

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -  
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية



الميدان: العلوم الاجتماعية  
الشعبة: علم النفس  
التخصص: علم النفس العيادي  
إعداد الطالبة: بقاص نجاح  
بعنوان:

التوظيف السيكوسوماتي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي  
دراسة عيادية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية  
بورقلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

لجنة المناقشة:

رئيس لجنة	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	أستاذ التعليم العالي	أ/ د زعطوط رمضان
مشرفا ومقررا	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	أستاذ التعليم العالي	أ/ د زاهية بعلي إكردوشن
مناقشا	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	أستاذة محاضرة	د/ يسمينة آيت مولود

السنة الجامعية: 2021/2020



جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -  
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية



الميدان: العلوم الاجتماعية  
الشعبة: علم النفس  
التخصص: علم النفس العيادي  
إعداد الطالبة: بقاص نجاح  
بعنوان:

التوظيف السيكوسوماتي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي  
دراسة عيادية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية  
بورقلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

لجنة المناقشة:

رئيس لجنة	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	أستاذ التعليم العالي	أ/ د زعطوط رمضان
مشرفا ومقررا	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	أستاذ التعليم العالي	أ/ د زاهية بعلي إكردوشن
مناقشا	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	أستاذة محاضرة	د/ يسمينة آيت مولود

السنة الجامعية: 2021/2020

## فهرس المحتويات:

الصفحة	العنوان
-	شكر وتقدير
-	الإهداء
-	ملخص الدراسة
أ-ب	مقدمة
الجانب النظري:	
الفصل الأول: تقديم الدراسة	
1	1-تقديم الاشكالية
2	1-1- تساؤلات الدراسة
2	1-2- فرضيات الدراسة
2	2- أهداف الدراسة
2	3-أهمية الدراسة
3	4- التعاريف الاجرائية لمتغيرات الدراسة
7	5- حدود الدراسة
الفصل الثاني: التوظيف السيكوسوماتي	
10	تمهيد
10	1- معنى السيكوسوماتية
10	2- تعريف الأمراض السيكوسوماتية

11	3- أهم الدراسات التي تناولت السرطان كداء سيكوسومات
12	4- الاتجاهات والمدراس السيكوسوماتية
24	خلاصة
الفصل الثالث: سرطان الثدي	
27	تمهيد
27	1- مفهوم السرطان
28	2- تعريف الثدي
28	3- سرطان الثدي
28	4- أسباب سرطان الثدي
29	5- أعراض سرطان الثدي
30	6- أنواع سرطان الثدي
32	7- أورام تصيب ثدي المرأة
33	8- تشخيص سرطان الثدي
34	9- مراحل سرطان الثدي
35	10- علاج سرطان الثدي
37	خلاصة
الجانب التطبيقي	

## الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة

41	تمهيد
41	1- المنهج المتبع وتعريفه
41	2- المجال الزماني والمكاني
42	3- الأدوات المستعملة في البحث
47	4- مجموعة البحث
47	5- التطبيق
49	خلاصة
الفصل الخامس: عرض وتحليل النتائج	
52	تمهيد
52	عرض وتحليل الحالة
60	مناقشة الفرضيات
70	الاستنتاج العام
72	قائمة المراجع
77	الملاحق

# شكر وعرفان:

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين، أما بعد:

فإننا نحمد الله على نعمه العظمى ومننه الكبرى، ومن ذلك امتنانه علينا بإكمال هذه المذكرة كما نتقدم بجزيل الشكر والعرفان الى الأستاذة المشرفة زاهية بعلي إكردوشن، التي رعت هذه المذكرة في جميع مراحلها، وكانت لملاحظاتها العلمية وتدقيقاتها وتوجيهاتها السديدة الأثر البين في اخراج هذا العمل على هذه الصورة.

أوجه شكري للبروفيسور ستورا الذي لم ييخل علينا، بملاحظاته حول حالة حفصة وقد زادت فضوليتنا للتعمق أكثر في نظريته.

أتقدم بالشكر لكل الأساتذة الذين ساهموا، في تكويننا في سنتي الماجستير والذين سهروا على غرس روح الجدية فينا، سيما في علم النفس العيادي.

كما أتقدم بأسمى آيات الحب لأفراد أسرتي الكريمة التي تحملت معي العناء والجهد في سبيل انجاز هذه المذكرة.

وأوجه شكري الى كل من ساهم من قريب أو بعيد في انجاز هذا العمل.

وختاماً ندعو الله أن يتقبل عملي هذا خالصاً لوجهه الكريم.

# الإهداء :

- إلى كل الذين أحبهم قلبي
- أهدي هذا العمل المتواضع
- إلى كل أستاذتي الكرام
- إلى كل من عرفتهم طوال مشواري الدراسي.

- بقاص نجاح -



## ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى استكشاف التوظيف السيكوسوماتي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي بالاعتماد على النظرية التكاملية الإدماجية، كتوجه أساسي.

قدم ستورا شرحًا للجسدنة، التخصص الجديد الذي أنشأه، وهو نظرية الأنظمة الخمسة: النظام النفسي، والجهاز العصبي المركزي، والجهاز العصبي اللاإرادي، والجهاز المناعي، والجهاز الجيني. بالنسبة لستورا، لم يكن هناك سبب نفسي لأي مرض، ولم يكن البشر بأي حال من الأحوال مسؤولين عن أمراضهم. كانت المشكلة أكثر تعقيدًا ومتعددة الأسباب في طبيعتها. لا توجد أمراض نفسية جسدية، لكن جميع الأمراض النفسية جسدية، باعتبار أن الإنسان نفسي جسدي ولا يمكن فصل جانب عن آخر بأي حال من الأحوال.

قمنا بالتأكد من الفرضية التالية: سيشير التوظيف السيكوسوماتي لدى المرأة التي تعاني من سرطان الثدي إلى وجود خطر انطلاقًا من شبكة طريقة تقويم الصحة والخطر النفس جسدي لجان بنجمان ستورا.

اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة، تم استخدام خلاله المقابلة العيادية النصف موجهة لملاً شبكة ستورا لتقويم الصحة والخطر النفس جسدي، يتم ملاً هذه الأخيرة أيضاً إنطلاقًا من شبكة Excel للمؤشرات الصحية النفسية المتعلقة باستبيان تقييم الصحة. Stora. سنة 2011.

التقينا بالحالة حفصة (50 عامًا)، خلال 6 مقابلات، لاحظنا خلالها هشاشة التوظيف السيكوسوماتي لحفصة وميلها إلى مخاطر فساد التنظيم النفسي الجسدي، وبالتالي نكون قد تحققنا من فرضيتنا.

إن السرطان مرض خطير يشير إلى وجود تهديد للتوازن الحيوي ويعتمد تطوره على العديد من المتغيرات وبالتالي فهو جد معقد.

## ملخص الدراسة باللغة الفرنسية:

La présente étude vise à connaître le fonctionnement psychosomatique de la femme atteinte du cancer du sein et ce, à partir de la théorie psychosomatique intégrative de Jean Benjamin Stora.

Ce dernier a donné une explication de la somatisation, comme nouvelle discipline qu'il a créée, à savoir : la théorie des cinq systèmes qui englobe le système psychique, le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire et le système génétique. Pour Stora, il n'y avait aucune cause psychologique à une maladie, et les humains n'étaient en aucun cas responsables de leurs maladies. Le problème était plus complexe et de nature multifactorielle. Il n'y a pas de maladies psychosomatiques, mais toutes les maladies sont psychosomatiques, étant donné qu'une personne est psychosomatique et qu'elle ne peut, en aucun cas, être traitée séparément par rapport à son psychisme ou son soma.

Nous avons essayé de vérifier l'hypothèse suivante : chez une femme atteinte d'un cancer du sein, le fonctionnement psychosomatique indiquera un risque selon l'évaluation du risque psychosomatique de Jean-Benjamin Stora.

Dans notre étude, nous nous sommes appuyés sur l'approche clinique basée sur l'étude de cas, au cours de laquelle un entretien clinique semi-directif a été utilisé de sorte à pouvoir remplir la grille de l'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de J-B. Stora. Cette dernière est aussi remplie à partir de la grille excel des indicateurs de santé psychosomatique concernant le questionnaire de l'évaluation de la santé de Stora, version 2011.

Nous avons rencontré un cas (Hafsa, 50 ans), à travers 6 entretiens et à partir de quoi nous avons observé la fragilité du fonctionnement psychosomatique de Hafsa et sa tendance au risque de désorganisation psychosomatique, vérifiant ainsi, notre hypothèse.

Le cancer est une maladie grave qui indique une menace pour l'homéostasie et son développement dépend de nombreuses variables et est, par conséquent, à considérer dans sa dimension complexe.

# مقدمة

تعددت التوجهات النظرية في تناولها للمعاناة الإنسانية، ونحن في بحثنا هذا المتواضع، حاولنا فهم معاناة المرأة المصابة بسرطان الثدي. للوصول إلى ذلك، كان لدينا عدة خيارات على المستوى النظري وقد اخترنا التوجه التكاملي للستورا، الذي بدا لنا أكثر شمولية.

إنطلق ستورا بدوره من نظرية بيار مارتى ليخالفه ويبين النقائص التي حاول تجاوزها. إن البشر يواجهون يوميًا قدرًا كبيرًا من الإثارة، التي تنتج من خبرات الحياة الحالية (من ضغوط وما إلى ذلك...) وأن هذه الإثارة تستدعي أجهزتنا النفسية لإرصانها عقليًا. عندما يفشل هذا الجهاز في الإرصان العقلي (élaboration mentale) تتدفق الإثارات، كما أخبرنا مارتى، إلى الأعضاء والوظائف الجسدية؛ كان هذا تفسيره للجسنة التي قام ستورا بتلخيصها وتجاوزها.

عند محاولة تطبيق هذه النظرية لم يستطع ستورا تشخيص المرضى حسب تصنيفات بيار مارتى، لأنه قابل مرضى لم يتذكروا طفولتهم، والذين لم يحلموا، والذين ليس لديهم أي ترابط للأفكار، والذين، يقول عنهم ستورا، أنه لم يستطيع إدخالهم في نمط من أنماط تفسيرية تتسجم مع المخططات التوضيحية لبيير مارتى. علاوة على ذلك، فقد استغرق ستورا عدة سنوات، ما بين خمس وست سنوات، لإدراك أن تدفق الإثارة كان في الحقيقة، استعارة وليس تفسيرًا علميًا. لذلك تناول المشكلة مرة أخرى ليكتشف بها علم النفس الجسدي التكاملي تدريجيًا.

قدمت النظرية التكاملية لستورا شرحًا للجسنة، وهي نظرية الأنظمة الخمسة: النظام النفسي، والجهاز العصبي المركزي، والجهاز العصبي اللاإرادي، والجهاز المناعي، والجهاز الجيني. بالنسبة لهذه النظرية، لم يكن هناك سبب نفسي لأي مرض، ولم يكن البشر بأي حال من الأحوال مسؤولين عن أمراضهم. كانت المشكلة أكثر تعقيدًا ومتعددة الأسباب في طبيعتها. لا توجد أمراض نفسية جسدية، لكن جميع الأمراض النفسية جسدية.

لقد أثار فينا الفضول في البحث عن التوظيف السيكوسوماتي لدى شريحة من المرضى قل الاهتمام بهم خاصة من الناحية السيكوسوماتية، وهم المرضى الذين يعانون من سرطان الثدي، الذي أصبح انتشاره يتزايد بوتيرة سريعة في العالم عموماً وفي المجتمعات العربية خصوصاً. تفسر قلة البحوث في هذا الموضوع بعدة عوامل من بينها أن النظريات التي تميز بين الاضطرابات التي يلعب فيها الجانب النفسي دوراً والاضطرابات التي ليست كذلك، ما زالت سائدة في أغلبية البحوث والسرطان من بين الاضطرابات التي تنتمي إلى هذه الفئة الأخيرة، أي التي لا يعتبر الجانب النفسي عاملاً في ظهورها.

إذن، لفهم نوعية التوظيف السيكوسوماتي للمرأة المصابة بسرطان الثدي، قمنا بتطبيق شبكة ستورا والتي ساعدتنا على التشخيص السيكوسوماتي لدى المرأة وذلك انطلاقاً من

المقابلة العيادية النصف موجهة والتي سمحت لنا بدعم المعلومات والتعمق في التاريخ الشخصي والمرضي للحالة. كما قمنا بتطبيق استبيان تقدير الصحة النفسية الجسدية للحالات (طبعة 2011).

ينقسم البحث الحالي إلى جانبين: أما الجانب الأول فهو الجانب النظري والذي تضمن فصلين: الفصل الأول متعلق بإشكالية الدراسة، فرضيات الدراسة، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، التعاريف الاجرائية، كما ينتهي الفصل بحدود الدراسة. في هذا الجانب كذلك الفصل الثاني: والذي يتعلق بالتوظيف السيكوسوماتي. أما الفصل الثالث، فقد كان بعنوان: سرطان الثدي.

تمثل الجانب الثاني في الجانب الميداني والذي ورد في فصلين: الفصل خاص بإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية وقد أدرج فيه العناصر التالية: تمهيد والمنهج المعتمد، والمجال المكاني والزمني، والأدوات المستعملة في البحث مجموعة البحث، والتطبيق، والخلاصة.

يحتوي الفصل الخامس والأخير على عرض وتحليل النتائج والاستنتاج العام، وبعدها عرضنا مناقشة الفرضيات.

انتهت الدراسة بخلاصة عامة وأدرجت قائمة المراجع المعتمدة، كما أدرجت مجموعة من الملاحق المتعلقة بالدراسة.

# الجانب النظري

الفصل الأول:

تقديم الدراسة

## الفصل الأول: تقديم الدراسة

### 1. تحديد الاشكالية

#### 1.1 تساؤلات الدراسة

#### 2.1 فرضيات الدراسة

### 2. أهداف الدراسة

### 3. أهمية الدراسة

### 4. التعاريف الاجرائية لمتغيرات الدراسة

### 5. حدود الدراسة



## 1. تحديد الإشكالية :

تعتمد الإجراءات الطبية في تحديد مدة انتشار سرطان الثدي على معدل تضاعف الخلايا السرطانية، حيث وجد أن معظم أنواع سرطان الثدي تحتاج من 50 - 200 يوم للتضاعف، بناءً على ذلك فإن الورم الذي يتم تشخيصه في وقت ما، كانت بداية نموه في الجسم قبل 5 سنوات، حسب الأطباء المختصين في مجال الأورام؛ تعني هذه المعلومة الأخيرة أن الأورام لا تبدأ بالصدفة، بل تأتي خلال صيرورة طويلة يمكن أن تأخذ سنوات، لذلك نحن كمختصين نفسانيين، من صلاحياتنا المهنية التساؤل حول ماذا حدث في بداية الصيرورة.

في ملف كامل عن سرطان الثدي، والذي نشر في عدد خاص من مجلة السيكوسوماتية التكاملية، 2018، يؤكد ستورا أنه من خلال المعاناة العضوية التي تبدو حصراً، عضوية يمكن الكلام عما هو أبعد من مشكلة السرطان. فلا ينبغي لنا الاستمرار في تطبيق نفس المعاملة على جميع النساء اللواتي أصبن بنفس السرطان، من الناحية البيولوجية، دون الاهتمام بخصائص اقتصادهن النفسي والجوانب العامة (Stora, 2018)

إن الصحة ليست كما معطى بالمرّة ، وإنما تخضع لصيرورة معقدة تلعب فيها الظروف المحيطة ودور الآخر دوراً كبيراً. لا يسلم ستورا بالدور الوحيد للجهاز النفسي، فهو يؤكد على أهمية تقوية الآليات الدفاعية لتمكين المريض من الرجوع إلى التوازن النفسي الجسدي، لكنه لا يسلم أن هذه الآلية كفيلة لوحدها للتكفل بالحالة، إذ يوصي بمراقبة المحيط من أجل الوقاية من فقدان التوازن.

بالأخذ بعين الاعتبار الإسهامات العلمية في مجال الطب والعلوم العصبية، إقترح ستورا تناولاً نظرياً وعيادياً شاملاً وتكاملياً يضم التناول المقدم من طرف بيار مارتى، واقترح نموذجاً متعدد الأسباب لسياقات الجسدية. فالجهاز النفسي، حسب ستورا، يقوم بمهمة أساسية هو إرضان كمية الإثارات اليومية، وهو لا يخالف بيار مارتى في هذا الأمر، إلا أن ستورا، يرى أن الجهاز النفسي ليس الوحيد المعنى في حالة الاختلال الوظيفي؛ بل الجهاز العصبي المركزي والجهاز المناعي يقومان كذلك بهذه المهمة؛ فالنفس ليست معزولة عن الجسم.

لذلك سنحاول تقييم نوعية التوظيف النفسجسدي عند المرأة المصابة بسرطان الثدي. انطلاقاً من النظرية الإدماجية التكاملية لستورا، والذي يعتبر الجهاز النفسي جهازاً من الأجهزة الذي يساهم في الوقاية من الأمراض الجسدية بالإضافة للأجهزة الأخرى. فقد اقترح ستورا منهجية عملية تساعد على الكشف عن الهشاشة النفسية الجسدية ومن خلالها سنحاول تسليط الضوء على نوعية التوظيف السيكوسوماتي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي وعليه سنحاول الإجابة على التساؤلات التالية:

### 1.1 تساؤلات الدراسة:

1.1 كيف سيظهر التوظيف السيكوسوماتي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي انطلاقاً من شبكة تقدير الصحة والخطر النفس جسدي لجان بنجمان ستورا؟

1.1.1 هل سيشير التوظيف السيكوسوماتي، لدى المرأة، المصابة بسرطان الثدي، إلى وجود خطر انطلاقاً من شبكة تقدير الصحة والخطر النفس جسدي لجان بنجمان ستورا؟

### 2. فرضية الدراسة:

2.1 سيشير التوظيف السيكوسوماتي، لدى المرأة التي تعاني من سرطان الثدي، إلى وجود خطر انطلاقاً من شبكة تقدير الصحة والخطر النفس جسدي لجان بنجمان ستورا.

### 2. أهداف الدراسة:

- الكشف عن التوظيف السيكوسوماتي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي انطلاقاً من تطبيق شبكة ستورا للكشف عن درجة الخطورة السيكوسوماتية.

- فهم أكثر لصيرورة مرض السرطان من وجهة نظر سيكوسوماتية تكاملية.

- محاولة الكشف عن مؤشرات تطور المرض.

### 3. أهمية الدراسة:

- تسليط الضوء على المعاناة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي

- إظهار أهمية تواجد النفسانيين في مصحة الأورام السرطانية وبالضبط جناح النساء

- تعتبر النظرية السيكوسوماتية التكاملية، نظرية جديدة وشاملة لعدة تخصصات ،وتناولها من شأنه أن يبين أهمية عدم الانغلاق في الجانب النفسي وحده عندما يتعلق الأمر بالأمراض الجسدية .

- يمكن، انطلاقاً من الكشف عن مؤشرات تطور المرض، التعاون مع الطبيب لاقتراح علاج متكامل.

- تسمح الدراسة الحالية بفتح آفاق بحثية جديدة للبحث في الاضطرابات السيكوسوماتية

### 4. التعاريف الاجرائية:

### 4-1 التوظيف السيكوسوماتي :

يتحدد التوظيف السيكوسوماتي باستجابة أفراد العينة على المقابلات ومقارنة المعطيات بشبكة ستورا والمحددة إما أنه توظيف يشير إلى وجود خطر سيكوسوماتي أو عدم وجود هذا الخطر أو أخيراً وجود خطر لكن يمكن أن يتطور إلى تحسن في الحالة إذا تم التكفل السيكوسوماتي بالحالة.

### 4- 2 سرطان الثدي :

هو ورم يصيب الثدي، يتم تشخيصه في بحثنا، من طرف الطبيب.

### الدراسات السابقة:

لم نجد كثيراً من الدراسات بالمقاربة السيكوسوماتية التكاملية وهذا حتى فيما يخص الدراسات الأجنبية، وتكاد تنعدم الدراسات على الصعيد العربي والجزائري في حدود اطلاع الطالبة. أما من حيث تناول السيكوسوماتية بتوجهات أخرى فهناك دراسات عديدة سنكتفي بذكر الدراسات التي تخدم دراستنا هذه.

- دراسة الدكتورة البروفيسورة إكردوشن بعلي زاهية (2015) والتي تحمل عنوان: 'المقاربة السيكوسوماتية التكاملية في إطار حمل في خطر' وذلك في إطار دبلوم جامعي حول السيكوسوماتية التكاملية الإدماجية والذي نوقش في كلية الطب، جامعة باريس6، سالبترير، فرنسا.

تناولت هذه الباحثة 15 حالة امرأة حامل في خطر تستند هذه الدراسة على تطبيق الأدوات التي تم تدريسها خلال الدبلوم الجامعي في السيكوسوماتية، بباريس6، وهي عبارة عن دراسة تكاملية للمرأة الحامل التي تعاني من صعوبات متعددة، كارتفاع ضغط الدم، والربو، والحساسية المختلفة، وسكري الحمل إلخ. وصلت الباحثة إلى أنه خلال تطور الحالات التي تمت دراستها، حدث تجريد وظائف الجسم، فلم يكون هناك أي دعم جنسي للوظائف الإيجابية في الجسم. فأن تصبح أمّاً يفترض للمرأة عملية نضج تجمع عدة عوامل، تناولت الباحثة هذه الحالات اللواتي عانين من عقم لمدة سنوات (15 سنة عند البعض) واللواتي تحقق لديهن الحمل ولكن بظهور اضطرابات جسدية كمثلاً خلل توظيف الغدد الصماء للإباضة أو مشاكل في نفاذية البوق، والسكري، وضغط الدم، إلخ.

إعتمد هذا العمل على الأدوات التي طورها البروفيسور ستورا ، وهي ورقة موجزة لكل مريضة ، بناءً على طريقة تقييم وتشخيص الصحة النفسية جسدية، والتقييم العالمي للمخاطر النفسية الجسدية CIM10, DSM-V، وقد استعملت الباحثة شبكة الكشف عن المخاطر السيكوسوماتية، (إصدار 2011) وأيضاً استخدمت الاستبيان و درجات الانتشار للإضطرابات المختلفة. كما يقول ستورا والمذكور من طرف الباحثة، ففي الولادة ليس هناك فعل فقط، لأننا ككائنات بيولوجية، يمكن أن نلد عند توفر علاقة جنسية، لكن أن نصبح أمّاً، أو أباً، فذلك يتطلب نضج نفسجنسي أكثر تكاملاً.

دراسة للباحثة إكردوشن بعلي زاهية والبروفيسور ستورا حول الحمل في خطر والذي نشر سنة 2018، تم خلال هذا العمل، شرح صيرورة الحمل في خطر عند حالة عانت من عقم لمدة 12 سنة والتي وصلت إلى علاج عقمها وتحقيق الحمل، لكن هذا الحمل الذي فتح مجالاً لاضطرابات خطيرة هددت حياة الحالة وحياة جنينها. أوضح هذين الباحثين الهشاشة السيكوسوماتية لهذه الحالة وعدم نضج وظيفتها الأمومية التي عكست بدورها صعوبات على مستوى نموها.

دراسة الباحثة إكردوشن بعلي زاهية حول تناول النفس مرضي للنساء العقيمات والتي نشرت سنة 2018 والتي تناولت الاشكاليات النفس مرضية للمرأة العاقم، بينت الباحثة الهشاشة في تحقيق النساء العقيمات لأنوثتهن، حيث مشاكل على مستوى نضج صيرورة الأنوثة والأمومة"

بحث للبروفيسور ستورا، والذي نشر كملف كامل عن سرطان الثدي، والذي نشر في عدد خاص من مجلة السيكوسوماتية التكاملية، 2018، يؤكد ستورا أنه من خلال المعاناة العضوية التي تبدو حصراً، عضوية يمكن الكلام عما هو أبعد من مشكلة السرطان.

وجد خلال نتائجه أنه لدى كل امرأة مصابة بسرطان الثدي، هناك حوادث مهمة في تاريخ بناء هويتها كما أن صيرورة السرطان بدأت مع ظهور حوادث مهمة في حياة المرأة. يقول أنه لا ينبغي لنا الاستمرار في تطبيق نفس المعاملة على جميع النساء اللواتي أصبن بنفس السرطان من الناحية البيولوجية، دون الاهتمام بخصائص اقتصادهن النفسي والجوانب العامة (Stora, 2018)؛ فإن ستورا لا يسلم بالدور الوحيد للجهاز النفسي، وهو يؤكد على أهمية تقوية الآليات الدفاعية لتمكين المريض من الرجوع إلى التوازن النفسي الجسدي، يوصي كذلك بأهمية مراقبة المحيط من أجل الوقاية من فقدان التوازن.

قام دوبرو (Depreux, 2010)، بدراسة في إطار دبلوم السيكوسوماتية التكاملية بباريس6، والذي وصل إلى استنتاج أنه من بين الحالات التي قام بفحصها هناك من طور سرطان البروستاتة وهم حالات لها توظيف سيكوسوماتي "هش" ويشير إلى خطر سيكوسوماتي حسب شبكة ستورا.

• دراسة وبائية للبروفيسور بن جامين ستورا Stora Jean Benjamin سنة (2013) بعنوان "سيكوسوماتية الطفل والحياة النفسية" بباريس

انطلاقاً من نظريته وصل إلى النتائج الآتية:

- أن الإنسان يعتبر وحدة واحدة في الاضطرابات السيكوسوماتية فالجهاز النفسي يشكل دور كبير في الأمراض الجسدية لكن ليس الوحيد الذي يلعب هذا الدور.

- أن الاختبار السيكوسوماتي يفيدنا بالتشخيص للوصول إلى العلاج فهو طريقة مكملة للعلاج الطبي.

- أن الضغوط وإجهاد الأم خلال فترة حملها الناتجة عن محيطها النفسي-العاطفي يلعب دور كبير في سنوات الحياة الأولى نستطيع خلالها انشاء افتراضات حول اختلال التوازن للأنظمة الخمس (والتي توضح وتشرح السيكوسوماتية للشخص الراشد: النظام النفسي، النظام العصبي العام، الجهاز العصبي الودي، الجهاز المناعي، الجهاز الوراثي).

### • دراسة بن حامين ستورا Stora Jean Benjamin سنة (2013) بعنوان " أعراض الأيض وعلاقته بالجهاز النفسي ومحور الهيوتالاموس"

استخدم المقاربة السيكوسوماتية التكاملية في دراسته وقد كانت كالآتي:

#### أهداف الدراسة:

- تقييم الخطر السيكوسوماتي عند ماري لور

- التقارب والتباعد بين التوقعات الطبية والسيكوسوماتية.

عينة الدراسة: دراسة لحالة واحدة وهي ماري لور Marie Laure من خلال محاولته لتقييم الخطر السيكوسوماتي عندها.

أدوات الدراسة: المقابلة وشبكة تشخيص الفحص العيادي السيكوسوماتي.

#### نتائج الدراسة:

• خلاص إلى أن ماري لور تعاني من وساوس مرضية تتبع الأعراض المشخصة طبيًا، وقد خلاص أن ماري لور لها توظيف نفسي هش يتجلى من خلال امكانيات ارضانية هشة التي اتضحت من خلال شبكة ستورا لتشخيص الاضطرابات وكذلك من خلال نسب أكثر لانتشار الاضطرابات في الاستبيان.

- تعليق على الدراسات السابقة:

تناولت الدراسات السابقة مواضيع متعددة في السيكوسوماتية (بمختلف توجهاتها) وفي السيكوسوماتية التكاملية وقد اخترنا الدراسات التي لها علاقة مع العديد من المتغيرات البحثية الحالية، حيث تشترك معها في عينة البحث-المرأة المصابة بسرطان الثدي و/أو كذلك في نوع المقاربة

السيكوسوماتية التكاملية، وهي الدراسة الوبائية لستورا والتي نشرت على شكل ملف كامل عن سرطان الثدي، كذلك دراسات البروفيسورة إكردوشن بعلي زاهية التي تدخل في صميم دراستنا.

### 5. حدود الدراسة:

\***الحدود البشرية:** أجريت الدراسة على مجموعة من الحالات مصابة بسرطان الثدي والمتواجدة بمستشفى محمد بوضياف ورقلة، مصلحة الأورام قسم النساء، لكننا لظروف متعددة لم نستطع مواصلة المقابلات إلا مع حالة واحدة. كما أننا ألغينا حالتين لأنهما أميتان ولا يستطعن الإجابة على الاستبيان.

\***الحدود المكانية:** أجريت الدراسة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لمحمد بوضياف ورقلة.

\***الحدود الزمنية:** طبقت الدراسة في مدة زمنية امتدت من 2021/04/08 إلى 2021/05/30.

الفصل الثاني:

الاضطرابات السيكوسوماتية

## الفصل الثاني: الاضطرابات السيكوسوماتية

تمهيد

1- معنى السيكوسوماتية

2- تعريف الأمراض السيكوسوماتية

3- أهم الدراسات التي تناولت السرطان كداء سيكوسوماتي.

4- الاتجاهات والمدارس السيكوسوماتية

خلاصة



### تمهيد:

سنقدم في هذا الفصل التناول النظري للسيكوسوماتية والتركيز أساسا، على المقاربة السيكوسوماتية التكاملية بنوع من التفصيل ونظرا لأهمية العلاقة بالموضوع في هذه النظرية، فإننا إرتأينا كذلك تقديم التناولات النظرية الأساسية في هذا الموضوع.

### 1- معنى السيكوسوماتية :

يعود أصل كلمة السيكوسوماتية إلى "جذور يونانية، مكون من لفظين السيكو psyche (النفس) وسوما soma (الجسد). وهو يعود الى فرضية وجود علاقة بين الروح (النفس) وأمراض الجسد؛ وقد استخدم هذا المصطلح لأول مرة سنة 1918 على يد (Heinroth) إلا أن الاستخدام الدقيق له كما يقال كان على يد (F.Deutsch) (محمد أحمد النابلسي، 1992، ص 17).

### 2- تعريف الامراض السيكوسوماتية :

الاضطراب السيكوسوماتي يحدث نتيجة لاختلال شديد أو مزمن في التوازن الهيموستازي في (كيمياء) الجسم نتيجة لضغوط سيكولوجية نفسية، فهو مرض جسمي ذو جذور نفسية ويظهر على شكل استجابات وردود أفعال عضوية في أحد الأجهزة الهضمية أو القلب أو العضلات أو الجلد أو أي حاسة من الحواس الخمس. كما يشمل الغدد والجهاز الدموي والبولي والتناسلي. (عطوف محمود ياسين، 1988، ص 31-32)

نستطيع أن نحصر مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية في مجموعة من التعاريف التالية:

يعرفها " أحمد عكاشة " بأنها اعراض مرضية جسمية أو اختلال في وظائف الاعضاء نتيجة لما يصاحب خبرات الحياة من قلق وتوتر ومخاوف لا يتم التعبير عنها بأنها اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دورا هاما وقويا وأساسيا ، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي ، فالأمراض السيكوسوماتية ماهي إلا التورط الانفعالي في الأعضاء والأحشاء التي يغذيها الجهاز العصبي اللارادي مثل : قرحة المعدة والاثني عشر ، الربو الشعبي ....الخ ويعاني المريض في مثل هذه الامراض من القلق والاكتئاب ، وغالبا ما يهدد القلق حياته . (باهي سلامي، 2008، ص 111)

تعريف " دافيزون ونيل ": أن الأمراض السيكوسوماتية توصف باعتبارها أعراض جسمية تنشأ عن عوامل انفعالية، وتتضمن جهازا عضويا واحد من الأجهزة التي تكون تحت الجهاز العصبي المستقل أو الإرادي.(حسن مصطفى عبد المعطي، 2003، ص31)

ومن الواضح أن جميع التعريفات النفسية السابقة تتفق على أن :

- الأحداث أو العوامل النفسية هي المحدثة للاضطرابات العضوية
- أن العلاجات الطبية لا تؤدي إلى تحسن الحالة الجسمية مادام السبب النفسي قائم
- أن الأمراض العضوية الناتجة عن الاضطرابات الانفعالية تتطلب علاجا طبييا للأعضاء المصابة .

