

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



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماستر أكاديمي

الميدان: علوم اجتماعية

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين:

أسماء طبيب

فاطمة الزهراء رضاني

بعنوان

## التوظيف السيكوسوماتي للمرأة الحامل المصابة بضغط الدم الحلمي

لجنة المناقشة

د/ محمدي فوزية	أستاذة التعليم العالي	جامعة قاصدي مرياح ورقلة	رئيس
د/ اكردوشن بعلي زاهية	أستاذة التعليم العالي	جامعة قاصدي مرياح ورقلة	مشرفا
د/ طالب حنان	أستاذة محاضر	جامعة قاصدي مرياح ورقلة	مناقشا

السنة الجامعية: 2020-2021



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



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماستر أكاديمي

الميدان: علوم اجتماعية

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين:

أسماء طبيب

فاطمة الزهراء رضاني

بعنوان

## التوظيف السيكوسوماتي للمرأة الحامل المصابة بضغط الدم الحولي

لجنة المناقشة

رئيس	جامعة قاصدي مرياح ورقلة	أستاذة التعليم العالي	د/ محمدي فوزية
مشرفا	جامعة قاصدي مرياح ورقلة	أستاذة التعليم العالي	د/ اكردوشن بعلي زاهية
مناقشا	جامعة قاصدي مرياح ورقلة	أستاذة محاضر	د/ طالب حنان

السنة الجامعية: 2020-2021

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## الإهداء:

أهدي هذا العمل المتواضع الذي أمتعني وأنسني كثيرا رغم أنه أرقني و  
أتعبني ولو لا أن، تداركني الله بفيض امتنانه ورحمته ما كنت لأتمه بعد.

إلى **أبي رحمه الله** وأعلى منازلهم وجعل عملنا ودراستنا صدقة جارية له، إلى **أمي**

**الغالية** أدامها الله بابا مفتوحا للجنة، إلى **عمي البحري** وإلى أخواتي **هوارية**

**وزينب** و**ونام** لكل ما بذلوه من أجل إتمام هذا البحث ودعمهم ومؤازرتهم إلى

**أخوتي** أسعدهم الله في حياتهم، إلى رفيقتي في البحث **فطيمة** إلى كل الأهل

و الأقارب وكل من حمل مشعل علم النفس بهدف جبر خواطر المرضى .

أسماء



## شكر وعرفان:

بداية الشكر لله سبحانه وتعالى على توفيقه لنا لإتمام هذا البحث

وبعد أتقدم بعظيم الشكر والتقدير إلى أستاذتنا الفاضلة الدكتورة **إحدر دوشن بعلي زاهية**

على صبرها وسعة صدرها وتوجيهاتها وإرشاداتها القيمة طيلة فترة القيام بهذا البحث .

أشكر **البروفيسور ستورا**، الذي عن طريق الأستاذة المشرفة، قدم لنا رأيه فيما يخص الحالة

ساجدة

كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى **أساتذتنا الأفاضل** كلهم من بينهم **أعضاء لجنة المناقشة** بقبولهم

وإثراءهم هذا العمل وعلى نذائهم وتوصياتهم القيمة وعلى كل ما بذلوه من جهد من أجل تدريسنا

فأسأل الله عز وجل أن، يجعل ذلك في ميزان حسناتهم .

كما يسرني أن أتقدم بخالص الشكر ووافر الامتنال إلى جميع **أفراد لجنة الدراسة** على ثقتهم

وصبرهم وتعاونهم، ولا يفوتني أن أتوجه بشكري إلى زملائي وإلى كل من مد لنا يد العون في إنجاز

هذا العمل المتواضع أخص بالذكر **د. شريفوي** وكل القابلات والحمد لله الهادي إلى سواء السبيل.

# شكر وعرفان

الحمد لله الكريم الذي من علينا بالتوفيق والسداد وبلغنا ختام هذا البحث المتواضع.

أتقدم بخالص شكري وامتناني إلى أستاذتي الفاضلة والكريمة مشرفتي الأستاذة الدكتورة "بجلي إكردوهن زاهية" حفظها الله على ما تجشمت من عناء متابعة هذا البحث وتصويبه منذ أن كان فكرة إلى أن صار ماهو عليه.

كما أتقدم بجزيل شكري إلى دعوة الخير "والديا" إلى أبي الغالي حبا وعرفانا وتقديرا إلى سندي وقرة عيني إخوتي الأعزاء وأخص بالذكر أختي "أمال" من كانت عوننا لي طيلة دراستي وفي هذا العمل المتواضع إلى زوجي "أحمد" من كان صابرا معي.

كما لا أنسى الطبية المختصة "زغار راضية" من شرح العديد من الأمور الطبية.

كما أشكر الأستاذة الفاضلة "وازي الطاوس" من أمانتي منذ البداية في الأمور الإدارية وشجعتني للإكمال رغم ظروفه .

كما أتقدم بالشكر إلى من ساهم في مناقشة هذا العمل .

أتقدم جزيل الشكر إلى البروفيسور "جان بنجمان ستورا" لقراءته لحالة كريمة وتقديمه عن طريق الأستاذة بجلي، رأيها حولها.

لا يفوتني أن أشكر كل من قدم لي الدعم المعنوي طيلة مشواري الجامعي ودفعني إلى الإمام.

و الشكر لكل الأقارب والأصدقاء وزملاء الحياة الجامعية من سعدت برفقتهم كل باسمه.

فاطمة الزهراء

## ملخص الدراسة:

تدخل الدراسة الحالية في إطار علم النفس المرضي السيكوسوماتي، وهي تهدف إلى معرفة التوظيف السيكوسوماتي للنساء الحوامل المصابات بضغط الدم الحلمي، انطلاقاً من وجهة نظر J-B stora - مؤسس النظرية السيكوسوماتية الإدماجية التكاملية.

يتعلق الأمر، في دراستنا هذه، بدراسة، في إطار بحث أكاديمي، لحالتين من النساء الحوامل المصابات بضغط الدم الحلمي والمتواجدة في مصلحة حمل عالي الخطورة في حالة استشفاء.

تم الاعتماد، في هذه الدراسة، على الأدوات التي طورها البروفيسور ستورا والمتمثلة في ورقة موجزة للمريضة تلخص طريقة تقييم وتشخيص الصحة والخطر النفس جسدي، ترجمة الأستاذة الدكتورة إكردوشن بعلي زاهية والأستاذة الدكتورة صحراوي انتصار، والتي هي قيد المراجعة للنشر.

اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي القائم على دراسة حالة، باستخدام أدوات الدراسة التي

هي:

- المقابلة العيادية النصف موجهة؛

- استبيان تقويم الصحة والخطر النفس جسدي لجان بنجمان ستورا؛

- اعتمادنا على التقنيتين السابقتين في ملاءمة شبكة ستورا للتوظيف السيكوسوماتي، ما سمح لنا بدوره، الكشف عن التوظيف السيكوسوماتي عند المرأة الحامل المصابة بارتفاع ضغط الدم الحلمي.

وقد قمنا بصياغة الفرضيات الآتية:

1 سيشير التوظيف السيكوسوماتي، لدى المرأة الحامل ، التي تعاني من ضغط دموي حلمي ، إلى

وجود خطر انطلاقاً من شبكة تقدير الصحة والخطر النفس جسدي لجان بنجمان ستورا.

2 سيشير التوظيف السيكوسوماتي عند المرأة الحامل ، التي تعاني من ضغط دموي حلمي شديد ، إلى

وجود أكبر خطر انطلاقاً من شبكة تقدير الصحة والخطر النفس جسدي لجان بنجمان ستورا .

وقد توصلنا، خلال نتائجنا، إلى الكشف عن التوظيف السيكوسوماتي لدى الحالتين اللتين تمت مقابلهما

واللتين يعانين من ارتفاع ضغط الدم الحلمي؛ حيث كشفنا عن وجود خطر سيكوسوماتي، انطلاقاً من

شبكة ستورا، وبذلك تحققت الفرضية الأولى.



في نفس الاتجاه، تبين من خلال النتائج المتوصل إليها، أن التوظيف السيكوسوماتي عند المرأة الحامل التي تعاني من ضغط دموي حملي شديد، كان لديها خطر أكبر انطلاقاً من شبكة تقدير الخطر السيكوسوماتي لجان بنجامان ستورا وبذلك، تتحقق الفرضية الثانية.

توحي نتائج دراستنا إلى أهمية تقدير الخطر النفس جسدي للمرأة الحامل التي تعاني من ضغط دموي حملي، لمعرفة مدى حاجتها للعلاج النفس جسدي الذي سيسمح لها من مواجهة المرحلة الحرجة التي تمر بها.

**الكلمات المفتاحية:** التوظيف السيكوسوماتي، المرأة الحامل، ارتفاع الضغط الحملي.

## Résumé

La présente étude s'inscrit dans le cadre de la psychopathologie psychosomatique, et elle vise à connaître le fonctionnement psychosomatique de la femme enceinte souffrant de toxémie gravidique.

En partant du point de vue de J-B Stora, fondateur de la théorie psychosomatique intégrative, Cette étude académique, porte sur deux cas de femmes enceintes, hospitalisée au service de grossesse à haut risque et souffrant de toxémie gravidique.

Dans cette étude, nous nous sommes appuyées sur les outils développés par le Pr Stora, représentés dans une fiche récapitulative du patient qui elle-même, résume la méthode d'évaluation de la santé et du diagnostic du risque psychosomatique, traduit par le Pr Dr Ikardouchene Bali Zahia et le Pr Dr Sahraoui Intisar et qui est en cours de révision pour la publication.

Dans notre étude, nous nous sommes appuyés sur l'approche clinique basée sur une étude de cas, en utilisant les outils d'étude qui sont :

- l'entretien clinique semi-directif ;
- Questionnaire d'évaluation de la santé et du risque psychosomatique de Jean- Benjamin Stora;
- Nous nous sommes appuyés sur les deux techniques précédentes pour remplir la grille d'évaluation de Stora du fonctionnement psychosomatique, qui à son tour, nous a permis d'évaluer le fonctionnement psychosomatique chez une femme enceinte souffrant de toxémie gravidique.

A travers nos résultats, nous avons observé la fragilité du fonctionnement psychosomatique chez les deux cas, que nous avons rencontré et ainsi nous avons vérifié notre

première hypothèse qui stipule que le fonctionnement psychosomatique de la femme enceinte souffrant de toxémie gravidique allait être fragile.

Dans la même direction, Il a été constaté à travers les résultats, que le fonctionnement psychosomatique de la femme enceinte qui souffre de toxémie gravidique sévère avait manifesté un risque psychosomatique plus élevé. Ce résultat est vérifié à travers la grille de l'estimation du risque psychosomatique de Jean Benjamin Stora. Ainsi, la deuxième hypothèse est vérifiée.

Les résultats de notre étude suggèrent l'importance d'estimer le risque psychosomatique d'une femme enceinte qui souffre de tension artérielle pendant la période gestationnelle, pour connaître l'étendue de son besoin de traitement psychosomatique et qui lui permettra à son tour, de faire face à l'étape critique qu'elle traverse.

**Mots clés** : fonctionnement psychosomatique, femme enceinte, toxémie gravidique.

## قائمة المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	الإهداء
ب	شكر وتقدير
ج	ملخص الدراسة باللغة العربية
د	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
هـ	قائمة المحتويات
ح	قائمة الجداول والأشكال
ط	مقدمة
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الأول: تقديم الدراسة</b>	
3	1 / تحديد الإشكالية
8	2/ تساؤلات الدراسة
8	3- /فرضيات الدراسة
9	4 / أهداف الدراسة
9	5- أهمية الدراسة
9	6- التعاريف الإجرائية
10	7- الدراسات السابقة
15	8/ حدود الدراسة
<b>الفصل الثاني: التوظيف السيكوسوماتي</b>	
17	تمهيد
17	1/ تعريف الأمراض السيكوسوماتية
18	2 / علم النفس الجسدي التكاملي
20	3/فرضيات علم النفس الجسدي التكاملي
21	4 / بناء الوحدة السيكوسوماتية وصيرورة الجسدية
22	5 / منطلقات السيكوسوماتية الإدماجية
22	6/ تطور النشاط الجنسي الأنثوي والمنهج التكاملي
22	7-المدارس السيكوسوماتية

37	الخلاصة
<b>الفصل الثالث: الحمل</b>	
39	تمهيد
39	1/ تعريف الحمل
40	2/ أنواع الحمل
40	1/2- الحمل العادي
40	2/2- الحمل الغير عادي
41	3/ مراحل الحمل من الناحية الطبية
41	1/3- الإباضة والإلقاح
41	2/3- تعشيش البويضة
41	4/ تطور الجنين
45	5/ مراحل التطور الدينامي للحمل
45	1/5- المرحلة الأولى
47	2/5- المرحلة الثانية التفاعلات المبكرة أم-جنين
48	3/5- المرحلة الثالثة اقتراب الولادة (التوجه نحو الولادة)
50	الخلاصة
<b>الفصل الرابع: ضغط الدم عند المرأة الحامل .</b>	
52	تمهيد
52	1/ تعريف ضغط الدم HTA
53	2/ كيف يقوم الجسم بتنظيم وضبط ضغط الدم ؟
54	3/ تعريف ارتفاع ضغط الدم الحلمي HTAG.
54	4/ تصنيف ارتفاع ضغط الدم الحلمي .
56	5/ مراحل تطور ارتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل .
56	6/ تأثير ضغط الدم الحلمي على الجنين.
58	7/ المبادئ العامة في الفحص
58	8/ العادات الغذائية والنظام الصحي.
58	9/ التوصيات الوقائية
59	الخلاصة .
<b>الجانب المنهجي</b>	

الفصل الخامس: منهجية البحث.	
62	تمهيد
62	1/ المنهج المتبع وتعريفه .
62	2/ المجال المكاني والزمني للبحث .
65	3/ الأدوات المستعملة في البحث .
73	4/ مجموعة البحث .
74	5/ التطبيق .
74	1/5 - كيفية التطبيق
75	2/5 - طريقة تحليل التقنيات المستعملة
76	الخلاصة
الفصل السادس : عرض وتحليل النتائج .	
78	تمهيد
78	1/ عرض وتحليل الحالة رقم 01
90	2/ عرض وتحليل الحالة رقم 02
104	3/ مناقشة الفرضيات
	الخلاصة
	قائمة المراجع .

قائمة الجداول :

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
56	مراحل تطور ارتفاع الضغط الحلمي.	01
67	دليل المقابلة العيادية النصف موجهة بالأسلوب الاستقصائي.	02
73	جدول يوضح خصائص مجموعة البحث.	03
84	جدول موجز لأحداث الحياة والاضطرابات الجسدية الحالة الأولى.	04
96	جدول موجز لأحداث الحياة و الاضطرابات الجسدية الحالة الثانية.	05

# مقدمة

**مقدمة:**

قد يولد الإنسان بصحة جيدة وبغياب الآخر يصبح مريض، قد يولد كذلك مريض ويتحسن، فالصحة ليست كم معطى بالمرّة وإنما تخضع لصيرورة معقدة تلعب فيها الظروف المحيطية ودور الآخر دورا كبيرا. بعض الراشدين، لم يحالفهم الحظ في تلقي التعلق المطمئن قبل تعلم اللغة والذي يضعفه في مغامرته لاكتشاف العالم المحيط، نتيجة هذا الحرمان وجدوا أنفسهم أمام هشاشة عصبية انفعالية تربط مغامراتهم بقلق شديد. أظهرت الدراسات في علم النفس العصبي، لبوريس سيروولنيك (Boris Cyrulnik) أن عزل الأطفال يجعلهم يطورون حركات متمركزة على الذات، وأن غياب الآخر يشحن الانفعال للاعتداء على الذات الذي يظهر جليا في الوشم لدى المراهقين . كل هذا يبين أهمية الخبرات الأولى من الحياة في نوعية مواجهة تجارب الحياة لدى المراهق والراشد ووفقا لستورا فان هذه الخبرات السلبية الأولى والخاصة بالعلاقة مع الموضوع، ستؤدي إلى تشفيرها (Encodage) كنقاط ضعف في التنظيم العصبي البيولوجي المركزي وبالتالي تشكيل قواعد الجسدنة المحتملة للأفراد.

التناول النفسي الجسدي الإدماجي التكاملي، ليس دمج التحليل النفسي، والطب، والعلوم العصبية، إنه يهدف إلى البحث على العلاقات المتبادلة ما بين هذه التخصصات الثلاثة، وإلى إقامة الروابط الموجودة بين العديد من مستويات الكائن الحي؛ مرجعها تناول علوم الكائن الحي مميزة مستويات المجموعة الاتصالية في كافة الوحدة النفس جسدية للإنسان.

بالنسبة لستورا، لا يمكن عزل النظام النفسي عن بنية الكائن الحي ولا يكون ذلك ممكنا إلا عندما تكون أعراض المرضى في المجال النفسي، كما هو الحال في العصابات المسماة بالكلاسيكية (بالمعنى الفرويدي). ولكن في حالة الجسدنة، فالأمر غير ممكنا. يرى ستورا أن تناول التحليل النفسي ضروري ولا غنى عنه كأسلوب للعلاج النفسي الجسدي ولكن فهم وظيفة الوحدة النفس جسدية ، يتطلب الرجوع إلى العديد من التخصصات لعلوم الكائن الحي.

وهكذا، فحسب ستورا، لا يمكن اعتبار الاضطرابات انطلاقا من أنها سيكوسوماتية أم لا وإنما كل الاضطرابات سيكوسوماتية اعتبارا لواقع تكامل الإنسان الذي يوضح لنا جليا أن تقسيم الجانبين النفسي والجسدي، إنما هو تقسيم مجازي فقط في حين لا يمكن فصلهما واقعا أبدا.

حاولنا فهم المرأة الحامل التي تعاني من ضغط الدم الحلمي والكشف، انطلاقا من النهج التكاملي لستورا، . عن مؤشرات الصحة لديها و/أو الخطر السيكوسوماتي؛ كل هذا بالاهتمام بالمرأة وليس بمرضها فقط.



لفهم ارتفاع الضغط الحلمي، قمنا بتطبيق طريقة تقييم الصحة والمخاطر النفسية الجسدية التي طورها جان بنجمان ستورا خلال سنوات من الدراسات الإبيدميولوجية التي كللت بشبكة عملية يمكن استخدامها من طرف المختص النفسي ومن طرف الأطباء المعالجين للحالات.

ينقسم بحثنا إلى جانبين: الأول خصص للدراسة النظرية حيث قمنا في الفصل الأول التمهيدي بتقديم البحث وعرض الإشكالية وطرح التساؤلات التي ألهمتنا فرضيات بحثنا، كما عرضنا أهداف دراستنا وبيننا أهميتها وحدودها، انهينا الفصل بالمفاهيم الإجرائية والدراسات السابقة.

خصص الفصل الثاني للتوضي ف السيكوسوماتي، والفصل الثالث للحمل أما الفصل الرابع فخصصناه لارتفاع ضغط الدم الحلمي.

أما الجانب التطبيقي لدراستنا، فقد تناولناه في الفصل الخامس، والذي يحتوي على الإجراءات المنهجية حيث تم عرض المنهج المتبع وتعريفه والمجال المكاني والزمني للبحث، ثم الأدوات المستعملة ومجموعة البحث وأخيرا التطبيق.

ويحتوي الفصل السادس والأخير على عرض وتحليل النتائج والاستنتاج العام، ثم مناقشة الفرضيات وختمنا بحثنا بالتوصيات والاقتراحات معتمدين على قائمة من المراجع والملاحق.

# الجانبة النظري

# الفصل الأول

## تقديم الدراسة

1 / إشكالية الدراسة .

2 / تساؤلات الدراسة .

3 / فرضيات الدراسة .

4 / أهداف الدراسة.

5 / أهمية الدراسة.

6 / التعاريف الإجرائية .

7 / الدراسات السابقة.

8 / حدود الدراسة.

الخلاصة

**1 / الإشكالية:**

إن الرغبة في الحمل متلازمة حقيقية تلقي الضوء على الوحدة الداخلية لأمراض النساء النفس جسدية لذلك فإن مشروع الحمل هو جزء من عملية نفس جسدية يصعب فيها تحديد أسبابية العوامل البيولوجية على النفس أو العكس والوقوع في دائرة غير متوقعة، يجب أن نفهم حسب (F. Molénat 2001) أن الرغبة هي بين الجسد والنفس والرغبة في الحمل إنما هي متأصلة في الطفل لذلك، فإلى الحمل يتطلب من المرأة أن تقبل اقتحام جسدها من قبل شخص آخر معاد بدنها.

كما يؤكد شنايدر، M. Schneider ، 2010، أنه إذا كان وجود كائن حي داخل نفسك يجرمك من مساحتك الخاصة ويتطفل بشكل مؤقت أو دائم (إمكانية تجربة دخول الآخر)، فذلك يمكن أن يختبر - بالنسبة /للرأة- كهدية لمساحة لم تكن تعرف أنها كانت حاملة لها.

تعمل آليات الإنكار والانشقاق والمثالية النشطة على الحماية العاطفية لتأمين الوصول لإعادة صياغة معرفة الحوامل للصور الداخلية لوالداتهن؛ تفتح هذه الحماية العاطفية المجال، أثناء الحمل، وتعمل كتمزق للسد (LE Nestor, 2008, P.209).

إن تصاعد القلق الذي لا يمكن السيطرة عليه و الشكوك التي لا تطاق تشهد على غياب اللدنة الجسدية والنفسية وعلى فشل التكامل الجسدي والنفسي الذي يثير مخاوف من الجسدنة المعقدة التي تصل إلى الإجهاض التلقائي للحمل" (LE Nestor, 2018, P.209) .

يمثل ضغط الدم حسب المنظمة العالمية للصحة (OMS) اضطراب ذو خطورة كبيرة خاصة إذا ارتبط بالحمل عند المرأة والذي يجعل مرحلة الحمل مرحلة ذات خطورة عالية (grossesse à haut risque) يحدث في الحمل تغيرات من الناحية الفيزيولوجية، سواء كانت عادية أو مرضية ، يصاحبه أيضا تغيرات نفسية، كالإرهاق، والشعور بالتعب والقيء، الخ.

إذ تقول الباحثة أيلان دوتش: " إن كل التغيرات الفيزيولوجية تنبه الجانب النفسي وتستنيره وهذه الاستثارة تحدث وتنفذ عبر النهايات العصبية للجهاز التناسلي" (Deutsch , 1967, P. 113).

لتسليط الضوء على أهمية النظرة التكاملية (نفس-جسد)، سيحاول هذا العمل، توضيح صيرورة ظهور ضغط الدم عند المرأة الحامل من خلال دراستنا لتوظيفها السيكوسوماتي على ضوء النظرية التكاملية لجان بنجمان ستورا، هذا الضغط الذي يظل ربما لسنوات طويلة داخل الجسم دون أن يكتشف؛ ما يؤدي إلى مضاعفات خطيرة تتعكس سلبا على جميع أجهزة الجسم ويشكل خطرا على حياة الحامل

وجنينها لذلك سمي بالقاتل الصامت حيث انه يشكل حالة استنفار بين الطاقم الطبي عند دخول الحامل للاستشفاء.

تعددت الاتجاهات التي تفسر الاضطرابات الجسدية على أساس أن هناك من يعتبر الأعراض ما هي إلا تعابير رمزية لصراع لاشعوري، بينما ذهب ال بعض الآخر -مثل مارتي- إلى اعتبار أن غياب الصراع هو الذي يؤدي إلى ظهور الاضطرابات الجسدية وليس العكس، أي أن الهشاشة النفسية لا تسمح بإنتاج أعراض نفسية وبذلك فالجسد هو الذي يتحمل فائض الإثارة الناتج عن الصدمات.

رغم تأكيد مارتي على أهمية التكامل بين النفس والجسد ورغم تأكيده على أن كل الأمراض تتبع من إنسان سيكوسوماتي، إلا أنه (مارتي) في تفسيره للاضطراب، يؤكد أن الجانب النفسي هو الذي يحمي الجسد وهذا ما حاول ستورا من تجاوزه بمحاولة تقديم شرح أكثر وضوحاً لصيرورة ظهور المرض. بالنسبة لبيار مارتي، فإن الجهاز النفسي، يكون في قمة التطور والذي يُحدد مجموع الوظائف الجسدية الكل متوقف، بالنسبة لـه، على الجهاز النفسي. نلتمس ذلك من خلال صياغة الفرضية العامة التي تنص على أنه، من خلال عدم استيفاء وظيفة صاد الإثارات (système par-excitation) يكون الجهاز النفسي مسئولاً عن الضرر الذي تسببه هذه الإثارات التي تصل إلى الكائن الحي مباشرة. إن النموذج الفرويدي للجهاز النفسي يعطيه دور الغشاء لما قبل الشعور، وهذه هي الهيئة (أي ما قبل الشعور) التي يشير إليها مارتي كأساسية في حدوث الأمراض النفس جسدية (السيكوسوماتية) (Pascal- Keller, 2008, P.31).

نشير إلى أهمية التقدم الذي أنجزه علم الأعصاب في هذا المجال. "لقد وضع سيغموند فرويد فرضية منذ حوالي قرن، أن اللاشعور هو الجزء الأكبر من نشاطنا العقلي وهي "أفكار مقبولة حالياً من طرف علماء الأعصاب المعرفيين؛ وهذا لا يعني أبداً أن المختصين في علم الأعصاب يقبلون فكرة اللاشعور كما طرحها (فرويد) فالعلاقة بين النفس والجسد لا تطرح حالياً كمفهوم غيبي وغريب وسحري ولكن كمبدأ" (Stora, 2011, P.25).

حاول دامازيو أنطونيو (Damasio Antonio) إعادة النظر في مساهمات فرويد كطريقة لإعادة اكتشاف المفاهيم الأساسية للتحليل النفسي والتي أعيد صياغتها بيولوجياً؛ فأحياناً تتقارب أفكاره معه وأحياناً تبعد عنه. بالنسبة لدامازيو، فإن الوعي يحمل م ظهريين. حاول اكتشاف كيف يستدخل المخ الأشكال عصبياً انطلاقاً من صورة سمعية مرئية حشوية، ويصل إلى:

1. تحويل هذه الأخيرة (أي الصورة السمعية والمرئية)، إلى استدخلات عصبية يسمي الاستدخلات العقلية صور المواضيع، ويقصد بالمواضيع محتويات مختلفة: كالإنسان، المكان، الموسيقى... يقصد أن الاستدخلات العقلية مرتبطة بأنماط حسية (مرئية، سمعية، إلخ).

2. معرفة كيف يولد المخ (بالتوازي للإستدخلات العقلية للموضوع) شعور بالذات في عملية المعرفة. الوعي بمستوى الأكثر بساطة إلى الأكثر تعقد هي البنية العقلية المستدخلة التي تربط الذات بالمعلومات المتواجدة في هذا المستوى لاشعورية، "نحن نعرف أننا واعي عندما نشعر أو نحس أننا في فعل المعرفة [...] أي شكل للذات مرتبطة بحوصلة" (Damasio. 1999. P.99).

يتأسس هكذا اللاشعور التحليلي في ضل السيكوسوماتية التكاملية وعلم الأعصاب الحديثة في أجهزة عصبية تكون أسس للذاكرة تاريخ الشخصية، يعتبر التحليل النفسي ، طريقة لاسترجاع مجال نفسي مشتبك في إطار ذاكرة لتاريخ شخصية بالنسبة لدامازيو . إذا كانت بعض الذكريات لتاريخ الشخصية مستذكرة باستمرار ، فإن بعضها تبقى لاواعية لمدة طويلة و أحيانا إلى الأبد إما أنها غير معاد بناؤها و دمجها أو لأنها ليست موثقة كما هي وأن استذكارها يتطلب صيرورة معقدة لإعادة البناء . عندما تصل الذكريات إلى الوعي، يمكن أن تبدو غير مفهومة نظرا لغياب ظاهري للعلاقة مع المحتوى الظاهر للوعي، مشبك إتصالات عصبية تحتية أو ضمنية لهذه المحتويات الظاهرة هي التي تربط مختلف الأحداث والتصور العقلي لهذه الأخيرة كما عاشها الشخص ونجهل كلية البناء الجزئي المحدود بذاكرة حسب دامازيو " (Stora J-B. 1999. P.75).

التناول النفسي الجسدي الإدماجي التكاملي، ليس دمج التحليل النفسي، والطب، والعلوم العصبية، إنه يهدف إلى البحث على العلاقات المتبادلة ما بين هذه التخصصات الثلاثة، وإلى إقامة الروابط الموجودة بين العديد من مستويات الكائن الحي؛ مرجعها تناول علوم الكائن الحي مميزة مستويات المجموعة الاتصالية في كافة الوحدة النفس جسدية للإنسان.

بالنسبة لستورا، لا يمكن عزل النظام النفسي عن بنية الكائن الحي ولا يكون ذلك ممكنا إلا عندما تكون أعراض المرضى في المجال النفسي، كما هو الحال في العصابات المسماة بالكلاسيكية (بالمعنى الفرويدي). ولكن في حالة الجسدنة، فالأمر غير ممكنا. يرى ستورا أن تناول التحليل النفسي ضروري ولا

غنى عنه كأسلوب للعلاج النفسي الجسدي ولكن فهم وضيقة الوحدة النفس جسدية ، يتطلب الرجوع إلى العديد من التخصصات لعلوم الكائن الحي.

قضى ستورا 10 سنوات في التفكير الانفرادي الذي أدى به إلى اقتراحات نظرية جديد، لقد اقترح اختصاص جديد: نفسي جسدي إدماجي تكاملي (Psychosomatique Intégrative)، الذي يربط بين التحليل النفسي، الطب وعلوم الأعصاب. التناول النفسي الجسدي الإدماجي التكاملي، ليس دمج التحليل النفسي، والطب، والعلوم العصبية، إنه يهدف إلى البحث على العلاقات المتبادلة ما بين هذه التخصصات الثلاثة، وإلى إقامة الروابط الموجودة بين العديد من مستويات الكائن الحي؛ مرجعها تناول علوم الكائن الحي ومستويات المجموعة الاتصالية في كافة الوحدة النفس جسدية للإنسان.

بالأخذ بعين الاعتبار الإسهامات العلمية في مجال الطب والعلوم العصبية، اقترح ستورا تناول نظري وعيادي شامل وتكاملي يضم التناول المقدم من طرف بيار مارتي، واقترح نموذج متعدد الأسباب لسياقات الجسدية. فالجهاز النفسي، حسب ستورا، يقوم بمهمة أساسية هو إرسان كمية الإثارات اليومية، وهو لا يخالف بيار مارتي في هذا الأمر. إلا أنه بالنسبة لستورا، فإنه ليس الوحيد المعني في حالة الاختلال الوظيفي؛ الجهاز العصبي المركزي والجهاز المناعي يقومان كذلك بهذه المهمة؛ فالنفس ليست معزولة عن الجسم.

لقد فهم ستورا تدريجياً "أن التحليل النفسي الكلاسيكي القائم على نموذج مشكلة أوديب التناسلية لم يكن قادراً على شرح تطور النظام النفسي من الحمل والمراحل القديمة من التطور إلى مرحلة النضج وما بعدها. اعتبر المحللون النفسيون بأن البشر كانوا عصابيين، وقد اعتمد فرويد، على تحليل هانز الصغير، لتقديم مصطلح "العصاب الطفولي" (Stora, 2021, P.6) .

لقد اكتشف ستورا، "أن العديد من المرضى عانوا من صدمة أثناء حمل أمهاتهم وفي المراحل البدائية من التطور وكذلك في مراحل ما قبل الولادة. فشل النظام النفسي في التطور ولم يكن هناك عصاب طفولي. لقد استغرق الأمر وقتاً طويلاً للمحللين النفسيين الكبار ، مثل أندريه جرين ليصرحوا أن هناك بجانب العصابين، من هم غير عصابين". لذلك أقترح ستورا نموذجاً أسماه " l'Alpha de la Psyché والذي يعتمد علمياً على مراحل التطور داخل الرحم والسنوات الثلاث الأولى من الحياة الجسدية والعصبية. تم تجاهل هذه الفترات من قبل المحللين النفسيين الكلاسيكيين لأنهم لم يتساءلوا، قط على إنشاء النظام النفسي" (Stora, 2021, P.6).

يصرح ستورا، بأنه اقترح "تهجًا علاجيًا جديدًا يعتمد على العلاقة مع الأم. ويرى أنه لمساعدة المرضى على تطوير نظام نفسي، لإصلاح صدماتهم، فمن الضروري أن يكون للمختص موقف أمومي في العلاقة العلاجية المصاحبة للخطوات الأولى للمرضى الذين، إذا كانوا بالغين جسديًا وبيولوجيًا، فليسوا كذلك نفسيًا" (Stora, 2021, P.6).

إن الجهاز النفسي هو آخر جهاز ينضج لدى الإنسان، فهو في قمة التطور وهو الذي يميزنا عن سائر المخلوقات الحية، يبدو أنه الأكثر تعقيدًا، لأن تطوره يرتبط مباشرة بالعلاقة مع الآخر (أو الموضوع بالمفهوم التحليلي)، هذا الآخر الذي نبقى خاضعين له إلى غاية 19 سنة على الأقل (عند نضج الجهاز العصبي)، نعرف إلى أي درجة، أن كل الاحتمالات ممكنة.

نعرف كلنا الآن أن ولادة الموضوع، في التصور، أساسي في بناء هوية قارة، هذه المعطيات يسلم بها حتى لدى بعض التوجهات المختلفة عن التحليل النفسي (مثل المعرفية)، فالإنسان يعرف أنه موجود لأنه يدرك في المراحل الأولى من حياته، أن هذه الأم التي كانت مجرد استمرار لكيانه، إنما هي في الحقيقة منفصلة عنه؛ يدرك بذلك استقلالته عنها والتي ستفتح مجال لمغامرة نضج جديدة والمتمثلة في الهوية الجنسية التي ستحقق مستوى آخر من النضج. نعرف كلنا أن جنس الإنسان محدد تشريحيًا، هرمونيا وجينيًا، لكن كذلك نفسيًا، فتتأسق المعطيات البيولوجية، لا يضمن بالضرورة تحقيق الجنس البيولوجي إذ يلعب النضج النفسي والاختيارات المفضلة دورا كبيرا كذلك.

