الأعراض السيكوسوماتية والمرضية في علاقتها بإدراك الدفء/الضبط الوالدي وتقدير الشخصية لدى طلاب وطالبات الجامعة بالمملكة العربية السعودية

د. محمد محمد سعيد أبو الخير(*) د. فتحية رياض عبد الله (**)

مدخل إلى الدراسة:

يصاحب أي نوع من الانفعالات تغيرات بدنية خارجية، وتغيرات فيزيولوجية داخلية. فالانفعالات الخاصة بالسرور أو عدم السرور، بالتوتر أو الراحة، بالقلق أو الاطمئنان إنما ينعكس تأثيرها المباشر علينا. وتتحكم الأعصاب بالدماغ بكافة أعضاء الجسد الأخرى. فالجهاز العصبي ينظم حياتنا الجسمانية.

إن الجهاز العصبي هو القائد المسئول والرابط الرئيسي للسلوك ولردود الأفعال الفيزيولوجية والاستجابات المرضية، وباختصار لكياننا ككل وبشكل غير متجزئ.

وينقسم الجهاز العصبي المستقل إلى قسمين: الباراسمبتاوي والسمبتاوي وهما يعملان في تعارض متعاكس (فأحدهما يعمل على ارتخاء بعض العضلات والثاني يعطل هذا العمل، ويميل القسم (الباراسمبتاوي) إلى المحافظة على الوظيفة البيولوجية السوية. وأما(السمبتاوي) فيعد الكائن للاستجابة ورد الفعل الضروري. وفي حالات الضغط الانفعالي يتعطل النشاط الفيزيولوجي السوي الذي يحافظ عليه القسم الباراسمبتاوي

(*)أستاذ علم النفس المساعد ،كلية الآداب،جامعة الزقازيق، وكلية المعلمين، جامعة جازان.
(**) مدرس علم النفس ،كلية الآداب ،جامعة الزقازيق.

ويعمل الجسم في الاتجاه الضروري للقسم السمبتاوي (الدفاعي) (عطوف محمود ياسين، ١٩٨١، ٨٦).

وعندما يصبح الانفعال مزمناً أو شديداً جداً، فإن التوازن الهيموستازي يضطرب بشكل خطير، ويظهر هذا الاختلال المستمر في شكل (اضطراب سيكوسوماتي).

والأمراض السيكوسوماتية هي مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه وتكون من الحدة والإصرار بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيض حدتها.

فالاضطراب السيكوسوماتي يحدث نتيجة اختلال شديد أو مزمن في توازن هيموستازي في (الكيمياء الفيزيولوجية) للجسم نتيجة لضغط سيكولوجي.

ويرى (محمود السيد أبو النيل،١٩٩٤، ١٦٠) أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظراً لاضطراب حياة المريض، والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاءً تاماً لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي.

ويستخلص (محمود أبو النيل، ١٩٩٤،١٦١)عدة وقائع مستخلصة من التعريف السابق منها:

وجود مرض جسمي خاص بعضو أو جزء من أجزاء الجسم تثبت الأشعة أو الاختبارات وجود إصابة تشريحية أو بنائية فيه.

٢- تردد المريض على الطبيب فترة طويلة بحيث يصبح مألوفاً لديه .

٣- عدم نجاح العلاج الجسمي لعدم علاج المسببات.

٤- أن المريض لم يسبق علاجه نفسياً.

ولقد وضع "هاليدي" Halliday (في)(محمود السيد أبو النيل، ١٩٩٤، ٢١٥-٢١٨) مفهوماً للسيكوسوماتيك من خلال معادلته المكونة من ست نقاط:

١) الانفعال كعامل معجل.
٢) نموذج الشخصية.
٣) معدل الجنس (ذكور- إناث).
٤) الارتباط بعلل سيكوسوماتية.
٥) التاريخ الأسري.
٦) ظهور صورة المرض.

وفي دراسة قام بها (فافا وآخرون) (Fava etal.1995) بهدف عرض المعايير التشخصية(Diagnostic criteria) التي استخدمت في الأبحاث التي اهتمت بالدراسات السيكوسوماتية. وقد وجدوا أن هناك اختلافات ترجع في طبيعتها إلى التنظير المعرفي وإلى طريقة عرض المشكلات التي لها أهمية فاعلة في حدوث الأعراض المرضية.

وتشخيص الأمراض السيكوسوماتية القائم على العرض التقليدي لتصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية يرى أنها أعراض أو عبارة عن أعراض عصبية عضوية أو أنها أعراض تبدينية (جسدية) Organic neurosis conversion symptom.

وهذا النموذج من التشخيص كان أقل انتشاراً بسبب نظرته للميكانيزمات النفسية والباثولوجية المسببة للمرض، بالإضافة إلى نظرته إلى الصراعات(النفسية الداخلية) والتي يمكن أن تسبب الأعراض الجسمية البديلة، أما التشخيص الرابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي(DSM. Iv) وكذلك المحك التشخيصي العاشر(ICD-10) فقد حددا عشر فئات ارتبطت بالاضطرابات السيكوسوماتية مثل:

الاضطرابات التي تأخذ شكل عضوي (Somatoform) أو الاضطرابات التي تكون (في صورة جسمية) والعوامل النفسية الفاعلة للشروط الطبية.

وقد حاولت الدراسات الأمبيريقية أن تطور النماذج السيكوسوماتية تبعاً لبعض الأمراض التي تعتبر (نفسجسمية) ونظراً للتشابه في البروفيل الشخصي لمعاناة المرضى الذين أصيبوا بهذه الأمراض بصفة خاصة.

وجاءت الأسباب المؤيدة للاضطرابات السيكوسوماتية من وجهة نظر الدراسات الأمبريقية مضادة تماماً للدراسات في التحليل النفسي.

فالدراسات المستقبلية للأمراض النفسجسمية تركز على طبيعة الأمراض الطبية بصفة خاصة باعتبارها اضطرابات سيكوسوماتية مثل أمراض قرحة المعدة (الهضمية) (Pepticulcer) وهي مختلفة تماماً عن الانقباضات التي تحدث في المعدة (أكالسيا) (Achalasia).

ويرى الباحثون(فافا، فريبرجر وآخرون،١٩٩٥) أن هناك بعض الدراسات صححت هذه المفاهيم وركزت على الجوانب الشخصية النفسية ولم تعتمد على الأمراض العضوية وخاصة الأمراض التي تضفي على المريض سلوكاً غير طبيعي مثل الأعراض الناتجة عن سرطان القولون(Colon cancer) حيث لا نستطيع أن نقول أن مرضى سرطان القولون ليسوا من مرضى السلوك غير العادي.

ومن خلال هذه السياقات فإن النقص في أدوات التشخيص نتج عنه تداخلاً في طرق العلاج وخلطاً مما جعل التشخيص للأعراض السيكوسوماتية أقل فعالية.

وقد أقام(فافا، فريبرجر وآخرون،١٩٩٥) معياراً لتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية قائم على اثني عشر عرضاً أطلقوا عليه (المعيار التشخيصي للأبحاث السيكوسوماتية)(DCPR) وهي كالتالي:

1)Alexithymia	الأكزيما
2)Type A Behavior	سلوك نمطي
3)Disease phobia	فوبيا المرض
4)Thanato phobia	فوبيا الموت
5)Heath Anxiety	قلق الصحة
6)Illness Denial	إنكار المرض
7)Functional Somatic Symptoms Secondary to A Psychiatric Disorder.	أعراض ثانوية جسمية وظيفية ترجع إلى اضطرابات سيكاتيرية
8)Persistent Somatization	أعراض جسمية مستمرة.
9)Conversions symptom	أعراض بدنيه (جسمية)
10) Anniversary Reaction	ردود أفعال سنوية
11) Irritable mood	مزاج مضطرب
12) Demoralization	التشويش/الفوضى

ويقترح (سبتزر) ومجموعته (Spitzer's groups) تشخيص جديد للسيكوسوماتيك والذي يمكن أن يقوم بالإمساك (catch) أو القبض على

المظاهر الأساسية المهمة للمريض الجسماني. وأن هذه المظاهرتأخذ موضوعات واسعة المعالم داخلية وخارجية صادقة تتمثل في التكرار، والدوام، والشدة والحدة، والموضع.

وأن المرضى كثيرو التردد على دور الرعايا الطبية الأولية بصفة دائمة كانوا يشكون من أعراض متكررة وتزداد شدة وحدة في موضع معين من الجسم (Kroenke, Spitzer,etal. 1997, 354).

وهناك أيضاً أعراض سيكوسوماتية شائعة مثل: الربو الشعبي (Bronchial Asthma) والتهاب المفاصل الروماتيزمي (Rheumatoid Arthritis)، فقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervosa)، والبدانة المفرطة (Bullmia) (مايسة النيال،١٩٩١، ١٨٠-١٨١).

ويضاف إلى تلك الأعراض باعتبارها اضطرابات نفسية فسيولوجية ينتج عنها مشكلات جسمية تنطوي بالفعل على إصابة في الأنسجة أو الاضطرابات في الوظائف الجسمية وهي نفسية المنشأ وقد تتضمن مشكلات صحية مثل: الغثيان، ضغط الدم الجوهري والقرحة بأنواعها المختلفة والصداع والحكه الجلدية (Hagekall, Bohilin, 2004, 490).

إن أسباب الأمراض السيكوسوماتية تحدث نتيجة لضغط انفعالي أو مستمر من مشكلات وأعباء الحياة اليومية التي يعيشها الإنسان المعاصر في أبسط ما يوصف به أنه عصر القلق، وأن هذا الضغط متوقف على الأسلوب **أو الحل الذي** يستجيب الفرد لشدائد الحياة ومواقفها، بغض النظر عن إدراكه **لها بصورة موضوعية** أو غير موضوعية.

فإذا لم يتم إخراج الانفعالات التي يتطلبها الموقف في صورة (فيزيقية أو لفظية) فإن التوترات الداخلية تعمل من الداخل وتعطل الوظائف السوية

لبعض الأعضاء. ويلعب الخوف بأنواعه والقلق والغضب والكبت والضغط دور المؤثرات والمقصات في أعصابنا وفي أجهزتنا الداخلية.

فإذا لم نمكن انفعالاتنا من التعبير الظاهر عن نفسها بصورة ملائمة تولت أجسادنا التعبير عنها بما تستهلكه من طاقاتنا.

ففي كل موقف من حياتنا مظهر من مظاهر الضيق (Stress) يكون ناتجاً عن ضغط (Pressure) ويولد قلقاً (Anxiety)، والقلق بدوره يسير بواسطة الأعصاب فيتحرك الجهاز العصبي المركزي بمطرقته الكبيرة اللاإرادية ويضرب المعدة أو القلب أو الرئتين أو غيرها من أجهزتنا الحساسة التي تنعكس بردود أفعال أوتوماتيكية مؤلمة ومبرحة (عطوف ياسين، ١٩٨١، ٨٩، ٩٤).

ومنذ سنوات كانت أمراض قرحة المعدة يتم تشخيصها باعتبارها من الاضطرابات السيكوسوماتية. وبعد اكتشاف البكتيريا المسببة لقرحة المعدة بواسطة الأبحاث الحديثة والتي يطلق عليها البكتيريا اللولبية السوطية(HP) (Helicobacter pylori) والتي أظهرت دور هذه البكتيريا اللولبية في ظهور قرحة المعدة لدى الأفراد المصابون باضطرابات معوية (gastrointestinal disorder) وتشمل قرحة المعدة(PUD) (pepticulcer disorder) منذ اكتشاف بكتيريا (HP)، ومنذ ذلك التاريخ لم يعد في الإمكان وضع قرحة المعدة في قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية. ولكن اتضح أن ١٠% من مرضى القرح لم يكن لديهم عدوى ولم يصابوا بعدوى ميكروب (HP)(Levenstein, Ackermam, etal, 1999, 10-11). وأن أكثر من ٨٠% من الأفراد المصابين بميكروب (HP) الإيجابي الذي يسبب القرحة لم يتطور عندهم قرح معوية، بينما على الأقل ١٠% من مرضى القرح لم يكونوا مصابين بعدوى ميكروب (HP) ومن هنا يظهر

السؤال الذي شغل بال الباحثين: هل هناك عوامل أخرى تعمل مع (HP) في ظهور عوامل تسبب أمراض قرح المعدة؟

وهل يمكن أن تكون الضغوط النفسية واحدة من هذه العوامل والتي تبقى فاعلة (أو سارية المفعول) على الرغم من اكتشاف بكتيريا (HP)؟

أوضحت النتائج الأمبيريقية الإكلينيكية أن العدوى بميكروب أو بكتيريا (HP) والضغوط النفسية تعتبران عاملان أساسيان وفاعليان في تسبب أمراض قرح المعدة.

ويربط (موسير)(Moser, 1997, 387) بين التهابات القولون التقرحية والعوامل النفسية، حيث أمكن تصنيف التهابات القولون التقرحية (ulcerative colitis) على أنها أمراض سيكوسوماتية، وقد أقام ثلاثة مفاهيم في صورة تساؤلات وهي:

١- هل قرحة القولون ناتجة عن عوامل نفسية؟

حيث كان التوجه السيكوديناميي(التحليل النفسي) لتفسير الاضطرابات السيكوسوماتية كان يفترض ذلك أثناء الثلاثينات إلى الأربعينات من القرن العشرين.

٢- هل العوامل النفسية لها تأثيرها على التهابات القولون التقرحية (UC) من الوجهة الإكلينيكية؟

ففي أثناء التسعينات من القرن العشرين ركزت الأبحاث على استخدامها الإكلينيكي وأوضحت نتائج الدراسات الإكلينيكية أن الضغوط النفسية يمكن أن تؤثر في تاريخ المرض، كما تظهر في زملة أعراض تهيج القولون (Irritable Colon Syndrome) كما يمكن أن تتداخل هذه الأعراض الكلاسيكية مع آلام البطن والإسهال.

