

المحاضرة الثالثة :

النظريات المفسرة للمرض السيكوسوماتي

تمهيد :

عند محاولتنا للبحث في مختلف التفسيرات النظرية للظاهرة السيكوسوماتية يبرز بوضوح أن الخلفية الطبية لرواد المنظرين في هذا المجال ألفت بضلالها بشكل واضح على ما قدم من نظريات (Groddeck, Deutsch, Dunbar, Alexander, Halliday, Nacht, Ajurriaguerra, Marty, Dejours) والفكرة المركزية التي بنيت عليها الكثير من تلك النظريات هي الجهاز النفسي الذي يحاكي عمله عمل الأجهزة الأخرى. وبطبيعة الحال تنبغي العودة هنا إلى النموذج الأول الذي قدمه فرويد (1900) حول الجهاز النفسي وما تلى ذلك من تفسيرات نظرية مختلفة للمرض السيكوسوماتي.

1- النظرية التحليلية :

شكلت أعمال **سيجموند فرويد Freud** حول الهستيريا التحويلية نقلة جديدة في مجال البسيكوسوماتيك فقد أكد مع **بروير Breuer** أن الأحداث والخبرات النفسية المدفونة في اللاشعور من الممكن في ظروف معينة أن تؤدي للأعراض التبدينية والخلل الوظيفي ، حيث لاحظ فرويد أن هناك ارتباطات لا يمكن أن تتجزأ بين العقل والجسم ، فجميع التقارير التي قدمها عن حالاته تحاول تفسير الأعراض البدنية المفاجئة وخصوصاً فقدان الكلي للإحساس أو للوظيفة الحركية تحت مسمى اضطراب الوظائف النفسية. ويعد فرويد إضافة إلى **فيرينيزي Ferenezi** و**غروديك Grodecke** كرواد في مجال الطب البسيكوسوماتي لأنهم أعطوا أهمية لعلاقة الطبيب بمريضه وركزوا على أهمية العرض كتعبير رمزي. في عام 1886 ميز فرويد عبر مفهوم العصاب الحالي مجموعة من الاضطرابات والتي تتضمن : عصاب القلق ، الوهن العصبي وتوهم المرض وتعارضها مع أعصاب التحويل (الفوبيا ، الوسواس والهستيريا) . أما نوع القلق فيختلف كثيراً في هاتين المجموعتين من العصاب ، ففي أعصاب التحويل يرتبط القلق بصراع نفسي بين الغرائز والأنا العليا بينما في العصاب الحالي يرتبط القلق بفسل الروابط التعبيرية بمعنى أن زيادة الاستثارة تؤدي مباشرة للتوتر. كما تختلف هذه الأعصاب في ما بينها من خلال آلية تجنب الإحباط والمعاناة ، ففي العصاب النفسي تكون الآلية السائدة هي الكبت والذي ينطوي على عدم معرفة الرغبات أو الصراع بدفعه للاوعي بينما يكون القمع آلية الدفاع الأساسية في العصاب الحالي فهو عبارة عن تفكك بين الحادث الأليم والوجدان المرتبط به والصدمة المكبوتة عند العصابي لا يعبر عنها ولا عن الانفعالات المصاحبة لها إلا من خلال عودة المكبوت في شكل أحلام أو زلات اللسان. في حين يتم تمثيل الصدمة لدى الأفراد السيكوسوماتيين ولكن يغيب الانفعال المصاحب لها فلا يمكن للمكبوت أن يعود.

ميز ماك دوجال McDougall بين العصاب والذهان من جهة والمرض النفسجسدي من جهة أخرى حيث يعتبر أن الصراع في كل من الأعصاب والذهانات هو صراع نفسي داخلي أو مع الواقع مع وجود نشاط على مستوى التخيل فيما يعبر المرض السيکوسوماتي عن شكل من أشكال رفض الجهاز النفسي حل الصراع الغريزي ليحوّله نحو الجسم نتيجة فقر في التمثلات . ومن جانبه اهتم سامي علي Sami Ali كثيرا بسيکوماتيك الراشد والطفل ، فبالنسبة له يعود السبب الرئيسي في عملية الجسدنة Somatisation إلى نمط الشخصية أكثر منه الصراع وأن الخيال يحدد إيجابا أو سلبا كل التوظيف السيکوسوماتي والمقصود هنا بالخيال هو كل ما يتعارض مع الواقع (التعبيرات الرمزية الأحلام ، الهذات ، المعتقدات الألعاب...) وفي هذا الإطار طرح علي (1987) مفهومين أساسيين:

■ اضطرابات التكيف: إذ يرى أن غياب الأحلام هو مثال نموذجي لقمع وظيفة الخيال واستبداله بالمعايير الاجتماعية والثقافية.

