

الأمراض النفسية وسوماتية لدى الأستاذ الجامعي

تناول مقارن بين ذوي الاتجاه المعرفي المادي والاجتماعي

ناصر الدين زبدي (*)
أستاذ مكلف بالدروس
قسم علم النفس وعلوم التربية
كلية العلوم الاجتماعية
جامعة الجزائر

* الأعضاء المشاركون في فرقة البحث:

أ. أوزنجة العيد / مكلف بالدروس
أ. واحددي عبد المجيد / أستاذ مساعد

1 - مقدمة:

السيكوسوماتية ، حسب قرينكر "GRINKER" هي اتجاه يشمل في كليته اتصالات "des processus" تعاقب بين أنظمة جسدية نفسية اجتماعية وثقافية، هكذا السيكوسوماتية لا ترجع لا إلى الفيزيولوجية أو إلى الأمراض الفيزيولوجية ولا إلى النفس أو الأمراض السيكلوجية ولكن إلى مفهوم استطالات بين الأنظمة الحية وتمثل أفكار اجتماعية وثقافية.

ظهرت كلمة السيكوسوماتية لأول مرة من طرف Heinroth في 1818. ومنذ ذلك الحين برزت اتجاهات وتفسيرات عديدة حول هذا المجال إلا أن هذه التفسيرات والاتجاهات قائمة على مبدأ أساس واحد هو التجزئة بين النفس والجسد، وقد بدأ اهتمام الأطباء المعاصرين بإعادة النظر في الأسلوب الطبي العادي والنظرة التشريحية والبيولوجية البحتة للمريض نفسه، وبدأ يظهر اتجاه جديد في الطب المعاصر يدعى الاتجاه الكلي و غايته النظرة الشاملة للإنسان المريض من خلال بيئته ومرضه.

لأن موضوعا كهذا جدير بالاهتمام والدراسة، حيث يعيش المدرسون في عالم مشحون بالمعاناة والمتاعب والمشاكل الفكرية والاجتماعية، ويعملون في ظروف مادية مضيئة ومتعبة. فالضغط الانفعالي المستمر الناتج عن أعباء الحياة اليومية للأستاذ الجامعي يسبب له أسوأ مظاهر القلق، وشدة هذا الضغط أو عدم شدته يتوقف على الأسلوب الذي ينتهجه في حياته اليومية وبطريقة استجابته للأحداث وإذا لم يتم إخراج الانفعالات عن طريق التنفيس أو التفريغ والتطهير فإن حالته تسوء إلى حد بعيد.

ويشبه بعض العلماء عمل الخوف والقلق واليأس والغضب بعمل المناشير والمقصات في أعصابنا وأجهزتنا الداخلية، فإن لم تتمكن أجهزتنا من التعبير الظاهر عن نفسها بصورة ملائمة تولت أجسامنا التعبير عنها باحترق الأعصاب واستهلاك اللحم والدم فتحدث الأمراض السيكوسوماتية والملفت أيضا انتشار قرحة المعدة بين رجال الإدارة والمصانع والأطباء ومديري شركات وكبار رجال الأعمال، لما يضطلعون به من مسؤوليات جسيمة.

إذن يعالج هذا الموضوع الأمراض الجسدية التي تتجم عن المشاكل النفسية التي يعانيها المدرسون الجامعيون، خصوصا منهم الباحثون، ومعرفة انعكاسات هذه المشاكل والمعوقات الجسدية على توافقيهم النفسي والسماعي. يتعرض إلى مختلف النتائج التي توصلت إليها الدراسة الميدانية، التي استوفيناها بمختلف الاقتراحات والبدائل اللازمة لمعالجة أو للوقاية من تلك الأمراض السيكوسوماتية، التي قد يتسبب فيها مجال استخدام الأساتذة وظروفهم المادية والصحية.

2 - إشكالية البحث

يكتنف المجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات، التي تعاني الأزمات الاجتماعية الحادة ظروف مادية تحدث بصماتها على نفسية أفرادها. وقد ينجم عن تلك الآثار النفسية أمراض حادة و مزمنة ترتبط ارتباطا عاليا وثيقا بعواملها النفسية، وقد نجد مثل هذه الأمراض النفسية-الجسدية لدى أفراد المجتمع، خصوصا منهم الذين يعيشون بكل جوارحهم مآسي هذا المجتمع و ينفعلون يوميا لها، من خلال ممارستهم لمهنتهم النبيلة، ألا وهي التدريس.

و لهذا قد نجد أن لمهمة التدريس انعكاسات مادية مباشرة على الحالة الجسدية للمدرسين نتيجة للمعاناة اليومية و تحمل أوزار مجتمعهم، لذلك قد يعانون أمراضا سيكوسوماتية من جراء ذلك.

و على ضوء الاتجاه المعرفي الحديث، و الإطار النظري للمدرسة السيكوسوماتية لبيار مارتى، و بناء على خلاصة الملاحظات العيادية المهنية، يقف البحث على التساؤلات التالية :

- ما مدى انتشار الكدر "النفس - بدني" بين هيئات التدريس الجامعي ؟
- هل السقم السيكوسوماتي مرض تحولي تخصصي؟
- هل يتعاقب الاعتلال السيكوسوماتي و الإنجاز التدريسي طرديا أم عكسيا؟

3- أهداف البحث

يهدف البحث من خلال هذه التساؤلات إلى:

- أ - معرفة الأمراض السيكوسوماتية المنتشرة لدى هيئات التدريس الجزائرية.
- ب - معرفة العوامل النفسية والمادية الكامنة وراء الإصابة بهذه الأمراض.
- ج - كما يخلص إلى بناء أداة نفسية ذات كشف و حساسية لتشخيص المترشح المستهدف للكدر السيكوسوماتي قصد توجيهه الوجهة السليمة.
- د - الخروج بخريطة نفسية ، تصف انتشار السقم النفس بدني حسب التخصص.
- هـ - يهدفون إلى وضع برنامج كفالة علاجية تضمن سلامة الصحة النفسية للمدرس.

4- فرضيات البحث

- إن التساؤلات السابقة تستدعي الباحثين في الموضوع إلى طرح الافتراضات التالية:
- أ - يوجد فرق جوهري في انبثاث الأمراض النفسية -الجسمية (الربو - القرحة المعدية - القولون - داء السكري - الضغط - الضعف الكلوي) بين هيئات التدريس حسب التخصص المعرفي المادي أو الاجتماعي.
 - ب - يرتبط الاعتلال النفس بدني ارتباطا وثيقا بالإنجاز التدريسي.
 - ج - يوجد فرق بارز في تحول الاعتماد السيكوسوماتي و التخصص التدريسي بين المدرسين الجامعيين " و داخلهم" في المنحنيين المادي والاجتماعي.

5- التطور التاريخي لنشأة السيكوسوماتية

لقد ارتأينا أنه من الضروري إعطاء لمحة حول نشأة هذا المصطلح حتى يتمكن القارئ للموضوع من تشكيل فكرة عن تطور النظرية السيكوسوماتية وأن نكون على علم بالأفكار الأولى السائدة في هذا المجال .

فمصطلح السيكوسوماتية مكون من لفظين: سيكو (نفس) و سوما (جسد). إذ أن هذا المصطلح قديم قدم الطب نفسه ، فهو يرجع الى فرصة وجود علاقة بين الروح و أمراض الجسد .

فالفلسفة الأرسطية ترى أن الروح و الجسم يكونان وحدة متجانسة ، وهذه النظرية تمثل شكل الهيلومورفيزم .

نظرية أخرى ترى أن الجسم و الروح وحدتين لهما تأثير متبادل و من ممثليها "ديكارت" و تمثل بدورها شكل الترابطية.

أما النظرية الثالثة و التي يمثلها لايبينز Leibinz فتري أن الجسم و الروح مستقلين في عملهما الواحد عن الآخر ، و الشكل الممثل من طرفهما هو "التوازي".

و في الأخير الشكل "السيكوفيزيقي" ممثل من نظرية تنص على أن الجسم و الروح هما مظهرين مختلفين عن الانسان ، ممثلهما " فوندت".

و عموماً ففي العصور القديمة سادت فكرة العلاج بالسحر و لكن شفاء المرضى بهذه الطريقة دعم فرضية تأثير الجانب النفسي على الجسم.

و في العصر الروماني - اليوناني قام جدال بين حركتين :

★ مدرسة COS و التي يمثلها هيبوقراط HYPOCRATES و كان اتجاهها ديناميكياً تدرس الإنسان ككل متكامل و اهتمت بالحالة المزاجية للمريض . فقد بين هيبوقراط أن تغيرات المزاج تخضع لقوانين زمنية مكانية ، و حسب هذه المدرسة ، فإن المرض هو عبارة عن اختلال في التوازن يجب الامتثال إلى قوانين الطبيعة ، أي محاولة التكيف بقرار المستطاع . كما أعطت أهمية كبرى للتاريخ الشخصي للمريض و للعلاقة الإنسانية بينه و المعالج.

★ أما مدرسة CNIDE فقد كان اتجاهها ميكانيكياً تحليلياً و المرض حسبها هو حادث ، و الواجب معالجة العضو المريض فقط . ويرجع الفضل إلى "جالين" GALIEN الذي من خلال أبحاثه استخلص أول

فرضية للطب النفسي - الجسدي ، و هي الرئوي - النفسي ، و يرى أنها تنطلق من الدماغ لبقية الجسم بفضل الأنبوبة العصبية .

و هذا الاكتشاف تطلب مجهودات كبيرة لعدم تواجد دراسات سابقة، بالإضافة إلى عدم اعتراف البعض بالسيكوسوماتية في ذلك الوقت.

كما نذكر العالم " تروسو " TROUSSEAU الذي من خلال ملاحظاته الذاتية بين دور العامل الانفعالي في تفجير الأمراض . و " بينال " PINEL الذي بين بدوره، من خلال دراسته، مساهمة الأحران الشديدة في الإصابة بمرض الالتهاب الجلدي.

و بعد هذه الحركة و خلال القرنين 18 و 19 ساد الطب التشريحي الإكلينيكي الذي يرى أن ما تأتي به التجارب التي تجرى في المخبر بواسطة المجهر - الذي يعد اكتشاف هذا القرن هي حقائق صادقة لا مجال للشك فيها. و قد نادى بهذا العالمان فيرشون و مورقالنّي VIRCHON & MORGALNI .

