

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.  
جامعة الحاج لخضر - باتنة.  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية.  
قسم العلوم الاجتماعية.  
شعبة علم النفس.

# علاقة كل من كُرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بالأعراض النفسية . الجسدية لدى عينة من مرضى الأيدز.

أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه العلوم في علم النفس  
تخصص علم النفس العيادي.

إشراف الأستاذ الدكتور:  
عبد الحميد عبدوني.

إعداد الطالب:  
عبد الحلیم خلفي

السنة الجامعية:  
( 2013 / 2012 ) .

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.  
جامعة الحاج لخضر - باتنة.  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية.  
قسم العلوم الاجتماعية.  
شعبة علم النفس.

## علاقة كل من حرب ما بعد الصدمة والوحدة

### النفسية بالأعراض النفسية . الجسدية

لدى عينة من مرضى الأيدز.

أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه العلوم في علم النفس  
تخصص علم النفس العيادي.

إشراف الأستاذ الدكتور:

عبد الحميد عبدوني.

إعداد الطالب:

عبد الحليم خلفي.

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
أ د/ نصر الدين جابر.	أستاذ التعليم العالي.	جامعة بسكرة.	رئيسا
أ د/ عبد الحميد عبدوني.	أستاذ التعليم العالي.	جامعة باتنة.	مشرفا
أ د/ عبد الحميد كربوش.	أستاذ التعليم العالي.	جامعة قسنطينة.	عضوا
أ د/ زين الدين بوعامر.	أستاذ التعليم العالي.	جامعة أم البواقي.	عضوا
د/ عمر بوقصة.	أستاذ محاضر.	جامعة باتنة.	عضوا
د/ الوناس أمزيان.	أستاذ محاضر.	جامعة باتنة.	عضوا

السنة الجامعية: ( 2013 / 2012 )



## شكر وتقدير

الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه.

الحمد والشكر لله العزيز الوهاب.

أتقدم بخالص الشكر والتقدير للاستاذ المشرف الدكتور عبد الحميد عبدوني على الثقة التي أولاني بها وعلى المساندة العلمية التي لم يدخر جهدا في تنويري بها.

أتقدم بالتقدير الخالص والشكر الخاص للسادة الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة هذا العمل العلمي المتواضع.

كما أقدم شكري وتقديري إلى الأستاذ الفاضل "بلاح ياسين"، وكل أساتذتي الكرام في شعبة علم النفس بقسم العلوم الاجتماعية كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية بجامعة الحاج لخضر بباتنة، والشكر موصول إلى كل من ساعدني من قريب أو من بعيد ولو بكلمة طيبة، أو دعاء عن ظهر غيب.

شكر وتقدير خاص للمهندس قرفي هشام على المساعدة التقنية في الإخراج النهائي لهذه المذكرة.

كما لا أنسى أن أخص بالذكر العون والمساعدة التي لاقيتها على يد كل العاملين بمصلحة

الأمراض المعدية بمستشفى مصطفى بغدادى بتامنغست من إدارة وأطباء وممرضين، وكما أخص بالذكر كل من الجهود التي بذلها رئيس المصلحة الدكتور إلياس أخموك والأخصائية النفسانية في سبيل تسهيل الإجراءات العملية للإتصال والتواصل داخل المصلحة مع فئة عينة الدراسة الميدانية.

## الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى إيجاد العلاقة بين كل من كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بالأعراض النفسية - الجسدية لدى عينة من مرضى الإيدز. فضلا عن مدى إمكانية الربط بين المتغيرات النفسية والنفسية - الجسدية الحالية بمرض يعد أساسا من الأمراض العضوية من حيث كل من طرق انتشاره وأسباب الإصابة به، وآليات تطوره وإزمانه ومحاولات علاجه. وتم ذلك بالاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي باعتباره الأنسب لطبيعة الموضوع.

ومن أجل ذلك تم العمل على تطبيق مقاييس الدراسة على عينة قصدية قدرت بأربعين (40) حالة من المرضى الذين تم تشخيصهم طبيا كمصابين بـ"الإيدز" بمستشفى مصطفى بغدادى بتمنراست. وفي محاولة سير وفهم العلاقات والفروق بين هذه المتغيرات تم الاستعانة بكل من اختبار كرب ما بعد الصدمة لجمال حسن أبو نواس (2005)، واختبار كورنل لتحري العوارض النفسية - الجسدية ترجمة محمود الزيايدي (1984)، وللذان تم إجراء بعض التعديلات الطفيفة عليهما ليتوافقا وعينة الدراسة الحالية، بالإضافة لمقياس الوحدة النفسية لإبراهيم زكي قشقوش (1988)، كما تم التأكد من خصائصهم السيكومترية على بيئة الدراسة الحالية. ومن ثم تم جمع البيانات وتحليلها إحصائيا بالاستعانة ببرنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS, 19) وذلك بمجموعة من الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية من أجل الوقوف على مدى صحة الفرضيات المطروحة كمعامل الارتباط البسيط، معامل الارتباط الجزئي، اختبار "ت" لدلالة الفروق،...

وقد أسفرت الدراسة الحالية بالاستناد للفرضيات عن النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية والوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة حسب الجنس، تحققت جزئيا.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية وكرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية حسب العمر، تحققت جزئيا.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية والوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة حسب مدة الإصابة، لم تتحقق كليا.
- تم التحقق من وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية حسب الجنس
- تم التأكد من وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية حسب الجنس.
- تم التحقق من وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية حسب الجنس.
- توسط كرب ما بعد الصدمة كل من الوحدة النفسية والأعراض النفسية- الجسدية بين الذكور والإناث.

- تتوسطت الأعراض النفسية - الجسدية كل من كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بين الذكور والإناث.

- توسطت الوحدة النفسية كل من كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية- الجسدية بين الذكور والإناث. كما تمت مناقشة الفرضيات في ظل الدراسات السابقة، والتراث المعرفي والنظري المتعلق بمتغيرات الدراسة.

## **Abstract:**

*This study aims to find the relationship between The state of Post-Traumatic Stress Disorder and Loneliness with the psychosomatic disorder for an individual suffering from HIV. Furthermore it seeks to highlight the possibility of linking the current psychic and psychosomatic variables with an illness which is considered organic by referring to the methods of its strengthens, its reasons, mechanisms of its development, its permanent, and the attempts of its treatment. The study is developed by using the descriptive analytic method because it is the main appropriate.*

*The study was applied on a purposive sample of 40 individuals, it was chosen from patients that considered AIDS patients in Mustafa Baghdad hospital of Tamenghasset. In attempt for understanding the relations and the differences between the study variables we use: test of Post- Traumatic Stress Disorder of Djamel Abou Nawas (2005), and the cornel test of psychosomatic disorder translated by Mahmoud Ziadi (1984), after making some adaptation for them to be more suitable to this study sample. In addition of using Loneliness test of Ibrahim Kachkoch (1988). All the tests are adapted to the psychometric characteristics of... this study. Then data were gathered and analyzed statically by using programs of static packaging of social sciences (SPSS, 19).*

*The results of the study were as follows:*

- *There are differences between both males and females for psychosomatic disorder, Loneliness and Post- Traumatic Stress Disorder.*
- *There are differences according to age for psychosomatic disorder, Post-Traumatic Stress Disorder and Loneliness.*
- *There are No differences according to time of illness for Loneliness, Post-Traumatic Stress Disorder and psychosomatic disorder.*
- *There is correlation between Post- Traumatic Stress Disorder and Loneliness for males and females.*
- *There is correlation between Post- Traumatic Stress Disorder and psychosomatic disorder for males and females.*
- *There is correlation between Loneliness and psychosomatic disorder for males and females.*
- *Post- Traumatic Stress Disorder intermediate both Loneliness and psychosomatic disorder for males and females.*
- *Psychosomatic disorder intermediate both Post- Traumatic Stress Disorder and Loneliness for males and females.*
- *Loneliness intermediate both Post- Traumatic Stress Disorder and psychosomatic disorder for males and females.*

*We discussed the Research results in their theoretical framework.*



## فهرس المحتويات:

ب.....	شكر وتقدير.....
ج.....	ملخص البحث.....
ز.....	فهرس المواضيع.....
ي.....	فهرس الجداول.....
ل.....	فهرس الأشكال.....
01.....	المقدمة.....

### الجانب النظري.

08.....	الفصل الأول: مشكلة البحث وفروضه.....
09.....	01 - إشكالية البحث.....
11.....	02 - تساؤلات البحث.....
12.....	03 - فرضيات البحث.....
13.....	04 - أهمية وأهداف البحث.....
15.....	05 - التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث.....
17.....	06 - الدراسات السابقة.....
30.....	الفصل الثاني: كرب ما بعد الصدمة.....
31.....	تمهيد.....
32.....	01 - مدخل تاريخي لكرب ما بعد الصدمة.....
33.....	02 - تعريف كرب ما بعد الصدمة.....
38.....	03 - كرب ما بعد الصدمة واضطراب جهاز المناعة.....
40.....	04 - الآثار السيكوسوماتية لكرب ما بعد الصدمة.....
43.....	05 - تشخيص وقياس كرب ما بعد الصدمة.....
49.....	06 - النظريات النفسية المفسرة لكرب ما بعد الصدمة.....
56.....	07 - علاقة كرب ما بعد الصدمة ببعض متغيرات الصحة النفسية.....
58.....	08 - علاقة كرب ما بعد الصدمة ببعض متغيرات الشخصية.....
60.....	09 - مصير كرب ما بعد الصدمة.....
64.....	خلاصة.....
66.....	الفصل الثالث: الوحدة النفسية.....
67.....	تمهيد.....
68.....	01 - تعريف الوحدة النفسية.....



70.....	02 -أسباب الوحدة النفسية.....
73.....	03 -أبعاد الوحدة النفسية.....
75.....	04 -أنواع الوحدة النفسية.....
77.....	05 -مظاهر الوحدة النفسية.....
80.....	06 -النظريات المفسرة للوحدة النفسية.....
84.....	07 -علاقة الوحدة النفسية ببعض متغيرات الشخصية.....
87.....	08 -علاقة الوحدة النفسية ببعض متغيرات الصحة النفسية.....
95.....	09 -طرق الحد من الشعور بالوحدة النفسية.....
100.....	خلاصة.....
102.....	<b>الفصل الرابع: الأعراض النفس - جسدية.....</b>
103.....	تمهيد.....
104.....	01- مفهوم وخصائص الأعراض و/ أو الأمراض النفس - جسدية.....
110.....	02- أسباب الأعراض و/ أو الأمراض النفس - جسدية.....
113.....	03- تشخيص وقياس الأعراض و/ أو الأمراض النفسية - الجسدية.....
118.....	04- تصنيف الأمراض النفس - جسدية.....
122.....	05- النظريات المفسرة للأمراض النفس - جسدية.....
147.....	06- علاقة الأعراض النفس - جسدية ببعض متغيرات الشخصية.....
148.....	07- علاقة الأعراض النفس - جسدية ببعض سمات الشخصية.....
150.....	08- علاقة الأعراض المرضية النفس - جسدية ببعض متغيرات الصحة النفسية.....
153.....	09- الإيدز من وجهة نظريات الأمراض النفسية - الجسدية ( السيكوسوماتية ).....
157.....	10- طرق الحد من الأعراض و/ أو الأمراض النفس - جسدية.....
161.....	خلاصة.....

#### الجانب الميداني.

164.....	<b>الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية.....</b>
165.....	تمهيد.....
166.....	1- منهج البحث.....
166.....	2 - عينة البحث.....
173.....	3 - أدوات البحث.....
182.....	4 - الأساليب الإحصائية للبحث.....
185.....	<b>الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج.....</b>

186.....	<b>أولاً: عرض وتحليل النتائج.....</b>
186.....	1- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى.....
187.....	2- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية.....
188.....	3- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة.....
189.....	4- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة.....
189.....	5- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة.....
190.....	6- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة.....
191.....	7- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة.....
192.....	8- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة.....
194.....	9- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة.....
197.....	<b>ثانياً: مناقشة النتائج وتفسيرها.....</b>
197.....	1- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى.....
200.....	2- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية.....
202.....	3- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة.....
204.....	4- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة.....
204.....	5- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة.....
207.....	6- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة.....
207.....	7- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة.....
208.....	8- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة.....
209.....	9- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة.....
212.....	<b>ثالثاً: المناقشة العامة.....</b>
216.....	<b>الخاتمة.....</b>
218.....	<b>التوصيات والاقتراحات.....</b>
219.....	<b>المراجع.....</b>
231.....	<b>الملاحق.....</b>

فهرس الجداول:

رقم الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
45	جدول يبين كل من معايير DSM- 04 والنتائج المعبر عنها حسب اختبار الروشاخ عند المصابين بكرب ما بعد الصدمة.	01
108 -107	جدول يبين النسب المئوية لتكرار الأعراض النفسية - الجسدية لدى الذكور والإناث في الولايات المتحدة الأمريكية لعام 1976.	02
111	جدول يبين النسب المئوية لحدوث الاضطرابات النفسية - الجسدية لدى التوائم.	03
171	يبين توزيع عينة الدراسة حسب الجنس ( ذكور - إناث ).	04
171	يبين توزيع عينة الدراسة حسب السن ( أقل من 40 سنة - أكثر من 40 سنة ).	05
171	يبين توزيع عينة الدراسة حسب الوضعية الاجتماعية "متزوج، أعزب مطلق".	06
172	يبين توزيع عينة الدراسة حسب تاريخ الاطلاع أو معرفة المعني بالإصابة "مرض الإيدز".	07
172	يبين توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي.	08
173	يبين توزيع عينة الدراسة حسب الوضعية المهنية.	09
174	يبين البنود التي تم تعديلها بالرقم ومحتوى التعديل.	10
175	يبين نتائج حساب الصدق التمييزي لاختبار كورنل لتحري الاضطرابات السيكوسوماتية على 68 طالب من طلبة المركز الجامعي بتامنغست تخصص علم النفس العيادي.	11
176	يبين نتائج حساب الصدق التمييزي لاختبار تحري العوارض النفسية - الجسدية على عينة الدراسة الحالية.	12
177	يوضح دلالة الفروق بين المجموعة السوية والمجموعة الإيوائية.	13
178	يبين نتائج حساب الصدق التمييزي لمقياس الوحدة النفسية على عينة الدراسة الحالية.	14
180 -179	يبين البنود التي تم تعديلها بالرقم ومحتوى التعديل.	15
181	يبين نتائج حساب الصدق التمييزي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة لجمال حسن أبو نواس عام 2005 على عينة متكونة من 68 طالب من طلبة المركز الجامعي بتمنراست.	16
182	يبين نتائج حساب الصدق التمييزي لمقياس كرب ما بعد الصدمة على عينة الدراسة الحالية.	17

186	يبين نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين درجات الذكور والإناث بين كل من الأعراض النفسية - الجسدية والوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة.	18
187	يبين نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين كل من الأعراض النفسية - الجسدية وكرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية حسب متغير العمر.	19
188	يبين نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين كل من الأعراض النفسية - الجسدية وكرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية حسب متغير تاريخ الاطلاع على الإصابة بالمرض.	20
189	يوضح معامل الارتباط البسيط بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بين الذكور والإناث.	21
190	يوضح معامل الارتباط البسيط بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية الجسدية بين الذكور والإناث.	22
190	يوضح معامل الارتباط البسيط بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية بين الذكور والإناث.	23
191	يبين معامل الارتباط البسيط ونتائج الارتباط الجزئي بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لتأثير كرب ما بعد الصدمة عند الذكور.	24
192	يبين معامل الارتباط البسيط ونتائج الارتباط الجزئي بين الوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة بعد العزل الإحصائي لتأثير الأعراض النفسية - الجسدية عند الإناث.	25
192	يبين معامل الارتباط البسيط ونتائج الارتباط الجزئي بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بعد العزل الإحصائي لتأثير الأعراض النفسية - الجسدية عند الذكور.	26
194-193	يبين معامل الارتباط البسيط ونتائج الارتباط الجزئي بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بعد العزل الإحصائي لتأثير الأعراض النفسية - الجسدية عند الإناث.	27
195	يبين معامل الارتباط البسيط ونتائج الارتباط الجزئي بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لتأثير الوحدة النفسية عند الذكور	28
196 -195	يبين معامل الارتباط البسيط ونتائج الارتباط الجزئي بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لتأثير الوحدة النفسية عند الإناث.	29

فهرس الأشكال:

رقم الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
168	يبين توزيع عدد الأشخاص المصابين بفقدان المناعة المكتسبة ( 2007-2011 ) والذين تم استقبالهم من طرف مصلحة الأمراض المعدية.	01
168	يبين توزيع نسب الإصابة بفقدان المناعة المكتسبة في شكل فيئات طيلة مدة الدراسة ( 2007-2011 ) .	02
169	يبين توزيع المصابين بفقدان المناعة المكتسبة طيلة سنوات الدراسة ( 2007- 2011 ) بحسب الجنس.	03
169	يبين توزيع عينة المصابين بفقدان المناعة المكتسبة ( 2007-2011 ) بحسب المستوى التعليمي.	04
170	يبين توزيع عينة المصابين بفقدان المناعة المكتسبة ( 2007-2011 ) بحسب متغير الوضعية الاجتماعية.	05
170	يبين توزيع عينة المصابين بفقدان المناعة المكتسبة ( 2007-2011 ) بحسب متغير الجنسية.	06
208	يبين افتراض السبب المشترك لكرب ما بعد الصدمة.	07
209	يبين افتراض السبب المشترك للأعراض النفسية - الجسدية.	08
210	يبين افتراض السبب المشترك للوحدة النفسية.	09

## المقدمة:

تتميز الدراسات الإبيديمولوجية بتناولها لمدى انتشار الظواهر المرضية في المجتمعات، وأنها ذات أهداف وصفية تحليلية، وبالرغم من أنها لا تأخذ الطابع المسحي إلا أنه من الممكن تقدير نسبة انتشار تلك الظواهر في بيئات بعينها أو في المجتمع عامة، كما أنها تزودنا بأساس واقعي لعوامل المخاطرة في تلك الظواهر وغيرها من الأبعاد الاليتولوجية التي تسهم في إجراءات التشخيص والعلاج من جهة، ورسم السياسات الوقائية بمستوياتها من جهة أخرى.

فمتلازمة العوز المناعي المكتسب اختصاراً ( م ع م م - AIDS ) ويسمى أيضاً بمرض فقدان المناعة المكتسب أو الإيدز أو السيدا" ( *Acquired Immune Deficiency Syndrome* ) هو متلازمة تؤدي إلى التدمير التدريجي للمناعة المكتسبة في جسم الإنسان. ويجمع الأطباء والباحثون في العالم على أن مسبب مرض الإيدز هو فيروس *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*، ونتيجة لانهايار جهاز المناعة يصبح المريض عرضة للإصابة بالأمراض الانتهازية والسرطانات النادرة التي غالباً ما يستطيع الجسم السليم التغلب عليها.

تم تشخيص مرض الإيدز في بادئ الأمر في ثمانينات القرن العشرين، بين ممارسي الجنس المثلي ومتعاطي المخدرات الذين يشاركون في الحقن غير المعقمة أثناء تعاطيهم للمخدر. وفي تسعينيات القرن العشرين أصبح مرض الإيدز وباءً عالمياً، ويتصدّر المثليون قائمة المصابين بهذا المرض إلا أن الرجال والنساء والأطفال قد نالوا حصّتهم من هذا المرض نتيجة تعدد أشكال انتقال العدوى.

ومن ثم يُعدّ مرض الإيدز من الأمراض التي لم يجد الطبّ الحديث علاجاً لها لحد اليوم، وعادة ما يموت المصابون بمرض الإيدز بعد بضعة سنوات من تاريخ التشخيص. وعلى الرغم من توفر عقاقير قد تطيل من عمر المريض إلى عشرين سنة مع وجود فيروس الإيدز في جسم المصاب، إلا أن معظم المصابين في الدول الفقيرة لا يملكون سبيل للحصول عليها أو لا يستطيعون تحمل تكلفتها ( الموسوعة الحرة، 2011: \* ).

بالإضافة إلى مرض الإيدز ومن نفس المنطلق الإبيديمولوجي يعد تناول متغير كرب ما بعد الصدمة *Post- Traumatic Stress Disorder* مشكلة متعددة الجوانب والمستويات، ومجالاً مناسباً لهذا النوع من الدراسات، من جهة ومن جهة أخرى يشكل هذا الاضطراب مرضاً خبيثاً وغائراً في النفس البشرية حيث يصعب على الأطباء والمختصين النفسانيين اكتشافه وتوصيفه، فضلاً عن مقاومته لكل أشكال العلاج في حال تمكنه من الإنسان.

فإذا كانت الصدمات النفسية أو العصاب الصدمي، أو وضعية الكارثة التي تهدد حياة الفرد وتسلبه الأمان النابع من اعتقاده بأن الموت مؤجل، لأن الإنسان في وضعيته الاعتيادية يعلم أنه صائر

إلى الموت لا محالة ولكنه يختبئ خلف فكرة "أني سأموت حقا ولكن ليس الآن" فإذا وجد هذا الشخص نفسه في وضعية مواجهة الموت و/ أو الكارثة انقلب هذا الشعور لديه ليصبح متلخفا في فكرة "أني سأموت حتما الآن".

فإن هذه المواجهة مع الموت تؤدي إلى حدوث تغيرات عميقة في شخصية المتعرض لها، كما أنها تخلف لديه ردود فعل عشوائية سواء على صعيد سلوكه الشخصي أو على المستوى الفسيولوجي. فهو مصاب في هذه الحالة بكرب ما بعد الصدمة، والذي يبيئه الدليل التصنيفي والإحصائي الأول DSM-I للرابطة الأمريكية للطب النفسي بأنه "الأعراض التي تنتج عن التعرض لضغط صدمي شديد يشمل الخبرة المباشرة للشخص الذي يتعرض للحدث الذي يضم تهديد حقيقي أو متخيل أو جرح خطير أو أي تهديد آخر لجسد الشخص أو مشاهدة الحدث الذي يشمل الموت، الجرح أو أي تهديد لجسد الشخص نفسه أو لشخص آخر أو العلم عن موت عنيف أو غير متوقع وإيذاء خطير أو تهديد بالموت أو إلحاق الجرح أو الإيذاء بفرد من أفراد الأسرة أو أي قريب عزيز ( عائدة حسنين، 2004: 08 ).

وعلى هذا الأساس كلما كانت الصدمة عميقة إلى حد كبير انجر عنها مجموعة من الآثار على غرار بقاء الواقعة في المخيلة، القلق، اللامبالاة، وفقدان الأحبة، الإحساس بالضيق، وفقدان الثقة في المحيط الاجتماعي والتي تجعل الفرد المصاب ينخرط في عالم جديد يتميز بمجموعة من الاضطرابات والمشكلات النفسية والعضوية والاجتماعية أطلق على هذا الاضطراب كرب ما بعد الصدمة ومن بين هذه الأشكال نجد الشعور بالوحدة النفسية.

فالشعور بالوحدة النفسية *Loneliness* التي تعد من أهم المفاهيم التي لاقت اهتماما كبيرا من طرف الباحثين في علم النفس، وأصبحت مجالا أساسيا من البحوث التجريبية، ولعل أهم هذه الدوافع وراء هذا الاهتمام أن الوحدة النفسية أصبحت مشكلة خطيرة واسعة الانتشار في عالم اليوم. وعلى الرغم من ذلك نجد أنها لم تلقى الاهتمام الكافي على المستويين العملي الواقعي والنظري؛ إذ كانت الوحدة النفسية تعامل كأى اضطراب نفسي آخر مثل القلق والاكتئاب والضغط النفسي إلا أن هذا المفهوم أصبح مستقلا عن تلك المفاهيم النفسية كلها.

وتشكل الوحدة النفسية مشكلة اجتماعية خطيرة، وخبرة شخصية مؤلمة يتعرض لها كل إنسان في فترة معينة من فترات حياته، وكما يعرف هذا الشعور بأنه حالة نفسية تمتد من خلال وجود تناقض بين علاقات الفرد الواقعية والعلاقات التي يرغب في تحقيقها، والشعور بالوحدة النفسية يعد أيضا إحدى المشكلات النفسية الجديدة في حياة الفرد المعاصر، نظرا لأن هذه المشكلة هي مقدمة للعديد من المشكلات النفسية والاجتماعية اللاحقة التي يتعرض لها الفرد.

فهي كما يرى روكاتش *Rokach* عام 1988 بأنها شعور مؤلم ونتاج تجربة ذاتية تمت خبرتها ذاتيا وبطريقة متفردة، وهو شعور ناتج من شدة الحساسية الفجة وشعور الفرد بأنه وحيد وبعيد عن الجميع، والشعور بأنه غير مرغوب فيه، ومنفصل عن الآخرين، ومقهور بالألم الشديد، وتري أيضا أن هذا الشعور ناتج عن الغياب المدرك للعلاقات الاجتماعية المشبعة وهو شعور مصحوب بأعراض الضغط النفسي ( وفاء خويطر، 2010: 42 ). وغيرها من الأعراض والمظاهر النفسية والتي تصنف ضمن الأعراض النفسية - الجسدية والتي يمكن ملاحظتها لدى العديد من الفئات من المرضى والذين يعانون من المشكلات النفسية كما هو الحال عند ذوي كرب ما بعد الصدمة وحتى عند المصابين بالإيدز .

فهذه الأعراض الجسدية الناتجة أساسا من صعوبات ومشكلات نفسية من حيث المنشأ كثيرا ما ينظر إليها على أنها "أعراض جسمية تنتج عن عوامل سيكولوجية، وهي عادة تتضمن جهازا واحدا من أجهزة الجسم مثل المعدي المعوي، أو الجهاز التنفسي، أو الجهاز التناسلي البولي. ويسمى بتسميات متعددة فنجده مثلا في DSM-I الاضطراب النفسي - الفسيولوجي، وعوامل سيكولوجية تؤثر في الحالة الجسمية في DSM-III، وتارة يسمى بالمرض السيكوسوماتي "خاصة مدرسة باريس"، وتارة أخرى يسمى بالأمراض النفسية - الجسدية ( جابر وعلاء كفاقي، 1992: 02-31 ).

فالشعور بالوحدة النفسية ينتج عن خلل في نسيج العلاقات الاجتماعية للفرد والمتزامنة مع كرب ما بعد الصدمة التي قد يعيشها المصاب بالإيدز والذي يظهر من خلال تقدير الذات المنخفض، القلق، والخجل، والصعوبة في التواصل، والاكنتاب، هذا من جهة ومن جهة أخرى نظرة المجتمع إليه والمتسم أساسا بالوصم في حالة ارتباطه بمتلازمة العوز المناعي المكتسب "الإيدز"، والخوف منه، فضلا عن مجموعة كبيرة من الأعراض الجسدية كالطفح الجلدي، ومجموعة من أنواع السرطانات، والاضطرابات التنفسية، ... وغيرها من الاضطرابات النفسية والجسدية، فما مدى ارتباط مجموع المتغيرات السابق عرضها بظهور الأعراض النفس - جسدية لدى الأفراد المصابين بمتلازمة العوز المناعي المكتسب "الإيدز".

ويأتي هذا البحث ليتطرق لهذه المتغيرات المتعددة بالبحث من جهة لكونها لم تلقى الاهتمام الكافي بالدراسة ومجتمعة من جهة أخرى لكونها لم يتم طرقها من قبل في حدود علم الطالب الباحث، وهذا ما يزيد من فهم أكثر للسلوك البشري وضبطه والتحكم فيه عامة والتعرف على بعض الجوانب النفسية للمصابين بفقدان المناعة المكتسبة "مرض الإيدز" والاهتمام بالمشكلات والاضطرابات النفسية والنفسية - الجسدية والجسدية والمعاناة الاجتماعية التي يخبرونها يتعايشون معها على وجه الخصوص.

كما قد لاقى الباحث العديد من الصعوبات والمشكلات العلمية والعملية وتتمثل في كون هذه المتغيرات لم تدرس مجتمعة من قبل كدراسات سابقة، بالإضافة إلى بعض الصعوبات المتعلقة بالمؤسسة



التي تتواجد فيها العينة فضلا عن التعامل مع فئة المصابين بفقدان المناعة المكتسبة وانتهاء بالصعوبات المتعلقة بالاختبارات والمقاييس المطبقة على هذه العينات.

كما قد تم تناول الموضوع في الفصول والنقاط التالية فبداية تم التقديم للبحث ثم تقسيمه إلى قسمين جانب النظري وآخر ميداني، ففي الجانب النظري المتكون من الفصل الأول؛ الذي يتم تحديد مشكلة البحث فيه وفروضه: من خلال؛ إشكالية البحث، والدراسات السابقة، وأهداف البحث وأهميته، وتساؤلاته، وفروضه، التعريف بمفاهيم البحث، فضلا عن التعريف الإجرائي لمتغيراته الأساسية.

أما الفصل الثاني الذي يهتم بتناول كرب ما بعد الصدمة النفسية، فهذا الأخير تمت دراسته من حيث كل ما يتعلق به كتطوره التاريخي وتعريفه بالإضافة إلى علاقته باضطراب جهاز المناعة فضلا عن الآثار النفسية - الجسدية له، ثم طرق قياسه وتشخيصه والوقوف على أهم النظريات المفسرة له، ثم تم التطرق إلى كل من علاقته بمتغيرات الصحة النفسية وكذا علاقته ببعض متغيرات الشخصية، وانتهاء إلى مصير كرب ما بعد الصدمة.

والمتغير الآخر في هذا الفصل الثالث يتعلق بالوحدة النفسية ويتم تناولها من حيث التعريف، ومن ثم التعرف على أهم الأسباب ثم الخصائص والأبعاد المكونة للوحدة النفسية ثم أنواعها ومظاهرها، كما تم الوقوف على أهم النظريات المفسرة لها، فضلا عن التطرق لكل من علاقتها ببعض متغيرات الشخصية، وبعض متغيرات الصحة النفسية، وأخيرا تم طرح العديد من الطرق العلمية المعتمدة في الحد من الشعور بالوحدة النفسية.

أما في الفصل الرابع فيتم التطرق فيه إلى كل من مفهوم وخصائص الأعراض و/ أو الأمراض النفس - جسدية، وأسبابها، وطرق قياس وتشخيص الأعراض و/ أو الأمراض النفسية - الجسدية، ثم التعرض لبعض التصنيفات المتعلقة بالأمراض النفسية - الجسدية، والنظريات المفسرة لها بالإضافة إلى علاقة الأعراض النفس - جسدية ببعض سمات الشخصية فضلا عن بعض متغيرات الصحة النفسية، وموقع متلازمة العجز المناعي المكتسب بالنسبة لهذه الأمراض كنموذج مقترح، وانتهاء بطرق الحد من الأعراض و/ أو الأمراض النفسية - الجسدية.

أما الجانب الميداني الذي تتضمنه باقي الفصول ففي الفصل الخامس الذي يتعلق بإجراءات الدراسة الميدانية.

تم الشروع في إجراءات الدراسة الميدانية؛ وذلك من حيث منهج البحث، وعينته، وأدواته، والأساليب الإحصائية المتبعة في البحث.

وفي الفصل السادس يتم عرض ومناقشة النتائج؛ حيث نبدأ بعرض كل فرضية على حدا، ثم تفسيرها ومناقشتها أيضا كلا على حدا. وأخيرا يتم حوصلتها في مناقشة عامة تتخللها بعض التوصيات والاقتراحات، وانتهاء بالخاتمة.

الجانب النظري.

الفصل الأول:  
مشكلة البحث وفروضه.

## الفصل الأول: مشكلة البحث وفروضه.

- 1- إشكالية البحث.
- 2- تساؤلات البحث.
- 3- فرضيات البحث.
- 4- أهمية البحث وأهدافه.
- 5- التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث.
- 6- الدراسات السابقة.

01- إشكالية البحث:

تتعلق الصدمة بأي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي ( الجهاز المناعي ) لديه، مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة. وقد ينتج عن هذا الحادث تغيراتٍ في الشخصية أو مرضٍ عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية. وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز أو الرعب "الذعر".

وهي حدث خارجي فجائي وغير متوقع يتسم بالحدة، ويفجر الأمان والاستقرار في الكيان الإنساني ويهدد حياته، بحيث لا تستطيع وسائل الدفاع النفسية والجسدية المختلفة أن تسعف الإنسان للتكيف معه. وبعد التعرض لمثل هذه الخبرات وبخاصة منها التي تصيب الإنسان بصفة دائمة ومتكررة، بحيث تتطور الأعراض السابقة الذكر وتزداد يوماً بعد يوم. كما هو حال صدمة الإصابة بمتلازمة العوز المناعي المكتسب "الإيدز"؛ الذي يرتبط عامة بكل من مفهوم الموت والفناء والوصم الاجتماعي من جهة ومن جهة أخرى هو مرض مركب يتميز بانهيار الجهاز المناعي في جسم الإنسان ضد أي عدوان مهما كان بسيطاً، لذلك فالمصابين معرضون للعدوى المكروبية "كالبكتيريا، والفيروسات، والفطريات، والطفيليات، ...". بالإضافة إلى أنواع من السرطانات الانتهازية غير المعتادة عند الأشخاص العاديين ( محمد حسن غانم، 2008: 42 )، هذا فضلاً عن كون هذا الاضطراب قد بلغ مستوى من التعقيد خاصة كونه غير قابل للعلاج من جهة وتزايد معدلات انتشار الإصابة به من جهة أخرى يوماً بعد يوم حيث تشير الإحصائيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية لعام 2010 إلى معدل انتشار عدوى فيروس الإيدز لدى البالغين في الفئة العمرية من 15 إلى 49 سنة حيث سجل مثلاً في بعض الدول الإفريقية كالجائر 0.1 %، التشاد 3.5 %، النيجر 0.8 %، وسوازيلند 26.1 %، .... ( World Health Organization, 2010: 32 ). وهي معطيات إحصائية في غاية الخطورة والتهديد للأفراد المصابين وحتى غير المصابين بهذا المرض والمتعايشين لهم وصولاً للمجتمعات في هذه الدول وباقي الدول المجاورة لهم وحتى المتعاملة معهم اقتصادياً أو سياحياً.

هذا من جهة ومن جهة أخرى اهتمت الدراسات بمرض الإيدز من النواحي الجسدية والعضوية دون الوقوف على المناحي النفسية والنفسية - الجسدية فالدراسات النفسية كان اهتمامها نادر بعلاقة اضطراب فقدان المناعة المكتسبة بالمتغيرات النفسية عامة، حيث نسجل حصراً كل من دراسة فيروز عام 1988 *Feros* كأهم دراسة تناولت قلق الموت لدى مرضى الإيدز، ودراسة كيم *Kim* عام 1988 بعنوان "تقييم الجوانب النفسية لمرضى الإيدز" دراسة حالة، ودراسة دافيد وزملاؤه عام 1989 *Daivid* بعنوان "تقييم الأداء العصبي والنفسي المرتبط بفيروس الإيدز"، ودراسة كيردك ولورانس *Kurdek & Lawarene* عام 1990 حيث تم إجرائها بهدف التعرف على مدى التوافق النفسي والاجتماعي للمرضى المصابين بفيروس الإيدز، ودراسة كنت وتمبلر *Kent & Templer* عام 1991 وكان الهدف من الدراسة

هو التعرف على العلاقة بين قلق الموت والتدين لدى المصابين بالإيدز، ودراسة ميشيل البرت وهاسلب البرت *Michel Almert & Hanslip Bert* عام 1992 لدراسة مستويات قلق الموت، دراسة استطلاعية، ودراسة فيزنتيني وزملاؤه *Visintini et al* عام 1995 عن "تقييم تقدير الذات لدى المرضى المصابين بالإيدز" (محمد حسن غانم، 2008: 205-208). وبالرغم من أن هذه المتغيرات لا تتناول كل الجوانب النفسية، ولا تشمل قطاعا كبيرا من متغيرات الشخصية إلا أنها متغيرات على درجة كبيرة من الأهمية.

فالأفراد في كل هذه الحالات السابق ذكرها إلى أي مدى قد تتماثل هذه الاضطرابات والمشكلات التي يعانون منها بمفهوم الشعور بالوحدة النفسية التي تجعلهم يخطرطن في هذه الحالة من الوحدة الناتجة عن افتقاد الفرد للاتصال والاحتكاك الانفعالي والاجتماعي وذلك لكونها خبرة من التوق والشعور بالفراغ وقد وصفها أحد السيكياتريين "سوليفان" بأنها "خبرة مؤلمة تترك التفكير بهدوء وصفاء" فليس من الضروري أن يكون الفرد معزولا "فيزيقيا" ليخبر هذا النوع من الشعور والمتمثل في الوحدة النفسية.

ويصاحبها مجموعة من أعراض التوتر والاكتئاب وعدم الشعور بالراحة. و قد توصل "فايس" *Weiss* إلى أنه من الصعب أن تكوين الصداقة الجديدة هي البديل للتخلص من الشعور بالوحدة النفسية فيميل الشخص الذي يعاني من غياب عنصر الحب في علاقاته بالآخرين إلى الشعور بالوحدة النفسية المؤلمة وذلك على الرغم من إمكانية تواجده أصدقاء أو أطفال يمكن قضاء معهم بعض الوقت. فهل للخبرة الشعورية المتكونة من الوحدة النفسية والتي يمكن أن تنتج عن الإصابة بالإيدز والتي تتبؤه بأنه بلا علاج والمصاب به ينتظر فقط الموت، وبذلك يعيش هذا الفرد حقا وفعلا فضلا عن الوحدة النفسية حالة صدمة عنيفة، وهذا يبدو من خلال ما تظهره الملاحظات العيادية على الأفراد المصابين باضطراب أو كرب ما بعد الصدمة، الذي تعرفه جمعية الطب النفسي الأمريكي في تصنيفها الرابع لعام (1994) *DSM- IV* بأنه اضطراب ينتج عن تعرض الفرد إلى صدمة نفسية تتميز باستمرار الحدث الصدمي وتجنب متواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة من أفكار ومشاعر وأماكن أو أشخاص أو تراخ في القدرة على الاستجابة وقصور في المشاعر الوجدانية وزيادة التوتر والتيقظ ( *APA, DSM-IV-TR, 2005: 533-534*).

هذا بالنسبة للأحداث الصادمة العابرة كالاغتداءات العنيفة سواء بالسيارات المفخخة أو الاغتداءات الجنسية،.. وغيرها ولكن ماذا لو كانت هذه الصدمة دائمة ومستمرة في مفعولها الصادم جسديا ونفسيا واجتماعيا كالإصابة بالإيدز حيث تظهر مجموعة من الأعراض والأمراض النفسية الجسدية تصاحب كل من كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية من أهمها:

إساءة استخدام العقاقير أو الكحوليات ، القلق، الصداع، اضطرابات بالمعدة ، مشاكل متعلقة بالجهاز المناعي كالجسدية منها على غرار الطفح الجلدي، والسرطان، واضطرابات تنفسية، بالإضافة إلى الدوار، ألم بالصدر، إرهاق يصيب بعض الأعضاء في الجسم... الخ.

وكثيرا ما يتعامل الأطباء مع هذه الأعراض على أنها لا تتصل بلضطراب كرب ما بعد الصدمة. كما أن هذه الأعراض والأمراض المرتبطة أساسا بمتلازمة العوز المناعي المكتسب "الإيدز" من جهة ومن جهة أخرى تتماثل كثيرا مع مجموعات الأمراض المصنفة في إطار الاضطرابات النفسية- الجسدية "كحالات تكون فيها التغيرات التكوينية في الجسم راجعة بصفة رئيسية إلى اضطرابات انفعالية، وهي الآثار النهائية للاتصال الوثيق بين الجسم والعقل، أي التفاعل الذي لا انفصال له بين الشخصية والصراع الانفعالي من ناحية والجهاز العصبي المستقل من ناحية أخرى، وفي هذه التغيرات تتأثر الأعضاء التي لا تخضع للتوجيه الإرادي كالرئتين أو القولون" ( عبير الصبان، 2003: 20 ).

فإلى أي مدى يمكن الربط بين هذه الأعراض المصنفة في هذه الاضطرابات والأمراض المختلفة الناتجة عن الإصابة بالإيدز .

واستنادا لهذا الأخير أيضا إلى أي مدى يمكن الجمع بين المرضى المصابين بمتلازمة العوز المناعي المكتسب "الإيدز" وما يعيشونه من خبرة الكرب التالي للصدمة لكون هذا المرض مرتبط بمفهوم الموت في كثير من الأحيان؛ بحيث يعرف كل الأفراد أن المصاب بهذا المرض واقع تحت تأثير الوحدة النفسية وهو آيل إلى الموت رغم أن النتائج العلمية الطبية تثبت غير ذلك، أو العزلة المديدة والقاتلة. وانطلاقا من هذه المعطيات الواقعية والمقاربات النظرية إلى أي مدى يمكن التوصل إلى تحقيق التساؤلات التالية:

## 02- تساؤلات البحث:

- هل توجد علاقة ارتباطية بين كل من كرب ما بعد الصدمة النفسية والوحدة النفسية بالاضطرابات النفسية - الجسدية لدى الأفراد المصابين بالإيدز من الذكور والإناث ؟
- وانطلاقا من هذه الفرضية الأساسية يمكن طرح التساؤلات الآتية:
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية والوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة بين الذكور والإناث؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية وكرب ما بعد الصدمة حسب متغير العمر / السن؟



- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية حسب متغير مدة معرفة و/ أو الاطلاع على الإصابة؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بين الذكور والإناث؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بين الذكور والإناث؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية عند الذكور والإناث؟
- هل يتغير حجم الارتباط بين كل من الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لكرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة من الذكور والإناث؟
- هل يتغير حجم الارتباط بين كل من كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بعد العزل الإحصائي للأعراض النفسية - الجسدية لدى أفراد العينة من الذكور والإناث؟
- هل يتغير حجم الارتباط بين كل من كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي للوحدة النفسية لدى أفراد العينة من الذكور والإناث؟

### 03- فرضيات البحث:

#### الفرضية العامة:

- توجد علاقة ارتباطية بين كل من كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بالاضطرابات النفسية الجسدية لدى عينة من المصابين بالإيدز من الذكور والإناث؟
- الفرضيات الجزئية:**

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية والوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة بين الذكور والإناث.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية وكرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية حسب متغير العمر.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية حسب متغير مدة الاطلاع و/ أو معرفة الإصابة بالمرض.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بين الذكور والإناث.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بين الذكور والإناث.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية عند الذكور والإناث.
- يتغير حجم الارتباط بين كل من الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لكرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة من الذكور والإناث.
- يتغير حجم الارتباط بين كل من كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بعد العزل الإحصائي للأعراض النفسية - الجسدية لدى أفراد العينة من الذكور والإناث.
- يتغير حجم الارتباط بين كل من كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي للوحدة النفسية لدى أفراد العينة من الذكور والإناث.

#### 04- أهمية وأهداف البحث:

##### أ. أهمية البحث:

- تضافرت عدة عناصر أبرزت الأهمية التي يتسم بها موضوع ومتغيرات هذا البحث ومن أهمها ما يلي:
- الاهتمام بمتغيرات نفسية تفسر قطاعا هاما من السلوك الإنساني، والمتمثلة في كل من الوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة، والأعراض النفس - جسدية.
- الاهتمام بالأوضاع النفسية لفئة المصابين بفيروس نقص المناعة المكتسبة "الإيدز" والذين تتزايد نسبتهم يوم بعد يوم وفي ظروف سرية على المستوى الوطني والعالمي؛ حيث بينت الإحصائيات أن الأشخاص الذين يعايشون الإيدز 36.1 مليون نسمة عام 2000، من بينهم 5.3 مليون شخص أصيبوا خلال عام 2000 (محمد حسن غانم، 2008: 192)، فضلا عن تخصيص ميزانيات ضخمة من أجل محاولة اكتشاف أدوية وطرق علاجية ولو مؤقتة لهذه الفئة دون الاهتمام بالنواحي والأوضاع النفسية لهذه الفئة.
- بالإضافة إلى دراسة الفروق والعلاقات بين متغيرات البحث. والمتمثلة في كل من كرب ما بعد الصدمة، الوحدة النفسية وكذا الأعراض النفس - جسدية عند عينة المصابين بالإيدز المودعين في المستشفيات الجزائرية، تامنغت أنموذجا.
- كما أن نتائج هذا البحث ستكون من جهة مقدمة لمجموعة من البحوث التي تتناول بالدراسة متغيرات نفسية ونفسية - جسدية لدى مرضى الإيدز ومن جهة أخرى سندا مهما في كل من مجال الصحة النفسية والإرشاد والعلاج النفسي والعلاج الإسنادي التدعيمي على وجه الخصوص لهذه الفئة وتساهم في توجيهه وتفعيل العلاجات الجسمية و/ أو العضوية الكيمياء الأخرى.

**ب. أهداف البحث:**

يهدف البحث إلى تحقيق الأهداف و/ أو النتائج التالية:

- إيجاد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية والوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة بين الذكور والإناث.
- إيجاد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية وكرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية حسب متغير العمر.
- إيجاد فروق ذات دلالة إحصائية بين الوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية حسب متغير مدة الاطلاع و/ أو معرفة الإصابة.
- إيجاد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بين الذكور والإناث.
- إيجاد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بين الذكور والإناث.
- إيجاد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية عند الذكور والإناث.
- معرفة مدى توسط كرب ما بعد الصدمة لكل من الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لكرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة من الذكور والإناث.
- معرفة مدى توسط الأعراض النفسية - الجسدية لكل من كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بعد العزل الإحصائي للأعراض النفسية - الجسدية لدى أفراد العينة من الذكور والإناث.
- معرفة مدى توسط الوحدة النفسية لكل من كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي للوحدة النفسية لدى أفراد العينة من الذكور والإناث.

**05- التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث:****كرب ما بعد الصدمة *Post- Trumatic Stress Disorders (PTSD)*:**

يعد كرب ما بعد الضغوط الصدمية من أكثر الاضطرابات النفسية الشائعة بعد تعرض الأفراد إلى الحوادث الصدمية مثل الكوارث الطبيعية أو الحوادث الجسيمة التي تكون عادة من صنع الإنسان كالحروب بأساليبها وحوادث الطرقات وحالات الاختطاف والاعتصاب... الخ. وبالرغم من أن الاكليينكيين والأطباء النفسيين والممارسين في حقل الصحة النفسية قد تنبهوا لهذا العرض منذ فترة مبكرة، إلا أنهم اقتصرُوا في استخدامه على وصف ما يسمى بعصاب الحرب الذي كان يقتصر على وصف حالات الانهيار النفسي في المواقف الحربية والمعارك العسكرية، أما الاعتراف

الرسمي بهذا الاضطراب كاضطراب نفسي شامل له أعراضه ومحدداته الخاصة المتنوعة، فقد تم في سنة 1980 حين ظهور الدليل التشخيصي الثالث الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية وبظهور هذا الاعتراف الرسمي بالاضطراب امتد التعريف بهذا المفهوم ليشمل مجموعة متنوعة من المرضى الذين يتعرضون لكثير من المواقف الصادمة بما فيها الحروب والكوارث الطبيعية كالزلازل، والاعتصاب وسوء المعاملة النفسية و/ أو الوالدية والاجتماعية، ... وغيرها.

ويعرف كمال إبراهيم مرسى كرب ما بعد الصدمة بأنه أعراض نفسية جسدية مؤلمة يعانها الإنسان بعد تعرضه لصدمة نفسية شديدة بسبب فقد شخص عزيز أو ضياع ثروة أو مرض صديق أو فصل من عمل أو طلاق أو تصدع الأسرة أو حادث فضيع كالكوارث والحروق أو غيرها من الأحداث التي تصيب الإنسان في نفسه أو أهله أو ماله أو وطنه أو دينه وتجعله مأزوماً أو مصدوماً أو مكروباً (عائدة حسنين، 2004: 08).

#### - ونقصد إجرائياً بكرب ما بعد الصدمة:

ونقصد بكرب ما بعد الصدمة في البحث الحالي الدرجات التي يحصل عليها المفحوصين ذكورا وإناثا من خلال الإجابة على اختبار كرب ما بعد الصدمة، المستخدم في الدراسة الحالية، والذي أعده في الأساس جمال حسن أبو نواس كما قام الطالب الباحث بتعديل لعدد من البنود لتتوافق مع عينة الدراسة الحالية.

#### الوحدة النفسية Loneliness :

يعرفها الدسوقي أنها نتيجة حدوث خلل في شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد سواء كان ذلك في صورة كمية "لا يوجد عدد كاف من الأصدقاء" أو في صورة كيفية "افتقاد المحبة والألفة والتواد من الآخرين" (مجدي محمد الدسوقي، 1998: 07).

وهي أيضا حالة نفسية تنشأ من إحساس الفرد ببعده عن الآخرين؛ نتيجة موقف أو أزمة ألمت به مما يترتب عليها: عزلة وانسحاب، وقلة الأصدقاء، وشعور بالإهمال (نعمات شعبان علوان، 2008: 481).

**- ونقصد إجرائيا بالوحدة النفسية:**

فالوحدة النفسية في هذا البحث نقصد بها مجموع الدرجات التي يتحصل عليها الأفراد ذكورا وإناثا على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية "اختبار بالوحدة النفسية "لإبراهيم زكي قشقوش"، والتي تعكس درجة شعورهم بالوحدة النفسية.

**الأعراض النفس - جسدية:**

هي مجموعة من العلامات والمظاهر التي تأخذ شكلا من الثبات والاستقرار والتي تتبنا بالاضطرابات التي تنشأ في الأساس عن أسباب نفسية كالقلق والضغط النفسي الذي يتحول بفعل عمليات وآليات نفسية ليصيب المواضيع الجسدية كالقرحة المعدية والطفح الجلدي والسرطان وانسداد الشرايين التاجية للقلب،... الخ.

ويرى أحمد عكاشة عام 1998 أن الطب الحديث يتجه إلى الاعتقاد بأن معظم الأمراض الجسدية يلعب فيها العامل النفسي دورا قويا سواء في نشأتها أو استمرارها، أو إثارتها أو ضعف مقاومة الفرد لمهاجمتها على غرار ارتباط السرطان بالعوامل النفسية، وقد ثبت أيضا ارتباط أجهزة المناعة بالحالة المزاجية للفرد، ولذلك لابد من أن يحترم الطبيب الأسباب الاجتماعية والنفسية للمرضى ويشمل علاجهم كل من العلاج النفسي والمساندة الاجتماعية، حيث أن الاضطرابات النفسية - الجسدية لن يتم شفاؤها إلا المزوجة بين العلاج النفسي وباقي العلاجات الطبية الأخرى الضرورية ( عبير الصبان، 2003: 69 ).

**- ونقصد إجرائيا بالأعراض النفسية - الجسدية:**

المراد بالأعراض النفسية - الجسدية مجموعة الأمراض النفسية - الجسدية وهي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على قائمة كورنل للأمراض النفسية - الجسدية التي أعدها وقتنها فضلا عن ترجمتها من قبل الدكتور محمود الزياي عام 1984 من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية وتؤكد من خصائصها السيكومترية، عدلها الطالب الباحث لتتوافق وعينة الدراسة الحالية.

**6- الدراسات السابقة:**

رغم غياب دراسات سابقة تناولت متغيرات الدراسة الحالية بشكل مباشر سواء في البيئة العربية أو الأجنبية - في حدود علم الطالب الباحث - إلا أنه يمكن تقسيم الدراسات وثيقة الصلة بموضوع هذه الدراسة إلى ثلاثة عناصر أساسية سنتطرق لها وفق المحاور التالية:

أ - الدراسات التي تناولت متغير الوحدة النفسية.

ب - الدراسات التي اهتمت بدراسة متغير كرب ما بعد الصدمة.

ج - الدراسات المتعلقة بمتغير الأعراض و/ أو الأمراض النفسية - الجسدية.

#### أ/ الدراسات التي تناولت متغير الوحدة النفسية:

1 - دراسة كريستيان جوف وزملائه عام 2010 *Christien Gov & al* والمعنونة بـ

*"Loneliness and HIV- related stigma explain depression among older HIV- positive adults"*

أدت مساعي علاج فيروس نقص المناعة البشرية لعدد كبير ومنتزاد من السكان من كبار السن المصابين لتطورات كبيرة، علماً أن هؤلاء الشيوخ الكبار تواجههم تحديات اجتماعية ونفسية ومادية وهي المرتبطة بمرحلة الشيخوخة، وقد تم دراسة الارتباط بين الشعور بالوحدة النفسية، والاكتئاب، والصحة، ووصمة العار الناتجة عن فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، ورغم أن هناك القليل من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية بين مجموع البالغين فوق سن الـ 50، حيث أخذت البيانات عن هذه التحليلات من مدينة نيويورك من عينة مكونة من 914 رجل وامرأة أصيبوا بفيروس نقص المناعة البشرية، حيث أظهرت النتائج تعرض 39.1% من المشاركين لأعراض الاكتئاب الكبرى (CES-D)، كما أوضحت النمذجة متعدد المتغيرات بنجاح 42% من التباين في الاكتئاب الذي له علاقة كبيرة بزيادة وصمة العار المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية، والشعور بالوحدة النفسية، وانخفاض الأداء المعرفي، وانخفاض مستويات الطاقة، كما أوصى الباحثين بإجراء نفس الدراسة على من هم أصغر سناً، كما اقترحوا على أن مثل هذه البيانات تؤكد على الحاجة لمقدمي الخدمات والباحثين للتأكيد أكثر على الجهود الابتكارية لحل القضايا الصحية والنفسية والاجتماعية والجسدية على حد سواء والتي تميز الشيوخ المصابين بوباء الإيدز في الولايات المتحدة الأمريكية، كما تشير البيانات إلى أن الجهود المنصبة للحد من الوصم المتصلة بفيروس نقص المناعة ووصمة العار والشعور بالوحدة النفسية قد يكون لها آثار دائمة في الحد من أعراض الاكتئاب الكبرى وتحسين الصحة عامة (Christien Gov & al, 2010: 630).

2- دراسة إرنستين جورديجن وجيرت بوفن Ernestine H. Gordijn and Geerte Boven عام 2009 المعنونة بـ

"Loneliness Among People with HIV in Relation to Locus of Control and Negative Meta –Stereotyping"

هدفت الدراسة إلى فهم العلاقة بين مركز الضبط، القوالب النمطية الفوقية ( التوقع حول كيفية مجموعة واحدة وهي نمطية من وجهة نظر مجموعة أخرى )، والوحدة النفسية بين الأفراد حاملي فيروس الإيدز تماشياً مع التوقعات، حيث كشفت الدراسة المسحية الحالية والتي أجريت في هولندا على 122 شخصاً من الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية، أن هناك علاقات ارتباطية إيجابية وهامة بين مركز الضبط الخارجي، وميتا القوالب النمطية، والشعور بالوحدة النفسية، حيث كانت العلاقة بين مركز الضبط الخارجي والوحدة النفسية دال على الأقل جزئياً، بوساطة القوالب النمطية الفوقية، وهو الأمر كذلك بالنسبة للأفراد مع فيروس نقص المناعة البشرية الذين يشعرون أنهم أقل في السيطرة على حياتهم وهم أكثر عرضة ليكونوا تحت تأثير الوحدة النفسية نتيجة الأفكار السلبية التي لديهم حول كيفية تكون أنماط حياتهم ( Ernestine H. Gordijn , 2009 : 109 ).

3- دراسة زحافا سولومون ورشال دوكال Zahava Solomon & Rechel Dekel عام 2008، والمعنونة بـ

"The Contribution of Loneliness and Posttraumatic Stress Disorder to Marital Adjustment Following War Captivity: A Longitudinal Study"

تناولت الدراسة الحالية المساهمة المعتبرة للوحدة النفسية واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) في التوافق الزوجي بين قدامى المحاربين الإسرائيليين في حرب يوم الغفران لعام 1973 "حرب أكتوبر" على وجه التحديد، حيث تمت دراسة دور الوساطة من الوحدة النفسية التي تقاس في عام 1991 في ارتباطها باضطراب كرب ما بعد الصدمة التي تقاس في عام 1991 والتوافق الزوجي كما تم قياسها في عام 2003، حيث تألفت عينة الدراسة من 225 فرد، حيث قسمت عينة المشاركين إلى مجموعتين؛ السجناء السابقين من الحرب السابقة الذكر وهم عدد من أسرى الحرب المشاركين هو ( ن = 122 ) والمجموعة الثانية والتي تمت المقارنة بها والمكونة من قدامى المحاربين الذين قاتلوا في الحرب ذاتها ولكن الذين لم يشهدوا عملية الأسر ( ن = 103 )، حيث أثبتت النتائج أن الأسرى السابقين أظهروا مستويات أدنى من

التوافق الزوجي ومستويات أعلى من كرب ما بعد الصدمة. كما تم التأكد من توسط الوحدة النفسية في علاقتها باضطراب ما بعد الصدمة التي تقاس في عام 1991 والتوافق الزوجي كما تم قياسها في عام 2003 لأسرى الحرب السابقين، والشعور بالوحدة النفسية يسهم في التوافق الزوجي وتتجاوز مساهمة اضطراب ما بعد الصدمة كما تقاس في عام 2003، وتناقش الآثار النظرية بالوحدة النفسية للعلاقات الزوجية الأسرى السابقين المصابين بصدمات نفسية ( Zahava solomon & Rechel 2008 : 261 ) (dekel).

4- دراسة **موش بانسيمون وزملاؤه** عام 2008 *Moshe Bensimon, Dorit Amir, Yuval Wolf* والمعنونة بـ

*"Drumming through trauma: Music therapy with post-traumatic soldiers"*

تفاعل كرب القتال هو مشترك بين الجنود ويمكن أن يتطور إلى كرب ما بعد الصدمة (PTSD)، هذه حالة مرعبة تحتضن أعراض مثل الشعور بالوحدة النفسية والانعزال عن المجتمع، ذكريات اقتحامية، نوبات الغضب ومشاعر العجز المعمم. وقد تلقى التطبيب اهتماما كبيرا في العلاج بالموسيقى، فالدراسة مهتمة بلؤلئك الجنود الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة.

فللدراسة الحالية تقدم مجموعة العمل الموسيقي للعلاج النفسي مع ستة جنود من المصابين في أحداث إرهابية وعدائية يعانون من الأعراض المرتبطة بكرب ما بعد الصدمة . تم جمع البيانات من الكاميرات الرقمية التي صورت جلسات مفتوحة لعضوية المقابلات المتعمقة، وعلى التقرير الذاتي للطبيب المعالج. ولوحظ بعض الانخفاض في أعراض كرب ما بعد الصدمة التالية للطبول، بمعنى زيادة الانفتاح خاصة والتكاتف، والانتماء، والمشاركة، والتقارب، والترابط والألفة، وكذلك تحقيق الوصول غير المرهوب إلى ذكريات مؤلمة، وتسهيل متنفسا لاستعادة الغضب والشعور بضبط النفس ( Moshe Bensimon, ) ( 2008 : 34 ).

5- دراسة كل من **ماري ويلس ودانيال كيلي** عام 2008 *Mary Wells, Daniel Kelly* والمعنونة بـ *"The loneliness of cancer"*.

لقد حددت الدراسات النوعية الوحدة النفسية باعتبارها سمة من سمات فترة ما بعد علاج السرطان ومن بينها ( إكوال وآخرون؛ 2007، أولسون وآخرون؛ 2002 ) فيما حددت مجموعة أخرى من الدراسات أن من لديهم خبرة مشاعر الوحدة النفسية من المرضى في كثير من الأحيان وهم الذين يموتون



و- أو يصابوت بللسرطان ( روكاح وآخرون، 2007؛ Rydah هانسن؛ 2005، رمال وسترانغ؛ 2006 ) . ومن هنا جاءت دراسة ماري ويلس ودانيال كيلي على قياس الشعور بالوحدة النفسية على عينة من 94 فرد من المرضى الذين يعانون من السرطان. في الوقت الذي عثر فيه سيفيل وآخرون، (2006) على أن 44% من النساء المصابات بسرطان الرحم كانت نسبتهن معتدلة في الوحدة النفسية، وأن ما يزيد عن 8.5% كانت "مرتفعة نسبيا" أو ارتفاع مستويات الشعور بالوحدة النفسية وأكثر عزلة اجتماعيا مجموعات أخرى مثل تلك التي تعاني من سرطان الرأس والرقبة. وتشارك حاليا ماري ويلس هذه الورقة في دراسة مستعرضة للتحقيق في طبيعة ومدى الشعور بالوحدة النفسية عند المرضى الذين يعانون من سرطان الرأس والعنق، حيث توقع أن يؤدي ذلك إلى مزيد من البحث في هذا المجال. ولكن ماذا يمكننا أن نفعل لمعالجة مشكلة الوحدة النفسية في مجال الرعاية السريرية؟ هناك أدلة متزايدة على أن التدخلات النفسية والاجتماعية يمكن أن تحسن المعاناة النفسية والتوافق النفسي للسرطان، على الرغم من العدد القليل جدا من دراسات الوحدة النفسية التي تقيم أثرها على وجه التحديد. بلستثناء واحد وهو تقييمها عندما تدخل الأسبوع السادس للنساء المصابات بسرطان الثدي، وتهدف إلى تعزيز فريق الدعم، وتعليم الإجهاد ومهارات التكيف، وتوفير التثقيف الصحي. كان المرضى في مجموعة التدخل نتائج أقل بكثير للوحدة النفسية من السيطرة على المجموعة في ستة أسابيع.

مما يشير إلى أنه قد يكون من المفيد لتقييم ومعالجة الوحدة بشكل أكثر وضوحا في الممارسة السريرية. منذ فترة طويلة بينما الممرضات المعنية للخلفية الاجتماعية من المرضى عند التخطيط لوعايتهم، من المهم أن يشكك في افتراضات قد نتخذها حول الدعم النفسي أن الناس قد تكون فعلا قادرة (أو غير قادرة) على الاستفادة (Mary Wells, Daniel Kelly, 2008: 411).

ب/ الدراسات التي اهتمت بدراسة متغير كرب ما بعد الصدمة:

1- دراسة أنتوني ثينينك، Anthony C. Theuninck، عام 2010، والمعونة بـ

"HIV-Related Posttraumatic Stress Disorder: Investigating the Traumatic Events"

هدفت الدراسة الحالية إلى تناول العلاقة بين تجربة الأحداث المتصلة بفيروس نقص المناعة المكتسبة المختلفة، كتلقي التشخيص وتلقي العلاج، والتي تتعلق بالأعراض الجسدية، الكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية الذاتية حالة إيجابية، وتشهد أعراض الإجهاد المتصلة بفيروس نقص المناعة المكتسبة، وكرب ما بعد الصدمة لدى عينة من 100 رجل مثلي الجنس الذين يعايشون فيروس نقص المناعة البشرية، حيث كشفت البيانات أنه وبناء على التقارير الذاتية التي تبين أن 65% من الذين تلقوا هذه المعايير عانى من حدث صادم وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة 4،

مراجعة نص (DSM-IV-TR) فكرب ما بعد الصدمة (PTSD) تجربة المعيار A، وقد تم قياس العار والإذلال والشعور بالذنب ولكن لم يتم العثور على أنها تكون مؤشرا هاما بأنهم تعرضوا للصدمة، حيث تأهل ما مجموعه 33 % لتشخيص كرب ما بعد الصدمة PTSD، حيث أظهر تحليل الانحدار المتدرج المتعدد الذين يتلقون العلاج الطبي، والتي تشهد الأعراض الجسدية، يبين العلاقة المتصلة بأعراض فيروس نقص المناعة المكتسبة ومعظم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والارتباط بينهما، بالنظر إلى أن العديد من الأحداث المتصلة بفيروس نقص المناعة هي الصدمة المحتملة، أثناء الفحص والتقييم والعلاج لاضطراب ما بعد الصدمة يبين علاقته بفقدان المناعة المكتسبة HIV وتحتاج إلى النظر فيها من قبل الأفراد الذين يقدمون خدمات للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (Anthony 2010: 485) (C. Theuninck,

## 2 -دراسة أبيدون أدويي & al Abiodun O. Adewuya عام 2009 والمعنونة بـ

*"Post-traumatic stress disorder (PTSD) after stigma related events in HIV infected individuals in Nigeria"*

والتي تناولت شدة وصمة العار ومدى ارتباطها بشدة كرب ما بعد الصدمة باعتبارها من أهم اهتمامات الأفراد المصابين بفقدان المناعة المكتسبة في نيجيريا، حيث هدفت الدراسة إلى التحقق من احتمال ارتباط كرب ما بعد الصدمة بوصمة العار الشديدة عند الأفراد المصابين بالإيدز، حيث تم تطبيق عينة الدراسة على 190 فرد من الأفراد المصابين بالإيدز، والذين يتابعون بإيجابية تطبيق الاستبيانات على كل من العوامل الاجتماعية والديموغرافية، والسريرية فضلا على استبيان الصحة العامة GHQ- 12 وعلى مقياس روزنبرج لاحترام الذات، كما تم الاستعانة بالنسخة المعدلة للمقابلة النفسية - العصبية الدولية المصغرة، لإجراء مقابلات على عينة العملاء والتي تبين من خلالها ارتباط وصمة العار بكرب ما بعد الصدمة، حيث تبين أن ثلثي 2/3 العينة متأثرين بعامل الخبرة المتعلقة بموقف الوصم. ووجود علاقة بين وصمة العار المتعلقة بالإصابة بالإيدز وكرب ما بعد الصدمة، حيث قدرت بـ 27.4 بالمائة، بحيث أن وصمة العار أصبحت مرتبطة ومنبأة بالإصابة بالإيدز، كما شملت أيضا تاريخ الأحداث المؤلمة 2.28، أحداث متعددة 9.47، وتدني احترام الذات 6.52، ضعف مستوى الدعم الاجتماعي 3.33، بالإضافة إلى وجود أمراض نفسية عامة 2.18.

حيث خلصت الدراسة إلى أن كرب ما بعد الصدمة لا يرتبط عادة بالأحداث الصادمة وحدها، بل يمكن أن يرتبط بإمكانية الوصم المكثف والواضح، وعلى هذا الأساس يجب الأخذ بعين الاعتبار هذا الأمر أثناء بناء البرامج العلاجية للمصابين بالإيدز في بلد كنيجيريا، فضلا عن مساعدتهم في كل من احترام ذاتهم، ودعمهم الاجتماعي ( Abiodun O. Adewuya , 2009 : 761 ).

### 3- دراسة كاثلان ريلي عام 2009, Kathleen H. Reilly والمعونة بـ

"The effect of post-traumatic stress disorder on HIV disease progression following hurricane Katrina"

انطلقت دراسة كاثلان ريلي من كون كرب ما بعد الصدمة هو نتيجة الكمون النفسي لأي كارثة، وهدفت إلى دراسة آثار كرب ما بعد الصدمة على تطور المرض بين الأشخاص المصابين بفقدان المناعة المكتسبة في واشنطن دي سي، وأورليانز بعد سنة واحدة من إعصار كترينا، حيث شملت العينة 145 مريض من المصابين بفقدان المناعة المكتسبة، حيث أجريت مقابلات سريرية مع المرضى المراجعين للعيادات الخارجية لمدينة أورليانز.

كما تم استخراج السجلات الطبية للمرضى ومقارنتها بالملاحظات المسجلة قبل عامين من كارثة كاترينا ومقارنتها مع كرب ما بعد الصدمة، حيث دلت النتائج على أن 37.2 % من المرضى تفاقمت إصاباتهم وزادت معاناتهم من غير المصابين بكرب ما بعد الصدمة، كالعوى الفيروسية، والبلازما وهي أكثر عرضة للاضطرابات وإصابة خلايا CD4، حيث بينت هذه الدراسة أن كرب ما بعد الصدمة يسرع من تطور وإزمان مرض فقدان المناعة المكتسبة "الإيدز" بشكل مطرد ( Kathleen H. Reilly, 2009 ).

### 4- دراسة ساري ريزنر وزملاؤه Sari L. Reisner, Matthew J. Mimiaga, Steven A.

Safren and Kenneth H. Mayer عام 2009 والمعونة بـ

"Stressful or traumatic life events, post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms, and HIV sexual risk taking among men who have sex with men"

تعمل هذه الدراسة على إيجاد كرب ما بعد الصدمة (PTSD) لأعراض الاستجابة للأحداث المجهددة في الحياة أو الصدمة وأثرها على السلوكيات المحفوفة بالمخاطر والمتغيرات النفسية والاجتماعية

وارتباطها بفيروس نقص المناعة البشرية بين الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، حيث بلغت عينة المشاركين بـ 189 فرد، 60٪ منهم مصابون بفيروس نقص المناعة البشرية، فنسبة الستين بالمائة من المشاركين قاموا بفحوص إيجابية عن وجود أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وذلك بظهور أعراض الاجفال، والإثارة الفسيولوجية، والغضب، والخدر، بعد ضبط السياق استخدمت أداة الفرز الجنسي الذاتي للهوية، وحالة فيروس نقص المناعة البشرية، وكشف تحليل الانحدار متعدد المتغيرات في كون الأفراد الذين تم فحصهم أنه بعد أن كان مرتبطا بشكل كبير مع أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعد أن المشاركة الجنسية في الشرج ودون وقاية أو إدخال تقبل الجنس في الأشهر الـ 12 الماضية، وفوق أي آثار من عدمه الحدث الصادم / مرهقة والتي وقعت خلال السنة بينت نسبة الأرجحية المصححة 2.72 في مقابل 0.02 أي أن 95٪ هو فاصل الثقة (1.19 6.20) بالإضافة إلى ذلك، مع أعراض كرب ما بعد الصدمة عند ذوي الجنسية المثلية كانوا أكثر عرضة للأعراض الاكتئاب، وتعديلها أو 3،50 وهو دال عند 0.001 و / أو أعراض القلق الاجتماعي، وتعديلها هو 2.87، و 0.01 هو مستوى الدلالة، فالدراسة الحالية وفي سياق توثيق البحوث الأخرى لارتفاع معدلات المشاركة في الحوادث النفسية والقضايا التي تواجه الجنسين المثليين، يشير إلى أهمية إدماج التعامل مع هذه القضايا في فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الاتصال الجنسي والوقاية من الأمراض المنقولة وتدخلات الرعاية (Sari L. ) (Reisner, 2009 : 1482).

5- دراسة ميرديث سميث وزملاؤه Meredith Y. Smith, Jennifer Egert, Gary Winkel,

Jeffrey Jacobson عام 2002 والمعنونة بـ

*"The impact of PTSD on pain experience in persons with HIV/AIDS"*.

الألم هو من الأعراض الشائعة والمنتشرة للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، ومن المعروف أنه كلما زاد الألم يكون المصابين في خطر متزايد بكرب ما بعد الصدمة (PTSD)، فضلا عن اضطراب القلق الذي يتجلى بعد التعرض لذلك الحدث الأليم، وعلاوة على ذلك، تشير البحوث إلى أن المرضى الذين يعانون من ألم مستمر يصابون غالبا بكرب ما بعد الصدمة، ما يؤدي إلى مواجهة أكبر شدة للألم والألم ذات الصلة بفقدان المناعة المكتسبة.

وكان الغرض من الدراسة تقييم العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة لشدة الألم والألم ذات الصلة بالإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية للأشخاص الذين يعانون من ألم مستمر، حيث تكونت عينة الدراسة 145 شخصا من المشاركين المصابين الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، وهم الذين سبق وأن كانوا مسجلين في التجارب السريرية العشوائية لتقييم أثر ألم تدخل الاتصالات.

أكمل المشاركون مجموعة من التدابير المتعلقة بالتقرير الذاتي بما في ذلك الحياة المرجعية، الأحداث المجهدة (SLE)، واضطراب كرب ما بعد الصدمة، وقائمة الإجهاد المدنية (PCL-C)، وحصر الصحة العقلية، وحصر الألم الموجز (BPI)، وذكر المشاركين أنهم يتعرضون إلى 6.3 في المتوسط من أنواع مختلفة من الصدمات على مدى حياتهم، وأسفر تلقي تشخيص فيروس نقص المناعة البشرية التقييم بوصفه من بين الضغوط المجهدة أكثر من النصف التي بلغت 53.8 % ( تستحق تشخيص كرب ما بعد الصدمة وفقا لقائمة الإجهاد المدنية، وذكرت ذلك مع وجود كرب ما بعد الصدمة أعلى بكثير وشدة الألم وزيادة التدخل ذات الصلة في أداء الأنشطة اليومية ) أي العمل، والنوم، والقدرة على المشي؛ النشاط العام، كما تأثر المزاج، والعلاقات مع الآخرين، والتمتع بالحياة على مر الزمن من أولئك الذين لم تستوف معايير التشخيص. وتناقش التفسيرات المحتملة لهذه النتائج جنبا إلى جنب مع الآثار المترتبة على الرعاية السريرية ( Meredith Y. Smith, 2002 : 09 ).

#### 6 -دراسة روبرت شارنوف عام 2007 Robert A. Chernoff المعنونة بـ

"Treating an HIV/AIDS Patient's PTSD and Medication Nonadherence With, Cognitive-Behavioral Therapy: A Principle-Based Approach "

فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز من المرضى الذين يعانون من مشاكل الالتزام بالدواء عرضة لتطوير مقاومة المخدرات، وتدهور مناعة النظام، والعدوى الانتهازية، ويمكن أن تتفاقم بانخفاض مستوى التزام نظم مضادات فيروسات النسخ العكسي من مشاكل نفسية مثل الاكتئاب واضطراب ما بعد صدمة الإجهاد، هذا ما تحاول عرضه دراسة روبرت شارنوف لحالة مريض مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز الذي لم يتمكن من الانضمام إلى نظام تناول الدواء المضاد للفيروسات الرجعية في المقام الأول بسبب اضطرابات ما بعد الصدمة والاكتئاب والأعراض الناتجة عن الاعتداء الجنسي التي سببت له الانقلاب المصلي، حيث لعب التعرض القائم على العلاج المعرفي السلوكي دورا أساسيا في مساعدة المريض للتغلب على اضطراب ما بعد الصدمة وله أعراض الاكتئاب لدرجة أنه يمكن أن تسمح له أدوية فيروس نقص المناعة البشرية، ومما يدل على تخفيف أعراض المريض على خلاف العشرات من المرضى، تحسين استجابته على مقياس بيك للاكتئاب، حيث تهتم هذه الدراسة بمناقشة أهمية التقييم الدقيق ومرونة المعالج، وعلى أساس مبدأ المعاملة مقابل الالتزام الصارم القائم على دليل البروتوكولات في التخفيف من آثار اضطراب ما بعد الصدمة ( Robert A. Chernoff, 2007 : 107 ).

#### 7 -دراسة سيد باك وزملاؤه Sudie E. Back , Bonnie S. Dansky, Kathleen M.

Carroll, Edna B. Foa, Kathleen T. Brady. عام 2001 المعنونة بـ

"Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: description of procedures".

ما يقدر بـ 30 % إلى 50 % من الأفراد يدمنون على الكوكايين تلبية لمعايير كرب ما بعد الصدمة مدى الحياة، هذا الاعتلال المشترك له آثار ضارة على الوضعية الصحية، وبالطبع تستلزم العلاج ونتائج العلاج، حيث يرتبط الاعتماد على الكوكايين بزيادة معدلات التعرض للصدمة، والأعراض الأكثر شدة، وارتفاع معدلات استنزاف العلاج ونبش جراحهم، وزيادة التعرض لكرب ما بعد الصدمة بالمقارنة مع غيرها من اضطرابات تعاطي المخدرات، هناك مجموعة من الجمعيات التي تؤكد على الحاجة إلى علاجات فعالة، تعالج قضايا خاصة لكرب ما بعد الصدمة بطريقة مقبولة على الأفراد المعتمدين على الكوكايين، حيث توضح هذه الدراسة العلاج النفسي الذي وضع خصيصا للأفراد الذين يعانون من كرب ما بعد الصدمة واعتماد الكوكايين، وعلاج اضطراب ما بعد الصدمة المتزامنة من الكوكايين والاعتماد (CTPCD) على التأقلم والتدريب على المهارات والتقنيات المعرفية كإعادة الهيكلة، واستراتيجيات الوقاية من الانتكاس للحد من تعاطي الكوكايين، وتدرج في الجسم الحي والتخيل، وتقنيات العلاج للحد من التعرض لكرب ما بعد الصدمة وشدة الأعراض، أهداف المعالجة الأولية تشمل التحليل النفسي التربوي محددة للترابط بين كرب ما بعد الصدمة واعتماد الكوكايين، وتخفيضات هامة سريريا في تعاطي الكوكايين وأعراض كرب ما بعد الصدمة، فالأهداف الثانوية وتتمثل في انخفاض السلوكيات العالية الخطورة لفيروس نقص المناعة البشرية، وتحسين الأداء في المناطق المرتبطة بها، مثل الغضب والسلبية. (Sudie E.) (Back, 2001: 35).

ج/ الدراسات المتعلقة بمتغير الأعراض و/ أو الأمراض النفسية - الجسدية:

1- دراسة بالمر Palmer عام 2004:

قام بالمر Palmer عام 2004 بدراسة على 115 امرأة متطوعة في غرفة الانتظار ضمن برنامج سرطان الثدي في "University-Affiliated Cancer Center"، وقد كانت العينة معظمها من الأمريكيات ذوات الأصول الأوروبية 80%، تراوحت أعمارهن من 34-89 سنة، وكان معظمهن متزوجات 74%، كما قد تم استخدام مجموعة من الأدوات، كالمقابلة المنظمة السريرية للدليل الوصفي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-04، وقائمة أعراض هوبكنز، ومقياس تأثير الأحداث، وأظهرت النتائج أن 04% من العينة كن يعانين من كرب ما بعد الصدمة، و 41% من العينة أظهرن استجابات قلق مختلفة للسرطان، مثل الخوف الشديد والرعب، والعجز، كما أن 38% منهن أظهرن الضيق الشديد (فايد أبو الخير، 2009: 30).

## 2- دراسة هتلي Hatley عام 1997:

قام بدراسة أفادت بأن 70 % من الجنود المستجوبين في معركة عاصفة الصحراء "حرب الخليج" يعانون من كل من كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية على حد سواء، حيث تتكون العينة من 249 فرد (Hatley, 1997)، وهي متماثلة مع دراسة أخرى أجريت على 2800 جندي أمريكي قد شاركوا في عاصفة الصحراء (Fielder et al 1996) تبين أن هناك 50 % منهم قد أصيبوا بحالة من التعب المزمن وبالحساسية الزائدة للمواد الكيميائية، وهي كما يلي:

**العوارض الجسدية:**

- اللاتناسق الحركي.
- التهاب الرئتين بسبب دخول ذرات ناعمة من الرمال إليها.
- التهاب المجاري الهوائية والربو.
- ضعف وآلام في العضلات.
- آلام في المفاصل.
- اضطراب في التوازن الجسماني والتوجه المكاني.
- عدم القدرة على ضبط البول.
- الصداع وضيق التنفس.
- ارتفاع نسبة الالتهابات التناسلية عند النساء اللواتي شاركن في الحرب 43%.

**العوارض النفسية:**

- اضطرابات في القدرات المعرفية من خلال ظاهرة النسيان وضعف الذاكرة والتركيز والانتباه، والنقص في القدرة على التركيز.
- الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة.
- تعاطي الكحول.
- اضطراب الحياة الجنسية (العجز الجنسي).
- الانزعاج من الأصوات المرتفعة واستجابة الإجهال ( غسان يعقوب، 1999: 23- 24).
- ليس هناك مرض نفسي واحد ومحدد المعالم بل هناك مجموعة من العوارض والاضطرابات ( تتأذرات ) أما بالنسبة لكرب ما بعد الصدمة فإن النسبة تتراوح ما بين 08 إلى 12 % ولا يزال هؤلاء يعانون من اضطراب الضغوط الاجهادية.

كما يعاني معظم الناجين من التعذيب والكوارث والحروب والنزاعات من اضطرابات نفسية - جسدية مختلفة كآلام في الصدر، والشعور بوجود كتلة في البلعوم، وآلام في الظهر والكتفين، وهبات من الحر والبرد، ومشاكل في الرئتين والقلب، والتهاب القولون، وقرحة المعدة والغثيان، والصداع والدوران، وآلام في المفاصل، وتوتر شديد وألم مزمن في العضلات ( فواز مومني، 2008: 23 ).

