جامـــــعة وهران2
كلية العلوم الإجتماعية
قسم علم النفس و الأرطوفونيا

أطروحة للحصول على شهادة دكتوراه علوم في علم النفس الأسري

المناخ الأسري وعلاقته بالسلوك العدواني لدى الأبناء ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية.

(دراسة ميدانية بالمؤسستين العموميتين للصحة الجوارية بأرزيو و الصديقية - ولاية

من إعداد الطالب:
بن عيسى الهواري

تحت إشراف الأستاذة الدكتورة:
إزيدي كريمة

لجـــــنة المناقشة

الإسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الإنتماء	الصفة
قادري حليمة	أستاذة التعليم العالي	جـامعة وهران2	رئيسا
إزيـــدي كـــريمة	أستاذة التعليم العالي	جـامعة وهران2	مشرفا ومقررا
طباس نسيمة	أستاذة محاضرة "أ"	جـامعة وهران2	مناقشا
مقداد أميرة	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة عين تموشنت	مناقشا
عبدالرحيم ليندة	أستاذة التعليم العالي	جامعة سيدي بلعباس	مناقشا
لونيس زوهير	أستاذ محاضرة "أ"	جامعة شلف	مناقشا

السنـــة الجامعية: 2021-2022

الإهـداء

أهدي ثمرة جهدي إلى كل من:

- **روح جدتي الطاهرة، رحمها الله وأسكنها فسيح جنانه.**
- **أمي وأبي حفظهما الله وأطال في عمريهما**
- **زوجتي و ولداي محمد إسحاق وألاء هبة الرحمان، بارك الله لي فيهم**

كلمة شكر وتقدير

أتقدم بجزيل الشكر وعميق الامتنان إلى أستاذتي الفاضلة أ.د. إزيدي كريمة التي لم تبخل علي لا بوقتها و لا بتوجيهاتها، فلها مني كل التقدير والاحترام.

شكري موصول أيضا إلى الأساتذة المحكمين الذين ساهموا في إثراء أدوات البحث التالية أسماؤهم: أ.د. معمرية بشير من جامعة سطيف و د. مقداد أميرة من جامعة عين تموشنت و د. سعدون سمية من جامعة عين تموشنت و أ.د. ماحي إبراهيم و أ.د. قادري حليمة و أ.د.هاشمي أحمد و أ.د. زروالي لطيفة و أ.د. ياسين أمينة و أ.د. فراحي فيصل و أ.د. لصقع حسنية و د. طباس نسيمة.

لا يفوتني أيضا أن أعبر عن شكري و تقديري للأساتذة أعضاء لجنة المناقشة الذين شرفوني بتقييم هذا العمل و مناقشته.

شكري موصول أيضا إلى مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بولاية وهران وإلى الطاقم الطبي والشبه الطبي على مستوى العيادة متعددة الخدمات ببلقايد (الصديقية) و العيادة متعددة الخدمات بقديل (أرزيو) وهذا على تسهيلهم لي مهمة العمل الميداني.

شكري موصول أيضا إلى أفراد عينة الدراسة على حسن تعاونهم معي في الاستجابة لوحدات أدوات البحث.

الباحث

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى البحث في موضوع المناخ الأسري وعلاقته بالسلوك العدواني لدى الأبناء ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية. حيث تمثلت عينة الدراسة في 142 ابن غير راشد تتراوح أعمارهم ما بين 08 و19 سنة بمتوسط عمري قدره 14,09 وانحراف معياري قدره 02,81. واعتمد الباحث في دراسته على المنهج الوصفي التحليلي والمنهج العيادي، كما اعتمد في جمع البيانات على أداتين تمثلتا في استمارة المناخ الأسري واستمارة السلوك العدواني بالإضافة إلى المقابلة العيادية.

تمت المعالجة الإحصائية باستخدام برنامج SPSS النسخة 23 وهذا بالاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية: التكرارات والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومعامل ارتباط برافي بيرسون ومعامل الانحدار الخطي البسيط والنسبة التائية.

أسفرت المعالجة الإحصائية على نتائج فحواها أنّ المناخ الأسري الذي يعيش فيه الأبناء السيكوسوماتين يمتاز بالصراع والتفكك بمختلف مظاهره وغموض الأدوار وغياب السلطة الضابطة للسلوك. كما أسفرت النتائج على أنّ 38% من عينة الدراسة لهم سلوك عدواني مرتفع و36,60% منهم لهم سلوك عدواني متوسط مقابل 25,40% لهم سلوك عدواني منخفض ومن جهة أخرى توصلت النتائج إلى أنه يوجد ارتباط دال إحصائيا وعكسي بين أبعاد المناخ الأسري وأبعاد السلوك العدواني لدى عينة الدراسة. وأشارت النتائج أيضاً إلى أنّ المناخ الأسري يساهم بقدر كبير في التنبؤ بالسلوك العدواني كما أنّ قوة الارتباط بين درجات الأبناء في السلوك العدواني ودرجاتهم في المناخ الأسري لا تختلف باختلاف جنسهم. هذا وأشارت الدراسة العيادية إلى تداخل عدّة اعتبارات في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية وأوضحت الدراسة أيضاً، أنّ الحالات السيكوسوماتية في العموم لهم نمط سيكولوجي أو سلوكي عدائي والذي ينتج عن شعور دائم بالضيق والعجز ولوحظ أيضاً أنّ الوصمة الأسرية لدى الحالات زادت من معناهم وذلك بسبب

التمييز والضغط النفسي. هذا وأظهرت الدراسة العيادية أنّ المرضى مرتبطين ارتباطاً إكلينيكياً كبيراً بمناخهم الأسري، والذي يُعرف بعدم اتصاف الروابط الأسرية في الأغلب والأعم بالعطف والحب وضروف التنشئة الأسرية الخاطئة ونقص الرعاية بالأسرة، والشعور بإنعدام الأمان وتأثير خبرات الإساءة في فترة الطفولة على صحة الأبناء وكثرة الصراعات الأسرية بين أفراد الأسرة مع الشعور بالحرمان العاطفي لأحد الأبوين أو كلاهما.

وتمت مناقشة النتائج في ضل الإطار النظري والدراسات السابقة والمعطيات الراهنة للأسرة الجزائرية.

Abstract:

This study aims to research the issue of family climate and its relationship to aggressive behavior among children with psychosomatic disorders, and the importance of the study is reflected in the scientific contribution it makes to family health. The study sample included 142 subjects who were not adults, with an average age of 14.09 and a standard deviation of 02,808. The researcher relied on two forms "family climate and aggressive behavior" to collect data, and statistical treatment was done using SPSS-23 and statistical methods.

The results revealed that the family climate of children is characterized by conflict and disintegration, ambiguous roles and the absence of control authority. And that 38,00% of the study sample had high aggressive behavior, 36,60% had moderate aggressive behavior and 25,40% had low aggressive behavior. And that there is a negative correlation between the dimensions of the family climate and the dimensions of the aggressive behavior of the study sample. And that the family climate contributes greatly to the prediction of aggressive behavior, and that the strength of the link between the degrees of children in aggressive behavior and their degrees in the family climate does not differ according to their gender. The results of the clinical study also indicated the overlap of several considerations in the incidence of psychosomatic disorders.

The results were discussed in light of the theoretical framework, previous studies and current data for the Algerian family.

Résumé:

Cette étude vise à étudier l’objectif du climat familial et sa relation avec le comportement agressif chez les enfants atteints de troubles psychosomatiques, l'importance de l'étude se reflète dans la contribution scientifique qu'elle apporte à la santé de la famille. L'échantillon de l'étude comprenait 142 sujets qui n'étaient pas des adultes, avec un âge moyen de 14,09 et un écart-type de 02,808. Le chercheur s'est appuyé sur deux formes «climat familial et comportement agressif» pour collecter des données et le traitement statistique a été effectué à l'aide de SPSS-23 et de méthodes statistiques.

Les résultats ont révélé que le climat familial des enfants se caractérise par des conflits et la désintégration, des rôles ambigus et l'absence d'autorité de contrôle. Et que 38,00% de l'échantillon de l'étude avaient un comportement agressif élevé, 36,60% avaient un comportement agressif modéré et 25,40% avaient un comportement agressif faible. Et qu'il existe une corrélation négative entre les dimensions du climat familial et les dimensions du comportement agressif de l'échantillon étudié. Et que le climat familial contribue grandement à la prédiction des comportements agressifs, et que la force du lien entre les degrés des enfants psychosomatiques en comportement agressif et leurs degrés dans le climat familial ne diffère pas selon leur sexe. Les résultats de l'étude clinique ont également indiqué le chevauchement de plusieurs considérations dans l'incidence des troubles psychosomatiques.

Les résultats ont été discutés à la lumière du cadre théorique, des études antérieures et des données actuelles de la famille algérienne.

قائمة المحتويات:

- **الإهداء .....أ**

- كلمة شكر وتقدير .....ب
- الملخص .....ت
- قائمة المحتويات .....د
- المقدمة 1

الفصل الأول: تحديد الإشكالية

1. مشكلة الدراسة 06
2. تساؤلات الدراسة 14
3. فرضيات الدراسة.....15
4. أهمية الدراسة.....15
5. أهداف الدراسة 15
6. التعاريف الإجرائية: 16

الفصل الثاني : المناخ الأسري family climate

1. تعريف المناخ الأسري.....18
2. أنواع المناخ الأسري 21
3. أهمية المناخ الأسري في تنمية شخصية الأبناء 26
4. أهداف المناخ الأسري 28
5. العوامل المؤثرة في المناخ الأسري 29
6. دور المناخ الأسري في إشباع الحاجات النفسية للأبناء 31
7. النظريات المفسرة للمناخ الأسري 32
8. أبعاد المناخ الأسري وجوانبه 43
9. أنماط المناخ الأسري 54
10. المناخ الأسري والعلاقات الأسرية 56
11. تأثير المناخ الأسري على سلوك الأبناء 58
12. المشاكل التي يتعرض لها المناخ الأسري 59
13. المناخ الأسري الجزائري 60

الفصل الثالث: السلوك العدواني Agressive behavior

1. تعريف السلوك العدواني.....66
2. بعض المفاهيم ذات الصلة بالسلوك العدواني 70
3. الفرق بين العداوة والعدوان 71
4. لمحة تاريخية عن العدوانية 72
5. مظاهر السلوك العدواني 73
6. أنواع السلوك العدواني وأشكاله 75
7. النظريات المفسرة للسلوك العدواني 82

8. مؤشرات العدوان.....92
9. عوامل وأسباب العدوان.....92
10.تشخيص السلوك العدواني 93
11.سيمات الشخصية العدوانية 94
12.العدوانية كظاهرة عادية 94
13.العدوانية كظاهرة مرضية 95
14.أطراف العلاقة في السلوك العدواني 96
15.السلوك العدواني وعلاقته بأزمة الهوية 96
16.قياس السلوك العدواني 96
17.دور الأسرة في تدعيم النزعة العدوانية لدى الأبناء 97
18.علاج العدوان والوقاية منه 97

الفصل الرابع: الاضطرابات السيكوسوماتية Psychosomatic disorders

1. تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية.....100
2. لمحة تاريخية عن الاضطرابات السيكوسوماتية 103
3. العلاقة بين النفس والجسم 104
4. الطب السيكوسوماتي Psychosomatic medicine.....105
5. الحالة السيكوسوماتية Psychosomatic stat 106
6. النقلة السيكوسوماتية Psychosomatic shift.....107
7. السيكوسوماتية التكاملية Integrative psychosomaticity.....107
8. التجسيد والترميز Somatisation et Symbolisation 108
9. الضغط النفسي والاستجابة النفسية 108
10.آلية تأثير الضغوط النفسية على الصحة الجسمية 109
11.خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية 110
12.أسباب نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية 110
13.التصورات النظرية المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية 114
14.تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية 124
15.المظاهر التشخيصية للاضطرابات السيكوسوماتية 125
16.الخاصية السيكوسوماتية 125
17.التشخيص الفارقي للاضطراب السيكوسوماتي 126
18.تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية 126
19.الشخصية السيكوسوماتية 129
20.علاج الاضطرابات السيكوسوماتية 131

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الاستطلاعية

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية 134
2. المجال الجغرافي والزمني للدراسة 134
3. عينة الدراسة 134
4. أدوات البحث 135
5. أدوات إجراء دراسة عيادية استكشافية 137
6. الخصائص السيكومترية لأدوات القياس 137

الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للدراسة الأساسية

1. تصميم البحث 147
2. منهج الدراسة الأساسية 147
3. المجال الجغرافي والزمني لإجراء الدراسة 147
4. عينة الدراسة الأساسية وطريقة المعاينة 147
5. أدوات الدراسة الأساسية 148
6. الأساليب الإحصائية 149
7. الدراسة العيادية الاستكشافية 150

الفصل السابع: عرض النتائج

1. عرض نتائج التساؤل الاستكشافي الأول 157
2. عرض نتائج التساؤل الاستكشافي الثاني 163
3. اختبار الفرضية الأولى 164
4. اختبار الفرضية الثانية 165
5. اختبار الفرضية الثالثة 167
6. عرض نتائج الدراسة العيادية الاستكشافية 167

الفصل الثامن: مناقشة وتحليل نتائج الدراسة

1. مناقشة وتحليل نتائج السؤال الاستكشافي الأول 176
2. مناقشة وتحليل نتائج السؤال الاستكشافي الثاني 193
3. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الأولى 196
4. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الثانية 208
5. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الثالثة 211
6. مناقشة وتحليل عام لنتائج الدراسة الاستكشافية العيادية 213
7. مناقشة عامة..... 215
8. المساهمة العلمية 216
9. الخاتمة والتوصيات..... 218
10. المراجع 220
11. الملاحق..... 249

مقدمة:

يلعب المناخ الأسري دوراً مهماً في حياة الأبناء، إذ يوفر المناخ الملائم الرعاية الصحية الجيدة لأقطابه. ونظراً لدور الوقائي الكبير الذي توليه الأسرة لأبنائها من عناية واهتمام بالجانب الصحي، إلاّ أنّ سلامتهم تبقى رهينة العلاقات الأسرية وشدة التماسك والإستقلالية الذاتية ومدى توفيرها للجوانب الثقافية والترفيهية والدينية والخلقية لهم، وذلك بهدف الوصول لبناء متكامل في شخصيتهم نفسياً واجتماعياً وفكرياً وعاطفياً.

فالأسرة السعيدة بما توفره من مناخ أسري سوي تُعد بيئة نفسية صحية للنمو السوي، وتؤدي لسعادة الأبناء بما تقدمه من إسناد ودعم للفرد عندما يواجه ضغوطات الحياة المختلفة، أما الأسرة المضطربة بما توفره من مناخ أسري مضطرب تُعد بيئة نفسية سيئة للنمو وتكون بمثابة مُرْتَعَ خصب للانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية والاجتماعية، فطبيعة ما يختبره الإبن من علاقات في كنف الأسرة هي التي تحدد وإلى حدٍّ كبير ما إذا كان سينمو نمواً نفسياً سليماً أم لا. **(عفراء إبراهيم، 2006: 483)**

ويرى **سلفادور مينيوشن Minuchin's (1975)** أنّ الأبناء المرضى الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية تمتاز أسرهم بالصلابة والإغواء والإفراط بالحماية والإفتقار لحل النزاعات والصراع وشدة الحدود داخلها إلى جانب ضعف القدرة على التكيف.**(Vertommen H.& al.1987: 53)**

وإنّ حلقة الوصل بين الجانب النفسي والجانب الجسدي هي الاستجابة الانفعالية لحالة الخوف والثورة والغضب والكآبة والعدوان والأرق الناتجة عن تفاعل معقد بالدماغ خاصة بين الجهاز العصبي اللاإرادي والجهاز الهرموني. **(فيصل خير الزراد،27:2000-28)**

والنظرة الحديثة في علم النفس الجسدي تتجاوز مفهوم الصحة والمرض، فالانعكاس الجسدي للحياة الروحية يقوم على اختلال في المظاهر الجسدية والانفعلات والعواطف وهي بذلك تمثل المرآة لعمليات أخرى غير واعية، إذا ما نظرنا من هذا الجانب، حيث يتم تخيل الجسم كنوع من الشاشة التي تعمل على إرسال رسائل رمزية من اللاوعي المتوقع لدينا وأي مشاكل نفسية يتعرض لها الأبناء داخل الأسرة تنعكس سلباً على صحتهم كصراع الداخلي الواعي وغير الواعي والنزاعات الأسرية والالتزام بشكل مطلق بالأسرة، وما التدهور الكارثي لصحة الأبناء إلاّ دليل على زيادة حالات التوتر في العلاقات الأسرية، فتتحدد بذلك السهولة النسبية لحدوث اضطرابات نفسية جسمية للأبناء بشكل ترتيبي إلزامي للظروف الاجتماعية التي تمر بها الأسرة. **(Svetlana;A.M, 2016: 270-274)**

إنّ العوامل الاجتماعية المؤثرة لا تقف في حدود الأسرة والاضطرابات في العلاقات الأبوية والمناخ الأسري ونقص الحب والاهتمام والرعاية ونقص في إشباع الحاجات الأساسية، بل تتعداه لتشمل المجتمع بكل مؤسساته، فكل هذه العوامل تؤثر في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية. **(مي كامل الدسق، 2014: 08)**

وحسب **ليوجيرو إكيمي YUJIRO lKEMI (1972)** فإنّ التاريخ المرضي للأبناء السيكوسوماتيين حافل بالصراعات الأسرية والعنف والقمع للمشاعر والتعذيب والعداء القوي، فالخبرات الأولى بمرحلة الطفولة تتسبب في استيعاب الصور الوالدية السيئة ويؤدي ذلك إلى عدم الثقة بالذات والغضب والتدمير واستمرار هذه الأعراض النفسية يؤهب لموقف عدواني غير طبيعي ناجم عن تجارب سيئة بمرحلة الطفولة.(**YUJIRO lKEMI, 1972: 155)**

وبشكل عام، توصل **ربل وزملائه Repple J & al (2017)** إلى أنّ السلوك العدواني لدى الفرد ينشط شبكة دماغية معقدة على نطاق واسع، مما يعكس تفاعل القشرية الحركية وتداخل الدوائر الكامنة وراء المشاعر السلبية مع اتخاذ القرارات المتضاربة. كما يرتبط تنشيط الدماغ خلال الاستفزاز في القشرة الأمامية المدارية مع درجة من السلوك العدواني، وهو ما يدعم أيضًا الفرضية القائلة بأنّ العدوان التفاعلي يمكن أن يُنظر إليه كنتيجة

لاستفزاز الاستجابات العاطفية العدوانية والعمليات التنظيمية التقييمية الموازية التي تتم بشكل أساسي بواسطة المناطق المعزولة في الدماغ والفص الجبهي الأمامي على التوالي. **(Repple.J & al, 17/10/2017)**

هذا ولا ننسى أهمية العلاقة بين المرض والشعور بالمرض، فالفرد قد يشعر بعداء اتجاه والديه ولكنه لا يستطيع أن يُعبر عن عدوانيته نحوهما فيكظم مشاعر العدوانية وهذا الكظم يؤثر في كيمياء الجسم، مما يؤدي إلى اصابة عضو معين دون غيره من أعضاء الجسم بالإجهاد النفسي، بسبب المقاومة الضعيفة أو ما يطلق عليه بالمسايرة الجسمية للتوترات الانفعالية وقد لا يظهر أي عرض صحي في باديء الأمر، إلا إذا استمرت حالة الإجهاد النفسي طويلاً فإنّ الأجهزة والآليات الدفاعية تفشل نتيجة لذلك، وهو ما يتسبب بظهور اضطرابات سيكوسوماتية. **(فاسي آمال، 2011: 36-37)**

فالأسرة هي المصدر الأساسي للصحة والمرض وهي أكثر العوامل أهمية فى تحديد شخصية الأبناء وذلك لأن تكويننا الوراثي ومظهرنا وتصرفاتنا كلها تتأثر بالأسرة. **(محمود السعيد راوي حسن، 2010: 01)**

كما أنّنا نعي بأنّ الخبرات الأولى من حياة الأبناء تؤثر في صحتهم النفسية، بحيث يكونوا شديدي التأثر بالتجارب الأسرية، فالمناخ الأسري يُعتبر نموذج للجماعة الأولية التي يتفاعل الفرد مع أقطابها بشكل مباشر ويَعتبر أنّ سلوكهم سلوكاً نموذجياً يحتذ به، فالأسرة لها دورها الهام في نمو وتكامل شخصية الأبناء خاصة في مرحلة الطفولة، فتؤدي الحياة الأسرية الهادئة إلى خلق مناخ ملائم يساعد في النمو السليم للأبناء أما الاضطرابات الأسرية المفعمة بالخلافات، تؤدي إلى انهيار الأسرة وتؤثر في التوازن العاطفي والاجتماعي للأبناء، مما يؤدي إلى اضطرابهم صحياً وفقدانهم الجو النفسي الأنسب لنموهم.

إذ يُعد المناخ الأسري الإطار الذي ينمو فيه الأبناء، وتتشكل شخصيتهم ومفهومهم عن ذاتهم وعن الآخرين ويكتسبون منه خبراتهم وأنماطهم السلوكية ويتشربون قيمه واتجاهاته لذا فإنّه يؤثر تأثير بالغ الأهمية على صحة الأبناء، بحيث لا يمكن اغفاله أو تجاهله. **(عبد المطلب القريطي، 1998: 451-452)**

ويرى الباحث أنّ الأبناء يتأثرون بالمناخ الأسري، فإذا لم تقم الأسرة بوظائفها وأدوارها على أحسن ما يرام قد تختل عملية التنشئة الاجتماعية لديها، مما يتسبب في هدم البنية الشخصية للأبناء فيصبحون غير قادرين على التكيف مع بيئتهم الأمر الذي يجعلهم عرضة لمختلف الاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية بالإضافة لمشاكل سلوكية وصحية أخرى، ولعل أهم ما يمكن دراسته هنا هو علاقة المناخ الأسري بالسلوك العدواني لدى الأبناء ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية.

وهو ما رمى إليه الباحث في دراسته الحالية وحاول معالجته من خلال ثمانية فصول، بحيث تعرض في الفصل الأول إلى تحديد الإشكالية بما في ذلك تحديد أهداف الدراسة وأهمية الموضوع وصياغة التساؤلات والفرضيات مع تحديد التعاريف الإجرائية للمفاهيم الأساسية في الدراسة.

وقد خصص الباحث الفصل الثاني والثالث والرابع للتحليل المفاهيمي للمتغيرات الأساسية في الدراسة إذ تناول في الفصل الثاني مفهوم المناخ الأسري، فأشار لبعض المفاهيم والنظريات السيكولوجية التي اهتمت بذلك، كما عمل الباحث على إبراز أهمية المناخ الأسري وذكر لأنواعه وتحديد أبعاده وأنماطه وأثاره على صحة الأبناء، ليتفرغ بعد ذلك إلى ضبط مفهوم المناخ الأسري.

أما الفصل الثالث فقد عنونه الباحث بالسلوك العدواني، وتناول فيه أهم ما كتب عن العدوانية من مفاهيم ودراسات وتحاليل نظرية، حيث أعطى هذا المتغير إطاره النظري الملائم لموضوع الدراسة من خلال عرض مؤشراته

وأسبابه وعوامله بالاضافة لطرق قياسه، ليختتم الباحث الفصل بأهم الارشادات النفسية التي تعالج وتقي الأبناء من العدوان أو تخفف من حدته.

وجاء الفصل الرابع معنوناً بـ: الاضطرابات السيكوسوماتية، إذ اشتمل على التعريف لهذا النوع من الأمراض لغةً واصطلاحاً وعرض لأهم المدارس التي قامت بإعطاء تفسير لنشأة هذه الاضطرابات النفسية-الجسمية والكشف عن العوامل المسببة لظهورها مع تقديم طرق تشخيصها وتصنيفاتها وفي الأخير تم التطرق إلى أساليب علاجها والوقاية منها.

بالفصل الرابع يكون الباحث قد فرغ من الجانب النظري لينصب إهتمامه على الجانب الميداني وعليه جعل الفصل الخامس مسرحاً لعرض تفاصيل الإجراءات المنهجية لدراسته الاستطلاعية، ليشير بذلك لكيفية اختيار أدوات القياس الخاصة بمتغيرات الدراسة، ثمّ عرّف بالمجالين الجغرافي والزمني لدراسة الاستطلاعية ولم يفت الباحث الاشارة لطريقة سحب عينة الدراسة ومواصفاتها ليتجه بعد ذلك إلى دراسة الخصائص السيكومترية لأداتيْ القياس، كما قام بعرض أدوات الدراسة العيادية.

بعد تأكد الباحث من أدوات القياس التي يزعم الاعتماد عليها في جمع المعطيات، وضبط المجتمع الأصلي لعينة الدراسة، شرع في الفصل السادس واستهله بتوضيح تصميم البحث بما يتضمنه من تحديد للمتغير المستقل والمتغير التابع، ثمّ عَرّج بعد ذلك إلى عينة الدراسة حيث تطرّق إلى مجالها الجغرافي وحجمها ومواصفاتها وكرونولوجيا إختيار المؤسسة وطريقة المعاينة ليُذكر بعد ذلك بأداتيْ القياس في حالتهما النهائية، وحتى يضع القاريء في الصورة حرص الباحث على تلخيص ظروف إجراء أداتيْ القياس وطريقة تصحيحهما مع الإشارة إلى الأساليب الإحصائية التي إرتآها مناسبة لمعالجة بيانات الدراسة ليختم هذ الفصل بدراسة عيادية استكشافية لبعض الحالات التي تعاني من اضطرابات سيكوسوماتية.

أما الفصل السابع، فقد خصص لعرض نتائج الدراسة التي تمخضت عن المعالجة الإحصائية وفقاً للفرضيات ثمّ قام الباحث بعرض نتائج الدراسة العيادية الاستكشافية. في حين خصص الفصل الثامن لمناقشة نتائج الدراسة وتحليلها و هذا في ضوء الإطار النظري للدراسة ونتائج الدراسات السابقة والمعطيات التي تميز المناخ الأسري الجزائري عموماً وختم الباحث دراسته بتقديم بعض التوصيات التي لها علاقة بالصحة النفسية للأبناء، وذلك للحد من نسبة انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية، ليأتي في الجانب الأخير بقائمة المراجع والملاحق

الفصـــــــــــل الأول:

تحـــــــديد الاشكـــــــــــالية

1. مشكلة الدراسة
2. الفرضيات
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. التعاريف الإجرائية

مشكلة الدراسة:

برزت مشكلة الدراسة الحالية للباحث من طبيعة عمله بالقطاع الصحي على مستوى مصلحة الفحص النفسي وذلك من خلال ملاحظاته الميدانية للعديد من الحالات السريرية المقدمة، والتي تعاني من مرض العصر أو ما يعرف بالاضطرابات السيكوسوماتية، بالإضافة إلى مدى خطورتها على حياة الأفراد.

وأشارت التقارير الطبية الصادرة عن وزارة الصحة والسكان بالجزائر إلى أنّها تسببت في 63% من مجموع الوفيات لسنة (2008)، كما وأرجعت الدراسة العربية المشتركة للصحة الأسرية PAPFAM (2002) سبب حدوث هذه الاضطرابات السيكوسوماتية للسياق الاجتماعي والظروف البيئية والعوامل النفسية الأسرية والثقافية المميزة للمجتمع وأبرزت أهميتها في ارتفاع الضغط والسكري والربو والسمنة وارتفاع نسبة الدسم في الدم والأمراض التنفسية وأمراض القلب **(عبد الكريم قريشي، 2014/12/17)**

كما يرى الباحث أن المناخ الأسري يلعب دوراً مهماً في صحة الأفراد ويؤثر بشكل عميق في سلوكهم واتجاهاتهم ونضج انفعالاتهم، فصحة الأبناء النفسية في سوائها واختلالها ترتكز بقوة على دراسة الأسرة في المقام الأول وذلك من خلال الخبرات التي يعيشونها ومن خلال المناخ الأسري الذي ينشأ عن العلاقات الأسرية التفاعلية.

فالأسرة من المنظور السيكولوجي هي مناخ نفسي وكيان عاطفي لجماعة صغيرة تكونت إراديا للإشباع الاحتياجات النفسية والسلوكية للإنسان ولتحقيق أفضل مستوى ممكن من الصحة النفسية. **(عبد الخالق محمد عفيفي، 2011: 376)**

ويرى **ستاجير Stagier (1974)** أنَّ الصحة النفسية قائمة على الارتباط النفسي وفقا لما يخبره الطفل من علاقة حميمة ودائمة مع أفراد أسرته ، إذ يجد الطفل في مثل هذه العلاقة إشباع لحاجاته النفسية كما تكون هذه الطاقة مليئة بالخبرات التي يكونها في بداية حياته ثم تأخذ أشكالا عديدة لها تأثيرها الكبير في علاقته مع أفراد الأسرة وفي علاقاته المستقبلية مع الآخرين. **(في عفراء خليل، 2006: 483)**

إن للأسرة تأثيرا في تكوين شخصية الطفل في سائر جوانبها ومراحل نموها خاصة النمو النفسي، لذا تلعب الظروف الأسرية والعلاقات التي تسود بين أفرادها دورا هاما وأساسيا في هذا المجال وتعكس بظلالها على الوضع النفسي للطفل ، وسلوكياته بصورة مباشرة، الأمر الذي يلقى على عاتق الأسرة مسؤولية كبيرة وحساسة في نفس الوقت من أجل تحقيق صحة نفسية أفضل لأبنائها. **(عبد المجيد ابراهيم قاسم، 2011/12/06)**

ويرجع كل **من لينج Ling (1971)** و**كوبر Cooper (1972)** اضطراب سلوك الأبناء وأمراضهم النفسية إلى الظلم الذي يقع عليهم في الأسرة، فيدمر شخصياتهم ويفسد حياتهم، فالأسرة من وجهة نظرهما تنمو الفصام والجنوح والاضطراب النفسي عند الأبناء، بسبب جهل الوالدين وتسلطهما وانحرافهم ومشكلاتهما الزواجية والشخصية، ودعا إلى تخليص الأبناء من هذا النظام السيئ، ورعايتهما في أحضان مربيات مؤهلات علميا وتربويا. **(كمال ابراهيم مرسي، 2008: 29)**

ويعتبر **مينيوشن S, Mniuchin (1978)** الأسرة ضمن الأنظمة التي تؤثر على صحة الأبناء فهي نظام مفتوح مرتبط ببيئتها، فمن المهم وضع الظواهر في سياقها التاريخي والاجتماعي ويميز **مينيوشن** الاضطرابات السيكوسوماتية الأساسية والثانوية في اضطرابات سيكوسوماتية أولية بسبب خلل بيولوجي والعنصر النفسي الجسدي

يتكون من خلال تفاقم عاطفي للأعراض الموجودة بالفعل، ويلعب التكيف بين الأعراض وتنظيم الأسرة دورا محددا في تطور الاضطراب السيكوسوماتي ، فالميل إلى استقرار الأعراض هو استمرار التفاعلات وأحيانا يتم تعزيزها من خلال تدخل أفراد الأسرة. ودرس مينيوشن Mniuchin ;S نماذج المعاملات للعائلات مع أنواع مختلفة من الاضطرابات السيكوسوماتية (11 عائلة مع أبناء مرضى فقدان الشهية، 09 عائلات مع الأبناء المصابين بالسكري، 10 عائلات مع الأبناء المصابين بالربو الشعبي) وكشفت هذه الدراسة أنه وبصرف النظر عن الأعراض النفسية الجسمية المقدمة، فإن منظومة الأسرة تمتاز بنماذج تفاعلية وتنظيمية خاصة. **(Luigi.O, 02 /05/2008)**

وفي دراسة سيكوميترية وإكلينيكية **لمايسة أبو العينين (2007)** حول الانفصال الوالدي وعلاقته ببعض الأمراض النفسية والسيكوسوماتية لدى الأبناء، تناولت الباحثة مرحلة المراهقة لكون أنها مرحلة عمرية حرجة وانتقالية في حياة الفرد، بحيث تكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية ضمن 40 فردا (20 ذكورا – 20 إناث) من أسر مطلقة وعينة ضابطة ضمت 40 فردا (20 ذكورا – 20 إناث) من أسر غير مطلقة وخلصت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين الأبناء في الأسر المطلقة والأسر غير المطلقة.**(مايسة أبو العينين، 2007: 01)**

كما توصلت دراسة **مي كامل الدقس (2013)** حول أنماط الشخصية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية المنتشرة لدى عينة المجتمع السعودي إلى الكشف عن أنماط الشخصية ومستوى الاضطرابات السيكوسوماتية المنتشرة، وبيان العلاقة بين أنماط الشخصية وبين مستوى هذه الاضطرابات، تكونت عينة الدراسة من 524 راشدا، وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود علاقة دالة إحصائيا لأنماط الشخصية لدى أفراد عينة الدراسة تغزى لمتغير الدراسة (حالة الاضطراب) كما أشارت نتائج الدراسة أيضا إلى وجود فروق دالة إحصائيا لمستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة يعبر لمتغير الجنس، حيث يعاني منها الذكور أكثر من الإناث وهناك فروق ذات دلالة إحصائيا بما يخص متغير حالة الاضطراب (سيكوسوماتي، عضوي) وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا لمستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد عينة الدراسة تغزى لمتغير الحالة الأسرية. **(مي كامل الدقس، 2013: 02)**

وأشارت دراسة **بيتر Peter (1997)** أنّ صراع الأدوار داخل الأسرة ينجم عنه مشاكل صحية مثل فقدان الشهية واضطرابات النوم وارتفاع في مستويات القلق ، فضلا عن الشعور بالذنب والتقصير والرغبة في الهروب من المواقف الضاغطة .**(في زينيه على صالح الرحيم، 2008: 08)**

كما سعت الدراسة التي أجراها **بولجراف بختاوي (2015)** إلى الكشف عن العلاقة بين الاضطرابات والتوافق بأبعاده النفسية والاجتماعية والأسرية، وتكونت عينة الدراسة من 484 طالب وطالبة من جامعة وهران، نصفهم من الأسوياء ونصفهم الآخر من المرضى طبق عليهم استبيانين، أحدهما للاضطرابات السيكوسوماتية والآخر للتوافد وانتهت نتائج الدراسة إلى وجود دالة إحصائيا بين الطلبة الأسوياء والطلبة المضطربين سيكوسوماتيا في التوافق النفسي والاجتماعي لصالح الطلبة الأسوياء وفي التوافق الأسري لصالح الطلبة السيكوسوماتيين، كما خلصت نتائج الدراسة إلى وجود دالة إحصائيا بين الطلبة المصابين باضطرابات سيكوسوماتية بسيطة والطلبة المصابين باضطرابات سيكوسوماتية عادة في التوافق النفسي والاجتماعي لصالح طلبة الفئة الأولى، وفي التوافق الأسري لصالح طلبة الفئة الثانية، وعدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الطلبة في التوافق بأبعاده النفسية والاجتماعية والأسرية. **(بولجراف بختاوي، 2018: 164)**

وبينت دراسة **هولدن ريتشي CHoland, Ritchie (1991)** وجود علاقة قوية بين العنف بين الزوجين ومستويات سوف التكيف لدى الأبناء، فقد أظهرت هذه الدراسة أن الأبناء الذين تتعرض أمهاتهم للإساءة يظهرون مشكلات سلوكية ويعانون من مشكلات نفسية بما يعادل الضعفين إلى أربعة أضعاف، مقارنة بما يظهره الأبناء في الأسرة المنسجمة من هذه المشكلات. **(لولوة مطلق الجاسر، 2015: 82)**

ويحدث الاضطراب السيكوسوماتي بسبب الضغوط النفسية والوساوس القهرية والقلق الناجم عن الشعور بالخوف من الانفصال، وينتج بمعاناة الفرد من عداء مكبوت، منذ أيام الطفولة، ومن قلق لا شعوري مستمر وعدم استعمال الفرد حيل دفاعية للتخلص من العدوان المكبوت يجعله يكبت عدوانه وهو ما يبقيه في حالة توتر مستمر، والذي يؤدي زيادة الاضطراب كنتيجة للقلق المزمن. **(ليلى محمد العارف، 2014: 23)**

كما أوضحت دراسة **لويجي أنيز وآخرون Luigi ;O & al (1988)** حول بيئة وديناميكية العائلات التي تقدم مريضاً نفسياً جسدياً، أنّ واحدا من أكثر إختلالاتها النموذجية هو الميل لتجنب الصراعات الصريحة والتوترات العاطفية، فلغة العرض السيكوسوماتي ليست فقط لغة جسم المريض بل لغة جسم الأسرة بأكملها. **(Luigi Onnis & al 1996: 198-199)**

كما قُدّم مقال **لليفين تسيفا وخولومو غوروفا Lifia;T & kholmo;G (2015)** نتائج دراسة مقارنة لأسر الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات نفسية عضوية (182 طفلا و 194 والدا) واضطرابات نفسية وظيفية (185 طفلا و 214 والدا) مع عائلات أفرادهم الذين لا يعانون من اضطرابات نفسية (100 طفل و 84 من الآباء) واستهدفت الدراسة تحليل العلاقات بين الوالدين ، وخصائص التنشئة الأبوية ونوعية ارتباط الأبناء بالآباء، وكشفت نتائج الدراسة عن العديد من الاتصالات المختلفة في أسر الأطفال والمراهقين الذين يعانون من مستويات مختلفة من الأمراض النفسية والجسمية من نقد الوالدين والقضاء على العواطف جنبا إلى جنب مع مستوى عال من الكمالية العائلية والحث على القلق، كما يتميز ارتباط المراهقين بأوليائهم بالتناقض العاطفي وقد وجدت هذه الدراسة أن مستوى حماية الوالدين لطفلهما يرتبط مباشرة بمستوى غير كاف من الرعاية التي يتلقاها الوالدان في عائلتهما الأصلية. **(Lifin;T & Kholmo;G .2015:70-83)**

كما قامت **قيادة المجلة الطبية العامة BMJ (2015)** بتقديم دراسة حول الانهيار الأسري وعلاقته بزيادة خطر حدوث اضطرابات سيكوسوماتية لدى المراهقين، وربطت الدراسة بين انفصال الوالدين أو طلاقهما بزيادة خطر حدوث مشاكل نفسية جسمية للأبناء في الأسر السويدية، التي ارتفعت نسبة الحضانة المشتركة لها من 21% خلال الثمانينات إلى 40% في عام 2015، بسبب شيوع ظاهرة التفكك الأسري، وقد أخذ الباحثون البيانات المأخوذة في المسح الوطني لما يقارب 150.000 من السويديين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12 و 15 سنة في محاولة لمعرفة ما إذا كانت ترتيبات المعيشة الأسرية للأبناء مرتبطة بزيادة مخاطر حدوث اضطرابات سيكوسوماتية، وأظهرت نتائج الدراسة أن الإناث أبلغن عن مشاكل سيكوسوماتية أكثر من الذكور في كلا الأعمار وكشفت الدراسة أيضا على أن الأبناء المراهقين الذين يعيشون في الغالب مع أحد الوالدين نتيجة للانفصال أفادوا بأنهم يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية، في حين أفاد الأبناء المراهقين الذين يعيشون مع كلا الوالدين من الأسر النووية بعدم تعرضهم للاضطرابات السيوكوسوماتية، كما أظهرت الدراسة أن الأبناء الذين يعيشون في ترتيبات الحضانة المشتركة لديهم اضطرابات سيكوسوماتية أقل من أقرانهم الذين يعيشون في الغالب مع أحد الوالدين، هذه النتائج صحيحة حتى بعد الأخذ في الاعتبار العوامل المؤثرة كالعمر والبلد وجودة العلاقة التي تربط الأبناء بوالديهم،

فالدراسة قائمة على الملاحظة وبالتالي لا يمكن استخلاص نتائج نهائية حول السبب والنتيجة يؤكد الباحثون على أن الأعراض السيكوسوماتية متربطة بالإجهاد النفسي. **(The BMJ, 27/03/2015)**

هذا وأجرى **شيشينادز وجاششلادر Chichinadz,KN & Gachechiladze,LF (2006)**، دراسة حول الوظيفة التكيفية للسلوك العدواني وآليات تطور الاضطرابات السيكوسوماتية وأمراض التكيف. وخلصت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة متبادلة بين الاستجابات الفيسيولوجية والسلوكية للإجهاد الانفعالي والصراع الاستبدادي (نموذج ثلاثي)، بالإضافة إلى أفكار الدعم الذاتي الخلقي للنشاط اللاحق، وتشير النتائج إلى أن النشاط الحركي والسلوك العدواني الظرفي هما المرحلة النهائية من تفاعل الإجهاد وبالتالي تحقيق التكيف ويؤدي فشل المرحلة النهائية من الاستجابة التكيفية إلى توجيه تغييرات التعبئة ضد الفرد المستقبل نفسه، وهذه الظاهرة تشكل الأساس للاضطرابات السيكوسوماتية وأن العدوان هو استجابة تكيفية ليس فقط من الناحية السلوكية ولكن من الناحية الفيزيولوجية أيضا، ويكمن دور العدوان في القضاء على التغييرات الأيضية Metabolic changes مجموعة من التفاعلات في خلايا الكائن الحي تحافظ على الحياة، في التبعية الناجمة عن تفاعل الإجهاد النفسي والنشاط الجسمي عن طريق الاستجابة العاطفية التعبيرية، فالعدوان كعامل غير استقراري له وظيفة ايثولوجية Ethologic Function. **(Chichinadz, KN & Gachechiladze, L F; 2006:56)**

في حين قام **ياجر وليدتك Jager B Liedthe,R (1993)** بدراسة للسلوك العدواني للمرضى الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية، في دراسة مقارنة بين المرضى الذين يعانون من التهاب القولون التقرحي ومرضى الداء السكري مع اختيار Rosegvig hicutre transaction study وضمت عينة الدراسة مجموعتين من المرضى السيكوسوماتيين في المجموعة الأولى (32 مريضا يعانون من القولون التقرحي)، أمّا المجموعة الثانية (30 مريضا يعانون من الداء السكري) وكشفت نتائج الدراسة على أن المرضى الذين يعانون من التهاب القولون حققوا درجات عالية على مستوى أبعاد مقياس، أي أنهم يحولون العدوانية ضد الذات إلى حد أكبر والنتيجة هي وفقا لافتراض تثبيط العدوانية للمرضى الذين يعانون التهاب القولون التقرحي غالبا ما يتم وصفها في التشخيص. **(Jager,B.& Liedthe,R ;1993: 82)**

وهذا ما يؤكد ما أشار إليه **محمد حسن غانم (2015)** عن وجود سيمات شخصية تميز مرضى السكري من حيث أنهم يتميزون بالعديد من السيمات الشخصية كالقلق والغضب والصراع والعداء وعدم التأني والعجز في اتخاذ القرار وعدم الرغبة في تحمل المسؤولية .... وغيرها من الصفات التي تجعل هؤلاء الأفراد بنفس هذه السيمات مستهدفين للوقوع في الاضطرابات السيكوسوماتية.**(محمد حسن غانم، 2015: 246)**

كما كشفت دراسة **ليلى داود محمد غنام (2008)** عن طبيعة العلاقة بين العدوان والاضطراب السيكوسوماتية بين الطلاب الذين تعرضوا للسجن وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية دالة بين السلوك العدواني (ممارسات السلوك العدواني، المشاعر العدوانية التي تنتاب الطلاب) والاضطرابات النفس جسمية لدى الطلاب الفلسطينيين، كما وجدت فروق على مستوى مقياس السلوك العدواني ومكونات عاملية مشتركة بين ما تقيسه المقاييس المستخدمة لدى عينة الدراسة، فقد تم استخراج خمسة عوامل استوعبت 66.3 % من نسبة التباين الكلي وكان العامل الأول العدوان اللفظي على رأس قائمة العوامل المشتركة بين ما تقيسه الاختبارات لدى عينة الدراسة، جاء بعده العامل الثاني (ممارسة السلوك العدواني)، يلي ذلك العامل الثالث عامل (إيذاء الآخرين مقابل ممارسة

العدوان البدني) ويأتي بعد ذلك العامل الرابع (النواحي البدنية مقابل ممارسة العدوان الخطير) وجاء العامل الخامس عامل (إيذاء مجموع ممارسات العدوان في مقابل ممارسة العداوة) بعد العامل الرابع.**(ليلى داود غنام، 2008: 01)**

وفي دراسة قام بها **حبيب الصاوي وسيد صبحي (1979)** عن الظروف التي أحاطت ببعد الحالات التي أصيبت بالذبحة الصدرية، فقد كانت ظروف الإصابة تجمع بين موقف قبلي وموقف بعدي، أي أن هناك مجموعة من الملابسات التي هيئت للفرد للإصابة والتي اشتملت على شعور الفرد بحالة من القلق والتوتر بالنسبة لتصوره لمستقبله، والعدوانية الموجهة للآخرين بسبب ضغوط العمل وعدم تحقيق التوافق مع الزملاء وضغط الإطار الأسري، كما برهنت الدراسة على ضرورة الاهتمام بالظروف الأسرية المزامنة للإصابة بالذبحة الصدرية وهي: وفاة أحد أفراد الأسرة، حدوث طلاق، الفصل التعسفي. **(سيد صبحي، 2003: 255 -57)**

ويرى **محمود مندوه (2003)** أن العدوان العائلي له تأثير خطير على سلوك الأبناء، فقد وجد أن الأبناء الذين شهدوا عدوانا عائليا يعانون من أمراض نفسية ومشكلات سلوكية، كما وجد أن العدوان الأخوي الموجود في معظم العائلات قد انتقل بالتقليد من العدوان الوالدي إلى العدوان الأخوي، وهذا العدوان يلعب دورا خطيرا على صحة الأبناء والمجتمع. **(محمود مندوه سالم، 2003: 04-05)**

هذا ونجد أن أغلب أبحاث علم النفس النمو اتفقت على خطورة السلوك العدواني كاضطراب انفعالي ، لأنّ آثاره تنعكس على الأسرة حيث يؤدّي هذا السلوك إلى التوتر الانفعالي والاضطراب في الطاقة الأسرية والعلاقات العامة. **(محمد الراجي، 2011: 12)**

وقد قام الباحث **ستيوارد روبي وزملائه Steward Robbie & al (1999)** بدراسة مدى تأثير الوالدين في ظهور السلوكيات العدوانية لدى أبنائهم، حيث هدفت الدراسة إلى معرفة مصادر الأسباب الأكثر إسهاماً في توريط الأبناء في السلوكات الخطيرة (العدوانية)، ومن ضمن ما أسفرت عنه نتائج هذه الدراسة هو أن درجة تورط الأبناء في السلوكيات العدوانية الخطيرة مرتبطة بنتائج تجارب مرحلة الطفولة المبكرة مع الآباء، كما تؤكد الدراسة على ارتباط السلوكيات العدوانية بشكل كبير بأسلوب التربية في الأسرة. **(بوشاشي سامية، 2013: 07-08)**

وفي دراسة أخرى عن السلوك العدواني لدى أطفال الشوارع (ضحايا العنف) ظهرت المسالك العدوانية بصورها الظاهرة والكامنة سواء اللفظية أو الجسدية مرتفعة لدى البنين وكامنة لدى البنات مع انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لديهم بدرجة عالية .**(كلير فهيم، 2008 : 17-18)**

وبحثت دراسة **بن حليلم أسماء (2014)** في السلوك العدواني لدى الطفل وعلاقته بالإساءة اللفظية والإهمال من طرف الأم وكذلك معرفة الفروق بين الجنسين في مستوى السلوك العدواني في تكوين عينة البحث من (65) طفل متمدرس تتراوح أعمارهم ما بين (13-11 سنة)، استخدمت الدراسة مقياس السلوك العدواني لدى الأطفال، ومقياس إساءة معاملة الطفل الوالدية وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الإساءة اللفظية الوالدية والسلوك العدواني وبين الإهمال لصالح الذكور. **(بن حليم أسماء، 2014: 21)**

يبدو من خلال ما تم عرضه من دراسات سابقة أن للأسرة تأثيرات على الأداء الفيزيولوجي والعاطفي للأبناء، حيث وجد أنّ لها علاقة بالأعراض النفسية الجسمية بطريقة ردود الفعل الدائرية، وحدّدت أبحاث الدراسة التي أجراها **جون سارجن John,Sargent (1983)** في عيادة فيلادلفيا للطفولة الأنماط المختلة للتفاعل الأسري

في الأسر التي لديها عضو سيكوسوماتي، وتشتمل هذه الأنشطة على التداخل والحماية الزائدة والصلابة وعدم وجود حل فعّال للنزاع ومشكلات الطفل المتضرر من الصراع الزواجي، هذا وقد قام **جون سارجن John Sargent (1983)** بتطبيق العلاج الأسري الإنشائي Structural Family Thearapy، القائم على النظام والذي يشتمل على تدخلات موجهة نحو الهدف في التفاعل الأسري في علاج الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأطفال والمراهقين، أسفرت نتائج الجلسات العلاجية على تصميم وتنفيذ تقنيات علاجية على وجه التحديد لتحويل الأنماط المختلفة للتفاعل الأسري، وتزويد أفراد الأسرة بطرق للاستجابة بفعالية للأعراض النفسية الحميمية مع تشجيع الوظيفة التنموية لأفراد العائلة وتحسين وظيفة الأسرة بشكل عام. **(John, Sargent M.D, 1983: 41-48)**

وتوصلت **دراسة سفيتلانا أليكساندروفا موغال Svelatana ;A.M(2016)** حول تأثير الأسرة على تطور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أطفال ما قبل المدرسة ذوي التخلف العقلي ومسألة تحديد الرابط بين الخصائص الشخصية والمحتوى وميزة Psychotrauma والتواتر والصدمة النفسية، وأوضحت نتائج الدراسة عوامل الخطر الرئيسية للاضطرابات السيكوسوماتية والتخلف العقلي، والتي تشير إلى وجود روابط مسببة للأمراض المشتركة لتشكيلها، فالدراسة شملت 398 شخصا : 142 طفلا و 256 والدها وكشفت نتائج الدراسة عن وجود في كل عائلة من المجموعة التي شملها الاستطلاع عضو لديه مستوى عال من القلق أيضا كان هناك عدوان والمبالغة في تقدير الذات في العلاقات بين الوالدين وموقف الآباء من أطفالهم والصراع للأسر كلها هذا يؤدي إلى حدوث وتشكيل وتطوير الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأطفال قبل المدرسة، كما أن الصدمة النفسية بسبب تشوه العلاقة بين الوالدين والطفل تتسبب في حدوث الاضطرابات النفسية الجسمية، وبالنظر إلى كل ما سبق تجدر الإشارة إلى أن تأثير الأسرة على تطور الاضطرابات السيكوسوماتية كبير جدا، فهي تشير إلى وجود مستوى عال من انتشار هذا المرض ويؤكد **سفيتلانا Svetlana (2016)** نفسية للتشخيص المبكر والتصحيح في العلاقات الأسرية وكذلك الحاجة إلى العمل التثقيفي العام لأفراد الأسرة **(Svelatana ;A.M 2016: 270- 274)**

وبحثت دراسة كل من **سيمون غونس وكليف نورث Simon;G & Clive;N (2018)** في صعوبات عمل الأسرة وعلاقتها بمرض فقدان الشهية العصبي لدى الأبناء المراهقين، أجريت الدراسة على 35 مراهقا يعانون من فقدان الشهية العصبي وأمهاتهم، ثم تقييم شدة الاضطراب السيكوسوماتي على بعد عام واحد باستخدام جدول "مورغان راسل The Morgan Russelt Schedule"، أظهرت نتائج الدراسة انتقاد الأبناء المرضى لأداء أسرهم، كما كان هناك ارتباط عكسي بين مدى الصعوبات الأسرية وشدة فقدان الشهية العصبية، مع مرور الوقت تحسنت الحالات سريريا ولكن لم يقابل ذلك تحسن في أداء الأسرة، لا يبدو أن الصعوبات في أداء الأسرة مرتبط بشكل مبار مع شدة فقدان الشهية العصبي، ولا تقلل هذه الصعوبات من التحسن السريري لدى الأبناء المرضى على المدى القصير. **(Simon;G & Clive;N, 02/01/2018)**

هذا ويؤكد العالم **فرانز ألكسندرFranz Alexander (1891-1964)** أن الاضطرابات السيكوسوماتية بشكل عام تنتشر لدى الأشخاص الذي يتسمون بالميول العدوانية أو التنافس ولهم رغبة داخلية على مساعدة الآخرين وهم يبحثون عمن يرعاهم أو يهتم بهم. **(فيصل خير الزراد، 2000: 184)**

وقد ورد لدى العديد من الدراسات العربية والأجنبية الآثار السلبية لاضطراب البيئات الأسرية والتصدع الأسري على سلوك الأبناء، إذ تبين أن الأفراد الذين ينشؤون داخل الجو الأسري غير المستقر يعانون مشكلات انفعالية وسلوكية واجتماعية. **(عفراء ابراهيم خليل، 2007: 485)**

كما هدفت دراسة **مجذوب أحمد قمر (2015)** إلى التعرف على المناخ الأسري وعلاقته بالصفة النفسية والشعور بالذنب لدى طلبة جامعة دنقلا ، كلية التربية ، المنهج المستخدم في هذه الدراسة ، هو المنهج الوصفي، بلغت عينة الدراسة (108) طالبا للعام الدراسي (2015-2014) من مجتمع الدراسة البالغ (829) طالبا، تم اختيارها عن طريق العينة العشوائية الطبقية، لتحقيق هذا الهدف استخدم الباحث مقياس المناخ الأسري والصحة النفسية والشعور بالذنب لديهم، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية موجبة بين المناخ الأسري والصحة النفسية والشعور بالذنب من جهة أخرى، وأن المناخ الأسري منبيئ بالصحة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة. **(مجذوب أحمد قمر، 2015/12/14)**

وعليه نجد أن مجمل الدراسات التي تمّ عرضها تؤكّد على أنّ الأبناء الذين ينشئون في مناخ أسري مضطرب مشبع بالمشاحنات والصراعات والشك وعدم الشعور بالمسؤولية والانتماء يؤثر على صحتهم وعلى نموهم العقلي والجسمي والانفعالي والاجتماعي، لكن ما لم تهتم به هذه الدراسات هو تحديد العلاقة القائمة بين المناخ الأسري والسلوك العدواني في إصابة الأبناء بالعرض الصريح للاضطرابات السيكوسوماتية من هنا تحددت مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

1- ما طبيعة المناخ الأسري الذي ينتمي إليه الأبناء ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية ؟
2- ما مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية ؟
3- هل توجد علاقة بين السلوك العدواني للأبناء (عينة الدراسة) ومناخهم الأسري ؟
4- هل يساهم المناخ الأسري في التنبؤ بالسلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين ؟
5- هل تختلف قوة الارتباط بين درجات الأبناء (عينة الدراسة) على أبعاد السلوك العدواني ودرجاته على أبعاد المناخ الأسري باختلاف جنسهم؟

- **الفرضيات:** وعليه فإنّ التساؤلات المطروحة أعلاه تحتاج لإجابة أولية ضمن سياق الفرض، والمتمثلة في:

1- نظرا لكون السؤال الأول سؤالا استكشافيا، فإنه لا يستدعي صياغة فرضية.
2- نظرا لكون السؤال الثاني سؤالا استكشافيا، فإنه لا يستدعي صياغة فرضية.
3- يوجد ارتباط دال إحصائيا بين درجات الأبناء في السلوك العدواني ودرجاتهم في المناخ الأسري.
4- يساهم المناخ الأسري في التنبؤ بالسلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.
5- قوة الارتباط بين درجات الأبناء السيكوسوماتيين في السلوك العدواني ودرجاتهم في المناخ الأسري تختلف بإختلاف جنسهم.

- **أهمّية الدراسة:** في ضوء ما سبق ذكره تتضح أهمية الدراسة الحالية في تناولها لمشكلة بدأنا نلمس وجودها لدى الأبناء وهي الاضطرابات السيكوسوماتية وما يترتّب عنها من آثار سلبية على صحتهم. كما تظهر أهمّية الدراسة بعرضها لأهم المشكلات التي تواجه الأسرة من خلال تحديد طبيعة المناخ الأسري الذي يؤدي لتعرض الأبناء للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية. وقد تسمح الدراسة أيضا بتشخيص طبيعة الظروف الأسرية التي تؤدي إلى الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، من ثمّ قد تسمح ببناء برنامج علاجي أسري يساعد في علاج الأبناء المصابين بهذه الاضطرابات النفسية الجسمية، بالإضافة إلى أن نتائج هذه الدراسة قد تساهم في بعض الاقتراحات التي تساعد على وقاية الأبناء والأسرة من الأمراض.
- **أهداف الدراسة :** تهدف الدراسة الحالية بالدرجة الأولى إلى :

1- الكشف عن طبيعة المناخ الأسري الذي ينتمي إليه الأبناء ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية.
2- التعرف على العلاقة الثنائية القائمة بين المناخ الأسري والسلوك العدواني لدى افراد عينة الدراسة.

3- معرفة مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية.
4- معرفة قوة الارتباط بين السلوك العدواني والمناخ الأسري لدى جنس عينة الدراسة.

- **التعاريف الإجرائية:**

أ- المناخ الأسري: يقصد بالمناخ الأسري ذلك الوعاء الذي يحوي الأسرة بقالبها السوي أو المرضي ويشتمل على العلاقات الإنسانية والتفاعلات القائمة بين أفرادها، بناءاً على ذلك تتحدد السلوكيات وتتشكل من خلاله ملامح الشخصية الصحية أو المرضية للأبناء. وهو ما يقيسه استبيان المناخ الأسري في أبعاده التالية: التماسك الأسري، حرية الرأي والتعبير في الأسرة، صراع التفاعل الأسري، الاستقلالية، التوجه نحو الإنجاز، التوجه العقلي الثقافي، التوجه نحو النشاطات الترفيهية، التأكيد على القيم الأخلاقية والدينية، التنظيم الأسري، الضبط الأسري.

للإشارة تنحصر الدرجة التي يمكن أن يتحصل عليها المفحوص في كل بُعد من الأبعاد العشرة للمقياس ضمن المجال [0، 9].

ب - السلوك العدواني: هو استجابة انفعالية تهدف إلى إلحاق الأذى بالذات أو بالآخرين وتحدث كنتيجة حتمية لمواقف الإحباط والحرمان العاطفي أو للدفاع عن الذات أو لرغبة في الانتقام، يترتب عنها ضرر نفسي أو جسدي وتشمل الأفعال العدوانية سلوكيات جسدية ولفظيه يعبر عنها في استبيان السلوك العدواني من خلال أبعاده الأربعة (04) التالية: العدوان البدني، العدوان اللفظي، الغضب، العداوة.

للإشارة تنحصر الدرجة التي يمكن أن يتحصل عليها المفحوص في كل بعد من الأبعاد الأربعة للمقياس ضمن المجالات التالية:

1. مستوى السلوك العدواني المنخفض [0 ، 27]
2. مستوى السلوك العدواني المتوسط]28 ،54[
3. مستوى السلوك العدواني المرتفع]54 ،80]

ج- الأبناء ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية: وهم الأبناء غير الراشدين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 6-17 سنة ويعانون من الأمراض النفسية الجسمية التي ترجع إلى علاقة سريرية بين العوامل النفسية الانفعالية والإصابة العضوية الصريحة، ولإعطاء المعنى الحقيقي للمصطلح السيكوسوماتي يجب دراسة نتائج الأمراض المزمنة التي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة باضطراب الصحة النفسية للفرد.

الفصل الثاني:

المنـــــاخ الأســـــــــري the family climate

تمهيد

1. **تعريف المناخ الأسري**
2. **أنواع المناخ الأسري**
3. **أهمية المناخ الأسري في تنمية شخصية الأبناء**
4. **أهداف المناخ الأسري**
5. **العوامل المؤثرة في المناخ الأسري**
6. **دور المناخ الأسري في اشباع الحاجات النفسية للأبناء**
7. **النظرات المفسرة للمناخ الأسري.**
8. **أبعاد المناخ الأسري**
9. **أنماط المناخ الأسري**
10. **المناخ الأسري والعلاقات الأسرية**
11. **المناخ الأسري الجزائري**

خلاصة

تمهيد:

للأسرة تأثير كبير في سلوك الأبناء وصحتهم ونضجهم الانفعالي، فالمناخ الأسري يوفر البناء النفسي السليم والأمثل للأبناء، والأسرة تؤثر في سلوك الأبناء واتجاهاتهم وميولهم ورغباتهم النفسية والاجتماعية، الأمر الذي من شأنه التأثير على صحتهم من الناحية النفسية والجسمية على حد سواء وفي هذا الفصل سيوضح الباحث ما هو المناخ الأسري وأهميته في التنشئة النفسية والاجتماعية لدى الأبناء.

1- تعريف المناخ الأسري the family climate:

1-1 لغة:

أ ـ المَناخ (اسم): اسم المفعول من فعل أنَاخ، يُنيخ، إناخة، يقال أناخ الرجل بالمكان أي أقام به والمُناخ هو مبرك الإبل، ومحل الإقامة، ويقال هذا مَناخ سيء أي مكان غير مرضٍ ومَناخ البلاد : حالة جوها، ويقال وجد مناخاً مناسباً بين أهله، أي ظروفاً مناسبة. **(إبراهيم، مصطفى وآخرين، 2004: 174)**

ابن الأعرابي: يقال تنوخ التعبير: أي أبركها ولا يقال نَاخ ولا أنَاخ وقولهم نوخ الله الأرض طروقه للماء، أي جعلها مما تطيقه، والظروف المناخية هي مجموع العوامل الجوية كالحرارة، والضغط الجوي، والأمطار التي تعرف بها حالة مكان معين من اعتدال الأحوال الجوية أو تطرفها.**(عمر أحمد مختار، 2008: 202)**

ب ـ الأسرة (اسم): جمع أسراب، وأسراب، وأسر، وهي الذرع الحصينة، وأهل الرجل وعشيرته والأسرة هي جماعة أفراد يربطها أمر مشترك. **(عمر أحمد مختار، 2008: 91)** اِسْتَأسَرَ، يَسْتَأْسِرُ، اِسْتِئْسَاراً، والمعول مُستأسِر (للمُعْتدي) ويقال استأسر، أي أسلم نفسه أسيراً. **(الرويفعي ابن منظور الأنصاري، 1997: 44)**

1-2 اصطلاحا :

يعرف **مجذوب أحمد قصير (2017)** المناخ الأسري على أنه الجو الذي ينمو فيه الطفل وتتشكل من خلاله الملامح الأولى للشخصية وهو مصدر إشباع لحاجاته واستثمار لطاقاته وتنميتها وفي سياقه يتعرض الطفل لعملية التنشئة الاجتماعية، وفقا لأساليب معينة ويشعر بردود الأفعال المباشرة اتجاه محاولاته الأولى للتجريب، وتكوين شخصية مستقلة لها طابعها وأهدافها الخاصة . **(مجذوب قصير، 2017: 278)**

يتضح لنا من تعريف **مجذوب أحمد قصير**، أن المناخ الأسري هو ذلك الجو العام للأسرة الذي يسمح ببروز المقومات الشخصية للطفل من خلال توفير الظروف البيئية السليمة لعملية التنشئة الاجتماعية وفقا لطبيعة الأسلوب التربوي المنتهج من قبل الوالدين.

أما **علاء الدين الكفافي (1999)**، فيعرف المناخ الأسري على أنه ذلك الجو الأسري الذي يحقق فيه الأبناء اتصالهم بالآخرين بواسطة اللغة التي تساعدهم في التعبير عن أنفسهم وكيفية تحقيقهم لتوازنهم بين الحاجات الاتصالية اللغوية بالآخرين والحاجات الاستقلالية لديهم، هذا ويعد استخدام اللغة المبالغة فيها في الجو الأسري من أجل التهوين، أو التهويل في مواجهة المواقف العدوانية اتجاه الغير أو اتجاه الذات صور الاتصال الخاطئ والذي ينتهي باضطراب جو الأسرة وتحويلها لبؤرة مولدة للاضطراب وإصابة أبنائها بالاضطراب الواضح الصريح وتعكس العملية الاتصالية اللغوية أسلوب الأسرة في تربية أبنائها وتنشئتهم. **(علاء الدين الكفافي، 1999: 159-167)**

إلا أنّ **مير سمارد وجاك ألاري Jacque; A & Maire;S (2000)** يعرفان المناخ الأسري على أنه ذلك الجو العام الذي يسود الأسرة، تعرف طبيعته من خلال السيمات التي تعطي شخصية أسرية عامة تقوم بدورها على تنمية وتطوير شخصية الأبناء سواء كانوا أطفالا أو مراهقين وذلك وفقا لطبيعة العلاقة الأسرية التي يعرف بدورها من خلال السياسة المنتهجة داخل الأسرة وشروط الحياة الأسرية وهما العاملان الرئيسيان المحددان للجو

الأسري فهناك أسر سوية مختلطة les familles recomposées وأسر لا مبالية les familles négligentes وأسر شاذة les familles homosexeulles. **(Maire,S & Jacque,A; 2000: 14-15)**

وعرف **حسن عبد المعطي (2004)** المناخ الأسري بأنه الجو الأسري السائد والمريح الذي يمكن الأبناء من النمو النفسي والجسمي، حيث يتم ضبط سلوكهم وفق المعايير والأساليب التربوية الملائمة لطبيعة المواقف الاجتماعية، فالمناخ الأسري المتقلب والغير المستقر أو الغير سوي يؤثر في نمو الأبناء ويؤدي إلى اضطرابهم سلوكيا وذلك بسبب غياب الإطار المرجعي، الضابط داخل الأسرة . **(حسن عبد المعطي، 2004: 20-21)**

بَيْد أنّ **سبينت جاك وشامبر لاند Spait,Jacque & chamber,L (2000)** يريان بأنه لا يمكن فهم المناخ الأسري إلا من خلال ميزات شخصية الأباء والأبناء ضمن سياق البنية الأسرية التي تتحدد من خلال العلاقة الأسرية الداخلية والاتصال اللغوي بين افراد الأسرة. **(Maire;S & Jacque,A ,2000: 16)**

أما **عبد المحسن (2002)** فيعرف المناخ الأسري على أنه، ذلك الجو الذي يسود الأسرة طبقا لنوعية شبكة العلاقات الإنسانية والاجتماعية التي تربط بين أفراد الأسرة، وعلى رأس هذه العلاقات طبيعة العلاقات بين الوالدين ثم طبيعة العلاقات كل منهما بكل فرد من أفراد الأسرة، وتوقعاتهما منه وفهمه لالتزاماته بهما (فهومي) وما يساهم في تحديد طبيعة المناخ الأسري أيضا نوعية الصراعات التي قد تنشأ بين كل فرد وآخر من الاسرة، واحتمال اتخاذ الفرد من الآخرين وسيلة لتحقيق غايته (كبش فداء). **(جابر مبارك الهبيدة، 2012: 09)**

هذا وقد ذكر **البدراني محمد صالح (2009)**، بأن المناخ الأسري يعتبر الأسلوب التربوي الذي ينتهجه الآباء في تربيتهم لأبنائهم، والذي قد يشجع الأبناء على الاستقلالية الفكرية، واتباع اسلوب التفاهم والحوار بين أفراد الأسرة وإشعار الأبناء بالأمن، والطمأنينة وحرية التعبير والاختبار وزرع الثقة في أنفسهم وتنمية حب الاستطلاع و القدرة على الابتكار. **(البدراني، 2009: 94-95)**

إلا أنّ **أمل كاظم ميرة (2012)** عرفت المناخ الأسري على أنّه مجموعة التفاعلات القائمة بين أفراد الأسرة والتي تتمثل في طبيعة العلاقات السائدة وأسلوب الإشباع الحاجات الأساسية وكيفية حل النزاعات التي تحدث بينهم وتؤثر بذلك في سلوك كل منهم وفي تكيفه وصفته النفسية . **(أمل كاظم، 2012: 254)**

وهو ما يتفق مع تعريف **كارت Cart (2006)** بأنّه شبكة من الناس في المجال النفسي الحالي للفرد وهذا يشمل الأعضاء الذين يعيشون في المنزل بالإضافة لأشخاص آخرين يعيشون معهم ويلعبون دوراً هاماً في حياة هؤلاء الأعضاء مثل الجدة والجد، وقد يتسم المناخ الأسري بالسلبية والإيجابية. **(فؤاد عبد الجوالدة، 2017: 20)**

كما أنّ **رودولف موس R, Moss (1984)** عرّف المناخ الأسري على أنّه مجموعة من التقييمات أو وجهات نظر أعضاء الأسرة عن إدراكهم بصورة كلية لنوع العاقات التفاعلية المتبادلة بينهم، وتأثيرها عليهم. **(خليفة الهذلي، 2014: 25)**

أما **محمد بيومي خليل (2000)**، فيعتبر المناخ الأسري ذلك الطابع العام للأسرة من حيث توفير الأمان، والتضحية والتعاون ووضوح الأدوار وتحديد المسؤوليات وأشكال الضبط ونمط الحياة الروحية والخلقية التي تسود الأسرة، مما يعطي شخصية أسرية عامة، حيث نقول أسرة سعيدة، أسرة قلقة، أسرة مترابطة، أسرة متصدعة وهكذا. **(محمد بيومي خليل، 2000: 16)**

أيضاً عرّف كل من **حمزة مالكي وعبد الرحمن بانقيب (2013)** المناخ الأسري من خلال علاقات تفاعلية بين أفراد الأسرة الواحدة وقد تأخذ هذه التفاعلات شكل الانسجام أو التنافر ويتم فيه تحديد الأدوار والمسؤوليات، كما أنّ المناخ الأسري يتيح الفرصة للنمو النفسي السليم لأفراد الأسرة واشباع حاجاتهم الانسانية من خلال طبيعة العلاقات الأسرية. **(حمزة مالكي وعبد الرحمن بانقيب، 2013: 10)**

يتضح لنا من هذا التعريف، أنّ طبيعة المناخ الأسري تفهم من خلال العلاقات الأسرية التفاعلية بين أفراد الأسرة، فقد يكون الانسجام والتفاهم قائم بينهم أو التنافر والعداء، وذلك تبعاً لدرجة تفاعلهم مع بعضهم البعض، حيث يتم تحديد الأدوار الفعلية داخل الأسرة التي تتيح لهم فرصة النمو السليم من خلال المعاملة الانسانية.

إلا أنّ **جابر الهبيدة (2012)** يعرف المناخ الأسري بأنّه الوعاء الذي يحتوي الأسرة بقالبها السوي أو المضطرب، وبناءاً على ذلك تتحدّد السلوكيات وتتبلور المشاعر وتترجم المعارف إلى واقع ملموس ويأتي التوافق النفسي ليوازن بين الأفراد والبيئة التي يعيشون فيها على أساس سوي. **(جابر الهبيدة، 2012: 04)**

هذا وتعرّف **عفراء ابراهيم خليل (2006)** المناخ الأسري على أنّه ذلك الشكل العام الذي يطلق على الأسرة، ويشمل جميع جوانب الحياة الأسرية، من أساليب المعاملة وطرق إشباع الحاجات سواء الأولية أو الثانوية، وتوزيع المسؤوليات تبعاً لدور كل فرد من الأسرة. **(إبراهيم خليل عفراء، 2006: 486)**

أما **جيهان محمود (2010)** فتعرف المناخ الأسري على أنه تلك الخصائص البيئية الأسرية التي تعمل كقوة هامة في التأثير على سلوك الأفراد من خلال العلاقة السائدة بين أعضاء الأسرة، وكذلك توزيع الأدوار والمسؤوليات بين أفراد الأسرة، مما يسمح للأسرة بأن تقوم بأداء فعال لوظائفها من حيث إتاحة فرص النمو المستقل للأفراد وتنمية دوافعهم للإنجاز والاهتمام بالنواحي الخلقية والدينية والتماسك. **(جيهان محمود، 2010: 03)**

2- أنواع المناخ الأسري : يمكن تصنيف المناخ الأسري إلى فئتين، هما على النحو التالي:

2-1 المناخ الأسري السوي (الصحي): من خلال وجود علاقة واسعة ومتنوعة من التشكيلات الأسرية، يجد **تشالز زاسترو وكارين كيرس أشمان Charles;Z & Karen.A,Kirst (2016)** أنّه من الصعب جدا تحديد طبيعة المناخ الأسري الجيد إلا من خلال عنصرين هامين: **(Charles; Z & Karen; A, 26/16/2016)**

1- مدى تواصل أفراد العائلة مع بعضهم البعض.
2- مدى قيام الأسرة بوظائفها والتنشئة الاجتماعية، بالإضافة إلى دعم أفراد الأسرة لبعضهم البعض.

هذا ويرى **محمد بيومي خليل (2000)** أن المناخ الأسري الصحي يعمل على إشباع حاجات الأبناء بطريقة سوية دون إفراط أو تفريط وبشكل متوازن حسب أولوية الحاجات وأهميتها. **(محمد بيومي، 2000: 16)**

ويعد التواصل الجيد الميزة الأبرز التي تميز المناخ الأسري الصحي فالاتصال والحكم الذاتي ذات صلة، حيث أن التواصل الجيد يشمل تعبيرا واضحا عن الأفكار الشخصية والعاطفية من جهة، ويشجع على تلبية احتياجات أفراد الأسرة من جهة أخرى، ويتم ذلك بـ: **(Charles,Z & Karen,A,26/16/2016)**

1- تلبية أهم الاحتياجات لجميع الأطراف المعينة في الأسرة، التي تعزز مبدأ الحكم الذاتي.
2- وضوح الأدوار والعلاقات داخل الأسرة.
3- التفاوض بشكل مباشر على حسن التواصل داخل الأسرة.

كما يمتاز المناخ الأسري السليم والصحي، بأن أعضائه يقومون بتسوية النزاعات من خلال المنافسة العقلانية، وتبادل الحلول الجيدة فيما بينهم، كما أنه توجد أبعاد كثيرة ومتغيرات أخرى محددة لطبيعة المناخ الأسري الصحي والسليم، مثل تعليم الأبناء كيفية التصرف اجتماعيا وذلك وفقا للبيئة الأسرية الفردية الأسرية السليمة، التي تمكن أبنائها من تكوين علاقات وكيفية التعامل مع السلطة ، والحفاظ على الحدود الشخصية والتواصل مع الآخرين وتحسيسهم بأنهم عناصر هامة في نظام الأسرة بأكملها.

هذا وينبغي أن تتوفر تسعة سيمات رئيسية تتباين في أهميتها ككل متكامل ، لتحقيق المناخ الأسري السعيد والأمثل للأبناء، هي على النحو التالي: **(محمد صالح الإمام وفؤاد عيد الجوالدة، 2009/05/19)**

1- أن عملية التربية في المناخ الأسري السوي تتسم بالإيجابية وذلك من خلال الحب والقبول غير المشروط.
2- الاتفاق بين الأبوين على طرق التربية، وتبادل الأدوار.
3- الحماية المسبقة من السلبيات، وتشمل تنمية الانضباط الداخلي، واختبار البيئة الصالحة لأفراد الأسرة التي تتضح فيها معايير القبول أو الرفض.
4- التشجيع على المشاركة الاجتماعية.
5- الاتسام بالمرونة، ومراعات الظروف لأفراد الأسرة.
6- يجب أن يتوفر أمرين في المناخ الأسري الصحي، بحيث لهما أثرا كبيرا في تكوين شخصية الأبناء:
   أ- احترام مكانة، واتجاهات وقرارات وخصوصيات أفراد الأسرة.
   ب- إحلال العدل بين أفراد الأسرة.
7- فتح باب الحوار داخل الأسرة.
8- توفير الظروف والمناخ التربوي السليم، والذي يتحاشى كالأمن الحماية الزائدة، التي تحد من نشاط الأبناء وحرياتهم أو الإهمال واللامبالاة.

كما أن المناخ الأسري السوي، يتسم بالتماسك والتقارب داخل الأسرة، والتعبير عن المشاعر المختلفة والالتزام بالنواحي الدينية والخلقية، والتوجيه الفكري والثقافي القائم على النظام والضبط الأسري الذي يعمل على توفير الدوافع للاستقلال وإقامة علاقات اجتماعية متوافقة مع الآخرين. **(جابر الهبيدة، 2012: 09)**

كما أنّ **حنان خضر عبد الرحمن (2009)** تعرف المناخ الأسري الإيجابي على أنه ذلك المناخ الذي يتسم بالتماسك بين أعضاء الأسرة والتعبير عن مشاعرهم المختلفة والالتزام بالنواحي الدينية والخلقية والتوجه الثقافي القائم نظام الضبط الذي يعمل على توفير الدافع للاستقلال وإقامة علاقة متوافقة. **(حنان خضر، 2009: 04 -05)**

أما **خليل بن براهيم الخويجي (2010)**، فيرى أنه لكي يحدث نمو نفسي صحي وسوي للأبناء يجب أن يتسم المناخ الأسري بالخصائص التالية: **(خليل بن ابراهيم الخويجي، 2010: 39)**

أ- إشباع الحاجات النفسية وخاصة الحاجة إلى الانتماء والأمن والحب.
ب- تعليم التفاعل الاجتماعي واحترام الآخرين والتعاون.
ت- تعليم التوافق الشخصي والاجتماعي.
ث- تكوين الاتجاهات السليمة نحو الوالدين والإخوة والآخرين.

2-2 المناخ الأسري الغير السوي (المرضي):

يعرف كل من **فريدمان وكوهلر Friedman & Cohler (2004)** المناخ الأسري الغير السوي بأنّه ذلك المناخ السيء الذي يتصف بالصراعات الأسرية وانخفاض القدرة على التنظيم، والضبط والطلاق، واستخدام الأبناء للمخدرات المسببة للسلوك الفوضوي وزيادته. **(أحمد جاد الرب أبو زيد، 2015: 73)**

ونجد في تعريف **موسن وآخرين Mussen & al (1963)** للمناخ الأسري الغير السوي، على أنه ذلك الطابع العام لعلاقة الوالدين بالأبناء والذي يؤثر بشكل سيء على شخصية الأبناء وصفتهم النفسية وهذا وقد أوضح في دراسة أن الأبناء الذين لم يحصلوا على العطف الأبوي بدرجة كبيرة وكافية كانوا أقل أمنا ، وأقل ثقة بالنفس، وأقل توافقا في علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين. **(محمد بيومي خليل، 2000: 19)**

وفي هذا السياق يرى كل من **أحمد جاد الرب أبو زيد وهبة جابر عبد الحميد (2015)**، أن المناخ الأسري السيء يرتبط بالسلوك الفوضوي لدى الأبناء الذين يقعون تحت ضغوط تتعلق بالأولياء، بسبب سوء الانسجام النفسي الأسري ومن أمثلة ذلك: **(أحمد جاد الرب وهبة جابر، 2015: 74)**

أ- عندما يختلف الأولياء عن كيفية مساعدة أبنائهم في جل مشاكلهم.
ب- عندما يجادل الأبناء بعضهم البعض أو يتشاجرون أمام الأبناء.
ت- عندما يتناول الأولياء المخدرات والكحول أمام الأبناء.

ويرى كل من **غريغوري ميلر واديث تشن Gregory,E & Edith,C (2010)** أن المناخ الأسري المضطرب في الحياة الأسرية يؤدي في الوقت المبكر من التنشئة الاجتماعية للأبناء إلى اضطرابهم وإصابتهم بأمراض والتهابات جسمية كنتيجة للاضطرابات الهرمونية، فالأبناء الذين ترعرعوا في بيئة أسرية قاسية يكونون عرضة للإصابة بأمراض مزمنة أو الوفاة المبكرة. **(Gregory,E & Edith,C; 25/06/2010)**

يرى **جابر مبارك الهبيدة (2012)** أن المناخ الأسري المضطرب تسوده التفرقة والتباعد بين أفراده لخلل بأداء الأسرة لوظائفها. يترتب عليه عدم تمتع الأفراد بدوافع كافية للإنجاز والتفوق وأنه لا يسمح بحرية التعبير عن الآراء ولا الاهتمام بالنواحي الثقافية والعلمية والترفيهية والدينية. **(جابر الهبيدة، 2012: 10)**

هذا ويعمل المناخ الأسري المرضي (المتوتر) على سوء إشباع الحاجات النفسية للأبناء أو إحباطها بشكل يدفع الأبناء إلى القلق والتوتر والاندفاع نحو السلوك السلبي المنحرف. **(محمد بيومي خليل، 2010: 16)**

فالمناخ الأسري غير السوي وعدم الاستقرار في الجو الأسري وانعدام التوافق بين الوالدين وتأزم العلاقات بينهما وزيادة الخلافات إلى درجة الهجر أو الطلاق أحيانا، وغياب أحد الوالدين لفترة طويلة مع انعدام التوجيه الأسري، وضممن الوازع الديني والخلقي داخل الأسرة، واكتساب الفرد قيما ومفاهيم خاطئة خلال التنشئة الأسرية، كل هذا يؤدي إلى انحرافات سلوكية، واضطرابات نفسية للأبناء. **(حسن عبد المعطي، 2004: 52)**

فالمناخ الأسري الذي تسوده التفرقة والتباعد بين أفراد الأسرة الواحدة لوجود خلل في أداء الأسرة لوظائفها، يترتب عنه عدم تمتع الافراد بدوافع كافية للإنجاز والتوفق، ولا بحرية التعبير عن الآراء ولا بالاهتمام بالنواحي الثقافية والعلمية والترفيهية والدينية، كما أن المناخ الأسري المضطرب يصنع أفرادا مضطربين، هذا وتتسم العلاقات الأسرية بعدم الفاعلية وعدم المرونة، وعادة ما تنشأ تكتلات ضد أحد الوالدين، كما يتسم المناخ الأسري الغير السوي بشكل عام بالألم والإحباط والركود. **(جيهان عثمان محمود، 2010: 444)**

ومن خصائص المناخ الأسري الغير السوي حسب **خلود الجزائري (2004)**، أنه يتميز بمايلي : **(جيهان عثمان محمود، 2010: 444)**

1- اضطراب عمليات التواصل.
2- فجاجة الوالدين.
3- الرابطة المزدوجة.
4- المناخ الوجداني غير السوي.
5- الشخصية المنحرفة.

3-2 المناخ الأسري السيكوسوماتي : ويرى **آلي كوج وآخرون Elly, Kog & al (1983)** أن المناخ الأسري السيكوسوماتي يمتاز في أربعة سيمات محددة له، وهي: **(Elly Koag & al, 1983: 32-33)**

1- شدة صرامة الحدود داخل النسق الأسري.
2- الصعوبة في التواصل، وعدم قدرة افراد الأسرة على التكيف مع المواقف.
3- ظهور صراعات أسرية مفتعلة باستمرار.
4- أخطاء الأسرة في كيفية تناولها حل هذه الصراعات الأسرية.

كما أن **مينوشن Minuchin (1975)** يقر بوجود ثلاث شروط جوهرية تحدث الاضطراب في المناخ الأسري السيكوسوماتي وهما **(Elly Koag & al, 1983: 31)**

أ- نوعية التنظيم الأسري وهو العامل الرئيسي المسبب لظهور المشاكل النفسية الممرضة للأبناء.
ب- إشراك الأولياء الأبناء في صراعاتهم
ت- ضعف البنية الفيسيولوجية للأبناء.

وقدلاحظ الطبيب النفساني الأرجنتيني **سلفادور مينيوشين Salvador, Minuchin (1978)** أثناء العمل السريري له، أن طبيعة المناخ الأسري للأطفال الذين يعانون من فقدان الشهية والربو ومرض السكري يمتاز بكونه من التفاعلات الأسرية والحماية الزائدة والصلابة وكثرة الصراعات أو استمرارها . وأن الطفل السيكوسوماتي يظهر نفسية سريرية تجسد صراع الوالدين، أو انزعاج الاسرة، هذا ويمتاز جو الأسرة التي لديها عضو يعاني من الاضطراب النفسي الجسمي من الصعوبة في التعبير عن المشاعر والغضب والاكتئاب وانعدام التواصل العاطفي واللغة هي واقعية في المقام الأول. وقد كشفت دراسة مينوشين S,Minuchin حول أسر الأبناء السيكوسوماتيين عن منظومة أسرية تمتاز بخصائص نموذجية تفاعلية على النحو التالي: **(Luigi Onnis, 02/05/2008)**

1. **التشابك l'enchevêtrement:** أفراد الأسرة متورطون وبشكل متبادل ، حيث يظهر كل منهم في الأفكار والمشاعر والأفعال والاتصال بالآخرين كما أن الاستقلالية والفضاء الشخصي l'autonomie et l'espace personnel غير موجودان تقريبا والحدود بين الأفراد والأجيال صغيرة للغاية مع ما يترتب على ذلك من ارتباط في الوظائف والأدوار.
2. **الحماية المفرطة l'hyper protection:** ويتم تشجيع المواقف الوقائية عندما يظهر الابن المريض سلوكيا، وتحشد الاسرة لعلاجه إخفاء العديد من النزاعات العائلية في هذه العملية بشكل دوري كون أن لها دور وقائي.
3. **الصلابة la rigidité:** فالأسرة مقاومة بشكل خاص للتغيرات من خلال تقديم نفسها على أنها موحدة ومتجانسة على الرغم من العرض المرضي للأبناء والذي ترفضه الأسرة كتغير داخل نظامها.

4. **تجنب الصراع l'évitement du conflit:** عتبة التسامح بين أفراد الأسرة منخفضة بشكل خاص، وبتدخل الابن المصاب بالاضطراب السيكوسوماتي كلما كان التوتر بين الوالدين يميل للظهور.

للتذكير فإنّ هذه الدراسة وصفية وتعمل على الفرضية البديلة التي تستند إلى النموذج التنظيمي للأسر المختلة والتي يسهل فيها ظهور واستمرار الأعراض السيكوسوماتية وهو ما يخدم في حدّ ذاته الحفاظ على التوازن الباثولوجي l'equilibre pathologique.

3-أهمية المناخ الأسري في تنمية شخصية الأبناء: لا أحد يغفل عما تلعبه الأسرة من دور في حياة الأبناء وكلما أتاح الآباء للأبناء فرصة النشاط الحر الذي يرغبونه كلما زادت قدرات الأبناء ونمت، وإن من أهم سمات المناخ الأسري **(صلاح معمار وآخرون، 2009: 16-17)**

1- أسلوب تربوي معتدل للأبناء يشجع على الاستقلالية في التفكير واتباع أسلوب التفاهم بالحوار والمناقشة وليس بإلقاء الأوامر وأسلوب السمع والطاعة وأفضل ما تقدمه الأسرة هو إشعار الإبن بالأمن والإطمئنان وترك الحرية له للاختيار، إن حرية الإبن تعتبر الخطوة الأولى لتنمية قدراته العقلية وتفكيره بشكل عام.
2- تخلص المناخ الأسري من الأساليب غير السوية في تربية الإبن ومنها: القسوة، التهديد، السخرية، العقاب البدني، مطالبته بمطالب سلوكية أعلى من قدراته وبالتالي يعجز عن تحقيقها، مما يؤدي إلى ضعف الثقة لديه وميله إلى الانطواء أو التمرد وكذلك التدليل والحماية الزائدة يجعل الابن أكثر اتكالية.
3- تقديم مثيرات متنوعة وكثيرة تتيح للطفل فرصة للتفكير والاستنتاج، ومنها تقديم مناسب من الألعاب وممارسة الألعاب المسلية مع الوالدين وإلقاء الألغاز والأسئلة المسلية لحلها.
4- تحلي الآباء بالصفات والقدرات العقلية التفكيرية يدفع الأبناء إلى تقليد آبائهم في ذلك.

يلعب المناخ الأسري دوراً مهماً في تنمية قدرات الأبناء، حيث يحقّق المناخ الملائم أهم مطالب النُّمو النفسي والاجتماعي، لأنّ الابن في هذا المناخ يتعلم التفاعل الاجتماعي والمشاركة في الحياة اليومية، ويتعلم ممارسة الاستقلالية، فالأسرة هي الوسط الذي يَنقل كافة المعارف والمهارات والاتجاهات والقيم التي تسود المجتمع بعد أن يترجمها لأساليب عملية بالتنشئة ومما لا شك فيه أن الطفل يكتسب عن طريق الأسرة الحكم على الأشياء، وتتأثر العملية بالجو الأسري وما يسوده من تعاون واستقرار أو تشاحن واضطراب وكلما كانت العلاقة القائمة بين الوالدين على المحبة والتفاهم، تأتي التنشئة الاجتماعية صحيحة وسليمة. **(هاني السيد عزب، 2015: 45-46)**

كما تكتسب الطاقات الانفعالية التي تربط الطفل بأسرته، أهمية خاصة في تحديد معالم شخصية، ذلك وفقا للمعايير والقيّم السائدة في المجتمع، وهذا يتطلب إحاطة الطفل بالرِّعاية والحب، والتعامل معه بسلوك اجتماعي سليم بما يحقق النمو الإيجابي والتوافق في عملية الضبط الاجتماعي في السلوك الداخلي والخارجي وهذا يتطلب من الوالدين الاهتمام بالأمور الأسرية التالية: **(باسمة حلاوة، 2011 : 82-83)**

أ- توفير الجو النفسي والاجتماعي وإشباع حاجيات الطفل يسهل عملية النمو السوي للشخصية.
ب- الاهتمام بتقوية العلاقة بين الآباء والأبناء، وتنمية الضبط الذاتي والتوجيه الشخصي للسلوك.
ج-العمل على تنمية الضمير والسلوك الخلقي للإبن، وتنمية ثقته بنفسه وتشجيعه على تحمل المسؤولية.
د-الابتعاد عن أساليب التسلط و السيطرة والقهرْ، مقابل الثبات والاستقرار في معاملة الابن.

للمناخ الأسري أهمية خاصة في فهم أنظمة الأسرة مع الأبناء، يمكن تصوير المناخات الاجتماعية العائلية وفقا للعلاقات الشخصية بين أفراد الأسرة وتوجيهات النمو الشخصي التي يتم التأكيد عليها في النسق والبيئة

التنظيمية الأساسية للأسرة. وتمثل دراسة المناخ الأسري باستخدام تصور موس Moos (1987) نهجاً شاملاً للتحقيق على عدة أبعاد في آن واحد لحالة الحياة الأسرية على النحو المحدد في التصورات المشتركة لأفراد الأسرة، وقام موس Moos بتسليط الضوء على أهمية المناخ الأسري في الأبعاد الثلاثة التي تشكل تركيبته وهي: العلاقة Relation Ship، النمو الشخصي Personal Grouwth، صيانة النظام (النسق) System Maintenance . **(Margalit ;M, 1990: 81)**

وعليه فالمناخ الأسري السليم الذي يطبق معاني الشورى والحرية المقنعة هو أفضل بيئة ينشأ فيها الأطفال ويحقق هذا المناخ الأفكار الجيدة والمؤثرة، كما يساعد على تعظيم دور الحوار كأسلوب الوصول للحقيقة فضلا على أنه لا يحقر ولا يعاقب المخالف له بالرأي، ويفترض أن الرأي الصواب هو الذي يأتي بعد المناقشة ويحظى بموافقة الأغلبية مع عدم نفي حق الأقلية في التعبير، وهكذا نجد أن الأساليب التي تمارسها الأسرة في معاملتها لأبنائها تؤثر على تكوينهم النفسي الجسمي. **(هاني السيد عزب، 2015: 46)**

4-أهداف المناخ الأسري:

ويرى **نبلة أمين أبو زيد (2011)** أن المناخ الأسري قد يؤدي إلى نمو بعض المظاهر السلوكية الإيجابية عند الأبناء مثل المشاركة والثقة بالنفس والاعتماد على الذات ، أوالمظاهر السلوكية السلبية مثل الأنانية، العدوان، الكذب، الإتكالية. ولعل من نافلة القول أن من وظائف الأسرة مساعدة أفرادها على النمو جسميا وعقليا واجتماعيا فيما يعرف بالتنشئة الاجتماعية، بحيث يحققون ذواتهم كأعضاء متوافقين نفسيا والمناخ الأسري السوي يساعد على تحقيق ذلك، كما يساعد أيضا على تحقيق الأهداف التالية: **(نبلة أمين أبوزيد، 2011: 60-61)**

1. **التوجه الترويجي الإيجابي:** يقصد به مدى تشجيع الأسرة لأعضائها على المشاركة بطريقة إيجابية وفعالة في الأشكال المختلفة للأنشطة الترويجية.
2. **التوجه نحو القيم الدينية والخلقية:** يقصد به ما توليه الأسرة من اهتمام للقيم ومدى تمسكها بها.
3. **التوجه العقلي والثقافي :** يقصد به اهتمام الأسرة بالأنشطة العقلية والثقافية والاجتماعية وتشجيع أفرادها على المشاركة في هذه المجالات.
4. **الاستقلال :** يقصد به ما توفره الأسرة من تشجيع لأفرادها على الاستقلال بالسلوك واتخاذ القرارات.
5. **التوجه نحو التحصيل والانجاز :** يقصد به مدى توجه أنشطة الأسرة المختلفة نحو تشجيع التحصيل الدراسي في جو من التنافس الإيجابي بين أعضائها.