٣- هل يمكن أن نعتبر التهابات القولون التقرحية الناتجة عن عوامل نفسية من الأمراض المزمنة؟

إن التهابات القولون التقرحية يمكن اعتبارها من الأمراض المزمنة الشديدة مع المظاهر المعوية التي تنتج من ضغوط ومعوقات اجتماعية والتي يكون هناك بعض العوامل النفسية الوظيفية مثل تقدير الذات والإحساس بالضوابط الزائدة في حياتهم.(Moser, 1997,394).

ويرى كل من"فيس وانجلش" (في)(محمود السيد أبو النيل،١٩٩٤، ٢٦٩) أن الدراسات التي قامت عليه تركز على العلاقة بين الجانب النفسي والمرضي العضوي، كما يذهبان إلى العوامل السيكولوجية هي العوامل الوحيدة المسئولة مباشرة عن التهاب القولون التقرحي. ويمكن اعتبار التهاب القولون المخاطي حيث يؤكد الطب العام بصورة أقل على دور العوامل السيكولوجية في تسبب مرض التهاب القولون التقرحي. وذلك لأنه من الممكن اعتبار أن التهاب القولون المخاطي اضطراب وظيفي.

ولقد زودنا تاريخ الأمراض السيكولوجية بأن الأعراض الحشوية قد تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة على صورة- إسهال أو قئ أو إمساك أو اضطرابات معوية- وتزداد في مرحلة المراهقة ويندر أن تظهر للمرة الأولى (عطوف محمود ياسين، ١٩٨١، ٩٨).

وهناك كثير من الدراسات التي تناولت بعض العوامل من حيث علاقتها بنمو العرض السيكوسوماتي مثل عدد الأخوة والأخوات ومركز المريض بالنسبة للأخوة والفروق الجنسية وتركيب الأسرة وتفاعلها.

أما عن التفاعلات الأسرية والأعراض السيكوسوماتية فقد أظهرت بعض الدراسات أن المريض السيكوسوماتي تفاعله ينقص النضج الانفعالي وغياب المساندة الاجتماعية من قبل باقي أعضاء الأسرة والوالدين. وأن المرضى السيكوسوماتيين كانوا يعانون من مواقف انفعالية ضاغطة مع انخفاض في تقدير الذات(Jo Ann,2004,231).

وأن هذه المواقف الانفعالية الضاغطة تؤدي إلى الاضطراب في توازن العلاقات الانفعالية داخل الأسرة (Brit, Roysamb, 2004, 131).

وأن الاضطراب الانفعالي قد يؤدي إلى فقد الشهية العصبي وهي حالة تتميز بفقد كبير للوزن بسبب رفض المريض للطعام أو بسبب القيء المستمر إذا ما تناول الطعام.

ويعتبرها (Frances ,2005, 28) بأن فقد الشهية العصبي نوع من تجويع الذات (Self-Starvation) يؤدي إلى النقص الشديد في الوزن بسبب الخوف الشديد من البدانة والصراع النفسي مع صورة الذات.

ووجد أن بعض الاضطرابات في العلاقة بين المريض ووالديه تظهر فى صورة فقد الشهيه والديه وعادة ما تكون مع الأم. ومن العوامل السيكولوجية في حالات مختلفة لهذا الاضطراب المقاومة العدوانية لمطالب الوالدين، وعقاب الذات نتيجة الشعور بالذنب (محمود أبو النيل، ١٩٩٤، ٢٧١).

أما بالنسبة لعاملي الجنس والعمر، فإن الدراسات التي اهتمت بقياس كل من الاكتئاب وتقدير الذات والقلق والأعراض السيكوسوماتية قد أوضحت أن هناك اختلافات في النتائج التي أظهرتها هذه الدراسات وأن السبب يرجع في الغالب إلى عامل الجنس والعمر (Doyle&Markiewicz,2005).

وقد توصل كل من(**ريوسيلوفا، بروكوبيكا كوفا**) (٢٠٠٠) (Ruiselova & Prokopcavo, 2000) إلى أن كل من المراهقين والمراهقات يعانون من مشكلات عاطفية (انفاعلية) وأعراض اكتئابية وكذلك أعراض سيكوسوماتية. وهناك دراسات أخرى أظهرت أن البنات أعلى في مستوى الاكتئاب والقلق والأعراض السيكوسوماتية، وأقل في مستويات تقدير الذات من الذكور (AAUW, 2001).

مشكلة الدراسة:

لاشك أن الأسرة لها دور كبير في تنشئة أطفالها وتشكيل شخصيتهم وتحديد طريقهم نحو السواء أو المرض، وذلك من خلال مليتلقاه الطفل من رعاية وما يدركه من دفء وضوابط والدية. ولكل أسرة أساليب في التنشئة تختلف عن الأخرى وفقا لثقافتها والجماعة التي تنتمى إليها. ويرى الباحثان أن مشكلة الاضطرابات السكوسوماتية ازدادت حجما وتضخما في هذا العصر بسبب التقدم التكنولوجي والتغيرات في ثقافة المجتمعات ومن ثم فان هذه التغيرات انعكست علي الأسرة وعلي طريقة تنشئتها لأطفالها مما يسهم في تزايد ظهور الاضطرابات السكوسوماتية.

وعلى هذا يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

١- ما مدى العلاقة بين الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية وأبعاد الدفء/ الضبط الوالدي؟

٢- ما طبيعة الفروق بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية وأبعادها؟

٣- ما طبيعة الفروق بين الذكور والإناث في أبعاد الوالدية (في إدراكهم للدفء/الضبط الوالدي)؟

٤- ما طبيعة الفروق بين الذكور والإناث في أبعاد تقدير الشخصية؟

٥- ما طبيعة الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الأعراض السيكوسوماتية في الأعراض المرضية.

٦- ما طبيعة الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الأعراض السيكوسوماتية في أبعاد الوالدية؟

٧- ما طبيعة الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الأعراض السيكوسوماتية في أبعاد تقدير الشخصية؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

١- التعرف على طبيعة العلاقة بين الأعراض السيكوسوماتية (الدفء/الضبط) وابعاد الوالدية.

٢- التعرف على الفروق بين الطلاب والطالبات (في المرحلة الجامعية) في الأعراض السكوسوماتية وابعادها.

٣- التعرف على الفروق بين الطلاب والطالبات (في المرحلة الجامعية) في أبعاد الوالدية(الدفء/الضبط).

٤- التعرف على الفروق بين الطلاب والطالبات (في المرحلة الجامعية) في أبعاد تقدير الشخصية.

٥- التعرف على الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الأعراض السيكوسوماتية في الأعراض المرضية.

٦- التعرف على الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الأعراض السيكوسوماتية في إدراكهم للأنماط الوالدية.

٧- التعرف على الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الأعراض السيكوسوماتية في أبعاد تقدير الشخصية.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في تزايد انتشار مشكلة الاضطرابات السيكوسوماتية حيث ارتبطت هذه الاضطرابات النفس جسمية بمتغيرات كثيرة منها ما هو له علاقة بالحضارة الحديثة وأعباء الحياة اليومية التي يعيشها الإنسان المعاصر في عصر أبسط ما يوصف به أنه "عصر القلق"

ومنها ما هو مرتبط بضغوط أحداث الحياة التي يعيشها الفرد وما تثيره من انفعالات وتوترات تضغط على أعصابه وأجهزته الداخلية.

وقد ارتبطت هذه الاضطرابات في دراسات كثيرة بالعوامل والتفاعلات الأسرية وهذا ما يجعلنا نركز في هذه الدراسة على أهمية إدراك الأبناء لتفاعلات الأسرة التي يعيشون فيها وما يدركونه من دفء وقبول وضوابط والدية بعضها يكون متسقاً وأخرى قد تكون غير متسقة مما يشكل ضغطاً أسرياً على الأبناء، وهذا قد يكون سبباً من الأسباب العديدة التي تؤدي إلى ظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى الأبناء.

وترجع أهمية الدراسة من جهة أخرى إلى إلقاء الضوء على الخصائص النفسية لدى الأبناء مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية والأبناء منخفضي الأعراض السيكوسوماتية لأن نموذج الشخصية له دور كبير في ظهور العرض السيكوسوماتي.

وكذلك تأتي أهمية الدراسة في معرفة الدور الكبير الذي تقوم به التنشئة الوالدية في التشكيل النفسي للأبناء ورسم طريقهم نحو السواء أو نحو المرض.

مصطلحات الدراسة:

الأعراض السيكوسوماتية: Psychosomatic Symptoms

هي عبارة عن مشكلات جسمية تنشأ عن أسباب نفسية وقد تتضمن مشكلات صحية والتي لا يفلح العلاج الجسمي في شفائها تماماً لاستمرار الاضطراب الانفعالي ومنها أعراض التنفس والدورة الدموية وتوهم المرض والسيكوباتية والصداع النصفي والربو والقرح الهضمية كما تقيسها قائمة "كورنل للشخصية" (محمود أبو النيل، ١٩٩٤،٢٥)

والأعراض المرضية: فيقصد بها ما جاء في قائمة مراجعة الأعراض التي وضعها (ليرنارد ديروجيتس، رونالد لبيمان، لينوكوفي) وتعكس تسعة أبعاد للأعراض التي يعاني منها المفحوصين (عبد الله عسكر، ٢٠٠٥،٢٠٧).

الدفء/ الضبط الوالدي: Parental warmth/control

الدفء والمحبة الذي يمكن للآباء أن يمنحوه لأبنائهم وقد يعبر عنه بالقول أو بالفعل في أشكال السلوك.

ويقصد بالضبط الوالدي:

القيود والحدود المعنية التي يفرضها الأبوان على جوانب من سلوك الابن وأنشطته التي لا يستطيع تجاوزها، مع إجباره بصفة مستمرة على الالتزام بها وتكليفه ببعض الجوانب التي عليه أن يقوم بها وينجزها.

وفي المقابل قد يكون الضبط الوالدي غير متسق، ويقصد به عدم اتساق أي من الوالدين مع نفسه فيما يفرضونه من ضوابط وقواعد أو تعليمات متوقفاً على حالتهم المزاجية، بمعنى أن ما يحاسبونهم عليه مرة قد لا يعيرونه اهتماماً مرات أخرى (ممدوحة محمد سلامة، ١٩٩١) ص ٦٧٩.

تقدير الشخصية: Personality dispositions

ويقصد بها الخصائص النفسية والتي يدركها الفرد لنفسه فيما يتعلق بسبع خصائص نفسية سلبية وهي:

١- العداء/ العدوان
٢- الاعتمادية
٣- التقدير السلبي للذات
٤- نقص الكفاية الشخصية
٥- نقص التجاوب الانفعالي
٦- نقص الثبات الانفعالي
٧- النظرة السلبية للحياة.

الدراسات السابقة:

سوف نتناول الدراسات التي اهتمت بالمجال السيكوسوماتي في علاقته بالمتغيرات النفسية والأسرية والاجتماعية على المستوى المحلي والعالمي:

أولى هذه الدراسات والتي أجرتها في مصر **(منى أبو طيرة)** (١٩٨٩) بعنوان: (علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية والتنشئة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة) وتكونت عينة الدراسة من (مائتي) طالب وطالبة من كليات نظرية وعملية مختلفة، وقد بلغ المتوسط العمري لأفراد عينة الذكور ٢٠,٣٥سنة، في حين بلغ المتوسط العمري لأفراد عينة الإناث ٢٠,٢٢سنة.

واستخدمت الباحثة الأدوات الآتية:

١- قائمة (كورنل) للشخصية.
٢- اختبار الاضطرابات السيكوسوماتية.
٣- اختبار الشخصية الإسقاطي الجمعي.
٤- اختبار (إيزنك) للشخصية.
٥- مقياس اتجاهات التنشئة الاجتماعية للأبناء.

وكانت أهم نتائج الدراسة ما يلي:

١- وجود علاقات ارتباطية إيجابية دالة بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية وكل من متغيرات التوتر وسوء التوافق والعصابية والذهانية، والميل إلى السلوك الإجرامي كمتغيرات للشخصية.

كما وجدت علاقات ارتباطية سالبة دالة احصائيا بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية وكل من متغيرات الانبساطية، والمجاراة الاجتماعية والانتماء.

٢- وجود علاقات ارتباطية إيجابية دالة بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية وكل من متغيرات الرفض والتشدد والإهمال والتبعية وعدم الاتساق في المعاملة والضبط من خلال الشعور بالضبط والمبالغة في الرعاية كمتغيرات في التنشئة الاجتماعية، وكذلك وجود علاقات ارتباطية سالبة دالة بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية وكل من متغيرات التقبل والتسامح والاستقلال.

٣- وجود فروق دالة بين منخفضي ومرتفعي الاضطرابات السيكوسوماتية في بعض متغيرات الشخصية الخاصة بالتوتر وسوء التوافق والعصابية والذهانية والميل إلى السلوك الإجرامي والمجاراة الاجتماعية.

٤- وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية الخاصة بالخوف وعدم الكفايُة والفزع والدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية وفيما يتعلق بمتغيرات الشخصية كانت الفروق بينهما في متغيرات العصابية والميل إلى السلوك الإجرامي. وبالنسبة لمتغيرات التنشئة فقد وجدت فروق في متغيرات التقبل والاستقلال وعدم الاتساق في المعاملة والضبط من خلال الشعور بالذنب.

أما دراسة (حسن مصطفى عبد المعطي) (١٩٨٩) فقد تناولت الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين. على عينة من المرضى السيكوسوماتيين تكونت من (٤٣) مريضاً صنفوا حسب الاضطراب إلى:

(٨) حالات قرحة معدة.