#### د/ تعقيب على الدراسات السابقة:

- بالرجوع إلى مجموع الدراسات السابقة التي تم عرضها يتبين لنا أنها في مجموعها وبحسب علم الطالب الباحث لم تتناول العلاقة بين الأعراض النفسية - الجسدية وكل من الوحدة النفسية أو كرب ما بعد الصدمة مباشرة، في حين توجد بعض الدراسات الجزئية التي تناولت سواء علاقة كرب ما بعد الصدمة بالإصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة على غرار دراسة كل من أنتوني ثينينك، *Anthony C. Theuninck* عام 2010، ودراسة أبيدون أدويي & *Abiodun O. Adewuya al* عام 2009، ودراسة كاثلان ريلي عام 2009 *Kathleen Sari L. Reisner, Matthew J. Mimiaga, H. Reilly,* ودراسة ساري ريزنر وزملاؤه، ودراسة *Steven A. Safren and Kenneth H. Mayer* عام 2009 ودراسة ميرديث سميث وزملاؤه *Meredith Y. Smith, Jennifer Egert, Gary Winkel, Jeffrey Jacobson* عام 2009، ودراسة روبرت شارنوف عام 2007 *Robert A. Chernoff*، ودراسة سيد باك وزملاؤه *Sudie E. Back & al* عام 2001، والدراسات التي تناولت علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالإصابة عند مرضى فقدان المناعة المكتسبة كدراسة كل من كريستيان جوف وزملاؤه عام 2010 *Christien Gov & al*، ودراسة إرنستين جورديجن وجيرت بوفن *Ernestine H. Gordijn and Geerte Boven* عام 2009، ودراسة زحافا سولومون ورشال دوكمال *Zahava Solomon & Rechel Dekel* عام 2008، ودراسة موش بانسيمون وزملاؤه عام 2008 *Moshe Bensimon, Dorit Amir, Yuval Wolf*، أما الدراسات التي تناولت العوارض النفسية - الجسدية عند المصابين بالإيدز فهي قليلة جدا نذكر منها كل من دراسة بالمر *Palmer* عام 2004، ودراسة هتلي *Hatley* عام 2007.

- معظم الدراسات التي تناولت مرض فقدان المناعة المكتسبة أجريت في البلدان الغربية، حيث نشهد شبه غياب كلي للدراسات العربية التي تناولت مرض فقدان المناعة المكتسبة "الإيدز" وتأثيره أو تأثره أو علاقته بالمتغيرات النفسية كالوحدة النفسية، وكرب ما بعد الصدمة، والأعراض و/ أو الأمراض النفسية - الجسدية.



- كما استفاد الطالب الباحث بالدراسات السابقة المتعلقة من جهة بشق الاختبارات النفسية كاختبار كرب ما بعد الصدمة، ومقياس الشعور بالوحدة النفسية، واختبار تحري العوارض النفسية - الجسدية، رغم أن المتغيرات لم تكن مجتمعة معا، ومن جهة أخرى لم تدرس أيضا معا كما سبق الإشارة إلى ذلك.
- ستعمل الدراسة الحالية بالإضافة لدراسة الفروق بين المتغيرات المذكورة أعلا دراسة العلاقات بين المتغيرات الثلاثة ( كرب ما بعد الصدمة، الوحدة النفسية، والأعراض النفسية الجسدية ) فضلا عن دراسة مدى توسطهم لبعضهم البعض، أو تغير حجم الارتباط بعد العزل الإحصائي للمتغير الثالث.

الفصل الثاني:

كرب ما بعد الصدمة.

## الفصل الثاني: كرب ما بعد الصدمة.

تمهيد.

- 01 - مدخل تاريخي لكرب ما بعد الصدمة.
- 02 - تعريف كرب ما بعد الصدمة.
- 03 - كرب ما بعد الصدمة واضطراب جهاز المناعة.
- 04 - الآثار السيكوسوماتية لكرب ما بعد الصدمة.
- 05 - قياس وتشخيص كرب ما بعد الصدمة.
- 06 - النظريات النفسية المفسرة لكرب ما بعد الصدمة.
- 07 - علاقة كرب ما بعد الصدمة ببعض متغيرات الصحة النفسية.
- 08 - علاقة كرب ما بعد الصدمة ببعض متغيرات الشخصية.
- 09 - مصير كرب ما بعد الصدمة.

خلاصة.

تمهيد:

يعد أبو علي بن الحسين ابن سينا ( القرن 10 م، 04 هـ) من الأوائل الذين درسوا العصاب الصدمي بطريقة علمية تجريبية، حيث أنه قام بربط حمل وذئب في غرفة واحدة، دون استطاعة أحدهما الوصول إلى الآخر، وبعد مدة معينة من الوقت كانت النتيجة هزال الحمل ومن ثم موته، وذلك على الرغم من وجود نفس كميات الغذاء التي يستهلكها حمل آخر يعيش في نفس الظروف الطبيعية والاختلاف الوحيد هو في كونه متحرر من الرباط ( محمد أحمد النابلسي، 1991: 16 ).

وبهذه التجربة يكون ابن سينا قد أرسى مجموعة من المبادئ العلمية التي أسهمت لاحقاً في حل العديد من المشكلات والتوصل إلى الكثير من النتائج العلمية، وأساساً لتخصصات علمية قائمة بذاتها والتي يمكن حصرها كما يلي؛ المبدأ التجريبي في العلوم النفسية، ومبدأ إعادة ظهور الوضعية المرضية بالتجربة، ومبدأ علم النفس الحيواني، ومبدأ النفسية - الجسدية، ومبدأ أثر العصاب الصدمي الذي يمكن أن يؤدي في كثير من الحالات إلى الموت خوفاً كما هو الحال في المثال الحالي.

وهي مقدمات ضرورية لأبد منها لفهم العديد من القضايا النفسية والمتعلقة خاصة بكرب ما بعد الصدمة.

## 01- مدخل تاريخي لكرب ما بعد الصدمة:

تم رصد وملاحظة كرب ما بعد الصدمة لأول مرة أثناء الحرب الأهلية الأمريكية عام 1871 وقد عرف باسم اضطراب "متلازمة قلب الجندي" *Syndrom Solder Heart*، وذلك لارتباطها بأعراض اضطراب القلب، كما تعددت الأسماء المتعلقة بهذا الاضطراب حيث نجد أيضا، عصاب التعويض (*Compensation Neurosis*)، صدمة القنابل (*Shell Shock*)، رهاب الصدمة (*Traumato*)، عصاب الحرب (*War Neurosis*)، انفعال الصدمة (*Cross Stress Réaction*)، متلازمة صدمة الاغتصاب (*Rape Trauma Syndrome*)، متلازمة الناجون (*Survivor Syndrome*)، متلازمة فيتنام (*Post Vietnam syndrome*)، متلازمة معسكرات الأسر (*Concentration Comps Syndrome*)، الضغط المتأخر (*Delayed Stress*)، الحالات الصدمية بعد فيتنام، متلازمة استجابة ما بعد المعركة، اضطراب ما بعد الصدمة (*PTSD*) (ناطق الكبيسي، 1999: 03)، وغيرها من التسميات التي تعبر عن وضعية نفسية واحدة.

كما عرف من قبل العلماء والمفكرين باللغة العربية بعدة مصطلحات من بينها، اضطراب الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة، اضطراب عقابيل الضغوط النفسية، اضطراب الإجهاد ما بعد الشدة، اضطراب التوتر اللاحق للصدمة النفسية، ... إلا أنه وفي البحث الحالي سيعمد الطالب الباحث إلى تسميت هذا الاضطراب بكرب ما بعد الصدمة "PTSD".

وورد هذا الاضطراب أيضا في الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي الأول DSM-1 سنة 1952 بعنوان "تفاعل انفعال الصدمة" *Cross Stress Réaction*، ولم يتم تناوله في الدليل التشخيصي الثاني DSM-2 سنة 1962 إلا أنه تم التعرض لهذا الاضطراب بعد الحرب الفيتنامية سنة 1970 في الدليل التشخيصي الثالث سنة 1986 والرابع عام 1994 (منال الشيخ، 2006: 45).

ففي عام 1980 أدخلت جمعة الطب النفسي الأمريكية عبارة (*PTSD*) (*Post-Traumatic Stress Disorder*) أي اضطراب ما بعد الصدمة وذلك للدلالة على اضطراب نفسي خاص يتلو حدوث الصدمة. وبعد سبع سنوات عادت جمعية الطب النفسي الأمريكي وأدخلت بعض التعديلات على مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة؛ وهناك تعديلات مهمان لا بد من الإشارة إليهما:

تناول الأول التركيز على عملية التجنب (*Avoidance*) الذي يعتبر مؤشرا أساسيا للدلالة على اضطراب كرب ما بعد الصدمة (تجنب الأشياء والأفكار والمشاعر المرتبطة بالحدث وتجنب الوضعيات التي يمكنها أن توقظ ذكريات الحدث).

ويتعلق الثاني بتناول هذا الاضطراب عند الأطفال (استعادة الحدث المؤلم عن طريق اللعب المتكرر المرتبط بالصدمة بالإضافة إلى انخفاض الرغبة في بعض الأنشطة والمهارات بما في ذلك الكلام) (غسان يعقوب، 1999: 38).

وتظهر الأعراض بعد تسعة إلى ثلاثين شهر من تسريح الجنود من الخدمة العسكرية (فيتنام)، وقد أثارت هذه الملاحظات دهشة الباحثين، فالمتوقع حصول أعراض الضغوط أثناء المعارك أو بعدها مباشرة، وليس بعد انتهاء الحرب بسنتين أو أكثر، بل إن قسما من أولئك الجنود ما يزالون يعانون من الضغوط التالية للصدمة رغم مرور أكثر من ربع قرن من تلك الحرب، وتقدر الدراسات العدد بنصف مليون من الجنود الذين شاركوا فعلا في حرب فيتنام، كما توصلت بعض الدراسات إلى أن نسبة انتشار هذا الاضطراب هو خمسة من كل ألف رجل وثلاثة عشرة من كل ألف امرأة بشكل عام ( منال الشيخ، 2006: 45 ).

وأشارت من جهة أخرى جمعية الطب النفسي الأمريكية APA في DSM-IV إلى أن الدراسات التي أجريت حول انتشار هذا الاضطراب، أظهرت أنه ينتشر بنسبة تتراوح من 01 إلى 14% مع الأخذ بالاعتبار التغيير في طرق التحقق منها، والمجتمع الذي تم اختيار العينة منه، أما الدراسات التي أجريت على الأفراد المعرضين للخطورة كالجنود في ساحات المعارك، وضحايا العنف الإجرامي،... فقد دلت على أن معدلات انتشار هذا الاضطراب تتراوح بين 03 إلى 08% ( إيمان السنباني، 2005: 11 ).

وأجرى النابلسي وخضر عام 1992 دراسة هدفت إلى تحديد مدى انتشار العصاب الصدمي في البيئة اللبنانية، وتكونت عينة الدراسة من 100 مواطن لبناني توزعوا على مختلف الأعمار والمناطق والطوائف، وتم استخدام اختبار تحري عوارض الشدة عقب الصدمة في لبنان من إعداد محمد أحمد النابلسي، ومقابلة تشخيصية مختصرة مع أفراد العينة، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن ما يقارب 95% من أفراد العينة المدروسة تعرضوا لصددمات متكررة، وأن هناك 45% يعانون من عصاب الوسواس المرضية وهي نسبة عالية إذا ما قورنت بغيرها من النسب في العالم، وأن 70% يعانون من شكوك عقب الصدمة ( جمال أبو نواس، 2005: 34-35 ).

## 02- تعريف كرب ما بعد الصدمة:

يعرف محمد أحمد النابلسي العصاب الصدمي *Traumatic Neurosis* بأنه الوضعية التي تهدد حياة الفرد وتسلبه الأمان ( محمد أحمد النابلسي، 1991: 16 ).

ويجب أن لا نأخذ مفهوم الصدمة هنا في إطارها الضيق وحصرها في إطار الضغوط أو الفراق أو الحداد أو الموت أو أية أزمة ما، إذ يختلف بعدها النفسي من شخص لآخر، فيجب الانتباه إلى قيمتها وثقلها ومعناها ورمزيتها و/ أو دلالتها عند هذا الشخص، "إذ يبين بيار مارتى *P. Marty* في هذا الصدد أن الأصل الخارجي للصدمة لا يأخذ قيمة في حد ذاته يمكن تقريرها موضوعيا، ففقدان شخص عزيز قد لا يكون أكثر صدمة بالنسبة لفرد ما من الإحساس الذي يثيره مشاهدة غبار في أشعة الشمس بالنسبة لفرد آخر".

كما أورد فايد عام 2001 أن روبر *Rober* يرى بأن كرب ما بعد الصدمة هو أحد اضطرابات القلق وينتج عن ضغوط نفسية وأحداث صادمة مثل الكوارث الطبيعية والحروب والحوادث الخطيرة والاعتصاب ومشاهدة وفاة شخص عزيز وتتضمن أعراض كرب ما بعد الصدمة استعادة الخبرة الصادمة في الأحلام والأفكار والتصورات مع انسحاب من المشاركة الفعالة في الحياة ( إيمان السنباني، 2005: 06).

ويعرف **ناطق فحل الكبيسي** عام 1999 بالاستناد إلى DSM- IV كرب ما بعد الصدمة بأنه اضطراب ينتج عند تعرض الفرد لصدمة نفسية *Trauma* ويتميز باستمرار إعادة خبرة الحدث الصدمي وتجنب متواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة "من أفكار أو مشاعر أو أماكن أو أشخاص ..."، وتراخ في القدرة على الاستجابة "كالتذكر والعجز والانفعال وقصور في المشاعر الوجدانية" والمعاناة من أعراض الاستثارة الدائمة "كصعوبات في النوم أو التركيز أو زيادة التوتر والتيقظ"، وتكون مدة ظهور الأعراض أكثر من شهر، ويؤثر الاضطراب على سلامة الأفراد بشكل جدي من النواحي الاجتماعية والأكاديمية والمهنية (ناطق الكبيسي، 1999: 130).

و يعد كرب ما بعد الصدمة مرض نفسي فقد تم تصنيفه وتوصيفه من جانب جمعية الطب النفسي الأمريكية في كل من عام ( 1980، 1987، 1994)، وينجم هذا الاضطراب عندما يتعرض شخص ما لحدث مؤلم جدا ( صدمة ) يتخطى حدود التجربة الإنسانية المألوفة "أهوال الحرب، رؤية أعمال العنف والقتل، التعرض للتعذيب، والاعتداء الجسدي الخطير والاعتصاب، كارثة طبيعية، الاعتداء الخطير على أحد أفراد العائلة، ... الخ". بحيث تظهر لاحقا عدة عوارض نفسية وجسدية ( التجنب والتبلد، الأفكار والصور الدخيلة، اضطراب النوم والتعرق والإجفال والخوف والاحتراز، ضعف الذاكرة والتركيز، ... الخ )، رغم أن الواقع لا يؤكد أن جميع الأشخاص الذين يتعرضون لصدمة أو كارثة يسقطون في الاضطراب المذكور، إذ هناك عديد من العوامل قد تساعد على ظهور الاضطراب بما في ذلك طبيعة الصدمة، سن الضحية، طبيعة الشخصية واستعدادها للمرض، دور البيئة، كما قد يكون حادا أي أنه يستمر لفترة محدودة وقد يطول ويصبح مزمنًا ( غسان يعقوب، 1999: 38-39).

يتبين من خلال هذا التعريف أن من الأسباب الحاسمة لظهور كرب ما بعد الصدمة نجد الصدمة التي تتجاوز القدرة البشرية على التحمل، مما يؤدي بالجهاز النفسي عند الإنسان إلى اللجوء إلى بعض الميكانيزمات والآليات للتخفيف من وطأة وقوة الصدمة على الجهاز النفسي، وذلك بمراعاة الاختلاف الموجود بين كل فرد آخر، وذلك بفعل العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية المتفاوتة بينهم. وهو بذلك رد فعل شديد ومطول ومتأخر للضغط عادة، ويكون الضغط من الشدة بحيث يصبح مرهقا، مثل التعرض للكوارث الطبيعية وحوادث الطرق أو آثار الحروب والاعتداء بكل أشكاله

كالاغتصاب، ومن المعروف أنه ليس من الممكن إصابة كل الأشخاص بكرب ما بعد الصدمة الذين خبروا و/ أو مروا بنفس الخبرة الصدمية، ويتأكد ذلك فقط على الأفراد الذين خبروا المواقف الأكثر ضغطاً في الكارثة، والذين يعانون من اضطراب نفسي سابق، فضلاً عن الدلالة الرمزية و/ أو النفسية لحدة وشدة ومدة هذه الصدمة.

### وهناك ثلاثة مظاهر أساسية لكرب ما بعد الصدمة:

- خليط مختلف من الأعراض كالقلق المزمن وسرعة الانفعال والأرق وضعف التركيز، وأحياناً نوبات من السلوك العدواني.
- مجموعة أعراض التجنب والإنكار وتشمل تجنب الأشخاص الذين يذكرونه بالحدث، وضعف الذاكرة، وأفكار وخيالات اقتحامية شديدة على شكل صور استرجاعية للأحداث، وأحلام مزعجة بالحدث.
- النفور والانعزال والفتور العاطفي وعدم القدرة على الحب، وقلة النشاطات الاجتماعية والمهنية عند بعض الأشخاص التي تسببها النقطتان المذكورتان سابقاً ( ناطق الكبيسي، 1999: 22-23).  
فكرب ما بعد الصدمة قد يبدأ ويستمر مباشرة بعد استجابة الضغط الحاد أو قد يظهر بعد عدة أيام "ونادراً بعد ستة أشهر"، ويختفي هذا الاضطراب عادة خلال أشهر وقد يستمر لعدة سنوات.  
ويعرف آرون بيك عام 2000 كرب ما بعد الصدمة بأنه من الحالات التي تحدث فيها استجابة لصدمة بالغة الشدة تتخطى الخبرات المعتادة في حياة البشر هولا وجسامة "كالحوادث المفجعة والكوارث الطبيعية وويلات الحروب والاعتصاب والاختطاف والأسر والتعذيب،... وهو أقرب إلى المتلازمة منها إلى الاضطراب، إذ تضم مجموعة من الأعراض المتباينة وتشمل ما يلي:

01/ أعراض إعادة معايشة الخبرات الصدمية سواء في اليقظة أم في الأحلام.

02/ أعراض تبدل الاستجابة للعالم الخارجي والتجنب الرهابي لجميع أشكال المنبهات المرتبطة من

قريب أو بعيد بالصدمة.

03/ أعراض زيادة الاستثارة مثل الأرق والغضب والتوجس وضعف التركيز والإجفال،... ( آرون

بيك، 2000: 157 ) كما يختلف هذا الاضطراب عن القلق العام في كل من الأساس النيورولوجي، وفي

الصورة الإكلينيكية كما يختلف من جهة أخرى في كونه أقرب إلى المتلازمة منه إلى الاضطراب وذلك

لتكونه من مجموعة من الأعراض.

ويعرف التصنيف العاشر للاضطرابات العقلية ICD-10 كرب ما بعد الصدمة بناءً على

المحكات التالية:



أ/ أن يتعرض المريض لحدث ضاغط أو ظرف يتضمن تهديدا استثنائي أو فاجع "سواء استمر هذا الظرف لفترة طويلة أو قصيرة" والذي قد يسبب الضيق لدى أي شخص تقريبا.  
ب/ يجب أن يكون هناك تذكر متكرر أو إعادة إحياء للحدث الضاغط وذلك على شكل صور اقتحامية وذكريات حية وأحلام متكررة أو استعادة الخبرة الضاغطة عند التعرض لظروف متشابهة أو مرتبطة بالحدث الضاغط.

ج/ يظهر المريض تجنب حقيقي أو انتقائي للظروف المشابهة أو المرتبطة بالحدث الضاغط والتي لم تكن تظهر لديه قبل التعرض للحدث الضاغط.

د/ يجب أن يظهر أيا من ما يلي:

01 -عدم القدرة على استدعاء بعض الجوانب المهمة في فترة التعرض للحدث الضاغط سواء جزئيا أو كليا.

02 -أعراض متكررة من زيادة الحساسية النفسية والاستثارة "لم تكن موجودة من قبل التعرض للحدث الضاغط"، والتي تظهر من خلال أي اثنين من ما يلي:

- صعوبة البدء في النوم أو البقاء نائما.

- عدم الثبات أو ثوران الغضب.

- صعوبة في التركيز.

- التيقظ الزائد.

- استجابة إفعال مبالغ فيها.

هـ/ المحكات "ب، ج، د" يجب أن تستمر ستة أشهر بعد التعرض للحدث الصادم أو في نهاية

مرحلة حدوثه "قد تتأخر بداية حدوثه أكثر من 06 أشهر ولكن يجب تحديد ذلك بوضوح" (إيمان السنباني، 2005: 07-08).

وتعرف إيمان السنباني عام 2005 كرب ما بعد الصدمة بالاستناد إلى محكات DSM- IV كما

يلي:

أ/ يتعرض الشخص للحدث الصادم عند وجود كل من:

01/ أن يخبر الشخص أو يشاهد أو يواجه بحدث أو أحداث تتضمن موت حقيقي أو تهديد بالموت أو

أذى حقيقي أو تهديد لسلامته الجسدية أو لسلامة الآخرين الجسدية.

02/ تتضمن استجابة الشخص خوف شديد أو عجز ورعب، وبالنسبة للأطفال قد تظهر الاستجابة على

شكل سلوك غير منظم أو هائج.

ب/ يخبر الشخص الحدث الصادم باستمرار بطريقة أو أكثر كما يلي:

- 01 - ذكريات مزعجة مقحمة للحدث تتضمن خيالات، أفكار، أو إدراكات، وعند الأطفال الصغار اللعب التكراري قد يحدث في الموضوعات أو المظاهر التي تظهر الصدمة.
- 02 - أحلام مزعجة متكررة للحدث، وبالنسبة للأطفال الصغار قد يحدث هناك أحلام مرعبة دون التعرف على محتواها.
- 03 - الشعور أو التصرف كما لو أن الحدث الصادم يتكرر "يتضمن الشعور بأنه يعيش الخبرة مرة ثانية، أو هام، هلوسات واسترجاع مفصل لسلسلة الأحداث بما في ذلك تلك التي تحدث في حالة اليقظة أو عندما يكون تحت تأثير الكحول".
- 04 - ضعف نفسي شديد عند التعرض لإشارات داخلية أو خارجية ترمز أو تشابه مظهر الحدث الصادم.
- ج/ التجنب المستمر للمثيرات المرتبطة بالصدمة والتخدر "التبليد" للاستجابة العامة لم تظهر قبل الصدمة" ويشار إليها بثلاثة أو أكثر من ما يلي:
- 01 - المحاولات لتجنب الأفكار والمشاعر أو المحادثات المرتبطة بالصدمة.
- 02 - المحاولات لتجنب النشاطات والأماكن أو الناس التي توظف أو تثير ذكريات الصدمة.
- 03 - العجز عن استدعاء أو تذكر المظهر المهم للصدمة.
- 04 - النقص الواضح في الاهتمام أو المشاركة في النشاطات المهمة.
- 05 - الشعور بالانفصال والنفور من الآخرين.
- 06 - إظهار تبدل عاطفي؛ كعدم القدرة على إظهار مشاعر الحب.
- 07 - الشعور بمستقبل ضيق كأن لا يتوقع أن يكون له عمل أو يتزوج أو يكون له أطفال، أو حياة طبيعية.
- د/ أعراض متكررة للاستئثار الزائدة "لم ظهر قبل الصدمة"، كما يشار إليها باثنين أو أكثر مما يلي:
- 01 - صعوبة البدء في النوم أو البقاء نائما.
- 02 - سرعة الانفعال أو الانفجار غضبا.
- 03 - صعوبة التركيز.
- 04 - يقظة أو حذر زائد.
- 05 - استجابة فزع مبالغ فيها.
- ه/ المدة الزمنية للاضطراب "الأعراض في المحك ب، ج، د" أكثر من شهر واحد.
- و/ الاضطراب يسبب ضغطا ذا دلالة إكلينيكية أو ضعف في المجال الاجتماعي، المهني، أو مجالات هامة أخرى للتوصيف، ويعتبر هذا الاضطراب حادا إذا كانت المدة الزمنية للأعراض أقل من 03 أشهر،

ومزمنًا إذا كانت المدة الزمنية للأعراض 03 أشهر أو أكثر، ويعتبر ظهوره متأخرًا إذا كانت بداية ظهور الأعراض على الأقل بعد 06 أشهر من الأحداث الضاغطة ( إيمان السنباني، 2005: 09-10 ).

### 03- كرب ما بعد الصدمة واضطرابات جهاز المناعة:

تم إجراء دراسة لإرونسون عام 1997 Ironson, حول نتائج الإعصار الشديد الذي ضرب منطقة ANDREW الأمريكية حيث ركزت على اضطراب كرب ما بعد الصدمة بالإضافة إلى تناولها لجهاز المناعة بالدراسة على عينة من الناجين بعد مدة تتراوح بين شهر وأربعة أشهر حيث تم التوصل إلى النتائج التالية:

- 22% من الناجين يعانون بصورة عامة من كرب ما بعد الصدمة.
- 44% من الناجين على أعلى درجة في اختبار الصدمة أو اختبار الحدث (IES).

وبخصوص النتائج المتعلقة بجهاز المناعة فقد تبين أن الخلايا الطبيعية القاتلة (*Natural killer Cells*) الموجودة في الدم والتي تدافع عن الجسم قد انخفض كل من نشاطها وعددها عند الناجين، وبالأخص عند الذين يعانون من الخسارة المادية وفقدان أحد أفراد الأسرة وكذلك من كرب ما بعد الصدمة، بينما بقي هذا العدد محافظاً على مستواه الطبيعي عند أفراد العينة الضابطة للذين لم يتعرضوا للكارثة، كما كشفت الدراسة أيضاً أن اضطراب النوم الذي ظهر إثر الإعصار كان مؤشراً لظهور كرب ما بعد الصدمة واضطراب جهاز المناعة، إن فقدان أحد أفراد الأسرة وكرب ما بعد الصدمة والأفكار التشاؤمية كانت مرتبطة بانخفاض عدد الخلايا القاتلة واضطراب وظيفتها الدفاعية ( غسان يعقوب، 1999: 29-30 ).

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة جيل وسزافون وبيج Gill, Szanfon & Page عام 2005 في كون 74% - 92% من النساء المتعرضات للعنف من أزواجهن يعانين من كرب ما بعد الصدمة مقارنة مع النساء غير المعنفات، كما توصلوا إلى أن كرب ما بعد الصدمة يرتبط بوجود ضعف في جهاز المناعة في الجسم، كما يرتبط بالسمنة وزيادة خطر الإصابة بداء السكري، ويؤدي إلى وجود صعوبات في النوم ( سعاد بدران، 2010: 02-03 ).

بالإضافة إلى هذه الدراسة نجد دراسة أخرى على الناجين من أحد الزلازل في منطقة لوس أنجلوس عام 1994 (Solomon et al 1997) تناول الباحثون دراسة تأثير الكارثة على جهاز المناعة عند 68 شخصاً من الناجين حيث تعرضوا لخسائر بشرية ومادية وجراح بالإضافة إلى تغيير في مكان العمل وانقلاب الظروف المعيشية والسكنية. وقد تبين أن الأشخاص الذين يعانون جداً من الضغوط الإجهادية التالية للصدمة قد ضعف لديهم جهاز المناعة وبالأخص فيما يتعلق بالخلايا القاتلة أو المدافعة بينما لم

ينخفض نشاط الجهاز المناعي عند الأشخاص الذين نجحوا في تحقيق التكيف مع الضغوط الإجهادية والذين لم يتأثروا بها إلا قليلا ( غسان يعقوب، 1999: 30 ).

كما عمد السيكولوجي والطبيب جيل إيرونسون من جامعة ميامي بفلوريدا إلى تتبع عقابيل الشدة النفسية والصدمة البدنية لـ 110 من الأفراد كانوا ضحية العاصفة هاريكين التي ضربت فلوريدا كان نصف الضحايا تقريبا نهبا للخوف من الموت خلال العاصفة، بعد أن هدأت العاصفة، اتضح أن 88% من هؤلاء عادوا إلى مساكنهم التي خربها الإعصار هاريكين.

بعد زوال العاصفة بشهرين وجد هذا السيكولوجي أن 29% من الضحايا حصلوا على درجات عالية في اختبار كرب ما بعد الصدمة، وفي الوقت نفسه 39% منهم عانوا مستويات عالية الدرجة من الأفكار الدخيلة والتجنبية المتعلقة بالعاصفة هاريكين؛ وقد تضمنت الأفكار الدخيلة استرجاع ذكريات الماضي المتعلقة بالعاصفة. بعد سنة اتضح أن سبعة عشرة بالمائة من العينة عندهم مستويات عالية من أعراض الصدمة النفسية ولا شك أن الأفكار الدخيلة والتجنبية كانت مرتبطة بأعراض المرض البدني، مثل الإصابة بالأنفلونزا، وباحتقان البلعوم، .. بالإضافة إلى ذلك كلما كانت هناك ارتفاعات في مستويات الكورتيزول كان هناك المزيد من أيام المرض. وعندما انخفضت مستويات الكورتيزول عند أفراد التجربة المرضيين مع الوقت تضاءلت أيام المرض، وبالطبع فإن هذه التأثيرات على الصحة البدنية قد تعود إلى تأثيرات نقص جهاز المناعة وضعفه، وبمقارنة هؤلاء الذين تعرضوا للعاصفة بأفراد العينة الضابطة اتضح أن الضحايا كانت عندهم مستويات أقل من الخلايا القاتلة للفيروسات والبكتيريا، أي الخلايا T4 ، وهذا النقص في هذا النوع من الخلايا ارتبط بمقدار واتساع تخريب العاصفة لممتلكاتهم، وتقطع أوصال حياتهم، ومقدار الأفكار الدخيلة والتجنبية، وشدة كرب ما بعد الصدمة؛ أي مقدار الفلق الذي يعانون منه ( محمد حمدي الحجار، 2004: 10-11 ).

كما قد ارتبط كرب ما بعد الصدمة، بحدوث التغيرات المؤقتة والمستمرة في أجهزة تنظيم المناعة فالأبحاث تشير إلى أن الناس الذين يعانون من كرب ما بعد الصدمة قد يتعرضون لتغيرات في اللوزة ( Amygdala ) في الدماغ وفي أجهزة الهيبيوتلاموس والغدة النخامية المنشطة للقشرة الأدرينالينية، كما تبين لدى من يعانون من كرب ما بعد الصدمة زيادة في الكورتيزول، والنورإينفرين، والإينفرين، والتستسترون، ووظيفة النيروكسين، وهذا التغير الهرموني قد يستمر لفترة طويلة من الزمن. كما تشير الدراسات أيضا إلى حدوث تغيرات في سمية الخلايا الطبيعية القاتلة بعد التعرض لكارثة طبيعية ( إعصار أندرو ) كما أن الارتفاع المزمن في خلايا ( T ) يعتبر من ضمن مظاهر المقاومة المرتبطة بكرب ما بعد الصدمة. هذا وقد توصل باحثون في دراسات عدة أجريت على خبرات زمن الحرب إلى أن الرجال الذين تعرضوا لخبرات قتال أكثر، وشاهدوا أعمالا وحشية، وشاركوا فعليا بهذه

الأعمال، كانوا أكثر عرضة لتطور كرب ما بعد الصدمة، كما أن هذه الفئة التي تطور لديها كرب ما بعد الصدمة كانوا ممن سبق لهم أن تعرضوا للاضطرابات الانفعالية في السابق، كما تبين أيضا أن من الممكن التنبؤ بأن من يتبعون أسلوب التجنب في التعامل، ومن لديهم مستويات متدنية من المساندة الاجتماعية، وتاريخ من المعاناة من الضغط المزمن، وميل عام إلى السلبية هم من بين من يتعرضون لكرب ما بعد الصدمة ( شيلي تايلور، 2008: 371 ).

#### 04- الآثار السكوسوماتية لكرب ما بعد الصدمة:

يظهر على الأفراد المصابين بكرب ما بعد الصدمة 80% من الاضطرابات المصاحبة ومن أكثرها شيوعا؛ نجد الكبت الحاد، والشذوذ العقلي واضطراب القلق العام، واضطرابات الهلع، والاضطراب ثنائي القطب، والفوبيا، والكآبة والانعزال، ورفض الدواء، وفقدان السيطرة على الانفعالات، والتعرض لخطر الانتحار ( سلطان العويضة، 2011: 19 ).

ومن هذا المنطلق تناولت الدراسة التي قام بها كل من *kruch & Cox* عام 1992 على عينة من 124 شخصا من الناجين من المجازر النازية، حيث تم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات؛ مجموعة من معسكرات الاعتقال، مجموعة من مراكز التعذيب،

ومجموعة من الأشخاص الذين كانوا يختبئون ويهربون من الملاحقة، توصل الباحثان إلى أن 51% من أفراد المعسكرات يعانون من كرب ما بعد الصدمة مقابل 65% لمراكز التعذيب، وتبين أن الناجين من التعذيب يعانون أكثر من سواهم أكان ذلك من حيث شدة العوارض أو الاضطراب النفسي، وتبين أيضا أن عددا من الناجين يعانون أيضا من الصداع والغثيان واضطرابات في الجهاز الهضمي، وهناك 80% من الناجين من مختلف المجموعات يتناولون المهدئات العصبية والعقاقير، وبالنسبة للعلاج النفسي هناك فقط 17 بالمائة من الناجين قد تلقوا جلسات في هذا المجال.

أظهرت هذه الدراسة أن الاضطراب النفسي قد استمر حوالي خمسين سنة، غير أن المعاناة تظهر أكثر عند الناجين من مركز التعذيب، لقد كان الناجون يتجنبون المواقف والضغوط الصعبة والفحوص الطبية ومراجعة الأطباء واستجاباتهم هربا من استعادة الذكريات المؤلمة، وهذا ما أسدل الستار على حقيقة الحالة النفسية عند هؤلاء الناجين.

وقد أفادت دراسة عام (1991) أن 70% من الجنود المستجوبين في معركة عاصفة الصحراء ( حرب الخليج ) يعانون من كرب ما بعد الصدمة، حيث تتكون العينة من 249 فرد يعانون من اضطرابات نفسية - جسدية (Hatley, 1997)، وفي دراسة أخرى أجريت على 2800 جندي أمريكي قد شاركوا في

عاصفة الصحراء (Fielder et al 1996) تبين أن هناك 50 % منهم قد أصيبوا بحالة من التعب المزمن وبالحساسية الزائدة للمواد الكيميائية، وهي كما يلي:

#### العوارض الجسدية:

- اللاتناسق الحركي.
- التهاب الرئتين بسبب دخول ذرات ناعمة من الرمال إليها.
- التهاب المجاري الهوائية والربو.
- ضعف وآلام في العضلات.
- آلام في المفاصل.
- اضطراب في التوازن الجسماني والتوجه المكاني.
- عدم القدرة على ضبط البول.
- الصداع وضيق التنفس.
- ارتفاع نسبة الالتهابات التناسلية عند النساء اللواتي شاركن في الحرب 43%.

#### العوارض النفسية:

- اضطرابات في القدرات المعرفية من خلال ظاهرة النسيان وضعف الذاكرة والتركيز والانتباه، والنقص في القدرة على التركيز.
- الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة.
- تعاطي الكحول.
- اضطراب الحياة الجنسية (العجز الجنسي).
- الانزعاج من الأصوات المرتفعة واستجابة الإجهال ( غسان يعقوب، 1999: 23-24 ).
- ليس هناك مرض نفسي واحد ومحدد المعالم بل هناك مجموعة من العوارض والاضطرابات ( تناذرات ) أما بالنسبة لكرب ما بعد الصدمة فإن النسبة تتراوح ما بين 08 إلى 12 % ولا يزال هؤلاء يعانون من اضطراب الضغوط الاجهادية.
- كما يعاني معظم الناجين من التعذيب والكوارث والحروب والنزاعات من اضطرابات سيكوسوماتية مختلفة كآلام في الصدر، والشعور بوجود كتلة في البلعوم، وآلام في الظهر والكتفين، وهبات من الحر والبرد، ومشاكل في الرئتين والقلب، والتهاب القولون، وقرحة المعدة والغثيان، والصداع والدوران، وآلام في المفاصل، وتوتر شديد وألم مزمن في العضلات ( فواز مومني، 2008: 23 ).
- وهو الأمر كذلك الوارد في دراسة لـ بالمر Palmer عام 2004 على 115 امرأة متطوعة في غرفة الانتظار ضمن برنامج سرطان الثدي في " University- Affiliated Cancer Center"، وقد

كانت العينة معظمها من الأمريكيات ذوات الأصول الأوروبية 80%، تراوحت أعمارهن من 34- 89 سنة، وكان معظمهن متزوجات 74%، كما قد تم استخدام مجموعة من الأدوات، كالمقابلة المنظمة السريرية للدليل الوصفي والإحصائي للاضطرابات النفسية، وقائمة أعراض هوبكنز، ومقياس تأثير الأحداث، وأظهرت النتائج أن 04% من العينة كن يعانين من كرب ما بعد الصدمة، و 41% من العينة أظهرن استجابات قلق مختلفة للسرطان، مثل الخوف الشديد والرعب، والعجز، كما أن 38% منهن أظهرن الضيق الشديد ( فايد أبو الخير، 2009: 30 ).

بما أن كل خواص الوظيفة البيوكيميائية والبنائية المميزة لكل عصبون، هي نتاج للتاريخ البيئي المميز له؛ من نمط وتوقيت وكمية هذه التأثيرات البيئية الصغرى، وعلى هذا الأساس فإن فهم الشخص المنصدم يتطلب معرفة بالمبدأ الأساسي للنيوروبولوجية الارتقائية أين ينظم المخ ويتطور كانعكاس للخبرة الارتقائية.

فالشخص عندما يواجه تهديدا بيئيا خارجيا فعليا أم مدركا، يتجهز الجسم بدفاعات للاستجابة له كالتجمد أو الكر أو الفر، كما أشار إلى ذلك لأول مرة العالم كانون عام 1914 *Walter, B, Cannon* ليصف هذه المجموعة من الاستجابات النيروفسيولوجية التكيفية التي تتضمن المخ، والجهاز العصبي الأوتونومي، والمحور القشري الكظري للغدة النخامية الهيبوتلاموثية ( HPA )، والجهاز المناعي ( ليونارد كوزيو، 2003: 195 ).

وتعد المواظبة غير الطبيعية لهذه المجموعة التكيفية أساسا للاستجابات الفسيولوجية ودورا رئيسيا في باثوفسيولوجية كرب ما بعد الصدمة، وتشمل نشاط محور الغدة النخامية الهيبوتلاموسية (HPA) والأدرينالين والكورتيزول، بالإضافة إلى زيادة واضحة في الجهاز العصبي السمبتاوي الطرفي المحكم مركزيا وكذلك نشاط أجهزة نوروكيميائية في الجهاز العصبي المركزي ( CNS )، كما تلعب الناقلات العصبية كالأدرينالين والنور أدرينالين والدوبامين والسيروتين دورا محوريا في توسط رد فعل الفرع، كما ينظم الجهاز العصبي المركزي استجابة "الانعصاب" ويعزل المؤثرات الحسية غير الهامة من داخل الجسم وخارجه. وتتضمن أجزاء المخ في توسط بؤرة الانتباه والاستثارة في التهديد الخارجي، وعندما يظهر هذا التغيير في الانتباه فإن الأجزاء الأخرى من الجسم تبدأ في استقبال الإشارات التي تحدثها النيورونات والهرمونات لكي تعبئ وتستعد لتدافع ضد التهديد، وإذا استمر التهديد وظل الفرد يركز على التهديد، يتم إفراز هرمونات عصبية متنوعة تزيد من انتشار و/ أو توزيع الأدرينالين، والأندر وفيه، ... وهي تقوم بتعبئة السكر من الكبد والعضلات، وتزيد معدل التنفس، وضربات القلب، وضغط الدم، كما تعبئ أساسا جهاز المناعة لتجهيز الكائن الحي للكر أو الفر والتجمد، وهي عملية مكلفة جدا فيما يتعلق بكمية الطاقة المطلوبة للاستعداد واستمرار رد فعل الفرع الحاد، والدرجة الشديدة من التركيز، والنشاط العصبي العضلي

العميق، ودرجة "قلق الاستثارة" فجميعها تستهلك مقدارا كبيرا من الطاقة، وتسبب الفترات القصيرة من التهديد تعبئة رد فعل الفزع، كما أن استمرار التهديد أو التعرض لحدث صدمي شديد يكون لديه القدرة على إعادة إظهار المستوى القاعدي للجهاز العصبي المركزي والمتمثلة في استجابة الانعصاب (ليونارد كوزيو، 2003: 196-197).

فاستمرار التهديد أو التعرض للحدث الصادم الشديد يكون لديه القدرة على إعادة إظهار المستوى القاعدي للجهاز العصبي المركزي المتضمنة في كرب ما بعد الصدمة.

#### 05- تشخيص وقياس كرب ما بعد الصدمة:

##### أ/ طرق تشخيص كرب ما بعد الصدمة:

هناك بعض الاضطرابات النفسية التي قد تتشابه في بعض أعراضها مع أعراض كرب ما بعد الصدمة وقد ذكرت في DSM – IV، ففي كرب ما بعد الصدمة يجب أن يتعرض الفرد لحدث ضاغط شديد أو مهدد للحياة بينما في اضطراب التكيف؛ يمكن أن يكون الحدث الضاغط بأي شدة وللحكم على التشخيص يمكن النظر إلى الأعراض الأخرى المرافقة. فإذا قابلت محكات اضطراب ما بعد الصدمة فإن الاضطراب يشخص بأنه اضطراب ما بعد الصدمة، أما إذا لم تقابل محكات كرب ما بعد الصدمة فيمكن تشخيصه بأنه اضطراب التكيف، كما أن أعراض التجنب والتخدر وزيادة التيقظ التي تظهر لدى الفرد قبل التعرض للموقف الضاغط لا تشخص بأنها كرب ما بعد الصدمة، بل يجب النظر إلى تشخيصات الاضطرابات الأخرى مثل اضطرابات المزاج، أو اضطراب القلق، ... كما أن كرب ما بعد الصدمة يختلف عن اضطراب الضغط الحاد في المدة الزمنية لحدوث الأعراض ومدة بقائها فإذا حدثت الأعراض خلال أربعة أسابيع من التعرض للحدث الصادم واختفت خلال تلك الفترة كان الاضطراب هو اضطراب الضغط الحاد أما إذا استمرت الأعراض لأكثر من شهر واتسقت مع محكات كرب ما بعد الصدمة فإن التشخيص يكون كرب ما بعد الصدمة.

وعلى الرغم من وجود أفكار اقتحامية متكررة في اضطراب الوسواس القهري، إلا أنها تتميز عن الأفكار الاقتحامية في كرب ما بعد الصدمة في أنها أفكار غير مناسبة ولا ترتبط بحدث صادم مر به الفرد، كما أن استرجاع الذكريات السابقة المرتبطة بالصدمة يجب إن تتميز عن الأوهام والهلاوس والاختلالات الإدراكية الأخرى التي قد تحدث في حالة الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى (إيمان السنباني، 2005: 10).

بالإضافة إلى الصفات الأساسية وكذا الثانوية التي على أساسها يمكن تشخيص كرب ما بعد الصدمة ومنها الأفكار الدخيلة والتجنب، التبدل العاطفي واضطراب الجهاز العصبي المستقل. إلى جانب



معايير التشخيص التي حددتها جمعية الطب النفسي الأمريكية؛ والتي سبق الإشارة إليها، هناك العديد من الأدوات التشخيصية والقياسية والتقويمية التي تستخدم لكشف كرب ما بعد الصدمة ومن بين هذه الاختبارات؛

ب/ طرق قياس كرب ما بعد الصدمة:

1/ الاختبارات التقليدية:

ويدخل في هذا الإطار كل من اختبار وكسلر وروشاخ واختبار مينسوتا المتعدد الأوجه (MMPI) وغيرها، فقد بين (Bailey, 1985) أن الأشخاص الذين يعانون من كرب ما بعد الصدمة يحصلون على درجات منخفضة في اختبار الأرقام "إعادة الأرقام"، وهم يتفردون بأربعة أجوبة مميزة في اختبار روشاخ؛

- ارتفاع عدد أجوبة اللون ( C ).

- ارتفاع عدد أجوبة اللون - الشكل ( CF ).

- انخفاض أو غياب أجوبة الحركة ( m, k ) خاصة الحركة الإنسانية.

- ارتفاع عدد أجوبة التشريح ( AT ) والدم. بالإضافة لذلك هناك ارتفاع في عدد الأجوبة المتعلقة بالأشياء الميتة أو الجامدة ( دون حركة، جنث، قتلى ) ( غسان يعقوب، 1999: 84 ).

فالأشخاص الذين يعانون من الصدمات والذين هم في حالة تبلد عاطفي تندر عندهم استجابات اللون والحركة الإنسانية في استجاباتهم، ويمكن ملاحظة العكس في مرحلة التجنب؛ في عدد الاستجابات المتعلقة باللون والتشريح.

وهنا تظهر أهمية اختبار روشاخ وخاصة في الحالات التي يكون فيها الشخص المصدوم في حالة كبت شديد وهذا ما تعجز على اكتشاف الاضطراب العديد من الاختبارات والمقاييس الأخرى لاسيما منها الموضوعية.

ويعقد ليفين عام 1993 Levin مقارنة بين معايير كرب ما بعد الصدمة حسب معايير الجمعية الأمريكية للطب النفسي من جهة والنتائج التي توصل إليها اختبار روشاخ حسب النتائج المبينة في الجدول التالي:

**جدول رقم (01) يبين كل من معايير DSM- 04 والنتائج المعبر عنها حسب اختبار روشاخ عند المصابين بكرب ما بعد الصدمة.**

المعايير حسب DSM- 04	حسب اختبار روشاخ
الأفكار الدخيلة.	سيطرة أجوبة C, CF.

التجنب.	أجوبة انفعالية.
الومضات الدخيلة.	أكبر من H "الإشارة إلى أجزاء من الجسم البشري بدلا من إلى الشخص ككل".
استجابة الإجفال.	أجوبة لون فقط C.
صعوبة التركيز.	أجوبة لون C.
ردود الفعل الفسيولوجية.	أجوبة انفعالية، أجوبة لون C,CF

المصدر: ( غسان يعقوب، 1999: 85 ).

### المقياس الفرعي لاختبار مينسوتا المتعدد الأوجه:

أكد كين وزملاؤه عام 1983-1987 *Kean et al* أن الدرجات التي يحصل عليها الشخص المصاب بكرب ما بعد الصدمة تكون مرتفعة في سلم F وباقي السلالم الإكلينيكية ما عدى سلم MF ( الذكورة- الأنوثة )، وسلم K، وفي عام 1984 ظهر اختبار فرعي وضعه أيضا كين وزملاؤه *Kean et al* يختص بقياس كرب ما بعد الصدمة، وهو تابع لاختبار مينسوتا؛ يضم الاختبار 49 بندا متعلقة بالمظاهر المختلفة لكرب ما بعد الصدمة، المستندة على معايير جمعية الطب النفسي الأمريكية. وبينت الدراسات أن الاختبار قادر على تشخيص كرب ما بعد الصدمة بنسبة تتراوح ما بين 82-87%، كما يميز بدقة بين الأشخاص المصابين بالاضطراب السابق ذكره فعلا والمتظاهرين بالإصابة به فقط ( غسان يعقوب، 1999: 85 ).

### 2/ الاختبارات والاستبيانات:

#### أ/ سلم الميسيسيبي لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمة الخاص بالمعارك:

في عام 1988 وضع كين وزملاؤه *Kean et al* اختبار ميسيسيبي لقياس كرب ما بعد الصدمة عند المقاتلين في فيتنام ( غسان يعقوب، 1999: 88 )، وظهر بعد ذلك عدة أشكال لهذا الاختبار وهي:

- مقياس الميسيسيبي الخاص بالرهائن.

- مقياس الميسيسيبي المدني.

#### ب/ المقابلة الدولية للتشخيص (CIDI):

في عام 1988 وضع روبينز *Robins* اختبارا لتقويم وتشخيص كرب ما بعد الصدمة، وهو يحمل المختصر التالي (Composite International Diagnostic Inventory) ويستخدم الكمبيوتر في

عملية التقييم والتصحيح لهذا المقياس، وعلى هذا الأساس تبنته منظمة الصحة العالمية لسهولة تطبيقه فضلا عن تلاؤمه مع مختلف الثقافات ( غسان يعقوب، 1999: 93 ).

### ج/ المقابلة السريرية المنظمة (SCID):

طبق هذه الوسيلة سبيتز *Spitzer* ووليمز *Williams*, 1987 وهي وسيلة عملية لتقويم 17 عرضا من أعراض كرب ما بعد الصدمة، واعتمدت المراجعة الثالثة المعدلة للجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, DSM3-R) التي تتضمن أعراض المعايير التالية؛ تكرار خبرة الحدث الصدمي، والتجنب، وخدر المشاعر والاستثارة النفسية المفرطة ( ناطق الكبيسي، 1999: 55 ). وتوجه هذه الوسيلة SCID للمختص العيادي لطرح أسئلة معينة يستنتج من خلالها مدى إصابة المريض بكرب ما بعد الصدمة من خلال انطباق المعايير التشخيصية للاضطراب وهي كون الفرد قد خبر فعلا حدثا صدميا.

### د/ مقياس اللودي لصدمة *Allodi Trauma Scale*:

هو بمثابة مقابلة شبه مقننة تم إعداده لقياس الصدمات المرتبطة بخبرات التعذيب ويتكون هذا المقياس من 41 فقرة تتناول الخبرات الصدمية عند التعرض للاضطهاد السياسي، والحبس، بالإضافة لحالات الاختفاء، أو موت أفراد أو عائلات بأسرها ويتضمن سبعة أجزاء منها:

01/ الاضطهاد اللاعنفي،

02/ تاريخ إلقاء القبض،

03/ التعذيب الجسدي،

04/ الحرمان أثناء الحبس،

05/ التلاعب بالأحاسيس،

06/ التعذيب النفسي وسوء المعاملة،

07/ العنف ضد أفراد العائلة.

وتعطي هذه الأداة درجة لكل فقرة، بالإضافة إلى المجموع الكلي للدرجات الذي يقيس خبرة الضحية الكاملة في الصدمة ( خبرة التعذيب ) ( ناطق الكبيسي، 1999: 57 ).

### هـ/ استبيان خبرات فيتنام *Vietnam Experiences Questionnaire*:

يتألف الاستبيان من 70 فقرة، وستة أبعاد هي كالتالي:

البعد الأول: اضطراب العلاقات مع الآخرين.

البعد الثاني: اضطرابات النوم.

البعد الثالث: فرط الحساسية.

البعد الرابع: الأعراض الذهانية.

البعد الخامس: الاستيعاب المدرك للعنف.

البعد السادس: اضطرابات الدوافع.

يقوم هذا الاستبيان بتقويم أحداث الحياة المليئة بالضغط وأعراض كرب ما بعد الصدمة، والأعراض المصاحبة له، على الرغم من إمكانية تطبيقه على الفئات الأخرى التي تعرضت لخبرة قتالية أو حربية (ناطق الكبيسي، 1999: 58-59).  
و/ مقابلة بوسطن لاضطراب ما بعد الصدمة:

هي مقابلة مقننة مكونة من 122 بند، تتضمن معلومات وخلفية تاريخية عن العائلة والخدمة العسكرية السابقة، والمشاكل القانونية السابقة، والإيذاء المادي، وتقويم الخبرات المليئة بالضغط والخسائر الكبيرة قبل الخدمة العسكرية، وتركز الجوانب الأخرى من المقابلة على التاريخ العسكري، مع تقويم أحداث ما بعد الخدمة العسكرية والتكيف معها، والعلاقة الأسرية والاجتماعية، وتاريخ معالجة الأمراض النفسية وسجل الدخول إلى المستشفى (ناطق الكبيسي، 1999: 59).

ز/ المقياس التقديري لأعراض صدمة الاغتصاب:

جرى تطوير هذا المقياس من قبل ديفاستو *Divasto, 1985* لتقويم أثر الأعراض المرتبطة بصدمة الاغتصاب والمستندة إلى متلازمة صدمة الاغتصاب، ويشمل المقياس ثمانية مقاييس فرعية لاضطرابات النوم والشهية، والرهاب، والسلوك الحركي، والعلاقات، والنوم، ولوم الذات، وتقويم الذات، وردود الأفعال الجسمية. وتصنف كل فقرة من هذه الفقرات على مقياس ليكرت *Lickert* المكون من خمس نقاط، ويستعمل هذا المقياس للحصول على وصف كامل ودقيق للاعتداء الجنسي، وقد استعملت هذه الوسيلة في العديد من الدراسات عن ضحايا الاغتصاب (ناطق الكبيسي، 1999: 59-60).

ح/ استبيان تاريخ الصدمة *Trauma History Questionnaire*:

يستعمل هذا الاستبيان معايير المراجعة الرابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي في صيغة تقرير ذاتي يتألف من 24 فقرة، ويُقوّم سلسلة من الأحداث الصدمية مثل الحوادث المتعلقة بالجرائم، والاعتداء الجسدي أو الجنسي، وأنواع أخرى من الصدمات والكوارث العامة (ناطق الكبيسي، 1999: 61).  
بالإضافة إلى هناك عدد كبير من المقاييس والاختبارات فضلا عن بعض التقنيات المشتركة بين المناهج والأدوات العامة، والتي تجمع مثلا بين الملاحظة، وتطبيق الاختبارات الموضوعية، والقياس القبلي والبعدى التجريبي على غرار الدراسة التي قام بها مجموعة من الباحثين الأمريكيين ترأسهم مالوي *Malloy et al, 1983* لدراسة الأوجه المختلفة لكرب ما بعد الصدمة عند مقاتلين سابقين في فيتنام بما في ذلك الناحية السلوكية والمعرفية والفيولوجية. وتتحصر هذه الدراسة في مجموعة المراكز

خصصت لهذه الدراسة، حيث قام الباحثون بعرض فلم عن الحرب بالإضافة إلى أفلام ليس لها علاقة بالحرب، وذلك لدراسة السلوك وردات الفعل عند الأشخاص المدروسين. وقد تم قياس درجة القلق والانفعال بواسطة اختبار القلق لجوزيف وولبي *J, Wolpe, 1990* وفي الوقت نفسه كانت تسجل نبضات القلب والاستجابة الجلدية، وبواسطة هذه الوسائل، توصل الباحثون إلى إعطاء تشخيص دقيق لاضطراب كرب ما بعد الصدمة بنسبة 90% ( غسان يعقوب، 1999: 86 ).

وجدير بالذكر أن استجابات القلق والخوف والتغيرات الفسيولوجية والجلدية كانت بارزة فقط عند الأشخاص الذين يعانون من كرب ما بعد الصدمة.

#### 06- النظريات النفسية المفسرة لكرب ما بعد الصدمة:

أ/ نظرية التحليل النفسي "السيكوسوماتيك التحليلي":

أعاد المحللون في ميدان الاضطرابات السيكوسوماتية طرح موضوع العصابات الراهنة، حيث كان مدخلهم في ذلك إعادة قراءتهم لحالة دورا؛ تلك المريضة التي عمل فرويد على علاجها، وكتب عن حالتها.

لقد تعمق المحللون في دراسة هذه الحالة ابتداء من كونها تعاني من عصاب هستيري "تحليل فرويد" ولكنها كانت تعاني من وضعيات عصابية أخرى تنتمي إلى ميدان العصابات اللانمطية. وهذه العصابات هي المسؤولة عن الاضطرابات السيكوسوماتية لدى دورا. ومن هنا جاءت تسمية هذه العصابات بالسيكوسوماتية، وهم يقسمون هذه بالعصابات إلى العصاب السلوكي؛ الذي ينجم عن سوء تنظيم الجهاز النفسي، والعصاب الطبائعي؛ الناشئ عن عدم كفاية التنظيم النفسي. ويقر المحللون أن

المصاب يمثل هذه العصابات يكون أقل قدرة على تحمل الصدمات والرضوض وذلك بسبب خلل في جهازه النفسي المسؤول أصلا عن إصابته بالعصاب، والذي قد يؤدي بالفرد إلى الموت. والسيكوسوماتيون يشددون على دور العصابات النفسية - الجسدية ولكن لا يهتمون بالعصابات النفسية وإمكانية وجود النوعين معا. إذ تظهر المظاهر النفسية والجسدية في أحيان أخرى. وهذا ما يفسر حالة دورا، إذ كانت تتناوب عليها المظاهر الهستيرية والمظاهر الجسدية؛ وهو ما يفسر به عجز فرويد في علاجه لهذه الحالة بإهماله لعصابات دورا السيكوسوماتية وتركيزه على عصابها الهستيري ( ناطق الكبيسي، 1999: 27-28 ).

وأما تفسير ميلاني كلاين لصدمة الأنا، فقد وضعته في جدول مؤلف من أربع نقاط، وهي: الجسد يهدد الأنا، أي عندما يكون الجسد هو مصدر الصدمة التي تهدد الحياة، والجسد موضوع تهديد، أي عندما يكون الجسد سليما، ولكنه يتعرض لتهديد عوامل خارجية، والجسد المشوه، أي الخوف من تشويه الجسد، والجسد المتخلف، أي التفكك النفسي أو الجسدي ( سلطان العويضة، 2011: 23 ). هذه النظرية تتماثلا قليلا مع ما عرضته مدرسة ألكسندر التي حددت ثلاثة عوامل مجتمعة تحدد المرض تبعا لنموذج الذاتية الانفعالية وهي قابلية العطب في العضو، البنية السيكلوجية الخصامية وآليات الدفاع، وظروف الحياة الحالية التي تسبب الانفعالات ( جان بنجان ستورا، 1997: 73 ).

### ب/ النظرية البيولوجية:

لقد استتارت الجوانب العصبية البيولوجية اهتمام الباحثين وقد تركز الاهتمام على التغيرات في الموصلات العصبية خاصة النورإبنفرين والدوبامين والمورفينات الذاتية ومستقبلات بنزوديازيبين، حيث ترى بعض النماذج النفسية البيولوجية أن التعرض لضغوطات شديدة ينتج تغيرات عصبية كيميائية متنوعة، ويفترض أحد هذه النماذج أن التعرض لصدمة شديدة يزيد من امتصاص النورإبنفرين ويزيد من مستويات كاتيكولامين البلازما في الدم، وينخفض الدوبامين والسيروتونين في الدماغ يزداد الاستيلكولين وهذا الانخفاض في نسبة النورإبنفرين يجعل الفرد الذي يتعرض للصدمة غير قادر على الهرب مما يؤدي بدوره إلى انخفاض نسبة الدوبامين وعندما يتكرر حدوث الصدمة أو عند تذكر أي شيء يرتبط بها يصاب الفرد بالتبلد والخدر كردة فعل تجاه الصدمة وذلك بسبب كون الدماغ يفرز مواد مخدرة تدعى بالمورفينات الذاتية ( فواز مومني، 2008: 24-25 ).

ويذكر فليتشر عام 1996 *Fletcher* نمودجا طوره كلوب لكرب ما بعد الصدمة يرى فيه أنه زيادة على التغيرات في النشاط العصبي الكيميائي الذي يحدث بعد التعرض لحدث صادم قد تحدث أيضا تغيرات في الموصلات العصبية، وقد قاد ذلك إلى افتراض أن الأطفال لديهم احتمالية أكبر من الراشدين

لتطوير كرب ما بعد الصدمة لأن موصلاتهم العصبية ليست متطورة بدرجة كافية للتكيف مع ردود الفعل العصبية الكيميائية المرافقة للصددمات (فواز مومني، 2008: 25).

وفضلا عن ذلك هناك افتراض آخر مفاده أن هناك عوامل وراثية تؤدي إلى حدوث اضطراب كرب ما بعد الصدمة ومن أجل ذلك تم إجراء العديد من الدراسات على التوائم، حيث بينت هذه الدراسات أن نسبة إصابة التوائم المتطابقة بكرب ما بعد الصدمة أكبر منها لدى التوائم الأخوية (Danaa, 2010) (سعاد غازي حامد بدران، 2010: 10).

وفي دراسة قام بها بيرس وديبيليس Beers & Debellis 2002 لمعرفة تأثير كرب ما بعد الصدمة على الدماغ والانتباه، اشتملت الدراسة على مجموعة تجريبية من 14 طفل يعانون من كرب ما بعد الصدمة المتصل بتعرضهم للإساءة، أما المجموعة الضابطة فقد تكونت من 15 طفلا سويا، وكشفت الدراسة عن وجود عجز في وظيفة الفص الأمامي من الدماغ لدى أطفال المجموعة التجريبية مقارنة بأطفال المجموعة الضابطة، إذ أظهرت النتائج أن أداء الأطفال المساء إليهم كان ضعيفا على مقياس الانتباه، وأنهم عاجزون عن التركيز مقارنة بأداء أطفال المجموعة الضابطة.

كما كشفت الدراسات أن هناك اختلافات في بناء وظيفة الدماغ لدى المصابين بكرب ما بعد الصدمة أو بصددمات كبيرة إذ يورد تكرر وتروتمان Tucher, Trautman 2000 دراسة أجراها ستين وكوفيرولا، وهنا، وتورشيا وسك مكلاي Stein, Koverola, Hanna, Torchia, Wsc Mclarty تمت في مؤسسات مختلفة استخدموا فيها الرنين المغناطيسي، ووجدوا أن 21 امرأة ممن عانين من إساءة جنسية مبكرة من اللواتي تم دراستهن كان حجم الجهة اليسرى من قرن آمون أصغر بدرجة دالة مقارنة بـ 21 امرأة لم يعانين من إساءة، حيث كانت العوامل الديموغرافية والاجتماعية لدى المجموعتين متشابهة (فواز مومني، 2008: 25).

### ج/ نظرية معالجة المعلومات:

تعتبر نظرية معالجة المعلومات من النظريات التي قدمت وصفا دقيقا لكرب ما بعد الصدمة، وذلك لتركيزها على كل من النظريات الكلاسيكية والمعاصرة للصدمة، فضلا عن تركيزها على معالجة المعلومات والنظريات المعرفية للانفعالات.

فعندما يتعرض الفرد للصدمة تكون كمية المعلومات كبيرة مثل الصور، والأفكار، ... منها ما يتعامل معه الدماغ ويعالجه ومنه ما لا تتم معالجته بالطريقة الصحيحة، وذلك لنقص في المعلومات أو لتفوقها على الطاقة الاستيعابية للجهاز العصبي، وهذا يعني أن الخبرة الصدمية لا تتلاءم فيها المنبهات الخطيرة والفجائية مع خبرات الشخص ونماذجه لأنها تتخطى المدى الطبيعي للتجربة الإنسانية. وعليه فإن معالجة المعلومات ستكون مضطربة ومشوهة، وتبقى المعلومات أو المنبهات الصادمة ناشطة وتعمل

بشكل مستمر في ضغطها المؤلم على الشخص المصدوم الذي يحاول تكرار إخراجها من الوعي ليشعر بالأمن والراحة. ولهذا فإن الشخص المصدوم يلجأ ألياً لاستخدام وسائل الدفاع السلبية مثل النكران والتبند والتجنب، وجميعها تشكل أعراضاً بارزة لكرب ما بعد الصدمة ( فواز مومني، 2008: 13-14 ).

وبما أن المنبهات الصادمة تبقى في منطقة الوعي ناشطة من وقت لآخر فإنها تستحضر المشاعر المؤلمة والصور والأفكار المأساوية المرتبطة بالصدمة بشكل قهري ومتكرر، وتكون على شكل كوابيس، وأفكار، وصور دخيلة، ... وتبقى هذه المنبهات الصادمة تضغط على الشخص المصدوم حتى تتم معالجتها بشكل كامل.

ويعتقد هوروتز Horowitz 1986 أن الهدف الأهم في هذا السياق هو التركيز على اكتمال معالجة المعلومات بدلاً من التركيز على تفريغ الشحنات الانفعالية، وأن الأفكار والصور الدخيلة تساعدنا في تسهيل معالجة المعلومات، وكذلك فإن عمليات التبند والتجنب تساعدنا في التمثيل التدريجي للتجربة الصادمة. كما أن رقابته الصارمة تؤدي إلى ظهور انفعالات شديدة وخطيرة، في حين أن الرقابة المعقولة ستسمح له باستعادة المعلومات وقبولها ومعالجتها لتصبح لاحقاً جزءاً من حياة المصاب وخبراته ( فواز مومني، 2008: 14 ).

وتمر عملية معالجة المعلومات الصادمة في خمس مراحل متعددة كما يلي:

**المرحلة الأولى:** مرحلة الصرخة *Outery Phase*؛ الرفض والنقمة والذهول،

**المرحلة الثانية:** مرحلة الإنكار *Denial Phase*؛ التجنب والتبند،

**المرحلة الثالثة:** مرحلة الإقحام *Intrusion Phase*؛ التآرجح بين التجنب والنكران،

**المرحلة الرابعة:** مرحلة العمل على مواجهة الواقع *Working Through Phase*؛ مرحلة انتقالية،

**المرحلة الخامسة:** مرحلة الاكتمال *Completion Phase*؛ تداخل الانبئات الصادمة في كيان الشخص ( غسان يعقوب، 1999: 72 ).

#### د/ نظرية النموذج النفسي - الاجتماعي:

تنطلق هذه النظرية من كون مصير الصدمة يتوقف على حدتها وطبيعتها، وطول مدتها، وسرعة الإنذار ببداية وقوع الصدمة، فضلاً على شخصية المصدوم ودور البيئة الاجتماعية - الثقافية، فعندما تكون العوامل النفسية والبيئية مناسبة وداعمة يكون المصدوم أقدر على تخطي آثار الصدمة. وترتكز هذه النظرية على الخصائص الفردية كقوة الأنا، ومصادر المواجهة، والتاريخ السابق للاضطراب النفسي، والخبرات الصدمية و/ أو الضاغطة السابقة، والميول السلوكية، والمرحلة النفسية الاجتماعية الحالية للمصدوم، والعوامل الديموغرافية مثل السكن، المستوى الاجتماعي، الاقتصادي،



والتعليمي، ... بالإضافة إلى المتغيرات الموقفية ذات القيمة كالأماكن التي حدثت فيها الصدمة "البيت، المنتزه، المدرسة،...". كما ترى بلاسك عام 2007 *Plasc* أن هناك عدة عوامل سابقة للصدمة *Pre-Trauma* تُسهم في الإصابة بكرب ما بعد الصدمة مثل؛ الضغوط الحياتية المستمرة، والتاريخ النفسي، وجنس الفرد، والإساءة في فترة الطفولة، والطبقة الاقتصادية الدنيا، وتدني المستوى التعليمي، تدني الذكاء، وقصور الدعم الاجتماعي، والانتماء إلى أقليات عرقية وعنصرية، والأحداث الصادمة السابقة، والوراثة النفسية، وتاريخ مُدرك من أحداث الحياة المهددة، أما البيئة العلاجية أو الاستشفائية فقد لعبت دورا هاما في معالجة كرب ما بعد الصدمة، وهو المتغير الذي لا يلقى اهتماما في معظم النماذج النظرية المفسرة لكرب ما بعد الصدمة، وتتألف العوامل البيئية من أنظمة التكافل الاجتماعي، وعوامل الحماية التي توفرها الأسرة والأصدقاء واتجاهات المجتمع وفاعليته، والخصائص الثقافية ( فواز مومني، 2008: 17 ).

#### ه/ نظرية التعلم والإشرط ( التطويع ):

يعتقد كيان *Keane* عام 1985 بأن كل من الاشرط الكلاسيكي والإشرط الفاعل يفسران لنا كيف يتشكل كرب ما بعد الصدمة، بما في ذلك استجابة الإجمال وسلوك التجنب وتعميم المنبه المؤلم على منبهات أو أشياء أخرى غير مؤلمة في ذاتها، بمعنى أن المنبهات الحيادية تصبح فيما بعد مشروطة. إن الشخص المصدوم "حرب، تعذيب، اغتصاب، ... " يحاول أن يهرب من المنبهات التي تذكره بالصدمة "تجنب"، هذه المنبهات قد أصبحت مؤلمة للشخص لأنها اقترنت مثلا بعمليات التعذيب أو تزامنت معها. من هنا يبدو أن الماضي المؤلم "التجربة الصادمة" يستمر عبر الحاضر والمستقبل وكأن الصدمة تطغى على كل شيء بحيث لا يعود التفكير المنطقي يعمل بطريقة سليمة. فالنموذج السلوكي يساعد على فهم كرب ما بعد الصدمة من خلال التشريط، فالصددمات والنكبات والحروب وأعمال العنف، تعتبر بمثابة منبهات مطلقة غير مشروطة تؤدي إلى استجابات الخوف وردات فعل فسيولوجية مطلقة. ويجري التعميم في استجابة الخوف إزاء المواقف والمنبهات التي ترمز إلى الصدمة أو تتشابه مع أدواتها، ويشير بارلو *Barlow* عام 1988 عن الإنذار المكتسب، أي أن تعميم الخوف والخطر يمكن أن ينظر إليه على أنه استجابة قد تم اكتسابها عن طريق الاشرط ( غسان يعقوب، 1999: 74-75 ).

#### و/ النظرية المعرفية:

ترتكز النظرية المعرفية على الكيفية التي يدرك بها المصدوم الحدث الصدمي، وكيف تظهر لديه المعاناة، وتلعب القيم والمعتقدات دورا رئيسيا في تحديد الفروق الفردية بين شخص وآخر ( فواز مومني، 2008: 19 )، على غرار نموذج هوروتز عام 1976 *Horowitz* الذي حاول المزج بين نظرية معالجة المعلومات والدينامية النفسية فالتوافق النفسي مع الحادث الصادم يتطلب إما إدماجه في نسقه المعرفي أو

تطوير نسق جديد وذلك في إطار الذاكرة النشطة التي تبقى الصدمة، وتكون المعلومات المتعلقة بالحادث الصادم خارج الوعي الشعوري مستخدمة كل من ميكانيزم التجنب والخدر الانفعالي *Numbing* لحماية الفرد من الصدمة، بينما تفسر الأحداث المحفوظة في الذاكرة وميلها إلى التكرار كجزء من محاولة تكاملها وتنسيقها ( طبي سهام، 2005: 128 ).

فكثيرا ما تؤدي الصدمات النفسية إلى زعزعة الكثير من البيانات والأفكار، فضلا عن الإدراك الإيجابي أو السلبي لبعض القضايا، أو القيم؛ حيث تمثل الصدمة تحولا مفاجئا من المسار المؤلف أو المعنى المعتاد للحادث، ويبقى المصدوم في دائرة الحدث من خلال التخيل أو التذكر، فيعجز في كثير من الحالات عن استثارة وإدراك الأفكار وتشويهاها بإعادة البناء أو تعديل الصورة الذهنية لدى الفرد.

### ز/ نظرية التعلق: *Attachment Theory*:

في صميم نظرية التعلق والإصابة بالصدمة أو الإنصدام *Traumatization* نجد تركيز نظرية باولبي عام 1969، *Bowlby* على الارتباط العاطفي ذي المنشأ البيولوجي بين الوالدين وبين الطفل. وبحسب دراسته فإن الحاجة الإنسانية إلى ارتباط عاطفي عميق ينشأ من اجتماع عوامل متعددة، وتشمل هذه العوامل "التنشئة الاجتماعية والتركيب الوراثي *Genetics*" والمحتوى البيولوجي الذي يدفع الطفل إلى الارتباط العاطفي والالتصاق بمناحي الرعاية له (الوالدين)، وذلك من أجل حمايته ووقايته. إذ يمنح الوالدين إشارة السلامة والفرصة للطفل بأن يكتشف العالم المحيط به دون الإصابة بأي أذى أو خوف. وعند حدوث ذلك فإنها تتحدى إشارة السلامة هذه فينشأ صراع عاطفي يتطلب من الطفل أن يقوم بمناورات نفسية ليعيد تكوين إحساسه بالأمان والسلامة، وحين لا يتم ذلك بسهولة قد يتبع ذلك القلق والاكتئاب.

ويرتبط الارتباط الأقصى لهذا الصراع بصعوبة تكوين العلاقات الاجتماعية بمرحلة البلوغ، كما قد ينجم عن ذلك صعوبات أو خوف من الاختلاط، بالآخرين وإقامة علاقة صداقة معهم ( ناطق الكبيسي، 1999: 30-31 ).

### ح/ المناعة النفسية:

تعتقد إليزابيث موسون *E, Moussong* بأن سبب ظهور الاضطراب النفسي بعد الكارثة يعود إلى الجهاز المناعي للأفراد، إذ قامت اللجنة الطبية التابعة للإتحاد العالمي للمقاومين بتحليل الآثار الحيوية والنفسية والاجتماعية المعقدة للاعتقال بشكل منهجي، وكتبت موسون عام 1961 بصفتها عضوا في فريق هنغاري لدراسة آثار الاعتقال على أسرى الحرب العالمية الثانية تقريرا قدمته في بلجيكا، وتناول هذا

الأخير وصفا لبعض الشذوذ الذي لاحظته في التخطيط الدماغي لقسم من هؤلاء الأسرى، وكان هذا الشذوذ مصاحبا بمظاهر اختلال التوازن النفسي - المناعي واضطراب المزاج. كما عالجت الدراسة الأولى التي نشرها باتروب عام 1977 الاستجابة المناعية في حالات الإجهاد النفسي العصبي، فقد اختيرت 26 امرأة عينة لهذه الدراسة بعد 06 أسابيع من وفاة أزواجهن بمرض أو حادث، إذ أخذت عينة من دماهن بعد وفاة أزواجهن بأسبوعين وقورنت النتائج بنتائج فئة أخرى مؤلفة من نساء لم يعرفن الحداد في أسرهن في السنتين السابقتين، ودلت النتائج على أن عمل الخلايا قد تراجع بشكل قوي عند الأرملة بعد 06 أسابيع من بدء الحداد وبدون أن يحدث أي تغيير في عدد الخلايا ( ناطق الكبيسي، 1999: 32-33 ).

مما لا شك فيه أن الأحداث الضاغطة تكون غالبا منشأ العديد من الأعراض كالقرحة المعدية وارتفاع ضغط الدموي،... فضلا عن تأكيدات عديدة تجمع على كون الضغط يؤثر على قدرة الجسم أو الجهاز المناعي على مقاومة الالتهابات والأورام. كما أن هناك دراسات تدل على أن الأشخاص ضعيفي القدرة على مواجهة الشدة يظهرون استجابات مناعية ضعيفة، وانخفاضا في عدد الخلايا الدفاعية الطبيعية القاتلة للمكروبات وفي نشاطها، كما أن إنتاج الخلايا اللمفاوية *Lymphocytes* لمضادات الأجسام يكون أدنى لدى ضعيفي القدرة منه لدى الذين يملكون قدرة قوية على المواجهة، ومنذ أن أثبتت الدراسات التجريبية وجود تفاعلات مزدوجة بين الدماغ وبين الضوابط المناعية أصبح موضوع الضبط النفسي - العصبي الغددي المناعي محورا للأبحاث الدائرة حول الضغط وانعكاساته، وقد ثبت أن الأحداث الضاغطة تتسبب في إطلاق أفيونات المخ "الأندروفين" من مصادر مركزية على مستوى المخ وأخرى محورية خارجية مما يتسبب في قمع ردود الأفعال المناعية لدى ذوي القدرة المحدودة على المواجهة، فكلما انخفضت هذه القدرة ازداد إفراز الأندروفين، وفي المقابل يمكننا ملاحظة انخفاض إنتاج النورأدرينالين ( في الدماغ الأوسط للحيوانات) خلال مرحلة النشاط الأقصى لرد الفعل المناعي نتيجة للضغوط المناعية التي يطلقها جهاز المناعة ( ناطق الكبيسي، 1999: 33 ).

### ط/ النظرية التكاملية:

وشهدت السنوات الأخيرة ظهور التوجهات التكاملية في تقديم النماذج المتعلقة بتفسير كرب ما بعد الصدمة ويشير هذا النموذج إلى أنها قد تكون حادة ظاهرة أو مزمنة متكررة، وتنشأ تلك الاضطرابات كرد فعل للتعرض للحدث مباشرة، أو ملاحظته وهو يحدث بالنسبة للآخرين، أو خبرة متعلمة، والعامل الأكثر أهمية يكمن في الانتباه للعوامل الوسيطة المحددة لحجم الصدمة.

فالنموذج يشير إلى وجود عوامل نفسية واجتماعية وبيولوجية تقوم بدور الوسيط في تكوين رد الفعل التآزمي وظهوره، سمي بعوامل الخطر *Risk Factors* إذا أدت إلى ردود أفعال سلبية، أو عوامل المقاومة في حالة قدرة الفرد على التجاوب مع الحدث وعدم اعتباره مصدر تهديد لكيان الفرد الجسدي أو المعرفي أو الوجداني.

ويؤكد نموذج فوي " *Foy's Model* " على الاهتمام بدراسة تلك المتغيرات ( العوامل ) عند بناء برنامج وقائي أو علاجي لكرب ما بعد الصدمة ( أحمد عبد الخالق، 2000: 12-13 ).

فأهمية هذا النموذج تكمن في اعتماد مجمل الآليات النفسية والاجتماعية والبيولوجية مجتمعة فضلا عن دراسة المتغيرات الوسيطة الكامنة في الحدث ذاته من حيث طبيعته والعوامل المسببة له "كارثة طبيعية غير ذاتية القصد"، أو اعتداء إنساني مقصود أو غير مقصود "وكون حدوثه على الفرد" خاص ومباشر، أو "عام وغير مباشر" قبل الشروع في التعامل مع كرب ما بعد الصدمة.

#### 07- علاقة كرب ما بعد الصدمة ببعض متغيرات الصحة النفسية:

##### أ/ القلق:

ينتشر القلق بشكل واضح لدى الناجين من التعذيب والأسر، والحروب والكوارث الطبيعية، وبينت الدراسات أن أكثر من 75% من المحاربين القدامى في فنتام يعانون من القلق والخوف والتوتر العصبي والرجفة وخفقان القلب والتعرق الشديد، والهلع دون أسباب واضحة، ويقدر معدل انتشار أعراض القلق لدى حالات كرب ما بعد الصدمة بحوالي 75% من مجموع تلك الحالات ( فواز مومني، 2008: 23 ). وهو الأمر الذي جعل القلق يرتبط في كثير من الأحيان بكرب ما بعد الصدمة الذي يحمل الرقم ( F43 ) من اضطراب القلق في التصنيف الدولي العاشر للأمراض السلوكية والعقلية ( WHO, 1993 ) والرقم (08) من اضطرابات القلق في الدليل التشخيصي المعدل ( APA, 2000 ) ( سلطان العويضة، 2011: 17 ).

كما أجرى موريس وزملاؤه *Mouris et al* علم 1996 دراسة هدفت إلى اختبار صحة مقياس كرب ما بعد الصدمة للتمييز بينه وبين الاضطرابات المتعلقة بقلق الأطفال، حيث تكون مجتمع الدراسة من 996 طالب من مدارس كمبوديا وتتراوح أعمارهم بين سبعة وتسعة عشرة عاما، وقد خضعوا لاختبار قلق الأطفال، وبعد تحليل النتائج تم أخذ أعلى 43 طالب "المجموعة الأولى" وكانت درجاتهم على الاختبار عالية، وأخذ أيضا 43 طالب "المجموعة الثانية" وكانت درجاتهم على الاختبار منخفضة، وبعد ذلك خضع طلبة المجموعتين إلى اختبار لقياس كرب ما بعد الصدمة، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن طلبة

المجموعة الأولى كانت حياتهم أكثر تعرضاً للأحداث ذات خلفية صدمية، وأنهم عانوا من أحداث صدمية أكثر من المجموعة الثانية ( جمال حسن أبو نواس، 2005: 38 ).

### ب/ الاكتئاب:

أوضحت نتائج الدراسة التي قام بها ويستر ماير *Westermeyer et al* عام 1993 أن عددا كبيرا من الناجين من التعذيب يعانون من الاكتئاب، ويشير راندل *Randall* عام 1991 كذلك إلى أن معظم الناجين من الخبرات الصادمة يطورون أمراضا نفسية تتراوح من الذهان إلى الانتحار، ومعظمهم إن لم يكن جميعهم يعانون من كرب ما بعد الصدمة، كما يعد اضطراب الاكتئاب من الأمراض الشائعة لدى هذه الفئة من الأفراد، بالإضافة إلى أن العديد منهم يفشلون في التوافق مع المجتمع الذي يعيشون فيه مما يجعلهم يلجئون إلى تعاطي المخدرات والكحول ( عبد العزيز موسى ثابت، 2007: 12 ).

