطفل عدائته على الأشخاص الغريباء.

بعد هذا الموجز نأتي الى تعريف تنظيم الجهاز النفسي - الجسدي من وجهة نظر مارتني. ونلخص هذا التعريف كما يلي: بعد تمايز الوعي، ما قبل الوعي واللاوعي تبدأ مرحلة تمايز الأنا وتكوين الأنا الأعلى (وريث العقدة الأوديبية) والهو. بهذا يتم تنظيم الجهاز النفسي وفق نظريات التموغ الفرويدية. (Topique). أما من الناحية الجسدية فان الطفل يأتي الى هذا العالم مجهزاً بالياته الدفاعية الجسدية (هنالك حدود لادراكاته الحسية تحول دون تعرضه للآثار الحسية

المبالغة، أليات مناعية أمام الالتهابات والعوامل الكيميائية وأخيراً القدرة على مقاومة الشدة النفسية والجسدية عن طريق أليات التكيف) الا أن هذا التجهيز النفسي والجسدي يكون عاجزاً لوحده عن تأمين استمرارية الحياة للطفل ما لم تتدخل الأم وتقدم عنايتها ورعايتها على الصعيدين النفسي والجسدي. وهذه العلاقة بين الأم والطفل التي يتم الاتصال فيها عن طريق الملامسة الجلدية، الحزن، المداعبة، الأصوات (من الناحية النغمية) وهذا الاتصال يتيح للطفل الاطلاع على المواقف العميقة واللاواعية للأم وهو يدرك بدرجات متفاوتة صراعات الأم وعلاقتها بمحيطها. وبهذا تكون الأم بمثابة موجه للتنظيم النفسدي لدى الطفل وذلك من خلال توظيفات الأم لطفلها.

ومن الممكن أن يواجه التنظيم عوائق عديدة في مراحل مختلفة من تطور نموه وتنامي تنظيمه. الا أن المرحلة التي تحصل فيها صعوبات التنظيم أهميتها. ففي مراحل معينة يمكن للطفل تعويض قصور التنظيم في حين يستحيل ذلك في مراحل أخرى وهكذا فان متابعتنا لتنظيم الجهاز النفسي - الجسدي يجب أن تعود الى مرحلة تكوين الوظائف الدفاعية وتطور الوظائف التي تؤمن اتصال الطفل بالعالم الخارجي منذ بواكير الطفولة - ومن الطبيعي أن يرتبط تطور هذه الوظائف ونضجها بموقف الأم من طفلها (وهذا ما أشرنا له أعلاه).

وإذا ما أردنا ايجاز مبدأ التنظيم برأي مارتني فاننا نقول بأن التنسيق التدريجي للجهاز النفسي - الجسدي "المعتمد على مبادئ البنية الأساسية"، التنظيم واختلاله، النكوصات ومسالك اعادة التنظيم" انما يستند الى ثنائية العلاقة بين غريزتي الحياة والموت اللتين تتناوبان السيطرة على الجهاز النفسي - الجسدي. وذلك بحيث تشجع سيطرة غريزة الحياة التنظيم في حين تؤدي سيطرة غريزة الموت الى اختلال التنظيم.

ولكن المسألة في حالة الطفل تتعدى مسألة الحفاظ على التوازن بين غريزتي الموت والحياة (والا بقي الطفل مرواحاً بين هاتين الغريزتين فاقداً امكانيات تطوره) الى حاجته لشحنات النمو Ration de croissance" من قبل أمه. مما يتيح له التطور ومقاومة اختلال التنظيم. هذا ويقدم مارتني مثلاً عملياً لشرح رأيه في سيرورة التنظيم النفسدي. ويتعلق المثال بتعلم الطفل للغة وطريقة تنظيم هذا التعلم حيث

يحاول مارتي ان يشرح رأيه في موضوع الرقابات النفسية التي يقسمها الى مستويات. فهو يعتقد ان هنالك رقابات خاصة لكل مستوى من المستويات المكونة للآلة العقلية. فالرقابة المتحكممة بالمكبوتات والقائمة بين اللاوعي وبين ما قيل الوعي هي رقابة معروفة جيداً اما تلك الرقابة التي تحور التصورات عن مسارها نحو الوعي فهي نادراً ما تناقش وتعرف وذلك حسب قول فرويد.

وعلى وجه العموم فان الحد من الحريات الوظيفية للآلة العقلية والمسمى بالرقابة (Censure) يبدو وكأنه نابع (وهذا افتراض خاص بمارتي) من ظاهرة تطويرية منتظمة. ويفصل مارتي الشرح من اجل توضيح هذه الفرضية فيقول:

- لكل وظيفة نفسية مقدرتها الخاصة على الارتباط بوظائف أخرى. على ان تكون هذه الوظائف منتمية الى نفس مستوى التنظيم المتطور اثناء نموه. والوظيفة النفسية تفقد هذه المقدررة على الارتباط عندما تتصهر مع الوظائف الأخرى وتؤلف معها مجموعة وظيفية أكثر تعقيداً لها مقدرتها الخاصة على الارتباط.

- ان المجموعة الوظيفية تملك بدورها مقدررة الارتباط مع مجموعات وظيفية أخرى (على ذات المستوى التنظيمي). فاذا ما اتحدت المجموعات الوظيفية فيما بينها فان كل مجموعة على حدة تفقد مقدرتها على الارتباط. وذلك بحيث يتم الارتباط من خلال المجموعة الجديدة الأكثر تعقيداً من سابقتها.

- في كل مرحلة من مراحل الارتباط هذه، والتي تنتاب الى اللانهاية، فان المجموعات المرتبطة تفقد قدرتها السابقة على الارتباط (كما رأينا). وهذا الفقدان انما يتم لمصلحة الارتباطات الجديدة. وذلك بحيث لا يبقى لقدرة الارتباط الأساسية سوى دور توجيهي تحدده، بشكل عشوائي، المجموعات المكونة حديثاً.

- ان الرقابة النفسية (Censure) التي يتكلم عنها التحليل النفسي هي في رأينا ناتجة عن احلال الدور التوجيهي مكان القدرة الارتباطية الأساسية.

على هذا النحو نرى التوطد التدريجي للتطورات النفسية - الجسدية. ونعني بها التوطيد الذاتي بكل ما فيه من احتمالات ومصادفات واصداء شخصية. على هذا المنوال ينشأ تنظيم الآلة العقلية مع ما يعترضه من الشوائب القابلة احياناً للشفاء. ونحن من خلال تعرفنا على هذا التنظيم الذاتي نستطيع ان نحصر (وبصورة افضل وأدق) الاحتمالات والمصادفات وكذلك

الاصداء الشخصية للمريض. ولناخذ على سبيل المثال مسألة التعلم الذاتي للغة. هذا التعلم الذي يمر بعدة مراحل هي:

1- من خلال الاشكال المتنوعة والمتلاحقة للاحاسيس الجينية (احاسيس الجنين داخل الرحم) التي ترتبط تدريجياً فيما بينها. وبالطبع فان الاحساسات السمعية (ايقاعات ونغمية الام وكذلك الأب دون أدنى شك) هي جزء من هذه الاحاسيس.

2- منذ الولادة وعلى امتداد المرحلة المسماة ب العلائقية بين الأم والطفل فان هنالك اشكالاً أخرى لسماع نغميات وايقاعات (الأم، الأب وايضاً الاشخاص الآخرين). وهذه الاشكال ترتبط وبشكل تدريجي بعدد لا يحصى من الاجهزة العلائقية المتكونة في هذه المرحلة.

ولا بد لنا من الإشارة الى اننا واثاء هاتين المرحلتين، كما في مجمل المراحل اللاحقة، نلاحظ تدخل رداات الفعل الانعكاسية التي لا تلبث ان تتميز في انتظامها (من طفل لآخر) بحيث تؤدي الى التنظيم الذاتي لانقباض (تحطرب) العضلات في الاجهزة المسؤولة عن الحفاظ على توازن الجسم ووضعيته. وهذا التنظيم انما يتم بالتناسق مع تحطرب العضلات في الاجهزة الأخرى المعنية.

3- من خلال الروابط النظرية مع الاشكال السمعية والصوتية السابقة والمرافقة للايماءات، للحركات ولأشكال الاشخاص الذين يراهم الطفل ويسمعهم.

4- من خلال توظيف الطفل الغريزي لتعبيره ولاصطلاحاته الصوتية (لغة الطفل الخاصة به) المتطورة باطراد. وهذا التوظيف الغريزي يكون بالطبع على علاقة اكيده بمختلف انواع المزاج النرجسي والعلائقي ولكنه ذو علاقة اكيده ايضاً بمختلف انواع التصورات.

اثاء هذه المراحل الأربع يتم بناء ما قيل الوعي لدى الطفل. وذلك بحيث يُلاحظ ان تصورات الاشياء والكلمات تتناسق وتترابط تدريجياً فيما بينها. فالكلمات هي في الأساس اشياء لا تلبث ان تتحول الى تصورات حسية - حركية أي الى كلمات.

بعد هذه الشروح نستطيع ان نفهم بأن حساسية التصورات ما قيل الواعية تتعلق مباشرة بالتجارب التي يمر بها الشخص وبتجهيزاته الوظيفية السابقة لهذه التجارب.

5- ويأتي الآن دور المرحلة الخامسة وهي مرحلة الانتقال من اللغة المحكية الى اللغة المكتوبة. هذا

يسجل ملاحظتين تلخصان فرضيته لحدوث هذه الاختلالات وهما:

1- يلاحظ، اثناء اختلالات التنظيم العقلي، حدوث فوضى تمتد تدريجياً متجهة باتجاه معاكس للحركات التناسقية السابقة التي صاحبت التنظيم العقلي السابق للاختلال. وبهذا تكون الوظائف والمجموعات الوظيفية (المتحدة فيما بينها لتأليف مجموعات أكثر تعقيداً) قد تحررت تدريجياً من التبعية (بالتالي الرقابة) الناجمة عن توحيدها فيما بينها. وهذا التحرر المرافق لاختلال التنظيم يجعل هذه الوظائف تستعيد مقدراتها الربطية الأساسية وبالطبع فان استرداد هذه القدرات الربطية انما يشكل نقطة تداع وارتكاز للنكوصات وايضا منطلقاً لاعادة تنظيم الجهاز العقلي.

2- اضافة الى الملاحظة الاولى نذكر بأن ال (أنا) ومنذ تكوينها تستحوذ ارادياً على الظاهرة التطورية الطبيعية للجهاز العقلي. هذه الظاهرة التي شرحناها سابقاً والتي قلنا بأنها تعطي المجال لنشوء الرقابات النفسية. تلك الرقابات التي تتدخل لتلعب دوراً كوصياً عند الحاجة. بهذا يكون الفصل قد تم بين المرضى النفسديين وبين المعانين من عدم كفاية وظائفهم العقلية.

Ordre

التوازن النفسدي

psychosomatique

Psychosomatic Order

انظر - التنظيم النفسدي* والعلاج النفسدي - التحليلي*.

Cénésthopathie

Cenesthopathy

توهم المرض (حس الاعتلال)

توهم الاعتلال أو حس الاعتلال (بحسب المعجم الطبي الموحد) يعتبر بمنزلة تناذر نفاسي معادل لعصاب من النوع الانهاكي - الانهياي ممكن الرد الى زيادة حساسية المريضة امام المثيرات الجسدية الطبيعية. هذا وتنتظر اعراض التوهم بشكل جسدي بحث من شأنه ان يجعل الفاحص يستبعد التفكير بوجود خلفية نفسية أو تمثيلية لهذه الاعراض. هذه التوهمات نصادفها بشكل خاص لدى النساء المنهكات نفسياً وجسدياً (مع استثناء العجائز والقرويات). وغالباً ما يترافق توهم الاعتلال مع نقص افراز الجنب درقية أو مع اضطراب التوازن الحامضي - القلوي او اضطرابات افراز الكظرية (خصوصاً

الانتقال الذي يجعل الوضع اكثر تعقيداً. اذ انه يقتضي تنظيمياً جديداً بين الاشياء والكلمات الأمر الذي يوجب مساهمة اجهزة حسية - حركية جديدة. والشخص يعترف بهذا الانتقال بسهولة او بصعوبة تحدهما بنيته الذاتية. وهذا الانتقال هو بمنزلة تصور ثنائي البعد بالنسبة للتصور السابق.

أما على صعيد الدلالات اللغوية وعلى الصعيد اللغوي - النحوي فان مارتي يلاحظ بانه وفي كل لحظة من لحظات التطور في تعلم الجديد (اللغة في مثالنا) فان هنالك ترتيبات وظيفية - نفسية جديدة مرتبطة بترتيبات مزاجية جديدة. وهذه الترتيبات، سواء الوظيفية منها أم المزاجية، تؤدي الى ظهور علائم جديدة للتقرب من الشخصية وذلك بغض النظر عما اذا كانت الترتيبات منسجمة مع المفهوم الاجتماعي أو غير منسجمة معه.

وهذه الترتيبات ذات علاقة وثيقة بالصراعات الجديدة التي تنشأ في مختلف مراحل تطور الشخصية. وغالباً ما ترتبط هذه الصراعات بالصراعات العلائقية التي توظف اوضاع التماهي او اوضاع الرفض وتتفاعل معها.

وكما راينا فان الحرية المؤقتة للروابط بين الاجهزة الوظيفية السابقة، تصبح مفقودة فهو اندماجها مع اجهزة وظيفية أخرى. وهذه الحرية بما تحويه من التعابير الحوارية السابقة لا تستطيع ان تتظاهر سوى جزئياً. ويتم هذا التظاهر من خلال الحركات النكوصية.

والواقع ان تعقيد الاجهزة النفسية المساهمة في تعلم اللغة هو الذي يساعدنا في استشفاف صعوبات التخاطب بين البشر وخاصة صعوبات التخاطب في حوارات التحليل النفسي.

وبالمقارنة بين تعلم اللغة والاحلام يعتبر مارتي ان الاحلام هي كناية عن عمليات نكوصية واسعة النطاق ومعقدة بحيث تتيح للحالم حرية اكثر في الاعراب عن رغباته وذلك عن طريق انقاصها للرقابة النفسية التي تفرضها المستويات النفسية - الوظيفية للتسلسل العقلي الوظيفي.

بهذا تختلف الاحلام مع المخططات العقلية النهارية، فالاولى تأتي نتيجة اتصال ما قبل الوعي باللاوعي في حين تأتي الثانية نتيجة اتصال ما قبل الوعي بالوعي. ولهذا فاننا لا نجد في المخططات العقلية النهارية سوى رموز لمشتقات اللاوعي.

أما بالنسبة لاختلالات التنظيم النفسدي فان مارتي

الوظيفية وبخاصة عدم الثبات العصبي - النباتي.

Angine pectorale
fonctionnelle

الجلطة الصدرية الوظيفية

Functional Angine

انظر تناذر داكوستا*

Homosexualité

الجنسية المثلية

Homosexuality

الجنسية المثلية أو الشذوذ الجنسي مصطلح يدل على تلك العلاقة الجنسية التي تنشأ بين شخصين من نفس الجنس. ومن الممكن أن يكون الشذوذ كامناً في اللاوعي أو يكون ممارساً فيصبح عندها انحرافاً عن الموضوع السوي أو الطبيعي. وتجدر الإشارة الى أن المثلية الكامنة يمكنها أن تكون دافعاً وسبباً أساسياً لظهور العظام وفصام البارانويا والهذات بصورة عامة.

الكاتيكولامينات) او اضطرابات نسب الكالسيوم او الماغنيزيوم او توقف افرازات الرحم... الخ. هذا وتساهم المريضة في تعقيد هذه الحالة لديها. وذلك من خلال انتقالها من طبيب لآخر والخروج بمجموعة من التسميات المرضية المتشابهة التي تصف حالتها وتدعم او هامها. على الرغم من ثقتها الضمنية بعدم جدية مخاوفها.

هذه الثقة الضمنية هي التي تشكل قاعدة التشخيص التفريقي بين هذه الحالة وبين المراق (**هجاس المرض**)* او الوسواس المرضية حيث تكون مخاوف المريض صادقة وتدفع به نحو رهاب الموت.

اما عن نوعية المظاهر، التي تشكو منها هذه المريضة، فهي تمتاز بالصفات التالية: الغرابة وعدم الدقة والتنوع وهي تتركز على نقطة معينة في الجسم او على عضو معين او على اعصاب (تحسها وكأنها مية او مشلولة او باردة او في غير مكانها او ساخنة او مسحوقة او مقطوعة... الخ). كما يمكن ان تلجأ المريضة لوصف شكاويها بتشبيهها بالاجسام الغريبة (الحجر، الافاعي، السكاكين... الخ).

هذا وتتميز الاوهام الاعتلاية، من الناحية العيادية، بثلاث سمات رئيسية هي:
أ- الخاصية المميزة للاحاسيس وللشكاوى المرضية (المعروضة اعلاه).

ب- عدم وجود اساس عضوي حقيقي لهذه الاضطرابات والشكاوي.

ج- استمرار هذه الاحاسيس المرضية بمعزل عن اي اضطراب في الشخصية من شأنه ان يرافقها.

وفي الغالب تتركز هذه الاوهام المرضية الى عنصر مرضي (من النوع الفيزيولوجي - التشريحي - الايضي) غاية في البساطة وانعدام الاهمية (مما يجعل تحديده صعباً). وفي العادة فان هذا العنصر المرضي يشجع ظهور الاوهام المرضية عن طريق مساهمته في زيادة احساس المريضة بجسدها.

ويمكن لتوهم المرض ان يتطور نحو اضطراب الشخصية (ودفعه نحو اللامعاوضة) او نحو القهم (اباء الطعام) او المراق او هذيان المرض.

تياپريد

Tiapride

Tiapride

ويسوق باسم Tiapridal وهو من فصيلة السيليبيريد ويشترك معه في خصائص عديدة. ولكن مع فارق كون هذا الدواء موجهاً أصلاً لعلاج الاضطرابات

حالة الخبل عقب Etat confusionnel post traumatique الرضية

يستند تشخيص هذه الحالة الى العناصر التالية: رضة فورية مع التباس الوعي وعدم ترابط الافكار (مع مقاطع هلاسية ذات طابع نومي) وصعوبة التوجه في الزمان والمكان وفقدان ذاكرة انتقائي. وتقسّم الحالات الخبلية عقب الرضية، بحسب سيطرة المظاهر، الى:

- حالة خبلية بسيطة: وتمتاز بهيمنة النعاس وفقد توجه محدود مع عناصر نومية محدودة.

الخبل الذهولي: وتمتاز بعدم حراك المريض او بعدم تفاعله مع المنبثات ويمكنه ان يتصاحب مع مظاهر تخشبية.

الخبل النومي: حيث النشاط النومي المرهب يترافق مع هياج نفسي - حركي والقلق.

- **الهذيان الحاد عقب الصدمي:** ويتميز عيادياً بسيطرة الافكار الهذيانية غير المنظمة.

وتستطيع هذه الحالات الخبلية أن تدوم لفترات تتراوح بين الدقائق والشهور.

حالة دورا

Cas Dora

Dora's case

منذ وقت طويل وحالة دورا، أو مقطع من تحليل الهيستيريا، تستخدم في نطاق تدريب وتنقيف الراغبين في خوض المجال التحليلي. إلا أن حصر استخدام هذه الحالة في النطاق التعليمي لم يدم الى أكثر من العام 1960 حيث بدأ المحللون المحدثون عملية اعادة استقرار وتقييم لهذه الحالة.

فالتقدم الطبي الهائل، منذ كتب فرويد حول دورا ولغاية اليوم، أدى فيما أدى اليه، الى تطوير المعطيات التحليلية مما دفع بالمحللين المحدثين للعمل على تطوير المبادئ التحليلية في محاولات دائبة لاستغلال المعطيات العلمية الحديثة في الميدان التحليلي. ومن هنا كانت ضرورة اعادة قراءة المؤلفات الفرويدية على ضوء المعطيات الحديثة. فكانت كتابات Didier Anzieu ومن أهمها في هذا المجال:

فرويد وتحليله لذاته وكان كتاب اريك فروم (E. From) **مهمة فرويد** وغيرها من الكتب التي تعيد استقرار النظرية التحليلية.

والواقع أن حالة دورا الهستيرية هي أخصب مجالات اعادة الاستقراء هذه. فالهستيريا هي ميدان توجه فرويد الرئيسي. ولهذا السبب نجد أنفسنا عاجزين عن حصر الدراسات التي هدفت لاعادة تقييم هذه الحالة

الهستيرية واجمالا المواقف التحليلية أمام المظاهر الهستيرية عامة. وبالرغم من تعدد هذه الدراسات فان التحليل الحديث لم يزل بعيدا عن استنفاذ دلالات ومعطيات هذه الحالة التي دخلت في تاريخ علم النفس.

وإذا كان فرويد قد تناول هذه الحالة من منطلق: ماذا كانت (دورا) تريد من فرويد؟ فان عددا من المحللين الانكليز تناولوا الحالة من منطلق: ماذا أراد فرويد من دورا؟. وفي مقدمة هؤلاء C. و C. Kahane و Bernheimer الذين نشروا في العام 1985 بحثاً بعنوان حول حالة دورا (in Dora's case).

ماذا أراد فرويد من دورا؟ وهذا السؤال يتعدى ارادة فرويد المحلل الساعي لشفاء مريضته الى البحث عن **علائم النقلة المضادة** Contre transfert التي يمكن استشفافها (ولو بصعوبة) من خلال عرض فرويد لهذه الحالة في مقالته مقطع من تحليل الهيستيريا (Fragment d'une analyse d'hystérie).

ولا نغفل تعلق بعض الباحثين بالاهمية التحليلية - الادبية لحالة دورا. فالباحث (Steven Marcus) ستيفين ماركوس الذي تناول كلمة مقطع أو فتات (Fragment) وحللها من منطلق التضاد بين الكمالية (تكامل النظرية بحيث يمكن تعميمها) وبين عدم الكمالية. أما Neil herty فانه حاول استخلاص صفات وعلائم نفسية مشتركة بين فرويد وبين مريضته دورا. وهكذا فقد ركن هؤلاء المحللون على تبين وتوضيح علائم النقلة المضادة لفرويد أمام دورا. وقد عرضوا في سبيل ذلك مجموعة واسعة من تماهيات فرويد. والحقيقة أن هذه التماهيات كانت مضخمة ومجسمة بشكل كاريكاتوري. ولنعد الى المحلل الشهير جاك لاقان (Jacques Lacan) الذي كان يرى جنور النقلة المضادة في الأفكار المسبقة التي يكونها المحلل عن مريضه. فما هي الأفكار المسبقة لفرويد فيما يتعلق بدورا؟

بعد الدراسات المشار لها أعلاه أصبح من السهل علينا استقراء الأفكار المسبقة لفرويد في حالة دورا مما يتيح لنا اعادة قراءة الحالة من منطلقات وروى جديدة. حتى أن هذه القراءة تدفع بالبعض لاستنتاج نقلة مضادة تعكس نكوص فرويد الى المرحلة ما قبل الاوديبية. ولكن المحللين - النقاد مؤلفي هذه النصوص يرفضون فكرة النكوص الفرويدي الى ما قبل الاوديبية. والحقيقة ان هذه النقاشات والحوارات تؤدي لطرح مشكلة أساسية في التحليل وهي: ما هو

موقفه من المرأة؟

بمعنى آخر هل الانوثة هي روح وعادة أم انها وظيفة جسدية؟.

أمام هذه الاسئلة نجد أنفسنا منساقين للخروج عن موضوع دورا لنلقي أنفسنا بين مؤيد لموقف فرويد من الهيبستيريا ومن الجنسية وبين مُعارضات (على الاغلب) لهذا الموقف. ولكن ما يهمننا في هذا المجال هو تحديداً الهيبستيريا كحالة معالجة بالطريقة التحليلية. وعليه فإنا نتجنب الخوض في موضوع العدائية الموجهة للمرأة أو في موضوع رهاب المرأة. ونكتفي في هذا المجال بالقول بأن فترة علاج دورا وظهور مقالة فرويد حولها كانتا في حوالي عام 1900 ولذلك الوقت لم يكن فرويد قد أتم تصوره للعقدة الاوديبية. وقد أدخل العديد من التعديلات على مفهومه لهذه العقدة بعد العام 1900.

مما تقدم نلاحظ الضرورة الملحة لاعادة استقراء حالة دورا وتطوير النص الفرويدي اعتمادا على التعديلات التي أدخلها فرويد نفسه، بعد العام 1900، على مبادئ التحليل النفسي للهيبستيريا، وكذلك اعتمادا على تحليل فرويد نفسه للحالة.

في هذا المجال يهمننا خصوصا عرض رأي الطب النفسي (مدرسة باريس تحديدا) الذي نستخلصه من مجمل الآراء التي عرضها النفسديون في المؤتمر الثامن والعشرين للمحللين النفسيين الناطقين بلغات لاتينية. إذ اتفق هؤلاء الباحثون على عجز فرويد عن علاج حالة دورا. وهو عجز يعترف به فرويد ويرده الى رفض دورا متابعة العلاج. اما النفسديون فيرون انه حتى في حال متابعة دورا لعلاجها فانها لم تكن لتشفى. وذلك بسبب خطأ فرويد في تشخيصه لحالتها. فقد اعتبر فرويد ان كافة مظاهر دورا الجسدية هي معادلة جسدية للهيبستريا. في حين يميز النفسديون بين هذه المظاهر ويقسمونها الى: (1) تحويلات هستيرية (لا تقبل الجدل) مثل السعال والحبسة - اختفاء الصوت... الخ) و (2) مظاهر نفسية: مثل الوهن والانهييار وصداع الشقيقة وغيرها. من هنا فان استمرارية دورا في العلاج كان يمكن ان يخلصها من مظاهرها التحويلية ولكنه لم يكن ليخلصها من مظاهرها النفسية.

الحالات التراجعية *Etats dégénératives*

Degenerativ states

هذه الحالات هي كناية عن الارتداد من حالة متقدمة الى حالة متدهورة. وقد استعملها فرويد للدلالة على

الحالات الناجمة عن تراجع القدرات الدماغية. أما عن سياق استخدام فرويد لهذا المصطلح فقد أتى في سياق تمييزه للحالات الهيبستيرية. التي اعتبرها بروير معادلة **للحالات التنويمية*** (*Etats Hypnoïdes*) في حين اعتبرها جانبيه كنتيجة لتضييق حقل الوعي. من جهته اعتبر فرويد هذه الشروحات بحكم المضللة. وذلك انطلاقاً من اعتباره ان تكوين الاعراض الهيبستيرية يستند الى عملية نفسية فاعلة - انظر **تكوين العارض***. اما بالنسبة لآثر الحالات النوامية في نشوء الاعراض الهيبستيرية فقد اعتبرها فرويد في البداية مساهمة ليعود ويردها الى حالة من الوهن الدماغية يدعواها بالحالة التراجعية.

الحالات التنويمية *Etats Hypnoïdes*

Hypnoïd states

هي حالات تشبه الحالات الناشئة عن التنويم المغناطيسي، وتأخذ هذه الحالة منحى يجعل محتويات اللاوعي التي تظهر خلالها لا تدخل الا قليلا او هي لا تدخل على الاطلاق في ترابط مع الحياة العقلية العادية، الامر الذي يؤدي لتكوين مجموعات جديدة من الترابطات. ويرى بروير ان هذه الحالات هي سبب تكون الهيبستيريا.

الحساسية

Allergie

Allergy

تنسب المادة المسببة للحساسية باطلاق البروتينات المناعية (IgE) الخاصة بهذه المادة. وهذه البروتينات تثبت على غشاء الخلايا الدموية البلاسموسيت أو البازوفيل. وبهذا تصبح هذه الخلايا (الكريات البيضاء في الدم) بمثابة قنابل قابلة للانفجار لمجرد احتكاكها بالمادة المسببة للحساسية. إذ ان هذا الاحتكاك يؤدي الى التحام المادة بالبروتينات المناعية الموجودة على سطح الكريات البيضاء. عن هذا الالتحام ينشأ افراز الخلايا الدموية لمادة الـ هيامين (*Histamine*) مما يؤدي الى ظهور الاعراض العيادية المميزة لهذه الحساسية تبعا لنوع المادة المسببة لها. ولناخذ على سبيل المثال الحساسية على غبار الطلع (لقاح الزهر في الربيع) ففي هذه الحالة يدخل اللقاح في مجاري الجهاز التنفسي مع الهواء ويثبت على الاغشية المخاطية لهذه المجاري حيث يتم التحام اللقاح بالبروتينات المناعية مما يؤدي لإفراز مادة الهيامين بسرعة فائقة. وعن هذا الافراز تنشأ

العلامم العيادية التالية:

- على صعيد الانف نلاحظ انتفاخ الغشاء المخاطي للأنف واحمراره إضافة إلى زيادة مبالغة في إفرازه (Rhinorrhée). كما يؤدي الهيستامين إلى تحسس الأعصاب الشمية وينشأ عن ذلك رغبة بالحكاك وكذلك العطاس المتكرر.

- على صعيد العينين نلاحظ تقريبا نفس المظاهر العيادية. الحكاك، زيادة الإفرازات الدمعية واحمرار العينين.

منشأ الحساسية وأسبابها:

لا تزال الآراء متضاربة حول منشأ الحساسية والأسباب المؤدية لها. ولدى استعراضنا لهذه الآراء نراها موزعة بين النظرية للطبية المحافظة وبين العوامل النفسية، وأخيرا النظرية الحديثة للطب النفسي - الجسدي. وبما أن أيًا من هذه المدارس لم تستطع أن تثبت نظريتها وتلغي باقي النظريات فقد نشأ عدد من النظريات العلاجية الجامعة بين مختلف هذه الاختصاصات. وما نحن نستعرضها على لسان أشهر العاملين في هذا المجال.

أ- النظرية الطبية:

ويعبر عنها البروفسور Dry إذ يقسم ظاهرة الحساسية إلى ثلاث مراحل هي:

1- وراثية الجينات المسؤولة عن الحساسية من أحد الأبوين أو كلاهما.

2- الاحتكاك المتكرر بالمادة المسببة للحساسية التي قد لا تنشأ عند أول مرة يتعرض فيها المريض لهذه المادة بل أن المريض قد يتعرض لهذه المادة عدة مرات قبل أن تبدأ المرحلة الثالثة.

3- مرحلة التحسس حيث يبدأ الجسم بالتفاعل مع مادة الحساسية وتبدأ نوبات الحساسية بالظهور.

ومن المهم الملاحظة أن المريض يرث الارضية الحساسية ولكنه لا يرث بالضرورة ذات النوع من الحساسية. فمريض الربو قد يتحدر من أهل يعانون نوعا آخر من الحساسية والعكس بالعكس.

ب- النظرية النفسية:

إن دور العوامل النفسية في أحداث الحساسية هو من الأمور التي نوقشت منذ القدم. ويرى أصحاب هذه النظرية وجود علاقة وثيقة بين الانفعال النفسي وبين الإفرازات الغددية وبالتالي بينه وبين جهاز المناعة.

ومن الأمثلة ذات الدلالة لأصحاب هذه المدرسة حالة بروست Proust الذي كان يصاب بنوبة ربو لمجرد رؤيته لصورة الزهور المطبوعة على سجادة معلقة

في حائط غرفته. والحقيقة أن العلاج النفسي لحالات الحساسية استطاع أن يعطي من النتائج ما لا يسمح لنا بتجاهل هذه النظرية.

ج- نظرية مدرسة باريس للسيكوسوماتيك - انظر البنية التحسسية*.

د- النظرية التوفيقية:

ولعل أفضل معبر عن النظرية التوفيقية فيما يختص بمنشأ الحساسية ويسبل علاجها هو البروفسور E. Henocq. إذ يقول: فيما يتعلق بالحساسية فإنه من الصعب علينا تحديد وفصل الأسباب النفسية عن الأسباب العضوية. وتزداد هذه الصعوبة كلما تبين لنا تدخل هذه العوامل في ما بينها، خاصة وأن التعمق في دراسة العوامل النفسية - المزاجية يقودنا غالبا إلى نتائج غير محددة وبعيدة عن الواقع الممتاز بتعقيده البالغ.

وهكذا فإن استراتيجية علاج حالات الحساسية يجب أن تكون جامعة بين العلاج الطبي (المناعي) وبين العلاج النفسي.

ولكن العادة جرت لغاية الآن أن يقتصر العلاج على وجهه الطبي بحيث لا يتدخل المعالج النفسي إلا في الحالات التي يعجز فيها العلاج الطبي وبهذا فإن العلاج النفسي لا يزال يستخدم وكأنه الأمل الأخير.

والحقيقة أن الأطباء يختلفون اختلافات كبيرة في هذا المجال. إذ أن بعضهم يرفض تصنيف الحساسية في عداد الأمراض النفسية - الجسدية معتبرا أنها اضطراب موروث نابع من اضطراب الجهاز المناعي لدى المريض. وهذه الفئة من الأطباء يرفضون فكرة العلاج النفسي رفضا قاطعا.

إلا أن الفئة الثانية من الأطباء ترى أن الحساسية هي تحسس بيولوجي ونفسي في آن معا وتقتضي علاجاً متعدد الاختصاصات.

ومع تقدم التجارب والوسائل العلاجية ابتدأت الفئة الثانية من الأطباء بالسيطرة على الوضع وهذا ما سنتبينه بوضوح من خلال عرضنا للربو*.

3- أنواع الحساسية:

من الناحية العيادية نستطيع تصنيف أنواع الحساسية كما يلي:

أ- الاضطرابات التحسسية المستشرية:

وتقسم بدورها إلى:

1- التهاب الأنف التحسسي* Rhinite Allergique

2- الربو* Asthme bronchique

3- الأكزيما المستشرية* Eczema Atopique

ب- الاضطرابات التحسسية اللامستشرية وتقسم الى:

- 1- مرض المصل* Maladie de ser
- 2- ردة الفعل العوارية Réaction anaphylactique القاسية* Sévère
- 3- الشرى* Urticarie et Angidœdème
- 4- التهاب الجلد Dermite Allérgique الاحتكائي* de contact
- 5- التحسس ضد Hypersensibilité الاسبيرين* à L'Aspirine
- 6- التهاب Alvéolite Allergique النخاريب extrinsèque.
- 7- داء الرشاشيات التحسسي - الرنوي - الشعبي* .brohno - Pulmonaire
- 8- تناذر الايوسية Syndrome d'Eosinophilie الرنوي* Pulmonaire
- 9- التهاب النخاريب Alvéolite fibrosante التلثيفي* Criptogénique
- 10- الترسبات الحديدية في الرنتين* Hémsidérose Pulmonaire

الحكاك العصبي Prurigo neurotique Neurotic prurigo

وهو حكاك تحت الحاد يصيب عادة النساء في سن متوسطة وغالبا ما يكون منشأه الضغوط النفسية والانفعالات العنيفة. وهذا الحكاكا يؤدي الى ظهور الجراح الحليمية الحويصلية (- Lésion papulo vesiculeuse) التي تسبب حكاكا شديدا وتتركز في مناطق الجذع وأحيانا الوجه او العنق او المؤخرة.

الحلم الموجه Rêve Eveillé Dirigé Wakening- Dream

وتشتق هذه الطريقة الياحائية من التتويم المغناطيسي. وتعتمد مبدأ التهيج (العلاجي - الموجه) الذي يطال القدرات التخيلية - الذكروية لدى المريض. بعد هذا التهيج يوضع المريض وجها لوجه أمام الذكريات والخيالات التي لم يكن يعيها لحينه.

ومؤسس هذه الطريقة هو R. Désaille وقد نشرها في العام (1938). وهو يعتمد في طريقته هذه مزيجا من مبادئ فرويد ويونغ والتتويم المغناطيسي.

يمارس هذا العلاج بدعوة المريض للجوس في وضع مريح، مسترخي الجسد، عيناه مغمضتان ويتم اخضاعه لعدد من الاحلام المتكررة بتوجيه من المعالج. وتسمى هذه المرحلة بـ"مرحلة الحلم اليقظ"

وتتبعها مرحلة اخرى هي "مرحلة التحليل". في هذه المرحلة يناقش المعالج مع مريضه المعاني الرمزية التي تحتويها "احلام اليقظة" لدى هذا المريض. وعلاقة هذه الاحلام بـ لا وعي المريض.

أما عن توزيع الوقت في "الحلم الموجه" فان 30 - 40% منه يخصص للحلم و 60 - 70% منه يخصص للتحليل الذي يجمع بين الطريقة الفرويدية وطريقة يونغ.

ويدوم هذا العلاج 2-3 سنوات.

يمارس "الحلم الموجه" في علاج شتى الحالات العصابية والاضطرابات التكيفية كما يمكن استخدامه في علاج اضطرابات الشخصية واضطرابات السلوك لدى المراهقين - وحتى في حالات الشخصية الحدية (Border - Line).

ويجب تجنب استخدامه في حالات الذهان المترافق بالهلوسة، التخلف العقلي، المستوى الثقافي المنخفض وحالات الفصام.

ومثلها مثل العلاجات التي تستغرق وقتا طويلا تواجه طريقة "الحلم الموجه" صعوبة التطبيق العملي وذلك بسبب كلفتها وطول المدة العلاجية ايضا بسبب صعوبتها اذ تقتضي تمرس الفاحص بثلاث مدارس علاجية كما تقتضي قدرة المريض على تفهم هذا العلاج وتقبله.

الحمل الوهمي Grossesse Imaginaire

Imaginary Pregnancy

تصادف حالات الحمل الوهمي في ظروف تكاد ان تتطابق مع حالات الحمل الهستيرى - انظر التناثر النفاسي - الهيستيري* - لكنها تلاحظ ايضا في حالات العقم النفسي* (حيث لا نستطيع استبعاد ردود الفعل الهيستيرية) وخصوصا لدى المتعلمات بالادوية دافعة الاباضة مثل (Clomiphène).

