وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
قسم علم النفس والأرطفونيا
شعبة علم النفس العيادي

مذكرة التخرج لنيل شهادة ماستر في علوم الاجتماعية
تخصص علم النفس العيادي

تأثير التجارب الصادمة في نشأة اضطرابات سيكوسوماتية–داء السكري نموذجا

من إعداد الطالب(ة):
- **ازيدي سعيد**

تحت إشراف الأستاذ(ة):
- **أ.طباس نسيمة**

أعضاء اللجنة المناقشة

اللقب و الاسم	الرتبة	الجـــامعة	الصفة
زمعلاش بن سعيد عبدالقادر	أستاذ محاضر – ب -	جـامعة وهران – 02 -	رئيسـا
موسي محمد ياسين	أستاذ محاضر – ب -	جـامعة وهران – 02 -	منـاقشـا
طبـاس نسيمة	أستاذة محاضر – أ -	جـامعة وهران – 02 -	مشرفـا

السنة الجامعية: 2025/2024

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
قسم علم النفس والأرطفونيا
شعبة علم النفس العيادي

مذكرة التخرج لنيل شهادة ماستر في علوم الاجتماعية
تخصص علم النفس العيادي

تأثير التجارب الصادمة في نشأة اضطرابات سيكوسوماتية–داء السكري نموجا

من إعداد الطالب(ة):
- **ازيدي سعيد**

تحت إشراف الأستاذ(ة):
- **أ.طباس نسيمة**

أعضاء اللجنة المناقشة

اللقب و الاسم	الرتبة	الجـــامعة	الصفة
زمعلاش بن سعيد عبدالقادر	أستاذ محاضر – ب -	جـامعة وهران – 02 -	رئيسـا
موسي محمد ياسين	أستاذ محاضر – ب -	جـامعة وهران – 02 -	منـاقشـا
طبـاس نسيمة	أستاذة محاضر – أ -	جـامعة وهران – 02 -	مشرفـا

السنة الجامعية: 2025/2024

ملخص البحث :

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر التجارب الصادمة في نشاة اضطرابات من خلال الإجابة على التساؤلات التالية :

إلى أي مدى تأثر التجارب الصادمة في نشأة داء السكري؟.

للإجابة عن الإشكالية قمنا بصياغة الفرضية التالية:

تساهم التجارب الصادمة بدرجة كبيرة في نشوء اضطرابات سيكوسوماتية، وداء السكري من النوع الثاني نموذج دال على ذلك.

اعتمدنا في هذا البحث على المنهج العيادي الإكلينيكي من خلال دراسة حالتين يعانيان من داء السكري من النوع الثاني، كلاهما يحمل تاريخًا نفسيًا مليء بالتجارب الصادمة تم إجراء الدراسة في دار داء السكري التابعة لمؤسسة الصحة الجوارية -واجهة البحر- بولايتي وهران، وشملت العينة حالتين بالغتين، الأولى لامرأة تبلغ من العمر 53 سنة، والثانية لرجل يبلغ 55 سنة.

وقد استُعملت في جمع البيانات عدة أدوات إكلينيكية، أهمها: المقابلة العيادية النصف موجهة، الملاحظة العيادية، اختبار فحص الهيئة العقلية، مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيتسون

النتائج المتوصّل إليها:

كشفت نتائج الى أن الحالة الأولى (53 سنة) تعاني من إضطراب كرب ما بعد الصدمة المرتبط ، مما انعكس على حالتها الجسدية من خلال اختلالات مزمنة في نسبة السكر، كما أظهرت الحالة الثانية (55 سنة) يعاني من إضطراب كرب ما بعد الصدمة ، تعود إلى ظروف صدمية قديمة .

تُظهر نتائج الحالتين أن داء السكري قد يكون في بعض السياقات تعبيرًا جسديًا لصدمات نفسية مكبوتة وغير معالجة، وهو ما يدعم الفرضية المطروحة، وقد ختمنا الدراسة باستنتاج عام وخاتمة على ضوء النتائج المتحصل عليها.

الكلمات المفتاحية:

الصدمة النفسية، الاضطرابات السيكوسوماتية، داء السكري، اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

L’étude vise à connaître l’effet des expériences traumatiques dans la genèse des troubles

à travers la question suivante:

Dans quelle mesure les expériences traumatiques contribuent-elles à l’émergence des troubles psychosomatiques ? Pour répondre à cette problématique, nous avons formulé

l’hypothèse suivante:

Les expériences traumatiques non contribuent de manière significative à l’apparition des troubles psychosomatiques, à travers leur impact sur l’équilibre psychocorporel de l’individu.

Nous avons adopté dans cette recherche la méthodologie clinique à travers l’étude de deux cas souffrant de diabète, ayant tous deux un passé psychologique chargé d’expériences traumatiques.

L’étude a été réalisée à la Maison du diabète relevant de l’établissement de santé de proximité – Façade maritime – dans la wilaya d’Oran, et a porté sur deux adultes le premier cas est une femme âgée de 53 ans,le second est un homme âgé de 55 ans.

Plusieurs outils cliniques ont été utilisés pour la collecte des données, à savoir:

l’entretien clinique semi-directif, l’observation clinique, l’examen de l’état mental, l’échelle de stress post-traumatique de Davidson.

Résultats obtenus:

Les résultats ont révélé que le premier cas (53 ans) souffre d’un trouble de stress post-traumatique, ce qui s’est répercuté sur sa santé physique à travers un déséquilibre chronique du taux de glycémie,Le deuxième cas (55 ans) présente également un trouble de stress post-traumatique, lié à d’anciennes situations traumatisantes.

Mots-clés : traumatisme psychique, troubles psychosomatiques, diabète, trouble de stress post-traumatique.

شكر وعرفان

الحمد والشكر لله الحي القيوم أولا وأخيرا وامتثالا لقوله صلى الله عليه وسلم:

"من لا يشكر الناس لا يشكر الله"

أتوجه بجزيل الشكر وجميل العرفان للأستاذة "طباس نسيمة" التي تكرمت بقبول الإشراف على هذه المذكرة وعلى جميع التوجيهات والملاحظات والنصائح.

كما لا يفوتنا ان نتقدم بوافر التقدير والاحترام لأعضاء اللجنة المحترمين أستاذ "زمعلاش بن سعيد عبدالقادر" وأستاذ "موسي محمد ياسين" على عناء قراءة المذكرة وقبولها وتصويبها.

وكذلك أتقدم بخالص الشكر إلى كل من درسني من أساتذة كلية العلوم الاجتماعية.

وكذلك أتقدم بجزيل الشكر إلى العينة والأخصائية و الطاقم الإداري لدار داء السكري الذين كان لهم دورا كبيرا في نجاح العمل جزاهم الله كل خير.

وفي الاخير نشكر كل من قدم لنا يد العون والمساعدة من قريب او من بعيد ونسأل الله عز وجل أن يجعل ذلك في ميزان حسناتهم.

الإهداء

إلى من جرع الكأس فارغا لي يهديني قطرة حب

إلى من حصدت الأشواك عن دربي لتمهد لي طريق العلم

إلي أمي نور دربي التي ساندتني وتعبت من أجل إتمام مسيرتي الدراسية.

إلى أبي الذي طالما رافقني بدعائه وحرصه علي.

إلى اخوتي وأحبتي واصدقائي و إلى كل من قدم لي يد المساعدة من قرب أو من بعيد.

إلى الأساتذة المحترمين وزملاء الدراسة.


قائمة المحتويات

قائمة المحتويات:

ملخص البحث :

: Résumé de la recherche

شكر وعرفان..... أ

الإهداء .....ب

قائمة المحتويات.....ه

قائمة الجداول:..... ط

قائمة الملاحق: ..... ط

المقدمة:.....1

الفصل الأول: مدخل الدراسة..... 5

1. مشكلة الدراسة:.....5

2. التعقيب على الدراسات السابقة:.....7

3. إشكاليات الدراسة:.....8

4. فرضيات الدراسة:.....8

5. أهداف الدراسة:.....8

6. أهمية الدراسة:.....8

7. التعاريف الإجرائية:..... 9

الفصل الثاني: التجارب الصادمة 12

تمهيد:.....13

1. القسم الأول: مدخل مفاهيمي للتجارب الصادمة: 14

1-1 نشأة مفهوم الصدمة النفسية:........14

2-1 التعريف الصدمة : 15

3-1 أنواع الصدمة النفسية (حادّة، مزمنة، الطفولة): 16

4-1 خصائص التجربة الصادمة: 17

5-1 مميزات الصدمة النفسية: 19

6-1 محددات التأثير الصدمي: 21

2. القسم الثاني: الديناميكيات النفسية لما بعد الصدمة..... 23

1-2 تعريف اضطراب كرب ما بعد الصدمة(PTSD): 23

2-2 المظاهر العيادية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD): 24

3-2 دور اللاشعور في إعادة إنتاج الصدمة: 27

2-4 الذاكرة الصدمية:..... 28

5-2 التحول من المعاناة النفسية إلى الأعراض الجسدية: 29

الخلاصة:..... 31

الفصل الثاني: الاضطرابات السيكوسوماتية وداء السكري 34

تمهيد:..... 35

2. القسم الأول: الاضطرابات السيكوسوماتية بين الوظيفة النفسية والجسد.. 36

1.1 النشأة التاريخية الاضطرابات السيكوسوماتية: 36

2.1 تعريف الإضطراب السيكوسوماتي:..... 37

3.1 خصائص الإضطرابات السيكوسوماتية:..... 39

4.1 المضاهر العيادية للإضطرابات السيكوسوماتية: 40

5.1 النماذج التفسيرية للإضطرابات السيكوسوماتية:..... 42

2. القسم الثاني: داء السكري 51

1.2 تعريف داء السكري: 51

2.2 أنواع داء السكري:..... 51

3.2 السيرورة السيكوسوماتية لداء السكري: 52

الخلاصة:.....54

الفصل الرابع: منهج البحث 57

تمهيد.....58

1- منهج الدراسة.....59

2- أدوات الدراسة:.....59

2-1 دراسة الحالة :.....59

2-2 الملاحظة العيادية :.....60

2-3 المقابلة العيادية :.....60

2-4 المقابلة النصف الموجهة :.....61

2-5 فحص الهيئة العقلية :.....61

3- مقياس كرب ما بعد الصدمة :.....62

4- مواصفات الحالات المدروسة :.....67

5- حدود اجراء الدراسة :.....67

الفصل الخامس: تقديم الحالات العيادية وعرض النتائج 71

1- التقرير السيكولوجي للحالة الأولى :..... 72

2- عرض نتائج الحالة الأولى:..... 76

3- حوصلة عن الحالة الأولى: 78

4- التقرير السيكولوجي للحالة الثانية :..... 79

5- عرض نتائج الإختبار:..... 82

6- حوصلة عن الحالة الثانية: 83

الفصل السادس: مناقشة نتائج البحث على ضوء فرضيته. 87

1- نص فرضيات البحث:..... 88

2- بالنسبة للحالة الأولى:. 88

3- بالنسبة للحالة الثانية:..... 90

4- الاستنتاج:.....91

5- مقترحات:.....96

قائمة المراجع: 100

أولا: المراجع باللغة العربية: 100

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية: 102

الملاحق.....- 106 -

قائمة الجداول:

رقم الجدول	العنوان	رقم الصفحة
جدول 01	جدول مقارن أراض اضطراب مابعد الصدمة بين dsm5 و cim11.	26
جدول 02	جدول لمستوى درجة الإصابة بكرب ما بعد الصدمة.	65
جدول 03	جدول مواصفات الحالات المدروسة.	67
جدول 04	جدول مقياس كرب مابعد الصدمة لدافيتسون للحالة الأولى.	76
جدول 05	الجدول عرض نتائج الحالة الأولى	77
جدول 06	جدول مقياس كرب مابعد الصدمة لدافيتسون للحالة الثانية	82
جدول 07	الجدول عرض نتائج الحالة الثانية	83

قائمة الملاحق:

رقم الملحق	العنوان	رقم الصفحة
ملحق 1	مقاس اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدافيتسون	66

المقدمة :

تُعد الصدمة النفسية من بين أبرز الإشكالات المعقدة التي تواجه علم النفس المعاصر، لما تتركه من آثار عميقة في البنية النفسية والوظائف الجسدية للفرد، حيث لم تعد الصدمة تُفهم على أنها مجرد تجربة انفعالية عابرة، بل كحدث بنيوي يُحدث شرخًا في جهاز المعنى، ويخلخل التنظيم النفسي والعضوي معًا.

في هذا السياق، ظهرت توجهات جديدة في علم النفس المرضي والجسدي تبحث في العلاقة الوثيقة بين التجارب الصادمة والاضطرابات السيكوسوماتية، حيث أكدت العديد من الدراسات أن عدم معالجة الصدمة النفسية أو كبتها يؤدي إلى تحولها إلى أعراض جسدية مزمنة يصعب تفسيرها من منظور بيولوجي، مما يدفع إلى مقاربة هذه الاضطرابات بشكل تكاملي.

ويأتي داء السكري من النوع الثاني كأحد هذه الاضطرابات المزمنة، الذي لم يعد يُدرس فقط من زاوية عضوية أو وراثية، بل أيضًا من منظور سيكولوجي ، نظرًا لما أظهرته البحوث من ارتباط بين الصدمات النفسية ، والتغيرات الفزيولوجية المرتبطة بالأنسولين والغلوكوز.

وبما أن الاضطرابات السيكوسوماتية تمثل انعكاسًا لتداخل النفسي بالجسدي، وتُعتبر رد فعل جسدي على انفعالات مكبوتة أو صدمات لم يتم التكفل بها نفسيا، فإن فهمها يتطلب العودة إلى تاريخ الفرد الصدمي، وآليات الدفاع التي يعتمدها، والعوامل العلائقية المحيطة به.

انطلاقًا من ذلك، جاءت هذه الدراسة لتحاول الإجابة عن الإشكالية التالية:

الى أي مدى تساهم التجارب الصادمة في نشأة داء السكري؟

وللإجابة عن هذه الإشكالية، قُسمت هذه المذكرة إلى جانبين: نظري وتطبيقي، كما يلي :

الجانب النظري :

الفصل الأول: مدخل عام للدراسة، تضمن الإشكالية، الفرضيات، الأهداف، الأهمية، الدراسات السابقة، والتعريفات الإجرائية.

الفصل الثاني: الاضطرابات السيكوسوماتية، نشأتها التاريخية، خصائصها، مظاهرها العيادية، النماذج التفسيرية، ثم الى داء السكري كنموذج سيكوسوماتي، تعريفه، أنواعه، سيرورته الجسدية والنفسية، وعلاقته بالتجارب الصادمة.

الجانب التطبيقي:

الفصل الثالث: المنهجية المعتمدة، أداة الدراسة، العينة، أدوات القياس المستخدمة.

الفصل الرابع: عرض للحالات العيادية المدروسة، التحليل الإكلينيكي، فحص الهيئة العقلية، واختبار كرب ما بعد الصدمة.

الفصل الخامس: مناقشة النتائج وتحليلها على ضوء الفرضيات والنماذج النظرية المعتمدة.

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على التفاعل المعقد بين النفس والجسد، وتأكيد أن معاناة الجسد ليست دائمًا عضوية صرفة، بل قد تكون مرآة لجراح نفسية لم تندمل .


الفصل الأول

الفصل الأول: مدخل الدراسة

1. مشكلة الدراسة:

يعد داء السكري من بين أكثر الأمراض المزمنة انتشارًا، ويُصنّف من قبل منظمة الصحة العالمية كاضطراب استقلابي مزمن يتميز بارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم نتيجة خلل في إنتاج الإنسولين أو في استجابة الجسم له، ما يؤدي إلى مضاعفات متعددة تمسّ الأعضاء الحيوية، كالقلب، الأوعية، العينين، والأعصاب. (منظمة الصحة العالمية، 2024)

وقد أظهرت العديد من الدراسات أن مرضى السكري يعانون بدرجة مرتفعة من اضطرابات نفسية مرافقة، مثل القلق والاكتئاب واضطرابات النوم، وهي حالات تسهم بشكل واضح في تعقيد المسار العلاجي للمرض كما بينت دراسة Hackett & Steptoe (2017) أن هذه الأعراض النفسية قد لا تكون مجرد نتائج ثانوية للمرض، بل قد تُمثّل في بعض الأحيان أحد العوامل المساهمة في تطوره وتفاقمه، عبر التأثير على المحور العصبي الصماوي HPA والإفراز المزمن للكورتيزول، ما يعزز مقاومة الإنسولين ويرفع نسبة الجلوكوز في الدم. (Hackett & andrew, 2017, pp. 549-550)

من جهة ثانية، تشير الأدبيات الحديثة إلى أن العديد من المرضى الذين يعانون من السكري سبق لهم أن مرّوا بتجارب صادمة على اختلاف أنواعها، سواء كانت طبية ، أو اجتماعية ، أو نفسية (كالعنف أو الحوادث)، وهذه التجارب قد تترك أثرًا نفسيًا عميقًا لا يُمحى بسهولة، وقد يُعيد تشكيل توازنهم الجسدي والنفسي على المدى الطويل. في ضوء ذلك، بدأت تظهر توجهات علمية تُعيد النظر في داء السكري، ليس فقط كاضطراب عضوي ، بل كحالة ذات أبعاد سيكولوجية وجسمية متداخلة، خصوصًا عندما تتجلى عبر أعراض جسدية مزمنة غير قابلة للتفسير العضوي الكامل، مثل التعب المستمر، آلام المفاصل، اضطرابات النوم، مشاكل التركيز، واضطرابات الجهاز الهضمي، وهي الأعراض التي تُصنّف ضمن ما يُعرف بـ"الاضطرابات السيكوسوماتية". وقد أظهرت دراسة Koenen (2015) من جامعة كولومبيا أن النساء اللواتي يعانين من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) يواجهن خطرًا مضاعفًا للإصابة بداء السكري من النوع الثاني مقارنة بغيرهن، وذلك بناءً على تحليل بيانات 49,739 امرأة شاركن في دراسة "Nurses' Health Study" على مدى 22 عامًا. وأظهرت النتائج أن زيادة عدد أعراض PTSD كان مرتبطًا بارتفاع تدريجي في خطر الإصابة. وقد رجّح الباحثون أن الاستجابة المزمنة للضغط النفسي الشديد قد تؤدي إلى تغييرات في مناعة

الجسم والهرمونات، مما يسهم في نشوء السكري. وخلصت الدراسة إلى ضرورة اعتماد مقاربة طبية شمولية تراعي التداخل بين الصحة الجسدية والنفسية. (Sifferlin, 2015)

كما بينت دراسة نادية ولهى (2024) من جامعة بسكرة أن المراهقين المصابين بداء السكري يمكن أن يعانوا من اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة لتجربتهم المرضية، حيث أظهرت نتائج المقابلات واستخدام مقياس دافيدسون لاضطراب ما بعد الصدمة أن الحالات المدروسة عاشت أعراضًا واضحة للاضطراب مثل التكرار الذهني للأحداث، الكوابيس، وتجنب كل ما يذكر بالمرض. وقد خلصت الدراسة إلى أن داء السكري، خاصة عند المراهقين، لا يُعد فقط اضطرابًا جسديا مزمنًا بل قد يشكل تجربة صادمة تؤثر سلبًا على الصحة النفسية للمرضى. (ولهى، 2023)

كما أشارت أيضا، دراسة شعلال فطيمة و بوروبي رجاح فريدة (2023) التي هدفت الدراسة للتعرف على ما إذا بإمكان أن نعتبر الداء السكري اضطرابا سيكوسوماتيا وظيفيا لا عضويا لدى الفرد، كونه من بين الأمراض المزمنة والعضوية التي تصيب الكثير من الأفراد في الوقت الراهن، قاموا دراسة هذا المرض اكلنيكيا على 03 حالات من المراهقين المتمدرسين بولاية -تيزي وزو- بعدما تبين انه بإمكانه أن يرجع الداء السكري إلى أسباب نفسية كالخوف- الإحباط- القلق- الصراعات والضغوطات النفسية ، وبهذا توصلوا إلى أن داء السكري لدى الحالات الثلاثة راجع إلى أسباب نفسية كثيرة ومتعددة حيث بامكان تصنيفه من بين الاضطرابات السيكوسوماتية. (فريدة و فاطيمة، 2023)

بناءً على ما سبق، يتضح أن هناك اهتمامًا متزايدًا بدراسة العلاقة بين العوامل النفسية والتوازن الهرموني، من خلال الملاحظة تبين ان هناك حالات متعددة لمرضى سكري كانوا يعيشون في ظروف نفسية صعبة، مليئة بالضغوط والأحداث المؤلمة، وكأن المرض لم يكن مجرد اختلال بيولوجي بل رد فعل صامت من الجسد على ما مرّوا به. هذا التداخل بين النفسي والعضوي هو ما دفعني لاختيار هذا الموضوع، لفهم كيف يمكن للصدمة النفسية (كخبرة عميقة ومؤلمة) أن تسهم في نشوء اضطرابات جسدية مزمنة مثل داء السكري.

2. التعقيب على الدراسات السابقة:

- هدفت دراسة Koenen (2015) إلى التحقق من العلاقة بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وخطر الإصابة بداء السكري من النوع الثاني لدى النساء، من خلال تحليل بيانات طويلة المدى شملت أكثر من 49,000 مشاركة. وقد أظهرت النتائج أن النساء اللواتي يعانين من أعراض صدمية شديدة كن أكثر عرضة للإصابة بالسكري، وهو ما يدل على وجود صلة بيولوجية ونفسية واضحة بين التجربة الصادمة والخلل الاستقلابي. استخدمت هذه الدراسة المنهج الكمي الإحصائي الطولي الذي وفّر قاعدة بيانات قوية، لكنها لم تُعالج الأعراض السيكوسوماتية بشكل مباشر.
- أما دراسة Hackett & Steptoe (2017)، فقد سعت إلى توضيح كيف تؤثر الضغوط النفسية المزمنة على نشأة داء السكري من خلال تفعيل محور HPA وزيادة مستويات الكورتيزول، ما يؤدي إلى مقاومة الإنسولين وارتفاع مزمن في الغلوكوز. جمعت دراستهم بين الدراسات البيولوجية والنفسية الحديثة، مما جعلها تساهم بشكل واضح في التأصيل النظري للعلاقة بين التوتر والسكري، لكن دون التركيز على تجليات الصدمة في شكل اضطرابات سيكوسوماتية.
- في حين هدفت دراسة نادية ولهى (2024) إلى التحقق من إمكانية ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المراهقين المصابين بداء السكري، مركّزة على استخدام مقياس دافيدسون والمقابلة الإكلينيكية. وقد بينت النتائج وجود أعراض صدمية حادة ، ما يعكس قابلية الصدمة النفسية الناجمة عن المرض ذاته لأن تتحول إلى مصدر اضطراب عاطفي مزمن. استخدمت الدراسة المنهج الإكلينيكي لكنها ركزت على تشخيص PTSD دون التطرق إلى طبيعة الاضطرابات السيكوسوماتية الناتجة عنه.
- بينما هدفت دراسة شعلال وبوروبي (2023) إلى توضيح ما إذا كان داء السكري لدى بعض المراهقين يمكن اعتباره اضطرابًا سيكوسوماتيًا، وقد استندت إلى تحليل إكلينيكي لثلاث حالات من المراهقين، وتوصلت إلى أن التجربة النفسية السابقة لها أثر واضح في تطور السكري، اعتمدت الدراسة منهج دراسة الحالة.
- أما دراستنا الحالية، فقد هدفت إلى الكشف عن أثر التجارب الصادمة (سواء كانت حادة، مزمنة، أو في الطفولة) في نشأة اضطرابات سيكوسوماتية لدى مرضى داء السكري، ضمن تصور تداخلي يجمع بين التفسير النفسي والبيولوجي. وقد اعتمدنا في ذلك على المنهج العيادي لفهم سيرورة المعاناة النفسية وتحولاتها الجسدية، من خلال أدوات نوعية (المقابلة، الملاحظة، فحص الهيئة العقلية، ومقاييس الصدمة النفسية).

