



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

توهم المرض وعلاقته بتقدير الذات وسمات الشخصية لدى الشباب

(دراسة ميدانية في ثانويتي بلخير الجديدة - محمود بن محمود - جامعة 8 ماي 1945 قالمة) :ب قالمة

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

إعداد:

زبونريمان

إشراف:

شيبوني منى

د. نجم الدين بودودة

لجنة المناقشة

الصفة	الدرجة العلمية	الأستاذ(ة)
رئيسا	أستاذة محاضرة "ب"	د. هامل أميرة
مشرفا	أستاذ محاضر "أ"	د. بودودة نجم الدين
ممتحنا	أستاذة محاضر "أ"	د. إغمين نديرة

السنة الجامعية: 2021/2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر و عرفان

يسرني تقديم هذا الشكر لوالدي ووالدتي اللذان سهرا على تربيتي وتعليمي منذ أن بدأت حياتي، وأشكر كل من درسي أو ساهم في تدريسي من دكاترة جامعة 08 ماي قالمة 1945 وكل الأساتذة الذين يرجع لهم الفضل بعد الله عزوجل في تلقيني العلوم، كما اقدم الشكر والتقدير للأستاذ بودودة نجم الدين المشرف على هذا البحث المتواضع، الذي اسأل الله تعالى أن يضيف قيمة إلى هذا العلم، وشكر موجه كذلك لإدارة جامعة 08 ماي 1945 قالمة توفيرهم وتسهيلهم الخدمات للطلاب ومساعدتهم في كل الأمور التي من شأنها أن تخول لهم فضاءً مريحاً للدراسة وطلب العلم في أمان ونظام، في الأخير أوجه شكر وتقديري واحترامي ، وأوجه الشكر للمجالس العلمية لحرصها على تطوير مجال علم النفس المدرسي والعيادي وتشجيعها طلاب هذه الشعبة على الدراسة ومواصلة طلب العلم في أفضل الأجواء واروعها.

إهداء

إلى جدي "عمارسي سعيد" الذي فارقنا بجسده، ولكن روحه ما زالت تُرْفرف في
سماء حياتي.

إلى أمي الحنونة سامية لا أجد كلمات يمكن أن تمنحها حقها، فهي ملحمة الحب
وفرحة العمر، ومثال التفاني والعطاء.

إلى أبي العطوف عمارقدوتي، ومثلي الأعلى في الحياة؛ فهو من علّمني كيف أعيش
بكرامة وشموخ.

إلى أخي أيمن سندي وعضدي ومشاطري أفراحي وأحزاني.

إلى رفيقة دربي صفاء فوجيل وصديقاتي منى ياسمين كاتيا ميمية وخالاتي وعماتي.

إلى جميع الأصدقاء؛ أهدي إليكم بحثي العلمي

نريمان

إهداء

إلى من أفضّلها على نفسي، ولمَ لا؛ فلقد ضحّت من أجلي ولم تدّخر جهدًا في

سبيل إسعادي على الدّوام

(أمّي الحبيبة منيرة).

نسير في دروب الحياة، ويبقى من يُسيطر على أذهاننا في كل مسلك نسلكه صاحب

الوجه الطيب، والأفعال الحسنة. فلم يبخل عليّ طيلة حياته

(والدي العزيز حسين).

إلى اخوتي بتول واسلام وعبد الرحمان إلى توأمي ايناس الى خالتي نيـــــــدو

وإلى صديقاتي نريمان ياسمين كاتيا جاسمين تيناااا وجميع من وقفوا بجواري

وساعدوني بكل ما يملكون، وفي أصعدة كثيرة

أُقديم لكم هذا البحث، وأتمنّى أن يحوز على رضاكم.

منى

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على توهم المرض وعلاقته بتقدير الذات وسمات الشخصية لدى الشباب حيث تكونت عينة الدراسة 357 طالب وطالبة من مختلف الاعمار تم اختيارهم عن طريق العينة القصدية بكل من ثانويتي بلخير ومحمود بن محمود قالمة وجامعة 8 ماي 1945 حيث طبق عليهم ثلاثة مقاييس فيما يخص توهم المرض وتقدير الذات وسمات الشخصية وبعد عرض وتحليل النتائج من خلال SPSS لاختبار الفرضيات عن طريق معامل الارتباط بيرسون ونتائج الانحدار الخطي للتحقق من وجود العلاقة بين المتغيرات الثلاثة أسفرت النتائج الى وجود علاقة بين توهم المرض وسمات الشخصية "المقبولية العاطفة" وعدم وجود علاقة بين توهم المرض وتقدير الذات وفي الأخير توجت الدراسة بجملة من الاقتراحات والتوصيات.

الكلمات المفتاحية: توهم المرض، تقدير الذات، سمات الشخصية، الشباب.

Résumé

Cette étude vise à comprendre le lien entre l'hypocondrie l'estime de soi et les traits de personnalité chez les jeunes. Notre échantillon était composé de 357 étudiants et étudiantes de différentes âges sélectionnés comme un échantillon intentionnel au niveau de **lycée *belkhir el djadida et mahmoud ben mahmoud*** et **université 8 mai 1945 Guelma**, Nous avons appliqué trois échelles, la première concerne l'hypocondrie et la deuxième l'estime de soi et la troisième les traits de personnalité. Après l'analyse des résultats par spss nous avons testé les hypothèses par le coefficient de corrélation Pearson et la régression linéaire dans le but de vérifier s'il existe une relation entre les trois variables. Nos résultats ont révélé qu'il existe une relation entre l'hypocondrie et les traits de personnalité "l'agréabilité", "l'émotion" et aucune relation n'existe entre l'hyponcdrie et l'estime de soi, et enfin, l'étude a abouti à un ensemble de recommandation et de suggestions.

Mots clés : Hypochandrie , estime de soi, traits de personnalité, jeunes.

Abstract

This research determines the hypochondria, its relation to self-esteem and personality traits in young people, where the sample consisted of 357 students of different ages, they were selected by intentional sample at the level of high school (Belkhir el Djadida and Mahmoud Ben Mahmoud and), (University 8 May 1945) where three scales applied to them, the first relates to hypochondria and the second to self-esteem and the third to personality traits, after the analysis of results by SPSS to test the hypotheses by the Pearson correlation coefficient and the linear regression results to check if there is a relationship between the three variables, and the results revealed that there is a relationship between hypochondria and the traits of personality "agreeableness", "emotion" and no relationship between hypochondria and self-esteem.

Key words : self-esteem, hypochondria, third to personality, young people.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
/	شكر و عرفان
/	إهداء
/	الملخص
/	Résumé
/	Abstract
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
أ - ب	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل التمهيدي	
5	1. الإشكالية
8	فرضيات الدراسة
8	2. أهمية الدراسة
9	3. أهداف الدراسة
10	4. تحديد مصطلحات الدراسة:
10	5. الدراسات السابقة:
14	6. التعقيب عن الدراسات:
الفصل الأول: تقدير الذات	
16	تمهيد
17	أساسيات الذات
17	1. الذات

فهرس المحتويات

17	1.1. لمحة تاريخية عن مصطلح الذات
18	2.1. تعريف الذات:
18	3.1. أبعاد الذات
19	2. مفهوم الذات
19	1.2. مراحل تطور مفهوم الذات
21	2.2. وظائف مفهوم الذات
22	3.2. خصائص مفهوم الذات
23	4.2. محددات مفهوم الذات
24	5.2. النظريات المفسرة لمفهوم الذات
25	6.2. قياس الذات
27	3. تقدير الذات
27	1.3. تعريف تقدير الذات
28	2.3. أهمية تقدير الذات
29	3.3. أقسام تقدير الذات
29	4.3. مستويات تقدير الذات
30	5.3. العوامل المؤثرة في تقدير الذات
32	6.3. النظريات المفسرة لتقدير الذات
34	7.3. الشخصية وتقدير الذات
36	8.3. الحاجة إلى تقدير الذات
37	9.3. الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات
38	خلاصة
الفصل الثاني: الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية	

فهرس المحتويات

40	تمهيد
41	1. تعريف الشخصية
41	1.1. المفاهيم المتداخلة مع مفهوم الشخصية
42	2.1. خصائص الشخصية
43	3.1. محددات أو عوامل تكوين الشخصية
45	4.1. البناء الوظيفي للشخصية
46	2. الأمراض السيكوسوماتية
46	1.2. تعريف الأمراض السيكوسوماتية
47	2.2. أسباب الأمراض السيكوسوماتية
49	3.2. النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية
57	4.2. الشخصيات المرضية والاضطرابات السيكوسوماتية
57	5.2. سمات الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية
58	6.2. النمط السلوكي وظهور الاضطرابات السيكوسوماتية
58	7.2. سمات الشخصية العامة كعوامل للهشاشة الجسدية
60	خلاصة
الفصل الثالث: توهم المرض	
62	تمهيد
63	1. توهم المرض
63	1.1. الخلفية التاريخية
65	2.1. البداية والمسار:
65	3.1. الشخصية قبل المرض
65	4.1. تعريف توهم المرض
68	5.1. العوامل المسببة لتوهم المرض

فهرس المحتويات

76	6.1 أعراض اضطراب توهم المرض
78	7.1 تشخيص توهم المرض
88	8.1 الانتقادات الموجهة لهم
88	9.1 تقييم توهم المرض
91	10.1. العلاج المعرفي السلوكي لتوهم المرض
92	11.1. خطوات العلاج المعرفي السلوكي لتوهم المرض
96	خلاصة
الجانب الميداني	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية	
99	تمهيد
100	1. الدراسة الاستطلاعية
100	1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية بالنسبة للدراسة الحالية
100	2.1. المشاركون
102	3.1. الإجراءات
102	4.1. الأدوات
103	5.1. النتائج
105	خلاصة
106	2. الدراسة الأساسية
106	1.2. المنهج
106	2.2. المشاركون
108	3.2. الأدوات
114	4.2. الإجراءات
الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج	

فهرس المحتويات

116	1. النتائج
116	1.1. النتائج الوصفية
118	2.1. نتائج الارتباط
123	3.1. نتائج الانحدار المعياري
129	الخاتمة
132	قائمة المراجع
/	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
101	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس	01
101	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي	02
102	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن	03
116	يبين ثبات مقياس توهم المرض وثبات مقياس تقدير الذات ومقياس سمات الشخصية	04
117	يوضح الاحصائيات الوصفية لمقياس توهم المرض (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري)	05
117	يوضح الاحصائيات الوصفية لمقياس روزنبرغ لتقدير الذات (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري)	06
117	يوضح الاحصائيات الوصفية لمقياس الشخصية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري)	07
118	يوضح نتائج معاملات الارتباط بيرسون بين متغيرات الدراسة	08
121	يوضح الاختلافات حسب الجنس	09
122	يوضح الاختلافات حسب السن	10
123	يوضح نتائج الانحدار الخطي البسيط لسمات الشخصية وتقدير الذات في حدوث توهم المرض	11

مقدمة

إن الإنسان خلال مراحل نموه يمر بعدة مراحل أهمها مرحلة الطفولة والتي تحمل مكانة خاصة لكل فرد ففي هذه المرحلة توضع الخطوط العريضة الأولى لشخصية الطفل وتتكون تركيبتها الأساسية ولهذا تعتبر لها أهمية كبيرة في تشكيلها كليا كبنية خلال المراحل اللاحقة، والشخصية ما هي إلا تنظيم منسق كليا لخصائص الفرد الجسدية والعقلية والاجتماعية بما تحمله من سمات كمؤشر يعبر به الفرد عن ذاته ومعاشه النفسي والاجتماعي، فمشكلات الطفولة تساهم بشكل كبير في نشأة الاضطرابات النفسية والعقلية في مرحلة المراهقة والرشد ففي مرحلة المراهقة تتعدد مشكلات المراهقين في انواعها ومظاهرها، كما تتفاوت في حدتها وطبيعتها من فرد لآخر نتيجة لما تحمله هذه المرحلة الحساسة من تغييرات فيزيولوجية ونفسية واجتماعية وحتى بعض الأزمات العاطفية، فقد تتمظهر كليا على مستوى الجسد، ومن المعروف ان يكون شديد التمرکز حول ذاته وحول اعطاء صورة إيجابية لجسده وانشغال كبير بصحته الجسمية أو النفسية، فأزمة المراهقة وما تخلفه من مضاعفات على مستوى الجسم والنفس فإنها تجعل ذلك الفرد يعيش سجين أفكاره حول مسار صحة جسده كما أنها قد تؤثر على تركيبته الشخصية فهو في مرحلة صراع داخلي أو خارجي قد ينتهي بتوافق صورته الواقعية ما يطمح إليه ويحقق تقدير ذات عالي أو قد يختل ذلك التوازن ويحقق تقدير منخفض لذاته، كما أن هذا العنصر المهم إلا وهو تقدير الذات فقد يؤثر على أفكار المراهقين حول مخاوفهم المرضية فقد تترجم وتتمظهر في شكل أحاسيس خاطئة حول الجسم وتكون لديهم نوع من المخاوف المرضية وانشغال مفرط بصحتهم الجسمية كل هذا يختلف من فرد لآخر من حيث الشدة والاستمرارية، ولقد ركزت أغلب الدراسات التي تناولت مثل هذه الدراسة على الأفكار والمعتقدات والتقييمات السلبية التي يضعونها حول أنفسهم وتأثيرها على النفس والجسد كوجهان لعملة واحدة.

ومن أجل الالمام بالموضوع من جميع جوانبه ارتأينا ان تكون الدراسة الحالية من جزئيه الأول خصص للجانب النظري والثاني للجانب التطبيقي حيث شمل الجانب النظري للدراسة على أربعة فصول ابتداء من الفصل التمهيدي وهو الإطار العام للدراسة فقد تم تخصيصه لطرح اشكالية الدراسة وصياغة فرضياتها بالإضافة إلى ذكر أهمية الدراسة النظرية والتطبيقية وأهدافها وتحديد مصطلحاتها الدراسية وتعريفها إجرائيا ثم تناولنا بعض الدراسات السابقة على الصعيد العربي والأجنبي مع التعقيب عليها وذكر أوجه الاستفادة منها.

المقدمة

أما الفصل الأول فقد تم تخصيصه إلى التطرق للذات وكيفية تكوين مفهوم الذات لدى الفرد حتى يتسنى له تقدير ذاته مع ذكر بعض التعاريف لتقدير الذات وأهميتها وخصائص شخصية الأفراد ذوي تقدير الذات المرتفع والمنخفض، أما الفصل الثاني فقد خصص للاضطرابات السيكوسوماتية وكيفية حدوثها وتوضيح سمات الشخصية لدى الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات السيكوسوماتية والتطرق إلى الفصل الثالث وهو توهم المرض كاضطراب قائم بذاته مع ذكر بعض التعاريف وسيرورة تشكله، أما بخصوص الجانب التطبيقي للدراسة فقد قسم الآخر إلى قسمين الأول كان للإطار المنهجي للدراسة تناولنا فيه الدراسة الاستطلاعية وإجراءاتها ونتائجها والقسم الثاني خصص لإجراءات الدراسة الأمبريقية (الأساسية) ومجالاتها والأدوات المستخدمة وفي الأخير قمنا بمناقشة النتائج وتفسيرها على ضوء الدراسات السابقة.

الجانِب النظري

الفصل التمهيدي

يعتبر الجانب الانفعالي للفرد جزء هام في الشخصية حيث يؤثر على صحته النفسية والجسدية أما إيجابيا أو سلبيا، فهذا الجانب ركيزة أساسية تستند عليها نواة الشخصية للحفاظ على السلامة النفسية والجسدية لأن سمات الشخصية الفرد تؤثر وتتأثر بمجموعة من المتغيرات التي يتعرض من خلالها لخبرات تؤدي إلى حدوث تغيرات في طرائق تفكيره حول صحته وتعامله مع الآخرين، فتأثير مثل هذه المحددات والخبرات التي تزودنا بها البيئة من خلال فرص التعلم والتفاعلات التي تنتجها البيئة تجعله يتقبل ذاته ويبحث عن تقييم لها، فهو لا يحتاج إلى حاجات بيولوجية فقط من مأكّل ومشرب وإنما يحتاج أيضا إلى تقدير ذاته والتعبير عنها بصورة طبيعية لأن عند الميلاد يستجيب على أساس تكوينه الذي يعد بمثابة طبقة كامنة تؤثر جزئيا على استجاباته ولكل استجابة علاقة بخبرة سابقة بخبرة نامية محتكة بالواقع تجعل تلك الكتلة الداخلية غير المتميزة تتمايز ومن ثم تظهر ذات الفرد، والتي تجعله يعطي أبعاد لها من ناحية إدراكه لقدراته ومن خلال نظرة الآخر له وتنظيم اتجاهاته الخاصة به وما يطمح إليه مستقبلا، فيكون مفهوما لذاته نتيجة المواقف والخبرات التي يمر بها في مختلف مراحل حياته العمرية يحدد البعد التضميني المتمثل في تقدير الذات، فهذا الأخير يعتبر جد هام تحديد التقديرات الجسدية الممنوحة من طرف الآخر أو من خلال اثابة معنوية ابداع، ترقية، فحصيله ما ينجزه الفرد هو من يحدد تقييمه لذاته أو قد يكون شاملا ليس قائما على إنجازات محققة بل قائم على تقييم ذاته ما يستطيع القيام به وإبراز نفسه إذ تعد مرحلة المراهقة مراحل النمو الهامة التي يكون فيها تقدير الذات عنصرا بارزا فهنا يعيش الفرد التغيرات البدنية والعاطفية والاجتماعية، فيكون هذا التغير ملحوظ بالإضافة إلى التغيرات النفسية التي تصاحبها، ومن الملاحظ أن المراهقين يصبحون يهتمون أكثر بالجسد فيجدون صعوبة في التوازن أو الوصول إلى تقدير الذات في هذه المرحلة نتيجة التفاعلات النفسجسمية والظروف الخاصة المحيطة به وبالبيئة الاجتماعية وهنا تزداد المخاوف الصحية المرتبطة بها، فتنتابه مجموعة من الأفكار اللاعقلانية حول صحته وشعوره بنوع من القلق رغم غياب الأعراض الجسدية فيعرض الفرد نفسه للآخر على أنه مريض أو ضعيف أو متأذي مما يسبب له نوع من الإحباط والضعف في حياته اليومية فتظهر بعض الاضطرابات العاطفية وأعراض ذات طبيعة بدنية ناجمة عن أسباب نفسية كانخفاض تقدير الذات.

الفصل التمهيدي

حيث نجد من خلال النموذج المعرفي السلوكي لتوهم المرض الذي طوره كل من *Warwick* و *Salkovskis*، والذي يرى أن توهم المرض ينطوي على نزعة مستمرة لتفسير الأعراض و المعلومات ذات الصلة بالصحة بطريقة كارثية، إضافة إلى العوامل المسببة والتي قد تشمل تجارب الطفولة أو وجود أحد الوالدين مصاب بقلق الصحة، فتسهم هذه التجارب في تطوير معتقدات لا عقلانية وهذه المعتقدات تؤدي إلى تزايد حدة القلق وهذا ما أكدته دراسة (محمد بلوم، 2017).

فشخصية المراهق قبل ظهور اي اضطراب تتسم بالتمركز حول الذات بشكل غير ناضج والعزلة والاهتمام المفرط بالصحة الجسمية (حامد، 2005، ص 491).

فهنا تراود الفرد مجموعة من الافكار التي تتوسط المواقف الصحية الخارجية واستجابة الفرد الانفعالية أي نموذج التفكير المتكرر حول وضعيته الصحية وما تؤول له لاحقا، كلها تؤدي إلى سلوكيات وانفعالات غير صحية هازمة للذات فنجد الفرد يميل إلى تفسير العواطف والأحاسيس العادية أو حتى الخاصة بمرحلة المراهقة على أنها أعراض لمرض خطير ما يؤدي إلى شعوره بالقلق المتواصل فنجدهم يميلون إلى نوع من المبالغة في الخوف على صحتهم دون سبب مبرر أو منطقي فيربطون ظل هذه الأحاسيس بأعراض مرض خطير مألوف، فرغم سلامة الفحوصات الطبية إلى أنهم يتمسكون بهذا الاعتقاد كل هذه المعتقدات تجعله يقوم بسلوكيات كتعويض عن السلوك السوي من أجل رفع قدرته الذاتية أو تقييم ايجابي لذاته.

ففي الوقت الحالي أكد الباحثون على ان الاضطرابات النفسية الجسدية الناشئة من الجسم (SSD) تظهر نتيجة عجز مبكر في التطور الذاتي و ثم ربطها بمختلف الاحباطات التي تحدث على المستوى العلائقي والمواقف والملازمات الجسدية، فترك ذلك الفرد في مراحل عمرية سابقة -الطفولة- بمفرده يجعله يعيش شعور بعدم الراحة الجسدية فلا يستطيع التعبير عن معاناته لأنه لا يمل اللغة فقد يظهر عنده الكسيميما أو اضطراب (SSD) (Jorge.2019).

حيث نجد دراسة (Oneil, 2018) والتي هدفت إلى فحص العلاقة الوالدية والاضطرابات النفسية الجسدية وتقدير الذات كوسيط عبر الأعمار في بداية المراهقة. تقيم هذه الدراسة تقدير الأطفال لذواتهم كوسيط وتشرح جزئيا العلاقة بين جودة العلاقة بين الوالدين والطفل والمشكلات النفسية الجسدية من أواخر الطفولة إلى منتصف المراهقة. أشارت النتائج المأخوذة من عينة كندية كبيرة ممثلة على المستوى الوطني أن تقدير الذات توسط جزئيا في

الفصل التمهيدي

هذه الارتباطات، وأن تقدير الذات يمثل تباينا مشتركا بين جودة العلاقة بين الوالدين والطفل والمشكلات النفسية الجسدية بين الأطفال الأصغر سنا وبين الأطفال الأكبر سنا فسّر هذا التباين المشترك مع احترام الذات جزءا أصغر من هذا الارتباط لكن التأثير المباشر المتبقي لعلاقة الوالدين مع الطفل على المشكلات النفسية الجسدية كان أكبر تشير هذه النتائج إلى أن الآباء الداعمين يحمون من المشاكل النفسية الجسدية وأنهم يفعلون ذلك من خلال تعزيز احترام الذات للأطفال الأصغر سنا ومن خلال آليات أخرى مع تقدم الأطفال في العمر. تتم مناقشة النتائج في سياق نظرية التعلق والاتجاهات المرتبطة بالعمر في تنمية تقدير الذات.

فمن هنا يمكننا التعرف على الذات المادية والتي تشمل كل الممتلكات الجسدية وأبعادها الأربعة التي تقودنا إلى ركائز أساسية والقائمة على مدركات الفرد حول نفسه والعملية التفاعلية بين العمليات العقلية تجعل الفرد يعطي قيمة ايجابية لذاته وتجعل المراهق يحمل معتقدات سليمة تمكنه من رفع قدرته الذاتية في التغلب على المخاوف الصحية التي تشغله حول جسمه فنلاحظه يحمل جملة من سمات الشخصية كالثقة بالنفس والنظرة لذواتهم بواقعية عكس الذين يحملون انطباع سلبي على ذواتهم فإنهم يركزون على مخاوفهم المرضية وعيوبهم وعدم الرضا عن مظهرهم فهم يحملون تقدير منخفض يجعلهم يعيشون تلك المخاوف فيعبرون عن ذلك النوع من لاستياء من خلال الجسد بطريقة مستمرة تضعف كفاءتهم في الحياة الاجتماعية وتؤثر على صحتهم النفسية فعلاقة تأثير الجسد على النفس والنفس على الجسد علاقة كامنة تتمحور وتظهر من خلال تقدير الذات السلبي أو الإيجابي وشدة خوفه على صحته الجسمية ومدى تقبله وادراكه للتغيرات التي تحدث له وظهور عاطفة سليمة أو هشة تجعله يتقبل نفسه أولا كي يتحدد بعد ذلك المسار السوي أو المضطرب لطبيعة الشخصية.

ومن هنا يمكننا طرح التساؤلات التالية:

- هل توجد علاقة بين سمات الشخصية وتقدير الذات في ظهور توهم المرض عند الطلبة ؟
- هل توجد علاقة بين توهم المرض وبعد المقبولية عند الطلبة ؟
- هل توجد علاقة بين توهم المرض وبعد العاطفة عند الطلبة ؟
- هل توجد علاقة بين تقدير الذات وبعد المقبولية عند الطلبة ؟

- هل توجد علاقة بين تقدير الذات وبعد العاطفة عند الطلبة ؟

- هل توجد علاقة بين توهم المرض وتقدير الذات عند الطلبة؟

وللإجابة على هذه التساؤلات وضعنا الفرضيات التالية:

الفرضية العامة:

هناك علاقة بين سمات الشخصية وتقدير الذات في ظهور توهم المرض عند الطلبة .

الفرضيات الجزئية:

الفرضية الجزئية الأولى: توجد علاقة ارتباطية بين توهم المرض وبعد المقبولية عند الطلبة.

الفرضية الجزئية الثانية: توجد علاقة ارتباطية بين توهم المرض وبعد العاطفة عند الطلبة.

الفرضية الجزئية الثالثة: توجد علاقة ارتباطية بين تقدير الذات وبعد المقبولية عند الطلبة .

الفرضية الجزئية الرابعة: توجد علاقة ارتباطية بين تقدير الذات وبعد العاطفة عند الطلبة.

الفرضية الجزئية الخامسة: لا توجد علاقة ارتباطية بين توهم المرض وتقدير الذات عند الطلبة..

2. أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية:

يكتسب هذا البحث أهميته من ندرة الدراسات والأبحاث العلمية المتخصصة التي تناولت هذا الموضوع في البيئة الجزائرية كما يرمي هذا البحث إلى إثراء المجال البحثي في مجال علم النفس الصحة وذلك من الجانب الكمي والكيفي حيث تساهم هذه الدراسة في تقديم فهم نظري لطبيعة تأثير سمات الشخصية وتقدير الذات على توهم المرض.

الفصل التمهيدي

- كما تتضح أهمية الدراسة في أنها تهتم بدراسة متغيرات على درجة عالية الأهمية في علم النفس العيادي حيث يعد موضوعي تقدير الذات والانشغال المفرط بالصحة من أكثر أنواع الاضطرابات شيوعا في مرحلة المراهقة مما قد تنتج عنه اضطرابات انفعالية وسلوكية قد تؤدي لمعاناة حقيقية عند الطلبة .

تسليط الضوء على فئة الطلبة في مرحلة المراهقة والتي تعد ركيزة أساسية في رسم بؤادر الشخصية فإذا استطاع أن يتجاوز أزمة المراهقة بسلام انعكس ذلك على صحته وتوافقه النفسي في المراحل القادمة.

الأهمية التطبيقية:

- قد تفتح هذه الدراسة الطريق امام دراسات لاحقة تهتم بمتغيرات لها علاقة بنفس الدراسة

- قد تسمح هذه الدراسة ببناء برامج علاجية فعالة للتصدي لمثل هذه المشكلات النفسية لدى المراهق تزويد واثراء البحث العلمي لسد الفراغ العلمي في مثل هذا الموضوع.

3. أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى دراسة سمات الشخصية وتقدير الذات ووقوفهم وراء ظهور توهم المرض في مرحلة المراهقة وتتفرع منها عدة اهداف أخرى :

- تسليط الضوء على المراهقين والتعرف على مخاوفهم الصحية وتقديرهم لذواتهم .
- دراسة سمات شخصية المراهق في ظل حدوث توهم المرض وانخفاض تقدير الذات.
- التمكن من خلال الممارسة الميدانية من تطبيق مجموعة من التقنيات لجمع المعلومات حول متغيرات الدراسة
- تطبيق استبيانات تقدير الذات وسمات الشخصية وتوهم المرض واللاتي تم ترجمتهم من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية.

4. تحديد مصطلحات الدراسة:

توهم المرض: هو انشغال المفرط للشباب بصحتهم الجسمية انشغال مفرط كما يضعون تشخيص رسمي لأنفسهم مع اقتناعهم التام والتركيز على اضطراب دون آخر.

تقدير الذات: هو التقييم السلبي والايجابي للشباب نتيجة تفسيره الخاطئ لأحاسيسه الجسدية وانشغاله بصحته الجسمية واعتقاده بأنه يعاني من مرض خطير.

سمات الشخصية: هي صفات السلوك المستمرة التي يتميز بها الشباب والتي يمكن ملاحظتها وقياسها اثناء التماس درجة من تقدير الذات المرتفع او المنخفض.

الشباب: يقصد به في دراستنا مجموعة من الطلبة (ذكور و إناث) الذين تتراوح أعمارهم من 18 إلى 25 سنة.

5. الدراسات السابقة:

الدراسات العربية:

دراسة واضح غنية (2016): هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين تأكيد الذات والاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين المتدربين. ومن أجل ذلك اخترنا عينة تتألف من 300 طالب وطالبة متمدرسين في التعليم الثانوي، كما تم تطبيق مقياسين: الأول يقيس مستوى تأكيد الذات وهو مقياس التعبير عن الذات للمراهقين إعداد "مكارتي بيلوسي" (1976) والثاني هو مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية من إعداد "وهيان علي حسن" (2008) وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين السلوك التأكيدى والاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين المتدربين.

دراسة فاطمة وآخرون (2018): تناول لدراسة موضوع علاقة النفس والجسد الذي طرح منذ القدم وبالتحديد توهم المرض لدى طلبة التمريض بالمعهد الوطني للتكوين العالي الشبه الطبي بمدينة ورقلة وتهدف الدراسة إلى الكشف عن نسبة انتشار توهم المرض بين أوساط الطلبة من جهة ومن جهة أخرى الى معرفة الفروق بين الجنسين وكذا المستوى الدراسي الأول الثاني والثالث ولتحقيق ذلك تم اتباع المنهج الوصفي وقد اعتمدت الدراسة في جمع

الفصل التمهيدي

البيانات على مقياس تمت ترجمته وتكييفه على البيئة الجزائرية من طرف الباحث بحري نبيل (جامعة الجزائر) والذي طبق على عينة الدراسة الذي بلغ قوامها 260 طالب، اسفرت نتائج الدراسة على وجود اضطراب توهم المرض لدى طلبة التمريض وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بكل من الجنس والمستوى الدراسي.

دراسة قندول نبيل (2018) : حول اثر الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالصحة وتوهم المرض واستهدف البحث فئة الراشدين من الجنسين الذين ثبت إصابتهم باضطراب توهم المرض بعد تشخيصهم من طرف أخصائي نفسي معتمد وطبيب نفسي وقد تم الوصول إلى الدراسة من خلال استهداف أفراد تتوفر فيهم بعض الشروط وبعد تطبيق إجراءات البحث على حالي الدراسة كشفت النتائج أن كالم حالتين تتبنى المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالصحة والتي كان لها بالغ الأثر على تفكير وسلوك حالي الدراسة الأمر الذي دفع بهما إلى توهم المرض. حيث أن كالم حالتين قد خضع أسلوب تربية صحية يختلف عن الآخر حيث أن الحالة محسن قد تربى على التدريل واتباع التعليمات الصحية الصارمة والاهتمام الصحي المبالغ فيه، بينما الحالة عبد الحكيم فعلى النقيض تماما حيث عانى من الحرمان والاهمال، وقد كان لهذين الأسلوبين في التربية الصحية دور هام في تشكل مخططات معرفية مشوهة حول الصحة والمرض لدى حالي الدراسة، وقد تضمنت هذه المخططات مجموعة من المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالصحة من شاكلة الاعتقاد بالهشاشة والضعف وعدم المقدرة على مجابهة الأمراض والاعتقاد بأن كل ما يصيبنا من أمراض يمكن أن يتطور إلى مرض خطير والاعتقاد بمرضانية المحيط، والاعتقاد بأن التمتع بالصحة الجيدة معناه الخلو التام من الاعراض، إلى أن هذه المعتقدات بقيت دفينية ولم تتداخل مع السير العادي لحياة الحاليتين إلى أن تعرضا إلى عامل خطر مفجر، فطفت هذه المعتقدات إلى السطح وسيطرت على مجرى التفكير وزاد معها القلق حول الصحة لدى الحاليتين.

دراسة *Adel Khudhair* (2019) : هدفت هذه الدراسة الى قياس توهم المرض لدى طلبة الجامعة الاسلامية للتعرف على الفروق الموجودة وفق النوع -ذكور -اناث- ولتحقيق أهداف البحث تطلب ذلك وجود أداة لقياس توهم المرض وقد تبني الباحث مقياس (طالب 2001) والمكون من 47 فقرة وقد تم تطبيقها على عينة مكونة من 100 طالب وطالبة وتم تحليل البيانات احصائيا وتوصلت نتائج البحث أن طلبة جامعة الاسلامية يتسمون بتوهم المرض بدرجة ضعيفة فضلا عن ذلك أنه لا توجد فروق في توهم المرض بين الذكور والإناث وعلى وفق نتائج البحث توصل الباحث إلى مجموعة من التوصيات والمقترحات.

الفصل التمهيدي

دراسة عبد الحكيم عثمان وآخرون (2019): هدف هذا البحث المعنون "تقدير الذات عند المصاب بالأمراض الجلدية بين التأثير والتأثر" إلى البحث عن نوعية الأثر بين الإصابة بالأمراض الجلدية وتقدير الذات، وأيهما يؤثر بدءاً في الآخر، ومن أجل ذلك افتتح هذا البحث بالإشكالية التالية "هل هناك علاقة تأثير بينية بين الإصابة بالأمراض الجلدية وتقدير الذات" وقد عرض في دراسته التعريفات الأساسية لكل من الأمراض الجلدية وتقدير الذات مع إدراج بعض الدراسات الأساسية التي تناولت كلا المتغيرين، كما تناولت الدراسة قطبي التأثير المتبادل بينهما. خلصت الدراسة إلى وجود تأثير لتدني تقدير الذات أو أحد مظاهره على ظهور الإصابة الجلدية، كما بينت أن هناك أيضاً تأثير من جهة أخرى للإصابة بالأمراض الجلدية على الناحية النفسية ومن بينها تقدير الذات، وبالتالي فإن تناول الأمراض الجلدية من حيث الدراسة والعلاج لا يجب أن يخل من جانبي أثره على المصاب النفسي والجسد.

الدراسات الأجنبية:

دراسة *Jean & fraziar* (1994): هدفت هذه الدراسة إلى البحث عن تحديد علاقة تدني احترام الذات والاضطرابات النفسية الجسدية عند الأطفال فمن المعروف أن الأشخاص الذين يبلغون تقدير ذات منخفض يعانون من اعراض نفس جسدية طبق في هذه الدراسة مقياس روزنبرغ ومقياس جوتمان على عينة بلغت 69 طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين 8 إلى 12 سنة منهم 36 ذكرو و 33 انثى ونتجت الدراسة بوجود قيمة كبيرة بين تدني احترام الذات وتردد الشكاوي الجسدية.