هذا ويرى **جان فيليب بيرون Jean Philipe L (2009)** ، أنّ المناخ الأسري يهدف إلى تحديد أجواء الجو العائلي كالعلاقات الأسرية الدافئة الثقيلة، والأجواء الانفعالية الجليدية أو الكهربائية، أو العاصفة لكل عائلة، كما أن تاريخ الأسرة يساهم في تحديد ملامح المناخ الأسري من خلال الاستقرار الأسري ومدى استثمار الأسرة وروابط الدم والجذور والجين ... ويعتبر هذا أقل استعارة ميتة من كون تتابع تصويري نتعلم من خلاله أن نتعرف على أنفسنا في النسب، فالمناخ الأسري يهدف إلى التعرف على الهوية العميقة للأسرة، كما يساعد على تشكيل صحة واضحة من تاريخ الأسرة ، والكشف عن الموضوعات العظيمة المستثمرة داخل الأسرة ، مما يساعد على معرفة طبيعة الأسرة. **(Jean, Philipe. Pierron, 2007: 44-45)**

كما يهدف المناخ الأسري إلى تنمية قدرات الفرد، ويحقق مطالب النمو النفسي والاجتماعي لأن الفرد وفي ظل هذا المناخ يتعلم التفاعل الاجتماعي والمشاركة في الحياة اليومية ، كذلك يتعلم الاستقلال الشخصي والفرد في كل ذلك يتأثر بالأسرة **(العزام عبد الناصر، 2010: 10)**

ولكي يصبح المناخ الأسري قادرا على تحقيق أهدافه المنشودة وبشكل صحي لابد أن يتسم بعدد من الصفات تؤهله لتحقيق هذه المهمة، منها: **(نبلة أمين أبو زيد، 2011: 61-62)**

1. **حرية التعبير عن المشاعر والأفكار**: أي أن تتيح الحياة الأسرية للفرد حرية التعبير عن مشاعر الفرح والابتهاج أو مشاعر الحزن وأيضا حرية التعبير عن الأفكار المتعلقة بالأمور الحياتية.
2. **التواصل:** كلما زاد اضطراب الأسرة زاد التشويه في عملية التواصل والعكس صحيح فالأسرة السوية يتم التواصل فيها على المستوى اللفظي وبشكل مباشر عكس الأسرة الغير السوية يكون تواصلها غير لفظي وغير مباشر.
3. **القواعد التي تحكم الأسرة:** ويقصد بها الجانب التنظيمي للأسرة ودرجة الضبط التي تمارسها تجاه كل فرد من أفرادها ومدى وضوح القواعد المنبعثة داخل الاسرة ومدى التزام أفرادها بالأدوار والمسؤوليات المسندة لكل منهم.
4. **التماسك الأسري:** ويظهر هذا التماسك في مدى ارتباط أعضاء الأسرة الواحدة بعضهم ببعض وتبادل المشاعر والأفكار والرؤى التي تواجه مشكلاتهم واستعداد كل منهم لمساعدة الآخر.
5. **التوازن الأسري:** يظهر التوازن في تقسيم القوة والأدوار داخل الأسرة فلكل فرد منها دور يقوم به على أكمل وجه وبدون تذمر أو عدم الشعور بالرضا بينما بالأسرة غير السوية يختل التوازن ونجد أن كلا الزوجان لا يرضيان عن تقسيم الأدوار وبالتالي يسعيان لمحاولة تغيير التنظيم التوازن، مما يؤدي إلى خلل في توازن الأسرة.

5 العوامل المؤثرة في المناخ الأسري:

5-1 الجو العاطفي للأسرة The emotional atmosphere of the family: يعد الجو العاطفي للأسرة من أهم العوامل التي تؤثر في تكوين شخصية الأبناء وأساليب تكيفهم وقدرته على مواجهة الظروف القاسية ، فإذا حل محل الحب والعطف والحنان عواطف الكره والتعود والتجنب جعلت حياته مشحونة بأشكال من الشقاء واليأس ، ودفعت به إلى تكوين نظرة قائمة نحو المجتمع وما يضمره نحو الأسرة، وما تمثله وكثيرا ما وجد الحقد عن الراشدين مرتبطا ارتباطا وثيقا يضعف الجو العاطفي، كذلك وجود النزوع إلى العدوان الاجتماعي مرتبطا ارتباطا بنقص عاطفة الحب والحنان في البيت الذي عاش فيه الفرد ، وتظهر آثار التغلب العاطفي نحو الأسرة في تصرفات الطفل في المدرسة وتعامله مع رفاقه، وتبدو على الطفل السعيد آثارا البيت السعيد مما يجعله شديد التعلق بالأسرة والمجتمع والإنسانية. **(أشرق محمد علي وآخرون، 2016: 69)**

5-2 الجو الاقتصادي للأسرة The economic climate of the family: يقصد به، والمستوى الذي تعيش فيه الأسرة من حيث ما ينفق فعلا وقد يترك ضغط المستوى الاقتصادي آثارا صعبة لدى الأبناء في الأسرة الفقيرة، مما يؤدي للشعور بالحرمان ويقود هذا الواقع إلى تكوين السلوك الاجتماعي والعادات غير المناسبة للأبناء، أما المستوى الاقتصادي المرتفع ففيه توفر الأسرة مناخا مناسبا للنمو ولكن الانفاق قد يؤدي أحيانا إلى نتائج سوء التكيف وضعف المسؤولية مما لا يمكن من النمو السوي والمتزن. **(أشرف علي وآخرون، 2016: 69)**

5-3 الجو الثقافي للأسرة The cultural climate of the family: ويشمل الجو الثقافي للأسرة، مجموعة الظروف التي تتوافر في الأسرة وتعمل على التكوين اللغوي والفكري المناسب للأبناء ويدخل في ذلك ما يتوفر في البيت من كتب وصحف ودوريات ووسائل اللعب وكذلك مقدار العناية التي توليها الأسرة لهذا الجانب من النمو عند الأبناء.**(أشرف علي وآخرون، 2016: 69-70)**

5-4 العلاقات الإنسانية بين الآباء والأبناء Human relation between larents & children: تبدأ علاقات الطفل الاجتماعية والتي تكسبه الشعور بقيمته مع أفراد أسرته، حيث إنه من خلال هذه العلاقة الأولية ينمي

خبرته عن الحب والعاطفة ويزداد نموه بزيادة تفاعله مع الآخرين وقيامه بدوره الخاص، وينمو لديه الشعور بالطمأنينة، وعن طريق هذا التفاعل تأخذ شخصيته بالتبلور، كما أن طبيعة العلاقة القاسية بين الأبناء والآباء تجبر الأبناء على الاستسلام للظروف البغيضة، بغية التحرر من الأذى والتي تكون في منتهى القسوة، وذلك بطبيعة الحال يؤثر على المناخ الأسري. **(آلاء طه سالم دلول، 2018: 16)**

5-5 العوامل البيئية : ويقصد بها مجموعة الظروف التي تحيط بالأسرة والتي تتعلق بنمط العلاقات خارج الأسرة وداخلها وتتمثل في أساليب تعامل الآباء مع أبنائهم أو الظروف وعوامل البيئة الاسرية أو الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه الأبناء، وتتشكل العلاقات الاجتماعية للأبناء، وفقا لأنماط العلاقات السائدة بين أعضائها فكلما كانت تلك العلاقات إيجابية كلما كان الجو الأسري يسوده الوفاق والتفاهم. **(سلوى الصديقي، 2003 : 78)**

6-دور المناخ الأسري في إشباع الحاجات النفسية للأبناء:

إذ تعد الأسرة الجماعة الأولى المسؤولة شرعا وقانونا واجتماعية عن رعاية أبنائها، وإشباع حاجاتهم الأساسية والثانوية، فهي المسؤولة عن إشباع الأبناء وتلعب الرضاعة الطبيعية مع ما يقترن بها من إشباع نفسي واجتماعي، عن طريق ما يتحقق من دفء وحنان تهبه الأم لولديها أثناء الرضاعة، كما تلعب الأسرة دورا كبيرا في إشباع الحاجات النفسية للطفل أهمها: **(محمد بيومي خليل، 2002: 13-16)**

1.6 الحاجة للشعور بالأمن العاطفي The need for feeling emotional security: بمعنى أن يشعر الأبناء بأنهم محبوبون كأفراد ومرغوب فيهم لذواتهم، وأنهم موضع حب واعتزاز للآخرين وتظهر هذه الحاجة مبكرة في نشأتها، ولذا فإن الذي يقوم بإشباعها بشكل جيد هما الوالدين وهذه الحاجة إذا ما وجدت في حياة الأسرة العادية، فهي التي تخلق الشعور بالحب، فالأمان والشعور بالحب والطمأنينة النفسية.

2.6 الحاجة للشعور بالتبعية والانتماء The need to sensebelonging: تلعب الأسرة دورا كبيرا في الحاجة للشعور بالتبعية والانتماء ففيها يبدأ الطفل في تحديد انتمائه للأسرة وذلك إذا ما عمل المناخ الأسري على تدعيم المرغوبية الاجتماعية للأبناء لذواتهم وكذلك إذا ما كان الترابط والانسجام والحرص على كيان الأسرة.

3.6 الحاجة للشعور بالمركز الاجتماعي The need for social centers: حيث تعمل الأسرة خلال اعترافها بالطفل وتقديرها له، باعتباره فرد من أفرادها إلى وضع مكانة اجتماعية له وإشعاره بأنه شخص مطلوب وله أدواره الاجتماعية فوق أنه محبوب ومرغوب فيه.

4.6 الحاجة للشعور بالطموح والإنجاز The need for sense of ambition and achievement: ويتم ذلك عن طريق رسم مستويات طموح معقولة، تساعد الطفل وتتيح له الفرص لتحقيق إنجازات تتفق وقدراته وإمكانياته، ويتأتي هذا من الاهتمام والرعاية التي توليها الأسرة لأبنائها.

5.6 الحاجة للشعور بالثقة واحترام الذات The need to feel confident self: يتسنى للأسرة إشباع هذه الحاجة عن طريق المدح والثناء وبث الثقة في الذات لدى الأبناء ومساعدتهم على التعرف بصورة واقعية على قدراتهم وإمكانياتهم ومنحهم الثقة والعمل على إتاحة الفرص من أجل التعبير عن ذواتهم.

6.6 الحاجة للشعور بالمعرفة وحب الاستطلاع Need for knowledge and curiosity: ويتم ذلك عن طريق تقديم المعارف والمعلومات الصحيحة البسيطة بأسلوب شيق وممتع للطفل وتشجيعه على التعلم والتعرف على الأشياء ودفعه إلى الرغبة بالاستكشاف والاستطلاع، وذلك وفق ما تسمح به قدراته وإمكاناته.

ويرى **ماسلو Maslow's (1943)** أن الإنسان يتميز بكثرة حاجاته وتعددها وتنوعها والتي لها أثر واضح على سلوكه خاصة في المراحل العمرية الأولى وأن حرمان الفرد من هذه الحاجات النفسية الأساسية يؤدي لشعوره

بانعدام الأمن والحب والإنتماء، فشعور الأبناء بالإحباط يكون بسبب تهديد أمنهم وسلامتهم والاستهزاء بقدراتهم، وعدم إشباع حاجاتهم السيكلووجية يؤثر تأثيرا كبيرا في شخصياتهم المستقبلية **(فاطمة البدراني، 2009: 97)**

الذات

الاحترام

الحاجة الاجتماعية

الحاجة إلى الأمن والطمأنينة

الحاجة البيولوجية

الشكل رقم (01): يبين التسلسل الهمري عند ماسلو Maslows (1943).

7-النظريات المفسرة للمناخ الأسري:

7-1 النظرية البنائية الوظيفية The functional struction theory:تعتبر النظرية البنائية الوظيفية من أكثر النظريات الاجتماعية شيوعا واستخداما في مجال علم الاجتماع الأسري، هذا ويمكننا القول إن هذه النظرية استمدت جذورها من النظرية الجشطالية في علم النفس وتدور فكرتها حول تكامل الأجزاء في كل واحد، بتحليل العلاقة بين الأجزاء والكل، بمعنى أن كل عنصر من المجموعة يساهم في تطور أو صيانة الكل، ويرى رواد هذه النظرية أن لكل شيء في النظام فائدة، فإن لم تكن ذات فائدة اقتصادية، فهي ذات فائدة اجتماعية وبذلك يشير البناء الاجتماعي للأسرة إلى الطريقة التي تنظم بها الوحدات الاجتماعية والعلاقات المتبادلة بين الأجزاء والعناصر المختلفة، وتنظر هذه النظرية للأسرة بوصفها مجتمعا صغيرا. **(أحمد الكندري، 1996: 47-48)**

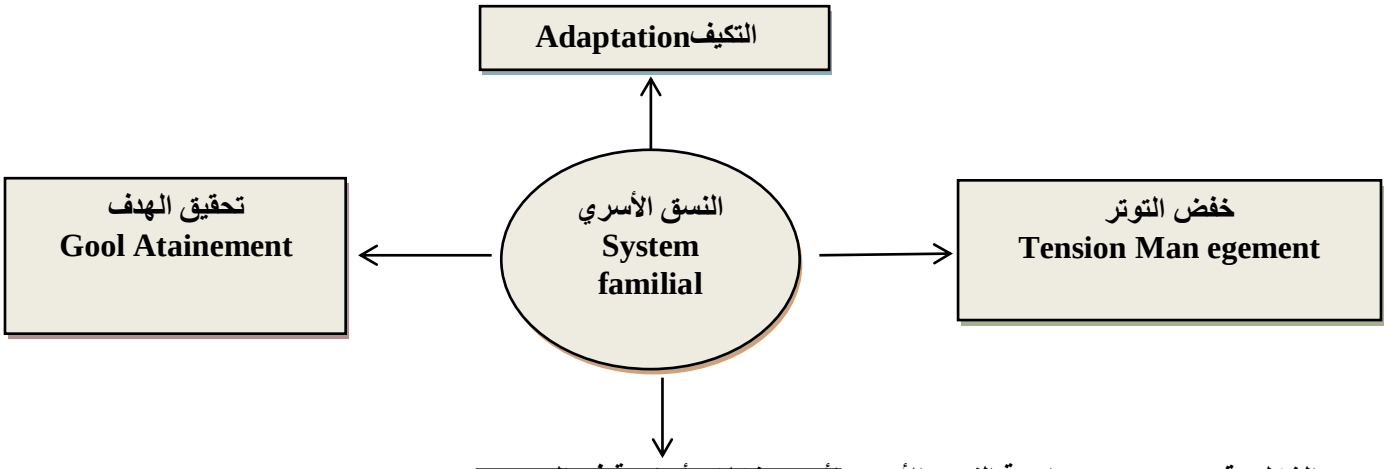
ومن أشهر رواد هذه النظرية **تالكوت بارسونز، روبرت ميرتون، سروك، ليفي** غير أنه نجد حذو هذه النظرية في كتابات **إيميل دور كايم،** وقد لاقت البنائية الوظيفية قبولا لدى رواد دراسة الأسرة من أمثال **ويليام أوجيرن، بيرجس،** حيث فهمت الأسرة كوحدة أو كمؤسسة متكاملة الأدوار بها علاقات ممتدة في محيطها البنائي العام، فالمفاهيم والفروض التي تعود إلى التحليل البنائي الوظيفي للأسرة، كأحد المؤسسات أو النظم الاجتماعية الهامة في المجتمع يمكن استخدامها للنظر إلى الأسرة كجماعة صغيرة من الأفراد المتفاعلين في الأدوار المختلفة تؤدي وظائف لأفرادها وللمجتمع- تركز عليها على بناء الأسرة ووظائفها- أيضا هذا المدخل مطالب بدراسة موضوعات داخل الأسرة مثل العلاقات بين الزوج والزوجة والأبناء، وكذلك التأثيرات المنبعثة من الأنساق الأخرى في المجتمع **(قارة ساسية، 2012: 36-37)**

ويرى **Talcott,Parsons(1961)**، أن الأسرة بوصفها وحدة بنائية هي الوحدة التي تستطيع القيام بمهمة إعداد الصغار بغرس القيم والمعتقدات وجميع الرموز الثقافية والمبادئ الاجتماعية.**(أحمد الكندري، 1996: 47)**

وتأثر **تالكوت بارسونز** بشكل كبير **بدوركايم وماكس فيبر Durkheim & Max Weber** حيث قال أن النظام الاجتماعي الأسري يتكون من تصرفات أفراده، وأن لكل فرد لديه توقعات من فعل الآخر، ورد فعل على سلوكه الخاص وهذه التوقعات مشتقة من المعايير والقيم المقبولة في المجتمع، كما تتكرر السلوكيات في مزيد من التفاعلات الأسرية وهذه التوقعات راسخة في الأعراف الاجتماعية المقبولة والمتعارف عليها بشكل عام داخل الأسرة، فالفرد نظريا يمكنه أداء أي دور يتوافق مع المعايير التي تحكم طبيعة الدور الذي يفي به، علاوة على ذلك يمكن لشخص واحد القيام بالعديد من الأدوار المختلفة. **(Albert; Square & al, 2002: 04-05)**

ومفهوم النظام الأسري يتمركز حول مفهوم التكامل والتكيف **فبارسونز Parsons** يرى أن النظام يتألف من أقسام الواحدة منه معتمدة على الآخرين في ترابطها ووظائفها، وتكامل النظام يعني تنسيق وارتباط هذه الأنظمة

الفرعية بعضها ببعض، كي تكون وظيفة النظام العام الرئيسة المتكاملة ولكي تعطي شكلا عاما للنظام. ويرى **بارسونز T,Parsons** أن تكوين الفرد اجتماعيا يكون من خلال معايشة لأنماط اجتماعية وثقافية تعكس مقومات ذلك النظام الأسري **(أحمد الكندري، 1996: 48)**



الشكل رقم (02): يبين مواجهة النسق الأسري حسب Talcott, Parsons (1961)

المشكلات الأساسية التي يواجهها النسق الأسري: يرى بارسونز T, Parsons (1961) أن على النسق الأسري مواجهة أربع مشكلات أساسية هي: **(في أحمد الكندري، 1996: 48-49)**

أ- **التكيف Adaptation:** يشير لضرورة تكيّف الأسرة أو تلاؤمها مع البيئة الاجتماعية والطبيعة التي تعيش فيها، فالتبادل بين الأسرة والناحية الاقتصادية يكون عن طريق التحاق فرد أو أكثر من أفراد الأسرة للعمل مقابل الحصول على أجر، بالتالي الأسرة تواجه مشكلة التكيف لمقابلة الظروف الاقتصادية

ب- **تحقيق الهدف Gool Atainement:** يشير إلى الفهم الأساسي والموافقة على أهداف الأسرة ككل ، فجميع الأنساق الاجتماعية بما في ذلك الأسرة في حاجة إلى سبب للوجود، وهذا يعني أن هناك أهدافاً.

ت- **التكامل أو الدمج Integration:** يشير إلى العلاقة بين الوحدات والأجزاء داخل النسق ومن هذه الزاوية ينظر إلى المجتمع المحلي بوصفه نسقا فرعيا في المجتمع الكبير، كذلك يبدو التأثير المتبادل بين الأسرة النواة، والمجتمع المحلي في مشاركة الأسرة في الأنشطة الصناعية أو الاجتماعية أو الدينية.

ث- **خفض التوتر Tension men egment:** تتركز مشكلة خفض التوتر على أن الفرد يعاني من صراع الدور في الأسرة، من خلال مواجهة المتطلبات المختلفة إذ أن الأسرة تمتص التوتر، وتعطي الوقت وتمنح الاهتمام من داخل عملية التنشئة الاجتماعية.

وانتقد **روبرت كان ميرتون Robert K .Merton (1994)** الوحدة الوظيفية قائلا " إنه ليس كل أجزاء الأسرة المعاصرة والمعتقدات الاجتماعية تعمل من أجل وحدة المجتمع" وقدم مفاهيم القوة والقسر في الوظيفة الأسرية وحدد مواقع التوتر التي قد تؤدي إلى نشوب نزاع أو صراع أسري، وذلك من خلال الاعتراف ورفض الجوانب غير الفعالة من الأسرة، حيث يمكن تفسير تطور واستمرار الأدوار والبدائل الوظيفية بالأسرة من خلال جعل القضايا المركزة للسلطة والصراع في إطار نموذجي وظيفي ويعتقد **روبرت Robrt,K.M** أن هناك خمسة مواقف تواجه الفرد في بيئته: **(John; Holm wood, 2005: 91-92)**

1- **المطابقة Conformity:** تحدث المطابقة لدى الفرد عندما يمتلك الوسائل والرغبة في تحقيق الأهداف الثقافية والاجتماعية.
2- **الابتكار Innovation:** يحدث الابتكار عندما يسعى الفرد لتحقيق الأهداف الثقافية داخل الأسرة والتي تكون مقبولة اجتماعيا ولكنه يختار فعل ذلك بطريقة جديدة أو مبتكرة، وبعض الاحيان تكون غير مقبولة
3- **الطقوس Ritualism:** تحدث الطقوس وتتشكل من خلال استمرار الفرد في القيام بأشياء على النحو المنصوص عليه من قبل المجتمع أو المتعارف عليها، ولكنه يفقد تحقيق الأهداف.
4- **الانسداد Retreatism:** يقصد بالانسداد رفض الفرد كل من وسائل وأهداف الأسرة والمجتمع.
5- **التمرد Rebellion:** يعد التمرد مزيج من رفض الفرد للأهداف الأسرية والوسائل المجتمعية واستبدال الأهداف والوسائل الأخرى وهكذا يمكن ملاحظة أن التغيير يحدث داخليا بالأسرة من خلال الابتكار او التمرد.

ومن بين الانتقادات التي وجهت لهذه النظرية، أنها في الستينيات انتقدت لعدم قدرتها على حساب التغيير الاجتماعي الأسري أو لبناء التناقضات والصراعات وكانت تسمى في كثير من الأحيان نظرية الإجماع Sensensu theory، كما أنّها تُعد نظرية ثابتة وليس لديها مفهوم التغيير لذا فإن الإشارة إلى نظرية بارسونز بأنّها ثابتة صحيح نوعا ما لأنّه كان يركز على التوازن والصيانة أو العودة السريعة للنظام الاجتماعي الأسري، هذا وتشمل الانتقادات الأقوى الحجة المعرفية The espistemological argument التي تقول بأن الوظيفة غائبة أي أنها تحاول تطوير المؤسسات الاجتماعية بما في ذلك الأسرة من خلال اللجوء إلى الآثار التي تنسب إليها.

2-7 نظرية التحليل النفسي Psychoanalysis theory: ويتزعم هذه النظرية الطبيب النمساوي **سيغموند فرويد S Freud** الذي يرى أن الخبرات التي تحدث في السنوات الأولى من حياة الطفل تؤثر تاثيرا كبيرا على شخصيته، وتمدها بسماتها المميزة، لقد كان **فرويد Freud** أول سيكولوجي يؤكد على الدور الحاسم والمهم لسنوات الطفولة المبكرة والمتأخرة في تشكيل وبناء الخصائص الأساسية للشخصية الإنسانية كذلك يرى **فرويد Freud** أنه بنهاية السنة الخامسة من العمر يتم اكتمال الجزء الأكبر من سيكولوجية الفرد وأن ما يلي ذلك من نمو يقوم في معظمه بصياغة البناء الأساسي. **(آلاء طه سالم دلول، 2018: 19)**

فهذه النظرية تؤكد على أثر العلاقة بين الوالدين والطفل في نموه النفسي والاجتماعي، وكذلك أثر العوامل الأسرية الديناميكية المؤثرة في هذا النمو، إلا أنها أغفلت المؤثرات الاجتماعية التي يتعرض لها الطفل خارج الأسرة، وما تقوم به من دور بارز في عملية التنشئة. **(زرارقة فضيلة، 2010: 71-72)**

فالمبدأ الأساسي لعلم النفس الفرويدي هو أن الأسرة تعتبر الطبيعة الذاتية أو الجوهرية المجردة لرغبات الفرد من خلال التفاعلات التي تحدد العلاقات الأسرية، قام فرويد Freud بتنظير الوعي الذاتي للأسرة وسعى إلى تحليل نفسية الفرد في علاقاته الأسرية غير الواعية بواسطة التحليل النفسي الذي يكشف عن وهم الفردانية ذات الطبيعة الذاتية المستقلة المتمثلة في التجربة الشخصية والتحفيز كوحدة، فالخصائص الحياة الداخلية غامضة وغير واضحة للمحلل النفسي، لهذا لم يتمكن فرويد من وضع مفهوم للأسرة بسبب: **(Deleuz and guatrari , 2010)**

1- الممارسة العلاجية السريرية، والتي تعتمد على علاج الفرد.
2- سوء فهم الفرد وعلاقته بأسرته ومجتمعه.
3- مفهوم زائف للمجتمع.

تكمن مشكلة فرويد في أنه يهتم بالحياة الداخلية للفرد مقارنة بحياته الخارجية ، بالرغم من كونها خيالية وليست حقيقية مع الحالة النفسية وليست الحالة السوسيولوجية، هذه الثنائيات هي بالفعل منشآت ايديولوجية تنبع من الفرضيات الليبرالية الأساسية حول طبيعة المجتمع. ويكمن جوهر نظرية التحليل النفسي التي أسسها **فرويد S Freud** في ثلاث مسلمات أساسية: **(آلاء طه سالم دلول، 2018: 20)**

أ- أن الخمس سنوات الأولى من حياة الفرد هي من أهم سنوات الحياة وأشدها في سلوكه في سنوات عمره التالية سواء أكان في حالة السواء أم عدمه.

ب- إن الدفاعات الغريزية الجنسية للفرد هي التي يتحدد في ضوئها سلوكه العام، وتعرف هذه الدفاعات الغريزية الجنسية بأنها تعني حاجة كل فرد إلى إشباع مطالبه الجسدية.

ج-أن الجانب الأكبر من سلوك الفرد تحكمه محددات لا شعورية.

إن هذه النظرية تحاول أن تفسر النمو الاجتماعي من الطفولة حتى البلوغ : إن تجارب الطفولة حتى المبكرة ترك انطباعا على نمو شخصية الطفل، وحينما ينتقل الأطفال من مرحلة جنسية إلى مرحلة أخرى فإنهم يبدؤون بإدراك دافعين غريزيين، الدوافع الجنسية والعدوانية وكلا الدافعين يعتقد أنهما يخلقان حالة مستمرة من التوتر نتيجة حاجة الجسم إلى المتعة والرضا.

فالنظرية التحليلية تنظر للتوتر على أنه ناتج عن قوى ثلاثة **(أحمد مبارك الكندري، 1992: 62)**

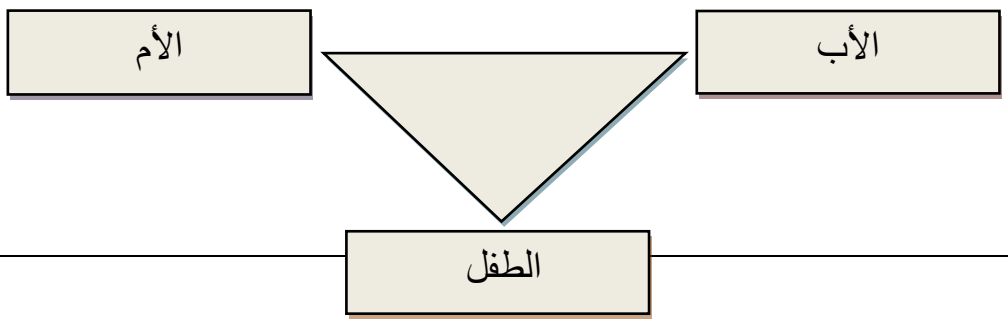
أولاً - الهو: يمكن تقبلها كعاطفة ، بحيث لا يمكن التحكم بها وتعكس رغبة في إرضاء السلوك الغريزي,

ثانياً- الأنا: فإنه يتطور لإرضاء الرغبة الغريزية للشيء في الحالات التي تجنبها العقوبة، والعمل إلى إرضاء رغبات اللهو بينما يضع تحت المراقبة طلبا المكون الثالث للشخصية تحت المراقبة.

ثالثاً- الأنا الأعلى: فإنه الضمير الذي يحكم كل سلوك، إنه الجانب الأخلاقي الداخلي وهو ينمو خلال احتكاك تداخلات الطفل بوالديه اللذين ينقلان له مستويات من السلوك المقبول وغير المقبول.

إن نظرية التحليل النفسي مع أنها غنية في فهم النفس الإنسانية إلا أنها تقدم مساعدة قليلة في فهم الأسرة لأنها تركز على السلوك الفردي، فإن هذا الجانب النظري لا يمكنه أن يفسر كليا التداخل المعقد الذي يحدث في الأسرة والمجتمع. **(أحمد مبارك الكندري، 1992: 63)**

لقد أجريت دراسات عديدة حول أهمية الأسرة في النمو السليم للطفل وذلك منذ بداية القرن الماضي، حيث أن الدراسات كانت تركز على العلاقة التفاعلية أم– طفل ومالها من خصوصيات مع أن أب التحليل النفسي فرويد S Freud ومن جاؤا من بعده من المحللين النفسانيين ركزوا على الدور الأساسي الذي يلعبه الأب في الفصل بين الأم والطفل وأهمية دخول الأب على مستوى العلاقة الثنائية أم– طفل المشار إليها وتحويلها إلى علاقة ثلاثة أب– أم– طفل على شكل مثلث. **(عمار عبد الحق، 2012: 03-04)**



شكل رقم (03): يبين العلاقة الأسرية الثلاثية أب – أم – طفل في النمو النفسي عند فرويد Freud,S

لكن لكي يؤدي الأب دوره هذا لابد له من أن يحتل مكانه داخل الأسرة، لأن المكان الذي سيحتله داخل العائلة سوف يحدد نوعية العلاقة التفاعلية التي ستربطه بالطفل، ونوعية الخطاب وثقله الذي سوف يوجهه للطفل كما للأم، هذا ويعتبر **عقدة أوديب le complexe d'Oedipe** من أهم الاكتشافات التي توصل إليها **فرويد ;S Freud** الذي يرى بأنها تحدث ما بين سن الثالثة إلى الخامسة من العمر، ويجب الإشارة إلى أن هذه العقدة متواجدة داخل كل المجتمعات المبنية على النظام الأسري، وبخاصة النظام العائلي الأبوي، كما تبين في ذلك الأنتروبولوجيا التحليلية، والتي تؤكد أنها تخص كل الإنسانية في الثقافات المختلفة.**(عمار عبد الحق،2012: 29)**

هناك جانب آخر للحياة الأسرية يلعب دورا هاما في نظرية فرويد هو **التبعية the dependency** التي ينسب إلى الطفولة، من خلال اعتماد الطفل في العديد من الأغراض الأيديولوجية على والديه في الواقع الاجتماعي للأسرة، فالتبعية هي مبرر للرابطة التي وضعت بين الآباء والأمهات، حيث يتعلم الطفل أن يعتمد على والديه وعلاوة على ذلك يعتبر **فرويد Freud** أن شعور الطفل بالتبعية بمثابة ضرورة بيولوجية وأن اعتماد الطفل على والديه حقيقة بيولوجية مهمة للغاية. **(Guattari and deleuze, 2010)**

يرى الباحث أن الاستجابات التي استخلصها فرويد S, Freud من التبعية المزعومة للطفل والتي تعتبر أساس نظريته، تخفي بشكل جذري تجربة الأسرة، فالاطفال يعتمدون بيولوجيا ونفسيا على والديهم وهكذا يتم فرض سيطرة لجيل قديم على الجيل الجديد، إن فرويد يقدم سلطوية الوالدين باعتبارها ضرورة حتمية للتجربة الإنسانية.

3-7 نظرية التفاعل الرمزي the symbolic interaction Theory : تمتد نظرية التفاعل الرمزي إلى أكثر من قرن من الزمن تقريبا وهي التفاعل بين الفكر والبيئة الجديدة والتي نشأ فيها المهاجرون الأوروبيون إلى أمريكا وعلى هذا تبلورت نظرية التفاعل الرمزي في أمريكا والتركيز الأساسي للفكرة ينصب على أن الفرد في عالم من الرموز والمعارف المحيطة به في كل موقف أو تفاعل اجتماعي يتأبر بها ويستخدمها يوميا وباستمرار ويتضح استخدام الفرد للرموز من خلال معانيها للتعبير عن حاجاته الاجتماعية ورغباته الفردية وتتجلى أهمية الرموز عند استقدامها من قبل أفراد الاسرة على صعيد الممارسة اليومية في الحياة الاجتماعية حيث يتعلم الفرد من خلال تفاعله مع الآخرين المحيطين به بشكل شعوري أو لا شعوري استخدام الرموز كاستخدام اللغة أو تحريك الرأس للدلالة على الرفض أو القبول، ووفقا لهذه النظرية فإن التفاعل الرمزي في الأسرة يشير إلى دراسة التفاعل والعلاقات الشخصية بين الزوجين وأولادهما. **(أحمد مبارك الكندري، 1992: 50)**

كما يرجع الفضل في نظرية التفاعل الرمزي لكتابات **تشارلز كولي وجورج هوبرت ميد ورايت C,H Cooly & H Mead ; wright, Milles (1864)** ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن التنشئة الأسرية هي حجر الزاوية في بناء الشخصية حيث يرى **تشارلز كولي هورتون Charles,Cooly.Horton (1929)**، أن المجتمع هو عبارة عن نسيج من التفاعلات والتصورات والانطباعات والنفس البشرية عبارة عن مجموعة من أفكار تتفاعل وتتعامل مع نفوس الآخرين وقد ميز **كولي H Cooley** بين نوعين من الجماعات: **(زرارقة فضيلة، 2010: 76)**

- **الجماعة الأولى:** تتصف بالعلاقة الحميمية والمباشرة والتعارف بين أعضائها ومن أمثلة الجماعة الأولية للأسرة، جماعة اللعب، الأصدقاء وبالتالي قد تستطيع أن تفكر بالرموز التي تحمل معان خاصة للأسرة.

- **الجماعة الثانوية:** لا تكون معها في علاقات حميمية ومباشرة كما في الطلبة مثلا ، فالتفاعل الرمزي يعني أن الناس لا يتفاعلون مع البيئة فقط بل يتصرفون على أن الحياة في حالة مستمرة.

فالأسس التي تقوم عليها هذه النظرية، أنّ حقيقة البيئة الاجتماعية، هي حقيقة عقلية تقوم على التخيل والتصور، والتركيز على قدرة الفرد على الاتصال من خلال الرموز وقدرته على تحميلها معان وأفكار ومعلومات يمكن نقلها لغيره.

وعلى هذا فسلوك الأفراد في الأسرة ما إلا تفاعل اجتماعي، وانعكاس للرموز التي يشاهدها الفرد ويأتي بها سلبا أو إيجابا في مواقف الحياة اليومية بشكل مباشر، ويرى كولي H,Cooley أن الإدراك النفسي ذو أهمية رئيسية بالنسبة للتفاعلات الرمزية وقد أشار إلى ذلك من خلال إدراك الفرد لنفسه في مرآته وكما يدركها في مرآة الآخرين Looking Glass Self أو بمعنى آخر كيف يبدو الفرد في نظر الآخرين، تصور هذا الشخص لحكم الآخرين عليه وأخيرا شعور هذا الشخص بالإعجاب أو الحزن لذلك فالإشارات أو الجمل التي ربما توجد في أسرة ما تعني شيئا مختلفا للأسر الأخرى، إن التفاعل الرمزي يعني أن الناس لا يتفاعلون مع البيئة فقط بل يتصرفون على أن الحياة في حالة مستمرة والتي يترجم بها الأفراد ما يحدث ويعطونه معنى أن الأحداث التي تتعدى الدور الذي يلعبه الفرد أو بخسارة هذا الدور، لربما تسبب الألم إذا ما فسرها الفرد هكذا، فمثلا دخول الشاب الجامعة يمكن أن يخلق تغيرات عديدة في أدوار الأسرة. **(أحمد الكندري، 2012: 51-52)**

وملاحظة الطفل لتكرار ممارسة هذه الإشارات والرموز من قبل الأب والأم يبدأ بإدراك هذه الإشارات بأنها عامة وتحمل معانيا خاصة بها، وبالتالي يقوم بتقليد هذا الاستعمال الرمزي لكي يحصل على مكانة اجتماعية داخل الأسرة. والإشارات عند جورج ميد هربرت G ,H Mead تعني بداية السلوك الاجتماعي تعمل على تحفيز مثل تحريك اليد أو الأصابع ولقد أوضح ميد Mead ثلاث مراحل لتطور النفس **(أحمد الكندري، 2012: 52)**

أ مرحلة التقليد الأولية The initial imiatation stage: يقوم الطفل بتقليد ومحاكاة الأدوار الاجتماعية التي تحيط به، كدور الأب والأم والإخوة والأخوات وتبدأ هذه المرحلة بعد العام الثاني من عمر الطفل.

ب مرحلة التقليد الثانوي Secondary Imatation stage : وفي هذه المرحلة تتسع دائرة معارف الطفل، ويتسع محيطه الاجتماعي وهنا يبدأ بتقليد دروس المدرس أو البطل الرياضي أو الأب وهذه المرحلة تبدأ بعد السنة الثالثة من عمر الطفل.

ج مرحلة الاهتمام بقيم واتجاهات المجتمع Stage of interest invalues of society: في هذه المرحلة يهتم بالقيم والضوابط الاجتماعية للمجتمع، وقد سمّى هذه المرحلة بمرحلة الأخذ بنظر تقييم الآخرين.

أكدت التفاعلية الرمزية على أن الأسرة تفاعل رمزي دون أن تشير إلى أنماط الظروف الاجتماعية مهما كان نوع التفاعل الأسري الذي يؤدي إلى ظهور وانبثاق أي نوع من أنواع بناء اجتماعي أسري واستمرار وتغيره في سياق الظروف الاجتماعية ، كما يرى الباحث أن التفاعلية الرمزية أغفلت الجوانب الواسعة للبنية الأسرية، لذلك نجدها غير قادرة على تفسير وتحليل الظواهر الأسرية والاجتماعية كالصراع الأسري، السلطة ، الدور.... وافتراضاتها في كثير من الأحيان ما يكتنفها الغموض بسبب عدم قدرتها على ربط البنية الأسرية بالعمليات الاجتماعية من جهة وعدم صياغة براهين وحجج كافية من جهة أخرى، فالإنسان لا يستجيب للمنبه بل يختاره ويفسره ونتيجة لذلك يصبح من الضروري أن يكون لهذا التفسير معنى معروف. باختصار لا يكون سلوك الفرد

مجرد استجابة للآخرين بل هو استجابة ذاتية لنتائج الرموز الداخلية وهذا يؤكد أن الملاحظ لا يستطيع فهم السلوك ببساطة عن طريق دراسة البيئة الخارجية أو القوة الخارجية.

4-7 نظرية التطور الأسري Family developement Theory:

تعد نظرية نمو أو تطور الأسرة من النظريات الحديثة، التي ظهرت في السنوات الأخيرة من عام 1930 وينصب التركيز الأساسي على أهمية المراحل المختلفة التي تمر بها دورة حياة الأسرة، والاهتمام بالعامل الزمني كبعد مهم في التفاعل الزواجي، تستخدم هذه النظرية عدة افتراضات أساسية **(أحمد الكندري، 2012: 57-58)**

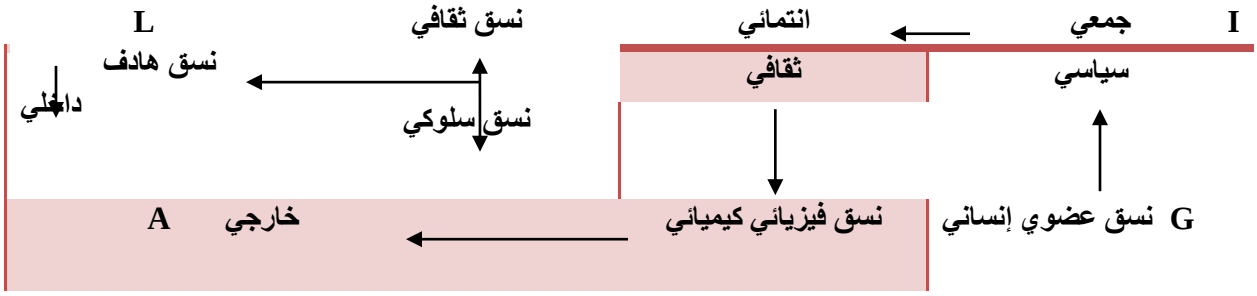
1- أن الأسرة المقصودة بالدراسة هي أسرة زواجية مع وجود الأبناء للأسرة سواءا بالميلاد أو التبني.
2- أن التركيز يكون على الأفراد من خلال أسرهم على الرغم من أهمية النسق الأسري ككل، بما يفرضه من ضغوط معينة على أفراده.
3- الأسرة والأفراد يتغيرون وينمون بطرق مختلفة تبعا لعملية التنشئة ووفقا للمؤثرات والوسط الاجتماعي.
4- كل أسرة تعد وحدة فريدة من حيث تركيبها العمري والأدوار وتوقعاتها المتبادلة ، حيث يتغير النسق الأسري تغير الوقت، ووفقا للتغير في التكوين العمري لأعضائه.

القائلون بهذه النظرية يعتبرون أن الأسرة أصل الدولة، فهذه الأخيرة ما هي إلا الأولى بعد أن تكاثرت وازداد عدد أفرادها أو هي تجميع لعدد من الأسر ويعد أرسطو أول من قال هذه الفكرة معتبرا أن تجمع عدد من الأسر يشكل عشيرة وأن تجمع عدد من العشائر يشكل قبيلة، وأن المدينة ما هي إلا تحالف بين عدد من القبائل ومن القائلين أيضا بهذا الرأي أن **بودان** Jean Bodin (1530-1596) الذي اعتبر الأسرة المصدر الصحيح لكل دولة فضلا عن أنها أهم عضو فيها فالدولة تنشأ بشكل طبيعي بفعل تطور الأسرة. **(إبراهيم ابراش، 2012: 127)**

حيث تقول هذه النظرية بأن السلطة التي يمتع بها الأب في الأسرة تشبه السلطة التي يتمتع بها الحاكم على الشعب، حيث أن مجموعة الأسر تشكل قبيلة ويكون على رأسها شخص يتميز بصفات وخصائص تميزه عن غيره لاستلام هذا المنصب وهذه القبيلة كبرت ونمت وبعد أن تم الاستقرار في مكان ما كان هناك اتفاق بين أفرادها على إيجاد القواعد والنظم التي تحكمهم وبالتالي كانت الدولة نتيجة هذا التطور. **(عبد الرحمن سيف، 2014: 55)**

5-7 نظرية الأنساق العامة General System Theory : وتمثل نظرية الأنساق العامة وجهة النظر الأساسية والحديثة بالنظر للأسرة وفي دراستها، ونظرية الأنساق لها جذورها في علم النفس الجيش التي الذي يتبنى مفهوم الصيغة الكلية، ومن أعلامها ما **كس فريتمهم كوهلر، كيرت ليفين، كوفكا،** وهم الذين رسخوا المبدأ الأساسي عند الجيش وهو أنّ تحليل الأجزاء لا يمكن أن يقدم فهما جيدا للأداء الوظيفي للكل وهو المبدأ الأساسي الذي قامت عليه نظرية الأنساق العامة ، ويعتمد تعريف البعدين بعلاقات أو تفاعل يمكن أن نطلق عليه نسقا ، فالأسرة كنسق اجتماعي ، قائم تتكون من مجموعة من الأفراد ولكن الأسرة تعني أكثر من مجرد مجموعة من الأفراد ، فالتفاعلات التي تحدث بين أفراد الأسرة من مودة وحب وعطف وتصفية... هي أكثر بكثير من تلك التي تحدث بين مجموعة من الأفراد ، ولعل من أهم إسهامات نظرية الأنساق العامة هي أنها أوضحت دور العوامل البيئية وأثرها على مشاكل الأفراد ، والنظر إلى كل فرد من أفراد الأسرة على أنه نسق بذاته ، وبالتالي فإن كل فرد من أفراد الأسرة كنسق قائم بذاته، وكجزء من نسق له مستوى حركة وسكون وتفاعل مع البيئة الخارجية . **(آلاء طه سالم دلول ، 2018: 22-23)**

كما تعد الأسرة نسقا فرعيا لسلسلة من الأنساق التي تتفاعل بدورها مع الأنساق الكبرى للمجتمع، فالأنساق الفرعية هي أنساق داخل أنساق والعضوية في الأنساق الفرعية عادة ما تتداخل معا فكل فرد في الأسرة يمكن أن يكون جزءا في عدة أنساق فرعية داخل الأسرة في نفس الوقت، فالزوجة أحد أفراد الأسرة وهي بهذه الصفة كنسق فرعي للنسق الأسري الأكبر، وهي في نفس الوقت تنتمي إلى نسق فرعي زواجي مع زوجها وهي نسق فرعي ثالث مع ابنتها وكل هذه الأنساق الفرعية هي داخل النسق الاسري الأصلي. **(علاء الدين كفافي، 1999: 103)**



شكل رقم (04): يوضح مخطط AGIL للنسق الأسري في نسق الفعل العام لتالكولت ب. Talcollt Parsons (1902-1979).

وحسب **نيكولاس لوهمان Luhman Nikolas (1927-1998)** يتم التواصل داخل كل نسق بناء على منطق ذاتي مستقل من منطق الأنساق الأخرى ويسمى **لوهمان Luhman, N** هذه الأنساق **بالأنساق الوظيفية Functional system** لأن كل منها يتفرد بوظيفة اجتماعية مهمة كما تعتمد هذه النظرية على التمييز بين النسق والبيئة أي على رسم الحدود بينهما، حيث تتشكل بيئة النسق في كل ما عداه، وليس المقصود هنا البيئة الطبيعية وحسب بل البشر جميعهم والأنساق الأخرى. **(Luhman, N, 2010: 176)**

وهناك تفسير آخر لشبكة الأنساق التي تقوم بين المكانات الموجودة داخل النسق الأسري في مجموعات متمايزة ، تشكل كل مجموعة منها نسقا مستقلا يسمى النسق الداخلي ، وهذه الأنساق الداخلية الموجودة في الأسرة هي: **(مالكي حنان، 2011: 32-33)**

1. **النسق الزواجي mariage system**: ويتكون من مكانة الزوج ومكانة الزوجة وما تتضمنه كل مكانة من معايير ومن اتفاقات مشتركة، كما يتكون من العلاقات أو التفاعل المتبادل بين هاتين المكانتين أما وظائف هذا النسق تشمل مسؤوليات كل من الزوجين اتجاه بعضهما وما يليه من محافظة على العلاقة الزوجية واستمرارها وهذه الوظائف هي الاشباع العاطفي، والانفاق على الاسرة، والقيام بالأعمال المنزلية.
2. **النسق الأبوي Parental system:** ويتكون من مكانة الاب ومكانة الأم ومن مكانة الإبن أو الإبنة أو الأبناء، وما تتضمنه كل مكانة من هذه المكانات من معايير ومن اتفاقات مشتركة ، كما يتكون هذا النسق من الطاقات أو التفاعل المتبادل بين المكانات وشاغليها ، وتشمل وظائف هذا النسق مسؤوليات وواجبات الأب اتجاه الأبناء ومسؤوليات الأم واجباتها اتجاه أبنائها ، ومسؤوليات الأبناء وواجباتهم اتجاه الوالدين وتشمل هذه الوظائف: الرعاية والحماية، التربية والتوجيه، البر والطاعة ... وغيرها من الموروثات الحميدة.
3. **النسق الأخوي Brotherly system:** يتكون النسق الأخوي من مكانة الأخ الأكبر ومكانة الأخ الأصر أو الإخوة الصغار، ومن مكانة الأخت الكبرى ومكانة الأخت الصغرى أو الأخوات الصغار وما تتضمنه كل من

هذه المكانات شاغليها، وتشير وظائف هذا النسق إلى مسؤوليات وواجبات الإخوة بعضهم البعض، وتشمل هذه الوظائف التدريب على المشاركة والتنافس والتكاثف والتآزر.

4. **النسق القرابي the relative system:** ويتكون من مكانة الأقارب وأهم هذه المكانات عادة : مكانة كل من العم والخال وما تتضمنه هذه المكانات من معايير واتفاقات مشتركة ، كما يتكون هذا النسق من العلاقات المتبادلة أو التفاعل المتبادل بين أعضاء الأسرة، وبين هؤلاء الأقارب، أما وظائف هذا النسق فتشير إلى مسؤوليات وواجبات الأقارب وواجباتهم اتجاه الأقارب، وتشمل هذه الوظائف: الدعم المتبادل والمحافظة على الهوية، تحقيق التكامل الأسري بتكامل شبكة العلاقات الأسرية للعلاقات سابقة الذكر ، وقيمة هذه العلاقات تتحدد في التوافق في وظائفها ككل وفي تكاملها معاً.

تعرضت فكرة نظرية الأنساق إلى نقد ايديولوجي كبير في نهاية الستينات وكان هذا النقد ايديولوجيا أكثر مما كان نقدا لجوهر النظرية، وكان كافيا بشكل أو بآخر ليقف حائلا دون العمل على نظرية النسق الأسري، كما أن أصحاب هذه النظرية وعلى رأسهم **تالكولت بارسونز (1902-1979)** يعتقدون أن لكل نسق فرعي وظائف مختلفة يؤديها وترتيبات بنائية مختلفة يحاول من خلالها مواجهة متطلباته الوظيفية ومشكلاته وهذا يعني عدم اعترافهم بالتغيير، خاصة التغيير الجذري لأنّه يمثل صعوبة للتنظيمات الاجتماعية وخاصة أسر المجتمعات النامية التي تواجه صراعات وتغيرات شبه دائمة.

8-أبعاد المناخ الأسري وجوانبه: وتشتمل أبعاد المناخ الأسري، على الجوانب التالية:

8-1 التماسك الأسري Family Cohesion:

تعرفه **كنزة ميشور (2013)** على أنّه حالة من الارتباط التي تسود العلاقات الزوجية والأسرية والتي تشمل جميع جوانبها نظرا لأهميته الكبيرة في بناء المجتمعات الإنسانية. **(كنزة عيشور، 2013: 02)**

فالتماسك الأسري عملية نفسية اجتماعية تؤدي إلى تدعيم بنيان الأسرة النفسي، الاجتماعي وترابط أعضائها من خلال روابط الدم والمصاهرة والتآلف والتآزر وتكامل الأدوار ويقوم ذلك كله على الالتزام وحسن المسؤولية والتضحية حفاظا على الرابط الزواجي والروابط الوالدية. **(مصطفى حجازي، 2015: 42 -43)**

8-1-1 مستويات التماسك الأسري:

يرى **مصطفى حجازي (2015)** أن عملية التماسك داخل النسق الأسري تؤدي إلى تدعيم البناء الاجتماعي وترابط أجزائه وذلك عن طريق عدة روابط وعلاقات اجتماعية، هذا ويصنف مصطفى حجازي ثلاث مستويات للتماسك الأسري، وهي كالتالي: **(مصطفى حجازي، 2015: 43-46)**

أ- **التماسك الأسري المتصلب والمغلق:** لا يقوم بين الأسرة ومحيطها الاجتماعي إلا الحد الأدنى من علاقات التفاعل، ويقتصر أحيانا على رب الأسرة باعتباره السلطة المركزية وبإشراف متشدد منه باعتباره مرجعية الأسرة ويضع القواعد في علاقة تسلطية ذات اتجاه واحد من الأعلى للأسفل تفرض أحادية القرار والتوجيه.

ب- **التماسك الأسري المرن المفتوح :** نحن هنا في الأسر التي تنشط فيها وسائل الاتصال والتفاعل مع المحيط الاجتماعي المحلي والمجتمع الدولي حدودها المعروفة التي توفر لها الاستقلالية الكيانية والحياة الداخلية الخاصة إلا أن لها حدودا ومنافذا واضحة على العالم الخارجي الذي تتفاعل معه، فهناك سقف يُمثل المرجعية والسلطة ويتمثل في القواعد والأدوار والمكانات بين كل من الزوجين وبينهما وبين الأبناء.

ت- **التماسك الأسري المتسيب أو مفرط الانفتاح :** ويقصد به تلك الأسر التي لم يعد فيها نواة سلطة وقواعد وحدود مرجعية مفروضة فوقيا أو متوافقا عليها ، والتماسك فيها يكون شكلي ظاهري كما هو الحال في أسر التصدع الخفي أين تتحول الحياة الأسرية إلى مجرد تواجد يحافظ على الظواهر فيما يسمى بالبيت الفندق، وكل فرد في الأسرة يعيش حياته الخاصة في حالة من السيادة الفردية.

كما يعتبر التماسك داخل المناخ الأسري عملية غير ثابتة تتحكم فيها طبيعة التفاعلات المستمرة ، التي توجه تفاعلات وأفعال وأعضاء الأسرة اتجاه بعضهم البعض ، وذلك حسب خصوصية النموذج الثقافي لكل أسرة بمعنى أن هذا النموذج الثقافي ينتج آليات وميكانيزمات التماسك ، والمتمثلة في أربعة مؤشرات رئيسية هي: **(بن عيسى محمد المهدي وآخرون، 2016: 06-07)**

1- المشاركة والتعاون المتبادل في ظل تقييم المهام والأدوار.
2- الاحترام والتقدير المتبادل
3- ثقافة الحوار كأسلوب في مجابهة المخاطر الخارجية وتجاوز العوائق الداخلية.
4- إنتاج المناهج التوافقية في أفعالهم وتفاعلاتهم الاجتماعية ، كتربية الأبناء، وتدبير شؤون الحياة.

2-8 حرية التعبير عن المشاعر Freedom of expression of leeling in the family :

يتعلم الأبناء التعبير عن مشاعرهم الحقيقية بطرق أقل هجوما من خلال نمذجة والديهم ، خاصة مع استخدام بيانات الأنا، هذا ويساعد التعبير عن المشاعر في الحفاظ على السلام والوئام بين أفراد الأسرة، وقدمت أخصائية العلاج الأسري **فرجينيا ساتير Virginia Satir** العديد من الإسهامات في فهمنا لديناميكية الأسرة وشفاء أنظمتها بحيث تركز على تطوير الذكاء العاطفي في الطفل Child's emotional inteligence من خلال منحه الحريات الخمس والمتمثلة فيما يلي: **(John ; Bradshaw peacefful 2018)**

1- حرية مشاهدة وسماع (إدراك) ما هو موجود في الأسرة وليس ما سوف تكون عليه الأوضاع أو يجب أن تكون عليه الأمور داخل الأسرة.
2- حرية التفكير في ما يفكر فيه الفرد وليس ما ينبغي على المرء التفكير فيه.
3- حرية الشعور ما يشعر به الفرد وليس ما يشعر به الآخر.
4- الحرية في الرغبة واختيار ما يريده الفرد وليس ما يريده الفرد.
5- حرية تخيل الذات الذاتية، بدلا من لعب دور جامد أو اللعب بشكل آمن.

ترقى هذه الحريات إلى درجة القبول الذاتي والتكامل، وتنشأ قوة شخصية الفرد من خلال اكتساب هذه الحريات داخل النسق الأسري، والتي تعزز التواصل الخارجي من أجل التعامل مع العالم في تلبية احتياجات الشخص مما يسمح بحرية كاملة، والتي تبلغ إلى الوظائف الكاملة. **(Jhon Brads haw peaceful larent ,2018)**

فحرية التعبير عن المشاعر، هي الوسيلة والطريقة التي يمكن للفرد من خلالها التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم ، وأي إعاقة لهذا التواصل يجعل الفرد وكأنه يعيش في جزيرة منعزلة عن باقي العالم الذي يحيط به ويجعل من الصعوبة التواصل مع الحياة بشكل عام. **(معتز شاهين، 2 ربيع الثاني 1432)**

فحرية التعبير عن المشاعر والعواطف تعتبر طوق نجاه أي أسرة من العديد من المشكلات التي قد تؤدي لانهيارها فهي صمام أمان يتيح للفرد والأسرة التواصل بنجاح، وقد تظهر موانع تعيق حرية التعبير داخل الأسرة ، هي على النحو التالي: **(معتز شاهين 25 ربيع الثاني 1432)**

أولاً : موانع داخلية (جسدية / نفسية) وهي موانع ترتبط بالطفل نفسه، فقد يكون أصم أو يعاني عيوبا في النطق مما يجعل تواصله مع الآخرين صعب فلا يستطيع إيصال ما يريده لمن حوله بسهولة ، وكذلك الحال بالنسبة للضعف الجنسي ونقص التغذية بشكل عام ، فيؤثر ذلك على الحصيلة اللغوية للطفل نتيجة لعدم قدرته على التفاعل بشكل سليم وكامل مع من حوله وقد يرجع السبب المناع للحرية التعبير الوجداني لأسباب نفسية، فقد يتعرض الطفل لمشاكل نفسية تؤثر على سلوكه، وتجعله أكثر عدوانية أو انعزالية عمن حوله، مما ينعكس سلبا على قدراته الذهنية واللغوية والتعبيرية، ومثال على ذلك إبعاد الطفل عن أمه منذ الصغر.

ثانياً: موانع خارجية (اجتماعية / تربوية) تشكل العادات والتقاليد حاجزا يحد من حرية التعبير، مثل الفتاة التي تصمت عند قدوم زوج لها وهي غير قابلة له، الأمر الذي يؤدي لفشل الحياة الزوجية برمتها وقد تكون التربية داخل الأسرة من بين الموانع لحرية التعبير بسبب العلاقة الأسرية السائدة داخل الأسرة والتي تعرف بعلاقة القائد بجنوده.

كما تنص **اتفاقية حقوق الطفل Convention on the right of the child (1990)** على مايلي : **((CRC 02-09-1990**

1- **المادة 12:** رأي الطفل : للطفل الحق في التعبير عن رأيه بحرية وأن يؤخذ هذا الرأي في الاعتبار في أي مسألة أو إجراء يؤثر على صحة الطفل.
2- **المادة 13:** حرية التعبير : للطفل الحق في التعبير عن آرائه والحصول على معلومات أو تقديم أفكار أو معلومات ، بغض النظر عن الحدود التي تشترطها الأسرة.
3- **المادة 14:** حرية الفكر والوجدان والدين : تحترم الدولة حق الطفل في حرية الفكر والوجدان والدين مع مراعاة توجيه الوالدين المناسب.

3-8 صراع التفاعل الأسري Conflict of family interaction:

يعرفه **مرسلي كمال ابراهيم (2008)** بأنه عملية تأثير متبادلة بين أفراد الأسرة من حيث تعاملهم مع بعضهم البعض وفي مواجهة أحداث الحياة الأسرية الراهنة، فيكون سلوك كل فرد من أفراد الأسرة مترتبا على سلوك الآخر أو الآخرين الذين يتعامل معهم في الأسرة. **(مرسلي ابراهيم، 2008: 111)**

كما يقصد بالتفاعل الأسري جملة العلاقات التي تتكون بين أعضاء الأسرة، وتكون محل جذب وارتخاء وأخذ وعطاء وخلال هذه العملية يتعلم الفرد الكثير من الخبرات الاجتماعية ومبادئ السلوك، وهو لا يتعلق بأي ناحية من نواحي الحياة، وإنما يمتد ليشمل جميع مجالات الحياة الاجتماعية التي يتفاعل الطفل معها من هذا المناخ الأسري والتفاعل الاجتماعي لابد من توفر مجموعة من الشروط.**(أم الخير بدوي، 2017: 203)**

1- أن يشعر الطفل في الأسرة أنه مقبول اجتماعيا ومحبوب من قبل والديه ومرغوب فيه.
2- يجب أن تكون الأسرة المحيط الاجتماعي الاول الذي يتعامل معه الطفل وينمي فيه قدراته الفكرية والنفسية وينظم الخبرات الاجتماعية وكيفية بناء العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.
3- يجب أن يكون محيط الأسرة الذي يلقى فيه الطفل المبادئ الأولية في التعامل مع المجتمع.

4- يحب أن تكون الأسرة المناخ الذي يتعلم فيه الطفل كيف لا يكون أنانيا ومحبا لذاته.
5- الأسرة هي المناخ الذي يبنى فيه الطفل اتجاهاته الاجتماعية نحو مختلف المواضيع الخارجية.

هذا وتلعب عملية التنشئة الاجتماعية التي تحدث من خلال تفاعلات العلاقة الأساسية دورا حاسما في تنمية الطفل، وعلاوة على ذلك فإن استخدام الأسرة للسلطة في الصراع الأسري وأثناء مرحلة الطفولة يرتكز في الأساس على ثلاث نقاط جوهرية هي: **(Della porta , Sandra , 12-06-2014)**

أ- استخدام أفراد الأسرة للقوة، حيث أنها تختلف حسب سياق العلاقة الفردية والجماعية.
ب- فاعلية الطاقة والتي يتم تقييمها بواسطتين هما:
1- الواسطة المجهرية Microscopically والتي يقصد بها عملية الصراع.
2- الواسطة المجردة أو الماكروسكوبية Maccroscopically والتي يقصد بها نتيجة خسارة الناتج.

ج- متغيرات سياق النزاع بما في ذلك دور النزاع والموضوع والمجال الاجتماعي.

كما أن الخبرات التي يتعرض لها الطفل في سنواته الأولى من المؤثرات الأساسية في نموه اللغوي والاجتماعي والانفعالي، إضافة إلى أن أشكال التفاعل الأسري التي يتلقاها الطفل لها دور بارز في تشكيل شخصيته ، وتكوين اتجاهاته ونظرته للحياة، ويحدث التفاعل الاجتماعي بصورة مباشرة داخل الأسرة ، وقد تعددت الأطر النظرية التي يحدد أشكال التفاعل الأسري System of family interaction وتأثيره على نمو الطفل وتكوين شخصيته ، ويمكن تناول أشكال التفاعل الأسري بين الآباء وأبنائهم من أبعاد مختلفة نظرا لاختلاف النظرة التي ينطلق منها الآباء في مسار تعاملهم مع أبنائهم بناءا على النموذج التصوري الذي يبينه كل والد عن أبنائه، والذي يختلف من والد إلى آخر، ومن أسرة إلى أخرى ، وفقا لخصائص وأنماط الشخصية التي يحملها الآباء.

ويرى **سيرز ماكوبي وليفين Sears Maccoby & levin (1957)** أنّ أشكال التفاعل الأسري مختلفة من أسرة لأخرى، حيث يتصف بعضها باللين والتسامح، في حين يتصف بعضها الآخر بالقسوة والتسلط وقد تكون أشكال التفاعل الأسري ضمن ثلاث فئات: الرفض، التقبل، التسامح. **(يحي مبارك خطابطة، 2017: 07-08)**

فالعلاقات بين الآباء وأبنائهم في محيط الأسرة تتميز بخصائص فريدة تمثل ذلك التأثير والتأثر الدائم بين الأعضاء، ويعد للتفاعل الأسري اليومي بين أفراد الأسرة بعضهم البعض الأثر العميق على شخصيتهم، يعطي انطباعا كاملا لأساليب الأسرة واتجاهاتها التربوية. **(مرسلي ابراهيم، 2008: 111-112)**

1-3-8 أقسام التفاعل الأسري: ينقسم التفاعل الأسري إلى قسمين هما:

1-1-3-8 التفاعل الأسري الإيجابي Family position interaction: يعرف أيضاً **بالتفاعل الأسري الصحي Family healthy interaction** ويقصد به الحالة الشعورية للفرد وتفاعله مع أفراد أسرته ، وإحساسه بالرضا والارتياح والأمن والمودة الطيبة الجالبة للفرح والسرور والسعادة بالأسرة. **(مرسلي ابراهيم ، 2008: 112)**

2-1-3-8 التفاعل الأسري السلبي Family negative interaction : ويعرف أيضا **بالتفاعل الأسري المرضي Family desease interaction** ويقصد به الحالة الشعورية للفرد في تفاعله مع أفراد أسرته وإحساسه بالتوتر والقلق والضيق والسخط والغضب والخوف وعدم الارتياح والعداوة وغيرها من المشاعر المؤلمة الجالبة للشقاء والتعاسة. **(مرسلي ابراهيم، 2008: 112)**

4-8 الاستقلال الأسري Independence in the family: ويتم وصف الأسرة المعاصرة بشكل متزايد بالشروط الديمقراطية لحقوق الأفراد في الخيارات والمناقشات، بحيث يتم التفاوض حول علاقات الوالدين والأبناء خاصة تلك التي تنطوي على المراقبين. **(Wendy, lang ford & al 23/03/2001)**

فمخالفة الأبناء لآبائهم تشير نفسيا إلى أنهم بدؤوا يعون استقلالية شخصياتهم وقدراتهم على الصناعة الذاتية للقرار والبقاء وعدم حاجيتهم لصيقين لأعضاء الأسرة وتوجيهاتهم وصحبتهم وما عناد الأبناء ورفضهم لأوامر ورغبات الأسرة سوى تأكيد لنزاعات الاستقلالية بالدراسة والحياة بعيدا عن المراقبة الأسرية، ولتحافظ الأسرة على وحدتها وتماسك علاقاتها وانتماء أعضائها للبيئة الأسرية يجب عليها تحويل النزاعات النفسية والسلوكية الاستقلالية السلبية للأبناء، من خلال فرص وخبرات ومواقف مدروسة يوفرها المناخ الأسري لهم وينمي لديهم قوة الرأي والشخصية واحترام الأسرة والتوافق مع الطموحات والتوقعات الأسرية دون رفضها أو التمرد عليها كما يلاحظ أحيانا ومن أجل تحويل هذه النزاعات النفسية والسلوكية لمشاعر الاستقلالية السلبية لدى الأبناء وممارساتها السلبية بمخالفة الأسرة لنزاعات استقلالية بممارسات إيجابية، يمكن للمناخ الأسري ما يلي: **(محمد حمدان، 2015: 155-159)**

1- تزويد الابناء بمواقف داخل وخارج المنزل يمارسون من خلالها الاعتماد على أنفسهم ، واتخاذ قراراتهم الذاتية ،طلب الأسرة من الأبناء القيام بمسؤوليات أو أعمال أو طلبات تتناسب مع أعمارهم ومرحل نموهم، مع التأكيد على معرفتهم العملية لما يطلب منهم حتى يتمرسوا ويخالفوا الأسرة ويتجاهلوا أوامرها.
2- تنظيم الأسرة لطلباتها وتعليماتها وتوفير وقت كاف للأبناء لتنفيذ ما يقومون به من أعمال والانتقال إلى أعمال أخرى فبدل طلب الأسرة مثلا من الابن أو الإبنة التحول مباشرة إلى عمل آخر ... تقول هيا معنا للانتهاء من العمل الموالي أو القيام بكذا.
3- تحويل انتباه الأبناء في المنزل أو خارجه ، كأن تتخطى الأسرة أو تحجب محطة فضائية تليفزيونية تقوم ببث برامج الأطفال طيلة اليوم، أو تدعوا الأبناء لمشاهدة نشاط أو مناظر طبيعية.
4- تفهم الأسرة لرغبات حاجات الأبناء وطلبها منهم ما يستطيعونه في الوقت والمكان المحددين لهم .
5- تجنب الأسرة الإصرار على الأبناء لعمل شيء محدد، كتناول طعام محدد أو لباس ثياب معينة ، إن تخلي الأسرة عن التشدد في طلباتها أو أوامرها للأبناء، والتسامح مع اختياراتهم الشخصية غير المؤذية نفسيا أو صحيا، هو سلوك ناجح لتجنيبهم إثارة الغذاء والرفض ومخالفة الرغبات الأسرية.
6- تأسيس أحكام وقواعد آداب سلوكية وأساليب تعامل مع الأبناء ثم مع الوالدين ومن ثم تعليما لهم.
7- استبدال العقاب السلوكي لمخالفة الأبناء بمواقف عملية يمارسون فيها ذاتهم ويشعرون بقيمتهم بالأسرة.
8- تركيز الأسرة على المواقف التي يتوافق فيها الأبناء مع التعليمات وما يطلب من توجيهات ومسؤوليات ... والبناء عليها وتشجيعها وتعزيزها، أي مكافئتها لتوافقها مع الاسرة.

فالتركيبة الأسرية تختزل المقومات القبلية التي لا تعترف إلا بالجماعة ككتلة موحدة ومستقرة وفق نظام لا يعترف بالفرد إلا بما يقدمه للمجموعة، كما أن التحولات الحضارية الناتجة عن تطور نسق الحياة وتعدد الاهتمامات المشاغل وتنوع المتطلبات النفسية والمادية كلها عوامل ساهمت في هدم النظام الأسري التقليدي الشامل والمتعلق وأرست نظاما أسريا جديدا ينزع نحو الاستقلالية والذاتية وهذا الشكل على قدر ما ساهم في إكساب أفراد الأسرة استقلاليتهم المادية والنفسية والعاطفية، مما ساهم في إثقال كاهل الأسرة لكثرة ما يتطلبه العيش في أسر قليلة العدد وفي ظروف مادية صعبة. **(عبد الستار الخديمي، 2017/08/13)**

5-8 التوجه العقلي الثقافي الأسري Mental and cultural orientation in the family ويقصد به مدى تشجيع الأسرة لأعضائها على المشاركة بطريقة إيجابية وفعالة في الأشكال المختلفة للأنشطة الترويحية العقلية والثقافية. **(خالد الرابع، 2013: 22)**

نتفق بأنّ التوجه التربوي للأبناء وما يقوم به من جهود في سبيل تحقيق التنشئة الاجتماعية الناجحة تتأثر بأهمية الدور الذي يساهم به مستوى ثقافة الأسرة بتحفيزه للنشاط العقلي للأبناء. **(محمد جاسم، 2010: 88)**

هذا ويعتبر البعد الثقافي من أبرز المحددات لطبيعة المناخ الأسري، ذلك الأسلوب الذي يعبر عنه من خلال العادات والقيم والتقاليد والعرف والدين واللغة، كما ترى **سناء زهران (2011)**، أنّ المستوى الثقافي للأسرة يفوق في أهميته المستوى الاقتصادي وذلك من حيث تأثيره على نمو قدرات أفراد الأسرة، فالأسرة هي ممثلة الثقافة السائدة بالمجتمع وهي المرآة التي تنعكس عليها ثقافة هذا المجتمع بما تتضمنه من قيم وعادات واتجاهات وهي التي يتعلم فيها الأبناء معايير الصواب والخطأ ويتعرفون على الأساليب السلوكية التي يجب عليهم اتباعها ويتعلمون ما عليهم من واجبات وما عليهم من حقوق. **(سناء زهران، 2011: 23)**

كما أن الأسرة تيسر الإبداع لدى أبنائها في ظل إتاحتها للظروف والممارسات التي تقوم على الحرية والمصارحة والدمقراطية وإتاحة الفرصة للتجريب والمحاولة ، ومكافأة النجاح ، ومعاقبة التقصير في جو من الحب والتسامح وتحرير الفرد من الخوف ، وتقوية الذات وقبول اللاّنمطية أو التفرد الإبداعي ، والتفاعل مع الطفل ، وفتح المجال للحوار معه والإجابة عن تساؤلاته ، وإشباع حب استطلاعه ، وعدم الاستهانة أو التقليل من آرائه وأفكاره... إلى غير ذلك من ظروف ومعاملات توفرها الأسرة لطفلها وتهيئة البيئة الملائمة لنموه العقلي ولتربيته إبداعيا، غير أن الأسرة قد تعجز أحيانا عن القيام بدورها كاملا في تنمية قدرات أبنائها ورعاية إبداعهم ، كما قد تفشل في تأدية ذلك الدور بسبب عوامل الجهل أو نقص الخبرة أو قلة التدريب أو الافتقار إلى المعلومات الصحيحة، وذلك متى قامت التربية الأسرية على فرض سلوك التبيعة والنمطية والانتقاد الأعمى لأنماط الثقافة المتداولة، واعتبار من يفكر فيما يسمى بالأصالة أو التجديد أو الظهور بمظهر مخالف على أنه مارق ومنحرف أو شاذ في تفكيره وسلوكه ... وما يغيب هنا، هو أن الاحترام شيء وحرية الرأي شيء آخر وأمام أساليب الأسرة هذه في معاملة أبنائها وتربيتهم تندثر المواهب وتموت الإبداعات **(سعيد اسماعيل القاضي، 2012: 102)**

ولعل أهم أدوار الأسرة في تكوين الثقافة التربوية يبرز في الاهتمام بالجانب الأخلاقي والسلوكي وفي تعليم الأبناء الفضائل والمبادئ الخلقية الرضيعة وإرشادهم للسلوك المستقيم وتأتي تنمية الجانب الثقافي كدور آخر للأسرة، فهو جانب من حياة الفرد الذي يراد له أن يكون إنسانا سويا وبالتالي لابد له من ثقافة ومعرفة يتلقاها في صغره حتى يكبر عليها وينشأ محبا لها عاملا بها، فمن خلال الأسرة تتكون القيم والمفاهيم الثقافية الأولى للفرد، ويستمد منها معرفته الثقافية بدءا من معاني المفردات والكلمات إلى الحكم على الأشياء بالصواب والخطأ ولعل أهم الأدوار الثقافية للأسرة مراقبة ما يقدم للأبناء من خلال وسائل الإعلام ، فالأسرة لا تستطيع أن تمنع ما يقدم في هذه الأجهزة إلا أنها تستطيع أن تراقب ما يقدم للأبناء من برامج إعلامية ، لأن في بعض هذه البرامج ثقافة وأفكارا لا تتفق مع ما تهدف إليه الأسرة من التربية السليمة لأبنائها ، والأسرة كذلك مرجع لثقافة الأبناء ، فمازال كثيرا منهم يلجأ إلى أسرته للتعرف على ما يحتاج إليه من ثقافة معينة أو معلمات جديدة خاصة إذا كانت هذه الأسرة تعنى بالثقافة: إلا أن دور الأسرة بدأ يتراجع لصالح مؤثرات أخرى كوسائل الإعلام والمؤسسات المجتمعية . **(نجلاء اسماعيل أحمد، 2017: 309-310)**

6-8 التوجيه الترويجي الإيجابي الأسري Guidance of positive recreation in the family :

يعتبر مفهوم الترويح عن الظرف الانفعالي الذي يستشعره الفرد وينتج من الإحساس بالرضا وبالوجود الطيب وهو يتصف بمشاعر كالإجادة والإنجاز والانتعاش والقبول والنجاح والقيمة الذاتية والسرور، وهو يدعم الصور الإيجابية الذات كما يستجيب للخبرة الجمالية وتحقيق الأغراض الشخصية واستجلاب التغذية الراجحة ، وهو في النهاية أنشطة مستقلة للفراغ ومقبولة اجتماعيا ، وللترويج اتجاهات وسيمات محددة ، فقد يكون سلبيا أو إيجابيا مفيدا أو غير مفيد، أو حتى بناء أو هداما... فالترويج الإيجابي هو الذي يكون الفرد فيه مندمجا أو مشاركا بطريقة فعالة وابتكارية مفيدة له ولغيره ، أما الترويج السلبي فهو الذي يكون الفرد فيه مشاهدا مستقبليا دو مشاكل، لهذا يعتبر النشاط الترويجي من الأسس المهمة في تدعيم أسرة وقيامها بالتزاماتها نحو أفرادها، وأصبح من ألزم واجبات الأسرة أن تغنى بفن الترويح كعامل في دعمها، وأن تضع مختلف البرامج الترويجية ككي تواجه بها احتياجات أفرادها حسب خصائص نموهم ، فأوقات الفراغ ثروة حقيقية للأسرة تستطيع استثمارها اجتماعيا واقتصاديا لأن البيت لا يستطيع أداء رسالته كمؤسسة تربوية إذا لم توجه جهود أبنائه نحو استثمار فراغهم استثمارا إيجابيا منتجا، والوقت الضائع في المنزل يولد الشر ويستنبت السوء ويسبب الكثير من المشكلات الأسرية لتشرد الأحداث، الطلاق، انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة، الجرائم الخلقية ... هذه المشكلات الاجتماعية الخطيرة وغيرها قد ترجع إلى انعدام الوعي لدى الأسرة في استخدام أوقات الفراغ استخداما منتجا ، وأنواع النشاط الترويجي الداخلي للأسرة كثيرة ومتعددة وهي كالتالي: **(طارق عبد الرؤوف عامر، 2015: 53 -54)**

1. منها ما له طابع رياضي يزاوله أفراد الأسرة من ألعاب ومباريات منزلية وخارجية.
2. منها ماله طابع اجتماعي كالحفلات المنزلية والاجتماعية الدورية.
3. منها ما يرتبط بها الأبناء من هوايات فنية كالموسيقي والغناء والتصوير والتمثيل والتطريز والخياطة والفنون العملية التي تجذب أفراد الأسرة صغارهم وكبارهم مثلا أشغال الإبرة والجلد والحفر على الخشب..

يلعب الترويح الأسري دورا هاما في حياة العديد من الأسر، هذا وقد ذرك كل من **شاو وداوسون Shaw & Dawson (2001)** أن الترويح الأسري الإيجابي هو أمر هادف بطبيعته وأن يخططان ويسهلان الأنشطة الترويجية العائلية لتحسين العلاقات الأسرية، وزعم **كوشمان Couchman (1988)** أنّ أوقات الفراغ ربما تكون أهم قوة في إقامة علاقات متماسكة بين الأباء وأبنائهم ، كما أظهرت الأبحاث الحديثة التي قام بها كل من **ويلس ويدمر ومكوي Wells, Widmer & Mecoy (2004)** أن الترفيه الأسري والترفيح يرتبط بالعديد من النتائج الإيجابية في التفاعل الأسري والرضا والاستقرار مثل زيادة الرضا عن الحياة الأسرية، وتحسين التواصل وزيادة التماسك الأسري والقدرة على التكيف بشكل عام. **(Sarah Taylor agate, 07/11/2018)**

وفوائد الترويح والترفيه بين أفراد الأسرة عديدة منها: **(بلقاسم دودو ، وأحميدة تصير، 2013: 05-06)**

1- يعالج الرقابة في البرنامج اليومي ويقي الحياة الأسرية من الملل والفتور ، فهو يضفي الحيوية والمرح والسعادة والفرح بين أفراد الأسرة.
2- يخفف من الضغوط النفسية لأفراد الأسرة نتيجة للمسؤوليات والواجبات اليومية ، مما يزيد من قدرتهم على أدائها صورة أفضل فعندما تتأزم النفسيات وتشتد الأعصاب نتيجة للضغوط اليومية فإن المزاح والمرح بين أفراد الأسرة يعد من أفضل أسباب تنفيسها والتخفيف من حدة الضغوط.
3- الترويح الإيجابي يخفف من حدة المشكلات الزوجية ، ويقلل منها فالأزواج الذين يحرصون على قضاء وقت فراغهم في برنامج ترفيهي معا أقل مشكلات من الأزواج الذين ليس لهم مثل هذه البرامج.

4- يلبي الترويح الأسري حاجة من حاجات الفرد النفسية، فالإنسان يميل إلى حب الترفيه والترويح ، ويدخل السرور إلى النفس مما يعد وقاية من بعض أمراض العصر كالاضطرابات السيكوسوماتية والاكتئاب والحضر النفسي.

5- ينمي الترويح النفسي الإيجابي الود والمحبة بين أفراد الأسرة ويقوي العلاقة بينهم ، وكلما اشترك أفراد الأسرة في برنامج ترويحي وتنافسوا فيه لكما ازدادت قوة علاقتهم وارتباطهم ببعضهم.

7-8 التوجيه نحو القيم الدينية والخلقية في الأسرة Guidance towards religious moral in the family: ترشدنا الدراسات إلى أنه كلما زاد الاستقلال للأبناء زادت قدراتهم على تحديد الأهداف وكلما زاد توجيه الأسرة لأعضائها كانت قدرتهم على التخطيط أكبر وكلما زاد التفاعل الأسري نحو القيم الدينية والخلقية زادت قدرة الأبناء على تحويل القرارات إلى أعمال وتنفيذها **(عمرو محمد عزب، 2016: 35)**

إلمام الأهل بالثقافة الدينية والتربية الخلقية له أهميته فإن تنمية القيم الخلقية والتوجهات الدينية بشكل معتدل بعيدا عن التعصب من أهم الجوانب التي يجب اتباعها في تربية الأبناء، كما أن للدين وظائف عديدة في الأسرة والمجتمع فهو منذ القدم شامل للثقافة وهو ذو وظيفة جوهرية للمجتمع الإنساني وإن كان أفراد الأسرة يختلفون في ما بينهم في درجة تعلقهم بالدين، من هنا تأتي أهمية الدين ومن ثم التربية الدينية والثقافة الدينية لدى الأباء لتربية أبنائهم تربية دينية صحيحة لا تتوقف عند تعليمهم تأدية العبادات فحسب، وإن ضعف الروابط الأسرية وشعور الفرد بالغربة والضياع وارتفاع نسبة الانتحار... هو نتيجة لغياب الجانب الروحي والخلقي في التربية الأسرية، إن للتربية الخلقية داخل الأسرة أهميتها لأنها لا تنفصل عن الدين، إلا أنه قد تصدر عن الأهل تصرفات خاطئة تعد هدامة للقيم الخلقية وتؤثر في أخلاق الأبناء ومنها: **(عمر هاشم ، 2017: 196-201)**

أ- التصرفات غير الخلقية التي تصدر من الآباء مثل الكذب والذي يعد من أقبح الظواهر في نظر الاسلام وعلى الآباء أيضا معرفة أن عدم تطابق العمل مع السلوك يؤدي إلى فشل محاولتهم في التربية الخلقية ، فالطفل يحتاج إلى قدوة يتأسى بها في القيم الخلقية ، وليس في حالة إلى الوعظ والنصح والإرشاد.

ب- لجوء الآباء لأسلوب الثواب والعقاب لإحداب تربية خلقية، إن الثواب والعقاب لا يكفيان فهناك قدر كبير لا يكتسب عن هذا الطريق بل بواسطة الملاحظة لسلوك الآخرين فالقدوة الحسنة طريق لإحداث تربية خلقية.

ج- يسعى الآباء إلى إتاحة الفرصة لأبنائهم للحديث عن أسرار الزملاء والأصدقاء، اعتقادا منهم أنها وسيلة لتوجيههم للابتعاد عن السيء من هؤلاء الأصدقاء ولكن الحقيقة أنهم يدفعون بهم لعادة سيئة هي إفشاء السر.

د- من الأساليب الخاطئة في التربية الخلقية التي يتبعها الآباء مع أبنائهم ، التهديب والترهيب بالله ،كأن يقولوا لأطفالهم إن كذبتم يدخلكم ربنا النار وفي هذه الفترة العمرية يجب الابتعاد عن هذا الأسلوب لأن نتائجه عكسية.

يتضح مما سبق ذكره أن الثقافة الدينية الخلقية للأسرة، لها ضرورتها في تربية الأبناء دينيا وخلقيا ومن ثم تصبح ضرورة لتثقيف الآباء تربويا حتى يستطيعوا أداء دورهم في تربية أبنائهم.

09- أنماط المناخ الأسري:

يرى **السيد سليم جودة (1999)** أن المناخ الأسري يقصد به نوعية أو ماهية الأساليب التي يمارس في ضوئها ومن خلالها الآباء والأمهات أدوارهم الأبوية والأمومية مع أبنائهم، من الجنسين في مسعاهم

لتطبيعهم أو تنشئتهم اجتماعيا وفق ما تعارف عليه المجتمع من قيم وعادات ومقومات السلوك، وقد يتخذ هذا المناخ الأسري أحد ثلاث أنماط رئيسية هي: **(السيد سليم جودة، 1999: 09)**

9-1 المناخ الأسري الأتوقراطي Autocratic: يغلب عليه النزعة الاستبدادية من جانب الآباء في كل ما يتعلق بالأبناء من أمور وقضايا دون أن يكون للأبناء حق إبداء الرأي فيما يراه الآباء أوالاعتراض عليه، مما يجعل الأبناء يتمردون على السلطة الوالدية ولا يخضعون لها أو يطيعون أوامرها خوفا من العقاب ولا يشعر الطفل داخل هذا النمط الأسري بالاستقرار النفسي السليم بل يشعر بالقلق والضيق والتمرد نتيجة معايشته لهذا المناخ الأسري الديكتاتوري ومحاولته التخلص منه. **(السيد سليم جودة، 1999: 19)**

ويخيم الجو الأوتوقراطي على الأسر الممتدة، فالأب يمثل منزلة اجتماعية أعلى بكثير من منزلة الأم وغالبا ما ينفرد في اتخاذ الإجراءات والقرارات إزاء شؤون الأسرة. **(محسن عقرن، 2002: 30)**

ويتميز هذا النمط الاتوقراطي بدرجة متدنية من الدفء العاطفي مع درجة عالية من الضبط والتحكم وإصدار الأوامر ويترك هذا النمط أيضا آثارا سلبية في سلوك الأبناء تتمثل في الشعور بالتعاسة والانسحاب وعدم الثقة بالآخرين والعدوانية. وهذا النظام الأسري نظام جامد لا يتيح لأفراد الأسرة الأخذ والعطاء والتعبير عن الأفكار والمشاعر. **(حمزة مالكي وعلي يانقيب، 2007: 07)**

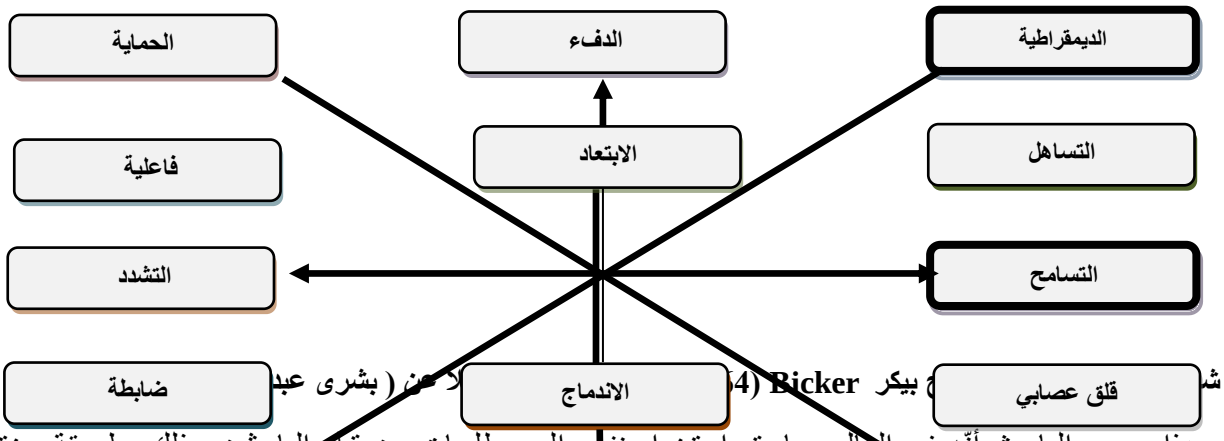
9-2 المناخ الأسري الديمقراطي Democratic: يحرص فيه الآباء على توضيح مغزى تصرفاتهم أمام الأبناء ، ويرحبون بالحوار والتعايش معهم في كل ما يعيشون أو يتعرضون له من مواقف وخبرات، كما يجعل هذا النمط الجو الأسري مفعما بالحب والدفء والاستقرار ويشعر الطفل فيه بذاته وكيانه لأنه يجد فيه إشباعاته الانفعالية والعاطفية واستقرارا نفسيا، وجوا من الأمن والطمأنينة. **(سليم جودة، 1999: 19-20)**

هذا ويخيم المناخ الديمقراطي على الأسر النووية وذلك لعدة اعتبارات منها تساوي منزلة الزوج مع منزلة زوجته وذلك بفضل المستوى الثقافي والعلمي الذي تحصلت عليه المرأة ، ومما يزيد ديمقراطية الأسرة النووية عدم تعرض الزوجين إلى القيود التي تفرضها عليهما سلطة الأقارب كسلطة الجد أو الأب أو الاخ الأكبر أو العم أو الخال... هذه السلطة التي كانت تقرر في كثير من الأحيان مصير ومستقبل الأسرة الممتدة سابقا. **(محسن عقون، 2002: 129)**

9-3 المناخ الأسري المتساهل Permissive discipline: مناخ أسري يتخذ فيه الآباء مواقف اللامبلاة من الأبناء دون أن يكون للآباء دور واضح في تسيير أمور الحياة في الأسرة بل يتخذ كل عضو في الأسرة قراراته بنفسه وفق ما يترائ له، دون أن يأخذ في اعتباره يمكن أن يترتب على هذه القرارات من عواقب ، فالأسرة ذات النمط التسيبي، تترك الحبل للأبناء على الغالب بحيث يعيش الأبناء بحرية مطلقة في التصرف في حياتهم وقراراتهم دون أي تدخل من جانب الآباء ويجعل هذا النمط الأبناء ينظرون لأنفسهم نظرة دونية واستهتار لأنهم لا يشعرون باهتمام الوالدين وبشؤونهم **(السيد جودة، 1999: 20)**

ويتميز النمط الأسري التسيبي بالإهمال وترك الآباء للأبناء دون توجيه أو إرشاد ودون محاسبة مما ينتج شخصية غير متوافقة اجتماعيا ولا تكترث لتوجهات الآخرين وهذا النظام الأسري هو عكس النظام السلطوي، فهو يطلق حريات الأفراد داخل الأسرة لأن يفعلوا ما يريدو، فلذلك إذا كان النظام الاوتوقراطي سيئا فهذا النظام أسوء بكثير لأن الفرد سيكون غير منضبط **(حمزة مالكي وعلي بانقيبة، 2007: 09)**

ومن خلال عدة تحليلات للدراسات السابقة التي تناولت أنماط المناخ الأسري توصل **بيكر Becker (1964)** لوجود ثلاثة أبعاد عامة للتنشئة وهي الحب والدفء العاطفي في مقابل العداء والتشدد في مقابل التسامح والاندماج الانفعالي في مقابل الابتعاد الهادئ. **(بشرى عبد الهادي، 2002: 50)**



ش بيكر Bicker (4 (بشرى عبد

هذا ويرى الباحث أنّه في الغالب ما يتم استخدام نفس المصطلحات من قبل الباحثين وذلك بطريقة مختلفة مثال مص ه بمعنى الأسلوب الرقابة، السيطر ية، الضبط العدواني أما مصطلح الديمقراطية فقد أشير إليه من قبل الباحثين والدراسات السابقة التي تناولت أساليب المعاملة الوالدية للأبناء مرادفا للحزم، الاعتدال، التسامح، العداء، المساندة السلبية، نقص الرعاية على كل حال لا يمكن تصور آباء أسوياء يكرهون أبنائهم، لكن ما يمكن تصوره أن يكون للآباء أساليب خاصة بهم تكون غير ملائمة للتعامل مع التنشئة الاجتماعية للأبناء.

10-المناخ الأسري والعلاقات الأسرية: ويقصد به الجو العام بمحيط الأسرة، فالمناخ الأسري هو الإطار الذي ينمو فيه الطفل وتتشكل شخصيته ومفهومه لذاته وعن الآخرين كما أن العلاقات والتفاعلات الأسرية هي أساس استقرار المناخ الأسري، حيث تشمل العلاقات الثنائية بين الوالدين وبينهم وبين الأبناء وبين الأبناء وبعضهم البعض وهذه ما تسمى العلاقات الأسرية الموجبة التي يسودها الانسجام والاحترام المتبادل. **(خالد بن محمد الرابعي، 2013: 126)**

وتعد العلاقة الأسرية أساس استقرار المناخ الأسري، فالعلاقة الأسرية هي تلك الجاذبية الوجدانية والتفاعل الواقع بين أفراد الأسرة والذي يتحدد بكيفية اتصالاتهم ، لأن العلاقة الأسرية عبارة عن تفاعل يتم من خلاله اختراق للأنساق والاتصال هو السبيل الوحيد لهذا الاختراق. **(ليبي مسعود، 2005: 16)**

هذا ويقصد بالاتصال الأسري ذلك التفاعل الذي يشتمل على جملة من العلاقات الاجتماعية بين أفراد الأسرة، فينشأ الاتصال بين الآباء والأبناء من خلال العملية الاتصالية داخل الأسرة والقائمة في الأساس على مبدأ الروابط الأسرية والصلة القوية بين الآباء والأبناء. **(علاء الدين كنفاني، 1999: 51)**

كما يرى **علي محمد الصغير (2011)** أن للعلاقات الأسرية وبخاصة العلاقات الثنائية بين الأم والأب وبين كل منهما والأبناء، وبين الأبناء ببعضهم البعض دور كبير في استقرار المناخ الأسري وصحته، هذا ومن الواضح أن العلاقات الإنسانية الموجودة داخل الأسرة التي يسودها الانسجام والحب والعطف والثقة والفهم، تهيئ مناخا أسريا صحيا من الناحية النفسية مشبعا بالطمأنينة والأمان، يعزز استعداد أفراد الأسرة للمواجهة والتعامل مع الضغوط التي يتعرضون لها من ثم عدم إحساسهم بالفشل في مواجهتها. **(علي محم الصغير، 2011: 35)**

هذا ويمكننا عن طريق شبكة العلاقات الأسرية قياس مدى التقارب أو النفور في الميول والقيم والاتجاهات بين أفراد الأسرة، فالأفراد في الأسرة يتجمعون معا مكونين بذلك شبكة اجتماعية نفسية محددة لطبيعة المناخ الأسري، ويرى **منصور والشربيني (2000)**، أن هناك مسارات متعددة للعلاقات الاجتماعية داخل الأسرة وجزائها في الآتي: **(محمد عبد المحسن التويجي، 2001: 104 -105)**

أ- **علاقة الزوج والزوجة :** وهي علاقات تقوم على أساس الحقوق الزوجية والمسؤولية المشتركة نحو الأبناء وبيت الزوجين التي يقرها الشرع الحنيف وما يتضمن ذلك من العناية بالأبناء وتنشئتهم وتقسيم العمل بين الزوجين والحقوق وواجبات كل منهما.