3. إشكاليات الدراسة:

- **الإشكالية العامة:**

ومنه نطرح الاشكال الآتي إلى أي مدى تأثر التجارب الصادمة في نشأة داء السكري؟

- **الإشكالية الجزئية:**

هل تعود أسباب الإضطرابات السيكوسوماتية إلى تجارب صادمة مزمنة ؟

4. فرضيات الدراسة:

- **الفرضية العامة :**

تساهم التجارب الصادمة بدرجة كبيرة في نشأة داء السكري.

- **الفرضية الجزئية:**

الاستمرارية الدينامية للصدمة النفسية المزمنة لها دور في ظهور داء السكري.

5. أهداف الدراسة:

- تهدف الدراسة إلى كيفية تأثير الصدمات النفسية في نشأة الإضطرابات السيكوسوماتية.
- التعرف على طبيعة العلاقة بين التجارب الصادمة والاضطرابات السيكوسوماتية، من خلال فحص كيف تؤثر الصدمة النفسية على الجهاز الجسدي، خاصة لدى المصابين بداء السكري.
- تسليط الضوء على البعد النفسي لداء السكري، باعتباره اضطرابًا يتأثر بالعوامل النفسية والاجتماعية وليس عضويًا فقط.

6. أهمية الدراسة:

تعد هذه الدراسة ذات أهمية كبيرة لأنها تعزز الفهم العلمي للعلاقة بين الصدمات النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى السكري بالتحديد، فقد أظهرت العديد من الدراسات الحديثة أن المشاكل الجسدية المزمنة، مثل السكري، ترتبط بالعوامل النفسية التي قد تسبق ظهورها أو تؤدي إلى تزايدها، وخاصة التجارب الصادمة التي لم يتم التعامل معها نفسيًا.

في هذا السياق، توفر هذه الدراسة تأثير الصدمة النفسية، سواء كانت نتيجة لفقد، أو عنف، أو موقف مفاجئ، وهذا قد يؤدي إلى مظاهر سيكوسوماتية تبدو جسدية في الخارج، ولكنها تخفي جذورًا انفعالية

عميقة. ولذلك، تتجلى أهمية الفحص النفسي المنهجي كوسيلة لكشف التاريخ الصدمي للمريض وفهم الديناميات النفسية التي قد تلعب دورًا في ظهور أو استمرار الأعراض الجسدية.

وتدعم الدراسة أيضًا التكامل بين الجوانب الطبية والنفسية في مواجهة داء السكري، حيث تدعو إلى إجراء تقييمات نفسية موازية للفحوص البيولوجية، خصوصًا مع تزايد الأدلة على أن العديد من الأعراض العضوية التي يصعب تفسيرها طبيًا قد تكون لها أصول نفسية.

7. التعاريف الإجرائية:

- **التجارب الصادمة:**

تُقصد بـالتجارب الصادمة، في هذا البحث، تلك الخبرات النفسية أو الجسدية المفاجئة أو المتكررة التي تعرض لها المصابين داء السكري المتواجدين بدار داء السكري، والتي تتجاوز قدرتهم الطبيعية على التكيف أو الاستيعاب، وتترك أثرًا طويل المدى على المستوى النفسي وتكون سبب في اصابتهم بداء السكري.

- **الصدمة النفسية :**

هي استجابة طبيعية للتعرض لأحداث مؤلمة أو خطيرة تهدد أمن أو سلامة عينة المتواجدة بدار داء السكري. يمكن أن تنتج هذه الصدمة عن تجارب مختلفة مثل الحوادث الإرهابية ، العنف ، وقد تؤدي إلى اضطرابات نفسية مثل واضطراب ما بعد الصدمة . وتقاس بمقياس دتفيتسون لكرب مابعد الصدمة.

- **الاضطرابات السيكوسوماتية:**

تشير إلى المشكلات الجسدية التي يكون أصلها نفسيًا، حيث تؤدي الضغوط العاطفية المستمرة إلى ظهور أعراض جسدية للعينة المدروسة مثل داء السكري. ترتبط هذه الاضطرابات بآليات التوتر والاستجابة الفسيولوجية للإجهاد.

- **داء السكري:**

مرض عضوي مزمن تعاني منه العينة المدروسة يتمثل في ارتفاع مستويات الغلوكوز في الدم، ناتج عن خلل في إفراز الأنسولين أو في فعاليته، مصابين به العينة المتواجدة بدار داء السكري.


الفصل الثاني

الفصل الثاني: التجارب الصادمة

تمهيد

1. القسم الأول: الحدث الصادم.

1.1 نشأة مفهوم الصدمة المفسية.

2.1 تعريف الصدمة النفسية.

3.1 أنواع الصدمة النفسية.

4.1 خصائص التجربة الصادمة.

5.1 مميزات الصدمة النفسية.

6.1 محددات التأثير الصدمي..

2. الديناميكية لما بعد الصدمة النفسية.

1.2 تعريف إضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD)

2.2 المظاهر العيادية لإضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD)

3.2 دور اللاشعور في إعادة إنتاج الصدمة.

4.2 الذاكرة الصدمة.

5.2 التحول من المعانات النفسية إلى الأعراض الجسدية.

خلاصة.

تمهيد:

تُعدّ التجربة الصادمة لحظة فارقة في المسار النفسي للفرد، إذ تشكّل صدمة قوية للبنية النفسية، وقد تخلّف آثارًا نفسية وعصبية وجسدية عميقة. وفي هذا الفصل تطرقنا بدءا بالنشأة التاريخية للصدمة النفسية ثم الى تعريفها وأنواعها ثم خائصها مرورا الى مكوناتها الصدمة النفسية انتقالا الى اضطراب ما بعد الصدمة وصولا الى دور اللاشعور في إعادة الإنتاج الصدمي انتهاءا بالتحول من المعانات النفسية الى الاعراض الجسدية.

1. القسم الأول: مدخل مفاهيمي للتجارب الصادمة:

1-1 نشأة مفهوم الصدمة النفسية:

ترجع بدايات مفهوم الصدمة النفسية في الطب الحديث إلى منتصف القرن التاسع عشر، حين بدأت حوادث القطارات في أوروبا، وخاصة بريطانيا، تكشف عن أعراض عصبية غير المبررة عضويًا، وصف الجراح البريطاني John Erichsen حالات مسافرين الغير مصابين ظاهريًا بعد الحادث، لكنهم لاحقًا أصيبوا بمجموعة من الأعراض تشمل القلق، اضطراب النوم، نوبات بكاء، ضعف الذاكرة، واضطرابات حسّية وحركية، مثل اضطراب في المشي والرؤية والسمع.

رأى Erichsen أن هذه الأعراض تنبع من "ارتجاج العمود الفقري" الناتج عن الاهتزازات والصدمات، لكنه لم يوضح السيرورات النفسية أو العصبية الدقيقة التي تُفسّر ذلك. هذا ما دفع أطباء آخرين ومن بينهم ، Herbert، إلى نقده لاحقًا، مؤكدين أن الخوف الشديد والرغبة اللاواعية في التعويض المالي قد تلعبان دورًا كبيرًا في تطور هذه الأعراض، حتى عند غياب الإصابة العضوية الظاهرة.

وقد كان لهذه الحالات المعروفة بـ "railway spine"دور حاسم في ظهور فكرة أن الصدمة النفسية يمكن أن تكون حقيقية ، حتى من دون وجود جرح جسدي. وهذا ما أدخل الأعراض في نقطة تداخل بين ما هو جسدي وما هو نفسي. (Young, 1995, pp. 13-21)

مع اندلاع الحرب العالمية الأولى، شهدت ساحة الطب العسكري انفجارًا في حالات مشابهة، سُمّيت حينها "الشلل الحربي " (shell shock) ، إذ ظهرت على الجنود أعراض مثل التشنجات، الشلل المؤقت، فقدان النطق، والرعب الليلي، حتى للجنود الذين لم يتعرضوا لانفجارات مباشرة أو جروح. في البداية، فُسرت هذه الحالات على أنها نتيجة لموجات الضغط الصادرة عن القذائف، لكن سرعان ما بدأ الأطباء في ملاحظة أن الانهيار النفسي يمكن أن يحدث بعيدًا عن أي انفجار فعلي، مما فتح افاقا لتصورات جديدة ترى أن الصدمة النفسية نتيجة للتوتر المتراكم وظروف الحرب المروّعة، أكثر منها رد فعل جسدي مباشر.

ساهمت هذه الملاحظات في تطور داخل العلوم النفسية، حيث بات يُنظر إلى الصدمة كحالة تفكك نفسي وانهيار في قدرة الفرد على التمثيل الرمزي للحدث. كل هذه التطورات من السكك الحديدية إلى الخنادق أسست بنية مفهومية جديدة لما سيُعرف لاحقًا بـ اضطراب ما بعد الصدمة(PTSD) . (Young, 1995, p. 41)

2-1 التعريف الصدمة :

لغة:

مصطلح "= Trauma الصدمة النفسية أو الرضخ"، (جمع صدمات نفسية (Traumata)، مأخوذ من اللغة اليونانية القديمة ويعني "الجرح" أو "الإصابة". فيمكن من جهة أن يكون الجرح جسدياً، لكن من جهة أخرى يصيب النفس الإنسانية أيضاً. وسيقتصر هذا الدليل الإرشادي على الجروح التي تصيب

النفس الإنسانية.

يتكلم المرء عن الصدمة النفسية إذا كان حدث جسيم ما قد أدى أو يؤدي إلى جرح عميق في النفس بشكل مفاجئ ولمرة واحدة ويظهر بشكل متكرر أو بشكل مؤثر لفترة طويلة. إحدى السمات المهمة للصدمة النفسية هي: أنه يمكن لكل شخص هيا تقريباً أن يوجد لديه شك عميق في مثل هذه الحالة، لأنه يشعر بخطر مباشر على حياته أو حياة شخص آخر. (Ethno-Medizinisches Zentrum، 2017، صفحة 6)

اصطلاحا:

تُعدّ الصدمة النفسية مفهومًا مركزيًا في علم النفس المرضي، وقد تطور فهمها بشكل ملحوظ عبر التيارات النفسية المختلفة. وفقًا للرؤية التحليلية التي أسسها سيغموند فرويد، فإن الصدمة النفسية هي "اختراق عنيف للحاجز الواقي للجهاز النفسي" يحدث عندما تكون شدة المنبه الخارجي أكبر من قدرة النفس على الاستيعاب أو التفريغ، مما يُحدث "فجوة في التمثيل النفسي" ويقود إلى حالة من العجز والانهيار الداخلي. يرى فرويد أن الصدمة لا تنتج فقط عن الحدث في حد ذاته، بل عن عدم الاستعداد الداخلي لمواجهته.

في السياق ذاته، يوسّع ساندور فيرينتزي هذا التعريف من خلال التركيز على العلاقات المبكرة، حيث يرى أن الصدمة تحدث عندما يُفرض على الطفل معنى جنسي أو عنيف لا يمكنه استيعابه، نتيجة لـ"تشوش اللغة بين البالغ والطفل"، مما يؤدي إلى تمزق في البناء الرمزي للنفس ويخلف جراحًا نفسية عميقة (Férenczi, 1932, p. 11)

أما في المقاربات المعاصرة، فتُعرّف Judith Herman الصدمة النفسية بأنها "تجربة تجتاح حماية الجهاز النفسي للفرد، ويشعر خلالها بالعجز التام في مواجهة حدث يتجاوز طاقته، دون القدرة على الهروب أو الدفاع"؛ وهي تميّز بين الصدمات الفردية المرتبطة بحوادث مباشرة ، والصدمات المركبة الناتجة عن التعرّض المستمر للعنف أو السيطرة (Herman, 1992, p. 33)

من جانبه، يرى Bessel van der Kolk أن الصدمة ليست مجرد ذكرى سلبية، بل هي "إعادة تنظيم دائمة للجسم والدماغ حول خطرٍ سابق، بحيث تعجز النفس عن التواجد الكامل في الحاضر، وتُحتجز في زمن الحدث الصدمي"، وهو ما يفسر الأعراض الجسدية والانشقاقية التي تظهر لاحقًا(Kolk, 2014) .

وتُعرّف Ruth Lanius الصدمة النفسية باعتبارها "خللًا في التوازن العصبي النفسي ناتجًا عن حدث خطير لا يمكن استيعابه، ويُنتج من خلاله سلسلة من الأعراض الجسدية، الانفعالية، والمعرفية"، خاصة عندما يحدث في الطفولة المبكرة، حيث تكون الأنظمة العصبية لا تزال في طور التكوين. (Ruth A. Lanius, 2010)

أخيرًا، يُضيف Boris Cyrulnik بعدًا وجوديًا للمفهوم، حيث يرى أن الصدمة "تمزق النظام الرمزي للفرد، وتجعله يشعر وكأنه مطرود من اللغة والعلاقات، عاجز عن إعطاء معنى لما حدث"، ما يُولد حالة من الصمت الداخلي والانقطاع الاجتماعي.(Cyrulnik, 2018)

1-3 أنواع الصدمة النفسية (حادّة، مزمنة، الطفولة):

- 1 الصدمة الحادّة (Acute Trauma) :

تحدث الصدمة الحادّة عندما يتعرض الشخص لحدث مفاجئ ومحدد، مثل حادث سيارة، اعتداء، أو كارثة طبيعية. يمتاز هذا النوع من الصدمات بأنه يحدث مرة واحدة، وفي وقت واضح يمكن تذكره. غالبًا ما تكون ردود الفعل النفسية قوية في البداية، مثل القلق أو نوبات الذعر، لكنها قد تخف مع الوقت، خاصة إذا توفر للفرد دعم نفسي واجتماعي جيد. جوديث هيرمان تشير إلى أن هذه الصدمات رغم قوتها، فإن الأمل في الشفاء منها يبقى كبيرًا عندما تُواجه بشكل مبكر بالعلاج والدعم .(Herman, 1992, p. 225)

- الصدمة المزمنة(Chronic Trauma) :

الصدمة المزمنة تنشأ عندما يتعرض الإنسان للأذى النفسي أو الجسدي بشكل متكرر وعلى مدى زمني طويل. وهي شائعة في البيئات التي يسود فيها التهديد المستمر، مثل العنف المنزلي، الإساءة المستمرة في الطفولة، أو الحياة في منطقة حرب. تؤثر هذه الصدمة على قدرة الشخص على الشعور بالأمان، وتُحدث اضطرابات في النوم، وتغيرات في المزاج والسلوك على المدى الطويل. توضح هيرمان أن هذا النوع من

الصدمة يمكن أن يترك بصمات عميقة في الشخصية، ويؤدي إلى ضعف الإحساس بالزمن والاستمرارية الذاتية. (Herman, 1992, pp. 126-124)

- صدمات الطفولة (Developmental Trauma) :

تُعد الصدمة الطفولة من أخطر أنواع الصدمات لأنها تحدث في مرحلة مبكرة من الطفولة، حين يكون الدماغ والجهاز العصبي في مرحلة نمائية. عندما يتعرض الطفل للإهمال، أو العنف، أو غياب الاستقرار العاطفي في المنزل، فإن ذلك يُعيق تطوره النفسي والعصبي، فإن الأطفال المصابين بهذه الصدمة يظهر عليهم لاحقًا صعوبات في تنظيم مشاعرهم، ضعف في بناءالعلاقات، وقد تظهر لديهم اضطرابات مثل القلق أو اضطراب الشخصية الحدّية (Resick, 2014, pp. 335-349)

1-4 خصائص التجربة الصادمة:

- الحدث الصادم خارج عن المألوف (Hors du commun) :

الحدث الصادم لا يشبه ما نمر به في الحياة اليومية من ضغوط أو معاناة، بل يتجاوز كل ما هو معتاد أو يمكن تصوره. إنه يحدث في منطقة "خارج نطاق التوقع"؛ فيكسر المعايير التي يعتمد عليها الإنسان ليشعر بالأمان أو الاستقرار. تصف خديجة شهراوي الحدث الصدمي بأنه تجربة لا تتوافق مع الخبرة النفسية السابقة للفرد، وتتجاوز قدرته على التفسير أو الفهم، كما أنه يفتقر إلى أي مرجع داخلي أو خارجي يسمح بدمجه في الحياة النفسية المعتادة. (Chahraoui, 2014, p. 13)

- يحدث فجأة باشتياح وبعنف لا يُحتمل (Soudain et violent) :

من السمات الأساسية للحدث الصادم أنه يحدث بشكل مفاجئ ومباغت، ودون أي تحذير. هذا الطابع الفجائي يمنع النفس من تعبئة دفاعاتها أو التحصن ضده، مما يؤدي إلى حالة من "الشلل الداخلي" أو ما يُعرف بالذهول

أو الصدمة العصبية الأولية،إن هذه الفجائية والعنف يخلقان حالة من "الاختراق"، حيث يُخترق الجهاز النفسي دون استئذان أو دفاع. (Chahraoui, 2014, p. 34)

- اقترانه بإحساس مباشر بالخطر أو بالموت (Menace vitale ou confrontation à la mort) :

ليس مجرد خوف، بل هو شعور فعلي بأن "الحياة تنتهي الآن". الحدث الصدمي يرتبط غالبًا برؤية الموت، إما بشكل شخصي أو من خلال مشاهدة الآخرين يتعرضون له. وهنا، لا تبقى فكرة الموت نظرية أو بعيدة، بل تتحول إلى واقع محسوس، حاضر، حيّ، ومؤلم. تقول شهراوي خديجة: "الصدمة تُحوّل فكرة الموت إلى تجربة جسدية ونفسية حاضرة بقوة". (Chahraoui, 2014, pp. 13-14)

- يُحدث حالة من الذهول أو التجمّد (sidération):

في لحظة وقوع الحدث، يدخل الشخص في حالة من الجمود التام: يتوقف الجسد عن الحركة، والدماغ عن التفكير، والمشاعر عن التعبير،يشعر الشخص كما لو أنه "انفصل" عن نفسه، توصف هذه الحالة بأنها شكل من أشكال "الشلل الدفاعي"، وهي رد فعل طبيعي حين يصبح التهديد غير قابل للهروب أو للمواجهة. (Chahraoui, 2014, pp. 34-35)

- اختراق الجهاز النفسي وخلل في الحماية الداخلية (Effraction psychique) :

أحد المفاهيم الجوهرية التي تستخدمها شهراوي هو "الاختراق النفسي" (effraction psychique)، وهو عندما يتجاوز الحدث الصادم الحواجز النفسية الطبيعية التي تحمي الفرد من الانهيار. يشبه الأمر دخول "جسم نفسي غريب" إلى الداخل، دون أن يكون هناك وقت أو قدرة على مواجهته، مما يؤدي إلى انهيار مؤقت في النظام الدفاعي للفرد. (Chahraoui, 2014, p. 34)

- غياب القدرة على التفسير أو التمثيل (effondrement du sens):

الحدث الصدمي يضع الفرد في مواجهة واقع لا يمكن فهمه أو تفسيره. تنقطع اللغة، ويغيب المعنى، وتُشل القدرة على التفكير. تقول شهراوي خديجة إن من خصائص الحدث الصادم أنه "يخترق النفس دون أن يُقال"، أي أنه يظل غير قابل للتسمية أو التفسير، مما يجعله أشد وقعًا، لأنه لا يُندمج ولا يُروى.

(Chahraoui, 2014, p. 14)

1-5 مميزات الصدمة النفسية:

- الاختراق النفسي:

حين يُكسر الغلاف الداخلي للذات الحدث الصادم لا يمر كما تمر التجارب اليومية. إنه يخترق النفس كما يخترق السهم الجلد، دون حماية، وبدون وقتٍ للتأهب. تتحدث خديجة شهراوي عن هذا الاختراق بوصفه لحظة تمزّق فجائي في الحاجز النفسي الذي يفصل الذات عن الخطر الخارجي، مما يسمح بدخول تجربة عنيفة لا تُهضم، ولا تجد مكانًا تستقر فيه بسلا هنا، لا يعود الفرد سيد تجربته، بل يصبح جسده ووعيه "مسكونَين" بتجربة اقتحامية لم يُدعَ إليها. (Chahraoui, 2014, p. 34)

- فقدان المعنى والقدرة على التمثيل:

الصدمة لا تُقال ما يميّز الحدث الصادم أنه لا يمكن فهمه ولا التعبير عنه. تفقد اللغة قدرتها، ويتوقف الذهن عن بناء الجمل والتفسيرات. يصف فرانسوا لابيغو هذه الحالة بـ"ثقب في التمثيل"، أي أن ما حدث يظل خامًا، غير قابل للصياغة أو الإدراج في الزمن النفسي. (Lebigot, 2006, p. 8)

- زرع جسم غريب على مستوى الجهاز النفسي:

الصدمة كشيء عالق في الداخل ترى النظرية الديناميكية أن الصدمة تُنتج ما يشبه "جسمًا نفسيًا غريبًا" في باطن الذات. هذا الشيء لا يندمج مع باقي عناصر الحياة النفسية، بل يظل منفصلًا، مكثفًا، يعود في كل مرة بشكل مفاجئ كألم أو كصورة أو كذكرى قسرية. يُشبّهه لابيغو بجسم لا تستطيع النفس لفظه أو امتصاصه، فيظل يسكنها في صمت مؤلم. (Lebigot, 2006, pp. 7-8)

- الانفصال كآلية إنقاذ ثم كأسر دائم:

في لحظة الصدمة، قد لا يتحمّل الفرد الواقع، فينفصل عنه. الانفصال هنا ليس مرضًا، بل استجابة بقاء. وكأن النفس تنقطع لحظة الألم. تشرح pat ogden هذا الانفصال كوسيلة دفاعية عصبية جسدية تمنع الانهيار، لكنها قد تتحول لاحقًا إلى أسر داخلي يجعل الشخص يشعر بالاغتراب عن نفسه وعن العالم من حوله. (Pat Ogden, 2006, p. 21)

- التنادر الصدمي:

الصدمة لا تنتهي عندما تنتهي الحدث لا يغيب مع مرور الزمن، بل يعود، يتمرّد على النسيان، يظهر في الأحلام، في الصور المتطفلة، في انفعالات لا تفسير لها. هذا التكرار ليس محض تذكّر، بل هو محاولة داخلية "لفهم ما لم يُفهم"، أو بالأحرى لإعادة التمثيل لما لم يُمثَّل أصلًا. تصف شهراوي هذه العودة بأنها "فجائية ومؤلمة، وكأن الحدث لم ينتهِ أبدًا .(Chahraoui, 2014, p. 27)

- الذهول والتجمّد:

لحظة توقّف الزمن والذات الاستجابة الأولى للصدمة تكون غالبًا صمتًا داخليًا شاملًا. تفقد الحواس حيويتها، تتباطأ حركة الوعي، ويعيش الفرد في لحظة كأنها خارج الزمن. هذه الحالة التي تسميها الأدبيات بـ"الذهول " (sidération)تُعد من أعمق مؤشرات الاختراق الصدمي، حيث يصبح الكائن مجمدًا في نقطة الألم، غير قادر على الفعل ولا حتى على الشعور. (Chahraoui, 2014, pp. 35-34)

1-6 محددات التأثير الصدمي:

لا تقتصر آثار الصدمة النفسية على طبيعة الحدث الصادم في حد ذاته، وإنما تتأثر بشكل عميق بجملة من المحددات التي تلعب دورًا حاسمًا في شدة التأثير النفسي وتطور الأعراض لاحقا. وفقًا لما توضحه Ève Josse (2016)، فإن الاستجابة الصدمية تتشكل من خلال التفاعل الديناميكي بين الحدث، والفرد الذي يعيشه، والسياق الاجتماعي والنفسي الذي يُحيط به. وقد صنّفت هذه المحددات ضمن أربعة محاور رئيسية تشمل: الخصائص الفردية، المرحلة العمرية، السياق البيئي، والدعم الاجتماعي. (Josse, 2016, p. 108)

- الخصائص الفردية السابقة:

تشمل هذه الفئة من المحددات العوامل المرتبطة بالشخص قبل وقوع الحدث الصادم، مثل السمات الشخصية، ونمط التفكير ، والتاريخ النفسي والمرضي، ومدى القدرة على التكيف والتعبير الانفعالي. ان الأفراد الذين يعانون من اضطرابات سابقة كالقلق، الاكتئاب، أو اضطرابات الشخصية، أو أولئك الذين تعرضوا لصدمات في الطفولة، غالبًا ما يُبدون هشاشة أكبر أمام الصدمة، مع احتمال أعلى لتطور اضطرابات ما بعد الصدمة. كما أن آليات الدفاع النفسية غير الناضجة كالكبت، أو الميل إلى التجنب أو الإنكار، تسهم في تضخيم الأثر الصدمي. (Josse, 2016, p. 109)

- المرحلة العمرية والفترة النمائية:

يلعب العمر الذي يقع فيه الحدث دورًا حاسمًا في كيفية تمثله نفسيًا، لا سيما إذا حدث خلال مراحل نمو حرجة مثل الطفولة أو المراهقة. في هذه المراحل، لا تكون البنية النفسية أو العصبية مكتملة، مما يقلّل من قدرة الطفل على استيعاب الحدث أو التعبير عنه. وقد يؤدي ذلك إلى تشكل اضطراب بنيوي في تنظيم الذات والانفعالات، يرافق الفرد في مراحل لاحقة من حياته. (Josse, 2016, p. 110)

- السياق الاجتماعي والبيئي:

لا ينفصل وقع الصدمة عن البيئة التي تحدث فيها. فحدوث حدث صادم ضمن بيئة تعاني من الهشاشة الاجتماعية، مثل التفكك الأسري، الفقر، أو غياب الاحتواء العاطفي، يزيد من خطر التحول الصدمي. والبيئة التي تعجز عن تقديم الحماية أو المعنى أو الاعتراف، قد تُضاعف من العزلة الداخلية للفرد، مما يمنع تكامل الحدث ضمن البناء الرمزي للذات. (Josse, 2016, p. 111)

- الدعم الاجتماعي والعلاقات الحامية:

يُعد الدعم الاجتماعي أحد أقوى العوامل الحامية في مواجهة الصدمة. وجود شخص مُصدّق، منصت، قادر على الاحتواء، قد يحول دون انهيار التنظيم النفسي للفرد، بل يمكنه تعويض غياب التدخل العلاجي الفوري. تؤكد Josse على أن جودة الدعم بعد الصدمة تمثل عنصرًا حاسمًا في مسار التعافي، في حين أن غياب هذا الدعم أو التشكيك في معاناة الفرد قد يؤدي إلى تفاقم الأعراض، وتعزيز الشعور بالخذلان والنبذ. (Josse, 2016, p. 112)

2. القسم الثاني: الديناميكيات النفسية لما بعد الصدمة

2-1تعريف اضطراب كرب ما بعد الصدمة(PTSD):

يشكّل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) أحد أبرز الاضطرابات النفسية المرتبطة بالتعرض لتجارب صادمة تتجاوز قدرة الفرد على التحمل والتكيف، إن تحديد مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة لا يخلو من التعدد والاختلاف بحسب المرجعية النظرية المعتمدة. فبينما تركّز التصنيفات الطبية كـ DSM-5 و-CIM 11على تعريف الاضطراب من خلال مجموعة من المعايير السريرية (مثل الإعادة القهرية للتجربة، التجنّب، وفرط الاستثارة)، تنظر المقاربات النفسية الدينامية إلى PTSD كعلامة على تمزّق داخلي عميق، لا يُختزل في الأعراض، بل يمتد إلى البنية الرمزية والعلائقية واللاشعورية للفرد.