دراسة *Poikolainen and all* (1995): هدفت الدراسة إلى تحديد تأثير عوامل الخطر على الصحة النفسية المتعلقة بالأعراض الجسدية، الشائعة في مرحلة المراهقة. اعتمدت هذه الدراسة على عشر مدارس تقابل المدارس الثانوية الأمريكية تقريباً في مدينتين في فنلندا حيث شملت العينة 1429 مراهقاً لم يصابوا بأمراض أو إصابات خطيرة وأسفرت الدراسة بالنتائج التالية تم الإبلاغ عن تكرار حدوث عرضين أو أكثر من قبل 44٪ من الطالبات و 28٪ من الطلاب خلال الأشهر الستة الماضية. أظهرت أنه هناك فروق بين الطالبات، كانت الأعراض الجسدية مرتبطة بشكل إيجابي بمرض خطير أو إصابة في الأسرة، وزيادة عدد الخلافات بين الوالدين، والانفصال عن أصدقائهن أو صديقاتهن؛ بينما الطلاب الذكور، ارتبطت الأعراض بزيادة غياب أحد الوالدين عن المنزل ومشاكل مع الأصدقاء؛ وبين الجنسين والفضل في الامتحانات كما ارتبطت درجات الأعراض بشكل إيجابي بأسلوب الدفاع غير الناضج وتعاطي الكحول والمخدرات بين الجنسين.

الفصل التمهيدي

دراسة نول وستبتيو (Steptoe, Noll 1997) : بعنوان إدراك الاحساسات الجسمية مع المرجعية الخاصة لتوهم المرض استهدفت الدراسة قياس إدراك الاحساسات البدنية لدى عينة تضمنت 20 من الذكور و20 من الإناث، وذلك باستعمال طريقة قياس مسار نبض القلب، واستخدم معامل ارتباط سبيرمان لمراقبة معدل نبض القلب ومستوى توصيل الجلد والمقاومة الكلية للتنفس في أثناء مراحل الاسترخاء ومراحل العمل الشاق. الارتباطات فيما يخص تقديرات معدل نبض القلب، وغدد التعرق، صعوبة التنفس، واسفرت الدراسة عن النتائج التالية: كانت التقديرات الذاتية للإحساسات الجسمية أكثر ارتباطا بالإحساسات في الحالة الفسيولوجية إيجاد اختلاف بين الأفراد في دقة إدراكهم.

دراسة *Michal & Klaus (2012)* : هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن *توهم المرض وعلاقته بالإدراك وبعض المتغيرات الأخرى كتقدير الذات والأمن النفسي والمخاوف الاجتماعية في ظل بعض المواقف الاجتماعية في المجتمع الصيني* ومن أجل ذلك اختار الباحثين عينة عشوائية تتألف من 55 مشاركا 31 ذكر و 24 أنثى تراوحت أعمارهم ما بين 22 و 25 سنة استعمل الباحث عدة مقاييس خاصة برهاب المعتقدات ومقاييس المخاوف الاجتماعية إضافة المقياس روزميرغ لتقدير الذات كشفت هذه الدراسة على أن هناك تباين محدد بين المخاوف الاجتماعية والأمن النفسي وأن هناك علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين احترام الذات وتوهم المرض.

دراسة *Raquel Fortini (2018)* : كان الهدف من هذه الدراسة هو التحقيق في العلاقات بين أعراض الاضطرابات النفسية وتقدير الذات لدى المراهقين، وكذلك ارتباطهم بالجنس والعمر والتكوين الأسري. طبقت الدراسة على عينة قدرها 359 مراهقاً تراوحت أعمارهم بين 13 و 19 عامًا ($M = 15.77$ ، $SD = 1.40$) وهم طلاب من المدارس العامة. تمثلت الأدوات في مقياس روزميرغ لتقدير الذات واستبيان الإبلاغ الذاتي. تم إجراء التحليلات الوصفية واختبار ارتباط سبيرمان واختبار مان ويتني U واختبار كروسكال واليس. أشارت النتائج إلى انخفاض معدل أعراض الاضطراب النفسي بين الأولاد، ولكن لم يلاحظ وجود فروق حسب الجنس أو العمر أو التكوين الأسري فيما يتعلق بتقدير الذات. كان هناك ارتباط سلبي معنوي بين أعراض الاضطرابات النفسية واحترام الذات مما يؤكد العلاقة بين هذه المتغيرات.

دراسة *Amy.c.oneil and all (2018)*: هدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقة الوالدية فحص والاضطرابات النفسية الجسدية: تقدير الذات كوسيط عبر الأعمار في بداية المراهقة تقيم هذه الدراسة تقدير الأطفال لذواتهم كوسيط، وتشرح جزئيا العلاقة بين جودة العلاقة بين الوالدين والطفل والمشكلات النفسية الجسدية من أواخر

الفصل التمهيدي

الطفولة إلى منتصف المراهقة. أشارت النتائج المأخوذة من عينة كندية كبيرة ممثلة على المستوى الوطني أن تقدير الذات توسط جزئياً في هذه الارتباطات، وأن تقدير الذات يمثل تبايناً مشتركاً بين جودة العلاقة بين الوالدين والطفل والمشكلات النفسية الجسدية بين الأطفال الأصغر سناً وبين الأطفال الأكبر سناً فسّر هذا التباين المشترك مع احترام الذات جزءاً أصغر من هذا الارتباط لكن التأثير المباشر المتبقي لعلاقة الوالدين مع الطفل على المشكلات النفسية الجسدية كان أكبر تشير هذه النتائج إلى أن الآباء الداعمين يحمون من المشاكل النفسية الجسدية وأنهم يفعلون ذلك من خلال تعزيز احترام الذات للأطفال الأصغر سناً ومن خلال آليات أخرى مع تقدم الأطفال في العمر. تمت مناقشة النتائج في سياق نظرية التعلق والاتجاهات المرتبطة بالعمر في تنمية تقدير الذات.

6. التعقيب عن الدراسات:

من خلال اطلاع مجموعة البحث على الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير توهم المرض ومتغير تقدير الذات وسمات الشخصية التي لاحظنا أنها شبه منعدمة على المستوى العربي هذا ما يؤكد أهمية إجراء الدراسة الحالية ومن خلال الدراسات المتوفرة يمكننا أن نخلص إلى:

من حيث أهداف الدراسة: تشترك الدراسة الحالية من ناحية الهدف مع كل الدراسات السابقة إذ تهدف إلى كشف العلاقة بين تقدير الذات وسمات الشخصية في ظهور توهم المرض كما هو الحال في الدراسة السابقة لـ (Michal Klaus 2012). الذي ركز على توهم المرض وعلاقته بتقدير الذات في بعض المواقف الاجتماعية وهناك من سعى إلى بيان العلاقة بين تقدير الذات والاضطرابات السكوسوماتية ككل.

من حيث عينة الدراسة: أغلب الدراسات التي تحصلت عليها مجموعة البحث تم إجراؤها على عينة من الشباب وهذا ما يتوافق مع الدراسة الحالية ولكن يختلف عليها من حيث العدد حيث تناولت هذه الدراسة عينة تتماشى ومتطلبات المنهج الوصفي.

من حيث أدوات الدراسة: لقد اعتمدت مجموعة البحث على مقياس روزنبارغ وهو مخصص لقياس تقدير الذات والموجود في شتى الدراسات المتحصل عليها مع مقياس توهم المرض وسمات الشخصية.

الفصل الأول:
تقدير الذات

تمهيد

تعتبر الذات حصيلة تجربة المرء للظواهر المختلفة التي تشكل إدراكه وعواطفه وأفكاره فتقدير الذات للفرد قد ينعكس إيجابيا أو سلبيا على مختلف سلوكياته، كما أنه يؤثر على درجة تمتعه بالصحة النفسية وتوافقه النفسي وهذا حسب المفهوم الذي يضعه عن ذاته لأن كل فرد مستقل بذاته وقد يخضع هذا المفهوم للتعديل بتأثير الظروف البيئية والاجتماعية وبالصورة الاجتماعية التي يضعها الأخر عنه كل هذا يؤثر في مفهومه لذاته وحتى إلى أبعد من ذلك في تقييمه لذاته فنجد أن تقدير كل فرد قد يكون تقييما مرتفعا أو منخفضا، إذ يتسم كل بعد من هاذان البعدان بمجموعة من سمات الشخصية الخاصة بكلاهما لأن الذات تعتبر هي النواة الأساسية التي تقوم عليها الشخصية كوحدة ديناميكية.

يتناول هذا الفصل عرض لمصطلح الذات وتطوره أولا لنتمكن فيما بعد من فهم العلاقة بين مفهوم الذات وتقدير الذات والفرق الجوهرى بينهما مع ذكر أهم النظريات المفسرة لهما.

أساسيات الذات:

1. الذات

1.1. لمحة تاريخية عن مصطلح الذات:

لقد مر مصطلح الذات بنمو ديني وفلسفي وعلمي عبر التاريخ حيث تحدث عنه فلاسفة اليونان وسقراط وأرسطو ثم احتضنه المفكرون العرب والعلماء الجدد وأخذ مفهوم الذات مكانة جيدة في علم النفس كمفهوم سيكولوجي (شقيير، 1995، ص 13).

حيث يعتقد أن بداية اعتبار الذات بدأت مع وليام جيمس *William James* حيث حدد ثلاثة أبعاد للذات بمستويين من التسلسل الهرمي كعمليات المعرفة والتي يطلق عليها الأنا الذاتية والمعرفة الناتجة عن الذات يطلق عليها الأنا الشخصية ويعتبر أيضا أن الملاحظات التي تخزن بواسطة الأنا الذاتية ينتج عنها ثلاث أنواع ذات مادية تشمل الجسد وممتلكاته والذات الروحية التي تتمحور في التمثيلات الوصفية حول الذات والاجتماعية التي تمثل ملاحظة الآخر (Céline, 2012,p9) بعد ذلك قدم بالدوين مفهوما جديدا قائما على المزيد من العمل الاجتماعي socius من خلال اعتبار الذات منتجا اجتماعيا وثقافيا (Triandis, 1989; Diaz loving, 2005). هذه النظرية تطورت من خلال بعدين التي هي الأنا والأنا المتغيرة. تشير الأنا إلى التصور الذي لدينا من أنفسنا والأنا البديل يشير إلى الأفكار الموجودة في وعينا، حاول بالدوين من خلال عمله تقديم مفهوم الذات كمفهوم (Martinot,1995).

وهو أمر مهم في الدراسات الاجتماعية، وقد أيد الفرضية أكثر لفهم الشخصية فقط من خلال جانبها الاجتماعي (Wegel et al.1993). كما أضاف تشارلز كولي نظرة خاصة لمفهوم الذات، وقد ساهم أيضا في ذلك التطور النظري لمفهوم الذات، وفكرة انعكاس الذات والذات المرأة (Boudouda,2013). حيث أعطى *Colley* منظورا اجتماعيا للذات وينظر مفهوم الذات الاجتماعية، ثم طرح فكرة "مرآة الذات" أو "الذات المنعكسة". والتي تمحورت في نظرية "الذات الزجاجية"، والتي بموجبها يعتبر الشعور بقيمة الذات بناء اجتماعيا يتشكل جراء التفاعلات مع المحيطين منذ الطفولة وذلك من خلال لعب دور "المرآة الاجتماعية" فإن الصورة الذاتية التي يعيدها الآخرون تؤثر على الذات للفرد من خلال التأثير على الاستجابات المعرفية والعاطفية والسلوكية لهذا الفرد. بعبارة أخرى، فإن نظرة الآخرين

هي التي تعطي إشارات تسمح للفرد بمعرفة رأيهم عنه وهذا سيكون التأثير على الذات للفرد أقوى لأن العلاقات الاجتماعية لهذا الفرد ستكون كبيرة (Boudouda,2013).

2.1. تعريف الذات:

يعرف مصطلح الذات الباحث كارل روجرز أنها مجموعة الخبرات المكونة خلال مرحلة الطفولة نتيجة تفاعله مع الآخر، ومن خلال مجاله الظاهري من مدركاته حيث يبدأ الفرد بتمييز جزء من خبراته وهذا القسم الخاص بالذات حتى تصبح جزء من مدركاته وأن هذا التمييز المستقل هو أحد الدلائل على النضج لدى الفرد (عبد الهادي، 1998، ص 40).

ويعرفها جيمس على أنها وحدة كلية لكل ما يستطيع النسان أن يدعي أنه له جسد وقدراته وسماته وممتلكاته المادية (قاسم، 1998، ص 25).

3.1. أبعاد الذات:

يرى أن للذات أربعة أنواع هي:

- الذات الواقعية: هي عبارة عن إدراك الفرد لقدراته.
- الذات الاجتماعية: هي الذات كما يعتقد الشخص أن الآخرين يرونها.
- الذات الإدراكية: تنظيم الاتجاهات الذاتية.
- الذات المثالية: مفهوم ما يطمح إليه الفرد (فيصل، 2011، ص 45).

يرى كل من هول ولندزي أن الذات ركيزتين أساسيتين الأولى كموضوع وتشمل مدركات الفرد حول نفسه (مفهوم الذات) والثانية كعملية تتكون من مجموعة تفاعلية بين العمليات العقلية (تقدير الذات) (فيصل، 2011، ص 50).

ومن هنا يمكننا الوصول إلى أن مفهوم الذات هو عبارة عن أفكار ومشاعر الشخص وتطلعاته وأمانيه، فهي تركيب خارجي منظم موحد متعلم لمدرجات الفرد الواعية، يتضمن استجابات الفرد ككل نحو نفسه وتقديراته لذاته ووصفه لها أما تقدير الذات هو التقويم الذي يؤمن به الفرد لذاته، ويعمل على الحفاظ عليها ويشمل وجهة نظره

عن ذاته ايجابيا أو سلبيا، فهو بمثابة المرآة لحكم الفرد على مدى كفاءته الشخصية واتجاهه نحو نفسه ومعتقداته عنها.

يعتبر تقدير الذات جانب من جوانب الذات وليس هو الذات بأكملها، وأن مفهوم الذات يتضمن فهم موضوعي أو معرفي لها، بينما تقدير الذات فهو فهم انفعالي للذات يعكس الثقة بالنفس (عبد العزيز، 2012، ص 44).

إذا فمصطلح الذات له دور هام في شرح بيولوجية الفرد ونمو إذا يجب التطرق أولا لمفهوم الذات Le concept de soi ومن ثم تقدير الذات كعنصر أساسي في كيفية تقييم الفرد لذاته من خلال مفهوم الذات.

2. مفهوم الذات:

يرى ستراتون وهاميس *Stratton et Hayes* أن مفهوم الذات هو مجموع الطرق التي يرى الفرد نفسه من خلالها وعادة ما ينظر إلى مفهوم الذات على أنه بعدين أساسيين هما البعد الوصفي ويعرفه بإرسال صورة الذات والبعد التضميني وهو تقدير بالذات (عبد العزيز، 2012، ص 12).

ترى كاميليا عبد الفتاح أن مفهوم الذات هو المعنى الجيد إدراكنا لأنفسنا جسميا وعقليا واجتماعيا في ضوء علاقتنا مع الآخر (كاميليا، 1975، ص 83).

1.2. مراحل تطور مفهوم الذات:

إن الخبرات والمواقف التي يمر بها الفرد في مختلف مراحل حياته العمرية تجعله يكون مفهوم حول ذاته إلى أن هذه الخبرات لا تقف عند هذا الحد أي مجرد تنظيمات سلوكية فقط بل تؤدي إلى نمو مفهوم عام حول الذات.

حيث قسم *L'écuyer* نمو الذات إلى ستة مراحل:

• مرحلة انبثاق الذات وبروزها من ميلاده إلى 2 عامين:

تنبثق الذات من خلال التمييز بين الذات واللذات فتبدأ على مستوى الصورة الجسدية ثم يزداد التفاعل مع أمه ثم مع الآخرين ومن هنا تظهر استقلالية الطفل وبعد ذلك يزداد انفراده بذاته حيث أن الطفل في الأول لا يفرق بين

جسده وجسد أمه، لكنه عن طريق الاتصالات الحسية يتعرف على الحدود الخارجية لجسده (L'écuyer, 1979, p 55)

فحركة الجسم تمر عبر التجسيد السيکوسوماتي الذي طوره محمود سامي علي (2008) للتعبير عن علاقة الطفل بالأم وحسب *Tisseron* فالطفل له مخطط قاعدي يرتكز على:

○ التحول: تحول الجسم.

○ الاحتواء: مثال الطفل باستطاعته احتواء حركة الجسد والاحساس الخاص بها.

هذان النقطتان تجعلان كل من الجسد والموضوع علاقة وطيدة في ظهور استقلالية وظهور الاضطراب لدى الطفل لذا يجب أخذ هذه النقاط بعين الاعتبار في السنة الثانية من عمره (Tisseron, 1998).

● مرحلة تأكيد الذات من 2 إلى 5:

تظهر هنا مرحلة تعزيز الذات من خلال معارضة الآخر 'لا' واستعمال الضمير أنا والضمائر الأخرى فهذا يعتبر دليل خالص على الوعي بالذات على المستوى السلوكي من خلال الرفض وتوكيد الذات (L'écuyer, 1979, p 56).

● مرحلة توسيع الذات: من 6 إلى 12 سنة:

قام *René Kaës* و *Didier Anzieu* بتوسيع المفهوم الفرويدي بالنسبة (le support) الذي يعتمد فيه الأنا على مبدأ النزوة ويعتبر أن السند عبارة عن نموذج للعلاقة المتداخلة بين النفس والجسد وأضاف *Kaës René* مفهوم الجسد الجماعي حيث يعتبره *Didier Anzieu* يتكون من خلال تأثير المحيط الخارجي الذي عاش فيه الطفل وخاصة مع الأم والأب، ويضيف أيضا أن الثقافة تلعب دورا كبيرا في منح الطفل استقلالية تامة (بلسعي، 2010، ص 107).

وكسبه نوع من الثقة التي تسمح له بالاندماج في جماعات أخرى كالمدرسة وهكذا يتسع مفهوم الذات ليشمل كل التجارب القديمة والجديدة سلبية أو إيجابية. فهنا يتوسع عند الطفل مجال إدراكه وخروجه من مجال الأسرة وتوسيع الذات الاجتماعية حيث تبين له توسيع في تصويره لذاته (كمال، 1973، ص 32).

- مرحلة تمايز الذات من 12 إلى 18:

يكون في هذه المرحلة مفهوم أكثر ثباتا حول الذات، ومن بين العوامل المؤثرة في إعادة صياغة مفهوم الذات هو النضج الجنسي وما تحدثه التغيرات الفيزيولوجية على مستوى جسم المراهق.

فهذه المرحلة تتطلب نوع من التكيف وتقبل هذه التغيرات يحقق نوع من التوافق النفسي فالتفكير في الذات في مرحلة المراهقة صراع بين الذات الواقعية والذات الاجتماعية وتظهر خاصة على مستوى الأدوار الاجتماعية ما تكون متناقضة وهذا يزيد من حدة الأزمة التفريديية بصفة عامة أي أنه في بعض الأحيان يمنح له دور المرشد وفي بعض الأحيان يمنح له دور الطفل (عبد العزيز، 2012، ص32).

- مرحلة النضج والرشد من 20 إلى 60:

في هذه المرحلة يكون التركيز على الجانب الاجتماعي كبير حيث يكون موضوع إعادة التشكيل بالنسبة للتغيرات كالكفاءة أو النجاح أو الفشل في الزواج أو التغيرات الصحية... كل هذه الأشياء تؤثر على نمو مفهوم الذات، ولقد قام كل من *Turner & Chiribogo* بدراسة نمو الذات حيث توصلوا إلى:

- الشعور بالصلاحية يخفض الشعور بالكسل والحيرة.
- تصبح العلاقة بين الأشخاص إيجابية.
- زيادة الثقة بالنفس (L'écuyer, 1979, p 58).

- مرحلة الأفراد الكبار من 60 سنة فما فوق:

عموما يكون مفهوم الذات سلبيا وذلك لتأثرهم بتدهور قدراتهم الجسدية وفقدان الانشغالات الاجتماعية كالتقاعد (عبد العزيز، 2012، ص 44).

2.2. وظائف مفهوم الذات:

يتفق العلماء على أن الوظيفة الأساسية لمفهوم الذات هي السعي لتوافق الفرد مع بيئته التي يعيش فيها وجعله بهوية تميزه على الآخرين فألبورت يقول أن وظائف الذات هي العمل على وحدة وتماسك الشخصية واستخدام مفهوم

الذات الممتدة ومن وظائفها رغبة الفرد في ارتقاءه بذاته. ويرى أيضا كولمان أن وظائف مفهوم الذات هي تحديد سلوك الفرد وأدائه الفعلي أما ليكي فيأخذها من جانب الشخصية فهي تعمل على تحديد المفاهيم والتي تشكل التنظيم الكلي للشخصية (أحمد، 2004، ص 60).

ويجسد زهران في رؤيته لوظيفة مفهوم الذات أنها تنظم عالم الخبرات المتغير الذي يتواجد الفرد داخله فتقوم تلك الأخيرة بتنظيم سلوكه (أحمد، 2004، ص 62).

3.2. خصائص مفهوم الذات:

هناك الكثير من العلماء والباحثين الذين أعطوا سمات محددة للذات مثل *Shavelson & Bolus* والمتمثلة في:

1.3.2. مفهوم الذات المنظم (organized):

يعمل الفرد على تكوين مفهومه لذاته من خلال الخبرات المتنوعة ويقوم بإعادة تنظيمها ووضعها في فئات بغية تصنيفها وفق ثقافته الخاصة فهي عبارة عن طريقة منظمة لبناء المعلومات الموجودة لدى الفرد حول نفسه في فئات ويربطون هذه الفئات ببعضها البعض (قحطان، 2004، ص 42).

2.3.2. مفهوم الذات متعددة الجوانب (unultifated):

هذه الجوانب تعكس التصنيف الذي أخذه الفرد وقد يشاركه العديد في هذه التصنيفات فقد نجد هذه التصنيفات في مجالات كالمدرسة، والقدرة العقلية والجسمية والتقبل الاجتماعي (قحطان، 2004، ص 42).

3.3.2 مفهوم الذات الهرمي:

يشمل هرم مفهوم الذات قاعدة تحوي مجموع الخبرات التي يمر بها الفرد في المواقف الخاصة وقيمتها تحوي مفهوم الذات العام والذي يقسم إلى مفهوم الذات الأكاديمية والتي تقتصر على مجالات المدرسة ومفهوم الذات الغير أكاديمية التي تتفرع إلى مفاهيم سيكولوجية واجتماعية وجسمية للذات (قحطان، 2004، ص 42).

4.3.2. مفهوم الذات الثابت نسبياً:

ويكون هذا ضمن المرحلة العمرية لأنه قد يتغير من مرحلة عمرية لأخرى وذلك تبعاً للمواقف الاجتماعية والأحداث التي يمر بها فنجد أن هناك درجة من الثبات في قمة الهرم لكن يقل ذلك الثبات كلما نزلنا إلى قاعدته حيث يتنوع مفهوم الذات بشكل كبير لتنوع المواقف (قحطان، 2004، ص 43).

5.3.2. مفهوم الذات النمائي:

هذه الخاصية يتميز بها الأطفال خلال المراحل النمائية فكلما نما الطفل زادت خبراته ومفاهيمه فيصبح قادراً على إيجاد إطار شامل لكل هذه المفاهيم (قحطان، 2004، ص 43، 44).

4.2. محددات مفهوم الذات:

يرى زهران أن هناك العديد من العوامل التي تؤثر في مفهوم الذات أهمها:

1.4.2. التأثيرات الجسمية:

ويقصد بذلك صورة الجسم في تكوين مفاهيم حول الذات فالعيوب والاعاقات تنمي مشاعر النقص وكل هذه المفاهيم خاضعة لحكم الآخر أيضاً والتقييم الدائم بين السيء والجيد.

2.4.2. المؤشرات الاجتماعية:

- المعايير الاجتماعية والدور الاجتماعي: فالذات تنمو خلال التفاعل الاجتماعي وذلك من خلال الأدوار الاجتماعية أثناء تحرك في البناء الاجتماعي وفي المواقف الاجتماعية (زهران، 1983، ص 85).
- العوامل الأسرية: يتأثر مفهوم الذات بالعلاقات الأسرية وطرق التنشئة إضافة إلى ترتيب الطفل داخل أسرته فالإبن الوحيد في الأسرة تختلف تنشئته عن الأبناء الذين ينتمون إلى أسرة كبيرة العديد (جاد الله، 2000، ص 66).
- التكيف الأكاديمي: تلعب المدرسة دور هام في بلورة مفهوم الذات وتشكيله فأغلب الدراسات أكدت على وجود علاقة طردية بين مفهوم الذات وتحصيلهم الدراسي (جاد الله، 2000، ص 66).

5.2. النظريات المفسرة لمفهوم الذات:

1.5.2. النظرية السلوكية:

لم تعطي هذه النظرية أهمية كبيرة لمفهوم الذات فهذا المفهوم لم يتدخل بعد بل اعتمد على عناصر المثير والاستجابة مما جعل حيز الذات ضيقاً ومن المعروف أن أساس النظرية السلوكية هو القياس والتجريب هذا ما جعلها تعتبر أن مفهوم الذات غير قابل للتجريب لأن ركيزتها الأساسية هي التحقق من الأحداث القابلة للمنهج الأمبريقي وهنا نذكر رأي أحد العلماء وهو *Higard* الذي يرى أن وجود الذات لا يمكن التعرف عليه من خلال المعاش التجريبي للفرد (غنيم، 1975، ص 692).

2.5.2. النظرية المعرفية:

جاءت كرد فعل للتحليلية والتي حصدت مفهوم الذات لأنه متغير في الشخصية بل أنها عبارة عن عنصر ديناميكي للسياقات المعرفية للفرد وتسمح له بالضبط الداخلي لسلوكاته ويرى *kelly* (1955) أنه من الحاجات الأساسية للفرد أن يتمكن من ضبط والتنبؤ بسلوكه ومن القاسم المشترك بين الأفراد نجد (الذات واللذات) أين تكون مهمة الفرد هي ضمان أفعاله وضبطها، فأسس بذلك ما يسمى ببناء الذات الذي هو جزء من الجهاز المعرفي (L'ecuyer, 1979, p126)

3.5.2. النظرية المجالية الظاهرية لكارل روجرز:

يعتبر روجرز مفهوم الذات هو المرحلة الثانية من تطور الشخصية حيث يشكل فيها الفرد هويته ويرى أن السلوك الذي يقوم به الفرد يهدف إلى إشباع حاجيات عند الفرد وأن تفاعله مع الآخر بشكل مفهومه عن ذاته فالصراع عند كارل روجرز يمكن في سوء توافق الصورة الواقعية مع الصورة المثالية التي يطمح الوصول إليها (عبد الهادي، 1999، ص93).

ونظرية روجرز في الشخصية تعتبر الشخصية الأساس في تكوين مفهوم الذات فأى احباط يهدد إشباعات الفرد ينتج عنه تقييم سيء للذات حيث تقوم هذه النظرية على مبدأين:

- الظاهرية: هي مجموع المدركات الموجودة لدى الفرد والتي لا يدركها إلا هو.
- الكلية: حيث تتكون من الكائن العضوي الذي يستجيب ككل والتي تتركز فيه جميع الخبرات من الناحية النفسية (الزيود، 1998، ص52).

4.5.2. المنظور الاجتماعي:

يرى أصحاب هذا المنظور أن تكوين صورة الذات هو نتاج اجتماعي نتيجة تفاعل الفرد مع الأخر ويرى كولي أن الذات لا تمنح للفرد عند ولاته لأنها تتميز بالنمو الاجتماعي حيث يرى أن الذات هي عبارة عن نسق معرفي يثبت وجوده من خلال العلاقة مع الأخر ومن خلال التواصل الفعال وتحقق هذه الذات عندما ما يكون الفرد عضوا داخل الجماعة (رمضان، 1998، ص156).

5.5.2. النظرية التحليلية:

ذهب كل من فرويد *Freud* و *Adler* و *Epstin* لتفسير مفهوم الذات بجهات مختلفة انطلاقا من نموذج الشخصية (الأنا، الهو، الأنا الأعلى) حيث ينشأ مفهوم الذات عن طريق تفاعل بين الدوافع البيولوجية والغريزية للهو والأنا. بينما تمثل الذات عند أدلر نظام من الخبرات التي تكفل للفرد أسلوبه المتميز في الحياة.

ويرى *Epstin* أن مفهوم الفرد تحول نفسه يتكون من خلال تفاعله مع البيئة وهذا الاتجاه ركز على الأنا المراد للذات الذي يعمل على حفظ التوازن النفسي للفرد (L'ecuyer, 1979, p126).

6.2. قياس الذات

1.6.2. مقياس كوبرسميث:

يعتمد هذا الاختبار على التقييم الذاتي يتكون من 58 فقرة مقسمة إلى أربعة أبعاد (اجتماعي، أسري، مدرسي، مهني)، وبعد خاص بالكذب كمؤشر دفاعي عن الاختبار يجيب المفحوص (ينطبق) (لا ينطبق) يتميز هذا الاختبار

بخصائص سيكوسوماتية جيدة من ناحية الصدق والثبات، كما نجد أيضا نسخة مبسطة ومصغرة تتكون من 25 فقرة (قحطان، 2004، ص 72).

2.6.2. مقياس روستبارغ (R.S.E.S):

يتكون من 10 فقرات تتم الإجابة عن كل فقرة من خلال أربعة اختيارات موافق بشدة، موافق، غير موافق، غير موافق بشدة، ويتم التنقيط من 1 إلى 4 وبالتالي يحصر المجموع الكلي للاختبار ما بين 10 و 40 (عبد الخالق، 1993، ص 450).

3.6.2. اختبار هارترا:

يضم هذا الاختبار 36 فقرة تدرس 8 ميادين خاصة بفئة المراهقين كالكفاءات المدرسية والإندماج الاجتماعي، يتم حساب المجموع الكلي من خلال مجموع الفقرات وليس من خلال الأبعاد الثمانية حيث يتميز كل فرع بدرجة عليا تشير إلى تقدير الذات مرتفع في الميدان المحدد (عبد الخالق، 1993، ص 450).

3. تقدير الذات:

ظهر مصطلح تقدير الذات في أواخر الخمسينات، ويعتبر كوبر سميث من بين الباحثين الذي كتبوا عن مفهوم الذات حيث أعطى تراث سيكولوجي بخصوص هذا المصطلح انطلاقاً من الدراسات العديدة التي قام بها والتي تناول العديد من أساليب السلوك عند ارتباطه بالعلاقات الشخصية المتنوعة (عبد الرحمان، 1998، ص 192).

1.3. تعريف تقدير الذات:

ظهر مصطلح تقدير الذات في أواخر الخمسينات ويعتبر كوبر سميث من بين الباحثين الذين كتبوا عن مفهوم الذات، حيث أعطى تراث سيكولوجي بخصوص هذا المصطلح انطلاقاً من الدراسات العديدة التي قام بها والتي تناولت العديد من أساليب السلوك عن ارتباطه بالعلاقات الشخصية المتنوعة (عبد الرحمان 1998 ص 92).

لغة: قدر بمعنى اعتبر أعطى القيمة (المتقن، 2004، ص 62).

اصطلاحاً: اختلفت التعاريف ما بين الباحثين ويمكن أن نشير إلى بعضها.

يرى كوبر سميث (1967) أن تقدير الذات هو تقييم لما توصل إليه الفرد حول ذاته وهذا المفهوم يعبر عن اتجاه موافقة أو عدم الموافقة من جانب الفرد اتجاه ذاته (إبراهيم، 1991، ص 193).

كما يعرفها الحنفي (1972) أنها تقييم الذات وهي مجموعة البيانات التي يجمعها الفرد حول ذاته (إبراهيم، 1991، ص 194).

كما يعرفها *Rosenberg* بأنها اتجاهات الفرد الإيجابية أو السلبية حول نفسه وهذا يعني أن له تقدير إيجابي حول ذاته فهو ذو قيمة وأهمية أما من يعطي قيمة منخفضة لذاته فهذا يعني عدم الرضا عن الذات أو اختيارها، أي أن تقدير الفرد لذاته يعني الفكرة التي يدركها الفرد عن كيفية رؤية وتقييم الآخرين له (إبراهيم، 1998، ص 192).

كما يعرفها لورانس (1981) بأنها عبارة عن تقييم الشخصية لذاته على نهاية قطب موجب أو سالب أو متوسط القطبين (Laurence, 1981, p 245).

يرى هارتر (1993) أنها هي الرؤية الشاملة والعامّة التي يتخذها الفرد ليصدر شخصياً اتجاه ذاته (J.Michaud, 2006, p218).

بينما يرى محمد بيومي حسن 1989: هو النظرة الإيجابية أو السلبية التي يصنفها الفرد حول ذاته وكما يدركها الآخرون من وجهة نظره هو (محمد، 1989، ص 402).

وينقل محمد إسماعيل المرى (1987) عن كوبر سميث بأن تقدير الذات هو مجموعة الاتجاهات التي يدركها الفرد خلال مواجهته للعالم الخارجي وهي تمثل معتقدات النجاح أو الفشل (محمد إسماعيل، 1987، ص 145).

أما في الموسوعة النفسية فتؤكد بأن تقدير الذات هو سمة من سمات الشخصية تتعلق بتقييم الفرد لذاته فهو يتحدد من خلال الحاجات الأساسية والحاجات المشبعة (رولان، 1997، ص 431).

ومن كل هذه التعريفات نستخلص بأن تقدير الذات هو إعطاء قيمة إيجابية أو سلبية للفرد حول ذاته.

2.3. أهمية تقدير الذات:

يلتمس تقدير الذات خلال مراحل نموه وتدرسه من خلال التقديرات الجسدية الممنوحة من طرف النظام المدرسي أو الأسرة في حين نجد كذلك تقدير الذات عند البالغين حيث يميل الفرد إلى أن يثاب على عمل أو مشروع قام به إثابة مادية أو معنوية أو ترقية في عمل ما، فحصيلته ما يحققه الفرد من نجاح أو فشل خلال خبرات حياته هي التي تحدد شدة أو ضعف الحاجة إلى تقدير الذات (كمال، 1973، ص 87).

فإذا كانت الحاجات الرجسية لم تشبع فإن تقييم الذات يكون بشكل سلبي أي منخفض وأغلب الباحثين يؤكدون على أن تقدير الذات السوي هو الذي يجعل الفرد في حالة من التوافق النفسي وبالتالي يجلب له الشعور بالأمن ويسمح له بتوظيف طاقته النفسية اتجاه مجالات الحياة وهذا حسب *Palmzrd* (كمال، 1973، ص 87).

فالحاجات لتقدير الذات مهمة جداً في سلوكياتنا السوية أو المرضية فسلوكنا دائماً مدفوع بنظرتنا إلى أنفسنا لما نأخذ بعين الاعتبار هذا التصرف بالنسبة لذواتنا فمن الممكن القول بأن الفرد يتأكد من إدراكه لذاته بطريقة تجعلها جديرة بالتقدير والاهتمام (زبيدة، 2007، ص 35).

3.3. أقسام تقدير الذات:

قسم علماء النفس تقدير الذات إلى قسمين:

1.3.3. تقدير الذات المكتسب: هو تقدير ذاتي للفرد على ما يحصله من إنجازات ونجاحات ما يشعره بنوع من الرضا.

