الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد خيضر –بسكرة-

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم العلوم الإجتماعية

المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى الراشدين المصابين بإضطرابات سيكوسوماتية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة ماسترفي علم النفس -تخصص علم النفس العيادي-

إعداد الطالبة :

- مها زهور موصار

إشراف الأستاذ :

- لحسن العقون

السنة الجامعية 2019-2020

شكر وعرفان

الحمد و الشكر لله سبحانه

كل الشكر و التقدير للأستاذ المشرف

و شكر خاص لأفراد عينة البحث و لكل من ساهم

في إتمام هذا البحث من قريب و من بعيد.

ملخص الدراسة :

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف على مجموعة المخططات المعرفية اللاتكيفية الأكثر نشاطا لدى الافراد المصابين باضطرابات سيكوسوماتية ، و لتحقيق ذلك تم إتباع خطوات المنهج الوصفي بإعتباره المنهج المناسب للموضوع ، و قد طبقت الدراسة على عينة متكونة من (30) فرد يعانون من إضطرابات سيكوسوماتية (سكري-إضطرابات القلب الأوعية الدموية-إضطرابات الجهاز الهضمي و المعدة) ، تم إختيارهم وفق شروط معينة تخدم موضوع البحث ، كما تم استخدام أداتين لجمع البيانات و هما : مقياس كورنل للإضطرابات السيكوسوماتية للتأكد من أن الإضطراب سيكوسوماتي و مقياس جيفري يونغ للمخططات المعرفية اللاتكيفية للكشف على المخططات المعرفية الأكثر نشاطا ، بعدها تم معالجة البيانات المتحصل عليها إحصائيا بالإعتماد على برنامج SPSS22 ، و بعد تحليل البيانات توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية :

- المخططات الثلاثة الأكثر نشاطا لدى الأفراد المصابين بإضطرابات سيكوسوماتية هي بالترتيب: مخطط التضحية بالذات يليه مخطط الأفكار المثالية و النقد المفرط يليه مخطط التخلي و عدم الإستقرار.

Abstract

The present study is concerned to highlight the most active maladaptive cognitive schemes groups for people with psychosomal diseases. The method that has been adopted is descriptive since we believe that it is the most appropriate for our study and the context where it takes part. The sample was limited to (30) thirty patients having a psychosomatic disorders(diabetes, cardiac diseases, *Vascular diseases,* Gastrointestinal disorders).It has been selected according to particular conditions that serves the research. In order to collect sufficient information that would confirm the hypothesis and answer the research questions, two tools have been used; *Cornell* Medical Index and *disorders* to confirm the psychosomatic disorders and Jeffry Young Maladaptive Scheme to diagnosis the most active schemes .The analysis was mainly based upon of the SPSS22 program .

The three schemes most active for psychosomatic patients are ordered as follows : self –sacrifice scheme , the ideal ideas and excessive criticism scheme, the giving up and instability scheme.

فهرس المحتويات

شكر و عرفان	
ملخص الدراسة	
فهرس المحتويات	
قائمة الجداول	
مقدمة	
الجانب النظري	
الفصل الأول : الإطار العام للدراسة	
1-إشكالية الدراسة	04
2-أسباب اختيار الموضوع	05
3-أهمية الدراسة	05
4-أهداف الدراسة	05
5-تحديد مصطلحات الدراسة	05
6-الدراسات السابقة	06
الفصل الثاني: المخططات المعرفية اللاتكيفية	
تمهيد	
1-لمحة تاريخية عن مفهوم المخطط المعرفي	12
2-تعريف المخططات المعرفية اللاتكيفية	13
3-خصائص المخططات المعرفية اللاتكيفية	14
4-مجالات المخططات المعرفية اللاتكيفية	15
5-مصدر المخططات المعرفية اللاتكيفية	18
6-آلية عمل المخططات المعرفية اللاتكيفية	19

خلاصة	
الفصل الثالث: الإضطرابات السيكوسوماتية	
تمهيد	
1-تاريخ تطور مفهوم الإضطرابات السيكوسوماتية	22
2-مفهوم الإضطرابات السيكوسوماتية	23
3-أسباب الإضطرابات السيكوسوماتية	26
4-خصائص الإضطرابات السيكوسوماتية	27
5-النظريات المفسرة للإضطرابات السيكوسوماتية	28
6-أنواع الإضطرابات السيكوسوماتية	33
7-تشخيص الإضطرابات السيكوسوماتية	35
خلاصة	
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع :الإجراءات المنهجية للدراسة	
تمهيد	
1-منهج الدراسة	39
2-حدود الدراسة	39
3-أدوات الدراسة	39
4-الأساليب الإحصائية المستخدمة	43
خلاصة	
الفصل الخامس: عرض و مناقشة نتائج الدراسة	
1-عرض نتائج الدراسة	45
2-مناقشة نتائج الدراسة	47

خاتمة

قائمة المراجع

قائمة الملاحق

قائمة الجداول :

01	جدول يمثل نتائج متوسطات المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة و انحرافاتها المعيارية	**45**
02	جدول يمثل ترتيب مخططات أفراد العينة تنازليا حسب المتوسطات الحسابية	**45**

مقدمة

مقدمة:

يشهد عالمنا المعاصر ثورة كبيرة في مجال العلم و الإكتشافات التكنولوجية ، و كان لذلك أثر كبير في تحقيق الرفاهية للإنسان لكن سرعان ما بدأ يدفع ضريبة هذه الثورة اذ أصبحنا نعيش عصر السرعة ، و أخذت حياتنا اليومية في التعقيد أكثر فأكثر ، و كثرت فيها الصراعات و طغى عليها طابع التوتر و القلق و الإنفعال المستمر، ونتيجة لكل هذه التغيرات ظهرت العديد من الإضطرابات النفسية و الجسمية .

و من الإضطرابات التي إنتشرت و أخضت ضجة كبيرة الاضطرابات السيكوسوماتية ، و هي إضطرابات عضوية سببها الرئيسي نفسي ، فتوضح التقارير التي قدمها الخبراء في المجال الطبي أن ما بين 40-60% من المترددين على العيادات الطبية يعانون من إضطرابات سيكوسوماتية (Hunsaker,1986,p237).

و عليه إهتم علماء النفس و المعالجين النفسانيين بهذا النوع مع من الإضطرابات و قدموا العديد من التفسيرات و البرامج العلاجية للمساعدة على شفاء المرضى .و من بين العلماء الذين اهتموا بهذا النوع من الإضطرابات هم العلماء المعرفيون الذين ركزوا إنتباههم على إدراك الفرد للمثيرات البيئية و طريقة تفسيره لها من خلال الأفكار الآلية التي تنبثق من المخططات المعرفية ، كما أثبتت العديد من الدراسات أن للعمليات المعرفية أثر كبير في العمليات الفيزيولوجية أي في العضوية وهذا ما ينتج الاضطرابات السيكوسوماتية .

و من هذه العلاقة انطلقت الدراسة الحالية التي تسعى الى الكشف على المخططات المعرفية الأكثر نشاطا لدى الأفراد المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية .

بناءا على هذا قسمت دراستنا الحالية الى جانبين الأول نظري و الثاني تطبيقي ، حيث تضمن الجانب الأول ثلاثة فصول :

الأول عنون بالإيطار العام للدراسة و يشمل إشكالية الدراسة ، أسباب إختيارموضوع الدراسة ، و أهمية و أهداف الدراسة ، إضافة الى تحديد مصطلحات الدراسة و الدراسات السابقة .

و اشتمل الفصل الثاني أول متغيرات الدراسة : المخططات المعرفية اللاتكيفية ، احتوى الفصل على ستة عناصرهي : لمحة تاريخية عن مفهوم المخطط المعرفي ، تعريف المخططات المعرفية اللاتكيفية ، خصائصها ،مجالاتها , مصادرها و الية عملها.

الفصل الثالث فخص بالذكر الاضطرابات السيكوسوماتية و اشتمل على العناصر التالية : تاريخ تطور مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية ، مفهومها ،أسبابها ، الخصائص التي تميزها ، النظريات المفسرة لها ، أنواعها ، و طريقة تشخيصها .

أما الجانب التطبيقي للدراسة فقد جاء فيه فصلين :

الفصل الرابع بعنوان الإجراءات الميدانية للدراسة و تضمن : منهج الدراسة ،حدود و أدوات الدراسة إضافة للأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات .

و الفصل الخامس بعنوان عرض و مناقشة نتائج الدراسة : و تم فيه عرض نتائج الدراسة ثم مناقشتها.

الجانب النظري

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

1-اشكالية الدراسة .

2-أسباب اختيار الموضوع.

3-أهمية الدراسة.

4-أهداف الدراسة.

5-تحديد مصطلحات الدراسة.

6-الدراسات السابقة.

1-إشكالية الدراسة :

يمر الإنسان خلال مراحل حياته بالعديد من التغيرات و الصراعات ،التي تترك أثرها مع مرور الوقت لتصبح اضطرابا و تشكل عائق في حياة الفرد و تكيفه مع بيئته .و أثارت هذه الإضطرابات النفسية إهتمام علماء النفس ، الذين حاولوا فهم و تحديد المتغيرات التي ربما تساهم في تفسير الطبيعة المعقدة لهذه الإضطرابات والكشف عن أسباب ظهورها .

في هذا السياق ظهرت العديد من الإتجاهات التي تسعى لفهم و تفسير الإضطرابات النفسية ، ونخص بالذكر الإتجاه المعرفي الذي إهتم بالجانب المعرفي و العمليات المعرفية ، و قدم العديد من التفسيرات لمختلف الإضطرابات النفسية ، اتفقت جميعها في نقطة واحدة و هي وجود خلل في العمليات المعرفية

أي وجود معتقدات خاطئة و تشوهات معرفية ، وإدراك خاطئ للمواقف ، كل هذا ينتج عنه عدم توافق مع البيئة والمحيط و منه إلى الاضطراب .

برز في هذا المجال نخبة من العلماء و المعالجين النفسانيين منهم أرون بيك و البرت ايليس ، و جيفري يونغ الذي جاء بمصطلح جديد في علم النفس المعرفي بعد دراسات واسعة ، وهو مصطلح المخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية ، التي عرفها على أنها : "أنماط أو موضوعات تتسم بالثبات النسبي و الاتساع ، تتضمن الذكريات و العواطف و المعارف و الأحاسيس التي تتعلق بالفرد و بعلاقته مع الأخرين و مع بيئته ،و تتطور هذه المخططات خلال مراحل الطفولة و المراهقة و تظهر تفاصيلها

خلال مراحل الحياة اللاحقة " ، و تكون هذه المخططات مختلة وظيفيا بشكل يعيق حياة الفرد اليومية و تعامله مع المواقف اليومية التي تصادفه ، و قد تؤدي المخططات المعرفية اللاتكيفية الى إستجابات مرضية و منه الى إضطرابات نفسية و حتى جسمية .(Young.Klosko and Weishar,2003,p7) حيث يرى العديد من العلماء أن للعمليات المعرفية تأثير على الوظيفة الفيزيولوجية أي على جسم الإنسان .

و يؤكد إيلس و بيك أن البنية المعرفية يمكن أن تكون مسؤولة عن ظهور الاستجابات الانفعالية المختلة المؤدية الى الاضطراب الجسدي (باهي سلام،2006،ص122) و هو ما يسمى في علم النفس بالاضطراب السيكوسوماتي الذي يعرفه الدليل التشخيصي الرابع للإضطرابات النفسية و العقلية على أنه :"مجموعة الاضطرابات العضوية التي تتميز بأعراض ترجع الى عوامل نفسية و انفعالية ، تقع تحت اشراف الجهاز العصبي اللاإرادي" .(DSM4)

كما تؤكد مجموعة من الدراسات قام بها باحثين عرب أن هناك علاقة بين الجانب المعرفي و الجانب الجسمي ، مثل دراسة خالد السيد (2014) التي قام فيها بتصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي يسعى الى الخفض من حدة بعض الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من مرضى القولون العصبي ، وكانت النتائج إيجابية بعد الإنتهاء من البرنامج العلاجي ، و كذلك دراسة بسمة كريم (2016)بعنوان "أثر أساليب التكيف المعرفية و السلوكية في خفض الأعراض العصابية لدى مرضى القلب" حيث قامت الباحثة بتصميم برنامج علاج مبني على أسلوب" بيك " الذي يرتكيز على الأفكار الآلية و أنواع التفكير المشوه ،و الإفراط في التعميم ، و كان الأسلوب العلاجي "إعادة البناء المعرفي" و هو تحديد الأفكار السلبية و العمل على حذفها و إبدالها بأفكار أخرى إيجابية. بعد الخضوع لهذا البرنامج العلاجي لوحظ إنخفاض واضح في الأعراض العصابية على أفراد العينة .

و من هنا نستنتج أن الأساليب التفكير و البنى المعرفية و المخططات المعرفية ، أو الطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته و بيئته و المواقف التي تواجهه لها أثر على النفس و الإنفعالات و على الوظيفة الفيزيولوجية للجسم .

بالرغم من نجاح علاج بعض الإضطرابات السيكوسوماتية بالأساليب المعرفية و المعرفية السلوكية فإن الإهتمام بهذا الموضوع في البيئة الجزائرية يكاد ينعدم على حسب ما توصل إليه الباحث .

و من هنا ستنطلق هذه الدراسة بطرح السؤال التالي : ماهية المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى الأفراد المصابين بإضطرابات سيكوسوماتية ؟

2-أسباب إختيار الموضوع :

- الفضول العلمي و الرغبة في الكشف على نوع المخططات المعرفية اللاتكيفة الأكثر نشاطا لدى الأفراد المصابين بإضطرابات سيكوسوماتية .
- الإنتشار الملحوظ لظاهرة الإضطرابات السيكوسوماتية .
- قلة الدراسات التي تناولت المتغيرين معا (المخططات المعرفية و الإضطرابات السيكوسوماتية).

3-أهمية الدراسة :

- تسليط الضوء على فئة المصابين بإضطرابات السيكوسوماتية .
- قد تكشف نتائج الدراسة عن المخططات المعرفية غير المتكيفة الشائعة عند الأفراد المصابين بإضطرابات سيكوسوماتية ما قد يسمح للمختصين في مجال الصحة النفسية و الإرشاد و العلاج لوضع إستراتيجية للوقاية و العلاج من هذه الاضطرابات .

4-أهداف الدراسة :

- الكشف على مجموعة المخططات المعرفية اللاتكيفية الأكثر نشاطا لدى الأفراد المصابين بإضطرابات سيكوسوماتية .

5-تحديد مصطلحات الدراسة :

المخططات المعرفية (المبكرة) اللاتكيفية : يعرفها جيفري يونغ بأنها أنماط معرفية تحتوي على مجموعة من الذكريات و الإنفعالات و الإدراكات و الأحاسيس الجسدية تتعلق بالشخص نفسه و علاقته بالآخرين و تتطور هذه المخططات خلال مرحلة الطفولة و المراهقة. يفترض يونغ أن السلوكات غير المتكيفة ليست جزءا من المخططات بل تتشكل كإستجابة لهذه المخططات . **(Young and all 2005,p81).**

التعريف الاجرائي : و تعرف المخططات المعرفية اللاتكيفية إجرائيا على أنها الدرجة التي يتحصل عليها المبحوث في مقياس جيفري يونغ للمخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية و التي تبين المخطط الأكثر نشاطا و هو المتحصل على أعلى درجة .

الإضطرابات السيكوسوماتية :يقصد بها إضطرابات جسمية موضوعية بسبب إضطرابات إنفعالية شديدة,تأثر على المناطق و الأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي المستقل .و المفهوم الطبي يبين أنها إصابة جسدية لها علاقة قوية بالصراعات النفسية.(الزراد فيصل ، 2000،ص20).

التعريف الإجرائي :و تعرف الإضطرابات السيكوسوماتية إجرائيا على أنها الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقياس كورنل للإضطرابات السيكوسوماتية.

6- الدراسات السابقة :

سنعرض في هذا الجزء مجموعة من الدراسات السابقة التي تمكنا من الوصول اليها ، و التي تناولت متغيرات الدراسة كل على حدى بحيث لم نتوصل الى دراسة تناولت المتغيرات الدراسة الحالية معا (المخططات المعرفية اللاتكيفية و الاضطرابات السيكوسوماتية).

أولا:الدراسات السابقة التي تناولت المخططات المعرفية اللاتكيفية :

1-الدراسات العربية:

-دراسة الحطاح(2011) :

تناولت هذه الدراسة علاقة المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة و الذكاء العاطفي بالفشل الأكاديمي (الرسوب في امتحان البكالوريا). حيث أجريت على عينة قدرت ب 356 فردا(188ناجحون و 168 فاشلون) من السنة الأولى جامعي و معاهد التكوين الوطني ، و تم تطبيق مقياسين : المقياس المختصر للمخططات المعرفية المبكرة الغير متكيفة لجيفري يونغ و مقياس الذكاء العاطفي لعبد المنعم الدردير. و أهم النتائج التي توصل اليها هو تأثير المخططات التالية في الفشل الاكاديمي : الحرمان العاطفي ،الخضوع ،المثاليات المتطلبة ، النقد المفرط ، الانفصال و الرفض ، التوجه نحو الاخرين ، و اليقظة المفرطة و الكف .

-دراسة عيشوشي شهرزاد (2011): بعنوان "المخططات المعرفية الغير متكيفة عند المدمنين على المخدرات بمستشفى الأمراض العقلية"

و قد أجريت الدراسة على عينة متكونة من 40 فرد كلهم ذكور متواجدين بمستشفى الأمراض العقلية "فرانس فانو بالبليدة" ، استخدمت المنهج الوصفي التحليلي، و كذلك مجموعة من الأدوات : مقياس جيفري يونغ للمخططات المعرفية الغير متكيفة و اختبار تصنيف سوء استعمال المخدرات . وقد بينت نتائج الدراسة وجود تسعة مخططات نشطة عند المدمنين ، حيث بينت نوع المخططات النشطة و درجة تأثيرها في شخصية هؤلاء المدمنين ، و تأكدت من صحة الفرض الأول ضمن فرضية البحث في ما يخص نشاط عدد من المخططات المبكرة عند المدمنين ، أما الفرض الثاني يخص ترتيبها من حيث درجة تأثيرها فلم يتحقق.

-دراسة لغزالي و لوزاني (2017) : بعنوان "المخططات المبكرة لدى أولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة-أنموذجا أمهات الأطفال المصابين بالتوحد"

هدفت هذه الدراسة الى الكشف على المخططات المعرفية المبكرة الغير تكيفية السائدة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد و ذلك باستعمال المنهج العيادي حيث تم اجراء مقابلة مع 5 أمهات إضافة الى

تطبيق مقياس جيفري يونغ للكشف على المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفية . توصلت هذه الدراسة الى أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لديهم مخططين سائدين هما التخلي و المثالية المفرطة.

2-الدراسات الأجنبية :

دراسة Petrocelli , Glaser , Calhoun ,et Campbell (2001):

استهدفت هذه الدراسة التحقق من دور بعض المخططات المعرفية غير المتكيفة كمتغيرات وسيطية للعلاقة بين الشخصية الانهزامية و الاكتئاب . تم تطبيقها على 82 من المرضى الذين يعانون من اكتئاب خفيف الى حاد و يتلقون خدمات علاجية نفسية و ارشادية بعيادات خارجية ، تم تقييمهم من ناحية خصائص الشخصية الانهزامية بتطبيق القائمة العيادية متعددة المحاور لمليون و و المخططات المعرفية غير المتكيفة باستخدام اختيار المخططات المعرفية ليونغ ، أشارت نتائج الدراسة الى أن 57 بالمائة من التباين في الاكتئاب المقاس بقائمة بيك للاكتئاب يعود للشخصية الانهزامية و المخططات غير المتكيفة الخمسة التالية (الهجر و عدم الاستقرار ، العيب و الخجل ، الفشل ، الخضوع ، الانجرارية).

دراسة(2002) Harris et Curtin:

حاولت الدراسة استكشاف العلاقة التلازمية بين التقارير المتعلقة بماضي العلاقات الوالدية ، و المخططات المبكرة غير المتكيفة كما وصفها يونغ ، و أعراض الاكتئاب لدى عينة من طلبة الجامعة (194 طالب) حيث تم تطبيق أداة التعلق الوالدي () و قائمة بيك للإكتئاب و استبيان المخططات ليونغ.توصلت النتائج الى أن مخططات (العيب و الخجل ، نقص ضبط الذات ، الانجرارية ، عدم الكفاية

و الدونية) ارتبطت بالإدراكات الوالدية و بالأعراض المرضية الاكتئابية. كما أثبتت الدراسة على أن هذه المخططات الأربع توسطت جزئيا العلاقة بين الادراكات الوالدية و الاعراض المرضية الاكتئابية .

-دراسة Grebot et Marchand (2008) : تحت عنوان مقارنة المخططات المبكرة غير المتكيفة مع المدمنين على الخدرات

و كان هدف هذه الدراسة هو التعرف على المخططات و أساليب التحكم الغير الوظيفية عند ثلاثة طلبة من كبار المدمنين من جنس الذكور بدون خلفية مرضية ، تتراوح أعمارهم بين 20 و 24 سنة ، لم يتلقوا علاجا في الإدمان و يدمنون بمعدل 5 مرات في الأسبوع لمدة تجاوزت 12 شهرا ، وطبق عليهم خمسة اختبارات ليونغ و اختبار تعاطي المخدرات ، في مدة ستة حصص لكل فرد دامت 50 دقيقة.