ولفهم هذا الاضطراب في سياقه النظري والمعرفي، سنعرض في ما يلي أبرز التعريفات التي تناولت PTSD على ضوء التصنيفات التشخيصية الرسمية من جهة، والمقاربات التحليلية والعيادية من جهة أخرى:

في التصنيف الأمريكيDSM-5 ، يُعرّف PTSD بوصفه "استجابة متأخرة أو ممتدة لحدث صادم يتسم بالتهديد الشديد أو الرعب، ويتميّز بأعراض اقتحامية، وسلوكيات تجنّب، وحالة من فرط الاستثارة، ما يُحدث خللًا وظيفيًا ومعاناة نفسية مستمرة. (Association American Psychiatric, 2013, p. 343) أما التصنيف الدوليICD-11 ، فيركّز على الأعراض الأساسية فقط، ويعرّفه بأنه "اضطراب ينشأ بعد التعرض لحدث شديد التهديد، يتميز بإعادة المعايشة، التجنّب، والإحساس المستمر بالخطر.

(World Health Organization, 2018, p. 365)

يتناول (Lebigot) اضطراب ما بعد الصدمة PTSD من منظور دينامكي، فيرى أنه يمثل "مواجهة حادة مع واقع الموت، تُحدث اقتحامًا نفسيًا لا يمكن استيعابه أو تمثيله، ما يُخلّف تمزقًا داخليًا وانقطاعًا في البناء الرمزي للذات (Lebigot, 2006, p. 243)

أما (Chahraoui) فتصفه باعتباره "اضطرابًا ناتجًا عن تجربة عنيفة تُنتج سلسلة من الأعراض النفسية والانفعالية والجسدية، أبرزها الذكريات المتكررة، السلوكيات التجنّبية، والانفصال عن المحيط والعاطفة (Chahraoui, 2014, pp. 6-7)

2-2 المظاهر العيادية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD):

اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) في التصنيفات التشخيصية الحديثة يُقدم كل من **DSM-5**(الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2013) و **ICD-11**(منظمة الصحة العالمية، 2018) تصورًا تشخيصيًا دقيقًا لهذا الاضطراب، مع بعض الاختلافات البنيوية في المعايير.

وفقًا لـ **DSM-5**، اضطراب ما بعد الصدمة هو استجابة نفسية تظهر بعد التعرض لحدث صادم يتضمن تهديدًا مباشرًا أو فعليًا للحياة أو السلامة الجسدية، ويتميز بظهور مجموعة من الأعراض التي تندرج تحت أربع فئات رئيسية:

- إعادة المعايشة (reviviscence): وتتمثل في ذكريات متكررة واقتحامية، كوابيس، أو نوبات "فلاش باك" يشعر خلالها الشخص أنه يعيش الحدث من جديد، وتُرافق هذه الأعراض عادةً مشاعر رعب شديد أو استثارة جسدية قوية.
- التجنّب (évitement): يظهر في شكل محاولات متكررة لتجنّب الأفكار، المشاعر، أو المحفزات الخارجية المرتبطة بالصدمة، مثل الأشخاص أو الأماكن.
- الاضطرابات السلبية في المزاج والمعرفة (altérations négatives des cognitions et de l'humeur): تشمل فقدان الذاكرة الجزئي، معتقدات سلبية عن الذات والعالم، مشاعر العار أو الذنب، وفقدان الاهتمام بالعلاقات أو الأنشطة.
- فرط الاستثارة (hyperréactivité): كالغضب غير المبرر، فرط اليقظة، ردود فعل مبالغ فيها، اضطرابات النوم أو التركيز.

لكي يتم التشخيص، يجب أن تستمر هذه الأعراض لأكثر من شهر، وأن تُسبب معاناة نفسية كبيرة أو خللًا في الأداء الاجتماعي أو المهني. :التعرّض لحدث صادم بشكل مباشر أو غير مباشر، وظهور أعراض اقتحامية (مثل الكوابيس والفلاش باك)، بالإضافة إلى سلوكيات التجنّب، وتغيرات سلبية في الإدراك والمزاج، فضلاً عن فرط في اليقظة العصبية .ويُشترط استمرار هذه الأعراض لأكثر من شهر، وأن تُحدث خللاً وظيفيًا واضحًا في الحياة اليومية للفرد. (Association American Psychiatric, 2013, pp. 343-345)

أما في التصنيف الدولي للأمراض(**ICD-11**) ، اضطراب ما بعد الصدمة هو اضطراب قد يتطور بعد التعرّض لحدث أو سلسلة من الأحداث شديدة التهديد أو الرعب. فقد تم التشخيص من خلال التركيز على ثلاثة أركان رئيسية:

- إعادة تجربة الحدث أو الأحداث الصادمة في الوقت الحاضر على شكل ذكريات مقتحمة حية أو ارتجاعات عن الماض ي أو كوابيس. عادة ما تكون مصحوبة بمشاعر قوية أو غامرة، خاصة الخوف أو الرعب، وأحاسيس جسدية قوية.
- تجنب الأفكار وذكريات الحدث أو الأحداث، أو تجنب الأنشطة أو المواقف أو الأشخاص الذين يذكرون بالحدث أو الأحداث.
- التصورات المستمرة للتهديد الحالي المتزايد، على سبيل المثال كما يتضح منخلال التنبه المفرط ضخم للمنبهات مثل الضوضاء غير المتوقعة.

تستمر الأعراض أو رد الفعل المفاجئ الملعدة أسابيع على الأقل وتسبب ضع فا كبي را في المجالت الشخصية أو العائلية أو الجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من مجالت الأداء المهمة. إعادة المعايشة، التجنّب، وفرط اليقظة، مع اشتراط أن تُسبب الأعراض معاناة نفسية كبيرة أو خللًا وظيفيًا. وتجدر الإشارة إلى أن CIM-11 يُميّز بوضوح بين PTSD و"اضطراب صدمة معقدة(CPTSD) "، الذي يشمل أبعادًا أعمق من التغيرات في الشخصية وتنظيم الذات. (الحمداني، 2021، صفحة 391)

جدول مقارن بين أراض كرب مابعد الصدمة بين dsm5 و cim11 :

المعيار	DSM-5 (2013)	CIM-11 (2018)
A. التعرض لحدث صادم	تعرّض مباشر أو غير مباشر لحدث يهدد الحياة أو السلامة الجسدية أو الجنسية.	تعرّض مباشر لحدث صادم يشكّل تهديدًا شديدًا للحياة أو السلامة الجسدية.
B. الاقتحام	ذكريات اقتحامية، كوابيس، فلاش باك، ضيق نفسي عند التذكّر.	إعادة معايشة الحدث بوضوح (كوابيس، ذكريات حية).
C. التجنّب	تجنّب الأفكار، المشاعر، الأماكن أو المواقف المرتبطة بالصدمة.	تجنّب ثابت للمنبّهات المرتبطة بالصدمة.
D. اضطرابات معرفية ومزاجية	معتقدات سلبية، عار، ذنب، فقدان الاهتمام، شعور بالانفصال.	لا تُذكر هذه الأعراض صراحة.
E. فرط اليقظة	فرط في التنبيه، غضب، قلق، نوم مضطرب، توتر دائم.	مذكورة كأعراض مرافقة (حذر مفرط، قلق).
المدة	استمرار الأعراض لأكثر من شهر.	استمرار الأعراض لعدة أسابيع على الأقل.
الخلل الوظيفي	اضطراب ملحوظ في الأداء المهني أو الاجتماعي.	معاناة وانخفاض كبير في الأداء الاجتماعي والوظيفي.
التركيز السريري	يميز بين PTSD و"اضطراب صدمة معقد" ضمن فئة أخرى (اضطرابات تفككية).	يقدّم تصنيفًا منفصلًا لـ PTSD و"اضطراب صدمة معقدة (CPTSD) "كتشخيص مستقل.

جدول(01) مقارن أراض اضطراب مابعد الصدمة بين dsm5 و cim11

(الحمداني، 2021، صفحة 391) (Association American Psychiatric, 2013, pp. 343-345)

2-3 دور اللاشعور في إعادة إنتاج الصدمة:

عندما يتعذّر على النفس تمثيل الحدث الصدمي في لحظته، أي حين تفشل في ترميز اللغوي الزمني ، لا يُمحى ، بل يُخزَّن في عمق الجهاز النفسي على هيئة أثر لا واعٍ ، لا يزول، بل يبقى مخزنا في اللاشعور ليعود على شكل أعراض تكرارية: كوابيس متشابهة، ذكريات اقتحامية، انفعالات مفاجئة، أو حتى اختيارات حياتية مكررة تؤدي إلى المعاناة ذاتها. من هذا المنطلق، لا تُعد هذه الأعراض مجرد استجابات، بل هي تعبير مباشر للاشعور، ومحاولة لاواعية لإعادة إنتاج ما لم يُفهم بعد، على أمل التمكن من السيطرة عليه وتمثيله لاحقًا.

تصف(Chahraoui) هذا التكرار بأنه حالة لاواعية لمحاولة تمثيل ما لا يمكن تمثيله ، حيث تحاول النفس، من خلال الأعراض، أن تقول ما لم تتمكن من قوله حين وقع الحدث. وبحسبها، فإن الظواهر التكرارية (الكوابيس، الصور الذهنية، الاندفاعات) هي بمثابة بقايا نشطة للحدث الصدمي، تكشف عن فشل الجهاز النفسي في تحويل التجربة إلى سرد أو رمزية، ما يجعل التكرار بمثابة "إعادة عرض" قهرية. (Chahraoui, 2014, pp. 10-11)

ان هذه التكرارات لا تُحدث تحسّناً نفسياً، بل على العكس، تزيد من الإرباك والمعاناة، لأنها تجري خارج كل معنى أو وعي، مما يجعل الفرد كمن يعيش الحدث مرة تلو الأخرى دون أن يتمكن من فصله عن الحاضر.

إن هذه الرؤية تتماشى مع ما أشار إليه (Freud) في مفهوم "التكرار القهري (compulsion de répétition)"، حيث يرى أن النفس تعيد إنتاج الصدمة بدلاً من تذكرها، وتفعل ذلك بطريقة لاواعية، تُعبّر عن رغبة في السيطرة على ما لم يتم استيعابه . من هنا، يصبح العرض الصدمي ليس فقط انعكاسًا لما جرى، بل وسيلة للاشعور لإبقاء الحدث حياً و مُطالبته بالمعالجة وتمثيل .

ويضيف Ferenczi أن هذه التكرارات قد تصبح لاحقاً جزءًا من هوية الفرد النفسية، خصوصًا في الصدمات المبكرة، حين يتم تخزين الألم في ما يسمى بـ"اللاشعور الجسدي"، ما يؤدي إلى تكرارات جسدية وعاطفية يصعب ربطها بالحدث الأصلي، لكنها تعكسه في بنيتها العميقة. (Chahraoui, 2014, p. 35)

وهكذا، فإن اللاشعور لا "ينسى" الصدمة، بل يصرّ على تكرارها، لا بغرض الإيذاء، وإنما كمحاولة دائمة لبناء رمزية الحدث الصدمي. وبهذا المعنى، يصبح العرض التكراري للحدث مدخلا لتحليل ما ظلّ عالقًا في عمق الذات، وما لم يتمكّن الفرد من قوله أو تحمّله أو التفكير فيه.

2-4الذاكرة الصدمية:

تُعدّ الذاكرة الصدمية (la mémoire traumatique) من المفاهيم المركزية في فهم الديناميكيات النفسية لما بعد الصدمة، خصوصًا في الحالات المرتبطة بالعنف الجنسي، كما تشرح ذلك Muriel Salmona في مقالتها المرجعية (2018). وفق هذا التصور، لا تتشكل الذاكرة الصدمية بنفس الطريقة التي تتشكل بها الذاكرة السردية أو الشعورية العادية، بل تنجم عن خلل عميق في المعالجة العصبية للمعلومة الانفعالية خلال الحدث الصدمي. حين يتعرض الفرد لموقف فائق الشدة والخطر، يعجز الدماغ عن تأطير التجربة في سياقها الزمني والمعرفي الطبيعي، ما يؤدي إلى تخزينها في شكلها الخام، غير المعالج، داخل مناطق الدماغ المرتبطة بالخوف والإنذار، خاصة اللوزة الدماغية(amygdale) ، مع تعطيل عمل الحُصين المسؤول عن التمثيل الزمني والسردي.

تُشبَّه هذه الذاكرة "غير المُمثَّلة" بأنها قنبلة عصبية موقوتة، قابلة لإعادة الانفجار في أي لحظة، دون سابق إنذار. عند مواجهة محفّز حسي أو عاطفي مرتبط بالحدث الصدمي (رائحة، صوت، تعبير وجه، لمسة)، تُستدعى الذاكرة الصدمية لا كذكرى يمكن استيعابها، بل كتجربة تُعاد عيشها، بكل تفاصيلها الجسدية والنفسية، بما يشبه "آلة زمنية" تجرّ الضحية قسرًا إلى ماضٍ لم يُغلق بعد. في هذه الحالة، لا يعيش المصاب ذكرى، بل يعيش الحدث مجددًا، كما لو كان يحدث هنا والآن، بكل ما يحمله من عجز، رعب، وشلل نفسي وجسدي.

إلى جانب إعادة المعايشة، ترتبط الذاكرة الصدمية ارتباطًا مباشرًا بما تسميه سَلمونا الانفصال الدفاعي (dissociation traumatique)، وهو آلية عصبية-نفسية يلجأ إليها الدماغ لحماية الفرد من الألم الساحق، عبر تعطيل الإدراك الواعي للجسد أو للواقع. يدخل المصاب في حالة من "الانفصال" أو "التخدير الداخلي"، حيث يُصبح غير قادر على الشعور الكامل أو التفاعل الطبيعي مع ما يحدث، وقد يُراوده إحساس غريب بأنه "خارج جسده"، أو أنه يشاهد الحدث من بعيد، كأنه لا يعنيه. وعلى الرغم من فاعلية هذه الآلية في لحظة الخطر، إلا أنها تترك آثارًا مستديمة، وتُعيق لاحقًا عملية إعادة بناء المعنى والشفاء.

وما يجعل الذاكرة الصدمية أكثر تعقيدًا هو أنها لا تبقى محصورة في مجال المعاناة النفسية فقط، بل تنتقل لتغذي طيفًا واسعًا من الاضطرابات الجسدية والسلوكية، مثل: نوبات الهلع، الإدمان، إيذاء الذات، الأعراض السيكوسوماتية، وحتى بعض الأمراض المزمنة المقاومة للعلاج. إذ تُعيد هذه الذاكرة إنتاج المعاناة مرارًا، دون أن تسمح للذات بإدراكها ضمن سردية متكاملة قابلة للمعالجة، بل تُبقيها كـ "تجربة معلّقة في الجسد والعصب .(Salmona, 2018, pp. 70-80)

2-5 التحول من المعاناة النفسية إلى الأعراض الجسدية:

(La conversion de la souffrance psychique en symptômes somatiques)

لا تقتصر الاستجابات الصدمية على المعاناة النفسية الظاهرة فحسب، بل تتجاوزها إلى ما هو أعمق: إلى الجسد ذاته. فعندما يعجز الجهاز النفسي عن احتواء الحدث الصدمي وتمثيله، يلجأ إلى آلية تعبير بديلة غير رمزية: التفريغ الجسدي. وفي هذا الإطار، توضح Ogden وزملاؤها أن العديد من الأشخاص الذين تعرضوا لصدمات نفسية لا يأتون إلى العلاج بشكوى انفعالية أو ذكريات مزعجة، بل من خلال أعراض جسدية مزمنة وغير مفهومة، مثل آلام الظهر، التوتر العضلي، تسارع ضربات القلب، مشكلات في التنفس أو الهضم، وحتى الإحساس بالخدر أو الانفصال عن الجسد. هذه الأعراض، التي قد تبدو عضوية في الظاهر، هي في الحقيقة ترجمة حسية للحدث الصدمي المكبوت، ومحاولة لاواعية لإخراج ما تعذر التعبير عنه عبر الكلمات.

تفسر هذه المقاربة أن الصدمة لا تُخزّن فقط في الذاكرة السردية أو الشعورية، بل تتجسد فعليًا في "ذاكرة الجسد " (body memory)، أي في الجهاز العصبي والعضلي. فعندما لا يجد الألم النفسي سبيلًا إلى الترميز، يتجه نحو الجسد، مُحدثًا آثارًا حسية غير مفسَّرة منطقًا أو سردًا. وغالبًا ما لا يربط المصابون هذه الإشارات الجسدية بحدث سابق، لأن الصدمة في هذه الحالة لا تُستعاد كذكرى واعية، بل تُعاد معايشتها جسديًا عبر الحركات، والانقباضات، والتنشيط الفسيولوجي المستمر. بهذا المعنى، يصبح الجسد هو الذي "يتكلم" بدل اللغة.

يتجلى ذلك أيضًا في ما تسمى بـ "التذكر الجسدي(somatic remembering) "، وهي حالة يُستَحضر فيها الحدث الصدمي لا عبر السرد، بل من خلال انفعالات جسدية عنيفة ومباغتة: رعشة، رجفان، غثيان، اختناق، توتر مفاجئ، حركات لاإرادية. ويحدث ذلك غالبًا أثناء محاولات السرد العلاجي، ما يدل على أن الكلام غير كافٍ حين يكون الجهاز العصبي لا يزال عالقًا في وضعية الخطر. وتشرح Ogden أن محاولات استرجاع الحدث بالكلمات يمكن أن توقظ فجأة هذه "الذاكرة الجسدية"، وتُحدث رد فعل فسيولوجي يشبه ارتدادًا حسّيًا للواقعة الأصلية. (Pat Ogden, 2006, p. 4)

وتزداد حدة هذه الظواهر عندما تكون الاستجابات الدفاعية الطبيعية مثل الهرب، الدفاع، أو الصراخ قد تم تعطيلها أثناء الحدث الصدمي، فيبقى الفعل "غير مكتمل"، ويدرج كتوتر عضلي غير مُفرَغ. هذه الحركات الدفاعية تُختزن في عضلات الأطراف، في التنفس، أو في تعبيرات الوجه، وتظهر لاحقًا على شكل توترات مزمنة أو انقباضات عضلية أو سلوكيات اندفاعية متكررة دون مبرر. وهكذا، يُحوّل الجسد ما لم يُنجز إلى لغة خاصة به .(Pat Ogden, 2006, p. 238)

ان هذا التوتر الجسدي لا يتوقف عند هذا الحد، بل يمتد إلى الإدراك الجسدي الكامل. فالمصاب بالصدمة قد يشعر أن جسده غير مألوف، غير آمن، أو خارج عن السيطرة. هذا الانفصال عن الجسد يشكل أحد أعقد

مظاهر الصدمة المتجسدة، ويؤدي إلى فقدان الثقة بالجسد نفسه. ويحدث أن يعيش المصاب تجربة يومية بسيطة – كمصافحة أو ضوء ساطع – على أنها تهديد مباشر، لأن جسده ما زال "عالِقًا" في لحظة الصدمة الأصلية. وهذا ما يفسر بقاء الجهاز العصبي في حالة "استعداد دائم للنجاة"، رغم زوال التهديد الخارجي، مما يؤدي إلى حالات مزمنة من فرط التيقظ، اضطرابات النوم، ومشاكل التركيز والانهيار الحركي أو النفسي المفاجئ .(Pat Ogden, 2006, p. 239)

إن هذه المقاربة تتيح فهمًا عميقًا للبعد الجسدي للصدمة، ليس باعتباره اثرا ثانويا للصدمة النفسية بل باعتباره قلب المعانات الصدمية، ليصبح الجسم هو المساحة التي تخزن فيها الصورة الصادمة لتطرح من خلاله بدل من اللغة الرمزية.

الخلاصة:

لقد كشف هذا الفصل النظري عن التداخل العميق بين الحدث الصدمي، والجهاز النفسي، والجسد، مبرزًا البنية المعقدة للتجربة الصادمة من خلال تعريفها وتفكيك مكوناتها ومحدداتها، مؤكدًا أن الأثر الصدمي لا يُفهم إلا ضمن شبكة من العوامل النفسية والاجتماعية والسياقية المحيطة الصدمة ليست مجرد لحظة من الألم أو الخوف، بل هي خلل شامل في توازن النفس والرمز والبدن.


الفصل الثالث

الفصل الثاني: الاضطرابات السيكوسوماتية وداء السكري

تمهيد

1. القسم الأول: الإضطرابات السيكوسوماتية.

1.1 النشأة التاريخية لغضطرابات السيكوسوماتية.

2.1 تعريف الإضطراب السيكوسوماتي.

