

العنوان:	امتدادات سيكولوجية لثنائية النفس والجسد
المصدر:	مجلة دفاتر مختبر الأبحاث والدراسات النفسية والإجتماعية
الناشر:	جامعة سيدي محمد بن عبد الله - كلية الآداب والعلوم الإنسانية - مركز الأبحاث والدراسات النفسية والإجتماعية
المؤلف الرئيسي:	بدري، زكرياء
مؤلفين آخرين:	أفرفار، علد(مراجع)
المجلد/العدد:	ع9
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2017
الصفحات:	183 - 200
رقم MD:	1018723
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	HumanIndex
مواضيع:	علم النفس الطبي، الاضطرابات السيكوسوماتية، الأمراض العضوية، الصحة النفسية
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/1018723

امتدادات سيكولوجية لثنائية النفس و الجسد

* زكرياء بدري

**مراجعة: علي أفرفار

مقدمة

نروم من وراء موضوع هذا المقال إلى ملامسة حضور مفارقات تطرحها إشكالية النفس / جسد في تناول مواضيع سيكولوجية معينة، إذ يتأطر من جهة ضمن رؤية إبستمولوجية تعيد إحياء الإجابة عن سؤال فلسفي قديم يتعلق بتحديد العلاقة بين النفس والجسد، وذلك قصد إعادة التفكير في هذه الثنائية ضمن ما تتيحه الإمكانيات التجريبية والعلمية من قدرة على التدقيق في أوجه هذه العلاقة. فإذا كانت النفس كمالاً أولاً لجسم آلي ذي حياة بالقوة كما اعتقد أرسطو، أو أنها تعكس حقيقة الجسم المتوارية خلف تمظهراته الحسية كما ذهب إلى ذلك أفلاطون، أو أنها جوهر يتسم بخاصية التفكير كما رام إلى ذلك ديكارت (117)، فإنها اليوم وانسجاماً مع التقدم الجاري في علم الأعصاب والذكاء الاصطناعي وعلم النفس المعرفي، يمكن اعتبارها اشتغالا ذهنياً تشكل الذاكرة جوهره. أما الجسم الذي ظل إلى حدود فلسفة نيته (فلسفة الجسد) ينظر إليه كشيء مدنس تسعى النفس جاهدة إلى التخلص منه، حتى وإن نظر إلى العلاقة بينه وبينها في إطار تفاعل اختزالي

(تموقع النفس في الغدة الصنوبرية: ديكارت). أصبح ممثلاً في الدماغ نقطة مرجعية يستند إليها لإضفاء المشروعية على النتائج التي يتوصل إليها سواء في علم النفس أو في اللسانيات أو في فلسفة الذهن.... من هذا المنطلق نسعى إلى استثمار هذه الخلفية المرجعية للتأكيد على وحدة «الأنا»، تجاوزاً للرؤية الاختزالية أو الفصل التام بين مكوناتها، وذلك عبر افتراض أن التأثير على الجسم سيقود إلى تأثر النفس وأن التأثير على النفس سيقود إلى تأثر الجسم. أما من جهة أخرى، توظف موضوع هذا المقال هوية علم النفس الطبي

* باحث في علم النفس، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهرار، فاس.

** مختبر الأبحاث والدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، فاس

(1) - يمكن الرجوع إلى هذه الأفكار الفلسفية في: مصطفى، الحداد. (1995)، اللغة والفكر وفلسفة الذهن. منشورات جمعية الأعمال الاجتماعية والثقافية لكلية الآداب تطوان، سلسلة دراسات.

Psychologie Médicale في توجهه القائم على تطبيق المفاهيم والطرق المتبعة في علم النفس أثناء دراسة الأمراض العضوية (118، Jeammet Ph.، Reynaud M.، Consoli، S.1980). وقد جعلنا ذلك نفترض النظر إلى المرض العضوي كاضطراب سيكوسوماتي آخذين بعين الاعتبار التحول الجاري في هذا الوصف من التصنيف الأول إلى التصنيف الرابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي، أي التحول الذي يعكس أن الاضطرابات السيكوسوماتية تتداخل فيها عوامل نفسية عضوية يصعب اعتبار أحدها عاملا مباشرا لظهور الآخر، والذي يفيد في الوقت نفسه أنها اضطرابات تصنف تحت العامل النفسي المؤثر على الحالات الطبية (American Psychological Association، 1994). هذا إلى جانب إبراز انعكاس سجل ثنائية النفس / جسد على التفسيرات النظرية للضغط النفسي على سبيل الحصر.

1. المرض العضوي والبعد السيكوسوماتي

1.1. المرض العضوي: ثنائية النفس والجسد وامتداداتها

إن مقارنة المرض العضوي باعتباره مراضا سيكوسوماتيا يتطلب تحديد مفهوم «سيكوسوماتي»، وهو كلمة «تتركب من شقين سيكو Sycho وتعني النفس سوما Soma وتحيل على الجسم» (Chemouni، J.، 2005، p.13). وإذا كان الاشتقاق اللغوي يحدد بشكل ظاهر دلالة سيكوسوماتي، فإن التساؤل عن علاقة الجسد بالنفس يستحضر معه إرثا فكريا فلسفيا متشعبا امتد من أفلاطون (119) إلى كانط مرورا بالفلسفة الديكارتية، مولدا إشكالات جدلية انعكست على التناول السيكولوجي لعلاقة الدماغ بالذهن، خاصة في مجالي النورسيكولوجيا وعلم النفس المعرفي في توجهه المعرفاني. ومرد هذا الجدل إلى مفارقة التمييز الأنطولوجي بين النفس والجسد بحكم كونهما جوهران مختلفان من حيث التفكير والامتداد (Descartes، R.، 1979) من جهة، ومن جهة أخرى وحدتهما بفعل تموضع النفس

118 - الأمراض العضوية: تعد موضوع علم الأمراض الذي يهتم بدراسة التغيرات التركيبية والوظيفية التي تقتزن بمختلف الأمراض العضوية باعتبارها، كل ما من شأنه من الأمراض أن يلحق ضررا بالجسم.