### 3- أهم الدراسات التي تناولت السرطان كمرض سيكوسوماتي :

إذا تطرقنا لأهم الدراسات التي تناولت السرطان كمرض سيكوسوماتي، هذا يؤدي بنا إلى الخوض في الأسباب النفسية، أو العوامل التي تساهم أو تزيد في حدة المرض، وعلى هذا الأساس سنذكر بعض الدراسات فقط دون التعمق فيها.

إن أول من اهتم بداء السرطان اهتماما نفسيا تحليليا هو المحلل النفسي (Groddeck 1973) في كتابه Le ça وهذا توضيح مشكل داء السرطان من خلال التحليل النفسي، فكان مقتنعا أنه يستطيع معالجته من خلال المقاربة التحليلية. أما في الستينات و نجد المختص النفسي (Le shau) قد درس على العديد من الأشخاص الذين يعانون من داء السرطان، وأكد أن داء السرطان يظهر عندما يغيب موضوع الحب.

من أهم الدراسات التي تؤكد على أن السرطان داء سيكوسوماتي، دراسة الدكتور Geerd (1986) فهو يرى أن كل سرطان راجع إلى صدمة نفسية صراعية مأساوية معاشة في الانعزالية وأن الطب الحديث يتعارض مع الطب الكلاسيكي ولذلك يجب دراسة الظاهرة دراسة كلية. (نسيمة بدة، 2017/ 2018)

ريك هامر (Ryke Geerd Hamer) مختص في الأمراض الباطنية ذو جنسية نمساوية، لديه ولد توفي وكانت أبحاثه تحمل اسمه، حيث أكتشف أنه يعاني من سرطان في

## الفصل الثاني:

### الاضطرابات السيكوسوماتية

الخصيتين، حاول تفسير هذا السرطان من خلال مأزق أو تناقض، حيث وضع رابط بين الموت الفجائي لابنه (Dirk) وظهور المرض لدى الأب فوضع شعار مفاده "كل سرطان نتيجة صدمة نفسية صراعية مأساوية معاشة في انعزالية"

#### 4- الاتجاهات والمدارس المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية :

لقد شهد تاريخ السيكوسوماتية بروز عدة مقاربات وتصورات نظرية التي ساهمت في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية، وهذا ما سنقف عنده بشيء من الاختصار من خلال جملة النظريات تباعا فيم يلي عرضه:

#### أولا : الاتجاه التحليلي :

اعتمد هذا الاتجاه في تفسيره للاضطرابات السيكوسوماتية على البناء الداخلي للشخصية فهو يفترض وجود علاقة سببية بين مكونات الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية وهو يمثل أعمال فرانز وفلاندرز (Franz&Flanders) حيث افترض اتباع فرويد وجود أسباب تحليلية لا شعورية تكمن الاصابة بهذه الاضطرابات وقدموا تفسيراً قائماً على الدينامية السيكلوجية أي العوامل والتغيرات النفسية التي يتعرض لها الفرد وحسب هذه النظرية أن الأعضاء الجسمية المصابة ما هي سوى تعبير رمزي عن بعض الصراعات اللاشعورية التي ينعكس أثرها في صورة الفرح وغير ذلك من الاضطرابات السيكوسوماتية .

ويتبع هذا الاتجاه نظريتان هما:

#### أ- نظرية البروفيل الشخصي :

أكدت دنبار (Danbar) على أوجه الشبه في بروفييلات الشخصية للمرضى بنفس المرض السيكوسوماتي ، وحددت لكل اضطراب سيكوسوماتي بروفييل شخصية خاصة به ، ففي حالة مريض الربو فإن أهم ما يميز أنه لا يشعر بالأمن بل يعاني من قلق فقدان الشعور بشكل مميز ، وقد وجهت انتقادات لهذه النظرية مفادها أن هذه البروفيلات لم تقارن مع مجموعة من الأصحاء ، وأن النتائج التي تم التوصل إليها كان نتاج دراسة عدد محدود من

## الفصل الثاني:

### الاضطرابات السيكوسوماتية

الحالات ، كما تم توجيه النقد للأسلوب الذي اتبعته صاحبة النظرية من حيث أنه لم تستطع التغلغل الى ما وراء السطح لتكشف الصراعات والانفعالات التي يعبر عنها

ب- نظرية السيكوسوماتية كاستجابة للصراع النفسي :

ظهرت هذه النظرية على يد فرانز ألكسندر (Franz Alexander) (1950) الذي رفض مفهوم دنبار (Danbar) لوجود علاقة بين نمط الشخصية (بروفيل الشخصية)، وظهور بعض الأمراض السيكوسوماتية، ويرى أن نمط الحياة وبعض الاستعدادات قد تنتج عنها بعض المظاهر الفيسيولوجية أكثر من البعض الآخر، ويرى ألكسندر أن هناك علاقة بين المرض والحالة الانفعالية، ويعتقد أن هذه النظرية الجزئية تساعد في فهم العلاقة المباشرة بين هذه الأمراض وأسبابها.

وأكد ألكسندر (Alexander) على أن "الصراعات الحالية ترجع إلى صراعات لا شعورية ومزية مرتبطة بمراحل مبكرة للنمو الجسمي، وترتبط هذه المراحل مع أجهزة عضوية خاصة هي التي تشملها الاضطرابات، وعندما لا تحل هذه الصراعات بطريقة سوية تسعى الى استخدام الحيل الدفاعية اللاشعورية، مما يؤدي الى زيادة في التوتر الجسدي الذي يظهر على هيئة اضطراب عضوي" (سواء محمد ابراهيم ابو حسين، 2012، ص 51-52)

ثانيا : الاتجاه السلوكي:

أما علماء النفس السلوكيون فإنهم يقترحون أن حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية تحدث بسبب التعزيز، إما بزيادة الانتباه نحو استجابات معينة أو بخفضها، فالأطفال يمكن أن يكونوا عرضة للإصابة بهذه الاضطرابات إذا شاهدوا أحد أفراد العائلة يلقي تعريزا على إظهاره أو شكواه من آلام بدنية، فيما ينظر علماء النفس من خلال ما صار يسمى بمفهوم اعاقاة الذات مثل: الشخص الذي يخشى التحدث أمام جماعة معينة أنه مصاب بالتهاب في حنجرته لكيلا يلام على أداء الصمت. اضافة فإن مرضى السيكوسوماتيون يكتشفون أنهم يحصلون على بعض المكافآت نتيجة لكونهم مرضى أي وجود ارتباط بين المرض والمكافأة.(شبانة أنور، 2017، ص 45-46). ويتبع هذا الاتجاه النظرية التالية:

### نظرية التعلم الذاتي (شلدون لاشمان 1982):

طور لاشمان اتجاهها جديدا في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية يعتمد على نظرية التعلم السلوكية، حيث السلوك الانفعالي لديه يتكون من استجابة استجابة مركبة عامة تشمل ميكانيزمات الاستجابة العصبية المستقلة، وترتبط بهذه الفكرة المحورية مبادئ وهي:

- أن مختلف انماط الاستجابة العصبية المستقلة يمكن تعلمها؛
- اختلاف الاعضاء في قابليتها للإصابة المرضية، كما ان هذه القابلية تكون جزئيا محدودة وراثيا؛
- ان تكرار الاستجابة العصبية المستقلة وزمنها وشدتها قد تؤدي الى تشكيلة الحالات البناءة وكذلك المضطربة وفقا لطبيعة تلك الاستجابة ونمطها؛
- ان استجابة الاجزاء الحشوية للمثير تتميز بالمقاومة، والانطفاء بمعنى ان تكرار المثير يستمر في اعطاء نفس الاستجابة دون وجود اي دليل للتعود أو الانطفاء.

غير أن لاشمان لا يعتبر عملية التعلم الذاتي تنفي دور العوامل الاخرى من استعداد بيولوجي أو أن يكون العضو المصاب مهينا مسبقا، وغالبا ما تكون الاستجابات الفسيولوجية للمنبهات الانفعالية امدادا للدفاع، أي أنها استجابات توافقية، فإذا كانت التغيرات الفسيولوجية ذات شدة كبيرة أو تستغرق وقتا طويلا كان لها الأثر الضار على صحة الفرد أي نشوء السيكوسوماتية. (سنة محمد ابراهيم ابو الحسن، 2012، ص 52-53).

### ثالثا : الاتجاه المعرفي

لعلماء النفس المعرفيين أكثر من تفسير، "فهم يرون أن المصابين بهذه الاضطرابات الجسمية يركزون انتباههم بشكل مفرط في عمليات فسيولوجية داخلية ويحولون الاحساسات الجسمية الطبيعية (Normal) الى اعراض من الالم والوجع والكرب ، تدفعهم الى مراجعات طبية غير ضرورية بهدف العلاج، وهناك دليل حديث نسبيا يفترض ان الافراد المصابين بهذا النوع من الاضطرابات لديهم معيار خاطئ بشأن الصحة الجيدة ، فهم ينظرون الى

## الفصل الثاني:

### الاضطرابات السيكوسوماتية

الصحة الجيدة على انها خالية تماما من اي اعراض او آلام جسمية حتى لو كانت طفيفة ، وهو معيار غير واقعي بالطبع" (شبانة تور، 2017، ص46).

أجرى جراهام (Graham) وتلامذته مجموعة دراسات حول عينات من المرضى السيكوسوماتيين بهدف معرفة أثر العمليات المعرفية والعقلية على العمليات الفسيولوجية، وتبين لهم من خلال المقابلات أن هناك عنصرين على مستوى الأهمية في الاضطراب السيكوسوماتي هما:

أ- ما يشعر به الفرد من سعادة أو حزن؛

ب- ما يرغب الفرد في معرفة أو عمله في ضوء خبراته وافكاره او مدركة السابقة مثل (مريض آلام أسفل الظهر يشعر أنه يعمل لدرجة التعب)؛

إلا أن البعض الآخر يرى أن ربط العمليات المعرفية بالعمليات الفسيولوجية لدى المرضى تحيط به بعض الصعوبات المنهجية. (محمد بجل منور، 2014، ص80).

#### رابعا : نظرية الضغوط النفسية الاجتماعية :

اعتقد الاطباء أن "اجداث الحياة المرتبطة بالتصاعادات (الاستثارة) الانفعالية يمكن ان تسبب تغيرات في العمليات الفسيولوجية، ويمكن لمشاكل الحياة اليومية الأساسية أن تؤثر على الصحة بطرق سلبية، وكان السبق لجورج أنجل في النظرية الفلسفية الاجتماعية للضغوط فالجسد الإنساني يكافح باستمرار لكي يصل الى الاتزان البدني أو الاتزان في الوظائف واحداث الحياة التي تقلب حالة توازن الجسم رأسا على عقب تنادي بإعادة التوافق، وكثير من التغيرات في الحياة تحدد قدرة الجسم على إعادة التوافق، النتيجة هي الضغوط، ورد الفعل السيكولوجي والفسيولوجي لكم هائل من المطالب التي تنادي بإعادة التوافق" (علا حسن ادعيس، 2018، ص48-49).

#### خامسا : نظرية الضغوط والجسم :

أ- نظرية الشدة أو الاجهاد لهانز سيلبي (H ; seyle):

ان لهذه النظرية الكثير من المؤيدين، كما ان لها معارضين، ومن المؤيدين هولمس وماسودا (Holmes&Masuda) (1982) اللذان فصلا العلاقة بين الشدة أو الضغوط

## الفصل الثاني:

### الاضطرابات السيكوسوماتية

ووجود الامراض بطريقة كمية، وترتيب تلك الضغوط والتغيرات في أحداث الحياة حسب قوتها وتأثيرها وتوصلا إلى أن تكسد وتراكم الكثير من هذه الضغوط يؤدي إلى حالات مرضية. (براون، 1976، ص 202)

كما يرى زيور (1984) أن سوء التكيف مع الضغوط السبب الرئيسي للأمراض السيكوسوماتية بينما يرى البعض أن نظرية سيلبي عرجاء لأنها لم تتسحب على كل الامراض السيكوسوماتية، ولا تفسر الأسباب التي تجعل المرض يصيب هذا الفرد ولا يصيب غيره.

ويرى لازاروس (1966) (Lazarus)، وهينكل (1974) (Henkiel) أن كثيرا من الأفراد يتعرضون لمواقف ضاغطة مختلفة، غير أنهم لا يظهرون أي اضطراب فسيولوجي.

#### ب- نظرية وولف (1950) (woLf) :

هي نظرية مكملة لنظرية سيلبي (seyle) حيث تفسر الامراض السيكولوجية بفشل التكيف والتوافق مع مواقف الحياة الضاغطة، مما يثير لدى الفرد التوتر والقلق، الأمر الذي يدفع ببعض الأجهزة إلى زيادة إفرازاتها كالهرمونات والأحماض، وكلما زادت الحالة الانفعالية قابلها رد فعل، الأمر الذي تضطرب معه الوظائف الحيوية، أو تصاب الاعضاء بالعطب كما يحدث في حالة القرحة المعدية أو قرحة القولون، وان اختيار العضو لا يتم إلا وفق مميزات ومحددات وراثية أو استعداد بيولوجي واستجابات عضوية للضغوط.

#### ج- نظرية بافلوف (الارتباط الشرطي):

أكد بافلوف على أن العديد من الأمراض مصدرها إختلال في العمليات العصبية وخصوصا أمراض البدن، وفي نفس الوقت أعطى أهمية لاتجاهات المريض النفسية وآرائه وتأثيرها على مسار المرض وإمكانية علاجه ، أي أن الآثار الانفعالية تعتبر من أقوى العوامل في احداث التغيرات البدنية، وأعطى الإيحاء دورا في كيفية تنظيم وتنشيط الميكانيزمات الهرمونية، فعن طريق الإيحاء تجد الأحداث الخارجية طريقها لكي تعبر عن نفسها في العمليات الداخلية ذات الهمية الحيوية، فلا شك أن التغيرات الايقاعية التي تحدث في الكلى، والقناة الهضمية والمراكز العصبية متصلة بالأحداث في البيئة الخارجية، وكذلك

## الفصل الثاني:

### الاضطرابات السيكوسوماتية

الإشارات الداخلية الصاعدة في الجهاز العصبي. غالباً ما تؤثر في عمليات التمثيل الغذائي والاستثارة العصبية، وهذا التأثير إذا استمر لفترات طويلة أو قصيرة يؤدي إلى اختلال وظيفي.

سادسا: مدرسة بيار مارتي :

تعتبر هذه الأخيرة من أكثر المدارس حداثة، "وهي تنطلق من أسس التحليل النفسي لتعارض ثنائية (الجسم والروح) والتي ثبت عدم نتائجها؛ فهي تركز على دراسة الوظائف العقلية على اعتبار أن المرض يشير إلى وجود ضعف في التنظيم العقلي للفرد وأن ليس هناك عضو مختل بل الخلل يكمن في الجهاز العقلي والذي يبرز من خلال تدهور القيمة الوظيفية للشعور — الشعور — ما قبل الشعور — الأنا — الأنا الأعلى — الهو" (نصر الدين الزيدي، 1998، ص 182)

ويعتبر مارتي الإنسان وحدة حية لها تميزها وفرديتها عن باقي الوحدات الأخرى (البشر) فهو يولد مجهز بالآليات الدفاعية\_الجسدية المناعية التي تتيح له مقاومة الأمراض إلا أن توطيد هذه الآليات الدفاعية من جسدية ونفسية يتم من خلال علاقة الطفل بالأم. (بدا نسيمه 2017-2018).

"فمارتي يتابع الإنسان في مختلف مراحل تطوره، أثناء مرضه وصحته، أي أثناء توازنه النفسي\_جسدي، وفي أثناء اختلال هذا التوازن، وبذلك تعتبر نظرية مارتي نظرية دينامية نشطة لا تنظر للمريض نظرة جامدة تقتصر على فترة ظهور المرض فقط" (محمد محمود بني يونس، 2008، ص 485).

كما يركز مارتي "على عملية العقلنة (Mentalisation) والتي تشير إلى العمل النفسي المنجز بالدوام لتفريغ الإثارات عن طريق البنات النفسية، حيث أن تراكم الانفعالات وعدم تفريغها يؤدي إلى صيرورة الجسدنة، وتعالج العقلنة كمية وكيفية التمثيلات والصور



النفسية وديناميتها فهو اذن يؤهل الجهاز النفسي للقيام بربط المثيرات من خلال أنظمة وشبكة التمثيلات مع ترابط الأفكار المختلفة والتفكر المملوء بالعاطفة" (بده نسيمه 2018/2017).

فالوظائف الجسدية تتخذ شكلها من علاقة الرضيع ثم الوليد التي تحدد بعض نماذج النشاطات الذهنية التفضيلية لدي الفرد، فيقول مارتي إن قسما كبيراً من الأمراض الجسدية، له علاقة مباشرة مع أنوات "جمع أنا" تنفقر إلى بعض مقوماتها وهي ضعيفة ومختلة وظيفياً.

• عدم استقرار التوظيف النفسي في بنية محددة نظراً لغياب نقاط التثبيت عند مرحلة محددة من النمو النفسي، وذلك بسبب صعوبات الإدخال والاحتفاظ بالمواضيع، وهذا يؤسس نوعاً من الصلابة وسمات الطبع التي تعيق عمل الأرصان العقلي، كما يعرض للاختلالات النفسية عواقبها الجسدية. تهيم هنا العصابات الطبيعية التي تميز الأشخاص الاعتماديون ذو الدفاعات العقلية الظرفية، وغالباً ما تختفي هشاشتهم نظراً للتظاهر بالصحة وعدم المعاناة، ينطبق عليهم في ذلك مصطلح بارجوري "شبهالسواء"، وذلك بسبب نجاحهم غالباً في حياتهم الاجتماعية والمهنية.

• في حالة فشل الدفاعات الطبيعية في حد ذاتها نظراً لضعفها، تلجأ بعض الشخصيات الجسدية إلى التصرفات العملية الواقعية، وهي محدودة في التكيف الآلي (عمل وحركة مستمرة). وتدخل هذه الفئة في صنف العصابات السلوكية التي يهيمن فيها التعلق بالمظهر الخارجي الملموس المرتبط بعدم الكفاية في تشكيل العالم الداخلي، والذي يعود إلى "فقدان القيمة الوظيفية لما قبل المرتبط بعدم الكفاية في تشكيل العالم الداخلي، والذي يعود إلى "فقدان القيمة الوظيفية لما قبل الشعور" لذا فهي عرضة أكثر من غيرها للاختلالات الجسدية. نجد أيضاً أن هذه الفئة فقيرة جداً في العلاقات العاطفية والجنسية ولها أيضاً فقر في الاتصالات التي يطبعها الحياد. (سي موسي وبن خليفة، 2008، ص98).

• نخلص كلامنا بأن السير الجيد للأرصان العقلي يصل بالفرد إلى الصحة، أما السير السيء والغير ملائم يصل بالفرد إلى المرض أو الاضطراب السيكوسوماتي، وهذا طبعا هو النموذج النظري التفسيري لبيار مارتي Marty الذي يقدم فيه

التشابهات مع النموذج النظري لدى فرويد Freud، وهذا الطرح يجعلنا نتساءل عن مكانة السيكوسوماتية في علم النفس المرضي الحالي.

- هذا تناول التصنيفي يقوم إذن على مفهوم "القصور والنقص النفسي (الهوامي، الحلمي، الترابطي والدفاع العقلي)، وهو يتماشى مع المفاهيم التحليلية خاصة من وجهة النظر الاقتصادية، حيث يكون العرض الجسدي لا رمزي ولا ينتج أي معنى أو وظيفة نفسية عقلية. وقد طور مارتي انطلاقاً من مفهوم "التفكير العملياتي" (pensée opératoire) مفاهيم أخرى مثل "الاكتئاب الأساسي" (dépression essentielle)، و"اختلال التنظيم التدريجي" (désorganisation progressive)، وهي التي تشرح تطور الأعراض لدى الشخصيات التجسدية. كما يوظف مارتي أيضاً أن نظام النكوص / التثبيت لشرح سير الاختلالات الموجهة للسياق التجسدي، بحيث يساعد ذلك النظام على توقيف تلك نمو تلك الاختلالات والصدمات التي تحركها" (سي موسى وبن خليفة، ج1، 2008، ص96).

- من جهة أخرى نجد أن دوبراي Dubray. R تعتبر أن الاضطراب السيكوسوماتي مثله مثل الأعراض العقلية الايجابية، ويمكن اعتباره ثراء عوض اعتباره أن يكون هشاشة. لأنه في حالة تراكم وفيض الاقتصاد السيكو-جسدي تكون الاجابة بالتجسيد عابرة في حين يتطلب العمل النفسي وقتاً غير محدود للإرصان، وبذلك يمكن أن يشجع الجسدنة العابر والمفاجئ على التوقف في نقاط التثبيت/ النكوص من أجل إعداد فترة متدرجة بعد ذلك لإعادة التنظيم، وبالتالي المساهمة في المحافظة على الحياة.

- ومن خلال كل ما سبق من التطور الفكري تتضح بعض الخصائص الهامة التي تميز الشخصيات الجسدية اعتماداً على سجلي العصابات الطبيعية والسلوكية:

### • نقد ستورا لمدرسة باريس 5 :

اعترف ستورا أن أعمال الدكتور هانز سيلبي هي التي ساهمت بشكل كبير في جعله يفهم العلاقات بين أحداث الحياة المؤلمة والصادمة بشكل أو بآخر. كانت لديه بدايات تفسير تربط بين علم اجتماع حياتنا اليومية والاضطرابات التي نعاني منها. حسب ستورا، فقد وصف المحللون النفسيون المحيطون ببيار مارتي نظرية الإجهاد هذه بأنها أطروحة

عدوانية! وهكذا رفضوا نظريات الإجهاد باسم التحليل النفسي. لقد فهم ستورا تدريجياً أن التحليل النفسي الكلاسيكي الذي يمارس ويدرس في معاهد التحليل النفسي في جميع أنحاء العالم يرفض النهج النفسي الجسدي. بالنسبة لستورا، رغم أهمية التحليل النفسي الكلاسيكي إلا أنه لا يمكن أن يفسر الأمراض انطلاقاً من توظيف الجهاز النفسي، ما زال محللون نفسانيون يزعمون ذلك رغم أن سيغموند فرويد، لم يزعم أبداً أنه يشرح الأمراض بل طور نموذجاً للتوظيف النفسي.

يقول ستورا: "لقد فهمت تدريجياً أن التحليل النفسي، الذي كان بالنسبة لي موضوع إعجاب، ليس لديه مفهوم لتفسير أي مرض آخر غير هستيريا التحويل. لم تكن الأمراض بالنسبة لي جزءاً من التحويل الهستيريا. نظراً لأنني بدأت في عام 2005 التدريس في كلية الطب في (Pitié-Salpêtrière) كمدير لشهادة جامعية أنشأتها بمساعدة الأستاذ جان فرانسوا أليير (Jean-François Allilaire)، فقد فهمت أن الطب يقدم المفاهيم الضرورية لتفسير الأمراض. لكن الطب الإخلافي (médecine allopathique) كان، تماماً كما هو الحال لدى التحليل النفسي، غير قادرين على ربط عقول المرضى بأمراض أجسادهم. لم يكن ذلك جزءاً مما يدرس في كلية الطب.

سابعاً: السيكوسوماتية التكاملية (التناول الإدماجي):

قدم ستورا شرحاً للجسدنة، التخصص الجديد الذي أنشأه، أي نظرية الأنظمة الخمسة: النظام النفسي، والجهاز العصبي المركزي، والجهاز العصبي اللاإرادي، والجهاز المناعي، والجهاز الجيني. بالنسبة له، لم يكن هناك سبب نفسي لأي مرض، ولم يكن البشر بأي حال من الأحوال مسؤولين عن أمراضهم. كانت المشكلة أكثر تعقيداً ومتعددة الأسباب في طبيعتها. "لا توجد أمراض نفسية جسدية، لكن جميع الأمراض نفسية جسدية. لاستكمال توجهي، تركت عمداً الفلسفة اليونانية أناكساغوراس Anaxagore التي أدت إلى انقسام العقل والجسد، لتبني الفلسفة العربية والفلسفة اليهودية التي رافقت وجوده في شمال إفريقيا. من خلال تبني هذا النهج الفلسفي المشترك بين جميع دول الشرق والدول الآسيوية، قدم ستورا نموذج جديد: "الإنسان هو وحدة نفسية جسدية". يشير مصطلح الوحدة بوضوح شديد إلى نهج شامل (Stora, 2021).

طور Stora تدريجياً طريقة للفحص العيادي باستخدام أكثر من 150 مفهوماً في التحليل النفسي والطب وعلم الأعصاب، لتسهيل الفحص العيادي للمريضات والمرضى الجسديين ولتسهيل الدراسات الوبائية التي يرفضها التحليل النفسي. تناول في الفصلين الأخيرين من كتابه الأخير 2021: "الإنسان وحدة سيكوسوماتية، كل الأمراض سيكوسوماتية"، الدراسات الوبائية التي تم إجراء بعضها مع بيار مارتي نفسه، والتي ظلت، حسب ستورا، مجهولة تماماً للمحاليين النفسيين في معهد علم النفس الجسدي بباريس 5 (institut de psychosomatique de ParisV). يتضمن الفصل الأخير دراسة عن مرضى زراعة القلب الذين عمل معهم عيادياً لمدة خمس سنوات في مستشفى Pitié-Salpêtrière في قسم زراعة القلب، ودراسة على 151 مريضاً من قسم الغدد الصماء وأخيراً دراسة حديثة عن مرضى سرطان الثدي. أثبت، علمياً، أنه من الممكن إجراء دراسات وبائية بمفاهيم التحليل النفسي.

تساءلنا سابقاً عن مكانة السيكوسوماتية في علم النفس المرضي الحالي، فجاءت الإجابة في هذه النظرية الحديثة وهي النظرية التكاملية أو كما سميت بالتناول الإدماجي. ولابد من فهم العلوم العصبية أكثر للوصول إلى فهم أعمق عن العملية التكاملية معه داخل الذات البشرية.

### 1- علم الأعصاب والعملية التكاملية للذات البشرية :

في تاريخ تطور الأبحاث في الفيزيولوجيا العصبية فيما يخص موقع الصورة في الدماغ والتي تمثل العمليات النفسية للوصول إلى موقعية مكان الوعي، الذي يبقى الأهم، لابد من فهم كيف يعالج الدماغ المعلومة (الداخلية والخارجية) لتوليد العاطفة والتفكير والسلوك. (Ikardouchene Bali, 2015, P. 28)

### العلاقة بين الروح والجسد

كانت العلاقة بين الروح والجسد مركزية في تفكير أعظم مفكري اليونان القديمة. ميز أناجزاقوراس 500-428 Anaxagore قبل الميلاد بين هذين الكيانين الكبيرين، وحافظ أفلاطون على هذه الثنائية التي وسعها أرسطو في مفهوم hylemorphism الذي بموجبه تعطي الروح شكلاً مورفياً للجسم (المادة: hylé)، وهكذا فإن الجسد والعقل يشكلان مادة

واحدة. تم تطوير هذا النهج الثنائي بطريقة تفاعلية من قبل ديكرت: الجسد والروح مادتان لهما تأثير متبادل "بالنسبة لـ Leibniz الجسد والروح مادتان تعملان بشكل مستقل. أخيراً، لا يزال Wundt في هذا النهج الثنائي، يعتبر أن الإنسان كائن حي يتجلى في جانبين مختلفين، جسدياً وعقلياً. تم تطوير النهج الأحادي ، أي وجود مبدأ واحد في الإنسان - الجسد أو الروح - من قبل بيركلي Berkeley والمثاليين في القرن التاسع عشر وكذلك هيغل (Hegel). الروح الروحية (l'âme spirituelle) هي الحقيقة الوحيدة لهؤلاء الفلاسفة. بالنسبة لهوبز (Hobbes) ودي لا ميتري (de La Mettrie) وكابانيس (Cabanis) وهيكل (Haeckel)، فإن الجسد المادي هو الواقع الوحيد" (Stora, 2021, P.9).

لم يتم تطوير نهج متكامل خاص بوحدة الإنسان، أي وحدة النفس- جسد الوظيفية، في النهج الغربي. كان لدينا نهج مزدوج: أحدهما ولد في نهاية القرن التاسع عشر وهو التحليل النفسي، والذي نتج عنه، بفضل مساهمات سيغموند فرويد، المفهوم الأساسي للجهاز النفسي (النفس)، والآخر فتح الطريق أمام الطب الإخلافي. (أكثر تركيزاً على الجسم). "إن تعدد الأساليب التي استخدمها علم النفس والطب، وفقاً لمنطقهم الخاص، لم يجعل من الممكن إلى يومنا هذا، إنشاء نظام علمي يدمج الإسهامات العلمية للتخصصات النفسية والطبية. فضل هذان المجالان العلميان الرئيسيان تطوير فرضيات متعددة تتعلق بالنفس والجسم، فسحت لظهور، لدى كل من المجالين الرئيسيين، فرضيات والعديد من النظريات التفسيرية. تابع الانقسام مصيره العلمي والأبيولوجي في الغرب" (Stora, 2021, P.9).

هذا ما يتم تفسيره بعلم النفس العصبي الذي يهتم بدراسة العلاقة بين السلوك والمخ، إنه يدرس العلاقة بين وظائف المخ من ناحية والسلوك من ناحية أخرى، ويستمد هذا العلم معلوماته من عدة علوم أخرى كعلم التشريح، وعلم الأحياء.

يتم توفير كل الطاقة المتاحة للشخصية لإنجاز عملها من خلال الغرائز. يتم تعريف الغريزة كحالة فطرية تعطي التوجيه للعمليات النفسية. الغريزة الجنسية، على سبيل المثال، تدور حول العمليات النفسية المختلفة للإدراك والتذكر والتفكير نحو هدف تناول الفعل الجنسي. يمكننا مقارنة الغريزة بنهر يتدفق على طول مجرى معين .

كل غريزة لها مصدر وهدف وموضوع ونزوة (محرك). المصادر الرئيسية للطاقة الغريزية هي الاحتياجات أو النزوات الجسدية. الاحتياجات أو النزوة، هي عمليات إثارة في نسيج أو عضو من الجسم يطلق الطاقة المتراكمة هناك. وبالتالي فإن حالة الجوع تنشط غريزة الجوع عن طريق تزويدها بالطاقة التي تحتاجها. هذه الطاقة الغريزية تضيء هدفاً اتجاهياً للعمليات النفسية للإدراك والذاكرة والفكر. يبحث الفرد عن الطعام، ويحاول أن يتذكر أين وكيف وجدته سابقاً؛ أو أنه يقوم بتطوير مشروع لسلسلة من الأعمال التي يمكن أن تمكنه من الحصول على الطعام الذي يحتاجه" (Ikardouchene Bali Zahia, 2015, P.15).