يبدو واضحا، أنه بقدر رقي البشر نفسيًا، بقدر ما طلب ذلك جوانب مختلفة وصيرورة معقدة، الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي نعرف له مدة أطول لاكتمال النضج، 19 سنة لنضج المخ، سنوات عديدة يكون فيها تحت رحمة إنسان يرعاه، المسار سيئاتر، حتما، بكل ما عاشه وكيف إستدخله، لأن الإنسان يحتفظ بالتجارب على شكل تصورات وليس على شكل صور ملموسة، ما يتطلب تشفير وعملية ترميز، نفهم إذن، ن هذه العملية المعقدة إنما تتأثر بمعاش الفرد والمعاني التي تلقاها وأن هذا يفسر اختلاف الأفراد في طريقة مواجهتهم للصدمات.

نحاول اليوم التعامل مع هذه المشاكل النفسية الجسدية من خلال دمج البعدين النفسي والجسدي ، باللجوء إلى النظرية السيكوسوماتية التكاملية، فمثلا في حالة ارتفاع ضغط الدم و تسهم الحمل (Toxémie gravidique)، فإننا نعرف أنه من الناحية الطبية لم تحدد بعد الآليات أصل تسهم الحمل، ولكن ما هو معروف، فإنه في وقت إنتاج المشيمة، لم يكن تكوين الأوعية الدموية ، لهذه الأخيرة، بشكل



صحيح لأن الأوعية الدموية أضيق، مما يجعل من الصعب مرور الدم، ومما يتسبب، بدوره، في زيادة ضغط الدم في الجسم كوسيلة لمواجهة هذا الضيق. لا تظهر الأعراض إلا في وقت متأخر لكن المشكل موجود منذ فترة طويلة. لفهم ضغط الدم المفرط الذي تعيشه المرأة أثناء حملها، من الضروري دمج كل هذه الأبعاد ومحاولة فهم تاريخ نضجها وتحديد الأحداث المحتملة التي ينطوي عليها إيقاف عملية النضج في رؤية تدمج العمليات النفسية والجسدية. تبدو هذه النقاط مهمة لفهم معاش الحالات اللتين قمنا بتناولهما، إذ اقترح ستورا ستورا منهجية عملية تساعد على الكشف على الهشاشة النفسية الجسدية ومن خلالها، سنحاول تسليط الضوء على نوعية التوظيف السيكوسوماتي لدى النساء اللواتي يمرن على فترة حمل وتعانين من ضغط دموي وعليه سنحاول الإجابة عن التساؤلات التالية:

## 2/ تساؤلات الدراسة:

1/2 هل سيشير التوظيف السيكوسوماتي، لدى المرأة الحامل التي تعاني من ضغط دموي حملي، إلى وجود خطر انطلاقاً من شبكة تقدير الصحة والخطر النفس جسدي لجان بنجمان ستورا؟

2/2 هل سيشير التوظيف السيكوسوماتي، عند المرأة الحامل التي تعاني من ضغط دموي حملي شديد، إلى وجود أكبر خطر انطلاقاً من شبكة تقدير الصحة والخطر النفس جسدي لجان بنجمان ستورا؟

## 3/ فرضيات الدراسة:

1/3 سيشير التوظيف السيكوسوماتي، لدى المرأة الحامل، التي تعاني من ضغط دموي حملي، إلى وجود خطر انطلاقاً من شبكة تقدير الصحة والخطر النفس جسدي لجان بنجمان ستورا.  
2/3- سيشير التوظيف السيكوسوماتي عند المرأة الحامل، التي تعاني من ضغط دموي حملي شديد، إلى وجود أكبر خطر انطلاقاً من شبكة تقدير الصحة والخطر النفس جسدي لجان بنجمان ستورا .

## 4/ أهداف الدراسة:

- الكشف عن التوظيف السيكوسوماتي لدى المرأة الحامل المصابة بارتفاع ضغط الدم الحملي انطلاقاً من تطبيق شبكة ستورا للكشف عن درجة الخطورة السيكوسوماتية.  
- فهم أكثر لصيرورة ارتفاع ضغط الدم الحملي من وجهة نظر سيكوسوماتية تكاملية.

- محاولة الكشف عن مؤشرات تطور المرض.

### 5/ أهمية الدراسة:

- تسليط الضوء على معانات المرأة الحامل ذات الضغط الحلمي المرتفع .
- إظهار أهمية تواجد النفسانيين في مستشفيات الولادة وخاصة مصالح العالية الخطورة، وكذا أهمية المصاحبة النفسية لكل النساء الحوامل.
- إبراز أهمية المصاحبة النفسية للمرأة الحامل المصابة بضغط الدم الحلمي المرتفع .
- اقتراح التعاون المشترك للتكفل المتكامل بين الأطباء والقابلات وأخصائيي التوليد وأمراض النساء والنفسانيين معا في المصالح الاستشفائية.
- تعتبر النظرية السيكوسوماتية التكاملية، نظرية جديدة وشاملة لعدة تخصصات، وتناولنا من شأنه أن يبين أهمية عدم الانغلاق في الجانب النفسي وحده عندما يتعلق الأمر بأمراض الجسدية.
- تسمح الدراسة الحالية بفتح أفق بحثية جديدة للبحث في الاضطرابات السيكوسوماتية.
- إبراز أهمية الجانب التكاملية بين العديد من التخصصات فيما يخص اضطرابات الجسدية .

### 6/ التعاريف الإجرائية:

\* **التوظيف السيكوسوماتي** : ويتحدد التوظيف السيكوسوماتي باستجابة أفراد العينة على شبكة ستورا والمحددة لدرجة الخطر السيكوسوماتي.

\* **الحمل**: هي الحالة التي حدث عندها حمل يبدأ من لحظة اندماج الحيوان المنوي بالبويضة ويدوم من سبعة إلى تسعة أشهر حسب حالة الحمل والأم والجنين و ينتهي بعملية الولادة الطبيعية أو القيصرية وهي محددة في بحثنا من طرف تشخيص الطبيب لحالة المرأة كحامل.

\* **ارتفاع ضغط الدم الحلمي** : حدوث ارتفاع في ضغط الدم الشرياني يزيد عن (140/90) بعد 20

أسبوع من الحمل من دون بروتين في البول بسبب استثارة داخلية وخارجية تؤدي إلى ضيق في قطر الأوعية الدموية وبالتالي سرعة جريان الدم عبر الجسم وهو محدد في بحثنا من طرف تشخيص الطبيب لحالة المرأة كحامل تعاني من ضغط الدم الحلمي.

### 7/ الدراسات السابقة:

إن الدراسات بالمقاربة السيكوسوماتية التكاملية قليلة وهذا حتى فيما يخص الدراسات الأجنبية، وتكاد تنعدم الدراسات على الصعيد العربي والجزائري -في حدود اطلاع الطالبتين- أما من حيث تناول

السيكوسوماتية فقد تحصلنا على عدد من الدراسات التي تناولتها على عينات أخرى، غير النساء الحوامل لكننا سنحاول عرض بعض الدراسات ذات صلة بموضوع الدراسة الحالية.

### 1/7 الدراسات العربية:

• دراسة ربحاني الزهرة ( 2010 ) بعنوان "العنف الأسري وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية"

#### بيسكرة.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين تعرض المرأة للعنف الأسري وللإساءة داخل أسرتها وإصابتها باضطرابات سيكوسوماتية.

عينة الدراسة: تم إجراء الدراسة على عينة مكونة من 60 امرأة 30 معنفة، و 30 غير معنفة.

نوع المنهج: المنهج الوصفي.

أدوات الدراسة: طبقت الباحثة الأدوات التالية:

- اختبار العنف الأسري عند المرأة.

- اختبار كورنل لتحري العوارض السيكوسوماتية.

نتائج الدراسة: خلصت الباحثة إلى النتائج التالية:

- أنه توجد علاقة إيجابية بين التعرض للعنف الأسري والإصابة باضطراب سيكوسوماتي للنساء المعنفات.

• دراسة رحاب علي أبو القاسم ( 2013 ) حول "أثر القلق في ارتفاع مرض السكري لدى النساء"

الحوامل" دراسة مقارنة على عينة من النساء الحوامل بطرابلس - ليبيا.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

- التعرف على العلاقة بين القلق حالة وسمة ومرض السكري لدى النساء الحوامل.

- معرفة أسباب ارتفاع مرض السكري ومحاولة تجنبها أو الحد منها.

عينة الدراسة: تكون من 3 مجموعات من النساء، بحيث المجموعة الأولى تقدر ب 35 امرأة حامل

مريضة بالسكري، المجموعة الثانية: مجموعة من النساء السويات الحوامل الذين لا يعانون من السكري

وعددهن 17، أما المجموعة الثالثة: مجموعة من النساء السويات الغير الحوامل وغير المريضات

بالسكري وكان عددهن 18. واستخدم الباحث في ذلك المنهج الوصفي التحليلي.

أدوات الدراسة: كالمقابلة الشخصية ومقياس القلق النفسي (سبيلبيرجر) لسنة 1983.

**نتائج الدراسة:** أثبتت النتائج أنه:

- توجد علاقة ارتباط بين القلق النفسي وسوء الحالة الصحية لمريضات السكري الحوامل، فكلما ارتفعت درجات القلق على المقياس المستخدم في الدراسة كلما ازدادت حالة مريضة السكر الحامل.

• **دراسة عمر ريماني، أميرة حيران وحسني عوض سنة (2014) حول: "قلق الموت لدى المرأة الحامل في فلسطين في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية"**

**الهدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى تحقيق الأمور الآتية:

- معرفة مستوى قلق الموت لدى المرأة الحامل في فلسطين.

- دراسة بعض المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية التي تؤثر في درجة قلق الموت لدى المرأة الحامل.

**عينة الدراسة:** شملت عينة الدراسة 280 امرأة حامل.

**أدوات الدراسة:** مقياس قلق الموت.

**منهج الدراسة:** الوصفي التحليلي.

**نتائج الدراسة:** و قد توصل الباحث إلى:

- تحديد ثلاث مستويات لتقدير مستوى القلق عند المرأة الحامل وهو مستوى القلق المرتفع، ومستوى

القلق ومتوسط ومستوى منخفض

- وقد أكد أن القلق يزداد إذا كانت المرأة الحامل تفتقر للرعاية الصحية والنفسية الفعالة، وطبيعة السكن

أو الأسرة التي تعيش فيها.

• **دراسة مناع هاجر ويوشلاق نادية (2016) حول: "مستوى الاضطراب السيكوسوماتي لدى عمال**

**الحماية المدنية" دراسة ميدانية لدى عمال الحماية المدنية بالجزائر - ولاية ورقلة.**

**هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى:

- معرفة مستوى الاضطراب السيكوسوماتي لدى عمال الحماية المدنية.

- التعرف على دلالة الفروق في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عمال الحماية المدنية حسب

الحالة الاجتماعية وكذلك حسب السن.

**عينة الدراسة:** اشتملت عينة الدراسة على 420 عامل في الحماية المدنية.

**منهج الدراسة:** وقد كان المنهج المتبع في الدراسة "المنهج الاستكشافي".

**نتائج الدراسة:** توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- الاضطراب الشديد هو المستوى الشائع.

-وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الاضطراب السيكوسوماتي تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية والسن أيضا.

## 2/7 الدراسات الأجنبية:

• دراسة البروفيسور بن جامين ستورا Stora Jean Benjamin سنة (2013) بعنوان

"سيكوسوماتية الطفل والحياة النفسية" بباريس

هدف الدراسة: تحدث فيه عن ازدواجية عملية التكامل، وكانت فرضياته كالاتي:

- تكوين الوحدة السيكوسوماتية من الحمل وحتى عمر 18 إلى 20 سنة.
- عملية التكامل لمجموعة الوظائف الجسمية مع الجهاز العصبي العام.
- عملية التكامل مع النضج (النفس-جنسي، ولادة الجهاز النفسي).
- التكامل فوق الترابطي لعمليتي التكوين الوظيفي الجسمي - النفسي.

نتائج الدراسة: وتوصل إلى النتائج الآتية:

- بين انطلاقا من دراسات تتبعية، أن الإنسان يعتبر وحدة واحدة في الاضطرابات السيكوسوماتية فالجهاز النفسي يشكل دور كبير في الأمراض الجسدية، لكنه ليس وحيدا.
- أن الاختبار السيكوسوماتي يفيدنا بالتشخيص للوصول إلى العلاج فهو طريقة مكملة للعلاج الطبي.
- أن الضغوط وإجهاد الأم خلال فترة حملها ، يوضح دور سنوات الحياة الأولى في مآل التكامل النفس جسدي ونستطيع خلالها إنشاء 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 جامين ستورا Stora Jean Benjamin سنة (2013) بعنوان " أعراض الأيض

وعلاقته بالجهاز النفسي ومحور الهيوتالاموس" بباريس

توضيح أهمية المقاربة السيكوسوماتية التكاملية في دراسته وقد كانت كالاتي:

أهداف الدراسة:

- تقييم الخطر السيكوسوماتي عند حالة (ماري لور).
- التقارب و/أو التباعد بين التوقعات الطبية و السيكوسوماتية .
- عينة الدراسة: دراسة لحالة واحدة وهي ماري لور (Marie Laure) من خلال محاولته لتقييم الخطر السيكوسوماتي عندها.

**أدوات الدراسة:** المقابلة و شبكة تشخيص الفحص السريري السيكوسوماتي.

### **نتائج الدراسة:**

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

• 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.

تناول هذه الباحثة 15 حالة امرأة حامل في خطر تستند هذه الدراسة على تطبيق الأدوات التي تم التدريب عليها خلال إعداد الدبلوم الجامعي في تخصص السيكوسوماتية الإدماجية التكاملية، بباريس6، وهي عبارة عن دراسة تكاملية للمرأة الحامل التي تعاني من صعوبات متعددة، كارتفاع ضغط الدم، الربو، الحساسية المختلفة، سكري 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 أما يفترض للمرأة عملية نضج تجمع عدة عوامل،

تناولت هذه الباحثة الحالات اللواتي عانين من عقم لمدة سنوات (15 سنة عند البعض) واللواتي حققن الحمل ولكن بظهور اضطرابات جسدية (خلل توظيف الغدد الصماء للإباضة أو مشاكل في نفاذية البوق، السكري، ضغط الدم، إلخ). اعتمدت، في هذا العمل، على الأدوات التي طورها البروفيسور ستورا، وهي ورقة موجزة لكل مريضة، بناءً على طريقة تقييم وتشخيص الصحة والخطر النفسي الجسدي، والتقييم الشامل للمخاطر النفسية الجسدية، التي طورها الأستاذ ستورا إصدار 2011 حيث استخدمت الباحثة، كذلك الاستبيان الذي أعده ستورا لتوضيح درجات الانتشار للاضطرابات المختلفة. كما يقول ستورا والمذكور من طرف الباحثة، ففي الولادة ليس هناك فعل بيولوجي فقط، لأننا ككائنات بيولوجية، يمكن أن نلد، عند توفر علاقة جنسية، لكن أن نصبح أما، أو أبا، فذلك يتطلب نضج نفس جنسي.

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 مجال 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 العقيمت 2018 والتي تناولت الإشكاليات النفس مرضية للمرأة العقم، بينت الباحثة الهشاشة في تحقيق النساء العقيمت لأنوثتهن، حيث مشاكل على مستوى نضج صيرورة الأنوثة و الأمومة"

### 3/7 تعليق على الدراسات السابقة:

تناولت الدراسات السابقة مواضيع متعددة في السيكوسوماتية (بمختلف توجهاتها) و في السيكوسوماتية التكاملية والتي لها علاقة مع العديد من المتغيرات البحثية الحالية، نجد أنها أحيانا تتقاطع مع الدراسة الحالية في متغير واحد (السيكوسوماتية أو النظرية التكاملية الإدماجية) أو تشترك معها في عينة البحث- المرأة الحامل- لكنها تختلف اختلافا تاما مع الدراسة الحالية من ناحية طريقة تناول، حيث البعض منها تنطلق من فكرة التمييز بين النفس والجسد حيث أغلبها تنطلق من فكرة تأثير النفس على الجسد بينما تسعى دراستنا إلى تناول هاذين الجانبين بطريقة متكاملة.

غير أن دراسة مناع هاجر مع البروفيسورة بوشلاق نادية 2016، فقد اختلفت عن الدراسة الحالية في أنها تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية مع عينة مختلفة عن مجتمع دراستنا.

ففيما يخص دراستنا الحالية فهي تختلف على الدراسات السابقة في كونها تتناول المقاربة

السيكوسوماتية التكاملية للحمل، أي أنها تدرس الاضطرابات السيكوسوماتية عند المرأة الحامل التي تجعلها معرضة للخطر باستخدام "المقاربة التكاملية أنموذجاً"، والتي تختلف عن وجهات النظر في كونها لا تنطلق من مبدأ الثنائية الجسمية النفسية لكن من الوحدة النفس جسدية، ينتج من هذا أنه ليس هناك تأثير النفس على الجسد أو تأثير الجسد على النفس، وإنما اندماجهما وتكاملهما.

بينما تدخل دراسات البروفيسورة إكردوشن بعلي زاهية في صميم دراستنا.

### 8/ حدود الدراسة:

\***الحدود البشرية:** وأجريت الدراسة على حالتين من النساء الحوامل مصابات بارتفاع ضغط الدم في مصلحة الحمل عالي الخطورة بالمؤسسة العمومية. شخصت الحالتين على أن حملهن عالي الخطورة من طرف الطبيب.

\***الحدود المكانية:** أجريت الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل المجاهد بوخريص  
عمر بورقلة بالضبط في مصلحة عالي الخطورة.  
\***الحدود الزمنية:** طبقت الدراسة في مدة زمنية امتدت من 2021/04/08 إلى 2021/05/27 .



# الفصل الثاني

## التوظيف السيكوسوماتي

تمهيد

- 1/ تعريف الأمراض السيكوسوماتية
- 2/ علم النفس الجسدي التكاملي.
- 3/ فرضية علم النفس الجسدي التكاملي .
- 4/ بناء الوحدة السيكوسوماتية وضرورة الجسدنة.
- 5/ منطلقات السيكوسوماتية الإدماجية.
- 6/ تطور النشاط الجنسي الأنثوي والمنهج التكاملي .
- 7/ المدارس السيكوسوماتية.

الخلاصة

**تمهيد:**

يعود أصل كلمة السيكوسوماتية لجذور يونانية، مكونة من لفظين: السيكو PSYCHE (النفس) و SOMA (الجسد) وهو يعود لفرضية وجود علاقة بين الروح والجسد وقد استخدم أول مرة على يد الطبيب (HEINROTH) سنة 1918، لكن الاستخدام الدقيق له كان على يد (F.DEUTSCH) سنة 1922 (النابلسي، 1992، ص 17).

**1/ تعريف الأمراض السيكوسوماتية :**

لقد تعددت التعاريف واختلفت نذكر منها: "الاضطرابات السيكوسوماتية هي الاضطرابات التي تصيب أحد أجهزة الجسم نتيجة لضغوط نفسية متراكمة تترك تلفا و آثارا فسيولوجية كخلل في أعضاء الجسم ويمكن للطبيب كشفه باستخدام وسائله التشخيصية، والعلاج النفسي عنصر هام في شفاءها و أجهزة الجسم التي تظهر فيها هذه الاضطرابات هي التي تخضع للجهاز العصبي المستقل، كالجهاز الهضمي و جهاز الأوعية الدموية و القلب و الجهاز التنفسي و جهاز الجلد و الجهاز الهيكلي و الجهاز الليمفاوي و الدم والجهاز البولي و التناسلي وجهاز الغدد الصماء و أعضاء الإحساس الخاصة " ( ميلادي، 2004، ص 44).

هي "مقاربة نظرية للممارسة الطبية أين يكون التنظيم النفسي عامل مرافق أو مشترك . انطلق هدفها من الرغبة في الوصول إلى العلاج المناسب وإيصال المريض إلى التوازن بين حالته الجسدية و النفسية أو ما يسميه مارتي بالتنظيم النفس-جسدي " (النابلسي، 1992، ص 20). يعرفها العالمان فابيان ل. روك و د. كوستيلو : " إنها مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه و تكون من الحدة و الإصرار بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيف حدتها " (عطوف، 1986، ص 137).

و على الصعيد أكثر علمانية، " فان الطب النفس-جسدي هو مجموعة متكاملة من المعارف وهو اتجاه بحث ووسائل علاجية جديدة. ولكن ميدانه الراهن يبقى أكثر محدودية. إذ يكتفي حاليا بدراسة دور الانفعالات و العوامل النفسية والاجتماعية المساهمة في إحداث الأمراض. لذا، فإنه يتتبع شخصية المريض و احتمالات علاجه بالطرق النفسية، وفي وقتنا الحاضر يتفق الأطباء على وجود بعض الأمراض النفس-جسدية كمثل: قرحة المعدة، الأمعاء و الأمراض القولون و الربو وارتفاع الضغط الشرياني، الخ. بمعنى آخر فان هناك مرضى نفسيين من يعانون أمراضا ذات صلة واضحة بصراعاتهم النفسية-الداخلية " (النابلسي، 2001، ص 67).

عرفها Malkenson Mitteman : "هو اضطراب وظيفي في أعضاء البدن، وتحدث هذه الاضطرابات وقت الشدة النفسية، ويمكن أن يظهر الاضطراب السيكوسوماتي لأول مرة كنتيجة لسبب عضوي ثم يعود مرة أخرى من خلال اضطراب انفعالي وقد يكون ذلك بسبب وجود استعداد عضوي لدى الفرد (Zhang ET AL 1992).

عرف دافيزون و نيل " إن الأمراض السيكوسوماتية توصف باعتبارها أعراض جسمية تنشأ عن عوامل انفعالية و تتضمن جهازا عضويا واحدا من الأجهزة التي تكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي " ( عبد المعطي، 2003، ص31).

نستخلص من التعاريف السابقة أنها تعتمد على وجهة نظر تفصل بين النفس والجسد لذلك فهي تشترك في نظرتها أن:

- معظم الأمراض العضوية راجعة إلى عوامل نفسية.
- المرض السيكوسوماتي يتضمن تلف في الجسم.
- لا تؤدي العلاجات الطبية للشفاء التام.

وعليه فهي تميل إلى تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية كالتالي:

"هي مجموعة من الاضطرابات تظهر فيها أعراض جسمية حقيقية على المصابين، في عضو أو أكثر، والتي يبقى البعد النفسي مهما فيها، بل هي الاضطرابات التي تحدث نتيجة اختلال شديد أو مزمن في كيمياء الجسم لضغوط نفسية حادة أو مستمرة وبالتالي هي مرض جسمي لا يمكن نفي الجذور النفسية له، توضيح هذه النقطة لا يحل مشكلة تأثير الجانب على الآخر، ففي حين يفكر البيولوجيون في تأثير الجسم على النفس، يفكر النفسانيون، من جهتهم، في تأثير النفس على الجسم. سنرى أن الأمر أعقد بكثير وإن الطرح المتكامل للنفس و الجسد هو الذي سيتجاوز هذا الإشكال.

## 2/ علم النفس الجسدي التكاملية:

"أحرز علم الأعصاب تقدما كبيرا في شرح التوظيف العقلي متحديا مفاهيم فرويد عن اللاوعي المكبوت، إن فهم النماذج المقترحة ومراجعة نموذج الميتاسيكولوجي، مهما، حتى وإن كان ذلك دون تعديله كليا. إن أهمية منهج نظرية الأنظمة الخمسة للبروفيسور ستورا أساسي، هو منهج علمي جديد لعلم النفس الجسدي يشير لتخصصات جديدة كعلم المناعة النفسي العصبي، وعلم الغدد الصماء النفسي العصبي، و التحليل النفسي العصبي.. الخ، هذا النهج الجديد يشكل انفصالا عن المناهج النفسجسدية

الكلاسيكية، سواء ذات المنحى السيكوسوماتي التحليلي أو ذات المنحى السيكوسوماتي الطبي، حيث في كلا التوجهين، نجد أن جانبا يؤثر على الآخر، بينما يؤكد ستورا على أن الإنسان كل متكامل ولا يمكن الفصل بين الجانب النفسي والعضوي وبالتالي فالجانبيين يلعبان دور في ظهور الاضطرابات، و لم تعد هناك هيمنة العوامل النفسية في نشأة الاضطرابات ولا غلبة أداء الأجهزة التي تعزز الأصل العضوي لهذه الاضطرابات.

هذا النهج الجديد يدمج ما يتعلق بالنظام النفسي، و نموذج التوظيف النفسي لعلم الميتاسيكولوجيا الفرويدية مع الأنظمة الأخرى، الاكتشافات الحديثة المتعلقة بالأداء البيولوجي والنهج الحديث لعلم الأعصاب. السيكوسوماتية الإدماجية التكاملية هي مقاربة عالمية للإنسان، وهذه الأمراض هي وحدة نفسية جسدية. لفهمها، لابد من تحديد موقعها من حيث تأثير بيئتها الثقافية و الاجتماعية و الاقتصادية، هذا الانضباط، يرجع للمناهج العلمية ل (Ludwig vonbertalanffy) الذي حاول تحديث المبادئ التوضيحية للنظام التي يمكننا من خلالها نمذجة الواقع، فهناك أنظمة في كل مكان، وفيما يتعلق بالسيكوسوماتية، هذا النظام المعقد وفقا لستورا يشمل: الجهاز النفسي، الجهاز العصبي المركزي، الجهاز العصبي اللاإرادي والجهاز المناعي والجينات". من خلال الجمع بين الطب و التحليل النفسي وعلوم الأعصاب، تحاول السيكوسوماتية التكاملية دراسة العلاقات الديناميكية بين جميع هذه الأنظمة من حالات التوازن أو عدم التوازن.

الإنسان هو نظام مفتوح مشتت للطاقة، بدءا من النظام المفتوح للديناميكية الحرارية الذي يعتبر أن أنظمة معينة تتبادل مع الخارج، بالإضافة إلى الطاقة نجد كذلك الكتلة: توازن الطاقة، في هذه الحالة، يجب توسيعها لتشمل المادة الصادرة والواردة، في هذا المنظور، يختلف المنهج التكاملية عن النظام المغلق الذي اعتمده فرويد.

في الواقع، لإعطاء أساس علمي لمفهومه ما وراء علم النفس فيما يخص "وجهة نظر فرويد الإقتصادية" في مشروع "علم النفس العلمي"، اظهر فرويد التعارض بين تدفق الطاقة النوروفيزيولوجي، أي الطاقة الحرة والطاقة المقيدة، تميل الطاقة للتدفق بحرية في العملية الأولية للجهاز العصبي ( مبدأ القصور الذاتي العصبي) ، من ناحية العملية الثانوية، تميل الطاقة للارتباط معا من اجل التراكم والوصول للتوازن الاقتصادي، لكي يكون هناك استثمار لقدر معين من الدفع، يجب أن تكون هناك زيادة في كمية الطاقة لتحقيق التفريخ، وبالتالي السماح بمرور كمية معينة من الطاقة الكامنة: الانتقال عبر المشبك وهكذا يقوم بنجامين ستورا بتحديث النهج الفرويدي، حيث يتبنى المقترحات العلمية المعاصرة التي

تشير إلى أن البشر "أنظمة طاقة مفتوحة مشتتة" عكس فرويد الذي تبنى النظرية الثانية للديناميكية الحرارية" ( Ikardouchene Bali, 2015, P.31) .

### 3/ فرضيات علم النفس الجسدي الإدماجي التكاملية:

لقد طرحت فرضية علم النفس الجسدي التكاملية الذي يتمثل في ربط عدة مستويات من الكائنات الحية والأعضاء والوظائف الجسدية بوظيفة الجهاز النفسي . بعبارة أخرى، أقتراح فحص الوحدة النفسية الجسدية التي تربط بين المستويات الرئيسية للكائنات الحية، ومن حيث التخصصات لاقتراح نموذج metamodel يربط بين ما أسمه ألفا التحليل النفسي (لل توظيف النفسي)، والطب وعلوم الأعصاب، وبعبارة أخرى نموذج للأنظمة الخمسة: الجهاز النفسي، والجهاز العصبي المركزي، والجهاز اللاإرادي (الودي واللاودي)، والجهاز المناعي والجينوم أو الجهاز الجيني .

اقتراح أيضاً اعتبار أن الوحدة النفسية الجسدية هي نتيجة تكامل عمليتين حيويتين: عملية الإدماج العصبي وعملية النضج النفسي الجنسي ، فإنه لا يمكن عزلهم عن بعضهم البعض لأن اندماجهم خلال العشرين عامًا الأولى من الحياة ينتج عنه إنشاء تنظيمات جسدية نفسية (organisation somatopsychiques) أو نفسية جسدية تسمح لنا بفهم أنه لا يمكننا عزل النفس عن الجسد.

الأمر بالكل: تفكر بواسطة جسمنا. إذا قمنا بتحليل النقطة الثانية بعناية في حجة سيغmond فرويد، فإننا ندرك أن التقدم في علم الأعصاب في نهاية القرن العشرين قد ساهم بشكل كبير في سد "الفجوة الغامضة" بين الجهاز العصبي المركزي والأنشطة النفسية الإنسانية؛ لم نعد في المجهول. أحد أكثر الباحثين تقدماً في مجال علم الأعصاب، البروفيسور أنطونيو داماسيو « Antonio Damasio»، يحدد، في العديد من الأعمال، وظائف الجهاز العصبي المركزي التي تسمح لنا بذكر الفرضية النفسية الجسدية: تتميز في تصنيف تجاربنا الحية، بمعنى آخر حفظ وتذكر أحداث حياتنا التي نعيشها بشكل ذاتي. يتحدث داماسيو عن "تصورات محتملة" تحتوي على مجمل المعلومات الفطرية - التي وهبنا بها عند الولادة - واكتسبناها - التي تراكمت خلال الحياة. توجد التصورات الفطرية في منطقة ما تحت المهاد وجذع الدماغ والجهاز الحوفي. إنها أوامر تتعلق بالتنظيم البيولوجي الضروري للبقاء - التمثيل الغذائي، النزوات، الغرائز.

هذه التصورات الفطرية لا تؤدي إلى ظهور صور في العقل. لكن من ناحية أخرى، تحتوي

التصورات الكامنة التي تم اكتسابها على بيانات تتعلق بإرصان صور ( l'élaboration des images) التذكير التي نستخدمها في سياق المهارات الحركية، والتفكير، وتخطيط العمل، والإبداع ؛ علاوة على ذلك، يتم الحصول على معلومات جديدة من خلال التعديل المستمر لهذه التصورات الكامنة. "تحتفظ التصورات الكامنة في شبكة الاتصالات المشبكية لا بالتصورات بمعنى الكلمة، ولكن بوسائل إعادة تكوين الصور".

هكذا، يخبرنا دمازيو قائلاً بنوع من المزاح: " لا يحتوي التصور الكامن لوجه العمدة مارغو على صورة الوجه، ولكن وصف الأنشطة العصبية التي يمكن أن تولد إعادة البناء المؤقتة والتقريبية لوجه العمدة مارغو داخل القشرة البصرية الأساسية (Stora,20.. P16-17).

الفترات الحرجة من الإدماج العصبي، سوف تسبق أو تتزامن أو تتبع مراحل النضج النفسي الجنسي. حالياً ليس لدينا معرفة خاصة تتعلق بالفرضيات التي تقدم بها ستورا، فقد حاول انطلاقا من دراسات طب الأطفال، التحليل النفسي، الغدد الصماء والعصبية، أن يقترح مراحل ممكنة من تطوير التنظيمات التي أعطى لها اسم "تنظيمات نفس جسدية".

#### • مراحل بناء البنية النفسية للشخصية: هناك أربع معايير أساسية:

أ. من حالة عدم التمايز إلى حالة التمايز، استدخال الموضوع.

ب. من عدم القدرة على تمييز الداخل من الخارج، و القدرة على تمييزها.

ت. فصل الذات عن الآخر،(النفس هي أول نواة في المستقبل).

ث. القدرة على تقدير المسافة مع الموضوع.

#### 4/ بناء الوحدة السيكوسوماتية وصيرورة الجسدنة:

طوال عملية بناء الوحدة النفسية الجسدية، في الست سنوات الأولى من الحياة إلى غاية تأسيس العصاب الطفلي، فإن أبعاد النمو (من الحمل إلى الولادة ثم الخمس سنوات الأولى) (ستضعف الأنظمة الجسدية في علاقاتها المتبادلة بين السلوكات، العواطف، و التصورات العقلية. سيتم تشفير (Encoder) جميع نقاط الضعف في التنظيم العصبي البيولوجي المركزي، مما يشكل قواعد الجسدنة المحتملة للأفراد الذين نحن منهم (Ikardouchene Bali, 2015).

## 5/ منطلقات السيكوسوماتية الإدماجية:

- الإنسان وحدة سيكوسوماتية.
- ليس هناك أمراض سيكوسوماتية.
- يشارك الجهاز النفسي بشكل كبير أم لا، في جميع الأمراض الجسدية، ليس هناك مولد نفسي للأمراض.
- يجب أن يقوم الفحص النفسي الجسدي بإنشاء تشخيص ينحدر من خلاله، علاج تقترحه كمكمل للعلاجات الطبية.
- الرضيع هو مستقبل الإنسان.
- من خلال التساؤل عن الضغوط التي تتعرض لها الأم أثناء الحمل، وعن محيطها النفسي الوجداني، وعن مسار السنوات الأولى من الحياة، يمكن للمختص السيكوسوماتي، أن ينشئ فرضيات تتعلق باختلال التوازن الحيوي في الأنظمة الخمسة التي يمكن أن تقسر الجسدنة عند الإنسان: جهاز نفسي، جهاز عصبي مركزي، جهاز ودي، جهاز مناعي، جهاز وراثي.
- من خلال المعاناة العضوية التي تبدوا حصرا عضوية، يمكن الكلام عما هو ابعد من مشكلة المرض، فلا ينبغي لنا الاستمرار في تطبيق نفس المعاملة على جميع المرضى الذين أصيبوا بنفس المرض، من الناحية البيولوجية، دون الاهتمام بخصائص اقتصادهم النفسي و الجوانب العامة.
- ليس هناك دور وحيد للجهاز النفسي، هناك أهمية تقوية الآليات الدفاعية لتمكين المريض من الرجوع للتوازن النفسي الجسدي.
- على عكس النظرية التحليلية النفسية يوصي ستورا "بأهمية مراقبة المحيط من أجل الوقاية من فقدان التوازن (Stora, 2018, P.137).