-دراسة Vera Walburge et all (2008):

تناولت الباحثات في هذه الدراسة بعنوان "الربط بين المخططات المبكرة غير المتكيفة و القلق المعمم" من خلال قياس المتغيرات ، طبق على 132 طالبا جامعيا للسنة الثانية و الثالثة جامعي باستخدام مقياس الصفات (SQII) و مقياس القلق المعمم (Pss14) و لقد أظهرت النتائج أن هناك علاقة إرتباطية ضعيفة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة و القلق المعمم مع ظهور أثر الشعور بالاهمال في القلق الملاحظ بشدة .

-دراسة Thim(2013):تحت عنوان المخطوطات غير التكيفية المبكرة و علاقتها بمشكلات البينشخصية

هدفت هذه الدراسة الى دراسة العلاقة بين المخطوطات غير التكيفية المبكرة و المشكلات البينشخصية ، حيث تم تطبيق اختبار المخطوطات ليونغ و قائمة المشاكل بينشخصية (IIP-C) على 108 من المرضى غير المنومين في المستشفى حيث بلغ عدد الاناث 78 و بلغ متوسط أعمار أفراد العينة 40

عاما ، و توصلت هذه الدراسة الى وجود ارتباطات مرتفعة بين المخططات غير المتكيفة و المشكلات البينشخصية كما تبين عدم وجود فروق على الأدوات المستخدمة تبعا لتغيري الجنس و المستوى التعليمي.

تعقيب على الدراسات السابقة :

-اتفقت جميع الدراسات المعروضة سابقا على أن المخططات المعرفية تأثر في جوانب عديدة (سلوكية ، انفعالية و معرفية) بالرغم من اختلاف المواضيع المدروسة، كما اشتركت في تطبيق مقياس جيفري يونغ للكشف على المخططات المعرفية المبكرة اللاتوافقية مع اختلاف العينة الدروسة (مراهقين/راشدين و مضطربين/غير مضطربين)

-اعتمدت الدراسات على المنهج الوصفي (دراسة: الطحاح-عيشوشي) و المنهج العيادي(لغزالي

و الوزاني-Marchand et Grebot).

- و اتفقت جميعها مع الدراسة الحالية في المنهج الوصفي و استخدام مقياس جيفري يونغ للكشف على المخططات المعرفية المبكرة اللاتوافقية مع اختلاف المتغير الثاني (الاضطرابات السيكوسوماتية).

-قامت الدراسات السابقة بدراسة مواضيع مختلفة الإدمان ، الاكتئاب الطلبة(بكلوريا -جامعة)، أما في دراسة الحالية فقد تم تناول موضوع الاضطرابات السيكوسوماتية.

ثانيا :الدراسات التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية:

الدراسات العربية :

-دراسة حسين عبد المعطي (1989) بعنوان "الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى باضطرابات نفسجسدية "

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف الأحداث الصادمة المؤثرة فيهم ، و تكونت عينة الدراسة من 43 مريضا ، صنفوا حسب الاضطراب الى 8 حالات قرحة معدية ، 8 حالات ضغط دم جوهري ، 7 حالات ربو شعيبي ، 14 حالة الام مفاصل مزمنة ، 6 حالات اضطرابات جلدية ، 15 حالة فردا من الأسوياء و توصلت نتائج الدراسة إلى أن الأحداث المرتبطة بالدخل و العمل و العلاقات الأسرية

و الأحداث الخاصة بالمجال الصحي كانت أهم الأحداث المؤثرة في المرضى السيكوسوماتيين.

-دراسة فضل أبو هين (2007) : تحت عنوان "التعرض للخبرات الصادمة و علاقته بالاضطرابات النفس جسمية لدى الفتيان الفلسطنيين"

هدفت هذه الدراسة الى مقارنة أوضاع الاضطرابات النفس جسمية عند المراهقين بعد الاجتياح الإسرائيلي للشمال ، وتحديد مدى و حجم ظهور أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية عند المراهقين ، و كذلك تحديد مدى تأثير بعض العوامل و المواقف على هذا النوع من الاضطرابات .أجريت هذه الدراسة على عينة من المراهقين الفلسطينيين الذين عاشوا هذه الأحداث ، قدر عددهم ب 401 ،و قد طبق على العينة اختبار قياس الاضطرابات النفس جسدية و بينت نتائج الدراسة أن المراهقين من منطقة معينة هم أكثر ضرارا و تأثرا و لديهم اضطرابات نفس جسدية مقارنة بباقي المناطق الأخرى ، و بينت الدراسة أن الاناث أكثر اضطرابا من الذكور .

-دراسة ريحاني الزهرة (2010) : تحت عنوان "العنف الأسري ضد المرأة و علاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية –دراسة مقارنة بين النساء المعنفات و غير المعنفات-"

هدفت هذه الدراسة الى معرفة طبيعة العلاقة الموجودة بين تعرض المرأة للعنف الأسري و اصابتها بالاضطرابات السيكوسوماتية ، و أهم الخصائص النفسية و الاجتماعية و المعرفية و الاقتصادية المميزة للمرأة المعنفة و المصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية . و مقارنتها مع مثيلاتها من النساء غير المتعرضات للعنف و الإساءة داخل أسرهن ، و تم اختيار عينة مكونة من 60 مفردة مقسمة إلى مجموعتين بالتساوي كما يلي :عينة النساء المعنفات 30 ، و عينة من النساء غير المعنفات 30 .

و تم تطبيق أدوات الدراسة عليهن ، و المتمثلة في مقياس العنف الأسري ضد المرأة ، و اختبار كورنل لتحري العوارض السيكوسوماتية . و توصلت الدراسة إلى تأكيد وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التعرض للعنف الأسري و الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية . كذلك أنه كلما ارتفع مستوى العنف الذي تتعرض له النساء المعنفات ارتفع مستوى شدة الاضطراب السيكوسوماتي الناتج عنه . كذلك عدم وجود فروق دالة إحصائية بين النساء المعنفات في الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي باختلاف خصائصهن. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء المعنفات و غير المعنفات في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية لصالح النساء المعنفات . وبالتالي فإن تعرض المرأة للعنف الأسري بشكل متكرر و شديد يؤدي إلى إصابتها باضطرابات سيكوسوماتية مختلفة، و متفاوتة من حالة الى أخرى .

-دراسة فرحات يسرى و بركة أسماء (2014) : بعنوان "أثر الصدمات النفسية في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى القصور الكلوي"

هدفت الدراسة الى الكشف عن مدى تأثير الصدمة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي ، و تقديم بعض اقتراحات في ما يخص الصدمة ، و معرفة نوعية الصدمات النفسية في حدوث الأمراض السيكوسوماتية ، و أجريت الدراسة عياديا بمصلحة تصفية الدم بمستشفى محمد بوضياف ورقلة ، على ثمانية حالات تراوحت أعمارهم بين 27-67 سنة ، منهم 6 رجال و امرأتان ، يخضعون جميعهم لتصفية الدم ثلاثة مرات في الأسبوع ، و استخدم تقنيتين شبكة إمكانية تصدي الجسم للأمراض و المقابلة النصف موجهة ، و قد توصلت الدراسة الى أنه كلما كانت الصدمة النفسية قوية في المراحل النمائية السابقة (الطفولة ، المراهقة ، الرشد) ، وكلما كانت البنية النفسية هشة و دفاعاتها ضعيفة ، كلما كانت مؤشرا قويا للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية

-دراسة أجراها فواز أيوب المومني و اسلام لافي عمارين (2016) : بعنوان "الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات الطبية و الديموغرافية"

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي ، و تكونت عينة الدراسة من 275 مريضا مصابا بالقولون العصبي ، تم اختيارهم من مختلف المستشفيات و المراكز في مدينة اربد الأردنية ، و لجمع البيانات تم استخدام مقياس الضغوط النفسية الذي أعده ليم اير و تيساير

و قام الباحث بتعريبه و التأكد من صدقه و ثباته ، و قد أظهرت النتائج أن مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي كان مرتفعا ، كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية تعزى لمتغيري نوع القولون العصبي مدة الإصابة به ، حيث كانت الفروق لصالح نوع الاسهال المتكرر، و مدة الإصابة من سنة الى أقل من 5 سنوات .

-دراسة شبانة (2017): تحت عنوان "دور قلق الامتحان في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية"

هدفت الدراسة الى الكشف على دور قلق الامتحان في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية ، حيث تم اختيار العينة المتكونة من 5 طلاب بثانوية أحمد الشريف منتوري (عين مليلة) وفقا لشروط معينة ، ومن ثمة تطبيق مقياس قلق الامتحان لسارسون إضافة الى اجراء مقابلة عيادية مع الحالات الخمسة ،

و أظهرت نتائج الدراسة أن قلق الامتحان له دور في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية بحيث تحصل افراد العينة على معدل اكثر من متوسط على مقياس القلق .و أكدت النتائج أن العوامل النفسية لها دور رئيسي في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية .

تعقيب على الدراسات السابقة :

-اتفقت جميع الدراسات على وجود العامل النفسي (قلق-صدمات-ضغوط نفسية و معاناة نفسية)كسبب في الاضطرابات السيكوسوماتية .

-المنهج المستخدم وصفي (ارتباطي)، و اكلينيكي على حسب الموضوع المدروس.

-استخدام قائمة كورنال للكشف على الاعراض السيكوسوماتية .

-تناولت الدراسات المذكورة مواضيع مختلفة كالعنف الأسري الأحداث الصادمة و الصدمات ،القصور الكلوي ، القولون العصبي وقلق الامتحان. أما في هذه الدراسة فقد تم التركيز على المخططات المعرفية.

الفصل الثاني: المخططات المعرفية اللاتكيفية

تمهيد

1-لمحة تاريخية عن مفهوم المخطط المعرفي .

2-تعريف المخططات المعرفية اللاتكيفية .

3-خصائص المخططات المعرفية اللاتكيفية .

4-مجالات المخططات المعرفية اللاتكيفية .

5-مصدر المخططات المعرفية اللاتكيفية .

6-آليةعمل المخططات المعرفية اللاتكيفية .

خلاصة

تمهيد :

المخطط هو مصطلح علمي ظهر في علم النفس المعرفي ، و يعود الفضل في تطويره إلى جيفري يونغ ، فعن طريقالمخطط نتعرف على الاعتقادات العميقة لدى الفرد عن نفسه و عن الاخرون و حول العالم الذي يحيط به ، و التي اكتسبت في مرحلة الطفولة الأولى. كما أن المخططات المعرفية تسير حياة الأفراد من خلال إحساسهم بالتحدي أو بالإنزعاج أو بالإرهاق.

و يقصد بالمخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية أنها تلك المتضمنات المتواجدة داخل الجهاز النفسي ، الموروثة من جروح الطفولة و ذكرياتها. و في هذا الفصل سنعرض تاريخ و مفهوم المخططات المعرفية اللاتكيفية ، خصائصها و مجالاتها ،كذلك مصادرها و آليات عملها .

1-لمحة تاريخية عن مفهوم المخطط المعرفي :

ظهر مصطلح المخطط منذ القدم أي من العهد الاغريقي و يعتبر المخطط في الفلسفة عند كانط مفهوم مشترك لكل أفراد ، استعمل هذا اللفظ أيضا في نظرية المجموعات الهندسية الجبرية ,التعليم ,

و تحليل الأدبي , و بين جيفري يونغ ان لفظ المخطط له تاريخ خاص في مجال علم النفس و بالأخص في مجال العلوم المعرفية التي اعتبرت المخطط نموذجا مفروضا من الواقع , أو عن طريق التجربة التي تساعد الفرد على تفسير الأحداث .

حيث استعملت كلمة مخطط من طرف المفكرين الاغريق , و لكن لم تظهر بشكل اصطلاحي حتى القرن 19 فقد وضع الفيلسوف "ايمانوويل كانط " في كتابه "نقد المنطق" أول مفهوم اصطلاحي حيث يرى أن الأشياء في العالم الخارجي يستطيع الفرد تصنيف هذه المواضيع في محيطه , لكن لا يستطيع معرفة ما يقع داخل هذا التصنيف لذا يعتبر كانط أول من وضع مفهوم يخص معالجة المعلومات .

(عبد العظيم حسين ,2007,ص114)

و يرى جيفري يونغ أن ألمخططات المعرفية تتعلق ببنية الجهاز العصبي حيث تمثل المخططات المعرفية مبدأ منظم للحياة النفسية و المتعلقة بالمعتقدات الراسخة من خلال الخبرات السابقة و من خلال ذلك استطاع المختصون في علم الأعصاب المعرفي الإجابة على تساؤلاتهم فاستعمل هذا المصطلح لتحديد المواقع العصبية التي تمثل محور الهوية لذا وضع هايد سنة 1918 مصطلح مخطط الجسد الذي أرجع هذه العملية إلى الفص الجداري و الذي يؤمن استقرار صورة الجسد و تمثل الذات في موقع (jeffrey young ,2006,p16-17).

بعد تراجع ادلر عن موقفه مع فرويد و بدون منازع هو أول معالج نفسي أشار إلى المخططات المعرفية كما تكلم عن مخططات الإدراك و ذلك في كتابه تحت عنوان علم الحياة سنة 1929 أثر كبير على العلاج المعرفي.

و استعمل بيك المخططات منذ كتاباته الأولى وإستعمل مصطلح مخطط منذ سنة 1967 انطلاقا من ثاني كتاب له حول الاكتئاب الذي نشره سنة 1976 و الذي وضح فيه أن المخططات المعرفية تمثل تأويلا شخصيا واليا للواقع و تؤثر على استراتيجيات التكيف لدى الفرد و التعامل مع الموقف و تمثلت المخططات المعرفية حجر الزاوية في نظرية بيك (عبد العظيم حسين ,2007,ص115)

كما أن ل "جورج كيلي" دور كبير في نشر هذا المفهوم في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1955

و ذلك باستعماله مصطلح "بنية الشخصية" من أجل الدلالة على البنيات أو الأبعاد ثنائية القطب التي تعكس معتقدات و أحكام المتعلقة بذات الفرد، العالم، و الآخرين ، فيمكن لهذه البيانات أن تتراكم و تكون لنا سلوكيات مضادة كما نجد أنفسنا أمام تذبذبات سريعة بين القطبين و تظهر من خلالها تناقض الأحكام مع الآخرين.

وأشار بياجي في مجموعة من الأعمال نشرها سنة 1964 سيرورتين تساعدان في النمو المعرفي هما :

التمثل : الذي يجعل العلم شبيه للمواضيع و المخططات السابقة .

و الموائمة : وهي تكيف المخطط حسب العالم الخارجي ، فهناك مجموعة من الموازنات المتتابعة التي تحفز الأخطوطات الفطرية الحس-حركية ، الأكثر بساطة(المص، المسك) وذلك للانتقال إلى المراحل الأكثر تعقيدا في المعلومات (ما قبل العمليات ، العمليات الملموسة و المجردة)، و استعمل كل من التمثل و الموائمة من قبل المعالجين المعرفيين الذين وضعوا هذه المصطلحات في محور العلاج المعرفي لاضطرابات الشخصية.(عبد العظيم حسين ,2007,ص115)

واستعمل "بيك" مصطلح مخطط منذ سنة 1967 انطلاقا من ثاني كتاب له حول "الاكتئاب" الذي نشره سنة 1979 ، و الذي وضح فيه أن المخططات المعرفية تمثل لنا تأويلا شخصيا و آليا للواقع ،و هي تؤثر على استراتيجيات التكيف لدى الفرد و التعامل مع المواقف.(Jeffrey E Young,2006,p19-21)

2-تعريف المخططات المعرفية اللا تكيفية :

عرف "جي تيبرغين" المخططات على أنها تمثلات عقلية تسمح لنا بحل المشكلات و توجيه الأفعال دون الاهتمام بالأحداث الدقيقة (Guy Tiberghien,2000,p269).

كما عرفها Cardine et Chambon على أنها بنية معرفية ثابتة نسبيا تحتوي على كل ما يعرفه الفرد على ذاته كما يقوم بترتيب و توجيه الانتباه و الادراك ،ويسهل عملية التذكر .(محمد بلغالم ،2016،ص6)

عرف هاهيسو المخططات المعرفية اللاتكيفية بأنها : هو شعور مؤلم يتكرر في الحاضر نتيجة خبرات مضرة في الماضي، وهو ادراك راسخ حول العالم و الآخرين و حول الذات ، حيث تبدأ هذه المخططات بالتطورمنذ الطفولة المبكرة و ذلك بفعل الحرمان أو العجز التربوي غير السليم ،لتصبح طريقة الادراك صعبة و مؤثرة سلبيا .(محمد بلغالم ،2016،ص6)

يشير أرون بيك الى أن المخططات عبارة عن بيانات معرفية موجودة لدى الفرد تتضمن الاعتقادات

و الافتراضات ،التوقعات ،المعاني و القواعد التي يكونها الفرد عن الأحداث و الاخرين و البيئة و على هذا يمثل الإطار الأساسي الذي يستخدمه الفرد لفهم الذات و العالم و العلاقات الاجتماعية مع الاخرين ،اذ أنها تؤثر في الكيفية التي تدرك بها الأشياء و الناس و الأحداث و الاستجابات نحوه و هي المسؤولة عن تنشيط الأفكار التلقائية و نشأتها ، كما يمكن أن تكون هذه المخططات ضمنية أو ظاهرية و تختلف من شخص إلى اخر ، و من ثم نجد أن طرق تأويل و تفسير الموقف الواحد تكون بطريقة مختلفة اذ أن مضمون كل مخطط يختلف من شخص الى اخر حسب خبرات هذا الفرد ، و يختلف الافراد في عدد

المخططات أو البيانات التي يتضمنها كل مخطط ، و تبعا لذلك يظهر تباينا في استجاباتهم نتيجة لاختلاف المخطط لديهم .(عبد العظيم حسين،2007،ص 144)

فيما قدم يونغ تعريفا شاملا و واسعا للمخططات غير المتكيفة المبكرة ، و عرفها على أنها نماذج انفعالية ذاتية انهزامية تظهر مبكرا أو يتكرر بروزها و هي مستمرة مدى الحياة ، نأخذ منبعها من الطفولة و المراهقة ، و تسيطر على حياة الفرد في مرحلة الرشد و هي ذاتية و مؤلمة و بالتالي فهي تمثل عبئ الماضي على مستقبل الفرد.(Young et All,2005,p35)

و يرى يونغ أن السلوك ليس هو المخطط بحد ذاته و إنما يتجسد المخطط من خلال السلوك و لذلك يرى أن المخططات غير المتكيفة المبكرة هي مجموعة هائلة من الذكريات و الانفعالات و الاحاسيس الجسدية و المعارف التي تدور حول موضوع طفولي مثل الإهمال ، الرفض ، التخلي و سوء المعاملة .(Young et All,2005,p57)

و يرى حسين عبد العظيم المخططات المعرفية أنها اعتقادات جوهرية أو افتراضات تشكل جزء من فترة مرشحات ادراكية و يتم استخدامها من طرف الأفراد في ادراك العالم ، حيث أن هذه المخططات التي تتيح للفرد الوصول إلى استنتاجات عن الأحداث بطريقة تلقائية ، و حيث أن لكل فرد مخزون فريد من المعلومات و الذكريات فإن الاستنتاجات التي يكونها الفرد عن الأحداث تختلف من فرد إلى اخر

و كذلك الانفعالات التي يعيشها .(حسين طه عبد العظيم،2006،ص116)

من خلال التعريفات السابقة نستنتج أن المخططات المعرفية اللاتكيفية هي الطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته والاخرين ،و يفسر من خلال مختلف المواقف الحياتية التي تصادفه بطريقته الخاصة التي غالبا ما تكون لاتوافقية و غير تكيفية مع الموقف لكنها تتماشى مع المخطط الخاص به ، و تبدأ هذه المخططات بالنمو و العمل منذ السنوات الأولى للطفولة و هي تخضع لعدة عوامل كالمزاج الانفعالي و أسلوب التربية .

3-خصائص المخططات المعرفية اللاتكيفية :

تتميز المخططات المعرفية اللاتكيفية بمجموعة من الخصائص هي :

-ان المخططات لا ترتكز فقط على الصدمات أثناء الطفولة ،و انما هناك عوامل أخرى تسبب تطورها ، فالتجارب السيئة المكررة أثناء الطفولة و المراهقة يمكن أن تكون من أسباب المخططات .

-تؤثر المخططات في طريقة إدراك الأشياء و كيفية التصرف ، و السلوكية تصبح مماثلة للوضعيات التي تشبهه أو هي تضع بصمة ماضي الطفولة على الحاضر .

-للمخططات خاصية التهديم ، و تعود أسبابها الى الخبرات المؤلمة التي تتكرر خلال الطفولة و المراهقة ، فهي تؤثر على حياتهم الشخصية و العاطفية و الاجتماعية و المهنية للشخص و يمكن أن تنشط في بعض وضعيات الحياة.