■ عدم الكفاية السيکوسوماتية: وهو صراع لا يمكن حله ، يقترب من الصراع الذهاني ويختلف عنه في أن الأخير يحل عبر الهذات ، أما السيکوسوماتي فلا يحل إلا عبر الجسدنة التي تمثل حسب علي نتيجة لاقتران هذين المفهومين ، أي أن الفرد الذي يعاني من اضطرابات التكيف يمكن أن يعيش بشكل صحي طوال الحياة بينما تأتي الجسدنة عندما يجد نفسه في حالة عدم كفاية.

2- معهد شيكاغو للطب السيکوسوماتي Flanders Dunbar & Franz Alexander :

إن الفكرة بأن أمراضا معينة تنتج بسبب الصراعات الداخلية التي يعاني منها الفرد خلدها أعمال دنبار في الثلاثينات وأعمال الكسندر في أربعينات القرن العشرين ، ففي عام 1931 أسس معهد التحليل النفسي في شيكاغو حيث طور "العلاج النفسي التحليلي النشط" وأسس من جهة أخرى "التحليل النفسي الموجز" المفترض أن يتناسب مع السياق الأمريكي ، وقد حدث ابتعاد أكبر عن آراء فرويد على يد هذين الباحثين عندما افترضوا وجود تأثير للميكانيزمات الفزيولوجية في تقرير الرابطة بين الصراعات النفسية وإمكانات حدوث الاضطراب حيث اعتبروا أن الصراعات تسبب حدوث القلق و الذي يصبح بدوره لا شعوريا مما يؤدي إلى إحداث تغيرات فزيولوجية يؤدي استمرارها إلى إحداث اضطرابات عضوية حقيقية (تايلور، 2008: 43).

وحسب هذا الاتجاه فإن الاستجابات السوماتية للمثيرات الانفعالية التي قد تكون عادية أو باثولوجية تختلف حسب طبيعة الانفعال المفجر وأن لكل حالة انفعالية نتائج فزيولوجية خاصة ففي كتابها "التشخيص السيکوسوماتي" قدمت دنبار (1943) نماذج للشخصية مرتبطة بمختلف أنواع الأمراض فركزت اهتمامها على تحديد الطريقة التي تتحول بها الصراعات المكبوتة إلى أعراض جسدية وعرفت هذه المقاربة نجاحا كبيرا في الولايات المتحدة ، فتوصلت إلى وصف شخصية مرضى السكري والروماتيزم وارتفاع الضغط... عندما تكون الأعراض ذات منشأ نفسي ويؤثر نوع الصراع على الخلايا والأنسجة. وفي هذا الصدد يؤكد الباحثون أن المرض تعبير أو نتيجة رمزية لتجارب متعلقة بتطور الأنا ومحاولاتها مقاومة الصراعات الداخلية.

كما ترى دنبار أن الأمراض السيكوسوماتية قد تكون ذات منشأ خارجي وأن بناء الشخصية يلعب دورًا في إضعاف عضو معين أمام التهديد الداخلي مما يري المجال للتبدين .

بالنسبة لألكسندر فإن أي مرض هو نظريا نفسي جسدي لأن العوامل الانفعالية تؤثر في جميع العمليات الفيزيولوجية عبر المسارات العصبية والخلطية (Alexander,1959) ، فهو يرى أن المزاج ينتج عن تعقد فسيولوجي عصبي وهو يختلف من جسم لآخر في درجة التعقد وليس في النوع ويركز على مبدأ الصراع خاصة الصراع اللاواعي الذي ينعكس على أعضاء معينة (فالعصب والخوف ينعكسان غالبا على صعيد القلب والأوعية الدموية في حين مشاعر التعب والحاجة للحماية تنعكس على صعيد الجهاز الهضمي).

كما أن تأثير الانفعال يمكن أن ينشط أو يثبط وظائف مختلف الأعضاء وفق مبدأ الصراع خاصة اللاواعي ويكمن جوهر الصراع حسبه في اللاشعور إضافة إلى آليات الدفاع المستخدمة التي تتحدد على إثرها مختلف أنماط الاستجابات (النابلسي، 1992: 45-46). ويفترض ألكسندر أن لبعض الصراعات خاصة التأثير على أعضاء معينة وبذلك قام بتطوير صيغة الصفحة النفسية حول الشخصية التي تكون أكثر قابلية للإصابة بالقرحة وتصف الأشخاص الذين تتميز شخصياتهم بالحاجة الماسة إلى الحب وإلى الاعتماد على الآخرين (تايلور، 2008 : 43). وحسب هذا النموذج توجد ثلاثة عوامل تسهم في تحديد المرض هي :

- قابلية العضو للعطب .
- البنية النفسية الصراعية وميكانيزمات الدفاع .
- ظروف الحياة التي تزيد من الشدة الانفعالية.