الهدف النهائي من الغريزة "هو إلغاء الحاجة الجسدية المقابلة. الهدف من غريزة الجوع، على سبيل المثال، هو إلغاء الظروف البدنية للجوع. بمجرد أن يتم ذلك، لن يتم إطلاق أي طاقة جسدية، وتخفي غريزة الجوع ويعود الفرد إلى حالته الفسيولوجية والنفسية. وبعبارة أخرى. والغرض من الغريزة هو القضاء على مصدرها" (Ikardouchene, 2019, P. 66)

باختصار، ما يميز غرض الغريزة، هو أنها محافظة، وتراجعية (نكوصية) ومتكررة. الهدف من الغريزة هو العثور على المواضيع والإجراءات التي تحقق هدفها. الهدف من غريزة الجوع هو أكل الغذاء؛ من الغريزة الجنسية، الجماع؛ ومن غريزة العدوان، القتال، إلخ. هذه الأشياء والأفعال هي الأكثر تبايناً في الغريزة، نظراً لأن العديد من الأشياء والأنشطة يمكن لها أن تحل محل بعضها البعض. (Ikardouchene, 2019, P. 66)

يحق لنا التحدث، إذن، "عن تحول الطاقة الجسدية إلى طاقة نفسية، وكذلك حول تحويل الطاقة النفسية إلى طاقة جسدية. هذه التحولات تحدث باستمرار. نفكر (طاقة نفسية)، ثم نتصرف (طاقة عضلية)؛ أو يتم تحفيزنا بواسطة الموجات الصوتية (الطاقة الميكانيكية) وبعد ذلك سوف نسمع (الطاقة النفسية) شخص يتحدث. الشيء الوحيد الذي لا نعرفه هو كيف تحدث هذه التحولات المختلفة" (L'A.B.C. de la Psychanalyse, cité par Ikardouchene, 2015, P. 5)

تفقد الليبيدو، أثناء الصدمة والضغط الدائم، خصائصها، من خلال العودة إلى أن تصبح طاقة جسدية التي تغذي العمليات الحيوية؛ عند القيام بذلك، فإنها تخضع لتغيرات وتقلبات كبيرة تزعج التوازن الحيوي. لكن قبل أن تفقد خصائصها النفسية، تكشف لنا الملاحظة العيادية عن الصعود والهبوط، بمعنى آخر تقلبات هذه الطاقة. وما هي النماذج التفسيرية لهذه الظواهر؟" (Stora, 2021, P.12).

### خلاصة:

بعد ما تطرقنا الى تفاصيل التوظيف السيكوسوماتي بعرضنا لمعنى السيكوسوماتية، ثم تعريف الامراض السيكوسوماتية وبعدها ذهبنا الى عرض اهم الدراسات التي تناولت السرطان كداء سيكوسوماتي وأخيرا تطرقنا الى مدارس السيكوسوماتية، تناولنا فيها المدرسة المدارس المختلفة ومن ثم قدمنا بنوع من التفصيل النظرية التكاملية لستورا.



الفصل الثالث:

سرطان الثدي

## الفصل الثالث : سرطان الثدي

### تمهيد

1- مفهوم السرطان

2- تعريف الثدي

3- مفهوم سرطان الثدي

4- أسباب سرطان الثدي

5- أعراض سرطان الثدي

6- أنواع سرطان الثدي

7- أورام تصيب الثدي المرأة

8- تشخيص سرطان الثدي

9- - مراحل سرطان الثدي

10- علاج سرطان الثدي

### خلاصة

تمهيد :

رغم التقدم الكبير في مجال الطب ونتائج البحوث والدراسات التي أجريت على مرض السرطان، بالإضافة إلى اكتشاف الأدوية والطرق العلاجية، إلا أنه لا يزال يشكل الخطورة في أذهان الناس ويثير مشاعر الخوف والقلق لدى الكثيرين وذلك إثر اكتشاف حالات متجراة المرض، مما ينتاب المريض الاكتئاب واليأس بشكل يعوقه عن أداء وظائفه الحياتية والاستمتاع بحياته وكذا متابعة العلاجات التيقن بإمكانية الشفاء.

توضيحا للقارئ موضوع دراستنا ألا وهو سرطان الثدي، ارتأينا عرض في هذا الفصل مفهوم سرطان الثدي ثم نتناول أنواعه وكذلك أعراضه ومراحل تشكله وكيفية التشخيص والعلاج، مع ادراكنا أن الموضوع أعمق وأوسع بكثير.

1- مفهوم السرطان (le cancer):

أصل "كلمة سرطان في اللغة الإنجليزية (cancer) مشتقة من كلمة يونانية الأصل (karkinos) لأنه يشبه الحيوان القشري السلطعون، وهذا الاسم اللاتيني أخذ دلالاته باللغة الفرنسية في القرن (17) بمعنى الورم الخبيث" ( السيد 2007 ص 14)

"يسمى السرطان (أو الورم الخبيث) علميا بالنيوبلازم (Neoplasm) وتعني باللاتينية النشوء الجديد" (الأرناؤوط، 2016، ص 11) تعريف الطب الحديث للسرطان (2005) على أنه ينتج عن خلل في الحامض النووي للخلية الحية " إشارات تشجع نمو الخلية أو يؤدي إلى "وقف إشارات عدم النمو".

تتم ترجمة رموز هذا الخلل عبر بروتينات تكون موجودة على سطح الخلايا وداخلها أو قد تكون ناقلة في الدم ولها علاقة في إشارات نمو الخلية وخضوعها للمراقبة السليمة من قبل الجسم وجهاز المناعة. الخلية المتحولة تنمو وتتكاثر بشكل غير منتظم وعشوائي وتكون كتلة ورم تغزوا محيطها وتستطيع الانتقال إلى الدم وعبره إلى أماكن متعددة في الجسم وقد تستقر في بعضها وتسبب ما نسميهانتشارا" (الصغير، 2005، ص 17).

و "تعرفه المنظمة العالمية للصحة (OMS) (2008) على أنه: مجموعة الأمراض التي تقوم على ميكانيزم الانقسام العشوائي، والتكاثر الفوضوي للخلايا، والتوسع الباثولوجي على حساب أنسجة وأجهزة سليمة" (قابلي، 2011 ص14)

## 2- تعريف الثدي:

غدة على جانبي صدر المرأة ذات حلمة مثقوبة يكتمل نموها عند البلوغ وتتضخم أثناء الحمل وتفرز الحليب للرضيع بعد الولادة.

## 3- تعريف سرطان الثدي:

يتكون "ثدي المرأة من أنسجة دهنية وفصيصات (الغدد المنتجة للحليب)، وقنوات (الأنابيب التي تحمل الحليب إلى الحلمة) ويتطور سرطان الثدي حينما تخرج بعض الخلايا أي جزء من الثدي عن طبيعتها وتبدأ في النمو والانقسام بشكل خارج عن السيطرة. وإذا تركت هذه الخلايا دون علاج فقد تغزو هذه الخلايا الشاذة الأنسجة المجاورة وتلحق بها الضرر، كما يمكنها الانتشار إلى أجزاء أخرى من الجسم عن طريق الدم أو عن طريق الجهاز اللمفاوي" (دون مؤلف، 2016، ص 5)

هو "ورم يحدث في أنسجة الثدي وأنسجة الخلايا المحيطة به، وفي عضلات الصدر التي تربط الثدي بالأضلاع، وكذلك في الغدد اللمفاوية في المنطقة ما تحت الذراع" (مهدي، 2016، ص 394).

## 4- أسباب سرطان الثدي:

الوراثة: إن إصابة أقرباء من الدرجة الأولى بسرطان الثدي يزيد بنسبة إصابة السيدة من (1.5 إلى 2) مرة تزداد هذه النسبة إذا كانت الإصابة في كلا الثديين.

السن: يلعب السن دورا هاما فمن النادر الإصابة بسرطان الثدي قبل سن الخامسة والعشرين، إلا أن خطر الإصابة يزيد بعد سن 44.

البلوغ وسن اليأس: أوضحت الدراسات أن هناك "انخفاض 20 بالمئة تقريبا بالنسبة لخطورة الإصابة تنتج من كل سنة يتأخر فيها البلوغ، وقد أشار هاندرسون وآخرون إلى أن السيدات التي تعرضن للبلوغ في سن (12) أو قبله مع انتظام الدورة الشهرية زادت عندهم خطر الإصابة بسرطان الثدي أربع مرات من السيدات التي تعرضن للبلوغ في سن 13 أو أكثر مع عدم انتظام الدورة الشهرية. وأشار ديكسون وآخرون أن حدوث سن اليأس بعد سن (55) سنة يضاعف خطر الإصابة مقارنة بسيدات تعرضن لسن اليأس قبل (45) سنة" (سعادي، 2009، ص26).

الأسباب النفسية: كما أن للعوامل النفسية دورا أساسيا في ظهور سرطان الثدي فقد صرح (patiel) (والمذكور من طرف شافي، 2018)، "أن العوامل النفسية لها تأثير هام في ظهور وتطور هذا المرض وغالبا ما تتعرض المريضات لمواقف ضاغطة خلال مراحل الطفولة المبكرة أثرت سلبا على جهازهن الانفعالي، ومن العوامل النفسية التي تؤدي لظهور سرطان الثدي هو التعرض لصدمة نفسية قوية إما بفقدان شخص عزيز أو التعرض للاعتداء أو العيش في أسرة مضطربة تملؤها النزاعات وجميع هذه الأسباب تجعل الفرد يعيش جوا من الضغوطات النفسية الحادة وهذا قد يؤدي إلى ضعف في جهاز المناعة وبالتالي تستطيع جميع الأمراض اختراق الجسم بسهولة وكذلك تحفز الأورام الحميدة الموجودة فيه لتصبح خبيثة" (شافي، 2018، ص 47)

العرق: توضح الدراسات ان النساء البيض لديهن أكبر نسبة إصابة بسرطان الثدي زيادة الوزن: إن تجنب زيادة الوزن خلال سنوات البلوغ يساعد في تقليل خطورة الإصابة بسرطان الثدي كلما زاد الوزن أكثر كانت خطورة الإصابة أكبر.

إن الإصابة السابقة بسرطان الثدي: إن النساء اللواتي تم علاجهن من سرطان الثدي بنجاح معرضات كل سنة للإصابة مرة أخرى بنسبة 1 بالمئة، الإصابة مرة أخرى قد تحدث في الثدي الآخر أو في نفس الثدي الذي تم علاجه سابقا.

العوامل الطبيعية: بالإضافة إلى "التعرض للفيروسات وبعض العوامل الطبيعية أو الكيميائية أو الإشعاعات تزيد من نسبة حدوث سرطان الثدي وذلك حسب الأنسجة المصابة" (غبولي، 2020/2019، ص28).

5- أعراض سرطان الثدي: هناك مجموعة من الاشارات والأعراض يجب الانتباه لها في حال التأكد من وجودها من الضروري ابلاغ الطبيب مباشرة ولو في حال ظهور عرض واحد فقط من الأعراض التالية:

- ألم موضعي في الثدي أو تحت الإبط.
- وجود كتلة أو غلاظة بالثدي أو تحت الإبط.
- تغير في شكل أو حجم الثدي.
- افرازات دموية أو غير دموية من الثدي.
- تغير مظهر أو لون الحلمة (انقلاب الحلمة للداخل بشكل مستمر، تغير في مكان والتهئية)
- الشعور بالتغيرات في الجلد أو الحلمة من المظهر ( تشققات، تهيج، انكماش شد للداخل)" (ناجي، 2005، ص 51).

6- أنواع سرطان الثدي: يمكن أن يبدأ سرطان الثدي في أي جزء من أجزاء الثدي، ويتكون الثدي من ثلاثة أجزاء رئيسية وهي: الفصيصات، القنوات، النسيج الضام.

- تبدأ معظم سرطانات الثدي في القنوات أو الفصيصات، لكن يمكن أن ينتقل سرطان الثدي خارج الثدي من خلال الأوعية الدموية والأوعية اللمفاوية.
- يوجد تصنيفان رئيسيان لأنواع سرطان الثدي، وهما كالاتي:

1- سرطانات الثدي غير الغازية :

هي سرطانات التي تتكون في قنوات الحليب أو فصيصات الثدي، ولم تغزو أنسجة الثدي السليمة، وتسمى أيضا السرطانات الموضعية، وتشمل التصنيفات التالية:

أ- سرطان القنوات الموضعي : سرطان القنوات الموضعي هو أكثر أنواع سرطان الثدي غير الغازية شيوعا، وهو يبدأ في قنوات الحليب ولا يكون منتشرا إلى الأنسجة المحيطة، ولا يشكل خطرا على الحياة، الإصابة بسرطان الثدي الموضعي يمكن أن يزيد من خطر الإصابة بسرطان الثدي الغازي لاحقا.

ب- السرطان الفصيصي الموضعي: ينمو هذا النوع من السرطان في الفصيصات، وهي الغدد المنتجة للحليب في نهاية قنوات الثدي. لا يحتاج هذا النوع إلى التدخل بجراحة سرطان الثدي ولا يهدد الحياة، لكن وجوده يمكن أن يزيد من خطر الإصابة بسرطان الثدي الغازي لاحقا.

2- سرطانات الثدي الغازية: هي سرطانات الثدي التي انتشرت إلى أنسجة الثدي المحيطة، وتعد معظم أنواع سرطان الثدي غزوية وتشمل الآتي:

أ- سرطان القنوات الغازية : هو أكثر أنواع سرطان الثدي شيوعا ، حيث يبدأ في الخلايا التي تبطن قناة الحليب في الثدي، ثم يخترق السرطان جدار القناة وينمو إلى أنسجة الثدي القريبة، في هذه المرحلة يمكن أن ينتقل إلى أجزاء أخرى من الجسم من خلال الجهاز الليمفاوي ومجرى الدم يوجد تصنيفات فرعية تعد أقل خطورة من باقي السرطانات القنوية الغازية :

1- السرطان الغدي الكيسي؛

2- سرطان القنوات النخاعي؛

3- سرطان القنوات المخاطي أو الغرواني؛

4- السرطان الحليمي؛

5- سرطان القنوات الأنبوبي.

ب- سرطان الفصيصات الغازية :

يبدأ سرطان الفصيصات الغازية في الغدة اللبنية، ويمكن أن ينتقل إلى أجزاء أخرى من الجسم قد يكون اكتشاف السرطان الفصيصي الغازي أكثر صعوبة من سرطان القنوات الغازية.

3- أنواع سرطان الثدي الأخرى :

يوجد أنواع أخرى لسرطان الثدي أقل شيوعاً، ومن أبرزها الآتي:

أ- سرطان الثدي الالتهابي :

هو شكل نادر وشرس من سرطان الثدي يتميز عادة بكل ما يأتي:

1- يظهر غالباً على شكل طفح جلدي أو منطقة متهيجة من جلد الثدي ويعيق عمل الأوعية اللمفاوية في الثدي.

2- لا يظهر في تصوير الثدي الشعاعي أو الموجات فوق الصوتية وغالباً ما يتم تشخيصه بالخطأ بأنه عدوى مما يؤخر تشخيصه قبل حدوث الانتشار.

3- لا يوجد تكتل غالباً فيه؛

4- أكثر أنواع السرطان عدوانية وينتشر بسرعة.

ب- سرطان الثدي السلبي الثلاثي :

لا تكون الأنواع الثلاثة من المستقبلات معروفة بتغذية نمو سرطان الثدي موجودة على خلايا هذا النوع من السرطان وهي:



1- الاستروجين.

2- البروجسترون.

3- جين مستقبل عامل نمو البشرة البشري.

### ج- مرض باجيت في الثدي (paget's disease of the bleast) :

مرض باجيت "هو نوع نادر من أنواع سرطان الثدي يصيب جلد الحلمة وغالبا ما يصيب الهالة، وهب الدائرة الداكنة من الجلد حول الحلمة كثيرا ما يتم تشخيص مرض باجيت بشكل خاطئ في البداية ، حيث يمكن الخلط بسهولة بين الأعراض الأولى له وأمراض الجلد الشائعة التي تؤثر على الحلمة" (29: www/webteb/com/22)

### 7- أورام تصيب ثدي المرأة :

#### 1- الورم الليفي المتكيس:

هذا الورم "عبارة عن اضطراب موضعيا في الثدي وهو شائع وغير خبيث يتواجد عند المرأة التي يتراوح عمرها بين (30-50) سنة" (عماري، 2013، ص 28) حيث تشير كلمة ليفي "الى ودود نسيج ضام ليفي، فيما تشير كلمة كيسي الى الأكياس التي هي جيوب مليئة بالسائل، قد تشعر المرأة بنتوء أو او كتلة في ثديها اضافة إلى تورم أو انتفاخ أو ألم مباشرة قبل دورة الطمث على الأرجح" (سعادي، 2009، ص26).

#### 2- الأكياس :

جيوب مليئة بالسائل "تبدو مثل الكتمة الطرية أو البقعة المنتفخة، وهي تتواجد غالبا عند النساء بين عمر (35-50) عاما قد تتراوح الأكياس من صغيرة الحجم الى حجم البيضة تقريبا وقد يزداد حجما أو تصبح أكثر انتفاخا مباشرة قبل دورة الطمث، وتختفي تماما بعدها" (سعادي، 2009، ص27).

#### 3- الورم الغددي الليفي:

هو كتلة صلبة ناعمة مطاطية أو قاسية تتحرك بسهولة تحت الجلد عند لمسها وتكون عادة غير مؤلمة (سعادي، 2009).

ويظهر هذا النوع غالبا ما بين فترة البلوغ والعشرينات "ومن الممكن أن نجد المرأة أكثر من ورم واحد في الثدي أو الثديين" (عماري، 2013، ص 28).

#### 4- الورم القصى:

يحدث هذا الورم في القناة المبنية بجوار الحلمة وقد تلاحظ المرأة افرازات من الحلمة قد تكون أحيانا ممزوجة بالدم" (عماري، 2013، ص 28).

#### **8- تشخيص سرطان الثدي:**

لقد أثبتت العديد من الدراسات أن الكشف المبكر عن السرطان الثدي يخفف من احتمالاتالموت ويمكن الشفاء بنسبة 90 بالمئة من الحالات المكتشفة مبكرا ويمكن الوصول الى ذلك عن طريق:

#### 1- الفحص الذاتي:

تقوم به المرأة بنفسها مرة كل شهر حوالي اليوم السابع (07-10) أيام من الدورة الشهرية لكل امرأة فوق العشرين.

#### 2 الفحص الطبي:

يكون مرة كل ثلاث سنوات من 20-40 سنة، ما فوق 40 سنة تقوم بالفحص كل سنة.

#### 3 الفحص الشعاعي والماموغرافي:

تأخذ مرة كل سنة للمرأة التي يتراوح عمرها من 40-69 سنة لرؤية الأجزاء الداخلية للثدي. (باوية نبيلة، 2013، ص 102).

#### **9- مراحل سرطان الثدي :**

#### 1- المرحلة الصفرية :

يعني أن السرطان لم ينتقل للأجزاء المحيطة لذلك يسمى سرطان الثدي غير الانتشاري ويمثل حوالي 15.25 من مجموع حالات سرطان الثدي ولا يعتبر حقيقيا وينقسم الى قسمين:

- سرطان في القنوات الناقلة للحليب: وتكون خطورة الإصابة بالسرطان مرتفعة لذلك يحتاج لمتابعة دقيقة لتطوره.

- سرطان في أنسجة الحليب: وفيه تستأصل الثدي أما بالكامل أو جزء منه وذلك بناء على منطقة الإصابة.(ناظر مليكة، 2019-2018، ص 64)

## 2- المرحلة الاولى :

حجم السرطان لا يتجاوز 2.5سم ولم ينتشر خارج الثدي (توصف هذه المرحلة أيضا بسرطان الثدي المبكر).

## 3- المرحلة الثانية :

قد يجد الطبيب كل من:

- حجم السرطان لا يتعدى 2.5 سم، ولكنه انتشر في العقد اللمفاوية تحت الإبط.  
- حجم السرطان يتراوح ما بين 2.5-5 سم، وقد يكون انتشر في العقد اللمفاوية تحت الإبط أو لا يكون.

- حجم السرطان أكبر من 5 سم، ولكنه لم ينتشر في العقد اللمفاوية تحت الإبط.

## 4- المرحلة الثالثة:

وتنقسم هذه المرحلة إلى مرحلتين هما:

المرحلة الثالثة (أ): في هذه المرحلة قد يجد الطبيب أحد الأمور التالية:

- حجم السرطان أقل من 5 سم ومنتشر في العقد اللمفاوية تحت الإبط الليمفاوية تحت الإبط وكذلك امتد إلى العقد اللمفاوية الأخرى.

- حجم السرطان أكبر من 5 سم وقد انتشر في العقد اللمفاوية فقط الليمفاوية تحت الإبطن فقط.

المرحلة الثالثة (ب): قد يجد الطبيب التالي:

- أن السرطان قد انتشر في الأنسجة القريبة من الثدي (الجلد وجدار الصدر، بما في ذلك (الأضلاع وعضلات الصدر).

- أن السرطان قد انتشر في العقد الليمفاوية داخل جدار الصدر على طول عظمة الثدي.

#### 5- المرحلة الرابعة :

وفي هذه المرحلة يكون السرطان قد انتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم، على الأغلب إلى العظام أو الرئتين أو الكبد أو الدماغ أو أن السرطان انتشر محليا في الجلد والعقد اللمفاوية للرقبة، الترقوة. (غبولي يسمينة، 2020/2019، ص 32)

#### **10- علاج سرطان الثدي :**

يتم علاج سرطان الثدي في أغلب الأحيان بعدة طرق يقوم الطبيب باختيار التقنية المناسبة لذلك سواء كان علاج طبي أو علاج بالأشعة، فكلما اكتشف الورم مبكرا كما زادت نسبة الشفاء و نجاح العلمية العلاجية.

ومن الأساليب العلاجية لسرطان الثدي:

1- الجراحة: يعتمد على حجم الورم ومدى انتشار المرض حيث يقوم الطبيب باستئصال الورم فقط أو استئصال كمي للثدي وما تبعه من أنسجة وتشمل الغدد اللمفاوية تحت الإبطن وفي الصدر.

وهناك أنواع متعددة من الجراحة يلجأ إليها الطبيب من بينها:

استئصال الثدي: وهو استئصال كلي للعضو المصاب

استئصال كتلة أو الورم: "استئصال للكتلة المتواجدة في الثدي وجزء من النسيج الطبيعي المحيط بها" (باوية، 2013، ص 148)

استئصال الجذري المعدلة: مثل الثدي البسيطة وهي تقوم على استئصال الثدي جميع الغدد اللمفاوية التي تصرف السائل من الثدي الى منطقة تحت الابط من الغدد اللمفاوية التي تصرف السائل من الثدي الى منطقة تحت الابط من الممكن عادة اجراء هذه العملية من دون إلحاق أي ضرر بعضلات الصدر.

استئصال الجذري المعدلة: مثل استئصال الثدي البسيطة وهي تقوم على استئصال الثدي جميع الغدد اللمفاوية التي تصرف السائل من الثدي الى منطقة تحت الابط من الممكن عادة اجراء هذه العملية من دون إلحاق أي ضرر بعضلات جدار الصدر استئصال الثدي الجذري: قبل "ما يتم اللجوء الى هذه العملية في أيام هذه وهي تستعمل لاستئصال الثدي والعقد اللمفاوية والعضلات تحت الصدر" (مايك، 2013، ص 103).

**2- العلاج الاشعاعي**: هو علاج موضعي يتم بواسطة استخدام أشعة قوية تقوم بتدمير الخلايا السرطانية لإيقاف نشاطها .

**3- العلاج الكيميائي**: هو علاج شامل تعطى فيه الأدوية بشكل دوري و يتم بالحقن عبر الوريد أو اعطائها عن طريق الفم لتصل إلى الخلايا السرطانية وتقتلها، ويعتبر العلاج الكيميائي علاج شامل لأن الأدوية في جميع الجسم.

**4- العلاج الهرموني** : يستخدم لمنع نمو الخلايا السرطانية أو انتشارها أو ظهورها مرة أخرى ولذا أوضحت الدراسات أن "هرمون الأستروجين قد يساعد على زيادة نمو الخلايا السرطانية عند بعض النساء لذلك تعطى أدوية معينة لمنع تأثير الاستروجين على زيادة نمو الخلايا السرطانية في نسيج الثدي دون أن يوقف الانتاج الهرموني الأنثوي" (الحوري، 1999، ص 243).

### خلاصة:

ان سرطان الثدي ليس مرضا سهلا، ويبقى دائما مرض فتاك لكن اكتشافه المبكر يزيد فرص نجاح البرتوكول العلاجي.

ومن أجل الشفافية واحترام القراء، قمنا بتقديم المعلومات الطبية النظرية حول سرطان الثدي، لكننا لا ندعي أننا قمنا بتطوير متعمق ولكن ببساطة حاولنا توفير أداة لفهم المرض المذكور في مذكرتنا.

الجانب الميداني

الفصل الأول:

الإجراءات

المنهجية للدراسة

الميدانية



## الفصل الأول : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

### تمهيد

- 1- المنهج المتبع وتعريفه
- 2- المجال المكاني والزمني
- 3- الأدوات المستعملة في البحث
- 4- مجموعة البحث
- 5- التطبيق

### خلاصة

تمهيد:

بعدما ما تطرقنا الى الجانب النظري للمشكلة وفرضياتها وأهدافها وأهميتها والمفاهيم الاجرائية وكذا الفصول التي سبق ذكرها، نحاول في هذا الفصل عرض أهم الاجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة الحالية وعرض وتحليل النتائج المتحصل عليها.

## 1- المنهج المتبع وتعريفه:

تتمثل الدراسة الحالية في محاولة فهم التوظيف السيكوسوماتي للمرأة المصابة بسرطان الثدي والتي تجعل من المنهج العيادي السبيل الوحيد لفهم الصيرورة النفسية للمرأة المصابة بسرطان الثدي؛ فاختيار المنهج المناسب خاضع إلى طبيعة المشكلة.

### 1.1 تعريف المنهج العيادي:

اعتمدنا في بحثنا هذا على المنهج العيادي، والذي يعرف انه: منهج في البحث ويقوم على استعمال نتائج فحص المرضى ودراساتهم الواحد تلو الآخر، واستخلاص المبادئ العامة التي توحى به الملاحظة كفاءتها وقصورها (حسن عبد المعطي، 1998، ص 141).

المنهج العيادي يقوم أساسا على منهج دراسة حالة والذي يحصل خلاله الأخصائي النفسي العيادي على كل المعلومات والنتائج المتعلقة بالحالة المدروسة وذلك عن طريق: الملاحظة، المقابلة، التاريخ الشخصي، الاختبارات النفسية وقد تم اختيارنا لهذا المنهج نظرا لتناسبه مع طبيعة بحثنا المتمثلة في معرفة نوعية التوظيف السيكوسوماتي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي والكشف على أهم خصائص هذا التوظيف.

## 2 – الإطار الزمني والمكاني للبحث:

### 2 – 1 زمن البحث:

انطلق البحث بالصفة الفعلية في 25 جانفي 2021 واستمر إلى غاية 30 ماي 2021 حيث أنهينا التطبيق. كان لقاءنا مع الحالة، حسب حضورها إلى مصلحة الأورام السرطانية في قسم النساء.

## 2-2 مكان البحث:

لقد تم تطبيق البحث بولاية ورقلة وذلك بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف وبالضبط:

مصلحة الأورام السرطانية في قسم النساء .

### 3. الأدوات المستعملة في البحث:

### 3-1 المقابلة العيادية النصف موجهة بالأسلوب الاستقصاء السيكوسوماتي: أي محاولة

أخذ أكبر عدد ممكن من المعلومات عن الحالة وعن تاريخ مرضها مع مراعاة حالة المريضة؛ لذلك فقد كانت المقابلات متعددة.

### 3-1.1 مفهوم المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية من التقنيات التي يستعين بها المختص النفسي العيادي أثناء عمله، إذ تساعده في الحصول على المعلومات الخاصة بالفحوص والتي تعتبر الوسيلة الأهم لتكوين صورة عن شخصية العميل(ة). المقابلة هي، حسب عبد السلام زهران والذكور من طرف فوزي، "علاقة مهنية ودينامية تتم وجها لوجه بين المختص النفسي والعميل في جو نفسي آمن، تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين، تهدف إلى جمع المعلومات التي يتم توظيفها لتحقيق هدف معين" (فوزي، دون سنة، ص30)

ولقد اعتمدنا في البحث على المقابلة النصف الموجهة بالطريقة الاستقصاء السيكوسوماتي لأننا نبحت عن التوظيف السيكوسوماتي حسب توجه السيكوسوماتية الإدماجية التكاملية وهي تتميز بعدد من المحاور انحدرت من كل محور مجموعة من الأسئلة المفتوحة، التي من شأنها اجلاء معلومات خاصة بشخصية الحالة، ولقد تركزت المقابلات على التاريخ الشخصي للعميلة وكيفية معاشتها للمرض.

### 3.1.2 تعريف المقابلة النصف موجهة:

هي "المقابلة التي تسمح بالاقتراب من المفحوص وجمع مختلف المعلومات التي تساعد على فهم المشكل الحقيقي الذي يعاني منه، وتتيح للمفحوص التعبير الأكبر عن آرائه وأفكاره واتجاهاته، وتكون تدخلات الفاحص قليلة" (عطوف محمد ياسين، 1986، ص405).

### 3. 1. 3 المقابلة السيكوسوماتية الاستقصائية:

استعمل هذا المصطلح من قبل مارتي سنة(1962)وظهر في كتابه "الاستقصاء النفس جسدي" سنة 1963 (l'investigation psychosomatique).

"في سنة 1983، قام دنبار باستخدام هذه الأداة على عينة تتكون من 20 فرد يعانون من مرض السكري، والهدف من المقابلة الاستقصائية السيكوسوماتية أنها تخضع إلى جانب تكاملي بين النفس والجسد أي يجب على المختص السيكوسوماتي أن يكون ملما بالمرض الجسدي ومعرفته حق المعرفة، أما الجانب النفسي فإنه قد تخصص فيه من قبل" (فارسي، 2011، ص 92).

وللقيام بمقابلة ناجحة يجب أن تتوفر ثلاثة شروط حسب موريس انجلس والمذكور من طرف زناد، وتتمثل هذه الشروط في:

ا. درجة توافر المعلومات عند المفحوص وسهولة نيلها منه؛

ب. المعرفة أي فهم المفحوص لما هو مطلوب منه؛

ج. الدافعية من طرف المفحوص وذلك برغبة المشاركة في البحث والدقة في الإجابة على الأسئلة.

وتحدد الدافعية في مدى تعامل المفحوص مع الفاحص" (زناد، 2008، ص. 206).

حاولنا تسجيل كلام الحالة كتابيا مع أخذ بعين الاعتبار الحركات، الإيماءات والسكوت والانفعالات الخ.

### 3. 1. 4 دليل المقابلة:

يحتوي دليل المقابلة على عشر (10) محاور، ولكل محور هدف يسمح لنا بجمع معلومات دقيقة وهامة عن الحالة.

أ. معلومات عامة عن الحالة:

نبدأ أولاً بالترحيب بالحالة، (بقولنا: السلام عليكم، تفضل بالإشارة إلى الجلوس على الكرسي) ثم نشرح لها ما ننتظره منها وما هو هدف بحثنا وكانت العبارة كما يلي:

"راني مختصة نفسانية نقوم ببحث حول النساء اللاتي عندهم سرطان الثدي ونحب نعرف كيفاش يفكروا وكيفاش مرضوا باش نفهمهم ونساعدهم أحسن. إذا راكي قابلة باش تشارك في هذا البحث، رايعين نهديروا برك على حوايج إخصوك وتأكدي باللي قاع واش رايع تقولي، راح يبقى سر ومش رايحة نذكر الاسم ولا معلومات تخصك مباشرة".

وأضيف سؤال: راكي قابلة تشارك؟ وأضيف العبارة التالية: "وحتى كي تقبلي، لو كان تبدلي رايك ما عيش تقدري تحبسي وما كانش مشكل، تقولي لي برك باللي حبيتي تحبسي ونحبسو".

إذا قبلت الحالة المشاركة، نشكرها ونبدأ معها المقابلة بعد أخذ معلومات عامة عنها ونبدأ في المقابلة (أنظر الملحق رقم 1).

في الأخير قبل أن نودع الحالة، نطلب منها ما تحس به، وهل هناك أشياء مهمة تريد الكلام عنها ولم نتناولها؟

نشكر الحالة على مشاركتها في البحث ونودعها.

3. 2 شبكة ستورا: وهي شبكة تم بنائها خلال 10 سنوات من الدراسة وكان الأفراد الذين تم استقصائهم في الأغلبية من المغاربة (شمال إفريقيا).