ب- **علاقة الأب والإبن:** وتقوم على مسؤولية الأب نحو الإبن، وما تشتمل عليه من تنشئة وتعليم وتربية وما يقابل ذلك من وجوب الطاعة والاحترام من جانب الإبن وتعاون من جانب الإبن عندما يكبر ويستطيع المساهمة في الحياة الأسرية من النواحي الاجتماعية والاقتصادية.

ت- **علاقة الأم والإبنة:** هي علاقة مماثلة لعلاقة الأب بالإبن وإن كانت تدور في معظمها بمحيط البيت نفسه وخاصة ما يتعلق بالشؤون المنزلية، والمساعادات التي تتوقع الأم أن تلقها من الإبنة حين تكبر.

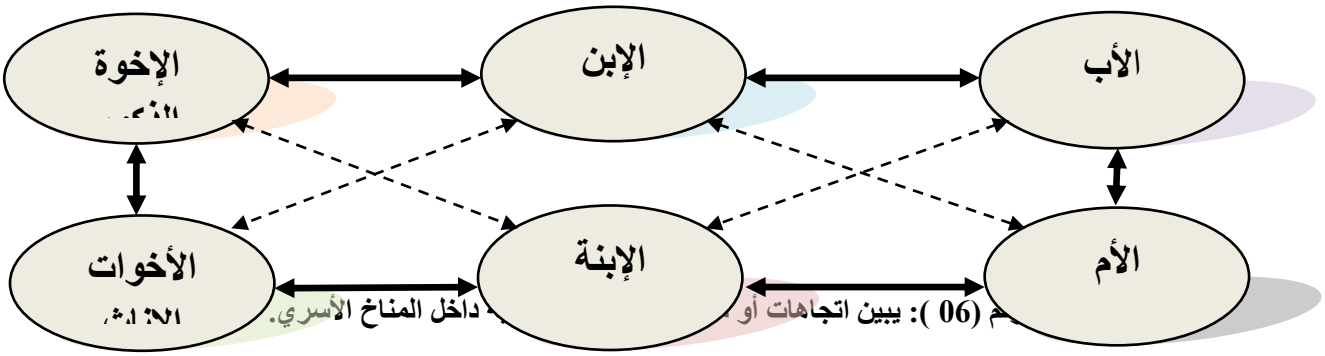
ث- **علاقة الأب والإبنة:** وهي تتمثل في مسؤولية الأب اتجاه حماية الإبنة ومساعدتها ماديا بعد الزواج في كثير من الأحيان، كما تتضمن موقف الأب من الإبنة وكيف تتميز هذه العلاقة بالتدريج بتقدم الإبنة في العمر.

ج- **العلاقة بين الأم والإبن:** والدور الذي تقوم به الأم في تنشئة الإبن الذكر والتقمص الإبن بأمه في فترة الحماية المبكرة ثم استقلاله التدريجي عنها وعن محيط النساء وكذلك الدور الذي يلعبه الإبن في حياة الأم ومسؤولياته نحوها في تقدمها في السن وخاصة عند رحيل الأب.

ح- **العلاقات بين الأخوة الذكور:** وهي علاقة زمالة في اللعب أثناء الطفولة وإن كانت تتطور إلى علاقة تعاون اقتصادي بالمجتمعات الريفية والبدوية تكون بإرشاد من الأخ الأكبر سنا نحو إخوته الصغار خاصة عندما يموت الأب وما يترتب على ذلك من مسؤوليات خاصة بالإبن الأكبر.

خ- **العلاقات بين الأخوات الإناث:** وهي تتمثل في حد كبير العلاقة التي تقوم بين الأخ الأكبر واخيه الأصغر وإن كانت تمتاز بوجه خاص بأن الأخت الكبرى في المجتمعات العربية يوكل إليها أمر العناية بأختها الصغرى منذ الصغر، وبذلك تقف عنها موقف الأم، فتعتني بنظافتها وتشرف على كل أمورها، ويظهر ذلك على وجه الخصوص عندما يكون الفارق في العمر بينهما كبيرا.

د- **العلاقة بين الأخ والأخت:** وهي علاقة زمالة في اللعب أثناء الطفولة وإن كان هذا إلى حد كبير يتوقف على فوارق السن بينهما ثم لا تلبث هذه العلاقة أن تتطور تدريجيا بحيث يطرأ عليها نوع من التحفظ بالسلوك إزاء أحدهما نحو الآخر ويرتبط ذلك بالمركز الاجتماعي لكل منهما وما يشعر به الأخ من مسؤولية نحو أخته.



داخل المناخ الأسري. **(06): يبين اتجاهات أو**

يرى الباحث أن طبيعة العلاقات الأسرية بين أفراد الأسرة الواحدة، يخلف مسارات معقدة تعمل على رسم شبكة التواصل الأسري وهي علاقات تتراوح من البساطة إلى التعقيد مشكلة بذلك طبيعة المناخ الأسري الخاص بكل أسرة على حدى.

11- تأثير المناخ الأسري على سلوك الأبناء:

للأسرة تأثير عميق في سلوك الأبناء واتجاهاتهم ونضج انفعالاتهم، فشخصية الأبناء تتشكل خلال الخبرات التي يعيشونها ومن خلال المناخ الأسري الذي ينشأ عن العلاقات الأسرية التفاعلية ويترك تأثيرا مباشرا على سلوك الأبناء واتجاهاتهم، فأنماط التفاعل والقيم والمثل العليا تتشكل ويتم تعلمها في المواقف الأسرية، ويعتمد المناخ الأسري على شبكة معقدة من السلوكيات والاتجاهات، فالجو الأسري العام المشحون بالخلافات والتوتر يؤثر سلبا في شخصيات الأفراد في النهاية. **(العزام محمد عبد الناصر، 2010: 10)**

هذا ويرى **عبد الحميد منصور (1998)** أن المناخ الأسري يلعب دورا كبيرا في تحديد سلوك الطفل وأن أسلوب التراخي المنتهج من قبل الآباء في تربية الأبناء من الأسباب الرئيسية لاكتساب السلوك العدواني عندهم، إذا كان هذا العدوان من جهة الأبناء يلقى الترحيب والدعم من قبل الآباء فإن هذا السلوك الأبوي المتراخي يدعم السلوك العدواني عند الأبناء. **(عبد المجيد منصور أحمد، 1998: 310)**

وفي دراسة **فو كي Foo,ky (2013)** حول أثر المناخ الأسري على عادات القيادة لدى المراهقين بماليزيا وكوبانق كريان تم تأسيس علاقة موثوقة وثابتة بين النموذج الأبوي الإيجابي والتواصل الأسري مع الأبناء المراهقين وعلى وجه التحديد يعد المناخ الأسري عنصراً هاماً من عناصر التعزيز والنمدجة والدعم في تفسير المفاهيم الشخصية والعادات والقيم ونظام المعتقدات، فالأسرة لها إسهامات في عادات سلوكيات القيادة للأبناء، وينصب التركيز باستخدام العدوانية واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في آثار الإشراف الأسري ومن حيث المراقبة والتثقيف والتوعية من سلوكيات القيادة. **(Fook ky, 12/12/2019)**

ويُعد الجو العاطفي للأسرة الذي يسوده التقبل والتسامح والمودّة والحب من أهم العوامل المؤثرة إيجابا في تكوين شخصية الأبناء، فاستخدام النمط الديمقراطي من قبل الوالدين بالتربية يؤثر في التكيف الاجتماعي للأبناء، حيث يصبحون أكثر ثقة في أنفسهم وقدرة على تحمل المسؤوليات **(منال البارودي، 2015: 27)**

وقد أجرى **جان وشولين وتساي Jen CK, & Chou, LF.Lin, CY , Tooni M (2012)** دراسة حول تأثير إدراك المناخ الأسري على الأداء الوظيفي من خلال منظور ثقافي جماعي وقد قاموا بفحص الآثار الإيجابية لمفاهيم الموظفين عن المناخ الأسري، على مستوى وساطة الولاء بين التطور للمناخ العائلي، والأداء الوظيفي، والاعتدال السلوكي البنائي، على العلاقة بين إدراك المناخ الأسري والولاء وبينت النتائج المتوصل إليها دعمت فرضيتهم من خلال آليات نقل سلوك الأسرة وتحديد الهوية الاجتماعية والتبادل بين الأبناء والآباء في إدراك المناخ الأسري حيث تعزيز الولاء للأفراد الذين لديهم مستويات منخفضة من السلوك البنيوي، وتناقضت هذه النتائج من حيث آثارها النظرية والعملية **(Jen CK & al ; 2012)**

وقد وجدت دراسة أجرتها **جامعة بنسلفانيا الأمريكية universite de pensylvonie**، أن الأهالي الذين يستخدمون استراتيجيات فعالة في التربية يمتلك أبنائهم مهارات أفضل لإقامة علاقات صحية خالية من العنف، وأكدت الدراسة أنّ الأبناء الذين يعيشون في مناخ أسري إيجابي مع أهل يوفرون لهم أسباب اتخاذ القرارات مع

الامتناع عن العقوبات القاسية، يتمتعون بالقدرة على حل مشكلات علاقاتهم بشكل أفضل، وأوضحت النتائج أنّ للعلاقة الأسرية تأثيرات طويلة المدى على العلاقات العاطفية للأبناء. **(في صحيفة الاتحاد، 2018: 05)**

12 المشاكل التي يتعرض لها المناخ الأسري: ويرى كل من **محمد صالح وفؤاد عبد الجوالدة (2009)**، أنّ المناخ الأسري يواجه أربع صعوبات تعرف بـ **4AS**، والمتمثلة في ما يلي: **(صالح وعبد الجوالدة، 2009: 09-10)**

12-1 التكيف Adaptation : ويقصد به ضرورة تكيف الأسرة مع ظروف الحياة الاجتماعية ، والتأقلم مع الواقع المعاش في المجتمع الذي تنتمي إليه الأسرة.

12-2 تحقيق الأهداف Achive the gools: يقصد به مدى قدرة الأسرة على تسطيرها لأهدافها وإدراكها لها مع القدرة على تحقيقها، وذلك في إطار البيئة الاجتماعية التي تنتمي إليها.

12-3 الجيشتالط Algistt: وهو أن المنطق الأساسي للمجتمع يكون من خلال مطالبه وصولا إلى خدمة أفراده ، وبالتالي القدرة على تحقيق أهدافه التنموية في إطار ما يعرف بالدائرة القارية العالمية ، ذلك لكون أن الأسرة هي كيان صغير الأمر الذي يحتم عليها تشكيل نسقا فكريا وعقائديا وفقا لفلسفة المجتمع الأصلي ، ويدور ذلك حول المدخل البنائي الوظيفي في تحليل كل جزء والطريقة التي تترابط بها هذه الأجزاء مع بعضها البعض، وهنا يتم تغليب المصلحة العامة على المصلحة الخاصة.

12-4 القلق anxiety: يقصد به مدى ارتكاز الفرد على صراع الدور بالأسرة من خلال مواجهة المتطلبات المختلفة، وأن القلق الناجم عن الأفكار السلبية لدى أفراد الأسرة يتسبب في كثير من الأمراض، والذي يساعد على ذلك هو انتشار بؤرة التفكير السلبي التي تثير في النفس الشعور بالعدوانية والخوف والتعصب في الرأي مما يؤدي في كثير من الأحيان لعدم القدرة على ضبط السلوك الانفعالي، وهو ما يعرف بالانحراف الفكري في الاتجاه المعاكس للأمن المنشود.

13 المناخ الأسري الجزائري :من الصعب جداً تحديد طبيعة المناخ الأسري في الجزائر بصورة عامة وشاملة ، وذلك لتداخل عدة اعتبارات تنطوي عليها وليس من السهل استخلاصها، حيث يجب الأخذ بعين الاعتبار الجوانب الاقتصادية والتحولات السياسية والعوامل الثقافية والتربوية والتاريخية وذلك من أجل إعطاء المؤشرات العامة التي تمثل المناخ الأسري الجزائري هنا قام الباحث بالتركيز على خمسة عناصر رئيسية هي:

أولاً- نوع المناخ الأسري الجزائري : وذلك من حيث الطابع العام الذي يغلب على الأسرة الجزائرية ، بمعنى هل هي أسرة نواوية لا تضم سوى الوالدين والأبناء، أم أنها أسرة ممتدة تتعدى هؤلاء الأشخاص لتضم الجد والجدة ونجد في دراسة تار (1991) أن معظم الأسر الجزائرية ذات طابع نووي وتكتفي بالنواة الأساسية وهما الأب والأم بدون نسيان الأبناء، بينما الاسر الممتدة لا تمثل سوى ربع الاسر الجزائرية . **(في مصطفى بعلي، 2015: 59)**

هذا وقد أظهرت النتائج **ديوان الوطني للإحصاء (1998)** بأنه لا توجد علاقة واضحة بين التحضر ونمط الأسرة، حيث أن الأسرة النووية لا تنتشر كما هو شائع في الوسط الحضري مثل الجزائر العاصمة، وأن أكثر من مربع الأسر المتحضرة بالنسبة للعاصمة هي أسر غير نووية فهي متسعة أو ممتدة وذلك لأسباب تتعلق إما بالسكن أو لأسباب اجتماعية، أما على المستوى الوطني فإن حوالي 37% من الأسر الحضرية غير نووية مشعة والاعتقاد السائد بأن الأسرة الممتدة من خصائص المجتمع الريفي هو اعتقاد خاطئ وغير صحيح فالتغير الذي عرفه المجتمع الجزائري شامل طال جميع البيئات الريفية والحضارية على حد سواء، وهذا ما أظهرته نتائج العمليات الإحصائية

لعام (1998) من حيث وجود فرق واضح نحو نمط الأسرة النووية، الذي يمثل 71% من مجموع أنماط الأسرة الجزائرية في مقابل 31.90% فقط تمثل نمط الأسرة الممتدة. ينتشر نمط الأسرة النووية بالمناطق الريفية بنسبة أكبر من 71.30% ورغم هذا الفارق الطفيف بالنسبة إلا أن له دلالة كبيرة.**(بوروبي رجاح فريدة، 2013: 06)**

ثانياً- كثافة المناخ الأسري الجزائري: وذلك من حيث حجم الأسرة الجزائرية، فالملاحظ هنا أن أغلب الأسر الجزائرية تتكون من الآباء بالإضافة إلى عدد من الأبناء، والجدول التالي يلخص تطور متوسط حجم الأسر الجزائرية في شكلها العام، وحسب المنطقة السكنية التي تنتمي إليها. **(طبعة عمر، 2015/12/21)**

جدول رقم (01): يمثل تطور متوسط حجم الاسرة الجزائرية حسب الوسط السكاني (1966 - 2008)

التعداد	الوسط السكني		المجموع
	حضر	ريف	
1966	5,59	6,07	5,92
1977	6,65	6.67	6,66
1987	6,83	7.69	7,10
1998	6,20	6,90	6,30
2002مسح	6,18	6,64	6,36
2006مسح	5,67	6,20	5.89
2008 مسح	5.70	6,20	5,86

هذا ويرجح الانخفاض التدريجي الذي طرأ على حجم الأسرة الجزائرية خاصة في الفترة الممتدة من 1966 إلى يومنا حسب الدراسات السوسيولوجية إلى:

1- التغير الإرادي أحيانا واللاإرادي أحيانا أخرى للأسرة الجزائرية من الممتدة لنووية الأمر الذي دفع هذه الاخيرة بالاستقلالية عن أقاربها في مضمار السكن المعيشي، وحسب البحوث السوسيولوجية ترتفع نسبة الأسر النووية كلما قلت أزمة السكن في المجتمع الجزائري.
2- رغبة الأسرة الجزائرية في تطبيق طرق تحديد وتنظيم النسل رغبة منها في تحديد عدد أبنائها وذلك للظروف الاجتماعية والاقتصادية.
3- قلة نسبة تعدد الزوجات أو نظام تعدد الزوجات في المجتمع الجزائري، وشيوع النظام الأحادي للزواج الذي يلعب دورا لا يستهان به في تحديد حجم الأسرة وتغيير تركيبتها الاجتماعية.

ثالثاً- المستوى الاقتصادي للمناخ الأسري الجزائري: ويقصد بالمناخ الاقتصادي الأسري، الجو الاقتصادي الذي تعيش فيه الأسرة من حيث ما ينفق فعلاً، هذا وقد يترك ضغط المستوى الاقتصادي آثارا صعبة لدى الأبناء بالأسر الفقيرة مما يؤدي للشعور بالحرمان والضعف تجاه الآخرين، ويقود هذا الواقع الابناء إلى تكوين سلوك اجتماعي غير سوي وغير مناسب، أما المستوى الاقتصادي المرتفع ففيه توفر الأسرة جوا مناسبا للنمو ولكن أحياناً يؤدي إلى سوء التكيف وضعف المسؤولية **(أشرف محمد أحمد علي وآخرون، 2016: 69)** ولعبت العوامل الاقتصادية دوراً واضحاً في تغير النسق والبناء الأسري في الجزائر وخاصة بعد الاستقلال، فالمناخ الأسري الجزائري في حالة تحول مستمر من مناخ أسري ممتد إلى مناخ أسري نووي. **(محسن عقون، 2002: 129)**

هذا وتعتبر الأسرة الجزائرية كغيرها من الأسر العربية شهدت عدة تطورات في العديد من الجوانب خاصة الجوانب الوظيفية منها، فبعد أن كانت هذه الأخيرة في يد الأب أو كبار السن عموما أصبحت ترتبط بالوضع الاقتصادي

وبالمركز الاجتماعي، بالإضافة لتغير مكانة المرأة وخروجها للعمل مما أعطاها فرصة لممارسة السلطة في نطاق أوسع مما كانت عليه بالسابق، كل ذلك أدى إلى تغير في الموازين داخل الأسرة الجزائرية وخاصة أنها قد مرت بظروف اقتصادية صعبة أدت إلى زيادة نمو الفقر بين أفراد المجتمع وغلاء المعيشة وغيرها من العوامل الاقتصادية الأخرى التي ساهمت في تراجع دور ووظيفة الأسرة. **(قارة ساسية، 2012: 117)**

رابعاً- المناخ الأسري الجزائري التقليدي: يمتاز باتساع وكبر حجمه، ففي الجزائر يمكن أن يسود الأسرة في نطاقها المتكون من أقرب الأقارب المشكلون لكيانها الاقتصادي والاجتماعي، علاقات التزام متبادلة والتبعية والمساعدة الاجتماعية لأفراد الأسرة، فالأسرة الجزائرية في الوسط التقليدي تتطور تحت ضغط العولمة وتحت المراحل الجديدة لتكنولوجيا والسيطرة على البيئة فالمجتمع القبائلي kabil مثلا، تتسع فيه الأسرة وتتسم القبيلة أو العشيرة بالاستقلالية الكبيرة وينتج عن ذلك قوة ومتانة الروابط العائلية وأن طابع الحياة الاجتماعية واضح أكثر عندهم ولا تنقرض العائلة بموت الأب، يتراوح حجم العائلة غالبا من 40 إلى 60 شخص. **(ساهم بن عاشور، 2002: 26-27)**

خامساً- المناخ الأسري الجزائري المتحضر: يمتاز بصغر حجمه ومن سيماته الحديث أنه نووي ويغلب عليه الطابع الزواجي، كما يمتاز أيضا هذا الشكل من الأسر على اقتصار التزاماته على الزوجين وأولادهما غير المتزوجين، أما العلاقات الأسرية فتتحدد في كل من أسرتي الزوج والزوجة وكذلك من امتيازاتها حصولها على الاكتفاء الذاتي وتقوم على أساس الحرية والاستقلالية وضعف العلاقات القرابية نتيجة المطالب المادية والضغوط الثقافية، فهو مناخ أسري جزائري مركب أي أن الأبناء يعيشون مع الأبناء لفترة معينة قبل أن يستقلوا نهائيا بحياتهم وتكوين وحدة إنتاجية خاصة، بمعنى أن الأسرة المركبة هي إحدى مراحل دورة حياة الفرد. **(ساهم بن عاشور، 2002: 28-29)**

الخصائص البنيوية والوظيفة للمناخ الأسري الجزائري: وتمتاز التنشئة الأسرية في الأسرة الجزائرية بسيمات وخصائص بنيوية ووظيفية تميزها عن بقاي الأسر الأخرى:

أ- **الخصائص البنيوية للمناخ الأسري الجزائري:** تعد الأسرة أو العائلة الجزائرية، أسرة أبوية بمعنى الأب أو الجد هو القائد المنظم لأمورها وهي أيضا أسرة أعتوضية أي أن النسب فيها يعود للذكور والانتماء أبوي ويرى **مصطفى بفنتوشة** ان الأسر الموسعة في الجزائر بدأت تترك مكانها للأسر النووية نتيجة للتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية، التي يعرفها المجتمع الجزائري المتعدد والمتعدد والمعقد لدرجة يصعب تحديد نمط اجتماعي له وحسب **مصطفى بوتنوشت،** فإن الجزائر ما تزال تعيش فترات انتقالية ولم تصل بعد لزمن العصرنة وقد اقترح ثلاث مستويات تصنيفية لأسر المجتمع الجزائري هي: **(في مزوز بركو، 2009: 46)**

1. النظام الأسري الزواجي التقليدي
2. النظام الأسري البطريقي، أي السلطة في يد الأب.
3. النظام الاسري الأبوي.

ب الخصائص الوظيفية للمناخ الجزائري: لا يمكن إهمال في المجتمع الجزائري دور كل من الأب والأم في عملية التنشئة الاجتماعية بالإضافة إلى المدرسة ومؤسسات المجتمع الأخرى ، كالمساجد ومراكز التكفل، بحيث ينشأ الطفل الجزائري على فعل الخير وحب الآخرين وفقا لقيم وعادات وثقافة مجتمعه وهذا كانت للأسرة فيما مضى وظيفة تعليمية أما الآن الوظيفة أصبحت من اختصاص المدرسة وكانت الأسرة الجزائرية هي التي ترفه عن أبنائها أما الآن فأصبحت السنما والجمعيات والفرق الرياضية هي التي تقوم بذلك **(مزوز بركو، 2009: 46-47)**

سادساً- الخصوصية الثقافية للمناخ الأسري الجزائري: توجد خصائص مشتركة بين النظام الأسري الجزائري والأنظمة الأسرية الأخرى وفي بعض الأحيان موحدة وتمثل الأسرة حلقة من التأثير المتبادل بين التاثير والتأثر ببقية الأنظمة الاجتماعية في المجتمع، وأن الاسرة هي الوسط الذي يحقق الفرد إشباعاته الطبيعية والاجتماعية، بصورة شرعية يقرها المجتمع ، وتمتاز اسرة بأنها تمارس قواعد الضبط الاجتماعي على أفرادها، وهي وحدة إحصائية للتعداد السكاني....فالخصائص العامة للأسرة الجزائرية كغيرها من الأنظمة عرفت تحولات اقتصادية وثقافية واجتماعية تميزها عن غيرها من الأسر العربية خاصة والعالمية عامة، وفي ذات السياق يمكن عرض خصائص الثقافة للأسرة الجزائرية في إطار تحولها نمط ممتد إلى نمط نووي من خلال ما يلي:

أ- انتماء الأسر الجزائرية بحكم موقعها وقومياتها وخصائص ثقافتها إلى الدول الأفرو متوسطية، الإسلامية العربية الأمازيغية، والمغاربية، فهي تحمل مزيجا متنوعا من الموروث الثقافي الناجم عن هذه السيمات إلى جانب الموروث التاريخي الناجم عن الحقب الاستعمارية المتعددة التي شهدتها الجزائر على مر التاريخ من الاستعمار الروماني إلى الفرنسي آخر المستعمرين. **(ياسين آمنة، 2017: 151)**

ب- تبيان في التأثير الثقافي أدى إلى احتلال الأسر بالجزائرية المتباينة لمراكز ثقافية مختلفة ، فهي تختلف من حيث نسقها القيمي، فلازالت هناك أسر ثقافتها تقليدية أكثر من كونها عصرية ، وأخرى تمثل المركز العصري مع حفاظها على القليل من التقليد **(فتيحة حراث، 2013: 53)**

ت- الملاحظ لدى الجزائريين هو وجود موقف مزدوج أو متناقض نحو ثقافتهم ، فالشخصية الجزائرية منقسمة بين اتجاهين متصارعين وهنا الرغبة في التوافق مع نظام القيم المتوارثة الذي يرمز لهوية المجتمع بنفس الوقت ما يطلق عليه الثقافة الحديثة ذات الاحتمالات القوية من المنافع والمزايا التي لا تعترض عليها الأسر الجزائرية وهناك محاولات للجمع بين الهوية الرسمية المقررة وبين هوية الطموح التي تولد درجة من تحقيق الذات، الهوية الأولى تعتمد على الموروث الثقافي الذي له صفة المقدس باعتباره المصدر الدائم لهوية الأسرة والهوية الثانية تستخدم وسيلة لتحقيق الذات **(قنفوذ محي الدين، 2017: 06)**

إذن ما يمكن استخلاصه عن المناخ الأسري الجزائري من هذه المؤشرات والخصائص ، أنه مناخ يمتاز بالطابع النووي أو الزواجي في الغالب ولكن يبقى هذا الأمر يمس شكل الأسرة وحجمها أي من ناحية الشكلية أما من الناحية الثقافية والمتعلقة بالاعتقادات والقيم والعادات المكونة لهوية الشخصية الجزائرية فمازالت تسير في مسار أكثر اتساع بالاتجاه المحافظ وهذا بسبب العلاقة الجدلية المتبادلة بين الأسرة والمجتمع.

خلاصة الفصل:

في ضوء ما تم عرضه نجد أن البيئة المحيطة بالأبناء _المناخ الأسري بما فيه من أساليب معاملة الآباء لأبنائهم_ تعتبر عاملاً هاماً في تشكيل شخصيتهم وتكوين اتجاهاتهم وميولهم ونظرتهم للحياة ، فالمناخ الأسري المهيأ للتواصل والقائم على التفاعلات الإيجابية بين الآباء والأبناء والتوجيه الأسري الإيجابي والرعاية ، كلها ظروف وعوامل وجودها يؤدي إلى تحقيق الصحة النفسية ، وإذا ما فشلت الأسرة في توفير المناخ الأسري الصحي الذي يساعد على تحقيق التوازن النفسي ، فإنّ ذلك سوف يؤدي بالضرورة إلى عدم إتاحة الفرصة للنمو الشخصي السليم لأفرادها فتتحول بذلك الأسرة إلى بؤرة مولدة للاضطرابات النفسية للأبناء.

الفصل الثالث :

السلوك العدواني Agressive behaviour

- تمهيد

1. تعريف السلوك العدواني
2. مظاهر السلوك العدواني
3. أنواع السلوك العدواني وأشكاله
4. النظريات المفسرة للسلوك العدواني
5. عوامل وأسباب العدوان
6. تشخيص السلوك العدواني
7. أطراف العلاقة في السلوك العدواني
8. قياس السلوك العدواني
9. علاج السلوك العدواني

تمهيد : بالرغم من أن العدوانية تعتبر سلوكاً مألوفاً في كل المجتمعات تقريباً إلا أن هناك درجات من العدوانية بعضها مقبول ومرغوب فيه كالدفاع عن النفس وبعضها الآخر غير مقبول ويعتبر سلوكا هداما لشخصية الفرد ومزعجا في كثير من الأحيان، ومن هذا المنطلق اتصف اهتمام الباحث على دراسة هذا السلوك من الناحية الأسرية وذلك لماله من نتائج وخيمة على صحة الأبناء من الناحية النفسية والجسمية.

1 تعريف السلوك العدواني:

1-1 لغةً:

1-1-1 السُلُوكْ: يدل السلوك على سير الإنسان وتصرفاته وانتباهاته. **(المعاني الجامع، 2016/06/22)**
والسلوك مصدر سلك، يقال: سلك طريقاً، وسلك المكان يسلكه سلكا وسلوكا وسلكه غيره وفيه وعليه، قال **عبد مناف بن ربع الهذلي** حتى إذا أسلكوهم قتائده مثلا، كما تطرد الجمالة الشر والداء. وسلكت الشيء أي أدخلته فيه، فالسلوك لغة يدل على سيرة الفرد واتجاهها ومذهبه وأخلاقه، حيث يقال أن شخص سيء السلوك أو حسن السلوك. **(ابن منظور الانصاري، 1997: 442)**

1-1-2 العُدْوَانْ: وفي **المعجم الوسيط** يقال لا عدوان على فلان أي لا سبيل ولا سلطات عليه، وفي **التنزيل العزيز "البقرة آية 193":{ فَإِنْ انْتَهُوا فَلاَ عُدْوَان إلاَّ عَلى الظَّالِمِينْ }. (إبراهيم، مصطفى وآخرين، 2004: 259)**
والعدوان هو هجوم عنيف مباغت وتعدي ظالم لا مبرر له ونقول شخص عدواني متسم بطابع العدواني الدال على إرادة في الهجوم بدون أدنى تحفظ **(المنجد في اللغة العربية المعاصرة، 2000: 264)**

أما العدوانية، فهي الظلم وتجاوز الحد وتعتمد الميل إلى الاعتداء الذي قد يكون لفظياً أو جسدياً، فالعدوانية كلمة مشتقة من المفهوم اللاتيني agredir بمعنى:Marcher vers أي السير نحو وهي قابلة للهجوم والبحث عن المعارك وتمثل السمة الأساسية التي من خلالها يصبح الفرد مندفعا. **(Jean Louis Auduic, 2017: 09)**

يتضح من خلال هذه التعاريف اللغوية أن مفهوم العدوان يختلف بشكل كبير من مفهوم العدوانية وذلك أن العدوان يتضمن الظلم وتجاوز الحد في إطار هجوم عنيف ومباغت لا مبرر له ونقول شخص عدواني متسم بطابع العدواني الدال على إرادة في الهجوم يبرر أحد تحميل بحثا في التعاريف اللغوية اللاعدوانية على أنها ميل شديد إلى المخالصة ومناصبة العداء في الهجوم والاعتداء.

1-2 اصطلاحاً:

يستخدم السلوك العدواني بمعان مختلفة لذلك لا يمكن الاستناد على تعريف واحد في تفسيره أو فهمه، ذلك كون الأسباب والظروف والدوافع التي تعمل على تشكيله تتنوع وتتعدد وتختلف ويستوجب الباحث جملة من التعاريف المتعلقة بمصطلح السلوك العدواني.

أمّا **كونراد لورينز Konrad; Lorenz (1989)** ينظر للسلوك العدواني على أنّه أصل عفوي ناجم عن دافع داخلي غالباً ما يكون فطري ويتجلى في ردة الفعل العدواني، وتعزى العفوية للسلوك العدواني التي تؤدي إلى تراكم الطاقة في الجهاز العصبي وبالتالي الحاجة إلى آليات التفريغ التي يمكن أن توجد لدى الشخص في شكل ردود أفعال معينة - الأفعال الغريزية - ويتم استهلاك هذه الطاقة في أداء الفعل الغريزي ومن ثم فإن تغيير العدوان سوف

يعقبه انخفاض طائفي في الطاقة ، فالسلوك العدواني هو فكرة موحَّدة وحيدة الأبعاد، قائمة على غريزة محددة وهي الغريزة العدوانية. **(Farzaneth, Pohlavan; 05/10/2010)**

إلا أن **سيغموند فرويد Sigmund; Freud (1920)** يرى أن العدوان ما هو إلا تعبير عن غريزة الموت حيث يسعى فيها الفرد إلى التدمير سواء تجاه نفسه أو تجاه الآخرين، بحيث أن الطفل يولد بدافع عدواني، والسلوك العدواني ما هو إلا استجابة غريزية وطرق التعبير عنها ولا يمكن إيقافه أو الحدّ منه من حيث الضوابط الاجتماعية أو تجنب ذلك ويمكن توجيهه نحو الأهداف التخريبية أو الهدامة. **(خالد عز الدين، 2010: 46 -47)**

ويعرف **زياد أحمد بدوي (2011)** العدوان بأنّه سلوك يرمي إلى إبداء الغير أو الذات أو ما يحل محله من الرموز ويعبر عن الحرمان العاطفي الذي يشعر به الفرد والعدوان إما أن يكون مباشرا نحو مصدر الإحباط أو يكون عدوانا متحولا، وهو عدوان موجه إلى غير مصدر الإحباط، أي نحو الذات. **(زياد أحمد بدوي، 2011: 06)**

ويرى **قحطان أحمد الظاهر (2004)** أن السلوك العدواني سلوك ذو حدين، فهو مفيد للفرد في تحقيق أهدافه والوصول إلى حقوقه وإثبات ذاته وضار بالعلاقات الاجتماعية الأسرية والاجتماعية التي يحرص الفرد على تكوينها وتنميتها. **(قحطان أحمد الظاهر، 2004: 210)**

ما يقترب لحدٍّ كبير من تعريف **ألبيرت باندورا Albert Bandoura (1973)** للسلوك العدواني على أنه سلوك يحث نتائج مؤذية أو تخريبية ويتضمن السيطرة على الآخرين جسميا أو لفظيا وهذا السلوك يتعامل معه المجتمع بوصفه عدوان ويتحدد هذا السلوك من خلال ثلاث معايير يتم في ضوئها الحكم على السلوك بأنه عدوان: **(Albert; Bandoura,1973 :260)**

- خصائص السلوك ذاته: (إهانة ، ضرب ، تخريب)
- شدة السلوك ودرجته
- خصائص كل من المعتدي والشخص المعتدي عليه.

وفي نفس السياق يعرف كل من **منصور والشربيني (2003)** السلوك العدواني بأنه سلوك يصدر عن الأفراد والجماعات باتجاه أفراد آخرين أو اتجاه الذات وقد يكون لفظيا أو ماديا، سلبيا أو إيجابيا ، مباشرا أو غير مباشر، يحدث كنتيجة حتمية لمواقف الإحباط أو الدفاع عن الذات أو الرغبة في الانتقام ، يترتب عليه إلحاق الأذى البدني أو المادي بصورة متعمدة بالطرف الآخر. **(نجاة أحمد الزليطني، 2014: 38)**

وهذا ما يؤكده **بانتون Baneton (1984)** في تعريفه للسلوك العدواني، بأنه نوع من الاعتداء المادي نحو الآخرين والذي يضمن الهجوم أو الضرب وما يعادله من اعتداء معنوي كالإهانة والازدراء كما أنه محاولة لتخريب ممتلكات الآخرين، وهو أيضا سلوك يحمل عواقب مخزية تتضمن تمييز الذات كالانتحار أو إيذاء الذات كالأمراض المزمنة. **(أسامة فاروق مصطفى، 2013: 121-122)**

ويرى **سيزر Seasar (2011)** أن السلوك العدواني هو استجابة انفعالية متعلمة تتحول مع نمو الطفل وخاصة في السنة الثانية لعدوان وظيفي لارتباطها ارتباطاً شرطياً بإشباع الحاجات. **(خالد عز الدين، 2011: 08)**

يتضح من خلال التعريف الذي قدمه **سيزر**، أنّ السلوك العدواني ما هو إلا استجابة انفعالية نمائية يكتسبها الطفل مع مراحل نموه العمرية، والتي قد يتعرض فيها لإحباط أو حرمان يؤول دون إشباعه لحاجاته البيولوجية والنفسية فينشأ لديه مقاومة وميل إلى أن يكون عدوانيا.

إلا أنّ **بن حليلم أسماء(2014)**، ترى بأن السلوك العدواني هو ذلك السلوك الغير مقبول اجتماعياً ويمكن ملاحظته وقياسه ويظهر في صورة تعدي بدني أو لفظي، تتوفر فيه الاستمرارية والتكرار. **و ترى بن حليلم أسماء** أن السلوك العدواني هو سلوك يتعارض مع القيم والأعراف المتفق عليها اجتماعيا، أي أنه يتخذ منحى تخريبي. **(بن حليلم أسماء،2014 :07)**

هذا ويرى **خالد عز الدين (2010)** أن السلوك العدواني الصريح يتوقف على شدة ورغبة الشخص في إيذاء الآخرين وإبلاغهم ودرجة إحباط البيئة وإثارتها للميول العدوانية بالإضافة إلى كمية القلق والشعور بالألم المرتبطة بدرجة كبيرة بالعدوان. **(خالد عز الدين، 2010: 123)**

أما **بير كوتزليونارد Berkouitz, L (1962)**، يرى أن العدوانية هي نوع من السلوك سواء أكان بدنيا أو لفظيا، والذي يصدر بقصد إصابة شخص ما بأذى أو يتضمن تدميرا لذات. **(في أسامة فاروق، 2011: 122)**

ويصف **عبد العزيز ابراهيم سليم (2011)** السلوك العدواني، بأنه عدم ملائمة الخبرات السابقة للفرد مع الخبرات والحوادث الحالية، وإذا ما دامت هذه الحالة فإنه يتكون إحباط ينتج عن جزائه سلوكات عدوانية من شأنها أن تحدث تغيرات بالواقع حتى تصبح التغيرات ملائمة للخبرات الفرد. **(عبد العزيز سليم، 2011: 103-104)**

بالرغم من أن هذا التعريف يتفق مع الذي سبقه، غير أن **عبد العزيز ابراهيم (2011)** يضيف بأن العدوانية هي سلوك ينشأ عنه حالة عدم ملائمة الخبرات السابقة للفرد مع الخبرات الحالية، وهو الأمر الذي يؤجج لمشاعر العدوان بسبب الإحباط والغضب الذي يشعر به الفرد.

ويضيف **سيد صحبي (2003)** أن العدوان يكون مباشرا، حيث يمكن لصاحبه مواجهة المواقف التي تؤثره، أو قد يكون عدوانا غير مباشرا وهنا لا يعبر عن المواقف بصورة مباشرة، فيتخذ صورة المؤامرة والتشهير والغمز بغرض قذف الحاجات المادية معبرا بذلك عن درجة عالية من التوتر والقلق. **(سيد صحبي، 2003: 87-88)**

هذا وترى **هورلوك إليزابيت Hurlock; Elizabeth (1984)** أن العدوانية هي كل فعل فيه تهديد مستفز للآخرين، وأن الأبناء داخل الأسرة غالبا ما يعبرون عن عدوانيهم ماديا أو معنويا لإخوتهم الذين يصغرونهم سناً. **(Hurlock ;Elizabeth, 1984: 233-234)**

هذا التعريف **لهورلوك إليزابيت Hurlock, Elizabeth (1984)** يوضح بأن السولك العدواني ينشأ داخل النسق الأسري من خلال تهديد واستفزاز الأخ الأكبر لأخوه الصغير منه سنا من خلال الاعتداء البدني أو اللفظي وبالتالي نجد العدوانية هنا توضح من خلال النسقية الأسرية المغلقة.

أما بالنسبة **لميلاني كلاين Milani; Klein (1919)** العدوانية هي ذلك الصراع القائم بين الثقافية الغريزية غريزة الحياة وغريزة الموت وذلك من خلال كون غريزة الموت كانت غريزة أولية وحقيقة يمكن مشاهدتها تقدم نفسها على أنها تقاوم غيرة الحياة، وهدف العدوان هنا هو التدمير من خلال مشاعر الكراهية ، أما الرغبات المرتبطة بالعدوان تهدف إلى الاستحواذ والحسد والإزاحة في صورة الغيرة، وهنا نجد أن تدمير الشيء وصفاته أو ممتلكاته يمكن من الوصول إلى الرغبة، فإذا ما أحبطت هذه الرغبة يظهر وجدان الكراهية. **(في نجاة أحمد الزليطي،2014/10/21)**

إلاّ أنّنا نجد بعض التعاريف التي اتجهت إلى أنّ السلوك العدواني مدفوع بالغضب والكراهية على غرار تعريف **عبد الحميد والكفافي (1993)**، في معجم علم النفس والطب النفسي الجزء الأول نجد بأنّ السلوك العدواني هو سلوك مدفوع بالغضب والكراهية والمنافسة الزائدة بغرض الإيذاء أو التخريب أو هزيمة الآخرين وفي بعض الحالات يتجه نحو الذات. (في **سعود بن عبد العزيز الفايز، 2010: 30)**

وفي نفس السياق يعرف **سلامة (1984)** السلوك العدواني، بأنه الشعور الداخلي والغضب والاستياء والعداوة يعبر عنها ظاهريا في صورة فعل أو سلوك يقصد به الأذى وإلحاق الضرر أو شيء من هذا القبيل ، وأحيانا يؤذي إلى الإيذاء ويظهر في شكل عدوان لفظي أو بدني كما يتخذ صورة التدمير أو إتلاف للأشياء (في **سعود بن عبد العزيز الفايز، 2010: 106)**

ويرى **نظمي أبو مصطفى (2009)** بأن السلوك العدواني، هو سلوك متعلم، يحدث نتيجة لإحباط الفرد سواء باالأسرة أو المجتمع، ويتمثل في إيذاء الذات والآخرين والممتلكات. **(نظمي أبو مصطفى، 2009: 493)**

2 - بعض المفاهيم ذات الصلة بالسلوك العدواني: هناك بعض المفاهيم التي ترتبط بالعدوان وتتداخل فيما بينها:

- **الغضب Anger**: هو استجابة انفعالية غالبا ما تظهر على نحو عدائي بطرق لفظية وبدنية ، خاصة عندما يهدد الشخص أو يهاجم. **(محمد العمايرة، 2001: 29)**
فالغضب هو رد فعل على تصور الضرر المتعمد بالمعاملة من قبل الآخرين، ويرتبط أكثر بالمميزات الشخصية أكثر من الغرائز أو الإدراك وما الفظاظة والتهيُّج والعبوس إلا شكل من أشكال الغضب، فهو نمط سلوكي يهدف لتحذير المعتدين لوقف سلوكهم التهديدي. **(رجاء نحويديك، 2017/01/11)**
- **العدائية Hostilety:** وهي التي يرمي الفرد من خلالها إلى الإساءة للآخرين أو خداعهم دون أن يلحق بهم أي ضرر أو آلام بدنية. **(حسين فايد، 2008: 15)**
ويرى **جمعة سيد يوسف (2000)** أن العدائية هي شعور داخلي بالغضب والعداوة والكراهية موجهة نحو الذات أو نحو شخص أو موقف ما حيث أو جوهر العدائية هو المشاعر السلبية والكراهية اتجاه شخص أو أشخاص أو معايير اجتماعية متى تم التعبير عنها تحولت إلى سلوك عدواني. **(جمعة يوسف، 2000: 266-267)**
- **الإحباط Frustation:** وهو مجموعة من المشاعر التي تنتج عن وجود عوائق تحول دون تحقيق الفرد لأهدافه أو عدم إشباعه لحاجاته أو حله لمشكلاته الاجتماعية، فالإحباط يلعب دور مهم في تحقيق الصحة النفسية أو التحول بها إلى حالة مرضية، فهو يعتبر من أهم العوامل المؤثرة في التوافق النفسي لدى الفرد.**(مجمع اللغة العربية، 2017/04/18)**
- **الغيرة Jealous:** وهي حالة انفعالية يشعر بها الشخص وتظهر متمثلة في الثورة والنقد والعصيان والهياج وقد تظهر كذلك على شكل انطواء وانعزال مع الامتناع عن المشاركة كما تظهر في شكل سلبي للغاية، ونجد أنها تحمل صيغة القصوى وتمهد للهدم والتدمير ويرى **أدلرAlder** أن الغيرة والشعور بالنقص أساسا للعدوانية ، بحيث أن المراهق الذي يشعر بقصور في علاقته مع الآخرين والمحيط الذي يعيش فيه يستجيب بسلوك عدواني كإثبات لوجوده ومحاكاة الآخرين ومنافستهم في قدراتهم. **(على تعوينات، 2015/02/19)**
- **الحرمان Deprivation :** فهو شعور ينتج عن عدم إشباع رغبة معينة، قد تكون مادية أو معنوية هذا ويعتبر الحرمان من بين أهم العوامل التي لها صلة بالسلوك العدواني، لان هذا الأخير ماهو إلا تعبير ورد فعل على الحرمان من العطف والحنان والرعاية والحاجات الأساسية. **(علي تعوينات، 2015/02/19)**

هذا ويرى **سعود بن عبد العزيز الفايز (2010)** أن مفهوم المسلك العدواني مرتبط بمعاني أربعة هي على النحو التالي : **(سعود بن عبد العزيز الفايز، 2010: 41-42)**

أولاً : تأكيد الذات Self Assertiveness هذا المعنى يتسم بالعمومية ولا يتضمن أي دلالة ديناميكية، إلا أنه يشير لنشاط قوي بضمن بروز وتميز الفرد من خلال لفته للانتباه بالاعتداء على الآخرين، أي "أناه"

ثانياً : الاستحواذ أو التملك Acquisition ويصاحب هذا المعنى المعارضة أو المقاومة من قبل الفرد المعتدي للقوى التي تمنع هذا الاستحواذ وتشمل إتباع الأساليب العنيفة لتحقيق الامتلاك كالتعدي والاغتصاب

ثالثاً: السيطرة والتحكم The Control In Others بارغام المعتدي الآخر على الامتثال لرغباته والتسليم بها.

رابعاً : التخريب والتدمير Subversion ويتضمن هذا المعنى في جوهره إيذاء الغير بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في شخصه أو ممتلكاته وكذلك السلوك الرافض للسيطرة من قبل الآخرين.

3- الفرق بين العداوة والعدوان: عادة ما يوصف السلوك الذي يكون موجها ضد الآخرين على أنه **سلوك عدائي " hostile"** أو **عدواني " agressive "** لكن قد يخلط البعض بين المعاني المتعددة لمفهومي "العداوة" و "العدوان" ويمكن التمييز بينهما في كون أن: **(أسامة فاروق مصطفى، 2011: 223)**

1. **مصطلح العداوة Hostility:** يستخدم لوصف خلفية من اتجاهات سلوك عند فرد أو جماعة وهي اتجاهات لاستجابة تحملها استجابة لفظية مقنعة أو غير صريحة تتضمن مشاعر سلبية.
2. فيما مصطلح **العدوان Aggressive:** يتميز في الإعادة إلى الفعل والسلوك ذاته ضد شخص أو شيء من الأشياء أو موضوع من الموضوعات أو ضد جماعة أو ضد مجتمع.

أمّا **فولدزFoulds** لم يفرق بين العدائية والعدوانية واعتبرها دافعا واحدا، ويرد هذا الدافع إلى العقابية punitivité ويأخذ هذا الدافع شكلين رئيسين هما: العقابية المتجهة للداخل intrapunitivité أي موجهة نحو الذات والعقابية المتجهة للخارج extrapunitivé أي موجهة نحو الآخرين. **(قورة جليل، 1996: 40)**

وبالرغم من الفرق بين العداوة والعدوان إلا أن **فايد حسين علي (2007)** يرى بأنه يجب أن يحتفظ بالعدوان كمصطلح سلوكي أيا كانت دوافعه سواء كانت دوافع إجرامية أو عدوانية وأن تتعامل مع العدائية على أساس العدوان الخفي المضمر وهي الاستعداد والتهيؤ للفعل الذي قد يظهر في ظروف معينة.**(فايد حسين، 2007: 82-83)**

وهكذا يتضح لنا مما سبق ذكره أن العدوان يأخذ ثلاث مفاهيم أساسية هي على النحو التالي :

- **العدوان aggression:** يقصد به الهجوم الصريح على الغير أو الذات ويأخذ الشكل البدني أو اللفظي.
- **العدائية hostilility :** يقصد به ما يحرك العدوان وينشطه ويتضمن الغضب والحقد والإحباط .
- **الميل العدواني أو النزعة العدوانية Aggressivity:** يقصد بها الرغبة بالعدوان، أي هي الحلقة التي تربط بين العدائية كمحرك والعدوان كسلوك فعلي وتتضمن الرغبة بإيقاع الأذى بالغير أو الذات. فقد تكون رغبة لإيذاء الآخرين لتأكيد الذات السادية أو رغبة بإيذاء الذات تعبيرا عن الخضوع المازوشية.

4-لمحة تاريخية عن العدوانية Agressien:

ظهر مفهومم العدوانية بالفرنسية **Agrissien** مع بداية القرن السادس عشر ولم تكن متداولة إلا في الوقت الحالي الحديث فقد شاع استعمالها وتوسع خاص في ميدان علم النفس وهذا وكان الانجليز من الأوائل في اكتشاف كلمة العدوانية بعد الفرنسيين وذلك بالقرن السابع عشر من خلال استعمالها سنة (1859) بدراسة Oscaford-English بعبارة إنقاذ أوروبا من فرنسا الجشعة أما حديثا استعملها الألمان وتدعى باللاتينية ad.grada وتعني بذلك المشي بالاتجاه المعاكس. **(مصطفى حجاز، 1985: 321)**

وأصبح **فرويد S; Freud** يهتم بالغزيرة العدوانية في المعالجة العيادية التحليلية للأشخاص ذوي الطابع العدواني، وذلك من خلال تحويل الحركات العدوانية إلى مستوى الوعي بعد ذلك أصبح **لسيغموند فرويد Sigmund Freud** يتحدث عن النزوة العدوانية، وفي النهاية اكتشف عقدة أوديب ليصبح بعد ذلك للعدوانية دورا ومكانة في نظرية فرويد. **(مصطفى حجاز، 1985: 322-323)**

واستمر تأثر دولارد J. Dollard وزملائه بهذه الدراسات السيكولوجية لأكثر من عشرين عاما ثم تأتي بعد ذلك إسهامات كل من بص و بيركوفينس A,Buss & Perkovitz من خلال ابتكار بعض الأساليب التجريبية لقياس العدوان، وهي المحاولة التي فتحت الطريق لبحوث ودراسات عديدة مثل دراسة ألبيرت باندورا A; Bandoura (1973) وبارون A; Baron (1977) ومنذ تلك الفترة تنوعت بحوث العدوان على المسارين النظري والتطبيقي من أجل إبراز أهمية السلوك العدواني كموضوع حيوي وجدير بالدراسة. **(مريم بن سكير بقة، 2013/04/10)**

5- مظاهر السلوك العدواني :

5-1الحقد والضغينة Hatred and Grudge: يعرفها **بول روبرت paul robert (1973)** بأنّها شعور عنيف تدفع بصاحبها إلى أذية الآخرين مع الشعور باللذة والاستمتاع بمعاناتهم وآلامهم، فهي بذلك تعتبر عاطفة تهدف إلى إراحة الطرف الآخر مع إلحاق الضرر به، حيث من الممكن للشخص أن يتظاهر بالعداوانية تجاه الآخر بدون أي شعور بالحقد. **(ميشال أرجابل، 1982: 86)**

5-2 القسوة Cruelty: يرى **أحمد محمد الزغيبي (2011)** أن استخدام أسلوب القسوة من قبل الآباء في التعامل مع الأبناء، يشعرهم أنهم منبوذون وغير مرغوب فيهم ويخلق لهم شعور بالحرمان ويفقدهم الإحساس بقيمتهم الشخصية ويضعف ثقتهم بأنفسهم وهذا ما من شأنه أن يدفعهم إلى إرتكاب سلوكات عدائية والتطرف واللامبالاة، فالقسوة تشبه المازوجية وتعني الحصول على اللذة من خلال الإحساس بالألم وإيقاع القسوة على الذات بالإهانة أو الضرب فهي عدوان مرتكب بفعل، قصد التعذيب أو إلحاق الضرر بالنفس. **(أحمد الزغبي، 2011: 141)**

5-3 السادية Sadism: يعرفها **نعيم الرفاعي (1972)** بأنها حب تملك الآخر والتسلط والسيطرة عليه، فهي عبارة عن مشاعر تملك نرجسي متحررة من كافة قوانين النحو الأخلاقي، تكشف عن مواضيع وتخيلات بشرية دقيقة مثيرة للجدل موجودة في أعماق النفس. **(نعيم الرفاعي، 1972: 54)**

تدل على انحلال أخلاقي يحصل في شكل إشباع جنسي غريزي، وذلك برؤية المعاناة الجسدية والنفسية التي يوقعها المعتدى على شريكه وفي التحليل النفسي السادية مرادفة للعدوانية وتنظر **ميلاني كلاين Millani,K (1974)** التي تساوي بين **السادية والعدوانية** وتعتبرها لذة مصحوبة بالقسوة. **(محمود سالم، 2012: 115-116)**

4-5 العنف Violence: ويعرفه **نوبيرت سيلامي Nobert Sillamy (1980)** على أنه استعمال مفرط للقوة من خلال نفي القانون وحق الأفراد، مع عدم القدرة على السيطرة وتعتبر هذه القوة المعبر الظاهري للعدوان، بمعنى أن كل فعل عدواني ليس عنفا ولكن كل عنف هو عدوان. **(Nobert ;S, 1980: 125-126)**

ويرى **طه عبد العظيم حسين (2007)** أن الهدف هو مظهر من مظاهر العدوان، وأنه يرتكز على الجوانب المادية المباشرة، بحيث يتضمن الأفعال العدوانية التي تكون شديدة وأكثر شراسة. **(طه حسي، 2007: 193-194)**

5-5 التدمير Destruction: هو ضرر مقصود يلحقه الطفل بنفسه أو بالآخرين، سواء الضرر مادي أو معنوي، فالطفل الذي يدمر ألعابه لا يمثل فعل عدواني فقط بل قد يعبر عن سرور أو فرح كالسعادة وهذه ردة فعل شائعة وغريبة عندما نفكر فيها ولها علاقة بالطريقة التي نتعامل فيها مع المشاعر. **(نعيم الرفاعي، 1972: 55)**

6-5 الغضب Anger: وهو شعور عنيف مفاجئ مصحوب بتغيرات جسدية يمكن ملاحظتها عندما يزداد الغضب ويظهر كأنه غضب انفعالي يصنف ضمن الانفعالات وليس المشاعر، فالغضب يشتمل على الاستثارة الفيسيولوجية والاستعداد للعدوان، خاصة العدوان الغاضب. **(فايد حسين علي، 2007: 80)**

هذا ويرى **وفيق صفوت مختار (2001)** أن المظاهر العامة للسلوك العدواني لدى الأطفال تتسم بالنواحي التالية: **(صفوت مختار، 2001: 13-14)**

- نوبات مصحوبة بالغضب والإحباط، وقد يصاحبها مشاعر الخجل والخوف.
- الضغوطات النفسية المتواصلة أو المتكررة في بيئة الطفل والإعتداء على الأقران انتقاما أو بغرض الإزعاج.
- كثرة الحركة وعدم أخذ الحيطة لاحتمالات الأذى والإيذاء.
- عدم الامتثال للأوامر والتعليمات مع عدم القدرة على قبول التصحيح وتوجيه النقد اللاذع لزملائه.
- سرعة الانفعال مع التلفظ بألفاظ نابية والتهديد اللفظي والغير لفظي.
- الأفعال العلنية من خلال الاعتداء على الغير بالضرب أو التشاجر أو التخريب أو بأي نوع من أساليب الإيذاء.

6- أنواع السلوك العدواني وأشكاله:

1-6 أنواع السلوك العدواني: هناك أنواع عديدة من السلوك ، نذكر منها: **(خالد عز الدين، 2010: 23-24)**

1-1-6 العدوان المخبأ: يكون نتيجة للغيرة ، كعدوان الطفل عندما يأتي له أخ صغير.

2-1-6 العدوان المحول: وينتج من قسوة الوالدين وحرمان الطفل من تقدير ذاته، ويعالج بمشاركة ببعض أشياء البيت كرأيه في ملابسه أو واجبات الطعام أو غيرها من المواقف التحفيزية.

3-1-6 العدوان التخيلي: ينشأن من الصراع بين المشاعر العدوانية عند الطفل والمعايير الضابطة، ويتم معالجته من خلال ترك الحرية للطفل بالتنفيس عن غضبه وحل مشكلاته بنفسه.

4-1-6 العدوان العقلاني: يعتمد على مبررات عقلية في موقف محدد أما بالنسبة للنوع الثاني من مستوى التبرير العقلي، فهو ينطوي على القليل من المبررات العقلية، ويغلب فيه موقف اندفاعي عاطفي داخلي.

2-6 أشكال السلوك العدواني: السلوك العدواني أشكال ونماذج متعددة ، لكن بعض الأشكال فيها نوع من التداخل مع بعضها البعض ويمكن تصنيف العدوان على النحو الآتي:

أولاً : حسب الأسلوب

1-العدوان اللفظي أو الرمزي Verbal Agression: فهو استجابة صوتية تحمل مثيرا ضارا يقف عند حدود الكلام ويظهر في الصباح أو القول والكلام أو يربط السلوك العنيف مع القول الدنيء، الذي غالبا ما يشمل السب أو الشتم او المنابزة بالألقاب ووصف الآخرين بالعيوب أو الصفات السيئة. **(أسامة فاروق، 2011: 125)**

2-العدوان البدني: هو العدوان الذي يشترك فيه البدن في الإعتداء على الآخرين. **(أسامة فاروق، 2011: 125)** ويشير أيضا للاعتداء على الشخص الآخر من خلال استخدام أجزاء الجسم بهدف إلحاق الأذى به كالضرب والدفع والعراك بالأيدي أو استخدام الأسلحة والأدوات الأخرى كالسكين والبندقية. **(طه عبد العظيم، 2007: 347)**

3-العدوان الإشاري أو التعبيري Signal Aggression وهو نوع من العدوان تستعمل فيه الإشارات الجسمية ذات الدلالة الواضحة والصريحة بنية التعبير عن الاستياء أو التنفيس عن الغضب الذي يشعر به الفرد كإخراج اللسان أو حركة قبضة اليد وربما استخدام السباق وغير ذلك. **(رأفت بشناق، 2001: 229)**

يعرفه **عبد الله الوابلي (1993)** بأنه السلوك المتمثل في صورة الغضب أو الانزعاج الذي يمكن التعبير فيه بصورة تشبه في طبيعتها سلوك العدوان ، ولكنها لا تصل إلى مستوى العدوان أو العداوة. **(عبد الله الوابلي، 1993: 12)**

ثانياً: حسب الغرض أو القصد

1-العدوان المتعمد أو القصدي: ويشير إلى الفعل الذي يصدر عن الفرد ويهدف إلى تعريض الآخرين للألم أو الأذى ويطلق عليه أيضا اسم العدوان الناتج عن الغضب، ويعني أن العدوان يحدث نتيجة تعرض الشخص للأذى من الآخرين، فيستجيب وهو بحالة انفعالية غاضبة. **(عبد الله الوابلي،1993: 15-16)**

هذا وترى **خولي أحمد يحي (2000)** أن العدوان المتعمد هو الفعل الذي يقصد من ورائه إلحاق الأذى بالآخرين أما العدوان الغير متعمد، فيشير إلى الفعل الذي لم يكن يهدف لإلحاق الأذى بالآخرين على الرغم من أنه قد انتهى عمليا بإيقاع الأذى أو إتلاف الممتلكات. **(في بوشاشي سامية، 2013: 64-65)**

2-العدوان الوسيلي أو الدفاعي: وهنا يكون استخدام العدوان كوسيلة للحصول على ممتلكات الآخرين أو الأشياء التي بحوزتهم، بعبارة أخرى هذا النوع من العدوانية وسيلة وليست غاية. **(مصطفى نوري القمش، 2007: 204)** وحسب **أسامة فاروق مصطفى (2011)** فهو عدوان تستخدم فيه وسيلة العدوان في الوصول إلى الهدف. **(أسامة فاروق مصطفى، 2011: 125)**

بمعنى استخدام العدوان كأداة للحصول على شيء ما وقد لا يكون للفرد الحق في الشيء، ولكن يستخدم القوة الجسدية وأسلوب التخويف للحصول على هذا الشيء وهذا العدوان لا يستخدم بوصفه أداة أو وسيلة ضد الشخص نفسه، بل هو يعني استخدام العدوان كأداة لتحقيق الهدف ، إذن هذا الشكل من العدوان هو مجرد وسيلة وليس غاية، فهو سلوك يقصد به تحقيق أهداف معينة وليس بالضرورة إيذاء الشخص. **(جمال دفي، 2015: 77-78)**

وفي نفس السياق يعرف **حسين فايد (2007)** العدوان الوسيطي، بأنه ذلك العدوان الذي يحق من خلاله الشخص أهداف معينة، وليس بالضرورة إيذاء الآخر الواقع عليه. **(في بوشاشي سامية، 2013: 64)**

3-العدوان العدائي: وهو تعمد إلحاق الأذى بشخص آخر عن سابق عزم، معنى ذلك عقد النية على أخذ الحق بهذه الطريقة أو إيذاء شخص سبق له أن أغضبه في موقف ما. **(أسامة فاروق مصطفى، 2011: 126)**

هذا ويعرفه **طه عبد العظيم حسين (2007)** على أنه حالة انفعالية غاضبة تحدث نتيجة تعرض الفرد للأذى من الآخرين، فيستجيب بدرجة انفعالية عالية بحيث يفقد القدرة على التحكم في تصرفاته ويكون أكثر اندفاعية وينشأ في الغاب كرد فعل دفاعي على المثيرات الإحباطية والاستفزازية التي يدركها الفرد، وهذا العدوان تطلق عليه عدة مسميات منها: العدوان العدائي، العدوان الاستجابي ، العدوان الغاضب. **(طه عبد العظيم، 2007: 196 -197)**

4-العدوان العشوائي: يعرفه **اسماعيل ياسين عبد الرزاق (2014)** بأنه ذلك السلوك العدواني الأهوج والطائش ذو الدوافع الغامضة وغير المفهومة وأهدافه مشوهة وغير واضحة. **(اسماعيل عبد الرزاق، 2014: 115-116)**
ويرى **ناجي عبد العظيم (2006)** أن هذا النوع من السلوك العدواني يحدث كنتيجة لعدم شعور الفرد بالخجل والإحساس بالذنب الذي ينطوي على أعراض سيكوباتية في شخصية الفرد.**(جمال دفي، 2015: 78)**
5-العدوان المضاد: يعرفه **عبد الله الوابلي (1993)** بأنه عدوان يتضمن الدفاع عن النفس ولكن يترتب على ذلك آثار وأضرار تصيب الفرد المعتدي لأن العدوان الذي يفترض أن يأخذ اتجاها دفاعيا ربما يتحول في ذاته إلى عدوان هجومي تبرزه محاولة الفرد الحد من العدوان الذي يقع عليه.**(عبد الله الوابلي، 1993: 12-13)**

ثالثاً: حسب الضحية

1- من حيث العدد :

1-1 العدوان الفردي: هو عدوان يوجهه الفرد للآخر ولهذا النوع من العدوان دوافع كثيرة منها : دوافع التملك الاستحواذ أو دوافع القوة والسيطرة أو التنفيس في تأكيد ذاته. **(أسامة فاروق، 2011: 126)**
يستهدف فيه الفرد إيذاء شخص معني بذاته شقيقا أو أي طرف آخر بعينه. **(سامي ملعم، 2010: 255)**

1-2 العدوان الجمعي: يوجه العدوان ضد شخص أو أكثر من شخص مثل الطفل الذي يقترب من مجموعة أطفال منهمكين في عمل ما فتكون لديهم الرغبة في استبعاده ويكون ذلك دون اتفاق مسبق بينهم أحيانا يوجه هذا العدوان الجماعي للكبار أو ممتلكاتهم. **(رأفت محمد بشناق، 2001: 230)**

2- من حيث الاتجاه:

2-1 العدوان الموجه نحو الذات: وتعرفه **فاطمة الزهراء النجار (2011)** بأنه عدوان يهدف من خلاله الفرد لإلحاق الضرر بنفسه، كتمزيق ملابسه أو شد شعره أو ضرب الرأس أو إحداث جروح بالجسم، حيث تسيطر عليه مشاعر الانتقام والرغبة بإيذاء النفس والنظرة الدونية لذات. **(فاطمة الزهراء، النجار، 2011: 94)**
ويتضمن هذا النوع من العدوان تعريض الفرد نفسه للأذى أو الضرر، وذلك بسبب الشعور بالذنب الذي يشير الحاجة إلى عقاب الذات والخوف من ردة فعل المعتدى عليه، فيتقمص شخصيته ويوجه العدوان إلى نفسه بدلا من توجيهه إلى الشخص الذي اعتدى عليه. **(عبد الرحمن العيساوي، 1997: 106-107)**
والعدوان الموجه نحو الذات يحدث بقوة الضوابط الاجتماعية التي تعمل على منع الفرد من التعبير، نتيجة لضعف قدرته بمواجهة الآخرين، فيستهدف ذاته من خلال إيذاء نفسه وإيقاع الضرر بها.**(سامية جابر، 1998: 69-30)**
ويعرفه **فتياني أبو المكارم (2000)** على أنه إلحاق الأذى بالذات وتحفيزها وتدميرها والتقليل من شأنها أمام الآخرين. **(أحمد عبد الجواد فهمي، 2006: 44)**
فالإعتداء على الذات يتضمن الإيذاء البدني والأعراض العصابية والتي قد تكون كلُّها نوعاً من العدوان المنصب على الذات ويمكن أن تحدد نوعين من العدوانية المتجهة نحو الذات:

أ- **العدوانية الذاتية التطورية:** ذلك أنها قد تتخذ منحى تطوري نهائي، فهي تتطور في سن محددة كما أنها تؤدي دورا متباطئا لأولويات النمو الانفعالي وسيرورته، فهي شائعة عند الأطفال حتى السن الثانية، هذا ويتزامن ظهور هذه العدوانية مع وجود الطفل في مرحلة من النمو الانفعالي لا يمكنه إدراكها تماما وليس بإمكانه التحكم في رغبة التفريغ وذلك لتفادي الألم. **(رالف رزق الله، 1985: 53)**

ب- **العدوانية الذاتية الدائمة:** ويعرف هذا النوع من العدوانية بالعدوانية الذاتية متأخرة الظهور، وقد تم اكتشافها عند أطفال المؤسسات المحرومين من العائلة ويرجع سبب ظهور هذه العدوانية إلى مجموعة من الأعراض السيادية نجمت عن مشاعر الحرمان العاطفي للظروف القاسية كما نجمت في الوقت نفسه عن مشاعر الهجر، فهي تعبير

عن استجابة سيئة وعميقة لحالة الإحباط وبالإضافة إلى التصنيف القائم على الاتجاه الذي تأخذ فيه هذه العدوانية إيذاء الذات أو الغير فهي تظهر في أشكال وصور مختلفة يمكن لها أن تأخذ شكل الخفي المصدر مثل الغيرة والحسد والكراهية. **(رالف رزق الله، 1985: 54)**

2-2 عدوان اتجاه الأشياء اللطيفة Cuteness Aggression: ويتضمن هذا النوع من العدوان الرغبة في إيذاء الأشياء اللطيفة كالنظر في صورة أطفال لطفاء أو باء صغيرة، فإن الفرد يجد صعوبة في مقاومة الرغبة في إيذاء هذه الأشياء اللطيفة وهذه ردة فعل شائعة جدا ولكنها أيضا غريبة جدا عندما نفكر فيها. فالرغبة في إيذاء الأشياء اللطيفة لها علاقة بالطريقة التي يتعامل بها الفرد مع المشاعر القوية التي يواجهها خاصة عندما يرى شيئا لطيفا، فهو يجد صعوبة كبيرة بإخفاء حماسه بسبب الشعور بالتعب العاطفي أو تأثر غرائزه بصورة لا إرادية أو اضطراب مزاجه مثل الرغبة في البكاء من السعادة، فهي الطريقة الوحيدة التي يعبر فيها الفرد عن رغبته العدائية وانفعالاته اتجاه المشاعر القوية التي يراها في الأشياء اللطيفة. **(أحمد سليم، 2017/10/23)**

رابعاً : حسب الاستقبال

1العدوان المباشر: يعرفه **أسامة فاروق مصطفى (2011)** على أنه ذلك الفعل العدواني الموجه نحو الشخص الذي أغضب المعتدي وذلك باستخدام القوة الجسمية أو التعبيرات اللفظية**. (أسامة فاروق، 2011: 126-127)**

هذا ويقال للعدوان أنه مباشر إذا وجهه الفرد مباشرة إلى موضوع الإحباط وذلك باستخدام القوة الجسمية والتعبيرات اللفظية .**(ريكان ابراهيم، 2004: 142)**

وفي نفس السياق يعرفه **عبد الرحمن العيساوي (1997)**، على أنّه ذلك العدوان الذي يوجه مباشرة إلى الشخص أو الشيء الذي يسبب له الإحباط والفشل. (**عبد الرحمن العيساوي، 1997: 108)**

ويعرفه **قحطان أحمد الطاهر (2004)** بأنه العدوان الذي يكون هدفه الشخص المعرض الأصلي أو المستفز للسلوك العدواني. **(قحطان أحمد الطاهر، 2004: 118)**

فهذا النوع من السلوك العدواني يكون موجها بشكل مباشر إلى الشخص مصدر الإحباط، مستخدما في ذلك القوة الجسدية والتعبيرات اللفظية .**(جمال دفي، 2015: 77)**

2-العدوان الغير مباشر: ويعرفه **عبد الرحمان العيساوي (1997)** على أنه عدوان مستبدل، وفيه يوجه الفرد العدواني عدوانه إلى شخص أو شيء آخر خلافا لمن سبب له الإحباط. **(العيساوي،1997: 108-109)**

فهو توجيه العدوان لشخص آخر تربطه صلة بالمصدر الأصلي. **(أسامة فاروق مصطفى، 2011: 126)**

هذا ويرى **ريكان ابراهيم (2004)** أن فشل الفرد في توجيه العدوان مباشرة إلى مصدره الأصلي بسبب التخوف من العقاب يقوم بتحويله إلى شخص آخر أو شيء ما تربطه صلة المصدر الأصلي بما يعرف بكبش فداء وهذا النوع من العدوان يكون كامنا ويحدث فقط من قبل الأشخاص الأذكياء الذين يتصفون بحبهم للمعارضة وإيذاء الآخرين أو تحريضهم بالقيام بأعمال غير مرغوب فيها. **(ريكان ابراهيم، 2004: 143)**

بحيث قد يفشل الشخص في توجيه عدوانه مباشرة إلى مصدر الإحباط خوفا من العقاب أو نتيجة للإحساس بعدم الندية ـــ القدرة على المواجهة ـــ فيحول سلوكه العدواني إلى طرف آخر قد يكون شخصا أو ممتلكات حيث تكون له القدرة على توجيه العدوان له. **(عبير هادي المطيري، 2013: 78)**

خامساً : حسب الوظيفة

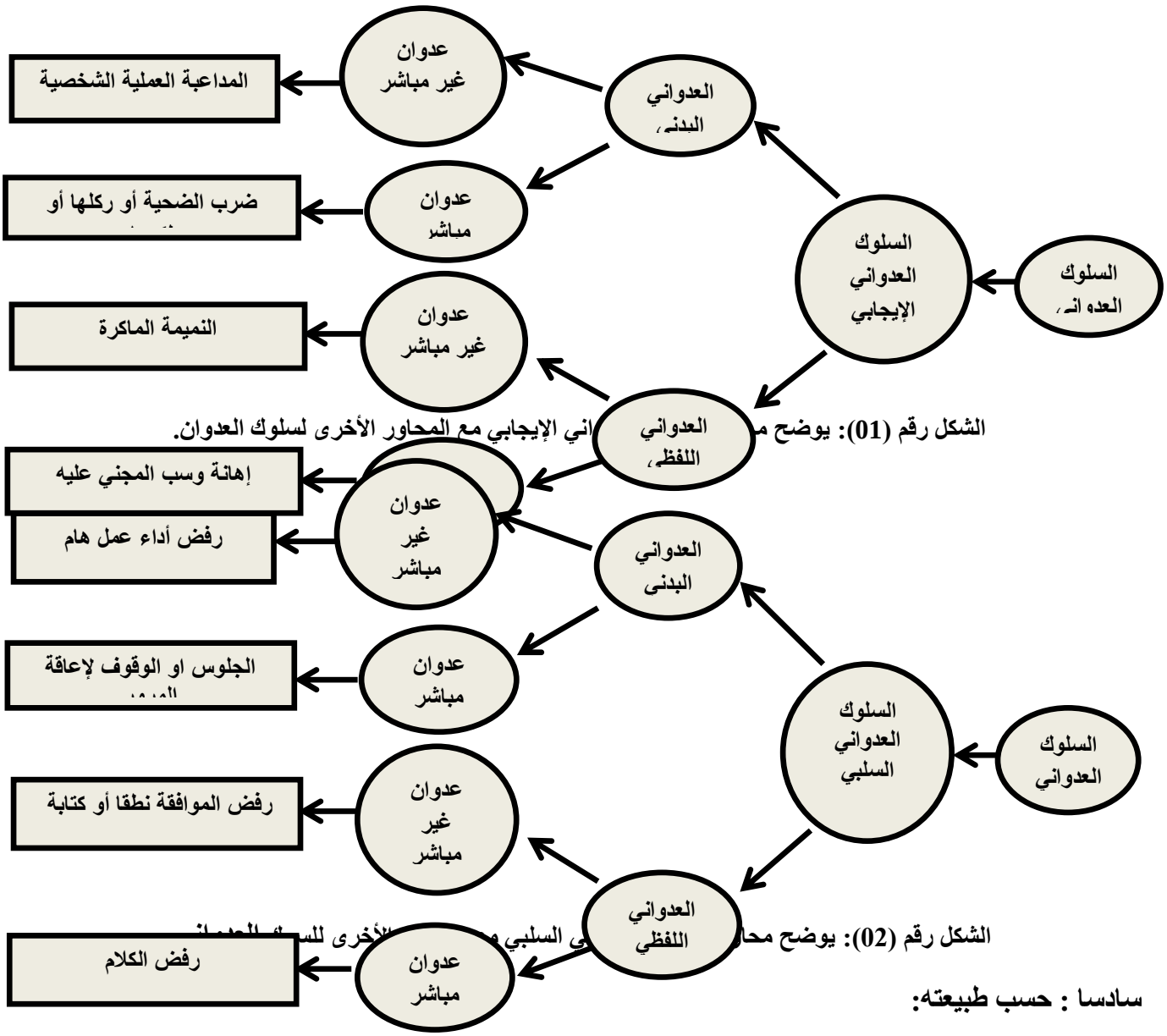
1 العدوان السلبي Negative aggression: مثل المماطلة وإقامة العراقيل والكراهية والنفور والعصيان والإحباط ومخالفة القوانين والتحدي بغرض التهديد والابتزاز ويعتبر الإهمال شكلا من أشكال العدوان السلبي، فهو يتضمن اللامبالاة والتحفيز ويعد هذا العدوان عدوانا مضادا يأخذ أشكالا أخرى. **(كريمان محمد بدير، 2011: 126)**

2- العدوان الإيجابي Positive agression: وهو الجزء من الطبيعة الإنسانية فقط، للحماية من الهجوم الخارجي ويمثل الاتجاهات الخارجية للحصول على الاستقلالية. **(أسامة فاروق مصطفى،2011: 127)**
بحيث تأخذ نوبات الغضب مظهرين أو أسلوبين هما: **(أحمد محمد عبد الهادي دحلان، 2003: 45)**

أ- **الأسلوب الإيجابي**: والذي يستخدم فيه الفرد الصراخ والضرب والرمي أو الرجم أو إتلاف الأشياء واستخدام القوة والتهديد والتخريب، كتعبير صريح عن عدوانيته اتجاه المواقف المحيطة.

ب- **الأسلوب السلبي**: يصحبه الانسحاب والانطواء وكبت المشاعر والانفعالات ويؤدي للإضراب عن الطعام أو الكلام. وصنف Arnold B (1961)، السلوك العدواني إلى ثلاثة محاور: الإيجابي مقابل السلبي، المباشر مقابل غير المباشر، البدني مقابل اللفظي. **(عبد الهادي دحلان، 2003: 40 -41)**

ويوضح الباحث محاور السلوك العدواني في علاقتها ببعضها البعض وفقا لتصنيف Arnold Buss (1961)، ذلك على النحو التالي:



الشكل رقم (01): يوضح م اني الإيجابي مع المحاور الأخرى لسلوك العدوان.

الشكل رقم (02): يوضح محا ي السلبي م الأخرى للسلوك العدواني

سادسا : حسب طبيعته:

1-العدوان السوي (الحميد): ويرى **سيغموند فرويد S, Freuid** أنّ العدوان ضروري للإنسان عندما يكون من أجل الحياة والبقاء والمحافظة على الذات وتحقيق الأهداف الفاعلة، ومثال على ذلك حالة الدفاع عن النفس بحيث لا يتوقف عدوان المعتدي إلا بقوة الرد من المعتدي عليه. **(جمال دفي، 2015: 75)**

كما اعتمد **سيغموند فرويد S freuid (1905)** أنّ العدوان هو المكون الأساسي للجنسية الذكورية السوية التي تسعى إلى تحقيق هدفها بالتوحد مع الهدف الحسي، بمعنى أن الجنسية البشرية الذكورية تحتوي على عنصر العدوانية كرغبة للإخضاع والدلالة البيولوجية من خلال الحاجة إلى التغلب على مقاومة الهدف الجنسي، هذا وتعتبر **السادية Sadism** المكوّن العدواني للغريزة الجنسية، ووظيفة العدوان هنا مرادفة للقدرة على التغلب على العقبات المحيطة للفرد. **(ياسر سليمان محمد، 2010: 36-37)**

فالعدوانية تعتبر ظاهرة عادية وأساسية في النمو النفسي للأطفال، حيث تغلب روح العدوانية على نشاط الطفل في حديثه ورغبته في اللعب يبرز السلوك العدواني في السن الثالثة والرابعة من العمر وذلك نتيجة الفضول والكبت والنظافة الزائدة والعدوان هنا يهدف إلى: **(خليل ميخائيل معوض، 1983: 59-60)**

- الدفاع عن النفس وتأسيس علاقات اجتماعية من خلال الاتصال المباشر مع الأفراد أو أفراد الأسرة.
- حب التملك وتلبية إشباعات الذات والتمركز حولها بسبب عدم القدرة على استيعاب قوانين الحكم والمحيط الذي يعيش فيه الفرد.
- الرغبة في السيطرة من خلال الاعتداء على الآخرين ، وقد يعبر الفرد عن عدوانيته ضد الآخرين كرد فعل للدفاع عن حقه وتأكيدا لذاته.
- المنافسة وهي من أهم مصادر العدوان يهدف من خلالها الفرد على كسب اهتمام الآخرين، ولكن في الوقت نفسه يوجد شعور ودي وسلوك عدواني ويبقى الخصام والشجار أهم سمة تصيب هذه العلاقة التي لها دور هام في النمو النفسي الاجتماعي لدى الفرد.

2-العدوان غير السوي (المرضي): ويصبح السلوك العدواني مرضي وغير سوي، إذا رأينا في تصرفات الفرد تحديا مستمرا يتصف بالخشونة ومواجهة الآخرين، هذا ويرى **سيغموند فرويد S.Freuid (19)** أن السلوك العدواني يكون ذو طبيعة مرضية إذا ما تحول بوعي أو بغير وعي إلى سلوك فتاك، يسبب الأذى والموت والخراب سواء للفرد أو البيئة على حد سواء. **(جمال دفي، 2015: 75)**

ويصف **أليس Allis (1977)** السلوك العدواني بأنه ذلك السلوك الذي يظهر على شكل جدل ومضايقة وكبرياء وهياج ومعارضة وعنف، فالأشخاص الذين يمارسون هذه السلوكات يتسمون بانعدام الرشد والعقلانية، إذ أنّ أفكارهم السلبية تدعم سلوكاتهم السلبية. **(في آيت مولود يسمينة، 2012: 80)**

فالسلوك العدواني المرضي، هو سلوك منطوي على الإكراه والإيذاء ، بمعنى أن العدوان في هذه الحالة يكون اندفاعيا هجوميا بسبب الضعف في ضبط التوزاع الداخلية المرتبطة بعدم التجاوب الانفعالي وذلك لعدم القدرة على التعبير. **(أحمد محمد عبد الهادي دحلان، 2003: 19-20)**

سابعا : حسب مشروعيته: لقد قسم **صفوت مختار رفيق (2001)** العدوان حسب مشروعيته إلى ثلاثة أقسام هي: **(رفيق صفوت مختار، 2001: 183)**

1- **عدوان اجتماعي (إلزامي) Pro social agression:** يتضمن الأفعال العدوانية التي أوجب على الفرد القيام بها لرد الظلم كالجهاد في سبيل الله أو الدفاع عن النفس أو لحماية الوطن والدين.
2- **عدوان لا اجتماعي :Anti social agression:** يتضمن الأفعال العدوانية التي يظلم بها الإنسان ذاته أو غيره وتؤدي لفساد المجتمع، وهي الأفعال التي يكون فيها التعدي على النفس والمال والعرض والعقل والدين.
3- **عدوان مباح Sanctionned agression:** هذا النوع من العدوان يتضمن الأفعال التي يحق للفرد الإتيان بها قصاصا عن الذين اعتدوا عليه في ماله ونفسه وعرضه.

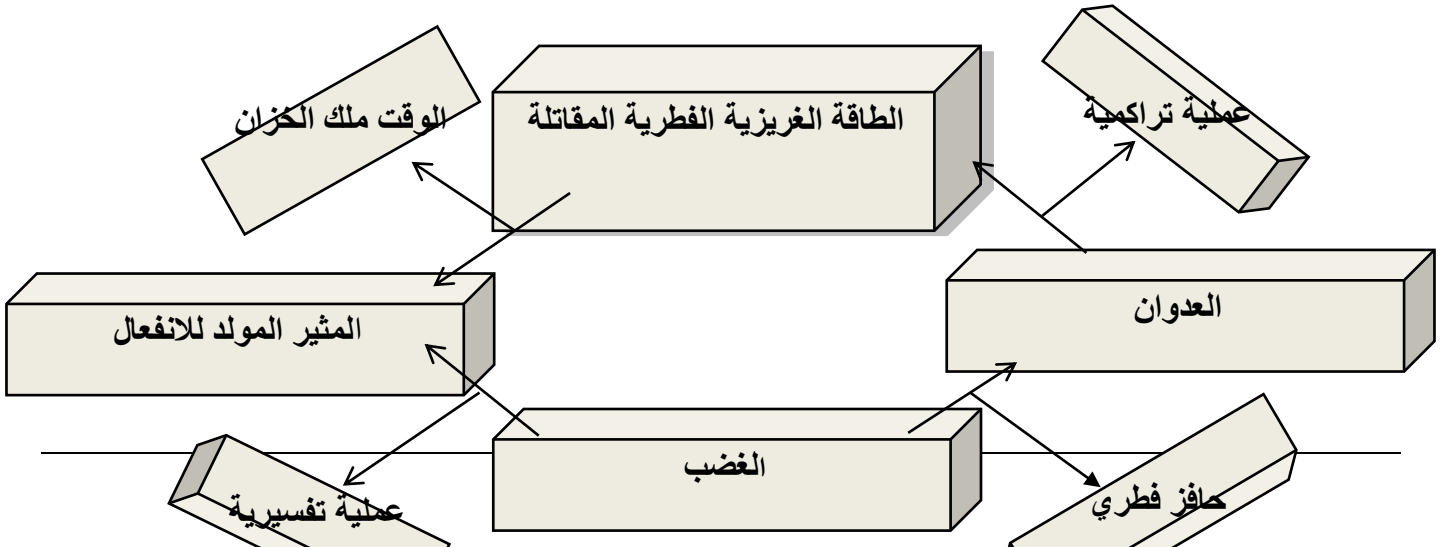
7 النظريات المفسرة للسلوك العدواني:

7-1 نظرية الغرائز الايثنولوجية Instinct-Ethology Theory: وهي من النظريات الأوائل التي قدمت تفسيرا للسلوك العدواني، ومن أهم روادها ويليام ماكدوجل Willian, Mcdougall، فرويد Freud، آدرلر Alder، كونر Conner، إيدلورز Adlunrs، والذين يرون أن الإنسان حيوان مفترس ورث من أسلافه الغرائز العدوانية ولا يوجد أي عنصر لاستئصال هذا العنصر من الطبيعة البشرية لأن هذه الأخيرة ثابتة وغير قابلة للتعبير ويرى هؤلاء الايثنولوجيين أن العدوان أو العنف عند الفرد يتضمن نظاما غريزيا يستمد طاقته العدوانية من مصادر ذاتية مستقلة من المثيرات الخارجية، ويقرون بوجود حافز عدواني فطري راجع إلى غريزة القضايا والتي يكون وراءها تحريكها عامل الغضب. وربط أنصار هذه النظرية غريزة العدوان بحاجة الفرد للتملك والسيطرة، وافترض أن الإنسان يعتدي من أجل إشباع حاجته الفطرية للتملك والسيطرة والدفاع عن ممتلكاته، فعندما يشعر بتهديد خارجي سيقع عليه أو على ممتلكاته تنبهه غريزته العدوانية لذلك التهديد فيغضب ويختل توازنه الداخلي **(سامي ملحم، 2010: 252)**

كما يعد **مكدوجل Mcdogall (1923)** أول مؤيدي هذه النظرية ، وينظر للعدوان على أنه غريزة فطرية ويعرفه بغريزة المقاتلة، حيث يكون الغضب هو الانفعال الذي يكمن ورائها. **(أحمد سليمان علي، 2012: 217)**

أما **فرويد S Freuid (1915-1920)** فقد فسر غريزة العدوان على أنها غريزة فطرية وهي تعبير واضح عن غريزة الموت. هذا وافترض **الايثنولوجي لورنز Lorenz (1966-1977)** أن السلوك العدواني ناتج عن غريزة القتال، وهذه الغريزة يتم إنتاجها باستمرار داخل الكائن الحي وبمعدلات ثابتة ، فتتراكم مع الوقت وتعمل مع مثيرات مولده وعندما تتراكم هذه الطاقة الغريزية ولا تجد منفذ أو طريق لتفريقها، فإن أي إثارة خارجية يتعرض لها الكائن تجعله ينفجر بالعدوان، إذ أن **لورنز Lorenz** يرى بأنه يجب أن يتوفر عاملان أساسيان لحدوث العدوان عند الكائن الحي هما: تراكم الطاقة الغريزية و المثيرات المولدة للعدوان.

والنظرة التي قدمها **لورنز** على وجود الدافع العدواني في السلوك الإنساني تتلخص في الشكل التالي:



شكل رقم (03): يوضح كيفية حدوث العدوان وفقا لنظرية الغرائز " الإيثولوجية ".

فالعدوان حسب **لورنز Lorenz (1966-1977)** يتضمن نظاما فطريا بذاته، وبشكل مستقل عن أي تنبيه خارجي، وأن الحافز لغريزة المقاتلة يتصاعد تدريجيا حتى يطلق له العنان بمنبه ملائم وتوضح خاصية التوارد الذاتي لهذا النظامإلى الحساسية للظروف الخارجية وخطورته وعدم قابليته للتعديل **(أحمد فهمي، 2006: 54)**

فأصحاب هذا التوجه السلالي الايثولوجي Ethology يرون أن العدوان أساسي في الطبيعة البشرية وأنه التعبير الطبيعي لغرائز مكبوتة وأن أي محاولة لكبت هذه العدوانية سوف تنتهي بالفشل، بل إنها قد تؤدي إلى خطر النكوص الاجتماعي لأن العلاقات الإنسانية يحركها من الداخل الشعور بالعدوان **(أحمد عكاشة، 1982: 211)**

ويرى **كوفمان هري Kouffman,H (1997)** وهو محلل نفساني أن هذه الاقتراحات التي قدمها الايثولوجيين غير قابلة للتطبيق العلمي ولا يمكن التحقق من مصداقيتها، كون الغرائز شيء غير ثابت أو ملموس، فهي لا تساعد بذلك على بناء استراتيجية مناسبة وفعالة في العلاج وبالتالي تعتبر غير مفيدة من الناحية العلاجية هذا من جهة، والمقاربة بين السلوك الحيواني والإنساني هي من جهة أخرى هي في الحقيقة مقاربة غير صحيحة وتفتقر للدقة العلمية وذلك كون السلوك الإنساني تحكمه ضوابط وقيم وأعراف اجتماعية وثقافية ودينية وأخلاقية على عكس الحيوان الذي يتحكم في سلوكه الغرائزي البقاء والتكاثر.

2-7 نظرية التحليل النفسي للعدوان Psychomaliti Theory

ويرى صاحبها **فرويد S, Freud(1920)** أن السلوك العدواني ما هو إلا تعبير واضح في غريزة الموت والتي يسعى من خلالها الفرد إلى التدمير سواء اتجاه نفسه أو اتجاه الآخرين من أجل إشباع الحاجات الجسدية لديه، فهي دافع رئيسي لتحقيق اللذة. **(مبارك فاطمة، 2003: 38)**

وأكد فرويد **S, Freud** على أنه توجد عند الإنسان غريزتين: غريزة الحياة والتي أطلق عليها اسم Eros وغريزة الموت وأسماها بـ **Thantos** ويعتبر أن الجنس يعبر عن غريزة الحياة وأن العدوان يعبر عن غريزة الموت أو التدمير أي أنه عبارة عن طاقة تبنى داخل الفرد وتعبر عن نفسها خارجيا بشكل عدوان على الآخرين أو على الممتلكات أو داخليا على شكل تدمير للذات **(هاديا مصطفى، 2016/06/08)**

وبالنسبة لغريزة الموت نجد أن **فرويد S Freuid** أكّد على أنها وراء مظاهر القوة والعدوان والانتحار والقتال... لذا اعتبر غرائز الموت غرائز فطرية لها أهمية مساوية لغرائز الحياة من حيث تحديد السلوك الفردي **(مبارك فاطمة، 2003: 39)**

فالميل إلى العدوان والتدمير استعداد غريزي ودافع فطري كالجوع والغضب وقد نظر فرويد إلى العدوان باعتباره ذا منشأ داخلي وضغط مستمر يتطلب التفريغ والتنفيس ـ حتى إذا لم توجد إحباطات وهنا نجد أن الحاجة إلى تنفيس العدوان قد تتغلب على الضوابط الدفاعية التي تكبحه عادة كما أن العدوان قد يوجه من خلال الإزاحة نحو هدف بديل بسبب صور الكف التي تعيق توجيه العدوان نحو المصدر الحقيقي **(حسين فايد،2007: 28)**

لقد نسب **فرويد S Freud** العدوان للدوافع الغريزية الأولية الأساسية، فالعدوان مظهر لغريزة الموت في مقابل **اللبيدوو Libido** كمظهر لغريزة الحياة، وألحق **فريد S Freud** العدوان كأحد الغرائز والدوافع التي تضمنت نظام اللاشعور والتي أطلق عليها **الهو le ça** وفي بداية الأمر أدرك أن العدوان يكون موجها إلى حد كبير نحو الخارج ثم أدرك بعد ذلك أن العدوان يكون موجها على نحو متزايد للداخل **(جمال دفي، 2015: 79)**

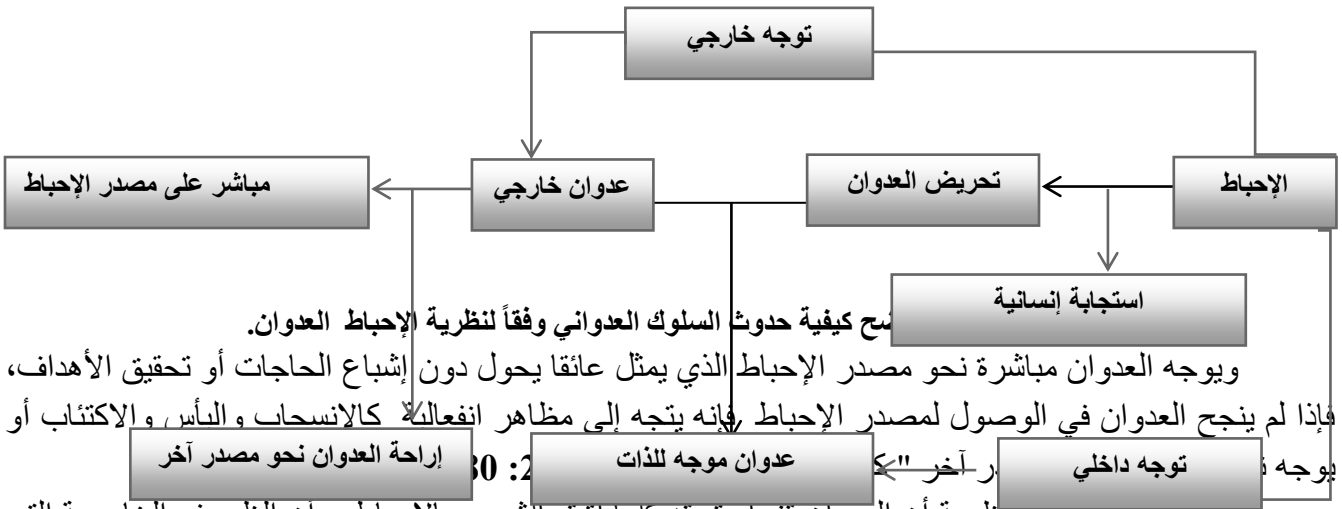
وينظر أتباع **فرويد Freud** أمثال **رينيه دياتكين وسيرج ليبوفيتشي René D & Serge L (1971)** إلى أن السلوك العدواني مستمد من غريزة الموت وهو يعارض في تفصليه عمل الأنا وهو مهم في عملها الاتزاني الداخلي ورأى **ساشا ناخت Sacha N** المدافع الكبير عن أحادية الحركة أن العدوان جانب من جوانب الدافع الجنسي وهو جزء أساسي لعمل الأنا فالعدوانية تمثل الجانب النشط في عمل المنظومة الداخلية لإيجاد توازنها، فالقدرة على التفاعل بقوة يرجع إلى النزعة المستمرة للقضاء على شيء ما استشاري وذلك لتجنب عدم الرضا والحصول على تلبية للاحتياجات والعيش باتزان **(Thierry Bokanoski; 1998: 01-02)**

أما **ميلاني كلاين Milani K (1932)** فلم تكن غريزة الموت فطرية ولكنها حقيقة ملموسة اكتشفها في عملها، بحيث أقنعتها مشاهدتها الإكلينيكية بأن غريزة الموت كانت غريزة أولية وحقيقة يمكن مشاهدتها تقدم نفسها على أنها تقاوم غريزة الحياة، وهدف العدوان هو التدمير والكراهية **(حافظ بطرس، 2008: 241-242)**

هذا واتفق علماء الأجناس Ethologists مع فرويد S Freud على أن العدوان سلوك غريزي عند الإنسان والحيوان وافترض كونارد لورنزKonard L وجود طاقة عدوانية تعمل بطريقة **هيدروليكية Hydrolic Model** حيث تتجمع الطاقة العدوانية داخل الفرد ولا تنطلق إلا بتأثير مثيرات خارجية مثيرات العدوان تعمل على إطلاق الطاقة وتتفرع في سلوك عدائي كالضرب، السب، القتل، التخريب، فكل هذه المثيرات تعمل كمفتاح للطاقة الغريزية الداخلية **(كمال ابراهيم موسى، 1983: 50-50).**

3-7 نظرية الإحباط والعدوان The theory of frustration and aggression :

يقدم كل من **دولارد وميلر Dollard meller (1939)** تفسيرا للسلوك العدواني من خلال نظريتها التي قامت على فرض الإحباط العدواني وتفترض هذه النظرية أن السلوك العدواني هو دائما يكون نتيجة للإحباط وأن الإحباط دائما يؤدي إلى شكل من أشكال العدوان ، بمعنى أنّ العدوان نتيجة طبيعية وحتمية للإحباط وفي أي وقت يحدث عمل عدواني يفترض أن يكون الإحباط هو الذي حرض عليه، كما تؤكد هذه النظرية على أنّ العدوان دافع غريزي داخلي ويتحرك نتيجة تأثير عوامل خارجية. **(أحمد جاسم وعكلة سليمان علي، 2012: 217)**



نح كيفية حدوث السلوك العدواني وفقاً لنظرية الإحباط العدوان.