## 6/ تطور النشاط الجنسي الأنثوي والمنهج التكاملي:

- أعاد البروفيسور ستورا كتابة ميتابسيكولوجيا النشاط الجنسي الأنثوي، مع مراعاة تطور المعرفة الطبية حول التطور الجنسي للفتيات. حسب البروفيسور ستورا، من المهم، أن يراقب النشاط الجنسي للإناث دون ربطه بالنشاط الجنسي للذكور. والذي كان لفترة طويلة جدا، ما يقارب 70 عاما، النموذج الأساسي الذي اعتبر المحللون النفسانيون منه عملية النضج النفسي الجنسي للمرأة، يجب علينا التحرك بحزم بعيدا عن النموذج الاوديبي الذكوري للاقترب من الاوديبي الأنثوي .

بالنسبة للبروفيسور ستورا يجب الحذر مع المصطلحات النشطة السلبية المذكر و المؤنث، فهل هذا المذكر متعلق بالرجل والمؤنث بالأنثى؟ هنا اكبر المشكل لالتباس المفاهيم .

لذلك علينا أن نكون حذرين جدا في هذا المجال، ما هو صحيح أن العناصر الأساسية للمشكلة الاوديبيية لم يتم تناولها بنفس الطريقة عند الذكور كما عند الإناث.

هناك نوعان من الشخصيات، الأولى هي الأم القضيبيية وهي أم المراحل الأولى من الحياة ثم الأم التناسلية. إذا كانت البنت مرتبطة بأم قضيبيية، فإنه ستعيش والدتها بطريقة مهددة تخاطر بتشويشها أو تنظيمها، لذلك ستكون المواجهة صعبة. من الأسهل أن يكون للمرأة أم تناسلية أمامها، لأنها يمكن أن تكون في منافسة معها، الأم القضيبيية هو أمر صعب إن لم يكن مستحيلا، و الشخصيتي الأنثويتين أساسيتين لفهم الأشياء، وهذا ما لم يثير إليه فرويد، وهكذا يتم تجنب اندفاع السلبية التي تقدم التحول نحو الأنوثة، مع الأم القضيبيية يكون الانفصال عن هذه الأم أمر صعب، من الصعب فصل نفسك عن الأم من أجل التوجه نحو الأب .

هكذا، يتم تجنب اندفاع السلبية التي تعطي التحول نحو الأنوثة. يمكن أن تنتشر، مثل هذه الحالة، بسبب خيبات الأمل الحتمية التي يسببها الأب والتي تدفع إلى التراجع نحو الذكورة الأولى، اختيار الموضوع عندئذ سيكون هو اختيار الشذوذ الجنسي الأنثوي، لذا فإن التجربة النفسية للمرأة التي أغفلها فرويد، حتى عند الإشارة إلى بيولوجيا المرأة، هي أنه لم يأخذ بعين الاعتبار التجربة النفسية للمرأة في جسدها طوال تطورها البيولوجي: تعديلات شهرية بسبب الحيض، تجربة النساء اللاتي يحملن أطفالا، لم يتم ذكر مشاكل انقطاع الطمث بتاتا، إنها مؤشرات مهمة جدا تجربة أنثوية مختلفة تماما عن تجربة الرجل وبالتالي فالتطور النفسي مختلف تماما . لم يتحدث فرويد إطلاقا، عن فترة المرأة و ما إلى ذلك. بالنسبة لفرويد، فإن مرحلة ما قبل الولادة متطابقة عند الفتيات و الأولاد، البروفيسور ستورا يطرح السؤال، هل هذا واقعي حقا؟ لماذا لم يأخذ فرويد في الاعتبار علاقة الفتاة الصغيرة بالفتاة و المرأة البالغة بدوافعها العدوانية على سبيل المثال دوافعها السادية الشرجية، هل هذه الدوافع متشابهة و متكاملة في الجهاز التناسلي ؟

إنها مسألة معرفة للبروفيسور ستورا كيف تستحوذ الفتاة على جسدها و أعضاءها التناسلية؟ إنها مسألة تكوين صورة نفسية وأيضا صورة نورولوجية عصبية من المهم معرفة هذا حسب البروفيسور ستورا الأفضل معرفة وفهم مشاكل النساء اللواتي تقصدننا في العيادة حيث قد نواجه النساء اللاتي تعانين من



مشاكل انقطاع الطمث ، الانتباز البطني الرحمي ، وعدد من المشاكل التي لها علاقة بالمجال المهلي التنظيم الحيوي الهيبيوتلامي تحت المهاد مع محور الغدد التناسلية وبالتالي محور الهرمونات الجنسية هذا كله يجب أن يأخذ بالاعتبار. معرفة فرويد وأطباء جيله فيما يتعلق بالجهاز التناسلي الأنثوي حقا هي لم تكن كافية، فصل فرويد بين البظر و المهبل بينما أشار الأطباء اليوم إلى المفهوم الإدماجي المتكامل للجنس .تغيير المناطق المثيرة للشهوة الجنسية من البظر للمهبل ليس له أساس علمي جيد.

التحليل النفسي لم يأخذ بيولوجيا المرأة والاستثمار النفسي للمناطق المثيرة للشهوة الجنسية أثناء التطور النفسي الجنسي في الاعتبار. لأنها عملية نضج نفسي جنسي تستثمر الأعضاء الأنثوية، ولأنها يمكن أن تشعر بعضهن بالذنب من خلال التعليم من قبل أمهاتهن، فعندما كان لديهن أول دورة شهرية لم تكن والداتهن تقلقن حيال ذلك، فلا تسمح للفتاة في ظل هذه الظروف بمراقبة جسدها و إدراكه واستثماره نفسيا، فقد لا تكون هناك صورة نفسية للجسد . لهذه الأسباب بالذات نلتقي في العيادة النفسية بالنساء اللواتي تعاني من عيوب خطيرة في الجسم، فمن الضروري العمل على صورة الجسم، كما فهمنا هناك فترات حرجة في تطور النشاط الجنسي الأنثوي عندما يتم استثمار الإحساس بالجسم في الترميز الدماغي، أحيانا تنحصر الهوية في الهوية النرجسية للجانب الخارجي في الداخل، المحظورات التي تمنع لمس الجسد يمكن أن تدفع المرء لعدم استثمار جسده أبدا، وبالتالي للدفاع عن نفسه ضد الدافع الجنسي، الشخص الذي استثمار جسده بشكل سيء، يمكن أن يغرق في علم الأمراض، عندما يكون التعليم صارما و هناك نوع من القمع للجنس لا يسمح للمرء أن يعيش دافعه الجنسي عندما يتجلى، ويستثمر جسده في أن يصبح شخصا جنسيا لا يمكنه أن يكون لديه هذا المظهر .

باتباع هذا المنظور التكاملي، من الواضح أن المرأة يمكن أن تتجنب أطفالا دون تطوير الهوية الأنثوية بشكل كاف. هذا يعني أن الناس يتكاثرون بشكل جيد لأنهم من الناحية البيولوجية ، هم ثدييات، لذا فهي تعمل بطريقة طبيعية عندما تتوفر الشروط . لكن لتصبح امرأة متطورة تماما، فهذا طريق يجب عبوره و تطويره، نحن بعيدون عن نهج التحليل النفسي المبسط حيث لم نأخذ في الاعتبار بيولوجيا المرأة و الاستثمار النفسي للمناطق المثيرة للشهوة الجنسية أثناء التطور النفسي الجنسي.

هناك مشكلة في الوصول إلى المتعة، لأنها متعلقة بمشكلة العلاقة بالجسد التي ستنشأ لأنه في نهاية المطاف من الناحية النفسية، هناك مناطق في الجسم لم يتم دمجها ولم يتم اختبارها خلال تطور النضج، لذلك تبقى مادية فقط، عصبية وليست نفسية ( لا يوجد بعد نفسي)، في هذه الحالة فان وظيفة المعالج تتمثل في بناء كل شيء، وتولي العملية و دمجها (Stora, 2021) .

إن وضوح المرضى يجعل القيام بعمل نفساني حقيقي معهم ممكناً، ما يسمح بالوصول إلى المشكلة بشرط عدم إخفاء المشكلة.

في السيكوسوماتيك تنشأ مشكلة تكوين الصورة النفسية، لأن هناك صورتين هناك الصورة التي شكلها الدماغ مع جميع المناطق، لكن الدماغ يحتاج إلى صورة الجسم لإدارته، وفي عملية النضج هناك أيضاً صورة نفسية عبر مراحل التطور المختلفة و كل هذا يتوقف على كيفية مرورنا بهذه المراحل. بالنسبة للنساء، المراحل حقا جد معقدة، لان الجسم يتغير (هناك الدورة ظهور الدورة الشهرية التي تكون أو لا تكون صادمة)، حسب كيف تعيش الأسرة، كيف تعيشها الفتاة الصغيرة وما قبل المراهقة، المراهقة في هذا العمر (من هنا الأهمية لبعض الاحتفالات، كما في إفريقيا حيث تحتفل النساء البالغات بالمرأة الشابة، التي قد حصلت على دورتها لأول مرة، في هيئة مجتمع النساء البالغات، لتصبح امرأة ناضجة أهميتها لأنها انتقلت من فتاة شابة لامرأة فتفهم انه من الجيد جدا أن تصبح امرأة فيمكنها تقبل أنوثتها، فانه من المهم ألا تعيش كل هذا بمفردها).

يشير البروفيسور ستورا إلى أن هناك العديد من بناءات التحليل النفسي التي يجب مراجعتها، نحن نفصل أنفسنا عن الموضوع الأول لأنه سيء فهناك ما يكفي من الإحباط، وبالتالي فان الفتاة ليست سعيدة مع والدتها وهي تبحث عن موضوع آخر قادر على إرضاءها النرجسي و الموضوعي حيث يكون الأب عندها خاضعا لهذه العملية من المثالية، يمكننا القول إذن أن عملية المثالية نأخذ أصلها من البحث عن الموضوع الجيد، هذا تفسير، تفصل البنات نفسها عن الأم الموضوع السيئ للبحث عن موضوع جيد يقدرها نرجسيا بينما لا تتكلم عن كل هذه الإشكاليات. حدد ستورا أن علاقة البنات بوالدتها مهمة للغاية، التجارب الجيدة و الإحباطات الطبيعية، إذن الحياة النفسية الجنسية الأنثوية، يمكن أن تزدهر في ظروف أكثر إرضاء. وبالعكس إذا كانت التجارب الأولى سيئة وكان الموضوع الثاني الذي هو الأب لا يقدم أي سمة تفضل إسقاط الجانب الجيد من الموضوع، فانه يفتح مجالا تجاه اخطر الاضطرابات الشخصية، و الانحراف، والذهان، وأيضا الجسدية.

ترتبط جميع فرضيات التوازن بالجهاز النفسي الذي تم تشكيله جيدا، إذا لم يتم تكوين الجهاز النفسي بشكل كاف، لأن المرحلة الأخيرة من التطور ليست في مكانها، و/أو لأنه لا يمكنها مواجهتها، فإنه، في هذه الحالة، تكون الفتاة الصغيرة ضعيفة في نموها. بالطبع، يمكنها أن تبني حياتها، أن تتزوج لكن هشاشة جهازها النفسي تنقل في مواجهة عدم القدرة على استيعاب الإثارة، ويتولى جسدها السيطرة، ويمتنع الإثارة و يتعامل معها ويصرفها في مستواه (أي في مستوى الجسم).

إذا لم يتم استثمار المجال التناسلي، يشق الطريق نحو الجسدنة على مستوى الجهاز التناسلي الأنثوي، أي أن الإثارة تعبر بسهولة الجهاز النفسي و الدفاعات العقلية. سيتم التفريغ على طول محور تحت مهاد الغدد التناسلية الوطائية و تطبع السمات الطبيعية والطرق نحو الأعضاء التناسلية (على مستوى الأعضاء التناسلية الأنثوية) أو تصل إلى الصدر أي الثديين بعدما تكون الصورة النفسية بعدا للهوية النفسية لم يتم تشكيلها بشكل كاف، فهناك نقاط ضعف حقيقية وبالتالي تكوين اضطرابات خطيرة، لكن ليس في جميع الحالات.

وهكذا نعود إلى مفهوم السلبية والنشاط، البروفيسور ستورا، يصر على أن النشاط لا يتطابق مع الذكورة تماما كما أن السلبية لم يمت مطابقة للأنوثة، فمن المهم كما فعل فرويد في نهاية حياته المهنية، تجنب أي غموض. في كل امرأة و في كل رجل، توجد دوافع بأبعاد نشطة و سلبية، ومن المهم الاستثمار على كلا الجانبين. "في الواقع في الكثير من الأحيان لا يتم استثمار الجانب السلبي بسبب الدفاع إذ من الصعب في هذه الحالة، استثمار الجانب السلبي للغريزة" (Ikardouchene Bali, 2015, P.32).

## 7/ المدارس السيكوسوماتية:

بعد ظهور التنويم المغناطيسي وقدرته على شفاء العديد من الأمراض، عدت اتجاهات تربط العلاقة بين القدرات النفسية الكامنة و إمكانية استخدامها في شفاء المريض منها:

### 1/7 المدرسة الفيزيولوجية :

كان لظهور الآلات و الوسائل الموضوعية بالغ الأثر في توجيه الأبحاث النفسية حتى نشوء هذه المدرسة المسماة أيضا بالمدرسة النفسية الفيزيولوجية.

رائد هذه المدرسة العالم الروسي بافلوف فعن طريق دراسته للارتكاسات (ردود الفعل الجسدية أمام المثيرات الخارجية) يرى أن الاضطراب النفسدي لا علاقة له لا بالانفصال ولا بالنفس و لا باللاوعي. بل انه على علاقة بالمثيرات الخارجية العصبية القائمة بين اللحاء وبين الأحشاء. وعليه فان على العلاج النفسي أن يكون عقلانيا بحيث يحدد الارتكاسات المريضة ويعمل على إزالتها. ومن هنا الاعتماد على العلاج بالعمل وعلى دورات النوم (وهما يساهمان في محو الارتكاسات) (النايلسي، 2001، ص69). استطاع بافلوف أن يرسي مبادئ النظرية "للحائية-الحشوية" التي ما لبثت و أن تحولت إلى مدرسة طبية فارضة تفكيراً طبيياً خاصاً و مميّزا نستطيع تسميته بالسيكوسوماتيك.

أما عن المبادئ النظرية لهذه المدرسة فيمكننا تلخيصها بأنها تعطي للاوعي معنا حيويًا بيولوجيًا بحتًا، عن طريق التزامها بالتفسير الفيزيولوجي للظواهر النفسية ورفضها للتفسيرات المتعلقة بفردية الشخص وأحاسيسه الخاصة. ومن المهم الإشارة إلى أن هذه النظرية تقول بأن ردود الفعل الجسدية المتأتية من الداخل، تتكون بصورة أبطأ من تكون الارتكاسات المتأتية من الخارج. إلا أن الأولى هي الأكثر استقرارًا وإن كانت أكثر عرضة للتغير الذي تساهم في إحداثه مجموعة أعضاء الجسد. (البروفيسور بيار مارتى والبروفيسور ستورا، 1992 ص 19-20).

## 2/7 المدرسة التحليلية:

### 1/2/7 إسهامات فرويد:

لم يكتب فرويد عن مصطلح النفس جسدية لكن مخاوفه بشأن علاقة النفس والجسد حاضرة باستمرار في كتاباته، ما دفعه لكتابة (الأنا هي أولاً وقبل كل شيء أنا جسدية)، يبدو أن فرويد اختار عدم تطوير فكرة "الذات الجسدية" بالتفصيل. يقول فرويد في رسالة يرد فيها على تعليق فيرنزي حول الأنا والهو: "أود أن افرض سؤالك الثاني حول كيفية تفسير العبارة القائلة بأن الذات الواعية هي في الأساس ذات جسدية، إن الأهمية الجينية واضحة بالتأكيد ولا أريد التطرق إلى ما يمكن تحديده أكثر من ذلك" (Catalina, 2012, P171).

فقد ظل فرويد بعيد عن السيكوسوماتية بسبب إصراره الواعي والمقصود عن كل ما يتجاوز الجهاز النفسي لترسيخ مبادئ نظريته لكن أبحاث فرويد ما لبثت ما اتصلت مجددًا بالسيكوسوماتية عندما فرق بين عصاب القلق وبين النوريساتانية (البروفيسور بيار مارتى والبروفيسور ستورا، 1992، ص 29 - 30).

كما أشار فرويد في العديد من المناسبات إلى بعض العلاقات التناقضية التي شكلت لغزًا له بين الحالات المرضية للجسد وبين الحالات النفس مرضية، وبين العصاب الصدمي والإصابات الجسدية. كما لاحظ غياب الحالات العصابية عند استقرار الأمراض الجسدية. وأقر فرويد بأن "كل عرض هو عبارة عن صراع لا شعوري، وتعبير خارجي لعودة المكبوت" وفي رسالة وجهها فرويد لزملائه في (5/1917) دعى فيها الرواد من بعده قائلاً "بين النفس والجسد، حقل جديد يتيح مجالًا لنشاط التابعين والمستخلفين من ورائي عليهم استكشافه و البحث عن قوانين، التوظيف التي تحكمه" (Stora, 1999, P.61).

يؤكد "فارنر ألكسندر، على أن الاضطراب السيكوسوماتي ناتج عن صراع سيكودينامي للحالات الانفعالية المصاحبة للسيرورات النفسية، وقد افترض أن لبعض الصراعات خاصية التأثير في أعضاء

معينة، فالانفعالات اللاشعورية تم كبتها وبعد ذلك يتم تفريغها عن طريق عضو معين يتفق وطبيعة هذه الانفعالات المكبوتة، فأحباط الرغبات الاعتمادية لدى الفرد و مشاعر التبعية والحاجة للحماية تتعكس على صعيد الجهاز الهضمي وترتبط الإصابة بقرحة المعدة، وكبت الرغبات والدفاعات العدوانية يستشير حالة انفعالية مزمنة مسئولة عن ارتفاع ضغط الدم....الخ (بني يونس، 2008، ص282).

سلط ألكسندر الضوء حول العلاقة الحميمة بين المشاعر الحادة و تأثيرها على الجسد :هناك متلازمة محددة من التغيرات الجسدية تتوافق مع كل حالة عاطفية (Bronstein, 2012, P.174).

بالنسبة لألكسندر الأمراض النفسية الجسدية هي استجابة فسيولوجية للإجهاد العاطفي المفرط، يميل ألكسندر إلى إثبات أن الغضب و الذنب و العدوان هي تعبيرات غالبا ما يتم قمعها وتنتج توترا يؤدي إلى عدم تنظيم الأعضاء الحشوية،يشير ألكسندر إلى أن كل عاطفة يشعر بها الشخص لها ارتباط على المستوى الفسيولوجي : احمرار، دموع، حزن، ضحك،...الخ، يتم هذا الارتباط من خلال الجهاز العصبي الخضري ( السمبثوي والباراسمبثوي). ترتبط العديد من الأعضاء بالجهاز العصبي الخضري، وبالتالي فهي تساعد على الاستجابة جسديا للعاطفة والصدمة،بالإضافة إلى الجهاز العصبي الخضري، يتم تنشيط الجهاز الهرموني أيضا في حالة الإجهاد والمسئول عن التغيرات الجسدية. يمكن للعدوانية المثبطة، على سبيل المثال، تحفيز الجهاز الودي النخاعي الكضري. ثم يتم زيادة إفراز الكورتيكوستيرويدات مما يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم (Schiele, 2009, P.31) .

يشرح ألكسندر في كتابه "الطب النفسي الجسدي " الذي نشر سنة ( 1950 ) بالتفصيل فرضياته الخاصة العلاقة بين علم الأمراض ونوع الشخصية أو المشكلة (Schiele,2009, P33) .  
اهتمت دنبر، تلميذة ألكسندر، بوصف نماذج نفسية ولكل نموذج نمط معين من الأمراض السيكوسوماتية، كما يرجع الفضل لها في تحديد عدد من العلامات السلوكية المعترف بها من قبل جميع العاملين في السيكوسوماتية" (النابلسي، 1992، ص44).

في أوروبا دعا س. ناشا للوحدة النفسية-الجسدية. بتخطي الأعراض المرضية و الأسلوب الطبي التقليدي إلى نظرة شاملة للجسد الحي . فطرح نظرية طيبة-تحليلية مفادها أن الطاقة النفسية التي شرحها فرويد تجد تصريفها في واحد من طريقتين: إما عن طريق ال جسدنة، وبالتالي إحداثها للاضطرابات الجسدية-الوظيفية، أو عن طريق الجهاز النفسي - حيث تؤدي هذه الطاقة إلى تغيير السلوك والعمليات العقلية. تضغط هذه الطاقة على الموضوع كي تجد لنفسها تصريف عن طريق الفعل، كثيرا ما يؤدي هذا

الفعل لتفتيت الطاقة إلى مجموعة شحنات صغيرة، ولم يهمل ناشا إمكانيات تأثير الصراعات الطفولية و التثبيات. النظرة التي اعتبرت مدخل المدارس الحديثة إلى دراسة التطور الليبيدي للمريض النفس جسدي. كما أن ناشا من أوائل الذين طرحوا فرضية ضعف الأنا ووهنها لدى المرضى النفس جسديين بتفريقه بين الهستيريا وبين الإصابات النفس-جسدية فهو يرى أن الاضطرابات السيكوسوماتية لا تهدف للتعبير عن الانفعال ولفت أنظار المحيط، كما في الهستيريا، بل إنها تأتي كردة فعل جسدية أمام هذا الانفعال وتكرر ردة الفعل الفسيولوجية هذه مع تكرار تعرض المريض للانفعال . مما يوحي أكثر فأكثر بتأثير تثبيات الطفولة" (النابلسي، 2001، ص 87-88).

ومن هنا انطلق السيكوسوماتيون المحدثون في نظرياتهم نذكر بالخصوص بيير مارتي وسامي علي

### 2/2/7 مدرسة بيار مارتي الفرنسية لعلم النفس الجسدي:

بالتوازي مع عمل ألكسندر تم تشكيل مجموعة من الأطباء في فرنسا ركزت أبحاثهم حول الاضطرابات النفس جسدية لدى البالغين بزيادة بيير مارتي، الذي يشير إلى انه "لدى المرضى المصابين بأمراض خطيرة، يسير ضجيج عدم تنظيمهم الجسدي جنباً إلى جنباً مع صمتهم النفسي" وفي عام 1957 صاغ النظرية التي بموجبها سيشارك الفرد في بداية مرضه، وبالتالي في إنشاء عملية الشفاء الخاص بهم، لذلك فان نوعية العقلنة هي التي تحمي من الأمراض الجسدية (Schiele, 2009, P36) .

• **العقلنة:** هي القدرة على التطور النفسي للفرد، إن تقييم جودة العقلنة يعادل تقييم جودة ما قبل الوعي، ففي ما قبل الوعي يتم ربط التصورات المرتبطة بعضها البعض و الأكثر أو الأقل استعداداً للتدفق من الوعي أو يتكلم مارتي عن ما قبل الوعي " كمحور للاقتصاد النفسي الجسدي . مهتم أيضاً بجودة ما قبل وعي مرضاه، ووفقاً له يتم تقييم صفات ما قبل الوعي على أساس ثلاث محاور:

أ. **سمكها أو كثافتها:** عدد الطبقات تصورات المترابطة أو الطبقة عبر تاريخ الموضوع.

ب. **سيولتها:** جودة نوعية التصورات وتداولها عبر العصور.

ج. **دوامها:** سهولة استحضارها في جميع الأوقات من حيث الجودة و الكمية.

نستنتج أن نوعية التصورات من حيث سهولة استحضارها وسهولة الربط بين مختلف التصورات أثناء استحضارها وديمومة العملية ونوعية العقلنة و مستوياتها يستدل عليها بنوعية وكمية التصورات وبالنسبة لمارتي فان المرضى النفس جسديين يعانون من "سطحية" ما قبل الوعي ناتجة عن هذا الخلل في ما قبل الوعي (نقص التصورات).

وبسبب هذا النقص في العقلنة فان المرضى النفس الجسديين لديهم وظائف نفسية مشتركة يصفها بيير،  
مارتي (Schiele, 2009, P.36).

يعتبر مارتي أن الإنسان هو وحدة حية مدفوعة في فضاء الحياة لمدة معينة . وهو يعتبر أيضا بان لهذه الوحدة فرديتها وتميزها عن سائر الوحدات الأخرى (البشر)، فالطفل منذ ولادته بل وقبلها يولد مميذا (تبعاً لعوامل وراثته، وظروف حمله الحالة النفسية للام أثناء الحمل .... ) مجهزا بالآليات الدفاعية الجسدية (المناعية) التي تتيح له المقاومة والالتهابات العوامل الفيزيائية والكيميائية ... إلا أن توطيد هذه الآليات الدفاعية من جسدية ونفسية إنما يتم من خلال علاقة الطفل بالأم إن نظرية مارتي هي نظرية دينامية نشطة لا تنظر للمريض نظرة جامدة تقتصر على فترة ظهور المرض بل إن هذه النظرية تتابع الإنسان في مختلف مراحل تطوره، أثناء مرضه وأثناء صحته وأثناء توازنه النفسي - الجسدي وأثناء اختلال هذا التوازن (Marty, P.Stora, J.-B., 1992, PP. 53-54)

وفقاً لمارتي، فإن الغريزة تصبح دافعا عندما ترتبط بالتصورات يأخذ مارتي في الاعتبار وجود دوافع الحياة و الموت، فيضفي على الحياة وجودا مستقلا، حيث لا تعمل نزوة الموت إلا عندما يفشل نزوة الحياة؛ ثم يحدث الانحدار إلى الفوضى والتفكيك، ينشط الدافع وراء الموت بنفس طريقة نبض الحياة، وفي صراع دائم معها. الدافع بنسبة لمارتي كمفهوم أقرب للمفهوم البيولوجي للغريزة منه إلى المجال النفسي .

وصفت روز إيذج كومب عملية الجسدنة أنها ناشئة عن نقص القدرة على الترميز الذي ربطتها بعدم قدرة الأم على التواصل لفظيا مع طفلها وميلها للاستجابة بشكل أساسي بطريقة جسدية فوصفت (1984) جسدنة الطفل بأنها الطريقة الوحيدة ( بمنظور الطفل) للتواصل مع ال موضوع (Bronstein, 2012, P.175).

يعيش الإنسان في معادلة توازن بين غريزتي الحياة والموت وذلك بحيث يمر جهازه النفسي بمراحل متتالية من التوازن النفسي -الجسدي و من اختلال هذا التوازن (تنظيم و اختلال تنظيم). كما يؤكد مارتي أن وجود إحدى الغرائز يستتبع وجود نقيضتها (ثنائية العواطف) وبالتالي فان وجود غريزة الحياة يستتبع وجود غريزة الموت. كما أن هيمنة إحدى هذه الغرائز على الأخرى ما هي إلا هيمنة مؤقتة يتبعها هيمنة عكسية، وعليه فان هيمنة غريزة الحياة تستتبع التوازن والصحة في حين أن هيمنة غريزة الموت تؤدي إلى اختلال التوازن واعتلال الصحة الجسدية (مارتي، ستورا، 1992، ص55).

يرى مارتي أن المرض النفس جسدي يهاجم الجسم فيؤثر عليه، وهذا من شأنه أن يسمح باختفاء الصراع النفسي، عندئذ سيعيد العلاج التحليلي في أفضل الحالات إظهار التوظيف النفسي بتكوين عصاب صلب لدرجة كافية، لحماية الموضوع من الجسدية" (Schiele, 2009, P.38-39).  
ميز مارتي بين طريقتين للجسدية :

1. **عملية الجسدية عن طريق النكوص** الذي ينتج عنه عملية عكسية حميدة مع أزمة (نوبة ربو، الم عضلي، أزمة قرحة أو ارتفاع ضغط الدم)، غالبا ما تتكرر هذه النوبات عند نفس الموضوع بنفس الشكل، وهي تحدث عند الأشخاص الذين يكون تنظيم توظيفهم النفسي في الوضع العصبي الطبيعي و عقلنة مرضية "جيدة".

2. **عملية الجسدية عن طريق فساد التنظيم الغريزي** الذي يؤدي إلى أمراض خطيرة يمكن أن تؤدي للوفاة (سرطان، أمراض المناعة الذاتية )، تتطور هذه العملية لدى المواضيع غير العصبيين الذين تعرضوا لصدمات نفسية مما أعاد تنشيط الجروح النرجسية العميقة و المبكرة (Schiele, 2009, P.40).

حاول ج. ماك دوقال شرح سبب إنكار الموضوع للصراع النفسي بهذه الطريقة، ووفقا له فإن إنكار الوالدين لمشاعر طفلهما في الكثير من الأحيان، فإن هذا الرفض يحثه على التقليل من قيمة المشهد العقلي ويثير استجابة سيكوسوماتية" (Schiele, 2009, P.42).

يشدد سامي علي، وهو أحد كبار السيكوسوماتيين المعاصرين، على أهمية ودور عدم تناسق التطور النفسي، منذ مراحل الطفولة المبكرة "في إحداث الأمراض النفس-جسدية إذ يحول عدم التناسق هذا دون تأسيس آليات دفاعية-عقلية ملائمة، مما يؤدي بدوره إلى ضعف الأنا (...). وهو سبب تعرض هؤلاء المرضى لسرعة ال خلل وللقابلية المتنامية للإصابة بالأمراض الجسدية وهو يرى في الإسقاط وسيلة لتعويض اختلال تنظيم الجهاز النفسي وضعف الأنا ويركز على أهمية البعد الثالث (مفهوم الفضاء)، فيؤكد على أن الجسدية لدى الحالات، عن طريق الأمراض السيكوسوماتية، إنما تتم لنقص قدرة المريض على الإسقاط هذا النقص النابع من عدم استيعاب المريض لمفهوم الفضاء بشكل جيد " (الناقلي، 2001، ص88).

قدم سامي علي من خلال مقارنة ممارسات التحليل النفسي في فرنسا و مصر بعدد من المرضى في فرنسا ادعوا عدم الحلم أو عدم تذكر أحلامهم. ووفقا له، فإن غياب الحلم هو مثال نموذجي على قمع وظيفة الخيال، حيث يتم استبداله بالمعايير الاجتماعية و الثقافية ما سماه **بالجمود النفسي** الجسدي الذي



لن يتمكن المريض السيكوسوماتي من حله إلا عن طريق الجسد، بالنسبة لسامي علي الأمراض النفس-جسدية هي نتيجة اقتران مفهومين هما (باثولوجيا التكيف و الجمود). حيث يمكن للمريض الذي يعاني من باثولوجيا التكيف أن يعيش بصحة جيدة طوال حياته، ومن ناحية أخرى ستتدخل الجسدنة عندما يجد نفسه في حالة الجمود النفسي الجسدي" (Schiele, 2009, P.43) .

### • 3/2/7 نقد ستورا لمدرسة باريس 5:

اعترف ستورا أن أعمال الدكتور هانز سيللي 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 ببير مارتى 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 محللين نفسانيين 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 الهستيرى. 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 الأخلا (médicine allopathique)<sup>1</sup> 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.

### ➤ السيكوسوماتية التكاملية (التناول الإدماجي):

قدم ستورا شرحاً للجسدنة، التخصص الجديد الذي أنشأه، أي نظرية الأنظمة الخمسة: النظام

<sup>1</sup> أي الطب الحديث القائم على التشخيص والتجريب وهو يختلف عن الطب التقليدي (الطب الصيني، العلاج الطبيعي، الطب الايورفيدا إلخ).

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 مسرّئين عن أمراضهم. كانت المشكلة أكثر تعقيداً ومتعددة الأسباب في طبيعتها. "لا توجد أمراض نفسية جسدية، لكن جميع الأمراض نفسية جسدية". لاستكمال توجهي ، تركت عمدا 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, P.6).

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 بيير مارتني نفسه، والتي ظلت، حسب ستورا، مجهولة تماماً للمحللين 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.

### ✓ 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. ميّر أناجزاقور Anaxagore (428-500 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 ديكارت: 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 هيجل (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 التحليل النفسي، والذي نتج عنه ، بفضل مساهمات سيغموند فرويد ، المفهوم الأساسي للجهاز النفسي (النفس) ، والآخر فتح الطريق أمام الطب الأخلاقي. (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 بالنفسية والجسم، فسحت الطريق لظهور، لدى كل من المجالين الرئيسيين، فرضيات والعديد من النظريات التفسيرية. تابع الانقسام مصيره العلمي والأيدولوجي في الغرب (Stora, 2021, P.9).

يشير ما سبق، إلى 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، علم 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. و بالتالي فإن حالة الجوع تنشط غريزة الجوع عن طريق تزويدها بالطاقة التي تحتاجها. هذه الطاقة الغريزية تضيء هدفاً إيجابياً للعمليات النفسية للإدراك والذاكرة والفكر. يبحث الفرد عن الطعام ، ويحاول أن يتذكر أين وكيف وجده 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 ، وتختفي 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).

إذن، يحق لنا التحدث عن تحول الطاقة الجسدية إلى طاقة نفسية، وكذلك تحول الطاقة النفسية إلى طاقة جسدية. تحدث هذه التحولات باستمرار: ن فكر (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).