هذا وقد واجهت هذه النظرية انتقادات عدة أهمها أنها حصرت تأثير العوامل النفسية والاجتماعية في مدى محدود من المشاكل والاضطرابات واعتقاد باحثين معاصرين أن صراعات محددة أو نمط الشخصية ليست وحدها كافية لإحداث المرض بل أن تعرض الفرد للإصابة بالمرض يتطلب تفاعل مجموعة متنوعة من العوامل قد يكون أحدها الضعف الجيني الموروث في العضوية أو وجود الضغوط البيئية أو الخبرات المتعلمة المبكرة التي يمر بها الفرد وخصائصه المعرفية وخلف كل ذلك طريقتة في التعامل مع ما يواجهه من صعوبات. لكن رغم هذه الانتقادات لا يمكن إغفال الدور الذي لعبه هذا الاتجاه في ربط العلاقة بين الجانبين النفسي الاجتماعي والعضوي وإحداث تغيير عميق في المعتقدات حول العلاقة بين الجسم والعقل.

3- المدرسة السيكوسوماتية الفرنسية (معهد باريس) :

تأسس هذا المعهد بإشراف كل من بيارمارتي Marty وموزان M'Usan الذان يعتبران الممثلين الرئيسيين لهذا الاتجاه ، وقد وضع مارتي نظريته الاقتصادية المعتمدة أساسا على نموذج العصاب الحالي " الغريزة التي لا يمكن عقلنتها بسبب فشل الأنا في ترجمتها تتحول باتجاه الجسد لتشكل اختلالا عضويا متطورا وتتمثل هذه الغرائز أساسا في غريزتي الجنس والعدوان " حيث يقول أن اختلال تنظيم الجهاز العقلي المرتبط بالاكنتاب الأساسي يؤثر على مستوى قبل الشعور (الموقعية الأولى) والأنا الأعلى (الموقعية الثانية) (Marty, 1990 : 27-28) .

أي أن الظاهرة السيکوسوماتية تترجم ضعفا في الرمزية لدى الفرد حيث يكون ذو تركيبة نفسية خاصة تتميز بالتبعية وفقر الهومات وضعف القدرة على التعبير اللفظي واللجوء إلى الأحلام والتي ترجع حسب كل من مارتى و موزان إلى سيطرة التفكير العملياتي (Pensée Opératoire, 2001: 4).
وتقوم نظرية مارتى على اعتبار أن الطفل منذ ولادته وحتى قبلها يكون مميزا ومجهزا بآليات دفاعية جسدية (مناعية) تتيح له مقاومة الالتهابات والفيروسات والجراثيم وغيرها كما يكون مزودا بآليات دفاع نفسية تتيح له ربط العلاقة أم – طفل التي تتعدى علاقة الرعاية الجسمية (غذاء ، نظافة ...) إلى علاقة تتمحور حول الشحن المستمر للرجسية بمعنى توطيد وتثبيت الأنا ما يسمح بتطوير الآليات الدفاعية.
وفي شرحه للتوازن النفسو جسدي يستخدم مارتى المصطلحات التالية (النايلسي، 1992: 55):

- **التنظيم Organisation** : على مستوى الجهاز النفسي وفق النظريات الموقعية الفرويدية الأولى والثانية والمستوى العلائقي مع الأم التي أتى بها **سبيتز Spitz** وأشار إلى أهمية ضحكة الشهر الثالث لرؤية وجه الأم التي اعتبرها منطلق التنظيم وقلق الشهر الثامن إذ يصب الطفل عداؤه على الغرباء.
- **اختلال التنظيم Désorganisation** : سيطرة غريزة الموت و الصراع واختلال دفاعات الأنا النفسية والجسدية حسب مبادئ البنية الأساسية.
- **إعادة التنظيم Réorganisation**: تعتمد على تشجيع سيطرة غريزة الحياة على الجهاز النفسي .