3. 2. 1 لمحة عن تاريخ بناء هذه الشبكة:

يقول ستورا في محاضراته (والتي ترجمت من طرف بعلي إكردوشن زاهية): "بقي تقدير الصحة النفس جسدية لحد يومنا هذا، حكر المحللين النفسانيين السكوسوماتيون من معهد السيكوسوماتية الذي أنشأه بيار مارتي في عام 1978. في الحقيقة لم يكن هناك طريقة لتقييم الصحة النفس جسدية؛ وكلها تستند على التحقيق النفس جسدي الذي وضعه بيار مارتي وزملاؤه من مدرسة باريس: (Christian David) كريستيان ديفيدميشال فان (MichelFain)

وميشيل دميزو (Michel de M'Uzan) وبدأ التحقيق لتجربة المرضى في الجسدنة في سالبتريير في عام 1960 (Pitié-Salpêtrière) واكمل في عام 1962، استمروا تحقيقهم، في مركزتم انشاؤه إلى غاية عام 1978 عندما استطاعوا أخيرا تحقيق مشروعهم معهد:

IPSO والذي كان حكرا على المحللين النفسانيين، لأنهم كانوا يعتمدون على الكشف على الجانب النفسي وحده والذي كان يعتبر الوحيد الذي يؤثر على الصحة الجسدية، أي أن الغلاف النفسي هو الذي يحمي وحده الجسد، بينما تبين لستورا أن مارتني كان يصبو إلى بناء طريقة تكاملية يتم الأخذ بعين الاعتبار النفس والجسد مع بعض" (إكردوشن بعلي، قيد النشر، ص. 11)

حرصا على الجانب العلمي، في تطويره للسيكوسوماتية التحليلية، أنشأ بيار مارتني شبكة من المفاهيم الهامة للتحليل النفسي. عند وفاته في يونيو 1993، زالت الشبكة من اهتمامات خلفائه. لقد انضم ستورا مع بيار مارتني في عام 1984، وأنشأ تدريجيا، الروابط العلمية والصدقة. تتجلى الروابط العلمية في أنه اتخذ الشبكة النفس جسدية من أجل القيام بالدراسات الوبائية الأولى التي نشرت بعد وفات بيار مارتني هكذا اضطر ستورا، للتوقيع وحيدا على عمل كانا معا في إنجازه وانه لم يستطيع إعادة قراءته. سهر بيار مارتني على تكوين وتدريب ستورا كسيكوسوماتي لمدة خمس سنوات، وبعد ذلك، انتخب رئيسا لمعهد علم النفس الجسدي من 1989 إلى يوليو 1992 (Stora, 1999).

أصيب بيار مارتني بمرض خطير في سبتمبر عام 1992، وتوفي في عام 1993. مغادرة المعهد الذي ساهم في بعد وفاته طلب من Stora إدارته وتطويره إستطاع من 1993-2006 إعادة تناول شبكة بيار مارتني وجعلها أداة للدراسات الوبائية انطلاقا من نموذج التوظيف النفسي الجسدي الذي شكله تدريجيا. كان علماء التحليل النفسي والمختصون النفس جسديون، يعتقدون أنه لم يكن ممكنا تطوير نموذج يستند إلى مفاهيم التحليل النفسي (أي وضع ذلك كليا على شكل شبكة)، وتجلي ذلك غير صحيحا. لقد طرح ستورا هذا النموذج والطريقة الشاملة لها، في مختلف الكتب التي نشرها إنطلاقا من 1999.

بعد إنشاء دبلوم جامعي في السيكوسوماتية التكاملية، في كلية الطب، تحدث إلى الكثير من المهنيين، وكان جزء منهم ليس لديهم دراية بالسير النفسي. سمحت له الدروس العامة في

السيكوسوماتية التكاملية من تدريب مهنيين الذين تعلموا بسرعة نموذج التوظيف النفسي الذي كان يقترحه لهم. بذلك قد يتحصل الأطباء على التقدير الأولي للصحة النفس جسدية لمرضىهم وإحالتهم إلى المعالجين المؤهلين. قد يطلب المعالجين التكوين السيكوسوماتي لاستكمال التدريب الخاص بهم إذا رغبوا في ذلك.

ويحذرنا ستورا، أنه لأسباب أخلاقية خاصة بصحة المرضى، فمن المهم عدم إعطاء للمريض نتائج هذه الدراسة مباشرة لآلا تزداد الأعراض سوءا. من المهم أن نفهم أولا أبعاد هذا التقدير وأن نوصل للمرضى ما فهمناه.

نقدم توصية للمتابعة من أجل العلاج، ويجب أن نعرف أن هذه التوصية لا تنطبق على جميع المرضى.

### 3. 2. 3 المحتويات الأساسية للشبكة:

إلى حد ما، يمكن أن نحتفظ من المؤشرات ما يخص الصحة الحالية: السجائر، زيادة الوزن، إلخ وأكثر الأعراض شدة مثل القلق والاكتئاب، وهذا ينبغي أن يكون كافيا (Stora, 1999).

في العلاقة مع المريض، يوصي ستورا أن نعطي نتائج جميع المؤشرات: الكحول، المخدرات أو الأدوية غير الموصوفة، العادات الغذائية، وتناول القهوة، والأنشطة الرياضية، وأخيرا السجائر ... وهذه هي المؤشرات التي يستقصيها الأطباء عادة في استشاراتهم؛ فهي مهمة جدا في السيكوسوماتية لأننا نستطيع، خلالها، البدء في إنشاء التبعية الفمية (الكحول المخدرات أو العقاقير غير الموصوفة وخصوصا العادات الغذائية، شرب القهوة والسجائر). تعتبر هذه التثبيات الفمية، من العوامل للعظمى لخطر الإصابة بالمرض: زيادة الوزن ومخاطر القلب والأوعية الدموية، وأمراض الرئة، الخ وتعتبر ممارسة التمارين الرياضية بانتظام هي عامل منبئ إيجابي للمرضى.

يمكننا إضافة لهذه المؤشرات النتائج الخاصة بظهور القلق والتوتر وكذلك الاكتئاب وإحالة المريض إلى طبيب عام أو طبيب نفسي إذا كنا نعتقد أن القلق والاكتئاب وصلا إلى مستويات عالية جدا. في إطار مؤشرات سلوكيات التكيف، يمكننا تقديم النتائج المتعلقة بالالتزام بالعلاج، لأنه يكشف على أن المريض يتبع أم لا علاجه. على مستوى مؤشرات

العلاقة بالمرض، يمكننا التأكيد على المعاناة الخاصة بالخوف من المرض، وعدم وجود الدعم العائلي والاجتماعي، وعدم وجود مصادر روحية (Ressources spirituelles)

من المهم أن نفهم ما هي موارد المريضة لتقدير إمكانياتها للمقاومة عندما أصيبت بالمرض. فيما يخص التوصيات، يمكننا تقديم نتائج المؤشر النفسي لنقترح على المريضة أنها يمكن أن تذهب إلى الطبيب المعالج لمساعدتها خلال هذا الوقت العصيب من حياتها.

**ملاحظة:** انطلاقاً من أعماله التي دامت أكثر من عشر سنوات، ولقائه بأكثر من 2500 مريض ومريضة، تمكن ستورا من إجلاء الجانب الكمي للمعطيات السابقة، وتوصل إلى وضع المؤشرات التي من شأنها أن تقيس الخطر السيكوسوماتي وذلك بطريقة شاملة في إطار توظيف كلي للشخصية. فهي أولاً نوعية ثم كمية.

#### 4- مجموعة البحث :

تتكون المجموعة البحثية من حالة تتميز بالخصائص التالية:

#### جدول رقم (1) : يمثل خصائص حالة البحث :

الحالة	الجنس	السن	الحالة التعليمية	الحالة المهنية	مدة الإصابة
حفصة	أ	50	مستوى متوسط	مأكثة في البيت	عام

ولقد تم انتقاء المجموعة البحث بطريقة قصدية حيث تتمثل في حالة مصابة بسرطان الثدي وهي في الحالة الاستشفائية ونلاحظ في جدول رقم (1) خصائصها هذه الحالة. ولقد حددت هذه المعايير لتناسبها مع موضوع البحث الذي يهدف الى كشف نوعية التوظيف السيكوسوماتي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي.

#### 5- التطبيق :

#### 5-1 كيفية التطبيق :

بما أن مصلحة الأورام السرطانية تحتوي على قسم خاص بالنساء، فقد كان الحصول على الحالة أمراً سهلاً، وفيما يخص التعامل مع الحالة فيما أنها في الحالة الاستشفائية فبتالي



كان اللقاء معها يومي وكان التواصل عادي ومألوف، لقد أكدت الأستاذة المشرفة على أهمية اللقاءات التآزرية حتى وإن تعلق الأمر بمهمة البحث وليس العلاج، لأننا لا يمكن لنا ذلك.

ولقد انطلق العمل معهم بشكل رائع وتمكنت من الحصول على المعلومات المتعلقة بكل محاور المقابلة العيادية النصف موجهة.

نشير هنا أنه في بداية التطبيق الميداني قمنا باختيار (2) حالات، لكن استمرينا فقط مع حالة ويعود السبب الى أن: احدى الحالات كانت امرأة تبلغ من العمر (36) سنة أرادت الانسحاب والعزوف عن مواصلة العمل فما عسانا الا أن نحترم رأيها فتم التطبيق على الحالة، وتمكنت من الحصول على المعلومات المتعلقة بكل محاور المقابلة العيادية النصف موجهة فقط مع حالة واحدة (التي غيرنا اسمها إلى حفصة، للاحتفاظ بسر المهنة).

## 5-2 طريقة تحليل التقنيات المستعملة :

لقد قمنا بتحليل المقابلات العيادية النصف الموجهة انطلاقاً من محتوى الاجابات المقدمة والتي تحصلنا عليها من طرف كل حالة على حدى على ضوء المعطيات النظرية السيكوسوماتية التكاملية نشير الى اننا باستعمالنا معطيات المقابلة، فان الهدف هو دعم فهمنا العيادي للحالة، اما فيما يخص تحليل نتائجنا نركز خاصة على معطيات شبكة ستورا.

بعد التكملة من المقابلة الاستقصائية اذا تبقى وقت نشرع في تقديم الاستبيان ونقول للحالة عندي لك استبيان فيه بعض الأسئلة أجوبتها ب (نعم أو لا ) ليس هناك أسئلة خاطئة أو صحيحة ولكن جاوبي فقط بما تحسین انه يعنیک .

## 3-2 تعريف شبكة ستورا:

- أنشأ ستورا منذ عام 1993 استشارة نفسية جسدية في مستشفى بيتي سالبتريار (La Pitié-Salpêtrière) حيث ظهر له أنه من الأساسي إعادة التفكير فيما هو نفسي جسدي المؤسس من طرف بيار مارتي -من خلال دمج البعد الطبي والعلوم العصبية بالنسبة له، تخص العلاقات المتبادلة المعقدة جميع مستويات الكائن الحي، تختلف حصة مساهمة الجهاز النفسي في الأمراض الجسدية، حسب التاريخ الشخصي للفرد، التركيبية الوراثية، تاريخ مختلف الأمراض، و مختلف الوضعيات العائلية

والمهنية التي يواجهها الفرد ومهما كانت درجة العقلة لدى الفرد، فكل واحد، يمكن أن يصاب بمرض جسدي .

• وكان جون بنجمان ستوار في بنائه لهاته الشبكة معتمدا على الملاحظة والعمل الدائم مع مختصين في علم الأعصاب وأطباء مختصين آخرين أخذوا بعين الاعتبار العلاقة التكاملية المتواجدة بين الأجهزة الخمسة (الجهاز العصبي المركزي و الجهاز العصبي الإرادي والجهاز المناعي و الجيني والجهاز النفسي).

• يظهر دليل الاستعمال جميع مؤشرات التوظيف النفسي للمرضى جسديا فيما يتعلق تجربة مرضهم ومعاشهم له (أنظر الملحق رقم3).

• استخدم الاستبيان من قبل الأطباء والمعالجين غير متدربين على تقدير السير النفسي للمرضى الجسديين (أنظر الملحق4). بذلك تحصل الأطباء (الذين يرغبون في ذلك) على التقدير الأولي للصحة النفس جسدية لمرضاهم وإحالتهم إلى المعالجين المؤهلين.

• قد يطلب المعالجين التكوين السيكوسوماتي لاستكمال التدريب الخاص بهم إذا رغبوا في ذلك.

• ترجمت شبكة stora من طرف إكردوشن بعلي زاهية وانتصار صحراوي والتي هي قيد المراجعة للنشر، بعد أن كانت ستنتشر في 2018/2017 والتي تم تأجيلها نظرا لتغيرات جديدة في المحتوى، والتي قمنا بعرض جزء منها في الملاحق باللغة العربية، بينما نقدم الشبكة كاملة باللغة الفرنسية في الملحق رقم2.

**أما الاستبيان الذي يساهم (مع المقابلة) في ملأ الشبكة المذكورة أعلاه، فهو:**

- يتكون من 165 بندا،
- الإجابة على البنود تكون ب نعم أو لا
- للحالة الحرة في الإجابة بنعم أم لا.
- عادة تأخذ الإجابة 20 دقيقة
- ترك الحالة في راحة، عند الإجابة.

- بعد التفريغ، يتم معالجة المعطيات بأساليب مبرمجة في الكمبيوتر (traitement par un programme informatique)<sup>1</sup>
- بعد هذه المعالجة بالحاسوب يمكن لنا أن نلاحظ في شبكة الإكسل المؤشرات النفس جسمية (الملحق رقم 5)، وبالتالي دعم التوظيف السيكوسوماتي بمعلومات كمية إضافية للمقابلة والتي انطلقا منها وحسب ما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، يمكن وضع فرضية عن مؤشرات الصحة وتقويم الخطر السيكوسوماتي.
- أما من ناحية صدق وثبات الاستبيان فمن حيث المحتوى قد طبق هذا الاستبيان من طرف الأستاذة إكردوشن بعلي زاهية خلال 2014 و2015، على عينة من النساء الحوامل (81 امرأة حامل) وقد قارنت النتائج مع نتائج اختباري تفهم الموضوع و الرورشاخ فجاء مستوى الهشاشة في الاختبارين متماثل مع نسبة الخطورة في الشبكة، كما أنها قامت، في نفس البحث، بمقارنة نتائج الشبكة مع مآل وتطور الحمل عند النساء من بدايته (من ناحية أنه حمل عادي أو متوسط أو عالي الخطورة) حيث وجدت أن الشبكة وسيلة بالغة الأهمية للتنبؤ بمآل الحمل (أن يكون عاديا أم عالي الخطورة). من جهة أخرى، لاحظت هذه الباحثة، أن نتائج الاستبيان ساعدت على التنبؤ بكيفية استقبال المرأة لرضيعها بعد الولادة، إذ كلما انتشرت الاضطرابات بنسب عالية في الاستبيان، كلما كان استقبال الطفل صعبا وغير متكيفا، وذلك خلال دراسة تتبعية دامت 18 شهرا وكان ذلك في إطار تحضير دبلوما جامعا في السيكوسوماتية التكاملية، بالكلية الطبية، بيار وماري كوري جامعة باريس6، وقد وصلت هذه الباحثة إلى نتائج مفادها أن التنبؤات حول ميل المرأة أم لا للخطر صادقة بنسبة 75 بالمائة من مجموعة بحثها، وهي نسبة عالية.
- كما أننا نشير إلى أنه من حيث المعايير، فهو استبيان عالمي وغير متأثر بالثقافة، فالبنود طبقت على المجتمع الفرنسي، لكن أغلبهم، يقول ستورا، ينتمون إلى المغرب العربي.
- نشير، رغم وعينا بالمعايير التي اعتمد عليها ستورا في التفريغ، إلى أنها تخص المجتمع الفرنسي، فإننا نقبل بها في انتظار تطبيقها على المجتمع الجزائري وعلى عينة ممثلة تسمح لنا باستخراج الجانب الكمي للبرنامج المعالج للمعلومات الخاص بالجزائريين، في انتظار ذلك نعتمد على هذا البرنامج، ما دما نتشارك في القضايا الإنسانية، وقد رأينا أن الاستبيان خالي من المعطيات الثقافية بل كل البنود عامة وعالمية، فبدا لنا أن الأخذ بها يخدم بحثنا في انتظار دراسة تخرج بمعايير كمية

<sup>1</sup> بنيت هذه الشبكة من طرف ستورا، لكن المعالجة بالحاسوب قام بها فابريس ألبرني (Fabrice Alberni)، طبيب وسيكوسوماتي.

## الفصل الأول : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

خاصة بمجتمعنا وذلك قصد إنشاء برنامج آلي يعطي لنا نسب انتشار الاضطرابات الخاص بمجتمعنا.

- كما نشير إلى أن هذا الاستبيان هو إضافة فقط لدعم معلومات المقابلة وهو لم يعتمد عليه كليا بقدر ما اعتمد عليه نوعيا.

**خلاصة:**

كما نشير إلى أننا في تطبيقنا لهذه المؤشرات أخذنا بعين الاعتبار الجانب الدينامي الذي يميز كل حالة وبالتالي فإن تطبيقنا لشبكة ستورا لم يكن تطبيقا جامدا، كما نشير أيضا إلى أن الفصل الموالي الذي يحتوي على عرض وتحليل النتائج يجعلنا نلتمس ونشعر بهذه الدينامية والمرونة التي سادت أثناء التطبيق.

الفصل الثاني:

عرض وتحليل

النتائج

## الفصل الثاني: عرض وتحليل النتائج

تمهيد

1- عرض وتحليل نتائج الحالة رقم (1)

2- مناقشة الفرضيات .

3- الاستنتاج العام .

تمهيد:

لقد تم تناول حالة من مرضى سرطان الثدي، ولقد بينا سلفا الخصائص التي تميز كل حالة بناء على المعطيات التي عرضناها في الجدول رقم (1) سنقوم في هذا الفصل عرض وتحليل المقابلة العيادية النصف الموجهة وطبعاً نذكر انهما في المرحلة الاستشفائية ويتابعون العلاج على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة وبالضبط مصلحة الاورام السرطانية جناح النساء وانطلقنا من المنطلق النظري ان كل حالة هي حالة خاصة نظراً لتعقيد الحياة النفسية، رغم انها تشترك في هشاشة البنية النفسية.

وسنحاول تقديم الحالة بالتفصيل حيث سمحت لنا المقابلات العيادية بالأسلوب الاستقصائي السيكماتي حيث قمنا قبل الانطلاق في العمل مع الحالة بجلسة مع الطبيب المختص في الاورام السرطانية والذي بدوره كان المشرف على العلاج، وكنا قد تمكنا من جمع معلومات هامة تخص الجانب الطبي لهما كما تمكنا من الاطلاع على الملف الطبي للحالة، وبالرجوع الى شبكة ستورا من تحليل أحسن طريقة التي نتعامل بها مع حوادث الحياة.

1- تقديم حالة حفصة :

العمر: 50 سنة

الرتبة بين الأخوات: السادسة

المستوى الدراسي: المتوسطة

المهنة: مأكثة بالبيت

الحالة المدنية: متزوجة وأم لطفل وطفلة

عندما التقيت بها كانت حفصة تعاني من أورام الثدي متعددة النقائل. تبين قصتها الشخصية صدمة مرتبطة بصعوبة الاعتراف بوجودها والتي تجلت في عدم رغبة الأب في الطفلة السادسة وإعادة زواج الأب بامرأة ثانية لتتجلب له طفلاً ذكراً وأين بدأت معاناة كبيرة للعائلة،



وحفصة لم تتجاوز 5 أشهراً من عمرها. تتزوج حفصة وعمرها لا يتجاوز 17 سنة ونصف، لتتجب طفلة هي في عمر 18 سنة ونصف، بعد ولادة عسيرة ومعاناة شديدة وفي وقت لاحق، سوف تعاني حفصة من عقم ثانوي إذ أرادت، هي وزوجها أن تتجب طفلاً أو طفلة ثانية ولكن كان ذلك صعباً وقد اضطرت للعلاج. انتهت حفصة، التي عانت من عقم ثانوي لمدة 7 سنوات، من إنجاب طفلها الثاني ولم تستطع الإنجاب مرة ثانية، لم نستطيع الحصول على معلومات أكثر عن سبب هذا العقم الثانوي. نقول أنها كانت تعاني من آلام كثيرة عند كل طمث، ربما يتعلق الأمر بمشكل بطانة الرحم (L'endométriose).

حالياً، بعد فحص طبي لكيس على ثديها، تجد أنها مصابة بسرطان الثدي. هذا الأخير الذي يعالج بالعلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي، سيكون معركتها الجديدة. تنتهي الإصابة النرجسية المتأصلة لدى حفصة (المتعلقة بظروف ولادتها)، بإصابة النواة الأولى لأننا نهائياً لأن فساد التنظيم التدريجي شق طريقه، عند حفصة، نحو ظهور أورام الثدي متعددة النفاثات والتي انتهت بإنهاك حفصة كلية، بل وبطلبها الاستسلام وعدم مواصلتها للعلاج، لو لا إلهام أبناؤها وزوجها. إن المجال الجسدي، الذي تعرض أيضاً لفساد التنظيم، كان مصدر تفكك نزوي أدى إلى صعوبة الاستجابة للعلاج.

كان أول لقاء لي مع حفصة في المستشفى، مصلحة الأورام جناح النساء. أقدم نفسي لها، فتوافق على المشاركة في بحثي دون تردد وتشير إلى أنها بحاجة إلى من يدعمها. حفصة امرأة تبلغ من العمر 50 عاماً، امرأة معتنية بنفسها، رغم أنها تبدو، كما تقول، في حاجة مادية. لباسها نظيف وهي متوسطة القامة وقد فقدت الوزن.

تتكلم مباشرة وبتلقائية، عندما طلبنا منها أن تتكلم عن نفسها، أنها تصلي صلواتها في الوقت كلما كان ذلك ممكناً وهي تتمنى زيارة الأراضي المقدسة.

تقول حفصة عن بداية مرضها: "رحت لطبيب كي بان لي هكا وليس على صدري، عم بالي حاجة ساهلة حتى الطبيب ما خلغنيش قالي لابس ان شاء الله، أنا ما حسيت بوالوا قريب حتى ما حبست نرجع للطبيب، بصح كي درت الراديو ما نعرف نسيت أسمها، هذيك الغالية - والله غير سلفنا الدراهم باش درتها (la scintigraphie) - قال لي طبيب باللي لازم

نرجع للطبيب اللي نتبع معاه، وليت فحاجة كبيرة، (تنتهد وتستغفر الله)، "بعد العيد، قالي الطبيب باللي خير ننحي الثدي وماشي برك الكيس، قلت لو راني قابلة وسنييت (signé) بلا ما نشاور حتى واحد. الطبيب يعرف خير، هو قال لي خير امالا ما حبيتش نخاطر وخلص. بعد كي نحيتها لهيه، بعثوني لمستشفى محمد بوضياف باش ندير la chimio (العلاج الكيميائي) وذكرك راني نتبع في السبيطار" (...) بعد سكوت طويل تغير محتوى كلامها وتقول: " جاني حاجة هكا منفخة فالصدر وكي روحت للطبيب قال لي ديري الراديووات ثم بان باللي كاين ورم خبيث (سكوت) اتصدمت بكيت ياسر وما حبيتش نبين ماكنتش فاهمة مليح بصح مبعد (...) ما تقبلتش فالأول ما تقبلتش خلاص هذ المرض... ولادي وراجلي تصدموا أكثر مني، بصح مبعد واش ندير كما قال لي الطبيب كاين العلاج وكلش بالمكتوب، كما حب ربي".

تواصل كلامها مباشرة عن قصة حياتها وتقول: "أنا في صغري عانيت بزاف (تنتهد وتستغفر الله)، الحمد لله على كل حال. بابا كان مع يمي، كي زدت أنا تفارقوا على سبتي، بابا حاب طفل وماما تجيب غير فالبنات كي جيت ماما كان عندها ديجا (déjà)، خمس بنات وأنا السادسة".

ذكرت بعد ذلك وعلى الفور الرعاية التي كان عليها أن تأخذها لإنجاب طفلها الثاني، وهو شاب يبلغ من العمر 23 عامًا حاليًا. أخبرتني حفصة أنها خضعت لعملية جراحية في مايو، وأنها اعتقدت أنه مجرد كيس ولكن في النهاية المشكلة أكثر خطورة، تقول إن الأطباء أخبروها أنه يمكن علاجها وأنه في الجزائر يمكننا علاج السرطان. حتى ذلك الحين، تروي المريضة الأحداث باتخاذ مسافة معنا، إذ كانت الحالة تستجيب بآلية لمحتوى المقابلة، لكن بنصائح الأستاذة المشرفة والتي أكدت على أهمية التأزر مع الحالة ومساندتها وعدم اتخاذ الحيادية كطريقة للتعامل معها، كانت المقابلات، تدريجياً، أكثر مشاركة ذاتية. وأتساءل عن التأثير والتفكير المنطقي الخالي من العواطف، إن لم يكن مؤشر لتفكير عملي، حسب نظرية بيير مارتى. كانت استجابتها لمرضها إيجابية ومستسلمة إلى حد ما، تقول "مكتوب ربي"، كان ممكن أن يكون ذلك مؤشر لحياة روحية قوية والتي من شأنها أن تلعب دور مهم في تطور المرض نحو الإيجابية، إلا أننا لم نلتمس عند حفصة إلا طريقة آلية وطوقسية في ذكر

مسلمات دينية. "ربي يحي ويميت"، "المومن يصاب"، كل هذا معطى بطريقة عامة وغير مشاركة عاطفيا وتضيف أن أولادها يعيشون حالة قلق شديد بعد معرفة إصابتها بالسرطان، لكنها تتجح في مواساتهم بتذكيرهم بأن الحياة بيد الله تعالى (صمت طويل) تقول أنه حتى وإن كتب الله أن ترحل، فهي تتمنى أن يمنحها القوة لإعداد أطفالها للصبر وإيجاد المرأة المناسبة لزوجها.

لما ولدت ابنتها قالت إنها لم ترضعها لأن ابنتها ترفض الثدي. تقول حفصة إن هذا الوضع جعل الأمر صعباً عليها لأنها اضطرت إلى تجهيز الزجاجات وخاصة شراء حليب الأطفال، بينما زوجها موظف بسيط ولا يتقاضى راتباً جيداً ولا تعمل حتى تتمكن من مساعدته. ومع ذلك، بشكل عام، كانت قادرة على أن تعيش هذه السنوات مع طفلتها بشكل طبيعي وتقول أن كل شيء كان عادي «normal» على الرغم من أن العلاقة غالباً ما تكون متوترة مع أهل زوجها وحتى مع زوجها لأنه لا يساندها، كانت المشاكل كثيرة وعلى أنه الأسباب، في كثير من الأحيان وأنها هي من تتلقى "الضربات"، كما تقول.

تخبرنا حفصة أنها عندما كانت صغيرة، كانت تدافع عن نفسها جيداً، لكن الآن بعد أن كبرت، فإن الشيء الوحيد الذي يجعلها تتفاعل هو عندما يمس أحداً ابنتها أو ابنها. وتقول إن علاقتها بزوجها هي أكثر منها عشرة ومرافقة منه من لقاء عاطفي، زواجها تقليدي ولم تعرفه قبل الزواج، وقد تزوجت لتتقصد العيب على أمها والأمر نفسه لكل أخواتها، إذ كلهن توففن عن الدراسة من أجل الزواج وبسبب الفقر. تقول " حياتي نورمال تزوجت عادي خطبني وديتو والحمد لله، حياتي بعيدة على الأفلام الرومانسية اللي نشفها بالأفلام، حنا قاع تزوجنا الحمد لله ومستورات في بيوتنا بقات ماما مرات مع أختي الكبيرة ومرات مع خوالي، كي تزوجنا عادوا اجوها بصح أنا ما عندي حاجة فيهم (تقصد أنه بعد زواجها وزواج إختها رجع أخوالها إلى أمها، لكن حفصة غير مبالية بهم)، ما ننساش كيفاش خلونا، ما نقدرش نسامحهم، ربي خير (دموع في العينين). ساعات ماما تبقى شوية معيا، بصح ماشي بزاف تحب تقعد بزاف عند أختي م. (تذكر اسم الأخت)، اتسمى تروح بزاف اللي راهم لاباس وعندهم ليتسع، وراجلهم عندو".

عندما تخلى عنهم والدهم، لبدء حياة جديدة مع زوجة ثانية، تقول إنهم عانوا (الدموع في عيونها) وكان المحسنون من الأسرة أو من جيران هم من تكفلوا بلقمة العيش (الدموع في عينيها). تتحدث عن جارتها التي صنعت الثياب لها ولأخواتها، وكانت الخياطة الوحيدة في قريتهم وكانت تساعدهم كثيرا. تتحدث عن كرم هذه المرأة وهي تبكي، خاصة عندما تتناول مناسبات مثل العيد أو الدخول المدرسي.

كانت الأشهر الأولى من حياتها مليئة بالصعوبات التي واجهتها والدتها، ويمكن الافتراض أن والدتها حفصة لم تكن قادرة على رعاية طفلتها (حفصة)، خاصة أنها لم تجد الدعم من طرف عائلتها الذين اقترحوا عليها ترك البنات للأب، طلب الطلاق وإعادة حياة جديدة. لمعاقبتها على قرارها بالاحتفاظ ببناتها معها، قررت أسرتها (والدها وإخوتها) من عدم استقبالها في منزلهم والتخلي عنها لتعتمد على نفسها في مواجهة مصاعب الحياة، كل ذلك لتراجع عن قرارها وطلب الطلاق.

بعد إعادة زواج أب حفصة مباشرة، تجد والدتها نفسها في صراعات لا نهاية لها مع ضررتها وتضطر إلى الخروج من المنزل. تتحصل من الجيران على منزلاً تقليدياً مهجور، سمح لها العثور على مأوى لها ولبناتها، إلى غاية كبر بناتها.

بدأت حياة حفصة بشكل درامي، وتقول إنها كانت سبب كل المعاناة في الأسرة، وهي لا تتواصل مع والدها، لأنه لا يعتني بها وشقيقاتها أبداً، تقول أن ما يربطها بوالدها هو فقط اللقب، حتى أنه لم يرسل أبداً أموالاً لوالدتها التي ما زالت زوجته ولم تطلق.

عندما اكتشفت أنها مصابة بالسرطان، تعاملت معه بشكل "عادي" لأنها لم تفقد درجة الخطورة، وقالت: "الطبيب قال لي باللي هذ المرض عندو الدوا فالجزائر". ولكن عندما قيل لها أنه من الأحسن أن تستأصل الثدي كلية، استسلمت بدون معارضة لقرار الطبيب، بدأت في البكاء ثم سكتت وبدأت في التفكير عن حولها، أولادها وزوجها.

عن الحياة الحلمية تقول أنها لا تحلم ولا تنام كثيرا ولكن أحيانا ترى كوابيس، لا تتذكرها.