3.1 خصائص الإضطرابات السيكوسوماتية .

4.1 المظاهر العيادية للإضطرابات السيكوسوماتية.

5.1 النماذج التفسيرية للإضطرابات السيكوسوماتية.

2. القسم الثاني: داء السكري.

1.2 تعريف داء السكري.

2.2 أنواع داء السكري.

3.2 السيرورة السيكوسوماتية لداء السكري.

الخلاصة.

تمهيد:

شهدت المقاربة الطبية الحديثة تطورًا ملحوظًا في فهم العلاقة بين النفس والجسد، ومع بروز تيارات الطب السيكوسوماتي أصبح من الممكن تفسير عدد من الاضطرابات الجسدية المزمنة من خلال التفاعل بين العوامل النفسية والجسد، ويتناول هذا الفصل من خلال نشأتها التاريخية للإضطرابات السيكوسوماتة، ثم تعريفها، مع عرض أبرز خصائصها والمظاهر العيادية ، إضافة إلى تقديم أهم النماذج النظرية التفسيرية تناولت آليات تشكّل هذه الاضطرابات ، ثم إنتقل الفصل إلى التركيز على داء السكري كنموذج رئيسي للاضطراب السيكوسوماتي، من خلال عرض تعريفه وأنواعه، مع تسليط الضوء على السيرورة السيكوسوماتية التي تفسر تطوّره ، خاصة في سياق التعرض لتجارب صادمة.

2. القسم الأول: الاضطرابات السيكوسوماتية بين الوظيفة النفسية والجسد

1.1 النشأة التاريخية الاضطرابات السيكوسوماتية:

في البداية لم يكن الفصل بين الجسد والنفس واضحًا كما في النموذج الطبي الحديث. فقد عبّرت العديد من الفلسفات التقليدية، عن تصورات متكاملة للإنسان، حيث شخصت الأمراض بوصفها نتاج خلل في التوازن بين المكونات النفسية والعضوية، غير أن المفهوم المعاصر للسيكوسوماتيك بدأ بالظهور في النصف الأول من القرن العشرين، خاصةً مع ظهور نظريات التحليل النفسي، وتطوّر الممارسة الطبية في التعامل مع الحالات التي لا يمكن تفسيرها بأسباب عضوية فقط.

في عام 1939، ظهر أول اعتراف علمي رسمي بهذه الاضطرابات في الولايات المتحدة مع تأسيس مجلة Psychosomatic Medicine، على يد مجموعة من الأطباء أبرزهم Franz Alexander، الذي كان من أوائل من طرحوا فكرة أن هناك "شخصيات سيكوسوماتية" وأن بعض الأمراض، مثل القرحة، لها جذور نفسية عميقة .

أما في فرنسا، فقد انطلقت المدرسة السيكوسوماتية فعليًا خلال ستينيات القرن الماضي، مع تأسيس ما يُعرف بـ"مدرسة باريس للطب السيكوسوماتي". وكان من روّادها البارزين كل من Pierre Marty، Michel Fain، وMichel de M’Uzan، الذين رأوا أن التفسير النفسي للأمراض العضوية لا يمكن أن يكتفي بالبحث في رمزية العرض، بل يجب أن يُدمج فهمًا ديناميًا لبنية الشخصية والتنظيم الذهني والانفعالي للفرد . وقد طور هؤلاء الباحثون مفهوم "النظام السيكوسوماتي(ordre psychosomatique) "، الذي يفسّر ظهور المرض الجسدي كنتيجة لفشل في معالجة الصراع النفسي بطريقة رمزية (marty, 2021, pp. 10-12)

2.1 تعريف الإضطراب السيكوسوماتي:

لغة:

هي كلمة مشتقة من مقطعين PSYCHO والتي تأتي بمعنى الروح او العقل وتمثل العوامل النفسية التي تأتي منها الاضطرابات الجسمية والتي تتطور بسببها وsoma تعني لجسم الذي باعتباره هو المجال العضوي التفاعلات والانفعالات النفسية وهو الذي يعاني من اثأر الاضطراب النفسي أي في الأصل المعنى الشعوري للاضطراب كما يشير هذا الربط إلى وظائف الإنسان كل متكامل تتدخل فيه الوظائف الفيسيولوجية والسيكولوجية باستمرار .كما تعتمد كل منها على الأخر (الشواشرة ،2014،ص101 140).

اصطلاحا:

يُعدّ مفهوم "السيكوسوماتيك" من أكثر المفاهيم تركيبًا في علوم النفس والطب، حيث يتقاطع فيه الجسد بالنفس، لا يُختزل هذا المفهوم في مجرد فرع من فروع الطب أو التحليل النفسي، بل يُعبّر عن التفاعل الديناميكي بين الأبعاد النفسية والعضوية في للفرد.

يُعرّف Pierre Marty السيكوسوماتيك على أنه "تحليل نفسي للأمراض الجسدية التي يكون منشأها نفسيًا"، مؤكدًا أن هذه الأمراض لا تكون نتيجة لأسباب عضوية صرفة، بل لتوترات وصراعات داخلية لم يتمكن الجهاز الرمزي من معالجتها، فتحولت إلى أعراض جسدية ملموسة. (marty, 2021, p. 9)

كذلك وصفها Neal Davison بأنها مجموعة من الاضطرابات التي تظهر كأعراض نتيجة لعوامل انفعالية. تتضمن هذه الحالة تلف جهاز عضوي واحد أو أكثر من أجهزة الجسم المختلفة، حيث يكون التأثير تحت سيطرة الجهاز العصبي الذاتي أو اللاإرادي. عندما يستمر الضغط الانفعالي السلبي على الجسم، يؤدي ذلك إلى تدهور في الأجهزة الجسدية وفشل كامل في قدرتها على القيام بوظائفها. وهذا يشمل مجموعة واسعة من الأجهزة الجسدية التي تتأثر عندما يتعرض عضو واحد أو أكثر للإصابة. (غانم، 2011، صفحة 28)

وفقا للتعريف الطبي لمرض السيكوسوماتيك، فإنه يشير Duguay: إلى انها تلك الحالات التي تتسم بوجود أعراض جسدية تظهر نتيجة لعدة عوامل. تلعب العوامل النفسية، مثل المشاعر، دورًا هامًا في هذه التشوهات، وغالبًا ما تؤثر على جزء أو نظام من الجسم. تصاحب التغيرات الفيزيولوجية ظواهر عاطفية تكون عادة قوية ودائمة. المفهوم هنا هو أن الأمراض السيكوسوماتية تؤثر على الأعضاء، إلا أن الأسباب الأساسية لها غالبًا ما تكون نفسية، وغالبًا ما تعود إلى صراعات لا واعية. (ناصر الدين و نصيرة ، 2017، الصفحات 53-54)

إن ما يُميّز الطرح السيكوسوماتي، هو كونه لا يبحث في رمزية العرض كما في العصاب أو الهستيريا، بل في غياب الرمزية من الأساس، أي أن الجسد "يتكلم" حين تعجز النفس عن الرمزنة والتخييل .

3.1 خصائص الإضطرابات السيكوسوماتية:

تظهر الإصابة في شكل مشكلة وظيفية تتضمن جميع أعراض المرض أو الاضطراب العضوي. يحدث عندما يتعرض العضو لمشاكل تؤثر على وظيفته، مصحوبة بتغييرات بنيوية قد تعرض الحياة للخطر، وتكون أكثر سيطرة وتأثيرًا على العضو المصاب. تؤدي الاضطرابات الانفعالية دورًا حيويًا في هذه الحالات، سواء من حيث ظهورها الأول أو عودة الأعراض. يُشترط أن تكون هذه الاضطرابات غير شعورية، حيث يُعرَّف الانفعال هنا بعدم القدرة على الفعل. وهناك تأثيرات أو ضغوط سابقة لم تظهر إلا بعد حدوث تغييرات جسدية على مدى فترة زمنية مختلفة في حياة الفرد، مما يعني أن الفرد قد عانى سابقًا من اضطرابات نفسية جسدية. هذه الاضطرابات عادة ما تكون مزمنة وتمتد عبر مراحل، مما يعني أن الحالة تمر بمراحل مرتبطة بأنماط شخصية معينة. لذلك، ترتبط هذه الاضطرابات بوجود تاريخ مرضي على مستوى الأسرة يتعلق بالمرض ذاته أو بأمراض مشابهة، وقد تحدث داخل عائلة واحدة. غالبًا ما نجد أن التاريخ العائلي يلعب دورًا مهمًا في الإصابة بهذا المرض أو ما يشابهه، لذا يجب دراسة تاريخ حياة الفرد وعائلته. تشير هذه الإصابة إلى عجز المريض عن التكيف مع متطلبات الحياة بشكل أكثر نجاحًا. في حالة وجود انفعالات شديدة أو مزمنة، يسعى الفرد إلى تحقيق توازن بين متطلبات البيئة والاحتياجات الداخلية. قد يحدث اضطراب شديد أو مزمن في التوازن البيولوجي ويعرف باسم "الهيموستاسي"، ويتجلى هذا الخلل في شكل مرض عضوي مع وجود اضطراب سيكوماتي. نستنتج هنا أن المريض السيكُوسوماتي هو شخص غير قادر على مواجهة تلك الانفعالات بشكل فعال. يستخدم المريض أعضاءه للتصرف في هذه الحالة، وقد اتفق العلماء والمهنيون في الطب على أن هذا الاضطراب له أساس فيزيولوجي، وهو "الانفعالات والتغييرات الانفعالية الخاصة بالفرد". (قاسم، 2008، صفحة 311)

4.1 المضاهر العيادية للإضطرابات السيكوسوماتية:

- حسبة التصنيف التشخيصي الخاص بالجمعية الأمريكيةDSM-IV للاضطرابات السيكوسوماتية:

في الدليل التشخيصي الخاص بالجمعية الأمريكية للطب النفسي نجد أن مصطلح النفس فسيولوجي يشير إلى حالات التي تؤدي فيها العوامل النفسية والانفعالية إلى أعراض جسمية تسمى سوماتية.

الاضطراب جسدية (الجسمية أو السوماتية) واضطرابات أخرى مع أعراض جسدية بارزة تشكل فئة جديدة فيDSM-5 تسمى أعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة(F45.1)

محكات تشخيص الأعراض الجسمية والاضطرابات المرتبطة بها:

أ- واحد أو أكثر من الأعراض الجسمية التي تسبب الكدر أو ينتج عنها خللا كبيرا في الحياة اليومية.

ب- أفكار و مشاعر و سلوكيات متزايدة ترتبط بالأعراض الجسمية و ترتبط بالقلق على الصحة كما تبدو في واحد على الأقل في الأعراض التالية:

1- أفكار غير مناسبة و مستمرة (متواصلة) حول خطورة الأعراض التي يعانيها الفرد.

2- مستوى مرتفع و مستمر من القلق حول صحة الشخص أو الأعراض التي يعانيها.

3- تكريس وقت و طاقة كبيرين لهذه الأعراض و القلق على الصحة.

ج-بالرغم من أن أي من هذه الأعراض الجسمية قد لا يتواجد بشكل مستمر إلا أن حالة الاهتمام و القلق تظل موجودة (لفترة تزيد عن 6 أشهر).

- يجب تحديد ما إذا كان الاضطراب خفيف أو متوسط أو شديد ما إذا كان هناك مسار متواصل يتميز بشدة الأعراض و العجز الملحوظ و لمدة طويلة (أكثر من 6 شهور) ما إذا كان يسبقه زمنيا اضطراب الألم النفسي شدة المرض ما إذا كان خفيفا (عرضين فقط من المحك ب)، أو متوسط (أكثر من عرضين), أو شديد (أكثر من عرضين بالإضافة إلى شكاوى جسمية متعددة) أو(عرض واحد مصحوب بعرض جسمي شديد للغاية). (Association American Psychiatric, 2013, pp. 309-327)

حسبة التصنيف الدولي العاشر ICD10 أورد التصنيف الدولي العاشر الصادر منظمة الصحة الدوليةInternational Classification of Diseases المسمى تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية اضطرابات في مقدمته أن لفظة "النفسي الجسدي" psychosomatic في عناوين الفئات نظراً لمعانيها المختلفة في مختلف اللغات والأعراض الطبية النفسية، ولكن هذه اللفظة تظهر أحياناً في النص لتدل على أن واضع التشخيص يعتبر أن التشخيص يعتبر أن الأحداث أو الصعوبات الحياتية الواضحة تلعب دوراً هاماً في نشأة هذا الاضطراب، ولأن استخدامها قد يعني أن العوامل النفسية لا دور لها في حدوث أو مسار أو حصيلة الأمراض الأخرى التي لم توصف بها في الدليل، أما الاضطرابات التي توصف بأنها نفسية جسدية في تصنيفات أخرى، فيمكن العثور عليها في F45 الاضطرابات الجسدية الشكل والفئة F50 اضطرابات الأكل وبعض الفئات الأخرى، وينبغي تذكُّر استخدامها لتعيين تصاحب الاضطرابات الجسمية المرموز لها في موضع آخر من التصنيف الدولي للأمراض مع سبب انفعالي والمثال الشائع لذلك هو تسجيل حالات الربو المنشأ أو الإكزيمة النفسية المنشأ ضمن كل من الفئة F54بالرموز code المناسب للحالة الجسمية، السمة الرئيسية للاضطرابات الجسدية الشكل هي التقدم المتكرر بأعراض جسمية، مع طلبات مستمرة لإجراء تقصيات طبية، وذلك بالرغم من النتائج السلبية المتكررة وطمأنة الأطباء بأن الأعراض لا تستند على أساس جسمي، وإذا كانت هناك أي اضطرابات جسمية فهي لا تفسر طبيعة أو شدة الأعراض ولا انزعاج أو ضيق المريض، وحتى إذا كانت بداية واستمرار الأعراض يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بأحداث حياتية مزعجة أو بمصاعب أو صراعات، إلا أن المريض عادة يقاوم مناقشة احتمال أن يكون سبب الحالة نفسياً، وقد يكون الأمر كذلك في وجود أعراض تكون عادة مخيبة للأمل ومحبطة لكل من المريض والطبيب. (World Health Organization, 2018, pp. 63-65)

5.1 النماذج التفسيرية للإضطرابات السيكوسوماتية:

مدرسة باريس للاضطرابات سيكوسوماتية:

ظهرت مدرسة باريس للطب السيكوسوماتي في خمسينيات القرن الماضي على يد عدد من المحللين النفسيين الفرنسيين، أبرزهم Pierre Marty، وقد أحدثت وجهة مفاهيمية مع التفسيرات السيكودينامية التقليدية للأعراض الجسدية. انطلقت هذه المدرسة من ملاحظة سريرية أساسية: هناك أمراض جسدية يصعب تفسيرها عبر الرمز، حيث يغيب المعنى ويحل الجسد محل النفس في التعبير عن المعاناة.

وقد بدأ "Pierre Marty " أبحاثه انطلاقا من تحليل النفس، حيث أظهرت أعماله تعارض الصورة الثانية للإنسان (نفس_جسد). جاء ذلك لمعالجة بعض الأمراض الجسدية، وأيضا في تفسير الآليات التي أدت إلى ظهورها. إذ يرى أن المرض الجسدي يعود إلى سبب خارجي. لفهم أعمق لمعنى المرض السيكوسوماتي، سنستعرض المبادئ الأساسية التي اعتمد عليها مارتي والتي تشمل ما يلي:

الاعداد العقلي:

يرى Pierre Marty أن القدرة على تمثّل الانفعال واستباق الأحداث الصادمة تلعب دورًا هاماً في الحماية من تحول الجسدي للمعاناة. وأطلق على هذه القدرة اسم "الإعداد العقلي"، وهو نوع من الديناميكية النفسية التي تسمح للفرد بتكوين "شبكة رمزية" لاحتواء الضغوطات والانفعالات المتوقعة. عندما تكون هذه الوظيفة مفعّلة، يستطيع الفرد مواجهة المواقف الصعبة دون أن تتحول مباشرة إلى أعراض جسدية.

أما في غياب هذا الإعداد كما هو الحال لدى الشخصيات السيكوسوماتية فإن المشاكل والصدمات النفسي في غياب الترميز، يُقصى الحدث من المجال النفسي ويُقذف مباشرة إلى الجسد، لأن الذات لم تكن مهيّأة لاحتوائه على المستوى العقلي. هذه الآلية هي التي تفسر ظهور بعض الأمراض المزمنة، مثل السكري أو القرحة أو اضطرابات القلب، لدى أشخاص يبدو أنهم لم يمرّوا بتجربة نفسية "ظاهرة"، ولكنهم في الحقيقة يفتقدون الإعداد العقلي الضروري للترميز والتفسير الانفعالي. (marty, 2021, pp. 24-27)

يرتبط Marty هذا الفشل باختلال في ديناميكيتين مركزيتين في تنظيم الحياة النفسية، وهما ما يسميه بـ:

- حركة الحياة :(mouvement de vie) وهي القوة النفسية التي تدفع الذات إلى الارتباط، التخييل، الاستبصار، والاستثمار العاطفي داخل وخارج الذات. عندما تكون هذه الحركة فعالة، تُترجَم المعاناة إلى رموز، مما يمنع التحويل الجسدي.

- حركة الموت :(mouvement de mort) وهي دينامية تعكس انسحاب الطاقة النفسية من مناطق التوظيف الرمزي، وتوجّهها نحو التفكك الجسدي. تظهر هذه الحركة عندما تفشل الوظائف النفسية في تنظيم الصراع أو الألم، ما يؤدي إلى تجسيد المعاناة بدل التفكير فيها. (marty, 2021, p. 29)

في هذا السياق، يقترح Marty أن غياب الإعداد العقلي وتفوق حركة الموة في ديناميكية تنظيم الحياة النفسية هو أحد المؤشرات القوية لاحتمال تطوّر اضطرابات سيكوسوماتية، لأنه يُترجم عجز الذات عن تشكيل المعنى قبل الحدث، وليس فقط الفشل في التأقلم فقط.

الفكر الاجرائي:

يشير Pierre Martyإلى أن أحد السمات البنيوية للمرضى السيكوسوماتيين هي هيمنة نمط فكري الاجرائي يتميز بالفقر الرمزي والغياب شبه الكامل للحياة التخيلية والوجدانية. يعاني الشخص ذو التفكير الاجرائي من ضعف في القدرة على الربط بين التجربة الانفعالية والمعنى الشخصي، فلا يستطيع استخدام اللغة أو الحلم أو الرمز في معالجة التوتر الداخلي. لذلك، فإن التوترات النفسية لا تجد مخرجًا نفسيًا وتُصرّف على مستوى الأعضاء. ويظهر هذا النمط بشكل خاص عند المرضى السيكوسوماتيين الذين يشكون من معاناتهم جسدية بشكل موضوعي وبارد، دون تعبير عن المشاعر المرتبطة بها، ولا إدراك لعلاقتها بسيرتهم الذاتية أو الصراعات الداخلية.

ووضح Marty أن هذا الفكر الاجرائي لا يُعد مجرد ميل إلى العقلانية، بل هو آلية دفاعية "منخفضة الكفاءة الرمزية"، تعكس عجز الذات عن تمثيل صراعاتها بطريقة لغوية أو رمزية. هؤلاء المرضى يروون حياتهم كقائمة أحداث زمنية دون إحالة إلى الذات أو إلى الانفعال. وغالبًا ما يُلاحَظ هذا النمط في المقابلات السريرية من خلال سرد رتيب يغيب عنه القص الشخصي، أو ما يسميه Marty بـ."l'histoire vécue"

ويضيف Marty أيضاً أن هذا النمط من التفكير يعكس خللاً في وظيفة التخييل (fonction fantasmatique)، وهي الوظيفة التي تُتيح تحويل الانفعال إلى سرد رمزي أو خيال. عندما تغيب هذه الوظيفة، يُلقى الألم مباشرة على الجسد، لأن النفس تفتقر إلى القنوات أخرى للتعبير. ومن هنا، فإن الفكر الاجرائي لا يُعبّر فقط عن النمط المعرفي للمريض، بل أيضًا عن فقر في التنظيم النفسي وقدرة الذات على التفسير الداخلي. (marty, 2021, pp. 71-73)

الاكتئاب الأساسي:

يقدّم Pierre Marty في إطار تحليله للبنيات السيكوسوماتية مفهومًا محوريًا يُعرف بـ الاكتئاب الأساسي (dépression essentielle)، وهو ليس شكلاً من الاكتئاب التقليدي المصحوب بالحزن أو الشعور بالذنب كما هو الحال في الاكتئاب العصابي، بل حالة عميقة من الفراغ النفسي وتفكك ديناميات الحياة الانفعالية والرمزية.

في هذا الاكتئاب، لا يُظهر المريض شعورًا بالحزن أو المعاناة، بل يعيش في حالة من الفراغ الداخلي، حيث تختفي الرغبة، وتتوقف القدرة على الاستثمار العاطفي، و تتوقف وظيفة التفكير الرمزي. هو انهيار نفسي صامت يسبق غالبًا أو يواكب التحوّل الجسدي المرضي، ويُعبّر عن ذاته من خلال أعراض سيكوسوماتية يصعب ربطها مباشرة بشكوى انفعالية واعية.

يرى Marty أن هذا النمط من الاكتئاب ينتج عن انطفاء تدريجي للوظائف النفسية العليا، كالتخيل، والاستبصار، والتعبير الانفعالي. وغالبًا ما يظهر عند الأشخاص ذوي الفكر الاجرائي، الذين يفتقرون إلى اللغة الشعورية ويعيشون علاقتهم بالعالم الخارجي بشكل سطحي ووظيفي، يُترجم هذا النمط من الاكتئاب إلى انسحاب حيوي، تعب جسدي، وقد يُعبّر عنه الجسد من خلال أمراض مزمنة أو تدهور في الطاقة الحيوية العامة.

إن الاكتئاب الأساسي ، لا يُعبّر عن نفسه بعلامات انفعالية واضحة، بل يتسلل إلى التنظيم الجسدي تدريجيًا، ويُمهّد لتطور اضطرابات سيكوسوماتية،. (marty, 2021, p. 75)

نموذج المدرسة الإدماجية:

أكد Stora في نظريته الجديدة لعلم النفس الجسدي الإدماجي بالأخذ بعين الاعتبار الإسهامات العلمية الحديثة في مجال الطب و العلوم العصبية حيث لاحظ انه من المهم إعادة التفكير في ما هو نفسي جسدي الذي كان معتمدا في المدرسة الفرنسية. حيث دمج stora البعد الطبي والعلوم العصبية في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية. ويضيف Stora أن التنظيمات النفسية لا تبنى مرة واحدة بل هي في تطور مستمر مع إصلاح التصورات العملية عندما تكون موجودة، وكما هو يقال بالنسبة للنظام العصبي المركزي أين تكون اللدونة والاتصالات العصبية في تطور حتى نهاية حياة الفرد، وتعرف اللدونة البيولوجية العضوية بـ L'épigénétique و في مجموع هذه العلاقة المعقدة نجد مساهمة الجهاز النفسي في الأمراض الجسدية تتنوع حسب التاريخ الشخصي للفرد المكونات الوراثية، تاريخ مختلف الأمراض و مختلف الوضعيات العائلية و

المهنية التي يواجها الفرد. ولهذا مهما كانت درجة عقلنة الفرد فهو غير معصوم من الجسدنة. (قهيري و آيت قني سعيد، 2024، صفحة 34)

الأنظمة الخمسة:

حسب Store لفهم علميا مسار الاثارات لهذا اعتمد في بناءه لنظريته الجديدة على قواعد فيزيائية للباحث Von Bertalanffy والذي سماه نموذج الأنظمة الخمسة؛ الجهاز النفسي، الجهاز العصبي المركزي، الجهاز العصبي المستقل، النظام المناعي، النظام الجيني (الوراثي).