2.3.3. تقدير الذات الشامل: يعود للإفتخار بالذات فهو ليس قائم على إنجازات محددة إذ يعني بأن الأشخاص الذين أخفقوا في حياتهم العملية لا يزالون ينعمون بنوع من الدفء وتقدير الذات للعالم يعتبر تأثير سلبي لأنه يؤدي إلى الشك الذاتي (محمد، 2004، ص 136).

إذا فالاختلاف الأساسي بين الشامل والمكتسب يمكن في الإنجاز ففكرة التقدير الذاتي المكتسب تجعل الإنجاز في المرتبة الأولى ثم يليه التقدير الذاتي بينما فكرة التقدير الذاتي الشامل فهي العكس وتعتبر أهم وأشمل.

حيث يعتبر *Andre, lelord* أن معرفة مستوى تقدير الذات من خلال توزيع درجته بين المنخفض والعالي كافي لتفسير مجموع سلوكيات الفرد (كمال، 1973، ص 123).

كما يميز كوبر سميث نوعين من تقدير الذات:

- تقدير الذات الحقيقي: يوجد عند الفرد الذي يشعر بالفعل أنه له قيمة وأهمية.
- تقدير الذات الدفاعي: يوجد الفرد الذي يشعر بأن تقديره لذاته منخفض ولكونهم لا يستطيعون البوح بهذا الشعور (حافظ، 2008، ص 185).

4.3. مستويات تقدير الذات:

ينشأ تقييم الفرد لذاته من حيث قدراته وانجازاته أي من خلال تطابق صورته الواقعية مع المثالية إضافة إلى مواطن القوة والضعف وعلاقته بالآخر وقد يكون هذا التقدير منخفض أو مرتفع حيث أنه يتكون من مختلف التجارب التي يمر بها الفرد بصورة متكررة فقدر ما كانت هذه الهبرات مؤلمة كالاكتداءات أو الحرمان العاطفي يتكون لدى الفرد انطباع سلبي مصحوبا بمشاعر الخوف والتردد وعدم الثقة بالنفس والآخر والعكس صحيح.

فيتمثل تقدير الذات وفق مستويين:

1.4.3. مستوى مرتفع لتقدير الذات:

- متمكنين من تحديد مواطن القوة والضعف.
- لديهم نوع من الانبساطية في علاقاتهم مع الآخر.
- يحترمون أنفسهم ويعتبرونها ذات قيمة.
- يشعرون بالكفاءة ولديهم الشعور بالانتماء.
- يحبون المشاركة في النشاطات الجماعية.
- ينظرون إلى أنفسهم نظرة واقعية (وفاء، 1993، ص 59).

2.4.3. المستوى المنخفض لتقدير الذات:

- يركزون على نقائصهم وعيوبهم وخصائصهم السيئة.
- يعتقدون أنهم فاشلين.
- يبدون عدم رضاهم عن مظهرهم العام.
- يشعرون بالخجل (إبراهيم، 1994، ص 53).

ومن هنا نستنتج أن تقدير الذات المرتفع هو الذي يحقق نوع من التوافق النسبي لدى الفرد.

5.3. العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

1.5.3. عوامل متعلقة بالفرد:

- الجنس:

قد نجد فكرة العدل بين الأبناء في التربية داخل الأسرة من خلال المعاملة الوالدية حيث يعطيان الاحترام والرعاية الكاملة للولد أكثر من البنت في المجتمعات العربية خاصة، وهذا يعتبر متغير الجنس من المتغيرات الهامة التي تؤثر في تقدير الذات، فهو يحدد إلى حد ما أساليب المعاملة الوالدية (زهران، 1971، ص 401).

- الناحية الجسمية:

إن طول ووزن الفرد من المصادر الحيوية في تقدير الذات فرؤية الفرد لنفسه يدعو إلى استجابات القبول والرضا والتقدير والحب، وكذلك يعد النضج الجسدي للذات الجسمية عنصر مهما في تقدير الذات.

- السن:

إن تقدير الذات يتقدم في مختلف المراحل العمرية لكنه يتطور بدرجات، فالتقدم في السن أمر حتمي وتقدير الذات يكون في خط موازي مع التقدم في السن حيث يتبع زيادة في المعارف والخبرات التي يمرها الفرد أثناء محاولته للتكيف مع البيئة التي يعيش فيها فتقدير الذات يزداد تمايزا مع نمو الفرد واختلاف عن تفاعل الفرد ويتطور هذا التقييم من خلال الملاحظات التي يضيئها على نفسه وإدراكه لكيفية رؤية الآخرين له (محمد، 1991، ص 680).

- السلوك الإنساني:

إن السلوك هو نتاج عوامل داخلية وخارجية قد يكون سوي أو مضطرب، فالذين يتمسكون سلوك سوي لديهم تقدير ذات إيجابي بينما الذين يتم سلوكهم بالسلبية لديهم تقدير ذات سلبي. (قحطان، 2004، ص 168).

2.5.3. عوامل تتعلق بالبيئة الخارجية:

- الأسرة:

يحتاج الطفل في مراحل نموه المختلفة إلى جو هادئ ومستقر فالشعور بالرفض قد يؤدي لتقييم سلبي للذات، قد يسعى الكثير من الآباء والأمهات بوعي أو بغير وعي الوصول لمرحلة من الكمال والتميز في تربية أبنائهم من خلال مجموعة من الضوابط التي يتم وضعها ويطلب من الطفل إتباعها ليكون طفل جيدا وقد أثار فسيكون إلى نقطة مهمة قد تغفل عنها في غالب الأحيان؟ أن الأم الجيدة تحب طفلها لكن في أي لحظة لديها مساحة لتكرهه فهي ليست غير محدودة العطاء بل إنها حقيقة مليئة بالتناقض ويتكون لدى الطفل أنا مزيفة، كل هذا يشكل لدى الطفل تقدير للذات إما بطريقة إيجابية أو سلبية (فيصل، 2011، ص 87).

ونجد بعض الدراسات أيضا التي تؤكد حول تأثير الأسرة على الأطفال والمراهقين في تقدير الذات كدراسة *C,B* و *Mccormik et Jh Kenedy* أن المراهقين الذين انفصلوا عن آبائهم أثناء طفولتهم تكون العلاقة ما بين الأب والإبن صعبة عند نهاية مرحلة المراهقة إضافة إلى تقدير ذات منخفضة (قنون، 2004، ص 33).

- المدرسة:

لها دور كبير في تقدير الفرد لذاته كنمط النظام الدراسي والعلاقة بين التلاميذ والعلاقة بين التلميذ والمعلم (محمد، 1986، ص38).

3.5.3. عوامل ناتجة عن المواقف الاجتماعية:

إن تقييم الذات يتأثر بالجماعة ويؤثر عليها فالمكانة الاجتماعية والفضل والشعور بالتمييز والإحباط والرفض من الأخر وصرامة الأنا الأعلى والشعور بالذنب ينشأ عنه انخفاض في تقدير الذات (محجوب، 1998، ص 13).

فإذا كانت مثيرات البيئة إيجابية وتتيح الفرصة لظهور استعدادات وقدرات الفرد وطاقمها يصبح تقدير الذات مرتفع إما إذا كانت سلبية فهي تحلل الفرد يركز على عيوبه وصفاته السيئة (سلامة، 1991، ص 679).

ومن هنا نستنتج أن هناك العديد من العوامل التي تؤثر في تقدير الذات من حيث العوامل الاجتماعية والاسرية وحتى المدرسية .

6.3. النظريات المفسرة لتقدير الذات:

1.6.3. نظرية روزنبرج:

تدور أعماله حول دراسة نمو سلوك الفرد انطلاقاً من المعايير السائدة في الوسط الاجتماعي المحيط بالفرد وقد اهتم بتقييم المراهقين لذواتهم كما أعطى قيمة كبيرة للأسرة ووضح العلاقة بين تقدير الذات وأساليب السلوك الاجتماعي للفرد، وطرح أيضاً فكرة أن الفرد يكون اتجاهها نحو كل الموضوعات التي يتعامل معها، وما الذات إلى أحد هذه الموضوعات ويؤكد أن تقدير الذات هو التقييم الذي يقوم به الفرد ويحتفظ به عادة لنفسه وهو يعبر عن اتجاه الاستحسان أو الرفض (علاء، 1989، ص 103).

2.6.3 نظرية كوبر سميث:

يرى أن تقدير الذات متعدد الأبعاد ويرى أنها ذات اتجاه موضوع نوعي فهي معقدة تتضمن كل عمليات تقييم الذات، وردود الأفعال حيث قسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين: إدراك الفرد لذاته والتعبير السلوكي.

فهو يميز نوعين من تقدير الذات:

- حقيقي ويبحث عند الأفراد الذين يشعرون على أنهم ذو قيمة.
 - هناك تقدير ذات دفاعي للأفراد الذين يشعرون أنهم ذو قيمة ولكن لا يستطيعون الاعتراف به.
- وقد حدد أربعة أساسيات للذات هي: الحاجات القيمة، الطموحات، والدفاعات، ومن خلال وضع محددات للأسرة، والتي تتمثل في تقبل الأطفال، تدعيم سلوكهم، واحترام مبادرة الأطفال وحديثهم (صالح، 2004، ص 153).

3.6.3. نظرية زيلر:

تفترض هذه النظرية أن تقدير الذات يتطور من خلال المحيط الذي يعيش فيه الفرد لذا ينظر إلى تقدير الذات من زاوية من المجال في الشخصية فيرى زيلر أن تقدير الذات هو وسط بين الذات والعالم الواقعي وهو يربط بين تكامل الشخصية من ناحية وقدرة الفرد على الاستجابة من جهة أخرى وأكد على العالم الاجتماعي حيث جعله يسهم مفهومه في تقدير الذات من الناحية الاجتماعية (علاء، 1898، ص 104، 105).

4.6.3. نظرية كورمان:

يرى أن تقدير الذات محصورة في 3 أنواع هي:

- تقدير الذات المزمّن: وهي السمة في شخصية الفرد رغم تعدد المواقف.
- تقدير الذات الخاص بممارسة المهام: تقدير ذاتي لقدرات الفرد من خلال قيامه بمجموعة من الممارسات الخاصة الناتجة عن خبراته.
- تقدير الذات المرتبطة بالناحية الاجتماعية: وهذا الشعور الذي ينتج عن المفاهيم الإيجابية والسلبية من خلال الصورة الاجتماعية (نورالدين، 1993، ص 99).

ومن هنا يمكننا القول أن رغم اختلاف النظريات في تفسير تقدير الذات إلى أنها اجتمعت على دور العامل الاجتماعي كعامل مؤثر في تقدير الذات.

7.3. الشخصية وتقدير الذات:

يرى نموذج العوامل الخمسة الكبرى (the big five factors model) للشخصية بمثابة هيكل من سمات الشخصية، كما أن كل عامل ثنائي القطب مثل: الانبساط مقابل الانطواء، ويندرج تحت كل عامل مجموعة من السمات ونذكر من هذه العوامل:

1.7.3. العصبية:

يميلون الأفراد الذين يتركزون بين حسن التوافق وبين اختلال هذا التوافق إلى عدم الاستقرار العاطفي وعدم الرضا وصعوبة التكيف والتشاؤم والشعور بالذنب والحزن وانخفاض تقدير الذات. (De raad, 2000, p96). وترتبط العصبية سلبيا بالرضا عن الحياة وإيجابيا بالتعبير الذاتي عن الإجهاد ومن سمات الشخصية الذي وضعها *Costa et Macrae* (1992) القلق، الغضب، العدائية، الاكتئاب، الشعور بانخفاض تقدير الذات، الاندفاع، القابلية للإنجرار مقابل الهدوء وبطئ الغضب وصعوبة الإحراج، مقاومة الإلحاح والإثارة وصعب الإحراج.

2.7.3. الانبساطية: (الانباط، الانطواء):

يذكر كوستا وماكري أن الشخص الانبساطي هو شخص لبق يوجه اهتماماته إلى خارج الذات ويحترم الآخر والميل إلى العيش وفق قواعد ثابتة ويحب العمل مع الآخرين بينما الانطوائي يوجه اهتماماته من أفكار ومشاعر داخل الذات ولديه حاجة كبيرة للسرية (De raad, 2000, p89).

يتميزون أصحاب هذا العامل بالنشاط الدافئ والمودة والبحث عن الإثارة، الانفعالات الإيجابية، توكيد الذات.

3.7.3. المقبولية:

يرتبط هذا العامل كثيرا بالعلاقات الشخصية فالفرد قادر على مواجهة المشكلات ويتسم بالتسامح والثقة والتعاون والقبول يحترمون الآخر والأفراد ذوي الدرجات العليا على هذا العامل لديهم ميل لإجهاد أنفسهم وينقسم عامل المقبولية إلى الأقسام التالية:

- اخضاع حاجاته الشخصية إلى حاجات الحماية وقبول معايير الجماعة أكثر من المعايير الشخصية وهنا يصبح شخص تابع فاقد له للإحساس بالذات.
- وعلى الطرف الآخر يوجد الشخص المتحدي الذي يكون أكثر تركيزاً على معايير الخاصة ويصبح نرجسي أناني.
- يتميزون أصحاب هذا العامل بالثقة الاستقامة، الإيثار، التواضع، القبول (السليم، 2006، ص 80).

4.7.3. الانفتاح على الخبرة:

وهم متذوقون للفن ومتفتحين فكرياً يميلون إلى التفكير والتصرف بطرائق إفرادية أما المتحفظون يميلون إلى امتلاك مصالح مشتركة ضيقة ويفضلون المنغلقون المؤلف على الجديد، ويذكر أن عامل الانفتاح على الخبرة يتضمن السعي الدؤوب والاعجاب بالخبرات الجديدة والإبداع والحاجة للانفراد والتنوع والانفتاح على مشاعر الأخر وخبراتهم الانفعالية، يتميزون بالخيال الواسع والرغبة في تجديد الأنشطة والفطنة والميل لإعادة النظر في القيم الاجتماعية (شوقي، 2002، ص 46، 78).

5.7.3. يقظة الضمير (التفاني):

يعرفون أصحاب هذا العامل بالحاجة للإنجاز فالأفراد المتفانون يجتنبون المشاكل ويحققون مستويات عالية من النجاح عبر التخطيط الهادف والمثابرة ويثق بهم الناس وينظرون لهم نظرة إيجابية وفي الجانب السلبي يكونوا ملزمين مدمنين عمل وينظر إليهم كأشخاص مملين وضعف طموحهم، ويشير التفاني المنخفض إلى عدم التركيز والتأني من الإنتاج ويظهر قدر كبير من التلقائية، يتميزون أصحاب هذا العامل بالاقتدار والكفاءة بالنظام والالتزام بالواجبات وضبط الذات والتأني واليقظة (الغزوي، 2007، ص 82).

فمن خلال التعرف على العوامل الخمسة يمكننا استخلاص سمات الشخصية لأصحاب تقدير الذات العالي وأصحاب تقدير الذات المنخفض.

- خصائص شخصية تقدير الذات العالي: هؤلاء الأشخاص هم الأكثر قدرة على التحكم في أنفسهم وحياتهم واستجاباتهم ولكنها لا بد أن تكون مستقرة فالحياة تتميز بالحب والنجاح كما أنها تتسم بالكراهية والفضل ويمكن ملاحظة هؤلاء من خلال: الشعور بالقيمة الذاتية وسريع الاندماج لديهم الشعور بقيمتهم الذاتية

وكفاءتهم وهم أكثر إنتاجية في الأعمال هم الأكثر سعادة، متفائلون وواقعيون لديهم حب الاستطلاع والانفتاح على الخبرة انبساطيون يحبون التحديات (عبد العزيز، 2012، ص 37).

○ خصائص شخصية تقدير الذات المنخفض: ينشأ اعتبار الذات الضعيف من خلال الظروف الحياتية السلبية التي ترافق مراحل نمو الفرد فالفشل المتكرر عند البعض قد يخلق لديهم الاعتقادات بأنهم لا يصلحون لشيء وأنهم فاشلون (عبد العزيز، 2012، ص 38).

ويتصف هؤلاء الأشخاص بالشعور بالنقص اتجاه أنفسهم واحتقار الذات والخوف من التحدث أمام الملاء والاعتذار المتميز من كل شيء، يميلون إلى سحب أو تعديل رأيهم انطوائيون ويمتسون ببطء سهل يتسمون بسهولة الإحراج عصابيون يتميزون بالعنف والعدوانية وعدم التقبل الثقة، التشاؤم، الانطواء على النفس ومتحفظون (عبد العزيز، 2012، ص 39).

8.3. الحاجة إلى تقدير الذات:

إن الحاجة إلى تقدير الذات هو ضمن منظومة القيم التي اكتسبها الفرد أثناء عملية التطبيع الاجتماعي فالفرد لا يطيع حذف تلك القيم دون أن يشعر بالإحباط يوصل لتقدير ذاته، كما يهدف الإنسان في سلوكه لأن يشعر بقيمته وأهمية الدور الذي يقوم به الفرد تقيم الأخر كما يقوم به من عمل في حياته وأن انخفاض تقدير الذات نتائج عن الثغرة الموجودة بين الذات وطموحاتها (محمد إسماعيل، 1987، ص 392).

كما ترجع أهمية معرفة إدراك تقدير ذات إلى مراحل الطفولة وليس فقط على السلوك الحالي بل إلى سلوك المستقبل ويؤثر في تنميته الاجتماعية المقبلة حيث يميل ذوي تقدير الذات المرتفع إلى الاستقلالية والقدرة على التعبير ويميلون لنوع من التوافق النفسي (أحمد، 1995، ص 218).

وإذا كان الفرد يمتد سلوكاته من ذاته فقد يكون هناك تقدير ذات مرتفع مقارنة بأخذ لا يحصل على تعزيزك لتقييمه لذاته ويعجز عن تحقيق إنجازاته معتمدا على العوامل الخارجية ويصبح تقديره لذاته بصفة تخصص منه فعال لكن تقديره لذاته ضعيف (أحمد، 1995، ص 218).

9.3. الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات:

يفرق كوبر سميت بين مفهوم الذات وتقدير الذات فيما يلي أنه مفهوم الذات يعبر عن تقييم الفرد لذاته من خلال اتجاه القبول أو الرفض ويشعر إلى معتقدات الفرد حول ذاته (عبد الحافظ، 1982، ص 07).

ويميز مشيك بين ثلاثة مصطلحات هي:

- الذات: تمثل الوعي من النفس على المستوى الشعوري.
- مفهوم الذات: مجموعة التصورات التي تتكون عبر مراحل العمر (محمد، 1993، ص 53).
- تقدير الذات: هو الجزء الاساسي من النفس فميزه Fox (1990) بين مفهوم الذات وتقدير الذات من خلال وصف الأول باصطلاح وصفي فقط مقتصر على وصف الذات باستخدام مجموعة من المعلومات والثاني اصطلاح عاطفي وجداني يرتكز على تقييم مفهوم للذات بإصدار أحكام خاصة بقيمهم الشخصية فهم بالقيمة الوجدانية التي يربطها الفرد بأدائه ضمن تجارب حياته (عبد العزيز، 2012، ص 44).

ومن هنا نتائج الفرق بين المصطلحين فهموم الذات هو تعريف الفرد بذاته والثاني هو التقييم الإيجابي أو سلبي

حول ذلك التعريف.

خلاصة

ومن هنا نستنتج أن تقدير الذات هو عبارة عن تقييم سلبي وإيجابي للذات، يبدأ من تكوين الصورة الذاتية أو المعارف أو الخبرات التي يكونها الفرد عن نفسه من الناحية الجسمية أو النفسية. كما يتضح بنا في هذا الفصل أن أصحاب التقدير المنخفض والمرتفع لديهم جملة من سمات الشخصية التي تميزهم.

الفصل الثاني:

الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية

تمهيد

الشخصية الانسانية ظاهرة تكوينية وعملية نمائية مستمرة وهي الاطار الخاص بكل فرد والذي تنتظم فيه طبيعته الجسمية والعقلية والنفسية كما أن العمليات التي تتكون منها الشخصية تتكامل بطريقة مستمرة وتتداخل بحيث لا يمكننا فصلها للتفاعل الديناميكي بينها فقد تعددت الاتجاهات في النظر اليها محاولة وضع تصنيف ووصف للنواحي الشخصية المختلفة والتي تتفاعل فيما بينها لتظهر فيما بعد سمات الشخصية كالانبساطية والمقبولية والوعي والادراك.. ولا يمكن دراسة الشخصية كوحدة مستقلة أو منفصلة حيث أنها ترتبط بالإنسان كونه وحدة متكاملة نفس جسدية فالنفس تؤثر في الجسم وتتأثر به وهذا ما يفسر لنا ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية وسنخصص في هذا الفصل دراسة موضوع الشخصية في فهم العديد من الاضطرابات السكويوماتية ومدى اقترانها ببعض انماط وسمات الشخصية.

1. تعريف الشخصية:

احتلت الشخصية مكانة هامة في الدراسات النفسية خلال الفترة الأخيرة وقد ساعد على تأكيد هذه المكانة مجموعة من العوامل من بينها النظر الى السلوك على أنه يحصل لشخصيته تعمل من حيث هي وحدة متكاملة وفيها كل ما تنطوي عليه من سمات ودوافع وقدرات (عبد الخالق، 1989، ص 27).

يرى *Allport* (1937) هي تنظيم الدينامي داخل الفرد يتكون من مجموعة الأنظمة الجسمية التي تحدد سلوك الفرد وخصائصه وتفكيره (Bernedetto، 2008، p16).

كما يرى *Brut* (1941) هي ذلك النظام بين النزعات الجسمية والنفسية الثابتة نسبيا والتي تميز فرادا معيننا والتي تفرز الأساليب المميزة لتكيفه مع البيئة المادية والاجتماعية (داود، 1991، ص 56).

يرى أيضا *Eysenck* (1976) هي ذلك التنظيم الثابت والدائم الى حد ما لطباع الفرد ومزاجه وعقله وبنية جسمه، والذي يحدد توافقه الفريد مع بيئته (غنيم، 1972، ص 54).

كما يعرفه *Cattel* (1946) هي ما يمكننا التنبؤ به من سلوك ما في موقف ما.

يمكننا تعريف الشخصية على أنها مجموعة من النزعات النفسية والجسمية التي توجد في مجال حيوي انساني اجتماعي.

1.1 المفاهيم المتداخلة مع مفهوم الشخصية:

• الشخصية والطبع:

هو كل مظهر من مظاهر الشخصية التي تم تعلمها عبر مراحل النمو العمرية.

• الشخصية والمزاج:

يشير المزاج الى ظاهرة تميز الطبيعة العاطفية للأفراد، وهي مدى سرعة الاستجابة للمثيرات العاطفية، ونوعية مزاج الفرد ورغباته وسمات شخصية وهي كلها صفات وراثية غير مكتسبة.

• الشخصية والسمة:

هي تلك الخاصية المتميزة بالدوام النسبي وهي صفة فريدة ومميزة لشخصية الفرد تسمح لنا بوصف جانب من جوانب الشخصية.

• الشخصية والذات:

يستخدم مصطلح الشخصية لتعبير عن الذات كموضوع (أي تصور الفرد للنفس) بينما يستخدم المعنى الجانبي للذات كعملية (أي أن الذات تتكون من مجموعة من العمليات) (أحمد، 2013، ص 12-13).

2.1. خصائص الشخصية:

توجد مجموعة من الصفات المشتركة في الشخصية يمكن حصرها فيما يلي:

1.2.1 الصفة التكاملية:

بمعنى أن عناصر تكوين الشخصية متناسقة ومتكاملة فيما بينها لتكوين وحدة كلية في شكل منظومة منسقة تختلف عن عناصرها في حالة وجودها منفصلة عن بعضها البعض، أي أن الشخصية تعرف وتقاس بما يتوفر بين مكوناتها من التكامل وتماسك وانسجام (أحمد، 2013، ص 163-164).

2.2.1 الصفة الدينامية:

تعني الطابع التفاعلي المستمر بين عناصرها المختلفة بحكم جانبها البيولوجي الذي يفرض قدرا من التفاعل والتغير والنمو على مدى الحياة ما يجعل الشخصية تتخذ صفة الحيوية (أحمد، 2013، ص 163-164).

3.2.1 صفة التكيف مع المحيط الخارجي:

تتأثر شخصية الفرد بالبيئة الاجتماعية والأفراد المحيطين به، هذه العوامل لها أثر بليغ على تكوين الشخصية وطبعها بطابع مميز وخاص وفريد، هذا ما يحيل عدم إمكانية النظر إلى شخصيته كوحدة منفصلة عن البيئة (أحمد، 1988، ص 163-164).

4.2.1 صفة التمايز:

تتميز كل شخصية بطابع خاص تعرف به، بحيث يستحيل وجود شخصين متشابهين في جميع العناصر المكونة لهما.

5.2.1 صفة الثبات النسبي:

تجتمع في الشخصية صفتي التغير والثبات وهما وجهان لعملة واحدة، حيث تتضمن الشخصية جوانب معنوية كالذكاء والاستعدادات الوراثية والمهرات تتطلب قدرا من الدوام والثبات بما يضمن بقاء الطابع المميز للشخصية في مسارها العام (أحمد، 1988، ص163-164).

3.1 محددات أو عوامل تكوين الشخصية:

قام العلماء بمحاولات من أجل تقسيم الشخصية وتحليلها إلى وحدات أولية رئيسية ثم تحليل هذه الوحدات بدورها إلى فروع وعوامل مفصلة إلى أن وصلوا إلى قوائم طويلة للصفات التي يصح دراستها للحكم على الشخصية من جميع نواحيها، والواقع أنه مهما اختلفت قوائم العلماء في ظاهرها وتفصيلها فإن أغلبها تتفق على العوامل التكوينية التالية:

1.3.1 العوامل البيولوجية:

يقصد بها ما يرثه الفرد من صفات وخصائص بناء على خصائص وراثية تتعلق بشجرة العائلة، حيث يلعب الجانب البيولوجي دور هام في بناء الشخصية وانماءها وبعثها نحو النمو كما هو الحال بالنسبة لإفرازات الغدد وتأثيرها على السلوك والمظهر الخارجي (النحافة\البدانة)، يؤثر أيضا التكوين الجسدي على قدرة الفرد على التكيف والتفاعل مع الآخرين ومع البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها (عبد الرحمن، 1998، ص 44).

2.3.1 العوامل العقلية والمعرفية:

قد تكون فطرية كالذكاء والمواهب الخاصة أو المكتسبة من خلال ما يتم تعلمه في المؤسسات التعليمية والتكوينية كالآراء والأفكار والمعلومات المختلفة، تقوم هذه العوامل بتحديد انطباع الفرد حول ذاته وانطباع الآخرين اتجاهه، لهذا فالمستوى التعليمي والمعرفي للفرد يعتبر محددًا رئيسيًا في بناء الشخصية (عبد الرحمن، 1998، ص 44).

3.3.1 العوامل النفسية (الوجدانية المزاجية):

هي الصفات الانفعالية التي تميز الفرد وتتضمن الاستعدادات الثابتة نسبيًا المبنية على ما عند الشخص من الطاقة الانفعالية والدوافع الغريزية التي يزود بها والتي تعتبر وراثية إلى حد ما لأنها تعتمد على تكوين الكيميائي والغدي والنموي وتتصل اتصالًا وثيقًا بالنواحي الفيزيولوجية والعصبية، وتظهر في الحالات الوجدانية والطباع والمشاعر والانفعالات من حيث قوتها أو ضعفها ومدى المثيرات التي تثيرها وما أهميتها في التنمية دفاعية معينة ولها دور كبير في تكوين شخصية الفرد نتيجة محاولته المتكررة في إشباع حاجاته (عبد الرحمن، 1998، ص 44).

4.3.1 العوامل الاجتماعية والجغرافية:

تأثر العوامل الجغرافية على تنمية بعض السمات وإبرازها أو تعطيل سمات أخرى أو عرقلتها من ظهور هذه العوامل المختلفة تأثر على الفرد والجماعة والمجتمع ككل الذي تحكمه عناصر ثقافية معينة حيث تؤثر في طريقة تفكيره وفي طريقة التعبير عن الانفعالات ومدى تقبل المعايير (عبد الرحمان، 1998، ص 58).

5.3.1 العوامل اللاشعورية:

هي العوامل الضمنية اللاشعورية المحركة للسلوك التي يمكن أن تخرج إلى الشعور بعدة طرق وتؤثر على السلوك التي يمكن أن تخرج إلى الشعور بعدة طرق وتؤثر على السلوك الفرد دون أن يعي ذلك، وتتمثل في الشعور واللاشعور والهوى والأنا الأعلى، إضافة إلى آليات الدفاع الأولية، مثل: الكبت، النكوص، والتقمص والتبرير والصراعات النفسية والإحباط والعقد النفسية (عبد الله، 2000، ص 66).

4.1. البناء الوظيفي للشخصية:

يحتوي البناء الوظيفي للشخصية على مكونات متكاملة، ترتبط ارتباطا وثيقا بحالة الاستقرار والخلو من الاضطرابات، ويظهر الاختلال والشذوذ في البناء العام للشخصية، في حال الاختلال في أحد المكونات أو العلاقة فيما بينها، ومن هذه المكونات:

1.4.1 المكونات الجسمية:

وهي عبارة عن المظهر العام للفرد من الوزن والطول، والسلامة الجسمية العامة، ووجود حالات العجز الجسدي، ومستوى كفاءة المهارات الحركية، والنشاط الإجمالي للفرد في مختلف المواقف الحياتية، بالإضافة إلى وظائف الأعضاء، والأجهزة الداخلية كالجهاز العصبي والدوري والهضمي وغيرها.

2.4.1 المكونات العقلية المعرفية:

وتتضمن وظائف العقل والدماغ، كالذكاء العام، وكفاءة القدرات العقلية، بالإضافة إلى القدرات والمهارات والتركيب، والحفظ والتذكر وغيرها.

3.4.1 المكونات الانفعالية:

وهي طرق الاستجابة التي يتميز بها الفرد اتجاه المثيرات المختلفة، كالحب أو الغضب، أو الفرح أو الحزن وغيرها، بالإضافة إلى مستوى الاستقرار والثبات الانفعالي، ومدى انحصارها هذه الانفعالات في دائرة العواطف والمشاعر.

4.4.1 المكونات الاجتماعية:

هي مكونات التي تربط بشكل مباشر بأساليب التنشئة الاسرية والاجتماعية في المنزل أو المدرسة أو الأصدقاء، بالإضافة إلى اتجاهات والقيم وأدوار الفرد في المجتمع (عبد الله، 2000، ص68).

2. الأمراض السيكوسوماتية:

1.1. تعريف الأمراض السيكوسوماتية:

يرى زهران (1994) اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس أو أصل نفسي وذلك بسبب الاضطرابات الوجدانية الشديدة التي تؤثر على المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي (زهران، 1997، ص 469). حسب فابيا و كوستيلو هي مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم ووظائفه وتكون من الحدة والإصرار بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو التخفيف من حدتها (ياسين، 1991، ص 137).

أما أحمد عكاشة فيرى أنها اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دور هام قوي وأساسي وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي الودي (أحمد ، 2013، ص 57).

تعرفها OMS بأنها الخاصية الأساسية للاضطرابات الجسمية النفسية المنشأ هي الشكوى المتكررة لأعراض بدنية مع السعي المستمر لإجراء فحوصات طبية بالرغم من تأكيد الأطباء بانعدام أساس جسدي لهذه الأعراض (Collombh et al, 1993, p 7).

وترى دائرة المعارف البريطانية أنها الاستجابة الجسمية للضغوط الانفعالية والتي تأخذ شكل اضطرابات جسمية مثل الربو، قرحة المعدة، ضغط الدم (فيصل، 2002، ص 21).

كما يعرفها *Pierre Marty* في ظل معادلتين بين غريزتي الحياة والموت والتي تتجلى في التوازن النفسي الجسدي حيث أن هيمنة بين غريزتي الموت تؤدي إلى اختلال التوازن واعتلال الصحة الجسدية وهيمنة غريزة الحياة يتبعها التوازن والصحة (الناقلي، 1993، ص 119).

وترى *Apa* مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية التي تحدثها مجموعة من الاضطرابات التي تحدثها عوامل انفعالية وتتضمن جهاز عضوي واحد يكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل، وبذلك تكون

التفسيرات الفيسيولوجية المتضمنة هي تلك التي تكون في العادة مصحوبة بمجالات انفعالية معينة وتكون هذه التغيرات أكثر إصرارا وحدة واستمرارا وقد يكون الفرد غير مدرك لحالته الانفعالية " (حسن، 1989، ص 153).

من خلال التعريفات السابقة نلاحظ تركيزها على الدور الفعال النفسي في حدوث الاضطرابات العضوية الحشوية الخاصة لسيطرة الجهاز العصبي اللاإرادي نستخلص أيضا أنها الاستجابة النفسية لعوامل الضغط سواء داخلية أو خارجية التي تولد ضغط، قلق، توتر وعندما تفوق درجة حدتها على قدرة تحمل الفرد لها تحدث خلل في التوازن (النفسي) الجسدي أي في أعضاء الجسم، بمعنى أن هناك تأثير متبادل بين النفس والجسم.

2.2. أسباب الأمراض السيكوسوماتية:

- الضغط النفسي: إن الضغوط النفسية والاحباطات هي أساس وأصل الاضطرابات السيكوسوماتية، أي أن الضغوط النفسية هي أحداث لها تأثيرات داخلية عن طريق الجهاز الإدراكي للفرد، وأهم الخبرات التي تولد الضغوط هي العلاقة المتبادلة مع الأفراد (عبد الرحمان، 1997، ص 120).
- نسبية الشعور بالنقص: حسب أدلر فإن الشعور بالنقص في غضو معين يعود إلى المرض السيكوسوماتية.
- السببية النفسية حسب ألكسندر: أن العامل النفسي هو سبب الإصابة العضوية المفاجئة بالإضافة إلى المعاناة والحرمان، فالعضو المصاب نتيجة لذلك الأذى النفسي منذ الطفولة تصبح موضع انفعال دائم حيث وضع ألكسندر شرطين لحدوث الاضطراب السيكوسوماتي (جمال، 1996، ص 30).
- ✓ الاستعداد الوراثي.

✓ الأحداث الحياتية والتغيرات التي تعطي استجابات وردود فعل نوعية إلى أن تصل إلى المرض.

بمعنى أنه يرتبط بين عقدة معينة وشخصية معينة بمرض محدد (جمال، 1996، ص 30).

- سببية الأمراض السابقة والتكرار والتراكم: إن خبرات الطفولة المؤلمة أو الغير سارة لها تأثيرات سلبية في المراحل العمرية اللاحقة قد تظهر على شكل اضطرابات سيكوسوماتية ترجع إلى عوامل وصراعات لا شعورية وكبت للانفعالات.
- إصابة أحد أفراد العائلة: إن إصابة أحد أفراد العائلة قد يكون بسبب من الأسباب، كذلك الاستعداد التكويني والوراثة (فيصل، 2009، ص 73).