### 3/7 المدرسة السلوكية:

قام باندورا 1969 Bandura بتقديم تفسير يبرز فيه أن الأمراض السيكوسوماتية ترجع إلى عملية التشريط أي اشتراط التعلم و الاقتران الشرطي، كالشخص الحساس لنوع معين من النباتات قد يعمم مثيرات الحساسية عنده عن طريق الارتباط الشرطي لدرجة أن مجرد التفكير في هذا النبات قد يحدث له نوبة. كذلك فان مرضى الأمراض السيكوسوماتية قد يكشفون أنهم يحصلون على بعض المزايا أو المكافآت من جراء المرض مثل المعالجة والرعاية والاهتمام، كما يمكن إعفاؤهم من بعض الواجبات وكأن لديهم عذر شرعي لعدم بذل الجهد أو الطاقة سواء في العلم أو العمل، بمعنى أن السلوك يجد تعزيزا أو مكافأة أو تدعيما فيستمر ويتكرر. هذه الظاهرة أي الاستفادة من وراء المرض توجد أيضا في الفكر التحليلي تحت اسم الكسب الثانوي.

وقد ابتكر لاکمان (Lachman) 1972، نظرية في تفسير الأمراض السيكوسوماتية أطلق عليها نظرية "التعلم الذاتي"، فقد لاحظ أن الذين يخضعون للتنويم المغناطيسي يستطعون زيادة أو خفض النبض وزيادة أو نقصان إفرازات المعدة بل حتى يستطيعون إظهار بعض العلامات على الجلد. وقال أن ما يحدث في إعفاء التنويم يمكن أن يحدث في الحياة العادية ( العيسوي، 1997، ص262).

يفترض السلوكيون أن حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية سببه التعزيز، إما بزيادة الانتباه نحو استجابة معينة أو برفضها. فالأطفال يمكن أن يكونوا عرضة للإصابة بهذا الاضطراب إذا شاهدوا أحد أفراد العائلة يلقي تعريزا على إظهار أو شكواه من آلام بدنية.

### 4/7 المدرسة المعرفية :

ترى المدرسة المعرفية أن المرضى السيكوسوماتيين يركزون انتباههم بشكل مفرط على عمليات فسيولوجية داخلية، ويحولون الإحساسات الجسمية الطبيعية إلى أعراض من الألم و الوجد و الكرب. تدفعهم إلى مراجعات طبية غير ضرورية بهدف العلاج، و أن المصابين بالمرض ينظرون إلى الصحة الجيدة على أنها خالية من أي أعراض جسمية حتى ولو كانت طفيفة ؛ وهو معيار غير واقعي فهم

يعتمدون على مسلمة تشير إلى أن السلوك الإنساني مدفوع بمثيرات بيئية ووراثية تعمل على توجيه سلوكه بشكل ما . ولكن هذا السلوك ليس آلي ولا مباشرا، ولكنه يمر بسلسلة من العمليات المعرفية الوسيطة (الانتباه، التحلي، التخزين، الإدراك، واسترجاع المعلومة ) حتى تظهر الاستجابة سواء كانت خارجية ظاهرية، أو داخلية مضمرة يشعر بها صاحبها فقط، فيؤكدون إن العمليات المعرفية لها تأثير على الوظيفة الفسيولوجية وهذه الفكرة تفترض ضعف يتميز به كل الأشخاص من ذوي الاضطراب الواحد " (باهي سلامي، 2008، ص121).

**خلاصة:**

تناولنا في هذا الفصل، الجانب النظري الخاص بالسيكوسوماتية وقد تناولنا فيه المدارس المختلفة وبيننا ما يميز النظرية التي تبنيها في بحثنا ألا وهي النظرية الإدماجية التكاملية. لكن نشير إلى أن هذا الجانب تناول بعض النظريات الكبرى لكن طبعاً مجال السيكوسوماتية أوسع بكثير وهذا التلخيص ضرورة عملية وبالضرورة، لن تكون مستوفية لكل النظريات بتفاصيلها.

# الفصل الثالث

## تطور الحمل

تمهيد

1/ تعريف الحمل .

2/ أنواع الحمل

3/ مراحل الحمل من الناحية الطبية

4/ تطور الجنين.

5/ مراحل التطور الدينامي للحمل.

خلاصة.



**تمهيد:**

على الرغم من إن الحمل حدث طبيعي يحدث لدى كل الكائنات الحية التي تتكاثر عن طريق الولادة إلا انه يحمل الكثير من الدلالات البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تؤثر على المرأة وتعيد إحياء كل ما مرت به في حياتها الماضية، مما يساعدها على فهم السير النفسي لها في هذا الفصل سوف نتحدث عن الحمل وتطوره من الناحية الطبية والنفسية لدى المرأة .

**1/ تعريف الحمل:**

- لغة : جاء في معجم المعاني الجامع أن الحمل لغة هو ما في بطن الحبل , يقال امرأة حامل , وحاملة اذا كانت حبلى , أما في المعجم الوسيط فالحمل ما كان في طن أو على شجر ( المعجم الوسيط ).
- اصطلاحاً: هو إخصاب وتطور واحد أو أكثر في الأجنة في الفترة التي تمتد من التلقيح حتى الولادة , بعد أن يتم تلقيح البويضة بالحيوان المنوي ويتم الغرز في بطانة الرحم , ومن ثم يتكون الجنين ويمتد الحمل الطبيعي من 38 إلى 42 أسبوع وتبدأ هذه الفترة من اول يوم من آخر دورة شهرية ( نومان , 2013 , ص 13 ) .

يشير مصطلح الحمل إلي الفترة التي يتطور فيها الجنين داخل رحم الأم , وغالبا ما تبلغ مدة الحمل 40 أسبوع أو 9 أشهر , بحيث يتم احتساب مدة الحمل بدا من اليوم الأول من آخر دورة شهرية .

من خلال التعاريف السابقة للحمل يتضح لنا انه عملية تلقيح النطفة للبيضة داخل رحم المرأة , ويبدأ الحمل من اول يوم من آخر دورة شهرية , وقد تحمل المرأة بجنين أو أكثر بعد عملية التلقيح وتدوم فترة الحمل من 38 إلى 40 أسبوع أي ما يقارب 9 أشهر أو يزيد بقليل .

استخلاص معنى الحمل من الناحية النفسية:

يرى "فرويد " أن الحمل يعيد إصلاح ما حرمت منه الأنثى وهي طفلة أي القضيبي فيبدو الطفل كإصلاح وإشباع وسعادة للأم .

-وحسب باستيان.د منقولة عن ف. دولتو أن الجنسية الأنثوية لن تكون مزدهرة ولن تصل إلى إمكاناتها الكامنة إلا عندما تلد وتدفع ديونها الاوديبية .

- ونجد كذلك بكاشس والتي تعتبر أن الأنوثة نوع المرأة والأمومة ميزتها الأساسية لا يمكن أن تصبح امرأة حقيقية إلا انطلاقاً من اللحظة التي تصبح فيها امرأة .  
لكن قبل ذلك سنتطرق إلى أنواع الحمل ومراحله من الناحية الطبية :

## 2/ أنواع الحمل:

هناك أنواع من الحمل العادي و الحمل غير عادي .

### 1/2 الحمل العادي:

وهو الحمل الذي ينمو فيه الجنين فيه البويضة الملقحة داخل الرحم.

### 2/2 الحمل غير العادي:

هو الحمل الذي تنشأ فيه البويضة خارج الرحم وعادة قناة فالوب وبالتالي لا يصله الغذاء بصفة كاملة مع عدم وجود مكان للنمو فنتيجته الإجهاض أو التفجر وذلك خلال الأشهر الأولى ومن بين العوامل الطبية التي تفسر الحمل غير العادي ما يلي:

1. عيب في الأجواف يسبب ضلال البويضة في الطريق ،فبدلاً من أن تسبح في التجويف البطني للبوبق ،تسبح فيه تلتصق به و يقع الحمل غير تام
2. عيب في البويضة نفسها، وهذا الحمل يهدد حياة الحامل وله بعض الأعراض (الأم في أسفل الظهر -الأم في المنطقة القطنية من الظهر -نزيف خفيف).

أنواع الحمل غير العادي:

- **الحمل المهدد أو المنشد:** ويكون على مستوى قناة فالوب ونظراً لضيقها لا ينمو الحمل والجنين ويجهضن.
- **الحمل العقودي:** وهو على شكل عنقود عنب نتيجة اضطراب في المشيمة فتتشكل بطريقة دوائر عنقودية ويحدث النزيف ثم الإجهاض.

- **الحمل الكاذب:** له أعراض ولا وجود طبيًا له يعود إلى رغبة لا شعورية في الحمل فيتحرك الجسد يعطي أعراضًا لا حملاً حقيقياً.

- **الحمل العصبي:** وهو حمل مؤقت يظهر التناقضية الوجدانية بين الرغبة في الحمل و رفضه جسدياً عن طريق الإجهاض التلقائي (سيتم الشرح أكثر في مراحل الدينامية للحمل) (تكوك، 2014، ص 54-56).

### 3/ مراحل الحمل من الناحية الطبية:

**1/3 الإباضة الإلقاح :** الإلقاح هو نفوذ الحيوان المنوي إلى داخل البويضة الناضجة في فترة الخصوبة (من 13 - 16 في الدورة) وتتحد نواة البويضة مع نواة النطفة مشكلتين نواة واحدة وبذلك يكون قد تم الإلقاح المؤدي إلى تشكل خلية واحدة تحتوي نواتها على العدد الكامل للصبغيات، نصف يحمل صفات الأم والنصف الآخر يحمل صفات الأب.

**2/3 تعشيش البويضة :** عندما تصل البويضة الرحم، تكون على شكل خلايا متشابكة تطراً عليها تغيرات، حيث إن الخلايا الموجودة في الوسط تقوم بإفراز سائل يدفع بقية الخلايا، لتكون هذه الأخيرة غلافًا خارجيًا يحتوي على طبقة خارجية هذه الطبقة مضغة تعيش في جزء ضعيف داخلها، أما الطبقة الخارجية هي من تغذي المضغة وهي المسئولة عن عملية التعشيش (تكوك، 2014، ص 41-42).

### 4/ تطور الجنين : سنأخذ تطور الجنين وما يحدث للام خلال الأشهر التسعة

#### 1/4-الشهر الأول : يحدث الإخصاب والإباضة بعد 14 يوماً

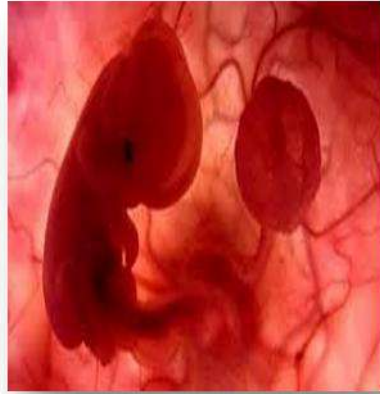


تقريباً من اليوم الأول لآخر فترة حيض وبعد مرور عشرة أيام تغرز البويضة المخصبة في جدار الرحم وتبدأ دورة الدم في المشيمة الرحمية وبين الأسبوع الثالث ونهاية الشهر يبدأ أنبوب النخاع الشوكي وأنبوب ودماء بدائي والعيون والكلية بالتشكل وبعدها تبدأ نواة العصبية بالتكون وكذلك القلب والجهاز الهضمي وأجهزة الحس وتبدأ الأيدي والأرجل بالتشكل بعد حوالي شهر من

الإخصاب يصل طول البويضة إلي حوالي 5 ملم بحجم حبة الأرز تبدأ تشعر الأم في هذه الفترة ببعض أعراض مشابهة لنزلة البرد العادية في موعد الحيض التالي مع الحرص الأم بعدم تناول دواء في هذه الفترة

#### 2/4 الشهر الثاني : يمكن رؤية الذراعين والرجلين والوجه

بوضوح, كافة الأجهزة الرئيسية موجودة. يبدأ الدماغ بالنمو السريع ليصل حجمه إلي نصف حجم الجسم لتظهر الأطراف والأصابع وتتحول العظام محل الغضاريف في نهاية هذا الشهر ويصل وزن وحجم الجنين من 3 إلى 3.5 سم ويزن من 4 إلى 9 غ ويصبح شبيها بالإنسان وقلبه ينبض والأم يبدأ عندها غثيان الصباح وتصبح الثديين لينين وثابتتين أما الحلمة والهالة المحيطة به فيصبح لونها أداكن



لا تزال إمكانية إسقاط الجنين عالية بما أن المشيمة لم تتطور بعد (تكوك، 2014، ص44).

#### 3/4 الشهر الثالث : تكون قاعدة الأظافر قد تشكلت ،

ويصبح الرأس اصغر نسبيا من المرحلة السابقة ويمكن معرفة أعضاء التناسل ، أما بالنسبة لحجم الجنين فهو من 5 إلي 10 سم والوزن من 15 إلي 30 غ أما آلام فتوجد استمرارية في البول ويصبح الإخراج أكثف وتشعر الأم ببعض ثقل البطن والضغط على الكاحلين ، سهولة الإصابة بالإمساك .



#### 4/4 الشهر الرابع : تتطور المشيمة تماما , ويعوم

الجنين بنشاط في السائل الأمنيوسي الموجود في الكيس كما يمكنه أن يتغذى منه مع تطور بعض انعكاسات المص والبلع ويكون طول الجنين حوالي من 10 إلي 18 سم ويزن حوالي 120 غ مع تطور للأعضاء تقريبا مكتمل



وتطور فروة الشعر حيث أن الجنين ليس مهياً للخروج بعد حيث أن غثيان الصباح قد أصبح اقل بالنسبة للام وازدياد في شهيتها مع جوف الرحم منتفخ وألم متقطع في الظهر وهنا وجوب تناولها لأطعمة غنية بالبروتين وكمية كافية من الأطعمة التي تحتوي على الحديد .



#### 5/4 الشهر الخامس : يحرك الجنين ذراعيه

ورجليه بنشاط يمكن سماع نبضات قلبه , طول الجنين حوالي 25 سم ووزنه حوالي 300 غ , ينمو الشعر على كل جسمه ( الزغب ) يبدأ الأيض الجنيني (تجدد الخلايا)، يمكن فحص الجنين من خلال أخذ عينة من السائل الأمنيوسي ، يزداد وزن الأم بسرعة وبشكل إجمالي يرتفع الرحم (رأس الرحم) ليصل إلي مستوى السرة، تشعر الأم بحركات الطفل يجب على الأم أن تزيد من تناول الحديد سواء بالأكل أو التزود به لتجنب الأنيميا (يصف الطبيب الفيتامينات والحديد لمرحلة ما قبل الولادة).

#### 6/4 الشهر السادس : يصل طول الطفل حوالي من

30 إلي 32 سم ووزنه من 700 إلي 750 غ تبدأ تظهر عليه حواجب ورموش وزغب وبصمات أصابعه واضحة وتبدأ جفونه بالانفصال ويكون جلده رقيقا لامعا ويتحرك الطفل بأكثر نشاط مع تغيير وضعيته باستمرار . الأم يحدث تورم وانتفاخ في كاحليها ورجليها مع إفرازات عنق الرحم (مادة ملساء مبيضة تشبه الجبن) حيث يتوجب على الأم زيادة تناول 10% من السعرات الحرارية والتقليل من ملح الطعام



ويمكن للطفل أن يعيش اذا ولد في نهاية الشهر .

**7/4 الشهر السابع : طوله حوالي 37 سم**

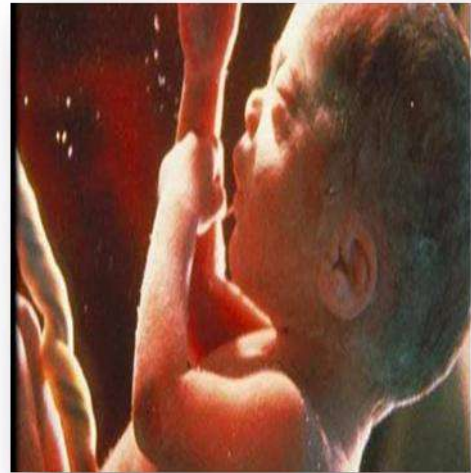
ووزنه حوالي 100 غ ويظهر أن دماغه قد بدأ في التحكم في وظيفة الأعضاء جلده متغصن وشفاف ووردي وفي نهاية هذا الشهر يتكون الشحم عليه ومن الممكن أن يمص إصبعه وان يبيكي وان يحس بالطعم الحلو أو المر وان يشعر بالألم والضوء والصوت الا أن الرتتان لا زالتا غير متطورتين لذا فان قابلية الحياة في هذه الفترة حوالي 67 %، أما فيما يخص الأم فيزداد استمرار البول عندها وقد

تظهر البواسير والدوالي مع النصح بتناول الحليب البارد والخضروات لتحفيز الحركات التقلصية للأمعاء

ملاحظة ( اذا كان الوزن المكتسب أكثر من 500 غ في الأسبوع فلا بد من استشارة الطبيب حيث يمكن أن يعيش الجنين بوزن حوالي 1 كلغ و350 غ ).

**8/4 الشهر الثامن : طوله حوالي 40 سم ووزنه**

حوالي 180 غ أدمة جلده تبدأ بالتطور مع اختفاء للتجاعيد جهازه السمعي متطور بشكل شبه تام مع استجابة للأصوات ويصبح وظيفة الجهاز العضلي - العصبي أكثر نشاطا مع اكتمال لكافة أجهزة الجسم باستثناء الرئتين ، حيث يظهر الضغط بالنسبة للام على منطقة البطن والصدر والمؤخرة مع تقلصات متقطعة تأتي وتذهب ، هنا تستطيع الأم اخذ قسطا من الراحة لتخفيف الثقل على القلب ويصبح جوف



الرحم أعلى. يمكن للجنين أن يعيش اذا ولد بوزن 2.5 كلغ.





**9/4 الشهر التاسع :** يصبح طول الجنين حوالي 50 سم ووزنه حوالي 3.5 كغ في البداية يكون الجنين مكتملا وتبدأ التقلصات قوية وغير منتظمة مع ضغط على مستوى أعلى المعدة وألم وقصر التنفس قد أصبحت وظيفة الرئتين مكتملة ومع نهاية هذا الشهر تنهياً الأم للولادة حيث يصبح رأس الجنين في الحوض وبادر الطلق باتت وشيكة حيث انه يمكن أن تتم الولادة في أي وقت.

- وبعد تطرقنا إلي المراحل من الناحية البيولوجية للحمل نعرض إلي الجانب النفسي من هذه المراحل حيث يعاش كصيرورة و هومات على مستوى الرغبة في الأمومة والحمل.

### **5/ مراحل التطور الدينامي للحمل:**

#### **1/5 المرحلة الأولى:**

- **حدوث الحمل والرغبة في الطفل:**

يعد حدوث الحمل والتأكد فعلا من حقيقته، تبدأ الاستجابات الخاصة بكل امرأة، مع إعادة إحياء لكل ما سجلته المرأة الحامل منذ ولادتها. فتاريخ المرأة يترك آثارا ذكراوية بعد إحيائها تبعا لبعض الأحداث التي من بينها الحمل الذي يحيي كثيرا من الذكريات العلائقية مع الأب والأم إن رغبة المرأة الحامل في الطفل تحرك كل قصة حياتها ، فداخل كل امرأة تتواجد ، لا شعوريا أمنية أن تكون أم ، ورفضه في نفس الوقت، أحيانا الرغبة هي التي تزن أكثر ، وأحيانا أخرى عدم الرغبة، هي التي تسود، في نهاية المطاف، فإن تجاوز هذا التناقض الوجداني، ضروري لتحقيق الأمومة (إكردوشن بعلي، 2012).

ثم إن التعبير عن رغبة الطفل في حد (Revault d'Allonnes) يكون على حد ذاته حسب مستويات: كلام الفم، وكلام الجسد أيضا الذي لا يقول بالضرورة، عن طريق معاناته وأعراضه نفس الشيء الذي يقوله الفم ثم أن هناك ما لم يقال: الكامن، ما قبل الشعور، اللاشعور هذه المستويات المختلفة هي في اغلب الأحيان متناقضة أو متباعدة" (Revault D'Allonnes, 1991, P. 50).

وتعتبر عنه بطرق عديدة من بينها الاضطرابات الصحية ( كالقيء، الغثيان، الحرة)، إلي غير ذلك من الأعراض التي تعتبر عادية خاصة خلال الأشهر الأولى من الحمل.

لكن الجدير بالذكر أن هذه الأعراض حاليا بدأت في الاختفاء نوعا ما لتعوضها أعراضية مختلفة في تهديدات الإجهادات التلقائية الراجعة إلى التقلصات المبكرة أو المتحررة للرحم (Debray R.) كان هناك أهمية قصوى لهذه الأعراض في القديم حيث كانت جد منتشرة بين النساء الحوامل، مقارنة بالأعراض التي نلاحظها حاليا والخاصة بارتفاع ضغط الدم، تهديد بإجهاد تلقائي، ارتفاع السكري، الخ والت تهديد الأم والجنين مباشرة. ترى دوبري أن هناك عملية النقل إلي الأعلى للأعراض الكلاسيكية والتي نفس الجهاز الهضمي وليس الأعضاء المعنية بالإنجاب مباشرة بينما الاعتراضية الحالية (التهديدات بالاجهاضات بعد التقلصات المبكرة )، ضع حياة الجنين في خطر مباشر بالتالي غياب (Déplacement) هو الذي يميز هذه النقل الأعراض مؤدية إلي المظهر الخطير ( Debray. 1987, P. 26).

هكذا فان الصراع التناقضي ، الذي تحييه مرحلة الحمل بين الرفض والقبول ، هذا الصراع الضروري كمرحلة أولى للتقدم في الحمل الذي سيسمح لها بان تصبح أما وتقبل الطفل.

إن فالحب الامومي "لا يأتي من تلقاء نفسه، غير معطى بالمرّة الواحدة، فهو يبني في التناقض الوجداني انطلاقا من المصادر الخاصة به والتجارب المعاشة والدعم الذي يأتي به الآخرون ؛ فتجاوز التناقض الوجداني الذي هو أساس العلاقة مع الطفل يكون تدريجيا وليس كليا" ( بعلي إكردوشن ، 2002، ص44).

### • تصور المرأة الحامل لطفلها أثناء بداية الحمل:

حسب (soulé M.) الأم لا تتخيل أبدا طفلها أثناء الحمل ولا تهتم إلا بالفوز النرجسي حسبه يمكن وصف معاش بداية الحمل كالحلم "يعني ذلك كتتحقيق رغبة يجب الاحتفاظ بحالة الحلم هذه (...). يجب الاحتفاظ بالسر لكي لا ينذر الأنا الأعلى" هنا يمكن القول بأنه يوجد مرحلة بياض الطفل في بداية الحمل أين يحذف الطفل لصالح المعاش تصور المرأة انها حامل ، تدريجيا تبدأ صورة الطفل بالظهور لدى الأم لكن الاهتمام العاطفي للمرأة يدور إلي موضوع لا يمكن أن يكون واقعي الا في وقت مؤجل هذا يعطي للصرورة البيولوجية الحالية للحمل مظهر الحلم (بعلي إكردوشن، 2002 ، ص. 46).

### 2/5 المرحلة الثانية: التفاعلات المبكرة أم - جنين ( اتجاه نحو الجنين ):

• **حركات الجنين**: تشعر الأم وتدرّك حركات جنينها منذ الشهر الرابع أو الخامس ، وبفضل فحص منتظم للأشعة (Echographie) على شكل تقلصات، وفي بعض الأحيان لا يبحن بأنهن



يحسن بحركات الجنين إلا لاحقاً ويستمر عدم الاعتراف والإصرار على الإنكار وجود جنين حي (Soulé, 1983, P.145).

في حقيقة الاعتراف بهذا الإدراك حسب سولي هو اعتراف بواقعية الطفل واستقلاليته . لقد كشفت الدراسات الحديثة والأبحاث النفس -بيولوجية عن وجود كفاءات سمعية للجنين لصخب الدورة الدموية وتقلصات الأمعاء... و كذا التمييز الذوقي عن طريق الفحوص الإشعاعية ابتداء من الشهر الخامس وهذا ما يدل على حركية الجنين واستجابته للوسط الذي هو فيه(بعلي إكردوشن، 2001/2000. ص 49). حسب (Lebovici S.)، فإن أهمية و رغبة الأمومة مشتركة عند كل النساء وتظهر في اللعب أما رغبة الحمل فهذا يجب أن يمثل طموحات الأمومة المسجلة مبدئياً في العلاقة مع والد الطفل ومع الصراعات الطفولية اللاشعورية المعاشة والتي تلعب دوراً في إظهار الطبع التناقضي لمشروع الطفل و المخاوف الناتجة عن الانتهاك الأوديبي" (Debray, 1987, P. 22-23).

### • الفحص الايكوغرافي ونتائجه على المرأة الحامل:

يرى سولي أن استعمال الفحص الايكوغرافي ( Echographie ) يمكن يكون مطمئن أو مقلق، فهو فحص يهيكرتا من معرفة جنس الجنين ؛ لكن الفحوصات يمكن أن تكون كمصدر لصعوبات محققة لإجهاض هوامي حقيقي. فمعرفة جنس الجنين حسب كورفوازي (Courvoisier)، يمكن لها إما أن تمثل الطفل المنشود أو الدهشة وخيبة الأمل مخالف للصور فهو حقيقي ، انطلاقاً من لحظة رؤيته، أصبح واقعي وليس أقل ولا أكثر جمالاً، عكس الطفل المحتفظ به في التصور، الذي يحمل كل إسقاطات للصور المنشودة.

وقد عبرن العديد من النساء عن أن معرفة جنس الجنين بأنهن دنسن بذه ابهن لرؤية شئ كان من المفروض سرا، مخافة العقاب وأثره على تكوين ونمو الجنين وكذا الاحتفاظ بالثنائية الجنسية حتى الولادة وحتى لا يؤثر هذا على مصير الطفل من الإجهاض التلقائي لبعض الأمهات اللواتي عرفن جنس جنينهن أو حتى مطابق لرغبتهن.

وظهور قلق التفكك و الانفجار عند بلوغ الحمل 20 أسبوعاً بالتقريب عندما يذكر الطبيب الجنين بوصفه عضواً فمسح الايكو لم يعد كافياً كلياً فقد ازداد حجم الجنين ( بعلي إكردوشن، 2001/2000 ص 63 ).

### 3/5 المرحلة الثالثة: اقتراب الولادة (التوجه نحو الولادة) :

#### • التحولات الجسدية والارصان الجسدي:

إن تغيرات عديدة تحدث على جسد المرأة منذ بداية البلوغ حتى الزواج والحمل الإجهاضات الإرضاع والتربية و زوال العادة الشهرية في وتيرة سريعة تفوق التغيرات الحادثة على جسد الرجل في الأهمية ودراسة فهي عبارة عن شكل مراحل أو أزمات مفرضة تززع جسم المرأة وكمالها وهويتها فالارصان الجسدي ليس معطى بالمرّة بل يعبر في حد ذاته عن نمو البنت و أنوثتها و في الأخير الحمل تجربة تسجل نتائجها في سجل النرجسية الذي يعيد الحمل اختباره" (بعلي إكردوشن، 2001/2000، ص60-61) .

#### • التغيرات الجسدية أثناء الحمل وخصائص الصورة الجسدية:

تؤدي الأشهر الأخيرة من الحمل إلى تغيرات عديدة على مستوى جسد المرأة تجعل المخطط الجسدي في اختبار ما يفترض من المرأة أن تكون صورتها الجسدية متميزة بأقصى حد ممكن من الليونة وبأقل حد من الإنجراحية (vulnérabilité)، والنساء متميزات بنسب مختلفة في هذا الجانب ، حسب التاريخ الشخصي لكل امرأة. "فالارصان الجسدي ليس معطى بالمرّة وإنما يؤثر ويلخص في حد ذاته كل نمو البنت أو المرأة، بالأخص نمو أنوثتها "إن الجسم يمكن يمثل على أشكال مختلفة: هناك الجسم الظاهر ، الموضوع الذي نتكلم عنه ، وهناك جسم المعاش ، المكون ليس فقط من اللحم لكن أيضا من العواطف والذكريات ، خيال وهوامات وأشياء بدائية لعبت دورا في حياة المرأة الماضية ولا تزال تلعب دورا في الارصان الجسدي ، كما أنها (أي التصورات والخيال ...) هي التي تعطي معنى للجسم وقوة وجدانية.

لا تكون الأشياء المتبقية من المراحل الماضية للنمو، أبدا غائبة وتأخذ مكانا في اللاشعور ، الذي يعتبر مخزن للوجدانيات كما يدعم المظهر الخارجي ويعطي له قوته، ومعناه.

- الحمل إذن تجربة تسجل نتائجها في سجل النرجسية الذي يعيد الحمل اختباره (بعلي إكردوشن، 2012، ص61).

بعد تناولنا للمراحل يمكننا أن نشير إلى الجانب السيكوسوماتي التكاملية لستورا في تناول الجديد للإنسان كوحدة متكاملة في دراسته للحمل ومراحله وهو الأساس العلمي الذي اعتمدنا عليه في بحثنا حيث أن مبدأ " Stora " يتمثل في إن المنهج الكلاسيكي القائم على التفسير الاوديبي التناسلي لم يكن قادرا على شرح التطور النفسي انطلاقا من الحمل إلى النضج، حيث انه قال: " لقد اكتشفت أن العديد من

المرضى عانوا من صدمة أثناء حمل أمهاتهم (بهم) وفي المراحل الأولى من النمو وكذلك في المراحل ما قبل الولادة، ولقد مضى المحلل النفسي العملاق، مثل "أندري جرين (André Green) ، سنوات عديدة ليتجراً على التصريح بلأنه إلى جانب العصائيين ، هناك من هم غير عصائيين . لذلك ، اقترح ستورا نموذجاً للأفا التحليل النفسي والذي يعتمد علمياً على مراحل التطور داخل الرحم والسنوات الثلاث الأولى من الحياة الجسدية والعصبية وهذا من اجل نهج جديد يعتمد على علاقة علاجية تشبه العلاقة الراحية للأم وهذا من اجل تطوير العمل لتوظيف نفسي ناجع وإصلاح صدماته ، إذ من الضروري إن يكون لديهم موقف أمومي في العلاقة العلاجية لأنهم، وان كانوا بالغين جسدياً، فهم ليسوا كذلك نفسياً" ( Stora, 2021) .

**خلاصة:**

من أجل الشفافية واحترام القراء، قمنا بتقديم المعلومات الطبية النظرية حول الحمل لكننا لا ندعي أننا قمنا بتطويير متعمق للموضوع، فنحن حاولنا ببساطة توفير أداة لفهم هذه الصيرورة المذكورة في مذكرتنا. فقد حاولنا تناول الحمل من جانبه الطبي، فتعرضنا إلى مراحلها، وصولاً إلى المشاكل المطروحة فيه، دائماً حسب المنظور الطبي، تناولنا في نفس الفصل، الحمل من وجهة نظر نفسية وتصوير الطفل. لكي نوضح وجهة نظرنا في هذا البحث، قمنا بطرح أن هذا التناول لكل جانب من الجانبين على حدا إنما جاء لضرورة عملية، وقد أوضحنا في النهاية كيف أن النظرة التكاملية من شأنها أن تسمح بفهم أكثر لصيرورة الحمل والمشاكل المرتبطة به.

# الفصل الرابع

## ارتفاع ضغط الدم الحملي

تمهيد

- 1/ تعريف ضغط الدم HTA
- 2/ كيف يقوم الجسم بتنظيم وضبط ضغط الدم
- 3/ تعريف ارتفاع ضغط الدم الحملي HTAG .
- 4/ تصنيف ارتفاع ضغط الدم الحملي.
- 5/ مراحل تطور ارتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل .
- 6/ تأثير ضغط الدم الحملي على الجنين
- 7/ المبادئ العامة في فحص HTAG .
- 8/ العادات الغذائية والنظام الصحي
- 9/ التوصيات الوقائية

الخلاصة

**تمهيد:**

قد أظهرت الدراسات أن أسباب ارتفاع ضغط الدم الحلمي لا تزال مبهمة في ما تم ربط عدة أسباب فيما بينها تحت مسمى عوامل الخطر منها ما هو متعلق بالأم كالسمنة والسن والتاريخ المرضي من السكري وضغط الدم وأمراض الكلى، حمل المراهقات والحمل لأول مرة والتهاب الأوردة والحمل المتعدد، شذوذ المشيمة، نقص التروية الدموية للمشيمة، إضافة إلى تاريخ الأسرة في تسمم الحمل، فما هو تعريف الضغط الحلمي وما هي مخاطره على الأم والجنين التي تستدعي حالة الاستتار داخل الطاقم الطبي .

**1/ تعريف ضغط الدم:**

هو عبارة عن قوة الضغط الذي يمثله الدم أثناء سريانه داخل الشرايين على الجدار الداخلي لهذه الشرايين، وهذا الضغط هو الذي يحافظ على استمرار تدفق الدم ونقله من القلب إلى جميع خلايا الجسم، حيث تقوم الشرايين بتنظيم الضغط وكمية الدم المارة بها عن طريق التمدد و التقلص المنتظم مع نبضات القلب، فإذا ما فقدت هذه الشرايين مرونتها لأي سبب من الأسباب عندها تزيد مقاومة الشرايين لمرور الدم وتعتبر عاملا هاما ما لمعرفة مستوى ضغط الدم و السيطرة عليه .

ويمكن قياس ضغط الدم عن طريق نوعين من الضغط هما:

\* **الضغط الانقباضي:** ويقاس عندما ينبض القلب أثناء عملية الضخ.

\* **الضغط الانبساطي:** ويقاس عند استرخاء القلب لاستقبال الدم

القادم من الجسم .

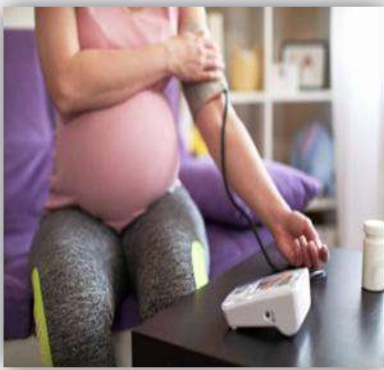
ويسجل قياس ضغط الدم على هيئة رقمين يسمى الرقم الأول الضغط

الانقباضي، أما الرقم الثاني فيسمى الضغط الانبساطي، ووحدة قياس

الضغط هي المليمتر زئبقي، تقاس بواسطة جهاز قياس الضغط

ويسمى Sphygmo Mano Mètre (سفجمو مانو متر)

(غانم، 2011، ص192).