ويوجه العدوان مباشرة نحو مصدر الإحباط الذي يمثل عائقا يحول دون إشباع الحاجات أو تحقيق الأهداف، فإذا لم ينجح العدوان في الوصول لمصدر الإحباط فإنه يتجه إلى مظاهر انفعالية كالانسحاب واليأس والاكتئاب أو يوجه ... ر آخر "ك ... 30 :2

ويرى أنصار هذه النظرية أن العدوان تزداد شدته كلما اشتد الشعور بالإحباط، وان الظروف الخارجية التي تحدث الإحباط هي التي تفجر العدوان وتولده سواء كان عدوانا مباشرا أو غير المباشر في صورة انتقامية كالغضب

الذي يظهر بسبب عائق يحول بين تحقيق الفرد لرغباته فيلجأ إلى التنفيس عن هذا الانفعال العدواني المصاحب للغضب من خلال ما يسمه علماء النفس بالإزاحة، وهي طاقة نفسية تعمل على تحويل الغضب من السبب الحقيقي إلى موضوع آخر حيث تخضع علاقة الإحباط بالعدوان للمبادئ التالية: **(عبد الهادي دحلان، 2003: 56-58)**

1- تختلف شدة الرغبة في السلوك العدواني باختلاف كمية الإحباط الذي تواجه الفرد وذلك من حيث:
   أ- شدة الرغبة في الاستجابة المحبطة
   ب- مدى التداخل أو إعاقة الاستجابة المحبطة
   ت- عدد المرات التي أحبطت فيها الاستجابة.
2- تزايد الرغبة في الإتيان بالسلوك العدواني في ضوء ما يدركه الفرد على أنه مصدر لاحباطه.
3- عائق يحيل بين الفرد وبين توجيه عدوانه ضد مصدر الإحباط الخارجي فإنه يوجه عدوانه لذاته باعتبارها المسؤولة عن الإحباط، فإذا اشتد الميل يؤدي للإصابة بالفصام أو الاكتئاب أو الأمراض المزمنة أو الانتحار.

وفي حالة عدم الاتيان بالسلوك العدواني في المواقف الإحباطية أو الكف عن استخدامه يعد بمثابة إحباط آخر يصب في وعاء العدوان الأمر الذي يؤدي إلى زيادة النزعة العدوانية والميل للإعتداء على مصدر الإحباط الأساسي أو ضد العوائق التي تحول دون الإتيان بالسلوك العدواني الذي يعبر عن استجابة فطرية للإحباط في شكل قوة دافعة على إزاحة العقبات التي تزيح أو تحول دون تحقيق العدوان. **(حافظ بطرس، 2010: 105-106)**

ويرى جون دولار S,J Dollard، نيل ميلر N, Miller، روبيرت سيرز R, Sears، ماورر Mourer، ليونارد دوب L, Doob أن العدوان رد فعل طبيعي لما يواجهه الفرد من إحباطات متعددة فالإحباط يولد طاقة في النفس من الضروري أن تصرف بأسلوب أو بآخر حتى يشعر الفرد بالراحة النفسية منها، ومن هذه الأساليب السلوك العدواني، وقاموا بتعديل فروض هذه النظرية في الفترة ما بين 1940-1960، بحيث أكدوا على أن الإحباط يمكن أن يؤدي إلى زيادة الاعتمادية والإدمان والاستجابات السيكوسوماتية. **(في بوشاشي سمية، 2013: 76)**

4-7 النظرية السلوكية Behavioral Theory:

يؤمن السلوكيون بأن السلوك العدواني هو سلوك مكتسب متعلم وأن السلوك برمته متعلم من البيئة ، ويرى رائد السلوكية **جون واطسون John B W (1913)** أن السلوك العدواني قد تم تدعيمه بما يعزز لدى الشخص ظهور الاستجابة العدوانية كلما تعرض للموقف المحبط. **(الماحي زوبيدة، 2015: 142)**

كما يرى السلوكيون أن العدوان شأنه شأن أي سلوك يمكن اكتشافه ويمكن علاجه وفقا لقوانين التعلم، فالدراسات التي قاموا بها ركزت على أن العدوان متعلم من البيئة ومن ثم فالخبرات المختلفة والمثيرات التي اكتسب من خلالها الشخص السلوك العدواني أي الاستجابات العنيفة قد تم تدعيمها **(اسماعيل يامنة، 2014: 102)**

تعتمد النظرية على التطبيق المنظم لمبادئ وقوانين التعلم وعلى تقديم الأدلة التجريبية وتمثل هذه النظرية نقلة في التأكيد على ما تم بها تعلم أنماط السلوك والحفاظ عليها وهي أقل اهتمام بمصادر التحريض أو الباعث للسلوك وبأن السلوك الشاذ مكتسب يتعلم وفق مبادئ الاشراط الكلاسيكي. **(تهاني محمد الصالح، 2012: 32)**

يرى كثير من العلماء أن العدوان هو سلوك متعلم يفسر في ضوء نظرية التعلم بالإشراط الإجرائي Operant Behaviour and Conditionnig، حيث يري مؤسس هذه النظرية فريدريك سكينر Burrhus, Fredric.Skinner (1948)، أنّ السلوك العدواني كغيره من السلوكات الإنسانية الأخرى يتعلم من خلال نتائجه، فالسلوك العدواني تزداد احتمالية حدوثه إذا كان مفرحا لصاحبه ويقل عندما تكون نتائجه مؤلمة وهذا الطرح يشكل جوهر نظرية الإشراط الإجرائي لسكينر B, Skinner. **(قحطان أحمد الظاهر، 2004: 127)**

فالنظرية السلوكية تنظر للعدوان على أنه سلوك تتعلمه العضوية، فإذا ما ضرب الولد شقيقه مثلاً حصل على ما يريد، فإنه سوف يكرر سلوكه العدواني مرة أخرى لكي يحقق هدفا جديدا ومن هنا فالعدوان سلوك مكتسب

يتعلمه الطفل لكي يحصل على شيء ما، فالنظرية تعطي أهمية كبيرة لخبرات الفرد السابقة وللعوامل الدافعية المرتكزة على النتائج العدوانية المكتسبة. **(سامي الختاتنة، 2013: 163-164)**

5-7 النظرية البيولوجية Biological theories:

تختلف النظرة البيولوجية في تفسيرها للسلوك العدواني عن كل النظريات الأخرى ، بحيث تنظر إلى الإنسان على أنه عدواني بطبيعته، وتهتم بالعوامل البيولوجية كالصبغيات والجينات الجنسية والهرمونات والجهاز العصبي والغدد والتأثيرات البيوكيميائية في ظهور العدوان، هذا وخلص والتر ديل سكوت Walter Dille Scott إلى فرضية أن العدوان هو في الأساس استجابة لتلقي حافز خارجي **(Farzaneh Pohlavon, 05/10/2010)**

هذا ويرى العالم الإيطالي **سيزار لوبمروزو Cesar Lombroso (1901)** والذي يعد من أشهر المنظريين لهذه النظرية أن السلوك العدواني يظهر بشكل كبير وواضح عند الأفراد الذين لديهم تلف في الجهاز العصبي، هذا ولقد ربطت البراهين بين إثارة منطقة معينة من الدماغ والاستجابة العدوانية، فالجانب الخارجي للهيبوتاموس Hypothalamus يرتبط بعديد من الانفعالات ومنها الغضب والاستجابة، العدوانية، وأن الإثارة للخدمة الأنسجة العصبية للدماغ الأمامي Medical faebrian bundul تؤدي إلى إطلاق استجابة عدوانية شرسة في حيوانات التجارب بعكس الإثارة للمنطقة المحيطة بالنمطين في السادة الرمادية التي تحدث استجابة أقل عدوانية، كما لوحظ أن منطقة اللوزة لها دور في كبح العدوان **(أسامة فاروق، 2011: 127)**

6-7 النظرية المعرفية Cognitive Theory:

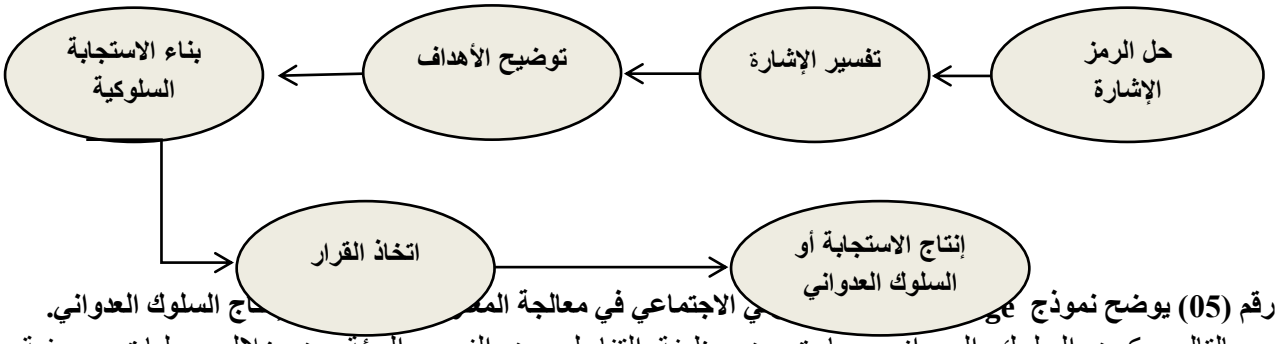
ركز علماء النفس المعرفيون في معظم دراساتهم وبحوثهم حول الكيفية التي يدرك العقل البشري وقائع وأحداث معينة في المجال الإدراكي ـ الحيز الحيوي للإنسان ــ كما يتمثل بمختلف المواقف الاجتماعية اليومية وانعكاساتها على الحياة النفسية مما يؤدي إلى تكوين مشاعر الغضب والكراهية وهذه المشاعر تتحول لإدراك داخلي يقود صاحبه لممارسة العدوان، لذلك كانت طريقتهم بالعلاج والتحكم في السلوك العدواني عن طريق التعديل الإدراكي وتزويد الفرد بمختلف المعلومات والحقائق المتاحة في الموقف أي تعديل إدراك الفرد ليتضح أمامه المجال الإدراكي ولا يترك أي غموض أو إبهام يجعله مستبصرا للعلاقة بين السبب والنتيجة.

فالنظرية المعرفية ترى أن للعدوان وسائط انفعالية Stress وهدفها الأساسي الإيذاء وهو ما يسمى بالعدوان العدائي أو عدوان الغضب وهذا النوع من العدوان يكون ممتعاً لصاحبه، فهو عدوان بلا سبب ومن أجل المتعة لتحقيق الإحساس والضبط والسيطرة وهذا النوع يظهر بدون تفكير وطبقا لهذا النموذج في تفسير العدوان الانفعالي تظهر معظم أعمال العدوان بدون تفكير، فهو عدوان غير متسم نسبيا بالتفكير وهذا حجر الأساس الذي تقوم عليه هذه النظرية ومن المؤكد أن الأفكار لها تأثير كبير على السلوك الانفعالي. **(كريمان بدر، 2011: 129-130)**

لذات الغرض تم طرح نموذج معرفي اجتماعي من طرف **دودج Dodge (1981)** المسمى بنموذج معالجة المعلومات Information Processing Model والذي يشير إلى أهمية العمليات المعرفية الوسيطة الداخلية Médiators كالقواعد الداخلية المضمرة المتعلقة بالتصرف المطلوب والأحكام الاجتماعية والتبريرات واستنتاج مرامي دوافع الآخرين وإفراز الردود السلوكية هذا ويرى باركوفيتز Berkouvity (1965-1969) أن هذا النموذج يقترح طرائق جديدة في دراسة العدوان تعد على جانب كبير من الأهمية وذلك بتركيزه على التغيير الذي يحصل في مهارات الأطفال في معالجة المعلومات Information processing من أجل الابتعاد عن المواجهة العدوانية مع الآخرين قدر الإمكان، بمعنى آخر تأكيده على الظروف الفردية والتطورية بين الأطفال المتعلقة بقدراتهم المعرفية، الاجتماعية التي يظهرونها تحت ظروف مرفقية مختلفية **(فياض بن كروم، 2013: 04 (**

ووفق هذا النموذج المعرفي يمكن أن يدرك الفرد الإشارات أو ما يسمى بالمعلومات الاجتماعية والتي قد تكون على شكل اعتداءات لفظية أو بدنية استنادا لستة مراحل هي: **(فياض بن كرو، 2013: 04- 05)**

1. ترميز الإشارات الخارجية والداخلية وما يعرف بحل الرمز Encodage indices interne et externe
2. التأويل أو التفسير لهذه الإشارة Interprétation des indices.
3. توضيح الأهداف Clarification des buts.
4. البحث أو بناء الاستجابة السلوكية Construction ou accès un mémoires a long terme a une réponse commentementale.
5. انتقاء الاستجابة واتخاذ القرار Sélection d'une réponse
6. إنتاج الاستجابة أو السلوك وربطه بالعاطفة المناسبة Production du comportement sélectionne et de l'émotion correspondante .



شكل رقم (05) يوضح نموذج ge ي الاجتماعي في معالجة المعـ اج السلوك العدواني.

وبالتالي يكون السلوك العدواني عبارة عن وظيفة التفاعل بين الفرد والبيئة من خلال عمليات معرفية وسيطة، تحدد إدراك للمعلومات الاجتماعية المتعلقة بإدراكه وخبراته الشخصية وكيفية تنظيمها.

وما يعاب حقاً على هذه النظرية أن النموذج الذي قدّمه **Dodge (1981)** لمعالجة المعلومات التي تؤدي إلى إنتاج السلوك العدواني أنه اعتمد المقابلات التحليلية المخبرية بشكل كبير.

والخطر الكبير بهذا النموذج قد يقود الطفل إلى قول أشياء أو القيام بأفعال لم يكن ليقولها أو يقوم بها من تلقاء نفسه، وهذا بالإضافة إلى إغفال أو إهمال أصحاب هذا التوجه التأثيرات العاطفية في إنتاج السلوك العدواني.

كما لمس الباحث أن هذه النظرية لا تأبه بالعلاقة بين السلوك العدواني والنتائج المترتبة عليه، فهي تلجأ لاستخدام لغة وتعابير تختلف عن تلك التي يستخدمها السلوكيون أو المحللين النفسانيين. وأنّها بدل الاهتمام بالمثير والاستجابة والتعزيز، فإنّها تهتم بالذاكرة والإدراك والانتباه والمعنى وتنظيم الأفكار.

7-7 نظرية التعلم الاجتماعي Theory of Social Learning

يعتبر **باندورا Bandura (1973)** من أهم رواد هذه المدرسة ويرى أن الأشخاص الذين يتصرفون بطرق غير سوية هم في الغالب يملكون حساً ضعيفاً من الفاعلية الذاتية بسبب عدم قدرتهم على النجاح في أداء سلوكيات تتيح لهم التكيف مع الحياة اليومية وذلك لأن توقعاتهم المتدنية تقودهم إلى تجنب المواقف التي تسبب لهم تهديدا وتشعرهم بعدم القدرة على أداء أدوار جيدة، فيحدث انتكاس لذكاء السلوك بسبب المراقبة والضغط الخارجي، وعليه فالسلوك العدواني يرتبط بطبيعة الثقافة الاجتماعية التي تسود المجتمع بصفة عامة والثقافات الصرفية الخاصة بالأسرة بصفة خاصة. **(علي راجح بركات، دون سنة: 20)**

هذا ويؤّكد **باندورا Bandura** على أن التفاعل الحتمي المتبادل المستمر للسلوك والمعرفة، والتأثيرات البيئية سببا رئيسيا في ظهور السلوك العدواني الإنساني ومحدداته الشخصية.

وتعطي هذه النظرية أهمية كبيرة لخبرات الطفل السابقة والعوامل الدافعية المرتكزة على النتائج العدوانية المكتسبة وتؤكد على أهمية التقليد والمحاكاة في اكتساب السلوك العدواني حتى وإنّ لم يسبق هذا السلوك أي نوع من الإحباط وترى نظرية التعلّم الاجتماعي، أنّ الأطفال يتعلمون سلوك العدوان عن طريق ملاحظة نماذج العدوان عند والديهم ومدرسيهم ورفاقهم، وحتّى النماذج المتلفزة ومن ثمّ يقومون بتقليدها **(جمال دفي، 2015: 79-80)**

فالسلوك العدواني وفقاً لهذه النظرية هو سلوك متعلم مثله في ذلك مثل أنواع السلوك الأخرى ويؤكد باندورا أن هناك طريقين يمكن من خلالها اكتساب السلوك العدواني: **(أحمد محمد عبد الهادي، 2003: 58-59)**

- **الخبرة المباشرة** : والتي تحكمها نواتج الثواب والعقاب، بمعنى أن مواجهة الفرد لمواقف عدوانية مختلفة تجعله يتصرّف حيالها تصرفاً مختلفاً.
- **مشاهدة سلوك الآخرين :** وذلك من خلال الميل إلى تكرار نواتج سلوكات وتصرفات عدائية وإذا ما نتج عنها عواقب غير طبيعية فإن ذلك يؤدي إلى تجنب مثل هذا السلوك.

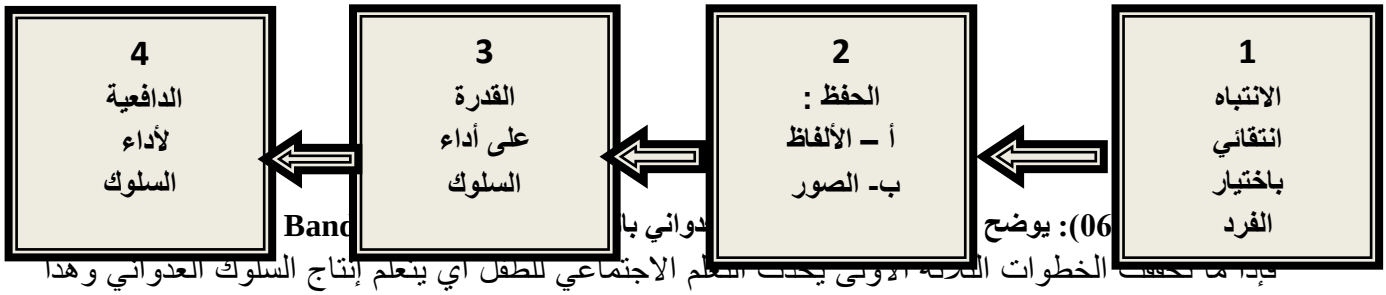
هذا وترتكز النظرية السلوكية على ثلاثة أسس هي: **(زياد أحمد بدوي، 2011: 53)**

أ – المُلاَحظة Observation: وذلك من خلال محاكات ومشاهدة الفرد لنماذج موجودة في البيئة المحيطة به بما يسمى السلوك العدواني.

ب التَقْليد Imtution: ويستند على ما يراه الفرد من نماذج مباشرة تستثيره فيعمد لتقمصها أو التدرب عليها.

ج التَعزِيز Reiforcement : إذا ما كوفئ الطفل على السلوك العدواني فسوف يزداد تقليده له عدة مرات وذلك وفقا لخبراته السابقة. بحيث يكتسب الأطفال السلوك العدواني في تنشئتهم الاجتماعية من خلال محاكاة النماذج الأسرية والتقليد المباشر للوالدين والأقران، بحيث يمكن إستثارة هذا السلوك العدواني بواسطة ملاحظة النموذج العدواني، بمعنى أن يكون عن طريق التقليد والتقمص.

فالنظرية قائمة على أن الفرد يكتسب العدوان بالمحاكات للنماذج الاجتماعية والأسرية وأنّ العنف يساعد بتعلم سلوكات عدوانية بواسطة النماذج التي تعرضها والتفاعلات الاجتماعية. **(أحمد الأبرج، 2014/09/02)**



Band **دواني با** **06): يوضح**

فإذا ما تحققت الخطوات الثلاثة الأولى يحدث التعلم الاجتماعي للطفل أي يتعلم إنتاج السلوك العدواني وهذا بغض النظر عن الخطوة الرابعة، حيث أن التعلم للسلوك العدواني يختلف في أدائه كالاعتداء اللفظي يدل على وجود القدرة على القيام به ولكن عدم وجود الدافعية البدنية لديه.

على الرغم مما تمتعت به هذه النظرية من شمولية واتّساع في تفسير السلوك العدواني من خلال الميادين العديدة التي ضمتها، إلا أن الباحث يرى أن باندورا Bandura يرفض مواقف تعزيز المثير في العملية التربوية التعليمية هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإنّ التعزيز الخارجي للأفعال العدوانية من خلال ملاحظة السلوك الذي يؤديه الأشخاص أمام الطفل بالتعاقب هي نتيجة غير ممكنة ، لأن مبدأ التعلم يكون من خلال إدراك الفرد للاستجابات الجديدة الغير معروفة في التجارب النموذجية، والتي يرى باندورا Bandura أنها توضح اكتساب سلوكات أو استجابات عدوانية.

8- مؤشرات العدوان: يتحديد السلوك العدواني عند المؤشرات التالية: **(أسامة فاروق مصطفى، 2011: 124)**

1. الملاحظة أثناء ممارسة النشاط الحركي كاللعب.
2. خصائص السلوك نفسه كالإعتداء الجسمي، الإذلال، التحقير.
3. شدة السلوك مصحوبة باستجابات عالية الشدة كتوجيه الكلام بصوت " مرتفع جدا لشخص آخر ".
4. تعبيرا عن الأذى أو الضرر أو الألم أو الضرب في سلوك المتلقي للفعل العدواني.
5. مقاصد واضحة عند الشخص الممارس للفعل العدواني.
6. خصائص الشخص الملاحظ أو الأشخاص الملاحظين، أي الخصائص المتعلقة بنوع الجنس، ذكور أو إناثا والمكانة الاجتماعية الاقتصادية والخلفية العرقية وتاريخ السلوك العدواني.
7. خصائص الشخص المعتدي والتي تتحدد من المتغيرات نفسها الواردة في خصائص الشخص الملاحظ .

9 - عوامل وأسباب العدوان:

أولا: العوامل البيولوجية ويشير **محمد عبد الرحمن (1993)** إلى وجود عوامل بيولوجية مسببة للعدوان هي: **(ناجي داود إسحاق السيد، 2011/05/24)**

1 البناء الجسماني العضلي الذي لوحظ على العدوانيين والمجرمين
2 التعرض لكثير من الإصابات والحوادث في الطفولة ، التي تعكس نقص الضغط الداخلي
3 الوليد غير المكتمل مدة الحمل وقلق يصيب الجهاز العصبي والذي يعرف بالتلف الدماغي
4 اضطرابات هرمونية في إفراز هرمون التيستيرون الذي يؤدي إلى زيادة حدوث السلوك العدواني.

ثانيا: العوامل البيئية وتظهر في ثلاث عوامل هي: **(أسامة فاروق مصطفى، 2013: 128-129)**

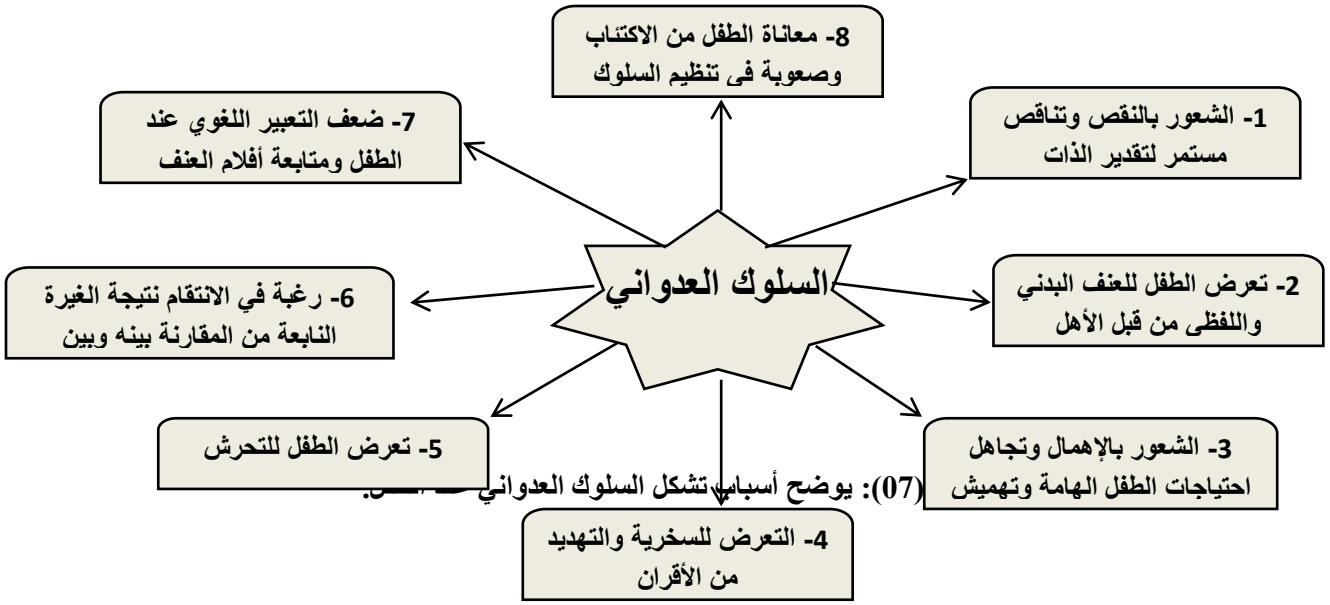
1- الأسرة: لها دور رئيسي في تنشئة الفرد، حيث تحول الفرد من كائن حي بيولوجي إلى كائن حي اجتماعي.

2- المدرسة: تتضح من خلال سلوك المدرس الذي يعد قدوة للتلاميذ.

3- **الرفاق**: إذا كان الشخص لا يشعر بالثقة وعدم احترام زملائه له وبالنقص فيشعر بالإحباط والعجز والعدوان.

ثالثا: العوامل النفسية السلوكية يرتكز اكتساب السلوك العدواني على: **(أسامة فاروق مصطفى، 2013: 129)**

1) **فقدان الشعور بالأمن نتيجة الحرمان والإحباط وغياب العدالة:** الظلم يولد العدوان.
2) **تهديد وإهانة الذات وفقدان الاعتبار:** أي غياب الكرامة والقيمة.
3) **غياب السلطة الضابطة والحرية واضطرابها:** غياب وتساهل القانون يحرض الأفراد على العدوان والبطش.



(07): يوضح أسباب تشكل السلوك العدواني [illegible].

10- تشخيص السلوك العدواني: إن التصنيف الأكثر استخداماً في الطب النفسي لتشخيص الاضطرابات السلوكية الذي ظهر في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) والذي تصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي (American Psycobatic Association: 357) تذكر بأن الملمح الأساسي لتحديد الشخصية العدوانية يتطلب وجود خمسة أعراض، والتي لابد من ظهورها لضمان وجود التشخيص وهي على النحو التالي:

1- المماطلة حيث التأخير في إنجاز الأشياء التي يجب أدائها.
2- سرعة التهيج والمجادلة وعبوس الوجه مع التهجم عندما يطلب منه أن يؤدي أعمالا غير مرغوبة لديه.
3- يقوم بالعمل ببطء أو بدون إتقان في المهام التي لا يريدها.
4- يحتج كثيرا دون تبرير، بأن الناس تطلب منه أشياء غير مقبولة.
5- يتجنب المسؤولية من خلال التظاهر بالنسيان ويستاء من اقتراحات الآخرين المفيدة.
7- يتدخل في شؤون ووظائف الآخرين دون رغبتهم في ذكاء.
8- دائم الانتقاد بالآخرين، خاصة الذين هم أعلى منه سلطة.
9- و يظن بأن أعماله أفضل من أعمال الآخرين.

ويذكر الدليل التشخصي (DSM-5) نوعين من السلوك العدواني هما: **(Neel Barton N O, 17/09/2017)**

أولاً: السلوك العدواني ضمن مجموعة النمط الجماعي Groupe type يتميز هذا النوع بأن أغلب المشكلات السلوكية تحدث أساسا كنشاط جماعي مع رفاقه وفقد يوجد فيها السلوك العدواني الجسماني وهو أكثر الأنواع شيوعا.

ثانياً : السلوك العدواني ضمن النمط الفردي Solidary Aggression type يتميز هذا النوع بالسيطرة ويكون موجه نحو البالغين والرفاق، ويبدأ هذا السلوك العدواني بواسطة الشخص نفسه وليس كنشاط جماعي.

11- سيمات الشخصية العدوانية: تختلف الشخصيات من حيث أنماطها وسيماتها، فالشخصية الودودة والصامتة العدوانية حسب **عزة حجازي** أنّ هناك صفات عديدة للشخصية العدوانية أهمها: **(سهام مجدي، 2016/02/10)**

1. عدم الاتزام بالتعليمات التي توجه له والاعتراض الدائم على الأشياء.
2. الشعور بالاضطهاد والشك الدائم في الأشخاص المحيطين.
3. عدم الارتياح واعتماد أسلوب اللامبالاة في التعامل.
4. رفض النقد أو التوجيه من الآخرين وعدم التقرب من الآخرين.
5. العنف في التعامل مع الأقران أو من يقف أمام متطلباته واحتياجاته من الأهل أو ممن يكبرونه سنا.

12- العدوانية كظاهرة عادية: تعد العدوانية ظاهرة عامة في حياة الطفل يمارسها بأساليب متعددة ومتنوعة وتأخذ صورا مختلفة كالتنافس في اللعب أو الدراسة، حيث تلعب روح العدوانية على نشاط الطفل في حديثه وعبثه وفي اللعب يبرز السلوك العدواني في سلك الثالثة والرابعة وذلك نتيجة الفضول والكبت والطاقة الزائدة. تعتبر العدوانية مهمة في النمو النفسي للطفل كون أنّها تمكنه من:

1. **الدفاع عن الذات:** فهي تهدف إلى المحافظة على الذات، وفي هذه الحالة يتعلم الطفل الاتجاه العدواني والدفاع عن النفس، بحيث يقوم بتركيز علاقاته واتصالاته مع الأقران من سنة ويتأثر بإخوته الذين يكبرونه سنا.
2. **التملك**: فالعدوانية تجعل الطفل يحتفظ بالأشياء ـ الألعاب ـ دون اعتبار لحق الملكية، فأنانيته تكون موجهة نحو المحيط الخارجي بسبب عدم قدرته على استيعاب القوانين مما يجعله يتمركز حول ذاته، فالطفل ليس قادرا بعد على ملاحظة ما يحيط به من أي وجهة.
3. **تأكيد الذات**: من خلال الرغبة في السيطرة والدفاع عن حقوقه، وقد يعبر الطفل عن عدوانية ضد أقرانه أو من يكبرونه سنا، وهي أساسية في سن الثالثة لتأكيد ذاته وهنا نداء للتدمير والتعبير عن الذات.

4. **الدافعية للمنافسة**: تعتبر مزيجا بين الشعور الودي والسلوك العدواني في نفس الوقت وهي لحظات حب يعيشها الطفل مع أقرانه ويبقى الخصام الظاهرة الغالبة على العلاقة ولها دور مهم في نموه النفسي والاجتماعي.

13- العدوانية كظاهرة مرضية:

تصبح العدوانية ظاهرة مرضية إذا رأينا في تصرفات الطفل تحديا يتصف بالخشونة ومواجهة الآخرين، ولهذا يجب علينا معرفة الأسباب التي تؤدي إلى هذه الظاهرة فقد يكون ذلك نتيجة قيود فرضت عليه في البيت، وقد يضع له والديه معايير السلوك لا تتناسب معه فيثور عليها، وهذا ما يدفع بالطفل للتعويض في الإعتداء على غيره ولفت نظر الكبار إليه بمخالفة القوانين وتدمير حاجياتهم ، وقد يعوض الطفل هذا النقص باعتبار نفسه متوفقا على غيره وهذا الاعتداء عليهم وهو الشعور بالتفوق **(خليل ميخائيل معوض، 1983: 60-61)**

هذا ويقلل الطفل من قدراته على التكيف مع غيره ، وذلك لتكرار الإحباط فيصبح متوترا وعدوانيا من خلال شعوره بالغضب إتجاه الأشخاص والأشياء، والعدوانية تتجلى وتظهر خاصة في اللعب وتتضح مميزاتها، هذا ويرى روبرت ويليام تشامبيرز Robert Wiliam Chamber (1865-1933) وهو أخصائي علم النفس للأطفال أنّ الطفل الصغير بطبيعته الفطرية أناني وأن كل من يحيطون به هم موجودون من أجل تحقيق مطالبه وهذه الأنانية تظهر في العدوانية وفي انفعالاته الزائدة فالطفل بالسن الثالثة تشتد غيرته وتكثر طلباته ويأخذ في إغاضة غيره ممن يكبرونه سنا، فيعمد إلى إتلاف ما هو لغيره ويزداد بكائه وصراخه ويصبح في السنة الرابعة أنانيا ومصدر إزعاج لأقرانه ويسود العنف علاقاته مع أقرانه ثم يزول هذا الاتجاه العدواني عن طريق التواصل والنمو الاجتماعي، لكن قد تؤثر العدوانية على علاقته المستقبلية. **(عبد المنعم المليحي، 2006: 22)**

وأكّدت الدراسات والأبحاث النفسية لدى علماء التحليل النفسي **فارنجتون Farrington (1990) ولوبر loper (1991) وفاغاسوز Vargasos (1998)** أن الطفل الذي تظهر لديه العدوانية بشكل بارز ومستمر في مراحل نموه، سوف يكون ضمن الأشخاص المضطربين والعدوانيين والمضادين للمجتمع، أما العدوانية المؤقتة والعابرة والمعقولة التي تظهر قبل سن السابعة من العمر، فهي تختلف تماما عن العدوانية المنحرفة أو المرضية، لذلك فاضطراب السلوك يبدأ مبكرا وبالأخص ما بين 7 سنوات ويؤدي غالبا إلى الخضوع في المراهقة وبالتحديد في الثالثة عشرة من العمر، ومنه فعندما تتضمن العدوانية حدودها المعقولة عندئذ تصبح انحرافا سلوكيا أو ظاهرة مرضية تستدعي العلاج. **(محمد محمود عبد الله، 2012: 54-55)**

14- أطراف العلاقة في السلوك العدواني: ويرى **عصام عبد اللطيف العقاد (2001)**، أنه لكي يحدث السلوك العدواني لابد من وجود. **(عصام عبد اللطيف العقاد، 2001: 101-102)**

- أن تكون العلاقة بين طرفين على الأقل، ويَنصبُّ فيها العدوان على أحدهما، ويكون أحد طرفي العلاقة هو كبش فداء، فعندما يعجز الفرد عن توجيه عدوانه على المصدر الأصلي لأسباب قد تكون أخلاقية أو اجتماعية فإنه يلجأ لخفض توترات المشاعر العدوانية إلى صبها على تبديل والذي يعرف بكبش الفداء.
- العدوان على الذات ويأخذ أشكالا متعددة والعدوان على الممتلكات والحيوانات والأشياء المادية.

15- السلوك العدواني وعلاقته بأزمة الهوية: السلوك العدواني واسع الانتشار في هذا العصر، وهو متعدد الأشكال والصور، فهو سلوك مضاد للمجتمع بحيث لم يعد مقصورا على الأفراد بل أصبح يشمل الجماعات والمجتمعات.

وعالمنا اليوم بما فيه من تعقيدات بالإضافة إلى عدم قدرة الأفراد على إشباع حاجاتهم الأساسية، أدى بذلك إلى ظهور أشكال الشعور العدواني تجاه الذات وتجاه الآخرين والمجتمع ككل، فظهر السلوك العدواني وانتشر في المجتمعات على شكل إيذاء للذات ومن خلال تبقى سلوكات اضطرابية أو الانتحار ــ قتل النفس عمدا ـــ أو الإصابة بأمراض العصر المزمنة ذات المنشأ النفسي المتأزم هذا من جهة وإيذاء الغير والمتعدي عليهم بالضرب

والسب والشتم والقتل والاغتصاب من جهة أخرى، كما قد يتعدى ذلك إلى الإعتداء على الممتلكات بالسرقة التخريب. **(أحمد عبد الجواد فهمي، 2006: 29)**

وفي هذا الصدد يرى **المغربي (1987)** بأن السلوك العدواني الضروري في حياة الإنسان عندما يكون من أجل البقاء وتحقيق الذات والحرية والعدالة والتقدم والانتصار على الغير سواء في مواجهة الآخرين من أجل ثبات الذات أو الطبيعة أو الأمراض. **(في أحمد عبد الجواد فهمي، 2006: 29)**

ويشكل العدوان جوهر الحياة وقوتها فهو الطاقة التي تمكن الكائن الحي من البقاء على قيد الحياة والاحتماء من المخاطر وبذل الجهد اللازم لتحقيق الأهداف فالعدوان يشكل الطاقة التي تحفز للانتصار على المشكلات والتغلب على العقبات وتحدي الصعوبات لتلبية الحاجات. **(نجاة أحمد الزليطي، 2014: 171)**

16 قياس السلوك العدواني: إن أهم ما يوجَّه للدراسات الأكاديمية التي تحاول قياس السلوك العدواني من نقد ما أسماه **أحمد عبد الخالق (1993)** بمشكلة التشويه الدافعي ــ أي الخداع المتعمد من قبل المفحوص ــ وتغيير الاستجابة على المقياس وتزييفها لدافع معين أو من أجل التبليغ عن حاجة في صدورهم فالمفحوص يقدم نفسه بصورة مقبولة وجذابة وتسمى هذه العملية بالتأثير الواجهي أو الدفاعي وهي جهد متعمد لدى المفحوص لتقديم صورة جميلة ومحبوبة عن نفسه مع إعطاء انطباع حسن عن ذاته وبأنه شخصية حسنة التوافق مع الغير. **(أحمد عبد الخالق، 1993: 137-138)**

17- دور الأسرة في تدعيم النزعة العدوانية لدى الأبناء: قد أشرنا فيما سبق إلى العوامل والأسباب المؤدية إلى ظهور النزعة العدوانية في سلوك الأبناء، هذا ويجب أن نضيف دور المناخ الأسري في تطوير هذه النزعة ، وذلك بفعل العوامل التالية: **(عبد الكريم بكار، 2011: 73-89)**

1- التعامل مع الابن بقسوة والتقليل من مساحة الاختبار أمامه وحرمانه من أمور عزيزة عليه، فكل هذه الأمور تنمي روح الانتقام لدى الابن الذي يجد نفسه عاجزا عن إيذاء من يعتقد أنهم يؤذونه ويحرمونه من حقوقه ومشتهياته، فيلجأ لإيذاء إخوته الأصغر منه أو أقرانه أو يلجأ لإيذاء نفسه وتخريب الأشياء من حوله.

2- حين يشعر الطفل بالنقص في الوسط الأسري، فإنه يحاول تجاوز ذلك الشعور من خلال إثارة الشغب داخل الأسرة والاعتداء على إخوته بغرض لفت الانتباه، والشعور بالنقص يتسرب للطفل من خلال وصف الأهل له بأنه غبي أو كسول فتتكوّن لديه نزعة عدوانية بسبب عدم معرفته لنفسه لهذا الطفل يظل مستعدا لتصديق ما يقال فيه.

3-يحتاج الطفل إلى أن يعبر عن مشاعره وحاجاته بطريقة سلسلة وبشكل حر قدر الإمكان، فإذا حال حائل دون ذلك عمد إلى إيذاء غيره لينفس عما بصدره وكثيرا ما يكون المانع بالتعبير عن الأسلوب التسلطي الذي يتبعه الأهل في التربية، إذ تكون المساحة المتاحة لتعبير الطفل ضيقة، فيعبر عن ذاته بالإيذاء والتخريب.

4- إهمال الأهل لما يشاهدونه عن الإبن من عدوانية الأمر الذي يرسل له رسالة تشجيع للاستمرار في ذلك.

5-التقليد والذي يعتبر أحد الأسباب المهمة للعدوانية، فالابن الذي يعيش في جو أسري يعتدي الأب على الأم أو يعتدي الأخ على الأخت بأي شكل من أشكال العدوان يظن ذلك شيء طبيعي، فيتشبه في سلوكه.

18- علاج العدوان والوقاية منه: يرى علماء النفس أنه يمكن معالجة العدوانية والوقاية منها والتخفيف من حدتها على الأبناء من خلال عدم مقارنة الطفل بغيره وعدم تأنيبه بقسوة أو تعييره بذنب ارتكبه أو خطأ وقع فيه وإعطاء الطفل فرصة للتعرف على ما حوله تحت إشراف الآباء، بحيث لا يضر الطفل بنفسه أو غيره ، فقد يكون السبب عدم إشباع بعض الحاجات الأساسية عنده لتصريف أشكال القلق والتوتر بشكل سليم. كما يجب إعادة ترتيب البيئة المنزلية للطفل، وأن يكون هناك من يشرف على لعبه، وبالتالي يجب من ظهور مشكلات سلوكية تنبع عن غياب الرقابة وتنمية الشعور بالخبرات العاطفية الإيجابية عند الطفل كالسعادة وتوفير دفء وعطف الوالدين وحنانهما وهو الأمر الذي يعزز ميل الطفل لأن يكون تعامله مع نفسه ومع غيره بشكل لطيف وخال من أي عدوانية أو سلوك سلبي

أما الطفل الذي تعرض لإساءة المعاملة من قبل الوالدين وإهمال عاطفي واجتماعي فقد يسعى لاستخدام العدوانية بأشكال مختلفة وذلك من أجل جلب انتباه الأسرة وإشعارها بوجوده وضرورته الاجتماعية والعمل على خفض مستوى النزاعات الأسرية، لأنّ الطفل يتعلم الكثير من السلوك الاجتماعي من خلال الملاحظة والتقليد وعلى ضوء ذلك يتوجب على الأهل ألا يعرضوا الطفل إلى مشاهدة نماذج من النزاعات التي تدور داخل الأسرة وذلك لسان من أثر سلبي على الطفل ومنها السلوك العدواني، فالبيئة الأسرية الخالية من النزاعات ذات الطابع الاجتماعي تنمي لدى الطفل الشعور بالأمن وبالتالي استقرار الذات. **(بشرى المتوكل، 2008/12/23)**

وإشعار الطفل بذاته وتقديره وإكسابه الثقة بالنفس وإشعاره بالمسؤولية تجاه الآخرين، ومساعدته على تقويم المواقف المحبطة التي يواجهها والابتعاد عن القسوة.**(منصوري مصطفى، 2008: 114)**

خلاصة:

ما خلصنا إليه في هذا الفصل أن السلوك العدواني في مختلف صوره وأشكاله يعتبر خاصية رئيسية في شخصية الفرد، فالعدوان سلوك تفسره أعراضه والعوامل المحركة له والتي يمكن الوصول إليها من خلال تحليل الموقف العدواني. كما أنّ للأسرة دور كبير في التغلب على تحديات العصر التي تخلق وتولد العدوانية في ذهن الطفل ومخيلته لتصبح بعد ذلك إحدى سماته المتميزة وأهم ما يمكن فعله هو تعليم الطفل كيفية إقامة العلاقات مع الآخرين، والحرص على دفء العلاقات الأسرية وإظهار الود والحنان للطفل.

الفصل الرابع :

الاضطرابات السيكوسوماتية affection psychosomatic

تمهيد

1. **تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية**
2. **لمحة تاريخية عن الاضطرابات السيكوسوماتية**
3. **العلاقة بين النفس والجسد**
4. **الطب النفسي – الجسمي (السيكوسوماتي)**
5. **أسباب نشأة الاضرابات السيكوسوماتية**
6. **التصورات النظرية المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية**
7. **تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية**
8. **الشخصية السيكوسوماتية**
9. **علاج الاضطرابات السيكوسوماتية**

خلاصة

تمهيد :

كثيرا ما تشخص الاضطرابات العضوية على أن العامل النفسي له دور كبير في نشأتها واستمرارها أو حتى في علاجه، ذلك كون الفرد وحدة نفسية وجسمية لا يمكن الفصل بينهما، لذلك وجب عند دراسة أو تشخيص حالة الفرد مراعاة سماته الشخصية في مجالها الكلي، بمعنى أن لا نهتم بالحالة الجسمية فحسب وإنما أيضا بحالته النفسية أو الانفعالية، فالحقيقة هي أن كثرة الضغوط النفسية قد تؤدي بدورها إلى ظهور الاضطراب سيكوسوماتي، ومن هذا المنطلق سوف يحاول الباحث في هذا الفصل إعطاء صورة توضيحية عن ماهيتها وكيفية نشأته وأنواعه وتشخيصه والاتجاهات بالإضافة إلى خصائصها المرضية وكيفية علاجه.

1-تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية les trouble pyschomatiques :

يشير **قاموس علم الألفاظ Estymology dictionnary (2010)** إلى أنّ أنظمة البسيكوماتيك ظهرت عام **(1847)**، وهي في الأصل كلمة يونانية وتعني العلاقة بين العقل والجسد، كما أنّها تتكون من كلمتين بسيكو Psycho وسوماتيك Somatic، بحيث أن: **(Douglos, harper; 2010: 01)**

أ- بسيكو Psycho: هي مشتقة من الكلمة اليونانية Psykhe والتي تعني العقل.

ب- سوماتيك Somatic: وهي تعني الجسد وهي مشتقة من الكلمة اليونانية Somatikos.

فإذا ما جمعنا الكلمتين معاً Psythe + Somatikos، فهي تعني الجسد الطيب، هذا وقد تم تطبيق مصطلح السيكوسوماتيك Pyschosomatic فعلياً في الطب النفسي عام(1938)، وهو يشير إلى اضطرابات جسدية ذات أسباب نفسية، بحيث يمكن أن تنطبق بسهولة على الاضطرابات العاطفية لأسباب بدنية، ولكن نادراً ما تستخدم على هذا النحو. **(Douglos, Harper; 2010: 02)**

وبالاستناد لـ **قاموس راندوم هوس Random;H (2018)** فإنّ مصطلح Psychosomatic سجل في (1860) نفسية + جسدية، وهو يشير للأمراض المتعلقة باضطرابات جسدية والتي تحدث بسبب أو بتأثير العوامل العاطفية بشكل خاص، فتتعلق أو تنطوي على العقل والجسم. **(Ronclor, Hang : 2013)**

هذا ويرى **حسين عبد المعطي (2003)** بأنّ الاضطرابات السيكوسوماتية هي تلك الأعراض الجسمية التي تكون كنتيجة حتمية لعوامل انفعالية نفسية وتتضمن أجهزة عضوية خاضعة للجهاز العصبي المستقل مع إمكانية بقاء الفرد غير واع شعوريا بحالته الانفعالية. **(حسين عبد المعطي، 2003: 24-25)**

بذات السياق ترى **أودري فوثروث Audrey,Vautherot (2014)** أنّ الاضطراب السيكوسوماتي هو مظهر من مظاهر اضطراب عقلي من الأعراض الجسدية، دون أي سبب طبي آخر، ويتم إنشاؤه، فالشخصية السيكوسوماتية تتعمد التعبير بجسدها عما يحدث في رأسها كالإجهاد النفسي والصدمات العاطفية ، فالطب اليوم يعترف بأن العقل والجسم مرتبطان معاً. **(Audrey,V; 26/06/2014)**

كما أن **محمود أبو النيل (1994)** يعرف الاضطرابات السيكوسوماتية على أنها تلك الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء والتي ينشأ بها ضرر على مستوى أعضاء الجسم أو يصيبها خلل في وظيفة العضو كنتيجة لحالة انفعالية شديدة، تشخص على أنها حالة مرضية مزمنة. **(أبو النيل محمود، 1994: 159-160)**

ونجد في **معجم علم النفس العقل والجسد (2018)** أن الأمراض النفسية الجسدية تشير إلى أمراض ذات أسباب نفسية جزئية أو كلية ، وفي حالة المرض السيكوسوماتي يرتبط العقل ارتباطا وثيقا بالجسم لدرجة أن المشاعر النفسية القوية كالقلق والاكتئاب والحزن .... قادرة على إضعاف نظام المناعة لدينا وإثارة مرض هذا وتدل الأمراض السيكوسوماتية على وجود جسر بين الجهاز العصبي وجهاز المناعة. **(Glossaire Phsychologie Esprit et Corps ; 09-2018)**

أما **لطفي الشربيني (2003)** فيرى بأن الاضطراب السيكوسوماتي هو مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم ووظائفه، يحدث هذا الاضطراب نتيجة لاختلال شديد أو مزمن في كيمياء الجسم في أحد الأجهزة الهضمية، الغدد، الجهاز الدموي والبولي والتناسلي والعضلات أو الجلد. **(لطفى الشربيني، 2003: 01)**

وفي هذا السياق يصف **بيريك هورد Pierrick, Horde (2018)** عن الأعراض النفسية الجسمية بأنّها تلك الأعراض البدنية التي تتأثر كليا أو جزئيا بالعوامل النفسية إما في مظهرها أو تطورها وبعبارة أخرى يمكن أن يؤثر الاكتئاب أو الصدمة النفسية أو القلق .... وغير ذلك من الاضطرابات على الجسم وبسبب علامات جسدية ظاهرة للعيان. **(Pierrick, Horde; 2018)**

كما يعرف **قاسم حسين صالح (2007)** الاضطرابات السيكوسوماتية، بأنها مجموعة من الاضطرابات تظهر على المصابين بها أعراض جسمية حقيقية في ظل غياب سبب عضوي ظاهر، في عضو أو أكثر لا يجد لها الطبيب عاملا مرضيا مشخصا بيقين ثابت، فتعزى أسبابها إلى عوامل نفسية ، وهي غير الأمراض المتعمدة التي يصطنعها الفرد للحصول على منفعة معينة، وغير الشكاوي الجسمية التي ليست لها أسباب محددة مثل التعب المزمن. **(قاسم حسين صالح، 2007/07/02)**

وترى **نور الهدى محمد الجاموس (2004)** أنّ الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات جسمية تسببها الاضطرابات الانفعالية الشديدة التي تؤثر على المناطق والأعضاء التي يتحكم بها الجهاز العصبي الذاتي، والمفهوم الطبي يبين أن الإصابة الجسدية لها علاقة قوية بالصراع النفسي **(نور الهدى محمد الجاموس، 2004: 11-12)**

وعموماً حسب **باتريس إيرك شارلي Patris Eric Charles (2010)** فإنّ مفهوم السيكوسوماتية يرجع إلى علاقة عيادية بين العوامل النفسية والأمراض العضوية التي تعود لأسباب خارجية عامة، ولإعطاء المعنى الحقيقي لمصطلح السيكوسوماتية يجب دراسة نتائج الأمراض العقلية والسلوكية التي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بصحة الفرد نذكر على سبيل المثال: **(Patris.Eric Charle, 2010: 11-14)**

1. فقدان القدرة الذهنية، الشهية العصبية Homroalc mental.
2. العواقب الجسدية الناتجة عن الإدمان.
3. الإعتداء الذاتي automutilation وذلك في حالة الذهان الطفولي.

ووفقاً **للطفي عبد العزيز الشربيني (2012)** فإن السيكوسوماتية تدل على وجود عوامل نفسية وراء الاضطرابات الجسدية وتضم قائمة طويلة من الأمراض التي تصيب وظائف أجهزة الجسم المختلفة ومن أمثلتها: ضغط الدم وأمراض القلب والسكري وأمراض الجهاز الهضمي والأمراض الجلدية. **(لطفي الشربيني، 2012: 48)**

ونشر توك **tuke عام (1884)** في الطبعة الثانية من كتابه إيضاحات حول تأثير العقل على الجسم في حالتي الصحة والمرض وقد أكد على أن العقل والجسم متداخلان كأشد ما يكون من تداخل في عملية فيزيولوجية بالغة التعقيد، والاستخدام الدقيق أتى على يد توتش **F, Deutch** عام1922. **(طالب حنان، 2014: 02)**

وحسب **الطبعة العاشرة للتصنيف العالمي للأمراض** فالاضطرابات النفسية الجسدية هي تلك العوامل النفسية المؤثرة في حالات عضوية Pshycological factors affecting physical**". (حسان الصالح، 2012: 94)**

كما أنّ **سيلفي كولومب Sylphie Coulomb (2015)** يعرف الاضطرابات السيكوسوماتية بالأمراض أو الأعراض المرضية من أصل نفسي كالقلق، التوتر، الضغوط النفسية التي يمكن أن تؤثر في العديد من أجهزة الجسم وهذه الاضطرابات النفسية الجسمية غالبا ما تتداخل مع الحياة اليومية. **(Sylvie, C; 21/10/2015)**

وعرف **هنز سيلمي Hans silys (1938)** الاضطراب السيكوسوماتي بأنه عدم القدرة على التعبير عن الانفعال بالكلمة، فيعبر عنه بالحسد وتسمى **بألكسيثميا Alexithmia** ومن ثم يظهر الانفعال بهيئة أمراض جسدية وكأنّما الفرد بدل البكاء بعينة يبكي بأحد أعضائه. **(عادل الغامضي 2010/23/11)**

الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM– IV) Diagnostics and Statistical of Mental Disorders، فقد وضع الاضطرابات السيكوسوماتية تحت العامل النفسي المؤثر على الحالة الطبية 316 Pshcychological factor affecting، وذلك بتأثير العوامل العاطفية الانفعالية على الجانب البدني هذا وقد أشار إلى أثر سيمات الشخصية وأسلوب التعايش كعوامل مسببة لضرر عضوي على مستوى البدن. **(DSM- IV, 1994: 675)**

وتعرف **الموسوعة البريطانية (1977)** الاضطرابات السيكوسوماتية، بأنها الاستجابات الجسمية للضغوط الانفعالية التي تأخذ شكل اضطراب جسمي كالربو، القرحة المعدية، الضغط الدم المرتفع، التهاب المفاصل الروماتيزمي. **(أمل سليمان تركي العنزي، 2014: 44)**

2 لمحة تاريخية عن الاضطرابات السيكوسوماتية:

إنّ الطب النفسي الجسدي الذي يعتقد أنه تم اكتشافه في أوائل القرن العشرين، يعود في الأصل تاريخ ظهوره إلى الحضارات والديانات القديمة، بحيث أن الفلاسفة القدامي أدركوا العلاقة بين النفس والجسم، وأنّ تغير الحالة النفسية لدى الإنسان تؤدي إلى تغير الحالة العضوية، والقدماء لم يتمكنوا من تقديم الأدلة والتفسيرات المنطقية المدعومة بأسس علمية عن كيفية تأثير الحالة النفسية بإحداث الاضطراب العضوي، واكتفوا بالإشارة لهذه العلاقة بين النفس والجسم ووصفها فقط. **(فيصل محمد خير الزراد، 2000: 10)**

فالطب في تلك الفترة تأرجح في تيار ديناميكي تركيبي يدرس الإنسان باعتباره وحده لا يمكن فصلها ويذكر أنّه في القرن الخامس قبل الميلاد قام الطبيب الفيسلوف اليوناني هيبوقراط Hyppocrate (460 -340 ق م)، بربط بين مزاج الفرد (الدموي، البلعومي، الصفراوي، اللمفاوي) وكان يتحرى حياة المريض وأحلامه وصراعاته، ودافعت مدرسة هيبوقراطة التي تعرف بمدرسة كوس Cos عن العلاج بين الجسد والروح الذي يستهدف المريض في مجمله ويأخذ بالاعتبار مزاج المريض **(Claude,Sabbah.H, 13/06/2011)**

كما أكد الفيلسوف اليوناني **سقراط (399-469 ق، م)**، على أهمية معرفة الإنسان لنفسه. **(فيصل محمد خير الزراد، 2000: 10)**

وكتب **أفلاطون (347-428 ق م)** أنّ طبيعة الجسد لا يمكن أن تكون مفهومة ما لم تنظر للجسد ككل وهو الخطأ الكبير لأطباء عصرنا إذ أنهم يفصلون النفس عن الجسد في معالجتهم. **(طالب حنان، 2014: 01)**

وفي القرن الثاني الميلادي طرح جالينوس نظرية الروح الحيوان التي تربط بين الجانب الحيوي والجسم وبين الظواهر النفسية وأشار إلى أن الإفراط في التعبير يؤدي لزيادة التغير بالآخر. **(فيصل خير الزراد، 2000: 10)**

والجدير بالذكر أن العرب وعلماء الإسلام قد فطنوا لأهمية العلاقة بين النفس والجسم وأثر النفس في إحداث تغيرات جسمية مرضية، فقد أشار الطبيب الشهير **ابن سينا** في كتابه الأصل والعودة إلى العلاقة بين النفس والجسد حيث قام بدراسات علمية قائمة على التجريب انطلاقا من تجربة الحمل والدئب الشهيرة، بالرغم من أن في عصر ابن سينا لم تكن الإمكانيات الطبية تسمح بالكشف الدقيق عن أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية إلا أنه تمكن من تفسير وعلاج ووصف العديد من هذه الأمراض حتى أنه يمكننا البوح بأن ابن سينا هو المؤسس الفعلي والمرجع الموضوعي لـ " سيكوسوماتية ". **(طالب حنان، 2014: 12)**

كذلك الطبيب **ابن عيسى المجوسي (990 م)** في كتابه كامل الصناعة الطبية، فقد أشار إلى أنّ الأمراض النفسية كالحصر، الغم، الهم، الغضب، الحسد، تغير من مزاج الجسم وتؤدي لإنهاكه واضطراب وظائفه وفخر الدين الرازي (606-545ه) الذي قام بعلاج الأمير منصور من الأمراض الروماتزمية التي أصابت مفاصلة بالاستناد على العلاج النفسي بغرض إكسابه قوه تمكنه من إذابة الأغراض الروماتزمية . **(محمد حسن غانم، 2014: 29)**

وفي العصور الوسطى نجد الجراح **هنري Henry Mondvylle**، الذي يرى بأنّه من الواجب على الأطباء أن يوفروا للمريض نصيبا من المرح والسعادة، الجسم يتحسن بالفرح ويهزل بالحزن والألم وقد دعى موندفيل H, Mondville إلى الاهتمام بالحالة النفسية، لمرضاه قبل العمليات الجراحية، ويمكن اعتبار Henry الرائد الأول في مجال علم النفس الجراحي المتطور. **(فيصل خير الزراد، 2000: 21)**

أما الفترة التاريخية التي تم فيها الاهتمام فعلياً بالاضطرابات السيكوسوماتية في خدم الاشارة إلى العلاقة بين النفس والجسد، تعود إلى عام **(1818)** أين قدم هينرون Henroll مصطلح Psychosomatic، حيث لاحظ أن انفعالات الفرد الحادة تؤثر تأثيرا ضاراً في حالة الجسم. **(محمد حسن غانم، 2014: 22-23)**

هذا وكان **جورج بيكرGeorge Baker (1866-1934)** واحد من أوائل الأطباء الألمان الذين عملوا على الأمراض السيكوسوماتية ، حيث ذكر من خلال الأدلة والملاحظة العيادية عن وجود ارتباط بين صحة الفرد العقلية وحالة الجسم لديه. **(Clement, M. pest; 21/06/2007)**

3- العلاقة بين النفس والجسم: وأشرنا في الفقرة السابقة – لمحة تاريخية عن الاضطرابات السيكوسوماتية - عن تطور الدراسات السيكوسوماتية إلى بعض الاتجاهات الطبية والعقلية التي حاولت الربط بين علم النفس والجسم ووجدنا أن الأطباء والفلاسفة القدمى أدركوا أهمية العلاقة وعبروا عنها في كتاباتهم.

فالكائن البشري يوجد في البدن ويوجد في النفس في الوقت نفسه، فهو بدني نفسي معا، هو سيكوسوماتي، ومن خلال السيكوسوماتية هذه يعيش نفسه ويعيش الحياة. **(طالب حنان، 2014: 32)**

فالحالة الانفعالية للفرد تؤثر على الجسد مما يؤدي إلى ظهور أعراض مرضية، فالعلاقة بين الحالة النفسية والحالة الجسدية تحدث في الصحة والمرض على حد السواء، فالفرد قد يتعرض لموقف خوف يخفق قلبه بشدة وترتعد أطرافه ويبدو على وجهه الشحوب وكل هذه التغيرات في الوظائف العضوية لحالة الجسم نتيجة حتمية للانفعالات النفسية المصاحبة للشعور بالخوف وهذا مثال على فعل طبيعي لأي شخص عادي.

كل الانفعالات الشديدة والصراعات الداخلية التي يتم كتمها وعدم التعبير عنها قد تتراكم أثرها لتسبب في النهاية خلل وظيفي للجسم فيحدث المرض، وتعرف الحالة بالمرض السيكوسوماتي Psyhchosomatic لأن الأصل بظهورها يرجع في البداية لعوامل نفسية. **(لطفي عبد العزيز الشربيني، 2003: 26- 27)**

فالجسد يقود للتفكير في المقام الأول بالجسد المادي Corps physiques أو الغلاف البدني Enveloppe corporrelle لأجهزة الجسم ويبقى الجسم النفسي Corps psychique من جانبه لغزا وهذا ما لم يتم نفيه.

وتظهر الروابط بين الأعراض الجسدية والأغراض النفسية بشكل واضح أثناء الرعاية الصحية الفيزيولوجية والنفسية، وتبدو هذه الروابط عنيفة لدى المرضى الذين لا يتعافون رغم اختفاء العلامات السريرية البيولوجية أو الذين يظهرون ألما شديدا بالجسم بعد القيام بجلسات علاجية، فالفرد يعيش من خلال جهازين في الوقت نفسه، بحيث أن الجهاز الأول الجسم هو فيزيائي، يمكن ملاحظته وقياسه أما الجهاز الثاني النفس، فهو مجرد وذاتي وغير مرئي وينشأ من خلال عملية التخريب اللبيدية، بمعنى أن جميع الظواهر تسمح بالمرور السلس للوظائف البيولوجية وذلك لصالح الوظائف النفسية المثيرة التخريبية التي يصبح من خلالها العضومنطقة مثيرة للشهوة وهكذا فالجسم النفسي المثير يبنى بشكل تدريجي ويحمل دائما على الجهاز المادي، وبالتالي ينفصل الجسم عن حاجاته الأساسية للوصول إلى الاحتياجات الثانوية، وتبقى هذه التبادلات بين الجسم والنفس عند الطفولة من خلال الرعاية الأبوية وهكذا يجد الجسم الصحي أصوله في السنوات الخمسة الأولى أين يخضع الأداء النفسي للأم. **(Christophe, D; 2001)**

4- الطب النفسي – جسمي (الطب السيكوسوماتي) Psychosomatic Medicine: وهو مجال خصب للتعرف على العلاقة القائمة بين النفس والجس وهي علاقة يكتنفها غموض كبير، لكن الاهتمام يتزايد بهذا الميدان بسبب تطور الدراسات والأبحاث السيكوسوماتية، فالأطباء ومراكز الصحة والجامعات ومراكز الأبحاث يهتمون بالعوامل النفسية والاجتماعية بمجال التشخيص الطبي الذي يبحث في عدد من الأمراض الجسدية وعلاقتها بالعوامل النفسية وحجم تأثيرها وكيفيته فالوقت الحاضر يوفر لنا كمية هائلة من المعلومات والتفاصيل التي تتعلق بعدد من الأمراض

الجسدية الشائعة التي تشمل أمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض التنفسية وأمراض هضمية بالإضافة إلى الامراض الجلدية والغدد. **(حسان المالح، 2012: 96)**

فالطب النفسي جسمي هو أحد فروع الطب الحديثة وينظر للفرد نظرة شاملة من حيث المرض والبيئة والجانب النفسي والعضوي وعلى أساس أن الإنسان نظام دينامي يستجيب باستمرار إلى التغيرات البيئية النفسية، وباختصار الطب البسيكوسوماتي هو فرع حديث في الطب يبحث في ارتكازات الجملة العصبية اللاإرادية الذاتية اتجاه المؤثرات الانفعالية والنفسية، وما ينعكس من هذه المؤثرات الانفعالية والارتكاسات العصبية الذاتية على وظائف الأعضاء وما تسببه من أمراض. **(فيصل محمد خير الزراد، 2000: 17-18)**

فالاتفاق أبعد ما يكون عن تعريف **الطب البسيكوسوماتي** : الطب النفسي الجسدي بالمعنى الحرفي هو دراسة العلمية التي تبدأ من النفسية وصولا إلى الجسدية ، وبطريقة ما فإن الأمراض النفسية الجسمية تتعلق بالأمراض العضوية التي يكون أصلها نفسيا. **(jessus Cardenas, 08/06/2016)**

5- الحالة السيكوسوماتية Psychosomatic stat: أشار بعض الأطباء النفسانيين والجراحين أمثال **ماكسويل مالتز Malz, M (1976) وروك Rook, FL (1979)** إلى أن الأمراض السيكوسوماتية هي التي تصيب بعض وظائف الجسم أو بعض الأجزاء منه وتكون هذه الأمراض من الحدة بحيث تقاوم عمليات العلاج الطبية والنفسية أحيانا، وتصبح أعراضا هذه الأمراض بمثابة طابع أو سمة في شخصية الفرد، وتدوم لفترات أطول بالرغم من تحسن الظروف من حول المريض وقد سميت مثل هذه الحالات بالحالة السيكوسوماتية إشارة إلى ديمومتها لفترة أطول، وأخذها طابعا شبه ثابتا في شخصية الفرد، لذلك يدرك **مالتر Maltz وروك Rook** أنّهما كثيراً ما توقفا عن استعمال الجراحة في هذه الحالات وتحولاتها إلى العلاج النفسي، وهذا وقد تم تحسين العديد من مثل هذه الحالات بواسطة العلاج النفسي ودون استخدام الجراحة. **(فيصل محمد خير الزراد، 2000: 22)**

ويرى **كارل جاسبرز Karl (1913)** أن للمرض السيكوسوماتي: **(أحمد شعبان طه، 2014/04/15)**

1- علاقة آلية مكانية relatio demicanisme spatial : وهي رد فعل لا يفوق الحد الاعتباري من حيث القوة والاندفاع مثل : حدوث إسهال أو قيء على أثر انفعال نفسي شديد.

2- علاقة اكتسابية بالمنعكس الشرطيRelation d'acquisition avec dereversement conditionnel: وهي تكرار قائم على مبدأ منعكس شرطي، كالإسهال الذي يحدث نتيجة رعب شديد.

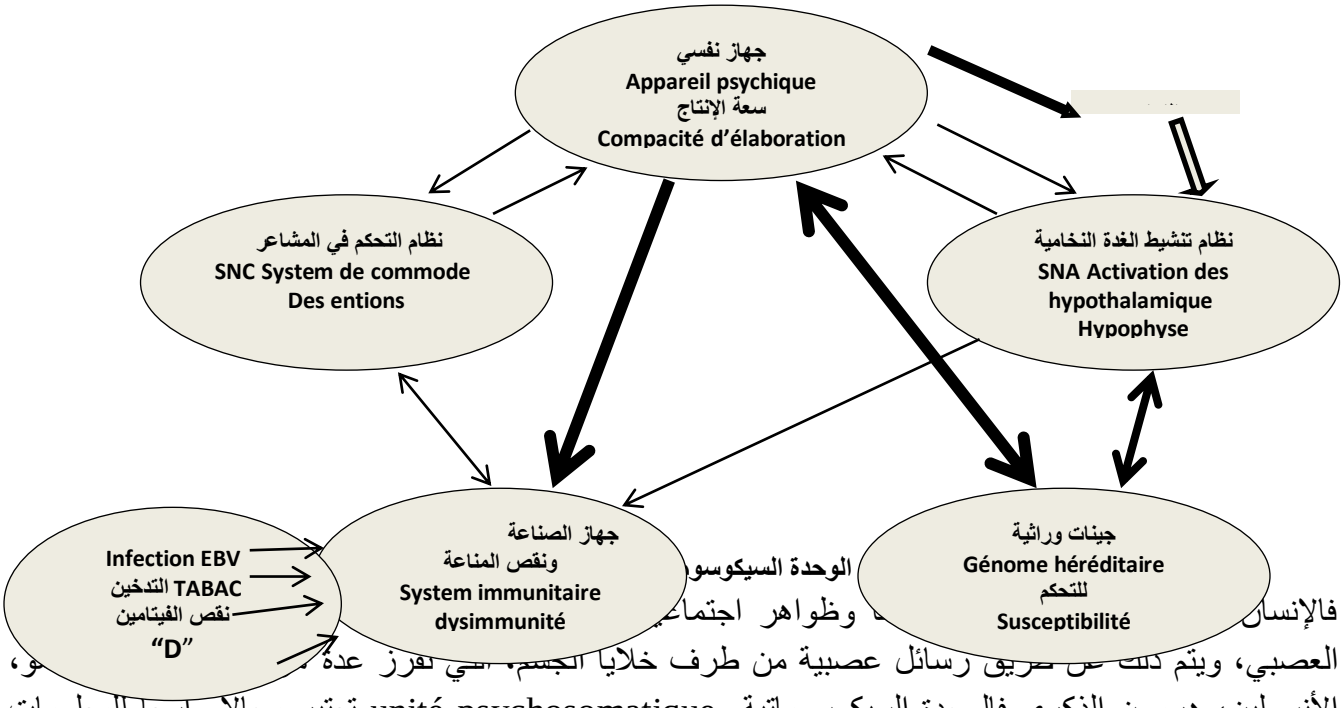
ففي الشدائد أو المصائب يختل التوازن النفسي فيدفع بالجسم للاستنفار فتنتج الاضطرابات الجسدية لأن التوتر نتيجة أزمة نفسية لابد أن يجد له منفذا للتعبير وللظهور مما يؤدي إلى تخريب عضو في الجسم كتعبير عن الحالة النفسية، فالتقيؤ يحدث أحيانا نتيجة انفعال شديد، والإسهال يحصل على أثر حالة رعب شديدة، ولعل أكثر الحالات تداولا للاضطرابات النفس– جسدية هي الصدمات النفسية الحادة، غير المتوقعة، كالأنباء المخيفة والمفائجة كحالة الموت، القتل، الكوارث، الإهانات التي لا تغتفر، أي كل ما يسبب أذى نفسي غير محتمل قد يعرض للإصابة الجسدية ذات المنشأ النفسي. **(هناء صند قلي، 2016: 21)**

6- النقلة السيكوسوماتية Psychosomatic Shift: يرى العالمان البريطانيان **G, & D, Leidgh Wretmark (1981)**، أن هناك حالات سكوسوماتية يمكن أن نطلق عليها اسم حالات متعددة الاضطرابات السيكوسوماتي. وفي هذه الحالات نجد الفرد المريض يشكو من اضطراب في معدته تارة ومن اضطرابات في القولون تارة أخرى أو يشكو من الضغط أو الحكة في الجلد أو الصداع أو الإمساك أو الوهن العام ... كأن العامل النفسي قد أثر في موضع بالجسم أو أثر في أكثر من عضو واحد وفي هذه الحالات يصعب العثور على تفسير له ونجد أن المريض تردد على كافة الاختصاصات الطبية، الصورة لهذه الحالات أن الحالة النفسية تؤدي لاضطرابات نفسية أخرى، ويكون ذلك على شكل حلقة، وقد سميت مثل هذه الحالات النقلة العصبية السيكوسوماتية ويلعب عامل

الشخصية والاستعداد وتوهم المرض وصورة الجسم وغير ذلك دورا هاما في ظهور حالة النقلة العصبية السيكوسوماتية. **(فيصل محمد خير الزراد، 2000: 21-22)**

7- السيكوسوماتية التكاملية Integrative psychosomaticity: ويرى **جون بنجامين ستورا Jean Benjamin Stora (2012)** أنّ السيكوسوماتية التكاملية هي مقاربة عامة للإنسان وأمراضه، وتشير الخطط النظرية والسريرية إلى العلاقة المتبادلة بين النظام النفسي System psychique والجهاز العصبي المركزي System neveux central وجهاز العصبي المستقل System Nerveux autonome ونظام المناعة والجينيوم System immunitation et Genome ومن خلال وضع هذه الأنظمة في بيئة ثقافية اجتماعية كالبيئة الأسرية، والمدرسية، اجتماعية مهنية، سياسية اقتصادية، **فبنجامين J,Benjamin** يشير للعمليات التي تربط أنظمة الجسم الحيوية بالآليات النفسية الأساسية لإحداث المقاربة التكاملية السيكوسوماتية **(Jean (Binjamine Stora, 08/06/2012**

توجد علاقة متكاملة ما بين **الجهاز الوراثي والجهاز المناعي،** وهذه العلاقة تحدث بتداخل أعضاء أساسية بالجهاز العصبي، فالاضطراب السيكوسوماتي يحدث نتيجة التوتر العصبي بمستوى الجهاز اللمبي، حيث أن الخلل الذي يحدث على مستواه يولد ارتفاع بمستوى الهرمومات المولدة للقلق، وبالتالي ينشط الجهاز المناعي ويضطرب مما يؤدي لظهور عدة التهابات لأعضاء الجسم والشكل التالي يوضح آلية حدوث **الوحدة السيكوسوماتية التكاملية Psychosomatique integrative. (Boutlilier,J 2004: 21)**



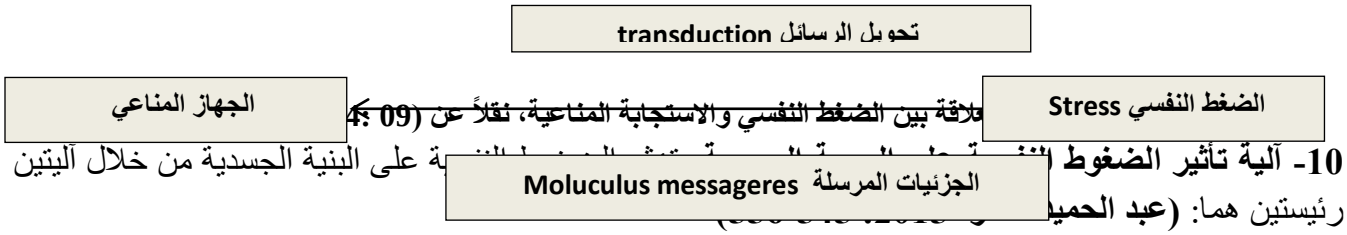
فالإنسان [illegible] وظواهر اجتماعية [illegible] العصبي، ويتم ذلك عن طريق رسائل عصبية من طرف خلايا الجسم التي تفرز عدة [illegible]و، الأنسولين، هرمون الذكري فالوحدة السيكوسوماتية unité psychosomatique تعتبر مجالا واسعا للمعلومات ولجميع أنظمة اتصال الأعضاء بالجسم وفي العلاقة الداخلية (الوراثة، المناعة، الهرمونات) وهذه العلاقة التكاملية مخزنة بالغدة النخامية المتواجدة بتلاموس في الجهاز العصبي **(J. Boutillier, 2004: 06-21)**

8- التجسيد والترميز Somatisation et symbolisation: يحدث الاضطراب السيكوسوماتي اعتمادا على الحالة النفسية والعاطفية للموضوع وذلك عن طريق ترجمة المعلومات الرمزية، بالتالي يتم نقلها ويحدث تكيف

بشكل لائق ومناسب مع الموضوع، أما في حالة عدم ترجمة هذه المعلومات الرمزية ، فإنه لا يتم نقلها ولا يحدث تأقلم أو بالأحرى تكيف مع الموضوع بشكل ملائم، والشكل التالي يوضح ذلك: **(J. Boutilier, 2004: 07)**
فالتوتر المستمر ينتج عنه تغيير دائم في الترميزات وهنا تخزن الأعراض السيكوسوماتية بطريقة متقطعة كظاهرة للتكيف حتى في حالة عدم وجود التوتر فإن الاستجابة السيكوسوماتية النفسية الجسدية تبقى وتستقر كإجابة.

9- الضغط النفسي والاستجابة النفسية: الضغط النفسي هو كلمة انجليزي استعملت منذ **(1936)** بعد أعمال **هانز سيلي Hans selye** لتحديد الحالة التي تكون فيها العضوية مهددة بفقدان التوازن تحت تأثير عوامل أو ظروف تضع ميكانيزمات التوازن البيولوجي في خطر، وكل العوامل التي يمكنها أن تفسد هذا التوازن إن كانت فيزيائية – صدمة، برد أو كيميائية –السم أو نفسية – الإنفعال وتسمى عوامل ضاغطة، فكلمة " ضغط " تعني المثير ورد فعل الجسم في نفس الوقت. **(هيدوب حفيظة، 2016: 03)**

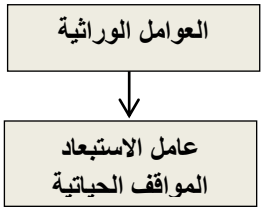
ينتج التوتر عن الضغط والقلق المستمر الذي يعيشه الفرد ويؤثر عليه من الناحية البيولوجية والفيزيولوجية العضوية، فهو استجابة انفعالية طبقاً لمتطلبات التكيف والحفاظ على التوازن الجسمي ويرى هانز سيلي Hans Selye (1956) بأنه يوجد تلازم عام ما بين التوتر والتكيف والشكل التالي يبين لنا العلاقة بين الضغط النفسي والاستجابة المناعية. **(J, Boutillier ; 2004: 09)**

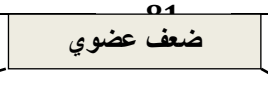


10- آلية تأثير الضغوط [illegible] على البنية الجسدية من خلال آليتين رئيستين هما: **(عبد الحميد** [illegible]

1 الآلية البيوكيميائية: تؤدي الضغوط النفسية إلى استجابة بيوكيميائية على مستوى الجسم وتتخذ في رد فعل مباشر وسريع، أين تستقبل القشرة المخية المثيرات الضاغطة عن طريق الحواس فيقدم تحريض الوطاء الخلفي بواسطة الجهاز اللمبي، مما يؤدي إلى استجابة الأعضاء الخاضعة لسيطرة الجهاز الإعاشي والمعنية بذلك على غرار زيادة نبضات القلب وسرعة التنفس، إشباع قطر الأوعية الدموية، ارتفاع ضغط الدم الشرياني، زيادة تركيز الغلوكوز والمواد الدهنية في الدم، إفراز اللعاب والعصارات المعدية ورد فعل طويل الاستمرار وبطئ بموازاة رد الفعل السابق فإن قشرة المخ تستجيب كذلك برد فعل آخر، يكون أقل سرعة وأطول مدة وهي ردود الفعل التي تتلخص في مرحلتي الإنذار والمقاومة. المتضمنة في متلازمة التكيف العام GAS المستعملة لمواجهة الضغوط، والتي تشير إلى اختلال في النظام العصبي الهرموني بين الجهازين العصبي ممثل في الهيبوتلموس، والغددي ممثلا في الغدتين النخامية والكظرية، نتيجة الاستمرار في التعرض للضغوط والذي يمكن توضيحه بردود الفعل البيوكيميائية في مرحلة الإنذارReaction d'alarme وردود الفعل البيوكيميائية في حالة المقاومة la phase de resistance

2 الآلية السلوكية: فالمواقف الحياتية الضاغطة تجبر الفرد على القيام بالسلوكيات الممكنة والتي تسمح له بتفادي أو التخفيف من حدة هذه المواقف ومضاعفتها، غير أنه من بين هذه السلوكات ما يعود بالضرر على الفرد سواء على صحته الجسمية أو النفسية. **(عبد الحميد شحام، 2015: 549)**





شكل رقم (03): يبين آلية حدوث الإضطراب السيكوسوماتي، نقلاً عن (فيصل الزراد، 2000: 18).

وتوصل **دولسي Dulsi عام (1868)** إلى وضع نمط بمرض القلب نتيجة الضغط النفسي وأشار كل من فريدمان وروزمان إلى أن هناك نمطين للشخصية: **(محمد الطحان، موسى نجيب، 2008: 198)**

1- **نمط (أ)**: يتميز بالتنافس الشديد والرغبة بالإنجاز وأفراد هذا النمط معرضون للإصابة بمرض القلب.
نمط (ب): أفراده يتصفون بالاسترخاء، ومتحررون من العدوانية وهم أقل تعرضا للإصابة بمرض القلب.

11. خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية:

تعرف دائرة المعارف النفسية أهم خصائص هذه الاضطرابات في: **(حسن غانم، 2015: 55-189)**
أ- وجود اضطراب في الوظيفة مع وجود خلل في أحد أعضاء الجسم.
ب- وجود اضطراب انفعالي يقوم بدور جوهري في ترسيب الأمراض، وهذا ما يميزها عن العضوية الأخرى.
ت- تتسم هذه الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها مزمنة وتتنوع مظاهرها.
ث- كما أنها ترتبط بغيرها من الاضطرابات السيكوسوماتية الأخرى.

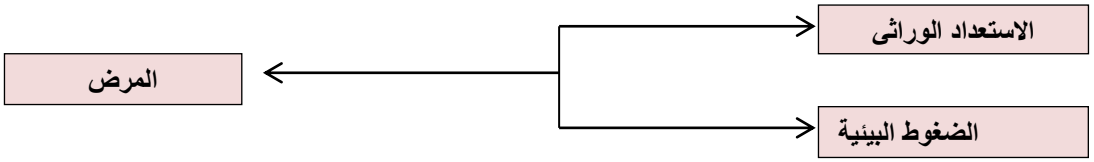
هذا ويعرف **كيف برودمان وآخرون Keev Brodmanet & al** من معدي **قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية** بأنّها زملة الأعراض الجسمية التي تنشأ من عوامل نفسية انفعالية ، والتي قد تسبب في حالة زيادة شدتها إلى المعاناة من مرض حقيقي يصيب عضو أو جزء من أجزاء الجسم.

12- أسباب نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية: أشرنا سابقا في حديثنا عن الضغط النفسي إلى بعض العوامل التي تساعد في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الفرد والتي تكون بمثابة الزناد الذي يفجرها، وفي هذا الإطار سوف نحاول التطرق لأهم العوامل المؤدية إلى الاضطرابات السيكوسوماتية على النحو التالي:

12-1 الاستعداد الوراثي: Genetic readiness أكد كل من **فريدسان وإيوال (1976)** على أثر الوراثة في ظهور بعض الأمراض الجسمية، وذلك عند ملاحظتها أن أفراد أسرة واحدة يتعرضون لنوع معين من الأمراض، ولاحظ كل من **جريجاوي وروسن (1965)** أنّ نسبة انتشار القرحة المعدية بين الإخوة والأقارب كانت أكبر منها بين الذين يعانون من هذه القرحة بالمجتمع **(كامل محمد محمد عويضة، 1996: 84)**

وضع **ألكسندر Alexander (1950)** شرطين لحدوث الاضطراب هما: **(باهي سلامي، 2008: 129-132)**
1- وجود استعداد تكويني قائم على الوراثة (الاستعداد الشخصي).
2- موقف البداية ويشمل أحداث الحياة والتغيرات في عوامل الوقت، العمليات الدينامية والانفعالية التي تعطي الاستجابات وردود الفعل النوعية ثم الأعراض او المرض.

فالاتجاه التفاعلي يرى أن المرض ينشأ نتيجة التفاعل بين الاستعداد الوراثي للإصابة بالمرض وبي الضغوط البيئية التي تعجل بحدوث المرض، ويوضح الشكل التالي هذا النموذج.



الشكل رقم (04): يوضح الاتجاه التفاعلي بين الاستعداد الوراثي والضغوط البيئية في نشأة الاضطراب السيكوسوماتي، نقلا عن (باهي سامي، 2008: 132).

ويرى **سونتاج وليستر (1953)** أن حياة الجنين داخل الرحم تتأثر بالحياة الانفعالية للأم والبيئة حيث أن الاضطراب النفسي للأم يؤثر على إفراز الغدد وتغير الدم وتركيبه. **(فيصل الزراد، 2000: 23)**

من خلال ما تم ذكره، هل تساهم بحوث (الجينيوم) والشفرة الوراثية في فهم التكامل الذي يجب أن يكون بين جميع أجهزة الجسم والنفس وهل اكتشافات الجينيوم والشفرة الوراثية من الممكن أن تساهم في منع حدوث العديد من الاضطرابات مستقبلا سواء كانت أمراض عضوية أم نفسية أم عقلية أو حتى انحرافات سلوكية ونكتفي بهذا القدر من الملاحظات. **(محمد حسن غانم، 2015: 48)**

وحاليا يستخدم علماء الوراثة مصطلحا جديدا أمثال **جيمس هاوس J, House (1990)** هو مصطلح المناعة النفسية العصبية Psycho neuroimmunology ويقصد بذلك دراسة التفاعلات المتبادلة بين وظائف الجملة العصبية وما تطلقه هذه الجملة العصبية من مواد كيميائية وإفراز هرمون الغدد الصماء أوقات الشدة والجملة المناعية الجسمية في قدرتها على مكافحة الأمراض والاضطرابات العضوية. **(فيصل خير الزراد، 2000: 24)**

12-2 العلاقة بين الطفل والأبوين Relationship Between Child and Parents: فالأسرة التي تتعرض للأزمات تفشل عادة في توجيه الطفل نحو الخبرات الملائمة وتجنب الخبرات الضارة، كما أن سوء التوافق والعلاقة المتوترة بين الزوجين تمثل ضغطاً وتهديدا يدركه الطفل فينتابه القلق والخوف من احتمال فقده لمصدر الحب والأمان وقد يرى الطفل العالم من حوله خاليا مما ينعكس على صحته ونموه النفسي، فيجعله طفل فاقدا للثقة بالذات ولمن حوله وربما عدواني وعرضة للإصابة بالأمراض النفسية الجسمية. **(سناء محمد سليمان، 2012: 79)**

12-3 العوامل الاجتماعية: تعرض الفرد لمواقف عنيفة كما في حالة الحروب ووقوع الجسمية والمفاجئة مما لم يتهيأ إليه الفرد، وهذا ما يؤدي إلى استنفاد طاقاته وعدم قدرته على التحمل أو المواجهة، حيث يرى جيمس هاليدي James H (1979) أن المجتمع المريض يظهر بوضوح أعراض تفككه على شكل أمراض واضطرابات لدى أفراده. **(فيصل خير الزراد، 2000: 75-76)**

ويشير كل من **نوتيس ومجينيس Meginnis & R. Nottis (1970)** لأهمية الدور الذي تلعبه تأثيرات البيئة الاجتماعية في ترسيب الأعراض السيكوسوماتية لدى الفرد، كما أكد كل من **ماكين أثر Arter Makean (1966) وكوب Coop (1970)** على أنّ الحوادث اليومية التي يعيشها الفرد في بيئته كالبطالة، التشرد، الخسارة، تؤدي إلى الاجهاد النفسي وتؤثر بصورة سيئة على جسم، فالبيئة الاجتماعية تعتبر مؤشرا هاما في المجال الجسمي للفرد، حيث يمكن تمييز نوعين من البيئة الاجتماعية: **(منى عبد اللطيف، 2005: 46-47)**

أولاً: البيئة الأسرية الضارة والمثيرة للقلق The Maxious Social Environment، فالعاملين في ميدان الصحة النفسية يدركون الدور الذي تلعبه البيئة الاجتماعية في تقدير دورة المرض، ففي بداية الستينات قام كل من **هولماز وراه Holmes & Rohe** بنشر أول قائمة عن الضغوط والأحداث الحياتية المثيرة للضغط، وحاولا فيها تحديد سيمات ومعالم البيئة الاجتماعية التي تؤثر على الفرد وتساهم في بداية المرض أو زيادة حدة المرض الموجود وتدعى هذه القائمة بالخبرات الحالية وتضم 43 موقف حياتي، وتتراوح تلك المواقف بين مواقف تافهة كالحصول على تذكرة لدخول الحديقة إلى أحداث لا يمكن إنكار تأثيرها على أغلب الناس مثل موت شخص عزيز.

ثانياً: البيئة الاجتماعية الوقائية The protective social environnement: فالبيئة الاجتماعية التي تتسم بوجود شبكات العمل الاجتماعي، والتي تقدم المساندة الاجتماعية للأفراد قد تكون عاملا واقيا للفرد من الضغوط الحياتية، فهي تنطوي على المساعدات التي يقدمها الآخرون للفرد سواء نفسية أو مادية لمساعدته على مواجهة الضغوط الحياتية، والمساندة الاجتماعية لها العديد من الأشكال نذكر منها:

أ- التعلق: ويكون مشروطا بعلاقة وجدانية حميمية تقدم الإحساس بالمشاركة والأمن.
ب- التآلف الاجتماعي: ويكون مشروطا بعضوية في مجموعة من الناس لديهم اهتمام وقيم اجتماعية.
ت- فرصة التنشئة: رعاية الأطفال وتعتمد في الأغلب على الوالدين أو كبار الأقارب.
ث- ضمان تقدير الذات: ويتم الحصول عليها من خلال العلاقات الاجتماعية التي تضمن تقدير الذات.
ج- الإحساس بالتبعية: ويتم الحصول عليها من خلال إدراك أن الآخرين موجودون للمساعدة على مواجهة الأزمات.