- الضعف التكويني الجهازي: إن وجود نقص أو ضعف في أحد أجهزة الجسم في مراحل التكوين والتطور يساعد على ظهور الأضرار في ذلك العضو مستقبلاً (فيصل، 2009، ص 73).
- الانعكاس الرمزي: يكون الاضطراب كتعبير رمزي لرغبات غير مشبعة أو لصراعات لا شعورية أو لمواقف غير مرغوبة (فيصل، 2009، ص 73).
- ضحالة النضج العاطفي: إن ضحالة النضج العاطفي والكبت الشديد والخوف من المسؤولية من شأنها أن تقود الفرد إلى المرض النفسي الجسدي (فيصل، 2009، ص 73).

من الأسباب الأخرى التي يمكن إجمالها فيما يلي:

- وجود استعداد تكويني يقيم على الوراثة.
 - وجود استعداد تكويني نتيجة للخبرات الأولى والتطور الأول أي الخبرات الفيسيولوجية والنفسية خلال مرحلة العمل والمهد.
 - المعنى الرمزي للعضو في نظام شخصية الفرد.
 - فشل عضو من الأعضاء كما في حالة الإصابة أو العدوى.
 - التغيرات التي تطرأ على الشخصية نتيجة التقدم في العمر والتي تؤثر على نظام الأعضاء.
 - يحدث الانهيار النفسوجسدي إذا وجد ضعف وراثي أو مكتسب.
 - حدوث توقف للنمو النفسي وبالتالي جهود العضو في تطور وظائفه.
 - يحدث نكوص فيزيولوجي ونفسي للأشخاص الأقل نضجاً.
- تلعب الأزمات والصراعات والصدمات التي يتعرض لها الفرد في حياته إلى الانهيار السيكوسوماتي والميكانيزمات المرضية والقابلة للتشريط التي تم تشريطها في مراحل الطفولة المبكرة (Gattmzn, 1996, p179-290).

فالاضطراب السيكوسوماتية يحدث بسبب هذه العمليات الثلاثة:

- تحدث الاضطرابات السيكوسوماتية كنتيجة للعلاقة الأولية وهي علاقة إيجابية مباشرة يتم فيها رد فعل عضوي يفوق الحد الطبيعي قوة واندفاعا كأن يحدث النقي إثرا انفعال شديد.
- تحدث الاضطرابات السيكوسوماتية كنتيجة للعلاقة المكتسبة بالمنعكسات الشرطية فالشخص الذي يصاب بإسهال نتيجة رعب شديد يمكن أن يصاب بنفس الاسهال عندما يواجه موقف مشابه أو أقل درجة وحدة.
- تحدث الاضطرابات السيكوسوماتية كتعبير علاقة رمزية بين المرض والعاطفة ما في حالات الهستيريا. ويمكن تلخيص أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية فيما يلي:

- الأسباب النفسية: الصدمات والضغوط النفسية.
- البنية الجسمية للمرض: قد يكون به ضعف في التكوين.
- الأسباب الوراثية: التاريخ المرضي للعضو للمريض (بشير، 2005، ص 66).

3.2 النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية:

1.3.2 النظرية التحليلية:

يعتبر *Alexander* مؤسس مدرسة السيكوسوماتية التحليلية حيث حاول التوفيق بين النظريات الفيزيولوجية وبين التحليل النفسي وخرج هذا التوفيق بنظرية ديناميكية تركز على مبدأ الصراع أي لاوعي المريض "الصراع اللاواعي" وفي أنماط الصراع الكامنة لديه وأيضا آلياته الدفاعية المستخدمة ركز على أهمية علاقه الأم الطفل وعلى خصائص الأم كمحدد للتفاعل المريض حيث اتضح دور هذه العلاقة في الدراسات التي تناولت إفراط الغده الدرقية، الربو، الاكزيما، قرحة المعدة فارتبطت الانفعالات المكبوتة بأمراض معينة فالصحة المكبوتة لطلب العون ارتبطت بنوبات الربو، والحرمان من الحب ارتبط بقرحة المعدة، والبكاء ارتبط بالأكزيما، حيث افترض أن لبعض الصراعات تأثيرا على أعضاء أو أجهزة معينة في الخوف والغضب ينعكسان على صعيد القلب والأوعية الدموية ومشاعر طبيعية والحاجة للحماية ينعكسان على الجهاز الهضمي.

فالصراعات الغير الظاهرة والمكبوتة تظهر على شكل اضطرابات عصبية وتصيب الأعضاء وتحدث فيها العصاب العضوي.

حسب *Karin Horney* القلق من المشكلات المعقدة كونه يرتبط بعمليات فيزيولوجيه وغالبا ما ترافقه أعضاء جسمية كالإسهال، عسر الهضم، خفقان القلب، تصبب العرق، هذه الأعراض لا تقتصر على حالات القلق فحسب بل إن كثيرا من الانفعالات الأخرى كالهيجان والغضب يصاحبها تغيرات جسمية (مصطفى، 1996، ص 231).

أما *Pierre Marty* يعتبر الانسان وحده حية يتميزان بالفردانية، الطفل قبل أن يولد مميز تبعا لظروف وراثية، ظروف الحمل، حالة الأم النفسية أثناء الحمل... ومجهز بأليات دفاعية جسدية لمقاومة الالتهابات والفيروسات وتقويه هذه العلاقات يتم عن طريق علاقه الطفل بالأم (بيارمارتي، 1992، ص 45-46). تعتبر نظرية *Marty* نظرية ديناميكية ناشطة لا تنظر للمريض نظرة جامدة تقتصر على فترة ظهور المرض بل تتعداه إلى تتبع الإنسان في مختلف مراحل تطوره أثناء صحته ومرضه، أثناء توازنه النفسي الجسدي وأثناء اختلال هذا التوازن، أوضح أن الفرد يعيش حياته في ظل معادله توازن بين غزيرتي الحياه والموت بحيث يمر الجهاز النفسي بمراحل متتاليه من التوازن الجسدي ومن اختلال لهذا التوازن أي (تنظيم واختلال التنظيم)، كما أهتم بالسير العقلي للفرد فهو يرجع الإصابة الجسدية إلى ضعف في العقلنة والذي تعني النشاط التمثيلي والهوامي للفرد (مصطفى، 1996، ص 653).

يؤكد فرانز على أن الصراعات الأتية ترجع إلى صراعات لشعوريه مرتبطة بمراحل مذكره لنمو الجسدي، وعندما لا تحل هذه الصراعات تلجأ إلى استخدام حيل دفاعية لا شعورية بطريقة لسوية مما يؤدي إلى زيادة التوتر بأن يظهر على صورة مرض عضوي، وقد أوضحت مدرسه التحليل النفسي بأن أهم ما يتميز به المريض السيكوسوماتي أنه يعاني من قلق فقدان السند بشكل كبير (زينب، 2002، ص 16-31).

2.3.2 نظرية خصائص الشخصية:

حاول العلماء منذ القديم تحديد أنماط خاصة بكل مرض بدأيه من هيب قراط بالنسبة لمرض السل إلى أن جاءت *Flandarr Dunbar* التي اقتبست مقياس كامل للشخصية أو بروفييل للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية وحددت لكل اضطراب بروفييل خاص به وافترضت تبعا للنظرية الليبيدية أن النفسية

تحدث لها إعاقة تمنعها من التعبير الملائم عنها في السلوك وتجد لها منفذ من خلال التعبير الحشوي (عبد الرحمان، 2001، ص22).

فمرض القرحة المعدية متنفس عن الشخصية المندفعة الطموحة التي لديها حرمان للحاجات الاعتيادية والبحث عن الأمان، في حين فسرها *Franz Alexander* أن عامل الحاسم القرحة المعدية هو الإحباط والبحث عن العون أو رغبات الحاجة للحب وعندما لا تجد هذه الرغبات إشباعا في العلاقات الإنسانية يظهر مثير انفعالي مزمن له آثار معينة على وظائف المعدة، هؤلاء المرضى يكتبون شوقهم للحب الأبوي مما يسبب نشاط زائد للجهاز العصبي المركزي ذات الإداري الذي يؤثر على المعدة مما يؤدي للإصابة بالقرحة فيزيولوجيا، فالمعدة مستعدة دائما لتلقي الطعام الذي يرتبط رمزيا للشخص بالحب الأبوي للصدمة العصبية النفسية دور هام في بعث التقرحات الحادة ومن سمات هؤلاء المرضى: التمتع بقدر كبير من المبادرة والنضال والنجاح في الأعمال واتخاذ قرارات سلمية وسريعة، رغبة شديدة في الاعتماد على الغير يكونون في موضع حب ورعاية (عبد الرحمان، 2001، ص22).

أوضحت *Flandarr Dunbar* أن إلتهاب غشاء القولون المخاطي عبارة عن منفس عن الشخصية القهرية التي تتسلط عليها الأفكار، يتميز صاحبها بالبخل، لديها حاجات الاعتمادية والخضوع والرغبة في الحب، تغلب عليها مشاعر الصراع والأشياء الزائد والغضب المكبوت والسلبية (عبد الرحمان، 2001، ص24).

أما المرضى المصابين بالالتهاب المفاصل وجدت أن شخصيتهم تتميز بعدم الكفاية العدوانية المكبوتة، الحاجة لجذب الانتباه والاستعراض في حين يجدهم *Halidiy James* أنهم في غاية الاستقامة مع الاخلاص في العمل وجب الاتقان ولديهم نمط الوسوسة مع برود العواطف.

تري *Dunbar* أن مرضى الصداع النفسي تتميز شخصيتهم بالتصلب والرغبة في الوصول إلى الكمال وكثرة الشكوك والطموح وهم أكثر نجاحا لكن ما نجد مشاعر الاستياء والتوتر وعقاب الذات بدرجة كبيرة.

حسب *Kriesler et soslow* أكدوا أن المصابين بضغط الدم يعانون من نقص الثقة في أنفسهم، يشعرون بتهديد دائما اتجاههم دون موضوع وهذه الوضعية تولد استعدادا دائما للدفاع عن أنفسهم، هذا المجهود ينتج طاقة كبيرة ترهق المريض وتضعف الجهاز النفسي وتصبح عملية تجميد الأليات الدفاعية فاشلة، فيتبقى الجسم آخر حاجة تتدفق فيه الطاقة الغائصة.

حسب *Soul et Alexandre* أن هؤلاء المرضى يظهرون صداقة وضبط للنفس يخفي وراءه عدوان قوي وقلق وهم غير قادرين على إرضاء حاجتهم السلبية المعتمدة على الآخرين ولا على إرضاء الكراهية.

أما بالنسبة لأمراض الشرايين التاجية يسلم Aizink بوجهة النظر التفاعلية بين سمة الشخصية المهيأة للإصابة بمرض الشريان التاجي للقلب وسمات الغضب والعدوان (رضوان، 2007، ص 17-18).

يرى *Alexander* أن المرضى الذين يعانون من الربو الشعبي يتميزون بعدم الشعور بالأمان ولهم قلق فقدان السند بشكل مميز مع اعتمادية واضحة ولهم مشاكل في العلاقات الزوجية أو يصعب عليهم الزواج خوفا من تلقي صورة الأم المسيطرة.

حسب *Dunabar* أن الشخصية المصابة بالاضطرابات الجلدية تتميز بأنه عاش في ظل حماية زائدة، لديه رغبة ملحة للعاطفة، لديه صراع عدواني اعتمادي مع الكفاية والشعور بالذنب، يبدو ظاهريا ذو شخصية صادقة، مفرط الحساسية مع صورة منخفضة للذات وتكون أعراض عدم الكفاية والشعور بالذنب واضحة من خلال شحذ الذات بقوة، يظهر تعبير منحرف من العدا مع إظهار الهدوء.

أما جاءت *Reing* توصل إلى ثلاثة مجموعات تندرج تحتها أنماط ومعالج الشخصيات المرضية:

الأولى: مفرطو التفاعل: الذين يثورون بسرعة مع غضبهم ومخاوفهم وهذه الفئة يشمل مرضى إنسداد الشريان التاجية، التهاب المفاصل، واضطرابات الجهاز الهضمي، وعلى النقيض من هذا النمط نجد نمط أخروي المجموعة الثانية: ناقصوا التفاعل: الذين يميلون إلى كبت مخاوفهم وانفعالاتهم، ويقع في هذه الفئة مرضى الإلتهاب الجلدي والتهاب المفاصل والتهاب القولون التقرحي.

الثالثة: مقيدو التفاعل: حيث يشعر المريض بمخاوفه وانفعالاته لكن دون أن يتعامل أو يتفاعل معها أو يعبر عنها، وتضم هذه الفئة مرضى الربو- السكري- ارتفاع ضغط الدم- الغدة الدرقية- الصداع النصفي (فيصل، 1984، ص 127-128).

3.3.2 النظرية السلوكية:

تعتمد في تفسيرها للأمراض السيكوسوماتية على مبادئ المدرسة السلوكية ونظريات الاشتراط في التعلم وأهمية المواقف وعلاقتها بالشخصية وأولوا اهتمامهم للعرض وليس بالمعنى الرمزي للمرض، كذلك اهتموا بالعوامل الموقفية بدل من الفروض الغيبية (الصراع اللاشعوري)

من أبرز روادها بافلوف الذي حدد القوانين الرئيسية والانحرافات المرضية للأفعال المنعكسة الشرطية، يركز اهتمام النظرية على أن تنظيم السيرورات العادية يسمح للمخ ببناء سلوكات مكيفة واختلال هذا التوازن بين الإثارة والكف تنجز عنه اضطرابات سيكوسوماتية، إذ أن التأثير بين وظائف الجهاز العصبي السمبشواوي (الإثارة) والجهاز العصبي البارسمشواوي (الكف) يؤدي للتوازن، هذه الوظائف تشرف على عمل الأحشاء الداخلية محل هذه الاضطرابات في حالة اختلال التوازن وبالتالي يصاب الانسان بالاضطراب.

وقد اعتبروا أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي مسألة اشتراط (التعلم الشرطي) في الفرد الذي تكون لديه حساسية من الغبار عن طريق عمليه تعميم المثير يصبح أي شيء مرتبط بالغبار حتى رؤيته او مجرد التفكير فيه يثير النوبات الربوية، وقد اكتشف ان المصابون بالاضطرابات السيكوسوماتية يحصلون على بعض المكافآت أو التعزيزات من معاملة ومعالجة كونهم مرضى، أي أن هناك ارتباط بين المرضى والمكافأة(فيصل، 2002، ص105).

من أفكار علماء المدرسة في تفسيرهم الاضطرابات السيكوسوماتية ما يلي:

4.3.2 نظرية التعلم الذاتي:

حسب لاشمان أن المرض يحدث لأول مرة بالضعة الطفل الذي يشعر بألم في المعدة حيث يعفى من نشاطاته اليومية، ومن ثم يرتبط هذا المرض بأوضاع يرفضها الطفل الذهاب للمدرسة، تزيد من افرازاتها في الحالات التي تكون أعمال الطفل اليومية مثيره نوبات أخرى من سوء الهضم مما يؤدي إلى وقوع الطفل في دائرة مغلقة وبمرور الوقت تنمو القرحة لديه.

بينت دراسة Shtien Othenberg، Hamilton louis: دور الاشراف الكلاسيكي في فهم حاله الربو حيث يمكن إثارة النوبة لدى الفرد بوضعه في حجرة تشبه الحجر الأصلية التي أجريت فيها التجربة دون مولد لحساسيته (عبد الرحمان، 2000، ص 224)

كما يرى "كارل ياسبرز" أن اضطراب السيكوسوماتية له مظهرين:

- علاقه اليه مكانية: فهي رد فعل غير اعتيادي يفوقه من حيث القوة، الاندفاع، حدوث اسهال، تقيئ اثر انفعال شديد.
- علاقه اكتساب بالمنعكسات الشرطية: يتمثل في نوع من التكرارات القائم على مبدأ المنعكس الشرطي ف شخص الذي تلقى نبأ مؤلم وأصيب يده بشلل وظيفي نتيجة ذلك يمكن أن تكرر الإصابة كلما سمع نبأ من ذلك القبيل فهناك انتقال وتثبيت المنعكس الشرطي (عبد الرحمان، 2000، ص 225).

5.3.2 النظرية المعرفية:

يرى هذا الاتجاه أن السلوك الانساني مدفوع بمسيرات بيئية وراثيه تعمل على توجيه السلوك بطريقه ما، لكن هذا السلوك يمر بسلسلة من العمليات المعرفية الوسيطيين كالانتباه والادراك، تحليل وتخزين واسترجاع المعلومات حتى تظهر الاستجابة.

حسب *Graham* دراسات وزملائه ربط بين العمليات المصرفية بالعمليات الفيزيولوجية لدى المرضى سيكسيومتين، وتبيين لهم وجود عنصرين هامين الاضطرابات السيكوسوماتية هما:

- ما يشعره الفرد من سعادة وحزن.
 - ما يرغب الفرد في معرفته في ضوء وافكاره أو مدركاته (فيصل، 2000، ص 100).
- وعلماء النفس المعرفيين يرون أن المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية يركزون انتباههم بشكل مفرط على العمليات الفيزيولوجية الداخلية ويحولون الإحساسات الجسمية إلى وجع ألام أي أمراض تدفعهم للعلاج، فكل مريض يشعر بشيء ما ويريد التخلص من شيء ما.

- مريض الحساسية الجلدية يشعر أنه مهزوم ويريد التخلص من المسؤولية.
- مريض القولون يشعر أنه مصاب يريد التخلص من المسؤولية.
- مريض الصداع النفسي يشعر أنه اضطر إلى إنجاز عمل ما ويريد أن يستريح.
- مريض الربو يشعر أنه ترك في البرد ويريد لا ابتعاد عن المواقف والأشخاص.
- مريض الضغط الدموي يشعر بالتهديد والأذى ويضطر إلى الاستياء من أي شيء.
- مريض آلام أسفل الظهر يريد ان يعمل الى درجة التعب.

حسب *Ellis* توجد علاقة بين مواقف الحياة الصعبة والانفعالات حيث أن إدراك الفرد لهذه المواقف هو الذي يترتب عليهم في حالات قد تضر بجسمه والإنسان لا يمكنه الفصل بين جوانب تفكيره ومضارته والجوانب الانفعالية لديه، وكذلك الاضطراب الذي يعاني منه تصاحب انفعالات الانسان تغيرات سلوكيه وعضوية، فالإدراك يتوسط عاده بين المواقف الحياتية وبين ما يهم به الانسان من سلوك أو ما يحدث له من اضطرابات فيزيولوجيه لذلك عندما ينفع الفرد هذا الاضطراب الانفعالي يكون متفاعلا مدركات النشاط الفكري للفرد، ويمكن ضبط الانفعالات عن طريق استبدال الافكار الخاطئة إلى أفكار ومدركات عقلانية صحيحة مما يخفف الأعراض السيكوسوماتية (عبد المنصف، 1984، ص 39-41).

6.3.2 النظرية الفيزيولوجية:

• النظرية اللحائية الحشوية:

صاحبها *Ravbau* وهي نظرية تبحث عن تأثير القشرة الدماغية (اللحاء) في الأحشاء، وتعتمد على التمييز الفيزيولوجي النفسية ورفضها للتحفيزات المتعلقة بفردية الشخص أحاسيسه الخاصة (بيارمارتي، 1992، ص 19).

• نظريه الجهاز العصبي الذاتي:

توصل *Connon* أن تعرض الانسان للمواقف الانفعالية كالخوف، الغضب تؤدي إلى زيادة كمية الأدرينالين مما يحدث مظاهر عصبية فيزيولوجية ارتفاع ضغط الدم، وهذه التغيرات قابلة للاستمرار مما يسبب اضطرابات وظيفية

قد تتحول إلى أمراض عضوية غير قابلة للتراجع وهذا بسبب عدم تفرغ طاقة الانفعالات في أفعال تواجه الاثار المتسببة في حدوث تلك الانفعالات.

أثبت تجاربه ودراساته أن:

- الجسم والنفس وجهان لعملة واحدة، الالتقاء بينهما هي الدماغ باعتباره عضو العقل وتجري فيه جميع العمليات، من عواطف، أفكار، خطط، ذكريات.
- لا يوجد سلوك وانفعال لا يرافقه تغير فيزيولوجي، فعند التعرض لموقف ضاغط أو القلق (في النفس) صاحبه تعرق واحمرار(في الجسم) عن طريق الجهاز الهضمي العصبي الذاتي.
- السلوك عباره عن مثير واستجابة ويعتمد على محور الغدد النخامية والكظرية.

يمكن تلخيص نظرية *Cannin* بالقول أن كافة المواقف التي يتعرض لها الفرد طلع الجسم في حالة استنفار بحيث تتوقف ردة الفعل أمام على تفكير الفرد بل تتعداه إلى رده فعل الجسمية تسبق الانفعال النفسي وتؤدي غريزيا إلى إحداث تغيرات جسدية(زين العابدين درويش، 1999، ص 230) (بيارمارتي، 1992، ص 231).

7.3.2 نظريه التكيف مع الصدمة:

للعالم *Hans Selye* الذي جاء بمصطلح الشدة النفسية من خلال دراسته لتأثيرها على الحيوان حيث بين أن البعوض المستمر للضغط النفسي بحيث واضطرب في الجهاز الهرموني من خلال الاستثارة الزائدة للجهاز العصبي المستقل، وهذه الاضطرابات الهرمونية هي المسؤولة عن الاضطرابات السيكوسوماتي، الأعراض التي تظهر على العضوية تسمى "زملة تنادر أعراض التكيف العام" تتلخص هذه النظرية في ما يلي:

• مرحلة الصدمة والمواجهة:

وبها يواجه الفرد الشدة الجسمية كالحى والحروق والالتهابات والكسورة، أو الشدة النفسية المفاجئة من حوادث، أو وفاة فشل، صدمات وتحدث لديه حالة استنفار للمواجهة حيث يطلق جسمه هرمون للدورة الدموية والغدد الصماء والاعصاب (فخري، 1983، ص 208).

- مرحله محاولة التكيف أو الإعياء:

تأتي هذه المرحلة في حالة استمرار الشدة على الفرد وعدم قدرتها على المواجهة في يستسلم مما يجعل الجسم ينتقل إلى حالة ويبرهن على ذلك زيادة إفراز الكورتيزول من طرف الغدة الكاذية (فخري ، 1983 ، ص 208).

- الفوضى العضوية والمرض النفسوجسمي:

عند حدوث استجابة أو رد فعل غير متوازن ومتناسق يؤدي إلى حدوث ضرار جسم يموت عضو معينه بذلك يحدث المرض النفسوجسمي (فخري ، 1983 ، ص 208).

ومن هنا يمكننا القول بأنه مهما تعدد النظريات في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية الى ان الجانب النفسي ككل يعد بمثابة العنصر الاساسي في جعل لفرد يتعرض لأمراض على مستوى كافة الجسم انطلاقا مما يعيشه من مواقف صعبة وصددمات نفسية ترهق كاهله وتكادح جسده.

4.2. الشخصيات المرضية والاضطرابات السيكوسوماتية :

حسب المؤسسة الأمريكية توجد بعض الاضطرابات التي تمس بشخصية الفرد لكنها لم تظهر وتبقى كامنة تجعل الفرد حاملا الاستعداد بالإصابة بمرض سيكوسوماتي حيث بينت بعض الدراسات ارتباط الشخصية المضطربة للنمط الحدي بظهور بعض الاضطرابات النفسجسدية ضغط الدم امراض الجهاز الهضمي هذه الامراض تتطور كحل لتسوية بعض الاضطرابات الحصرية او المزاجية (Consoli,2013,p256).

5.2. سمات الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية :

العصابية والانبساطية تعتبر العصابية والانبساطية من الابعاد الكلاسيكية للشخصية والتي يمكن تقصمها من خلال مقياس نموذج الابعاد الخمسة فلا بد للإشارة اليها فحسب ايزنك فالعصابية هي الاستعداد للإصابة بالمرض النفسي ويميل اصحاب هذا البعد الى ان تكون استجاباتهم الانفعالية مبالغ فيها ولديهم صعوبة في العودة للحالة السوية وما يميزهم كثرة الشكاوي البدنية -توهم المرض- مما يؤدي الى سوء التوافق والتكيف النفسي (Hansan et all,2005, p1085)

أما الانبساطية هو بعد ثنائي القطب انطواء انبساط حيث سعت الدراسة التتبعية على مدار 25 سنة اشتملت على 59529 من التوائم بالسويد الى التحقق من فرضية وجود علاقة بين بروفايل الشخصية التي تمتاز بمستويات مرتفعة من الانبساطية ومستويات مرتفعة من العصابية وخطر الاصابة السرطانية غير ان العلاقة لم يتم اثباتها مع أي نوع من انواع السرطانات (Hansan et all,2005, p1085).

6.2. النمط السلوكي وظهور الاضطرابات السيكوسوماتية:

ارتبط مفهوم النمط السلوكي بفكرة البحث عن ملمح او بروفايل لشخصية المصابين بالأمراض المزمنة حيث يدل المفهوم على الاسلوب الخاص والمميز للفرد في الاستجابة للمواقف الحياتية المختلفة وكيفية التعامل مع نفسه ومع الاخر فالنمط السلوكي ليس بعد او اسلوب سلوكي وانفعالي ينمو من خلال التفاعل بين متطلبات البيئة والخصال الشخصية حيث يقصد بالنمط السلوكي هنا من نمط الشخصية إذ لا يمكن التفريق بين النمط السلوكي ونمط الشخصية كون هذه الاخيرة ترتبط بمنهج سلوكي معين يمكن من خلاله التدليل على ان صاحبه ينتمي إلى هذا النمط من الشخصيات (سيد، 2000، ص 172).

يعود ظهور الأنماط السلوكية الى الطبيبان فريدمان وروزنمان اللذان قاما بوصف النمط -أ- المرتبط بالامراض القلبية الشرايينية التجية والكشف عن مجموعة من المؤشرات التي تكون مجتمعة التركيب المميز لهذا النمط السلوكي كما وصفا النمط -ب- الذي يختلف مع النمط الاول وظهر بعدها النمط -ج- المرتبط بالاستعداد بالاصابة بالامراض السرطانية ثم النمط -د- المتعلق بارتفاع احتمال التعرض للأزمات القلبية الحادة المؤدية للوفاة (Consoli,2013,p260).

7.2. سمات الشخصية العامة كعوامل للشاشة الجسدية :

سنسلط الضوء على عاملين اساسيين هما التكتم والعدوانية المعرفية

1.7.2 التكتم أو خلل الضبط الانفعالي :

للانفعالات دور هام في الصحة النفسية والجسمية ويشير مصطلح التكتم او عدم القرة على التعبير عن المشاعر- الالكستيميا- إلى العجز عن ادراك الانفعالات وتمييزها عن الإحساسات الجسدية أو التعبير عن طريق اللغة وقد

لاحظ العلماء علاقة الانفعالات و طريقة التعبير عنها بالأمراض السيكوسوماتية فحسب *porcelly Et Mayer* (2002) التكتم يجمع بين مجموعة من الخصائص المعرفية والعاطفية متضمنا صعوبة التعرف على أحاسيسه والبوح بها مع اختلال في القدرة على التمييز بين الاحاسيس والإحساسات الجسدية المرتبطة بالإطارات العاطفية مع محدودية الحياة الخيالية وكذا نوع من التفكير الموجه نحو الملموس والواقع مع صعوبات في استدخال المعطيات وقدرة ضعيفة لتذكر الاحلام والامتثالية الاجتماعية حيث يرى *Tordaello et Coll* (1995) أن التكتم كبعد اساسي يمكنه تشجيع التظاهرات المرضية النفسجسدية ومن الدراسات التي يمكن تجميعها والتي اقيمت في هذا المجال كما جاءت في . (Rimé et Noel, 1988 ,p587).

- دراسة مقارنة أقيمت على عينات نمم المرضى السيكوسوماتيين
- دراسات تناولت العلاقة بين مستوى التكتم وخطورة المرض
- دراسات تفحصت ارتباط المتغيرات بين درجة التكتم وعدد الأعراض الجسدية
- فرغم تعدد الدراسات التي تناولت سمات الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية الا انها تؤكد مدى تأثير الجانب الانفعالي وسمات الشخصية على الجسد . (Rimé et Noel, 1988 ,p587).

2.7.5. العدائية المعرفية:

إن النزعة للعداء وخاصة للأفكار العدائية مثل الحقد – الشك – عدم الثقة قواسم مشتركة تفسر الاعتلال الجسدي حيث اعتبرت العدائية المعرفية كسمة شخصية خطيرة وكوسيط للإصابة الجدية خاصة في وجود المزاج الاكتئابي في حين أكدت دراسات اخرى *Nabie et all* (2008) إلى أن العدائية لوحدها كسمة ممرضة كافية للإصابة بالمرض الجسدي حتى في عدم ارتباطها سلوكيات ضارة بالصحة (Le mogne et all ,2010,p165).

خلاصة

ومن هنا نستخلص أن الاضطرابات السيکوسوماتية هي عبارة عن أمراض نفسجسدية يتحكم فيها العامل النفسي وتلعب فيها سمات الشخصية دورا كبيرا كعامل مؤثر أيضا، فكل شخص يعاني من اضطراب نفسجسدي لديه سمات شخصية خاصة باضطراب سيکوسوماتي معين.

الفصل الثالث:

توهم المرض

تمهيد

يصنف توهم المرض كأحد الاضطرابات جسدية الشكل ويعتبر شكل من أشكال القلق الشديد والمستمر والمتمركز حول الصحة حيث نجد الفرد يتوهم بأن مرضه عضوي وقد يكون خطير مع أن المشكلة في حقيقتها نفسية المنشأ وتجعل المتوهم يشعر بالقلق والضعف والتردد والقلق وعدم الثقة بالنفس فتوهم المرض ناتج عن عدة عوامل أهمها العامل النفسي ويستنتج المضطرب في سياق عمليتي تفسير ذاتي لعلاقات واحساسات فيزيولوجية بسيطة تجعل المخاوف تسيطر عليه مع اعتقادات وهمية واتخاذ نمط تفكير سلبي وتشاؤمي يدعم فكرة وجود المرض.

يتناول هذا الفصل عرض لاضطراب توهم المرض من وجهات نظر مختلفة والعوامل المساهمة في حدوثه مع توضيح كيفية التشخيص حسب dsm5 وإيضاح التشخيص الفارقي بينه وبين مجموعة من الاضطراب التي تتداخل معه .

1 . توهم المرض

1.1. الخلفية التاريخية:

جاء مفهوم توهم المرض من الناحية النظرية مناهضا لمفاهيم كانت سائدة مثل الهستيريا والمنخوليا، حيث كان ينظر إليه على أنه حالة مرضية عضوية كونه لم يتم الفصل بين الأمراض العقلية والعضوية والعقلية في تلك الفترة، وفي القرن الـ17 كان توهم المرض يشير إلى حالة جسدية غامضة تحت اسم المراق "تحت الغضروف"، حيث تكون أعضاء البطن هي السبب هذا يمثل إقتراح أبوقراط.

في حين جالينوس كان يرى أن توهم المرض مرتبط بسمات الشخصية المنخولية، وهو يحدث نتيجة عن اضطراب في الجهاز الهضمي، أما في القرن الثامن عشر جاء *Cullen* كأحد العصابت وهو ناتج عن تأثير للجهاز العصبي وبعد فترة زمنية أصبح يشير إلى حالة إلى مطلع القرن التاسع عشر أين تحول الاهتمام من الأمعاء إلى الدماغ، وأصبح توهم المرض يعتبر عصابا، أي اضطراب وظيفيا بدلا من اضطراب عضوي وتحديد السمة المميزة لتوهم المرض وهي الخوف وجود مرض خطير، ففي هذه الفترة تم تسليط الضوء على الانشغال الجسدي واليقظة المفرطة والسلوكيات المرضية الشاذة، حيث تحول مفهوم توهم المرض من العضوية إلى النفسية، حيث أدلت النظرية التحليلية النفسي بدور دور الشعور بالذنب الناجم على الرغبات الجنسية والعدوانية، والأوهام، وكبت المشاعر لتجنب العقاب والإخفاء أو الموت (Lipsitt,2011,p210).

اعتمد DSM5 على مصطلح "عصاب توهم المرض" على الرغم من عدم وضوح بنية الاضطراب وتداخله مع المصطلحات ذات الصلة، لكنه المرض استمر في المراجعات اللاحقة لكل من DSM و ICD (Sussman,1984.p95).

وضعت عدة تساؤلات حول توهم المرض هو اضطراب قائم بذاته أو اضطراب ناتج اضطرابات نفسية أخرى؟ وكيف يمكن التمييز بينه وبين اضطراب عضوي حقيقي؟ وماهي علاقتها بالاضطرابات الجسدية واضطرابات القلق والوسواس القهري ومن هو أفضل تصنيف له؟ (Stein,2012,p81).

هذا ما أدى إلى طرح العديد من الآراء والأفكار حيث نجد *Kraepelin* في 1919 اعتبر كجزء من متلازمة ذهانية ووصفه كعرض من جنون العظمة، أو الاكتئاب حيس حدة ظهوره، أما *Bleuler* (1924) لا يعتبره مرض، أما

Jaspers (1962) سلط الضوء على شخصية متوهي المرض حيث بوجودهم متفحصه لذاتها ومترقبة للتفاصيل الجسدية مع فزع من وظائف الجسم.

أما *Gillespie* دعم فكرة توهم المرض اضطراب قائم بذاته وقام بوضع تعريف له على أنه انشغال الفكر باضطراب جسدي أو عقلي مع قناعة بوجود الاضطراب والقلق إزاء لا مبالاة الأفراد المحيطين به بحالته لكنه أقفل دور القلق والخوف والانشغال بالأحاسيس الجسدية (Stein, 2012,p82).

أما الطبيب النفسي الدنماركي *Bjerg Hansen* (1976) الذي قال بوجود توهم مرض برنوي، وأنه يجب يأخذ تصنيف جديد، و يجب الفصل بين توهم المرض المرافق بهذاء والغير مصحوب بهذاء، و يعتبره أمرا حاسما لتعريف Gillespie لأن هذا الأخير لم يفصل بين اضطراب المرض و جنون العظمة.

أما *Kenyon* اعتبره ما هو إلا تعبيرا عن اضطراب مزاجي، وتوصل أنه لا يمكن التفريق بين المرض الذي يعانون من توهم المرض كمشكلة أساسية والذين يعانون من توهم المرض كمشكلة ثانوية وهو دائم جزء من متلازمة أخرى يرافقه قلق واكتئاب حاد.

وفي سنة 1967 دعم *Pilowisky* فكرة وجود اضطراب توهم مرض كمشكلة أساسية ومن خلال الاستبيان الذي طوره أصبح ينظر إليه على أنه قلق غير مبرر حول الصحة والمرض مع استجابة موفقة للطمانينة، ويرى أنه بدل الاهتمام من اضطراب توهم المرض أساسي وثانوي من إلى حدي التعرف على العوامل المسببة النفسية لهذا الاضطراب (Stein,2012,p85).