عندما نتعامل مع الضغط من مصادر مختلفة، يكون للجهاز النفسي الدور الرئيسي في تطبيق آليات التكيف والدفاع. يوازي هذا الجهاز وظائف الجهاز المناعي والجهاز العصبي للفرد. لذا يجب علينا الوعي بحجم المحفزات التي ناقشها marty و freud، والتي تؤثر على فهم الجهاز النفسي وأيضًا النظام العصبي المركزي والجهاز المناعي. لا يمكننا تجاهل وجود الأنظمة المتعددة وكيف تستجيب عند حدوث تغييرات في البيئة المحيطة بالفرد. كل نظام من هذه الأنظمة يتصرف وفق منطق خاص ويستجيب بطرق مختلفة لتبدلات البيئة. يتم تنشيط كميات من المحفزات العقلية والحسية بناءً على مدى عقلانية الجهاز النفسي، وذلك وفقًا لعمل البنى العقلية. ومع ذلك، يرى stora أنه ينبغي علينا دراسة عدة حالات بحيث تكون هذه المحفزات المتعددة محور علاج على مستويات مختلفة، وليس فقط من منظور إدراكي في الوقت ذاته، من قبل الجهاز النفسي، حيث يكرر فرضية freud بوجود جهاز نفسي، وقد تم تأكيد هذه الفرضية من قبل مجموعة من الخبراء في علوم الأعصاب. هذه الأنظمة الخمسة: الجهاز النفسي، الجهاز العصبي المركزي، الجهاز العصبي المستقل، النظام المناعي، والنظام الجيني، مرتبطة فيما بينها وتعالج كل واحدة منها المعطيات القادمة من البيئة الداخلية والخارجية حسب وظيفتها . (قهيري و آيت قني سعيد، 2024، صفحة 34)

النموذج الشامل للعلاقات الديناميكية للأنظمة الخمسة كتفسير للجسدنة:

أ – نموذج التحكم المزدوج:

عندما لا يعمل الجهاز النفسي، فإن النظام العصبي المركزي يأخذ مكانه مباشرة، فهو يملك وظيفة مبرمجة وراثيا للحفاظ وضمان الحياة العضوية وكذلك تلك الخاصة بتسيير الوظائف البيولوجية الحيوية.

إنَّ حالات توقف الجهاز النفسي عن العمل غالبا ما تتسبب فيها صدمة أو سلسلة من الصدمات التي تعتبر الطريق القصير المؤقتة (الصاعقة)، وحتى لو كانت الاثارات تعتبر موضوع معالجة من مستوى إلى آخر في

الكائن الحي لكن علينا أن لا ننسي أن الصدمات الحالية يمكن أن تعيد استثارة صدمة ماضية مخزنة على شكل تصورات عقلية إلا في حصان البحر، نواة اللوزة، جذع الدماغ وكل النظام الحافي (ذاكرة الإنفعالات) فالجهاز النفسي يمكن أن يفيض مؤقتا أو بطريقة دائمة، فيتوقف عمله، ثم يأخذ نشاطه بطريقة غير منظمة بتأسيسه لحالة جديد من التوازن الغير مستقر، فمن الواضح ان حالة الصاعقة لا يمكنها إكمال عمل إرصان كم الاثارات يمكننا أيضا أن نرى نوعا آخر من التوظيف حيث يعمل الجهاز النفسي بطريقة أقل إلا أن النظام العصبي المركزي هو يضمن استمرارية الحياة بالاستجابة بطريقة مناسبة لتهديدات المدركة أو المفسرة من طرف الأنظمة التحتية العصبية له.

كما أدخل ستورا Stora في هذا النموذج اختلال نظام الجهاز النفسي الناتج عن عدم كفائة بناء هذا الأخير خلال عملية النضج النفسي الجنسي حسب المراحلا النمو الجنسي ومنه فإن عمل الفحص العيادي سيقوم بإصلاح بنية الجهاز النفسي وعجزها كما هو الحال في الأعضاء والوظيفة الجسدية. (قهيري و آيت قني سعيد، 2024، صفحة 35)

ب- سمك الأنا:

يشير ستورا Stora إلى ما يسمى بـ سمك الأنا ففي رجوعه الى Freud في "تحليل الشخصية النفسية" التي تناول فيها الأخطار الثلاثة التي تهدد (الأنا العالم الخارجي، الأنا الأعلى، الهو) فالأنا الأعلى يجب ان يمتثل للعالم الخارجي بمتطلباته مع أخذه للبيدو والإبقاء على العلاقات الطيبة مع الهو بحضور المعايير المفروضة من طرف الأنا الأعلى القاسي على السلوكات.

وانطلاقا من هذا النموذج العلائقي بين الأنا وهذه الأسياد الثلاثة يرى Stora ، من الممكن أن نطور مخطط لهذه العلاقات والقوى في الحاضر ، وكذلك اقتراح طريقة تقييم الأنا والتعرف على قواه وضعفه، وتقييم علاقته هذه مع القوى الثلاثة :

- تقييم ظواهر القوى النزوية للهو في حياة الفرد وطول سياق النضج بالعودة إلى نقاط تثبيت نكوص الليبيدو: كيف عاش الأنا المريض الأحداث ؟ هل يمكنه مقاومة القوى النزوية الفمية الشرجية ...الخ.
- تحليل بناء الأنا الأعلى الأبوي ونظام القيم الوالدي التربوي الثقافي للمريض، فهل هو أنا أعلى أوديبي أو أنا أعلى أكثر بدائية مثالية (الأنا) أو هو أنا مثالي بالمعنى الذي قدمه (Marty. P)؟

ففي هذا الصراع نقييم قوة أو هشاشة الأنا.

- تحليل صراع أنا العالم الخارجي وقدرته على التكيف أولا أمام وجود الصدمات الهامة أو الصراعات الصغيرة، تقييم استجاباته النفسية والجسدية. مع الرجوع إلى ما قاله Freud. S أن الأنا القوي يسيطر أغلب الوقت على حياته النزوية. (قهيري و آيت قني سعيد، 2024، الصفحات 36-37)

الفرضية العصبية لأصل الجسدنة:

يرى ستورا stora أنه عندما تقع أحداث ذات طبيعة صدمية أو ذات شدة انفعالية جد مرتفعة بطريقة جد مضبوطة، فإنها تحدث على مستوى الجهاز النفسي قطع بين التصورات العقلية السلوكات والعواطف. وإن لم يتم العمل النفسي في المدة المعقولة، فإن كم الاثارات لا يمكن معالجته على المستوى الجهاز العقلي، لهذا فهو يحولها إلى مستوى الأنظمة التحتية العصبية التي ستعمل حسب برمجتها الخاصة وتنشط بذلك مختلف الطرق البيولوجية الخاصة بالمحافظة على العضوية. (قهيري و آيت قني سعيد، 2024، صفحة 37)

الأنظمة التحتية الأربعة الأساسية لتحكم العصبي بالانفعالات:

في العلوم العصبية نميز بين أربعة أنظمة تحتية رئيسية للتحكم العصبي في الانفعالات:

- النظام الاستكشافي:

هو عبارة عن نظام تعويضي مرتبط بالفضولية الاهتمام وانتظار الإشباع فهو النظام الذي يزودنا بالطاقة التي تنشط الحياة النزوية (نزوات الحفاظ على الذات التي تسمح لنا باستثمار العالم المحيط بنا). وعلى مستوى مكون الإدراك، يخلق هذا النظام إحساسا بأن شيئا جيدا سيحدث عندما نستكشف بيئتنا أو نتفاعل مع الأشياء من حولنا. أما على الصعيد الحركي، فإنه يحفز سلوكيات الاستكشاف ويشجع على البحث عن وسائل العيش. يشمل هذا النظام الحواس مثل الاستكشاف عن طريق الفم واللمس والشم، حيث يكون كل ما يتعلق بالشبكات الحسية مشمولا. هذا النظام مذكور ضمن إطار التحليل النفسي، حيث يشمل الرغبات الفطرية لحماية الذات، عن طريق النزوات الجنسية من خلال حركات الجسد والنفس، بما في ذلك الأكل والشرب والسلوكيات. يشجع هذا النظام السلوكات الاستكشافية بالنظر إلى البحث عن سبل العيش.

- نظام استجابة الهيجان والغضب:

ينشط هذا النظام بحالات الإحباط ، يعرف هذا النظام ببرامج الاستجابة الحركية لإدراك العدوانية ، تُعبأ فيه كل وظائف الجسم على مستوى الجهاز العصبي المستقل لتحضر الإنسان للمواجهة، يحدث زيادة في وتيرة القلبية إعادة توجيه تدفق الدم نحو العضلات، توقف النظام الهضمي.

كل هذه التغيرات مدبرة من الإرتسامات العصبية للوزة التي تقع في الفص الصدغي المرتبط بالنظام التحت مهادي. فعندما ينشط هذا النظام بشكل ضعيف، يتم استثارته من طرف ما نسميه بالهيجان الناتج عن إحباط النشاط الذي لم يتم تحقيقه ،من هنا، يمكننا أن نفهم أن هذا النظام مصمم للحفاظ على حياة الكائنات الحية. (قهيري و آيت قني سعيد، 2024، صفحة 38)

- نظام استجابة الخوف:

تولد مشاعر القلق المرتبطة بالخوف التي تعتبر مصدر استجابات الهرب. في هذه الحالة نجد أن الأجزاء الجانبية والوسطى لنواة اللوزة تعتبر قلب هذا النظام، الاستجابات الحركية لهذا النظام قريبة من نظام الغضب والهيجان، مع اختلاف نقل الاثارات على المستوى الحشوي مثل الإسهال. (قهيري و آيت قني سعيد، 2024، صفحة 39)

- نظام الانفصال عن الخطر أو نظام الهلع:

هو غير مرتبط فقط بالقلق المولد من الهلع ولكن أيضا مع مشاعر الحزن والفقدان المرفقة غالبا بوجدانات الاكتئاب. ونجد في هذا النظام أن الكيمياء العصبية تسيطر من طرف المواد الأفيونية الداخلية المنشأ: كما يبدو أن لوسيتوسين و البرولاكتين، متورطين في عمل هذا النظام الذي يربط الميكانزمات الانفعالية المسببة من طرف الخوف من الانفصال. ومن هنا يمكننا فهم الأفيونات الداخلية المنشأ لها دور خفض معتبر لمشاعر الألم المرتبطة بالانفصال عن موضوع محبوب أو فقدانه. وكما أشارة stora إننا نشارك الحيوانات هذه الطرق المبرمجة في النظام العصبي المركزي. (قهيري و آيت قني سعيد، 2024، صفحة 39)

نموذج المدرسة العلائقية:

يتزعم هذه المدرسة البروفيسور علي سامي، الذي يُعتبر واحدًا من أبرز المختصين في السيكوسوماتية اليوم. يكتب باللغتين العربية والفرنسية، وينتمي إلى ثقافتين مختلفتين. وهو قد عمل في مجال التحليل النفسي كلا من مصر وفرنسا، حيث درس تحت إشراف أستاذه بيار مارتي. قام بتطوير نظرية خاصة تُعرف بالنظرية العلائقية، وعمل كأستاذ في جامعة باريس السابعة ضمن قسم تكوين وبحث العلوم الإنسانية العيادية. كما أنه يدير حاليًا المركز الدولي للسيكوسوماتية.

تخلى عن المفاهيم التقليدية المتعلقة برمزية المرض أو الأعضاء، كما أنه أجرى تعديلات على نظرية بيار مارتي بسبب ما يعتبره أخطاء في فهم الظواهر. يركز سامي بشكل خاص على أهمية عدم التناسق في التطور النفسي منذ المراحل الأولى من الطفولة وتأثيره على ظهور الأمراض النفس جسدية. إن هذا الاختلال يسهم

في عدم قدرة الفرد على تبني آليات دفاع عقلية مناسبة، مما يؤدي إلى ضعف الأنا ويضع الأفراد على حافة الفشل. وهذا هو السبب الذي يجعل هؤلاء المرضى عرضة للتقلبات السريعة في الغضب وزيادة احتمالية الإصابة بالأمراض الجسدية. وحسب سامي علي، فإن الجسدنة لا تتعلق فقط بالتأثيرات الداخلية التي لا يمكن حلها، بل تتناول النظرية العلائقية أيضًا تحليل التركيب البنيوي الأساسي وربطه بالعديد من التناقضات التي قد تكون غير متوقعة. حيث يكمن احتمال التقاء التطور الخاص بكل فرد مع عدم القدرة على تجاوز الأزمات، مما يتأثر بالتوازن العام الذي يلعب دورًا بين الطبع، العصاب، الذهان، والصحة. (فاسي و محمد الصغير ، 2017، الصفحات 19-20)

الظواهر الأساسية التفسيرية:

كما يؤكد على دور اثني عشر زوجا من المصطلحات التي تشرح نفسها و التي تعتبر ظواهر أساسية في تفسير سيرورة الجسدنة و هي :

-1الجسم الحقيقي- الجسم الخيالي.

-2المعنى الأساسي- المعنى الثانوي للعرض الجسدي.

-3الخيال الإسقاط-(تفاهة العرض)غياب الإسقاط.

-4النشاط السيكوسوماتي المركب-النشاط السيكوسوماتي في طريق التركيب.

-5النكوص-استحالة النكوص.

-6العرض العصابي أو الذهاني تكوين رمزي-يقابل جسما بعرض عصابي او ذهاني.

-7كبت ناجح-كبت فاشل.

-8 كبت المحتوى الخيالي-كبت للوظيفة الخيالية.

-9مأزق متجاوز ذهاني-(مأزق لا يمكن تجاوزه)جسدنة

-10سببية خطية- سببية دائرية.

-11جسدنة اعتكاسية-جسدنة غير قابلة للاعتكاس.

-12انتقال من النفس الى الجسد- الانتقال من الجسد إلى النفس.

أين يكون هناك ارتباط ايجابي أو سلبي يدير هذا الحقل السيكوسوماتي. حيث يكون الارتباط الإيجابي مابين الإسقاط والجسدنة، يظهر ارتباط بينهما الذي يؤدي إلى الباتولوجيا الجسدية غير التحولية الناتجة عن خلل في الخيال. فالخيال هو الذي يحدد الجسدنة، الناتجة عن وضعية لامخرجية Impasse والتي تعطي تركيبا واقعيا

والذي بدوره يدل على تناقض مغلق لكل المنافذ ،مع صراع غير مرصن قريب من اللاتفكير الخاص بالذهاني. (فاسي و محمد الصغير ، 2017، الصفحات 20-21)

باتولوجيا التكيف: pathologie d'adaptation

أدخل سامي علي مفهوم باتولوجيا التكيف في مجال السيكوسوماتي.والتي تدل على نشاط سلبي في تفير الفرد. ويعبر علي سامي عن باتولوجيا التكيف على أنها ظهور أعراض جسدية من أجل تمرير الطاقة وتسريبها في غياب النشاط العقلي الفعال، مما يدل على مستوى من التكيف النفسي الذي يهرب فيه الشخص إلى جسمه كبديل. وقد أوضح علي سامي في عام 1998 أنه لا توجد أحلام أو هوامات أو عواطف في باتولوجيا التكيف، وكأنه أصبح تقليصا للواقع الخارجي للفرد والميل إلى تعويض الخيال الخاص بالخيال العام المشترك أين تمثل القيم الاجتماعية والثقافية كل اهتمامات الفرد، وهي تعويض المكان الفارغ على المستوى الشخصي. (فاسي و محمد الصغير ، 2017، صفحة 21)

المرضية التكيفية والمرضية النفسية السببية:

يميز سامي بين المرضية التكيفية والمرضية النفسية السببية المعتمدة على الفرويدية، حيث أن القمع في الأخيرة يتعلق بمحتوى خيالي خاص، والذي يظهر لاحقاً كأعراض عابرة أو دائمة، مما قد يؤدي إلى ذهان منظم جداً أو تصرفات غير عقلانية واضحة. يتمثل ذلك دائماً في شكل قمع يترافق مع الفشل، حيث يحدث قمع للمحتوى التمثيلي الذي يمكن أن يعود إلى الوعي.

ومع ذلك، أشار علي سامي (1998) إلى نوع آخر من القمع يطلق عليه القمع الطبائعي، والذي يتعلق بالحالة الثانية ويتسم بقمع وظيفة الحلم. يمكننا ملاحظة أربع متغيرات أساسية في هذا السياق، وهي: قلة أهمية الحلم، تغلب الأحلام العملية، انفرادية الأحلام، وظهور الحقائق اليومية في الأحلام، وقد يعاني الفرد من الأرق أيضاً. (فاسي و محمد الصغير ، 2017، صفحة 21)

2. القسم الثاني: داء السكري

1.2 تعريف داء السكري:

السكري داء مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الإنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن الاستخدام الفعّال للإنسولين الذي ينتجه. والإنسولين هو هرمون يضبط مستوى الغلوكوز في الدم. ويُعد فرط السكر في الدم، الذي يعرف أيضاً بارتفاع مستوى الغلوكوز في الدم، من النتائج الشائعة الدالة على وجود خلل في ضبط مستوى السكر في الدم، ويؤدي مع مرور الوقت إلى إلحاق الضرر بالعديد من أجهزة الجسم، ولاسيما الأعصاب والأوعية الدموية. (منظمة الصحة العالمية، 2024)

كما عرفها عبد العزيز معتوق احمد حسين: مرض السكر هو عدم قدرة الجسم على استهلاك الجلوكوز الموجود في الدورة الدموية بطريقة طبيعية، ويأتي هذا العجز إما عن نقص كامل في كمية هرمون الآنسولين الذي يفرزه البنكرياس، أو نتيجة عدم فعالية الآنسولين الموجود بكثرة على خلايا الجسم، وفي كلتا الحالتين ترتفع نسبة السكر في الدم، وعدم استهلاك السكر يجعل المريض يشعر بجوع زائد متواصل ورغبة في التبول الكثير الذي يسبب جفافا في اللسان والجلد، وعطشا شديدا وحكة في الجسم. (فريدة و فاطيمة، 2023، صفحة 583)

2.2 أنواع داء السكري:

يصنف داء السكري الى نوعين رئيسيين تختلف من حيث الآلية الإمراضية وظروف التشخيص.

داء السكري من النوع الأول(Type 1 Diabètes) :

وهو ناتج في الغالب عن رد فعل مناعي ذاتي يؤدي إلى تدمير خلايا بيتا المنتجة للإنسولين في جزر لانغرهانس في البنكرياس، ما يؤدي إلى غياب شبه تام للإنسولين في الجسم، ويُشخَّص غالبًا في مرحلة الطفولة أو المراهقة، وإن كان قد يظهر أحيانًا في سن الرشد .

داء السكري من النوع الثاني(Type 2 Diabètes) :

فهو الأكثر شيوعًا، ويمثل أكثر من 90% من جميع حالات السكري. يتميز بوجود مقاومة خلوية تجاه الإنسولين إلى جانب نقص تدريجي في إفرازه. وترتبط هذه الحالة بشكل كبير بعوامل نمط الحياة مثل السمنة، قلة النشاط البدني، والعادات الغذائية غير الصحية، كما قد يكون لها مكوّن وراثي واضح، وهي غالبًا ما تتطور ببطء وعلى مدى سنوات. (Standards of care in diabetes, 2024, pp. 8–10)

3.2 السيرورة السيكوسوماتية لداء السكري:

يعتبر داء السكري من النوع الثاني مثالاً واضحاً على التفاعل الجوهري بين الجسد والعقل. إن التطور والنشأة لهذا المرض يُظهران صفات سيكوسوماتية ملحوظة، كما أظهرت الدراسة الحديثة أن الضغوط النفسية المستمرة، الاكتئاب، القلق، وحتى التوتر الناتج عن الحياة اليومية، ليست مجرد عوامل مرتبطة بالسكري بل تُعتبر من الأسباب التي تؤثر في تفاقم هذا المرض من خلال آليات نفسية وفسيولوجية مترابطة. (Hackett & andrew, 2017, p. 548).

من الناحية الفسيولوجية، يُسهم الضغط النفسي في تفعيل الجهاز العصبي الودي système nerveux autonome، يلعب دورًا رئيسيًا في الاستجابة الفسيولوجية للضغط أو "استجابة القتال أو الفرار"، مما يؤدي إلى إفراز الأدرينالين، وبدوره يرفع مستويات الجلوكوز في الدم. كما يُفعّل الضغط المزمن محور تحت المهاد – النخامة – الكظر (HPA) ، فيُفرز الكورتيزول بكميات مفرطة، وهو هرمون مرتبط ارتباطًا مباشرًا بمقاومة الإنسولين وارتفاع مستويات السكر بشكل مزمن .

هذا التفاعل العصبي–الهرموني لا يكون مؤقتًا، بل يأخذ طابعًا مستدامًا لدى الأفراد المعرضين للضغوط لفترات طويلة، ويُعرف بما يسمى "الحمولة الشاملة" أو charge allostatique ، وهي حالة من الإجهاد البيولوجي

المستمر الذي يُحدث تغيرات طويلة الأمد على المستوى الهرموني والمناعي. (Hackett & andrew, 2017, pp. 549-550).

فيما يتعلق بالسلوكيات، يمكن أن يكون للضغط النفسي تأثيرات سلبية على قدرة الفرد على التكيف في حياته اليومية. كما أنه قد يُضعف الالتزام بالعادات الصحية، مثل ممارسة الرياضة، والاهتمام بالنظام الغذائي، والالتزام بالعلاج، مما يؤدي إلى زيادة المخاطر الصحية بشكل غير مباشر. كذلك، فإن حدوث خلل في إفراز الكورتيزول على مدار اليوم، خصوصًا لدى الأشخاص الذين يظهر لديهم مستويات مرتفعة منه في المساء أو الذين لديهم نمط إفراز ثابت، يرتبط بزيادة إمكانية الإصابة مستقبلاً بداء السكري من النوع الثاني، مما يعزز الفكرة حول العلاقة السيكوسوماتية في مجرى المرض. (Hackett & andrew, 2017, p. 552)

تفاعل الجسد والنفس لا يؤثر فقط بشكل مؤقت، بل يحدث تغييرات حقيقية في الجسم تؤدي إلى اضطرابات استقلابية مزمنة. مرض السكري يُعتبر مثالاً واضحاً للإضطراب السيكوسوماتي. لذلك، أصبح من الضروري في الممارسات السريرية إدخال التقييم النفسي والعلاج النفسي ضمن الخطة العلاجية الشاملة، لتحسين النتائج الصحية على المدى الطويل.

الخلاصة:

يتبيّن من خلال هذا الفصل أن الاضطرابات السيكوسوماتية تُشكّل تكاملاً بين الفهم النفسي والفسيولوجي للمرض، فهي تعكس كيف يمكن للعوامل النفسية كالصدمات، والعجز عن التعبير الانفعالي أن تتحول إلى أعراض جسدية حقيقية، أما بالنسبة لداء السكري، فقد برز من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل كنموذج فعلي للاضطراب السيكوسوماتي، خصوصًا حينما تظهر مؤشرات على ارتباط ظهوره أو تفاقمه بعوامل انفعالية.


الفصل الرابع

الفصل الرابع: منهج البحث

تمهيد.

1. منهج الدراسة.

2. أدوات الدراسة.

3. مقياس دافيتسون لكرب ما بعد الصدمة.

4. مواصفات الحالات المدروسة.

5. حدود إجراء الدراسة .

الخلاصة.

تمهيد

بعد الإنتهاء من الجانب النظري سوف ندعم هذه الدراسة بالجانب الميداني حيث يعتبر أساس الدراسة العلمية نظرا لكونه يسمح بالإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق وفرضيات البحث حيث نتناول فيه إجراءات الدراسة الميدانية ابتداء بمنهج الدراسة والأدوات المستعملة فيها والإطار المكاني لإجراءها والحالات المدروسة.

1- منهج الدراسة

المنهج العيادي:

المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو المنهج العيادي أو الإكلينيكي، لما له من خصائص تخدم دراسة موضوعنا المتمثل في " **أثر التجارب الصادمة في نشأة اضطرابات سيكوسوماتية(داء السكري)** " حيث يتميز بتناوله الشامل والمتكامل للتاريخ الكلي للفرد حيث أن التركيز فيه يكون على الفرد بوصفه وحدة الدراسة.