الحوادث الدماغية Accidents

vaculaires - الوعائية - cérébrales -

Cerebro - Vasular Accidents.

وتنشأ عادة عن انسداد أحد الشرايين الدماغية او نزفه (مما يضعها في خانة الامراض الانسدادية - انظر النمط السلوكي (أ)* وأمراض القلب الانسدادية*). ان الطب النفسدي ينطلق في نظرته لهذه الحوادث من عوامل ثلاث:

أ- دور العوامل النفسية في حدوث الاصابة: حيث يميز الطبيب النفسي مجموعة حالات أهمها: (1) النمط السلوكي (أ) المشجع على الاصابة بالامراض الانسدادية و (2) - النمط السلوكي لمريض ارتفاع الضغط* و (3) حالات افراز هورمون الالدوستيرون. والمرتبط غالبا باسباب انفعالية.

ب- نوعية الاصابة الدماغية ومستقبلها: لم يتوصل العلماء لغاية اليوم للاجابة على سؤال "كيف يعمل الدماغ؟". من هنا كان اعتماد جراحي الاعصاب على نظرية الاختصاصات الدماغية (القائلة بتخصص كل منطقة دماغية بوظائف معينة). لكن هذه النظرية تعجز عن الاجابة على قائمة طويلة من الاسئلة المطروحة عياديا. مثال ذلك انه يصاب اثنان بذات العطل الدماغية ويتم علاجهما بطريقة واحدة ومع ذلك فاننا نلاحظ وجود فوارق هامة في نوعية اصابة كل منهما كما في مستقبل هذه الاصابة. اذ قد ينجح أحدهما في تعويض اصابته ويفشل الآخر بغض النظر عن عاملي الجنس والسن. مما يطرح السؤال عن سبب وجود هذه الفوارق؟

ج- الشكل العيادي للحادث الدماغية وخلفية حدوثه (الخلل الشرياني المؤدي اليه) بالاضافة الى المظاهر النفسية التي تظهر نتيجة للحادث. وفي هذا المجال نذكر الاشكال العيادية التالية:

1- عطل دماغي ناجم عن ارتفاع الضغط:

- مظاهر نفسية: صداع حاد ونوبات تشنجية - صرعية واضطرابات الوعي (بدرجات مختلفة) وانفعال وتراوح المزاج وضعف قوة الاطراف ومظاهر انهيارية.

- مظاهر جسدية: ضغط شرياني انقباضي أكثر من 14 مم زئبق.

- فحوصات مخبرية: - فحص قعر العين.

- علائم عدم كفاية القلب والكلية.

2- تصلب الشرايين الدماغية المنتشر:

- مظاهر نفسية: صداع، وهن، دوار، اضطراب الرؤية، تميل الاطراف، أرق نزق، تراوح المزاج، ميل للانهيار، تراجع القوى الذهنية، مراحل خبل، انهيار ذهاني وحالات هوس.

- مظاهر جسدية: يمكنه ان يترافق مع تصلب الشرايين المحيطية، ارتفاع الضغط بحيث يكون الانبساطي أكثر من (11)، علائم عدم كفاية القلب، اعطال عصبية محدودة (الا اذا تم اكتشاف المرض من خلال حادث عصبي - وفي هذه الحالة تظهر

النوبات الصرعية).

- فحوصات مخبرية: - تصوير شعاعي (يعكس تكلس الشريان الاورطي)

- فحص قعر العين وتظهر فيه علامة - Sallus Gunn.

3- تصلب الشرايين الدماغية المنتشر مع تراجع عقلي - احيائي:

- مظاهر نفسية: - تراجع عقلي (تتأخر شبيه البصيلي).

- عدم القدرة على الحفظ - انعدام التوجه الزمني - التعرف الخاطى - هذيان الارجيف - تراجع عقلي - دماغي هام.

- مظاهر جسدية: اضطرابات عصبية متنوعة (مظاهر شلل، حركات ارادية محدودة، زيادة الحركات اللاارادية، انعدام القدرة على التعبير من خلال الوجه، انعدام القدرة على تماوج الصوت، اضطراب المشية، سلس البول عدم التحكم بالبراز... الخ.

- فحوصات مخبرية: - تصوير شعاعي (يعكس تكلس الشريان الاورطي)

- فحص قعر العين وتظهر فيه علامة - Sallus Gunn.

الحياة العملية

Vie Opératoire

Operative- Life

يرتبط مفهوم الحياة العملية في الطب النفسي بالنظريات التحليلية التوقعية (Topique). وكان النفسيون قد قاربوا هذا المصطلح بصور متعددة. فلو نحن راجعنا علائم شخصية مريض ارتفاع الضغط بحسب برينغر (Bringer) لوجدنا بينها ظاهرة نقص القدرة الهوائية أو فقر الحياة الهوائية (Vie Fantasmatique).

أما بيار مارتى فانه يعتبر ان التفكير والسلوك العملي* مظهراً من مظاهر الأعصاب النفسية* وهو يستدل عليه من خلال ظهور الاحلام العملي* لدى هؤلاء العصبيين النفسيين.

هكذا فان الحياة العملية هي، وباختصار شديد، نمط معاشة سطحي للحياة، بحيث ينحصر تفكير الشخص في الامور العملية - اليومية لحياته بعيدا عن مساهمة الجهاز العقلي، بما في هذه المساهمة من هوامات وتصورات وغيرها من عناصر التعقيل*. بناء عليه فان مارتى يرى ان المحاسب الذي يعيش حياة

عملياتية فان احلامه تكون بدورها من النوع العملياتي وتحتوي على الاعداد والاصفار والحسابات... الخ.

الخثرة داخل الجمجمة

Hematome intra crânien =

Intra - Cranian Hematoma

يستند تشخيص هذه الخثرة الى العناصر التالية: التعرض للرضة (Comotion) مع فترة كمون وارتفاع الضغط داخل الجمجمة.

تتطور هذه الحالة على ثلاث مراحل: (1) الرضة و (2) فترة الكمون. حيث يمكن ان تغيب العوارض بشكل كلي (لمدة ايام واسابيع) ويمكن ان تظهر عوارض بسيطة مثل الصداع والوهن وتباطؤ الذهن و (3) تبدأ علائم ارتفاع الضغط داخل الجمجمة بالظهور. وتبدأ بظهور حالة من الخبل (يمكنها أن تتطور نحو الغيبوبة) ويمكن ان يضاف اليها الهياج او فقد الارادة والهلوسات والافكار الهذيانة المجزأة.

الخصائص العظمى

Les

caractéristiques

الحالية

actuelles majeurs

Major Actual Characteristics

وتجمع هذه الخصائص المعطيات الفورية من الاعراض والمعطيات حول ماضي الشخص المرضي، والمعطيات حول الوظيفة العقلية ونمط الحياة الحالي للمريض.

وهذه الخصائص يمكنها أن تأتي متخالفة ومتناقضة مع الخصائص الاعتيادية بناءً على تدخل العوامل الخارجية. ويمكن لهذا التدخل أن يكون سلبياً، فيتسبب في تعميق الخلل توازن النفسي - الجسدي، اذا ما كانت هذه العوامل سلبية بحد ذاتها كمثل الصدمات والرضوض العاطفية، التحليل النفسي الوحشي والصدمات الجسدية كمثل التعرض لعملية جراحية. اما اذا كانت العوامل الخارجية ايجابية (علاج نفسي موجه جيداً، تحقيق كفايات شخصية... الخ) فاننا نلاحظ تحسناً ملموساً في التوازن النفسي للشخص.

هذا ومن الممكن ملاحظة عدة خصائص لدى الشخص الواحد. هذه الخصائص هي: **التحويل الهيستيري*** و**الانهيار*** الاساسي وانهيار ما تحت الحاد او الحاد (بالمعنى التحليلي) و**اختلال تنظيم*** تدريجي وحداد حديث غير معبر عنه ومشاكل مهنية او اصابات مؤثرة على الصعيد النفسي و**الحياة العملية*** وان يكون الوالد يتعالج في نفس الوقت وعلاج نفسي سابق

وصعوبات جنسية ومحاولات الانتحار حديثة العهد وادمان حديث العهد والحد من النشاطات الجسدية (بسبب حوادث أو غيرها وتغيير في الاقتصاد العلائقي* واحباطات جنسية ومراق* ومكاسب ثانوية وغيرها. - انظر التصنيف النفسي*.

Caractères
de la
الخصائص الناجمة
resultants
عن العلاج النفسي
psychothérapie

Psychotherapy character resultants

يهدف المعالج النفسي للمرضى الجسديين (النفسيين) الى احداث تغييرات في شخصية المريض، لجهة مساعدته على تخفيف صراعاته وادخال تعديلات على آلياته الدفاعية* مما يطل خصائص المريض ومميزاته. كل ذلك بهدف الحؤول دون تجسيد الصراعات وتديبها من خلال المرض الجسدي. وعليه فان نتائج هذا العلاج يجب ان تقوم بشكل دوري مما قد يضطر المعالج أحيانا لتعديل التشخيص.

وامعانا في الرغبة باضفاء الموضوعية على تقويم نتائج العلاج فان مدرسة باريس للبيكوماتيك تتبع مبدأ مجموعة المعالجين الذين يناقشون الحالة وبيدون آراءهم فيها وفق نظرية بالانيت*.

Palpitation
خفقان القلب العصبي
nerveuse

Nervous Palpitation

انظر تناذر داكوستا*

Iridologie
Iridology
دراسة القرزية

ان الربط بين اضطراب القرزية والحالة الجسدية لشخص ما هي فكرة تعود في اساسها الى العام 1870 حين لاحظ الطبيب الهنغاري Ignatz Peczely تغيرات واضطرابات في قرزية الحيوانات المصابة بجروح او بمرض. كما لاحظ اختفاء هذه الاضطرابات لدى شفاء الحيوانات.

واليوم بعد دراسات مستفيضة في هذا المجال استطاع الباحثون ان يضعوا أسس علم دراسة القرزية. وقسم هؤلاء الباحثون القرزية الى اثني عشر قسماً (مثل الساعة) بحيث يعكس كل قسم منها حالة واحد من أعضاء الجسم. وذلك وفق الصورة التالية:

الوظيفية يذكر هودريه حالات المغص، تقلصات المعدة، الشقيقة، صعوبات الهضم المؤلمة، الإمساك، الاسهال، اضطرابات النوم... الخ. وهذه الامراض تشخص بدقة من خلال فحص القزحية البسيط في حين تقشل اكثر الآلات تطورا في تشخيصها.

ولنتعرض الآن مبادئ فحص القزحية فنلاحظ:

(1) ان اختلاف لون القزحية، من عين لأخرى لدى ذات الشخص، يعني الضعف الجسدي (اذا لم يكن خُلُقياً).

(2) اذا كانت القزحية مركزة، منتظمة ومشدودة. فانها تعكس صحة المفحوص وبعده عن الامراض النفسية. الا انها تعني ايضا ان تعرض هذا الشخص للشدّة* (Stress) من شأنه أن يؤدي الى ارتفاع نسبة الدهون في الدم وكذلك فان هذا التعرض يؤدي الى احتمال اصابة المفحوص بأمراض الشرايين التاجية (احتشاء قلبي، ذبحة... الخ).

(3) عندما تلاحظ تقطعا في شاشة القزحية فان ذلك يعني اضطرابا وظيفيا متطورا وحالة نفسية غير مستقرة.

(4) في حالات التخلف العقلي يظهر فحص القزحية اضطرابات مختلفة باختلاف وضع البؤبؤ بالنسبة لمركز القزحية. كالحول متحد الاتجاه، الحول المختلف الاتجاه، عدم تلون البؤبؤ، شلل النظرة (الجانبية بشكل خاص)، انحلال البقعة الصفراء في شبكية العين، اضافة الى الاضطرابات التي تنجم عن وهن العصب البصري.

(5) في حالة النوبة الشبه باركنسون نلاحظ ظهور حركات العين السريعة مصاحبة أولا بألم العنق وميلانه. مما قد يوحي بتشخيص الهيسيتيريا الا ان الحقيقة هي ان هذه المظاهر تدل على حالة تسمى بالمهدئات العصبية او بالمخدرات.

(6) العمى الهيسيتيري: حيث يلاحظ عدم وجود تغيرات عضوية أو في القزحية - انظر التناثر النفسي الهيسيتيري*.

(7) ادمان الكحول والتدخين: نلاحظ نتائج الالتهاب التسممي للعصب البصري.

(8) ارتفاع الضغط*: عندما يدخل هذا المرض في مرحلتيه الثالثة والرابعة فانه يصبح مصاحبا باضطرابات نفسية متنوعة. ففي هذه المراحل نلاحظ ظهور الاضطرابات التذكيرية، ذبول القدرات الذهنية، اللامبالاة، عدم وعي المرضى واضطرابات نفسية

وفق الرسوم الظاهرة في محيط القزحية. يستطيع الاختصاصي دراسة القزحية وتحديد العضو المصاب وان يكتشف مختلف المظاهر المرضية

وهكذا فان ملاحظة الفاحص لبقعة بيضاء في منطقة أحد الاعضاء تعني اصابة هذا العضو بمرض ما. فاذا كانت هذه البقعة في مكان عقرب الساعة الثالثة فانها تعني وجود مرض رئوي. اما اذا كانت البقعة في مكان عقرب الساعة السابعة فهي تعني اصابة البروستات او المبيض... الخ. على ان ما يهمنا في هذا المجال هو الدلالات النفسية لفحص القزحية هذه الدلالات التي يشرحها البروفسور الفرنسي Jean Claude Houdret قائلا: ان فحص القزحية لا يلغي الفحوصات والتحليل الطبية التقليدية ولكنه أسهل منها، أبسط وأوفر. وفحص القزحية ممكن أن يسد ثغرة كبيرة في الاساليب التقليدية للفحوصات الطبية فكثيرا ما يأتي المريض محملا بملفات لا تنتهي من الفحوصات التي تثبت انه سليم معافى. ومن الطبيعي ألا يقتنع المريض بهذه الفحوصات فنحن لا نستطيع أن نقول للمريض بانه معافى في حين يعاني هو من الألام ويشعر فعلا بانه مريض.

ويتابع الدكتور هودريه: ان هؤلاء المرضى هم من المصابين بالشنج* (Spasmophylie) الذين يعانون اضطرابات نفسية - فيزيولوجية. فهؤلاء هم تلك الفئة من الناس التي تركز قلقها النفسي على هذا العضو او ذلك. الامر الذي يتسبب بظهور اضطرابات وظيفية في هذا العضو. ومن هذه الامراض النفسية -

متنوعة. وهذه الاضطرابات جميعها تتبدى في فحص قعر العين.

الدروع العضلية Cuirasses Musculaires Muscular Armoury

تتلخص فكرة منشأ الدروع العضلية في مبدأ ان تبادر اية فكرة مقترنة بحركة ما الى ذهننا، يقترن مع تحرك النشاط العصبي من الدماغ نحو العضلات التي تقوم بهذه الحركة. مما يؤدي الى زيادة حيوية هذه العضلات عن طريق زيادة عصارتها. وهكذا ففي الحالات التي تكون الفكرة فيها مهيمنة ولكنها لا تنفذ (بسبب الكبت أو الرقابة النفسية أو الارادة) فان العضلات (منفذة الفكرة من حيث الحركة) تصبح فائقة النشاط وزائدة العصارات بحيث تنتشج. فنطلق عليها اسم الدرع العضلي.

وهكذا فان الدرع العضلي ينجم عن زيادة مزمنة في عصارات وفي تشنج المجموعة العضلية المعنية. والواقع ان رايش (أنظر نظرية رايش*) هو الذي أطلق تسمية الدرع العضلي واعتبر ان الشكل الخارجي للانسان انما هو شكل مجموع دروعه العضلية. ولا يفوتنا هنا التذكير ببعض المبادئ العصبية - الفيزيولوجية القائلة والمبرهنة على الاهمية الفائقة للجهاز العضلي - العصبي بالنسبة لتلقي الادراكات والاحاسيس عن طريق الجلد. ومن ثم دور هذا الجهاز في نقل هذه الاحاسيس الى الدماغ وفي استقباله لردود الفعل.

الدواء الخادع

Placebo

Placebo

يعود مبدأ الدواء الخادع الى العهود الرومانية القديمة. ولعل أول تعريف علمي له هو ذلك الوارد في قاموس Hoopper's Medical Dictionary (1811) ويقول هذا التعريف: "ان الدواء الخادع (placebo) هو ذلك الدواء الذي يصفه الطبيب تحقيقا لرغبات المريض وليس لكونه نافعا لهذا المريض".

وبالرغم من التحديد الواضح للدواء الخادع فان استعماله لم يرد في الممارسة الطبية وفي آدابها الا في العام (1945) عندما نشر Pepper دراسته "ملاحظة حول الدواء الخادع" ولكي نفهم الدواء الخادع واستعمالته الحديثة فاننا نورد تعريفا للنواحي التالية:

1- ماهية الدواء الخادع؟

هو مادة ذات شكل صيدلاني (أي على شكل دواء) ولكن من دون مفعول صيدلاني. وهذه المادة المعدومة القدرة العلاجية، مستخدمة في المجال الطبي لأهداف شفائية - علاجية أو لتقييم موضوعية المظاهر الذاتية أو لمراقبة المفعول العلاجي للدوية الحديثة.

2- ظاهرة الدواء الخادع؟

وتضم هذه الظاهرة مختلف التغيرات النفسية والنفسية الفيزيولوجية التي تتبدى على المريض عقب استخدامه للدواء الخادع.

3- تأثير الدواء الخادع؟

ويتركز حول التغيرات العيادية المتبدية على المريض (أو على انسان صحيح) عقب تناوله للدواء الخادع (بهدف علاجي أو اختياري).

والواقع ان وصفة الدواء الخادع لا تقل تعقيدا عن وصفة الدواء العادي. اذ ان مجرد وصف دواء (وان كان خادعا) لبعض المرضى من شأنه ان يحدث لديهم الوسواس المرضية والخوف من الموت والاحاسيس الجسدية - المرضية... الخ.

كما ان فعالية الدواء الخادع تختلف باختلاف عوامل عديدة منها: نوعية المرض وحدته، خصائص المريض (من حيث السن والجنس والشخصية والظروف المحيطة... الخ)، شخصية الطبيب (طريقته في تقديم نفسه وفي عرض وصفته - سمعة الطبيب ومدى قدرته على كسب ثقة المريض... الخ) ونوعية الدواء الخادع ونوعية الايحاء (أو المفعول المزعوم للدواء الخادع)... الخ. كلها عوامل من شأنها أن تؤثر تأثيرا عميقا في النتائج المترتبة على الدواء الخادع.

وفي النهاية نعرض لعدد من أهم المواد المستخدمة كأدوية خادعة. وهذه المواد هي:

- المياه المقطرة (سواء على شكل ابر تحقن في الوريد أو تحت الجلد أو على شكل شراب).
- الاملاح المعدنية (بخاصة أملاح الكالسيوم والماغنيزيوم).
- مواد أخرى (الدقيق، النشاء، السكر، الغليكويز...).

الدوار

Vertige

Vertigo

الدوار هو شعور الشخص بحركة رأسه بالنسبة للأشياء الموجودة حوله أو بحركة هذه الأشياء في احد الابعاد الثلاثة. ويتأتى الدوار على شكل نوبات تبدأ تدريجيا وتترافق بالاحساس بحركة الدوران.

النفسى* عامة.

Psychoses
Psychosomatiques
Psychomatic Psychosis

الذهانات النفسدية

ويمكن لهذه الذهانات ان تكون طبائعية او سلوكية وكلاهما يمتاز بكونه ذهانا سيء التنظيم. وفي العادة لا تصل أعراض هذه الذهانات الى درجة الهذيان الذهاني. وبالتالي فان هذه الاضطرابات تعكس تنظيما ذهانيا غامضا. وباختصار فان هذه الذهانات تعكس تنظيما سيئا لجهاز ما قبل الوعي* مما يسمح، في فترة معينة، لمكونات اللاوعي بالتبدي مباشرة في الوعي وبالهيمنة على شخصية المريض.

Asthme
Asthma

الربو

يختلف العلماء في تعريف مرض الربو اختلافاً في تعريف الحساسية على أنواعها. وهذا الاختلاف يعود لاختلافهم في تحديد أسباب هذه الامراض وفي الطرق الناجعة لعلاجها.

وفيما يلي نورد التعريف الطبي للربو كما يورده قاموس لاروس الطبي:

الربو هو تناذر تنفسي مميز بنوبات من صعوبة التنفس (صعوبة اخراج الهواء) المفاجئة والمصاحبة باضطرابات في جريان الدم وفي الافرازات المخاطية للمجري التنفسية.

الاشكال العيادية للربو:

جرت العادة على تصنيف الربو عياديا تبعا للعوامل التي يعتقد انها كامنة وراء حدوثه. وبناء عليه فان هنالك ثلاثة أشكال عيادية هي:

1- الربو ذو المنشأ الخارجي:

ويقصد بهذا التعبير ذلك الشكل العيادي حيث تكون مادة خارجية، او مجموعة من المواد هي السبب في احداث الربو وفي تكرار نوباته. ويمتاز هذا الشكل من الربو بارتفاع نسبة البروتينات المناعية من نوع (E) في الدم بصورة عامة ولكن ايضا بارتفاع نسبة نوع خاص (بالمادة المسببة للحساسية) من هذه البروتينات. وفي هذه الحالة فان الاختبارات الجلدية تكون ايجابية بالنسبة للمادة او للمواد المسببة للحساسية.

2- الربو ذو المنشأ الداخلي:

والحقيقة ان هذه التسمية لا تزال مثار جدل بين

والدوار هو عارض فيزيولوجي يستوجب التفريق التشخيصي بينه وبينه حالات انخفاض نسبة الدهون في الدم وبين الاضطرابات العصبية - الحركية المتعلقة باضطرابات القدرة على تحقيق التوازن للجسد.

فالدوار ينشأ عادة عن خلل في الاجهزة الحسية للاندن الداخلية. لكن ظهور الدوار كعارض نفسي غالبا ما يتبدى لدى اشخاص يعيشون صراعات تدفعهم للتردد في اتخاذ القرار فيأتي الدوار كمعادل نفسي لمشاعر الحيرة التي يعانونها.

Diazepam
Diazepam

ديازيبام

ويسوق بالاسماء التالية:

Seduxen, Relunium, Valium.. الخ وه و رأس المهدئات المعروفة بالبنزوديازيبين. وهو يمتاز عن جميعها بعدد من الخصائص التي تجعله لا يزال مستعملا على نطاق واسع. فهو يؤثر في الجهاز الهامشي (الليمبي - وهو مركز الانفعالات في الدماغ). وهو يعطي مفعوله بعد اسبوع على استعماله في علاج الحالات التالية:

(1) القلق (خاصة المصاحب لحالات الوهن).

(2) الوسواس المرضية. (المراق)*.

(3) زيادة تحسس الجهاز العصبي.

(4) حالات التوتر النفسي المصاحب للاصابات الجسدية (الربو، الذبحة، ارتفاع الضغط، القرحة... الخ).

(5) الاعصبة العضوية.

(6) الارهاق المهني.

(7) زيادة افراز الدرقية.

(8) الحالات الانهيارية البسيطة (بما فيها الانهيار المقنع).

في العيادة النفسدية يستخدم هذا الدواء بجرعة تراوح بين 4 و 10 مغ يوميا. وهذه الجرعة الصغيرة تقلل محاذير استخدام الدواء.

Dynamique
Dynamic

الدينامي

هو مفهوم يعني الطاقة والفاعلية والحركة والتغير المستمر... وهو يتعلق بدراسة سلوك الفرد في حركيته وفاعليته وتأثيره وتأثره بما حوله. وهذه الدينامية ذات علاقة مباشرة بالطاقي* وبالاقتصاد

الأطباء اذ يفضل قسم منهم تسمية هذا الشكل العيادي ب: الربو غير المتأثر بالعوامل الخارجية. وكما نلاحظ فان هذا الربو هو غير تحسسي. كما ان جهاز المناعة لا يلعب دورا في احداثه فالبروتينات المناعية (E) تبقى في حدودها الطبيعية في مثل هذه الحالات.

3- الربو ذو المنشأ المشترك:

ونعني به الحالات حيث ينشأ الربو عن عوامل داخلية وخارجية في آن معا وهذا الشكل العيادي يكون أكثر حدوثا كلما كان ظهور الربو باكرا، وفيه يلاحظ ان الاختبارات الجلدية تكون سلبية.

2- العوامل المسببة للربو:

ونقسم هذه العوامل الى مختصة (spécifiques) وغير مختصة:

أ- العوامل المختصة: وهي تمارس تأثيرها عن طريق تسببها بالتحسس داخل الجسم وهي:

- 1- المواد المحسسة عن طريق الاستنشاق.
 - 2- المواد المحسسة عن طريق الجهاز الهضمي.
 - 3- المواد الداخلية المسببة للتحسس.
- ب- العوامل غير المختصة: ومنها ما هو داخلي وما هو خارجي وهي ممكنة التقسيم كالتالي:
- 1- العوامل الالتهابية والانتانية (التهاب الشعب، السل... الخ).
 - 2- العوامل التهيجية المستمرة (الزوائد الانفية - انحراف الفاصل الانفي... الخ).
 - 3- العوامل النفسية (الضغوطات والشدة النفسية*... الخ)

- 4- العوامل المناخية
- 5- العوامل المهيجة المؤقتة (الغبار، الدخان، الهواء... الخ).
- 6- العوامل الغددية: (اضطرابات هورمونية: سن يأس... الخ).

العلامات العيادية لنوبة الربو

في ما يلي نعرض للشكل الأكثر شيوعا لنوبات الربو. حيث تتظاهر هذه النوبات بالمظاهر العيادية التالية:

- 1- عسر التنفس: وهو نوع مميز لنوبة الربو اذ يكون التنفس ضحلا (ينخفض عدد مرات التنفس) ويهيمن الزفير الصعب على التنفس بحيث تشارك فيه جميع عضلات التنفس مما يجعلنا نلاحظ ان المريض يبذل جهدا فانقا لاجراج الهواء من رئتيه.
- 2- المظهر القلق - الاختتافي للمريض: اذ تظهر على وجه المريض علامات الاختناق والقلق بشكل واضح.
- 3- القفص الصدري المنتفخ اثناء الشهيق.

- 4- عدم وجود علامات اصابة قلبية او شريانية.
- 5- عدم ارتفاع حرارة جسم المريض.
- 6- تنتهي هذه النوبة باخراج المريض للبلغم. فيرتاح بعد ذلك.
- 7- قد نلاحظ وجود الخلايا الايوسية في هذا البلغم (فحص مخبري).

موقف الطب النفسي

يهيمن في هذا المجال عرض المواضيع التالية:

- 1- دور الانفعالات في احداث نوبة الربو: ان الدور المهم الذي تلعبه الانفعالات، في احداث نوبة الربو، هو دور معروف منذ عهد ابو قراط الذي أكد على أهمية الانفعالات القوية والمفاجئة في احداث النوبة. وتوالى تأكيد هذا الدور على لسان عدد من الباحثين الطبيين منذ القرن السابع عشر ولغاية اليوم ومن هؤلاء نذكر: Van Elmont, de Trousseau و Vernes.

على اية حال فانه من الثابت علميا في أيامنا الحاضرة ان الانفعالات العنيفة وبخاصة المشاعر السلبية (كره، حسد، حقد، رغبة بالتأثر... الخ) هي من الاسباب المباشرة المتسببة بأحداث نوبة الربو. واذ كنا في مجال مناقشة هذا الدور من الوجهة النفسية - الجسدية فاننا نود تعريفه على ضوء نظرية شيلبي * Selye التي تركز على دور الشدة في احداث وتطور الامراض النفسية على انواعها والربو أحدها.

وهنا لا يسعنا اهمال الابحاث المتتالية التي قام بها الباحث 1966، 1963 Kourillsky و 1970 وتوصل من خلالها الى تحديد علام النمط السلوكي لمريض الربو*.

التصنيف النفسي لحالات الربو

مع بدايات الطب النفسي - الجسدي برز مرض الربو كواحد من أهم الامراض التي تدخل في نطاق اختصاص هذا الفرع من العلوم الطبية. ومن حينه توالى الدراسات والابحاث في محاولات دائبة لتحديد شخصية مريض الربو. وتوزعت هذه الدراسات بين النفسية والتحليلية.

من دارسي شخصية مريض الربو من الوجهة النفسية نذكر (1957) - Nemetz و Alcock (1957) Knapp Kourillsky (1960).

أما الدراسة التحليلية لهذه الشخصية فقد قام بأبحاثها كل من: (1938) - Alexander (1941) Dunbar و (1953) Gendrot، (1959) Raimbault French،

النفسي لهذه الحالات.

Réaction post
traumatique

ردة الفعل عقب الصدمية

Post traumatic Reaction

وتتظاهر من خلال الوهن النفسي والجسدي وعدم ثبات الحالة الوجدانية وزيادة الاحاسيس الذاتية والقلق العارم والاحلام المزعجة والمفزعة. وهذه الظواهر يمكنها ان تدوم لبضعة اسابيع ويمكنها ان تأتي عقب حالات الخبل. ويمكن لهذه الحالة ان تتعقد مع الوقت ليظهر على اساسها عصاب المراق* ورهاب الموت.

Réaction
Anaphilactique

ردود الفعل العوارية القاسية:

sévère

Sever Anaphilactic Reaction

ويقصد بها تحسس الجسم أمام بعض المواد، عادة من النوع الغروي (Colloïdale)، سواء أكانت بروتينية أو لا. وهكذا فان كمية، مهما كانت صغيرة، من هذه المادة من شأنها ان تبعث على ردود فعل خطيرة وأحيانا مميتة. ولعل أكثر هذه الردود انتشارا هو ردة الفعل العوارية على العقاقير كالبنسلين - انظر الحساسية*.

Comotion Cérébrale

رضة دماغية

Cerbral Comotion

ويستند تشخيصها الى العناصر التالية:

رضة فورية مع غيبوبة قصيرة الامد. تتميز بدخول المصاب في غيبوبة لعدة دقائق تتبعها حالة من الخبل. وعلى الصعيد العصبي تلاحظ لدى المريض المظاهر التالية: انعدام الارتكاسات العصبية وانخفاض النشاط الحيوي للعضلات اضافة الى مظاهر نباتية (تعرق، حرارة، تسارع النبض، تنفس متحرج... الخ).

Censure

الرقابة النفسية

Censorship

هي وظيفة نفسية تنزع الى صد الرغبات اللاواعية والتكوينات المتفرغة عنها من العبور الى ما قبل الوعي - الوعي (حيث يمكنها ان تظهر في الحلم). الا ان النفسيين لا يكتفون بربط ظهور هذه الرغبات في الحلم بمجرد هذا العبور بل يربطونها ايضا بنوعية جهاز ما قبل الوعي وبمدى تنظيمه - انظر الاحلام

Wolfrom. (1962). و (1963) Prick و (1981) Alby و (1981) Marty.

من مجموعة هذه الابحاث نستنتج ان احدا من هؤلاء الباحثين لم يستطع ان يحدد شخصية خاصة مميزة لمريض الربو. وانما اقتصر على تحديد علائم طبائعية مشتركة بين مرضى الربو. ويمكننا تلخيص هذه العلام على النحو التالي:

- 1- الحاجة الماسة للشعور بالامان العاطفي، الحب والحنان والخوف من فقدانها.
- 2- وجود بعض العلام العصابية المشتركة.
- 3- القلق البالغ الذي يزيد في فترات النوبات.
- 4- الشعور بالتعبية. وخاصة للأم او بديلتها.
- 5- مظاهر لتعويض الشعور بعدم الامان العاطفي (القساوة، المبالغة، العدائية... الخ).
- 6- الطموح الذي يتعدى الامكانيات الموضوعية للمريض.

من خلال هذه السطور القليلة نكون قد لخصنا مختلف المواقف لغاية ظهور آراء المدرسة الفرنسية للطب النفسي. ونعرض هذه الآراء على لسان مؤسسها البروفسور بيار مارتى (**نظرية مارتى***) Pierre Marty. اذ يرى ان الامراض النفسية - الجسدية عامة، والربو على وجه الخصوص، انما تحدث لدى المرضى المصابين **بالاعصاب السلوكية*** أو **بالاعصاب الطبائعية*** دون غيرها من أنواع الاعصاب. هذا ويقسم مارتى حالات الربو الى:

- 1- الربو الاساسي: وهذا الربو انما ينشأ عن عدم كفاية تنظيم الجهاز النفسي الذي يؤدي للاصابة بالاعصاب السلوكي وبالتالي فان هؤلاء المرضى هم ممن يمارسون غرائزهم ورغباتهم دون اخضاعها لرقابة الجهاز العقلي. وهذا النوع من المرض يكون عادة بعيدا في أساسه عن المواد المسببة للحساسية واكثر التصاقا بالاسباب النفسية.
- 2- الربو المتراوح: وهذا النوع يضم غالبية مرضى الربو. وتتراوح فيه شخصية المريض بين الهيستيريا وبين العصاب السلوكي*.

3- الربو الطبائعي: وهؤلاء المرضى مصابون **بالاعصاب الطبائعي***. أي انهم ممن يعانون نقصا في تنظيم وظائفهم النفسية بحيث تنخفض هذه الوظائف لدى المريض (القدرة على التفكير، وعي الذات والآخرين، التماهي... الخ).

والواقع ان القيمة الحقيقية للتقسيم النفسي - الجسدي لحالات الربو تكمن في قدرتها على توجيه العلاج

الغظة* و ما قبل الوعي*.

الرهاب

Phobie

Phobia

الرهاب هو خوف حاد يعايشه الرهابي بصورة مؤلمة وبجلاء جزئي للوعي. ومع اعتراف المريض بلا منطقية خوفه فإنه يظل عاجزا عن الخلاص من هيمنة مشاعر الخوف والقلق المصاحب لها.

والرهاب شأنه شأن الوسواس القهري (انظر **عصاب قهري***) يولد حالة من التوتر الشديد المصاحب بمشاعر عدم الارتياح. امام هذه الانفعالات يعمد المريض للجوء الى انواع وانواع من الطقوس التي يرى فيها ملاجئ تخفف من توتره وانفعاله. ومن الطبيعي ان تترافق هذه الانفعالات مع بعض المظاهر العصبية - النباتية (انظر **التشاور العصبي - النباتي***) كمثمل تسارع النبض وجفاف الحلق والتعرق (خصوصا تعرق اليدين) وغيرها من المظاهر النباتية.

والواقع ان سببية المرض لا تزال موضوع جدل بين الباحثين، فالمظاهر الرهابية تصادف في حالات عصابية متنوعة مثل: **العصاب القهري*** و **الهيستيريا*** والهلع و **عصاب القلق*** و **الانهيار*** العصبي وبعض الحالات الذهانية الفصامية.

الا ان الابحاث الحديثة تحاول تخليص الرهاب من صفة الثانوية (اي من النظر اليه على اعتباره من المظاهر المصاحبة للحالات المرضية المشار لها اعلاه). من هذه الابحاث ما يشير الى الطبيعة البيولوجية للرهاب حيث يمكننا تقجير التوبة الرهابية عن طريق الحقن الوريدي لمادة لاكتات الصوديوم. اما في الاتجاه السلوكي فان الباحثين يعرضون لحالات عديدة نشأ فيها رهاب السباح عقب تعرض المريض لوضعية مريكة في الشارع (مثل فقدان الوعي المفاجئ في الشارع نتيجة انخفاض نسبة الدهون... الخ). أما اصحاب النظريات الدينامية فانهم يربطون بين الرهاب وبين وضعيات عاطفية معينة من نوع شعور الرهابي بأن اهله كانوا يعاملونه باهتمام أقل من اهتمامهم باخواته ونمط العلاقة مع الزوج. وصولا الى الموقف التحليلي الرابط بين الرهاب والهيستيريا (يجري الحديث عن الرهاب الهيستيريا) من جهة وبين العقد الطفولية من جهة اخرى.

من تجربتنا الخاصة نلاحظ ان الغالبية العظمى من

الرهابيين هم اشخاص ناقصو النضج العاطفي. هذا النقص يرتبط في اكثر من نصف الحالات مع تأخر البلوغ عن المعدل العادي. الامر الذي يشير الى وجود خلفية بيولوجية - غددية لهذا الاضطراب. وتتدعم فرضيتنا هذه من خلال ما نلاحظه لدى هؤلاء المرضى من اضطرابات غددية (تكون غالبا عابرة) تتقجر في حالات القلق العارم والانفعالات الشديدة الناجمة عن اوضاع حياتيه لا علاقة لها بالرهاب. ان مجمل هذه الفرضيات الحديثة يدفعنا لطرح ضرورة التفريق بين الرهاب وبين كل من القلق والهلع. ونأتي الى عرض الانواع الرئيسية للحالات الرهابية.