أما *Kilner* طور بطريقة علاجية في الفترة الممتد ما بين 1960 و 1970 لعلاج المرضى الذين يعانون من توهم المرض سماها العلاج بالشرح أو التفسير. واعتبره اضطراب أساسي مستعملا المفاهيم التي جاء بها DSM لوصفه وهو واحد من الاضطرابات النفسية الفسيولوجية حيث أن المصابين بهذا الاضطراب لا يدركون العلاقة بين الانفعالات والأعراض الجسدي، إذ هو يعتبر توهم المرض اضطراب عصابي، واستعمل أيضا مصطلحات معرفية وسلوكية كالإدراك والتعلم الشرطي، فالعلاج المناسب حسب هو العلاج بالشرح كون المرضى لا يدركون العلاقة بين الانفعال والأعراض الجسدية التي يعانون منها والهدف الرئيسي هو إقناعهم بأن اعتقادهم خاطئ أو غير منطقي وأن كل هذه الأعراض ليست خطيرة وهب متوهمة و فقط، وهذا من خلال تصحيح المعلومات والشرح والتوضيح مع إعطاء أمثلة

للمريض كيف يتدرب لتحسين الإدراك الحسي له وأن يتعاطف مع مشكلة المريض مع الأخذ بعين الاعتبار التاريخ المرض (Stein,2012,p86).

كأن يرى القلق والاكتئاب والأعراض الجسدية هي مكونات أساسية في تركيب توهم المرض ويرى أن الأحاسيس الجسدية المفرطة تخفوا أفكار توهم المرض. أما bars KY قام بدراسة الجوانب الأساسية لهذا الاضطراب وأقرا بوجود تشخيص نفسي خاص وجاء بتصورات جديدة في ما يخص الجانب المعرفي الداخلي أو الجانب السلوكي الخارجي حيث أثرت نتائج دراسته على تعريف DSM3 لاضطراب توهم المرض الذي يعتبر اضطراب أساسي وحالة مرضية مزمنة يقوم بها الفرد بتفسير أحاسيسه الجسدية بطريقة غير منطقية (Stein,2012,p87).

2.1. البداية والمسار:

يبدأ اضطراب توهم المرض في جميع المراحل العمرية ولكنه يكثر في سن الشباب أي العشرينيات، كما أن الانشغال بالأعراض الجسدية والخوف من الإصابة من مرض خطير يمر بسيرة بدء قلق خفيف جدا حول بعض الأحاسيس الجسدية الغير عادية إلى المراقبة والانشغال الشديد والخوف إلى أن تتحول إلى قناعة لدى الأفراد من خلال تركيزهم على الأفكار الغير منطقية التي تدور حول المخاوف المبالغ فيها من وجود أو تطوير مرض خطير مهدد الحياة، يصبح زمنا حسب ما يمر به الفرد من فترات عصبية وخبرات مؤلمة أو ظروف اجتماعية قاسية، كما أن ثلث المرضى لا يتحسنون ويضطرب تكيفهم من حيث الحياة الأسرية أو الاجتماعية أو المهنية نتيجة انشغالهم بمرضهم وقد تزداد الإعاقة فيصبح الفرد يتخذ وضعية سريرية أحيانا يتعرض لعملية جراحية استكشافية تحمل أخطارا عديدة بالإضافة إلى أن الأعراض التي يشكو منها قد تؤدي إلى تشخيص خاطئ وعلاج خاطئ (الخليل، 2001، ص 81).

3.1. الشخصية قبل المرض:

- تتسم شخصية المريض قبل المرض بالتمركز حول الذات بشكل غير ناضج والعدلة والاهتمام الفرط بالصحة والجسم (حامد، 2005، ص 491).

- تسم أيضا بالقلق ليس فقط بخصوص الجسم وحتى بالواقع أيضا فانشغال الفرد بالجسم هو بمثابة تعبير عن قلق يعاني منه (رشدي، 1999).

• انتشار توهم المرض

يشع انتشار توهم المرض عند الإناث مقارنة بالذكور ويظهر ما بين 20 إلى 30 سنة، يتجلى هذا الاضطراب بوضوح في مرحلة المراهقة ويزداد في سن الشيخوخة (Claire, 2019).

4.1. تعريف توهم المرض:

هناك عدة تعاريف لتوهم المرض في اللغة والاصطلاح وهذه بعض التعريفات:

في اللغة: هو ما يقع في الذهن من الخاطر، وهو قوة وهيمه تنتج من الحواس الباطنية التي شأنها إدراك المعاني الجزئية المتعلقة بالمحسوسات.

في الاصطلاح: هو اضطراب نفسي المنشأ وهو عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود الدليل الطبي المؤكد لذلك، مما يؤدي إلى حصر تفكير الفرد في ذاته واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسده بشكل مفرط مما يعوق اتصاله وعلاقته مع العالم الخارجي ويشعر بالدونية والشك في نفسه (كفاي، 1990، ص 123).

حسب ICD 10 انشغال الفرد بالمرض وبصحته بشكل مفرط ووضع تفسيرات غير الواقعية لأعراض التي تتشابه مما يؤدي إلى الخوف أو الاعتقاد أن لديه مرضا خطيرا، رغم أن الفحص الجسدي الدقيق والمتكرر يؤكد عدم وجود مرض، ولكن يضل ثابتا حتى يصل هذا الاعتقاد الانشغال بوظائف الجسم مثل ضربات القلب أو التعرق أو حركة الأمعاء أو الأعراض الجسدية الطفيفة (السعال) إلى حد تفسير الشخص ذلك كدليل على مرض خطير قد يركز على عدة أجهزة جسدية وقد يتركز على عضو واحد، كما في حالة عصاب القلب التي فيها يخاف ويعتقد الفرد أنه مصاب بمرض القلب، يصاحب هذا الاضطراب كثرة الفحوصات والزيارة الطبية *Doctor shopping* وتدهور العلاقة بين المريض والطبيب وإحباطهما، بالإضافة إلى أعراض القلق والاكتئاب وصفات الشخصية الوسواسية، The 10 ICD (1992).

حسب *Warwick* هو من اضطرابات العبارة وسهل التعامل معها من خلال الطمأنة الطبية، في بعض الحالات على عدم اكتشاف أي مرض عضوي نجد المريض لا يطمئن ويضل الخوف والقلق حول صحته مستمر، وهذا راجع إلى عجز في إدراك المريض أو عدم قدرة الطبيب على طمأنته وفي الحالات الأكثر تأزماً تتحقق الخصائص التشخيصية لواحد من الاضطرابات جسدية الشكل وهو اضطراب توهم المرض (Warwick,1990,p115).

حسب *Barsky* هو حالة نفسية مزمنة وهذا ما يتوافق مع ما ورد DSM3 حيث تم تعريفه بأنه تفسير خاطئ الأحاسيس الجسدية واعتبارها غير طبيعية، مما يؤدي بالفرد إلى الشعور بالخوف واعتقاده بأنه مصاب مرض خطير، ويوصف هذا الاضطراب بأن لديه أربعة خصائص أساسية هي:

- الانشغال بالجسد.
 - الخوف من المرض واعتقاد الراسخ بأنه مريض.
 - الأعراض الجسدية المفرطة واعتبارها دليل على الإصابة بمرض عضوي حقيقي.
 - السعي المستمر للقيام بالفحوصات الطبية وعدم تقبل طمأنة الأطباء.
- نجد هذا كاضطراب أساسي أو عرض ثانوي لاضطرابات نفسية أخرى كالالاكتئاب، القلق، الفصام.

حسب أحمد عكاشة أن السمة الأساسية لاضطراب توهم المرض هي الانشغال دائم باحتمال الإصابة بوحدة أو أكثر من الأمراض العضوية الخطيرة ويعبر عنه الب بشكاوى جسدية مستمرة.

وفي كثير من يفسر الفرد الأحاسيس والظواهر الطبيعية والعادية على أنها غير طبيعية ومزعجة، كما يهتم بواحد أو اثنين من أعضاء جسمية وقد يضع تشخيص لنفسه مع اقتناعه التام والتركيز على اضطراب دون آخر، نجد كل من القلق والاكتئاب كاضطرابات مرافقة، وقد يستدعيان استعمال تشخيص إضافي.

ويضل كثير من المرضى في إطار المتابعة الطبية غير نفسية يرفضون الإحالة إلى الطب النفسي، نجدهم أيضا يسيطرون ويتلاعبون بعائلاتهم وعلاقاتهم الاجتماعية بواسطة أعراضهم (أحمد، 1999، ص263).

حسب *Nober sillamy* أن توهم المرض هو انشغال تفكير الفرد فيما يخص حالته الصحية، فإذا كان بال الفرد عادي يستند على القلق أما إذا كان مرهق يستند على حدوث اقتناعات وسواسية (سيلامي نوبير، 2001، ص 91).

حسب *Prashant Srivastava* أن اضطراب توهم المرض له عدة معاني ويستخدم لوصف المخاوف المختلفة ويحمل ثلاثة معاني شائعة وهي:

- يعبر عن صور التوجس والخوف حول الصحة والاهتمام بحالته الصحية حيث نجد الفرد مشغول بالأطعمة الصحية وقراءة نشرات الأدوية رغم عدم شيء يستدعي كل ذلك.
- يمكن أن يصف هؤلاء الأفراد الذين يتبعون تدهور الصحة كأسلوب الحياة حيث تجدهم منهمكون في الإلمام بأعراض جديدة لتدليل بها على تدهور صحتهم.
- يمكن أن يبرهم هؤلاء الأفراد مقتنعين بأنهم مرضي فعلا أو أنهم يخافون أن يصابوا بمرض ما خطير (Prashant, 2016, p93).

حسب زهران هو زملة أو عرض وفيه يعتقد المريض بوجود مرض غير قابل للشفاء في بعض أعضاء جسمه رغم أن الفحص الطبي ينفي ذلك، ويتجلى توهم المرض بصورة خاصة في الأعراض القابلة للتعبير الفيزيولوجي أو التوتر العضلي أورد فعل القلق مثل سرعة نبضات القلب ونجده في بعض الاضطرابات كالاكتئاب في سن القعود كعرض له أو كاضطراب قائم بذاته (زهران، 2001، ص 213).

5.1. العوامل المسببة لتوهم المرض:

1.5.1. العوامل البيولوجية:

وجد معدل انتشار توهم المرض بين التوائم المتماثلة الحقيقية والأشخاص المقربين الدرجة الأولى، وهذا ما يشير إلى تدخل العامل الوراثي الجيني، كما لوحظ أن متوهمي المرض لديهم منخفضة من تحمل المعاناة الجسدية لدرجة أنهم ما يعتبرون الضغط على البطن على أنه ألم نجد المرض العضوي له دور في تهيئة الفرد لاضطراب توهم المرض بطريقتين، قد الأولى هي التفاعلات التوهمية العابرة التي تتبع في معظم الأحيان بمرض خطير والثانية هي توهم

المرض الأولى حيث يحدث نكو أو عودة إلى مراحل طفولية بها أمراض عديدة وتواريخ مرضية سابقة عاشها الطفل في مراحل الأولى (محمد، 2000، ص105).

• العوامل العصبية لتوهم المرض:

حسب دراسات *Hallander* وزملائه وجد أن هذه الاضطرابات، اضطراب المزاج، اضطراب القلق، اضطراب الوسواس القهري، اضطراب التشوه الوهمي للجسد وفقدان الشهية العصبي متشابهة في الاستجابة لمثبطات السيروتونين، ووجود فرط نشاط في مناطق من الفص الجبهي حيث ركزوا على مادة *Fluoxetine* التي تستعمل كمثبط لإعادة امتصاص السيروتونين والتي تستعمل كعلاج أ من اضطراب الوسواس القهري واضطراب توهم المرض وفي دراسة أخرى طبقت على الأشخاص الذين تستوفي فيهم معايير التشخيص في DSM5 الخاصة بتوهم المرض، أثبتت انخفاض *Plasma Neurotrophin* التي يرمز لها بالرمز (NT3) ، ومستقبلات السيروتونين التي يرمز لها بالرمز (Emedicine.Medscape.Com:Article/290955-Overview)(5ht).

حسب *Abramowitz* أن من أبرز العمليات التي تضمن على استمرارية توهم المرض هي التي تتعلق بفسولوجية القلق والإجهاد، حيث يتعلق الأول الذي هو القلق بالخوف من الإصابة بمرض عضوي مهدد للحياة والتي يكون الجهاز الودي (الذاتي) هو المسؤول، فاليقظة جزء من رد فعل الجسم الطبيعي للإجهاد حيث تعمل هذه اليقظة اللاإرادية على حماية الفرد وتسمى باستجابة الهروب أو المكافحة كونها تعمل على جعل الفرد تتخذ تدابير فورية كالهجوم والهروب، فعندما يتعرض لموقف الخطر أو يكون يتم إفراز الأدرينالين والنور أدرينالين من الغدد الكظرية و تصبح الآثار الفسيولوجية قابلة للملاحظة كزيادة معدل ضربات القلب يمثل كجزء من اليقظة اللاإرادية، ومن الآثار الأولى وضوح هي التي تظهر على مستوى الجهاز الدوري وازدياد تدفق الدم إلى المجموعات العضلية الكبيرة وتدفق الدم للجلد والأصابع في اليدين والقدمين لتوفير كمية الدم المناسبة، فعندما يكون الفرد في حالة قلق قد يصبح الجلد بارداً أو شاحباً وأصابع اليدين مخدرة ويشعر صاحبها بالوخز، وينتج عن اليقظة اللاإرادية أيضاً ازدياد تدفق الأكسجين إلى الأنسجة العضلية حيث يصاب الفرد إما بازدياد سرعة التنفس أو الإحساس بالاختناق وقد تؤدي إلى آلام أو ضيق في الجهاز الصدري، فعدم حدوث النشاط يؤدي إلى تدفق الأوكسجين إلى الدماغ ونفس الشيء في التهوية المفرطة لمدة طويلة، في الحالتين تنتج آثار ليست بالغة خطورة جداً لكنها تظهر على شكل أعراض كالارتباك

والتشويش، والشعور الحرارة والدوار وضباب الرؤية، وهناك آثار أخرى ينتج عن استجابة الهروب والمكافحة تتمثل في جفاف الفم واتساع حدقة العين مما يؤدي لعدم وضوح الرؤية الإحساس بالغثيان أو الإمساك نتيجة انخفاض في وظيفة الجهاز الهضمي التي تبدو ليست في غاية الخطورة لكنها تحافظ على استمرارية قلق الصحة لأنها تحدث بشكل غير متوقع وتكون مزعجة لتوهي المرض كونهم يفسرون هذه الأعراض التي تهدد حياته ، فكلما ازدادت حدة ودرجة القلق ازدادت الأعراض اللإدارية مما يجعل الفرد إلى السعي المستمر واللجوء إلى القيام بفحوصات طبية متخصصة ومختلفة من أجل الاطمئنان ويدخل المريض في حلقة مفرغة (Abrammowitz, 2006, p175).

2.5.1. العوامل النفسية:

- حسب التحليل النفسي:

تكلم فرويد في 1983 عن قلق الجسم L'angoisse liée Au corps كتأثير ضعيف التمايز في الطريقة التي يتغلل ويشكل بها الاضطرابات الوظيفية التي يشتكي منها الفرد.

في 1898 اعتبر توهم المرض عرض من أعراض عصاب القلق الذي تم تحديده على أنه حالة من الانزعاج الجسدي الشديد المصحوب بالقلق المتعلق بوجود مرض خطير مع حدوث انفعالات ومشاعر سلبية كالشعور بالحزن والتعب والإرهاق.

وضع فرضية حدوث توهم المرض سبب ركود أو كبت الرغبة الجنسية من طرف الأنا حيث أن عدم إشباع هذه الغزيرة وتحقيق المتعة يؤدي إلى توهم المرض مثل الترابط الموجود بين اضطراب الوسواس القهري والسادية، ففي الوسواس القهري الجنسي نجد استحواد أفكار تقوم بإثارة الفرد على سلوكات جنسية لا سوية تؤثر بشكل سلبي على توافقه النفسي وصحته النفسية قد يرغب الفرد في إبداء الطرف الآخر وإيقاع الألم عليه أو أن يكون هو نفسه المتألم فلا يجد متعة إلا بإحداث الألم وهذا يمثل السادية (Gerard, 2017, p252).

فيما بعد قارن بين المرضى السيكوسوماتين ومتوهي المرض في مقدمة حول الترجسية، حيث أن المريض السيكوسوماتي يعمل على سحب استثمار الرغبة الجنسية من طرف الأنا لكنها تظهر من جديد بعد تحسن حالته الصحية أي أنه سحب غير نهائي أما متوهي المرض يعملون على إزالة الرغبة الجنسية إزاء الموضوع الخارجي، لكنهم

يشتركان في التركيز على مناطق جسد معينة فحسب فرويد أن كل وظائف الجسم الطبيعية لها دور جنسي (Gerard , 2017,p252).

يرى *Tausk* توهم للمرض سمح بإعادة النظر في مسألة الاسقاط عكس اتجاه فرويد حيث أصبح ينظر إليه أنه ما تم إلغاؤه في العالم الخارجي يعود إلى العالم الداخلي ويتمركز في مكان معين من الأنا التي تعتبر كيان سطحي وجسدي، فالجسد هنا يأخذ مكان العالم الخارجي.

حسب فرويد وتوسك يفسر توهم المرض على أنه خوف لا شعوري من وقوع مرض جسدي نتيجة رغبة مكبوتة (Gerard ,2017.p252).

حيث يتم انسجام الليبيدو والجنس من المواضيع الخارجية فإنه يعاد استثمار في الذات نرجسي ويفترض أن الدوافع العدوانية والجنسية تتحول إلى شكاوى جسمية، حيث أن أعراض توهم المرض كـرغبة للحماية والتعاطف أيضا يصاحب الشعور بالمرضى الجسدي أو الخلل شعور غير صحيح في الذات، إذ يعد فرويد توهم المرض دفاعا للانا ويعبر عن عقاب للذات بسبب الشعور بالذنب ترتبط هذه الأفكار بالمكاسب الأولية والثانوية وتتمثل المكاسب التي يحصل عليها الفرد عندما يمرض كـالاهتمام والدعم والتعاطف والرعاية.

ترى مدرسة التحليل النفسي أن توهم المرض ترجع أصوله الديناميكية إلى مرحلة الطفولة، فالرغبات المكبوتة تتحول إلى صورة جسمية ديناميكية ذلك عبر الآليات الدفاعية عن طريق تحويل الرغبات المكبوتة إلى حيز الشعور بواسطة تلك الآليات، والبعض يرى أن توهم المرض هو دفاع ضد الشعور بالذنب ونقص الذات (رضوان، 2007، ص 127).

بالإضافة إلى أنه علامة الانشغال بالذات، فالألم والمعاناة تصبح وسيلة للتفكير عن أخطاء الماضي سواء الواقعية أو الخيالية، فالميل العدوانية المكبوتة مع الفشل في الحياة العامة وإحساس المريض بالاضطهاد والنقص والقصور في أداء مهامه يدفعه لتوهم المرض كتعبير رمزي عن الإحساس بالإثم، أو بديل عن تأنيب الذات وتعويض وخلق عالم وهمي لتبرير هذا الفشل، فالرغبات العدوانية تتحول إلى شكاوي جسدية بعد كثرتها (فيصل، 1984، ص 209).

ومن الأسباب النفسية الأخرى نذكر ما يلي:

- الحساسية النفسية عند بعض الأفراد حيث نجدهم يتوهمون وجود مرض لديهم سمعوا عنه من الأطباء أو المرض أو من قراءة غير واعية في الكتب والمجلات (زهران، 2001، ص490).
- الفشل في الحياة وشعور الفرد بعدم قيمته (الحنفي، 1992، ص 187).
- الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد في حياته (الحجاوي، 2004، ص304).
- القلق والضعف العصبي (المالح، 1997، ص78).
- الأساليب التربوية الخاطئة مثل الحماية المفرطة للوالدين (أبو الهندي، 1998، ص112).

3.5.1 العوامل الاجتماعية والثقافية:

إن تغير ثقافة الفرد تؤدي به إلى عدم الشعور بالانتماء والأمان، ما يجعله يتخذ سلوك المرض ولعب دور المريض كأسلوب هروب من مشكلات صعبة الحل في بعض السيئات ويلتمس أعذار كمريض بل وقد يكتسب تعاطف المحيطين به (الحجاوي، 2004، ص305).

4.5.1 العوامل المعرفية:

انتبه كل من *Salkovskis* و *Warwiek* (1986) إلى الأفكار اللاعقلانية التي قاموا بإغفالها كل من *Bech et Ellis* التي يمكن أن يتبناها الفرد حول كفاءته الجسدية حيث نجح في وضع نموذج معرفي سلوكي لتغيير كل من توهم المرض وقلق الصحة وأشاروا إلى وجود معتقدات مختلفة تلعب دور أساسي في ظهور واستمرار توهم المرض وقلق الصحة مثلا:

- الاعتقاد بانتشار الأمراض أكثر مما هو في الواقع.
- اعتبار الأعراض الغامضة كدليل حتمي لنتائج كارثية.
- الاعتقاد بأنه إذا لم تشخص الأمراض وتعالج على الفور ستكون نتائج خطيرة.
- ربط الصحة الجية بالخلو من الأعراض.

هذه المعتقدات لها دور في زيادة قلق الصحة وخطر توهم المرض لدى الفرد. (Schmidt, 2000, p283).

ثم جاء *Barsky* (1992) باقتراحه لنموذج مماثل للأول في تفسير توهم المرض لكنه ركز على فرضية أن الأفراد الذين لهم توهم المرض هم أكثر حساسية للتغيرات التي تطرأ على الجسم والأحاسيس الجسدية وأن هذا التضخيم الحسي الجسدي يعمل كعامل خطر مهم باعث لتوهم المرض.

إلى أن جاء كل من *Tayher* و *Asinundson* (2004) بإدماج العديد من العوامل المصرفية (المعتقدات العقلانية والذاكرة الانتقائية وعوامل الانتباه والتضخيم الحسي) في نموذج واحد متكامل لتعتبر توهم المرض وقلق الصحة. عند التطرق إلى العوامل المعرفية لا بد من الإشارة إلى بعض المصطلحات كالأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة، المعتقدات الصحية، المعتقدات الصحية التعويضية، المعتقدات الصحية المختلة (Barsky, 1993, p 162).

6.5.1 الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة:

هي مجموعة الأفكار التي تتوسط المواقف الصحية الخارجية واستجابة الفرد الانفعالية، أي نمط التفكير المتكرر لدى الفرد حول وضعيته الصحية والمال التي ستؤول إليه، تكون خاطئة بعيدة عن المنطق تتميز باللاواقعية واللاموضوعية تؤدي إلى سلوكيات وانفعالات غير صحية هازمة للذات مما تعيق تكيف وتوافق الفرد.

7.5.1 المعتقدات الصحية:

هي الإدراكات والمعتقدات والتوقعات التي يتبناها الفرد تعمل على مساعدته في الحفاظ على صحته (Becke, 1974, p 233).

8.5.1 المعتقدات الصحية التعويضية:

هي المعتقدات التي يتبناها الفرد بعد شعوره بوجود مشكلة صحية ناتجة عن قيامه سلوك غير صحي، هذه المعتقدات تؤدي به إلى تعبير سلوكياته كتعويض عن السلوك الغير صحي من أجل رفع قدراته الذاتية في التغلب على هذه المشكلة الصحية (سنا، 2010، ص 174).

9.5.1. المعتقدات الصحية المختلفة:

حسب *Christensen* (1999) هي التي تتمحور حول اللامبالاة وعدم الاهتمام بالصحة وعدم الالتزام بالتوجيهات والتعاليم الطبية (سناء ، 2010 ، ص 174).

- سمات الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة:

- أخطاء التفسير: نجد الفرد يميل إلى تفسير الأحاسيس واستنتاجات دون أدلة مجرية، كأن يدرك أن الموقف مهدد وخطر دون أن تكون هناك أدلة تثبت ذلك.
- كأن يسمع عن مرض ما من أحد المرضى دون أن يعايش التجربة فعليا، هذه الأفكار المستمدة من رؤية غير منطقية وتجارب غير دقيقة وخبرة تسبب اضطراب في سلوك الفرد.
- عدم التجريب: يتمثل اللاتجريب في خروج الفرد بنتائج واستنتاجات دون ادلة مجرية كأن يدر ان الموقف مهدد وخطير دون ان تكون هناك ادلة تثبت ذلك كأن يسمع عن مرض ما من احد المرضى دون ان يعايش تجربة فعليا هذه الافكار المستمدة من رؤية غير منطقية وتجارب غير دقيقة وخبرة تسبب اضطراب في سلوك الفرد (Marcus, 2008, p213).
- الاجترار: حسب الدراسات التي أجريت على الأفراد الذين يعانون من توهم المرض أو مستوى عالي من قلق الصحة وكذلك تماشيا مع النموذج المعرفي السلوكي لكل من *Warwiek et Salkovskis* نلمس لديهم المبالغة في اجترار كل ما يتعلق بالأمراض الخطيرة مع اعتقادات ضيقة على الصحة، وتفسر الأعراض المهمة على أنها كارثية، فالتركيز على الأعراض والأسباب والنتائج المحتملة لهذه الأعراض دون محاولة إيجاد حل للمشكلة تعد أهم ميزة لتوهم المرض (Marcus, 2008, p213).
- المبالغة والتهويل: تتمثل في ميل الأفراد إلى المبالغة في إدراك حدة وشدة الأعراض والنظرة السوداوية نحو النتائج الخطير مما يؤدي إلى التوتر والخوف، فهؤلاء الأفراد نجدهم دائما يخافون عن صحتهم دون سبب منطقي مع تهويل الأحداث (Baesky, 1988, p 129).

- السلبية: نجد هؤلاء الأفراد لديهم تفكير سلبي حيث يربطون أعراضهم بمرض خطير قد سمعوا عنه أو شاهدوه على عكس الانسان السوي قد يربطه بالتعب أو سلوكيات أخرى كالسهر أو التدخين ويعمل على تغيير عادات وسلوكياته إلى أخرى أكثر صحة وعقلانية (شيلي تايلور، 2008، ص 483).
- التخطيط المسبق: هناك بعض الأفراد يضعون مخطط مسبق حول الصحة والمرض والميل للتفكير بصورة مطلقة، وقد افترض *Bech* أننا نستسقي أفكارنا من خلال طريقة تنظيم المعارف ومعالجتها والتركيز الانتقائي على المعلومات التي تناسب وتنسق مع مخططنا وتجاهل ما لا يتناسب معه، فالتمثيلات والمخططات المرضية توضح المدركات المنظمة عن المرض التي تؤثر في المفاهيم التي يحملها الأفراد عن الصحة والمرض وكيفية استجابتهم للأعراض المرضية، وهذه المخططات تكتسب من الخبرة الشخصية، وسائل الإعلام، الأسرة والأصدقاء الذين أصيبوا بمرض معين (شيلي تايلور، 2008، ص 483).
- التجريد الانتقائي: يكون هذا عن طريق عزل الفرد لعرض معين من سياقه العام ويؤكد لها في سياق آخر، فمثلا وجود انتفاخ على مستوى الرأس (سياق عام) ويتم الصاقه بسياق آخر على أنه ورم خبيث وتمسكه بهذا الاعتقاد رغم طمأنة الأطباء وسلامات الفحوصات، فالميزة الجوهرية للأفراد الذين يعانون من توهم المرض هي الميل للمبالغة وإساءة تفسير الأحاسيس الجسدية والحساسية للحالات الفسيولوجية العادية (شيلي تايلور، 2008، ص 483).
- ركزت النماذج المعرفية على فرضية أن الأفراد الذين يعانون من توهم المرض يميلون إلى إساءة تفسير الأحاسيس الجسدية الحميدة على أنها علامات مرضية خطيرة.
- كما يفترض أن الأفراد ذوي الميول لتوهم المرض يبالغون في تقدير إمكانية إصابتهم بمرض خطير وإدراك الأعراض الجسدية على أنها أكثر خطورة مما هي عليه في الواقع. (Kleraman, 1983, p298).
- بالنسبة للحفاظ على هذا الاضطراب واستمرارية يفترض *Salkovskis et Worwik* أن من التحيز المعرفي تجاه المعلومات التي تؤكد مخاوف المرضى والسلوكيات التجنبية فالاستشارات الطبية المتكررة والفحص الجسدي الدقيق ساعد على استمرارية قلق الصحة وهذا يشابه مع الدوافع القهرية لاضطراب الوسواس القهري. (Salkovskis, 1990, p 273).

6.1. أعراض اضطراب توهم المرض:

إن العرض الأساسي المميز لهذا الاضطراب هو استحواذ فكرة الإصابة بمرض جسدي خطيرا على الحياة أو مسببا للإعاقة، للمصاب، حيث نجد الفرد يفكر المصاب بشكل متكرر بتلك الاحتمالية، ويقوم بتفسير الأعراض الجسدية البسيطة أو الوظائف الجسدية العادية أو الاختلافات والفروق الفردية بين الأشخاص بأنها علامات مرضية مما يؤدي به إلى زيارة العيادات بصفة متكررة ومستمرة رغم وضوح نتائج الفحص الطبي التي تؤكد سلامته لكن لا يطمأن حيث أنه يعاود القلق من جديد بعد مرور فترة زمنية.

وقد أضاف مرجع (Oxford) أنه بالرغم من أن المصاب قد يقتنع بأن مخاوفه لا أساس لها، إلا أنه لا يستطيع إيقافها.

نجد أيضا:

- الخوف والقلق المفرط بشأن الإصابة بمرض معين.
- القلق منشأ الأعراض البسيطة إشارات على وجود مرض خطير.
- مراقبة تغيرات الجسد والبحث عن التقرحات أو الأورام.
- الفحص المتكرر للعلامات الحيوية، كدرجة الحرارة وضغط الدم.
- الاعتقاد الراسخ بمرض ما بعد التطلع عليه السماع عنه.
- اللجوء المتكرر للفحوصات الطبية.
- التغيير المتكرر للأطباء نتيجة عدم الطمأنه.
- عدم الرضا بشأن التفسير والتشخيص المقدم.
- عدم التوافق النفسي والأسري والاجتماعي (رضوان ، 2009 ، ص 57 ، 85).

وتختلف شدة هذا المرض من حالة إلى أخرى، حيث إن بعض المصابين يكونون متيقنين من إصابتهم بمرض معين، ويستحوذ الحصول على تشخيص على تركيزهم واهتمامهم، مما يجعلهم يفسرون عدم حصولهم على التشخيص الذي يتوافق مع تفكيرهم وتفسيرهم على أنه تقصي طبي، الأمر الذي يؤدي بهم إلى تغيير الأطباء كلما أكد

لهم الطبيب بأنهم غير مصابين بذلك المرض، كما أنهم يخضعون أنفسهم إلى فحوصات طبية لا داعي لها، كصور الرنين المغناطيسي MRI وتخطيطات القلب وحتى العمليات الاستقصائية من دون حاجة. بالإضافة كثرة الشكاوى المرضية والأعراض عن الأمراض التي يعتقدون أنهم مصابون بها عند البعض الآخر نجد الخوف يمتلكهم لدرجة تحول بينهم وبين زيارة الطبيب خوفاً من سماع أخبار سيئة، إلا أن المرض قد يكون أقل شدة عند الفئة الأخرى، فمخاوفهم لا تتمكن من إجبارهم على اللجوء المتكرر إلى الأطباء للفحص الجسدي (فيصل ، 1984 ، ص 201).

نجد كذلك تضخيم شدة الإحساس العادي بالتعب والألم وتضخيم الأعراض والتركيز على صفات الأمور مع الشكاوى من اضطرابات جسمية خاصة في المعدة والأمعاء وفي بعض الأحيان يكون اختيار العضو أو الوظيفة التي يكون هدف توهم المرض له علاقة رمزية بالمشكلة التي تكمن وراء توهم المرض، فمثلاً المراهقون الذين يعانون من صراعات جنسية يكون توهم المرض لديهم متمركزاً حول الأمراض السرية والجنسية والإحساس بحركات الأمعاء وضربات القلب مع الشعور بالنقص مما يعوق اتصالهم الاجتماعي ويؤدي إلى الانعزال والانسحاب (زهران، 2001، ص 179).

فلا تزال الدراسات والأبحاث العلمية المختصة بعيدة عن إدراك أن العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية تلعب دوراً هاماً في نشأة المرض وأن مرضى SSD يحتاجون إلى علاج تكاملي وتعاوني فالاضطرابات الجسدية SSD مصحوبة باضطرابات أخرى كالخوف بنسبة 60% والاكنتاب يصل إلى درجة 90% مع اضطرابات تمس بالشخصية تصل إلى 45%.

نجد DSM 5 يتحدث عن الاضطرابات السيكوسوماتية وعن الاعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة SSD للمرضي الذين يشكون من اضطرابات للاجهاد الجسدي التي تتكون من اضطراب جسدي من أجل تفادي الوصم (Jorge.2019).

7.1. تشخيص توهم المرض:

• مؤشرات التشخيص:

الاعتقاد بوجود مرض جسدي أو أمراض أخرى رغم تأكيد الأطباء عدم وجود أي مرض عضوي وذلك عبر تكرار الفحوصات الطبية اللازمة.

رفض مستمر وعدم قبول النصح من الأطباء بالرغم من اتفاقهم على عدم وجود مرض عضوي يفسر تلك الأعراض التي يشكو منها (عكاشة، 1992، ص 170).

1.7.1 اضطراب توهم المرض من وجهة نظر DSM 5

اضطراب العرض الجسدي (Somatic Symptom Disorder F45.1).

A- واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية المؤلمة أو التي تؤدي إلى تعطل كبير في الحياة اليومية B- أفكار، ومشاعر، أو سلوكيات مفرطة متصلة بالأعراض الجسدية أو المخاوف الصحية المرتبطة بها كما تتجلى بواحد على الأقل مما يلي:

- 1- أفكار غير متناسبة مستمرة حول خطورة أعراض الشخص-
- 2- استمرار مستويات القلق المرتفعة حول الصحة أو أعراض الشخص
- 3- الوقت والطاقة المفرطين والمخصصين لهذه الأعراض أو المخاوف الصحية. على الرغم من أن عرض جسدية واحدة قد لا يكون حاضرة باستمرار، فالحالة العرضية تبقى ثابتة (عادة أكثر من 6 أشهر).

تحديد ما إذا كان:

مع ألم مسيطر (سابقة اضطراب الألم): هذا المحدد هو للأفراد الذين تنطوي أعراضهم الجسدية غالبية على الألم.

تحديد ما إذا كان:

مستمر: يتميز المسار المستمر بالأعراض الحادة، ضعف ملحوظ، ومدة طويلة (أكثر من 6 أشهر).

تحديد الشدة الحالية:

خفيف: واحد فقط من الأعراض المحددة في المعيار B يتم الوفاء بها.

متوسط: يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار B

شديد: يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار B، بالإضافة إلى تواجد شكاوى جسدية متعددة (أو عرض جسدي واحد شديد جدا).

اضطراب قلق المرض (Illness Anxiety Disorder F45.21)

A- الانشغال بوجود أو باكتساب مرض خطير.