## 2/ كيف يقوم الجسم بتنظيم وضبط ضغط الدم؟

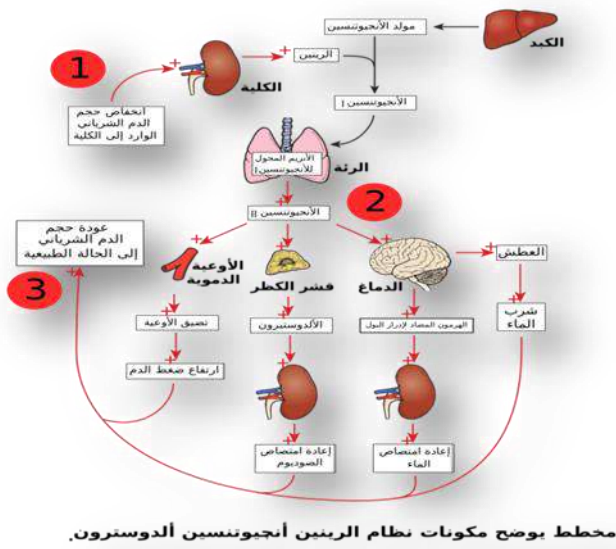
### 1/2 الجهاز العصبي الودي ( السمبثاوي ):

يوجد جهازان في الجسم يشتركان في الحفاظ على ضغط الدم الطبيعي في كل الظروف بقدر الإمكان أحدهما الجهاز العصبي الودي السمبثاوي الذي يطلق بعض المواد الكيميائية مثل الأدرينالين والنورادرينالين والتي يمكنها أن تفتح أو توسيع وتضييق الشرايين المجهرية من خلال انقباض الأوعية على النحو المطلوب اعتمادا على أجزاء الجسم المطلوب تجهيزها للعمل.

يعمل هذا الجهاز أثناء الضغط النفسي والعاطفي ونتيجة للتأثير الانقباضي لهذا الجهاز على الأوعية الدموية الصغيرة يمكن أن تلعب هذه العملية دورا كبيرا في الإصابة بفرط ضغط الدم ويمكن استخدام الأدوية التي تعمل على هذا الجهاز - على سبيل المثال حاصرات المستقبل ألفا وحاصرات المستقبل بيتا- من أجل التحكم في عملية (بيقرز ترجمة مارك عبود، 2013، ص41).

### 2/2 جهاز الرنين-أنجيوتنسين:

وهو أنزيم يتم إنتاجه عن طريق الكلى والمعروف بإسمالرينين والذي ينشط هرمون يدعى أنجيوتنسين 2 ويعمل أنجيوتنسين 2 على انقباض الأوعية الدموية. يمكن أن تساعد العقاقير التي تمنع عمل أنزيم أنجيوتنسين على خفض ضغط الدم وتسمى تلك العقاقير مثبطات الأنزيم المحول الأنجيوتنسين ( ACE ) وحاصرات مستقبلات الأنجيوتنسين ( ARB ). يحفز أنزيم الأنجيوتنسين



أيضا إطلاق هرمون يدعى الألدوستيرون من الغدة الكظرية ويسبب هذا الهرمون إحتباس الملح والماء عن طريق الكلى ما قد يرفع من ضغط الدم.

### 3/2 الكالسيوم:

يوجد في الأوعية الدموية المجهرية، خلايا عضلية ملساء في الجدران تنقبض عند ارتفاع تركيزات الكالسيوم وتزداد مستويات الكالسيوم في الخلايا العضلية الملساء عند الأشخاص الذين يعانون من فرط ضغط الدم بنسبة اكبر من ذوي ضغط الدم الطبيعي على الرغم من أن السبب لا يزال غير معروف حتى

الآن ويدخل الكالسيوم إلى الخلايا من خلال قنوات الكالسيوم، عند الأشخاص الذين يعانون من فرط ضغط الدم يعتقد أن هذه الزيادة في تركيز الكالسيوم تؤدي إلى انقباض الشرايين على المدى الطويل ما يؤدي إلى تلف جدرانها مما يؤدي إلى مزيد من الارتفاع في ضغط الدم وتسمح الأدوية التي تعمل على إغلاق قنوات الكالسيوم (حاصرات قنوات الكالسيوم CCB مثل نيفيديبين) بفتح الشرايين مرة أخرى مما يخفض من ضغط الدم، وعلى الرغم من أن جميع الهرمونات المذكورة هنا (الرينين، الأنجيوتنسين، الألدوستيرون، الأدرينالين، والنورادرينالين) تلعب دورا كبيرا في ضبط معدلات ضغط الدم عند جميع الأشخاص، إلا أنه يبدو أن الأشخاص الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم هم الأكثر تأثرا بتلك الهرمونات (دي جي بيقرز ترجمة مارك عبود، 2013، ص 42) .

### 3/ تعريف ارتفاع ضغط الدم الحلمي:

هو اضطراب محدد يظهر تدريجيا خلال النصف الثاني من الحمل ولا يمكن أن ينتهي إلا باستئصال الجنين. و هو حدوث ارتفاع جديد في ضغط الدم الشرياني في المرأة الحامل بعد 20 أسبوع من الحمل نتيجة حالة من التشنج أثناء الحمل للشرايين الصغيرة والكبيرة تحدث بنسبة 5% - 7% من الحمل (Kennth.niswander.1980.p281).

تشكل أمراض ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل مجموعة غير متجانسة من الحالات المرضية قاسمها المشترك هو زيادة متوسط الضغط الشرياني (PMA) و هو الضغط الانبساطي الذي زاد بمقدار ثلث الفرق بين الضغط (PMA) متوسط الضغط الشرياني الانقباضي و الضغط الانبساطي حسب المعادلة:

$$[Pam = p. diastolique + 1/3(p. systolique - p. diastolique)]$$

### 4/ تصنيف ارتفاع الضغط الحلمي :

ويعتمد التصنيف التالي على الاختلافات في التشخيص و العلاج:

**1/4 ارتفاع الضغط الشرياني الحلمي :** هذه الزيادة في (Pam) متوسط الضغط الشرياني أعلى

من 106 بعد 20 أسبوع من الحمل أي (90/140) مم زئبقي غير بروتينية (من دون بروتين في البول) ويختفي ارتفاع ضغط الدم بعد الولادة.

**2/4 ارتفاع ضغط الدم الشرياني المزمن :** يتم اكتشاف HTA أكثر من (90/140) مم.زئبقي قبل

20 أسبوع من الحمل أو قبل الحمل، غير بروتيني عادة .



**3/4 ارتفاع ضغط الدم الشرياني المزمن مع تسمم الحمل :** ويبدأ ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل قبل 20 أسبوع من الحمل مع تطور وصمة بروتينية في النصف الثاني من الحمل ( 300ملغ بروتين في البول خلال 24 ساعة ).

**4/4 تسمم الحمل Toxémie Gravidique :** ويتطلب هذا التشخيص ارتفاع ضغط الدم مع بروتينية مع أو بدون عادة، تحدث هذه المتلازمة عادة في مرحلة الحمل الأول وتبدأ بعد الأسبوع 20 من OEdème وذمة الحمل وتنقسم إلى:

**منخفض:** ويتم تشخيصه عندما تكون:

✓ (PAM) أقل من 106 مم زئبقي (90/140) مع زيادة في الضغط الانبساطي بأكثر من 20 مم زئبقي في فترتين تفصل بينهما 6 ساعات مع استلقاء المريض في السرير.

✓ تحدث البروتينية و/ أو الوذمة .

✓ يتطلب هذا التشخيص معرفة دقيقة بضغط دم المريضة قبل الحمل أحيانا:

**متوسط:** ويشخص في حالة لديها (PAM) أكبر من 106مم زئبقي (90/140) وأقل من 126 مم زئبقي (110/160) أو ارتفاع في ضغط الدم أكبر من 30 مم زئبقي للضغط الانقباضي أو 20 مم زئبقي للانقباضي، مع بروتينية ملحوظة ووذمة الأطراف غالبا لكنها ليست شديدة دائما.

**شديد أو حاد:** ارتفاع ضغط الدم الذي يتجاوز (PAM) لا يقل عن 126 مم زئبقي (160/110)، في فترتين تفصل بينهما 6 ساعات والمريض مستلقي . مع بروتينية أكبر من 5 غ في 24 ساعة غالبا مع صداع واضطرابات بصرية مع الأم شديدة في المعدة أو المراق الأيمن، قلة البول، وذمة رئوية، اضطرابات بصرية ودماعية، فهو شكل حاد مع وجود وذمة في الوجه و اليدين والأطراف السفلية.

\***البروتينية:** مطلوب ما لا يقل عن 300 ملغ من البروتين في البول خلال 24 ساعة، 1 غ أو أكثر من البروتين لكل لتر من البول في عينات عشوائية مفصولة بما لا يقل عن 6 ساعات .

\***الوذمة :** غالبا عبارة عن وذمة في الكاحل و الأصابع علامة على شكل حلقة وتورم الوجه (Kennet, Niswanader, 1985, PP. 281-285).

### **5/ مراحل تطور ارتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل:**

غالبا ما يكون ارتفاع الضغط أثناء الحمل علامة تسمم الحمل وهو مقدمة لتسمم الحمل (HTAG) يمر هذا التسمم بلويع مراحل متتالية كما هو موضح في الجدول:

**الجدول رقم 01: تطور ارتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل**

المرحلة من الحمل	تطور ارتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل
المرحلة الأولى من أسبوع إلى 3 أشهر	- زيادة ضغط الدم - زيادة عدد الصفائح الدموية - انخفاض يورات البلازما
تطور المرحلة من 3 أيام إلى 6 أسابيع	- ارتفاع ضغط الدم الممكن التحكم فيه - مستوى البروتينية - انخفاض معدل الترشيح الكبيبي - تباطؤ نمو الجنين
المرحلة الخفيفة من 6 ساعات إلى 48 ساعة	- صداع، ألم في البطن، اضطرابات بصرية - ارتفاع ضغط الدم الغير ممكن السيطرة عليه - احتباس السوائل الهائل - تبول الدم - تجلط الدم المنتشر داخل الأوعية الدموية
المرحلة النهائية	- المخاض الطبيعي - موت الجنين في الرحم - تسمم الحمل - انفصال المشيمة المبكر

(GROSS, PISA, STRASSER ET ZANCHETTI, 1986, PP.61-62).

**6/ تأثير الضغط على الجنين:****1/6 انخفاض تدفق الدم إلى المشيمة:**

يؤدي انخفاض تدفق الدم إلى المشيمة إلى عدم حصولها على كمية كافية من الأوكسجين والمواد الغذائية، ما قد يؤدي إلى: بطئ نمو الجنين داخل الرحم، انخفاض وزنه عند الولادة، الولادة المبكرة التي يمكن أن تؤدي لمشاكل في التنفس وزيادة مخاطر الإصابة بالعدوى ومضاعفات أخرى.

**2/6 انفصال المشيمة المبكرة:**

و هو انفصال المشيمة عن الجدار الداخلي للرحم قبل الولادة في مرحلة ما قبل التسمم في النصف الأخير من الحمل وقد يسبب الانفصال الشديد نزيفا حادا يهدد حياة الأم و جنينها وتتمثل بارتفاع ضغط الدم،

وظهور بروتين في البول وانتفاخ عام في الجسم ومن الممكن أن تؤثر في أعضاء أخرى من الجسم أو أن تتطور لتسبب نوبات من التشنج وحينها تكون الحامل أصيبت بتسمم الحمل وتقدر نسبة الإصابة لحالة ما قبل تسمم الحمل ما يتراوح بين (3-6) % إجمالي حالات الحمل.

### 3/6 الولادة المبكرة:

تسمى ولادة الطفل قبل 3 أسابيع من موعد الولادة المحدد أو ولادته قبل بداية الأسبوع 37 من الحمل الولادة المبكرة وغالبا ما يعاني الأطفال الذين تعرضوا للولادة المبكرة من مشاكل طبية معقدة، وذلك لأن الولادة المبكرة تقلل الوقت الذي يحتاجه الجنين للنمو في الرحم إلا أن الولادة المبكرة تكون ضرورية في بعض الأحيان لمنع المضاعفات التي قد تهدد حياة الجنين في حال ارتفاع ضغط الدم خلال الحمل .

### 4/6 انخفاض وزن الجنين عند الولادة:

يؤدي ارتفاع ضغط الدم الحامل إلى صعوبة وصول كميات كافية من الأكسجين والعناصر الغذائية المهمة لنمو الجنين لذا قد تضطر الحامل في هذه الحالة للجوء للولادة المبكرة فيولد الطفل بوزن منخفض أي اقل من 2.25 كلغ .

### 5/6 ولادة جنين ميت:

قد تزداد فرصة جنين ميت في حالات انفصال المشيمة التي تؤدي إلى نزف شديد عند الحامل خاصة اذا كانت المرأة الحامل قد وصلت إلى مرحلة شديدة من حالة ما قبل التسمم الحمل ويقصد بولادة جنين ميت أي يولد الجنين ميتا بعد مرور 20 أسبوعا عن الحمل.

- إن حالة ارتفاع الضغط المزمن والتي كانت موجودة مسبقا قبل الحمل وتستمر أثناء الحمل نادرة وتؤثر من النساء الحوامل من المهم معرفة السوابق المرضية في خطة التوليد لأنه يضاعف 3% على حوالي خطر الإصابة ب (HTAG) بمقدار 5 ما يفسر ارتفاع معدل وفيات الفترة المحيطة بالولادة الذي لوحظ في مرضى ارتفاع ضغط الدم المزمن.

### 7/ المبادئ العامة في فحص HTAG:

لا يوجد علاج طبي فعال لل HTAG، ولا يمكن إنهاء المرض إلا بالإجهاض لذلك تتم إحالة مرضى HTAG المشتبه بهم أو المؤكدين إلى قسم متخصص بشكل عاجل دون تأخير بمجرد التأكد.

- يتقدم ارتفاع ضغط الدم الحملي بلا هوادة ولكنه يظل بلا أعراض حتى المرحلة النهائية لذلك تعتمد نتائجه على جودة الفحص قبل الولادة كلياً والتشخيص المبكر والاستشفاء والوقت المختار للإجهاض.
- تعتبر الزيادة المفاجئة في ضغط الدم وهي سمة من سمات ارتفاع ضغط الدم الحملي كافية لتفسير علم الأمراض الدماغية النهائي للتمكن من نوبة تسمم الحمل و النزيف. و الهدف من الاستشفاء ليس إراحة المريض إنما السماح بالمراقبة اليومية للاضطراب المتقدم الخطير الذي لا يمكن التنبؤ به والحفاظ على حياة الأم أهم من حياة الجنين.

### 8/ العادات الغذائية والنظام الصحي:

من بين العادات السيئة لمتناولي ملح الطعام الزائد هم الأكثر عرضة إلى ضغط الدم العالي والسكتات القلبية والدماغية مع العلم أن تعامل جسم الشخص مع ملح الطعام يختلف إلا انه اثبت أن هناك علاقة بين تناول ملح الطعام وزيادة ضغط الدم مع العلم أن الوراثة تلعب دور كبير في ذلك وكذا الوزن الزائد فالجسم يحتاج إلي حرق اكبر للسعرات الحرارية وقد يكون هناك علاقة بين تناولهم كمية كبيرة من الطعام المالح" (GROSS, PISA, STRASSER ET ZANCHETTI, 1986, PP.61-62).

كذلك تناول المشروبات الممنوعة فالأشخاص المتناولين لكميات كبيرة من المشروبات الممنوعة هم الأكثر عرضة إلى ارتفاع ضغط الدم رغم عدم معرفة السبب وراء ذلك حتى الآن وقد نجد العكس فالأشخاص لا يستجيبون لما يأكلون أو يشربون بنفس الطريقة إلا أن العلاقة بين كثرة شرب المشروبات الممنوعة وضغط الدم وثيقة إلا أن السبب وراء ذلك لم يعرف حتى الآن .

إن تناول البوتاسيوم الموجود في الخضر والفواكه وكذا المكملات الغذائية تساعد على خفض نسبة ضغط الدم في الجسم بالإضافة إلى ممارسة الرياضة بشكل منتظم بمقدار معتدل يخفض من ضغط الدم (البروفيسور دي جي بيقرز ترجمة مارك عبود، ص 42... 57).

### 9/ التوصيات الوقائية:

الراحة في الفراش، تقييد العلاج، إدارة ارتفاع ضغط الدم المزمن أثناء الحمل، وإذا كان ارتفاع ضغط الدم لدى الأم شديد فهذا يستدعي العلاج قبل الحمل. مراقبة ارتفاع ضغط الدم الحملي بشكل دوري ومستمر" (GROSS, PISA, STRASSER ET ZANCHETTI, 1986, PP.61-62).

**خلاصة:**

بعض التغييرات الواضحة في أسلوب الحياة لن تفيد فقط في خفض ضغط الدم، بل ستجلب العديد من الفوائد الصحية العامة، وعندما يكون العلاج مطلوباً فإنه يوجد العديد من الأدوية الفعالة جداً يتم تناولها مرة واحدة يومياً عادة لا تسبب أية مشاكل، وإذا ما كانت هناك أعراض جانبية فعادةً هناك بدائل أخرى على القدر نفسه من الفعالية، كما أن الأدوية الحديثة غالباً قليلة الأعراض الجانبية . وقد رأينا أنه أظهرت الأبحاث نجاعتها في تقليل من مخاطر حدوث السكتة الدماغية بنسبة (35-40)% ومن مخاطر الإصابة بأمراض القلب بنسبة (25-20) %، كما أنه يساعد في إنقاذ الأرواح للمرأة وجنينها وان كانت حياة الأم الحامل في خطر فالأولوية لها.

# الجانبة التطبيقية

# الفصل الخامس

## الجانب المنهجي للبحث

تمهيد

1 / المنهج المتبع وتعريفه.

2 / المجال المكاني والزمني.

3 / الأدوات المستعملة في البحث .

4 / مجموعة البحث .

5 / التطبيق .

الخلاصة.

**تمهيد:**

بعد تطرقنا في الجانب النظري إلى كنه بحثنا هنا نحن نتطرق إلى الجانب التطبيقي الذي يتضمن إجراءات منهجية الدراسة والأدوات المستعملة إضافة إلى عرض وتحليل النتائج المتحصل عليها والاستنتاج العام .

(طريقة تناولنا للحالات ومنهجية التي بحثنا بها حالات بمنهج عيادي متضمن لأدوات متمثلة في المقابلة نصف موجهة وشبكة ستورا والاستبيان وهذا لمعرفة توظيفهن السيكوسوماتي في ظل خطر محقق بالحمل).

**1/ المنهج المتبع وتعريفه:**

لمعرفة التوظيف السيكوسوماتي اتبعنا المنهج العيادي في دراستنا الذي تستوجهه طبيعة مشكلة البحث لمحاولة فهم ذاتية المرأة الحامل التي تعاني من ارتفاع الضغط الحلمي والسبيل الوحيد لفهم الصيرورة النفسية للذات.

**-تعريف المنهج العيادي:**

يركز المنهج العيادي على البناء الدينامي للشخص وفهم الصراعات النفسية لدى الفرد وتأثيرها على التوظيف العقلي، ويرى " لاقاش " أن المنهجية العيادية هي الطريقة المناسبة التي يمكن من خلالها الفهم العلمي وفي كل الحالات يهتم الفاحص بفرد معين . وكل الملاحظات التي يبحث عنها تخص الفرد في حد ذاته ومنه فإن المنهج العيادي يحاول معرفة مشاكل الفرد والمواقف التي يتخذها الفرد اتجاه وضعيات معينة، وذلك من خلال دراسة الحالة التي تعتمد على عدة أساليب لمعرفة ذلك، منها الروايات النفسية، الملاحظة، المقابلة العيادية وهذه الأخيرة تعتبر مهمة جدا في المنهج العيادي. (Reuchlin 1992, P. 192).

وقد تم اختيارنا لهذا المنهج لتناسبه مع طبيعة بحثنا المتمثلة في معرفة نوعية التوظيف السيكوسوماتي لتجربة الحمل لدى المرأة الحامل المصابة بارتفاع ضغط الدم الحلمي.

**2/ المجال المكاني والزمني:**

**1/2 مكان البحث :** لقد تم تطبيق البحث بولاية ورقلة وذلك بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمومة والطفل (مؤسسة المجاهد بوخريص عمر) وبالضبط مصلحة الحمل عالي الخطورة.



تحتوي المؤسسة على مكتب التدوين المعلومات للمريضة وتهيئة المريضة للإقامة بجناح عالي  
الخطورة؛

- قاعة علاج وقياس دقات قلب الجنين ومراقبة مقدمات الوضع.
- 10 غرف بها 03 أسرة ومرحاض وقاعة لتبديل الملابس ومزودة بمكيف لكل غرفة.
- دورة مياه وحمام للعمال.
- 03 غرف أثنين منها للحالات الخاصة والغرفة الباقية في حالة الضغط يلجؤون إليها.

الطاقم الطبي:

- مجموعة من القابلات تعملن بنظام المناوبة للفترة الصباحية والمسائية.
- مجموعة من الممرضات تعملن بنظام التناوب.
- أخصائية نفسانية واحدة لكل المستشفى .
- رئيس المصلحة .
- طبيب عام لكل فترة .
- طبيب مختص معروف بالطبيب الكوبي الذي يقرر العلاج أو إجراء الطلق الصناعي أو العملية القيصرية وغيرها...
- عاملات النظافة 02 فما فوق عند الضرورة وحسب الدورية مع الطاقم.
- طريقة عملهم يعملون من يوم الأحد إلى يوم الخميس بالزيارة المعروفة ب (terni) ويقي يوم الجمعة والسبت للحالات الطارئة أو عمليات محددة منذ الخميس مع العلم أن دورية الليل فيها ممرضين مع عامل النظافة عند الضرورة.

## 2/2 زمن البحث:

انطلق البحث بصفة فعلية في مارس 2021 وذلك بعد الموافقة على الموضوع المراد دراسته ثم بدأ التطبيق في 08 أبريل إلى غاية 2021/05/27 مع التسجيل والتحرير المزدوج للمعلومات على الكراس، كان يليه مباشرة في الليل الكتابة ولا سيما أحوال كورونا وخوفنا من الإغلاق.

### 3/ الأدوات المستعملة في الدراسة:

#### 1/3 المقابلة العيادية النصف موجهة (بالأسلوب الاستقصائي السيكوسوماتي)

#### 2/3 شبكة ستورا.

#### 1/3 مفهوم المقابلة العيادية:

المقابلة علاقة دينامية وتبادل بين شخصين وهي مرنة لا قيود فيها ومشجعة للمفحوص حتى يمكنه التعبير عن ذاته بكل حرية ، ويعرف "ترول" 2007 "المقابلة العيادية على أنها تفاعل يتم بين شخصين على الأقل، لكل مشارك فيها مساهمة وتأثير في استجابات الآخر، تهدف إلى جمع البيانات أو المعلومات حول الفرد أو التعرف على ما يحمله من توجهات بأكثر الأساليب المتاحة مهارة، وتعتبر ك تقنية أساسية في العمل الاكلينيكي، ومن أكثر الأدوات التي يستخدمها المختصون الاكلينيكيون شيوعا وفائدة" (Trull, 2007. P. 42).

قد تم اعتمادنا في البحث على المقابلة النصف موجهة بطريقة الاستقصاء السيكوسوماتي لملائمتها لموضوع الدراسة إذ تميزت بمجموعة من المحاور انحدر من كل محور مجموعة من الأسئلة المفتوحة إذ تعد أداة هامة لجمع البيانات والتعرف على مشكلات الفرد واتجاهاتهم نحو قضايا مطروحة، وقد تركزت المقابلات على التاريخ الشخصي للحالات وكيفية معاشتهم لتجربة المرض أثناء الحمل.

#### تعريف المقابلة النصف موجهة:

هي " حوار يدور بين الفاحص والمفحوص يبدأ بخلق علاقة ودية بينهما ليضمن الباحث الحد الأدنى من تعاون المفحوص بعد أن يشعر الباحث أن المفحوص على استعداد للتعاون معه يبدأ يطرح الأسئلة التي يحددها" (عليان، 2000، ص102).

#### المقابلة السيكوسوماتية الاستقصائية (L'investigation psychosomatique):

استعمل هذا المصطلح من قبل مارتي سنة 1962، و ظهر كتابه سنة 1963. في سنة 1983 قامت "دنبر" باستخدام هذه الأداة على عينة مكونة 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 و معرفته حق المعرفة، أما الجانب النفسي ف إنه قد تخصص فيه من قبل (فارسي، 2011، ص92).

وللقيام بمقابلة ناجحة يجب أن تتوفر ثلاثة شروط حسب موريس أنجلس :

هناك متغيرات مهمة في استجابة العميل للمقابلة.

أ / درجة توفر للمعلومات 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 تعاون المفحوص مع الفاحص" (نوار شهرزاد، 2013-2014، ص 321)

في كل حالة كنا نسجل المعلومات العامة مع اخذ منها الإذن للتسجيل الصوتي من ثم كنا نستمع

إلى المريضة ومن ثم مباشرة نقوم بملاً ونقل المعلومات عن الحالة في الكراسة طبقاً لأسئلة المقابلة

المتكونة من محاور هادفة تمس جوانب ومعلومات عن المفحوصة مع الأخذ بعين الاعتبار التطبيق

للاستبيان الذي كان في المقابلة الأخيرة مع المفحوصة ثم احتراماً لسرية المهنة، كنا نمحو التسجيل،

مباشرة بعد كتابة المحتوى.

### وصف المقابلة:

نبدأ أولاً بتعريف بالأخصائي كون أن المفحوصة حامل في الشهر التاسع في سريها نقوم بإلقاء التحية

ثم التعريف بمبدأ العمل وأنها أخصائية نفسانية تجري بحثنا ونذكر لها أهمية تواجد الأخصائي النفسي

وعمله مع المرأة الحامل و إن كانت تريد البدء والعمل معنا ؟ عند الموافقة ، تنتقل المريضة إلى الغرفة

الفارغة التي كانت في معزل عن باقي الغرف الأخرى مكيفة و بها أسرة ومعالق تعلق فيه المصل

الخاص بالحامل حتى تتمكن من التحدث في راحة وكن يفضلن الجلوس لأنهن كرهن الاستلقاء.

تمت المقابلة في هدوء واسترسال من طرف المفحوصة نخبرها أننا لا نسجل اسمها ولا معلومات

تخص هويتها وعن سرية المعلومات المدلى بها وان الغرض هو البحث العلمي ودراسة حالتها.

و كنا دائماً نكرر على مسامعهن إن كن مرتاحات في جلستهن وتردن المواصله وعندما نحس بتعبها

نقوم بتجديد الموعد لوقت لاحق في الحصة القادمة.

**دليل المقابلة:** يحتوي الدليل على 10 محاور، لكل محور هدف يسمح لنا بجمع معلومات دقيقة وهامة

عن الحالة كما هي موضحة في الجدول رقم (01).

## الجدول رقم 02: دليل المقابلة العيادية النصف موجهة بالأسلوب الاستقصائي السيكوسوماتي

	الاسم: .....اللقب..... الجنس: .....العمر:..... تاريخ ومكان الازدياد ..... المستوى التعليمي: .....المهنة:..... الحالة المدنية: (متزوج(ة) -عزباء -مطلق(ة) -أرمل(ة) عدد الأخوة:.....الذكور: .....الإناث:..... الرتبة بين الإخوة.....
	<b>المحاور</b>
	<b>المحور الأول: محور الطفولة</b>
	- تقدر تهديلي على حياتك؟ -يعني على طفولتك، على والديك، خاوتك ؟ كيفاش كانت علاقتك معاهم؟ - تقدر تهديلي على أشياء شفيتي عليهم ؟ يعني أشياء أثروا فيك - كايين حوايج تشفاي عليهم ؟ - تقدر تهديلي عليهم ؟ - حكاولك كيفاش كانت ولادتك ؟ - ( إذا كانت الإجابة بنعم، نضيف: تقدر تحكي لي عليها ؟ واش زدت في 7 شهور ولا في 9 شهور ؟ كيفاش كانت الولادة عادية ؟ وقالوك بلي كلش عادي ولا كايين مشكل ؟ ( اذا كانت الإجابة بنعم، نضيف : كيما واش ؟ ) - رضعت في الصغر رضاعة طبيعية ؟ - حسب واش حكاولك كيفاش فاتو الشهور الأولين ؟ وقتاش ريحتي ومشيتي ؟ - -ووقتاش درتي السنين ؟ قالو لك باللي كنت اجتماعية ولا كنت متعلقة بماماك برك ؟ -هل كنت تعاني من مشاكل في الصغر ؟ كيما واش؟ هل كان عندك تبول أو قضم أظافر أو أي مشكل حكاولك عليه؟ -كيف كانت طفولتك: ( اهدريلي على طفولتك مع والديك، مع إخوتك، مع أمك، على المدرسة .. الخ). - أول مرة دخلتي للمدرسة كيفاش كانت؟ قرابتك كيفاش كانت وش هي المواد لي تحببهم؟وعلاش ؟ وش هي الحاجة لي كنت تحبي تديرها أكثر؟ كنت تمرضي

<p>ولالا ؟ تقديري نقوليلي عليهم ؟  كي كبرتي شوية المراهقة تاعك كيفاش كانت؟ كيفاه عشيتها؟  وقتاش بلغتي؟ تشفاني أول مرة جاتك الدورة وش حسيتي؟ وش كنت تعرفي عليها ؟  وشكون قالك؟ كيفاش كانت الدورة تاعك منظمة ولالا؟ كيفاش كانت علاقتك بأمك  حينها؟ وكيف تعاملت أنت مع الوضع؟ وهي كيف تعاملت معك؟ هل كانت شيء  محزن أم مبهج لديك؟ أم مخيف؟ ولماذا؟.</p>	
<p>الهدف من المحور هو التعرف عن طفولتها وظروف ولادتها والبحث عن التفاصيل التي تعتبر مهمة جدا في المرحلة العمرية الأولية للحالة. التعرف على طفولتها و مراهقتها (بلوغها) وحياتها الحالية خاصة كيف ستعيد بناء قصة حياتها.</p>	
<p>- تقديري تهدريلي على العلاقات نتاوعك؟  يعني في الدار مع الأسرة والعائلة الكبيرة والجيران؟ هل كان ليك أصدقاء؟ في  الخدمة في الحياة كيفاش علاقتك؟ وحياتك الخاصة هل عشيتي قصة حب؟ كيف  كانت؟ ممكن تحكي لي على الزواج تاعك؟ هل كان تقليدي أم اختياري؟ شحال كان  عمرك وقت تزوجتي؟ هل كنت تعاني وقتها من مرض؟ ماهو؟</p>	<p>المحور الثاني:  محور العلاقات</p>
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف على العلاقات في الأسرة ومع الأصدقاء وفي الحياة المهنية و الخاصة وكذلك استثمار العلاقات بشكل عام.</p>	
<p>- تقديري تهدريلي شوي على الحمل نتاعك؟ عندك أولاد آخرين؟ كيفاش كان الحمل  بهم؟ والولادة؟ اذا تتوحي كيفاه كان قبل وكيفاه هاذ المرة ؟ كيفاه كانت ولاداتك قبلا  ؟  - يجيبك سهل ولا صعب؟  - كني حابة تهزي الحمل؟ ولا كنت تاكلي الحبوب ؟  - راكي تزوري الطيبية بانتظام ولا غير منين تتوفاك الفرصة؟ فحصتي  بالايكو (échographie)؟  - اذا قالت جنس الجنين نسألها عن رغبتها فيه؟  - اذا لم تعلم بعد جنس الجنين نسألها عن ماذا تريد أن تتجب؟  - تتخليه في راسك؟ احكي لي كيفاه تتخليه ؟</p>	<p>المحور الثالث:  محور الحمل</p>
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف عن صيرورة الحمل وتصورات للجنين ورغبة في الحمل</p>	
<p>- وش هي الأمراض لي تعاني منها ؟- واش راكي تحسي في روحك؟  - وش قالك الطبيب؟ وش تعرفي على المرض نتاعك؟ في ميزك من واش جاك؟</p>	<p>المحور الرابع:  محور المرض</p>

<p>عالجتيه قبل؟ بواش؟ هل كان هناك تحسن؟ كيفاش؟</p> <p>- وقتاش ظهر المرض؟ يعني تقدر تقول لي كيفاش بدا عندك المرض؟</p> <p>- في رأيك باش عندو علاقة هذا المرض؟</p> <p>- كيفاش راكي في حياتك؟</p> <p>- وش حسيتي كي قالك الطبيب واش عندك؟</p> <p>- راكي تبغي في العلاج؟</p> <p>- واش كاين تحسن؟</p> <p>- هل تعاني من مرض آخر؟ (إذا كانت الإجابة بنعم، نظيف: راكي تبغي الدواء؟)</p> <p>وش تحسي نتيجة الدواء نافع ولا لالا؟</p> <p>- واش هي الأمراض اللي مرضتي بها منذ الصغر؟ هل عالجتي؟ ما هي الأدوية؟</p> <p>- هل كان هناك استشفاء؟</p> <p>- ( إذا كانت الإجابة بنعم: على واش؟ ما هي مدة الاستشفاء؟)</p> <p>- في العائلة كاين اللي مرضو؟</p> <p>- كاين في العائلة اللي عندو نفس المرض كيما أنتي؟</p> <p>- كاين أمراض جسدية أخرى في العائلة، يعني الأب، الأم، الأخوة، الجد، الجدة، العم، العممة، الخ؟</p> <p>- تدخلات جراحية وصدمات وحروق؟</p>	
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف عن الأمراض الجسدية التي تعرض لها الحالة أو تعرض لها أحد من أفراد العائلة.</p>	
<p>- راكي تنومي؟ تتفكري اللحم منين تنوضي؟</p> <p>- واش هي المنامات اللي راكي تنومي بيهم؟</p> <p>- آخر منام وقتاش نمتيه؟</p> <p>- تقدري تحكي لي منام تشفائي عليه؟ وقتاش نمتيه؟</p>	<p>المحور الخامس: الحياة الحلمية</p>
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف عن الحياة الحلمية للحالة ، حيث تعتبر الحياة الحلمية مؤشر مهم لغنى التوظيف النفسي وثراء التصورات.</p>	
<p>- هل تتابعي الدواء كي تمرضني؟ تاخديه في وقتوا؟ وإذا نسيتيه؟ كاين لي يحرصلك على الدواء؟</p> <p>- هل تتابعي الرجيم كي يكون لازم؟ وش تحسي منين تبغي ريجيم؟ كاين مأكلة</p>	<p>المحور السادس احترام ومتابعة العلاج</p>

<p>تضرك؟ تحبي تاكليها؟ تكثري منها ولا لالا؟  - هل تستشيرى الطبيب في الوقت؟  -هل هذه الطريقة صعبة أم سهلة ( متابعة الطبيب والدواء والرجيم ) ؟</p>	
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف على ما مدى التزام الحالة لتعليمات الطبيب. والمراقبة الذاتية</p>	
<p>- عندك حوايج راكي تحسي بلي راهي مهمة هذه الايامات وحببتي تحكي عليها؟  -عندك حوايج تحسي انها تضغط عليك في هذه الايامات ؟  -عندك حاجة صرا تلك وعندها اثر عليك ؟  -يعني قبل المرض، كاين حاجة ولا حوايج صراو؟ هل تعرضتي لصدمة أو ضغط؟  -ومن قبلها ؟</p>	<p>المحور السابع  نوعية المعاش الحالي  للحالة</p>
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف على نوعية المعاش الحالي للحالة ، ما هي المواضيع المفضلة التي ستتناولها؟</p>	
<p>- قولي كيفاه تزوجتي ؟  - خيرتيه وحدك ؟  -كيفاش علاقتك معاه ضرك؟</p>	<p>المحور الثامن  الحياة العاطفية و  الزوجية</p>
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف على العلاقة العاطفية والحياة الزوجية .</p>	
<p>- تقدر تهدريلي على كيفاش تفوتي وقتك؟  - راكي تديري الرياضة؟  - اذا كانت عاملة عندك نشاطات غير الخدمة؟</p>	<p>المحور التاسع  النشاطات المختلفة</p>
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف على النشاطات البدنية التي يقوم بها الحالة</p>	
<p>- تقدر تهدريلي على الحوايج اللي تحبي تاكليهم؟  - واش هي الحوايج اللي تحببهم بزاف؟  - وعندك حوايج تحبي تهدريلي عليهم على العادات الغذائية تناوعك؟</p>	<p>المحور العاشر  العادات الغذائية</p>
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف على العادات الغذائية للحالة وهل هناك تبعية معينة التي ستشير بدورها إلى تبعية فمية التي تكلم عنها ستورا.</p>	
<p>- تقدر تهدريلي على المستقبل تاعك؟  - كيفاش راك تشوفيه؟  - يعني عندك حوايج حابة بتحقيقهم؟  - اذا كانت الإجابة بنعم نظيف : كيما واش مثلا ؟</p>	<p>المحور الحادي  عشر: الإسقاط في  المستقبل</p>

الهدف من هذا المحور هو التعرف على الأفاق المستقبلية للحالة وقدرتها على الإسقاط في المستقبل.