Oxiphobie	رهاب الادوات الحادة
Aihmophobia	رهاب الادوات الحادة
Pharmacophobia	رهاب الادوية
Ponophobia	رهاب الارهاق
Mythophobia	رهاب الاساطير
Acrophobie	رهاب الاساطير
Vomitophobia	رهاب الاستقراغ
Emitophobia	رهاب الاستقراغ
Fantasmophobia	رهاب الاشباح
Radiophobia	رهاب الاشعاعات
Hiérophobie	رهاب الاشياء الدينية
Microphobie	رهاب الاشياء الصغيرة
Levophobia	رهاب الاشياء اليسارية
Mégalophobia	رهاب الاشياء الفخمة
Haptophobia	رهاب الاصابة
Nosophobia	رهاب الاصابة بالمرض
Amiophobia	رهاب الاصابة بجروح
Phonophobia	رهاب الاصوات
Acusticophobia	رهاب الاصوات
Athéphobie	رهاب الاطلال
Bathophobia	رهاب الاعماق
Sitiophobia	رهاب الأكل
Sibophobia	رهاب الأكل
Odinophobia	رهاب الألم
Algophobia	رهاب الألم
Dermatosiphobie	رهاب أمراض الجلد
Eremophobia	رهاب الاماكن المنعزلة
Brontophobia	رهاب الانفجارات
Gephriophobia	رهاب الانهر والجسور

Dromophobia	رهاب العبور	Potamophobia	رهاب الأنهر والجسور
Dichephobie	رهاب العدالة	Thermophobia	رهاب البحر
Mlssophobia	رهاب العدوى	Talassophobia	رهاب البحر
Chipridophobia	رهاب العدوى التناسلية	Coprophobie	رهاب البراز
Omitophobia	رهاب العصافير	Scatophobia	رهاب البراز
Démophobia	رهاب العفاريات	Criophobia	رهاب البرد
Arachnéphobie	رهاب العنكبوت	Cheimophobia	رهاب البرد
Hilophobia	رهاب الغابات	Astraphobie	رهاب البرق والرعد
Amatophobia	رهاب الغبار	Selaphobie	رهاب البرق والشرر
Hamartophobia	رهاب الغلط	Phagophobia	رهاب البلع
Zélophobie	رهاب الغيرة	Cainophobia	رهاب التجديد
Partenophobia	رهاب الفتيات	Dysmorphobie	رهاب التشوه
Eozophobia	رهاب الفجر	Copophobia	رهاب التعب
Cacoraphobie	رهاب الفشل	Phronophobia	رهاب التفكير
Peniaphobie	رهاب الفقر	Petophobia	رهاب التهزئ
Astrophobie	رهاب الفلك	Cacotenophobia	رهاب التهزئ
Bromidrosiphobie	رهاب فوح العرق	Dermatophobia	رهاب تقرح الجلد
Antlophobie	رهاب الفياضانات	Basophobia	رهاب التهاوي أثناء المشي
Ballistophobia	رهاب القذائف	Chionophobia	رهاب الثلج
Homilophobia	رهاب القسم	Barophobia	رهاب الجاذبية
Siderachomophobia	رهاب القطار	Nécrophobie	رهاب الجثث
Gatophobia	رهاب القطة	Néophobia	رهاب الجديد
Galeophobia	رهاب القطة	Musophobia	رهاب الجرذان
Ailurophobie	رهاب القطة	Mastigophobia	رهاب الجلد
Pseudophobia	رهاب كاذب	Doraphobie	رهاب جلد الحيوانات
Cheirophobie	رهاب الكتابة	Genophobia	رهاب الجنس
Traumatophobia	رهاب الكدمات	Lysophobia	رهاب الجنون
Hormephobie	رهاب الكدمات	Thermophobia	رهاب الحر
Pantophobia	رهاب الكذب	Pyrexiphobie	رهاب الحرارة
Rabiophobia	رهاب الكلب	Kinésiophobia	رهاب الحركة
Chinophobia	رهاب الكلاب	Entomophobia	رهاب الحشرات
Laliphobie	رهاب الكلام	Acerophobia	رهاب الحوامض
Miphophobia	رهاب الكلام الكاذب	Zoophobia	رهاب الحيوان
Onomatophobia	رهاب الكلمات	Ophidiophobia	رهاب الحيات
Electrophobie	رهاب الكهرباء	Pécatiphobie	رهاب الخطأ
Apéirophobie	رهاب اللامحدود	Gymnophobia	رهاب خواء الجسد
Harpascophobia	رهاب اللصوص	Taphophobia	رهاب الدفن حياً
Vaccinophobia	رهاب اللقاحات	Hémtophobie	رهاب الدم
Uranophobia	رهاب اللواط	Pediophobia	رهاب الدمى والأطفال
Chromatophobia	رهاب اللون	Dimophobia	رهاب الدوار
Hydrophobie	رهاب الماء	Vertigophobia	رهاب الدوار
Aquaphobie	رهاب الماء	Aculophobia	رهاب الظلام

Clitrophobie	رهاب الهواء المحصور
Maniaco-phobie	رهاب الهوس
Hystérophobie	رهاب هيسثيري
Monophobie	رهاب الوحدة
Crémnophobie	رهاب الوديان
	رهاب الوقوف
Stazibasophobie	على القدمين
Asthérophobie	رهاب الوهن

Lysophobie

Lysophobie

هو خوف الشخص، غير المنطقي وغير المبرر، من تهاوي قدراته العقلية وفقدان تكامله الفكري. هذا الخوف الذي يشكل كارثة شخصية من الدرجة الأولى بالنسبة للخائف.

هذا وينتشر هذا النوع من الرهاب لدى محدودى الثقافة ولدى المتعرضين لشدائد غير ممكنة التجنب. حيث ينسج هؤلاء سيناريو يشبه السيناريوهات السينمائية. اذ يعتبرون ان التفكير المتواصل في مشكلة مستعصية الحل يؤدي الى تهاوي القدرات العقلية وتالياً الى الجنون.

ان مثل هذا التفكير يفتقد الى المنطقية لعدة اسباب أهمها:

1- ان الانشغال المتواصل في مشكلة مستعصية او التعرض لشدائد مع ما يرافق ذلك من اضطرابات النوم وفقد الشهية... الخ. كل هذه الاضطرابات تؤدي الى احداث اضطرابات معرفية (انخفاض الذاكرة والتركيز والانتباه والقدرة على التفكير... الخ) وليس اضطرابات عقلية. وفي الحالات المتطرفة يمكن لهذه الضغوطات ان تؤدي لاضطرابات عابرة تزول تلقائياً وبدون علاج بعد عدة اشهر. او هي تزول بعد بضعة اسابيع لدى علاجها بدورات النوم او بدورات حرمان النوم.

2- ان الذهانى يفقد صلته مع الواقع وبالتالي فانه يصبح عاجزاً عن ملكية حاسة النقد وخصوصاً النقد الذاتى. فالمجنون هو الانسان الوحيد الذي لا يعرف انه مجنون!.

3- ترفض الدراسات الطبفسية، بما يشبه الاتفاق على استحالة نشوء الحالات الذهانية بسبب الشدائد النفسية. اذ تشير هذه الدراسات الى امكانية تسبب الشدائد في تفجير الامراض الكامنة سواء كانت جسدية ام نفسية. ونأتى الى العيادة النفسدية حيث نصادف حالة رهاب

Crématphobie	رهاب المال
Ergasiphobie	رهاب المبادرة
Sociophobie	رهاب المجتمع
Démophobie	رهاب المجموعة
Eclophobie	رهاب المجموعة
Oclophobie	رهاب المجموعة
Tocophobie	رهاب المخاض
Cométophobie	رهاب المذنبات
Eisoptrophobie	رهاب المرايا
Spectrophobie	رهاب المرايا
Catopretophobie	رهاب المرايا
Hypsophobie	رهاب المرتفعات
Acrophobie	رهاب المرتفعات
Hédonophobie	رهاب المرح
Nosophobie	رهاب المرض
Cardiophobie	رهاب مرض القلب
Tératophobie	رهاب المسوخ
Ombrophobie	رهاب المطر
Métalophobie	رهاب المعادن
Bibliophobie	رهاب المكتبات
Tanatophobie	رهاب الموت
Pnigophobie	رهاب الموت خنقاً
Anginophobie	رهاب الموت خنقاً
Mécanophobie	رهاب الميكانيك
Bacilophobie	رهاب الميكروبات
Pyrophobie	رهاب النار
Anthrophobie	رهاب الناس
Apiphobie	رهاب النحل
Gynophobie	رهاب النساء
Gynécophobie	رهاب النساء
Auraphobie	رهاب النسمة
Logophobie	رهاب النطق
Agalmatorémaphobie	رهاب نطق التماثيل
Ripophobie	رهاب النفائات
Amaxophobie	رهاب النقلات
Hypnophobie	رهاب النوم
Méteorphobie	رهاب النيازك
Téléphonphobie	رهاب الهاتف
Cacothénophobie	رهاب الهزء من السلس
Panophobie	رهاب الهلع
Anémophobie	رهاب الهواء
Aérophobie	رهاب الهواء

الجنون في الغالب لدى مرضى المراق*. حيث يتركز تفكيرهم حول رهاب المرض ورهاب الموت بسببه. فاذا ما ادرك المريض عدم منطقية وساوسه المرضية وعجز عن التحكم فيها فإنه يتحول من رهاب الموت* الى رهاب الجنون.

رهاب مرض القلب

Cardiophobie

Cardiophobia

انظر تناذر داكوستا*

رهاب الموت

Tanatophobie

Tanatophobia

ان مفهوم الموت يناقش على أصعدة عدة. اذ تتم مناقشته على النحو التالي.

- 1- الموت ك (محيط).
- 2- الموت ك (شيء).
- 3- الموت ك (حالة).

1- الموت كمحيط:

يعيش الانسان ضمن محيط، يمكن أن يهدد حياته في كل لحظة، فكما هو معلوم، فان الحوادث التي يمكنها ان تؤدي بحياة الشخص، أكثر من ان تحصى، فهناك حوادث السيارات والنقل اجمالا، الحرائق، الكوارث الطبيعية... الخ.

وعندما يتعرض الشخص لوضعية صدمية ما، فان تهديد الموت النابع من المحيط، يصبح اكثر اثرا، وأوضح في ذهن المريض. حتى ان تهديد الموت النابع عن هذه الوضعية، يؤدي بالمريض الى تذكر عدد كبير من المواضيع والاحداث التي سبق لها ان عرضت حياته للخطر. وهذا التذكير يبدو وكأنه محاولة دفاعية - نفسية - يحاول المريض من خلالها ان يقنع نفسه بفكرة انه مر بأخطار أكبر من هذه العملية، ونجا منها. وعليه، فإنه يحاول ان يقنع نفسه بمواجهة هذه الوضعية وأخطارها، وخصوصا عندما يكون عدم مواجهتها يشكل عامل خطر أكبر من خطر التعرض لهذه الوضعية. وفي الغالب ينجح المريض في هذه الحيلة الدفاعية، الا ان المعالج النفسي يستطيع ان يدعم هذه الحيلة، ويقلل من قلق الموت لدى المريض الى أدنى درجة ممكنة.

2- الموت كشيء:

إن موضوع الموت، وقلقه الناجم عن معرفة الشخص بضرورة مواجهته لوضعية صدمية ما، يتسببان

بنكوص الشخص، أي بمراجعات وجدانية تردده الى عهد الطفولة حين كان عاجزا عن فهم مبادئ الموت والحياة، بالحدود التي يفهمها البالغ. ففي فترة الطفولة، ينظر الطفل للموت والحياة، وكأنهما أشياء ومواضيع خارجية، فهو يسأل عن: من يحضر الاولاد للحياة؟ ومن ذا الذي يقود الى الموت؟... وهذا الوضع، كثيراً ما يفقد المرء الى اختلال توازنه النفسي المعتمد اساساً على التوازن بين غريزتي الموت والحياة. فاذا ما اضطربت مفاهيم غريزة الموت لدى المريض، فإن ذلك يحدث حالة انشطار الأنا كما يسميها فرويد.

3- الموت كحالة:

هذه النظرة الى الموت، هي الاكثر هيمنة في حالة التعرض لحدث صدمي ذلك ان لكل شخص خيالاته وتصورات الخاصة والفردية حول حالة الموت. فاذا كان الموت مجرد ادراك اذا كان الامر يتعلق بالآخرين فإنه ليس كذلك بالنسبة لموت الشخص نفسه. فعندما يتعلق الامر بموتنا الشخصي، فان لكل منا آلاف التصورات الواعية واللواعية لتمثل الموت. ولكن هذه التصورات، تظل بعيدة عن التجربة الشخصية، الا في الحالات التي توصف لأشخاص عادوا الى الحياة بعد موتهم.

واذا ما أردنا استعراض الصور النفسية لحالة الموت. فإنها تتبدى لنا، من خلال أحلام المرضى وهذيانهم، عامة كصور لاختلال التوازن، والفوضى، وعدم الحركة، وتحول رجعي. أو يمكن ان تظهر صور نفسية - خيالية - ترفض الاعتراف بتهديدات حالة الموت وغموضها ورهبتها.

والحقيقة ان الصور النفسية لحالة الموت، تظهر بوضوح وصفاء، في الحالات التي يعتبرها الشخص حدا فاصلا بين الحياة والموت، وتحديدًا، في حالات الشخص حدا فاصلا بين الحياة والموت، وتحديدًا، في حالات: المرض، العذاب المادي والمعنوي، وطبعا التعرض لوضعية صدمية (مثل ذلك الجراحة التي تقتضي استئصال عضو ما) فهذه الحالات تؤدي الى تذكر عدد من الحالات المرتبطة بدورها بحالات العذاب والموت.

وبالطبع، فإننا بعيدون عن تحديد حالة الموت بسبب عجزنا عن الاتصال بالاموات، لكي نعرف منهم تجربة الموت، ووصف هذه الحالة بدقة. والأنا Le Moi في هذه الحالة. يحاول اقناع نفسه بأن موت جسده لن يستتبع موته هو ايضا، أي موت الأنا.

البروبرانولول او الفينوباربيتال... الخ.

السرطان

Cancer
Cancer

يثير تصنيف السرطانات في عداد الامراض النفسية جدلا اختصاصيا، تدعّمه الفرضيات حول الاصل الفيروسي لهذه الامراض.

الفسديون من جهتهم يرفضون عزل الامراض البكتيرية والفيروسية عن الامراض النفسية. حيث يطرحون السؤال عن كيفية وقوع حامل للجراثومة (في حالات السل والايذ وغيرها) في برائن المرض وعدم اصابة حامل اخر للجراثومة بهذا المرض.

اما عن تفسير الفسديين لدور العوامل النفسية في حدوث السرطانات فانه يستند الى اثر هذه العوامل في الجهاز المناعي. خصوصا وان البراهين على هذه العلاقة لا تزال في ازدياد يكاد يصل الى تكريسها. خصوصا بعد ظهور واستخدام اختبار قمع الديسكاميتازون*. حيث تقشل اجسام المصابين بحالات الابهيار* الداخلي عن قمع الكميات الاضافية من الكورتيزول.

كما يستند الفسديون الى دراسة فيشرز وكلوتز حول الهرم المبكر* التي برهنت على دور العوامل النفسية في احداث ارضية مناعية شديدة الحساسية امام ظروف الشدة والارهاق النفسيين.

وفي سياق الحديث عن السرطان كمرض نفسي لا بد لنا من الاشارة الى دراسات بيار مارتى ومشاركيه التي توصلت الى تشخيص اعصبة نفسية* لدى نسبة كافية (ذات دلالة احصائية) من مرضى سرطان الثدي.

Diabète
Diabétis

السكري

ويعد من أخطر واصعب امراض الغدد الصماء فهو بالرغم من تطوره المزمن الذي يدوم سنين طويلة الا ان مضاعفاته في المرحلة الاخيرة من تطوره تتسم بالتعقيد والخطورة اذ انه من الممكن ان يتسبب في احداث الذبحة القلبية او الحوادث الدماغية والشلل وكذلك ظهور المياه الزرقاء في العين... الخ.

وقد أثبتت التجارب ان للظروف النفسية والعاطفية تأثيرا مباشرا في الاصابة بمرض السكري. وكانت الظاهرة التي لفتت أنظار العلماء الى هذه العلاقة هي نفسها التي كانت قد لفتت انظارهم الى العلاقة بين الشدة النفسية* وكل من أمراض القرحة والذبحة

وإذا كان التحليل النفسي يعود بالهوامات والتصورات الجنسية الى مراحل الطفولة الاولى، فاننا لا نستطيع العودة بتصورات الموت الى هذه المراحل، لان مفاهيم الزمان تكون معدومة، او شبه معدومة لدى الاطفال. من هنا نستنتج بأن تصور الموت كحالة، هو تصور مكتسب تؤثر فيه عوامل اللاوعي الجماعي والمعطيات الاجتماعية، والعوامل الدينية، والتجارب الشخصية... وغيرها...

وهكذا فانه من الطبيعي ان تختلف تصورات حالة الموت من مجتمع لآخر، ومن دين لدين، ومن شخص الى شخص. ولكننا، في النهاية، لا نستطيع اهمال ادراك الطفل، ومنذ لحظة ولادته، للاخطار التي تهدد حياته. فالطفل يشعر لحظة ولادته بالاختناق، ويحس بضيق بسببه وربما ادرك ان فيه تهديدا لحياته - وان لم يع ذلك - وهذا ما يسميه (فرويد) بـ (قلق الولادة).

سادو - مازوشية Sado - Masochisme

Sado - Masochism

بمعناها التحليلي. وفي مجال البسيكوماتيك يهمننا تبيان ما اذا كانت جسدية او معنوية، ويجب التقريب بين هذه المشاعر وبين المظاهرات السادو - مازوشية العابرة والتي لا تلبث ان تختفي. وكذلك بينها وبين المازوشية الخادعة التي تظهر لدى أشخاص تعرضوا منذ طفولتهم لأوضاع مؤلمة وايضا الذين يعانون مشاعر الذنب.

وفي حالة المازوشية الخادعة فاننا نلاحظ ان المريض وان قبل وضعية مازوشية فانه لا يلتذ بها (المازوشي يلتذ بالالم). وهكذا فان هذا المريض لا يوظف المرض توظيفا مازوشيا كما يفعل المازوشي الحقيقي.

Bella dona

Bella dona

وهي عشبة معروفة قديماً واستخدمت في طب الاعشاب لعلاج حالات الالم والهباج وبعض الاضطرابات الجسدية. كيميائيا تمارس هذه العشبة مفعولها عن طريق اعاققتها لنشاط الجهاز العصبي نظير الودي واعاقه عمل الاسيتيل كولين.

وهي تستخدم في علاج الاضطرابات الوظيفية - النباتية والاضطرابات المرافقة لسن اليأس. وتسوق باسم (Belladenal) وتعطى بجرعة 1-2 (حبة) ثلاث مرات يوميا. وغالبا ما يتم الجمع بينها وبين مواد مدعمة لمفعولها كمثمل الارغوتامين او

ست الحسن

والسل... الخ. وتتخلص هذه الظاهرة بازدياد نسبة الإصابة بهذه الأمراض في المجتمعات التي يشعر فيها المريض بضآلته وبانه كانسان أعجز من ان يغير شيئا وهذه الحالة تجعل الانسان يعيش حياة عملياتية* فنراه يسعى لرزقه وينطلق وراء غرائزه متخطيا في متاهات الروتين اليومي مما يجعله لا مباليا بالنواحي الأخرى للحياة وهذا الشعور بالضآلة يلاقي انتشارا أوسع في المجتمعات الصناعية وفي مجتمعات الحروب.

وتشير الإحصاءات الى ان نسبة انتشار هذا المرض في العالم تقوق نسبة زيادة السكان. اذ ان حالات الوفاة بسبب السكري قد ارتفعت من 8,6 لكل مائة الف في العام 1900 الى 26,6 لكل مائة الف في العام 1940، (بعيد الازمة الاقتصادية العالمية) وهي اليوم تتراوح بين 38,4 و 68,8 لكل مائة الف.

هذا وقد أجرى العلماء التجارب العديدة على الحيوانات في حالات الغضب والخوف وبعد تعريض هذه الحيوانات للغضب والخوف قام العلماء بقياس نسبة السكر في دماء هذه الحيوانات فلاحظوا ان هذه الانفجالات تؤدي الى ارتفاع هذه النسبة. وهذا الارتفاع ممكن ان يكون نتيجة لسلسلة اضطرابات في الغدد الصماء (الدرقية، النخامية والادرينالية) ناشئة بدورها عن الاضطراب النفسي ولاحظ هؤلاء العلماء ايضا بان تعريض الحيوان للمواقف الخطرة يؤدي الى ظهور السكر في البول. (في الحالات الطبيعية يجب ان يظهر السكر في البول).

وأصبح من المعروف اليوم بان التوتر الشعوري امام خطر معين يكون عادة مصحوبا بتوتر آخر لا شعوري ناجم عن الاحاسيس الباطنية بالأثار والايثار والخسارات التي يمكن ان يسببها الخطر الاساسي وهذا التوتر الباطني يؤدي بالضرورة الى اضطرابات في استخدام السكر في الجسم.

نتيجة لهذه الابحاث توصل بعض الباحثين الى طرح العلائم المميزة لمريض السكري - انظر النمط السلوكي لمريض السكري*.

السل

Tuberculosis

Tuberculosis

بالرغم من اكتشاف كوك للجرثومة المسببة لهذا المرض الا ان اسبابه النفسية لا تزال بارزة وتؤكد دورها في الاصابة بهذا المرض اذ يؤكد العالم لوريبوليه Lereboullet بان الجرثومة وحدها لا

تستطيع احداث المرض ما لم تتوفر لها الشروط الملائمة في جسد المريض.

والعلاقة بين الاصابة بالسل وبين الحالة النفسية للمريض هي علاقة وطيدة يؤكدها لاينيك (Laennec) بقوله: "لم أعرف سببا للاصابة بالسل اكثر انتشارا وتردادا بين المرضى من مشاعر التعاسة والحزن وخاصة عندما تكون هذه المشاعر عميقة ومزمنة" - راجع المناعة النفسية*.

العلاج النفسي لمريض السل.

يمتاز العلاج النفسي لمريض السل بصعوبته الفائقة وبالمدّة الطويلة التي يقتضيها اذ انه من الواجب ان يساير هذا العلاج مراحل العلاج الطبي. ومما يزيد تعقيد هذا العلاج هو عدم تمكن العلماء لغاية الآن من تحديد نمط سلوكي معين لمريض السل (كما في حالة الذبحة مثلا) بحيث يستطيع المعالج النفسي ان ينتهج خطوطا عريضة في العلاج مما يجعل العلاج النفسي لمريض السل علاجاً خاصاً بكل مريض على حدة دون وجود قواسم مشتركة كافية بين المرضى.

ومن اهم واجبات الطبيب هو حسن اختياره للطريقة التي يبلغ فيها المريض باصابته وبضرورة بقائه في المصح لفترة معينة.

وفي مرحلة لاحقة يتوجب على الطبيب النفسي ان يرفع معنويات المريض ويساعده على التكيف مع المجتمع الجديد أي مجتمع المصح المؤلف من مجموعة المرضى الذين يشاركونه الداء ويذكرونه به.

وبعدها يجري العلاج عن طريق ازالة المظاهر وردود الفعل النفسية وحصرها في اطارها الطبيعي.

وفي نهاية المطاف على الطبيب ان يقوم بتهيئة مريضه للعودة الى المجتمع والتكامل فيه. اذ ان هذا المريض لدى عودته الى الحياة الطبيعية بعد فترة العلاج الطويلة نراه يواجه مشكلتين رئيسيتين هما:

1- عنف مشاعر الخسارة لديه بسبب طول فترة العلاج وكثيرا ما نرى المريض يعتقد جازما بان غيابه الطويل أدى الى خيانة زوجته له او هو أدى الى اتاحة المجال لشريكه لكي يسرقه او غير ذلك من شكوك الاضطهاد.... والحقيقة ان دور الطبيب النفسي، في مساعدة المريض على تخطي مثل هذه المشاكل، هو دور اساسي وصعب. اذ انه من غير المستبعد ان يكون المريض على حق في احساسه ويجب على الطبيب ان يهيء المريض لتقبلها في حال وجودها فعلا.

2- يفترض مريض السل لدى عودته الاجتماعية بأن كل المحيطين به يجب عليهم ان يظهروا له الزائد من الحنان والتعاطف وان يعاملوه معاملة خاصة. وفي أغلب الاحيان لا يكون الاناس المحيطين بالمريض على استعداد لأن يعاملوه كما يود بل على عكس ذلك فهم يحاولون تجنبه خوفا من العدوى.

وفي نهاية الحديث عن العلاج النفسي لمريض السل نشير الى انه يتركز اجمالا على رفع معنويات المريض وتقهمه وبالتالي مساعدته على تخطي العقبة المتمثلة بالمرض وعلى المحافظة على توازنه النفسي وعلى نظام حياتي ملائم.

السلوك العملياتي

Comportement Opérateur

Operatory Behavior

وهو تعبير أطلقه النفسديون للدلالة على ذلك الاسلوب الحياتي الذي تتحكم به مجريات الحياة اليومية - العملية. وهذا الانهماك في خضم الحياة اليومية يعتبره النفسديون نقطة خلل في تنظيم الجهاز النفسي - الجسدي. الذي لا يتحمل الرضات بسهولة مما يمكنه ان يؤدي الى اصابة العملياتي بالاعراض او الامراض الجسدية - انظر الحياة العملياتي*.

السمنة

Obésité

Obesity

السمنة هي زيادة الوزن التي تتجاوز الـ 20% من الوزن المثالي للشخص. الذي يحدد حسب طول القامة وبحسب نمو العضلات وايضا بحسب السن. ومن المعادلات المقترحة لتحديد الوزن المثالي نذكر:

$$1- \text{وزن مثالي (و.م.)} = 50 + (\text{طول} - 150) \times 0.75$$

$$2- \text{و.م} = 50 + (\text{ط} - 150) \times 0.75 + \text{سن} - 20$$

مقسوم على 4

أما بالنسبة للمرأة فان وزنها المثالي هو الوزن المثالي للرجل مضروب بـ (0,9).

الاشكال العيادية للسمنة.

يقسم العياديون السمنة الى شكلين رئيسيين هما:

1- السمنة المتركرة في البطن: وهي السمنة التي تتظاهر بتراكم الانسجة الشحمية في القسم الاعلى من الجسم وبخاصة في منطقتي النقرة والبطن. وذلك بحيث يكون عرض الحوض اصغر من عرض الكتفين. وهذا النوع من السمنة هو اكثر حدوثا لدى

الذكور منه لدى الاناث.

2- السمنة المتركرة في الوركين: ويمتاز هذا النوع من السمنة بكون عرض الحوض (الوركين) أكبر من عرض الكتفين. وذلك بسبب تركز النسيج الشحمي في منطقة الوركين. وهذا النوع من السمنة هو الاكثر حدوثا لدى النساء.

ويعود الفضل في هذا التقسيم للعالم فاج J. Vague. وهذا التقسيم جليل الفائدة. اذ انه يساعدنا على تحديد احتمالات حدوث التأثيرات الجانبية للبدانة. فعلى سبيل المثال فان السمنة المتركرة في الوركين تؤدي الى ظهور تعقيدات ذات طبيعة ترسبية (Statique) مثل الدوالي والفتاق وآلام المفاصل وأمراضها.

اما السمنة المتركرة في البطن فهي قد تؤدي الى تعقيدات من نوع آخر مثل التعقيدات الايضية كالسكري او زيادة نسبة الدهون البروتينية او زيادة الزلال في الدم.

هذا وقد دلت دراسة أجريت في جامعة غوتنبرغ، على 3000 من مرض السمنة، على ان سمنة البطن تجعل المصاب بها عرضة للاصابة بأمراض انسداد الشرايين القلبية او الدماغية... الخ. وقد أثبتت هذه الدراسة بأن 80% من المتعرضين لهذه الامراض الانسدادية كانوا من الذين تتركز سمنتهم في بطونهم.

ولتبرير هذه الزيادة يرى العالم سميت (Wolf Smith) بان نوعية الشحوم المتركرة في البطن هي أكثر خبثا وخطورة من الشحوم المتركرة في الوركين. اذ ان شحوم البطن تحتوي على أحماض دهنية مؤذية تنسب تدريجيا داخل الاوعية الدموية لتتسبب لاحقا في انسدادها.

هذا مع العلم بان التقسيم العيادي ينظر بعين الاعتبار الى السن التي ابتدأ فيها ظهور البدانة وعلى هذا الاساس تقسم السمنة الى:

1- **السمنة المبكرة:** وهي التي تحدث قبل سن العشرين وتسمى هذه السمنة بالنمو المبالغ (Hyperplasique) وهي كناية عن زيادة عدد الخلايا الدهنية في جسم المريض. وهذه الزيادة تتحدد في سن العشرين لتبقى ثابتة بعد ذلك. وهذه الزيادة هي التي تجعل من علاج هذا النوع من السمنة عسيرا اذا لم نقل مستحيلاً. وفي نهاية حديثنا عن السمنة المبكرة لا بد لنا من الاشارة الى انها تتركز عادة حول الوركين.

2- **السمنة المتأخرة:** وهي التي تحدث بعد سن العشرين. وفيها يكون عدد الخلايا الدهنية طبيعيا الا انها ضخمة بحيث يصل حجمها الى الـ 100 ميكرون

في حين ان الحجم العادي للخلية الدهنية لا يتعدى الـ 20 الى 30 ميكرون. وهذا النوع من السمنة يتركز عادة حول البطن. وهو أسهل علاجاً من السمنة المبكرة.

ومثلها مثل بقية الامراض فان تحديد تاريخ السمنة وشكلها العيادي هو من الامور الاساسية في تشخيص المرض وتحديد الخطوات العلاجية الواجب اتخاذها حياله.

وفي حالات السمنة المتأخرة لا بد للمعالج من تحري اضطرابات الشهية* الطارئة والمؤثرة على السلوك الغذائي للشخص - انظر النهام*.

سن اليأس

Ménopause

Menopause

حتى في الحالات التي يجيء فيها سن اليأس بدون ضجة وانعكاسات نفسية فانه يؤدي، بل انه نتيجة، لضمور المستقبلات العصبية لهورمونات الاستروجين، مما يفضي الى اضطراب في تغذية الثديين، الفرج والمهبل... الخ. كما يفضي الى تظاهرات وظيفية من نوع الشعور بالحرارة، واضطراب الطبايع والأرق... الخ. هذا الهجوم الذي تبدأه الشيخوخة لا يستطيع ان يفسر الاضطرابات الجنسية الحاصلة لدى المرأة الخمسينية. اذ ان هذه الاضطرابات انما تعود الى تناذر قلق انهباري منبعه خوف المرأة على صحتها وخوفها من الشيخوخة. والحقيقة أن رداد فعل النساء أمام سن اليأس تختلف اختلافاً بيناً من امرأة الى اخرى.

وإذا أردنا تعداد الاخطار المصاحبة لسن اليأس لوجدناها التالية:

1- جفاف المهبل: وهو مقدمة للضمور المهبلي - الفرجي الناجم عن التقدم بالسن. مما يؤدي الى فقدان الفرج لونه المائل للحمرة والى تضيق فتحة المهبل الذي يفقد نعومته. وكلها عوامل من شأنه ان تشجع الالتهابات الجلدية التناسلية. وهذه الاخيرة في حال نشوئها فانها تؤدي الى آلام يستحيل على المرأة معها ان تمارس الجنس.

2- خطر حدوث حالة انهيار ارتكاسي: وخاصة في حال وجود سوابق نفسية او شخصية مرضية لدى هذه المرأة. ولا يمكننا ان نهمل دور الشدة النفسية والتجسيد* (Somatisation)، المصاحب لسن اليأس، في تشجيع ظهور هذه الحالة الانهيارية.

3- التجسيدات Somatitisation: تكثر التجسيدات

المصاحبة لسن اليأس وتعدد. ونكتفي في هذا المجال بذكر أهمها: **1-** الصداع*، آلام العمود الفقري، **3)** التعب البالغ، **4)** ارتفاع الضغط* و **5)** امراض القلب والشرايين **(الامراض الاسدادية*)**.

هذه التجسيدات وغيرها تقتضي من المعالج توجيه جهوده لعلاج المظاهر الجسدية.

هذه المظاهر التي غالباً ما تكون دافع هذه المرأة للمراجعة الطبية. والمعالج ينطلق من هذه المظاهر، بعد معالجتها، ليجري فحصاً موضوعياً لهذه المرأة فإذا ما أظهر الفحص اضطراباً هورمونياً وجب على الطبيب علاجه. عن طريق اعادة التوازن الهورموني تختفي مجمل المظاهر المرضية، التي كانت سبباً في توجه المرأة نحو العلاج.

ومن الممكن ان تتم هذه المراجعة في بداية سن اليأس (أي قبل الانقطاع النهائي للعادة الشهرية) وفي هذه الحالة يهدف العلاج الهورموني بالبروجيستيرون (Progesterone) الى:

1- منع الحمل (فللحمل في هذه الفترة مخاطر عديدة وخاصة على الجنين).
2- آثار سلبية على صعيد الثديين وأمراضهما.

3- الوقاية للحؤول دون حدوث نزيف وظيفي من الرحم.

4- تنظيم العادة الشهرية.

5- اصلاح اضطرابات نسبة هورمون الاستروجين. (وهي المسؤولة عن التغيرات التي تصيب سلوك المرأة وطباعها في هذه المرحلة).

أما بعد فترة من سن اليأس فان وصف الاستروجين يعدّ ضرورياً في كثير من الاحيان الا ان العلاج الهورموني على انواعه يجب ان يتم. بأشراف الطبيب الاختصاصي (نسائي او غدد صماء).

هذا مع عدم اهمال المعالج للاضطرابات الادراكية (ذاكرة، انتباه، تركيز... الخ). ولردود الفعل النفسية (هيسنيرية الطابع) المرافقة لهذه الحالات.

سيلبيريد

Sulpiride

Sulpiride

ويسوق بالاسماء التجارية التالية: Dogmatil و Dobren و Pantoval... الخ.

وهو مصنف في عداد المهدئات العظمية. ولقد اثبتت فعاليته في علاج الاضطرابات المزاجية المرافقة لبعض الامراض الجسدية (خاصة القرحة)، كما

اختلاف هذه العلام من اضطراب لآخر على اصعدة: الغرائز والمزاج والسلوك والوظيفة الاجتماعية والتعقيدات.

جدول يلخص علائم اضطرابات الشخصية

اضطرابات على صعيد لـ:				
نمط الاضطراب	الغرائز	المزاج	السلوك	الوظيفة الاجتماعية - التعقيدات
عطاشي (بار الويلبي)	-	تخشب المزاج	قسوة نفسية وعدم الثقة بالآخرين	ردود فعل عصبية وسواس
مزاجي Affective	اضطراب العزلة الجنسية	ميلول انهيورية	سطحية العلاقات	انمان كحول - مخدر بغاء واليهيار.
المنقسم Schizoid	عدم كفاية الدوافع العريزية	قسوة نفسية	العزلة والاهمية ذات البالغة	انتحار او ؟ وافعال معادية للمجتمع
انفجاري Explosive	ردات فعل بدنية	تقدم المزاج	عدائية	نوبات غضب انمان
وسواسي Obsessive	كبت الغرائز	عدم ثقة بعواطفه	العزل التردد	نوبات وسواسية (جسدية)
هيستريري	ضعف النزوات العاطفي	قصور التصح العاطفي	حركات مسرحية دراماتيكية	انهيوار، انماء محاولات
واهن	تحسن نفسي	تخدير عاطفي	عدم القدرة على مجابهة الاحداث	انهيوار، وهن جنسي وسواس
معاد للمجتمع	شذوذ نزوي	مزاج مضطرب	معادي للمجتمع	انمان - جريمة - شذوذ - سرقة الخ
شخصية حدية Border	نزوائية متحمكة	عدم الثبات الانفعالي	افعال مؤذية الذات	انتحار ايداء الذات

Stress

Stress

انظر - نظرية شيلبي * (Selye)

الشري

Urticaria

Urticaria

وهو تفرح جلدي تسببه الحساسية ويصاحبه الحكاك. والشري يظهر عادة عقب تناول المريض لأطعمة او لعقاقير تفجر له حساسيته. ويظهر الشري من خلال تقرحات حطاطية (papule) بيضاء اللون، بورسلانية الملمس ومحددة الجوانب. انظر الحساسية*.

الشنج

Spasmophobia

Spasmophobia

يعرف الاجوانين (Alajouanine) الشنج على انه حالة مرضية معقدة يمكنها ان تجمع بين التناذرات الوظيفية والغددية المختلفة وغالبا بين تناذر كرززي (Tétanie) غالبا كامن.

بهذا فان الشنج يقع على الحدود ما بين الاضطراب الفيزيولوجي وبين المرض. حتى ان اغلب المؤلفين يرفضون تسميته بالمرض. اذ يعتبرونه استعدادا او مناخا جسديا خاصا وانتقاليا بين السواء وبين الاضطراب العصابي. من هنا النظر لخلفية الشنج

يستخدم في علاج العديد من الاضطرابات الفيزيولوجية، بما فيها تلك المترافقة مع الوسواس المرضية نظرا لفعاليتها في علاج مظاهر فقد الارادة - فقد الشهية. ولهذا الدواء ايضا تأثير داعم لمفعول مضادات الانهيوار. ومن هنا فعاليتها في علاج حالات الانهيوار المقنع بمظاهر جسدية - وظيفية (Dépression Masquée) كمثمل الصداغ* وتسارع النبض وخفقان القلب واضطرابات القذف وصعوبة الانتصاب والسدوار* واضطراب العادة الشهرية النفسي والشقيقة الهضمية... الخ. كما يذكر بعض الباحثين فعالية هذا الدواء في علاج حالات الشقيقة بما فيها الهضمية وحالات الصدمة النفسية ورضوض الجمجمة. ولدى الاطفال يستخدم هذا الدواء في علاج اضطراب النطق والهياج وانخفاض الانتباه الناجم عن تناذر الحركة المفرطة او عن اضطراب الطفل وهيجانه. وحسنات هذا الدواء انه غير ميثبط ولا يؤدي الى الاعتياد وهو يوصف بجرعات يومية تتراوح بين 50 و 800 مغ حسب الحالة.