و جاءت أبحاث " باستور " L. PASTEUR و دعمت هذه الفكرة و جعلت الطب التشريحي الإكلينيكي يسود طيلة هذه الفترة التي بقيت آثارها إلى أيامنا هذه ، فهي عموما تنفي وجود أمراض عامة و ترى أنه لا يوجد سوى أمراض الأعضاء و الخلايا الراجعة إلى التغيرات المورفولوجية المحلية للأنسجة.

نجد أن العوامل النفسية فقدت معناها في هذه الأثناء فأصبح الاهتمام فقط من الناحية البيولوجية للمرض و بالتالي لم نكن نؤمن بالسيكوسوماتية. في هذه الفترة فرض الطب العقلي نفسه على التخصصات الأخرى في الطب بفضل اكتشافاته التي عجزت هذه الأخيرة عن القيام بها .

و أن الحدث الذي سجل في التاريخ و الذي كان له الدور الإيجابي في سيادة الطب النفسي - الجسدي من جديد هو ثورة Sigmund Freud في التحليل النفسي فقد ركز هذا الأخير على الشخصية بأكملها و على معنى العرض العصابي فيقول : " ليس بإمكاننا تفهم الكيان التحليلي كالجسم الإنساني إلا إذا ربطناه بفكرة الشخصية و الاحتياجات التي تخضع لها هذه

الشخصية، فهذه الحاجات الحيوية لا تكون مرضية إلا إذا تم ترابط منسجم لكل أجزاء الجسم".

و إنطلاقاً مما سبق تمكن -Heinroth- عام 1818 من وضع مصطلح Psycho-somatique لأول مرة لإبراز تفوق العوامل النفسية و قد كان هذا الاكتشاف كرد على اتجاه مساندي النظرية العضوية. و لقد أعيد استعمال هذا المصطلح من طرف Deutch عام 1922 و أدخل إلى فرنسا عام 1946 من طرف Delay.

و انطلاقاً من هذا بدأت الأبحاث الخاصة بالسيكوسوماتية في كل من USA و روسيا، ألمانيا وفرنسا ، حيث عمل الباحثون في كل من هذه البلدان على استخراج و توضيح ملامح الشخصية ذات الاستعداد للإصابة بالمرض السيكوسوماتي.

ففي أمريكا أخصبت أعمال F. Dunbay عام 1943 . على مقارنة نمطين من الشخصية و حسبها كل نمط مهياً للإصابة بمرض سيكوسوماتي معين.

كما وضع F. ALEXENDER نظاماً منسقاً حول نوعية الأمراض السيكوسوماتية مركزاً على نوع الصراعات بالمعنى التحليلي و علاقتها ببعض التغيرات الفيزيولوجية.

أما المدرسة الألمانية فقد مثلها كل من - Boss و Von Hvekkull - و أحدث المعطيات هي من المدرسة الفرنسية التي يمثلها كل من : Marty . Delay . Held . Muzan Bonfils - Soulé .

و يرى - Marty - أن كل إنسان يجب أن يدرك كامل و مجموعة معقدة توازنه الكلي خلال فترة زمنية معينة ناتج عن تجمع التسويات المختلفة و المتغيرة عبر الزمن. و تساهم كل واحدة لتحقيق حالة توازن أو اختلال التوازن و الذي يطابق الاقتصاد النفسي الجسدي للفرد

6 - تحديد مفاهيم ومصطلحات البحث

قبل الشروع في إعطاء بعض التعاريف النفسية و الطبية لمصطلح السيكوسوماتية. نحاول إعطاء التعريف اللغوي و العام له.

إن كلمة " سيكوسوماتية " يطلق على الطب الذي يدرس الأمراض الجسدية ذات المنبع النفسي أي الأمراض الجسمية المرتبطة بأسباب نفسية أي بصراعات عموماً لاشعورية أو شعورية .

و هنا ظاهر أن الأمراض السيكوسوماتية هي التي تنتج عن إختلال في العمليات النفسية الداخلية و التي تؤدي لا محالة إلى اضطراب جسدي.

يعرف العالمان "فابيان. ل" "دوك ودكس-تلو" « الأمراض السيكوسوماتية بأنها مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه و تكون من الحدة و الإصرار بحيث تقام أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيف حدتها « فالاضطراب السيكوسوماتي يحدث نتيجة اختلاف شديد في توازن هيومستازي في الكيمياء الفسيولوجية للجسم نتيجة لضغط سيكولوجي.

تشمل هذه الحالة أي جزء من الجهاز العضوي و تحتاج عادة إلى علاج نفسي و طبي.

فالأمراض السيكوسوماتية هي أمراض جسمية ذات جذور و أسباب نفسية، تظهر على شكل رد فعل استجابي لأي عضو مصاب كالاستجابات المعدية و الاستجابات القلبية الهيكلية، التناسلية، فأسباب الأمراض السيكوسوماتية تحدث نتيجة لضغط انفعالي أو مستمر من مشكلات أو أعباء الحياة اليومية.

و قد استبعد العالم هالداي "HALLIDAY" أن يكون للعصاب و الذهان ارتباط بالأمراض السيكوسوماتية لأنها لا تتضمن خلا وظائفها.

و يعرف أحمد عكاشة الاضطرابات السيكوسوماتية: هي اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دورا هاما قويا و أساسيا.

و تختلف الأمراض السيكوسوماتية عن الأمراض التحويلية في أن هذه الأخيرة هي عبارة عن تحول قلق إلى أعراض و علامات تشمل الجهاز الحركي و المسمى الإرادي و لها معناها الرمزي في الحياة. و هذا الضغط يتوقف على الأسلوب الذي يستجيب به الفرد لمواقف الحياة، فإذا لم يتم إخراج الانفعال الذي يتطلبه الموقف في صورة لفظية أو فيزيائية فإن التوترات الداخلية تعمل في الداخل و تعطل الوظائف السوية لبعض الأعضاء.

إن الأمراض السيكوسوماتية متعددة، تشمل كل أعضاء الجسم فمنها من كانت من القديم و منها ما هي حديثة تسمى بالأمراض العضوية شاعت في السنوات الأخيرة. تصنيف الأمراض السيكوسوماتية (3) :

- 1- أمراض الجهاز الهضمي : أ- القرحة المعدية. ب- قرحة القولون. ج- السمنة المفرطة.
- 2- أمراض الأوعية الدموية : أ- عصاب القلب. ب- التوتر الزائد. ج- الصداع. د- انسداد النسيج القلبي. هـ- الضغط الدموي.
- 3- أمراض الجهاز التنفسي : أ- الربو الشعبي. ب- حمى القث. ج- السل الرئوي. د- إصابات البرد المعتادة.
- 4- الاضطرابات الجلدية : أ- الإقزيم. ب- السكر. ج- التهاب المفاصل الروماتيزمي. د- نزيف الأذن. و- الصداع النصفي.
- 5- الاضطرابات السيكوسوماتية، عملية هيكلية : أ- أوجاع الظهر. ب- تشنج العضلات.
- 6- اضطرابات تناسلية و غدد صماء : أ- اضطرابات الوظيفة الجنسية. ب- اضطرابات في الوظيفة التناسلية. ج- اضطرابات عملية التبول.

إن الاضطرابات السيكوسوماتية من الأمراض الأكثر انتشارا في زماننا هذا. و هذا ربما يعود إلى تعقد الحياة المعاصرة، و زيادة سرعة نمط الحياة الحديثة و تعقدها و مع زيادة المنافسة و الصراع. فأصبحت الأمراض السيكوسوماتية أمراض العصر. فهي تؤثر تأثيرا كبيرا على الفرد و بما أنه

عضو في المجتمع فهو له مكانته الفعالة لرفع المستوى المعيشي، و الإنتاج القومي. و لقد بينت أبحاث English et Weiss أن الاضطرابات السيكوسوماتية مصاحبة للحضارة. فمن خلال هذا يتضح لنا ضرورة التعرف على بعض هذه الاضطرابات السيكوسوماتية، وكيفية تأثير الجانب الانفعالي والعاطفي فيها ونأخذ هنا مثالا عن القرحة المعدية:

فقرحة المعدة، هي التهاب في جدار المعدة أو الجزء العلوي من الأمعاء الغليظة نتيجة لزيادة نشاط المعدة وزيادة الإفرازات والتي هي ضرورية فقط أثناء عملية الهضم لكن في بعض الظروف الانفعالية تظل إفرازات الأحماض تنصب في المعدة فتؤدي إلى حدوث فجوات ملتهبة. وتعتبر الظروف السيكولوجية الانفعالية المسؤولة الأولى لهذه الالتهابات كما أن فوضى التغذية والإكثار من الطعام هما مؤشران سيكولوجيان لحالات إنفعالية تفرضان على المعدة عملا مضاعفا (م. أيوب شحيمي، 1994: 235).

3 - تعتبر القرحة المعدية بأنها عدوان موجه لداخل الفرد أي هي «غضب داخلي يعبر فيه الفرد عن العدوان وقلق العدوان المكبوت.

4 - يقول دونالددير واليانورليرد: «عندما تبدأ التوترات الانفعالية في العقل فإنها تؤثر في وظائف البدن، فالغضب يجعل المعدة دائما متهيجة ويكون ذلك بداية للقرحة» (5).

يرجع تكوين القرحة إلى اختلال التوازن بين عوامل الهجوم و هي الحمض، الأمراح الصفراوية اليبسين أو المضمين. و ينتج عن هذا الاختلال التوازني فقدان مادة الغلاف المخاطي الجلدي و المصاحب بإصابات عميقة نوعا ما للأنسجة و التي تجعل الالتئام صعبا.

و نذكر نوعين من الخلايا المسؤولة عن هذه الإفرازات و هي :

- الخلايا الجدارية.
- الخلايا المخاطية.

فالخلايا الجدارية المعدية هي المسؤولة عن إفراز حمض الهيدروكسيك أي حمض كلور الماء. أما الخلايا المخاطية فهي المسؤولة عن إفراز المخاط.

و في الظروف العادية فإن المعدة لا تعمل إلا عندما يكون هناك وجبة تناولها الإنسان و على المعدة أن تعمل على هضمها (مصطفى زيور، 1984 : 37) .