119 - يأتي فصل أفلاطون للنفس عن الجسد ضمن نظريته حول المثل التي ميزت بين المعقول المطلق والمحسوس النسبي، فالنفس كما هي وارد في محاوره "فيدون" كانت تتجاوز المثل، مثل مثال الخير والجمال والعدالة، وفقدان توازنهما أسقطهما في الجسم الذي يختلف من حيث طبيعته عن طبيعتها وهو ما تسعى النفس جاهدة إلى التحرر منه عبر قيادة العقل لقوى الشهوة والحماسة. وقد استمر الفصل بين الجسد والنفس بحجة اختلافهما الأنطولوجي إلى حدود الفلسفة الكانطية، كما يظهر ذلك جليا في تمييز كانط بين الشيء الظاهر الذي يمكن إدراكه ومعرفته وبين الشيء في ذاته، باعتباره جوهر الشيء الظاهر الذي لا يمكن إدراكه، بل يظل فقط محط تفكير. حول هذا التمييز الكانطي يمكن الرجوع إلى كتابه: نقد العقل المحض Critique de la Raison Pure.

في الغدة الصنوبرية (120). إن هذه المقاربة الديكارتية تميزت عبر منوالين؛ المنوال الأول تمثل في تصور نوروسيكولوجي يختزل الذهن في الدماغ (121)، « فإذا كان لدى الحالات العقلية وجود واقعي يجب بطريقة ما أن تختزل ولا يمكن أن تكون سوى نوعا من الحالات المادية » (جون، سيرل. 2006، ص. 45). أما المنوال الثاني، فتمثل في تصور وظيفي يعتبر الذهن بمثابة برنامج منطقي يشتغل على رموز مجردة تختزل فيه الحالات الذهنية إلى حالات وظيفية، حيث يكون لكل حالة ذهنية سببها الذهني السابق عنها وتكون هي بدورها سببا لحالة ذهنية لاحقة، ولعل هذا ما عبر عنه هيلاري بوتنام Hilary Putnam في التشبيه التالي: « انظروا إلى الحاسوب له خصائص فزيائية كثيرة (...)، وله أيضا خصائص اقتصادية وله كذلك خصائص وظيفية، كونه يملك برنامجا معيناً ليس فيزيائياً، لأنه يقبل التنفيذ بواسطة أنساق عدة بشكل مستقل عن تكوينها الميتافيزيقي أو الأنطولوجي » ليستنتج من ذلك أن « الذهن والمادة لا ينتميان إلى مجالين مختلفين » (Putnam، H.، 1984، p. 92). إن هذا الطرح يتيح إمكانية استقلال الذهن/النفس عن الحامل المادي: الدماغ/الجسم، بحجة قدرة الذهن من حيث هو مجموعة من القواعد والمهام الحسابية على التحقق الوظيفي في حوامل مادية متعددة.

إن محاولة تبني الموقف الاختزالي في تناول البعد الجسماني للأعراض العضوية ستقود بالضرورة كما هو الشأن في مجال الطب العضوي، إلى اختزال الأبعاد النفسية في تغيرات هرمونية وتمظهرات عرضية. أما إذا أخذنا بالموقف الوظيفي، فلن تكون الأبعاد النفسية سوى طريقة لمعالجة المعلومات يمكنها أن تتحقق في أجسام (122) عدة محدثة المرض العضوي أو مسرعة من مضاعفاته.

برجعنا إلى البعد السيكوسوماتي، تستوقفنا النقط التالية:

– تأكيد « وليام جيمس » بقوله: « إن موقف عالم النفس من المعرفة هو التزام تام

120 – يرجع ديكارت هذا التموضع لكون الغدة الصنوبرية تعكس الوحدة بحكم أنها غير مقسمة إلى شقين . حول هذا الموقف، يمكن الرجوع إلى:

Lettre de Descartes à Mersenne, datée du 30 Juillet 1640; A. T. III, p. 124 –

121 – للاطلاع على هذه المقاربة الاختزالية بنوع من التفصيل، يمكن الرجوع إلى:

Kim, J., (2003). L'esprit dans un monde physique. Essai sur le problème corps-esprit et la causalité mentale, traduction de François Athoné et Edouard Guinet. Ed: syllepse

122 – إن اختلاف كل من جسم الإنسان وجسم الآلة يعطي إمكانية اختلاف تمظهرات المضاعفات حسب طبيعة البنية.

بالنزعة الثنائية، وهي تفترض عنصرين: الذهن العارف وموضوع المعرفة، وهما غير قابلين للاختزال « (James، W.، 1890، p.218).

- تأكيد « فيراجوت إلين» على أن الإنسان إذا تعرض لمواقف حياتية مؤلمة أو انفعالية يؤدي ذلك إلى إفراز الجسم لكميات كبيرة من الأدرينالين، مما يقود إلى تغيرات وظيفية في الجهاز العصبي ووظائف الأعضاء « (Ferragut، E.، 2000).

- تعريف «آن بير تروند» الاضطرابات السيكوسيمائية بأنها « اضطرابات وظيفية في أعضاء الجسم والتي تحدث وقت الشدة النفسية » (Anne، B.، 2001، p. 94).

- حضور مفهوم المهيوستازي Homéostasie في دراسة الإنسان باعتباره، تناسقا وتوازنا داخليا للفرد بين النفس والجسد، ذلك أن النفس تشتغل تحت تأثير التفاعلات الفزيولوجية و الجسد يتأثر بتغيراتها (Chemouni، J.، 2005).