الشخصية الهيسترية

Personalité

Hystérique

Hysterical Personality

كانت العلاقة الدينامية بين الهيسترية*، ومظاهرها التحولية خصوصا، من جهة وبين العياء* (النوراستانيا) من جهة اخرى مصدرا لارباك التشخيص. وقد حاولت التصنيفات الطبفسية تجنب هذا الارباك عن طرق الغائها لئلا يند النوراستانيا واستبدالها بالعلام المتبدية جسديا وايضا عن طريق ادراج الهيسترية في خانة اضطرابات الشخصية بما بات يعرف باضطراب الشخصية الهيسترية او الشخصية الهيسترية.

أما النظريات الدينامية فقد طرحت مصطلح التناذر النفاسي الهيسترية* للدلالة على تمازج العياء (النوراستانيا) مع الاعراض الهيسترية.

هذا ويحدد التصنيف الطبفسية مرتكزات تشخيص الشخصية الهيسترية بالعلام التالية: 1- الحركات التمثيلية - المسرحية و 2- عدم النضج وعدم الثبات الانفعالي و 3- زيادة تقدير اهمية الذات و 4- التعلق العاطفي و 5- محاولات تجنب العلاقات الاجتماعية. ولعل فهمنا لهذه الشخصية يتعمق من خلال الجدول التالي الذي يورد مقارنة بين علائم اضطرابات الشخصية بمختلف انماط اضطرابها. الذي يوضح

على انها خلقية واحيانا وراثية. وتتراوح نسبة انتشار الشنج ما بين 10 و 15% من مجمل السكان (تختلف باختلاف المؤلف والبلد).

وهو يصيب الاناث بصورة خاصة. ويبدأ عامة بعد صراع نفسي ليعاود الظهور بصورة فصلية (ربيعية وخريفية). هذا وتعرف العيادة حالة النوبة الشنجية التي تظهر على ارضية العلائم النفسية والجسدية للشنج.

اما عن اهم الاعراض فان القلق يكاد ان يكون حاضرا بصورة دائمة وهي قد تتطور الى حدود نوبة القلق. ويترافق هذا القلق مع الانفعالية الزائدة وسرعة الاستثارة. كما ان الوهن* يكون غالبا حاضرا وخصوصا الوهن الصباحي ويمكنه ان يستتبع فقد المودة وانعدام الشهية. كما يترافق الشنج غالبا مع اضطرابات النوم (صعوبات الاغفاء، نوم سيء النوعية - غير مريح مع أرق ليلي). اما الخزل (Paraesthésie) والرمع (Clonie) فإنها تظهر أيضاً ويمكنها أن تتصاحب مع صداع قد يأخذ شكل نوبة شقيقة تقليدية.

اضافة الى هذه الاعراض المتنوعة يمكننا ان نصادف مظاهر قلبية وعائية متنوعة (تسارع نبض، خفقان، شعور بالانزعاج في منطقة الصدر... الخ) ومظاهر معدية وعضلية (تقلصات مؤلمة). كما على صعيد البلعوم والمرارة.

ويتركز الفحص العيادي لحالات الشنج على تحري الارتكاسات العصبية العضلية المفردة. واهمها علامة شفوستيك (Chvostek).

ويتأكد تشخيص الشنج من خلال تخطيط العضلات (Electromyogramme).

صادات بيتا

Beta - Bloquants

Beta - Bloquers

وتنتمي الادوية صادات بيتا الى فصيلة معيقات الجهاز العصبي الودي. وهي تمارس مفعولها من خلال صدها للمستقبلات العصبية (من نوع بيتا) للكظرين (الأدرينالين). ومن هنا استخدامها في علاج اضطرابات نبض القلب (الاختلاج، التسارع، العثرات... الخ). كما تستخدم في علاج مجمل الاوضاع المتسببة بتسارع النبض كمثّل زيادة افراز الدرقية ونوبات الهلع والرهاب والقلق العارم وحالات الانفعال النفسي (مثل مواجهة الجمهور والخوف من الامتحان... الخ). كما تشير الابحاث الى دور هذه

العقاقير في تدعيم الاثر العلاجي للمهدئات العظمية اذ تؤدي الى ارتفاع نسبة تركيز هذه المهدئات في دم المريض.

يبقى المفعول العلاجي الاهم لهذه الادوية وهو مفعولها في علاج صداع الشقيقة حيث تنظم هذه الادوية تدفق الدماء الى الدماغ فتحول دون حدوث تغيرات هامة في هذا التدفق تنجم عنها نوبات الشقيقة. وفي الاطار ذاته تستخدم هذه الادوية في علاج بعض حالات ارتفاع الضغط. ومن اهم ادوية صادات بيتا نذكر:

البروبرانول (Inderal) وأوكسبيرينولول (Trasicor) والبيندولول (Visken) والاتينولول (Tenormine) والـ (Sectral) والـ (Blocadren).

الصداع

Céphalée

Cephalea

يعتبر التشخيص التقريبي لحالات الصداع خطوة رئيسية على طريق تحديد استراتيجية التعامل مع المرض وعلاجه. والخطوة الاولى على طريق هذا التشخيص هو تحري وجود خلفية عضوية لهذا الصداع. فالصداع يمكنه ان يكون ثانوياً لامراض عضوية كمثّل نوبات ارتفاع الضغط* والاورام الدماغية* وغيرها.

هذا ويمكننا تصنيف حالات الصداع على النحو التالي:

1- الصداع الشرياني: ويعتبر هذا النوع اكثر انواع الصداع انتشارا في العالم ويشرحه الباحثون على النحو التالي:

إن ضغوط البيئة والاضطرابات النفسية هي السبب الرئيسي المؤدي الى الاصابة بهذا الصداع. والانسان لا يصاب عادة بهذا الصداع الا بعد زوال عوامل الاضطراب والارهاق اذ ان المريض اثناء تعرضه لهذه العوامل لا يحس بالأم الصداع. هذه الآلام التي تبدأ عندما يستقر المرء ويخلد للراحة. ويفسر الاطباء هذا الظهور غير المناسب للأوجاع على انه نتيجة للتبدل في تدفق الدم الى الرأس اذ ان الارهاق والاضطراب يؤديان الى زيادة كميات الدم المتدفقة الى الدماغ في حين ان الهدوء والراحة يؤديان الى التقليل من هذه الكمية. والفارق الكبير في تدفق الماء الى الدماغ يكون مسؤولاً عن حدوث اضطرابات في الشرايين مما يؤدي بدوره الى الاصابة بالصداع الناجم عن نقص في كمية الاوكسجين التي تحملها

صداع الشقيقة

Migraine

Migraine

هو تناذر يتميز بأوجاع نصف رأسية (نصف الجمجمة الأيمن أو الأيسر) تظهر بصورة عشوائية ويصاحبها الغثيان والاستقراغ واضطرابات على صعيد العين. هذه الآلام تنجم عن تقلصات شريانية مفاجئة في المناطق المتعرضة للألم.

في الغالب نلاحظ مجموعة من العلائم التي تسبق نوبات الم الشقيقة وكأنها تعلن عن قدومها. الأمر الذي يستوجب مساعدة المريض للتعرف الى هذه العلائم. لأن ذلك يتيح له فرصة تناول العلاج قبل بدء النوبة. من هذه العلائم نذكر: (1) اضطرابات بصرية و (2) اضطرابات من نوع الخبسة (Aphasia) و (3) اضطرابات سمعية و (4) اضطرابات الحواس (الشم، الذوق... الخ) و (5) نادرا يلاحظ المريض احساسا (من نوع التفريغات الكهربائية) في النصف المقابل في الرأس.

هذا ويصادف تناذر الشقيقة في حالات مرضية متنوعة مما يتيح لنا تمييز اشكاله العيادية التالية:

1- الشقيقة المصاحبة للاضطرابات الدماغية، حيث تتمازج المظاهر العصبية مع الآلام المميزة للشقيقة.

2- الشقيقة المصاحبة لاضطرابات العين.

3- الشقيقة المصاحبة للدوار*.

4- الشقيقة المصاحبة لحالات الخبسة. حيث يعجز المريض عن قول كلمات معينة (وأحيانا يعجز عن الكلام اثناء النوبة). كما يعاني هذا المريض صعوبة في فهم الكلام المنطوق والمقروء.

5- الشقيقة المصاحبة باحساس عابر بالشلل.

6- الشقيقة المصاحبة باضطرابات حسية - مركبة.

7- الشقيقة الهضمية. حيث تكون نوبة الشقيقة مسبقة باضطرابات هضمية. هذه الحالة تدعو الى تحري احتمالات اصابة عضوية على صعيد المعدة او الكبد.

8- الشقيقة النفسية. وهي تصاحب عادة حالات **الانهيار* والقلق*** او على العكس حالات الهياج.

هذا وتشير الملاحظات العيادية الى ان الشقيقة تصيب النساء بشكل خاص ويزداد ظهورها في الفترة السابقة للعادة الشهرية، وهي تتراجع او تتخفف من حيث مدتها، في حالات الحمل وبعد بلوغ سن اليأس*.

كما تتراجع لدى الرجل لدى بلوغه مرحلة الانحطاط الجنسي. اخيرا فانه من الممكن مصادفة حالات الشقيقة لدى الأطفال المدرسين ونادرا جدا لدى من هم دون سن المدرسة.

الدماء الى الرأس.

هنا لا بد لنا من الإشارة الى دور مواقف الحيرة والتردد في اثاره هذا النوع من الصداع. فاذا ما واجه الشخص وضعا في موقف يتطلب منه حسم موقفه واتخاذ موقف معين واحتار في اتخاذ هذا الموقف فان نوبة الصداع الشرياني يمكنها ان تبادره. فاذا ما كانت هذه الحيرة مزمنة فانها تؤدي الى ازمان الصداع. بل ان باحثين كثيرا ومنهم اليزابيث موسون وبيار مارتري يعتبرون ان مثل هذه المواقف يمكنها ان تتسبب مع الوقت في نوبات صداع الشقيقة. وتزيد موسون بان الحيرة هي المنبع النفسدي لحالات **الدوار*** التي تصاحب الصداع في الغالب.

2- صداع الشقيقة* (Migraine) هو ثاني أنواع الصداع من حيث الانتشار.

ويعتبر العلماء بأن الوراثة تلعب دوراً رئيسياً في الإصابة بهذا المرض بالإضافة الى الالهراق الجسدي او النفسي وكذلك مشاعر الانخزال وخيبات الأمل.

وهذا الصداع يمكن ان يصيب اية منطقة من مناطق الرأس على جهة واحدة ابتداء من العين وحتى مؤخر الرأس. وفي الحالات المتطورة يصبح المرء شديد الحساسية وبالإضافة الى آلامه يتراءى له ان يرى مجموعة من النجوم امام عينه وقد يحدث ان يعاني المريض من الغثيان او التقيؤ. ومن الممكن ان تتراوح مدة آلام الشقيقة من بضع ساعات الى بضعة ايام.

3- الصداع الجببي: وينشأ عن اختلاف الضغط الجوي.

4- الصداع العقودي: وهو صداع يصيب المريض لمدة ساعة تقريبا وغالبا ما ينحصر في منطقة احدى العينين مع احمرار هذه العين وسيلان الأنف. أما عن الآلام المرافقة لهذا الصداع فيصفها احد المرضى بأنها رهيبه وهذا النوع من الصداع يستمر فترة قد تمتد الى ثلاثة اشهر ويختفي بعدها.

5- الصداع الناتج عن الإدمان: وهذا النوع من الصداع يمكن ان يأتي نتيجة لإدمان الكحول، والمخدرات او الحبوب المهدئة او نتيجة تعاطيها.

6- الصداع المرافق لارتفاع الضغط ويسمى ايضا بصداع الكاسكيت (القيعة) اذ ان اوجاعه تمتد على شكل قيعة.

7- الصداع المرافق لاورام الدماغ.

الطب النفسي من جهته يربط بين الشقيقة وبين **البنية التحسسية*** على اعتبار تقلص الشرايين المؤدي لنوباتها نوعا من انواع **الحساسية***. والواقع ان هذا الطرح يتدعم من خلال العديد من مظاهر الحساسية التي تتبدى لدى مرضى الشقيقة (مصاحبة للنوبات او خارجها). كما يقدم هذا الطرح تفسيراً لاسباب تجسيد الصراعات على صعيد شرايين الرأس.

انطلاقاً من هذه النظرة بشرح بيار مارتي الشقيقة على النحو الآتي: ان **التصورات*** والهوامات المختفية وراء الصداع تكون غالباً محدودة ومتركة بحيث يمكننا ردها، احياناً بقليل من الصعوبة، الى الوضع الاوديبي. وهكذا نلاحظ ان التصورات هي في الواقع مقموعة اكثر منها مكبوتة. وللصداع عامة خاصيته التي تميزه عن سائر الامراض النفسية. هذه الخاصة تتبع من كون التفرجات النزوية (المجسدة على صعيد شرايين الرأس) تمارس تأثيرها مباشرة على الجهاز العقلي - الوظيفي بحيث تتسبب بنوبة الالم المصاحبة للصداع. هذا وينظر النفسيون للصداع على انه مظهر من مظاهر عدم كفاية الفكرة وبمعنى آخر فان الصداع هو احد مفارق طرق المرض النفسي.

الصدفية

Psoriasis

Psoriasis

وهو مرض لا يزال غامضاً لغاية الان بالرغم من الخطوة الهائلة التي حققها العالم Mier في العام 1980 حيث كشف عن وجود عطل اساسي في الخلايا:

Monocyte - Macrophage - Langerhans

وكذلك فان الوراثة تلعب دوراً مهماً في الاصابة بالمرض (من 20 الى 50% من الحالات) الا ان دور العوامل النفسية العصبية في الاصابة بهذا المرض هو دور لا يرقى اليه الشك اذ ان الطفح الجلدي (Eruption) الخاص بهذا المرض يأتي عادة بعد صدمات نفسية او مجموعة ضغوطات نفسية.

وأكد الكثير من الباحثين في هذا المجال على وجود أمراض نفسية مثل الـ **بسيكاستانيا (الهكاع)* القلق*** او ضعف حيوية الجهاز العصبي او حالات **الانهيار المقنع*** لدى الكثير من هؤلاء المرضى.

وكذلك فان التخطيطات الدماغية التي أجريت على هؤلاء المرضى أثبتت ان هذه التخطيطات تشبه والى حد بعيد تخطيطات مرض **البسيكاستانيا (الهكاع)*** او المرضى الذين يعانون من اضطرابات في الدماغ

الايوسط (diencephale).

اما عن علائم المرض فهي التالية: تفرحات جلدية (طفح) غير مسببة للحكاك ومتطورة مع الوقت على شكل نوبات. وعادة يظهر المرض بشكله الجاف بحيث تتحول البقعة الحمراء التي تستطيع ان تأخذ أشكالاً وأحجاماً مختلفة وتكون مغطاة بكاملها تقريباً بطبقة رقيقة بيضاء لماعة ويسهل نزاعها.

ويقتضى علاج هذا المرض استعمال الكورتيزون والفيتامينات (أ، ب، د وف) وكذلك مضادات الملاريا. اضافة لاقتراحات العلاج النفسي المختلفة باختلاف المدارس النفسية.

الصدمة النفسية Trauma (Psychique)

Trauma (psychological)

يعرف فرويد الصدمة على النحو الآتي: "تطلق تسمية صدمة على تجربة معاشة تحمل معها الانعكاسات على صعيد الحياة النفسية وبوقت قصير نسبياً. تتجلى هذه الانعكاسات بزيادة كبيرة في الاثارة لدرجة ان تصفيها او ارضائها بالوسائل السوية والمألوفة تنتهي الى الفشل. الامر الذي يستتبع معه حكماً اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية بوظيفتها".

لكن مفهوم الصدمة لم يلبث وان تعرض لتطويرات عديدة. فقد اعترف فرويد قبل وفاته **بالعصاب الصدمي*** و اضافته الى قائمة **الاعصاب الراهنة*** التي يقول عنها: "لقد شذت هذه الاعصاب دوماً وتمردت على فرضية الصراع النفسي الطفولي".

بهذا يكون فرويد قد فصل بين الصدمة وانعكاساتها النفسية والجسدية وبين اللاوعي وحصر ارتباطها بالجهاز النفسي في نطاق ما قبل الوعي. من هنا كان تركيز النفسيين على ما قبل الوعي وربطهم بين تنظيمه وتوازنه وبين القدرة على مواجهة الصدمات النفسية. مع تصنيف اختلالات هذا التنظيم في اطار **الاعصاب النفسية***.

الصرع

Epilepsie

Epilepsy

تحدد الدراسات علائم مميزة لسلوك المصابين بالصرع. وتعتبرها بمنزلة اضطرابات الشخصية المصاحبة للصرع. وهذه الاضطرابات تختلف في حدتها باختلاف الحالة وباختلاف مدى ازمان المرض وقابلية اليورة الصرعية للامتداد. وفيما يلي نعرض

باختصار لعلائم اضطرابات الشخصية لدى مريض الصرع:

•0 ميل خاص نحو الملموس (Concret) وقابلية (تبلغ حدود العناد) للاصرار على تحقيق رغباته وركود التفكير وتوجهه نحو فكرة معينة مع لزوجة التفكير (انخفاض القدرة على التفكير التلقائي).

◻ ٦ عدم الثبات الانفعالي المبالغ. بحيث ينتقل المريض من حالة الحبور الى الاكتئاب بسرعة وبدون مبرر. وكذلك فانه يكون عرضة لنوبات نزوية كثيرة. ◻ ٤ بسبب تكرار النوبات (وبحسب حدتها) يفقد المريض تدريجياً قدرته على التكيف الحسي والحركي (ينبأطاً هذا التكيف). مع ميل للقيام بحركات تلقائية لا معنى لها (هي في رأي البعض نتيجة للخلل الدماغي).

◻ ٢ يربط البعض بين ظهور النوبة الصرعية وبين حاجة المريض للتخلص من ضغوطات يتعرض لها. ◻ ٢ يربط ظهور بعض النوبات بأثار محددة. كمثال ظهورها عقب وضعية انفعالية معينة او عقب اشارة بصرية او سمعية او لمسية (وتسمى هذه الحالات بالصراع الارتكاسي).

◻ ٥ ان العلاقة بين الصرع وبين العصاب الهيسنيري هي علاقة تقتضي التحري والانتباه لدى بعض المرضى حيث يبدو ان الانفعالات يمكنها ان تفرغ لديهم وفق وسيلتين: الصرع والنوبة الهيسنيرية.

◻ ٥ العلام النفسية المتبدية خلال مراحل النوبة: وتختلف من حالة لأخرى ومنها نذكر: اضطرابات الذاكرة والحالة الحلمية وذكريات عشوائية والنوبات التفكيرية والنزوية - الغريزية والنوبات النفسية - الاحساسية.

الصرع عقب الرضوض

Epilepsi post traumatica

Post Traumatic Epilepsy

غالباً ما يكون هذا الصرع من نوع جاكسون. وتظهر أولى النوبات بعد 6 أشهر الى سنتين عقب الرضضة. ويمكنها أن تتأخر الى خمس سنوات كحد أقصى. وخلال الفترة الفاصلة بين النوبات ملاحظ لدى المريض هلامية الافكار وفقد الإرادة* (الدوافع) واللامبالاة والنزق.

صورة الجسد

Image du corps

Body image

عديدة هي مدارس العلاج الجسدي* (مدرسة تكامل القامة* ومدرسة العلاج بالحركة*... الخ) التي تعتمد في علاجها مبدأ اصلاح صورة الجسد. فاذا ما اردنا تتبع مفهوم صورة الجسد فاننا نجد في مصادر متنوعة من اهمها: (1) خداع المبتورين (حيث يحس المريض بالام في العضو الذي تم بتره ومن هنا تسمية: العضو الشبح و (2) الصورة الهوائية: وهو المصطلح الذي اطلقه يونغ في العام 1911 ودعاها بال (Imago) مع اعتباره لها بمنزلة تصور للآخر مثل الام والاب والاخوة... الخ. و (3) في التحليل النفسي نجد ان مفهوم صورة الجسد مرتبط مباشرة بمفهوم الاسقاط* الذي تناوله المحللون المحدثون بتطويرات عديدة و (4) تناول بياجيه للبعد المكاني و (5) صورة الجسد من خلال اختبار رسم الشخص*.

ويهمنا هنا تناول صورة الجسد بتفصيل اكبر نظراً لدخولها الى الميدان النفسي كمفهوم اساسي وكعنصر تشخيصي.

1- خداع المبتورين: يختلف تفسير هذه الظاهرة باختلاف المدارس. اذ تقسرها المدرسة العصبية على انها آلام مركزية (اي ناجمة عن عامل دماغي داخلي يدفع بالمريض الى الاحساس المفرط بالعضو المبتور). في حين يميل المحللون لاعتبارها أثارا لذكرى صدمية (هي صدمة البتر). اما لاكان فهو يربط بينها وبين مرحلة المرأة*.

2- الصورة الهوائية: يلاحظ النفسيون ان تصور الانسان لجسده الخاص يمتاز بالتردد بين الصورة الواقعية للجسد وبين الصورة الهوائية لهذا الجسد. ويؤكد النفسيون على ارتباط التوازن النفسي للشخص بمدى تقارب وتباعدهاتين الصورتين.

3- صورة الجسد في التحليل النفسي: يصب التحليل النفسي جهوده باتجاه تتبع مراحل نمو الشخصية وظروف تكوينها. بما يبعده عن الاهتمام بتحديد مفهوم صورة الجسد. الا ان نظرة مدققة للاعمال التحليلية نتيج لنا ملاحظة اهتمام التحليل ببعد المكان وادراك المكان من خلال اهتمامه بالادراك عموماً كواحد من الوظائف المعرفية للأنا. كما تتبدى لنا العلاقة بين التحليل النفسي وبين صورة الجسد من خلال ابراز كل من لاكان وعلي لاهمية البعد المكاني في استيعاب آلية الاسقاط*. وأيضا من خلال مرحلة المرأة التي اقترحها لاكان.

4- مرحلة المرأة*: ويقسمها لآكان الى ثلاثة اطوار:
1) يتخلص الطفل من قلق تصور جسمه على انه فتات و 2) يحاول الطفل التقاط الجسد الموجود خلف المرأة و 3) يدرك الطفل ان الموجود خلف المرأة هو آخر.

5- صورة الجسد في اختبار رسم الشخص: كان للعالمية الاميركية كارين ماكوفر الفضل في تحويل هذا الاختبار من اختبار ذكاء الى اختبار اسقاطي. هذا وترتكز فكرة هذا التحويل على دور الآليات اللاواعية (المؤدية لتكوين الصورة الهوائية للجسد) في رسم المفحوص للشكل الانساني. حيث تؤدي هذه الآليات لايداع المفحوص، في الشخص الذي يرسمه، قسما هاما من اسقاطاته الذاتية وتوتره وقلقه. بمعنى آخر فان راسم الشخص انما يرسم نفسه كما هو او كما يخشى ان يصبح او كما يتمنى ان يكون.

وانطلاقا من تجربتها في تطبيق رسم الشخص كاختبار اسقاطي تقدرت ماكوفر بمفهومها الخاص لصورة الجسد، هذا المفهوم هو باختصار التالي:
كما الجسد والبصمات خاصة بصاحبها، ومميزة له عن سائر الناس، كذلك صورة الجسد. فكل انسان يرسم في خياله صورة هوائية لجسده. وهذه الصورة لا تكون واقعية بسبب تضمنها للهوامات. وهكذا فان صورة الجسد تتضمن قيما ومزايا لا يملكها الشخص في الواقع!

ومن خلال الفوارق بين الجسد الحقيقي وبين صورته الهوائية رأت ماكوفر ان اسقاط المفحوص لجسده في رسم الشخص هو اسقاط لا يكون دائما امينا. بل هو اسقاط محوّر وعرضة لبعض التعديلات. فالاعتكع مثلا يرسم جسد الشخص استنادا الى معالم الصورة التي ترد الى اعماقه، والى اعماق رغباته الكامنة، وليس استنادا الى جسده الواقعي. وهكذا فان الاعتكع يرسم شخصا ذا أيد طويلة (أو تحديداً يدا طويلة مكان يده المبتورة). وذلك بسبب تدخل آلية التعويض. وانطلاقا من مبدأ التعويض ذاته يمكننا ان نرى فتاة تعي عيبا في خلقتها وهي ترسم لنا فتاة جميلة وجذابة. او ان نرى رجلا نحيفا وهو يرسم لنا شخصا رياضيا ذا عضلات مفتولة... الخ. وهكذا نرى ان الآليات الدفاعية اللاواعية تتدخل الى جانب الاسقاط في رسم الشخص (وعليه يجب ان نأخذ كافة هذه الآليات بعين الاعتبار لدى تحليلنا للاختبار).

اما التعديلات التي تظهر على الرسم فهي بمثابة تلطيف لما هو مبالغ فيه في هذا الرسم. على هذه

الاسس فان الشخص المعاني من القلق يرسم شخصه بطريقة مترددة وغير ثابتة. ويكون لهذا المرسوم ايد مخبأة خلف الظهر او في الجيوب.
أما المفحوص المعاق فهو يرسم شخصا بدون يدين مثلا. وأخيرا فان الجانحين والمهوسين يرسمون ايضا اشخاصا دون يدين. انظر اختبار رسم الشخص*.

والمعالج النفسي مضطر لتحري كافة جوانب صورة الجسد لدى مرضاه. كما انه مضطر لمراجعة ديناميات معاشة المريض لجسده فبالاضافة للعلاقة بين المرض وبين صورة الجسد - انظر اختبار رسم الشخص* - فان هذه الصورة تصاب باضرار وبتشوهات اساسية عقب الاصابة بالامراض - خصوصا الخطرة منها - اذ يحس مريض القلب بخيانة قلبه ومريض الكلى بخيانة كليته له ويصل الجميع الى الشعور المشترك بخيانة أجسادهم لهم. بما يؤدي الى تهاوي صورة الجسد. حيث يكون ترميم صورة الجسد واحدا من اهداف العلاج النفسي. وهذا الترميم الذي يشكل المحور الرئيسي لاهتمام مدارس العلاج الجسدي*.

الضغط بالاصابع

Accupressure

Shiatzu

وتسمى هذه الطريقة بالـ شياتزو وهي كلمة يابانية تعني الضغط بالاصابع. اذ فهذه الطريقة هي في الاساس يابانية. وكان اليابانيون قد مارسوها منذ آلاف السنين. وهي شديدة الشبه بطريقة وخز الابر الصينية مع فارق استخدام الاصابع والضغط بها عوضا عن غرس الابر الصينية في الامكنة الملائمة من الجسد. وكانت هذه الطريقة قد انتشرت على نطاق واسع في أوروبا ولكن انتشرها في أميركا كان أعم وأوسع. وضغط الاصابع بات مستخدما اليوم في العديد من التقنيات العلاجية الحديثة.

ومن بين هذا التقنيات طريقة التدليك العميق وطريقة تكامل القامة. ويهدف معالجو تكامل القامة* من استخدامهم لهذه الطريقة الى تحرير العضلات المتشنجة (الدورع العضلية*) من زيادة عصاراتها حتى تعود الى مرونتها وشكلها الاصليين. ولهذه الغاية تطبق تقنية الضغط بالاصابع لإزالة الازهاق وذلك فقط في مناطق الدورع العضلية*.

وتمتاز هذه الطريقة العلاجية بالميزات التالية:
أ- فعاليتها في علاج العديد من الاضطرابات النفسية

(الصداع*، صداع الشقيقة*، التشنجات العضلية، آلام المفاصل النفسية، الاضطرابات الجنسية* - النفسية، الآلام الجسدية على انواعها... الخ).

ب- فعاليتها في الميادين الطبية البحتة.

ج- تسببها في افراز انتقائي للاندورفينات. اذ ان الضغط على نقاط محددة (من قبل الشياتزو) تؤدي لافراز أندورفينات مختصة بازالة الالم او باحداث تغييرات معينة في المناطق المعنية.

د- نجاح هذه الطرق في احداث الاسترخاء لدى الاشخاص المرهقين والمتوترين عصيبا بسبب تعرضهم للشدائد.

هـ- اختلافها عن سائر الاساليب العلاجية من حيث سرعة مفعولها العلاجي.

و- كونها خالية من الآثار الجانبية. فهي لا تتسبب بأية آثار جانبية كما هي الحال في العلاج الدوائي. وايضا فانها لا تؤدي الى تغييرات في سلوك المريض او شخصيته كما هي الحال في العلاج النفسي المعتمد على الحوار. وهنا نذكر بالتحليل النفسي الوحشي وباخطاء العلاج النفسي التي دعت مدرسة باريس للبيكوسوماتيك (مارتي) لادخال فقرة خاصة تحت عنوان تقويم نتائج العلاج النفسي*.

الطاقوي

Energetique

Energetic

الطاقوي هو الذي يؤدي الى تفعيل ودينامية العلاقة بالذات وبالأخر. وقد يكون الطاقوي كامنا او مضبوطاً. وهذه الطاقة لا تظهر على مستوى الشعور الا في حالات الاضطراب العصابي او الذهاني. فاذا كان الدينامي هو المسلك فان الطاقة هي القوة.

العتة عقب الصدمي

Démence Post

Traumatique

Post Traumatic Dementia

ويستند تشخيصه الى وجود الرضة والضعف الذهني وفقد الدوافع والشموق (حبور من غير سبب) والتطور البطيء وعلامت العتة المعروفة.

بعد تراجع المظاهر المشتركة للصدمة تبدأ بالظهور وبشكل تدريجي (مع او بدون فترة كمون) علامت العتة. ومن خلال الفحص النفسي نستطيع تحديد العلامت التالية: قصور ذكروي هام (خاصة لجهة القدرة على الحفظ) مع قصور الانتباه (خاصة الانتباه الفوري) وتباطؤ التفكير واضطراب التوجه في الزمان والمكان. ويكون المريض واعياً لهذه التغيرات الذهنية ويصبح نزقاً وغير ودود. ثم يبدأ استقرار حالة العتة خلال سنوات.

العصاب السلوكي

Névrose d e Comportement

Behavioral Neurosis

تحت تعريف العصابي السلوكي ينضوي اولئك الاشخاص الذين لم تتوطد وظائفهم النفسية بشكل ثابت وقوي. وذلك انطلاقاً من نظريات فرويد في التموثق وهؤلاء الاشخاص هم ممن اعتادوا ان يعيشوا غرائزهم مباشرة ودون ان تكون افعالهم (وطرائق اتباعهم لغرائزهم) خاضعة لسيطرة او لمساهمة جهازهم العقلي. وهكذا فان المصاب بهذا العصاب يكون عرضة، اكثر من غيره، للامراض النفسية* لدى تعرضه للرضات العاطفية. وذلك عائد في حقيقته الى عدم كفاية تنظيم جهازه النفسي - الجسدي. مما لا يتيح لهذا المريض فرصة للوقفات النكوصية. كي يعوض اختلال التنظيم الذي تحدته هذه الرضات في جهازه النفسي - الوظيفي.

والحقيقة ان مجموعة العوامل المشروحة اعلاه تقودنا للالتفات الى ما قبل الوعي لهؤلاء العصابين. فما قبل الوعي يمثل في الواقع حجر الاساس للحياة العقلية.

وهو يهيمن، كما هو معلوم، على القسم الاكبر من الاليات الحلمية وايضا على الاليات التجسيدية وكلا النوعين من الاليات يهيمن في بحثنا الحاضر.

على ان التعمق في هذا الموضوع يوجب علينا التذكير بالابعاد الثلاثة لما قبل الوعي وهي:

1- سماكة مجموع الطبقات الموصلة.

2- سيولة الانتشار بين هذه الطبقات.

3- ديمومة النشاط العقلي.

ونحن اذ نقوم بتقديم الدور الوظيفي لما قبل الوعي فذلك لان هذا الدور يشكل جهازا خاصا بكل فرد ومميز له.

وكما في حالات **العصاب الطبائعي*** فان العصاب السلوكي لا يتبدى بأعراض نفسية واضحة ومميزة ولكنه ناجم عن سوء تنظيم مبالغ في جهاز ما قبل الوعي.

للتوضيح يصف مارتي العصابين السلوكيين على النحو الآتي: انهم ممن اعتادوا ان يعيشوا غرائزهم مباشرة دون ان تكون افعالهم وسلوكهم في اتباع غرائزهم خاضعة لسيطرة او لمساهمة جهازهم العقلي (مما يعني انعدام **التعقيل***). من هنا فانهم اكثر عرضة للاصابة بالامراض النفسية*.

عصاب صدمي Névrose de Traumatique

Traumatic neurosis

وهو عصاب تتبدى أعراضه عقب تعرض المريض الى صدمة انفعالية (غالبا جعلته يحس بأن حياته مهددة بالخطر). وفي لحظة الصدمة يتخذ هذا العصاب شكل النوبة المميزة بالهياج وبالقلق المنقشي وأحيانا الذهول والخلط العقلي. ولا تلبث هذه النوبة ان تهدأ تاركة العصاب يتابع تطوره في احد اتجاهين:

أ- اما ان يكشف بنية عصابية كانت كامنة.

ب- اما ان تؤدي الصدمة الى احداث خلل في الاقتصاد النفسي او النفسي. مصحوبا بظهور **الاحلام التكرارية*** والتثبيت على الصدمة وتجسيد الصراعات.

العصاب الطبائعي Névrose de caractère

Characterial Neurosis

يمتاز مرضى هذا النوع من الاعصبة بعدم انتظام وتناسق جهازهم النفسي - الوظيفي. الامر الذي يجعلهم ضعيفي المقاومة امام الرضوض والازمات العاطفية - المزاجية التي تعرض لهم.

عصاب العضو

Névrose d'Organe

Organ Neurosis

ان تجسيد السيرورة المرضية على صعيد عضو او جهاز معينين دون غيرهما هو من الامور التي شغلت الباحثين النفسيين واستتارت جدلاً أدى الى طرح العديد من الفرضيات الهادفة لتفسير هذا **التجسيد*** الانتقائي. من هذه الفرضيات فرضية فرويد اذ يطرح مبدأ **المسايرة الجسدية***.

كما طرح الفرد ادلر فرضية "لغة الاعضاء" وصولاً الى الباحثين المعاصرين الذين يتكلمون عن "المكان الاضعف مقاومة" (Locus Minoris Resistantiae).

لكن مجمل هذه الفرضيات لا تستطيع ان تجيب على السؤال حول كيفية تجسيد السيرورة المرضية على صعيد العضو او الجهاز المصاب دون غيره. هذا السؤال الذي يشكل اليوم محور اهتمام الطب النفسي. ان مشكلة الحساسية الزائدة لعضو معين، وصولاً الى تجسيده للصراعات النفسية، تطرح اليوم من الوجهة الظاهرانية - العيادية وتقود الى العمل على دراسة اكثر تعمقاً لظاهرة **التجسيد*** حيث تشير الابحاث الى ان التجسيد لا يتم بصورة عشوائية بل هو يعتمد على دلالات الاضطراب العضوي. بمعنى آخر فان تجسيد الصراع يحتاج، كي يكون مفهوماً، الى اختيار العضو الذي تتظاهر آثار اضطرابه باشكال متناسقة مع نوعية الصراع النفسي المؤدي للتجسيد. بحيث يوحي العارض النفسي بالصراع النفسي الذي انتجه وذلك بصورة رمزية (هذا ما يشير اليه مارتى بمصطلح **الترميز*** ولكنه يرى ان العلاقة بين الرمز والمرموز هي علاقة قد تصل الى حد من التعقيد لا نستطيع استيعابه الا بعد اطلاعنا على الروابط القائمة، احياناً على صعيد اللاوعي، ما بين الرمز والمرموز اليه).
كمثال على الترميز المفهوم نعود الى **نظرية الكسندر*** حيث يرى ان الرغبة في الاخذ والتلقي تتجسد على صعيد الجهاز الهضمي بقسمه العلوي. حيث تختص هذه المنطقة بتلقي الغذاء الذي يهدئ من مشاعر الجوع. وقس عليه - انظر **النمط السلوكي***، وتحديداً **النمط السلوكي*** لمريض القرحة*.

Névrose mental

العصاب العقلي

Mental neurosis

وهو العصاب المنظم والمتظاهر باعراض مرضية واضحة. هذه الاعصبة هي التي طالما كتب عنها

ومن الجدير بالذكر ان عدم الانتظام والتناسق يؤدي الى حدوث اضطرابات تختلف في حدتها من ملكة نفسية الى اخرى. ولكننا نلاحظ، في هذه الاعصبة، علامت طباعية ذات صلة قريبة او بعيدة **بالتوظيفات العكسية***.

والحقيقة ان غالبية الناس، المصنفين عادة على انهم طبيعيون، هم في الواقع من المصابين بالعصاب الطبايعي. وهذا العصاب يؤدي الى انخفاض الاستعداد العادي للجهاز العقلي من اجل القيام بعمليات مثل **التماهي***، اطلاق التماهي، وعي الذات والآخرين، القدرة على التفكير، القدرة على استعمال اشكال متنوعة من الافكار مع الحفاظ على الترابط المنطقي فيما بينها واستعمال اليات عدة للدفاع عن الـ (أنا)... الخ.

وبالتبع فان اضطراب هذا الاستعداد يسير جنباً الى جنب مع انخفاض قدرة الشخص على مواجهة الرضوض والصدمات العاطفية. وبالتالي فانه يؤدي الى انخفاض قدرة الجسم ومرونته امام الامراض الجسدية.