4- المدرسة السلوكية :

على عكس الاتجاه التحليلي لم يهتم العلماء السلوكيون بالمعنى الرمزي للعرض الجسدي ، فقد اعتبروا تلك الأمراض ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليخفف بها من قلقه وتوتراته ويجد من خلالها حلا لصراعاته كنتيجة لتطور عملية تعلم فاشلة تمت عن طريق الاشتراط. فبعض المرضى السيکوسوماتيين قد يكتشفون أنهم يحصلون على بعض المزايا أو المكافآت من جراء المرض كالمعالجة والرعاية والاهتمام كما يمكن إعفاؤهم من بعض الواجبات ، أي أن السلوك المرضي يجد تعزيزا أو مكافأة أو تدعيماً فيستمر ويتكرر . حيث يرى **میلر Miller** وجود ميكانيزم اشراطي إجرائي للاستجابات الحشوية يؤدي إلى الاضطرابات السيکوسوماتية.
أما **بندورا Bandura** فيرى أن الاستجابات الانفعالية ومكوناتها الفسيولوجية تقوم بفضل آلية تعلم متغير بين الاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي ، وبناء على ذلك يمكن للإنسان التحكم في وظيفة الجهاز العصبي الذاتي (الزرد، 2000: 97) .

فيما أكد **بافلوف Pavlov** على أن العديد من الأمراض مصدرها اختلاف في العمليات العصبية خصوصا أمراض البدن ، وفي الوقت نفسه أعطى أهمية لاتجاهات المريض النفسية وأرائه وتأثيرها على مسار المرض وإمكانية علاجه ، أي أن الآثار الانفعالية تعتبر من أقوى العوامل في إحداث التغيرات البدنية وأعطى اللحاء دورا في كيفية تنظيم وتنشيط الميكانيزمات الهرمونية. وترى نظرية الاقتران الشرطي المرض السيکوسوماتي بشكل عام على أنه استجابة تدعمت مع الوقت نتيجة مجموعة من الأفعال المنعكسة المتكررة.

ويشير بافلوف إلى أن التآزر بين النظم العصبية يؤدي إلى توازن عمليات النشاط العصبي (الإثارة والكف) التي تشرف على عمل الأحشاء الداخلية فإذا اضطرب هذا التوازن أصيب الإنسان بالمرض السيكوسوماتي (الزاد، 2000: 95-96). ويعتبر **لاشمان Lachman** أن بداية ظهور أي مرض سيكوسوماتي يمكن أن تكون بطريقة عرضية عبر عمليات المكافأة والتدعيم التي يلقاها الفرد نتيجة لسلوكه وحالته المرضية و لعملية تعميم المثيرات فإن السلوك المرضي يميل للظهور والتكرار في مواقف لها نفس المثيرات أو مثيرات مشابهة كاستجابة متعلمة حيث تختلف الأعضاء في قابليتها للإصابة وأن قابلية الإصابة تكون جزئياً محددة وراثياً. ويؤكد ذلك ما أثارته النظرية من إمكانية تغيير الاستجابة الجسمية كقرحة المعدة والصداع النصفي وارتفاع ضغط الدم بعمليات اشراطية بطرق تجريبية (عبد القوي، 1995: 357). وقد حاولت الكثير من الدراسات تبين كيف أن الأجهزة الحيوية تخضع لمبادئ الاشرط ونذكر مثلاً ما توصل إليه ميلر بأن هناك ميكانيزم اشراطي اجرائي للاستجابات الحشوية يؤدي إلى الاستجابة السيكوسوماتية .

5- النظرية المعرفية :

جاء الاتجاه المعرفي ليؤكد على الأهمية التي تلعبها أفكار الفرد فيما ظهر المرض ويتضح ذلك جلياً في وجهة نظر **إليس (1983) Ellis** رائد العلاج العقلاني الانفعالي بأن هناك علاقة بين مواقف الحياة الصعبة التي يمر بها الفرد و انفعالاته ، حيث يرى أن الاضطراب يحدث للناس بناء على أسلوب تفكيرهم الهازم للذات وغير المنطقي وخاصة تبنيهم لتفضيلات ورغبات معينة وجعلها فروضاً مطلقة وتعسفية على أنفسهم وعلى الآخرين (يوسف ، 2001 : 110) ، فالإنسان لا يمكنه أن يفصل بين جوانب تفكيره ومدركاته و انفعالاته والإدراك عادة يتوسط بين المواقف الحياتية وبين ما يقوم به من سلوك وما يحدث له من اضطرابات. كما أجرى **جراهام Graham** وتلاميذته مجموعة من الدراسات حول عينات من مرضى السيكوسوماتك بهدف معرفة أثر العمليات المعرفية والعقلية على العمليات الفسيولوجية ، وتبين له وجود عنصرين هامين في هذه الاضطرابات هما: ما يشعر به الفرد من سعادة أو حزن، وما يرغب الفرد في معرفته في ضوء خبراته وأفكاره أو مدركاته السابقة ، فمثلاً مريض الحساسية الجلدية يشعر أنه مهزوم ولا يقدر على عمل شيء ومريض القولون يشعر انه مصاب إلى انجاز عمل ما ويريد أن يستريح ومريض ضغط الدم المرتفع يشعر بالتهديد (الزاد، 2000: 100) ، أما **ادوارد وشابير** فيعتبران أن ربط العمليات المعرفية بالعمليات الفسيولوجية لدى المرضى تحيط به بعض الصعوبات المنهجية.