-يمكن أن تكون إيجابية أوسلبية ، مبكرة أو متأخرة ،فالمخططات الإيجابية و المتأخرة هي مخططات تكيفية ،بينما المخططات السلبية و المبكرة هي مخططات اختلالية غير متكيفة .

-تقوم المخططات من أجل استمرارها ، فالمخطط يمثل بالنسبة للفرد شيء معروفا و مألوفا عنده ، فرغم أنه يجعله يعاني فهو معتاد عليه ، تثيرهم الحوادث التي تنشط مخططاتهم و هذا من بين الأسباب التي تجعل المخططات صعبة التغير .

-هي لا شعورية و عند نشاطها يشعر الفرد بقوة الانفعال السلبي مثل الخوف و الخجل و الكئابة.(زبيدة الحطاح،2011،ص 69)

4-مجالات المخططات المعرفية اللاتكيفية :

تنقسم هذه المخططات اللاتكيفية الى خمسة مجالات و هي :

4-1/-المجال الأول : الانفصال و الرفض

لا يمكن للأفراد الذين لديهم مخططات في هذا المجال في تكوين علاقات و روابط أمنة و مرضية مع الأخرين ، فإنهم يضنون أن احتياجاتهم للاستقرار ،والأمن ،الحب،الإنتباه و الانتماء لم يتم إشباعها أبدا ، وفي الأصل تتميز عائلاتهم بعدم الاستقرار ،العنف ، برودة الأحاسيس و انعدام العاطفة ، سوء المعاملة ،و الانقطاع عن العالم الخرجي ، و الذين ينتمون إلى هذا المجال فهم المتضررون أكثر ، عاش الكثير منهم طفولة صادمة فإنهم يتجنبون العلاقات الحميمة و العلاقات العلاجية (Young et All,2005,p41)

و يشمل هذا المجال المخططات الخمسة التالية :

4-1-1/-مخطط (الإهمال /عدم الاستقرار): هو شعور مستمر عند الفرد بعدم بقاء الأشخاص المهمين معه و تركهم و تخليهم عنه لأنهم سيموتون قريبا ، أو أنهم سيهملونه من أجل شخص أفضل منه .

4-1-2/-مخطط (الشك/التعدي) : يقترب الفرد من الاخرين فيجعلوه يعاني ، و يعاملونه بسوء لأنه غير مرغوب فيه ، و منه يخلق لديه شعور بالدونية بالمقارنة مع الاخرين .

4-1-3/-مخطط النقص العاطفي: يضمن الفرد بأن الاخرين لا يعطونه القدرالعاطفي الذي يحتاجه و هذا الدعم يتميز بثلاثة مظاهر و هي : نقص الدعم العاطفي: غياب الانتباه ، الحنان ، الدفء و الصداقة ، التفاعل العاطفي : غياب الشخص الذي يفهمه و يستمع له ، نقص الحماية : عدم وجود شخص قوي لحمايته و رعايته (Jefferey Young,2005,p41)

4-1-4/-مخطط (النقص / الخجل) : يحكم الفرد على نفسه أنه ناقص ، و غير قادر و بعدم القدرة والسوء و ملاحظة الاخرين ، ذلك يدفعه من كره هو يظهر لديه شعور بالإهمال مقارنة مع الاخرين

و نقص الثقة و الخجل من العيوب الملاحظة سواءا داخلية او خارجية .(Jean cottraux ,2001,p 76)

4-1-5/-مخطط العزلة و النفور : هو الإحساس بالعزلة و الانقطاع عن بقية العالم بحيث يشعر الفرد بأنه مختلف عن الاخرين و ليس جزء من الجماعة.(Jeffrey Young,2005,p42)

4-2/-المجال الثاني: نقص الاستقلالية و الإنجاز

ان للفرد حاجات يرغب في اشباعها لكن لا تتوقف مع سير حياته اليومية كالرغبة في الانفصال عن العائلة والاستقلالية الذاتية و الإنجاز الجيد ، فتنقص هذه الحاجيات يولد لديه الفشل ، و من طبيعة هذه الحاجيات انها أسرية ينشأ معها ، أي أن الأسرة تتميز بنسق مغلق و بالتالي لا يمكن لهؤلاء الأفراد أن يخلقوا هوية خاصة بهم و هذا المجال يشمل أربعة مخططات هي :

4-2-1-مخطط(التبعية / عدم الكفاءة) : يضن الفرد أنه غير قادر على مسايرة المسؤوليات اليومية بمفرده كتسيير الأموال و حل المشاكل اليومية ، و يقول غالبا {أنا لست قادرا على.....} و يظهر هذا المخطط على شكل نقص مبادرة .(Jeffrey Young,2005,p42).

4-2-2/-مخطط الخوف من المرض و الخطر: هو الخوف المبالغ فيه من كارثة قد يرجع حدوثها في أي وقت ، والتي لا يمكن مواجهاتها و من بين هذه الكوارث ما يلي :

الصحة :نوبة قلبية –ايدز

الانفعالات : فقدان العقل و التحكم

كارثة طبيعية و فوبيا

4-2-3/-مخطط (الذوبان/شخصية ضامرة ضعيفة): يقصد به شدة التعلق بشخص واحد أو أكثر ،

و غالبا ما يكون الوالدين ، و تكون هذه العلاقة ضد الاستقلالية الخيالية من التكيف الاجتماعي العادي فانه تضيق نفسه مع الاخرين .(Young et Klosko,2005,p43-44)

4-2-4/- مخطط الفشل : يمثل هذا المخطط بالاعتقاد أننا سوف نخسر حتما فنحن غير مؤهلين للنجاح مثل الاخرين ، و غالبا يحكم الفرد على نفسه بأنه أحمق .

4-3/-المجال الثالث : نقص الحدود

ان الأفراد الذين يحملون هذا المجال لم يطور الحدود الملائمة فيما يخص تبادل الشعور ، و المراقبة الذاتية في نقص الحدود الداخلية ، نقص تحمل المسؤولية الاخر أو العجز في مواصلة الأهداف الى أخرها حيث يصعب عليهم احترام حقوق الغير أو التعاون أو تحديد و انجاز الأهداف على المدى البعيد ، كما أنهم غير مسؤولين و انانيين و نرجيسيين ،و يتميز وسطهم العائلي بضعف الأولياء الذين لا يستطيعون فرض النظام ، و يتضمن هذا المجال المخططين الاتيين :

4-3-1/-مخطط الشخصية المبالغ فيها : يشمل هذا المخطط الأفراد الذين لا يشعرون أنهم مرتبطون بقواعد التبادل و توجه العلاقات الاجتماعية العادية ، و كذلك يرون أنفسهم قادرين على القيام و الحصول على ما يريدونه ، و عموما هم أفراد ينشغلون بتعاليهم قصد الحصول على القوة ، ميزتهم الالحاح

و التسلط.

4-3-2/-مخطط التحكم الذاتي : تنظيم ذاتي غير كافي يشمل المشكل الرئيسي في عم القدرة على التحكم في الذات أو رفضها ، لا يحمل التلميذ إحباط في رغباته و هو قادر على تهيئة تغيرات انفعالاته

و اندفاعاته.(Jean Cottraux,2006,p48)

4-4/- المجال الرابع : التوجه المفرط نحو الاخرين

و هذا يوافق اجمالا بالأهمية الملحة للارتباط بحاجات و رغبات و رد فعل الاخرين من دونن مراعاة لحاجياته من أجل كسب عاطفتهم و موافقتهم ، خوف من أن يترك وحيد أو ينتقمون منه .(Cottraux,2006,p84Jean)

و إما في فترة الطفولة لديه فلم تكون لديه الحرية في ميوله طبيعية ، مما يستدعه الأمر الى كبت ما بداخله لارضاء والديه ، حتى يكتسب ودهم و رعايتهم على حساب الانقاص من قيمته و حاجاته

الشخصية مقابل حاجات و رغبات الاولياء ، وهذا ما يسمى بالتربية النمطية .(Jeffrey Young,2005,p45).

و يظم هذا المجال ثلاثة مخططات كما يلي :

4-4-1/-مخطط الخضوع و الانقياد : يتجلى في الخضوع المفرط لمراقبة الاخرين لأنهم مجبرون على التصرف على هذا النحو لتجنب الغضب ، الانتقام ، الإهمال ، ..... ، و يوجد مظهران أساسيان هما :

*الخضوع للحاجات : حذف حاجاته و اختياراته الخاصة .

*الانفعالات : حذف انفعالاته الخاصة كالغضب .(Jean cottraux,2006,p84-85)

4-4-2/-مخطط انكار الذات و التضحية : ينشغل الفرد الذي لديه هذا المخطط بإشباع حاجات الاخرين على حساب حاجاتهم .(Jeffrey Young,2005,p46)

و ينتج هذا المخطط من حساسية الفرد المفرطة للآلام الغير باهتمام مبالغ فيه متجاهلا حاجياته مما يكسب هذا المخطط صفة التبعية .

4-4-3/-مخطط الحاجة للاستحسان و الاعتراف بالجميل : حيث يكون تقدير الذات عندهم انطلاقا من ردود أفعال الاخرين ، و ليس من قيمهم الشخصية و يبالغون في نيل تقدير و رضا الاخرين و يفعلون ما يطلبون منهم .

4-5/-المجال الخامس : اليقظة الزائدة و الكف

في هذا المجال يقمع الأفراد تعبيرهم تلقائية للمشاعر و النزوعية ، و المشكل الأساسي لهذا المخطط هو المبالغة في مراقبة ردود الأفعال ، و المشاعر ، و الاختيارات من أجل تفادي و تبني قواعد باردة .

حيث أن هؤلاء الأشخاص ترعرعوا في أسر من أولويتها الأساسية العمل الخضوع و إخفاء المشاعر و غالبا ما يتسمون بالتشاؤم ، و القلق و ندرج ضمن هذا المجال أربعة مخططات هي :

4-5-1/-مخطط السلبية و التشاؤم : يركز هذا المخطط على المظاهر السلبية للحياة مثلا : الألم ، الموت ، الخسارة ، الخيانة ، و يقلل من شأن المظاهر الإيجابية ، مما يؤثر عليه و هذا كله ناتج عن ميزة التشاؤم التي يتحلون بها . (Jeffrey Young,2005,p46)

4-5-2/-مخطط التحكم الانفعالي المفرط : يتصف الأفراد في هذا المخطط بالتحكم المفرط للإستجابة التلقائية (التصرفات ، المشاعر ، الكلام ، .....) لتجنب الأخطاء لكي يرضوا الاخرين .

و يرتبط هذا التحكم المفرط بالمجالات التالية :

- كف الغضب و العدوانية .
- التحكم في الإنفعالات الإيجابية .
- صعوبة الإعتراف بالنقائص أو صعوبة التعبير عن المشاعر و الحاجات .
- الاهتمام المبالغ فيه بالفكر عن الانفعالات .

ان أصحاب هذا المخطط يتميزون بالملل و الانضباط و التجنب و البرودة الانفعالية .(Jean Cottraux,2001,p77)

4-5-3/-مخطط المثالية المتطلبة و النقد المبالغ فيه : في هذا المخطط يقع الفرد باستمرار في الحفاظ على مستوى عالي من الكمال في أراءه و إنجازاته و أن يكون المثل الأعلى لكي يتجنب انتقادات الاخرين .(Jean Cottraux,2001,p77)

4-5-4/-مخطط العقاب : يميل الفرد في هذا المخطط لإظهار نفسه على أنه متعصب ، و يعاقب نفسه

و الاخرين إذا لم يتوصل الى مستوى الكمال ، و يكون غير قادر على تفحص الظروف المخففة ، كما يكن لديه نقص في التقبل العاطفي ، و عدم تقبل الرأي الاخر .(Jean Cottraux,2001,p77)

و بناء على ما تم طرحه نتوصل إلى أن المخططات المبكرة الغير متكيفة تنقسم عند جيفري يونغ الى خمسة مجالات و كل مجال يتضمن مجموعة من المخططات ، التي من خلالها يمكننا التعرف على الأشخاص الذين لديهم المخططات المبكرة غير المكيفة و تصنيفهم حسب هذه المخططات في المجال الذي ينتمون اليه .

5-مصدر المخططات المعرفية اللاتكيفية :

5-1/-الحاجات الانفعالية الأساسية :

هي الحاجات الانفعالية الأساسية التي تحتاج اليها في مرحلة الطفولة و توجد خمسة أساسية :

-الشعور بالأمن المتعلق بالاخرين و يحتوي الاستقرار ، و التربية المتعلقة بالتقبل .

-الذاتية ، الكفاءة و الشعور بالذاتية .

-الحرية في التعبير عن الحاجات و الإنفعالات .

-التلقائية و اللعب .

-معرفة الحدود و التحكم بالذات .

و توجد هذه الحاجات عند جميع الافراد من حيث الأهمية من خلال التفاعل بين المزاج الفطري للطفل

و محيطه في المراحل المبكرة من النمو ، و الذي ينجم عنه الإحباط في مكان اللذة في مجال الحاجات العاطفية الأساسية .(Young and All,2005,p37)

5-2/-دور المخططات المبكرة في الحياة :

الخبرات المؤلمة في مرحلة الطفولة هي أصل المخططات المعرفية غير المتكيفة فكلما ظهرت بشكل باكر كلما كان تأثيرها أكبر ، و يعود أصلها بالنسبة للبعض الأطفال بنية و ديناميكية عائلته التي تمثل له عالما واسعا ، فعندما تصادف أحداث تنشط لديها هذه المخططات يعاودون عيش الأحداث الدرامية

و لاحظ يونغ أربعة خبرات :

-احباط الرغبات و تحدث عندما يتم اهمال رغبات و حاجات الطفل في مرحلة مبكرة من العمود داخل محيطه كالاستقرار العاطفي ، التفهم و الحب ، فيبنى مثل النقص العاطفي و التخلي .

-التعرض الى المواقف الصادمة أو يكون في النمو لديه مخطط عدم الثقة ، الحرمان ، عدم الكفاءة ، الخجل ، أو الخوف و الخطر و الأمراض .

-الافراط في تحقيق الرغبات ، مناك من طرف الوالدين في إعطاء الطفل جميع الأشياء الجميلة التي يريدها و بصورة مفرطة ، حيث نجدها في مخطط التبعية ، عدم الجدارة ، الحقوق الشخصية المبالغ فيها ، التكبر ، فتكون نتيجة حماية زائدة أو بالعكس هناك إفراط في إعطاء الحرية و الذاتية بدون حدود .

-التماهي لسلوكيات الأشخاص المهمين في الحياة فالطفل يتماهى الى أحد الوالدين أو كليهما حيث يقوم بالتماهي الى السلوك العدواني للوالدين ، انفعالاتهم و حتى سلوكياتهم المرضية ، و لكن هذا لا يعني أن يكون دائما ممثلا لهذا السلوك بل توجد حالات تمثل دور الضحية و عدم تأثرها للسلوكيات .

5-3/-دور المزاج الإنفعالي : هناك عوامل أخرى في محيط الطفل تلعب دورا مهما في تكوين المخططات فالمزاج الانفعالي للطفل بصورة عامة مهم ، فلكل طفل مزاج و انفعالات تخصه و تميزه عن الاخرين و ذلك بصورة فطرية فهناك من يتميزون بسرعة الغضب ، واخرين أكثر خجلا ، كما يتميز البعض بالعدوانية ، إن بعض الدراسات أكدت أهمية هذا الموضوع خاصة البحوث في مجال البيولوجية و الوراثة مثل أعمال Kagan و زملاؤه الذين قاموا ببحوث حول خصائص و مميزات المزاج الملاحظ في مرحلة الطفولة و اكتشفوا أنها تبقى ثابتة في معظم الوقت .

حيث أن هناك سبعة أبعاد مفترضة لنوعية المزاج الانفعالي و التي تعتبر فطرية و نسبيا غير متغيرة من خلال العلاج النفسي : انفعالي/متفاعل ، متشائم/متفائل ، قلق/هادئ ، وسواسي /غير مبالي ، سلبي/عدواني ، سريع الغضب/مرح ، خجول/اجتماعي .

و هذا راجع الى سوء المعاملة الوالدية أو الافراط في التدليل و يأخذ مستويات مختلفة من التماهي السلبي فقد تكون المعاملة السيئة جزاء عدائية الطفل الى ظهور سلوكيات هادئة و سلبية كما قد يزيد من عدائيته.

(Young and All,2005,p38-39)

6-آلية عمل المخططات المعرفية اللاتكيفية:

لفهم كيفية عمل المخطوطة يمكن تسليط الضوء على عمليتين هما :

6-1/-إستدامة المخطوطة (الإبقاء على المخطوطة):

يشير مصطلح إستدامة المخطوطة الى حماية ما يقوم به الفرد داخليا و سلوكيا للحفاظ على تقدم و عمل و استمرارية المخطوطة ، و يتضمن ذلك الأفكار و المشاعر و السلوكيات جميعها التي تؤدي الى نهاية المطاف الى تدعيم و تثبيت المخطوطة أكثر مما تساعد و تساهم على التعافي منها و علاجها .

ان المخطوطات تبقى على نفسها من خلال ثلاث ميكانيزمات رئيسية هي : التشوهات المعرفية ، أنماط الحياة التي تبطل نفسها ذاتيا ، و أخيرا أساليب التأقلم مع المخطوطة .

فالفرد يسيء إدراك المواقف من خلال التشوهات المعرفية بطريقة من شأنها أن تقوي و تعزز و تثبت المخطوطة ، إضافة الى ابراز المعلومات التي تؤكد المخطوطة و في الوقت نفسه التقليل من حجم

و أهمية المعلومات التي تتعارض مع المخطوطة .

أما إنفعاليا ، فإن الفرد ربما يمنع الانفعالات المتصلة بالمخطوطة فهو بذلك يمنع المخطوطة نفسها من الوصول الى مستوى وعيه و بالتالي فإن الفرد لن يستطيع اتخاذ الخطوات التي يمكن أن تغير المخطوطة أو تساهم في شفائها.

أما سلوكيا فإن الفرد ينخرط في نماذج سلوكية هامة للذات ، يتم إختيارها و الإنقياد بها بدون وعي منه ، إضافة إلى الإبقاء على تلك العلاقات التي من المحتمل أن تؤدي إلى شفاء المخطوطة .

أخيرا بين شخصيا ، أن الفرد يرتبط مع الاخرين و يتفاعل معهم بطرق تؤدي و تدفع بالآخرين الى الاستجابة له بسلبية مما يدعم المخطوطة و يثبتها أكثر ، و كل ذلك يتم وعي الفرد منه لما يقوم به بهدف الحفاظ على المخطوطة و إبقاءها .

6-2/-تعافي المخطوطة :

تعافي المخطوطة هو الهدف النهائي من العلاج بالمخطوطة ، ذلك أن المخطوطة هي مجموعة من الذكريات ، الانفعالات و الأحاسيس الجسدية و الادراكات .

و يتضمن تعافي المخطوطة تقليص كثافة كل من الذكريات المتصلة بالمخطوطة ،والشحنة الانفعالية للمخطوطة ، و قوة الأحاسيس الجسدية المرتبطة بالمخطوطة ، و أخيرا تقليص الإدراكات غير المتكيفة كما يتضمن أيضا تعافي المخطوطات تغييرات سلوكيات كتعليم الفرد كيف يستبدل أساليب التعامل غير المتكيفة بأخرى أكثر تكيفا (Young, Klosko et weishar,2003,p30)

إن خطة العلاج و تعافي المخطوطة غالبا ما تكون شاقة و طويلة فالمخطوطة من الصعب أن تتغير ، فهي معتقدات راسخة و بعمق حول الذات و العالم ، تعلمها الطفل و كونها في مرحلة مبكرة من عمره فالمخطوطات تزود المرض بمشاعر الأمن و الطمأنينة و القدرة على التنبؤ ، إذ أنهم يقاومون التخلي عن المخطوطة لأن المخطوطة تتوسط احساسهم بالهوية ،حيث من المهين و الخزي و المخل بالنسبة لهم التخلي عنها ، فهو تخلي عن معرفة الفرد لنفسه و من يكون و عن معرفته للعالم بأسره . لذلك فإن تعافي المخطوطة يتطلب استعدادا و رغبة قوية لمواجهة المخطوطة ، ما يتطلب إنضباط و تدريبات متكررة فالمريض يجب أن يلاحظ المخطوطة و يعمل بجد لتعديلها . (Young,Klosko et Weishar,2003,p31)

خلاصة :

تطرقنا في هذا الفصل إلى العناصر المهمة التي تخدم موضوعنا ، من خلال تقديم لمحة تاريخية حول المخططات المعرفية اللاتكيفية ، و الوقوف على مجموعة من التعاريف التي تتفق على أن المخططات المعرفية اللاتكيفية هي مجموعة من الأفكار و الاحاسيس و المشاعر التي تترسخ منذ الطفولة و تحكم سلوك الفرد حتى مرحلة الرشد و أنها الطريقة التي يدرك بها الفرد نفسه و العالم الخارجي أيضا ،كما أننا ذكرنا مجموعة من الخصائص التي تتميز بها هذه المخططات (كاللاشعورية و الثبات النسبي)،

و كذلك مجالاتها الخمسة التي حددها يونغ (الرفض و الانفصال-نقص الاستقلالية و الإنجاز-نقص الحدود – التوجه المفرط نحو الاخرين – اليقظة الزائدة و الكف) ، تليها مصادر المخططات المعرفية اللاتكيفية (الحاجات الانفعالية الأساسية-دور المخططات المعرفية المبكرة في الحياة- دور المزاج الانفعالي)، و في الأخير آلية عمل هذه المخططات

الفصل الثالث : الإضطرابات السيكوسوماتية

تمهيد

1-تاريخ تطور مفهوم الإضطرابات السيكوسوماتية.