ومن الملاحظ ان العصابي الطبايعي يمكن ان يصاب بعدة اشكال من عدم كفاية الوظائف النفسية. وعدم الكفاية هذا على درجات هي:

أ- عدم الكفاية، المتفاوتة الحدة، العابرة والمترافقة بالاعاقة والنهرب او كبت التصورات العقلية.

وتعكس عصاباً طبايعياً جيد **التعقيل***.

ب- عدم الكفاية المعوضة من خلال اجهزة اعادة التنظيم النفسية - الجسدية وذلك في حالات **النكوص***. وتعكس عصاباً طبايعياً غير مؤكد **التعقيل***.

ج- عدم الكفاية المتطورة، التي تدوم فترات طويلة وعادة يترافق هذا النوع من عدم الكفاية بالغياب شبه الكلي للتصورات وذلك من خلال عمليات **اختلال التنظيم*** التدريجية. وتعكس عصاباً طبايعياً سيء **التعقيل***.

والحقيقة ان هذه الاشكال الثلاثة لعدم كفاية الجهاز النفسي تؤدي الى اشكال اكثر تعدداً من التطورات التي تنعكس سلباً على الجسد محدثة فيه الاضطرابات النفسية المختلفة من حيث حدتها باختلاف البنية الذاتية للشخص وايضا باختلاف نوع عدم الكفاية المؤدي الى هذه الاضطرابات.

فرويد وطالما عالجهما المحللون. حتى باتت تعرف بالاعصاب التقليدية وفي مقدمتها **الهستيريا* وعصاب القلق* والعصاب القهري* والرهاب*... الخ.** هذا ويرى مارتي بأن هذه الاعصاب عن طريق اغنائها للحياة الهوامية والحلمية للمرضى المصابين بها تستطيع ان تعوض لهم اختلالات التنظيم وبالتالي فان هؤلاء المرضى هم الأقل تعرضاً للأمراض الجسدية، وتجدر الإشارة الى ان واحداً من ابحاث مارتي كان قد تناول الاصابة بمرض الزكام ضمن احد المستشفيات النفسية حيث لوحظ ان اطباء والمرضى جميعاً أصيبوا بالزكام في حين بقي المرضى من نزلاء المستشفى أصحاء. ولكن هذه المعطيات يجب ألا تقودنا لمعادلة آلية مفادها: عصاب عقلي = صحة جسدية. فأى تنظيم (وحتى التنظيم العصابي العقلي) يظل عرضة للاختلال وان بدرجات متفاوتة.

عصاب القلب

Névrose Cardiaque Cardiac Neurosis

عصاب القلب هو احد انواع **عصاب القلق*** وهو يصيب النساء اكثر من الرجال بنسبة 3 الى واحد. هذا ويظهر عصاب القلب مسبقاً بفترة قصيرة تتعاقب خلالها مجموعة من الحوادث التي تخلف آثاراً نفسية تؤدي بدورها الى التدني التدريجي لقدرة الشخص على التفاعل والتكيف. كما تتدنى قدرة الشخص على الاحتفاظ بهدوئه (فتظهر لديه علائم الغضب لأتفه الاسباب).

في البداية يظهر القلق في فترات الراحة (عادة في المساء). الامر الذي قد يترافق مع تسارع نبض القلب والشعور بخفقائه او الغثيان او غيرها من المظاهر العصبية - النباتية. الا ان هذا القلق (والمظاهر النباتية المرافقة له) لا يلبث ان يختفي مع الوقت. لكنه يعاود الظهور بعد مدة متخذاً له طابعاً اكثر حدة. على ان التطور اللاحق لهذا العصاب مشروط بحدوث عوامل نفسية ذات تأثير سلبي في نفس المريض. فاذا ما وصل عصاب القلب الى هذه المرحلة فإنه يترافق مع المظاهر العصبية - النباتية المعروفة ل**تناذر داكوستا*** حيث ان مصطلح عصاب القلب هو مصطلح فرويدي مطابق للحالة المعروفة ب**تناذر داكوستا** او قلب المحارب... الخ. على ان فرويد انما يذكر عصاب القلب في سياق حديثه عن عصاب القلق الذي يمكنه ان ينعكس بشكل صداع او ضيق بالتنفس... الخ. كما

يمكنه ان ينعكس على صعيد القلب متسبباً ب**اضطرابات القلب الوظيفية*** ومظاهر نباتية اخرى. هذه التجسيديات هي التي اطلقت مصطلح **عصاب العضو* (Névrose d'Organe)**. حيث يطرح السؤال: لماذا تتركز المظاهر العصابية على عضو دون غيره؟ ان الجواب على هذا السؤال لا يزال في نطاق الفرضيات وأهمها التالية:

1- بسبب وجود اضطرابات شكلية - وظيفية دقيقة وخفية في العضو الذي تتركز عليه مظاهر العصاب.
2- بسبب وجود ارتكاسات شرطية - مرضية على صعيد هذا العضو.
3- تطابق وتزامن العوامل النفسية مع اضطرابات وظيفية مترافقة بالاحاسيس الذاتية على صعيد هذا العضو.

أما بالنسبة لتشخيص هذا العصاب، أي عصاب القلب، فهو يعتمد على استجواب المريض. هذا الاستجواب الذي يزداد طولاً وتفصيلاً كلما لاحظنا غياب العلائم العيادية الموضوعية الدالة على حدوث مرض او اضطراب قلبي عضوي. وهكذا فان تشخيص عصاب القلب يتوضح بناء على استبعاد وجود اصابة عضوية في القلب.

اما عن العلائم العيادية لعصاب القلب فهي التالية:

1- تسارع نبض القلب.
2- احساس بعدم الراحة وبالانزعاج في منطقة القلب، اكثر ما تظهر مساءً قبل النوم ودون علاقة بالجهد الجسدي.
3- أحاسيس مختلفة متراوحة بين الوخز، الشعور بالحرقة او بالدغة في منطقة القلب. بالإضافة الى المظاهر العصبية النباتية المألوفة في **تناذر داكوستا***.

عصاب القلق

Névrose d'Angoisse Anxiety Neurosis

طرح فرويد مصطلح عصاب القلق كتشخيص تفريقي لبعض الحالات التي كان معاصروه يوزعونها بين **العياء*** وبين **الهستيريا**. ولقد ارتكز تمييز فرويد لهذا العصاب وعزله له على قواعد ثلاث هي:
1- يعتبر فرويد عصاب القلق من الاعصاب الراهنة. حيث تثبت الخبرة العيادية هيمنة القلق العام (بدون موضوع) ذي العلاقة الجلية بالعوامل الراهنة.

ميل الطب النفسي البيولوجي لاعتبار هذا العصاب كواحد من انعكاسات عدم استقرار الجهاز العصبي - النباتي (Labilité neuro - végétative) - انظر اختبار شيلونغ*.

Névrose

العصاب القهري

- Obsessionnelle
Compulsive

Obsessiv - Compulsiv Neurosis

قام فرويد بعزل هذه الاعصبة وتضمينها في خانة واحدة. من جهتهما يصف لا بلانش وبونتاليس العصاب القهري على النحو الآتي: "يتجلى الصراع النفسي في اكثر اشكال هذا العصاب نموذجية من خلال الاعراض التي يطلق عليها تسمية القهرية ومنها: الافكار الهجاسية والاضطراب القهري لانجاز أعمال غير مرغوب فيها. اضافة الى صراع الشخص لمقاومة انجاز هذه النزعات والافكار مع طقوس ابعاد الاذى... الخ. كما يتجلى ايضا من خلال اسلوب في الفكر والعمل. ولقد استخلص فرويد على التوالي الخصوصية السببية المرضية للعصاب القهري من ناحية الآليات (حيث تغلب آليات ازالة الانفعال الى تصورات تتفاوت في بعدها عن الصراع الاصيلي والعزل والالغاء الرجعي). اما من الناحية النزوية فان التجاذب يسود الحياة النزوية حيث التثبيت على المرحلة الشرجية والنكوص. واخيرا من الناحية الموقعية تقوم علاقة سادو - مازوشية مستدخلة على شكل توتر مفرط في قسوته ما بين الأنا والأنا الأعلى. بناء عليه فان جلاء الدينامية الكامنة وراء العصاب القهري من ناحية، ووصف الطبع الشرجي والتكوينات العكسية التي يتكون معها من ناحية ثانية، يتيح لنا ان نلحق بالعصاب القهري لوائح عيادية لا تكون فيها الاعراض المميزة له واضحة للوهلة الاولى".

فاذا ما عدنا الى مفهوم **الهكاع*** (البيسيكاستانيا) لدى جانين فاننا نلاحظ انه يضم لائحة الاعراض التي وصفها فرويد كمميزة للعصاب القهري. كما يضم الاعراض التي قد تكون غير واضحة او مقنعة بالنسبة للتشخيص الفرويدي. في رأينا الشخصي ان ما فعله جانين هو اصلاح لمحاولات فرويد تجنب الصخرة البيولوجية واكتفاءه بالتفسير الدينامي للحالة.

2- يمتاز عصاب الفلق عن **العياء*** من خلال طغيان عارض الفلق (نوبات الفلق والفلق التوقعي المزمن... الخ).

3- يمتاز عصاب الفلق عن الهيسيتيريا بانه ناجم عن عجز طاقة جسدية عن العبور الى الحيز النفسي. في حين انه في **الهيسيتيريا*** تسلك الاثارة النفسية درباً خاطئاً يظل في النطاق الجسدي بشكل قطعي.

على ان فرويد لا يلغي القرابة بين عصاب الفلق وبين الهيسيتيريا واحتمال امتزاجهما في **عصاب مزيج***.

أما عن الاعراض الجسدية لعصاب الفلق فانها ترتبط مباشرة بردود الفعل العصبية - النباتية امام مواقف الفلق واهمها: خفقان القلب وزيادة النبض والوهن وضيق التنفس وصداع وتعرق اليدين والدوار وارتجاف الاصابع ومشاعر الانزعاج في منطقة الصدر... الخ (لا تتواجد كلها بالضرورة).

وكان فرويد قد اطلق مصطلح عصاب القلب في العام 1895 ولكن غنى الجدول العيادي (العلائم الجسدية المصاحبة) لهذا العصاب وتمازجه مع اختصاصات طبية متنوعة كانت اسباب تعددية المصطلحات المطروحة لتعريف هذا الجدول العيادي. من هذه المصطلحات نذكر:

أ- تعابير مستخدمة في الطب النفسي:

1- عصاب القلب (اطلقه فرويد في العام 1895 حيث يعتبر الفلق مصدرا للاضطرابات الوظيفية).

2- ردة فعل قلبية (الجمعية الاميركية للطب النفسي 1952).

3- وسواس قلبي (اطلقه براوتينغام عام 1956).

4- رهاب القلب (اطلقه كولنكاف وبوير عام 1960).

ب- تعابير مستخدمة في الطب الداخلي:

1- ذبحة صدرية وظيفية (اطلقه فورييس، 1833).

2- خفقان عصبي (اطلقه سنوكز عام 1853).

3- زيادة حيوية القلب (اطلقه اوبولزير عام 1867).

4- القلب النزق (داكوستا، 1871).

5- تناذر **داكوستا*** (تسمية اخرى للمصطلح السابق).

6- عياء عصبي - دموي (اوبنهايمر ومشاركوه عام 1918).

7- تناذر الجهد (جمعية البحوث الطبية - 1918).

8- مرض قلب - دموي - وظيفي (فريدمان - 1947).

هذا وتجدر الاشارة الى ميل العياديين المحدثين لاعتماد تسمية **عصاب القلب*** وايضا ميل بعضهم لاعادة هذا العصاب الى خانة العياء. كما نشير الى

عصاب مزيج

Nerose Mixte

Mixt Neurosis

تشير التجارب العيادية الى تشابك البنى النفسية - المرضية وتداخلها.

هذا التداخل الذي يتظاهر بجلاء في الحالات الحدية (Border - line) حيث تتمازج اشكاليات معقدة على صعيد التشخيص التفريقي لهذه الحالات.

والواقع ان دراسة الحالات الصدمية (انظر - اضطراب الشدة عقب الصدمية* و الصدمة النفسية* و العصاب الصدمي*) اعادت طرح مبدأ العصاب المزيج بقوة. فالعيادي المتعامل مع حالات الصدمة النفسية يجد صعوبات فائقة في التمييز بين الاعراض المتأتية كردة فعل امام الحدث الصدمي وبين الاعراض العصائية الكامنة والتي عادت الى الظهور بسبب الوضعية الصدمية. هذا التمييز الذي لا يزال موضوع جدل وخلاف بين الباحثين.

وكان فرويد قد استخدم مصطلح العصاب المزيج في كتاباته الاولى حيث استخدمه للتمييز بين الاعراض المتشابكة من نفسية وراهنة. ثم عاد مارتي ليؤكد على ضرورة هذا التمييز معتبرا ان الانسحاق وراء تحليل العلامت الراهنة هو خطأ اساسي يمكنه ان يؤدي الى تقجير الغام الصراعات اللاواعية والتسبب في اختلال التوازن النفسي*.

خلاصة القول ان مختلف الاعصبة لا تبدو (الا في حالات نادرة جدا) في حالة صافية. بل هي تتبدى في الغالب متمازجة مع اعراض نفسية - مرضية تنتمي الى خانات مرضية اخرى. ولعله من المفيد هنا التذكير بتبرير لكان لوجود الاعراض الهيسثيرية في معظم حالات المرض النفسي. حيث يعتبر ان الهيسثيريا هي ام الاعصبة ويشبهها باللغة الام في حين يشبه الاعصبة الاخرى باللهجات المحكية لهذه اللغة الأم.

العصاب النرجسي Névrose Narcissique

Narcissic Neurosis

يستخدم فرويد تعبير العصاب النرجسي للدلالة على انسحاب الليبيدو الى الأنا وفقدان المريض للقدرة على توظيفه خارج نطاق الأنا. وهذا الوضع يمثل الحالات الذهانية التي لا توجد لها أسباب عضوية. وقد تكلم فرويد عن هذا الموضوع في كتابه العصاب والذهان. وقد تعرض مفهوم العصاب النرجسي لتعديلات كثيرة

ولا يزال لغاية اليوم لدرجة ان استعمال هذا التعبير قد تضاعف الى حد الاختفاء اليوم.

Névrose

العصاب النفسي

Psychosomatique

Psychosomatic Neurosis

يحدد التصنيف النفسي* لمدرسة باريس بنى عصابية اساسية مميزة للاعصبة النفسية. هذا التصنيف يراعي دينامية الجهاز النفسي ويحافظ على ذاتية الحالة من خلال المتغيرات الثلاثة التي يعتمدها في تشخيصه (التشخيص النفسي*) وهي: (1) البنية الاساسية* و (2) المميزات الاعتيادية المهيمنة* و (3) الخصائص المهيمنة حالياً*.

على هذا الاساس تطرح مدرسة باريس (نظرية مارتي)* نوعين من الاعصبة النفسية: (1) العصاب الطباعي* و (2) العصاب السلوكي*.

وفي كلا النوعين يعود الاضطراب الى عدم كفاية الوظائف النفسية العائدة بدورها لاضطراب ما قبل الوعي الذي قد يتعرض لاختلالات خفيفة وعابرة كما قد يتعرض لعدم كفاية قابلة للتعويض. فاذا ما تطورت نحو سوء التنظيم المبالغ لجهاز ما قبل الوعي يتبدى العصاب السلوكي. اما اذا انحصر التطور في نطاق عدم الكفاية المتطور فان الامر يتعلق غالبا بالعصاب الطباعي.

عقدة ديان

Complex Dyane

Dyane Complex

إن عجز الفتاة عن تخطي العقدة الأوديبيية (عقدة الكترا) يؤدي الى اضطراب نضجها الجنسي ويتيح لنرجسيتها هيمنة مطلقة. وذلك بحيث تتحول هذه النرجسية الى ثانوية. وتدفع الفتاة الى البحث عن شبيهة لها تصب عليها هذه النرجسية. وبما ان الفتاة تكون عاجزة عن تخطي حبها لأبيها فانها من جهة لا تتضح فترفض جنسها ومن جهة اخرى فهي تحاول تمثيل دور الأب.

Stérilité Psychique

العقم النفسي

Psychological Sterility

يصعب الفصل بين العقم الجسدي والعقم النفسي. فالاخير انما هو تجسيد للصراعات النفسية على صعيد الجهاز التناسلي. وهو بالتالي عقم نفسي - جسدي (نفسدي). لذا درج العياديون النفسيون على تعريف

التمثلات او قمعها، قمع التعبير الغريزية من السلوك، عدم الانتظام الحاد للوظائف العقلية، رفض الواقع والتهرب من الحقيقة، العقلنة الدفاعية، آليات عقلية أخرى.

وهذه العلائم تعود في جذورها الى الاصابات النفاسية الكبرى (مراق*، رهاب*، عظام... الخ) او تعود الى اضطرابات بعض مراحل التطور الليبيدي (وعندها نتكلم عن العلائم الفمية، الشرجية، البولية، القضيبيية النرجسية أو التناسلية). هذا ويشدد مارتي في أبحاثه على العلائم الطبائعية الهيستيرية والعلائم الطبائعية السادو - مازوشية التي يعتبرها علائم حياة ويعتبرها مؤشراً لتحسن الحالة الجسدية للمريض. في حين يعتبر عدم انتظام الوظائف العقلية ورفض الواقع والتساميات... الخ بمنزلة علائم موت. ويعتبرها مؤشراً لتردي الحالة الجسدية للمريض.

Relaxation

العلاج الاسترخائي

Relaxation

ظهرت المدارس الاسترخائية في النصف الثاني من القرن التاسع عشر. وقد كان لتطبيقاتها في ميدان السيكوسوماتيك بالغ الأثر في انتشارها وفي التطويرات العديدة المدخلة الى هذه الطريقة. وفيما يلي استعراض لأهم الطرق الاسترخائية.

أ- **طريقة Mitchell:** وتسمى بطريقة "الاسترخاء الفيزيولوجي السلبي" أو بطريقة الراحة الجسدية الكاملة وزيادة كمية الأظعمة في علاج العصاب. وقد طورت هذه الطريقة على يد Magnost.

ب- **طريقة jakson:** وتهدف لعلاج الاضطراب النفسي على أنواعه. وتقضي قيام المريض بتمرينين استرخائيين لمدة ثلاثين دقيقة يومياً. وبخضوعه لـ 1-3 جلسات أسبوعياً.

ج- **طريقة Couée:** أسد س الباحث E. Couée. طريقته هذه في العام 1920 وهي تعتمد على مبادئ التحليل النفسي اضافة للتتويم المغناطيسي الذاتي.

ولكن هذه الطريقة تعتبر بدائية قياساً الى المدارس الاسترخائية الحديثة. وعلى نفس الاسس قامت مدرسة R. Desoile، ولكن الاثنيتين لم تعودا مستعملتين اليوم.

د- **الاسترخاء الذاتي* (Training Autogène):** وهي أكثر المدارس الاسترخائية شهرة وانتشاراً. وقد اسسها الدكتور Schultz. انظر الاسترخاء الذاتي*.

هـ- **الاسترخاء السوفولوجي* (Sophrologie):** وقد شهدت السبعينات انتشاراً واسعاً لهذه الطريقة

حالات العقم النفسي على انها حالات العقم التي يتجسد فيها الصراع على الآلة التناسلية دون وجود مؤشرات مرضية - جسدية اخرى من شأنها ان تبرر العقم.

هذا وقد سجلت الابحاث النفسدية عددا من المواقف الصدمية التي يمكنها ان تحدث العقم عن طريق تأثيرها على التنظيم النفسدي* للمتعرضين لها. دون ان يعني ذلك ان كافة المتعرضين لمثل هذه المواقف يصابون حكماً بالعقم. اذ ان تحديد هذه المواقف جرى في اطار منطقي - فلسفي نفسره على النحو التالي: ان تكرار ظاهرة ما يمنعنا من ادراجها في اطار المصادفات ويدفعنا الى دراسة هذه الظاهرة لمعرفة أشكال وأسباب تكرارها ونمطية هذا التكرار.

من هذا المنطلق يحدد الباحثون النفسديون المواقف الصدمية التالية كيواعث للعقم النفسي: (1) العقم عقب فقدان طفل و (2) العقم عقب حالات الحداد و (3) العقم الناجم عن الخوف من الانجاب و (4) العقم الناجم عن الخوف من تكرار الانجاب.

كما يلاحظ النفسديون ارتباط حالات العقم النفسي بمجموعة من الامراض والاضطرابات النفسدية وفي طبيعتها الاضطرابات الجنسية* لدى الرجل والاعصبة* على انواعها (تقليدية ونفسدية) والقهم* العقلي والهزال* واضطراب العادة الشهرية اضافة الى الاضطرابات التناسلية*.

هذا مع لفت الانتباه الى ضرورة التشخيص التفريقي بين هذه الحالات وبين كل من: (1) حالات العقم الكاذب (حيث يعمل احد الطرفين في الخفاء على عدم حدوث الحمل) و (2) حالات العقم الناجمة عن الزواج غير الممارس (المهبلية*، خلافات زوجية، عجز جنسي...) و (3) حالات العقم الناجمة عن اعتماد سلوك غير صحي (ادمان مخدرات، انتانات مهبلية... الخ).

Traits de Caractaractès العلائم الطبائعية

Characterial Traits

لدى مراجعتنا للتصنيف النفسدي* (مارتي) نجده يعدد هذه العلائم على النحو التالي: الحساسية*، شرجي وسواسي، مراقي، الهيستيريا*، فمي، شذوذ، قضبيي - نرجسي، رهاب المحيط او الاجتياح، رهاب الموضوع، ذهاني، سادو - مازوشية (علامات غلمية)، سادو - مازوشية (مفرغة سلوكياً)، مازوشية ظاهرية، غيرها، اللجوء غالباً الى التساميات، الروبوسة، مظاهر التقكك، انهيار كامن، تجنب

أعمارهم بين الـ 17 والـ 11 عاما. ودام هذا العلاج الاسترخائي مدة عام ونصف العام بمعدل جلسة او جلسيتين اسبوعيا.

ولم يكن من المستحسن أن تقتصر جلساتنا على الاسترخاء بل كنا نحول هذه الجلسات الى نوع من العلاج بالعمل. فكنا نتيح للطفل ان يقوم بأعمال مختلفة كالرسم، المعجون والالعاب المختلفة قبل ان نبدأ معه تمارين الاسترخاء الجماعي (الاطفال الاربعة الذين يكونون المجموعة). وبعد عدة جلسات كان بعض الاطفال يتعجلون جلسة الاسترخاء قائلين: نريد ان نتمدد.

أما عن التقنية المتبعة في هذه الجلسات فكانت "الاسترخاء بالتدريب الذاتي (Training Autogène) ولكننا اضطررنا لتعديلها حتى تتلاءم مع الاطفال ولجأنا الى التكرار ريثما يتعود الاطفال على الخطوات المؤدية للاسترخاء. وبعدما توصل الاطفال الى اتقان الاسترخاء العضلي دخلنا في المرحلة الحاسمة وهي مرحلة التنفس العميق في حالة الاسترخاء العضلي الكامل. وإذا كان الاطفال قبل هذه المرحلة يجدون صعوبة في الاعراب عما يحسون به اثناء الاسترخاء فان هذه الصعوبة بدأت تزول تدريجيا مع بدء التمارين التنفسية التي حسنت ايضا قدرتهم على التعبير من خلال الرسم. وذلك بحيث باتت رسوماتهم اكثر تعبيراً وابعاءً.

أ- الصعوبات التقنية:

في الاسابيع الستة الاولى لهذه التمارين كان الاطفال يتعرضون، اثناء الاسترخاء، لنوبات من السعال والاختناق حتى ان عدد النوبات ارتفع وبشكل ملحوظ لدى عدد منهم.

وهذا قد يعود الى ان الاسترخاء الذي يركز التفكير في نطاق الجسد يذكر الطفل بخوفه من فقدان أمه (التي لا يحس بوجودها لدى احساسه بجسده بل يحسها بعيدة) ومن هنا كانت ملامسة الطفل من قبل المعالج ضرورية اثناء الاسترخاء. ولكن هذه الملامسة اصبحت مصدرا لقلق الطفل لدى بدء التمارين التنفسية اذ كان الطفل يفتح عينيه بقلق عندما يلامس المعالج صدره ولكن الاطفال ما لبثوا ان تعودوا على ذلك.

ومن الصعوبات التي تستحق الذكر كثرة حراك الطفل المصاب بالربو اثناء الاسترخاء مما يجعل تدريبه أصعب من غيره من الاطفال.

التي اسسها العالم الاسباني A. Caceydo وتهدف هذه الطريقة التوصل بالمريض الى حالة ما بين النوم واليقظة "Etat Sophro - Luminal" وذلك عن طريق الاسترخاء. وقد أثبتت هذه الطريقة فعاليتها في علاج قائمة طويلة من الامراض النفسية*.

و- المدارس الحديثة: كان للنجاحات التي حققها العلاج الاسترخائي أثرها البالغ في انتشار هذا الاسلوب العلاجي وبظهور العديد من التطبيقات الجديدة للمدارس القديمة ولكن ايضا بظهور العديد من المدارس الجديدة.

وقد ساهمت الابحاث الطبية - المخبرية في زيادة الاقبال على هذه الطريقة. فقد اثبتت هذه الابحاث ان العلاج الاسترخائي قادر على تخفيض نسبة الكوليسترول في الدم والمساهمة في الوقاية من الامراض القلبية Pattel et col. كما اثبتت ابحاث اخرى ان الاسترخاء يشجع افراز مورفينات المخ (Endorphines) مما يزيل آثار الشدة وانعكاساتها العضوية. ومن المدارس المحدثه في هذا المجال نذكر: طريقة الاسترخاء الذاتي بدون معالج. وطريقة M. Sapir وهي تعدي Training autogène واخيرا نذكر (Intégration Corporelle) مدرسة تكامل القامة* ومهما يكن من أمر فان نجاحات هذه الطريقة ليست بالمطلقة فهناك حالات لا ينفع فيها هذا العلاج وأهمها حالات الانهيار* والقلق*.

العلاج الاسترخائي لمريض الربو

Relaxation de l'Asthmatique

Relaxation for Asthmatic Patient

حقق العلاج الاسترخائي نتائج هامة في علاج عدد من الاضطرابات النفسية والجسدية. وكان هذا النجاح وراء نشوء عدد كبير من المدارس الاسترخائية. ومن ان اهم هذه المدارس: **الاسترخاء بالتدريب الذاتي*** و**الاسترخاء السوفروولوجي***. وهاتان المدرستان هما الاكثر استخداما في علاج الربو. وبما ان استرخاء الطفل هو الاصعب فاننا سنعرض تجربة علاج استرخائي لعدد من الاطفال المصابين بالربو. والتجربة التي نعرضها أجريت تحت اشراف البروفسور R. Bouchard والبروفسور B. levèque. وها نحن نعرض هذه التجربة على لسان الدكتور M. Casalis:

أجريت هذه التجربة على مجموعات من الاطفال تتألف كل منها من ثلاثة أولاد وبنات واحدة وتراوحت

ومع أننا أجرينا العلاج الاسترخائي بالاقتران مع العلاج الدوائي إلا أن الطفل جوزيف لم يكن يتناول العلاج الطبي لأن كافة الاختبارات أنت سلبية وعندما علم الوالد أن علاج ابنه يقتصر على العلاج الاسترخائي فقد عارض ذلك بشدة مطالباً بعلاج جدي لإبنه.

ب- النتائج:

كما سبقت الإشارة فإن الاسترخاء كان مناسبة جعلت الطفل يحس باستقلالية جسده وفجرت له قلق فراق الأم مما أدى إلى زيادة عدد النوبات. إلا أن الأطفال ما لبثوا أن تحطوا هذا القلق بحيث عادوا إلى حالتهم العادية ومن ثم حققوا تحسناً ملموساً.

كما لاحظنا أن عدائية هؤلاء الأطفال تنمو مع تقدم العلاج الاسترخائي وبعد فترة لم يعد هؤلاء الأطفال مسالمين ومطيعين كما هم الأطفال المصابون بالربو عادة. كما أن الاسترخاء، وعن طريق عزل المريض عن العوامل الخارجية وتركيزه على جسده وعلى نفسه، يؤدي إلى تنمية شعور الطفل باستقلاليته وبهذا يتخلص من تبعيته.

من خلال هذه التجربة المجراة في مستشفى Bretonneau في باريس نلاحظ أن العلاج الاسترخائي استطاع أن يخلص مريض الربو من عدد من العوامل النفسية المتسببة بأحداث النوبة. وهذه العوامل هي كما رأينا: القلق، الخوف من فقدان الحنان، التبعية، صعوبة التعبير عن الذات، صعوبة اظهار العدائية. ومن الطبيعي أن يؤدي هذا العلاج إلى الإقلال من النوبات ومن حدتها. بعد عرضنا لهذه التجربة فإننا نود أن نعرض رأينا الشخصي في هذا المجال. وذلك من خلال الفقرات التالية:

1- صورة الجسد عند مريض الربو:

هنالك آراء متضاربة في هذا المجال لذلك فإننا سنعمد مباشرة إلى عرض وجهة نظرنا في هذا المجال وتتلخص بان ادراك الانسان لجسده يؤدي به إلى تمثّل هذا الجسد بصورة هوائية معينة. وهذه الصورة الهوائية تؤثر في محاولاته التعويضية سواء من الناحية النفسية أو من الناحية الجسدية. فنلاحظ مثلاً انحناء كتفي الطويل إلى الامام وكذلك رأسه وذلك استجابة لرغبته اللاواعية في أن يكون أقل طولاً وذلك طبقاً للصورة الهوائية التي رسمها لجسده. وهذه الصورة تتأثر بالاصابات والألام الجسدية فهناك مثلاً حالة العضو الهوائي (حيث يشعر المريض بالألام في

عضو ما بعد بتره). وهذه الحالة تتكرر بشكل أو بآخر في مختلف الامراض النفسية - الجسدية المصاحبة بالألام (ذبحة، قرحة، سرطان، ربو... الخ). محدثة تغييرات اساسية في الصورة الهوائية للجسد وها نحن ندرس هذه التغييرات في حالة مريض الربو. ففي غالبية الاحيان يكون هذا المريض مزمناً أو يتحول ليكون كذلك. ومنذ ظهور النوبة الأولى تتحدد حياة المريض ونشاطاته لتلتزم بنظام معين يعيق المريض ويمنعه من ممارسة نشاطاته وخاصة تلك التي تتطلب مجهوداً جسدياً. كما يقتضي التزامه بالنمط الحياتي الجديد ابتعاد المريض عن البرد، المجاري الهوائية والمواد المتسببة في حساسيته وبالتالي باحداث النوبة. وهكذا يجد المريض نفسه متوقفاً في هذا النظام الحياتي الضيق والفصل بين العوامل الخارجية المعتدية على الجسد وبين "البؤس الذي يولده المرض في نفس المريض". وبعد ذلك تأتي النوبات، متخطية التدابير الوقائية (علاج، وقاية... الخ)، لتذكر المريض بهذا البؤس.

بهذه الطريقة يؤثر الربو على الصورة الهوائية للجسد وذلك بحيث تتركز هذه الصورة على الصدر والتنفس وكأن الجهاز التنفسي يستقطب كامل الطاقة الجسدية للمريض. ومن المهم أن نلفت النظر إلى أن الربو لا يؤثر فقط في الصورة الهوائية ولكنه مؤثر أيضاً في تغيير الصورة الحقيقية لجسد المريض.

فمريض الربو تخلصاً أو تخفيفاً لشعوره بالاختناق يعمد إلى تمديد صدره في محاولة لاستيعاب كمية اضافية من الهواء. وذلك بحيث يبدو صدره منتقلاً. وهذا الانتفاخ يؤدي إلى تراكم الطاقة في عضلات الصدر وخاصة التنفسية منها (التي يستخدمها المريض بكل قوتها أثناء تعرضه للنوبة) وهكذا تصبح هذه العضلات بمثابة دروع عضلية (نظراً للطاقة التي تختزنها). وهذه الدروع العضلية* هي المسؤولة عن الشكل المميز لصدر مريض الربو. - انظر مدرسة تكامل القامة*.

بعد هذا الشرح نستطيع ان نتبين أهمية الاسترخاء وقدرته على اصلاح صورة الجسد في هذه الحالة.

فالاسترخاء يؤدي أولاً إلى اعادة توزيع عادل للطاقة بحيث تلغى الدروع العضلية ولتتجنب ذلك ينصح معالجو تكامل القامة باستخدام الوخز بالإبر أو الضغط بالأصابع إلى جانب الاسترخاء. وعلى اية حال فإن العلاج الاسترخائي يؤدي بعد فترة إلى اصلاح صورة الجسد وذلك بحيث نلاحظ تغييراً

ملحوظا في شكل صدر المريض وخاصة في عضلات الكتفين. ومن المهم الإشارة الى ان الاسترخاء العضلي في حالة مريض الربو يجب ان يتركز على عضلات الصدر بشكل خاص.

ولكن الهدف الاساسي للعلاج الاسترخائي لا يتركز على اصلاح صورة الجسد وانما يهدف الى تعويد المريض على احداث الاسترخاء في جسده في لحظات (لحظات الانفعال والقلق) ومواقف معينة وذلك بهدف الحد من تأثير هذه الانفعالات بأحداث النوبة.

ويمكننا تلخيص الآثار الايجابية للاسترخاء، في حالة الربو، انه يتيح للمريض التعرف على جسده وهو في حالة من الراحة والطمأنينة مقابل تعرفه عليه اثناء النوبة. وهذا من شأنه ان يعيد ثقة المريض بجسده.

2- الاسترخاء والتوازن النفسي لمريض الربو:

سواء في طريقة الاسترخاء الذاتي او السوفروولوجي او غيرهما من المدارس الاسترخائية فان التحليل النفسي يأتي في النهاية ليكمل العلاج. وهكذا فان كافة المدارس النفسية - الجسدية المعتمدة على التحليل تعتمد الاسترخاء في علاجها. وقد أثبتت التجارب العديدة لهذه المدارس ان الاسترخاء يساعد في اعادة التوازن النفسي* للمريض وبالتالي فهو علاج فعال لمختلف الامراض النفسية - الجسدية. فمن الملاحظ ان قدرة مريض الربو على التعبير عن ذاته تزداد اثناء الجلسات الاسترخائية وذلك بحيث تتراحم هواماته وتماهيته وتصبح مستعدة للانطلاق. وفي البداية يطلق المريض هوامه الاساسي المتلخص بالخوف من فقدان الامان المتمثل بالام او بالاب او ببدائلهما. وظهور هذا الهوام يشجع النكوص النفسي* مما يؤدي الى اختناق المريض وسعاله ولكن أيضاً وعيه لهاته وللمسارات النكوصية عنده. وهذا الوعي يساعد المريض في اطلاق رغباته الاخرى المكبوتة مما يجعله اكثر وعياً لذاته واكثر فهماً لانفعالاته مما ينعكس بتحسّن وظيفي لجهاز ما قبل الوعي عنده.

وأولى مظاهر هذا التحسن هو بداية ظهور الاحلام لدى المريض. هذه الاحلام التي تلعب دوراً اساسياً في توجيه العلاج عن طريق مساعدتها له في فهم وتبيين الصراعات النفسية - الداخلية Intrapsychique للمريض. وبهذا يكون الاسترخاء عاملاً مهماً في اعادة تنظيم الجهاز النفسي للمريض وبالتالي العودة به الى التوازن النفسي*.

3- التطبيق العملي للاسترخاء في حالة الربو:

عديدة هي الصعوبات التي تعترض تطبيق هذا العلاج في مجتمعنا. وسنعرض لأهمها وهي: عدم وجود مبدأ العيادة المتعددة الاختصاصات وذلك بحيث يتم علاج المرضى في اتجاه اختصاصي واحد. وبهذا فان العلاج النفسي لحالة الربو غير مطروح، ومجهول تماماً، لدى غالبية مرضى الربو، بالإضافة الى عدم وجود المستشفيات او المصحات المختصة في علاج الربو او اي من الامراض النفسية، وايضا عدم تقبل فكرة العلاج النفسي ومنافعه.

امام هذا الواقع فان علاجنا الاسترخائي لمرضى الربو يعتمد الخطوات التالية:

1- أربع جلسات علاجية تدرّب خلالها المريض على الاسترخاء العضلي وعلى التنفس. وتتم هذه الجلسات بمعدل جلستين اسبوعياً وتُدوم كل منهما حوالي النصف ساعة.

2- بعد التدريب يعطى المريض شريطاً مسجلاً ويطلب منه تنفيذ التعليمات المسجلة على الشريط في جلسات يومية (قبل النوم) لمدة نصف ساعة. والحقيقة ان هذا الشريط ليس مخصصاً لحالة الربو. وهو انما يعالج الارهاق النفسي، (نلجأ لهذه الطريقة لتخفيف الاعباء).

المريض قد تدرّب على الاسترخاء بحيث بات قادراً على التوصل للاسترخاء دون مساعدة الشريط او المعالج. وفي هذه الحالة يستطيع المريض التوصل للاسترخاء في فترة لا تزيد على الخمس دقائق.

4- نطلب من المريض التوصل للاسترخاء (خمس دقائق) وبعدها نطلب منه رواية الاحلام التي رآها خلال فترة تدرّبه وكذلك الافكار التي راودته اثناء هذا التدريب. وهنا يكون العلاج قد دخل في نطاق العلاج النفسي التحليلي*.