2. عناصر من الملف الطبي

- أورام خبيثة في الثدي

- متابعة العلاج الكيميائي

السوابق المرضية

- تكرار إتهاب اللوزتين

- Maladie de Basdow

- أورام خبيثة في الثدي

3- تقدير الخطر السيكوسوماتي

- جدول موجز لأحداث الحياة والاضطرابات الجسدية

التواريخ	أحداث الحياة	الاضطرابات الجسدية
1971	الولادة	
1971	إعادة زواج الأب	عانت كثيرا من التشنجات حيث كانت أمها تعطي لها الكمون وبعض الأعشاب على شكل شاي أعشاب
1971	طرد الأب لأمها وتواجههم في أزمة مادية خطيرة	إسهال خطير لدى حفصة ما أدى إلى استشفائها بسبب التجفاف (déshydratation).
1977	الدخول المدرسي	الحمى والتهاب اللوزتين
1979	الاستشفاء	لتعرضها لالتهاب الكبد

	وفاة جارة كانت مساندة لهن	1982
	انقطاعها عن الدراسة	1984
	بقائها في البيت كلية لمساعدة أمها في الأشغال (الأم تفتل الكسكسي وتعجن الخبز مقابل دفع ثمن لمن يطلب خدماتها)	1985
استشفاء حفصة بسبب مرض لم يقدم عنه شرحا في ذلك الوقت، إذ ما قيل لأمها فقط أنها يجب أن تدخل المستشفى، الأعراض التي تذكرها تتعلق بإنهاك كبير وعدم قدرتها على الوقوف مع أوجاع شديدة في الرأس مع الحمى فكرنا في التهاب السحايا ربما؟.		1987
	خطبتها وزواجها	1988
	ولادة إبنتها	1989
علاج من أجل الحصول على طفل ثاني		1993
	محاولة التداوي بطرق تقليدية لتجاوز العقم الثانوي	1994
	ولادة إبنتها	1996

مشكل على مستوى الغدة الدرقية (Maladie de Basdow)		2014
من شدة الخوف أصيبت بإغماء والذي تبعه تقيء لمدة يوم كامل	حادث خطير تعرض له ابنها، وذلك بالدراجة النارية التي كان يقودها صديقه	2015 جوان
	استشفاء ابنها بعد الحادث	جوان 2015
	وفاة ابن خالتها بسرطان الدم (leucémie)	أوت 2015
آلام في الظهر (انزلاق غضروفي) (hernie discale)		جوان 2015
	ارتفاع ضغط الدم	جوان 2015
	إلتهاب القولون	جويلية 2015
	الانفصال عن العائلة الكبرى للزوج واستقرارهم في شقة مستقلة	2016
	مطالبة عائلة الزوج باسترجاع الشقة التي سكنتها وطلب إعادة التقسيم للعمارة العائلية	2017 فيفري
	حل المشكل العائلي بتقسيم	جوان 2017

	نهائي لممتلكات العائلة	
اكتشاف سرطان الثدي لديها		جانفي 2020
عملية استئصال الثدي الأيسر		ماي 2021
العلاج الكيميائي		ماي 2021
صداع شديد في الفص الجبهي مع طلب الطبيب القيام بفحوص طبية، للتأكد إن لم يكون هناك أورام خبيثة.		ماي 2021
	وفاة الجدة من الأب بسبب السرطان	ماي 2021
	دخولها في المستشفى	ماي 2021

ملخص استبيان الصحة الجسدية المقترح للمريضة

### تحليل المعطيات

من أجل إجراء تقييم شامل للمخاطر النفسية الجسدية لحفصة، سننظر في الأبعاد الأربعة للتوظيف النفسي، وهي:

➤ العمليات والآليات النفسية ونقاط التثبيت والتظاهرات الطبيعية وأنشطة التسامي

(Les processus et mécanismes psychiques, les points de fixations, les manifestations caractérielles et les activités sublimatoires)

➤ انتشار السلوكات La prévalence des comportements



➤ القدرة على التعبير عن الوجدانات La capacité d'expression des affects

➤ المخاطر المتعلقة بالبيئة Le risque lié à l'environnement

### المحور الأول

#### العلاقة بالموضوع

#### (relation d'objet)

يبدو أن حفصة في مرحلة ما قبل موضوعية (152). (objectal de type pré-génital). تم استدخال صورة الأم. الموضوع الجيد والموضوع السيئ يسيران جنباً إلى جنب مما يجعل حفصة تقول "ماما، نحبها، هي كلش، سفرات على جالنا، وأنا نقادرها (صمت)، هي جاءت وحننا كلينا (صمت)، كانت تحكينا بزاف كيفاش بابا حقرونا، كي زدت ما بغاش طفلة وقالت لي من ثم بدات المشاكل، مالمقري (malgré)، دار فينا المنكر، ما دارت لو والو (صمت)، أنا ما نعلمش ما نقدرش نقبل واحد يغلط في حقي (صمت) كان هدرت واش يسرا؟ والو تدي حقنا هذا ما كان، علاه الإهانة وهو اللي جانبنا، علاه يدخل في معطية ربي؟ ساعات (صمت) نقول ما (صمت) ربي اسامحهم وخلص". لقد نقلت كل عدوانيتها تجاه والدها، أمها رغم حبها لها والتي تعاتبها على المعاناة التي عانوها في صغرهن وكان ممكن تفاديها، كل ذلك يعطى في محتوى التناقض الوجداني حب وكرهية في نفس الوقت، نحفظ بدرجة انتشار طلب الرعاية البالغة 69 وهو طلب مهم والذي نلتمسه خلال المقابلة الأولى، حيث تقبل المريضة العمل معنا كحاجة من شأنها أن تساعدها. خلال الجلسة الثانية، كانت تنتظر مجيئي. بالطبع، سيكون لهذا الرابط، من بين أشياء أخرى، "الوظيفة الوقائية لنظام صاد الإثارة".

أما فيما يتعلق بسمك ما قبل الشعور، فإن حفصة قادر على الانتقال من الحاضر إلى الماضي، لكن لديها جوانب غير مكتملة تتعلق بالطفولة. وكأنها نسيت هذه الفترة بأكملها.

تظهر "ومضات" قليلة فقط، تقول أن في هذه الفترة من حياتهن فضلنا نسيانها لأن الله عوض لهن ما راح (هنا أثار انتباهنا مشاركة حفصة لإخوانها في نسيان الماضي المؤلم،

وكان هناك "تحالف" بينهم لحماية أنفسهم. قررت كلاهن عدم رؤية والدهن مرة أخرى و "نسيان" هذا العقد من حياتهن، إذ لما تزوجت أختها الكبرى، كان في عمر حفصة 11 سنة، وقد رأت والدها من بعيد كان حضوره مبرر كولي الأخت المتزوجة لكنه اكتفى بالرسميات دون أن يشارك في أدنى شيء متعلق بالعرس (الذي كان كله مهياً من طرف أصحاب الأعمال الخيرية وقد كان العرس بسيط جداً)، تقول حفصة أنها هربت وفضلت عدم رؤيته وعلى كل حال لم يتكلم معها وتقول أنه ربما لم يتعرف عليها أصلاً. يمكننا أن نفترض أن سمك ما قبل الشعور ضئيل عند حفصة. لم نلاحظ عندها ارتباطات بين التصورات والوجدانات ويبدو في البداية أنها تربط الأحداث بمسافة معينة توحى إلى الجفاف قد تشير إلى ألكسيثيميا (Alexithymie) ولكنها في الواقع ليست كذلك.

هذه الثغرات في تنظيم ما قبل الشعور (161) هي "قصور كمي ونوعي في التصورات النفسية وكذلك قصور في الدلالات الوجدانية للتصورات. وتعزى أوجه القصور هذه إما إلى الإفراط و/أو إلى التفريط في الدعم العاطفي للأم". هنا يتجلى العنصر المركزي في مشكلة حفصة. وبالفعل سلطت حفصة في المقابلة الأولى الضوء على حقيقة أنها لم تكن طفلة مرغوبة من قبل والدها، وخاصة لأنها أنثى وما استدعى ذلك من جرح نرجسي، خاصة أن الأم، بسبب نوع من "تبلد الذهن" تعلن لإبنتها أنها كانت سبب إعادة والدها للزواج ولأنها طفلة. لقد أعلنت الأم كل هذا بدون الأخذ بعين الاعتبار مشاعر حفصة وعدم تمكنها من فهم هذا الأمر واقعياً، خاصة أنها لا تجد إخراج أن تتكلم عن هذا الأمر أمام ناس آخرين. كل هذا وأمام غياب الإصلاح الحقيقي للصدمة، حيث لم تكون هناك كلمات تجعلها تفهم المشكل بواقعية وتتفادى الشعور بالذنب واحتقار الذات هذه الكلمات التي كان من شأنها أن تضمد الجرح. ستواجه حفصة هذا السلوك بشكل سيء وكحتمية لا مفر منها. من الواضح أن هذا كان مهداً لجرح نرجسي قديم: لم تكن طفلة مرغوبة. هذه المعلومات التي تعرضت لها كصدمة ستكون بداية لجروح نرجسية في المستقبل حيث ستتأثر حفصة في هويتها كامرأة بمواجهتها للعقم الثانوي، خاصة أنها تحصلت على طفلة (أنثى) كأولى.

لا نهمل كذلك الصدمة العظيمة التي تعرضت لها عندما تعرض ابنها الوحيد للحادث، كاد أن يفقد حياته من جرائه، تقول حفصة: "خلعت بزاف، خلعت وحسيت رايحة نموت،

الحمد لله سلك، ما عرفنتش وبين كنت، صرا لي انهيار، كنت نتقي بزاف وراسي حسيتو كان راح اترتق، ما شكيتش كنت رايحة نعيش بعدو (سكوت تنتهد وتستغفر الله).

حوالي خمس سنوات بعد هذا الحادث، تتعرض حفصة لسرطان الثدي مع استئصال هذا الأخير؛ سيتم بترها في صورتها الجنسية كامرأة وفي صورتها الأمومية (عقم ثانوي). لذلك فهي ضحية إخصاء مزدوج: الهوية (الحق في الوجود)، الجنسية (الحق في أن تكون امرأة)

البعد النرجسي للمريضة ضعيف، يتضح ذلك من خلال النتيجة الأولية المتعلقة بالرغبة في الظهور على أفضل وجه (9)، وكذلك درجة انتشار فقدان احترام الذات (من خلال الاستبيان) والذي يبلغ درجة 62. من المحتمل أن يكون هناك فقدان تدريجي للتكامل النرجسي، وهذا هو سبب ارتفاع درجة الخوف من المرض (76) "الأعراض الجسدية تشبه الهجوم النرجسي، على حسب قول ستورا. يذهب هذا الهجوم النرجسي إلى ما هو أبعد من الموت "كنت نتهلى في روعي، نسقم روعي وندير حوايج بزاف، ذرك ما عاد حتى حاجة تهمني، الدنيا الكل ما عادت تهمني" لم يعد لديها طعم لأي شيء، ويبدو أنها مهتمة بالأعمال الخيرية، ولكن دون تحديد أي شيء، تتحدث عنها كتصرف عقلائي ولكن غير مستثمر. لاحقاً، تقول إن الناس سيتحدثون عنها ويتذكرونها على الأقل،

كما يقول ستورا "الجسد الذي يتولى زمام الأمور في كتابه «Quand le corps qui prend la relève» وإذالم يكن الجسم قوياً بما فيه الكفاية، يبدأ المرض بالظهور. كتب فرنزي Ferenczi: "عندما يفشل التوظيف النفسي، يبدأ الجسم في التفكير" 4. وفقاً لمقاربة ستورا، يمكننا أن نفترض أن الصدمات المتتالية للمريضة ولدت قدرًا من الإثارة التي لا يمكن تفريغها بواسطة الجهاز النفسي المثقل. تم، إذن، علاجها بواسطة الجهاز العصبي المركزي (système nerveux central) الذي قام بتفريغها بنفسه عضوياً، ما أدى إلى اضطراب جسدي. سنتنقل حفصة من أمراض المناعة الذاتية إلى العقم ثم السرطان. لذلك يتعلق الأمر بمازوشية قاتلة من شأنها أن تؤدي إلى تفكك النزوات (159)

المحور 1ب: الحالات النفسية وأحداث الحياة الشخصية

Axe 1 B : états psychiques et événements de vie personnels

حفصة في قبضة ثقل صدمي مستمر (209). الشعور ومن ثم معرفة أنها غير مرغوبة، من خلال طلاق والديها الذي كان بمثابة تخلي الأب عليهن ولم يحاول هذا أبداً لرؤيتها ولا حتى الاعتناء بها وبأخواتها مادياً. أمضت والدتها حياتها تشكو من مصيرها وزوجها الظالم وهي تذكرها طوال حياتها أن والدها تخلى عنهن بسبب ولادتها. مهدت هذه الأحداث الطريق لخلل تنظيمي تدريجي (220) (عانت حفصة الكثير في بداية حياتها وصلت إلى الدخول إلى المستشفى)، وقد نتج هذا الفساد للتنظيم من جراء التفكك النزوي (219)

بالإشارة إلى P. Marty يمكننا أن نتحدث عن الاكتئاب الأساسي، أي الاكتئاب بدون موضوع، والذي "يتم إنشاؤه عندما تعطل الأحداث الصادمة عدداً معيناً من الوظائف النفسية التي تصبح متجاوزة ولا تستطيع القيام بالإرسان العقلي" (ستورا، 2015، ص 109)، وبهذا الشأن، ينبغي الاحتفاظ بدرجة انتشار الاكتئاب (63)<sup>2</sup> عند حفصة، فإن صيرورة الإرسان العقلي لم تسمح لها بتفريغ الإثارات فتراكتت ولم يقاوم جسم حفصة. إنها تصارع عصاباً صدمياً (névrose traumatique) (212) بمعنى أن جهازها العقلي يبدو مندهشاً. لم تعد تتذكر تفاصيل زمن طفولتها، فهي تحافظ بشكل أساسي على الذكريات السيئة، كل ما يتعلق بالنقص والفقر، وتقول إن والدتها قضت الليالي تحكي لهم قصصاً عن سوء ما قام به والدهن. هذا الأب الذي يتم تمثيله كشريير كبير وهي، الأم، الحامية.

عندما كانت طفلة، كان لدى حفصة كوابيس كثيرة، يتجلى محتواها بوضوح في الخوف الذي يسيطر عليها. أم تحذرهما ويبدو أنها تلعب دور حامية صغارها. كما يُلاحظ أن الأم قامت بحماية بناتها من زوجها ومن ضررتها وتقول حفصة أنها حذرتهم كثيراً من شرهما (شر زوجها وضررتها). نلاحظ أن الأم هي التي تنقل رسالة الخوف. تبدو حفصة فقط وعاء معاناة الأم. هنا، الأم، من خلال تفريغ آلامها، ليس لديها خطاب من خلاله يتم الاحتواء، بل تصبح مثيرة ومميتة أو على الأقل مسببة للأمراض. لم تكون حفصة، منذ صغرها محمية فأنائها الهشة والضعيفة وغير المضمونة من حيث إحساسها بوجودها، لم تكون قادرة على التفكير.

<sup>2</sup> انظر الملحق رقم 6

وفقاً لـ J. PANKSEPP، يتم تنشيط نظام الفصل والاستغاثة- (le système de séparation-détresse) يشرح ستورا ذلك ويقول أنه "لا يرتبط نظام الانفصال والقلق أو نظام الذعر فقط بالقلق الناجم عن الذعر، ولكن أيضاً بمشاعر الحزن والفقْدان التي تصاحب غالباً الوجدانات الاكتئابية". من هنا، تفتح الأنظمة الأساسية للاستجابة العصبية الطريق إلى المراحل الخمس من الجسدية، والتي تتضمن المرحلة الرابعة منها والخاصة بتفكك النزوات التي تؤدي إلى المرحلة الخامسة التي تتميز بتمزق مفسد لتنظيم الأنا.

تحقق حفصة رغبتها في أن تكون أماً منذ أن أنجبت طفلة، بشكل طبيعي، ولكن يستوجب عليها علاج على مدى 7 سنوات، لتتجنب طفلاً ثانياً.

نقاط التثبيت-نكوص: Axe 1 C

Axe 1 C : points de fixations-régression

لدى حفصة هيمنة شفوية، تتكلم بإسهاب في التفاصيل. تقول أنها تحب الأكل كثيراً وخاصة الأطباق التقليدية كثيراً وهي لا تتردد في تحضيرها كلما خطر ببالها شيء. لذلك فهي تقول أنها تأكل كثيراً، تحب أن تأكل الحلويات كذلك. لذلك يمكننا الكلام هنا عن التثبيتات الغذائية (303). نحن مكانة هذه التثبيتات لدى حفصة فهل تستجيب للحاجة أن تطعم نفسها، وتملاً نفسها بما كانت تفتقر إليه دائماً؟ هل كان لها أن تقول "أنا موجودة"؟ كلها تساؤلات لها علاقة بواقع حفصة.

محور D1 : الآليات الدفاعية

Axe 1 D : mécanismes de défense

نشير إلى إنكار الواقع من خلال درجة انتشاره البالغة 82 في فصل سلوكيات التكيف: التعاون في المظهر، وإنكار المرض. هذه هي النتيجة الأكثر تميزاً في الاستبيان بأكمله بالإضافة إلى تلك التي تحمل عنوان سلوك تجاهل كل شيء عن المرض 77. إنها آلية دفاعية بدائية (J.B.Stora, 2015) أن "الأمر يتعلق بالعلاقة بالجسد ومشكلة خلل تكوين الصورة النفسية والعصبية للجسم". ويضيف أنه يمكننا التحدث عن "البحث اللاواعي عن التبعية" لمن يقدم

الرعاية، أي للأم، لأننا نعلم جيداً أن المختص النفسي يلعب دور الأم في حماية الإثارة للمريض: في علاقتي بحفصة تستقبلي بابتسامة

كتب ستورا أنه: "في العلاج النفسي الجسدي، نلعب دور الأم المهمة والمتعاطفة التي تعيد تنشيط علاقات الارتباط الأولى للطفل مع والدته (...). مثل هذا الموقف الأمومي يسهل الإصلاح النرجسي للوحدة النفسية الجسدية"، نحن التقينا بحفصة للقيام ببحث ولا يمكننا أن نعمل معها كغير ذلك، رغم أن حفصة بحاجة للعلاج السيكوسوماتي لأن الخلل يرجع إلى المراحل الأولى من حياتها العقلية. كطفلة غير مرغوب فيها، كانت كلية قدرتها النرجسية sa toute puissance narcissique المصابة. تسبب هذا التثبيت في الوضعية النرجسية في حدوث انشطار في شخصيتها، هذا الانشطار الذي لم يسمح إلا بتوازن هش لأن الوظائف الجسدية تمت إصابتها تدريجياً.

المحور E1: سمات الطبع

Axe 1 E : traits de caractère

حفصة، كما رأينا، من النوع الفموي (405) ولكن أيضاً من النوع الشرجي (406) لأنها تظهر التصورات الترابطية قليلاً ولكنها تظهر السيطرة والتحكم في مواجهة المرض والرغبة في عدم التذكر بالماضي. في علاقتها بالآخرين، ستقضي كل حياتها في لعب دور الأم الطيبة (مع زوجها وعائلتها). طوال فترة هذا السرطان، ما يشغل حفصة هو مستقبل أبنائها وزوجها عندما ترحل، فهي ترغب في أن يبدأ زوجها حياة جديدة مع امرأة صالحة تختارها.

في الواقع، يمكننا أن نسأل أنفسنا، ما إذا كان الأمر ليس مسألة "حاجة الأنا البدائية التي لم يتم الاستجابة لها أبداً"، إن لم يكن الأمر متعلق بأنا مزيفة، كما يشير إلى ذلك Winnicott، هذه الأنا التي "تخضع دائماً لمطالب واحتياجات الآخرين على حساب احتياجاتها الخاصة".

يبدو أن حفصة بحاجة إلى المعالج لمرافقتها و"للتواصل مع هذا الطفل المدفون فيها والذي لم يتاح له القدرة على الكلام".

المحور F 1 :أنشطة التسامي

### Axe 1 F : activités sublimatoires

من جانب أنشطة التسامي، كذلك، فإن العناصر فقيرة جدًا. حفصة تقضي أوقات فراغها في مشاهدة التلفاز تارة. تقول إنها تستمتع بالطهي لإرضاء الآخرين وخاصة زوجها. هي مؤمنة وممارسه للشعائر الدينية، لا يبدو أن روحانيتها تدعمها بما فيه الكفاية. إلتمسنا أن التطبيق للشعائر الدينية هو أكثر طقوسي منه من توجه إلى قدرة إلهية مراعية. وهكذا، نلاحظ أنه على جانب الأنشطة المتسامية والتطور، تظل الاضطرابات الجسدية هي الوسيلة الوحيدة للتعبير.

المحور الثاني: السلوكيات والمظاهر الجسدية في العلاقة

### Axe 2 : comportements et manifestations corporelles dans la relation

سبق أن قلنا أن حفصة تظهر في سلوكها إنكارًا للواقع (454) تجلى على سبيل المثال في الجملة التي تنطقها أثناء ملء الاستبيان "في الوقت الحالي، الحمد لله هناك علاجات". تعاني حفصة من تكرارات لاضطرابات جسدية (470)، ثم أخيرًا، ذكرناها سابقًا، هوية (467) بدأت في وظيفتها الأساسية في بعد الهوية ثم في بعدها الأنثوي. حفصة، ستحرم بشكل ثانوي من الإنجاب، وبالتالي يتم بتر مبيضيها بشكل رمزي.

المحور 3: التعبير عن الوجدانات

### Axe 3 : expression des affects

يبدو أنه في المقابلة الأولى كانت حفصة فقيرة من ناحية الوجدانات وتخضع تقريبًا لحياة عملية (vie opératoire) لكننا نلاحظ أن حفصة تبكي وهي تتحدث عن ماضيها في عوز كامل والضيق الذي نشأت فيه. ويخضع إلى فساد التنظيم التدريجي.

لا ترتبط هذه التصورات العقلية (510) لأنها تقول إنها ليس لها ذكريات عن الفترة الطفولية، باستثناء بضع ومضات وهي لا تملك ذكريات فيما يخص والدها وتذكر حضوره إلى عرس

أختها ولكن لم يكون اتصال بينهما وهل كانت تبلغ 11 عاما أذاك. يقول ستورا أنه "عندما يقع حدث ذو طبيعة صادمة (...)، يكون هناك فصل بين التصورات العقلية والوجدانات على مستوى الجهاز النفسي."

والواضح أن حفصة عانت طوال مرضها (السرطان) من التعب (511). لكن لا تظهر أبدًا الشكوى ظاهريا. ستواجه صعوبة في قبول التعب وتقول أنها كانت نشطة، لقد فعلت الكثير من الأشياء في يوم واحد، لكن لم يعود ذلك ممكنا.

المحور الرابع: البيئة الشخصية والعائلية والاجتماعية والمهنية

Axe 4 : environnement personnel, familial et socio professionnel

عانت حفصة من بيئة أسرية مضطربة منذ الطفولة (601)، ويبدو أنها عاشت في جو من العنف المعنوي حيث أخبرتها الأم بأشياء لا تطاق عن والدها، وبالتالي عاشت في حالة من فقدان الأمن. انفصلت عن والدها (604)، كان هناك اضطراب دائم في البيئة الاجتماعية (603ب)، اعتادت القيام ببعض الأنشطة، ولكن ليس بعد الآن وهي مريضة. منذ البداية، حد السرطان من نشاطها الجسدي (616). هي حاليا لم تعد قادرة على الطبخ. كما أنها لم تكن قادرة على الاعتناء بنفسها.

التشخيص حسب التقسيم السيکوسوماتي

Diagnostic selon la nosographie psychosomatique

يبدو أن حفصة مرتبطة باضطراب النرجسية (172) الذي يضاف إليه اضطراب الهوية (173)

تقدير خطر التوظيف النفسي

1/الصيرورة والآليات النفسية: 3

2/انتشار السلوكيات: 4

3/القدرة على التعبير عن الوجدانات: 4



4/المخاطر المتعلقة ببيئة الحالة: 6

المجموع: 17 نقطة

مخاطر عالية: عدم الاستقرار العام للوحدة النفسية الجسدية معرضة لخطر فساد التنظيم

تقدير الحالة الجسدية: Axe 5

المخاطر الجسدية: 4 (مخاطر عالية جدًا) وفقًا لـ CIM 9: الورم (703)

تقدير شامل للمخاطر النفسية الجسدية:

$$17+4 = 21$$

الخطر النفسي الجسدي مرتفع جدا. ينصح أن تستفيد حفصة من الرعاية العلاجية النفسية مع التركيز على علم النفس الجسدي التكاملية.

## خلاصة الحالة:

لم يكن الهدف في هذا العمل شموليا، ببساطة وبتواضع، حاولنا تقديم ما حدث خلال هذا التطبيق في خصوصية هذه العلاقة العلاجية مع الحالات اللواتي التقينا بها والتي من بينهن إخترانا حالة حفصة، لأننا استطعنا أن نقوم معها بلقاءات متعددة، بينما لم يكون ذلك ممكنا مع الحالات الأخرى. لكن سمحت لنا هذه التجربة العيادية من التماس أهمية ما سنقوم به مع الحالات المريضة وأهمية النظرة التكاملية لها، فليس هناك أمراض سيكوسوماتية ولكن إنسان سيكوسوماتي.

إن التفكير بتأثير الحالات العاطفية والعقلية على التوظيف الجسدي هو اعتقاد قديم قدم الطب نفسه، لكن ما كان صعباً فهمه هو الصيرورة التي من خلالها ستم الجسدنة. من خلال نهج علم النفس الجسدي التكاملية يمكننا تقييم الاقتصاد النفسي للمريض وعمليات الجسدنة الخاصة به، ليس هو النهج الوحيد بل نهج من بين المناهج العديدة المتوفرة على الساحة العلمية، اختيارنا لهذا النهج قائم على افتتاع أن النظرة التكاملية لستورا تقدم لنا تقدير متكامل للمخاطر النفسية الجسدية، لدى الحالة.

من خلال دراستنا هذه، حاولنا التعرف على نوعية التوظيف السيكوسوماتي لحالة مصابة بسرطان الثدي، وذلك حسب التوجه النظري التكاملية النفسي، لجان بنجامان ستورا، صاحب النظرية السيكوسوماتية التكاملية الإدماجية، حيث تخضع الصيرورة النفسية لديناميكية التوظيف النفسي الذي كلما تميز بالآليات دفاعية عقلية متنوعة، كلما كان التعامل مع ضغوط الحياة ناجحاً، وبأقل احتمال لظهور الأمراض الجسدية، فيكون الجسم محمي مؤقتاً من الأمراض، لكن هذا التوظيف النفسي ليس الوحيد الذي يواجه الضغوطات، إذ للجهاز العصبي دور وكذلك جهاز المناعة.

على الرغم من كل شيء، وعلى الرغم من ضعف جسدها وهذا النقص في بناء الهوية البدائي، تمكنت المريضة، من الاستجابة معنا في علاقة متبادلة قائمة على البحث على المساندة، وقد سمح لها ذلك من اكتشاف نقاط انهيارها والاستناد على حضورنا المتأزر، لتحمل المحتوى، لكن لقاءاتنا محدودة وهي مرتبطة ببحثنا، إذ يقتصر حضورنا على التدريب على مذكرة تخرجنا، للأسف، لأننا بمساعدة أستاذتنا تمكنا في هذه التجربة الميدانية، أن نلتمس كيف أن تدخلاتنا ثمينة وغنية جداً للحالة، لفهم أحسن لصيرورة فساد التنظيم لديها.

بينت المقابلة النصف موجهة مع الحالة حفصة أنها متعاونة مع الأخصائية النفسانية ورغبتها في المتابعة وكانت صريحة في إدلائها مع ظهور تكيف دفاعي أكثر تحفظاً في الأسئلة المتعلقة بحياتها الخاصة مع إنكارها لطبيعة السؤال المجهد؛ فهي لا تعترف بأنها تعرضت للإجراج، تبدوا حفصة متكيفة مع الوضع، ما يمكن أن يخدع تصورنا في الوهلة الأولى، لتوظيفها النفسي إذ تبدو منطقية ولها القدرة على السيطرة والتحكم في الوضع لحماية نفسها. إنها في تبعية تامة للمحيط يوحى لنا بمشاكل العلاقة مع الموضوع ومع الموضوع البديل بالتالي هشاشة الموضوع المستدخل، فاستدخال الموضوع يتطلب استقراره، لقد لاحظنا استدخال ما قبل الموضوع فقط عند حفصة، إذ يظهر التوظيف النفسي الجسدي للحالة حسب شبكة ستورا وبوضوح أنها تعاني من اضطرابات نرجسية ما يتجلى في فقر الحياة الهوامية

والتصورات ما يدل على توظيف سيكوسوماتي يؤشر على المآل السلبي للمرض ، فانقطاع التصورات العقلية عن الوجدانات، و طغيان الاندهاش من شأنه أن يؤدي إلى التفجير الفوري للأورام الخبيثة والتي لا يحدد عقابها والمهدد لحياتها، فتظهر اللكسثيميا بشكل صارخ عند الحالة. نظيف إلى ذلك عدم وجود مصادر حياة روحية مستدخلة واضحة ما هو مؤشر سلبي هام على هشاشة الإمكانيات العقلية عند الحالة.

انطلاقاً من المعطيات السابقة نتحقق فرضيتنا التي تنص على أنه : سيشير التوظيف السيكوسوماتي، لدى المرأة التي تعاني من سرطان الثدي، إلى وجود خطر انطلاقاً من شبكة تقدير الصحة والخطر النفس جسدي لجان بنجمان ستورا.

فالنمو النفسي ينضج، خلال سنوات والذي سيتجلى على شكل أنا قادرة على مواجهة الصدمات بفضل الآليات الدفاعية المطورة و المتنوعة، أي غير المحصورة في مراحل أولى من النمو. تطوير أنا قوية من شأنه أن يكون وسيلة مساعدة للتعامل مع ضغوط الحياة بطريقة ناجحة. طبعاً نؤكد على أنه مهما كانت الآليات المطورة، فإن دور المحيط يلعب مهماً، فبعض الوضعيات الصدمية جد صعبة. لذلك، فمهما كانت هذه الإمكانيات الارصانية، يبقى المحيط وما يأتي به من مساندة جد فعال في مآل التعامل مع الضغوط وصدمات الحياة وظهور الأمراض، بالإضافة إلى الأجهزة الأخرى التي تكلم عنها ستورا.

تبين من خلال المقابلة النصف موجهة مع الحالة حفصة، التي صرحت بحاجتها للحديث معنا أنها غير مستثمرة للعلاقة معنا، إذ لم نلتصق علاقة متبادلة بالمعنى الحقيقي حيث كان كلامها غير منظم وليس هناك روابط في انتقالها بين المواضيع كما كانت التصورات فقيرة وعلاقاتها جافة و سطحية تتسم بالجمود والتجنب والخلو من المشاعر في سياق حديثها.

فالتقييم النفسي الجسدي للحالة بين انها تعاني من اضطرابات نرجسية تجلت بوضوح في فقر الحياة الهوامية، والتصورات، المؤشر السلبي لتطور مرض الحالة .

نذكر أنه تم تثبيت الحالة في علاقة ما قبل الموضوع (موضوع جيد / موضوع سيء) لم يتم دمج موضوع الأم، فإن الدوافع العدوانية لم تتشابه مع الدوافع الجنسية. باعتماد الأدوات التي طورها البروفيسور ستورا، وهي ورقة موجزة لكل مريضة، بناءً على طريقة تقييم وتشخيص الصحة النفسية الجسدية، والتقييم العالمي للمخاطر النفسية الجسدية، التي طورها نفس الأستاذ، إصدار 2011، فإن نتيجة دراستنا تتقارب مع نتائج دراسة هذا الأخير، 2018، والتي مفادها أن النساء اللواتي يعانين من سرطان الثدي واللواتي تمت مقابلاتهن في العيادة، كان لديهن ارتباط بدائي بالأم، هذا الارتباط الذي يصعب تقمصه، نتيجة عدم بناء تصور الموضوع الكامل، البقاء في المراحل الأولى من النمو يجعل الأنا هشاً، ويفتح

## الاستنتاج العام ومناقشة الفرضيات

مجال لهشاشة عبر مراحل النمو. وقد توصل الباحث إلى أنه خلال تطور الحالات التي تمت دراستهن، حدث تجريد وظائف الجسم، فلم يكن هناك أي دعم جنسي للوظائف الإيجابية في الجسم.

لكن من المهم أن نشير إلى أن اشتراك النساء في نوع المرض، ألا وهو السرطان، لا يعني اشتراكهن في نوعية الهشاشة وبالتالي فستورا يؤكد على العلاقة الأولى بالأم، لكن التطور النفس جسدي يستجيب لعوامل جد معقدة وخاصة بكل قصة حياة للأفراد، لذلك، لا يجب علينا الاختصار ومحاولة فهم الأمراض بقياس حالة على أخرى.

وختاماً ومن خلال الدراسة المقدمة توصلنا إلى أن التوظيف السيكوسوماتي لدى المرأة التي تعاني من سرطان الثدي يشير إلى وجود خطر انطلاقاً من شبكة طريقة تقويم الصحة والخطر النفس جسدي لجان بنجمان ستورا.

وعلى هذا فإن المرأة في هذه المرحلة الحرجة تحتاج إلى الرعاية والحنان من طرف الأسرة والمجتمع ككل.