2-مفهوم الإضطرابات السيكوسوماتية .

3-أسباب الإضطرابات السيكوسوماتية .

4-خصائص الإضطرابات السيكوسوماتية .

5-النظريات المفسرة للإضطرابات السكوسوماتية .

6-أنواع الإضطرابات السيكوسوماتية .

7-تشخيص الإضطرابات السيكوسوماتية .

خلاصة

تمهيد :

تشكل ظاهرة الاضطرابات السيكوسوماتية موضوعا أثار إهتمام الباحثين ، وأحدث جدلا في دراسة الإنسان، والكشف عن متاعبه النفسية و الجسمية ، و ذلك بسبب الإنتشار الواسع لها و المرتبط بالعصر الحديث ، وكذلك تداولها في مجال الطب و علم النفس .و بالرغم من أن الجذور التاريخية للإضطرابات السيكوسوماتية مرتبطة بوجود الإنسان و البحث في العلاقة بين النفس و الجسد إلا أنه أصبح من المسلم به حاليا أن كثير من الأمراض الجسمية يمكن أن يكون لها جذور نفسية.

و أدى هذا الإهتمام بالإضطرابات السيكوسوماتية إلى بروز عدة نظريات علمية تسعى الى تفسيرها كل حسب الخلفية النظرية التي ينطلق منها ، كالتفسير الفيزيولوجي و التحليلي و التفسير السلوكي ،

و التفسير المعرفي الذي ستتمحور حوله هذه الدراسة . كما تم وضع قائمة خاصة بأنواع الإضطرابات السيكوسوماتية ، و وضع طريقة الكشف عنها و تشخيصها أيضا . و في هذا الفصل سنحاول التفصيل أكثر في هذا الموضوع .

1-تاريخ تطور مفهوم الإضطرابات السيكوسوماتية:

تقول زينب الشقير (2001) بأن الفلاسفة القدامى أدركوا العلاقة المتبادلة بين النفس و الجسم ، و أن تغير الحالة النفسية لدى الانسان يؤدي إلى تغير الحالة العضوية (الوظيفية) ، كما أن الحالة الجسدية يمكن بدورها أن تؤدي الى تغير في الحالة النفسية لدى الفرد، غير أن الدراسات الطبية و النفسية المتقدمة أجمعت على أن تأثير النفس في الجسم أكثر شدة و أكثر وضوحا و خطورة من تأثير الجسم

في النفس، و القدماء لم يتمكنوا من تقديم المتغيرات المنطقية التي تعتمد على أسس علمية عن كيفية تأثير الحالة النفسية في حدوث الإضطراب العضوي ، و إكتفوا بالإشارة إلى هذه العلاقة بين

النفس و الجسم و وصفها فقط.

كما أن وحدة النفس و الجسم في الإنسان ليست بالشيء المستحدث ، و قد تطورت تلك الوحدة القائمة

و المتبادلة بين ما هو نفسي و ما هو جسمي بفضل التطور الحضاري و ما يصاحبه من خلق أنماط سلوكية تمثل شبكة تعقيدات في العلاقات الاجتماعية تجاه أحداث الحياة ، مما يسبب ضغوطا عقلية للإنسان ، و يسبب له أزمات إنفعالية مزمنة قد تقضي به الى مرض عضوي مع تغيرات بنائية تؤدي في أخر الأمر إلى ما يعرف بالأمراض السيكوسوماتية، و تأخذ شكل الإضطراب الجسمي ، و تكون مسببة بأحداث سيكولوجية و ضغوط انفعالية.(الزهرة،2010،ص50)

و يذكر مراد (1966) أن العلاقة بين النفس و الجسم علاقة قديمة قدم تاريخ الفكر الإنساني ، إذ يرجع أثر العوامل النفسية في الجسم الى هيبقراط، و الذي استطاع شفاء "برديكس" ملك مقدونيا من مرضه الجسمي ، وعندما قام بتحليل أحلامه ، و يعكس ذلك دون شك ادراك هيبوقراط للعلاقة بين النفس والجسم ،والتأثير بينهما، على أن مشكلة النفس و الجسم لم تكن بهذه البساطة ، بل إن العلاقة بينهما إختلف الفلاسفة و المفكرون حولها ، و لقد فطن العرب و علماء المسلمين في هذا المجال إبن سيناء (1037م-980ه) أشار إلى أن الأمراض النفسية مثل الحصر و الغم و الهم و الغضب ، و الحسد تعمل على تغير في مزاج الجسم و تؤدي الى إنهاكه و إضطراب وظائفه.

كما ذكر أبو النيل (1997) أن الرازي لجأ لعلاج حالة روماتيزم المفاصل عبر إثارة الإنفعال ،

هذا و قد لجأ إبن سيناء إلى شيء مشابه ، حيث إستخدم إنفعال الخجل لعلاج إحدى مريضاته.

و يرجع الفضل الى "هنيرت " (1818) في إستخدام مصطلح نفسجسمي عندما يتحدث عن الأرق في الأمراض السيكوسوماتية ، فالمريض يكون في هذه الأمراض قد فقد توافقه ، و نلاحظ ذلك في إشارته إلى أنه عندما تبدأ التوترات الإنفعالية في العمل فإنها تأثر في وظائف البدن ، فالغضب يجعل المعدة دائما متهيجة ، و يكون ذلك بداية القرحة ، و عندما تستمر هذه الإنفعالات تنتج تغيرات بدنية هامة (الطلاع،2000،ص40-45)

و مع مطلع القرن السابع عشر نجد أن ديكارت(1596-1650) قدم للبحث السيكولوجي دعما كبيرا ، حيث يرى أن الجسد آلة تتحرك و تتصف وفق طرائق يمكن التنبؤ بها إذا عرفت مداخلاتها . و ما يمكن التنبؤ به خاضع للبحث العلمي و بالتالي فان العضوية الإنسانية و الحيوانية قابلة للبحث العلمي .(أنطوني حمصي،2006،ص8)

كما نجد أن النظرة التقليدية لعلاقة النفس بالجسد أخذت منحى آخر بتطوير الطب البشري و ظهور دراسات و أبحاث تناولت الظواهر البدنية ، و إعتمدت على الملاحظة الدقيقة و التجربة ، و منها إكتشاف الطبيب الإنجليزي "ويليام هارفي " للدورة الدموية 1628 . هذا الإكتشاف أطاح بالنظرية التقليدية للأمزجة و بذلك أضحت النظرة للجسم يمكن تفسيرها بألياته الخاصة به .(محمد حمدي الحجار، 2004،ص7-8)

و إبتداء من القرن الثامن عشر بدأ الأطباء بإعادة النظرة في موقفهم من النفس و علاقتها بالجسد ، حتى توصل العالم Van Dousch و في عام 1868 الى نمط نفسي خاص بمرضى القلب ، و كان Heinroth أول من استعمل مصطلح بسيكوسوماتيك و ذلك في عام 1818 .(Pierre (Marty,1992,p17

إلا أن الإستخدام الدقيق للمصطلح إنما أتى في عام 1922 في الكتابات الطبية الألمانية و لم يستعمل في اللغة الإنجليزية حتى أوائل الثلاثينيات عندما إستخدمته الدكتورة "هيلين فلاندور دنبار " التي تعمل في كلية الأطباء و الجراحين بجامعة كولومبيا و ذلك في مؤلفها حول الإنفعالات و التغيرات الجسدية .(فيصل خير الزراد،1984،ص120-121)

أيضا ما نجم عن الحرب العالمية الأولى و الثانية من الشدة النفسية المرافقة للحرب و انعكاسها على أجساد الأشخاص الذين عايشوا هذه الحروب بخصوص الجنود الذين ظهرت لديهم اضطرابات كشلل الأطراف و الصم الهستيري و إرتفاع ضغط الدم ،كذلك لوحظ عقب الحرب العالمية الثانية عند سكان لندن قرحة المعدة و إرتفاع ضغط الدم و في هذا يقول محمد أحمد غالي العلمية في كتابه "القلق وأمراض الجسم" بأن خطورة الأمراض السيكوسوماتية قد شاع و إنتشر بعد الحربين العالميتين

و ما جاء ورائهم من أموال و نتائج سيئة و تظهر تلك الأمراض على شكل إصابات فعلية أو خلل فعلي حقيقي في أنسجة أو خلايا جدران المعدة أو الأمعاء الغليظة أو الجلد أو في وظيفة التنفس أو غيرها من الامراض .(عطوف محمود ياسمين ،1981،ص 140-141)

2-مفهوم الإضطرابات السيكوسوماتية :

تعددت التعريفات التي تناولت الإضطرابات السيكوسوماتية و إختلفت حسب التخصصات

و الإتجاهات العلمية ، و لكن هذا تعدد لم يؤثر في المفهوم العام للإضطرابات السيكوسوماتية ، و لغويا نجد أن كلمة سيكوسوماتي مشتقة من كلمة" psycho "و التي تعني الروح أو النفس و كلمة "soma" تعني البدن ، و في اللغة العربية يطلق عليها مصطلح "نفس جسمي " و تختصر الى النفسجسمي .

وتعرف الإضطرابات السيكوسوماتية بأنها إضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي وتصيب المناطق و الأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي اللاإرادي .(حامد زهران ،1997،ص469)

و عرفها جيلفورد (1959) أنها إضطرابات جسمية نفسية ، تؤدي الى شكاوى نفسية ، و غالبا ما تكون شديدة ، ويشكو المريض من قلة الطعام ، و يستخدم أعراضه الجسمية في إراحة نفسه ، و يهتم في نفس الوقت بها ، اهتماما عاما بوظائفه البدنة.

و عرف أبو النيل (1994) الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها : الإضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء ، و التي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم ، أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة إضطرابات إنفعالية مزمنة نظرا لإضطراب حياة المريض ، والتي لا يصلح لها العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاء تام ،لإستمرار الإضطراب الإنفعالي ، و عدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي.(الطلاع،2000،ص58)

و عرف راجح (1965) الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها : الأمراض الجسمية التي ترجع في المقام الأول إلى عوامل نفسية ، سببها مواقف ، و ضغوط إنفعالية كثيرة كالظروف الإجتماعية ، و هي تتفشى في الحضارات المعقدة التي يشيع فيها الصراع ، و الإحتكاك الشديد بين الناس ، والتنافس المرير بينهم ، والظروف الإقتصادية المقلقة و البطالة إلى غير ذلك من الظروف التي تستنزف الفرد ،و تثير في نفسه العداوة ،و البغضاء ، والقلق و الخوف ، دون أن يسمح له بالتعبير عن هذه الإنفعالات تعبيرا صريحا.(أحمد الراجح ،1999،ص55)

كما عرفها العيسوي(1990) بأنها الأمراض التي تنشأ من أسباب أو عوامل نفسية و إجتماعية ، و لكن أعراضها تتخذ شكلا جسميا أو عضويا .

و عرف (T.Millon,1974) الإضطرابات السيكوسوماتية بأنها :أمراض جسمية ناتجة عن عدم قدرة المريض على تجنب المضايقات أو التنفيس عن التوترات النفسية المتراكمة ، و هكذا ردود الأفعال تصبح مكبوحة ، و تتهيج داخليا حتى تخلق خللا جسميا.

و عرفها طه بأنها : إضطرابات جسمية تنشأ بسبب نفسي ، و يحدث فيها تلف في البناء التشريحي للعضو بحيث يمكن للأشعة أو التحليل إكتشاف هذا التلف ،إلا أن العلاج الطبي وحده لا يفلح في شفاء المريض ، و بالتالي لا بد من إقترانه بالعلاج النفسي حتى يعالج سبب المرض ، حيث أن هناك بعض الأعراض الجسمية التي تنتج عن إضطراب عصيب للنفس البشرية ، كبعض أمراض السكري و ضغط الدم ، و اللذان ينجمان عن المخاوف و الإنفعال الشديد و أغلبها على المستوى اللاشعوري.

و عرفها "هاس " بأنها إضطرابات بدنية التي يمكن أن يكون لها جذور سيكولوجية ، فالكائن البشري عبارة عن وحدة متكاملة ، يعمل فيها الجسم و النفس معا في نظام متكامل ، و قد يكون للعنصر النفسي أهمية قليلة أو كثيرة ، وهذه الإضطرابات متكررة الحدوث و التي لها عنصر نفسي أساسي ، نسميها بالإضطرابات السيكوسوماتية ، و هي تبقى في البداية جسمية بكل معنى الكلمة ، و لكنها غالبا ما تكون ناشئة عن التفاعل بين المتغيرات الجسمية و الإنفعالية ، و تتأثر بمواقف حياة الفرد و ضغوطها.(الطلاع،2000،ص 59-60).

و يرى (Dongier,1976) أن الإضطرابات السيكوسوماتية تطلق على مجموعة من الإضطرابات ، كإرتفاع ضغط الدم الشرياني ، القرحة المعدية و الربو الشعبي....، و هذه الإضطرابات تلعب دورا رياديا في ظهورها . ففي هذه الحالة يفترض وجود علاقة دقيقة بين السبب و النتيجة ، بين الحالة العقلية

و الإختلال العضوي . و يتعلق الأمر بالإضطرابات و الأمراض التي يلعب فيها الضغط دورا أساسيا ، كذلك يمكن للحوادث الضاغطة قصيرة الأمد أو منطقة أن تمارس نشاط مستمر بواسطة عمليات عقلية على مستوى النظام العصبي و الغدد الصماء ، مما يؤدي إلى تغيرات في الحالة الوظيفية للأعضاء.(الزهرة،2010،ص58)

و ذكر الزراد(2000) أن أصحاب مدرسة التحليل النفسي ، يذهبون إلى أن الإضطرابات السيكوسوماتية هي تعبير خاص عن أسلوب الحياة لدى الفرد ، و الطرق المستخدمة من طرفه في مواجهة القلق و النزاعات النفسية المكبوتة .(الزهرة،2010،ص60)

و يرى كل من "أيزنك" و "أرنولد" و "ميلي" أن مصطلح سيكوسوماتي يستخدم بمعاني مختلفة ، والإستخدام الأكثر إنتشارا هو للدلالة على عدد من الأمراض التي لها صفات مميزة ، و بتعميم أكثر : فإنه ينظر إلى المرض بإعتباره علاقة بين الفرد و بيئته ، و يعتبر كلاهما تكاملا للظواهر الجسمية والنفسية ،و هناك إتفاق على أن من الصفات المميزة للأمراض السيكوسوماتية : أنها إضطرابات في أعضاء الجسم مع تلف فيها ، و تلعب الإضطرابات الإنفعالية جزءا أساسيا في التعجيل ببداية حدوث الأعراض و عودتها أو تفاقمها. كما تميل إلى أن تكون مرتبطة بإضطرابات مماثلة لدى الفرد في فترات مختلفة من حياته أو الأسرة الواحدة.(الزهرة،2010، ص62)

و ذكر الزهران (1997) بأن دانييل لاجاش يذهب إلى أن السيكوسوماتيك هو كل الحيل الانفعالية

و الحيل الفيزيولوجية المتضمنة في العمليات المرضية للفرد ، بتركيز الإهتمام على تأثير كل من العاملين (الإنفعالي و البدني) في الاخر و على الفرد بإعتباره كلا ،و في نفس السياق يذهب ستافورد كلارك في توضيحه لمفهوم السيكوسوماتيك بقوله : إن اختلاف الأمراض في الجسم ليس حقيقية كما يبدو ،فكلا من مرض الذبحة الخانقة و الصداع النصفي ،على سبيل المثال ، يعتمدان في ظهورهما على تغيرات في تدفق الدم في الشرايين لإمداد القلب و أجزاء معينة من المخ ،و زيادة على ذلك فإن هذه الشكاوى تظهر بمساعدة الجهاز العصبي اللاإرادي ، لكن العامل الذي تشترك فيه هو الجزء الأكبر الذي يلعبه الضغط الإنفعالي بإستمرار. أما "برنارد ريس " فيشير إلى دور البيئة في تعريفه للإضطرابات السيكوسوماتية بأنها : الإضطرابات التي تحدث في وظائف جسم الكائن الحي بسبب عوامل بيئية تسبب القلق و الصراع و التوترات ، و يشير إلى وجود (آليات فسيو عصبية كيميائية) تترجم الشدة الخارجية إلى عرض عضوي . ولا بد من الإهتمام بما أسماه بالحلقة المفقودة بين المكونات الجسمية و النفسية للمرض السيكوسوماتي ، و هو ما يتفق مع تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1968) بأن : الإضطرابات السيكوسوماتية هي مجموعة الإضطرابات العضوية التي تتميز بأعراض ترجع أسباسها إلى عوامل نفسية إنفعالية تقع تحت إشراف الجهاز العصبي اللاإرادي.

و في تعريف "كيف برودمان" و اخرون : و هم من معدي قائمة كورنال للاضطرابات السيكوسوماتية أنها : زملة الأعراض الجسمية التي تنشأ عن عوامل نفسية إنفعالية ، والتي قد تتسبب في حالة زيادة تصل شدتها إلى المعاناة من مرض حقيقي يصيب عضو أو جزء من أجزاء الجسم ، أو يسبب خلل في أداء هذا العضو لوظيفته ، بحيث لا يفلح في علاج الأعراض و شفائها شفاء تام ،في حالة الإعتماد فقط على العلاج الجسمي الطويل و بدون علاج أسبابه النفسية ، وتنشأ هذه الأعراض غالبا نتيجة تفاعل عوامل نفسية و اجتماعية حادة مع وجود عوامل بيولوجية مهيئة .(محمد أبو النيل،2001،ص100)

بناءا على التعريفات العديدة السابقة نستنتج أن إلسيكوسوماتية هي :اضطرابات عضوية أي جسمية الشكل و نفسية المنشأ ،بحيث يكون هناك خلل في بنية أو وظيفة عضو معين ، يكون السبب الأساسي

وراء هذا الخلل هو نفسي (إنفعال، توتر مستمر، صدمة،...)، وتكون الخطة العلاجية لشفاء الحالة هي العلاج الدوائي(جسمي) والنفسي (السبب) في آن واحد.