إن المنهج الإكلينيكي يأخذ البحث العلمي في معالجته لجوانب السلوك بهدف فهم ديناميات شخصية المفحوص وتشخيص مشكلاته والتنبأ عن إحتمالية التطور. (محمود، 2017، صفحة 46)

2-أدوات الدراسة:

2-1دراسة الحالة :

تعتبر دراسة الحالة وسيلة لجمع المعلومات بطريقة منهجية، وصفية ومتعمقة تتعلق المفحوص، باستخدام المقابلات أو الملاحظات أو كلاهما. تُعد هذه الأداة من بين الوسائل الأساسية التي تعين الأخصائي النفسي في فهم الفرد وتشخيص حالته وعلاقته بالبيئة. الهدف هنا هو جمع معلومات دقيقة وشاملة عن حياة الشخص في الوقت الحاضر والماضي، بالإضافة إلى تاريخه الشخصي. يحدد الأخصائي الإكلينيكي جميع المعلومات والنتائج التي يحصل عليها من المفحوص من خلال المقابلات والملاحظات، وكذلك التاريخ الاجتماعي، الخبرات الشخصية، الفحوص النفسية والتحاليل الطبية. في النهاية، يقوم الأخصائي بإعداد تقرير شامل. (متولي و الدبحلي، 2007، صفحة 50)

2-2الملاحظة العيادية :

الملاحظة هي عملية تركز على مراقبة الظواهر من الناحية الفكرية والعاطفية والإدراكية، وذلك لمنحها دلالة من خلال وضعها ضمن إطار الديناميكية والتاريخ الخاص بالفرد والبيئة المحيطة. تضع الملاحظة السريرية أهمية على تميز الفرد وتحليل كيفية تأثير المراقب على ما يتم ملاحظته. تعكس التصرفات إنتاجات لها دلالة بالنسبة للشخص وتعكس حالته النفسية كما يراها ويسمعها المراقب. ينبغي أن تتضمن التقييمات جوانب مختلفة من الملاحظ. تعتبر الملاحظة السريرية أسلوباً يمكن استخدامه بمفرده أو بجانب الفحوص النفسية التي تشكل جزءاً مهماً من أنشطة المتخصين في مجال علم النفس (كالعملين في العيادات، والاختصاصيين، والأطباء). تتطلب عادةً إجراء فحوص نفسية من مجالات مختلفة مثل الصحة، الحياة المدرسية، الإرشاد، والعدالة، استناداً إلى مشكلة معينة تحتاج إلى حل. يجب أن تشمل الفحوص مستويات متنوعة من المراقبة للحصول على فهماً أعمق للحالة النفسية للفرد. (pendiniell & fernandez, 2020, p. 11)

2-3 المقابلة العيادية :

تُعتبر المقابلة وسيلة هامة في البحث العلمي في علم النفس الإكلينيكي، يمكن تعريفها بأنها نوع من التواصل اللفظي، يتم بين شخصين أو أكثر، مثل الفاحص والمفحوص. الهدف من هذه المحادثة هو ملاحظة جوانب محددة من سلوك المفحوص، بغرض الحصول على معلومات حول حالته أو تعديل سلوكيات معينة لديه. لذا، يُعتبر تعريف "بنجهام" و"مور" من بين التعريفات الأكثر دقة وبساطة، حيث وصفا المقابلة بأنها محادثة موجهة لهدف معين. تعد المقابلة الأداة الأساسية التي يعتمد عليها الأخصائيون في عمليات التشخيص والعلاج ضمن المجال الإكلينيكي. (ابراهيم و عسكر، 2008، الصفحات 107-108)

2-4المقابلة النصف الموجهة :

في هذا النمط من المقابلة العيادية، يقوم الفاحص بدور الوسيط بين الطريقتين السابقتين، حيث يقوم بإجراء مقابلة مع المفحوص بينما يكون في ذهنه مجموعة من النقاط أو الموضوعات بدلاً من الأسئلة كما هو الحال في الشكل الموجه. تُعد المقابلة النصف موجهة مزيجاً من المقابلة الحرة والموجهة، وتتميز هذه المقابلة (النصف موجهة) بمرونتها، لكنها تلتزم بإطار موضوعي محدد مسبقًا. (typeps of interviews in research.، 2022)

2-5 فحص الهيئة العقلية :

يسمح لنا هذا الفحص بلوغ التشخيص لصورة الذات لدى المفحوص، وهو حسب لأعمال الموجهة لمقياس سيكوباثولوجية الراشد للمرحوم أ.قويدر نصرة، يركز هذا الفحص على ملاحظة الاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية (1978) منها والحركية، بما في ذلك من معلومات حول محيط الفرد، عندما يتعلق الامر بعرض المفحوص لمشكلته، بحيث يعطي شرحا مزودا بتعاليم لظبط الهيئة العقلية وهو يتكون من عنصر الاستعداد والسلوك العام، المزاج، العاطفة ومحتوى التفكير والقدرة العقلية والحكم والاستبصار (شهيدة، 2016، صفحة 153)

لقد اعتمدت في هذا بحث على المقابلة النصف موجهة، وذلك لأن الأسئلة المفتوحة تساعد المفحوص في التعبير وتسمح بجمع المعلومات الضرورية وتحليلها. الهدف من ذلك هو تكوين فهم شامل لأثر التجارب الصادمة في نشأة إضطرابات سيكوسوماتية (داء السكري)

3- مقياس كرب ما بعد الصدمة :

يجب اختيار المقياس بدقة كبيرة لكي يخدم موضوع الدراسة بصورة جيدة يجب أن يكون قادر على توصيل الباحث إلى الهدف المطلوب واختار باحثان من أجل هذه الدراسة مقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صارمة لدافيد سون يتضمن قائمة من الأسئلة التي تسمح لنا بجمع بيانات حول كرب ما بعد الصدمة ترجم هذا المقياس إلى لغات عديدة وترجم إلى اللغة العربية من طرف الدكتور عبد العزيز ثابت.

أ- الخصائص السيكومترية للمقياس:

يتكون مقياس دافيدسون لقياس تأثير الخبرات الصادمة من 17 بند تماثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكي ، ويتم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاثة أبعاد فرعية

وهي:

1- استعادة الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية 17 ، 4 ، 3 ،2 ،1.

2- تجنب الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية 11 ، 10 ، 9،8،7،6،5

3- الاستثارة وتشمل البنود التالية 16 ، 15 ، 14 ، 13 ، 12.

ب - ثبات المقياس:

لقد تناولت العديد من الدراسات السابقة مسألة ثبات ومصداقية هذا المقياس وكانت على النحو التالي:

لقد استخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت 241 مريض تم أخذهم من مجموعة من ضحايا الاغتصاب، ودراسة لضحايا الإعصار اندروا، وكان معامل ألفا 0.99

لقد استخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت 215 سائق إسعاف مقارنة مع موظفين في غزة وكان معامل ألفا 0.78، التجزئة النصفية

بلغت 0.61.

ج صدق المقياس:

لقد تم دراسة مصداقية المقياس بمقارنته بمقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة للإكلينيكيين وذلك بأخذ عينة مكونة من 120 شخص من مجموعة من ضحايا الاغتصاب.

ودراسة ضحايا إعصار اندروا، والمحاربين القدماء. وكانت النتيجة بان 67 من هؤلاء الأشخاص تم تشخيصهم كحالة كرب ما بعد الصدمة. كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة للأشخاص الذين لم تظهر عليه أعراض كرب ما بعد الصدمة 62 شخص) هو 15.5+/-13.8 (ت- 9.73، دلالة إحصائية 0.0001)

د – ثبات المقياس بعد إعادة تطبيقه:

لقد تم تطبيق هذا المقياس على مجموعة من الأشخاص الذين تم فحصهم من خلال على مجموعة من الأشخاص دراسة إكلينيكية في عدة مراكز وتم إعادة الاختبار بعد أسبوعين وكان معامل الارتباط 0.86 وقيمة الدلالة الإحصائية – 0.001

تم اختبار المقياس على عينة من عمال الإسعاف وكانت العينة مكونة من (20 سائق) وتم إعداد الاختبار بعد أسبوعين وكان معامل الارتباط 0.86 وقمة الدلالة الإحصائية 0.001 .

بخصوص صدقه على البيئة الجزائرية فقد تم اختباره بعدة طرق من طرف الكثير من الباحثين الجزائريين بهدف معرفة ملائمته على بيئتنا فعلى سبيل المثال قامت امينة بن تواتي (0210) بجامعة ورقلة بحساب صدقه بالاعتماد على طريقة المقارنة الطرفية للمقياس، وتوصلت الى انه يتمتع بدرجة صدق عالية، كما قامت بإختبار ثباته بطريقة الفاكرونباخ وتوصلت أيضا الى تمتعه بثبات قدر ب (2.77) وهو معامل عالي من الثبات.

هـ- طريقة تطبيق وتصحيح المقياس:

يمكن تطبيق مقياس دافيدسون فرديا أو جماعيا يحتوي المقياس على تعليمة مدونة عليه تتمثل في : ضع العلامة (+) تحت إحدى الاحتمالات .

ابد 1 نادرا، 3- غالبا، 4-دائما .

ويتضمن المقياس كل من السن والجنس والاسم والعنوان يطلب من المفحوص قراءة التعليمة من اجل إزالة الغموض أو سوء الفهم على العموم ليقوم الفاحص بتحديد وقت الانتهاء وفي نفس الوقت الحرص على أن لا تطول مدته أكثر من اللازم.

يشمل هذا المقياس 17 بند يتم حساب النقاط على مقياس مكون من 5 نقاط (من 0 – 4) ويكون السؤال المفحوص عن الأعراض في أسبوع المنصرم. ويتم حساب النقاط وتصحيح هذه الفقرات حسب استجابة المفحوصين وتقدر إجابتهم على فقرات المقياس على سلم ليكرت

مؤلف من 5 درجات

(4) (تنطبق على استجابة دائما).

(3) (تنطبق على استجابة غالبا).

(2) (تنطبق على استجابة أحيانا).

(01) (تنطبق على استجابة ناذرا).

(0)تفسر الدرجات المرتفعة للمقياس الكلي أو الفرعي إلى درجة عالة جدا الإجهاد ما بالصدمة وتصل الدرجات الكلية 63 نقطة.

توزع فقرات السبعة عشر (17) على ثلاثة أبعاد كالتالي:

البعد الأول: ويشمل أعراض استعادة الخبرة الصادمة بعد خمس (5) بند

البعد الثاني: ويشمل أعراض تجنب الخبرة الصادمة بعد سبع (7) بنود.

البعد الثالث: ويشمل أعراض الاستشارة بعد خمس (5) بنود.

الحالات التي تعاني من كرب ما بعد الصدمة يجب أن تتوفر عندها:

عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة

عرض من أعراض التجنب

عرض من أعراض الاستثارة.

و- تقسيم درجة الإصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة:

الدرجة الكلية	مستوى الأعراض
23-0	منخفض جدًا
32-24	متوسط
38-33	مرتفع
39 فأكثر	مرتفع جدًا /حرِج

جدول(02) لمستوى درجة الإصابة بكرب ما بعد الصدمة

مقياس كرب مابعد الصدمة لدفيتسون :

ترجمة عبد العزيز ثابت .

الاسم: .....العمر:.....الجنس(ذكر_انثى).

عزيزي /عزيزتي الاسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية.كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحتك ومشاعرك خلال الفترة السابقة من فضلك اجب على كل الاسئلة.علما بان الاجابات تاخذ احد الاحتمالات 0_ابدا،1_نادرا،2_احيانا،_3غالبا،4_دائما.

		0	1	2	3	4
الرقم	الخبرة الصادمة	أبدا	ناذرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	هل تتخيل صور، ذكريات،وافكار عن الخبرة الصادمة؟					
2	هل تحلم احلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة؟					
3	هل تشعر بمشاعر فجائية او خيرت بان مايحدث لك سيحدث مرة اخرى؟					
4	هل تتضايق من الاشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟					
5	هل تتجنب الافكار او المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟					
6	هل تتجنب المواقف والاشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟					
7	هل تعاني من فقدان الذاكرة للاحداث الصادمة التي تعرضت لها(فقدان الذاكرة نفسي محدد).					
8	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟					
9	هل تشعر بالعزلة وبانك بعيد ولا تشعر بالحب اتجاه الاخرين او الانبساط؟					
10	هل فقدت الشعور بالحزن والحب (انك متلبد الاحساس)					
11	هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقق اهدافك في العمل والزواج وانجاب اطفال؟					
12	هل لديك صعوبة في النوم او البقاء نائما؟					
13	هل تنتابك نوبات من الغضب والتوتر؟					
14	هل تعاني من صعوبة في التركيز؟					
15	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معك الأخرين)،ومن السهل تشتت انتباهك؟					
16	هل تستثار لأتفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ومتوقع الأسوأ؟					
17	هل الأشياء والأشخاص الذين يذكورنك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة ضيق التنفس،والرعشة،والعرق الغزير وسرعة في ضربات قلبك؟					

ملحق (01) مقياس دافيتسول الإضطراب كرب مابعد الصدمة.

4- مواصفات الحالات المدروسة :

شملت دراستنا على حالتين (02) انثى وذكر راشدين. تبلغ أعمارهم من53 و 55 سنة يعانون من داء السكري من النوع 2 .

الحالة	السن	الحالة الاجتماعية	المستوى الاقتصادي	المستوى التعليمي
الحالة الأولى	53	متزوجة	ضعيف	الثالثة ثانوي
الحالة الثانية	55	متزوج	ضعيف	المسجد

جدول(03) مواصفات الحالات المدروسة.

5- حدود اجراء الدراسة :

الإطار المكاني : أجريت هذه الدراسة بدار السكري للعلاج التابع لمصلحة الصحة الجوارية واجهة البحر .

الإطار الزماني : إمتدت فترة التربص من يوم 05 أفريل 2025 إلى 05 جوان 2025 .

الخلاصة :

بعد أن تطرقنا في هذا الفصل إلى منهج الدراسة وحالات الدراسة والمجال المكاني والزماني لها، وأهم الأدوات المستعملة في هذا الجانب التطبيقي وكذا مقياس كرب مابعد الصدمة ، بالإضافة إلى كيفية تصحيحه وتنقيطه بهدف اختبار فرضية البحث والنتائج المتحصل عليها.


الفصل الخامس

الفصل الخامس: تقديم الحالات العيادية وعرض النتائج

1- تقرير السيكولوجي للحالة الأولى

2- عرض وتحليل نتائج اختبار الحالة الأولى

3- حوصلة الحالة الأولى

4- تقرير السيكولوجي للحالة الثانية

5- تحليل نتائج اختبار الحالة الثانية

6- حوصلة الحالة الثانية

1- التقرير السيكولوجي للحالة الأولى :

الحالة الأولى

السن : 53 سنة

الحالة الاجتماعية : متزوجة وأم لطفلين

المستوى الدراسي : السنة الثالثة ثانوي .

عدد الإخوة : 04 اخوة ذكور 02 اناث.

المهنة: ماكثة في البيت، موظفة سابقة في مصلحة الاستقبال بمصحة جوارية

الحالة المادية: ضعيفة

السكن: مع الزوج والأبناء

المرض العضوي المشخّص: داء السكري من النوع الثاني

-أهم جوانب التاريخ النفسي والإجتماعي للحالة :

ولدت الحالة الأولى سنة 1972، وتبلغ من العمر 53 سنة، تعاني من داء السكري من النوع الثاني تنحدر من أسرة مكونة من سبعة أبناء (أربعة ذكور وثلاث إناث)، وتحتل مرتبة وسطى بين إخوتها ، تزوج والدها من امرأة ثانية عندما كانت في الثامنة من عمرها، الأمر الذي خلق توترات عائلية مستمرة أثرت على استقرارها النفسي في مرحلة الطفولة. وصفت علاقتها بوالدتها بأنها طبيعية، بينما كان الصراع داخل الأسرة مرتبطًا بزواج الأب من الزوجة الثانية. لم يكن هناك وجود تاريخ مرضي للسكري داخل العائلة.

عملت في الاستقبال بإحدى المصحات الجوارية، حيث تعرفت على زوجها (ممرض في المصحة نفسها) وتزوجت منه دون تردد، مدفوعة برغبة في الهروب من المشاكل العائلية، حسب قولها، لكن هذا الزواج كان نقطة تحول سلبية في حياتها ، حيث بدأت سلسلة من التجارب الصادمة المرتبطة بالعنف الزوجي.

وصفته بأنه نرجسي وأناني، لا يُظهر حبًا لأطفاله، ويمارس عليها العنف الجسدي واللفظي. كانت العلاقة الزوجية متوترة منذ بدايتها، حيث ذكرت حادثة: "كنت عروصة معروضة في دارهم، خلاني وراح، كي رجعت لقيته ياكل، دفل عليا وقال لي شجابك".

تكرر العنف الجسدي خلال فترات الحمل، إذ حاول إسقاط جنينها في المرتين من خلال الضرب. كما تعرضت للطلاق مرتين، كانتا مرتبطتين بمناسبات عائلية حيث منعها من حضورها، لكن الزوج أعادها بعد كل مرة.

أبرز حادثة صادمة ذكرتها هي تعرضها لحادث حرق أثناء الطبخ، حين قلب زوجها "الكيكوطا" عليها، بينما كانت تحمل ابنتها ذات العامين، ما تسبب في إصابات تطلبت تدخل الجيران لإسعافهاكما ذكرة في سياق حديثها: "كنت رافدة بنتي كان عنده عامين ونطيب جا قالي الفطور مزال قتله شوية ويوجد قلب علية لكيكوطا وراح خلاني مقيوسة انا ولدي حتى جاو جوارين داوني لسبيطار حد الان مزال فيها سيكاتريس مزية لاقيت على بنتي قال لمه الكيكوطا طردقت عليها وانا منجمتش نهدر مكانش عندي وين نروح" لازالت تحتفظ بندبة جسدية نتيجة هذا الحادث، وتذكر أنها شعرت حينها بالخذلان الكامل. في الفترة نفسها، كانت أسرتها تمر بأزمة سكنية خانقة، ما زاد من عزلتها وضعف شبكات الدعم.

كما ذكرت حادثة صادمة أخرى عندما أُصيبت والدتها بسكتة دماغية، وطلبت منه مرافقتها لزيارتها، لكنه رفض. قالت: "كي وصلت، طحت حداها وتكماكت"، وهي اللحظة التي وصفتها كبداية الدخول في نوبة اكتئاب، تدخّل أحد إخوتها (وهو أخصائي نفسي) الذي أخذها إلى طبيب الأمراض العقلية وصف لها مضادات اكتئاب، لكنها توقفت عن تناولها بعد 15 يومًا دون استشارة طبية.

أوضحت أيضًا معاناتها من أحلام مزعجة" تحكمني الجدمة خطرات نومه بغي يجيفني" وكذلك نوبات تكرار الخبرات الصادمة، خاصة عند تذكر الاعتداءات الزوجية. كما ظهرت عليها أعراض جسدية عند استحضار تلك الذكريات مثل ضيق في التنفس، الارتعاش، وتسارع في ضربات القلب، قما صرحت "نكون قاعدة فصالة حتى نتفكر شادالي تحكمني الديقة وقلبي يولي يدرب ونولي نرجف سيرتو كي يدخل لدار"

الحياة الجنسية أيضًا كانت مثقلة بالمعاناة، حيث عبّرت عن تجارب مؤلمة، منها أنها تعرضت للضرب عند طلبها للعلاقة، "وصلت حتى انا نطلب منه دربني وقالي خليني رقد، ممنساهاش حياتي" "كان يجيب الرغبة التاعه كي يكمل يدفل عليا ويدور يرقد وان نروح لدوش نبكي" منذ 2019 لم تقوم بأي علاقة جنسية معه بسبب معاملته السيئة.

في السنوات الخمس الأخيرة، بدأت تعاني من نوبات إغماء وارتفاع مفاجئ في نسبة السكر بالدم، خاصة أثناء الأزمات النفسية، ما أدى إلى تشخيصها بداء السكري من النوع الثاني. رغم العلاج بالأنسولين، ظل معدل السكر غير مستقر، كما ذكرت أن زوجها وظروفها النفسية المتأزمة هي سبب ارتفاع نسبة السكر في الدم. في إحدى المرات، عند إصابتها بنوبة، قام بسحبها من شعرها وهو يقول: "نوضي!"، ثم أخذها إلى

المصحة بعد الإلحاح. كما تعرضت للتقليل من معاناتها من طرف الطاقم الطبي، بقولها أن ذكرت "راجلك يبان عاقل غي نتي تحصلي فيه هذي الحضرة غادتني بزاف" وهو ما زاد من شعورها بالظلم.

-فحص الهيئة العقلية ونتيجته:

1. الاستعداد والسلوك العام:

الحالة من النمط الجسمي السمين(type pyénique) ، تميل إلى البدانة نسبيًا، ذات بنية قوية وقامة متوسطة، بشرة فاتحة، وملامح وجهها تعكس إرهاقًا واضحًا. تفضّل ارتداء اللباس المحتشم البسيط، بألوان قاتمة في الغالب (الأسود أو الرمادي)، وهو ما قد يرمز إلى مزاج منخفض أو رغبة في الانسحاب.
خلال الجلسات الأولى، لم يكن التواصل معها سهلاً؛ إذ أبدت حذرًا، وظهر نوع من الانغلاق الانفعالي، خصوصًا عند التطرق إلى الأحداث صادمة.
لاحقًا، بدأت تبدي انفتاحًا تدريجيًا في التعبير،سلوكها الحركي اتسم ببعض التوتر؛ ظهرت علامات مثل: التنهد المتكرر، والتوقف المفاجئ أثناء الحديث عند التحدث عن الأبناء أو المواقف الصادمة.
أفادت خلال الجلسات بمعاناتها من الأرق المزمن، ونقص الشهية، والاختناق النفسي، إلى جانب نوبات ارتفاع الغلوكوز في الكم.

2.النشاط العقلي:

بدت قادرة على التعبير عن أفكارها باللغة العربية الدارجة، مدعّمة أحيانًا بكلمات فصحة، أفكارها مترابطة ومنظمة عمومًا، بدت متأثرة بانفعالاتها خلال الحديث، ما جعلها تفقد في بعض الأحيان التسلسل في السرد، لا سيما عند الدخول في تفاصيل دقيقة ومؤلمة، مثل ذكر الإهانات أو عند ذكر مرض أمها .

3. المزاج والعاطفة:

سادت الجلسات مزاجية منخفضة تتراوح بين الحزن والكبت ، خاصة عندما تُذكر صدمات الماضي.
عبّرت عن مشاعر من التهديد، الغضب ، والشعور بعدم الأمان في العلاقة الزوجية.
لحظات تأثر عاطفي ظهرت بوضوح أثناء الحديث عن ابنتها أو والدتها، وبرزت من خلال التوقف المفاجئ عن الكلام، دموع، ما يدل على تأثير وجداني عميق لم يُعالج بعد.
تظهر الحالة ميلاً إلى الصبر والكبت أكثر من التعبير، وتُظهر صراعًا داخليًا بين التماسك من جهة، والانهيار العاطفي من جهة أخرى.

4. محتوى التفكير:

أفكار الحالة الأولى تتمحور بشكل كبير حول خبرات صادمة سابقة، خاصة تلك المتعلقة بالإهمال، الإهانة، العنف الزوجي، كما تُظهر في خطابها إسقاطًا مستمرًا للمسؤولية عن تدهور حالتها الصحية على الزوج، خاصة ما تعلق بارتفاع نسبة السكر، وتصفه بأنه السبب المباشر في فقدان التوازن الانفعالي لديها.

5. القدرات العقلية:

تُظهر الحالة الأولى قدرة جيدة على الاستبقاء والانتباه، حيث تسترجع الأحداث بدقة زمنية واضحة، مع إدراك زمني ومكاني سليم.

ذاكرتها طويلة وقصيرة المدى سليمة، ووعيها بالواقع واضح. تُظهر أيضًا قدرة جيدة على تحليل المواقف المعاشة وربط الأسباب بالنتائج، ما يدل على سلامة العمليات العقلية العليا، رغم ما تعانيه من توتر نفسي مستمر.