(٨) حالات ضغط دم جوهري.

(٧) حالات ربو شعبي.

(١٤) حالة آلام مفاصل روماتيزمية.

(٦) حالات اضطرابات جلدية (ارتكاريا وأكزيما)

وعينة من الأسوياء تكونت من (١٥) فرداً.

والعمر الزمني لأفراد عينة المرضى السيكوسوماتيين يمتد من ١٨-٤٢ سنة بمتوسط قدره ٢٨,٦ سنة، بانحراف معياري قدره ٧,٣٥.

وامتد العمر الزمني لعينة الأسوياء من ٢٠-٣١سنة، بمتوسط قدره ٢٦,٠١ وانحراف معياري قدره ٦,٣سنة.

واستخدم الباحث الأدوات الآتية:

١) استبيان ضغوط أحداث الحياة.

٢) مقياس الصحة النفسية.

٣) اختبار الذكاء العالي.

٤) استمارة المستوى الاجتماعي (الاقتصادي والثقافي).

أهم نتائج الدراسة:

١- اتضح أن أكثر الأحداث تأثيراً في المرضى السيكوسوماتيين هي: عدم الرضا عن العمل (في المرتبة الأولى)، ثم النقصٌ الفعلي في الدخل وفقدان الاتصال بالأبناء (في المرتبة الثانية)، ثم الالتحاق بوظيفة جديدة في نفس مسار العمل (في المرتبة الثالثة) ثم الوقوع في دين كبير جداً لا يستطيع الفرد رده (في المرتبة الرابعة)،

٢- ثم وجود عضو بالأسرة أو صديق يبدأ في إدمان المسكرات أو يحاول الانتحار أو يودع بالسجن (في المرتبة الخامسة)، ثم وجود اضطراب صحي يتطلب علاج طبيب خاص، وزيادة عدد المشاجرات مع الأبناء، والتورط في المشاجرات (في المرتبة السادسة). ثم الالتحاق بوظيفة جديدة في عمل جديد (في المرتبة

السابعة)، ثم التغير في ساعات أو ظروف الوظيفة الحالية (في المرتبة الثامنة)، ثم الطرد أو الانقطاع من العمل، ومرض عضو بالأسرة بمرض خطير والإدانة في انتهاك بسيط للقانون (في المرتبة التاسعة)، ثم الإصابة بمرض جسمي خطير يتطلب العلاج بالمستشفى، والوقوع ضحية حادث (في المرتبة العاشرة).

ثم يأتي بعد ذلك أحداث البطالة والإحساس بقيود خطيرة في الحياة الاجتماعية وازدياد عدد المشاجرات مع شريك الحياة، وجود مشاكل مع الأقارب. ووجود مشكلات سلوكية أو اضطراب لدى الأبناء.

٣- وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى السيكوسوماتيين والأسوياء في إدراكهم لأحداث الحياة في مجالاتها السبعة مما يشير إلى أنهم كانوا أكثر تأثراً بأحداث الحياة وضغوطها من الأسوياء.

٤- لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات السيكوسوماتية في إدراكهم للأحداث المتعلقة بالناحية المالية والصحية والزواج والعلاقة بالجنس الآخر والوالدية.

٥- وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات السيكوسوماتية وبعضها في إدراكهم للأحداث المتعلقة بالعمل والدراسة والمنزل والحياة الأسرية والأحداث الشخصية فاتضح أن مجموعة المصابين بقرحة المعدة كانوا أكثر المجموعات إحساساً بتأثير الأحداث المرتبطة بالعمل والدراسة من بقية المجموعات.

وأن مجموعة مرضى الربو الشعبي كانوا أكثر المجموعات إحساساً بتأثير الأحداث المرتبطة بالمنزل والحياة الأسرية من بقية المجموعات.

وأن مرضى ضغط الدم الجوهري كانوا أكثر المجموعات إحساساً بتأثير الأحداث الشخصية من بقية المجموعات.

أما عن الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال وعلاقتها ببعدي العصابية والانبساط، فكانت دراسة (مايسة أحمد النيال)(١٩٩١) والتي تهدف إلى فحص العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية وكل من بعدي الشخصية: العصابية والانبساط لدى عينة من تلاميذ المرحلة الإعدادية من الجنسين تكونت من (٢٠١) من تلاميذ المرحلة الإعدادية من الصفين الثاني والثالث من الذكور والإناث. (١٠٠) من الذكور، (١٠٢) من الإناث. وكان متوسط أعمار التلاميذ ١٣,٨٤سنة، بانحراف معياري قدره ٠,٨٦، وكان نظيره لدى التلميذات ١٣,٢٣سنة، بانحراف معياري قدره٠,٦٨.

وكانت أدوات الدراسة كالتالي:

١- مقياس الأعراض السيكوسوماتية للأطفال.

٢- مقياس العصابية والانبساط من استبيان (أيزنك للشخصية).

وكانت أهم نتائج الدراسة ما يلي:

١- أن متوسط درجات عينة البنات أعلى من متوسط نظرائهن من البنين في كل من: الأعراض السيكوسوماتية والعصابية، وكان الفرق جوهريا عند مستوى ٠,٠٠١، في حين متوسط عينة البنين أعلى من عينة الإناث في متغير الانبساط غير أن الفرق لم يكن جوهرياً.

٢- ارتبطت الأعراض السيكوسوماتية بالعصابية ارتباطاً إيجابياً لدى عينة البنين وعينة البنات.

أما دراسة (بروكوبيكا كوفا) (ProkoPca kova)(١٩٩٦) فقد تناولت القلق وأعراض سوء التوافق لدى البنات السلوفاك، وركزت الدراسة على

تأثير القلق على مشكلات سوء التوافق لدى عينة من المراهقات بلغ عددهن (١٦٢)، ومتوسط أعمارهن ١٥سنة.

تم تطبيق استبيان الأعراض المرضية (١، ٢) ومن خلال التحليل العاملي لأبعاد المقياس تم تحديد خمسة عوامل منبئة لمشكلات التوافق وهي:

١- السيكوسوماتيك.

٢- الانفعال.

٣- السلوك المضاد للمجتمع.

٤- الوالدين.

٥- الأقران (أحد من الأقران)

وأشارت النتائج إلى وجود بعض الارتباطات الإيجابية (دالة عند مستوي ٠,٠٥) بين القلق والمشكلات التوافقية للطالبات ما عدا واحدة من السلوكيات المضادة للمجتمع.

أما دراسة (كرونيك وآخرون) (Kroenk, etal)(١٩٩٧) فقد تناولت هذه الدراسة (١٠٠٠) شخص من المترددين على دور الرعاية الأولية، ثم تقييمهم على أنهم أفراد يعانون من اضطرابات عقلية.

وقد طور القائمون على هذه الدراسة المحكات الجديدة لتشخيص الاضطرابات التي تأخذ أشكال جسمية والتي تسمى "بالاضطرابات التي تأخذ أشكال جسمية متعددة" (Multi somatform) قسمت على أساس ثلاثة أو أكثر من الأعراض غير الواضحة التي تحدث في أقل من شهر أو أكثر (أقل من عامين) وقد تطول أكثر ولها تاريخ في الأعراض التي تأخذ صوراً بدنية.

وكان متوسط أعمار العينة ٥٥سنة، (٦٠% من النساء)، (٥٨% من البيض) ومعظم أفراد العينة يعانون من اضطرابات جسمية وعضوية) وأهمها:

ضغط الدم المرتفع (hypertension) بنسبة ٤٨%.

التهاب في المفاصل (Arthritis) بنسبة ٢٣%

مرض السكري (diabetes) بنسبة ١٧%

- أمراض القلب (heart disease) بنسبة ١٧ %

وقد تم تصنيف المرضى وفقاً للمحك التشخيصي الإحصائي الأمريكي االثالث

(DSM-III-R) بالاضطرابات متعددة الأشكال الجسمية، وتم وضع (٢٠) عبارة قصيرة كمقياس مسحي للصحة العامة (G H S) يقيم الصحة العامة وعلاقتها بجودة الحياة في ستة ميادين أساسية وهي: الجسمية، العقلية، الاجتماعية، الأدوار الاجتماعية، الألم، إدراك الصحة العامة. وقد وجد الباحثون أن معدل انتشار الاضطرابات متعددة الأشكال الجسمية وصلت نسبته إلى ٨,٢% مقارنة باضطرابات المزاج والقلق.

وقد ارتبطت الاضطرابات متعددة الأشكال الجسمية بوجود علامات تدل على ضعف في الصحة العامة كان لها تأثير على جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى.

ويرى الباحثون أن الاضطرابات التي تأخذ أشكال جسمية متعددة تنتج من الضعف أو النقص النفسي الاجتماعي على الأقل كعامل قوي وكمحور متعدد ورئيسي للاضطرابات، وفي الدراسات المستقبلية في هذا الموضوع سوف يتسع المجال للتركيز على تأثير العوامل النفسية والاجتماعية المسببة لهذه الأعراض والتي تسبب حالات القلق واضطرابات المزاج.

أما عن دور العوامل النفسية في التهابات القولون التقرحية فكانت دراسة (موسير)(Moser)(١٩٩٧). وفي هذه الدراسة أمكن تصنيف التهابات القولون التقرحية (Ulcerative Colitis) على أنها أمراض سيكوسوماتية. وتتناول هذه الدراسة ثلاثة مفاهيم في صورة تساؤلات على النحو التالي:

١- هل قرحة القولون ناتجة عن عوامل نفسية؟

٢- هل العوامل النفسية لها تأثيرها على التهابات القولون التقرحية من الوجهة الإكلينيكية؟

حيث أوضحت نتائج الدراسات الإكلينيكية أن الضغوط النفسية يمكن أن تؤثر في تاريخ المرض، كما تظهر في أعراض تهيج القولون. (Irritable Colon syndrome) ويمكن أن تتداخل هذه الأعراض الكلاسيكية مع الألم الباطني والإسهال.

٣- هل يمكن أن نعتبر التهابات القولون التقرحية الناتجة عن عوامل نفسية من الأمراض المزمنة؟

يجيب الباحث عن هذا التساؤل موضحاً أن التهابات القولون التقرحية يمكن اعتبارها من الأمراض المزمنة الشديدة مع المظاهر المعوية التي تنتج من ضغوط ومعوقات اجتماعية والتي يكون هناك بعض العوامل النفسية الوظيفية مثل تقدير الذات وإدراكهم للضوابط الزائدة في حياتهم.

أما دراسة (هوتوبف وآخرون) (Hotopf, etal)(١٩٩٨) فقد جاءت لتجيب عن سؤالين عنوانها:

لماذا يعاني الأطفال من آلام باطنية مزمنة؟

وماذا يحدث لهم عندما يكبروا؟

وتتصدر الدراسة لمشكلة آلام البطن المزمن لدى الأطفال في صورة سؤالين رئيسين هما:

١- ما نوع العائلة التي تعيش فيها أطفال يعانون من آلام البطن، ومن هم آبائهم الذين يعزو لهم وجود اضطراب معوي مزمن؟

٢- هل الآلام الباطنية المزمنة لدى الأطفال تكون عرضة لكي تتطور في صورة اضطرابات سيكاتيرية (طبية نفسية) وجسمانية عند البلوغ أو في مرحلة الشباب؟

وقام الباحثون بتحليل البيانات من خلال المسح الوبائي الصحي منذ عام ١٩٤٩م وقد تتبعوا الحالة الصحية لـ (٥٣٦٢) طفل حتى كبروا ووصلوا إلى سنة ٤٣ سنة وجمعوا البيانات الأخيرة عام ١٩٨٩، وتم تحليل البيانات والمتغيرات التي جاءت في البحث مثل:

تعريف حالات آلام البطن المزمن (استمرار الأعراض المرضية في ثلاث مراحل أو دورات تقييمية في سن ٧، ١١، ١٥ سنة).

وفي المقابل المجموعة الضابطة (التي لم يظهر لديها هذه الأعراض المرضية وكذلك الصحة الجسمية والنفسية للآباء). تم مقابلة الآباء عندما كان أطفالهم في سنة ١٥ سنة، وهم في تمام صحتهم النفسية، وطبق عليهم استبيان الشخصية لقياس العصابية (مقياس مودزلي) واستجاب على هذا المقياس معلمين الأطفال. واستجاب الأطفال على مقياس (بيتنر) عندما كانوا في سن ثلاث عشرة سنة، وعندما وصلوا إلى مرحلة البلوغ تم تطبيق استبيان لقياس الأعراض الجسمانية، واستمر تطبيق هذا المقياس عليهم حتى وصلوا إلى سن ثلاث واربعين سنة لفحص حالتهم الصحية.

وأشارت النتائج إلى ما يلي:

١- أن الآلام الباطنية في الطفولة لم يكن من المحتمل أن تظهر هذه الآلام بنفس الأعراض في مرحلة البلوغ، لكن العامل الخطر والحاسم في تطورها هو الاضطرابات الجسمية والنفسية في مرحلة البلوغ.

٢- بالنسبة لنوعية آباء هؤلاء الأطفال: أخبر أباء الأطفال الذين لديهم أعراضاً مرضية عدداً أعلى دلالة لأعراض جسمانية وأخبرت

أمهات الأطفال اللاتي لديهن أعراضاً مرضية درجة أعلى دلالة من العصابية.

٣- أن ظهور أو وجود الآلام الباطنية في الطفولة لم يكن منبئاً لظهور الآلام الباطنية في مرحلة البلوغ، ولكن هذه الأعراض الباطنية في الطفولة كانت منبئة بقوة بظهور اضطرابات سيكاتيرية في مرحلة البلوغ. ويرى الباحثون أن آلام البطن المزمنة في مرحلة الطفولة تكون مرتبطة بضعف الصحة الجسمية لدى الآباء، وضعف الصحة النفسية لدى الأمهات.