هنا تتدخل الخلايا الجدارية المعدية لتفرز حمض كلور الماء و لا يتم إفراز هذا الحمض إلا بوجود :

1- العصب الرئوي - المعدي .

2- العصارة المعدية.

3- المشامين.

هنا يتدخل هذا الحمض كوسيط حتى تتم التفاعلات، في نفس الوقت تفرز الخلايا المخاطية أنزيمات المخاط لتحمي جدار المعدة و تقيه من الالتهابات و الجروح.

ففي الحالة العادية نجد دوما توازنا بين العامل الهجومي (Hcl) والعامل الوقائي، أي المخاط (Mucus). أما في الحالة المرضية أي الإصابة بالقرحة المعدية نجد اختلال هذا التوازن بحيث تفوق عناصر Hcl على الأنزيمات المخاطية، و بالتالي تنصب على الجدار المخاطي فتحدث فجوات ملتهبة إما دائرية أو منحنية الشكل، تتوضع على الجدار الداخلي للمعدة أو العفج، فهذه الحالة مرضية تثيرها عوامل نفسية معسورة بالقلق المستمر فتحت هذا الضغط نجد إثارة العامل العصبي و العامل الهرموني و بالتالي زيادة في إفراز، يتمثل العرض الأساسي للقرحة في الألم بحيث أن المصاب يشعر دوما بالجوع و لهذا سمي بالجوع المؤلم. و يمكن تهدئة هذه الأوجاع بواسطة استعمال المسكنات و تناول الطعام و الراحة.

7 - مساهمة الجانب الانفعالي في ظهور القرحة :

إن الضغط الانفعالي المستمر الناتج عن أعباء الحياة اليومية للإنسان المعاصر يسبب له أسوأ مظاهر القلق، وشدة هذا الضغط أو عدم شدته يتوقف

على الأسلوب الذي ينتهجه المرء في حياته اليومية وبطريقة استجابته للأحداث وإذا لم يتم إخراج الانفعالات عن طريق التنفيس أو التفريغ والتطهير فإن حالة المريض تسوء إلى حد بعيد.

ويشبه بعض العلماء عمل الخوف والقلق واليأس والغضب بعمل المناشير والمقصات في أعصابنا وأجهزتنا الداخلية، فإن لم تتمكن أجهزتنا من التعبير الظاهر عن نفسها بصورة ملائمة تولت أجسامنا التعبير عنها باحترق للأعصاب واستهلاك اللحم والدم فتحدث الأمراض السيكوسوماتية والملفت أيضا انتشار قرحة المعدة بين رجال الإدارة والمصانع والأطباء ومديري الشركات وكبار رجالات الأعمال، لما يضطلعون به من مسؤوليات جسيمة.

وفي كل موقف ضيق وشدة، يتحرك الجهاز العصبي بمطرقته الكبيرة ليضرب المعدة أو القلب أو الرأس فتتعاكس بردود فعل مؤلمة وبطريقة أوتوماتيكية، فالشعور بالقلق المستمر المتواصل يؤدي إلى الأمراض السيكوسوماتية ومعظمها يسير نحو المرض إذا لم يتم التوافق المطلوب مع الواقع ومع العمل (محمد أيوب شحيمي، 1994 : 231 - 234).

أوضحت الإحصائيات في إسكتلندا بين عامي 1931 - 1936 (الفترة التي بلغ فيها التعطل القمة)، ازديادا في نسبة قرحة المعدة من 130 - 140 % ويقول "براون" أنه لا يمكن تجاهل الأخطاء المنطبقة العديدة، التي تتضمنها هذه الأرقام ولكن سواء كانت الأرقام مضبوطة أم لا فإن حقيقة ازدياد الأمراض الناتجة عن الضغوط الانفعالية أمر لا شك فيه وخاصة في الأقطار الصناعية.

ولذلك فقد تحدث الاضطرابات السيكوسوماتية في الوظيفة المعدية لدى الناس الأصحاء الخاضعين لشدة انفعالية غير عادية ذلك يرجع إلى أن البطن مائدة غذاء الانفعالات.

يؤكد العالم (وولف S. Wolf) بأن الإفرازات الزائدة هي حالة ضغط مزمن ينجم عن توتر انفعالي مستمر يؤدي إلى تآكل وتخريب جدران المعدة وخلاياها وخلل في التفاعلات الكيميائية.

وقد كشفت دراسات تجريبية ارتباط القرحة بالأحداث التالية :

(1) - الأحداث التي يواجه بها الفرد الفشل والإحباط.

- (2) - وجود صراع أو خلاف مع الأم أو مع من يرمز إليها كسلطة.
- (3) - في حالات الحمل للزوجة (المريضة) أو وضعها لطفل.
- (4) - الشعور العنيف بالذنب على وجود علاقة جنسية غير شرعية.
- (5) - العمل تحت ظروف التوتر والضغط وقمع الرغبات.
- (6) - المشاحنات العائلية والاعتماد على الآخرين وعدم الاعتماد على النفس (عطوف محمود ياسين، 1981)

ويرى علماء التحليل النفسي أن أكثر الأجهزة حساسية في مواقف القلق المختلفة هو (القناة الهضمية)، فالإسهال في نظر المحللين دليل الكرم والعطاء، والإمساك دليل البخل أما -قرحة المعدة- فهي تعبير عن (العدوان على الذات) في حالات الفشل في التعبير الصريح عن القلق من عدوان أو خوف مكبوت.

وقد اكتشف كل من S. Wolf + H.G Wolf مزيداً من الحقائق التي تثبت العلاقة بين الاضطراب الانفعالي والمعدة باستعمال أنبوبة الهضم ووجدوا أنه كلما تعرض الفرد لحالة من القلق أو الغضب أو الضيق والكرهية كانت حركات المعدة وإفرازاتها تزيد، أما إذا كان الفرد يتعرض للحزن أو الخوف فإن الحركة الهضمية والإفرازات والإخراج والامتصاص كانت تهبط وتقل هذا وإن من الحقائق الفيزيولوجية الثابتة هو أن المعدة في حالات الانفعال الشديد وعند مرضى القرحة لا تتوقف بعد مرور الطعام إلى الإثني عشر بل تستمر في إفرازاتها وحركاتها كأنما هناك طعام آخر بالطريق وهذا يعرض جدران المعدة للأحماض فترة أطول، وبالتالي للتآكل الذي ينجم عنه النزيف المرتبط بقرحة المعدة.

وقد كشفت الكثير من التقارير العيادية بأن معظم المصابين بالقرحة يعانون ميلاً لا شعورياً للتوكل والاعتماد على الآخرين مهما بدا في سلوكهم الظاهري من رغبة في الاستقلال وهم يشعرون بالتصاق بشخص ما والتعلق به وغالباً ما يكون الأم أو من ينوب عنها، لأنها رمز يعطيهم الحب والحنان دون مقابل وتحمل عنهم المسؤوليات واتخاذ القرارات (عطوف محمود ياسين، 1981). وحسب الدكتور "هينرش نيكيلس" الذي أمضى سنوات عديدة في دراسة أثر الإرهاق والتوتر في الصحة وفي تكوين القرحة، يرفض النظرية السائدة في العالم على أن إزدیاد كمية حامض الهيدروكلوريك في المعدة في

الكميات العادية هو السبب الرئيسي للقرحة ويقول : "لو كان هذا صحيحا لكان نصف عدد شبابنا الأصحاء مصابين بالقرحة" ولكي يؤكد نظريته يضرب مثلا:

- ﴿ بطالب صغير السن أصيب بنزيف قرحي في اليوم الثاني لوفاته والدته.
- ﴿ و بمحام أصيب بالأم قرحية في اللحظة التي كان يجب أن يظهر فيها أمام منصة القضاء للمرافعة في قضية هامة.
- حيث يتبين لنا من خلال هذين المثالين أثر المواقف في إثارة القرحة.

8- المدرسة السيكوسوماتية لبيار مارتى:

تعتبر المدرسة السيكوسوماتية (لبيار مارتى) من المدارس الأكثر حداثة، فهي تعطي للسيكوسوماتية بعدا آخر يتجاوز البعد الطبي لذا تنطلق من فكرة أن الإنسان وحدة حية لها فرديتها وتميزها عن سائر الوحدات الأخرى (البشر) (Marty (P), 1980)، كما اهتم مارتى بالسير العقلي للفرد فهو يرجع الانحلال الجسمي إلى ضعف التنظيم العقلي، فهذه النظرية تركز أساسا على دراسة الوظائف العقلية التي تسمح بإيجاد الاختلالات المختلفة، وفي هذا الإطار ليس هناك جهاز عضوي مختل أو مريض بل هناك جهاز عقلي مختل في سيره والذي يظهر من خلال تدهور القيمة الوظيفية للموقعين:

الأولى : (الاشعور، الشعور وما قبل الشعور).

والثانية: (الأنا، الأنا الأعلى، الهو).

لقد انطلق مارتى في أبحاثه على أسس التحليل النفسي وظهرت أعماله لتعارض الفكرة الثنائية للإنسان (نفس - جسد) وذلك بعدما ظهرت نقائص هذه الأبحاث في علاج بعض الأمراض الجسمية وتفسير الآليات التي أدت إلى ظهورها (الأمراض الجسمية) حيث نرى أن المرض الجسمي راجع إلى عامل ممرض خارجي.

ولفهم أكثر لمعنى المرض السيكوسوماتي، سوف نتعرض إلى المبادئ الأساسية التي إعتد عليها بيار مارتى.

(1) - مبدأ التطور :

يعتبر من المبادئ الأساسية التي إعتد عليها بيار مارتى Pierre Marty حيث يرى أن الإنسان يجد نفسه في سياق تطوري معين، يكون محدود في الزمان والمكان، فالفرد يولد وهو عبارة عن مجموعة من الوظائف تعمل بنوع من الاستقلالية دون أن تشكل نظاما موحدا مستقلا يطلق عليه بيار مارتى "الفسيفساء الأولى" (Mosaïque première). فالطفل في بادئ الأمر يعتمد على أمه التي تعمل على ربط هذه الوظائف فيما بينها، لكن الطفل يستقل تدريجيا أثناء مراحل نموه وبالتالي تواصل الحركة التطورية مسارها حتى يكتمل النمو (Marty (P), Herberg (R), 1992. P6).