قائمة المراجع:

قائمة المراجع :

الكتب :

- الأرنأوط ، مي رمزي (2016) ، حقائق عن السرطان ، مقدمة في علم السرطانيات الحديث ، دار الريان للنشر ، الطبعة الأولى .
- السيد ، عبد الباسط محمد (2007) ، السرطان أسبابه وعلاجه من القديم والحديث ، دار الوفاء للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى .
- الصغير ، ناجي (2005) ، ألف باء ، أمراض الثدي من الوقاية إلى العلاج ، الدار العربية للعلوم ، بيروت - لبنان ، الطبعة الأولى .
- أنور شبانة (2017/2016) دو قلق الامتحان في ظهور الاضطرابات النفسو-جسدية
- باهي سلامي (2008) مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي ، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس ، جامعة الجزائر .
- براون ، إدوارد (1976) ، الطب العربي ، ترجمة داوود سليمان علي ، دار الثقافة العامة ، بغداد ، الطبعة (2) .
- بن علي أمينة (2013-2014) ، التعقيل لدى مرضى سيكوسوماتيين ، مذكرة تكميلية لنيل شهادة الماستر في علم النفس ، جامعة عبد الحميد بن باديس ، مستغانم .
- بيار مارتى ، جان بنجمان ستورا ، ت محمد أحمد النابلسي (1992) ، مبادئ السيكوسوماتيك وتصنيفاته مؤسسة الرسالة ، بيروت ، الطبعة (1)
- بيار مارتى والآخرين ، ترجمة نابلسي (1990) ، سيكوسوماتيك الهستيريا والوساوس المرضية ، دار النهضة العربية ، بيروت .
- حسن مصطفى عبد المعطي (2003) ، الأمراض السيكوسوماتية ، مكتبة دار الشروق القاهرة ، الطبعة (2) .
- حلمي المليجي (2001) ، مناهج البحث في علم النفس العيادي ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى .

## قائمة المراجع

- دون المؤلف (2016) ، دليل المرأة نحو علاج سرطان الثدي ، إدارة كاليفورنيا لخدمات الرعاية الصحية قسم الكشف عن السرطان وعلاجه .
- سعادي وردة (2008 / 2009) ، سرطان الثدي لدى النساء وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي واستراتيجيات المقاومة ، دراسة مقارنة ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي ، جامعة الجزائر 2 ، الجزائر .
- سميح نجيب الحوري (1999) ، دليل المرأة في حملها وأمراضها ، دار الآفاق ، الأردن .
- سناء محمد ابراهيم أبو حسين (2012) الصلابة النفسية والأمل وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية لدى الأمهات المدمرة منازلهن في محافظة شمال غزة ، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس ، جامعة الأزهر ، غزة .
- شافي أمينة (2018) ، الصلابة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي ، دراسة عيادية لحالتين بعين تيموشنت ، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي تخصص الصحة النفسية والعقلية في الوسط المهني ، المركز الجامعي بلحاج بوشعيب ، عين تيموشنت ، الجزائر .
- شهرزاد نوار (2013/2014) ، علاقة سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري ، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي .
- عبد الرحمن العسوي (1994) ، الأمراض النفسية والعقلية ، دار المعرفة الجامعية الاسكندرية .
- عطوف محمد ياسين (1986) ، علم النفس العيادي الاكلينيكي ، دار العلم للملايين بيروت ، الطبعة الثانية .
- عطوف محمود ياسين (1988) ، الأمراض السيكوسوماتية ( الأمراض النفسجسمية) منشورات بحسون الثقافية ، لبنان - بيروت ، الطبعة (1) .
- علاء حسن أدعيس (2018) عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية في محافظة الخليل ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الارشاد النفسي والتربوي عمادة الدراسات العليا ، جامعة القدس .
- عماري حنان ( 2012/2013) ، قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي ، مذكرة لنيل شهادة الماستر ، جامعة محمد لخضر .



## قائمة المراجع

- غبولي يسمينة (2020/2019) ، ضغط ما بعد الصدمة والجلد لدى المصابات بسرطان الثدي ، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في شعبة علم النفس العيادي ، جامعة محمد بوضياف ، المسيلة .
- مايك ديكسون ، هنادي مزبودي (2013) ، سرطان الثدي ، التوزيع دار المؤلف الرياض .
- محمد أحمد النابلسي (1992) ، مبادئ السيكوسوماتية وتصنيفاته ، مؤسسة الرسالة ، دار الهدى ، الجزائر .
- محمد بجل منور الشمري (2014) ، الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المصابين ببعض الامراض السيكوسوماتية ، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاجتماعية والنفسية ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض .
- محمد محمود بني يونس (2008) ، الاسس الفيزيولوجية للسلوك ، دار الشروق ، عمان .
- محمد محمود بني يونس (2008) ، الأسس الفيزيولوجية للسلوك ، دار الشروق ، عمان .
- مهدي عبد الحميد (2016) ، خطب الجمعة في الأمراض النفسية والوقاية منها ، الأمل للطباعة والنشر والتوزيع .
- ناجي الطيفير (2005) ، ألف باء ، امراء الثدي من وقاية وعلاج ، دار العربية للعلوم بيروت ، لبنان .
- ناظر مليكة (2019/2018) ، الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي ، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي ، جامعة عبد الحميد بن باديس ، مستغانم .
- نبيلة باوية (2013/2012) ، الدعم الاجتماعي وعلاقته بالاحترق النفسي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي ، رسالة دكتوراه ، جامعة ورقلة ، ورقلة .
- نسيمة بدة (2018/2017) التوظيف السيكوسوماتي لدى مرضى سرطان البروستات من المنظور الإدماجي لستورا ،رسالة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي .
- نصر الدين الزيدي (1998) ، الأمراض السيكوسوماتية ، الجزء الاول ، منشورات جامعة الجزائر .

المذكرات :

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر ، في علم النفس ، جامعة العربي بن مهدي ، أم البواقي .

كتب باللغة الأجنبية :

1. Albert laurence (1999). les maladies psychosomatique. les différentes thérapies. le roles. du psychosomaticien. les techniques de relaxation. éditions de vecchi S.A, paris.

2. Bali Ikardouchene zahia(2015), **Approche psychosomatique intégrative dans le cadre d'une grossesse à risque**, mémoire de psychosomatique, faculté de médecine la pitié-salpêtrière, université de paris VI pierre et marie curie.
3. Bydlowski Monique(1997), **La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité**, PUF, Paris.
4. Canoui p, Messerschmitt p, Ramos o,(1994), **Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**, Maloine, Paris.
5. Catalina Bronstein, 2012, **perspectives psychosomatiques: la recherche du sens** mackesonroad. London.
6. Cunninham, Gary, and others(2001). **Williams Obstetric**, 21st edition, United States of America :McGraw.Hill, Medical Publishing Division.
7. Deutsch. Helene. M.D. selected problems of adolescence. With special emphasis on group formation . 1967, New York, International University Press.
8. Debray Rosine (1987), **Bébés- mères en révolte, traitements psychanalytiques conjoints des déséquilibres psychosomatiques précoces**, Centurion, Paidós.
9. Gary. R, Vandenberg ( 2015), **APA Dictionary of Psychology**, edition 2, published by American Psychological Association, Washington.
10. Gross, F., Piza, T. Strasser et Zanchetti, A.. **Prise en charge de l'hypertension artérielle-guide pratique la l'usage des -médecins du personnel paramédical**. Organisation mondiale de la santé Genève .1986.
11. Ikardouchene Bali Z. 2017, Essai de psychopathologie psychosomatique du vécu de la grossesse chez une femme asthmatique : le cas Amina, N°18 مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر مجلة دراسات نفسية وتربوية، جامعة ورقلة [téléchargeable sur le site : https://www.asjp.cerist.dz/utilisateur/showArticle/117/24183](https://www.asjp.cerist.dz/utilisateur/showArticle/117/24183).
12. Ikardouchene Zahia, 2019, Psychoanalytical Approach of the Infertility, which is not medically explained: A case study based on two projective tests (Rorschach and TAT), **ECRONICON, EC PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY, issue january, téléchargeable sur le site : https://www.ecronicon.com/ecpp/pdf/ECPP-07-00378.pdf**.
13. Ikardouchene Zahia, Ait Mouloud Yasmina, 2018, Approche psychosomatique intégrative : cas clinique dans le cadre d'une grossesse avec des inflammations articulaires, le diabète et l'hypothyroïdie, **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية**, N° 32 , disponible sur le site : <https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/119>
14. Ikardouchene Zahia, J-B. Stora, 2018, The experience of pregnancy at risk: the point of view of integrative psychosomatic. **مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية**, N°1, volume 11, disponible sur le site : <https://www.asjp.cerist.dz/utilisateur/showArticle/117/24183>
15. Keller, Pascal-Henri, 2010, **Nouvelles approches en psychosomatique**, Dunod.
16. Kenneth. Niswander. **Manuel d'obstétrique**. 2e édition. Office des publications universitaires. Alger. 1980.
17. Marty. Piere (1976), **les mouvements individuels de vie et de mort : essai d'économie psychosomatique**, Payot, Paris.
18. RECHELIN .M ;( 1992) , **la méthode en psychologie** Ed P.U.F .Paris.

1. Revault D'allonnes C.( 1991), **Etre, faire avoir un enfant**, PLON, Paris
19. Schiele S.( 2009), **la recoholite ulcéro-hémorragique chez l'enfant et l'adolescent. Plaidoyer pour une approche psychosomatique associée**, Doctorat en médecine université Henri Poincare, Nancy
20. SOULE (M)· (1983), **L'Enfant dans la tête· l'enfant imaginaire· in la dynamique du la nourrisson ou quoi de neuf bébé .**
21. Stora J-B. 1, 2019, **15cas de thérapies psychosomatiques, soigner les malades, non simplement leurs maladies**, Paris, Hermann.
22. Stora J-B. 1999, **Quand le corps prend la relève**, Paris, Odile Jacob,
23. Stora J-B. 2005, **Vivre avec une greffe, accueillir l'autre**, Paris, Odile Jacob (2005),
24. Stora J-B. 2006, **La Neuro- psychanalyse**, Paris, Presses Universitaires de France.
25. Stora, 2015, Les risques psychosociaux >Pour télécharger la revue cliquez ici< Les risques psychosociaux - 20151027\_Psychosomatique\_RPS\_SPI\_No2\_v0\_2.pdf
26. STORA, 2018, **Etudes épidémiologiques en psychosomatique intégrative**, REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE,
27. Stora, 2018, **Études épidémiologiques en psychosomatique intégrative >télécharger la revue en cliquant ici< - No\_Epidemiologie\_JBS\_20180408v0\_4\_SPI.pdf**Stora, 2020,
28. Stora J-B. 2019, **Le Stress**, Paris, Presses Universitaires de France (10° edition).
29. Stora, 2020, **Sexualité féminine et somatisations - Point de vue de la psychosomatique intégrative >télécharger la revue en cliquant ici< - RevueSPI\_No6\_20200306v0\_0.pdf.**
30. Stora J-B. 2021, **I'être humain est une unité psychosomatique, toutes les maladies sont psychosomatiques**, Paris, MJW- Fédition.

المواقع :

www, web teb /com 22 :29

الملاحق

الملحق رقم (1):

الجدول رقم (1) : دليل المقابلة العيادية النصف موجهة

الاسم : .....	اللقب : .....
الجنس : .....	العمر : .....
مكان الولادة : .....	المهنة : .....
المستوى التعليمي : .....	
الحالة المدنية : (متزوج ، أعزب ، مطلق ، أرمل )	
عدد الإخوة : .....	الذكور : .....
	الإناث : .....
الرتبة بين الإخوة : .....	

المحاور	
المحور الأول : محور الطفولة	<p>- تقدر تتحدث لي على طفولتك : على والديك وأخوتك ؟</p> <p>- كايين حوايج تشفي عليهم في طفولتك وأثر فيك تقدر ي تهدري لي عليهم ؟</p> <p>- حكاواك كيفاش كانت ولادتك ؟</p>

<p>( إذا كانت الاجابة بنعم : كيفاش كانت ولادتك طبيعية أم قيصرية؟ رضعت في الصغر رضاعة طبيعية؟ ) - اهدريلي على طفولتك بصفة عامة ( مع العائلة والرفاق والمدرسة ....الخ) .</p>	
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف عن الطفولة ، وظروف الولادة والبحث عن التفاصيل التي تعتبر مهمة جدا في المرحلة العمرية الأولى للحالة</p>	
<p>- تقدرني تهدريلي على العلاقات نتاوعك ؟ - يعني في الدار ، في الخدمة .....؟</p>	<p>المحور الثاني : محور العلاقات</p>
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف على العلاقات في الأسرة مع الأصدقاء وفي الحياة اليومية .</p>	
<p>- واش راكي تحس الآن ؟ - وقتاش ظهر المرض ؟ كيفاه بدأ عندك ؟ - في رأيك واش هو السبب كي قالك الطبيب واش عندك ؟ - واش حسيتي كي قالك الطبيب على المرض ؟ - هل تعانين من مرض آخر ؟ - في العائلة كاين اللي مرضوا بنفس المرض كيما أنت ؟</p>	<p>المحور الثالث : محور المرض</p>

<p>- عندك تدخلات جراحية وصدّات من قبل ولا لا ؟</p>	
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف عن الأمراض الجسدية التي تعرضت لها الحالة أو تعرض لها أحد من أفراد العائلة .</p>	
<p>- راكي تنوم ، كيفاه راهو نومك ؟ - واش هي المنامات اللي راكي تنوم بهم ؟ - تقدري تحكي ليعلى آخر منام تشفي عليه ؟</p>	<p>المحور الرابع : الحياة الحلمية</p>
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف عن الحياة الحلمية للحالة</p>	
<p>- هل تتابعي الدواء كي تمرضي ؟ - هل تتبعي الرجيم كي لازم ؟ - هل هذه الطريقة صعبة أم سهلة (متابعة الطبيب والدواء والرجيم ؟)</p>	<p>المحور الخامس : احترام ومتابعة العلاج</p>
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف على ما مدى التزام الحالة لتعليمات الطبيب</p>	
<p>- عندك حوايج مهمة وساعات تضغط عليك في هذه الايامات وحابة تحكي عليهم ؟ - كيفاش كانت حياتك قبل المرض ؟ - كيفاش عادت حياتك بعد المرض ؟ - واش هي الأفكار اللي تجيك بعد ما مرضت ؟</p>	<p>المحور السادس : نوعية المعاش الحالي للحالة</p>

<p>- كيفاش عدتي تشوفي في جسمك بعد المرض ؟</p> <p>- كيفاش أثر هذا المرض على المظهر تاع جسمك ؟</p>	
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف على نوعية المعاش الحالي للحالة</p>	
<p>- قولي لي كيفاه تزوجتي ؟</p> <p>- كيفاه علاقتك معاه درك ؟</p> <p>- كيفاش أثر المرض على علاقتك الزوجية ؟</p>	<p>المحور السابع :</p> <p>الحياة الزوجية</p> <p>والعاطفية</p>
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف على العلاقة العاطفية والحياة الزوجية ؟</p>	
<p>- تقدري تهديري لي كيفاش تفوتي وقتك ؟</p> <p>- راكي تدري في الرياضة ؟</p> <p>- راكي تدري في أشغال يدوية وتدابير (خياطة ، نسيج</p> <p>(.....)</p>	<p>المحور الثامن :</p> <p>محور النشاطات</p> <p>المختلفة</p>
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف على النشاطات البدنية التي تقوم بها الحالة</p>	
<p>- تقدري تهديري لي على الحوايج اللي تحبي تأكلهم ؟</p> <p>- راكي تتكفي مع العادات الغذائية الجديدة يعني بعد المرض ؟</p> <p>- كاينحوايح تحبي تأكلهم ومنعهم الطبيب عليك بعد المرض؟</p>	<p>المحور التاسع :</p> <p>العادات الغذائية</p>



الهدف من هذا المحور هو التعرف على العادات الغذائية للحالة	
<p>- تقدرني تهدي على المستقبل ديالك ؟</p> <p>- كيفاش راكي تشوفي فيه ؟</p> <p>- عندك حوايجحابة تحققيهم ؟ ( إذا كانت الاجابة بنعم كيما واش مثلا ؟ )</p>	<p>المحور العاشر :</p> <p>محور الاسقاط</p> <p>في المستقبل</p>
الهدف من هذا المحور هو التعرف على الأفق المستقبلية للحالة	

ملحق رقم 2 :

تقييم شامل لمخاطر نفسية

الإصدار 88 مايو 8500JBS-PSYSOMA

THE PSYCHOSOMATIC GRID

à 2011 Elaborée par J.B. STORA 1993

\*\*\*\*\*

بيانات المرضى

الاسم: اللقب:

تاريخ الميلاد:

تاريخ العلاج المبكر: الفحص العيادي:

تاريخ نهاية العلاج:

تاريخ المرض: المعلومات التي تجمع من السجلات الطبية ارجع المحور 5 من البوابة.

يرجى استخدام التصنيف الدولي للأمم ارض العقلية

تاريخ المريض: تملأ الشبكة بعد استكمال التحقيق محاور 1،2،3،4،

تقييم شامل للعمليات النفسية: مع تحديد ملف المخاطر.

الجدول الموجز هو في نهاية الشبكة ويجب أن يكتمل بعد الانتهاء من التسجيل.

تملاً هذه الشبكة في بداية وأثناء ونهاية العلاج : التشخيص ، والتوقعات عن المآل، إستراتيجية العلاج .

قاموس المصطلحات المفاهيم الواردة في نهاية الوثيقة (ارجع لأسباب الواردة في الوثيقة الأصلية كاملة)

ملخص جدول أحداث الحياة والاضطرابات الجسدية مع التعليقات.

تعليقاتك تساعدك تدريجياً في إنشاء الخصائص العلمية النفسية (السلوكيات، والأفكار) لتحل محل الأسرة والبيئة (représentation mentales) العواطف – التصورات العقلية المهنية للمريض لوضع التشخيص الأول، بعد إتباع المريض لستة أشهر يمكن مراجعة التشخيص الأولي والنظر في إستراتيجية العلاج.

التعليقات	أحداث الحياة	المواعيد أو الأعمار	الاضطرابات الجسدية


### تقييم شامل للمخاطر النفسية

يجب مقارنة خطر نفسي<sup>(2)</sup>الجدول أدناه) والخطر الجسدي

في أعقاب تصريح من قبل الأطباء للوصول إلى تقييم المخاطر النفسية

العالمية، تقييم التقارب والتباعد من المخاطر اثنين التي هي الترابط الديناميكي

وفقا لنظرية النظم التي طورها

	<p>الأبعاد الأربعة للتوظيف النفسي، تستعمل أرقام المقابلة لكل جزء من الطريقة، لدارسة الوبائية في حالة ما إذا قتم بنفس البحث عن مجموعة المرضى:</p> <p>1- السيروارت والآليات النفسية، نقاط التثبيت، التظاهرات الطبية والنشاطات المتسامية.</p> <p>2- مدى ظهور السلوك.</p> <p>3- قدرة التعبير على الوجدانات (قسم معدلة).</p> <p>4- خطورة مرتبطة بالمحيط.</p>
<p>النقطة:</p>	<p>1/ (تقدير السيروارت) بناء على الملاحظات الخاصة بك في تقييم العمليات النفسية للمريض/ المريضة، سجل إما 1،2،3،4 في المقترحات التالية: 4،</p> <p>1- التوظيف النفسي المتوازن (إمكانية تذكر الماضي، الذهاب بين الماضي والحاضر، ارصان)</p> <p>2- التوظيف العقلي مضطرب أو مؤقت (فائض من الإثارة أو قمع التصورات طغيان الصراعات).</p> <p>3- التوظيف العقلي المضطرب بطريقة شديدة (تفكير علمي محض لا وجود</p>

	<p>للوجدان والتصورات).</p>
--	----------------------------

<p>النقطة:</p>	<p>2c/ السلوك: التي تنشأ من نتائج المراقبة محور 2رقابة والسلوك متكاملة / متحكم فيه ومدمج ربط بالوجدان</p>
<p>النقطة:</p>	<p>3/ التعبير: عن الوجدانات التي ستنشأ من نتائج المراقبة محور3: 1- وجود مجموعة واسعة من التعبير عن العواطف. 2- قمع للوجدانات (ثلاثة مصائر ممكنة) 3- وجدانات مرآتية (ليس هناك علاقة بالموضوع) 4- وجدان متعلق بالصدمة والجسدنة. 5- لا وجود لإمكانية التعبير عن الوجدان.</p>
<p>النقطة:</p>	<p>4/ المحيط العائلي والمهني : 1- إمكانية الارصان 2- ربط المرض بموضوع (وفاة ....) 3- وجود تأثير بسيط 4- صعوبات في إرصان المشاكل (عدم القدرة على التحمل) 5- صعوبات مهنية 6- صعوبات كبيرة (ممكن أن تؤدي إلى صعوبة التوظيف مؤقتة أو مستمرة) 7- صعوبة التوظيف مستمر</p>

التقييم النفسي									
				4	3	2	1		العمليات النفسية
				4	3	2	1		السلوك
		5	4	3	2	1			الوجدان
7	6	5	4	3	2	1			المحيط البيئي
19	18	17	16	12	8	4			المجموع

**تذكير: يجب مقارنة الخطر النفسية وجسدية**

تقييم المخاطر النفسية :

عدم وجود مستقر تجاوز للخطر : 5

منخفضة إلى معتدلة المخاطر : 5-10

مخاطر متوسطة : من 10 إلى 15 إمكانية انعكاس، وإعادة تنظيم من النقاط استجابات

الانحدار، والمراقبة، وعدم الاستقرار .

عالية إلى عالية جدا للخطر 15 : أو أكثر من الأعلى إلى عالية جدا خطر (عدم الاستقرار

العام وشدة المخاطر النفسية -جسدية تعطل)

خطر ادناه ترسل من قبل الأطباء لتحقيق التقييم النفسي من المخاطر الكلية. تقييم التقارب والتباعد من المخاطر في المستويين) الطبي والنفسي (المترابطان في علاقة حيوية وفقا لنظرية النظم التي وضعت في التكاملية النفسية لجان بنجمان ستورا (Jean Benjamin Stora)

تقييم المخاطر النفسية	
<p>من نتائج المراقبة والتشخيص من محور 5 والتوقعات التي يقدمها الأطباء للمريض. تدوين: ....</p>	<p>5 - مستويات: مخاطر عالية جدا مخاطر عالية مخاطر متوسطة مخاطر لا يوجد خطر</p>
التقييم العام لأداء نفسية	

<p>المخاطر بشكل عام نهتم بعدم استقرار الموضوع (instabilité de l'objet)</p> <p>تشوش الوحدة النفسية مشوش المخاطر متوسطة الأعراض</p> <p>إعادة تنظيم من النقاط المرفق، مراقبة عدم الاستقرار ممكن للموضوع إلى منخفض المخاطر، وإعادة تنظيم المحتملين عالية.</p> <p>*الموضوع مستقرة التي توصل إليها جهاز تجاوب الركاب نفسية.</p>	<p>وبذلك يصبح خطر عقلي لاجسدية تحقيق التقييم العام</p>
<p>التشخيص الهيكلي الوظيفي النفسي</p>	
<p>النفسي الدينامي Nosographic -</p>	

<p>2008/11/09 ستوار</p> <p>وبمجرد إنشاء سير نفسية وردود الفعل للبيئة، يمكنك الآن اقتراح التشخيص من الجدول أدناه ... ..</p>
--



يتم تأسيس التشخيص النفسي الجسدي من أبعاد 4 من سير علاقات نفسية، المرض إلى البيئة؛ فمن الممكن بالتالي:

اقتراح تقييم المخاطر النفسية تتضمن الجسدية منها والتي يقدمها أطباء (أنظر أعلاه) وستكون هذه واصفات يسمح لك بتحديد موقع المريض أو المريضة في الفئات الثلاث التالية:

1- عصابات التحويلية (névrose de transfert)، العصابات الكلاسيكية بمعنى مؤشرات التحليل النفسي.

1-العصابات الحالية (névrose actuelle)

سوء التنظيم (Inorganisation) في:

3 - اضطراب نرجسي للذات والهوية والسلوك (نقص الشعور الأصيل)

1- الذهان (لاضطرابات الذهان والمزاج، ونحن نوصي بالرجوع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع).

هياكل وظيفية نفسية هي أقل دينامية وليس سهل استبعاده.

التشخيص	التصنيف	
1-عصاب التحويل (العقلية وهو العصاب المعقلن (الكلاسيكي) أيضا: (اليقيني)		
اضطرابات الشخصية الوسواسية		0 11

رهاب	الأعراض	0 12
هستيريا		0 13
العصاب متعدد الأشكال دون الأعراض النفسية المهيمنة ودعمها.	عصاب عقلي نظمت في عملية مستمرة	136
تحويل الهستيريا	عصاب الشريط الحدودي	6 13
العصاب الحالية (فشل العصاب الطفولي ) عصاب غير مؤكد: الشك (Mentalisation incertaine) عيوب في العقلنة عصاب غير مؤكد: تقدر فجأة ثلاثة مميزات أساسية لما قبل الشعور: سمك جميع التشكيلات التصورية؛ اتصالات تدفق بين عروض؛ عملية متسقة معتادة.		
قلق الهستيريا		40 1
عصاب القلق		41 1
شخصية عصابية		24 1
الوسواس (ولايات مختلفة)		45 1
عصاب الصدمة		46 1
علاقة الكائن عصاب حساسي		47 1

اضطراب نرجسي الذاتي والهوية والسلوك

- غير المنظمة غير العصاب mentalisées طليعة الشعور غير كافية الأصلية		
السلوك العصابي		0 17
الوساوس القديمة		171
اضطرابات نرجسية		172
اضطرابات الهوية		173
اضطرابات الإدمان		4 17
"النفسية الباردة" أو لا الوهمية E. kestemberg الأخضر.A.		5 17
4الذهانات الوهمية جميع الذهانات DSM 4 الرجوع إلى طريقة التشخيص حسب اضطرابات المزاج		
الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى		
اضطرابات المزاج		

	اضطرابات الفصام	
	اضطرابات الهوية الجنسية	
	اضطرابات الأكل	
	اضطرابات التكيف مع المزاج المكتئب، مع القلق مع اضطراب السلوك، مع انقطاع العواطف والسلوك الغير محددة على حد سواء.	
	اضطرابات الشخصية بجنون العظمة، فصامي، الحدود antisociale التمثيلي، نرجسي، انطوائي تعتمد الوسواس القهري، غير محدد.	
	للحصول على التفاصيل DSM4 راجع دليل	

ملاحظة: اقتصرنا على الترجمة إلى اللغة العربية لجزء من الشبكة، وهو الجزء الذي يخدم مباشرة مذكرتنا، لأنها دليل كامل، ولا يمكن وضعه في الملحق، كما أن هذه الشبكة مترجمة من طرف إكردوشن بعلي زاهية وصراوي انتصار وهي قيد المراجعة للنشر، لا يمكن لنا وضعها باللغة العربية كاملة، لكننا حرصنا على تقديم الصيغة الأصلية باللغة الفرنسية في الملحق الموالي للمطالعة استجابة

للإجراءات المنهجية المطلوبة، يمكن إذن، الاطلاع على النسخة الأصلية الكاملة فيما يلي:

الملحق رقم 03

طريقة التقدير والتشخيص للصحة النفس جسدية

(التقدير الشامل الأصلي)

METHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ  
PSYCHOSOMATIQUE

Evaluation globale du risque psychosomatique

JBS-PSYSOMA-version22.Mai2011

THEPSYCHOSOMATICGRID

Elaborée par J.B. STORA de 1993 à 2011<sup>23</sup>

**METHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA  
SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE**

Evaluation globale du risque psychosomatique

JBS-PSYSOMA-version22.Mai2011

THEPSYCHOSOMATICGRID

Elaborée par J.B. STORA de 1993 à 2011<sup>23</sup>

\*\*\*\*\*

**FICHE PATIENT**

Nom: Prénom:

Date de naissance:

Date du début de traitement: examen clinique du :

Date de fin du traitement:

**Histoire de la maladie** : informations recueillies dans le dossier médical, cf  
Axe5 de la grille.

Prière d'utiliser la classification internationale des maladies.

**Histoire du patient** : grille à remplir après investigation. Axes1,2,3et4.

**Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique** : avec détermination du profil de risque. à ne remplir qu'après avoir établi l'histoire du patient, son fonctionnement psychique et ses troubles somatiques.

**Le tableau synthétique se trouve en fin de grille et doit être rempli après avoir complété les rubriques.**

**Cette grille est à remplir au début, en cours et enfin de traitement:**

Diagnostic, pronostic, stratégie thérapeutique.

---

<sup>23</sup> Une première classification a été élaborée par Pierre Marty(1987); ma méthode, qui n'est pas une classification, prend en considération les premiers travaux de Pierre Marty profondément modifiés par l'approche de la Psychosomatique Intégrative. J'ai repris les concepts de la psychanalyse développés par Sigmund Freud et, après lui, depuis sa mort jusqu'à nos jours auxquels j'ai ajouté toutes mes recherches sur le stress professionnel et les troubles somatiques induits.

**Un glossaire des concepts figure en fin de document (cf . la méthode figurant dans le document complet)**

Tableau synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques avec commentaires. Vos commentaires doivent vous aider à établir progressivement les caractéristiques du fonctionnement psychique (comportements, émotions pensées - représentations mentales) en les remplaçant dans l'environnement familial et professionnel du patient en vue d'établir un premier diagnostic. Après avoir suivi le patient pendant six mois vous pouvez revoir le diagnostic initial et envisager la stratégie thérapeutique.

Commentaires	Evènements de vie	Dates Ou âges	Troubles somatiques	



## Evaluation globale du risque psychosomatique

Vous devez comparer le risque psychique (tableau ci-dessous à remplir) et le risque somatique ci-après communiqué par les médecins pour parvenir à l'évaluation du risque psychosomatique global. Evaluer convergence et divergence des deux risques qui sont en interrelation dynamique entre eux selon la théorie des systèmes que je développe.

<p style="text-align: center;"><b>LES 4 DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE</b></p> <p style="text-align: center;">les chiffres en face de chaque rubrique de la méthode sont utilisés pour les études épidémiologiques au cas où vous entreprendriez une telle recherche sur un échantillon de patients.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES, LES POINTS DE FIXATIONS, LES MANIFESTATIONS CARACTERIELLES ET LES ACTIVITES SUBLIMATOIRES</li> <li>2. LA PREVALENCE DES COMPORTEMENTS</li> <li>3. LA CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS (RUBRIQUES MODIFIEES)</li> <li>4. RISQUE LIÉ À L'ENVIRONNEMENT</li> </ol>	
<p>1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES,</p> <p><u>En fonction de vos observations, vous devez arriver à évaluer les processus psychiques du patient ou de la patiente, et noter soit 1, 2, 3 ou 4 en vous référant aux 4 propositions ci-dessous:</u></p> <p><b>Fonctionnement psychique équilibré:</b> Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent- passé, Capacité d'élaboration;</p> <p><b>Fonctionnement psychique momentanément altéré:</b> Irrégularités du fonctionnement mental- débordements momentanés des Possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitation sous répression des représentations</p> <p><b>Fonctionnement psychique profondément altéré:</b> vie et pensée opératoire</p> <p><b>Fonctionnement psychique gravement altéré:</b> Désorganisations progressive-dépression essentielle</p>	<p style="text-align: center;"><b>NOTE</b></p> <p style="text-align: center;">.....</p>

		<b>NOTE</b>
<b>2. PREVALENCE DES COMPORTEMENTS</b>	A établir à partir des résultats d'observation de l'axe 2C: <b>1. comportement contrôlé et intégré. 2. Faible. 3. Moyenne. 4. Forte.</b>	.....
		<b>NOTE</b>
<b>3. CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS</b> Cf. explications dans le glossaire	A établir à partir des résultats d'observation de l'axe 3. <b>Large gamme d'expression des affects Répression des affects (trois destins possibles) Prédominance des affects dans la relation intersubjective ou Affects de vitalité: réactivation en miroir de relation intersubjective thérapeute-patient. Le patient réagit en miroir aux manifestations affectives du thérapeute. Affects traumatiques et somatisations Alexithymie.</b>	.....
		<b>NOTE</b>
<b>4. RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT:</b> Nature de l'environnement <b>Environnement familial et environnement professionnel.</b> A partir de cette notation apprécier les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes).	A partir des résultats d'observation de l'axe 4. Evaluer les <b>réactions psychosomatiques</b> à partir des informations anamnestiques concernant l'histoire familiale passée et actuelle, de même pour l'environnement professionnel. <b>Plusieurs notations possibles :</b> <b>1. Niveau très satisfaisant,</b> <b>2. Satisfaisant,</b> <b>3. Légère altération temporaire,</b> <b>4. Difficultés d'intensité moyenne,</b> <b>5. Altération importante,</b> <b>6. Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire,</b> <b>7. incapacité durable de fonctionnement autonome.</b>	.....