أما عن التنشئة الوالدية والمشكلات الانفعالية لدى المراهقين فكانت دراسة (بروكوبيكا كوفا)(Prokopca kova)(١٩٩٩) ، وتركز الدراسة على العلاقة بين نمط التنشئة الوالدية والمشكلات الانفعالية والسيكوسوماتية لدى المراهقين، وتكونت عينة البحث من (٩٥٤) بنت، (٨٧٩) ولد، متوسط أعمارهم (١٥سنة) تم تطبيق استبيان الأعراض المرضية لـ(ماجنسون) وأخرون (١٩٧٥) ومقياس (سبيلبرجر) حالة- سمة القلق.

وأوضحت النتائج ما يلي:

- أهمية عامل الجنس بالنسبة للوالدين بالإضافة إلى جنس الطفل في التنشئة.
- أن التنشئة الصارمة للوالد المغاير في الجنس يؤثر سلبياً في الانفعالات وفي ظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى المراهقين.

وفي الصين يتناول الباحثون (٢٠٠٠) (Zhang, Wang, Sun, etal) التأثير طويل المدى لزلزال (طنقشان)(Tangshan earthquake) في عام (١٩٧٦م) على الصحة النفسجسمية للأيتام.

بلغ عددهم (٥٧) فرداً، متوسط أعمارهم (٢٨,١٤سنة)، وعينة أخرى متوسط أعمارهم (١٠,٣٥سنة) تعرضوا لخبرة الزلزال منذ كانت أعمارهم

١٤ سنة أو أقل. وعينة ضابطة عددهم (٤٧) فردا، متوسط أعمارهم (٢٨,٦٤سنة) تعرضوا لخبرة الزلزال في نفس عمر العينة التجريبية، ولكنهم لم يتعرضوا لاصابات جسدية جراء الزلزال، ولم يفقدوا أحداً من أعضاء أسرهم بسبب وقوع الزلزال.

وتم تقييمهم من الناحية الصحية، والمقارنة بين المجموعاتٌ من خلال معدل حدوث اضطراب الضغوط.

- (ثلاثة عشر طفلاً) يتيماً من العينة التجريبية، في مقابل طفلاً واحداً من العينة الضابطة شخصوا باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Posttraumatic stress disorder).
- سجلت عينة الأيتام أعلى درجات في القلق والاكتئاب والعداء، وقد سجلوا أيضاً أعلى درجات في الأعراض البدنية وفي الانزعاج.

ويرى الباحثون أن فقد التعلق الوجداني بالوالدين، وتكرار استرجاع ذكرى الخبرة الصدمية قلل من قدرة الأيتام على مواجهة الضغوط النفسية والاضطرابات وتم تطبيق الاختبارات النفسية الآتية:

١) قائمة الأعراض المرضية (Scl- 90).
٢) مقياس التقدير الذاتي للقلق.
٣) مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب.
٤) قائمة (كورنل).
٥) مقياس تقدير المساندة الاجتماعية.
٦) مقياس الشخصية متعدد الأوجه.

واستنتج الباحثون أن الخبرات المبكرة مع الزلزال التي عاشها الأيتام بفقد آباءهم، واجهوا اضطرابات نفسية جسمية (اضطرابات سيكوسوماتية)، وكذلك اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة(PTSD).

أما عن أبعاد مشكلة التوافق لدى المراهقين السلوفاك فقد تناولها الباحثان (ريوسيلوفا، بروكوبيكا كوفا) (Ruiselova & Prokopcakova) (٢٠٠٠) وقد ظهرت مشكلة سوء التوافق من خلال شكلين: حقيقية (جوهرية) أى يمكن تشخيصها، عرضية (خارجية) وركزت الدراسة على بنية وأبعاد مشكلة التوافق لدى المراهقين.

تكونت عينة البحث من (٩٥٧) بنت، (٨٩٤) ولد، أعمارهم تقترب من ١٥سنة تم تطبيق استبيان التقدير الذاتي للأعراض المرضية. على عينة من البنات والأولاد. وركزت الأسئلة على المشكلات المتنوعة للتوافق والتي تعتمد على مدى ظهورها وشدتها وقد وجدا الباحثان أن كل من المراهقين والمراهقات يعانون من مشكلات عاطفية وأعراض اكتئابية وكذلك مشكلات وأعراض سيكوسوماتية كأعراض سوء توافق حقيقية (جوهرية)، وأعراض سوء توافق عرضية (خارجية).

وفي دراسة (بافيتي) (Bafiti) (٢٠٠١) تناول الباحث وظيفة النظام الأسري الوالدي والإحساس أو الشعور بالتماسك(الالتحام)كعوامل مرتبطة بالصحة النفسية والجسمية.

تم دراسة إدراك الأفراد لأنفسهم ولحياتهم (الإحساس بالالتحام والتماسك الأسري): والأبعاد الخاصة بالنظام الوظيفي للأسرية الوالدية (التماسك الانفعالي، التكيف). وعلاقة ذلك بالصحة النفسية الجسمية.

وتكونت عينة البحث من ثلاث مجموعات ومقارنتهم:

(١٩٢) فرداً يتمتعون بالصحة الجسمية.

(٨١) فرداً يعانون من اضطرابات مزمنة في الجهاز الهضمي.

(١٠٣) فرد مصابون بأورام خبيثة (malignant tumors).

ولم توجد فروق إحصائية بين المجموعات الثلاث في وصفهم للنظام الأسري الوالدي.

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن:

- التماسك العاطفي (الانفعالي) في الأسرة الوالدية كان مرتبطاً مباشرة بشعور الأفراد بالالتحام والتماسك.
- هناك ارتباط عكسي بين الالتحام أو التماسك الانفعالي والإحساس بالتماسك الأسري والأعراض الجسدية والنفسية وكذلك الأعراض السيكوسوماتية.
- أظهرت المجموعتان المرضية زملة أعراض تمثلت في (توهم المرض، أعراض بدنية، قلق ارق).
- أظهرت المجموعة الضابطة أعراضاً نفسية وبدنية أقل دلالة إحصائية من المجموعة التي كانت تعاني من اضطرابات الجهاز الهضمي، والمجموعة المصابة بأورام خبيثة.

وفي دراسة (**يحيى محمد صابر**)(٢٠٠٢) تناولت تقدير الشخصية والمهارات الاجتماعية وارتباطهما بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من أبناء المغتربين وغير المغتربين.

وتهدف الدراسة إلى بحث العلاقة بين تقدير الشخصية بأبعادها السبعة (كما جاءت في مقياس رونر) وهي:(العداء/العدوان، الاعتمادية، تقدير الذات، الكفاية الشخصية، التجاوب الانفعالي، الثبات الانفعالي، النظرة للحياة) وبين المهارات الاجتماعية بأبعادها الستة الواردة في مقياس المهارات الاجتماعية لـ(رونالدريجيو)وهي:(التغير الاجتماعي، الحساسية الاجتماعية، التعبير الانفعالي، الحساسية الانفعالية، الضبط الاجتماعي، الضبط الانفعالي) وارتباطهما بالاضطرابات السيكوسوماتية. على عينة من أبناء المصريين المقيمين مع ذويهم بمصر، والأبناء المغتربين المقيمين بالسعودية.

وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين أبناء المصريين المقيمين في المملكة العربية السعودية وأقرانهم في مصر في الخصائص

النفسية السلبية والاضطرابات السيكوسوماتية لصالح العينة المقيمة بالسعودية، وكذلك وجدت فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين في المهارات الاجتماعية لصالح العينة المقيمة في مصر.

أما عن العلاقة بين العوامل السيكوسوماتية والربو عند الأطفال فكانت دراسة (ماوهونج، زيمين، دونج) (Maohong, Zemin, Dong) (٢٠٠٢) عن العلاقة بين العوامل السيكوسوماتية والربو عند الأطفال على عينة تكونت من (٦٩) طفلاً مصابين بحالات من الربو الشعبي (Bronchial asthma) تراوحت أعمارهم ما بين (٨-١٤سنة)، وعينة ضابطة تكونت من (٦٩) طفلاً تم تقييمهم وفقاً للنسخة الصينية لمقياس (إيزنك للشخصية) (E P Q) (Y. Gong,1986) وقد أكمل آباؤهم استجاباتهم على مقياس (تقييم الذات) للربو.

ودرست العوامل الذاتية المتمثلة في تاريخ الإصابة والتاريخ الأسرى لظهور حالات الربو الشعبي عند الأطفال، وكذلك العوامل البيئية الأسرية المتمثلة في اتجاه الآباء نحو الطفل، الحماية الزائدة، التدليل، علاقة الآباء والتعليم.

وقد أوضحت النتائج ما يلي:

- لم توجد فروق في الأبعاد الأربعة لمقياس (إيزنك) بين الأطفال المصابين بالربو وبين أطفال العينة الضابطة.
- أن عوامل الخطورة المسببة للربو تضمنت تاريخ الأطفال في الاضطرابات الحادة في الجهاز التنفسي، والإصابة وتاريخ الأسرة في المرض وكذلك ضعف العلاقة بين الآباء والأطفال، وبعض الاتجاهات الوالدية نحو الطفل المتمثلة في الحماية الزائدة والتدليل الناتج عن حالات الربو التي تصيب الطفل. ولكن الجو

الديموقراطي في الأسرة كان من العوامل الوقائية من أزمات الربو التي يتعرض لها الأطفال.

وفي دراسة (بيرت، جونيلا)(Berit & Gunilla)(٢٠٠٤) موضوعها (التنبؤ بالمشكلات السيكوسوماتية في الطفولة المتوسطة). وقد حدد الباحثان هذه المشكلات السيكوسوماتية كما تتمثل في اضطرابات الأكل والصداع والشكوى من اضطرابات المعدة. وقد درست هذه المشكلات في مرحلة الطفولة الوسطى من منظور الانفعالات المنتظمة، وكذلك عوامل تمثل الدور السلبي للانفعال، وعوامل الانفعال الأسري المنظم (التعلق الوجداني بالأم وإدراك الضبط الوالدي).

تكونت عينة البحث من (٨٧) طفلاً، تراوحت أعمارهم ما بين ١١شهراً حتى سن ٩سنوات وقد أوضحت نتائج الدراسة أن الصداع واضطرابات المعدة أمراض سيكوسوماتية منبئة من الدرجة الأولى بالانفعالات السلبية واضطرابات الأكل، واضطراب العوامل الأسرية.

وكذلك ارتبطت الانفعالات السلبية والتعلق غير الآمن وإدراك ضوابط والدية قليلة الاتساق بالمشكلات السيكوسوماتية لدى الأطفال وخاصة في مرحلة الطفولة المتوسطة.

أما عن الاضطرابات السيكوسوماتية وقلق الحالة والمستوى البدني لدى لاعبي كرة القدم في منطقة (جازان) بالمملكة العربية السعودية كانت دراسة (**محمد أبو الخير، خالد صيام**) (٢٠٠٦) وتكونت عينة البحث من لاعبي كرة القدم (الشباب) والفريق الأول بأندية (التهامي) و(اليرموك) والمسجلين بالاتحاد السعودي لكرة القدم موسم (٢٠٠٥/٢٠٠٦) بلغ عددها (٦٢) لاعباً. وتم تطبيق الاختبارات والمقاييس الآتية:

١) مقياس (كورنل) للشخصية وبالتالي انقسمت العينة إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى : مرتفعي الدرجات في الاضطرابات

السيكوسوماتية حيث كانت درجاتهم (٢٣) فأكثر، وعددهم (١٧) لاعباً.

المجموعة الثانية:

منخفضي الدرجات في الاضطرابات السيكوسوماتية وعددهم (٤٥) لاعباً وكذلك تم توصيف العينة من ناحية المتغيرات الآتية: (الوزن، الطول، العمر الزمني، العمر التدريبي، السرعة، المرونة، القوة، التحمل)

٢) وذلك من خلال تطبيق مقاييس المستوى البدني: اختبار العدو (٥٠م)، اختبار مرونة العمود الفقري، اختبار الوثب العمودي الأعلى، اختبار التحمل.

٣) قائمة (حالة/ سمة القلق) لـ(سبيلبرجر) إعداد (محمد حسن علاوي، ١٩٨٧).

٤) قائمة الحالة الصحية للاعبين (من إعداد الباحثين).

وأهم نتائج البحث:

١- وجدت ارتباطات إحصائية بين قلق الحالة لدى اللاعبين والدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية .

٢- ارتبطت درجات قلق الحالة ارتباطاً سلبياً بالمستوى البدني لدى اللاعبين.

٣- ارتبطت الأعراض السيكوسوماتية ارتباطاً عكسياً بمستوى الأداء البدني لدى اللاعبين.

٤- وجدت فروق دالة إحصائياً بين درجات اللاعبين مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية ودرجات اللاعبين منخفضي الأعراض السيكوسوماتية في قلق الحالة والفروق لصالح اللاعبين منخفض الأعراض السيكوسوماتية.

التعليق على الدراسات السابقة:

أوضحت الدراسات التي تم عرضها ما يلي:

١- تأثير العوامل النفسية والاجتماعية على الاضطرابات السيكوسوماتية المتمثلة في ضغط الدم المرتفع، التهابات المفاصل، مرض السكري، أمراض القلب وكذلك تأثيرها على التهابات القولون التقرحية (كرونيك وآخرون،١٩٩٧) (موسير)(١٩٩٧).