وعندما تظهر حركة معاكسة للتطور تعمل على إفساد التنظيم الوظيفي لكن هذا المسار المعاكس للتنظيم لا يذهب بعيدا ولا يستمر طويلا بفضل القوة المعترضة لغرائز الحياة (Les instincts de vie) التي نجدها أثناء النمو وكذا بفضل مستوى تنظيم صلب، ففساد التنظيم حسب مارتى يظهر عند "وجود صدمة تقوم بعرقلة التنظيم في النقطة التطورية أو التنظيم الموجود في أعلى مستوى والذي هو في صدد الإنجاز عند الراشد فتترك غرائز الحياة التي من المفروض أن تعمل على إتمام تنظيم المجال لغرائز الموت (Les instincts de mort) التي تقود حركة إفساد التنظيم في اتجاه معاكس للتنظيم التطوري إذ نلاحظ في نفس الوقت غياب التسلسل الوظيفي مع تشتت الوظائف التي جمعت سابقا ويؤدي هذا كله إلى التخريب وعدم التنظيم فتعم بذلك الفوضى (Marty (P) 1976 P 137).

(2) - مفهوم الصدمة (Traumatisme) :

يمر الفرد خلال مراحل نموه بمواقف عديدة محبطة يستجيب خلالها بطرق مختلفة وهذه الصدمات قد تكون خارجية كالتهرض لموقف معين أو فقدان شخص عزيز كما يمكن أن تكون هذه الصدمات داخلية.

لذا يرى بيار مارتى «أن الأصل الخارجي للصدمة لا يأخذ في حد ذاته قيمة يمكن تقديرها موضوعيا وفقدان شخص قريب لا يكون أكثر صدميا بالنسبة لفرد ما من الإحساس الذي يثيره مثل غبار في أشعة الشمس بالنسبة لفرد آخر» (Marty (P) 1976 P 102).

إذن قدرة الفرد على تحمل ومقاومة الصدمات تختلف من فرد لآخر ولهذا فإن ما يشكل صدمة عند شخص معين قد لا يشكلها عند شخص آخر. أما فرويد فيرى «إن الصدمة هي عبارة عن تجربة غياب فعالية أجزاء الأنا التي تواجه تراكم الاستثارات هذه الأخيرة أحيانا ذات منشأ داخلي أو خارجي يعجز الأنا عن التحكم فيها» (Debray (P) 1987 P (18 - 20)).

(3) - غرائز الحياة والموت :

يعتبر بيارمارتي أن الإنسان تسطير عليه غريزتين هما : غريزة الحياة وغريزة الموت. ففي سيرورة الحركة التطورية نجد سيطرة غرائز الحياة على غرائز الموت وتتضح هذه السيطرة بشكل جيد خاصة في بداية حياة الفرد ولكن هذا لا يمنع من ظهور حركات فساد التنظيم التي تأخذ اتجاهها معاكسا للتطور والتي تنشط من طرف غرائز الموت، ويرجع مارتي سيطرة غرائز الموت على غرائز الحياة إلى سببين : الأولي خاص بضعف (Epuisement) القوى البنائية للفرد نتيجة لمرور الزمن وكبر السن، أما السبب الثاني فيرجع إلى الصدمات التي يتعرض لها الفرد أثناء مراحل تطوره.

ولكن رغم هذا يكون للتفاعل المتبادل بين قوى غرائز الحياة وقوى غرائز الموت فضل كبير في بقاء الفرد حيا إذ أنه يساعد في نقاط تثبيت ستكون مراكز تثبيت تؤمن له في المستقبل دفاعا فعالا حينما تعثره الصدمات.

(4) - التثبيتات والنكوصات :

يرجع "مارتي" التثبيت إلى تكرار محاولة البناء الوظيفي الذي لم يتم في المحاولة الأولى نظرا للصدمات التي يكون قد عرفها الفرد وبالتالي فإن العوامل المفسرة تسيطر لوقت معين لكن قوة الغرائز في تلك المرحلة من النمو تحدث نكوصا لإعادة التنظيم الذي اختل وقت الصدمة وهكذا تكون نقطة انطلاق جديدة لحركة تنظيم أكثر تطورا. لأن النكوص يمثل أجهزة قوية معينة للتوازن الحيوي العام عكس انحلالات التنظيم التي لا تعطي استقرارا لأي توازن. ومن خلال المحاولات الفاشلة والمتكررة والمتجددة لإعادة التنظيم تعطي للنظام الوظيفي قوته وبالتالي قيمته الحيوية فتصبح حينئذ دفاعيا حيث يتصدى مستقبلا لحركات التخريب التي قد تحدث خلال سير حياة الفرد

ويكون بالتالي قاعدة لخصوصيات سوماتية ونفسية عند الأفراد (P) Marty (1976 P 122).

وتحدث هذه التثبيتات في مختلف مراحل النمو. لذا يجب بيارمارتي في ظاهرة التثبيت حركة مفضلة للتطور خاصة في مرحلة النمو رغم إمكانية حدوثها في أوقات أخرى.

أما بالنسبة لمفهوم النكوص فيؤكد بيارمارتي على أن استعماله يجب أن يكون تحليليا ففي المعنى التحليلي «يشير إلى نوعية السلم الذي وضع حدا للحركة ضد تطورية والذي يمثل كل إمكانيات إعادة البناء الفردي» Marty (1980 P 08).

وبالتالي نستنتج مع مارتي أنه لا يوجد بناء يمكن أن يقف أمام حركات الانحلال التنظيمي غير النكوص.

(5) - مفهوم الاقتصاد السيكوسوماتي :

يقصد بهذا المفهوم مجموعة من التنظيمات المعقدة التي تعمل دائما - عند الفرد مهما كان سنه أو جنسه أو حالته الصعبة - على الحفاظ على التوازن مع عالمه الداخلي وكذلك مع معطيات العالم الخارجي وبمجرد محاولة معرفة مدى أهمية الاقتصاد السيكوسوماتي للفرد يجب التعرف على التغيرات التي قد تحدث على مستوى نفس-جسديته. ويتضح لنا الإطار العام الذي يندرج فيه اضطرابه وتنظيمه العام (Debray (R) 1994, P 145)، ويميز مارتي بين أربعة أنظمة اقتصادية أساسية تحدد في سيرها الحركات التطورية والحركات المعاكسة للتطور وتتمثل في :

أ - عدم التنظيمات الظاهرية : Les apparentes inorganisations :

تخص عصائبي السلوك الذين يتميزون بضعف في الإرصانات العقلية وبناءات عقلية بدائية مما يجعلهم بدون دفاعات أمام الصدمات. أما العالم الخارجي في هذه التظاهرات فهو مرتبط بالغياب الفيزيائي لمواضيعهم المفضلة والضرورية لسيرهم وتوازنهم.

والعرضية الجسدية عند هؤلاء تأخذ مساراً خطيراً، مما يستدعي العلاج الكيميائي وتحسين الظروف المحيطة التي من الممكن أن تعمل على تغيير الموضوع الأساسي لتوظيفهم وتزيد من تعقيدات الحركة الانحلالية.

ب - النكوصات العامة :

تظهر هذه النكوصات وتصيب البنيات القوية أو المتماسكة نسبياً العصبية منها والذهانية. وكذلك العصابات المعقنة جيداً والتي تمثل هدبا عصبياً أو ذهانيا متماسكاً. وهنا يكون التوازن الاقتصادي مستقر رغم الأعراض الجسدية والعقلية إذ أنها لا تدلنا مسبقاً على التنبؤ الحيوي ولا يكون أية خطورة على حياة الفرد (Debray (R) 1987 P 35).

ج - النكوصات الجزئية :

تظهر هذه النكوصات في أي نوع من البنيات، في هذه الحالة التظاهرات العصبية تمس الساحة العقلية والسوماتية لكن بصفة مؤقتة دون أن يؤثر على الحركة التطورية. نلاحظ في هذه الحالة إستمرارية غرائز الحياة (Marty (P) 1980 P 59).

د - الانحلالات التنظيمية المتدرجة :

تكون كثيرة التواجد لدى عصابات السلوك كما يمكن أن تظهر عصابات الطبع وتأخذ فيها حركة التخريب مسيرة سريعة، أو العكس تكون بطيئة وذلك راجع إلى الأفراد وإلى الوقت الذي تظهر فيه خلال مراحل حياتهم، وينتج عن ذلك طوابق إعادة التنظيم، لكنها غير صلبة لكونها لا تستطيع توقيف حركة التخريب فتشمل بالتالي الإصابة الجسمية التي تهدد حياة الفرد بصفة تدريجية.

(6) - الاكتئاب الأساسي والحياة العملية :

يرى مارتي أن الاكتئاب الأساسي عبارة عن أزمة بدون ضجيج، وهو يمثل انخفاض في مقوية غرائز الحياة على مستوى الوظائف العقلية ويظهر عند وجود أحداث صدمية تفسد مجموعة من الوظائف النفسية بحيث تصبح القدرة على الترصين مستحيلة وكثيراً ما تكون هذه الحالة مسبقة بمرحلة قلق متفشية، يمكن أن نصفها بأنها أساسية لأنها لا تترجم الحزن العميق للفرد، فقد

نجد أفعالا في بعض الأحيان أفكارا كلاما، لكن كل عنصر من عناصر الحياة يكون قد فقد قيمته الرمزية السابقة، وفي هذا النوع من الاكتئاب لا نجد اتهامات للذات ولا حتى شعور بتأنيب الضمير وتشخيص هذه الحالة يظهر «عند وجود أعراض سلبية متكونة من اختفاء وغياب وظيفي مع نقص الأعراض الإيجابية». (Marty (P) 1980 P 62).

والاكتئاب الأساسي يكون مصحوبا بما يسمى بالحياة العملية التي تكون مرحلة مزمنة ومستقرة نسبيا وهي تظهر خلال فساد التنظيم التدريجي أين لا تحدث أية إعادة للتنظيم التلقائي، بحيث تظهر في هذه الحالة علاقة الفرد بمحيطه أو بمخاطبة في شكل "علاقة بيضاء" لأن التفكير العملي يرتبط أكثر بالأشياء لا بالمفاهيم المجردة أو التعابير الرمزية فهو «تفكير واع لا يرتبط بالحركات الهرامية فهناك إذا فقدان للأنشطة الهرامية والحلمية مما يجعل الفرد عرضة للأمراض السوماتية لأن هذه الأنشطة هي التي تسمح بدمج الضغوطات وبالتالي حماية الصحة الجسمية الفردية» (Marty (P) 1990 P 26).