3-أسباب الإضطرابات السيكوسوماتية :

تتعدد الأسباب و العوامل المؤدية الى الإضطراب السيكوسوماتي نذكر منها :

3-1/-العوامل المتعلقة بالوراثة :

تستبعد الإضطرابات الوراثية التي ترجع الى الوراثة مباشرة مثل الأنيميا و خلل الكروموزومات ، الهيموفيليا .....الخ، اما هنا يقصد بالعوامل الوراثية :

-وجود إستعداد تكويني يقوم على الوراثة مثل (ظروف الولادة أو عمر الأم)

-وجود إستعداد تكويني نتيجة الخبرات الأولى للفرد(الفيسيولوجية أو النفسية)

وما يحدث للأم أثناء الحمل غالبا ما يلازم الطفل بعد و لادته ، مما قد يؤدي الى الإصابة أو التعرض للإضطراب العضوي الذي يسبب لديه الضعف بعد ولادته ، أو التعرض للإصابات و الأمراض ، مع ضعف جهاز المناعة لديه.(فيصل خيرالزراد،2009،ص73)

3-2/-إضطراب علاقة الطفل بالوالدين :

أشارت الدراسات الى أن من بين الأسباب المهيئة للإصابة بالإضطراب السيكوسوماتي توتر علاقة الطفل بوالديه ، خاصة في السنوات الأولى من مراحل تكوين الشخصية . فقد رأى مارتي أن الإنسان عبارة عن مجوعة من الوظائف القولبية في شكل وحدة حية ملقاة في الفضاء إنطلاقا من ولادته لمدة زمنية محددة، و هو في تبعية دائمة للعالم الخارجي ، فهو يأخذ من العناصر الأساسية للحفاظ على حياته إبتداء من التبادلات الفيزيقية ، الكيميائية مرورا بالتبادلات الوجدانية و الاجتماعية ، وصولا إلى غاية التبادلات الفكرية و الفنية.(علي قويدري،2011،ص 93)

فقد ربط الكثير من الباحثين بين نوع التربية و الشكل الذي تلقاه الطفل من الوالدين و بعض الأمراض ،فمثلا بحث أجراه بورسيل و ميتز على مرضى الربو وجدوا أنه يرتبط بصرامة الأم .مما سبب صراعات خطيرة بين الأم و الطفل خاصة في فترة التدريب على ضبط الإخراج ، مع حدوث تعارض بين رغبات الطفل و الأم .(الزهرة ريحاني،2010،ص79)

3-3/-نمط الشخصية:

إن للشخصية الإنسانية دورا في تحديد السلوكات التي يتصف بها الفرد مما يؤثر في صحة الإنسان . فقد أشارت الدراسات الحديثة أن السمات الشخصية يمكن أن تؤثر على جهاز المناعة ووظائفه ، و أن لها علاقة بالصحة ، إذ يعد ألكسندر أول من ربط بين الشخصية و المرض الجسمي ، و ذلك في أربعينيات القرن الماضي من خلال دراسته المتعددة في مجال الإضطرابات السيكوسوماتية ، فقد كان يعالج مريضتين مصابتين بسرطان الثدي ، و كانتا متشابهتين من الناحية الطبية ، و بعد إزالة الورم ماتت إحداهما بينما تحسنت الأخرى بشكل ملحوظ ، وبعد بحث مستفيض توصل إلى أن الأمر يتعلق بطبيعة شخصية كل منهما. و يعد فريدمان و روزينمان 1974 أول من وضع مفهوم لنمط الشخصية التي ترتبط بحدوث الأمراض السيكوسوماتية هما نمط الشخصية (أ)و نمط الشخصية (ب) حيث يتميز النمط الأول بمجموعة من السمات ، و يكون مستهدفا للإصابة بالمرض ، بينما يتميز النمط الثاني بسمات مخالفة للنمط الأول و لا يكون عرضة للمرض.(سامي عبد القوي،2002،ص10)

النمط (أ) يتميز بالتنافس الشديد و الرغبة بالإنجاز و العدوانية ، و يتميزون بالطموح المرتفع والشعور الدائم بضيق الوقت و إحساسه بكثرة الأعمال المطلوب إنجازها في وقت قصير مع الإحساس بضيق الوقت و فقدان الصبر.أما النمط (ب) يتصفون بالإسترخاء و متحررون من العدوانية و عدم الإحساس بضيق الوقت.(الطحان،2008،ص198)

3-4/-العوامل الانفعالية:

إن الإنفعالات الوجدانية تعد ذات أهمية في حياة الانسان سواء كانت إيجابية ، فهي تعمل على رفع معنوياته أم سلبية فهي تؤثر على تثبيط معنوياته مما تؤثر على صحته. فقد تبين من الدراسات أن الإضطراب السيكوسوماتي يحدث نتيجة تراكم الإنفعالات غير السارة على ذلك الفرد تلك التي لا يستطيع أن يعبر عنها ، وبالتالي تتراكم هذه المشاعر و تختزن في الجسد و يعبر عنها بشكل أعراض جسمية ، فقد أشار راجح الى أن حلقة الوصل بين الجانب النفسي و الجانب الجسمي هي الإنفعالات ، إذ تعد من العوامل المهمة في حدوث الإضطرابات السيكوسوماتية ، فهي تعد بمثابة الشحنة و الطاقة التي بدونها لا تستمر الحياة إذا كانت بالقدر اللازم منها دون إفراط و لا تفريط، فضعف الإنفعالات و بلادتها أو شدتها و توترها تضر بالإنسان.(رجح أحمد عز،1999،ص136)

كما أشار عبد الله عسكر الى أن القلق هو من الإنفعالات المضرة بالإنسان خاصة القلق غير الطبيعي الذي تكمن الخطورة فيه لأنه يستمر لفترات بعد زوال الموقف ، و هو ما يؤدي الى إستمرار نشاط الجهاز الباراسمبثاوي و السمبثاوي ، هذه الاستمرارية من شأنها أو تؤدي إلى تعرض الأجهزة الحيوية للتلف.(آيت حمود حكيمة،2007،ص113)

3-5/-الضغوط النفسية :

أثبتت الأعمال التي قام بها هانز سيلي من خلال عرضه لزملة أعراض التكيف أو التوافق العام للجسم في إشارة منه إلى إضطراب التوازن أو عدم تحقيق التوافق المطلوب مما يؤدي في حالة إستمرار الضغوط إلى الأمراض النفسجسمية . كما رأت الدراسة أن الضغوط تؤثر سلبا على فعالية الخلايا المكونة للجهاز المناعي .(بشير معمرية،2007،ص123)

كما أشار الكسندر و مارتي الى أن المرض لا يولد الصدمة بل الصدمات السابقة هي التي تولد و تفجر المرض العضوي ، ومنه فان المرض يظهر عندما لا يستطيع الفرد معالجة إضطراباته النفسية أو مواجهتها.(آمال فاسي،2010، ص48)

4-خصائص الإضطرابات السيكوسوماتية :

هناك العديد من الخصائص التي تميز الإضطرابات السيكوسوماتية نذكر منها :

-وجود أساس فيزيولوجي للإضطرابات .

-تشمل الأعضاء و الأحشاء التي تتأثر بالجهاز العصبي الذاتي ، و هي بذلك لا تخضع للضبط الإرادي.

-وجود تغيرات بنائية قد تهدد الحياة.

-أكثر سيطرة و إلحاحا على العضو المصاب .

و تميز الإضطراب السيكوسوماتي عن غيره من الإضطرابات الأخرى بالآتي:

-وجود إضطراب إنفعالي كعامل مسبب.

-ترتبط بعض الحالات بنمط معين من الشخصية.

-تختلف الإصابة بهذه الإضطرابات بين الجنسين إختلافا ملحوظا.

-قد توجد مختلف الأعراض أو تتالى لدى الفرد الواحد.

-غالبا ما يوجد تاريخ عائلي للإصابة بنفس الإضطراب أو ما شابه.

-يميل الإضطراب لإتخاذ مراحل مختلفة.

-العلاج العضوي لا يؤدي الى تحسن كامل إلا مع استمرار العلاج النفسي ، أي فشل العلاج الجسمي الطويل في شفاء الإضطراب.(الزهرة ،2010، ص 70)

5-نظريات المفسرة للإضطرابات السيكوسوماتية :

إختلف العلماء من حيث العوامل الأساسية المسببة للإضطراب السيكوسوماتي ، فمنهم من يعزو حدوث هذه الإضطرابات الى ضغوط الحياة و أزماتها ، و منهم من يعزوها الى خطأ في عملية الإشتراط و الإستجابات للمثيرات البيئية و الداخلية ، أو الى إختلال التوازن بين مطالب البيئة و المطالب الخارجية ، فالإنسان في صراع دائم ضد العوامل التي تعرضه للموت أو المرض ، وعلى الرغم من أن الإنسان كثيرا ما يتغلب على محن الحياة اليومية بسهولة بوسائل عادية ، فإن هناك محن شديدة لا تكفي الوسائل العادية لمواجهتها ، و إنما تشاهد في المحن التي يواجهها الانسان بجميع صورها جسمية كانت أم نفسية .

في ما يلي عرض لبعض النظريات التي قامت بتفسير الإضطرابات السيكوسوماتية

5-1/-النظرية البيولوجية :

يعتبر العالم الروسي Pavlov رائد هذه المدرسة ، فعن طريق دراسته لردود الفعل الجسدية أمام المثيرات الخارجية إستطاع أن يرسى مبادئ النظرية الحائية الحشوية ، و هي نظرية تبحث في تأثر القشرة الدماغية اللحاء في الأحشاء .

و تعتمد على التفسير الفيزيولوجي للظواهر النفسية و رفضها للتفسيرات المتعلقة بفردية الشخص

و أحاسيسه الخاصة .(بيار مارتي ، 1992، ص19)

و لا يمكن أن نتجاهل التطورات الهائلة المدخلة الى هذه المدرسة إلى غاية اليوم في هذا المجال نذكر من العلماء :

Kannon 1851-1945 يعود إهتمامه بدراسة أثر الخبرات و الأحداث التي يمر بها الفرد على صحته النفسية الى عام 1929 ، حيث أجرى Kannon ملاحظاته المنظمة على التغيرات الفيسيولوجية المصاحبة للإنفعالات الشديدة ، و الظروف المثيرة للمشقة كالألم و الجوع ، و إنتهى الى أن المنبهات التي تحدث إثارة إنفعالية تسبب تغيرات في العمليات الفيسيولوجية الأساسية .

و في واحدة من أشهر تجاربه ، إستطاع Kannon أن يثبت بأن إستئصال المناطق العصبية لما فوق التلامس لدى الكلب يؤثر في ردود أفعاله عند إستثارته. بهذا توصل بأن التلاموس هو المركز الدماغي للإنفعالات .(بيار مارتي ،1992،ص 23)

و يمكن تلخيص نظرية Kannon بالقول أن كافة الإنفعالات و المواقف الهددة للشخص تضع الجسم في حالة إستنفار ، بحيث لا تتوقف ردة الفعل أمام الإنفعال على تفكير الشخص بل تتعداه الى ردة فعل جسدية تسبق الإنفعال النفسي و تؤدي غريزيا الى إحداث تغيرات جسدية متنوعة .(زين العابدين درويش،1999،ص230-231)

و لكن عالم النفس الأمريكي Philip Bard أعقب Kannon و أعاد تجربته مثبتا أن إحتفاظ الكلب الهيبوتالاموس(ما تحت المهاد) يحفظ له ردود أفعاله و رأى أن الهيبوتالاموس هو مركز الإنفعالات .

و قدم أكثر من دليل تجريبي لتدعيم نظرية Kannon كنتيجة لتطبيقاته الخاصة للهيبوتالاموس.لذلك عرفت النظرية الحالية بإسم Cannon Bard theory و ضمن الهيبوتالاموس في الإنفعالات عن طريق الاثبات التجريبي .(عبد المنصف غازي،1984،ص30-31)

جاء عالم التشريح العصبي الأمريكيTomes Papez بالمفهوم العصبي للإنفعال في نفس الوقت الذي إهتم فيه كل من "كانون" و" براد" بإجراء العمليات الجراحية الإستئصالية على القطط . و لقد لاحظ العلاقة بين الإصابات في عدد من التركيبات تحت القشرة المخية ، و التغيرات في السلوك الإنفعالي للفأرين. كما أثبت أهمية الجهاز اللمبي و المسيخ الأنفي في تلقي الإنفعالات .
و أخيرا جاء العالم E.R.Jhon ليقرر بأن هذه المناطق و ان كانت أقدر من غيرها على تلقي الإنفعالات إلا أنها ليست الوحيدة القادرة على ذلك . (بيار مارتي،1992،ص22-23)

5-2/- نظرية التحليل النفسي :

يقول Marty "إن فهمنا للبسيكوسوماتيك ما كان ليكون لولا أعمال سيغموند فرويد و المتمثلة في إختراعه للتحليل النفسي" .(Pierre Marty,1998,p19)
إن تطبيق المبادئ التحليلية في الميدان النفسي الجسدي لم يأت على يد فرويد و إنما أتى على يد أتباعه، فقد لاحظ هؤلاء أن الحالات الجسدية لبعض مرضاهم كانت تتحسن لدرجة الشفاء أحيانا أثناء علاجهم النفسي التحليلي .
يعتبر F.Alexanderمؤسس المدرسة البسيكوسوماتيك التحليلية ، و قد حاول هذا العالم التوفيق بين النظريات الفيزيولوجية و بين التحليل النفسي ،خرج من هذا التوفيق بنظرية ديناميكية بعيدة عن الجهود ، مرتكزة أساسا على مبدأ الصراع اللاواعي .
فهو يرى أن جوهر الصراع لا يكمن في وعي المريض و سلوكه الظاهري وإنما يكمن في لا وعي المريض ،و في أنماط الصراعات الكامنة لديه ، و أيضا في آلياته الدفاعية المستخدمة ، فمثلا باستعمال الآليات يمكن للعدائية أن تتجلى بصورة مختلفة .كأن تظهر كما هي أي بسلوك عدائي مباشر عن طريق تحويله لخدمة أهداف أو مثاليات معينة ، كما يمكن للعدائية أن تكون بشكل عكسي بحيث يعرب عنها بمواقف الخضوع و السلبية .(بيار مارتي،1992،ص45-46)
كما يركز Alexand على أهمية علاقة الأم بالطفل ، و على خصائص الأم كمحدد لتفاعل المريض ، حيث إتضح دور هذه العلاقة في كثير من الدراسات التي تناولت إفراط إفراز الغدة الدرقية ، الربو ، الاكزيما ، قرحة المعدة و غيرها. فقد إرتبطت الإنفعالات المكبوتة بأمراض معينة ، فالبكاء على سبيل المثال إرتباط بالإرتكاريا ، و الصيحة المكبوتة لطلب العون إرتبطت بنوبات الربو ، و الحرمان من الحب إرتبطت بقرحة المعدة .(مصطفى زبور،1986،ص653)
و قد إفترض Alexander أن لبعض الصراعات خاصية التأثر على أعضاء معينة ، فالخوف و الغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب و الأوعية الدموية ، في حين أن مشاعر التبعية و الحاجة للحماية ينعكسان غالبا على صعيد الجهاز الهضمي ، كما أشار هذا العالم إلى أن الإستعداد للإصابة

بمرض ما (بسبب الوراثة أو طبيعة الجسم) غير كاف للإصابة بهذا المرض ما لم تضف إليه العوامل الإنفعالية المكبوتة و غير المعبر عنها . و تبعا لدرجة تظاهر الإنفعالات و الصراعات يميز "الكسندر " بين الإضطراب الهستيريا في الإضطرابات النفسية البحتة التي يمكنها أن تنعكس على الأعضاء المستخدمة في العلاقة مع العالم الخارجي (الجهاز الحركي ، أعضاء الحواس كالأنف ، الجلد،....)

أما الصراعات المكبوتة و غير الظاهرة ، فهي تتجلى بإضطرابات عصبية تطال الأعضاء ، و تحدث فيها العصاب العضوي الذي يمكن أن يتحول الى مرض عضوي حقيقي. بهذا يكون الكسندر من أوائل مطبقي التحليل النفسي في مجال البسيكوسوماتيك .(بيار مارتي ،1992،ص46-47)

يعتبر كل من كارين هورني و أريك فروم و هاري سوليفان من أنصار مدرسة التحليل النفسي التي شرعت في محاربة الإتجاه الغريزي الذي نادى به فرويد و الإصرار على أهمية المتغيرات النفسية والإجتماعية ، فكارين هورني لم تهتم مباشرة بالإضطرابات السيكوسوماتية إلا أنها أشارت إلى أن القلق و كبت و الغضب ربما يسهموا أو يؤدوا الى نشأة أعراض جسمية مثل الصداع ، الربو ، الإستجابات الهضمية ، إرتفاع ضغط الدم ،و أعراض القلب .

و تقول هورني أن القلق مشكلة معقدة بسبب صلتها الشديدة بالعمليات الفيزيولوجية ، وغالبا ما تصاحبه أعراض جسمية كخفقان القلب ، تصبب العرق ، الإسهال و عسر الهضم وغيرها ، و بالرغم من أن الأعراض الجسمية شيء واضح في حالات القلق لكنها ليست موقوفة على القلق وحده ،لأن كثيرا من الإنفعالات الأخرى كالغضب و الهيجان و غيرها يصاحبها تغيرات جسمية واضحة .(مصطفى فهمي،1967،ص231)

أما فلاندوز دنبار بدلا من التركيز على صراع واحد إقتبست مقياسا كاملا للشخصية ، أو بروفيلا للأشخاص الذين يعانون من إضطرابات سيكوسوماتية ، و حددت لكل إضطراب بروفيل خاص به ، حيث قامت بتقديم بروفيلات محددة للشخصية من خلال فحص ثمانية أمراض سيكوسوماتية ،

و إفترضت تبعا للنظرية الليبيدية أن الطاقة النفسية تحدث لها إعاقة تمنعها من التعبير الملائم عنها في السلوك ، و من ثم تنحرف إلى الاخدود تحت اللحاثى حيث تنشد لها منفذا من خلال التعبير الحشوي . وما الخلل في بناء أنسجة العضو إلا نتيجة لإطالة فترة هذا التفريغ المنحرف و تبديد الطاقة .(جمال مصطفى تفاحة،1996،ص42)

من ذلك ما أسمته "الشخصية القرحية " والشخصية ذات الضغط المرتفع و الشخصية المصابة بإلتهاب المفاصل وهكذا ، و من خلال هذا البروفيل أرادت أن تقدم شمولية و كاملة عن شخصية مرضها .وأدجت عددا من العوامل منها العامل التاريخي و العامل الفيزيقي و العامل الإنفعالي ، تلك العوامل التي تسهم في نشأة المرض ، و من ثم فإن "دنبار" إهتمت بتنظيم الشخصية عند افراد المصابين بإضطرابات سيكوسوماتية .

و يمكن أيضا الحديث علىإسهامات S.Nacht ففي كتابه "الشفاء مع فرويد" يطرح هذا العالم الأسس الحديثة للبسيكوسوماتيك فهو يدعو لإستخدام المبادئ الفرودية في العلاج طبي و تتلخص آراء هذا العالم إلى الوحدة النفسية الجسدية فهو يدعو إلى تخطي الأعراض المرضية و الأسلوب الطبي التقليدي إلى نظرة شاملة للجسد.

كما أن S.Nacht من أوائل الذين طرحوا فرضية ضعف الأنا لدى مرضى النفس جسدية خلال تفريقه بين الإصابات النفس جسدية و بين الهستيريا رأى هذا العالم أن الإصابات النفس جسدية أمام هذا الإنفعال ، و ردة الفعل الفيزيولوجية هذه تتكرر مع تعرض المريض للإنفعال .(بيار مارتي،1992،ص49)

و في الأخير نتعرض لمبدأالمدرسة الباريسية للبسيكوسوماتيك التي أسسها البروفيسور بيار مارتي فهذه المدرسة تعطي للبسيكوسوماتيك أفاقا أبعد من أفاقه الطبية فهي ترتكز على التحليل النفسي .

فمارتي يعتبر الإنسان وحدة حية لها فرديتها و تميزها عن باقي الوحدات الأخرى ، فالطفل منذ ولادته بل قبلها يولد مميزا (تبعا لعوامل وراثية و ظروف حمله و الحالة النفسية للأم أثناء الحمل....) و مجهزا بأليات دفاعية جسدية لمقاومة الإلتهابات و الفيروسات ،إلا أن توطيد هذه الآليات الدفاعية الجسدية والنفسية إنما يتم عن طريق علاقة الطفل بالأم .

بهذا تكون نظرية مارتي نظرية ديناميكية نشطة لا تنظر للمريض نظرة جامدة تقتصر على فترة ظهور المرض بل تتعداه إلى تتبع الانسان في مختلف مراحل تطوره أثناء مرضه وأثناء صحته و أثناء توازنه النفسي الجسدي و أثناء إختلال هذا التوازن .(بيار مارتي،1992،ص53-54)

فمدرسة مارتي تعتمد أساسا على التحليل النفسي ، كما أن البروفيسور مارتي هو واحد من أكثر الباحثين إصرارا على فردية البنية النفسية للمريض . و لواقع أن إعتماد مدرسة مارتي على التحليل النفسي هو الذي يعطيها تميزها و قدرتها على سبر أعماق المريض و التعرف عن قرب على أساس التوازن النفسي –الجسدي للمريض . و عليه فإن من الطبيعي أن تعتمد هذه المدرسة على التحليل سواء في تصنيفها أو في علاجها .

5-3/-النظرية السلوكية :

يفسر علماء المدرسة السلوكية الإضطرابات السيكوسوماتية إنطلاقا من إهتمامهم بالعرض و ليس بالمعنى الرمزي لعرض المرض كدلك إهتموا بالعوامل الموقفية بدلا من الفروض الغيبية .

لذلك إعتبر بعضهم أن الإضطرابات السيكوسوماتية هي عبارة عن إشتراط أي تعلم شرطي، فقد إفترض أن الإنسان قد يكون لديه حساسية من الغبار مثلا و عن طريق عملية التعميم يصبح أي شيء مرتبط بالغبار حتى رؤيته أو مجرد التفكير فيه يثير النوبات الربوية .(عبد الرحمان العيسوي،2000،ص224)

إذا يفترضون أن الإضطرابات السيكوسوماتية تحدث بسبب التعزيز ، إما بزيادة الإنتباه نحو إستجابات معينة أو بخفضها ، فالأطفال يمكن أن يكونوا عرضة للإصابة بهذه الإضطرابات إذا شاهدوا أحد أفراد العائلة يلقى تعزيزا على إظهار شكواه من آلام بدنية .

و كذلك الإرتباط بين المرض و المكافأة عند المريض نفسه ، فالمريض يعامل معاملة خاصة فيها الرعاية و الإهتمام ، إذا المرض يحقق له مكاسب و يؤدي ذلك إلى حدوث التعزيز و ميل المريض إلى التكرار وفقا للمبدأ القائل الإستجابة المعززة هي التي تثبت في خبرة الإنسان .(عبد الرحمان العيسوي،2000،ص224-225)

و السلوكيون عموما على إختلاف إتجاهاتهم يبدؤون من منطلق ثابت يؤمن بأن البيئة بمؤثراتها تسود معظم سلوك الفرد لديهم هو أنماط متعلمة طبقا لمبدأ الإثارة و الإستجابة .(عطوف محمود ياسين، 1981،ص141)

كنتيجة لطغيان المرسة السلوكية في الولايات المتحدة الأمريكية مال السيكوسوماتيين الأمريكيون نحو هذه المدرسة فعمدوا إلى تحديد أنماط سلوكية مشتركة بين مرضى المرض الواحد . فوضعوا أنماط سلوكية خاصة بمرضى القرحة المعدية و الربو و السرطان و الذبحة القلبية .