6. الحكم والاستبصار:

تُظهر الحالة الأولى مستوى جيدًا من الاستبصار بمشكلاتها، وهي مدركة تمامًا للعلاقة بين الضغط النفسي والتدهور الصحي. تعبر بوضوح عن إدراكها لحجم المعاناة التي تعيشها، وتُظهر رغبة في التغيير والتحسّن، خاصة من خلال التركيز على أبنائها.

مع ذلك، لا تزال متشبثة بآليات دفاعية مثل الإنكار، الإسقاط، والانسحاب الاجتماعي النسبي، وتجد صعوبة في طلب المساعدة الصريحة، مكتفية بموقف "الصبر والتحمل."

كما يظهر نوع من التمزق العاطفي في علاقتها الزوجية، فهي لا تزال في علاقة قائمة، لكنها منفصلة وجدانيًا منذ سنوات، وتصف علاقتها بالزوج بأنها "علاقة سكن فقط."

2- عرض نتائج الحالة الأولى:

مقياس دافيتسون لكرب ما بعد الصدمة:

		0	1	2	3	4
الرقم	الخبرة الصادمة	أبدا	ناذرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	هل تتخيل صور، ذكريات،وافكار عن الخبرة الصادمة؟					X
2	هل تحلم احلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة؟			X		
3	هل تشعر بمشاعر فجائية او خيرت بان مايحدث لك سيحدث مرة اخرى؟					X
4	هل تتضايق من الاشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟					X
5	هل تتجنب الافكار او المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟					X
6	هل تتجنب المواقف والاشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟					X
7	هل تعاني من فقدان الذاكرة للاحداث الصادمة التي تعرضت لها(فقدان الذاكرة نفسي محدد).			X		
8	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟	X				
9	هل تشعر بالعزلة وبانك بعيد ولا تشعر بالحب اتجاه الاخرين او الانبساط؟				X	
10	هل فقدت الشعور بالحزن والحب (انك متلبد الاحساس)					X
11	هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقق اهدافك في العمل والزواج وانجاب اطفال؟			X		
12	هل لديك صعوبة في النوم او البقاء نائما؟			X		
13	هل تنتابك نوبات من الغضب والتوتر؟			X		
14	هل تعاني من صعوبة في التركيز؟				X	
15	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معك الأخرين)،ومن السهل تشتت انتباهك؟			X		
16	هل تستثار لأتفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ومتوقع الأسوء؟	X				
17	هل الأشياء والأشخاص الذين يذكورنك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة ضيق التنفس،والرعشة،والعرق الغزير وسرعة في ضربات قلبك؟			x		

جدول(04) مقياس كرب مابعد الصدمة لدافيتسون.

نتائج الاختبار:

البُعد	الدرجة القصوى	الدرجة المحصّلة	التفسير
استعادةالخبرة الصادمة.	20	18	مرتفعة
تجنب الخبرة الصادمة.	28	21	مرتفعة
الاستثارة العصبية الزائدة	20	14	مرتفعة
المجموع الكلي	68	55	مؤشر واضح على وجود إضطراب كرب مابعد الصدمة

الجدول(05) عرض نتائج الحالة الأولى

ومنه تعاني الحالة الأولى من أعراض دالة على اضطراب كرب ما بعد الصدمة(PTSD) ، حيث تظهر نتائج مرتفعة في أبعاد إعادة المعايشة والتجنب والاستثارة العصبية، مما يبرر إدراجها ضمن الفئة الأكثر عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية المرتبطة بالصدمة، خاصة وأنها تعاني من داء السكري.

3- حوصلة عن الحالة الأولى:

من خلال ما تم جمعه من معطيات أثناء إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة، والملاحظة الإكلينيكية، بالإضافة إلى تحليل نتائج مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيتسون، تبين أن الحالة الأولى تعاني من أعراض واضحة تدل على اضطراب كرب ما بعد الصدمة ، ناتج عن تراكم تجارب صادمة امتدت على مدى سنوات من حياتها الزوجية.

وتتمثل أبرز هذه التجارب في التعرض للعنف الجسدي والنفسي من قبل الزوج ،محاولة إسقاط الحمل عنوة في المرتين،التعرض لحادث حرق جسدي ،منع من حضور المناسبات العائلية والتعرض للطلاق التعسفي، كل هذه الأحداث الصادمة أدت أعراض يخصت عن طريق (DSM5) ، إعادة المعايشة وتتمثل في ذكريات متكررة واقتحامية و فرط في الاستثارة " نكون قاعدة فصالة حتى نتفكر شادالي تحكمني الديقة وقلبي يولي يدرب ونولي نرجف سيرتو كي يدخل لدار" كما يظهر عليها محاولات متكررة لتجنّب المحفزات الخارجية المرتبطة بالصدمة "مرنيش نغي نتلاقا معاه رني نلهي روحي بولادي" .

وقد أظهرت نتائج اختبار كرب ما بعد الصدمة أن الحالة تسجل درجة مرتفعة جدًا في بعد إعادة المعايشة، ودرجة مرتفعة كذلك في التجنب والاستثارة العصبية، ما يدل على أنها لا تزال حبيسة آثار الصدمة، التي لم تُعالج بشكل كافٍ رغم مرور الزمن.

إلى جانب المعاناة النفسية، كشفت الحالة عن أعراض سيكوسوماتية حادة متمثلة في داء السكري من النوع الثاني (تم تشخيصه بعد سلسلة من النوبات الانفعالية والإغماءات)،اختلال مستمر في نسبة الغلوكوز،أرق مزمن، اضطرابات في الشهية، وتوتر جسدي متكرر.

بناءً على كل ما سبق، يمكن القول إن حالة الأولى تُجسّد بشكل صريح نموذجًا من العلاقة الوثيقة بين الصدمة النفسية والاضطراب السيكوسوماتي، حيث تحوّلت الخبرة الصادمة غير المحتواة إلى أعراض جسدية مزمنة.

4- التقرير السيكولوجي للحالة الثانية :

الحالة الثانية

السن : 55 سنة

الحالة الاجتماعية : متزوج وأب لثلاثة أطفال

المستوى الدراسي : المسجد .

عدد الإخوة : 03 اخوة ذكور 02 اناث.

المهنة: عامل يومي.

الحالة المادية: ضعيفة

السكن: مع الزوج والأبناء

المرض العضوي المشخّص: داء السكري من النوع الثاني

-أهم جوانب التاريخ النفسي والإجتماعي للحالة :

ولد الحالة الثانية سنة 1970، ويبلغ من العمر 55 سنة، متزوج زواجًا عرفيًا، وأب لثلاثة أطفال. ينحدر من أسرة كبيرة مكونة من ثلاثة إخوة وأختين، نشأ في وسط شعبي تقليدي. لم يلتحق بالمدرسة النظامية، بل تلقى تعليمه الأولي في المسجد، حيث تعلّم القراءة والكتابة وحفظ القرآن، وهو ما منحه مكانة محترمة داخل مجتمعه .

وصف طفولته بأنها كانت "عادية"، غير أن المرحلة التي عاشها خلال شبابه كانت جد صادمة، حيث تزامنت مع العشرية السوداء ، وكانت المنطقة التي يسكن عبارة عن قرية كانت هدفًا متكررًا للارهاب، كما قال:"كنا نسكنو على برا، وكانو يجو عدنا الإرهاب بزاف". من بين أبرز الأحداث التي سردها خلال المقابلة:

رؤية أحد جيرانه مشنوقًا على أسلاك الكهرباء، والعثور ذات صباح على جثث 13 شخصًا بلا رؤوس، من بينهم صديقه المقرب، وهو ما ترك في نفسه صدمة . هذه التجارب ولّدت لديه نوبات من الكوابيس والأرق وإعادة معايشة المشاهد بشكل متكرر، حيث ذكر"كنت نوم منامات مشي ملاح في هذيك الفترة وميجينيش رقاد" بعد تحسن الوضع الأمني، عمل كـ"مصور فوطوغرافي" ميداني، متعاقدًا مع مصالح الدرك الوطني، وكان مكلفًا بتصوير حوادث المرور والجرائم، بما في ذلك الجثث الحوادث وحتى الجرائم . وهو العمل الذي

وصفه بعبارة:"كنت نصور الموتا و نومهم "، مما يشير إلى تفاقم أعراض كرب ما بعد الصدمة خلال تلك المرحلة.

عرف عنه في حيه قربه من المسجد، حيث ساهم في إنشاء جمعية لبناء مسجد جديد، وتم تعيينه كأمين مال للجمعية. غير أن هذه المرحلة شهدت توترات اجتماعية ونفسية شديدة، حيث صرح بأنه تعرّض للاتهامات والظنون، حيث قال: "كانوا حاسبيني راني نخون، وأنا راني نخدم في الجامع". عندما انتهت عهدته رفض تجديدها بسبب ما خلفته من تعب نفسي وشعور بالخذلان.

الأعراض النفسية عادت بقوة عند محاولته الصلاة في المسجد ذاته، فبدأ يشعر بالارتباك والتعرّق الشديد والرعشة، مما دفعه إلى تغييره بمسجد آخر، لكن التجربة تكررت عندما طُلب منه الإمامة، فقال:

"مقدرتش نصلي بيهم، وليت نرجف ونعرق"، وهي مؤشرات قوية على إعادة المعايشة ورد الفعل الفسيولوجي المرتبط بالصدمة.

في هذه المرحلة، وبعد تعرضه لجرح في القدم، تزامنًا مع سماعه عن بتر ساق أحد أقاربه، قام بإجراء تحاليل كشفت عن إصابته بداء السكري من النوع الثاني، رغم عدم وجود تاريخ عائلي للمرض. وهو ما يشير إلى ظهور المرض بعد حدث ضاغط نفسيًا ، كما صرّح بنفسه: "مكانش علابالي بيهم كي كنت أمين المال، بصح من بعد موليتش نجم" "ولّيت مقلق ونزعف بزاف"، ما يعكس ظهور اضطراب في المزاج والانفعال.

-فحص الهيئة العقلية ونتيجته:

1. الاستعداد والسلوك العام:

الرجل من النمط الجسمي العادي، ذو بنية قوية، بشرة بيضاء، عينين خضراء اللون ،وجه يحمل ملامح توتر دفين. لباسه بسيط وتقليدي، وغالبًا ما يرتدي القميص، ما يعكس انخراطه في الوسط الديني .

خلال الجلسات الأولى، بدا عليه نوع من التحفّظ، خاصة عند الحديث عن الفترات الحساسة في حياته .

تواصله البصري كان محدودًا، ونبرة صوته منخفضة ومتحفظة، تتصاعد أحيانًا عند محاولة تذكر مواقف صادمة.

ظهرت عليه بعض المؤشرات النفسية الحركية المرتبطة بالقلق، مثل تحريك اليدين المتكرر، التنهد، والتوقف المفاجئ عن الكلام.

كما صرح بمعاناته من اضطرابات في النوم، وتوتر مستمر، وانفعالات يصعب عليه ضبطها، خاصة في المواقف التي تذكره بالتجارب التي مر بها.

2. النشاط العقلي:

أظهر الحالة قدرة على التعبير بلغة عامية بسيطة، ممزوجة بمصطلحات دينية عند الحديث عن تجربته مع المسجد والجمعية.

خطابه عمومًا مترابط، رغم وجود بعض التكرار والإلحاح على مواضيع معينة مثل الشك، الخيانة.

كانت أفكاره واضحة، ،لم تظهر عليه مؤشرات اضطراب في التفكير أو تفكك في المعاني.

3. المزاج والعاطفة:

وجود طابع وجداني ثقيل، يميل إلى القلق، الانفعال، أبدى انفعالات عند الحديث عن المسجد، العمل مع الجثث، أو تجربة اكتشاف الجثث المقطوعة في العشرية السوداء.

تُظهر الحالة حساسية زائدة للتقييم الاجتماعي، حيث يربط الكثير من معاناته بردة فعل الآخرين تجاهه، سواء في المسجد أو في المجتمع، مما يكشف عن مشاعر الذنب والخذلان .

4. محتوى التفكير:

أساس تفكير الحالة على التجارب الصادمة المرتبطة بالعنف المسلح، الجثث، الصور الذهنية المخزنة، إضافة إلى التوترات التي رافقته في تجربته بالمسجد.

خطابه مليء بالذكريات الحادة والمرتبطة بصور الموت والدم، ما يدل على إعادة معايشة نشطة للصدمة.

كما تظهر لديه أفكار ذات طابع تشكيكي وسلبي بخصوص نوايا الآخرين، خاصة عند الحديث عن المحيط المسجد، وقد تكررت عبارات مثل: "ماكنوش باغيني".

5. القدرات العقلية:

أظهر توجها زمانيًا ومكانيًا سليمًا، مع قدرة جيدة على استرجاع الأحداث بتسلسل واضح.

الذاكرة سليمة، خاصة فيما يتعلق بالأحداث الصادمة التي سردها بتفاصيل دقيقة جدًا، مما يدل على وجود أثر عميق للأحداث المؤلمة، التركيز كان متذبذبًا في بعض الأحيان، لكنه عمومًا حافظ على تماسكه العقلي.

6. الحكم والاستبصار:

أظهر الحالة قدرًا لا بأس به من الاستبصار الذاتي، وصرّح بأنه يدرك العلاقة بين التوترات النفسية وتدهور حالته الصحية.

قال مثلًا: "من هديك الهدرو حكمني السكر"، ما يدل على وعيه بالصلة بين الاضطراب الانفعالي والجسدي.

يميل إلى ردّ أسباب معاناته إلى المحيط الخارجي، كما بدا مترددًا في طلب المساعدة النفسية بشكل صريح، ويُظهر ميلًا إلى التحمّل والكتمان بدل المواجهة.

5- عرض نتائج الإختبار:

مقياس دافيتسون لكرب ما بعد الصدمة:

		0	1	2	3	4
الرقم	الخبرة الصادمة	أبدا	ناذرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	هل تتخيل صور، ذكريات،وافكار عن الخبرة الصادمة؟					X
2	هل تحلم احلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة؟		X			
3	هل تشعر بمشاعر فجائية او خيرت بان مايحدث لك سيحدث مرة اخرى؟		X			
4	هل تتضايق من الاشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟					X
5	هل تتجنب الافكار او المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟			X		
6	هل تتجنب المواقف والاشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟			X		
7	هل تعاني من فقدان الذاكرة للاحداث الصادمة التي تعرضت لها(فقدان الذاكرة نفسي محدد).			X		
8	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟	X				
9	هل تشعر بالعزلة وبانك بعيد ولا تشعر بالحب اتجاه الاخرين او الانبساط؟			X		
10	هل فقدت الشعور بالحزن والحب (انك متلبد الاحساس)			X		
11	هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقق اهدافك في العمل والزواج وانجاب اطفال؟				X	
12	هل لديك صعوبة في النوم او البقاء نائما؟					X
13	هل تنتابك نوبات من الغضب والتوتر؟				X	
14	هل تعاني من صعوبة في التركيز؟			X		
15	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معك الأخرين)،ومن السهل تشتت انتباهك؟			X		
16	هل تستثار لأتفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ومتوقع الأسوء؟					X
17	هل الأشياء والأشخاص الذين يذكورنك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة ضيق التنفس،والرعشة،والعرق الغزير وسرعة في ضربات قلبك؟			X		

جدول(06) مقياس كرب مابعد الصدمة لدافيتسون.

نتائج الاختبار:

البُعد	الدرجة القصوى	الدرجة المحصّلة	التفسير
استعادةالخبرة الصادمة.	20	15	مرتفعة
تجنب الخبرة الصادمة.	28	20	مرتفعة
الاستثارة العصبية الزائدة	20	16	مرتفعة
المجموع الكلي	68	53	مؤشر واضح على وجود إضطراب كرب مابعد الصدمة

الجدول(07) عرض نتائج الحالة الثانية

ومنه يعاني الحالة الثانية من أعراض دالة على اضطراب كرب ما بعد الصدمة(PTSD) ، حيث تظهر نتائج مرتفعة في أبعاد إعادة المعايشة والتجنب والاستثارة العصبية، مما يبرر إدراجه ضمن الفئة الأكثر عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية المرتبطة بالصدمة، خاصة وأنه يعاني من داء السكري.

6- حوصلة عن الحالة الثانية:

من خلال ما تم جمعه من معطيات أثناء إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة، والملاحظة الإكلينيكية الدقيقة، بالإضافة إلى تحليل نتائج مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيتسون، تبيّن أن الحالة الثانية تعاني من أعراض دالة بوضوح على اضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمن، والذي تعود جذوره إلى تجارب صادمة متراكمة امتدت من فترة العشرية السوداء إلى تجاربه المهنية والدينية في مراحل لاحقة من حياته.

وتتمثل أبرز هذه التجارب في رأية مشاهد عنف شديدة خلال العشرية السوداء (جثث مقطوعة الرأس، اغتيالات جماعية)، العمل في تصوير الجثث مع مصالح الأمن، مما زاد من إعادة المعايشة والكوابيس ويدل ذلك حسب (DSM5) وظهور أعراض اقتحامية (مثل الكوابيس والفلاش باك) كما ظهرت لديه

سلكوكات التجنب "موليتش نقد نصلي فيهذاك لجامع ملغري هو القريب ليا" كما انه ظهرت عليه أعراض فرط الاستثارة " كيصليت بيهم وليت نعرق ونرجف ومشي من عادتي موالف نورمال"

وقد أظهرت نتائج اختبار كرب ما بعد الصدمة أن الحالة سجلت درجات مرتفعة في جميع الأبعاد الثلاثة للمقياس، ما يدل على أن الحالة لا يزال يعاني من صدمة نفسية لم يتم احتواؤها، إلى جانب المعاناة النفسية، ظهر على الحالة أعراض جسدية ذات طابع سيكوسوماتي، تجلت في الإصابة بداء السكري من النوع الثاني رغم غياب التاريخ العائلي للمرض،تزامن بداية المرض مع أزمة نفسية حادة تلت تجربة المسجد، صعوبة في النوم، اضطرابات في المزاج، انفعالات زائدة.

بناءً على ما سبق، يجسد الحالة الثانية مثالًا واضحا للتأثير التراكمي للصدمة النفسية على الجسد، وتؤكد العلاقة بين الاضطرابات النفسية متمثلة في صدمات نفسية وظهور الأمراض السيكوسوماتية المزمنة، تجلت في داء السكري من النوع الثاني، الذي مثّل في هذه الحالة نتاجًا مباشرًا لانهيار التوازن النفسي على المدى الطويل.


الفصل السادس

الفصل السادس: مناقشة نتائج البحث على ضوء فرضيته.

1- نص فرضية البحث.

2- بالنسبة للحالة الأولى

3- بالنسبة للحالة الثانية.

4- خلاصة نتئج البحث.

5- مقترحات.

مناقشة نتائج البحث على ضوء الفرضيات :

1- نص فرضيات البحث:

- تساهم التجارب الصادمة في نشأة داء السكري.

- الاستمرارية الدينامية للصدمة النفسية المزمنة لها دور في ظهور داء السكري.

2- بالنسبة للحالة الأولى:

تُظهر الحالة الأولى تجسيدًا واضحا لسيرورة التحوّل من الصدمة النفسية غير المحتواة إلى اضطراب سيكوسوماتي مزمن، تمثل في الإصابة بداء السكري من النوع الثاني، وقد أكدت نتائج مقياس كرب ما بعد الصدمة أن الحالة تعاني من اضطراب PTSD مرتفع جدا (مجموع 68/55)، خاصة في بعدي إعادة المعايشة والتجنب، ما يعكس استمرار الصدمة دون معالجة.

هذه النتائج تتوافق مع التصنيف التشخيصي لـ DSM-5 الذي يعرّف PTSD كاستجابة نفسية تظهر بعد حدث صادم يتضمن تهديدًا مباشرًا للحياة، وتُعبر عن نفسها بأربعة أبعاد: إعادة المعايشة، التجنب، اضطرابات المزاج والإدراك، وفرط الاستثارة، ويشترط أن تُسبب هذه الأعراض خللًا وظيفيًا ومعاناة مستمرة .

(Association American Psychiatric, 2013, p. 343)

يمكن فهم هذا التحول المرضي على ضوء النموذج السيكوسوماتي لمدرسة باريس، خاصة وفق أطروحة Pierre Marty، الذي يرى أن غياب القدرة على الترميز والانفصال الانفعالي يؤدي بالجسد إلى أن "يتكلم مكان النفس"، بضهور أمراض جسدية عضوية، غير قابلة للتفسير من الناحية الطبية، وهذا ما نراه في الحالة ، الذي أصبح جسدها يعبر عن الألم المتراكم من خلال اختلال فسيولوجي تمثلة في السكري.

كما تبرز أعراض الحالة الاولى من خلال ما يُعرف بالاكتئاب الأساسي (dépression essentielle) عندMarty ، الذي يُعتبر مقدمة مباشرة للاضطرابات السيكوسوماتية، حيث لم تُظهر الحالة في البداية شكوى

صريحة من الحزن، كما صرحت "ما كنت نهدر كان كي يدربني وندابزو نرفد جلابتي ونخرج ندور برا كيطيح الظلما نولي" كان هناك فقر انفعالي تدريجي ، كما تدل على ذلك معاناتها من الأرق المزمن، الانفصال العاطفي. (marty, 2021, p. 29)

من منظور النموذج الإدماجي لـStora، فإن الاحداث الصادمة (كالعنف الزوجي، الشعور بالإهانة، الكبت العاطفي المزمن) تداخلت مع العوامل العصبية، لتنتج تغيرًا في التنظيم النفسي والعضوي .

يرى stora stora أنه عندما تقع أحداث ذات طبيعة صدمية بطريقة جد مضبوطة، فإنها تحدث على مستوى الجهاز النفسي قطع بين التصورات العقلية السلوكات والعواطف، لايمكن معالجت الاستثارات على المستوى الجهاز العقلي، لهذا فهو يحولها إلى مستوى الأنظمة التحتية العصبية، واذا كانت هذه الانفعالات أقوى من هذه الأنظمة يحدث خلالا على مستوى هذه الأنظمة، (قهيري و آيت قني سعيد، 2024، صفحة 38) كما ظهر في نتائج الحالة لاختبار دافيتسون كانت شدة الأعراض مرتفعة جدا.

أما في ضوء النموذج العلائقي لسامي علي، فيمكن القول إن عدم توازن التطور النفسي والعاطفي للحالة (نتيجة التذبذبات العاطفية الأسرية في مرحلة مبكرة، والزواج القهري، وغياب الدعم العائلي) خلق بنية نفسية غير قادرة على الاحتواء، مما أدى إلى فشل الدفاعات النفسية وظهور الجسد كأداة تعبيرية عن المأزق الوجودي والمعاناة. هذا ما يظهر في رفضها التام للعلاقة الجنسية، وتمركز الشكوى حول أعراض جسدية بدل المعاناة النفسية المباشرة . (فاسي و محمد الصغير ، 2017، صفحة 20)

وعليه فيمكن القول أن فرضيات البحث تحققة في الحالة الأولى.

3- بالنسبة للحالة الثانية:

أظهرت الحالة الثانية علامات واضحة على **صدمة نفسية** كما أشارت نتائج اختبار كرب ما بعد الصدمة لدافيتسون إلى مستوى عالٍ من الأعراض، بمجموع كلي قدره 68/53، مما يعكس أثرًا نفسيًا صادما لا يزال نشطًا بعد سنوات من انتهاء الأحداث ، حيث تعرض لسلسلة من الخبرات الصادمة الشديدة والمتكررة، بدأت منذ فترة العشرية السوداء، تكررت عناصر الصدمة عبر تجربته المهنية كمصور جنائي (يعمل مع مصالح الأمن)، حيث كان يتعامل يوميًا مع مشاهد الجثث وحوادث العنف، ثم جاءت أزمة اجتماعية بعد التشكيك في أمانته كأمين مال في المسجد، مما عزز مشاعر الإهانة، فقدان الثقة، هذه الخبرات تنطبق تمامًا حسب DSM-5، الذي يحدد الحدث الصادم بأنها تعرض مباشر أو مشاهدة لموت حقيقي، أو تهديد بالإصابة الخطيرة، أو العنف الجنسي، سواء بشكل شخصي أو من خلال التعرّض المتكرر لتفاصيل صادمة لهذا النوع من الأحداث. (Association American Psychiatric, 2013)

من منظور الديناميكية السيكوسوماتية حسب النموذج مدرسة باريس(Pierre Marty) ، فإن الحالة تُمثل مثالًا على عجز البنية النفسية عن الترميز ، ما أدى إلى تعبير الجسد عن المعاناة النفسية. وقد ظهرت أعراض سيكوسوماتية واضحة تمثلت في الإصابة بداء السكري من النوع الثاني، الذي جاء بعد أزمة نفسية حادة، دون وجود سجل عائلي وراثي للمرض، ما يدعم التفسير السيكوسوماتي (marty, 2021, p. 26) .