فما هو عملي وراهن يكون مسيطرا في الجدول العيادي بحيث يكون هناك فقر في الحياة الجسمية وكذا في التبادلات مع الأشخاص كما نجد أن الرغبات إختفت لتترك المكان إلى إرضاء حاجات منعزلة أو منفصلة عن بعضها البعض وأخيرا ما يمكن قوله أن «الفرد في حالة الحياة العملية يوحى بصورة حي ميت (Un mort vivant).

9- بعض الدراسات عن الاضطرابات السيكوسوماتية :

أ- كشفت دراسة "كريشمان" أن الإناث أكثر شكاوى من الاضطرابات الجسمية من الذكور 1975، وقد توصل "تورجيسون" (1986) إلى النتيجة ذاتها، وفي دراسة "ميريبي" (1981) تبين أن هناك ارتباطا بين حالة الاكتئاب وبعض الاضطرابات السيكوسوماتية فضلا عن توصل "أرو" (1987) إلى علاقة جوهرية موجبة بين أحداث الحياة و الاضطرابات السيكوسوماتية.

ب- من ناحية أخرى قام "سكيبانك" بدراسة ميدانية فيما يتعلق بالاضطرابات السيكوسوماتية المعتمدة بعض الخصائص العصابية، و ذلك على عينة من الأطفال فظهر أن 62 % عصابيون، 59 % لديهم اضطرابات شخصية و 14,9 % لديهم اضطرابات سيكوسوماتية (Skepank, 1982) بينما كشفت دراسة "آرتايال" (1987) عن شيوع الاضطرابات السيكوسوماتية لدى (935) أنثى من تلميذات الصف الثامن (متوسط عمر 5-14) و لا سيما في الفترة التي تصل فيها الأنثى إلى سن البلوغ، و ظهور علامات دورة الحيض. يتضح من العرض السابق لعدد من الدراسات المتعلقة بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأطفال، أن الإناث أكثر شكوى من هذه الاضطرابات بالمقارنة إلى الذكور، و أن الظروف الأسرية التي يعيشها الطفل قد تكون مسؤولة عن ظهور هذه الاضطرابات.

ج- دراسات ألكسندر ومساعدوه المتعمقة على مرضى الجهاز المعدي المعوي :

ركزت الدراسات المتعمقة الخاصة بهذه الأمراض والتي قام فرانز ألكسندر ومساعدوه في شيكاغو على البناء النفسي ومواقف الحياة التي يمر بها المرضى الذين يعانون من اضطرابات معوية مثلهم مثل هؤلاء الذين يعانون من قرحة المعدة والتهاب القولون.

وقد أدت دراستهم لاكتشاف هام وهو أن الجزء المعدي معوي وبسبب وظائفه الثلاث الرئيسية هي : **الأخذ** (تناول الطعام)، **الضبط** (الاحتفاظ بالطعام) **الطرد** (طرد الفضلات)، يتناسب تناسبا خاصا للتعبير عن هذه الميول الانفعالية الثلاثة الأولية خاصة إن كان تعبيرهم العادي خلال الجهاز الحركي الإداري مكتوفا لقد وجدوا بعض الارتباط بين سمات شخصية معينة واضطرابات مختلفة للجزء المعدي المعوي.

يوصل ألكسندر كلامه قائلا : يتكون العصاب المعدي معوي من اضطراب مزمن بوظائف لإفراز الحركة للمعدة وليس ذلك تعبيرا أو تعريفا لتوتر انفعالي لكن مصاحب فسيولوجي له وهؤلاء المرضى يرغبون في أن يحبوا وأن يعتني بهم رغبة منهم لا يستطيعون القيام بتعبيرات منطقية بسبب الإحساس العصابي المتزايد للخجل أو الذنب، ومن ثم فإنهم تحت تأثير مستمر لهذه التوترات الانفعالية، ترتبط الرغبة في أن يحبوا ارتباطا عميقا مع الرغبة في أن يغذوا حيث موقف العناية حيث يكون أول موقف يستمتع الطفل فيه

بحب الوالدين وبعنايتهم وتكون الارتباطات الانفعالية المبكرة كافية لتنبيه وظائف المعدة.

يعتبر ألكسندر أن اضطرابات الأفراد ووظائف الحركة للمعدة ليس تعبيراً بديلاً للانفعال لكنها مقابل للانفعال المتمثل في الرغبة في أن يعتني به، وقد تكبت الرغبة في أن يعتني به وتتحول الرغبة في أن يرضع أو يغذى وهذا ليس تحول بل بديل رغبة أخرى (محمود السيد أبو النيل و مصطفى زبور: 129 - 144).

10- الصحة النفسية للمدرس :

الصحة النفسية ذات صلة وثيقة بالتوافق المهني، و بالكفاية الإنتاجية للفرد و علاقاته الاجتماعية في مضمار العمل، و هي أي الصحة النفسية ليست مجرد خلو الفرد من الأعراض المرضية الشاذة، إنما هي إلى جانب ذلك حالة تتميز بعلامات إيجابية سوية إلى جانب هذه العلامات السلبية الشاذة".

و من أعراض الصحة النفسية السوية للمدرس ما يلي :

أ - قدرته على العمل و الإنتاج المعقول في حدود ذكائه و حيويته واستعداداته، ذلك أن كثيراً ما يكون الإسراف في العمل و الكسل و الخمول دلائل على شخصية غير متوافقة.

ب - قدرته على عقد صلات اجتماعية راضية بينه و بين زملائه. بينه و بين رؤسائه، و بين تلاميذه، صلات تتسم بالتعاون و التسامح و الإيثار، و لا تكون علاقات عدوان و الاعتماد المسرف على الغير أو عدم الاكتراث لمشاعرهم.

ج - و إلى جانب هذا، فإن المدرس ذو الصحة النفسية السوية قادر على إعطاء الفرصة لطلابه لتنمية قدراتهم الخلاقية و استثمار استعداداتهم و اهتماماتهم الفنية و الاجتماعية و الرياضية، تبعاً لنوعية و ميول كل منهم. كما يضطلع مع تلاميذه و زملائه المدرسين بالنشاط الاجتماعي والترفيحي الذي ينشط ملكات الطلاب، و يستوعب مناقشتهم، فيعطي من دوافعهم

ومبولهم، الخ ...، أو أن يكون قادرا على ألا يفرض نفسه و شخصيته على طلابه بل هو يلبي طلبهم عندما يحتاجون إليه، فلا يقترب منهم غيره فينبذونه، كما أنه لا يبتعد عنهم متعاليا فيكرهونه، و لا يقدم النصح إلا لمن طلبه منهم، و لا يعطيها إلا لمن يتقبلها.

د - يحفز طلابه و يساعدهم على التفوق و يخلق مجالا خصبا للتنافس المعتدل و الذي لا يدفع لقيام نوع من العداء بين تلاميذه بعضهم و بعض، و أن يوجد ذلك التوازن بين الطموح لديهم مستوى قدراتهم، فلا يطغى أحدهما على الآخر.

و يؤثر على الصحة النفسية للمدرس حياته في الطفولة و مشكلاته التي يمر بها في عمله و تلك التي يعاني منها في أسرته و تؤثر على معاملته لتلاميذه، و المدرس ذو الصحة النفسية السوية لا ينقل توتره في المدرسة و ضيقه مع كراريسه إلى بيته. و المدرس شديد الطموح قد يعاني من تضخم الضمير و الإحساس بعدم الكفاءة إذا لم يحقق تلاميذه المستوى العلمي الذي يريده لهم، و مما يزيد أو يسبب سوء التوافق المهني للمدرس الأمراض العصبية التي يتعرض إليها و التي يصاب بها و يتميز المدرس الذي يعاني من سوء التوافق بأنه يتجه إلى داخل الذات أي أنه يتميز بـ :

- ★ ميل مسرف إلى الاهتمام بصحته الجسمية.
- ★ القلق المرضي الزائد، الأفكار السوداء و الوسواس.
- ★ النشاط الزائد و التعجل، فهو سريع التهيج، ليست له قدرة على الصبر.
- ★ الانطواء الاجتماعي حيث تتميز علاقته الاجتماعية بالانكماش و التمرکز حول الذات كالحساسية المفرطة للنقد.
- ★ الميل إلى الأفكار و أحداث الماضي و إلى آخره من مظاهر الشخصية المرضية.

11- أهمية الصحة النفسية للمدرس :

"يحتل المعلم مكانة هامة من حيث النظر إلى توفر شروط الصحة النفسية فيها. إن هذه المكانة الهامة لا تأتي فقط عما له من حقوق و مصالح.

بل تأتي كذلك عن نوع العمل الذي يؤديه في تربية الناشئة و إعدادهم، و بسبب المسؤوليات التي يحملها داخل المدرسة.

إن مشكلات الصحة النفسية و العمل، تشمل العامل في مصنعه، والتاجر في متجره، كما تشمل المعلم في مدرسته. و إن هناك أخطارا خاصة انه يتعامل مع الأبناء و يسأل عن الآلاف منهم، و الأبناء هم عدة المستقبل و ركن المجتمع المنتظر و كل خطر يصيبه و يمكن أن ينجم عنه خطر يلحق بموضوع التحاقه بمهمته و اهتمامه بها، و يمكن أن ينال بالأذى أعدادا كبيرة من الأبناء، و لا يوازي هذا الأذى عندئذ خطرا يصيب آلة من مصنع، بل يفوقه بدرجات كثيرة.

ثم إنه يتعامل مع خبرات ناشئة، و مشكلات تعود إلى أعمار تقع دون غيره. و هذه كلها ظروف خاصة، و ليس من السهل معها أن يبقى التعامل بين المعلم و الناشئة مثمرا، و ناجحا و بعيدا عن إيجاد مشكلات له، يضاف إلى ذلك أنه يعاني باستمرار الضغط من أشخاص لهم دوافعهم و أشكال تكوينهم المختلفة، و ليس من السهل عليه أن يبقى دائما منتجا و ناجحا في مواجهة أشكال الضغط هذه".