يعتبر كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب من أكثر الاضطرابات انتشارا وارتباطا في زمن الحروب والأزمات ويؤدي هذا الترافق إلى التعقيد في الصورة الإكلينيكية وبخاصة في كل من مرحلة التشخيص والعلاج.

وتؤكد دراسة سيلفر *Silvir* عام 1986 ذلك الترافق في دراسة تحليلية لأعراض كرب ما بعد الصدمة لمحاربي فيتنام، وتبين أن الاكتئاب هو الجزء الأساسي من معانات هؤلاء الأشخاص، كما أكدت الدراسة أيضا أن 75% منهم يعانون بالإضافة للاكتئاب، فقدان الطاقة، سرعة البكاء، الحزن، فقدان الشعور بقيمة الأشياء، والإحساس باليأس. وأن 50% من العينة يعانون من هذه الأعراض، بالإضافة إلى العجز في القدرات الجنسية، فضلا عن التعب والإعياء ( عبد العزيز موسى ثابت، 2007: 12 ).

لقد تماثلت تقريبا النتائج التي توصلت لها الدراسات السابقة، فالترافق المرضي بين كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب تراوحت نسبته بين 95% من حالات الكرب الدائمة و 50% من الحالات الآنية لديهم ترافق مرضي مع الاكتئاب، كما في دراسة *Bleich et al* عام 1997 على عينة من المرضى النفسيين من المجندين في الجيش الإسرائيلي، ودراسة ميركار *Maercker et al* عام 2004 بينت أن 29% من المصابين بكرب ما بعد الصدمة لديهم ترافق مرضي مع الاكتئاب العام لدى عينة من النساء الشابات ( عبد العزيز موسى ثابت، 2007: 13 ).

### ج/ استراتيجيات التكيف و/ أو التوافق النفسي:

تعد آليات التوافق النفسي من الطرق والاستراتيجيات التي يعتمد إليها الجهاز النفسي قصد الحفاظ على العضوية واستقرار النفس البشرية وقد عرّف مصطفى فهمي التوافق النفسي بأنه: تلك العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الفرد إلى أن يغير من سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين

نفسه من جهة وبينه وبين البيئة من جهة أخرى، والبيئة هنا تشمل كل المؤثرات والإمكانات للحصول على الاستقرار النفسي والبدني في معيشته. ولهذه البيئة ثلاثة جوانب: البيئة الطبيعية المادية، والبيئة الاجتماعية، ثم الفرد ومكوناته واستعداده وميوله وفكرته عن نفسه (مصطفى فهمي، 1979: 11). ومن خلال دور وأهمية هذا المتغير "التوافق النفسي" أجرت ميركلي عام 2001 *Morkely* دراسة هدفت إلى التعرف على أثر استراتيجيات التكيف مع ذكريات الحوادث الصادمة وارتباطها بالتكيف النفسي لدى المقاتلين الذين تعرضوا لكرب ما بعد الصدمة، وأجريت الدراسة على 81 محاربا من المحاربين القدامى في فيتنام، كما استخدمت في الدراسة مجموعة من المقاييس؛ كاستبانة أساليب التكيف *Ways Of Coping Questionnaire (WCQ)* وقائمة الأعراض *(SCL- 90 R)* *Chechlist 90- R* ومقياس مسيسيبي لكرب ما بعد الصدمة *Mississippi Scale* ومن أجل تحقيق هدف الدراسة تم استخدام ثمانية استراتيجيات للتكيف وهي: أساليب المواجهة *Confrontive Coping*، الضبط الداخلي *Self Controlling*، وطلب الدعم الاجتماعي *Seeking Social Support*، وتقبل المسؤولية *Accepting responsibility*، والهروب والتجنب *Escape- avoidance*، حل المشكلات *Problem Solving*، إعادة التقييم الإيجابي *Positive Reappraisal*، ووضع المسافة *Distancing*، وأظهرت الدراسة أن أساليب التكيف ساهمت إلى حد كبير في خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة بشكل محدد والأعراض النفسية بشكل عام للأفراد المعرضين لخبرات قتالية، وأشارت إلى أن بعض الاستراتيجيات أكثر فاعلية من غيرها في إدارة الضغط النفسي، ومن أكثرها فاعلية هي إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي، وإستراتيجية الهروب والتجنب، حيث أظهرت تأثيرها الإيجابي في التحكم في الذكريات المرتبطة بالحدث الصادم، كما توصلت الدراسة إلى أن استراتيجيات التكيف لا تؤثر تأثيرا كبيرا في أعراض كرب ما بعد الصدمة ولكن لم تظهر فرقا كبيرا في مستوى المعاناة النفسية (أسماء محمد، 2010: 74).

## 08- علاقة كرب ما بعد الصدمة بمتغيرات الشخصية:

### أ/ الجنس:

تدلنا نتائج الدراسات التي تناولت معدلات الانتشار والفروق الفردية بين الذكور والإناث أن النساء المتعرضات للصدمة النفسية العنيفة و/ أو التي سبق الإشارة إليها كمسببات لكرب ما بعد الصدمة أنهن أكثر تأثرا بالكوارث من الرجال، فقد أظهرت الضحايا الإناث إحساسا أكبر بالخوف وحاجة أكثر للدعم من الذكور عقب فيضان اجتاح جنوب إفريقيا في دراسة ستريمبفر *Strumpfer* عام 1970، كما وجد الباحثون أن النساء اللواتي نجون من إعصار أركانسو كن أكثر إحساسا بالاضطراب الانفعالي من الرجال، كما بدا في استجابتهن في تقرير ذاتي وتقرير يشير إلى أحاسيس الجنس الآخر فريتز وماركس عام 1954 *Fritz & Marks*، وعند دراسة آثار إعصار سيرلانكا فإنه رغم تشابه الأثر لدى الذكور

والإناث في البداية إلا أن عددا أكبر من الإناث أظهرن احتفاظا بالأثر على المدى البعيد ( أحمد عبد الخالق، 2000: 22 ).

وهو الأمر كذلك بالنسبة للدراسة التي أوردها يول وكانتريري 1994 *Yule & Canterbury* قام بها بورك وموكيا وبوراس وبورنز *Burk, Moccia, Borus & Burns* حيث تفحصوا قصصا قام بكتابتها أطفال في الصف الخامس تعرضوا لحوادث فيضانات وقد كتبت هذه القصص بعد مرور عشرة أشهر من الحدث، أوضحت نتائجها بأن المواد المكتوبة لدى الإناث كانت مرتبطة بالكارثة، وقد أبدین ضيقا وتوترا أكثر من الذكور ( فواز مومني، 2008: 16 ).

ففي دراسة قام بها *Kessler, Sonnega & Bromet* عام 2001 أظهرت نتائج هذه الدراسة أن معدل انتشار كرب ما بعد الصدمة في الولايات المتحدة الأمريكية بلغ 7.8% في مختلف الأعمار، وأنه يؤثر في حوالي 0,5% من الذكور وحوالي 10% من الإناث في مختلف مراحل حياتهم، أي أن انتشاره لدى الإناث ضعف انتشاره لدى الذكور وأن حوالي 25% من الناس الذين تعرضوا لصدمة واحدة أو أكثر يتطور لديهم كرب ما بعد الصدمة ( إيمان أحمد السنباني، 2005: 11 ).

فكلما اتسعت دائرة المتغيرات المتعلقة بكرب ما بعد الصدمة وتعددت المقاييس المستخدمة في قياس تلك الآثار ظهرت التناقضات في النتائج، وتبادل الجنسان المراكز في الإحساس بالاضطراب بنسبة كبيرة، وتعكس هذه النتائج احتمالات التباين في الدرجة والأسلوب بين الذكور والإناث فيما يخص ردود الأفعال تجاه الصدمة سواء على المستوى السلوكي أو المستوى الانفعالي، وربما يرجع هذا التباين إلى شكل الدعم الاجتماعي المتاح لكل منهما والمختلف من بيئة لأخرى، فقد أشارت دراسة كروز عام 1987 *Krause* إلى أن الكهول من النساء كانوا أسرع من الرجال الكهول في الشفاء من كرب ما بعد الصدمة لكارثة الإعصار، وأرجعت نتائج الدراسة هذا التباين إلى أن النظام الاجتماعي السائد في البلاد الذي يعطي ميزة للنساء على الرجال في الحصول على الدعم الاجتماعي الأوفر، ويتيح لهن تخطي الأزمة في أسرع وقت ممكن نتيجة لاتساع شبكة العلاقات الاجتماعية ( أحمد عبد الخالق، 2000: 23 ).

وعلى مستوى العمر الزمني الأصغر فإنه من الممكن أن توجد فروق بين الجنسين في رد الفعل تجاه الصدمة، وتقتصر مارجريت جيبز ( *Gibbs, 1989* ) أن آثار الأزمة تأخذ أشكالا ذاتية داخلية لدى البنات، على حين تكون مظاهرها خارجية لدى الأولاد. وقد أشارت نتائج دراسة عن آثار حرب أكتوبر على الفتيان والفتيات في إسرائيل إلى ارتفاع مستوى القلق لدى الأولاد على ما لدى البنات بالنسبة لما قبل الحرب. وهو ما لم تأيده دراسة أخرى قام بها بواك عام ( *Buake, et al 1986* ) والتي تناولت التغيرات في سلوك الأطفال عقب كارثة طبيعية تمثلت في فيضانات عارمة حيث قام الباحثون بدراسة تتبعية

أظهرت نتائج متناقضة، والتي مفادها أن الفتيات أكثر تعرضاً للإيمان مع التقدم في العمر (أحمد عبد الخالق، 2000: 25).

ويرى روبرت باينوس وكاثيري نادر (Pynoos & Nader, 1993) أن الفروق بين الجنسين تؤثر في أنماط تقويم المواقف الصادمة، وأن الفتيان المراهقين قد يشعرون بأن الحدث الصادم قد أوهن من ذكورتهم ويندمجون في غضب نرجسي لتقوية موقفهم وتعظيم قدرتهم وتمثل الانتقام والتخطيط له، في حين تتتاب الفتيات المراهقات أحاسيس العجز الجسدي بل والخجل من رد العدوان، وتسيطر عليهن مشاعر الرفض تجاه هاجس الانتقام (أحمد عبد الخالق، 2000: 25).

### ب/ السن:

في دراسة قام بها إدوارد وآخرون عام 2004 *Edward et al* على فئة الطلبة بعنوان "الصدمة البديلة لطلبة الكليات بعد أحداث 11 سبتمبر، وتأثيرات القرب، التعرض، الارتباط"، وأظهرت النتائج أن مستوى اضطراب التوتر الحاد وأعراضه، وكرب ما بعد الصدمة وأعراضه أعلى كمتغير ديموغرافي قريب من مدينة نيويورك، أما بالنسبة للتعرض أشارت النتائج أن مشاهدة التلفاز تستخدم كمؤشر لبعض الحالات في الارتباط بالأحداث، أما بالنسبة لاضطراب التوتر الحاد كان المؤشر الأقوى لأعراض كرب ما بعد الصدمة (رياض صيدم، عبد العزيز ثابت، 2007: 06).

وقد بينت دراسة مغير *Moghir* عام 1995 التي أجريت على المراهقين الأفغان المهجرين في الولايات المتحدة الأمريكية أن هناك ترابط بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة بنسبة 34% مع وجود علاقة بين كبيرة جدا بين الأمراض النفسية عامة والخبرات الصادمة للآباء (عبد العزيز موسى ثابت، 2007: 12).

ومن بين النتائج الهامة لدراسة جرين وكورول *Green & Korol* والتي أوردها الخليفي عام 2000 أن أعراض كرب ما بعد الصدمة ترتفع بين الأطفال الأكبر سناً أثناء مقارنتهم مع الأطفال الأصغر سناً، وكذلك أظهرت نتائج دراسة أحمد وزملاؤه عام 2000 والتي أجريت بعد خمس سنوات من عملية الإبادة التي تعرضت لها منطقة أنفال في كردستان العراق، أن هناك اختلافات ذات دلالة إحصائية باختلاف الأعمار فيما يتعلق بكرب ما بعد الصدمة في مرحلة الطفولة، حيث كانت الأعمار الأكبر تطويراً لكرب ما بعد الصدمة مقارنة بالأعمار الأصغر (فواز مومني، 2008: 16-17).

ويمكن تفسير ذلك من خلال ملاحظة كل من كيبل - بنسون وأولنديك *Keppel- Benson & Ollendick* عام 1994 بأن النمو المعرفي لدى الأطفال يؤثر على تفسيرهم ووصفهم للأعراض الناتجة



عن الصدمة، وهكذا فإن الأطفال الصغار جدا ربما لا يكونون على مستوى من الوعي بالتهديد الفعلي لحياتهم، وهذا قد يحميهم من ردود الفعل الانفعالية الشديدة ( فواز مومني، 2008: 17 ).

### 09- مصير كرب ما بعد الصدمة:

يرى مجموعة من الباحثين أن أحد العوامل التي تساعد في تحديد ما إذا كان فرد ما تعرض إلى حادث صدمي سيتطور لديه كرب ما بعد الصدمة هو مستوى حصول هذا الفرد على إسناد اجتماعي، كما توصل سولومون وزملاؤه *Solomon et al* عام 1988 من خلال دراستهم التي أجروها على الجنود الإسرائيليين الذين شاركوا في الحرب اللبنانية، أن الأفراد الذين حصلوا على مستويات عالية من الإسناد الاجتماعي كانت لديهم أعراض قليلة من كرب ما بعد الصدمة، وأن الجنود الذين أظهروا انخفاضا كبيرا في أعراض هذا الاضطراب كانوا قد حصلوا خلال ثلاث سنوات على أفضل إسناد اجتماعي، كما يشير أيزنك عام 2000، *Eysenck, 2000* إلى أن هناك دراسات أخرى توصلت إلى نفس النتائج ( أحمد الحواجري، 2003: 30-31 ).

يتخذ كرب ما بعد الصدمة في نهايته مآزيم نفسية وأسرية واجتماعية خطيرة تؤثر على مسار حياة الأفراد، وتكون في كثير من الأحيان بداية للدخول في دوامة من الاضطرابات والأمراض النفسية والنفسية - الجسدية، فضلا عن أشكال الانتحار، ... إذا لم يتم التدخل النفسي الصحيح والسليم ومن بين أشكال هذا التدخل العلاجي للحد من نتائج كرب ما بعد الصدمة نجد أنه ظهرت أساليب علاجية عديدة ومتنوعة لعلاج المصابين به بهدف رفع المعاناة عنهم، إذ يقوم علاج كرب ما بعد الصدمة على ثلاثة دعائم تتمثل في المستوى التعليمي والثقافي للمضطرب، والمزاوجة بين العلاج الدوائي والنفسية، باعتباره أفضل الأساليب العلاجية، وذلك لوجود مكون بيولوجي فيه، ولذلك نجد العديد من أشكال التدخل العلاجي النفسي كالعلاج السلوكي والسلوكي المعرفي والمعرفي والتحليلي، والعلاج الاجتماعي الأسري، ... (سلطان العويضة، 2011: 24).

ومن أنواع هذه العلاجات النفسية نجد الدراسة التي قام بها هال وهندرسون عام 1996 *Hall & Handerson* طبق فيها التعرض وإعادة البناء على فتاة مصابة باضطراب ما بعد الصدمة؛ تعرضت في طفولتها للإساءة الجسدية واللفظية من قبل والديها، وكذلك الإساءة الجنسية من قبل والدها أكثر من مرة، وقد استمرت فترة الإرشاد 17 أسبوعا، ودلت النتائج إلى أن الإرشاد المعرفي كان فعالا في خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة، حيث كان هناك فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في شدة هذه الأعراض ( محمد شاهين، 2007: 67 ).

ودراسة بني يونس عام 2005 التي هدفت إلى معرفة مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء في خفض مستوى كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من طلبة الجامعة الأردنية، حيث بلغت العينة 17 طالبا وطالبة، وأظهرت النتائج وجود أثر لأسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض كرب ما بعد الصدمة ( سعاد بدران، 2010: 33 ).

كما أجرى أرينز *Ahrens* عام 1997 دراسة هدفت إلى علاج كرب ما بعد الصدمة على مجموعة من المراهقين، حيث تكونت عينة الدراسة من 57 مراهقا ومراهقة، ممن انطبعت عليهم معايير كرب ما بعد الصدمة، وقد وزع الأفراد على ثلاث مجموعات علاجية، تلقت الأولى علاجا بالتدعيم، أما الثانية فتلقت علاجا معرفيا، فيما تركت المجموعة الثالثة كمجموعة ضابطة، وطبق كل من مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس التوتر، ومقياس الأرق قريبا وبعديا، وأظهرت النتائج أن الاكتئاب وأعراض الضغط قد انخفض لدى المجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة ( محمد شاهين، 2007: 67 ).

واستخدم كولوسيتي وتأثير عام *Colossetl & Thyer*, 2000 أسلوب تقليل أو إزالة الحساسية عن طريق حركة العين (EMDR) *Eye Movement Desensitization an Reprossing* واشتملت عينة الدراسة على 05 نساء تعانين من كرب ما بعد الصدمة نتيجة تعرضهن للإساءة الجسدية واللفظية، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن امرأة واحدة فقط من الخمس نساء حققت نتائج جيدة عندما استعمل معها أسلوب تقليل الحساسية عن طريق حركة العين، استمر التحسن بعد شهر من المتابعة ( سعاد بدران، 2010: 35-36 ).

وفي دراسة مارش عام *March* 1998 التي استخدم فيها الإرشاد المعرفي في مساعدة خمسة عشرة طفلا من الإناث والذكور تتراوح أعمارهم بين عشرة أعوام إلى 15 عاما، ممن تعرضوا إلى حدث صادم أدى إلى ظهور أعراض كرب ما بعد الصدمة لديهم؛ التعرض لحادث سيارة، أو مرض خطير، أو حريق، ومن الفنيات التي استخدمت في هذه الدراسة التدريب على أسلوب حل المشكلات للتحكم بالغضب، ومساعدة الطفل على تنمية الحديث الإيجابي مع الذات، ومواجهة الأفكار اللاعقلانية، والواجبات المنزلية. وأثبتت النتائج فعالية الإرشاد المعرفي في علاج أعراض كرب ما بعد الصدمة في فترة البرنامج التي استمرت 18 أسبوعا بواقع جلسة واحدة أسبوعيا، وقد استمر التحسن في فترة المتابعة التي استمرت ستة أشهر ( محمد شاهين، 2007: 68 ).

كما نجد في دراسة جليوفيلو وبرافو *Jelilovic & Bravo*, 1999 التي عملت على كشف مدى فاعلية العلاج النفسي - الإسلامي في خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء البوسنيات اللواتي تعرضن للصددمات في الحروب، حيث أشارت النتائج إلى فاعلية هذا الأسلوب في خفض أعراض هذا الاضطراب لديهن، هذا من جهة ومن جهة أخرى قام العبيدي عام 2003 بدراسة

هدفت إلى الكشف عن أثر العلاج النفسي - الإسلامي في خفض مستوى أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى عينة قسدية من الأسرى العراقيين العائدين من إيران والمراجعين للعيادات النفسية في بغداد، حيث بلغت 34 أسيرا، وبينت النتائج وجود أثر فاعل للمزوجة بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي - الإسلامي في خفض معدلات أعراض كرب ما بعد الصدمة للأسرى، واستمرار تحسنهم أكثر من مفعول العلاج الدوائي وحده (سلطان العويضة، 2011: 27).

وقام كينج عام 2000 *King* بدراسة هدفت إلى تقويم فعالية الإرشاد السلوكي المعرفي على عينة من الأطفال المساء إليهم جنسيا، الذين يعانون من كرب ما بعد الصدمة. حيث تكونت عينة الدراسة من 36 طفلا تتراوح أعمارهم بين 15 إلى 17 عاما، وزعوا عشوائيا على ثلاث مجموعات، هي المجموعة الضابطة، ومجموعتان تجريبيتان، تلقت الأولى إرشادا معرفيا للأطفال المشاركين أنفسهم، أما الثانية فكانت الإرشاد للأسرة ككل، وتضمن البرنامج الإرشادي 20 جلسة تم فيها الاسترخاء، والتدريب على أسلوب توكيد الذات، ومناقشة العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، ولعب الدور، والتدريب على أسلوب توكيد الذات، أظهرت النتائج أن أفراد المجموعتين التجريبيتين أبدوا تحسنا ذوا دلالة لأعراض كرب ما بعد الصدمة وقد كان الاحتفاظ بالتحسن واضحا عند تقويم المتابعة بعد 12 أسبوعا (محمد شاهين، 2007: 68).

كما أجرى ديهكمان *Dechen* عام 2010 دراسة هدفت إلى الكشف عن أثر الدعم الاجتماعي والديني في التكيف النفسي لدى اللاجئين "التبت- الصين" الناجين من صدمة التعذيب، أجريت الدراسة على عينة من 88 ناجيا كان منهم 55 ناجيا من الذكور و 33 ناجية من الإناث وكانوا من المصابين بكرب ما بعد الصدمة، حيث أدخل هؤلاء المصابين في برنامج بيلوفو *Bellevue* في جامعة نيويورك واستخدمت الدراسة استبيان هارفرد للصدمة النفسية (أسماء محمد، 2010: 74).

**خلاصة:**

لقد أصبح معروفا لدى الأطباء وعلماء النفس والأطباء النفسيين، مدى كون كرب ما بعد الصدمة مرضا خبيثا وغادرا، لكونه يؤدي إلى عجز تمتد آثاره عمقا واتساعا في كيان الشخص، حيث تبدأ زملة هذه الأعراض عندما يصادف الفرد تهديدا يظالمه، كالموت أمرا واقعا أو بتدمير أي من أعضائه أو استغلال أو احتقار أو إذلال يؤدي إلى فقدان كيانه، أو صديقا أو قريبا، أو فكرة أو منهجا أو تهديدا لوجودنا أو للقيم التي جعلناها مساوية لوجودنا، وهذه الأعراض قد تدوم لدقائق كما قد تستمر لسنوات يعجز هذا الفرد عن تفسيرها في أغلب الأحيان.



الفصل الثالث:  
الوحدة النفسية.

## الفصل الثالث: الوحدة النفسية.

تمهيد:

- 01 -تعريف الوحدة النفسية.
- 02 -أسباب الوحدة النفسية.
- 03 -أبعاد الوحدة النفسية.
- 04 -أنواع الوحدة النفسية.
- 05 -مظاهر الوحدة النفسية.
- 06 -النظريات المفسرة للوحدة النفسية.
- 07 -علاقة الوحدة النفسية ببعض متغيرات الشخصية.
- 08 -علاقة الوحدة النفسية ببعض متغيرات الصحة النفسية.
- 09 -طرق الحد من الشعور بالوحدة النفسية.

خلاصة.

تمهيد:

تشهد العشرية المعاصرة تغيرات نفسية عميقة نتيجة للتبدلات التي طرأت على المفاهيم والقيم الإنسانية "الثقافية والاقتصادية والاجتماعية، والتكنولوجية" والتي تتسم بالتسارع وإرغام الأفراد على الانخراط

فيها، أدت وتؤدي إلى العديد من الصراعات والضغوط والآلام والمتاعب النفسية وهذا ما يؤدي غالبا بالأفراد أن يجدوا أنفسهم وحيدين أمام مشكلاتهم.

وبالرغم من أن الوحدة النفسية *Loneliness* ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية التي يخبرها الإنسان في فترة ما من فترات حياته، فإنها لم تعنى بالاهتمام الكافي على المستوى البحثي والعلاجي إلا في الثمانينات من القرن العشرين، لاسيما بعد نتائج الدراسات التي أكدت أن مفهوم الوحدة النفسية مستقل عن العديد من المفاهيم القريبة منها كالاكتئاب، والقلق، ...

#### 01- تعريف الوحدة النفسية *Loneliness*:



هي مفهوم ينطلق من الحالة النفسية الناشئة من إحساس الفرد بأنه ليس على قرب نفسي من الآخرين، وهذه الوحدة ناتجة عن افتقار الفرد لأن يكون طرفا في علاقة محددة أو مجموعة من العلاقات، ويترتب عليها عديدا من صنوف الضيق والضرر.

ويعرفها نيلسون وزملاؤه *Nilsson et al* أنها تلك الحالة التي يشعر فيها الفرد بالعزلة عن الآخرين، وبصاحبها معاناة الفرد لكثير من ضروب الوحشة والاعتراب، والاعتماد، والافتقار من جراء الإحساس بكونه وحيدا ( خالد محمد الغني، لطيفة ماجد النعيمي، 2008: 137 ).

يتبين من خلال هذا التعريف أن الشعور بالوحدة النفسية هي حالة يخبرها الفرد تتزامن مع العزلة الاجتماعية والشعور بالافتقار، والغم، والهم والبعد عن الأقران.

**وتعرفها أمال جودة** بأنها خبرة شخصية مؤلمة يعيشها الفرد نتيجة شعوره بالافتقار والتقبل والحب والاهتمام من جانب الآخرين، بحيث يترتب على ذلك العجز عن إقامة علاقات اجتماعية مشبعة بالألفة والمودة والصداقة الحميمية، وبالتالي يشعر الفرد بأنه وحيد رغم أنه محاط بالآخرين ( أمال جودة، 2010، 03 )\*.

يتبين من خلال هذا التعريف أن الشعور بالوحدة النفسية هي وضعية آل إليها الفرد جراء افتقاده للاهتمام من قبل محيطه، وهذا ما ينجر عنه إعاقة اجتماعية تمتد إلى عدم القدرة على حب الآخرين والافتقار إلى الود والصداقة مع المحيطين به.

ويؤكد **الدسوقي** عام 1998 كإضافة لذلك بأن الوحدة النفسية هي نتيجة حدوث خلل في شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد سواء كان ذلك في صورة كمية "لا يوجد عدد كاف من الأصدقاء" أو في صورة كيفية "افتقار المحبة والألفة والتواد بين الآخرين" ( حنان خوج، 2002: 09 ).

يرى كل من **سيرمات Sermat** و**بيرلمان وبيبلوي Perlman And Peplau** و**موستكاز Moustakas** و**جوردن Jordon** بأن الوحدة النفسية هي الشعور بالحرمان ينشأ عندما يحدث خلل في شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد التي كانت لديه في وقت ما أو التي يود أن تكون لديه ويؤدي هذا الخلل إلى الشعور بالفراغ العاطفي ( الجوهرة شيببي، 1426: 14 ).

وترى **زينب شقير** الوحدة النفسية بأنها الرغبة في الابتعاد عن الآخرين والاستمتاع بالجلوس منعزلا عنهم مع صعوبة القدرة على التودد إليهم، وصعوبة التمسك بهم بجانب الشعور بالنقص وعدم الثقة في النفس، وأنه غير محبوب وعاجز عن الدخول في علاقات اجتماعية قوية مع الآخرين ولا يتفاعل معهم بشكل إيجابي ومقبول وهو شخص لا يثق بنفسه وغالبا ما يشعر بالوحدة حتى في وجود الآخرين ( الجوهرة شيببي، 1426: 14 ).

أما **لانديفيلد** Landefeld, 1977 فيعرف الوحدة النفسية بأنها خبرة تختلف عما يعرف عادة بعملية الأسى أو الحزن، حيث أن الإحساس بالوحدة يكون عادة غير مرتبط مباشرة بقضية أو موضوع معين على غرار الحزن والأسى، ومن خلال ذلك استطاع لانديفيلد أن يحدد أربعة أطوار يمر بها الفرد في مسعاها لمواجهة إحساسه بالوحدة النفسية والتعامل معه وتتضمن هذه الأطوار في البداية إنكار إحساسه بالوحدة والتسليم الواعي من جانبه أنه وحيد، ووضع خطة يمكن من خلالها خبرة الإحساس بالوحدة النفسية ثم المضي في تنفيذ الخطة الموضوعية إلى أن يتم تبديد أو تصريف الإحساس بالوحدة النفسية أو التخلص منها نهائياً (مها البربري، د س ط: 13).

كما يعرفها **الحفني** عام 1978 بأنها إحساس الفرد بفقد الاهتمام بأي شيء، وعدم الرضا الناتج عن إحباط حاجاته الطبيعية، نتيجة لفقدان التواصل بالآخرين أو نبذه من قبل المجتمع، مما يجعله يائساً، وكثيراً ما يحاول الانتحار أو الانتحار نفسه من مختلف الأعمار ناتج عن الشعور بالوحدة، أو استجابة لفقدان الحب، أو الشعور بأنه غير مرغوب فيه، أو أنه لا فائدة منه (فهد الدليم، جمال عامر، 2004: 05).

ويعرف **قشقوش** عام 1988 الشعور بالوحدة النفسية بأنه إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين أشخاص وموضوعات مجاله النفسي إلى درجة يشعر معها بافتقاد التقبل والتواد والحب من جانب الآخرين، بحيث يترتب على ذلك حرمان الفرد من أهلية الانخراط في علاقات مثمرة ومشبعة مع أي من أشخاص وموضوعات الوسط الذي يعيش فيه، ويمارس دوره من خلاله (فهد الربيعة، 1997: 31). كما ربط **جونز** وزملاؤه تعريفهم (Jones et al, 1982) للشعور بالوحدة النفسية بأنها خبرة غير سارة لدرجة كبيرة ومرتبطة بالحاجة إلى الألفة الإنسانية المتبادلة، وهي أيضا خبرة تشمل مشاعر حادة كونها الفرد من خلال الوعي الذاتي المفقود لتحطيم العلاقة بين الواقع وعالم الذات (مها البربري، د س ط: 12).

أما **نيوكمب وبنتلر** (Newcomb & Bentler, 1986: 521) فيعرفان الشعور بالوحدة النفسية، بأنه عجز في المهارات الاجتماعية وفي علاقات الفرد الاجتماعية، مما يدفع به إلى بعض الاضطرابات النفسية كالقلق أو الاكتئاب أو التفكير في الانتحار، وكذلك معاناة الفرد من الأعراض النفس - جسمية، كالصداع وضعف الشهية والتعب والإجهاد، وأيضاً العدوانية والمشكلات الدراسية والهروب من المنزل، مما له في نهاية الأمر من آثار حادة على الأداء السيكولوجي والتوافق النفسي (نشوى إبراهيم، 2002: 15).

## 02- أسباب الوحدة النفسية:

أكد كل من روبنشتين وشافير *Rubenstein & Shaver, 1982* على أن الوحدة النفسية التي يتعرض لها المراهقين وحتى الراشدين تعود جذورها إلي مرحلة الطفولة، أي أن تعرض الفرد في سنوات عمره الأولى للخبرات المؤلمة كخبرة الانفصال عن الوالدين أو فقدان الوالدين أو أحدهما، أو حالات الترك والإهمال، فضلا عن أشكال سوء المعاملة الوالدية، تعد من العوامل المسؤولة عن مشاعر الوحدة. فالإنسان بطبيعته يبحث عن الاجتماعية والقرب من الآخرين، ومما لاشك فيه أن تعرض الطفل في سنوات عمره الأولى إلى خبرة الوحدة النفسية يعد في حد ذاته مؤشر غير مطمئن وخطير في الوقت نفسه لما سيؤول إليه في السنوات اللاحقة، وقد تظهر هذه المؤشرات بجلاء كما سبق الإشارة كانفصال الطفل عن والديه وبخاصة الأم، فإذا كان الطفل على ثقة ويقين بأن نموذج المودة والارتباط سوف يكون متاحا له في أي وقت يحتاجه تنمو لديه أنماط وميكانيزمات يقاوم من خلالها أشكال القلق كقلق الانفصال، وتتزايد مشاعر الثقة لدى هؤلاء الأفراد عبر مراحل حياتهم المتباينة (صالح شواقفة، 2000: 04).

كما قد تعود أسباب معاناة المراهقين من الشعور بالوحدة النفسية إلى الفترات السابقة على مرحلة المراهقة، من حيث وجود خلل وظيفي في التفاعل الأسري ومع الأقران، مما يجعل المراهقون عاجزون عن إقامة أي علاقات ناجحة أو حميمة مع الآخرين بصفة عامة (Hansson & Jone, 1981) (Carr & Schellenbach, 1993); (Large, 1989);

ويرجع سبب شعور الأبناء بالوحدة النفسية في كثير من الأحيان، إلى وجود مثل هذا الشعور لدى أمهات هؤلاء الأبناء، مما يدل على أن هناك ارتباطاً قوياً بين شعور الأمهات بالوحدة النفسية وبين معاناة أبنائهن من الشعور نفسه (Henwood & Solano, 1994). أما ميرفي (Murphy, 1991) فيؤكد أن من أهم أسباب شعور المراهقين بالوحدة النفسية، هو تعرض هؤلاء المراهقين لخبرة انفصال أو طلاق الوالدين في مرحلة الطفولة.

أما كل من وايزمان ومايسلس وشرياني *Wiseman, Maysless and Sharabany, 2006* فهدفت دراستهم إلى التحقق من العلاقة بين نوعية الرابطة الوالدية المبكرة المدركة والشعور بالوحدة النفسية وبين أنماط التعلق والميول الشخصية الأولية، حيث تألفت عينة الدراسة من 146 فردا من طلبة السنة الأولى جامعي، وقد تم تطبيق كل من مقياس الرابطة الوالدية، واستبانة التعلق، واستبانة الخبرات الاكتئابية، ومقياس الشعور بالوحدة النفسية، وذلك في منتصف الموسم الجامعي، وأشارت النتائج إلى أن الرعاية الوالدية والتعلق الآمن قد ارتبطا سلبيا بشكل دال بالشعور بالوحدة النفسية، بينما ارتبط كل من التعلق المتناقض والتعلق التجنبي والنقد الذاتي إيجابيا بالشعور بالوحدة النفسية (معاوية أبو غزال وعبد الكريم جرادات، 2009: 49).

بينما يؤكد كل من هوجات ( *Hojat, 1982* ) وآشر وآخرين ( *Asher et al, 1984* ) وماركويين وبروماجن ( *Marcoen & Brumagn, 1985* ) إلى أن أهم أسباب شعور الأطفال بالوحدة النفسية يعود إلى افتقارهم لوجود أصدقاء، وعجزهم عن اكتساب أصدقاء جدد.

ويشير بورتنوف *Portnoff* إلى أن الشعور بالوحدة النفسية يتولد عندما يجد الفرد نفسه يعيش في مشكلة لا يشاركه فيها الآخرون، كما أن عجز الفرد عن الدخول بعلاقات اجتماعية ناجحة يجعله يشعر بالوحدة النفسية وما يرافقها من شعور أليم ( حسين علاونة، 2005: 08 ).

ويقرر كل من براج وميريديث ( *Brage & Meredith, 1994* ) وكولب وآخرون ( *Culp et al, 1995* ) أن قطاعات كبيرة من المراهقين والمراهقات يعانون من ارتفاع درجة الشعور بالوحدة النفسية بسبب البيئة المدرسية، والبيئة الأسرية، ومشكلات ومصاعب التعامل مع الأقران. أما لونت ( *Lunt, 1991* ) فيرى أن أسباب ارتفاع مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال والمراهقين، ترجع في كثير من الأحيان إلى متغير الحالة الصحية، وطبيعة الظروف والمواقف الحياتية التي يعايشها هؤلاء الأفراد بصفة عامة ( فهد الدليم وجمال عامر، 2004: 08-09 ).

وأخيراً يؤكد كل من روكاش وآخرين ( *Rokach et al, 2002* ) أن للعوامل الثقافية والحضارية دوراً مهماً وتأثيراً جوهرياً على مستوى الشعور بالوحدة النفسية، حيث تبين لهم أن طلاب وطالبات الجامعة الذين يعيشون بدولة كندا ترتفع لديهم درجة الشعور بالوحدة النفسية وذلك عند مقارنتهم بأقرانهم الذين يعيشون بدولة أسبانيا ( فهد الدليم وجمال عامر، 2004: 09 ).

كما أكدت العديد من الدراسات التي أجريت على الأفراد الذين يعانون من مشاعر الوحدة النفسية وجود عدد من الخصائص والسمات الشخصية المشتركة بينهم وبين غيرهم من الأفراد الذين يعانون من الاغتراب النفسي وتتضمن هذه الخصائص الخوف وانخفاض مستوى تقدير الذات والنجسية وجميعها تؤدي إلى حالة من الاغتراب، وتعد سبباً للشعور بالوحدة النفسية ( حسين علاونة، 2005: 07 ).

وينبه كل من ميجسكوفيك ( *Mijuskovic, 1988* ) ومور وشولتز ( *Moore & Schultz, 1993* ) بأن شعور المراهقين بالوحدة النفسية يسهم إلى حد بعيد جداً في إدمانهم لشتى أنواع الكحول، وذلك كعملية دفاعية هروبية من مواجهة تلك المشاعر النفسية القاسية. كما يؤكد كل من كونوبكا ( *Konopka, 1966* ) وتونيز وآخرون ( *Townes et al, 1981* ) أن أحد الدوافع الأساسية وراء الانحراف الجنسي للمراهقات يعود إلى عامل نفسي لديهن يتمثل في الشعور بالوحدة النفسية.

ويتساءل باج وآخرون ( *Page et al, 1994* ) لماذا لم يهتم القائمون على رعاية وتربية الأطفال والمراهقين بمشكلة الشعور بالوحدة النفسية، حيث قد خلصت جميع المراجعات الخاصة بالدراسات التي تناولت موضوع الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال والمراهقين إلى أنهم يصبحون عرضة للوقوع في

كثير من العواقب والأضرار النفسية الوخيمة، متمثلة في ظهور الأمراض النفسية والعقلية، وانتشار الانحرافات السلوكية والاجتماعية ( فهد الدليم وجمال عامر، 2004: 09 ).

ويرى كل من باباليا وسالي أولدز *Papalia & Sally Olds, 1988* وروك *Rook, 1984* أن الأشخاص الشاعرين بالوحدة النفسية المزمنة ينسبون شعورهم هذا إلى أسباب داخلية قوية وهم يكونون غير مباليين بالدوافع المثارة دائما، أما الأفراد الشاعرين بالوحدة النفسية الموقفية وسريعو الاستثارة فهم ينسبون شعورهم بالوحدة النفسية إلى أسباب خارجية وسوف يتغير لديهم الشعور بالوحدة النفسية بتغيير الموقف المسبب له ( حسام الدين طوسون، 2003: 41 ).

وقد جمع وايس *Weiss, 1972* أسباب الشعور بالوحدة النفسية باعتبارها ظاهرة معقدة وسببها ابتداء من النتائج العاطفية السلبية، كما تنتج من ألم الانفصال، وغياب أشكال المودة ( عبد السلام زهران، 1977: 27 ).

بالإضافة إلى أنها تتصل بالمواقف أو البيئة الاجتماعية وهي تركز على المشكلات والصعوبات القائمة في البيئة الاجتماعية للفرد باعتبارها أسباب حتمية مؤدية للوحدة النفسية نتيجة تغير ظروف الشخص مثل التقاعد أو الاعتزال أو الانتقال إلى مدرسة جديدة أو مكان جديد للسكن، أو في بيئة منعزلة جغرافيا، وهي من العوامل التي تؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية لدى أي فرد ( نشوى إبراهيم، 2002: 21 ).

فقد أجرى جوزيف ستوكس *J, Stokes* بحثا قدم فيه أربعة أسباب اجتماعية لشعور الفرد بالوحدة النفسية وهي كالتالي؛

- حجم شبكة العلاقات الاجتماعية،
- عدد الأفراد داخل التكوين الاجتماعي،
- النسبة المؤوية للأقارب في التكوين الاجتماعي،
- كمية السلوكيات المدعمة.

فتتصل الوحدة النفسية بالفروق الفردية أو ما يعرف بمجموع الخصائص أي سمات الشخصية التي تساعد على شعور الأفراد بالوحدة النفسية مثل الخجل والانطواء والعصابية مع وجود اختلافات فردية لدى الأفراد في الشعور بكل منها ( نشوى إبراهيم، 2002: 21 ).

وتتصل بالعلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والفروق الفردية للأفراد، وهي تمثل وجهة النظر الخاصة بسمات الشخصية، فالأشخاص الذين يشعرون بالوحدة النفسية أظهروا قلقا وتوترا وانخفاضا في احترام وتقدير الذات، والعزلة الاجتماعية وإحساس الفرد بعدم الرضا واللامبالاة، وفتور الشعور، والألم النفسي، والإحساس بعدم الكفاءة والأهلية وسرعة الاستثارة الانفعالية.

أما ستروتنش وديبورة وميريدث وهمبورج ويريقاتا وجاسون *Storch, Deborah, Meredith*, *Heimberg, Bravata & Jason*, 2004 فقد قاموا بدراسة تهدف إلى التعرف على الأسباب التي يمكن أن تلعب دورا في ظهور مشاعر الوحدة النفسية والاكنتاب عند الطلبة الجامعيين، حيث تألفت عينة الدراسة من 414 طالب جامعي، وبعد تطبيق مقياس الوحدة النفسية على عينة الدراسة تبين أن أهم العوامل التي تساهم في تعريض الطلاب إلى الشعور بالوحدة النفسية تعود في الغالب إلى أسباب ترتبط بطبيعة سلوكهم الاجتماعي وخلفياتهم العائلية ومستواهم الأكاديمي (حسين علاونة، 2005: 23).

كما تناول الراعي عام 1990 بالدراسة أثر نمط التنشئة الأسرية والحياة المدرسية في شعور طلبة المرحلة الثانوية بعمان بالوحدة النفسية، بهدف التعرف على مدى انتشار الوحدة النفسية بين طلبة المرحلة الثانوية، مستخدم في ذلك مقياس الشعور بالوحدة النفسية، التنشئة الأسرية والحياة المدرسية، على عينة قوامها 1327 طالبا وطالبة، ودلت نتائج الدراسة على أن درجة الشعور بالوحدة النفسية عند الطلبة الذين نشئوا في أسر تتصف بالتسامح، وأن نمط الحياة الأسرية هو من أهم المتغيرات في تفسير تباين الشعور بالوحدة ثم متغير نمط الحياة المدرسية، ثم متغير الجنس (الصادق الكوت، 2000: 23).

### 03- أبعاد الوحدة النفسية:

يشير العديد من الباحثين إلى ضرورة التمييز بين الأبعاد والخصائص المميزة للشعور بالوحدة النفسية ومن بينهم نجد كل من بيبيلوى وبييرلمان *Peplau & Perlman* اللذان يؤكدان على الخاصيتين التاليتين للشعور بالوحدة النفسية:

- أن الوحدة النفسية تعتبر خبرة غير سارة مثلها مثل الحالات الوجدانية كالاكتئاب والقلق.
  - أن الوحدة النفسية مفهوم يختلف عن العزلة الاجتماعية، فهي تمثل إدراكا ذاتيا للفرد عن وجود نواقص للفرد في نسيج العلاقات الاجتماعية، كالنواقص الكمية (العدد الكافي من الأصدقاء)، أو نواقص نوعية (نقص المحبة أو الألفة مع الآخرين) (الجوهرة شيببي، 1426: 27).
- أما أبعاد الوحدة النفسية فقد أكدتها الدراسة التي أجراها حداد وسوالمه عام 1998، حيث كان الهدف منها تطوير مقياس للشعور بالوحدة النفسية من أجل أن يتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة، ثم التعرف على أبعاده وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية لدى الطلبة الجامعيين، حيث جرى تطبيق الاختبار الذي تم بناءه على عينة مكونة من 363 فردا وأخضعت الاستجابات للتحليل العاملي الذي أفرد أربعة أبعاد للشعور بالوحدة النفسية تتصل بالعلاقات الاجتماعية والعلاقات الأسرية، والمشاعر النفسية، والعلاقات الحميمية، وأشارت الدراسة من خلال نتائجها إلى قدرة المقياس على التمييز بين المجموعات من الأفراد التي يفترض اختلالها في الشعور بالوحدة النفسية، وتشير البيانات الارتباطية إلى وجود ارتباط

موجب بين الشعور بالوحدة النفسية وكل من القلق والخجل والانطوائية، كما أشارت النتائج بما يتعلق بالفروق بين الجنسين إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث على المقياس الكلي للشعور بالوحدة النفسية، لكن الإناث كن أكثر شعوراً من الذكور بالوحدة النفسية الناجمة عن الافتقار للعلاقات الحميمة، كما لم تجد الدراسة أي فروق تعزى إلى المستوى الدراسي (صالح شواقفة، 2001: 17).

ومن جهة أخرى بين كل من دي جونج جير فيلد و رادسكيلدرز *Roadschelders & De Jong- Giarveld* أن أبعاد الوحدة النفسية هي ثلاثة أبعاد أساسية:

01/ الخصائص الانفعالية؛ والتي تؤكد على غياب المؤشرات الإيجابية كالسعادة، ووجود عواطف سلبية كالخوف وعدم الثقة.

02/ نوع الحرمان؛ ويتركز على طبيعة العلاقات الغائبة، وهذا البعد يتركز على ثلاث مكونات فرعية؛ هي مشاعر الحرمان الناتجة عن غياب الارتباط الودي، ومشاعر الخواء، ومشاعر الهجر.

03/ منظور الزمن؛ وهذا البعد يتكون هو الآخر من ثلاث مكونات فرعية وهي؛ الدرجة التي تعاش فيها الوحدة على أنها غير قابلة للتغيير، والدرجة التي تعاش فيها الوحدة على أنها موقوتة وعابرة، والدرجة التي يعفي بها الفرد نفسه من مسؤولية الوحدة ويرجعها إلى الآخرين (الجوهرة شيببي، 1426: 17-18).

كما قام كل من سكاليزي، جينتر، جيرستين، بوضع مقياس جديد "متعدد الأبعاد" لقياس الوحدة النفسية، وقد تكون المقياس من أربعين بنداً لتقييم مدى تكرار وشدة المشاعر التي يدلي بها الشخص الوحيد. وقد استجاب على المقياس 793 فرد من التلاميذ والطلاب والموظفين ممن تتراوح أعمارهم بين 11- 72 عام، وقد أسفرت نتائج التحليل العاملي على ظهور أربعة أبعاد انفعالية هي؛ الاستنزاف *Depletion*، العزلة *Isolation*، الاهتياج *Agitation*، الاغتمام *Dejection*. وقد تم فحص المفاهيم التي تنطوي تحت هذه العوامل باعتبار الوحدة النفسية خبرة متعددة الأبعاد (مايسة أحمد النيال، 1993: 105).

#### 04- أنواع الوحدة النفسية:

ويشير ويس *wiess* عام 1973 إلى أن هناك مجموعة من الأسباب للوحدة النفسية؛ فالأولى تتصل بالمواقف أو البيئة الاجتماعية، والثانية تتصل بالفروق الفردية، ويرى أن هناك نوعين من الوحدة النفسية:

أ/ الوحدة الانفعالية و/ أو العاطفية *Emotional Loneliness*: وتنتج عن عدم وجود علاقات عاطفية ودية مع شخص آخر، ويمكن التخفيف منها من خلال إنشاء علاقة ودية مرضية أو من خلال تعويض علاقة مفقودة.

ب/ الوحدة الاجتماعية *Social Loneliness*: وتنتج عن عدم كفاية شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد، ويمكن علاجها عن طريق بناء علاقات اجتماعية وصدقات مرضية مع الآخرين.

كما قد يلجأ الفرد الذي يعاني من الشعور بالوحدة النفسية إلى استخدام بعض المواد المخدرة مثل المشروبات الكحولية، والمخدرات، والمحفزات النفسية كوسائل للتعايش مع الوحدة النفسية التي يعاني منها، ويمكن أن تقود الوحدة النفسية بعض الأفراد إلى التخلص من حياتهم، أو الإقدام على قتل الآخرين في محاولة مأساوية للهروب، أو لجذب الانتباه إليهم ( يوسف موسى مقداي، 2008: 181 ).

فالوحدة الاجتماعية تعد واقعا يعيشه الفرد نتيجة عدم قدرته على التواصل مع غيره من أفراد المجتمع نتيجة ضعف العلاقات الاجتماعية أو نتيجة قلة هذه العلاقات، فالشعور بالوحدة النفسية هو حالة انفعالية داخلية تسيطر على الفرد نتيجة اعتقاده بعدم كفاءة الشبكة الاجتماعية التي ينتمي إليها، أو نتيجة غياب بعض العلاقات المهمة في نظره والتي تؤدي في النهاية إلى الوقوع في مصيدة الوحدة النفسية، والتي لا تختلف أعراضها عن أعراض الشعور بالوحدة سواء على الصعيد الاجتماعي أو النفسي ( حسين علاونة، 2005: 09 ).

وهذا التصنيف يتألف مع ما قدمه رابين *Rubin* عام 1983 من أن الوحدة النفسية تنقسم إلى النوعين التاليين:

أ/ الوحدة النفسية الانفعالية الناشئة عن الانعزال الاجتماعي،

ب/ الوحدة النفسية التي تنشأ عن العزل الاجتماعي، حيث ينشئ النوع الأول عن غياب الاتصال والتعلق الانفعالي بينما يرجع الثاني إلى انعدام أو تفكك الروابط الاجتماعية ( محمد ربيع الخميسي، 2001: 41 ).

هذا من جهة ومن جهة أخرى يرى كل من جرسون وبييرلمان أن الشعور بالوحدة النفسية يعكس العجز في العلاقات الاجتماعية وخاصة التي ترتبط بالإحساس بعدم الراحة، ويعتقد الباحثان أن خبرات الشعور بالوحدة النفسية يمكن تقسيمها إلى قسمين هما:

الشعور الحاد بالوحدة في مقابل الشعور المؤقت أو الموقفي للوحدة النفسية، كما يقدمان توصيفا لمن يعانون من الشعور الحاد بالوحدة على أنهم أكثر تحفيزا واضطرابا، وذلك في مقابل من يعانون من الشعور المزمن بالوحدة الذين يرجع شعورهم إلى أسباب داخلية ثابتة ويشعرون باللامبالاة نتيجة للعجز والقصور في مهارات الاتصال والتعبير والعزلة الاجتماعية، حيث يفتقر هؤلاء الأفراد إلى وسائل الاتصال الإرسالي، ذلك لأنهم مستقبلون فقط ( محمد حسين، منى الزباني، 1994: 10 ).

فهذا التقسيم يتقارب مع التصنيف الذي وضعه *يونغ Young* حيث بين من خلاله ثلاثة أنواع من الوحدة النفسية:



01/ **الوحدة النفسية العابرة *Transient***؛ والتي تتضمن فترات من الوحدة على الرغم من أن حياة الفرد الاجتماعية تتسم بالتوافق والموائمة.

02/ **الوحدة النفسية التحويلية *Transitional*** وفيها يتمتع الفرد بعلاقات اجتماعية طيبة في الماضي القريب ولكنهم يشعرون بالوحدة النفسية حديثاً نتيجة لبعض الظروف المستجدة، كوفاة شخص عزيز، أو فقدان الوظيفة أو المنصب،..

03/ **الوحدة النفسية المزمنة *Chronic*** والتي قد تستمر لفترات طويلة تصل إلى حد السنين، وفيها لا يشعر الفرد بأي نوع من أنواع الرضا فيما يتعلق بعلاقاته الاجتماعية ( مایسة أحمد النیال، 1993: 103 )، فكل من النوع الأول والثاني كثيراً ما تحدث في فترة من فترات الحياة المتعلقة بأي فرد، فقد أشارت بعض الدراسات المسحية إلى أن الأغلبية العظمى من الشعب الأمريكي يعاني من الوحدة النفسية في فترة ما من فترات حياته، وأن 15% يعانون من النوع الثالث الذي يصل إلى حد الإزمان.

أما قشقوش فقد قسم الوحدة النفسية إلى ثلاثة أنواع رئيسية وهي كالتالي:

1/ **الوحدة النفسية الأولية**: وهي اضطراب في إحدى سمات الشخصية المرتبطة بالانسحاب الانفعالي، ويؤثر في عدد كبير من صور وأشكال السلوك الاجتماعي، وهذا النوع بدوره ينقسم إلى قسمين؛ أ/ الوحدة النفسية الناتجة عن تخلف نمائي في الشخصية، ويظهر في شكل تباطؤ أو تخلف في التتابع الطبيعي لنمو الشخصية.

ب/ الوحدة النفسية الناتجة عن قصور في السلوك، وهو المرتبط بالقصور في الوظائف النفسية التي تتحكم في التفاعلات الشخصية المتبادلة.

2/ **الوحدة النفسية الثانوية**: وهي استجابة انفعالية من طرف الفرد لتغيير ما يحدث في بيئته، ويترتب عليه حرمان الفرد من الانخراط في علاقات هامة كانت متاحة لديه قبل حدوث هذا التغيير، ومع افتقاد الفرد لهذه العلاقات يصبح غير قادر على أن يفي بمتطلبات بعض الأدوار والممارسات الهامة في حياته، ويرتبط بثلاث محكات أساسية هي:

- نتيجة تمزق مفاجئ في البيئة الاجتماعية للفرد.
- تحدث فجأة كاستجابة لحرمان مفاجئ.
- تسكن عندما يتغير الموقف المؤلم الذي طرأ على حياة الفرد.

3/ **الوحدة النفسية الوجودية**: تكلم عنها بعض الفلاسفة باعتبارها حالة إنسانية طبيعية يتعذر الهروب منها، إلا أن الوحدة النفسية الوجودية يمكن أن تعكس كذلك فترة ما من فترات النمو النفسي، لأن خبرة الإحساس بالوحدة النفسية تميل في بعض الحالات إلى تحرير ما لدى الفرد من طاقات وقدرات إبتكارية، وهو مصدراً للإحساس بالوحدة النفسية الوجودية ( الجوهرة شيببي، 1426: 22- 23 ).

## 05- مظاهر الوحدة النفسية:

ويحدد محمد عبد المؤمن حسين ومنى راشد الزباني عام 1994 مجموعة من المظاهر والعواقب المترتبة عن الشعور بالوحدة النفسية ومن بينها الاكتئاب، التفكير في الانتحار، القلق، والأعراض النفسية - الجسدية من مثل الصداع، التعب، ضعف الشهية، والاعتلال العام، فضلا عن العدوانية، الاغتصاب، الهروب من المنزل،... الخ وغيرها من المظاهر والتصرفات غير القانونية التي تعد قرائن للعجز المؤلم في تحقيق ارتباط اجتماعي مما له آثار حادة على الأداء السيكولوجي والتوافق، ويتطلب تدخلا مهنيا من قبل المختصين قصد علاجها و/ أو الحد منها ( حسام الدين طوسون، 2003: 49 ).

كما أن الشعور بالوحدة النفسية يرتبط بشكل إيجابي مع مجموعة من المتغيرات كالارتباط مع القلق والاكتئاب والعدوان والعصابية والخجل، وهناك ارتباط سلبي بين الشعور بالوحدة النفسية وتقدير الذات ويظهر هذا في أبحاث عام 1982 *Morasch* والانبساطية 1985 *Stokes* كما أن الذين يعانون من الوحدة النفسية يتميزون بأنهم أقل توكيدا لذواتهم 1982 *Brennam* وأقل مهارة في الإفصاح ومكاشفة الذات على الآخرين ( صالح شواقفة، 2000: 05 ).

كما يشير ويتبرج وريس عام 1986 *Wittenberg & Reis* إلى أن الذين يعانون من الوحدة النفسية تنقصهم المهارات الاجتماعية اللازمة لبناء وتطوير علاقات شخصية وحميمية، ويضيف بعض الباحثين أمثال لبيلو وبيرلمان عام 1982 *Peplau & Perlman* أن هناك بعض الخصائص الشخصية التي تربط بانتظام مع الشعور بالوحدة كالخجل، كما أنهم عادة يكونون انطوائيين وأقل رغبة في القيام بمخاطر اجتماعية ( صالح شواقفة، 2000: 06 ).

كما أن الشعور بالوحدة النفسية لا يرتبط بالتقدم الحضاري الموجود بين الدول واستخدام الوسائط التكنولوجية في الاتصال على غرار الانترنت مثلا حيث بينت دراسة وانج ليو وشانج *Whang, leo and chang, 2003* إلى تحديد المميزات النفسية للأفراد المستخدمين للانترنت بشكل كبير لدى عينة من 14111 زائرا لموقع ([www.dum.net](http://www.dum.net)) حيث أظهرت النتائج وجود علاقة قوية بين الاعتماد على الانترنت وتعطيل الحياة الاجتماعية، حيث يحاول مدمنو الانترنت الهروب من الواقع بدرجة أكبر من الأفراد الذين لديهم احتمالية الادمان أو غير مدمنين، كما أشار مدمنو الانترنت إلى أن لديهم مستوى مرتفع من الشعور بالوحدة، فضلا عن المزاج الاكتئابي ( سلطان بن موسى العويضة، 2009: 418 ).

هذا ويرتبط مفهوم الوحدة النفسية بمفهوم الاغتراب *Alienation* فهو يدل على الوعي الذاتي المفقود أو الوعي الفاصر غير المكتمل للعالم الخارجي، حيث تتحول أعمال الإنسان ونشاطاته الاجتماعية وكذلك قدراته وإمكانياته إلى أشياء مستقلة عنه تسيطر عليه، وإن الإنسان يفقد الوعي بالعمليات النفسية الداخلية، كما يشعر بأنه غريب عن نفسه وعن الآخرين، لذا فالاغتراب النفسي هو

اضطراب في العلاقة بين الإنسان والموضوع، ومن هنا يتشابه الشعور بالاغتراب عن الذات وإضراب فقدان إحساس الفرد بشخصيته (صالح شواقفة، 2000: 06-07).

ومن جهة أخرى تركزت أهداف دراسة برادي عام 1996، حول الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقات وارتباطه ببعض المتغيرات الأسرية وذلك على عينة من المراهقات بلغ عددهن 150 مراهقة، تراوحت أعمارهن ما بين 15-18 سنة بولاية نيوجيرسي بالولايات المتحدة الأمريكية. وقد جاء ضمن نتائج الدراسة أن التعلق الآمن المستقر بالوالدين يرتبط بانخفاض مستوى الشعور بالوحدة النفسية، كما أن ارتفاع مستوى الشعور بالوحدة النفسية يرتبط باضطراب العلاقات الأسرية وبصفة خاصة مع شخص الأم (فهد الدليم، جمال عامر، 2004: 12).

كما نجد أن الأفراد الذين يعانون من الشعور بالوحدة النفسية يتميز أدائهم بعدم التفاعل مع البيئة حولهم أو التفاعل ضمن الدور المفروض عليهم أو الدور الذي يتعرضون له، وعلى الرغم من كونهم قادرين على الاستجابة الصحيحة، إلا أنهم يعزفون عن المشاركة والتفاعل ويفضلون الاحتفاظ بها لأنفسهم، ومن هذا المنطلق يرى كل من *Vitkus, Horowitz* في عام 1987 بأنه يمكن استخدام تفاعل الفرد مع البيئة والمواقف التي يتعرض لها ومدى استجابته وتفاعلها مع هذه المواقف كمؤشر لمعرفة ما إذا كان هذا الفرد يعاني من الوحدة النفسية أم لا (صالح شواقفة، 2000: 07).

فالفرد يشعر بالوحدة النفسية عندما لا تتشبع علاقاته الاجتماعية والنفسية مع الآخرين بالإضافة إلى أن بروز مثل هذه المشكلات؛ الوحدة النفسية، العزلة، اختلال التوافق الاجتماعي، تظهر تبعاً لها الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، وخير دليل على ذلك ظهور بعض المشكلات كالانتحار الذي يتناسب ظهوره طردياً مع نمو وتطور الرابطة الدينية القوية، والبنیان العائلي والاجتماعي القوي، والمناخ النفسي والانفعالي السوي.

أما مظاهر الوحدة النفسية بالإضافة للمظاهر المذكورة سابقاً، فهي كما أكدها نورمان وديوين عام 1984، *Norman & Dewayne* تتمثل في وجود نمط من الأعراض التي تميز من يشعرون بالوحدة النفسية، فنراهم يميلون إلى كل من الخجل، والانطواء، عدم القدرة على المواجهة الاجتماعية للآخرين، عدم الثقة بالنفس، القلق، الأرق، الإحباط، ... (حسام الدين طوسون، 2003: 42).

بالإضافة إلى ذلك أضاف جون مورف عام 1986، *Joan Muroff* على ذلك أن من أهم الأعراض المصاحبة للوحدة النفسية هي الشعور بالغضب الشديد، الاكتئاب، عدم الرضا عن مقدار العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، الخوف من النقد، والهجر والإصابة بالمرض (حسام الدين طوسون، 2003: 43).

ومن جهة أخرى قام جلدنييرغ عام 1981، *Goldenberg* بدراسة عن الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من الطلبة في الصفين الثامن والحادي عشرة، وطلبة الجامعة، حيث تكونت عينة الدراسة من 410 طالب وطالبة، وقد استخدم الباحث مقياس جامعة كاليفورنيا للشعور بالوحدة النفسية *UCLA*، كذلك طلب من أفراد العينة كتابة تقارير ذاتية عن عدد الأصدقاء، وعدد مرات الاتصال معهم، كما قاموا بالإجابة على أسئلة أخرى تفحص بعض المتغيرات التي ترافق الشعور بالوحدة النفسية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى التحصيل الأكاديمي للطلبة كان أحد المنبئات الهامة للشعور بالوحدة النفسية ( سالم الغرابية، 2002: 24 ).

وأكدت جيني ديجونج عام 1987، *Jenny Dejong* أن الشعور بالحرمان هو جوهر المشكلة في خبرة الشعور بالوحدة النفسية، مع ما قد يصاحب ذلك الحرمان من شعور بالرفض والفراغ وغياب المودة ( حسام الدين طوسون، 2003: 43 ).

كما قد يخبر بعض الأفراد الشعور بالوحدة النفسية كمرض نفسي - جسدي ويبدوا ذلك في ظهور بعض الاضطرابات الجسمية كالدوخة، وجود فراغ في الأمعاء، آلام في المعدة ( حسام الدين طوسون، 2003: 45 ).

وكما قد تصل هذه المظاهر إلى حد الانخراط في أشكال من الانحراف السلوكي والاجتماعي كما بين ذلك مرسي عام 1999، حيث قام بدراسة كان هدفها معرفة الفروق بين المتعاطين للبانجو وغير المتعاطين من المراهقين في درجة الشعور بالوحدة النفسية ودرجة تقدير الذات. حيث شملت عينة الدراسة على 45 مراهقاً من المتعاطين للبانجو تراوحت أعمارهم ما بين 15 - 19 عاماً، و 97 مراهقاً من غير المتعاطين تراوحت أعمارهم ما بين 15 - 20 عاماً. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين الشعور بالوحدة النفسية وتقدير الذات لدى عينة المراهقين المتعاطين، وكانوا أكثر شعوراً بالوحدة النفسية وأقل تقديراً لذواتهم عن غير المراهقين المتعاطين، وذلك بسبب اضطراب إدراك الذات واضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة والعجز عن حل المشكلات، وهي مبررات تقف في مقدمة أسباب تعاطي البانجو ( فهد الدليم، جمال عامر، 2004: 15 ).

وهي دراسة قريبة جداً من الدراسة التي قام بها أبو درويش عام 1996 رغم كونها أكثر تحديداً والتي هدفت إلى التعرف على تقدير الذات لدى الفرد المتعاطي للمخدرات ومدى شعوره بالوحدة النفسية مقارنة مع أفراد أسرته من غير المتعاطين، وتم استخدام مقياس تقدير الذات، ومقياس الشعور بالوحدة النفسية، كما تكونت عينة الدراسة من 50 فرداً متعاطياً للمخدرات، و 50 من غير المتعاطين في الأردن، وأشارت النتائج إلى وجود فروق في تقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لصالح غير المتعاطين واطهر المتعاطين مستوى متدنياً في تقدير الذات وشعوراً عالياً بالوحدة، ولم تكشف النتائج عن فروق في تقدير

الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى المتعاطين تعزى للعمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية (الصادق الكوت، 2000: 24).

### 06- النظريات المفسرة للوحدة النفسية:

لقد تعددت وتنوعت المساهمات النظرية التي حاولت أن تفسر الوحدة النفسية رغم قلتها، وذلك للاختلاف الكبير من حيث المسببات التي يمكن أن تؤدي للوحدة النفسية، فضلا عن المنطلقات المختلفة لكل مفكر والمبادئ التي تم الانطلاق منها في النظرية التي بناها أو تبناها، بالإضافة إلى كون هذا المتغير يدرج أحيانا مع الفلسفة وأحيانا أخرى مع علم الاجتماع وتارة أخرى يدمج مع القلق أو الاكتئاب ومن بين هذه النظريات نجد؛

#### أ/ نظرية التحليل النفسي:

لم يتكلم سيجموند فرويد عن مفهوم الوحدة النفسية إلا أن رواد هذه النظرية ومن بينهم زيلبورج عام 1938 *Zilboorg* أشار إلى أول تحليل نفسي للوحدة النفسية حيث ميز بين الشعور المؤقت بالوحدة، ومن تتابته باستمرار الوحدة النفسية، على اعتبار الحالة الأولى طبيعية وعابرة لدى كل الأفراد تنتج عن فقدان شخص معين، أما الوحدة المزمنة فهي استجابة لفقدان الحب، أو لشعور الفرد بأنه شخص غير مرغوب فيه ولا فائدة ترجى منه، مما يؤدي به إلى الاكتئاب. وتعكس الوحدة النفسية السمات الأساسية للنرجسية *Narcissism*، ويبقى الشخص الوحيد على مشاعر الطفولة، متمركزا حول ذاته، ويريد الاستعراض أمام الناس لكي يوضح لهم مدى سموه عنهم، ونادرا ما يفشل في إخفاء الكراهية تجاه الآخرين، ويرجع زيلبورج جذور الوحدة النفسية إلى المهدي، حيث يتعلم الطفل الوظائف التي تجعله محبوبا ومرغوبا فيه (دانيا الشبؤون، 2006: 103).

ويتفق سوليفان *Sullivan* عام 1953 مع زيلبورج في كون جذور الوحدة النفسية عند الكبار مصدرها الطفولة، حيث افترض أن هناك حاجة محفزة للألفة الإنسانية وهي تجعل الطفل يظهر رغبته في الاتصال بالآخرين، ويحتاج الفرد قبل المراهقة إلى صديق يتبادل معه المعلومات، والأطفال الذين تتقصم المهارات الاجتماعية بسبب التفاعل الخاطيء مع والديهم أثناء الطفولة يكون من الصعب عليهم أن يكون لديهم أصدقاء فيما بعد، وقد تؤدي عدم قدرة الفرد في إشباع الحاجة إلى الألفة قبل المراهقة إلى الوحدة الكامنة المفاجئة، بالإضافة إلى إرجاع أصل الوحدة النفسية إلى الآثار الضارة لموقف العطف الأمومي في المراحل المبكرة (الجوهرة شيببي، 1426: 15).

أما كارين هورني *Karen Horney* فتري أن الوحدة النفسية تنشأ حينما يخفق الفرد في محاولاته للحصول على الدفء والعلاقات المشبعة مع الآخرين، ومن ثم فإنه يعزل نفسه عنهم، ويرفض أن يربط نفسه بهم، أما جون بولبي عام 1973 *John Bowlby* من رواد نظرية التعلق فيرى أن الإهمال الذي يلقاه الفرد في طفولته المبكرة من والديه وقسوتهما عليه لا يساعده في إقامة علاقة تعلق آمنة بينه وبينهم، ويؤدي ذلك إلى غياب التفاعل والديناميكية، وعدم شعوره بالأمن والطمأنينة، وهو الذي يؤدي لاحقاً إلى مشكلات تتعلق بالعلاقات الاجتماعية ومن بينها الانسحابية وبالتالي الشعور بالوحدة النفسية ( الجوهرة شيببي، 1426: 104 ).

فالسيكوديناميين يرجعون الوحدة النفسية إلى خبرات الطفولة السيئة التي مر بها الفرد، بالإضافة إلى كونها ذات خصائص مرضية وذلك من خلال أعمالهم الإكلينيكية التي قاموا بها.

#### ب/ النظرية الإنسانية لكارل روجرز:

تحدث كارل روجرز عام 1973 *Rogers* في نظريته المتعلقة بالعلاج النفسي المتمركز حول العميل عن الوحدة النفسية، حيث انطلق من ضغوط المجتمع الواقعة على الفرد التي تجعله يتصرف بطرق معينة ومحددة اجتماعياً، وهذا ما يؤدي بدوره إلى التناقض بين حقيقة ذاته الداخلية وصورة الذات الواضحة للآخرين، فأداء الفرد لأدواره المطلوبة في المجتمع دون التركيز على الكيفيات المحددة والمعهودة من قبل أفراد المجتمع، ينشئ عند هذا الفرد الشعور بالوحدة والفراغ، والتي تنشأ حسب روجرز عندما تفشل دفاعات الفرد في الاتصال بالذات الداخلية، فضلاً عن اعتقاد الفرد بأن ذاته الحقيقية غير محبوبة وتجعله منغلقاً على ذاته، لأن الخوف من الرفض يقود إلى الإصرار على الظهور بالمظهر الاجتماعي الكاذب وذلك لاستمرار الشعور بالفراغ، فالوحدة النفسية هي تمثيل للتوافق السيئ، وسببها يتموقع داخل الفرد متمثلاً في التناقض لمفهوم الفرد لذاته ( دانيا الشبؤون، 2006: 104-105 ).

وعلى هذا الأساس فمفهوم روجرز للوحدة النفسية المرضية، ينطلق من كون هذا الفرد يعاني عجزاً أو قصوراً في إظهار موقفه من وحدته النفسية، وذلك من خلال اعتقاده بأنه قد أخفى ذاته الداخلية عن الآخرين، هذا الإخفاء والقصور في العلاقات يعتبر جوهر مشكلة الوحدة النفسية بالنسبة لهذه النظرية. كما افترض موري عام 1974 *Moore* واتفق في ذلك مع روجرز في كون الوحدة النفسية تنشأ عن التناقض بين ذات الفرد الحقيقية وذاته المثالية.

واختلف روجرز عن أصحاب النظرية الدينامية في تأثير خبرات الطفولة في نشوء الوحدة النفسية، وإقراره بالعوامل الحاضرة و/ أو الآتية التي تسهم في تكوين الشعور بالوحدة النفسية ( الجوهرة شيببي، 1426: 16 ).

## ج/ النظرية المعرفية:

تستند النظرية المعرفية على الإدراك كعامل وسيط بين نقص القدرة الاجتماعية وخبرة الشعور بالوحدة النفسية، ويعتمد كل من سيرمات عام 1977، *Sermat*، وكاترونا عام 1980، *Cutrona*، وبيرلمان وبيبلو عام 1981، *Perlman & Peplau*، وستوكس عام 1985، *Stocks*، وجيني دو جونج جيرفيلد عام 1987، *Jenny de Jong- Gierveld*، على المنهج المعرفي في تفسير الوحدة النفسية، وذلك باعتبارها خبرة شخصية ذاتية، ولذلك فهي لا ترتبط مباشرة بالعوامل الموقفية، حيث يؤكدون من خلال هذا المنهج على أهمية الإدراكات والتفسيرات الشخصية لشبكة العلاقات الاجتماعية (دانية الشبؤون، 2006: 105). ومن خلال هذه المنطلقات المنهجية يفترض المعرفيون أن الوحدة النفسية تحدث عندما يدرك الفرد وجود تناقض بين العلاقات التي يرغبها وبين علاقاته القائمة فعليا.

وبصفة عامة فإن أنصار النظرية المعرفية يرون أن سبب الوحدة النفسية يكمن في كل من الفرد والموقف معا، حيث يركزون على العمليات المعرفية للوحدة النفسية، وذلك فيما يتعلق بإدراك الفرد وتقييم علاقاته الاجتماعية، بحيث تصبح الوحدة النفسية نتيجة شعور الفرد بعدم إشباع علاقاته الاجتماعية، وإدراك التناقض بين العلاقات الاجتماعية التي يرغبها وبين علاقاته الفعلية كما سبق الإشارة إلى ذلك.

## د/ النظرية الاجتماعية:

ترتكز هذه النظرية على التنشئة الاجتماعية للأفراد، وتؤكد على أن الوحدة النفسية هي نتاج تأثيرات البيئة الكلية التي تستند أساسا إلى تضامن وتكافل كل من بيئة الفرد الاجتماعية وحالته النفسية، ويمثل الاتجاه الاجتماعي في تفسير الوحدة النفسية مجموعة من الباحثين ومن أهمهم كل من بومان *Bowman* و *Slater*.

حيث افترض كل من بومان و *Slater* عام 1975 أن هناك ثلاثة عوامل اجتماعية تؤدي للوحدة النفسية وهي كالتالي (دانية الشبؤون، 2006: 107)؛

- ضعف في علاقة الأفراد بأسرهم.
- زيادة الحراك الاجتماعي في الأسرة.
- زيادة مطردة في وتيرة الحراك الاجتماعي.

ومن جهة أخرى يرى *Slater* عام 1976 أن الوحدة النفسية سلوك شاذ، وهي أيضا سلوك طبيعي بالنظر إلى نتائج التقدم التكنولوجي المعاصر، حيث ربط هذه النتائج في تحليله للوحدة النفسية بدراسة الشخصية الأمريكية، فالكل يمتلك رغبة في المشاركة والارتباط بالآخرين والاعتماد عليهم، لكن هذه الحاجات والرغبات أحبطت في المجتمع الأمريكي بسبب الالتزام بالفردية، فالمشكلة الأمريكية ليست هي

الاتجاه لآخر وإنما هي الفردية؛ حيث أن كل فرد يتبع مصيره والنتيجة الحتمية لذلك هي الوحدة النفسية، فالمجتمع الأمريكي قد فشل في تلبية حاجات أفراده لأن المشكلة تكمن في إحساس الفرد بالفردية ( الجوهرة شيببي، 1426: 16 ).

فأصحاب النظرية الاجتماعية ينظرون إلى أسباب الوحدة النفسية من منظور تاريخي وآخر معاصر، كما يربطونها بنتائج التقدم التكنولوجي الهائل في المجتمعات المعاصرة على غرار الولايات المتحدة الأمريكية.

#### هـ/ الاتجاه التفاعلي:

يعد ويس عام 1973 Weiss رائد الاتجاه التفاعلي، وصاحب وجهة النظر التفاعلية وذلك لمبررين أساسيين هما:

ابتداء من تأكيده على أن الشعور بالوحدة النفسية ليس وظيفة العوامل الشخصية أو العوامل الموقفية كلا على حده، بل هي نتاج التأثير التفاعلي لتلك العوامل معاً، وانتهاءً؛ بكون الوحدة تنشأ عندما تكون تفاعلات الفرد الاجتماعية غير كافية، أي أنه يعتبر أن كل العوامل الداخلية ( الشخصية ) والعوامل الخارجية ( الموقفية ) أسباب للوحدة النفسية وإن كان يعطي اهتماماً أكبر للعوامل الموقفية، كما حدد ويس 1973 - 1974 نوعين من أنواع الوحدة النفسية والمتمثلة في كل من الوحدة النفسية العاطفية، والوحدة النفسية الاجتماعية كما سبق الإشارة إليهما ( دانية الشبؤون، 2006: 106 - 107 ).

ومن جهة أخرى حدد ويس ستة استعدادات اجتماعية تتدرج ضمن مقدار العلاقات الاجتماعية المشبعة لدى الأفراد، وأي نقص في هذه الاستعدادات يؤدي إلى الضيق والألم النفسي وهي كالتالي:

- 01/ الاتصال؛ من خلال العلاقات التي يشعر فيها الفرد بالأمن والمودة والألفة مع الآخرين.
- 02/ التكامل الاجتماعي؛ يتحقق من خلال الاهتمامات والعلاقات الاجتماعية المشتركة.
- 03/ فرصة العطاء؛ من خلال تحمل المسؤوليات تجاه الآخرين.
- 04/ إعادة تأكيد القيمة؛ من خلال العلاقات التي تكون فيها مهارات الفرد موضع تقدير.
- 05/ اقتران الثقة؛ ويستمد من خلال قدرة الفرد على مساعدة الغير تحت أي ظرف.
- 06/ التوجيه من خلال علاقات بأفراد محل ثقة ويقدمون النصيح والمساعدة للآخرين ( الجوهرة شيببي، 1426: 17 ).

فوجهة النظر التفاعلية حاولت الجمع بين كل من الاتجاه السيكودينامي، والاتجاه الظاهري، والاتجاه الاجتماعي حيث أرجعت أسباب الوحدة النفسية إلى تفاعل العوامل الشخصية والاجتماعية معاً، فضلاً عن تأثيرات البيئة المحيطة بالفرد.



## 07- علاقة الوحدة النفسية ببعض متغيرات الشخصية:

أ/ العمر:

وحول العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والعمر، يرى ماجزكوفيك ( Mijuskovic, 1986 ) أن الشعور بالوحدة النفسية في مرحلة الشباب يفوق الشعور بالوحدة في بقية المراحل العمرية الأخرى، وذلك نتيجة لظهور حاجات شخصية جديدة للفرد كحاجته إلى الود والألفة في علاقاته الشخصية وحاجته إلى الشعور بالانتماء من خلال تكوين علاقات ودية حميمة مع الآخرين، وأن فشل الفرد في بناء مثل هذه العلاقات الاجتماعية يساهم بدرجة كبيرة في الشعور بالوحدة النفسية ( يوسف موسى مققادي، 2008: 181 ).

ربما لم تشير هذه الدراسة إلى مرحلة الشيخوخة وما يكتنفها من وحدة بمسببات مختلفة سواء بوفاة الزوجة أو الزوج، أو كثرة الاضطرابات والأمراض، ...

كما أجرى كل من روسكو وسكومسك عام 1989 Roscoe & Skonsk بدراسة بهدف التعرف على مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طلاب الكليات تكونت من 559 طالب وطالبة، وبعد تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية على عينة الدراسة بينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين طلاب الكلية على مقياس الشعور بالوحدة النفسية في حين كان هناك فروق واضحة بين الطلاب تعود لفارق العمر بينهم ( السنة الدراسية ) عزاها الباحث إلى ما يمتلكه البالغون من استراتيجيات للتعامل مع مشاعر الوحدة النفسية ( حسين علاونة، 2005: 19 ).

أكدت الدراسات السابقة الذكر وغيرها من الدراسات أن الشعور بالوحدة النفسية في المرحلة الجامعية له تأثيرات بليغة وواضحة مقارنة ببقية المراحل العمرية الأخرى.

ب/ الجنس:

وقد أجرت شواقفة عام 2000 دراسة بعنوان الشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة آل البيت، حيث تكونت عينة الدراسة من 165 طالبا و 185 طالبة، من مختلف التخصصات الجامعية، وتوصل الباحث إلى نتائج تفيد بعدم وجود أثر للجنس والجنسية في شعور الطلبة بالوحدة النفسية ( يوسف موسى مققادي، 2008: 182 ).

وأيضاً قام عيسى ( Issa,2002 ) بدراسة كان هدفها التعرف على الخصائص السيكومترية لصورة منقحة من مقياس كاليفورنيا للشعور بالوحدة النفسية، حيث طبقت على عينة مكونة من 460 طالباً وطالبة من جامعة اليرموك بالأردن، منهم 225 ذكراً، 235 أنثى. وقد كان متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية أعلى مما هو عليه لدى الطلبة الإيرانيين والروس، كما كانت قيم معاملات

الارتباط بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية ودرجاتهم على مقياس القلق والخجل والاكئاب موجبة ودالة إحصائياً، بينما كانت قيم معاملات الارتباط على نفس المقياس وكل من مقياس تقدير الذات ومقياس مركز الضبط سالبة. وقد بينت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائياً تعود للجنس أو لعدد سنوات الدراسة بالجامعة أو مكان الإقامة ( فهد الدليم، جمال عامر، 2004: 16 ). وهي تتعارض مع نتائج الدراسة التي أجراها كل من نورمان وديواين ( Norman & Dewayne, 1986 ) بهدف التعرف على الفروق بين الجنسين من المراهقين في مستوى الشعور بالوحدة النفسية. والتي تكونت عينتها من 59 مراهقاً، 53 مراهقة من طلبة الجامعة. انتهت نتائجها إلى أن الذكور من المراهقين أكثر شعوراً بالوحدة النفسية من الإناث المراهقات ( فهد الدليم، جمال عامر، 2004: 16 ).