و إنطلاقا من هذه الأنماط السلوكية فإن هؤلاء الباحثين يرون بأن العلاج النفسي لهذه الفئة من المرضى يكمن في تعديل هذه الأنماط السلوكية . فمريض الذبحة القلبية مثلا يتبع نمطا سلوكيا متميزا بالجهود و العدوانية و الرغبة القوية بالمنافسة و على العلاج النفسي أن يتوجه لتعديل هذه الصفات . (محمد أحمد النابلسي،1991،ص194)

و قد إبتكر بعض علماء المدرسة السلوكية فكرة جديدة في تفسير الأمراض السيكوسوماتية و هي نظرية التعلم الذاتي أو الميكانيكي هي من إبتكار العالم الألماني "لاكمان" حيث لاحظ أن الأفراد الذين يخضعون للتنويم المغناطيسي يستطيعون رفع أو خفض النبض أو إنقباض إفرازات المعدة أو زيادتها.

كما أشار إلى أن ما يحدث في التنويم المغناطيسي يمكن أن يحدث في الحياة العادية ، حيث أن حدوث المرض لأول مرة قد يكون عرضيا ، كأن يصاب الطفل بمغص معوي إذا اعفى نتيجة لهذه الإصابة من أداء عمله اليومي فان هذا المرض يربط بموقف يرغب الطفل في تحاشيه ، و بناءا على ذلك نجد أن المعدة تزيد في إفرازاتها في الحالات التي تلغي أعمال الطفل اليومية مثيرة نوبة أخرى من سوء الهضم ، مما يؤدي الى تعطيل الطفل مرة ثانية ، و إذا تكرر هذا الوضع تتكون القرحة المعوية . (عبد الرحمان العيساوي، 2000،ص 59)

5-4/-النظرية المعرفية :

أما الإتجاه المعرفي فقد اعتمد ألية بسيطة لفهم السلوك الإنساني إنطلقت من مسلمة تشير إلى أن السلوك الإنساني مدفوع بمثيرات بيئية ووراثية مختلفة تعمل على توجيه سلوكه بطريقة ما . ولكن هذا السلوك ليس آليا أو مباشر ، و لكنه يمر بسلسلة من العمليات المعرفية الوسيطة من إنتباه ،إدراك و تحليل و تخزين و إسترجاع المعلومات، حتى تظهر الإستجابة سواء كانت خارجية ظاهرة أو داخلية مضمرة يشعر بها صاحبها فقط. (عدنان العتوم،2004،ص18)

و لعلماء النفس المعرفيين أكثر من تفسير ، فهم يرون أن المصابين بالإضطرابات الجسمية يركزون إنتباههم بشكل مفرط في العمليات الفيسيولوجية الداخلية ، و يحولون الإحساسات الجسمية الطبيعية إلى أعراض من الألم و الوجع ، تدفعهم الى مراجعات طبية غير ضرورية بهدف العلاج.

فالعمليات المعرفية لها تأثير على الوظيفة الفيسيولوجية و هذه الفكرة تفترض أن إتجاها معينا أو خاصا تميز به كل الأشخاص من ذوي الإضطراب الواحد.

و إستخرج جراهام وتلاميذه في بحوثهم هذه الإتجاهات من المقابلات الشخصية لكثير من المرضى من فئات مرضية مختلفة ، و حددوا إتجاه بعنصرين هما : ما يشعر الشخص بالسعادة أو الحزن نحوه و ما يرغب الشخص في معرفته عنه أو عمله ،و من الأمثلة القولون المتقرح يشعر المريض و كأنه مصاب بمرض أو أذى و يرغب في التخلص من المسؤولية .الربو و إلتهاب الأنف : يشعر المريض و كأنه ترك في البرد و يريد الإبتعاد عن المواقف و الأشخاص .ضغط الدم المرتفع : يشعر المرء بالتهديد و الأذى و يضطر الى الإستياء من أي شيء. الصداع النصفي : يشعر المريض و كأنه إضطر إلى إنجاز عمل ما و يريد أن يستريح من هذا المجهود .آلام أسفل الظهر : يريد المريض أن يعمل لدرجة التعب .(عبد المنصف غازي،1984،ص39-40)

كما إختبرت كل من الباحثة "مارغريت كيمي" من جامعة كاليفورنيا و رفاقها من جامعة ULCA النموذج النظري الذي يتحدى نظرية هانس سيلي المشهورة ، فنظرية سيلي ترى أنه بصرف النظر عن نوع الشدة ، فإن الناس يردون على الشدة بمجموعة من التبديلات الهرمونية و المناعية ، أما فريق كاليفورنيا فيرى أنه بدلا من ذلك ، هناك إستجابتان ردا على الشدة ، أي استجابة المواجهة أو الفرار ، وإستجابة الإنسحاب و ذلك على المستوى السلوكي ، حيث يتم الإنسحاب .فحسب "كيمي" البدن يرد وفقا لما يجري في الدماغ من موقف الشدة بهدف صيانة الطاقة أي التفسير المعرفي للحادثة الخارجية و ليس بحسب ما يجري في البيئة.(محمد حمدي الحجار،2004،ص 107)

و هناك دليل حديث نسبيا يفترض أن الأفراد المصابين بهذا النوع من الإضطرابات لديهم معيار خاطئ بشأن الصحة الجيدة . فهم ينظرون إليها على أنها خالية تماما من أي أعراض أو آلام جسمية حتى لو كانت طفيفة ، و هو معيار غير واقعي .

كما أثبتت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت بهدف التعرف على العوامل التي تساعد الفرد على الحياة بعيدا عن إصابته بأمراض الضغوط ، و أصبح من المقبول الآن وجود مفهوم الشخصية المحصنة الذي يعني الشخصية التي تتوفر لديها القدرة على تحمل الضغوط و المشقة من خلال توفير أساليب التعامل مع هذه الضغوط بكفاءة ، مما يقلل من الآثار السلبية لها و من ثم تصبح الشخصية محصنة من الإصابة بالمرض . فكيفية رؤيتنا للموقف الضاغط و تقييمنا له ، و التعرف على مصادرنا الداخلية في

تعاملنا معه ذو أهمية بالغة في تحديد آثار الضغوط علينا . والواقع أن الضغوط في حد ذاتها لا تتسبب في حدوث الأمراض الجسمية ، و لكن يكون للعمليات النفسية الوسيطة دورا هاما في ذلك ، و نعني بهذه العمليات تفسير المواقف الضاغطة و إدراكها و تقييمها ، و أسلوب التعامل معها ، و يطلق سليجمان على وجهة النطر التي يتبناها الفرد في تقييمه لمصادر الضغوط و تهديداتها النمط التفسيري أو التعليلي ، و يؤثر هذا النمط تأثيرا كبيرا على الصحة و المرض .(سامي عبد القوي علي،2002،ص83)

6-أنواع الإضطرابات السيكوسوماتية :

6-1/-إضطرابات الجهاز الدوري:و أهمها

-الذبحة الصدرية : و هي عبارة عن تقلص في الشرايين التاجية يعوق سير الدم فيها مؤقتا ، و ينتج عن ذلك نقص في تغذية عضلات القلب مما يسبب نقصا في الأكسيجين اللازم لتمثيلها الغذائي ،و يتبع ذلك حدوث آلام في الصدر.

-عصاب القلب : و يعبر عن مجموعة أعراض نفسية المنشأ مجملها اضطراب عمل القلب ، و أعراضه :الخفقان و عدم الانتظام و الألم و تشنج القلب ، و قصر التنفس و التعب لأقل مجهود ، و يصاحبه خواف الموت .

-إرتفاع ضغط الدم : يلاحظ أن العصاب العارض يؤدي إلى إرتفاع ضغط الدم . كذلك يؤدي الغضب المزمن إلى إرتفاع مستمر في ضغط الدم . و إستمرار إرتفاع ضغط الدم يضع عبئا ثقيلا على الأوعية الدموية قد يؤدي إلى نزيف في المخ و جهد زائد على القلب.

-إنخفاض ضغط الدم : و يصاحبه الانهاك و العزوف عن أي عمل مرهق و الرغبة في النوم.

-الإغماء : حيث يفقد المريض وعيه عندما عندما يحدث إنخفاض مفاجئ في ضغط الدم.

6-2/-إضطرابات الجهاز التنفسي : و أهمها

-الربو الشعبي:أو الربو العصبي، و يشاهد فيه صعوبة التنفس نتيجة لتقلص الشعيبات و تورم أغشيتها المخاطية و زيادة إفراز الغدد المخاطية القصبية و الشعور بالضغط على القفص الصدري و ضيق الصدر و النهجان و صعوبة مرور الهواء إلى من الرئتين ، و تحدث النوبات عادة عقب أحداث انفعالية.

6-3/-إضطرابات الجهاز الهضمي :و أهمها :

-قرحة المعدة أو القرحة الهضمية : يلاحظ أن القلق الوقتي يؤدي إلى إضطراب معدي مؤقت . كذلك يؤدي القلق المزمن إلى قرحة المعدة.

-إلتهاب المعدة المزمن : و يشمل أعراضا معدية مختلفة مثل عسر الهضم و التجشؤ أو الجشاء ، و إخراج الغازات بكثرة ، و قرقرة الأمعاء و آلام البطن.

-إلتهاب القولون : و يشاهد فيه تناوب الإسهال و الإمساك و التقلصات أو المغص و إمتلاء البطن بالغازات ووجود المخاط في البراز.

-فقد الشهية العصبي: و يشاهد فيه رفض الطعام و عدم الرغبة فيه ، و عدم الإقبال عليه ، و ما يصاحب ذلك من نحافة و نقص الوزن ، و جفاف الجلد ، و برودة الأطراف....الخ. و قد يحدث نتيجة إضطراب الغدد ، و قد يكون رد فعل لخواف السمنة. و في الحالات الشديدة من فقدان الشهية العصبي تظهر أعراض مصاحبة مثل إنقطاع الحيض ، وغياب الرغبة الجنسية ،والهزال ، و تشاهد بعض الإضطرابات السلوكية .

-الشراهة : و شراهة الأكل تكون في الغالب نتيجة لرغبة جارفة و حاجة ملحة للحب و لتملك موضوع الحب.

-التقيؤ العصبي : يشاهد الغثيان و التقيؤ العصبي يرتبط غالبا بالشعور بالذنب، و كرمز لرفض الحمل أو مقاومة الرغبة في الحمل .
-الإمساك المزمن و الإسهال .

6-4/-إضطرابات الجهاز الغددي: و أهمها
-مرض السكري : حيث يضطرب التمثيل الغذائي ، و يرتفع مستواه في البول و الدم نتيجة القلق و التوتر و الضغط الإنفعالي .
- البدانة أو السمنة المفرطة
-التسمم الدرقي :حيث تتضخم الغدة الدرقية و يزيد إفراز هرمون الثيروكسين و يفقد المريض وزنه ، ويصبح متوترا عصبيا و تجحظ عيناه ، و يبدو شكله كما لو كان منزعجا . و الحقيقة أن تسمم الغدة الدرقية ، يتأثر بإضطراب الغدة النخامية ، وهي تفرز ضمن ما تفرز هرمونين ينشط أحدهما الثيروكسين و الثاني يزيد من كمية الشحم خلف العينين و بذلك تبرز العينان إلى الأمام.

6-5/-إضطرابات الجهاز التناسلي : و أهمها
-الضعف الجنسي عند الرجال :و لها عدة أشكال منها عدم القدرة على الإنتصاب نهائيا مع عدم وجود ميل للجماع ، فشل جزئي للإنتصاب مع ميل جزئي للجماع ،فشل دوري للإنتصاب مصحوب بشهوة محدودة ،زوال الإنتصاب بعد الإيلاج و عدم إتمام العملية الجنسية، العجز عن أداء العملية الجنسية مع أنثى دون أخرى.
-القذف المبكر اليؤدي إلى سوء التوافق في الحياة الجنسية بين الشريكين .
-البرود الجنسي عند المرأة : و هو نفور المرأة من العملية الجنسية أو نقص أو عدم الإستجابة الجنسية، و سلبية المرأة و عدم تجاوبها أثناء العملية الجنسية.
-تشنج المهبل : أي التقلصات اللاإرادية لعضلات المهبل ، مما يجعل العملية الجنسية صعبة و مستحيلة ، و هذا يعبر عن النفور من الجماع و تجنبه.
-إضطراب الحيض : ويكون ذلك في شكل عسر الحيض ، و توقفه و عدم إنتظامه و إنقاعه، و يسبقه التوتر النفسي و التهيج و الإكتئاب و الأرق، و يصاحبه الألم و الغثيان و التعب الجسمي العام.
العقم ،و هو في نفس الوقت يعتبر سببا مهيئا و مرسبا للأمراض النفسية ، و يبعث على الشعور بالنقص و عدم الكفاية .
-الإجهاض المتكرر.

6-6/-إضطرابات الجهاز البولي : أهمها
-إحتباس البول .
-سلس البول.

6-7/-إضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي : و أهمها
-آلام الظهر : و تكون غالبا في أسفل العمود الفقري. و تظهر آلام بصفة خاصة أثناء العمل و الضغط و الإجهاد الإنفعالي.
-إلتهاب المفاصل الروماتزمي: و أهم أعراضه آلم المفاصل و تورمها و صعوبة الحركة .
-إضطرابات الجلد :و منها
-الإريتيكاريا: وهي عبارة عن طفح جلدي بشكل بثور ناتئة بسبب حكاكا يكون شديدا، يقال أنها تمثل رمزيا البكاء المكبوت.
-إلتهاب الجلد العصبي : و يقال أنه يرتبط بالرغبة الجنسية المكبوتة.

-الحكة أو الهرش : و يعتبرها كثيرون تعبيرا عن العدوان المكبوت و التوتر النفسي ، و الدافع الجنسي ، و تعبر عن عقاب الذات كإستجابة للشعور بالذنب.
-الاكزيما العصبية و هي مناطق جلدية بها هرش شديد و تظهر غالبا في الرقبة و حول الحاجب و أعلى الصدر و الأعضاء التناسلية.
-سقوط الشعر : ويكون محدود أو يشمل كل الرأس.
-فرط العرق ، ويكون العرق غزيرا عادة في الكفين و بطن القدمين و تكون الأطراف باردة.

6-8/-إضطرابات الجهاز العصبي: و أهمها
-الصداع النصفي: يؤدي التوتر الإنفعالي الزائد الذي يؤدي إلى إرتفاع ضغط الدم في المخ إلى الصداع .
-إحساس الأطراف الكاذبة : ويشعر الفرد و كأنه مقطوع الأطراف .و تعبر هذه الظاهرة عن عن بقاء صورة الجسم الأصلية بعد فقد طرف من الأطراف أوعضو من أعضاء الجسم. و في الوضع العادي يبدأ إحساس الأطراف الكاذب في لزوال مع الوقت حين يتوافق و تتكون صورة جديدة للجسم .
(أنور حمودة البنا،2006،ص114-120)

7-تشخيص الإضطرابات السيكوسوماتية :

أكد 1966Guttman على أهمية عدد من العوامل و الشروط اللازمة لحدوث الإضطراب السيكوسوماتي الذي يشترط الأحداث التالية لظهور الإضطرابات السيكوسوماتية:
-ظهور العوامل الإنفعالية أو مصادر الضغوط بتاريخ سابق لظهور التغيرات الجسدية بفترة زمنية ، ولا يمكن أن تكون الإستجابة الانفعالية للمحن و الضغوط مؤقتة ، وكذلك الإختلال الوظيفي (العضوي)كما هو في المواقف الضاغطة العادية، و بمرور الوقت تزيد المقاومة للإضطراب و ينتقل إلى الإنهيار الجسدي الذي يعتمد على عدد كبير من العوامل الإستعدادية و البيئية. ولا يعني هذا أن الإنفعالات تسبب المرض وحدها ببساطة ، و لكن الضغوط الإنفعالية تظهر و تدرك بوضوح قبل أن تصبح الحالة الجسدية ، و لكن تحدث كل التغيرات الجسدية و الإنفعالية في وقت واحد.
-العوامل الإنفعالية الكامنة وراء الإنهيار الجسدي يفترض عموما كونها لاشعورية ، وعلى سبيل المثال كبت تلك العوامل لا يتضمن أن تكون المكونات الشعورية غائبة أو ليس لها علاقة بالموضوع كليا أو جزئيا ، و لكن الإنفعال يكون مقرون بعدم القدرة على الفعل .
-تتضمن الثورة السيكوسوماتية إنهيار الدفاعات المستترة.
-يزمن الأعصاب للجهاز العصبي المركزي مقرونا بالإختلال الوظيفي المزمن، و يقيد من الضبط الاإرادي للحالة . و هذا ما يؤدي الى تغيرات مورفولوجية في تركيب النسيج ، ويتطور النمو المرضي ، ويكون المرض هو النقطة التي فيها يكون الفرد قد وصل الى حالة توافق جيدة و النقطة التي عندها إنهيارات لميكانيزمات الدفاع و التكيف.
-يحدث الإنهيار السيكوسوماتي إذا وجد ضعفا وراثيا أو مكتسبا للجهاز العضوي . و توجد عوامل إضافية أخرى لحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية و هي ليست عوامل مؤكدة أو مكونات أساسية ،منها:
*يتضمن الإضطراب السيكوسوماتي نكوصا فيزيولوجيا و نفسيا يحدث لدى الأشخاص الأقل نضجا.
*تشارك بعض أزمات الحياة في الإنهيار السيكوسوماتي و الميكانيزمات المرضية و القابلة للتشريط، والتي يتم تشريطها في الطفولة في المرحلة المبكرة.
و يعتمد تأثير الإضطراب السيكوسوماتي في عضو معين على الضعف التكويني المحتمل لهذا العضو، الأمراض و الحوادث السابقة في تاريخ حياة الفرد ، وجود بعض الأمراض في هذا العضو عند أحد

أقرباء المريض ، طبيعة الضغط الانفعالي ، المعنى الرمزي للعضو بالنسبة للمريض ، الكسب الثانوي الذي يحصل عليه المريض خلال العرض الذي انتقاه.(الزهرة،2010،ص87)

و ذكر أبو النيل بأن هاليدي قد حدد ستة محكات تميز الإضطراب السيكوسوماتي عن غيره من الإضطرابات ،و هي :

1-وجود الإضطراب الانفعالي كعامل مسبب.

2-ترتبط بعض الحالات بنمط معين من الشخصية.

3-تختلف الإصابة بهذه الإضطرابات ما بين الجنسين إختلافا ملحوظا.

4-غالبا ما يوجد تاريخ عائلة للإصابة بنفس المرض أو ما شابهه.

5-يميل مسار المرض الى اتخاذ مراحل مختلفة.(الزهرة،2010، ص 88)

و قد حدد الدليل الإحصائي التشخيصي للإضطرابات النفسية DSM5 فترة إستمرارية لأعراض إضطراب العرض الجسدي أكثر من ستة أشهر ، مع ثبات في ظهورها خلال تلك الفترة ، مع سيطرة لأفكار القلق حول هذا المرض ، و أفكار غير متناسبة مع خطورة أعراضه ، و وقت وطاقة مفرطين مخصصين للأعراض و المخاوف الصحية (DSM5)

خلاصة:

و من العرض السابق لبعض التعريفات و النظريات للاضطرابات السيكوسوماتية نجد أن أغلب التعريفات تتفق على أبعاد مهمة مشتركة أبرزها وجود التأثير المتبادل بين النفس و الجسم و عدم الفصل بينهما ، ووجود إضطراب إنفعالي أو عوامل نفسية تمهد للإصابة بمرض عضوي.

و أنه لا توجد نظرية واحدة يمكنها أن تقدم تفسيرا شاملا لهذا الإضطراب بل كل نظرية قدمت جانبا مهما لفهم الإضطراب السيكوسوماتي ، فالانسان كائن ديناميكي لا يمكن الفصل بين أجزائه و حتى بيئته ،فالنفس (الشخصية ، العمليات العقلية ،الرغبات .....)و العوامل الإجتماعية (الأسرة ،المشاكل، ظروف العمل....)و الاقتصادية (الحالة المادية، البطالة ...)كلها تأثر في الحالة الصحية (الجسمية) للفرد .

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع:الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1-منهج الدراسة

2-حدود الدراسة

3-أدوات الدراسة

4-الأساليب الإحصائية المستخدمة

خلاصة

تمهيد

تعتبر الإجراءات المنهجية الطريق الذي يتبعه الباحث في جمع و تنظيم المعطيات التي يحتاجها بطريقة علمية تساهم في الحصول على المعلومات الحقيقية و منظمة ،و التي تجيب على التساؤلات المطروحة ، على هذا الأساس سنقدم في هذا الفصل الجانب المنهجي الذي إتبعناه لإنجاز هذه الدراسة و الذي تضمن : المنهج المتبع في الدراسة ، حدود وعينة الدراسة ،الأدوات المستخدمة في الدراسة و الأساليب الإحصائية التي تمت معالجة البيانات عن طريقها.