12- منهجية البحث

سوف يعتمد أعضاء البحث لتحقيق تلك الأهداف و الفروض على المنهجية البحثية التالية:

أ- المنحى النظري النقدي لما أستحدث من دراسات و بحوث في الأمراض السيكوسوماتية و الوقوف على النسيج النظري و الأطر الفكرية التالية:

- ⊙ الاتجاه الوبائي.
- ⊙ الاتجاه المعرفي.
- ⊙ الاتجاه السيكوسوماتي.

ب- التناول الامبريقي: و يستهل بالوجهة العيادية للخبرة الممارسة المعتمدة على دراسة الحالات المصنفة لأفراد العينة في خرائط مبنية على نوع العلة والمرض.

إلى جانب المعالجة الاحصائية للمعطيات الميدانية باستخدام التحليل
العامل المدعم بتحليل التباين ANOVA .

13- الأدوات المنهجية المستخدمة في البحث:

قد استخدم أعضاء فرقة البحث استمارة خاصة وزعت على الخبراء
من أساتذة تخصص علم النفس العيادي و بعض الممارسين في ميدان الصحة
النفسية لاستجلاء آرائهم في الموضوع و إبداء اقتراحاتهم و مساهماتهم في
كيفية إجراء الدراسة الميدانية و إبداء الرأي فيما يتعلق بأنواع الاضطرابات
النفس - جسمية التي يتوقعون انتشارها في أوساط الأساتذة الجامعيين، و ذلك
من خلال الاستمارة رقم (1).

كما ارتأينا أن نسألهم عن الأسباب التي يتوقعون فعاليتها في جلب
هذه الأمراض التي لها علاقة كبيرة و بصورة واضحة بالضغط النفسي و
التربوي الذي يعاني منه الأستاذ الجامعي أثناء أو خارج أداء دوره التربوي و
العلمي في الجامعة، و ذلك من خلال الاستمارة رقم (2).

و قد تم في ذلك سؤال حوالي 20 أستاذا متخصصا و 10 مطبقين
وممارسين في ميدان الصحة النفسية بالمستشفيات و المراكز الصحية.

كما استخدم أعضاء فرقة البحث اختبار الأمراض السيكوسوماتية من
إعداد الدكتور محمد عبد الرحمن عيسوي، و الذي طبق على عينة في مصر
و أثبت نتائجه الباهرة في الكشف عن بعض الأمراض السيكوسوماتية و آثارها
في الفرد المفحوص (المصاب).

و قد اتبعنا نفس منوال الدراسة و تطبيق الاستمارة على عينة
استطلاعية في العاصمة و في بعض معاهد جامعة الجزائر وجامعة باب
الزوار، و بالضبط مع عينة تساوي 40 مفحوصا كعينة استطلاعية، متوزعة
على مجموعتين صغيرتين: إحداهما تضم الأساتذة ذوي الاتجاه المعرفي
الاجتماعي أي الذين يعملون في حقل العلوم الإنسانية و عددهم 30 أستاذا .

بينما تضم المجموعة الثانية الأساتذة ذوي الاتجاه المعرفي المادي و عددهم 10 أساتذة و هم يعملون في حقل العلوم التقنية والبيولوجية.

و قد كانت النتائج الأولية ذات أهمية في الاستدلال على فروض البحث و إشكالياته. و قد أثبتت شبكة التحليل العاملي عن طريق حساب معامل "أنوفا" ANOVA الذي وجد أنه يساوي 47,83 و الذي يعبر مبدئياً عن وجود حقيقة المشكلة المطروحة في البحث و التي مفادها أن هناك فروقاً بين ذوي الاتجاه المعرفي المادي و الاجتماعي فيما يتعلق بمستوى الإصابة بالمرض النفسي الجسمي.

جدول (1)

يوضح تلخيص عمليات حساب المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية و قيمة الفرق و دلالة «ت» بين عيني الدراسة الاستطلاعية.

العينة الاستطلاعية	ن	م	ع	ت
العينة الاستطلاعية كلها	40	7,20	3,80	
ذوي الاتجاه المعرفي الاجتماعي	30	7,20	3,95	
ذوي الاتجاه المعرفي المادي	10	7,23	3,83	9 . و غير دالة
الفرق		0,03		إحصائياً

14- الدراسة الاكتشافية التميرية للأمراض السيكوسوماتية في الوسط الجامعي:

تناولنا بالتحليل و الدراسة حقائق السلوك النفس- بدني عبر منهج استقرائي استنتاجي على عينة خبراء بلغ قوامها أربعين خبيراً أستاذاً في تخصصي العلوم الدقيقة و العلوم الإنسانية . و في خضم منهج التحليل العاملي أفضت الدراسة إلى النتائج التالية:

جدول رقم (2)

يمثل ترتيب الأمراض السيكوسوماتية
حسب مدى انتشارها في الوسط المهني الجامعي

الأمراض	المتوسط	الانحراف المعياري	التباين	معامل الاختلاف
الربو	6 . 1053	2 . 4243	5.87	39.708
القرحة المعدية	6 . 0132	2 . 5124	6.31	41.781
القولون	5 . 4211	3 . 9344	15.47	72.575
السكري	5 . 4158	3 . 9276	13.89	70.123
الذبحة الصدرية	3 . 0551	5 . 1300	26.31	167.91
الكلية	3 . 0051	5 . 0000	25	166.38

وقف البحث على نسبة التشتت المطلق إلى القيمة المركزية للمتوسط الحسابي، باستعمال معامل الاختلاف و يتجلى من الجدول الانحراف المعياري للتوزيعات الأسقام النفس بدنية ترتيبا نسبيا انحداريا و من متوسطاتها الحسابية و هي معاملات دقيقة المقارنة بين تصنيفه الأعداد السيكوسوماتية النسبية .

و عليه ظهر الاختلاف الرتبي النسبي بين الأمراض النفس بدنية .
أي أن التشتت في الأمراض متباين داخلها .

لم يكتف البحث بمتوسطات هذه القيم لتمثيلها و لكن وقف على مدى تباينها عن القيمة المركزية و مدى بعدها عن القيمة المتطرفة و بعدها عن بعضها البعض . فاكثروا المقياس الذي يعتمد النزعات المركزية (الانحراف المعياري) التي تدخل في استخراجها .

يظهر من قيم الجدول (2) أن الانحرافات المعيارية عملية جبرية تراءت قيمها صغيرة دالة على تركيز المعطيات حول متوسطاتها الحسابية

جدول رقم (3)

محتوى تشبعات العوامل بمتغيرات البحث قبل التدوير

العوامل	عوامل مشتركة	الجزء الكامن	شبه التباين	مجموع النسب
	Communiority	Eigen Value	P Ct of	Commun Pct
العامل 1	1.00000	5.5200	37.26	37.26
العامل 2	1.00000	4.6802	31.15	68.41
العامل 3	1.00000	4.6131	31.14	99.55

يترأى من الجدول أن العوامل مهيكلية حسب مصدرها التبايني فحلت بوزن أستراكية مساوية لـ 1 للمتغيرات في العوامل الثلاثة . فحلت الأوزان الأساسية في ترتيب تنازلي حسب قيم جذورها الكامنة فكان الانحدار الوزني لقيمة العامل الأول 5.5200 و العامل الثاني 4.6802 و الأخير 4.6131 و كانت النسبة المئوية لتباين العامل الأول 37.26 و العامل الثاني 31.15 و الأخير 31.14 .

و ظهرت قوة العوامل في تحقيقها الأمراض السيكوسوماتية بـ 99.55 و باتساق داخلي للعوامل بمتغيراتها بمعامل Alfa قدره 0.9910 .

جدول رقم (4)

يوضح تشبع العوامل الثلاثة بمتغيراتها بعد التدريس

المتغيرات	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث
الإجهاد	0.98770		
العلاقات الأسرية	0.97631		
التوتر	0.96331		
الاجتماعية	0.96190		
مفهوم الذات	0.94321		
الصداع (الرؤاس)	0.92112		
النضج المهني		0.97903	
الخلفية المعرفية الهزيلة		0.97651	
عدم الخبرة		0.97511	
الطموح		0.96321	
التحكم والضبط		0.94320	
الإسعاف المعيشي			0.98870
الأمن الاقتصادي			0.97880
الاستقرار الانفعالي			0.97651
عدم التوافق			0.95310
الوحدة النفسية			0.90313

استخلص من الجدول رقم (4) ارتباط العامل الأول بدلائل علاقات متغيرات ستة و سمي بعامل " الاجهاد النفسي أو الضغط " بتشبع ارتباطي قدره 0.98770
كما تمثل العامل الثاني " في النضج المهني " و شمل خمسة متغيرات بتشبع ارتباطي قدره 0.97903 و خلص العامل الثالث " الإسعاف المعيشي " بخمس متغيرات بتشبع ارتباطي قدره 0.98870 .

15- عينة البحث الأساسي:

تتكون عينة البحث الأساسي من 300 أستاذ وأستاذة من مختلف المعاهد والجامعات الجزائرية، حيث تمت الدراسة الميدانية الأساسية مع أستاذة من جامعتي باب الزوار وتيزي وزو، وكذلك بعض معاهد جامعة الجزائر وجامعة البليدة وجامعة بسكرة وجامعة تبسة، وهذا التوزيع كان على أساس الحصول على أكبر عدد ممكن من الأساتذة الذين تتوفر فيهم شروط الدراسة، واستنادا على معياري العامل المعرفي الاجتماعي ويتمثل في أستاذة العلوم الاجتماعية والانسانية، وكذلك العامل المعرفي المادي ويتمثل في أستاذة العلوم الدقيقة..

ولقد كان الاختيار بصورة عشوائية مطلقة، حيث تم التوزيع لاستمارة البحث على الأساتذة بدون أية اعتبارات أخرى سوى المجال التدريسي، أي التخصصات.