انطلاقا من هذه المعطيات، يظهر أن دراسة المرض العضوي تستدعي تقييم البعد النفسي وليس فقط الاكتفاء بالجانب الفزيولوجي. وما يدعم هذا الاستنتاج ما ذهب إليه «ماري» في كون أن العوامل الانفعالية تلعب دورا هاما في ظهور الأعراض الجسمية أو زيادة التأثير فيها، وأن العلاج العضوي لا يؤدي إلى التحسن إلا مع استمرار العلاج النفسي (Marie، S.D.، 2002). إن هذا الإقرار يضرب بجذوره في تعريف علم النفس الطبي Medical Psychology من حيث هو « تطبيق للمفاهيم والطرق النفسية على المشكلات الطبية (.....) ومن حيث هو تطبيق لمبادئ وأساليب علم النفس في مجال الصحة والمرض الجسمي » (Jeammet، Ph.، Reynaud M.، Consoli، S.، 1980، p. 87 –88).

إن الانتقال من التطبيق الأول (تطبيق المفاهيم والطرق النفسية على المشكلات الطبية) إلى التطبيق الثاني (تطبيق مبادئ وأساليب علم النفس في مجال الصحة والمرض الجسمي)، فيه امتداد يتمثل في دراسة مشكلات الصحة في عموميتها سليمة كانت أم مرضية جسدية كانت أم نفسية. وهذا الامتداد يعكسه «ماري» في تصور دقيق يقوم على أن علم النفس يقدم التناول الأمثل لصحة الفرد من خلال محاور ثلاثة:

- استحضار العامل النفسي في مقارنة أسباب المرض العضوي.

- تزامن التفاعلات الفزيولوجية والعمليات النفسية عند مواجهة المشكلات الجسمية.

- تأهيل المريض للعلاج بالتوازي مع الدعم السيكولوجي (Marie, S. D, 2002).

2.1. تظاهر الاضطراب العضوي باعتباره اضطرابا سيكوسوماتيا:

إذا انطلقنا من كون الاضطرابات النفسجسمية هي مجموعة من الأمراض الجسدية نفسية المنشأ، أي أن شرط اعتبار المرض سيكوسوماتيا هو عدم حدوثه إلا بشروط نفسية خاصة (Haynal, A., Pasini, W., Archinard, M., 1997)، فإن هذا الموقف يرجع المرض السيكوسوماتي إلى أسسه النفسية دون أن يهتم بالتهئية الجسدية كعامل مباشر، الشيء الذي يدفعنا إلى التساؤل عن كيفية اعتبار المرض العضوي مرضا سيكوسوماتيا، خاصة وأنه يرجع إلى عدة أسباب عضوية مثل وجود خلل مناعي أو خلل هرموني أو إصابة عضوية...

تظهر أولوية الجانب الفزيولوجي ودوره في إحداث تغيرات سيكولوجية منذ تحديد مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية سنة (1952) عند صدور الدليل التشخيصي الأول (DSMI) لجمعية الطب النفسي الأمريكية تحت اسم ردود الفعل السيكوفزيولوجية Psycho-Physiological Reaction إحالة على ردود الفعل السيكولوجية الناتجة عن تغيرات فزيولوجية حادة (American Psychiatric Association, 1952). وقد عرف تصنيفها الإحصائي الثالث سنة 1980، إلغاء التسمية السالفة وتم اعتماد فئة العوامل السيكوفسيولوجية المؤثرة على الحالات الجسمية (American Psychiatric Association, 1980).

نشير إلى أن التحديد الأخير لم يختلف عن تصنيفها الرابع وأن تصنيفها الأول لم يختلف عن تصنيفها الثاني. ويمكن أن نستقرئ من التحول الأول والثاني إلى الثالث والرابع أن الاضطرابات السيكوسوماتية تتداخل فيها عوامل نفسية عضوية يصعب الفصل أو الحكم في اعتبار أحدها عاملا مباشرا لظهورها. وما يؤكد ذلك أن المرض العضوي قد يحدث فجأة دون وجود استعداد وراثي للمرض، وهو ما يفتح المجال بجدية لدراسة حضور العامل النفسي في هذا الحدوث المفاجئ.

إن استحضار التلازم النفسجسمي في مقارنة المرض العضوي يقود إلى إعطاء تفسيرات « عميقة » حول الأمراض السيكوسوماتية، كما يظهر ذلك على سبيل المثال في دراسة « سونينو وبورسولي وآخرون » تحت عنوان « العوامل السيكلوجية المؤثرة على الحالات الطبية Psychological Factors affecting Medical conditions ، ومن أبرز النتائج التي توصلوا إليها:

- تحدث الضغوط والاضطرابات الانفعالية خلاها هرمونيا عصبيا يؤدي إلى خلل أو تغير وظيفي عضوي.

- هناك علاقة دالة بين العوامل النفسية والاضطرابات العضوية.

الأمراض العضوية ذات الصلة بالاضطرابات الانفعالية تتطلب علاجاً مزدوجاً (Porcelli، P.، Sonino، N et al. 1997).

إن ضرورة استحضار الجانب النفسجسمي في تناول الأمراض العضوية يدعمه كونها ترجع إلى اختلال مزمن في التوازن الهيميوستازي الناتج عن ضغط نفسي يصيب الجهاز العصبي (Donabediam، F.M.، 1995). وعلى الرغم من أن مرض السكر على سبيل المثال يندرج تحت فئة أكثر خصوصية وهي الاضطرابات الغددية المتسمة بفقدان الاتزان الهرموني واختلال عملية الهدم والبناء، إلا أنه قد « يحدث نتيجة تعرض الفرد لضغوطات تختلف تأثيراتها، منتهية باضطراب مستويات السكر في الدم » (Haynal، A.، Pasini، W.، Archinard، M.، 1997، p. 19).