4-12 العوامل النفسية والانفعالية: فالعوامل الانفعالية التي يتعرض لها الفرد تؤثر إيجابا أو سلبا في مسار الصحة والمرض فالانفعالات الدائمة، وتحويلها داخليا، وعدم القدرة على إظهارها وكبتها تؤدي إلى تفريغ الطاقة الانفعالية بشكل جسدي فيزيد من نسبة الإصابة بها ومن هذه الانفعالات الغضب والهم والقلق والخوف والضغوط النفسية ومشاعر العجز واليأس والإحباط وفقدان السيطرة وعدم القدرة على الهروب أو القتال وما يتعرض له الفرد من تجارب صادمة، فكل هذه العوامل تؤثر بشكل مباشر في نمو الفرد ونضجه العضوي والنفسي والصحي والاجتماعي. **(عمر الشواشرة ومي الدقس، 2013/05/12)**

فالعوامل الانفعالية التي يتعرض إليها الفرد والصراع الانفعالي بين الاعتماد على الآخر وبين الاستقلال ومعاناة القلق والإحباط والخبرات الطفولية المؤلمة والصراع بين الغرائز والمجتمع والفشل وقمع الغضب والانفعال وعدم القدرة على التعبير عن المشاعر والرغبات والحقد الشديد، والعدوان المكبوت والشعور بالنقص وبالاضطهاد والظلم وعدم القدرة على تأكيد الذات والضغط الانفعالي المستمر والإحباطات المتراكمة التي تتولد عنها ضغوط نفسية شديدة تؤدي بالفرد إلى اليأس والانهيار. **(فيصل خير الرزاد، 2000: 75)**

أن الانفعالات تتسبب في التعجيل من حدوث الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد من القلق والخوف وفقدان الاهتمام والطموح والبكاء والشعور بالذنب وفقدان الثقة والخوف من الجنون، حيث يرى ألكسندر Alexander أن نوعية الاضطراب الانفعالي تؤثر في نوعية الإضطراب الوظيفي العضوي (Henti , 1982: 208)، فقد تكون الانفعالات الغير السارة كالخوف والغضب بالغة الضرر، إذا أصبحت مزمنة معاودة كأن ينقلب الخوف إلى قلق دائم وقد يصبح الغضب اعتداءا أو ممارسة لعواطف غير سارة إلى أمراض جسمية نفسية من أنواع مختلفة تؤدي إلى تعطيل وظائف الجسم كالهضم **(عبد الرحمن العيسوي، 1994: 195)**

5-12 التجارب العاطفية الصادمة: وتلعب الصراعات العاطفية والإحباطات المتراكمة ، والتوترات الانفعالية المستمرة دورا كبيرا بوجود بعض الاضطرابات وانتشارها بين الفيئات العمرية المختلفة ولعل الاضطرابات السيكوسوماتية من أكثر هذه الاضطرابات تأثيرا بتلك العوامل العاطفية **(ليلى محمد العارف، 2014/12/06)**

هذا وتعتبر الصدمة العاطفية واحدة من أخطر المشاكل النفسية على صحة الفرد، والتي يتعرض لها نتيجة أسباب عديدة، تؤثر بصورة سلبية ومباشرة على استقرارهم النفسي، وثقته بنفسه، بحيث تستهدف الوظائف الإدراكية والمشاعر الفيزيولوجية لديه، وتنتج عادة عن تعرض الشخص إلى إهانة شديدة أو حالة انفصال أو حوادث مؤلمة أو وفاة أحد الأشخاص المقربين أو نتيجة التعرض للاعتداءات الجسدية وغيرها من المواقف الحياتية المؤلمة التي تحول دون استمرار الشخص في العيش بصورة سليمة وتؤثر على صحته وانسجامه مع المحيط الذي يعيش فيه، مما يجعله في حالة من الضياع الأمر الذي يؤثر على صحته وإصابته بالأمراض، ويرافق هذه الصدمة العاطفية جملة من الأعراض والعلامات التي تدل عليها ويصاب بها الأشخاص بدرجات متفاوتة وتعتمد خطورة الحالة المرضية على قوة الصدمة العاطفية، وفي ما يلي أبرز أعراض الصدمة النفسية. **(رزان صلاح، 2016/08/09)**

1. اضطراب كبير وتغير ملحوظ بالأكل وحالة من الأرق المزمن أو النوم العميق المتواصل هربا من الواقع.
2. ضعف في نشاط الجسم وطاقته وعجز وضعف جنسي وأوجاع مختلفة بالجسم بدون سبب مرضي.

3. اضطرابات في وظائف المخ ، وخاصة فيما يتعلق بردود الفعل المنطقية والانفعالات وكآبة وعدم رغبة بالعيش.

فالتجارب العاطفية والجنسية الصادمة والحرمان العاطفي والجنسي، ومعاناة مشاعر الإثم والذنب لارتكاب معصية أو محرم والحب المحرم والخوف المرضي من الإشباع الغريزي والخوف من عقوبة المجتمع والوالدين تهدد الفرد وتؤدي به إلى الاضطرابات أحيانا، هذا ويرى جو ديك G deck (1923) وهو من تلاميذ فرويد أن مفهوم السيكوسوماتيك ينطبق على الطب بمفهومه العام وعلى جميع الأمراض، حيث أن لكل مرض سببا نفسيا أدى إليه وأسهم في تطوره وكل اضطراب هو تعبير رمزي عن المكبوتات العاطفية. **(فيصل خير الزراد، 2000: 75)**

12-6 ضعف الجهاز العضوي: ويحدث الانهيار السيكوسوماتي إذا وجد ضعفا وراثيا أو مكتسبا للجهاز العضوي، فالخلل الذي يصيب أعصاب الجهاز العصبي المركزي يكون مقرونا بالاختلال الوظيفي المزمن للعضو ويقيد من الضغط الإرادي للحالة وهذا ما يؤدي لتغيرات مونفولوجية في تركيب النسيج ويتطور النمو المرضي ويكون المرض هو النقطة التي فيها يكون الفرد قد وصل لحالة توافق جديدة والنقطة التي عندها انهيارات ميكانزمات الدفاع والتكيفات السابقة ويعتمد تأثير الاضطراب السيكوسوماتي في عضو معين على الضعف التكويني المحتمل لهذا العضو كالأمراض والحوادث السابقة في تاريخ حياة الفرد، وجود بعض الأمراض في هذا العضو عند أحد أقارب المريض، طبيعة الضغط الانفعالي، المعنى الرمزي للعضو بالنسبة للمريض. **(الزهرة ريحاني، 2017: 04)**

13- التصورات النظرية المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية: هناك إسهامات نظرية وتطبيقية من الباحثين والأطباء المتخصصين في المجالات الطبية المختلفة المهتمين بالاضطرابات السيكوسوماتية مثل الأطباء الباطنيين والمتخصصين في الجهاز البولي والغدد الصماء وكذلك في مجالات الطب العقلي والنفسي كل منهم وبمنظوره الخاص للظاهرة وقد دارت تقريبا كل النظريات المعاصرة عن الاضطرابات السيكوسوماتية حول هذا النموذج.

موقف منبه – استجابة فيسيولوجية – اضطرابات سيكوسوماتية

وقد تعددت النظريات والاتجاهات المختلفة في مجال الاضطرابات السيكوسوماتية نذكر أهمها فيمايلي:

13-1 النظرية البيولوجية Biological theory: وتعرف باسم نظرية الضعف الجسمي وترجع هذه النظرية بسبب ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية على أحد أعضاء الجسم إلى الضعف الوراثي أو ضعف البنية، الذي يهيئ الفرد لانهيار عضو معين من مواجهة الضغط وتستدل هذه النظرية بارتباط مرض السكر بالوراثة والعلاقة الظاهرة بين نمط الجسم وتؤمن النظرية بأن أكثر الأعضاء ضعفا هي التي تختل وظيفتها أو تصاب بالجرح عند استجابتها للمواقف الضاغطة ويفترض أصحاب هذه النظرية أن كلا من الخلل الوظيفي الوراثي والضعف الجسمي يلقيان الضوء ويفسران تأثير العوامل النفسية على الحالة الجسمية **(كامل محمد عويضة، 1996: 82)**

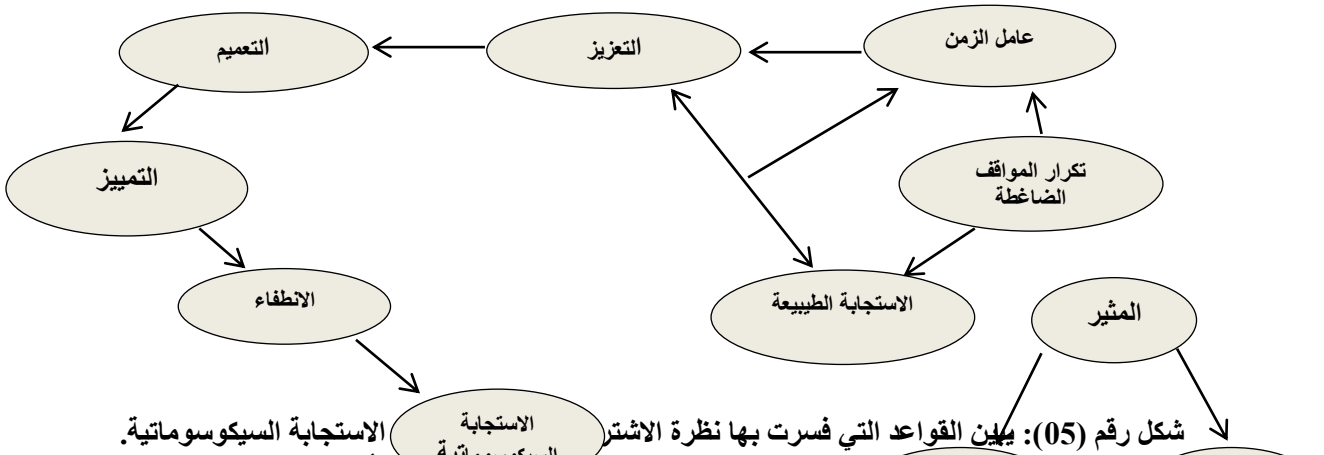
وقد أكد كل من **فريد سان وإيوال (1976)** على أثر الوراثة في ظهور بعض الأمراض الجسمية وذلك عند ملاحظتها أن أفراد الأسرة يتعرضون لنوع معين من الأمراض، كما لاحظ كل من جريجوري وروسن Geriguwag(1965) أن نسبة انتشار قرحة المعدة بين الإخوة والأقارب كانت أكبر منها بين الذين يعانون من القرحة في المجتمع، وتفترض معظم النظريات البيولوجية أن الأفراد الأكثر تعرضا للضغوط النفسية ذو أجسام ضعيفة، تسبب الضغوط النفسية لهم العلل بأجهزة الجسم غير الحصينة وتفترض النظرية أن الضغط النفسي يحدث لكل الأفراد ولكن لا تظهر العلل إلا بأجسام الذين لديهم الحساسية والقابلية للمرض فقط. **(كامل عويضة، 1996: 83)**

13-2 النظرية السلوكية Behavioral theory: توضح النظرية أن أهم المحددات للخلل الوظيفي البيولوجي أو الانجراح، هو الاستجابة الخاصة للعضو للمواقف الانفعالية التي سبق تعلمها وتؤمن هذه النظرية بأنه كنتيجة للارتباط السابق بين الموقف الانفعالي واستجابة عضو خاص، وخاصة إذا ما كوفئ الفرد على هذه الاستجابة ويشير أي موقف ضاغط جديد استجابة لنفس العضو وعندما تتكرر هذه المواقف الضاغطة بدرجة كافية وشديدة

يظهر الخلل الوظيفي أو الانجراح في هذا العضو وقد أخذ أصحاب النظرية السلوكية يستخدمون مبدأ التدعيم والتغذية الرجعية لشرح تأثير العوامل السيكولوجية على العلل الجسمية عن طريق الاشتراط الكلاسيكي أوالتدعيم وطورت النظرية برنامجا علاجيا أطلق عليه التغذية الرجعية البيولوجية وقد وجد **براون Brawne (1977)** أن هذا الأسلوب له دلالة وتأثير بعلاج العلل الناتجة عن عوامل سيكولوجية. **(كامل عويضة، 1996: 84-85)**

أ نظرية الاشراط الكلاسيكي للاضطرابات السيكوسوماتية Classical Conditioning وتمكن العالم الروسي بافلوف Pavlov (1904) رائد الاتجاه الفيزيولوجي أو الوظيفي من تعيين العلاقة الموجودة بين المثيرات الخارجية وبين استجابة الغدد اللعابية الواقعة تحت إشراف الجهاز العصبي الذاتي فنظرة بافلوف تلتزم بالتفسير الفيسيولوجي للظواهر النفسية وترفض التفسيرات المتعلقة بفردية الشخص وأحاسيسه الخلقية. **(محمد أحمد النابلسي، 1992: 20)**

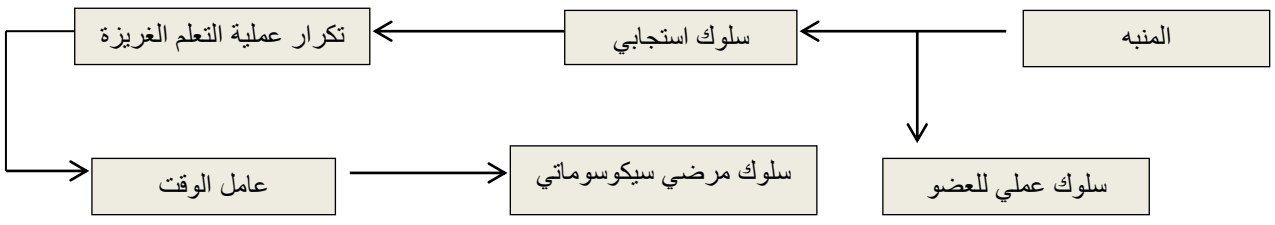
وقد توصل Pavlov الإشراط الكلاسيكي لمفهوم التعزيز Reinforcement ومفهوم إطفاء الاستجابة Extinction. ومفهوم الإثارة Excitation ومفهوم الكف Inhibition، الداخلي والخارجي والفارقي. **(فيصل الزراد، 2000: 95)**



شكل رقم (05): يبين القواعد التي فسرت بها نظرة الاشتر الاستجابة السيكوسوماتية.

ب **شر Cherry & Sayr (1956)** جميع أشكال التغذية الاسترجاعي عنيدة ويعتمد الاستفادة منها في التعبير عن إفرازات الغدد وضربات القلب وبعض الفاعليات العضوية اللاإرادية.

ب- نظرية المدرسة الإجرائية للإضطرابات السيكوسوماتية Operant conditioning يرى أصحاب هذه المدرسة من أتباع العالم **سكينز Skiner** أن الاستجابات اللاإرادية يمكن تشريطها وسيليا، وقد أشار **ميلر Miller (1969)** إلى إمكانية تعلم عملية التحكم في بعض الاستجابات الحشوية، وأكد **شابيرو Chabyro (1980)** على ذلك واعتبر أن عملية تطوير أجهزة التغذية الراجعة الحيوية أفادت كثيرا في هذا المجال ويلخص لنا **آيزنك (1972)** في موسوعة علم النفس، بعض الافتراضات المتعلقة برد الفعل النوعي لدى الأفراد والتعرض للاضطرابات السيكوسومات إذ يرى أن كل فرد يختلف عن الآخرين في عدة صفات، خاصة من حيث الاستجابة غلى المواقف الشديدة حيث لا يظهر اضطراب سيكوسوماتي لدى كل من تعرض إلى حالات من الشدة، هذا وأكد أيزنك على أهمية نمط الشخصية والاستعداد وكذلك طبيعة الأحداث الانفعالية، ومواقف الشدة المسببة للاضطراب، كما أضاف ما أسماه بالميكانيزمات الوسيطة. **(فيصل محمد خير الزراد، 2000: 98)**



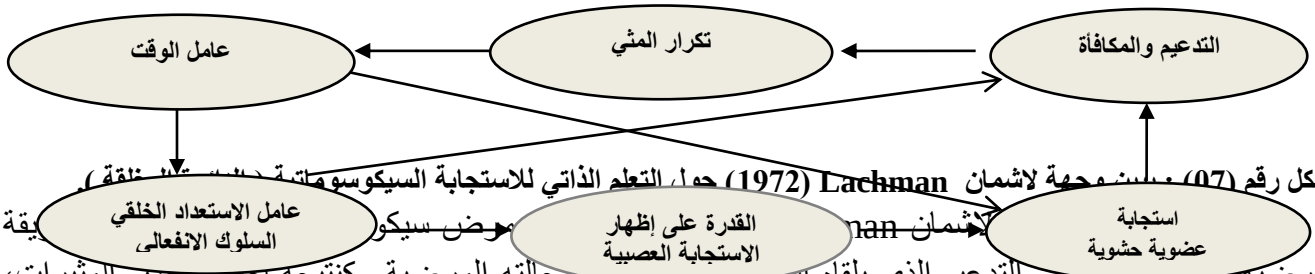
شكل رقم (06): يوضح الشريط الإجرائي للمرض السيكوسوماتي.

يرى كارل ياسبرز أن المرض السيكوسوماتي يظهر على شكلين هما: **(عطوف محمود ياسين، 1988: 53)**

أ- علاقة آلية مكانية: هي رفد فعل يفوق الحد الاعتيادي من حيث القوة والاندفاع كالقيئ على إثر انفعال شديد.

ب- علاقة اكتسابية بالمنعكسات الشرطية: وهو نوع من التكرار القائم على مبدأ المنعكس الشرطي فالإسهال الذي حدث نتيجة رعب شديد يمكن أن يعيد نفسه بدرجة أقل والإنسان الذي رفع سماعة الهاتف وتلقى نبأ مؤلما ثم سقطت يده في شلل وظيفي. هذا الشخص يمكن أن يصاب بالوهن فهناك تكرار وتثبيت للمنعكس الشرطي.

ج- نظرية التعلم الذاتي Self-learning theory: وهي أحسن نظرية مثلت الاتجاه السلوكي، ابتكرها لاشمان Lachman (1972) لتفسير الأمراض السيكوسوماتية وأطلق عليها اسم نظرية التعلم الذاتي السلوكي الانفعالي المتكون من الاستجابة العضوية وقد لاحظ لاشمان أن الأشخاص الذين يخضعون للتنويم المغناطيسي يستطيعون زيادة وخفض النبض وزيادة أو خفض إفرازات المعدة بل يستطيعون إظهار بعض العلامات على الجلد.



شكل رقم (07): يمثل مجهة لاشمان Lachman (1972) حول التعلم الذاتي للاستجابة السيكوسوماتية حسب [illegible]

لاشمان [illegible] مرض سيكو [illegible] يقة عرضية وفق طريق التدعيم الذي يلقاه المر [illegible] وحالته المرضية وكنتيجة لعملية تعميم المثيرات، فإن السلوك المرضي يميل للظهور والتكرار في مواقف مختلفة ولكن لها نفس المثيرات أو مثيرات مشابهة كنوع من الاستجابة المدعمة المتعلمة. **(منى عبد الحميد جاد الحق، 2005: 65)**

د- نظرية التعلم الاجتماعي Social learning theory: ألبيرت بندورا A Bandura (1977) أن الاستجابات الانفعالية ومكوناتها الفيسيولوجية تقوم بفضل آلية تعلم متغير بين الإشراط الكلاسيكي والإشراط الإجرائي وبناءاً على ذلك يمكن للإنسان التحكم في وظيفة الجهاز العصبي الذاتي إلى حدٍ ما. **(فيصل خير الزراد، 2000: 97)**

وقد تحدث باندورا Bandura عن فاعلية الذات وتأثيرها على سلوك الفرد وصحته إذ تعد الذات من المفاهيم الرئيسية في تحديد الطاقة الجسمية وتفسيرها، كما تتضمن سلوك المبادرة والمجهود والمثابرة لدى الفرد، ويرى **باندورا** أن الأفراد الذين لديهم إحساس ضعيف بفاعلية الذات يحولون انتباههم إلى الداخل ويعرفون أنفسهم في الهموم عندما يواجهون مطالب البيئة الصعبة، إنهم يساهمون بالتركيز في جوانب القصور فتضعف فاعليتهم الذاتية وتنخفض قدراتهم على المواجهة، ويتصورون فشلهم الذي يؤدي لنتائج سلبية على صحتهم، فهذا النوع من التفكير السلبي يولد التوتر والضغط النفسي مما يؤدي لظهور عوارض سيكوسوماتية. **(أحمد حاج موسى، 2017: 19)**

والواقع أن الاستجابة السيكوسوماتية حسب باندورا تحدث في البيئة التي تعمل تبعا لاحتمالات محددة ، فبعض السلوكات تكون استجابتها إيجابية فيزداد احتمال حدوثها في المستقبل. **(خولة أحمد يحي، 2000: 42)**

3-13 نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic theory: ويرى أب التحليل النفسي **سيغموند فرويد Sigmund Freud** الذي غرس بذور السيكوسوماتية أنه لا يمكننا على الإطلاق القيام بالقفز من الجسدي إلى النفسي وحاول تجاوز الحدود ووصل هذين المجالين من خلال نظريته حول النزوات ويقول فرويد أن التحليل النفسي وليد الهيستيريا وبالتالي السيكوسوماتية وليدة الهيستيرية، فحسب فرويد يتم من خلال التحويل الهيستيري

جعل تصور مسبب للإزعاج غير ضار من خلال تحويل مجموع إثاراته إلى الجسد، كما أن النظريات الجديدة في السكوسوماتية تستند إلى المصطلحات الفرويدية كالجسم الحقيقي، الجسم الخيالي وهما حجز الزاوية في النظرية العلائقية لسامي علي، الإثارة، نزوات الموت، القلق الاوتوماتي، قلق الإشارة وهي أهم المصطلحات لشرح الإضطراب السيكوسوماتي خاصة نظرية بيار مارتي وباختصار نقول أن التحليل النفسي عماد السيكوسوماتية. **(طالب حنان، 2014: 05)**

تعتمد هذه النظرية في تفسيرها للاضطرابات السيكوسوماتية على البناء الداخلي للشخصية ، وتفترض وجود علاقة سببية بين مكونات الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية حيث افترض **فرايزر وفلانداز Franes & Flanders** وهما من أتباع **فرويد Freud** وجودا أسباب تحليلية لا شعورية تكمن وراء الإصابة بالاضطرابات فالأعضاء الجسمية المصابة ليست سوى تعبير رمزي عن الصراعات اللاشعورية التي ينعكس أثارها بأعضاء الجسم. **(عبد الرحمن العيسوي، 2000: 223)**

وفي عام (1927) قام فيليكس دوتش Deutch ,F بإدخال مفهوم السيكوسوماتيك في مجال الطب النفسي، وقامت في الولايات المتحدة الامريكية عدة دراسات تلت دراسات دوتش Deutch وفي مقدمتها دراسات المحلل النفسي فرانز أليكسندر Frans Alexander الذي يعمل في مدرسة شيكاغو للتحليل النفسي حيث قام بتحديد الأمراض السيكوسوماتية التي ترجع لعوامل نفسية وتؤدي لاضطرابات عضوية مزمنة أحيانا كما ميز بين الأمراض السيكوسوماتية الناجمة عن الصراعات النفسية والحالات الهستيرية التي تصيب الأعضاء الإرادية، اعتبر ألكسندر الحالات السيكوسوماتية بمثابة وسيلة دفاع أو هروب من حالة صراع شديدة. **(فيصل خير الزراد، 2000: 13)**

13-4 المدرسة الباريسية The Parisian School: ونشأت هذه المدرسة بعد نشر مقالة التفكير العلمي لبيار مارتي Pierre Marty (1963) مع زميلين له كريستيان دافيد، ميشال دي موزان، ويعرف بيار مارتي مفهوم العقلنة بكثافة التصورات الأفقية العمودية في الاستقصاء السيكوسوماتي ويرى أن سيولة التصورات وديمومتها تحافظ على الصحة الجسمية. **(دليل سامعي حدافي، 2014: 24)**

فمارتي Marty يعتبر الإنسان وحدة حية لها فرديتها وتميزها عن باقي الوحدات الأخرى ، فالطفل منذ تكوُّنه وقبل يولد مميزاً ومجهزاً بآليات دفاعية جسدية لمقاومة التهابات وفيروسات... إلا أن توطيد هذه الآليات الدفاعية الجسدية والنفسية إنما يتم عن طريق علاقة الطفل بالأم، بهذا تكون نظرية مارتي نظرية ديناميكية نشطة لا تنظر للمريض نظرة جامدة تقتصر على فترة ظهور المرض بل تتعداه إلى تتبع الإنسان في مختلف مراحل تطوره أثناء توازنه النفسي الجسدي وأثناء اختلال هذا التوازن، فهذه المدرسة تعتمد على التحليل النفسي، كما أن مارتي Marty يصر على فردية البنية النفسية للمريض والواقع أن اعتماد مدرسة مارتي على التحليل النفسي هو الذي يعطيها تميزها على فهم المريض السيكوسوماتي على أسس التوازن النفسي الجسدي للمريض، وعليه فإنه من الطبيعي أن تعتمد هذه المدرسة على التحليل سواء في تصنيفها أو في علاجها. **(باهي سلامي، 2008: 119)**

13-5 النظرية الانفعالية Emotional theory: يرى أصحابها أن الاضطراب نفسي هو إلا نتاج صراع انفعالي لا شعوري وأن الاضطرابات الجسمية تظهر مع ضعف الأنا بسبب الطاقة التي يستهلكها في عملية الصراع، لذا فالسيكوسوماتية تورط الانفعال بالأعضاء التي تتغذي بالجهاز العصبي اللاإرادي. **(منى جاد الحق، 2005: 49)**

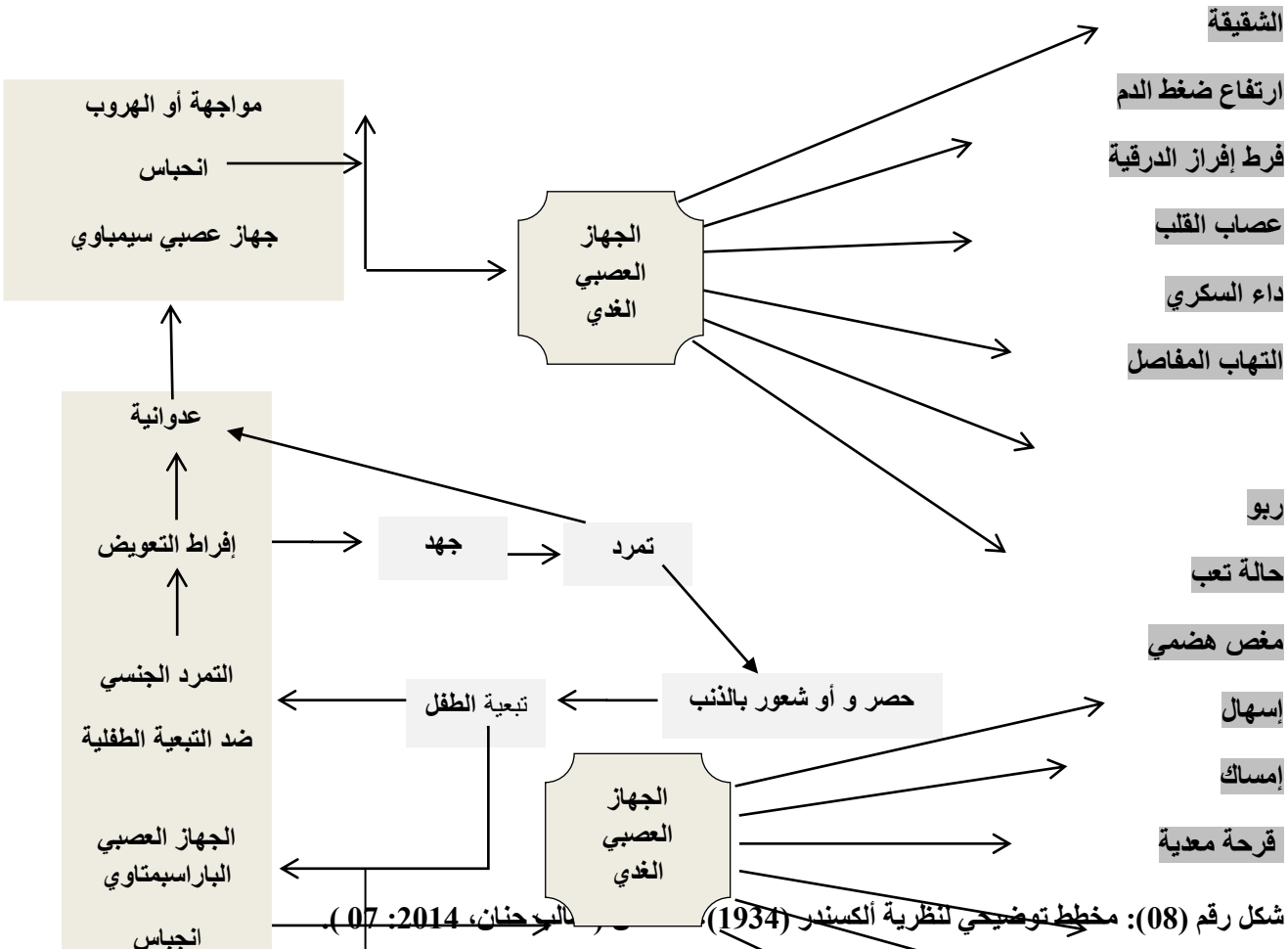
ويشير ألكسندر Alexander, Franz (1934) مؤسس المدرسة السيكوسوماتية التحليلية إلى أن هذه الاضطرابات أو الأمراض الجسمية تحدث نتيجة صراع نفسي يجعل كل عقدة معينة مرتبطة بمرض معين، والانفعالات المكبوتة تكون مرتبطة بأمراض معينة، كما اعتبر ألكسندر Alexander أن الانفعالات وإن كانت

السبب المباشر للمرض العضوي غير أنها ليست السبب الوحيد بل لابد من توفر شروط ثلاثة وهي الاستعداد الوراثي والتهيؤ البنائي وقابلية العضو وهشاشته. **(محمد النابلسي، 1992: 46)**

وافترض الكسندر أن لبعض الصراعات النفسية خاصية التأثير على أعضاءمعينة فالخوف والغضب ينعكسان غالبا على القلب والأوعية في حين أن مشاعر التعبئة والحاجة للحماية ينعكسان غالبا على الجهاز الهضمي ويرى أن الأعراض السيكوسوماتية تظهر فقط في الأعضاء العصبية. **(بنو جاد الحق، 2005: 63)**

فلاندرز دنبار Dunbar (1943) ترى أن الاضطرابات السيكوسوماتية نتاج حالات انفعالية لا شعورية خاصة بكل اضطراب يتم كبتها ثم تفريغها عن طريق عضو معين يتفق وطبيعة الانفعالات المكبوتة فالإحباط والرغبات الاعتمادية للفرد تؤدي لإصابة بقرحة المعدية. **(إحسان براجل، 2017: 86- 87)**

وصنف **ألكسنر Alexander (1943)** مجموعة من صور الأمراض مثل القرحة المعدية، ارتفاع ضغط الدم الشرياني، الربو الشعبي وكذلك اضطرابات وظيفية خالصة بدون تضررات عضوية وحسب ألكسندر يحدث عصاب العضو عند نمط خاص من الصراع اللاشعوري بشرط توفر نوع خاص من الصراع وقابلية خاصة للجسد تسمى العامل الجسدي والوضعية الحالية للصراع. **(طالب حنان، 2014: 06)** وما يجدر ذكره هنا هو أن العاملين الأولين، يمثلان ما جاء به فرويد فيما يخص المسايرة الجسدية أما العامل الثالث يدفعنا إلى الأعصبة الراهنة.

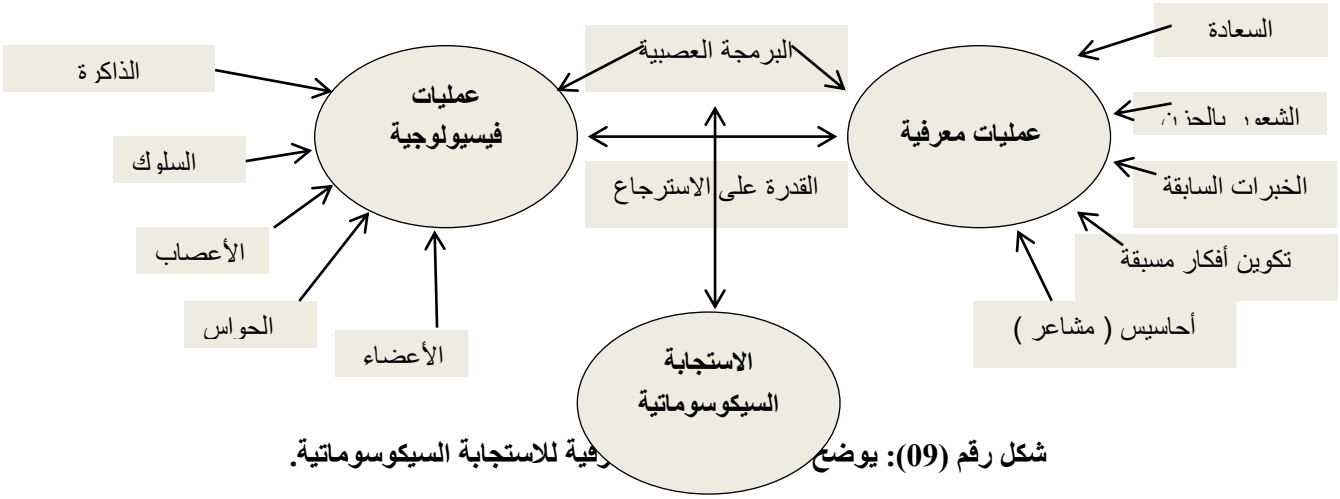


شكل رقم (08): مخطط توضيحي لنظرية ألكسندر (1934) (الباحنان، 2014: 07).

6-13 النظرية اللحائية الحشوي Visceral Cortical Theory : وساهم العالم الر ف من إرساء مبادئ هذه النظرية، حيث قام بدراسة ردود الفعل الجسمية Responses إزاء الـ وتبحث هذه النظرية في تفاعل وعلاقة القشرة المخية بالوظائف الحشوية الداخلية، ومن أبرز ر لعالمان **ويس وإنجلش Wirss, L & English, E** يضاف إلى ذلك مساهمة علماء الأعصاب أ **Bend**

وجاكسو وهيس وبنفلد وكذلك مساهمة علماء الفيسيولوجيا والتطور الذين قدموا تفسيرا للحالات النفسية ومن التجارب المهمة التي ساهمت في تطور السيكوسوماتيك تجارب الفيزيولوجيا **والتر كانون Cannon, W (1935)** الذي توصل من خلالها إلى أن الإنسان إذا تعرض لمواقف حياتية مؤلمة وانفعالية من شأن ذلك أن يؤدي إلى إفراز الجسم لكميات كبيرة من الأدرينالين التي تؤدي إلى إحداث تغيرات وظيفية بالجهاز العصبي اللاإرادي وفي وظائف الأعضاء مثل ارتفاع الضغط الدموي، توسع حدقة العين، ارتفاع سكر في الدم .... وتوصل كانون Cannon إلى أهمية المنطقة العصبية التلاموس في هذا المجال ، وأما بارد Bard فقد توصل إلى أن الهيبوتلاموس Hippotlamus هو مركز الانفعالات وليس التلاموس Talamus، كما أن هارولد رولف وستيوات ولف Harold Wolf Steward أجريا دراستهما المشهورة على الطفل (توم) في مشافي مدينة نيويورك ، وتوصلا إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية بمثابة استجابات وجدانية نفسية على المستوى ووظائف الاعضاء، كما لاحظنا أن هناك استجابات تكون على المستوى النفسي ووضعا نظرية أسمياها نظرية أحداث الحياة **المأساوية**، وكانا يعنيان بذلك أحداث الحياة التي لم يستطع الفرد تحملها. **(فيصل خير الزراد، 2000: 14-15)**

13-7 النظرية المعرفية Cognitive theory: ربطت هذه النظرية العمليات المعرفية بالعمليات الفيسيولوجية لدى المريض، واعتبر H, Graham (1967) أن النفس والجسم شيء واحد. **(عيدة شكرى حسن، 2001: 02)**



شكل رقم (09): يوضح وفية للاستجابة السيكوسوماتية.

ولكن **إدوارد وشابرو (1980)** يريان بأن ربط العملايت المعرفية بالعمليات الفيسيولوجية لدى المرضى السيكوسوماتيين تحيط به بعض الصعوبات المنهجية وخاصة حول علاقة أفكار الفرد بالاضطراب الوظيفي أو السلوكي لديه. **(فيصل خير الزراد، 2000: 108)**

13-8 نظرية اضطراب الانتباه Attention disorder theory: وهي من وضع كل من إيفرلي وبانسو Everly & Benson وتعتبر من النظريات الحديثة المفسرة للأمراض السيكوسوماتية التي تكون مرتبطة بالضغوط الحياتية وتنص هذه النظرية على أنه إذا تعرض الشخص للضغط الزائد والحاد جدا في مقداره، فإن مركز التنبيه له على مستوى الجهاز العصبي ـــ المخ ـــ تصبح حساسيته زائدة مما يؤدي إلى حالة تصبح فيها الاستجابة للضغوط نشطة وبطريقة سهلة جدا، فتقاسي الأعضاء الضعيفة والمستهدفة والتي تعاني من الإجهاد المفرط ثم تنهار في النهاية وظيفتها وتختل ويصبح الفرد فريسة للمرض السيكوسوماتي. **(عبد الحميد شحام، 2015: 544)**

13-9 نظرية متلازمة التكيف العام General Adaptation System theory (G.A.S): وتعد هذه النظرية إحدى النظريات البيولوجية التي اعتمدت على ردود أفعال البيولوجية والفيسيولوجية في تفسيرها للاضطرابات السيكوسوماتية ، ويعتبر هانز سيلي Hans seley (1956) أول من قدم هذه النظرية التي أعاد صياغتها عام (1976) وأطلق عليها نظرية متلازمة التكيف العام، وفيها يقر أن تعرض الفرد المتكرر للضغوط النفسية يؤدي

لحدوث اضطرابات في أنحاء الجسم المختلفة، مما يؤدي إلى ظهور هذه الأعراض السيكوسوماتية التي أطلق عليها اسم زملة أعراض التكيف العام وهذه الزملة تحدث خلال المراحل التالية: **(فخري الدباغ، 1984: 207 -208)**

المرحلة الأولى: مرحلة الاستجابة الإنذارية Stage of Alarm Reaction، هذه المرحلة الأولى يظهر على الجسم تغيرات واستجابات تتميز بها درجة التعرض المبدئي للضغوط النفسية ونتيجة لهذه التغيرات تقل مقاومة الجسم خصوصا، إذا كان الضغط النفسي شديدا وهي مرحلة سريعة تترجم استجابات الفرد لتهديد مدرك حيث يقوم الجهاز العصبي السبتاوي بتعبئة أجهزة دفاع الجسم، كما تعرف المرحلة بطوران هما: **(ساعد شفيق، 2010: 43)**

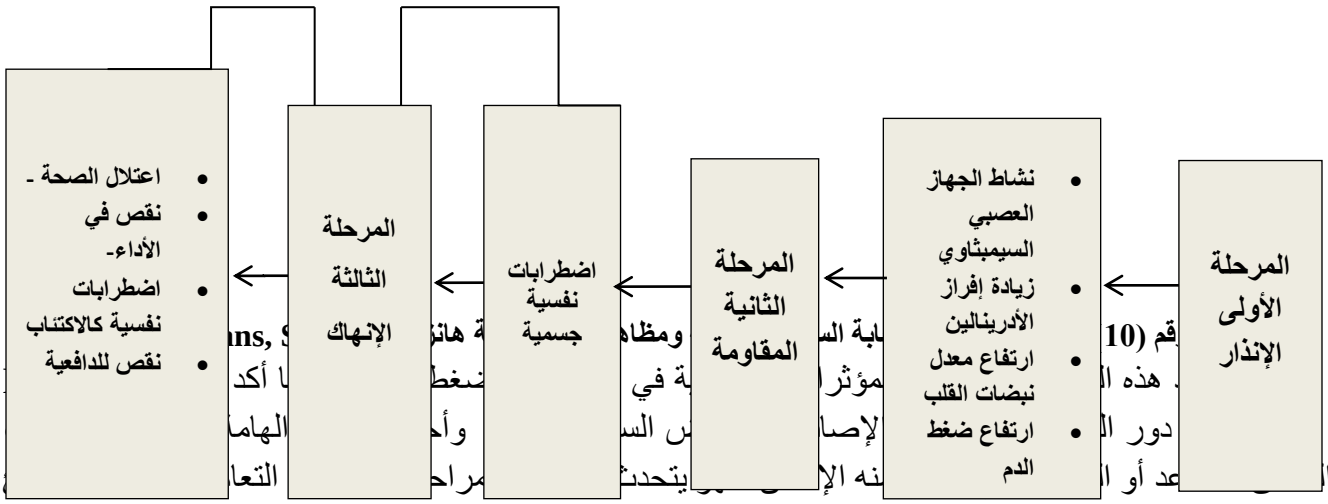
أ- **طور الصدمة Shock phase**: ويمثل رد الفعل الآتي في العامل الضاغط بظهور علامات مختلفة على الفرد كانخفاض حرارة الجسم، هبوط الضغط الدموي ويصاحبه تناقص بمستوى المقاومة الفيسيولوجية لمدة وجيزة

ب- **طور الصدمة المضادة Counter Shock phase:** ويعرف هذا الطور بالتعبئة الدفاعية للجسم، بحيث يقوم الجهاز العصبي المستقل بتعبئة أجهزة الدفاع في الجسم من خلال إفراز هرمونات الكورتيزونية التي تعمل على زيادة إنتاج الطاقة إلى أقصاها معلنة لة الطوارئ، وإفراز العرق والأحماض المعدية وارتفاع نسبة السكر في الدم وتشد العضلات ليتهيأ الجسم لعملية المواجهة، وتعرف هذه التغيرات بالاستشارة العامة.

المرحلة الثانية: مرحلة المقاومة، وتستمر 48 ساعة بعد التعرض وتحوي على مجموعة الاستجابات الدفاعية ضد العامل الضاغط فيزداد مستوى نشاط الأيضي Métabolisme والغدة النخامية Hypophyse، والهيبوتالاموس ويسترجع الجسم اتزانه الطبيعي. **(ساعد شفيق، 2010: 43)**

وتعتبر هذه المرحلة هامة في نشأة أعراض التكيف ويحدث ذلك خاصة عندما تعجز قدرة الإنسان على مواجهة المواقف عن طريق ردة الفعل التكيفي ويؤدي التعرض المستمر للضغوط لاضطراب التوازن الداخلي، مما يحدث مزيداً من الإفرازات الهرمونية المسببة للاضطرابات العضوية. **(معجوز سفيان، 2015: 37-38)**

المرحلة الثالثة: مرحلة الإنهاك والاستنزاف Stage of exhaustion، وتسمى أيضاً مرحلة الإجهاد أو الإعياء، الشيء المهم بهذه المرحلة هو أن الجسم يكون قابلا للإصابة بالسيكوسوماتية بدرجة كبيرة، ويظهر ما أسماه سيلي أمراض التكيف التي تنجم عن استنفاد العضوية لطاقتها في المقاومة فيصبح من الصعب على الفرد التكيف مع العوامل الضاغطة والاحتفاظ بقدرته الدفاعية فتضعف صحته مما يؤدي إلى الموت. **(ساعد شفيق، 2010: 44)**



ثم المواجهة، فإذا لم تفلح فيصاب الفرد بإنهاك أو استنزاف مما يؤدي إلى الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية مثل: السكري، ارتفاع ضغط الدم، القرحة المعدية، الربو. **(سلمي هاشم مصطفى، 2009: 36)**

ما أخذ على هذه النظرية حسب تصور الباحث أنها اقتصرت على الجانب الفيسيولوجية لتفسير الاستجابة السيكوسوماتية من خلال الضغط النفسي ولم تأخذ بعين الاعتبار جوانب أخرى، نفسية واجتماعية معرفية وسلوكية، حيث أن التجارب المخبرية التي أجراها **هانز سيلي Hans Selye** على الفئران هي في حقيقة الأمر تركز على السلوك الحيواني وهذا عكس الاستجابة الإنسانية التي تكون أكثر تعقيدا.

14- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية: في ضوء ذلك يتبين أن تشخيص الإضطرابات السيكوسوماتية أولا على إجراء الفحوص الطبية اللازمة، والتي تشمل في العادة فحص الجهاز العصبي، الأحشاء الداخلية، الدورة الدموية والقلب، الجهاز التنفسي ، مع التأكيد على موضع الألم ،والاضطراب ، ودراسة تاريخ حياة المريض لكي يتبين وجود العامل الانفعالي وفيما يلي عرض للمعايير التشخيصية. **(مناع هاجر، 2016: 368)**

أ- وجود حالة طبية عامة.

ب- عوامل نفسية عكسيا، سلبيا على الحالة الطبية بإحدى الوسائل التالية:

1- يتضح الارتباط الزمني بين العوامل النفسية، ونمو أو تفاقم أو تأخر شفاء المريض.

2- تتداخل العوامل النفسية مع العلاج من الحالة الطبية العامة وتشكل هذه العوامل مخاطر صحية إضافية للفرد.

3- تعمل الاستجابة الفيسيولوجية المرتبطة بالضغط النفسي على تفاقم الأعراض الخاصة بالحالة الطبية.

كما يجب الانتباه لنقطتين أساسيتين أثناء التشخيص: **(الزهرة ريحاني، حاج الشيخ سمية، 2010: 05)**

أولاً: في الاضطرابات السيكوسوماتية العامل النفسي الانفعالي يكون واضحا، وهذا لا يمنع من وجود عوامل أخرى خلف هذا العامل مثل العوامل الأسرية والاجتماعية التي تزيد من حدة العامل النفسي.

ثانياً: أن يؤدي العامل النفسي إلى خلل وظيفي بالعضو وإلى خلل بنيوي حيث تتعرض الأنسجة للإصابة والتلف.

كما أن التصنيفات التشخيصية الدولية **(ICD-10, DSM –IV)** تتحدث عن الاضطراب السيكوسوماتية على أنها اضطرابات الجَسْدَنَة Trouble somatoforms ويمكن تمييزها من خلال:**(J, P. Raynaude; 2005: 216)**

1- اضطرابات وظيفية أو نفس وظيفية psycho-Fonctionnels وذلك بدون أي ضرر عضوي أو آفة

2- المشاركة السيكوسوماتية مع الآفة، والاختلالات العضوية قد تكون مصحوبة بعلامات بيولوجية.

هذا ويرى **باتريك جوانيت Patrick Juignet (2012)** أن المظاهر السيكوسوماتية موجودة في جميع أشكال الشخصية ويجب اعتبارها متلازمات موجودة في كل مكان وأن هذه المظاهر الوظيفية والسيكوسوماتية تحتل مركز الصدارة ويمكن تشخيصها من خلال ثلاث حالات: **(Patrick Juignet Psychisme 2012)**

- **الحالة الأولى**: أن الخلل النفسي يؤدي إلى آفة بيولوجية حقيقية، وأنّ الضغط النفسي يكون من أجل الإشكال العابرة Diforme transition.
- **الحالة الثانية**: غالبا ما يكون الاختلال الوظيفي النفسي عاملا حافلا فيما يتعلق بمرض سابق ، مثل أزمات الإكزيما les crises d'exema أو نوبات الربو les crises d'asthm.
- **الحالة الثالثة** : وهي حالات غير مؤكدة ، لأن غياب المسببات العضوية قد يكون حقيقة جهلنا الحالي مما يؤيد إلى إساءة نفسية مؤذية للغاية.

15- المظاهر التشخيصية للاضطرابات السيكوسوماتية: ويكون ذلك من خلال ثلاث مظاهر أساسية (لازمة) هي: **(Patrik, J. Psychisme ; 2012)**

أولاً : عناصر وظيفة عابرة les mainfestations fonctionnelles tronsitoires ، وهي تلك المظاهر التي تعبر عن أصل تمثيلي ولكنها تؤدي إلى تغير فيزيولوجي مرضي بين نقله على المستوى العصبي البيولوجي ثم المستوى الحيوي، وهنا أيضا من المحتمل أن تكون الحركات العاطفية غير قادرة على التعبير عن نفسها مباشرة، على سبيل المثال: ضيق التنفس، عدم انتظام دقات القلب، نوبات الذبحة الصدرية. وهذه المظاهر قابلة للانعكاس،

وتتوافق مع خلل فيزويولوجي على الرغم من وجود آفة مزمنة تؤثر على جميع أجهزة الجسم مع الآثار العصبية، وتستمر هذه المظاهر حتى إذا اختفى السبب التمثيلي لها، وتتطلب إعادة تأهيل محددة.

ثانياً: مظاهر وظيفية ثابتة أو عامة les manifestation fonctionnelles constants في هذا المظهر الوظيفي لا نجد أي مصدر دقيق يدل على أن الخل الوظيفي كان موجودا ويمكن أن نفترض عدم مقدرة الفرد على تعلم التنظيم، وأن مرحلة الطفولة لديه لم تكن تمتاز بالهدوء والاستقرار ونلاحظ بأن لديه ميلا لبعض الناس، كما يشعر بالإجهاد بسهولة وغالبا ما تكون له تأثيرات جسدية وظيفية على كآلام جلدية وتشنجات عضلية وانخفاض ضغط الدم وكل ما يحدث على مستوى العصب الوظيفي Neurofunctional.

ثالثاً: المظاهر البيوجسمية les manifestation biosomatiques، فالمظاهر الجسمية المستحدثة هي أعراض ذات أصل نفسي لكن التتباع المزدوج في المستوى العصبي الفيسيولوجي ثم المستوى البيولوجي يؤدي إلى خلل وظيفي بيولوجي لا يمكن عكسه بشرط عفوي، وفي هذه الحالة يحدث ما هو سائد بيولوجيا حتى ولو كان هناك أصل تمثيلي وهي أمراض بما للكلمة من معنى والملاحظ هنا أن التعبير اللفظي المباشر والصريح غائب، وأن الإساة تتكون فقيرة بشكل عام وهذا بعد الافتقار الافتراضي للتفكير اللفظي.

16- الخاصية السيكوسوماتية : هناك بعض الخصائص التي تتميز بها الاضطراب السيكوسوماتي، وهي: **(مناع هاجر، 2016: 368-369)**

1- وجود أساس فيسيولوجي للاضطراب تشمل الأعضاء التي تتأثر بالجهاز العصبي الذاتي.
2- أكثر سيطرة وإلحاحا على العضو المصاب مع وجود تغيرات بنائية قد تهدد الحياة.
3- وجود استعداد وراثي تكويني يقوم على الوراثة وضعف عضو من الأعضاء كالحال في الإصابة بالعدوى.
4- وجود العنصر في حالة نشاط لخطة الإجهاد النفسي أو الثورة الانفعالية.

17- التشخيص الفارقي للاضطراب السيكوسوماتي: ما يميز الاضطرابات السيكوسوماتية عن غيرها من المظاهر الاكلينيكية الأخرى كونها تجمع الظواهر النفسية والجسمية، حيث أنّ: **(Raymondas , J.P; 2005: 216)**

1- التداعيات النفسية للأمراض الجسدية مثل اضطرابات القلق الاكتئابي لدى الطفل المصاب بالسرطان.
2- تفاقم الأمراض الجسدية بسبب الصعوبات النفسية كمشكلة الامتثال عند طفل السكري حتى سن المراهقة.
3- الشكاوي الجسدية المستمرة التي غالبا ما تتناولها البيئة الأسرية لكنها لا تؤدي لحقيقة المظاهر الجسدية.
4- الظواهر الموصوفة تقليديا بأنها تحول هستيري ، فهي نادرة في الطفولة وغير موجودة عند الرضع وذلك وفقا للتصنيفات التشخصيات الدولية **(ICD-10 , DSM–IV).**
5- أعراض جسدية يكون لها معنى رمزي مستقبلا وهي غير موجودة في الظواهر السيكوسوماتية حيث يمكننا القول أن العرض غبي le syptome est bète.
6- المحاكاة Syimulation والاضطرابات السيكوسوماتية، إذ أن الشخص يستطيع إضافة بعض المظاهر الجسدية التي لا يتم تعريضها عن قصد ولا يمكن وصفها بشكل عام.
7- يجب التمييز بين متلازمة السلوك الفارغة Syndrome du comportement vide والمظاهر السيكوسوماتية Manifestation Psychosomatique مثل اضطرابات التوحد والذهان المبكر.
8- يجب التفرقة بين العرض السيكوسوماتي والعرض المرضي النفسي كالضعف الجنسي، فقدان الشهية العصبي، البرودة الجنسية وهي اضطرابات سيكوسوماتية بذاتها ويمكن أن تكون عرضا من الاكتئاب.

ويجب المفارقة في التشخيص بين الأعراض السيكوسوماتية والأعراض الإكلينيكية الأخرى على النحو التالي:

18- تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية Classification of psychosomatic deseases: لابد من النظر في المعايير الواردة في التصنيفات الأكثر إثارة في مجال الطب النفسي أو الكتب ذات الصلة بالطب السيكوسوماتي وذلك لما لها من فائدة وموثوقية بمعايير التصنيفية والتشخيصية الجديدة نذكر منها:

أولاً : التصنيف التشخيصي الخاص بالجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) The American Psychiatric association diagnostic manuels: نجد في كتب التشخيص الخاصة بالجمعية الأمريكية للطب النفسي، أن الاضطرابات السيكوسوماتية مدرجة ضمن الاضطرابات النفسية، وتتميز هذه الإضطرابات بشكل رئيسي بأعراض جسدية دون أساس طبي واضح حيث أننا نجد: **(thought, Broadcast ; 21/01/2011)**

1 تصنيف DSM.II (1968): يشير إلى تلك الحالات الصحية السيكوسوماتية بالأمراض النفس فيسيولوجية وهي فئة من الاضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسدية وتتأثر بالعوامل العاطفية التي تنطوي على نظام عضو واحد، بحيث تكون خاضعة لسيطرة الجهاز العصبي اللاإرادي **(ICD-10-C.M.Diagnosis; 2018/2019)**

2-تصنيف DSM III (1980): تبنى هذا التصنيف العوامل النفسية التي تؤثر على الحالات البدنية ، ولقد أضاف مميزات كثيرة عن DSM II لأنه أدمج الإسهامات في مجال الطب النفسي وعلم النفس بصفة عامة مع الإسهامات المتعلقة بالمجال الطبي في نظام تشخيصي متعدد المحاور، واعتبر السيكوسوماتية فئة في الفئات المرضية Psychosomatic diseases وليست تشخيصا محددا بذاته ، وكان القائمون بالعمل في DSM III يأملون أن تقوم تلك الفئة والنظام متعدد المحاور بتوسيع معدل العوامل النفسية التي تساهم في بداية أو زيادة المرض البدني **(منى جاد الحق، 2005: 52)**

3-تصنيف DSM.IV (1994): حسب التصنيف الرابع أدرجت الحالات السيكوسوماتية ضمن اضطرابات التجسيد Sometaglorm disorders ووضعت لها دلائل تشخيصية. **(thaught brodcast2011)**

ثانياً: تصنيف DSM-V (2013): تصنف الاضطرابات السيكوسوماتية حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية بمسمى اضطرابات اعراض جسدية Somatic symptomor concers بدلا من اضطرابات الجسدية Somatoform disorders، وهي: **(Wiki DSM-5, 2013)**

1-اضطراب التحويل: ولها أعراض عصبية غير مفسرة يعتقد أنها تنشأ كاستجابة للصراعات النفسية.

2-اضطراب الجسدنة: والأعراض الجسدية تكون الأكثر انتشارا مثل الألم، الجهاز الهضمي، الجهاز الجنسي، الجهاز العصبي ... وتحدث قبل من الثلاثين ، وتكون بمسار مزمن.

3-اضطراب التوهم: ويمتاز هذا الاضطراب القلق أو الخوف من الإصابة بمرض طبي خطير.

4-اضطراب تشوه الجسم Body smorphic disorder : وتتميز بالقلق المفرط والانشغال مع العيب المادي.

5-**اضطراب جسدي غير متمايز Undiffirentiated somat of arm disorder**: وهو أحد الأعراض الجسدية الغير المبررة، تكون موجودة لمدة ستة أشهر.

6-**اضطراب الألم أو الألم المزمن Pain disorder-Chromic pain** : وتكون أعراض هذا الاضطراب بمنطقة واحدة أو أكثر من منطقة على مستوى الجسم وعادة ما تتفاقم بسبب العوامل النفسية، هذا وترى لجنة التخطيط المسؤولة عن كتابة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM .V ، والبديل لـ DSM IV أن هذه الحالات الصحية تتضمن اضطرابات الأعراض الجسدية كمجموعة ، وأن الخطط التشخيصية لها تقوم على تقسيم هذا الاضطراب إلى اضطراب الجسدنة Somatization disorder والاضطراب الجسدي غير المختلط Undifferentiated somatoform disordser.

ثالثا: التصنيف الدولي العاشر (ICD -10) internationnal classification diagnosis وهو تصنيف تشخيص دولي لمجموعة واسعة من الحالات الصحية ، يقوم بتصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية في الفصل

الخامس ضمن (الاضطرابات العقلية والسلوكية ونمائية عصبية) بما في ذلك العرضية تحت ترميز F45, 9 يسمى اضطرابات جسدية ومن بين المرادف القريبة لها: **(ICD -10 CMD diagnosis, 2018-2019)**

1- اضطراب نفسي جسمي Psychosomatic disorder.
2- اضطراب نفسي فيسيولوجي Psychophysiologic disorder.
3- أعراض جسدية والاضطرابات ذات الصلة Somatic symptom and olated disorders.
4- اضطراب الأعراض الجسدية Somatic symptom disorder.
5- اضطراب جسدي Somatic form disorder.

1. تصنيف فرانز أليكسندر Franz Alexander (1950) قام بوضع قائمة تصنيفية للأمراض السيكوسوماتية مكونة من سبعة أمراض سيكوسوماتية ، وهي على النحو التالي: **(J M Triffaux , 21/10/2011)**

1- القرحة المعدية Ucere gastrique.
2- التهاب القالون النقرحي Recto-colite ulcèro hémorragique.
3- الربو Ashtme.
4- أمراض القلب والأوعية (فرط ضغط الدم ، مرض القلب التاجي)Maladies cardio vasculaire .
5- التهاب الجلد العصبي (التأنيبي) Demalite atopique.
6- التهاب المفاصل الروماتيزمي المزمن Polyarthrite chronique rhumatoide.
7- التسمم الدرقي (basedow) Thyrotoxicose.

رابعاً : التصنيف الطبي Medical classification وقسم الاضطرابات السيكوسوماتية حسب العضو الذي تصيبه، وبذلك نميز الأنماط التالية: **(قشاشطة عبد الرحمن وعوين بلقاسم، 2013: 148-149)**

1- **الاضطرابات الجلدية وردود الفعل الجلدية**: من ذلك مرض الجلدي العصبي والاكزيما الحساسية وبعض حالات الجدري وحب الشباب والاضطرابات الأخرى التي يظهر فيها الاضطراب الانفعالي كعامل سببي.
2- **الاضطرابات العضلية الهيكلية**: تتضمن أعراض كآلام الظهر وتشنج العضلي والروماتيزم النفسي المنشأ.
3- **اضطرابات الجهاز التنفسي**: من ذلك التهاب الجيوب العظمية والالتهابات الشعبية المتكررة.
4- **الاضطرابات القلبية:** من ذلك نوبات القلب وزيادة نشاط القلب وزيادة ضغط الدم المرتفع والتقلصات الوعائية.
5- **الاضطرابات الدموية واللمفاوية**: وتتضمن أي اضطراب يحدث في الدم ، أو في الجهاز اللمفاوي.
6- **الاضطربات المعدية المعوية**: وتشمل اضطرابات المعي الاثني عشرة والتهاب القولون والتهاب المعدية.
7- **الاضطرابات التناسلية**: منها اضطرابات الطمث، آلام تقلصات الفرج، العجز الجنسي والبرودة الجنسية.
8- **الاضطرابات الغددية المتعلقة بالغدد الصماء**: يحتوي هذا النمط من على تضخم الغدة الدرقية مع ما يصاحب ذلك من فقدان الاتزان الغددي وزيادة إفراز الغدة الدرقية والسمنة وغير ذلك من الاضطرابات التي يبدو فيها أثر العوامل الانفعالية كعوامل سببية.
9- **اضطرابات الجهاز العصبي**: تتضمن فقدان القوة مع الشعور بالتعب والإرهاق ووجود آلام في العضلات والمعاناة من القلق وبعض الاضطرابات الشخصية.
10- **اضطرابات الأعضاء الخاصة بالإحساس الخاص**: كآلام المفاصل المزمنة من ذلك التهاب الغشاء الرئتين المحيط بجفن العين.

وتتخذ كل هذه الاضطرابات السيكوسوماتية شكل أطوار أو أدوار أو مراحل، فهي تظهر ثم تختفي ويتوقف هذا الظهور وذلك الاختفاء تبعا لمقدار التوتر الذي يتعرض له الفرد.

19- الشخصية السيكوسوماتية : قامت عدة تجارب ومحاولات بهدف ربط الاضطرابات السيكوسوماتية بأنماط الشخصية مثل محاولات **فريدمان وروزنمان Frideman & Rosenman (1973)**، حيث ميزا بين نمطين للسلوك هما: **(فيصل خير الزراد، 2000: 108)**

النمط (A): يرتبط جوهريا بعدم القدرة على التحمل أو الصبر، وزيادة القدرة التنافسية ومن السهل استثارتهم ولديهم الكثير من المهام والأعمال خارج المنزل وحساسية فائقة لعامل الوقت والرغبة في الإنجاز وسرعة الحديث وسرعة الغضب، العداء، الشعور بالملل، وعدم الاستقرار يضاف إلى ذلك وجود أعراض وساوس وما شابه ذلك ويتعرضون إلى مرض الشريان التاجي للقلب Cardonary Heart disease والذي يعتبر من أكبر مسببات الوفاة، وقد سمي هذا النمط بنمط الاستهداف السلوكي للإصابة بمرض الشريان التاجي.

النمط (B): فإنه يتميز بالاسترخاء والاهتمام بالحياة الخالية من المشاكل أكثر من الاهتمام بالنجاح والعمل، التحرر من العدوان، عدم وجود إلحاح لعامل الوقت، عدم ظهور الحاجة الوسواسية للإنجازات، القدرة على الاسترخاء وعدم الإحساس بالإثم وحسب Goldenso (1984)، فأصحاب النمط B قلما يتعرضون إلى اضطرابات أو نوبات قلبية.

أما **فرانز ألكسندر Frans, Alexader (1934)**، فقد تمكن من التمييز بين نمطين للشخصية السيكوسوماتية وهي: **(فيصل خير الزراد، 2000: 13)**

1- **الشخصية السيكوسوماتية العدوانية :** وهي الشخصية تعاني من اضطراب وتعبر عن ميول عدوانية، تكون بمثابة دافع أو هروب ولا تظهر على مستوى السلوك، حيث تبقى مكظومة داخل الفرد خشية التعرض لكارثة.
2- **الشخصية السيكوسوماتية المثبطة :** وهي الشخصية السيكوسوماتية التي تعبر عن ميول مثبطة للبحث عن سند أو دعم أو تأكيد الذات أو لفت النظر أو مساعدة أو اهتمام.

وقد قدم **ألكسندر Alexader (1934)** قائمة معدلة تحدد صفات الشخصية السيكوسوماتية كما أوردها **فرويد S. Freud** وذلك وفقا للعلل الجسدية المرتبطة منها: **(كامل محمد محمد عويضة، 1996: 90)**

أ- **الربو الشعبي:** يتصف الفرد بالعدوان نحو المحبوب والخوف من الهجر أو الرفض كما يعاني من صراع مكبوت نطلب مساعدة الأم والاعتماد الزائد.

ب- **التهاب غشاء القولون:** يعاني الفرد من الحساسية الزائدة، ويتصف بالسلوك الحوازي، والمزاج الاكتئابي، وتحويل العدوان لداخل والشعور بالصراع بين الرغبة في أن يكون سعيدا والرغبة في أن يكون مبتئسا.

ج- **زيادة ضغط الدم الشرياني:** يتصف الفرد بعدم الشعور بالأمن، مما يؤدي إلى القلق والعدوان والشعور بالتهديد المستمر، كما يعاني من الكبت وقمع الخيط .

د- **الصداع النصفي:** يتصف الفرد بالرغبة في الوصول إلى حد الكمال والذكاء وبذل الجهود ولا يرضى إلا أن تحقق الأهداف بدرجة عالية، وعدم وعي أصحاب هذا الاضطراب بمشاعرهم العدوانية.

ه- **الالتهابات الجلدية:** يتصف الفرد بالصراع النفسي المتضمن العدوان على الآخرين والاعتماد على السلطة، والشعور بتخلي الآخرين عنه ومعاملتهم غير العادلة له والشعور الشديد بالذنب وعدم الأهمية.

و-**القرحة المعدية:** يتصف الفرد بزيادة التأكيد على الاستقلالية مع الحاجة القوية إلى الاعتماد، والعدوانية المزمنة والقلق، ويشعر بعدم الأمان مع كبح وكظمه لمشاعر الحقد.

وانتهى **رينج** إلى أن الشخصية السيكوسوماتية تقع في ثلاث مجموعات عرضية وهي: **(قشاشطة عبد الرحمن وعوين بلقاسم، 2013: 151)**

1. **المجموعة الأولى (مفرطوا التفاعل):** وهم الأشخاص السيكوسوماتيين الذين يثورون بسرعة ويتفاعلون مع غضبهم ومخاوفهم وهذه الفئة تشمل مرضي انسداد التاجية والتهاب المفاصل التآكلي وقرح الجهاز الهضمي.

2. **المجموعة الثانية (ناقصو التفاعل):** وهي مجموعة تضم الأشخاص السيكوسوماتيين الذين يميلون لكبت مخاوفهم وغضبهم وانفعالاتهم، تضم مرضى الالتهاب الجلدي والتهاب المفاصل والتهابات القولون التقرحي.
3. **المجموعة الثالثة (مقيدوا التفاعل):** حيث يشعر افراد هذه المجموعة بمخافوهم وانفعالاتهم ، ولكن دون أن يتفاعلوا أو يغيروا عنها وتضم هذه الفئة مرضى الربو الشعبي والسكري وارتفاع ضغط الدم وفرط الدرقية.

20- علاج الاضطرابات السيكوسوماتية: يمكن علاج الأمراض السيكوسوماتية التي تسببها العوامل النفسية بواسطة الأدوية والعمليات الجراحية، ولكن العلاج الكامل لهذه الحالات الطبية لا يمكن تحقيقه إلا عندما يتم تحديد نسب توليد الإجهاد البدني وبالتالي فالعلاجات التي تستهدف إزالة أو تخفيف حدة العوامل النفسية كالتوتر والقلق ضرورية لشفاء المريض السيكوسوماتي. **(Afsaneh Khetrapal,BSC 23/07/2018)**

فالمرض السيكوسوماتي هو عضوي حقيقي واقعي وهنا يجب التركيز على العلاج التكاملي بين العلاجات الطبية والنفسية والاجتماعية وفيما يلي أهم الطرق العلاجية في علاج الحالات السيكوسوماتية:

- **العلاج الطبي بالأدوية Medial medicise treatmeent:** ويتم باستخدام الأدوية والعقاقير الطبية لضبط الأعراض الجسمية الحشوية والوقاية من التعرض للنوبات تحت إشراف ومتابعة طبية، ويتنوع العلاج الطبي تبعا لنوع الاضطراب نفسه، كما توصف المهدئات والمسكنات التي تكيف الجهاز العصبي المستقل بقسميه " الباراسيسمبتاوي والسيمبتاوي " في أغلب الاضطرابات السيكوسوماتية لكن لا يمكن أن يتجاوز ثلاثة أشهر، حيث لها انعكاسات تتعلق باستعمالها والتفرد عليها مع طول استعمالها بسبب آثار جانبية مثل النعاس ونقص اليقظة، كذلك قد يتم استخدام العلاج البديل Alternative treatment الذي يعرف بالبلاسيبو Placebo أو الدواء الوهمي، بحيث يتم عن طريق أدوية ليس لها مفعول كيميائي. **(ريحاني الزهرة، 2010: 102)**
- **العلاج النفسي Psychotherapy:** والمعروف بالعلاج الحديث Modern Therapy، وفيه يتفاعل الطبيب والمريض حول الحالة النفسية، وأحداث الحياة التي يعانيها المريض، يساعد هذا التفاعل المعالج على تحليل المرض العقلي الذي يعاني منه المريض ومن أهم هذه العلاجات نذكر: **(Afsaneh,K ; 23/08/2018)**

أ- التحليل النفسي Psychoanalysis: يستخدم هذا العلاج لعلاج اضطراب الاكتئاب والقلق ، وعملية العلاج تكون طويلة تنطوي على جلستين إلى خمس جلسات والأسبوع لعدة سنوات ، بحيث يقوم المحلل النفساني بالتركيز على ذكريات الطفولة والأحلام التي لها يد في الحالة العقلية التي تنحرف وتتناول الجوانب الانفعالية في شخصية المفحوص والعمل على حل الصراعات الذهنية وتعزيز الثقة بنفسية المريض.

ب- العلاج السلوكي المعرفي Cognitive behavior therapy: يركز هذا العلاج على فحص أفكار المريض ومعتقداته التي تؤثر على حالته العقلية يساعد هذا العلاج بالتغلب على المشاعر التي تؤدي لتغيير بسلوكه ، كما يمكن المريض من التغلب على المواقف السلبية ويمكن أن تختلف الجلسات حسب شدة حالة المريض.

ج- العلاج النفسي الجماعي Group psychotherapy: ينطوي هذا العلاج على 05 إلى 15 مريضا في مجموعة واحدة تحت إشراف طبيب نفسي مدرب يقيم معهم ممارسة لتحقيق موقف طبيعي متوازن ، ويكون هذا العلاج نافعا للمرضى الذين لديهم صعوبات في العلاقة أو اضطرابات في التكيف ، تجمع المجموعة في مكان خاص لمدة ساعة إلى ساعتين في الأسبوع الواحد.

د- العلاج بالصدمات الكهربائية Electroconvulsive therapy (ECT): وهو علاج يتم تقديمه بشكل أساسي للمرضى الذين يعانون من الاكتئاب الحاد والحالات النفسية الأخرى، ينطوي على انتقال التيار الكهربائي المستقر بالدماغ من أجل إطلاق نشاطه لتخفيف أعراض المرض العقلي ويتم إعطاء العلاج بالصدمات الكهربائية لمدة شهر واحد مع فترات معينة، ويعد هذا العلاج أكثر أمنا وأكثر فعالية مقارنة بالعلاج الدوائي.

ه- العلاج بالتنويم المغناطيسي Hypnotherapy: التنويم المغناطيسي يؤدي إلى حالة تشبه الغيبوبة (اللاوعي)، والتي يتم فيها السيطرة على العقل الواعي والكشف عن العقل الباطن والذي من خلاله يستطيع المعالج فهم الحالة النفسية للمريض ويستخدم العلاج التنويم المغناطيسي في علاج الاضطرابات المرتبطة بالإجهاد مثل الأرق والحالات النفسية التي تزداد سوءا بسبب التوترات كمتلازمة القولون العصبي، الصدفية.

خلاصة:

نجد أنّ العلاقة وثيقة بين النفس والجسم حيث يؤثر كلا منهما بالآخر ويتأثر به وقد أثبتت الأبحاث التي تم عرضها بهذا الفصل لوجود العديد من العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية المسببة للأمراض السيكوسوماتية، لهذا يحاول الباحث إجراء دراسته لمعرفة العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والعوامل الأسرية.

الفصل الخـــــامس

الإجراءات المنهجية للدراسة الاستطلاعية

تمهيد

1. **أهداف الدراسة**
2. **المجال الجغرافي**
3. **المجال الزمني**
4. **عينة الدراسة**
5. **أدوات البحث**
6. **الخصائص السيكومترية لأدوات القياس**
7. **إجراء دراسة استكشافية عيادية**

تمهيد:

تُعد الدراسة الاستطلاعية من أهم الخطوات المنهجية بالدراسة الميدانية، فهي تُمكن الباحث من الوقوف على الإجراءات المنهجية، إضافة إلى تحديد المؤشرات والمتغيرات التي ترتبط بإشكالية دراسته وضبط فرضياتها خاصة وأنّ الدراسة الاستطلاعية تسمح للباحث باستطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة وكشف جوانبها وأبعادها، حيث أراد الباحث من خلال هذه الخطوة الوصول إلى مجموعة من الأهداف.

1- أهداف الدراسة الاستطلاعية: اشتملت أهداف الدراسة الاستطلاعية على النقاط التالية:

1. ضبط المجتمع الأصلي ومن تم عينة الدراسة.
2. اختبار صلاحية أدوات جمع المعطيات وطرق المعالجة الإحصائية.

2- المجال الجغرافي: أجريت الدراسته الاستطلاعية بولاية وهران في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الصديقية بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية أرزيو بالعيادة متعددة الخدمات قديل.

3- المجال الزمني: أجريت الدراسة الاستطلاعية ما بين 2016/02/09 و 2016/03/19 وقد خصص الباحث أيام الأحد والاثنين والثلاثاء لإجراء دراسته بالعيادة المتعددة الخدمات ببلقايد في الفترة الصباحية، أمّا يوميْ الأربعاء والخميس بالعيادة المتعددة الخدمات بقديل لاستكمال دراسته الاستطلاعية، وذلك في الفترة المسائية.

4- عينة الدراسة الاستطلاعية: اعتمد الباحث في دراسته الاستطلاعية على الحالات السريرية التي قَدِمت للفحص الطبي على مستوى العيادة المتعددة الخدمات بقديل والعيادة المتعددة الخدمات ببلقايد والتي شُخِصت من قبل الأطباء العامين والمختصين على أنّها حالات ذات اضطرابات سيكوسوماتية أو حالات ذات أمراض مزمنة. أما عن مواصفات العينة، فقد أجرى الباحث دراسته الاستطلاعية على عينة تتكون من 36 مفحوصاً سيكوسوماتياً من غير الراشدين والذين تتراوح أعمارهم ما بين 06 و18 سنة بمتوسط عمري قدره 13,86 وانحراف معياري قدره 3,95.

جدول رقم (01): يوضح مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية من حيث الحجم.

المؤسسة	الذكور	الإناث	حجم العينة
عيادة متعددة الخدمات بلقايد	**07**	**10**	**17**
عيادة متعددة الخدمات قديل	**10**	**09**	**19**
المجموع :	**17**	**19**	**36**

ومن جهة أخرى أجرى الباحث مقابلات عيادية مع بعض المفحوصين ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية وأوليائهم وذلك بغرض رصد المعطيات الأولية اللازمة لتحديد أدوات القياس الخاصة بالدراسة الأساسية، والتأكد من أنّها ملائمة لعينة الدراسة كما ساعدت هذه الخطوة الباحث في فهم ومعرفة طبيعة المناخ الأسري الذي ينتمي إليه الأبناء الذين يعانون من اضطرابات نفسية- جسمية، وبالتالي مكنته من جمع أكبر قدر من المعلومات الضرورية والتي يتعذر الحصول عليها من خلال الاستمارات.

5- أدوات البحث: وتتمثل في المناخ الأسري والسلوك العدواني لدى عينة الدراسة إضافة للدراسة العيادية لبعض المرضى السيكوسوماتيين وأوليائهم من أجل إثراء المعرفة العلمية التي تُمكن من إمكانية قياس متغيرات الدراسة والفهم الجيد لطبيعة المناخ الأسري الذي ينتمي إليه أفراد عينة الدراسة ولاستيعاب مقاييس الدراسة المتمثلة فيما يلي:

1.5. مقياس المناخ الأسري: وقد صمم كل من **Rudolph; Moos & Bernice,Moss (1984)**، وقام **أنور رياض عبد الرحيم (1985)** بترجمته واستخدمه سنة (1991)، يتكون المقياس من 90 فقرة موزعة بالتساوي على 10 أبعاد فرعية (09 فقرات لكل بُعد) و03 أبعاد رئيسية وهي:

أولاً: بُعد العلاقات الأسرية يشير للأعمال الداخلية للأسرة وطبيعة الروابط الأسرية بين أفرادها، ويشتمل على الأبعاد الفرعية التالية: **(أنظر إلى الملحق رقم 03)**

1) **التماسك الأسري:** يقصد به مدى درجة الترابط والالتزام والمساعدة والدعم الذي يظهره أفراد الأسرة الواحدة.
2) **حرية التعبير في الأسرة:** يقصد به مدى الدرجة التي يعبر بها أفراد الأسرة عن سلوكهم وأرائهم لبعضهم البعض.
3) **صراع التفاعل الأسري:** ويقصد به مدى مقدار الغضب والعدوان والصراع المتبادل بين أفراد الأسرة.

ثانياً: بُعد النمو الشخصي يعكس طبيعة الروابط الأسرية بين أفراد الأسرة والعالم، يتضمن الأبعاد الفرعية التالية :

1) **الاستقلالية:** يقصد بها مدى درجة التوكيدية لدى أفراد الأسرة واكفائتهم الذاتية في اتخاذهم لقراراتهم داخل الأسرة
2) **التوجه نحو الإنجاز:** يقصد به مدى تركيز الأسرة على الأنشطة التعليمية والعلمية والاهتمام بالانجاز والمنافسة.

3) **التوجه العقلي الثقافي:** يقصد به مدى اهتمام الأسرة بالأنشطة السياسية والاجتماعية والفكرية والثقافية داخلها.
4) **التوجه نحو النشاطات الترفيهية:**يقصد به مدى مشاركة أفراد الأسرة بالأنشطة الاجتماعية والترويحية والرياضية
5) **التأكيد على القيم الأخلاقية والدينية:** يقصد به مدى درجة تركيز الأسرة على القضايا والقيم الأخلاقية والدينية

ثالثاً: بُعد صيانة النظام يشير للشؤون الداخلية لأفراد الأسرة ويشتمل على الأبعاد الفرعية التالي

1) **التنظيم الأسري:** يقصد به مدى درجة أهمية التنظيم الواضح في التخطيط لأنشطة الأسرة ومسئولياتها.
2) **الضبط الأسري:** يقصد به مدى درجة استخدام القواعد والأسس في إدارة شؤون الأسرة.

لقد استخدم مقياس المناخ الأسري على نطاق واسع كمؤشر على مفاهيم دورة حياة الأسرة للصغار والكبار. كما اشتملت بدائل الإجابة في المقياس على السلم الثنائي، والمتمثلة في : **موافق، غير موافق** .

طريقة تصحيح: علماً أن بدائل الإجابة في هذا المقياس هي موافق وغير موافق فإن طريقة التصحيح تكون كالتالي:

جدول رقم (02): يوضح مفتاح تصحيح مقياس المناخ الأسري.

بدائل الإجابة / البنود	موافق	غير موافق
البنود ذات الاتجاه الموجب	**01**	**00**
البنوذ ذات الاتجاه السالب	**00**	**01**

2.5. مقياس السلوك العدواني: صمم هذا المقياس من طرف **معمرية بشير** و**ماحي إبراهيم (2003)** وفقاً لتصنيف **Arnod H. Buss (1961)** للسلوك العدواني إلى (04) أبعاد كما بينا سابقاً في التعريف الإجرائي وبعد اطلاع الباحثان على المراجع السابقة قاما بصياغة (10) فقرات لكل بُعد أي اشتمل المقياس على ما مجموعه (40) فقرة من بينها (20) فقرة من مقياس **Arnod H. Buss (1961): (أنظر إلى الملحق رقم 04)**

1) **العدوان البدني Physical Aggression:**
2) **العدوان اللفظي Verbal Aggression:**
3) **الغضب Anger:**
4) **العداوة Hostility:**

طريقة تصحيح: علماً أن الفقرات هذا المقياس في اتجاه واحد فإن طريقة التصحيح تكون كالتالي:

البدائل	لا	قليلاً	كثيراً
الفقرة	**00**	**01**	**02**

وبذلك فإن الدرجة التي يمكن أن يتحصل عليها المفحوص في كل بُعد تنحصر ما بين [0 ،20] والدرجة الكلية في الأبعاد الأربعة تنحصر في المجال [0 ،80]

وبناءاً على درجة المفحوص يصنف السلوك العدواني إلى ثلاثة مستويات، هي على النحو التالي:

1) المستوى الأول: سلوك عدواني منخفض الشدة [0 ،27]
2) مستوى الثاني: سلوك عدواني متوسط الشدة]28 ،54]
3) مستوى الثاث سلوك عدواني مرتفع الشدة]54 ،80]

5. أدوات إجراء دراسة عيادية استكشافية (دراسة حالة):

1.3.5. الدراسة الاستكشافية لبعض الحالات السريرية وأوليائهم: بحيث قام الباحث في إطار الدراسة الاستطلاعية بالاعتماد على المنهج العيادي الأنسب لدراسة الحالة من أجل زيادة جمع المعطيات الأولية الخاصة بالبحث ورسم بناء واضح للأحداث النفسية الصادرة عن حالة المفحوصين، والتي يسعى الباحث للتنقيب عنها من أجل إثراء

المعرفة العلمية وذلك بواسطة أدوات الفحص النفسي ليتسنى له –الباحث- الخروج باستنتاجات مدعمة ببراهين قابلة للنقاش والتحليل وقريبة من الواقع النفسي.

2.3.5. أدوات دراسة الحالة:

أ- **المقابلة العيادية:** اعتمد الباحث على المقابلة الموجهة والمقابلة النصف الموجهة بغرض جمع أكبر قدر من المعلومات عن الحالة وفق الأهداف التالية :

- معرفة طبيعة العلاقة الأسرية وجمع المعطيات حول إدراك الأبناء السيكوسوماتية وأوليائهم للمناخ الأسري.
- إبراز الواقع الأسري والظواهر الممرضة للأبناء السيكوسوماتيين.
- يعتبرها الباحث أكثر صدقاً للتعرف على مشاعر وانفعالات المفحوص وكذلك اتجاهاته وميوله.
- تُعد الوسيلة الأنسب التي يستخدمها الأطباء مع المرضى الذين يعانون من مشاكل نفسية وجسمية.
- تُعتبر المقابلة العيادية أداة فعالة في جمع المادة العلمية خاصة من المرضى الذين لا يقرؤون أو ليس لهم مستوى تعليمي يسمح لهم بالإجابة على الأسئلة المكتوبة.

ب- **الملاحظة العيادية:** تم استخدامها بالموازاة مع المقابلة العيادية، بهدف الانتباه المقصود من الباحث نحو سلوك المفحوص أو نحو أفراد أسرته من خلال متابعته ورصد تغيراته، ليتمكن الباحث بعد ذلك من وصف سلوك الحالة المراد دراستها وتحليلها أو تقويمها ضمن مناخها الأسري.

6. الخصائص السيكومترية: للتأكد من الصلاحية السيكومترية لأداتيْ البحث قام الباحث بتقدير صدقهما وثباتهما.

1.6. تقدير الصدق: وهنا اعتمد الباحث في تقدير صدق الأداتين على طريقتين هما:

أولاً - صدق المحكمين: تم عرض مقياس المناخ الأسري ومقياس السلوك العدواني على 11 أستاذ محكماً من الذين يتمتعون بالخبرة والتأهيل العلمي، حيث طلب منهم الحكم على مدى مناسبة الاستبيانان مع عينة الدراسة من حيث السن والمستوى الفكري ومدى مواءمة الفقرة من الناحية المضمون والصياغة والوضوح مع البُعد والمقياس ككل ومدى مناسبة الأبعاد مع المقياس والبدائل والتعليمة.

أ- مقياس المناخ الأسري:

جدول رقم (03): يوضح استجابات المحكمين لفقرات أبعاد مقياس المناخ الأسري.

الأبعاد	رقم الفقرة	الفقـــــــرات	عدد الأساتذة الذين يرون الفقرة	
			تقيس	لا تقيس
التماسك الأسري	.1	يساعد أفراد أسرتي ويدعمون بعضهم بعضا.	08	03
	.2	غالبا ما نمضي معظم أوقاتنا في البيت.	09	02
	.3	نبذل كثيرا من الجهد فيما نقوم به في البيت.	07	04
	.4	أشعر بالتماسك بين أفراد أسرتي.	11	00
	.5	نتقاعس عن أداء الأعمال المنزلية.	09	02
	.6	يدعم أفراد أسرتي بعضهم بعضا.	10	01
	.7	لا تسود روح الجماعة بين أفراد أسرتي.	07	04
	.8	نحن متفاهمون فيما بيننا.	06	05
	.9	لكل فرد في أسرتي كثيرا من الوقت والانتباه.	08	03
حرية التعبير في الأسرة:	.1	يحتفظ أفراد أسرتي بمشاعرهم لأنفسهم.	11	00
	.2	نقول كل ما نريد قوله في البيت.	10	01
	.3	من الصعب تخفيف التوتر في البيت دون إزعاج الآخرين.	09	02
	.4	نخبر بعضنا البعض عن مشكلاتنا الشخصية.	11	00
	.5	إذا شعرنا أن علينا الإسراع في انجاز شيء فإننا ننفذه فورا.	08	03

	6.	ينزعج أحد أفراد أسرتي إذا تذمر أي فرد آخر في عائلتي.	10	01
	7.	نتحدث بصراحة عن الأمور المالية في أسرتي.	11	00
	8.	نحن حذرون بشأن ما نقوله لبعضنا البعض.	11	00
	9.	هناك الكثير من القرارات العشوائية في أسرتي.	09	02
صراع التفاعل الأسري:	1.	نتشاجر كثيرا في أسرتي.	10	01
	2.	ناذرا ما يغضب أفراد أسرتي.	08	03
	3.	أحيانا يعبر أفراد أسرتي عن غضبهم برمي الأشياء.	09	02
	4.	نادرا ما يفقد أفراد أسرتي أعصابهم.	06	05
	5.	ينتقد أفراد أسرتي بعضهم البعض في أغلب الأحيان.	11	00
	6.	يضرب أفراد أسرتي أحيانا بعضهم بعضا.	11	00
	7.	إذا نشب خلاف في أسرتي فإننا نحاول تبسيط الأمور والمحافظة على السلام.	08	03
	8.	نتنافس مع بعضنا البعض.	11	00
	9.	لا تستطيع تحقيق أي شيء برفع صوتك في أسرتي.	07	04
الاستقلالية:	1.	لا نفعل الأشياء على عاتقنا في أسرتي.	09	02
	2.	تشجعنا أسرتي على أن نكون معتمدين على أنفسنا.	11	00
	3.	نفكر بأمورنا بأنفسنا في أسرتي.	08	03
	4.	نأتي و نذهب كما نريد في أسرتي.	09	02
	5.	هناك قليل من الخصوصية في أسرتي.	11	00
	6.	يعتمد أفراد أسرتي على أنفسهم عند ظهور مشكلة.	07	04
	7.	يشجع أفراد أسرتي بقوة بعضهم البعض على المطالبة بحقوقهم.	11	00
	8.	من الصعب أن يتركك أفراد أسرتي وشأنك دون أن تأذي مشاعر أحدهم.	06	05
	9.	يسمح لنا بالحديث عن أنفسنا داخل أسرتي.	11	00
التوجه نحو الإنجاز:	1.	نشعر أنه من المهم أن نكون الأفضل في أي شيء نقوم به.	09	02
	2.	التقدم في الحياة شيء مهم في أسرتي.	11	00
	3.	ليس مُهماً بالنسبة لنا كم يجني الفرد من مال.	11	00
	4.	نؤمن بالمنافسة ونتمنى الفوز للأفضل.	08	03
	5.	نكافح لعمل الأشياء بشكل أفضل في كل مرة.	07	04
	6.	نادراً ما يقلق أفراد أسرة بخصوص ترقيات العمل والعلامات المدرسية.	09	02
	7.	لا نحاول جاهدين أن ننجح في أسرتي.	09	02
	8.	العمل قبل اللعب هي القاعدة في عائلتنا.	07	04
	9.	تقارن أسرتي أفرادها مع الآخرين فيما يتعلق بأدائهم الدراسي.	11	00
التوجه العقلي الثقافي	1.	نتحدث في أسرتي عن المشاكل الاجتماعية و السياسية.	10	01
	2.	ناذرا ما نذهب لحضور مسرحيات وحفلات موسيقية.	08	03
	3.	تعلم الأشياء الجديدة والمختلفة هو أمر مهم جداً في أسرتي.	11	00
	4.	نحن غير مهتمين بالنشاطات الثقافية في أسرتي.	11	00
	5.	نادراً ما تُعقد مناقشات ثقافية بين أفراد أسرتي.	09	02
	6.	أحد أفراد أسرتي يعزف على آلة موسيقية.	11	00
	7.	يذهب أفراد أسرتي إلى المكتبة في أغلب الأوقات.	11	00
	8.	مشاهدة التلفاز أهم من القراءة في أسرتي.	11	00
	9.	يحب أفراد أسرتي الموسيقى والفن والأدب.	11	00
التوجه نحو النشاطات الترفيهية:	1.	نمضي معظم الأمسيات وعطلة نهاية الأسبوع في البيت.	11	00
	2.	يأتي إلينا الأصدقاء أحياناً لتناول العشاء أو لزيارتنا.	08	03
	3.	لا أحد في عائلتي نشيط في الألعاب الرياضية.	10	01
	4.	يذهب أفراد أسرتي لمشاهدة الأفلام والأحداث الرياضية ويشاركون برحلات التخييم.	09	02
	5.	لكل شخص في أسرتي هِواية أو هوايتين.	11	00
	6.	لا يندمج أفراد أسرتي في النشاطات الترفيهية خارج إطار العمل أو المدرسة.	11	00
	7.	يحضر أفراد أسرتي بعض المسابقات التي تتعلق بهوايتهم.	11	00
	8.	يخرج أفراد أسرتي كثيرا إلى أماكن الترفيه والتسلية.	11	00
	9.	التلفاز و الانترنت الوسيلة الترفيهية الوحيدة في الأسرة.	11	00
التأكيد على القيم الأخلاقية	1.	يذهب أفراد أسرتي للمسجد.	11	00
	2.	يوجد أفراد في أسرتي لا يصلون.	11	00
	3.	نتحدث عن المعاني الدينية لعيد الفطر وعيد الأضحى والأعياد الأخرى.	09	02

	.4	بعض أفراد أسرتي لا يؤمنون بالجنة والنار.	11	00
	.5	أفراد أسري لهم أفكار صارمة حول ما هو صحيح أو خطأ.	09	02
	.6	هناك بعض الأشياء التي نعتقده بها من خلال الإيمان .	10	01
	.7	كل فرد في أسرتي له أفكار مختلفة حول الصحيح والخطأ.	07	04
	.8	غالبا ما يقرأ أفراد أسرتي القرآن الكريم.	09	02
	.9	يعتقد أفراد أسرتي إذا ما اقترفت ذنباً فإنك ستعاقب عليه.	08	03
التنظيم الأسري:	.1	يخطط للنشاطات بعناية في أسرتي.	08	03
	.2	نحن مُتأنِقون ومرتبون.	11	00
	.3	يصعب أن تجد الأشياء في بيتنا عندما تحتاج إليها.	11	00
	.4	الالتزام بالوقت مُهم جداً في أسرتي.	10	01
	.5	غير أفراد أسرتي آرائهم أحياناً.	11	00
	.6	يتأكد أفراد أسرتي من ترتيب غرفهم.	09	02
	.7	واجبات كل فرد في أسرتي محددة بوضوح.	11	00
	.8	لا يتم التعامل مع المال بحذر في أسرتي.	09	02
	.9	تُغسل الأطباق بعد الانتهاء من الأكل.	11	00
الضبط الأسري:	.1	تُلقى الأوامر على أفراد أسرتي بشكل نادر جداً.	11	00
	.2	هناك قواعد قليلة نلتزم بها في أسرتي.	11	00
	.3	هناك فرد واحد في أسرتي يتخذ أغلب القرارات.	11	00
	.4	هناك مجموعة من الطرق لتسيير الأمور في البيت.	11	00
	.5	هناك تأكيد قوي على الالتزام بالقواعد في أسرتي.	11	00
	.6	لكل شخص رأي يساوي رأي غيره في القرارات الأسرية.	11	00
	.7	نستطيع أن نفعل ما نريد في أسرتنا.	11	00
	.8	القواعد في أسرتي غير مرنة.	11	00
	.9	لا أحد يفلت من العقاب في أسرتي.	11	00

كما اقترح الأساتذة المحكمين ادخال التعديلات على بعض الفقرات والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (04): يوضح التعديلات التي أدخلت على فقرات استبيان المناخ الأسري.