كما أجرى كل من نيلوفر وودوارد عام 1986 *Nilufer & Wood Word* دراسة هدفت إلى التعرف على درجة الشعور بالوحدة النفسية عند عينة مختارة من الجامعات الغربية في ضوء متغير الجنس وسهولة تكوين علاقات اجتماعية مثمرة، وقد تبين من نتائج الدراسة بعد تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية على عينة الدراسة بأن الإناث كن أكثر شعوراً بالوحدة النفسية من الذكر، كما وجدت الدراسة أن هناك علاقة بن الشعور بالوحدة النفسية وسهولة تكوين الأصدقاء ( حسين علاونة، 2005: 19 ).

هذا من جهة ومن جهة أخرى فالفرق بين الجنسين قد أظهرت نتائج متعارضة في بعض الأحيان فنجد أن الإناث أكثر عرضة للشعور بالوحدة النفسية مقارنة بالذكور عند كل من ( النيال، 1993، الراعي، 1990، 1990، 1985، *Wiess*، 1973، *Borys & Perlman* )، بينما أظهرت نتائج دراسات أخرى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الشعور بالوحدة النفسية ( شواقفة، 2000، حداد وسوالمه، 1998، الربيعه، 1997، *Borys & Perlman*، 1973 ) ( يوسف موسى مقداي، 2008: 181 ).

وهي تتفق مع الدراسة التي قام بها كل من ديتوماسو وبرانين وبيرجس *Ditommaso*، 2005 *Brannen & Burgess* والتي هدفت إلى الكشف عن العوامل التي تؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية عند الطلاب، وبعد تطبيق مقياس الوحدة النفسية على العينة المؤلفة من 223 طالب وطالبة ممن يحملون الجنسيين الكندية والصينية، توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين مشاعر الوحدة النفسية وبين كل من الجنس والإطار الثقافي الذي يعيش فيه الطالب، كما وأشارت الدراسة إلى أهمية الظروف الأسرية التي يعيشها الطالب داخل الأسرة وما تلعبه من دور في ظهور مشاعر الوحدة النفسية لديهم ( حسين علاونة، 2005: 24 ).

## ج/ الخلفيات الثقافية والاجتماعية:

بالإضافة إلى كل من العمر والجنس قام نيتو وباروس عام 2000 *Neto & Barros* بدراسة هدفت إلى التعرف على أثر كل من العمر والجنس والخلفيات الثقافية على مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من البالغين وطلاب الكليات في كل من البرتغال وجزر الرأس الأخضر حيث بلغت عينة الدراسة 733 طالب، وبعد تطبيق مقياس روسيل وكورنتونا للوحدة النفسية، أشارت النتائج إلى أنه لا يوجد أي اختلافات بين الطلاب في مستوى الشعور بالوحدة النفسية تعزى لأثر الجنس أو الجنسية بين كلتا المجموعتين في حين كان الشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب الكليات أقل مما هو عليه عند غيرهم ( حسين علاونة، 2005: 21- 22 ).

وقام آشر *Acher* وهيميل *Hemel* ورينشو *Renchow* عام 1984 بدراسة عن العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية وكل من المستوى الاجتماعي والاقتصادي ومستوى الأداء في التحصيل الدراسي على عينة قوامها 506 تلميذ من الجنسين، كان من نتائجها أن 10% من أفراد العينة عبروا عن معاناتهم من الوحدة النفسية وعدم الرضا الاجتماعي، كما وجدت علاقة اجتماعية جوهرية بين الشعور بالوحدة النفسية وانخفاض التحصيل الدراسي ( محمد ربيع الخميسي، 2001: 44 ).

كما أجرى كل من ورو وكونورس عام 2001 *Lerous & Connors* دراسة بعنوان "الخلفيات الثقافية وأثرها على الوحدة النفسية عند طلاب الجامعات"، هدفت إلى التعرف على أثر الخلفيات الثقافية للطلاب على درجة الشعور بالوحدة النفسية لديهم في ضوء بعض المتغيرات كالجنس، والظروف العائلية، والمنزلية، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للطلاب، وبعد تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية على العينة المكونة من 293 طالب من السنة الثانية والثالثة موزعين على جامعتي تشارلز سترن وفري ستين، أظهرت النتائج أن الطلاب في جامعة تشارلز كانوا أكثر معاناة من الوحدة النفسية من طلاب جامعة فري ستين، إضافة إلى ذلك أظهرت النتائج بأن الإناث كن أكثر شعورا بالوحدة النفسية من الذكور، كما تلعب الظروف الأسرية والاقتصادية دورا في ظهور مشاعر الوحدة النفسية لديهم ( حسين علاونة، 2005: 22 ).

بالإضافة للخلفيات الثقافية هناك أيضا الخلفيات الديموغرافية حيث بينت دراسة متولي وعبد الرحمن عام 2003 المعنونة بـ "الوحدة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والديموغرافية لدى طلبة الجامعة" فهذه الدراسة إلى التعرف على الفروق بين الشعور بالوحدة النفسية وفق الجنس والتخصص ونوع التعليم، وعلى العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والدافع للإنجاز، والرضا عن الحياة، تكونت عينة الدراسة من 301 طالبا وطالبة، من كل من طلبة جامعة القاهرة والأزهر ومن الكليات النظرية والعلمية، حيث بلغ عدد الطلبة من الكليات النظرية 149 طالبا بينما بلغ عدد الطلبة من الكليات العلمية 155

طالباً، تم استخدام مقياس الشعور بالوحدة النفسية من إعداد الباحثين، ودلت النتائج على وجود فروق دالة بين طلبة الجامعة في الشعور بالوحدة النفسية وفق الجنس والتخصص ونوع التعليم، حيث كان الذكور في التخصصات العلمية أقل شعوراً بالوحدة النفسية من الإناث في التخصصات العلمية، كذلك الطلبة في التخصصات النظرية في التعليم العام أكثر شعوراً بالوحدة النفسية من غير المتخصصين، وكذلك هناك علاقة ارتباطية سالبة بين الشعور بالوحدة النفسية ونوع التعليم ولكن لا ترتقي هذه العلاقة إلى مستوى الدلالة الإحصائية (فاكهة جعفر، 2007: 19).

#### 08- علاقة الوحدة النفسية ببعض متغيرات الصحة النفسية:

ويشير كل من حداد وسوالمة عام 1998 إلى أن الشباب الذين يعانون من الشعور بالوحدة النفسية تكون لديهم سلوكيات عديدة غير مرغوبة فيها، كالخجل، والخوف، والغضب، والعدوانية وغيرها (يوسف موسى مقداي، 2008: 181)، فضلا عن الاكتئاب والقلق.

#### أ/ الاكتئاب:

فقد أجرى باتشيت عام Patchett, 2005 دراسة هدفت إلى بحث العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب وعلاقتها بتكيف الطلبة في الجامعة، وتناولت الدراسة متغيرات أخرى مثل مكان الإقامة، حيث تكونت عينة الدراسة من 107 طالب من طلبة السنة الأولى جامعي، ودلت النتائج على أن الطلبة الذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الوحدة النفسية ومقياس الاكتئاب يعانون من صعوبات في التكيف حسب ما أظهرته مقاييس التكيف المستخدمة في الدراسة. كما دلت النتائج أيضاً على أن الطلبة الذين حصلوا على درجات منخفضة على مقياس الوحدة النفسية ومقياس الاكتئاب أظهروا مستوى مرتفع من التكيف حسب ما أظهرته أيضاً مقاييس التكيف المستخدمة في هذه الدراسة (يوسف موسى مقداي، 2008: 182).

وهي تتوافق مع الدراسة التي أجراها لوريرو عام Loriero 1983 للتعرف على العلاقة بين الاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية ومكان الإقامة لدى عينة مكونة من 130 طالب وطالبة من طلاب الكلية الأمريكية وكليات أخرى في تايوان، أشارت النتائج إلى وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية بين الوحدة النفسية والاكتئاب، كما أشارت إلى أن الطلاب غير المقيمين مع أسرهم كانوا أكثر شعوراً بالوحدة النفسية إذا ما تمت مقارنتهم بالطلبة الأصليين أو المحليين، كما دلت الدراسة على أن الطلاب المتزوجين كانوا أقل شعوراً بالوحدة النفسية من غيرهم (حسين علونة، 2005: 18).

وأيضاً قام كل من خضر والشناوي عام 1988 بدراسة أخرى للتعرف على الاكتئاب وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية وتبادل العلاقات الاجتماعية، وقد تكونت عينة دراستهما من 500 طالباً بالمملكة العربية السعودية نصفهم من طلاب المدارس الثانوية والنصف الآخر من طلبة الجامعة. وكان ضمن ما توصلت إليه نتائج هذه الدراسة، أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس الاكتئاب.

أما الدراسة التي أجراها كل من روبرتس وتشين (Roberts & Chen, 1995) على مجموعة كبيرة من المراهقين والمراهقات بلغ عددهم (3200) فرداً تراوحت أعمارهم ما بين 12-15 عاماً، وذلك بهدف الكشف عن العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والأفكار الانتحارية بين المراهقين والمراهقات؛ وقد كان ضمن ما كشفت عنه نتائج تلك الدراسة، أن المراهقين والمراهقات الذين ترتفع لديهم درجة الشعور بالوحدة النفسية تزداد لديهم الأعراض الاكتئابية والأفكار الخاصة بالميل الانتحارية والموت (فهد الدليم، جمال عامر، 2004: 14-15).

كما يشترك الشعور بالوحدة النفسية مع الاكتئاب في بعض الأسباب التي تساهم في الوصول إليه مثل العوامل التكوينية، والتي ترتبط بطبيعة شخصية الفرد، وأنماط التفكير لديه، وطرق تقييمه للعلاقات الاجتماعية، فضلاً عن عوامل نفسية تتعلق بردود أفعاله وقدرته على تحمل المواقف الطارئة والتعامل معها، هذا وتلعب البيئة التي يعيش فيها الفرد وما مر به من خبرات دوراً بارزاً في دفع الشخص إلى الاضطراب والوقوع في المشاكل النفسية مثل الاغتراب والشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب وغيرها من الاضطرابات والمشكلات النفسية والاجتماعية.

على غرار الدراسة التي قام بها هيرمان عام 2005 *Herman* التي تناولت بالدراسة استقصاء العلاقة بين الكفاءة الذاتية الاجتماعية، وتقدير الذات وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى طلبة الجامعة، وتكونت عينة الدراسة من 696 طالباً جامعياً، وأبرزت النتائج على أن الطلبة الذين يتصفون بالكفاءة الذاتية الاجتماعية، وتقدير الذات المرتفع يتمتعون بحماية ضد ظهور الأعراض الاكتئابية والشعور بالوحدة النفسية، وأن الأفراد ذوي الكفاءة الذاتية الاجتماعية المنخفضة وتقدير الذات المنخفض لديهم بعض الأعراض الاكتئابية وأعراض الشعور بالوحدة النفسية (يوسف موسى مقادي، 2008: 182).

وفي دراسة نوعية أجراها سبيجت عام 2005 *Speight* لبحث درجة الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى طلبة كولورادو وعلاقتها بالأوضاع الأسرية، حيث تكونت عينة الدراسة من ثلاثين طالباً جامعياً من هذه المنطقة، وتم الحصول على النتائج التالية؛ أن الطلبة ذوي الصعوبات المالية والانعزاليين ظهرت عليهم أعراض الاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية، وأن ذلك انعكس سلباً على أوضاعهم الأسرية،

بحيث أجابوا عبر تقاريرهم الذاتية، أنهم غير مساهمين في إيجاد الجو الإيجابي داخل أسرهم، وأنهم لا يتمتعون بأساليب لحل المشكلات التي تعترض أسرهم (يوسف موسى مقداي، 2008: 182).  
 فلهذا الارتباط تأثيراته السلبية العديدة على كل من الأوضاع الأسرية، وتقدير الذات، والتكيف بصفة عامة وبخاصة تدني المردود التحصيلي للطلبة.

كما قام وايزمن عام 1995 *Wiseman* بدراسة لفحص العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والاكنتاب لدى طلبة جامعة حيفا، بعينة قوامها 107 طالب و218 طالبة، ودلت نتائجها على وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الشعور بالوحدة والاكنتاب (يوسف موسى مقداي، 2008: 183)، وتتعارض هذه الدراسة كليا مع دراسة عطا الله عام 1993 التي أشارت إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين تقدير الذات، وكل من الوحدة النفسية، والاكنتاب.

وأجرى الشناوي وخضر عام 1988 دراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين الاكنتاب، وكل من الشعور بالوحدة النفسية، والعلاقات الاجتماعية المتبادلة لدى طلبة المرحلة الثانوية والجامعية، حيث تكون العينة من 150 طالب، وبينت النتائج أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الشعور بالوحدة النفسية وبين الاكنتاب، ودلت أيضا على وجود علاقات عكسية دالة إحصائيا بين العلاقات الاجتماعية المتبادلة والاكنتاب (يوسف موسى مقداي، 2008: 183).

### ب/ القلق:

الدراسة التي قام بها ستورتش عام 2003 *Storch* بهدف معرفة العلاقة بين الأذى الذي يسببه الأقران وكل من القلق والوحدة النفسية لدى المراهقين، حيث تكونت عينة الدراسة من 383 تلميذ وتلميذة، منهم 145 تلميذ، و 228 تلميذة يدرسون في كل من الصف التاسع والعاشر في الولايات المتحدة الأمريكية، وتم استخدام مقياس أشر للوحدة النفسية، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الأذى الذي يتعرض له التلاميذ من أقرانهم وكل من الخوف من التقييم السلبي والأمراض الجسمية، والتجنب الاجتماعي، والوحدة النفسية، كما دلت النتائج أيضا على أن التلاميذ الذين يتعرضون إلى أكثر من نوع من أذى الأقران يعانون من مستويات أعلى من القلق الاجتماعي والوحدة النفسية، كما لم تسفر نتائج الدراسة عن وجود فروق بين الذكور والإناث في مستوى الشعور بالوحدة النفسية (أمال جودة، 2005: 789).

كما هدفت دراسة ستوكز عام 1985 *Stokes* إلى التعرف على العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية وبين مجموعة العلاقات الاجتماعية للفرد، وكذلك متغيرات الانبساطية والعصابية، والصراحة الذاتية.

واقترض الباحث وجود علاقة بين الشعور بالوحدة وبين العصابية انطلاقاً من كون الشخص الذي يرتفع لديه معدل العصابية يكون قلقاً ومنشغلاً، وواضح الانفعالية، زائد الاستجابة لكل أنواع المثيرات، وأوضح نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة بين الانبساطية وبين الشعور بالوحدة، بمعنى أن الانبساطيين يكونون أقل شعوراً بالوحدة وذلك لكثرة وجود علاقات اجتماعية من أشخاص آخرين يشعرون بالود والقرب منهم، كما بينت الدراسة أيضاً أن العصابية عامل منبئ للشعور بالوحدة النفسية ( محمد حسين، منى الزيانى، 1994: 13 ).

وقام كل من جينتر ودونيل عام 1994 *Ginter & Dwinell* بدراسة تناولت الوحدة النفسية لدى المراهقين بهدف معرفة العلاقة بين الوحدة النفسية وكل من القلق والدعم الاجتماعي لدى عينة من المراهقين الإسرائيليين قوامها 144، منهم 37 فرد يعانون من الوحدة النفسية، و 107 لا يعانون من الوحدة النفسية، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة بين الوحدة النفسية وكل من القلق والدعم الاجتماعي، كما دلت النتائج عن وجود فروق بين العينتين في الوحدة النفسية والقلق والدعم الاجتماعي ( أمال جودة، 2005: 786 ).

### ج/ الطمأنينة النفسية:

يؤكد برلين أن جذور الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال والمراهقين تعود أصولها إلى مراحل الرضاعة حيث أن العلاقات غير الآمنة وغير الحميمية التي قد تسود بين الأم وطفلها لها تأثير على شخصيته وسلوكاته فيما بعد، كما يؤكد على أن عدم الشعور بالأمن والطمأنينة الانفعالية وضعف الارتباط بالآخرين في مرحلة الحضانة يؤدي إلى الانسحاب ومن ثم الشعور بالوحدة النفسية ( فهد الدليم، جمال عامر، 2004: 05 ).

وهذا ما يؤدي إلى عدم التكيف في سلوك الأفراد واختلال مفهوم الأمن النفسي لديهم، وهذا ما تبين في دراسة زينب عبد اللطيف عام 1993 وهدفت إلى دراسة العلاقة بين الإحساس بالوحدة النفسية والسلوك التكيفي لدى أطفال مؤسسات الرعاية، حيث اهتمت الدراسة بثلاث فئات هي فئة اللقطاء، والأيتام، وذوي الأسر المتصدعة والمقارنة بينهم من حيث كل من الإحساس بالوحدة النفسية والسلوك التكيفي، فضلاً عن المقارنة بين الذكور والإناث لمعرفة أي من هذه الفئات من الجنسين أكثر إحساساً بالوحدة النفسية، وأيها أكثر انحرافاً من الناحية السلوكية، وقد تكونت عينة الدراسة من 179 فرد موزعة بين الذكور والإناث ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين 16-18 سنة من أطفال الملاحي بالقاهرة، وقد استخدمت الباحثة مجموعة من الأدوات مقياس الوحدة النفسية لإبراهيم قشقوش عام 1988، ومقياس السلوك التكيفي لفاروق صادق عام 1985.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين الإحساس بالوحدة النفسية والسلوك التكيفي حيث وجدت فروق دالة بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الإحساس بالوحدة النفسية وكانت الفروق دالة لصالح اللقطاء، وعدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في الشعور بالوحدة النفسية، كما وجدت فروق على بعد السلوك التدميري والعنف بين الذكور والإناث لصالح الإناث (رشا محمد فايد، 2004: 63).

كما أظهرت دراسة كيرنز وزملاؤه والتي تمت على 76 فردا (46 من الذكور، 30 من الإناث)، بخصوص إدراك الأطفال للأمن النفسي وارتباطه بالعلاقة مع الأقران وبالشعور بالوحدة النفسية، على أن هناك ارتباطا سالباً بين الأمن النفسي والوحدة النفسية، وهي تتعارض مع الدراسة التي قام بها باشماخ على 481 مريضاً من المرفوضين اسريا بمنطقة مكة المكرمة، ودلت النتائج على وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الشعور بالأمن النفسية والشعور بالوحدة النفسية لدى المرضى المرفوضين أسريا، ولكن لم تظهر فروق دالة بين الذكور والإناث في الشعور بالأمن النفسي أو الوحدة النفسية (فهد الدليم، جمال عامر، 2004: 06).

#### د/ المساندة الاجتماعية:

يرى بورتونوف عام 1988 *Portnoff* أن هناك تشابها بين مفهومي الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية، فكلاهما يشمل على نوع من القصور الاجتماعي، ويبدو أن كل إنسان منعزل اجتماعيا غالبا ما يتعرض للوحدة النفسية، أما جالب عام 1981 *Gallup* فيرى أن الشعور بالوحدة النفسية يظهر في أشكال مختلفة، والعزلة الاجتماعية ما هي إلا شكل من أشكال الوحدة النفسية (دانيا الشيبؤون، 2005: 85).

وعلى هذا الأساس قام الربيع عام 1997 بدراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من طلبة كلية التربية بجامعة الملك سعود بالرياض، كما هدفت إلى معرفة الفروق بين الطلبة والطالبات في درجة شعورهم بالوحدة النفسية، طبقت الدراسة على عينة مكونة من 600 طالب وطالبة تم اختيارهم عشوائيا، وقد كشفت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلبة والطالبات في الجامعة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية، وكذلك لا توجد فروق دالة إحصائية بين المتزوجين، وغير المتزوجين، كما دلت النتائج على عدم وجود فروق بين الطلبة الذين يسكنون لوحدهم والطلبة الذين يسكنون في الجامعة (صالح شواقفة، 2001: 17-18).



كما قام مولينز عام 1991 Mullins, بدراسة استهدفت التعرف على طبيعة العلاقة بين الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية، وقد أجريت تلك الدراسة على عينة مكونة من 1005 فرد، ومن أهم النتائج التي تم التوصل إليها من خلال هذه الدراسة أن الأفراد الذين يعيشون بمفردهم أي بمعزل عن الآخرين وأفراد أسرهم كانوا أكثر شعورا بالوحدة النفسية ( فهد الربيعة، 1997: 33 ).

وفي نفس الإطار تبين من خلال دراسة ريتش وبونر عام 1987 Rich & Bonner وجود علاقة ارتباطية بين الشعور بالوحدة النفسية وكل من أحداث الحياة الضاغطة من ناحية، والافتقار للمساعدة الاجتماعية من ناحية أخرى، حيث عادة ما يكون الشعور بالوحدة النفسية وعدم القدرة على مواجهة المشكلات المختلفة هو الناتج الرئيسي للتفاعل بين كل من التعرض للضغوط الحياتية والافتقار للمساعدة الاجتماعية ( حسام الدين طوسون، 2003: 33 ).

أما سبيتزبيرج عام 1980 Spitzberg, فقد أجرى دراسة عن العلاقة بين كفاءة العلاقات الشخصية والوحدة النفسية على عينة قوامها 157 طالب وطالبة جامعيين، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الأفراد الذين يشعرون بالوحدة النفسية المرضية المزمنة لديهم عجز في المهارات الاجتماعية وعدم كفاءة العلاقات الشخصية ( فهد الربيعة، 1997: 34 ).

فما سبق يتضح أن الأفراد الذين يعانون من الوحدة النفسية هم بحاجة إلى مساندة اجتماعية، من أجل تكوين علاقات اجتماعية جديدة وجيدة مع أفراد الأسرة والأصدقاء والزملاء، وذلك من أجل التخفيف من حدة الشعور بالوحدة النفسية لديهم.

#### د/ الضغوط النفسية:

لقد بينت دراسة جيدنوتنا 1985 Jednotna, عن ارتباط وثيق بين السمعة المفرطة لدى الأطفال وكل من الوحدة النفسية، انخفاض المهارات الحركية، مفهوم الذات السالب فضلا عن انخفاض الدافعية ( مايسة أحمد النيال، 1993: 105 ).

كما تبين من خلال دراسة ممدوحة سلامة عام 1991 التي كانت تهدف إلى فحص العلاقة بين إدراك الضغوط الاقتصادية كعامل الضغط النفسي والشعور بالوحدة النفسية، إلى جانب فحص دور تقدير الذات في تعديل واقع الضغوط الاقتصادية على المعانات النفسية ممثلة في الشعور بالوحدة النفسية، حيث تبين وجود علاقة موجبة بين الشعور بالوحدة النفسية وكل من التعرض للضغوط الاقتصادية والتقدير السلبي للذات ( حسام الدين طوسون، 2003: 34 ).

كما قام بيرنس عام 1987 Burns, بدراسة الهدف منها معرفة أثر الأمراض المزمنة على حاجة الفرد للعزلة والتفاعل الاجتماعي؟ وقد استعان الباحث بعينة من المرضى المصابين بالأمراض المزمنة مع مراعاة اختلاف أماكن الإقامة حيث بلغ عدد أفراد العينة 90 فردا، وقسمت على ثلاث مجموعات فرعية

"30 فردا من الذين يعيشون في بيوتهم، 30 فردا من الذين يعيشون في بيوت التمريض، 30 فردا من الذين لزموا المستشفيات" وراعى الباحث أن يكون جميع أفراد العينة الثلاث من الراشدين الذين تتراوح أعمارهم من (40-50 سنة).

وقد أجريت تلك الدراسة على المجتمع الأمريكي وتم اختيار العينة بشكل عشوائي، وقد أشارت النتائج إلى أن استجابات الأفراد في المجموعات الثلاث لم تحدد الأفراد الذين كانوا منعزلين ويشعرون بالوحدة النفسية، أي أن أفراد العينة لم يرجعوا مرضهم المزمن كسبب لقدرتهم على تلبية الحاجة للعزلة أو التفاعل الاجتماعي بمعنى آخر أن مرضهم المزمن لم يكن سببا في إحساسهم بالوحدة النفسية ( مها البربري، د س ط: 68-69 ).

#### هـ/ تقدير الذات:

أما فيما يتعلق بمتغير تقدير الذات فقد قام عطا عام 1993 بدراسة حول تقدير الذات وعلاقته بالوحدة النفسية والاكنتاب لدى طلاب الجامعة، وذلك بهدف معرفة واقع كل من تقدير الذات والوحدة النفسية والعلاقة بين تقدير الذات وكل من الوحدة النفسية والاكنتاب، حيث تكونت عينة الدراسة من 136 طالب جامعي مصري من الجنسين، كما استخدم الباحث كل من مقياس ( UCIA ) للوحدة النفسية لراسل عام 1982، ومقياس بيك للاكنتاب، ومقياس تقدير الذات للدريني، حيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- رصدت النتائج واقع تقدير الطلاب لذاتهم و مشاعر الوحدة النفسية لديهم.
  - كما كشف البحث عن وجود علاقة سالبة ودالة إحصائيا بين تقدير الذات وكل من الوحدة النفسية والاكنتاب، حيث تنخفض مشاعر الوحدة النفسية ومستويات الاكنتاب في ظل التقدير الإيجابي للذات.
  - كما كشفت الدراسة أن دور تقدير الذات في خفض العلاقة بين الوحدة النفسية والاكنتاب كان ضعيفا، وأن العلاقة بين المتغيرين ظلت دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 بعد العزل الإحصائي لتأثير تقدير الذات، وهذا يشير إلى أن العلاقة بين الوحدة النفسية والاكنتاب علاقة قوية لم تتأثر بمتغير تقدير الذات ( فؤاد حسين، 2007: 52 ).
- وأجرى ودوارد عام 1988 Woodward، دراسة على 387 طفلا ومراهقا ريفيا، تتراوح أعمارهم ما بين 8-20 سنة، حيث طبق عليهم مقياسا للشعور بالوحدة النفسية، وآخر لتقدير الذات، وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن الأطفال الريفيين يعانون من ارتفاع الشعور بالوحدة النفسية، ودلت على وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائيا بين الشعور بالوحدة النفسية وتقدير الذات ( ناجيه مصطفى، 2004: 65 ).

كما قامت شقير عام 1993 بدراسة بعنوان تقدير الذات والعلاقات الاجتماعية المتبادلة والشعور بالوحدة لدى عينتين من تلميذات المرحلة الإعدادية في كل من مصر والمملكة العربية السعودية، حيث اشتملت عينة الدراسة على 290 تلميذة من تلميذات الفرقة الثانية بالمرحلة الإعدادية بكل من جمهورية مصر العربية والمملكة العربية السعودية "منطقة تبوك"، يتراوح أعمار العينة المصرية بين 13- 15.5 سنة، بينما عمر العينة السعودية بين 13.5- 15 سنة، كما تم استخدام كل من مقياس تقدير الذات لكوبير سميث، وكل من مقياس العلاقات الاجتماعية المتبادلة، ومقياس الشعور بالوحدة النفسية من إعداد شقير عام 1993، وتم التوصل إلى النتائج التالية:

- يوجد ارتباط موجب بين تقدير الذات والعلاقات الاجتماعية لدى عينتي الدراسة "المصرية والسعودية".
- يوجد ارتباط سالب بين تقدير الذات والشعور بالوحدة لدى عينتي الدراسة "المصرية والسعودية".
- يوجد ارتباط سالب بين العلاقات الاجتماعية المتبادلة والشعور بالوحدة لدى عينتي الدراسة ( الجوهرة شيببي، 1426: 46- 47 ).

اختلفت نتائج هذه الدراسة في شعور العينة بالوحدة حيث تبين وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين درجات كل من تلميذات المرحلة الإعدادية المصريات وتلميذات المرحلة الإعدادية السعوديات على متغير الشعور بالوحدة النفسية وكانت الفروق لصالح العينة السعودية.

#### 09- طرق الحد من الشعور بالوحدة النفسية:

من أجل الحد من مشكلة الشعور بالوحدة النفسية عمد العلماء والباحثين إلى إيجاد العديد من الأدوات والتقنيات ومن أهمها العلاج النفسي، فضلا عن مراعاة العديد من الأبعاد والمظاهر التي سبق الإشارة إليها، ومن بين هذه التقنيات نجد ما هدفت إليه دراسة هونور فرانس *Honore France, 1994* التي عملت على دراسة الشعور بالوحدة النفسية وكيفية التغلب عليها وتخفيفها لدى المراهقين وأشارت الدراسة إلى تأكيد أن نسبة الانتحار بين صغار السن الذين تتراوح أعمارهم بين 15- 24 سنة قد تضاعفت بنسبة 29% في خلال 20 سنة الأخيرة، أي أنه في مقابل كل شخص قام بالانتحار هناك 50 إلى 100 آخرين قاموا بمحاولة الانتحار وكذلك ارتفعت نسبة الطلاب الذين يتكونون الدراسة لتصل إلى 2000 من مجموع 50000 طالب في بريطانيا، وهم بذلك يحتاجون إلى مساعدة طبيب نفسي أثناء فترة المراهقة.

حيث تم تطبيق الدراسة على المراهقين من 15- 20 سنة في مدارس بريطانيا، وتوصلت النتائج إلى أن الشعور بالوحدة النفسية قد مر به معظم الناس في فترة من فترات حياتهم لعدت أسباب منها انفصال الأسرة، أو موت عزيز، وهناك أيضا كثير من الطلاب يشعرون بالوحدة النفسية إما سلبيا مثل

الخوف، أو القلق، أو إيجاباً مثل الرغبة في التغيير والتعبير عن نفسه وقدراته على الإبداع، كما أن للطالب وقت من الفراغ لا يبد من استغلاله فإذا تم توجيهه توجيهاً خاطئاً أدى في كثير من الحالات إلى الانتحار، أو تعاطي المخدرات، أو على العزلة (رشا محمد فايد، 2004: 64).

كما بدأت جهود بيدمان عام 1988 *Bedman* بدراسة مقارنة بين العلاج النفسي الفردي والعلاج النفسي الجماعي قصير المدة *Short-Taim* وهدفت الدراسة إلى المقارنة بين فعالية كل من النوعين من العلاج، وطبقت الدراسة على عينة كلية قوامها 98 مراهقاً من الجنسين يعانون من الوحدة النفسية، وانخفاض تقدير الذات، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية:

1 - مقياس تقدير الذات لكوير سميث.

2 - مقياس الوحدة النفسية USLA من إعداد بيدمان.

3 - القائمة 90 لمراجعة الأعراض النفسية العقلية.

وتم توزيع العينة عشوائياً على مجموعتين إحداهما تلقت العلاج النفسي الفردي والأخرى طبق عليها العلاج النفسي قصير المدى، وتم تتبع العينة لمدة عام بعد انتهاء البرنامج العلاجي، وأسفرت النتائج عن تحسن جوهري متقارب ومتشابه على كل أدوات الدراسة، كما أظهرت النتائج تحسناً جوهرياً متقارباً بين العلاج النفسي الفردي، والعلاج النفسي الجماعي - قصير المدة (محمد ربيع الخميسي، 2001: 72). كما أجرى سليمان عام 1989 دراسة هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية أسلوب العلاج النفسي الجماعي غير الموجه في التخفيف من معاناة الإحساس بالوحدة النفسية لدى عينة من طلبة الجامعة بلغ عددهم 25 طالباً، قسمت إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة. وقد أكدت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، مما يدل على مدى فاعلية العلاج النفسي الجماعي كوسيلة لعلاج هذا النوع من الاضطرابات النفسية (فهد الدليم، جمال عامر، 2004: 17-18).

وباستخدام نفس التقنية العلاجية قام ديبراميسك عام 1986 *Debramesch* بدراسة تهدف

للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية والتعلم الجماعي لبعض المراهقين الشاعرين بالوحدة النفسية ومدى تأثير هذا التدريب على تقدمهم وتوافقهم العلمي، حيث تكونت عينة الدراسة من 199 طالباً من الجنسين والذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين 07-38 سنة، وقد تم إخضاع كل حالة من أفراد المجموعة التجريبية لعدد من جلسات الإرشاد النفسي الفردي "الإرشاد النفسي المتمركز حول العميل" حيث تراوح العدد الكلي للجلسات لكل حالة ما بين 08-13 جلسة حسب ظروف كل حالة.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى نجاح وفاعلية استخدام طريقة الإرشاد المتمركز حول العميل في تخفيض مستوى الشعور بالوحدة النفسية وتعديل مفهوم الذات لدى كل أفراد المجموعة التجريبية ( ناجية مصطفى، 2004: 75-76 ).

وهناك دراسة أخرى متقاربة مع الدراسة السابقة قام بها كل من كويت وماكور ( *Coopet & Macor, 1992*) وذلك بهدف التعرف على أثر استخدام العلاج النفسي الجماعي "الفنيات السلوكية" في التخفيف من حدة الشعور بالوحدة النفسية وعدد من المشكلات المرتبطة بها وهي: القلق والعدوان والإحباط. وتكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية بلغ عددها 24 مراهقاً مدمناً على تعاطي الكحوليات. وقد كشفت نتائج الدراسة عن مدى فاعلية العلاج السلوكي الجماعي في تخفيض حدة مستوى الشعور بالوحدة النفسية، وكذلك في انخفاض مستوى المشكلات النفسية الأخرى المصاحبة لها. وأيضاً أجرت أسماء الحسين عام 1997 دراسة بهدف التعرف على مدى فاعلية العلاج النفسي السلوكي الجماعي في خفض درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات الجامعة. حيث تكونت عينة دراستها من 20 طالبة من المقيّمات إقامة داخلية بجامعة الملك سعود بالرياض، وقد أسفرت نتائج الدراسة على التحقق من مدى فاعلية العلاج النفسي السلوكي الجماعي في خفض درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد مجموعة الدراسة التجريبية ( فهد الدليم، جمال عامر، 2004: 17-18 ).

بالإضافة إلى ذلك قامت بروث وماريجوري *Brouth & Maryjorie* عام 1994 في استراليا بدراسة من أجل تقييم العلاج النفسي الجماعي وفقاً لأدلة *Adler* في علاج الوحدة النفسية، وقد استخدمت الأدوات التالية:

- مقياس الاهتمامات الاجتماعية.
- قائمة الاهتمامات الاجتماعية.
- مقياس الوحدة النفسية *USIA*.

وطبقت الدراسة على عينة قوامها 179 مراهقاً، واعتمد التصميم التجريبي على توزيع العينة إلى عشرة مجموعات تجريبية، تعاني من ازدياد الشعور بالنقص، وارتفاع الشعور بالوحدة النفسية، كما ركز البرنامج على تعديل أنماط الحياة لدى مجموعات الدراسة، وأسفرت نتائج الدراسة بعد مقارنة القياس القبلي بالبعدي عن فاعلية البرنامج العلاجي وفقاً لمنهج أدلر في تخفيف الشعور بالوحدة النفسية، وازدياد التفاعل الاجتماعي والرضا عن أسرههم ( محمد ربيع الخميسي، 2001: 73-74 ).

وقام عامر عام 1991 بدراسة هدفت إلى محاولة تخفيض المستوى المرتفع من الشعور بالوحدة النفسية وكذلك تعديل مفهوم الذات لدى بعض الأحداث الجانحات المنحرفات جنسياً. وقد تكونت عينة الدراسة من 16 جانحة من المودعات بمؤسسة الفتيات القاصرات بعين شمس، تراوحت أعمارهن بين

16- 17 عاماً، تم تقسيمهن عشوائياً بالتساوي إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة. وقد تم إخضاع كل حالة من أفراد المجموعة التجريبية لعدد من جلسات الإرشاد النفسي الفردي "طريقة الإرشاد النفسي المتمركز حول العميل"، حيث تراوح العدد الكلي للجلسات لكل حالة ما بين 8- 13 جلسة حسب ظروف كل حالة. وكان أهم ما توصلت إليه نتائج هذه الدراسة هو نجاح وفاعلية استخدام طريقة الإرشاد النفسي المتمركز حول العميل في تخفيض مستوى الشعور بالوحدة النفسية وتعديل مفهوم الذات لدى كل أفراد المجموعة ( فهد الدليم، جمال عامر، 2004: 17- 18 ).

وتصدت الدراسة التي قامت بها نيفين زهران عام 1999 للتعرف على مدى فاعلية الإرشاد السلوكي المعرفي لخفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المراهقات. وقد تكونت عينة الدراسة من 20 مراهقة يعانين من ارتفاع مستوى الشعور بالوحدة النفسية، تراوحت أعمارهن من ( 14-17 ) عاماً، تم تقسيمهن عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة. وبعد استخدام البرنامج الإرشادي المصمم للدراسة، دلت نتائج الدراسة على مدى فاعلية الإرشاد السلوكي المعرفي في خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية.

وأخيراً هدفت الدراسة التي قامت بها ناجية مصطفى عام 2004 إلى تصميم وتطبيق برنامج للإرشاد النفسي لتخفيف حدة الشعور بالوحدة النفسية المرتفع لدى بعض طالبات المرحلة الثانوية، وأيضاً للكشف عن العوامل المرتبطة بفاعلية البرنامج الإرشادي. وقد تكونت عينة دراستها من 20 طالبة، ممن يعانين من ارتفاع مستوى الشعور بالوحدة النفسية بمحافظة القاهرة، كما تراوحت أعمارهن ما بين سن ( 14- 16 ) سنة من طالبات الفرقة الثانية الثانوية. وقسمت هذه العينة عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين في العدد، إحداهما تجريبية، والأخرى ضابطة. واعتمد البرنامج الإرشادي المستخدم على أسلوب المحاضرة وأسلوب المناقشة الجماعية، وأسلوب النشاطات الاجتماعية ( رحلات، معسكرات )، وقد انحصرت نتائج تلك الدراسة فيما يلي:

أن البرنامج الإرشادي المستخدم قد خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية المرتفع لدى أفراد مجموعة الدراسة التجريبية، مما يدل على فاعليته الإرشادية.

كما تحددت العوامل المرتبطة بفاعلية البرنامج الإرشادي واستمرارية أثره فيما يلي:

النقل والفهم والتفسير والتقدير والشعور بالحرية والشعور بالأمن والتنفيس الانفعالي والتفاعل

الاجتماعي والقدرة على اتخاذ القرارات والشعور بالانتماء والمرونة والضبط والاستبصار ( فهد الدليم، جمال عامر، 2004: 17- 18 ).

هذا من جهة ومن جهة أخرى بالإضافة إلى تقنيات العلاج النفسي توصل عدد كبير من المهتمين

بدراسة الوحدة النفسية والمتغيرات المرتبطة بها عن مدى ارتباطها بمتغير كشف الذات Self-

*Disclosure* فقد أكد يونغ عام 1982، *Young* على دور كشف الذات في بناء علاقات تتسم بالمودة والألفة والتي من شأنها أن تخفض من معدلات الشعور بالوحدة النفسية، وقد أيد هنري عام 1983، *Henry* ما أكده يونج فالارتباط وثيق الصلة بينهما، فمحاولات الفرد المتتالية في إخفاء ما يدور في بذاته على الآخرين، وتصوره بعدم إمكانية الآخرين في الكشف عن حقيقته، هو في حد ذاته تعبير عن انخفاض مستوى كشف الذات ومن ثم تظهر بجلاء معالم الوحدة النفسية.

وكما أشار جونز عام 1981، *Jones* إلى أن هناك ثلاثة طرق يمكن عن طريقهم أن يخفض الشعور بالوحدة النفسية باستخدام تقنية كشف الذات وهي:

أولاً؛ السلوك والمزاج والحالة المعرفية المرتبطة بالشعور بالوحدة النفسية قد تتداخل معا للدرجة التي تحول دون إمكانية تكوين صداقة حميمة لها خواص الألفة والمودة ومن ثم تتخفض القدرة على كشف الذات.

ثانياً؛ قد تؤدي الوحدة النفسية إلى حساسية مفرطة لدى الفرد للدرجة التي تصل إلى حد الرفض، ومن ثم تنعدم ثانية خاصية كشف الذات.

ثالثاً؛ قد يعوق الشعور بالوحدة النفسية المهارات الاجتماعية الفعالة وبالتالي ينعدم كشف الذات (مايسة أحمد النيال، 1993: 103).

كما قامت بوليا بدراسة نوعين من أنماط الوحدة النفسية فضلا عن التعرف على أثر الطرق العلاجية وفعاليتها في علاج الوحدة النفسية لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 06-11 عاماً، وقد أسفرت الدراسة على العديد من النتائج ومن أهمها فاعلية العلاج الأسري في القدرة على معالجة الوحدة النفسية التي قد يعاني منها الأطفال (مايسة أحمد النيال، 1993: 105).

**خلاصة:**

بما أن الوحدة النفسية كما وصفها فلاندر؛ بأنها عبارة عن حيلة توافقية مرتدة تنقل الفرد من حالة يعيش فيها ضغطا نفسيا من وجود نقص في اتصالاته البشرية إلى حالة أكثر مثالية من الاتصال البشري سواء في الكم أو النوع، فبدلا من أن تؤدي بالفرد إلى أشكال من الاغتراب، والاغتمام، والاكتئاب، والقلق من جراء إحساسه بالوحدة النفسية فعليه الوقوف عمليا عند الأسباب المؤدية لها، بدلا من حالة جلد الذات ولومها، بالإضافة إلى الاهتمام بإثراء الصداقات وتعددتها بدلا من البحث عن أشكال من الرومانسيّة، وتحليل المواقف الاجتماعية الإيجابية، فضلا عن كون أنه بمقدرة عملية الاختلاء بالذات الإسهام في معرفة الفرد لذاته، وقدراته ويكون عاملا في زيادة العلاقات المضادة للشعور بالوحدة النفسية.



الفصل الرابع:

الأعراض النفسية - الجسدية.

## الفصل الرابع : الأعراض النفسية - الجسدية .

تمهيد .

- 01 - مفهوم وخصائص الأعراض و/ أو الأمراض النفسية - الجسدية.
- 02 - أسباب الأعراض و/ أو الأمراض النفسية - الجسدية.
- 03 - تشخيص وقياس الأعراض و/ أو الأمراض النفسية - الجسدية.
- 04 - تصنيفات الأمراض النفسية- الجسدية.
- 05 - النظريات المفسرة للأمراض النفسية - الجسدية.
- 06 - علاقة الأعراض النفسية - الجسدية ببعض متغيرات الشخصية.
- 07 - علاقة الأعراض النفسية - الجسدية ببعض سمات الشخصية.
- 08 - علاقة الأعراض المرضية النفسية - الجسدية ببعض متغيرات الصحة النفسية.
- 09 - الإيدز من وجهة الأمراض النفسية - الجسدية "السيكوسوماتية".
- 10 - طرق الحد من الأعراض و/ أو الأمراض النفسية - الجسدية.

خلاصة.

تمهيد:

تبين العلاقة بين الانفعالات النفسية اللاسوية والإصابة بالمرض الجسمي، العلاقة بين النفس والبدن التي تنبه لها العلماء منذ القدم، حيث تم الربط بين الحالات الانفعالية للإنسان وقابليته للإصابة

بالأمراض الجسمية؛ بمعنى التجلي الأول النفسي المنشأ للأمراض العضوية، ونذكر هنا على سبيل الحصر "الطبيب اليوناني جالينوس *Galen* الذي أشار عام 200 ق. م إلى احتمال إصابة المرأة الكئيبة بسرطان الصدر يفوق احتمال إصابة المرأة المتفائلة بنفس المرض، وبين ابن عيسى المجوسي عام 994 م في كتابه "كامل الصناعة الطبية" أن الأمراض النفسية كالغم والهم والغضب والحسد، تغير مزاج الجسد وتؤدي إلى إنهاكه، ومن جهة أخرى استطاع هيبوقراط *Hippocrats* شفاء برديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسدي من خلال تحليل أحلامه" ( بشير معمريّة، 2007: 130 )\*.

وهذا ما أدى بالأستاذ جروديك *G. Grooddeck* عام 1923 إلى اعتبار البسيكوسوماتيك ينطبق على كثير من الأمراض، حيث أن لكل مرض منها سببا نفسيا يؤدي إليه أو يساهم في تطوره، وكل اضطراب هو تعبير رمزي عن المكبوتات، ومن جهة أخرى يرى هيلد *H. Hild* أنه ليس هناك أمراض سيكوسوماتية، بل مرضي سيكوسوماتيين ( فيصل خير الزراد، 2000: 75 ).

1- مفهوم وخصائص الأعراض و/ أو الأمراض النفس - جسدية.  
أ/ تعريف الاضطرابات و/ أو الأعراض النفسية- الجسدية:

يشير **كمال عبد المحسن البنا** عام 1988 إلى أن الاضطرابات النفسية - الجسدية هي التي تصيب أحد أجهزة الجسم نتيجة لضغوط نفسية متراكمة تترك تلفاً وآثاراً فسيولوجية كخلل في أعضاء الجسم، ويمكن للطبيب تشخيصه باستخدام بعض الوسائل الطبية، كما أن للعلاج النفسي دور كبير في شفائها، أما الأجهزة المستهدفة للإصابة بهذه الاضطرابات فهي الخاضعة لسيطرة الجهاز العصبي المستقل على غرار الجهاز الهضمي، والأوعية الدموية، وجهاز القلب والجهاز التنفسي، والجلد والجهاز الهيكلي، واللمفاوي، والدموي، والبولي والتناسلي، وجهاز الغدد الصماء وأعضاء الحس الخاصة ( عايدن حسن شكري، 2001: 63 ).

يفسر التعريف الحالي سببية الاضطرابات النفسية - الجسدية بالضغوط المتراكمة، وتصيب العديد من الوظائف العضوية التي تدخل في نطاق اختصاص الجهاز العصبي المستقل. ويعرف **محمد خير الزراد** عام 2000 الاضطرابات النفسية - الجسدية بأنها مجموعة من الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه، وتكون على درجة من الشدة أو القوة بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة، ويذكر سبيري عام 1987 *Sperry* أن الاضطرابات النفسية-الجسدية هو المصطلح الذي يشير للأمراض العضوية التي تسببها العوامل النفسية بشكل أو بآخر سواء بالنسبة لظهورها أو تطورها وحدتها ( رفيق عفانة، 2006: 21 ).

يتفق كل من الزراد وسبيري في تعريفهما إلى دور الضغوط الشديدة في ظهور وتطور وإزمان هذه الاضطرابات بعد أخذها للشكل الجسدي العضوي.

كما يعرف العالمان **فابيان، ل رودك ود، كوستيلو** الأمراض السيكوسوماتية بأنها "مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه وتكون من الحدة والإصرار بحيث - تقاوم أشكال العلاج الطبي- المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيف حدتها" ( عطوف محمود ياسين، 1986: 135 ).

يقر هذا التعريف بعدم قابلية هذه الأمراض للاستجابة لأنواع العلاج الطبي الدوائي لأن أسبابها نفسية أساساً، بالرغم من كونها تأخذ شكل الاضطرابات الجسمية المعروفة عند الأطباء من حيث مظاهرها وأعراضها.

كما يعرف **آرون بيك** عام 2000 الاضطرابات النفس-جسدية بأنها اختلالات تكمن معاينتها في وظيفة أو تركيب عضو من الأعضاء أو جهاز فسيولوجي من أجهزة الجسم كالجلد، الجهاز الهضمي، الجهاز البولي التناسلي، الجهاز الدموي القلبي، الجهاز التنفسي، ... تحتوي هذه الأجهزة على عضلات ملساء لا إرادية يغذيها الجهاز العصبي المستقل. غير أن الجهاز العضلي الهيكلي المكون من العضلات

المخططة الإرادية قد يصاب هو أيضا باضطرابات نفس - جسدية كالصداع وآلام الظهر ( آرون بيك، 2000: 205 ).

وهو تعريف يتوافق مع ما أورده **حسن عبد المعطي** عام 1992 معتبرا الاضطرابات النفسية - الجسدية بأنها مجموعة من الاضطرابات أو الأعراض الجسمية التي تحدثها العوامل الانفعالية، وتتضمن أحد الأجهزة العضوية التي يتحكم فيها الجهاز العصبي المستقل، وبذلك تكون التغيرات الفسيولوجية المتضمنة هي تلك التي تكون في العادة مصحوبة بمحاولات انفعالية معينة، وتكون هذه التغيرات أكثر إصرارا وحدة، ويطول بقائها ويمكن أن يكون الفرد غير واع شعوريا بهذه الحالة الانفعالية ( أمل العنزي، 2005: 26 ).

نخلص من خلال التعاريف السابقة إلى أن الاضطرابات النفسية - الجسدية تقع بين الطب والعلوم النفسية، حيث يتدخل الطب عندما يكون الشخص مصابا؛ أو أين يكون العضو مصابا والالتهاب مبينا عن طريق التحاليل الطبية، أما العلوم النفسية فتتدخل عند تكرار ظهور المرض وارتباطه بأحداث صادمة، وفشل أشكال العلاج رغم المحاولات العديدة، وهي أمراض توسعت في انتشارها والتي تؤدي في عديد الأحيان إلى الموت الحقيقي وهي كثيرة ومتنوعة ومن بينها نجد؛

- القرحة المعدية،

- مرض كرون،

- الذبحة الصدرية،

- القرحة المعدية،

- الربو،

- والاضطرابات الجنسية، ... ( صالح معاليم، 2001: 01 ).

هذا من جهة ومن جهة أخرى ومن خلال عرض مجموع هذه التعاريف توصلنا إلى كونها تتألف

حول النقاط التالية:

- أن هذه الأحداث أو العوامل أو الأسباب النفسية هي المحدثة لتلك الاضطرابات العضوية.

- أن هذه الأمراض العضوية الناتجة عن الاضطرابات الانفعالية تتطلب ابتداء تدخلا علاجيا طبيا لتلك الأعراض والأعضاء.

- كما أن العلاجات الطبية لا تؤدي إلى إنهاء أو تحسين هذا الوضع الجسمي ما دام السبب النفسي ما يزال قائم.

- أن نشأة المرض في العضو أو الأعضاء لا يفيد في خفض التوتر وهذا ما يميزها عن الحالات الهستيرية.

- وأن الضغوط والأحداث تحدث خلا عصبيا كهربائيا وهرمونيا من شأنه أن يؤدي إلى تغير وظيفي في العضو، وهذه التغيرات لا تتم بشكل بسيط كما أنها تختلف من فرد لآخر ( أمل العنزي، 2005: 44- 45 ).

وفي سبيل معرفة مدى وجود الاضطرابات النفسية - الجسدية تبين لنا الدراسة التي قام بها عبد الرحمان العيسوي عام 2000 والتي هدفت إلى إظهار مدى انتشار الأمراض النفسية - الجسدية، حيث بلغت عينة الدراسة 164 فردا من منطقة الإسكندرية، والذين تتراوح أعمارهم بين 15- 45 سنة، من الطبقة المتوسطة في المجتمع المصري، حيث وجهت لهم أسئلة لمعرفة ما إذا كانوا يعانون من الأمراض و/ أو الأعراض التالية؛

- الربو،
- ضغط الدم،
- السمنة،
- أمراض الفم والأسنان،
- الصداع النصفي،
- أمراض القلب،
- القرحة المعدية،
- قرحة القولون،
- وأمراض أخرى.

وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى أن 73% من العينة يعانون من مرض أو أكثر من الأمراض النفسية - الجسدية وأن نسبة أفراد العينة الذين لا يعانون منها لا يتعدى 27%، حيث كان توزيع نسب الذين يعانون من الاضطرابات النفسية - الجسدية كالتالي:

- أمراض الفم والأسنان 28.04 %.
- الصداع النصفي 21.90 %.
- السمنة 9.80 %.

بمعنى أن خمس العينة يعانون من الصداع النصفي، وأن نحو عشر العينة يعانون من السمنة. أما أقل الاضطرابات انتشارا فكانت كما يلي:

- الربو 0.61 %.
- ضغط الدم 3.70 %.
- قرحة القولون 3.70 %.

- القرحة المعدية 6.09%.

كما تبين أن كل فرد من أفراد العينة المصابين يعانون من اضطراب أو أكثر، وتبين أن نسبة

الإصابة بالاضطرابات النفسية - الجسدية لدى الإناث أعلى منها لدى الذكور وذلك بعد مقارنة المتوسطات، حيث كانت النسبة عند الإناث 87% مقارنة بنسبة 66% لدى الذكور، كما تبين أن هناك ارتباط بين الاضطرابات النفسية - الجسدية وبين مقدار ما يعانيه الفرد من مجموعة المشكلات بنسبة 27% وهي؛ جسمية، نفسية، عاطفية، وتعليمية، وأسرية، وأخلاقية، وعقائدية، ومواصلة، وإسكان،.. كما تبين أن هناك دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 على صحة الفرض القائل بأن الاضطرابات النفسية - الجسدية هي بالفعل وليدة الضغوط النفسية والاجتماعية ( موسى محمد نجيب، 2007: 50- 51 ).

- وفي دراسة قام بها جلور *Gloor, S* عام 1976 حول انتشار بعض الاضطرابات النفسية - الجسدية التي يصاحبها حالات القلق الحاد لدى الذكور والإناث في المجتمع الأمريكي، وتوصل بعد الانتهاء من حساب النسب المئوية إلى النتائج المدرجة في الجدول التالي:

جدول رقم (02) يبين النسب المئوية لتكرار الأعراض النفسية - الجسدية لدى الذكور والإناث في

الولايات المتحدة الأمريكية لعام 1976.

الاضطراب السيكوسوماتي ( النفسي - الجسدي ) .	النسبة المئوية للذكور .	النسبة المئوية للإناث .	الفرق .
1/ الإعياء .	61%	79%	18%
2/ الوهن العام واللاحيوية .	56%	67%	11%
3/ الإحساس بالضيق والاكتئاب .	61%	72%	11%
4/ الإحساس بالحصر .	54%	69%	15%
5/ الإحساس بالتغيرات المناخية .	51%	50%	01%
6/ الصداع .	68%	66%	02%
7/ الأرق واضطرابات النوم .	51%	69%	18%
8/ الميل القسري للنوم .	50%	64%	14%
9/ الاستيقاظ الصعب "الارتخاء" .	37%	33%	04%
10/ الإحساس بطنين في الأذن .	53%	61%	08%
11/ الإغماء "الدوار" .	45%	48%	03%
12/ الإحساس بالحرارة .	23%	30%	07%
13/ التعرق الزائد .	71%	73%	02%

14/ زيادة ضربات القلب.	%62	%65	%03
15/ أوجاع في الرقبة.	%43	%55	%12
16/ ارتعاشات داخلية "حشوية".	%20	%35	%15
17/ ضيق في التنفس.	%44	%62	%18
18/ إفراط في إفراز اللعاب.	%13	%16	%03
19/ نقصان في إفراز اللعاب "جفاف الفم".	%24	%23	%01-
20/ آلام معدية.	%51	%53	%02
21/ الإحساس بالغثيان.	%21	%46	%25
22/ القيء.	%23	%43	%20
23/ الإسهال.	%24	%33	%09
24/ الإمساك.	%23	%41	%18
25/ زيادة في التبول.	%11	%19	%08
26/ نقصان في التبول "عسر التبول".	%27	%35	%08
27/ بول سكري.	%04	%07	%03
28/ آلام الظهر.	%33	%46	%13

المصدر: ( محمد خير الزراد، 2000: 66- 67 ).

ومن جهة أخرى أجرى عبد الرؤوف الطلاع عام 2000 دراسة بهدف معرفة مدى انتشار الاضطرابات النفسية - الجسدية لدى الأسرى المحررين من السجون الإسرائيلية، فضلا عن التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية للأسرى والاضطرابات النفسية - الجسدية، والفروق في الاضطرابات النفسية - الجسدية لدى الأسرى المرتبطة بالعمر عند الاعتقال والحالة الاجتماعية، حيث تكونت عينة الدراسة من 540 أسير، ومن أجل تحقيق هذه الأهداف تمت الاستعانة بكل من مقياس الاضطرابات النفسية - الجسدية، ومقياس الضغوط النفسية، وقد تبين من خلال النتائج مدى كثرة انتشار الاضطرابات النفسية - الجسدية، ووجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية للأسرى والاضطرابات النفسية - الجسدية، إضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات النفسية - الجسدية استنادا لمتغير العمر لصالح فئة ( 12- 14 ) سنة، وهي الفئة الأصغر سنا لأفراد العينة، كما أوضحت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات النفسية - الجسدية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية في أمراض الجهاز البولي والتناسلي لصالح فئة المتزوجين ( عبير الصبان، 2003: 123 ).



## ب/ خصائص الأعراض و/ أو الأمراض النفسية - الجسدية:

- تتعدد خصائص الأعراض النفسية - الجسدية بتعدد مسببات هذه الأعراض وتطوراتها وانعكاساتها على أجهزة الجسم المختلفة ومن بين هذه الخصائص نجد ما يلي:
- تلعب العوامل الانفعالية دورا هاما وجوهريا سواء في ظهور الأعراض الجسمية أو زيادة التأثير فيها، وهذا ما يميزها عن الأعراض العضوية.
- اضطرابات في وظائف الأعضاء، وتلف واضح في العضو نفسه.
- تمر الأعراض النفسية - الجسدية في مراحل مختلفة حيث تصبح في شكلها النهائي اضطرابات مزمنة.
- تختلف الإصابة بالاضطرابات النفسية الجسدية باختلاف الجنس، فبعض الاضطرابات تكون أكثر شيوعا لدى النساء مقارنة بالرجال، فمثلا نجد حالات اضطرابات المفاصل التي تكون أكثر شيوعا لدى النساء، وحالات الربو التي تكون ضعيفة عند الأولاد بالمقارنة مع البنات، وتنعكس النسبة عند التقدم في السن.
- قد يصاب الفرد بالاضطرابات النفسية الجسدية المختلفة والمتعددة، وتختلف الحالة من شخص لآخر، وتتعدد من اضطراب واحد إلى مجموعة من الاضطرابات.
- تحدث الاضطرابات النفسية - الجسدية نتيجة لعدم فاعلية أساليب مواجهة الضغوط عامة لدى الأفراد.
- غالبا ما يوجد تاريخ للإصابة بنفس الاضطراب أو ما يشابهه.
- العلاج العضوي لا يؤدي إلى تحسين وضعية الأفراد المصابين بالأعراض النفسية - الجسدية بالكامل إلا إذا تزامن مع استمرار العلاج النفسي ( أمل العنزي، 2005: 52 ).
- ترتبط بعض النماذج المرضية بنمط معين من أنماط الشخصية على غرار نمط الشخصية "أ" وارتباطه باضطرابات الشرايين التاجية للقلب.
- قد توجد مختلف الأعراض أو تتتالي لدى الفرد الواحد.
- تشمل الأعراض النفسية - الجسدية الأعضاء والأحشاء التي تتأثر بالجهاز العصبي الذاتي وهي بذلك لا تخضع للضبط الإرادي ( عبير الصبان، 2003: 77 ).
- كما وجد أن الاضطرابات النفسية - الجسدية تكون عند الإناث عادة أكبر من الذكور، وبين الشباب والشابات بين (20- 40) سنة أثر من باقي مراحل العمر.

أما انتشارها عند الأطفال فتأخذ غالبا شكل الإسهال أو القيء أو الإمساك أو الاضطرابات المعوية، وعدم تناول الطعام، ونادرا ما تظهر الأمراض النفسية - الجسدية في شكلها المتقدم و/ أو شكلها النهائي "كأمراض القلب، والسكري" ( محمد خير الزراد، 2000: 71 ).

وكما بين أحمد عكاشة عام 1998 أن الطب الحديث يتجه إلى الاعتقاد أن معظم الأمراض الجسدية يلعب فيها العامل النفسي دورا قويا سواء في نشأتها أو استمرارها، أو إثارتها أو ضعف مقاومة الفرد لمهاجمتها لدرجة أن بعض الأبحاث ربطت مثلا بين السرطان والعوامل النفسية، كما ثبت ارتباط أجهزة المناعة بالحالة المزاجية للفرد، ولذلك لابد على الطبيب أن يحترم الأسباب الاجتماعية والنفسية للمرضى، ويشمل علاجهم كل من العلاج الطبي والنفسي والبيئي ( البيئة الأسرية ) والمساندة الاجتماعية، فضلا عن كون الاضطرابات النفسية - الجسدية لا يتم علاجها إلا إذا تضافرت عديد هذه العلاجات معا ( عبير الصبان، 2003: 69 ).

## 02- أسباب الأعراض و/ أو الأمراض النفسية - الجسدية:

الاضطرابات النفسية - الجسدية تحدث نتيجة لاختلال شديد أو مزمن في التوازن الهموستازي في ( كيمياء ) الجسم نتيجة لضغوط نفسية، فهو مرض جسدي ذو جذور نفسية ويظهر على شكل استجابات وردود أفعال عضوية في أحد الأجهزة الهضمية أو القلب أو الرئتين أو العضلات أو الجلد أو أي حاسة من الحواس، والغدد والجهاز الدموي والبولي والتناسلي، ويؤكد والتر كوفيل وتيموثي في كتابها "علم النفس الحواس الخمسة" بأن نسبة انتشار الأمراض في المستشفيات العقلية والنفسية للمرضى النفس - جسديين تتراوح بين 40 - 60%، في حين تصل في مجال الطب الصناعي والعمل من 70 - 75%، وفي الميدان العسكري تقع في مقدمة الأمراض وأكثرها انتشارا ( عطوف محمود ياسين، 1988: 31- 32 ).

كما يتم عادة الحديث ابتداء عن العوامل الوراثية في الإصابة بالاضطرابات النفسية - الجسدية،

أما التي يتم استبعادها فهي العوامل المباشرة كالأمراض المتعلقة بالأنيميا المنجلية، والهيموفيليا... والحديث يتركز كثيرا على عوامل الاستعداد الوراثي ( *Prédisposition* ) كالدراسة التي قام بها كل من سونتاج *L, Sontage*، وليستر *Lister, w* عام 1953 حيث بينا أن حياة الجنين داخل الرحم تتأثر بالحياة الانفعالية للأم وبالحالة الجسمية والنفسية والبيئية الداخلية والخارجية، فأى اضطراب للأم يؤثر على الطفل، ومن أمثلة ذلك حركة الجنين بسبب الاضطراب النفسي للأم، والذي يؤدي بدوره إلى زيادة إفرازات الغدد، حيث يمكن ملاحظة أشكال من التهيج لديه بعد الولادة، وهو الأمر كذلك بالنسبة لأطفال الأمهات المدمنات على الكوكايين من حيث الصراخ والحركات، ... وغيرها.

بالإضافة إلى العديد من الدراسات التي أجريت لمعرفة دور وانتشار العامل الوراثي في الاضطرابات النفسية - الجسدية لدى التوائم المتماثلة وغير المتماثلة مثل دراسة *Selon Brautigam, Christian, P و M* عام 1976 في كتابهما عن الطب السيكوسوماتي لدى التوائم المتماثلة والتوائم غير المتماثلة وقد تم الحصول على النتائج التالية ( فيصل خير الزراد، 2000: 73-74 ): والتي تبين أن إمكانية الإصابة بالاضطرابات النفسية - الجسدية عند التوائم المتماثلة مضاعفة عدة مرات مقارنة بنسبة الإصابة بنفس الاضطرابات عند التوائم غير المتماثلة، مما يعني أن للعامل الوراثي الدور الكبير والفعال في الإصابة بالاضطرابات النفسية - الجسدية.

**جدول رقم (03) يبين النسب المؤوية لحدوث الاضطرابات النفسية - الجسدية لدى التوائم.**

الاضطراب النفسي - الجسدي	توائم متماثلة	توائم غير متماثلة
01/ الدرن "السل".	%51.6	% 22.20
02/ القرحة المعدية.	% 25	% 10.70
03/ بعض الحجارة المتواجدة في الكلية.	% 26.6	% 6.50
04/ آلام مفصلية "روماتيزم".	% 28.4	% 8.20
05/ الربو الشعبي.	% 33.3	% 5.6
06/ ضغط الدم الجوهري.	% 53.0	% 21.8
07/ مرض السكر.	% 56.8	% 13.0
08/ اضطراب الغدة الدرقية.	% 47.0	% 3.1
09/ السرطان.	% 17.4	% 10.8
10/ اضطراب الغدد.	% 69.5	% 71.4
11/ اضطراب الأيض.	% 89.3	% 54.8

المصدر: ( فيصل خير الزراد، 2000: 74 ).

بالإضافة للعوامل الوراثية تتبوأ العوامل الانفعالية التي يتعرض لها الفرد في كل أحوال حياته، والتجارب العاطفية والجنسية الصادمة، فضلا عن العوامل الاجتماعية والتربوية الصعبة.

فتشكل العرض النفسي - الجسدي عامة باعتباره شكل من أشكال الأمراض الجسدية التي تنتمي إلى مجال الطب الإنساني العلمطبيعي، ولكنها من حيث طبيعتها تقوم على اضطراب العلاقة بين إنسانية لتاريخ الحياة الفردية.

فالدراسة التي قام بها كل من هلهان وموس عام 1985 *Halahan & Moss* التي هدفت إلى معرفة العوامل المسببة للاضطرابات الجسمية الناتجة عن الضغوط، حيث طبقت الدراسة على مجموعتين، المجموعة الأولى لديها ضغوط مرتفعة ولم يظهر عليها أي اضطرابات جسمية في حين أن المجموعة الثانية أيضا لديها ضغوط مرتفعة ولكن ظهرت عليهم اضطرابات جسمية، ودلت النتائج على أن المجموعة الأولى التي لم يظهر عليهما اضطرابات جسمية كانوا أكثر هدوءاً وأقل ميلاً لاستخدام أسلوب التجنب عن المجموعة الثانية، كما بينت أيضا أن الرجال والنساء في المجموعة الأولى كانوا أكثر ثقة بالذات وبنالون مساندة أسرية واجتماعية أفضل من المجموعة الثانية (أمل العنزي، 2005: 75).

ومن الدراسات أيضا التي بحثت عن العوامل المسببة لظهور الاضطرابات النفسية - الجسدية دراسة عبد المعطي عام 2003 التي قارن من خلالها بين مجموعتين من الأفراد متجانسين من حيث كل من الجنس، والعمر، والذكاء، والمستوى الاقتصادي، والمهني والاجتماعي ومختلفين من حيث نوع الإصابة بالاضطرابات النفسية - الجسدية، إذ تم مقارنة عدد وشدة ضغوط الحياة لدى عينة من غير المرضى تكونت من 15 فردا، مع عينة من المرضى تكونت من 43 مريضا توزعوا على عدد من الاضطرابات كالقرحة المعدية، وضغط الدم الأساسي، والربو الشعبي، وآلام المفاصل الروماتزمية، واضطرابات الجلد، وتم استخدام استبيان ضغوط الحياة واختبار كورنل للاضطرابات النفسية - الجسدية، وتوصل إلى أن ضغوط الحياة الأسرية جاءت في المرتبة الثالثة من حيث تأثيرها في المرضى النفس - جسديين بعد الأحداث المرتبطة بالعمل والدخل، كما بينت الدراسة بأن مرضى الربو الشعبي هم الأكثر تأثرا بالأحداث الأسرية مقارنة بباقي المرضى (رفيق عفانة، 2006: 29).

وإجمالا فإنه غالبا ما ترتبط الاضطرابات النفسية - الجسدية بالتطور التقني والثقافي والحضاري، ومن بين الدراسات التي اهتمت بهذه العلاقة نجد الدراسة التي أجريت على سكان الإسكيمو عام 1951 وأظهرت أن السكان الذين يأخذون بأسلوب الحياة المتحضرة يعانون خمسة أضعاف السكان الأصليين فيما يتعلق بمعدل الإصابة بالاضطرابات النفسية - الجسدية، وهذا ما يفسر انتشار هذه الاضطرابات في المناطق المصنعة ويقف في مناطق الريف التي تعيش حياة البساطة، وهو ما يتآلف مع الدراسة التي تناولت نسبة انتشار اضطراب ضغط الدم لدى زواج أمريكا والتي تزيد نسبتها عن نسبة الإصابة بضغط الدم لدى زواج إفريقيا (فيصل خير الزراد، 2000: 71). وذلك رغم كونهم من أصول جنسية وعرقية واحدة.

هذا من جهة ومن جهة أخرى تقدم مجمل النظريات المتعلقة بالاضطرابات النفسية - الجسدية والتي سيتم التطرق لها لاحقاً بالتفصيل تفسيرات متعددة كأسباب لها، وذلك من حيث منطلقاتها أي أسسها ومناهجها وأدواتها على غرار نظرية بيار مارتي *P. Marty* التي عارضت الذهانات والعصابات ذات التنظيم الصلب في دفاعاتها الذهنية والتي تبدو صعبة من حيث إصابتها بالأمراض النفسية - الجسدية، عكس عصابات الطبع والعصابات السلوكية ذات التنظيم الناقص في دفاعاتها الذهنية والتي تكون ضحية الأمراض النفسية - الجسدية ( صالح معاليم، 2008: 43 ) وذلك من أجل الوقوف على سببية الأمراض النفسية - الجسدية.

### 03- تشخيص وقياس الأعراض و/ أو الأمراض النفسية - الجسدية:

#### أ/ التشخيص:

يعتبر تشخيص الاضطرابات النفسية - الجسدية من أكبر الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي لكونه يحتاج إلى خبرة ومهارة طبية ونفسية عالية، وذلك لاحتمال التداخل بين الأمراض العضوية والأمراض النفسية - الجسدية مما يؤثر سلباً على المريض، وقد بين كل من إدوارد ويس *E, Weiss* وإنجلش *English, O. S* في كتابهما عن الطب السكوسوماتي، طبعة لندن عام 1950 أن هناك ملاحظات هامة في تشخيص الاضطرابات النفسية - الجسدية يجب أخذها بعين الاعتبار، من أجل الوصول بالتشخيص إلى وضع خطة علاجية سليمة ومن أبر هذه الملاحظات والتي بينها ( فيصل خير الزراد، 2000: 107-108 ) وهي كما يلي:

01/ الوقوف على التاريخ الأسري للمريض إذا كان هناك أدلة على وجود مشاكل في الطفولة كالأعصاب، والحرمان العاطفي الوالدي، والحساسية للعوامل الانفعالية التي تحدث بسبب البلوغ، أو الزواج، مع وجود تجارب صادمة، وشخصية هشّة البناء.

02/ سبر تاريخ حالة المريض والوقوف على الجوانب الممرضة والمرضية والسوية لديه، ومدى استبصاره بنفسه، أو أنه لا يستطيع أن يرى مشكلاته ونقاط ضعفه، ويؤكد على أن مشكلته عضوية بحته.

03/ إزمان الحالة وتردد المريض على عيادات الأطباء وإجراء كافة الفحوص والتحليل والاختبارات الطبية دون وجود سبب عضوي واضح يفسر للأخصائي شكوى المريض.

04/ ضرورة النظر للمريض في سياقه الاجتماعي للكشف عن الضغوط الخارجية التي تعد عوامل مساعدة على انفجار المرض لذوي الاستعداد للإصابة.

05/ الكشف عن المكاسب الثانوية التي يحققها المريض من خلال مرضه العضوي، فضلاً عن كشف دلالة ورمزية العضو الذي يشكو منه المريض.

وعلى هذا الأساس يؤكد كل من ويس وإنجل ش على أهمية التشخيص باستخدام الطريقة الطولية التي تعتمد على المنهج التتبعي لتتبع مراحل نمو الفرد من الطفولة وصولاً إلى الشيخوخة.

### - تصنيف العالم هاليداي:

وبضيف العالم هاليداي في تشخيص الاضطرابات النفسية - الجسدية ما أسماه بالنقاط الستة وهي كالتالي:

01/ ملاحظة أن نسبة كبيرة من مرضى الاضطرابات النفسية - الجسدية تظهر وتكرر لديهم الأعراض الجسمية عند مواجهتهم للمواقف الانفعالية، لذلك نجدهم حساسين ولديهم القابلية لسرعة الانفعال والتوتر والقلق.

02/ يرى هاليداي أن هناك سمات محددة عند الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية - الجسدية، وترتبط بمرض خاص دون غيره من الأمراض، وقد صنف هذه السمات في الفئات التالية:

- أ - نموذج هستيري؛ وهو الذي يبدي الأعراض الجسمية على شكل مظاهر حسية - حركية هستيرية.  
 ب - نموذج يعاني من حساسية زائدة كما هو الحال بالنسبة للربو.  
 ج - نموذج يعاني من مشكلة عدم القدرة على تأكيد الذات، وزيادة النشاط كما في القرحة المعدية أو الضغط.

د - نموذج التضحية بالذات كما هو الحال لمرضى الروماتيزم.

03/ يلاحظ أن الأعراض النفسية - الجسدية كالربو وقرحة الإثني عشرة تكثر لدى الذكور بينما يلاحظ لدى النساء أعراض أخرى كجحوظ العينين، وكذلك روماتيزم المفاصل، رغم أنها ليست قاعدة عامة حيث نجد مثلاً أن البول السكري كان مرضاً للذكور وأصبح حالياً أكثر انتشاراً لدى الإناث.

04/ يلاحظ وجود بعض الاضطرابات النفسية - الجسدية التي تختلف لدى الفرد من آن لآخر، خاصة منها التي تتعدد مسبباتها كالربو، والإكزيما، والحكة، والصداع النصفي، ... وغيرها.

05/ التاريخ الأسري يشير إلى وجود آباء، أو إخوة، أو أقارب قد يشاركون في نفس الاضطراب.

06/ يجب النظر في أعماق المريض النفسي - الجسدي، فغالبا ما يلاحظ أن المريض الذي يصر على أن لديه مرضاً جسدياً ( توهم المرض ) يكون أكثر عرضة لأن يعاني من اضطراب أصله انفعالي في حين أن المريض الذي يصر على أن مرضه نفسي يكون لديه غالباً مرض عضوي ( فيصل خير الزراد، 2000: 108-109 ).

- معايير التشخيص عند فيصل خير الزراد:

- ومن جهة أخرى يرى فيصل خير الزراد عام 2000 أن تشخيص الاضطرابات النفسية- الجسدية يجب أن يتبع الخطوات التالية ( فيصل خير الزراد، 2000: 111- 112 ):
- 01/ إجراء دراسة لتاريخ حالة المريض وذلك من خلال جمع المعلومات من مختلف المصادر المتعلقة به وذلك من أجل التنبؤ بسلوكه ورسم برنامج علاجي مناسب لمقتضيات حالته.
- 02/ إجراء مجموعة من المقابلات العيادية للمريض، ولمجاله الحيوي ( أسرته، أقرانه، أصدقائه، مدرسيه، أو مسؤوليه، طبيبه، ...) من أجل عقد مقارنات لمعرفة أصول أعراضه النفسية - الجسدية.
- 03/ الملاحظة المباشرة لسلوك المريض وحديثه وكل العلامات والسمات والمؤشرات ودلالاتها لمقارنتها مع كل من معطيات تاريخ الحالة ودراسة الحالة ونتائج الاختبارات لوضع استنتاجات عن الصراعات الخارجية والداخلية والدوافع اللاشعورية التي تقف وراء طبيعة سلوك المريض.
- 04/ الاطلاع على السجلات الطبية الرسمية والتقارير المدرسية والتحليل الطبية، ونتائج الفحوص النفسية المختلفة، وغيرها من النتائج.
- 05/ ملاحظة تفاعلات المريض في الوسط الأسري وذلك من خلال تقارير الزيارات المنزلية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي داخل الأسرة، والتي بدورها توضح الرؤية لأشكال العلاج سيتم الشروع فيه.
- 06/ يتم في النهاية تنظيم المعلومات وتفسيرها على المستوى السلوكي، والسطحي، والمستوى التحتي و/ أو العميق للشخصية من أجل الوقوف على مفهوم الذات، ومفهوم الجسد، ومخاوفه وتوهماتة المختلفة لهذا المريض.

هذا من جهة ومن جهة أخرى يضيف فيصل خير الزراد ضرورة أن يبتعد التشخيص للاضطرابات النفسية- الجسدية عن النقاط التالية:

- 01/ استبعاد الحالات التي ترجع إلى عوامل وراثية مباشرة كالأنيميا المنجلية، وبعض التشوهات الخلقية العضوية التي يترتب عنها اضطرابات عضوية وظيفية، ... كما أنه يجب التمييز بين العامل الوراثي، وعامل الاستعداد الذي يرجع له الفضل في تهيئة شخصية الفرد للإصابة باضطرابات نفسية - جسدية كما سبق الإشارة سابقا.
- 02/ تستبعد من الاضطرابات النفسية - الجسدية كل الأعصاب "العصابات"، بالإضافة لكل حالات الذهان، وذلك لكونهما لا يتضمنان خلا وظيفيا في الأعضاء.
- 03/ يجب أن يكون العامل النفسي - الانفعالي واضحا بشكل أساسي في الاضطرابات النفسية - الجسدية، ولكن ذلك لا يمنع من وجود عوامل أخرى خلف العامل النفسي كالعوامل التربوية والأسرية والاجتماعية على غرار سوء المعاملة الوالدية التي تزيد العامل النفسي حدة.

04/ على الأخصائي أن يأخذ بعين الاعتبار أن العامل النفسي قد يؤدي إلى خلل وظيفي فقط في العضو، كما قد يؤدي في الحالات الشديدة والمزمنة أو المتكررة إلى خلل بنيوي في العضو، بالإضافة إلى الخلل الوظيفي الذي نجده في بعض الاضطرابات النفسية - الجسدية كالقرحة المعدية أو المعوية، ... حيث تتعرض الأنسجة العضوية إلى الإصابة أو التلف.

05/ يرى ليبوفيسكي (L. E. Lipowski) وكيمبال (G. Kimball) عام 1970 أنه يتعين على الأخصائي أن يأخذ بعين الاعتبار الاضطرابات النفسية - الجسدية التي تحدث بسبب عوامل نفسية بحتة كثيرة الورد، وبنفس الأعراض بسبب عوامل أخرى غير نفسية، عصبية، هرمونية، كيميائية، أو بسبب تعاطي المخدرات، والتسممات، والتعرض للإشعاعات، ... ومن الخطأ اعتبار العوامل النفسية هي العامل الحاسم في حدوث الاضطرابات النفسية- الجسدية، فهذه العوامل (العوامل النفسية) تعمل على تحريض أو تهيئة الأرضية لظهور الاضطرابات العضوية ( فيصل خير الزراد، 2000: 111 ).

#### ب/ الاختبارات النفسية ( لقياس الأعراض النفسية - الجسدية ):

##### - الاختبارات الإسقاطية:

الاختبارات النفسية التي يجب أن تكون مقننة، وتتميز بخصائص سيكومترية عالية، فضلا عن الخبرة النفسية وخاصة بالنسبة لبعض الاختبارات النفسية على غرار اختبار بقع الحبر لروشاخ، والذي تسبقه القيام بمجموعة من المقابلات العيادية التمهيديّة لكسب ثقة المفحوص، وهذا كله مع التأكيد أن هذه الاختبارات هي وسائل مساعدة في التشخيص لكونها غير كافية لذلك، ومن بين هذه الاختبارات الإسقاطية نجد،

أ/ اختبار بقع الحبر لروشاخ الذي يساعد في تحديد ما إذا كان نمط الشخصية عصابي أم ذهاني، فضلا عن قياسه لدرجة الضبط الوجداني، ومعرفة الطاقات غير المستخدمة في المجتمع أو في العمل، إضافة إلى الدوافع الغريزية المكبوتة.

فقد استخدم هارور Harrower , R اختبار الروشاخ في دراسة تغيرات الشخصية المصاحبة للإصابات المخية في الحالات النفسية- الجسدية. كما طبق كامبل Kambel أيضا هذا الاختبار على مرضى الروماتيزم وارتفاع ضغط الدم، وتبين له أن شخصيات معينة ترتبط بأعراض معينة؛ فمرضى الروماتيزم يتميزون بالسلبية، والماسوشية، طفيليون وهستيريون، أما مرضى الضغط فيطمحون إلى القوة، فضلا عن وجود صراع بين العدوان والحاجات الاعتمادية.

وهو الأمر كذلك بالنسبة لروس Ross, P عام 1958 الذي طبق الروشاخ على مرضى الصداع النصفي، أما بوث Pooth, L عام 1967 فقد طبق الاختبار على مرضى المفاصل المؤلمة، وفي



المقابل أشار كل من رابابورت وشيفر إلى أن اختبار الروشاخ لا يعطي في كثير من الحالات التشخيص الدقيق ( فيصل خير الزراد، 2000: 112-113).