٢- آباء الأطفال المصابين بأعراض سيكوسوماتية لديهم أعراضاً مرضية جسمانية وكذلك أمهاتهم كانت لديهن أعراضاً مرضية عصابية (هوتوبف، كارز) وآخرون (١٩٩٨) وأن الأعراض الجسمانية (العضوية) كانت منبئة بقوة لتطور أعراض سيكاتيرية لدى الأطفال في الكبر.

٣- تأثير الضغوط النفسية الأسرية (الوالدية) على ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية وخاصة قرحة المعدة، على الرغم من اكتشاف البكتريا اللولبية المسببة لأمراض قرحة المعدة (ليفينستين، أكيرمان) وآخرون (١٩٩٩).

٤- ارتبطت الاضطرابات السيكوسوماتية بمتغيرات الشخصية (العصابية، الذهانية سوء التوافق. وكذلك ارتبط هذه الاضطرابات بمتغيرات الوالدية مثل الرفض والتشدد والإهمال وعدم الاتساق) (منى أبو طيرة، ١٩٨٩).

٥- وجدت فروق بين الأفراد منخفضي الأعراض السيكوسوماتية ومرتفعي الأعراض في متغيرات الشخصية.

٦- ارتبطت الأعراض السيكوسوماتية عند الأطفال بالعصابية لدى البنين والبنات (مايسة النيال، ١٩٩١).

٧- ارتباط الأعراض السيكوسوماتية بالخصائص النفسية السلبية لدى الأبناء وخاصة المغتربين(يحيى محمد صابر) (٢٠٠٢).

٨- ارتبطت المشكلات السيكوسوماتية بالتعلق غير الآمن وإدراك ضوابط والدية قليلة الاتساق لدى الأطفال (بيرت، حونيلا) (٢٠٠٤).

٩- اهتمت الدراسات السابقة بدراسة عينات متنوعة من الأطفال والمراهقين وطلاب الجامعة من الجنسين.

أما الدراسة الحالية فهى تتناول موضوع او مشكلة الاضطرابات السيكوسوماتية فى علاقتها بمتغيرات أسرية وهذا الموضوع لم يطرق كثيراً فى الدراسات العربية وخاصة فى المجتمع السعودى لدى طلاب وطالبات الجامعة.

فروض الدراسة:

بناء على مشكله الدراسة واهدافها يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

١- يوجد ارتباط دالاً إحصائياً بين الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية ودرجات الدفء/ الضبط الوالدي لدى عينة الذكور والإناث.

٢- توجد فروق دال إحصائياً بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية وأبعادها لصالح الأناث.

٣- توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في أبعاد الدفء/ الضبط الوالدي لصالح الأناث.

٤- توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في أبعاد تقدير الشخصية لصالح الأناث.

٥- توجد فروق دالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الأعراض السيكوسوماتية في الأعراض المرضية لصالح الأناث.

٦- توجد فروق دالة إحصائياً بين مرتفعي ومنخفضي الأعراض السيكوسوماتية في الدفء/ الضبط الوالدي لصالح الأناث.

٧- توجد فروق دالة إحصائياً بين مرتفعي ومنخفضي الأعراض السيكوسوماتية في أبعاد تقدير الشخصية لصالح الأناث.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة في بدايتها من(٢٥٦)طالب وطالبة في المرحلة الجامعية واستبعد الباحثان ثلاثين استمارة إما لعدم استكمال البيانات، أو كبر سنهم، واستقرت العينة على (٢٢٦) من الجنسين (١٠١) من الذكور، (١٢٥) من الإناث.

وعينة الذكور كانت من طلاب كلية المعلمين (جامعة جازان) من الأقسام الأدبية والعلمية، وتراوحت أعمارهم مابين ١٩-٢٣ سنة وبلغ المتوسط العمري لأفراد العينة ٢٠,٣٥ بانحراف معياري قدره ٠,٧٤.

أما عينة الإناث فكان من طالبات كلية التربية (جامعة الملك خالد) بأبها من الأقسام الأدبية والعلمية، وتراوحت أعمارهن مابين ١٨-٢٣ سنة وبلغ متوسط أعمارهن ٢٠,٠٣ بانحراف معياري قدره ٠,٧١

ولم توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط أعمار الطلاب والطالبات. ومن خلال تطبيق أدوات الدراسة وخاصة (قائمة كورنل) تم عزل مجموعتين المنخفضين والمرتفعين في الاضطرابات السيكوسوماتية باستخدام قيمة الربيع الأدنى والربيع الأعلى.

وفي النهاية تكونت عينة الدراسة من ثلاث عينات:

(أ)عينة الذكور وعددها (١٠١) طالب.

(ب) عينة الإناث وعددها (١٢٥) طالبة.

(ج) العينة الكلية (مرتفعي ومنخفضي الأعراض السيكوسوماتية).

وبلغ عدد مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية (١١٢) طالب وطالبة.

وبلغ عدد منخفضي الأعراض السيكوسوماتية (١١٤) طالب وطال.

أدوات الدراسة:

استخدم الباحثان الأدوات الآتية للتحقق من صدق فروض الدراسة:

استمارة بيانات عامة (ديموجرافية) (من إعداد الباحثين)

وتتضمن هذه الاستمارة بيانات عامة عن أفراد عينة البحث وتشمل: السن، حجم الأسرة، ترتيب الميلاد، محل الإقامة، درجة تعليم الأبوين، مهنة الأب، الحالة الاجتماعية والظروف الأسرية، كل هذه البيانات استخدمها الباحثان بهدف ضبط العينة واستبعاد بعض أفراد العينة كالطالبات المتزوجات والطلاب المتزوجين، وممن يعيشون في ظروف أسرية تشملها طلاق أو انفصال الأبوين. وأيضاً بهدف تحقيق أكبر قدر ممكن من التجانس بين أفراد العينتين.

قائمة (كورنل) للشخصية : Cornell Index

أعدها وايد وزملائه ونقلها للعربية محمود السيد ابو النيل (١٩٩٤).

واستخدمت هذه القائمة لمعرفة النواحي العصبية والسيكوسوماتية لدى عينة البحث، حيث أكدت كثير من الأبحاث قيمة الاختبار في التشخيص الإكلينيكي وقيمتها كمقياس للكشف عن الأعراض الجسمية والانفعالية.

ويتكون الاختبار من (١٠١) عبارة تقيس عشرة عوامل انفعالية وهي:

١- الخوف وعدم الكفاءة.

٢- الاكتئاب.

٣- العصبية والقلق.

٤- أعراض عصبية في الأجهزة الدورية.

٥- استجابة الفزع والجفول.

٦- الأعراض السيكوسوماتية الأخرى.

٧- توهم المرض.

٨- الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء.

٩- الحساسية المفرطة والارتياب.

١٠- السيكوباتية الشديدة.

والاختبار ليس له زمن محدد. وهناك عبارتان يمكن أن تكشف كذب أداء المفحوص هما العبارة رقم (٢٠، ٢٢) فلو أجاب (بنعم) على هذين العبارتين فهو كاذب. واستخدم الاختبار في التمييز بين الحالات التي ليس لديها اضطراب سيكوسوماتي أي اضطراب أساسه نفسي من الحالات التي ليست اضطراب سيكوسوماتي، وعلى هذا الأساس هو أن الدرجة (٢٣) فما فوق على المقياس تكشف عن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية وعصابية شديدة (محمود أبو النيل، ١٩٩٣، ٣٣٣)، وقد استخدم هذا المقياس في البيئة المصرية عديد من الباحثين (محمد عماد الدين إسماعيل، سيد عبد الحميد مرسي، ومحمود الزيادي، ومحمود أبو النيل) وأوضحت نتائجهم تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات من الصدق والقدرة على التمييز بين الفئات السيكاتيرية والأسوياء (حسن مصطفى عبد المعطي، ١٩٨٩، ٣٣).

ثبات وصدق قائمة (كورنل) للشخصية في البيئة السعودية:

أولاً: الثبات:

تم حساب ثبات القائمة على عينة بلغ عددها (٩٥) منهم (٥٠٪) طالبة ، (٤٥) طالب، تراوحت أعمارهم بين ١٨-٢١سنة بمتوسط عمري قدره ١٩,٨، وانحراف معياري قدره ٠,٦١.

وبحساب معامل الارتباط بين نصفي كل اختبار من الاختبارات الفرعية أي بين الدرجة على الوحدات الفردية والدرجة على الوحدات الزوجية

باستخدام معادلة (سبيرمان-براون) كان معامل الارتباط ٠,٨٦٥ ومعامل الثبات ٠,٩١٢، وأجرى الثبات النصفي لعبارات المقياس الكلي فبلغ معامل الارتباط بين درجات الأفراد على العبارات الزوجية وبين درجاتهم على العبارات الفردية ٠,٨٧٣ ووصل معامل ثبات الاختبار باستخدام معادلة (سبيرمان-براون) ٠,٩٣٢

ثانياً: الصدق:

تم حساب صدق القائمة بطريقتين:

أ) باستخدام كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعينة من مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية قوامها (٣٥) فرداً، وعينة من منخفضي الأعراض السيكوسوماتية وعددها (٥٠) فرداً، وتم حساب الدلالة الإحصائية باستخدام "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين على الدرجة الكلية للاختبار. ومن خلال الدرجة (ت) يتضح أن الاختبار أو القائمة ذا قدرة تمييزية عالية بين مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية ومنخفضي الأعراض السيكوسوماتية عند مستوى ٠,٠١ حيث أن قيمة (ت)= ٧,٣٢

ب) قام الباحثان بحساب الصدق التلازمي مع أداة أخرى كمحك خارجي وهي قائمة مراجعة الأعراض (عبد الرقيب البحيري) وهي تقيس تسعة أعراض.

وذلك على عينة التقنين السابقة، وكان معامل الارتباط بين الأداة والمحك الخارجي ر= ٠,٨٦ وهو ارتباط دال عند مستوى ٠,٠١

قائمة مراجعة الأعراض:

Sympton Checklist- go (Set- 90) Sel

والتي وضعها (ليونارد ديروجيتس، رونالد لبيمان، لينوكوفي) ونقلها للعربية (عبد الرقيب البحيري) (١٩٨٤) وهي قائمة تقدير إكلينيكي

تعتمد على أسلوب التقدير الذاتي لتشخيص الأعراض السلوكية لدى المرضى المترددين على العيادات لانفسية (عبد الله عسكر، ٢٠٠٥، ٢٠٧) وتشتمل القائمة على (٩٠) عبارة تعكس تسعة أبعاد للأعراض التي يعانيها المفحوصين وهي:

١- الأعراض الجسمانية (ذات الأصل النفسي).

٢- الوسواس القهري .

٣- الحساسية التفاعلية (اضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة)

٤- الاكتئاب .

٥- القلق

٦- العداوة أو العداء.

٧- قلق الخواف

٨- البارانويا التخيلية.

٩- الذهانية.

وقد قام (عبد الله عسكر، ٢٠٠٥، ٢٠٨) بحساب ثبات وصدق القائمة وتراوحت معاملات ثبات ألفا بطريقة التجزئة النصفية لكل مقياس فرعي على حدة حيث تراوحت معاملات الثبات بين ٠,٧٤-٠,٨٦ كما حسبت معاملات الصدق من خلال حساب الصدق التمييزي للقائمة بمقارنة استجابات متعاطي المخدرات بغير المتعاطين حيث كانت جميع الفروق دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١لصالح عينة المتعاطين.

حساب ثبات وصدق القائمة على البيئة السعودية:

تم حساب ثبات القائمة على عينة التقنين السابقة (ن=٩٥) طالب وطالبة بطريقة إعادة الاختبار بعد ثلاثة أسابيع من التطبيق الأول. وكانت قيمة معامل الثبات ٠,٨٧.

أما بالنسبة للصدق فقد تم حساب الصدق التلازمي للقائمة مع قائمة كورنل وكان معامل الارتباط بين الأداة والمحك الآخر ر =٠,٨٦.

وكذلك تم حساب الصدق الظاهري بعرض القائمة على بعض المتخصصين في علم النفس واللغة العربية، وتم تعديل صياغة بعض العبارات وحذف بعضها واستبدال ألفاظ أخرى لتتناسب مع البيئة السعودية.

استبيان تقدير الشخصية للكبار:

Personality Assesment Questionair(PAQ)

وهو من إعداد (رونالد رونر) ومن تعريب وتقنين (ممدوحة محمد سلامة، ١٩٨٦) ويهدف المقياس إلى الحصول على تقدير كمي لإدراك الشخص لنفسه، والمقياس مكون من (٦٣) عبارة موزة بالتساوي على سبعة مقاييس فرعية وهي:

١- العداء/ العدوان.

٢- الاعتمادية.

٣- التقدير السلبي للذات.

٤- نقص الكفاية الشخصية.

٥- نقص التجاوب الانفعالي.

٦- نقص الثبات الانفعالي.

٧- النظرة السلبية للحياة.

وقد صمم الاستبيان بحيث تشير الدرجة المرتفعة إلى الجانب السلبي المراد قياسه. وتم حساب الثبات للصورة الأصلية على العينة الأمريكية وتراوحت معاملات ألفا كرونباخ للمقاييس الفرعية بين ٠,٧٣ و ٠,٨٥ بمتوسط قدره ٠,٨١.

كما تم حساب الصدق على العينة الأمريكية بطرق متعددة من بينها صدق البنود عن طريق ارتباط كل مفردة بمجموع المقياس الفرعي الذي ينتمي إليه.

كما قامت (ممدوحة سلامة، ١٩٨٦) بحساب ثبات النسخة العربية (في مصر) من الاستبيان باستخدام معامل ألفا كرونباخ وتراوحت معاملات الثبات بالنسبة للمقاييس الفرعية بين ٠,٥٩ و ٠,٧٩ بوسيط قدره ٠,٦٨ (محمد أبو الخير، ١٩٩٩، ص٤٥٦).