EVALUATION DU RISQUE PSYCHIQUE								
Processus Psychiques	1	2	3	4				
Comportement	1	2	3	4				
Affect	1	2	3	3	3	3	3	
Environnement	1	2	3	4	5	6	7	
Total	4	8	12	15	16	17	18	

<p><b>Evaluation du Risque Psychique</b> Absence de risque stable, débordement passager: 5  Risque faible à modéré: 5 à 10  Risque intermédiaire: 10 à 15 – possibilité de réversibilité, réorganisation à partir des points de fixations-régression, surveillance, instabilité.  Risque élevé à très élevé: 15 ou plus risque élevé à très élevé (instabilité globale de l'unité psychosomatique à risque de désorganisation)</p>
--

**Rappel:** Vous devez comparer le risque psychique et le risque somatique ci-dessous communiqué par les médecins pour parvenir à l'évaluation du risque psychosomatique global. Evaluer convergence et divergence des deux risques qui sont en interrelation dynamique entre eux selon la théorie des 5 systèmes développée en psychosomatique intégrative (J.B.S).

<b>Evaluation du risque somatique</b>		
5 niveaux : <b>Risque très élevé</b> risque élevé Risque moyen risque faible absence de risque	A partir des résultats d'observation et de diagnostic de l'axe 5 et des pronostics communiqués par les médecins du patient.  <b>Notation:.....</b>	
<b>Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique</b>		
<b>Rapprocher le risque psychique du risque somatique pour parvenir à une évaluation globale.</b>	Sujet à risque élevé – instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée Sujet à risque moyen – possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible. Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.	
<b>DIAGNOSTIC structure fonctionnelle psychosomatique</b>		
<b>Nosographique psychosomatique dynamique – 19/11/2008 Jean Benjamin Stora</b> Une fois établi le fonctionnement psychique, et les réactions face à l'environnement, vous pouvez à présent proposer un diagnostic à partir du tableau ci-dessous.....		
<p>le diagnostic psychosomatique est établi à partir des 4 dimensions du fonctionnement psychique et des relations du patient à l'environnement ; il est ainsi possible de proposer une évaluation du risque psychosomatique en y intégrant le risque somatique communiqué par les médecins (cf. ci-dessus). Ces descripteurs vont vous permettre de situer le patient ou la patiente dans les trois catégories ci-dessous :</p> <p>névroses de transfert, névroses classiques au sens des indications de psychanalyse névroses actuelles troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient inorganisation) Psychoses (Pour les psychoses et troubles de l'humeur, nous conseillons de vous référer au manuel DSMIV).</p> <p><b>Les structures fonctionnelles psychosomatiques ci-dessous sont dynamiques et non pas inamovibles.</b></p>		
SF	Classification nosographique	Diagnostic
	<b>1. Névroses de transfert</b> (psychonévroses de défense, S. Freud) (Névrose bien mentalisée: Certitude)	

110		Névrose obsessionnelle	
120	Symptômes	Phobie	
130		Hystérie	
135	Névrose mentale symptomalogique mentorganisée, au fonctionnement soutenu.	Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante et soutenue. Il peut s'agir d'organisations anales avec manifestations Obsessionnelles passagères ou d'organisations hystériques avec phénomènes de conversion ; la systématique mentale Névrotique ou psychotique a été débordée par le conflit au moins momentanément.(P. Marty,1987)	
136	Borderline névrose de transfert/nev. actuelle	Hystérie de conversion	
<b>2.Névroses actuelles</b>			
<b>(Echec de la constitution de la névrose infantile)</b>			
Névrose à mentalisation incertaine : Doute Névrose mal mentalisée : Défauts avérés. La mentalisation apprécie d'un coup trois qualités fondamentales du préconscient : Epaisseur de l'ensemble des formations représentatives; fluidité des liaisons entre les représentations; permanence habituelle d fonctionnement.			
140		Hystérie d'angoisse	
141		Névrose d'angoisse	
142		Névrose de caractère	
145		Hypocondrie (différents états)	
146		Névrose traumatique	
147		Névrose relation d'objet allergique	
<b>3.Troubles narcissiques duSoi, del'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient -inorganisation-névroses non mentalisées))</b>			
170		Névrose de comportement	
171		Hypocondrie archaïque	
172		Troubles du narcissisme	
173		Troubles de l'identité	
174		Troubles addictifs	
175		"Psychose froide" ou non délirante A. E. Kestenberg	
<b>4.Psychoses délirantes</b>			
Consulter la méthode de diagnostic DSMIV pour l'ensemble des psychoses et des troubles de l'humeur			
Schizophrénie et autres troubles psychotiques			
Troubles de l'humeur			
Troubles anxieux			
Troubles dissociatifs			
Troubles de l'identité sexuelle			
Troubles des conduites alimentaires			
	Troubles de l'adaptation	Avec humeur dépressive, avec anxiété, avec perturbation des conduites, avec perturbation à la foi des émotions et des conduites, non spécifié.	ci s
	Troubles de la personnalité	Paranoïaque, schizoïde, antisociale et, borderline histrionique, narcissique, évitante, dépendant obsessionnelle- compulsive, non spécifié.	e, e,
Consulter le manuel DSMIV pour plus de détails.			

COMMENTEVALUERLESPROCESSUSETMECANISMES PSYCHIQUES

A établir à partir des 6 dimensions de l'axe **1:1A,1B,1C,1D,1E et 1F:**

**Pour évaluer le fonctionnement psychique du patient ou de la patiente après l'examen clinique, nous devons prendre en considération (ce tableau peut être utilisé comme aide-mémoire) Processus et Mécanismes psychiques**

**l'Axe1A: La relation d'Objet**

**Anobjectale, préobjectale, présence introjectée.**

**Evaluation de la dimension narcissique et constatation de la présence des structures narcissiques (Soi grandiose et Idéal du Moi)**

**La dimension masochique**

**L'évaluation de l'épaisseur du préconscient : capacité de l'imaginaire ; Tenter d'apprécier les capacités associatives et la capacité de rêver (nouvelle rubrique 170)**

**Sur l'Axe1B, Etats psychiques et évènements de vie personnels**

**Angoisses**

**Deuils**

**Dépressions**

**Traumatismes**

**Influence de la culture sur le fonctionnement psychique**

**Sur l'Axe1C: Points de fixation régression**

**Fixations somatiques**

**Fixations psychiques**

**Axe1D: Mécanismes de défense du MOI**

**Sur l'Axe1E: présence de traits de caractère:**

**Phobique**

**Hystérique (archaïque et génitale)**

**Pervers**

**A dominante orale**

**A dominante anale**

**A dominante phallique**

**sado-masochiques**

**Sur l'Axe1F : Activités sublimatoires: à lister**

Une fois l'observation achevée, vous pouvez remplir la grille en utilisant les indications suivantes: PRESENCE ou ABSENCE (Pou A) d'un des items de la grille.

**J.B.Stora, 15 Mars 2010.**

Après l'investigation du patient commencer par remplir les axes de la grille selon l'observation.

N° Item	LISTE DES ITEMS	DEFINITION SET COMMENTAIRES
	<i>AXE 1A: RELATION D'OBJET</i> Organisation du MOI	
	Il s'agit ici des premières étapes du processus de maturation psychosexuel : du noyau du Soi jusqu'à l'introjection de l'Objet. Développement de l'organisation du Préconscient: relation avec la Mère de la grossesse jusqu'à l'âge d'un an, périodes de séparation, mères substitutives, Figure Paternelle, fréquence et âge lors de changements de situation, événements ayant favorisé ou entravé les organisations de la sensori-motricité, du langage, et en général de toutes les liaisons internes et externes. L'objet est-il introjecté ? Dimension narcissique du Moi Dimension masochique du Moi Organisation du Préconscient (1 <sup>ère</sup> topique de S. Freud)	
150	An objectal Stade d'indifférenciation	Stade de relation non objectale coïncidant plus ou moins avec celui du narcissisme primaire – <u>stade d'indifférenciation</u> ou <u>stade de non-différenciation</u> , car la perception, l'activité et le fonctionnement sont insuffisamment organisés chez l'enfant, sauf dans une certaine mesure dans les sphères vitales tels le métabolisme, les fonctions alimentaires, circulatoires, respiratoires, etc. L'individu-enfant se prend lui-même comme Objet d'amour avant de choisir des objets extérieurs- stade de la toute-puissance des pensées. Première ébauche du Moi et son investissement par le libido. <b>«...le Soi constitue la première configuration organisée de l'appareil psychique qui émane de l'unité mère-enfant et lui succède..... avant qu'en soit instaurée la distinction entre le sujet et l'objet ».</b> E. Kestenberg, La psychose froide, p. 96. Cf. aussi Winnicott. Stade de <b>Prédominance de traits narcissiques. De Prédominance de fusion.</b>
151	Pré-objectal	M. Klein: position schizo-paranoïde dans la relation à l'objet (bon et mauvais, aimé et haï). Rapprocher de R. Spitz à 3 mois <b>Prédominance de traits de la pré-généralité.</b>
152	Objectal	Intégration de la position dépressive du 9 <sup>ème</sup> mois ; <b>mise en place de l'objet.</b> <b>Prédominance du comportement oedipien général</b>
153 a	Narcissisme primaire	
153 b	Narcissisme de mort	
154	Narcissisme secondaire	
154 a	Narcissisme de vie	
155	Soi grandiose	Ref. Kohut «Le Soi»; pour le Soi consulter le manuel de pédagogie.

156	Idéal du Moi	Imagoparentale idéalisée (Kohut)
157	Moi-Idéal	Cf. Pierre Marty glossaire
158	Apparencemasochique	Du type névrose de destinée avec absence d'intégration de satisfactions passives. <b>Etats de souffrance sans objet</b> , sans désirs et sans modification à l'occasion de la maladie qui ne devient pas objet d'investissement
159	Masochisme mortifère	Désinvestissement de l'objet et pour le monde objectal suite à l'affaiblissement de la libido objectale (cf. Benno Rosenberg) le masochisme mortifère implique un processus sous-jacent de désinhibition pulsionnelle.
160	Masochisme de vie	
161	<b>Lacunes de l'organisation du Préconscient</b>	Les lacunes fondamentales sont les insuffisances quantitatives et qualitatives des représentations psychiques ainsi que les insuffisances de connotations affectives de ces représentations. Ces insuffisances tiennent soit aux déficiences congénitales ou accidentelles des fonctions sensori-motrices de l'enfant ou de sa mère, soit aux excès ou carences des accompagnements affectifs de la mère. Nous devons ici apprécier l'épaisseur du préconscient, la fluidité des représentations et la disponibilité dans le temps des représentations mentales.
170	<b>Activités oniriques</b>	Lors de l'examen clinique des patients, il est important de poser des questions sur leur vie onirique ; la capacité de rêver va nous informer sur le fonctionnement psychique de l'inconscient et de ses différents mécanismes pour élaborer le quantum d'excitations quotidiens. Cette analyse va nous permettre aussi de compléter la rubrique précédente puisque, grâce aux rêves, nous aurons accès à l'imaginaire et aux différents fonctionnements intrapsychiques. On pourra ainsi mieux cerner ce que Pierre Marty appelle l'épaisseur du préconscient. <b>travail du rêve fondamental pour évaluer le fonctionnement du Préconscient.</b>
<b>AXE 1B: ETATS PSYCHIQUES ET EVENEMENTS DE VIE PERSONNELS</b>		
<i>observés lors de l'anamnèse : Etats psychiques du Moi et conséquences sur son organisation</i>		
Approche psycho-dynamique: conflits du Moi / ça, surmoi, monde extérieur		
200	Angoisses diffuses	Angoisses automatiques des épisodes de détresse
201	Angoisses objectales	Signaux d'alarme accompagnés de liaisons représentatives
202	Deuil période pré-Pubertaire	Deuil de personne ou pertes d'objets significatifs prépubertaires non élaborés
203	<b>Deuil récents</b>	Deuil ou pertes d'objets significatifs récents non élaborés
204	Dépressions	Aiguës ou subaiguës fréquentes sans analyse psychanalytique
205	Dépression de l'adolescence	
206	Dépression latente	
207	Post-partum blues	
208	Dépression essentielle	DPE précédant la somatisation, DPE fréquentes se référer à l'histoire du patient et à l'histoire de la maladie. <b>Selon les hypothèses, tenter d'établir les dates.</b>
209	Trauma permanent	Pesée traumatique permanente
210	Traumatisme	Notion de traumatismes, d'une situation familiale, ou d'une activité parentale ayant pu gêner l'évolution classique de la sexualité
211	Traumatisme de la naissance	

212	<b>Névrose traumatique</b>	Incapacité pour la psyché de lier un événement traumatique ; sidération de l'appareil mental; absence de figurabilité; rupture affect et représentation ; à relier aussi au PTSD, post- traumatic stress disorder (importance du facteur quantitatif économique dans l'occurrence de l'événement).
213	<b>Traumatisme professionnel</b>	Licenciement, harcèlement, violence au travail, etc.
215	Pensée magique	Utilisation importante de la pensée magique ou tradition culturelle Ou religieuse pesant sur le fonctionnement psychosomatique
216	Coexistence de plusieurs modes de pensée dans le MOI, en conséquence des différences culturelles.	Mode de pensée différent de la pensée occidentale ; préconscient composé de représentations culturelles influençant émotions, comportements et pensées ; référence à la première génération d'émigrés ou à la deuxième génération chez qui les deux ou «n» cultures coexistent.
217	Irrégularités du fonctionnement mental	
218	Vie et pensée opératoires	La vie opératoire tient compte de la réduction de la pensée face à l'importance des comportements. Les quelques représentations qui paraissent exister sont comme les rêves pauvres, répétitives, marquées du saut de l'actuel et du factuel. (cf. glossaire en fin de document).
219	<b>Désintrinsication pulsionnelle</b>	<b>Noter le niveau d'organisation auquel la désintrinsication a eu lieu selon vos hypothèses.</b>
220	Désorganisation progressive	<b>Noter la ou les dates des évènements ainsi que l'hypothèse du Fonctionnement psychique.</b>
<b>AXE1C:POINTSDEFIXATIONSREGRESSIONS<sup>24</sup></b>		
<b>Stades de maturation psychosexuelle du Moi et organisations psychosomatiques (hyp.J.B.S, cf.ouvrage de « Neuropsychoanalyse» collQSJ,PUF,2006)</b>		
.		
300	<b>Fixation somatique prénatale</b>	Fixations à l'économie néo-natale, hypothèse de fixation à envisager dans le cas d'asthme, de syndrome métabolique, de cas d'anorexie, etc.
301	<b>Fixations premières</b>	Symptômes troubles fonction respiratoire, peau, système immunitaire. Cf. relation d'objet allergique de Pierre Marty.
302	<b>Fonction cardiaque</b>	Troubles
303	<b>F. alimentaire</b>	Estomac, foie, pancréas, troubles du comportement alimentaire
304	<b>F. excrétoire</b>	Rein, colon, contrôle sphinctérien
305	<b>F. motrice</b>	Musculo-squelettique, articulations,
306	<b>Métabolisme</b>	Troubles du métabolisme / endocrinologie
307	<b>SNC</b>	
308	<b>Axe endogène opioïde</b>	
309	<b>Axe hypothalamique-hormonal</b>	<b>Envisager toutes les dimensions de l'axe hypothalamique</b>

<sup>24</sup> Points de fixations-régression et Stades de développement de la sexualité. Forte adhésion de la pulsion à des objets ou à des voies de satisfaction liées à des phases antérieures du développement. L'existence de points de fixation conduit à la voie de la régression. La fixation désigne l'immobilisation de motions pulsionnelles à un stade infantile du développement: fixations prégénitales. Aged'apparitiondessymptômes, systèmededéfenseetàgescritiquesdudéveloppement, évolutionlibidinale au cours du développement psychosexuel, détermination des symptômes mentaux classiques, caractériels, insuffisancedesdéfensesmentalesàrelierauxévènementsdevie, situationsfamilialesprésentesetpassées, déterminationdel'atmosphèreaffectivepassée, etcapacitédeseremémorer (souvenirs).



310	<b>SN Sympathique</b>	
311	<b>SN Parasympathique</b>	
350	<b>1<sup>er</sup>Organisateurpsy.</b>	Organisation cénesthésique, relation pré-objectale, processus primaire(Cf.René Spitz).
351	<b>2<sup>ème</sup>Organisateurpsy.</b>	Mise en place au 8 <sup>o</sup> mois ; établissement de l'objet ; organisation diacritique; processus secondaires ;passage de la passivité à l'activité.
352	<b>3<sup>ème</sup>organisateurpsy.</b>	Mise en place du mécanisme et de la fonction d'identification ; acquisition du signe de la Négation (Freud, 1925) ; pulsion agressive, motricité et emprise.
353	<b>Position autistique</b>	Syndrome symbiotique
354	<b>Position schizo-paranoïde</b>	(cf. Mélanie Klein)
355	<b>Position dépressive</b>	(cf. Mélanie Klein)
356	<b>Fixation passive orale</b>	
357	<b>Fixation sadique orale</b>	
358	<b>Fixation anale1<sup>er</sup> temps</b>	
359	Fixationsadiqueanale2 <sup>ème</sup> temps	<b>Donne accès à l'organisation œdipienne. La seconde phase du stade anal signe la maturation de la première organisation topique et donc la voie d'accès à l'Œdipe. Par ailleurs la liaison des représentations de mots et des représentations de choses constitue une des formes essentielles de la maîtrise, d'où son importance dans le développement mental (Cf.P.Marty p.91et 92«Les mouvements individuels de vie et de mort ».</b>
360	<b>Fixation phallique</b>	
361	<b>Fixation homosexuelle</b>	
362	<b>Fixation génitale</b>	
	<b>AXE1D MECANISMESDEDEFENSEDU«MOI»</b>	
380	<b>Déni de la réalitépsychique</b>	Nous devons parler de pluralité de dénis de la réalité ; pour Freud dans une première définition il s'agit d'un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme. Ce mécanisme est évoqué par Freud pour rendre compte du fétichisme et des psychoses. Il s'agit en vérité d'un mécanisme de défense à l'égard de la réalité extérieure. La notion de clivage du moi vient éclairer celle du déni. Dans «L'homme aux loups» Freud développe le concept de clivage de la personnalité en divers courants indépendants. On peut dire que le déni de castration est le prototype des autres dénis de réalité. Le clivage du moi est à distinguer du processus de refoulement car il s'agit de la coexistence de deux types de défense du moi et non pas d'un conflit entre le moi et le ça ; une des défenses du moi porte sur la réalité extérieure, il s'agit d'un déni d'une perception.
381	<b>Clivage du Moi</b>	
382	<b>Clivage de l'Objet</b>	Des 1946 Mélanie Klein décrits un mécanisme de défense très archaïque utilisé dans la position schizo paranoïde. Un tel mécanisme se retrouve au cours de l'enfance, à l'âge adulte dans les pathologies psychotiques ou les états limites et dans les troubles psychosomatiques. Dans la position schizo-paranoïde le clivage porte sur un objet partiel alors que dans la position dépressive ce même mécanisme pour apporter sur un objet total. Un des premiers objets Partiels que rencontre le nourrisson est le sein maternel, un clivage

		<p>peut alors s'opérer : le sein en tant que source de satisfaction est un bon objet alors qu'en tant que source de frustrations, il est un mauvais objet. Cela va donner lieu à toute une série de processus projectifs et introjectifs qui vont permettre à l'enfant de s'approprier le monde et plus tard de le penser. Le bon objet sera gardé à l'intérieur, le mauvais est expulsé à l'extérieur, le clivage va permettre l'organisation de l'univers sensoriel et émotionnel du jeune enfant. Pour Mélanie Klein, le clivage va servir de base au refoulement, un clivage initial excessif risque de rendre difficile toute communication entre l'inconscient et le conscient, et donc de déboucher sur un mécanisme de refoulement ultérieur d'une rigidité névrotique. Un clivage excessif peut amener une désintégration du moi, le clivage est aussi à la base de mécanismes tels que l'idéalisation ou l'angoisse de persécution. Pour Mélanie Klein le clivage de l'objet ne peut avoir lieu sans qu'un clivage du moi ne l'accompagne ; le moi pourrait être effrayé par son agressivité (au sens d'angoisse à l'égard de l'objet) et par conséquent va maintenir séparées les parties de lui-même considérées comme bonnes de celles considérées comme mauvaises. La partie mauvaise fait généralement l'objet d'une projection ce qui permettra au moi d'éviter de connaître son agressivité ou son angoisse. Ce n'est que lorsque le moi devient plus fort c'est-à-dire capable de supporter ses émotions négatives, qu'il pourra les reconnaître comme faisant partie de lui-même diminuant ainsi progressivement le recours à la projection et pouvant accéder à une meilleure intégration et différenciation entre lui et l'objet. Une telle évolution mène le moi à la position dépressive.</p>
383	<b>Identification projective</b>	<p>Terme introduit par Mélanie Klein en 1932, il s'agit de décrire les fantasmes d'attaque contre l'intérieur du corps maternel. L'identification projective est une modalité de la projection, c'est-à-dire rejet à l'extérieur de ce que le sujet refuse en lui, projection du mauvais. Ce mécanisme en relation étroite avec la position schizo-paranoïde consiste en une projection fantasmatisque à l'intérieur du corps maternel de parties clivées de la propre personne du sujet, de façon à contrôler la mère de l'intérieur. Ce fantasme est la source d'angoisses comme celle d'être emprisonné et persécuté à l'intérieur du corps de la mère. Un autre danger pour le moi est de se trouver affaibli dans la mesure où il risque de perdre dans l'identification projective de bonnes parties de lui-même. En résumé il s'agit d'un mécanisme se traduisant par des fantasmes où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet et pour lui nuire, le posséder et le contrôler.</p>
384	<b>Refoulement</b>	<p>Il s'agit d'un processus psychique qui peut être considéré comme un processus universel, en tant qu'il serait à l'origine de la constitution de l'inconscient comme domaine séparé du reste du psychisme. C'est une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion. Cf. les travaux de Sigmund Freud.</p>
385	<b>Formation réactionnelle</b>	<p>Il s'agit d'une défense directement en opposition avec la réalisation du désir ; c'est une attitude de sens opposé aux désirs refoulés et constitués en réaction contre celui-ci par exemple la pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes. À propos de la névrose obsessionnelle Sigmund Freud dégage un mécanisme psychique</p>

		particulier consistant à lutter directement contre la représentation pénible en la remplaçant par un symptôme primaire de défense consistant en des traits de personnalité: scrupulosité, pudeur,-- quisontencontradictionavecl'activitésexuelleinfantileàlaquelles'était d'abord livré le sujet pendant une première période dite «d'immoralité infantile ». Le processus de formation réactionnelle joue un rôle important dans l'édification des caractères ; la constitution du surmoi est en partie attribuée aux mécanismes de formation réactionnelle.
386	<b>Isolation</b>	Mécanismes de défense qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions sont rompues avec le reste de l'existence du sujet. Par exemple : une pause dans le cours de la pensée, utilisation de formules, de rituels et d'une façon générale toutes les mesures permettant d'interrompre le cours des Pensées et des actes.
387	<b>Annulation rétroactive</b>	Il s'agit d'un mécanisme à l'œuvre dans les rituels obsessionnels : « à une action qui met en exécution une certaine injonction succède immédiatement une autre qui arrête ou annule la première, même si elle ne va pas jusqu'à mettre à exécution son contraire » (Sigmund Freud-le moi et les mécanismes de défense 1936). On doit comprendre que ce mécanisme psychologique permet au sujet de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus. Le sujet utilise pour ce faire une pensée Ou un comportement ayant une signification opposée.
388	<b>Introjection</b>	Le terme d'introjection a été forgé par Sandor Ferenczi en 1909 ; le sujet fait passer sur un mode fantasmatique, du dehors au-dedans des objets et des qualités inhérentes à ces objets. L'introjection est proche de l'incorporation qui constitue son prototype corporel sans pour autant impliquer nécessairement une référence à la limite corporelle puisqu'il s'agit, par exemple, d'introjection dans le moi de l'idéal du moi; l'introjection est dans un rapport étroit avec l'identification.
389	<b>Retournement sur soi</b>	Le retournement sur soi et le renversement dans le contraire font partie de ce que Freud appelle les destins des pulsions à côté du refoulement et de la sublimation. Alors que dans le renversement dans le contraire le processus concerne <b>le but de la pulsion</b> , avec le retournement sur la personne propre ou sur soi le processus concerne <b>l'objet de la pulsion</b> . Freud illustre par deux exemples ces deux processus : celui du sado- masochisme et celui du voyeurisme- exhibitionnisme. Le renversement du sadisme dans le masochisme implique à la fois le passage de l'activité à la passivité et une inversion des rôles entre celui qui inflige et celui qui subit les souffrances. Les deux processus peuvent évidemment fonctionner dans le sens opposé: transformation de la passivité en activité, Retournement à partir de la personne propre sur autrui.
390	<b>Renversement dans le contraire</b>	Cf. retournement sur soi.
391	<b>Sublimation</b>	
392	<b>Négation par le fantasme</b>	Die Verneinung, Freud 1925 donne une explication métapsychologique précise : La dénégation est un moyen de prendre connaissance du refoulé; Ce qui est supprimé, c'est seulement une des conséquences du processus du refoulement, à savoir que le contenu représentatif ne

		parvient pas à la conscience. Il en résulte une sorte d'admission intellectuelle du refoulé tandis que persiste l'essentiel du refoulement ; 3. Au moyen du symbole de la dénégation, la pensée se libère des limitations du refoulement ». Il s'agit donc d'un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'ils lui appartiennent.
393	<b>Idéalisation</b>	« ... L'idéalisation est un processus qui concerne l'objet et par lequel <b>celui-ci est agrandi et exalté psychiquement sans que sa nature soit changée</b> . L'idéalisation est possible aussi bien dans le domaine de la libido du moi que dans celui de la libido d'objet ». (Freud, pour introduire le narcissisme). L'idéalisation notamment celle des parents fait nécessairement partie de la constitution au sein du sujet des instances idéales : moi idéal, idéal du moi. Il peut s'agir de l'idéalisation d'un objet aimé : « nous voyons que l'objet est traité comme le moi propre et que donc dans la passion amoureuse une quantité importante de libido narcissique déborde sur l'objet » (Freud, psychologie des foules et analyse du moi).
394	<b>Identification à l'agresseur</b>	ce mécanisme a été décrit par Anna Freud en 1936 ; le sujet, confronté à un danger extérieur représenté par une critique émanant d'une autorité, s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent. Anna Freud voit à l'œuvre l'identification à l'agresseur dans des situations variées : agressions physiques, critique, etc. le comportement observé est le résultat d'un renversement de rôles- l'agressé se fait agresseur. Ce mécanisme joue un rôle important dans la constitution du surmoi. Pour René Spitz, ce mécanisme est prépondérant dans l'acquisition du « non », verbal et gestuel, vers le 15 <sup>e</sup> mois.
395	Intellectualisation défensive	<b>Ce mécanisme permet de maîtriser les émotions ou les conflits psychiques par une mise à distance en adoptant une formulation rationnelle, abstraite et détachée de la manifestation pulsionnelle. Il s'agit de la neutralisation des affects. (cf. Anna Freud (1946), Les Mécanismes de la défense, Paris, PUF 1967).</b>
<i>AXE1E: Traits de caractère</i>		
400	Phobique	D'ambiance ou d'invasion
401	Phobique d'objet	Liaisons représentatives
402	Hystérie archaïque	Conflits de nature psychotique plutôt que névrotique enfouis ; par exemple, aimer est l'équivalent de dévorer ou d'être dévoré. L'exploration analytique de ces fantasmes érotiques primitifs dans la relation transférentielle provoque la disparition des symptômes psychosomatiques ainsi que l'atténuation des inhibitions intellectuelles. Il s'agit ici de manifestations de la sexualité archaïque et du rôle qu'elle joue dans les diverses manifestations de somatisation (Joyce McDougall).
403	<b>Hystérie génitale</b>	De nature œdipienne (séduction)
404	<b>Traits pervers</b>	
405	<b>Oral</b>	Traits de caractère égoïste à type captatif; recherche de l'affection d'un être élu selon le mode de la relation objectale orale ; que le sujet soit homme ou femme, son objet d'amour devra jouer le rôle de mère

		nourricière. Dans le cas de régression, apparition possible de crises de boulimie pour remplacer l'acte sexuel génital et d'anorexie mentale symbolisant le refus de la sexualité génitale.
406	<b>Anal et Obsessionnel</b>	Rétention et contrôle-maîtrise : ne pas oublier que l'organisation anale fait défaut aux névrosés mal mentalisés selon la définition nosographique de Pierre Marty. Les représentations sont absentes ou rares, superficielles, peu associatives, caractéristiques à rapprocher des névroses de comportement.
407	<b>Phallique-narcissique</b>	
408	<b>Psychotiques</b>	Tableau symptomatique
409	<b>Sado-masochiques</b>	Relations érotisées physiques comme morales
<b>AXE1F: ACTIVITES SUBLIMATOIRES</b>		
Nature des investissements surinvestissements, activités diverses: activités sociales, etc. sublimations, etc.		
490	Activités artistiques	
491	Activités sociales	
492	Activités spirituelles	
493	Activités sportives	
494	Activités culturelles	
<b>AXE2: COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA RELATION</b>		
450	<b>Hypertonie musculaire</b>	Débordement de l'appareil mental par les émotions
451	<b>Posture</b>	Tonicité de la posture, elle rend compte d'emblée de la tension interne du sujet
452	<b>Hypertonie musculaire et agressivité</b>	(Pierre Marty) à la mesure des conflits habituels réactivés lors de la consultation et non encore exprimés (agressivité directement musculaire de type primaire court-circuitant l'élaboration mentale, l'hypertonie musculaire va souvent de pair avec une anxiété diffuse qui reconnaîtra plus tard son objet. Elle s'accompagne de tremblements de mains surtout, et s'oppose à une aisance relationnelle.
453	<b>Manifestations vago-sympathiques</b>	Ces manifestations témoignent du surplus d'excitations; Rires, pleurs, ou mimique de fantasme révélant la tentative d'une élaboration mentale.
454	<b>Comportements de déni de réalité</b>	Mode de défens reflété dans le comportement des patients qui refusent de reconnaître la réalité d'une perception traumatique, par exemple diabète à un âge précoce, etc.
455	<b>Hypocondrie1 (archaïque)</b>	Etat hypocondriaque où la relation transférentielle est impossible; court-circuit du travail psychique avec engagement dans une somatisation. Evolution possible vers un délire paranoïaque, une Mélancolie ou une affection somatique grave.
456	<b>Hypocondrie2</b>	Transformation en un processus névrotique où sexualité infantile, culpabilité œdipienne, angoisse de castration reprennent leur place.
457	<b>Sado-masochique</b>	Décharge dans les comportements
458	<b>Acting out</b>	Passages fréquents aux comportements
459	<b>Sommeil</b>	Cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme, etc.
460	<b>Epuisement libidinal</b>	Conduites d'épuisement
461	<b>Dépersonnalisation</b>	Manifestations de dépersonnalisation
462	<b>Homosexualité latente</b>	
463	<b>Homosexualité</b>	Pratique sexuelle
464	<b>Sexualité génitale</b>	Ejaculation précoce, impuissance, troubles de l'érection, frigidité, etc.
465	<b>Addictions</b>	Alcool, cigarettes, autres substances, web-addicts, video-addicts, etc.