ب/ اختبار منسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI) هذا الاختبار مهم جدا للتشخيص الفارقي ولاستبعاد الحالات العصابية، والذهانية، وهو يقيس عشرة أبعاد إكلينيكية وهي؛ "توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا، السيكوباتية، الذكورة والأنوثة، البارانونيا، السيكاثينيا، الفصام، الهوس الخفيف، والانطواء الاجتماعي" فضلا عن كونه مزود بمقاييس تبين خصائصه السيكومترية كالصدق.

كما يمكن الاستعانة باختبار تفهم الموضوع T. A. T لمورجان موري، وهذه الاختبارات الاسقاطية استخدمها كل من ويليامز *Williams, L* وكرسنوف *Krasnoff. W* عام 1981 لتحديد صورة الجسم لدى الفرد المريض، أو بمعنى أدق الأحاسيس المعاشة للمريض عن جسمه ( فيصل خير الزراد، 2000: 113).

كما استخدمها جمال تفاحة عام 1996 في دراسته التي قام بها بهدف التعرف على العلامات المرضية للحالات النفسية - الجسدية كما يكشف عنها اختبار تفهم الموضوع والروشاخ، والتحقق من مدى فاعلية كل من الاختبارين في تشخيص هذه الاضطرابات ( النفسية - الجسدية )، وقد تكونت عينة الدراسة من عشرة حالات "خمسة من مرضى الربو الشعبي، وخمسة من الأسوياء" تراوحت أعمارهم بين 16 - 17 سنة، وذلك بالاستعانة بالمقاييس التالية:

01/ استمارة جمع البيانات، 02/ دليل المستوى الاقتصادي / الاجتماعي، 03/ اختبار الذكاء المصور، 04/ قائمة كورنل للصحة النفسية، 05/ اختبار الروشاخ، 06/ استمارة المقابلة الشخصية، 07/ اختبار تفهم الموضوع، 08/ اختبار الشخصية المتعدد الأوجه.

وقد أسفرت النتائج عن وجود عدة علامات مرضية للمرضى النفس - جسديين كصعوبة بناء علاقات اجتماعية مع الآخرين، الحاجة إلى الحب والتقدير والدفع العاطفي، كما توصل الباحث إلى أن كل من اختبار تفهم الموضوع واختبار الروشاخ يكمل كل منهما الآخر في تشخيص الاضطرابات النفسية - الجسدية، وتتميز بطاقات اختبار تفهم الموضوع بالقدرة الفائقة على تشخيص هذه الاضطرابات، وخاصة كل من البطاقة (1، 2، 4) ( عبير الصبان، 2003: 128-129 ).

#### - الاختبارات والمقاييس الموضوعية:

أما فيما يتعلق بالاختبارات والمقاييس الموضوعية نجد مجموعة معتبرة من المقاييس والاختبارات ومن أهمها نجد قائمة كورنل لتشخيص الاضطرابات النفسية والنفسية - الجسدية، وهذه القائمة من وضع كل من وايدر *Weider. A*، وولف *Wolf H G* وأرثر *Arthur. G*، وتحتوي القائمة أصلا على 101 سؤالاً مقسمة إلى مجموعة من المحاور أو الأبعاد على النحو التالي:

محور يتضمن سؤال رقم (1) سؤال تمهيدي (هل سبق أن انتابك الصداع؟)

محور يتضمن أسئلة رقم (2- 19) أسئلة حول عدم التوافق، ومشاعر الخوف.  
 محور يتضمن أسئلة رقم (20- 26) استجابات باثولوجية، وخاصة الاكتئاب.  
 محور يتضمن أسئلة رقم (27- 33) استجابات عصبية وقلق.  
 محور يتضمن أسئلة رقم (34- 38) أعراض سيكوسوماتية.  
 محور يتضمن أسئلة رقم (39- 46) استجابات الذعر الباثولوجية.  
 محور يتضمن أسئلة رقم (47- 61) أعراض سيكوسوماتية أخرى.  
 محور يتضمن أسئلة رقم (62- 68) الوهن وتوهم المرض.  
 محور يتضمن أسئلة رقم (69- 79) الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء.  
 محور يتضمن أسئلة رقم (80- 85) الشك والحساسية المفرطة.  
 محور يتضمن أسئلة رقم (86- 101) أعراض سيكوباتية شديدة مثل الاندفاع في التصرفات.  
 والإجابة بنعم في هذا المقياس تعطى درجة، والإجابة بلا لا تعطى درجة. وقام محمود الزياتي  
 بترجمة هذا المقياس وتحليل فقراته عام 1984 ووصل الاختبار إلى 82 سؤالاً، كما اعتمد هذه القائمة بعد  
 التأكد من صدق وثبات بنوده، وهي القائمة التي سيتم اعتمادها في البحث الحالي، بعد إجراء بعض  
 التعديلات الطفيفة عليه لتلائم وعينة الدراسة الحالية، أنظر الملحق رقم ( 03 ) والملحق رقم ( 05 ).

#### 04- تصنيفات الأمراض النفسية- الجسدية:

وضع ألكسندر *Alexander* عام 1950 قائمة لسبعة أمراض نفسية - جسدية وهي كل من  
 ضغط الدم الأولي، القرحة الهضمية، التهاب المفاصل الروماتيزمي، فرط نشاط الغدة الدرقية، الربو  
 الشعبي، القولون، التهاب الجلد العصبي، وبعدها جاء التصنيف التاسع للأمراض النفسية - الجسدية  
 يتضمن التصنيف التالي:

01/ الأمراض النفسية - الجسدية التي تتضمن ضرر في الأنسجة: كالربو، والتهاب الجلد، الإكزيما،  
 القرحة المعدية، القولون المخطي، القولون المتقرح، طفح الجلد، مرض الأقرام النفسي الاجتماعي.  
 02/ الأمراض النفسية - الجسدية التي لا تتضمن ضرر في الأنسجة: مثل تصلب الرقبة، احتياج الهواء،  
 فواق "حازوقة"، وزيادة معدل التنفس والكحة النفسية والتثاؤب، اضطرابات القلب والأوعية الدموية، كحة  
 سببها نفسي، بلع الهواء، القيء، وعسر الطمث الناتج عن سبب نفسي وصر الأسنان "تآكلها" ( عايدة  
 شكري حسن، 2001: 72 ).

ومن جهة أخرى تصنف الاضطرابات النفسية - الجسدية بالاستناد إلى ما جاء في الدليل  
 التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية الثالث DSM-3 الصادر عن جمعية الطب النفسي

الأمريكية عام 1980، وهو أكثر تفصيلا وسهولة من الدليل الرابع DSM-4 عام 1990، لأخذه بعين الاعتبار كل من ماضي الفرد وحاضره وتطوراته المرضية في المستقبل ( فيصل محمد خير الزراد، 2000: 56-58 )، وهي مفصلة كالتالي:

**أولاً:** التمارض أو كثرة المرض؛ وهو الناتج عن بعض المعتقدات الناجمة عن تغيرات في جوانب مختلفة من حياة الفرد، على غرار الحديث عن توهم المرض *Hypochondriasis*، والإعياء أو الوهن النفسي. **ثانياً:** الأعراض التحولية؛ وهي الأعراض المرضية غير الحقيقية أو الكاذبة على غرار مجموعة كبيرة من الأعراض أو الاضطرابات النفسية - الجسدية مثل:

صعوبة البلع، فقدان الصوت، الصمم الوظيفي، الرؤية أو الإبصار المزدوج، فقدان البصر أو العمى، فقدان الإحساس، فقدان الذاكرة، النوبات التشنجية، الشلل أو ضعف العضلات، صعوبة التبول، اضطراب المشي.

**ثالثاً:** أعراض التقرحات المعوية؛ والتي تشتمل على الاضطرابات التالية:

آلام البطن، الغثيان، القيء ( باستثناء القيء المرتبط بمرحلة الحمل )، انتفاخ البطن -بالغازات-، عدم القدرة على التحمل، الإسهال.

**رابعاً:** أعراض تناسلية أنثوية؛ ويشترط في هذه الأعراض كل من الشدة والحدة، وتشمل على الأعراض التالية:

آلام الدورة الطمثية، وعدم انتظام دوراتها، زيادة في كمية الدم "نزيف مفرط"، والإقياء الحاد.

**خامساً:** أعراض نفسية جنسية؛ وتشتمل هذه الأعراض على الاضطرابات التالية:

عدم الاهتمام بالجنس "كالبرودة الجنسية والعنة"، عدم الوصول إلى اللذة أثناء الجماع، آلام الجماع.

**سادساً:** أعراض الألم؛ وتشمل على الاضطرابات التالية:

آلام الظهر "اللمباجو"، آلام المفاصل، آلام الأطراف، آلام في المنطقة التناسلية "غير التي تحدث أثناء الجماع" آلام عند التبول، آلام أخرى غير الصداع.

**سابعاً:** الأعراض القلبية الرئوية؛ وتشمل هذه الأعراض على الاضطرابات التالية: ضيق التنفس، تغيرات سريعة في نبض القلب، آلام الصدر، الدوار أو الدوخة.

بالإضافة للتصنيفات السابقة الذكر نجد التصنيف الفرنسي للاضطرابات النفسية - الجسدية

الصادر عن مدرسة البسيكوسوماتيك في باريس الذي تم الشروع بتطبيقه منذ عام 1978 والذي يقوم

بتفسير الاضطرابات النفسية - الجسدية بالأرقام، ويتميز بالشمولية والتفصيل والتفكير الديناميكي الذي

يأخذ بعين الاعتبار حالة الفرد الآنية وتطوراتها فضلا عن ماضيه، وقدراته على التكيف، ويستند هذا

التصنيف أساسا على الدراسات التي قام بها العالم الفرنسي بيار مارتي *P. Martie* بقسم البسيكوسوماتيك في مستشفى باريس، وهو كما بينه فيصل محمد خير الزراد عام 2000، أنظر أيضا محمد أحمد النابلسي عام 1989:

- 01 - الحساسية: 1/ الربو الشعبي، 2/ الإكزيما، 3/ انتفاخ كوينك، 4/ تحسس الأنف التنسجي، 5/ الشري "الارتكاريا"، 6/ ردادات فعل تحسسية متنوعة، 7/ السعال التنسجي.
- 02 - السرطان: 1/ التتاسلي، 2/ الثديي، 3/ مرض هودكين، 4/ الجلد، 5/ الرئة، 6/ الدم، 7/ العظام، 8/ البنكرياس، 9/ العين، 10/ أنف- أذن- حنجرة، 11/ وجود امتدادات للسرطان، 12/ السرطان اللمفاوي، 13/ أورام سرطانية غير مرض هودكين.
- 03 - الجراحة: 1/ البتر، 2/ صعوبات إعادة التأهيل، 3/ تعقيدات الكسور، 4/ الجراحة العصبية، 5/ تدخلات عديدة عقب جراحية.
- 04 - القلب - الدورة الدموية- الدم : 1/ فقر الدم، 2/ تنفخ خطر "مهده للحياة"، 3/ التهاب الشرايين، 4/ مرض قلبي عضوي، 5/ أمراض دم غير سرطانية، 6/ ارتفاع الضغط، 7/ الاحتشاء القلبي، 8/ أمراض شريانية متعددة، 9/ مرض رينولد، 10/ اضطراب نبض القلب، 11/ انبلاج التنفخ، 12/ الصباغ الدموي، 13/ التهاب الوريد.
- 05 - الجلد: 1/ حب الشباب، 2/ صلغ "تساقط الشعر"، 3/ مرض جلدي، 4/ التهاب الأدمة، 5/ الثعلبية، 6/ الحكاك، 7/ داء الصدف، 8/ الوضج.
- 06 - أمراض الهضم: 1/ أمراض المستقيم، 2/ مرض كرون، 3/ أمراض هضمية - وظيفية، 4/ عسر الهضم، 5/ التهاب غشاء المعدة، 6/ التهاب المستقيم النازف، 7/ القرحة المعدية - الإثني عشرية، 8/ الغثيان - القيء، 9/ الكبد - المرارة.
- 07 - الأمراض النسائية: 1/ التهاب ملحقات الرحم، 2/ تعقيدات ما بعد "I. V. G"، 3/ اضطرابات العادة الشهرية، 4/ العقم، 5/ المهبلية، 6/ التهاب غشاء الرحم، 7/ كيس في المبيض، 8/ التهاب الأغشية المخاطية، 9/ التهابات نسائية متنوعة.
- 08 - أمراض المناعة: 1/ الضمور النخاعي، 2/ مرض الكولاجين، 3/ الانحطاط المركزي، 4/ مرض الذئبة، 5/ التهاب ما حول المفصل، 6/ مرض ديهرينغ، 7/ التهاب المفاصل الحاد المزمن "الروماتيزم"، 8/ مرض *Echaffaud- Still*، 9/ ضمور العضلات التدريجي، 10/ مرض انعدام المناعة "الإيدز HIV".
- 09 - الالتهابات والأمراض الفيروسيّة: ( الحالية/ الحديثة ): 1/ جلدية، 2/ بولية تناسلية، 3/ التهاب الكبد الفيروسي الحاد، 4/ القوباء *Herpes*، 5/ العيون، 6/ أنف- أذن- حنجرة، 7/

التهاب البنكرياس، انخفاض المناعة، 8/ السل، 9/ الالتهابات البولية، 10/ مرض بقعة زoster *Zona Zoster*.

10 - عدم الكفاية الأساسية : 1/ الوهن العام، 2/ صعوبات تحديد الزمان والمكان، 3/ اضطرابات تكيف حرارة الجسم، 4/ الزمانية - الفضائية "اتزان الجسم".

11 - اضطراب التغذية - الأيض - الغدد : 1/ الهزال، 2/ زيادة الشهية أو انخفاضها - اضطرابات التغذية، 3/ زيادة إفراز الدرقية "مرض *Basedow*" 4/ السكري غير مدمن الأنسولين، 5/ السمنة، 6/ اضطرابات الدرقية، 7/ ازرقاق الأطراف، 8/ اضطرابات هرمونية متنوعة.

12 - الاضطرابات العصبية : 1/ الآلام، 2/ الصداع، 3/ الصرعية *Comitialité*، 4/

تقلصات الكتأب *Crampes Des Ecrivains*، 5/ الشقيقة، 6/ التهاب النخاع الشوكي، 7/ سوابق جراحات عصبية، 8/ اضطرابات عصبية - نباتية، 9/ التهاب العصب *Névrite*، 10/ شلل، 11/ إلتهاب الأعصاب *Polyomyélite*، 12/ مرض *Reklinghausen*، 13/ تناذر ذاتي عقب رضة جسدية، 14/ تصلب المادة العصبية البيضاء S. E. P، 15/ الكزاز، 16/ التواء العنق التشنجي *Torticolis Spasmodique*، 17/ رضات الجمجمة وآثارها، 18/ حوادث وعائية - دماغية، 19/ الدوار الخادع *Vertiges Faux*، 20/ نوبات حركية ذات المصدر غير الأكيد، 21/ الوهن العضلي، 22/ تناذر تشنج العضلات *Spasmophilie*، 23/ أمراض حسية - أوهام مرضية.

13 - اضطرابات العيون ( غير محددة ) : 1/ العمى، 2/ تكثف عدسة العين *Cataracte*، التهاب مشيمة العين التطوري *Choroidite évolutive*، 4/ الرؤية المزدوجة، 5/ أمراض شبكية العين، 6/ اضطرابات الشبكية.

14 - أنف - أذن - حنجرة : 1/ طنين الأذن، 2/ البحة المزمنة، 3/ التهاب الأنف - حنجرة، 4/ الصمم.

15 - العظم - المفاصل : 1/ أوجاع المفاصل، 2/ آلام المفاصل، 3/ التهاب المفاصل، 4/ آلام الظهر، 5/ الكسور المتعددة، 6/ آلام العمود الفقري "اللومباجو"، 7/ انخفاض تكلس العظام، 8/ ترقق العظام، 9/ التهاب المفاصل التصاعدي - المزمّن، 10/ الروماتيزم المفصلي الحاد "R. A. A"، 11/ أنواع أخرى من الروماتيزم، 12/ التهاب مفاصل الفقرات التصليبي.

16 - الرئة : 1/ التهاب الشعب الهوائية، 2/ انتفاخ الرئة، 3/ عدم الكفاية التنفسية، 4/ السل الرئوي.

- 17 - الكلى والجهاز البولي : 1/ المغص الكلوي، 2/ التهاب المثانة، 3/ سلس البول، 4/ عدم كفاية الكلى، 5/ حصى الكلوة، 6/ اضطرابات التبول، 7/ زراعة الكلوة، 8/ غسل الكلى، 9/ تناذر كلوي، 10/ الكلوة متعددة الأكياس.
- 18 - الجهاز الجنسي: 1/ البرودة الجنسية، 2/ عجز جنسي، 3/ القذف المبكر، 4/ المهبلية.
- 19 - اضطرابات النوم: 1/ الروبصة "المشي أثناء النوم".
- 20 - الأسنان: 1/ الفم والأسنان.
- 21 - أورام حميدة.
- 22 - التحولات الهستيرية الصريحة.
- 23 - إدعاء المرض. ( فيصل خير الزراد، 2000: 62-64 ).

### 05- النظريات المفسرة للأمراض النفس - جسدية:

برز في الخمسين سنة الأخيرة مجموعة من النماذج التي تهدف إلى توضيح العلاقة بين العوامل النفسية والفسولوجية في تأثيرها المتبادل لتنتج الأعراض النفس - جسدية؛ وتنقسم هذه النماذج إلى صنفين أساسيين؛ الأول متعلق بالخصوصية السيكلوجية، والذي بمقتضاه يتحدد نوع الاضطراب النفسي - الجسدي بنمط الشخصية، أو صنف الصراع أو الموقف النفسي تجاهه، والثاني نموذج الخصوصية الفسيولوجية، والذي يعني أن من طبيعة أي شخص أن يستجيب لمختلف الضغوط النفسية بنفس الاستجابة النفس - جسدية. ومن ذلك الأفكار التحليلية *Psychoanalytic* التي اهتمت بتفسيرات للأمراض النفسية - الجسدية واعتبرتها في كثير من الحالات ظواهر تحويلية *Conversion* خاصة تتميز بأعراض هي تمثلات رمزية لدوافع وأفكار معينة؛ فجد مثلاً سبيتز *Spitz* عام 1951 وجيرارد *Gerard* عام 1953 ربطا بين نوعية الاضطراب النفس - جسدي عند الأطفال وشخصية الأم. فأكد جيرارد أن أمهات مرضى الربو من الأطفال يتسمن بشخصية اعتمادية كثيرة المطالب قليلة العطاء، وإن كنا جذابات وودودات اجتماعياً ذوات مظهر خارجي جيد التوافق (أرون بيك، 2000: 206).

### أ/ النظريات الفسيولوجية المفسرة للأمراض النفسية - الجسدية:

ترجع النظريات الفسيولوجية الاضطرابات النفسية - الجسدية إلى عدد من الأسباب سيتم عرضها لاحقاً، ومن بينها نجد نظرية الضعف النوعي، أو النشاط الزائد للأجهزة العضوية للفرد عند الاستجابة للضغط وهي كالتالي:

**01/ نظرية العضو الضعيف:**

تشير هذه النظرية إلى أن العوامل الوراثية والأمراض الجسمية المبكرة في حياة الفرد، ونوعية الغذاء الذي يتناوله كلها عوامل تؤدي إلى اضطراب في وظيفة عضو معين من أعضاء الجسم، وبذلك يصبح أكثر ضعفاً وانجرافاً عند تعرضه للضغوط، وتبعاً لنظرية الضعف الجسمي فإن العلاقة بين الضغط والاضطراب السيكوفسيولوجي تكمن في ضعف عضو جسمي معين كالضعف الذي يكون في الجهاز التنفسي نتيجة لأسباب وراثية مثلاً؛ من الممكن أن يهيئ الفرد للإصابة بالربو، أو الجهاز الهضمي الضعيف الذي يعرض الفرد للإصابة بالقرحة ( عايدة شكري حسن، 2001: 65 ).

**02/ نظرية الاستجابة النوعية:**

تدلنا هذه النظرية ومن خلال الدراسات أن هناك اختلافاً في الطرق التي يستجيب بها الأفراد نتيجة تعرضهم للضغوط، ومن الممكن أن تكون أسباب هذا الاختلاف محددات وراثية. فضلاً عن كون بعض الأفراد يعيشون ضمن نماذج آلية خاصة للاستجابة للضغوط. فمعدل دقات القلب لفرد ما قد تزداد إذا ما تعرض هذا الفرد للضغط الانفعالي بينما يستجيب فرد آخر بزيادة معدل التنفس دون أي تغيرات تذكر في معدل دقات القلب، وتبعاً لنظرية الاستجابة النوعية فإن الأفراد يستجيبون للضغوط كل على طريقته الخاصة ويصبح عضو الجسم الأكثر استجابة هو العضو المسؤول عن التحكم في أي اضطراب نفسي - جسدي لاحق، حيث نجد بعض الأفراد الذين يستجيبون للضغط بزيادة في ضغط الدم، يصبحون أكثر عرضة للإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم ( عايدة شكري حسن، 2001: 65 ).

بالإضافة لهاتين النظريتين نجد أيضاً نظرية الاقتران الشرطي ومن بين دعائمه نجد بافلوف، وترى أن المرض النفسي - الجسدي استجابة تدعمت مع مرور الزمن نتيجة مجموعة من الأفعال المنعكسة المتكررة، ويؤكد ذلك ما أكدته التجارب من إمكانية تغيير الاستجابة الجسمية كقرحة المعدة، والصداع النصفي، وارتفاع ضغط الدم بعمليات شرطية قابلة للتجريب وتكرار التجريب. فضلاً عن نظريات أخرى على غرار نظرية التعلم الذاتي.

**ب/ النظريات السيكولوجية المفسرة للأمراض النفسية - الجسدية:****1/ نموذج التحويل ( فرويد ):**

حسب فرويد عام 1932 فإنه يتم من خلال التحويل جعل تصور مسبب للإزعاج غير ضار من خلال تحويل "مجموع إثارته" إلى الجسد. وقد حدد فرويد ستة سمات للعرض التحويلي نفسه:

انه ينشأ عندما: (1) - تنزلق رغبة دافع في صراع مع المعايير الاجتماعية والداخلية وتقود بهذا إلى تصور غير قابل للتحمل، (2) - والتي لا بد لهذا السبب من استبعادها من الشعور، (3) - والصراع من طبيعة جنسية تناسلية (أوديبية)، (4) - فإذا ما عادت هذه الرغبة الدافعية للظهور ثانية، ولا يمكن الحفاظ عليها من خلال الكبت الذي تم حتى الآن، يحدث التحويل، أي إزاحة الطاقة النفسية (الليبدو من ملكية السيرورات النفسية إلى ملكية السيرورات الجسمية. وهذا يقود (5) - إلى عرض جسدي يعبر عن رغبة الدافع الكامنة خلفه وعن تحريم هذا الدافع بطريقة من خلال وسط مشفّر ومرمّز. وهذا يعني: أن التغيرات الجسدية يمكن ترجمتها إلى لغة وتكون قابلة للفهم باعتبارها كذلك.

والعرض يربط الطاقة النفسية ويحافظ على التصور المزعج أو الذي يصعب تحمله في اللاشعور، غير أنه يتطلب تركيزاً إضافياً ويقود بصورة ثانوية إلى امتلاك ليبدو مقوّى. فهو يمتلك إذا طابع إشباع وطابع عقاب في الوقت نفسه. عدا عن ذلك فقد تمسك فرويد دائماً (6) بأنه ينبغي التسليم بوجود (تساهل جسدي) أي عامل جسدي يمتلك أهمية فيما يتعلق "باختيار العضو" يمكن تصوره في منشأ يمتد بدءاً من وجود استعداد وراثي مروراً بالإرهاق الراهن وصولاً إلى التأثيرات الطفولية الباكرة في إطار خبرات الجسد.

وحتى عندما أصبحت مثل هذه الأعراض النفسية - الجسدية أكثر ندرة نتيجة للتطور الاجتماعي، فما تزال الصلاحية النظرية والعلاجية لهذا النموذج - حتى بشكلها الصارم أيضاً - غير مشكوك بها لدى مرضى حدوديين *borderline* على سبيل المثال الذين يعانون من شلل وظيفي (عدم القدرة على المشي *Dysbasia*)، وكذلك من اضطرابات حساسية أو اضطرابات في الصوت.

غير أنه سرعان ما تبين أنه في تشكيلات كثيرة من العرض تلعب عوامل اجتماعية نفسية دوراً كبيراً، والتي لا يمكن تفسيرها بصورة مقبولة من خلال هذا النموذج. وهكذا فقد تم التخلي عن الارتباط بصراع جنسي - تناسلي وذلك من أجل المحافظة على نموذج التحويل باعتباره نموذج تفسير وتوسيعه: وهكذا فقد وسع فينيشل *Fenichel* مفهوم "التحويل قبل التناسلي" مجال الصراعات ذات الأهمية إلى اضطرابات الحاجة الطفولية الباكرة جداً، التي تتمركز حول الرغبة بالقرب والدفع والرعاية. وحتى عندما حاول رانغل (*Reangel, 1959*) إعادة تضيق مفهوم التحويل ثانية، فإنه قد حدث توسيع بلا حدود لهذا النموذج ليشمل عملياً على كل الصراعات الممكنة التي ظهرت في سياقاتها اضطرابات جسدية أيضاً بحيث أنه سرعان ما طرح السؤال نفسه فيما إذا كان من المبرر الاحتفاظ بمفهوم ما، بدون أن يكون جوهر الاقتراح الفرويدي - المتمثل في التصوير الرمزي للصراع والتخفيف الدينامي الدافعي من خلال العرض - غير مبرهن - بعد - (وإلى هنا تنتمي غالبية "خطايا" النفسي - الجسدي التحليل النفسي، عندما تفسر كل الحوادث الجسدية الممكنة بصورة شبه "رمزية" تقريباً - على سبيل المثال "بكاء" الشعب



الهوائية في الربو.. الخ- هذه التأمّلات المغامرة التي قوبلت بالاستياء من الطب، وعانى منها عدد لا بأس به من المرضى).

وقد قدم محللون نفسيون مختلفون آراء منفردة وأقل منهجية حول المنشأ (النفسي) للأمراض النفسية - الجسدية، نذكر منهم في المحيط الناطق بالألمانية على سبيل المثال هارالد شولتزر - هينيكه *Schultz-Henke, 1970 Harald* وفيرنر شفيدلر *Werner Schwidder, 1970* واستثناء من ذلك شكله الكسندر متشرلش *Alexander Mitscherlich* الذي طرح فيما يتعلق بالأمراض الجسدية تصوراً نوعياً "الكبت أو دفاع مكون من مرحلتين" يحتل مكاناً خاصاً إلى حد ما (*Mitscherlich, 1967*). ويفترض متشرلش أن الدفاع العصابي يفشل لدى المريض النفسي - الجسدي، ولهذا فهو مدفوع إلى الكبت "الجسدي" إلا أنه بهذا يترك العوامل المسؤولة عن هذا القصور معلقة، ويحطم بطرحه لمفهوم الكبت الإطار المفاهيمي لما وراء علم النفس التحليل النفسي *psychoanalytical* *Metapsychology*. إذ أنه قد تم تصميم تصور الكبت باعتباره حادث ضمن منظومة مرجعية نظرية محددة، أي منظومة الجهاز النفسي. حتى أن فرويد كان قد حذر بشدة من محاولة "تحديد التوضع النفسي تشريحياً" (*Freud, 1900*) طالما أن الأساس النفسي العصبي للجهاز النفسي غير مفسر من خلال تجريدات وراء نفسية، وطالما لا تعني فرضية الكبت إلى الجسدي أي نوع من التقدم في المعرفة. ويبدو من المشكوك فيه فيما إذا كانت الفئات التي تم تطويرها لتفسير أسلوب وظيفة الجهاز النفسي، قابلة للتطبيق بالطريقة نفسها على السيرورات (العمليات *Processes*) الجسدية وفيما إذا كان يجوز نقلها (سامر جميل رضوان، 2010: \*).

## 2/ النموذج السلوكي:

يعتمد هذا الاتجاه في تفسير الاضطرابات النفسية - الجسدية على مبادئ المدرسة السلوكية ونظريات الإشراف في التعلم وأهمية المواقف وعلاقتها بالشخصية، ولم يهتم علماء السلوكية بفكرة المعنى الرمزي للعرض المرضي، ولكن اهتموا بالعرض نفسه "العوامل الموقفية" المتضمنة في الموقف بدلا من الفروض الغيبية (الصراع اللاشعوري)، وقد اعتبروا أن الاضطرابات النفسية - الجسدية هي عملية اشتراط (التعلم الشرطي)، أي أن الفرد يتعلم التحسس من الغبار مثلا، وهذه الحساسية تؤدي به إلى الربو عن طريق تعميم المثير، وبالتالي يصبح أي شيء مرتبط بالغبار يثير نوبة الربو، بالإضافة إلى أن المرضى النفس - جسديين يكتشفون أنهم يحصلون على بعض المكافآت أو التعزيزات نتيجة لكونهم مرضى "كالمعاملة الخاصة، أو العلاج" أي وجود ارتباط بين المرض والمكافأة (عبير الصبان، 2003: 71-72).

## 3/ نموذج السلوكية الجديدة:

يرى أصحاب النظرية الإجرائية على غرار أتباع العالم سكينر، أن الاستجابات العصبية اللاإرادية يمكن تشريحها وسيليا. حيث أشار ميللر *Miller* عام 1929 إلى إمكانية تعلم عملية التحكم في بعض الاستجابات الحشوية، حيث بين كل من كانون *Cannon* عام 1929 و *Gantt* جانت عام 1964 ولاسي *Lacey* عام 1956 ومالمو *Malmo* عام 1959 على التأكيد من خلال دراساتهم على أن أجهزة القلب والدوران وجهاز المعدة والأمعاء أنها جميعا تخضع لقوانين ومبادئ الإشراف الكلاسيكي، وذلك بإمكانية الوصول إلى إحداث تغيرات عضوية في نظام عمل القلب، وتعلم آلية السيطرة الإرادية على أجهزة تقع في إطار سيطرة الجهاز العصبي الذاتي والتي يطلق عليها بتسميات مختلفة مثل "رد الفعل الارتجاعي العضوي *Rétroaction Biologique*، أو التغذية الاسترجاعية الحيوية *Biofeedback*".

كما أكد عدد من الباحثين على تعدد الصفات الشخصية لدى الأفراد ككيفية الاستجابة للمواقف الشديدة ونمط الشخصية، والاستعداد وعامل التعلم الذي وجده كل من دافيد شابرد *David, S*، وإدوارد كاتكين *Edward, K* عام 1980 من العوامل المهمة في الاضطرابات النفسية - الجسدية فعادة تؤدي الاستثارة إلى تغيرات ذاتية عصبية كزيادة دقات القلب، وسرعة التنفس... ويؤكد ميرسكي *Mirsky, P* عام 1958 على أهمية العلاقة الإشرافية بين الطفل والأم التي تلعب دورا في شخصية الطفل وفي تحديد أنواع الصراع، لذلك فإن عملية التشريط هي التي تجعل عامل الاستعداد وقابلية الفرد للتعرض لاضطراب نفسي - جسدي عالية أو ضعيفة ( فيصل خير الزراد، 2000: 98-100 ).

## 4/ الاتجاه المعرفي:

قام جراهام *Graham, L* عام 1982 بمجموعة من الدراسات على عينات من مرضى الاضطرابات النفسية - الجسدية، بهدف معرفة أثر العمليات المعرفية والعقلية على العمليات الفسيولوجية، وقد استخدم في ذلك المقابلات العيادية حيث تبين له إثر ذلك عنصرين على درجة من الأهمية في الاضطرابات النفسية - الجسدية؛

01/ ما يشعر به الفرد من سعادة أو حزن.

02/ ما يرغب الفرد في معرفته أو عمله في ضوء خبراته وأفكاره أو مدركاته السابقة.

ف نجد مثلا مريض الحساسية الجلدية *Urticaria* يشعر وكأنه مهزوم وهزيل ولا يقوى على عمل شيء، ومريض القولون التقرحي يشعر وكأنه مصاب بضرر أو أذى ويريد التخلص من المسؤولية، ومريض الربو يشعر وكأنه يريد الابتعاد عن مواقف البرد والأشخاص، ومريض قرحة الإثني عشر يشعر بالحرمان ويريد الانتقام والثأر من مسبب هذا الحرمان، ومريض ضغط الدم المرتفع الجوهري يشعر

بالتهديد والأذى ويستاء من أي شيء، ومريض الصداع النصفي يشعر وكأنه اضطر إلى إنجاز عمل ما ويريد أن يستريح، أما مريض آلام أسفل الظهر يشعر أنه يعمل لدرجة التعب، ... هذا من جهة ومن جهة أخرى يرى كل من إدوارد، وشابرو عام 1980 أن ربط العمليات المعرفية بالعمليات الفسيولوجية لدى المرضى تحيط به بعض الصعوبات المنهجية ( فيصل خير الزراد، 2000: 101 ).

### 5/ العصاب العضوي وخصوصية الصراع لألكسندر:

وضع ألكسندر *Alexander* شرطين أساسيين لحدوث الاضطراب النفسي - الجسدي وهما؛ الاستعداد الوراثي "الاستعداد الشخصي" وموقف البداية والذي يجمع كل من أحداث الحياة والتغيرات التي تطرأ على عامل الوقت، العمليات الدينامية والانفعالية التي تنتج عنها استجابات وردود فعل نوعية ثم تعطي مجموعة الأعراض أو المرض.

حيث ركز على مبدأ الصراع الذي يعد الأساس في ظهور الاضطرابات النفسية - الجسدية وخاصة الصراع اللاشعوري، وفضلا عن أنماط الصراع اللاواعي يستند أيضا للآليات الدفاعية التي يستخدمها، هذا بالإضافة إلى افتراضه أن لبعض الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة ومحددة، فالخوف والغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب والأوعية الدموية، في حين أن مشاعر التبعية والحاجة للحماية ينعكسان غالبا على صعيد الجهاز الهضمي ( باهي سلامي، 2009: 169-170 ).

وتحت تسمية "العصاب العضوي" و "عصاب- العضو"، -المُضَلَّة في الوقت الراهن- صنف ألكسندر مجموعة من صور الأمراض (من مثل القرحة المعدية وفرط التوتر الأساسي والربو الشعبي بالإضافة إلى اضطرابات وظيفية خالصة بدون تضررات عضوية) وفصلها بدقة عن أعراض التحويل. وحسب وجهة نظره ينشأ "العصاب العضوي" عن صراع لا شعوري في سياق تطور عصابي، يقود إلى التخلي عن التصرفات الموجهة للمواضيع الخارجية، وبهذا لا يمكن صد التوتر النفسي، في حين تستمر التغيرات الإحيائية المرافقة لها. وفي خطوة ثانية يمكن أن يحدث تغير في النسيج الحي وأمراض عضوية غير عكوسة. فالاستجابة الفيزيولوجية لا يعطي هنا بأي شكل من الأشكال سمة التعبير. و"هنا لا تكون الأعراض الجسدية تعويضاً عن الانفعالات المكبوتة، وإنما هي عبارة عن أعراض فيزيولوجية طبيعية مرافقة للانفعال؛ إنها لا تخفض الغضب المكبوت وإنما ترافقه. إنها عمليات تلاؤم للعضوية... فارتفاع ضغط الدم أو حشد السكر لا يخفض الغضب بأي شكل من الأشكال، إنها جزء لا ينفصل عن الظاهرة ككل التي نسميها غضباً (Alexander, 1878).

عدا عن ذلك فقد اهتم ألكسندر بصورة أساسية بمسألة الخصوصية الانفعالية للعصابات العضوية. فقد خمن أن خروج الوظائف العضوية عن طريقها ترتبط مع الحالات الانفعالية في مواقف

صراع محددة ومباشرة وليس ارتباط بتنميطات الشخصية الماضية. ففيما يتعلق بتطور القرحة المعدية مثلاً ليس هناك من نمط شخصية محدد يحمل السمات نفسها عند جميع الأشخاص عند ألكسندر وإنما كانوا يشتركون جميعاً بموقف صراع لا شعوري نمطي، يتطور لدى أشخاص بأنماط شخصية مختلفة ويمكن أن يكتسب بالنسبة لحياة هؤلاء الأشخاص أهمية مسيطرة. وعليه يمكن في المواقف التي يعيشها المريض اللاحق بأنها فقدان للاهتمام والرعاية الداعمتين، فإزاحة الرغبة اللاشعورية في أن يكون محبوباً، إلى الحاجة إلى أن يُعَدَّى. عندئذ يقوم التطلع إلى الاهتمام الانفعالي المكبوت تحت تأثير الأنا الأعلى بحشد مفرزات المعدة. ويعتبر ألكسندر أن الاستعداد للانزلاق في هذا الصراع تحديداً وعدم القدرة على حله بطريقة مناسبة هو عامل شخصي.

فإذا ما لم يتحقق إشباع رغبات الأمان والتعلق، عندئذ تثبت الاستجابات العضوية على شكل خلل وظيفي يعتبرها ألكسندر نتيجة استثارة نظيرة ودية متزايدة.

فإذا ما تم كف إمكانات التعبير عن ميول المنافسة والعدوان في السلوك، تكون النتيجة عندئذ حالة استثارة مستمرة للمنظومة الأدرينالينية الودية. عندئذ تكون هذه الأعراض العضوية نتيجة الإثارة الودية غير المصدودة، والتي تستمر لأنه لم يتم التمكن من القيام باستجابة دفاع أو هروب مناسب. ويوضح ألكسندر ذلك من خلال مثال حول المرضى بفرط التوتر الأساسي: فحسب رؤيته يتعلق الأمر لدى هؤلاء المرضى بأناس مكفوفين في عدوانهم، ضابطين لأنفسهم، غير قادرين لا نفسياً ولا جسدياً على تصريف إثارته العدوانية بطريقة مناسبة. وقد حاول ألكسندر طرح صورة أساسية ديناميكية لكل عصاب إعاشي *Vegetative Neuroses*. فعلى سبيل المثال يقود فشل الرغبات الاستقبالية- الفمية لدى مرضى القرحة إلى استجابات عدوانية- فمية، تثير من جهتها مشاعر ذنب ومخاوف. ويتم تعويض ذلك من خلال طموح واضح للإنجاز بصورة مفرطة. الأمر الذي يعزز من جهته طموحات التعلق الفمية اللاشعورية.

وكذلك اصطدمت بالانتقاد إحدى الفرضيات الجوهرية لألكسندر والقائلة: بأن كل حالة انفعالية تمتلك متلازمتها الفيزيولوجية (Alexander, 1951; P.44) والتي تحل في تصوره مركزاً أساسياً إلى حد ما. ولم تتبثق هذه الفرضية في النهاية عن تحديد أساس للعلاقة بين الظواهر النفسية والفيزيولوجية. فقد اختزل ألكسندر الظواهر النفسية إلى "وجه ذاتي لنوع من عمليات (الدفاع) الفيزيولوجية (Alexander, 1951; P.28) ويعتبرها كانعكاس لها. "ففي حين أن الفيزيولوجيا تختص بوظائف الجهاز العصبي المركزي من خلال مفاهيم المكان والزمان، يجد علم النفس مدخله إلى هذا من خلال مفاهيم مجموعة من الظواهر الفيزيولوجية، التي هي عبارة عن انعكاسات *Reflections* لسيرورات فيزيولوجية" (Alexander, 1951; P.18) وبهذا فقد تم وضع السيرورات النفسية والفيزيولوجية في علاقة

روحية *Gnostic* ومن منظور موضوعي فان السيرورات الفيزيولوجية تكون هي نفسها انفعالات وتصبح من خلال "الانعكاس *Reflection*" حقيقة ذاتية أيضاً.

ونظراً للنتائج التجريبية المتنوعة لم تتمكن الفرضية القائلة بأن كل تشكيلة انفعالية لها نموذجها الفيزيولوجي من الصمود. ويبدو أن أنماط الاستجابة العضوية محددة وأقرب لأن تكون على وتيرة واحدة وأقل مرونة، وتستثار على المثيرات المختلفة بوتيرة واحدة إلى حد ما. بالإضافة إلى ذلك يبدو أن إشراك الرابط الانفعالي الجسدي "اختيار العضو" يتحدد أيضاً من خلال السيرة الفردية.

وقد بينت دراسات نفسية مخبرية (كتجارب ليسي وليسي (Lacey & Lacey, 1958) أنه على الرغم من أن أفراداً مختلفين يمكن أن يستجيبوا في المواقف المتشابهة بالانفعالات النفسية نفسها، إلا أن هذه الانفعالات ترتبط بمجريات جسدية مختلفة كلية. وكما تنشأ الانفعالات على المستويات النفسية كانعكاس لسيرورات دماغية جارية بصورة موضوعية تعتبر المحتويات النفسية حسب رأي ألكسندر انعكاسات نفسية لسيرورات الدماغ التي تتحرك من خلال المثيرات. "عندما نتحدث عن علم النفس، فإننا نفكر هنا بسيرورات فيزيولوجية، تتألف من مجريات إثارة مرضية في الجهاز العصبي المركزي ويمكن دراستها بطرق نفسية، لأنها تدرك ذاتياً على شكل انفعالات أو أفكار أو رغبات وينظر للمحيط هنا باعتباره مثير، يقود إلى تعديلات وأحاسيس جسدية، تدرك عندئذ ويمكن أن تقود إلى محتويات نفسية وبهذا يقترب ألكسندر من موقف جيمس لانغ *James-lange*.

وأصبح بهذا التصور معرضاً للنقد الذي مورس من اتجاهات مختلفة لهذا الموقف النظري المعرفي (انظر مثلاً روبينشتاين، 1968). وعلى الرغم من هذا النقد هناك مظهران بصورة خاصة من نتاج ألكسندر ذوي قيمة باقية: يمس المظهر الأول تدقيق وتحديد مفهوم التحويل الفرويدي بالنسبة للمجال النفسي الجسدي العيادي، والمظهر الثاني روعيت في تصوره استقلالية نسبية لسيرورات نفسية وأعطيت مكانها بدون أن تفصل بهذا في الوقت نفسه تاريخ الحياة الفردي. وبهذه الطريقة أصبح فرانس ألكسندر مؤسس الطب النفسي- الجسدي الحديث ( ميشال فون، زيغفريد تسييف، 1998: 80-82).

## 6/ نموذج انجل وشماله:

يربط الباحثان الأمريكيان في مبدأهما تصورات مختلفة موجودة سلفاً مع مساهمتهما الخاصة في تصور مهم على أساس تحليلي (Engel & Schmale, 1987). وقد اهتمتا بتدقيق دور العوامل النفسية في منشأ تشكل العرض الجسدي (التحويل) وبأهمية المواقف في انبثاق المرض. ويركزان على قصر آلية التحويل على المنظومة الجسدية الحركية كما يراها ألكسندر بصورة خاصة قد تم اختراقها في هذه الأثناء إلى حد كبير. ومن ثم فالتحويل عبارة عن تصور نفسي؛ لا يُعرّف أو يحدد بمفاهيم تشريحية

عصبية، حتى عندما يمكن لوظائف وبنى الجهاز العصبي أن تُشرك من قبل العضوية بشكل ثانوي كعواقب بيولوجية للتحويل. إذ لا تتصف مجموعات الجسد أو منظوماته التي تستعار للتحويل بالإعصاب *Enervation* المستقل أو العشوائي وإنما بالقدرة على تبني تمثلاً نفسياً. هذا الحادث الذي يشتمل على الأعصاب والادراكات بوساطة مستقبلات التباعد *Distancereceptors* والهوام". ومن خلال مثال من الأعراض الجلدية في إطار التحسس العصبي الجلدي يفترض أن زمان ومكان الآفة يحققان معايير تحويل ما وليست الآفة نفسها هي التي تحقق معيار التحويل. فعندما يتم في علاقة بموضوع حشد جزء من الجسد بهدف التفريغ أو التعبير أو الإبلاغ يمكن للسيوررات الفيزيولوجية والفيزيوميترية أن تحظى بتمثل نفسي أيضاً، ولا تصبح من خلال ذلك قادرة على إعادة التنشيط فيما بعد من خلال المثيرات الرمزية فحسب وإنما كذلك على الإسهام بأشكال التعبير الرمزية الأولية.

ومن الأمثلة التي يوضح بها الباحثان عملية التحويل نجد الإقياء من فساد المواد الغذائية الذي يدرك مرة كنتيجة لفساد المواد الغذائية ومرة أخرى كنتيجة للخوف من تناول مواد غذائية فاسدة وثالثة يمكن أن يظهر كعرض تحويل. وهنا يمكن للتحويل أن يحدث مثير إقياء - عندما يكون تناول الغذاء قد احتل في خبرة الفرد أهمية لا شعورية- أو يحدث في وظيفة الجسد، وفي الإقياء نفسه - . عندئذ فإن الضرر نفسه المنطلق والأعراض الناجمة عنه لا تمتلك أهمية رمزية أولية ولا تخدم الدفاع. ويوضح إنجل وشماله هذا مرة أخرى في مثال حول فرط التهوية إذ يتم هنا وضع التنفس في سياق أهمية لاشعورية تقود إلى تنفس مفرط في حين أن أعراض تشوش الحس *Paresthesia* والدوار والتكزز ليست هي أعراض التحويل وإنما عواقب القلاء التنفسي *Respiratorical Alkalose* التي تظهر كمضاعفات لفرط التهوية ( سامر جميل رضوان، 2010: \* ).

أما كيف يتحدد مكان الضرر على أساس التحويل بصورة رمزية فيرى الباحثان بأن المرضى بأمراض العرض نفسه ( كالنقرح المعدي أو بمرض التهاب المعدة الموضعي ) يبدون تقارباً أعلى من مرضى مصابون بالتهاب الرئة أو التهاب الكبد. ولهذا فالتحويل ( القبتناسلي ) يعتبر عموماً "عضواً مشتركاً في حلقة الأحداث" على الرغم من أن الباحثان يعتبران أن الإثارة النفسية الأولية لاضطراب الأعراض تلك أقرب لأن تكون غير محتملة. ومن أجل ادعاء ذلك لا بد للمرء من أن يبرهن أن الترميز كان أولاً وبعد ذلك اكتسب التمثيل النفسي وأخيراً أعطى مناسبة للتركيز الثانوي. ولهذا يستخدم الباحثان المصطلح الذي اقترحه إنجل لاضطراب النفسي الجسدي - الجسدي النفسي كي يوضح الديناميكية النمائية. ويطلقان تسمية الأمراض النفسية - الجسدية والجسدية - النفسية على تلك الأمراض التي لا توجد فيها عوامل بيولوجية استعدادية منذ الولادة أو من الرضاعة الباكرة فحسب وإنما كذلك

العوامل المهمة بصورة مباشرة أو غير مباشرة في نمو الجهاز النفسي. وهذا لا يعني بالضرورة أولية العوامل البيولوجية؛ كذلك وجود جوهر مشترك غير متميز وهذا يعني أنه في نقطة ما تبدأ المنظومة الجسدية المشكوك بها ممارسة تأثير خاص على نمو الجهاز النفسي.

وتوسيعاً لنموذج ألكسندر حول الخصوصية يرى إنجل وشماله بأنه من المحتمل أن يوجد ارتباط لعوامل نوعية وغير نوعية فيما يتعلق بنشوء اضطراب نفسي جسدي. وفي هذا السياق يتم إبراز أهمية فقدان ( الحقيقي والهوامي ) مع المشاعر الناجمة عن ذلك من اليأس والعجز مع مركب الـ *giving-up* و *given-up* بالنسبة لنشوء الأمراض الجسدية... وينضمان بذلك إلى الاتفاق القائم بين مبادئ مختلفة بأنه عادة ما يتصف الموقف عند بدء المرض بفشل آليات الدفاع النفسية. فغالباً ما تمت ملاحظة وجود حالات من الشك والاكنتاب والانسحاب العام في مقدمة بدء المرض. وفي هذا السياق يميز الباحثان بين مشاعر اليأس ومشاعر العجز " ويعني اليأس فقدان استقلالية الأنا المرتبط مع مشاعر العجز بسبب فقدان للإشباع المُتَاق إليه من موضوع موجود خارج الذات. وبالمقابل يعكس العجز فقدان الاستقلالية مع مشاعر الشك الناجمة عن ملاحظة عدم قدرة الذات على تحقيق الإشباع المرغوب" ( سامر جميل رضوان، 2010: \* ).

وعلى المستوى النظري لا يبرهن فقدان الموضوع ك لحظة تقود إلى فشل آليات الدفاع عند المريض النفسي الجسدي على أساس نمو نفسي محدد مثلاً. إن حجة فشل آليات الدفاع تكون مساعدة في تفسير الكيفية التي يظهر فيها عرض جسدي في سياق التحويل وذلك عندما نفترض في الوقت نفسه بأنه المقصود هنا آليات الدفاع الأكثر نضجاً وأن التحويل يشكل الشكل الأكثر بدائية للدفاع.

#### 7/ نظرية الأنماط الشخصية:

يتزعم هذه النظرية كيرك هاس *Kurk, H* والتي حاولت ربط الأعراض النفسية - الجسدية بأنماط الشخصية، وهي تتماثل مع العديد من الدراسات من حيث نفس الغرض كدراسة فريدمان *Friedman*، وروزنمان *Rosenman* عام 1973، واللذان ميزا بين نمطين للسلوك هما النمط السلوكي "أ" الذي يرتبط جوهرياً بعدم القدرة على التحمل، زيادة القدرة التنافسية، سهولة الاستثارة، كثرة الأعمال والمشاكل الخارجية، والحساسية الفائقة للوقت، والرغبة في الإنجاز، وسرعة الحديث، وتوتر عضلات الجبين، وسرعة الغضب، العدا، والشعور بالملل وعدم الاستقرار، بالإضافة إلى بعض الوسواس المتعلقة بالأعداد، والمتسمون بهذا النمط يطلق عليه بنمط الاستهداف السلوكي للإصابة بمرض الشريان التاجي للقلب، أما النمط المقابل و/ أو المعاكس له أو النمط السلوكي "ب" فإنه يتميز بالاسترخاء، والاهتمام بالحياة الخالية من المشاكل أكثر من الاهتمام بالإنجاح والعمل الجاد، التحرر من العدوان، عدم وجود إلحاح لعامل الوقت، عدم الإحساس بالإثم، العمل دون إحباط، المشاركة في الأنشطة الرياضية دون

الحاجة للتفوق ( فيصل خير الزراد، 2000: 101)، وهذه النتائج أكدتها العديد من البحوث والدراسات ومن بينها نجد دراسة كينجسليج ودانيال *Kenigslierg & Daniel* عن الأنماط السلوكية وخاصة "أ" في جامعة أوتاريو بكندا والتي تبين أن هناك زملة سلوكية لنمط الشخصية "أ" يرجع إليها سبب الإصابة بأمراض القلب، كما تتميز بزيادة الدافع، والطموح، والتنافس، وتمت هذه الدراسة على 236 مدير شركة من حوالي اثنتي عشرة شركة كندية مختلفة، حيث تم فحصهم لمعرفة هذه الزملة أو مجموعة السلوكيات والعوامل الخطرة عندهم؛ كضغط الدم، والكولسترول، وحمض اليوريك، الجليسرين الثلاثي، التدخين، الاضطراب العام، وأظهرت العينة المختارة لنمط الشخصية "أ" أن لهم ضغط عالي انقباضي وانبساطي، ونسبة أعلى من الكولسترول ومستوى عالي من الجليسرين الثلاثي، ومعظمهم يدخنون، أما بالنسبة لحمض اليوريك لا توجد فروق، كما أكدت الدراسة على ارتباط نمط الشخصية "أ" بأنماط خطيرة لها علاقة بأمراض القلب عند مقارنتهم بنمط الشخصية "ب" ( عبد الحليم خلفي، 2008: 187-188 ).

### 8/ التكتم *Alexithymy*:

على الرغم من أن الوصف الأول للتكتم كان من قبل رويش عام 1948، *Reusch* إلا أنه يرجع لنصف قرن، فسلوك كثير من المرضى الذي نسميه التكتم *Alexithymy* ( *Sifneos*, 1973 ) أو التفكير الإجرائي *Pense`e Ope`ratoire* ( مارتى ودي موزان، 1978 ) لم يحظى بالاهتمام إلا حديثاً. ومن أهم أعراضه، ضعف الخيال والقدرة الضئيلة على التعبير عن المشاعر وفترت التوافق الاجتماعي. فهم أناس يبدو أن الأحداث المثيرة تمر عليهم دون أن تترك أثر، هؤلاء الناس يستطيعون من خلال التذكر إعادة إنتاج المواقف التي لا بد لها أن تثير في كل إنسان انفعالات شديدة من القلق والانتقام ومن الإثارة الجنسية... الخ، وتقود إلى تصرفات مُصرفة للانفعال أو للهياج أو للهوامات أو على الأقل لحركات تعبيرية خارجية أو داخلية بدون الإحساس أو التعبير حتى بآثار مثل هذه الارتكاسات. وقد سماه كل من تسيلبورغ عام 1933 وفينشل عام 1945 بالنمط البارد انفعالياً.

ولهذا فضل رويش 1948 ليس لوصفه سمات السلوك التكتمي فقط بمصطلح "الشخصية الطفالية" إنما كذلك لربطه بين السلوك التكتمي مع المرضى "النفس- جسديين". وقد رأى في بنية الشخصية الطفالية والسلوك الناجم عن ذلك "جوهر المشكلة" عند المرضى "النفس- جسديين" وبهذا فقد فتح باب النقاش الذي مازال حتى اليوم جارفاً وحاداً. إلا أن الاهتمام المتزايد بهذا الموضوع قد قاد إلى غموض متزايد حول ما الذي يمكن اعتباره "تكتماً"، وكيف يلاحظ التكتم وكيف يمكن تحديده مفهوماً وكيف يمكن فهمه وتفسيره وربما معالجته؟



وعلى الرغم من أنه يمكن لباحثين مختلفين ومن بلدان مختلفة أيضاً استنتاج وجود تطابق كبير فيما يتعلق بالعرض الجوهرى للسلوك التكتمي، إلا أنه ظهرت وجهات نظر متناقضة، عندما كانت تتم مناقشة أهمية هذه الظاهرة في سياقها العيادي وبصورة خاصة في تصنيفها النشوي. وسوف نقوم هنا بعرض مجموعة من هذه المسائل المبدئية التي تستند على مبادئ ملاحظة وتفسيرات مختلفة جداً وذلك من أجل التمكين من التوجيه. فإذا ما اعتبرنا التكتم بأنه فرقة لأنماط محددة من السلوك فإنه لابد هنا من إيضاح فيما إذا كان الأمر هنا يتعلق:

- 1- بسمة شخصية أو بنمط سلوك محدد موقفياً "بسمة Trait" أم "بحالة State" بل انه يمكننا أن نسأل فيما إذا كان الأمر هنا يتعلق بظاهرة فريدة أم بنتاج طبيعي لموقف الفحص.
  - 2- إذا ما افترضنا بحق بأن التكتم عبارة عن ظاهرة قابلة للتحديد فإنه لابد من التفريق فيما إذا كان الأمر هنا يتعلق بقصور في أنماط الارتكاس السوية أم ربما يتعلق بإنجاز غير مناسب إلا أنه فعال وخلاق للفرد. والمسألة نفسها تطرح ذاتها على مستوى آخر وذلك عندما يحاول المرء تفسير المدى الذي يمكن فيه فهم التكتم على أنه قصور نمائي أم تشكيل دفاعي أم بنية أم عرض.
  - 3- إلى أي مدى يمكن اعتبار التكتم سمة شخصية أولية قد اكتسبت وراثياً أو بفعل التنشئة الاجتماعية.
  - 4- هل نحن أمام نمط سلوكي غير نوعي يمتلكه جميع الناس بدرجات مختلفة، أم أن التكتم عبارة عن نمط سلوكي نوعي خاص بمجموعة من المرضى على الأقل كالمرضى النفس - جسديين مثلاً.
  - 5- العوامل النشوية: هل نجد أسباباً وراثية أم جسدية أم نمائية نفسية أم نمائية أم اجتماعية تكون وحدها مسؤولة أم مع بعضها بشكل متعدد العوامل ؟
  - 6 - وهذا يقود أخيراً إلى مجموعة الأسئلة المختلف عليها بصورة خاصة ألا وهي فيما إذا كان يمكن معالجة مرضى التكتم بالمعالجة النفسية العميقة الكاشفة أم من الأفضل معالجتهم بأساليب علاجية أخرى كالمعالجة الداعمة أو التدريبية أو الإيحائية ؟
- أهم مميزات وخصائص الأفراد التكتمين: سنقوم هنا بعرض السلوك التكتمي بالنظر لبنية علاقته الانفعالية والمعرفية وبنية علاقته الذاتية أو بنية علاقته بالموضوع.

#### أ- البنية الانفعالية:

إحدى السمات المركزية والتي كانت سبباً للاستخدام كانت الملاحظة بأن مثل هؤلاء المرضى غير قادرين على الإطلاق التعبير عن مشاعرهم بكلمات مناسبة، وكأنهم لا يمتلكون كلمات. وغالباً ما نجد نوعاً من "تقرير الرحلة" الذي يتمثل في وصف دقيق للظروف الواقعية القائمة أو سرد للحوادث الجسدية أو لتصرفات معينة دون ذكر الأهمية الانفعالية لها، لهذا تم اقتراح التمييز بين التعبير

الشعوري المعاش عن المشاعر وأعراضها الجسدية الفيزيولوجية المرافقة كالانفعالات التي تكون هي وحدها المدركة شعورياً لدى هؤلاء المرضى. ومن هنا يتبادر السؤال الناشئ في هذا السياق والمتمثل في لماذا لا يعيش هؤلاء المرضى المشاعر على الإطلاق أي أنهم لا يستطيعون تسميتها. غير أنه يبدو أنهم يعبرون عن أحاسيس غير متميزة على الأغلب والتي هي أقرب لأن تشير إلى النوعية العامة للذة أو عدمها من المخاوف أو العدوانيات النوعية.

وهناك نوعيات مختلفة من المشاعر التي غالباً ما لا يمكن التمييز بينها. إن مثل هؤلاء المرضى "لا يعرفون" مشاعرهم وكأنهم مصابون "بعمى الألوان"، يستنتجون حالتهم الخاصة على الأكثر بصورة غير مباشرة من ارتكاسات الآخرين وغالباً ما يبدون متخشين في سلوكهم.

### ب- البنية المعرفية:

ترتبط بصورة وثيقة مع صعوبة التعبير عن المشاعر، يتميزون ببنية محددة من التفكير والتصرف والكلام تم وصفها غالباً بأنها تفكير إجرائي بالمعنى الضيق (مارتي ودي موزان 1978، مارتي وآخرون 1963). ويقصد بهذا أسلوب تفكير وخبرة وظيفيتين يستندان إلى الواقع الحي الملموس، يختصر العادات الخارجية والحالات الداخلية بصورة كلية تقريباً إلى تركيبها الآلية الأداة في إطار المنظومات المرجعية الموضوعية والعامة. ويوصف هؤلاء المرضى بأنهم يفتقرون إلى الخيال وجافين - بدون ألوان، وغير خلاقين وبلا حيوية وقليلي المبادأة، على الرغم من أنهم غالباً ما يكونوا ناجحين جداً مهنيًا، ويتمتعون بقدرات ذكائية غير مقيدة. إنهم يبدون بأنهم يمتلكون علاقة قليلة "بحياتهم الداخلية"، وينادون بموقف ذرائعي قائم على ما أسماه ماك دوغال عام 1980 باضطرابات التصرف *Acting Disorders*. ومن النادر جداً أن يتذكر هؤلاء المرضى الأحلام - هذا إذا تذكروها- ويندر أن يجدوا المدخل إلى معناها من خلال تداعي الخواطر في إطار العلاج النفسي مثلاً.

وقد لوحظ ودرس هذا الفقر في الخيال من خلال نوع وبنية اللغة بصورة خاصة، حيث وصفت بأنها جافة ومتضيق وغير حيوية وقولبية تتمسك غالباً بتفاصيل ثانوية (مارتي ودي موزان، 1978، تسييف، 1976، فون راد ولولاس، 1978، رويش 1948، ساندز، 1975).

إنه المحتوى الناقص أو حتى الغائب كلية من الترميز اللغوي وفقرها للمعاني الخاصة *Private* والتضمنية *Connotative* الذي يجعلها تبدو عندئذ بأنها أقرب إلى شذرات التصرف من كونها نتاج للتمثل النفسي للأحداث. ولما يتم استخدام الأقوال ومحتويات الكلمات بطريقة مستملكة شخصياً بل أنها تستخدم في شكل غامض - قالبى ذو صلاحية عامة بالشكل الذي يمكن أو كان سيعبر

فيه المرء أو أي إنسان آخر في موقف آخر أو مشابه. ولهذا فقد تم وصف هذا النوع من التفكير والكلام بأنه لا تاريخي بدون استناد إلى الماضي والمستقبل مقيد بالمظهر الوظيفي لهذا والآن. غير أنه هنا ينبغي عدم الخلط بين هذا النوع من التفكير وبين التقييد العام للوظائف اللغوية التي يمكن أن ترتبط مع الانتماء إلى الطبقات الاجتماعية الدنيا مثلاً. وقد أطلق روست Rost عام 1981 على هذه النتيجة بالتكتم الكاذب *Pseudoalexithemy*.

### ج- بنية علاقات الذات والموضوع:

تحتوي المواصفات التي ذكرناها حتى الآن بصورة ضمنية بعض السمات النموذجية لجوهر بنية علاقة الذات والموضوع. لقد تم الحديث عن "اضطراب الفردانية *Disorder of Individuation*"، إذ أنه ليس بإمكان هؤلاء الناس استخدام مفهوم (أنا) في سياق ممتلئ انفعالياً بالمعنى (ساندز، 1958، 1975) ويرتبطون في علاقاتهم البين إنسانية بصورة رمزية بشكل وثيق بشريك -شخصهم المرجعي- يحاولون بمساعدته تثبيت مشاعر الهوية الغائبة لديهم واستقلاليتهم الناقصة من خلال منظومة تأمين خارجية. وهذا العجز في مشاعر القيمة الذاتية والاستقلالية يجعلهم متعلقين بشدة بالتجانس مع الشخص المركزي بالنسبة لهم ومع اهتمامه بهم -إنه موقف حياتي مهدد بصورة كامنة باستمرار-، وهذا ربما يفسر لماذا يكون هؤلاء الناس حساسين ومهددين بالمرض بدرجة كبيرة، إذا ما وصل الأمر للانفصال. بالمقابل من الملحوظ أنه يمكن للعلاقة مع الشخص المرجعي أن تظل مستقرة طوال الحياة وذلك ضمن شروط خارجية ملائمة. وهنا يلاحظ بأن الأشخاص "التكتميين" يدركون الآخرين بصورة غير دقيقة وغير سوية ويعيشون بأنفسهم منفصلين عن الآخر. وقد أطلقت على هذه الطريقة من الخبرة والإدراك تسمية "التضاعف الإسقاطي *Projective Reduplication*" (مارتي وآخرون عام 1963، ستيفانوس عام 1973)، يهدف هذا المصطلح إلى إبراز هؤلاء الأفراد وكأنهم يرون الآخر بصورة آلية بصورة إسقاطية وكأنه نوع من صورة لذاتهم ويحاولون بها المحافظة على ارتباطهم الرمزي. وهناك مظهر جوهري آخر لتعلقيتهم واعتمادهم على شريك يضمن تحقيق التوازن الجسدي والروحي، يتجلى في عدم الثقة الواضحة عند توكيد التصورات القيمية الخاصة بدرجة عالية من المسابرة الاجتماعية. إنهم يفتقرون إلى المعارضة ويميلون إلى "الحل الوسط الذهبي" ويقتدون بما عليه الآخر أن يفعله ويبدون في تلاؤمهم غير الملفت للنظر سلوكاً مرغوباً على الغالب من الناحية الاجتماعية ويوصفون من خلال مفاهيم كالسواء الكاذب *Pseudonormal* والسواء المفرط (ماك دوغال، 1974، تسييف، 1976).

## التكتم والأمراض النفسية - الجسدية:

وعموماً هناك إجماع واسع في الأدبيات حول ظواهرية السمات القابلة للوصف عيادياً ووصفياً للسلوك التكتمي. فقد لوحظ التكتم بوضوح مميز بتفاوت لدى مرضى بأمراض معدية- معوية وبصورة خاصة في التقرح القولوني ولدى مرضى البنكرياس المزمن والربو وأمراض جلدية ومرضى الشريان التاجي ولدى مرضى بالسمنة ومرضى الصداع وأمراض الحمل *Gestosis* ولدى مرضى الروماتيزم ولدى بعض التوائم السليمة. كما وجدت سمات يمكن تفسيرها بالتكتم لدى مجموعات غير متجانسة من المرضى النفس- جسديين مقارنة بمجموعات سليمة.

وقد استخدمت في هذه الدراسات إلى جانب الأساليب الوصفية الخالصة أساليب قياس نفسية وموضوعية. بالمقابل فإن مسألة التطور المرضي للسلوك التكتمي ومسألة العفدة التي مازالت بدون حل والمتمثلة في إلى أي مدى توجد علاقة بين السلوك التكتمي وما يسمى بالأمراض النفسية- الجسدية، مازالت غير موضحة كما كانت في السابق وسبباً لجدل حاد.

وقد طورت تصورات مختلفة من اتجاهات مختلفة وسوف نقتصر فيما يلي من الحديث على الأفكار التي تمت فيها محاولة تقديم تفسير للارتباطات الديناميكية النفسية والتي يحتمل لها أن تكون خلف الخصوصيات الموصوفة تحت التكتم والتي تترك محاولات التفسير الوراثة والفيزيوعصبية جانبا والتي ما تزال قوتها التنبؤية غير واضحة بصورة كاملة.

يمكن تقسيم الآراء الديناميكية النفسية إلى تلك التي تبدي رأياً حول مظاهر محددة والتي سوف نعرضها في البدء ضمن السياق وإلى تلك التي تهدف إلى منهجية نظرية للمظاهر المنفردة. وهنا لابد من الإشارة إلى أنه لا يمكن على أساس من مستوى البحث التجريبي الراهن إثبات أو نفي هذا أو ذلك التصور النظري. ونجد تقييماً نقدياً للبحث التجريبي لدى فون راد عام 1983.

- تصورات النموذج ضمن نظرية البنية التحليلية نفسية بعد أن تأكدت شيئاً فشيئاً عدم كفاية التصورات التقليدية من أجل التفسير النفسي - الجسدي لتشكّل العرض الجسدي في سياق شذرات السلوك التكتمية، تقدمت أفكار جديدة لتحلّ مركز الصدارة. وقد اعتمدت هذه الأفكار بصورة خاصة على خبرات من التحليلات النفسية طويلة الأمد إلى حد ما وأعدت تصنيف هذه الأفكار من جديد على خلفية علم النفس النمائي الأحدث ( Mahler, 1968 ) وعلى خلفية نظرية النرجسية ( Koht, 1971; Kernberg, 1975, 1977 ).

وقد كانت خبرة أن كثير من بناءات العرض الجسدية في إطار ما يسمى بالأمراض النفسية- الجسدية النمطية عبارة عن أمراض غير مُعبّرة وبدون أهمية أولية خاصة عندما يمكنها أن تكتسب أهمية في مجرى تاريخ الحياة الفردي.

كان منطلق غالبية المبادئ النظرية الحقيقة الإمبريقية القائلة: بأنه غالباً ما يسود في التنشئة الاجتماعية الأولية للمرضى بأمراض جسدية نفسية سلوك أمومي وصف إما بأنه "مفرط الرعاية" أو "رافض بصورة علنية أو مغطاة" (تسييف، 1976) علماً أنه لا يمكن على الغالب برهان وجود كلا النمطين (المتناقضين ظاهرياً) مع بعضهما.

إنها بصورة خاصة الصراعات النرجسية لهذه الأم (والأب) التي تنتقل إلى الطفل وتعالج به وبجسده ويساء استخدام الأطفال الذين يكونون في هذا الطور التعلقي بصورة خاصة متعلقين وقابلين للإصابة وذلك من أجل حل هذه الصراعات (المرضية).

وتحتاج مثل تلك الأمهات أطفالهن "كالمخدر" (ماكدوغال، 1980)، ويحرسنه بخوف وحذر بحضور دائم وينمين بهذا مراقبة مكثفة وكأنه "جزء من الجسد الخاص" (Sperling, 1949; Mc Dougall, 1980).

ووفق هذا الفهم يبدو الطفل وكأنه حقل تجارب إرجاعي لقصور أمه النرجسي وكأنه جزء من ذاتها وكأنه (موضوع - ذات) شخص مرجعي أولي غير قادر على الانفصال ومتعلق بصورة تعايشية (Koht, 1971). وغالباً ما يدعم الأب بصورة لا شعورية التقييد التعايشي بين الأم والطفل كي يتخلص هو نفسه من هذا التطويق المهدد.

فإذا ما برزت لدى الطفل توترات أو مشاعر عدم اللذة فإن الأم تحاول التغلب عليها من خلال حيل مهدئة تظل مرتبطة بحضورها الواقعي كحماية من الإثارة وبهذا لا تمكّن من قيام استراتيجيات التغلب الخاصة بالطفل. وهنا لا بد من الإشارة إلى الدور المركزي للموضوع الانتقالي "بمعنى فينيكوت Winnicott ذلك أنه يأخذ الوظائف الأمومية بالنيابة وبهذا يمكّن الطفل من الانفصال المؤقت ومن الخطوات الأولى باتجاه استقلالية محدودة. إلا أن مثل هذا الاستخدام للموضوع الانتقالي الخارجي لا يستطيعه الطفل إلا إذا كان يمتلك مسبقاً موضوعاً داخلياً حيويّاً وطيباً (فينيكوت، 1976).

وبهذا المعنى يتحول إلى "الرمز الأول للطفل" ومنه إلى "أساس كل قدرة لاحقة على الخيال" (Rost, 1981)، وهنا أشار مجموعة من الباحثين إلى غياب الموضوع الانتقالي في طفولة المرضى النفس-جسديين.

وفي هذا السياق أكد ليفيفير Lefebver, 1980 مستخدماً مصطلحات ياكوبسون (1964) على الأهمية الخاصة لطور الاستقلالية الفردانية التي تبقى مثبتة في حالة (التطابق Sameness) مع الأم ولا تستطيع الوصول إلى طور (التشابه Likeness) وبالتالي فإن هؤلاء الأطفال لا يستطيعون اجتياف الموضوعات بصورة جيدة ولا كذلك الاحتفاظ بها داخلياً. فهم مثلاً لا يستطيعون التماهي مع "أم حامية Caretaking mother" وبالمقدار نفسه لا تنشأ بهذا أيضاً أية تمثيلات ذاتية محددة بصورة

جيدة يرتبط بنموها في هذا الطور المبكر بصورة غير قابلة للحل مع الإحساسات الجسدية وإدراكاتها. ولأن أم هؤلاء الأطفال يستجبن بدرجة عالية للإشارات الجسدية واضطرابات أطفالهن فإن الجسد باعتباره ممثلاً للذات لا يستطيع اكتساب تمثيلاً ومعنىً نفسياً، أم أنه يتمكن من ذلك بصورة مشوهة. إنه يبقى كشيء غريب غير منتم للذات وتحت رقابة الشخص الأساسي ( الأم ). أما "تصويرة الجسد" فتكون مرضية *Pathologic* وبهذا تتحول وظائف الجسد إلى تعبير مباشر عن الحالة في التعامل مع أشخاص الإطار المرجعي وتعكس التعامل التعايشي للموضوع الأولي الذي غالباً ما يستجيب فقط إلى مثل هذه الوظائف الجسدية الملموسة في التفاعل.

ويمكن لهذا أن يتجلى من ناحية في التجاهل الكامل تقريباً وفي الرعاية الناقصة وفي التنشئة الإدراكي الخطير حيويًا للاضطرابات الجسدية، التي لا يتم التعرف عليها وتحديدها وتمثلها بصورة مناسبة في معناها ووظيفتها الدلالية. ويلاحظ مثل هذا النقص الخطير في الرعاية الذاتية لدى كثير من المرضى النفس - جسديين. ومن جهة أخرى غالباً ما تظهر حراسة مفرطة الرعاية وقلقة ومملوءة بالحب للمعرض الجسدي الذي يحمل همه عندئذ ويراعى كشريك ضروري في الحياة ويراقب بانتباه في أدق حالاته.

في كلا هذين النمطين الأساسيين من السلوك اللذين يمكن أن يتبادلا مع بعضهما أو يختلطان يمكن التعرف بسهولة على انعكاس الشكلين الأساسيين المذكورين أعلاه من أنماط السلوك الأمومي لدى مرضى بأمراض نفسية - جسدية: أي يمكن ملاحظة أنماط السلوك النابذة بصورة مغطاة أو صريحة ومن ناحية أخرى الموقف المفرط الرعاية والقلق تجاه الطفل. ويشبه شكل الجسد الكيفية التي يعاش بها الجسد شكل نمط تعامل الشخص المرجعي مع المشاعر. وفي مثل هذا المجال من العلاقة الذي يتم فيه تجنب أي انفصال ويتشكل فيه الهدف وفق نمط مثير وارتكاس صامت على أساس من التوازن المتبادل الأمثل ليس من المفاجئ أن تحدد موجّهات اللذة - عدم اللذة تضاريس مشاعر محددة وبهذا تتضح مشاعر متميزة تمتلك مؤهلات معاني خاصة.

وعن ذلك ينتج أن التثبيت في هذا الشكل الموصوف من التعايش بين الأم والطفل والذي يتم الحفاظ به إلى مدى أبعد من الطور الفيزيولوجي الضروري يعيق التمثيل الرمزي للمعطيات الواقعية، أي اللغة بدلاً من التصرف مثلاً والهوامات بدلاً من الاستدماج كموضوعات داخلية بدلاً من الأشخاص أو الموضوعات الخارجية الموجودة واقعياً.

وبما أنه لا يمكن بناء الرموز بصورة واضحة ( أو يمكن بنائها بشكل أولي فقط ) على خلفية الخبرات الفردية - التاريخ حياتية وفق أهميتها الشخصية في إطار تفاعل الطفل والأم الموصوف، وبالتالي لا تتوفر تمثيلات جيدة للموضوع، يظل مثل هؤلاء الأشخاص متعلقون بطريقة شبه

إدمانية بالامتلاك الملموس للمواضيع الخارجية الواقعية ( البديلة ) التي يحاولون استخدامها في العالم الخارجي بدلاً من التمثيل الرمزي ( McDougal, 1974 ). وهذا يجعل من شبه السواء *Pseudonormality* والمقدار العالي من الامتثال الاجتماعي *Social Conformity* مفهوماً، إلا أنه هنا نظراً للنقص في المواضيع الداخلية الموجودة تحت التصرف لأسباب اقتصادية في حماية الإثارة من أي خطر (داخلي أو خارجي) فإن التلاؤم الوثيق مع الموضوع المُشبع للحاجات متاح هنا بالضرورة كإستراتيجية نجاة. وفي حين تتكامل لدى الأشخاص الأصحاء أو لدى العصائيين مثلاً الأحلام أو الهوامات أو التفاعلات الرمزية لتوترات الدافع على شكل مشهد ( Marty et al, 1963 ) يتم لديهم ملء الفراغ الداخلي بتفاصيل خارجية، الأمر الذي يمكن ملاحظته بصورة جيدة في اللغة. وما زالت الإجابات حتى الآن غير متفقة حول مسألة فيما إذا كانت آليات الدفاع تلعب دوراً في نشوء مرض نفسي - جسدي ما وإذا كانت كذلك فما هي هذه الآليات. إن استناد نظرية التحليل النفسي إلى نموذج العصابات حتى الآن كفرضية أن الدفاع يتم وفق حوادث الكبت التي تتم في الأعراض العصابية أصبح في هذه الأثناء مشكوكاً به بصورة جوهرية - بالنظر لأنماط السلوك التكتمية - وبدلاً من ذلك غالباً ما يتم الحديث عن الإنكار ( *denial* ) لوصف حوادث الدفاع النفس - جسدية النموذجية. إلا أن نيمياه ( Nemiah , 1973- 1975 ) قد أشار بحق إلى أن الإنكار بالأصل قد صمم كآلية دفاع خاصة لتجنب إدراك الواقع الخارجي واستخدامه من أجل إزالة الأحداث الداخلية لا تحتوي على توسيع غير دقيق للمفهوم فحسب، وإنما يوصف بهذا الحادث نفسه الذي كان قد استخدم في وصفه مفهوم "الكبت". ويرى بأن اختيار الكلمات غير الدقيقة تعكس لا شعورياً ملاحظة صائبة، ألا وهي التحسس بوجود ظاهرة أخرى لدى التكتبيين. فإذا ما كان صحيحاً أن العرض الجسدي - وكذلك اللغة أو التعامل مع المواضيع - لا يحتوي على طابع رمزي عندئذ يتضح أنه هنا، إذا ما لم يدعي المرء بوجود استعداد (مولود أو مكتسب)، أن القليل فقط من آليات الدفاع المتميزة والعامة والمبكرة من ناحية التاريخ حياتية يمكن أن يمتلك أهمية.

ويفترض بسبب تعلقيتهم التعايشية وعدم القدرة على التمثل النفسي كحماية من المواقف الصادمة أن مثل هؤلاء الأشخاص يلجئون في حالة الصراع إلى ارتكاسات مبكرة جداً وعامة، تم وصفها في هذه الأثناء بشكل أدق من خلال مفاهيم الصد ( *Foreclosure* ) والانقسام ( *Splitting* ) ( والإسقاط والتماهي الإسقاطي. وتشير هذه المصطلحات إلى القرب من المجال الحدودي للظواهر الذهانية والحدية *Borderline*. " فمن خلال الانقسام لا يحصل على سبيل المثال أي تمثيل مستقر ولا شعوري وكلي للموضوع ولا أي توليف بين الوجوه الإيجابية والسلبية للموضوع. وعند غلبة المظاهر السلبية وعند نقص قدرة الأنا على كبتها إلى اللاشعور يتم إبقاء النوعيات السلبية للموضوع بعيدة عن

النوعيات الإيجابية له تراح إلى شريك آخر بطريقة هذيانية (بارانوية) (Beneditti, 1980). وبهذا يمكن إبقاء أقسام الذات والموضوع التي لم تنبذ باتجاه الانقسام أو التي صدت وأبطلت بمساعدة الصد بحالة "جيدة" ومُمتلئة والحفاظ على استمرارية تثبيت وحدة متجانسة خالية من التناقض.

وقد تم تدقيق أو ضبط نمطين نموذجيين أساسيين ومتناقضين من التهديد الصادم بالنسبة لهذا التوازن غير المستقر، اللذان تستخدم فيهما عمليات الدفاع المذكورة. النمط الأساسي الأول من التهديد هو الحميمية الكبيرة لشخص الإطار المرجعي الأولي الذي يحتوي على خطر الاشتباك والذوبان وإزالة هوية الأنا الابتدائية وعلى تحديد إمكانية حدوث تعويض ذهاني. والانحرافات الذهانية في إطار المعالجات النفسية للمرضى النفسية - الجسدية معروفة منذ أمد بعيد (Kuetemeyer, 1980 ; Beneditti, 1980) (Meng, 1943 : McDougall, 1947 : 1953). أما النمط الثاني من التهديد والذي كثيراً ما تم وصفه والذي كذلك غالباً ما يترافق مع تشكل العرض الجسدي فيتمثل في الانفصال أو فقدان للشخص المرجعي الأساسي، أي فقدان الحقيقي أو المتصور للموضوع الذي يقود إلى فقدان التكامل بناء على فقدان الذي لا يعوض مع الموضوع لأجزاء الذات. وعندئذ لا يبقى إلا الشك اليأس والحنق الذي لا حيلة له والذي لا يمكن محاصرته من خلال التغلب النفسي بمساعدة عامل الحزن أو تماهيات جديدة.