وتم تقدير الصدق على أساس الارتباط بين درجة كل بند ومجموعة درجات المقياس الفرعي الذي تنتمي إليه، وكذلك باستخدام الصدق العاملي.

وفي (البيئة السعودية) تم حساب ثبات استبيان تقدير الشخصية بطريقة إعادة الاختبار باستخدام معامل ألفا كرونباخ على أفراد عينة التقنين السابقة، وتراوحت معاملات الثبات بالنسبة للمقاييس الفرعية بين ٠,٦١ و ٠,٨٢.

وأيضاً تم حساب الصدق على أساس الارتباط بين درجة كل مفردة ومجموع درجات المقياس الفرعي الذي تنتمي إليه. حيث وجد الباحثين ارتباطاً دالاً موجباً بين درجة كل مفردة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه، وكانت جميع العبارات دالة عند مستوى ٠,٠١، وتراوحت معاملات الارتباط بين ٠,٣٦ و ٠,٧٦.

١ـ استبيان نمط الوالدية (إعداد ممدوحة سلامة، ١٩٩١):

وهو أداة أعدت بهدف الحصول على تقدير كمي لما يدركه الأبناء من ضوابط والدية مفروضة عليهم وتعليمات وحدود يجب إتباعها والالتزام بها مقابل إطلاق الحرية لهم وعدم التقييد، ومدى إدراكهم لاتساق أي الوالدين مع نفسه فيما يفرضه من قواعد.

والاستبيان على هذا النحو يتكون من (٣٦) عبارة موزعة على ثلاثة مقاييس فرعية وهي:

(أ)القبول/ الدفء مقابل البرود ونقص الدفء.

(ب) الضبط مقابل إطلاق الحرية وعدم التقييد.

(ج) اتساق الضوابط مقابل الضوابط غير المتسقة.

ويشير ارتفاع الدرجة على مقياس الدفء/ المحبة إلى رؤية المستجيب للاهتمام والقبول والدفء من قبل الوالدين. ويشير ارتفاع الدرجة على المقياس الفرعي الخاص بالضوابط إلى إدراك المستجيب لزيادة التقييد وكثرة القواعد والتعليمات وعدم إطلاق الحرية. ويشير ارتفاع الدرجة على المقياس الخاص بالاتساق إلى إدراك المستجيب لضبط عدائي غير متسق من قبل الوالدين.

تم حساب معاملات ثبات وصدق الأداة بطريقة معاملات "ألفا" لثبات كل مقياس من المقاييس الفرعية الثلاثة وكانت (٠,٥١٥ لمقياس الدفء، ٠,٨٥ لمقياس الضبط، ٠,٧٦ لمقياس عدم الاتساق).

أما بالنسبة للصدق، فقد عرضت عبارات كل مقياس فرعي مع تعريفه الإجرائي على ثلاثة من المتخصصين الذين اتفقوا على أن العبارات تقيس ظاهرياً وما وضعت لقياسه (محمد أبو الخير، ١٩٨٨، ٤٢٨).

وفي (البيئة السعودية) تم حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني قدره ثلاثة أسابيع، وكانت قيمة معامل الثبات ٠,٧٩.

وتم عرض المقياس على بعض المتخصصين في علم النفس (من السعوديين) لحساب الصدق الظاهري، وتم تعديل ألفاظ بعض العبارات حتى يتمكن أفراد العينة من فهمها والاستجابة عليها.

الأساليب الإحصائية :

استخدمت الأساليب الإحصائية الآتية:

١- معامل الارتباط البسيط.

٢- قيمة (ت) T. test

نتائج الدراسة ومناقشتها:

نتيجة الفرض الأول:

يوجد ارتباط دال إحصائياً بين الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية ودرجات الدفء/ الضبط الوالدي لدى عينة الذكور والإناث لصالح الأناث.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معامل الارتباط بطريقة (بيرسون) بين الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية ودرجات الدفء/الضبط الوالدي لدى عينة البحث. كما يتضح من الجدولين التاليين:

جدول (١)

يبين معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية ودرجات الدفء/ الضبط الوالدي لدى عينة الذكور ن= (١٠١)

الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية / أبعاد الوالدية	قيمة معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الدفء الوالدي	٠,٢٤٥	٠,٠٠١
الضبط الوالدي	٠,٢٥٨	٠,٠٠١
عدم اتساق الضوابط الوالدية	٠,٤٥٥	٠,٠٠١

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١ بين الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية وأبعاد الوالدية (الدفء/الضبط/عدم اتساق الضبط) لدى عينة الذكور.

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية ودرجات الدفء/ الضبط الوالدي لدى عينة الإناث ن=(١٢٥)

الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية / أبعاد الوالدية	قيمة معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الدفء الوالدي	٠,٢٦٥	٠,٠٠١
الضبط الوالدي	٠,٢٤٨	٠,٠٠١
عدم اتساق الضوابط الوالدية	٠,٣٥٥	٠,٠٠١

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١ بين الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية ودرجات أبعاد الوالدية (الدفء، الضبط، عدم اتساق الضبط الوالدي) لدى عينة الطالبات.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج دراسة (منى أبو طيرة، ١٩٨٩) حيث أثبتت وجود علاقات ارتباطية إيجابية دالة بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية ومتغيرات التنشئة الاجتماعية كالرفض والتشدد والإهمال والتبعية وعدم الاتساق في المعاملة والضبط من خلال الشعور بالذنب، كذلك وجدت علاقات ارتباطية سالبة دالة بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية وكل من التقبل والتسامح والاستقلال.

وتتفق أيضاً مع نتائج (ماوهونج، زيمين، دونج) (٢٠٠٤) والتي رأت أن عوامل الانفعال الأسري المتمثل في التعلق الوجداني بالأم وإدراك الضبط الوالدي تعتبر من العوامل المنبئة بالمشكلات السيكوسوماتية في مرحلة الطفولة المتوسطة وتعتبر أبعاد الوالدية المتمثلة في القبول/ الدفء والضبط وعدم اتساق الضبط من الأنماط الوالدية التي يمكن أن تشكل البيئة الأسرية التي يعيش فيها الأبناء وتؤثر في مسارهم النفسي.

وتشير (Salama, 1990) إلى أن بعد القبول/ الدفء الوالدي وما يقابله من رفض يعتبر بعداً حاسماً في نمو وتكوين شخصية الأبناء كما تترتب عليه آثار محددة تنعكس على سلوك الأبناء ونموهم العقلي والانفعالي، وتؤثر في الأداء الوظيفي لشخصية الراشدين (Salam, 1990:1-25)

فالنظام الأسري القائم على القبول أو الرفض والضبط وعدم اتساقه وشعور الأبناء بالتماسك الأسري يمكن أن يكون من العوامل المرتبطة بالصحة النفسية والجسدية للأبناء. وأظهرت دراسة (بافيتي،٢٠٠١) أن هناك ارتباط عكسي بين التماسك الانفعالي والنظام الأسري القائم على التماسك بين أعضائه وشعور الابن بالأمن والحب والقبول والأعراض السيكوسوماتية.

وكذلك فالعوامل البيئية الأسرية المتمثلة في اتجاه الآباء نحو الطفل والحماية الزائدة والتدليل تم دراستها من خلال (ماوهونج، زيمين، دونج، ٢٠٠٢) لمعرفة العلاقة بين العوامل السيكوسوماتية والربو لدى الأطفال حيث أكدت نتائجهم على أن الجو الأسري الذي يتسم بالديمقراطية والتسامح كان من العوامل التي يمكن اعتبارها عوامل وقائية من أزمات الربو التي يتعرض لها الأطفال. وأن البيئة الأسرية التي تتسم بالضوابط غير المتسقة والضوابط الصارمة تعتبر بيئة فاعلة لتكرار أزمات ربوية حادة لدى الأطفال.

إن البيئة التي يعيش فيها الفرد لها دور خطير في ظهور الأعراض السيكوسوماتية وأخطر ما في البيئة تأثيراً على الفرد والديه إذ أن أي قلق أو إهمال أو رفض أو عدم اتساق في ضوابطهما يؤدي إلى سوء التوافق معهما أو مع غيرهما من الراشدين المحيطين، وتكون ردود فعل ذلك عند الفرد عبارة عن استجابات في وظائف الجسم تأخذ شكلاً من الأشكال المختلفة من الأعراض السيكوسوماتية.

الفرض الثاني:

توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية وأبعادها لصالح الأناث.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية وكذلك متوسط درجات أبعادها بين الذكور والإناث، كما يتضح من الجدول التالي

جدول (٣)

المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) للدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية ومتوسطات درجات أبعادها وقيمة (ت) للفروق بين الذكور والإناث

المتغيرات	الذكور ن- ١٠١		الإناث ن -١٢٥		قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة
	م	ع	م	ع			
الخوف وعدم الكفاءة	٥,٣٨	٢,٩٥	٦,٣٧	٣,٣٨	٢,٣١٢	٠,٠٢٢	دال
الاكتئاب	١,٦٥	١,٢٥	٢,٣٥	١,٤٨	٣,٨٢٣	٠,٠٠٠	دال
العصبية والقلق	١,٥٢	١,٢٧	١,٨٠	١,٦١	١,٤٣٤	٠,١٥٣	غير دال
أعراض عصبية	٠,٩٧	١,٢٤	١,١٣	١,٣٤	٠,٩١٢	٠,٣٦٣	غير دال
استجابات الفزع والجفول	٢,٢٢	١,٨٩	٢,٩٥	١,٩٤	٢,٨٨٢	٠,٠٠٤	دال
الأعراض السيكوسوماتية الأخرى	١,٨٧	١,٨٢	٢,٢٦	٢,٣٢	١,٣٨٩	٠,١٦٦	غير دال
توهم المرض	٢,٣٢	١,٥٧	٢,٧٢	١,٥٧	١,٨٩١	٠,٠٦٠	غير دال
أعراض سيكوسوماتية خاصة بالمعدة والأمعاء	١,٩٣	١,٩٤	٢,٦٥	٢,٣١	٢,٤٩٩	٠,٠١٣	دال
الحساسية المفرطة	١,٦٥	١,٣٢	١,٩٠	١,٦٥	١,٢٣٨	٠,٢١٧	غير دال
السيكوباتية الشديدة	٢,١٠	١,٩٠	٢,٧٥	٢,٤٧	٢,١٩٤	٠,٠٢٩	دال
الدرجة الكلية	٢١,٦١	١٢,١٦	٢٦,٨٨	١٤,٨٥	٢,٨٨٢	٠,٠٠٤	دال

قيمة ف الجدولية عند مستوي ٠,٠١ = ٢,٦ عند مستوي ٠,٠٥ = ١,٩٧

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في الأبعاد الآتية:الخوف وعدم الكفاءة، الاكتئاب، استجابات الفزع والجفول، الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء، والسيكوباتية الشديدة وكذلك في الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية لصالح عينة الإناث.

وهذه النتيجة تبرهن على أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بالأعراض السيكوسوماتية حيث كانت الإناث أكثر من الذكور في ظهور الأعراض السيكوسوماتية الآتية:

- الخوف وعدم الكفاءة.
- الاكتئاب.
- استجابات الفزع والجفول.
- الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء.
- السيكوباتية الشديدة.
- وكذلك في الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية.

وحيث أن الانفعال يعتبر من العوامل المعجلة لظهور السيكوسوماتية كما وضعه "هاليدي" من خلال معادلته المكونة من ست نقاط فجاء الانفعال كنقطة أولى وأساسية في ظهور الأعراض السيكوسوماتية ثم يأتي بعد ذلك نموذج الشخصية ومعدل الجنس والارتباط بعلل سيكوسوماتية والتاريخ الأسري ثم أخيراً ظهور صورة المرض.

والإناث في البيئة العربية وخاصة (السعودية) لم تتح لهن فرصة التعبير عن انفعالاتهن بالطرق التي تتاح للذكور فى التعبير عن انفعالاتهم.

وكما يقول (عطوف ياسين، ١٩٨١، ٨٩) إن لم تمكن انفعالاتنا من التعبير الظاهر عن نفسها بصورة ملائمة تولت أجسامنا التعبير عنها.

وإذا كان كل من المراهقين والمراهقات يعانون من مشكلات انفعالية وعاطفية وأعراض اكتئابية وكذلك أعراض سيكوسوماتية كما جاء في دراسة (ريوسيلوفا، بروكوبيكا كوفا، ٢٠٠٠) إلا أن هناك دراسات أخرى تؤيد نتيجة الفرض الحالي، حيث أظهرت أن البنات أعلى في مستوى الاكتئاب والقلق والأعراض السيكوسوماتية (AAuw, 2001).

وأيضاً وجدت فروق بين الذكور والإناث في متغيرات الاضُطرابات السيكوسوماتية والانفعالية الخاصة بالخوف وعدم الكفاءة والفزع والجفول والدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية وذلك في دراسة (منى أبو طيرة، ١٩٨٩).

وتتفق نتيجة هذا الفرض الحالي مع دراسة (مايسة النيال، ١٩٩١) التي توصلت إلى أن متوسط درجات عينة البنات أعلى من متوسط عينة البنين في الأعراض السيكوسوماتية.

إن الدراسات التي اهتمت بقياس كل من الاكتئاب والقلق والأعراض السيكوسوماتية أوضحت أن هناك اختلافات في النتائج وغالباً ما ترجع إلى عامل الجنس والعمر (Doyle, Markewicz, 2005)

وهناك دراسات لم تتوصل إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في الأعراض السيكوسوماتية، وأثبتت أن هذه الأعراض السيكوسوماتية تظهر في الذكور والإناث ولم تتمثل في صورة فروق بينهما مثل دراسات (ديوسيلوفا، بروكوبيكا كوفا،٢٠٠٠).