B- الأعراض الجسدية ليست موجودة أو، إذا تواجدت، فتكون خفيفة الشدة فقط إذا تواجدت حالة طبية أخرى أو أن هناك مخاطر عالية لتطور حالة طبية (على سبيل المثال، تاريخ عائلي قوي موجود)، فالانشغال يكون مفرطة أو غير متناسب بشكل واضح

C- هناك مستوى عال من القلق حول الصحة، ويشعر الفرد بالفزع بسهولة حول الحالة الصحية الشخصية

D- يؤدي الفرد سلوكيات متعلقة بالصحة بشكل مفرط (على سبيل المثال، تكرار التحقق من الجسم بحثا عن علامات المرض أو يظهر سلوكا تجنبيا سيء التكيف (على سبيل المثال، يتجنب مواعيد الطبيب والمستشفيات).

E- الانشغال المرضي الحالي قد كان حاضرة لمدة 6 أشهر على الأقل، ولكن المرض المحدد الذي يخشى منه قد يتغير خلال تلك الفترة من الزمن.

F- لا يفسر الانشغال المتعلق بالمرض بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر، مثل اضطراب العرض الجسدي، اضطرابات الهلع، اضطراب القلق العام، اضطراب تشوه شكل الجسم، واضطراب الوسواس القهري، أو اضطراب توهمي، النوع الجسدي

تحديد ما إذا كان نمط الباحث عن الرعاية الطبية، غالبا ما يقوم بزيارة الطبيب أو الخضوع للفحوص والإجراءات نمط المتجنب للرعاية: نادرا ما تستخدم الرعاية الطبية.

اضطراب التحويل (اضطراب العرض العصبي الوظيفي)

(Conversion Disorder Functional Neurological Symptom Disorder)

A- واحد أو أكثر من أعراض التغير في الحركة الإرادية أو الوظيفة الحسية

B- تقدم الموجودات السريرية الدليل على عدم التوافق بين العرض والحالات العصبية أو الطبية المعروفة

C العرض أو العجز لا يفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي أو طبي آخر

D: العرض أو العجز يسبب تدنية أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة

الأخرى أو يستجلب اهتمام طبيًا

ملاحظة للترميز: أن رمز ICD - 10 – CM يعتمد على نوع الأعراض (انظر أدناه).

تحديد نوع الأعراض: (F44.4) مع ضعف أو شلل.

(F44.4) مع حركة غير طبيعية (على سبيل المثال، رعاش، عسر التوتر الحركي، رمع عضلي Myoclonus، اضطراب المشية)

(F44.4) مع أعراض البلع

(F44.4) مع أعراض الكلام (على سبيل المثال، خلل النطق وصعوبة فهم الكلام) (F44.5) مع نوب أو اختلاجات

(F44.6) مع التخدر أو فقدان الحواس

(F44.6) مع أعراض حسية خاصة (على سبيل المثال، اضطرابات بصرية، وشمية، أو سمعية)

(F44.7) مع أعراض مختلطة

العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الطبية الأخرى

(Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions (F54))

A- تواجد عرض طبي أو حالة (بخلاف اضطراب عقلي). B- تؤثر العوامل النفسية أو السلوكية سلباً على الحالة الطبية بوحدة من الطرق التالية:

5. أثرت العوامل على سير الحالة الطبية كما هو مبين بالارتباط الزمني الوثيق، بين العوامل النفسية وتطور الحالة الطبية أو تفاقمها أو تأخر الشفاء منها.

6. العوامل تتداخل مع العلاج من الحالة الطبية (على سبيل المثال، الالتزام الضعيف بالعلاج).

7. تشكل العوامل مخاطر صحية إضافية مؤكدة على الفرد.

8. تؤثر العوامل على الفيزيولوجيا المرضية للحالة الطبية، مما يمهّد أو يفاقم الأعراض أو يستدعي عناية طبية.

- العوامل النفسية والسلوكية في المعيار B لا يتم تفسيرها بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال، اضطراب الهلع، اضطراب الاكتئاب الجسيم، واضطراب الكرب ما بعد الصدمة).

تحديد الشدة الحالية:

خفيف: يزيد المخاطر الطبية (على سبيل المثال، عدم الالتزام مع العلاج الخافض للضغط). متوسط: يفاقم حالة طبية كامنة (مثل القلق الذي يفاقم الربو).

شديد: ينتج عنه الاستشفاء أو زيارة الطوارئ.

المتطرف: ينتج عنه خطر شديد مهدد للحياة (على سبيل المثال، تجاهل أعراض نوبة قلبية).

الاضطراب المفتعل (Factitious Disorder F68.10)

اضطراب مفتعل مفروض على الذات

A- تزوير علامات أو أعراض جسدية أو نفسية، أو تحريض الأذية أو المرض، ويرتبط مع خداع محدد.

B- يعرض الفرد نفسه أو نفسها للآخرين على أنه مريض، وضعيف، أو متأذي. - السلوك المخادع ثابت حتى عند غياب مكافآت خارجية واضحة D- لا يفسر السلوك بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر، مثل اضطراب توهمي أو اضطراب ذهاني آخر.

تحديد نوبة واحدة

نوبات متكررة (حدثان أو أكثر من أحداث تزوير المرض و/أو تحريض الإصابة)

اضطراب مفتعل مفروض على آخر سابقا اضطراب مفتعل من قبل وكييل) A- تزوير علامات أو أعراض جسدية أو نفسية، أو تحريض الأذية أو المرض، على آخر ويرتبط مع خداع محدد
B- يعرض الفرد فردا آخر (الضحية) للآخرين على أنه مريض، وضعيف، أو متأذي.
- السلوك المخادع ثابت حتى عند غياب مكافآت خارجية واضحة.

D- لا يفسر السلوك بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر، مثل اضطراب توهمي أو اضطراب ذهاني آخر.

ملاحظة: أن مرتكب الفعل وليس الضحية هو الذي يتلقى هذا التشخيص.

حدد: نوبة واحدة

نوبات متكررة (حدثان أو أكثر من أحداث تزوير المرض و/أو تحريض الإصابة).

اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى

(Other Specified Somatic Symptom and Related Disorder (F45.8))

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة والتي تسبب إحباطات سريرية هامة أو ضعفا في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة لتعيينها وتشمل ما يلي:

- 1- اضطراب العرض الجسدي الوجيز: فترة الأعراض أقل من ستة شهور.
1. اضطراب قلق المرض الوجيز: فترة الأعراض أقل من ستة شهور.
2. اضطراب قلق المرض دون السلوكيات المتعلقة بالصحة: معيار D لاضطراب قلق المرض لم يتحقق.
3. pseudocyesis الحمل الكاذب: اعتقاد خاطئ بحصول الحمل والمترافق مع علامات الحمل الموضوعية وأعراض الحمل التي تذكر من قبل الفرد.

اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذا الصلة غير المحددة:

(Unspecified Somatic Symptom and Related Disorder F45.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة، والتي تسبب إحباطات سريريا هاما أو ضعفا في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات، من فئة اضطرابات العرض الجسدي والاضطرابات ذا الصلة يجب ألا تستخدم فئة اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة، إلا في الحالات غير الاعتيادية والتي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديدا. (Dsm, 2013).

بعد اصدار dsm5 ازدادت الخلافات حول التصنيفات الجديدة والتسميات بعدما كانت تسمى الاضطرابات النفسية والجسدية واضطراب التحويل أو الهيسثيريا أصبحت تحت اسم الاضطرابات الجسدية les trouble somatoform حيث قام dsm5 بتجميع كل من الاضطرابات الجسدية والتحويل واضطراب الالم والمرض والخوف من التشوه الجسدي معا في فئة واحدة والمعيار المحدد لإثباتها هو استمرار الاعراض مثل ألام الجسم والصداع والدوران واض الجهاز الهضمي والتقيؤ والأمراض الجلدية وما إلى ذلك دون امكانية تفسيرها بمرض عضوي أو آثار جانبية لدواء معين فعدم وجود مرض نفسي أو عضوي مثبت هو معيار مهم وهذا بالضبط ما أثار المراجعة والجدل الذي اعقب ذلك لأن هذا المعيار قد يرجع الى خطأ في التشخيص حيث تم اقتراح معيار اخر من طرف أخصائيين نفسانيين وهو تأثير الاعراض الجسدية على افكار الشخص و افعاله وذلك ليس مهم ما إذا كان المرض يسبب الاعراض أم لا ولكم ما يفعله المريض به لذا فان توهم المرض ليس فقط من يعان يمن مرض وهي او يتوهم بانه مصاب بالمرض بل هو الشخص الذي يقلق بشأن مرضه مما يتجاوز حدته الحقيقة لذلك كان من الاجدر استبدال

الاضطرابات الجسدية بفئة جديدة مثيرة للجدل - اضطرابات الاعراض الجسدية - حيث اعتقد *Allen, frace* هذا التصنيف الجديد يسبب خلافات ومشاكل جديدة.

أصبح توهم المرض dsm5 بدون اعراض جسدية قلق على الصحة يتسم بالخوف المفرط من الاصابة بالمرض يجب توضيح الفرق بين اض الاعراض الجسدي والخوف المفرط من الاصابة بمرض في هذه الاضطرابات لا يزج الجسم حقا بل يكون القلق على مستوى الفكر ويتم التعبير عن الأعراض من خلال الجسم. (Ingrid, 2013).

• اضطراب الاعراض الجسدية : SSD

هو اضطراب مصحوب بقلق شديد ومستمر بشأن العلامات والاعراض الجسمية التي تفسر بطريقة خاطئة وغير منطقية مثل مرض جسدي معين - سرطان-

• اضطراب الخوف المفرط : TAD

من المرض يتجلى بشكل اسامي في الخوف من المرض مع او بدون ارتباطه بمرض معين أو حتى بدن أي اعراض جسدية على الاطلاق

نجد في هاذين النوعين اللذان يتوافقان في الوقع مع سلوكيين هما -طلب الرعاية أو تجنب الرعاية - بعبارة أخرى هناك من يلجأ للاستشارة الطبية لشدة الخوف من المرض وهناك من يخاف من زيارة الطبيب أكثر من مرة (Alain, 2018)

2.7.1 اضطراب توهم المرض من وجهة نظر ICD-10 :

تم وصف أعراض توهم المرض في شكلين إما اضطراب توهم المرض كمشكلة أساسية أو كمشكلة ثانوية لمجموعة من الاضطرابات العقلية الأخرى وتم وضع اضطراب توهم المرض في فئة الاضطرابات الجسدية الشكل (F45.2) وتمثل خصائصه الأساسية في:

- الاعتقاد الثابت بوجود واحد على الأقل من الأمراض الجسدية الخطيرة التي تكون سبب ظهور الأعراض مع عدم وجود دليل طبي يفسر ذلك رغم الفحوصات والتحقيقات المتكررة.

- الرفض المتواصل تعليمات ونصائح وطمأنة الأطباء بعدم وجود أي مرض جسدي خطير يهدد الحياة.
- وتم إدخال مجموعة من مصطلحات تتداخل مع اضطراب توهم المرض، وهي اضطراب التشوه الوهمي للجسم، ورهاب التشوه الوهمي الضلالي، عصاب توهم المرض، توهم المرض، ورهاب المرض (10. 1992- The ICD).

3.7.1 التشخيص الفارقي:

يجد التمييز بين اضطراب توهم المرض وبين كل مما يلي:

• عن مرض جسدي حقيقي:

قد تكون بداية مرض جسدي حقيقي غير واضحة لا يمكن تفسيرها مثل التصلب المتعدد (M. S) أو اضطراب الغدد الصماء (الغدة الدرقية أو جارات الدرقية) أو مرض يؤثر في أجهزة عديدة من الجسم مثل مرض الذئبة الحمامية الجهازية (L. E. S)، في هذه الحالة قد نجد اضطراب توهم المرض كاضطراب مصاحب للمرض الجسدي الحقيقي.

• عن اضطراب الجسدنة:

وهنا يكون التركيز على نفس الأعراض وفي تأثير كل واحد منها على حدة مع تأكيد الاضطراب ذاته وتوابعه المستقبلية ليس ثابتة إنما تكون احتمالات متعددة ومتغيرة، نجد المريض في هذه الحالة يطلب العلاج ليزيل الأعراض وعادة ما يكون هناك إفراط في تناول الأدوية مع عدم اتباع التوصيات والتعليمات الطبية اما في اضطراب توهم المرض ينشغل المريض غالبا باضطراب او اثنين بدنيين مختلفين ويذكرهما بشكل دائم وثابت ولا يختلف معدل الإصابة بتوهم المرض كثيرا بين الجنسين ولا يتسم بدلالات عائلية خاصة (ICD-10, 1992).

يكون أيضا توجيه الانتباه أكثر إلى وجود مرض خطير ومتزايد إلى نتائجه المعقدة ويميل المريض للمطالبة بالتقصيات لتحديد وتأكيد طبيعة المرض ونجده يخاف من الأدوية وأثارها الجانبية مع السعي المستمر للإطمئنان من خلال الزيارات المتعددة لأطباء مختلفين لإجراء فحوصات متعددة. هناك إفراط في تناول الأدوية مع عدم الالتزام

بتعليمات الطبيب لمدة طويلة، بينما المصابون باضطراب توهم المرض يخافون من الأدوية و آثارها الجانبية ويسعون إلى الاطمئنان من خلال الزيارات المتعددة الأطباء مختلفين (Leibbrand , 1986).

عن الاضطرابات الاكتئابية: قد نجد مجموعة من الأعراض الاكتئابية بارزة بشكل واضح، وسبقت ظهور أفكار توهم المرض، فقد يكون الاضطراب الاكتئابي أوليا، وتوهم المرض ثانويا.

عن اضطرابات الضلالة: إنا الاعتقادات في توهم المرض لا تكون ثابت بنفس درجة الضلالات الجسمية المصاحبة لاضطراب الاكتئاب والفصام التي يقتنع فيها المريض بأن مظهرهم مزعج أو جسمهم مشوه (Hiller,2002.p164).

عن اضطراب الهلع: إن المرضى الذين يعانون من مرض عضوي أو اضطراب نفسي نجد لديهم قلق الصحة مرتفع حيث يكون كرد فعل انفعالي نتيجة المرض المهدد للحياة وفي حالات أخرى قد يتطور على الرغم من عدم وجود أمراض عضوية حيث يصبح الفرد يميل إلى التفسير الذاتي للأحاسيس الجسدية الطبيعية واعتبارها مؤشرات مرضية لحالة خطيرة مع التشكيك في تشخيص الأطباء ووقوع خلافات معهم، وإذا استمرت هذه المخاوف الصحية وازدادت حدتها عبر الزمن سيكون لها أثر على الحياة والنمو النفسي والاجتماعي للفرد ويصبح غير متكيف وغير متوافق مع العالم الخارجي والداخلي، هنا فقط يمكن وضع تشخيص على أنه اضطراب توهم المرض (Hiller,2002,p164).

نجد المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع تظهر عليهم أعراض جسدية أثناء نوبات الهلع مثل خفقان في دقات القلب، والغثيان، والتنميل وضيق في التنفس (Schmidt,1997,p199).

ومع ذلك فاضطراب توهم المرضى ليس هو الحالة السريرية الوحيدة التي تقسم بقلق الصحة السائدة (Noyes, R1999.p269).

في حالة الهلع نجدهم يميلون إلى اعتبار تفسير الأعراض ناتجة عن أسباب عضوية، مثل أمراض الرئة، الكلتيين، القلب ..، كما أن خوف هؤلاء المرضى يتطلب العديد من الفحوصات الطبية والاستشارات المكثفة للعديد من المختصين على أمل الكشف عن الأسباب العضوية التي تقف وراء حدوث الأعراض (Barlow, 2002.p157).

من هنا يتضح ردود الفعل الانفعالية والمعرفية والسلوكية لمرضى الهلع هي مشابهة جدا لتلك التي تظهر على مرضى توهم المرض (Deacon, 2008, p176).

ويمكن التمييز بينهم من خلال المقابلات الموجهة وقوائم التشخيص (Barsky, 1992, p235).

والفرق الجوهرى هو طبيعة ظهور الأعراض بصفة فجائية في اضطراب الهلع مقابل الشكاوى الأكثر أو الأقل استمرارا في اضطراب توهم المرض. فمرضى الهلع أعراض متقطعة ومفاجئة وتمتد لبعض الدقائق مع خوف شديد من حدوث نوبات جديدة في الفترات الفاصلة بين هذه الهجمات. كما أن توهم المرض يعرف بأنه عبارة عن مخاوف وأفكار راسخة تراود الفرد محتواه غير منطقي أي يعتقد أنه مصاب بمرض خطير رغم سلامة وتأكيد الأطباء لذلك وتستمر لأكثر من 6 أشهر (Barsky, 1994, p97).

عن اضطراب الوسواس القهري: من المعروف أن مرضى الوسواس القهري نجد لديهم وساوس مرتبطة بالأعراض الجسدية لدرجة يصعب تمييزهم عن المرضى الذين يعانون من توهم المرض كونهم يعانون من مخاوف وأوهام مرضية أدت بهم إلى الكرب والعجز مع استجابة مؤقتة للاطمئنان، ونجد السلوكيات القهرية المتكررة التي تتبع في بعض الأحيان توهم المرض تشبه إلى حد كبير السلوكيات القهرية في الوسواس القهري تكون بصفة متكررة من أجل التخفيف من حدة القلق حيث تظهر في مراقبة الجسد بصفة مستمرة أو البحث المستمر والتساؤل من أجل الاطمئنان. (Rasmussen, 1997, p97).

حسب Barsky يمكن أن نميز بين الاضطرابين من خلال درجة الإستبصار بالأحاسيس الجسدية الموجودة، فمرضى توهم المرض يدركون أن لديهم تجارب مع الأحاسيس الجسدية التي يتم ربطها بالمخاوف المرضية الغير المنطقية، أما مرضى الوسواس القهري الذين لهم خوف من المرض ليس بالضرورة يرافقه الأحاسيس الجسدية، بل الإشكال في الأفكار التي تراودهم حيث يظهرون محاولة لمقاومة الأفكار المرتبطة بالمرض في حين أن متوهمي المرض يكون لهم نوع من الإستبصار وقد يتجنبون زيارة الأطباء، وذلك ربما لتجنب الإهانة أو عدم اقتناعهم بتفسير الأطباء (Starcevic, 1990, p219).

حسب (Deacon et al) يمكن الفرق بين الوسواس القهري وتوهم المرض في الخوف من وجود المرض، وهو السمة المميزة لتوهم المرض، أما في الوسواس القهري الخوف يتعلق في الحصول أو الإصابة بالمرض. (2008, p158, Deacon et al).

عن الوهن العصبي: يتميز مرضى الوهن العصبي بالتركيز المريض على الضعف والتعب وانشغاله بشأن انخفاض القدرات العقلية البدنية على عكس اضطراب توهم المرض حيث نجد هيمنة الشكاوى الجسدية والانشغال بالمرض البدني على الصورة السريرية (احمد، 1992، ص294).

8.1. الانتقادات الموجهة لهم:

حسب DSM و ICD توهم المرض هو اضطراب جسدي الشكل لكن وجود أعراض جسدية ليس شرطاً لتشخيص توهم المرض، فهذا لا يتفق مع القول بتصنيفه ضمن الاضطرابات الجسدية الشكل وعند النظر إلى الخصائص السريرية واستراتيجية العلاج الأكثر فعالية نجد تداخل اضطراب توهم المرض مع اضطراب القلق والهلع والقلق الاجتماعي والقلق العام والوسواس القهري.

وتصنيفه ضمن اضطرابات القلق أو فئة OCDR يكون ويتوافق مع حداثة التصورات لهذا الاضطراب (Philips, 2010, p219).

بالرجوع إلى نتائج الدراسات والبحوث الأخيرة فإن الجوانب المتعلقة بتوهم المرض وعلاقته بالحالات المتشابهة وتصنيفه ضمن فئة الاضطرابات جسدية الشكل تحتاج إلى إعادة النظر وذلك ل:

- وجود الأعراض الجسدية ليس كاف على تشخيص توهم المرض، ففي بعض الحالات يكون هناك خوف وانشغال من وجود مرض خطير دون وجود أعراض جسدية حقيقية.
- متوهي المرض يسعون إلى الطمأنة من خلال معرفة أنه لا يوجد تهديد مباشر على عكس المرضى الذين يعانون من اضطرابات جسدية الشكل الأخرى يسعون إلى استمرار التشخيص، فمتوهم المرض لا يشعر بالراحة عند الطمأنة الطبية ليس سبب الخوف والقلق والانشغال المتكرر مما يؤدي إلى المراجعة المتكررة للطمأنة الطبيعية (Rachman, 2012, p79).

- يجب ضبط الخصائص التشخيصية لإضطراب توهم المرض حتى يتمكن الممارسون من تشخيصه بسهولة (Stein , 2012,p136).

9.1. تقييم توهم المرض:

ظهرت في الآونة الأخيرة العديد المقاييس التي تعمل على تقسيم توهم المرض وهو ما ساعد على وضع خطط علامة واتساع دائرة البحوث النظرية حول توهم المرض، حيث أوضحت هذه المقاييس أن توهم المرض يقع على سلسلة متصلة متدرجة من حيث الشدة ويتكون من أعراض متعددة الأبعاد، كما أن هذا الاضطراب ليس سهل التشخيص كما في الاضطرابات الأخرى لذلك كان لا بد من وضع مقاييس قائمة على تقدير الذات ومن المقاييس التي قل استعمالها نذكر منها:

- **مقياس توهم المرض المدرج ضمن مقياس مينيسوتا المتعدد الأوجه:**

وهو مقياس كبير يحتوي على أعراض جسدية مختلفة و غير كافية لتقييم الجوانب المتعددة الخاصة بتوهم المرض.

- **مقياس السلوك المرضي (Pilowsky 1967):**

أصبح عديم الاستعمال لأنه لا يتمتع بدرجة كافية من الصدق، فهو لا يميز بين الأفراد الذين لهم اهتمام مرضى مبرر كمرضى القلب والذين يعانون من اهتمام مرضى غير مبرر. (Zonderman1985)

- **مقياس قلق الصحة (Lucock and Morely,1996):**

عبارة عن استبيان طويل تم استبداله بعدة مقاييس قائمة على النماذج المعرفية السلوكية الحديثة حول قلق الصحة (Salkoviskis,2002 ,p212).

اعتبرت هذه المقاييس القديمة عاجزة على تشخيص اضطراب توهم المرض لعدم كفاءتها وإلمامها بجميع الجوانب المتعددة للظاهرة، مما أدى إلى القيام بمقاييس حديثة مثبتة على مفاهيم وتصورات دقيقة جاءت بها نماذج معرفية وسلوكية لتحديد معالم وأبعاد اضطراب توهم المرضى حيث تم أخذ الخصائص الشخصية الرئيسية لتوهم المرض في DSM5 من نتائج هذه المقاييس ومن بين المقاييس الأكثر استعمال نذكر ما يلي: (Cote et al, 1996,p234).

- مؤشر وايتلي Whiteley index:

بني من طرف *Pilowsky* في 1967 لمعالجة أوجه القصور في مقاييس توهم المرض السابقة، ومن أجل توضيح أهمية النظرية التفسيرية الشاملة التي تعتبر توهم المرض شكل من أشكال السلوك المرضي الشاذ المستمر الذي يتميز بقلق غير مبرر حول الصحة رغم طمأننة الأطباء. (Pilowsky, 1994, p97) (Pilowsky, 1967, p115).

يأخذ بعين الاعتبار خاصية الأبعاد المتعددة لاضطراب توهم المرض، حيث أظهر التحليل العاملي الأولي أن مؤشر وايتلي يقيس 03 جوانب رئيسية لسلوك المرضي الشاذ وهي:

- الانشغال الجسدي والتوجس من الأحاسيس الجسدية.
- الخوف من المرض والقلق حول الصحة والحاجة للطمأنينة الطبية.
- الاعتقاد الراسخ بالمرض رغم وجود أدلة توضح سلامته وعدم إصابته (Pilowsky, 1967, p120).

يتكون مؤشر وايتلي من 14 بند مقسمة على 03 مقاييس فرعية لتقييم الجوانب الأساسية لتوهم المرض ويتم الإجابة على بنوده ب (نعم) أو (لا)، وقد تم استبدال هذا النوع من التصحيح بمقياس لكارتر متعدد البدائل لإضفاء مصداقية أكثر على هذا المؤشر (Barsky et al, 1986, p111).

• مقياس التوجه نحو المرض Illness Attitude Scales:

وضع من طرف روبرت كيلنر (1987، 1986) كأداة لتقييم العام للمخاوف والتوجهات والمعتقدات والسلوك المرضي الشاذ لدى متوهمي المرضي وصمم هذا المقياس للتمييز بين حالات توهم المرضي والحالات النفسية الأخرى كالمشاعر الاكتئابية أو صعوبات النوم ويحتوي على 09 مقاييس فرعية وهي: التوجس بشأن المرض، الخوف من الألم، العادات الصحية، معتقدات توهم المرض، الخوف من الموت، الخوف من المرض، الاهتمامات الجسدية، التجارب العلاجية، أثر الأعراض. ويتكون كل مقياس فرعي من هذه المقاييس من 03 بنود تم استقاؤها من التصريحات التي أدلى بها 54 مريض لهم قناعة مرضية مع سلوك توهمي (ferguson, 1995 p,180).

- مقياس تضخيم الأحاسيس الجسدية **Somatosensory Amplification Scale**:

قام من Barsky ببنائه سنة 1990 لإثبات مدى صدق النموذج المعرفي الإدراكي الحسي لتوهم المرض الذي يرى أن التضخيم الحسي جسدي أو أسلوب التضخيم هو العامل المهيأ لقلق الصحة، ويجعل الفرد دائما يميل إلى تفسير غير منطقي إلى التجارب والأحاسيس الجسدية العادية على أنه خطيرة ومهددة للحياة (Barsky, 1992, p90) Klermane, (1983, p78)

ويتكون (SSAS) من 10 بنود تهدف إلى تقييم الميل إلى اعتبار الأحاسيس الجسدية العادية والأحاسيس حادة ومؤذية ومزعجة إلى حد كبير وتقيس هذه البنود المكونات 03 لتضخيم الحسي والجسدي وهي:

- الميل إلى التركيز على الأحاسيس النادرة نسبيا والواهية.
- اليقظة الجسدية المفرطة وزيادة المراقبة والتدقيق الذاتي الحسي مع تسليط الانتباه إلى الأحاسيس الجسدية المؤلمة.
- الميل إلى تقييم الأحاسيس الباطنية والغير معروفة ومهيرة على أنها أعراض يتم الإجابة على البنود على سلم الترتيب من 01 إلى 05 (Barsky, 1990, p113).

- قائمة قلق الصحة المختصرة:

قام ببنائها *Salkoviskis* وزملائه بالاعتماد على النموذج السلوكي لتوهم المرض وقلق الصحة من إيضاح أوجه القصور في المقاييس السابقة حيث تعمل على تصنيف الأفراد على السلم المتدرج لقلق الصحة.

10.1. العلاج المعرفي السلوكي لتوهم المرض:

أول من بدأ بإتباع هذا النوع من العلاج هما العالمان 1986 Sal kaviskis Wawick، وكانت الفرضية المعرفية السلوكية التي ارتكزا عليها هي أن الأفراد الذين يعانون من توهم المرض يميلون إلى التفسير الخاطئ للأعراض والتغيرات الجسمية والمعلومات الطبية حيث يعتبرونها بذاتية على أنها ناتجة عن مرض جسدي خطير كارثي، بمعنى أن قلق الصحة ناتج عن تفسير خاطئ وكارثي للمعلومات المرتبطة بالصحة (Macleof, 1996, p121).

وترى هذه النظرية أن قلق استمرار الصحة هو نتيجة العمليات التي تحافظ على التفسيرات الكارثية التي تولد القلق وتشكل دوائر مفزعة، حيث أن هذه العمليات تعتبر كرد فعل أوتوماتيكي لمفهوم التهديد (Macleof , 1996, p121).

ومن الطرق المتبعة في التدخل العلاجي هي:

- الطمأنينة: يجب الطمأننة المتكررة التي لا تحتوي على معلومات جديدة كونها تؤدي إلى انخفاض مستوى قلق الصحة على المدى القصير حيث يطلب من المريض وضع سلم تقدير لمدى الطمأنينة المتوصل إليها أثناء المنافسة لتقدير مقدار قلقهم حول صحتهم ومعتقداتهم بخصوص مرضهم في 24 ساعة الموالية للمنافسة أو بعد أسبوع، شهر، سنة.

11.1. خطوات العلاج المعرفي السلوكي لتوهم المرض:

من بين الأهداف التي يعمل العلاج المعرفي السلوكي على تحقيقها هو مساعدة المريض على تطوير تقييم بديل أقل تهديد لتفسير مشاكله، إذ يجب على المريض التوصل إلى وضع تقدير واضح عن ماهية المشكلة. وتشجيع المرضى على مناقشة مشاكلهم من شيء الجوانب من أجل إدراك أن أعراضهم ليست خطيرة ومهددة مع تسليط الضوء إلى عوامل المحافظة من تفحص جسدي والانتباه المفرط للتغيرات الجسمية. خذ الأخرى من شأنها أن تجعل مشكلاتهم تتفاقم وتزيد من حدة الخوف والقلق (Taylor, 2004,p291).

وفيما يلي لمحة موجزة عن العلاج المعرفي السلوكي:

1.11.1. التقييم:

الهدف من التقييم هو الوصف الدقيق للاضطراب الذي يعاني من مشكل الجزء مع تفسير وترجمة اعترافات المريض على ضوء المقارنة المعرفية من أجل تحديد منشأ ومسبب قلق الصحة والعوامل التي تحافظ على قلق الصحة، يحتوي هذا التقرير على الأعراض مع تفسيرها التي يعاني منها المريض ووصف العمليات النفسية.

2.11.1. أهداف التقييم:

- تحليل مشكلات المريض من جهة معرفية سلوكية (أعراض، معتقدات، سلوكيات، عواقب).
- التعرف على العمليات التقنية مع وضع تقرير إذا ما كان بالإمكان تشخيص الحالة أم أنها تعاني فعلا من توهم المرض.
- استبدال تلك النظرة التشاؤمية الكارثية بنظرة أكثر واقعية (Sakwovskis, 2003, p 305).

3.11.1. جذب المرضى وإشراكهم في العلاج:

بعد المناقشة مع المرضى هو أساسي مرضهم واعترافهم تفصيلهم في إيجاد حلول فإنهم يقبلون الطرق العلاجية التي يقترحها المختص.

فعلى المعالج أن يقنع مرضاه أن مشاكلهم يمكن تفسيرها تبعا للتصور النفسي ثم يعرض عليهم برنامج علاجي تركز على استخدام تقنيات نفسية علاجية. فالجلسة 1 تركز على تطبيق الاختيارات وجمع أدلة كافية توضح أن مشاكل المريض مرتبط بالقلق أكثر من ارتباطها بوجود مرض جسدي، حيث يجب المزج بين كل من المناقشة والتقارب السلوكية للوصول إلى هذا الهدف، ومع التقدم في العلاج يتم التخلص من سلوكيات الحماية ومحو العوامل المرتبطة (Maintaining factors) وفي الحصة اللاحقة يتم فحص الفرضيات مع وضع لمعدم حدوث انتكاسة (Sakwovskis, 2001, p106).

4.11.1. المراقبة الذاتية:

في هذه المرحلة نطلب من المرضى مراقبة جانبيين من مشاكلهم:

الأول: التسجيل بإيجاز الأنشطة المعمول بها خلال أسبوع مع التركيز على حدوث الأعراض الجسدية وقلق الصحة، من أجل جمع المعلومات حول العوامل المفجرة لقلق الصحة، كما يظهر أيضا:

- الأنشطة المخيبة التي تعتبر كنتيجة مباشرة لقلق الصحة.
- الأنشطة التي قاموا بها من أجل الأشغال الطبي و فقط.

الثاني: يطلب المعالج من المرضى مراقبة الأحداث القادمة المرتبطة بقلق الصحة مع تسجيل جميع الأعراض ومستوى القلق والأفكار الألية المتعلقة بالصحة مع ضرورة تدوين ووصف شعورهم إزاء ذلك القلق وطرح هذا التساؤل على أنفسهم " ما الذي خطر على ذهني الآن " في مراقبة الذاتية تسلط الضوء على الأفكار السلبية والسلوكيات الخاطئة. (Sakwovskis, 1990, P217)

5.11.1. مناقشة المعتقد:

من المعروف أن مرضى توهم المرض لهم تفسير خاطئ لأجسامهم الجسدية على أنها أكثر تهديد وخطورة، فعلى المعالج التخفيف من التفسيرات وبناء فهم آخر سليم للمشكلة والطريقة المباعدة لهم من أجل التوصل لهذا الهدف هو مناقشة الاحتمالات أي وضع قائمة المحتملة لتلك الأعراض وعلى المريض أن يضع نسبة أمام كل عامل من العوامل المذكورة في القائمة ويجعل كل عامل في جزء من دائرة نسبية ويترك التفسير الذاتي الكارثي نلاحظ من أجل إيضاح أنه يمثل جزء صغير جدا. (Sakwovskis, 1990, P217).

6.11.1. التجارب السلوكية:

مهمة التجارب السلوكية هي توضيح للمريض أن الكارثة التي يخافها لن تحدث مع اكتشاف الفرامل المرساة والأذى والسلبية التي تقف وراء التعبير الخاطئ ومعرفة ما إذا كان الاستراتيجية البديلة فعالة. ومن بين التجارب نذكر ما يلي: تجربة التوقعات والتكهنات، تجربة التخفيض من السعي نحو سلوكيات الوقاية، تجربة الانتباه الانتقائي، تجربة التعامل مع السعي نحو الطمأنينة باستمرار، تجربة التعامل مع الاستشارات الطبية.

7.11.1. تجسيد وعزو الافتراضات:

يتم تجسيد الافتراضات التي يمكن تفعيلها من خلال الأعراض الجسمية وهذا بهدف منع حدوث الانتكاس لاحقا وحدث نوبات من قلق الصحة الذي يتركز على مجموعة من المخاوف المرضية، يأخذ مثال المرأة التي تخش الكميات وتعتقد أن لديها لوكيميا وتصف نفسها على (أنها منحوسة، مصيبيتي سيء) إذا فالأعراض ليست هي الوحيدة التي

تؤدي إلى إثارة هذه الافتراضات فهناك العديد من المثبرات التي تؤدي إلى العديد من وقائع القلق التي قد لا تكون مرتبطة بالصحة (Sakwovskis, 1996, P134).

خلاصة

يتضح من خلال هذا الفصل أن توهم المرض هو انشغال مفرط بصحة الفرد، حيث تنتابه مجموعة من الأفكار اللاعقلانية بخصوص وجود مرض جسدي حقيقي ينفيه الطاقم الطبي ويؤكدته النموذج المعرفي المشوه لذلك الفرد، إضافة إلى ذلك فإن شدة هذا المرض تختلف من شخص إلى آخر بحيث أن بعض المصابين يفسرون إصابتهم بأي تعب أو جهد على أنه مرض خطير.

الجانب الميداني

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

تمهيد

لأنهاء الهدف المسطر لهذه الدراسة يجب إتباع الإجراءات المنهجية الملائمة والتي تتماشى مع موضوع الدراسة بهدف الوصول إلى نتائج موضوعية وعلمية فاننا حاولنا مراعاة الخطوات المنهجية المناسبة التي تخدم بحثنا، وذلك من خلال المجال المكاني والزمني للدراسة وكذا اختيار العينة التي تحقق أهداف الدراسة، واستخدام الادوات المناسبة وحتى نتمكن من الوصول إلى كل هذه النقاط فقد قمنا بدراسة استطلاعية ما سمح لنا بالتعرف أكثر على ميدان البحث وعلى الظروف والإمكانيات المتوفرة والتأكد من جدوى دراستنا .