كما أن مرض السكر تنطبق عليه خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية كما حددها الدليل التشخيصي الرابع و المتمثلة في:

- يكون المرض على مستوى العضو.

- يمس المرض وظيفة العضو.

- يرتبط بالعوامل النفسية. (الزاد، فيصل، 2000، ص. 108).

يتقاطع مرض السكر من حيث أسبابه المباشرة مع الأساسيين الأول (يكون المرض على مستوى العضو) والثاني (يمس المرض وظيفة العضو) بشكل متواز، إلا أن « الاضطرابات السيكوسوماتية لم يتم القطع في انتمائهما، فهناك من اعتبرها فرعا من فروع الطب، وهناك من اعتبرها فرعا لعلم النفس مادامت ترجع إلى اختلالات نفسية » (Rosine، 1983، p. 84).

بنأينا عن هذا السجال وباستنادنا إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية نجده يضع الاضطرابات النفسجسمية تحت العامل النفسي المؤثر على الحالات الطبية (1994، American Psychological Association)، مما يحيل على أن الاضطرابات النفسجسمية قد تنشأ بشكل كبير عن أسباب نفسية غير أن أعراضها تتخذ أشكلا جسمية، وهو ما دفع بـ«أسول جون بير» إلى تأكيد مفاده « يجب على الأطباء أن يدركوا الدور الذي يلعبه التوتر النفسي » (Assol، J. P.، 1991، p. 18) على سبيل الحصر.

2. حضور تنائية النفس / جسد في مقاربة الضغط النفسي:

تختلف المقاربات التي تناولت الضغط باختلاف دلالاته والتي تتداخل في كثير منها مع مفاهيم تتأخم حدوده « فكلمة ضغط Stress تتقاطع مع القهر Oppression والحرمان Privation والمحنة Adversité في الشعور بالإحساس بالضيق » (Dominique، S.، 2012، p.21). وعلى الرغم من ذلك، فهناك خصائص يحد بها مفهوم الضغط في علم النفس، إذ « يستعمل للدلالة على القدرة التي تؤثر على الفرد وتسبب له بعض الآثار النفسية مثل الضيق والتغيرات الفزيولوجية » (Ibid، p. 215).

يجعلنا هذا التعريف ننبه إلى أن الضغط قدرة غير محددة المصدر، مما يعني أنه قد يتولد داخليا أو خارجيا، وما يؤكد ذلك أن الفرد عندما يواجه تهديدا يتعرض لاستثارة جسمية تحفز جهازه العصبي اللاإرادي أو ما يعرف برد الفعل الهرموني على الضغط (Pier، I.، 2004، G.، Joel، S.، 2004). وأن الضغط النفسي يؤثر على التفاعلات الهرمونية التي تتمظهر في إحساسات وسلوكات معينة، فالأفراد في حالة ارتفاع الضغط، ترتفع لديهم بعض الهرمونات محدثة اختلالات في إنجازاتهم وسلوكاتهم (Marilon، B. S. Robert، D.، 2003). تدفعنا التغيرات السلوكية الناجمة عن الضغط النفسي إلى الوقوف على الأعراض البارزة له ومن تم

تحديد تفسيراته تبعا لمقاربات سيكولوجية/فيزيولوجية تناولته بالدراسة.

1.2. أعراض الضغط النفسي:

قد يظهر الضغط النفسي على شكل آثار نفسية خلفها إحباط أو كرب محدثا في الوقت نفسه حالة انفعالية شديدة، ومع أن الضغوط تختلف باختلاف أسبابها، إلا أن غالبيتها تقود إلى التحدث الذاتي الممتلئ بالنقد إلى جانب أخذ الأمور بطريقة شخصية مع ضيق الرؤيا والتفكير في كل شيء مرفوق بالاسقاط الذاتي (Pier، l G، Joel، S، 2004). إن الذاتية المرتبطة بالضغط النفسي لاتعني بالضرورة استقلال الضغط عن بعده الخارجي خاصة أنه يصعب دراسة الضغوط دون التمييز بين ضغوط «بيتا» كناية على الموضوعات البيئية كما يدركها الفرد وضغوط «ألفا» كناية على خصائص الموضوعات كما هي في الواقع». (هارون توفيق، الرشدي، 1999، ص. 58). إن هذا التمييز يحيل على المقاربة المعرفية ويظهر ذلك في إقران الضغط بمفهوم التمثل والإدراك، فتعديل تمثّل الضغوط وكيفية إدراكها وبناء المعالجة الملائمة لهذا التعديل يعد الهدف الأول لعلم النفس المعرفي في حلتة الإكلينيكية (العلاج النفسي المعرفي) (123).

بالرجوع إلى أعراض الضغط النفسي نجدها تختلف باختلاف المرجعيات (124) وتصنيفات الباحثين، لذا سنقتصر على تقديم تصنيف عام قدمه «كوهن» (1994) وفق ما يلي:

- الأعراض الجسدية: آلام في العضلات خاصة في الرقبة والكتف، عدم الانتظام في النوم، الإمساك، عسر الهضم، التعب والإحساس بفقدان الطاقة...
 - الأعراض الذهنية: استحواذ فكرة واحدة على الفرد، الصعوبة في التركيز واسترجاع الأحداث، صعوبة اتخاذ القرار، إصدار أحكام غير دقيقة.
 - الأعراض الانفعالية: تقلب المزاج، سرعة الغضب، سرعة التأثر، البكاء، العنف...
 - أعراض مرتبطة بالعلاقة مع الآخرين: لوم الآخر، تتبع أخطائه، عدم الثقة فيه...
- (Cohen، S، 1995).