الفرض الثالث:

توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في أبعاد الوالدية (إدراك الدفء، الضبط عدم اتساق الضبط) لصالح الأناث.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات إدراك الدفء، الضبط، وعدم اتساق الضبط الوالدي بين الذكور والإناث، كما يتضح في الجدول التالي.

جدول (٤)

المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لأبعاد الوالدية وقيمة (ت) للفروق بين الذكور (ن=١٠١)، والإناث (ن = ١٢٥)

أبعاد الوالدية	الذكور		الإناث		قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة
	م	ع	م	ع			
القبول / الدفء	٥٢.٣١	٦.٧١	٥٢.١٨	٨.٠٩	٠.١٣٨	٠.٨٩١	غير دال
الضبط	٣٠.٣٠	٦.٥٩	٣٢.١٠	٦.٧١	٢.٠٢٦	٠.٠٤٤	دال
عدم اتساق الضبط	١٥.٤١	٤.١١	١٦.٧٧	٤.٨٩	٢.٢٢٩	٠.٠٢٧	دال

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في إدراكهم للضبط وعدم اتساق الضبط لصالح الإناث، ولم توجد فروق بينهما في إدراكهم للقبول/ الدفء الوالدي.

وتتفق هذه النتيجة مع الدراسات التي اهتمت بأهمية عامل الجنس في علاقته بالأبعاد الوالدية. ففي دراسة (منى أبو طيرة، ١٩٨٩) أظهرت فروقا بين الذكور والإناث في متغيرات التنشئة (التقبل، الاستقلال، عدم الاتساق في المعاملة والضبط من خلال الشعور بالذنب).

وكذلك وجدت فروق بين الذكور والإناث (في المرحلة الثانوية) في إدراكهم للأنماط الوالدية المتمثلة في الدفء، الضبط وعدم اتساق الضبط (محمد أبو الخير: ١٩٩٥).

وفي دراستنا الحالية لم تظهر فروق دالة بين الجنسين في إدراكهم للقبول/ الدفء الوالدي ولكن الفروق ظهرت في إدراكهم للضوابط الوالدية

سواء كانت متسقة أو غير متسقة حيث أن الإناث أدركن أبائهن أكثر ضبطاً من الذكور.

وترجع نتيجة هذا الفرض ومنطقيته إلى ما تحتاجه الأنثى في البيئة العربية (وخاصة السعودية) إلى ضوابط والدية زائدة عما يحتاجه الذكر مما يجعل الوالدين أو أحدهما يقع في "مصيدة التناقض" وعدم الاتساق في الضوابط.

وقد تأتي نتيجة الفرض الحالي متسقة مع بعض الدراسات الأجنبية والتي أظهرت أن البنات أدركن آبائهن أكثر ضبطاً، وعدم اتساق في الضوابط وخاصة البنات اللاتي لديهن مشكلات عاطفية وانفعالية (Finkenauer, Engels, Baumeister, 2005)

الفرض الرابع:

توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في أبعاد تقدير الشخصية لصالح الأناث.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الذكور والإناث في أبعاد تقدير الشخصية، كما يتضح في الجدول التالي:

جدول (٥)

يوضح المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة (ت) ودلالة الفروق بين الذكور (ن=١٠١)، والإناث (ن=١٢٥) في أبعاد تقدير الشخصية

أبعاد تقدير الشخصية	الذكور		الإناث		قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة
	م	ع	م	ع			
العداء/ العدوان	١٧,٨٦	٤,٢٦	١٨,٤٦	٤,١٥	١,٠٥٩	٠,٢٩١	غير دال
الاعتمادية	٢٣,٢٤	٤,٣٧	٢٤,٢٦	٣,٣٤	٢,٠٠١	٠,٠٤٧	دال
التقدير السلبي للذات	١٦,٨٦	٣,٧٨	١٦,٤٨	٤,٣٨	٠,٦٨٧	٠,٤٩٣	غير دال
نقص الكفاية الشخصية	١٥,٨٣	٤,١٢	٢١,٨٦	٢,٠٠	١٤,٤١	٠,٠٠٠١	دال
نقص التجاوب الانفعالي	١٧,١٤	٣,٨٢	١٨,٥٧	٣,٤٥	٢,٩٥٤	٠,٠٠٠٣	دال
نقص الثبات الانفعالي	٢٠,٨٩	٣,٩١	٢٢,٩١	٤,٦٨	٣,٤٧٩	٠,٠٠٠١	دال
النظرة السلبية للحياة	١٥,٧٦	٤,٥٨	١٧,٠٦	٣,٦٨	٢,٣٥٧	٠,٠١٩	دال

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في أبعاد تقدير الشخصية، كما تبدو في "الاعتمادية، نقص الكفاية الشخصية، نقص التجاوب الانفعالي، نقص الثبات الانفعالي، والنظرة السلبية للحياة، والفروق لصالح الإناث، ولم توجد فروق بينهما في (العداء/العدوان، والتقدير السلبي للذات)

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه بعض الدراسات التي أظهرت أن البنات أعلى في مستوى الأعراض السيكوسوماتية وأقل في مستويات تقدير الذات من الذكور (AAUW, 2001).

وفيما يتعلق أيضاً بمتغيرات الشخصية كانت هناك فروق دالة إحصائياً بين الذكور والاناث في متغيرات الشخصية متمثلة في العصابية والميل إلى السلوك الإجرامي (منى أبو طيرة، ١٩٨٩) وكذلك في دراسة (مايسة النيال، ١٩٩١) وأيضا أظهرت دراسة (محمد أبو الخير، ١٩٩٥) فرقا بين الذكور

والإناث في أبعاد تقدير الشخصية والتي تمثل الخصائص النفسية السلبية وكانت الفروق لصالح الإناث (في المرحلة الثانوية).

ويمكن إرجاع هذه الفروق إلى طبيعة التنشئة الأسرية والتي تجعل الذكر أكثر كفاية شخصية وأكثر تجاوباً وثباتاً انفعالياً وأكثر استقلالية ونظرة إيجابية نحو الحياة من الأنثى التي ما زالت تنشئتها الوالدية تترك بصمتها على شخصيتها والتي تميزت بالاعتمادية والنقص في (الكفاية والتجاوب والثبات الانفعالي) وأيضاً نظرتها السلبية للحياة التي تعيشها فهي ما زالت في مدرستها (والتي تأخذ رقماً مثل الأولى أو الثانية وليس لقباً) وينادي عليها عند خروجها باسم أبيها عند حضوره لاصطحابها إلى المنزل.

وعندما تكون زوجة تنسى اسمها، وعندما تكون أماً تكنى بإسم ابنها البكر (فهي زوجة فلان وأم فلان).

ولذا فهي في دراستنا الحالية أظهرت خمس خصائص نفسية سلبية ميزت شخصيتها عن شخصية الذكر.

الفرض الخامس:

توجد فروق دالة إحصائياً بين منخفضي الأعراض السيكوسوماتية ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية في الأعراض المرضية لصالح مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الأعراض المرضية بين الأفراد منخفضي الأعراض السيكوسوماتية والأفراد مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية، كما يتضح في الجدول التالي:

جدول (٦)

المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) للأعراض المرضية وقيمة (ت) ودلالة الفروق بين الأفراد منخفضي الأعراض السيكوسوماتية (ن=١١٤) ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية (ن=١١٢)

الأعراض المرضية	منخفضي الأعراض السيكوسوماتية		مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية		قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة
	م	ع	م	ع			
الأعراض الجسمانية	١٤,٧٠	٦,٦٣	٢٠,٣٢	٨,١٧	٥,٦٨١	٠,٠	دال
الوسواس القهري	١٥,٦٥	٥,٨٠	٢٠,١٢	٦,٦٠	٥,٤٠٨	٠,٠	دال
الحساسية التفاعلية	١٢,٠٨	٥,٣٧	١٥,٩٩	٦,٤٦	٤,٩٥٥	٠,٠	دال
الاكتئاب	١٧,١٤	٧,٠٧	٢٢,٧٩	٨,٣٨	٥,٤٨٦	٠,٠	دال
القلق	١٢,٠٠	٤,٩٣	١٦,٩٨	٦,٣٢	٦,٦١٤	٠,٠	دال
العداوة	٧,١٣	٣,٣٢	٩,٤٦	٣,٧٩	٤,٩١٠	٠,٠	دال
قلق الخواف	٨,٢٤	٣,٧٣	١١,٠٤	٤,٩٥	٤,٨٠٦	٠,٠	دال
البارانويا التخيلية	٨,٢١	٣,٣٧	١٠,٨٥	٤,٩٣	٤,٨٩٧	٠,٠	دال
الذهانية	١٠,٥١	٥,٨٣	١٤,١٦	٦,٥٥	٤,٤٣١	٠,٠	دال

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين منخفضي الأعراض السيكوسوماتية ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية في الأعراض المرضية لصالح مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية.

وتأتي هذه النتيجة متسقة مع ما جاء في أدبيات الأبحاث في السيكوسوماتية ففي البحث الحالي أظهر الأفراد مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية ارتفاعاً في الأعراض المرضية كما تتمثل في الأعراض الجسمانية والنفسية والذهانية.

وهذا ما أطلق عليه (فيس وانجلش) مصطلح (سيكوباثولجي السيكوسوماتيك) عندما تكلما عن عصاب العضوي فقالا: أنه غالبا ما تكشف

ينتج العصاب في حين أن التفسير الحقيقي هو أن تلك العملية العضوية تضعف دفاعات الفرد ويحدث النكوص مما يسمح للعصاب بالظهور. والموضوع الهام في المرض السيكوسوماتي هو التحول من المستوى العقلي للتعبير الجسمي، وغالباً ما يؤدي التحسن في الأعراض في الأعصبة العضوية لأعراض عقلية مثل اضطرابات المزاج وحالات جنونُ واكتئاب (محمود السيد أبو النيل، ١٩٩٤، ٢٠٤).

وفي دراسة(منى أبو طيرة،١٩٨٩) أظهرت فروقاً بين منخفضي الأعراض السيكوسوماتية ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية في العصابية والذهانية والميل إلى السلوك الإجرامي والمجاراة الاجتماعية.

وفي دراسة (كرونيك وسبتزر وآخرين) (١٩٩٧) والتي تناولت (١٠٠٠) شخص من المترددين على دور الرعاية الأولية تم تقييمهم على أنهم يعانون من اضطرابات عقلية. وقد ارتبطت الاضطرابات متعددة الأشكال الجسمية بوجود علاقات تدل على ضعف في الصحة العامة، وارتبطت أيضاً بالقلق واضطرابات في المزاج.

وفي دراسة (بافيتي، ٢٠٠١) أظهرت العينة المرضية التي تعاني من اضطرابات في الجهاز الهضمي زملة أعراض تمثلت في (توهم المرض، وأعراض بدنية، وقلق).

وقد تبين من دراسة التاريخ الطبيعي للعلل السيكوسوماتية أن الأمراض النفسية العصابية قد تصحب أمراض عضوية سيكوسوماتية، وقد يرتبط أيضاً بالسيكوسوماتيك الذهان (كالفصام والذهان الاكتئابي والبارانويا) (محمود السيد أبو النيل، ١٩٩٤، ٢١٧).

الفرض السادس:

توجد فروق دالة إحصائياً بين منخفضي الأعراض السيكوسوماتية ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية في أبعاد الوالدية (القبول/ الدفء، الضبط الوالدي) لصالح منخفضي الأعراض السيكوسوماتية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين منخفضي الأعراض السيكوسوماتية ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية في القبول/ الدفء والضبط الوالدي كما يتضح في الجدول التالي.

جدول (٧)

يوضح قيمة (ت) ودلالة الفروق بين منخفضي الأعراض السيكوسوماتية (ن=١١٤) ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية (ن=١١٢)

أبعاد الوالدية	منخفضي الأعراض السيكوسوماتية		مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية		قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة
	م	ع	م	ع			
القبول/الدفء	٥٤,٠٠	٥,٨٧	٥٠,٤٣	٨,٥٠	٣,٦٩٢	٠,٠	دال
الضبط	٣٠,٢٤	٦,٢٧	٣٢,٢٨	٦,٩٠	٢,٤٢٠	٠,٠	دال
عدم اتساق الضبط	١٤,٥٠	٣,٨٧	١٧,٨٧	٤,٦٨	٥,٩٢٢	٠,٠	دال

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين منخفضي الأعراض السيكوسوماتية ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية في أبعاد الوالدية حيث كانت الفروق بينهما في القبول/ الدفء الوالدي لصالح منخفضي الأعراض السيكوسوماتية، وفي الضبط وعدم اتساق الضبط الوالدي لصالح مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية.

وتأتي هذه النتيجة متسقة مع نتائج الدراسات السابقة حيث أظهرت هذه الدراسات والتي تناولت البيئة الأسرية للمرضى السيكوسوماتيين حيث تميزت بيئتهم الأسرية بالضوابط الصارمة وأحياناً غير المتسقة وكذلك بعدم الالتحام

السيكوسوماتيين تتميز أيضاً بالانفعالات السلبية وأدرك أبناؤهم ضوابط والدية قليلة الاتساق، وفي طفولتهم كان تعلقهم الوالدي غير آمن وخاصة في مرحلة الطفولة المتوسطة (بيرت، جونيلا، ٢٠٠٤، ٤٨).

وإذا كانت العينة مرتفعة الأعراض السيكوسوماتية أدركت آباءهم أقل قبولاً ودفئاً وأكثر ضبطاً وعدم اتساق في الضوابط فهذه أبعاد والدية لها تأثيرها علي البناء النفسي للأبناء وارتبطت هذه الأبعاد بالكثير من المتغيرات النفسية والشخصية وبصفة خاصة بعد القبول/ الدفء الوالدي.