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

### 2-3 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، تخصص العلاقات المتبادلة المعقدة جميع مستويات الكائن الحي، تختلف حصة مساهمة الجهاز النفسي في الأمراض الجسدية، حسب التاريخ الشخصي للفرد، التركيبة الوراثية، تاريخ مختلف الأمراض، و مختلف الوضعيات العائلية والمهنية التي يواجهها الفرد ومهما كانت درجة العقلنة لدى الفرد، فكل واحد، يمكن أن يصاب بمرض جسدي .
- وكان جون بنجمان ستوار في بنائه لهته الشبكة معتمدا على الملاحظة والعمل الدائم مع مختصين في علم الأعصاب وأطباء مختصين آخرين أخذا بعين الاعتبار العلاقة التكاملية المتواجدة بين الأجهزة الخمسة (الجهاز العصبي المركزي و الجهاز العصبي اللمبي والجهاز المناعي و الوراثي 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 م تدريبين على تقدير السير النفسي للمرضى الجسديين (أنظر المل حق4). 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 رقم 2.

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

- يتكون من 165 بند،
- 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 م علاج المعطيات بأساليب مبرمجة في الكمبيوتر (traitement par un programme informatique)<sup>2</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 اختبائي تفهم الموضوع و الروشاخ فجاى 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).

<sup>2</sup> بنيت هذه الشبكة من طرف ستورا، لكن المعالجة بالحاسوب قام بها فابريس ألبرني (Fabrice Alberni)، طبيب وسيكوسوماتي.

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 باريس 6، 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 دمنا 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 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.

#### 4/ مجموعة البحث:

#### جدول رقم 03: يوضح خصائص مجموعة البحث

عدد الحالات	الجنس	السن (سنة)	عمر الحمل	بداية المرض (في الحمل أو قبله)	المستوى التعليمي	وى الاقتصادي
الحالة الأولى	أنثى	23 سنة	39 أسبوع	في الحمل	3 ثانوي	متوسط
الحالة الثانية	أنثى	26 سنة	34 أسبوع	في الحمل	4 متوسط	متوسط

يتبين من خلال الجدول السابق، أن مجموعة البحث تتكون من امرأتين حاملتين تعانين من ضغط الدم

الحملِي وهما يتميِزن بالخصائص التالية:

ساجدة 23 سنة في الأسبوع 39 من الحمل مستوى ثلاثة ثانوي تخصص محاسبة أصيبت بارتفاع الضغط أثناء حملها، المستوى الاقتصادي متوسط.

والحالة الثانية هي كريمة تبلغ 26 سنة من العمر في أسبوعها الـ 34 من الحمل مستوى ولها مستوى الرابعة متوسط.

أما المستوى الاقتصادي، فهو متوسط. ولقد انتقينا مجموعة البحث وكانت قصديه حسب حضور الحالات، بالصدفة، إلى المستشفى حيث تمثلت هذه الحالات في النساء الحوامل اللاتي تعانين من ضغط الدم الحملِي ما يجعل حملهن في خطر ما يبرر الاستشفاء.

### 5/ التطبيق:

### 1/5 كيفية التطبيق:

لقد تربصنا في أكثر من مكان في الصحة الجوارية ورقلة و المؤسسة الاستشفائية المتخصصة: الأم والطفل المدعوة المجاهد بوخريص عمر، ورقلة؛ وتوجهنا إلى مصلحة الاستجالات ومصلحة الحمل عالي الخطورة لأن الحوامل اللواتي عليهن الخطورة يدخلن بمدة قد تكون من يوم أو عدة أسابيع كل حسب وضعية خطورته: إما للمراقبة أو استعدادا للولادة القيصرية أو تهيئتهن للولادة الطبيعية بدعمهن ببعض هرمونات انقباضات الحمل الاصطناعية من أجل مساعدتهن على الولادة، مع العلم أن هذه المصلحة تستقبل الحوامل اللواتي قد بلغن 07 أشهر فما فوق من حملهن .

و لقد انطلق العمل بشكل صعب نوع ما في الأول كون الحاملات قد تضعن حملهن في أي وقت. فمن اكتملت معهن الحصص وكن لازلن في المصلحة للاستشفاء لم يلدن كانت معدودات حوال 4 حالات أما الباقي، ففي العديد من المرات نبدأ مع الحالة الحصاة الأولى فنعود في الحصاة الموالية نجدها إما ولدت أو خرجت إلى حين تعود للولادة وقت الولادة أو وقت حدوث الأعراض الأولية للطلق .

ولأن عملنا يحتاج دائما، إلى ربط علاقة ودية وثقة بيننا وبين المريضة، فقد حاولنا الحصول على المعلومات عن الحالة باحترام هذه العلاقة وقد تحصلنا على معلومات تخص جوانب مختلفة (ذكرناها على شكل أسئلة تتبع من محاور مختلفة تخدم هدف البحث) .

كما نشير انه قد قمنا بالعمل مع حالتين خارجيتين تعانين من ضغط الدم المزمن قبل الحمل الأولى في المكتب الخاص في متوسطة عطوات قدور قد انقطع ت كونها تسكن في منطقة بعيدة فبقيت تتصل بنا

لنطلب أن تكمل معنا متى وانتهت الفرصة وقد أبدت ارتياحها . أما الثانية ، فقد عملنا معها في عيادة متعددة الخدمات ببني ثور للصحة الجوارية ولم تكمل لأنها لم تجد من يأتي بها للعيادة فهناك قوانين اجتماعية تحكمها أن الكنة لا تخرج إلا بمصاحبة أحد من أهل الزوج للضرورة القصوى. هكذا، فضلنا تقديم الحالتين اللتين يستجبن لكل مستلزمات البحث، من مراحل التطبيق واستكمال تطبيق كل الوسائل (المقابلات، الاستبيان).

### 2/5 طريقة تحليل التقنيات المستعملة:

لقد قمنا بتحليل المقابلات النصف موجهة استنادا لمعطيات المقابلة التي جمعناها عن كل حالة على حدا معتمدين في ذلك على النظرية السيكوسوماتية التكاملية، وذلك بهدف دعم فهمنا العيادي للحالة، واستخراج المعطيات الأساسية لمأ شبكة ستورا. أما الاستبيان الخاص بانتشار الأمراض، فقد اعتمدنا على شبكة اكسل المبرمجة آليا لاستخراج كمية انتشار الاضطراب مباشرة بعد إسقاط الإجابات في الخانات الخاصة بالشبكة (أنظر الملحق رقم 5).

سمح لنا تحليل النتائج الخاصة بالمقابلة العيادية النصف موجهة، وكذلك فرز معطيات الاستبيان في شبكة الاكسال، الحصول على معطيات ثمينة عن الحالات والتي سمحت لنا، بدورها، بمأ شبكة الصحة وتقدير المخاطر السيكوسوماتية لستورا، فقد اعتمدنا على معايير شبكة ستورا بشكل أساسي لتقدير مستوى التوظيف السيكوسوماتي للحالات.

**خلاصة:**

تناولنا في هذا الفصل أهم مراحل تطبيقنا والمتمثلة في عرض معطيات عن مجموعة البحث وكيفية اختيارها كما قمنا بعرض منهج الدراسة، الوسائل المستعملة وكذلك كيفية تطبيق هذه الوسائل وفي الأخير، كيفية تحليل المعطيات.

نشير إلى أننا في تطبيقنا لهذه المؤشرات، أخذنا بعين الاعتبار الجانب الدينامي لكل حالة وبالتالي لم يكن تطبيقنا لشبكة ستورا جامدا كما نشير إلى أن الفصل الموالي الذي يحتوي على عرض وتحليل النتائج، سيجعلنا نلتصق مرونة و دينامية التطبيق.

# الفصل السادس

## عرض وتحليل النتائج

تمهيد

1 / عرض وتحليل الحالة رقم 1

2 / عرض وتحليل الحالة رقم 2

3 / مناقشة الفرضيات

4 / الاستنتاج العام

5 / التوصيات والاقتراحات

الخلاصة

- قائمة المراجع

- الملاحق

**تمهيد:**

بعد جمع المعلومات حول كل حالة عن طريق المقابلة النصف موجهة بالأسلوب الاستقصائي السيكوسوماتي وبالرجوع إلى شبكة ستورا ، وبعد الاطلاع على ملف كل حالة سيتم تقديم كل حالة وتحليل طريقة تعاملها مع أحداث الحياة ،ومناقشة فرضيات الدراسة ،وتقديم التوصيات .

**1/ عرض و تحليل الحالة الأولى:****1/1 تقديم الحالة الأولى:**

يتعلق الأمر بالسيدة ساجدة التي كانت تحت المتابعة العلاجية من طرف طبيب مختص في وحدة التوليد مصلحة عالي الخطورة حيث تبلغ 23 سنة من العمر متزوجة منذ 2018/01/20 عن عمر 19 سنة من بين 16 إخوة ،9 ذكور و 7 بنات، مستوى ثالثة ثانوي تخصص اقتصاد وتركت دراستها طواعية، أما مستواها الاقتصادي فمتوسط . حملت مرتين حمل الأولى ولادة طفل ميت والثانية أجهضت وهي الآن في تجربة حمل ثالثة.

**الاستعداد والسلوك العام:**

ساجدة سمراء البشرة مقبولة الشكل ، معتدلة الطول والقد، تحافظ على بساطتها في ملابسها الذي يمنحها نظرة مهيبة في هدونها ورزانتها، تتميز بتواصل جيد إذ تتحدث بأسلوب مهذب ومؤدب بلغة بسيطة عفوية مفهومة وسهلة وكلام هادئ بنبرة متوسطة و تعابير ووجهها حائرة وخائفة.

**التاريخ الشخصي:** لقد عاشت الحالة طفولة جد عادية تقول " كانت مليحة روعة كنت نحب الجري أنا وأختي التوأم وخويا الكبير مشاركين فنادي رياضي بمنطقتنا ونسافروا للولايات ". وتدرجت في دراستها حتى انتهت للسنة الثالثة ثانوي بوصفها " كنت نحب قرائتي ياسر وكنت من النجباء الأوائل خاصة الاقتصاد و قانون كنت نحب المادة وحتى الأستاذة ... وجبت في امتحان الاقتصاد في الفصل الأول النهائي (19.25) .

**التاريخ الأسري:** الحالة ساجدة عاشت مع كل من الوالدين على قيد الحياة الأم مأكثة بالبيت والأب متقاعد وصرحت أنه كانت علاقتها بهما ممتازة منذ الصغر إلى يومنا هذا حيث تبادلها الزيارات أسبوعيا

تقريباً، كما نشئت في مناخ أسري يتسم بغياب الصراعات بين جميع أفراد الأسرة حيث كانت المفضلة لوالديها تقول: "والديها كانوا لازين ليها أكثر من أختها لأنها عاقلة وتسمع الكلمة "

تصف علاقتها بأختها التوأم، أنها متينة لأن من صغرهم لا تفترقا و أنه بعد زواجها أختها بقيت لفترة تبكي فراقها في: "وحتى بعد الزواج مزال نشوفو بعض ونسقسو على بعض ونحكوا لبعضانا أسرارنا وأنها مع أختها الكبرى مش داخلة فيها وتحشم منها"

كانت ولادة ساجدة طبيعية وتقليدية، حيث ولدت بالمنزل بإحضار قابلة تقليدية وهي امرأة كبيرة في المنطقة تولد النساء وأنها ولدت أختها التوأم أولاً وذهبت القابلة لبيتها، ثم بعدها استدعوها لألم الأم الشديد ظناً أنه التهاب ما لتخبرهم أن: "هناك رأس" فولدت هي. وتضيف أن خالتها كانت تأخذها يومياً للاهتمام بها في منزلها نظراً لقرب منزلها وتأتي بها لأمها فقط للرضاعة، ما يضعنا في إشكالية العلاقة بالموضوع والموضوع البديل، ثم نلاحظ غياب كلي لعاطفتها تجاه أمها أو خالتها في خطابها، تقول عن الرضاعة: "تعبناها"، لتخفيف مشاعر الذنب، كما لاحظنا أن الحالة عند بلوغها لم تكن تعرف أي معلومات عن الحيض بل أنها أحست بال "الخوف والحشمة" والازدياء "وقعدت نحوط" ذهاباً وإياباً على المدرسة بتغيير ملابسها كل مرة، بل أنها أخبرت زميلتها في المدرسة التي أشارت عليها بإخبار أمها ورغم ذلك لم تخبرها حتى سألتها الأم "يا طفلة وش بيبك غير تحوطي"؟ أيضاً صرحت الحالة عن معاناة أمها معها في مشكلة التبول الليلي و أنها لا تذكر إلى أي وقت؛ فقط نلاحظ أن هوايتها الجري هي وأختها ومشاركتهما في المسابقات بين الولايات كانت ما فتح لها مجال للتنفيس الانفعالي واكتساب شخصيتها المتحررة مع تشجيع والدها لها وتصريحها بجودة علاقتها به ومساندته لها في مشوارها الدراسي والرياضي موضحة برفضه تزويجها بقوله "بنتي مزال صغيرة"، كما صرحت الحالة أنها بعد ميلادها لم تكن تسلم من الاضطرابات النفسجسدية تقول أنها "في ست أشهر كنت ما نشوفش مليح ديما عينا مغمضين وكانوا الناس يقولوا لماما طيشيها هادي عمياء ما تعيشش" وهي أبدا لا تتكلم عن مشاعرها تجاه أمها إلا للتبرير و تخفيف إحساسها بالذنب و الرفض في "تعبناها".

أما الجانب العلانقي الاجتماعي: فهي اجتماعية ومحبوبة وتحرص على بقاء الود مع كل من يعرفها مع بقاء علاقاتها سطحية "أما الأصدقاء فقط وقت الدراسة وكلهم بنات عمي أما بعد الزواج فهناك فقط الجيران ليسوا أصدقاء". تكيف بحذر وعلاقات حذرة.



أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة : كان الاتصال بالحالة ساجدة يتسم بالسهولة و الوضوح، فكانت تعبر عن حاجاتها للمساعدة ، لأنها تشعر أن عدم إنجابها، ينقص من قيمتها ودورها البيولوجي والاجتماعي: "خايفة برك يضيعها وليدها ، دركا نقولهم لا شوفولي حل لكان نتعب أنا ويتعب هو لا لواش، بقا حل لي" يساعدي ويساعدو ، خطرأش شفت من قبل وش صرا ليا اوو...ومش قادرة نضيع هذا الحق ، يعني تحسي صح ناقصة حاجة .. حتى معا .. أهلوا وو..ي..تما جيرانو ..يقولو الكلام.. "الناس عندهم لا أنت والوا ، ولا يعودوا يميزوا لي تحسي روحك صح ناقصة حاجة " تقول " أوموا يكون عندك حاجة في حرك ع لى الأقل ما يهدروش " في : " ما عنديش مع شكون نحكي داخلتي غير مع زوجي وهو يسمعي وما ينشعنيش وما يفضحنيش " للحالة تكيف دفاعي أكثر تحفظا في الأسئلة المتعلقة بحياتها الخاصة مع إنكارها لطبيعة السؤال المجهد فهي لا تعترف ب أنها تعرضت للإجراج.

فلاحظنا أن الحالة تعاني من:

عدم تقبل و إنكار صدمة وفاة ابنتها في الخطاب الأولى وإصابتها بضغط الدم الحلمي ما تلمسته الأخصائية في المقابلة من خلال كلام الحالة عن كل تفاصيل حملها إلا حيثية موتها لم تنطق بها حتى سألت الأخصائية عن الطفلة أين هي الآن في قول " وجدتلها قشها كامل قيس 5 ملايين " الحالة لم نخبرنا عن وفاة ابنتها حتى سألناها عنها ... بعد الميلاد ما لقاو فيا والو ما عرفوش السبة وهزيت بعدها بعام مات فكرشي فشهريين مدتلي طبيبة دوا طيحتو فالدار ."

"بعد 5 أشهر زواج 2018/07/20 لم نلتها الدورة ذهبت لطبيبة عامة أخبرتها أنها بالحمل منذ 10 أيام تجري فحص الحمل بشكل دوري في وقته تقول "ما توحمتش " كل ما تقول ليا أرواحي نروح ليا " ترتاح للطبيبة ومنظمة في زياراتها في الفحص للشهر التاسع قالت لها الطبيبة "طفلك قلبه متوقف وضغطك عال فأجابتها" انها تحس به" لكنها أكدت لها أن قلبه متوقف وكتبت لها توجيه مباشر للاستشفاء لكنها رفضت لذلك طلبت الطبيبة الزوج وأدخلوها المستشفى".

الجانب الوجداني و العاطفي : نلمس خوف الحالة من ومعايشتها للقلق الموقفي والخوف من فقدان طفلها، وإحساسها بعدم القيمة لعدم قدرتها على إنجاب طفل سليم (جرح نرجسي)، مع الإحساس بالذنب "تحسي روحك ناقصة" وبخفض مستوى صوتها كلما تكلمت عن معاناتها النفسية لعدم إنجابها طفل سليم مع

مشاعر الهم والضيق وتجنب الاختلاط خوفا من سماع التلميحات: " خائفة برك يضيعها وليدها ، دركا نقولهم لا شوفولي حل لكان نتعب أنا ويتعب هو لا لواش ، بقا حل لي يساعدي ويساعدو ، خطرakash شفت من قبل وش صرا ليا اوو...ومش قادرة نضيع هذا الحق ، يعني تحسي صح ناقصة حاجة .. حتى معا ...أهلوو...ي...تما جيرانو ..يقولو الكلام.. "الناس عندهم لا أنت والوا ، ولا يعودو يميزو لي تحسي روحك صح ناقصة حاجة " ... تضيف: " أوموا (au moins) يكون عندك حاجة في حجرك على الأقل ما يهدروش ... وتضيف هو ما يجبدليش ..ما يقوليش حتى وكان نقولو أنايا هام كل الناس عندهم ..يقوليا يجيب ربي مش لي متشدد ولا يقولي ..باقي أنا .. ولا نتزوج ولا كاش حاجة .. خفض الصوت ما يقولهاش كي نقولو أنايا خطرات نمسد ولا أديني للمراوات يقولي إذا جابها ، الا دارنا ربي نجيب واو يجي الا ما كتبتش خلاص بالتشديد على الكلمة يعني ..مش لي.... ( بصوت مرتعش باقيي) .. ترفع صوتها باقي ..ما يقوليش"

"تقول أول ما قاتلي الطيبية بلي عندك لاطونسيو طالعة وبنتك قلبها حبس تخلعت وفي هاد الكرش خائفة برك يضيعلي ولدي كيما خوتو ونهار قاتلي راهي طلعتك لاطون سيهوش تدريبي ليباري ... (تخفض صوتها) حسيت من قنتي تم بعد عندها مزال عندها ، بهذا قاتلي نهار تحسي بقتك و الضبابة أعرفيها هي لاطونسيو ..ما كنتش نحس ولا حاجة " تتميز بسرعة الاستياء في المواقف المحبطة مع تأخر الاستجابة والحفاظ على جانب الاتصال في العلاقات.

الجانب المعرفي: نظرة سلبية نحو الذات والعالم وغموض وخوف وتشاؤم من المستقبل، شعور بالنقص إضافة إلى تشوهات معرفية كالمبالغة في التعميم في: "وفي هاد الكرش خائفة برك يضيعلي ولدي كيما خوتو "وتشوهات التفكير: في " قالوا ليا قشها قسميه بش ترفدي وقسمتو قعدو غير شوية كيما الزور وقالوا ليا هذا لبسيه قش قديم به يعيش ما شريتلوش جبتلو قش قديم قالو ليا مبعد وشريلوا " .

تظهر مخاوفها من زواج زوجها عليها في قولها " يقول ليا يجيب ربي مش لي متشدد ولا يقولي ..باقي أنا ..ولا نتزوج ولا كاش حاجة .. (خفض الصوت) ما يقولهاش " وخوف من عدم الإنجاب".

و التفكير الاكتئابي وخوفها من عدم الإنجاب في قوله:"حتى وكان نقولو أنايا هام كل الناس عندهم .. يقوليا يجيب ربي "

**الجانب العلائقي والاجتماعي:** إفراط في الحساسية والانسحاب الاجتماعي: " تما جيرانو ..يقولوا الكلام..  
"الناس عندهم لا أنت والوا , ولا يعودوا يميزوا ."

نلاحظ رغبة الطفل الموجهة للمجتمع والمبنية للمجهول. في الحقيقة، عبرت عن إرادة الطفل وليس عن رغبة الطفل فهذه الأخيرة (الرغبة) تتطلب استثمار الطفل نزويا وتسجيله في مشروع طفل، لكن عند ساجدة، لاحظنا أن الطفل معطى كإرادة وليس كرغبة مشحونة بوجودانات وتصورات، فهو غير مبرمج في مشروع متأصل جذوره من قصة حياتها. هناك شعور بالنقص، لأن الناس لهم "شيء" لا يمكن لها الحصول عليه حاليا. لو حاولنا فهم هذا المشكل فإننا نجد أن اختيارات ساجدة جد هشة منذ البداية بدءا باختيار زوجها الذي لم تتكلم عنه بتاتا، إذ تكلمت عن أختها التوأم التي تتقاسم معها أسرارها، لكن في علاقة تعايشية أكثر منها من ثنائية. ما يمكن فهمه في مشروع زواجها، هو اختيارها للزوج على نفس صور الوالد والوالدة، وقد توقفت بمحض إرادتها عن الدراسة، ما يمكن أن يشير إلى تقمص فاشل للأم. فالتقمص الناجح يكون على شكل تصور ورمزي، بشكل يتم اجتياف صورة الأم رمزيا، لكن هنا نلاحظ العكس تماما حيث هناك فشل التقمص، إذ في غياب تصور الأم فتعويض الأم بشكل ملموس هي الإمكانية الوحيدة ولذلك فقد غادرت المدرسة لتتقرب من الأم (كأمها الماكثة بالبيت)، إذن فغياب التصور لم يسمح بظهور التقمصات الناجحة.

**الجانب الدافعي:** تردد في إتخاذ القرارات، هيمنة الحياة العملية، التبعية والسعي لإرضاء الآخر. صعوبة افتراض مواجهات مفتوحة أو إظهار عدوانيتها، فرط النشاط كما انها تمضي قدما في مواجهة التحديات والتكيف معها بالبحث عن المسؤوليات. تفكر كيف تساعد وتتمى اقتصاد بيتها وسير علاقاتها.

بالنسبة للمرض الحالة تنكر معرفتها بأن معها مشكل في ضغط الدم وأن الطيبة في هذا الحمل الأخير فقط تنبعت وأعلمتها أنه سبب موت ابنتها وإجهاضها موضحة استسلامها هذه المرة وتقبلها للعلاج خوفا من فقدان الجنين وانه ليست هناك أي سوابق مرضية في العائلة لكنها تصرح أن أختها ولدت بمشكل في القلب نصحتها الطبيب بالرياضة فقط للتحكم فيه وأنها تحسنت وهي طبيعية الآن.

حريصة على اخذ الأدوية رغم استنقاله وعدم تحمله رغبة لا شعورية تعبر عن صعوبة استثمار الحمل، وتضيف أنها لا تستطيع منع نفسها عن أكل الحار وأنها تتقيد بكل شيء إلا الحار لا تستغني

عنه بل تأكله بكثرة مبررة انه " ما يدبرلي والو " وهو مؤشر سلبي يدل على هشاشة التوظيف السيكوسوماتي عند ساجدة. تبدو غرائز الحياة جد هشة لدى الحالة.

**الحياة الحلمية للحالة:** ترى كوابيس ليلية خاصة في الشهر الثامن للحمل ترى فيها حيات وعقارب فسرتها بغيبة الناس لها خاصة فيما يخص حملها، تؤكد أن كوابيسها شبه حقيقية، فعند استيقاظها تبقى تبحث عنها وتبقي النور يشتغل ما يؤثر على نومها. ما يظهر لنا اضطرابات في النوم ، لكن خاصة إسقاط مشاكلها على الآخر بطريقة ملموسة، فهي تعطي تفسير لأحلامها أن الآخرين يريدون لها الشر وخاصة فيما يخص حملها، لهذا فهي تتكر أن الأحلام قد تعبر عما تفكر فيه إذ ترى أنها رؤى للمستقبل، ما يدل بدوره على التبعية للمحيط دون إرصاد شخصي يتجلى ذلك كذلك في عدم شراء الثياب للجنين إلى حين يزداد والباسه القديم.

تتجلى هشاشة ساجدة في تثبيتها في المرحلة الفمية، حيث التبعية لنوع من الغذاء (الحار)، وعدم قدرتها من الابتعاد عن الحار رغم أن الطاقم الطبي قدم لها تعليمات عن تركه وأنه ضار بها وبجنينها. يبدو أن اختيارها مرافقة لاضطرابات الأكل (فرط الشهية بالتناوب مع قلة الشهية) (أنظر الملحق 6).

تتحدث الحالة عن زوجها وتعبر عن رغبتها في الزواج منه وتوقفها عن الدراسة طواعية رغم تفوقها وحبها لدراستها وقناعتها به إلا انها تعرب عن الم في وعده لها بتكملت دراستها ورفضه الأمر بعد الزواج لكنها تقول انها تقبلت ورضخت لان الواقع يفرض ذلك وهنا يظهر سعيها في إرضاء الآخر على حساب رغباتها (أنظر الملحق 6)، كما أنها لا تظهر مشاعرها تجاه زوجها بل تتكلم عن أخلاقه معها وفهمه واستعبابه وتصرفاته وعن حسن معشره. بل وعبرت عن استياءها من توقفه عن العمل بعد حملها. للحالة آمال وأحلام بان يعيش لها طفلها وأن تمتلك منزل مستقبلا وتشجيع زوجها لها بأن تمتهن الخياطة

### عناصر من الملف الطبي

- الاستشفاء بتاريخ 2021/04/14 ليلا

- HTAG (100/140)

- ولادة طفلة ميتة في الشهر التاسع من الحمل

- إجهاض حملها الثاني بعد شهرين من الحمل

## السوابق المرضية

- أختها التوأم ولدت بضعف في القلب  
-ولادة جنين ميت وإجهاض في الشهر الثاني  
3- تقدير الخطر السيكوسوماتي

## الجدول رقم 04: جدول موجز لأحداث الحياة والاضطرابات الجسدية

التواريخ	أحداث الحياة	الاضطرابات الجسدية
1998/02/07	الولادة	طبيعية في البيت هي و أختها التوأم
8-9 أشهر	الجلوس	
10 أشهر	الحبو	
عام	المشي	
عامين	النطق	
أكثر من السنتين	الفطام حتي بدؤوا الأكل وتركوا الرضاعة لوحيدهم	
البلوغ	3 متوسط	غير منتظمة، كما خافت منها
2 ابتدائي	سقوط على آلة حادة	خياطة فوق الحاجب
قبل سنتين	ولادة طفلة ميتة	طبيعي
بعد سنة	حملت وأجهضت بعد شهرين	
الطفولة	ممارسة رياضة الجري مع أختها وأخوها والمشاركة بين الولايات	
2018/01/20	تركت دراستها التي تحبها لتتزوج بعد وعده لها بأن تكمل دراستها	
في نفس السنة	لدغتها عقرب في رجلها	آلم و حمى
2018/07/20	تلقيها خبلا حملها	
2020/01/13	موت أب زوجها بسبب مرض السرطان. هي لا تعرفه فهو يتزوج كثيرا .	

2/1 نتائج الاختبار العيادي السيكوسوماتي وتقييم الخطر السيكوسوماتي للحالة الأولى:  
ملخص استبيان الصحة الجسدية المقترح للمريض (أنظر الملحق رقم 6)  
تحليل المعطيات

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

➤ العمليات والآليات النفسية ونقاط التثبيت ومظاهر الشخصية وأنشطة

التسامي

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

➤ انتشار السلوكات La prevalence 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)

عدم وجود الأم في خطاب الحالة إلا نادرا مع غياب كلي لأي مشاعر اتجاهها

المحور 1ب: الحالات النفسية وأحداث الحياة الشخصية

Axe 1 B : états psychiques et événements de vie personnels

مظاهر القلق -مظاهر الاكتئاب -تقلبات عاطفية -مظاهر سلوك دفاعي مع احتمالية ماسوشية

Axe 1 C : points de fixations-régression

-احتمالية التثبيت في المرحلة الفمية لغياب الموضوع المشبع فاخذ خالتها لها و إرجاعها ليلا او عند

جوعها يترك فينا احتمال بكاءها الشديد العديد من المرات.

-هيمنة فمية تظهر في الشراهة مع رغبة لا شعورية سادية تظهر في تناولها للفلل بشراهة مبررة انه لا يؤديها أبدا.

-احتمال التثبيت الشرجي الذي يظهر في خطابها برغبتها في العمل لمساعدة الزوج.

### Axe 1 D : mécanismes de défense

التكتم -اليكستيميا

#### المحور E1 : سمات الشخصية

### Axe 1 E : traits de caractère

سمة اكتئابية

-سمة القلق -سمة الخواف الاجتماعي

#### المحور F1 : أنشطة التسامي

### Axe 1 F : activités sublimatoires

عدم المشاركة الاجتماعية مع الجيران الذين يعيرونها بعدم الإنجاب متسامية لأن زوجها يعينها ويسمعها ولا يفضحها

### المحور الثاني: السلوكيات والمظاهر الجسدية في العلاقة

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

- تتميز بسلوكيات الانسحاب وغياب العواطف قبل التواصل، التخوف وكبت وفقدان احترام الذات نتيجة المرض، عدم القدرة على الاستمتاع بالحياة وتجنب المناسبات التي يتجمع فيها الجيران، رفض وإنكار المرض، تعيش المرض كجرح، تعاون ظاهري وامثال لتحظى بالتعامل المحترم، مع عدم احترام الحمية وعدم تقبل المرض والدواء.
- هي امرأة نشيطة و يهيمن السلوك على حياتها كلها، هناك القليل جدا أو عدم وجود مكان للقراءة والأنشطة الثقافية، قدرتها على الأحلام ضعيفة ما قبل شعورها فقير تهيمن عليها الكوابيس.

**المحور 3: التعبير عن الوجدانات****Axe 3 : expression des affects**

- تظهر تخوف من المرض، تحسس للألم، مع غياب الموارد الروحية، وفقدان لجودة الحياة المرتبط بعدم الإنجاب
- وجدانات تمثل ذاكرة لتجربة صادمة لا يمكن استدخالها
- المشكل الرئيسي لساجدة هو انقطاع التصورات العقلية عن الوجدانات. طغت المشاعر بقوة عليها والتي تؤدي إلى التفجير الفوري لارتفاع ضغط الدم المههد لحياتها.
- تظهر نفي (dénégation) لدى الحالة في غياب المشاعر وهي تحكي عن ابنتها الميتة وكأنها حية.