6- نظريات الضغط:

يمكن أن يؤثر الضغط بشكل مباشر على الإصابة بالمرض عن طريق تغيير أنماط سلوك الفرد وخاصة الصحية فكثيراً ما اعتمدت بعض السلوكيات المحفوفة بالمخاطر من قبل الأفراد الذين يتعرضون للضغوط (استهلاك التبغ أو المخدرات قلة الاهتمام بالنظام الغذائي والنشاط البدني) وهو ما يستغرق وقتاً طويلاً للتشخيص والعلاج.

ويضيف دنتزر و غودال (1994) Dantzer & Goodall إلى ذلك أيضا العلاقة بمختلف الأجهزة الفسيولوجية فقد يتفاعل الضغط مع جوانب الضعف الموجودة أساسا فيؤثر بشكل سلبي على العادات الصحية ، ومع ذلك تظل هناك فروق فردية تحدد إذا كان التعرض للضغط سيؤدي إلى المرض . ولعل الفضل في ظهور مصطلح الضغط وانتقاله من مجال الفيزياء إلى مجال علم النفس يعود بدرجة كبيرة إلى رواد هذا الاتجاه الذي ركز على الحالة الداخلية للكائن الحي ، و ضمن هذا الاتجاه نذكر:

1-6- نظرية الاتزان الحيوي Homéostasis:

يعتبر العالم الفزيولوجي الأمريكي وانتر كانون WB Cannon من أوائل الذين استخدموا عبارة الضغط عبر دراسته لفزيولوجيا الانفعالات وعرفه بـرد الفعل في حالة طوارئ أو رد الفعل العسكري لارتباطه بانفعال القتال أو المواجهة ، ففي مخبره للفزيولوجيا بجامعة هارفرد قام كانون بسلسلة أبحاث (1914 - 1939) حول خصائص الجهاز الهضمي عند الحيوان حين ترتبط عملية الهضم بالأم أو انفعالات حادة مما سمح له باكتشاف أثر الانفعال على الإفرازات المعدية و جعل بذلك من الانفعال خاصية انعكاسية في تنبيه العضوية للوصول إلى حالة التوازن الحيوي (55 : 2005 , Rimé) . وبذلك توصلت تجارب كانون إلى نتيجة مفادها أن التعبيرات الجسمية المصاحبة لسلوكات كالهروب والمهاجمة أمام عوامل الخطر ترجع إلى نشاط هرموني في الدم ، فعبر تجاربه على القسط توصل كانون إلى أن الانفعال الناتج عن حالات مثل الهروب والخوف يرتبط بنشاط هام على مستوى الجهاز العصبي الودي Sympathetic Nervous System ونظام الغدد الصماء بإفراز الجسم للأدرينالين وبالتالي استخدم كانون مصطلح الإجهاد أو الضغط للإشارة إلى تلك الاستجابة الفسيولوجية المنسقة التي تعي جسم الكائن الحي لمواجهة التهديد أو الفرار (Fleming & al. , 1984) . ويرى كانون أن العضوية تكون في حالة اتزان حيوي لكن التغيرات التي تحدثها عوامل داخلية أو خارجية مهيجة تحفز آليات التوازن الداخلي التي تنشط لإعادة التوازن ، فالضغط هو الاستجابة النشطة اللانوعية لكل العوامل المثيرة التي تسمح بتحقيق التكيف لذا فإن فشل الجسم في التعامل مع العامل الضاغط يخل بالتوازن الحيوي و يؤثر على العمليات الانفعالية و قد يتسبب في مشاكل صحية مع الوقت.

فالانفعال حسب كانون (1953) ميكانيزم يهدف إلى إعادة الجسم إلى حالته المثلى و الخاصية الانفعالية تشير إلى ذلك التغير على مستوى العضوية أمام ظروف خارجية ، لذلك يقترح أن الاحتفاظ بالتوازن الحيوي أمام التغيرات في المحيط وفي وضعيات الخوف والعجز يعود إلى ما أطلق عليه قانون المواجهة أو الهروب (Fight or flight) وتكون المظاهر الفزيولوجية كزيادة معدل التنفس وضربات القلب ... مصاحبة للانفعال الناجم عن وضعية دفاع للتكيف مع مختلف الظروف الجديدة و تحريك مصادر الطاقة في الجسم حيث تسمح عمليات الهدم بإنتاج السكر لتغذية النشاط العضلي والتغيرات في وظائف الجهاز التنفسي لصالح بذل جهد أكبر ، كما أن تخثر الدم ضروري لمنع حدوث نزيف... لكن استمرار الاستثارة الفزيولوجية قد يكون ضارا بالكائن إذا أدى إلى الإخلال بأدائه ممهدا الطريق أمام المشكلات الصحية المختلفة .