1. الدراسة الاستطلاعية:

إن الدراسة الاستطلاعية تساعد البحث على الربط بين الجوانب البحث النظرية والتطبيقات بحيث تزوده بمعلومات أولية حول الظاهرة موضوع الدراسة فهي تعتبر أساساً لبناء البحث، فهي توجه الدراسة نحو المسار الذي يوصله إلى نتائج صحيحة وموثوق بها. (محمد لرينونة، 2015، ص 63)

1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية بالنسبة للدراسة الحالية:

- تطبيق أدوات الدراسة والاختيار الأنسب منها.
- التعرف على مختلف الظروف والصعوبات التي تواجهنا سير الدراسة.
- الاطلاع على مجموعة من المقاييس المعدة لقياس متغيري الدراسة. (توهم المرض، تقدير الذات)
- النظر في مدى استجابة العينة وقدرتها على فهم البنود.
- التعرف على الطريقة تطبيق وعرض تعليمات الأدوات المطبقة في الدراسة.
- التعرف على بعض جوانب قصور في اجراءات التطبيق في هذه المرحلة لتتلاقحها عند البدء في إجراءات الدراسة الأساسية.
- النظر في فرضية الدراسة وتدقيقها وتجديدها وصياغتها بشكل واضح.

2.1. المشاركون

قمنا بدراسة الاستطلاعية وهذا التي أكد من وضوح عبارات الاستبيان وهذا على عينه قوامها (10) طلبة مستويات وأعمار مختلفة.

- توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس:

جدول رقم (01): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس:

الجنس	العدد
ذكور	6
إناث	4
المجموع	10

نلاحظ من الجدول أن عدد الذكور أكثر من عدد الإناث.

- توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي:

جدول رقم (02): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي.

المستوى الدراسي	العدد
ثانوي	3
جامعي	4
متخرجين	3
المجموع	10

نلاحظ من خلال الجدول أن عدد الطلبة الجامعيين أكثر من التلاميذ والمتخرجين.

- توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن:

جدول رقم (03): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن.

العدد	الجنس
2	(21-18)
8	(25-22)
10	المجموع

3.1. الإجراءات

قمنا بالتوجه في البداية الى جامعة 8 ماي 1945 قالمة و كلية سويداني بوجمعة للعلوم الاجتماعية والإنسانية وثانويتي بلخير الجديدة ومحمود بن محمود بعد اتصال مع المؤسسات في المرة الاولى ذهبنا إلى الجامعة حيث التقينا بالطلبة الجامعيين وبعد تقديمنا للتوضيحات خاصة بأهداف واهمية بحثنا التمسنا استحسانهم لفكرة تربصنا بالجامعة وتجلى ذلك في استجاباتهم لنا اما بالنسبة للثانويات فقد توجهنا في يوم الغد بمفردنا والتقينا بالطاقم الاداري وبعد تقديمنا لهم فكرة حول البحث العلمي تلقينا استجابة قبول وترحيب لنا لإجراء دراستنا وعرض العينة المقصودة والتي تتماشى مع بحثنا.

4.1. الأدوات:

- الملاحظة:

عند زهابنا الى الثانويات و الجامعات في فترات الراحة للطلبة قمنا بملاحظة بعض السلوكات الخاصة بالمراهقين فيما يخص اندماجاتهم الاجتماعية و انفعالاتهم الظاهرة فيما بينهم حيث تعتبر الملاحظة الأساس الأول الذي تبنى عليه باقي الأدوات الأخرى حيث أنها تعطي فكرة ميدانية حول امكانية تحقق من صحة الفروض المتعلقة بالظواهر السلوكية الصادرة عن الطلبة فهي اختبار الأداء السلوكي على المستوى اللفظي والغير لفظي لفرد ما في مواقفهم الاجتماعية ومدى علاقتهم بالآخرين وبسلوكياتهم الأخرى في المواقف المتباينة أو بسلوكات أشخاص آخرين تربطهم معهم صلات اجتماعية عبر الزمن بشرط أن تتم بوضوح وموضوعية وتكامل (عمر. 1987. ص104)

حيث سمحت لنا الملاحظة بالحصول على بعض المعلومات التي لم نستطع الحصول عليها باستخدام أدوات أخرى خاصة أثناء توجيه الاسئلة وتمرير المقاييس وملاحظة ما إذا كان الطالب يتوعب ذلك النمط من الاستمارات.

• المقابلة:

تستخدم المقابلات استخداما واسعا في كل المجالات لأهداف واسعة لكن استخدامها في البحوث كأداة لجمع البيانات يخضع لاعتبارات وشروط لها أهميتها بدونها قد تفقد المقابلة مغزاها ومبررها . وفي البحوث تمثل المقابلة مكانة متميزة لأنها قد تسمح بالوصول الى معلومات وبيانات هامة تلعب دورا أساسيا في البحث العلمي خصوصا أنها قد تلعب دورا كبيرا في ان تتغلغل أي مشاعر وعواطف الفرد وتمح للباحث ان يتعرف على ابعاد مشكلاتهم وخبراتهم ومواقفهم.

فالمقابلة في علم النفس العيادي تعتبر هي لقاء بين الباحث القائم بطرح الاسئلة حول موضوع معين على اشخاص محددين وجها لوجه بهدف الحصول على معلومات والبيانات التي يريد الباحث الوصول إليها من خلالهم والتعرف على ملامحهم ومشاعرهم في مواقف معينة (شيلي، 2012، ص93). كما تعرف على أنها تقنية من تقنيات المباشرة لجمع المعلومات والمعطيات الميدانية إذ تسعى إلى تسهيل التعبير عن المستجوبين نحو الاستمارات المقدمة وذلك بهدف التعرف على تقديرهم لذواتهم وانشغالهم بالصحة وسماتهم الشخصية فاستخدمنا المقابلة في شقها الاولي الاستطلاعي للتعرف على ابعاد المشكلة والمتغيرات والعلاقات التي فيما بينهما بالاضافة إلى اختيار الفروض وتطويرها وصياغتها واقتراح فروض بحثية جديدة .

5.1. النتائج:

• الملاحظة:

- بالنسبة لطلبة الثانوية لاحظنا خروجهم باندفاعية من الاقسام ووجود بعض السلوكات العدوانية وعدم الانضباط في التوجه للاقسام ووجود نوع من التمرد على الطاقم الإداري بشكل طفيف .

- أما بالنسبة للطلبة الجامعيين كان هناك نوع من الهدوء والمرونة في التعاملات مع الآخر اضافة إلى التحالفات الاجتماعية للطلبة من نفس الاختصاص .

كلا الطبقتين تلقينا منهما استجابات حول تمريرنا للاستمارات بدون وجود أي صعوبة.

• المقابلة:

ساعدتنا هذه الاداة للوصول إلى جملة من النتائج تمثلت في عملية توجيهنا نحو ضبط العينة التي تتوفر فيها شروط الدراسة وهذه المقابلات التمهيدية عملت على خلق حلقة وصل بيننا وبين المراهقين و الاحتكاك اكثر بهذه الشريحة، والإمام بأكبر قدر ممكن من المعلومات والتي بفصلها سنتوصل الى التأكد من صحة الفرضيات المطروحة سابقا.

خلاصة

بعد التطرق في هذا الفصل إلى الدراسة الاستطلاعية والمنهج المعتمد في الدراسة والأدوات المستخدمة فيها ومختلف الإجراءات سيتم التعرض في الفصل الموالي إلى عرض وتحليل ومناقضة النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق أدوات الدراسة الواردة في الفصل على العينة.

2. الدراسة الأساسية:

بعد التطرق في هذا الفصل الى الدراسة الاستطلاعية من منهج معتمد-المشاركون -الادوات المستخدمة واجراءات الدراسة سيتم التعرض في الفصل الموالي الى الدراسة الامبيريقية المبنية على عرض وتحليل ومناقشة النتائج المتحصل عليها بعد تطبيقنا لأدوات الدراسة على عينة بحثنا .

1.2. المنهج:

يعتبر المنهج دليل الباحث بهدف التوصل الى نتائج موضوعية حول الظاهرة المدروسة والاجابة على مختلف التساؤلات المطروحة باتباع خطوات معينة . ويتميز كل منهج بخصائص معينة تتماشى مع ظواهر دون اخرى ونظرا لطبيعة دراستنا ارتأينا الاعتماد على المنهج الوصفي باعتباره الأنسب ويخدم موضوع دراستنا الحالية حيث يعرف أنه عبارة عن دراسة عامة لظواهر موجودة في جماعة معينة، وفي مكان معين وفي الوقت الحاضر، وهو طريقة من طرق التحليل والتفسير بشكل علمي منظم. (أحمد درويش، 2018، ص 118).

يذكر عبد الباسط محمد حسن في كتابه " أصول البحث الاجتماعي " بأن المنهج الوصفي هو المنهج الذي يقوم على وصف ظاهرة من الظواهر للوصول إلى أسبابها والعوامل التي تتحكم فيها واستخلاص النتائج والتعميمات وذلك من خلال تجميع البيانات وتنظيمها وتحليلها. (سلمان المشهداني، 2017، ص 162).

وهو عبارة عن طريقة لوصف موضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل اليها على اشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها (عبيدات، 1999، ص 46).

2.2. المشاركون:

بعد قيامنا بالدراسة الاستطلاعية الذي كان الهدف منها عرض أسئلة الاستبيان من أجل معرفة مدى وضوح العبارات ومدى فهم القارئ لها دون إعادة صياغتها أو شرحها لكي يتم نشره إلكترونيا، وبالفعل كانت العبارات واضحة بمفهومه دون وجود أي غموض أو تساؤلات، حيث تم نشره وتوزيعه بتاريخ 15 أبريل 2021 إلى 20 ماي 2021.

تم الاعتماد في دراستنا على عينة مختارة بشكل عشوائي تتوفر فيها خصائص متجانسة نسبيا من حيث السن والمرحلة الدراسية والخصائص السلوكية شارك في دراستنا العديد من الطلبة الجامعيين المراهقين والثانويين حيث عملوا على مساعدتنا في القيام بهذا البحث العلمي والتي تتراوح اعمارهم بين 19 و 25 سنة حيث قدر المجتمع الكلي 365 وعدد المشاركون 357 طالب و بلغ عددهم 78.3 % اما عدد الطلاب الثانوي فكان بنسبة 15.1% تأرجحت نسبة الاناث بين 70.9%. أما الذكور فبلغت نسبتهم 29.1 %

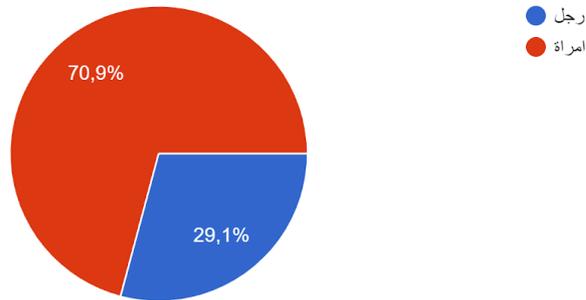
خصائص عينة الدراسة الأساسية:

تشمل عينة البحث الأساسية على متغيرات الجنس، العمر، المستوى الدراسي.

أ. الجنس:

تتوزع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس كما هو مبين في الرسم البياني التالي:

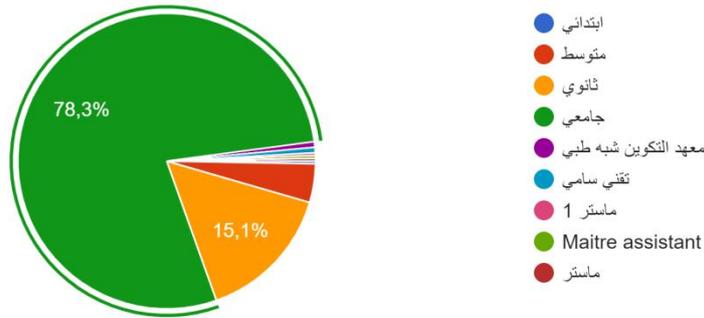
الجنس
357 réponses



ب. المستوى الدراسي:

تتوزع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى الدراسي كما هو مبين في الرسم البياني التالي.

ما هو مستواك الدراسي
332 réponses



3.2. الأدوات:

1.3.2. مقياس متعدد الابعاد لسمات توهم المرض : MIHI

وضع هذا المقياس من طرف Longley سنة 2005 ومن ثم قام الباحثين بتقنينه في بيئات مختلفة وحتى في البيئة العربية وذلك من طرف boudouda&gana حيث قاما بالتحقق من ابعاد الشخصية لدى الافراد الذين يعانون من توهم المرض وذلك باستخدام ثلاثة عينات مستقلة في المجتمع العربي حيث اظهرت نتائج الدراسة الى دقة جيدة حول المقياس وكانت النتيجة كالتالي

(sensitivity=0.64 ;specificity=0.74 and accuracy=0.74) والتأكد من صدق وثبات المقياس وترجمته الى اللغة

العربية .

يتضمن هذا المقياس أربعة أبعاد منها البعد العاطفي والذي يحتوي على البنود التالية (1.2.4.9.11.16) والبعد السلوكي الذي يشمل (5.6.8.12.13) والبعد المعرفي(3.14.17) و البعد الادراكي(7.10.15) وبهذا يكون المجموع الكلي للبنود هو 17 بندا .

• البعد العاطفي :

البنود :

- 1- عندما اشعر بالالم اخشى ان أكون مريضا
- 2- اذا لاحظت وجود عيب ما على جلدي اخشى انه قد يؤدي الى أمر خطير .
- 4- قراءة المقالات التي تتكلم عن المرض يجعلني قلق على صحتي .
- 9- اقلق كثيرا بشأن حالتي الصحية
- 11- انا قلق بشأن مشاكلي الجسدية عند كبر السن
- 16- انا قلق من احتمال تشخيصي بمرض خطير

• البعد السلوكي :

البنود :

- 5- أحب ان يحسبني أحد بالاطمئنان عندما أشعر بالمرض .
- 6-عندما أتألم احب ان يكون هناك شخص لمساعدتي
- 8-من المهم لي ان يهتم أن يهتم الآخرون بشكائاتي الصحية
- 12-التكلم مع الناس عن مشاكلي الصحية يجعلني اشعر بتحسن
- 13-اذا كانت اعراض المرض تقلقني فانا اقدر تعاطف الآخرين

• البعد المعرفي :

البنود :

- 3- أتمنى ان يأخذ الآخرون شكائاتي الصحية بجديبة اكثر.
- 14- أحيانا لايبدوا أن الآخريين مهتمين بشكائاتي الصحية

17- لا يبدوا الآخرون متعاطفين مع مشاكلك الصحية .

• البعد الإدراكي :

البنود:

7-أهتم بما يحس به جسدي حتى ان كنت منشغلا بشئ اخر.

10-اراقب عن كثب وعن قرب ما يحدث لي جسديا .

15.عموما أنا جد حساس للتغيرات التي تطرأ على جسدي .

❖ الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم تقييم موثوقية الدرجات التي حصل عليها المشاركون في الدراسة العربية باستخدام معاملات كرونباخ. فكانت قيمة ألفا 0.89 كقيمة اجمالية وكانت قيمة لبعد المعرفي 0.74 ، اما البعد السلوكي 0.77 و 0.75 للبعد الإدراكي و 0.82 للبعد العاطفي ومن هنا فقد تم التأكد من ثبات المقياس في البيئة العربية .

❖ تعليمة المقياس :

اقرأ كل عبارة بعناية وضع العلامة في الخانة المناسبة لاجابتك معتمدا على المقياس التالي لتقييم كل عبارة.

❖ طريقة التصحيح:

يتكون المقياس من 5 بدائل حيث تعطى :

1 درجة = لاوافق بشدة .

2درجة =لاوافق .

3 درجة =حيادي.

2 درجة =أوافق .

2.3.2. مقياس روزنبرغ لتقدير الذات:

هو مقياس وضعه الدكتور روزنبرغ يختصر RSES يتطلب الحصول على نتيجة هذا القياس الاجابة على 10 عبارات تدور حول تقدير الذات واحترامها ويعد هذا المقياس مشهورا في العلوم الاجتماعية وتتضمن العبارات في هذا المقياس 5 عبارات سلبية المتمثل في البند :

2-أحيانا أضعر بعدم جدواي

5-أشعر بوجود شيء في داخلي يجعلني فخورا بنفسي

6-بالتأكيد أشعر بعدم فائدتي أحيانا

8-أتمنى ان أكن لنفسي احتراماً أكبر

9-بشكل عام . أنا أميل الى الشعور بأنني فاشل .

وخمسة ايجابية المضمون يؤدي الجواب الاجابي علمها الى التقليل الناتج الكلي للاختبار في حين تؤدي الخمسة الاخرى الى زيادة الناتج ولكل عبارة اربعة من الاجوبة تتراوح بين أوافق بشدة وأعارض بشدة تم اجراء الاستبيان الاول لهذا المقياس على عينة من طلاب المدارس الثانوية في نيويورك.

❖ الخصائص السيكومترية: الموثوقية والصلاحية:

شملت العينة الأصلية 5024 مشاركا ، جميعهم من طلاب المدارس الثانوية من نيويورك ؛ كما قلنا ، وضعت روزنبرغ مقياس في البداية لاستخدامها في المراهقين. أكد عدد كبير من الدراسات اللاحقة موثوقية وصحة مقياس تقدير الذات لدى روزنبرغ.

في القياس النفسي المصطلح "دقة" إنه يشير إلى عدم وجود أخطاء في القياس ، في حين أن الصلاحية تحدد الدرجة التي يقيس بها الجهاز ما ينوي القياس..

تتراوح موثوقية اختبار إعادة الاختبار بين 0.82 و 0.88 ، ومعامل ألفا في كرونباخ ، والذي يقيس الاتساق الداخلي يتراوح بين 0.76 و 0.88. صلاحية المعيار هي 0.55. أيضا المقياس يرتبط عكسيا بالقلق والاكتئاب (-0.64) و -0.54 ، على التوالي). تؤكد هذه القيم الخصائص السيكومترية الجيدة لمقياس تقدير الذات لدى روزنبرغ .

وكيف في البيئة العربية السعودية من طرف Usmazaid et all فطبق على 500 طالبة جامعية تراوحت اعمارهم بين 18 الى 29 سنة حيث بلغ الفا 0.71 وهذا ما يؤكد موثوقية وثبات المقياس .

❖ تعليمية المقياس :

فيما يلي قائمة بعض البنود التي تتعلق بمشاعرك العامة حول نفسك ضع اشارة بجانب الاجابة الصحيحة .

❖ تصحيح المقياس :

تعطى لكل اجابة درجة بحيث :

-أوافق بشدة =4

-أوافق =3

-لاأوافق =2

-لا أوافق بشدة =1

3.3.2. مقياس سمات الشخصية :

هو مقياس وضعه Goldeberg L.R. 1999 وقام الباحثين بتقنيه في البيئة العربية في الاردن وسوريا من طرف Zeinoun.P et all يحتوي هذا المقياس على 50 بند يتضمن بنود سلبية وبنود ايجابية يقيس مجموعة من الجوانب في الشخصية فعند تطبيق المقياس على البيئة العربية كشف التحليل النوعي على امكانية قياس 9 أبعاد للشخصية: رقة القلب ، والارتباط الاجتماعي الإيجابي ، والنزاهة ، والتواضع مقابل الهيمنة ، والضمير ، والانبساط ، والاستقرار العاطفي ، والفكر ، والانفتاح.

كما أسفرت الاعتبارات السيكومترية والمفاهيمية عن نموذج أصلي قوي مكون من 7 عوامل: التوافق / الحزن اللطيف ، والصدق / النزاهة ، وعدم التقليدية ، والاستقرار العاطفي ، والضمير ، والانبساط / الارتباط الاجتماعي الإيجابي ، والفكر.

❖ الخصائص السيكومترية للمقياس :

قامت مجموعة البحث بفحص الاتفاق والثبات الداخلي للعوامل والمجموعات الفرعية باستخدام مقياس Cohen's kappa فوجدوا أن الاتفاق كان جوهرياً عندما تم تعيين URs إلى واحد من 195 عاملاً (0.65) ، و كان الاتفاق شبه مثالي عند تعيينه لواحدة من 63 مجموعة فرعية (0.99). وهذا ماكد موثوقية المقياس في البيئة العربية

❖ تعليمة المقياس :

اقرأ الوصف في كل من العبارات الاتية واختر الجواب الأكثر انطباقا عليك مقارنة مع اشخاص من عمرك وجنسك حيث لاتوجد اجابة صحيحة واخرى خاطئة .

❖ تصحيح المقياس :

تعطى درجة معينة لكل اجابة بديلة من البدائل التالية :

-تنطبق تماما=5

-تنطبق نوعا ما =4

-محايد =3

-لاتنطبق =2

-لاتنطبق بتاتا =1

4.2. الاجراءات:

بعد تحديدنا للعيينة المستهدفة قمنا بتحويل المقاييس الخاصة بدراستنا الى استبيانات الكترونية في صيغة googleform وشاركناها مع الطلبة الجامعيين والثانويين حيث تم وضع تعليمة شرحنا فيما الهدف من الدراسة وأنها تخص بحثا علميا من أجل التخرج وان كل لمعطيات المتحصل عليها ستحاط بالسرية التامة ولا تستخدم لاغراض شخصية وانه لاتوجد اجابة خاطئة واخرى صحيحة فكل اجابات مقبولة مع ضرورة الاجابة على كل البنود كما قدمنا تعليمات جزئية خاصة بكل مقياس لضمان اجوية موضوعية ودقيقة فارسلنا الرابط الخاص بالمقاييس للطلبة كما طلبنا من زملائنا في التخصص تمرير الاستبيان على نفس العينة التي تحمل نفس الخصائص.

الفصل الخامس:
عرض ومناقشة النتائج

1. النتائج:

- الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة:

-للتأكد من صحة الفروض وللحصول على اجابات لتساؤلاتنا اعتمدنا على عدة أساليب احصائية التي تتوافق مع دراستنا:

-قمنا بالاعتماد على برنامج الحزمة الاحصائية spss لتفريغ البيانات وحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لتأكد من تقارب وتجانس القيم .

-معامل الارتباط بيرسون لمعرفة مدى وجود ارتباط بين المتغيرات فيما بينها.

تحليل التباين الأحادي naova حيث أردنا من خلاله معرفة مدى وجود اختلافات للمتغيرات لدى المشاركين حسب السن والجنس.

1.1. النتائج الوصفية:

- ثبات المقاييس:

الفأكرونباخ	البنود	
0.80	17 بند	ثبات مقياس متعدد الأبعاد لسمات توهيم المرض MIHI
0.74	10 بنود	ثبات مقياس روزنبارغ RSES
0.72	50 بند	مقياس سمات الشخصية

الجدول رقم (04): يبين ثبات مقياس توهيم المرض وثبات مقياس تقدير الذات ومقياس سمات الشخصية .

من خلال الاحصائيات المتوفرة لدينا في الجدول رقم 1 نلاحظ ان ثبات مقياس متعدد الأبعاد لسمات توهيم

المرض $\alpha = 0.80$

وثبات مقياس روزنبارغ $\alpha=0.74$ وثبات مقياس سمات الشخصية $\alpha=0.72$ وبالتالي تأكيد جودة وصلاحيّة المقياس الثلاثة في دراستنا الحالية.

• النتائج حسب المحاور (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري):

N	الانحراف المعياري (ET)	المتوسط الحسابي (M)	
357	9.80061	53.1541	توهم المرض

الجدول رقم (05): يوضح الاحصائيات الوصفية لمقياس توهم المرض (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري)

نلاحظ من خلال الاحصائيات المتوفرة لدينا في الجدول رقم 02 والخاصة باجمالي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ($ET=9.80061; M=53.1541$) أن محاور المقياس متجانسة وذات دلالة هامة في اجابات المشاركين .

N	الانحراف المعياري (ET)	المتوسط الحسابي (M)	
357	4.555890	21.52	تقدير الذات

الجدول رقم (06) يوضح الاحصائيات الوصفية لمقياس روزنبرغ لتقدير الذات (المتوسط الحسابي والانحراف

المعياري)

نلاحظ من خلال الاحصائيات المتوفرة لدينا في الجدول رقم 03 والخاصة باجمالي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ($ET=4.555890; M=21.52$) أن محاور المقياس روزنبرغ لتقدير الذات متجانسة وذات دلالة هامة في اجابات المشاركين .

N	الانحراف المعياري (ET)	المتوسط الحسابي (M)	المحاور
357	5.38	23.23	المقبولية
357	5.95	26.41	الوعي
357	6.40	36.33	العاطفة
357	5.22	23.48	الادراك
357	6.73	31.420	الانبساطية

الجدول رقم (07): يوضح الاحصائيات الوصفية لمقياس الشخصية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري)

نلاحظ من خلال الاحصائيات الوصفية المتوفرة لدينا في الجدول رقم 04 والخاصة بإجمالي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري المتعلق بمحاور المقياس لإجابات المشاركين أن محور المقبولية ($ET=5.38;M=23.23$) ديه قيمة ذات دلالة هامة في اجابات المشاركين كما هو الحال بالنسبة للوعي ($ET=5.95;M=26.41$) والعاطفة ($ET=6.40;M=36.33$) والادراك ($ET=5.22;M=23.48$) أما محور الانبساطية ($ET=2.25;M=847.85$) نجد هناك موافقة هامة جدا وكبيرة في اجابات المشاركين وبالتالي فان قيم المقياس متقاربة ومتجانسة.

2.1. نتائج الارتباط:

-للتأكد من هذه العلاقة تم حساب معامل بيرسون وكانت النتائج كالتالي :

المتغيرات	توهم المرض	تقدير الذات	المقبولية	الوعي	العاطفة	الادراك	الانفعال
توهم المرض م.أ.بيرسون مستوى الدلالة	1						
تقدير الذات م.أ.بيرسون مستوى الدلالة	0.91 0.87	1					
المقبولية م.أ.بيرسون مستوى الدلالة	-0.176* 0.01	0.216** 0.000	1				

			1	0.242**	0.331*	-0.001	الوعي م.ا.بيرسون
				0.000	0.000	0.986	مستوى د
		1	0.075	-0.233*	0.129*	0.246**	العاطفة م.ا.بيرسون
			0.158	0.000.	0.015	0.000	مستوى الدلالة
	1	-0.160*	0.240**	0.348**	0.410**	-0.033	الادراك م.ا.بيرسون
		0.02	0.000	0.000	0.000	0.533	مستوى الدلالة
1	0.118*	0.064	0.027	0.201*	0.154	-0.109*	الانبساطية م.ا.بيرسون
	0.026	0.224	0.61	0.000	0.003	0.040	مستوى الدلالة
			// غير دالة	*دالة عند 0,05		**دالة عند 0,01	

الجدول رقم (08) : يوضح نتائج معاملات الارتباط بيرسون بين متغيرات الدراسة .

من خلال نتائج الجدول اعلاه والمتعلقة بمعامل الارتباط بيرسون بين متغير توهم المرض و تقدير الذات حسب

السمات الخمسة للشخصية –المقبولية الوعي العاطفة الادراك الانبساطية نجد في:

➤ المقبولية:

يظهر أن قيمة معامل الارتباط بين توهم المرض وسمة المقبولية لدى الطلبة تساوي $(p=0.01; r=-0.176^{**})$ دال احصائيا وهي اقل من 0.05 مما يعني أنه توجد علاقة سلبية بين توهم المرض والمقبولية لدى الطلبة.

يظهر ان قيمة معامل الارتباط بين تقدير الذات وسمة المقبولية لدى الطلبة تساوي $(p=0.01; r=0.216^{**})$: دال احصائيا وهي اقل من 0.05 مما يعني وجود علاقة طردية بين تقدير الذات وسمة المقبولية لدى الطلبة.

➤ الوعي:

يظهر ان قيمة معامل الارتباط بين توهم المرض وسمة الوعي لدى الطلبة تساوي $(p=0.98; r=-0.001)$ غير دال احصائيا وهي اكبر من 0.05 مما يعني انه لا توجد علاقة بين توهم المرض وسمة الوعي لدى الطلبة.

يظهر ان قيمة الارتباط بين تقدير الذات وسمة الوعي لدى الشباب تساوي $(p=0.000; r=0.331^{**})$ دال احصائيا أي اقل من 0.05 مما يعني انه توجد علاقة طردية بين تقدير الذات والوعي لدى الطلبة.

➤ العاطفة:

يظهر ان قيمة الارتباط بين توهم المرض وسمة العاطفة لدى الشباب تساوي $(p=0.000; r=0.246^{**})$ وهي دال احصائيا أي اقل من 0.05 مما يعني أنه توجد علاقة طردية بين توهم المرض وسمة العاطفة لدى الطلبة.

يظهر أن قيمة الارتباط بين تقدير الذات وسمة العاطفة لدى الطلبة تساوي $(p=0.015; r=0.129)$: وهي دال احصائيا أي اقل من 0.05 مما يعني انه توجد علاقة طردية بين تقدير الذات و العاطفة لدى الطلبة.

➤ الادراك:

يظهر أن قيمة الارتباط بين توهم المرض والادراك لدى الطلبة تساوي $(p=0.533; r=-0.033)$ دال احصائيا أي اكبر من 0.05 وبالتالي لا توجد علاقة بين توهم المرض والادراك لدى الطلبة.

يتضح ان قيمة الارتباط بين تقدير الذات والادراك لدى الطلبة تساوي $(p=0.000; r=0.410^{**})$ دال احصائيا أي اقل من 0.05 مما يعني أنه توجد علاقة طردية بين تقدير الذات والادراك لدى الطلبة.

➤ الانبساطية :

يتضح ان قيمة الارتباط بين توهم المرض والانبساطية لدى الطلبة تساوي ($r=-0.109^*$; $P=0.040$) وهي دال احصائيا أي اقل من 0.05 مما يعني أنه توجد علاقة سلبية بين توهم المرض والانبساطية لدى الطلبة.

يتضح أن قيمة الارتباط بين تقدير الذات والانبساطية لدى الشباب تساوي ($r=0.154$; $p=0.003$) وهي دال احصائيا أي اقل من 0.05 مما يعني أنه توجد علاقة طردية بين تقدير الذات والانبساطية لدى الطلبة.

• دراسة الاختلافات حسب الجنس والسن:

○ دراسة الاختلافات حسب الجنس :

المتغيرات	توهم المرض	تقدير الذات	المقبولية	الوعي	العاطفة	الادراك	الانبساطية
مستوى الدلالة	0.019	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.117
المحسوبة f	5.55	26.88	65.418	16.325	30.130	28.76	2.468
العينة	357	357	357	357	357	357	357

جدول رقم (09) : يوضح الاختلافات حسب الجنس

-يوضح الجدول نتائج اختبار Anova حسب الجنس من خلال نتائج الملاحظة انه توجد فروق ذات دلالة احصائية ($F=5.55, P=0.019$) الخاصة بتوهم المرض كما توجد فروق ذات دلالة احصائية ($F=26.88, P=0.000$) لتقدير الذات كذلك بالنسبة لسمات الشخصية حيث ان هناك فروق ذات دلالة احصائية ($F=65.41, P=0.000$) الخاصة بالمقبولية و هناك فروق ذات دلالة احصائية ($F=16.32, P=0.000$) المتعلقة بالوعي كما أنه توجد ايضا فروق ذات دلالة احصائية خاصة بكل من العاطفة ($F=30.13, P=0.000$) والادراك ($F=28.76, P=0.000$) اما فيما يخص الانبساطية فليس هناك فروق ذات دلالة احصائية ($F=2.468, P=0.117$) لدى الطلبة.

○ دراسة الاختلافات حسب السن :

المتغيرات	توهم المرض	تقدير الذات	المقبولية	الوعي	العاطفة	الادراك	الانبساطية
مستوى الدلالة	0.54	0.866	0.210	0.327	0.405	0.728	0.010
المحسوبة f	1.599	0.650	0.257	1.122	1.048	0.782	1.986
العينة	357	357	357	357	357	357	357

جدول رقم (10): يوضح الاختلافات حسب السن

يوضح الجدول نتائج اختبار Anova حسب السن من خلال نتائج الملاحظة انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية الخاصة بالمقبولية وليس هناك فروق ذات دلالة احصائية ($F=0.65, P=0.86$) لتقدير الذات كذلك بالنسبة سمات الشخصية حيث انه ليس هنا كفروق ذات دلالة احصائية ($F=0.257, P=0.210$) الخاصة بالمقبولية وليس هناك فروق ذات دلالة احصائية ($F=0.122, P=0.327$) المتعلقة بالوعي كما أنه لا توجد ايضا فروق ذات دلالة احصائية خاصة بكل من العاطفة ($F=1.048; P=0.405$) والادراك ($F=0.78, P=0.72$) بالنسبة للانبساطية فتوجد هناك فروق ذات دلالة احصائية في السن حيث ($F=1.986, P=0.01$) لدى الطلبة.

3.1. نتائج الانحدار المعياري :

المتغير	B	الخطأ المعياري	beta	قيمة (t)	مستوى الدلالة .
تقدير الذات	0.232	0.127	0.108	1.818	0.070
المقبولية	-0.23	0.105	-0.12	2.210	0.028
الوعي	-0.39	0.091	-0.02	-0.429	0.668
العاطفة	0.32	0.083	0.21	3.941	0.000
الادراك	0.039	0.111	0.02	0.350	0.726
الانبساطية	-0.16	0.077	-0.11	-2.194	0.029

جدول رقم (11): يوضح نتائج الانحدار الخطي البسيط لسمات الشخصية وتقدير الذات في حدوث توهم المرض.

من خلال الجدول رقم 08 نلاحظ ان هناك علاقة سلبية بين المقبولية وتوهم المرض حيث $p=0.028$ كما نجد ان

هناك علاقة طردية بين العاطفة وتوهم المرض حيث $p=0.000$.

- ومن هنا نستنتج أن العاطفة والمقبولية من السمات الشخصية الأساسية في ظهور توهم المرض وانه لا توجد علاقة بين تقدير الذات وتوهم المرض.

المناقشة: يتجلى الهدف من هذه الدراسة في معرفة العلاقة بين سمات الشخصية وتقدير الذات في ظهور توهم المرض عند الطلبة من إناث وذكور تتراوح أعمارهم من 18- 25 سنة ولقد كانت عينتنا المستهدفة تخص طالب المرحلة الثانوية والطلبة الجامعيين، حيث تمت الدراسة الاستطلاعية على مستوى ثانوية محمود بن محمود وثانوية بلخير الجديدة، وجامعة 8 ماي 1945 كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية وعلى هذا الأساس قمنا بوضع عدة فرضيات وتتمثل الفرضية العامة في:

توجد علاقة بين السمات الشخصية وتقدير الذات في ظهور توهم المرض لدى الطلبة.