العلاج بالاثّر الرجعي Bio Feed - Back

Bio Feed - Back

الأثر الرجعي او البيوفيد باك (Bio Feed Back) هو أحد أهم وأحدث العلاجات النفسية. وقد تطورت هذه الطريقة في السبعينات بفضل ابحاث عالم النفس N. Miller. وتعتمد هذه الطريقة مبدأً نفسياً فيزيولوجياً هو الآتي:

عندما نضع شخصاً ما في محيط ما فان هذا الشخص سيتفاعل مع المحيط من خلال ردات فعل (هي بمثابة أجوبة على المثيرات الموجودة في المحيط) معينة. وهذه الردات تزداد من حيث حدتها وترددها اذا كانت

أثارها محببة. وعلى العكس فعندما تكون هذه الردات غير محببة فإن ترددها وحدتها تتناقصان بشكل تدريجي. وذلك بحيث يمكن تلخيصها كما يلي:

المثير ← الجسم ← ردة الفعل ← الوعي.

وقد برهن Miller إمكانية تطويع ردات فعل الجهاز العصبي اللاإرادي وردات فعل العضلات الملساء (اللاإرادية). وعليه فإن بالإمكان مساعدة الشخص كي يتحكم ببعض الوظائف اللاإرادية كمثّل نبضات القلب، تمدد فتحة الشرايين، الضغط الدموي، تقلصات المعدة... الخ. وهكذا فإن الارتكاس الشرطي ليس الا شكلا خاصا من أشكال الاشراف العملي.

يتلقى المريض التعليمات التي من شأنها ان تخفض بعض اثراته المتبدية على صعيد العضلات (تقاس ب- تخطيط العضلات) او على صعيد الحرارة او على صعيد القلب او الدماغ. وهكذا يتمرن المريض على السيطرة على هذه العمليات الفيزيولوجية اللاإرادية. ويتم اطلاق المريض على التقدم الذي يحرز (بمثابة تشجيع له) وكما هو ملاحظ فإن السيطرة على عملية ما تقتضي وجود آلة تستطيع ان تقيس لنا هذه العملية ومدى سيطرة المريض عليها. وهذه الطريقة واسعة الانتشار اليوم وهي تستخدم في علاج **الصداع*** والأرق والقلق و**الرهاب*** والألام والضعف الجنسي والشقيقة وآلام المفاصل والوقاية من نوبات **الصرع***... الخ.

العلاج بالايحاء المدعوم Suggestion Armée

Armed Suggestion

الايحاء المدعوم هو طريقة علاجية تجمع مختلف الوسائل المؤثرة (حوارية ودوائية وجسدية) في دفع المريض للخروج من الوضعية الدفاعية - العصابية. والايحاء المدعوم هو طريقة علاجية معروفة منذ القدم الا ان تسميتها Suggestion Armée تعود الى كرتشمير (1949). وترتكز هذه النظرية الى الجمع بين الانماط التربوية وبين الايحاءات ووسائل الاتصال الأخرى غير الكلامية. أما على الصعيد العيادي فتمارس هذه الطريقة على النحو الآتي:

يؤكد المعالج للمريض النتائج الأكيدة والباهرة لهذا العلاج. بالرغم من كونه على جانب من الصعوبة

ومن احتمالات تسببه ببعض الإزعاج وربما بعض الالم.

ومن الوسائل الجسدية المستعملة نذكر ∇ تيار فرادي ∇ والحقن تحت الجلدية... الخ. في هذا الوقت يلجأ المعالج لاستخدام الايحاء الكلامي موجهها احياءاته بدقة نحو عكس المظاهر المرضية (اذا كان المريض يحس مثلاً بالتشنج فإن المعالج يوحى به بأنه سيسعر بالاسترخاء والخمول. وقس عليه)، ولتأكيد احياءاته يناقش المعالج عددا من الحالات التي شفيت بهذه الطريقة. ويحدد المعالج فترة تأثير هذا العلاج فيخبر المريض ان احساسه هذا سيدوم للحظات او دقائق... الخ. وذلك مع متابعة النتائج ومناقشتها مع المريض بعد كل جلسة.

يستغرق هذا العلاج مدة تتراوح بين البضع دقائق والساعات (عندما يتبع مبدأ العلاج المتقطع). وفي الحالات التي يتم فيها تمديد العلاج فيجب عزل المريض.

ومن الممكن طبعا اللجوء الى اساليب علاجية اخرى بعد انتهاء فترة العلاج الايحائي المدعوم.

مجالات الممارسة:

يستخدم العلاج الايحائي المدعوم في حالات مرضية متنوعة. فهو يستخدم بالدرجة الاولى في علاج المظاهرات الهيستيرية كمثّل الخرس، اختفاء الصوت، العمى الهيستيري، الصمم الهيستيري، انخفاض قرة السمع، الشلل والترسبات الهيستيرية للأمراض العضوية... الخ. ولدى تطبيقنا لهذا النوع من العلاج علينا ان نتأكد اولا من الطابع الهيستيري للاضطراب. وبالتالي علينا التأكد من عدم وجود اساس عضوي مرضي لهذا الاضطراب. كما يجب علينا تجنب استخدام هذا النوع من العلاج في حالات القلق والاستنفار و**الرهاب*** و**والهلع***.

يبقى ان هذا العلاج لا يزال ممارسا بصورة واسعة انطلاقا من اعتبار انه العلاج الظاهري الافضل. ولناخذ مثلا النوبة الهيستيرية الكبرى حيث تكون المريضة متشنجة (في وضعية الجسر) وفي حالة اغماء من شأنها ان تطرح مشكلة التشخيص التفريقي بين الاغماء الهيستيري وحالات الاغماء العضوية.

امام هذه الحالة تتوزع مواقف المعالجين حسب اختصاصاتهم. فطبيب الطوارئ يلجأ للادوية المهدئة

وربما المنومة في حين يلجأ الطبيب النفسي الى العلاج بالايحاء المدعوم. وتحديدًا في مثل هذه الحالات فانه يلجأ الى الحقن تحت الجلدي لمادة الكالسيوم التي تعطي المريضة شعورًا بالحرارة يسري في كافة انحاء جسدها. وهذا الشعور من شأنه ان يلفت اهتمام المريضة وتركيزها نحو جسدها بشكل مفاجئ من شأنه ان ينهي النوبة الهيستيرية. اما عندما تكون امام مظاهرات هيسيرية صغرى او ثانوية (مظاهرات هيسيرية تابعة من اسباب اخرى مثل الحزن او الخوف او الهلع من المرض الجسدي... الخ) فان الامور تكون اكثر تعقيدًا الا ان الايحاء المدعوم يبقى علاجًا اكثر فعالية من المهدئات. وذلك شرط ان يترافق بنوع مناسب من انواع العلاج النفسي الاخرى.

العلاج بالحركة - Thérapie - Mouvement

Mouvement Therapy

يعتمد العلاج بالحركة على مبدأ اصلاح التصور الذاتي للجسد (صورة الجسد) وهو يجمع بين **العلاج الجسدي*** والعلاج التحليلي - النفسي - خصوصًا على طريقة رايبخ القائلة بأن اللاوعي يتدخل في تشكيل صورة الجسد الحقيقية عن طريق **الدروع العضلية***. كما يقر رايبخ النظرة التحليلية لعلاقة اللاوعي بصورة الجسد.

من هنا اعتبار العلاج بالحركة اسلوبًا للحوار مع الجسد وتسميته احيانًا بالعلاج عن طريق المحاورات الجسدية. هذا العلاج هو نوع من انواع **العلاج الجسدي* Somatothérapie** وهنئه المعالجة الهنغارية أني ريشكو تحت اشراف البروفسورة اليزابيث موسون. ولقد شارك المؤلف في وضع الاسس التقنية لهذا العلاج وقد عرضت مجموعة عمل تأسسها ريشكو هذه الاسس في المؤتمر الدولي للعلاج الجسدي (باريس 1988).

إن طريقة المحاورات الجسمية هي طريقة علاجية حركية مختلطة يشترك فيها المعالج مع المشاركين في تمارين فيزيائية علاجية مختلفة. وبعد القيام بالتمارين النشطة، يصل المرضى الى حالة من الاسترخاء العضلي المتنامي مصحوبة بحالة معدلة من التمرن الذاتي. ان طريقة المحاورات الجسمية ممكنة التطبيق كعلاج نفساني وقائي او تدخلية او تأهيلي غير كلامي في جماعات صغيرة من

المشاركين من مرضى السرطان وخاصة الذين يعانون من مشاكل نفسية (انهيار، قلق، غضب، عدم تقبل التغيير في التصور الذاتي للجسم، انخفاض اختبار الواقع، أفكار انتحارية...) ان المعالج بطريقة المحاورات الذي تلقى تدريبًا على هذه الطريقة في العلاج يمكنه ان يستعمل هذه الطريقة بشكل فعال مع مرضى السرطان للوصول الى أهداف علاجية متعددة. كما يمكن لهذه الطريقة أن تشجع المريض على التعاون في علاجه الطبي المعقد.

إن لهذه الطريقة فوائد متعددة فبعد التمارين يصبح المرضى أقل شعورًا بالقلق والانهيار والغضب وتتحرك قدرتهم على اختبار الواقع. وبهذا يمكن لطريقة المحاورات الجسمية ان تسهل عملية استعادة التفكير الايجابي.

من الممكن لمرضى السرطان في مثل هذا العلاج غير الكلامي ان يكتسبوا احساسًا أكبر بالتقبل والسيطرة على اجسامهم التي بحسب كلامهم لا تحتوي الاشياء الرديئة.

وتحصل المحاورات بين الاجسام خلال هذه العملية بسبب آليات الدفاع البدائية المعتادة (انشطار، تماهي اسقاطي) والشعور بالتهديد بسبب الامتلاء بالاشياء الرديئة. ويكون المريض هو المرسل والمعالج هو الحاوية. ان التحليل المتسق المستمر **لنقل المضافة*** هو الشرط الاولي للعمل العلاجي النفسي.

ويمكن للعلاج بالحركة الموجه بالتحليل النفسي ان يساعد التعبير الشفوي لدى المريض، وحين تقوم الحاجة يمكنه ان ينشئ العلاج النفسي الكلامي.

العوارض التي تستدعي العلاج بالحركة

- 1- الانهيار، القلق، الغضب، الخوف من الموت.
- 2- العوارض النباتية.
- 3- التصور الذاتي المضطرب للجسم.
- 4- الألم.
- 5- في حالة مرضى لاغير راغبين في العلاج الطبي.
- 6- انخفاض في اختبار الواقع.
- 7- فقدان الثقة بالذات.
- 8- فشل الاتصال الشخصي.
- 9- اعاقه التعبير الشفوي.
- 10- صعوبة في التعبير عن العواطف.
- 11- مشاكل محددة على صعيد الحركة.

بعض الاسباب لاضطراب التصور الذاتي للجسم:

1- اخفاقات قبل مرضية في تطور الشخصية (وتتكرر وتعم اضطرابات التصور الذاتي للجسم خلال فترتي المراهقة وسن اليأس خاصة).

2- بعض العواقب النفسية المحتملة لمعالجة السرطان: الجراحة، العلاج الكيميائي، العلاج الاشعاعي (الخوف من تقطيع الاوصال، الخوف من التسمم او الفناء، الخوف من الفراغ، الشعور بأن المرء يصبح ألعوبة بأيدي قوى لا سيطرة له عليها..).

3- عادة ما تمتلك مرضى السرطان رغبة شديدة في محو الجسم والمرض من الوعي (الانكار).

المميزات التقنية للمحاورات الجسمية:

1- إن مجموعة المتعالجين بالعلاج الحركي تتضمن مرضى داخليين وخارجيين من الاناث والذكور بالإضافة الى المعالج الحركي الذي سينضم اليهم والمعالج الأساسي.

2- عدد المشاركين: 6 - 8 اشخاص.

3- مدة الدرس الواحد: 50 دقيقة.

4- مكان الدرس: قاعة الرياضة أو ما شابه.

5- تصميم جلسة المحاورات الجسمية.

6- تشخيصات مرضى السرطان المشاركين حتى هذا الوقت:

- سرطان الثدي.

- أورام عظمية.

- أورام قمامية خبيثة.

- سرطان خصوي.

7- تشخيصات المرضى النفسيين المشاركين بالتمرين مع مرضى السرطان:

- اضطراب الشخصية الحدي (Bordr Line) مع عوارض نفسية جسدية.

- تناذر الالم المستمر.

8- تكرار الانسحاب المرحلي.

9- معدل زمن الاشتراك في دورة المحاورات الجسدية: 6 أشهر، (بين 3 أشهر وسنة).

10- تقدم طريقة المحاورات الجسمية علاجا اضافيا قليل الكلفة.

بين 1984 و 1988 تدرجت في كلية الدراسات الطبية العليا، قسم الطب النفسي في بودابست.

وكان المرضى المتعالجون بهذه الطريقة مصابين باضطرابات حدية (Border line) يعانون من عوارض نفسية جسدية حادة: خور او سعار، قلة

الشهوة للطعام، التهاب القولون، أورام ليفية عضلية، البول، السكري، ألم مزمن، سرطان.

الجوانب النفسية للعلاج بالحركة

1- موقف المعالج: منفتح، متسامح، يتجنب السلوك التسلطي والسيطرة، يعمل بالتعاون مع المشاركين في جو عقلي غير تهديدي.

2- يمكن للتمارين ان تعطي المرضى الفرصة للتخلص من الافكار الانهيارية المحتدمة في داخلهم (وخاصة الغضب والعوانية)، مما يسهل استعادة التفكير الايجابي.

3- ان المحاورات الجسمية هي أداة تساعد في بناء النفس لمساعدة المريض على تحييد الاعراض المرضية واعادة بناء التصور الذاتي للجسم.

4- يكتسب المشاركون في جلسات المحاورات الجسمية احساسا اكبر بالسيطرة على أجسامهم ويمكن ان يمتد هذا الشعور الى الجوانب الأخرى في حياتهم (مثل تطوير وتحسين مواردهم الذاتية).

5- ان المتغيرات النفسية التي غالبا ما تتأثر بالتمارين كما تقول التقارير هي الحالة المزاجية والعاطفية: تخفيف الشعور بالانهيار والقلق وشعور بالصحة.

6- بسبب طبيعة المرض المهدد للحياة فان كثيرين من مرضى السرطان غالبا ما يمرون بتجارب نفسية تشبه حالة الاضطراب الحدي بدون وجود هذا الاضطراب فعليا.

ان العوارض الموجودة هي التالية:

- انخفاض في اختبار الواقع.

- انشطار، تماهي اسقاطي.

- الخوف من فقدان السيطرة.

- الانكار.

- يشعر المريض بأنه √مرسل للاشياء الرديئة √ ويحاول اسقاط مشاعره الرديئة على المعالج الذي يمكنه ان يصبح √الحاوية للاشياء الرديئة √ اذا كان يمتلك التدريب المناسب في العلاج النفسي وتقنيات الحركة.

7- ان النقلة الايجابية تتطور بسهولة في العلاجات بالحركة، فعندما يستعيد المريض وظائفه التي كانت مضطربة يتطور عنده شعور بالولاء للمعالج. لذلك فان ضبط النقلة الايجابية او السلبية هو واحدة من أهم مهمات المعالج.

8- ويمكن في اثناء النقلة المضادة أن يشعر المعالج بالإرهاق والاحباط والغضب والاذلال والرغبة

في التخلص من المريض او قد يشعر بعلاقات من التماهي الجسدي مع المريض.

بعض المنافع الفيزيولوجية للتمرين:

1- تخفيض الشعور بالتعب وزيادة القدرة على تحمل اعباء العمل.

2- يحسن من استعمال الغلوكوز المُدخل ويخفض من تركيز الدهون.

3- يساعد في السيطرة على الجوانب السلوكية التي قد تفضي الى الاضطرابات الناجمة وردات الفعل الغددية الصماء لظروف **الشدة النفسية***.

4- ان الحركات المنظمة الطويلة الأمد تنتج افرازا داخليا ذا طبيعة أفيونية (بيتا اندروفين).

5- ان مستوى نشاط الجهاز المناعي يكون أعلى خلال العلاج بالحركة وبعده.

إن العلاج بالمحاولات الجسمية ليس نوعا من العلاج السحري لجميع الامراض، ان استعماله بحكمة قد يشكل بديلاً للمعالجات الطويلة بالادوية ويكسب المرضى شعوراً ايجابيا بالمشاركة في العناية بأنفسهم. ان استعمال طريقة المحاورات الجسمية يفترض تدريب المعالجين على وسائل التحليل النفسي. أو أحد متفرعاته.

ان هذه الاستنتاجات مبنية اساسا على تجاربنا مع المرضى وعلى تجارب الابحاث التطبيقية **قائمة مينيسوتا*(MMPI)**.

العلاج بالموسيقا Musicothérapie

Musicotherapy

كان لاكتشاف مورفينات المخ (الاندورفين* وغيره) والاكتشافات المتتالية لأنواعها المتعددة أثر بالغ في احياء عدد من الطرق العلاجية التي يظن انها تساعد في افراز هذه المواد. وفي مقدمة المدارس الناشئة في هذا المجال نذكر العلاج بالموسيقى Musicothérapie وتطبيقاته في علاج الامراض الجسدية. وفي طليعة الباحثين في هذا المجال ذكر الباحث Jeffrey Rody العللي في جامعة أوهايو والذي استطاع ان يعطي نتائج ملموسة من حيث استخدام الموسيقى في علاج الامراض النفسية - الجسدية. وفيما يلي رسم بياني يوضح تأثير الموسيقى في ردود الفعل النفسية (انظر الرسم البياني).

أ- ردود الفعل اللا رادارية لمستمتع الى ألحان بيتهوفن ولكن في ظروف الاضطراب النفسي للشخص، ويلاحظ التجاوب الواضح في شتى أجهزة الجسم بالمقارنة مع التسجيلات لمستمتع عادي.

ب- ردود الفعل اللازادية سجلتها الاجهزة المختلفة لمستمتع (ب) وهو تحت تأثير عقار مهدئ (بنزوكسامين) Benzocetamine بالمقارنة مع المستمتع العادي (أ) الى موسيقى بيتهوفن. يلاحظ ان سرعة النبض قدزادت، وزادت حدة رسام القلب بينما خفت ردود الفعل النفسية.

العلاج التنويمي Hypnothérapie Hypnotherapy

إن التنويم يقود الشخص الى حالة عقلية لم يتمكن العلماء من تعريفها لغاية الآن. ويبدو ان هذه الحالة هي حالة استنفار للجهاز العصبي. بحيث يمارس هذا الجهاز شكلاً راقياً من أشكال وظيفيته. ويعتبر شاركو واضح أسس العلاج بالتنويم. وحسبنا في هذا المجال ما ذكره فرويد من حالات الشفاء بالتنويم على يد شاركو. وبالرغم من علامات الاستفهام العديدة المطروحة حول هذا العلاج فانه لا يزال يحقق العديد من النجاحات. فلقد أثبت هذا العلاج فعاليته في علاج الادمان، اضطرابات الشهية، آلام زيادة حيوية العضلات، بعض الامراض الجلدية، الاضطرابات الجنسية... الخ. وقد أدخلت تطورات وتعديلات عديدة على هذه الطريقة بحيث تم تحديثها وتلافي العديد من الانتقادات التي كانت توجه له. وقد تم هذا التحديث على خطين متوازيين: الاول هو التنويم الذاتي. حيث ينوم المريض نفسه متجنباً بذلك الخضوع لإرادة شخص اخر (المنوم) وسيطرته. أما الخط الثاني فهو الخط الروسي حيث أعلن في العام 1986 عن انشاء معهد خاص لتطبيق طريقة التنويم في علاج الامراض الجسدية.

العلاج الجسدي Somatothérapie

Somatothérapie

تنطلق مدارس العلاج الجسدي منطلقاً تحليلياً يبدو وكأنه يسير بعكس سير الأبحاث النفسدية. إذ تركز هذه المدارس على صورة الجسد الهوائية. هذه الصورة التي تختلف جذريا عن الصورة الحقيقية للجسد. وإذا كان مفهوم صورة الجسد مفهوماً فريديا فان المحلل رايبخ (انظر **نمطية رايبخ***) هو الذي عمق هذا المفهوم. مقترحاً فرضية وجود علاقة بين اللاوعي وبين شكل الجسم. بذلك يكون رايبخ قد ربط اللاوعي بالصورة الحقيقية للجسد بعد ان ربطه فريود بالصورة الهوائية للجسد. ويفسر رايبخ فرضيته **بالدروع العضلية*** التي تتكون استناداً الى محتويات اللاوعي.

والواقع ان طرح مارتي لمبدأ **التنظيم النفسدي*** لا يتعارض مع طرح الدروع العضلية. إذ يفترض مارتي ان ردادات الفعل الانعكاسية لدى الطفل (والمتمايزة في انتظامها من طفل لآخر) تؤدي الى التنظيم الذاتي لتحطرب العضلات في الاجهزة المسؤولة عن الحفاظ على توازن الجسم ووضعيته. هذا التنظيم انما يتم بالتناسق مع تحطرب (Striat) العضلات في الاجهزة الأخرى المعنية.

من هنا اعتبار تقلصات العضلات المحطربة (muscles Striés) وآلام الظهر بمنزلة امراض نفسدية. لكن العلاج الجسدي يختلف من حيث عمله على تحسين مستوى **معايشة الجسد*** ومساعدة الشخص على تقبل الصورة الواقعية لجسده. إذ يلاحظ ان المصابين بأمراض خطيرة يشعرون بخيانة الجسد، او أحد اعضاءه، لانا.

والواقع انه لا توجد مدرسة علاجية تحت مسمى العلاج الجسدي. فالعلاج الجسدي هو تيار علاجي يتخذ من الجسد ميداناً للعلاج. بحيث يتم ذلك بطرق وبتقنيات مختلفة. من هنا كانت الجمعية الدولية للعلاج الجسدي التي تأسست في ستراسبورغ في فرنسا والتي تضم تيارات علاجية مختلفة مثل **مدرسة تكامل القامة*** ومدرسة **العلاج بالحركة*** (المحاورات الجسدية) والمدرسة الطاقوية – الحيوية (Bio - Energetic) وتتراوح التقنيات المستخدمة في هذه العلاجات بين **العلاج الاسترخائي*** بمختلف طرائقه (**الاسترخاء بالتمرير الذاتي*** و**الاسترخاء السوفولوجي*** و**الاسترخاء النفسدي***... الخ) إضافة الى **الضغط**

بالاصابع* (شيايتزو) والتدليك (مساج) بطرقه المختلفة والحركات الجسدية الهادفة الى تعريف المريض بالحدود الواقعية لجسده. حيث نعطي مثلاً عن تظاهر الدروع العضلية ذلك الشخص الذي يملك صورة هوائية لجسده أطول من الواقع. في هذه الحالة يقول اتباع رايبخ ان دروعاً عضلية تتكون لدى هذا الشخص لتجعله يبدو وكأنه يتناول بجسده (مما يعبر عن رغبته اللاواعية بان يكون أطول قامته). ان مثل هذا الشخص يحتاج الى التعرف الى الحدود الواقعية لطول قامته حتى يتخلص من دروعه العضلية وقس عليه.

ان تركيز مثالنا على الدروع العضلية يجب الا يوحي بان العلاج الجسدي يقف عند حدود اصلاح الدروع العضلية. فهذه الدروع كما رأينا على علاقة مباشرة باللاوعي. من هنا استخدام بعض وسائل العلاج الجسدي – اخص بالذكر العلاج بالحركة – في علاج كافة الامراض النفسدية. بما فيها السرطانات.

العلاج الدوائي لحالة المراق

Pharmacothérapie de l'Hypochondrie

Pharmacotherapy of Hypochondria

ان تعرف المعالج على هيكلية هذا العصاب هو شرط اساسي لنجاح العلاج. فهو غالباً ما يستند الى أرضية عظامية تشجع اعتماد المريض مبدأ تأويل الاحداث على انها اضطهادية بحقه وعلى انها خالية من الاحترام والتعظيم للذين يستحقهما. ولو نحن دققنا النظر جيداً لوجدنا ان بداية العصاب ترتبط بتعرض المريض الى وضعية عظامية كمثل التعرض للاعتداء او للخيانة او فقدان عزيز او خسائر مادية – معنوية او الى شكل من اشكال **العصاب الصدمي***.

وتعرف المعالج الى هذه الهيكلية يجعله يدرك ان هذه الوسواس مرتبطة باحداث حياتية صادمة ومؤثرة في حياة المريض. وذلك بحيث لا يجوز التعاطي معها على انها مظهر قلقي عابر. فهي قد تستجيب للعلاج بمضادات القلق والادوية الأخرى. الا ان هذا العلاج لا يؤثر في هيكلية العصاب الذي يبقى قابلاً لتفجير مظاهره من جديد لدى تعرض المريض الى اول مواجهة تفجر له احساسه العظامية. على ان الكلام على خلفية عظامية لا يعني أكثر من ملكية الميول العظامية. وهذه الميول تستوجب العلاج

النفسي والدوائي للحؤول دون تطورها وتطور الوسواس المرضية معها. ويكفي ان يتوصل الطبيب الى تحديد الوضعية العظامية، التي فجرت الوسواس، حتى يبدأ علاجه النفسي بمناقشة هذه الوضعية. وذبولها مع المريض. فاذا ما احس ان الوسواس تستند الى هيكلية اكثر تنظيماً من قدرته على العلاج الداعم وجب على الطبيب توجيه المريض نحو العلاج النفسي بعد ان يصف له الادوية المساعدة في علاج حالته. وعلى هذا العلاج ان يتوجه الى مجموعة العوارض المتظاهرة والى آليات القلق اللاواعية المصاحبة للحالة وتحديداً الى:

أ- العوارض المتظاهرة:

1- فقد الاهتمام: (Apathie) ويتجلى بتجنب نشاطات واشخاص كانوا، قبل المرض، مصدر سعادة للمريض. كما يتجلى بعزوف المريض عن ممارسة روتين حياته (بما في ذلك نشاطه الجنسي).

2- فقد الشهية: (Aboulie) وهذا الفقد لا يحدد فقط من خلال كمية الطعام بل ايضا من خلال طريقة اقبال المريض على تناوله وقدرته على تذوقه.

3- رهاب المرض (احيانا مرض بعينه مثل السرطان او القلب... الخ).

4- العوارض العضوية: غالباً ما يبني المريض وسواسه بناءً على اضطرابات عضوية وظيفية قد تكون ناجمة عن تضخم احساسه بجسده او عن تغيرات في سلوكه (عقب التعرض للوضعية العظامية) او عن تحسس في جهازه العصبي - النباتي... الخ. فاذا ما احس المريض بدقات قلبه تحول هذا الاحساس (بسبب الخوف والانفعال) الى شعور بالخفقان الذي يؤدي بدوره الى الخوف من معاناة مرض القلب وقس عليه.

اما عن العلاج الدوائي لهذه العوارض فان ال Fluanxol (يعالج 1 و 2) وال Xanax (يعالج 3) وال Tryptizol (يعالج 4)، هي عقاقير فاعلة، في رأينا، في علاج العوارض، (1 و 2 و 3 و 4) المذكورة أعلاه.

ب- آليات القلق اللاواعي:

1- قلق الموت: ان رهاب المرض وعصاب الوسواس المرضية ليست الا أقنعة تغلف خوف المريض من الموت. وهي تجنب وعيه (تعمل كحيلة دفاعية) مواجهة قلق الموت. ولكن ومع تطور الحالة نلاحظ ان المريض يصبح اكثر وعياً لخوفه من الموت. اذ يكفي ان يتعرض احد معارفه

البعيدين لحادثة ما (او ان يتوفى) حتى يجد المريض نفسه في مواجهة خوف حاد من الموت. وهذه المواجهة تتسبب في احداث صدمة خوافية لدى المريض. وبخاصة عندما تأتي بعد فترة من تغلبه على وسواسه المرضية. وهذه الانتكاسة غالباً ما تثبت خطأ التعامل مع الحالة على انها حالة قلقية بسيطة او هستيرية (على غرار ما يميل بعض الاطباء للتعامل مع هذه الحالة).

2- تشوه الصورة الهوائية للجسد: مع ظهور الوسواس يبدأ المريض بمعاملة جسمه (او العضو موضوع الوسواس) على انه خائن. وهذه الخيانة قد تكلف المريض حياته (بحسب مدى وعي المريض لخوفه من الموت). وعن هذا الاعتبار ينشأ احتقار المريض لجسده وخوفه من خيانتته مما يؤدي به الى انشطار الأنا عن الجسم. بحيث يعتبر جسمه مصراً لتهديد أناه.

هذا ويمكننا ان نضيف الى هاتين الآليتين آليات اخرى عديدة ولكن مختلفة باختلاف الحالة. والواقع ان العلاج النفسي يطرح هنا كضرورة ملحة لمواجهة هذه الآليات. اما عن العلاج الدوائي فان ال Nozinan وال Tryptizol هي من الادوية الفاعلة في علاج هذه الآليات.

ج- الاقتراح العلاجي:

في حال توافر عناصر التشخيص المشار اليها اعلاه فاننا نقترح الوصفة الدوائية التالية لعلاج حالة الوسواس المرضية (المراق)*.

- 1- مهدئ عظيم بجرع خفيفة.
- 2- مضاد قلق بجرع متوسطة.
- 3- مضاد انهيار بجرع خفيفة.
- 4- علاج نفسي يتناول هيكلية العصاب وبنيته الاساسية. على ان يبدأ العلاج النفسي بعد اسبوع من العلاج الدوائي، أي بعد ان يكون المريض قد تخلص من مظاهر القلق العارم واصبح اكثر ثقة بقرعة العلاج على مساعدته للخلاص من معاناته.

Thérapie Neuro

Végétative

Neuro Vegetativ Therapy

العلاج العصبي - النباتي

انظر مدرسة تكامل القائمة*.

علاج القرحة Traitement de l'Ulcer Ulcer Treatment

أن الوقاية قبل حدوث التقرح ممكن ان تقضي على احتمالات حدوث هذا التقرح وهذه الوقاية عبارة عن علاج طبي نفسي ووقائي مفاده تخليص الشخص من الربط بين طعامه وأوقات تناوله من جهة وبين دوافع الشخص وطموحاته من جهة اخرى. اما العلاج الطبي فهو يتلخص بتناول مركبات قلووية خاصة من شأنها ان تلغي مفعول الاحماض التي تفرزها المعدة وبهذه الطريقة تمنع حدوث التحسس وبالتالي القرحة. وهذا العلاج واجب التطبيق على الاشخاص اصحاب النمط السلوكي المؤدي للقرحة* حتى ولو لم يصابوا بها بعد. والعلاج الوقائي الذي يجب تطبيقه في هذه الحالة هو الاقلال من القهوة والمشروبات الروحية والتدخين الى ما هنالك من العوامل الكيميائية المساعدة على حصول القرحة.

اما عندما يحدث التقرح فان العلاج الطبي هو الخطوة الاولى التي يجب اتباعها وهذا العلاج قد يصل احيانا الى ضرورة اجراء عملية جراحية وفي هذه الحالة أي حالة حدوث التقرح فان العلاج النفسي يأتي بمثابة عامل مساعد. ويتلخص علاج القرحة على النحو التالي:

1- العلاج بالعقاقير.

أ- في دراسة أجريت تحت رعاية البروفسور ناميكي (Namiki) أثبت هذا البروفسور تأثير مادة الـ سيليبيريدي* Sulpiride في علاج القرحة الناجمة عن الضغط والإرهاق.

ب- المركبات المضادة للحموضة مثل بيكاربونات الصوديوم.

ج- عقار من شأنه التحكم في الإفرازات المعدية الحمضية وذلك عن طريق التحكم بالجهاز العصبي اللاإرادي ومن شأن هذا العقار ان يزيل السبب الفيزيوي - كيميائي المتسبب في القرحة ويؤدي بالتالي الى الشفاء منها.

2- العلاج الوقائي

أ- الاقلال حتى الامتناع عن المهيجات: كحول - قهوة - تدخين.

ب- الانتباه الشديد لدى تناول العقاقير التي من شأنها ان تزيد في تحسس المعدة كالاسبيرين ومضادات الروماتيزم مثلا.

العلاج غير الموجه (رودجرز) Thérapie non directive Rogers Therapy

العلاج غير الموجه او غير المتقيد بنظريات او بتقنيات محددة سلفا. فالمعالج بهذه الطريقة يعتمد في علاجه على علاقته المباشرة بمريضه. وذلك دون أن يقيد هذه العلاقة بشروط مسبقة. فعلى عكس التحليل النفسي فإن المعالج على طريقة (رودجرز) يشارك بشكل ايجابي في الحوار مع المريض. وذلك بحيث يعبر هذا المعالج عن عواطفه ومعاشاته، اثناء الحوار العلاجي، كما انه يتخذ المواقف. وتفترض هذه الطريقة وجوب اشعار المريض بتعاطف المعالج وبمشاركته العاطفية للمريض. وأثناء هذا العلاج على المريض ان يبرهن قدرته على تقييم وتقدير واعادة تنسيق الافكار العلاجية.

على ان المنطق العلاجي النظري لهذه الطريقة ممكن التلخيص بأنه دعوة لمساعدة المريض على تنمية شخصيته بنفسه وذلك على اساس معاشته للتجارب الراهنة التي يعيشها في الحاضر. لهذا يدعو المعالج مريضه للكلام ٧ عن نفسه في الحاضر. ٧. ومن خلال المشاركة الايجابية للمعالج تنشأ بينه وبين مريضه علاقة احترام وتفاهم وعدم تدخل منظم. وهذا يهدف الى دعم أنا المريض في مواجهة الاضطراب النفسي.

وهذه الطريقة مستخدمة في علاج الأعصاب واضطرابات التكامل والتكيف. وهي واسعة الانتشار وخاصة في الولايات المتحدة. اما عن استراتيجيات العلاج فانها تختلف من حالة لأخرى وتحدد من خلال الحوار مع المريض. وبالنسبة لمدة العلاج فهي تختلف من مريض لآخر. ويتم عادة تحديد هذه المدة بناء على الاتفاق المشترك بين المعالج والمريض. اذ يمكن انهاء العلاج حين يحس المريض بالكفاية بالنسبة لقرته على التكيف والتطور. والواقع ان البساطة الظاهرية لهذه الطريقة هي بساطة بالغة التعقيد اذ انها تفترض التمرس والخبرة الكبيرين لدى المعالج. وذلك كي يتمكن من اقامة اتصال غير مشروط وغير مقيد وأن يتمكن في الوقت ذاته من جعل هذا الاتصال مؤثرا.

ج- الاكثار من تناول الحليب الذي أثبت فعاليته في تخفيف الام القرحة والتعجيل في شفائها.

د- تعديل النمط السلوكي لمريض **القرحة*** لأنه يتسبب في حالة توتر خفيفة ولكنها دائمة.

العلاج النفسي

يجب على المعالج النفسي ان يراعي العلامات الرئيسية لشخصية المريض ولهذا فان العلاج النفسي يجب ان يتبع الخطوات التالية:

أ- مراعاة حاجة المريض للتفهم والحب والرعاية وكذلك الكشف عن دوافعه الحيوية وتحديد مدى استجاباته للتوتر الناجم عنها في سبيل العمل على تخفيف هذا التوتر.

ب- يجب افساح الفرص الكافية لهذا المريض كي يعبر عن نفسه بشكل صريح وواضح.

ج- قد نضطر احيانا لان نلجأ الى مراجعة طفولة المريض محددين علاقته بأمه بشكل خاص وبعائلته عموماً وكذلك مراجعة علاقاته مع محيطه.

د- يجب على الطبيب ان يلعب دور الموجه للمريض بحيث يساعده على الشروع في تنفيذ طموحاته وفي اكثر الحالات يمكن توجيه الاهتمام نحو امرأة المريض وتقدير ما اذا كانت قادرة على القيام بتأمين الرعاية والعطف والاهتمام التي يحتاج اليها المريض.

هـ- **العلاج الاسترخائي*.**

العلاج النفسي التحليلي

Therapie Psy – psychosomatique

Psy - Psychosomatic Therapy

يبدأ العلاج التحليلي للأمراض النفسية بالتحذير من الاستسلام للنظرة التقليدية للآلة العقلية (أي العلاج التحليلي - النفسي التقليدي). فقد أعطت هذه النظرية علائم عديدة على هشاشتها. الامر الذي يمكنه ان يقود الى احداث خلل عميق في **التنظيم النفسي*** (اي احداث امراض نفسية خطيرة) بحسب رأي مارتي واتباعه. الذين يدعون لانطلاق العلاج بالارتكاز على مبادئ هذا التنظيم ومراقبة اختلالاته ومعاودته. الامر الذي يستتبع عدم التمسك بتشخيص جامد. اذ يجب ان يساير هذا التشخيص الحالة التنظيمية ومرجة **التوازن النفسي*** التي يوجد فيها المريض، وذلك بغض النظر اذا كان هذا التشخيص مستندا الى عدم كفاية

التنظيم (انظر **الاعصبة النفسدية***) او الى اختلاله.

هذه المرونة في **التشخيص النفسدي*** تنبع من اهداف العلاج النفسدي ذاتها والتمحورة حول مساعدة المريض على (العودة الى) افضل حالاته العقلية - الوظيفية (اي تولزنه النفسدي). خصوصاً وان من واجب التشخيص ان يكون دينامياً ليعكس دينامية التوازن النفسدي الذي يمكنه ان يتعرض للاختلالات او لاعادة التنظيم (بغض النظر عما اذا كان المريض يتلقى العلاج النفسدي ام لا). فاختلالات التنظيم تترافق مع بروز بعض المظاهر الجسدية (قديمة كانت ام حديثة). في حين تترافق اعادة التنظيم مع خمود بعض المظاهر الجسدية (اكثر بطناً من ظهورها).