الأبعاد	رقم الفقرة	الصياغة قبل التعديل	الصياغة بعد التعديل
التماسك الأسري	1	يساعد أفراد أسرتي ويدعمون بعضهم بعضا.	يساعد أفراد أسرتي بعضهم بعضاً
	2	غالبا ما نمضي معظم أوقاتنا في البيت.	يمضي معظم أفراد أسرتي أوقاتهم خارج البيت.
	3	نبذل كثيرا من الجهد فيما نقوم به في البيت.	يبدل أفراد أسرتي كثيراً من الجهد في القيام بالأعمال المنزلية.
	5	نتقاعس عن أداء الأعمال المنزلية.	نتقاعس عن المشاركة في الأعمال المنزلية.
	7	لا تسود روح الجماعة بين أفراد أسرتي.	غياب روح الجماعة بين أفراد أسرتي.
	8	نحن متفاهمون فيما بيننا.	أفراد اسرتي متفاهمون فيما بينهم.
	9	لكل فرد في أسرتي كثيرا من الوقت والانتباه.	تخصص أسرتي الكثير من الوقت و الاهتمام لأفرادها.
حرية التعبير في الأسرة	2	نقول كل ما نريد قوله في البيت.	نعبر بكل حرية عن أرائنا في البيت.
	3	من الصعب تخفيف التوتر في البيت دون إزعاج الآخرين.	من الصعب تخفيف التوتر في البيت دون إزعاج باقي أفراد الأسرة.
	5	إذا شعرنا أن علينا الإسراع في انجاز شيء فإننا ننفذه فورا.	إذا شعرنا أن علينا انجاز شيء ما داخل أسرتي فإننا نقوم بانجازه بكل حرية.
	6	ينزعج أحد أفراد أسرتي إذا تذمر أي فرد آخر في عائلتي.	ينزعج أحد أفراد أسرتي إذا لم يعبر بكل حرية عن رأيه.
	9	هناك الكثير من القرارات العشوائية في أسرتي.	هناك الكثير من القرارات الفردية في أسرتي.
صراع التفاعل الأسري	1	نتشاجر كثيرا في أسرتي.	كثيراً ما يتشاجر أفراد أسرتي مع بعضهم البعض.
	2	نادرا ما يغضب أفراد أسرتي.	لا يغضب أفراد أسرتي.
	3	أحيانا يعبر أفراد أسرتي عن غضبهم برمي الأشياء.	لا يعبر أفراد أسرتي عن غضبهم برمي الأشياء أو تكسيرها.
	4	نادرا ما يفقد أفراد أسرتي أعصابهم.	أفراد أسرتي لا يفقدون أعصابهم إطلاقاً.
	7	إذا نشب خلاف في أسرتي فإننا نحاول تبسيط الأمور والمحافظة على السلام.	إذا نشب خلاف في أسرتي فإننا نحاول تهدئة الأمور والمحافظة على السلام.
	9	لا تستطيع تحقيق أي شيء برفع صوتك في أسرتي.	داخل أسرتي لا يمكن تحقيق أي شيء برفع صوتك.
الاستقلالية	1	لا نفعل الأشياء على عاتقنا في أسرتي.	لا نستطيع فعل الأشياء تحمل على عاتقنا في أسرتي
	3	نفكر بأمورنا بأنفسنا في أسرتي.	نقوم بأمورنا بأنفسنا في أسرتي.
	4	نأتي و نذهب كما نريد في أسرتي.	لنا كامل الحرية بالخروج والدخول في أسرتي.
	6	يعتمد أفراد أسرتي على أنفسهم عند ظهور مشكلة.	يعتمد أفراد أسرتي على أنفسهم عند وقوع مشكلة ما.

	8	من الصعب أن يتركك أفراد أسرتي وشأنك دون أن تأذي مشاعر أحدهم.	من الصعب أن يتركك أفراد أسرتي وشأنك دون أن يقوموا بعمل الأشياء بدلاً عنك.
التـــوجه نحو الإنجـــاز	1	نشعر أنه من المهم أن نكون الأفضل في أي شيء نقوم به.	في أسرتي من المهم أن نكون دائماً الأفضل في كل شيء نقوم به.
	4	نؤمن بالمنافسة ونتمنى الفوز للأفضل.	نؤمن بالمنافسة ونتمنى الفوز والرقي للأفضل والأحسن في أسرتي.
	5	نكافح لعمل الأشياء بشكل أفضل في كل مرة.	دائماً نكافح لعمل الأشياء الجيدة والرائعة بشكل أفضل في أسرتي.
	6	نادراً ما يقلق أفراد أسرة بخصوص ترقيات العمل والعلامات المدرسية.	لا يقلق أفراد أسرتي بخصوص ترقيات العمل والعلامات المدرسية.
	7	لا نحاول جاهدين أن ننجح في أسرتي.	لا نحاول جاهدين العمل بجدٍ أو النجاح في أسرتي.
	8	العمل قبل اللعب هي القاعدة في عائلتنا.	القاعدة الأساسية في أسرتي هي إنجاز العمل المطلوب.
التـوجـــه العقـــلي الثقـافي	1	نتحدث في أسرتي عن المشاكل الاجتماعية و السياسية.	نتحدث في أسرتي عن المشاكل الاجتماعية والأوضاع السياسية والفن والثقافة.
	2	نادراً ما نذهب لحضور مسرحيات وحفلات موسيقية.	لا يذهب أفراد أسرتي لحضور المسرحيات والحفلات موسيقية.
	5	نادراً ما تُعقد مناقشات ثقافية بين أفراد أسرتي.	لا تُعقد المناقشات الثقافية بين أفراد أسرتي.
التوجه نحو النشاطات الترفيهية	2	يأتي إلينا الأصدقاء أحياناً لتناول العشاء أو لزيارتنا.	في أسرتي يزورنا الأصدقاء ويتناولون العشاء معنا.
	3	لا أحد في عائلتي نشيط في الألعاب الرياضية.	لا أحد من أفراد أسرتي يمارس الرياضة.
	4	يذهب أفراد أسرتي لمشاهدة الأفلام والأحداث الرياضية ويشاركون في رحلات التخييم.	يذهب أفراد أسرتي لمشاهدة الأفلام والأحداث الرياضية.
التأكـيد على القـيم الأخـلاقيـة والـدينية	3	نتحدث عن المعاني الدينية لعيد الفطر وعيد الأضحى والأعياد الأخرى.	نتحدث في أسرتي عن المعاني الدينية للأعياد والمناسبات الدينية.
	5	أفراد أسري لهم أفكار صارمة حول ما هو صحيح أو خطأ.	أفراد أسري لهم أفكار صارمة حول الحلال والحرام.
	6	هناك بعض الأشياء التي نعتقده بها من خلال الإيمان.	في أسرتي نُؤمن بالمعتقدات الدينية والمسائل الفقهية
	7	كل فرد في أسرتي له أفكار مختلفة حول الصحيح والخطأ.	لكل فرد في أسرتي أفكاره الخاصة حول الحلال والحرام.
	8	غالبا ما يقرأ أفراد أسرتي القرآن الكريم.	لا يتلوا أفراد أسرتي القرآن الكريم.
	9	يعتقد أفراد أسرتي إذا ما اقترفت ذنباً فإنك ستعاقب عليه.	يعتقد أفراد أسرتي أنّ اقترف ذنباً فإنه سيعاقب عليه.
الضبـــط الأسري	1	تُلقى الأوامر على أفراد أسرتي بشكل نادر جداً.	تُعطى الأوامر على أفراد أسرتي بشكل نادر جداً.
	4	هناك مجموعة من الطرق لتسيير الأمور في البيت.	تسير الأمور في أسرتي بطرق مضبوطة.
	6	لكل شخص رأي يساوي رأي غيره في القرارات الأسرية.	يتشارك جميع أفراد أسرتي في اتخاذ القرارات التي تخص الأسرة.
	8	القواعد في أسرتي غير مرنة.	القواعد في أسرتي صارمة.

بَعد أن فرغ الباحث من هذه الخطوة، قام بدمجها فقرات أبعاد المقياس ـــ المَناخ الأسري ـــــ لتصبح بذلك أرقام الفقرات على النحو التالي:

بُعد التماسك الأسري: يتكون من (09) فقرات، هي الحاملة للأرقام التالية: 01 ،11 ،21 ،31 ،41 ، 51، 61 ،71، 81.
بُعد حرية التعبير في الأسرة: يتكون من (09) فقرات، هي الحاملة للأرقام التالية: 02 ،12،22 ،32 ،42 ،52 ،62 ،72،82.
بُعد صراع التفاعل الأسري: يتكون من (09) فقرات، هي الحاملة للأرقام التالية: 03،13 ،23 ،33 ،43 ،53 ،63 ،73 ،83.
بُعد الاستقلالية: يتكون من (09) فقرات، هي الحاملة للأرقام التالية: 04 ،14 ،24 ،34 ،44 ،54 ،64 ،74 ،84.
بُعد التوجه نحو الإنجاز: يتكون من (09) بنود، هي الحاملة للأرقام التالية: 05 ،15 ،25 ،35 ،45 ،55 ،65 ،75 ،85.
بُعد التوجه العقلي الثقافي: يتكون من (09) فقرات، هي الحاملة للأرقام التالية: 06 ،16 ،26 ،36 ،46 ،56 ،66 ،76 ،86
بُعد التوجه نحو النشاطات الترفيهية: يتكون من (09) فقرات هي الحاملة للأرقام:07 ،17 ،27 ،37 ،47 ،57 ،67 ،77 ،88
بُعد التأكيد على القيم الأخلاقية والدينية: يتكون من(09) فقرات هي الحاملة للأرقام : 08 ،18 ،28 ،38 ،48 ،58 ،68 ،78 ،88
بُعد التنظيم الأسري: ويتكون من تسعة (09) بنود، هي تلك الحاملة للأرقام التالية: 09 ،19 ،29 ،39 ،49 ،59 ،69 ،79 ،89.
بُعد الضبط الأسري: ويتكون من تسعة (09) بنود، هي تلك الحاملة للأرقام التالية: 10 ،20 ،30 ،40 ،50 ،60 ،70 ،80 ،90.

جدول رقم (05): يمثل البنود ذات الاتجاه الموجب والبنود ذات الاتجاه السالب لمقياس المَناخ الأُسري.

البنود	أرقام البنود	مجموعها
بنود ذات اتجاه موجب	01 ، 03 ، 05 ، 06 ، 08 ، 09 ، 11 ، 12 ، 14 ، 15 ، 17 ، 19 ، 21 ، 23 ، 24 ، 26 ، 28 ، 30 ، 31 ، 32 ، 34 ، 35 ، 37 ، 39 ، 42 ، 43 ، 45 ، 47 ، 48 ، 50 ، 51 ، 53 ، 54 ، 56 ، 58 ، 59 ، 62 ، 64 ، 66 ، 67 ، 69 ، 71 ، 73 ، 75 ، 77 ، 78 ، 80 ، 81 ، 85 ، 86 ، 88 ، 89 ، 90 .	53
بنود ذات اتجاه سالب	02 ، 04 ، 07 ، 10 ، 13 ، 16 ، 18 ، 20 ، 22 ، 25 ، 27 ، 29 ، 33 ، 36 ، 38 ، 40 ، 41 ، 44 ، 46 ، 49 ، 52 ، 55 ، 57 ، 60 ، 61 ، 63 ، 65 ، 68 ، 70 ، 72 ، 74 ، 76 ، 79 ، 82 ، 83 ، 84 ، 87 .	37

ب- مقياس السلوك العدواني:

جدول رقم (06): يوضح استجابات الأساتذة المحكمين على قياس أو عدم قياس فقرات أبعاد استبيان السلوك العدواني.

		الفقرة	استجابات المحكمين	
			تقيس	لا تقيس
العدوان البدني Phsica	.1	فجأة لا أستطيع التحكم في نفسي وأقوم بضرب شخص ما.	09	02
	.2	عندما أتعرض للاستفزاز ربما أضرب شخصاً ما.	10	01

	.3	إذا ضربني شخص أرد عليه بالضرب.	11	00
	.4	أدخل في مشاجرات بالأيدي أكثر من أي شخص آخر.	09	02
	.5	ألجأ إلى العنف البدني لحفظ حقوقي إذا تطلب الأمر ذلك.	11	00
	.6	عندما يزعجني شخص أتشاجر معه بالأيدي.	11	00
	.7	يقول عني أصدقائي أني شخص عنيف بدنياً.	11	00
	.8	هناك بعض الأشخاص لا يتردد أحد في ضربهم.	11	00
	.9	أتهور إلى درجة أني أكسر الأشياء.	10	01
	.10	عندما يسيء إلي أحد أرد عليه بالضرب.	11	00
العدوان اللفظي Verbal Aggression:	.1	حينما أختلف مع أصدقائي أعتدي عليهم لفظياً.	11	00
	.2	عندما أتعرض للإهانة أسب وأشتم.	11	00
	.3	أختلف في المناقشات مع الناس.	10	01
	.4	أدخل في جدال مع الأشخاص الذين يخالفونني الرأي.	11	00
	.5	إذا ضايقني شخص أقول فيه كلاماً سيئاً.	11	00
	.6	أكتب إلى الآخرين رسائل أبيّن فيها عيوبهم.	08	03
	.7	عندما أعرف صفة سيئة في أحد الأشخاص أخبره بذلك.	09	02
	.8	يسهل عليّ أن أشتم الآخرين.	11	00
	.9	تصرفات بعض الناس تجعلهم أهلاً للسب والشتم.	11	00
	.10	أفضل الاعتداء بالكلام لأنّه أبقى أثراً من الضرب.	11	00
الغضب Anger:	.1	أغضب بسرعة ولكن سرعان ما أعود إلى هدوئي.	11	00
	.2	عندما أصاب بالإحباط أغضب بوضوح.	11	00
	.3	أشعر وكأنّي أنفجر من الغيظ.	11	00
	.4	أنا شخص متهور.	10	01
	.5	أنفعل لأسباب غير هامة.	11	00
	.6	أجد صعوبة في التحكم في انفعالاتي.	11	00
	.7	أجد صعوبة في ضبط غضبي.	11	00
	.8	يقال عني بأني سريع الغضب.	11	00
	.9	يتملكني الغضب بشدة عندما يساء إليّ.	11	00
	.10	أغضب عندما ينتقدني الآخرين.	09	02
العداوة Hostility:	.1	عندما يضايقني الناس أخبرهم أني سأنتقم منهم.	11	00
	.2	أحمل الكراهية للآخرين.	11	00
	.3	أكره الأشخاص الذين يخالفون التقاليد الاجتماعية.	11	00
	.4	أشعر أني لم أحصل إلا على قدرٍ ضئيل في الحياة.	11	00
	.5	أعتقد أنّ هناك من يتآمر ضدي.	11	00
	.6	أعادي الأشخاص الذين يتحدثون عني في غيابي.	11	00
	.7	أعادي الأشخاص الذين يؤذونني.	11	00
	.8	لأشخاص الغرباء الذين يبدون لطفاً زائداً يثيرون شكوكي.	11	00
	.9	أعتقد أن الآخرون يضحكون عني في غيابي.	11	00
	.10	أشعر أني أعامل معاملة سيئة في حياتي.	11	00

كما اقترح الأساتذة المحكمين ادخال التعديلات على بعض الفقرات والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (07): يوضح التعديلات التي أدخلت على فقرات استبيان السلوك العدواني .

الأبعاد	رقم	الصياغة قبل التعديل:	الصياغة بعد التعديل:
العدوان البدني	1	فجأة لا أستطيع التحكم في نفسي وأقوم بضرب شخص ما	فجأة أفقد السيطرة على نفسي وأقوم بضرب الآخرين.
	2	عندما أتعرض للاستفزاز ربما أضرب شخصاً ما.	عندما أتعرض للاستفزاز قد أضرب شخصاً ما.
	4	أدخل في مشاجرات بالأيدي أكثر من أي شخص آخر.	أدخل في مشاجرات مع الآخرين بالأيدي أكثر من اللزوم.
	9	أتهور إلى درجة أني أكسر الأشياء.	أغضب إلى درجة أني أكسر الأشياء.
العدوان اللفظي	3	أختلف في المناقشات مع الناس.	أتجادل مع الناس كثيراً.
	6	أكتب إلى الآخرين رسائل أبيّن فيها عيوبهم.	أكتب إلى الآخرين رسائل أصرح لهم فيها بعيوبهم.
	7	عندما أعرف صفة سيئة في أحد أخبره بذلك.	أصف الآخرين بالإساءة عند اكتشافي لصفة سيئة فيهم
العداوة	4	أشعر أنّي لم أحصل إلا على قدرٍ ضئيل في الحياة.	أشعر أنّي لا أحصل إلا على قدرٍ ضئيل من الاهتمام والرعاية في حياتي.

	10	أشعر أني أعامل معاملة سيئة في حياتي.	أشعر أنّي أعامل معاملة سيئة من قبل الآخرين في حياتي.

❖ **أرقام فقرات مقياس السلوك العدواني:**

1. **بُعد العدوان البدني:** ويتكون من (10) فقرات، هي الحاملة للأرقام التالية:01 ،05 ،09 ،13 ،17 ،21 ،25 ،29 ،33 ،37.
2. **بُعد العدوان اللفظي:** ويتكون من (10) فقرات، هي الحاملة للأرقام التالية:02 ،06 ،10 ،14 ،18 ،22 ،26 ،30 ،34 ،38.
3. **بُعد الغضب:** ويتكون من (10) فقرات، هي تلك الحاملة للأرقام التالية:03 ،07 ،11 ،15 ،19 ،23 ،27 ،31 ،35 ،39.
4. **بُعد العداوة Hostility:** ويتكون (10) فقرات، هي الحاملة للأرقام التالية:04 ،08 ،12 ،16 ،20 ،24 ،28 ،32 ،36 ،40.

ملاحظة: جميع فقرات مقياس السلوك العدواني ذات اتجاه موجب بمعنى أنّها تدل على البُعد الذي تنتمي إليه.

ثانياً: صدق الاتساق الداخلي: يقوم هذا الصدق على معرفة فيما إذا كانت كل فقرة من فقرات بُعد المقياس تسير بنفس مسار البُعد كله لذلك يُعد هذا الصدق من الأساليب الدقيقة في حساب الاتساق الداخلي لفقرات أبعاد المقياس.

أ- صدق مقياس المناخ الأسري: لقد أظهرت المعالجة الإحصائية التي أجراها الباحث لمعاملات الارتباط بين كل فقرة والبُعد الذي تنتمي إليه في مقياس المَناخ الأسري، النتائج التالية:

جدول رقم (08): يوضح معاملات الارتباط بين كل فقرة والبُعد الذي تنتمي إليه في مقياس المَناخ الأسري.

البعد: / الفقرة:	التماسك الأسري:	حرية التعبير في الأسرة:	صراع التفاعل الأسري:	الاستقلالية:	التوجه نحو الإنجاز:	التوجه العقلي الثقافي:	التوجه نحو النشاطات الترفيهية:	التأكيد على القيم الأخلاقية والدينية:	التنظيم الأسري:	الضبط الأسري:
.1	065**	0,71**	0,63**	0,91**	0,62**	0,61**	0,67**	0,61**	0,70**	0,60**
.2	0,66**	0,78**	0,80**	0,89**	0,71**	0,72**	0,89**	0,79**	0,80**	0,66**
.3	0,83**	0,60**	0,70**	0,67**	0,66**	0,68**	0,89**	0,68**	0,72**	0,84**
.4	0,79**	0,66**	0,83**	0,77**	0,74**	0,79**	0,92**	0,83**	0,71**	0,79**
.5	0,86**	0,69**	0,78**	0,76**	0,69**	0,70**	0,94**	0,78**	0,77**	0,86**
.6	0,82**	0,76**	0,76**	0,97**	0,61**	0,75**	0,65**	0,76**	0,73**	0,87**
.7	0,70**	0,61**	0,66**	0,63**	0,71**	0,71**	0,88**	0,64**	0,68**	0,71**
.8	091**	0,62**	0,83**	0,68**	0,70**	0,83**	0,89**	0,83**	0,65**	0,91**
.9	0,67**	0,73**	0,83**	0,81**	0,74**	0,83**	0,92**	0,83**	0,76**	0,73**

- **(**)**: عند مستوى دلالة 0,01.
- **(*)**: عند مستوى دلالة 0,05.

ب- صدق مقياس السلوك العدواني:

جدول رقم (09): يوضح معاملات الارتباط بين كل فقرة والبُعد الذي تنتمي إليه في مقياس السُلوك العدواني.

البعد:	العدوان البدني	العدوان اللفظي	الغضب	العداوة
.1	0,93 **	0,83**	0,92**	0,93**
.2	0,91**	0,87**	0,83**	0,74**
.3	0,87**	0,86**	0,81**	0,89**
.4	0,86**	0,72**	0,89**	0,86**
.5	0,78**	0,82**	0,76**	0,77**
.6	0,77**	0,81**	0,83**	0,81**
.7	0,74**	0,88**	0,86**	0,85**
.8	0,94**	0,91**	0,90**	0,93**
.9	0,81**	0,85**	0,91**	0,81**
.10	0,90**	0,81**	0,83**	0,85**

- **(**)**:عند مستوى دلالة 0,01.
- **(*)**: عند مستوى دلالة 0,05.

2.6. تقدير الثبات: تم تقدير ثبات أداتيْ البحث بثلاث طرق: التجزئة النصفية (Spearman-Brown & Guttman) والتناسق الداخلي Alpha Crombach وهذا سعياً للحصول على مزيد من الدقة.

ثبات مقياس المناخ الأسري:

جدول رقم (10): يوضح قيم معاملات ثبات أبعاد مقياس المَناخ الأسري.

الطريقة / البُعد	التناسق الداخلي (ألفا كرومباخ Alpha (Crombach	التجزئة النصفية Split-Half	
		جيتمان Gutman	سبيرمان براون Spearman Brown
التماسك الأسري	0,91	0,92	0,91
حرية التعبير في الأسرة	0,86	0,78	0,77
صراع التفاعل الأسري	0,91	0,97	0,96
الاستقلالية	0,92	0,93	0,92
التـــوجه نحو الإنجـــــــــاز	0,86	0,70	0,70
التـــوجـــه العقـــــلي الثقـــــافي	0,89	0,95	0,95
التوجه نحو النشاطات الترفيهية	0,95	0,98	0,97
التأكيد على القيم الأخلاقية والدينية	0,90	0,97	0,96
التنظيم الأسري	0,91	0,86	0,85
الضبط الأسري	0,92	0,93	0,92

يتضح من خلال الجدول رقم (10) أنّ معاملات ثبات أبعاد مقياس المناخ الأسري على درجة عالية ويلاحظ أيضا أن المقياس على درجة عالية من الثبات.

ثبات مقياس السلوك العدواني:

جدول رقم (11): يوضح قيم معاملات ثبات أبعاد مقياس السلوك العدواني.

الطريقة / البُعد	التناسق الداخلي (Alpha Crombach)	التجزئة النصفية Split-Half	
		Gutman	Brown Spearman
العدوان البدني Phsical Aggression	0,96	0,95	0,95
العدوان اللفظي Verbal Aggression	0,95	0,96	0,95
الغضب Anger	0,96	0,95	0,95
العداوة Hostility	0,96	0,96	0,96

يتضح من الجدول رقم (11) أنّ معاملات أبعاد مقياس السلوك العدواني على درجة عالية من الثبات ويلاحظ أيضاً أن المقياس على درجة عالية من الثبات.

بناءاً على ما سبق نجد أنّ المقياسين على مستوى كاف من الصدق والثبات مما يجعلهما صالحين سيكوميترياً لقياس ما وضعا لقياسه. ويمكنا الباحث من استخدامهما في دراسته الأساسية.

الفصـــــــــل الســـــــادس:
الإجـــــــراءات المنـــــهجية للدراســـــــة الأســـــــاسيــة

تمهيد

1. **تصميم البحث**
2. **منهج الدراسة الأساسية**
3. **المجال الجغرافي والزمن لإجراء الدراسة**
4. **عينة الدراسة وطريقة معاينتها**
5. **أدوات الدراسة الأساسية**
6. **الأساليب الإحصائية**

تمهيد:

بعد أن قام الباحث في المرحلة الاستطلاعية بتحضير المصادر الأساسية الخاصة بالدراسة الحالية والتأكد من صلاحية أدوات جمع المعطيات وتحديد مجتمع الدراسة والفئة العمرية التي سيعتمد عليها ليوثق معلومات *بحثه، هاهو الآن بصدد تتبع خطوات أساسية حتى تصبح الدراسة التي قرر إنجازها مثبتة .*

1. **تصميم البحث:** تضمنت الدراسة متغيرين أساسيين هما المتغير المستقل (المناخ الأسري) والمتغير التابع (السلوك العدواني).
2. **منهج الدراسة:** مزج الباحث في دراسته الحالية بين المنهج الوصفي التحليلي ومنهج دراسة الحالة ، ذلك كون المنهج الوصفي التحليلي يهتم بتصوير الوضع الراهن لدى الأبناء الذين يعانون من الاضطرابات النفس-جسمية وتحديد طبيعة العلاقات الأسرية بين الظواهر والاتجاهات السلوكية للأفراد والتي قد تكون سبب في إصابتهم

بهذه الاضطرابات ودراستها كما هي بالواقع ووصفها من خلال أدوات القياس لمتغيريْ المناخ الأسري والسلوك العدواني الأمر الذي يسمح للباحث من جمع المعطيات وتحليلها تحليلاً يستند على تحويل البيانات الكيفية إلى بيانات كمية، أما منهج دراسة الحالة فهو يُمَكِن الباحث من رسم بناء واضح للأحداث النفسية الصادرة عن حالة الأبناء السيكوسوماتيين وكذا معرفة عن قرب طبيعة مناخهم الأسري.

3. **المجال الجغرافي للدراسة:** بما أنّ الدراسة الحالية تتضمن الحالات السيكوسوماتية، قام الباحث من الاتصال بمؤسستيْ الصحة الجوارية (أرزيو-الصديقية) المتواجدتين بولاية وهران من أجل إجراء الدراسة الأساسية. وقصد الحصول على ترخيص الاتصال بالعيادات الصحية الجوارية المتواجدة بولاية وهران قام الباحث بطلب ترخيص من قبل رئيس قسم علم النفس والأرطوفونيا بجامعة وهران 02 ومن تم توجه نحو الجيهات المعنية للحصول على الموافقة لإجراء الدراسة الميدانية. **(أنظر إلى الملحق رقم: 09، 10 ص 262-263)**
4. **المجال الزمني للدراسة:** قام الباحث بتطبيق أداتيْ بحثه (مقياس المناخ الأسري ومقياس السلوك العدواني) ما بين 2016/05/01 و 2016/06/16 هذا واستغرق توزيع النسخ وجمعها حوالي شهر ونصف أما مدة إجراء المقابلات فقد أجريت ما بين 2016/02/09 و 2016/03/17 بمعدل حصتين في الأسبوع لكل عيادة.
5. **عينة الدراسة وطريقة المعاينة:**

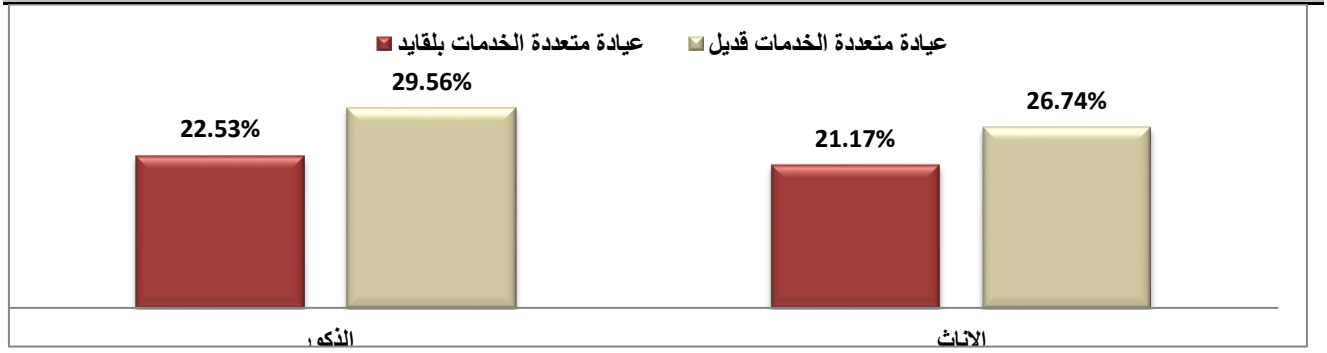
1.5. طريقة المعاينة: كانت المعاينة قصدية سواءاً من حيث اختيار مكان إجرا ء الدراسة أو من حيث إختيار عينة الدراسة، كون طبيعة الموضوع تستوجب الاتصال بالحالات السيكوسوماتية وهو ما تضمنه مؤسسات الصحية.

2.5. مواصفاف العينة الكمية: تم إجراء الدراسة الأساسية على الحالات السريرية التي قَدِمت للفحص الطبي على مستوى العيادة المتعددة الخدمات بقديل والعيادة المتعددة الخدمات ببلقايد والتي شُخِصت من قبل الأطباء العامين والمختصين على أنّها حالات ذات اضطرابات سيكوسوماتية أو حالات مزمنة. أمّا مواصفات العينة، فتكونت عينة الدراسة الأساسية من 142 مفحوص سيكوسوماتي (74 ذكر- 68 أنثى) من غير الراشدين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 08-19 سنة بمتوسط عمري قدره 14,09 وانحراف معياري قدره 02,81.

3.5. مواصفات الحالات العيادية المدروسة: قام الباحث بدراسة عيادية استكشافية لـ (04) حالات سريرية من الأبناء غير الراشدين لديهم اضطرابات سكوسوماتية مع أوليائهم بعيادة بلقايد وعيادة قديل بولاية وهران.

جدول رقم (01): يوضح مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية من حيث الحجم.

المؤسسة	الذكور	الإناث	حجم العينة
عيادة متعددة الخدمات بلقايد	32	30	62
عيادة متعددة الخدمات قديل	42	38	80
المجموع :	74	68	142



شكل رقم (01): يوضح مواصفات عينة الدراسة الأساسية تبعاً للجنس ومكان إجراء الفحص الطبي.

6. أدوات الدراسة الأساسية: لتحقيق أهداف الدراسة الحالية تطلب الأمر استخدام أداتين لقياس المناخ الأسري والسلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين. بالإضافة لإجرائه دراسة حالة لبعض المفحوصين الذين يعانون من اضطرابات نفس _ جسمية لغرض معرفة وضوح العلاقة بين متغيرات البحث الحالي. وبعد القيام بالتجربة الاستطلاعية ومراجعة استجابة المفحوصين والتحقق من صدق وثبات الأداتين اتضح للباحث أنّ:

أ- جميع الفقرات واضحة لدى أفراد عينة الدراسة. (بعد إجراء التعديلات)

ب- الخاصية السيكومترية كشفت عن قدرة الأداتين على قياس ما وضعا لقياسه.

ت- جاهزية الأداتين للتطبيق على عينة التحليل الإحصائي والبالغة (142) مفحوص ومفحوصة .

واشتملت أدوات الدراسة الأساسية على مايلى:

1) مقياس المناخ الأسري

2) مقياس السلوك العدواني

7. الأساليب الإحصائية: عمد الباحث إلى توظيف مجموعة من الأساليب الإحصائية في معالجته للمعطيات والبيانات وذلك باستخدام: برنامج الحزم الإحصائية في النسخة 23 (SPSS23) من أجل اختبار صحة الفرضيات والإحصاء الوصفي: التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية ، الإنحرافات المعيارية والإحصاء الإستدلالي: معامل ارتباط Bravais pearson، لدراسة العلاقة بين متغيريْ الدراسة لدى عينة الدراسة ودراسة معامل الانحدار الخطي البسيط من أجل تحديد وقياس درجة قوة التأثير واتجاه العلاقة بين متغير المناخ الأسري ومتغير السلوك العدواني .

8. الدراسة العيادية الاستكشافية: كما ذكرنا سابقاً، قام الباحث بدراسة عيادية استكشافية لـ (04) حالات سريرية لديهم اضطرابات سكوسوماتية (اضطرابات نفسية-جسمية) مع أوليائهم، دامت هذه الدراسة العيادية حوالي شهرين (فيفري ، مارس) من سنة 2016. وقد تمت الدراسة الإكلينكية بالعيادة المتعددة الخدمات قديل والعيادة المتعددة الخدمات بلقايد بولاية وهران، ويُمكن تقديم مواصفات الحالات الأربعة على النحو التالي:

1.8. تقديم الحالة الأولى: تم إجراء المقابلات العيادية الخاصة بـالحالة (س،ع) بالعيادة متعددة الخدمات بقديل التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بأرزيو بولاية وهران، وذلك خلال الفترة المسائية يوم الثلاثاء، من شهريْ فيفري ومارس لسنة 2016.

جدول رقم (03): يوضح مواعيد ومكان إجراء المقابلات الخاصة بالحالة (س،ع).

1. 2016/02/09. وذلك على الساعة : (14:30) بالعيادة متعددة الخدمات بقديل.
2. 2016/02/16. وذلك على الساعة : (14:30) بالعيادة متعددة الخدمات بقديل.
3. 2016/02/23. وذلك على الساعة : (14:30) بالعيادة متعددة الخدمات بقديل.
4. 2016/03/01. وذلك على الساعة : (14:30) بالعيادة متعددة الخدمات بقديل.
5. 2016/03/08. وذلك على الساعة : (14:30) بالعيادة متعددة الخدمات بقديل.
6. 2016/03/15. وذلك على الساعة : (14:30) بالعيادة متعددة الخدمات بقديل.

ملاحظة: غياب عن الحصص المخصصة لها في المواعيد التالية: 2016/02/16 ، 2016/03/08.

جدول رقم (04): يوضح سيميائية الحالة الأولى (س،ع) وبياناتها الشخصية.

البيانات الأولية	المعلومات الشخصية

البيانات المميزة	**السوابق الشخصية**	**الهيئة العامة**
	الاسم واللقب: س،ع.	**البشرة:** بيضاء
	الجنس: أنثى	**طول القامة:** 1.62 م
	السن: 13 سنة	**الوزن:** 53 كلغ
	المستوى التعليمي: السنة الثانية متوسط	**إيماءات الوجه:** إكتئاب، وشحوب بالوجة
	المستوى المعيشي: مستوى معيشي مقبول	**الهندام:** بالي وغير منظم
	مكان ونوع السكن: قديل، والمسكن ضيق	**الاتصال:** ضعف القدرة على التواصل
المهارات الأولية	**النمو النفسي حركي**	**النمو اللغوي**
	الحبو: 09 أشهر	**المناغاة:** في الشهر الثاني
	المشي: 11 شهراً	**الكلمة الأولى:** 12 شهراً
	التسنين: 06 أشهر	**الكلام:** 24 شهراً
	الرضاعة: مزدوجة "طبيعية + اصطناعية"	**الاضطراب اللغوي:** لا توجد
الحالة الاجتماعية والأسرية	**الحالة الأسرية**	**الحالة الاجتماعية**
	عدد أفراد الأسرة: 06	**المستوى الدراسي:**
	الرتبة بين الإخوة والأخوات: الأولى	**الحي السكني:** شبه حضري
	العلاقة بين الأب والأم: مضطربة	**العلاقات العامة:** قليلة، غير متينة
	المكانة الاجتماعية للأسرة: وسطى	**العلاقات الخاصة:** ضعيفة،غير واضحة
	المستوى المعيشي للأسرة: متوسط .	**المهارات الأولية:** غير منظمة بملبسها.
الحالة الصحية	**الصحة الجسمية**	**الصحة النفسية والعقلية**
	الصحة العامة: مريضة ولها مضاعفات حادة ومستدامة.	**السلوك:** انفعالية، عدائية، اتكالية، إهمال للذات.
	الوضع الصحي الحالي: آلام شديدة بالبطن	**الكلام:** نبرة منخفض مع فقر بالمفردات.
	السوابق المرضية: الإصابة بأمراض بصغرها	**المزاج:** تقلبات مزاجية وعاطفة مكبوتة.
	السوابق العائلية :لا توجد في الأسرة	**التفكير:** سلبي ناجم عن القلق النفسي.
	التحاليل الطبية: l'anapath et la cytologie presence de la bacteria hélicobacter	**الذاكرة:** الخلو من الاضطرب l'absence des troubles de la mémoire
	العلاج الطبي: عسر في الهضم La dyspnie	**الانتباه والتركيز**: جيد
الصياغة التشخيصية	**التشخيص قبل المرض:** اضطراب هضمي Trouble digestif + " L'indigestion " .	
	التشخيص الحالي: القرحة المعدية Ulcère infectieux	
	التنبؤ: القرحة المعدية Ulcère infectieux تعبر عن اضطراب سيكوسوماتي Anomalie psychosomatique بسبب التوتر الدائم والضغط النفسي مما ينبيء بحدوث مضاعفات جانبية أخرى,	

2.8. تقديم الحالة الثانية: تم إجراء المقابلات العيادية مع الحالة (خ،ب)، بالعيادة متعددة الخدمات "بلقايد" التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية الصديقية بولاية وهران، وذلك خلال الفترة الصباحية يوم الخميس، من شهريْ فيفري ومارس لسنة 2016 والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (05): يوضح مواعيد ومكان إجراء المقابلات الخاصة بالحالة (خ،ب).

1. 2016/02/11. وذلك على الساعة : (09:00) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .
2. 2016/02/18. وذلك على الساعة : (09:00) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .

3. 2016/02/25. وذلك على الساعة : (09:00) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .
4. 2016/03/03. وذلك على الساعة : (09:00) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .
5. 2016/03/10. وذلك على الساعة : (09:00) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .

جدول رقم (06): يوضح سيميائية الحالة الثانية (خ،ب) وبياناتها الشخصية.

البيانات الأولية	المعلومات الشخصية	
البيانات المميزة	**السوابق الشخصية**	**الهيئة العامة**
	الاسم واللقب: ب،خ.	**لون البشرة:** أبيض
	الجنس: أنثى	**طول القامة:** 1.62 م
	السن: 16 سنة	**الوزن:** 66 كلغ
	المستوى التعليمي: السنة أولى ثانوي (علوم تجريبية).	**الإيمائية:** ملمح الوجه يوافق الكلام، عفوية وتعبر عن حالة عصبية
	المستوى المعيشي: متوسط	**الهندام:** أنيق وملائم
	مكان ونوع السكن: بلقايد والمسكن لائق وواسع حدٍ ما	**الاتصال:** صعوبة في التكيف مع المواقف الجديدة.
المهارات الأولية	**النمو النفسي حركي**	**النمو اللغوي**
	الحبو: 07 أشهر	**المناغاة:** /
	المشي: 10 أشهر	**الكلمة الأولى:** /
	التسنين: 09 أشهر	**الكلام:** 36 شهراً
	الرضاعة: مزدوجة بين الطبيعية والاصطناعية	**الاضطراب اللغوي:** لا يوجد
الحالة الاجتماعية والأسرية	**الحالة الأسرية**	**الحالة الاجتماعية**
	عدد أفراد الأسرة: 10 أفراد	**الانتباه والتركيز**: نوبات فقدان التركيز والانتباه لثوان معدودة مع تكررها عدة مرات باليوم
	الرتبة بين الإخوة والأخوات: (الأخيرة)	**الحي السكني:** الحضري
	نوع العلاقة بين الأب والأم: جيدة	**العلاقات العامة:** كثيرة، غير مستقرة
	المكانة الاجتماعية للأسرة: وسطى	**العلاقات الخاصة:** تمتاز بالتوتر والانغلاق
	المستوى المعيشي للأسرة: متوسط	**المهارات الأولية:** منظمة بملبسها وكلامها
الحالة الصحية	**الصحة الجسمية**	**الصحة النفسية والعقلية**
	الصحة العامة: مريضة	**السلوك:** تغيرات سلوكية انفعالية مصاحبة
	الوضع الصحي الحالي: غير مستقر	**الكلام:** واضح ومفهوم ومنظم
	السوابق المرضية: إصابة على مستوى الرأس	**المزاج:** شعور عام بعدم الراحة
	السوابق العائلية: لا يوجد نفس الداء بالأسرة	**التفكير:** أحيانا فقدان القدرة على التفكير.
	التخطيط الكهربائي للدماغ EEG: حدوث نشاط مُزامن Synchronies غير سليم.	**الذاكرة:** نسيان آني لبعض الأحداث الراهنة.
	العلاج الطبي: تتناول المهديء Carbamazepine المعروف بالتكريتول Tegretol + الديباكين dépakine.	
الصياغة التشخيصية	**التشخيص قبل المرض:** نوبات الغيبة النموذجية Typical absence .	
	التشخيص الحالي: نوبات الصرع النموذجية Juvénile absence épilepsie.	
	التنبؤ: قد تتطور لتصبح نوبات صرع كبرى Grandes crises d'épilepsie والتي تندرج ضمن الاضطرابات	

	السيكوسوماتية الحادة L'affection psychosomatique.

3-8 تقديم الحالة الثالثة: تم إجراء المقابلات العيادية مع الحالة (ب،م) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية الصديقية بولاية وهران، ذلك خلال الفترة الصباحية يوم الخميس، من شهريْ فيفري ومارس لسنة 2016 والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (07): يوضح برنامج مواعيد ومكان إجراء المقابلات الخاصة بالحالة (س،ع)

1. 2016/02/11. وذلك على الساعة : (09:45) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .
2. 2016/02/18. وذلك على الساعة : (09:45) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .
3. 2016/02/25. وذلك على الساعة : (09:45) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .
4. 2016/03/03. وذلك على الساعة : (09:45) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .
5. 2016/03/10. وذلك على الساعة : (09:45) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .
6. 2016/03/17. وذلك على الساعة : (09:45) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .

جدول رقم (08): يوضح سيميائية الحالة الثالثة (س،ع) وبياناتها الشخصية.

البيانات الأولية	المعلومات الشخصية	
البيانات المميزة	**السوابق الشخصية**	**الهيئة العامة**
	الاسم واللقب: ب،خ.	**لون البشرة:** أسمر البشرة.
	الجنس: ذكر.	**طول القامة:** 1.45 م.
	السن: 12 سنة.	**الوزن:** 46 كلغ.
	المستوى التعليمي: السنة الثانية متوسط (غير مكرر)	**الإيمائية الوجه:** ملامح رمزية تظهرفي الوجه بشكل لا إرادي، وتدل على الحالة المزاجية.
	المستوى المعيشي: متوسط	**الهندام:** لائق ومنظم.
	مكان ونوع السكن: بكناستال، والمسكن واسع ويتوفر على المقومات الضرورية للعيش.	**الاتصال:** اضطراب اتصال مع وجود تناذر بالتكيف Syndrome d'adaptation .
المهارات الأولية	**النمو النفسي حركي**	**النمو اللغوي**
	الحبو: 07 أشهر	**المناغاة:** /
	المشي: 11 شهراً	**الكلمة الأولى:** /
	التسنين: 08 أشهر	**الكلام:** 24 شهراً
	الرضاعة: الطبيعية + الاصطناعية	**الاضطراب اللغوي:** لا توجد
الحالة الاجتماعية والأسرية	**الحالة الأسرية**	**الحالة الاجتماعية**
	عدد أفراد الأسرة: 06	**الانتباه والإدراك**: جيد
	الرتبة بين الإخوة والأخوات: الأخير	**الحي السكني:** الحضري
	العلاقة الأبوية: مضطربة وغير مستقرة مع الأب	**العلاقات العامة:** صعوبة بالتأقلم والتكيف
	المكانة الاجتماعية للأسرة: وسطى	**العلاقات الخاصة:** تمتاز بالحساسية والتوتر
	المستوى المعيشي للأسرة: ضمن المعدل الوسطي.	**المهارات الأولية:** المواجهة واستقلالية الذات
	الصحة الجسمية	**الصحة النفسية والعقلية**

الحالة الصحية	**الصحة العامة**: تكرار الأعراض المرضية دون تشخيص سليم	**السلوك:** توتر مع إثارة العداون باتجاه الذات والآخر
	الوضع الصحي الحالي: مستقر	**الكلام:** عدم القدرة على التنفس أو الكلام.
	السوابق المرضية: ضيق في التنفس dyspné.	**المزاج:** تهيج وغضب مع تقلب دائم بالمزاج
	السوابق العائلية:لا يوجد نفس المرض بالأسرة	**التفكير:** التشاؤمي وبرودة التفكير بالانجاز.
	نتائج التحاليل الطبية: موجبة، (وجود مرض)	**الذاكرة:** لاتوجد اضطرابات بالذاكرة
	العلاج الطبي: ألبيوتيرول Air-Pro HFA، Ventolin HFA و Xopenex، بالاضافة إلى بعض **الكورتيكوستيرويدات الفموية .**	
الصياغة التشخيصية	**التشخيص الأولي:** إلتهاب الشعب الهوائية Branchite	
	التشخيص الحالي: الربو الشعبي L'asthme.	
	التنيؤ: إلتهاب الرئتين الحاد Pneumonie aiguë ويمكن أن يتطور بسبب القلق والضغط النفسي الدائم والنتيجة قد تكون إصابة صريحة بالمرض السيكوسوتاتي الرئوي Maladie psychosomatique	

4-8. تقديم الحالة الرابعة: تم إجراء المقابلات العيادية الخاصة بـالحالة (ع،خ) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد وذلك خلال الفترة الصباحية يوم الخميس، من شهريْ فيفري ومارس لسنة 2016 والجدول التالي يوضح ذلك .

جدول رقم (09): يوضح مواعيد ومكان إجراء المقابلات الخاصة بالحالة (س،ع)

1. 2016/02/11. وذلك على الساعة : (10:30) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .
2. 2016/02/18. وذلك على الساعة : (10:30) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .
3. 2016/02/25. وذلك على الساعة : (10:30) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .
4. 2016/03/03. وذلك على الساعة : (10:30) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .
5. 2016/03/10. وذلك على الساعة : (10:30) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .
6. 2016/03/17. وذلك على الساعة : (10:30) بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد .

جدول رقم (10): يوضح سيميائية الحالة الرابعة (س،ع) وبياناتها الشخصية.

البيانات الأولية	**المعلومات الشخصية**	
البيانات المميزة	**السوابق الشخصية**	**الهيئة العامة**
	الاسم واللقب: ع،خ.	**لون البشرة:** بيضاء البشرة
	الجنس: أنثى	**طول القامة:** 1.72 م
	السن: 17 سنة	**الوزن:** 63 كلغ
	المستوى التعليمي: الثالثة ثانوي علوم تجريبية	**الإيمائية:** ضحك مفتعل مع حركات تعبيرية بالوجه.
	المستوى المعيشي: متوسط	**الهندام:** اللباس مرتب، نظيف ومتناسق.
	مكان ونوع السكن: بلقايد والسكن متوسط الحجم	**الاتصال:** فقدان الاتصال مع المحيطين به.
المهارات الأولية	**النمو النفسي حركي**	**النمو اللغوي**
	الحبو: 07 أشهر	**المناغاة:** /
	المشي: 10 أشهر	**الكلمة الأولى:** /
	التسنين: 09 أشهر	**الكلام:** 36 شهراً
	الرضاعة: الاصطناعية	**الاضطراب اللغوي:** لا توجد
الحالة الاجتماعية والأسرية	**الحالة الأسرية**	**الحالة الاجتماعية**
	عدد أفراد الأسرة: 05	**الانتباه والتركيز**: نقص الانتباه والتركيز.
	الرتبة بين الإخوة والأخوات: الكبرى	**الحي السكني:** الحضري.
	نوع العلاقة الوالدية: تمتاز بالصرامة والتفاهم	**العلاقات العامة:** غير اجتماعية ونقصها.

	المكانة الاجتماعية للأسرة: الوسطى	**العلاقات الخاصة:** تمتاز بالحساسية والتوتر.
	المستوى المعيشي للأسرة: متوسط	**المهارات الأولية:** منظمة في ملبسها وكلامها
الحالة الصحية	**الصحة الجسمية**	**الصحة النفسية والعقلية**
	الصحة العامة: التعرض لمضاعفات صحية.	**النمط السلوك:** درامي، عدائي، سوء التنسيق
	الوضع الصحي الحالي: غير سليم، بسبب نقص في الانضباط الصحي والنظام الغذائي.	**الكلام:** واضح مع تعليقات سلبية تحرض على الكراهية أو العنف تجاه الأفراد.
	السوابق المرضية: لاتوجد بالدفتر الصحي.	**المزاج:** التقلبات العاطفية الدورية والاكتئاب.
	السوابق العائلية: توجد سوابق مرصية بالأسرة	**التفكير:** لاعقلاني ويمتاز بالسلبية.
	نتائج التحاليل الطبية: ارتفاع معدل السكر بالدم	**الذاكرة:** قلة تركيز وضعف الذاكرة والضياع
	العلاج الطبي: مثبّطات ألفاجلوكوزيداز Alpha-glucosidase inhibitors وحقن الأنسولين.	
الصياغة التشخيصية	**التشخيص الأولي**: كثرة التبوّل، عُطاش، الأرق insomnie ، نقص الوزنperte de poids	
	التشخيص الحالي: الداء السكري النمط الأول Diabète sucré de type 1	
	التنبؤ: يمكن أن ينتقل للنمط السكري الثاني Diabète sucré de type 2 ويصنف ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية المزمنة T.psychosomatiques chroniques بسبب الضغط	

الفصـــل الســـــــــابـــع:

عـــــرض النتـــــــائـــــــــج

تمهيد

1. **عرض نتائج التساؤل الاستكشافي الأول**
2. **عرض نتائج التساؤل الاستكشافي الثاني**
3. **عرض نتائج الفرضية الأولى**
4. **عرض نتائج الفرضية الثانية**
5. **عرض نتائج الدراسة العيادية الاستكشافية للأبناء السيكوسوماتيين ومناخهم الأسري**

تمهيد:

عقب تفريغ الباحث لأداتيْ البحث المستعملين لتحويل متغيريْ الدراسة المتمثلان في المناخ الأسري والسلوك العدواني إلى مؤشران كميان، تناول بهذا الفصل عرض نتائج الدراسة التي تمخضت عن المعالجة الإحصائية، للإشارة آثر الباحث أن تعرض نتائج دراسته في ضوء الفرضيات وهذا بعد التذكير بنص كل منها في حينها، كما قام الباحث أيضاً بعرض نتائج الدراسة العيادية الاستكشافية للحالات السيكوسوماتية الأربعة.

1. **عرض نتائج التساؤل الاستكشافي الأول:** ينص التساؤل الاستكشافي الأول على: ماهي مميزات المناخ الأسري الذي ينتمي إليه الأبناء السيكوسوماتيين؟

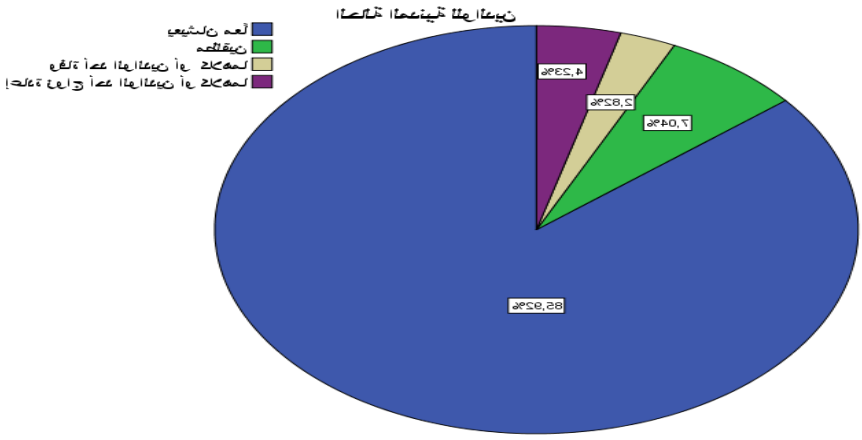
وقد كشفت المعالجة الاحصائية للبيانات التي تم جمعها، على النتائج التالية:

- **الحالة المدنية لأولياء الأبناء السيكوسوماتيين:**

جدول رقم (01): يوضح توزيع أولياء الأبناء السيكوسوماتيين تبعاً للحالة المدنية

الحالة المدنية للأولياء	التكرار	النسبة المئوية
مطلقين	**10**	**% 07.00**
وفاة أحد الوالدين أو كلاهما	**04**	**% 02.80**
إعادة زواج أحد الوالدين أو كلاهما	**06**	**% 04.20**
غير منفصلين	**122**	**% 85.90**
المجموع	**142**	**% 100**

يتضح من الجدول رقم (01) أنّ نسبة 85.90% من أولياء الأبناء السيكوسوماتيين غير منفصلين ونسبة 07% مطلقين ونسبة 04.20% إعادة زواج أحد الوالدين أو كلاهما ونسبة 02.80% وفاة أحد الوالدين أو كلاهما و الشكل رقم (00) يوضح ذلك:



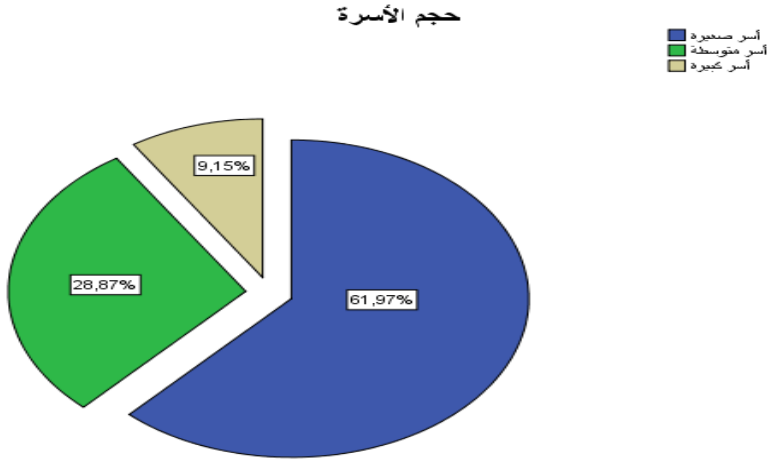
شكل رقم (01): يبين توزيع أولياء الأبناء السيكوسوماتيين تبعاً للحالة المدنية .

- **حجم أسر الأبناء السيكوسوماتيين:**

جدول رقم (02): يوضح توزيع الأبناء السيكوسوماتيين تبعاً لحجم أسرهم.

حجم الأسرة	التكرارات	النسبة المئوية
[3 ، 5]	**88**	**% 62.00**
[6 ، 8]	**41**	**% 28.90**
[9 ، 11]	**13**	**% 09.20**
المجموع	**142**	**% 100**

يتضح من الجدول رقم (02) أنّ نسبة حجم أسر عينة الدراسة التي يتراوح فيها عدد الأفراد ما بين [3 ، 5] قدرة بـ 62% بينما قدرة نسبة حجم أسرة عينة الدراسة التي يتراوح عدد أفرادها ما بين [6 ، 8] بـ 28.9% في حين قدرة نسبة حجم أسرة عينة الدراسة التي يتراوح عدد أفرادها ما بين [9 ، 11] بـ 09.2% والشكل التالي يوضح ذلك:

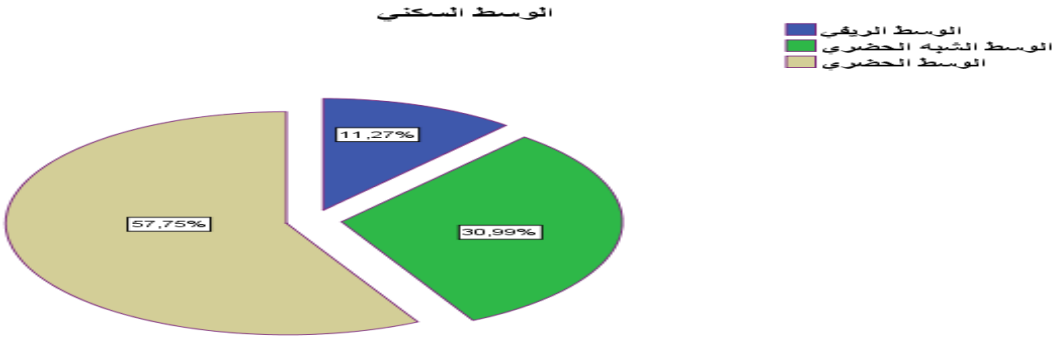


شكل رقم (02): يوضح توزيع الأبناء السيكوسوماتيين تبعاً لحجم الأسرة.

جدول رقم (03): يوضح توزيع الأبناء عينة الدراسة تبعاً لمناطق سكن أسرهم.

مناطق السكن	التكرارات	النسبة المئوية
الحضري	**82**	% 57.75
الشبه الحضري	**44**	% 30.99
الريفي	**16**	% 11.27
المجموع	**142**	% 100

يتضح من الجدول رقم (03) أنّ 57.7% من أفراد عينة الدراسة يسكنون بالمناطق الحضرية بينما 31% منهم يسكنون بالمناطق الشبه الحضرية في حين 11.3% يسكنون بالمناطق الريفية بـ والشكل التالي يوضح ذلك:



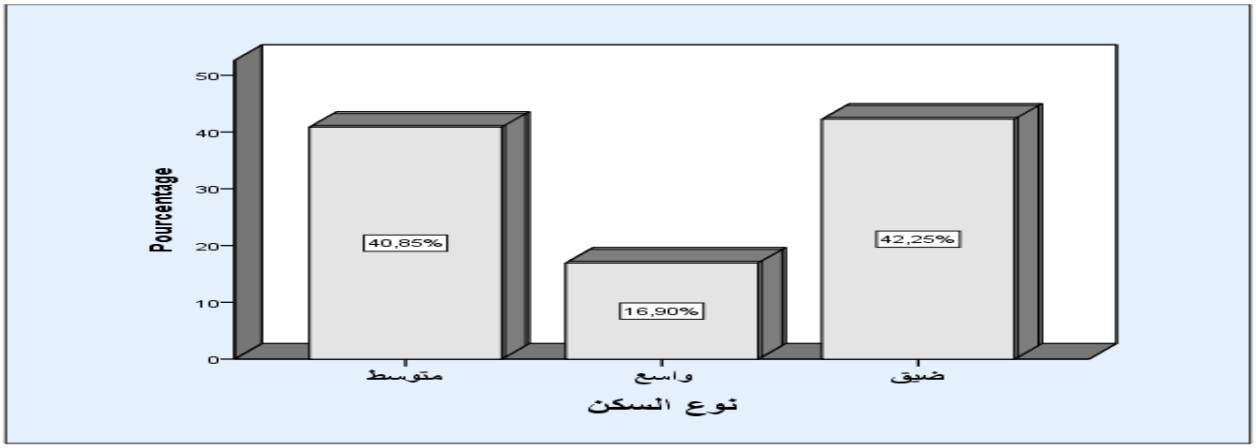
شكل رقم (03): يبين توزيع الأبناء السيكوسوماتيين تبعاً لتوزيع مناطق سكن أسرهم.

- **نوع سكن أسر الأبناء السيكوسوماتيين:**

جدول رقم (04): يوضح توزيع الأبناء السيكوسوماتيين تبعاً لنوع سكن أسرهم

نوع السكن	الأبناء السيكوسوماتيين	النسبة المئوية
السكن الضيق	**60**	% 42.25
السكن المتوسط	**58**	% 40.85
السكن الأوسع	**24**	% 16.90
المجموع	**142**	% 100

يتضح من الجدول رقم (04) أنّ نسبة 42.25% من أسر عينة الدراسة يقطنون بمساكن ضيقة بينما 40.85% منهم يقطنون بمساكن متوسطة في حين 16.9% يقطنون في مساكن واسعة والشكل التالي يوضح ذلك



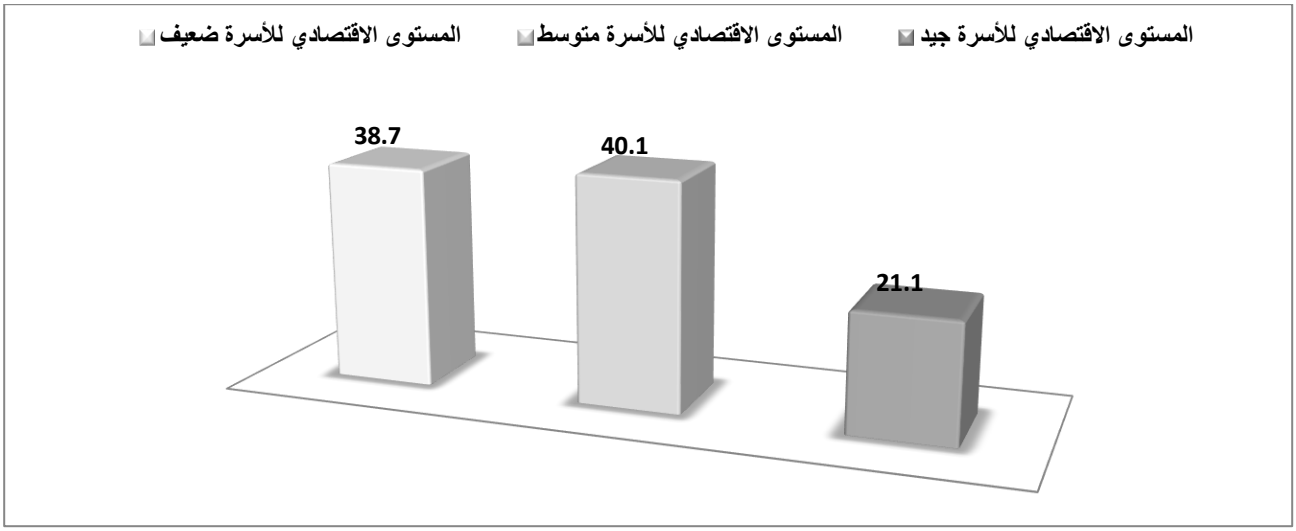
شكل رقم (04): يوضح توزيع الأبناء عينة الدراسة تبعاً لنوع سكن أسرهم.

- **المستوى الإقتصادي لأسر الأبناء السيكوسوماتيين:**

جدول رقم (05): يوضح توزيع الأبناء عينة الدراسة تبعاً للمستوى الإقتصادي لأسرهم.

المستوى الإقتصادي للأسرة	التكرارات	النسبة المئوية
ضعيف	**55**	**% 38.70**
متوسط	**57**	**% 40.10**
مرتفع	**30**	**% 21.10**
المجموع	**142**	**% 100**

يتضح من الجدول رقم (05)، أنّ 40.1% من أسر الأبناء عينة الدراسة لهم مستوى إقتصادي متوسط، بينما قدرة نسبة أسر الأبناء عينة الدراسة الذين لهم مستوى إقتصادي ضعيف بـ 38.7% في حين قدرة نسبة أسر الأبناء عينة الدراسة الذين لهم مستوى إقتصادي جيد بـ 21.1%. والشكل التالي يوضح ذلك.



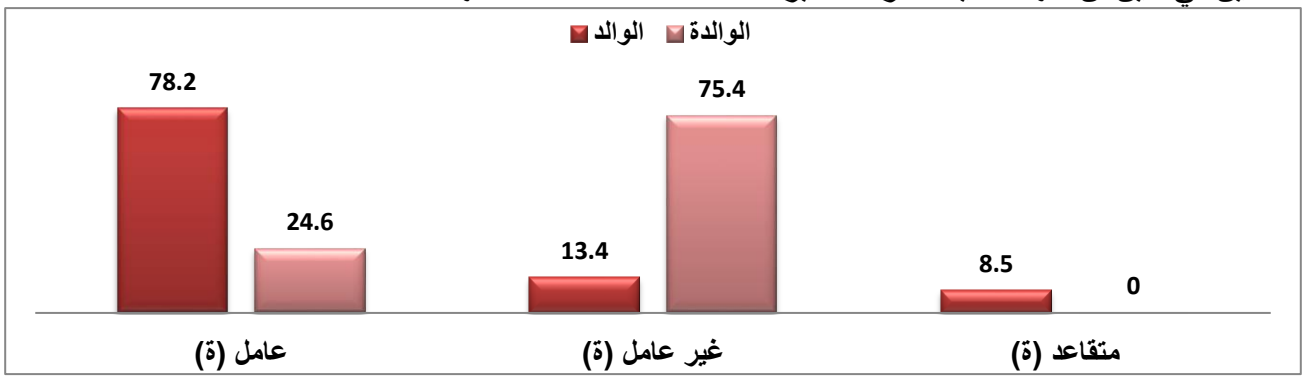
شكل رقم (05): يوضح توزيع الأبناء السيكوسوماتيين تبعاً للمستوى الإقتصادي للأسرة.

- **الوضعية المهنية لأولياء الأبناء السيكوسوماتيين:**

جدول رقم (06): يوضح توزيع الأبناء السيكوسوماتيين تبعاً للوضعية المهنية لأوليائهم.

الوضعية المهنية	الولي	النسبة المئوية	الوالدة	النسبة المئوية
عامل (ة)	**111**	**% 78.20**	**35**	**% 24.60**
غير عامل (ة)	**19**	**% 13.40**	**107**	**% 75.40**
متقاعد (ة)	**12**	**% 08.50**	**00**	**% 00**
المجموع	**142**	**% 100**	**142**	**% 100**

يتضح من الجدول رقم (06) أنّ 78.2% من أباء عينة الدراسة يعملون في حين 13.4% لا يعملون و08.5% متقاعدين في حين أنّ أمهات عينة الدراسة غير العاملات 75.4% أما الأمهات العاملات 24.6%.



شكل رقم (06): يوضح توزيع الأبناء عينة الدراسة تبعاً للوضعية المهنية لأوليائهم.

- **البيانات الأولية الخاصة بعينة الدراسة:**

أ- مكان الفحص:

جدول رقم (07): يوضح توزيع الأبناء السيكوسوماتيين تبعاً لبياناتهم الأولية.

مكان الفحص	التكرارات	النسبة المئوية
عيادة متعددة الخدمات ببلقايد	**الذكور : 32**	**% 22.53**
	الإناث : 30	**% 21.17**
عيادة متعددة الخدمات بقديل	**الذكور : 42**	**% 29.56**
	الإناث : 38	**% 26.74**
المجموع : 02	**142**	**% 100**

يتضح من الجدول رقم (07) أنّ نسبة الذكور بالعيادة متعددة الخدمات قديل قدرة بـ 29.56 % ونسبة الإناث قدرة بـ 26.74%، أما نسبة الذكور بالعيادة متعددة الخدمات بلقايد فقدرة بـ 22.53% ونسبة الإناث قدرة بـ 21.17% .

ب- المستوى الدراسي:

جدول رقم (08) : يبين توزيع الأبناء عينة الدراسة تبعاً للمستوى الدراسي .

المستوى الدراسي	التكرارات	النسبة المئوية
إبتدائي	**28**	**% 19.70**
متوسطي	**62**	**% 43.70**
ثانوي	**41**	**% 28.90**
جامعي	**11**	**% 07.70**
المجموع : 04	**142**	**% 100**

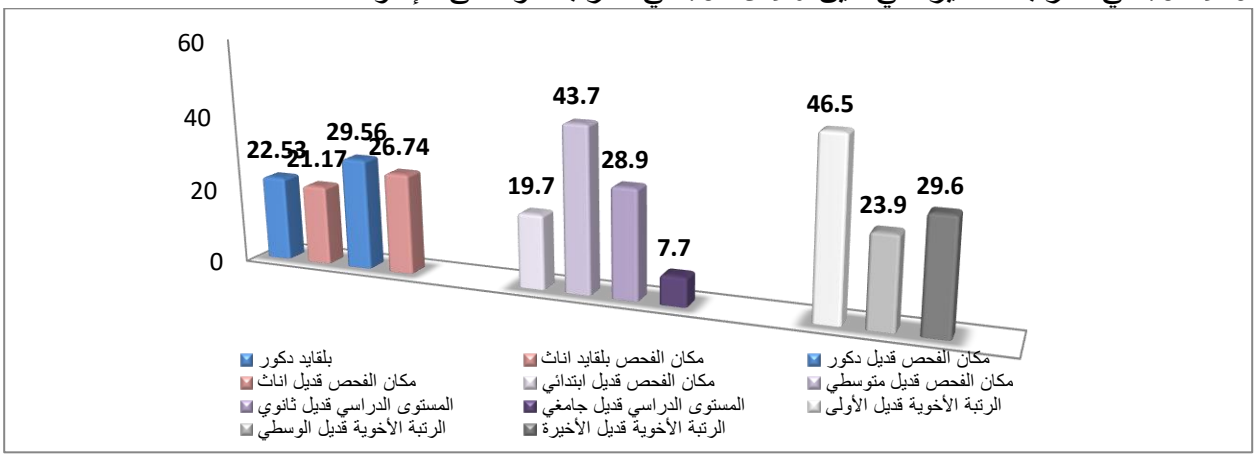
يتضح من الجدول رقم (08) أنّ 43.70 % من عينة الدراسة لهم مستوى دراسي متوسطي في حين 28.90 % لهم مستوى دراسي ثانوي و 19.70 % لهم مستوى دراسي إبتدائي أما 07.70 % لهم مستوى جامعي.

ت- الرتبة الأخوية:

جدول رقم (09): يبين توزيع الأبناء عينة الدراسة تبعاً للرتبة الأخوية.

الرتبة الأخوية	التكرارات	النسبة المئوية
الأولى	**66**	**% 46.50**
الوسطى	**34**	**% 23.90**
الأخيرة	**42**	**% 29.60**
المجموع: 03	**142**	**% 100**

يتضح من الجدول رقم (09) أنّ 46.50 % من عينة الدراسة في المرتبة الأولى ضمن السلم الرتبي للإخوة و 29.60 % في المرتبة الأخيرة في حين 23.90 % في المرتبة الوسطى للإخوة .



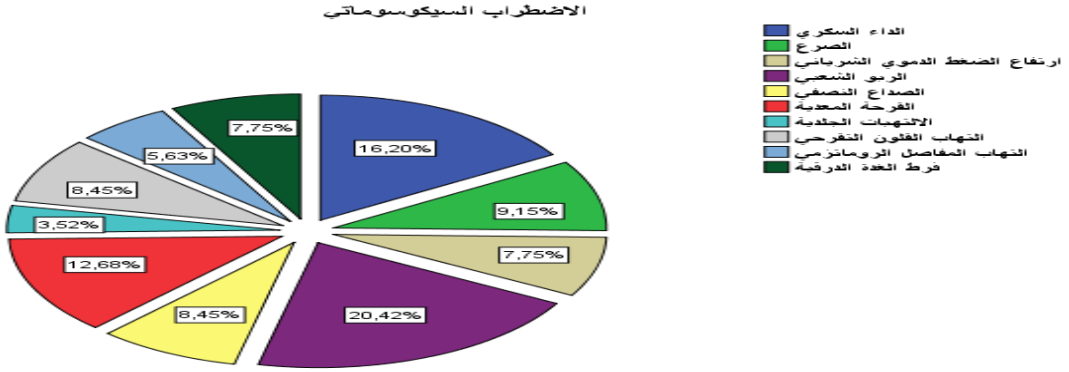
شكل رقم (07) : يوضح توزيع عينة الدراسة تبعاً للبيانات الأولية.

ث-نوع الاضطراب السيكوسوماتي:

جدول رقم (10): يوضح توزيع الأبناء عينة الدراسة تبعاً لنوع الاضطراب السيكوسوماتي

الاضطراب السيكوسوماتي	التكرارات	النسبة المئوية	الاضطراب السيكوسوماتي	التكرارات	النسبة المئوية
الداء السكري	**23**	**% 16,20**	**الالتهابات الجلدية**	**05**	**% 03,50**
الصرع	**13**	**% 09,20**	**التهاب القلون التقرحي**	**12**	**% 08,50**
ارتفاع الضغط الدموي الشرياني	**11**	**% 07,70**	**التهاب المفاصل الروماتزمي**	**08**	**% 05,60**
الربو الشعبي	**29**	**% 20,40**	**فرط الغدة الدرقية**	**11**	**% 07,70**
الصداع النصفي	**12**	**% 08,50**			
القرحة المعدية	**18**	**% 12,70**			

يتضح من الجدول رقم (10) أنّ عينة الدراسة الذين يعانون الربو الشعب 20,4% والداء السكري 16,2% والقرحة المعدية 12,7% ونوبات الصرع 09,2% والصداع النصفي 08,5% وارتفاع الضغط الدموي 07,7% وفرط الغدة الدرقية 07,7% والتهاب المفاصل الروماتزمي 05,6% والالتهابات الجلدية 03,5% والشكل التالي يوضح ذلك.



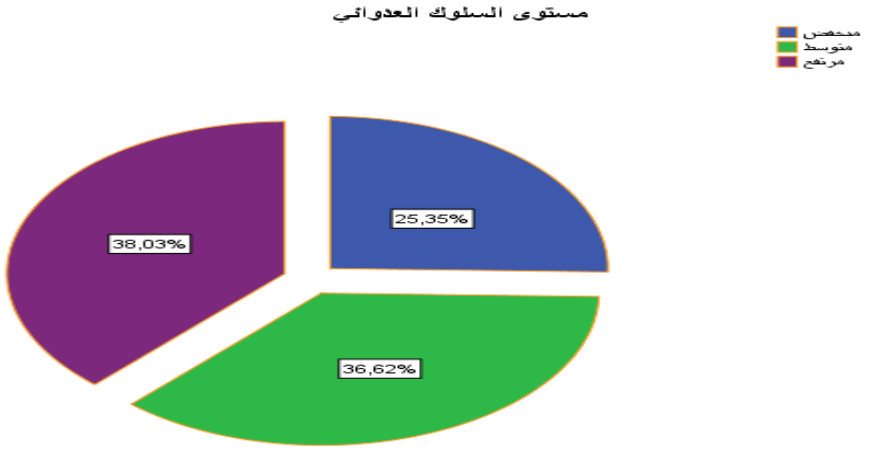
شكل رقم (08): يوضح توزيع الأبناء عينة الدراسة تبعاً للاضطراب السيكوسوماتي.

2. **عرض نتائج التساؤل الاستكشافي الثاني:** ينص التساؤل الاستكشافي الثاني على ما مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية؟ وعليه نجد أنّ المعالجة الإحصائية التي تمت على أداة السلوك العدواني كشفت على النتائج التالية:

جدول رقم (11): يوضح توزيع الأبناء السيكوسوماتيين تبعاً لمستوى السلوك العدواني.

مستوى السلوك العدواني	الدرجة	التكرارات	النسبة المئوية
منخفض	[27 , 00]	36	% 25,40
متوسط	[53 , 28]	52	% 36,60
مرتفع	[80 , 54]	54	% 38,00
المجموع : 03	الدرجة الكلية = 80	ن= 142	% 100

يتضح من الجدول رقم (11) أنّ 38,00 % من الأبناء السيكوسوماتيين لهم سلوك عدواني مرتفع و60,36 % لهم سلوك عدواني متوسط و25,40 % لهم سلوك عدواني منخفض . والشكل التالي يوضح ذلك .



شكل رقم (09): يبين توزيع الأبناء السيكوسوماتيين تبعاً لمستوى السلوك العدواني.

3. **إختبار الفرضية الأولى:** تنص الفرضية الأولى على أنّه يوجد ارتباط دال إحصائيا بين درجات الأبناء في السلوك العدواني ودرجاتهم في المناخ الأسري.

جدول رقم (12): يوضح معاملات الارتباط برافي بيرسون Bravais pearson بين السلوك العدواني والمناخ الأسري لدى الأبناء عينة الدراسة.

السلوك العدواني / المناخ الأسري	عدوان بدني	عدوان لفظي	غضب	عداوة	الدرجة الكلية لسلوك العدواني
التماسك الأسري	-0,47**	-0,63**	-0,68**	-0,65**	-0,69**
حرية التعبير في الأسرة	-0,52**	-0,58**	-0,62**	-0,62**	-0,66**
صراع التفاعل الأسري	-0,30**	-0,26**	-0,23**	-0,25**	-0,28**
الاستقلالية في الأسرة	-0,54**	-0,67**	-0,73**	-0,69**	-0,75**
التوجه نحو الإنجاز	-0,48**	-0,52**	-0,59**	-0,54**	-0,61**
التوجه العقلي الثقافي	-0,43**	-0,51**	-0,57**	-0,61**	-0,60**
التوجه نحو النشاطات الترفيهية	-0,47**	-0,58**	-0,62**	-0,63**	-0,65**
التأكيد على القيم الأخلاقية والدينية	-0,56**	-0,55**	-0,64**	-0,62**	-0,67**
التنظيم الأسري	-0,58**	-0,65**	-0,65**	-0,64**	-0,71**
الضبط الأسري	-0,49**	-0,60**	-0,63**	-0,61**	-0,66**

- **(**):** عند مستوى دلالة 0,01.
- **(*):** عند مستوى دلالة 0,05.

يتضح من الجدول رقم (12)، أنّه توجد علاقة ارتباطية دالة احصائياً وسالبة بين درجات الأبناء على أبعاد السلوك العدواني ودرجاتهم على أبعاد المناخ الأسري:

أ- معامل الارتباط بين التماسك الأسري والسلوك العدواني ككل = 0,69- وهو يدل على وجود ارتباط عكسي بينهما، بمعنى أنّه كلما زاد التماسك الأسري انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

ب- معامل الارتباط بين حرية التعبير في الأسرة والسلوك العدواني ككل = 0,66- وهو يدل على وجود ارتباط عكسي قوي بينهما، بمعنى أنّه كلما زادت حرية التعبير في الأسرة انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

ت- معامل الارتباط بين الصراع الأسري والسلوك العدواني ككل= 0,28- وهو يدل على وجود ارتباط عكسي ضعيف بينهما، بمعنى أنّه كلما زاد الصراع الأسري انخفض مستوى السلوك العدواني قليلاً لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

ث- معامل الارتباط بين الاستقلالية في الأسرة والسلوك العدواني ككل= 0,75- وهو يدل على وجود ارتباط عكسي بينهما بمعنى أنّه كلما زاد الاستقلالية في الأسرة انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

ج- معامل الارتباط بين التوجه نحو الإنجاز والسلوك العدواني ككل = 0,61- وهو يدل على وجود ارتباط عكسي بينهما، بمعنى أنّه كلما زاد التوجه نحو الإنجاز انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

ح- معامل الارتباط بين التوجه العقلي الثقافي والسلوك العدواني ككل = 0,60- وهو يدل على وجود ارتباط عكسي بينهما بمعنى أنّه كلما زاد التوجه العقلي الثقافي انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

خ- معامل الارتباط بين التوجه نحو النشاطات الترفيهية والسلوك العدواني ككل = 0,65- وهو يدل على وجود ارتباط عكسي بينهما، بمعنى أنّه كلما زاد التوجه نحو النشاطات الترفيهية انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

د- معامل الارتباط بين التأكيد على القيم الأخلاقية والدينية والسلوك العدواني ككل = 0,67- وهو يدل على وجود ارتباط عكسي بينهما، بمعنى أنّه كلما زاد التأكيد على القيم الأخلاقية والدينية انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

ذ- معامل الارتباط بين التنظيم الأسري والسلوك العدواني ككل = 0,71- وهو يدل على وجود ارتباط عكسي بينهما، بمعنى أنّه كلما زاد التنظيم الأسري انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

ر- معامل الارتباط بين الضبط الأسري والسلوك العدواني ككل = 0,66- وهو يدل على وجود ارتباط عكسي بينهما، بمعنى أنّه كلما زاد الضبط الأسري انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

4. **إختبار الفرضية الثانية:** تنص الفرضية الثانية على أنّ المناخ الأسري يساهم في التنبؤ بالسلوك العدواني لدى الأبناء عينة الدراسة. وعليه قام الباحث بدراسة الانحدار الخطي البسيط Simple Liner Regression الذي يقوم على تحديد وقياس درجة قوة التأثير واتجاه العلاقة بين المتغير المستقل (المناخ الأسري) والمتغير التابع (السلوك العدواني)، مما يسمح بدراسة التوزيع المشترك للمتغيرين لإيجاد دالة العلاقة بين المناخ الأسري والسلوك العدواني. هذا وقد أسفرت المعالجة الإحصائية **(أنظر إلى الملحق 04: ص469)** على أنّ:

I. نموذج انحدار المناخ الأسري على السلوك العدواني هو (64,278 + السلوك العدواني X 0,777- = المناخ الأسري)

II. معامل الارتباط بين السلوك العدواني والمناخ الأسري = 0,832- وهو يدل على وجود ارتباط عكسي قوي بينهما ($Sig = 0,000 < \alpha = 0,05$)

III. معامل التحديد $R^2 = 0,692$ ومعامل التحديد المُعَدَّل = 0,690، الخطأ المعياري للتقدير = 12,408 ، بحيث تفسر قيمة معامل التحديد بـــ : 69% من تغيُر قيمة السلوك العدواني، يفسر من خلال العلاقة الخطية بين السلوك العدواني والمناخ الأسري، أما النسبة المتبقية 31% فقد ترجع إلى عوامل نفسية واجتماعية أخرى تؤثر على مستوى السلوك العدواني لذى الأبناء السيكوسوماتيين.

IV. $F = 314,227*$. $Sig = 0,000$ وهذا يدل على وجود علاقة معنوية بين السلوك العدواني والمناخ الأسري ، وأنّ نموذج الانحدار السابق جيد.

V. $T_{b1} = -17,726*$. $Sig = 0,000$ وهذا يدل على أنّ المناخ الأسري متغير مؤثر في السلوك العدواني لأن T_{b1} ذو اتجاه عكسي.

وكل هذه النتائج قام الباحث بصبها في الجدول التالي:

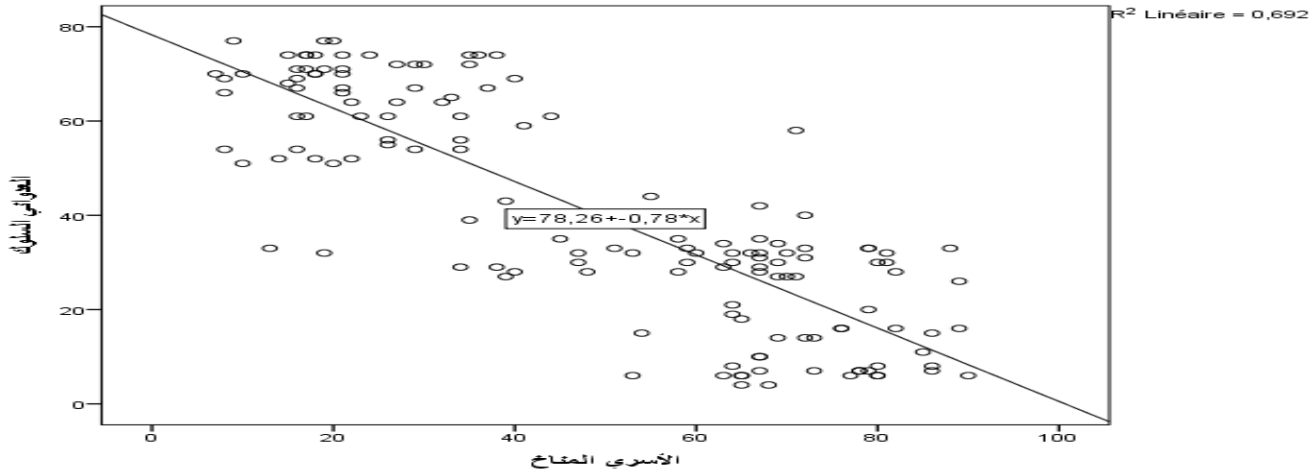
جدول رقم (13): يبين نتائج معامل الانحدار بين المناخ الأسري والسلوك العدواني لدى الأبناء عينة الدراسة.

المؤشرات	معادلة الانحدار		اختبار (F)		اختبار (T)		معامل التحديد
	المعاملات B	الخطأ المعياري	قيمة "ف"	مستوى الدلالة	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	R^2
الثابت (باقي العوامل الأخرى)	78,264	2,388	314,227	,000[b]	32,772	,000	0,692
السلوك العدواني	-0,777	0,044			-17,726	,000	

نلاحظ من الجدول رقم (13) أنّ النتائج التي أسفرت عليها المعالجة الإحصائية مقبولة، بحيث بلغت قيمة " ف " (314,227) وهي دالة بمستوى دلالة قدره (0,01)، هذا يؤكد على وجود دلالة إحصائية على مساهمة المناخ الأسري في التنبؤ بالسلوك العدواني للأبناء محل الدراسة.

كما بلغت قيمة " ت " المحسوبة 32,772 وهي دالة بمستوى دلالة قدره (0,01) وهو ما تشير إليه قيمة المعامل "B" التي تعني أنّ التغير في قيمة المناخ الأسري بوحدة واحدة يقابله تغير بمقدار (0,777-) في السلوك العدواني لدى عينة الدراسة وهذا المناخ الأسري يفسر على حسب معامل التحديد "R^2" المقدر بـ (0,692) من التباين في السلوك العدواني، بمعنى أنّ 69,2% من التغيرات الحاصلة على مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين سببها المناخ الأسري، مقابل قيمة " ت " لباقي العوامل النفسية والاجتماعية الأخرى بمستوى دلالة

قدره (0,01)، وهو ما يدل على وجود عوامل أخرى تساهم في السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين. وعليه يمكن القول أنّ المناخ الأسري للأبناء السيكوسوماتيين يساهم وبقدر كبير في التنبؤ بالسلوك العدواني لديهم.



شكل رقم (10): يوضح معادلة الانحدار الخطي البسيط Simple Linear Regression وانتشار البواقي على المسار

5. **إختبار الفرضية الثالثة:** تنص الفرضية الثالثة على أنّ قوة الارتباط بين درجات الأبناء السيكوسوماتيين في السلوك العدواني ودرجاتهم في المناخ الأسري تختلف بإختلاف جنسهم ولاختبار الفرضية تم تقدير معامل ارتباط بيرسون بين المناخ الأسري والسلوك العدواني للأبناء (ذكور) ثم للأبناء (إناث) كل على حدا، فكانت النتائج:

جدول رقم (14): يبين معامل الارتباط بين السلوك العدواني والمناخ الاسري لدى الأبناء (ذكور) والأبناء (إناث).

الجنس	التكرارات	متغير	قيمة " ر "	مستوى الدلالة
ذكور	74	المناخ الأسري	-0,829	دال عند 1%
		السلوك العدواني		
إناث	68	المناخ الأسري	-0,829	
		السلوك العدواني		

يتضح من الجدول رقم (00) أنّ معمل ارتباط بيرسون بين السلوك العدواني والمناخ الأسري لدى الذكور قدر بـ 0,83- وهو نفسه لدى الإناث، حيث يدل على أنّ قوة الارتباط لا تختلف باختلاف الجنس بين متغيريْ الدراسة.

6. **عرض الحالات وتحليل نتائج الدراسة العيادية الإستكشافية:** من خلال الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية أسفرت الدراسة العيادية الإستكشافية على النتائج

1.6.عرض ملخص المقابلات مع تحليل عام للحالة الأولى (س،ع):

الحالة (س،ع) مريضة تبلغ من العمر 13 سنة، تُعد البنت الكبرى من بين أربعة (04) إخوة - أخان وأخت واحدة - تدرس بالسنة الثانية متوسط غير معيدة لأي سنة دراسية تعاني من اضطراب هضمي Trouble digestif على مستوى المعدة والذي يعرف بالقرحة المعدية Ulcère infectieux وهذا ناتج عن زيادة نسبة إفراز حمض المعدة L'acide gastrique مع صعوبة في عملية الهضم Difficulté de digestion ، هو ما تم تشخيصه في الفحص الطبي المتخصص بالجهاز الهضمي Examen médical du système digestif والمرفق بالتحاليل الطبية Analyses médicales، كما أنّ السجلات الطبية للحالة (س،ع) أظهرت أنّها تعاني من اضطراب سلوكي انفعالي Trouble comportemental émotionnel.

علماً أن الحالة (س،ع) قدمت للفحص النفسي عن طريق توجيه من طرف مختص في أمراض الجهاز الهضمي Gastro-entérologue.

ظهرت الحالة (س،ع) أثناء المقابلة منفعلة وقلقة وتشكو من اضطراب عضوي تمثل في " القرحة المعدي Ulcère infectieux" كنتيجة للضغط النفسي La tension والانفعال العاطفي المزمن وهو ما يعكس حالة القلق التي تعيشها نتيجة وضعها الصحي المتدهور، فقد أظهرت حيرة كبيرة حول مرضها الذي سبب لها مشاكل عديدة في حياتها هذا وقد لاحظ الباحث حالة القلق والانزعاج الكبيرة لوضعها الصحي، بحيث لوحظ على (س،ع) الأعراض التالية: إحساس قوي بضيق في التنفس، حالة من الإغماء والغثيان ، تشنجات معدية Crampes gastriques، آلام شديدة على مستوى الرأس، آلام بالبطن، الشعور بخوف كبير من الموت، وتبلغ هذه الأعراض ذروتها عند حديث المفحوصة (س،ع) عن وضعها الاجتماعي العام والأسري الخاص بصورة مفاجئة وغير متوقعة، وعند سؤالنا عن مدى تكرار هذه الأعراض معها بالسابق، صرحت الحالة (س،ع) أنّها كانت تعاني من هذه الأعراض باستمرار منذ أن كانت طفلة صغيرة ودون سابق إنذار بقولها " كُلْ مَا يَجَبْدُلِي عَلَى دَرْنَا دَايْماً نَمْرَضْ مَلِي كُنتْ صْغِيرَة" كما تذكر أنّها كانت تتعرض لصدمات وصراعات نفسية في كل مرة قبل أن تصاب بالأعراض البدنية وعند قيامها بالكشف الطبي في البداية لم يتمكن الأطباء من تشخيص حالتها بصورة واضحة إما بسبب غياب الأعراض الإكلينيكية أو اختفاءها أثناء إجرائها للفحوص الطبية ذلك في ضل غموض السبب المرضي الحقيقي.

لقد أظهرت المقابلات العيادية التي أجريت على حدا مع والِدَيْ الحالة (س،ع)، أنّها ومنذ صغرها كانت تتعرض لأمراض جسمية مفاجئة وبصورة متكررة وأنّ الأدوية الطبية لا تعلاجها بشكل كلي، كما صرّح والِد الحالة بعدم وجود سوابق وراثية للمرض في الأسرة .

وبَعد الحديث مع والدة (س،ع) كأحد المصادر الهامة في جمع المعلومات حول وضعها الصحي، أدلت الأم بأنّ حملها وولادتها لـ (س،ع) تما بشكل طبيعي وبدون أيْ مشاكل صحية تذكر، حيث قدر وزنها أثناء الميلاد بـ 3350غ وكانت رضاعتها مزيجاً بين الرضاعة الطبيعية والرضاعة الاصطناعية ونموها كان جيداً إلى غاية بلوغها سن 07 سنوات أين بدأت تظهر عليها مشاكل صحية متكررة باستمرار وبصورة دائمة مما أثر سلباً على حياتها بالرغم من زياراتها المتكررة للعديد من الأطباء، وهو ما جعل أفراد أسرتها يشعرون بالقلق والاستياء من تأزم حالتها الصحية في ضل غياب الحلول الفعالة لمشكلتها الصحية.

وصرّحت الأم أنّها كانت تُحَمل (س،ع) مسؤولية رعاية أختها الصغرى وشؤون البيت أثناء فترة غيابها، وأدلت أيضاً أن (س،ع) تعرضت عندما كانت في السابعة من عمرها تقريباً لموقف عقابي قاسٍ من قِبل أبيها لانخفاض مستواها الدراسي وقالت الأم أنّ (س،ع) شهدت في الكثير من المرات مشاجرات بينها وبين أبيها حيث على حد قولها " كَانَتْ تشُوفْنَا نَدَابْزُو دَايْماً " بالإضافة لظهور نزاعات متكررة بين أفرد أسرتها.

وقد لاحظت والدة الحالة (س،ع) في الكثير من الأحيان ظهور هذه الأعراض الصحية مباشرة بعد مشاهدة (س،ع) لشجارات داخلية بين أفراد أسرتها أو لأحداث انفعالية صادمة خارج البيت _في الشارع أو المدرسة_ تقع معها، فالتقارير الطبية السابقة التي أحضرها والدها للباحث تُبين أنّها كانت تتعرض لانفعالات وصدمات نفسية قبل إصابتها بالقرحة المعدية.

كما أنّ العلاقة الأسرية الخاصة بالحالة (س،ع) مع أفراد أسرتها امتازت بغيرتها الشديدة من إخوتها الذين يصغرونها سناً وهي تحب لفت انتباه والديها نحوها إما بتصرفاتها التي تثير الاستغراب أو لتعديها على إخوتها كضربها أختها الصغرى أو شجارها الدائم مع أخيها الذي يصغرها مباشرة ، وهو ما صرحت به الأم للباحث على أنّ (س،ع) لها سلوك عدائي صريح اتجاه إخوتها بقولها " دَايْماً تْكُونْ agressif مَعَ خُوتْهَا surtout كي يَدِيولهاَ حَاجَتْهَا "، كما أنّها شديدة التعلق بأمها مقارنة بأبيها الذي تَحمل له مشاعر الغضب والعداوة وتُحمِّله سبب تدهور حالتها الصحية، وهو ما زاد من معاناتها، هذا ولاحظ الباحث أنّ الحالة (س،ع) تعاني حرمان عاطفي أبوي

Privation émotionnelle de père ، حيث كانت تبكي بحرقة عند حديثها عن علاقتها بأبيها الذي تصفه بالأب القاسي والمهمل بقولها " بَابَا مْزَيَرْ بَزَافْ ومَا غْلَبَالَهْشْ قَاعْ بِيَا ".

كما أنّ العلاقة الاجتماعية والدراسية لـ (س،ع) امتازت بطابعها الاعتزالي ورفضها مصاحبة زميلاتها بالدراسة وتفضيلها في كثير من الأحيان البقاء لوحدها وعدم رغبتها في التواصل مع الآخرين، فعلاقتها مع زميلاتها بالدراسة كان يسودها الاضطراب وعدم التفاهم معهن على حد قولها " Toujours نَتْعَافَرْ مَعَ صْحَبَاتِي لِي يَقْرُوا مْعَايَا " في شكل سلوك عدائي موجه نحو الآخر، وذلك تعبيراً منها عن الضغط النفسي المزمن وحالة القلق من وضعها الصحي مقارنة بزملائها الأصحاء بالقسم، وهو ما أدى إلى اختلال التوازن بين ذاتها ككيان نفسي وبيئتها الخارجية وما تَأثُر جهازها الهضمي إلا خير دليل على حالة القلق التي تجعل معدتها تفرز حمض الهيدروكلوريد hydrochlorate بمعدل زائد عن اللزوم، مما يتسبب في تآكل جدار معدتها وألم شديد ببطنها كنتيجة لحالة القلق والضغط النفسي المزمن الذي تعيشه.