123 - العلاج النفسي المعرفي: هو علاج ضمن العلاجات النفسية الإكلينيكية، يهدف إلى علاج بعض الاضطرابات النفسية كالادمان والاكئاب والوسواس القهرية وأنواع الفوبيا. وقد أثبت نجعته في التخفيف من حدة معاناة المصابين بالاضطرابات العقلية كالبارانويا وأنواع العصاب، بحيث يهدف إلى تغيير العادات السيئة والأفكار السلبية وأنماط الممارسات التي تعود عليها الانسان في حياته اليومية. (رغوبس، بنعيسى، علوي، إسماعيل، 2009، ص3-2).

124 - يمكن الرجوع على سبيل المثال إلى تصنيف "سيلبي" (1975) أو تصنيف "لازوراس" (1993).

نسجل على تصنيف « كوهن » نقطتين: الأولى، اعتماده مؤشرات قابلة للملاحظة والقياس (125). أما الثانية، إتاحتها إمكانية تبني مقاربات عدة لتفسير الأعراض (مقاربة فزيولوجية، مقاربة اجتماعية، مقاربة تحليلية، مقاربة معرفية)، بحكم أن الضغط ” يفيد تعرض الفرد لصعوبات ترمقه وتعيق قدرته على التحمل مولدا ردود فعل جسمية أو سيكولوجية على المدى القصير أو الطويل ” (طه، عبد العظيم. سلامة، عبد العظيم. 2006، ص. 202). إن خطورة الضغوط لا تتمثل في ما يحدثه بشكل مباشر في نفسية الفرد، بل في طبيعتها القادرة على أن تتحول بفعل تكرارها واستمرارها إلى مصدر مهدد، ولعل هذا ما نبه إليه ” بادوكس “ في كونه يؤدي خارجيا أو داخليا بفعل شدته وديمومته إلى شل القدرة التكيفية للكائن (Badoux، A.، 2000).

2.2. سيلبي والتفسير الفزيولوجي للضغط :

منذ منتصف القرن العشرين قدم العالم الفزيولوجي ” هانس سيلبي “ تصورا للضغط امتدت راهنيته إلى اليوم. وهدف تصوره تمثل في دراسة تأثير عامل الضغط النفسي على التوازن الجسمي وكذا دراسة ردود الأفعال الفزيولوجية عليه. والفكرة الموجهة لأبحاثه، هي أن الجسم الخاضع للضغط يعمل على إبداء مقاومة جسمية نفسية للدفاع عن توازنه (Homéostasie)، كما أن هناك فكرة أخرى تعطي قوة علمية لطرحة تتجلى في قياس الضغط باعتباره، حالة تحددها مجموعة من الأعراض (Syndromes Selye، H.، 1975). حول ربط الضغط بالتكيف يتقاطع كل من ” سيلبي “ و” ستورا “، إذ يؤكد هذا الأخير أنه للتمكن من فهم كلمة ضغط نفسي يجب النظر إليه في إطار مفهوم التكيف، حيث يعمل الجسم على بلورة ميكانيزمات لمواجهة وضعيات مثيرة له (Stora، J.B.، 1991). إن ” هانس سيلبي “ توصل بعد سلسلة من تجاربه على الفئران، إلى بلورة مفهوم أعراض التكيف العام (Syndrome général d'adaptations)، إجابة عن فرض أنه: كلما تم التعرض للضغط كلما أحدث الجسم ردا دفاعيا ضده، وأنه كلما استمر الضغط وتكرر كلما تظهت أعراض

125 - يمكن التمييز بين القياس والتقييس، إذ يعتبر الأول إسناد خاصيات الأعداد إلى الأشياء والموضوعات الفاقدة لتلك الخاصيات أو كما يقر بذلك روكلان Reuchlin، إنه نوع من التطابق بين الأعداد والأشياء تبعا لقواعد محددة وهو يتدخل على مستويين، مستوى ضبط الأشياء القابلة للملاحظة من الموضوعات المراد تقويمها. ومستوى تحديد أبعاد مقاييس القيم أو المعايير التي يتم الاحتكام إليها بخصوص موضوعات التقويم. نقلا عن: (الغالي، أحرشواو. 2015، ص 25-24). أما التقييس، فيمكن اعتباره ” بناء مجسم المهدف منه إجراء النموذج النظري “ يمكن الرجوع إلى هذا المفهوم إلى: Reuchlin. M. (1999). Evolution de la psychologie différentielle. paris: PUF

التكيف العام (Selye، H.، 1975) وهي أعراض تمر بثلاثة مراحل:

أ - مرحلة الإنذار أو الاستجابة الفزيولوجية Phase d'alarme : تظهر هذه الاستجابة في شكل إفرازات هرمونية أبرزها تدفق هرمون الأدرينالين الذي يسرع ضربات القلب وتقلصات العضلات وارتفاع ضغط الدم.

ب - مرحلة المقاومة Phase de résistance : تتمثل في قدرة الجسم على التكيف مع الحدث الضاغط بزيادة مقاومته وعودة التوازن الفزيولوجي.

ج - مرحلة التعب أو الإنهاك Phase d'épuisement : تعني حدوث خلل في التكيف مرة أخرى بفعل استنفاد الطاقة جراء استمرار الاستجابة الفزيولوجية أكثر من قدرة الجسم (Paul، H.، Baurgecrs، M.، 1998).