هذا ويحتفظ العلاج النفسدي بالمبدأ الفرويدي القائل بأن الاحلام هي الطريق الملوكية المؤدية الى اللاوعي. لكنه يضيف اليه: **المساعدة على اكتشاف تنظيم ما قبل الوعي** \forall . حتى افرد هذا العلاج طائفة خاصة من الاحلام هي **الاحلام النفسدية*** التي ترافق الامراض النفسدية وتظهر لدى المرضى بهذه الامراض كنتيجة لاختلال تنظيم ما قبل وعيهم. لذلك يركز المعالج النفسدي على الحياة الحلمية لمريضه ويتخذ من احلامه مؤشراً لاستطلاع مستوى التنظيم النفسدي لديه من خلال تحريه لقررة المريض على **التعقيل***. هذه القررة التي تتبدى من خلال نوعية الاحلام وغنى محتواها. كما تتبدى في موقف المريض من محتوياتها. **فالاحلام الفظة*** (وهي احد انواع الاحلام النفسدية) تعكس محتويات اللاوعي وكأن هذه الاحلام صور فوتوغرافية دقيقة للوعي المريض. لكن المريض يكون غير قادر على مواجهة واقعة ان هذه الاحلام تمثل رغباته اللاواعية. فيعجز عن تعقيلها وبروي الحلم وكأنه يعكس رغبات ولاوعي شخص آخر.

هذا ويسجل المعالجون النفسديون (مارتي تحديداً) الملاحظات التالية:

1- يلاحظ ان العلاج النفسي للمرضى النفسديين يؤدي لزيادة احلامهم وازدياد مقدرتهم على تذكرها وسردها. وتلاحظ هذه الزيادة بشكل خاص لدى المصابين بأمراض نفسدية خطيرة ولكن خاملة. كما يلاحظ ان انقطاع هؤلاء المرضى عن العلاج

النفسي يؤدي الى انقطاع هؤلاء عن الاحلام او ربما الى عجزهم عن تذكر احلامهم وروايتها.

2- يمكننا ان نلاحظ، نأمر، اختلالات التنظيم المتبدية اثناء فترة العلاج النفسي. وهذه الامور يمكن ان تنشأ عن:

أ- صدمة رضية حديثة (متوقعة او غير متوقعة).
ب- حيثيات العلاج النفسي (وخاصة بقسمه التحليلي).
ج- خطأ المعالج النفسي.

وعلى اية حال فان مثل هذه الرضات لا تجد لنفسها حلا من خلال الصراع النفسي - الداخلي فتعكس من خلال التجسيد عن طريق النكوص النفسي كما حصل في بداية المرض. ولهذا السبب نلاحظ ان هذا النوع من الرضات غالبا ما يؤدي الى غياب الاحلام او الى ظهور الاحلام المميزة للمرض النفسي عملياتية كانت ام تكرارية ام فظة.

3- بعد فترة من العلاج النفسي نلاحظ عودة الاحلام للظهور. وهذا الظهور هو دليل وانعكاس للتحسن الوظيفي لما قبل الوعي. هذا التحسن الذي يتضح شيئا فشيئا من خلال المحتوى الحلمى الذي يغنى تدريجيا مع تقدم العلاج وليس نأمر ان تحوي هذه الثروة الحلمية بعض التعابير الجنسية الشاذة او العدائية. وفي أية حال فان المعالج يجب ان يبقى على تحفظه حتى في حال ملاحظته لعلامة موحية للنقطة.

4- عقب اختلال التنظيم تأتي عودة الاحلام لتساعدنا في تبين الصراع الاساسي. فهذه الاحلام تكون عادة غنية بترابطاتها وبمحتواها، وايضا بتداعياتها وذلك بحيث تستطيع احيانا ان تطلق بعض الذكريات الطفولية المنسية.

والمعالج النفسي لا يهمل الروح الاديبية للصراع الاساسي لهؤلاء المرضى. هذا الصراع الذي أدى بهم الى اختلال تنظيمهم النفسي والى العواقب الجسدية المترتبة عليه.

وكما في التحليل النفسي فان **النقطة*** في حالة هؤلاء المرضى قد تؤدي الى تورط المعالج وذلك بحيث تدفعه الى تفسير الاحلام بشكل ارتجالي وعفوي. والواقع ان النفسيين اذ يشددون تحذيرهم من هذا التورط فذلك لقناعتهم بأن مثل هذه التفسيرات تقود لاحداث اختلالات جديدة في

التوازن النفسي (اي انها تزيد حدة الاعراض الجسدية).

هذا وتؤكد التجارب العيادية للمعالجين النفسيين على ان عودة الحياة الحلمية للتوازن هي عودة تدريجية. ففي بداية العلاج هنالك فترة مروحة تستمر فيها الانماط الحلمية النفسية (الاحلام النفسية). ومع تقدم العلاج تشرى هذه الاحلام وتتضمن محتوياتها دلالات عميقة تشير الى انتظام الحياة الحلمية. وهو انتظام يعكس تحسناً في جهاز ما قبل الوعي (استعادة التوازن النفسي الذي يترافق بتحسناً على الصعيد الجسدي). وفترة المروحة ضرورية لتجنب الخطر العكسي. أي خطر احتمال انقلاب اتجاه الغريزة بالمنافذ المغلقة. هذا الارتباط هو اكبر اخطار النقطة في حالة المريض النفسي.

5- ينصح مارتي بضرورة انهاء العلاج ووضع الحدود له فور التحقق، من خلال احلام المريض، من قدرته على تغطية الوظيفة العقلية المثالية (اي الفترة على **التعقيل***) وبالتالي أفضل وضع جسدي ممكن. في مثل هذه الحالة على المعالج النفسي ان ينهي العلاج حتى في الحالات التي تلاحظ فيها ان خلفية المريض مزروعة بالغام الصراعات التي لا يقوى على تحويلها الى صراعات نفسية - داخلية (مما يعني احتمال تفجر العوارض الجسدية من جديد). ولكن مثل هذه الحالة تقتضي ابقاء المريض تحت المراقبة عن طريق تحديد مواعيد متباعدة لتقويم وضعه وتطوره.

6- مهما تكن حالة المريض فان المعالج النفسي المتمرس يقدر ان يعطي نتائج ايجابية غير متوقعة.

من خلال هذا العرض الموجز للعلاج النفسي - التحليلي نجد أنه يختلف بصورة اساسية عن العلاج التحليلي التقليدي. فهو يقبل مبدأ التحليل اللامنتهي ويعتبر ان متابعة التحليل، وبعد الوصول الى درجة مقبولة من التعقيل، مضره بالمريض وبتوازنه النفسي والجسدي. كما انه يشكك في فترة المحلل التقليدي على متابعة المسارات النكوصية لاقتناره الى الخبرة في الاقتصاد النفسي. انظر: **التنظيم النفسي***.

العلاج النفسي Pharmacothérapie

الحوائي

Psychosomatique

Psychosomatic Pharmacotherapy

هنالك قائمة طويلة من الادوية التي باتت مستخدمة على نطاق واسع في علاجات العوارض النفسدية. هذه الادوية تنتمي الى كافة الفصائل الدوائية:

- 1- المهدئات العظمى: واكثرها استعمالا في الميدان النفسدي الادوية التالية: **سيلبيريد* وليفومبيرومازين* وفليبانتيكسول* وتيابريد***
- 2- المهدئات البسيطة: واهمها التالية: **كلورديازيبوكسيد* وديازيبام* وكلرازيبات* والبرازولام* ولهرازيبام* وهيدروكسيزين* وميبروبامات* وست الحسن*. وكلونازيبام*.**

3- صادات بيتا*.

- 4- صادات الفا - معدلات الجهاز العصبي - النباتي (مشتقات الايرغوتامين*)

5- ادوية اخرى وخصوصاً مضادات الانهيار (مينابرامين* واميتريبتيلين*... الخ)

وفي ما يلي نعرض لاقتراحاتنا العلاجية للعوارض النفسدية (بدون امراض مصنفة) وذلك بحسب الظواهر المتبدية على المريض.

ويعود تاريخ هذه الطريقة العلاجية الى العام 1904 حين عمد Pratt الى ادخال طريقة علاجية، حديثة في حينه، هي √طريقة الصفوف العلاجية√. وقدطبق برات هذه الطريقة على مرضى السل. فكان يجمعهم في مجموعات (تشبه الصفوف المدرسية) ويستشف المشاكل التي يعانيتها اعضاء الصف ليعمد بعد ذلك الى علاجها بشكل جماعي. ثم جاء Buck ليطبق طريقة برات على المرضى المعانين من ارتفاع الضغط. ثم عاد Choppel ليطبقها على مرضى القرحة، و Haden على مرضى السكر.

ومع العام 1920، والتطورات العديدة التي واكبت تلك الفترة، نضجت فكرة علاج المجموعة في أذهان العديد من المعالجين ممن وجهوا جهودهم نحو العلاج الجماعي، ومن أهم هؤلاء المعالجين وأكثرهم اثراً في علاج المجموعة نذكر:

Klapman, Schindler, Low, Altschuler والواقع ان التحليل النفسدي قد ساهم مساهمة هامة في علاج المجموعة. فهو وإن لم يعتمد تقنية العلاج الجماعي الا انه ناقش هذا الموضوع مناقشة نظرية على درجة كافية من الاهمية. ونذكر هنا بكتاب فرويد √الطوطم والمحرّم√. الا ان أعمال يونغ، وأبحاثه في ميدان اللاوعي الجماعي، قد لعبت دوراً أكثر أهمية في المجال.

كما كان لمدرسة الجيشتالت مساهمتها في هذا المجال. اذ عمد Kert Lewin الى تطبيق مبادئ علم نفس الشكل (الجيشتالت) في العلاج الجماعي. وليفين هو الذي أدخل مفهوم √دينامية العلاج الجماعي√. وفي العام 1947 نشر ليفين طريقة √التشخيص النفسدي الجماعي√. وهي طريقة لا تزال متبعة في المنطلقات النظرية:

تنطلق المبادئ النظرية لعلاج المجموعة من مبادئ √علم النفس الديناميكي√ ومن √علم الاجتماع المصغر√ - (Microsociologie). والسيرورات العلاجية الاهم في علاج المجموعة هي:

- 1- التماهي Identification: هو عبارة عن عملية نفسية يتمثل الشخص بواسطتها صفات شخص آخر.
- 2- التعميم universalisation: ويتلخص بتعميم المعايضة الفردية على كافة اعضاء المجموعة وحثهم على المشاركة الايجابية فيها.

العلاج النفسدي الجماعي

Psychotherapie de Groupe

Group Therapy

علاج المجموعة هو طريقة علاجية - نفسية يعتمد فيها المعالج على استخدام طرائق التفاعل (بين أفراد المجموعة) بهدف مساعدة أفراد هذه المجموعة على تخطي صعوباتهم الانفعالية والعلائقية.

على الجسد والانفعالات	وعدم اعطاء النضاح	الشخصية وتعديل آليات الدفاع	دفاعات المريض	
توقع الجسد في المكان	النقلة، التلطهير ومواجهة الحقائق	الالتحام والنقلة	universion التعميم	السيرورة الاساسية للمجموعة
اعادة اللحمة بين الانا والجسد؟ ترميم صورة الجسد	اعادة نظر واحداث تغيرات جذرية في الشخصية	اعادة النظر في دينامية الشخصية	التكيف مع المحيط والمجتمع	الامداد العلاجي
				مجالات الانس

مع ملاحظة ان المجموعة يمكنها ان تكون مغلقة (تحتوي على عدد معين من الاعضاء المحددين سلفاً قبل بدء العلاج) او تكون منفتحة (يمكنها ان تقبل اعضاء جدد) على الا يتعدى عدد افراد المجموعة الخمسة عشر شخصاً (هنالك بعض الطرق التي لا تحترم هذا الشرط بحيث يصل عدد المرضى احياناً الى ستين شخصاً). ولكن في هذه الحالات يجب ان يزداد عدد المعالجين المساهمين في علاج المجموعة).

كما ينصح الا تتخطى مدة الجلسة الساعتين وان يتم احترام اوقات وتاريخ الجلسات (وذلك حفاظاً على التزام افراد المجموعة بهذه الجلسات).

هذا وينصح بتجنب علاج المجموعة في حالات التخلف العقلي والشذوذ الجنسي واضطرابات الشخصية (المتطورة) وبخاصة الاضطرابات الزوية... الخ. كما يمنع استخدام هذه الطريقة منعا باتاً في حالات النوبة الذهانية الحادة.

وهذه الطرق العلاجية مستخدمة اليوم على نطاق واسع وذلك بسبب مميزات العديدة. اذ يمكنها ان تراقق وتتمم عدداً من الطرق العلاجية الأخرى. كما ان المجموعة اقل كلفة وأكثر جذاباً للمريض مما يعطيه العديد من نقاط التفضيل بالمقارنة مع الوسائل والطرق العلاجية الأخرى.

العلاج النفسي لمريض الاحتشاء القلبي l'infarctueux

Infarctus Psychotherapy

قبل ان نتطرق للعلاج النفسي لمريض الاحتشاء القلبي علينا أولاً ان نفهم الاضطرابات النفسية التي

3- الالتحام cohesion: اعتماداً على علم النفس الديناميكي يعمل معالج المجموعة على خلق روابط للحمة بين افراد هذه المجموعة.

4- النقلة trasfert: هي عبلة عن موقف انفعالي يقفه المريض تلقائياً امام المحلل النفسي ويتميز احياناً بالحب واحياناً بالعنوان

5- التطهير catharsis: وهو مبدا علاجي يستند الى زالة الاثر السلبي للذكريات عن طريق دفع المريض لاعادة معاشتها.

كما نلاحظ فان المقصود بعلاج المجموعة هو مجموعة المدارس والنظريات العلاجية التي تمارس العلاج على مجموعة من الاشخاص في آن معاً. وعليه فانه من الطبيعي ان تختلف التقنيات المتبعة في هذا المجال اختلافاً كبيراً وسنحاول ان نختر في الجدول التالي تقنيات عدد من اهم مدارس علاج المجموعة (انظر الجدول).

الطرق النفس-جسدية (2) (السترخاء، تكامل قامة، حركة.. الخ)	التحليل النفسي للمجموعة psy. de groupe	علاج المجموعة ذو التحليلي inspirat analyse	علاج المجموعة الداعم soutient	
1-5 جلسات / اسبوع	1-5 جلسات / اسبوع	1-3 جلسات / اسبوع	اسبوعية	التردد
6 اشهر-3 سنوات	1-3 سنوات	1-3 سنوات	لغاية 6 اشهر	مدة العلاج
معايشة الجسد واختباره في حالة من الهدوء والسترخاء والتعرف اليه بصور جديدة.	الخبرات والمعاشات والماضية والعلاقات داخل المجموعة	مناقشة المعاشات والماضية والعلاقة داخل المجموعة وخارجها	مناقشة العوامل المحيطة بشكل اساسي	مضمون العلاج ومحور الجلسات
تجنب النقلة	يتم تحليل عصاب النقلة	تحليل النقلات السلبية والاجابية	تشجيع النقلة الاجابية	النقلة
غير المشجعة	غير مشجعة امام افراد المجموعة ومنصوحة امام المعالج	تشجع امام افراد المجموعة ومنتغرة بالنسبة للمعالج	تشجع امام افراد المجموعة وامام المعالج	التبعية
تدعيم السيطرة الذاتية	تغيير آليات الدفاع	اعطاء النصح والاستشارة	اعطاء النصح ودعم	الانشاط العلاجي

يتعرض لها هذا المريض. ومن اجل ذلك علينا ان نتذكر بأن السلوك الانساني يرتكز على غريزتين أساسيتين هما غريزة البقاء وغريزة الاستمرار. وان 71% من هؤلاء المرضى يرفض (قبل اصابته) ان يعترف حتى بالأمه أو بأي شيء يهدد بقاءه ولكن الإصابة بالمرض تجعله يقف فجأة في مواجهة الموت دون ان يكون قد فكر سابقا باحتمال قرب مثل هذه المواجهة. مما يهدد غريزته في البقاء وهذه المفاجأة هي السبب الرئيسي الذي يؤدي الى تحولات كبيرة في سلوك المريض وفي نمط سلوكه بعد شفاؤه. على ان هنالك عاملا اخر وهو غريزة الاستمرار التي يعبر عنها الانسان عن طريق الممارسة الجنسية والاحتشاء يهدد هذه الغريزة ايضا اذ انها تتطلب من الجهد ما لا يرى نفسه (وهو في المرحلة الخطرة) قامرا على بذله.

لهذه الاسباب يعاني مريض الاحتشاء من حالة اختناق نفسي وهو اذا كان معتادا على مواجهة الصعوبات بعزم وثقة (النمط السلوكي أ) الا ان مواجهة الموت هي صعوبة من نوع آخر بحيث انه لا يستطيع مواجهتها بالاعتزاز والثقة بقراته الذاتية. ولهذا السبب يصل معظم مرضى الاحتشاء الى الانهيار الذي قد يبدو جليا ومن الممكن ان يظل مستترا وذلك حسب معطيات كل مريض على حدة.

وفي بحث أجريناه في مستشفى كرايوكا في العام 1983 على مرضى الاحتشاء لاحظنا ان مواقفهم كانت التالية:

1- يرفض ان يعي المرض ويحاول التصرف على انه انسان سليم وغير مريض وذلك لكي يحتفظ بعضويته في عالم الناس الاصحاء هذا العالم الذي لا يريد المريض الخروج منه وهذا النوع هو أصعب المرضى مراساً واقلهم خضوعاً للتوجيهات الطبية وهم يصابون بالانهيار المستتر*.

2- يترك نفسه مهزوما امام المرض وتظهر عليه علامات الهلع التي يعرب عنها من خلال قلقه الواضح والخوف من وجوده في المستشفى وكذلك من خلال الكثير من الألام العضوية ذات المنشأ النفسي من الصداق الى أوجاع المعدة... الخ.

3- يرى في المرض ملجأ له وفرصة للهروب من الصراعات التي خاضها لغاية اصابته واحيانا الهرب من المشكلة التي تسببت له بالإرهاق المسؤول عن الإصابة بالاحتشاء.

4- يتقبل المرض بسلبية ولا يخطو خطوة واحدة على طريق الشفاء خاضعا للقتل والقدر.

5- المواقف المترواحة بين المواقف السابقة اذ انه ليس من النادر ان ينتقل احد المرضى من احد هذه المواقف الى نقيضه او التوفيق بين أكثر من موقف من المواقف السابقة وذلك تبعا لحالته النفسية الحاضرة وحسب العلاج الذي يتلقاه.

والحقيقة فان العلاج النفسي يفرض نفسه منذ اللحظة الأولى للإصابة بهذا المرض لأن المريض ومنذ هذه اللحظة يكون عرضة لكل العوامل المذكورة اعلاه.

هذا ويقسم العلاج الى مراحل هي:

1- المرحلة الأولى:

هنالك فترة من الوقت نريحها في بداية الإصابة ذلك ان المريض يكون نائما تحت تأثير العلاج الطبي وهذه الفترة تتيح لنا الوقت الكافي لتكوين فكرة عن شخصية المريض مما يساعدنا على تحديد الطريقة التي يجب علينا اتباعها في ابلاغه نبأ اصابته بالاحتشاء وهذه هي الخطوة الأولى في تهيئة المريض لنمط حياة جديد يجب عليه اتباعه نتيجة لصابته بالمرض.

2- المرحلة الثانية:

تمتد هذه المرحلة خمسة عشر يوما على الاقل وهي الوقت الذي يجب على المريض ان يقضيه في المستشفى تحت رعاية العناية الطبية وفي هذه المرحلة يواجه المريض صعوبات نفسية جمّة. منها ان الصواع الذي أشرنا له اعلاه يأخذ حده الأقصى. كما ان المريض يكون في حرج لدى استقباله لزيارته الذين يجب علينا تحذيرهم بأنه لا يجب عليهم مبادرته ب: كيف حالك؟ ولكن عليهم بسؤاله: هل تشعر بتحسّن؟ لأن في هذا السؤال مساعدة للمريض على التكيف مع وضعه الجديد ولرألة الحرج الذي يلزم المريض حين يعلن مرضه.

والحرج الأكبر هو ذلك الذي يلزم المريض حين يساعده آخرون على قضاء حاجاته ويرونه في لحظات ضعفه هذه.

وفي نهاية هذه المرحلة يخرج المريض من المستشفى هذا الخروج يسبب الهلع للمريض اذ انه يخاف من ان يكون بحاجة لفترة عناية اضافية ولكنه لا يعلن عن هذا الخوف وعلى الطبيب المعالج لدى خروج المريض ان يؤكد له بأنه يعتقد انه لا لزوم لبقائه وكذلك بأنه أي الطبيب مستعد

للتدخل في أي وقت اذا اقتضت الحاجة ذلك ولا بأس من تحديد زيارة طبية في منزل المريض للاطمئنان.

3- المرحلة الثالثة:

بعد خروجه من المستشفى يواجه المريض مجتمعه ولكن هذه المواجهة لها ظروفها الخاصة. فالمصاب بات مريضاً وبالتالي فان مواجهته تختلف عن الماضي وكذلك المحيط الذي يرى نفسه امام مريض وتتباين المواقف فنرى المتعاطف والمشفق والمتساهل والذي يستغل هذا الضعف الخ...

وفي هذه المرحلة على الطبيب النفسي ان يحدد بوضوح الخطوات التي يجب على المريض اتباعها وان يظل على علاقة دائمة بمرضه لأن المريض ميال لتفسير أي اهتمام يظهره المقربون على انه اخفاء لمعرفتهم بخطورة مرضه وبقرب موته. والمريض ميال ايضا للوساوس المرضية في هذه المرحلة وذلك لأن المكوث طويلا في المستشفى وتناول المورفين او مشتقاته وكذلك مضادات التخثر تجعل هذا المريض يحس بوهن وضعف جسدي يحم عاده حوالي الشهرين ولكن المريض يفسره على انه نتيجة المرض مما يدعم وهو الآن يريد ممارسة غريزة الاستمرار اذاً فان اعلان المريض لرغبته بالجنس هي ظاهرة ايجابية ولكن هذه المرحلة هي إحدى أخرج المراحل التي يمر فيها المريض اذ انه وان استطاع تجاوز مسألة البقاء الا انه لا يزال مركزاً بان له وضعا خاصاً كمريض قلب ولهذا فان ممارساته الجنسية تتسم بالكثير من الحساسية، واذا ما نمت عن الزوجة تصرفات تذكر المريض بمرضه بحيث تعيقه عن الممارسة فالمريض يلجأ في مثل هذه الحالات الى الهروب سواء الى الاصدقاء او الى الخيانة الزوجية او الى داخله.

وفي هذه المرحلة الاخيرة علينا ان نحدد خطوطاً عريضة لسلوك المريض وهذه الخطوات هي التالية:

1- تحديد أوقات معينة للمراجعات الطبية والهدف من هذه الخطوة ليس فقط الاطمئنان عن صحة المريض ولكنها تهدف ايضا الى تذكيره بوضعه الخاص كمريض يجب عليه اتباع خطوات معينة وعدم تجاوز حدود معينة.

2- توسيع اطار العلاقات الاجتماعية للمريض وادخال تعديلات جديدة على حياته وذلك بهدف منعه من الوقوع في مأزق عديدة مثل كتابة

المذكرات او التفكير بما بعد الموت او الخوف على الممتلكات وما الى ذلك من المشاعر المسببة للرهاق.

3- التصرف مع المريض دائما من منطلق اننا نعلم بأنك مريض بمرض لا يمنعك من ممارسة حياتك واهتماماتك ولكنه من ناحية اخرى يقضي عليك بان تتبع نظاماً خاصاً في ذلك. اذ ان محاولتنا اخفاء معرفتنا للمرض هي محاولة ساذجة قد تؤدي الى احساس المريض بانه مهمل وبعدم وجود الاشخاص الذين يهتمون بأمره ويفهمونه.

4- علينا ان ننتبه لبعض محاولات جذب الاهتمام التي يلجأ لها المريض من وقت لآخر كأن يببالغ في وصف الآم معينة او ان يعتبر اضطراب الامعاء ذا علاقة بقلبه. ومثل هذه المظاهر تعني حاجة المريض للرعاية او ربما رغبته في زيارة الطبيب للاطمئنان على صحته. او في بعض الاحيان شعور هذا المريض بأن المقربين يعاملونه وكأنه انسان معاقى (وربما يثقلون عليه) في حين انه بحاجة لمن يذكره بأنه مريض ولكن هذا المرض غير مؤثر على حياته.

وعلى أية حال فان هذه المظاهر تعكس رغبة المريض في زيارة طبيبه ولهذا وجب على الطبيب المعالج ان يظهر تعاطفه التام مع المريض واستعداده لاستقباله بأي وقت ويعطيه رقم منزله بل وربما اتصل بالمريض ليطمئن عليه من وقت لآخر.

ج- طبيعة العلاج النفسي:

لقد دلت الابحاث التي أجريتها في مستشفى كرايوفا بأن المرضى الذين يتبعون النمط السلوكي* أوالذين يكونون عرضة للاصابة بأمراض الشرايين التاجية يرفضون عامة التقيد بالتعليمات الطبية والنصائح النفسية التي توجه اليهم. فهم لا يقلعون عن التدخين ولا يتبعون النصائح التي من شأنها ان تخفف عنهم الضغوط النفسية وتحولهم عن النمط السلوكي أ.

ولكن المريض بعد تعرضه للنوبة القلبية يصبح أكثر تقبلاً للتعليمات الطبية كما يصبح أكثر قابلية لتحويل نمطه السلوكي.

والعلاج النفسي لمريض الذبحة يقوم على السعي الى ايجاد محيط مرن يساعد المريض على ممارسة قدرته في الخلق التي تتجلى في هذه الحالة بخلق امكانيات التكيف مع وضعه الجديد

ان المنطق الذاتي للشخص وخصائص شخصيته بمثابة عوامل اساسية في الشفاء. و هو يتفهم المعاناة الشخصية للمريض ويعتبرها معاشة طبيعية من شأنها ان تغذي قراته الذهنية.

وهكذا فان العلاج هنا يتمحور حول قيام المعالج بمساعدة المريض كي ينفصل عن اعراضه المرضية وابتعد عنها (ينظر لها من الخارج). وذلك وصولا الى استعادته لحريته في ملء فراغه المعيشي √ وذلك من خلال انتقاله من المعاناة الى الفعل. وهذا الانتقال يكون صعبا لهذا وجب على المعالج ان يزرع في مريضه √ ارادة الحس √ وان يدعم لديه قرات فهم واستيعاب العيش.

هذا وتختلف مدة العلاج من حالة لأخرى وذلك تبعا لقدم الاعراض المرضية موضوع العلاج. وهذه الطريقة منسوح بها في حالات √ سوء التكيف √ وفي حالات **الرهاب* والوسوس***.

اما عن انتشار هذه الطريقة العلاجية فهو انتشار محدود تحده الخبرات الواسعة الواجب توفرها في المعالج والجهود الواجب بذلها حتى يتفهم معاشة المريض. الا ان هذه الطريقة تعتبر فتحا هاما في علوم الشفاء اذ انها توسع أفق الشفاء وتغني أبعاده النظرية.

العمل النفسي Travail Psychique Psychological Work

وهو مصطلح يرمز الى العمليات النفسية الداخلية. وقد أدخل فرويد هذا المصطلح عام 1915 للاشارة الى عمل الحزن او الحداد وهو العملية التي تلي فقدان موضوع التعلق العاطفي والتي تؤدي الى نجاح الشخص للانفصال تدريجيا عن هذا الموضوع المفقود. الا ان التركيز الاهم لفرويد قد تناول عمل الحلم وهو العملية او مجموعة العمليات التي تحول مواد الحلم (مثيرات جسدية، بقايا نهائية، أفكار الحلم) الى نتاج الحلم الظاهر. اما التشويه فهو ايضا من آثار هذا العمل.

هذا ويفرق النفسيديون بين العمل النفسي المتعلق بالعمليات النفسية الداخلية **Intrapsychique** وبين العمل العقلي المتعلق باستيعاب الحقائق الخارجية ومواجهتها والتكيف معها وهم يطلقون مصطلح **التعقيل*** على هذه العمليات. فاذا كان العمل النفسي يهدف الى حل اختلالات الجهاز النفسي فان التعقيل يهدف الى المحافظة على

كمريض. وكلما استطعنا ان نجعل من المريض اكثر مرونة استطاع المريض التكيف الافضل مع جسده المريض ومع محيطه (الذي يتناوله التأهيل ايضا ليجعله مرنا) وربما ايضا ينجح المريض في التكيف مع الازمات الحادة التي أدت الى اصابته.

ونحن اذ نركز على دور المرونة في علاج مريض الذبحة فان ذلك مرده الى ان غالبية هؤلاء ينتمون الى **النمط السلوكي أ*** (ن. س. أ) يعانون مشكلة جمود وغياب مرونة. وانطلاقا من تأمين هذه المرونة يجب اتباع الخطوات التالية:

1- **تمارين التنفس والاسترخاء***
2- علينا ان نفهم المريض بأن لمقدرته كائنات حدودا معينة وهو اذا كان يثق بنفسه بحيث يعتبر انه غير قادر على تجاوز اية عقبة فان هذا لا يعني مطلقا الثقة بالنفس وانما ذلك يكون شبيها بوضع الكلب الصغير الذي يدرك عدم قدرته على مواجهة كلب كبير او الهرب منه ولذلك يلجأ الكلب الصغير لأن يكون هو البادئ بالنباح وهذا منتهى الجمود. فاذا كان امام المريض عقبات اكبر من قراته او هي متعلقة بقوة خارقة عن رادته فعلينا في هذه الحالة ان نساعد على فهم حقيقة بأنه فرد ويجب عليه التكيف مع وضعه كفرد ومع قراته الموضوعية والحقيقية.

3- يجب ان يتعود المريض على التسامح.
4- يجب مساعدته على المرور في هذه المرحلة الفاسية (راجع مراحل العلاج النفسي).
5- عدم احداث تغييرات مفاجئة في حياته.
6- معالجة مظاهر **الانهيار*** التي غالبا ما تبدو مرافقة لمريض الذبحة.
7- معالجة التأثيرات الجانبية للمرض مثل: المخاوف، **الضعف الجنسي***، التجشؤ... الخ.

العلاج النفسي المنطقي Logothérapie

Logotherapy

طريقة فرانكل (Frankl) او العلاج المنطقي (Logothérapie) هي طريقة علاجية تفرعت عن التحليل الوجودي √ في الخمسينيات. وتعتمد هذه الطريقة مبدأ العمل على توسيع الحقل الاكسيولوجي للشخص. وذلك بحيث تنمو القرات الخيارية - التقريرية لديه. وينطلق فرانكل في طريقته من منطلقات نظرية خاصة به. فهو يعتبر

توازن الجهاز النفسي - الجسدي. فاذا ما تدنت قرات التعقيل ظهرت اختلالات هذا الجهاز بشكل اعراض جسدية.

العياء (النوراستانيا) Neurasthémie

Neurasthenia

النوراستانيا او العياء وترجمته الحرفية (الوهن العصبي) وهو مصطلح اطلقه الطبيب الاميركي جورج بيرد (G. Beard). للدلالة على لائحة عيادية من الاعراض المتمحورة حول الشعور بالتعب (الانهك) الجسدي ذي الاصل العصبي مع اعراض جسدية متنوعة (تعرف اليوم بالاضطرابات العصبية - النباتية).

من جهته اشار فرويد الى الاتساع المفرط في استخدام هذا المصطلح ودعا الى تفريره جزئيا لصالح تشخيصات عيادية. اخرى. لكن فرويد، مع ذلك احتفظ للعياء بخانة عصابية مستقلة ومميزة بالاعراض التالية: بروز الشعور بالانهك الجسدي وحالات الصداع وعسر الهضم والامساك اضافة الى مشاعر جسدية غير اعتيادية وافتقار النشاط الجنسي. بل ان فرويد قد ادرج العياء ضمن **الاعصبة الراهنة***.

ثم جاء المحلل الهنغاري ليوبولد سوندي ليميز فقد المودة العيائية (Apathie - Asthenique) وليعرفه كشكل عيادي لحالات النوراستانيا المترافقة بالانهك كما ميز حالات العياء - النزق (- Neurasthenie Irritable) وذلك على اساس تنوع الاعراض وثنائيتها. وقد لاقى هذا التمييز قبول الاوساط المتخصصة لغاية صدور الطبعة التاسعة من التصنيف الدولي للامراض (يصدر عن منظمة الصحة العالمية). التي اعادت حالات فقد المودة العيائية الى خانة النوراستانيا.

اما التصنيف الاميركي فانه عمد الى تجاهل عصاب النوراستانيا باعتباره عصابا غير معروف وذا اسس امراضية غير مؤكدة. من هنا كان اراج هذا التصنيف لأعراض النوراستانيا في خانة الاضطرابات المتظاهرة جسديا. لكن الواقع العيادي اضطر العياديين لاعادة تصنيف الاعراض العيائية في تناورات مستقلة تقسم هذا العصاب الى وحدات فرعية مما يتلاءم الى حد التطابق مع اقتراحات سوندي في العام 1930. من جهته كان سوندي قد اشار الى الاعراض المتظاهرة جسديا (كما يسميها التصنيف الاميركي)

من عيائية ومراقبة وقلقية وهيستيرية ودعا الى الحذر في متابعتها. لانها تختفي بعض الوقت (كأنها جدول مياه جوفية) ثم تعود للظهور الى السطح لتأخذ عندها اسما آخر. بهذا يكون سوندي قد حذر من اطلاق تسميات مختلفة على الاضطراب نفسه وذلك بسبب وقت ظهوره وظروف هذا الظهور. فاذا ما دققنا النظر في هذا التحذير فإننا نجد فيه نقدا مسبقا للتصنيف الاميركي.

فأين اخفى الطب النفسي الاميركي النوراستانيا؟ وهو الذي يعرف انقلابات عديدة على صعيد المفاهيم. فها هو قد بات يعتبر النوراستانيا اضطرابا غير ذي معنى لدرجة اللامبالاة بوضع اصول وينود لتشخيصه؟ ثم هل ما زالت، في المقابل، هناك حضرات مهتمة بمعالجة الموضوع (كالصين مثلا)؟

ان سوندي، بعد بايرد بحوالي الخمسين عاما، لم يعتبر النوراستانيا كمرض متميز بل هو اطلق الشكوك حول اصلها الحضاري. في المقابل كان سوندي يعتقد بأهمية هذا المرض، ذي الاساس البيولوجي، لدرجة ادخاله في تصنيفاته للانماط الجسدية (العصبية - النباتية والهورمونية). هذه الانماط التي اهتم بها سوندي ومعاصروه (خصوصا Kretschmer, Stiller). ولقد ميز سوندي من هذه الانماط الاشكال الاساسية (فقد المودة العيائية) والنزق - المربوع (كلاهما انماط جسدية نوراستانية). وصولا الى ازواجية الشكل الاصلية للتكوين البدائي للانسان. ثم استنادا الى هذين النمطين النوراستانيين والى اشكال ردود الفعل المحددة من وجهة نظر تكوين الاسلاف، التي حددت بطريقة عشوائية، اصيب مفهوم النوراستانيا بالاهمال وبالتجاهل. اضع الى ذلك ان الامناء على نظرية المنع الانفعالي للاعصبة لم يستظرفوا النوراستانيا. فهي تتبدى بأعراض يمكنها ان تكون مشتركة مع قائمة من الامراض العضوية (عندما تكون في بدايتها) وكذلك مع الاثار الجسدية التي تخلفها قائمة اخرى من الامراض العضوية (انظر بلوير - حول الحالات شبيهة النوراستانية او بونهريفر - حول تضخم الاحساس الانفعالي).

ان باحثين متميزين، ممن اهتموا من قريب او من بعيد بالنوراستانيا، لم يتمكنوا من تخطي مستوى وصف الظواهر. حتى ولو هم اقتربوا من الموضوع من خلال المقاييس الانتروبولوجية والملاحظات

النفسية الامراضية او من خلال الطرق التحليل - نفسية. هكذا فان الفضل انما يعود الى سوندي بالنسبة لاطلاق البحث حول الاسباب المؤدية للنوراستانيا من خلال طرق تجريبية. فاعتمد في بحثه الفحوصات الفيزيولوجية للتعب وللاراضية غير المعلومة عن طريق قياس ردة فعل الجسم عقب تناول كميات كبيرة من السكر. وذلك بهدف التفريق بين اشكال فقد المودة والاشكال النزقية للنوراستانيا. بحيث كانت الاشكال النزقية تسجل خطأ يبلغ 2,5 ضعف ذلك الذي تسجله اشكال فقد المودة. ان دراسة سوندي لحركات السكر (الايض) في الجسم كانت تكتسي طابعاً غدياً تماماً كما يجري في الابحاث المعاصرة.

ان هذه الملاحظات تستأهل تحريماً للمسألة ولمعرفة معادلات كلا الشكلين النوراستانيين في التصنيف الاميركي المراجع عام 1987 خصوصاً وانهما مختلفان ليس من حيث الاعراض فحسب بل من حيث الاسباب المؤدية لظهورهما ايضاً. نلاحظ ان √ فقد المودة العيائي √ يقترب مما يسميه التصنيف الاميركي بـ √ انعدام الزواج √ ولكننا نعود فنجد هذه العوارض في خانات اخرى غير مزاجية مثل √ اضطراب الشدة عقب الصدمة √ او في √ تناذر الاستنفاد الزمن √ اما اعراض النوراستانيا النزقية فانها تغطي بشكل كامل تقريباً اعراض √ مرض الهلع √ وبمعنى آخر فان √ نوبة الهلع √ هي المعادل الحديث لما كان يسمى √ بالنوراستانيا الحادة √.