حيث كانت العينة موزعة بالشكل التالي:

الجدول رقم 5
توزيع أفراد العينة حسب الجامعات والاتجاه المعرفي

الجامعات	الأساتذة ذوو الاتجاه المعرفي الاجتماعي	الأساتذة ذوو الاتجاه المعرفي المادي	المجموع
جامعة الجزائر	100	/	100
جامعة تيزي وزو	30	20	50
جامعة البليدة	25	30	55
جامعة باب الزوار	/	50	50

الأمراض السيكوسوماتية لدى الأستاذ

بحوث

22	12	10	جامعة بسكرة
23	23	/	جامعة تبسة
300	135	165	المجموع

يمثل الجدول عينتي الدراسة حسب الجامعات والتخصصات التدريسية، وهو ما يعبر عن حصول البحث على 165 أستاذ من ذوي الاتجاه المعرفي الاجتماعي، أي بمعدل 55 % من أفراد العينة المدروسة، وعلى 135 أستاذ من ذوي الاتجاه المعرفي المادي، أي بمعدل 45 % من أفراد العينة الكلية.

الجدول رقم 6
توزيع العينة حسب الجنس

الجامعات	الأستاذة	إناث	ذكور	المجموع
جامعة الجزائر	65	35	100	
جامعة تيزي وزو	18	32	50	
جامعة البليدة	30	25	55	
جامعة باب الزوار	10	40	50	
جامعة بسكرة	4	18	22	
جامعة تبسة	15	8	23	
المجموع	142	158	300	

نلاحظ من خلال الجدول أن هناك 142 أستاذة ، أي بنسبة 47 % من أفراد العينة الكلية، بينما يمثل الذكور نسبة 53 % ، وهو ما يعادل 158 أستاذ من بين مجموع أفراد العينة الكلية.

الجدول رقم 7
توزيع العينة حسب الإطار المهني

المجموع	أساتذة التعليم العالي	أساتذة محاضرون	أساتذة مكلفون بالدروس	أساتذة مساعدون	الأساتذة الجامعات
100	7	18	45	30	جامعة الجزائر
50	2	8	30	10	جامعة تيزي وزو
55	/	5	15	35	جامعة البليدة
50	10	15	13	12	جامعة باب الزوار
22	/	4	9	9	جامعة بسكرة

16- نتائج البحث

لقد توصلت الدراسة الميدانية الى جملة من النتائج الاحصائية والتي نعبر عليها من خلال تفسير الجداول التالية:
جدول رقم (8)
يوضح درجة الإصابة بالتوتر والقلق

قيمة ك	المجموع	الأساتذة ذوي الاتجاه المعرفي المادي		الأساتذة ذوي الاتجاه المعرفي الاجتماعي		
		%	ت	%	ت	
2.00	33	19.78	18	18.29	15	التعرض الدائم للانفعالات
	41	27.47	25	19.51	16	التعرض لحالات من الضغط
	46	20.87	19	32.92	27	المعاناة من الشعور بالقلق
	08	05.49	5	03.65	3	شعور الدائم بالخوف من شيء مجهول
	45	26.37	24	25.60	21	الشعور الدائم بالتوتر و شد الأعصاب
	173	100	91	100	82	المجموع

يظهر من الجدول (8) أن حوالي 173 أستاذ وأستاذة جامعية من مجموع 300 يعانون من التوتر والضغط النفسي، والشعور بالقلق في معظم الأحيان إلى جانب تعرضهم للانفعالات بسبب الأعمال أو المهام أو ضغط العمل أو حتى المشاكل الاجتماعية والعائلية. فقراءة النتائج التي يحملها الجدول توحى بأن 18.29 % من ذوي الاتجاه المعرفي الاجتماعي مقابل 19.78 % من ذوي الاتجاه المعرفي المادي يتعرضون باستمرار للانفعالات، وأن 19.51 % من ذوي الاتجاه الاجتماعي مقابل 27.47 % من ذوي الاتجاه المادي يتعرضون لحالات الضغط النفسي.

أيضا نجد أن 32.92 % من ذوي الاتجاه الأول مقابل 20.87 % من ذوي الاتجاه الثاني يتعرضون إلى القلق ويعانون منه باستمرار، كذلك 25.60 % من الفئة الأولى مقابل 26.37 % من الفئة الثانية يشعرون دوما بالتوتر وشدة الأعصاب، بينما تشعر فئة ضئيلة جدا منهم بالخوف من شيء مجهول.

وإذا دلت هذه النتائج على شيء فإنما تدل على أن هناك معاناة يومية لدى العديد من الأساتذة الجامعيين وشعور بالضغط والتوتر وشدة العصاب وهي مشاعر نفسية عصبية نابعة من القضايا والمسؤوليات الاجتماعية والمهنية التي يمارسها الأستاذ.

والتحليل الإحصائي لهذه النتائج باستعمال مقياس كا2 الذي يساوي 2.00 يشير إلى أن هنا فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية تتراوح بين 0.5 ثقة و 0.001 شك عند درجة حرية تساوي 2 ، وأن هذه الفروق هي لصالح الفئة الثانية أي ذات المنحى المادي، وذلك لكون هذه الفئة من الأساتذة تتعرض باستمرار إلى عاملي الضغط والتوتر لكونهم يتعاملون مع مواد تدريسية دقيقة ولا تسمح بالخطأ أو المزايدة ، فهي مواد صعبة وتحتاج إلى تركيز عصبي وذهني أكثر من غيرها من المواد التدريسية، على سبيل المثال الرياضيات أو الفيزياء... ، وهو ما يؤكد الفرضية القائلة بأن هناك فروق ذات دلالة ما بين الأساتذة ذوي المنحى الاجتماعي والأساتذة ذوي المنحى المادي في التعرض لمثل هذه الأمراض السيكوسوماتية الناجمة عن الانفعالات والضغط النفسي. وأن ما يؤكد ذلك هو النتائج المولية التي يبرهن عليها الجدول الموالي:

الجدول رقم (9)
يشير إلى درجة الإصابة بالقرحة بمختلف أنواعها

قيمة كا	المجموع	الأساتذة ذوي الاتجاه المعرفي المادي		الأساتذة ذوي الاتجاه المعرفي الاجتماعي		
		%	ن	%	ن	
	27	39.53	17	31.25	10	الإصابة بقرحة المعدة
	29	27.90	12	53.12	17	الحموضة في المعدة
	04	09.30	4	00	00	خرم في جدار المعدة
0.157	08	13.95	6	06.25	2	تريف في المعدة أو الأمعاء
	07	09.30	4	09.37	3	الإصابة بقرحة القولون
	00	00	00	00	00	الإصابة بقرحة الحلق
	75	100	43	100	32	المجموع

يتضح لنا من الجدول (9) أن 31.25% من الأساتذة أفراد العينة مصابة، ذوي الاتجاه الاجتماعي يعانون من قرحة المعدة في مقابل 39.53 %

من ذوي الاتجاه المادي. وأن 53.12 % من ذوي الاتجاه الأول لديهم حموضة في المعدة، مقابل 27.90 % من ذوي الاتجاه الثاني.

وقد أبرزت الدراسة الدلالية بتطبيق مقياس كا2 على تلك النتائج أن الفروق واضحة جدا بين الأساتذة المصابين من الاتجاهين المادي والاجتماعي، وأن درجة الإصابة مختلفة بينهما فيما يتعلق بالقرحة المعدية، أو مستوى الحموضة في المعدة، وأن الفئة الثانية هي الأكثر تعرضا من غيرها للإصابة بقرحة المعدة. حيث وجدنا أن قيمة كا2 لهذه الفروق مساوية لـ 0.157 عند مستوى ثقة يساوي 0.50 ثقة و 0.001 شك بدرجة حرية تساوي 2 ، وتعتبر هذه النتيجة عن مدى حساسية وانفعالية الأساتذة ذوي المنحى المادي، حيث قد يصبح هذا الانفعال الزائد مصدرا لمتاعب الأستاذ الصحية، ومجلبا لإصابته بالقرحة بمختلف أنواعها، وقد يساهم في ذلك التدخين وشرب القهوة بسبب شدة التركيز والتفكير والتدقيق في المسائل الحسابية أو المادية بمختلف أشكالها وهذا على خلاف التدريس الاجتماعي، الذي وإن كان له متاعب فإنها تعتبر أقل حدة ودرجة من غيرها.

جدول رقم (10)
يبرز نسبة الإصابة بالحساسية

قيمة كا	المجموع	الأساتذة ذوي الاتجاه المادي	الأساتذة ذوي الاتجاه الاجتماعي
		ت	ت
		%	%
	06	12.50	19.04
2.00	18	62.50	38.09
	05	18.75	09.52
	08	06.25	33.33
	37	100	100
		16	21

إن النتائج المجدولة في الجدول (10) تشير إلى وجود إصابات أخرى لدى الأساتذة الجامعيين أبرزها كثرة سقوط الشعر ، وذلك بنسبة 38.09 %

لدى الفئة الأولى مقابل 62.50 % لدى الفئة الثانية، إلى جانب الإحساس والشعور ببرودة الأطراف، وهو ما يحدث لدى 33.33 % من الأساتذة المصابين في الفئة الأولى مقابل 06.25 % لدى الفئة الثانية. في حين نجد أن 19.04 % من ذوي الاتجاه الاجتماعي لديهم أمراض جلدية مقابل 12.50 % من ذوي الاتجاه المادي.

أما بالنسبة للشعور بصيرير الأسنان وآلامها نجد أن 09.52 % من ذوي الاتجاه الأول يشكون من ذلك ولديهم هذا الشعور في مقابل 18.75 % من ذوي الاتجاه المادي.

وقد بينت الدراسة الدلالية أن قيمة كا2 لهذه النتائج تساوي 2.00 عند مستوى ثقة 0.5 وشك 0.001 بدرجة حرية 2 ، وهذه النتيجة تشير إلى وجود فروق جوهرية بين الفئتين لصالح الفئة الثانية. فمثلا سقوط الشعر نجد حسب تصريح أفراد العينتين هو أكثر لدى الأساتذة الذين يمارسون مواد علمية دقيقة، وهو ناجم عن شدة التفكير واحتكاك اليدين مع الرأس في مرحلة التركيز .