أثبت كانون أن الآثار الفزيولوجية للانفعالات تمس مختلف مستويات العضوية عبر المسارات المهادية القشرية والعصبية الذاتية التي تلعب دورا في ثبات الوسط الداخلي. فقد توصل إلى أن تعرض الإنسان للمواقف الانفعالية المختلفة قد يؤدي إلى إطلاق جسده لكميات من الأدرينالين، وبالتالي عدد من الأعراض كارتفاع ضغط الدم تسارع نبض القلب... ، وهذه التغيرات قابلة للاستمرار لإحداث اضطرابات وظيفية قابلة للتحويل إلى أمراض وإصابات عضوية غير قابلة للتراجع. وتوصل كانون إلى أن كافة الانفعالات والمواقف المهدة للفرد تضع الجسم في حالة استنفار بحيث لا تتوقف ردة الفعل أمام الانفعال على تفكيره بل تتعدها الى ردة فعل جسدية تسبق الانفعال النفسي وتؤدي غريزيا لإحداث تغيرات جسدية متنوعة.

6-2- نظرية التناذر العام للتكيف " Général Adaptation Syndrom "

جاءت أعمال سييلي (Hans Selye (1929-1975) لتؤكد على أهمية مفهوم التوازن الحيوي ، فمن خلال أبحاثه التجريبية التي كان الهدف من وراءها أولا دراسة الهرمونات الجنسية توصل سييلي إلى ما أسماه في بادئ الأمر التناذر العام للتكيف " Général Adaptation Syndrom " بدءا من الخمسينات أثارت أعماله اهتماما بدراسة وفهم طبيعة التداخل بين الضغوط الفزيولوجية والضغوط النفسية ، فقد أظهرت تجاربه على مجموعة من الفئران أنه إذا تضررت عضوية الكائن الحي بشدة على يد عوامل مؤذية حادة غير نوعية مثل التعرض للبرد والإصابة الجراحية وصدمة العمود الفقري وإجهاد العضلات أو تسمم بجرعات من الأدوية المتنوعة (الأدرينالين ، المورفين الأتروبين ، الفورمالدهيد) تظهر متلازمة تكون فيها الأعراض مستقلة عن طبيعة العامل المهدد نوع المخدرات المستخدمة وتمثل استجابة للتهديد على هذا النحو (Selye , 1998 :230-231).

فعند تعريض الفئران لوضعيات ضاغطة (حقن ، تقييد الحركة ، جوع) تظهر جملة من ردود الأفعال الفزيولوجية غير المتخصصة (ضمور للغدة التيموسية ، زيادة إفراز الأدرينالين وظهور قرحة معدية) وهذه الاستجابات تظهر مع مصادر أخرى كالحرارة والبرودة والجروح والتعرض للأشعة X (عسكر، 2003: 43). وحسب سييلي ليس مهما أن يكون مصدر الضغط أو ما أسماه الضواغط " Stressors " فيزيقيا أو نفسيا لأن هذه الاستجابة غير متخصصة "Non spécifique" لا تتعلق بطبيعة العامل المهدد بل تنشأ من تفاعل الجهاز العصبي الودي والهيبتوتالاموس والجهاز الغدّي مما يتسبب في سلسلة من التفاعلات الهرمونية والجسدية الهادفة إلى إعداد الجسم لتحقيق التكيف و إكسابه القدرة على التحمل . ووفق سييلي فإن التناذر العام للتكيف مكون من ثلاث مراحل تتطور تباعا عبر مدة التعرض للضغط:

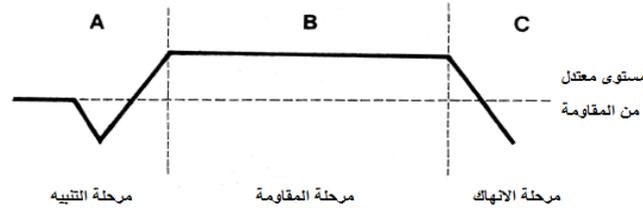
▪ **مرحلة الإنذار Alarm stage :** كما تعرف أيضا بمرحلة الصدمة – الصدمة المضادة ، فمرحلة الصدمة هي مرحلة سريعة تترجم استجابات الفرد لتهديد مدرك فيقوم الجهاز العصبي الودي والغدة الأدرينالينية بتعبئة أجهزة دفاع الجسم وتتميز بمجموعة من الأعراض (اصفرار الوجه وإفراز العرق والأحماض المعدية وارتفاع نسبة السكر في الدم وانخفاض درجة حرارة العضلات...) تستمر من عدة دقائق حتى 14 ساعة

وإن لم تكن مميتة تليها فترة الصدمة المضادة وفيها يوجه الجسم دفاعاته فتتضخم الغدتان الكظرية والصغترية وتعكس أغلب علامات فترة الصدمة حيث تزداد الحرارة وضغط الدم ويتهيأ الجسم للمواجهة وإذا استمر المثير يدخل الجسم في المرحلة الموالية (7 : Graziani & Swendsen, 2004).