اذا واستناداً الى هذه المعطيات نتساءل عما اذا كان بالإمكان التفريق بين حالات الهلع وحالات انعدام الزواج عن طريق استخدام التقنيات العصبية - الغددية (وهي في غاية التطور اليوم بحيث تتيح لنا متابعة ايض السكر على صعيد الاعضاء - مما لم يكن متوافراً لدى سوندي الذي استخدم طريقة بدائية لهذه المتابعة)؟ في الاتجاه نفسه نتابع السؤال عما اذا كانت تطورات ابحاث الهندسة الوراثية والانتروبولوجيا قد ادت (خلال الخمسين سنة الأخيرة) الى الاقتناع بضرورة ايلاء اهمية اكبر لآثار الانماط الجسدية وعلاقتها السببية بالامراض. او ليس النمط المربوع من ضمن الاسباب التي تجعلنا نتوقع مستقبلاً افضل للفصامي؟ واولاً يهمل التصنيف الاميركي اهمية هذه الانماط التكوينية؟ هذا الاهمال الذي يمتد الى اكثر من

صعيد. اذ يطال المحور الثاني (الذي يدرس نمط الشخصية) والمحور الثالث (الذي يدرس الامراض الجسدية). اصف الى ذلك ان سوندي لم يهمل دراسة ما نعتبره من عناصر الجدة في التصنيف الاميركي. هذه العناصر المتمثلة بالعوامل الشدية النفس اجتماعية التي تطرق اليها سوندي تحت مسمى √ عوامل المحيط المحركة للاستعداد التكويني للصابة بالنوراستانيا √ كالحرب والاضاع الصدمية عموماً.

هنا يهمننا ان نعرض لتجربتنا في العيادة اللبنانية اثناء الحرب. هذه التجربة التي جعلتنا ميالين لتبني المفهوم القديم للنوراستانيا وربما لقبول المبدأ الظاهري، الذي اعتمده التصنيف الاميركي، في تصنيف لعراق (الوساوس المرضية) وهستيريا القلق والقلق والعياء في خانة الاضطرابات المتظاهرة جسدياً.

الا ان تطبيق **اختبار شيلونغ*** اعادنا الى تقسيم سوندي للحالات العيائية. حيث اشارت نتائج هذا الاختبار الى توزيع المعانين من هذه المظاهرات الجسدية الى نوعين.

- 1- منخفض النشاط (نزقي وسواسي وهستيري).
- 2- منخفض الحيوية (معادل لفقد المودة العيائي).

غايات السيكوسوماتيك Les fins

de la

Psychomatique

Psychomatic Finality

مثله مثل أي فرع ناشئ يحتاج الطب النفسي الى توضيح غاياته والسبل والوسائل الخاصة التي يعتمد عليها للوصول الى الشفاء وهو الغاية في كافة فروع الطب وفي رأينا ان هذه الغايات ممكنة الاختصار بالنقاط التالية:

1- تحديد الانماط النفسية الخاصة بكل مرض جسدي على حدة: وهذا التحديد يختلف من مدرسة لأخرى حسب التصنيفات التي تتبعها هذه المدارس. وفي حال التوصل لتحديد دقيق لهذه الانماط يصبح من الممكن التنبؤ باحتمال الاصابة بالمرض قبل وقوعه مما يدعم العلاج الوقائي لدرجة يمكن التأمل معها بالحد من نسبة انتشار هذه الامراض وبشكل خاص الخطرة منها.

والواقع ان هذا الامل لم يعد بالبعيد المنال فبعد أنماط Alexander & Dunbar هنالك أنماط Friedmann & Rosenman التي حددت العلامن

النفسية للمرضى المعرضين للاصابة بالذبحه والاحتشاء القلبيين بحيث بات من الممكن اجراء علاج نفسي وقائي يهدف لتعديل العلائم النفسية المؤدية لهذه الامراض وبالتالي للتقليل من احتمال الاصابة بالمرض.

من المنطلق ذاته استطاع مارتي Marty ان يحدد البنية النفسية الاساسية والعلائم النفسية المرافقة لها في حالة الاصابة بالامراض الخطرة مما يفتح ابواب امكانية العلاج النفسي الوقائي للامراض الخطرة. وسيتم بحث هذه الامور في الفصل الثالث من هذا الكتاب عبر دراسة ميدانية.

2- الوصول بالمرضى الى الوضع الاكثر توازنا بين حالته النفسية وحالته الجسدية: ويختلف السيكوسوماتيون في تعريفهم لهذا التوازن. ففي حين يطلق كانون تسمية حالة التوازن The stady state يطلق مارتي تسمية **التنظيم النفسي - الجسدي** * Organisation √

Psychosomatique" اضافة لقائمة طويلة من التسميات التي لا تختلف فقط من حيث التعبيرات ولكن ايضا من حيث الطرق المتبعة للوصول الى هذا التنظيم **النفسي - الجسدي** *.

3- ادخال منهجية جديدة على التفكير الطبي التقليدي وذلك بحيث نجنب المريض أخطار الاصابة بالامراض الجسدية بسبب معاناته النفسية ومن ثم تحول دون تطور حالته النفسية نتيجة للاصابة الجسدية. هذا ويرى السيكوسوماتيك حاليا البشائر الاولى لدخول هذه المنهجية الجديدة ميدان التطبيق العملي، وذلك عن طريق نشوء اختصاصات طبية جديدة، متفرعة عن السيكوسوماتيك، ومنها نذكر العلوم الجنسية و**المناعة النفسية** *... الخ.

بهذا يكون الطب الحديث قد استجاب لدعوة أفلاطون لاقامة الروابط بين النفس والجسد اثناء علاجنا للمريض.

4- استغلال العلوم الانسانية وعلم النفس في طليعتها لتحسين المستوى العام للحياة الانسانية. وصولا بالفرد الى أفضل مستوى عقلي - صحي يمكنه من القيام بوجه كاملا في خدمة الانسانية. فمارتي مثلا يرى ان الانسان √ هو وحدة حية مدفوعة في فضاء الحياة لفترة معينة √. ومن الطبيعي ان يحاول الانسان ان يؤمن الظروف الحياتية الافضل لنفسه خلال هذه الفترة. ومن هنا الاهداف البعيدة المدى التي يرمي اليها

السيكوسوماتيك، على مختلف مدارسه، بدءاً بمحاولات القضاء على الالم ومروراً بتجنيب المريض للعلاجات - الرضية - الصدمية مثل الجراحة والمبالغة في استعمال العقاقير... الخ.

اما السيكوسوماتيون - المحللون فانهم يعملون جاهدين لتسخير التحليل النفسي في خدمة صحة الانسان الجسدية بعد ان تم استخدامه على الصعيد النفسي - العلاجي.

5- المساهمة في تكوين نظرة كلية متكاملة عن الوجود الانساني وعن الانسان. وذلك وصولا لترسيخ نظرة موسوعية تأخذ بعين الاعتبار مختلف العوامل المساهمة في استقرار وتوازن الانسان وتطوره المستقبلي.

غياب الأحلام Absence des Rêves Dreams Absence

يلاحظ مارتي، والسيكوسوماتيون اجمالا، غياب الاحلام لدى بعض المرضى النفس - جسديين. وهم لا يجزمون ما اذا كان هذا الغياب فعليا او متأثرا عن نسيان الاحلام بسبب اضطرابات النوم ومراحله. الا ان مارتي يؤكد بان الاحلام تعود للظهور لدى هؤلاء المرضى بعد فترة من العلاج النفسي (تختلف من مريض لآخر تبعا لعوامل عديدة). على ان عودة الاحلام هذه تتم بصورة تدريجية، ففي البداية نلاحظ ان هذه الاحلام تكون مشوشة وغير منتظمة. ولكنها لا تلبث ان تنتظم مع تقدم العلاج النفسي. وهذا يعكس فعالية العلاج النفسي لأنه دليل على التحسن الوظيفي المطرد لجهاز ما قبل الوعي. انظر الاحلام **النفسية** *.

فرط افراز الدرقية Hyperthyroïdie Hyperthyroïdy

اشارت الادبيات الطبية الكلاسيكية الى العلاقة بين الانفعالات وبين فرط الدرقية. وفي عام 1970 قام الباحث Hetzel باجراء سلسلة دراسات في هذا المجال محاولا الاجابة على السؤال التالي:

- هل تلعب الصدمات النفسية دور المولد الحقيقي للمرض؟ ام انها تتسبب فقط في تضخيم ردة فعل الجسد الذي يكون مصابا سابقا بالمرض بشكله المخفف بحيث ان زيادة افراز الهرمونات الدرقية

فرط الجنب درقية

Hyperparathyroidie

Hyperparathyroidia

تتجلى زيادة افراز الغدة الجنب درقية بالمظاهر التالية:

- 1- المظاهر النفسية: فقدان القرة على المباراة. انخفاض سرعة البديهة والنزق البالغ وانخفاض الشهية والوهن النفسي - الجسدي والانهيار احيانا. مظاهر ذهانية وفقدان الوعي في الحالات المتطورة.
- 2- المظاهر الجسدية: تغيرات في شكل العظام كسور في العظام الطويلة وآلام فيها. تكون حصى الكلى ونشاف الجلد والغثيان والقيء وآلام المعدة.
- 3- الفحوصات المخبرية: ارتفاع نسبة الكلس (فوق 13 مغ%).
- زيادة الفوسفات - شعاعيا تظهر العظام متعربة من الكلس وهشة وعرضة للكسور.

Amencéphalie

Amencephalia

فقد الدماغ

ويترافق هذا الاضطراب مع تشوهات عضوية - خلقية معقدة وعلى جانب كبير من الخطورة. وهو لا يعيش في العادة. ومن هنا محدودية ظهور هذه الحالة في عيادة الطب العقلي.

Flupentixol

Flupentixol

ويسوق باسماء Emergil, Fluanxol هو من المهدئات العظمى وهو مضاد فاعل في علاج حالات القلق ومظاهره الجسدية والوساوس المرضية والتوتر النفسي. وهو في رأينا أفضل العلاجات المتوافرة لعلاج حالات فقد الاهتمام - فقد الشهية (Apatho - Aboulie) وهو عارض مميز للمرضى المعانين من الصراعات النفسية او **الانهيار*** او **الصدمة*** او الوسواس المرضية او **المراق*** او

كانت قبل الصدمة زيادة طفيفة يستطيع الجسم تعويضها وطمس مظاهرها؟

وبعد الدراسات المستفيضة قدم لنا هذا العالم فرضية مفادها ان الصدمات النفسية ممكن ان تتسبب في بعض الحالات باختلال توازن اجهزة المراقبة المناعية للجسد وهذا من شأنه ان يؤدي الى اختلالات افرازات الرقية بشكل مباشر. ويقول Hetzel بأن هذا الاختلال ممكن ان يطال مجموعة الغدد الصماء وبالتالي فانه يؤثر على الغدة الرقية بشكل غير مباشر.

اما العالم Pittman فهو يعتبر ان الصدمات النفسية او الانفعالات المرهقة ممكن ان تؤدي في بعض الحالات الى استجابات خاطئة للغدة الكظرية، وذلك فقط عند الاشخاص الذين يملكون استعدادا طبيعيا لهذا الاختلال الذي يؤدي بدوره الى تحرير مجموعة خلايا ليمفاوية تلعب دور المولد للمرض. وخلاصة القول فان جميع الابحاث الحديثة تؤكد على الدور الرئيسي الذي تلعبه الصدمات النفسية في ظهور المرض وتطوره.

اما عن مظاهر المرض فهي التالية:

أ- على الصعيد النفسي. تسارع القرات النفسية (زيادة الانتباه التلقائي والرادى) مع نقص القرة على حفظ معلومات جديدة (اضطراب ذاكرة) مع مرلوحة مزاجية هامة ونزق وقلق مع زيادة حركة. وتظل هذه المظاهر النفسية عادة في اطار العصابية لكنها قد تتحول نامرا الى ذهانية الطابع.

ب- على الصعيد الجسدي: جحوظ العينين والشعور بالحرارة وزيادة نبض القلب والوهن العضلي والتعرق والاسهال وارتجاف الاطراف وزيادة الشهية مع نقص الوزن.

ج- الفحوصات المخبرية: زيادة نسب الهرمونات (T3) و (T4) وزيادة الايض الاساسي ونقص الكوليسترول.

د- الفحوصات الحوائية: في حالات فرط افراز الرقية الكاذب قد تظهر هذه الاعراض دون اية زيادة هرمونية. في هذه الحالات ينجح دواء **ميبروبامات*** Meprobamat في علاج الحالة.

عصاب القلق* وذلك شرط استخدامه بالجرع الملائمة (1 الى 3 مغ يوميا). ولا يخلو استعمال هذا الدواء من بعض الآثار الجانبية البسيطة كمثل جفاف الحلق وانخفاض بسيط في الضغط (قد يؤدي للاحساس بالدوار خلال الايام الاولى لاستعماله).

فينيل الانين

Phenylalanine

Phenylalanine

وهذه المادة هي من مولدات الكاتيكولامين \forall الادرينالين (الكظرين) والنورادينالين \forall . ولقد اثبتت الابحاث فعاليتها في علاج الانهيارات الداخلية المنشأة التي تقاوم العلاج بمضادات الانهيار المعروفة. ويذكر فيشر ومعاونوه نجاح هذه المادة في علاج 17 حالة من اصل 23 حالة انهيار مقاوم للعلاج وذلك خلال 15 يوما. الا ان هذه المادة تتسبب في اثار جانبية من بينها صداع الشقيقة. لذلك يفضل استبدالها باحدى مشتقاتها وهي (D.L.P).

وتنجح هذه المادة في علاج حالات القلق واضطرابات النوم والعدائية والوساوس المرضية عندما تفشل الادوية الاخرى في علاجها.

هذا ويلاحظ \forall سانديلي \forall ان نسبة هذه المادة ترتفع بمقادير كبيرة لدى الذهانيين الخطرين. وهذه الملاحظة تدعم الفرضية القائلة بدور الدوبامين في احداث الفصام.

يعطى الدواء بجرع تتراوح بين 50 و 100 مغ في اليوم مع الانتباه الى أثره الجانبية.

قائمة منيسوتا متعددة الوجة

M.M.P.I

M.M.P.I

قائمة منيسوتا متعددة الوجة (Minnesota Moltiphasic Personality inventory-(M.M.P.I).

هذه القائمة هي أكثر الاستخبارات (الاختبارات المكتوبة) استخداما وانتشرا بحيث تراكمت حولها الخبرات وصولاً الى تفرعها لقوائم فرعية باتت مستقلة عنها بصورة شبه تامة.

وضع هذه القائمة الباحثان ستارك هاثاواي (Hathaway) وتشرنلي ماكنلي (Me Kinley, j,c) واستخدمت على نطاق واسع خلال الحرب

العالمية الثانية. ليستمر استعمالها واسعا في ميدان علم النفس العيادي. وقد عربها الباحثون العرب: عطية هناك وعماد الدين اسماعيل ولويس مليكة.

تشتمل هذه القائمة على 550 بنداً على شكل عبارات تقريرية. وتستخدم في ثلاثة اشكال: بطاقات وكتيب وشريط مسجل (لاسباب فنية يحتوي الكتيب على 566 سؤالاً بدلاً من 550). القائمة موضوعة اساسا للراشدين 0 سن 16 وما فوق) ومع ذلك فقد طبقتها بعض الابحاث بنجاح على صغار المراهقين. في نسختها الاميركية هناك ثلاثة احتمالات للجابة: صواب وخطأ ولا اعرف. اما النسخة العربية فتقدم احتمالين فقط: نعم اولاً.

لدى مراجعتنا لبنود هذه القائمة نجد ان 504 من بنودها (من أصل 550 بنداً) هي بنود مشتقة من القوائم السابقة لها (مثل مقاييس غيلفورد العاملة) ومن التقارير العيادية وكراسات المقابلات الطبفسية. وقد اعتمد تقنين هذه القائمة على ثمانني مجموعات من المرضى هي:

– المرضى الذين ابوا اهتماماً غير مالوف بوظائفهم الجسدية.

2- المرضى المعانون من اضطرابات انهيارية غير متداخلة نسبيا مع غيرها من الاضطرابات.

3- المرضى الذين تبديت لديهم استجابات من نوع التحويل.

4- المرضى الذين خضعوا لمقابلات طبفسية يطلب من المحاكم بسبب سلوكهم الجانح.

القرحة

Ulcère

Ulcer

ان الحديث عن الامراض السيكوسوماتية للجهاز الهضمي يقودنا حتما الى الكلام عن القرحة. هذا المرض الذي كان نامراً في نهاية القرن الماضي وبداية هذا القرن لكنه أخذ بالازدياد يوما بعد يوم ولا يزال بحيث باتت القرحة تمثل احدى أعقد المشاكل التي تواجه الاطباء في الوقت الحالي.

والعلاجات التقليدية للقرحة بما فيها العلاجات الجراحية تؤدي للتخفيف من حدة المرض ولكنها لا تستطيع القضاء عليه. ولهذا السبب نلاحظ ان عدداً كبيراً من المرضى عولجوا جراحيا بحيث ازيلت لهم مناطق التقرح واصبح بالتالي من الطبيعي ان تزول جميع أعراض المرض ولكننا عملياً نلاحظ أن

غالبية هؤلاء المرضى يعانون بعد العملية من مجموعة أعراض بعضها ذو طبيعة عصابية في الوقت الذي يفترض فيه بأن هذه الجراحة تزيل جميع مظاهر المرض.

وفي وقتنا الحالي يميل الأطباء الى اعتبار الحالة النفسية للشخص هي المسؤولة اولا عن اصابته. فقد أدى ازدياد عوامل القلق النفسي الى ارتفاع كبير في عدد الاصابات بهذا المرض. لكن تفسيراً حديثاً لهذا الارتفاع تمثل باكتشاف باحثين اوستراليين ليكتيريا خاصة - بيلو بكتيريا - مسؤولة عن الاصابة بالقرحة، الامر الذي يحول اثر العوامل النفسية الى صعيد الآليات المناعية.

ومن المعلوم ان مثل هذه الظواهر المدعمة بالاحصاءات تلفت نظر العلماء ولكنها لا تكفي لاثبات هذه الظاهرة علمياً ولهذا السبب قام الباحثون باجراء تجارب عديدة على الحيوانات معرضين هذه الحيوانات لمختلف انواع الضغوط النفسية والانفعالات ومن بين هذه التجارب تجربة أجريت على قرد يزن 5 كلف وضع بعد صيام دام 24 ساعة على كرسي خاص ووضعه في حوض ماء حرارته الثابتة 20 درجة مئوية. وقام العلماء بادخال منظار (Fibroscope) في فم القرد وصولاً الى معدته بحيث استطاعوا رؤية الغشاء المخاطي المغلف لجدران المعدة. وبعد ساعة من تعرض القرد لهذا الضغط النفسي بدت على الغشاء المخاطي دلائل اضطرابات تغذية الدم اما بعد مرور 3 ساعات على هذه التجربة فاضطرابات التغذية تحولت الى نزيف في مختلف أنحاء المعدة بحيث بدا الدم منتشراً في جميع مناطق المعدة وأخيراً بعد 5 ساعات من هذه التجربة نلاحظ ان الغشاء المخاطي للمعدة اصبح كلياً مغطى بالدماء. وبهذه الطريقة أثبت العلماء بأن الإرهاق الملازم لما يسميه شيلبي **بتناذر التكيف*** والذي يتلخص باختلال التوازن بين العوامل الخارجية المهددة وبين العوامل الداخلية المدافعة. أما عن مراحل الاصابة بالقرحة فهي التالية:

1- تهيج افرازات حامض الكلوريدريك والبيسين.
2- تهيج الجهاز العصبي اللارادي والعصب الحائر على نحو خاص مما يؤدي بدوره الى زيادة افراز كل من حامض الكلوريدريك والبيسين والگاسترين.

3- تهيج الجهاز العصبي السميتاوي الذي يؤدي الى موت قسم من عضلات المعدة وكذلك ظهور النزيف.

نظرة تحليلية لشخصية مريض القرحة

يعود المحللون النفسيون بالجذور النفسية للمرض الى مراحل الطفلة الاولى ويعتبرون الام هي المسؤولة الاولى اذ انهم يفسرون الصراعات العصابية (والذهانية أحياناً) على أنها انعكاس لعدم قررة الام على تلبية رغبات طفلها الغذائية.

فالام اذا استطاعت الاجابة على الاشارات الدالة على حاجات التغذية لدى طفلها. اجابات متلائمة او على الاقل متقاربة من رغباته الحقيقية فانها بذلك تساعده على تعريف احساسه بالجوع وذلك بأن تساعده على التمييز بين احساسه بالجوع وبين بقية حاجات جسمه ورغباته من جهة اخرى وعكس ذلك يحدث عندما تكون استجابات الام مبهمه وغير متوافقة مع رغبات الطفل الغذائية. كأن تهمل الام هذه الرغبات، تعيقها، تجربها أو أن تعتمد اجابة واحدة لا تتغير على كل رغبات الطفل ومثل هذا الطفل يجد نفسه فيما بعد عرضة للارتباك الشديد والحيرة في تفسير رغباته بحيث يجد صعوبة في الاعراب عنها (وقد رأيت من هؤلاء الاطفال من يقول أنا جائع يرتقال أو أنا جائع حلوى.. الخ وهذا ليعوض تصرف الام).

وفي مرحلة متقدمة تجد ان هذا الطفل يصبح انساناً غير قادر على التمييز بين شعوره بالجوع وشعوره بالقرح مثلًا ففراه يخلط بين هذه المشاعر وهذا النوع من الخلط يعطينا في الحالات المتطرفة صوراً كاريكاتورية لمريضين (ذهانيين) الاول مريض السمنة المفرطة والثاني مريض الهزال وتصرف الام هو الذي يحدد سلوك الطفل الغذائي فاذا كانت الام شديدة الاهتمام بنفسها وبمشاكلها الخاصة فاننا نراها ترد كل الاشياء الى ذاتها وتفسرها وكذلك ولهذا السبب فهي تفسر رفض طفلها لتناول طعامه على أنه عدائية يوجهها الطفل نحوها وللسبب عينه فهي تفسر اقبال طفلها على الطعام بأنه دليل محبة الطفل لها.

انظر النمط السلوكي لمريض القرحة*.

القلق لدى المرأة (Anxiété (chez la femme))

Womanhood Anxiety

القلق عامة هو الخوف والترقب المرضيان اللذان لا يرتكزان الى اسباب منطقية. على ان المريض وان اقتنع بعدم منطقية خوفه الا انه يعجز عن مواجهته. ويمكن للقلق ان يتبدى من خلال عوارض عيادية محدودة كما يمكن له ان يتطور ليبلغ حد الرهاب*.وبما أن المرأة أكثر صراحة في الاعراب عن قلقها وبسبب العلام المميزة للقلق لديها فاننا نورد في ما يلي خصائص القلق لدى المرأة- اما من الوجهة الجسدية فان اضطرابات هرمونية- عصبية عديدة تكمن خلف تناذر القلق. وهذه الاضطرابات هي:

- 1) زيادة افراز الدرقية*.
- 2) زيادة افراز الكظرية.
- 3) زيادة افراز الادريالين.
- 4) زيادة افراز الانسولين.

ومن الخطأ اهمال هذه الرابطة النفسية- الجسدية اذ ان هذا الاهمال قد يؤدي الى تطور مظاهر القلق والمساهمة في تعميق الاضطراب الهلوموني. وفي هذا المجال نورد باختصار شديد المثال التالي: سيدة كانت تعاني خوفاً غير منطقي (هاب) في حالات وأوضاع معينة. وبعد سنوات من العلاج النفسي تبين ان هذه السيدة تعاني زيادة في افراز الادريالين مما كانت يتسبب بزيادة دقات قلبها في أوضاع معينة على وجه الخصوص، وقد عولجت هذه السيدة بنجاح باستعمالها لاحد العقاقير **صادات بيتا*.**

هذا ويتبدى القلق من خلال مطالوته للنواحي التالية:

أ- **الاضطرابات السلوكية:** تبدو مريضة القلق في حالة من الهياج وعدم الاستقرار. وهي تبدأ عدة أعمال في أن معاً دون ان تنهي ايا منها. وهي متعجلة عديمة الصبر لا تقوى على الانتظار او الجلوس لفترة طويلة... الخ) وهؤلاء المرضى قد يقلقون من الاطباء فيتهربون من الحقن، من دكتور الاسنان... الخ. كما يلاحظ لدى مرضى القلق تطور التشنج العضلي (**الدروع العضلية***) وخاصة في منطقة الكتفين بحيث يمكن ان تجد المريضة صعوبة في ادراة رأسها (وكانها مصابة بالتهاب مفصلي).

قصور افراز الدرقية Hypothyroidie Hypothyroidia

يؤدي قصور افراز الغدة الدرقية الى تبدي المظاهر التالية:

- 1- **المظاهر النفسية** - تباطؤ وانحطاط نفسي- حركي (تباطؤ النمو الذهني لدى الاطفال). ويتجلى ب-: انخفاض الانتباه والنشاط واضطراب الذاكرة وانخفاض الحركة والتفاعل العاطفي والشهية. - مظاهر عصابية وأحياناً ذهانية.
- 2- **المظاهر الجسدية العامة** - الاغشية يابسة ومترمة والشعر خفيف ويتساقط والصوت خشن والوجه ملون ومستدير (كالقمر).
- تباطؤ النبض.
- امسك.
- ضعف جنسي.
- نزيف العادة الشهرية.

3- الفحوصات المخبرية

نقص الايض الاساسي 20% وزيادة الكوليستيرول وتغيرات في تخطيط القلب (زيادة سعة الموجات) والعضلات والدماغ (نقص سعة الموجات).
الهورمونات T, PBI, TSH منخفضة.
انظر **الاضطرابات الغددية*والمناعة النفسية***

قصور الجنب درقية Hypoparathyroidie

Hypoparathyroidia

المظاهر النفسية: انخفاض الانتباه والذاكرة والتركيز. مع قلق ومظاهر انهيارية وهاب. تظهر العلام الذهانية في حالات الانخفاض الحاد لنسبة الكلس.

المظاهر الجسدية: الجلد ناشف، الشعر يتساقط، نادر، وهن عضلي، آلام وتقلصات في الاحشاء، زيادة التهيج العصبي- العضلي.

الفحوصات المخبرية: - نقص نسبة الكلس.

- تخطيط القلب QT,SR,QT.

- تكتف العظام في الصور الشعاعية.

انظر **الاضطرابات الغددية***

انظر **المناعة النفسية***

ب- اضطرابات دماغية - نباتية: وتتجلى بالأم الرأس (خاصة الصداع القذالي) الناجمة بدورها عن التشنج العضلي، الشعور بالوار و ايضا الشعور بنوبات حررة تجتاح الجسم.

ج- اضطرابات القلب الوظيفية: خفقان القلب، اضطراب نبض القلب، الشعور بالضغط (بعدم الارتياح) في منطقة الصدر (وخاصة تحت الثدي اليسر)... الخ.

د- الاضطرابات التنفسية*: تسارع التنفس بطريقة غير منتظمة، تنهدات تتخلل التنفس، الشعور بأن الهواء الذي تشهقه المريضة غير كاف. وتهدأ هذه المظاهر التنفسية اذا ما نجحنا في جذب انتباه المريضة من خلال الحديث، الانفعال، الجهد الفكري او الجسدي الموجه.

هـ- اضطرابات احشاء البطن: الامساك التشنجي، التشنج، صعود افرازات المعدة نحو البلعوم، نتيجة للهواء الداخل الى المعدة.

و- الاضطرابات البولية- التناسلية: زيادة مرات التبول، آلام المثانة، الاجهاض الفجائي والمهبلية*.

ز- اضطرابات متنوعة: يتصاحب القلق بتغيرات تطال الجلد (يمكن تسجيل التوتر الجلدي عن طريق آلات خاصة) والعضلات (تخطيط العضلات). اما تخطيط الدماغ فهو يظهر عنف استجابات مريضة القلق للالتزات الضوئية. وتهيمن على هذا التخطيط موجات بحيث يبدو مسطحا أما على الصعيد الهرموني فان الابحاث تبرهن على توافق القلق مع عدد من الاضطرابات البيولوجية مثل انخفاض نسبة الفينيل الانين، انخفاض عدد خلال الدم الايوسية ارتفاع افراز حامض الهيبيريك AC. Hipuric وغيرها. وأخيرا فان مظاهر القلق تنعكس على المظهر الخارجي للمريضة وتحديدًا على وجهها. وتأتي هذه الانعكاسات نتيجة لمجمل الاضطرابات المذكورة اعلاه وتتجلى بتشنج الوجه، نظرات قلقة وغير ثابتة، آثار الارق، نحول الوجه... الخ.

يصعب. وصفه وهذه الحالة تؤدي الى الجمود الفكري او الى النكوص الاولي وفي كلتا الحالتين فإن القلق المتفشي انما يعكس هشاشة وعدم كفاية الارصانات* العقلية وبالتالي فهو يعكس سوء التعقيل*. واصابة مرضى القلق المتفشي بالمرض الخطر من شأنها تحويل هذا القلق وابداله بقلق حقيقي على حياتهم.

القهم العقلي

Anorexie Mentale

Mental Anorexia

القهم (أو اباء الطعام) العقلي: وقد وصفه للمرة الاولى Laségue في العام 1924 ويتلخص في اربعة مظاهر اساسية هي:

- 1- تخلف بحيث تبقى المريضة في مرحلة النضج التي توصلت لها لدى استقرار المرض.
- 2- انخفاض الوزن.
- 3- فقدان الشهية.
- 4- انقطاع العادة الشهرية.

كاربامازيبين

Carbamazepine

Carbamazepine

ويسوق باسم Carbazine Tegretol، الخ*.

وهو في الأساس مضاد للتشنجات ولنوبات الصرع* الا أن الابحاث الحديثة (ريمير وآرتو وغيرهم) اثبتت له دورا في الوقاية من النوبات الانهيارية حتى شاع استخدامه مكان املاح الليثيوم. كما اثبتت الدراسات فعالية هذا الدواء في علاج بعض حالات الانهيار البسيطة.

من تجاربنا الخاصة رأينا ان الدواء فاعل في علاج ردود الفعل النفسية الناجمة عن الصدمة (مواجهة الموت او فقدان عزيز او التعرض للاسـر... الخ) وبخاصة لدى اولئك الذين يملكون ميولا هوسية وقابلية للاصابة بالانهيار* لذا ننصح باستعماله في هذه الحالات (200- 300 مغ يوميا) كما في حالات الاضطرابات النفسدية المرافقة لحالات الصدمة*.

تتراوح الجرعة المستعملة من هذا الدواء بين 100 مغ و 1200 مغ وذلك حسب السن والحالة.

القلق المتفشي

Angoisse Diffuse

Diffuse Anxiety

ويجب التفريق بين هذا القلق وبين القلق على الموضوع الذي تكلم عنه فرويد والذي هو بمثابة انذار صادر عن الانا. فالقلق المتفشي يدل على حالة من الإرهاق النفسي الشديد الوطأة بحيث

كلورازيبات

Chlorazepate

Chlorazepate

ويسوق بالاسماء التالية: Tranxéne , Tramxiliium.. الخ ويمتاز عن بقية البنزوديازيبينات من حيث تدني مفعوله المثبط بحيث لا يؤثر في نشاط المريض (في حدود الجرعة المستعمل).

ولذلك يفضل الاطباء العضويون استخدامه في علاج عوارض القلق المعروضة عليهم وبخاصة تلك الناجمة عن الاصابة بالامراض الجسدية (كالدبحة مثلا). كما يستخدمونه في علاج هوام لحظة النوبة (اي الخوف من تكرار النوبة القلبية او غيرها من الاصابات الجسدية). وهو يستخدم بجرعة تتراوح بين 15 و 30 مغ يوميا.

كلورديازيبوكسيد

Chlordiazepoxide

ويسوق باسم Librium و Elenium.. الخ هو مضاد للقلق وحالات الوسواس المرضية، **المراق*** **والرهاب*** **والانهيار*** البسيط وآثار الامتناع عن تعاطي الكحول. كما ينجح في علاج الاضطرابات الفيزيولوجية على الاصعدة الهضمية والبولية والتناسلية والنسائية والجلدية والقلبية. وهو يساعد الادوية خافضة الضغط ويظهر مفعوله العلاجي بعد 2-3 أيام على بدء العلاج. وهو يملك خصائص البنزوديازيبين اضافة للخصائص المذكورة اعلاه. واستعماله يستوجب الحذر لدى الحوامل والشيوخ والاطفال وهو قد يؤدي لاضطراب العادة الشهرية والاباضة لدى النساء.

اما متوسط جرعته العلاجية فهو 20-40 مع يوميا (يمكن الوصول الى 100 مغ عند الحاجة) وتنخفض هذه الجرعة الى 5-10 لدى الاطفال والشيوخ (يمكن زيادتها لغاية 30 مغ). وغالبا ما يقتصر استعماله لدى الاطفال على علاج اضطرابات النطق لديهم.

كلونازيبام

Clonazepam

Clonazepam

ويسوق بالاسماء التالية: Clonopin Clonex Rivotril الخ...

- **مجالات الاستعمال:** هو مهدئ فاعل في علاج جميع اشكال الصرع وبخاصة النوبات الصرعية البسيطة وفي الامراض الدماغية المؤدية لنوبات

الصرع لدى الاطفال. كما انه مضاد فاعل للقلق ولاضطرابات النوم الناجمة عن القلق.

- **محاذير الاستعمال:** نفس محاذير **الديازيبام***
- **طريقة الاستعمال:** يسوق في عبوات تحتوي على 40 حبة من عيار 2 مغ ويعطى للاطفال بجرعة 0.25 مغ قبل النوم و 1 مغ للبالغ مغ زيادة الجرعة حسب اللزوم مرة كل 3-7 أيام.

اللجمة الهستيرية

Hypoglossus

Hystérique

Hystericus Hypoglossus

وتسمى ايضا باللجمة الهستيرية ما قبل القصة (Boule Hystérique retrosternal de faulkner). في هذه الحالة يحس المريض ان هنالك لجمة او عقدة (يختلف المرضى في وصفهم لهذه اللجمة التي تشكل حاجزا وهميا يولد لديهم الشعور بالاختناق) في منطقة البلعوم. وهي تسد عليه مجرى التنفس وتمنعه من ادخال الهواء الى رئتيه. ويؤدي هذا الاحساس الى تناقص عدد مرات التنفس (الطبيعي 16-18 مرة في الدقيقة). وينجم عن ذلك شعور بالاختناق مترافق **بخفقان القلب*** (يصفه المرضى اللبنانيون برفة القلب اشارة الى شعورهم بخفقان القلب وكأنه طائر يرفرف). هذا ويعتبر النفسديون التحليليون ان هذا العرض الهستيري هو علامة حياة. بمعنى انه يدعم غريزة الحياة في مواجهة غريزة الموت. شأنه في ذلك، بحسب رأيهم، شأن سائر الاعراض الهستيرية. - **انظر هستيريا***

لورازيبام

Lorazepam

Lorazepam

ويسوق بأسماء Remood, Lorans, Ativan... الخ هو من عائلة البنزوديازيبين وهو يعطي مفعوله بعد ساعتين من تناوله من طريق الفم. وهو لا يتراكم في الدم (اقل تسببا بالاعتیاد من **الديازيبام***). وهو مستخدم في العيادة النفسدية في علاج اضطرابات سن اليأس (فيزيولوجية ونفسية) وفي علاج **الشدة النفسية*** (stress) وآثرها وايضا في علاج الام المعدة- الامعاء ذات الطبيعة الوظيفية. وهو يستخدم ايضا في علاج حالات النفاس. وهو مساعد لظهور النوم (ومن هنا استخدامه في علاج- اضطرابات النوم).

يستخدم الدواء في الحالات النفسدية بمعدل 3 مغ يوميا (يمكن زيادتها بحسب الحالة). وينصح باستخدامه في الحالات التي يترافق فيها الاضطراب النفسدي مع زيادة حركية فهو يملك مفعولاً اثباطياً جيداً.

ليفوميبرومازين Levomepromazine

Levomepromazine

ويسوق باسم Nozinan و Neurocil... الخ وهو واحد من أهم المهدئات العظمية المثبطة واقدمها. وبسبب فعاليته القوية في علاج حالات القلق (إذا استعمل بجرع صغيرة 8-20 مغ يوميا) فان استخدامه في العيادة النفسدية يشهد اتساعاً. وهو فاعل في علاج كافة مظاهر **عصاب القلق*** (الذي يتركز على اعضاء معينة مثل **عصاب القلب*** مثلاً) وفي علاج الوسواس المرضية واضطراب العادة الشهرية النفسدي وسرعة القذف واضطرابات النوم. كما يستخدم في علاج الاضطرابات النفسدية المرافقة لامراض **الحساسية*** (فهو مضاد للحساسية- للهيستامين) والشقيقة. وذلك طبعا بالاضافة الى استخداماته الطبفسدية (الفصام، الهياج، الهديان المزمّن... الخ).

ولكن استخدام هذا الدواء يواجه صعوبة تحديد الجرعة الملائمة اذ تتراوح الجرعة بين (6 و 300 مغ) ويحظر استخدامه في حالات انخفاض الضغط وعدم كفاية الكلى والكبد.