**المحور الرابع: البيئة الشخصية والعائلية والاجتماعية والمهنية****Axe 4 : Environnement personnel, familial et socio professionnel**

تبدوا ساجدة مستقرة نسبيا في محيطها العائلي، العلاقات مع زوجها تتسم بالسكينة. تمكنت هذا العام، من الحمل بعد موافقته لأخذها لمختصة بالمساج الذي تعتقد أنه خلصها من البرد الناتج عن الإجهاض فحملت مباشرة بعد المساج.

**التشخيص حسب التقسيم السيكوسوماتي****Diagnostic selon la nosographie psychosomatique****تقييم المخاطر النفسية****Evaluation du risque psychique**

خطر متوسط إلى عالي: 10 إلى 15 متوسطة إلى عالية الخطورة - إمكانية الانتكاس، إعادة التنظيم انطلاقا من نقاط التثبيتات - النكوصات، المراقبة وعدم الاستقرار.

خطر عالي إلى عالي جدا : 15 أو أكثر ارتفاعا إلى ارتفاع شديد. ( عدم الاستقرار الكلي للوحدة السيكوسوماتية المختل.



(1) العمليات والآليات النفسية: 4

(2) انتشار السلوكات: 4

(3) القدرة على التعبير عن الوجدانات: 5

(4) المخاطر البيئية: 2

### المجموع: 15

ساجدة تحمل مخاطر عالية جداً: عدم الاستقرار العام للوحدة النفسية الجسدية في خطر فساد التنظيم.

المحور الخامس: تقييم الحالة الجسدية

### Axe 5 : évaluation de l'état somatique

المخاطر الجسدية: 4 (مخاطر عالية جداً)

وفقاً لـ CIM 9:

التقدير الشامل للخطر السيكوسوماتي

### Evaluation globale du risque psychosomatique

$$4+15=19$$

### الخطر النفسي الجسدي مرتفع جدا.

- عصاب القلق وعصاب الاكتئاب مع اضطرابات نرجسية للشخصية مع هيمنة للحياة العملية والتكتم - اضطراب مهم للتوظيف العاطفي
- الخطر عالي إلى مرتفع جدا

### 3/1 خلاصة الحالة الأولى:

بينت المقابلة النصف موجهة مع الحالة ساجدة أنها تقبلت الحديث مع الأخصائية النفسانية ورغبتها في المساهمة في البحث وكانت صريحة في إدلائاتها مع ظهور تكيف دفاعي أكثر تحفظا في الأسئلة المتعلقة بحياتها الخاصة مع إنكارها لطبيعة السؤال المجهد فهي لا تعترف ب أنها تعرضت للإجراج، تبدو الحالة كإمارة متكيفة مع الوضع، ما يمكن أن يخدع تصورنا في الوهلة الأولى، لتوظيفها النفسي ، منطقية لها القدرة على السيطرة والتحكم في الوضع لحماية نفسها. انها متكيفة تماما في بيئتها بشكل يوحى إلى ذات مزيفة.

رأينا أن العلاقة مع الموضوع متفادية تماما، وتبدو سطحية في تناول علاقاتها. رأينا أن صيرورة نضجها كانت مكلفة بمتاعب في صحتها. يمكن القول أن ساجدة تميل إلى الخطورة في صحتها وصحة جنينها، لكن يمكن توقع أن غياب الصراعات في حياتها الزوجية ومساندة زوجها من شأنه أن يساعدها لتخطي هذه المرحلة الحرجة الخاصة بشكوكها في قدرتها على الإنجاب وأن تصبح أما.

## 2/ عرض وتحليل الحالة الثانية:

### 1/2 تقديم الحالة الثانية:

كريمة الجنس أنثى تبلغ من العمر ( 26 ) سنة لا زالت تحت المتابعة العلاجية الطبية لأمراض النساء والتوليد

زوجها يعمل في مجال البناء "ماسو"، ذات مستوى تعليمي 4 متوسط، حالتها الاجتماعية والاقتصادية متوسطة.

أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

دافع الاستشارة:

تقدمت الحالة للفحص والاستشارة النفسية بناء على توجيه من الأخصائية الاجتماعية وطبيبة الاستعجال في مصلحة الاستعجال بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم والطفل بهدف النظر في أسباب تردها على مصلحة عالي الخطورة كل مرة بعد خروجها من المصلحة بثلاثة أو أربعة أيام لارتفاع ضغطها، وبطلب من الحالة نفسها بمجرد رؤيتها وهي تبكي وتستجد بطلب رأيها لأخصائي.

خلال الحصة الأولى:

قدمت إشكالياتها الشخصية في المعاناة في خوف من فقدان جنينها وما يصاحبه من حالة مزاجية نفسية صعبة مثل : الحزن و مشاعر الهم والقنوط ونقص الاستمتاع بمباهج الحياة وشعور بالنقص والكفاءة وضعف التركيز وقلة الشهية واضطراب في النوم ( كثرة الكوابيس ) و اضطراب في العلاقة مع الزوج وأهله والميل إلى العزلة وكذا أهلها، وأعربت عن تهديد زوجها لها انه لو حدث للجنين شيء يذبحها، ولاحظنا عليها أنها لا تتفق مع والدتها كما طلبت منا عدم إخبار الوالدة لأنها ستتصل، لكن والدتها لم تتصل بنا وإنما كانت دائمة الاتصال برئيسة المصلحة والطبيب، لتطلب العملية القيصرية وانقاد الجنين .

## الاستعداد والسلوك العام:

الحالة من النمط الجسمي الممتلئ قصيرة القامة ذات عينان بنيتان ذات بشرة سمراء مقبولة الشكل شاحبة الوجه. كانت عملية الاتصال معها نوعا ما سهلة من بداية الحصص العلاجية النفسية. إذ تتكلم بصوت باكي كلامها غير منظم، كان صعب علينا فهم ما تتكلم حوله بسبب انتقالها بين المواضيع وعدم الربط والتنظيم، مبعثرة. لا تستعمل الجانب التواصلية الغير اللفظي في غالب المقابلات، بسيطة المظهر واللباس تبدو عليها الرزانة.

## التاريخ الشخصي:

ولدت كريمة بالمستشفى بشكل طبيعي، كما صرحت عن تعب والدتها الكبير خلال الحمل بها والقيء طوال 9 أشهر وأن الوالد كان سكير في قولها: " الولادة تاعي 9 أشهر نورمال طبيعي تقولي ماما كنتي صغيرة وتطلي راسك وأنت مقمطة الحمل تعبت معايا القياء، الأب كان يشرب، الرضاعة طبيعية، الفطام 3 أشهر صدرها نشف دارت لي سيليا حتى للعام رجعت ناكل كلش، المشي في 9 أشهر، الحبو ما حبيتش كل، الجلوس 6 أشهر والتسنين .. مع المشي بداو يخرجو، كنت اجتماعية "

لقد عاشت الحالة طفولة قاسية بحيث كانت ضحية نتيجة لأسرة مضطربة مما نتج عنها شخصية ضعيفة وحساسة جدا بوصفها "، كنت ندير لابقار (la bagarre) بزاف (ترتفع نبرتها قليلا فجأة) مش نظلم لي يظلمني ندافع على حقي وللدرك، ونشفي كي كنت نقرا وحدة نحتلي سروالي في لقسم .. في الابتدائية وقعدوا يضحكو عليا خرجت برا كتلتها ..كنت نمسح فالسبورة وهي جات نحتلي سروالي " ما انعكس سلبا على حياتها الدراسية: " نفهم ما نحبش نقرا برك نحب مواد الحفظ برك و العربية، الأنجليزية لابس تاني، الفرونسي صعبة شوي، نفهم شوي ما نهدرش. أول دخول للمدرسة كان يقريني معلم ، كانوا الأولاد معانا يريحو لبنات في حجورهم وينحو سرالوهم .. قلت لماما بدلتلي القسم فالأولى ابتدائي، كنت نحب الرسم أكثر"

البلوغ في 14 سنة" داتني ماما جيني كولوغ قالها راه الرحم مليح ومازال قريب تهبط خاطر جداتي ام بابا جاتها 25 سنة .. لا ما كنتش نعرفها حتى داتني وقاتلي الدم يجيك من الأعضاء وتولي تصيمي فالأول الريحة مش مليحة ومبعد خلاص قاتلي ماما بيها تتزوجي وتجيبني الدراري والو حسيت عادي " .

## سوابق مرضية ومعطيات هامة عن حياة الحالة:

- التهاب اللوزتان المتكرر في طفولتها وارتفاع مستوى البروتين في الكلى .
- مرض البواسير ومعاناتها منه بوصفها " الباسر نحيثهم قبل الزواج ب 4 أشهر وخطولي بالتيوات نيلو بش ما يرجعوش " حنان تزوجت وأنا ما نقدرش نريح ...والو درك خلاص بريت منهم "
- كذا ارتفاع ضغط الدم خاصة أثناء فترة الحمل ومدى تخوفها الشديد من موت الجنين وهذا ما زاد الطين بلة من تزايد مخاوفها واضطراب علاقاتها الزوجية بوصفها لذلك ب " اطونسو (la tension) في الحمل برك، إيه كي قاتلي عندك لاطونسو قلت درك نموت قاع لي تجيهم يموتو، نعرف بلي تقتل "
- لديها سوابق مرضية تتمثل في التبول اللاإرادي والتهاب اللوزتين إذ تصف ذلك ب " نمرض لا من قراجمي بزاف كان عندي التبول في الفراش حتى 2008 في الخامسة ابتدائي "
- قضم الأظافر يعبر عن نكوص للمرحلة الفمية وكذا أمراض جلدية مثل الأكزيما بقولها : "وكان عندي قضم الأظافر من الصغر حتى رجليا نقص اللحم وناكل تاع القزما من وأنا صغيرة ودرك(الآن) ناكل يديا برك ..فيهم زروقيا ضفاري ندرقها لا بالحنة " ترمز لعدم التقبل والشعور بالذنب اللاشعوري.
- وتدرجت في أطوارها التعليمية حتى مرحلة التعليم المتوسط ( السنة الرابعة متوسط ).
- بالنسبة للعلاقات كانت مضطربة داخل النسق الأسري لا تتسم بالعلاقات الايجابية الصحية بحيث تصف ذلك ب " علاقاتنا بالجيران ما يتفاهموش معانا حنا ما نخالطوهمش وحدة رحلت عمبالها ماما سحرتلها راجلها .مع دار جدي ما شفتش جدودي العلاقة مليحة نساوينهم شوية"
- كانت تتعرض الحالة في طفولتها إلى الحرق كنوع من العقاب من طرف أمها مع أختها بسبب التبول.
- تحصلت على شهادات تكوينية .

## في الحصة الثانية: اليوم الموالي صباحا

## التاريخ الأسري:

كل من الوالدين على قيد الحياة الأب كان موظف في مكان مرموق قبل تقاعده والأم مأكثة بالبيت مريضة بارتفاع ضغط الدم. وصرحت الحالة أنها كانت تربطها علاقة مضطربة مع والديها خاصة الأم. حيث نشأت في مناخ أسري مضطرب خاصة مع الأم في مرحلة الطفولة والأخوات في مرحلة المراهقة بوصفها " كان عندي التبول في الفراش حتى 2008 في الخامسة ابتدائي و كانت ماما تحرقنا بالشمعة " .

الزواج : في 2021/06/04 "عرفتو صدفة سمانة العيد رائحة نجيب لماما دواء لاطونسيو لقيتو يتبع فيا من الفارماسي قعد شاد فيا شاد فيا يعني يتبع (رفضت أن تستلم رقم هاتفه) ،راح سقسا الجار قالو نعرفها مدلو نمرو بابا تلاقا بيه فالقهوة العشية وأنا ما عطيتوش اسمي الحقاني قتلو اسمي رانيا والطولي قالو راهي شينة وطاكسي تحط وطاكسي تهز قالو هاديك لي نديها تبكي مبعد كي تزوجني عاد يقولي كيما هاك ... كيما نهار بطلت على الدوزيام، أنا بطلت الصباح وهذا جاني العشية، الزواج في 06/04/ ما درناش العرس ,اونترفامي(entre famille) " بسبب الحجر الصحي لكوفيد19.

لاحظنا أن الحالة تعاني من الأعراض في الجوانب التالية :

## الجانب الوجداني والعاطفي:

المزاج غالبا حزين ومكتئب تتكلم بصوت باكي مرتجف وأحيانا تبكي ملتفتة بوجهها للناحية الأخرى ما تلبث تمسح دموعها التي لم نراها ...

تعبر عن عواطفها تجاه زوجها واتجاه كل من تعرفت عليهم أو خطبوها إلا أسرتها التي تتحدث عنهم، لا عن عواطفها تجاههم.

## الجانب المعرفي:

تبدو ضعيفه التركيز وأفكار سلبية وتشاؤمية ونحو المستقبل بسبب العلاقة الزوجية (الزوج) ومشاعر نقص الثقة وعدم القيمة والدونية بالإضافة إلى بعض التشوهات المعرفية مثل :

\* المبالغة في التعميم وتشويه التفكير: "كامل لي جاتهم لاطونسيو ماتو "

\* العزو الشخصي: "لاطونسيو تطلع لي بسباب زوجي منين يقلقني و "تمرص لا من قراجمي ياسر وهو لي دارلي البروتين فالكلّي"

\* التفكير الاكتئابي: ألم كبير في الحياة الزوجية بحيث تصف المعاناة النسقية مع الزوج المضطرب الذي إتهمها في شرفها بقولها " بعد الزواج من السمانة الأولى قعد يقولي (كلام فج فضلنا إلغاؤه) كي قتله ما نطيقش قالي مالا راكي كنت (كلام فضلنا إلغاؤه من المحتوى) وأنا كان عندي 4 أشهر برك ملي درت عملية تاع البواسير قبل ما نتزوج وخيطولي تيوات بش ما يعاودوش يخرجولي كي كنت ما زال ما نقدرش نريح ومنين ما قبلتلوش راح لنساون خاوتو زوج قال لهم راها مكروسة مش طفلة وشد ليفري دفامي كان بش يحرقهو لي ". وشكوكه فيها واتهامها دوما انها تنتظر للرجال كلما خرجا فيرجعها للمنزل، وعدم ثقتها فيه لتعاطيه المهلوسات. "تجو راجلي او هو كي نخرجو اذا جات عيني فعين راجل يقولي كون ما جيتيش تخزري فيه ما يلوحش فيك عينو على هكا ما نبغيش نخرج معاه ياسر نبغي ماما تروح معايا ولا أختي الكبيرة ويعود يقولي فالطريق أرجعي ما تروحيش ". شكاك وإذا قلقو واحد يرجع عليا وإذا خصاتو دراهم ولا حاجة وزيد يتبع الدر الشينة وكي يتقلق يشرب حب 300 والفوتكا والويسكي حتى في رمضان فالليل يتبع فالمافيا للدرك مانيش تايقة فيه كي يجي للدار عنيه حمورا يقولي أني ما رقدتتش ومش تايق فيا ".

\* الجانب العلانقي الاجتماعي :

الميل إلى الانطواء والعزلة مثل : "الأصدقاء 2 برك ما نخالطش أصلا نصاحب ونبطل حتى فالخدمة بنت عمي برك مليحة ". مع ميل لإرضاء الجميع بكبت عدوانيتها

\* الجانب البدني :

اضطراب في الأكل تظهر من خلال وصفها لذلك ب "درت ليكو في شهرين ونص..الأول عند ... والثاني عند ... في 8 أشهر ..بدلت نعيمة أختي قاتلي كبرت ما عادتتش تعرف وقاتلي مرت خويا.... مليحة ,وشافتني لاطونسيو تطلعي ولوخر وما قاتلش وما مدتليش ليباري تاع تخثر الدم وما عطاتي حتى حاجة حتى كي رحنت لشريفي قريب ضربني بكف قالي كيفاه ما مدولكش الدواء لوكسان

ولاندومات و إير تخثر الدم قالي خوت الصغير ناشفين والصغير ناشف " تغييرها لطبيبتها النسائي ثلاث مرات

اضطراب النوم وتظهر في كوابيس: " نحلّم مم منامات مش مليحة نحلّم بخاوتي نحلّم بيهم ياسر شغل راقد معايا و متحضني , كي شغل يدير معايا فالفحش. قاتلي ماما كي تزيدي ديري المسك اغسلي بيه بش ما عدتيش تحلمي بيهم . لا هاد العام لي بديت نحلّم بيهم قدام ما نتزوج وبعد الزواج زادت وخطرات نحلّم طايحة من الفوق وخطرات نحلّم نسا لابسين خمارات قري وحجابات يخطفو فيا وطريق كل روقارات مفتوحين وما عنديش منين نفوت ونشوف آخر منامة عندها نهارين ما شفيتش عليها . نحلّم وننسى وش حلّمت الأكثرية "

الجانب الواقعي: التردد وانخفاض مستوى النشاط العملي

الحصّة الثالثة بنفس اليوم 2021/05/18 مساء طبقنا الاستبيان .

### - عناصر من الملف الطبي:

- الاستشفاء بتاريخ 2021/05/17-34 شهرا من الحمل

- HTA (130/90) عند الدخول

- ارتفاع الضغط الدم عند الأم .

السوابق المرضية

- التهاب اللوزتان، ارتفاع مستوى البروتين في الكلى، قضم الأظافر منذ الصغر مع أكل اللحم،

التبول في الفراش حتى 5 ابتدائي، حساسية جلدية منذ 2009، البواسير وإجراء عملية بسببهم قبل زواجها ب4 أشهر. الحصبة في الخامسة ابتدائي.

- مرض الأم بارتفاع ضغط الدم



## - تقدير الخطر السيكوسوماتي :

## الجدول رقم 05: جدول موجز لأحداث الحياة والاضطرابات الجسدية للحالة الأولى:

التواريخ	أحداث الحياة	الاضطرابات الجسدية
1995/01/05	الولادة	9 أشهر عادي فالمستشفى تعبت الأم في الحمل.. القيء.. الأب كان يشرب الخمر.. رضاعة طبيعية الفطام في 3 أشهر "صدرها نشف"
حتى تاريخ 2008	أصببت بالحصبة	
سنة خامسة ابتدائي	حادثة زميلتها نزعت لها سروالها وهي ملتفتة تكتب على السبورة أمام زملائها . خجلت الكل ضحك عليها انتظرت حتى خرجوا من القسم وقتلتها ضرب "كنت ندير لباقار بزاف... لا كي يظلموني"	لا شيء
الطفولة	التبول الليلي	عقاب الأم بالحرق بالشمعة
المراهقة	تحرشات جنسية لفظية مباشرة من الخطاب	لا شيء
شهر بعد زواجها	اتهام زوجها لها في شرفها وتهديدها بتمزيق الدفتر العائلي والطلاق لعدم قبولها ممارسة علاقة جنسية غير طبيعية.	صدمة ، خوف وهلع
أسبوع بعد الزواج	طلب الزوج لعلاقة محرمة	لا شيء
السنة أولى ابتدائي	رأيته لتحرشات بين البنات والأولاد في القسم	لا شيء
14 سنة	أخذتها أمها للطبيب بسبب تأخر الحيض	لا شيء
9 أشهر	المشي	لا شيء
6 أشهر	الجلوس	لا شيء
قبل ثلاث سموات	إخوتها وجدوا عندها هاتف تسمع أغاني، الأم في جنازة خالها	حرقها في قدميها بالموس على النار
2009	قضم الأظافر	تشوهات في الأصابع
2021	الحمل	ارتفاع الضغط الحلمي وانتفاخ في الوجه خاصة وكل الجسم

## 2/2 نتائج الاختبار العيادي السيكوسوماتي وتقييم الخطر السيكوسوماتي:

ملخص استبيان الصحة الجسدية المقترح للمريض (أنظر الملحق رقم 7)

ملخص استبيان الصحة الجسدية المقترح للمريضة

### تحليل المعطيات

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

➤ العمليات والآليات النفسية ونقاط التثبيت ومظاهر الشخصية وأنشطة

التسامي

les processus et mécanismes psychiques, les points de fixations, les

manifestations caractérielles et les activités sublimatoires

➤ انتشار السلوكيات La prevalence 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)

ما أثار انتباهنا، هو المحتوى الضمني لكره الأم غير المعترف به، ربما للدفاع عن نفسها من خطر الانصهار مع الموضوع. لم نلتصق علاقة ودية مع الأم ولا علاقة كره واضحة بل هناك تباعد مثير للانتباه، هل هذه الأم مقتحمة لعالم الحالة؟ لم نتكلم عنها كثيرا لذلك لا يمكن لنا معرفة ما محل عدم رغبتها من اتصال أمها بالمختصة؟

تحسبا لانحلال التنظيم المحتمل لدى الحالة، خاصة أنها في حالة حمل في خطر، فضلنا تحت تأكيد الأستاذة المشرفة، أن نساند الحالة في مقابلتها وترك لها الحرية في اختيار المواضيع التي تريد التعبير عنها وعدم طلب تفاصيل نرى أنها حساسة جدا.

-رغبة في الظهور في أفضل حال، القدرة على تذكر الأحداث لكن بعدم القدرة على الربط بين الحاضر والماضي .

## المحور 1ب: الحالات النفسية وأحداث الحياة الشخصية

### Axe 1 B : états psychiques et événements de vie personnels

-حضور الأنا الأعلى المثالي

- عدم الرضا بالحياة والتفكير العملي

- أعراض القلق الموقفي

- الاكتئاب.

- العدوانية في الطفولة تبررها بأنها مظلومة.

- العزلة والانسحاب الاجتماعي.

- تأثير الثقافة على التوظيف النفسي .

-مظاهر ماسوشية .

-عدم كفاية الدلالات العاطفية للتصورات وقصور الموافقة العاطفية للأم .

-كوابيس ليلية (فقر التصورات)، مع ظهور محتويات من التكوين العكسي (المشي على فنوات صرف

المياه)، الزوج الذي يقوم بالفاحشة ومخاوفها على نفسها.

-قدرة على تذكر الماضي مع ذهاب وإياب بين الماضي والحاضر التي تشير إلى القدرة على الارصان،

لكن حياة الحالة، مليئة بضغوطات شديدة تجعل جهازها النفسي مندهشا وغير قادر على احتواء الكم

الهائل من الإثارات. لذلك نفكر أن الحالة تحتوي على إمكانيات ارصانية مهمة، لكن تواجهها في مرحلة

الحمل، مع كل ما تحتويه هذه المرحلة من إعادة إحياء للحياة الماضية، وكذلك تواجد الحالة في محيط

صعب وضغط لا يمكن تحمله، فإن الحالة تبدو وكأنها في حالة تكتم للوجدانات، لا نفكر أن الحالة

تتفادى التعبير نتيجة لعدم تحمل محتواها، لأن الأنا عندها مقهور بإثارات في الواقع صعبة.

### AXE1 C نقاط التثبيت-نكوص

### Axe 1 C : points de fixations-régression

- تثبيت في المرحلة الفمية يظهر في النكوص للمرحلة عند زيادة التوتر بقضم أظافرها

- كما تظهر الجسنة لدى الحالة بكثرة (قضم الأظافر، أكل اللحم الذي تقوم بتقشيرها جراء الحساسية، الحساسية الجلدية، القولون، ضغط الدم) تاريخ مملوء بجسيدات التي تصطحب عدم النضج العاطفي .  
كما نجد نوع من الشرجية في الرغبة في مساعدة الزوج الذي تصفه بالبخل وسوء المعاملة: " حابة  
نعاونو كينو دراهمو ياكل فيهم حتى وما يصرفش عليا نصرف على روعي هي أصلا العجوز قاتلي  
قوليلو يخليك تخدمي " .

### **Axe 1 D : الآليات الدفاعية**

#### **Axe 1 D : mécanismes de défense**

الآليات الدفاعية الكف. تعبير عن كره للألم غير معترف به للدفاع عن نفسها من خطر  
الانصهار مع الأم هكذا، هنا سادية نحو الآخر ونحو الذات في نفس الوقت سادوماسوشية.

#### **المحور E1 : سمات الشخصية**

#### **Axe 1 E : traits de caractère**

-رغبة في الشكوى تظهر في الحزن ومظاهر الاكتئاب

-طبع رهابي

-طبع هستريوني

-هيمنة فمية في تناوب الشراهة مع فقدان الشهية، وأكل اللحم الذي تقوم بتقشيرها بسبب الحساسية الجلدية.

#### **المحور F1 : أنشطة التسامي**

#### **Axe 1 F : activités sublimatoires**

لم نلتصم نشاطات تسامي لدى الحالة وهي لم تتناول الجانب الروحي العقائدي (أنظر الملحق رقم 7) إلا  
من باب العام، والمعترف به عامة. ما هو مؤشر سلبي للحالة.

## المحور الثاني: السلوكيات والمظاهر الجسدية في العلاقة

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

- هيمنة الحياة العملية تقول الحالة "تبقى واقفة كامل النهار تقضي حتى تنسى

"الدواء"

- سيادة السلوكات وغياب النشاط الفكري

- انسحاب وغياب العواطف قبل التواصل

- فقدان احترام الذات

- تعاون ظاهري ورفضها للمرض

- الامتنال وبحث عن الموافقة وتعاون مع الأطباء في هذا الاتجاه

- الشك والاندفاعية - تعيش المرض كجرح

- مشتكية، تعتقد أنها تستحق المعاناة.

## المحور 3: التعبير عن الوجدانات

**Axe 3 : expression des affects**

- كبت العواطف . صعوبة افتراض مواجهات مفتوحة أو إظهار عدوانيتها، فرط النشاط كما أنها تمضي قدما في مواجهة التحديات والتكيف معها بالبحث عن المسؤوليات. تفكر كيف تساعد وتنمي اقتصاد بيتها وسير علاقاتها.

- التكتم وقمع المشاعر التي تظهر وكأنها الكسيميا، لكن الأمر ليس كذلك، إذ نلاحظ إمكانيات تعبيرية لكن هناك كبت لها. لم نلاحظ تعبير عن استثمار جنينها، لم تعبر عن علاقة بأمها يبدو أنها تحمي نفسها من محتويات يصعب احتواؤها.

- طلب مفرط للرعاية بحثا عن الرقابة الأمومية.

- وجدانات تمثل ذاكرة لتجربة صادمة لا يمكن استدخالها .

المحور الرابع: البيئة الشخصية والعائلية والاجتماعية والمهنيةAxe 4 : environnement personnel, familial et socio professionnel

بيئة أسرية مضطربة متسلطة تفسر موقفها المحايد الزائف اتجاه الآخر مع عدم القدرة على التكيف وكثرة التكتم

لازالت تعاني من أعراض القلق أثناء النوم مع كوابيس تتعلق بحياتها العاطفية.

التشخيص حسب التقسيم السيكوسوماتيDiagnostic selon la nosographie psychosomatique

خطر متوسط إلى عالي

تقييم المخاطر النفسيةEvaluation du risque psychique

(1) العمليات والآليات النفسية: 5

(2) انتشار السلوكات: 4

(3) القدرة على التعبير عن الوجدانات: 3

(4) المخاطر البيئية: 7

**المجموع: 19**

كريمة تحمل مخاطر عالية جدا: عدم الاستقرار العام للوحدة النفسية الجسدية في خطر فساد التنظيم.

## المحور الخامس: تقييم الحالة الجسدية

**Axe 5 : évaluation de l'état somatique**

## المخاطر الجسدية: 4 (مخاطر عالية جدًا)

يطلب منها الطبيب دوماً عدم القلق وخفض الانفعالات حفاظاً على حياتها وحياة الجنين  
التقدير الشامل للخطر السيكوسوماتي

**Evaluation globale du risque psychosomatique**

## الخطر النفسي الجسدي مرتفع جداً.

تستحق الاستفادة في وقت مبكر من الرعاية العلاجية النفسية، مع توجيه نحو العلاج السيكوسوماتي التكاملي، لو كان ذلك ممكناً. يعتبر هذا العلاج ضروري لتصور أفضل وتقدير صحتها، على الرغم من ضعف جسدها بسبب هذا الافتقار إلى بناء الهوية وبسبب الافتقار البدائي (الأولي)، تمكنت المريضة، بمساعدة تعاطفنا خلال المقابلات، من تناول ضعفها ونقاط انهيارها، نأمل أن يفتح لها ذلك مجالاً لبداية إعادة توازن نفسي جسدي، ربما اللقاء مع المختصة النفسانية في المصلحة، إذا كانت متعاطفة، ستسمح لها بتجاوز الحالة الحرجة التي تتواجد فيها.

**2 / 3 خلاصة الحالة الثانية :**

ما يمكن الاحتفاظ به، فيما يخص حالة كريمة هو شعورنا بحالة ضياعها وتشتتها في كل الاتجاهات، حمل صعب استيعابه، شكوكها في قدراتها الأمومية وعدم مساندة المحيط لها، خاصة الزوج.

نلاحظ مخاطر جسدية مهمة لدى الحالة، إذ كثيراً ما تتردد على الاستشفاء، فكل ما تخرج من المصلحة ترجع خلال نفس الأسبوع بنفس المعاناة التي تهددها وتهدد جنينها. إمكانياتها الارصانية ضعيفة وتواجدها في محيط مهدد لا يسهل عليها الأمر، لذلك، فهي تجد ارتياح في المصلحة الاستشفائية التي تبدو في علاقة أمومية معها أين تقدم لها نصائح تفيدها وتفيد جنينها.

نبقى، إذن، متحفزين فيما يخص المآل، لأن الظروف المحيطة بالحالة جد صعبة ولا تسمح باسترجاع التوازن، بل بالعكس المحتويات فجّة ومثيرة للانحراف فالزوج يطلب منها علاقات غير طبيعية منذ بداية الزواج، علما أنها تزوجت وهي لا تتجاوز 26 سنة من عمرها، كما أنها تتعرض لتهديد مباشر لو فقدت الجنين، ما هو كاف بحد ذاته، لوضع الحالة في وضعية متهمّة في وقت هي بحاجة لتجاوز فائض الإثارة الناتج من مخاوفها ألا تستطيع أن تكون أما. هذا الزوج الذي يبدو غير مساند إذ نلتمس بالإضافة إلى التهديد المباشر، عدم وجود تبادل بينهما كل شيء متوقف على أوامر وتطبيق.

يبدو هذا الزوج غير صبور معها لهذا فهو يهاجمها في شرفها وشخصها بمجرد عدم خضوعها لتلبية رغباته. هذا الجو الانحرافي الذي تنقاد فيه الحالة دون إيجاد مخرج، يجعلنا نفكر في العلاقة السادومازوشية التي تسير هذين الزوجين، ويبدو أن الأمور غير متسامية لذلك فمحتويات فجّة تطرح علنا (وقد اضطررنا لحذف بعض المحتويات لأنها فجّة للغاية، وإلّا غاونا له فقط لأننا لا نرى ضرورة لكل هذه العبارات لنوضح هذا البعد الانحرافي).

الحالة بحاجة إلى كفالة نفسية، لكي لا تنهار وبحاجة لمساندة المحيط استمرارها في العيش في هذه الظروف لا يسهل عليها الأمور واحتمال انحلال التنظيم ممكن في أي لحظة.

يبدو أن الأم غير حاضرة معنويا في مرحلة حرجة هي بحاجة لها.



### 3/ مناقشة الفرضيات: مناقشة الفرضيات :

من خلال دراستنا هذه حاولنا التعرف على نوعية التوظيف السيكوسوماتي لحالتين من النساء الحوامل المصابات بارتفاع الضغط الحلمي، وذلك حسب التوجه النظري التكاملي النفسي، لجان بنجامان ستورا، صاحب النظرية السيكوسوماتية التكاملية الإدماجية، لأن الصيرورة النفسية تخضع لديناميكية التوظيف النفسي الذي كلما تميز بالآليات دفاعية عقلية متنوعة، كلما كان التعامل مع ضغوط الحياة ناجحا، وبأقل احتمال لظهور الأمراض الجسدية، فيكون الجسم محمي مؤقتا من الأمراض، لكن هذا التوظيف النفسي ليس الوحيد الذي يواجه الضغوطات، إذ للجهاز العصبي دور وكذلك جهاز المناعة.

\*بينت المقابلة النصف موجهة مع الحالة كريمة انها تقبلت الحديث مع الأخصائية النفسانية ورغبتها في المساهمة في البحث وكانت صريحة في إدلائاتها مع ظهور تكيف دفاعي أكثر تحفظا في الأسئلة المتعلقة بحياتها الخاصة مع إنكارها لطبيعة السؤال المجهد؛ فهي لا تعترف بأنها تعرضت للإجراج، تبدوا كريمة كإمرأة 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. انها متكيفة تماما في بيئتها إلا عندما تتغير البيئة مما يسبب لها صعوبة في قدرتها على التكيف.

لم يكن هناك تفاعل حقيقي ففقر التصورات والعلاقات الجافة السطحية والحذرة، تفسر بولادتها الطبيعية والتقليدية مع أختها التوأم وأخذ خالتها لها وفصلها عن أمها وأختها مباشرة بعد الميلاد فقد أخذتها خالتها للتنفيس عن أختها مع إحضارها ليلا وكلما جاءت لترضع ما يضعنا أمام العديد من احتمالات بكاءها اليومي كلما أحست الجوع ويوحى لنا بمشاكل العلاقة مع الأم ومع الأم البديل بالتالي هشاشة الموضوع المستدخل، فاستدخال الموضوع يتطلب استقراره، يمكن القول أنه تم استدخال ما قبل الموضوع فقط.

كان خطاب الحالة عن أسرتها دون التعبير عن مشاعرها وكذلك في علاقتها بزوجها فهي تتكلم عما يفعلونه لها فقط، مؤشر جيد لتجربتها الأولى للحمل التي انتهت ب وفاة الجنين في الرحم وتجربتها الثانية التي انتهت بالإجهاض، لصعوبة تقمص موضوع الأم غير غي المشبعة بل والقاسية خاصة في مرحلة تعلم النظافة، وهكذا يمكن فهم رفضها للأمومة يدخل في صيرورة التقمص غير الممكنة للأم أما إحساسها بعدم القيمة لعدم قدرتها على إنجاب طفل سليم فيترجم إحساسها بالذنب لتجربة الحمل الفاشلة. يمكن القول، على غرار ستورا، أن صورة الأم الأولى مهمة لتخطي الفتاة تجربة الأمومة، فالأم القاسية

(القضيبيية) لا يمكن تقمصها، الأم الطيبة التي يسميها ستورا (حواء) أو الأم التناسلية، فهي أم يمكن تقمصها، لا تثير هوام الرعب والخوف من أخذ مكانتها.