في نفس السياق، يفسر Stora ظهور الاضطرابات الجسدية المزمنة كنتيجة لتكرار التعرض لصدمة غير مستوعبة نفسيًا، حيث يؤدي ذلك إلى خلل في محور HPA ، وخلل في إفراز الكورتيزول والأنسولين، مما يسرّع من ظهور أمراض مثل السكري (قهيري و آيت قني سعيد، 2024، صفحة 36).

ويُعزّز النموذج العلائقي لسامي علي هذا التفسير، حيث يُنظر إلى الجسد باعتباره أداة تعبير عن اضطراب العلاقة بين الذات والآخر (السلطة، الجماعة، الدين)، وهو ما يظهر بوضوح في علاقة الحالة

بالمجتمع الديني التي كانت مصدرًا للخذلان والتهميش، وأثرت بشكل مباشر في انهيار التوازن النفسي-الجسدي لديه. (فريدة و فاطيمة، 2023، صفحة 18)

وعليه فيمكن القول أن فرضيات البحث تحققة في الحالة الثانية.

4- الاستنتاج:

من خلال دراسة الحالتين العياديتين اعتمادًا على أدوات البحث الإكلينيكي المتمثلة في المقابلة النصف موجهة، والملاحظة العيادية، واختبار فحص الهيئة العقلية، بالإضافة إلى تطبيق مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون ، تبيّن أن كلتا الحالتين تُعانيان من اضطراب كرب ما بعد الصدمة بدرجات متفاوتة، ناتج عن تراكم تجارب صادمة لم تحظ بالمعالجة النفسية أو الاحتواء الانفعالي الكافي. وقد تجلّت هذه الصدمات في خبرات طويلة من التعرض للعنف و مشاهدته، التهديد، التعرض لمشاهد مروعة، والخذلان، سواء داخل الإطار الأسري كما في الحالة الأولى، أو في المحيط الاجتماعي كما في الحالة الثانية، ما أدى إلى تفكك تدريجي في التوازن النفسي، ثم انتقال المعاناة إلى المستوى الجسدي من خلال الإصابة بداء السكري من النوع الثاني، وهو ما يُعطي لهذه الاضطرابات بُعدًا سيكوسوماتيًا واضحًا.

وقد كشفت نتائج اختبار كرب ما بعد الصدمة عن دراجات متقارب بين الحالتين تمثلت في ارتفاع درجات إعادة المعايشة والتجنب والاستثارة الانفعالية، مما يدل على أن كلا الحالتين لا تزالان تحت تأثير الخبرة الصادمة، وأن الأعراض الجسدية المزمنة ليست سوى امتداد عضوي لانفعالات مكبوتة ومعاناة نفسية. كما بين فحص الهيئة العقلية مؤشرات انفعالية دالة على الإجهاد المزمن، مثل اضطرابات النوم، التوتر العضلي.

رغم هذا التقارب في المعطيات السريرية، إلا أن الدراسة أظهرت اختلافًا نوعيًا مهمًا بين الحالتين؛ إذ أن الحالة الأولى تميزت بوجود اضطراب اكتئابي مشارك، تم تشخيصه سابقًا من قبل طبيب الأمراض العقلية، وقد أكدت الحالة ذلك خلال المقابلة، مشيرة إلى تناولها لمضادات الاكتئاب لفترة قصيرة. هذا الاكتئاب المرافق أعطى لحالتها النفسية طابعًا أكثر حدة وتعقيدًا، حيث بدا الانسحاب الاجتماعي، اضطرابات الشهية والنوم، مما ساهم في يتفاقم من أثر الصدمة، ويزيد من احتمال تحولها إلى عرض جسدي مستمر كداء السكري.

إن دراسة هاتين الحالتين تؤكد أن التجربة الصادمة ، تتحول إلى أعراض جسدية مزمنة، وأن داء السكري في بعض السياقات لا يمكن فهمه طبيًا فقط، بل يحتاج إلى قراءة نفسية معمقة، تأخذ بعين الاعتبار التاريخ الصدمي للمريض، والبنية النفسية الدفاعية، وطريقة تعامله مع الألم. كما تبرز هذه النتائج ضرورة إدماج البعد النفسي في التكفل العلاجي بالاضطرابات المزمنة، وتشجيع التعاون بين الطبيب النفساني والأخصائي العضوي، خاصة في الحالات التي يُلاحظ فيها غياب تفسير عضوي كافٍ لتفاقم الأعراض.

وعليه، فإننا نستنتج أن فرضية البحث التي تربط بين التجارب الصادمة والاضطرابات السيكوسوماتية، قد تأكدت ميدانيًا من خلال ما أظهرته الحالتان من تفاعل قوي بين الصدمة النفسية والمعاناة الجسدية، مما يستدعي المزيد من الاهتمام بالبعد العيادي المتعدد المستويات في مقاربة مثل هذه الاضطرابات المعقدة.


الخـاتـمـة

خـاتـمـة:

لقد حاولنت من خلال هذه المذكرة تسليط الضوء على العلاقة المعقدة بين الصدمة النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية، وذلك انطلاقًا من فرضية مفادها أن التجارب الصادمة تؤدي إلى نشوء أمراض جسدية مزمنة ذات أساس نفسي، وكان داء السكري من النوع الثاني نموذجًا تطبيقيًا لذلك.

انطلقنا أولًا من الإطار النظري الذي استعرضنا فيه المفاهيم الأساسية المتعلقة بالاضطرابات السيكوسوماتية، وتاريخها، ومظاهرها العيادية، والنماذج التفسيرية المختلفة التي قاربت هذه الظاهرة من منطلق نفسي دينامي، بيولوجي، واجتماعي. كما خصصنا فصلًا لتوضيح الجوانب السيكولوجية لداء السكري، وكيفية تداخله مع العوامل النفسية، خاصة في ظل الضغوط الممتدة والتجارب الصادمة.

أما في الجانب التطبيقي، فقمنا بدراسة حالتين سريريتين تعانيان من داء السكري من النوع الثاني، ولكل منهما تاريخ طويل من الصدمات النفسية التي لم تحظ بالاحتواء أو التفريغ العلاجي، مما أدى إلى ظهور أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة**(PTSD)** ، مصحوبة باختلالات جسدية تمثلت في اختلال نسبة السكر في الدم.

أظهرت نتائج الدراسة أن الصدمة النفسية، خاصة عندما تكون شديدة وممتدة، وتفتقر لآليات الاحتواء والدعم، قد تُسهم بشكل كبير في تحوّل الألم النفسي إلى مرض عضوي، وهو ما أكدته نتائج اختبار كرب ما بعد الصدمة، والملاحظة السريرية، وفحص الهيئة العقلية، حيث برز التفاعل بين الجسد والنفس بشكل واضح في كلتا الحالتين.

إن هذه النتائج تعزز المقاربة التفسيرية السيكوسوماتية التي تنظر إلى الجسد كمرآة لمعاناة نفسية دفينة، وتؤكد ضرورة إدماج البعد النفسي في قراءة الأمراض العضوية، لا سيما المزمنة منها، وتُبرز الحاجة إلى تدخلات علاجية شمولية تراعي الأبعاد النفسية والعاطفية للمريض، وليس فقط مظاهره البيولوجية.

وفي ضوء ما توصلنت إليه، يمكن القول إن الصدمة النفسية ليست فقط خطرًا على التوازن النفسي، بل قد تكون أيضًا مهددًا حقيقيًا للصحة الجسدية، وهو ما يجعل من فهم هذه العلاقة وتكامل المقاربة النفسية والطبية ضرورة ملحة في منظومة العلاج الحديث.

5- مقترحات:

- تعزيز التكفل النفسي بالمصابين بداء السكري داخل المراكز الصحية، وذلك بإدراج تقييم نفسي روتيني لهم، بهدف الكشف المبكر عن الصدمات النفسية غير المحتواة.
- اعتماد المقاربة السيكوديناميكية في الممارسة العيادية وربط الأعراض الجسدية بالتاريخ النفسي للمريض.
- إدماج المعالج النفسي في فرق العلاج المتعددة التخصصات في المؤسسات الاستشفائية ، لضمان تكفل شامل بالحالات التي تعاني من أمراض مزمنة مرتبطة بخلفية نفسية.
- إعادة الاعتبار للصدمة النفسية كعامل مسبب أو مشارك في كثير من الأمراض الجسدية، والحرص على دمج هذا البعد في مجالات الصحية.
- التأكيد على أهمية العلاج النفسي للمرضى الذين أظهروا ارتباطًا بين صدماتهم النفسية والاضطرابات الجسدية، وعدم الاكتفاء بالتدخل الدوائي فقط.


المـراجـع

قائمة المراجع:

أولا: المراجع باللغة العربية:

1. أمال فاسي، و شريف محمد الصغير . (2017). السيكوسوماتية: مقاربات نفسية للممارسات الطبية. *مجلة الأبحاث النفسية والتربوية*، 07-23.
2. أحمد الحمداني. (2021). الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض icd-11.
3. حنان قهيري ، و نعيمة آيت قني سعيد. (2024). المقاربة السيكوسوماتية الجديدة لسياقات الجسدنة لـ J.B Stora. دراسات نفسية وتربوية،30-48.
4. خطاب محمد أحمد محمود. (2017). علم النفس المرضي دراسات إكلينيكية متعمقة. القاهرة: المكتب العربي للمعارف.
5. شهيدة جبار. (2016). الزمن الذاتي لدى المكتب الحصري : اسهامات اختبار الرورشاخ وال TAT. أطروحة لنيل شهادة الدكتورته الذاتية في علم النفس العيادي وعلم النفس المرضي، جامعة باريس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2، الجزائر.
6. صالح حسين، قاسم. (2008). الامراض النفسية والانحرافات السلوكية وطرق علاجها. عمان: دار الدجلة.
7. عبد الستار ابراهيم، و عبد الله عسكر. (2008). علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي،. (4، المحرر)
8. عبد اللطيف متولي فكري ، و خالد غازي الدبحلي. (2007). دراسة حالة لذوي الاحتياجات الخاصة.
9. نسيمة , خنتيش, و علي, نقادي، (2022) الاضطرابات السيكوسوماتية الناتجة عن صدمة الاعتداء الجنسي لدى خريجي السجون. تيارت: جامعة ابن خلدون .
10. فريدة بوروبي رجاح ، و فاطيمة شلال. (2023). الداء السكري كاضطراب سيكوسوماتي لدى المراهق المتمدرس. مجلة دراسات إنسانية واجتماعية، 577-600.

11. محمد حسن، غانم. (2011). الإضطرابات النفسجسدية. مصر القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع

12. ناصر الدين زيدي ، و نصيرة لمين. (2017). مباديء الصحة النفسية والارشاد.

13. نادية ولهى. (2023). اضطراب ما بعد الصدمة لدى المراهقين المصابين بداء السكري دراسة ميدانية لثلاثة حالات بمصلحةي بمستشفى الزهراوي. جامعة مسيلة.

14. منظمة الصحة العالمية. (14 أفريل, 2024). داء السكري. تم الاسترداد من https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

15. Ethno-Medizinisches Zentrum. (2017). الاضطرابات الناتجة عن الصدمة النفسية والاضطراب المجهد بعد الصدمة النفسية (PTBS): الأسباب والتداعيات والمساعدات. (د. سلمان رمضان، المترجمون) وزارة الشؤون الاجتماعية والصحة والمساواة في ولاية نيدارساغسن – ألمانيا.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية:

1. Alexandra Sifferlin. (2015). Women with symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) have a two-fold increased risk for type 2 diabetes, according to a new study.
2. Association American Psychiatric. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
3. Boris Cyrulnik. (2018). Traumatisme et résilience. Soigner le traumatisme: Bulletin national santé mentale et précarité.70-69 ،
4. Chahraoui, K. (2014). 15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme. Dunod.
5. Eric Vermetten, Clare pain Ruth A. Lanius. (2010). The impact of early life trauma on health and disease. Cambridge university press.
6. Férenczi. (1932). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. . Œuvres complètes.
7. Hackett, r., & andrew, s. (2017). Type 2 diabetes mellitus and psychological stress – a modifiable risk factor. Nature Reviews Endocrinology, 547-560.
8. Herman, J. (1992). Trauma and recovery. New York: Basic Books.
9. Josse, È. (2016). Les troubles psychotraumatiques: Clinique, évaluation et prise en charge. Paris: Dunod.
10. Lebigot, F. (2006). Le Traumatisme Psychique. Temps d'Arrêt.

11. marty, p. (2021). La psychosomatique de l'adulte. (8, Éd.) Paris: Presses Universitaires de France.

12. Matthew J. Friedman/Terence M. Keane/Patricia A. Resick. (2014). Handbook of PTSD, Second Edition: Science and Practice. Guilford Press.

13. Nom Prénom. (Année). Thèse de Doctorat en. Titre ،Numero de page.

14. Pat Ogden, K. M. (2006). Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy. Norton & Company.

15. pendiniell, & fernandez. (2020). lobservation clinique et letude de cas. (4, Éd.) paris: armand colin.

16. Salmona, m. (2018). La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma. Les Cahiers de la Justice,, 69-87.

17. Standards of care in diabetes. (2024). Diabetes Care, 1-19. Retrieved from https://doi.org/10.2337/dc24-S001

18. typeps of interviews in research تم الاسترداد من .(2022 ,03 10) . .scribbr: www.scribbr.com

19. Van der Kolk. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York: Viking.

20. World Health Organization. (2018). nternational Classification of Diseases – 11th Revision (ICD-11). Genève: OMS.

21. Young, A. (1995). he Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. Princeton University Press.


الملاحق

ملحق 1: مقياس كرب مابعد الصدمة لدفيتسون

ترجمة عبد العزيز ثابت .

الاسم:.....العمر:.....الجنس(ذكر_انثى)

عزيزي /عزيزتي الاسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية.كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحتك ومشاعرك خلال الفترة السابقة من فضلك اجب على كل الاسئلة.علما بان الاجابات تاخذ احد الاحتمالات 0_ابدا،1_نادرا،2_احيانا،_3غالبا،4_دائما.

		0	1	2	3	4
الرقم	الخبرة الصادمة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	هل تتخيل صور، ذكريات،وافكار عن الخبرة الصادمة؟					
2	هل تحلم احلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة؟					
3	هل تشعر بمشاعر فجائية او خيرت بان مايحدث لك سيحدث مرة اخرى؟					
4	هل تتضايق من الاشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟					
5	هل تتجنب الافكار او المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟					
6	هل تتجنب المواقف والاشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟					
7	هل تعاني من فقدان الذاكرة للاحداث الصادمة التي تعرضت لها(فقدان الذاكرة نفسي محدد).					
8	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟					
9	هل تشعر بالعزلة وبانك بعيد ولا تشعر بالحب اتجاه الاخرين او الانبساط؟					
10	هل فقدت الشعور بالحزن والحب (انك متلبد الاحساس)					
11	هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقق اهدافك في العمل والزواج وانجاب اطفال؟					
12	هل لديك صعوبة في النوم او البقاء نائما؟					
13	هل تنتابك نوبات من الغضب والتوتر؟					
14	هل تعاني من صعوبة في التركيز؟					
15	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معك الأخرين)،ومن السهل تشتت انتباهك؟					
16	هل تستثار لأتفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ومتوقع الأسوأ؟					
17	هل الأشياء والأشخاص الذين يذكورنك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة ضيق التنفس،والرعشة،والعرق الغزير وسرعة في ضربات قلبك؟					

ملحق 2:دليل المقابلة العيادية النصف موجهة. (نسيمة و علي، 2022)

الحالة:

السن : المهنة:

الحالة الاجتماعية : الحالة المادية:

المستوى الدراسي : عدد الإخوة :

السكن: المرض العضوي المشخّص:

- ماهو الاسم الكامل و تاريخ و مكان الميلاد ؟ ماهو مستواك التعليمي؟
- ماهي المهنة التي تزاولها حاليا؟ ماهي حالتك العائلية الحالية؟
- ماهو عدد افراد عائلتك و ترتيبهم ؟
- ماهي الأحداث الصادمة التي تعردت لها؟
- ما نوع المشاكل و الاعتداءات التي تعرضت لها ؟
- هل تعرضت للاعتداء أو شاهدتها؟
- هل يمكن ان تسرد لي كيف جرى ذلك؟
- هل يمكن ان تسرد لي ماذا احسست اثناء تعرضك لهذه الأحداث؟
- هل يمكن ان تسرد لي ماذا احسست بعد تعرضك لهذه الأحداث؟
- كم ماهي ذكرياتك عن تلك الصدمات.. ماهو معدل تكرارها ؟
- ماهي احلامك عن تلك الخبرات .. ماهو معدل تكرارها ؟
- هل تعاني من ومضات الذاكرةbach flash خاصة بالاعتداء وتلك المشاهد ؟
- هل تصاب باحباط عند تعرضك لشيءيذكرك الخبرات الصادمة؟
- هل تصاب باضطرابات فيزيولوجية عند تعرضك لشيءيذكرك الخبرة الصادمة ؟

- هل تتجنب الذكريات و الافكار و المشاعر التي انتابتك اثناء الخبرات الصادمة ؟
- هل تتجنب كل مايذكرك بالتجارب الصادمة من اشخاص و اماكن و اشياء؟
- هل تعاني من عدم القدرة على تذكر تلك الأحداث او جزء هام منه؟
- هل تعاني من مشاعر سلبية كالخوف و العار و الشعور بالذنب...منذ متى؟
- هل تغير نشاط حياتك بعد الأحداث الصادمة ؟
- هل تعاني من نوبات الغضب.... منذ متى مرة تعرضت للاعتداء أو مشاهدة احداث صادمة؟
- هل انت متيقظ بشكل مبالغ به؟
- هل تعاني من مشاكل في التركيز.... منذ متى؟
- هل تعاني من اضطرابات في النوم..... و ماهي طبيعة احلامك؟
- هل الاضطرابات السابقة تشكل عائقا لك في حياتك الاجتماعية و المهنية؟ ما هو المرض الذي تعاني منه حاليا؟ ومنذ متى تعاني منه؟
- ما هي الاعراض التي تعاني منها حاليا؟ ماهي الادوية التي تتناولها حاليا؟
- كيف ظهر المرض اول مرة؟
- ماهو العرض الذي ظهر اول مرة و متى ظهر؟
- ماذا حدث قبل شهر.ستة اشهر.سنة.سنتين.ثلاثة سنين فما فوق لظهور العرض لاول مرة ؟
- متى زرت الطبيب اول مرة بسبب هذا العرض؟
- ماهي الاجراءات التشخيصية التي قمت بها تحاليل للدم و الهرمونات...؟
- كيف تنظر الى مرضك الان ؟
- ما هي أهم الصعوبات التي يسببها لك مرضك الجسدي حاليا؟

ملحق 3 :اتفاقية الجامعية للتربص.

Conformément au décret exécutif n°13-306 du 24 chaoual 1434 correspondant au 31 aout 2013 portant organisation de stage pratique et en milieu professionnel à l'intention des étudiants

CONVENTION DE STAGE

ENTRE :

l'*Université d'Oran 2 – Mohamed ben Ahmed, Faculté des Sciences Sociales* ayant son siège a Es SENEA , campus TALEB AHMED MOURAD .

représenté par le chef de département de psychologie et orthophonie ...BELABED Abdelkader

D'une part

Et :

L'établissement ou l'administration d'accueil : EPSP Front de Mer

Représenté par ***Le directeur : M*** Mme YAKoubi AÏCHA

D'autre part

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

- Article N°01 : Dispositions générales :

La présente convention est régie par les dispositions de l'article 6 du décret exécutif n°13-306 du Chaoual 1434 correspondant au 31 aout 2013 portant organisation de stages pratiques et en milieu professionnel à l'intention des étudiants de psychologie et orthophonie.

-Article N°02 : Objet de la convention

-La présente convention a pour objet de préciser le cadre d'organisations et de déroulement des stages pratique et en milieu professionnel, à l'intention des étudiants du département de ***psychologie et d'orthophonie,*** l'***Université d'Oran 2 – Mohamed ben Ahmed, Faculté des Sciences Sociales.***

-Le stage concerne les étudiants inscrits en vue de l'obtention du diplôme en psychologie et ou du diplôme en orthophonie.

-L'organisme ci-dessus désigné accueille au sein de ses structures dans le cadre de stage pratiques . .

-Article N°03 : <u>Objectifs du stage</u> :

Le stage de formation a pour objet de :

- Permettre à l'étudiant de mettre en pratique ses connaissances théoriques méthodologiques acquis durant sa formation et réaliser le projet de fin d'études par la préparation d'un mémoire.
- Préparer l'étudiant à la vie professionnelle.
- Compléter le cursus pédagogique de l'étudiant.

-Article N°4 : <u>Thèmes des stages et organisation du travail</u>

Les thèmes des stages ainsi que les plans de travail des stagiaires et les objectifs assignés aux stages sont laissées à l'appréciation des encadreurs des stages et sont déterminés selon le programme d'études et le sujet de fin d'études validés par l'encadreur enseignant-chercheur de l'établissement universitaire, avec l'accord des instances pédagogiques de l'***Université d'Oran 2 – Faculté des Sciences Sociales*** et des instances concernées par la prise en charge des stages de l'établissement et de l'administration d'accueil.

-Article N°0 5 : <u>Désignation des encadreurs et maître de stage</u>

-L'établissement universitaire désigne un encadreur enseignant-chercheur, l'établissement d'accueil désigne un maître de stage.

- -Durant sa présence sur les lieux du stage, le stagiaire est placé sous l'autorité hiérarchique du maître de stage désigné.

-Il doit respecter strictement les dispositions du règlement intérieur de l'établissement ou de l'administration d'accueil et du service où il est affecté.

-Article N°06 :<u>Modalité pratiques de déroulement du stage :</u>

-Périodicité des stages

Les stages se dérouleront sur la période ..... du ... au ...

- Terrain de stage

-Couverture sociale du stagiaire

-La couverture de la sécurité sociale est assurée par l'***Université d'Oran 2 – Mohamed ben Ahmed, Faculté des Sciences Sociales***.

-Conditions d'absences du stagiaire

La gestion des absences est à la charge de l'encadreur enseignant-chercheur en charge de l'***Université d'Oran 2 – Mohamed ben Ahmed, Faculté des Sciences Sociales.***

-Article N° :07 Entrée en Vigueur : aucune des parties ne devra être considérée comme ayant failli a ses obligation contractuelles, dans la mesure ou l'exécution de celle –ci aurait été retardée, gênée ou empêchée par un cas de force majeure. Sera considéré cas de force majeure, toutes situation échappant complètement au contrôle des parties et qu'elles n'auraient pu raisonnablement ni prévenir,

Article N°0 8 : Aucune des parties ne devra être considérée comme ayant failli a ses obligations prévoir.

Article N°0 9 : Toute divergence relative à l'interprétation de la présente convention sera réglée à l'amiable .

La présente convention entre en vigueur à partir de la date de sa signature par les deux parties.

IZIDI SAI

L'établissement d'accueil

Université d'Oran 2 – Mohamed ben Ahmed,
Faculté des Sciences Sociales
Le chef de département

Représenté par le Directeur

ORAN le : 05 MAI 2025