1-منهج الدراسة :

تم إتباع المنهج الوصفي في هذه الدراسة بناءا على طبيعة الدراسة ،وهو المنهج الذي يتم فيه جمع البيانات و المعلومات حول ظاهرة معينة و وصفها وصفا دقيقا و الكشف على معلومات و حقائق جديدة حول الظاهرة و تفسيرها .كما هو في بحثنا هذا الذي يسعى الى الكشف على المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى الأفراد المصابين بإضطرابات سيكوسوماتية .

2-حدود الدراسة :

2-1/-المجال المكاني :تم إجراء الدراسة عن طريق إنشاء صفحة في موقع google docs.com

(إستبيان) للمقياسين المستعملين في الدراسة و هما مقياس كورنل للإضطرابات السكوسوماتية و مقياس جيفري يونغ للمخططات المعرفية اللاتكيفية ، و تم إرسال رابط الصفحة لعدة أفراد من ولايات جزائرية مختلفة مع مراعاة شروط العينة أكيد .

2-2/-المجال الزمني: أجريت الدراسة إبتداءا من 2020/07/20 إالى 2020/08/20

2-3/-العينة:

تم إختيار العينة وفقا لمعايير معينة هي :

-أن يكون الإضطراب سيكوسوماتي (سكري –إضطراباتالقلب و الأوعية دموية –إضطرابات هضمية و معدية) ،حيث تم تطبيق قائمة كورنل للإضطرابات السيكوسوماتية لتأكد من أن جميع أفراد العينة لديهم إضطرابات سيكوسوماتية .

-تراوحت أعمار العينة من 22 سنة الى 82 سنة

-توزعت العينة عبر كامل التراب الوطني و شملة 30 فرد من الجنسين (10 حالات سكري-10 حالات إضطرابات قلب و أوعية دموية – 10 حالات إضطرابات هضمية و معدية)

- تم جمع العينة عن طريق وضع مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية لكورنل يليه مقياس المخططات المعرفية اللاتوافقية لجيفري يونغ في موقع google docs.com .

3-أدوات الدراسة :

3-1/- قائمة كورنل للإضطرابات السيكوسوماتية :

قام محمود السيد أبو النيل عام 1995 بتعريب القائمة التي وضعها "كيف " و آخرون ، و قد أعدت هذه القائمة لمواجهة الحاجة إلى أداة مناسبة لجمع قدر كبير من المعلومات و البيانات عن النواحي الطبية

و السيكاترية في أقل وقت ممكن ، و تضمنت قائمة كورنل الجديدة للإضطرابات السيكوسوماتية 223 سؤالا موزع على 18 مقياسا فرعيا هي :

-السمع و الابصار.

-الجهاز الهضمي.

-الجهاز العصبي.

-تكرار المرض.

-عدم الكفاية.

-الحساسية .

-الجهاز التنفسي.

-الهيكل العظمي.

-الجهاز البولي و التناسلي..

-أمراض متنوعة.

-الإكتئاب.

-الغضب.

-القلب و الأوعية الدموية.

-الجلد و الحساسية.

- التعب .

-العادت.

-القلق.

-التوتر.

و في دراستنا هذه إكتفينا بالمقاييس الثلاثة التالية :

-الجهاز الهضمي (11-39).

-القلب و الأوعية الدموية (40-60).

-السكري (118-134).

طريقة تصحيح المقياس : يتم تصحيح كل مقياس فرعي على حدى ب إعطاء

نعم= درجة واحدة(1)

لا= صفر (0)

و بالتالي فإن عدد العبارات على كل مقياس فرعي يساوي الدرجة الكلية للمقياس .

صدق المقياس : للتأكد من صلاحية الأداة لقياس الغرض الذي صممت من أجله تم تطبيق الطرق التالية:

- الإتساق الداخلي :تم اللجوء الى الاتساق الداخلي للتأكد من مدى صدق بنود المقياس ، عن طريق حساب معامل إرتباط درجة العبارة بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي اليه.
- الصدق التمييزي : بغرض التأكد من صدق الأداة تم الإعتماد على طريقة أخرى هي المقارنة الطرفية ،إذ أنها تسمح بالتحقق من مدى قدرة الأداة على التمييز بين طرفي الخاصية التي نقيسها.

ثبات المقياس : و للتأكد من ثبات المقياس تم الإعتماد على : طريقة التجزئة النصفية و معامل ألفاكرونباخ.

3-2/- مقياس المخططات المعرفية غير المتكيفة ل جيفري يونغ :

يستخدم هذا المقياس المختصر للمخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة , و هو مقياس وضع من طرف "جيفري يونغ " يحتوي على 205 بند ثم أصبح بالصيغة المختصرة للمخططات و التي تشمل 75 و تصف 15 مخطط فقط و يمكن المقياس من تقييم المخططات غير المتكيفة المبكرة و أهمية كل واحد منهم .

يطبق هذا المقياس على الفئة العمرية الأكبر من 16 سنة

المخططات 15 الموجودة في المقياس :

الحرمان العاطفي – التخلي أو الحرمان – الحذر و التعدي – الإنطواء الإجتماعي – عدم الاتقان – الفشل – التبعية و عدم الكفاءة – الهشاشة – العلاقة الاندماجية – التضحية – التضحية بالذات – مراقبة إنفعالية مفرطة – المثالية المفرطة – الحقوق المتطلبة – نقص التحكم الذاتي .

كيفية تطبيق المقياس : يتم شرح التعليمة للمبحوث و التي تتمثل فيما يلي :

بين مدى تكرار إحساسك بالمشاعر المعبر عنها كل بند بوضع الرقم الذي يتناسب أو يتطابق مع حالتك على النحو الاتي : 1 –لا ينطبق عليا تماما .

2-نادرا ما ينطبق عليا.

3-قليلا ما ينطبق عليا.

4-ينطبق عليا بشكل متوسط.

5-ينطبق عليا في أغلب الأوقات من حياتي.

6-ينطبق عليا تماما .

مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة , كما أن معلومات هذا المقياس سرية و لا تستخدم إلا لفائدة العلم

شبكة تنقيط المقياس :

تنقط بنود المقياس من 1 الى 6 على النحو التالي :

- لا ينطبق تماما =1

- نادرا ما ينطبق عليا =2

- قليلا ما ينطبق عليا=3

- ينطبق عليا بشكل متوسط =4

- ينطبق عليا في أغلب الأوقات من حياتي = 5

- ينطبق عليا تماما = 6

تصحيح المقياس المختصر للمخططات المعرفية اللاتكيفية تكون على النحو التالي : ان هذا المقياس يحتوي على 6 بنود اذا القيمة العالية هي : 5×1=5 هي الأدنى و القيمة العليا هي 5×6=30

ثبات المقياس :

يقصد بمصطلح الثبات في علم القياس النفسي دقة الإختبار في القياس أو الملاحظة و عدم تناقضه مع نفسة .فدرجات الإختبار تكون ثابتة اذا كان يقيس سمة معينة قياسا متسقا في الظروف المتباينة التي قد تؤدي الى أخطاء القياس ، فالثبات بهذا المعنى يعني الإتساق أو الدقة في القياس و تم التحقق من ثبات المقياس بإستخدام طريقة الثبات بالاعادة ، وترتكز هذه الطريقة في حساب الثبات على تطبيق الإختبار الموضوع على عينة من المفحوصين ، ثم إعادة تطبيقه على هذه العينة نفسها من المفحوصين بعد فترة تتراوح عادة من يوم الى بضعة أيام ، و تتطلب في الخطوة لاحقة حساب معامل الإرتباط بين نتائج المفحوص في التطبيق الأول و نتائجهم في التطبيق الثاني للإختبار نفسه .(ميخائيل،2011،ص269)

و بناءا عليه قامت الباحثة (اسيمة معن ضافر) بتطبيق أداة البحث على عينة الدراسة السيكومترية ، ثم أعيد تطبيق الأداة نفسها بعد أسبوع على نفس العينة ، و إستخدم معامل الإرتباط بيرسون لحساب الإرتباط بين التطبيقين و كانت النتيجة أن كافة قيم معاملات الإرتباط بيرسون للثبات بالإعادة للمقاييس الفرعية و الإختبار الكلي جميعها دالة إحصائيا عند مستوى دلالة(0.01) ،فقد بلغت قيمة معامل الإرتباط بيرسون للثبات بالاعادة للإختبار الكلي (0.96) و تتراوح قيم معامل الإرتباط بيرسون للثبات بالإعادة للمقاييس الفرعية (0.62-0.95) مما يشير إلى ثبات الإختبار و صلاحية تطبيقه.

صدق المقياس : يعرف الصدق على أنه درجة قدرة المقياس على قياس ما وضع لقياسه .

و هنا تم إستخدام صدق الاتساق الداخلي و هو حساب المعاملات الإرتباطية بين درجات الإختبارات الفرعية و الدرجة الكلية للإختبار ، و تدل هذه المعاملات على الإتساق الداخلي في الإختبار ككل .(ميخائيل،2011،ص255)

و كانت النتيجة أن معاملات إرتباط درجات كل بعد من أبعاد الإختباربالدرجة الكلية مرتفعة ، وجميعها دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) مما يشير إلى أن الإختبار يتمتع بصدق إتساق داخلي .

4-الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم تحليل بيانات الدراسة بإستخدام الأساليب الإحصائية التالية :

- المتوسط الحسابي: لحساب متوسط درجات أفراد العينة في مقياس المخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية.

- الإنحراف المعياري : لحساب درجة تشتت درجات أفراد العينة في مقياس المخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية. (تمت معالجة البيانات عن طريق برنامج SPSS) .

خلاصة :

تضمن هذا الفصل مجموعة الإجراءات المنهجية لهذه الدراسة ، إذ تم عرض المنهج المستخدم و هو المنهج الوصفي، وضبط حدود الدراسة و عينتها ، وتم تقديم أدوات الدراسة والتي تمثلت في مقياس كورنل للإضطرابات السيكوسوماتية و مقياس المخططات المعرفية غير المتكيفة لجيفري يونغ، و تم أيضا ذكر الأساليب الإحصائية التي عن طريقها سيتم معالجة البيانات المتحصل عليها .

و تعتبر هذه الإجراءات أسلوب منهجي في أي بحث يسعى إلى بلوغ درجة من الموضوعية ترتكز عليه الدراسات اللاحقة ومن جهة أخرى فإنها تساعد في تحليل البيانات التي سيتم جمعها في الدراسة.

الفصل الخامس : عرض و مناقشة نتائج الدراسة

1-عرض نتائج الدراسة

2-مناقشة نتائج الدراسة

1-عرض نتائج الدراسة :

جدول رقم (01) :نتائج متوسطات المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة و انحرافاتها المعيارية

رقم المخطط	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
المخطط 01	30	2.79	1.35
المخطط 02	30	2.91	1.48
المخطط 03	30	2.54	1.15
المخطط 04	30	2.26	1.15
المخطط 05	30	2.03	0.99
المخطط 06	30	2.23	1.41
المخطط 07	30	2.35	1.29
المخطط 08	30	2.48	1.27
المخطط 09	30	2.16	1.38
المخطط 10	30	1.90	1.10
المخطط 11	30	3.93	1.45
المخطط 12	30	2.72	1.33
المخطط 13	30	3.90	1.47
المخطط 14	30	2.86	1.38
المخطط 15	30	2.80	1.39

الجدول رقم (02):ترتيب مخططات أفراد العينة تنازليا حسب المتوسطات الحسابية

الرتبة	العينة	المخطط	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
01	30	مخطط التضحية بالذات	3.93	1.45
02	30	مخطط الأفكار المثالية و النقد المفرط	3.90	1.47
03	30	مخطط التخلي و عدم الاستقرار	2.91	1.48
04	30	مخطط الحقوق النفسية المبالغ فيها و التكبر	2.86	1.38
05	30	مخطط التحكم في الذات و نقص الضبط الذاتي	2.80	1.39
06	30	مخطط النقص العاطفي	2.79	1.35
07	30	مخطط التحكم	2.72	1.33

		المفرط في الانفعالات		
08	30	مخطط عدم الثقة و المعاملة السيئة	2.54	1.15
09	30	مخطط الخوف من الاخطار و الامراض	2.48	1.27
10	30	مخطط التبعية و عدم الجدارة	2.35	1.29
11	30	مخطط الانعزال الاجتماعي	2.26	1.15
12	30	مخطط الفشل	2.23	1.41
13	30	مخطط التفكك و ضمور الشخصية	2.16	1.38
14	30	مخطط النقص و الخجل	2.03	0.99
15	30	مخطط الخضوع	1.90	1.10

يبين الجدول (02) أن المتوسطات الحسابية لدرجات المخططات قد تراوحت ما بين (3.93-1.90) و الإنحرافات المعيارية ما بين (1.48-0.99). و بترتيب المخططات تنازليا وفقا للمتوسطات الحسابية فقد كانت الرتب على النحو التالي : جاء في الرتبة الأولى مخطط التضحية بالذات بمتوسط قدره (3.93) و إنحراف معياري قدره (1.45) ، أما الرتبة الثانية كانت لمخطط الأفكار المثالية و النقد المفرط بمتوسط (3.90) و إنحراف معياري بلغ (1.47) ، بينما جاء في الرتبة الثالثة مخطط التخلي و عدم الإستقرار بمتوسط قدره (2.91) وانحراف معياري (1.48) ، و في الرتبة الرابعة جاء مخطط التحكم في الذات و نقص الضبط الذاتي بمتوسط حسابي قدره (2.86) و إنحراف معياري بلغ (1.18) ، أما الراتبة الخامسة كانت لمخطط التحكم في الذات و نقص الضبط الذاتي بمتوسط حسابي قدره (2.80) و إنحراف معياري قدره (1.39) ، و جاء مخطط النقص العاطفي في الرتبة السادسة بمتوسط حسابي قدره (2.79) و إنحراف معياري بلغ (1.35) ، أما الرتبة السابعة فقد كانت لمخطط التحكم المفرط في الإنفعالات بمتوسط قدره (2.72) و إنحراف معياري بلغ (1.33) ، و جاء في الرتبة الثامنة مخطط عدم الثقة و المعاملة السيئة بمتوسط حسابي قدره (2.45) و إنحراف معياري قدره (1.15) ، أما الرتبة التاسعة فكانت لمخطط الخوف من الأخطار و الأمراض بمتوسط حسابي قدره (2.48) و إنحراف معياري بلغ (1.27) ، و في المرتبة العاشرة جاء مخطط التبعية و عدم الجدارة بمتوسط حسابي قدره (2.35) و إنحراف معياري بلغ (1.29) ، يليه مخطط الإنعزال الإجتماعي في المرتبة الحادية عشر بمتوسط حسابي قدره (2.26) و إنحراف معياري بلغ (1.15) ،و في المرتبة الثانية عشر جاء مخطط الفشل بمتوسط حسابي قدره (2.23) و إنحراف معياري بلغ (1.41) ، أما المرتبة الثالثة عشر تحصل عليها مخطط التفكك و ضمور الشخصية بمتوسط حسابي قدره (2.16) و إنحراف معياري (1.38) ، و في المرتبة الرابعة عشر جاء مخطط النقص و الخجل (2.03) و إنحراف معياري بلغ (0.99) ، و

في المرتبة الأخيرة جاء مخطط الخضوع بمتوسط حسابي قدره (1.90) و إنحراف معياري بلغ (1.10).

2-مناقشة نتائج الدراسة :

حسب نتائج الجدول رقم (02) نجد أن المخططات الثلاثة الأكثر نشاطا لدى الأفراد المصابين بإضطرابات سيكوسوماتية هي حسب ترتيب متوسطاتها : مخطط التضحية بالذات (3.93)، يليه مخطط الأفكار المثالية و النقد المفرط (3.90) يليه مخطط التخلي و عدم الاستقرار(2.91) .

و يتميز أصحاب مخطط التضحية بالذات بالحساسية المفرطة لآلام الغير و الاهتمام المبالغ فيه بالآخرين على حساب مشاعرهم و حاجياتهم مما يكسب هذا المخطط صفة التبعية (Jeffrey Young,2005,p46) ، و هو المخطط الأكثر نشاطا لدى فئة المصابين بإضطرابات سيكسوماتية (قلب و أوعية دموية – سكري – واضطرابات معدية و هضمية) حسب نتائج المتحصل عيلها من خلال الجدول رقم (02)

ويأتي في المرتبة الثانية مخططالأفكار المثالية و النقد المفرط ، الذي يتميز أصحابه بالاستمرار في الحفاظ على مستوى عالي من الكمال في آراءهم و إنجازاتهم و أن يكون المثل الأعلى لكي يتجنب إنتقادات الآخرين .(Jean Cottraux,2001,p77)

تتوافق هذه المميزات مع نمط الشخصية "أ" عند "فريدمان" و "روزينمان" و الذي يتميز أصحابه بالتنافس الشديد و الرغبة بالإنجاز و العدوانية ، و يتميزون بالطموح المرتفع والشعور الدائم بضيق الوقت و إحساسه بكثرة الأعمال المطلوب إنجازها في وقت قصير مع الإحساس بضيق الوقت و فقدان الصبر، حيث يرى "فريدمان" و "روزينمان" أن أصحاب نمط الشخصية "أ" هم الأكثر عرضة للإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية .(الطحان،2008،ص198)

أما في المرتبة الثالثة فقد جاء مخططالتخلي و عدم الإستقراريتصفون أصحاب هذا المخطط بشعور مستمر بعدم بقاء الأشخاص المهمين معهم و تركهم و تخليهم عنهم لأنهم سيموتون قريبا ، أو أنهم سيهملونهم من أجل شخص أفضل منهم. (Jean Cottraux,2001,p77)

تعتبر هذه المخططات الثلاثة الأكثر نشاطا لدى الأفراد المصابين بالإضطرابات السيكوسوماتية و هذا حسب نتائج الجدول (02) الذي تم التحصل عليه من خلال تطبيق مقياس جيفري يونغ للمخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية على عينة متكونة من (30) فردا راشدا مصاب باضطراب سيكوسوماتي (سكري 10 أفراد) ،(اضطرابات معدة و الجهاز الهضمي 10 أفراد) ، (اضطرابات القلب و الأوعية الدموية 10 أفراد)، و معالجة البيانات المتحصل عليها إحصائيا .

خاتمة :

وفي نهاية هذه الدراسة نرى أنالإضطرابات السيكوسوماتية أخضت حيزا كبيرا من إهتمام الأطباء و علماء النفس، حيث تم تناولها من عدة جوانب و من قبل العديد من الباحثين سعيا منهم الى تفسير أسباب حدوثها أو محاولة تصميم برامج علاجية خاصة بهذه الفئة، و في دراستنا هذه تناولناها من الجانب الذي تقل فيه الدراسات المتعلقة بالإضطرابات السيكوسوماتية و هو الجانب المعرفي ، حيث هدفت الدراسة الى الكشف على المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى الأفراد المصابين بإضطرابات سيكوسوماتية ، و أجريت الدراسة بتطبيق مقياس كورنل للإضطرابات السيكوسوماتية للتحقق من أن أفراد العينة يعانون من إضطرابات سيكوسوماتية (إضطرابات قلب و أوعية دموية – سكري – واضطرابات معدية و هضمية) ، إضافة الى مقياس جيفري يونغ للكشف على المخططات المعرفية اللاتكيفية الأكثر نشاطا لدى أفراد العينة ، و توصلت الدراسة بعد المعاجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها إلى أن مخطط التضحية بالذات هو المخطط الأكثر نشاطا لدى أفراد العينة يليه مخطط الأفكار المثالية و النقد المفرط ثم في المركز الثالث مخطط التخلي و عدم الاستقرار. وعليه نتمنى الاهتمام بالجانب المعرفي نظرا لتأثيره الكبير على الصحة الجسمية للفرد و كذلك السعي إلى وضع برامج علاجية معرفية –سلوكية للتخفيف من حدة الاضطرابات السيكوسوماتية و حتى الوقاية منها .

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

1-أحمد عزت رجح(1999):**أصول علم النفس،** بدون طبعة ، بدون دار نشر ، القاهرة .

2-الزهراء الأسود و ربيعة جعفور (2010) : **مدى إنتشار الأمراض السيكوسوماتية بين أساتذة التعليم الثانوي**،مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، العدد الخاص بالملتقى الدولي حول معاناة العمل ، -جامعة ورقلة –الجزائر.

3-الزهراء ريحاني (2010):**العنف الأسري ضد المرأة و علاقته بالإضطرابات السيكوسوماتية** ،رسالة ماجستير،كلية الدراسات العليا ، جامعة بسكرة.

4-الطلاع(2000):**الضغوط النفسية و علاقتها بالأمراض السيكوسوماتية لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الإسرائيلية** ، رسالة ماجستير، قسم الصحة النفسية ، جامعة عين شمس ، القاهرة.

5-أمل فاسي (2010) : **الإكتئاب الأساسي لدى مرضى السرطان كنشاط عقلي مميز**،رسالة ماجستير،كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية ،تخصص علم النفس ، جامعة منتوري، قسنطينة.

6-أنطوني حمصي(2006) : **علم النفس العام** ، منشورات جامعة دمشق كلية التربية ، الجزء الأول ، الطبعة 10 ، -دمشق- سوريا .