2.6. ملخص المقابلات مع تحليل عام للحالة الثانية (ب،خ):

الحالة (ب،خ) مريضة تبلغ من العمر 16 سنة، تُعد البنت الصغرى من بين إخوتها الثمانية (08) – 04 إخوة و03 أخوات- تدرس بالسنة الأولى ثانوي غير معيدة لأي سنة دراسية، تعاني من نوبات الصرع النموذجية Juvénile absence épilepsie، وذلك على مستوى " الجهاز العصبي المركزي " Système Nerveux Central الناتج بشكل عام عن عمل الخلية العصبونية Neurone بصورة غير سليمة في نقالها للإشارات والتنبيهات الكهربائية والكيميائية.

أناء حالة النوبة لدى الحالة (ب،خ) يكون النشاط الكهربائي مشوشاً، بحيث يحدث نشاط مُزامن Synchronies غير سليم مع وجود درجات مرتفعة من الناقلات العصبية Neurotransmetteurs في الدماغ، والذي تم اكتشافه في الفحص الطبي المختص بالأعصاب من قبل طبيب الأعصاب Neurologue بواسطة جهاز التخطيط الكهربائي للدماغ " Electroencéphalographie "(EEG) الذي أظهر أنّ الحالة (ب،خ) تعاني من نوبات صرع نموذجية أولية.

علماً أنّ الحالة (ب،خ) عُرضت للفحص النفسي عن طريق توجيه من طرف طبيب الأعصاب Neurologue، بسبب تعرضها لمشاكل اجتماعية وضغوط نفسية لا سيما الاكتئاب والقلق المرضي وأيضاً لصعوبة الحالة (ب،خ) في مواجهة نفسها والتعامل مع وضعها الصحي.

أثناء إجراء المقابلة مع الحالة (ب،خ) لاحظ الباحث أنّها تشكو من نوبات صرعية نموذجية أولية مع حدوث انقباضات عضلية بالجسم (تشنجات عضلية Crampes Musculaires) وفقدان الوعي المفاجئ Perte de conscience soudaine والصراخ والبكاء بصوت عالي مُرفَق بصداع شديد وهذا ما يعكس حجم المعاناة التي تعيشها ، وقد أظهرت (ب،خ) استياء كبير من تدهور حالتها الصحية وعدم قدرتها على تقبل وضعها الصحي، خاصة في ظل الظروف الأسرية المتأزمة التي تمر بها.

كما حمّلت الحالة أفراد أسرتها سبب ما يحدث معها من اضطرابات نفسية خاصة أثناء النزاعات المتكررة بين أمها وأختها الكبرى المطلقة وبين أشقائها الأربعة، فمعايشة الحالة للصراع الدائم بين أفراد أسرتها جعلها في كل مرة تصاب بنوبات صرع تفقدها الوعي. فالحالة (ب،خ) صرحت للباحث بأنّ أمها لم تكن ترغب في إنجابها وأنّها حَمِلتها بالخطأ لأنّها كانت متقدمة في السن وأثناء ميلادها لم يعلم بها أحد إلا أفراد أسرتها (كانت تخجل بها) حتى بلوغها سن الثالثة من العمر، وأنّ تلقيها للمعاملة القاسية من والدتها كان سبباً في تأزم حالتها ، فـ (ب،خ) كانت تبكي بحرقة وتنفعل بشدة أثناء حديثها عن علاقتها بأمها التي تخافها لدرجة الرعب Phobie .وهنا نلمس مدى تأزم

الوضع الأسري والصحي للحالة خاصة في ضل الظروف الاقتصادية الصعبة التي تمر بها الأسرة والتي دفعت بأحد إخوتها للهجرة بطريقة غير شرعية نحو إسبانيا (الحَرْقَة) وهو ما خلق حالة من الهلع وسط الأسرة .

كما صرحت الحالة للباحث أنّ الفراغ الذي تركه أخوها بالأسرة كان له الأثر المدمر على الروابط بين أفراد أسرتها من خلال ارتفاع حدة الصراع بينهم، وتدهورت الحالة الصحية لوالدها المسن وأصبحت والدتها شديدة الانفعال والقلق عليهم لدرجة منعهم من مغادرة البيت إلا بمرافقة وبالخصوص (ب،خ) خوفاً على صحتها ، وهو ما أثار غضبها واستيائها وزاد من معاناتها وخلق لها توتر نفسي دائم وشعوراً بالقيد والسيطرة الكاملة التي أرهقتها وأعاقت النمو السليم لاكتسابها الاستقلالية الذاتية L'autonomie وأفرزت هذه الوضعية عن تنظيم بنيوي غير سليم في البنية النفسية لدى الحالة، مما أدى بها في كثير من المرات إلى حالات من القلق الشديد التي أصابتها بتشنجات صرعيه ذات طابع نفسي المنشأ .وأصبحت سريعة الاستثارة *والعدوانية ا*تجاه الآخرين مع إهمالها لواجباتها الأسرية والاجتماعية.

أما من الناحية الدراسية تراجعت قدرات الحالة (ب،خ) ومستواها الدراسي بسبب مرضها الذي نتج عنه عجز لفترات مؤقتة ومتكررة لوظائف دماغها أثناء إصابتها بالنوبة مما سبب لها خلل وظيفي بالدماغ كالنسيان واضطراب ذاكرتها وعدم قدرتها على التناسق النفسحركي Psychomoteur مع صعوبة الانتباه والعجز الفكري المرتبط بالتثاقل النفسي La bradypsychie وحالة القلق والخوف من السخرية مما كون لها نوبات الغضب والعزلة وفقدان الثقة بالنفس وفي حالات أخرى عدم السعادة وعدم القدرة على ضبط عواطفها وبالتالي توظيفها للعدوانية اتجاه زملائها بالدراسة، والتي يمكن فهمها على أنّها نوع من سوء التكيف مع البيئة الخارجية، فالصعوبات التي واجهتها الحالة (ب،خ) في عملية الفهم والاستيعاب Processus conception والدخول إلى الوظيفة الرمزية التي تكبح قدراتها الدراسية وإعاقتها، فكل هذا جعل من الباحث يربط بين رفضها لمواصلة الدراسة وسلوكها العدواني اتجاه زملائها وانخفاض مستواها العلمي وطبيعة علاقتها الأولية بوالدتها، الأمر الذي يكشف عن صعوبات خطيرة في علاقة الحالة (ب،خ) مع ذاتها ومع الآخرين وهو ما يؤدي بها إلى تنظيم ميكانيزمات ذهانية أو تطوير إختلالات وظيفية بدماغها، مؤدياً بذلك إلى إنشاء بنية مرضية حقيقية.

3.6. عرض ملخص المقابلات مع تحليل عام للحالة الثالثة (ب،م):

الحالة (ب،م) مريض يبلغ من العمر12 سنة يُعد الأخ الأصغر من بين خمسة (05) إخوة – أختان وأخان - يدرس بالسنة الثانية متوسط غير معيد لأي قسم ، يعاني (ب،م) من داء الربو الشعبي Asthme الناتج عن عدم وصول الأكسجين إلى الرئتين بطريقة طبيعية مما يجعل الحالة (ب،م) يحس بضيق في التنفس Dyspnée أي يصعب عليه استنشاق" O_2 " الأكسجين، هذا ما تم التوصل إليه عن طريق الفحص الطبي المختص بالجهاز التنفسي Pneumologue طبعاً بالاستعانة بعدة أشعة ووسائل طبية خاصة منها Chest X- Ray Interprétation، كما أنّ السجلات الطبية للحالة (ب،م) أظهرت أنه يعاني من عدة اضطرابات نفسية وهو ما جعل من طبيبه المختص يبعثه إلى طبيب نفساني.

قام الباحث في بداية الأمر باستدعاء الأب طبعاً لعدم وجود الأم التي توفيت جراء حادث مرور منذ أن كان عُمْر الحالة (ب،م) 08 سنوات، حينها كانت الصدمة جداً صعبة على جميع أفراد الأسرة هذا ما تطرق إليه الأب، وأخبر الباحث عن مدى تعلق (ب،م) بأمه ويوم وفاتها كان رفقة إخوته بالمنزل ومنذ ذلك الوقت أصبح يسأل باستمرار عن أمه ويبكي عليها بكاءً حاراً يجعله يحس بِالنَهجَة وضيق في التنفس وفي معظم الأحيان يشعر بالإغماء والاختناق لدرجة أخده للمستشفى لتقديم له الإسعافات الأولية والأكسجين

وهذه المقابلة مع الأب جعلت من الباحث يتعمق في دراسة الحالة من خلال طرح أسئلة تخص علاقة (ب،م) بوالدته المتوفاة، فبدأ يلاحظ تقلبات مزاجية وتوتر لدى الحالة كالتهرب من الإجابة وعدم الكلام ولكن بعد عدة

جلسات تعود (ب،م) على الباحث وحاول التجاوب معه والإجابة على جميع أسئلته، فقد تكلم عن طفولته قبل وفاة أمه وقال بأنّها كانت جميلة وعاشها بصفة طبيعية " كُنْتْ طِفْل كِيمَا قَاعْ الأَطفَال فَرحَان وْكَانَت عنْدِي يَمَا وْكُنْت نَلْعَبْ بَزَاف مْعَ خُوتِي" وعن علاقته بوالده قال " أَبِي قَاسِي وْكَانْ يَضْرَبْنِي وْيزَقِي عْلِياَ وَحْنَا فِي الدَارْ قَاعْ نْخَافوُهْ " كما تحدث عن علاقة أبيه بأمه المتوفاة بأسى كبير حيث أدلى بأنّهما كانا يتشاجران باستمرار وقال عنهما " مَا كَّانُوشْ قَاعْ مَتْفَاهْمِينْ " وكان يبكي بشدة وهو يقول " كَانْ يَضْرَبْهَا ...يَمَا مَاتَتْ " مما يعبر عن عدوانية صريحة موجهة نحو الذات بسبب الضغط النفسي الناجم عن مشاعر الحقد والكراهية والأفكار الانتقامية والخوف الشديد من سلطة الأب، وعن وفاة أمه لم يتقبل الأمر وقال " يَمَا مَاتَتْ ...عْلاَهْ يَمَا مَاتَتْ .... وَمَا نْزِيدْشْ نْشُوفْهَا " فهو يحس بفراغ كبير وحرمان عاطفي أمومي Privation émotionnelle de mère. كما أبدى (ب،م) تعلقاً شديداً بإخوته الأربعة فقال "نحبهم بزاف" وصرح أنّه يتشاجر معهم بشكل دائم وهو يدل على وجود صراع نفسي Conflit interne واضح لديه وصرح (ب،م) أنّ مرضه ليس وراثياً وأنه الوحيد بالأسرة المصاب به مما يوضح عدم تقبله لمرضه.

وعن المستوى الدراسي لدى المفحوص وعلاقته بزملائه، فقد لاحظ الباحث وجود صعوبات في الدراسة بسبب الغيابات المتكررة، وقد أدلى (ب،م) بالتصريح التالي " عَنْدِي نْهَارَاتْ فِي CEM ونْهَارَاتْ فِي Hôpital " وهو ما يعكس معاناته مع المرض، أما علاقته بزملائه في الدراسة فهو لا يفضل الاختلاط بهم ولا يرغب في مصاحبتهم بسبب اضطراب التكيف، ولوحظ من خلال تصريحات الحالة (ب،م) إحساسه بالنقص مقارنة بزملائه، وهو ما يشعره بالإحباط وينمي مشاعر الكره والعدوانية اتجاههم على حدّ قوله " نَكْرَهُمْ ومَا نْحَبْهُمْش عَلاَخَطَرْشْ يَقَلْقُونِي ويْعَايْرُونِي"، فهو يُنتقد من قبل زملائه مما يشعره باستياء وغل دائم.

4.6. عرض ملخص المقابلات مع تحليل عام للحالة الرابعة (ع،خ):

الحالة (ع،خ) مريضة تبلغ من العمر 17 سنة، تعد البنت الكبرى من بين (03) ثلاثة إخوة – أخ وأخت – تدرس بالسنة الثالثة ثانوي مقبلة على شهادة البكالوريا، تعاني من داء السكري النمط الأول Diabète Mellites Type 1 أو ما يعرف بـ Juvénile Diabètes وهو مرض مزمن يتميز بزيادة السكر في الدم، ناجم عن غياب أو نقص في إفراز الأنسولين والراجع إلى خلل في وظيفة البنكرياس Dysfonctionnement de la glande de Pancréas هو ما تم الكشف عنه بالفحص الطبي الداخلي Pavillon Médecine interne من قبل الطبيب Diabétologue مرفقاً بالتحاليل علماً أنّ الحالة قبل تشخيص مرضها كانت تعاني من جفاف الفم وكثرة التبول والتبول اللاإرادي في الليل L'énurésie والتعطش للماء والتعب، كما لوحظ على الحالة (ع،خ) تعرضها لضغوط وانفعالات حادة واضطرابات عاطفية Troubles émotionnels ما دفع طبيبها لتوجيهها للفحص النفسي

فالسجلات الطبية لدى الحالة (ع،خ) أظهرت وجود اضطراب سلوكي انفعالي، حيث أظهرت ردود فعل قوية لعدم تقبلها للمرض ولسيرورة العلاج ورفضها المتابعة على حدِّ قولها " أَنَا كَرَهْت مَنْ شَرْب الدَواءْ مَا دَارْلِي وَالُو " وتولدت لديها مشاعر الحرمان والقلق والخوف اتجاه الأطعمة والعديد من المشاعر السلبية كالشعور بالدونية والنقص والحزن، كما أنّ المتابعة الصحية المستمرة بالعيادة و المداومة على العلاج باستخدام الأدوية أو الحقن وعملية التحليل والفحص الدائم لمعدل السكري بالدم أشعر (ع،خ) بالتقيد والملل.

كما صرحت الحالة بأنّ أسرتها فرضت عليها نظام التقيد بالحمية الغذائية وتناول الأغذية بكميات ونوعيات محددة، الأمر الذي أثار لـ (ع،خ) ميلًا للمقاومة مع عدم تقبلها لمرضها، وإبداء سلوك عدائي لمن يعتنون بها من أفراد أسرتها خاصةً عند اتخذهم لصفة الوصاية عليها في المأكل والمشرب بدقة هذا الأمر أتعب نفسيتها وأصابها بالاكتئاب والقلق والغضب وحالة من فقدان الاهتمام بالذات. أثرت هذه الضغوط تأثيرًا نفسيًّا سلبيًّا على (ع،خ)، بحيث صرحت للباحث تركها لنظامها الغذائي بسبب شعورها بالحرمان لعدم قدرتها على تناول ما تريده من أطعمة وحلويات وتمردها على العلاج بشكل انتظامي وعدم الاهتمام بالفحوصات الدورية كنوع من ممارستها للسلوك

العدواني الموجه نحو ذاتها والمحيطين بها، فالإجهاد النفسي والحالة النفسية السيئة لها أديا إلى اختلال معدل السكر بدمها عن الحد الطبيعي وهو ما سبب لـ (ع،خ) مضاعفات صحية خطيرة كالانخفاض المفاجئ لمستوى الجلوكوز بالدم ودخولها في غيبوبة أكثر من مرة.

ومن الناحية الأسرية صرحت (ع،خ) للباحث أنّ والديها يتحكمان في حياتها بشكل كامل وفي جميع تفاصيل معيشتها وتذكيرها باستمرار بمرضها خوفاً منهما على صحتها خاصة في ضل غياب السوابق الوراثية في الأسرة ، كما لوحظ على الحالة الإجهاد نفسي وقلق وتوتر وشرودها عند ذكر علاقتها بوالديها وبالأخص عند سؤالنا عن أحوال أسرتها وهو ما جعل الباحث يجري مقابلة مع الأم للاستفسار بشكل دقيق.

فعلاً كان ذلك للباحث، حيث أدلت الأم بما لم تكن (ع،خ) قادرة على ذكره أو تذكره مسبقاً، فالحالة تم تشخيص إصابتها بالداء السكري منذ كان في عمرها 12 سنة وذلك إثر صدمة نفسية تعرضت لها داخل أسرتها جراء الشجار الذي حصل بينها وبين زوجها، كما قالت الأم أنّ ابنتها كانت تعيش حياة طفولية طبيعية كغيرها من البنات، لكن بعد مشاهدتها لشجاري مع والدها الذي قام بضربي في غرفتي وبعد دخول(ع،خ) الغرفة قام بالصراخ عليها وضربها هي الأخرى، وقال لي أمامها " عَادِي نْطَلَقَكْ وَنْكَمَلْ حْيَاتِي وَحْدِي بْعِيدْ عَلَى مَشَاكِلْكُمْ " ومنذ ذلك الحين أصيبت ابنتي بصدمة نفسية تسببت لها فيما بعد بالإصابة بالمرض السكري وتهاونت عن القيام بواجباتها الدراسية وأصبحت لا تكلم زميلاتها كعادتها وتقوم بالاختباء كلما رأت والدها مع العلم أنّه قال ذلك في حالة غضب لأنّه أُوقف عن العمل ونظراً للضغط النفسي ومتطلبات العيش والوضع المزري الذي عانت منه أسرتي، وأصبح زوجي سريع الانفعال والاستثارة وقلق وشديد القسوة الأمر الذي أثر سلباً على (ع،خ) وباقي أفراد الأسرة.

فالعلاقة الأسرية الخاصة بـ(ع،خ) امتازت أيضاً بغيرتها الشديدة من أخوها وأختها اللذان يصغرانها سناً ومعاملتها العدائية والقاسية لهما تدل على رفضها لوضعها الصحي وعدم تقبلها له لأنّها الوحيدة في الأسرة المصابة بمرض وهو ما تسبب لها في حالة من القلق والإحباط والاكتئاب الحاد والشعور بالذنب .

أما من الناحية الدراسية لاحظ الباحث أنّ الحالة تشعر أنّها مختلفة عن باقي أصدقائها وزميلاتها في الثانوية، وترى أنّها الطالبة الوحيد التي تحتاج إلى زيارة طبيب الثانوية كل مرة لإجراء إبرة الأنسولين، الأمر الذي يشعرها أنّها بمفردها لهذا ترغب دائماً في الانعزال عن الآخرين. كما تشكو الحالة من صعوبة إيجاد الحل لمشكلاتها والشعور بضعف الثقة بنفسها والخجل وسوء التوافق النفسي وصعوبة التركيز أثناء الدراسة وانخفاض في مستوى تحصيلها العلمي بسبب الغيابات المتكررة وحالات الاستشفاء وظهور نوبات الغيبوبة الراجعة لانخفاض معدل السكر داخل القسم وخاصة أثناء فترة الامتحانات، كما أنّها متخوفة من اجتياز امتحان البكالوريا مما أثر سلباً على نظرتها المستقبلية وزاد معاناتها.

الفصـــــــل الثـــامـــــــن:

منـــــاقشـــــة وتحليـــــل نتـــــائـــــج الـــدرســـــة

تمهيد

1. **مناقسة وتحليل نتائج السؤال الاستكشافي الأول**
2. **مناقشة وتحليل نتائج السؤال الاستكشافي الثاني**
3. **مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الأولى**
4. **مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الثانية**
5. **مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الثالثة**

تمهيد:

بعد انتهاء الباحث من عرض نتائج دراسته، ها هو الآن بصدد عقد مقارنة بين ما جاءت به نتائج دراسته وبين نتائج الدراسات والابحاث السابقة التي تشترك أو تتقارب إلى حدٍّ ما مع اشكالية بحثه ، كما قام الباحث بالاستناد على الجانب النظري ودمجه بالمناقشة لإعطاء أكثر منطقية في التحليل.

1. مناقشة وتحليل نتائج السؤال الإستكشافي الأول:

يقضي السؤال الاستكشافي الأول بالكشف عن مميزات المناخ الأسري الذي ينتمي إليه الأبناء السيكوسوماتيين، وتشير المعالجة الإحصائية التي تمت بأسلوبيْ التكرارات والنسبة المئوية إلى أنّ:

- أغلب أوليائهم عينة الدراسة غير منفصلين 85.90% ومن المعروف أن العلاقة الوالدية الداعمة تحمي من المظاهر النفسية الجسدية للأبناء، لكن الآليات التي تعمل من خلالها هذه العلاقة معقدة وأقل وضوحًا ومتعددة فالملاحظ أنّ للعلاقة الوالدية أثر كبير على نشأة الأبناء بدءاً من الصحة النفسية فامتداداً للحياة الاجتماعية.

إذ أنّ السلوك الوالدي والاتجاه الذي يشكل المناخ النفسي أيضاً ضمن العناصر الأكثر أهمية التي تؤثر في عملية تنشئة الأبناء ونموهم، فمقدار القبول أو الرفض الذي يظهره الوالدان نحو أبنائهم يكون عاملاً حاسماً في نموهم.**(سارة حجاب، 2019: 247)**

وفي دراسة **لبانيلاك يبالي Pannilage Upali (2017)** حول تأثير الأسرة على صحة الأبناء، كشفت البيانات الأولية من خلال دراسة تجريبية على عينة من الأبناء وأولياء أمورهم بمناطق هامبانتوتا وباتيكالوا وفافونيا في سري لانكا، إلى أنّ هناك عددًا كبيرًا من العوامل الأسرية المترابطة التي تؤثر سلبًا على صحة الأبناء وشملت هذه العوامل، عدم التناغم بين الأولياء في المعاملة، وانعدام الحب، والرعاية والمودة، بالاضافة لتعرض الأبناء للعنف الأسري والتمييز وانخفاض الدخل الأسري وأيضاً لتأثير العوامل الاجتماعية – الثقافية الأخرى. **(Pannilage Upali, 2017: 149-158)**

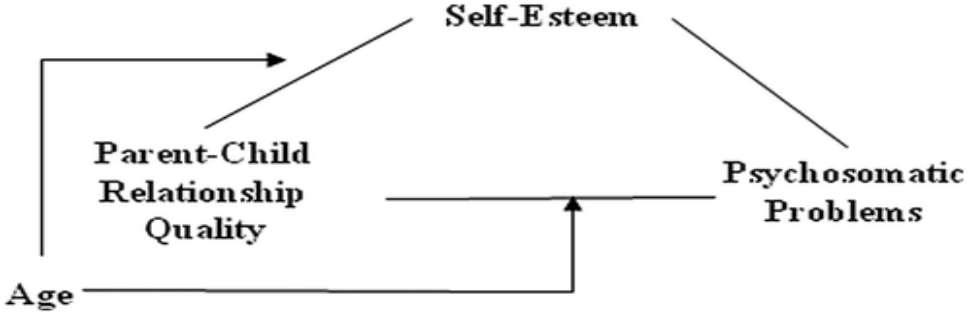
كما قد يؤدي عداء أحد الوالدين إلى تعطيل قدرة الوالد الآخر على الحفاظ على علاقة إيجابية مع أبنائه، حيث أنّ عداء أحد الوالدين أو كلاهما يؤثّر سلبياً على سلوك الأبناء وفي طريقة التعامل معهم. (**Neil E. Farber, 10-04- 2016**)

وبالرجوع إلى الصفحة رقم: 61 من هذا التقرير العلمي نجد أنّ نظرية التحليل النفسي تؤكد على أهمية العلاقة بين الوالدين والطفل في نموه النفسي السليم وكذلك أثر العوامل الأسرية الديناميكية المؤثرة بالنمو الصحي، فالخبرات التي تحدث بالسنوات الأولى من حياة الطفل تؤثر تأثيراً كبيرا على شخصيته وتمدُّها بسماتها المميزة.

كما أنّ المعاملة الوالدية بأساليبها المتنوعة واتجاهاتها المختلفة، تؤثر تأثيراً بالغاً وبعيد المدى على تكوين شخصية الأبناء وعلى صحتهم النفسية والجسمية، فالطريقة التي يُعامل بها الوالدين أبنائهما في سنواته الأولى تعد عاملاً حاسماً في بناء شخصيتهم المستقبلية، ويتوقف عليها تمتعهم أو عدم تمتعهم بالصحة النفسية والجسدية، خاصة وأن كل الخبرات التي يتلقاها الأبناء في المراحل المبكرة من حياتهم تعد بمثابة بنى سيكولوجية ثابتة ولا رجعية Irreversible تتصف بالديمومة والاستمرارية في التأثير على سلوك الأبناء وشخصيتهم وعليه يمكننا القول بأن المعاملة الوالدية هي من المحددات الهامة التي تساهم بتشكيل معالم الشخصية المستقبلية للأبناء والمؤثرة على صحتهم النفسية.**(سارة حجاب، 2018: 01)**

هذا وقد أجرى كل من **آمي أونيل، فاليري كولماير، ويندي كريج .Amy C. O'Neill ,Valerie A Kuhlmeier &Wendy M. Craig (2018)** دراسة حول العلاقة بين الأبوة والأمراض النفسية الجسدية للأبناء، حيث قاموا بدراسة تقيم تقدير الأبناء لذاتهم كوسيط موضحين جزئيا العلاقة بين نوعية العلاقة بين الوالدين والأبناء والمشاكل النفسية الجسدية، من الطفولة المتأخرة إلى منتصف فترة المراهقة وأجريت الدراسة

على عينة تمثيلية كندية قدرة بـ 25960 طالبًا (51.9% من الإناث متوسط أعمارهم 14.01 سنة ، 48.01% من الذكور متوسط أعمارهم 13.76) وذلك بالمدارس الكندية وقد أشارة نتائج الدراسة إلى أن احترام الذات توسط جزئياً، وأن تقدير الذات كان سببًا لمزيد من التباين بين جودة العلاقة بين الوالدين والأبناء الذين لهم مشكلات سيكوسوماتية وقد أظهر التباين المشترك مع احترام الذات جزءًا صغيراً من هذا الارتباط، لكن التأثير المباشر المتبقي كان أكبر في العلاقة بين الوالدين والأبناء على المشكلات النفسية الجسدية، كما أشارت نتائج هذه الدراسة أيضاً إلى أن الآباء الداعمين يحمون أبنائهم من المشكلات السيكوسوماتية وهم يفعلون ذلك من خلال تعزيز احترام الذات للأبناء الأصغر سناً ومن خلال آليات وتم مناقشة نتائج الدراسة في سياق نظرية التعلق والاتجاهات المرتبطة بتنمية الذات. **(Amy Neill, 2018 : 137-148)**



شكل رقم (01): يبين مخطط مفاهيمي للعلاقة الوالدية وتأثيرها على الأبناء السيكوسوماتيين، نقلاً عن Amy C. O'Neill & al,2018 : 145

بحيث من الطبيعي في أي أسرة أن يختلف الآباء والأمهات وأن يتجادلوا، لكن آثار هذه الخلافات على الأبناء متنوعة بشكل كبير، وبصرف النظر عن هذه العوامل هناك أيضا عامل آخر لفت انتباه الباحث وهو ضعف الاستعداد الأولي لفكرة الإنجاب وفقًا لهذه الحالة فإن موقف الوالدين وعلاقتهما بالأبناء تتأثر لاحقًا وتنعكس سلباً على صحتهم، فالحقيقة أنّ اضطراب العلاقة الوالدية قبل الولادة وأثناء فترة الحمل قد يكون سبباً في ظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى الأبناء مستقبلاً.

- كما كشفت الدراسة عن 14% من الأبناء السيكوسوماتيين كانوا عرضة للتفكك الأسري بمختلف مظاهره (07.00 % مطلقين، 04.20 % إعادة زواج أحد الوالدين أو كلاهما، 02.80 % وفاة أحد الوالدين أو كلاهما) والمعلوم أنّ هذا الانفصال أو الفراق ينعكس سلباً على الصحة النفسية للأبناء.

ويشير **عبد المنعم حفني (1999)** إلى أنّ ظاهرة انفصال الوالدين من أهم المشكلات الاجتماعية التي تؤثر بشكل خطير على حياة الأبناء، لذلك نجد أنّ انفصال الأم عن الطفل separation mother-cheld ينتج عنه شعور بعدم الأمان والروح العدائية للطفل والشعور بالازدواجية نحو الناس ويدخل تطور أناه عالم الشقاء في سن لا يكون فيه مستعداً وناضجاً لتجربته، مما يصيبه بالعديد من الأمراض النفسية مثل الاضطرابات السيكوسوماتية. **(في مايسة السيد محمد، 2007: 14)**

وأرادت **مالين بيرجستروم وآخرين Malin Bergström & al (2013)** معرفة إذا كان الأبناء الذين يعيشون بدوام جزئي مع كلا الوالدين قد تعرضوا للتوتر أكثر من أولئك الذين عاشوا مع أحد الوالدين فقط نظروا في البيانات الوطنية لعينة مكونة من حوالي 150000 طالب في سن 12-15 عامًا يدرسون في الصف السادس أو التاسع وقاموا بدراسة مشاكلهم الصحية والنفسية، بما في ذلك مشاكل النوم، وصعوبة التركيز، فقدان الشهية، الصداع، آلام المعدة والشعور بالتوتر أو بالدوار. وقد وجدوا أن 69% من الأبناء يعيشون في أسر نووية، في حين أن 19% قضوا وقتا في العيش مع كلا الوالدين وحوالي 13% كانوا يعيشون مع والد واحد فقط. وقد أبلغ الأبناء في الأسر النووية عن مشاكل نفسية جسدية أقل، لكن النتيجة الأكثر إثارة للاهتمام هي أنّ الأبناء الذين

عاشوا مع والديهم منفصلين عنهم أبلغوا عن مشاكل أقل بكثير من الأبناء الذين يعيشون مع والد واحد فقط. كما أبلغت الفتيات في الدراسة عن مشاكل نفسية جسدية أكثر من الفتيان، وكانت المشكلة الأكثر شيوعًا للفتيات هي الحزن. أما مشاكل النوم فهي الأكثر شيوعًا على العموم عند الأبناء. **(Mandy Oaklander, 27/04/2015)**

ويرى **بيرجستروم، مالين وآخرون Bergström, Malin & al (2015)** أنّ الأبناء ذوي الأهل غير المتعايشين يعانون من مشاكل نفسية جسدية أكثر من أولئك الذين يعيشون في أسر نووية ومع ذلك، فإنّ الأبناء الذين يعيشون في كنف حضانة مشتركة بين والدين منفصلين يبلغون عن صحة نفسية أفضل من الأبناء الذين يعيشون في الغالب مع أحد الوالدين. **(Bergström, Malin; & al, 09/07/2015)**

والحق أن كثيراً من الأبناء السيكوسوماتيين يعانون من علاقة سطحية فقيرة مع أوليائهم وخاصة الأم وأن أحد مسببات هذه الاضطرابات النفسية الجسمية، هي التجارب العاطفية الصادمة والتهديد بالفقدان أو الإنفصال عن الأم أو ما يقابلها من بديل. **(إرجع إلى الصفحة رقم: 113)**

وبين **رضى الحمراني (2000)** في دراسة إكلينيكية علاقة الحرمان العاطفي بالاضطرابات النفسية العضوية لدى أطفال الطلاق، وحاول الإجابة على سؤال مركزي وهو: كيف يُوَلد الحرمان مثل هذه الاضطرابات لدى الطفل في حالة فراق والديه؟ واعتمد في هذه الدراسة على المنهج الإكلينيكي، الذي ينبني على التحليل المعمق لشخصية الفرد، أما فيما يخص عينة البحث، فتتكون من ثلاثة أطفال يتراوح سنهم ما بين السادسة والثالثة عشر، وتمت دراسة حالاتهم خلال سنة كاملة بالجمعية المغربية لمساعدة الأبناء في وضعية غير مستقرة بمدينة الرباط، وهذا بالموازاة مع الدراسة التشخيصية والتحليلية لمشكلاتهم النفسية، كما اعتمد في ذلك على برنامج علاجي، استخدمت به عدة وسائل علاجية كالتعبير عن المعاناة النفسية بوسائل شفوية كالحوار ورمزية كالرسم، وأشركت أسر الحالات في المشروع العلاجي وقد بينت نتائج الدراسة بعض الآثار المرضية التي يخلفها الطلاق على نفسية الطفل، بالاضافة للانعكاسات السلبية للحرمان العاطفي على أطفال الطلاق مثل الاضطرابات النفسية العضوية، بحيث أن غياب الغذاء النفسي يفسد على الطفل الرضيع شهية الأكل، فالطفل يمتص الحليب من ثدي أمه ويتقيؤه، لعدم شعوره بالعطف والحنان المصاحبين لعملية الإرضاع البيولوجي، وحرمانه العاطفي وهذا ناجم عن التوتر النفسي الذي عانت منه الأم المطلقة من جراء المشكالت التي عاشتها في عالقتها بالأب. إن شدة المشاعر السلبية التي يتلقاها الطفل من أمه، تجعله يكتفي بتفريغ هذه الانفعالات عبر التقيؤ بل يتجاوزها إلى تعابير نفسية عضوية أخرى وهي اضطرابات النوم، مما يدل على أنه كان يشعر بالفقدان التام للطمأنينة والسكينة النفسية في ظل أجواء أسرية ملبدة بسحب المشكالت الزوجية. **(رضى الحمراني 2007/01/04)**

وفي دراسة **لفيوليتا شانا وآخرين Violetta K.Schaana & al (2019)**، تم التحقق إذا كان الأبناء الذين لديهم آباء مطلقين معرضون لخطر الإصابة باضطرابات نفسية، كما تم التحقيق أيضاً بالاختلافات الوالدية في رعاية الأبناء والترابط الاجتماعي والضغط المزمن والتجارب المؤلمة، حيث تمت مقابلة 121 امرأة (متوسط العمر: 23 عامًا) باستخدام المقابلة السريرية المهيكلة لـ DSM-IV في المحور الأول (الاضطرابات النفسية الكبرى) والمحور الثاني (الاضطرابات الشخصية) وطُلب منهنّ إكمال استبيانات تقييم رعاية الوالدين والترابط الاجتماعي (الشعور بالوحدة والقلق المرفق والإجهاد المزمن والصدمات النفسية) وأسفرت النتائج على أنّ الآباء المطلقين أكثر عرضة لخطر المحور الأول، ولكن ليس لديهم أي اضطرابات بالمحور الثاني مقارنة بالآباء غير المطلقين. وأفادت الدراسة أيضاً عن مزيد من الاكتئاب، والشعور بالوحدة وصدمات النفسية بالطفولة وتجنب التعلق والقلق المرفق والتوتر المزمن والعناية الأبوية الأقل للأبناء في الأسر المطلقة مقارنة

بالأبناء في الأسر غير المطلقة كما أنّ التصميم المقطعي لدراسة يبقى الاستنتاجات حول السببية متضاربة. **(Violetta K.Schaana & al, 2019: 91-99)**

- كما كشفت نتائج الدراسة أنّ أغلب الأبناء السيكوسوماتيين يعيشون في أسر يتراوح عدد الأفراد فيها، ما بين [3 ، 5] وذلك بنسبة 62.00 % ، في مقابل 28.90 % من الأبناء يعيشون في أسر يتراوح عدد الأفراد فيها ما بين [6 ، 8]أما الأبناء من أسر يتراوح عدد الأفراد ما بين [9 ، 11] قد قدرت نسبتهم بـ 09.20 %.

والملاحظ أنّ الأبناء من الأسر الأصغر حجماً أظهروا انتشاراً عالياً للاضطرابات السيكوسوماتية مقارنة بالأبناء من أسر أكبر حجماً، حيث يُعد حجم الأسرة من الدلالات الهامة وذات الأثر الكبير على الصحة النفسية للأبناء.

وفي هذا السياق تم تقييم العلاقة بين حجم الأسرة والاضطرابات النفسية للأبناء من خلال دراسة أجريت بحي حضري في سلفادور بالبرازيل على عينة تمثيلية من 828 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 5 و 14 عامًا، تم تشخيص 23.3% على أنهم يعانون من درجات متفاوتة من الاضطرابات النفسية ، وتم الاستناد في التشخيصات على المقابلات العيادية، والفحص باستخدام QMPI وهو (استبيان للفحص النفسي باللغة البرتغالية). وقد دعمت النتائج الفرضيات القائلة بأن: (الأبناء من الأسر الأصغر سيظهرون انتشارًا أعلى للاضطرابات النفسية مقارنة بالأبناء من الأسر الأكبر حجماً؛ وأنّ انتشار الاضطرابات العصبية والنفسية الجسدية سيكون أقل بالنسبة للأبناء من الأسر الأكبر حجماً مقارنة بالأسر الأصغر حجماً. هذا وتم العثور على ارتباطات كبيرة أيضاً بين حجم الأسرة والتشخيص وشدة الاضطرابات النفسية للأبناء. كما أشارت التحليلات الخاضعة للرقابة إلى أن هذه العلاقات لم تكن مرتبة حسب العمر والجنس للطفل أو الطبقة الاجتماعية للأسرة أو نوع الأسرة.(**Normar de Almeida & Charles K.Bumett, 1983: 03-16)**

هذا ولعب حجم الأسرة دوراً كبيراً في الأسرة الجزائرية التقليدية، بحيث يوجد نزوع واضح نحو نمط الأسرة النووية الذي يمثل 71% من مجموع أنماط الأسرة الجزائرية، مقابل 31.90% فقط تمثل نمط الأسرة الممتدة، كما يتضح أن متطلبات وتحديات الحياة التي تواجهها الأسرة الجزائرية بصفة خاصة، تولد لدى أفرادها حالة عدم التوازن النفسي والجسمي، وقد يتعرض نظامها إلى اختلال وضعف جراء إصابتها بما يُعرف بالضغوط الأسرية (Family Stress)، التي لم يهتم بها إلا في الآونة الأخيرة. ويرى **نومان Neuman (1989)** أنّ ما يسود الحياة الأسرية من ضغوط تنعكس أثارها على الصحة الجسمية والنفسية لأفراد الأسرة. وقد تثقل الضغوط الأسرية التي تمتد لفترة طويلة كاهل البناء الأساسي لنظام الأسرة إلى الحد الذي يفكك كيانها، ويؤدي بها إلى عدم الاستقرار وعدم القيام بوظائفه. **(بوروبي فريدة، 2019/02/12)**

وقد تعرضت الأسرة مؤخرًا لبعض التطورات التي غيرت من حجمها ووظيفتها، حيث إنّها لم تعد تشكل الأسرة الممتدة التي تشمل العمات والخالات والأجداد، كمصادر إضافية للعطف والرعاية للطفل، خاصة في وقت غياب الأم فالأسر المتوسطة الحجم يكون هناك تحكم أقل ديمقراطية وأكثر استبدادية، وكثيرا ما يمنع الصغار من الصداقات الخارجية للحاجة إلى مساعدتهم بالبيت, وتكون ضغوط الوالدين للتحصيل الدراسي متمركزة عادة على الكبار، وتوجد مشاحنات وأحقاد حادة بين الأشقاء، وتكون قدرة الوالدين على تحديد المزايا والمراكز محدودة، ويكثر مقارنة الوالدين لتحصيل الصغير بتحصيل أشقائه، أما في الأسر كبيرة الحجم فلا توجد خطة واضحة لتربية الأبناء مع وجود احتكاكات زوجية راجعة لوجوب التضحيات الشخصية والمالية، ولابد في الأسرة الكبيرة أن يقوم الوالدين بتوزيع ادوار كل فرد من اجل الانسجام في الأسرة، وغالبا ما يسود التحكم الاستبدادي لتجنب الارتباك أو الفوضى.**(أحمد جميل حمودي ،2008/06/29)**

وإن تقلص حجم الأسرة وتغير تركيبها وبنائها يستدعي تغيراً مماثلاً في الوظائف إذ أصبحت تستند إلى المؤسسات الاجتماعية في تأدية وظائفها، وهذا التغير يسمح لها بأن تكون وحدة متخصصة في وظائف معينة وحساسة كالتنشئة الاجتماعية، وكان لتغير حجم الأسرة الجزائرية وانخفاض عدد أفرادها آثار هامة على الحياة العائلية وعلاقاتها الاجتماعية الداخلية والخارجية، وإن طبيعة الحياة الأسرية الحديثة تختلف كل الإختلاف عن طبيعة الحياة الأسرية التقليدية، فصغر حجم الأسرة وضعف علاقتها الاجتماعية مع أقاربها قد أدى إلى زيادة الاتصال بين الزوج والزوجة والأبناء، فكل هذه التغيرات التي تصيبها تؤثر على سلوك أفرادها وقد يؤخذ التغير شكلاً معنوياً يمس القيم والعادات السائدة في الأسرة أو شكلاً مادياً يتمثل في تأثير التكنولوجيا على الحياة الاجتماعية. **(فرحات نادية، 2012: 91)**

كما أن الإتصال داخل الأسرة الجزائرية بدأ يتقلص بتقلص حجم الأسرة بشكل ملفت للانتباه، حيث أصبح الوضع ملغماً مع دخول المرأة لسوق العمل فالمشاكل التي يتعرض لها الأبناء بمختلف مستوياتهم العمرية وعدم إلاء الأولياء لهم الاهتمام الكبير والرعاية الكافية والاستماع لانشغالاتهم، تصبح مع مرور الوقت لمشاكل تضع الأولياء في مأزق كبيرة، وفي كثير من الأحيان تؤدي إلى تشتت الأسر وإصابة الأبناء بمختلف الأمراض النفسية، كما كشفت النتائج أيضا أن الأبناء الذين شملتهم الدراسة يعانون من الرسوب المدرسي، وفرط الحركة، والعدوانية، والاضطرابات السيكوسوماتية. **(سامية حمادن، 2014/02/22)**

وخلال دراسة شاملة عن الحالة النفسية العاطفية للأسرة وتأثيرها على تطور الاضطرابات النفسية -الجسدية عند الأبناء في سن ما قبل المدرسة ، فقد وجد **سفيتلانا ألكسندروفنا موغال Svetlana Aleksandrovna Mugal (2016)**، أنّ كل عضو في الأسرة لديه مستوى عال من القلق. كما كان هناك عدوان والمبالغة في تقدير الذات، واضطراب العلاقات بين الوالدين وموقف الوالدين السلبي اتجاه الأبناء، بالاضافة للصراع الأسري، فكل هذا أدى إلى حدوث (تشكيل) وتطور الاضطرابات النفسية الجسدية لدى الأبناء ما قبل المدرسة المصابين بالرنين المغناطيسي.أيضاً ولقد درس **ألكسندروفنا موغال Aleksandrovna** الأبناء ما قبل المدرسة مع أولياء أمورهم من حيث تطور عوامل الاضطرابات النفسية الجسمية، قد أشارت البيانات التي تم الحصول عليها في المقام الأول إلى أنّ نشأت الاضطرابات النفسية الجسدية تكون نتيجة للصدمات النفسية للأبناء بسبب الأدوار المشوهة في الأسرة وكان هناك 73 طفلا أو 51.40 % وفي المقام الثاني نتيجة اضطرابات التعلق العاطفي في التوليد المبكر للاضطرابات السيكوسوماتية وكان هناك 58 طفلا ما قبل المدرسة أو 40.85 %، وفي المقام الثالث نتيجة قلق واكتئاب الذي يصيب الآباء والأمهات والبالغين من الأقارب الذين يهتمون بالأبناء، وقد وجد أنّ5 أطفال في سن ما قبل المدرسة مع هذه العوامل 3.52 %، كما ينبغي الإشارة إلى وجود مجموعة معقدة من العوامل التي أثرت في تطور الاضطرابات النفسية الجسدية لدى الأبناء ما قبل المدرسة أطلق عليها عوامل أخرى، وقد وجد 6 أطفال لهم هذه العوامل 4.23 %، كما تجدر الإشارة في تفاصيل الدراسة التجريبية لتأثير حجم الأسرة على تطور الاضطرابات السيكوسوماتية.**(Svetlana A (Mugal, 2016: 270-274**

- وكشفت الدراسة أيضاً على أنّ أغلب الأبناء السيكوسوماتيين ينحدرون من مناطق حضرية 57.70%، بينما 31.00% ينحدرون من مناطق شبه حضرية، في حين ينحدر 11.30% منهم من مناطق ريفية.

فهذه النتيجة تُعد وصفة مثالية لتعرض الأبناء المقيمين بالمناطق الحضرية لخطر الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية أكثر من غيرهم.

وحاولت دراسة **فقيه العيد (2012)** تسليط الضوء على واقع الصحة النفسية للشاب المنحرف في الوسط الحضري بالجزائر من خلال التعرف على مختلف المشكلات الحيوية المرتبطة بالجانب النفسي وعلاقتها

بمختلف أشكال السلوك العنيف. تتكون عينة هذه الدراسة من 80 فرداً، يتوزعون على فئتين: تضم الفئة الأولى 50 شاباً، أما الفئة الثانية فتضم 30 شابةً. لم يكن اختيارهم عشوائياً ، وإنّما كان عن قصد من ثلاث مؤسسات إصلاحية جزائرية، ممن سبق لهم ارتكاب جرائم ذات طابع عنيف. لقد افترضت هذه الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين الدرجات الموجبة والسالبة للصحة النفسية ودرجات التطرف نحو العنف لدى الشباب المنحرف في الوسط الحضري. كما افترضت عدم وجود فروق بين الجنسين، سواء من حيث الصحة النفسية أو التطرف نحو العنف أو الاضطرابات الانفعالية والمزاجية. وخلصت نتائج الدراسة إلى أنّه توجد علاقة ارتباطية سالبة ودالة إحصائيا بين درجات الصحة النفسية ودرجات التطرف نحو العنف لدى الشباب المنحرف في الوسط الحضري، ولا توجد فروق دالة إحصائيا بين الجنسين على مقياس الصحة النفسية وقائمة كورنل للنواحي الانفعالية والمزاجية، بينما توجد فروق بين الجنسين من حيت العنف لصالح الذكور. **(فقيه العيد، 2012/05/04)**

في المقابل أوضحت رئيس الأمانة العامة للصحة النفسية **منن عبد المقصود (2017)**، أنّ نتائج المسح القومي للصحة النفسية تُعد الأولى من نوعها، والتي شملت كافة محافظات الجمهورية، من خلالها رصد الفجوة بين معدل انتشار الاضطرابات النفسية والخدمات المتاحة بكل محافظة ومن ثم التوسع في مساحة وحجم الخدمات النفسية التخصصية لتشمل كافة المحافظات مع دمج خدمات الصحة النفسية بوحدات الرعاية الأولية والمستشفيات العامة التابعة لوزارة الصحة والسكان وأضافت، وأشارت **منن عبد المقصود** أنّه بلغ حجم العينة التقديرية التي أجري عليها المسح 22 ألف أسرة، موزعة في المحافظات الحضرية بنسبة 45% والريفية بنسبة 55%، وذلك بالتناسب مع حجم الأسر في المحافظة. لافتةً إلى أنّه تم إعداد العينة في يناير(2010)، ويتم تحديثها كل ثلاث سنوات، مشيرة إلى أنّه شارك في اعداد هذا المسح 250 باحث، وأظهرت الدراسة بالمسح الأولي أن 7% من العينة يعانون من اضطرابات نفسية وكشفت الدراسة أنّ معدل انتشار الاضطرابات النفسية في المناطق الريفية أعلى منها في المناطق الحضرية، وهو ما أظهر الحاجة لتوجيه الخدمات النفسية الى المناطق الريفية، كما اعتبرت الدراسة أنّ التاريخ العائلي للاضطرابات النفسية هو واحد من أكثر العوامل المؤثرة في ظهور الاضطراب النفسي. **(فاتن خديوى و سارة سعودي، 2018/04/18)**

هذا ولا يُعرف الكثير عن الاختلافات الديموغرافية في الشكاوى النفسية الجسدية المبلغ عنها لدى الأبناء، مثل المناطق الحضرية والريفية، الأهداف تبحث هذه الدراسة في العلاقة بين الأمراض النفسية والجغرافية لدى الأطفال والمراهقين والشباب السويديين، وتم إجراء دراسة مستعرضة باستخدام 7 أسئلة تم التحقق من صحتها حول الصحة النفسية الجسدية للأبناء، بطريقة مسيطر عليها على موقع مجتمع الإنترنت السويدي المعترف به، والذي استهدف المستخدمين الذين تتراوح أعمارهم بين 10 و 24 عامًا. ذلك أثناء تسجيل الدخول إلى مجالهم الشخصي، وتم تحليل النتائج عبر جغرافيا داخل السويد فالنتائج المتحصل عليها في المجموع من 100000 إلى 130000، إجابات فردية لكل سؤال وقد أبلغ الأشخاص من كلا الجنسين بشكل عام عن مستويات أعلى بشكل ملحوظ من الشكاوى السيكوسوماتية المبلغ عنها في المناطق الحضرية بالمدن الكبرى مقارنة بالمناطق الريفية في المدن الصغرى، وذلك على الرغم من أن الاختلافات كانت صغيرة بين المناطق، على سبيل المثال ذكرت 12.00 % (37265/4472) من الإناث بالمناطق الريفية أنّهن يشعرن دائما بالتوتر، مقارنة 13.80 % (22873/3156) من الإناث بالمناطق الحضرية (P <.001) ، وكان نمط الإجابة مماثلًا عند الذكور حيث أنّ 16.40%(4887 / 29،801) بالمناطق الحضرية مقابل 15.60% (2712 / 17،386) بالمناطق الريفية (P =.006) هذا وذكرت الإناث ترددات أعلى بكثير من الشكاوى النفسية الجسدية من الذكور (P <.001) ، وقد خلصت نتائج الدراسة في المواضيع التي ترتبط بالأبناء الذين تتراوح أعمارهم بين 10 إلى 24 سنة إلى أن المستويات الأعلى من الشكاوى النفسية الجسمية مرتبطة بالحياة بالمناطق الحضرية في المدن الكبيرة مقارنةً

بالمناطق الريفية في المدينة الصغيرة، هذا ويمكن أن تكون الاستطلاعات التي تم إطلاقها على الإنترنت طريقة مفيدة من أجل أخذ عينات البيانات المتعلقة بالصحة النفسية الجسدية لهذه الفئة العمرية.

(Katarina Laundy & al, 07/03/2017)

- أبلغ 42.25% من الأبناء السيكوسوماتيين أنّهم يقطنون بمساكن ضيقة، بينما 40.85% منهم يقطنون بمساكن متوسطة في حين 16.90% يقطنون في مساكن واسعة وهي نتيجة منطقية. فالسكن هو جزء أساسي من حياتنا إنّه بالنسبة لمعظمنا حلم كبير، ويعني مؤشر السكن هنا أن الإسكان غير الآمن يمكن أن يؤدي إلى زعزعة استقرار الأسر والأفراد والاصابة بأمراض نفسية-جسمية.

وتتفق نتائج هذه الدراسة إلى حدٍّ ما مع دراسة **عبد الرحمن العيسوي (1984)**، حول علاقة المشكلات بالأمراض السيكوسوماتية، ومن أجل ذلك أجرى **العيسوي** دراسته التي تناولت 164 فرداً من أبناء الطبقة الاجتماعية المختلفة والتخصصات العلمية المتباينة، بمتوسط عمري قدره 25,13 عاماً وانحراف معياري قدره 8,84 وهم من سكان حي محرم بك بالإسكندرية. اعتمدت الدراسة على استمارة صممت لهذا الغرض، بحث كشفب النتائج على أنّ المشكلات الإسكانية احتلت المرتبة الأولى في سلم ترتيب شدة المشكلات التي لها علاقة بالأمراض السيكوسوماتية بمتوسط حسابي قدره 4,34 واتحراف معياري قدره 3,13. هذا وتلخصت المشاكل السكنية في البحث عن المسكن وضيق المسكن الحالي أو عدم ملائمته والشجار مع سكان المنزل بسبب الغيل وارتفاع الإيجارات والرغبة في إمتلاك شقة مستقلة، كما عبر 106 من الذكور عن 54% مشاكل سكنية في مقابل المشاكل الأخرى، في حين عبر 58 من الإناث 57% عن مشاكل سكنية كانت سبباً في اصابتهن بالأمراض السيكوسوماتية في مقابل المشاكل الأخرى، هذا وقدر الفرق بين الدكور والإناث بـ 03%. **(عبد الرحمن العيسوي، 1984: 117-119)**

كما أنّ الازدحام السكاني جعل من المدن الحديثة غابة (متحضرة)، وأدى العمران العشوائي إلى سوء المسكن وتلوث المناخ، مما تسبب في ولادة شتى أنواع الأمراض على مستوى الصحة العامة والنفسية.

ويرى **نبيلة عباس الشوربجي (2002)** أنّ سوء الأحوال السكنية (السكن غير الملائم) من بين الأسباب التي تؤدي لمشكلات نفسية لدى الأبناء، فهناك أسر تعيش في مساكن مزدحمة شديدة الضوضاء ورديئة التهوية وغير متصلة بالمرافق الصحية، ويظهر ذلك في المناطق العشوائية المنتشرة، ولا يخفى ما تسببه هذه الأحوال السكنية الرديئة من أضرار للأبناء في سنوات نموهم، فهي تحول دون نموهم وراحتهم الكافية وتسبب لهم الإرهاق والتوتر، وكثيراً ما تقتضي الظروف في المساكن الضيقة أن ينام الأبناء مع الوالدين في حجرة واحدة مما يعرضهم لخبرات تؤدي نفوسهم وتعرضهم للاضطراب النفسي. **(نبيلة عباس الشوربجي، 2002: 104)**

وفي دراسة طولية لـ **أنكور سينغ وآخرون Ankur Singh & al (2019)**، حول تأثير السكن على الصحة النفسية على مدى فترة طويلة. تم إجراء مراجعة منهجية لتحديد فيما إذا كان الإسكان يمكن أن يؤدي إلى تدهور الصحة النفسية، حيث شملت المراجعة مساوئ الإسكان كالإكتظاظ والضيق أو التأخر في سداد أقساط الرهن العقاري أو الإيجار أو الترحال المستمر أو حيازة الإسكان غير الآمن أو الإدراك الشخصي لعدم كفاية السكن أو الإخلاء أو سوء أحوال السكن وقد تراوحت أحجام العينات من 205 إلى 1634 شخصًا، وكشفت الدراسة عن وجود علاقة بين علامة واحدة على الأقل من الحرمان السكني وسوء الصحة النفسية كما شملت نتائج الصحة النفسية احتمالات أعلى من الاكتئاب والتوتر والقلق لدى أفراد العينة في جميع الفئات العمرية. **(Ankur Singh & al, 28/07/2019)**

- كما عبّر 40,10% من الأبناء عينة الدراسة عن مستوى إقتصادي متوسط لأسرهم في مقابل 38,70% منهم عبّروا عن مستوى اقتصادي منخفض، في حين عبّر 21,10 % منهم عن مستوى إقتصادي جيد. ويعزو الباحث

هذه النتيجة إلى أنّ الوضع الاقتصادي للأسرة له دور مهم في التأثير على صحة الأبناء من حيث أساليب تنشئتهم، مما ينعكس سلباً على صحتهم ويعرضهم لمختلف الأمراض، فتدني الوضع الاقتصادي للأسرة وعجزها عن توفير المتطلبات الأساسية لنمو أبنائها وإشباع حاجاتهم المختلفة أو عدم تمكّنها من توفير المصادر الهامة لنموهم، يساهم بشكل مباشر في إصابتهم بأمراض سيكوسوماتية، كما يمكن تفسير هذه النتيجة على أنّ الأسر ذات المستوى الاقتصادي المتوسط والمنخفض تعاني من وضع صحي سيء – مزري - مقارنة بالأسر ذات المستوى الاقتصادي المرتفع.

وفي نفس السياق وَجدت دراسة لـ **Anne C, Darren L, Christina P (2002)**، حول تأثير الوضع الاقتصادي للأسرة على صحة الأبناء في مرحلة الطفولة، أنّه توجود علاقة إيجابية بين صحة الأبناء ودخل الأسرة في مرحلة البلوغ التي لديها سوابق مرضية بمرحلة الطفولة، حيث أنّ الأضرار الصحية للأبناء من أسر فقيرة منخفضت الدخل تكون مرتفعة ومتراكمة مقارنة بالأسر مرتفعت الدخل التي أظهرت انخفاض في معدل الإصابة بالأمراض، إذ أنّ تأثير الظروف الصحية المزمنة في مرحلة الطفولة تكون أعلى لدى الأبناء في الأسر ذات الدخل المنخفض من الأبناء بالأسر ذات الدخل العالي. **(Anne C & al, 2002 : 1308-1309)**

فالآثار السلبية الناجمة عن تأثير الأوضاع الاقتصادية للأسرة على النواحي الصحية والسكنية تعد في مجملها دون المستوى المطلوب لتحقيق التوازن النفسي للأبناء. **(محمود الرابغي، 2014: 106)**

وإنّ معرفة حقيقة البنية الاقتصادية للأسرة، من شأنه أن يمكّننا من معرفة وفهم حقيقة دورها في تربية وتنشئة أبنائها ومدى تأثيرها على المستوى الصحي لأفرادها فالوضع الاقتصادي أو المادي للأسرة يتحدد تبعاً للوضع الاقتصادي العام للمجتمع، فما ينطبق على الوضع الاقتصادي السائد عامة في المجتمع من خلل ما هو متوفر في مجال العمل و التشغيل وطبيعة الجوانب الاقتصادية، ينطبق على الأسرة ويؤثر بذلك في كل نشاطاتها وواجباتها نحو أفرادها. **(نصر الدين بهتون، 2008: 76)**

ويرى **محمد زياد حمدان (2015)** أنّ الكفاية أو الرخاء المعيشي الأسري تنعكس نتائجه على صحة الأسرة والأبناء بحياة هانئة مستقرة في الحاضر ونظرة متفائلة واثقة لنوع المستقبل ويمكن للأسرة والأبناء التعرف على مدى صحتهم بالحديث والميول الإيجابية والشعور بالسعادة والتوازن بين حاجات النفس والجسم، كما تقضي الصحة المالية للأسرة ضرورة الموازنة بين الواردات والنفقات بصفة منتظمة.(**حمد حمدان، 2015: 38-42)**

وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع دراسة **بيرنتسون وأخرين Berntsson LT& al (2001)**، التي بحثت في العلاقة بين الشكاوى السيكوسوماتية وعوامل الخلفية من الأطفال في بلدان الشمال الأوروبي الخمسة ، وفي عائلاتهم، وسياقهم الاجتماعي في نموذج يستخدم المستوى القريب (الطفل) والمستوى المتوسط (الأسرة) والمستوى البعيد (المجتمع) وتمت مقارنة أوجه التشابه والاختلاف بين البلدان وتم إرسال استبيان إلى أولياء عينة تمثيلية من 3760 من أطفال الشمال الذين تتراوح أعمارهم بين 07-12 عامًا. تم تحليل العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية وعوامل الخلفية باستخدام نمذجة المعادلة الهيكلية وكان الصداع والشكاوى المعِدة الأكثر شيوعاً وكان معدل الانتشار أعلى بين الفتيات منه في الأولاد، وأظهر التحليل أنّ محددات الاضطرابات السيكوسوماتية تختلف قليلاً بين البلدان ومن أهم العوامل المرتبطة بظهورها صحة الأم ورفاهيتها، الاستقرار النفسي للأبناء والكفاءة الاجتماعية، الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة. كما تم العثور على الأسر ذات التعليم والدخل المنخفض والآباء العاطلين. **(Berntsson LT & al 2001: 44-, 54)**

هذا وقام **نصر الدين بهتون (2008)** في دراسته حول الوضع الاقتصادي للأسرة و أثره في التنشئة الاجتماعية للطفل، بتحديد الوضع الاقتصادي للأسرة الجزائرية من خلل جملة المحددات تبين جوانب تطورها

وخصائص المعوقات المادية التي تواجهها الأسرة الجزائرية اليوم، والتي يمكن أن نحدد منها ما يلي: **(نصر الدين بهتون، 2008: 86-87)**

I. ضعف الإمكانات المادية المتاحة للأسرة الجزائرية في تنشئة أبنائها تنشئة إيجابية وفاعلة نتيجة لانخفاض المستوى الاقتصادي وتدني قدرتها الشرائية بسبب ارتفاع الأسعار ومحدودية الدخل كمحصلات نهائية للسياسات الاقتصادية العالمية و المحلية.
II. انخفاض ا لمستويات الاقتصادية للعديد من الأسر الجزائرية و تدهور الخدمات الاجتماعية المتاحة لها، وهذا أثر سلبا في الصيغ التي تتبعها الأسرة في تربية أبنائها.
III. انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة نتيجة لمظاهر التضخم المالي والغلاء وتدهور قيمة العملة الوطنية.
IV. المشاكل الاقتصادية والاجتماعية والنفسية المتفاقمة التي تعرضت لها الأسرة الجزائرية بسبب سنوات الإرهاب والأزمة الاقتصادية، الأمر الذي دفع بالكثير من الأسر إلى إهمال تنشئة أبنائها.

ويلعب هذا العامل (عدم استقرار الوضع الاقتصادي الأسري)، دوره بوضوح عندما تدفع الأسرة أبنائها للعمل المبكر والاعتماد على مساعداتهم، وهذا من شأنه أن يُكرس لديهم –الأبناء- الإحساس بالحرمان في تحقيق الإشباع الضروري لنموهم النفسي، مما يعرضهم لمختلف الاضطرابات النفسية.

- كما أبلغ الأبناء السيكوسوماتيين أنّ أغلب آبائهم يعملون 78,20%، مقابل 13,40% من الآباء غير عاملين و08,50% منهم متقاعدين، في حين أنّ أغلب أمهات عينة الدراسة غير عاملات 75,40%، أمّا العاملات 24,60%. ولعل ارتباط تدهور الوضع الصحي للأبناء مع المستوى الاقتصادي للأسرة والوضع المهني للأولياء، مردُّه أنّ ظروف عمل الوالدين والقسوة الاقتصادية للأسرة يؤثران بشكل سلبي على سلوكيات الأبوة وأساليب التنشئة الاجتماعية، مما ينقص من الفعالية الذاتية للأبناء ويعرضهم للاصابة بمختلف الأمراض النفسية منها والجسمية.

ونجد في دراسة لـ **رونالد سيمونز وآخرين Ronald L. Simons & al (1997)**، أنّ آثار ظروف عمل الوالدين والمصاعب الاقتصادية للأسرة، تؤثر لاحقاً على الكفاءة الذاتية للأبناء المراهقين. هذا وقام **رونالد وزملائه** بتشغيل نماذج المعادلات الهيكلية المنفصلة للآباء العاملين (ن= 316)، والأمهات (ن = 316) في أسر سليمة مزدوجة الكسب، وتم استخدم نماذج البيانات اللوحية في أربع نقاط زمنية، أظهرت النتائج أثر الظروف عمل الأب وضغوط الأسرة الاقتصادية على سلوكيات الأب الوالدية، أما بالنسبة للأمهات العاملات في الأسر ذات العائل المزدوج، تؤثر الضغوط الاقتصادية للأسرة فقط على سلوكيات الأبوة والأمومة، ويعزى هذا الاستنتاج إلى الخصائص الوظيفية للمرأة في عينة الدراسة. وساهم استخدام الوالدين لتقنيات الأبوة الحدثية وتجنب سلوكيات الأبوة القاسية بدوره في تحقيق الكفاءة الذاتية للأبناء، وتحسين وضعهم الصحي، كما ظلت آثار ظروف عمل الآباء على ممارسات الأبوة والأمومة ونتائج الأبناء قوية حتى عندما تم تضمين الضغوط الاقتصادية للأسرة في النموذج. **(Ronald L. Simins & al, 1997 :291-303)**

ويرى **مصطفى الخشاب (1985)**، أنّ عمل رب الأسرة يمثل المصدر الأساسي غالباً لدخل الأسرة وأساس تنميتها وهو الذي يشبع احتياجات أعضائها - الأم والأبناء- من خلال ما يحصل عليه من أجر ومكافئات، وهذا العمل هو أساسا التكفل الاجتماعي للأسرة ككل، إذ يرتبط المستوي الاقتصادي بالمستوى الاجتماعي للأسرة، وعادة ما يحسن عمل الأم الوضع الاقتصادي الأسرة. **(مصطفى الخشاب، 1985: 123-124)**

وهدفت دراسة لـ **أنور حسن حسن (2017)**، حول أثر عمل المرأة في التماسك الأسرة وتنشئة الأطفال الدراسة إلى التعرف على الظروف التي أسهمت بدفع المرأة للعمل خارج المنزل، وأيضاً التعرف على الآثار الذي يتركه

عمل المرأة على التنشئة الاجتماعية للأبناء، وكذلك التعرف على الآثار الذي يتركه عمل المرأة على العلاقات الأسرية والزوجية، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي بالاضافة لاستخدام المنهج الكمي والكيفي، وشملت عينة الدراسة 107 سيدة عاملة متزوجات تم اختيارهم بطريقة عشوائية. ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أنّ خروج المرأة للعمل خارج المنزل حقق لها ولأسرتها الأمن الاقتصادي والنفسي وساعد على تماسك أسرتها ورفع من كفاءتها في عملية تنشئة الأبناء وساعد على استقرارهم المادي والنفسي، وعمل على زيادة نضجهم العاطفي. **(أنور حسن حسن، 2017: 134)**

وعلى العموم فالخلفية الاقتصادية للأسرة والوضع المهني للأولياء، يؤثران بدرجة كبيرة على رفاهية الأسرة وهذا التأثير يتضح جلياً من خلال الوضع الصحي للأبنـاء، ويرجع الباحث العامل الاقتصادي لما له من أهمية بالغة في التنشئة الاجتماعية السليمة للأبناء ووقايتهم من مختلف الأمراض النفسية والجسمية.

- أبلغ 43,70% من أفراد عينة الدراسة أنّ لهم مستوى دراسي متوسطي، و 28,90% لهم مستوى دراسي ثانوي، في حين 19,70% لهم مستوى دراسي إبتدائي أما 07,70% لهم مستوى جامعي.

وبالمقارنة مع دراسة **Yan Zhen & al (2010)**، حول استكشاف الضغوط النفسية مع تحديد العلاقة بين هذه الضغوط والأعراض النفسية-الجسدية، لدى تلاميذ المدارس الصينية: مسح مستعرض، باستخدام استبيانات الاستكمال الذاتي من سن 09-12 سنة بالمدارس الابتدائية، بالمناطق الحضرية والريفية بمقاطعة تشجيانغ، شرق الصين وتم الحصول على استبيانات من 2191 طفلاً. نجد أنّ النتائج أظهرت، أنّ نسبة الأبناء الذين يعانون من الضغوط النفسية المرتبطة بالدراسة شائعة في الأولاد والبنات وبالمدارس الحضرية والريفية، 81% منهم يشعرون بقلق الامتحانات، و63% منهم خائفون من معاقبة المعلمين، و44% منهم تعرضوا للتخويف البدني مع تعرض الأولاد في كثير من الأحيان للضرب، و73% من الأبناء يعاقبون بدنياً من قبل الآباء وأبلغ أكثر من ثلث الأبناء عن أعراض سيكوسوماتية، و37% من الصداع، و36% من آلام البطن، هذا وارتبطت جميع الضغوط الفردية بشكل كبير مع الأعراض النفسية-الجسدية. **(Yan Zheh & al, 02/2010)**

كما أنّ الشكاوي السيكوسوماتية لدى أفراد عينة الدراسة، تؤدي في كثير من الأحيان إلى حدوث غيابات طارئة ودائمة عن الصف الدراسي مع مراجعات مستمرة للعيادة بسبب تجدد الأعراض السيكوسوماتية ، والرقود في الفراش لمدة طويلة (الإستشفاء) أو عاهة مرضية مزمنة أو نوبات مرضية وانفعالية في القسم مما يؤدي إلى العزوف عن الدراسة بدافع الخجل من الحالة الصحية أو التعرض للسخرية والإغاظة من قبل الزملاء بالمدرسة أو الشعور بالنقص والدونية واللاأمن، وهو ما ينعكس سلباً على تحصيلهم العلمي كما صرّح أغلب أفراد عينة الدراسة عن صعوبات بالدراسة، وعن عجز في استعاب الدروس وأنّهم كثيروا الغيابات بسبب الوضع الصحي والظروف الأسرية التي يمرون بها، وأنّ أوليائهم يطالبونهم بتحقيق نتائج جيّدة بالدراسة، الأمر الذي زاد من معاناتهم وتدهور حالتهم الصحية خاصة أثناء فترات الامتحان بسبب الضغط النفسي والتوتر والخوف وقلق الامتحان...، هذا وقد أخبر بعض الحالات عن نوبات قبل وأثناء فترات إجراء الامتحانات.

وهذا ما يتفق مع دراسة **Terje A,Murberg & Edvin Bru(2004)**، التي بحثت في العلاقة بين الإجهاد المرتبط بالدراسة والجنس والأعراض النفسية - الجسدية في عينة من 531 تلميذاً مراهقًا في أطوار الصفوف 08 و09 و10، تراوحت أعمارهم بين 13 و 16 عامًا بمدرستين إجباريتين بالنرويج ، وقد أوضحت النتائج أنّ 18,10% أفادوا بأنّهم "متأثرون للغاية" بأحد الأعراض النفسية-الجسدية المقدرة على الأقل وأبلغت الفتيات عن أعراض نفسية أكثر بكثير من الأولاد، وأظهرت اختبارات أبعاد الإجهاد المرتبط بالدراسة والذي تم تقسيمه لأربع فئات رئيسية: صعوبات مع أقرانهم في المدرسة؛ المخاوف بشأن التحصيل الدراسي؛ ضغط العمل المدرسي؛ يتعارض مع أولياء أمورهم وأظهرت نتائج تحليلات الانحدار المتعددة أنّ الضغوطات المختلفة

كانت مرتبطة بشكل كبير بالأعراض النفسية-الجسدية، وأشارت النتائج إلى أنّ التوتر في الأعراض النفسية الجسدية يكون مرتبط بمدى تكيف التلاميذ مع متطلبات الدراسة والمناخ الشخصي للمدرسة ويبدو أن الجنس يلعب دورًا مختلفًا هنا وأبلغت الفتيات عن مزيد من التوتر المرتبط بمخاوف التحصيل الدراسي، في حين أظهر الأولاد مزيداً من التوتر الناشئ عن النزاعات مع الأولياء. **(Terje A,M & Edvin B, 2004 : 317-332)**

والملاحظ هنا أيضاً أنّ الشكاوي السيكوسوماتية تظهر بشكل صريح عند أفراد عينة الدراسة بالطورين (المتوسط ، والثانوي) وهو ما يتزامن وفترة المراهقة لكونها مرحلة عمرية حرجة وانتقالية في حياة الأبناء.

وفي دراسة حسن مصطفى عبد المعطي (1984) عن العوامل النفسية المرتبطة ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين، حيث تم استخدم في هذه الدراسة المنهج الاكلينيكي، واشتملت العينة على ثلاثين (30) حالة من طلاب المدارس نصفها يعاني من مرض الربو السيكوسوماتي والنصف الآخر لا يشكو من أي مرض، وانتهت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المراهقين السيكوسوماتيين والمراهقين الأسوياء في الحاجات النفسية المشبعة، والحاجات النفسية غير المشبعة، والعوامل الانفعالية والوجدانية والضغوط البيئية، كما أسفرت الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المراهقين المصابين باضطراب سيكوسوماتي حاد والمراهقين المصابين باضطراب سيكوسوماتي بسيط في الحاجات النفسية المشبعة، والحاجات النفسية غير المشبعة، والعوامل الوجدانية والانفعالية، والضغوط البيئية.

كما أوضحت الدراسة أن المراهقين السيكوسوماتيين يختلفون عن المراهقين الأسوياء بصورة الذات إذ أظهر السيكوسوماتيين صورة سلبية وأنا ضعيفة بينما أظهر المراهقون الأسوياء قدرا كبيرا من الايجابية والنضج، ويختلفون أيضا في العلاقة مع الآخرين حيث تميزت علاقة السيكوسوماتيين مع غيرهم بالتوتر والاضطراب وبالمازوخية في حين تميزت علاقة الأسوياء مع الآخرين بالسواء. **(بولجراف بختاوي، 2015: 77-78)**

وهذا الطرح يتفق مع ما توصلت إليه دراسة **غنية واضح (2015)**، حول الكشف عن العلاقة بين تأكيد الذات والاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين المتمدرسين، ومن أجل ذلك اختارت **غنية** عينة تتألف من 300 طالب وطالبة متمدرسين في التعليم الثانوي، وتم تطبيق مقياسين: الأول يقيس مستوى تأكيد الذات وهو مقياس التعبير عن الذات للمراهقين إعداد Mccarthy Bellueci (1976) والثاني مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية إعداد وهبان علي حسن (2008) وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين السلوك التأكيدي والاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين المتمدرسين. **(واضح غنية، 2015: 33-58)**

وقام **Kaschnitz, W & al (1991)** بتقديم ورقة بحثية حول الأمراض النفسية الجسدية للمراهقين في شكل مقاربة ديناميكية نفسية لبعض الاضطرابات السيكوسوماتية المتكررة بمرحلة المراهقة. يناقشوا فقدان الشهية العصبي، الشره المرضي العصبي، متلازمة الجسد، متلازمة التحويل، والحالات البدنية المتأثرة بالعوامل النفسية ولاحظوا أنّ ردود الفعل النفسية والاضطرابات تحدث في كثير من الأحيان بمرحلة المراهقة، وأنّ العرض الدرامي للأبناء المراهقين، يعد سمة للشعور الداخلي بالتفرد وعدم الاستقرار والوحدة بهذه المرحلة من الحياة. ويحب على الطبيب الذي يتم استشارته إلى معارف خاصة بديناميات المراهقة المحددة، وعليه تجنب إشراك المريض في الفحوصات البدنية غير الضرورية لأنّها تميل إلى تفاقم وتثبيط الأعراض السيكوسوماتية. ويجب نصح الآباء والمعلمين في توجيه ومرافقة الأبناء بأمان في ضوء مرحلة البلوغ. **(Kaschnitz,W & al, 1991:143)**

- أبلغ 46,50% من أفراد عينة الدراسة أنّهم يحتلون الرتبة الأولى ضمن السلم الرتبي للإخوة و 29,60% في الرتبة الأخيرة، في حين 23,90% في الرتبة الوسطى، والملاحظ هنا أنّ الأبناء الذين هم في الرتبة الميلادية الأولى والأخيرة بين الإخوة أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، مقارنة بالأبناء الذين يحتلون الرتبة الميلادية الوسطى بين الإخوة.

وتفسير ذلك أنّ الطفل الأكبر للأسرة يمثل التجربة الأولى للوالدين ويكون عادة محط آمالهما وتطلعاتهما وقد يدفعهما هذا إلى تدليله أو القسوة عليه أو إعطاءه حقوقاً لا يتمتع بها باقي إخوته ، وما يزيد من تعقد وضعه الصحي، أنّه لا يجد في الأسرة من يحذو حذوه في مواجهة مشكلات نموه وارتقاءه، ومن هنا فإنّه يحاول جاهداً الإحتفاظ بعرشه ومكانته في محيط الأسرة، ولتحقيق هذا فإنّه يبذل كل طاقاته النفسية من أجل التفوق والسيادة والنجاح في المجالات المختلفة، ولكي يبرهن لمن حوله أنّه قوي ومتفوق وأنّه جدير بالعرش حتى ولو إنضم للأسرة مولود جديد أو أكثر وعكس ذلك، فمن الشائع أن يواجه أصغر الأخوة ضغط نفسي غير عادي من والديه وأخوته الذين يقاومون تطلعاته إلى النضج والاستقلال ويصرُّوا على أن يعامل كطفل، وهو وإن كان يحظى بكثير من العطف والحماية، إلا أنّ الجميع يعتبرونه صغيراً مهما كبر، ويُلزمونه بطاعة أخوته الأكبر منه، ولا يشركونه كثيرا في مسؤوليات الأسرة لإعتمادهم على من هو أكبر منه سناً والأقدر منه على تحمل المسؤوليات، ومن هنا يشعر الطفل الصغير بالدونية وعدم القدرة على التفوق على أخوته لأنّهم أكبر منه، وأنّهم متقوّمون عليه.**(أحمد حمودي ،2008/06/29)**

فالعلاقات الأخوية معقدة وتتأثر بالعديد من العوامل بما في ذلك الوراثة وأحداث الحياة والجنس والعلاقات الوالدية والتجارب خارج الأسرة، كما يشعر الإخوة*الأكبر سناً بالضغط النفسي* الشديد والنفور من إخوتهم الأصغر منهم سناً بسبب المحسوبية، التي تؤثر على الصحة النفسيةFavoritism affects mental health، فالمحسوبية الوالدية تؤثر سلبًا على الصحة النفسية لجميع الأبناء في الأسرة، إمّا عن طريق خلق استياء لدى الأبناء الأقل تفضيلًا أو الإجهاد الناجم عن توقعات الوالدين العالية للطفل المفضل لهما وعلاقات الأخوة المتوترة وغيرها من النتائج السلبية. وقد أظهرت دراسة أجراها باحثون من **جامعة كورنيل** شملت مقابلات مع 275 أم في الستينيات والسبعينيات مع طفلين بالغين على الأقل. أنّ الآباء غالبا ما يشعرون بالقرب من طفل واحد، كما يمكن لـ 70% من الأمهات تحديد طفل شعرن بأنّه الأقرب، والمثير للإهتمام أنّ 15% فقط من الأبناء الذين تمت مقابلتهم شعروا أن هناك معاملة متساوية من قبل أمهاتهم. **(Elizabeth Scott,15/11/2019)**

- أبلغ أفراد عيّنة الدراسة عن شكاوي جسدية مختلفة، حيث يعاني 20,40% الربو الشعبي، و16,20% الداء السكري، و12,70% القرحة المعدية، و09,20% نوبات الصرع ، و08,50% الصداع النصفي، و07,70% ارتفاع الضغط الدموي الشرياني، 07,70% فرط الغدة الدرقية و05,60% إلتهاب المفاصل الروماتزمي، 03,50% الإلتهابات الجلدية.

ويرى الباحث أنّ هذه النتيجة، تقدم مؤشراً قوياً عن مدى تأثير المناخ الأسري على صحة الأبناء. فهذه الدلائل تقدم تفسيراً واضحاً لأسباب ظهور الأعراض والشكاوى الجسدية لدى أفراد عينة الدراسة، ذلك في ضل غياب العلاج الطبي الذي ينهي تلك الشكاوى الجسدية، كما قد يكون مردُّه لأسباب خارجية تتعلق بالظروف المحيطة بالأسرة أو الضغوط الأسرية، بالاضافة لأسباب أخرى تكون خارج نطاق الأسرة.

وبالرجوع إلى الجانب النظري **(في الصفحة رقم: 242)**، نجد أنّ حدوث الاضطرابات النفسية-الجسمية من وجهة نظر **هانز سيلي Hans, Selye (1956)** يكون بسبب تعرض الفرد للتجارب العاطفية الصادمة، والصراعات النفسية، والإحباطات المتراكمة، والتوترات الانفعالية المستمرة.

هذا ويرى **فائق محمد غنايم (2018)**، أنّ الاضطرابات السيكوسوماتية والتي تُعرف بأمراض العصر تنشأ من أسباب نفسية أولاً كالقلق والاكتئاب والخوف والغضب والثورة والبيئة وآثار التلوث، والأزمات النفسية والاجتماعية، والمشاكل الأسرية والفراغ والفقر ومشاكل السكن وضيق الغرف المعيشية والشقاء والتعب ومشاكل الدنيا وانعكاساتها على الأسرة والمجتمع. **(فائق محمد غنايم، 2018: 121)**

كما هدفت دراسة مقطعية لـ **بيا سفيدبرغ وآخرين Pia,Svedberg & al (2013)** إلى معرفة حقيقة الارتباط بين الأعراض الصحية السيكوسوماتية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى الأطفال والمراهقين health-related quality of life in children and adolescents (HRQoL)، بين الفتيات والفتيان في فئتين عمريتين مختلفتين، وأجريت الدراسة على 253 طفلاً ، 99 من العمر 11-12 سنة (ن = 51 فتاة ، ن = 48 صبيان) و 154 من العمر 15-16 سنة (ن = 82 فتاة، ن = 72 فتى) في المدارس السويدية. تم استخدام أداة KIDSCREEN-52 التي تغطي 10 أبعاد لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى الأبناء، وأسئلة إضافية حول الأعراض السيكوسوماتية وأجريت تحليلات التباين للتحقيق في الاختلافات بين الجنسين والفئات العمرية، وفي تأثيرات التفاعل على أبعاد KIDSCREEN-52 وقد تم استخدمت تحليلات الانحدار، للتحقيق في آثار الأعراض النفسية الجسدية على الاختلافات بين الجنسين والفئة العمرية في HRQoL. وصنف الذكور أنفسهم أعلى من الإناث في أبعاد KIDSCREEN: الرفاه البدني والنفسي، والحالات المزاجية والعاطفية، وتصور الذات والاستقلال الذاتي. تم العثور على التأثيرات الرئيسية للفئة العمرية على الرفاه البدني والرفاهية النفسية والحالات المزاجية والعاطفية وتصور الذات والاستقلال والبيئة المدرسية. كما أوضحت الأعراض السيكوسوماتية بين 27% و 50% من التباين في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وكانت صعوبات النوم مشكلة شائعة للفتيات والفتيان وارتبطت صعوبات الاكتئاب والتركيز بشكل خاص مع HRQoL بين الفتيات، في حين ارتبطت آلام المعدة مع HRQoL بين الأولاد. **(Pia, Svedberg,23/10/2013)**

2. مناقشة وتحليل نتائج السؤال الاستكشافي الثاني:

يقضي السؤال الاستكشافي الثاني بالكشف عن مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين وقد أشارت المعالجة الإحصائية، التي تمت بأسلوبيْ التكرارات والنسبة المئوية إلى أنّ 38% من الأبناء السيكوسوماتيين لهم سلوك عدواني مرتفع، و36,60% لهم سلوك عدواني متوسط ، و25,40% لهم سلوك عدواني منخفض.

تفسير ذلك، أنّ السلوك العدواني يُعد واحد من الخصائص التي يتصف بها المرضى السيكوسوماتيين ، فالعدوانية تعتبر سلوكاً مألوفاً لديهم في الغالب، إلا أنّ هناك درجات من العدوانية غير مقبولة، والتي تعتبر سلوكاً هداماً للشخصية، ذلك حين تكون موجهة نحو الذات من خلال كبث الرغبات والدوافع النفسية المحبطة مما يعمل على إستثارة حالة انفعالية مزمنة، تؤدي إلى أذية النفس كما قد تكون هذه الدوافع والرغبات موجهة نحو الخارج، وذلك في الإساءة اللفظية والبدنية للآخرين، وتخريب الممتلكات، وعدم إطاعة القواعد والتعليمات بسبب أحداث الحياة المتسارعة والبيئة الأسرية المتأزمة، فالسلوك العدواني سلوك منطوي على الإكراه والإيذاء بمعنى أن العدوان في الحالة السيكوسوماتية يكون اندفاعيا هجوميا، بسبب الضعف في ضبط التوزان الداخلي المرتبط بعدم التجاوب الانفعالي، وذلك لعدم قدرة المريض على التعبير عن المشاعر والإحساس بالنقص والعزلة والانطواء، والشعور المستمر بالذنب والحاجة اللاشعورية للعقاب. وبالرجوع إلى الجانب النظري (في الصفحة رقم: 77)، نرى أنّ كبت المشاعر العدوانية أو الهجومية أمر مضر من وجهة نظر الصحة النفسية.

ونجد في التحقيقات التي أجراها كل من **بيغر و ليدتك Jäger B & Liedtke R (1993)** على السلوك العدواني للمرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية جسدية من خلال مقارنة بين المرضى الذين يعانون من التهاب القولون التقرحي ومرض السكري باستخدام اختبار Rosenzweig-P-F إذ تم دراسة مجموعتين من المرضى الذين يعانون

من أمراض جسدية مع مرضىRosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-32) المصابين بالتهاب القولون التقرحي (مجموعة سيكوسوماتية) و 30 مريضاً يعانون من داء السكري (مجموعة مراقبة جسدية) وكشفت نتائج التحقيق أنّ المرضى المصابون بالتهاب القولون حصلوا على درجات أعلى بكثير في البعد الباطني، أي أنّهم يقومون بدفع نبضات عدوانية ضد الذات إلى حدٍّ أكبر وكانت النتيجة وفقا لافتراض تثبيط عدواني للمرضى الذين يعانون من التهاب القولون التقرحي كما قد تميز المرضى السيكوسوماتيين بانخفاض النشاط اللاإرادي وزيادة القدرة على التحمل وذلك مقارنة مع الأفراد الخاضعين للتحكم العصبي. **(Liedtke R, & Jäger B 1993: 87)**

وفي تفسير علاقة العدوان المكبوت بالأمراض النفسية-الجسدية، قدّم الباحثين **H, Goldberg & George, R B (1974)**، تفسيراً مقنعاً حول دور العدوان المكبوت في تطوير الأمراض السيكوسوماتية وهما يعتبران السلوك العدواني حقيقة إكلينيكية صعبة خاصة وأنّ المتلازمات النفسية-الجسدية تنشأ عندما لا يتم قمع العدوان المنشَّط أو قمعه إلى درجة لا تتجاوز الحد الأدنى من مستويات العدوان. وبعبارة أخرى، إنّ الأمراض النفسية قد قمعت العدوان على الأقل كسبب جزئي في جذورها للمرض النفسي-الجسدي الذي يخدم وظيفة تجنب الدافع العدواني، وهو ينشأ لأنّ الشخص غير قادر على التعبير عن هذه المشاعر مباشرة، وقد يوفر له المرض السيكوسوماتي الاهتمام والسيطرة على الأفراد الذين لم يتمكن من السيطرة عليهم في أوقات سابقة من تطور المرض وبصورة عامة تنشأ الأعراض النفس-جسدية عندما يتم تجنب النبض العدواني ويتم تفريغ الطاقة الناتجة منه إلى مسار الوظائف الجسدية وليس من خلال الاستجابات العاطفية المفتوحة، حيث يقرأ الفرد العدوانية بشكل مبهم وذلك من خلال إشارات الحفاظ على الذات، التي يرسلها أثناء أزمة الجسم. **(Herd,G & George,B, 1974: 198-199)**

هذا وقد أظهرت نتائج بحث لـ **Valeriya,G. Ragozinskaya (2013)**، حول خصائص العدوان ومظاهره الفسيولوجية في الاضطرابات النفس الجسدية (ارتفاع ضغط الدم واضطراب جريفز وقرحة المعدة والاثني عشر) أنّ الخصائص الفيزيولوجية العصبية المكتشفة للمرضى السيكوسوماتيين ذوي المستوى العالي من العدوانية، ترجع إلى تنشيط الجهاز العصبي الخضري والذي يتيح افتراض وجود حالات فائقة ورد فعل مبالغ فيه على المنبهات غير المتوقعة هذا وتم اختبار العوامل العاطفية لـ 195 مريضاً نفسياً و 182 متطوعاً من الأصحاء، إذ تم فحص البيانات التحليلية الطيفية والمتماسكة من مخطط كهربائية الدماغ والبيانات الأولية والحياة المبكرة، والتي أشارت لمستوى عالٍ للعدوانية خلال تفعيل الجهاز العصبي الخضري. **(valeriya,G. Ragozinskaya, 2013: 232)**

كما يرى **باستيانس J. BASTIAANS (1969)**، أهمية العدوان في نشأة المرض النفسي الجسدي، وذلك عندما تُثار المتلازمات النفسية الجسدية. فيشعر الفرد بالإحباط أو الصدمة، مما ينشط ميله العدواني ويمكن ملاحظة تقلص شدة الأعراض السيكوسوماتية في وقت يكون فيه المريض غير قادر على التعبير عن توتراته الداخلية على طول المسارات الطبيعية واللفظية وفي الإيماءاته التعبيرية، فيحاول تحرير نفسه خلال الغضب فينتابه توتر غير طبيعي بنظامه العصبي الخضري Vegetative nervous system، وفي الغدد الصماء Endocrine glands ذات الصلة، كما لا يزال التفريغ الأولي للعدوان بدائي وغير ناضج والتسامي لا يكفي وحده لضمان اختفاء دائم للأعراض النفسية الجسدية في الطابع العصبي المعقد، فهيكل المريض له مكونات معقدة في الغالب، حيث لا يمكن الحصول على تحسن دائم للتوازن النفسي الجسمي وقد وصف عالم الأحياء von, Bertalanffy (1958) مدى خطورة السلوك العدواني على صحة الفرد من خلال تخيلاته الخاصة والأيديولوجياته مع ميوله الغريزية العدوانية إذ أصبح لعالمه المفاهيمي الداخلي وبالخصوص المحتوى الموجه لتمثيله intrapsychic وبيئته دور كبير في نشأة الاضطراب السيكوسوماتي وصرّح Sandler أنّ البيئة المحيطة بالفرد السيكوسوماتي يمكنها أن تكون حافز لمستويات أعلى للعدوانيته والقيام بأفعال مدمرة أو سادية ضد نفسه وبيئته التي تتجاوز حدوده بسبب الاحتياجات

الطبيعية للتكيف والدفاع عن الذات وهذا الربط داخل المفهوم، يعتبر محرك لتكون قدرة متطورة للغاية وقد يكون كذلك سبب الدمار لأنّه يمكن أن يكون مصدراً للخلق النزاعات النفسية. **(J. BASTIAANS, 1969 : 307)**

3. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

أشارت نتائج الفرضية الأولى، إلى وجود ارتباط سالب دال إحصائيا بين درجات الأبناء في السلوك العدواني ودرجاتهم في المناخ الأسري، حيث أظهرت البيانات المتحصل عليها من خلال عرض نتائج الفرضية الأولى باستخدام معامل الارتباط "بيرسون" إلى أنّه يوجد ارتباط سالب (عكسي) بين كل من أبعاد المناخ الأسري وأبعاد السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتين. بمعني أنّه، كلّما ارتفع مستوى المناخ الأسري كلّما انخفض مستوى السلوك العدواني للأبناء السيكوسوماتيين والعكس صحيح، مما يعني أنّ فرضية البحث الأولى قد تحققت، أي أنّه:

- يوجد ارتباط عكسي قوي بين التماسك الأسري والسلوك العدواني ككل، معنى ذلك أنّه كلما زاد التماسك الأسري انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

يفسير الباحث ذلك بأنّ تعرض الأسرة لاضطراب علائقي أو لخلل نسقي كالطلاق والهجر والغياب لأحد الوالدين أو وفاته، قد يؤدي بالأسرة للتفكك الذي يُعد من أكثر وأخطر المشاكل التي تواجه الأسرة ويسبب لها ضعف أو خلل في تماسكها، فتنعكس بذلك آثاره السلبية على صحة الأبناء وتجعل منهم فريسة سهلة لمختلف الاضطرابات النفسية والسلوكية وذلك بسبب التوتر، والإحباط، والانفعال، والعدوان اتجاه الآخرين واتجاه الذات والذي يكون على شكل سلوك عدواني جسدي من خلال توجيه أذى جسدي نحو الآخرين أو نحو الذات. وبالرجوع للجانب النظري (في الصفحة رقم: 43-44)، نجد أنّ التماسك داخل المناخ الأسري عملية غير ثابتة وتتحكم فيها طبيعة التفاعلات المستمرة، والتي توجه أفعال أعضاء الأسرة اتجاه بعضهم البعض وذلك يرجع لحسب خصوصية النموذج الثقافي لكل أسرة الذي ينتج آليات وميكانيزمات التماسك.

تتفق هذه النتيجة مع نتيجة البحث الوصفي لـ **فيريشت وآخرون Fereshteh,M & al (2015)** وذلك من حيث دور التماسك الأسري في التنبؤ بالسلوك العدواني لدى الأبناء. وتألف مجتمع الدراسة من جميع طالبات المرحلة الابتدائية من الإناث اللائي كن يدرسن في مدارس مدينة ساري، تكونت العينة من 254 طالب تم اختيارهم باستخدام طريقة أخذ العينات العشوائية العنقودية متعددة المراحل وقد تم جمع البيانات باستخدام استبيان التماسك الأسري لـ **ساماني Samani**، واستبيان السلوك العدواني لـ **شهيم Shahim** وأظهرت النتائج وجود علاقة سلبية كبيرة، بين تماسك الأسرة مع أبعاد العدوان الجسدي والعدوان العلاقة والعدوان التفاعلي والعدوان الكلي، وأظهرت نتائج تحليل الانحدار أنّ 17% من التباين في العدوان يمكن تفسيره من خلال تماسك الأسرة. **(Fereshteh, Mizaei & al, 2015: 73-84)**

كما تتفق هذه النتيجة أيضاً مع نتائج بحث **كيا إلهام Kia, Elham (2016)** حول العلاقة بين أنماط الهوية والتماسك الأسري مع الميل إلى السلوكيات العدوانية لدى طلاب المدارس الثانوية للبنين في مدينة قزوين (مدرستان ثانويتان) وكان عددهم 1500 شخص، تم اختيار 306 منهم من حجم العينة باستخدام طريقة أخذ العينات العشوائية الطبقية ذلك بتخصيص نسبي فيما يتعلق بعودة الاستبيانات من عدد العينة المقصودة، وتم اختبار 282 شخص والعدد الحقيقي للعينة. والمنهجية في شكل مسح وصفي، وأداة جمع البيانات هي أيضا استبيانات أنماط الهوية، والتماسك العائلي، والانحدار مع تحديد الموثوقية في الترتيب 0.768 و0.809 و0.834 وطريقة التحليل في شكلين من الإحصاء الوصفي، بما في ذلك دراسة حالة المتغيرات البحثية والإحصاءات الاستنتاجية، واسخدامت اختبارات Kolmogorov-Smirnov ومعامل ارتباط بيرسون والانحدار المتعدد بمساعدة برنامج "SPSS-22" لدراسة طريقة توزيع المتغيرات البحثية والاستجابة لها إلى

فرضيات البحث وقد أشارت النتيجة إلى وجود علاقة إيجابية وذات مغزى بين أنماط الهوية (المعلوماتية والمعيارية والالتزام) والتماسك العائلي ، وهناك علاقة سلبية وذات مغزى بين أسلوب الهوية المنتشر وتماسك الأسرة، وأنّ هناك علاقة سلبية ذات مغزى، بين أنماط الهوية (إعلامية ومعيارية والالتزام)، والميل إلى السلوكيات العدوانية، وأنّ هناك علاقة سالبة ذات مغزى بين أسلوب الهوية المنتشر والميل إلى السلوكيات العدوانية، ووجود علاقة سالبة ذات مغزى بين تماسك الأسرة والميل إلى السلوكيات العدوانية، وأنّ هناك علاقة بين نمط الهوية والتماسك الأسري مع الميل إلى السلوكيات العدوانية. **(Kia Elham, 05/04/2016)**

كما أنّ فقدان الأبناء لمشاعر الحب والعطف والحنان من قبل الآباء، يؤدي إلى القطع والتهشيم لجسور التواصل بين أعضاء الأسرة، وهو ما يسبب في تدهور الوضع الصحي للأبناء وباقي أفراد الأسرة.