■ **مرحلة المقاومة Resistance stage:** أو مرحلة التكيف وتستمر حتى 48 ساعة بعد التعرض للتهديد حيث تختفي علامات المرحلة الأولى وفي هذه المرحلة يهتئ الإنسان نفسه لمواجهة مصدر الضغط فيزداد نشاط الغدة النخامية "Pituitary gland" والهيپوتالاموس وقشرة الكظر ، وتكون أعضاء الجسم في حالة تيقظ تام فيزداد مستوى النشاط الأيضي Metabolism ويسترجع الجسم وزنه العادي كما يزداد معدل نبضات القلب ومعدل التنفس ويكبر إنتاج الطاقة التي تمكن من المقاومة أو الفرار وتعتبر هذه المرحلة هامة في نشأة أعراض التكيف أو ما يسمى بالأمراض السيكوسوماتية ويحدث ذلك خاصة عندما تعجز قدرة الإنسان على مواجهة الموقف عن طريق رد فعل تكيفي كاف وبالتالي يصل الفرد إلى نقطة يعجز فيها عن الاستمرار في المقاومة إذ تصبح طاقته التكيفية منهكة وهنا تأتي المرحلة الثالثة.

◀ **مرحلة الإنهاك Exhaustion stage:** يظهر خلالها ما أسماه سييلي أمراض التكيف (السيكوسوماتية) التي تنجم عن استنفاد العضوية طاقتها في المقاومة وذلك نتيجة عملية التدفق غير العادي للهرمونات

فقصده الحفاظ على التوازن الداخلي يبدأ الجسم في إفراز هرمونات أخرى (الأندورفين ، الكورتيزول ، الدوبامين ، السيروتونين ، الهرمونات الجنسية) إضافة إلى زيادة عمليات الهدم ، وعلى المدى الطويل تتجاوز القدرة على التحمل وتتناقص احتياطات الطاقة اللازمة لمواجهة الموقف مما يجعل الجسم حساسا للغاية لاعتداءات خارجية مع حدوث اضطرابات وظيفية في البداية ومن ثم عضوية تتمثل في قصور البنكرياس والغدد الجنسية والغدة الدرقية مع نقص السكر في الدم ونقص المناعة ، وعند هذه النقطة يصبح من الصعب على الكائن التكيف مع العوامل الضاغطة والاحتفاظ بقدرته الدفاعية .



شكل 1: مراحل متلازمة التكيف العام لسييلي

يؤكد سييلي أنه عبر هذه المراحل الثلاثة فإن لزمة التكيف العام ترتبط ارتباطا مباشرا بنشاط نخاع الكظر Corticosurrenal وأن اضطرابات التكيف ما هي إلا فشل في مقاومة العامل الضاغط مهما كان نوعه ويميز سييلي بين نوعين من التأثير أولهما الضغط الإيجابي Eustress والثاني هو الضغط السلبي Distress وأن انهيار الطاقات الدفاعية للعضوية إنما يكون عبر الضغط المستمر الذي قد يتسبب في المرض (اضطرابات التكيف) .

7- نظرية خصائص الشخصية :

تمت ملاحظة العلاقة السببية الرابطة بين كل من الشخصية والمرض منذ حوالي 400 سنة قبل الميلاد وتحديدًا مع **ابوقراط Hippocrate** ومنذ ذلك الوقت حاول العلماء تحديد أنماط خاصة بكل مرض ووضع نظريات تحاول الربط بين اختيار الأعراض **Symptom Choice** ليس فقط بطبيعة الصراع ولكن أيضًا بنوع الشخصية ، فقد توصل **كانون (1929)** إلى أن الوظيفة الجسمية والمرض يمكن أن تفسر من خلال الارتباط السببي بين الأنشطة العقلية و النشاط السوماتي.