7-أنور حمودة البنا (2006) :**الأمراض النفسية و العقلية** ، الطبعة 01 ، دار الفكر العربي للطباعة و النشر، غزة ، فلسطين .

8-بسمة كريم شامخ (2016) : **أثر أساليب التكيف المعرفية و السلوكية في خفض الأعراض العصابية لدى مرضى القلب** ،مجلة الأستاذ العدد 303 ، كلية التربية ، جامعة المستنصرية .

9-بشير معمرية (2007) : **العوامل النفسية في مرض السرطان** ،مجلة شبكة العلوم الاجتماعية و النفسية ، العدد 16 .

10-بيار مارتي و بيجمان ستوار (1992) : **مبادئ السيكوسوماتيك و تصنيفاته** ، طبعة 1 ، مؤسسة الرسالة للطباعة و النشر ، بيروت.

11-جمال مصطفى تفاحة (1996) : **الأمراض السيكوسوماتية** ، رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس ، القاهرة .

12-حامد عبد السلام زهران (1997): **الصحة النفسية و العلاج النفسي** ، الطبعة 3 ، عالم الكتب ، القاهرة .

13-حكيمة آيت حمودة (2007): **سمة القلق و علاقتها بإدراك الضغوط النفسية لدى المرضى السيكوسوماتيين** ، العدد الأول ، جامعة الجزائر.

14-زبيدة الحطاح (2011) : **علاقة المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة و الذكاء العاطفي بالفشل الأكاديمي** ، أطروحة دكتوراه ، جامعة الجزائر02.

15-زين العابدين درويش (1999) : **علم النفس الاجتماعي** ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، مصر.

16- زينب محمود الشقير (2001) : **الأمراض السيكوسوماتية و النفس جسمية** ، الطبعة 01، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة.

17-سامي عبد القوي (2002) : **الإتجاهات الحديثة في العلاقة بين العقل و البدن و تطبيقاتها** ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس ، القاهرة.

18-عبد الرحمان العيساوي (2000) : **الإضطرابات النفسجسمية** ، الطبعة 01 ، دار الراتب الجامعية ، بيروت .

19-عبد العظيم طه حسين (2007) : **العلاج النفسي مفاهيم و تطبيقات** ، دار الوفاء للطباعة و النشر ، الأسكندرية ، مصر .

20-عبد المنصف غازي (1984) :**الأمراض النفس جسمية السيكوسوماتية** ،دار المعارف للنشر ، القاهرة .

21- عدنان يوسف العتوم (2004) : **علم النفس المعرفي** ، دار المسيرة للطباعة و النشر ، الأردن .

22-علي قويدري (2011) : **علاقة الضغط النفسي و المهني ببعض الإضطرابات السيكوسوماتية** ، رسالة ماجستير،قسم العلوم الاجتماعية ، جامعة فرحات عباس سطيف ، الجزائر.

23-فاطمة صادقي و نعيمة عزي صالح(2016): **العلاج المعرفي السلوكي مقاربة نظرية حول نظرية أرون بيك و جيفري يونغ** ، مجلة أفاق العلمية ، المجلد 11 ، العدد 3 ، مخبر الموروث العلمي و الثقافي ، المركز الجامعي موسى أق أخموك تمنراست ، الجزائر.

24-فيصل محمد خير الزراد (1984) : **الأمراض العصبية و الذهنية و الإضطرابات السلوكية** ،الطبعة الأولى ، دار القلم للنشر و الطباعة ، بيروت ، لبنان .

25-فيصل محمد خير الزراد (2000) : **الأمراض النفسية –الجسدية** ، الطبعة 01 ، دار النفائس للطباعة و النشر ، بيروت .

26-فيصل محمد خير الزراد (2009) : **الأمراض النفسية-الجسدية أمراض العصر** ،الطبعة 02 ، دار النفائس للطباعة و النشر، بيروت ، لبنان .

27-محمد أبو النيل (2001) : **قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية و السيكوسوماتية** ،المؤسسة الإبراهمية ، القاهرة .

28-محمد أحمد النابلسي (1991) **: مبادئ العلاج النفسي و مدارسه** ،دار النهضة العربية ، بيروت .

29-محمد بلغالم و مصطفى لكحل و ماما دحماني (2016) : **المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة عند جيفري يونغ**، مجلة رفوف ، العدد 10 ، مخبر المخطوطات الجزائرية في افريقيا ، جامعة أدرار ، الجزائر.

30-محمد حمدي الحجار (2004) : **العلاج السيكوسوماتي المعرفي** ، مركز الدراسات النفسية و النفسية الجسدية ، طرابلس ، لبنان.

31-محمد خالد الطحان و محمد نجيب موسى (2008) : **فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية الإنسانية في مستوى الإضطرابات السيكوسوماتية و تقدير الذات لدى النساء في فلسطين** ، مجلة البصائر، المجلد 12 ، العدد 02 ، فلسطين.

32-محمود فتحي عكاشة (1999) : **علم النفس الصناعي** ، الطبعة 01 ، مكتبة الفلاح ، الإسكندرية، مصر.

33- محمود ياسين عطوف (1981) : **علم النفس الإكلينيكي** ، الطبعة 01 ، دار المعلم للملايين ، بيروت .

34- ميخائيل (2011) :**القياس و التقويم في التربية الحديثة** ، الطبعة 04 ، منشورات دامعة دمشق ، سوريا.

35- مصطفى زبور (1986) : **بحوث مجمعة في التحليل النفسي** ، جي جي للطباعة ، القاهرة ، مصر.

36- مصطفى فهمي (1967) : **علم النفس الإكلينيكي** ، مكتبة مصر ، القاهرة ، مصر.

37-Chambon et Marie Cardine (1995) **: psychothérapie cognitive des psychoses chronique** , Masson Paris , France.

38- DSM4

39-DSM5

40- Jean Cottraux (2006) **: psychothérapie cognitive des troubles de la personnalité** , 2 éme Edition , Masson Paris , France .

41-Piere Marty (1992) **: La psychosomatique de l'adulte** ,8éme Edition , Edition presses universitaire de France .

42-Young , Klosko et Weishar (2003)**: schema therapy- apractitioner 's guide**- ,Guilford press .

41-Young et Klosko (2005) : **clinical sample cognitive therapy** , Quebec , Canada.

43-Young Jeffrey (2006) ,sous la traduction de Bernard Pascal :**préface de Jean Cottraux La Thérapie de Schémas Approche Cognitive de la Personnalité**,De Boeck Université ,Paris.

-

قائمة الملاحق

قائمة الملاحق :

الملحق رقم 01: استمارة الكشف عن المخططات المعرفية

البيانات الشخصية :

الاسم : **العمر :** **الجنس :**

المستوى الدراسي :

الحالة الاجتماعية :

الحالة الاقتصادية :

التعليمة : الأرقام المدونة أدناه تدل على تصريح و وصف الشخص لنفسه لذى يرجى قراءة البنود جيدا و الإجابة على البند كما تشعر به انفعاليا و ليس كما تفكر فيه .

اختر رقما من 1 الى 6 للإجابة التي تناسبك أكثر بوضع الرقم المناسب في الخانة الخاصة به

الرقم	العبارة
1	لا تنطبق عليا تماما
2	نادرا ما تنطبق عليا
3	قليلا ما تنطبق عليا
4	تنطبق عليا بشكل متوسط
5	تنطبق عليا في أغلب الأوقات من حياتي
6	تنطبق عليا تماما

	العبارات	1	2	3	4	5	6
1	في أغلب الأحيان لا أجد شخصا يساندني أو يقلق لما قد يحصل لي						
2	أغلب الاخرين لم يكون حاضرين لمنحي العاطفة و الحنان						
3	طوال حياتي لم أشعر أني عزيز على شخص ما						
4	في غالب الأحيان لم أجد الشخص الذي يستمع لي, يفهمني , و يهتم لحاجياتي و مشاعري						
5	نادرا ما أجد شخصا ينصحني أو يساعدني في اختيار المسار المناسب لحياتي						
6	أتعلق بالأشخاص الذين أرفهم خوفا من أن يتخلوا عني						
7	أحتاج للاخرين بقدر ما أخاف أن يتركوني						

8	أخاف أن يتركني الأشخاص الذين يحبونني أو يتخلوا عني						
9	أشعر باليأس عندما أفكر أنني سأفقد شخصا عزيزا علي						
10	أحيانا أشعر بالقلق و الخوف من أن يتركني الأخرين						
11	أشعر أن الاخرين يستغلونني						
12	ينتابني الشعور بأن أكون مستعدا لمواجهة أي مكروه من طرف الاخرين						
13	الخيانة ما هي الا مسالة وقت						
14	أشك كثيرا في نوايا الاخرين						
15	عادة أعرف فيما يفكر الاخرون						
16	أنا مختلف عن الاخرين						
17	أجد صعوبة في التكيف مع الاخرين , أنا مختلف عنهم						
18	أشعر أني شخص وحيد						
19	أشعر أني غريب عن الاخرين						
20	أشعر أني لا أنتمي لأي جماعة						
21	لا يوجد شخص يستطيع حبي اذا ما اكتشف نقائصي						
22	لا أحد يرغب في البقاء معي اذا اكتشف حقيقتي						
23	أنا لا أستحق حب و اهتمام و احترام الاخرين						
24	أشعر أني شخص غير محبوب						
25	لا داعي لان يتعرف علي الاخرون لكوني مرفوض أصلا						
26	ان الأعمال التي أقوم بها لا تساوي شيئا أمام أعمال الاخرين						
27	ليست لي القدرة على القيام بإنجازات معينة						
28	أغلب الأشخاص الناجحين في أعمالهم و حياتهم مقارنة بي						
29	لا أملك المواهب التي يملكها الاخرين لإنجاز أعمالهم						
30	فيما يخص الدراسة و العمل لست ذكيا كالاخرين						
31	لا أشعر أني قادر على حل المشاكل اليومية						
32	المشاكل اليومية تشكل عبئا ثقيلا علي						

33	أشعر أني أفتقر إلى الحكمة						
34	أفتقر إلى التحكم السليم لمختلف مواقف الحياة						
35	أشك في قدرتي على حل المشاكل اليومية التي تواجهني						
36	أتوقع دائما أن شيئا خطير قد يحصل						
37	لدي الشعور بأنه قد تحدث أزمة اقتصادية أو كارثة طبيعية ,جريمة , أو مرض معد في أي وقت						
38	أخشى أن أتعرض للهجوم						
39	أخشى أن أفقد كل ما أملك و بالتالي أعيش في بؤس						
40	أقلق أن أكون مصابا بمرض خطير , حتى لو يتم تشخيص ذلك من طرف طبيب						
41	أنا لا أستطيع الانفصال عن والداي كما يقوم به أصدقائي						
42	أعتبر نفسي من بين المشاكل التي يعاني منها والداي						
43	عندما أكتم الأسرار عن أمي و أبي أشعر بالذنب و الخيانة						
44	غالبا ما أشعر أن أمي تعيش من خلالي حيث لا أتميز بحياة خاصة						
45	غالبا ما أشعر أنه لدي هوية منفصلة عن والداي أو شريك						
46	أظن أنه إذا قمت بما أريد فإن ذلك سيجلب لي مزيد من المشاكل						
47	أشعر أنه ليس لي الخيار إلا أن أخضع لرغبات الاخرين تفاديا لانتقامهم أو هجرهم لي						
48	غالبا أترك الاخرين يتحكمون بمصيري						
49	عادة ما أترك الاخرين يفكرون مكاني و عليه أجهل ما هو أفضل لي						
50	أجد صعوبة عند الاحتجاج على حقوقي حيث لا يضع الاخرون وزنا لمشاعري						
51	عادة ما أعتني بالأشخاص المقربين مني						
52	أنا شخص صالح لأني أهتم بالأخرين أكثر من نفسي						
53	إن الاهتمام بالاخرين لا يترك لي الوقت للاهتمام بنفسي						
54	لقد كنت دائما الشخص الذي يستمع لمشاكل الاخرين						
55	يرى الاخرون اني أهتم بالاخرين أكثر من نفسي						
56	لدي الوعي الكافي لإظهار المشاعر الإيجابية للأخرين						
57	أشعر بالانزعاج عندما أتحدث عن مشاعري للأخرين						

							58 يصعب علي أن أكون عطوفا و عفويا
							59 لدي القدرة على التحكم في انفعالاتي لدرجة وصفي ببارد الدم
							60 يرى الأخرون أني شخص يفتقر للانفعالات
							61 يجب أن أكون أفضل في كل أعمالي لأني لا أقبل بأقل من ذلك
							62 أقوم دائما بالأفضل و لا أرضى بأقل من ذلك
							63 يجب عليا القيام بجميع مسؤولياتي
							64 أضن أن عليا ضغط مستمر للقيام بالأعمال على أفضل ما تكون عليه
							65 لا أستطيع الإنصراف دون الاعتذار للأخرين عن أخطائي
							66 إذا ما طلبت شيئا من أحدهم لا أستطيع تقبل رفضه لطلبي
							67 ترفض شخصيتي الفريدة من نوعها قبول القيود التي يفرضها الأخرين
							68 أكره أن يعارضني أحدهم أو يمنعني من القيام بشيء أريده
							69 أضن أنه ليس علي اتباع القوانين و احترام الالتزامات مع الأخرين
							70 أشعر أن ما أعطيه للأخرين يفوق ما اخذه منهم
							71 لا أستطيع تنظيم وقتي للقيام بالأعمال الروتينية المملة
							72 أشعر بالإحباط اذا لم أستطع الوصول الى هدف معين
							73 أحيانا أقوم بالتضحية بالأهداف القريبة للحصول على أخرى بعيدة المدى
							74 لا يمكنني القيام بأعمال لا أرغب بها رغم أنها لمصلحتي
							75 نادرا ما أفي بوعودي

الملحق رقم 02:

قائمة كورنل للنواحي السيكوسوماتية

البيانات الشخصية :

الاسم : **العمر:** **الجنس :**

الحالة الاجتماعية :

المستوى الدراسي :

الحالة الاقتصادية :

نوع الاضطراب السيكوسوماتي :

مدة الإصابة :

التعليمة :

اجب بوضع علامة Xأمام (نعم) او (لا) على العبارات التالية بما يتناسب مع وضعيتك و ما تشعر به

ملاحظة : لا توجد إجابة صحيحة و إجابة خاطئة.

المعلومات المقدمة تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط

الجهاز الهضمي			
	العبارات	نعم	لا
1	هل تعاني من تهيج في القولون ؟		
2	هل تعاني من تهيج في المعدة ؟		
3	هل سبق أن اجري لك فحص بالأشعة السينية أو باستخدام الصبغة للجزء العلوي من الجهاز الهضمي ؟		
4	هل سبق حدوث التهاب في الغشاء المخاطي للقلون ؟		
5	هل سبق أن لاحظت وجود دم في البراز ؟		
6	هل سبق أن أجريت لك جراحة في البطن ؟		
7	هل زاد وزنك مؤخرا ؟		
8	هل نقص وزنك مؤخرا ؟		
9	هل تعاني كثيرا من الحموضة في المعدة ؟		
10	هل تعاني من كثرة القيء و الغثيان ؟		
11	هل يوجد تآكل أو ثقب في جدار المعدة ؟		

12	هل تميل الى النحافة و الضعف ؟		
13	هل تشعر بالإمساك الهضمي المزمن ؟		
14	هل تشعر بفقدان الشهية ؟		
15	هل سبق أن كان لديك حصوات مرارية ؟		
16	هل سبق أن أجريت كشفا على فتحت الشرج ؟		
17	هل سبق أن أصابتك الدوسنتاريا ؟		
18	هل تشعر بالاسهال المزمن و المتكرر؟		
19	هل تتعرض لنزلات معدية ؟		
20	هل تشعر بوجود غازات مع الإحساس بالامتلاء و فقدان الشهية و الغثيان ؟		
21	هل حدث فتق في المعدة أو السرة ؟		
22	هل تشعر باضطرابات معوية ؟		
23	هل تشعر بتشاؤم و عداء خفي ؟		
24	هل أنت عدواني ؟		
25	هل تشعر بتوتر و انفعالات ؟		
26	هل تشعر بضغوط و صراعات ؟		
27	هل تشعر بالغيرة الشديدة ؟		
28	هل تشعر بتواكل مكبوت ؟		
29	هل تحس بكبت و كراهية ؟		

الملحق رقم 03:

قائمة كورنل للنواحي السيكوسوماتية (إضطرابات القلب و الأوعية الدموية)

البيانات الشخصية :

الاسم : العمر: الجنس :

الحالة الاجتماعية :

المستوى الدراسي :

الحالة الاقتصادية :

نوع الاضطراب السيكوسوماتي :

مدة الإصابة :

التعليمة :

اجب بوضع علامة Xأمام (نعم) او (لا) على العبارات التالية بما يتناسب مع وضعيتك و ما تشعر به

ملاحظة : لا توجد إجابة صحيحة و إجابة خاطئة

المعلومات المقدمة تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط

القلب و الاوعية الدموية		
العبارات	**نعم**	**لا**
1 هل سبق أن أصبت بنوبة قلبية ؟		
2 هل تعاني من الذبحة الصدرية ؟		
3 هل يعاني أفراد اسرتك من متاعب قلبية ؟		
4 هل سبق أن عملت تخطيط للقلب ؟		
5 هل تستيقظ في الليل بسبب ضيق التنفس ؟		
6 هل سبق أن أخبرك الطبيب أن ضغط الدم لديك مرتفع جدا أو منخفض ؟		
7 هل سبق أن علمت أن نسبة الكولسترول مرتفعة في دمك ؟		
8 هل تشعر بالام في الصدر أو القلب ؟		

9	هل تشعر بتسارع في نبضات القلب ؟		
10	هل تشعر بصعوبة في التنفس ؟		
11	هل تناولت مضادات حيوية ؟		
12	هل سبق أن أصبت بحمى روماتيزمية ؟		
13	هل سبق اخبارك بوجود لغط في قلبك ؟		
14	هل سبق اخبارك بوجود مشاكل في صمامات القلب ؟		
15	هل تنتابك نوبات من الاغماء ؟		
16	هل تتعرض دائما للانفعالات ؟		
17	هل يقول عنك البعض انك عدواني ؟		
18	هل تشعر بالتوتر و شد الأعصاب ؟		
19	هل توجد دائما صراعات بينك و بين من تتعامل معهم ؟		
20	هل تتعرض لنوبات الصرع ؟		
21	هل تميل الى الوسواس ؟		
22	هل تعاني من تكرار حدوث صداع بالرأس ؟		
23	هل تقوم بجهد ذهني يستمر وقتا طويلا ؟		
24	هل حدث لك صدمة قوية ؟		
25	هل لديك ادمان على القهوة ؟		
26	هل يحدث لك خفقان في القلب و ارتعاش و تشنج ؟		
27	هل تشعر بغضب عند أي انفعال ؟		
28	هل تشعر بقلق لا شعوري ؟		
29	هل تعاني بشعور بعدم الارتياح ؟		
30	هل تشعر بالاتكالية ؟		
31	هل تخاف من العجز و الضعف ؟		
32	هل لا تستطيع مقاومة الكراهية المكبوتة و الاتكالية ؟		

الملحق رقم 04: قائمة كورنل للنواحي السيكوسوماتية

البيانات الشخصية :

الاسم : **العمر:** **الجنس :**

الحالة الاجتماعية :

المستوى الدراسي :

الحالة الاقتصادية :

نوع الاضطراب السيكوسوماتي :

مدة الإصابة :

التعليمة :

اجب بوضع علامة Xأمام (نعم) او (لا) على العبارات التالية بما يتناسب مع وضعيتك و ما تشعر به

ملاحظة : لا توجد إجابة صحيحة و إجابة خاطئة

المعلومات المقدمة تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط

السكري			
	العبارات	نعم	لا
1	هل سبق لك عمل اختبار نسبة الجلوكوز ؟		
2	هل تعاني من انخفاض نسبة السكر في الدم ؟		
3	هل تعانين من ارتفاع نسبة السكر في الدم ؟		
4	هل تميل الى أكل الحلوى و المواد السكرية ؟		
5	هل تستسلمين للخمول و الكسل ؟		
6	هل كثيرا ما تغضب ؟		
7	هل كثيرا ما تشعر بالخوف ؟		
8	هل كثيرا ما تشعر بالقلق ؟		
9	هل كثيرا ما يعتريك الحزن ؟		

10	هل كثيرا ما يحدث لك اغماء ؟		
11	هل كثيرا ما تشعر بسوء التوافق النفسي ؟		
12	هل كثيرا ما تشعر بسوء التوافق الاجتماعي ؟		
13	هل تشعر بميول اكتئابية ؟		
14	هل تشعر بالانزواء ؟		
15	هل تتقبل المدح من الاخرين ؟		
16	هل تتهرب من تحمل المسؤولية ؟		
17	هل تهمل الاشياء الهامة مقابل الأمور التافهة ؟		
18	هل تلوم الاخرين ؟		
19	هل تؤجل اتخاذ القرارات اذا كانت هناك عواقب سيئة ستنتج عنها ؟		
20	هل تشعر بالنحافة ؟		
21	هل تشعر بسرعة التهيج ؟		
22	هل أحد أفراد الأسرة مصاب بالسكري ؟		