ما يلفت الانتباه بشأن هذه المراحل أنها ميزت بين الضغط في حالته الطبيعية (مرحلة الإنذار)، وبين الضغط كاضطراب (مرحلة الإنهاك)، إذ لا يمكن المرور من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثالثة إلا إذا استنفذ الجسم قدرته على المقاومة، واستنفاد المقاومة يعزى انسجاماً ومنظور "سيلي" إلى فقدان الطاقة جراء إفراز الأدرينالين الذي يجعل الجسم في حالة تأهب. بحكم أن الضغوط الانفعالية من قبيل الغضب والألم والخوف تحدث تغيرات في الوظائف الفزيولوجية جراء تغيرات في الإفرازات الهرمونية كهرمون الأدرينالين الذي يهييء الجسم لمواجهة المواقف الضاغطة إلى جانب تبدلات في أدوار أقسام من الجهاز العصبي الذاتي Aoutonomic Nervous System، خاصة الجهاز السمباتي (126). (عبيد سيد، ماجدة بهاء الدين، 2008).

بناء على ما سبق، يمكن مؤاخذاً "هانس سيلي" في النقاط التالية:

- لم يأخذ بعين الاعتبار دور الجانب المعرفي أثناء مواجهة الموقف الضاغط (التمثل، الحكم، الترميز، طبيعة استدعاء المعلومات، التأويل...) وفي هذا ترجيح لكفة الجانب الفزيولوجي على الجانب النفسي.

126 - ينقسم الجهاز العصبي المحيطي système périphérique إلى الجهاز السمباتي (ortho système sympathique) الذي يقوم بتهميء الطاقة للفرد في حالة النشاط أو في حالة التعرض للضغط. والجهاز الباراسمباتي système parasympathique والذي يقوم بإعداد الجسم إلى الراحة عبر ادخار الطاقة. يرجى الى:

<https://Fr.wikipedia.org/wiki/syst%C3%A8me-nerveux-p%C3%A9riph%C3%A9rique>

- لم يحدد ما يجعل من الضغط إيجابياً أم سلبياً.
- اختزال المواجهة في تغيرات هرمونية محضة.

على الرغم من هذه المآخذ التي تحتاج إلى التمهيص، فإن هانس سيلبي فتح مجال البحث في الضغط النفسي عبر اتجاهين؛ اتجاه يهدف الكشف عن الهرمونات المسؤولة عن الانفعالات، واتجاه يروم تحديد طبيعة الاشتغال المعرفي الذي يقود إلى الاضطرابات النفسية، الشيء الذي يؤثر على إمكانية تجاوز تصور الفصل القطعي بين النفس والجسد.

3.2. نموذج لازوراس وفولكمان:

تتباين ردود الفعل اتجاه المواقف الضاغطة، فنوع رد الفعل يشكل عنصراً متدخلاً في تحديد طبيعة الضغط النفسي. ولما كان الاتجاه السيكوفزيولوجي (هانس سيلبي، والتر كانون...) يرى في الاستجابة الفزيولوجية من قبيل التغيرات التي تهم الإفرازات الهرمونية ونبضات القلب وإيقاعات التنفس العنصر الحاسم في تفسير الضغط، فإن الاتجاه المعرفي في علم النفس يجعل كلا من الاستجابة الفزيولوجية إلى جانب الاستجابة النفسية والاستجابة السلوكية محكومة بكيفية معالجة الفرد للمعلومات المنبثقة عن الموقف الضاغط وطريقة الحكم عليه. ويقصد هنا بالاستجابة النفسية إزاء الضغط، الإحساسات السلبية كالخوف والقلق وفقدان الثقة بالنفس وسرعة الغضب، وعدم القدرة على التركيز وصعوبة استرجاع المعلومة الملائمة... (Paul، H.، Baurgecrs، M.، 1998). أما الاستجابة السلوكية، فقد تتعين في أفعال تنم عن المواجهة أو الهروب كالزيادة في النوم، الانعزال، تراجع فاعلية الأداء، التعصب للرأي...

في هذا الإطار يندرج تصور كل من "ريتشارد لازوراس" و"فولكمان"، ذلك أن "الاستجابات إلى الضغط ما هي إلا نتاج عملية تقييم الفرد للضغط من خلال اعتقاداته حول درجة الحدث وقابلية التحكم فيه" (Lazarus، R.S.، 1993، p. 15). ويعد هذا النموذج الذي يعرف بنموذج التقييم المعرفي من أهم النماذج التي تقرن الضغط وكيفية مواجهته بالمعارف والإدراكات وطريقة التقييم "فمعنى الحدث، تأويله وتفسيره هي المعايير التي تحدد مدى تأثير الحدث على الفرد" (Ibid، p. 20).

برجعنا إلى "لازوراس وفولكمان"، نجدهما يؤكدان على أن الضغط يسير بشكل

متوازي مع الاعتقاد بأن موقفا ضاغطا يستنفذ قدرة الفرد على المواجهة، فتبدو الاستجابة كاختلال التوازن بين ما يتطلبه المثير والفعل المنجز (Lazorus، R.S. Folkman، S.، 1984). فحين يكون التهديد أكبر من إستراتيجيات المواجهة، فإن إدراك الضغط يتحول إلى ردود فعل ضد الذات والآخر. وهذا ينم عن كون الضغوط النفسية محكومة بعلاقة الفرد بالمحيط، حيث تؤثر هذه العلاقة بشكل قوي في تقييم الفرد للحدث الضاغط (Alexandre، 2002، F.).

يقسم ريتشرد لازوراس التقييم إلى:

- التقييم الأولي: وهو الخطوة الأولى في تحديد سلبية أو إيجابية الحدث الضاغط.
- التقييم الثانوي: تقييم الفرد لإمكانياته بهدف مواجهة الموقف الذي فهمه على أنه ضار أو مهدد (Lazorus، R.S.، Folkman، S.، 1884).