أما بالنسبة لبعد الضبواط الوالدية فلم تحسم قضيته بعد فهناك دراسات لم تثبت وجود ارتباط بين الضوابط الوالدية والأعراض النفسية المرضية (السيكوباثولوجية) لدى المراهقين (Haseb, etal, 2004)

في حين ارتبط الضبط الوالدي بمستويات القلق المرضي لدى الأبناء الذين كانت لهم خبرات في الانتحار وكذلك الذين يعانون من مشكلات انفعالية من طلاب الجامعة (Sears, 1999).

الفرض السابع:

توجد فروق دالة إحصائياً بين منخفضي الأعراض السيكوسوماتية ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية في أبعاد تقدير الشخصية لصالح مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية.

وقد استخدم الباحثان اختبار(ت) لدلالة الفروق بين منخفضي الأعراض السيكوسوماتية ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية في تقدير الشخصية كما هو واضح في الجدول التالي:

جدول (٨)

يوضح قيمة (ت) ودلالة الفروق بين منخفضي الأعراض السيكوسوماتية (ن=١١٤) ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية (ن=١١٢)

أبعاد تقدير الشخصية	منخفضي الأعراض السيكوسوماتية		مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية		قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة
	م	ع	م	ع			
العداء/العدوان	١٦,٤٧	٣,٣٧	١٩,٩٦	٤,٢٥	٦,٨٥٧	٠,٠	دال
الاعتمادية	٢٢,٧٧	٣,٧٩	٢٤,٦٦	٣,٧٢	٣,٨٠٤	٠,٠	دال
التقدير السلبي للذات	١٥,٢٩	٣,٦٠	١٨,٠٧	٤,١٦	٥,٣٨٩	٠,٠	دال
نقص الكفاية الشخصية	١٧,٩٠	٤,٥٣	٢٠,٤٣	٣,٧٣	٤,٥٧٧	٠,٠	دال
نقص التجاوب الانفعالي	١٦,٨٤	٣,٥٨	١٨,٧٤	٣,٥٦	٣,٩٩٨	٠,٠	دال
نقص الثبات الانفعالي	١٩,٨٥	٣,٥٧	٢٤,٢١	٤,٢٠	٨,٤٤١	٠,٠	دال
النظرة السلبية للحياة	١٤,٩٧	٣,٧٢	١٨,٠٣	٤,٠١	٥,٩٧٢	٠,٠	دال

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين منخفضي الأعراض السيكوسوماتية ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية في أبعاد تقدير الشخصية والفروق كلها لصالح مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية.

جاءت نتيجة هذا الفرض لتوضح أن مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية تتميز شخصياتهم وتتصف بسبع خصائص نفسية سلبية وهي (العداء/العدوان، الاعتمادية، التقدير السلبي للذات، نقص الكفاية الشخصية، نقص التجاوب الانفعالي، نقص الثبات الانفعالي، والنظرة السلبية للحياة).

وهذه النتيجة تؤيد ما جاء في الدراسات السابقة التي تناولت شخصية المرضى السيكوسوماتيين وتفاعلاتهم الأسرية، فقد أظهرت هذه الدراسات أن المريض السيكوسوماتي يتسم تفاعله بنقص النضج الانفعالي وغياب المساندة الاجتماعية من قبل باقي أعضاء الأسرة والوالدين،وأن المرضى

السيكوسوماتيين كانوا يعانون من مواقف انفعالية ضاغطة مع انخفاض في تقدير الذات (Jo Ann, 2004, 231).

وأيضاً تميزت شخصية الأفراد مرتفعي الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوتر وسوء التوافق والعصابية والذهانية والميل إلى السلوك الإجرامي (منى أبو طيرة، ١٩٨٩) وتؤيد هذه النتيجة دراسة (مايسة النيال، ١٩٩١) التي أظهرت وجود ارتباط إيجابي بين الأعراض السيكوسوماتية والعصابية لدى البنين والبنات وكذلك ارتبط القلق كحالة وسمة مع الأعراض السيكوسوماتية لدى المراهقين. في دراسة (بروكوبيكا كوفا، ١٩٩٩)، تميزت شخصية المراهقين السلوفاك الذين يعانون من أعراض سيكوسوماتية بأعراض سوء توافق جوهرية (حقيقية)، وأعراض سوء توافق عرضية (خارجية). (ديوسيلوفا، بروكوبيكا كوفا، ٢٠٠٠).

توصيات الدراسة:

توصى الدراسة الحالية بما يلي:

١ – أن تهتم الأسرة العربية بوضع ضوابط ثابتة ومقننة لأبنائها بحيث يتم من خلال هذه الضوابط معرفة ماهو صحيح وما هو خطأ، حتى يتمكن الأبناء من التعبير عن انفعالاتهم وشخصيتهم تعبيرا نفسيا وجسمانية سليما.

٢ – أن تتقبل الأسرة البنت كما تتقبل الولد والحذر من الوقوع في دائرة الرفض ألوالدي للأبناء لما له من أثار وعواقب سلبية على نفسية الأبناء.

٣ – أن تمنح الأسرة قدرا معقولا من الاستقلالية والتحرر للأبناء أو ما يسمى (بالضبط اللين) الذي ينتج عنة قدرا معقولا من الحرية والتعبير والتنفيس الانفعالي والبعد عن التقييد وكبت حرية الأبناء مما ينعكس ذلك علي صحتهم النفسية والبدنية وتظهر الأعراض السيكوسوماتية.

البحوث المقترحة:

- يمكن اقتراح مجموعة من البحوث آلاتية:

١ – دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية في علاقتها بالعصابية والذهنية لدي الأبناء.

٢ – دراسة تأثير الضغوط النفسية الأسرية علي ظهور الاضطرابات السكوسوماتية.

٣ – دراسة التفاعل الأسري لدي الأبناء المصابون بالضربات السيكوسوماتية.

٤ – دراسة إحداث ضغوط الحياة وعلاقتها بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية في
الأسرة العربية.

٥ – دراسة الأمهات المصابات باضطرابات سيكوسوماتية وأساليب تنشئهن لأطفالهم.

٦ – الخلافات الزوجية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية والمرضية لدى المرآة العاملة وغير العاملة .

٧ – الأعراض السيكوسوماتية وعلاقتها بالهوية الاجتماعية لدى الشباب الجامعي.

مـــراجـــع الدراســـة:

١- **حسن مصطفى عبد المعطي (١٩٨٩):** الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين. مجلة علم النفس، العدد (٩) الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة. ص ص ٢٩-٤٣.

٢- **عبد الله عسكر (٢٠٠٥):** الإدمان بين التشخيص والعلاج. ط٥، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.

٣- **عطوف محمود ياسين (١٩٨١):** دراسات سيكولوجية. مؤسسة نوفل، بيروت، ط١.

٤- **مايسة أحمد النيال (١٩٩١):** الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال وعلاقتها ببعدي العصابية والانبساط (دراسة عاملية مقارنة) مجلة دراسات نفسية، ك١ ج٢، القاهرة، ص ص١٧٧-١٩٧.

٥- **ممدوحة محمد سلامة (١٩٩١):** تقدير الذات والضبط الوالدي للأبناء في نهاية المراهقة وبداية الرشد. مجلة دراسات نفسية، ك١ ،ج٤، القاهرة ، ص ص ٦٧٩-٧٠٢.

٦- **محمود السيد أبو النيل (١٩٩٤):** الأمراض السيكوسوماتية (المجلد الأول) في الصحة النفسية، ط٢ ، بيروت، دار النهضة العربية،

٧- **محمد سعيد أبو الخير (١٩٩٥):** العقاب البدني وأنماط الضبط الوالدي وعلاقتهما بالخصائص النفسية للأبناء من الأطفال والمراهقين.رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية الآداب جامعة الزقازيق.

٨- **محمد سعيد أبو الخير (١٩٩٨):** إدراك صورة الأب وتقدير الذات لدى الأبناء من الطلاب الجامعيين. مجلة دراسات نفسية، المجلد الثامن، العددان الثالث والرابع، القاهرة ، ص ص ٤١٩-٤٥٢.

٩- **محمد سعيد أبو الخير (١٩٩٩)** الترتيب الميلادي وعلاقته بإدراك الدفء/ الرفض الأمومي والخصائص النفسية للأبناء المراهقين. مجلة دراسات نفسية، المجلد التاسع، العدد الثالث، القاهرة. ص ص ٤٤٥-٤٧٣.

١٠- محمد سعيد أبو الخير، خالد سعيد صيام (٢٠٠٦): الاضطرابات السيكوسوماتية وقلق الحالة والمستوى البدني لدى لاعبي كرة القدم في منطقة جازان. مجلة كلية الآداب، جامعة الزقازيق العدد (٣٨) ص٤١-٦٥.

١١- منى حسين أبو طيرة (١٩٨٩): علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية والتنشئة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية الآداب جامعة عين شمس.

١٢- يحيى محمد صابر (٢٠٠٢): تقدير الشخصية والمهارات الاجتماعية وارتباطهما بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من أبناء المغتربين وغير المغتربين. رسالة ماجستير غير منشورة كلية الآداب. جامعة الزقازيق.

13- American Association of University Women Education (A A U W) (2001): Hostile

hallways: Bullying, Teasing and Sexual harassment in school. Washington, D C: Author.

14-Bafiti, T. (2201) : The Function of parental family system and the sense of coherence as factors related to psychosomatic health. Psychology; the journal of the Hellenic psychological society. Vol. 81(2): 249-266.

15-Berit, H. & Gunilla, B. (2004): predictors of middle childhood psychosomatic problems: An emotion Regulation approach. Infant and child Development.vol. 13(5): 389-405.

16- Brito, o.& Roysamb, E. (2004): Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant a and host national back grownd. Scandinavian Journal of psychology, 45:2, 131.

17-Doyle, A.B. & Markiewicz. D. (2005): parenting, Marital conflict and Adjustment from early –to mid-adolescence: mediated by adolescent attachment style? Journal of youth and Adolescence , 34, 97-110.

18- Fava, G A.; Freyberger, HJ.: Bech, p.; Christodoulou, G.; sensky, T.; Theorell, t. & wise TN. (1995): Diagnostic criteria for use in psychosomatic Research. Psychotherapy and psychosomatic (63):1-8.

19- **Frances, F. C. (2005):** Eeating Disorders and adolescents: conflict of self Image. International Journal of Eating Disorders, vol. (3) , 21-32.

20- **Finkenauer, C.; Engels, R. C. & Baumeister, R.F. (2005):** parenting behavior and adolescent behavioural and emotional problems: the role of self– control. International Journal of Behavioral Development, 29, (1), 58-69.

21- **Hand, J,z & Sanchez, L.; (2000):** Badgering or bantering? Gernder differences in experiences of, Reactions to , Sexual harassment among U. S high School Students. Gender, Socity, 14(6), 718-746.

22- **Haseb, y.; Nucci, L. & Nucci, M.s. (2004)** the Relationship of parental acceptance- Rejection to hope and shame in adolescents, Dissertation Abstracts international. Volume : 62-01. Section; B, P. 550.

23- **HageKull, B. & Bohlin, G. (2004) :** Predictors of Middle Childhood psychosomatic problem. An emotional regulation approach . Infant- and child Development, vol. (13): 389-405.

24- **Hotopf, M.; Carrs, Mayou R, Wadsworth M & Wesselys. (1998):** Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based

cohart study. British Medical Journal, Vol. (316) 1196-1200.

25- Jo Ann, A. (2004): Self – Esteem. Perception of Relationships and emotional distress: Acrosscultural study. Personal Relationships, 11:2, 231.

26- Kroenkek , Spitzer Rl, DeGruy Vf Hahn, SR, Linzer M, Williams J B W, Brody D &Davies M (1997): An alternative to Undifferentiated somatoform Disorder for the somatizing patient in primary care. Archives of General psychiatry. Vol. 54: 352-358.

27- Levenstein; Ackerman, S.; Kiecalt- Glaser, JK. & Dubois, A. (1999) Stress and peptic Ulcer disease. Journal of American Medical Association (JAMA) 281, 10-11

28- Maohang, L .;Zemin,L. & Dong, W. (2002): Relation Between psychosomatic factors and Asthma in children . Chinese mental Health Journal, vol . 16(1) : 58-59.

29- Moser , G. (1997) :Ulcerative colitis and psychosocial factors. The Italian Journal of Gastroenterology and Hepatology, (29): 387-394.

30- Prokopcakova, A.(1996): Anxiety and maladjustment symptoms in Slovak girls. Studia psychologica vol. 38(3): 147-152.

31- Prokopcakova, A. (1999): the role of parental children in emotional problems of adolescents. Studia psychogica, vol, 41 (4): 352-355.

32-Ruiselova, Z. & Prokopcakova A.(2000): Adjustment problem dimention in slovak adolescents. Studia psychologica, vol. 42(1-2) : 43-53.

33- Salama, M. M(1990): perceived parental Rejection and cognitive distortions: Risk factors for Depression, the Egyption Joutnal of mental health, vol. 3, pp. 1-25.

34- Sears, M.L. (1999): the relationship between Attachment and separation difficulties and suicide risk among college youth. Dissertation Abstracts international, vol. 59-08, Section: B, P. 4484.

35- Zhang, B.; Wang, X.; Sun, H.; Ma wiy ; xu , Guonging; yu, zhenjian; meng, X.; liu, X.; X.; Liu, X, & Li, X. (2000): long term effects of Tangshan earthquake on psychosomatic health of orphans. Chinese mental Health Journal, vol. 14 (1): 17-20.