إنهما قطبا الخطر كلاهما من التوحد أو عدمه (Oneness Or Noneness) اللذان يقيدان كثير من المرضى النفسانيين والذين يجعلان المساعي المضنية والدائمة نحو قرب وبعد أمثلة عن الشخص المرجعي مفهومة (lefebvre, 1980). وفي مثل هذه المواقف الخطرة تتحول لدى المرضى النفسانيين "العضوية البيولوجية الذاتية إلى مظلة إسقاط لتمثيلات موضوعهم المرضي"، (De Boor, 1976) وهنا لابد من ملاحظة أنه ينظر للجسد ككل أو في مجالات محددة الذي تكون تمثيلاته مضطربة بشدة بصورة منتظمة إلى حد ما في تصويره الجسد ومستقرة بشكل غير كاف في منظومة الذات، كشيء غريب وغير منتم للذات، التابعة بشكل لاشعوري إلى جزء من الأم المكروهة. وبهذا يبدو العرض النفساني إما "كترميم نرجسي" لثغرة في منظومة الذات العاطلة أو "كجزء من موضوع شرير" "مُقَصَّى جسدياً" (Beneditti, 1980). وبشكل متمم لذلك يمكن للمرء اعتبار الرعاية والانتباه الحنونين الملفتين للنظر لدى قسم من المرضى النفسانيين للعرض الجسدي على أنهما استرداد وترميم للأم.

وبالعكس يمكن لدى مرضى آخرين بين الحين والآخر فهم الاحتقار المههد حيويًا وإهمال الإشارات والأعراض الجسدية على أنه محاولة لتدمير الوجوه المكروهة والمنقسمة لأمجية الأم من خلال تدمير الجسد الذاتي (McDougall, 1980). ولا يندر أن تتبادل مثل هذه الحالات المتناقضة مع بعضها (في مجرى العلاج مثلاً) بشكل مفاجئ. وعندئذ تتكرر ملاحظة وجود مفاجآت من خلال أفعال



تعوض التمثل النفسي وتخفف من التوتر في الوقت الراهن إلا أنها في النهاية لا تمكن من التخفيف والقضاء على الصراع الأساس ( ميشال فون، زيغفريد تسييف، 1998: 88 ).

### 9/ النظرية النفسية - الجسدية الفرنسية "التفكير الإجرائي":

لم يتم التحلي في هذه النظرية عن مفاهيم البنية التحليلية النفسية في تعقب التفكير الإجرائي في النموذج الطبوغرافي لفرويد الذي يقسم الجهاز النفسي إلى منظومات الشعور وما قبل الشعور واللاشعور، وعلى المستوى النظري فقد اعتبر التفكير الإجرائي نتيجة للانقطاع الحاصل بين الشعور واللاشعور وغياب ما قبل الشعور، وفهم على أنه شكل للحادث الثانوي (Marty & De M'Usan, 1978) تتم فيه مضاعفة الكلمات والأفعال والأشياء. أما سبب النقص في تشكل منظومة ما قبل الشعور فقد افترض وجود "أم مهدئة" والذي على العكس من "أم راضية" من خلال الوجود المستمر، يصبح مرضيا من خلال فرط وظيفتها الحاجبة للإثارة. ويقود هذا النمط من السلوك إلى أن الرضيع لا يستطيع النمو والتطور إلى مستوى التحقيق الهلوسي للرغبة، ولا يتمكن من تنمية نشاطات مشبعة، وبذلك لم يتمكن الهو من الانفصال عن أصله الجسدي ومن بناء تمثلات نفسية. وقد اعتمد فاين *Fain* عام 1971 في دراسته التي اعتمدت على ملاحظات للأم ولرضيعها المصاب بمرض نفسي - جسدي، وأن شغل الأم الدائم للطفل يعيق تنمية الإشباع الذاتي الأولي وبهذا يتم فصل النشاطات الليبديوية عن بناء الرمز، وهي نتيجة الارتباط المضطرب بين الأهداف الدافعية وتمثلات الموضوع.

وبفعل نتائجها المتناقضة فقد ابتعد أنصارها عام 1976 عن النظرية الطبوغرافية، واستندوا منذ ذلك الحين إلى مفاهيم أوسع على غرار منشأ آليات التثبيت الثانوي، وعدم الاستمرارية وهما ارتكاسات توليفة مرضية لدافعين أساسيين هما غرائز الحياة، وغرائز الموت.

وبالارتباط البنيوي الضعيف لدافع الحياة، وغياب الاهتمام الطفولي المناسب ينشأ لدى المريض المرض النفسي - الجسدي، فهو اضطراب نضج بيوفسيولوجي عميق الأثر. فهذه النظرية قامت بإضافة فكرة الموت والحياة، بالإضافة إلى النموذج الطبوغرافي والبنيوي للتحليل النفسي فقط، دون الوقوف على الأبعاد الماوراء نظرية، فضلا عن وصفها بالنظرية التأملية في كثير من الأحيان ( سامر جميل رضوان، 2010: \* ).

## 10/ الخبرة المقيدة والبناء القاصر للعرض؛ تسييف Zepf :

في هذا التصور يبرهن تسييف على تشكل البنية النفسية - الجسدية من خلال "نظرية أشكال التفاعل" التي طورها لورنسر Lorenzer، وحسب هذه النظرية فإن الإنسان يتحول إلى شخص Subject من خلال تسجيل تاريخ علاقاته على ما يسمى "أشكال التفاعل" في الفرد. ومن خلال أسلوبه في التعامل الناتج عن الأم والوليد الجديد يتم تعديل توترات الجسد غير المتميزة في البدء كي تصبح حاجات دافعية محددة في أشكال التفاعل. ويمكننا تصور هذه السيرورة من الناحية الفيزيولوجية على النحو التالي: يتم تخزين أشكال محددة من التفاعل من خلال خبرات الحياة في هيئة تعشيق للمجريات الجسدية المشتركة وذلك على شكل "برامج تفاعل". وبهذا تقود خبرات الحياة على المستويات النفسية والبيولوجية إلى تأسيس ذاتية Subjectivity هذا الطفل، ومع إدخال اللغة تتحول هذه الأشكال التفاعلية إلى أشكال تفاعل "رمزية" وبالتالي إلى أشكال تفاعل شعورية.

ويمكن أن يُرمز هذا الشكل من التفاعل بالنسبة للطفل وذلك بأن تنطق الأم في علاقة محققة في اللحظة الراهنة كلمة "ماما" على سبيل المثال. ويضاف هنا إلى "الأثر المخلف Engram لهذا التفاعل عنصراً جديداً من مركب المثير السمعي- اللغوي الحركي المؤلف من "ماما" وتكون العلاقة بين "ماما" وشكل التفاعل في البداية ذات طبيعة ارتكاسية، وما زالت لا تمتلك معنى دالاً بعد. ولا تتحول إلى شكل تفاعل رمزي ممتلك شعورياً إلاّ عندما يعرف هذا الطفل أيضاً ما الذي تعنيه "ماما". ومن خلال مستوى أشكال التفاعل الرمزية يمكن تمييز أشكال التفاعل لغوياً. "كالحب" مثلاً الذي يتم فيه حمل الطفل بين الذراعين ولمسه والنظر إليه... الخ. ولا تتحول أشكال التفاعل إلى شكل شعوري إلاّ عندما تكون على علاقة بكلمات مختلفة "مسندات Predicatory". وينجم شرط آخر لأشكال التفاعل الرمزي عن أن لا يمكن إدراك أشكال التفاعل المرمزة أو المسماة "بماما" إلاّ إذا كان الطفل يعرف مسبقاً من أشكال تفاعل أخرى ما هو "المحبوب"، أي أنه لابد لأشكال التفاعل التي تشكل معنى "محبوب" أن تكون من جهتها على علاقة برموز لغوية أخرى، تشير أيضاً إلى ما تعنيه كلمة "محبوب"، وكذلك لابد لهذه الرموز أو الإشارات اللغوية أن تكون على علاقة برموز لغوية أخرى من جهتها.

ومنطلق تسييف كان السلوك المفرط الرعاية أو الصاد بشكل واضح أو كليهما معاً لأم المريض بمرض نفسي - جسدي. ويعتبر هذا السلوك نتيجة لإشكالية نرجسية غير محلولة للأم، يتحول الطفل من خلالها إلى جزء مصدود من "ذات" الأم. ويمكن في السلوك الأمومي الملموس أن يتجلى هذا الوجه من الصراع بوضوح وفي مرة أخرى الوجه الآخر منه، مع العلم أنه عندئذ يؤثر الميل المعاكس للميل الجاري حالياً بشكل خفي. ومن خلال هذا السلوك المتناقض قلما يستطيع استخدام عرض التفاعل الأمومي الثابت والتمايز الضروري لممارسة أشكال متنوعة وانتقائية من التفاعل، بل أنه سيطرة خبرة التنشئة الاجتماعية

المُقيدة *Restrictive Socializationspraxis* (Zepf, 1976) لا يتم فيها تنظيم احتياج الدافع الطفولي في حاجات ودوافع نوعية قابلة للتحديد انتقائياً لتنظيم احتياج الدافع الطفولي في حاجات ودوافع نوعية وقابلة للتحديد انتقائياً إلا بشكل ناقص. ولأن حالات التوتر الطفلية لا تستطيع أن تتمايز بشكل كاف إلى أشكال تفاعل، فإنها لا يمكنها الارتباط في الدلالة اللغوية أيضاً. وتكون أشكال التفاعل المسيطرة غير متميزة، وتبقى ما قبل لغوية ولا شعورية. ولأنه في "نظرية أشكال التفاعل" لا يتم تمايز بنية التفاعل بين الطفل والأم إلى ذات طفلية وأمومية إلا وفق مستوى أشكال التفاعل الرمزية، فإن منشأ علاقة الموضوع للمرضى النفس - جسديين الموصوفة بأنها "تعائشيه" و"نرجسية" يعزى إلى خبرة تنشئة اجتماعية مُقيدة.

ويفهم الفراغ الداخلي الانفعالي - الحسي للمرضى النفس - جسديين من قبل الباحثين الفرنسيين على أنه تعبير عن لا استمرارية الشعور واللغة واللاشعور. وتعزى هذه اللااستمرارية إلى أن الدلالات اللغوية لا يتم اكتسابها من خلال الخبرات، التي تستقر في الطفل من خلال بناء أشكال التفاعل الرمزي فحسب وإنما من خلال التحديد الماوراء لغوي ومن خلال مجرد الخبرة "المُقيدة"، التي لا يشارك الطفل في سيرورات تفاعلها (Zepf, 1976). وفي ممارسة مقيدة تبقى المُسندات اللغوية المُدخلة ضمن إطار دلالي خالص *Denotative*. وبما أن العلاقات بالمواضيع تكون في الواقع مقيدة أو حتى غائبة كلية، فإنه يمكن فقط وصف مواضيع لا علاقة لها بالشخص. وتكتسب اللغة هنا سمة الرمز "الأولي" والتي يميزها تسييف عن الرموز "الثانوية" والتي يصفها لورنسر كنتاج لعملية تنشئة اجتماعية مولدة للعصاب. والرموز "الثانوية" هي نتيجة لعمليات الدفاع، التي يتم فيها انفصال ثانوي للعلاقة القائمة بين اللغة وأشكال التفاعل. أما في الرموز "الأولية" فلم يحصل مثل هذا النوع من الانقسام، بحيث أن اللغة تتصف هنا بفقير مفهومي *Connotative* وبنقص في خبرات الجسد في تاريخ حياته.

فإذا ما ذهبنا من أنه في خبرة مقيدة للتنشئة الاجتماعية يكون هو أيضاً مبني بشكل غير كاف في أشكال التفاعل، عندئذ تتضح لنا من ذلك أيضاً الهوامات اللاشعورية غير المبنية ( المتفككة ) للمرضى بأمراض نفسية - جسدية، التي ترتبط باللغة في علاقة ابتدائية فقط (De Boor, 1964). ويتم إيضاح فرط التكيف الاجتماعي من خلال الفرضية القائلة أنه بنتيجة وجود تمايز ناقص تبقى كذلك حالات التوتر غير متميزة وبلا معنى. وتنشأ حالات التوتر كترابط بين خبرات الانفصال ويتم تجنبها من خلال إصلاح "الفوضى الأولية" *Primary Confusion* (Sandler & Joffe, 1967) لصورة الأم. وعلى أساس هذا العوز النرجسي يتجنب المرضى بأمراض نفسية - جسدية أنماط السلوك العدوانية ويطورون وظائف أدائيه، خاص فيما يتعلق بالوصول بأنفسهم إلى تطابق مع توقعات الأم أو مع صورهم البديلة اللاحقة ( " Key Figure", Engel , 1955 ).

وفي هذا التصور يلعب "فقدان الموضوع"، أي الانحلال الهوامي المهدد أو الواقعي للعلاقة النرجسية بالموضوع الأمومي البديل دوراً مركزياً بالنسبة لتشكيل العرض النفسي - الجسدي. ويعني انحلال هذه العلاقة بالنسبة للمريض النفسي - الجسدي إعادة إحياء تلك المواقف الباكرة التي أثّرت فيها حالات توتر مزعجة نتيجة الانفصال. وعندئذ يعتبر العرض النفسي - الجسدي على أنه نتيجة للمحاولات المتجددة للتغلب على توترات الجسد غير المتميزة المثارة ثانية. ويرجع تسبب هنا إلى فكرة لشور عام 1974 ويفترض بأنه لا يتم تقييم الموقف الراهن بشكل نكوصي فحسب وإنما يُردّ عليه بشكل نكوصي. وقد وصف إنجل وشماله 1978 التصور نفسه بالتحويل. ويقصد بهذا أن أشكال التفاعل اللاشعورية المتجددة في هذا الموقف تكون خاضعة لشروط أنه لم يعد هناك مواضيع بديلة متوفرة. وفي السياق تتم إزاحة التمثيلات إلى معطيات خارجية ملموسة ( للهواء أو للتحسس أو لجهاز التنفس ( البخاخ ) لدى مرضى الربو على مثلا ) أو إلى حادث جسدي. وبهذا تكتسب أهمية لاشعورية في خبرة المريض. وهذا النمو اللاشعوري يوضح لماذا يكون المرضى النفسو - جسديين متأرون انفعالياً عندما يصفون جسدهم أكثر عندما يصفون علاقاتهم بالموضوع.

ويعقب النمو اللاشعوري للمعنى ارتكاس من الآليات الفيزيومرضية. ويعزى سبب ذلك إلى أنه على أساس من الخبرة المقيدة لدى المريض النفسي - الجسدي تكون أيضاً مجريات الوظائف الجسدية مختلة البناء. وبما أن مجريات الوظائف الجسدية لا ترتبط بعلاقة مع بعضها إلا من خلال بناء "أشكال التفاعل" ولا تتوافق مع بعضها إلا طبقاً لخبرة الحياة، فإنه تحت شروط خبرة التنشئة الاجتماعية الأولية المقيدة تبقى بنية تناغمها على ذلك المستوى من عدم التمايز الذي وصفه غرينكر عام 1953 "بالطفولة الفيزيولوجية" *physiological Infantilism*. ويتجدد هذا التناغم المختل للتنشئة الاجتماعية غير المنتظم نسبياً لسيرورات الجسد عند وجود انحلال مهدد أو واقعي لعلاقة موضوع نرجسية. وهنا يستجيب جسدياً بطريقة "قديمة" أو "عشوائية" على النمو اللاشعوري. ومع الارتكاس الجسدي ينسحب المريض نحو تلك المستويات الفيزيولوجية من التفاعل، التي كانت فيها العضوية الطفلية والأمومية مرتبطان معا برابطة متحدة ومن خلال ذلك تنسحب علاقات الموضوع إلى حالة ارتباط بيولوجي للمثير والارتكاس.

يطرح هذا التصور مسائل مفتوحة. فعلى الرغم من تحديد الشروط العامة التي تحدد من خلال اختيار العضوية أماكن تشكل العرض، إلا أنه لم تتم المعطيات الخاصة ( بالاستجابة الجسدية )، التي تكون مسؤولة عن العرض الجسدي الخاص. وكذلك لم تحل في هذا التصور مشكلة ما يسمى "البنى المشتركة" التي يمكن إثباتها في الأمراض العصابية والنفسية - الجسدية على حد سواء.

## 11/ الطب الأنثروبولوجي:

يوجد موقف ما ويضاف له الميل، يرتفع التوتر، تزداد حدة الأزمة، يعقب ذلك حدوث المرض، ومع المرض، بعده يكون القرار موجوداً؛ وقد أنجز موقف جديد ويعم الهدوء؛ وينبغي الآن عدم رؤية وحساب الربح والخسارة، كل شيء كوحدة تاريخية: تحول، انقطاع أزماي، تحول، فكل مرض ليس بالنسبة لفون فايتسكر قدر موضوعي فحسب وإنما يمتلك معنى شخصياً كلية في تاريخ ومخطط حياة الفرد. إن مشكلة الإنسان بالنسبة لهذه النظرية هي أن مرض الإنسان ينبغي فهمه كجزء من بيوغرافيته الكلية لا يمتلكه فحسب بل يصنعه، إنه ينتج المرض باعتباره حركة تعبيرية، لغة لجسده، كتشكيل أية حركات تعبيرية أو حديث آخر. حتى وإن لازلنا لا نفهم هذه اللغة بشكل واضح، وإن كنا نقتررب إلى ذلك يوماً بعد آخر (Von Weizsäcker, 1935) (سامر جميل رضوان، 2010: \*).

ويستند مفهوم فايتسكر للشخص *Subject*، إلى إنسان، مُحدد في مرضه من خلال تاريخيته وتنشئته الاجتماعية وغائيته بالمقدار نفسه (V. Rat, 1974). وفي سبيل فهم المرض: "المرض موجود الآن بين الناس، إنه أحد علاقاتهم وأشكال مواجهته. وهنا يبدأ الطب الأنثروبولوجي" (Von Weizsäcker, 1947). وهنا يصف العلاقة بين الجسد والروح بأنهما "تعامل متمم" تصوير (عَرْض) وإيضاح متبادلين "لقد سمعنا أن وظائف العَرْض متبادلة: الجسد تصور الجسد والجسد تصور الروح. المهم في هذا التبادل هو أنهما يمثلان بعضهما. (Von Weizsäcker, 1948). وقبل نشوء الطب الاجتماعي أو علم الاجتماع الطبي بوقت طويل أكد فايتسكر بشكل مستمر على البعد الاجتماعي للمرض بشكل نقدي وحاول تأسيسه نظرياً (Von Weizsäcker, 1955). وتشتمل الأنثروبولوجيا الطبية لديه بشكل حتمي وفقاً لمبدئه الغائية وطبيعة مخطط الحياة ومسألة المعنى.

وهنا بشكل خاص يكمن نقده للتحليل النفسي وللطب النفسي الجسدي الذي يطرح "وجهات نظر نفسية" فقط مضيفاً أسلوب التفكير الفيزيائي - الجسدي الذي لا بد من الاحتفاظ به بدون تغيير بشكل مكمل. "إن الطب النفسي الجسدي غالباً ما يسأل: ما هو هذا الإنسان؟ أما الطب الأنثروبولوجي فيسأل: ما الذي سيكونه هذا الإنسان؟ ولكن بالطبع لن يتخلص من المرض وحقيقة الوجود... (V. Weizsäcker & Wyss, 1957).

وبالذات فقد أعاق الإصرار الذي طرح من خلاله بعد مسألة المعنى والقيمة في سياق المرض تكامل تصويره المهم في الطب. ويتعلق هذا أيضاً مع أن مفهوم المرض كان بالنسبة له لا ينفصل إطلاقاً عن علاقة المريض بمحيطه الإنساني، وبمكانه في المجتمع. المرض هو دائماً بالنسبة له شيء مثل السقوط من الاستقامة، صدع في تحقيق الحياة "الصحيحة"، التي يمكن تحقيقها؛ كسر في التضامن المتبادل المبني عليه الناس. وبهذا لم يعد بالإمكان كثيراً عزل وقصر المرض على وظائف العضو

المضطربة، على عوامل موضوعية خالصة، على مثيرات ما للمرض على سبيل المثال. إنه موجود بالنسبة له "بين الناس"، أي بين المريض والطبيب، وي طرح بهذا بشكل صارم السؤال عن صدق وتضامن ومسؤولية الطبيب. ويشتمل هذا المفهوم للمرض على مسألة معنى الشخصية كلية للحياة الإنسانية كالمعاناة وصولاً إلى الخبرات الدينية، حيث يكتسب بالنسبة له " الطب النفسي الجسدي المفهوم بحق " من خلال ذلك طابعاً متداعياً (Von Weizsäcker, 1949\50) غير أن هذا التحدي لبديهية الطب وممثليه يظل حسب تقدير دي بور وميتشيرليش "نداء ثورة لم نستطع نحن ممثلو السيكوسوماتيك التحليلي القيام بها في السنوات 23 الماضية" (De Boor & Mitscherlich, 1973).

لم يعتبر أحد مثل فون فايتسكرو أسلوب المدخل النفسي الجسدي على أنه تخصص " الطب النفسي الجسدي"، وإنما اعتبره تغييراً ثورياً للطب والبيولوجيا ككل وهنا لا بد من أن نلاحظ بصورة نقدية بأن تصوره المتميز غالباً ما يستخدم مفاهيم متبدلة جداً ويصعب تحقيقها في الممارسة الطبية اليومية، الأمر الذي لم يكن مفيداً دائماً بالنسبة للمسألة. وعندما يندفع فون فايتسكرو اللاحق نحو فرضية، أن كل مرض يتضمن ذنباً لا شعورياً... " (Von Weizsäcker, 1965)، فإنه يقترب بهذا من الأفكار الدينية القديمة، التي فسرت المرض نتيجة للذنب. بالإضافة إلى ذلك فقد فتح بمسألة غائبة الإنسان ومرضه أرضاً جديدة مهمة، تم تجنبها حتى الآن من قبل الطب والتحليل النفسي بالمقدار نفسه. لقد احتضن دي بور وميتشيرليش مسألة حاسمة لفكتور فون فايتسكرو من جديد ويلحان على تدقيقها: "الجسد والروح يتراقان مع بعضهما البعض"، هذا ما صاغه فون فايتسكرو (سامر جميل رضوان، 2010: \*).

## 06- علاقة الأعراض النفس - جسدية ببعض متغيرات الشخصية (العمر والجنس والحالة الاجتماعية):

وجد أن الاضطرابات النفسية - الجسدية تنتشر لدى الإناث أكثر من الذكور وبين الشباب والشابات بين عمر 20- 40 سنة أكثر من باقي مراحل الحياة، وهو ما يتفق مع دراسة موتسهيرو وجريجيرو عام 2001، *Mutsuhiro & Gregory* التي هدفت إلى معرفة أثر الجنس والحالة الاجتماعية على الأعراض الجسمية للمرضى الذين يراجعون عيادة الأمراض النفسية - الجسدية، وذلك لمعرفة آليات العلاقة بين الجنس والاضطرابات النفسية - الجسدية، حيث قام الباحثان بتحليل شخصيات 1132 فرد من المرضى الخارجيين " 848 من النساء، 282 من الرجال" ممن يراجعون عيادة الأمراض النفسية - الجسدية، في بداية البرنامج طلب من المرضى تعبئة قائمة الأعراض الطبية وقائمة الأعراض "SCL- 90R" ومقياس إدراك التوتر.

حيث أظهرت النتائج أن كل 09 نساء من بين 12 امرأة يعانين من أعراض "الإرهاق والأرق والصداع وألم الظهر وألم في مفاصل الأطراف وخفقان سريع في القلب والغثيان والدوخة"، وتبين أن وتيرة تكرار هذه الأعراض أكثر عند النساء منه عند الرجال حيث كان ذلك هو المفترض، وكانت نتائج قائمة "SCL- 90R" للأعراض الجسمانية أعلى بشكل ملحوظ عند النساء غير المتزوجات مقارنة بالنساء المتزوجات، كما كانت نسبة التوتر المرتبطة بالعائلة والصحة أعلى عند النساء منه عند الرجال، فالجنس عاملا هاما يرتبط بالأعراض الجسمانية في الأوضاع التي تتطوي على التوتر ( موسى محمد نجيب، 2007: 53 ).

كما قام عويد المشعان عام 1998 بدراسة كان من بين أهدافها التعرف على الفروق بين الذكور والإناث في مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات النفسية - الجسدية بالإضافة إلى العلاقة الارتباطية بين الضغوط المهنية والاضطرابات النفسية - الجسدية، حيث تكونت عينة الدراسة من 746 معلم، منهم 377 ذكور، و 369 إناث، حيث استخدم الباحث الأدوات والمقاييس التالية:

1/ مقياس الضغوط النفسية، 2/ مقياس غموض صراع الدور، 3/ مقياس الاضطرابات النفسية - الجسدية.

وتوصل الباحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير العبء المهني، والتطور المهني لصالح الإناث، وهذا يعني أن هاذين المتغيرين من أكثر مصادر الضغوط المهنية للإناث منه للذكور، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في متغير الاضطرابات النفسية - الجسدية لصالح الإناث، والذي يدل على أن الإناث أكثر تعرضا للاضطرابات النفسية - الجسدية من الذكور، كما أن الإناث أيضا أكثر تعرضا للضغوط من الذكور في علاقتهم بباقي الأفراد ( عبير الصبان، 2003: 105 ).

كما بينت زينب شقير عام 2002 أن نوع الاضطراب النفسي - الجسدي يتأثر بنوع الجنس، حيث لوحظ انتشار ضغط الدم الجوهري والصداع النصفي وفقدان الشهية بين الإناث أكثر منه عند الذكور، كما أنه يتأثر بالعمر الزمني حيث يزداد بصفة ملحوظة في عمر 35 سنة ( عبير الصبان، 2003: 76 ).

فضلا عن ذلك نجد أنه نادرا ما تنتشر الاضطرابات النفسية - الجسدية بنفس الشكل لدى الأطفال حيث نجد أنها غالبا ما تأخذ شكل الإسهال، أو القيء أو الإمساك، أو اضطرابات معوية، وعدم تناول الطعام ( فيصل خير الزراد، 2000: 71 ).

## 07- علاقة الأعراض النفس - جسدية ببعض سمات الشخصية: أنماط الشخصية:

وقد قام كل من فريدمان وروزنمان عام 1986 *Friedman & Rosenman* بدراسة على 3400 رجل تم تقسيمهم إلى قسمين حسب كل من نمط الشخصية "أ" ونمط الشخصية "ب" من قبل عدد من الأطباء النفسيين، وتم إجراء عدد من المقابلات الشخصية المكثفة دون جمع أية بيانات عن الحالة الصحية والبيولوجية لعينة الدراسة، ودون الكشف الطبي على العينة من قبل أطباء القلب، وتم تتبع الحالات لمدة سنتين، حيث تبين بعدها أن رجال النمط "أ" والذين تتراوح أعمارهم بين 40 إلى 49 سنة و 50 إلى 59 سنة كانت لديهم استعداد للإصابة بمرض الشريان التاجي بدرجة 69 مقابل درجة 61.9 لذوي النمط "ب" والفروق دالة إحصائياً (أمل العنزي، 2005: 51-52).

ومن الدراسات العربية التي تناولت العلاقة بين نمط الشخصية لاسيما نمط الشخصية - والأعراض المرضية النفسية - الجسدية نجد دراسة جمعة سيد يوسف عام 1994 وذلك على عينة مكونة من 387 فرد؛ 210 من الذكور و 177 من الإناث، وتتراوح أعمارهم بين 30 و 60 سنة، كما قام بتصميم اختبار لنمط الشخصية - أ والأعراض النفسية - الجسدية لدى كل من الذكور والإناث وتبين أن الإناث يعانون من أعراض مرضية أكثر من الذكور، بغض النظر عن درجاتهن على اختبار نمط الشخصية - أ وأن المرتفعين في نمط الشخصية - أ بصفة عامة أكثر معاناة في أعراضهم من المنخفضين بغض النظر عن النوع (عبد الحليم خلفي، 2006: 21).

وقد قام فطيم عام 1979 بدراسة العلاقة بين نمط الشخصية والاضطرابات النفسية - الجسدية، وقد أكد على أن الشخصية في أساسها نتاج العلاقات الاجتماعية (العلاقة بين الإنسان والبيئة)، ويتضح أيضاً أن مكونات الشخصية بما تتميز به من عوامل دافعية ووجدانية سواء أكانت شعورية أم لا شعورية هي وراء الإصابة بالمرض النفسي - الجسدي، وأن كل اضطراب نفسي - جسدي يقف وراءه نمط خاص من أنماط الشخصية يميزه عن غيره من الاضطراب الأخرى من نفس النوع (موسى محمد نجيب، 2007: 52).

### مصدر الضبط وأحداث الحياة:

أجرت آمال عبد الحليم عام 1999 دراسة بعنوان علاقة الاضطرابات النفسية - الجسدية بكل من أحداث الحياة ووجهة الضبط، حيث قارنت في دراستها بين حالات لمرضى ضغط الدم المرتفع والقرحة المعدية، كما هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على أحداث الحياة الشائعة ووجهة الضبط المرتبطة بمرضى ارتفاع ضغط الدم والقرحة المعدية، وما إذا كانت هناك فروق بين المرضى والأسوياء فيما



يتعرضون له من أحداث، فضلا عن دراسة الفروق بين مرضى ارتفاع ضغط الدم والقرحة المعدية في تأثرهم بأحداث الحياة ووجهة الضبط.

حيث تكونت العينة من 90 فرد، مقسمة إلى ثلاثة مجموعات فرعية؛ الأولى لضغط الدم المرتفع وعددها ثلاثون حالة ( 18 ذكور، 14 إناث )، والثانية لمرضى القرحة المعدية وتتكون من ثلاثين حالة ( 19 ذكور، 11 إناث )، أما الثالثة فهي عينة الأسوياء وتتكون من ثلاثين حالة ( 16 ذكور، 14 أنثى ). وقد استعانت الباحثة بمجموعة من الأدوات وهي استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للراشدين، قائمة كورنل الجديدة لعام 1995، استبيان ضغوط أحداث الحياة، مقياس مركز التحكم، واختبار الشخصية الإسقاطي الجمعي.

وقد تم التوصل إلى النتائج التالية:

وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين الأعراض النفسية - الجسدية وأحداث الحياة لدى مجموعة ضغط الدم المرتفع.

حصل المصابون بضغط الدم المرتفع على درجات مرتفعة دالة إحصائيا على مقاييس الأعراض النفسية - الجسدية مثل الجهاز التنفسي والقلب والأوعية والجهاز العصبي وأمراض التعب والقلق والحساسية والغضب والتوتر مقارنة بالأسوياء.

وجود فروق جوهرية بين مجموعة ضغط الدم المرتفع والأسوياء في أحداث الحياة وكلها لها دلالة إحصائية مرتفعة فيما عدا ضغوط الصداقة لم يكن لها دلالة إحصائية.

حصل المصابون بضغط الدم المرتفع والقرحة المعدية على درجات مرتفعة دالة إحصائيا على مقاييس ضغوط أحداث الحياة مقارنة مع الأسوياء فيما عدا الضغوط الوالدية كانت غير دالة إحصائيا، وكانت الفروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاث في المقاييس الفرعية لصالح مجموعة ضغط الدم ثم مجموعة القرحة المعدية.

وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية والشخصية لدى مجموعة الدراسة "ضغط الدم المرتفع، القرحة المعدية، الأسوياء".

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية والشخصية لدى مجموعة ضغط الدم المرتفع ( عايدة حسن شكري، 2001: 119- 120 ).

**08- علاقة الأعراض المرضية النفسية - الجسدية ببعض متغيرات الصحة النفسية:**

أظهر ستيفن وزملاؤه عام 1988 *Stephan, E & Others*, من خلال دراستهم أنه يوجد ارتباط موجب بين كل من متغيرات الوحدة النفسية، الاضطرابات النفسية - الجسدية، العصابية، هذا من جهة ومن جهة أخرى يوجد ارتباط سالب بين تلك المتغيرات الثلاثة وبين كل من متغيرات المهارات الاجتماعية، الانبساطية، تقدير الذات، حيث تألفت هذه النتائج مع ما جاء في نتائج دراسة أخرى لمنى أبو طيرة عام 1989 حيث انخفضت المهارات الاجتماعية لدى المرضى النفس - جسديين ( زينب محمود شقير، 2002: 21 ).

بالإضافة على ذلك هناك العديد من متغيرات الصحة النفسية التي ترتبط في علاقتها بالأعراض النفسية- الجسدية على غرار الضغوط النفسية.

**الضغوط النفسية:**

وقد أجريت العديد من الدراسات التي توضح العلاقة بين الضغوط النفسية والأمراض النفس - جسدية حيث أثبتت هذه الدراسات وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أحداث الحياة والعديد من الاضطرابات الجسمية، حيث وجد بينلر عام 1981 *Benler* في دراسته مع زملائه أن الضغط والإجهاد الذي يعاني منه مجموعة من طلاب المدرسة الثانوية قد ارتبط ارتباطا إيجابيا بالميل للشعور بالصداع وأمراض الحساسية ( أمل العنزي، 2005: 20 ).

كما أجرى بيلار وجوان عام 2004 *Pilar & Juan* بدراسة تهدف إلى معرفة العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة عند المرأة الإسبانية، حيث بلغت قوامها 1566 امرأة تتراوح أعمارهن بين 18-65 سنة، وقد تم إجراء تحليل الانحدار المتعدد باستخدام استبيان الصحة العامة كمتغير مستقل وتأثيرها على عدد من المتغيرات الشخصية والاجتماعية، وبينت النتائج أن النساء اللواتي يعانين من أعراض الاكتئاب الحاد والقلق والأعراض الجسمانية وأعراض الاختلال الاجتماعي أكثر تكيفا من الناحية الانفعالية وأقل قبولا بدور العمل المسند إلهن، علاوة على ذلك كان يمكن توقع أعراض الاكتئاب والقلق والاختلال الاجتماعي من خلال التقدير المتدني للذواتهن، أو من خلال التوتر المزمن، أما النساء ذوات المستوى المرتفع اللاتي يعانين من أعراض القلق والاكتئاب سبق لهن وأن مررن بأحداث شدة أكثر في حياتهن واللواتي كن تلقين دعما اجتماعيا متدنيا، وقد وجد أن النساء ذوات النمط A يعانين من أعراض أكبر من القلق والأعراض الجسمانية، بينما النساء اللواتي كن يتلقين دعما اجتماعيا كن يعانين من أعراض جسمانية أقل، كما وجد أن النساء القادرات على التكيف هن أقل معاناة من الاختلال الاجتماعي ( موسى محمد نجيب، 2007: 52-53 ).

ومن جهة أخرى أشارت نتائج الدراسات التجريبية للآثار الفسيولوجية السلبية للضغوط النفسية مثل دراسات سيلبي عام 1976، *Selye*، و 1985، *Levy*، كما أكدت نتائج الدراسات التي بحثت الآثار النفسية والجسمية للضغوط المثيرة للمشقة والعديد من الاضطرابات الجسمية مثل الذبحة الصدرية، أمراض الشريان التاجي، وآلام البطن المفاجئة، والسكري وضغط الدم، .... ( أمل العنزي، 2005: 16 ). وفي نفس السياق أجرت ساندر وديفيد *Sandra & Diavid* عام 1994 دراسة حاولت من خلالها التعرف على الأعراض النفسية - الجسدية والأعراض الاكتئابية والميول الانتحارية التي يظهرها الطلبة الذكور في المدارس الثانوية نحو مواقف الضغط النفسي المسبب أسرياً، وقد تكونت الدراسة من 79 طالباً من المراهقين الذين يعانون من الأعراض النفسية - الجسدية، وقد دلت النتائج على وجود علاقة بين الأعراض النفسية - الجسدية التي يعاني منها الطلبة ومواقف الضغط النفسي التي يتعرض لها الطلبة في المنزل ( ناصر العازمي، 2007: 31 ).

فضغوط الحياة بشتى أنواعها تلعب دوراً في بدء الإصابة بالأعراض المرضية أو تطورها، وذلك ما توصل إليه أدمس *Adams* عام 1994 حيث وجدوا أن هناك علاقة بين المستوى المرتفع من الضغوط المدركة وبين مرض انسداد الشريان التاجي الذي يعد من أهم أسباب الوفاة في العالم، حيث يقتل أكثر من 150 ألف شخص كل عام بمعدل فرد كل ثلاث أو أربع دقائق وهو من أكثر الأمراض الناتجة عن الضغوط، ومن الأمراض المرتبطة كذلك بالضغوط ضغط الدم المرتفع ( *Arnold J, 1995; p 361* ) ( آيت مجبر بديعة، 2010: \* ).

#### العنف وسوء المعاملة الوالدية:

ففي دراسة قام بها تاكي *Takei* عام 2006 استهدفت التعرف على العلاقة بين مستويات التعرض للإساءة الأسرية ومشاهدة مشاهد العنف ومشكلات الأمراض الجسدية والسلوكية والانفعالية للأطفال، حيث تكونت عينة الدراسة من 26 طفلاً يعيشون بالأسر المعرضة للعنف باليابان حيث تراوحت أعمارهم بين 06-12 سنة، وقد اشتملت الإجراءات على عقد مقارنة بين مستويات المشكلات السلوكية والجسدية بين الأطفال المساء إليهم ومجموعة أخرى من الأطفال غير المساء إليهم، وقد استخدم في الدراسة قائمة المشكلات السلوكية *G. H. Q* لتقييم الصحة الجسدية للأطفال والتي تكونت من 28 فقرة موجهة لتقييم الوضع الصحي الحالي للطفل، وقد شملت القائمة على أربعة أبعاد "الأعراض النفسية - الجسدية، القلق والأرق، عدم التكيف الاجتماعي، والاكتئاب الشديد"، ودلت النتائج على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المشكلات النفسية - الجسدية والمشكلات السلوكية للأطفال والتعرض للعنف الأسري،

بالإضافة إلى وجود علاقات ذات دلالة بين مستويات الصحة النفسية للأم وجميع أبعاد الصحة النفسية العامة للأطفال ( ناصر العازمي، 2007: 28 ).

وفي نفس السياق قام سالتزمان *Saltzman* عام 2005 بدراسة حاولت استقصاء العلاقة بين التعرض للعنف الأسري داخل الأسرة والتغيرات البيولوجية والعصبية المرضية التي يعاني منها الأطفال، وقد تكونت عينة الدراسة من 27 طفلاً ممن يراجعون المركز المتخصص في الصحة النفسية في ولاية أريزونا بالولايات المتحدة الأمريكية وممن أظهروا العديد من الشكاوي الجسدية المختلفة، و 21 طفلاً لم يتعرضوا لأي من مشاهد العنف الأسري، كمل تراوحت أعمار الأطفال في كلتا المجموعتين ما بين 5-13 سنة، وقد اشتملت إجراءات الدراسة على مقارنة العديد من التغيرات الفسيولوجية لدى الأطفال في المجموعتين المختلفتين كما تم استخدام مقياس كرب ما بعد الصدمة *PTSD Scale* لتقييم مستويات التعرض للعنف الأسري، في حين تم استخدام العديد من الفحوص المخبرية للدم والبول للأطفال للتعرف على الفروق في الأعراض النفسية - الجسدية بين المجموعتين من الأطفال، وقد دلت النتائج في نهاية إجراءات الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض الجسدية والأعراض الباثولوجية لدى الأطفال في المجموعتين، كما أظهرت نتائج تحاليل دم الأطفال المعرضين للعنف وجود مستويات مرتفعة من الكولسترول والأدرينالين وارتفاع معدل نبضات القلب وارتفاع ضغط الدم ( ناصر العازمي، 2007: 29 ).

وفي دراسة أخرى مشابهة قام بها كاريون *Crrion* عام 2002 حاولت التعرف على العلاقة بين ارتفاع معدلات الكولسترول والتعرض لمشاهد العنف الأسري، وقد تكونت عينة الدراسة من 23 طفلاً ممن يراجعون العيادات النفسية للعلاج النفسي وممن يظهرون العديد من الأمراض والشكاوي الجسدية، كما تم استخدام العديد من الفحوص الطبية والإكلينيكية والمخبرية، وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة بين الإساءة والعنف الأسري الذي يتعرض له الأطفال والأعراض والشكاوي الجسدية التي يعانون منها، بالإضافة إلى وجود فروق في الاضطرابات الجسدية التي يعاني منها الأطفال تبعاً لمتغير الجنس فقد أظهرت الإناث مستويات مرتفعة من الاضطرابات النفسية - الجسدية مقارنة مع الأطفال الذكور ( ناصر العازمي، 2007: 30 ).

### التوافق النفسي:

وبينت دراسة العنزى عام 1998 التي هدفت إلى الكشف عن التوافق وعلاقته بالاضطرابات النفسية - الجسدية لدى طالبات السكن الجامعي في صنعاء، المتكونة من عينة طبقية عشوائية موزعة على ثماني كليات وقوامها 280 طالبة، تراوحت أعمارهن من 18-34 سنة، وتم استخدام كل من اختبار

التوافق وقائمة الاضطرابات النفسية - الجسدية، وتوصلت نتائجها إلى أن مستوى التوافق العام لدى طالبات السكن الجامعي متوسط؛ حيث أظهرت النتائج أن 66.07 من الطالبات حصلن على مستوى متوسط من التوافق، فالتابعات أكثر امتثالاً للأنظمة والقوانين بالإضافة إلى محاولة التوافق مع البيئة المحيطة بهن، كما دلت نتائج الدراسة أيضاً أن الاضطرابات النفسية - الجسدية أكثر انتشاراً في السكن الجامعي، فضلاً عن وجود علاقة سالبة بين التوافق العام والاضطراب النفسي - الجسدي عامة ( موسى محمد نجيب، 2007: 51- 52 ).

### الانفعال:

بينت الأبحاث العلمية على أن الانفعالات لا تقتصر تأثيراتها على الوظائف الجسدية فحسب ولكنها في كثير من الأحيان تكون سبباً للأمراض، ومما لا شك فيه ما لأثر الاضطرابات الانفعالية بمختلف أنواعها ومستويات شدتها على الحالة النفسية للفرد، خاصة إذا تمكنت من إعاقة الطاقة الانفعالية عن تشكيل السلوك الخارجي، فضلاً عن التوافق النفسي حيث تزيد من تراكمها وشدتها وهذا ما يعمل على ظهور الاضطرابات والتوترات الحشوية ويكون بذلك كمسبب للاضطراب النفسي - الجسدي. كما أن الانفعالات الطويلة المدى ترجع إلى عوامل داخلية أكثر من الخارجية الموضوعية فالفرد مهما اعترضت حياته من مشكلات وأزمات عليه أن يتأثر بها مؤقتاً ومرحلياً، أما المشكلات التي ترجع إلى أسباب غامضة وغير مدركة بالنسبة للأفراد كحالات الحصر، حالات الشعور بالقنوط، والخوف، ... والتي تتزامن مع حالات من الانفعال الدائم والمستمر لمدد طويلة تؤدي إلى ظهور الأعراض النفسية - الجسدية ( عائدة شكري حسن، 2001: 69- 70 ).

### 09- الإيدز من وجهة النظريات النفسية - الجسدية "السيكوسوماتية":

صادف تصنيف الالتهابات في عداد الأمراض النفسية - الجسدية معارضة عنيفة، وقد زاد من تكريس هذه المعارضة بشكل متطرف ما توصل إليه البيولوجيون من الأطباء من تحديد دقيق للجراثيم المؤدية للإصابة بهذه الالتهابات، وفي حينه تدعمت هذه المعارضة باكتشاف المضادات الحيوية التي تشفي هذه الالتهابات، إلا أن هذه النظرة بقيت عاجزة عن الإجابة على عدد من الأسئلة والإشكاليات المطروحة، وقياساً بهذا المنطلق النظري الوجيز هل بالإمكان تحديد لماذا يصاب أحد حاملي جرثومة كوخ بالسل في حين ينجو من هذا المرض آخر حامل للجرثومة؟ وإذا تكلمنا مرة أخرى عن الاضطرابات النفسية - الجسدية نذكر بأن أنصارها لا يرفضون النظرة البيولوجية ولا يعارضوها وإنما هم يعملون على مكاملتها، وتطالعنا نتائج أبحاث علم نفس المناعة التي

جاءت لتدعم وجهة نظر أنصار الاضطرابات النفسية - الجسدية وذلك عن طريق الربط بين الحالة النفسية للمريض وبين قدرة جهازه المناعي، والأمر نفسه بالنسبة لمرض الايدز حيث نجد المصابين بالمرض من جهة "المصابين الإيجابي ن" وحاملي الفيروس من جهة أخرى دون أن يكونوا مصابين بالمرض "المصابين السلبيين".

بالرغم من وجود العديد من الملاحظات والدراسات التي تبين هذا الترابط من قريب و/ أو من بعيد على غرار الدراسة التي عمد الباحثون من خلالها إلى معاينة التقييمات المعرفية الأكثر تأثيراً على صحة الأفراد؛ وتبين ذلك في دراسة أجريت على مجموعة من الرجال يحملون فيروس نقص المناعة المكتسبة، وذلك قبل ورود بعض التثبيطات ( غوفري وآخرون )، فأتضح أن الأفراد الذين يحملون تفكيراً سلبياً مع وجود حقيقة حول تقدم مرضهم وفقدوا صديقاً عزيزاً عليهم أو شريكاً بسبب الإصابة بالايديز خلال وقت وجيز "سنة تقريباً"، هؤلاء الأفراد تطورت عندهم أعراض مرض الايدز أسرع من مجموعة أخرى من الرجال يحملون فيروس نقص المناعة المكتسبة ولكن يحملون مزاجاً تفاؤلياً حيال تقدم وإنذار مرضهم، فضلاً عن غياب عامل الحزن "فقدان عزيز".

بالإضافة إلى ذلك وجد كيميوني *Kemeny* أن تقييم الذات السلبي ودم الذات تجاه حوادث سلبية، مرتبطة بنتائج صحية سيئة مثل تسارع معدلات خلايا CD4T -القائلة للخلايا- السرطانية والبكتيريا في الانخفاض وذلك عند المصابين بالايديز ( محمد حمدي الحجار، 2004: 107-108 ).

إلا أن عملية إدراج الايدز في قائمة الالتهابات ومناقشته من الوجهة النفسية - الجسدية هي من القضايا التي تستوجب الإجابة على العديد من التساؤلات والتي في طليعتها نجد ما يلي؛

- هل توجد هناك شخصية -أو نمط سلوكي معين- من شأنها تشجيع أو تحفيز الإصابة بالايديز؟
- هل يمكننا تصنيف المصابين بالايديز في لوائح الأعصاب النفسية - الجسدية؟
- هل يلعب التوازن النفسي - الجسدي واضطرابه دوراً في تحديد الإصابة بالمرض أو عدمه لدى حاملي الفيروس؟

- هل يمكن للعلاج النفسي أن يعطي نتائج ملحوظة و/ أو منظورة في علاج مرضى الايدز؟

- ما هي نوعية الحياة الحلمية لدى مرضى الايدز؟ وهل تختلف هذه الحياة الحلمية لدى حاملي

الفيروس من غير المصابين بالمرض؟... ( محمد أحمد النابلسي، 1990: 122-123 ).

وما يزيد من محاولة تكريس هذا الاتجاه أثر بعض متغيرات الشخصية في تطور مرض فقدان

المناعة المكتسبة، حيث تعامل الأستاذ ستيف كول مع المعلومات نفسها المرتبطة بأبحاث دراسة عوامل

الشخصية المطورة للمرض وتفاقمه، والتي خلص إليها الباحثون في جامعة UCLA، وبشكل خاص عاين

لماذا يختفي بعض الشاذين جنسياً من الرجال توجهاتهم الجنسية في مدينة مكتظة كمدينة لوس أنجلوس

الأمريكية، وأيضاً لماذا يكون الرجال أنفسهم المصابين بفيروس نقص المناعة المكتسبة أكثر سرعة للمرض من أقرانهم الذين يحملون فيروس المناعة ولكن خارج المختلى.

أظهرت دراسة كول، وتايلور وغيرهم أن الرجال الذين يبقون في المختلى يشاركون بالخصائص المتعلقة بالجملة العصبية التي تقدم لهم الحساسية للرفض الاجتماعي، وأن الترابطات الفسيولوجية لنموذج الشخصية الانطوائية؛ وبخاصة الميل الكبير للانخراط في متلازمة "الهروب أو المواجهة" عندما يواجهون الشدة، مما يجعلهم أكثر عرضة لهجوم من قبل فيروس فقدان المناعة المكتسبة كما يقول كول ( محمد حمدي الحجار، 2004: 108 ).

وما يزيد من تأكيد ذلك نجد الدراسة التي قام بها كل من بنباكر وكيث بتري *Binbaker & Kith Pitrie* من جامعة أوكلاند في نيوزلندا والتي تناولت 37 مريضاً مصاباً بنقص المناعة المكتسبة طلب منهم أن يكتبوا لمدة 30 دقيقة في كل جلسة، ولأربع جلسات حول خبراتهم الحياتية السلبية، أو عن برنامجهم اليومي، وبعدما تم فحص تعداد كرياتهم البيضاء من نوع CD4 اتضح وجود زيادة في تعداد هذا النوع من الكريات البيض المناعية المضادة للبكتيريا، والقاتلة للخلايا السرطانية، وهو مؤشر مهم ومقياس لتحسن المناعة عندهم، ولكن هذا التحسن استمر فقط لمدة ثلاثة أشهر، وبصرف النظر عن كون الجهاز المناعي قد تحسن عندهم لمدة كهذه المدة فقط، فإن الكتابة أضعفت عندهم الضغوط النفسية التي يسببها المرض ذاته، أي القلق الناجم عن الإصابة بمتلازمة العوز المناعي المكتسب ( محمد حمدي الحجار، 2004: 108-109 ).

### الشخصية ما قبل المرضية:

أو الشخصية المشجعة للإصابة بالإيدز ومن أجل دراسة خصائص ومميزات هذه الشخصية يقتضي منا دراسة كل من تاريخ حالاتهم لأعداد كبيرة من المصابين، على غرار الإحصائيات الطبية التي توزع المصابين بالمرض على النحو التالي:

- 72 % من الشاذين جنسياً،
- 17 % من مدمني المخدرات،
- 02 % بسبب نقل دم ملوث،
- 01 % سيلان الدم،
- و 06 % من الحالات الأخرى.

انطلاقاً من هذه المعطيات والنسب يمكن تبين الخصائص والسمات والملامح الأساسية للفئة المستهدفة للإصابة بالإيدز والمتمثلة في كل من الشاذين جنسياً ومدمني المخدرات، فضلاً عن مميزات

هذه الشخصيات قبل الإصابة بالمرض لدى 90% من المرضى المصابين بالإيدز، وتبقى النسبة الأخرى المتبقية والمقدرة بـ 10% والتي لا تتعد كثيرا عن المشكلات الجنسية كالمدمنين على الجنس، والمكبوتين جنسيا والذين يصل بهم الأمر إلى حد الانتقاء العشوائي لشريكهم الجنسي ( محمد أحمد النابلسي، 1990: 124 ).

فهذه الدراسة تتفق كثيرا مع نتائج دراسة أجريت على مرضى الإيدز في ولاية نيويورك عام 1986 وتم التوصل من خلالها إلى النتائج التالية:

- 65% يمارسون اللواط أو يمارسون اللواط وفي نفس الوقت يمارسون الجنس مع النساء.
- 08% يمارسون الجنس مع النساء، ويمارسون اللواط ويدمنون المخدرات عن طريق الحقن الوريدية.
- 17% يمارس الجنس مع النساء بصورة طبيعية إلا أنهم يدمنون المخدرات بواسطة الحقن في الوريد.
- 2.4% من المرضى بالهيموفيليا وهم مضطرون لاستخدام الدم عن طريق نقله إليهم من الآخرين لذا فمن المحتمل أن تكون إحدى العينات المنقولة إليهم ملوثة بفيروس الإيدز.
- 5% من الحالات لم يتمكن من وضعها في أي من المجموعات السابقة، ولكن الباحثين يعتقدون أنها تخضع لنفس التقسيم وأن سبب عدم تصنيفها راجع لعدم تعاون المريض بالمعلومات والحقائق ( محمد حسن غانم، 2008: 62 ).

من خلال ما سبق يمكن تبيين معالم وسمات ومجموعة الأنماط السلوكية التي تعد ملامح شخصية المرضى قبل إصابتهم بالإيدز، فضلا عن كونها بمثابة عوامل تزيد من احتمالات الإصابة بالمرض، لأن مرضى الإيدز الشاذين جنسيا أو المدمنين مثلا ضحاياهم يكونون بمعدلات كبيرة جدا وكأنها محاولة انتقامية لتعميم هذا الشذوذ، وعلى عكس إذا ما تمت مقارنة مع غير الشاذين جنسيا أو غير المدمنين على المخدرات.

فالأمر كذلك بالنسبة للخصائص العامة المتعلقة بخصائص شخصية المصاب بالإيدز بعد الإصابة بالمرض.



**10- طرق الحد من الأعراض و/ أو الأمراض النفس - جسدية:**

قبل التطرق لطرق الحد من الاضطرابات النفسية - الجسدية لابد من الإشارة إلى ضرورة المزوجة بين كل من العلاج الطبي الدوائي ومجموعات من العلاجات النفسية المتنوعة حسب النظريات النفسية المختلفة وأيضاً حسب الحالة النفسية ونوع الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض، فضلاً عن موقع هذا الاضطراب وأصله في الجهاز النفسي و/ أو في التشكيلة الأسرية للمريض سواء كان ذكر أو أنثى، طفل أو راشد.

**أ/ العلاجات النفسية:**

وفي سبيل تأكيد أهمية تلك المزوجة بين العلاج الطبي الدوائي والعلاج النفسي أجرى ترودي وشلمان وكارل عام 1999 *Trudy, Shulman & Carol* دراسة تستهدف معرفة دور العلاج الطبي النفسي المصاحب للعلاج بالموسيقى في معالجة الأمراض النفسية - الجسدية، وتناقش هذه الدراسة استخدام الطب النفسي والعلاج بالموسيقى بوصف الموسيقى أداة علاجية فعالة لحالة مسترشدة تبلغ من العمر 44 سنة تعاني من اضطرابات جسدية، كما ظهر عليها كرب ما بعد الصدمة ناتج عن تعرضها لعنف جسدي كما تطابقت حالتها مع معايير الاضطراب الجسدي، حيث كانت الحالة تخضع بمعدل مرة في الأسبوع للعلاج النفسي المصحوب بالعلاج بالموسيقى وكذلك العلاج الدوائي. وذلك لأنها أيضاً كانت تعاني من الاكتئاب الشديد، ولذلك تم وصف تقنيات العلاج بالموسيقى والتخيل الموجه كشكل من أشكال العلاج الجسمي والعقلي والتي طبقت بشكل مباشر على الشكوى الرئيسية كوسيلة رمزية استبصارية موجّهة، وهذا التوجه الإحمائي من خلال استخدام الموسيقى كوسيلة إبداعية احتوائية من العلاج النفسي أسهم في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية - الجسدية على الحالة ( موسى محمد نجيب، 2007: 55 ).

هذه الدراسة متماثلة مع دراسة ثلين 1997 *Thulin* التي هدفت إلى معرفة العلاج بالرقص كأحد طرق علاج الاضطرابات النفسية - الجسدية عندما لا تكفي الكلمات، وتصف هذه الدراسة البرنامج بالعلاج بالموسيقى الذي قام به المعهد الوطني للصحة والعوامل النفسية الاجتماعية في معهد كار ولنسكا في السويد، وقد بدأت في عام 1991 مستخدماً الرقص كعلاج للمرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية - جسدية، ويناقش البحث 40 حالة متوسط أعمارهم بين ( 22- 52 ) سنة يعانون من اضطرابات نفسية - جسدية، وأظهرت الدراسة النتائج التالية:

1/ أن علاج الاضطرابات النفسية - الجسدية يحتاج لمدة طويلة من الزمن لتختفي.

2/ خلال السنة الأولى من العلاج تتزايد الأعراض العاطفية ولا تختفي إلا في السنة الثانية من العلاج.

3/ كما دلت نتائج الدراسة أن أنواع العلاج النفسي الأخرى، والمتابعة المستمرة، وبناء علاقة الثقة على درجة كبيرة من الأهمية في الحصول على نتائج إيجابية (موسى محمد نجيب، 2007: 57).  
كما جاءت دراسة سينسكي عام 1989، Sensky، لتهدف إلى دراسة أساليب العلاج النفسي المعرفي لعلاج الاضطرابات الانفعالية لدى مرضى الاضطرابات النفسية - الجسدية وقد استخدم الباحث أسلوب وجهة الضبط الصحية، تعديل الأفكار، العزو المرتبط بالمرض، وأسلوب التعامل مع المشكلات الأسرية ومناقشة أساليب المواجهة المستخدمة لدى المريض، وأكدت النتائج فعالية هذه الأساليب في مواجهة الاضطرابات الانفعالية، والتخفيف من حدتها لدى المرضى المصابين بالاضطرابات النفسية - الجسدية (أمل العنزي، 2005: 87).

كما قام كرابهورن عام 1998، Grabhorn، بدراسة حاول من خلالها معرفة فعالية تجربة لمعالجة مجموعة من المرضى المقيمين بالمستشفى يعانون من اضطرابات نفسية - جسدية. وهي عبارة عن دراسة استطلاعية لتجميع ووصف للتغيرات في التجربة الوجدانية والإدراكية لستة 06 مرضى يعانون من اضطرابات نفسية - جسدية خلال مشاركتهم ضمن برنامج علاجي جماعي تحليلي أثناء تواجدهم بالمستشفى والتي أجريت عليهم على مدار خمسة أسابيع، وقد استخدم طرق مشتركة على طريقة "Gottschalk- Glaser" لتحليل محتوى اللغة والتمايز الدلالي عند وصف الأنماط الوجدانية والإدراكية للمعاني.

وقد تم تعبئة استبيان "FAPK" الذي يعنى بتقييم حالات الأعراض النفسية - الجسدية للمرضى عند دخولهم المستشفى. وقد اكتمل التمايز الدلالي قبل أن يبدأ العلاج وكذلك مع نهايته على شكل اختبار جماعي، وقد تم تسجيل جلسات العلاج وتفريغها. إضافة على مرحلة تقييم المرض أحادية البعد تماما عند دخول المستشفى بينما في نهاية مرحلة العلاج أصبح المرضى قادرين على التفريق من الناحية النوعية والإدراكية فيما يتعلق بمشاعرهم، وقد اظهر تحليل محتوى اللغة المتعلق بكمية التأثيرات اللاواعية أن الصراع الأساسي الذي يدور حول مفاهيم الاستقلالية والانعزال وكذلك القلق المرافق للمجموعة التي تحاول أن تكون مستقلة يهدد علاقتها بالمحيط (موسى محمد نجيب، 2007: 56).

بالإضافة إلى مجموعة أخرى من التقنيات العلاجية النفسية نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر؛ الاسترخاء، أشكال تعديل السلوك، الاقتداء بنموذج، ... الخ.

## ب/ استراتيجيات وأساليب مقاومة الضغوط:

أجرى لونج عام Long, 1989 دراسة هدفها معرفة كيفية تعايش المريض مع المرض "مرضى خضعوا لعمليات جراحية لاستئصال البنكرياس" وقد شملت عينة الدراسة 143 مريضا من الذكور والإناث، وتراوحت أعمارهم بين 26- 78 سنة، وطبق على المرضى استبيان لقياس الحالة الصحية السابقة والحالية، ومقياس الضغوط النفسية، وأظهرت النتائج عن وجود ارتباط بين الضغوط التي يعيشها المريض وبين ظهور المرض عليهم، وبينت النتائج أيضا وجود ارتباط بين أساليب المواجهة لدى المرضى وبين الضغوط، وأسفرت النتائج عن أهمية أساليب المواجهة في رفع مستوى التعايش مع المرض ( أمل العنزى، 2005: 87 ).

ويرى هانز سيلبي Hans Selye أن الاستجابة لأحداث الحياة اليومية الضاغطة تتم من خلال ردود الفعل التي أطلق عليها أعراض التكيف العام *General Adaptation Syndromes*، وقد تم التوصل إلى نوعين من الاستراتيجيات التي يستطيع أن يوظفها الفرد في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، ومحاولة التكيف معها، وهي تتضمن مجموعة من الوسائل أو الأساليب التي تيسر التكيف مع مواقف البيئة الضاغطة من خلال اكتساب بعض مهارات التكيف *Coping Skills* والتي تعد بمثابة مجموعة من أنماط السلوك التكيفية والمتعلمة، والتي تتطلب عادة بذل الجهد في حل المشكلة التي تواجه الفرد، ومحاولة كفها أو قمعها بما يتلاءم مع طبيعة مثيرات أحداث الحياة الضاغطة، والتي تعرف بالأساليب التكيفية الإقدامية *Approach Coping*، أو مجموعة من الأساليب التكيفية الإحجامية *Avoidance Coping* ( علي الشكعة، 2009: 353- 354 ).

فالأسلوب الأول "السلوك التكيفي الإقدامي" يسميه كوبازا Kobasa عام 1981 بالصلابة النفسية *Psychological Hardiness* وهو نمط للشخصية يتسم بالقوة، والمثابرة وقوة الاحتمال، وهو الذي يستطيع صاحبه تحمل الآثار السلبية التي تحدثها أحداث الحياة الضاغطة وتستطيع مواجهتها بصورة إيجابية ومنطقية، تتسق مع طبيعة تلك الأحداث، بحيث لا تترك أية آثار سلبية على الجوانب الجسمية والنفسية للفرد. فالأشخاص شديدي الاحتمال والمثابرة ميالون إلى حب الاستطلاع في التعامل مع تلك الأحداث، ويتوقعون التغير في ظروف تلك الأحداث، وينظرون إليها كأنها جزء من أسلوب الحياة اليومية، لا بد من مواجهتها بصورة إيجابية تفاعلية تتميز أساسا بالتفاؤل ( علي الشكعة، 2009: 256 ).

## ج/ الدعم والمساندة الاجتماعية:

فقد أظهرت دراسة جراسي Grassi عام 1997 أن مرضى فقدان المناعة يعانون من معدلات مرتفعة من الضغوط النفسية وانخفاض في المساندة الاجتماعية وذلك مقارنة بمرضى السرطان، أي أن

مستوى الضغط النفسي في كلتا المجموعتين كان مرتبطاً بنقص المساندة الاجتماعية ولم يكن مرتبطاً بالمتغيرات الطبية ( عبير الصبان 2003: 11 )، مما يظهر أهمية المساندة الاجتماعية في علاقته بكل من الضغوط النفسية والاضطرابات النفسية – الجسدية والتي تعد من العوامل التي تحد من إزالتها و/ أو تفاقمها.

**خلاصة:**

يتبين لنا من خلال ما سبق عرضه أن الأعراض و/ أو الأمراض النفسية - الجسدية تتمظهر بمظاهر عدة، وتتوسع بحسب نوعية المعاناة والآلام النفسية والبيئية الأسرية والاجتماعية للأفراد المنتمين للأنماط معينة من السلوك و/ أو الضغوط.

كما أن كل اضطراب نفسي - جسدي وله أسبابه الخاصة به، وظروف تمظهره، وتطوره، فضلا عن العوامل والظروف المساهمة في إزمائه وتفاقمه.

ومن هنا يتبين لنا مدى خطورة هذه الاضطرابات خاصة وأن أسبابها نفسية ونفسية لاشعورية في أغلب الأحيان، يعجز الأفراد العاديين دائما في ربط أسبابها بمسبباتها كالطفح الجلدي، الإكزيما، الربو الشعبي، السرطان، قرحة المعدة، وتضخم الغدة الدرقية، ...

الجانب الميداني.

الفصل الخامس:

إجراءات الدراسة الميدانية.



## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية.

تمهيد.

- 1- منهج البحث.
- 2 - عينة البحث.
- 3 - أدوات البحث.
- 4 - الأساليب الإحصائية للبحث.

تمهيد:

في أي دراسة علمية لا يمكن الوصول إلى نتائج موثوقة ولا التمكن من صحة تلك النتائج إلا إذا تم اعتماد الأسلوب العلمي الدقيق والمضبوط والخطوات العلمية المنهجية الصحيحة، فوضوح المنهج وتجانس العينة وسلامة طرق تحديدها، ومناسبة أدوات البحث وما تتميز به من خصائص سيكومترية دالة



على ثقتها، ومدى ملائمة الأساليب الإحصائية التي تعد ضابطة على تحقق أو عدم تحقق الفرضيات كل ذلك من بين أهم طرق الحصول على نتائج علمية دقيقة، وهذا ما عمل عليه الطالب الباحث من خلال البحث الحالي حيث تم إجراء مقابلات عيادية مع الفئة المصابة بفقدان المناعة المكتسبة قصد التمهيد لتطبيق الاختبارات والمقاييس الواردة في البحث الحالي الملحق رقم ( 01 )، ( 04 ) و ( 05 )، فضلا عن معرفة مدى إمكانية التطبيق سواء تعلق الأمر بالأشخاص حديثي الإطلاع على إصابتهم بالمرض، أو عدم تمكنهم من فهم اللغة العربية أو حتى بعض اللغات المحلية وذلك للتنوع الثقافي والاجتماعي.

### 1- منهج البحث:

بما أن المنهج هو ذلك النهج أو السبيل المؤدي إلى كشف الحقائق العلمية، بالاستناد لمجموعة من القواعد والأسس العامة التي يتبعها العقل في تدرجه نحو الفهم والاستقصاء لأية ظاهرة أو مشكلة، وتحدد عملياته حتى الوصول إلى النتائج العلمية ( صالح عساف، 1989: 191 )، أو هو مجموعة

القواعد التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة العلمية، بمعنى أيضا الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة العلمية، كما يعرفه عمار بوحوش عام 1995 بأنه فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار، إما من أجل الكشف عن الحقيقة عندما نكون بها جاهلين، وإما من أجل البرهنة عليها للآخرين حين نكون بها عارفين. والمناهج أو طرق البحث عن الحقيقة تختلف باختلاف طبيعة المواضيع، ولهذا توجد عدة أنواع من المناهج العلمية ( عمار بوحوش، 1995: 43-89 ).

ومن بين هذه المناهج العلمية نجد المنهج الوصفي التحليلي والذي يعد الأنسب بالنسبة للدراسات الاجتماعية خاصة، حيث يشير عليان غنيم عام 2000 إلى أن المنهج الوصفي يستخدم في دراسة الأوضاع الراهنة للظواهر من خلال خصائصها، أشكالها، وعلاقاتها، والعوامل المؤثرة فيها ( سميرة هامل، 2012: 105 ) والذي يرى من خلاله الطالب الباحث انه المنهج المناسب لطبيعة هذا البحث والتي تقتضي الاعتماد على كل من أسلوب المقارنة "الفروق" والارتباط، "وذلك من خلال دراسته للوضع الراهن للبشر، والأشياء، والأحداث، وذلك من دون تدخل للباحث في متغيرات الدراسة، فهو يهدف إلى استكشاف حجم ونوع العلاقات بين البيانات، أي إلى أي مدى ترتبط المتغيرات، أو إلى أي حد تتطابق المتغيرات في عامل واحد مع متغيرات في عامل آخر، وقد ترتبط المتغيرات مع بعضها البعض ارتباطا تاما أو ارتباطا جزئيا موجبا أو سالبا، أو يرجع لعامل الصدفة، ... وهكذا تفيد الطرق الإحصائية فائدة كبيرة لحساب معاملات الارتباط ودلالاتها، وتخدم الدراسات الارتباطية عددا من الأغراض وخاصة في دراسات التنبؤ ( عبد الفتاح محمد دويدار، 2000: 179 ).

## 2 - عينة البحث:

تم اختيار العينة المبحوثة قصديا من مجموعة الأشخاص الذين تم تشخيصهم من قبل الأطباء المتخصصين بالاستناد إلى مجموعة من الفحوصات الطبية الدقيقة والاختبارات المعملية على غرار "اختبار الأجسام المضادة، واختبار الفيروس، واختبار جهاز المناعة" وتبين أنهم مصابين بفيروس الإيدز، والذين تم تصنيفهم بالاستناد إلى الأعراض الإكلينيكية في إحدى المراحل الأربعة التي حددتها منظمة الصحة العالمية لتطور هذا الاضطراب "فقدان المناعة المكتسبة".

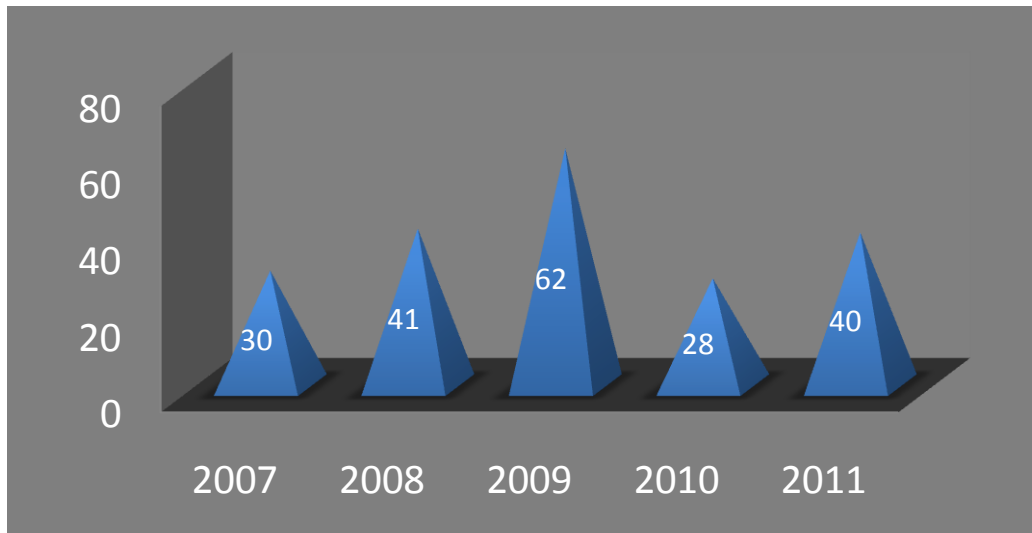
والعينة جميعهم ممن أثبت التشخيص الطبي إصابتهم بفقدان المناعة المكتسبة مودعين و/ أو يراجعون مستشفى مصباح بغدادى بتامنغست، حيث تم إبلاغهم رسميا من طرف المختصين في مصلحة الأمراض المعدية بإصابتهم بمرض فقدان المناعة المكتسبة، وسبب تواجدهم بالمصلحة راجع لتلقي العلاج و/ أو الاستفادة من الأدوية التي توزع عليهم من قبل هذه المصلحة بالمستشفى ذاته، فالحدود المكانية تم تحديدها بمستشفى مصطفى بغدادى بتامنغست كما هو مبين في الملحق رقم ( 06 ) مصلحة الأمراض

المعدية، أما الحدود الزمنية فقد امتدت مدة إجراء وتطبيق المقاييس الواردة في البحث الحالي من 23/01/2011 إلى غاية 25/10/2012.

أ. المجتمع الأصلي للبحث: انطلاقاً من بعض الإحصائيات - الصادرة عن منظمة الصحة العالمية لعام 2010 والتي تقدر معدل انتشار عدوى فيروس الإيدز لدى البالغين في الفئة العمرية من 15 إلى 49 سنة بنسب متفاوتة، حيث أنه سجل في بعض الدول الإفريقية لا على سبيل الحصر كالجائر 0.1%، التشاد 3.5%، النيجر 0.8%، وسوازيلند 26.1%، ... ( World Health Organization , 2010: 32 ) وهي إحصائيات تختلف من دولة لأخرى، أما في منطقة تامنغست فلا توجد إحصائيات رسمية يكن الاستناد إليها من جهة ومن جهة أخرى الغياب الشبه الكلي للدراسات التي تتناول هذه الفئة في هذه المنطقة، ما عدى الدراسة الابدئمولوجية التي أجريت على مجموعة الأفراد الذين تم استقبالهم وتم التأكد من تشخيصهم طبياً على أنهم مصابين بفقدان المناعة المكتسبة/ الإيدز، وذلك في مصلحة الأمراض المعدية والتي أجراها الدكتور إلياس أخموك رئيس مصلحة الأمراض المعدية بمستشفى مصطفى بغدادى بتامنغست، وذلك في الفترة الممتدة من بداية 2007 إلى غاية نهاية عام 2011، وتم تقديمه كمدخل علمية في اليوم الدراسي التحسيسى حول خطر مرض الإيدز يوم 05 ديسمبر 2012 والذي نظمه المركز الجامعي بتامنغست وكانت النتائج كالتالي:

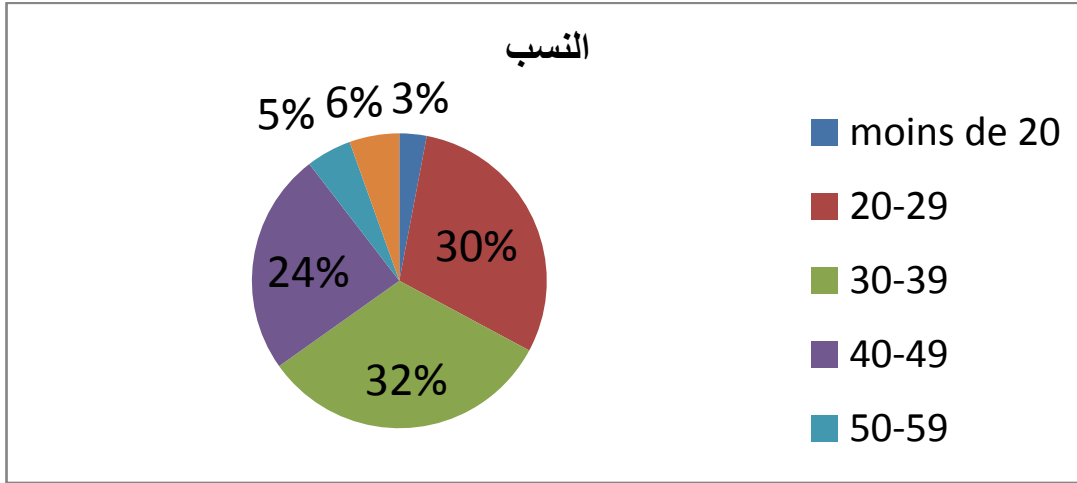
مجموع عدد المرضى الذين تم استقبالهم كمصابين بفقدان المناعة المكتسبة طيلة مدة خمسة

سنوات هي 201 مصاب وذلك كالتالي:



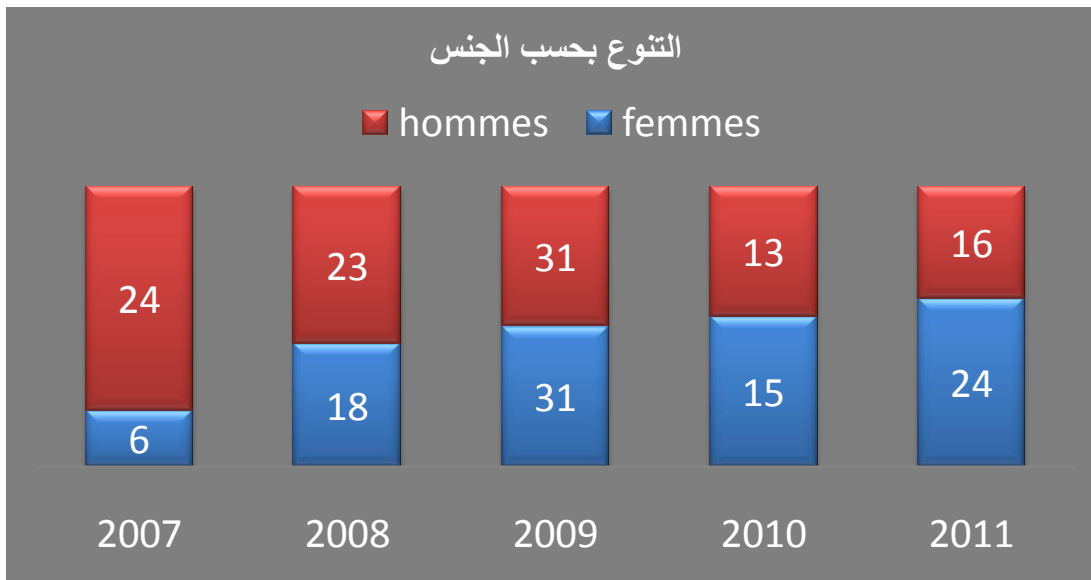
شكل رقم ( 01 ) يبين توزيع عدد الأشخاص المصابين بفقدان المناعة المكتسبة ( 2007-2011 ) والذين تم استقبالهم من طرف مصلحة الأمراض المعدية.

أما من حيث السن فقد تنوع من سنة لأخرى إلا أنه يمكن إجماله فيما يلي:



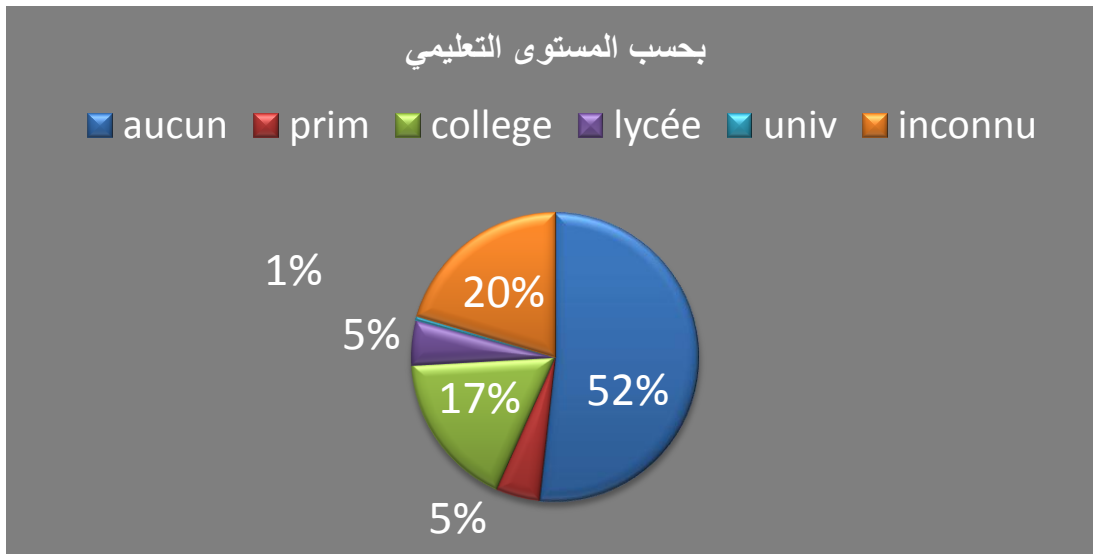
شكل رقم ( 02 ) يبين توزيع نسب الإصابة بفقدان المناعة المكتسبة في شكل فيئات طويلة مدة الدراسة ( 2007 - 2011 ).

أما تقسيم العينة بحسب جنس المصابين بفقدان المناعة المكتسبة فقد تم التوصل إلى النتائج التالية وذلك بحسب سنوات الدراسة:



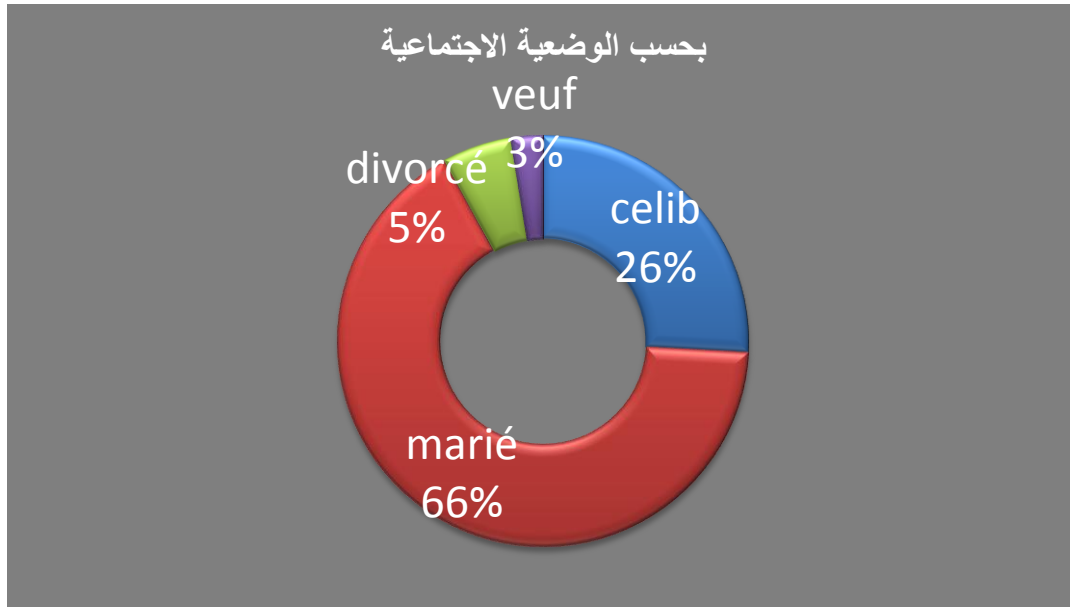
شكل رقم ( 03 ) يبين توزيع المصابين بفقدان المناعة المكتسبة طيلة سنوات الدراسة بحسب الجنس.