إن أهم خلاصة قدمها "لازوراس وفولكمان" في اعتقادنا تتمثل في ربط درجة الضغط بنوعية التقييم والحكم على الحدث الضاغط، اللذين يحددان بدورها نوعية الاستجابة، فالاستجابات السلبية اتجاه الضغط تعكس خلل التوازن بين المتطلبات الداخلية والإكراهات الخارجية، أي بين قوة الضغط وتكراره وبين القدرة على المواجهة والتكيف. يكفي أن نقدم هنا القراءة الدقيقة التي قدمها تريفو جون مارك Jean-Marc Triffaux سنة 1996 لهذا النموذج، خاصة مفهوم التقييم المعرفي، إذ يرى أنه يعكس أربع إستراتيجيات للتكيف عند مواجهة المواقف الضاغطة:

◀ استدعاء المعلومات المتعلقة بخصائص مصدر الضغط.

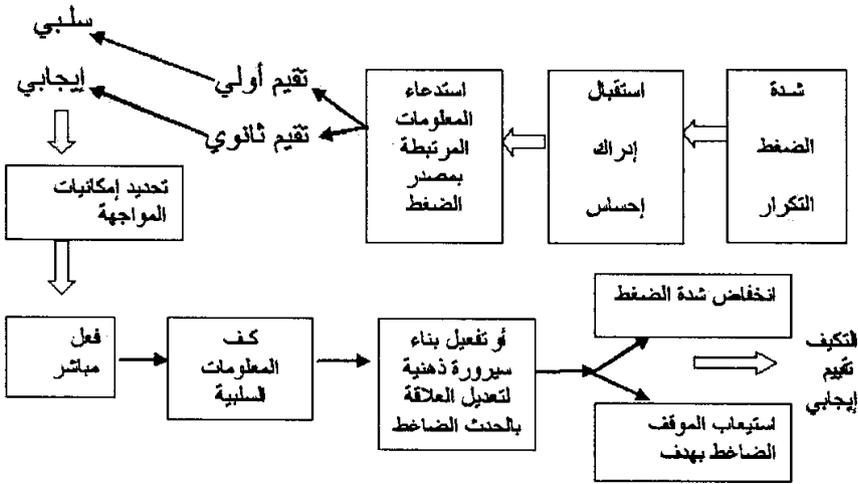
◀ تهييء الفعل المباشر للتعامل مع الحدث الضاغط.

◀ كف المعلومات التي تؤثر سلبا على الفرد (لوم الذات، الاستسلام، الانهزامية).

◀ تكوين سيورة ذهنية قائمة على التخطيط وقابلة لأن تترجم في إنجاز يهدف تعديل العلاقة مع المحيط (Triffaux، J. M.، 1996).

تدفع هذه القراءة إلى فهم الضغط النفسي في إطار معالجة المعلومات، وذلك

باستحضار آليات عدة أبرزها الانتباه والكف والذاكرة والأخطوة والتخطيط والتمثل والإدراك والتميز... الشيء الذي يعني أن مقارنة الضغط النفسي بما فيه الضغوط الناتجة عن المرض العضوي، تستدعي عدة أبحاث حسب طبيعة العلاقة التي تجمع الضغط النفسي وأحد هذه الأفعال. لذا، اكتفينا عبر مسار هذا المحور الأخير محاولة ملائمة بنية الضغط وفق بعض المقاربات التي تناولته بهدف إيضاح جوانب تربط بينه وبين المرض العضوي، وقد أظهرت المقاربة المعرفية للضغط أنه ذو صلة وثيقة بالنفس/الذهن، ذلك أن التقييم والحكم لا يكون إلا بتفعيل آليات معالجة المعلومات المرتبطة بالذاكرة بمختلف أنواعها. ويمكن اقتراح خطاطة كخلاصة توضيحية لنموذج لازوراس وفولكمان كما يلي:



شكل رقم (9): خطاطة توضيحية لنموذج لازوراس وفولكمان:

سيرورة الانتقال من مواجهة الضغط إلى التقييم الإيجابي

سيرورة الانتقال من مواجهة الضغط إلى التقييم الإيجابي

تأسيساً على ما سبق يمكن القول، أن نموذج لازوراس وفولكمان قابل للاغتناء بما يتماشى والتقدم الجاري في العلوم المعرفية، خاصة وأن تقييم الأحداث من حيث سلبياتها وإيجابياتها إلى جانب المراحل التي يمر منها الفرد للتكيف مع الضغط لا تفهم إلا في إطار الاشتغال المعرفي الذي يربط تقييم الحدث بطبيعة معالجة المعلومة. فما يترتب عن المرض العضوي من ضغط نفسي يقتضي التخلص من الاعتقادات الخاطئة وتبني إستراتيجيات

للمواجهة بشكل التقييم المعرفي منطلقها انسجاما مع رؤية فولكمان ولازوراس، وتشكل الذاكرة أساسه الذي يقود الفرد إلى الانتقال من التقييم إلى إصدار الحكم على الموقف الضاغط. وأحسب أن ذلك يشكل منطلقا لمقاربة الأمراض العضوية والاضطرابات النفسية على ضوء ما تطرحه إشكالية النفس والجسد من أسئلة يمكن الاجابة عنها في علم النفس.

ختاما يمكن القول، إن البعد السيكوسوماتي للمرض العضوي أصبح يفرض مقاربة تعددية تأخذ بعين الاعتبار دور الجانب السيكولوجي (الانفعالي/المعرفي) في تهيئ المرض والتأثير فيه بعد حدوثه، مع الأخذ كذلك بالدور الهرموني الذي يلعب دورا أساسيا في إحداث التفاعلات /السيكولوجية، إلى جانب ذلك يمكن القول أيضا إن الصحة النفسية لدى المصابين باضطرابات عضوية لم تحظ بالكثير من الاهتمام وتحتاج خاصة في جانبها المعرفي إلى عدة دراسات.