يظهر التوظيف النفسي الجسدي للحالة حسب شبكة ستورا وبوضوح انها تعاني من اضطرابات نرجسية ما يتجلى في فقر الحياة الهوامية والتصورات ما يدل على توظيف سيكوسوماتي يؤثر على المآل السلبي للمرض ، فانقطاع التصورات العقلية عن الوجدانات، و طغيان المشاعر بقوة عليها والتي تؤدي إلى التفجير الفوري لارتفاع ضغط الدم المهدد لحياتها، فتظهر اللكسثيميا بشكل صارخ عند الحالة في غياب المشاعر وهي تحكي عن ابنتها الميتة وكأنها حية، مع قدرة ضعيفة على الأحلام مؤشر على ما قبل شعورها الفقير الذي تهيمن عليه الكوابيس .

انطلاقا من المعطيات السابقة تتحقق الفرضية الأولى التي تنص على أنه : سيشير التوظيف السيكوسوماتي، لدى المرأة الحامل التي تعاني من ضغط دموي حملي إلى وجود خطر انطلاقا من شبكة تقدير الخطر السيكوسوماتي لجان بنجمان ستورا.

ينضج النمو النفسي، خلال سنوات الذي 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 ل التعامل مع ضغوط الحياة بطريقة ناجعة. طبعا نؤكد على أنه مهما كانت الآليات المطورة، فإن دور المحيط يلعب كذلك دورا مهما، فبعض الوضعيات الحياتية تكون صعبة التحمل تفوق إمكانية تحمل الإنسان، ظروف كريمة كانت جد صعبة. لذلك، فمهما كانت هذه الإمكانيات الارصانية، يبقى المحيط وما يأتي به من مساندة جد فعال في مآل التعامل مع الضغوط وصددمات الحياة وظهور الأمراض، بالإضافة إلى الأجهزة الأخرى التي تكلم عنها ستورا (الخاصة بالجهاز العصبي المركزي، الجهاز الحوفي، الجهاز المناعي والجهاز الجيني).

كما قد تبين من خلال المقابلة النصف موجهة مع الحالة الثانية ساجدة التي صرحت بحاجتها للحديث مع مختص نفسي لكننا لم نلتصم علاقة متبادلة بالمعنى الحقيقي حيث كان كلامها غير منظم وليس هناك روابط في انتقالها بين المواضيع كما كانت التصورات فقيرة وعلاقتها جافة وسطحية تتسم بالجمود والتجنب والخلو من المشاعر في سياق حديثها وتأثرها بتسلط أسرتها وزوجها وشدة استياءها من إهانات زوجها أمام أسرته واتهاماته وشكوكه وكذا إيمانه فصرحت بعدم ثقها فيه وخوفها منه ، كذلك نزعته السادومازوشية الملتزمة والتي تؤكد العديد من المشكلات حول الهوية الأنثوية التي لم يتم

توضيحها بعد بشكل معمق نظرا لضيق وقت التطبيق الناجم عن أحداث العصر المتمثل في الحجر الصحي الذي سعد من استجابات الهلع والقلق ووقف حاجزا في طريق إتمامنا لمشروع بحثنا كما كنا نأمل،

فالتقييم النفسي الجسدي للحالة حسب شبكة ستورا بينت انها تعاني من اضطرابات نرجسية تجلت بوضوح في فقر الحياة الهوامية ، والتصورات ، المؤثر السلبي لتطور مرض الحالة .

إنه حمل كل من ساجدة وكريمة محفوف بالمخاطر كما أشار الطبيب إلى ذلك ، ولكن في علم النفس الجسدي التكاملية علينا الاهتمام بالبيئة المؤلمة و الصدمية للمريضة وقدراتها العقلية للدفاع عن نفسها. من المهم حماية المريضة لأن الظروف المؤلمة لحملها ستعيق نمو الجنين بشدة ويمكننا بالفعل التفكير في التشوهات. نحن بحاجة لحماية هته المريضتين في أسرع وقت ممكن.

فرضيتنا هي التالية: تثبيت الحالتين (ساجدة وكريمة) في علاقة ما قبل الموضوع (موضوع جيد / موضوع سيء) لم يتم دمج موضوع الأم ، وكما نرى في سلوك المريضة حاليًا ، فإن الدوافع العدوانية لم تتشابه مع الدوافع الجنسية.

كل من كريمة و وساجدة اختارن زوجًا على نفس نموذج علاقتهما مع والدتهما وأبيهما. أم مستاءة تمامًا لم تسمح له ما بأن تصبح ناضجة نفسيًا فكريمة لا تتحكم في دوافعها العدوانية وتستخدمها (التكرار اللاواعي) في علاقتها بالمحيط وجنينها. في بيئتها مع زوجها أيضًا لأنها بيئة مرضية تؤثر على صحتها في الوقت الحاضر ، فالزوج الذي اختارته كريمة لا يسهل لها الأمر تمامًا، في حين قبلت ساجدة التبعية لزوجها وترك دراستها استسلامًا لرغبة الزوج والذي يحمل في مضمونه تقمص فاشل للأم. .

نحن أمام وجود بعد ماسوشي مرضي. هذه هي الماسوشية الأولية. المريضة كريمة قادرة على استخدام دوافعها العدوانية للدفاع عن نفسها وفي نفس الوقت دفعها بعدها المرضي إلى استئناف الحياة مع زوجها ومواصلة العيش معه. إن بعدها النفس مرضي الماسوشي مهم جدا. إذا ، لم يتم علاج ومساندة هذه المريضة، فإن توازنها الحيوي مع مرور الوقت مهدد.

إن الحالتين تمران بمراحل اكتئاب وقلقهما يومي ومستمر. لا يستطيع الإنسان مقاومة هذا النوع من الأعراض لعدة أشهر. فلما أنها تتناول عقاقير مضادة للقلق لمدة قصيرة، أو تتم معالجتها فورًا بواسطة معالج نفسي مختص و عارف بحساسية هته الحالات.

تشير المعطيات السابقة إلى أن التوظيف السيكوسوماتي عند كل من الحالة كريمة والحالة ساجدة، أن التوظيف السيكوسوماتي يشير إلى وجود خطر وبالتالي تتحقق الفرضية الثانية القائلة: سيشير التوظيف السيكوسوماتي عند المرأة الحامل، التي تعاني من ضغط دموي حملي شديد، إلى وجود أكبر خطر انطلاقا من شبكة تقدير الصحة والخطر النفس جسدي لجان بنجمان ستورا .

خلصت دراستنا إلى نفس النتائج التي خلصت بها دراسة إكردوشن بعلي زاهية والبروفيسور حان بنجمان 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 فتح مجال 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 وتحمل إمكانية أن تكون أما، هذا حتى وإن كانت هناك إرادة شعورية للحصول على الطفل. بين الباحثين مشاكل خلال نضج هذه الحالة على المستوى الجسدي والنفسي.

كما توافقت دراستنا مع دراسة البروفيسورة إكردوشن بعلي زاهية (2015) وبعنوان "المقاربة السيكوسوماتية التكاملية في إطار حمل في خطر"، وهي عبارة عن دراسة تكاملية تناولت الحالات اللواتي عانين من عقم لمدة سنوات (15 سنة عند البعض) واللواتي حققن الحمل ولكن بظهور اضطرابات جسدية مثل: خلل توظيف الغدد الصماء للاباضة أو مشاكل في نفاذية البوق، السكري و ضغط الدم.....إلخ.

باعتقاد 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 الأستاذ ستورا إصدار 2011 وأيضاً استخدمت الباحثة الاستبيان و درجات الانتشار للاضطرابات 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 أما، أو أبا، فذلك يتطلب نضج نفس جنسي. وقد توصلت الباحثة أنه خلال تطور الحالات التي تمت دراستها، حدث تجريد وظائف الجسم، فلم يكن هناك أي دعم جنسي للوظائف الإيجابية في الجسم. فأن تصبح أما يفترض للمرأة عملية نضج تجمع عدة عوامل.

# خلاصة عامة

## الخلاصة:

تبين من خلال دراستنا ، إن الحالتان قد عاشتا حرمان أمومي واضح في المراحل الأولى من نموها حيث ظهر هذا الحرمان الامومي في مرحلة الرضاعة التي تقابل المرحلة الفمية في التحليل النفسي، كجديد في منهج ستورا يوضح لنا ويعطينا فرصة لفهم العلاقة بين النفس والجسد بطريقة أكثر شمولية حيث يشرح لنا ستورا الصدمات المختلفة التي تحدث في مراحل مختلفة في مسار النضج النفسي الجنسي، تؤدي إلى مشاكل تكوينية ووظيفية لأجهزة مختلفة تكون في صدد البناء الوظيفي في تلك المرحلة التي حدثت فيها الصدمة، فبدل التفكير بتأثير الجانب النفسي وحده في البنية النفس-جسدية، من الأجدر التفكير بعلاقة متكاملة بين مختلف الأجهزة وكيف تستجيب بنظامها الخاص لتغيرات المحيط المختلفة.

وفي هذا العمل المتواضع ، استطعنا أن نلتمس أهمية التناول العيادي لحالاتنا وأهمية التأزر معها، كما أن الهشاشة النفسجسدية ميزت الحالتين حاولنا العمل معهما بحذر لألا يحدث فقدان الموضوع الذي لا تحمد عقباه، ولهذا فقد ارتأينا تقديم بعض التوصيات وهي :

- ضرورة المصاحبة النفسية والتكفل بالنساء الحوامل عامة وبالحوامل اللواتي تعانين من مشاكل صحية خاصة. ،مع الأخذ بعين الاعتبار الهشاشة التي يتواجدون فيها ،لذلك لابد من الاستقصاء بحذر وعدم فتح ملفات قديمة بطريقة ارتجالية حتى لا تتفاقم وضعيتهم.

- ضرورة التكوين في هذا التخصص وعدم الاكتفاء بالتكوين الكلاسيكي الذي لا يميز في تدخله بين المرضى العصائبيين والمرضى الجسدنيين .

- ضرورة التعاطف والاحتواء للمرضى وعدم الحيادية للقيام بالتنقية النفسية وتحسين الاستجابة للضغوطات .

-زيادة البحوث والدراسات للحالات الجسدنيين لفهم الصيرورة النفسجسدية في ظهور مختلف الاضطرابات.

# قائمة المصادر والمراجع

## قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

- 1- بعلي خردوش زهية، ( 2001/2000)، التنظيم العقلي لدى النساء أثناء الحمل وبعد الولادة ( دراسة تتبعية)، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر .
- 2- عليان مصطفى رحي وآخرون،(2000) ، مناهج وأساليب البحث العلمي، الأردن، دار الصفاء.
- 3- نورمان سميث،ترجمة مارك عبود .2013، الحمل،طبعة الأولى، المجلة العربية،الرياض.
- 4-محمد احمد النابلسي(جماعة من الباحثين) 2001،السيكوسوماتيك. الثقافة النفسية المتخصصة العدد 46 المجلد12 طرابلس،لبنان.
- 5-البروفيسور بيار مازتي و البروفيسور جان بن جامان ستورا ترجمة محمد احمد النابلسي 1992 مبادئ البسيكوسوماتيك و تصنيفاته دار الهدى ط1.
- 6-د.عطوف محمود ياسين1986 علم النفس العيادي .القسم الأول،دار العلم للملايين .بيروت .
7. بعلي إكردوشن، أيت مولود يسمينة، 2018، تناول النسقي للمرض السيكوسوماتي: دراسة نظرية توضيحية انطلاقا من تقديم حالة، المجلة الدولية للدراسات النفسية والتربوية، المركز الديمقراطي العربي، ألمانيا - برلين، العدد3. موجودة على الموقع:[https://democraticac.de/?page\\_id=49274](https://democraticac.de/?page_id=49274)
- 8-د.محمد سالم حسن غانم ، الأمراض النفسجسمية ، دار غريب، القاهرة ،.2011
- 9-محمد أحمد النابلسي،مبادئ السيكوسوماتية و تصنيفاته ،دار الهدى ،الجزائر ،1992،ط.1
- 11-د. عبد الرحمان العيسوي ،سيكولوجيا الجسم و النفس ، دار الراتب الجامعية ،بيروت،لبنان،.1997
- 12-محمد محمود بني يونس 2008، الأسس الفيزيولوجية للسلوك ،دار الشروق ،عمان.
- 13- سلامي باهي،مصادر الضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي و المتوسط و الثانوي ،رسالة لنيل دكتوراه في علم النفس ،2008،الجزائر.



14-نوار شهرزاد،(2013-2014)، "علاقة سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية السلوك الصحي ودورها في التخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري"، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه غير منشورة العلوم في علم النفس العيادي.

15-عبد المنعم الميلادي، 2004، الأمراض و الاضطرابات النفسية ،مؤسسة شباب الجامعة السكندرية،مصر.

المراجع 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).**Williamas Obstetric**, 21st edition, United States of America :Megraw.Hill, Médical Publishing Division.
7. Debray R. 1987, **Bébés mères en révolte traitements psychanalytique conjoints de déséquilibres psychosomatiques précoces** .paidos/centurion.
- 8.Deutsch.helene.m0d. selected problemes of adolescence. Whith special emphasis on group formation . 1967,newyork,intenational,university, press.
9. Debray Rosine (1987), **Bébés- mères en révolte, traitements psychanalytiques conjoints des déséquilibres psychosomatiques précoces**, Centurion, Paidos.
10. Gary.R, Vandenbos ( 2015), **APA Dictionary of Psychology**, edition2, published by American psychological association, Washington.
11. 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.
12. Ikardouchene Bali Z. 2017, Essai de psychopathologique psychosomatique du vécu de la grossesse chez une femme asthmatique : le cas Amina, N°18، مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، جامعة ورقلة téléchargeable sur le site : <https://www.asjp.cerist.dz/utilisateur/showArticle/117/24183>.

13. 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>**.
14. 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>
15. 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>
16. Keller, Pascal-Henri, 2010, **Nouvelles approches en psychosomatique**, Dunod.
17. Kenneth. Niswander. **Manuel d'obstétrique**.2edition. Office des publications universitaires. Alger.1980.
18. Marty.Piere (1976), **les mouvements individuels de vie et de mort : essai d'économie psychosomatique**, Payot, Paris.
19. 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
20. 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
21. SOULE (M) (1983, **L'Enfant dans la tête, l'enfant imaginaire, in la dynamique du la nourrisson ou quoi de neuf bébé .**
22. Stora J-B. 1, 2019, **15cas de thérapies psychosomatiques, soigner les malades, non simplement leurs maladies**, Paris, Hermann.
23. Stora J-B. 1999, **Quand le corps prend la relève**, Paris, Odile Jacob,
24. Stora J-B. 2005, **Vivre avec une greffe, accueillir l'autre**, Paris, Odile Jacob (2005),
25. Stora J-B. 2006, **La Neuro- psychanalyse**, Paris, Presses Universitaires de France.
26. Stora, 2015, Les risques psychosociaux >Pour télécharger la revue cliquez ici< Les risques psychosociaux - 20151027\_Psychosomatique\_RPS\_SPI\_No2\_v0\_2.pdf
27. STORA, 2018, **Études épidémiologiques en psychosomatique intégrative**, REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE,
28. Stora, 2018, Études épidémiologiques en psychosomatique intégrative >télécharger la revue en cliquant ici< - No\_Epidemiologie\_JBS\_20180408v0\_4\_SPI.pdfStora, 2020,
29. Stora J-B. 2019, **Le Stress**, Paris, Presses Universitaires de France (10° edition).
30. Stora, 2020, Sexualité féminine et somatisations - Point de vue de la psychosomatique intégrative >télécharger la revue en cliquant ici< - RevueSPI\_No6\_20200306v0\_0.pdf.
31. Stora J-B. 2021, **l'être humain est une unité psychosomatique, toutes les maladies sont psychosomatiques**, Paris, MJW- Fédition.

**المواقع:**

1-<https://www.cairn.info>, annick le Nestour, "**brouillages et brouillards en périnatalité psychothérapie de futures mères au narassisme fragile**", dans des familles et des bébés troubles, 2008, p209.

2-<https://www.theses.univ-lyon2 !documents/get Pa&>, "**la grossesse :unité psychosomatique**", 2010.

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 تقدري تهدري عليهم ؟</p> <p>- حكاولك كيفاش كانت ولادتك ؟</p> <p>( إذا كانت الاجابة بنعم : كيفاش كانت ولادتك طبيعة أم</p>

<p>قيصرية؟ رضعت في الصغر رضاعة طبيعية؟)</p> <p>- اهدري لي 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 الأولية للحالة</p>	
<p>- تقدري تهدري لي على العلاقات نتاوعك ؟</p> <p>- يعني في الدار ، في الخدمة .....؟</p>	<p>المحور الثاني :</p> <p>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 ؟</p> <p>- وقتاش ظهر المرض ؟ كيفاه بدأ عندك ؟</p> <p>- في رأيك واش هو السبب كي قالك الطبيب واش عندك ؟</p> <p>- واش حسيتي كي قالك الطبيب على المرض ؟</p> <p>- هل تعانين من مرض آخر ؟</p> <p>- في العائلة كاين اللي مرضوا بنفس المرض كيما أنت ؟</p> <p>- عندك تدخلات جراحية وصدّامات من قبل ولا لا ؟</p>	<p>المحور الثالث :</p> <p>محور المرض</p>
<p>الهدف من هذا المحور هو التعرف عن الأمراض الجسدية التي تعرضت لها الحالة أو</p>	

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

<b>الهدف من هذا المحور هو التعرف على نوعية المعاش الحالي للحالة</b>	
<p>- قولي لي كيفاه تزوجتي ؟</p> <p>- كيفاه علاقتك معاه درك ؟</p> <p>- كيفاش أثر المرض على علاقتك الزوجية ؟</p>	<p><b>المحور السابع :</b></p> <p><b>الحياة الزوجية</b></p> <p><b>والعاطفية</b></p>
<b>الهدف من هذا المحور هو التعرف على العلاقة العاطفية والحياة الزوجية ؟</b>	
<p>- تقدري تهديري لي كيفاش تفوتي وقتك ؟</p> <p>- راكي تدري في الرياضة ؟</p> <p>- راكي تدري في أشغال يدوية وتدبير (خياطة ، نسيج .....)</p>	<p><b>المحور الثامن :</b></p> <p><b>محور النشاطات</b></p> <p><b>المختلفة</b></p>
<b>الهدف من هذا المحور هو التعرف على النشاطات البدنية التي تقوم بها الحالة</b>	
<p>- تقدري تهديري لي على الحوايج اللي تحبي تأكلهم ؟</p> <p>- راكي تتكفي مع العادات الغذائية الجديدة يعني بعد المرض ؟</p> <p>- كاين حوايج تحبي تأكلهم ومنعهم الطبيب عليك بعد المرض؟</p>	<p><b>المحور التاسع :</b></p> <p><b>العادات الغذائية</b></p>
<b>الهدف من هذا المحور هو التعرف على العادات الغذائية للحالة</b>	
<p>- تقدري تهديري لي على المستقبل ديالك ؟</p> <p>- كيفاش راكي تشوفي فيه ؟</p> <p>- عندك حوايج حابة تحقيقهم ؟ ( إذا كانت الإجابة بنعم كيما</p>	<p><b>المحور العاشر :</b></p> <p><b>محور الإسقاط</b></p> <p><b>في المستقبل</b></p>



واش مثلاً؟
------------

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 الد ولي للأم 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، لدراسة البائية في حالة ما إذا قمت بنفس البحث عن مجموعة المرضى:</p> <p>1- السيرورات 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>

النقطة:	<p>1/ (تقدير السيروارت) بناء على الملاحظات الخاصة بك في تقييم العمليات النفسية للمريض/ المريضة، سجل إما 1،2،3 في المقترحات التالية: 4،</p> <p>1- التوظيف النفسي المتوازن (إمكانية تذكر الماضي، الذهاب بين الماضي والحاضر، ارضان)</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>للووجدان والتصوارت).</p>
النقطة:	<p>2c/ السلوك: التي تنشأ من نتائج المراقبة محور 2 رقابة والسلوك متكاملة / متحكم فيه ومدمج ربط بالوجدان</p>
النقطة:	<p>3/ التعبير:</p> <p>عن الوجدانات التي ستنشأ من نتائج المراقبة محور 3:</p> <p>1- وجود مجموعة واسعة من التعبير عن العواطف.</p> <p>2- قمع للوجدانات (ثلاثة مصائر ممكنة)</p> <p>3- وجدانات مرآتية (ليس هناك علاقة بالموضوع)</p> <p>4- وجدان متعلق بالصدمة والجسدنة.</p> <p>5- لا وجود لإمكانية التعبير عن الوجدان.</p>

النقطة:	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	

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 نفسية -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</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	لا يوجد خطر
<b>التقييم العام لأداء نفسية</b>	
<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>
<b>التشخيص الهيكلي الوظيفي النفسي</b>	
<b>النفسى الدينامي Nosographic -</b>	

2008/11/09 ستوار

ويمجرد إنشاء سير نفسية وردود الفعل للبيئة، يمكنك الآن اقتراح التشخيص من الجدول أدناه ... ..

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.

3 العصابات الحالية (névrose actuelle)

سوء التنظيم (Inorganisation) في:

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

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

هياكل وظيفية نفسية هي أقل دينامية وليس سهل استبعاده.

التصنيف

التشخيص



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

0 12	الأعراض	رهاب
0 13		هستيريا
136	عصاب عقلي نظمت في عملية مستمرة	العصاب متعدد الأشكال دون الأعراض النفسية المهيمنة ودعمها.
6 13	عصاب الشريط الحدودي	تحويل الهستيريا
	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.	
40 1		قلق الهستيريا

	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 ظليعة 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 4 DSM 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 antisocialee 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 align="center"><b>LES 4 DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE</b></p> <p>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 CARACTÉRIELLES ET LES ACTIVITÉS SUBLIMATOIRES</li> <li>2. LA PRÉVALENCE DES COMPORTEMENTS</li> <li>3. LA CAPACITÉ D'EXPRESSION DES AFFECTS (RUBRIQUES MODIFIÉES)</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: Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent- passé, Capacité d'élaboration;</b></p> <p><b>Fonctionnement psychique momentanément altéré: Irrégularités du fonctionnement mental- débordements momentanés des Possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitation sous répression des représentations</b></p> <p><b>Fonctionnement psychique profondément altéré: vie et pensée opératoire</b></p> <p><b>Fonctionnement psychique gravement altéré: Désorganisations progressive-dépression essentielle</b></p>	<p align="center"><b>NOTE</b></p> <p align="center">.....</p>



		<b>NOTE</b>
<b>2. PREVALENCE DESCOMPORTEMENTS</b>	A établir à partir des résultats d'observation de l'axe2C: <b>1. comportement contrôlé et intégré.</b> <b>2.Faible.3.Moyenne.4.Forte.</b>	.....
		<b>NOTE</b>
<b>3.CAPACITE D'EXPRESSION DESAFFECTS</b> Cf. explications dans le glossaire	A établir à partir des résultats d'observation de l'axe3. <b>Large gamme d'expression des affects</b> <b>Répression des affects (trois destins possibles)</b> <b>Prédominance des affects dans la relation intersubjective ou Affects de vitalité: réactivation en miroir de relation intersubjective thérapeute-patient. Lepatient réagit en miroir aux manifestations affectives du thérapeute.</b> <b>Affects traumatiques et somatisations</b> <b>Alexithymie.</b>	.....
		<b>NOTE</b>
<b>4.RISQUELIEA</b> <b>L'ENVIRONNEMENT:</b> Nature de l'environnement <b>Environnement familial</b> <b>etenvironnement 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 <b>4.Evaluer les 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 : 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 DURISQUEPSYCHIQUE								
ProcessusPsychiques	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	

**Evaluation du Risque Psychique** Absence de risque stable, débordement passager: 5  
**Risque faible à modéré:5à 10**  
**Risque intermédiaire:10à15 –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)**

**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		<b>Névrose obsessionnelle</b>	
120	<b>Symptômes</b>	<b>Phobie</b>	
130		<b>Hystérie</b>	
135	<b>Névrose mentale symptomatologique mentorganisée, au fonctionnement soutenu.</b>	<b>Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante et soutenue.</b> 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	<b>Borderline névrose de transfert/nev. actuelle</b>	<b>Hystérie de conversion</b>	
<b>2.Névroses actuelles (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		<b>Hystérie d'angoisse</b>	
141		<b>Névrose d'angoisse</b>	
142		<b>Névrose de caractère</b>	
145		<b>Hypocondrie (différents états)</b>	
146		<b>Névrose traumatique</b>	
147		<b>Névrose relation d'objet allergique</b>	
<b>3.Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient -inorganisation-névroses non mentalisées))</b>			
170		<b>Névrose de comportement</b>	
171		<b>Hypocondrie archaïque</b>	
172		<b>Troubles du narcissisme</b>	
173		<b>Troubles de l'identité</b>	
174		<b>Troubles addictifs</b>	
175		<b>"Psychose froide" ou non délirante</b> 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			
<b>Schizophrénie et autres troubles psychotiques</b>			
<b>Troubles de l'humeur</b>			
<b>Troubles anxieux</b>			
<b>Troubles dissociatifs</b>			
<b>Troubles de l'identité sexuelle</b>			
<b>Troubles des conduites alimentaires</b>			
	<b>Troubles de l'adaptation</b>	<b>Avec humeur dépressive, avec anxiété, avec perturbation des conduites, avec perturbation à la foi des émotions et des conduites, non spécifié.</b>	<b>ci s</b>
	<b>Troubles de la personnalité</b>	<b>Paranoïaque, schizoïde, antisociale et, borderline histrionique, narcissique, évitante, dépendant obsessionnelle- compulsive, non spécifié.</b>	<b>e, e,</b>
<b>Consulter le manuel DSMIV pour plus de détails.</b>			

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'Axe 1A: 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'Axe 1B, Etats psychiques et évènements de vie personnels**

**Angoisses**

**Deuils**

**Dépressions**

**Traumatismes**

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

**Sur l'Axe 1C: Points de fixation régression**

**Fixations somatiques**

**Fixations psychiques**

**Axe 1D: Mécanismes de défense du MOI**

**Sur l'Axe 1E: présence de traits de caractère:**

**Phobique**

**Hystérique (archaïque et génitale)**

**Pervers**

**A dominante orale**

**A dominante anale**

**A dominante phallique**

**sado-masochiques**

**Sur l'Axe 1F : 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
<p><i>AXE 1A: RELATION D'OBJET</i>  <b>Organisation du MOI</b></p>		
<p>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)</p>		
150	An objectal Stade d'indifférenciation	<p>Stade de relation non objectale coïncidant plus ou moins avec celui du narcissisme primaire – <b>stade d'indifférenciation</b> ou <b>stade de non-différenciation</b>, 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.  <b>Stade de Prédominance de traits narcissiques. De Prédominance de fusion.</b></p>
151	Pré-objectal	<p>M. Klein: position schizo-paranoïde dans la relation à l'objet (bon et mauvais, aimé et haï).            Rapprocher de R. Spitz à l'âge de trois mois  <b>Prédominance de traits de la pré-génitalité.</b></p>
152	Objectal	<p>Intégration de la position dépressive du 9<sup>o</sup> mois ;  <b>mise en place de l'objet.</b>  <b>Prédominance du comportement oedipien génital</b></p>
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 manote pédagogique.

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 pré-génitales. Age d'apparition des symptômes, système de défense et âges critiques du développement, évolution libidinale au cours du développement psychosexuel, détermination des symptômes mentaux classiques, caractériels, insuffisance des défenses mentales à relier aux événements de vie, situations familiales présentes et passées, détermination de l'atmosphère affective passée, et capacité de se remémorer (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 évènements de vie (traumatismes, deuils, etc.), dégager les temps de latence entre évènements 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 أضطرب 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 يباليون 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 مألين
		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.الآلم 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 بالأمر آليا من أجل تجنب الأخطاء
		72.هناك شخص قريب مني كثيرا، يفهم مشاعري حقا
		73.كثيرا من الناس يحترموني ويحسدوني
		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 جيرون وعلى مقربة جدا بالنسبة لي
		88.أنهي 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 أقسى شيء أعاني منه
		95.غالبا ما أنزعج 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 ومفتوح 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 أبدا مهتم (ة) بالجنس كمعظم الناس في عمري
		113.أحرج 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 مشاكلتي اليومية
		130.أشعر غالبا بالحزن وأنني غير محبوب
		131.أبدأ في التراجع عندما تتفاقم مشاكلتي 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 علي 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 غيبي
		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 الآخر
		164. يتعكر مزاجي إذا لم أدخن لفترة طويلة
		165. ليس لدي معتقدات دينية قوية

الملحق رقم(5): شبكة اكسل EXCEL لمؤشرات الصحة النفسية الجسدية الأصلية

### 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 الدفليسي ( الدوافع العدوانية، نواة برانويا)</p> <p>16. سلم المرضى متقلبي المزاج، لا يثقون بالأطباء).</p> <p><b>السلوكيات التكيفية</b></p> <p>16. سلوكيات للانسحاب وغياب العواطف قليل التواصل</p> <p>17. سلوكيات اليقوف والكبت ، وفقدان احترام ذاته نتيجة للمرض</p> <p>18. انعدام التلذذ، عدم القدرة على الاستمتاع بالحياة</p> <p>19. متعاونة ظاهريا ، رفض المرض</p>
66	
11	
55	
50	
82	
79	
64	
85	
75	

<sup>3</sup>- من طرف إكردوشن بعلي زاهية

49	20. الامتثال، البحث عن الموافقة، التعاون مع الأطباء
55	21. الثقة والامتثال، ليحظى بالتعامل باحترام.
78	22. الشك، الفعل الاندفاعي
78	23. السلطة، العدوان، قليل الامتثال
25	24. المسؤولية، التعاون -يعيش المرض لـجرح
72	25. غير مستقر، امتثال متقلب، اضطرابات المزاج، عدم الرضا.
71	26. مشتكي - يهتقد (تعتقد) 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 مفرط في الرعاية (بحث اللاوعي عن الرعاية الأمومية)
91	37. سلوك عدم الامتثال (في جميع جوانب الرعاية)
	<b>التوصيات</b>
115	38. تقييم صعوبات التكيف للعمل
90	39. علامات مرجعية نفسية



الملحق رقم(6):  
تفريغ استجابة ساجدة للاستبيان، شبكة اكسل لتقدير الخطر السيكوسوماتي<sup>4</sup>

## Réponses au questionnaire sadjida , 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		3
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	12
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>		
COMPORTMTS de retrait et d'absence d'affect-peu communicants	68	17
COMPTMT craintif, inhibé, perte estime de soi conséquence de la maladie	74	15
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	18
Responsable, coopératif, vit la maladie comme une blessure	61	28
Instable, observance fluctuante, troubles de l'humeur, insatisfait	73	23
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	55	8
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

الملحق رقم (7):

تفريغ استجابة كريمة للاستبيان، شبكة اكسل لتقدير الخطر السيكوسوماتي

**Réponses au questionnaire karima, 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		3
DESIR DE PARAÎTRE SOUS SON MEILLEUR JOUR		12
DEPRECIATION DU PATIENT DANS SA RELATION AU MEDECIN		4
INDICATEUR ALCOOL		0
INDICATEUR DROGUE OU MEDICAMENT NON PRESCRIT		0
INDICATEUR COMPORTEMENT ALIMENTAIRE		1
INDICATEUR CONSOMMATION CAFE		0
INDICATEUR ACTIVITE SPORTIVE		2
INDICATEUR CIGARETTES		0
<b>INDICATEURS SANTE MENTALE</b>		
ECHELLE ANXIETE-TENSION	94	12
ECHELLE DEPRESSION	35	21
ECHELLE DYSFONCTIONNEMENT COGNITIF ET PSYCHIQUE	75	18
ECHELLE DE FLUCTUATIONS EMOTIONNELLES	70	11
ECHELLE DE COMPORTEMENT DEFENSIF (pulsions agressives, noyau paranoïde)	44	20
patients qui ne font pas confiance aux médecins)		
<b>COMPORTEMENTS D'ADAPTATION</b>		
COMPORTMENTS de retrait et d'absence d'affect-peu communicants	68	15
COMPTMT craintif, inhibé, perte estime de soi conséquence de la maladie	74	17
Anhédonie, incapacité de jouir de l'existence	65	7
Coopérant en apparence, déni de la maladie-relations agréables	92	16
Observance, recherche l'approbation, coopère avec les médecins	55	14
Confiance et observance, attente d'être traités avec courtoisie	35	12
Sceptique, action impulsive	60	10
Autoritaire, agressif, peu observant	48	12
Responsable, coopératif, vit la maladie comme une blessure	61	23
Instable, observance fluctuante, troubles de l'humeur, insatisfait	73	26
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	22
PERTE DE LA QUALITE DE VIE	75	12
ECHELLE DE SENSIBILITE A LA DOULEUR	74	19
ECHELLE D'EVALUATION DU SOUTIEN FAMILIAL ET SOCIAL	77	24
ECHELLE D'EVALUATION DU PESSIMISME CONCERNANT LE FUTUR DE LA		

MALADIE	55	12
ECHELLE D'ABSENCE DE RESSOURCES SPIRITUELLES	33	9
<b>PRONOSTIC DES TRAITEMENTS</b>		
APPREHENSION TRAITEMENT ET PROCEDURES MEDICALES	55	15
COMPORTEMENT D'OBSERVANCE PROBLEMATIQUE	35	3
DESIR D'IGNORER TOUT DE LEUR MALADIE, refus défensif d'information médicale		3
DEMANDE EXCESSIVE DE SOINS (recherche inconsciente de soins maternels)	71	15
COMPORTEMENT DE NON OBSERVANCE (dans tous les aspects des soins)	29	3
<b>RECOMMANDATIONS</b>		
EVALUATION DES DIFFICULTES D'ADAPTATION DU PATIENT	59	13
INDICATIONS DE REFERENCE PSYCHOLOGIQUE	60	9