أما بحسب المستوى التعليمي لمجموع الأفراد المصابين بفقدان المناعة المكتسبة فقد تم التوصل للنتائج التالية:



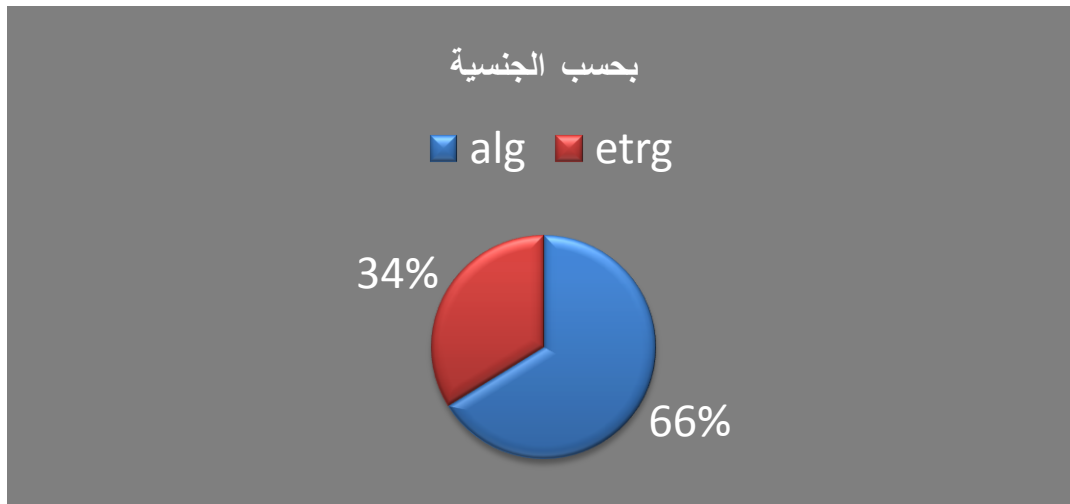
شكل رقم ( 04 ) يبين توزيع عينة المصابين بفقدان المناعة المكتسبة ( 2007-2011 ) بحسب المستوى التعليمي.

أما بحسب الوضعية الاجتماعية فقد بينت النتائج ما يلي:



شكل رقم ( 05 ) يبين توزيع عينة المصابين بفقدان المناعة المكتسبة ( 2007-2011 ) بحسب متغير الوضعية الاجتماعية.

أما بحسب الجنسية فقد دلت النتائج على ما يلي:



شكل رقم ( 06 ) يبين توزيع عينة المصابين بفقدان المناعة المكتسبة ( 2007-2011 ) بحسب متغير الجنسية.

ب. عينة البحث الحالي:

أما عينة البحث الحالي فهم موزعون وفق الخصائص المبينة حسب الجداول كما يلي:  
كما تم الاستبعاد مجموعة من الأفراد قبل المجموع الحالي لأسباب علمية ومنهجية، للاختلافات في العادات والأعراف الثقافية والحضارية كل من الأفراد غير المتكلمين نهائياً باللغة العربية، بالإضافة إلى استبعاد الأفراد المصابين حديثاً بمرض فقدان المناعة المكتسبة "الإيدز" لنفس الأسباب فضلاً عن عدم استقرار حالتهم النفسية وصعوبة إجراء مقابلات عيادية عليهم فضلاً عن الإجابة على التساؤلات الواردة في الاختبارات النفسية الواردة في الملاحق ( 01 )، ( 04 )، ( 05 ).

**جدول رقم ( 04 )** يبين توزيع عينة الدراسة حسب الجنس ( ذكور - إناث ).

التوزيع حسب الجنس ( ذكور - إناث ).	
الذكور	الإناث
22	18

**جدول رقم ( 05 )** يبين توزيع عينة الدراسة حسب السن ( العمر ).

التوزيع حسب السن ( العمر ).	
أقل من 40 سنة	أكثر من 40 سنة
22	18

**جدول رقم ( 06 )** يبين توزيع عينة الدراسة حسب الوضعية الاجتماعية.

التوزيع حسب الوضعية الاجتماعية		
متزوج	مطلق	أعزب
24	08	08

**جدول رقم ( 07 )** يبين توزيع عينة الدراسة حسب تاريخ الاطلاع أو معرفة المعني بالإصابة بالمرض "فقدان المناعة المكتسبة" ( HIV ).

السنة	عدد المصابين في العينة الحالية
2001	02
2002	00
2003	04
2004	00
2005	04
2006	00
2007	02
2008	08
2009	02
2010	04
2011	14
2012	00

جدول رقم ( 08 ) يبين توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي.

التوزيع حسب المستوى التعليمي	
06	غير متعلم ( أمي ).
26	مستوى الابتدائي.
02	مستوى المتوسط.
04	مستوى الثانوي.
02	مستوى الجامعي.

جدول رقم ( 09 ) يبين توزيع عينة الدراسة حسب الوضعية المهنية.

التوزيع حسب الوضعية المهنية
-----------------------------



24	المصابين الذين يمارسون أعمالاً ( عاملاً ) .
16	المصابين العاطلون عن العمل ( بطال ) .

### 3- أدوات البحث:

بعد الاطلاع على أدبيات الموضوع، واستعراض مختلف الدراسات المشار إليها سواء في الدراسات السابقة أو في متن البحث، تم الاستعانة بكل من اختبار تحري العوارض النفسية - الجسدية لمحمود الزيايدي عام 1984، ومقياس اضطراب أو كرب ما بعد الصدمة لجمال حسن أبو نواس لعام 2005، كما أنه تم إجراء بعض التعديلات الطفيفة على عبارتهما لتتلاءم وعينة الدراسة الحالية، وذلك بالاتفاق مع المشرف، واختبار الوحدة النفسية لإبراهيم زكي قشقوش عام 1988، وذلك لتحقيق الأهداف المسطرة للبحث وهي كما يلي:

#### أ/ اختبار تحري العوارض النفسية - الجسدية:

اختبار أو قائمة كورنيل لتشخيص الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية، تم وضع هذه القائمة من قبل كل من وايدر *Weider. A*، وولف *wolf H G* وآرثر *Arthur. G*، وتحتوي القائمة أصلاً على 101 سؤالاً مقسمة على النحو التالي:

- سؤال رقم ( 01 ) سؤال تمهيدي ( هل سبق أن انتابك الصداع؟ ) .
- سؤال رقم ( 2- 19 ) أسئلة حول عدم التوافق، ومشاعر الخوف.
- سؤال رقم ( 20- 26 ) استجابات باثولوجية، وخاصة الاكتئاب.
- سؤال رقم ( 27- 33 ) استجابات عصبية وقلق.
- سؤال رقم ( 34- 38 ) أعراض سيكوسوماتية.
- سؤال رقم ( 39- 46 ) استجابات الذعر الباثولوجية.
- سؤال رقم ( 47- 61 ) أعراض سيكوسوماتية أخرى.
- سؤال رقم ( 62- 68 ) الوهن وتوهم المرض.
- سؤال رقم ( 69- 79 ) الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء.
- سؤال رقم ( 80- 85 ) الشك والحساسية المفرطة.
- سؤال رقم ( 86- 101 ) أعراض سيكوباتية شديدة مثل الاندفاع في التصرفات.

جدول رقم ( 10 ) يبين البنود التي تم تعديلها بالرقم ومحتوى التعديل:

الرقم	البند قبل التعديل	البند بعد التعديل
06	هل ترتجف وترتبك حينما يحدثك رئيسك.	هل ترتجف وترتبك حينما يحدثك مسؤول عنك.
08	هل يتشتت عملك إذا راقبك رئيسك.	هل يتشتت عملك إذا راقبك مسؤول عنك.
13	هل تتصبب عرقا وترتعش بشدة وقت الامتحان.	هل تتصبب عرقا وترتعش بشدة أثناء قيامك بمهام مصيرية ( كالاختبارات ).
59	هل تعاني دائما من معدة مقلوبة.	هل تعاني دائما من آلام في المعدة.
79	هل تنفجر في الغضب بمجرد أن تعجز عن الحصول على ما تريده.	هل تنفجر غضبا بمجرد أن تعجز عن الحصول على ما تريده.

ملاحظة: أنظر المحق رقم ( 03 ) قبل التعديل، والملحق رقم ( 05 ) بعد التعديل.

#### تصحيح المقياس:

فالإجابة بنعم: في هذا المقياس تعطى درجة، والإجابة بلا لا تعطى درجة. وقام محمود الزيايدي بترجمة هذا المقياس وتحليل فقراته عام 1984، حيث ووصل الاختبار إلى 82 سؤالاً، وتم التأكد من صدق وثبات بنوده.

#### الخصائص السيكومترية للمقياس:

#### صدق الاختبار قبل التعديل:

#### الصدق التمييزي:

يتم استخدام الصدق التمييزي باستخدام أسلوب المقارنة الطرفية، ويتم ذلك بعد القيام بالترتيب التنازلي لعينة الدراسة، قمنا بأخذ 33% من درجات المقياس أعلى التوزيع و 33% من درجات المقياس أدنى التوزيع، ثم تم حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين متوسطي المجموعتين، وبما أن العدد الإجمالي لأفراد العينة يساوي 68 طالبا من طلبة المركز الجامعي بتامنغست في تخصص علم النفس العيادي في السنة النهائية "الرابعة علم النفس العيادي والثالثة عيادي LMD"، واعتمادا على النسبة السابقة نأخذ 22 فردا من أفراد المجموعة الدنيا، و 22 فردا من أفراد المجموعة العليا، ويتم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل مجموعة، وحساب قيمة "ت" لاختبار دلالة الفروق بينهما، والجدول التالي يبين النتائج:

جدول رقم ( 11 ) يبين نتائج حساب الصدق التمييزي لاختبار كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية على 68 طالب من طلبة المركز الجامعي بتمنغست تخصص علم النفس العيادي.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموعات	إختبار كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية
0.001	21	22.42	08.19	40.36	المجموعة العليا	
			04.92	15.91	المجموعة الدنيا	

من خلال حساب الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية لاختبار كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية يتبين أنه يتميز بدرجة عالية من الصدق وهي دالة عند مستوي 0.001 وهي درجة تستدعي الوثوق فيه والعمل به.

#### ثبات الاختبار قبل التعديل:

#### الثبات بحساب معامل ألفا كرونباخ:

تم تطبيق وحساب ثبات اختبار كورنل لتحري الأعراض السيكوسوماتية المتكون من 82 بندا على 68 طالب من طلبة علم النفس العيادي بالمركز الجامعي بتمنغست بمعامل ألفا كرونباخ والذي يساوي 0.90 وهو معامل مقبول.

#### صدق المقياس على عينة الدراسة الحالية:

#### الصدق التمييزي:

يتم استخدام الصدق التمييزي باستخدام أسلوب المقارنة الطرفية، ويتم ذلك بعد القيام بالترتيب التنازلي لعينة الدراسة، قمنا بأخذ 33% من درجات المقياس أعلى التوزيع و 33% من درجات المقياس أدنى التوزيع، ثم تم حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين متوسطي المجموعتين، وبما أن العدد الإجمالي لأفراد العينة يساوي 40 فردا، واعتمادا على النسبة السابقة نأخذ 13 فردا من أفراد المجموعة الدنيا، و 13

فردا من أفراد المجموعة العليا، ويتم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل مجموعة، وحساب قيمة "ت" لاختبار دلالة الفروق بينهما، والجدول التالي يبين النتائج كما يلي:

- جدول رقم ( 12 ) يبين نتائج حساب الصدق التمييزي لاختبار تحري العوارض النفسية الجسدية على عينة الدراسة الحالية.

اختبار تحري الأعراض النفسية- الجسدية	المجموعات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	المجموعة العليا	57.000	6.337	29.391	12	0.001
	المجموعة الدنيا	20.615	3.254			

- من خلال حساب الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية لاختبار تحري الأعراض النفسية الجسدية تبين أنه يتميز بدرجة عالية من الصدق وهي دالة عند مستوي 0.001 وهي درجة تستدعي الوثوق فيه والعمل به.

#### ثبات المقياس على عينة الدراسة الحالية:

تم حساب ثبات اختبار تحري الأعراض النفسية - الجسدية المتكون من 82 بنداً بمعامل ألفا كرونباخ والذي يساوي 0.83 وهو معامل مقبول.

#### ب/ مقياس الوحدة النفسية:

اختبار الشعور بالوحدة النفسية لإبراهيم زكي قشقوش عام 1988 هو نوع من أنواع مقاييس الورقة والقلم المبني على التقدير الذاتي والتدرج الرباعي ويتكون من 34 عبارة، وتمثل الدرجة الكلية بمجموع درجات العبارات، ومن ثم تتراوح قيمة الدرجة على المقياس بين 34 كحد أدنى إلى 136 درجة وهي الحد الأقصى للإحساس بالوحدة النفسية وفقاً لهذه الأداة، أنظر الملحق رقم ( 01 ).

#### الخصائص السيكمترية للاختبار:

#### صدق المقياس في البيئة الأصلية:

وقد قام إبراهيم زكي قشقوش معد الاختبار بتقنيه على عينة قوامها 657 طالبا من الجنسين، وتم التحقق من مجموعة من أنواع الصدق كصدق البناء أو التكوين، والصدق العملي والصدق التلازمي، إلى جانب قدرة المقياس على التمييز بين مجموعات متضادة، وقد أدت نتائج التحليل العملي لبنود الاختبار إلى أن إحساس الفرد بالوحدة النفسية يتضمن 04 عوامل رئيسية وهي كالتالي:

01/ إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين أشخاص الوسط الذي يعيش فيه لافتقاده لمن يثق فيه.

02/ إحساس الفرد بالضجر والسأم نتيجة افتقاده التواد والتقبل والحب من الآخرين.

03/ المعاناة من بعض الأعراض العصابية كالإحساس بالملل، والإجهاد، وانعدام القدرة على التركيز، والاستغراق في أحلام اليقظة.

04/ إحساس الفرد بافتقاد المهارات الاجتماعية اللازمة للدخول في علاقات مشبعة أو مثمرة مع الآخرين (محمد ربيع الخميسي، 2001: 93-94).

كما تحقق أيضا معد الاختبار من مدى قدرته على التمييز بين مجموعات متضادة، وذلك عن

طريق حساب مستوى دلالة الفروق بين متوسط درجات عينة من أبناء المؤسسات قوامها ثلاثين 30 مفحوصا، ومجموعة مماثلة سوية من طلاب مدرسة العقبة الثانوية، تماثل المجموعة الأولى في العمر الزمني، الجنس، مستوى التعليم، ولم يسبق لأي منهم التردد على العيادات النفسية، وليست لهم أية شكاوى بشعورهم بالوحدة النفسية.

جدول رقم ( 13 ) يوضح دلالة الفروق بين المجموعة السوية والمجموعة الإيوائية.

المتغير	المجموعة الإيوائية			المجموعة السوية			قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	"ن"	م - ح	إ - م	"ن"	م - ح	إ - م		
اختبار الوحدة النفسية	30	82.1	9.53	30	67.42	11.73	5.19	0.01

وبالاستناد إلى الجدول يتبين أن الدرجة العالية تشير إلى ارتفاع متوسط الشعور بالوحدة النفسية

لدى المجموعة الإيوائية، كما يشير إلى قدرة الاختبار على التمييز بين مجموعتين متضادتين بشكل جوهري (محمد ربيع الخميسي، 2001: 94).

ثبات المقياس في البيئة الأصلية:

قام إبراهيم زكي قشقوش بحساب ثبات اختبار الشعور بالوحدة النفسية بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق حيث كان معدل الارتباط 0.819 وهو دال عند مستوى 0.01.

كما تأكد أيضا في دراسة أخرى من ثبات هذا الاختبار عن طريق إعادة التطبيق على عينة قوامها 30 ثلاثين مفحوصا من أبناء المؤسسات الإيوائية يتراوح عمرها الزمني من 13 - 18 سنة لهم نفس خصائص العينة الأساسية، بفواصل زمني من 15 - 21 يوما، وكان معامل الارتباط 0.798.

### صدق المقياس على عينة الدراسة الحالية:

#### الصدق التمييزي:

يتم استخدام الصدق التمييزي باستخدام أسلوب المقارنة الطرفية، ويتم ذلك بعد القيام بالترتيب التنازلي لعينة الدراسة، قمنا بأخذ 33% من درجات المقياس أعلى التوزيع و 33% من درجات المقياس أدنى التوزيع، ثم تم حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين متوسطي المجموعتين، وبما أن العدد الإجمالي لأفراد العينة يساوي 40 فردا، واعتمادا على النسبة السابقة نأخذ 13 فردا من أفراد المجموعة الدنيا، و 13 فردا من أفراد المجموعة العليا، ويتم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل مجموعة، وحساب قيمة "ت" لاختبار دلالة الفروق بينهما، والجدول التالي يبين النتائج:

جدول رقم ( 14 ) يبين نتائج حساب الصدق التمييزي لمقياس الوحدة النفسية على عينة الدراسة

الحالية.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموعات	مقياس الوحدة النفسية
0.001	12	48.142	5.790	109.76	المجموعة العليا	
			5.619	71.076	المجموعة الدنيا	

من خلال حساب الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية لمقياس الوحدة النفسية تبين أنه يتميز بدرجة عالية من الصدق وهي دالة عند مستوي 0.001 وهي درجة تستدعي الوثوق فيه والاستعانة به كأداة للعمل.

ثبات المقياس على عينة الدراسة الحالية:

ثبات الاختبار بمعامل ألفا كرنباخ:

تم حساب ثبات مقياس الوحدة النفسية المتكون من 34 بندا بمعامل ألفا كرونباخ والذي وجد أنه يساوي 0.75 وهو معامل مقبول.

### ج/ مقياس اضطراب ( كرب ) ما بعد الصدمة:

مقياس اضطراب أو كرب ما بعد الصدمة لجمال حسن أبو نواس لعام 2005، حيث يتألف الاختبار من 45 خمس وأربعين فقرة، وأمام كل فقرة خمسة بدائل للإجابة وهي: تنطبق تماما، تنطبق نوعا ما، غير متأكد، لا تنطبق كثيرا، لا تنطبق إطلاقا. ويتعلق بالخبرات الصادمة التي تعرض لها الأفراد في السابق، وهي تتدرج نظريا بين 45 إلى 225 درجة وهي الحد الأقصى لكرب ما بعد الصدمة من وجهة نظر المقياس.

### جدول رقم ( 15 ) يبين البنود التي تم تعديلها بالرقم ومحتوى التعديل:

الرقم	البند قبل التعديل	البند بعد التعديل
01	تراودني ذكريات عن الحدث الخطر الذي مررت به.	تراودني ذكريات عن أحداث خطيرة مررت بها.
02	أستيقظ ن النوم مذعورا لأنني أشاهد أحلاما عن أحداث مؤلمة مرت بي.	أستيقظ ن النوم خائفا لأنني أشاهد أحلاما عن أحداث مؤلمة مرت بي.
04	أكره الحديث عن الحروب والانفجارات ولا أريد سماعه.	أكره الحديث عن الأمراض التي لا تشفى ولا أريد سماع أحد يتحدث عنها.
05	أحاول أن أتجنب الأماكن التي شاهدت فيها الحدث الصادم.	أحاول أن أتجنب الأماكن التي تذكرني بأحداث عن مشكلتي.
06	لم أعد أشارك مدرستي بالأنشطة والرحلات.	لم أعد أحب القيام بالمشاركة في الأنشطة والرحلات.
07	أشعر بالصداع عندما أحاول تذكر الأحداث المهمة من الصدمة.	أشعر بالصداع عندما أحاول تذكر أحداث مهمة عن مشكلتي.

08	عندما يتصل أصحابي لا أرد عليهم.	عندما يتصل بي أصحابي لا أرد عليهم.
14	أجفل لدى سماع حتى الأصوات العادية.	أفزع عند سماع الأصوات العالية.
19	عندما يريد أهلي مشاهدة الأخبار على التلفاز أريد الخروج خارج البيت كي لا أشاهد مناظر الحرب.	عندما يريد أهلي مشاهدة الأفلام الأجنبية أريد الخروج من البيت كي لا أشاهد مناظرا تذكرني ببعض الأحداث الماضية.
22	عندما أحضر واجباتي أجد نفسي أفكر في ذكريات الصدمة.	عندما أقوم بأعمالي وواجباتي أجد نفسي أفكر في ذكريات الصدمة.
28	أستيقظ من النوم في منتصف الليل عدة مرات	أستيقظ من النوم في الليل عدة مرات.
31	أتذكر بألم كيف حدثت تلك الكارثة وكيف شعرت بأنني غير قادر على السيطرة على الأمور في وقتها وفي وقت معاودتها لي.	أذكر بألم كيف حدثت تلك الكارثة وكيف شعرت بأنني غير قادر على السيطرة على الأمور في وقتها وفي وقت لاحق لها.
34	عندما يتحدث أصدقائي عن الانفجارات وأعمال التخريب أشغل نفسي بأشياء أخرى.	عندما يتحدث أصدقائي عن الأمراض الخبيثة والمميتة أشغل نفسي بأشياء أخرى.
35	أتجنب الذهاب لزيارة المعتقلين في السجون.	أتجنب الذهاب لزيارة المرضى في المستشفيات
36	أشعر بأن وجودي في المدرسة يشكل خطر على حياتي.	أشعر بأن وجودي في الأفراح والمناسبات العائلية يشكل خطر على حياتي.
37	أشعر بالارتباك عندما يطلب مني الحديث عن الصدمة ولا أستطيع التوضيح.	أشعر بالارتباك عندما يطلب مني الحديث عن مشكلتي ولا أستطيع التوضيح.
43	أجد التركيز على الدراسة أمر يحتاج لجهد كبير.	أجد التركيز على أمور حياتي كالقراءة بحاجة لجهد كبير.

ملاحظة: أنظر المحق رقم ( 02 ) قبل التعديل، والملحق رقم ( 04 ) بعد التعديل.

### الخصائص السيكومترية للمقياس:

قام جمال حسن أبو نواس عام 2005 وأثناء القيام بدراسته المعنونة بتأثير الخبرات الصادمة على اضطراب ما بعد الصدمة ودافعية الانجاز والتحصيل لدى طلبة الصفين السادس والسابع في كل من فلسطين والأردن، وهي مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، بكلية الدراسات العليا، بجامعة عمان العربية للدراسات العليا، ببناء هذا المقياس الذي يتكون من 45 فقرة، وأمام كل فقرة خمسة بدائل للإجابة وهي على التوالي تنطبق تماما، تنطبق نوعا ما، غير متأكد، لا تنطبق كثيرا، لا تنطبق إطلاقا.



## صدق المقياس قبل التعديل:

## الصدق التمييزي:

يتم استخدام الصدق التمييزي باستخدام أسلوب المقارنة الطرفية، ويتم ذلك بعد القيام بالترتيب التنازلي لعينة الدراسة، فمنا بأخذ 33% من درجات المقياس أعلى التوزيع و 33% من درجات المقياس أدنى التوزيع، ثم تم حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين متوسطي المجموعتين، وبما أن العدد الإجمالي لأفراد العينة يساوي 68 طالبا من طلبة المركز الجامعي بتامنغست، واعتمادا على النسبة السابقة نأخذ 22 فردا من أفراد المجموعة الدنيا، و 22 فردا من أفراد المجموعة العليا، ويتم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل مجموعة، وحساب قيمة "ت" لاختبار دلالة الفروق بينهما، والجدول التالي يبين النتائج:

جدول رقم ( 16 ) يبين نتائج حساب الصدق التمييزي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة لجمال حسن أبو نواس عام 2005 على عينة مكونة من 68 طالب من طلبة المركز الجامعي بتامنغست.

مقياس اضطراب ما بعد الصدمة	المجموعات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	المجموعة العليا	65.61	21.79	15.41	32	0.001
	المجموعة الدنيا	18.36	08.91			

من خلال حساب الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية لاختبار اضطراب ما بعد الصدمة لجمال حسن أبو نواس يتميز بدرجة عالية من الصدق وهي دالة عند مستوي 0.001 وهي درجة تستدعي الوثوق فيه والعمل به.

ثبات المقياس قبل التعديل:

ثبات الاختبار بمعامل ألفا كرنباخ:

تم تطبيق وحساب ثبات اختبار اضطراب ما بعد الصدمة المتكون من 45 بندا على 68 طالب من طلبة علم النفس العيادي بالمركز الجامعي بتامنغست بمعامل ألفا كرونباخ والذي وجد أنه يساوي 0.93 وهو معامل مقبول يستدعي الثقة في الاختبار.

### صدق المقياس على عينة الدراسة الحالية:

#### الصدق التمييزي:

يتم استخدام الصدق التمييزي باستخدام أسلوب المقارنة الطرفية، ويتم ذلك بعد القيام بالترتيب التنازلي لعينة الدراسة، قمنا بأخذ 33% من درجات المقياس أعلى التوزيع و 33% من درجات المقياس أدنى التوزيع، ثم تم حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين متوسطي المجموعتين، وبما أن العدد الإجمالي لأفراد العينة يساوي 40 فردا، واعتمادا على النسبة السابقة نأخذ 13 فردا من أفراد المجموعة الدنيا، و 13 فردا من أفراد المجموعة العليا، ويتم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل مجموعة، وحساب قيمة "ت" لاختبار دلالة الفروق بينهما، والجدول التالي يبين النتائج:

### جدول رقم ( 17 ) يبين نتائج حساب الصدق التمييزي لمقياس كرب ما بعد الصدمة على عينة

الدراسة الحالية.

مقياس اضطراب أو كرب ما بعد الصدمة	المجموعات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
كرب ما بعد الصدمة	المجموعة العليا	122.00	13.083	33.637	12	0.001
	المجموعة الدنيا	50.15	14.410			

من خلال حساب الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية لاختبار كرب ما بعد الصدمة تبين أنه يتميز بدرجة عالية من الصدق وهي دالة عند مستوي 0.001 وهي درجة تستدعي الوثوق فيه والعمل به.

### ثبات المقياس على عينة الدراسة الحالية:

تم حساب ثبات اختبار كرب ما بعد الصدمة المتكون من 45 بندا بمعامل ألفا كرونباخ والذي وجد أنه يساوي 0.87 وهو معامل مقبول.

#### 4 - الأساليب الإحصائية للبحث:

لمعالجة نتائج الدراسة استخدم الطالب الباحث مختلف الأساليب الإحصائية فضلا عن الاستعانة برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية أو ( SPSS 19.00 ) ومن بين هذه الأساليب والمعادلات الإحصائية التي تم الاستعانة بها نذكر ما يلي:

##### 01/ الإحصاء الوصفي:

أ/ المتوسط الحسابي؛ وتم حسابها بالاعتماد على المعادلة التالية:

$$م = \frac{\text{مجم س}}{ن}$$

ب/ الانحراف المعياري؛ وتم حسابه بالاستناد إلى المعادلة التالية:

$$ع = \sqrt{\frac{\text{مجم (س - م)}^2}{ن}}$$

##### 02/ الإحصاء الاستدلالي:

وتم حسابه بالاعتماد على مجموعة من المعادلات وهي "اختبار ت"، الارتباط البسيط، الارتباط الجزئي، والدلالة الإحصائية".

أ/ اختبار "ت" لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات للذكور والإناث، وذلك بالاعتماد على المعادلة التالية:

$$ت = \frac{\frac{\text{م}_1 - \text{م}_2}{\sqrt{\frac{\text{ع}_1^2}{ن_1} + \frac{\text{ع}_2^2}{ن_2}}}}{1 - ن}$$

ب/ حساب معامل الارتباط البسيط بمعادلة بيرسون: ( معمرية بشير، 2002: 202 ).

$$r = \frac{n \text{ مـج س ص} - \text{مـج س} \times \text{مـج ص}}{\sqrt{\{n \text{ مـج س}^2 - (\text{مـج س})^2\} \{n \text{ مـج ص}^2 - (\text{مـج ص})^2\}}}$$

ج/ حساب معامل الارتباط الجزئي بين المتغيرين (أ، ب) بعد عزل المتغير (ج):

$$r (أ، ب، ج) = \frac{r (أ، ب) - r (أ، ج) \times r (ب، ج)}{\sqrt{(1 - r (أ، ج))^2 \cdot (1 - r (ب، ج))^2}}$$

الفصل السادس:  
عرض ومناقشة النتائج.

## الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج.

أولاً: عرض وتحليل النتائج.

ثانياً: مناقشة النتائج وتفسيرها.

ثالثاً: المناقشة العامة.

أولاً: عرض وتحليل النتائج.

1- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية والوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة بين الذكور والإناث.

ولاختبار هذه الفرضية، تم استخدام المعالجة الإحصائية التالية:

- حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات الذكور والإناث بين كل من الأعراض النفسية - الجسدية والوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة.

جدول رقم ( 18 ) يبين نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين درجات الذكور والإناث بين كل من

الأعراض النفسية - الجسدية والوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة.

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	إناث ( ن = 18 ) .		ذكور ( ن = 22 ) .		العينة المتغيرات
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.05	1.85	12.65	42.67	16.95	33.73	الأعراض النفسية - الجسدية
غير دالة	0.81	15.47	93.56	18.43	89.09	الوحدة النفسية
غير دالة	2.25	28.03	95.78	33.70	73.91	كرب ما بعد الصدمة

يتبين من الجدول رقم ( 18 ) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في متغير الأعراض النفسية - الجسدية حيث دلت النتائج على أنها دالة عند مستوى 0.05، كما انه لا توجد فروق ذات الدلالة الإحصائية بين درجات الذكور والإناث في متغير الوحدة النفسية، حيث لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية، وهو الأمر كذلك بالنسبة لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير كرب ما بعد الصدمة بين الذكور والإناث ولم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية، وهذا ما يعني أن الفرضية تحققت جزئياً فقط.

## 2 - عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على ما يلي:

- "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية وكرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية حسب العمر".

ولاختبار هذه الفرضية، تم استخدام المعالجة الإحصائية التالية:

حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات بين الأعراض النفسية - الجسدية وكرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية حسب العمر.

جدول رقم ( 19 ) يبين نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين كل من الأعراض النفسية - الجسدية وكرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية حسب متغير العمر.

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	أكثر من 40 سنة ( ن = 18 )		أقل من 40 سنة ( ن = 22 )		المتغيرات
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.05	1.87	11.56	32.78	17.54	42.82	الأعراض النفسية - الجسدية
غير دالة	0.29	16.56	92.00	17.88	90.36	الوحدة النفسية
0.05	1.69	26.10	74.44	34.98	91.36	كرب ما بعد الصدمة

يتبين من الجدول رقم ( 19 ) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير السن/ العمر بين الأقل من 40 سنة والأكثر من 40 سنة في كل من الأعراض النفسية - الجسدية حيث دلت النتائج على أنها دالة عند مستوى 0.05، كما انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأقل من 40 سنة والأكثر من 40 سنة في متغير الوحدة النفسية، حيث لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية، والأمر مختلف بالنسبة لوجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير كرب ما بعد الصدمة بين الأفراد الذين يزيد عمرهم عن الأربعين سنة والذين يقل عن ذلك وهي دالة عند مستوى 0.05، وهذا ما يعني أن الفرضية تحققت هي الأخرى جزئياً.

### 3- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على ما يلي:



- "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية الجسدية حسب متغير تاريخ الاطلاع و/ أو معرفة الإصابة بالايبرز".  
ولاختبار هذه الفرضية، تم استخدام المعالجة الإحصائية التالية:  
حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات مدة الإصابة بين الوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية.

جدول رقم ( 20 ) يبين نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين كل من الأعراض النفسية - الجسدية وكرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية حسب متغير تاريخ الاطلاع على الإصابة بالمرض.

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	بعد عام 2010 ( ن = 18 )		قبل عام 2010 ( ن = 22 )		العينة  المتغيرات
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
غير دالة	0.05	17.37	37.89	14.50	37.64	الأعراض النفسية - الجسدية
غير دالة	0.88	16.62	88.44	17.56	93.27	الوحدة النفسية
غير دالة	1.20	37.08	90.44	26.97	78.27	كرب ما بعد الصدمة

يتبين من الجدول رقم ( 20 ) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير تاريخ الاطلاع و/ أو معرفة الإصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة بين درجات الأفراد الذين يعرفون ذلك قبل عام 2010 والأفراد الذين علموا بإصابتهم بالمرض بعد عام 2010 في كل من الأعراض النفسية - الجسدية حيث دلت النتائج على أنها غير دالة إحصائياً، كما انه لا توجد فروق ذات الدلالة الإحصائية بين درجات الأفراد الذين يعرفون ذلك قبل عام 2010 والأفراد الذين علموا بإصابتهم بالمرض بعد عام 2010 في متغير الوحدة النفسية، حيث لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية، والأمر كذلك بالنسبة لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير كرب ما بعد الصدمة بين درجات الأفراد الذين يعرفون ذلك قبل عام 2010 والأفراد الذين علموا بإصابتهم بالمرض بعد عام 2010، وهذا ما يعني أن الفرضية لم تتحقق كلياً.

#### 4- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على ما يلي:

- "توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بين الذكور والإناث".

ولاختبار هذه الفرضية، تم استخدام المعالجة الإحصائية التالية:  
حساب معامل الارتباط البسيط بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بين الذكور والإناث.

**جدول رقم ( 21 )** يوضح معامل الارتباط البسيط بين متغير كرب ما بعد الصدمة ومتغير الوحدة النفسية بين الذكور والإناث.

المتغيرات	الوحدة النفسية	كرب ما بعد الصدمة
الوحدة النفسية		**0.750
كرب ما بعد الصدمة	**0.750	

\*\* تعني أنها دالة عند مستوى 0.01.

يتبين من خلال الجدول رقم ( 21 ) أنه يوجد ارتباط بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية عند الذكور والإناث، وهو دال عند مستوى 0.01.

#### 5- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على ما يلي:

- "توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بين الذكور والإناث".

ولاختبار هذه الفرضية، تم استخدام المعالجة الإحصائية التالية:  
حساب معامل الارتباط البسيط بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بين الذكور والإناث.

**جدول رقم ( 22 )** يوضح معامل الارتباط البسيط بين متغير كرب ما بعد الصدمة ومتغير الأعراض النفسية الجسدية بين الذكور والإناث.

المتغيرات	الأعراض النفسية - الجسدية	كرب ما بعد الصدمة
-----------	---------------------------	-------------------

**0.716		الأعراض النفسية – الجسدية
	**0.716	كرب ما بعد الصدمة

\*\* تعني أنها دالة عند مستوى 0.01.

يتبين من خلال الجدول رقم ( 22 ) أنه يوجد ارتباط بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية الجسدية عند الذكور والإناث، وهو دال عند مستوى 0.01.

#### 7 - عرض النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على ما يلي:

- "توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية – الجسدية عند الذكور والإناث".

ولاختبار هذه الفرضية، تم استخدام المعالجة الإحصائية التالية:

حساب معامل الارتباط البسيط بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية – الجسدية بين الذكور

والإناث.

جدول رقم ( 23 ) يوضح معامل الارتباط البسيط بين متغير الوحدة النفسية ومتغير الأعراض

النفسية – الجسدية بين الذكور والإناث.

الوحدة النفسية	الأعراض النفسية – الجسدية	المتغيرات
**0.687		الأعراض النفسية – الجسدية
	**0.687	الوحدة النفسية

\*\* تعني أنها دالة عند مستوى 0.01.

يتبين من خلال الجدول رقم ( 23 ) أنه يوجد ارتباط بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية –

الجسدية عند الذكور والإناث، وهو دال عند مستوى 0.01.

#### 7- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على ما يلي:

- "يتغير حجم الارتباط بين كل من الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لكرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة من الذكور والإناث".  
ولاختبار هذه الفرضية، تم استخدام المعالجة الإحصائية التالية:  
حساب معامل الارتباط الجزئي بين ( أ ) الوحدة النفسية و ( ب ) الأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي ل ( ج ) كرب ما بعد الصدمة لدى الذكور والإناث.

أ/ الذكور:

جدول رقم ( 24 ) يبين معاملات الارتباط البسيط ونتائج الارتباط الجزئي بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لتأثير كرب ما بعد الصدمة عند الذكور.

النوع	المتغيرات	معاملات الارتباط	
		الارتباط البسيط	الارتباط الجزئي
		2 1	3 ، 2 1
الذكور	الوحدة النفسية	**0.732	0.524
	الأعراض النفسية - الجسدية	**0.732	0.524

حيث أن:

- 1 - الوحدة النفسية ( أ )،
- 2 - الأعراض النفسية - الجسدية ( ب )،
- 3 - كرب ما بعد الصدمة ( ج ) .

يتبين من الجدول رقم ( 24 ) أن معامل الارتباط البسيط بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية عند الذكور دال عند مستوى 0.01، أما نتائج الارتباط الجزئي بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لتأثير كرب ما بعد الصدمة فهو غير دال إحصائياً.

ب/ الإناث:

جدول رقم ( 25 ) يبين معاملات الارتباط البسيط ونتائج الارتباط الجزئي بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لتأثير كرب ما بعد الصدمة عند الإناث.

دلالة الارتباط الجزئي	معاملات الارتباط		المتغيرات	النوع
	الارتباط الجزئي	الارتباط البسيط		
غير دال	3 ، 2 1	2 1	الوحدة النفسية	الإناث
غير دال	0.274	**0.728	الأعراض النفسية - الجسدية	

حيث أن:

1 - الوحدة النفسية ( أ )،

2 - الأعراض النفسية - الجسدية ( ب )،

3 - كرب ما بعد الصدمة ( ج ) .

يتبين من الجدول رقم ( 25 ) أن معامل الارتباط البسيط بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية عند الإناث دال عند مستوى 0.01، أما نتائج الارتباط الجزئي بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لتأثير كرب ما بعد الصدمة فهو غير دال إحصائياً. يتبين لنا من خلال كل من الجدول رقم ( 24 ) و الجدول رقم ( 25 ) أنه بعد العزل الإحصائي لكرب ما بعد الصدمة يتغير حجم الارتباط بين كل من الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية لدى أفراد العينة من الذكور والإناث، أي تحقق الفرض.

#### 8- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة على ما يلي:

- "يتغير حجم الارتباط بين كل من كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بعد العزل الإحصائي للأعراض النفسية - الجسدية لدى أفراد العينة من الذكور والإناث".  
ولاختبار هذه الفرضية، تم استخدام المعالجة الإحصائية التالية:  
تم حساب معامل الارتباط الجزئي بين ( أ ) كرب ما بعد الصدمة و ( ب ) الوحدة النفسية بعد العزل الإحصائي ل ( ج ) الأعراض النفسية - الجسدية لدى الذكور والإناث.  
أ/ الذكور:

جدول رقم ( 26 ) يبين معاملات الارتباط البسيط ونتائج الارتباط الجزئي بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بعد العزل الإحصائي لتأثير الأعراض النفسية - الجسدية عند الذكور.

دلالة الارتباط الجزئي	معاملات الارتباط		المتغيرات	النوع
	الارتباط الجزئي	الارتباط البسيط		
	3 ، 2 1	2 1		
غير دال	0.191	**0.619	كرب ما بعد الصدمة	الذكور
غير دال	0.191	**0.619	الوحدة النفسية	

حيث أن:

- 1- كرب ما بعد الصدمة ( أ )،
- 2 - الوحدة النفسية ( ب )،
- 3 - الأعراض النفسية - الجسدية ( ج ) .

يتبين من الجدول رقم ( 26 ) أن معامل الارتباط البسيط بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية عند الذكور دال عند مستوى 0.01، أما نتائج الارتباط الجزئي بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بعد العزل الإحصائي لتأثير كرب ما بعد الصدمة فهو لم يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

ب/ الإناث:

جدول رقم ( 27 ) يبين معاملات الارتباط البسيط ونتائج الارتباط الجزئي بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بعد العزل الإحصائي لتأثير الأعراض النفسية - الجسدية عند الإناث.

دلالة الارتباط الجزئي	معاملات الارتباط		المتغيرات	النوع
	الارتباط الجزئي	الارتباط البسيط		
	3 ، 2 1	2 1		

غير دال	0.880	**0.918	كرب ما بعد الصدمة	الإناث
غير دال	0.880	**0.918	الوحدة النفسية	

حيث أن:

- 1- كرب ما بعد الصدمة ( أ )،
- 2- الوحدة النفسية ( ب )،
- 3- الأعراض النفسية - الجسدية ( ج ) .

يتبين من الجدول رقم ( 27 ) أن معامل الارتباط البسيط بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية عند الإناث دال عند مستوى 0.01، أما نتائج الارتباط الجزئي بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بعد العزل الإحصائي لتأثير كرب ما بعد الصدمة فهو لم يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية. يتبين لنا من خلال كل من الجدول رقم ( 26 ) والجدول رقم ( 27 ) أنه بعد العزل الإحصائي لمتغير الأعراض النفسية - الجسدية تغير حجم الارتباط بين كل من كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية لدى أفراد العينة من الذكور والإناث، بمعنى تحقق الفرضية.

#### 9- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة:

تنص الفرضية التاسعة على ما يلي:

- "يتغير حجم الارتباط بين كل من كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي للوحدة النفسية لدى أفراد العينة من الذكور والإناث".  
ولاختبار هذه الفرضية، تم استخدام المعالجة الإحصائية التالية:  
تم حساب معامل الارتباط الجزئي بين كرب ما بعد الصدمة ( أ ) والأعراض النفسية - الجسدية ( ب ) بعد العزل الإحصائي للوحدة النفسية ( ج ) بين الذكور والإناث.

أ/ الذكور:

جدول رقم ( 28 ) يبين معاملات الارتباط البسيط ونتائج الارتباط الجزئي بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لتأثير الوحدة النفسية عند الذكور.

دلالة الارتباط الجزئي	معاملات الارتباط		المتغيرات	النوع
	الارتباط الجزئي	الارتباط البسيط		
غير دال	3 ، 2 1	2 1	كرب ما بعد الصدمة	الذكور
غير دال	0.504	**0.722	الأعراض النفسية - الجسدية	

حيث أن:

- 1- كرب ما بعد الصدمة ( أ )،
- 2- الأعراض النفسية - الجسدية ( ب )،
- 3- الوحدة النفسية ( ج ) .

يتبين من الجدول رقم ( 28 ) أن معامل الارتباط البسيط بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية عند الذكور دال عند مستوى 0.01، أما نتائج الارتباط الجزئي بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لتأثير الوحدة النفسية فهو لم يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

ب/ الإناث:

جدول رقم ( 29 ) يبين معاملات الارتباط البسيط ونتائج الارتباط الجزئي بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لتأثير الوحدة النفسية عند الإناث.

دلالة الارتباط الجزئي	معاملات الارتباط		المتغيرات	النوع
	الارتباط الجزئي	الارتباط البسيط		
غير دال	3 ، 2 1	2 1		



غير دال	0.573	**0.728	كرب ما بعد الصدمة	الإناث
غير دال	0.573	**0.728	الأعراض النفسية - الجسدية	

حيث أن:

- 1- كرب ما بعد الصدمة ( أ )،
- 2- الأعراض النفسية - الجسدية ( ب )،
- 3- الوحدة النفسية ( ج ) .

يتبين من الجدول رقم ( 29 ) أن معامل الارتباط البسيط بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية عند الإناث دال عند مستوى 0.01، أما نتائج الارتباط الجزئي بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لتأثير الوحدة النفسية فهو لم يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

يتبين لنا من خلال كل من الجدول رقم ( 28 ) والجدول رقم ( 29 ) أنه بعد العزل الإحصائي لمتغير الوحدة النفسية تغير حجم الارتباط بين كل من كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية لدى أفراد العينة من الذكور والإناث، بمعنى تحقق الفرضية.

ثانيا: مناقشة النتائج وتفسيرها.

1- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

إن البيانات المتحصل عليها من تحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى باستخدام اختبار "ت" والمبينة في الجدول رقم ( 18 ) والتي تمثل وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية والوحدة النفسية وكره ما بعد الصدمة عند عينة من مرضى فقدان المناعة المكتسبة من الذكور والإناث، تبين ما يلي:

أن متغير الأعراض النفسية - الجسدية دال إحصائياً عند مستوى 0.05 ولصالح الإناث، حيث بلغ متوسطهم 42.67 ومتوسط الذكور 33.73، مما يعني أن الإناث المصابين بالإيدز يتعرضون للأعراض النفسية - الجسدية أكثر من الذكور وذلك قد يرجع لأسباب عدة كالأدوار الاجتماعية المنوطة بالمرأة وخاصة المصابة باضطرابات خطيرة على غرار فقدان المناعة المكتسبة، والتي يميزها الضغط النفسي للحفاظ على المكانة الأسرية والصورة العائلية.

وهذه النتائج تتماثل وتتفق مع دراسة موتسهيرو وجريجيو عام *Mutsuhiro & Gregory*, 2001 التي هدفت إلى معرفة أثر الجنس والحالة الاجتماعية على الأعراض الجسمية للمرضى الذين يراجعون عيادة الأمراض النفسية - الجسدية، وذلك لمعرفة آليات التأثير بين الجنس والاضطرابات النفسية - الجسدية، حيث قام الباحثان بتحليل شخصيات 1130 فرد من المرضى الخارجيين " 848 من النساء، 282 من الرجال" ممن يراجعون عيادة الأمراض النفسية - الجسدية، في بداية البرنامج طلب من المرضى تعبئة قائمة الأعراض الطبية وقائمة الأعراض "SCL- 90R" ومقياس إدراك التوتر.

حيث أظهرت النتائج أن كل 09 نساء من بين 12 امرأة يعانين من أعراض "الإرهاق والأرق والصداع وألم الظهر وألم في مفاصل الأطراف وخفقان سريع في القلب والغثيان والدوخة"، وتبين أن وتيرة تكرار هذه الأعراض أكثر عند النساء منه عند الرجال حيث كان ذلك هو المفترض، وكانت نتائج قائمة "SCL- 90R" للأعراض الجسدية أعلى بشكل ملحوظ عند النساء غير المتزوجات مقارنة بالنساء المتزوجات، كما كانت نسبة التوتر المرتبطة بالعائلة والصحة أعلى عند النساء منه عند الرجال، فالجنس عاملاً هاماً يرتبط بالأعراض الجسدية في الأوضاع التي تنطوي على التوتر ( موسى محمد نجيب، 2007: 53 ).

كما تتفق ودراسة عويد المشعان عام 1998 التي كان من بين أهدافها التعرف على الفروق بين الذكور والإناث في مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات النفسية - الجسدية بالإضافة إلى العلاقة الارتباطية بين الضغوط المهنية والاضطرابات النفسية - الجسدية، حيث تكونت عينة الدراسة من 746 معلم، منهم 377 ذكور، 369 إناث، كما استخدم الباحث المقاييس والأدوات التالية

1/ مقياس الضغوط النفسية،

2/ مقياس غموض صراع الدور،

## 3/ مقياس الاضطرابات النفسية - الجسدية.

وتوصل الباحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير العبء المهني، والتطور المهني لصالح الإناث، وهذا يعني أن هاذين المتغيرين من أكثر مصادر الضغوط المهنية للإناث منه للذكور، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في متغير الاضطرابات النفسية - الجسدية لصالح الإناث، والذي يدل على أن الإناث أكثر تعرضاً للاضطرابات النفسية - الجسدية من الذكور، كما أن الإناث أيضاً أكثر تعرضاً للضغوط من الذكور في علاقتهم بباقي الأفراد ( عبير الصبان، 2003: 105 ).

وتتفق أيضاً مع دراسة زينب شقير عام 2002 والتي بينت أن نوع الاضطراب النفسي - الجسدي يتأثر بنوع الجنس، حيث لوحظ انتشار ضغط الدم الجوهري والصداع النصفي وفقدان الشهية بين الإناث أكثر منه عند الذكور ( عبير الصبان، 2003: 76 ).

أما الفروق بين الذكور والإناث في متغير الوحدة النفسية فهي غير دالة إحصائياً، رغم أن المتوسطات تبين أنها لصالح الإناث بمتوسط 93.56 مقابل الذكور الذي يساوي 89.09، وهذا ما يعني أنه يوجد تماثل إلى حد ما في الشعور بالوحدة النفسية بين الذكور والإناث المصابين بالإيدز ربما يرجع إلى جسامة وخطورة المرض من جهة، ومحاولات التستر والإخفاء والانزواء والعزلة التي تميزهم خاصة إذا كان الاضطراب هو فقدان المناعة المكتسبة، فضلاً عن باقي الخصائص التي تميز الذكور والإناث على حد سواء في شعورهم بالوحدة النفسية، رغم أن مقارنة المتوسطات تبين أن الإناث أكثر شعوراً بالوحدة النفسية والتي قد ترجع لطبيعة كل من المرض وتأثيراته الجانبية وطبيعة المرأة في تفاعلها مع مرض الإيدز.

وهي نتائج متماثلة مع النتائج التي توصلت لها شواقفة عام 2000 في دراسة بعنوان "الشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة جامعة آل البيت"، حيث تكونت عينة الدراسة من 165 طالباً و 185 طالبة، من مختلف التخصصات الجامعية، وتوصل الباحثة إلى نتائج تفيد بعدم وجود أثر للجنس والجنسية في شعور الطلبة بالوحدة النفسية ( يوسف موسى مقداي، 2008: 182 ).

ومتوافقة أيضاً مع دراسة عيسى ( Issa,2002 ) التي كان هدفها التعرف على الخصائص السيكومترية لصورة منقحة من مقياس كاليفورنيا للشعور بالوحدة النفسية، حيث طبقت على عينة مكونة من 460 طالباً وطالبة من جامعة اليرموك بالأردن، منهم 225 ذكراً، 235 أنثى. وقد كان متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية أعلى مما هو عليه لدى الطلبة الإيرانيين والروس، كما كانت قيم معاملات الارتباط بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الشعور بالوحدة النفسية ودرجاتهم على مقاييس القلق والخجل والاكتئاب موجبة ودالة إحصائياً، بينما كانت قيم معاملات الارتباط على نفس المقياس وكل من مقياس تقدير الذات ومقياس مركز الضبط سالبة. وقد بينت نتائج الدراسة عدم وجود

فروق دالة إحصائياً تعود للجنس أو لعدد سنوات الدراسة بالجامعة أو مكان الإقامة ( فهد الدليم، جمال عامر، 2004: 16 ).

وهي تقريبا نفس النتائج التي توصل إليها كل من نيلوفر وودوارد عام 1986 *Nilufer & Wood Word* حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على درجة الشعور بالوحدة النفسية عند عينة مختارة من الجامعات الغربية في ضوء متغير الجنس وسهولة تكوين علاقات اجتماعية مثمرة، وقد تبين من نتائج الدراسة بعد تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية على عينة الدراسة بأن الإناث كن أكثر شعورا بالوحدة النفسية من الذكر، كما وجدت الدراسة أن هناك علاقة بين الشعور بالوحدة النفسية وسهولة تكوين الأصدقاء ( حسين علاونة، 2005: 19 ).

وهي تتعارض مع نتائج الدراسة التي أجراها كل من نورمان وديواين ( *Norman & Dewayne, 1986* ) بهدف التعرف على الفروق بين الجنسين من المراهقين في مستوى الشعور بالوحدة النفسية. والتي تكونت عينتها من 59 مراهقاً، و 53 مراهقة من طلبة الجامعة. انتهت نتائجها إلى أن الذكور من المراهقين أكثر شعوراً بالوحدة النفسية من الإناث المراهقات ( فهد الدليم، جمال عامر، 2004: 16 ). هذا من جهة ومن جهة أخرى فالفرق بين الجنسين قد أظهرت نتائج متعارضة في بعض الأحيان فنجد أن الإناث أكثر عرضة للشعور بالوحدة النفسية مقارنة بالذكور عند كل من ( النيال، 1993، الراعي، 1990، *Wiess, 1985, Borys & Perlman, 1973* )، بينما أظهرت نتائج دراسات أخرى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الشعور بالوحدة النفسية ( شواقفة، 2000، حداد وسوالمه، 1998، الربيعه، 1997، *Borys & Perlman, 1973* ) ( يوسف موسى مقدادي، 2008: 181 ). أما بالنسبة للفروق بين الذكور والإناث في متغير كرب ما بعد الصدمة فهو غير دال إحصائياً في حين تبين المتوسطات أنها لصالح الإناث أيضاً بمتوسط 95.78 بمقابل الذكور بمتوسط 73.91. مما يعني أن كل من المصابين والمصابات بالإيدز يتأثرون بنفس الكيفية ونفس الطريقة لنتائج الصدمة المتعلقة بالإصابة بالإيدز والتي تأخذ بعين الاعتبار جسامتها وخطورتها، رغم أن المتوسطات تبين أنها لصالح الإناث اللاتي يتأثرن أكثر من الذكور والأمر الذي يعود لطبيعتهم وميلهم للشعور باليأس والخوف في أغلب الأحيان.

وتشير العديد من الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير كرب ما بعد الصدمة إلى تطابقها مع ما توصلت إليه النتائج الحالية رغم كونها غير دالة إحصائياً حيث تدلنا نتائج الدراسات التي تناولت معدلات الانتشار والفروق الفردية بين الذكور والإناث أن النساء المتعرضات للصدمة النفسية العنيفة و/ أو التي سبق الإشارة إليها كمسببات لكرب ما بعد الصدمة أنهن أكثر تأثراً بالكوارث من الرجال، فقد أظهرت الضحايا الإناث إحساساً أكبر بالخوف وحاجة أكثر للدعم من الذكور عقب فيضان اجتاح جنوب إفريقيا في دراسة ستريمبفر *Strumpfer* عام 1970، كما وجد الباحثون أن النساء اللواتي نجون من إعصار

أركانسو كن أكثر إحساسا بالاضطراب الانفعالي من الرجال، كما بدا في استجابتهن في تقرير ذاتي وتقرير يشير إلى أحاسيس الجنس الآخر، أما فريتز وماركس عام 1954 *Fritz & Marks*، وعند دراسة آثار إعصار سيرلانكا فإنه رغم تشابه الأثر لدى الذكور والإناث في البداية إلا أن عددا أكبر من الإناث أظهرن احتفاظا بالأثر على المدى البعيد ( أحمد عبد الخالق، 2000: 22 ).

أما في دراسة قام بها *Kessler, Sonnega & Bromet* عام 2001 أظهرت نتائجها أن معدل انتشار كرب ما بعد الصدمة في الولايات المتحدة الأمريكية بلغ 7.8% في مختلف الأعمار، وأنه يؤثر في حوالي 0,5% من الذكور وحوالي 10% من الإناث في مختلف مراحل حياتهم، أي أن انتشاره لدى الإناث ضعف انتشاره لدى الذكور وأن حوالي 25% من الناس الذين تعرضوا لصدمة واحدة أو أكثر يتطور لديهم كرب ما بعد الصدمة ( إيمان أحمد السنباني، 2005: 11 ).

## 2- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

- إن البيانات المتحصل عليها من تحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية باستخدام اختبار "ت" والمبينة في الجدول رقم ( 19 ) والتي تمثل وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية الجسدية وكرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية عند عينة من مرضى فقدان المناعة المكتسبة حسب متغير العمر، تبين ما يلي:
- أن الأعراض النفسية - الجسدية دالة إحصائيا عند مستوى 0.05 لصالح الأقل من 40 سنة حيث بلغ متوسطهم 42.82 في مقابل متوسط الأكثر من 40 سنة والذي يساوي 32.78. مما يعني أن المصابين بفقدان المناعة المكتسبة والذين يقعون في عمر الأربعين سنة فأقل تظهر عليهم الأعراض النفسية - الجسدية أكثر من نظرائهم الذين يقعون في الأكثر من أربعين سنة وهذا قد يرجع لظروف الإصابة بفقدان المناعة المكتسبة وتأثيراتها وخاصة في تفاعلها مع خطورة المرض من جهة ومن جهة أخرى عملية الاطلاع على المرض هي الأخرى قد تكون السبب، مما يعني أن مدة التكيف مع المرض طويلة جدا حتى يتجاوز الأفراد مدة الاربعين سنة ويتم التكيفهم اكثر بعد ذلك، فضلا عن ذلك قد يكون السبب راجع إلى فترة قبل الأربعين سنة وبعد هذه الفترة يصبح الأفراد أكثر استقرار وأكثر إدراكا لتأثيرات مثل هكذا أمراض.
- فهذه النتيجة تتفق مع دراسة زينب شقير عام 2002 والتي تبين أن نوع الاضطراب النفسي الجسدي يتأثر بنوع الجنس، حيث لوحظ انتشار ضغط الدم الجوهري والصداع النصفي وفقدان الشهية بين الإناث أكثر منه عند الذكور، كما أنه يتأثر بالعمر الزمني حيث يزداد بصفة ملحوظة في عمر 35 سنة فأكثر ( عبير الصبان، 2003: 76 ).

كما تتماثل أيضا مع دراسة موتسهيرو وجريجيرو عام 2001 *Mutsuhiro & Gregory* حيث وجد أن الاضطرابات النفسية - الجسدية تنتشر لدى الإناث أكثر من الذكور وبين الشباب والشابات بين عمر 20-40 سنة أكثر من باقي مراحل الحياة، أي أكثر من 40 سنة ( موسى محمد نجيب، 2007: 53 ).

- فضلا عن ذلك فقد أشار فيصل خير الزراد إلى أنه نادرا ما تنتشر الاضطرابات النفسية الجسدية بنفس الشكل لدى الأطفال حيث نجد أنها غالبا ما تأخذ شكل الإسهال، أو القيء أو الإمساك، أو اضطرابات معوية، وعدم تناول الطعام ( فيصل خير الزراد، 2000: 71 ).

أما متغير الوحدة النفسية فهي غير دالة إحصائيا رغم أن المتوسطات تبين أنها لصالح الأكثر من 40 سنة حيث قدرت بـ 92.00 أما الأقل من 40 سنة فقد بلغ متوسطهم 90.36. فالأمر كذلك بالنسبة لمتغير الوحدة النفسية حيث أنها تزيد في السنوات الأولى قبل الأربعين سنة الأولى لعدم استقرار وتكيف الأفراد المصابين بفقدان المناعة المكتسبة وعدم قدرتهم على بناء علاقات مع الآخرين حتى وإن كانوا في وسط غني بالزملاء والاصدقاء وحتى الإخوة والأخوات فضلا عن ما يمتلكه البالغون من استراتيجيات للتعامل مع مشاعر الوحدة النفسية.

ورغم غياب دراسات سابقة بحسب علم الطالب الباحث إلا أن هذه الفرضية تتماثل في جزء منها من حيث الاهتمام بكبار السن وتتعارض من حيث بعض النتائج المتوصل إليها مع دراسة كريستيان جوف *Christien Gov* عام 2010 والتي اهتمت بالتطورات في علاج فيروس نقص المناعة البشرية من كبار السن لعدد كبير ومتزايد من السكان، علما أن هؤلاء الشيوخ الكبار تواجههم تحديات اجتماعية ونفسية ومادية وهي المرتبطة بمرحلة الشيخوخة، وقد تم دراسة الارتباط بين الشعور بالوحدة النفسية، والاكنتاب، والصحة، ووصمة العار لفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، ولكن هناك القليل من هذه المجموعات مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية بين البالغين فوق سن الـ 50، حيث أخذت البيانات عن هذه التحليلات من البحث من مدينة نيويورك وتكونت العينة من 914 رجل وامرأة أصيبوا بفيروس نقص المناعة البشرية، حيث تعرض 39.1% من المشاركين لأعراض الاكنتاب الكبرى *CES-D*، وأوضحت النمذجة متعدد المتغيرات بنجاح 42% من التباين في الاكنتاب الذي له علاقة كبيرة بزيادة وصمة العار المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية، والشعور بالوحدة النفسية، وانخفاض الأداء المعرفي، وانخفاض مستويات الطاقة، كما أوصى الباحثين بإجراء نفس الدراسة على من هم أصغر سنا، كما تشير البيانات إلى أن الجهود المنصبة للحد من الوصم المتصلة بفيروس نقص المناعة ووصمة العار والشعور بالوحدة النفسية قد يكون لها آثار دائمة في الحد من أعراض الاكنتاب الكبرى وتحسين الصحة عامة ( *Christien Gov & all, 2010: 630* ).

كما تماثلت نتائج هذه الفرضية مع الفروق بين الوحدة النفسية وبين العمر التي تبيننا لنا كذلك من خلال دراسة ماجزكوفيك (Mijuskovic, 1986) والتي مفادها أن الشعور بالوحدة النفسية في مرحلة الشباب يفوق الشعور بالوحدة في بقية المراحل العمرية الأخرى، وذلك نتيجة لظهور حاجات شخصية جديدة للفرد كحاجته إلى الود والألفة في علاقاته الشخصية وحاجته إلى الشعور بالانتماء من خلال تكوين علاقات ودية حميمة مع الآخرين، وأن فشل الفرد في بناء مثل هذه العلاقات الاجتماعية يساهم بدرجة كبيرة في الشعور بالوحدة النفسية (يوسف موسى مقدادي، 2008: 181).

ربما لم تشير هذه الدراسة إلى مرحلة الشيخوخة وما يكتنفها من وحدة نفسية بمسببات مختلفة سواء بوفاة الزوجة أو الزوج، أو كثرة الاضطرابات والأمراض، ...

كما أجرى كل من روسكو وسكومسك عام Roscoe & Skonsk, 1989 بدراسة بهدف التعرف على مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طلاب الكليات تكونت من 559 طالب وطالبة، وبعد تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية على عينة الدراسة بينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين طلاب الكلية على مقياس الشعور بالوحدة النفسية في حين كان هناك فروق واضحة بين الطلاب تعود لفارق العمر بينهم (السنة الدراسية) عزاه الباحث إلى ما يمتلكه البالغون من استراتيجيات للتعامل مع مشاعر الوحدة النفسية (حسين علاونة، 2005: 19).

أما كرب ما بعد الصدمة فهو دال إحصائياً عند مستوى 0.05 لصالح الأقل من 40 سنة حيث بلغ المتوسط 91.36، في حين كان متوسط الأكثر من 40 سنة 74.44. فهذا يعني أن الأفراد المصابين بالإيدز وهم أقل من أربعين سنة تظهر عليهم أعراض كرب ما بعد الصدمة أكثر من الذين هم أكثر من الأربعين سنة وذلك يمكن إرجاعه إلى ما يمتلكه البالغون من استراتيجيات للتعامل مع الأعراض والمشكلات الناتجة عن الصدمات، فضلاً عن عامل الخبرة وإدراك حقائق الأشياء ومغزاها.

### 3- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

إن البيانات المتحصل عليها من تحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة باستخدام اختبار "ت" والمبينة في الجدول رقم (20) والتي تمثل وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية عند عينة من مرضى فقدان المناعة المكتسبة حسب متغير تاريخ الاطلاع و/ أو المعرفة بالإصابة، تبين ما يلي:

أن الفرضية لم تتحقق مما يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية عند عينة من مرضى فقدان المناعة المكتسبة حسب متغير تاريخ الاطلاع و/ أو المعرفة بالإصابة.

فالأعراض النفسية - الجسدية وبحسب عامل المدة "قبل عام 2010 أو بعد عام 2010" غير دالة إحصائياً، رغم أن المتوسطات طفيفة إلا أنها لصالح المصابين بعد عام 2010 والتي بلغت 37.89، ومتوسطات المصابين قبل عام 2010 قدرت بـ 37.64. وهذا ما يعني أن مدة السنتين أو أكثر من ذلك ليست بالعامل الحاسم في تغيير أي من المتغيرات الأساسية في البحث الحالي.

فالنتائج المتعلقة ب كرب ما بعد الصدمة و المتوصل إليها تتناقض والنتائج التي توصلت إليها من خلال مجموع الدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها رغم الاختلاف الجوهرى بينهما في كون البحث الحالي أجري على الراشدين في حين أن الدراسات السابقة تم إجرائها على الأطفال خاصة وهي دراسة جرين وكورول *Green & Korol* والتي أوردتها الخليفة عام 2000 والتي مفادها أن أعراض كرب ما بعد الصدمة ترتفع بين الأطفال الأكبر سناً أثناء مقارنتهم مع الأطفال الأصغر سناً، وكذلك أظهرت نتائج دراسة أحمد وزملاؤه عام 2000 والتي أجريت بعد خمس سنوات من عملية الإبادة التي تعرضت لها منطقة أنفال في كردستان العراق، أن هناك اختلافات ذات دلالة إحصائية باختلاف الأعمار فيما يتعلق ب كرب ما بعد الصدمة في مرحلة الطفولة، حيث كانت الأعمار الأكبر أكثر تطورا لكرب ما بعد الصدمة مقارنة بالأعمار الأصغر ( فواز مومني، 2008: 16-17).

أما الوحدة النفسية فهي الأخرى لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية رغم أن المتوسطات تبين أنها لصالح المصابين قبل 2010 حيث قدرت بـ 93.27 أما المصابين بعد 2010 فالمتوسط قدر بـ 88.44. أما كرب ما بعد الصدمة فهو الآخر غير دال إحصائياً وبمقارنة المتوسطات نجد أنها لصالح المصابين بعد 2010 حيث قدرت 90.44، في مقابل المصابين قبل 2010 والتي قدرت بـ 78.27. بمعنى أن مجموع الأفراد الذين علموا و/ أو اطلعوا على كونهم مصابين بفقدان المناعة المكتسبة قبل عام 2010 على اعتبار أنها مدة طويلة قد تتفاعل مع مجموعة من العوامل كعامل كالإزمان بالنسبة لمتغير الأعراض النفسية - الجسدية "التي تظهر على الأشخاص المصابين بالإيدز كالتقرحات الجلدية والسرطانات الانتهازية .." رغم أن المتوسطات تبين عكس ذلك، فضلا عن كل من متغير الوحدة النفسية التي تزيد يوما بعد يوم وكرب ما بعد الصدمة الذي قد يطول لسنوات والبعد الثاني والمتمثل في بعد عام 2010 التي تعد مدة قصيرة للإصابة والتي تتفاعل مع المتغيرات أيضا من حيث أن النتائج الحالية تبين تماثلا في مدة الإصابة أي كونها حديثة أم قديمة، أي أن عامل الوقت أو المدة الزمنية المتعلقة بسنوات الإصابة ليست هو العامل الحاسم أو الضابط لكي يحدث فروقا وخاصة إذا كانت مدة قصيرة يمكن تحديدها بقبل 2010 أو بعد 2010 في كل من الوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية.

#### 4- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:



إن البيانات المتحصل عليها من تحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة باستخدام معامل الارتباط البسيط والمبينة في الجدول رقم ( 21 ) والتي تمثل وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بين الذكور والإناث، تبين ما يلي:

وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بين الذكور والإناث عند عينة من مرضى فقدان المناعة المكتسبة وهي دالة عند مستوى 0.01.

وهذا يعني أنه توجد علاقة ارتباطية بين متغيرات الدراسة وفقا لمتغير الجنس ( ذكورا وإناثا ) إذن هناك تماثل ونتائج الفرضية الحالية مع دراسة **موش بانسيمون Moshe Bensimon** لعام 2008 والتي تناولت تفاعل كرب القتال وهو مشترك بين الجنود حيث يمكن أن تتطور إلى كرب ما بعد الصدمة (PTSD). هذه حالة مرعبة تحتضن أعراض مثل الشعور بالوحدة النفسية والانعزال عن المجتمع، ذكريات اقتحامية، نوبات الغضب ومشاعر العجز المعمم. وقد تلقى التطبيب اهتماما كبيرا في العلاج بالموسيقى، مراجع قليلة تتعلق هذه الأنشطة بين أولئك الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة، وحتى أقل لمكافحة تتعلق بفعل متلازمة ما بعد الصدمة.

فللدراسة الحالية تقدم مجموعة العمل الموسيقي للعلاج النفسي مع ستة جنود من المصابين في أحداث إرهابية وعدائية يعانون من الأعراض المرتبطة بكرب ما بعد الصدمة، حيث تم جمع البيانات من الكاميرات الرقمية التي صورت جلسات مفتوحة لعضوية المقابلات المتعمقة، وعلى التقرير الذاتي للطبيب المعالج. ولوحظ بعض الانخفاض في أعراض كرب ما بعد الصدمة التالية الطبول، بمعنى زيادة الانفتاح خاصة والتكاتف والانتماء والمشاركة، والتقارب، والترابط والألفة، وكذلك تحقيق الوصول غير المرهوب إلى ذكريات مؤلمة، وإيجاد متنفسا لاستعادة الغضب والشعور بضبط النفس ( : Moshe Bensimon, 2008 ).

( 34 ).

#### 5- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة:

إن البيانات المتحصل عليها من تحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة باستخدام معامل الارتباط البسيط والمبينة في الجدول رقم ( 22 ) والتي تمثل وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بين الذكور والإناث، تبين ما يلي:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بين الذكور والإناث عند عينة من مرضى فقدان المناعة المكتسبة وهي دالة عند مستوى 0.01.

وهي نتائج تبين أن هناك علاقة على درجة كبيرة من الأهمية تربط بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية عند المصابين بفقدان المناعة المكتسبة وهي متماثلة جزئياً مع ما تناوله أنتوني ثنيك *Anthony C. Theuninck* عام 2010 في دراسته التي تناولت العلاقة بين تجربة الأحداث المتصلة بفيروس نقص المناعة المكتسبة المختلفة، كتلقي التشخيص وتلقي العلاج، والتي تتعلق بالأعراض الجسدية، الكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية الذاتية حالة إيجابية، وتشهد أعراض الإجهاد المتصلة بفيروس نقص المناعة المكتسبة، وكرب ما بعد الصدمة لدى عينة من 100 رجل مثلي الجنس الذين يعيشون بفيروس نقص المناعة البشرية.

حيث كشفت البيانات أنه وبناء على التقارير الذاتية التي تبين أن 65 % من الذين تلقوا هذه المعايير عانى من حدث صادم وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة 4، مراجعة نص (DSM-IV-TR) فكرب ما بعد الصدمة (PTSD) تجربة المعيار A، وقد تم قياس العار والإذلال والشعور بالذنب ولكن لم يتم العثور على أنها تكون مؤشراً هاماً بأنهم تعرضوا للصدمة، حيث تأهل ما مجموعه 33 % لتشخيص كرب ما بعد الصدمة PTSD، حيث أظهر تحليل الانحدار المتدرج المتعدد الذين يتلقون العلاج الطبي، والتي أظهرت الأعراض الجسدية، حيث يبين العلاقة المتصلة بأعراض فيروس نقص المناعة المكتسبة ومعظم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والارتباط بينهما، بالنظر إلى أن العديد من الأحداث المتصلة بفيروس نقص المناعة هي الصدمة المحتملة، أثناء الفحص والتقييم والعلاج لاضطراب ما بعد الصدمة، ويبين علاقته بفقدان المناعة المكتسبة HIV والحاجة إلى النظر فيها من قبل الأفراد الذين يقدمون خدمات للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (485: 2010). *(Anthony C. Theuninck,*

بالإضافة لدراسة قام بها بالمر *Palmer* عام 2004 على عينة قوامها 115 امرأة متطوعة في غرفة الانتظار ضمن برنامج سرطان الثدي في " *University- Affiliated Cancer Center* "، وقد كانت العينة معظمها من الأمريكيات ذوات الأصول الأوروبية 80 %، تراوحت أعمارهن من 34 - 89 سنة، وكان معظمهن متزوجات 74 %، كما قد تم استخدام مجموعة من الأدوات، كالمقابلة المنظمة السريرية للدليل الوصفي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM- 04، وقائمة أعراض هوبكنز، ومقياس تأثير الأحداث، وأظهرت النتائج أن 04 % من العينة كن يعانين من كرب ما بعد الصدمة، و 41 % من

العينة أظهرت استجابات قلق مختلفة للسرطان، مثل الخوف الشديد والرعب، والعجز، كما أن 38% منهن أظهرن الضيق الشديد ( فايد أبو الخير، 2009: 30 ).

فضلا عن دراسة هنلي *Hatley* عام 1997 والتي أفادت بأن 70 % من الجنود المستجوبين في معركة عاصفة الصحراء "حرب الخليج" يعانون من كل من كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية على حد سواء، حيث تتكون العينة من 249 فرد ( *Hatley, 1997* )، وهي متماثلة مع دراسة أخرى أجريت على 2800 جندي أمريكي قد شاركوا في عاصفة الصحراء ( *Fielder et al 1996* ) تبين أن هناك 50 % منهم قد أصيبوا بحالة من التعب المزمن وبالحساسية الزائدة للمواد الكيميائية، وهي كما يلي:

#### العوارض الجسدية:

- اللاتناسق الحركي.
- التهاب الرئتين بسبب دخول ذرات ناعمة من الرمال إليها.
- التهاب المجاري الهوائية والربو.
- ضعف وآلام في العضلات.
- آلام في المفاصل.
- اضطراب في التوازن الجسماني والتوجه المكاني.
- عدم القدرة على ضبط البول.
- الصداع وضيق التنفس.
- ارتفاع نسبة الالتهابات التناسلية عند النساء اللواتي شاركن في الحرب 43%.

#### العوارض النفسية:

- اضطرابات في القدرات المعرفية من خلال ظاهرة النسيان وضعف الذاكرة والتركيز والانتباه، والنقص في القدرة على التركيز.
- الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة.
- تعاطي الكحول.
- اضطراب الحياة الجنسية ( العجز الجنسي ).
- الانزعاج من الأصوات المرتفعة واستجابة الإجهال ( غسان يعقوب، 1999: 23-24 ).
- ليس هناك مرض نفسي واحد ومحدد المعالم بل هناك مجموعة من العوارض والاضطرابات ( تناذرات ) أما بالنسبة لكرب ما بعد الصدمة فإن النسبة تتراوح ما بين 08 إلى 12 % ولا يزال هؤلاء يعانون من اضطراب الضغوط الاجهادية.

كما يعاني معظم الناجين من التعذيب والكوارث والحروب والنزاعات من اضطرابات نفسية - جسدية مختلفة كآلام في الصدر، والشعور بوجود كتلة في البلعوم، وآلام في الظهر والكتفين، وهبات من الحر والبرد، ومشاكل في الرئتين والقلب، والتهاب القولون، وقرحة المعدة والغثيان، والصداع والدوران، وآلام في المفاصل، وتوتر شديد وألم مزمن في العضلات ( فواز مومني، 2008: 23 ).

وهي تتطابق أيضا ودراسة جيل وسزانفون وبيج *Gill, Szanfon & Page* عام 2005 في كون 74% - 92% من النساء المتعرضات للعنف من أزواجهن يعانين من كرب ما بعد الصدمة مقارنة مع النساء غير المعنفات، كما توصلوا إلى أن كرب ما بعد الصدمة يرتبط بوجود ضعف في جهاز المناعة في الجسم، كما يرتبط بالسمنة وزيادة خطر الإصابة بداء السكري، ويؤدي إلى وجود صعوبات في النوم ( سعاد بدران، 2010: 02-03 ).

#### 6- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة:

إن البيانات المتحصل عليها من تحليل النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة باستخدام معامل الارتباط البسيط والمبينة في الجدول رقم ( 23 ) والتي تمثل وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية بين الذكور والإناث، تبين ما يلي:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية بين الذكور والإناث عند عينة من مرضى فقدان المناعة المكتسبة وهي دالة عند مستوى 0.01.

وهي تتماثل مع دراسة محمد عبد المؤمن حسين ومنى راشد الزباني عام 1994 والتي توصلت إلى أن هناك مجموعة من المظاهر والعواقب المترتبة عن الشعور بالوحدة النفسية ومن بينها الاكتئاب، التفكير في الانتحار، القلق، والأعراض النفسية - الجسدية من مثل الصداع، التعب، ضعف الشهية، والاعتلال العام، فضلا عن العدوانية، الاغتصاب، الهروب من المنزل،... الخ وغيرها من المظاهر والتصرفات غير القانونية التي تعد قرائن للعجز المؤلم في تحقيق ارتباط اجتماعي مما له آثار حادة على الأداء السيكولوجي والتوافق، ويتطلب تدخلا مهنيا من قبل المختصين قصد علاجها و/ أو الحد منها ( حسام الدين طوسون، 2003: 49 ).

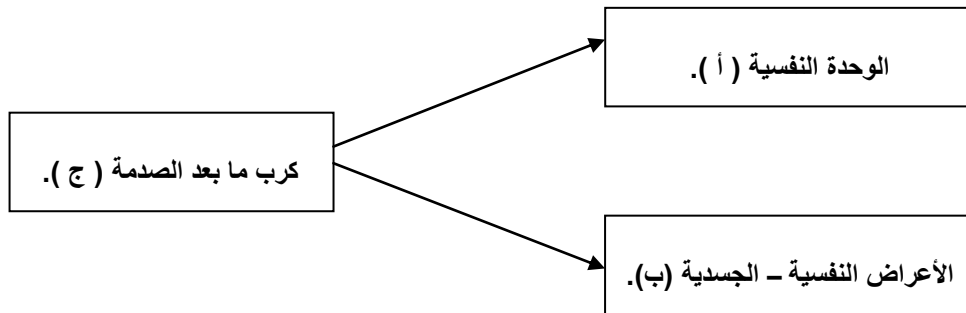
#### 7- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة:

إن البيانات المتحصل عليها من تحليل النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة باستخدام معامل الارتباط البسيط بين متغيرات البحث بين الذكور والإناث، ثم بعد ذلك تم الاستعانة بمعامل الارتباط الجزئي للعزل الإحصائي لكرب ما بعد الصدمة ( ج ) عن الوحدة النفسية ( أ ) والأعراض النفسية - الجسدية ( ب ).

والمبينة في كل من الجدول رقم ( 24 ) والجدول رقم ( 25 ) والتي تبين أن معامل الارتباط البسيط بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية عند الذكور والإناث دال إحصائياً عند مستوى 0.01 في حين أن معامل الارتباط الجزئي بينهما بعد العزل الإحصائي لكرب ما بعد الصدمة يصبح غير دال إحصائياً، بمعنى أن القيم لم تحافظ على درجاتها.

والنتيجة تعني تغير حجم الارتباط بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لكرب ما بعد الصدمة بين الذكور والإناث، ما يعني أن الفرضية قد تحققت. بناء على هذه المعطيات يمكن مناقشة النتيجة التي تم التوصل إليها في ضوء نموذج التفسير الخاص بالمتغيرات الوسيطة.

شكل رقم ( 07 ) يبين افتراض السبب المشترك لكرب ما بعد الصدمة.



المصدر: ( محمد بلال الزعبي، وعباس الطلافحة، 2000: 274 ).

حيث تغير حجم الارتباط بين كل من الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي لكرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة من الذكور والإناث، وذلك يعني أن الافتراض قد تحقق وأن كرب ما بعد الصدمة يعد من أسباب تفاقم وإزمان كل من الوحدة النفسية وكذا الأعراض النفسية - الجسدية.

8- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة:

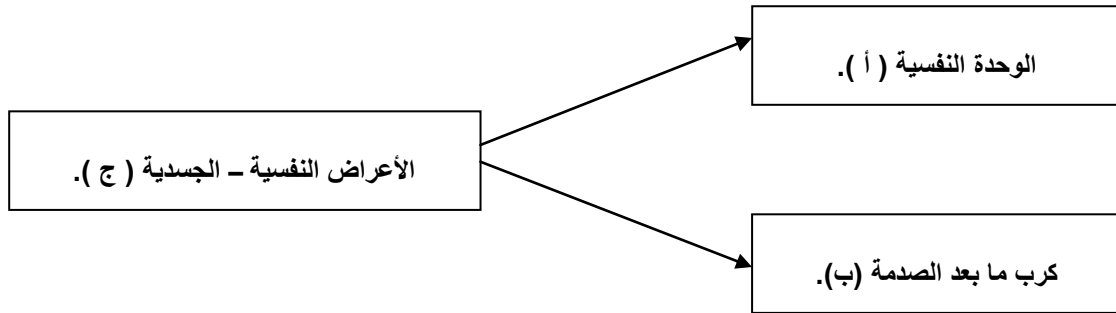
إن البيانات المتحصل عليها من تحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة باستخدام معامل الارتباط البسيط بين متغيرات البحث من الذكور والإناث، ثم بعد ذلك تم تطبيق معامل الارتباط الجزئي بين كرب ما بعد الصدمة ( أ ) والوحدة النفسية ( ب ) بعد العزل الإحصائي للأعراض النفسية - الجسدية ( ج ) بين الذكور والإناث.