من خلال الفرضية الأولى: توجد علاقة بي توهم المرض والمقبولية تبين من النتائج الإحصائية المتحصل عليها من الإجابات المشاركين والموضحة في الجدول رقم (05) لمعامل الارتباط بيرسون بين متغير توهم المرض وتقدير الذات والسمات الشخصية.

قد وجدنا أن العلاقة بين التوهم المرض وسمة المقبولية ارتباطية سببية أي ($p=0.01 < 0.05 ; r=-0.176^{**}y$) ويعد عامل المقبولية أكثر ارتباطا بالعلاقات الشخصية وبحسب هوجان (1983) Hogane فإن المقبولية تجعل الفرد قادرا على مواجهة مشاكل وضغوط الحياة العامة والخاصة، وفي حالة وجود توهم المرض هذا سيؤثر على انخفاض مستوى المقبولية حيث يصبح الفرد يتميز بالبرود الانفعالي اتجاه الآخر وكثير الشكوك والحذر وعدم التعاون مع الآخر والتركيز على الذات والميل إلى العدائية وسوء تفسير الأحداث والمواقف مما يطفئ عليه التفكير والتوقع السلبي والنظرة التشاؤمية ويضع تفسيرات غير واقعية للأعراض التي تنتابه مما يؤدي إلى حصر التفكير في ذاته واهتمامه المرضي الدائم بصحته بشكل مفرط مما يعوق اتصاله وعلاقاته مع العالم الخارجي، هذه السلوكيات الانفعالية الصارمة بذات تعيق تكيف توافق الفرد هذا ما أكدته دراسة (قدول بسيل 2018) مما يحس الفرد بتنامي تصورات سلبية حول ذاته وحول الآخرين وبالتالي يتخذ سلوكيات وهجية تؤدي إلى أزمات مختلفة، وعندما يسلك الفرد تبعا لأفكاره فقد تزداد هذه الأخيرة بسبب ردود أفعال نحوه وقد يتصرف معهم بعدوانية مما يدفعهم إلى معاداته بالفعل وكثيرا ما يؤكد له هذا صدق أوهامه من عدا الناس له، فيرجع كامبرون الأوهام المرضية إلى عمليات معقدة تتفاعل معها السمات الشخصية مع نتائج التفاعل الاجتماعي ومع المواقف البيئية التي يواجهها، ومن بين الدراسات التي تتوافق نتائج مع نتائج الدراسة الحالية نجد دراسة نوبسن وآخرين (Foyes et al 2003) بالولايات المتحدة الأمريكية تحت عنوان اختبار النموذج التشخيصي لإضراب توهم المرض في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد تكونت عينة الدراسة من 162 مريض، واستخدمت الدراسة دليل Witeley لإضراب توهم المرض، اختبار الأعراض النفسية-سوماتية، اختبار العلاقات، اختبار المشكلات البيئية-شخصية دليل العوامل الخمسة، ومقاييس التفاعل الجسدي للمريض، وأظهرت نتائج الدراسة أن المرضى توهم المرض متعلقون بشكل غير آمن، بشكل خاص نمط التعلق قائم على الخوف ويميلون إلى العدائية وتطوي تكوينهم النفسي على الضغينة والأحقاد ويميلون إلى الصراع والتنافس مع الآخر ولديهم اختلافات ومشكلات علائقية هذا ما يعكس المستوى المنخفض من سمة المقبولية (Noyes 2003).

نجد أيضا دراسة كمال منشاوي (2003) فعالية الذات وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى الطلاب، هدفت الدراسة للتعرف على العلاقة بين فعالية الذات وسمات الشخصية واشتملت العينة على 184 طالب ووضحت النتائج على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين كل من فعالية الذات وسمات الشخصية وهذا ما يتوافق مع نتائج دراستنا.

من خلال الفرضية الثالثة: توجد علاقة بين توهم المرض والعاطفة تبين من النتائج المتحصل عليها من خلال إجابات المشاركين والموضحة في الجدول رقم (05) لمعامل الارتباط بيرسون وحيث وجدنا أن العلاقة بين توهم المرض والعاطفة هي علاقة طردية حيث $(p=0.000 < 0.05; 0.246^{***})$ فإذا كانت العاطفة سليمة أي أن وظيفة الأم حسنة سليمة وكان هناك احتواء حقيقي سيكون نمو نفسي سوي في مختلف المراحل إن لم تحدث أزمات أو صدمات عبر الزمن لكن إذا كان اللاشعور سلمي، نوع من اللاعدالة من طرف الأبوين بين الاخوة ووجود نوع من التمييز مما جعل ذلك الإبن يملك فائض في العلاقة أو نقص وبالتالي عدم وصول إلى الاستقلالية هذا ما يجعله حامل لنوع من الدين أو يتخذ المرض كحلقة تعبيرية في زمن معين، كاستياء الذي تعتبر رمزية لغوية جسدية، فحسب Winnicotte فالعالم الداخلي للفرد ينمو من خلال معتقدات الخيال ومن خلال العلاقة بالجسم (الذات الجسمية) حيث أن تدعي هذه الأخيرة تكون من خلال العلاقة مع الأم مما يساعد على خلق صورة جسمية آمنة ومنه الإحساس بالهوية وخلق إحساس وعواطف جيدة تساعد على تشكيل عالم رمزي سوي والعكس يؤدي إلى تشكيل غير سوي وهذا يتمشى مع نتائج دراسة كرسطي دولو وآخرون 1983 من جامعة أثينا، وكان الهدف الرئيسي من ورائها هو التعرف على القرحة المعدية وذلك من خلال العوامل السيكوباتولوجية (القلق، الاكتئاب، الشخصية، البيئة، أحداث حياة الأسرة) الكامنة وراء هذه الإصابات ومقاربتها مع الاسوياء وانتهت بنتيجة مؤداها أن العوامل الانفعالية تلعب دور هام في نشوء القرحة المعدية خاصة عندما تتفاعل مع سمات الشخصية وأحداث الحياة الضاغطة (خيالي، 1989، ص78)

من خلال الفرضية الثالثة: "توجد علاقة بين تقدير الذات وسمة المقبولية" تبين من النتائج الإحصائية المتحصل عليها من خلال إجابات المشاركين الموضحة في الجدول رقم (05) المعامل الارتباط بيرسون وجدنا أن العلاقة بين تقدير الذات وسمة المقبولية علاقة طردية حيث $(0.000 < 0.05; r=0.216)$ فحسب التوجه الإنساني عند "ماسلو" تحتل تحقيق الذات رأس الهرم الحاجات الإنسانية (Maslow.1970.46) وما يميز الأشخاص ذوي التقدير المرتفع لذواتهم من وجهة نظر ماسلو- يتقبلون أنفسهم ويتقبلون الآخرين، يقاومون الضغوط- الحاجة للخصوصية، الإبداع، كما

أورد تقرير عن الطرف التي بها يرتبط تقدير الذات بعملية صيرورة الشخصية محقق لذاته وحاجات التقدير وفق لماسلو تعكس أن جميع الناس لديهم شعور ثابت يقوم على أساس متين بالاهتمام بالمصلحة الشخصية أو احترام الذات، بمعنى أنه يفسر السلوك الإنساني بالرجوع إلى الارتباط القائم بين تقدير الذات والإحساس بالأمن والمقبولية والشخص الذي يتميز بتقدير عال لذاته وسلوكه يتميز بالقدرة على عقد صلات اجتماعية وودية مع الآخرين والتعاطف معهم والتوحد معهم وتقبلهم، فالمقبولية تساعد الفرد على الوصول إلى حلول.

وحسب *Felker* (1974) أو تقدير الفرد لذاته، واعتباره لها يرتفع عندما يخبر الإحساس بالانتماء وعندما يشعر أنه متقبل وبأنه كفى ينمو الإحساس بالمقبولية عندما يرى الفرد نفسه عضواً في الجماعة لأن هذه العضوية تمنحه القيمة بالنسبة للآخرين (كافي، 1989، ص 107).

نجد دراسة كاثرين *Katherine nurmela* (2011) وهن بعنوان العلاقة بين تقدير الذات وسمات الشخصية وصورة الجسد، وهدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المتغيرات الثلاثة واستخدمت مقياس صورة الجسد ومقياس تقدير الذات ومقياس سمات الشخصية للعوامل الجسمية واستهدفت الدراسة عينة قوامها 90 فرد وقد وجدت الدراسة علاقة بين تقدير الذات وسمات الشخصية وصورة الجسد، وعلاقة بين سمات الشخصية وصورة الجسد بينما لا توجد علاقة بين تقدير الذات وصورة الجسد.

الفرضية الرابعة: توجد علاقة بين تقدير الذات وسمات الشخصية "تبين من النتائج الإحصائية المتحصل عليها من خلال إجابات المشاركين والموضحة في الجدول رقم (05) لمعامل الارتباط بيرسون، حيث وجدنا أن العلاقة بين تقدير الذات وسمات الشخصية هي علاقة طردية حيث $(p=0.015 < 0.005; r = 0.125)$ فحسب ما جاء في دراسة ريتشارد وروبن جيسكا وتروينويسكي 2001 *Richard robins. Jeseca I. tracy and kali Trezens wesky* والتي كانت بعنوان العلاقة بين تقدير الذات والعوامل الخمس الكبرى لشخصية، وجمعت البيانات عن طريق الأنترنت ووجدت الدراسة بأن تقدير الذات العالي مرتبط ارتباطاً وثيقاً بسمات الشخصية أي أن إذا توصل الفرد إلى تقدير الذات مرتفع هذا يعكس العاطفة السليمة، أما في حالة انخفاض تقدير الذات فهذا يدل على العاطفة هشة أي اللاشعور السلبي يتماشى مع الذات الفرد، فإذا كانت الأسرة الخيرة من خلال وضع أسس وقواعد تربية سليمة من البداية وحاولت إيجاد حلول لتجاوز جميع الأزمات التي تمر بها هذا سينعكس على الصحة النفسية والجسمية لأبنائها، ويمرون إلى

مراحل اللاحقة بمرونة وسلاسة دون حدوث صراع داخلي أو تأزم ينعكس سلبيًا على شخصيتها وعلى عاطفتهم ويظهر في صورة أشكال أو اضطراب مرضي.

من خلال الفرضية الخامسة: توجد علاقة بين توهم المرض وتقدير الذات، تبين النتائج الإحصائية المتحصل عليها من إجابات الماركن والموضحة في الجدول رقم (05) لمعامل الارتباط بيرسون حيث يتضح أن قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين تساوي ($r=0.086$. $p=0.091$) وهي أكبر قيمة من 0,05 أي غير دالة إحصائياً مما يعني لا توجد علاقة ارتباطية بين التوهم المرض وتقدير لدى الشباب وبالتالي هذه النتيجة سارت في اتجاه مخالف لتوقع الفرضية، حيث لم تتحقق على مستوى عينة الدراسة، وتختلف النتيجة الدراسة الحالية مع مات وصلت إليه نتائج الدراسات السابقة التي تم عرضها ومناقشتها.

على ضوء الفرضيات العامة: أن الهدف من عملنا هذا هو التوصل إلى معرفة أثر انخفاض تقدير الذات على ظهور توهم المرض لدى الشباب، وعند إجراءنا للدراسة الاستطلاعية وجدنا أن من خلال النتائج المتحصل عليها أن للشخصية دور هام في بلورة هذا الاضطراب لذا قمنا بالإضافة متغير آخر وهو سمات الشخصية، وبالتالي تساهم في ظهور الاضطراب لدى شريحة جد مهمة في المجتمع وهي الطلبة حيث نصت الفرضية على أنه "توجد علاقة بين تقدير الذات وسمات الشخصية في ظهور توهم المرض لدى الشباب".

بالإضافة إلى وجود فروق في الجنس في كل من توهم المرض وتقدير الذات وسمات الشخصية بالرغم من كبر حجم عينة الإناث عن الذكور.

من خلال مناقشتنا للفرضيات الجزئية وعلى ضوء ما تم ذكره في الجانب النظري ومن النتائج الإحصائيات المتوصل إليها والمتمثلة في جداول الإحصائيات الوصفية لمقياس (تقدير الذات، سمات الشخصية، توهم المرض) والخاصة بإجمالي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وجدول ونتائج اختبار Anova وجدول معامل الارتباط بيرسون ونتائج الانحراف الخطي.

فالفرضية العامة "توجد علاقة بين تقدير الذات وسمات الشخصية في ظهور توهم المرض لدى الشباب" محققة.

الخاتمة

يعتبر توهم المرض من أهم الاضطرابات النفسية التي تنتشر بنسبة كبيرة عند كبار السن لكن الدراسة الحالية سلطت الضوء على هذا الاضطراب عند الفئة الشبابية حيث أن الفرد في فترة المراهقة يعيش مجموعة من التغيرات الفيسيولوجية والنفسية والسلوكية، فنجده يسعى دائما للبحث عن تأكيد ذاته وهويته والرغبة في الاستقلالية والميل إلى الحساسية المفرطة اتجاه كل الانتقادات التي تزعزع استقراره النفسي والدراسي والاجتماعي وقد تجعله في تصادم مع السلطة الوالدية أو التربوية حيث تلعب كل هذه الخبرات دورا كبيرا في تشكل شخصيته فمثل هذه التصادمات تجعل الفرد يعجز عن الاستبصار في ذاته والاستفادة من مختلف تجاربه الحياتية بطريقة سوية فجانب الشخصية يعتبر جد مهم في حدوث الاضطرابات النفسية عامة لأن سمات الشخصية السلبية عادة ماتشير إلى اضطراب نفسي معين فكل شخص لديه أنماط مميزة من الإدراك والعواطف والتقبل فهذه الأنماط إذا كانت ليست فعالة في مواقف معينة فمن المرجح أن يكون هناك عواقب سلبية ترمي على كاهل الفرد بجملة من الاحباطات.

وهذه الدراسة ما هي إلا عمل بسيط للتعرف على تأثير سمات الشخصية وتقدير الذات في حدوث توهم لمرض لدى الطلبة خاصة في مرحلة المراهقة في حد ذاتها كونها تعتبر مرحلة أساسية في ظهور بوادر تركيبة الشخصية. فرغم الصعوبات التي مررنا بها في ظل هذا الطرف الصحي إلا أننا استطعنا الاحتكاك بأكثر فئة للمراهقين باعتبار أنها عنصر محرك للمجتمع فمراهق اليوم هو راشد الغد كما أن هذه الدراسة قد تفتح لنا المجال في دراسات أخرى في نفس الموضوع مع الأخذ بعين الاعتبار النقائص الموجودة بها ومحاولة تداركها.

توصيات و مقترحات الدراسة:

- في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية نقترح جملة من التوصيات :
- إجراء المزيد من الدراسات حول توهم المرض لدى الطلبة والعمل على رفع مستوى الوعي المتعلق به والعلاقة بينه وبين المزيد من المتغيرات من اجل إدراك أكبر لطبيعة هذه الاضطرابات وإثراء المكتبات العربية بهذه الدراسات بشكل أفضل.
- نشر التوعية في المجتمع وبكافة الوسائل حول أهمية الجانب النفسي في تأثيره على الجسم .

الخاتمة

- تصميم برامج توعوية في احتواء الازمات النفسية لمساعدة الأفراد على التكيف مع أحداث الحياة الصعبة والصادمة .

- ضرورة توجيه الأساتذة والقائمين على الجانب التربوي لأهمية الجانب النفسي وعلاقته بخصائص شخصية الطلاب وأنها تؤثر بشكل كبير في خلق جملة من الاضطرابات النفسية.

- استعمال استراتيجيات مواءمة فعالة بتضمين البرامج ذات صلة بأهمية تقدير الذات ودوره في نشوء العديد من المشكلات النفسية والجسدية .

- تصميم برنامج التوعية لبناء نظام تربوي قائم على العلاقات الداعمة والأمنة.

- الاهتمام بفئة الطلبة كونهم يمرون بمرحلة حساسة كالأزمات العاطفية والرغبة في الاستقلالية بناء علاقات مع الجني الاخر كونها تؤثر على الجانب الانفعالي والسلوكي للشخصية والانشغال المفرط بصورة الجسم والصحة الجسمية التي تمس بتقدير الذات إما ايجابيا أو سلبيا.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

- إبراهيم، أحمد أبو زيد. (1997). سيكولوجية الذات والتوافق. القاهرة. دار المعارف.
- ابن منظور، ابي الفضل جمال محمد بن مكرم (د.ت). لسان العرب. بيروت. دار صادر.
- أبو الهندي، وائل. (1998). الوسواس القهري من منظور عربي. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية.
- أحمد ظاهر، قحطات. (2004). مفهوم الذات بين النظرية والتطبيق. عمان دار وائل.
- أحمد، أبو أسعد. (2013). علم النفس الشخصية. عالم الكتب الحديث: الأردن
- أحمد، عكاشة. (1980). الطب النفسي المعاصر. مكتبة المصرية. القاهرة: مصر.
- بن طاهر، بشير. (2007). ماهية استراتيجيات التكيف مع الضغط في الدراسات النفسية المعاصرة. مجلة التنمية البشرية. مجلة علمية محكمة تهتم بالدراسات التربوية والنفسية والاجتماعية. العدد 01.
- بيارمارتي، جان بنجمان شورا، محمد أحمد نابلسي. (1992). مبادئ السيكوسوماتيك وتصنيفاته. دار الهدى . مؤسسة الرسالة الأولى. ميله: الجزائر.
- جمال، السيد ، مصطفى، تفاحة. (1996). الأمراض السيكوسوتية. دراسة إكلينيكية تشخيصية. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين الشمس. القاهرة: مصر.
- جمال، السيد مصطفى. (1996). الأمراض السيكوسوماتية. دراسة إكلينيكية. معهد الدراسات العليا. جامعة عين شمس. القاهرة.
- حافظ، لطرس. (2008). التكيف والصحة النفسية للطفل. عمان. دار المسيرة. للنشر.
- حامد، عبد السلام زهران 1997. الصحة النفسية والعلاج النفسي. دارعالم الكتب. ط2.
- الحجاوي، عبد الكريم. (2004). موسوعة الطب النفسي. عمان. دار أسامة للنشر والتوزيع.

- حسن، عبد المعطي. (1989). أكتو النفسي أحداث الحياة كما يدركها السيكوسوماتي. مجلة علم النفس. العدد9. الهيئة المصرية. القاهرة.
- داود، عبد العزيز والطيب. محمد والعبدي ناظم. (1991). الشخصية بين السواء والمرض. القاهرة. مكتبة الانجلومصرية.
- الدباغ، فخري. (1983). أصول الطب النفسي. ط3. دار الطباعة للطباعة والنشر. بيروت: لبنان.
- رضوان سامر، جميل. (2007). عصاب القلب دراسة وصفية في اضطرابات القلب الوظيفية. مجلة الثقافة النفسية. ع 69.
- رضوان، سامر جميل. (2009). علم النفس الاكلينيكي. أشكال من الاضطرابات النفسية في سن الرشد. غزة. دار الكتاب الجامعي.
- زبيدة، أمزيان. (2007). علاقته بتقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجاته الارشادية. دراسة مقارنة في ضوء متغير الجنس. رسالة ماجستير في علم النفس. جامعة الحاج لخضر. باتنة.
- زهوان، حامد عبد السلام. (2001). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة. عالم الكتب.
- زين العابدين، درويش. (1999). علم النفس الاجتماعي. دار الفكر العربي. القاهرة: مصر.
- زينب، شقير. (2001). رعاية المتفوقين والموهوبين والمبدعين. الطبقة 2. القاهرة.
- سلامي نوربير، ترجمة وجيه أسعد. (2001). المعجم الموسوعي في علم النفس (ج ح) منشورات وزارة الثقافة. دمشق: سوريا.
- سناء عيسى الداغشاتي، المعتقدات الصحية التوعوية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي. مجلة البحوث التربوية والنفسية. العدد 26. 27. بغداد.
- شقير، زينب محمود. (2002). الأمراض السيكوسوماتية (النفس-صيدلية). ط1. مكتبة النهضة المصرية. القاهرة: مصر.

- عبد الخالق، أحمد. (1989). الأبعاد الأساسية للشخصية. الإسكندرية. دار المعرفة الجامعية.
- عبد الخالق، أحمد محمد ديب. سماح أحمد. (2007). التعب المزمن وعلاقته بتقدير الذات والرضا عن الحياة. دراسات عربية في علم النفس (16). 14793.
- عبد الرحمان، محمد السيد. (1998). نظريات الشخصية. القاهرة دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد العزيز، خميسا. (2010). علاقة مفهوم الذات بالدافعية للإنجاز لدى عينة من تلاميذ السنة 3 ثانوي من التعليم العام والتكنولوجي. رسالة ماجستير. غير منشورة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة الجزائر 2.
- عبيدات، محمد. (1997). منهجية البحث العلمي. دار وائل: عمان.
- عطوف، محمود ياسين. (1988). الأمراض السيكوسوماتية. ط1. منشورات يحسون الثقافية. بيروت: لبنان.
- عكاشة، أحمد. (1992). الطب النفسي المعاصر. القاهرة. مكتبة الانجلو المصرية.
- علاء الدين، كفاي. (2006). الأرق النفسي للمراهق. الإسكندرية. دار المعرفة الجامعية.
- العيسوي، عبد الرحمان. (2001). الاضطرابات النفسجسمية. دار الدئب الجامعية. بيروت: عمان.
- غازي، عبد المنصف، محمد الطيب. (1984). الأمراض النفسية الجسمية. دار المعارف. القاهرة: مصر.
- غانم، محمد محسن. (2005). أنماط الشخصية والتحليل النفسي. (د ط). المكتبة المصرية. القاهرة.
- غنيم، سيد محمد. (1972). سيكولوجية الشخصية محدداتها قياسها نظرياتها. القاهرة. دار النهضة العربية.
- غنيم، سيد محمد. (1975). سيكولوجية الشخصية. محدداتها. قياسها. نظرياتها. دار النهضة العربية. القاهرة.
- فيصل، فراجي. (2011). تقدير الذات وعلاقته بمشروع التكوين لدى الطلبة التكوين المهني. رسالة دكتوراه. وهران.
- فيصل محمد، خير الدين الزراد. (1984). الأمراض العصابية والنهائية والضغط السلوكية. دار القلم. بيروت.
- فيصل محمد، خير الدين الزراد. (2002). الأمراض النفسية الجسدية. دار الطبيعة للطباعة والنشر.

- كفاقي، علاء الدين. (1990). الصحة النفسية. ط3. صحر للطباعة والنشر والتوزيع.
- كمال، دسوقي. (1973). النمو التربوي للطفل والمراهق. بيروت. دار النهضة العربية.
- المالح، حسان، الطب النفسي والحياة. دمشق. دار الاشراقات.
- محمد، بيومي حسن. (1998). تقدير الذات لدى التلاميذ ذوي التحصيل الدراسي المنخفض. مؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر. الجمعية المصرية للدراسات النفسية. القاهرة.
- مصطفى، يوسف. (2005). السمات الخمس الكبرى في الشخصية لدى الأساتذة الجامعة وعلاقتها ببعض المتغيرات (بحث ميداني).
- النابلسي، محمد أحمد. (1993). مدخل إلى السيكوسوماتيك نظرية بيارمارتي. مجلة الثقافة النفسية. ع15 مج 4.
- مراجع باللغة الأجنبية:
- A B, Zonderman., M W, Heft., P T, Costa Jr. (1985). Does the illness behavior questionnaire measure abnormal illness behavior? health psychology 4. 425. 436.
- Abdullatif, Q. (2005). Arabic Adaptation of the IPIP 100. Unpublished manuscript.
- Unpublished manuscript
- Abramowitz, J., Autumne,E., Braddock. (2006). Hypochondriasis. Conceptualialization. Treatunet. and relationship to obsessive. compulsive disorder psychiatr clin n ain. 29,503- 519.
- Barsky, AJ., Wyshak, G., G L Klerman. (1992). Psychiatric comorbidity in dm3 hypochondriasis.archives of general psychiatry. 49. 101. 108.
- Basky, AJ., Klearman, GI.Overview. (1983).hypochonriasis. bodily complaintsand somatic styles. American journal of psychiatry. 140.273.281.

- Boudouda, NE ; Gana, K. (2020). Validity Evidence for the Arabic Version of the Mutidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits (MIHT). *Curr Psychol*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00687-3>
- Brett, J., Jonathan, A. (2008). Is hypochondriasis related to obsessive compulsive disorder. Panic disorder or both ? an empirical evaluation. *J cogn psycho ther.* 22. 115. 127.
- Collombet., autres. (1963) les troubles psycho-organiques treizieme rapport du comite oms d experts de la sante. Mental. serie de rapports techniques. n°275 : geneve.
- David, K., Shelly, E. (2003) are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis ? *journal of psychosomatic of hypochondriasis in british medicine 1680. 1830. Sohist med.* 24. 281- 98.
- Ferguson, E., Daniel. (1995). The illness attitudes scale (ias). *Apsychosometric evaluation on a non-clinical population person. Indrvid /sif vol. is. No. o4pp.* 463-469.
- Goldberg, L. R. (1999). A broad-bandwidth, public domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. In M. I, D. I, D. F. P, & F. Ostendorf (Eds.), *Personality psychology in Europe (Vol. 7, pp. 7-28)*. Tilburg: Tilburg University Press
- H M, Warwick., P M, Salkovskis. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour and therapy.* 28.105. 118.
- Hiller, w., rief, w., fichter, M. (2002) dimensional and categorical approaches to hypochondriasis. *Psychological medicine.* 32. 707. 718.
- Irwin, M., Rosenstock. (1974). *the health belief model and personal health behavior.* Thoo fare. Nj. Slach.
- Lipstt, D.(2001) *Hypochondriasis. Modern perspectives on an ancient malady.* Ox ford. Oxford university.
- M A, Haenen., P J, de Jong., A J, Schmidt., S, Stevens., L, Visser. *Hypochondriacs estimation of negative outcomes.* Domien.

- Philips, ka., Wilhem, s. (2010) body dysmorphic disorder. Some key issues for dsm –depress anxiety. 27. 573- 91.
- Pierre., benedtto. (2008) psychologie de la peresonalite. 2éme bruxeelles. Groupe de poeck.
- Pillowsky. (1967). Primary and secondary hypochondriasis british journal of psychiartry 113. 89. 93.
- Pilowsky, l., spence, n. (1994). Manuel for the illness behavior questionnaire. 3rd edition. Unpublished. Manual. Department of psychriarty. University of adeliade: Australia.
- Prashant., Sivastva. (2016). Psychtherpeutic management of hypondriasis. Acase study open journal of psychiatry allied scienes. Formerly desphrenia volume 7 is.
- R, Leibbrand., W, Hiller., M, Fichter. (2002) hypoconder iasis and somatization. Two adistined aspects of somtoform disordrs ? jclin psychol. 56. 63. 72.
- Ranchman, S. (2012) health anxiety disorders. A cognitive. Construal. Behvres ther. 50. 502. 12.
- S E , Hyler., N, Sussman. somate forme disorders.before and after psma. Hop community psychiatry. 1984. 35.469.78.
- Salkoskis, Pm. (1990) the nature of and intertraction between cognitive and physiolog cuf factors in panic attck and their treatment. Un published phd the sis.
- Salkovskis, M., C, warwick.. Phdalia, C . (2003) cognitive. Behavioral treatment for severe and persistend health anxiety (hypochondriasis) briel treatment and crisis inter.
- Specificity, and repsivness to reassuring and ala rning information. Behavioures (2000). 38. 833.
- Stracevic, V. (1990) relation ship between hyponalriasis and absessive compulsive personality disorder .close relatives separated by nosological schemes? An j psychother. 44. 340. 347.

Uzma, Zaidi., Salwa, Saad Awad., Eman, Mohamed Mortada., Hind, Diouri Qasem., Ghalia, Fahad Kayal.
(2003). Psychometric Evaluation Of Arabic Version Of Self-Esteem, Psychological Well-Being And Impact
Of Weight On Quality Of Life Questionnaire (Iwqol-Lite) In Female Student Sample Of Pnu. Princess
Nourah Bint Abdulrahman Unversity, Riyadh, Saudi Arabia.

Zeinoun, P., Daouk-Öyry, L., Choueiri, L., & Van de Vijver, F. J. (2017). A mixed-methods study of
personality conceptions in the Levant: Jordan, Lebanon, Syria, and the West Bank. *Journal of Personality
and Social Psychology*, 113(3), 453-465.

الملاحق

مقياس روزنبرغ للتقدير الذاتي

لا أوافق بشدة	لا أوافق	أوافق	أوافق بشدة	البند
				1. بشكل عام، أنا راض عن نفسي
				2. أحياناً، أشعر بعدم جدواي*
				3. أعتقد أنني أمتلك العديد من الصفات الجيدة
				4. أستطيع القيام بالأشياء التي يقوم بها الآخرون
				5. أشعر بعدم وجود شيء يجعلني فخور بنفسني*
				6. بالتأكيد، أشعر بعدم فائدتي أحياناً*
				7. أشعر بأنني شخص ذو قيمة، على الأقل، بشكل متساو مع غيري
				8. أتمنى أن أكن لنفسني احتراماً أكبر*
				9. بشكل عام، أنا أميل إلى الشعور بأنني فاشل*
				10. لدي سلوك إيجابي تجاه نفسي

(usma zaid et all, 2015)

مقياس متعدد الأبعاد لسمات توهم المرض (MIHT)

1. عندما أشعر بالألم، أخشى أن أكون مريضاً.....
 5 4 3 2 1
2. إذا لاحظت وجود عيب ما على جلدي أخشى أنه قد يؤدي إلى أمر خطير.....
 5 4 3 2 1
3. أتمنى أن يأخذ الآخرون شكائاتي الصحية بجدية أكبر.....
 5 4 3 2 1
4. قراءة المقالات التي تتكلم عن المرض يجعلني قلق على صحتي.....
 5 4 3 2 1
5. أحب أن يحسني أحد بالاطمئنان عندما أشعر بالمرض.....
 5 4 3 2 1
6. عندما أتألم أو أمرض أحب أن يكون هناك شخص لمساعدتي.....
 5 4 3 2 1
7. أهتم بما يحس به جسمي حتى إن كنت منشغلاً بشيء آخر (حديث تلفاز راديو...).....
 5 4 3 2 1
8. من المهم بالنسبة لي أن يهتم الآخرون بمشاكلي الصحية.....
 5 4 3 2 1
9. أقلق كثيراً بشأن حالتي الصحية.....
 5 4 3 2 1
10. أراقب عن كثب وعن قرب، ما يحدث لي جسدياً.....
 5 4 3 2 1
11. أنا قلق بشأن مشاكلي الجسدية عند كبري في السن.....
 5 4 3 2 1
12. التكلّم مع الناس عن مشاكلي الصحية يجعلني أشعر بتحسّن.....
 5 4 3 2 1
13. إذا كانت أعراض المرض تقلقني، فأنا أقدر تعاطف الآخرين.....
 5 4 3 2 1
14. أحياناً لا يبدو أن الآخرين مهتمين بشكائاتي الصحية.....
 5 4 3 2 1
15. عموماً، أنا جد حساس للتغيرات التي تطرأ في جسدي.....
 5 4 3 2 1
16. أنا قلق من احتمال تشخيصي بمرض خطير.....
 5 4 3 2 1
17. لا يبدو الآخرون متعاطفين مع مشاكلي الصحية.....
 5 4 3 2 1

(Boudouda, Gana.2020)

مقياس سمات الشخصية

لا تنطبق بتاتا	لا تنطبق	محايد	تنطبق نوعا ما	تنطبق تماما		
1	2	3	4	5	1.	أنا ممتع في الحفلات و المناسبات
1	2	3	4	5	2.	أشعر بالقليل من الإهتمام تجاه الآخرين
1	2	3	4	5	3.	أؤجل القرارات
1	2	3	4	5	4.	أشعر بالضغط النفسي بسهولة
1	2	3	4	5	5.	لدي الكثير من الكلمات و المفردات
1	2	3	4	5	6.	لا أتكلم كثيرا
1	2	3	4	5	7.	أنا مهتم بالناس
1	2	3	4	5	8.	أضع ممتلكاتي/ أشياءي بدون نظام
1	2	3	4	5	9.	أشعر بالراحة النفسية معظم الوقت
1	2	3	4	5	10.	أجد صعوبة في فهم الأفكار العميقة/المجردة
1	2	3	4	5	11.	أشعر بالارتياح مع الآخرين
1	2	3	4	5	12.	أنا أهين الآخرين
1	2	3	4	5	13.	أهتم بالتفاصيل
1	2	3	4	5	14.	أقلق تجاه بعض الأمور
1	2	3	4	5	15.	عندي خيال واسع
1	2	3	4	5	16.	لا أحب أن أكون موضع الإنتباه
1	2	3	4	5	17.	أتعاطف مع مشاعر الآخرين
1	2	3	4	5	18.	أسبب الفوضى من حولي
1	2	3	4	5	19.	نادرا ما أشعر بالحزن
1	2	3	4	5	20.	ليس لدي اهتمام بالأفكار العميقة/ المجردة
1	2	3	4	5	21.	أبادر/أبدأ الحديث مع الآخرين
1	2	3	4	5	22.	ليس لدي اهتمام بمشاكل الآخرين
1	2	3	4	5	23.	أنجز الأشغال فورا
1	2	3	4	5	24.	أنزعج بسهولة
1	2	3	4	5	25.	عندي أفكار ممتازة
1	2	3	4	5	26.	أكتب مشاعري

1	2	3	4	5	أنا طيب القلب	27.
1	2	3	4	5	غالبًا ما أنسى أن أرجع الأشياء إلى مكانها الصحيح	28.
1	2	3	4	5	أشعر بالانزعاج بسرعة	29.
1	2	3	4	5	ليس لدي خيال واسع	30.
1	2	3	4	5	أتحدث مع الكثير من الناس في الحفلات و المناسبات	31.
1	2	3	4	5	ليس لدي اهتمام حقيقي بالآخرين	32.
1	2	3	4	5	أحب النظام	33.
1	2	3	4	5	كثيرًا ما أغير مزاجي	34.
1	2	3	4	5	أفهم الأشياء بسرعة	35.
1	2	3	4	5	لا أحب لفت الأنظار إلى نفسي	36.
1	2	3	4	5	أخصص / أفرغ بعضًا من وقتي لأكون مع الآخرين	37.
1	2	3	4	5	أنفادي واجباتي	38.
1	2	3	4	5	كثيرًا مايتغير مزاجي بسرعة	39.
1	2	3	4	5	أستخدم كلمات (مفردات) صعبة	40.
1	2	3	4	5	لا أمانع أن أكون مركز الاهتمام	41.
1	2	3	4	5	أشعر بأحاسيس الآخرين	42.
1	2	3	4	5	ألتزم بجدول أعمال	43.
1	2	3	4	5	أشعر بالغضب بسهولة	44.
1	2	3	4	5	أتجنب المناقشات الفلسفية	45.
1	2	3	4	5	أكون صامتًا حول الغرياء	46.
1	2	3	4	5	أشعر الآخرين من حولي بالراحة	47.
1	2	3	4	5	أنا دقيق و صارم في عملي	48.
1	2	3	4	5	كثيرًا ما أشعر بالحزن	49.
1	2	3	4	5	أنا مفعم بالأفكار	50.

(Zeinoun et all,2017)