466	<b>Conversions fréquentes</b>	Hystériques, ou apparentements hystériques (cf. Pierre Marty).
467	<b>Identité</b>	Problèmes fondamentaux trans-générationnels, culturels, et avatars Du développement de la personnalité.
468	<b>Economie relationnelle précoce</b>	Changement notable de l'économie relationnelle dans les deux Premières années de vie
469	<b>Economie relationnelle pré pubertaire</b>	Changements notables
469a	<b>Economie relationnelle âge adulte</b>	Exemple: changement suite à départ à la retraite
470	<b>Répétitions somatiques</b>	Rafales de maladies, cf. histoire de la maladie
471	<b>Perversions organisées</b>	Manifestations comportementales
472	Poly opérés	Antérieurement à la désorganisation ou à la maladie actuelle
473	Suicide	Tentatives antérieures à la désorganisation ou à la maladie actuelle
474	<b>Suicide</b>	Tentative récente
475	Tonus libidinal	Evaluer les fluctuations et les baisses du tonus libidinal en rapport Avec la maladie, le vieillissement, etc. quelle que soit la limitation des investissements
476	Psychothérapies	Suivi de psychothérapie par le patient : date, durée, raison de l'indication rapportée par le patient

### AXE3:EXPRESSION DESAFFECTS

La maîtrise des affects est relative à la capacité du Moi lors de leurs manifestations, et l'échec de maîtrise d'affects insupportables (débordement, sidération, etc.) participe non seulement à la production de symptômes névrotiques, mais encore à des situations décrites ci-dessus telles que : décharge dans les comportements, passages à l'acte, addictions, somatisations.

#### **Cf. Glossaire, rubrique Affects**

«Chaque événement, chaque impression psychique est pourvu d'un certain quota d'affect dont le Moi se débarrasse ou par le moyen d'une réaction motrice ou par une activité psychique associative » Freud, 1893. Dans la théorie de Freud, l'affect est une des deux composantes de la Pulsion, l'autre étant la représentation.

500	<b>Expression émotionnelle (large gamme des...)</b>	Expression des émotions sans répression, manifestation spontanée et authentique-large gamme d'expression richesse émotionnelle
501	<b>Conversion somatique Des affects</b>	Hystérie de conversion l'affectes transformé en innervation somatique, et la représentation est refoulée ;
502	<b>Déplacement</b>	Déplacement de l'affect sur une autre représentation dans la névrose obsessionnelle.
503	<b>Transformation</b>	Transformation de l'affect: névrose d'angoisse, mélancolie,
504	<b>Alexithymie</b>	Sifnéos fait une nette différence entre émotion et sentiment ;l'émotion est exprimée par des moyens comportementaux et Médiatisée par le système limbique, dimension biologique de l'affect. Les sentiments sont l'aspect psychologique de l'affect, ce sont les pensées et les fantaisies subjectives qui sont associées à l'affect.

		L'activité néocorticale est nécessaire pour qu'il existe des sentiments. Quatre éléments définissent l'alexithymie : 1. incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments, 2. limitation de la vie imaginaire, 3. tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits, 4. description détaillée des faits, des événements, des Symptômes physiques.
510	Affect de vitalité ou affects en miroir dans la relation mère-enfant. Ces affects indiquent que les affects ne sont pas encore reliés à des représentations mentales.	Selon l'approche de D. Stern, plaisir et déplaisir ne sont plus rattachables à la tension et à la décharge, mais plutôt aux conditions rythmiques de celle-ci et aux variations d'intensité de chacun de ces processus. « J'appelle affect de vitalité, dit Stern, la qualité de ce qui est ressenti lors de toutes ces sortes de changements »... « la danse moderne et la musique sont des exemples par excellence de l'expressivité des affects de vitalité ». Pour Stern, l'affect fait partie de la représentation, et il a par lui-même une fonction de représentation, ce qui rejoint les travaux d'André Green sur la <i>représentance</i> de l'affect.
511	Fatigue	
512	Douleur	
<b>AXE 4: ENVIRONNEMENT PERSONNEL, FAMILIAL, ET SOCIO-PROFESSIONNEL.</b>		
<b>Le Moi et le Monde extérieur</b>		
Données de l'environnement familial et socioprofessionnel ; données symptomatiques immédiates, données anamnestiques récentes, données concernant le fonctionnement mental d'adaptation (coping); état de la famille ancien et actuel, scolarité, évolution professionnelle, évolution de la sexualité, intérêts divers, etc.		
600	<b>Env. familial stable</b>	Durée des périodes de stabilité
601	<b>Env. familial perturbé</b>	Au cours de l'enfance, de l'adolescence, à l'âge adulte ; rupture d'équilibre au sein de la famille.
602	<b>Env. socioprofessionnel stable</b>	Durée des périodes de stabilité
603	<b>Env. Socioprofessionnel instable</b>	Conflits, harcèlement professionnel, etc..
603 a	<b>Nature de l'environnement Perturbation temporaire</b>	<b>Identifier ici la source de la perturbation: familial, socioprofessionnelle, environnemental, sociétal, etc.</b>
603 b	Perturbation durable ou permanente	
604	<b>Rupture avec famille</b>	Séparation, divorce, déménagement,
605	<b>Rupture avec travail</b>	Licenciement, recherche d'emploi, etc.
607	<b>Autre</b>	Adaptation à un nouvel environnement professionnel Déroulement de la carrière : différentes étapes, début, milieu, et fin de carrière; départ à la retraite
608	<b>Conversion récente</b>	Hystérique ou non
609	<b>Désintrication et intrication des pulsions</b>	Reprise intrication pulsionnelle à apprécier
610	<b>Affects</b>	Changements significatifs de l'expression des affects
611	<b>Médico-légal</b>	Problème récent pesant sur le fonctionnement psychosomatique
612	<b>Psychothérapie</b>	Parent d'un enfant traité en psychothérapie concomitante
613	<b>Sexuelles</b>	Difficultés sexuelles récentes: impuissance et frigidité
615	<b>Toxicomanie récente</b>	latrogéniques incluses

616	<b>Atteints aux activités corporelles</b>	Limitations récentes accidentelles ou non des activités corporelles
617	<b>Economie relationnelle I</b>	Changement notable
618	<b>Economie relationnelle II</b>	Changement de moins d'un an
619	<b>Plaisir sexuel</b>	Frustration de plaisir sexuel (type névrose actuelle)
620	<b>Hypocondrie</b>	Réorganisation relative au moins provisoire –sur un mode hypocondriaque
621	<b>Bénéfices secondaires</b>	A la maladie actuelle
622	<b>Autre</b>	<b>Déplacement et remplacement par un symptôme somatique</b>

**AXE5: EVALUATION DE L'ETAT SOMATIQUE –CODE CIM-9-MC**

La pathologie somatique doit être explorée à partir de la première enfance jusqu'à la période de l'investigation (à compléter avec dossier médical), décrire les diverses affections et atteintes somatiques, parenté ou non avec la maladie actuelle, établir les processus de leur apparition de leur évolution, des complications éventuelles, des aggravations, avancer des hypothèses sur la relation avec des événements de vie (traumatismes, deuils, etc.), dégager les temps de latence entre événements de vie et apparitions des pathologies somatiques.

Place occupée par la maladie: très importante, dénégation, déni, acceptation apparente, etc.

Rôle joué par la maladie dans le fonctionnement psychique : combler un vide objectal, manifestations hypocondriaques, remplacer un objet disparu (deuil), etc.

La maladie somatique a-t-elle modifié le fonctionnement psychique ? de quelle façon ? mécanismes d'adaptation à l'œuvre?

700	Maladies du système nerveux	
701	Maladies de l'appareil circulatoire	
702	Maladies de l'appareil respiratoire	
703	Néoplasmes	
704	Maladies endocriniennes	
705	Maladies de la nutrition	
708	Maladies métaboliques	
709	Maladies des organes génito-urinaires	
710	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	
711	Maladies de l'œil	
712	Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge	
713	Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif	
714	Maladies de la peau	
715	Anomalies congénitales, malformations et aberrations chromosomiques	
716	Maladies de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	
717	Infections par le virus de l'immunodéficience humaine	
718	Maladies infectieuses	
719	Surdosages	
720	Troubles induits par un médicament (codes additionnels)	



## الملحق رقم (4): الاستبيان

. استبيان تقدير الصحة النفس جسدية

اللقب :

الاسم :

تاريخ الميلاد :

العنوان :

الهاتف :

أجب بنعم أم لا داخل الأعمدة ، ضع علامة « + » في العمود

لا	نعم	الأسئلة
		1. أصبح متوتر(ة) جدا عندما أفكر في أحداث اليوم
		2. أنا لست موجه (ة) كثيرا نحو الحياة الروحانية والتأملية
		3. أصبح عصبي (ة) عندما لا أعرف ما ينوي الأطباء اقتراحه لي كعلاج
		4. أنا شخص أعقد الأحداث
		5. لا أتذكر دائما الأدوية التي تأخذ ومتى تأخذ
		6. كثيرا ما اضطرب لما يحدث لي
		7. لا أستطيع أن أفعل ما كنت أحب فعله في الماضي
		8. شعرت بحزن شديد طوال حياتي
		9. فكرة البقاء بمفردي في الحياة تقلقني
		10. آخذ في بعض الأحيان الأدوية التي تم وصفها للآخرين وأمل أن تخفف علي
		11. أتمنى كثيرا أن أقبل من طرف الآخرين
		12. يمكن أن أكون قبيح مع الأشخاص الذين يستحقون ذلك
		13. أحسن سنواتي قد مضت ورائي
		14. أحس أنني عصبي(ة) و تحت الضغط ولكن لا أعرف لماذا
		15. اعتقاداتي الدينية تعطيني العافية الكبيرة
		16. أبدأ بالبكاء عندما أدنى الأشياء الصغيرة تسير معي بشكل خاطئ
		17. أتكيف بسرعة مع الأشخاص في جميع الفئات الذين قابلتهم
		18. أحب إتباع جميع التعليمات وأفعل ما هو متوقع مني
		19. معظم الناس لا يبالون بي عندما أمرض
		20. تخيفني الأجهزة الطبية حقا
		21. يسبب لي فقدان الذاكرة مشكل خطير
		22. لا يمكن أن أتحرك أو أفعل أشياء كما كنت في الماضي

		23. أريد طبيب يستعرض لي جميع نتائج الفحص ويشرح لي
		24. أجد مجتمعنا قاسي جدا مع الأشخاص الغير مآهلين
		25. أشعر بالوحدة كثيرا منذ وقت طويل
		26. أنا ضد أي شخص يحاول توجيهي
		27. أفضل إتباع الآخر بدلا من توجيه نفسي
		28. أصبح قلق (ة) عندما أفكر في مشاكلتي الصحية
		29. أستحق كل المأساة التي عانيت منها
		30. أعتقد أن الأمور ستزداد سوءا في الأشهر المقبلة
		31. لم أعد قادرا أن أعتني بنفسي كما كنت أفعل في الماضي
		32. أحاول أن أعرف قدر الإمكان عن العلاجات المتاحة لمثل حالتي الصحية
		33. الإيمان والصلاة ساعداني في التغلب على مشكلتي
		34. لدي ثقة عالية في نفسي
		35. أحاول أن أكون صريح (ة) قدر الإمكان في الإجابة عن هذه الأسئلة
		36. أحمي نفسي وأدلي بقليل من المعلومات عن حياتي مع الآخرين
		37. أعتقد أنني دائما شخص متخوف ومستعمل
		38. إذا لم يكن لديك شيء لتقوله عن موضوعك، فمن الأفضل أن تظل صامتا
		39. سوف أفعل أي شيء لأهدئ معاناتي
		40. أعتقد أنني بحاجة للكثير من النصائح لفعل الأشياء
		41. إذا كان لدي المزيد من الخضوع للفحوصات الطبية، فسأفقد السيطرة
		42. يبدو أن صحتي تتدهور بسرعة أكثر من معظم الناس في عمري
		43. الحياة لن تظل نفسها بالنسبة لي بعد الآن
		44. ومهما حدث، فرؤية الطبيب تطمئن دائما
		45. نادرا ما أجد وقتا لممارسة الرياضة
		46. أشعر أنني عصبي (ة) ومنهك (ة) في نهاية اليوم
		47. أفضل دائما حياة هادئة وأقل نشاطا
		48. أتحدث عن مشاكلتي بخطورة أكبر عما هي عليه بالفعل
		49. راودتني أفكار انتحارية
		50. أحب كثيرا متابعة الأمور بالاهتمام بأصغر التفاصيل
		51. لدي القليل من الدعم العاطفي داخل عائلتي
		52. كانت لدي دائما موهبة النجاح
		53. أكذب على عائلتي لإخفاء تعاطي المخدرات
		54. قلة من الناس تدرك حقيقة صعوبة حياتي
		55. أعتقد أنني فقدت قدرتي على التركيز
		56. تساعدني إجابتي على هذه الأسئلة على النظر المباشر للأحداث التي وقعت في حياتي
		57. أحذر من الأشخاص حتى لا يخدعوني

		58. الألم الذي أشعر به، جعل حياتي بلا أمل
		59. في هذا العالم، إما أن تسيطر أو يسيطر عليك
		60. أنا غير مستقر (ة) المزاج وأغير مشاعري دائما
		61. إذا كان الناس استبداديين، فأنا عموما أفعل عكس ما يطلبون
		62. أعاني من كوابيس الاختبارات الطبية التي أخضع لها
		63. أخاف كثيرا من الناس الذين أكون تابع (ة) لهم وأخاف من تركهم لي
		64. أنا أكبر عدو لنفسي
		65. أعتقد أحيانا أنني مما أنا عليه
		66. أحيانا، أذعر فجأة لأسباب غير معروفة
		67. مشاعري غير واضحة كما يعبر عنها الآخريين
		68. أشعر بعدم الارتياح للغاية عندما يكون الآخريين على علم بمشاكلي
		69. المعاناة الجسدية تمثل جزءا كبيرا من حياتي
		70. قلقي مستمر على صحتي
		71. من المستحسن القيام بالأمور أليا من أجل تجنب الأخطاء
		72. هناك شخص قريب مني كثيرا، يفهم مشاعري حقا
		73. كثيرا من الناس يحترمونني ويحسدونني
		74. أتناول المخدرات بانتظام في حياتي
		75. أعتقد أنه لا يوجد شيء في رأسي
		76. أغلبية الناس في حياتي ، تؤسفني في النهاية
		77. أشعر بالمرارة عندما يرفض طلبي للمزايا الطبية التي لدي فيها حق
		78. أوافق على خرق القوانين طالما أنها لا تنتهك
		79. لن أسمح لأي شخص أن يستغلني
		80. أعرف بالتجربة أن الأمور الجيدة لا تدوم
		81. أستطيع مواجهة أسوأ الأخبار عن صحتي ، وأقبلها كما هي
		82. أخاف من الموت فجأة عند المرض
		83. أفقد الأمل نهائيا بأنني أشفى يوما
		84. أضبط وقت مواعيدي مع طبيبي
		85. من الصعب جدا العمل حاليا مع معاناتي
		86. وجدت أشياء قليلة ممتعة في حياتي
		87. لدي الكثير من الأصدقاء الذين هم جيّدون وعلى مقربة جدا بالنسبة لي
		88. أنهى عملي قبل أن آخذ أي ترفيه
		89. لدي أصدقاء يستمعون إلي كل مشاكلي
		90. أي شيء أود أن أقوم به، أفعله بسهولة
		91. أظهر في إجاباتي بصحة أفضل على ما أنا عليه حاليا
		92. حياتي دائما من السيئ إلى الأسوأ

		93. أعتقد أنه من الأفضل أن لا نتق في أي شخص
		94. المعاناة المتسببة من طرف مرضي هي أفسى شيء أعاني منه
		95. غالبا ما أزعج من الاضطرار للقيام بأشياء يريدونها الآخرون مني
		96. يساء إلي من قبل أصدقائي وأقاربي
		97. أستشير طبيبي بسرعة عندما تظهر لدي أعراض جديدة
		98. أنا غاضب جدا هذه الأيام
		99. أنا لست وحدي أبدا لان الله معي
		100. أعتقد أنني شخص اجتماعي أكثر ومتفتح جدا
		101. من الأفضل دائما أن نتبع القواعد التي وضعها ممارسو السلطة
		102. أكثر من إجابة في هذا الاختبار تأثرت بمزاجي السيئ
		103. أخذ أحيانا الأدوية التي وصفت للآخرين
		104. غالبا ما أضع نفسي في موقف فشل
		105. أشعر بالذنب معظم الوقت
		106. سافرت أكثر من عشرة مرة إلى الخارج في العام الماضي
		107. مشاعري نحو عائلتي تمضي في أغلب الأحيان من الحب إلى الكره
		108. أريد من أطبائي أن يعطونني قدر الإمكان، الكثير من التفاصيل فيما يتعلق بمشكل مرضي
		109. لا أعتقد أنني سوف أعيش طويلا كما يستلزم
		110. أجعل حياتي أسوأ مما ينبغي
		111. أدخن حوالي علبة سجائر يوميا
		112. لم أكن أبدو مهتم (ة) بالجنس كمعظم الناس في عمري
		113. أخرج كثيرا عند البوح بمشاكلي بكل صراحة
		114. من خلال سحري ، أجعل الناس تفعل ما أريد
		115. منذ طفولتي كنت دائما في زيادة الوزن
		116. إذا كانت أدويتي لا تعافيني، يمكن أن أزيد في الجرعات الموصوفة لي بمحض إرادتي
		117. قبل سنة، اجتزت فترات صعبة نفسيا
		118. أعتقد أنني وضعت حياتي، في إجابتي هنا، في يوم حزين، وهذا ما هو عليه حقا
		119. أقضي معظم وقتي مكتئب
		120. وجود العديد من القواعد التي تمنع الناس من فعل ما يريدون
		121. لا يرغب أحد في معرفة أشيائي
		122. أعتقد دائما أن معظم الناس لديهم فكرة حقيرة عني
		123. أعتبر كشخص صلب وغير حساس

		124.تصدرت مؤخرا العديد من الجرائد
		125.أصبح منزعج للغاية عندما يضغط أحد علي
		126.جسدي يرسل لي دائما إشارات مقلقة
		127.من الصعب جدا قضاء يوم واحد من دون شرب بعض الأكواب
		128.لا أأجل زيارة الطبيب ابدا إذا شعرت بأنني في حاجة
		129.البقاء على اتصال مع ذاتي الروحية، يساعدني في التعامل مع مشاكل اليومية
		130.أشعر غالبا بالحزن وأني غير محبوب
		131.أبدأ في التراجع عندما تتفاقم مشاكل الطبية
		132.في إجاباتي على كل هذه الأسئلة أبقى متحفظ جدا
		133.كل سنة، لدي الحق في كل العطل المرضية
		134.أفضل عدم معرفة تفاصيل المرض الذي يكون لدي
		135.أصبح عصبي جدا إذا لم أشرب فنجانا من القهوة بتكرار طوال اليوم
		136.نوعية حياتي تدهورت بسبب مرضي
		137.لدي القليل من الفرح في حياتي في الآونة الأخيرة
		138.أفعل عادة ما أريد ، دون القلق حول ما إذا كان يؤثر على الآخرين
		139.وزني يتقلب صعودا وهبوطا ، نظامي الغذائي الخاص غير منتظم هو حقا يذهب ويرجع كالبيرو
		140.رأسي يؤلمني لدرجة أنني بحاجة إلى أخذ وقت للراحة في وقت العمل
		141.إننا نعيش منفردين جدا في هذا العالم
		142.حاولت التوقف عن التدخين عدة مرات، لكنني أعود له دائما
		143.سأغير أسلوب حياتي إذا نصحتني الطبيب بذلك
		144.من دون وجود الله في حياتي لا يمكن لي أبدا أن أتغلب على مرض خطير
		145.روحي تفكر باستمرار في معاناتي
		146.عندما أكون مكتئبا (تا) أو متوترا(تا) أكل دائما بكثرة، ألتهم
		147.يبدو أن مستقبلي هو مشاكل ومعاناة
		148.عندما يبدو على القانون فراغ، لا بأس من استغلال الفرصة
		149.حاولت ممارسة الرياضة ، لكنني لم أتحمل المواصله
		150.لا أستطيع تنظيم حياتي، بالطريقة التي أريدها
		151.اشتكى أفراد أسرتي، مؤخرا ، من كثرة إدماني على الكحول
		152.أنا لا أفهم حقا المشاعر الإنسانية مثل غيري
		153.إنني بحاجة إلى الكثير من الكافيين لأعيش يومي

		154.أضع دائما تقريبا، احتياجات الآخرين قبل احتياجاتي
		155.حتى المسؤوليات الصغيرة، تحيرني وتجعلني في مشكل
		156.فقدت الاهتمام بالأشياء التي كانت تسعدني
		157.أنا بحاجة الآن، إلى إتباع الإجراءات الروتينية لأتمتع بأفكار واضحة
		158.يجعل ظرفي الطبي، مهامى اليومية أكثر صعوبة
		159.أعرف أنني يجب أن أمارس الرياضة، لكنني لم أقرر
		160.لا أستطيع الاعتماد على أي شخص، لمساعدتي أثناء مرضي
		161.أنا مكتئب(ة) جدا
		162.أنا شخص عاطفي جدا
		163.أحب المغازلة للجنس الأخر
		164.يتعكر مزاجي إذا لم أدخن لفترة طويلة
		165.ليس لدي معتقدات دينية قوية

## GRILLE EXCEL DES INDICATEURS DE SANTE PSYCHOSOMATIQUE

VALIDITE si score=0 invalide si score = 2	0	0
X.REVELATION SUR SOI/ FRANCHISE	0	0
Y. DESIR DE PARAÎTRE SOUS SON MEILLEUR JOUR	0	0
Z. DEPRECIATION DU PATIENT DANS SA RELATION AU MEDECIN	0	0
INDICATEUR ALCOOL	0	0
INDICATEUR DROGUE OU MEDICAMENT NON PRESCRIT	0	0
INDICATEUR COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	0	0
INDICATEUR CONSOMMATION CAFE	0	0
INDICATEUR ACTIVITE SPORTIVE	0	0
INDICATEUR CIGARETTES	0	0
<b>INDICATEURS SANTE MENTALE</b>		
AA. ECHELLE ANXIETE-TENSION	0	0
BB. ECHELLE DEPRESSION	0	0
CC. ECHELLE DYSFONCTIONNEMENT COGNITIF ET PSYCHIQUE	0	0
DD. ECHELLE DE FLUCTUATIONS EMOTIONNELLES	0	0
EE. ECHELLE DE COMPORTEMENT DEFENSIF (pulsions agressives, noyau panoïde; patients irritables; ne font pas confiance aux médecins.	0	0
<b>COMPORTEMENTS D'ADAPTATION</b> scores>55 significatifs		
1.COMPORTMTS de retrait et d'absence d'affect-peu communicants	0	0
2A.COMPTMT craintif, inhibé, perte estime de soi conséquence de la maladie	0	0
2B. COMPTMT d'anhédonie, incapacité de jouir de l'existence	0	0
3.COMPTMT coopérant en apparence, déni de la maladie	0	0
4. COMPTMT d'observance, recherche l'approbation, coopère avec les médecins	0	0
5.COMPTMT de confiance et d'observance, attente d'être traités avec courtoisie	0	0
6A.COMPTMT sceptique, action impulsive	0	0
6B.COMPTMT autoritaire, agressif, peu observant	0	0
7.COMPTMT responsable, coopératif-vit la maladie comme une blessure	0	0
8A.COMPTMT instable,observance fluctuante, troubles de l'humeur, insatisfait	0	0
8B.COMPTMT plaintif - pense qu'il(elle) mérite de souffrir -dimension masochique	0	0
<b>RELATIONS A LA MALADIE, environnement et capacité de résistance</b>		
A. APPREHENSION DE LA MALADIE	0	0
B. PERTE DE QUALITE DE VIE	0	0
C. SENSIBILITE A LA DOULEUR	0	0
D. EVALUATION DU SOUTIEN FAMILIAL ET SOCIAL	0	0
E. PESSIMISME CONCERNANT LE FUTUR DE LA MALADIE	0	0
F. ABSENCE DE RESSOURCES SPIRITUELLES	0	0
<b>PRONOSTIC DES TRAITEMENTS</b>		
G. Appréhension traitements et procédures médicales	0	0
H.Comptmt d'observance problématique	0	0
I. Cptmt de tout ignorer de leur maladie, refus d'information médicale	0	0

J. Demande excessive de soins(recherche inconsciente de soins maternels)	0	0
K. Comportement de non-observance (dans tous les aspects des soins)	0	0
<b>RECOMMANDATIONS</b>		
L. EVALUATION DES DIFFICULTES D'ADAPTATION DU PATIENT	0	0
M. INDICATIONS DE REFERENCE PSYCHOLOGIQUE	0	0

### الشبكة المترجمة<sup>3</sup>:

#### نتائج الاستبيان :

0	<p>1. إثبات : الرصيد صحيح = 0 الرصيد غير صحيح = 2</p> <p>2. الكشف عن الذات / الصراحة</p> <p>3. رغبة الظهور في أفضل حال</p> <p>4. تراجع العميل في علاقته مع الطبيب</p> <p>5. مؤشر الكحول</p> <p>6. مؤشر المخدرات أو دواء غير موصوف</p> <p>7. مؤشر سلوك التغذية</p> <p>8. مؤشر استهلاك القهوة</p> <p>9. مؤشر النشاط الرياضي</p> <p>10. مؤشر السجائر</p> <p><b>مؤشرات الصحة العقلية</b></p> <p>11. سلم القلق - التوتر</p> <p>12. سلم الاكتئاب</p> <p>13. سلم الخلل الوظيفي المعرفي والنفسي</p> <p>14. سلم التقلبات العاطفية</p> <p>15. سلم السلوك الدفاعي ( الدوافع العدوانية، نواة برانويا) مرضى متقلبي المزاج، لا يتقون بالأطباء).</p> <p><b>السلوكات التكيفية</b></p> <p>16. سلوكات للانسحاب وغياب العواطف قليل التواصل</p> <p>17. سلوكات التخوف والكبت ، وفقدان احترام ذاته نتيجة للمرض</p> <p>18. انعدام التلذذ، عدم القدرة على الاستمتاع بالحياة</p> <p>19. متعاونة ظاهريا ، رفض المرض</p> <p>20. الامتنال، البحث عن الموافقة، التعاون مع الأطباء</p> <p>21. الثقة والامتنال، ليحظى بالتعامل باحترام.</p> <p>22. الشك، الفعل الاندفاعي</p> <p>23. السلطة، العدوان، قليل الامتنال</p>
66	
11	
55	
50	
82	
79	
64	
85	
75	
49	
55	
78	
78	



25	24. المسئولية، التعاون -يعيش المرض كجرح
72	25. غير مستقر، امتثال متقلب، اضطرابات المزاج، عدم الرضا.
71	26. مشتكي - يعتقد (تعقد) أنه (ها) يستحق (تستحق) أن يعاني (تعاني) -البعد المازوشي.
	<b>العلاقة بالمرض، المحيط والقدرة على المقاومة</b>
109	27. سلم التخوف من المرض
82	28. فقدان جودة الحياة
100	29. سلم التحسس للألم
76	30. سلم تقييم الدعم الأسري والاجتماعي.
97	31. سلم تقييم التشاؤم إزاء مستقبل المرض
95	32. سلم غياب الموارد الروحية
	<b>تشخيص العلاجات</b>
60	33. التخوف من العلاجات والإجراءات الطبية
	34. سلوك الامتثال الإشكالي
91	
60	35. تجاهل كل شيء عن المرض، ورفض دفاعي للمعلومات الطبية
103	36. طلب مفرد في الرعاية (بحث اللاوعي عن الرعاية الأمومية)
91	37. سلوك عدم الامتثال (في جميع جوانب الرعاية)
	<b>التوصيات</b>
115	38. تقييم صعوبات التكيف للعميل
90	39. علامات مرجعية نفسية

الأسئلة:

1. تقييم الخطر السيكوسوماتي

2. . تشخيص سيكوسوماتي



تفريغ استجابة حفصة للاستبيان، شبكة اكسل لتقدير الخطر السيكوسوماتي<sup>4</sup>

## Réponses au questionnaire Hafsa, Grille Excel évaluation risque psychosomatique

VALIDITE (invalide si le score est égal à 2; valide si le score est égal à 0)		0
REVELATION SUR SOI/ FRANCHISE		9
DESIR DE PARAÎTRE SOUS SON MEILLEUR JOUR		15
DEPRECIATION DU PATIENT DANS SA RELATION AU MEDECIN		4
INDICATEUR ALCOOL		0
INDICATEUR DROGUE OU MEDICAMENT NON PRESCRIT		0
INDICATEUR COMPORTEMENT ALIMENTAIRE		2
INDICATEUR CONSOMMATION CAFE		0
INDICATEUR ACTIVITE SPORTIVE		2
INDICATEUR CIGARETTES		0
<b>INDICATEURS SANTE MENTALE</b>		
ECHELLE ANXIETE-TENSION	94	9
ECHELLE DEPRESSION	35	7
ECHELLE DYSFONCTIONNEMENT COGNITIF ET PSYCHIQUE	75	15
ECHELLE DE FLUCTUATIONS EMOTIONNELLES	70	10
ECHELLE DE COMPORTEMENT DEFENSIF (pulsions agressives, noyau paranoïde) patients qui ne font pas confiance aux médecins)	44	21
<b>COMPORTEMENTS D'ADAPTATION</b>		
COMPORTEMENTS de retrait et d'absence d'affect-peu communicants	68	19
COMPORTEMENT craintif, inhibé, perte estime de soi conséquence de la maladie	74	62
Anhédonie, incapacité de jouir de l'existence e65		4
Coopérant en apparence, déni de la maladie-relations agréables	92	14
Observance, recherche l'approbation, coopère avec les médecins	55	20
Confiance et observance, attente d'être traités avec courtoisie	35	22
Sceptique, action impulsive	60	22
Autoritaire, agressif, peu observant	48	76
Responsable, coopératif, vit la maladie comme une blessure	61	28
Instable, observance fluctuante, troubles de l'humeur, insatisfait	73	76
Plaintif, pense qu'il ou elle mérite de souffrir, dimension masochique	71	9
<b>RELATIONS A LA MALADIE, environnement et capacité de résistance</b>		
ECHELLE APPREHENSION DE LA MALADIE	76	17
PERTE DE LA QUALITE DE VIE	75	10
ECHELLE DE SENSIBILITE A LA DOULEUR	74	22
ECHELLE D'EVALUATION DU SOUTIEN FAMILIAL ET SOCIAL	77	17

<sup>4</sup> ملاحظة قدمنا الاستجابة والتفريغ باللغة الفرنسية، لأننا لا نملك بعد البرنامج الآلي باللغة العربية، فاكثفينا بتقديم الصيغة المترجمة لتسهيل الفهم.

ECHELLE D'EVALUATION DU PESSIMISME CONCERNANT LE FUTUR DE LA MALADIE			
ECHELLE D'ABSENCE DE RESSOURCES SPIRITUELLES		33	0
<b>PRONOSTIC DES TRAITEMENTS</b>			
APPREHENSION			
TRAITEMENT ET			
PROCEDURES MEDICALES	55		12
COMPORTEMENT D'OBSERVANCE PROBLEMATIQUE	35		2
DESIR D'IGNORER TOUT DE LEUR MALADIE, refus défensif d'information médicale			6
DEMANDE EXCESSIVE DE SOINS (recherche inconsciente de soins maternels)	71		16
COMPORTEMENT DE NON OBSERVANCE (dans tous les aspects des soins)	29		0
<b>RECOMMANDATIONS</b>			
EVALUATION DES DIFFICULTES D'ADAPTATION DU PATIENT	59		12
INDICATIONS DE REFERENCE PSYCHOLOGIQUE	60		4