من جهتها اقتبست **دنيار (1935)** عبر مقابلات مع المرضى مقياسًا كاملًا للشخصية أو بروفيلًا لأشخاص يعانون من أمراض مختلفة ، من بينها ما أسمته الشخصية القرحية والشخصية ذات الضغط المرتفع والشخصية المصابة بالتهاب المفاصل وغيرها ... وكان هدفها تقديم صورة شاملة عن شخصية مرضاها فدمجت عددًا من العوامل التي تسهم في نشأة المرض (العامل التاريخي والعامل الفيزيقي والعامل الانفعالي) وقامت بمقارنات لسمات الشخصية لكل مجموعة من الحالات التي لها قابلية للإصابة بالحوادث الجسمية ومجموعة حالات مرض القلب في العديد من الجوانب: تاريخ الأسرة الأزواج، الأولاد ، التاريخ الشخصي الطباع والحالات التي تظهر فيها المرض (Doucet, 2000: 44).

كما قدم **فريدمان وروزينمان Friedman & Rosenman** نموذجين من نماذج الشخصية ترتبط بالاضطراب السيكوسوماتي هما النمط (A) والنمط (B) ، ويعرف **جابر وكفاي (1996)** سلوك النمط أ بأنه نمط الحياة الذي يرتبط مع الاحتمال المرتفع للإصابة بمرض القلب التاجي ، ويتميز بالميل إلى الضغط على الأسنان وتشديد قبضة اليد والحركات الجسمية السريعة وقلة الصبر والنشاط المتعدد الأوجه ويوصف الأفراد من هذا النمط بأنهم منافسون إلى درجة كبيرة سواء في العمل أو في الأنشطة الترويحية ويقمحون الشعور بالتعب ويظهرون العدوانية والغضب عندما تفشل جهودهم للالتزام بإنهاء الأعمال في المواعيد المحددة . أما النمط ب فيعرف بأنه نمط من السلوك المتحرر من العدوان والكرهية ويتميز بغياب أو نقص الحاجة التنافسية لظهور القدرات أو مناقشة إنجازات الفرد وأعماله ، فالأشخاص من هذا النوع يعتبرون مثاليين في سلوكياتهم كما يتميزون بالنجاح والتوفيق والصحة الجيدة والتكيف الاجتماعي وروح التسامح وحالة الضغط عندهم تكون متوسطة ومعتدلة.

إضافة إلى ما سبق أضاف الباحثون نمطًا ثالثًا هو النمط ج ويتميز الأفراد من هذا النمط بالعاطفة الجياشة وبأن لديهم دفاعات قوية وعدم القدرة على الاعتراف والتعبير عن عواطفهم مما يجعلهم يتألمون في صمت واستجابتهم للضغط تكون بواسطة ميكانيزمات قشرية كظرية فهم أكثر قابلية من غيرهم للإصابة بالأمراض المناعية كالسرطان.

وتعرف **تموشوك Témochock** شخصية النمط ج على أنها عامل خطر في ظهور وتطور السرطان وتتمثل مميزاتها الأساسية في كظم الانفعالات والعجز واليأس واللطف والهدوء والتعاون والثبات أمام المصائب واحترام السلطة وعدم إثبات الذات والتعبير عن الانفعالات .

إلا أن هذه الدراسات لم تتأكد نتائجها بصورة علمية ، كما أن موضوع علاقة سمات الشخصية بالأمراض السيکوسوماتية لا يزال موضع نقاش حتى اليوم خاصة أن نتائج بعض الدراسات كدراسة **كيوبي** في معهد التحليل النفسي بمدينة نيويورك تعارض النتائج السابقة ، إذ لم يجد لدى مرضى الصداع النصفي والتهاب القولون التقرحي وأمراض القلب أنماطا شخصية ثابتة فيما تؤكد دراسات أخرى أن هناك مرضى لديهم سمات شخصية متشابهة وأنماطا شبه ثابتة ويظهرون أنواعا مختلفة من الأمراض السيکوسوماتية بينما آخرون لهم سمات شخصية مختلفة ويتعرضون إلى اضطرابات سيکوسوماتية واحدة أو متشابهة. وانتهت دراسة **غروين وآخرون (1979) J.Groen** إلى نتيجة مهمة وهي أن الترابط بين سمات الشخصية والأمراض السيکوسوماتية لا يكون بالنسبة لجميع الأمراض بل بالنسبة إلى بعض هذه الأمراض دون الأخرى ومن الدراسات المهمة في هذا المجال دراسة **رينج (1972) F.Reng** والتي خلصت إلى أن الصورة المعينة لشخصية المريض يغلب أن تتطابق وتتوافق مع حدوث مرض يناظرها ، ويرى أنه يسهل علينا أحيانا إذا وجدنا شخصا ما مصابا بالقرحة أن نجد الدليل على أنه من النوع الطموح ، الحساس المفكر والمنطوي (الزاد، 2000 : 136) .