جدول رقم (11)
يوضح درجة الإصابة ببعض الاضطرابات الجسمية

المجموع	الأساتذة ذوي الاتجاه المعرفي المادي		الأساتذة ذوي الاتجاه المعرفي الاجتماعي		
	%	ت	%	ت	
27	76.92	10	51.51	17	المعاناة من أزمات ربوية أحيانا
13	15.38	2	33.33	11	أعراض البول السكري في بعض الأحيان
06	07.69	1	15.15	5	المعاناة أحيانا من التهابات اللثة
46	100	13	100	33	المجموع

يعاني 51.51 % من أفراد العينة الأولى المصابة (ذات المنحى الاجتماعي) من أزمات ربوية في بعض الأحيان مقابل معاناة 76.92 % من

العينة الثانية (ذات المنحى المادي)، وهذا لطبيعة استخدام المواد الأولية في المخبر أو بسبب الاستخدام المتزايد للطبشور والممحاة لكتابة التمارين وعناصر الدروس، وإن فاقت العينة الثانية العينة الأولى في هذه المعاناة فمعنى ذلك أن لديهم حساسية أكثر. ويلاحظ على مستوى الجدول رقم (11) أن هناك نسبة 33.33% من الفئة الأولى تعاني البول السكري، مقابل 15.38% من الفئة الثانية إلى جانب المعاناة من التهابات اللثة، التي تعاني منها نسبة 15.15% من فئة الأساتذة ذوي المنحى الاجتماعي، مقابل معاناة نسبة قليلة تساوي 7.69% من فئة الأساتذة ذوي المنحى المادي.

الخلاصة

تقد أصبحت للسيكوسوماتية صدى قوي في علاج الأمراض النفس جسمية وذلك من خلال نظرية مارتي التي تجعل من النفس و الجسد وحدة حية. والمرض النفس- جسمي بالنسبة للعالم هاليدي (Halliday) هو «اضطرابات جسمية ذات طبيعة لا يمكن تقديرها دون النظر لأشكال المشكلات الانفعالية أي الأحداث النفسية التي لا يمكن الاستغناء عن دراستها إلى جانب الاضطرابات الجسمية» (عبد الرحمن عيسوي 1994 : 24).

أما حسب المدرسة السيكوسوماتية فالمرض يحدث عندما تغزو غرائز الموت الساحة السيكوسوماتية عندما يتوقف تغطيتها من طرف مقومات الحياة العقلية وهذه الأخيرة تجرد Détachée من مصدرها النزوي فتحتل وتؤدي في النهاية إلى ظهور اعتلال جسدي.

إذن لقد اهتمت المدرسة السيكوسوماتية بالسير العقلي للفرد واعتبرت الجهاز النفسي الركيزة الأساسية للهيكل الهرمي الفردي لذا أو تعتبر الأشخاص الذين لديهم توظيف عقلي مختل هم أكثر عرضة للأمراض الجسدية أمام صدمات الحياة فكل الأشخاص المصابين بالأمراض الجسدية يظهرون هشاشة Fragilité عندما لا يكونون موضوع لباتولوجية مستمرة للعصابات والذهانات وكذلك بدون توظيف متسلسل للجهاز العقلي. فنلاحظ بداية ظهور الاكتئاب وتطور الاختلال السوماتي Debray (R) 1983, P 28.

وقد توصلت الدراسة الاستكشافية التمييزية التي أجريت على المدرسين الجامعيين الجزائريين أن هناك حقيقة تواجد مثل هذه الاضطرابات الجسدية النفسية لديهم، وأن من مسبباتها الأساسية الضغوط النفسية التي يتعرضون لها من جراء البحث المكثف والتحضير وعمليات التصحيح للامتحانات في الفترة المخصصة والتي غالبا ما تكون مشحونة بالعمل الجبار في ظروف مادية واجتماعية قاسية لا ترحم، حيث جاء في العامل الأول الأسباب التالية: الإجهاد، العلاقات الأسرية، التوتر، الصداق، خاصية

الاجتماعية عند المدرس، مفهوم الذات عنده ، كمحددات أساسية للأمراض السيكوسوماتية لديهم، حيث تأتي في المرتبة الأولى .

أما العامل الثاني فيشمل المحددات التالية: النضج المهني، الخلفية المعرفية الهزيلة، عدم الخبرة المهنية، الطموح الزائد ، عدم القدرة على التحكم والضبط. وهي مسببات تأتي في المرتبة الثانية.

أما العامل الثالث فيضم الإسعاف المعيشي، الأمن الاقتصادي، عدم الاستقرار الانفعالي، سوء التوافق المهني، الشعور بالوحدة النفسية. وأتت كل هذه العوامل في المرتبة الثالثة كمحددات للاضطرابات السيكوسوماتية لدى المدرسين الجامعيين الجزائريين.

وتشير تلك المتغيرات إلى أن الأمن النفسي أي الحاجة لأن يكون الأستاذ موضع حب وتقدير وعناية في عمله ، والتي تدفعه الى الاطمئنان على عمله ومستقبله وحقوقه ومركزه الاجتماعي له علاقة دون شك بتوافقه النفسي والمهني، وبالتالي استقراره الانفعالي والعاطفي واجتنبه التأزم والإصابة بأمراض القرحة مثلا أو القلب أو السكري، التي هي علامات الاضطراب السيكوسوماتي.

و كحل بديل لهذه المشكلات، وللتغلب على تلك المسببات للاضطرابات السيكوسوماتية فإن إرضاء هذه النواحي لدى الأساتذة له علاقة دون شك بتوافقهم النفسي والمهني، فقد أكدت تجارب ليفين (K. Lewin) وهوايت (L. White) على أن الجانب من عوامل التآلف والتعاون الاجتماعي والتعاطف، وهو ما يؤكد ما سبق قوله من أن الناحية العاطفية للأستاذ والعناية النفسية والمادية عامل أساسي في رضاه وتوافقه النفسي والمهني. ويذهب كرينغر Grinker وزملاؤه إلى أن للقلق دوره الخاص في عمليات توافق الكائن الحي، فهو يشير إلى وجود الانعصاب كما أنه يعمل كمنذر بوجود استجابات انعصاب أكثر، كما يتنبأ بتوافقات الكائن الحي التي تعمل لمواجهة ضغط أعلى أو متوقع في العمليات السلوكية السيكولوجية والجسمية التي ترتبط بعضها ببعض ارتباطا متفاعلا. كما أن القلق يصبح مسؤولا عن نمو الأعراض السيكاثرية وتشوهات الشخصية.

راض

بة
علىعدم
كل
دىون
ان
نه
أزم
ساتبيات
قة
(K.
عي
نانيةب
كائن
باتط
ط
و

240

لذا يصبح من الضروري العمل على تجنب الأستاذ الجامعي كل مسببات القلق في إطار عمله، وحتى البحث عن سبل إبعاده خارج العمل من خلال الرعاية والاهتمام والتعاطف معه لحل مشاكله المادية والاجتماعية. فمن الأسباب التي تقلق الأستاذ الجامعي الجزائري معاناته اليومية من أزمة السكن والأجر الذي لا يقوى على تسديد مصاريفه اليومية أو حتى تسديد تكاليف بحوثه أو أعماله العلمية. إذ ينشأ القلق من كبت انفعالاته، والكبت المسرف يهدد الشخصية بالمرض النفسي ومن ثم المرض السيكوسوماتي كالقرحة المعدية مثلاً.



المراجع

- 1- عبد الرحمن محمد عيسوي، 1994 / الأمراض السيكوسوماتية (مع دراسة ميدانية على عينة من الشباب العربي و مقياس السيكوسوماتية) / دار النهضة العربية بيروت.
- 2- عطوف ياسين، 1981 / علم النفس العيادي، بيروت، دار العلم للملايين.
- 3- محمد عماد فضلي / الأمراض السيكوسوماتية.
- 4- محمود السيد أبو النيل 1972 / علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة/ رسالة دكتوراه/ كلية الآداب، جامعة عين شمس، مصر.
- 5- ماسية محمد عبد الحميد شكري، 1985 / الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية.
- 6- الجمعية المصرية للطب النفسي، 1979 / دليل تشخيص الأمراض النفسية، القاهرة، دار عطوة للطباعة.
- 7- محمود السيد أبو النيل، مصطفى زيور، 1984 / الأمراض السيكوسوماتية، الأمراض الجسمية النفسية، المنشأ، دراسات عربية و عالمية، القاهرة، مكتبة الخانجي.
- 8- محمد السيد أبو النيل، 1994 / الأمراض السيكوسوماتية. دراسات و بحوث عربية وعالمية. المجلد 2 - دار السلطة العربية.
- 9- محمد أيوب شحيمي، 1994 / دور علف في الحياة المدرسية / دار الفكر اللبناني، بيروت..
- 10- Alexandre (F) 1956 / La médecine psychosomatique.
- 11- Aro H., 1987, Live stress and psychosomatic symptoms among 14 to 16 yearold finish adolescents psychological medicine.
- 12- Dejours (c) Marty (P) : Herzberg - Pde necka - Les provotions théoriques et psysoma E. M (Psychia)
- 13- Dalamare R 1972 / Dictionnaire des termes techniques de Médecine / Maloine 20^{ed}, Paris.

- 14- Djemli (ME) 1980 / Maladies Ulcereuses Base Physiopathologiques OPU Alger.
- 15- Deove (J. R) 1982 / Dictionnaire de Robert Methodique. le Robert . Paris.
- 16- Dongier (m) 1976 / Nevrose et trouble psychosomatique . dessart et Mordage - Bruxelles 6ème ed.
- 17- Derray R. 1983 / L'equilibre Psychosomatique organisation mentale des diabetiques / DUNOD Paris.
- 18- Haynal (A) 1980 / Les méthamorphoses somatiques de l'angoisse medecine et hygiène - Geneve.
- 19- Koplan H., Sadock B., 1983, modern synopsis of comprehensive testbook of psychiotry I. II, Baltimore.
- 20- Larousse Medical - ed Larousse Paris 1986.
- 21- Martin B., 1984, Abnormal Q. : Clinical and scientific perspectives. New York. Holt, rienhart and winston.
- 22- Moor (L) 1972 / Element de Psychologie Medicale Problèmes Généreaux de Pratique Quotidienne - Expansion Scientifique Française. Paris.
- 23- Sillamy N. 1983 / Dictionnaire de Psychologie. Bordes. Paris.
- 24- Simeons A.T.W 1969 / La psychosomatie. medecine de demain./ Marabout Université
- 25- Valabrega J.P 1983 / Les théories psychosomatiques / PUF Paris.