المراجع

- أفرفار، علي. قدام، محمد (2013)، «هل تمكن علم النفس فعلا من النفاذ إلى العلة السوداء؟» في: علي أفرفار وآخرون، المقاربات السيكلوجية للاشتغال المعرفي. فاس: منشورات الجمعية الوطنية لعلم النفس في خدمة المجتمع.
- أحرشواو، الغالي. (2015)، الكفاءات المعرفية لدى الطفل من التقويم والتشخيص إلى التنظير و النمذجة. فاس: منشورات مختبر الأبحاث و الدراسات النفسية و الاجتماعية.
- جون، سيرل. (2006)، العقل. ترجمة ميشيل خامتياس، عالم المعرفة، العدد 343: الكويت.
- الزراد، فيصل. (2000)، الامراض النفسية الجسدية : امراض العصر. دار النفائس.
- طه عبد العظيم، حسين؛ سلامة عبد العظيم، حسين. (2006). استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية. عمان: دار الفكر العربي.
- عبيد، السيد؛ ماجدة، بهاء الدين. (2008). الضغط النفسي مشكلاته وأثره على الصحة النفسية عمان: دار الصفاء.
- مصطفى، الحداد. (1995)، اللغة والفكر وفلسفة الذهن، منشورات جمعية الأعمال الاجتماعية والثقافية لكلية الآداب تطوان، سلسلة دراسات.
- هارون، توفيق الرشدي. (1999)، الضغوط النفسية طبيعتها ونظرياتها. القاهرة: دار الفكر العربي.
- زغبوش، بنعيسى؛ علوي، اسماعيل. (2009)، العلاج النفسي المعرفي، عالم الكتب الحديث و جدارا للكتاب العالمي: عمان.

- Alexandre , F. (2002). La médecine psychosomatique. Paris : Petite Bibliothèque Payot.

- American psychological Association. (1994). Diagnostic and statistical Manual of mental disorders . Washington .

- American psychiatric Association. (1980) DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3 ed, vol 3.

- American psychiatric Association. (1950) Diagnostic and Statistical

Manual Mental Disorders. vol 1, 1ST ed.

- Anne , B. (2001). une approche psychosomatique du diabète. Paris : L'harmattan.
- Assol , J.P. (1991). Global Integrated approach to diabetes . New York : Chieme.
- Chemouni , J . (2005). psychosomatique de l'enfant et de l'adulte: Théories et clinique Paris : Armand Colin .
- Cohen , S. (1995) . Negative life events : perceived stress , Negative . effect and susceptibility to the common cold . Journal of personality and social psychologie .64.(1), p .131-140.
- Dominique, S. (2012). Gestion du stress et de l'anxiété. Elsevier Masson.
- Descartes , R. (1979). Méditations Métaphysiques. Paris : Garnier-Flammarion.
- Donabedian, F.M. (1995). Psychosomatique et pulsions . Revue Français de psychosomatique. 7, p.142-153.
- Ferragut, E. (2000). La dimension de la souffrance en psychosomatique. Paris : Masson.
- Ferreri, M.V., et Albey J.M. (1995). Dépression et événement de vie. Paris : édition technique.
- Fontaine, O .(1984) .La depression clinique de thérapie comportementale. Bruxelles : Pierre Mardaga .
- Fowler, M. (2009). Impatient diabetes management. clinical diabetes, 27(:p. 119 - 122) .
- Friedman, S. (1999). Diabète insulino-dépendant. Stress et troubles psychiatriques. Paris: Hôpital Sainte Anne.
- Friedman, S. (1999). Diabète insulino-dépendant. Stress et troubles psychiatriques . Paris : Hospital Sainte Anne .

- Haynal, A., Pasini, W., Archinard, M., (1997) .Médecine Psychosomatique . 3ème éd , Paris : Masson .
- James, W. (1890). The Principales of Psychology (vol 1), New York: Holt.
- Jeammet, Ph., Reynaud M., Consoli, S. (1980). Psychologie Médicale. Paris : Masson.
- Kim, J. (2003). L'esprit dans un monde physique. Essai sur le problème corps-esprit et la causalité mentale. Trad, de François Athoné et Edouard Guinet. syllepse.
- Lazarus , R.S., Folkman , S. (1984) : stress appraisal and coping . New York : Springer .
- Lazarus : R.S. (1993). From psychological stress to the emotions : A history of changing out looks . Rev psychology .44, P. 1-21.
- Marie, S.D. (2002). psychologie de la santé perspectives qualitatives et cliniques . Belgique : Mardaga.
- Marilou , B. S., Robert, D. (2003) . Introduction a la psychologie de la santé . Paris : P.U.F .
- Paulhan. I., Bourgeois, M. (1998). stress et coping: les strategies d'ajustement à l'adversité . France: P.U.F.
- Pier. L , G., Joel , S. (2004). Le stress émotions et stratégies d'adaptation . France : Nathan.
- Porcelli, P., Sonino, N. (1997). Psychological Factors affecting Medical conditions: : A New Classification for DSM-V. vol, 28 New york: Karger.
- Polomsky, W.H. (1993). Psychosocial Issues in Diabetes Mellitus. In Psychophysiological disorders: Research and clinical Applications, washington : The American Psychological Association press . pp. 357-381.
- Putnam, H. (1984). Raison, vérité et histoire. Paris : Minuit.

- Reuchlin. M. (1999). Evolution de la psychologie différentielle. paris : PUF.
- Rosine, D. (1983). L'équilibre psychosomatique : Organisation mentale des diabétiques. Paris : Dunod.
- Selye, H. (1975) . Le stress de la vie : le problème d'adaptation. France : Gallimard.
- Stora , H . B . (1991) . Le stress. Paris : que sais-je ?.
- Triffaux. J. M. (1996). Le concept biopsychosocial du processus de stress : stress et cardiologie . collection médecine et psychothérapie. Paris : Masson .p.36-54.