والمبينة في كل من الجدول رقم ( 26 ) والجدول رقم ( 27 ) والتي تبين أن معامل الارتباط البسيط بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية عند الذكور والإناث دال إحصائياً عند مستوى 0.01، أما بعد العزل الإحصائي للأعراض النفسية - الجسدية باستخدام معامل الارتباط الجزئي لم يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية، بمعنى أن القيم لم تحافظ على درجاتها.

والنتيجة تعني تغير حجم الارتباط بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بعد العزل الإحصائي للأعراض النفسية - الجسدية بين الذكور والإناث.

بناء على هذه المعطيات يمكن مناقشة النتيجة التي تم التوصل إليها في ضوء نموذج التفسير الخاص بالمتغيرات الوسيطة.

شكل رقم ( 08 ) يبين افتراض السبب المشترك للأعراض النفسية - الجسدية.



المصدر: ( محمد بلال الزعبي، وعباس الطلافحة، 2000: 274 ).

حيث أنه في هذه الفرضية سيتبين لنا افتراض السبب المشترك للأعراض النفسية - الجسدية. وذلك يعني أن الافتراض قد تحقق وأن الأعراض النفسية - الجسدية تعد من أسباب تفاقم وإزمان كل من كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية عند الذكور والإناث، ما يعني تحقق الفرضية.

9- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة:

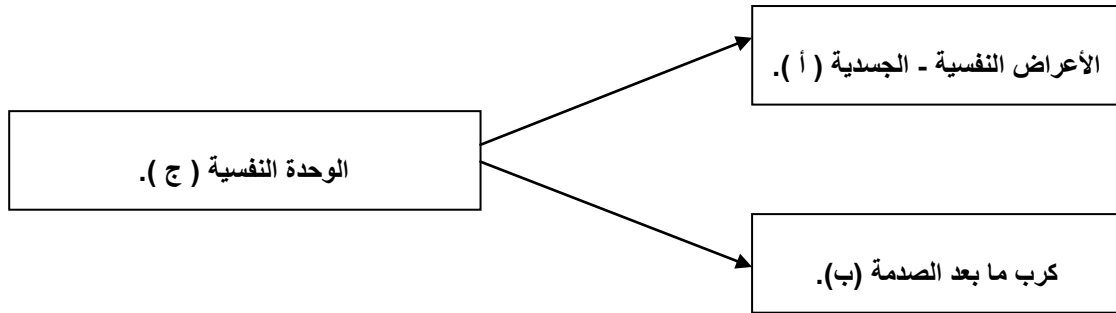
إن البيانات المتحصل عليها من تحليل النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة باستخدام معامل الارتباط البسيط بين متغيرات البحث بين الذكور والإناث، وبعد ذلك تم استخدام معامل الارتباط الجزئي بين كرب ما بعد الصدمة ( أ ) والأعراض النفسية - الجسدية ( ب ) بعد العزل الإحصائي للوحدة النفسية ( ج ) بين الذكور والإناث.

والمبينة في كل من الجدول رقم ( 28 ) والجدول رقم ( 29 ) والتي تبين أن معامل الارتباط البسيط بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية عند الذكور والإناث دال إحصائياً عند مستوى 0.01، أما معامل الارتباط الجزئي بعد العزل الإحصائي للوحدة النفسية فلم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية، بمعنى أن القيم لم تحافظ على درجاتها.

والنتيجة تعني تغير حجم الارتباط بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بعد العزل الإحصائي للوحدة النفسية بين الذكور والإناث.

بناء على هذه المعطيات يمكن مناقشة النتيجة التي تم التوصل إليها في ضوء نموذج التفسير الخاص بالمتغيرات الوسيطة.

#### شكل رقم ( 09 ) يبين افتراض السبب المشترك للوحدة النفسية.



المصدر: ( محمد بلال الزعبي، وعباس الطلافحة، 2000: 274 ).

والذي سبق الإشارة إليه في الشكل رقم ( 01 ) حيث أنه في هذه الفرضية سيتبين لنا افتراض السبب المشترك للوحدة النفسية.

وذلك يعني أن الافتراض قد تحقق وأن الوحدة النفسية تعد من أسباب تفاقم وإزمان كل من كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية عند الذكور والإناث، ما يعني تحقق الفرضية، وهي تتوافق مع ما توصلت إليه دراسة زحافا سولومون وورشال دوكمال Zahava Solomon & Rechel Dekel عام 2008 والتي تؤكد على المساهمة المعتبرة للوحدة النفسية واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) في التوافق

الزواجي بين قدامى المحاربين الإسرائيليين في حرب يوم الغفران لعام 1973 "أو حرب أكتوبر"، حيث تمت دراسة دور الوساطة من الوحدة النفسية التي تقاس في عام 1991 في ارتباطها باضطرابات كرب ما بعد الصدمة التي تقاس في عام 1991 والتوافق الزواجي كما تم قياسها في عام 2003، كما أثبتت النتائج أن الأسرى السابقين أظهروا مستويات أدنى من التوافق الزواجي ومستويات أعلى من كرب ما بعد الصدمة. كما تم التأكد من التوسط بين الوحدة النفسية في علاقتها باضطراب ما بعد الصدمة التي تقاس في عام 1991 والتوافق الزواجي كما تم قياسها في عام 2003 للأسرى الحرب السابقين، والشعور بالوحدة النفسية يسهم في التوافق الزواجي وتتجاوز مساهمة اضطراب ما بعد الصدمة كما تقاس في عام 2003 (Zahava Solomon & Rechel Dekel, 2008 : 261).

ثالثاً: المناقشة العامة.



انتهى البحث الحالي إلى مجموعة من النتائج، تم تفسيرها في ضوء التراث النظري والمعرفي المتاح، فضلا عن الدراسات السابقة التي سبق الإشارة إليها خلال البحث، ويمكن إجمال ما توصل إليه البحث الحالي إلى ما يلي:

استهدفت الفرضيات الثلاثة الأولى "الأولى، الثانية والثالثة" دراسة الفروق بين متغيرات البحث الحالي وذلك بهدف التحقق من مدى وجود الفروق بين المجموعات سواء كانت بين الذكور والإناث كما في الفرضية الأولى، أو بحسب متغير العمر ( قبل 40 سنة وبعدها 40 سنة ) كما في الفرضية الثانية، أو بحسب مدة التعرف و / أو الاطلاع على الإصابة بفقدان المناعة المكتسبة/ الإيدز ( قبل 2010 أو بعد 2010 )، وقد جاءت النتائج المتوصل إليها مؤيدة للفروض جزئيا في مجملها ماعدى الفرض الثالث الذي لم يتحقق كليا.

فمتغير الأعراض النفسية - الجسدية دال إحصائيا عند مستوى 0.05 ولصالح الإناث، حيث بلغ متوسطهم 42.67 ومتوسط الذكور 33.73، مما يعني أن الإناث المصابات بالإيدز يتعرضن للأعراض النفسية - الجسدية أكثر من الذكور وذلك قد يرجع لأسباب عدة كالأدوار الاجتماعية المنوطة بالمرأة وخاصة الإصابة باضطرابات خطيرة على غرار فقدان المناعة المكتسبة، والتي يميزها الضغط النفسي للحفاظ على المكانة الاسرية والصورة العائلية.

أما الفروق بين الذكور والإناث في متغير الوحدة النفسية فهي غير دالة إحصائيا، رغم أن المتوسطات تبين أنها لصالح الإناث بمتوسط 93.56 مقابل الذكور الذي يساوي 89.09، وهذا ما يعني أنه يوجد تماثل إلى حد ما في الشعور بالوحدة النفسية بين الذكور والإناث المصابين بالإيدز ربما يرجع إلى جسامة وخطورة المرض من جهة، ومحاولات التستر والإخفاء والانسواء والعزلة التي تميزهم خاصة إذا كان الاضطراب هو فقدان المناعة المكتسبة، فضلا عن باقي الخصائص التي تميز الذكور والإناث على حد سواء في شعورهم بالوحدة النفسية، رغم أن مقارنة المتوسطات تبين أن الإناث أكثر شعورا بالوحدة النفسية والتي قد ترجع لطبيعة كل من المرض وتأثيراته الجانبية وطبيعة المرأة في تفاعلها مع مرض الإيدز.

أما بالنسبة للفروق بين الذكور والإناث في متغير كرب ما بعد الصدمة فهو غير دال إحصائيا في حين تبين المتوسطات أنها لصالح الإناث أيضا بمتوسط 95.78 بمقابل الذكور بمتوسط 73.91. مما يعني أن كل من المصابين والمصابات بالإيدز يتأثرون بنفس الكيفية ونفس الطريقة لنتائج الصدمة المتعلقة بالإصابة بالإيدز والتي تأخذ بعين الاعتبار جسامتها وخطورتها، رغم أن المتوسطات تبين أنها لصالح الإناث اللاتي يتأثرن أكثر من الذكور والأمر الذي يعود لطبيعتهم وميلهم للشعور باليأس والخوف في أغلب الأحيان.

أما بالنسبة للفرضية الثانية فنجد الأعراض النفسية - الجسدية دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 لصالح الأقل من 40 سنة حيث بلغ متوسطهم 42.82 في مقابل متوسط الأكثر من 40 سنة والذي يساوي 32.78. مما يعني أن المصابين بفقدان المناعة المكتسبة والذين يقعون في عمر الأربعين سنة فأقل تظهر عليهم الأعراض النفسية - الجسدية أكثر من نظرائهم الذين يقعون في الأكثر من أربعين سنة وهذا قد يرجع لظروف الإصابة بفقدان المناعة المكتسبة وتأثيراتها وخاصة في تفاعلها مع خطورة المرض من جهة ومن جهة أخرى عملية الاطلاع على المرض هي الأخرى قد تكون السبب، مما يعني أن مدة التكيف مع المرض طويلة جداً حتى يتجاوز الأفراد مدة الاربعين سنة ويتم التكيفهم أكثر بعد ذلك، فضلا عن ذلك قد يكون السبب راجع إلى فترة قبل الأربعين سنة وبعد هذه الفترة يصبح الأفراد أكثر استقراراً وأكثر إدراكاً وتكيفاً لتأثيرات مثل هكذا أمراض.

أما متغير الوحدة النفسية فهي غير دالة إحصائياً رغم أن المتوسطات تبين أنها لصالح الأكثر من 40 سنة حيث قدرت بـ 92.00 أما الأقل من 40 سنة فقد بلغ متوسطهم 90.36. فالأمر كذلك بالنسبة لمتغير الوحدة النفسية حيث أنها تزيد في السنوات الأولى قبل الأربعين سنة الأولى لعدم استقرار وتكيف الأفراد المصابين بفقدان المناعة المكتسبة وعدم قدرتهم على بناء علاقات مع الآخرين حتى وإن كانوا في وسط غني بالزملاء والاصدقاء وحتى الإخوة والأخوات فضلا عن ما يمتلكه البالغون من استراتيجيات للتعامل مع مشاعر الوحدة النفسية.

أما كرب ما بعد الصدمة فهو دال إحصائياً عند مستوى 0.05 لصالح الأقل من 40 سنة حيث بلغ المتوسط 91.36، في حين كان متوسط الأكثر من 40 سنة 74.44. فهذا يعني أن الأفراد المصابين بالإيدز وهم أقل من أربعين سنة تظهر عليهم أعراض كرب ما بعد الصدمة أكثر من الذين هم أكثر من الأربعين سنة وذلك يمكن إرجاعه إلى ما يمتلكه البالغون من استراتيجيات للتعامل مع الأعراض والمشكلات الناتجة عن الصدمات، فضلا عن عامل الخبرة والتكيف وإدراك حقائق الأشياء ومغزاهما.

أما الفرضية الثالثة والتي تدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بمعنى أن مجموع الأفراد الذين علموا و/ أو اطلعوا على كونهم مصابين بفقدان المناعة المكتسبة قبل عام 2010 على اعتبار أنها مدة طويلة لم ينجر عنها فروق حتى في حال تفاعلها مع مجموعة من العوامل كعامل كالإيمان بالنسبة لمتغير الأعراض النفسية - الجسدية "التي تظهر على الأشخاص المصابين بالإيدز كالتقرحات الجلدية والسرطانات الانتهازية .." رغم أن المتوسطات تبين عكس ذلك، فضلا عن كل من متغير الوحدة النفسية التي تزيد يوماً بعد يوم وكرب ما بعد الصدمة الذي قد يطول لسنوات والبعد الثاني والمتمثل في الأفراد المصابين بعد عام 2010 التي تعد مدة قصيرة للإصابة والتي تتفاعل مع المتغيرات أيضاً من حيث أن النتائج الحالية تبين تماثلاً في مدة الإصابة أي كونها حديثة أم قديمة، أي أن عامل الوقت أو المدة الزمنية المتعلقة بسنوات الإصابة ليست هو العامل الحاسم أو الضابط لكي يحدث فروقا

وخاصة إذا كانت مدة قصيرة يمكن تحديدها بقبل 2010 أو بعد 2010 في كل من الوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية.

وهذا ما يعني أن الفرضيات الثلاثة أسفرت على كون مرضى فقدان المناعة المكتسبة "الإيدز" شبه ممتثلين ( مع بعض الاختلافات الطفيفة في مستوى الدلالة الإحصائية ) في كل من كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية والأعراض النفسية الجسدية سواء كانوا ذكورا أو إناثا، أو بحسب متغير العمر ( قبل 40 سنة وبعد 40 سنة )، أو بحسب مدة التعرف و / أو الاطلاع على الإصابة بفقدان المناعة المكتسبة/ الإيدز ( قبل 2010 أو بعد 2010 )، وهذا ما يعني أن هذا التماثل شبه الكلي وكأنه نزعة عامة عند المصابين بفقدان المناعة المكتسبة بغض النظر عن جنسهم، عمرهم، أو طول أو قصر مدة الإطلاع على الإصابة بالمرض، وهذا راجع لطبيعة هذا الاضطراب وقوته وخطورته وجسامته تأثيره على مجمل شخصية المصابة به.

فيما استهدفت الثلاث فرضيات اللاحقة "الرابعة، الخامسة والسادسة" دراسة معاملات الارتباط بين متغيرات البحث بهدف معرفة مدى الارتباط عند الذكور والإناث بين كل من كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية من جهة وكرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية من جهة ثانية والوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية من جهة ثالثة. والتي كانت كلها دالة إحصائيا عند مستوى 0.01. وقد جاءت النتائج مؤيدة للفروض المطروحة والتي أكدت في أغلب الأحيان الدراسات السابقة القليلة جدا وغير المتوفرة في مجمل الأحيان في حدود علم الطالب الباحث، وهذا ما يؤكد طبيعة تشكل وتطور مثل هذه الاضطرابات التي غالبا ما تتداخل فيما بينها لدرجة يصعب فيها تقديم أو تأخير أيهما الذي يؤثر في الآخر و/ أو أيهما يسبق الآخر من حيث الظهور ومن حيث أيضا التأثير والتأثر في المتغير الآخر.

كما عملت الفرضيات الثلاثة الأخيرة "السابعة، الثامنة والتاسعة" على البحث على مدى توسط متغيرات الدراسة الحالية لبعضها البعض، أي مدى تغير حجم الارتباك بين متغيرين بعد العزل الإحصائي للمتغير الثالث بهدف معرفة الأسباب المؤدية إلى تفاقم وإزمان المشكلات الأخرى والمتعلقة بمتغيرات البحث الحالي، وذلك لكل من الوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية. ورغم أنه لا توجد دراسات سابقة تناولت المتغيرات بالشكل المباشر وحتى غير المباشر في هذا الإطار إلا أنه يتبين أن المتغيرات الثلاثة "كرب ما بعد الصدمة، الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية" تتفاعل معا حيث أنها تتوسط بعضها البعض؛ حيث توسط كرب ما بعد الصدمة الوحدة النفسية و الأعراض النفسية - الجسدية بمعنى أن " كرب ما بعد الصدمة " هو السبب في هذا التغير الحاصل، وهو الأمر كذلك بالنسبة لتوسط الوحدة النفسية لكرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية، والأمر مماثلا بالنسبة لتوسط الأعراض النفسية - الجسدية للوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة،

فالمغيرات الثالثة تأثر كل واحدة في الأخرى حيث أن الإصابة بفقدان المناعة المكتسبة/ الإيدز يزيد في ظهور الأعراض النفسية - الجسدية، كما أنه يعمق من شعور الأفراد المصابين أيضا بالشعور بالوحدة النفسية، وهو الأمر كذلك بالنسبة لكرب ما بعد الصدمة والذي عادة ما ترتبط عملية الإصابة بفيروس المناعة المكتسبة بفكرة الموت، الانتهاء، الاندثار، والتي تصبح واقعا عمليا وتعدمه بذلك التصورات الاجتماعية والمعاناة النفسية والأعراض الجسدية للمصابين به، فالمغيرات الثلاثة تتفاعل مع بعضها البعض وتعمل كل واحدة في زيادة معدل التعقيد والإزمان والتفاقم للمغيرات الأخرى كلما اجتمعت معا عند المصابين بفقدان المناعة المكتسبة.

في الأخير وبناء على ما تقدم، يمكن القول أن الدراسة الحالية قد حققت أهدافها المسطرة، واستطاعت الإجابة على التساؤلات المطروحة من خلال الفرضيات التي تم وضعها، والتي تمت مناقشة نتائجها وتفسيرها في ضوء ما أتيح للطالب الباحث من تراث نظري ودراسات سابقة متعلقة بمتغيرات الدراسة الحالية.

ورغم كل ذلك إلا أن النتائج الحالية تبقى بحاجة لمزيد من البحث والدراسة بغية التوصل إلى ضبط أكثر لهذه المتغيرات بتحسين شروط البحث، وذلك باستخدام أدوات أكثر دقة على عينة أكثر حجما، وبالتالي الاستفادة أكثر من نتائجها.

**الخاتمة:**

بعد تناول مختلف الجوانب النظرية والمعرفية المتعلقة بكل من كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية عند المصابين بالعوز المناعي المكتسب "الإيدز" يتبين لنا ملامح الأهداف المسطرة من خلال البحث، وذلك بعد الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي باعتباره المنهج الأنسب لطبيعة الموضوع.

ومن أجل ذلك تم العمل على تطبيق مقاييس الدراسة على عينة قصدية مكونة من ( 40 ) حالة من المرضى الذين تم تشخيصهم طبياً كمصابين بـ"الإيدز" بمستشفى مصطفى بغدادى بتمنراست. ولتحقيق أهداف البحث تم الاستعانة بكل من اختبار كرب ما بعد الصدمة لجمال حسن أبو نواس (2005)، واختبار أو قائمة كورنل لتحري العوارض النفسية - الجسدية ترجمة محمود الزيايدي (1984)، وللذان تم إجراء بعض التعديلات الطفيفة عليهما ليتوافقا وعينة الدراسة الحالية، بالإضافة لمقياس الشعور بالوحدة النفسية لإبراهيم زكي قشقوش ( 1988 )، كما تم التأكد من خصائصهم السيكومترية على بيئة الدراسة الحالية. ومن ثم تم جمع البيانات وتحليلها إحصائياً بالاستعانة ببرنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS, 19) وذلك بمجموعة من الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية من أجل الوقوف على مدى صحة الفرضيات المطروحة كمعامل الارتباط البسيط، معامل الارتباط الجزئي، اختبار "ت" لدلالة الفروق.

حيث أسفر البحث الحالي بالاستناد للفرضيات المطروحة على النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية والوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة حسب الجنس، تحققت جزئياً.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية وكرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية حسب العمر، تحققت جزئياً.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية - الجسدية والوحدة النفسية وكرب ما بعد الصدمة حسب مدة الإصابة، لم تتحقق كلياً.
- تم التحقق من وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بين الذكور والإناث.
- تم التأكد من وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية بين الذكور والإناث.
- تم التوصل إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية بين الذكور والإناث.

- تم التأكد من توسط كرب ما بعد الصدمة لكل من الشعور بالوحدة النفسية والأعراض النفسية الجسدية لدى الذكور والإناث.
  - تم التأكد من توسط الأعراض النفسية - الجسدية لكل من كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية لدى الذكور والإناث.
  - تم التأكد من توسط الوحدة النفسية لكل من كرب ما بعد الصدمة والأعراض النفسية - الجسدية لدى الذكور والإناث.
- كما تمت مناقشة الفرضيات في ظل الدراسات السابقة، والتراث المعرفي والنظري المتعلق بمتغيرات البحث.

## التوصيات والاقتراحات:

بالاستناد إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فضلا عن إشارتها للعديد من المتغيرات البحثية وإثارها للعديد من المشكلات العلمية والعملية ووضعها لبعض الافتراضات التي يمكن أن تكون أرضية جديدة لمواضيع دراسات مستقبلية وانطلاقا من كون الدراسة الحالية هي الأولى من نوعها في حدود علم الطالب الباحث من أجل ذلك يقترح ما يلي:

- توسيع عينة الدراسة لتشمل عينة أكبر من أجل التمكن من تعميم النتائج بصفة جيدة.
- ضرورة تطبيق هذه الدراسة وغيرها من الدراسات المماثلة للتأكد من نتائجها من الناحية الثقافية في إطار "الدراسات عبر الثقافية" وهذا ما تم لمسه في منطقة تامنغست حيث تتميز بتنوع البيئة والمجموعات السكانية ومن خلال ذلك العوامل الثقافية والجغرافية.
- العمل على توسيع الدراسات في مجال مرضى العوز المناعي المكتسب ليشمل كل من "مركز الضبط، المناعة النفسية، صورة الجسد، قلق الموت، المساندة الاجتماعية، التصورات الاجتماعية، أسلوب الحياة، قلق المستقبل، المعاش النفسي، الكفاءة الذاتية، جودة الحياة، التفاؤل والتشاؤم، الانضباط الصحي، والسلوك الجنسي الآمن،... وغيرها من المتغيرات التي تعد إضافات مهمة للبحث النفسي، فضلا عن مساهمتها في فهم أكثر لفئة المرضى بالإيدز.
- العمل على دراسة صورة المصابين بالإيدز عند غير المصابين؛ كالوصم، والتحمل،... الخ.

## بالإضافة للمقترحات يمكن الوقوف على التوصيات التالية:

- العمل على الاهتمام والتكفل والعناية بالحالة النفسية والنفسية - الجسدية وأشكال المعاناة فضلا عن المعاناة العضوية للمصابين بفقدان المناعة المكتسبة "الإيدز".
- ضرورة الأخذ بعين الاعتبار بالجانب النفسي والنفسية - الجسدية لمجموع الاضطرابات والمعانات النفسية التي يعاني منها هؤلاء الأفراد المصابين أثناء اقتراح أي برنامج علاجي سواء كان علاجاً طبيياً أم نفسياً أو متزامناً.
- العمل على الحد من الشعور بالوحدة النفسية والأعراض النفسية - الجسدية وعلاج كرب ما بعد الصدمة عند كل الأفراد المصابين بهم ولا سيما مرضى فقدان المناعة المكتسبة/ الإيدز.
- العمل على التكفل النفسي والعلاج الإسنادي فضلا عن العلاجات المعرفية في سبل وطرائق إبلاغ المصابين بالإيدز بمرضهم و/ أو بإصابتهم، والتكفل بهم إلى غاية استقرار أوضاعهم النفسية وذلك من أجل مقاومة أشكال معاناتهم وردود أفعالهم التي غالبا ما تكون آثارها وخيمة على باقي الأفراد المحيطين بهم؛ كمحاولات الانتقام مثلا.

المراجع.



## أولاً: الكتب باللغة العربية:

- 01 إبراهيم، عبد الستار، (1998)، الاكتئاب، عالم المعرفة، الكويت.
- 02 آرون، بيك، (2000)، ترجمة عادل مصطفى، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، دار النهضة العربية، ط1، بيروت، لبنان.
- 03 بوحوش، عمار، والذنيبات، محمد، (1995)، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 04 بشير، معمري، (2002)، القياس النفسي وتصميم الاختبارات النفسية، الطبعة الأولى، منشورات شركة باتنيت، باتنة، الجزائر.
- 05 جابر، عبد الحميد، وعلاء الدين، كفاي، (1993)، معجم علم النفس والطب النفسي "عربي- إنجليزي" الجزء السادس، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر.
- 06 جان، بنجان ستورا، (1997)، الإجهاد أسبابه وعلاجه، ط1، منشورات عويدات، بيروت، لبنان.
- 07 الدسوقي، مجدي محمد، (1998)، مقياس الشعور بالوحدة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- 08 زهران، حامد عبد السلام، (1977)، علم نفس النمو، ط4، القاهرة، عالم الكتاب.
- 09 الزعبي، محمد بلال، وعباس، الطلافحة، (2000)، النظام الإحصائي SPSS فهم وتحليل البيانات الإحصائية، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.
- 10 الحجار، محمد حمدي، (2004)، العلاج السيكوسوماتي المعرفي، مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية، طرابلس، لبنان.
- 11 حسن غانم، محمد، (2008)، سيكولوجية مرضى الإيدز "التعريف، الوبائيات، الأسباب، الديناميات الوقائية، العلاج والإرشاد"، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر.
- 12 ياسين، عطوف محمود، (1986)، علم النفس العيادي، ط2، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.
- 13 ياسين، عطوف محمود، (1988)، الأمراض السيكوسوماتية ( الأمراض النفسجسدية )، ط1، منشورات بحسون الثقافية، بيروت، لبنان.
- 14 يعقوب، غسان، (1999)، سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي ( اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة )، ط1، دار الفارابي، بيروت، لبنان.
- 15 شقير، زينب محمود، (2002)، الأمراض السيكوسوماتية ( النفس - جسمية )، المجلد الأول، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

- 16 عبد الفتاح، محمد دويدار، ( 2000 )، مناهج البحث في علم النفس ، ط 2، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- 17 عبد الخالق، أحمد وآخرون، ( 2000 )، الاضطرابات التالية للأحداث الصدمية، دراسة إبيديمولوجية، ط1، مكتبة الكويت الوطنية، الكويت.
- 18 العساف، صالح بن حمد، ( 1989 )، مدخل إلى البحث في العلوم السلوكية ، دار المريخ، الرياض، السعودية.
- 19 فهمي، مصطفى، (1979)، التكيف النفسي، مكتبة مصر، القاهرة ، مصر .
- 20 صالح، معاليم، ( 2008 )، محاضرات في الأمراض النفسية الجسدية ، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 21 صالح، معاليم، ( 2001 )، بعض النظريات للأمراض النفسو - جسدية، مثال الربو ، مطبوعات جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر.
- 22 لينورد، ف، كوزيوا، كيريس، أ، ستوت، ( 2003 )، الأسس النيوروسيكولوجية للاضطرابات النفسية "نظريا وتطبيقيا" ، ترجمة محمد السيد منصور، سحر عبد العزيز الكفافي، نجلاء محمد الحبشي وآخرون، مطبعة جامعة طنطا "الكتاب الجامعي"، مصر.
- 23 محمد خير الزراد، فيصل، (2000)، الأمراض النفسية-جسدية (أمراض العصر)، ط 1، بيروت، لبنان، دار النفائس.
- 24 النابلسي، محمد أحمد، ( 1991 )، الصدمة النفسية علم نفس الحروب والكوارث ، دار النهضة العربية، بيروت.
- 25 خالد، محمد عبد الغني، لطيفة، ماجد النعيمي، ( 2008 )، دراسة حضارية مقارنة للفروق بين المراهقين المصريين والقطريين الذكور والإناث في القلق الوجداني والشعور بالوحدة النفسية، الذكاء والشخصية "دراسات في القلق والوحدة والألوان" ، الطبعة الأولى، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، ميدان الظاهر، القاهرة.
- 26 تايلور، شيلي، ( 2008 )، علم النفس الصحي ، الطبعة الأولى، ترجمة، وسام درويش بريك، وفوزي شاكرا داود، دار الحامد، عمان، الأردن.

## ثانيا: المجلات والدوريات:

- 27 -أمل، الأحمد، (2001)، حالة القلق وسمة القلق وعلاقتها بمتغيري الجنس والتخصص العلمي، مجلة جامعة دمشق، المجلد 17، العدد الأول، ص ص (107- 136).
- 28 -البطاينة، أسامة محمد، (2005)، الشعور بالوحدة النفسية لدى المعوقين حركيا بمحافظة أربد، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد السادس، العدد الثاني، جويلية، ص ص ( 117 - 150)، المؤسسة العربية للطباعة والنشر.
- 29 -الدليم، فهد عبد الله، وعامر، جمال شفيق، ( 2004)، الشعور بالوحدة النفسية لدى عينات من المراهقين والمراهقات بالمملكة العربية السعودية، مجلة مركز البحوث التربوية، كلية التربية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.
- 30 -الربيعه، فهد بن عبد الله، ( 1997)، الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة، دراسة ميدانية، مجلة علم النفس، العدد 43، جويلية- أوت- سبتمبر، السنة الحادية عشرة، ( ص ص 30- 47 )، تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر.
- 31 ريسكو، أ، ترجمة نبيل حسين آغا، (1990)، الإيدز، مجلة الثقافة النفسية، العدد الثالث، المجلد الأول، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- 32 رضوان، سامر جميل، (2001)، الاكتئاب والتشاؤم دراسة ارتباطية مقارنة، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد الثاني- العدد الأول، مارس، ص ص ( 11 - 41 )، المؤسسة العربية للطباعة والنشر، مصر.
- 33 سلامي، باهي، ( 2009)، الاضطرابات السيكوسوماتية ( النفسجسمية ) لدى معلمي المدرسة الابتدائية، دراسة ميدانية على عينة من معلمي أربع ولايات جزائرية، مجلة دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 13، ( ص ص 167- 202 )، جامعة الجزائر، الجزائر.
- 34 سلطان، بن موسى العويضة، (2009)، علاقة الاتصال المفضل الشائع بكل من القلق الاجتماعي والشعور بالوحدة وكشف الذات لدى عينة من طلبة جامعة عمان الأهلية، مجلة دراسات، العلوم التربوية، المجلد 36، ص ص ( 412- 432 ) ، عمان، الأردن.
- 35 -الشكعة، علي، (2009)، استراتيجيات مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة في محافظة نابلس، مجلة جامعة النجاح للأبحاث ( العلوم الإنسانية )، المجلد 23 (02)، ( ص ص 351 - 378 ).

- 36 عبد الحليم، خلفي، (2008)، نمط الشخصية "أ"، مجلة آفاق علمية للمركز الجامعي تمنراست/ الجزائر، العدد الأول، سبتمبر، ص ص ( 171 - 200 )، مكتبة الرشاد للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.
- 37 عبد القادر جودة، أمال، ( 2005 )، الوحدة النفسية وعلاقتها بمفهوم الذات لدى الأطفال في محافظة غزة، بحث مقدم إلى المؤتمر التربوي الثاني حول "الطفل الفلسطيني بين تحديات الواقع وطموحات المستقبل"، ص ص (775 - 804)، المنعقد بكلية التربية في الجامعة الإسلامية، في الفترة الممتدة من 22 - 23 / 11 / 2005، غزة، فلسطين.
- 38 العويضة، سلطان موسى، (2011)، مدى فاعلية العلاج النفسي - الإسلامي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من المراجعين لعيادة الأمل للطب النفسي في مدينة عمان، مجلة العلوم التربوية والنفسية، كلية التربية، جامعة البحرين، مؤسسة الأيام للصحافة والطباعة والتوزيع، المجلد 12 العدد الأول، 01 مارس، ص ص (13 - 38).
- 39 مایسة، أحمد النیال، ( 1993 )، بناء مقياس الوحدة النفسية ومدى انتشارها لدى مجموعات عمرية متباينة من أطفال المدارس بدولة قطر، مجلة علم النفس، العدد الخامس والعشرون ( 25 )، يناير - فبراير - مارس، السنة السابعة، ( ص ص 102 - 115 )، تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 40 محمد، عبد المؤمن حسين، ومنى، راشد الزياني، ( 1994 )، الشعور بالوحدة لدى الشباب في مرحلة التعليم الجامعي، دراسة تحليلية في ضوء الجنس والجنسية ونوع الدراسة، مجلة علم النفس، العدد التاسع والعشرون، يناير - فبراير - مارس، السنة الثامنة، ( ص ص 06 - 24 )، تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 41 ميشال، فون راند وزيفريد، تسييف، (1998)، التصورات التحليلية النفسية لتشكل العرض والبنية النفسية الجسدية، ترجمة سامر جميل رضوان، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، العدد الخامس والثلاثون، المجلد التاسع، تموز، يوليو، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- 42 معاوية، أبو غزال وعبد الكريم، جرادات، (2009)، أنماط تعلق الراشدين وعلاقتها بتقدير الذات والشعور بالوحدة، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد الخامس، العدد الأول، ص ص ( 45 - 57 )، جامعة اليرموك، أريد، الأردن.
- 43 مقدادي، يوسف موسى، (2008)، الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طلبة كلية العلوم التربوية بجامعة آل البيت، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 09، العدد 03 سبتمبر، مؤسسة الأيام للصحافة والنشر والتوزيع، كلية التربية جامعة البحرين، مملكة البحرين ( ص ص 175 - 195 ).

## ثالثاً: الرسائل والمذكرات:

- 44 -إيمان، صالح أحمد السنباني، (2005)، فعالية برنامج علاج سلوكي - معرفي في تخفيف اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء إليهم، رسالة ماجستير في علم النفس غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- 45 -أسماء، عبد الحسين محمد، ( 2010)، أثر برنامج علاجي في خفض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وتحسين التكيف النفسي لدى عينة من المراهقين المقيمين في الأردن، مذكرة دكتوراه في علم النفس، تخصص الإرشاد النفسي التربوي، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- 46 -أمين علي مصطفى، ناجية، ( 2004)، فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية، رسالة مقدمة للحصول على درجة الدكتوراه في الفلسفة في دراسات الطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- 47 -الجوهره، بنت عبد القادر بن طه شيببي، ( 1426هـ)، الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بسمات الشخصية لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة، مذكرة ماجستير في علم النفس غير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- 48 -جمال، حسن أبو نواس، ( 2005)، تأثير الخبرات الصادمة على اضطراب ما بعد الصدمة ودافعية الانجاز والتحصيل لدى طلبة الصفين السادس والسابع في فلسطين والأردن، مذكرة ماجستير في علم النفس، كلية الدراسات العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
- 49 -دانيا، الشبؤون، ( 2005)، الأمن النفسي وعلاقته بالوحدة النفسية، دراسة ميدانية على تلاميذ الصفين الرابع والسادس من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية، ماجستير في علم النفس، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة دمشق.
- 50 -رشا، عبد الفتاح محمد فايد، ( 2004)، مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين مكفوفي البصر "دراسة مقارنة"، ماجستير في دراسات الطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- 51 -الحواجري، أحمد محمد، (2003)، مدى فعالية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لدى طلبة مرحلة التعليم الأساسي في محافظة غزة، مذكرة ماجستير في علم النفس، قسم علم النفس، كلية التربية، عمادة الدراسات العليا، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 52 -حسام الدين، مصطفى طوسون، ( 2003)، فاعلية استخدام برنامج خدمة الجماعة للتخفيف من حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى تلاميذ وتلميذات الصف الخامس

- الابتدائي، دراسة تجريبية، ماجستير في دراسات الطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- 53** حسن، علاونة، ( 2005)، الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك المقيمين وغير المقيمين مع أسرهم في ضوء بعض المتغيرات، مذكرة ماجستير في علم النفس، قسم الإرشاد وعلم النفس، كلية التربية والفنون، جامعة اليرموك، أربد، الأردن.
- 54** حسن علي خويطر، وفاء، ( 2010)، الأمن النفسي والشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية "المطلقة والأرملة" وعلاقتها ببعض المتغيرات، مذكرة ماجستير في علم نفس الإرشاد النفسي، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 55** حنان، بنت أسعد محمد خوج، ( 2002)، الخجل وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية وأساليب المعاملة الوالدية لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة، مذكرة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- 56** سهام، طبي، (2005)، أنماط التفكير وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من المصابين بالحروق دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي باتنة ومستشفى الدويرة بالجزائر العاصمة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير تخصص علم النفس المعرفي، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
- 57** سعاد، غازي حامد بدران، ( 2010)، أثر برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعنفات في مدينة عمان، مذكرة ماجستير في علم النفس، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- 58** سميرة، هامل، (2012)، التصورات الاجتماعية للسجين، لدى مسؤولي المؤسسات المتعاقدة مع وزارة العدل وأثرها في إعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين، دراسة ميدانية بالمؤسسات العمومية بولاية باتنة، مذكرة ماجستير في علم النفس العيادي، تخصص علم النفس العقابي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، شعبة علم النفس، جامعة باتنة، الجزائر.
- 59** شاهين، محمد أحمد، (2007)، فعالية برنامج تدريبي معرفي في تحسين التفكير العقلاني وتقدير الذات وخفض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الطلبة الجامعيين في فلسطين، رسالة دكتوراه في الفلسفة في العلوم التربوية، تخصص إرشاد تربوي ونفسي، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
- 60** شواقفة، صالح سهو النهار، ( 2000)، الشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة جامعة آل البيت، مذكرة ماجستير في علم النفس غير منشورة، كلية التربية والفنون، جامعة اليرموك، الأردن.

- 61 -العازمي، ناصر فلاح، (2007)، العنف الأسري وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى طلبة المرحلة الثانوية في دولة الكويت، مذكرة ماجستير في التربية، تخصص الإرشاد النفسي والتربوي، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- 62 -عائدة، عبد الهادي حسنين، ( 2004)، الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، مذكرة ماجستير في علم النفس، كلية التربية، عمادة الدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة.
- 63 -عايدة، شكري حسن، ( 2001)، ضغوط الحياة والتوافق الزواجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والسويات، دراسة مقارنة، مذكرة ماجستير في الآداب، تخصص علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس، مصر.
- 64 -عبير، بنت محمد حسن الصبان، ( 2003)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة، أطروحة دكتوراه في علم النفس، تخصص صحة نفسية، كلية تربية البنات، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- 65 -العنزي، أمل سليمان تركي، ( 2005)، أساليب مواجهة الضغوط عند الصحاحات والمصابات بالاضطرابات النفسجسمية "السيكوسوماتية" دراسة مقارنة، مذكرة ماجستير في علم النفس، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.
- 66 -عبد الغني حسن عفانة، رفيق، ( 2006)، العنف الزواجي لدى عينة من مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية، مذكرة ماجستير في علم النفس، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، الأردن.
- 67 -عبد الحليم، خلفي، (2006)، نمط الشخصية - أ - كمتغير وسيط بين أسلوب الاندفاع/ التروي وسلوك حل المشكلات، مذكرة ماجستير في علم النفس غير منشورة، تخصص علم النفس المعرفي، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
- 68 -الغرابية، سالم علي سالم، ( 2002)، الشعور بالوحدة ومركز الضبط لدى المتفوقين المتأخرين تحصيليا من طلبة المرحلة الثانوية في مدارس مدينة أربد، مذكرة ماجستير، قسم الإرشاد وعلم النفس التربوي، كلية التربية والفنون، جامعة اليرموك.
- 69 -فؤاد، محمد زايد حسين، ( 2007)، الشعور بالوحدة النفسية لدى الطلبة اليمنيين وغير اليمنيين الوافدين إلى الجامعات السورية وعلاقته ببعض المتغيرات، دراسة عيادية،

- ماجستير في علم النفس، تخصص كالإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.
- 70** فايد، أبو الخير، ( 2009)، علاقة الجنس والعمر بنسبة انتشار القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى السرطان في مركز الحسين للسرطان، ماجستير علم النفس الإكلينيكي، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- 71** فاكهة، جعفر محمد جعفر، ( 2007)، الخجل وعلاقته بتقدير الذات والوحدة النفسية، دراسة مقارنة بين عينتين من طلبة جامعتي دمشق و عدن، رسالة دكتوراه في علم النفس، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.
- 72** الصادق، أبو خريص حسن الكوت، ( 2000)، تقدير الذات والشعور بالوحدة لدى المراهقين المحرومين وغير المحرومين من أسرهم، مذكرة ماجستير في علم النفس، إرشاد نفسي، قسم الإرشاد وعلم النفس التربوي، كلية التربية والفنون، جامعة اليرموك.
- 73** مها، محمد عبد الرؤوف البربري، ( د. س. ط )، الوحدة النفسية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى المسنين، مذكرة ماجستير في علم النفس، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة طنطا، مصر.
- 74** مومني، فواز أيوب حمدان، (2008)، أثر استراتيجيات التعامل والدعم الاجتماعي في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى ضحايا وأسر تفجيرات فنادق عمان، رسالة دكتوراه في علم النفس، الإرشاد النفسي، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- 75** محمد نجيب، موسى، ( 2007)، فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين، أطروحة دكتوراه في فلسفة العلوم التربوية، تخصص إرشاد نفسي تربوي، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
- 76** منال، الشيخ، (2006)، اضطرابات الضغوط التالية للصدمة النفسية الناتجة عن حوادث الطرق، بحث ميداني على عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين 07 و 12 سنة في مدارس التعليم الأساسي في مدينة دمشق ومشافياها، مذكرة ماجستير في علم النفس غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.
- 77** نشوى، أحمد عبد الحميد إبراهيم، ( 2002)، الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى عينة من الأطفال المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية، مذكرة ماجستير في علم النفس "دراسات الطفولة"، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.



78- الخميسي، محمد ربيع عبد الرحيم، ( 2001 )، فعالية العلاج النفسي في علاج قلق الانفصال والشعور بالوحدة النفسية لدى جماعة من أبناء المؤسسات الإيوائية "دراسة تجريبية"، أطروحة دكتوراه في علم النفس، معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة عين شمس، مصر.

#### رابعاً: المواقع الإلكترونية:

- 79- WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, World health statistics ( 2010 ). I. World Health Organization. NLM classification: WA 900.1 ( ISBN 978 92 4 656398 2 ) .<http://www.who.int/01/08/2011>.
- 80- <http://www.wikipedia.org/> ( 27/ 08/ 2011 ). ( فقدان المناعة المكتسبة " الإيدز " )
- 81- <http://www.assps.yourforumlive.com/> آيت مجبر بديعة، الضغوط والمرض، جمعية ستيفيس للصحة النفسية لولاية سطيف، تاريخ الزيارة (2010 / 11 / 15).
- 82- [http://www.arabpsynet.com/pass\\_download\(15-16\)](http://www.arabpsynet.com/pass_download(15-16))، ( 2007 )، بشير، معمريه، العوامل النفسية في مرض السرطان، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 15 - 16 صيف 2007 وخريف 2007.
- 83- [http://www.arabpsynet.com/pass\\_download\(15-16\)](http://www.arabpsynet.com/pass_download(15-16))، ثابت، عبد العزيز موسى، ( 2007 )، ترافق المراضة بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى طلبة الجامعات في غزة، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 15 - 16 صيف 2007 وخريف 2007.
- 84- <http://www.iugaza.edu.ps/ara/research/> علوان، نعمات شعبان، ( 2008 )، الرضا، مجلة الجامعة الإسلامية، جامعة الأقصى ( سلسلة الدراسات الإنسانية )، المجلد السادس عشرة (16)، العدد الثاني (12)، ص ص 475 - 532 جويلية 2008.
- 85- [http://www.arabpsynet.com/pass\\_download.asp?file=13](http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=13) رياض، خضر محمود صيدم، عبد العزيز ثابت، ( 2007 )، الصدمات النفسية للاحتلال وأثره على الصحة النفسية للطلبة في قطاع غزة، المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية، العدد 13.
- 86- <http://www.arabpsynet.com/> مایسة أحمد النیال، ( 1993 )، بناء مقياس الوحدة النفسية مجلة علم النفس، ومدى انتشارها لدى مجموعات عمرية متباينة من أطفال المدارس بدولة قطر، مجلة علم النفس، مجلة فصلية تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب، السنة السابعة - العدد 25 - يناير / فبراير / مارس 1993.

- 87- [www.de.geocities.com/psychoarab](http://www.de.geocities.com/psychoarab). ميشال فون راد وزيفريد تسيف ، (2010) ، *التصورات التحليلية النفسية لتشكل العرض والبنية* Rad & Siegfried Zepf ، *النفسية الجسدية*، ترجمة سامر جميل رضوان، تاريخ الزيارة 2010 /08/07 ،
- 88- [www.moh.gov.ps](http://www.moh.gov.ps) أمال، عبد القادر جودة، 2010 /11 /05، الوحدة النفسية

#### خامسا: المراجع باللغة الأجنبية:

- 89- Abiodun O. Adewuya, Mohammed O. Afolabi , Bola A. Ola, Olorunfemi A. Ogundele Adeola O. Ajibare, Bamidele F. Oladipo, Ibiyemi Fakande ( 2009 ), *Post-traumatic stress disorder ( PTSD ) after stigma related events in HIV infected individuals in Nigeria, Social psychiatry & psychiatric Epidemiology, Dept. of Psychiatry, College of Medicine, Lagos State University Ikeja, Lagos, Nigeria, N° 44, ( 761- 766 ).*
- 90- Akhamouk Elias, ( 2012 ), *ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE VIH Tamanrasset ( 2007- 2011 ), Service maladies infectieuses EPH Tamanrasset, ( 01- 18 ), ( Siménaire national organisée par le Centre Universitaire Amine Elokhal El hadj Moussa Eg Akhamouk Tamanghasset ) .*
- 91- Anthony C. Theuninck, Nick Lake, & Stuart Gibson, ( 2010 ), *HIV-Related Posttraumatic Stress Disorder: Investigating the Traumatic Events, AIDS PATIENT CARE and STDS, Volume 24, Number 8, (485- 491).*
- 92- Christian Grov, Sarit A. Golub, Jeffrey T. Parsons, Mark Brennan and Stephen E. Karpiak ( 2010 ), *Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults, AIDS Care (Routledge), Vol. 22, N°. 5. ( 630- 639 ).*
- 93- *DSM-IV-TR, ( 2005 ), Manuel Diagnostique et Statistiques des Troubles Monteux, 2005. HI Masson.*
- 94- Ernestine H. Gordijn and Geerte Boven ( 2009 ), *Loneliness Among People with HIV in Relation to Locus of Control and Negative Meta-Stereotyping, Basic And Applied social psychology, N° 31, ( 109–116 ).*
- 95- Kathleen H. Reilly, Rebecca A. Clark, Norine Schmidt, Charles C. Benight and Patricia Kissinger, ( 2009 ), *The effect of post-traumatic stress disorder on HIV disease progression following hurricane Katrina, AIDS Care ( Routledge ), Vol. 21, No. 10, ( 1298- 1305 ).*
- 96- Norbert Silamy,( 1999 ), *Dictionnaire de Psychologie, Larousse, parsi, 2<sup>e</sup> édition.*
- 97- Mary Wells, Daniel Kelly, ( 2008 ), *The loneliness of cancer, European Journal of Oncology Nursing, N°. 12, doi:10.1016/j.ejon.2008.11.003, ( 410- 411 ).*

- 98-** Meredith Y. Smitha, Jennifer Egerth, Gary Winkelc, Jeffrey Jacobson ( 2002 ), *The impact of PTSD on pain experience in persons with HIV/AIDS*, International Association for the Study of Pain. Published by Elsevier Science B.V PAIN, No 98 ( 09- 18 ).
- 99-** Moshe Bensimon, Dorit Amir, Yuval Wolf, ( 2008 ), *Drumming through trauma: Music therapy with post-traumatic soldiers*, The Arts in Psychotherapy, No 35 ( 34–48 ).
- 100-** Robert A. Chernoff ( 2007 ), *Treating an HIV/AIDS Patient's PTSD and Medication Nonadherence With, Cognitive-Behavioral Therapy: A Principle-Based Approach*, Science Direct, Cognitive and Behavioral Practice 14 , ( 107–117 ).
- 101-** Sari L. Reisner, Matthew J. Mimiaga, Steven A. Safren and Kenneth H. Mayer ( 2009 ), *Stressful or traumatic life events, post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms, and HIV sexual risk taking among men who have sex with men*, AIDS Care ( Routledge ), Vol. 21, N°. 12.( 1481-1489).
- 102-** Sudie E. Back, Bonnie S. Dansky, Kathleen M. Carroll, Edna B. Foa, Kathleen T. Brady ( 2001 ), *Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: description of procedures*, Journal of Substance Abuse Treatment, No 21 ( 35– 45 ).
- 103-** Zahavasolomon, Racheldekel, (2008), *The Contribution of Loneliness and Posttraumatic Stress Disorder to Marital Adjustment Following War Captivity: A Longitudinal Study*, Family Process (Blackwell Publishing), Vol. 47, No. 2, ( 261- 275 ).

الملاحق:

ملحق رقم (01)  
اختبار الوحدة النفسية  
"إبراهيم زكي قشقوش".

اختبار الوحدة النفسية

## "إبراهيم زكي قشقوش"

## بيانات أولية:

الرقم: ..... الجنس: ..... السن: .....

الحالة الصحية: ..... تاريخ إجراء القياس: .....

الحالة الاجتماعية: ..... المستوى الاقتصادي: .....

المستوى التعليمي: .....

تاريخ معرفتك بالإصابة بالمرض: .....

## تعليمات:

يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي يمكن أن يشعر بها أي منا في مواقف الحياة اليومية، ويوجد أمام كل عبارة من هذه العبارات أربع فئات هي: ( أ )، ( ب )، ( ج )، ( د ).

المرجو منك أن تقرأ كل عبارة من هذه العبارات بدقة، ثم تبدي رأيك فيها بوضع علامة ( × ) في الخانة التي ترى أنها تعبر عن رأيك وذلك من بين الخانات الأربع التي توجد أمام كل عبارة مع ملاحظة أن:

الخانة ( أ ) تشير إلى أنك تشعر بما تنطوي عليه العبارة في معظم الأحيان ( غالباً ).

الخانة ( ب ) تشير إلى أنك تشعر بما تنطوي عليه العبارة في بعض الأحيان ( أحياناً ).

الخانة ( ج ) تشير إلى أنك تشعر بما تنطوي عليه العبارة في أندر الأحيان ( نادراً ).

الخانة ( د ) تشير إلى أنك لا تشعر على الإطلاق بما تنطوي عليه العبارة ( لا ).

لاحظ أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، والإجابة تعتبر صحيحة - فقط - عندما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذي تحمله العبارة.

شكراً على حسن تفهمك وتعاونك.

الرقم	العبارة	غالبا	أحيانا	نادرا	لا
01	أشعر أنني غير قادر على الانتماء لناد أو جماعة ما.				
02	أشعر أنه لا يوجد الإنسان الذي يهتم فعلا بمشاكل الآخرين.				
03	أشعر أن الآخرين يتعمدون إقصائي عنهم ووضع العراقيل في سبيل وجودي بينهم.				
04	أنتظر دائما أن يحدثني الآخرون أو يكتبوا لي.				
05	أشعر أنني في حاجة إلى الحب أكثر من حاجتي إلى أي شيء آخر.				
06	لا يوجد في حياتي حتى الآن شخص أستطيع أن ائتمنه على مشاكلي.				
07	أشعر أنه لا يوجد من بين المحيطين بي من يشاركني آرائي أو تتفق ميوله مع ميولي.				
08	يصعب علي تكوين الصداقات.				
09	نادرا ما أشعر بالحب من جانب المحيطين بي.				
10	أشعر بالملل والإجهاد في كثير من الأحيان.				
11	أشعر أن الآخرين يتجنبونني.				
12	أشعر أنني لا أستطيع أن أصارح شخصا ما بما يدور في ذهني.				
13	أعتقد أن الحب الصادق/ الحقيقي قد أصبح عملة نادرة في هذه الأيام.				
14	كثيرا ما أستغرق في أحلام اليقظة.				
15	لا أجد من أستطيع أن أتحدث معه في أسراري ومشاكلي الخاصة.				
16	أشعر أنني أفنقد الحب من جانب معظم الذين يعرفونني.				
17	أجد صعوبة كبيرة في أن أركز ذهني في عمل معين.				
18	أشعر أن علاقاتي الاجتماعية علاقات سطحية .				
19	أشعر أنني غريب عن حولي.				
20	أشعر بعدم وجود شيء ما يربطني بالآخرين.				

				أشعر أنني أفنقد الصداقة الحقّة.	21
				أستقبل أيام العطلات بفتور شديد.	22
				أشعر أن حياتي الحالية غير ذات قيمة أو هدف.	23
				أشعر أنني وحيدا دائما.	24
				أجد صعوبة كبيرة في الاندماج مع الآخرين.	25
				أشعر بعدم قدرتي على فهم المحيطين بي أو التفاهم معهم.	26
				أجد صعوبة كبيرة في شغل وقت فراغي أو استثماره في أمور مفيدة.	27
				أشعر أنني منعزل عن حولي.	28
				لم ألتقي حتى الآن بإنسان أستطيع أن أثق فيه.	29
				أشعر أن كل إنسان يهتم الآن بمصالحه الخاصة فقط.	30
				أشعر أنني لست على علاقة وثيقة بأحد.	31
				أشعر بالعزلة عن حولي رغم وجودي بينهم.	32
				أشعر أنني وحيد رغم كثرة معارفي.	33
				أشعر أنه لا يوجد من أستطيع أن أتجه إليه عندما أريد.	34

انتهى.



ملحق رقم (02)  
الصورة الأولية  
لاختبار اضطراب ما بعد الصدمة .  
إعداد "جمال حسن أبو نواس" .

الصورة الأولية

لاختبار اضطراب ما بعد الصدمة.  
إعداد "جمال حسن أبو نواس".

الاسم .....  
 الجنس:  ذكر  أنثى.  
 العمر:  11 سنة  12 سنة  13 سنة  14 سنة  15 سنة.  
 الصف:  السادس  السابع.  
 المدرسة .....  
 المدينة .....

تعليمات الاختبار.

يدور هذا الاختبار عن أحداث صادمة قد نتعرض لها جميعا في حياتنا، يتألف الاختبار من 45 خمس وأربعين فقرة، وأمام كل فقرة خمسة بدائل للإجابة وهي: تنطبق تماما، تنطبق نوعا ما، غير متأكد، لا تنطبق كثيرا، لا تنطبق إطلاقا.

- أرجوا أن تقرأ كل فقرة بعناية وتقرر ما إذا كانت تنطبق عليك أم لا.
- ضع علامة ( x ) في المكان المناسب أمام الفقرة التي تعتقد أنها تنطبق عليك.
- ملاحظة هامة: يرجى الإجابة على كل الفقرات وعدم ترك أيها منها.
- مثال:

الفقرة	تنطبق تماما	تنطبق نوعا ما	غير متأكد	لا تنطبق كثيرا	لا تنطبق إطلاقا
أتجنب رؤية الأفلام الحربية على التلفاز		x			

فالفقرة التي تناسب حالتني هي ( تنطبق نوعا ما ) لهذا أضع إشارة (x) في المربع ( تنطبق نوعا ما ) كما هو في المثال.

الرقم	الفقرات	تنطبق تماما	تنطبق نوعا ما	غير متأكد	لا تنطبق كثيرا	لا تنطبق إطلاقا
01	تراودني ذكريات عن الحدث الخطر الذي مررت به.					
02	أستيقظ ن النوم مذعورا لأنني أشاهد أحلاما عن أحداث مؤلمة مرت بي.					
03	أشعر بسرعة نبضات قلبي.					
04	أكره الحديث عن الحروب والانفجارات ولا أريد سماعه.					
05	أحاول أن أتجنب الأماكن التي شاهدت فيها الحدث الصادم.					
06	لم أعد أشارك مدرستي بالأنشطة والرحلات.					
07	أشعر بالصداع عندما أحاول تذكر الأحداث المهمة من الصدمة.					
08	عندما يتصل أصحابي لا أرد عليهم					
09	لا أبالي بمظاهر الفرح عند الأهل والأصدقاء.					
10	المستقبل غامض لا أجد فيه بارقة أمل أو سعادة					
11	عندما أذهب للنوم أتقلب في الفراش لمدة طويلة رغم حاجتي الشديدة للنوم.					
12	ترهقني الأصوات العالية فأغضب غضبا شديدا.					
13	أجد صعوبة في متابعة الأفلام والمسلسلات.					
14	أجفل لدى سماع حتى الأصوات العادية.					
15	لم أعد أبادل أقاربي الزيارات.					
16	لا أستطيع التخلص من تذكر الأصوات التي صاحبت ذكرياتي المؤلمة.					
17	معظم أحلامي مخيفة ولا أرى أحلاما سعيدة.					
18	أشعر بالغضب بسرعة.					

					19	عندما يريد أهلي مشاهدة الأخبار على التلفاز أريد الخروج خارج البيت كي لا أشاهد مناظر الحرب.
					20	إذا كان المكان الذي أنام فيه يشبه المكان الذي حدث فيه الحدث الصادم فإنني أهرب منه فوراً.
					21	لم أعد أعتني بترتيب ونظافة ملابسني وجسمي.
					22	عندما أحضر واجباتي أجد نفسي أفكر في ذكريات الصدمة.
					23	أشعر في كثير من الأحداث اليومية خطراً داهماً.
					24	أشعر بخوف شديد يجعلني لا أستطيع تذكر قوة الحدث.
					25	لم أعد أستمتع بجلسات الأصدقاء.
					26	لم أعد أستمتع بسماع الموسيقى والإنشاد.
					27	لا أعتقد أنني سوف أتزوج وتكون لي أسرة وأولاد.
					28	أستيقظ من النوم في منتصف الليل عدة مرات.
					29	أتعارك مع أصحابي إذا مازحوني مزحاً بسيطاً.
					30	لا أمارس هواياتي السابقة وأهملتها.
					31	أتذكر بألم كيف حدثت تلك الكارثة وكيف شعرت بأنني غير قادر على السيطرة على الأمور في وقتها وفي وقت معاودتها لي.
					32	لم أكن أحلم في ما سبق مثل هذه الأحلام المرعبة.
					33	أشعر بالتوتر دائماً.
					34	عندما يتحدث أصدقائي عن الانفجارات وأعمال التخريب أشغل نفسي بأشياء أخرى.
					35	أتجنب الذهاب لزيارة المعتقلين في السجون.
					36	أشعر بأن وجودي في المدرسة يشكل خطر على حياتي.

					37	أشعر بالارتباك عندما يطلب مني الحديث عن الصدمة ولا أستطيع التوضيح.
					38	أحدث أصدقائي ونكاتهم لم تعد تسليني.
					39	أعبر عما يدور في نفسي بالقسوة والعنف.
					40	لا أعتقد أن حياتي ستطول.
					41	أصحو من النوم في الصباح الباكر ولا أستطيع النوم ثانية مع أنني نعسان جدا.
					42	أصرخ لأبسط الأسباب.
					43	أجد التركيز على الدراسة أمر يحتاج لجهد كبير.
					44	امنع إخوتي الصغار من الخروج خارج البيت حتى في الأحوال العادية.
					45	قطعت صلتني بأصدقائي المقربين.

انتهى.

ملحق رقم (03)  
الصورة الأولية  
لاختبار كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية .  
إعداد وتقنين د/ محمود الزيادي.

الصورة الأولية  
لاختبار كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية.

إعداد وتقنين د/ محمود الزياتي.

كلية: ..... قسم: .....  
الاسم: ..... الجنس: ..... السن: .....  
السنة: ..... تاريخ إجراء الاختبار: .....

فيما يلي مجموعة من الأسئلة المطلوب منك أن تجيب عنها بوضع علامة (X) أمام كلمة "نعم" إذا كانت إجابتك بالإيجاب ونفس العلامة عند كلمة "لا" إذا كان بالنفي، أو عند الرمز "؟" إذا لم تستطع أن تجيب إجابة محددة.

( لاحظ أن إجابتك ستكون موضع دراسة علمية، فتوخ الدقة والأمانة ).

الرقم	العبارة	نعم	لا
01	هل سبق لك أن انتابك صداع		
02	هل تشعر بنوبات حرارة أو برودة		
03	هل أغمي عليك أكثر من مرتين في حياتك		
04	هل يخيفك الناس الغرباء أو الأماكن غير المألوفة		
05	هل يحدث لك دائما حالات من الدوار		
06	هل ترتجف وترتبك حينما يحادثك رئيسك		
07	هل يجعلك منظر الدماء قابلا لأن يغشى عليك		
08	هل يتشتت عملك إذا راقبك رئيسك		
09	هل يفزعك أن تكون وحيدا دون أصدقاء قريبين منك		
10	هل تشعر بالعصبية أو دوار في هذه اللحظة		
11	هل تخطئ في استيعاب ما يلقي إليك من أوامر أو توجيهات		
12	هل يختلط تفكيرك تماما حينما تعمل بسرعة		
13	هل تتصبب عرقا وترتعش بشدة وقت الامتحان		
14	هل ترغب دائما في أن يكون أحد بجوارك يسدي لك النصح		
15	هل تؤدي أعمالك دائما ببطء حتى تتأكد من أنك تؤديها على أكمل وجه		
16	هل يضايقك أن تأكل في أي مكان غير منزلك		

17	هل تشعر برغبة جامحة في أن تكرر نفس الأعمال التي تضايقتك
18	هل تشعر دائما بالمرح والسعادة
19	هل تشعر دائما بالضيق بغض النظر عما تفعله
20	هل تشعر دائما باليأس وسواد الدنيا
21	هل تبدو لك الحياة خالية تماما من الأمل
22	هل نادرا ما تؤثر فيك الأحداث
23	هل تبدو دائما صامتا وحزينا حينما تكون في الحفلات
24	هل تعتبر شخصا عصبيا
25	هل كثيرا ما تود أن تكون في عداد الأموات أو كأنك لم تكن
26	هل لديك أي مخاوف غير عادية
27	هل تجد صعوبة في البدء في النوم أو تصاب بأرق أثناء الليل
28	هل تثير الأشياء التافهة أعصابك
29	هل يؤدي القلق إلى انهيارك باستمرار
30	هل حدث لك انهيار عصبي
31	هل تلهث قبل أي فرد آخر إذا قمت بمجهود ما
32	هل تشعر بالآلام في القلب أو الصدر
33	هل يسرع قلبك أحيانا بدرجة ملحوظة دون سبب ظاهر
34	هل تشعر أحيانا بصعوبة في التنفس
35	هل تقلقك أحيانا خفقات في القلب
36	هل كثيرا ما تفاجئ بالخوف أثناء التفكير
37	هل تهتز أحيانا أو ترتعش
38	هل تصحو كثيرا من النوم إثر حلم مزعج
39	هل يفزعك دائما صوت مفاجئ أو ضوء أثناء الليل
40	هل تجعلك الضوضاء المفاجئة تقفز وترتعد بشدة
41	هل ترتعش وتشعر بالضعف إذا ما صاح في وجهك أحد
42	هل كثيرا ما تكون هائجا وعصبيا
43	هل تعاني من أفكار مخيفة أو مزعجة تتردد في ذهنك دائما
44	هل تقاسي من صداع شديد مستمر



		هل تعرق بشدة حتى في الجو البارد	45
		هل يحدث لك أحيانا اختلاج في الوجه أو الرأس أو الأكتاف	46
		هل تعاني من برودة الأطراف حتى في الجو الحار	47
		هل حدث لك مرة نوبة إغماء أو تشنج	48
		هل تعاني أحيانا من آلام في الظهر تجعل من الصعب عليك الاستمرار في العمل	49
		هل تحدث لك آلام في عينيك تجعلك غير قادر على استخدامها	50
		هل تتنابك أحيانا آلام وأوجاع شديدة تجعل من المستحيل عليك إتمام أعمالك	51
		هل صحتك دائما في حالة سيئة	52
		هل تتنابك نوبات من الإجهاد أو التعب	53
		هل تجهد نفسك في القلق على صحتك	54
		هل تتنابك آلام وأوجاع في الرأس تجعل من الصعب عليك إنجاز أعمالك	55
		هل تشعر دائما بالتعب والإرهاق لدرجة تمنعك حتى عن الأكل	56
		هل تشعر دائما بضعف في الصحة، والتوعك	57
		هل شهيتك للطعام جيدة	58
		هل تعاني دائما من معدة مقلوبة	59
		هل تعاني دائما من إمساك مزمن	60
		هل تتنابك دائما حالات من الغثيان	61
		هل تعاني دائما من عسر الهضم	62
		هل معدتك مضطربة باستمرار	63
		هل معدتك وأمعائك غير منتظمين	64
		هل تعاني دائما من اضطرابات في هضم الطعام	65
		هل تعاني دائما من اضطرابات في الأمعاء	66
		هل يسئ الناس فهمك دائما	67
		هل ينتابك الشعور بأن أحدا يراقبك أثناء العمل	68
		هل تعامل دائما بعدالة	69
		هل ينتابك الشعور بان الناس يراقبونك أو يتحدثون عنك في الشارع	70
		هل ينتقدك الناس دائما	71
		هل أنت خجول أو حساس بإفراط	72

		هل من السهل إزعاجك أو إثارتك	73
		هل تكتسب الأصدقاء بسهولة	74
		هل يضايقك أعدائك إلى حد كبير	75
		هل يثير غضبك أن يملي عليك أحد ما يجب أن تفعله	76
		هل أنت مندفع في تصرفاتك	77
		هل يكذب عليك الناس دائما	78
		هل تتفجر في الغضب بمجرد أن تعجز عن الحصول على ما تريده	79
		هل تنفر من الجنس الآخر	80
		هل تشعر دائما بأنك ينبغي أن تكون على حذر	81
		هل تقع دائما في ثورات غضب عنيفة.	82

انتهى.

ملحق رقم (04)  
النسخة المعدلة (النهائية)  
لاختبار كرب ما بعد الصدمة.

النسخة المعدلة (النهائية)  
لاختبار كرب ما بعد الصدمة.

## بيانات أولية:

الرقم: ..... الجنس: ..... السن: .....  
 الحالة الصحية: ..... تاريخ إجراء القياس: .....  
 الحالة الاجتماعية: ..... المستوى الاقتصادي: .....  
 المستوى التعليمي: .....  
 تاريخ معرفتك بالإصابة بالمرض: .....

## تعليمات الاختبار.

يدور هذا الاختبار عن أحداث صادمة قد نتعرض لها جميعا في حياتنا، يتألف الاختبار من 45 خمس وأربعين فقرة، وأمام كل فقرة خمسة بدائل للإجابة وهي: تنطبق تماما، تنطبق نوعا ما، غير متأكد، لا تنطبق كثيرا، لا تنطبق إطلاقا.

- أرجوا أن تقرأ كل فقرة بعناية وتقرر ما إذا كانت تنطبق عليك أم لا.
- ضع علامة (x) في المكان المناسب أمام الفقرة التي تعتقد أنها تنطبق عليك.
- ملاحظة هامة: يرجى الإجابة على كل الفقرات وعدم ترك أي منها.

الرقم	الفقرات	تنطبق تماما	تنطبق نوعا ما	غير متأكد	لا تنطبق كثيرا	لا تنطبق إطلاقا
01	تراودني ذكريات عن أحداث خطيرة مررت به.					
02	أستيق من النوم خائفا لأنني أشاهد أحلاما عن أحداث مؤلمة مرت بي.					
03	أشعر بسرعة نبضات قلبي.					
04	أكره الحديث عن الأمراض التي لا تشفى ولا أريد سماع أحد يتحدث عنها.					
05	أحاول أن أتجنب الأماكن التي تذكرني بأحداث عن مشكلتي.					
06	لم أعد أحب القيام بالمشاركة في الأنشطة والرحلات.					

					07	أشعر بالصداع عندما أحاول تذكر أحداث مهمة من مشكلتي.
					08	عندما يتصل بي أصحابي لا أرد عليهم.
					09	لا أبالي بمظاهر الفرح عند الأهل والأصدقاء.
					10	المستقبل غامض لا أجد فيه بارقة أمل أو سعادة.
					11	عندما أذهب للنوم أتقلب في الفراش لمدة طويلة رغم حاجتي الشديدة للنوم.
					12	ترهقني الأصوات العالية فأغضب غضبا شديدا.
					13	أجد صعوبة في متابعة الأفلام والمسلسلات.
					14	أفزع عند سماع الأصوات العادية.
					15	لم أعد أبادل أقاربي الزيارات.
					16	لا أستطيع التخلص من تذكر الأصوات التي صاحبت ذكرياتي المؤلمة.
					17	معظم أحلامي مخيفة ولا أرى أحلاما سعيدة.
					18	أشعر بالغضب بسرعة.
					19	عندما يريد أهلي مشاهدة الأفلام الأجنبية أريد الخروج من البيت كي لا أشاهد مناظرا تذكرني ببعض الأحداث الماضية.
					20	إذا كان المكان الذي أنام فيه يشبه المكان الذي حدث فيه الحدث الصادم فإنني أهرب منه فورا
					21	لم أعد أعتني بترتيب ونظافة ملابسي وجسمي.
					22	عندما أقوم بأعمالي وواجباتي أجد نفسي أفكر في ذكريات الصدمة.
					23	أشعر في كثير من الأحداث اليومية خطرا داهما.
					24	أشعر بخوف شديد يجعلني لا أستطيع تذكر قوة الحدث.

					25	لم أعد أستمتع بجلسات الأصدقاء.
					26	لم أعد أستمتع بسماع الموسيقى والإنشاد.
					27	لم أعد أعتقد أنني سوف أتزوج وتكون لي أسرة وأولاد.
					28	أستيقظ من النوم في الليل عدة مرات.
					29	أتعارك مع أصحابي إذا مازحوني مزحا بسيطا.
					30	لا أمارس هواياتي السابقة وأهملها.
					31	أتذكر بألم كيف حدثت تلك الكارثة وكيف شعرت بأنني غير قادر على السيطرة على الأمور في وقتها وفي وقت لاحق لها.
					32	لم أكن احلم في ما سبق مثل هذه الأحلام المرعبة.
					33	أشعر بالتوتر دائما.
					34	عندما يتحدث أصدقائي عن الأمراض الخبيثة والمميتة أشغل نفسي بأشياء أخرى.
					35	أتجنب الذهاب لزيارة المرضى في المستشفيات.
					36	أشعر بأن وجودي في الأفراح و المناسبات العائلية يشكل خطر على حياتي.
					37	أشعر بالارتباك عندما يطلب مني الحديث عن مشكلتي ولا أستطيع التوضيح.
					38	أحادث أصدقائي ونكاتهم لم تعد تسليني.
					39	أعبر عما يدور في نفسي بالقسوة والعنف.
					40	لا أعتقد أن حياتي ستطول.
					41	أصحو من النوم في الصباح الباكر ولا أستطيع النوم ثانية مع أنني نعسان جدا.
					42	أصرخ لأبسط الأسباب.
					43	أجد التركيز على أمور حياتي كالقراءة بحاجة لجهد كبير.

					44	امنع إخوتي الصغار من الخروج خارج البيت حتى في الأحوال العادية.
					45	قطعت صلتني بأصدقائي المقربين.

انتهى.

ملحق رقم (05)  
النسخة المعدلة ( النهائية ) .  
لاختبار كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية .

النسخة المعدلة ( النهائية ) .  
لاختبار كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية .

بيانات أولية:



الرقم: ..... الجنس: ..... السن: .....  
 الحالة الصحية: ..... تاريخ إجراء القياس: .....  
 الحالة الاجتماعية: ..... المستوى الاقتصادي: .....  
 المستوى التعليمي: .....  
 تاريخ معرفتك بالإصابة بالمرض: .....

فيما يلي مجموعة من الأسئلة المطلوب منك أن تجيب عنها بوضع علامة ( × ) أمام كلمة "نعم" إذا كانت إجابتك بالإيجاب، ونفس العلامة عند كلمة "لا" إذا كان بالنفي، أو عند الرمز "؟" إذا لم تستطع أن تجيب إجابة محددة.

( لاحظ أن إجابتك ستكون موضع دراسة علمية، فتوخ الدقة والأمانة ).

الرقم	العبارة	نعم	لا
01	هل سبق لك أن انتابك صداع.		
02	هل تشعر بنوبات حرارة أو برودة.		
03	هل أغمي عليك أكثر من مرتين في حياتك.		
04	هل يخيفك الناس الغرباء أو الأماكن غير المألوفة.		
05	هل يحدث لك دائما حالات من الدوار.		
06	هل ترتجف وترتبك حينما يحادثك مسؤول عنك.		
07	هل يجعلك منظر الدماء قابلا لأن يغشى عليك.		
08	هل يتشتت عملك إذا راقبك مسؤول عنك.		
09	هل يفزعك أن تكون وحيدا دون أصدقاء قرييين منك.		
10	هل تشعر بالعصبية أو دوار في هذه اللحظة.		
11	هل تخطئ في استيعاب ما يلقي إليك من أوامر أو توجيهات.		
12	هل يختلط تفكيرك تماما حينما تعمل بسرعة.		
13	هل تتصبب عرقا وترتعش بشدة أثناء قيامك بمهام مصيرية (كالامتحانات).		
14	هل ترغب دائما في أن يكون أحد بجوارك يسدي لك النصح.		
15	هل تؤدي أعمالك دائما ببطء حتى تتأكد من أنك تؤديها على أكمل وجه.		

		هل يضايقك أن تأكل في أي مكان غير منزلك.	16
		هل تشعر برغبة جامحة في أن تكرر نفس الأعمال التي تضايقك.	17
		هل تشعر دائما بالمرح والسعادة.	18
		هل تشعر دائما بالضيق بغض النظر عما تفعله.	19
		هل تشعر دائما باليأس وسواد الدنيا.	20
		هل تبدو لك الحياة خالية تماما من الأمل.	21
		هل نادرا ما تؤثر فيك الأحداث.	22
		هل تبدو دائما صامتا وحزينا حينما تكون في الحفلات.	23
		هل تعتبر شخصا عصبيا.	24
		هل كثيرا ما تود أن تكون في عداد الأموات أو كأنك لم تكن.	25
		هل لديك أي مخاوف غير عادية.	26
		هل تجد صعوبة في البدء في النوم أو تصاب بأرق أثناء الليل.	27
		هل تثير الأشياء التافهة أعصابك.	28
		هل يؤدي القلق إلى انهيارك باستمرار.	29
		هل حدث لك انهيار عصبي.	30
		هل تلهث قبل أي فرد آخر إذا قمت بمجهود ما.	31
		هل تشعر بالآلام في القلب أو الصدر.	32
		هل يسرع قلبك أحيانا بدرجة ملحوظة دون سبب ظاهر.	33
		هل تشعر أحيانا بصعوبة في التنفس.	34
		هل تقلقك أحيانا خفقات في القلب.	35
		هل كثيرا ما تفاجئ بالخوف أثناء التفكير.	36
		هل تهتز أحيانا أو ترتعش.	37
		هل تصحو كثيرا من النوم إثر حلم مزعج.	38
		هل يفزحك دائما صوت مفاجئ أو ضوء أثناء الليل.	39
		هل تجعلك الضوضاء المفاجئة تقفز وترتعد بشدة.	40
		هل ترتعش وتشعر بالضعف إذا ما صاح في وجهك أحد.	41
		هل كثيرا ما تكون هائجا وعصبيا.	42
		هل تعاني من أفكار مخيفة أو مزعجة تتردد في ذهنك دائما.	43

		هل تقاسي من صداع شديد مستمر .	44
		هل تعرق بشدة حتى في الجو البارد .	45
		هل يحدث لك أحيانا اختلاج في الوجه أو الرأس أو الأكتاف .	46
		هل تعاني من برودة الأطراف حتى في الجو الحار .	47
		هل حدث لك مرة نوبة إغماء أو تشنج .	48
		هل تعاني أحيانا من آلام في الظهر تجعل من الصعب عليك الاستمرار في العمل	49
		هل تحدث لك آلام في عينيك تجعلك غير قادر على استخدامها .	50
		هل تتنابك أحيانا آلام وأوجاع شديدة تجعل من المستحيل عليك إتمام أعمالك .	51
		هل صحتك دائما في حالة سيئة .	52
		هل تتنابك نوبات من الإجهاد أو التعب .	53
		هل تجهد نفسك في القلق على صحتك .	54
		هل تتنابك آلام وأوجاع في الرأس تجعل من الصعب عليك إنجاز أعمالك .	55
		هل تشعر دائما بالتعب والإرهاق لدرجة تمنعك حتى عن الأكل .	56
		هل تشعر دائما بضعف في الصحة، والتوعك .	57
		هل شهيتك للطعام جيدة .	58
		هل تعاني دائما من آلام في المعدة .	59
		هل تعاني دائما من إمساك مزمن .	60
		هل تتنابك دائما حالات من الغثيان .	61
		هل تعاني دائما من عسر الهضم .	62
		هل معدتك مضطربة باستمرار .	63
		هل معدتك وأمعائك غير منتظمين .	64
		هل تعاني دائما من اضطرابات في هضم الطعام .	65
		هل تعاني دائما من اضطرابات في الأمعاء .	66
		هل يسيئ الناس فهمك دائما .	67
		هل ينتابك الشعور بأن أحدا يراقبك أثناء العمل .	68
		هل تعامل دائما بعدالة .	69
		هل ينتابك الشعور بان الناس يراقبونك أو يتحدثون عنك في الشارع .	70
		هل ينتقدك الناس دائما .	71

		هل أنت خجول أو حساس بإفراط.	72
		هل من السهل إزعاجك أو إثارتك.	73
		هل تكتسب الأصدقاء بسهولة.	74
		هل يضايقك أعدائك إلى حد كبير.	75
		هل يثير غضبك أن يملي عليك أحد ما يجب أن تفعله.	76
		هل أنت مندفع في تصرفاتك.	77
		هل يكذب عليك الناس دائما.	78
		هل تنفجر غضبا بمجرد أن تعجز عن الحصول على ما تريده.	79
		هل تنفر من الجنس الآخر.	80
		هل تشعر دائما بأنك ينبغي أن تكون على حذر	81
		هل تقع دائما في ثورات غضب عنيفة.	82

انتهى.

ملحق رقم (05)  
بيان إجراء الدراسة الميدانية  
مقدم إلى مدير مستشفى مصطفى بغدادى بتامنغست  
مصلحة الأمراض المعدية.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de L'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

Centre Universitaire Amine Elokhal El hadj

Moussa Eg Akhamouk - Tamanghasset

LE DIRECTEUR



وزارة التعليم العالي  
والبحث العلمي  
لمركز الجامعي أمين العقال الحاج  
موسى أقي أمهوك - تامنغست  
المدير

تامنغست في: 20 جانفي 2011

م القيد: 89/م.ج.ت/2011

إلى السيد مدير مستشفى

مصطفى بغدادي بتامنغست.

الموضوع: فا/ ي القيام بدراسة ميدانية.

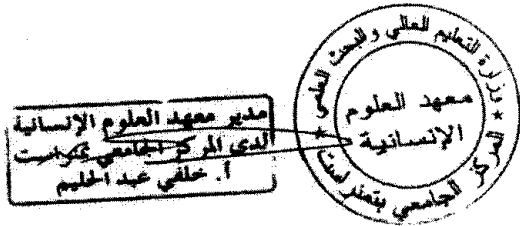
تحية طيبة وبعد؛

في إطار البحوث الميدانية التي يجريها الطلبة بالمركز الجامعي بتامنغست من أجل استكمال دراساتهم الميدانية، التي تتعلق بمذكرات الدكتوراه، يشرفني أن أوجه إليكم الطالب:

- عبد الحليم خلفي.
- طالب دكتوراه في علم النفس العيادي، الجامعة الأصلية؛ جامعة الحاج لخضر بباتنة.

قصد القيام بدراسة ميدانية بمؤسستكم، وذلك في مصلحة الأمراض المعدية، أرجوا أن تقدموا له المساعدة والتسهيلات اللازمة للقيام بإنجاز عمله في أحسن الظروف، ويعتبر ذلك بلا شك مساهمة منكم ومشاركة لمؤسستكم في تكوين وترقية البحث العلمي بالجزائر عموما ومنطقة تامنغست على وجه الخصوص.  
وتقبلوا أسمى عبارات التقدير والعرفان.

ع/ المدير.



ص.ب 10034 سرسوف - تامنغست- المحول: 029.34.77.44 هاتف/ فاكس : 34.91.86 (029 - 213)

EMAIL : cutam11@yahoo.fr