- يوجد ارتباط عكسي قوي بين حرية التعبير في الأسرة والسلوك العدواني ككل، بمعنى أنّه كلما زادت حرية التعبير في الأسرة انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين. ويُعلل الباحث ذلك كَوْن أنّ حرية التعبير حاسمة في الأسرة، فهي قد تؤدي إلى البحث عن قدر أكبر من المساواة بين أعضاء الأسرة والتي يمكن أن تصحح عدم المساواة وعدم التناسق الطبيعي والصحي للأبناء السيكوسومايين ويعد التواصـــل اللفظي الخاطئ من أهم العوامل التي تســـاعد في اختلال تـــــوازنهم النفسي.

وتفسر **Gabrielle, Radica (2014)** ذلك، بأنّ القرارت التي تمنحها الأسرة واضحة إلى حد ما، بعضها بغيض وغير شرعي، والبعض الآخر يعتبر أكثر شرعية أو ضروريًا أو لا مفر منه كالسيطرة والاستبداد والابتزاز من قبل بعض الأعضاء: الوالدين، الأبناء، الإخوة والأخوات؛ وتعد القيود الأسرية هي التي تحدد الواجبات، والمحظورات المتعلقة بالعلاقات الزوجية والوالدية؛ فالأسرة تعتبر مكان مختلف لإدعاءات الحرية، والتي يمكن أن تتصل بالجوانب المختلفة للحياة الأسرية خلال التعليم، وتوزيع الموارد والرعاية والمهام والقرارات مع ضمان بعض الحريات الأسرية للأعضاء وفك مختلف القيود والقوى التي تحول دون ذلك. يمكن لحرية تعبير الأبناء أن تدعي، لأنّ الأسرة هي مؤسسة تشكلها إلى حد كبير القواعد العامة ويتم دفع الحرية المترتبة عليها ككل بشكل غير متساوي من قبل مختلف أعضائها. كما أنّ البنية الأبوية للعائلة تشجب وتُخضع الأم والأبناء كما وتؤدي لنزع عملهم من أجل المنفعة الوحيدة لرئيس الأسرة. وترى Gabrielle R (2014) أنّ الحجج الليبرالية تستنكر عدم المساواة في معاملة أفراد الأسرة، وتطالب بإجبار أرباب الأسر على تقييم ما يحدث في أسرهم لأنّ الأمر لم يعد مجرد مسألة الدفاع عن حرية الأسرة ككل ضد التأثيرات الخارجية، السياسية، والاجتماعية، والدينية، والأخلاقية ولكن للدفاع أيضاً عن الحرية داخل الأسرة أي حرية كل عضو من أعضائها. من خلال البحث عن قدر أكبر من المساواة بين أفراد الأسرة على سبيل المثال في حالة المساواة بين الأبناء ومنح الأعضاء مكانة أسرية أفضل للتفاوض داخل الأسرة وهي الأكثر حساسية لمنحها الحرية التي يجب أن تهدف إليها الأسرة والتي غالباً ما تتطلب فرض قيود. **(Gabrielle Radica, 2014: 153-165)**

فالإتفاقية الدولية لحقوق الطفل **ONU (1989)** في النص المعد من سن 10 سنوات بالمادة رقم 13 تنص على حق الأبناء في التعبير والحق في البحث عن المعلومة وتلقيها وإعادة إرسالها وأنّ حرية التعبير الخاصة بهم لها قيود معينة من خلال احترام حقوق الآخرين وعدم تعريض الأسرة للخطر.**(O.N.U, 20/11/1989)**

وإنّ احترام حرية التعبير عند الأبناء يُعد من أبرز العوامل التي تدل على عافيتهم وصحتهم وتفوقهم، كما أن إستماع وتفهم الأولياء لأفكار أبناء وإحترامها ومناقشتها وتقدير ابدعاتهم يقوي ثقتهم بأنفسهم ويجعلهم يشعرون بالطمئنينة والأمن والإنتماء، وهو ما يساعدهم في النمو النفسي السليم ويعزز مدركاتهم لذاتهم وللآخرين ويقيهم من مختلف الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية كالإكتئاب والقلق والإحباط والتوتر والعدوان.

هذا ويرى **أحمد الزغبي (2010)** أنّ من أبرز السيمات التي تميز الشخص العدواني، أنّه شخص حاقد على ذاته وعلى الآخرين ولا يحترم حريتهم، كما أنه قد حرم في طفولته من الحرية الشخصية ومن حرية اتخاذ القرار، مما يجعله يقوم بسلب حرية الآخرين والسيطرة التامة عليهم. **(أحمد الزغبي، 2010: 41)**

فحرية التعبير عن المشاعر والعواطف تعتبر طوق نجاة أي أسرة في العديد من المشكلات التي قد تؤدي لإنهيارها، فهي صمام أمان يتيح للفرد والأسرة التواصل بنجاح وقد تظهر موانع تعيق حرية التعبير داخل الأسرة مما يتسبب في مشاكل صحية أو في اضطرابات سلوكية للأبناء. **(إرجع إلى الصفحة رقم: 45)**

- يوجد ارتباط عكسي بين الصراع الأسري والسلوك العدواني ككل، وهذا يعني أنّه كلما زاد الصراع الأسري انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

وتفسير ذلك، أنّ الصراع الأسري يُعتبر عملية طبيعية في الأسرة بسبب ما يواجهها في المجتمع من مشكلات ومعوقات وتحديات، وبالتالي الصراع الأسري ما هو إلا نتاج تلك المشاكل، فالصراع في حدوده الطبيعية يؤدي إلى مواجهة النزاعات الأسرية وإيجاد الحلول لها، ما يُفهم هنا أنّ المعنى الحقيقي للصراع الأسري قد يتضمن الخفض أو الرفع من مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسومايين، أي يكون إما صراعاً بنّاءاً للعلاقة الأسرية ويتضمن بذلك إعادة بناء التوقعات ما يؤدي عادةً للكشف عن قوة العلاقات بين أعضاء الأسرة أو قد يكون صراعاً هداماً ومدمراً لها وذلك وفقاً لدرجته وحدته ويؤدي عادةً لأديت الذات وتجريح ذات الطرف الآخر والملاحظ أنّ الصراع الأسري للأبناء السيكوسوماتيين يُعد من حافزاً استثارياً لإنفعالاتهم ومشاعرهم المحبطة.

هذا وترى **زينب قادري** والبروفيسور **نيكوليت ف. روماني .Zainab KaderI;& Prof. Nicolette V RomanII (2018)**، أنّ الأسرة تلعب دورًا مهمًا في تنمية الأفراد. فالتجارب التي تحدث في الأسرة يمكن أن تعزز أو تعيق تطورهم. وتهدف هذه الدراسة التي أجروها إلى تحديد آثار الصراع الأسري على الاحتياجات النفسية الأساسية للمراهقين والسلوك الخارجي، بحيث استخدام مقياس البيئة الأسرية (FES) ومقياس الاحتياجات النفسية الأساسية (BPNS)، والتقرير الذاتي للشباب (YSR)، ومقياس السلوك العدواني لبوس بيري Buss Perry Aggression (BPAQ) وتم استخدام تصميم ترابط مستعرض كمي وتكونت العينة من 128 فرداً ما قبل المراهقة (متوسط العمر= 11.15)، وأشارت النتائج لوجود علاقة إيجابية كبيرة بين الصراع الأسري والاحتياجات النفسية والسلوك الخارجي للأبناء. **(Nicolette,V.R & Zainab,K, 2018: 613)**

لكن طبيعة هذه النتيجة لم تكن استكشافاً تاماً، حيث توصلت إليها دراسة **Akiho, Tanaka & al (2010)**، حول دور القلق في إدارة العلاقة بين الصراع الأسري وعدوان الأبناء، لـ 50 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 7 - 13 سنة على وجه التحديد واقترحت الدراسة أنّه في الأسرة سيكون الصراع مرتبطاً إيجابياً بالعدوان في سياقه العالي من مستويات قلق الأبناء وكانت نتائج الفرضية دعم جزئيًا، كما كان الصراع الأسري يرتبط بزيادة إستباقية، لكن هذه الزيادة في العدوان التفاعلي لم تكن للأبناء الذين هم يعانون من مستويات عالية من القلق، ولكن كانت هناك آثار مترتبة عن ذلك الصراع الأسري.**(Akiho, Tanaka & al, 2010 : 2127-2143)**

فالخبرات المريرة التي يمر بها الأبناء بمرحلة الطفولة ثمّ المراهقة تُولد لديهم العديد من الصراعات التي تدفعهم للإنحرفات وذلك ناتج عن الأثر السلبي للبيئة الأسرية على سلوك الأبناء**. (عبدالله الزعبي، 2017: 81)**

- يوجد ارتباط عكسي قوي بين الاستقلالية في الأسرة والسلوك العدواني ككل، بمعنى أنّه كلما زادت درجة الاستقلالية في الأسرة انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

ذلك كون أنّ أساليب الحماية الأسرية التي يطبقها الآباء في رعاية الأبناء تعد من الأمور الضرورية التي يجب القيام بها، ولكن لا أن يصل الحد بالآباء لدرجة الحماية المفرطة، فتأخذ تلك الحماية أبعاداً خطيرة على صحة الأبناء كالتعلق المكثف والتدليل وعدم إعطاء الأبناء الحرية في استقلالية السلوك، مما يترتب عنه نتائج كارثية

تنعكس بالسلب على صحتهم، وهو ما يتسبب في سوء التكيف الاجتماعي وعدم القدرة على تحمل المسؤولية، والفشل في تكوين علاقات مع الآخرين لدى الأبناء السيكوسوماتيين الذين تعرضوا للحماية الزائدة، أين يغلب على سلوكهم الميل العدواني الموجه نحو الذات أو الآخرين، وعدم قدرتهم على التكيف مع بيئتهم الأسرية، مع تعرضهم في الكثير من الأحيان للإحباطات، وذلك نظراً لعدم قدرتهم على حل ومواجهة المشاكلات التي تعترضهم والدفاع عنها وعن أنفسهم.

هذا وقد تناولت دراسة **آلان كازدين Alan E.Kazdin (1992)** الخصائص الأسرية المرتبطة بالسلوك المستقل العلني والسري للطفل المعادي للمجتمع وتم تحديد المرضى الداخليين للأمراض النفسية للأطفال (N = 258، الذين تتراوح أعمارهم بين 6-13)، على أنّها عالية في السلوكيات المعادية للمجتمع العلنية أو السرية (على سبيل المثال ، العدوان) وبناءً على مقابلة التي أجريت مع الآباء المنظمة لقياس السلوك المستقل المعادي للمجتمع تم تصنيف الأبناء إلى أربع مجموعات مستمدة من المزيج العامل من المستوى السلوكي المستقل المعادي للمجتمع العلوية (عالية مقابل منخفضة)، تم إجراء تحليلات لردود فعل الأبناء اتجاه المواقف المعادية والغاضبة للسلوك، والسلوكيات المنحرفة والإيجابية للأبناء في المنزل والمدرسة، وهيكل الأسرة وتنظيمها. وكان الأبناء أعلى في السلوكيات المعادية للمجتمع العلني أكثر سلبية، واستياء وسرعة الانفعال في ردود فعلهم على المواقف العدائية وأكثر عدوانية في المدرسة وقد جاءوا من عائلات ذات نزاع أكبر بكثير وأقل استقلالية بين أفراد الأسرة كما أظهرت عائلاتهم انخفاضًا ملحوظًا في التماسك والتنظيم العائليين وأقل تركيزًا على القيم الأخلاقية والدينية. وتشير النتائج إلى وجود اختلافات موثوقة في أداء الطفل والأسرة كوظيفة لأنماط السلوك المستقل والمعادي للمجتمع العلني والسري. **(Alan, E. Kazdin, 1992: 03-20)**

كما يرى **جيم تايلور Jim, Taylor (2010)**، بأنّ الأبناء المستقلين يختلفون عن الأبناء المشروطين بعدة طرق أساسية فالأبناء المستقلين، هم مزودين بالاعتقاد بأنّهم أكفاء وقادرين على رعاية أنفسهم ولهم الإرشادات اللازمة من أجل إيجاد أنشطة ذات معنى ومرضية. وقد تم منحهم من قبل أسرهم حرية تجربة الحياة بالكامل وتعلم دروسها المهمة العديدة كما أنّ الأبناء المستقلين لديهم دوافع جوهرية لأنه يُسمح لهم في الأسرة بالعثور على أسبابهم الخاصة لتحقيقها. **(Jim, Taylor, 17/11/2010)**

كما نجد في الورقة البحثية التجريبية لـ **ناتاسا ماندیك Natasa Mandic (2015)**، والتي تناولت فيها دور الأسرة في تنمية استقلالية الأبناء بصربيا، أنّ البيئة الأسرية هي المنبع الأساسي الذي يبدأ منه كل شيء خلاصة عملية التنشئة الاجتماعية التي تسمح بتشكيل الشخصية، وذلك لاعتبار الفرد شخصية مستقلة والذي يعتمد قبل كل شيء على الأسرة التي يولد فيها، والافتراض بأن العلاقات الأسرية وكذلك الأسلوب التربوي للوالدين كلها تُعد من العوامل الهامة والرئيسية في تشكيل شخصية مستقلة وناضجة لدى الأبناء. واعتبر Natasa,M أنّ المناخ الأسري الدافئ والأسلوب التربوي الديمقراطية للوالدين أكثر ملائمة لتشكيل شخصية مستقلة للأبناء مع الأخذ في الاعتبار القيم التربوية وملامح البيئة الأسرية في استقلال الأبناء. **(Natasa, Mandic, 2015: 109)**

- يوجد ارتباط عكسي قوي بين التوجه نحو الإنجاز والسلوك العدواني ككل، بمعنى أنّه كلما زاد التوجه نحو الإنجاز انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

ويمكن تفسير هذه النتيجة، بأن دافع التوجه نحو الإنجاز يتأثر بالأوضاع الأسرية والحالة النفسية للأبناء والمفترض أن تعطى الفرصة نحو التوجيه لاستكشاف أنشطة الإنجاز التي يختارها الأبناء من خلال دعم وتوجيه من آبائهم بحيث يتخذون قراراتهم بأنفسهم، لأنّها في الحقيقة علاقة تعاونية وليست مسيطر عليها ويتم فيها بحث أفكار ورغبات الأبناء، مما يسمح لهم بإمكانية دراسة الخيارات المختلفة. فالتدخل الفعال للأولياء

لتعزيز السلوك التكيفي للأبناء السيكوسوماتيين على حد سواء في الأسرة قد يؤدي إلى التقليل من الدافعية إلى العدوان وزيادة الدافعية للإنجاز وتحقيق الذات.

هذا ويعد الحث على الإنجاز أسلوباً إيجابياً من أساليب التنشئة داخل الأسرة ، بحيث يقوم الآباء في هذا الأسلوب بوضع أهداف عالية لأبنائهم في الواجبات الاجتماعية والدراسية والمنزلية ..إلخ، وتشجعهم على بلوغها وتشجعهم كذلك على الإطلاع والتحصيل ومنافسة الأقران والزملاء ومكافئتهم على السلوك المنجز وتركهم يجربون عمل الأشياء الجديدة بمفردهم و على مسئوليتهم هم. **(جعفر صباح، 2016: 86)**

وتتفق هذه النتيجة جزئيا مع الدراسة الطولية لـ **ديبورا ستيبك وسارة مايلز Deborah, Stipek and Sarah, Miles (2008)**، حيث درست التفسيرات المختلفة للارتباطات السلبية بين العدوان والإنجاز الدراسي باستخدام البيانات التي تم جمعها من 403 طفل من الأسر ذات الدخل المنخفض، متبوعة من رياض الأطفال أو الصف الأول (تتراوح أعمارهم بين 6 و 7 سنوات)، حتى الصف الخامس (تتراوح أعمارهم بين 10-11 سنة). وقد كانت معظم نتائج تحليلات منحنى النمو التي تدرس التغيير مع مرور الوقت وتحليلات المسار التي تفحص الارتباطات بين المتغيرات في الدرجات متسقة مع الفرضية القائلة بأن تأثير العدوان على الإنجاز الذي تم بوساطة جزئية من خلال العلاقات المتعارضة التي يميل الأبناء الأكثر عدوانية نسبيًا إلى تطويرها مع معلميهم، والتخفيضات مصاحبة في إنجاز المهام الأكاديمية. بَيد أنّ الأدلة تشير إلى أن العلاقة بين العدوان والدافعية للإنجاز الدراسي معقدة ومتبادلة وقد لوحظت فروق بين الجنسين. **(Deborah, S & Sarah, M, 2008: 1721-1735)**

كما أكدت دراسة **سناء سليمان (1991)** على وجود علاقة بين دافعية الإنجاز للأبناء الذين ينشئون في الأسر التي تعامل أبنائها بالأساليب الإيجابية، فيما لم تتفق هذه النتيجة مع دراسة يونج (1957)، والتي تبين فيها عدم وجود علاقة دالة بين أساليب التنشئة الأسرية (التقبل – الإستقلال – الديمقراطية)، والدافع للإنجاز. **(في جعفر صباح، 2016: 234)**

- يوجد ارتباط عكسي قوي بين التوجه العقلي الثقافي والسلوك العدواني ككل، بمعنى أنّه كلما زاد التوجه العقلي الثقافي انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

الملاحظ هنا أنّ للجانب الثقافي والفكري والأنتروبولوجي للأسرة دور هام في سلوكيات الأبناء، وذلك لما له وما عليه من آثر على صحتهم النفسية، لأنّ العلاقة بين الأداء الأسري ومستوى السلوك العدواني للأبناء تبقى راسخة، ولكن إذا ما كانت هذه العلاقات مختلفة حسب الثقافة كل أسرة أو قبيلة أو بلد فإن ذلك قد يؤدي إلى إعادة النظر في مصطلح العدوان. (إرجع إلى الصفحة رقم: 71-72)، هذا وحظيت العلاقة بين التوجه الفكري الثقافي والعدوان في الأسرة باهتمام أقل من قبل الباحثين. وقد تكون هذه الاختلافات الثقافية مهمة جداً لاستهداف البرامج الوقائية والعلاجية للأبناء السيكوسوماتيين وأسرهم.

وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة **شانون إم. فارغا وآخرين Shannon,M.Varga & al (2016)** والتي تناولت العلاقة الطولية بين تماسك الأسرة، ومراقبة الوالدين، والعدوان الجسدي باستخدام بيانات من عينة مشروع منع العنف متعدد المواقع من الأبناء المعرضين للخطر (عدوان مرتفع). وكان المشاركون 1232 من طلاب المدارس المتوسطة عالية الخطورة (65% ذكور، 70% من الأمريكيين أصل أفريقي، 15% من أصل اسباني)، تم تحديد الاختلافات الديموغرافية والثقافية ذات المغزى، وذلك بعد السيطرة على حالة التدخل وموقع الدراسة، وكان التماسك الأسري مرتبطًا سلبياً بالسلوك العدواني، وأكثر من ذلك بالنسبة للشباب الإسباني، كما ارتبطت المراقبة الوالدية سلبياً بالعدوان للشباب الأمريكي من أصل أفريقي فقط. وتشير النتائج التي توصل إليها

الباحثين إلى أهمية تطوير التدخلات الأسرية الحساسة ثقافياً لمنع الاعتداء الجسدي في المدارس المتوسطة والحدّ من تصرفاتهم العدوانية. **(Shannon,M.Varga & al, 2016: 145-155)**

ونجد في دراسة مقارنة بين إيران وألمانيا لـ **نيلوفر طموريسي وآخرين Niloufar Tahmouresi & al (2016)**، حول تأثير الثقافة على الأبوة والأمراض النفسية لدى الأبناء، شارك طوعًا 221 طفلاً من إيران وألمانيا، وتم جمع العينة بين عامي 2010 و 2011. وتم تقييم مستويات الأمراض النفسية لدى الأبناء، وذلك باستخدام جرد اكتئاب الأطفال واستبيان التقرير الذاتي للشباب. أكمل الآباء قائمة فحص سلوك الأطفال ، ومقياس الأبوة والأمومة وقد تم استخدام التدابير المتكررة ANOVAs ، اختبار عينة مستقلة t- ، والعلاقات سبيرمان. تشير نتائج الدراسة إلى أن الأبوة والأمومة المختلة وظيفياً، مثل الإفراط في رد الفعل، ترتبط باضطرابات نفسية لدى الأطفال عبر ثقافات مختلفة. ومع ذلك، يقدم بحثنا أيضًا دليلًا على أن ممارسات الأبوة والأمومة المحددة والمستويات المبلغ عنها لعلم الأمراض النفسية للطفولة تختلف بين الثقافات الجماعية والفردية ، ويبدو أن هذه الثقافة عامل مهم في هذا المجال. **(Tahmouresi & al, 04/12/2016 Niloufar)**

- يوجد ارتباط عكسي قوي بين التوجه نحو النشاطات الترفيهية والسلوك العدواني ككل، بمعنى أنّه كلما زاد التوجه نحو النشاطات الترفيهية انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين .

جاءت هذه النتيجة مخالفة لنتائج دراسة **هشام غراب وأيمن يوسف (2011)**، والتي هدفت للكشف عن مدى فاعلية برنامج ألعاب الترفيه الصيفية في خفض مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال في قطاع غزة، وقد تضمنت عينة الدراسة (75) طفل كمجموعة تجريبية، واستخدم الباحثان أداة قياس من إعدادهما لقياس مظاهر السلوك العدواني لدى الأبناء وقد تم استخدام الطريقة التجريبية من أجل معرفة مدى فعالية برنامج الترويح الصيفية. وقد كشفت نتائج الدراسة على أنّ مظاهر السلوك العدواني مرتفعة حيث بلغت (88.52 %) على المقياس ككل وذلك قبل تطبيق برنامج الترفهية الصيفية، ووجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0,01)، بين متوسطي درجات الأبناء في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس السلوك العدواني، لصالح القياس البعدي؛ وكان المتوسط الحسابي لدرجات التطبيق القبلي (80.62) بانحراف معياري 69.5 بينما كان المتوسط الحسابي لدرجات التطبيق البعدي (68.43) بانحراف معياري 96.4؛ وكانت قيمة "ت" (27.15)، وهي قيمة أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى (0,01) بين متوسطات درجات التطبيقين القبلي والبعدي. **(هشام أحمد غراب و أيمن يوسف حجازي، 2011: 121)**

كما تتفق هذه النتيجة من جهة أخرى مع نتائج دراسة **حناشي ياسين (2018)** والتي هدفت إلى الكشف عن أهمية النشاط الترويحي بالنسبة للأطفال داخل الأفواج الكشفية الذين يعانون من بعض الاضطرابات النفسية الإجتماعية سواء داخل الفوج الكشفي أو خارجه وقد قام الباحث بهذه الدراسة لإثبات أو نفي هذه الأهمية، وذلك بوضع فرضيات كحلول مؤقتة معتمداً في ذلك على استمارة الاستبيان موجهة للمحافظين وأخرى موجهة لقادة الأفواج الكشفية. أكدت نتائج الدراسة على أهمية ممارسة النشاط الرياضي الترويحي الذي يساعد ويساهم بدرجة كبيرة بالتقليل من القلق، الخوف، السلوك العدواني لدى أطفال الكشافة، ويرى "حناشي" أنّ الترويح أصبح في وقتنا الحاضر مرادفاً تماماً لمفهوم حرية النشاط والتسلية واللعب ومرتبطا بمفاهيم أخرى ملازمة له كالتعب والملل والكره والعداء، لذلك أصبح يدخل ضمن نسيج النُظم الاجتماعية الأسرية التي يتألف منها المجتمع، فالأنشطة الترويحية لها أهمية وأثر على نفسية الأبناء وذلك من خلال تنمية مختلف الكفاءات وتحسين المردود والتخلص من المشاكل والاضطرابات النفسية الاجتماعية كالقلق والخوف والسلوك العدواني. كما تهدف الأنشطة الترويحية إلى توجيه الأبناء، بهدف الارتقاء بقدراتهم في مواجهة المشكلات التي قد تعترضهم وتساعد في إكساب خبرات وأنماط سلوكية حميدة والتمسك بالعادات الحسنة وتنمية العلاقات الاجتماعية وتسهل الدخول

في جماعة الأقران فالأنشطة الترويحية لها دور كبير في الوقاية والعلاج من الاضطرابات النفسية لدى الأبناء.**(حناشي ياسين، 2018: 193-207)**

وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع دراسة **سانغيون بارك وآخرون Sanghyun Park& al (2017)**، والتي هدفت للتحقيق في التأثير الطولي لدروس التربية البدنية والأنشطة الرياضية اللامنهجية، والرضا الترفيهي على السلوك العدواني بين المراهقين في كوريا الجنوبية، تم استخلاص البيانات من استبيان فريق الشباب الكوري. وقد استخدم الباحثون نمذجة منحنى النمو الكامن لشرح مسار نمو السلوكيات العدوانية للمراهقين وتحليل متعدد المجموعات للتحقيق في الفروق بين الجنسين في مستوى السلوك العدواني، وبيّنت النتائج أن السلوك العدواني للمراهقين قد تغير بشكل كبير مع تقدم العمر، كما أشارت النتائج للاختلافات الكبيرة بين الجنسين في مستوى التغيرات في السلوك العدواني مع مرور الوقت وكان لكل من الأنشطة الرياضية اللامنهجية ورضا الترفيه تأثير كبير على التغيرات في السلوك العدواني مع تقدم العمر، في حين فصول التربية البدنية لم تفعل.(**Sanghyun Park& al, 14/04/2017)**

- يوجد ارتباط عكسي قوي بين التأكيد على القيم الأخلاقية والدينية والسلوك العدواني ككل بمعنى أنّه كلما زاد التأكيد على القيم الأخلاقية والدينية انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

تؤكد هذه النتيجة على أهمية الدور التعليمي والروحي للأسرة في غرس القيم الدينية والخلقية في نفوس أبنائها، وذلك وفقاً للمتغيرات الثقافية. مما يقلل أو يزيد من مستوى السلوك العدواني المسبب للاضظراب السيكوسوماتي ومنه فإن قوة الوازع الديني لها الأثر الواضح على الصحة النفسية للأبناء، وإعطاء فهم أكثر لوضعهم الصحي والروحي وذلك تبعاً لدرجة استيعابهم للقواعد الأخلاقية والدينية.

اذ أنّ التعليم الأخلاقي والديني في الأسرة يساعد الأبناء على اكتساب مجموعة من المعتقدات والقيم فيما يتعلق بالصواب والخطأ. وهذه المجموعة من المعتقدات توجه نواياهم ومواقفهم وسلوكياتهم اتجاه الآخرين وبيئتهم. كما يساعد التعليم الأخلاقي والديني أيضًا في تطوير تصرف الأبناء وفقًا لهذه المعتقدات والقيم. والأهم من ذلك، أنّ التعليم الأخلاقي والديني في الأسرة يشجع الأبناء على التفكير بالطريقة التي ينبغي أن يتصرفوا بها وأي نوع من الشخصيات يجب أن يكونوا، والتي ترتبط بالمعتقد الديني، لكن برامج التعليم الأخلاقي تعامل الدين والأخلاق باعتبارها متميزة من الناحية النظرية. كما يعتقد اختصاصيو التوعية أن العديد من الأبناء الذين يعيشون في الأسر المعاصرة يمكن أن يصبحوا مشوشين أخلاقياً بسبب التعرض لعوامل قد تزعزع استقرار قيمهم الأخلاقية، بما في ذلك التلفزيون، ووسائل الإعلام المطبوعة، والإنترنت والتغيرات الاجتماعية في الهياكل الأسرية ونماذج الأدوار الضعيفة في الحياة الأسرية وإعطاء الأولوية للقيم الاقتصادية واستمرار النوع الاجتماعي والعرقي. **(J Mark Halstead, 11/03/2015)**

هذا ويقع على عاتق الآباء غرس القيم الأخلاقية والدينية في نفوس الأبناء منذ الصغر، ذلك حتى يكونوا أصحاء وأقوياء. ويرى **زياد حمدان (2015)**، أنّ الأخلاق والتربية الدينية في الأسرة أكثر حسماً وجدوى من المعرفة والتربية المعرفية الأكاديمية لتطوير شخصيات الأبناء، وإنّ عدم التناقض بين ما تدعو إليه الأسرة من الأخلاق وما تسلكه بالواقع والذي يُعد عصبياً للحصول على أمرين الأول دورها كقدوة ونموذج للأبناء في كل شيء يخص تربيتهم وثانياً تطوير الشخصية القويمة غير المضطربة أو المنحرفة للأبناء. وتناقض الأسرة في قيمها الأخلاقية والدينية يفقدها تلقائياً دورها كقدوة ثمّ يزرع في الأبناء الشعور بالحيرة والقيم المزدوجة والانحرافات السلوكية المتنوعة والعمل على استثمار رغبات وحاجات الأبناء وفقاً لما تراه الأسرة مفيداً لصحة وسلامة الأبناء من خلال سعيها لترسيخ التربية الخلقية والدينية وتحصيل الأهداف والقيم التي تسعى إلى تحقيقها لديهم. **(زياد محمد حمدان، 2015: 97-101)**

- يوجد ارتباط عكسي قوي بين التنظيم الأسري والسلوك العدواني ككل، بمعنى أنّه كلما زاد التنظيم الأسري في الأسرة انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

وتتفق نتيجة هذه الدراسة نوعاً ما مع نتائج دراسة **Barrett, Rapee, Dadds, and Ryan (1996)**، والتي تناولت التنظيم الأسري المعالج لحالة القلق والعدوان للأبناء، من خلال أسلوب مناقشات الأسرة لحل مشكلة الأبناء بطريقة مميزة لتشخيصهم السريري الخاص ليصبح بذلك الأبناء القلقين أكثر تجنباً والأبناء العدوانيون أكثر عدوانية والأبناء غير المهتمين أكثر إجمالاً وذلك بعد مناقشة المواقف الافتراضية الغامضة مع والديهم وقد تم دراسة تسلسلات محددة من الاتصالات التنظيمية المتبادلة بين الآباء والأمهات والأبناء المفترضين وراء هذا التفاقم الأسري وذلك لمعرفة التنظيم الأسري لديهم وتم تصوير المناقشات الأسرية وتصنيفها على مقاطع فيديو، لمجموعات من الأبناء القلقين والعدوانيين وغير السريريين وأولياء أمورهم. كشفت النتائج الإختلافات بين مجموعات من الآباء في تواتر الموافقة على الاستماع إلى أبنائهم وتواتر الإشارة إلى عواقب إيجابية وأظهرت التحليلات أنّ آباء الأبناء القلقين كانوا أكثر عرضة لهذه المعاملة بالمثل، بينما كان من المحتمل أن يتفق آباء الأبناء غير السريريين مع خطط أبنائهم الاجتماعية ويستمعوا إليهم. وإرتبطت الاختلافات في سلوكيات الوالدين والتي لوحظت خلال مناقشات الأسرة بشكل موثوق باستجابة الأبناء للوضع الغامض المقترح بعد مناقشة الأسرة وتدعم النتائج نموذجًا للقلق والعدوان والذي يركز على تفاعل العمليات التنظيمية الأسرية والنمو الاجتماعي والمعرفي للأبناء. **(Mark, R & al, 1996: 715-734)**

فالتنظيم الأسري هو السلوك الحضاري الذي يوفر للآباء الخيار المناسب للتحكم بسلوك الأطفال وضمان الإطار الصحي الذي يرتكز على صحة الأبناء معاً.كما أنّ التحدث المنظم والهادف والواضح في لغة الخطاب التفاعلية مع الأبناء، بخصوص ماهو صحيح أو خاطيء له الأثر الهام على صحة الأبناء، فالثقافة الأسرة ولغتها الواضحة وأساليبها المنظمة واتصالها الفعال هي هامة في هذا الاطار. **(زياد حمدان، 2015: 101)**

- يوجد ارتباط عكسي قوي بين الضبط الأسري والسلوك العدواني ككل، بمعنى أنّه كلما زاد الضبط الأسري انخفض مستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

وفقًا لنتائج الفرض الأول وجب على الأسر المتماسكة أن تشجع أبنائها على التفكير في نتائج تصرفاتهم وأن تعمل على فهم المعنى الحقيقي من دوافع السلوك العدواني، والوقوف منه موقف المتفهم الهاديء. إذ تتطلب الضبطية السلوكية للأبناء السيكوسوماتيين آباء لديهم قدر كبير من الضبط النفسي، ونتيجة لذلك يحتاج هؤلاء الآباء إلى فرص متكررة والتزود بالطاقة الكافية لخفض من مستوى التوتر والقلق والانفعال والغضب والإحباط لدى الأبناء والسيطرة على تصرفاتهم داخل الأسرة، للحد من النزوات العدوانية لديهم ومن المهم أن تولي الأسرة أولويتها لضبط سلوكيات أبنائها وفقاً للأعراف والقيم الثقافية والاجتماعية والدينية للمجتمع الذي تنتمي إليه.

كما تتفق هذه النتيجة مع ما خلصت إليه دراسة **أوموسى ذهبية وموساوي فاطمة الزهراء (2015)**، بأنّ غياب الضبط في الأسرة الجزائرية يؤدي إلى العنف والعدوان كمبدأ مرجعي لسلوك الأبناء، مما قد يشجع على عدم التماثل والخضوع للضوابط الأسرية والاجتماعية وذلك يعود إلى سبب تراجع دور الوالدين في تعزيز عملية الضبط الذاتي، وكذا تلقين آلياته للأبناء من خلال التساهل واللامبالاة في نمط التنشئة الذي يجعلهم يفتقدون للضوابط الذاتية، وعدم قدرتهم على ضبط أنفسهم، فتطغى عليهم العدوانية والغرور وحب السيطرة والتحكم في الآخرين، فيدفعهم ذلك إلى ممارسة العنف بتلقائية من خلال دعم وساندة والديهم لهم خاصة إذا كانوا يحفزونهم على التمرد، والانتهازية والخداع والغش والأنانية واستغلال الآخرين وأخذ الحق بالقوة، ما يجعلهم لا يعترفوا إطلاقا بالضوابط الاجتماعية ولا يحترموها ولا تؤثر فيهم نتيجة انعدام الضبط الأسري فيتصف الأبناء هنا بعدم

النضج والإتكالية وعدم ضبط تصرفاتهم فيفتح المجال ليتصرفوا وفق ما يحلو لهم، أما إذا كانت التنشئة الأسرية تعتمد على العنف والتسلط، فهذا يبلور لدى الأبناء عنفاً صامتاً، خفياً، جاهزاً للإعلان عنه عند استفزازهم والضغط عليهم بمثيرات خارجية وعندما تتاح لهم الفرصة تكون الضوابط فيهم منعدمة أو ضعيفة تعمل على تفجير العدوان الكامن فيهم، فالعدوانية هنا هي وسيلة لتفريغ الكبت وإثبات الذات بسبب عدم استقرار المناخ الأسري، الناتج عن استخدام الآباء أو الأمهات للمعايير الجامدة في تنشئة أبنائهم، فهم لا يؤمنون بالأخذ والعطاء، وتنعدم لديهم لغة الحوار مع الأبناء، والاعتماد على استعمال القوة والعنف لضبط تصرفاتهم.(**أوموسى ذهبية وموساوي فاطمة الزهراء، 2015: 21)**

فرياح التغير التي تعرضت لها الأسرة الجزائرية أثرت بشكل كبير على طابعها التربوي وفي إرسائها قواعد الضبط، مما قد يساهم في بناء الشخصية السيكوسوماتية "الغير سليمة"، فالصراعات النفسية التي تعيشها الأسرة، والاحباطات الناتجة عن خلل في استخدام الأساليب التربوية الخاطئة من قبل الآباء والأمهات قد كان لها آثار سلبية على صحة الأبناء النفسية والجسمية ذلك نتيجة الصراعات والتناقضات والضغوطات التي يحملونها والخبرات السيئة التي تلقوها من واقعهم الأسري.

وباستخدام اختبار مربع كاي أوضحت نتائج دراسة التي أجراها **جاسنت إبراهيم ريحان وهند مختار دياب Jacinthe,I.Rihan and Hend,M.Diab (2016)**، وجود علاقة بين أغلب الخصائص الأسرية وآليات الضبط الاجتماعي غير الرسمي التى تتبناها الأسرة فى ضبط سلوك أبنائها. **(Jacinthe I. Rihan and Hend M. Diab,2016 : 977-984)**

إلا أنّ **دراسة كلينتون ج. جودمونسون Clinton G. Gudmunson (2016)**، قدّمت نتائج حول السوابق المحتملة لسلوكيات الضبط الأبوية مع توجيه نموذج الإجهاد الأسري، حيث أوضحت النزاعات الزوجية الناجمة عن المشقة المالية بعض سلوكيات الضبط النفسي التي يستخدمها الآباء، ولكن ليس كثيرا في السيطرة السلوكية بالإضافة إلى ذلك، تؤثر سلوكيات الضبط الأبوية على سلوك الأبناء الداخلي وإضفاء الطابع الخارجي عليه بشكل مختلف من خلال تلبية احتياجاتهم المتمتعة بالحكم الذاتي، والكفاءة المتصلة على وجه التحديد، تم عرض تأثيرات غير مباشرة مهمة بين سلوكيات الضبطية النفسية للوالدين اتجاه سلوكيات الأبناء الداخلية والخارجية من خلال استقلاليتهم ؛ وكان للتحكم النفسي تأثير إيجابي غير مباشر كبير على استيعاب السلوكيات من خلال كفاءة الأبناء بينما أظهرت السيطرة السلوكية تأثيرًا سلبيًا كبيرًا غير مباشر على السلوكيات الداخلية للأبناء ولم يتم العثور على أي تأثير غير مباشر بالسلوكيات الخارجية؛ ولم يلاحظ أي تأثير غير مباشر كبير من التحقيق في احتياجات العلاقة الأسرية. هذه النتائج توضح الطبيعة المعقدة للتفاعل بين الآباء والأبناء**. (Clinton G. Gudmunson, 2016 : 133)**

4. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

تقضي الفرضية الثانية، بمدى مساهمة المناخ الأسري في التنبؤ بالسلوك العدواني لدى الأبناء محل الدراسة، وأظهرت نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط Simple liner regression في التوزيع المشترك للمتغيرين، أنّ حوالي 69,2% من التباين في السلوك العدواني لدى الأبناء عينة الدراسة يمكن تفسيرها من خلال المناخ الأسري، وهو ما يعني أنّ الفرضية قد تحققت. أي أنّ المناخ الأسري يساهم وبقدر كبير في التنبؤ بالسلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

فهذه النتيجة تتفق إلى حدٍّ كبير مع دراسة **تيلوف وتورنوفا B. Tilov & B. Tornyova (2016)**، حول مدى تأثير البيئة الأسرية كعامل لتغلب على العدوان والحد منه بمرحلة المراهقة، وذلك من خلال سؤال التقييم الذاتي، هذا وتكونت مجموعة الدراسة من 604 طلاب، المسجلين في ثماني مدارس ثانوية والمدارس المهنية في مدينة بلوفديف

Plovdiv، وتراوح سن الطلاب المشاركين في الدراسة بين 14 و 18 سنة. وأظهر تحليل النتائج أن توزيع الذكور هو 54.14 ± 2.03 ، في حين 45.86 ±2.03 بالنسبة للإناث، أمّا نتائج العلاقة بين هذا البيان والمقاييس الموجهة لقياس مستويات العدوانية في جميع المستويات. للمقياس "العدوان البدني" (F = 8.99) P <0.001، "العدوان اللفظي" (F = 13.53) P <0.001، "الغضب" (F = 9.82) P <0.001، "العداء (F = 13.19) P <0.05 و" العدوان العام " (F = 10.49) P <0.001 وكشفت الدراسة أيضاً على أنّ البيئة الأسرية هي المكان الذي يمر فيه الأبناء بالمراحل المتغيرة من حياتهم الواعية، والمراحل المرتبطة بهم الجسدية والعقلية والعاطفية ومما لا شك فيه أنّ سلطة الوالد أو الوصي هي المحدد الأكثر أهمية في تطوير أو الحد من سلوك الأبناء. (**B. Tilov & B. Tornyova, 2016 : 217-221**)

كما قد نفسر هذه النتيجة بحسب توقعات الأبناء السيكوسوماتيين لمناخهم الأسري، وذلك باعتبار أن الأسرة هي من أكثر المؤسسات تأثيرا وبقاء في حياة الأبناء.

ونتيجة هذه الدراسة، جاءت لتؤكّد بالدليل الواضح على أنّ الآباء والأمهات يمكنهم التأثير على سلوك الأبناء إلاّ أنّ **إليانور ماكوبي Eleanor,E.Maccoby (2000)**، ترى بأنّ هناك أدلة أخرى ولها نفس القدر من الأهمية على الدور التركيبي الوراثي في التنبؤ بالخصائص السلوكية للأبناء، والذي يؤثر أيضًا على صحتهم من خلال الطريقة التي يُعاملون بها من قبل آبائهم، وتوفر دراسة التوأم قوة التأثيرات الوراثية على الخصائص السلوكية، ذلك بالرغم من أن التقديرات الوراثية لسمات شخصية معينة والتي قد تختلف اختلافًا كبيرًا،لا يمكن اعتبارها تقديراً نهائيًا. كما يُرى أن الاستعداد الوراثي للأبناء وأنظمة تربية آبائهم متشابكة بشكل وثيق، بحيث تؤثر الطرق التي يعمل بها الأولياء بشكل مشترك على نمو الأبناء.(**Eleanor,E.M, 2000: 01-27)**

هذا الطرح يجادل بأنّ معرفة قوة العوامل الوراثية ليس أساسًا كافيًا لتقدير العوامل الشخصية والبيئية، كما أن محاولات القيام بذلك يمكن أن تقلل بشكل منهجي من آثار الأبوة والأمومة في تكوين سلوك الأبناء.

تفق هذه النتيجة أيضاً مع نتائج دراسة **رنا ومالهوترا M.Rana & D.Malhotra (2005)**، التي تناولت العلاقة بين البيئة الأسرية وتطور الميول العدوانية. شارك ما مجموعه 100 فتاة و100 فتى، تتراوح أعمارهم بين 15 و 18 سنة في الدراسة. وقد تم استخدام نفس البيانات المقدرة من نظير الجنس. وأظهرت النتائج أن البيئة الأسرية أثرت على السلوك العدواني. كما أظهرت الفروق بين الجنسين، كما هو متوقع. وسجل الذكور أعلى مستوى من الفتيات في العدوان البدني واللفظي وغير المباشر وكانت النتائج المتعلقة بمستويات الإدراك لأبعاد البيئة الأسرية مختلفة من حيث جنس الأبناء. **(M. Rana & D. Malhotra, 2005: 61-74)**

كما تتفق هذه النتيجة أيضاً مع بحث **كلود مايلوكس Claude Mailloux (1992)**، والذي تناول مساهمة البيئة العائلية في صعوبة التكيف والتعلم للأبناء من عمر 6 إلى 12 سنة، وكان الغرض من هذا البحث هو وصف مكونات ومحددة من البيئة الأسرية التي تساهم في ظهور اضطرابات التكيف والتعلم لدى الأبناء من 6- 12 سنة. الفرضية الأولى تحدد الأبناء الذين يعانون من صعوبات التعلم trouble d'apprentissage (TA) لديهم مزيد من اضطرابات السلوك الداخلي أو الخارجي مقارنة بالأبناء الآخرين، وأمّا الفرضية الثانية فتفترض بأنّ الأبناء الذين لديهم صعوبات التعلم والتكيف (TA) ينتمون لأسر لوحظت فيها مواقف متطرفة، هذا وتنص الفرصية الثالثه والرابعة على أن الأبناء (TA) لديهم اضطرابات سلوكية خارجية des troubles du comportement extériorisés (العدوانية والاضطرابات العنيفة agressivité et turbulence) وهم يعيشون في بيئة أسرية غير منظمة، وأنّ الأبناء الذين لديهم (TA) يعانون أيضاً من اضطرابات سلوكية داخلية des troubles du comportement internalisés (القلق والسحب anxiété et retrait) وهم يعيشون في بيئة أسرية منظمة. وتكونت العينة من 43 طالباً يعانون من صعوبات التعلم من الطور التعليمي الأول والسادس من المرحلة الابتدائية تم

استخدام "مقياس المناخ الأسري" لـ موس Moos (1984) ومقياس" قابلية العائلة للتكيف والتماسك "(FACES) لـ أولسون OIson (1985) لتحديد خصائص مكونات البيئة الأسرية، و"استبيان تقييم سلوك المدرسة الابتدائية" (QECEP) يستكمل من قبل المعلمين لتحديد أنواع سلوك هؤلاء الطلاب. والنتائج الرئيسية التي تم الحصول عليها تبين أنّ أبناء لديهم مزيد من اضطرابات السلوك (العدواني واضطراب حركي عنيف)، وهم يعانون من " القلق والانسحاب " بالإضافة إلى ذلك، ينتمي الأبناء إلى أسر بها صراعات أسرية كثيرة وأيضاً تؤكد نتائج البحث على دور البيئة الأسرية في الإنجاز والمزيد من اضطرابات السلوك التكيفي لدى الأبناء. وعلاوة على ذلك، فإن النتائج لم تجعل من الممكن ربط أنواع اضطراب سلوك طلاب بأنواع الأسر غير المنظمة أو المنظمة. وأشارت النتائج إلى ضرورة النظر في صعوبات التعلم كأعراض داخلية متلازمة وأكثر اتصال بالتفاعلات الأسرية. بالإضافة للنزاعات العائلية وظهور المثلثات التي تنطوي على النظم الفرعية للأسرة. (**Claude Mailloux, 1992: 73-153)**

ما هو ملاحظ للأسف هنا أنّ الأسر تعمد إلى تشجيع أو تعزيز أبنائها السيكوسوماتيين بهذا السلوك العدواني الذي يسمح لهم بالحصول على إحتياجاتهم ورغباهم من خلال أذية الذات ولفت إنتباه الآخر نحوهم.

ويرى **محمد زياد حمدان (2015)**، بأنّ خطورة إستمرار الأسرة في السلوك العدواني لدى الأبناء يساهم في تعويدهم على هذا الأسلوب كآلية لتلعامل مع الحياة، وفي تحقيق رغباتهم وحاجاتهم، أو للحصول على أشياء من الآخرين، وأنّ هذه الأسر تزرع بذور فنائها وشقاء أجيالها بيديها، نتيجة الأنانية أو لفقدان البصيرة بمنطق وسويّة، والأسرة التي ترفض حاجات ورغبات الأبناء دون مبّرر واضح لهم، وتعاملهم بقسوة، وبعنف متواصل لفظياً وجسدياً مع ما يرافق ذلك من قسوة وعنف وإساءة يوصل الأبناء إلى اضطراب نفسي وسلوكي حيث يدفع الغيظ الذي يعتمل داخلهم ضد تعامل وسلوك الأسرة. **(محمد زياد حمدان، 2015: 107-108)**

كما نجد في الدراسة الإكلينيكية لـ **زلاكيت ورحمي N. Zlaket, E. Rahme (2016)**، بأنّ الأسلوب السلطوي للأب اللبناني له تأثير كبير على السلوك العدواني من جانب ابنه المراهق؛ حيث لوحظ أنّ الأب اللبناني هو مركز الأسرة، فهو الأساس والمرجع. وأنّه يمثل القانون والقاعدة، لهذا تأثيره على أفراد الأسرة كبير وفي هذا المنظور تؤكد الدراسة على أن ممارسة سلطة الأب في لبنان لها تأثير على سلوك المراهق العدواني، في المستويات الجسدية واللفظية والجنسية. **(N. Zlaket, E. Rahme, 03/11/2016)**

وقد تناولت دراسة لـ **Stéphanie Leblanc & Nadia Desbiens (2008)**، الخبرة الأسرية وتطوير السلوك العدواني"مراجعة الأدبيات من وجهة نظر اجتماعية معرفية" لدى الأبناء المعرضين للخطر، بناءً على مقاربة اجتماعية معرفية. وفقا لهذه الدراسة، فإن الأسر التي تعيش في بيئات محرومة معرضة لمزيد من الممارسات الوالدية التي تضر بنمو الأبناء وبالتالي، يبدو أن إهمال الأبناء يؤدي إلى أوجه قصور في اكتساب ضبط النفس، وضعف التحفيز الذهني، وفي أوجه القصور في اكتساب المهارات الاجتماعية المختلفة علاوة على ذلك يمكن أن يؤدي الخوف الناجم عن العنف الأسري لزيادة تحيز الإسناد العدائي للأبناء، لذا فإن تجربة العلاقات العنيفة قد تشير إلى أن العلاقات الاجتماعية تقوم على الإكراه. **(Stéphanie L & Nadia D, 2008: 107- 122)**

وبالرجوع إلى الجانب النظري (في الصفحة 66-70)، نجد بأنّ " الفرويدية الحديثة " تعزو ممارسة السلوك العدواني إلى الصراعات الذاتية الداخلية للفرد والإنفعالات الأسرية السالبة التي تحدث كثيراً بين الآباء والأبناء هذا ويمكن تصور ذلك بتقديم النموذج التالي، الذي يوضح العلاقة بين المناخ الأسري والسلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين.

5. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنّ قوة الارتباط بين درجات الأبناء السيكوسوماتيين في السلوك العدواني ودرجاتهم في المناخ الأسري تختلف بإختلاف جنسهم. وبعد تقدير معامل ارتباط بيرسون بين المناخ الأسري والسلوك العدواني لدى الأبناء " ذكور - إناث " كل على حدا، إتضح أنّ معامل الارتباط قدر بـ 0,83- عند الذكور وهو نفسه لدى الإناث، مما يدل على أنّ قوة الارتباط لا تختلف باختلاف الجنس بين متغيريْ البحث. وهو ما يعني أنّ الفرضية الثانية لم تتحقق ويعزو الباحث ذلك إلى كون أن كلا المجموعتين "الذكور-الإناث" تعيشان نفس الضروف والمشكلات الأسرية، والتي أدت إلى إصابتهم بالأمراض السيكوسوماتية في الواقع، هذه النتيجة لا تتفق مع دراسة **Estefanı´a Lo´peza & al (2007)** حول وجود علاقة سالبة دالة بين تأثير البيئة الأسرية والسلوك العدواني بما في ذلك المستوى العاطفي وإدراك السمعة الاجتماعية، والدور الذي قد تلعبه هذه الخصائص في العدوان المدرسي. كان المشاركون 1319 من المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 11- 16 سنة (47% من الذكور) من المدارس الثانوية الحكومية في فالنسيا (إسبانيا)، وقد ساهمت كل متغيرات الدراسة بشكل مختلف في العدوانية تبعا لمتغير جنس الأبناء بنين وبنات، وأكدت النتائج التي تم الحصول عليها على أهمية الروابط المتوقعة بين كل المتغيرات في المعادلات الهيكلية، والتي تم اختبارها والإشارة لها في المسارات المختلفة للبنين والبنات، عموماً فإن نتائج الدراسة تشير إلى أنّ البيئة الأسرية الإيجابية تُعتبر عامل حماية حاسم وقوي للفتيان والفتيات في الحد من تطوير المشاكل السلوكية بالمدرسة كما أن هذا النموذج يمثل 40% من التباين في العدوان بالمدرسة للبنين، و35% للفتيات. **(Estefanı´a Este´vez Lo´peza, 2007: 433-450)**

هذا ويرى **محمد بن محمود آل عبد الله (2012)** أنّ جنس الأبناء يحدّد نوعية الأساليب التي يستخدمها الآباء في رعاية الأبناء، ويكون إختلاف المعاملة الوالدية بإعطاء الذكور قدراً كبيراً من الرعاية وفرض القيود على الإناث ومن ثمّ يكون الذكور أكثر ميلاً لإستخدام السلوك العدواني من الإناث. (**محمد بن محمود آل عبد الله، 2012: 136)**

ونجد في دراسة لـ **أليسا ماكابي وتوماس ليبسكوم Allyssa McCabe & Thomas J. Lipscomb (1988)** أنّه تم تحديد الأنماط التنموية للاختلافات في السلوك العدواني لدى جنس الأبناء من خلال إجراء بحث لعينة من الأحداث في المدراس، بحيث سجلت حرية التعبير لدى 32 من أطفال الحضانة، وقد كشف تحليل المحتوى بالنسبة للأبناء من كلا الجنسين أنّ العدوان اللفظي كان أكثر شيوعًا من العدوان البدني، كما يرتبط بشكل كبير بأسرهم، ولكن لم يتم العثور على أي اختلافات جنسية في العدوان اللفظي، وقد تم استخدام تصميم مستعرض لأخذ عينة من التعبير الحر للأطفال في الصف الأول والثالث والخامس والسابع. وأظهرت نتائج ANOVA في الترددات الخام من العدوان اللفظي، أنّ الذكور في الصف الخامس أنتجوا تعليقات أكثر عدوانية من الإناث. ومع ذلك، فقد أظهرت النسب المئوية الرئيسية بشكل عام في العمر والجنس، أنّ الذكور أكثر عدوانية من الإناث.

(Allyssa.M & Thomas J.L, 1988: 389-401)

وقد أشارت الدراسة الطولية لـ **رشاد موسى (1993)** للفروق بين الجنسين في مستويات السلوك العدواني المختلفة في مرحلتي المراهقة والشباب وقد تم إجراء الدراسة على عينتين: الأولى تتألف من طالبات بالمرحلة الثانوية (ن= 48) بمتوسط حسابي للعمر 16.45 عاماً، وطلاب بنفس المرحلة (ن= 48) بمتوسط حسابي للعمر 16.33 عاماً. وقد طبق عليهم مقياس العدوان للمراهقين الذي يقيس مظاهر مختلفة للعدوان كالعدوان الموجه نحو الآخرين ونحو الأشياء، ونحو الذات. أمّا العيّنة الثانية، فتتكوّن من جامعيين (ن =40) بمتوسط حسابي للعمر 25,22 عاماً، وجامعيات (ن= 40) وقد طبق عليهم مقياس العدوان للشباب الذي يقيس المظاهر المختلفة للعدوان الذي يقيسها المقياس المطبق على المراهقين وانتهت الدراسة الأولى إلى أن الذكور أكثر عدواناً من الإناث في العدوان نحو الآخر ونحو الأشياء والعدوان الكُلي. بينما كانت الإناث أكثر عدواناً من الذكور في العدوان الموجّه نحو الذات.

وبالنسبة لمظاهر العدوان المختلفة للعيّنة الثانية، وجاءت النتائج لتؤكد أن الذكور مرتفعو العدوان أعلى في العدوان من الإناث مرتفعات العدوان وأنّ الذكور مرتفعو العدوان أعلى في العدوان من الإناث منخفضات العدوان وأمّا الذكور منخفضو العدوان أعلى في العدوان من الإناث منخفضات العدوان. **(أسعد علي النمر، 20 /2011/02)**

كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة **مي حسن حمدي عبد الحليم (2006)**، والتي تستهدف من خلالها السلوك العدواني لدى عينة من مراحل النمو المختلفة، للكشف عن الفروق بين الجنسين في العدوانية، وأبعادها في المراحل (الابتدائية- الإعدادية – الثانوية)، ومدى تأثير الترتيب الميلادي وكذلك نوع الأخوة، واختلاف في المستوى الاجتماعي الثقافي للأسرة في السلوك العدواني وقد طبقت الدراسة على عينه قوامها (1243) تلميذا وتلميذة بمحافظة الجيزة، واعتمدت الباحثة على مجموعه من الأدوات : استمارة تحديد المستوى الاجتماعي الثقافي. إعداد د.فايزة يوسف عبد المجيد، ومقياس السلوك العدواني. إعداد الباحثة. ثمّ تم حساب المعالجات الإحصائية للدرجات، حيث تم حساب قيمة (ت) للتعرف على دلالة الفروق بين المتوسطات واستخدام تحليل التباين الأحادي واستخدام طريقة شيفيه للمعالجات الإحصائي، من أهم ما تم التوصل إليه من نتائج الدراسة هو عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث فى العدوان السلبي، كما أنّه توجد فروق ذات دلالة بين الذكور والاناث فى السلوك العدوانى والعدوان(البدنى-اللفظى- الذات- الممتلكات) لصالح الذكور. **(مي عبد الحليم، 2006: 01-02)**

من هنا نجد أن السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين يتمظهر في عدّة صور سلوكية، التي يمكن أن تندرج إكلينيكياً ضمن الأعراض الاكتئابية، كالشعور بالذنب، والأفكار الانتحارية، والخجل، والشعور بالنقص واتهام الذات، والدونية والقلق...وهذا التحليل لدى الباحث لا يلغي في الحقيقة الأمر، كون أن العدوانية تعتبر استعداد داخلي، وجزء من الجشطالت الكُلى في سلوك الشخصية الاضطرابية. لأنّ هذا التداخل بين العدوانية والسيكوسوماتية لا يلقي بالضرورة الضوء على درجة الاختلاف بين الذكور والإناث من حيث مستوى العدوان الموجه نحو الذات إلا من خلال ما تُرجعه هذه النتيجة كأسباب أسرسة جوهرية في احتمالية ظهور الحالات السيكوسوماتية لدى الأبناء.

6. **مناقشة وتحليل عام لنتائج الدراسة الاستكشافية العيادية:** أشارت نتائج الدراسة العيادية الإستكشافية، التي أجريت للحالات السريرية الأربعة من خلال المقابلة العيادية بالعيادتين "بلقايد وقديل" التابعتين للقطاع الصحي بولاية وهران إلى تداخل عدّة إعتبارات في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الحالات.

كما أوضحت الدراسة العيادية الإستكشافية أيضاً، أنّ الحالات الأربعة في العموم لهم نمط سيكولوجي أو سلوكي عدائي والذي ينتج عن شعور دائم بالضيق والعجز مما يصيبهم فيما بعد بتلف صحي ولا يعد جزءًا من النمو الطبيعي لمهاراتهم وقدراتهم العقلية، ذلك راجع لطبيعة النموذج النفسي الأسري الذي ينتمي إليه الأبناء.

ولوحظ أيضاً أنّ الوصمة الأسرية لدى الحالات زادت من معناهم، وذلك بسبب التمييز والضغط النفسي. هذا وقد أظهرت نتائج الدراسة العيادية الإستكشافية أنّ المرضى مرتبطين ارتباطاً إكلينيكياً كبيراً بمناخهم الأسري، والذي يتصف بالأمور التالية:

أ- عدم اتصاف الروابط الأسرية في الأغلب والأعم بالعطف والحب.

ب- ضروف التنشئة الأسرية الخاطئة، التي كان لها الأثر السلبي على صحة الأبناء.

ت- نقص الرعاية الصحية بالأسرة، والشعور بإنعدام الأمان.

ث- تأثير خبرات الإساءة في فترة الطفولة على صحة الأبناء.

ج- كثرة الصراعات والخلافات الأسرية بين أفراد الأسرة.

ح- الشعور بالحرمان العاطفي لأحد الأبوين أو كلاهما.

علاوةَ على ذلك، فإنّ الشكاوي البدنية المقدمة لدى الحالات تُعد بمثابة سلوك غير متكيف حدث بسبب التشوهات أو العيوب في التوقعات المتعلقة بالأسرة، والتي تتضمن في حدّ ذاتها الأعراض النفسية كالإكتئاب والتوتر الزائد والإحباط بشكل دوري ولوحظ أنّ التوقعات الأسرية لدى الحالات منخفضة وغير واضحة الأمر الذي يؤدي إلى الإستثارة الإنفعالية، التي تعمل على تعزز السلوكياتهم العدوانية، وبالتالي إصابتهم بالمرض السيكوسوماتية.

وفي ذات السياق، فإنّ نتائج الدراسة العيادية الإستكشافية تتفق مع عدة دراسات سابقة، ذلك عاى غرار الممارسة السريرية لـ **فون ريكيرت وسوزان جاي Vaughn. Rickert & Susan Jay (1994)** في مجال طب الأطفال، والتي أظهرت ما نسبته 10% من الأطفال المرضى لديهم تشخيص نفسي- جسدي وهم يعانون من أعراض مزمنة أو متكررة لا توحي بوجود اضطراب جسدي، وفي الواقع تشكل المشكلات الأسرية أو العاطفية أو السلوكية ما يصل إلى 25% من أسباب الزيارات في ممارسة طب الأطفال، وقد قدّر أن ما يصل إلى 68% من الأطفال المتواجدين للعلاج الطبي لديهم عوامل نفسية مرتبطة بالشكاوى الجسدية وقد أشارت الممارسات الطبية إلى أن الأعراض النفسية الجسدية تبلغ ذروتها في بعض الأعمار (7 عاماً للذكور، 6-16 عاماً للإناث)، كما بيّن التشخيص الطبي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 4-12 عاماً، أنّ الألم النفسي المنشأ هو الأكثر شيوعًا لديهم، كما تتضمن هذه الأعراض السيكوسوماتية المزمنة والغامضة في كثير من الأحيان آلام البطن المتكررة، والصداع، وآلام العضلات والعظام. **(Vaughn I. Rickert and M. Susan Jay, 1994 : 448-454)**

ووفقًا للتقرير الطبي لـ **هيديتاكا تاناكا وآخرين hiditaka tanakaan & al (2012)** يوجد في اليابان عدد من الأبناء -"الأطفال والمراهقين"-، الذين يعانون من اضطرابات مرتبطة بالجانب العاطفي، بما في ذلك الأمراض "النفسية-الجسدية"، والمشاكل السلوكية والغياب عن المدرسة، وكان لدى الأطفال اليابانيين درجة أعلى بكثير من الأعراض الجسدية والشكاوى النفسية مقارنةً بالأطفال السويديين، كما قد تأثرت هذه التأثيرات بشدة بالإجهاد المرتبط بالمدرسة أكثر من الإجهاد المرتبط بالأسرة. هذا ولإنفاذ التدابير المضادة للمشكلات النفسية الجسدية عند الأبناء، تم المراجعة للإجراءات المضادة بما في ذلك المبادئ التوجيهية السريرية للمرضى السيكوسوماتيين ومناقشتها. **(hiditaka tanakaan & al, 20/03/2012)**

وهو ما يتفق مع دراسة **خليل محمد بيومي (2000)**، حول العلاقة الارتباطية بين المناخ الأسري والصحة النفسية للأبناء، وقد أوضحت الدراسة أنّ المناخ الأسري الذي يسوده "الصراع والأنانية واضطراب الأدوار وفساد الحياة الزوجية"، يعمل على اضطراب شخصية الأبناء، ويدفعهم للسلوك العدواني الجامح مع الاستهانة بالقيم والتمرد عليها وسيطرة الكراهية. **(في رمزية شريف إبراهيم، 2015: 303)**

❖ **المناقشة العامة:**

كان الغرض من إجراء هذه الخطوة هو تفسير ووصف مغزى النتائج التي توصل إليها الباحث في دراسته وشرحها مع فهم الرؤى الجديدة، التي نشأت كنتيجة لدراسة مشكلة المناخ الأسري وعلاقته بالسلوك العدواني لدى الأبناء ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية، والتي سعى جاهداً للوصول إليها أثناء هذه المرحلة. تشير نتائج الدراسة الحالية إلى مهمة استخلاص الاستنتاجات من الحقائق التي تم جمعها بعد دراسة تحليلية وصفية في واقع الحالات السيكوسوماتية هذا وتتيح نتائج الدراسة العيادية الاستكشافية فرضيات للبحث التجريبي وبالتالي الانتقال من البحث الوصفي الاستكشافي إلى البحث التجريبي، فمن خلال كل ما تم ذكره آنفاً لنتائج الدراسة الحالية يتضح، أنّ المناخ الأسري يُعتبر مصدراً هاماً جداً في إكتساب الأبناء السيكوسوماتيين للسلوك العدائي وأنّ أساليب المعاملة الوالدية التي تتبناه الأسرة تحدّد بشكل جليّ السيمات السلوكية الدائمة للأبناء، وعليه وجب على الأسرة أن تعمل على فهم

الدافع وراء السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين والوقوف منه موقف المتفهم الهاديء إذ يتوجب عليها النظر في الدوافع والمسببات التي أدت لذلك، كما تجدر الإشارة هنا إلى أنّ تأثير المناخ الأسري في نشأة الأمراض " النفسية- الجسدية " كبير جدًا. هذا وتشير نتائج الدراسة إلى ضرورة التشخيص المبكر وعلى ملاءمته للحالة المرضية والتصحيح والحاجة للعمل التربوي العام، فالزيادة في نسبة تعرض الأبناء للإصابة باضطرابات سيكوسوماتية بسبب تأزم مناخهم الأسري يزيد من توترهم المزمن ومن معاناتهم وشعورهم بالوحدة، وتجنبهم الارتباط، وقلق الارتباط، والتجارب المؤلمة أثناء الطفولة، فالأمر هو يثير القلق ويسلط الضوء على أهمية الأسرة في الوقاية منها، ومن هنا فإنّ طبيعة المناخ الأسري ونمط العلاقات الأسرية السائدة داخله، تحدد وبشكل كبير شخصية الأبناء ونمط سلوكهم. فحينما يكون المناخ الأسري صحي مفعم بالدفء والحب والإنسجام والأمن والإحترام، فإنّ ذلك يؤدي لإختفاء الاضطرابات السلوكية ومن بينها السلوك العدواني، كما يؤدي أيضاً لإختفاء العوارض والاضطرابات النفسية والجسمية، أمّا إذا كان المناخ الأسري السائد في الأسرة مرضي أو يشوبه التوترات ومليئاً بالصراعات والمنزعات والإحباطات، فإنّ الكيان الأسري يكون معرضاً للتصدع والانهيار وتتفاقم فيه الصراعات والمشاكل النفسية والصحية والانحرفات السلوكية لدى الأبناء.

❖ **المساهمة العلمية:**

المساهمة العلمية التي تُقدمها الدراسة الحالية في أدبيات علم النفس الأسري تتمحور في تناولها للحالات السريرية المرضية التي تعاني من الاضطرابات السيكوسوماتية الناجمة عن مشاكل نفسية واسعة والتي ترتبط بالمناخ الأسري الدافع لاكتساب سلوكيات عدوانية وانفعالية التي بدورها تؤدي لإصابتهم بالعرض الصريح للمرض المزمن. كما أنّ المغزى الحقيقي من إجراء هذه الدراسة هو تحديد ما يأمل فيه الباحث بأن يفيد الأخصائيين النفسانيين في مجال الممارسة العيادية من خلال لفت انتباههم لضرورة مراعاة العامل الأسري أثناء الفحص النفسي للحالات السيكوسوماتية وقد تساهم بيانات ونتائج الدراسة أيضا في استفادة القراء والباحثين الآخرين في مجال دراستهم واهتماماتهم العلمية.

الخاتمة والتوصيات:

الخاتمة والإقتراحات:

بناءاً على ما توصلت إليه نتائج الدراسة، نجد أنّ المناخ الأسري له علاقة بمستوى السلوك العدواني لدى الأبناء السيكوسوماتيين وعليه يمكن إدراج بعض التوصيات التي قد تساعد الأخصائي النفسي في الممارسة وتحسن الوضع الصحي داخل الأسرة وتقلل من حدّة السلوك العدواني وتقي من الأمراض السيكوسوماتية، وهذا من خلال:

1. خفض نسبة حدوث الأعراض Incidence، وذلك بواسطة الإجراءات الطبية الإستعجالية من أجل السيطرة عليها أو بالحدّ من نسبة حدوث الحالات المرضية، كوقاية أولية Premary prevention وهنا لابد من وضع برامج الصحة النفسية، لتشمل الفئات العمرية المختلفة خاصة وقد أصبح الطب السيكوسوماتي يتمتع الآن بتخصصات دقيقة تشمل الطب النفسي للأطفال واليافعين والطب النفسي للأسرة.
2. يجب وقاية الأسرة Family prevention، وذلك بتبني مبدأ البرامج الوقائية والتثقيف النفسي الأسري أثناء عملية التنشئة الوالدية للأبناء. مع الحاجة الماسة لدعم الآباء، فيما يخص تقديم الرعاية الصحية الكافية، من أجل المساعدة في وقاية الأبناء بشكل أفضل في المراحل الأولى من نموهم ويتم ذلك من خلال التشخيص المبكر للأمراض والاضطرابات النفسية، ثم العمل على علاجها حتى يمكن السيطرة عليها والتخفيف من أثرها إلى أدنى مستوى، وبالتالي تتخذ الأسرة الإجراءات المناسبة علاجياً ووقائيًا.
3. الوقاية الفورية من الأمراض Immediate prevention وذلك من خلال استخدام الإجراءات الفورية من أجل السيطرة على الاضطرابات النفسية، الناجمة عن الضغوط النفسية والانفعالات وحالات القلق والواقية من تدهور الوضع الصحي، وذلك بمساعدة المريض وأسرته، بالتأهيل النفسي المناسب.

الإقترحات: على ضوء النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة، يمكن أن ندرج بعض الاقترحات:

I. العمل على إجراء دراسات بشكل أكثر تفصيلاً، حول طبيعة المناخ الأسري لدى الأبناء السيكوسوماتين.
II. العمل على بناء برنامج علاجي أسري، الذي يسمح بالتكفل النفسي للأبناء السيكوسوماتيين داخل أسرهم.
III. إجراء دراسة طولية مماثلة في مجال الأمراض السيكوسوماتية، من حيث انتشارها، ومدى الوعي الأسري بها، والعلاقة بينها وبين المتغيرات الأخرى، وذلك من أجل استوعاب أكثر لطبيعة هذه الأمراض.
IV. توعية المرضى السيكوسوماتيين وأسرهم بطبيعة المرض وأهمية تلقي العلاج النفسي، بهدف التخفيف من معاناتهم الجسدية.
V. المساعدة على خفض من مستوى السلوك العدواني لدى الحالات السيكوسوماتية أثناء الممارسة العلاجية.
VI. إرشاد وتوجيه الأطباء المتواجدين بالعيادات والمؤسسات الإستشفائية، بضرورة تحويل المرضى المصابين بمثل هذه الاضطرابات نحو العلاج النفسي، ذلك أثناء إجراء الفحص ووقت الحاجة.

المـراجـــــــــع:

المراجع:

المراجع العربية:

أبراش، ابراهيم. (2012). النظرية السياسية بين التجديد والممارسة. القدس، فلسطين: دار الجندي للنشر والتوزيع.

إبراهيم، خليل عفراء. (2006). المناخ الاسري وعلاقته بالصحة النفسية للابناء. مجلة كلية التربية الأساسية، جامعة المستنصرية - كلية التربية (49)، 507-483.

إبراهيم، سليم عبد العزيز. (2011). المشكلات النفسية و السلوكية لدى الأطفال. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع, الطبعة 01.

ابراهيم، مرسلي كمال. (2008). الأسرة و التوافق الأسري. القاهرة: دار الجامعة للنشر.

أبو العينين، السيد محمد مايسة. (2007). الانفصال الوالدي وعلاقته ببعض الأمراض النفسية والسيكوسوماتية لدى الأبناء - رسالة ماجيستير. جامعة المنصورة: كلية الآداب.

أبو النيل، السيد محمود. (1994). الاضطرابات السيكوسوماتية. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

أبو حطب، فؤاد; صادق، آمال. (2017). نمو الانسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة السنين. شارع عدلي, الفوالة، عابدين, محافظة القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة 04.

أبو زيد، أحمد محمد جاد الرب ; عبد الحميد، هبة جابر. (2015). اضطرابات السلوك الفوضوي . القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

أبو زيد، نبلة أمين علي. (2011). علم النفس الأسري. القاهرة: دار عالم الكتب والنشر والتوزيع, الطبعة 01.

أبو قورة، خليل قطب . (1996). سيكولوجية العدوان. القاهرة: مكتبة الشباب.

أبو ليلة، بشرى عبد الهادي. (2002). أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها باضطراب المسلك - رسالة ماجيستير. الجامعة الاسلامية، غزة: كلية التربية، قسم علم النفس.

أبو مصطفى، نظمي عود. (2009). مظاهر السلوك الشائعة لدى الأطفال الفلسطنيين. مجلة الجامعة الاسلامية (سلسلة الدراسات الانسانية) ، 17 (01)، 528-488.

احسان، براجل. (2017). علاقة مصدر الضغط بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد - رسالة دكتوراه الطور الثالث "ل.م.د" في علم النفس. بسكرة: جامعة محمد خيضر، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.

أحمد الطلاع، عبد الرؤوف. (2000). الضغوط النفسية وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية - رسالة ماجيستير. قطاع غزة, فلسطين: جامعة الأقصى.
أحمد عكاشة. (1982). علم النفس الفيزيولوجي . القاهرة: دار المعارف للنشر والتوزيع.
أحمد يحي،خولة.(2000).الاضطرابات السلوكية والانفعالية.عمان: دار الفكر للطباعة والنشر,الطبعة 01.
أحمد، نجلاء اسماعيل. (2017). الاعلام الديني و التعددية الثقافية. عمان، وسط البلد: دار معتز للنشر والتوزيع - مجمع الفحيص التجاري.
اسماعيل، ياسين عبد الرزاق ; اسماعيل، يامنة عبد القادر. (2014). دراسة في الاكتئاب و العدوان. عمان: دار اليازوري، الطبعة 01.
أشرف، محمد أحمد علي; مجدوب، أحمد محمد أحمد قمر ; محجوب، الصديق محمد أحمد. (2016). المناخ الأسري وعلاقته بالشعور بالأمن النفسي لذوي صعوبات التعلم بمركز الاحتياجات الخاصة بولاية الخرطوم. مجلة العلوم النفسية والتربوية ، 02 (02)، 84-65.
أشرف، نهى. (10 04, 2016). الاضطرابات السيكوسوماتية أو النفسجسمية. تاريخ الاسترداد 15 02, 2018، من علم النفس: http://www.plus google.com
آل زعلة، موسى أحمد. (16 07, 2015). النفس والجسد... رؤية طبية نفسية. تاريخ الاسترداد 02 11, 2018، من جمعية الكوثر للصحة الخيرية: http://alkaother.arg-sa/blog/article
آل عبدالله، محمد بن محمود. (2012). سيكولوجية الطفولة والأمومة: مشكلات وحلول . القاهرة: دار النشر والتوزيع: كنوز المعرفة
البارودي، منال. (2015). فن التعامل مع شخصية القائد الصغير. القاهرة: دار الكتب المصرية.
البدراني، فاطمة محمد صالح. (2009). المناخ الأسري لدى طلبة جامعة الموصل. مجلة أبحاث كلية التربية-الأساسية, جامعة الموصل, العراق ، 08 (04)، 113-90.
البدراني، فاطمة محمد صالح. (2009). المناخ الأسري لدى طلبة جامعة الموصل. مجلة أبحاث كلية التربية-الأساسية, جامعة الموصل, العراق ، 08 (04)، 113-90.
التويجي، محمد عبد المحسن. (2001). الأسرة والتنشئة الاجتماعية في المجتمع العربي السعودي. الرياض: مكتبة العبيكان للنشر والتوزيع.

الجوالدة، فؤاد عيد; سهير، ممدوح; نبات، محمود سهولة. (2017). المناخ الأسري وعلاقته بالكفاءة الذاتية المدركة لدى الأشخاص ذوي الاعاقة البصرية الأردن.المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، 10 (01)، 19-38.
الجوالده، فؤاد عيد; محمد الإمام، صالح. (19 05, 2009). المناخ الأسري وعلاقته بالأمن الفكري لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية. المؤتمر الوطني الأول للأمن الفكري ، 01-28.
الحمراني، رضى. (2000). الحرمان العاطفي وعلاقته بالاضطرابات النفسية العضوية لدى أطفال الطلاق، أطروحة دكتوراه. الرباط: جامعة محمد الخامس.
الختاتنة، سامي محسن. (2013). مشكلات طفل الروضة. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
الخديمي، عبد الستار. (13 08, 2017). الأسرة المعاصرة على درب الاستقلالية المادية والمعنوية. تاريخ الاسترداد 22 11, 2018، من جريدة العرب: https://alarab.co.uk/
الخشاب، مصطفى. (1985). دراسات في علم الاجتماع العائلي. بيروت، لبنان : دار النهضة العربية .

الخليدي، عبد المجيد; وهبي, كمال حسن. (دون سنة). الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال. بيروت: دار الفكر العربي.

الخويجي، خليل بن براهيم. (2010). المناخ الأسري و علاقته بقدرات التفكير الابتكاري لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة الرياض والهفوف - أظروحة دكتوراه. الرياض: كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس.

الدامغ، سامي عبدالعزيز. (20 05, 2011). نظرية الأنساق العامة: امكانية توظيفها في الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية. تاريخ الاسترداد 16 11, 2018، من EL ONDY : http://maraji3-elondy.blogspot.com

الدقس، كامل مي. (2013). أنماط الشخصية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية المنتشرة لدى عينة من المجتمع السعودي رسالة ماجيستير.جامعة اليرموك,الأردن: كلية التربية, قسم علم النفس الارشادي والتربوي.

الرابغي، خالد بن محمد بن محمود. (2014). التفكير الإبداعي و المتغيرات النفسية و الإجتماعية لدى الطلبة الموهوبين. عمان الأردن: مركز ديبونو لتعليم التفكير.

الراجي، محمد. (2011). المعاملة الوالدية والفشل الدراسي وعلاقة كل واحد منهما بالسلوك العدواني لدى تلاميذ المستوايين الخامس والسادس من التعليم الإبتدائي - متطلب تكميلي لنيل درحة الماجيستير في علم النفس الطفل. مدينة طاطا - المغرب: الأكادمية العربية البريطانية للتعليم العالي.

الرويفعي، ابن منظور الأنصاري. (1997). لسان العرب. بيروت: دار صادر للنشر والطباعة، ط 02.

الريحان، ربى. (09 07, 2018). الحرية المنضبطة داخل الأسرة تمنح الأبناء شعورا بالسعادة. تاريخ الاسترداد 06 12, 2018، من إسلام ويب: https://www.islamweb.net/ar/article

الزعبي، عبدالله حسين. (2017). السلوك العدواني والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية. عمان: دار الخليج للنشر والتوزيع.

الزغبي، أحمد محمد. (2010). العنف الأسري وآثاره في شخصية الآباء والأبناء. مجلة الفيصل الثقافية (403-404)، 245.

الزغبي، أحمد محمد. (2011). أسس علم النفس الجنائي. عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.

الزليطني، نجاة أحمد. (2014). سيكولوجية العدوان والنظريات المفسرة له. مجلة الجامعة الزاوية ، 04 (16)، 167-184.

السيد، ناجي داود اسحاق. (24 05, 2011). أسباب العدوان - رؤية بحثية من أجل الدعوة لتقديم برامج وقائية. تاريخ الاسترداد 22 11, 2017، من كنانة أونلاين: https://kenanaonline.com

الشربيني، لطفي عبد العزيز.(2003).الطب النفسي ومشكلات الحياة. لبنان: دار النهضة العربية, ط 01.

الشربيني، لطفي عبد العزيز. (2012). معجم مصطلحات الطب النفسي. الكويت: مؤسسة التقديم العلمي.

الشواشرة، عمر مصطفى; الدقش، كامل مي. (2013). أنماط الشخصية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية المنتشرة لدى عينة من المجتمع السعودي. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات ، 02 (34)، 101-140.

الشوربجي، نبيلة عباس. (2002). المشكلات النفسية للأطفال أسبابها-علاجها. القاهرة: دار النهضة العربية للنشر والتوزيع.

الصدّيقي، سلوى عثمان.(2003).الأسرة والسكان من منظور اجتماعي وديني.الاسكندرية: المكتب الحديث.

الصغير، علي محمد. (2011). العلاقة بين عنف الأزواج و المناخ الأسري و سمات شخصية الأبناء المراهقين و سلوكهم : دراسة سيكومترية إكلينيكية - أطروحة دكتوراه. جامعة القاهرة: معهد الدراسات و البحوث التربوية - قسم الإرشاد النفسي و التربوي.

الطحان، محمد خالد; نجيب، موسى محمد. (2008). فاعلية برنامج ارشادي جمعي يستند إلى النظرية الانسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين. مجلة البصائر ، 12 (02)، 193-230.

الظاهر، قحطان أحمد. (2004). تعديل السلوك. عمان: دار النشر وائل، الطبعة 02.

العارف، محمد ليلى. (2014). الاضطرابات السيكوسوماتية وآليات الدفاع النفسي والعصابية وعلاقتها بالصراع النفسي. مجلة جيل العلوم الانسانية والاجتماعية (45)، 42-07.

العزام، عبد الناصر أحمد محمد. (2010). المناخ الأسري وعلاقته بدافعية الانجاز والتكيف الأكاديمي لدى الطلبة المغتربين في جامعة اليرموك - الأردن. مجلة الطفولة العربية (57)، 41-09.

العيسوي، عبد الرحمن. (2000). الاضطرابات النفسجسمية. بيروت: دار الرتب الجامعية.

العيسوي، عبد الرحمن. (1994). الأمراض السيكوسوماتية (دراسة ميدانية على عينة من الشباب العربي ومقياس السكوسوماتية). بيروت: دار النهصة العربية.

العيسوي، عبد الرحمن. (1984). إلى أي مدى يعاني الفرد من المشكلات. مجلة الفيصل (83)، 120-117.

العيسوي، عبد الرحمن. (1997). سيكولوجية المجرم. الاسكندرية: دار الرتب الجامعية.

العينين، مايسة السيد محمد أبو. (2017). الانفصال الوالدي وعلاقته ببعض الأمراض النفسية والسيكوسوماتية لدى الأبناء، رسالة ماجيستير. المنصورة: قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة المنصورة.

الغامضي، عادل. (23 11, 2010). الاضطرابات السيكوسوماتية (النفسجسدية) Psychosomatic Disorder. تاريخ الاسترداد 12 02, 2018، من ACOLP, Aadinath College Of Life Psychology تصنيف على المحور الأول : http://www.acolps.com

الفايز، سعود بن عبد العزيز. (2010). مفهوم الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى المراهقين من مجهولي الهوية- رسالة ماجيستير. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الإدارية.

القاضي، سعيد إسماعيل. (2012). التربية العقلية للأبناء والآباء. القاهرة: دار النشر عالم الكتب.

القريشي, عبد الكريم. (2014/12/17). الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين. ورقلة: جامعة قاصدي مرباح.

القريطي، عبد المطلب. (1998). الصحة النفسية. القاهرة: دار الفكر العربي, الطبعة 01.

الكفافي، علاء الدين. (1999). الارشاد الأسري و العلاج النفسي الأسري - المنظور النسقي الاتصالي. القاهرة: دار الفكر للنشر.

الكندري، أحمد محمد مبارك . (1992). علم النفس الأسري. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع, ط 02.

الماحي، زوبيدة. (2015). دراسة احصائية استكشافية وصفية للسلوك العدواني في مرحلتي التعليميتين الإبتدائية والمتوسط. مجلة العلوم الإنسانية والأجتماعية (21)، 152-137.

المآخدي، سلوى علي علي. (2007). المشكلات السلوكية الأكثر شيوعاً لدى أطفال الروضة وعلاقتها بالمناخ الأسري بالجمهورية اليمنية. رسالة ماجستير - جامعة عين شمس.

المالح، حسان. (2012). الاضطرابات النفسية الجسمية - ضمن الموسوعة الطبية. دمشق: دار الفكر - هيئة الموسوعة العربية, المجلد العاشر.
المتوكل، بشرى. (23 12, 2008). عدوانية الأطفال ودور الأسرة. تاريخ الاسترداد 20 12, 2018، من مغرس: https://www.maghress.com/alalam/6919 .
المطيري، عبير هادي. (2013). الاضطرابات السلوكية وجنوح الأحداث. عمان: دار أمنة للنشر والتوزيع.
المليجي، عبد المنعم ; المليجي، حلمي. (2006). النمو النفسي. بيروت: دار النهضة العربية, ط 04.
النابلسي، محمد أحمد. (1992). مباديء السيكوسوماتيك وتصنيفاته. عين ميلة: دار الهدى.
النجار،فاطمة الزهراء.(2011).مشكلات الأطفال السلوكية والانفعالية.الاسكندرية:دار وفاء للطباعة, ط 01
النمر، أسعد علي. (20 02, 2011). الفروق بين الجنسين في العدوان: دراسة مقارنة. مجلة الواحة الثقافية والأدابية في الخليج - شتاء- العدد:16 - تاريخ الاسترداد 24 02, 2018، من الواحة: http://www.alwahamag.com/?act=artc&id=802.
الهبيدة، جابر مبارك عايض نافل. (2012). الذكاء الوجداني للوالدين وعلاقته بالمناخ الأسري والتوافق النفسي للأبناء في الأسر المضطربة - دكتوراه. جامعة القاهرة: معهد الدراسات التربوية - قسم الارشاد النفسي.
الهذلي، نور خليفة غبش. (2014). المناخ الأسري و انعكاساته على نضج الاجتماعي - رسالة ماجيستير. المملكة العربية السعودية: جامعة أم القرى، قسم السكن و ادارة المنزل.
الوايلي، عبد الله. (1993). السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين ذهنياً - طبيعته وأساليب علاجه. الرياض: مركز البحوث التربوية- جامة الملك بن سعود.
أمبارك، نهاري. (31 01, 2012). التربية على القيم بين التعلمات والمعاملات. تاريخ الاسترداد 10 12, 2018، من الجريدة الالكترونية وجدة سيتي: https://www.oujdacity.net/regional-article-57274-ar
أوموسى، ذهبية ; موساوي، فاطمة الزهراء. (2015). الضبط الاجتماعي وعلاقته بعنف الطالبات المقيمات بالحي الجامعي" الحي الجامعي زوبيدة حمادوش بالبليدة نموذجا. مجلة البحوث والدراسات العلمية ، 01 (09)، 25-09.
بختاوي، بولجراف. (2015). علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق لدى طلبة الجامعة - مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية - جامعة قاصدي مرباح، ورقلة (18)، 86-75.
بدوي، أم الخير. (2017). التفاعل الاجتماعي الأسري والتوافق النفسي - الاجتماعي للأفراد التحديات والآثار. مجلة التغيير الاجتماعي - جامعة خيضر (02)، 220-201.
بدوي، زياد أحمد. (2011). فاعلية برنامج ارشادي قائم على فن القصة لخفض السلوك العدواني لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، رسالة ماجيستير. غزة: الجامعة الإسلامية.
بشناق، رأفت محمد. (2001). سيكولوجيا الأطفال - دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية. بيروت: دار النفائس, الطبعة 01.
بعلي، مصطفى. (2015). القبول والرفض الوالدي كما يدركه الأبناء وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية - أطروحة دكتوراه. بسكرة: جامعة محمد خيضر، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.
بكار، عبد الكريم. (2011). مشكلات الأطفال تشخيص وعلاج لأهم عشر مشكلات. سوريا: مؤسسة الاسلام اليوم، الطبعة 03.

بن حليلم، أسماء. (2014). السلوك العدواني لدى الطفل وعلاقته بالاساءة اللفظية والاهمال من طرف الأم. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية - جامعة الوادي (07)، 37-21.

بن سكيريفة، مريم ; غزال, نعيمة. (10 04, 2013). علاقة المعاملة الوالدية بالسلوك العدواني لدى المراهق- جامعة قصدي مرباح, ورقلة. تاريخ الاسترداد 28 10, 2016، من مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية: https://manifest.univ-ouargla.dz/documents/Archive/Archive

بن عيسى، محمد المهدي; بوسحلة, إيناس; عويسي, خيرة. (10-09/ 04/ 2013). الأسرة الجزائرية في ضل إعادة انتاج مقومات الجودة الأسرية - ورقة بحثية في الملتقى الوطني الثاني حول الاتصال وجودة الحياة في الأسرة. ورقلة: جامعة قاصدي مرباح.

بن كرو، فياض. (2013). الوسائط المعرفية وأهميتها في تفسير السلوك العدواني- دراسة نفسية وتربوية. (10)، 71-84.

بن محمود، الربعي خالد بن محمد. (2013). التفكير الابداعي والمتغيرات النفسية والاجتماعية لدى الطلبة الموهوبين. عمّان, الأردن: مركز ديبونو لتعليم التفكير.

بهتون، نصر الدين. (2008). الوضع الاقتصادي للأسرة و أثره في التنشئة الاجتماعية للطفل المتخلف عقلياً، رسالة ماجستير في علم اجتماع العائلي. باتنة. الجزائر: قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الشرعية – جامعة الحاج لخضر.

بوروبي، رجاح فريدة. (09- 10 04, 2013). الضغوط الأسرية لدى الأسرة الجزائرية - ورقة بحثية. تاريخ الاسترداد 02 12, 2019، من الملتقى الوطني الثاني حول الاتصال وجودة الحياة في الأسرة, جامعة قاصدي مرباح - ورقلة: https://manifest.univ-ouargla.dz/archives

بوشاشي، سامية. (2013). السلوك العدواني وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى طلبة الجامعة - رسالة ماجستير. جامعة مولود معمري، تيزي وزو: كلية الآداب والعلوم الانسانية.

تركي العنزي، أمل سليمان. (2014). أساليب مواجهة الضغوط عند الصحيات والمصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية - دراسة مقارنة - رسالة ماجيستير. جامعة الملك سعود، العربية السعودية: كلية التربية، قسم علم النفس.

تعوينات، علي. (19 02, 2015). السلوك العدواني. تاريخ الاسترداد 13 01, 2017، من المشكلات النفسية: http://educapsy.com/solutions/comportement-agressif-210

تهاني، محمد عبد القادر الصالح. (2012). دراسة مظاهر وأسباب السلوك العدواني لدى طلبة المرحلة الأساسية في المدارس الحكومية وطرق علاجها من وجهة نظر المعلمين. فلسطين: جامعة النجاح الوطنية.

جابر، سامية محمد. (1998). الانحراف و المجتمع. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

جاسم، آلاء محمد; العبيدي, محمد جاسم ولي; . (2010). الارشاد و التوجيه النفسي. عمان: مركز ديبونو لتعليم التفكير.

جعفر، صباح. (2016). أنماط التنشئة الأسرية و علاقتها بدافعية الإنجاز لدى طلبة جامعة محمد خيضر بسكرة- أطروحة دكتوراه في علم النفس الاجتماعي. بسكرة: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية-قسم العلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر.

جميل، ابتسام. (07 02, 2017). الطفولة و حرية التعبير. تاريخ الاسترداد 20 11, 2018، من ياله من دين - ركن الأسرة: http://www.denana.com/main/WriterArticles.aspx

جودة، السيد السيد سالم. (1999). دراسة للمناخ الأسري في علاقته بالتوافق المدرسي للطلاب المرحلة الاعدادية - رسالة ماجيستير. جامعة الزقازيق، مصر: كلية التربية, قسم الصحة النفسية.
حاج موسى، أحمد. (2017). العلاقة بين الضغوط النفسية وفاعلية الذات لدى طلاب كلية التربية في جامعة البعث - قسم الارشاد النفسي. مجلة جامعة البعث ، 39 (14)، 44-11.
حجاب، سارة. (2019). المعاملة الوالدية كما يدركها الطفل و تأثيرها على صحته النفسية. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية ، 04 (07)، 43-33.
حجاب، سارة. (2018). المعاملة الوالدية كما يدركها الطفل وتأثيرها على صحته النفسية أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية: جامعة محمد لمين دباغين، سطيف 02 .
حجازي، مصطفى. (2015). الأسرة و صحتها النفسية (مقومات، ديناميات، العمليات). الدار البيضاء: المركز الثقافي العربي، الطبعة 01.
حجازي، مصطفى. (1985). معجم المصطلحات التحليل النفسي. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة 01.
حرّاث، فتيحة. (2013). القيم الأسرية بين الثقافة التقليدية والفقافة العصرية. المجلة الجزائرية في الأنثروبولوجيا والعلوم الاجتماعية (59)، 73-53.
حسن عثمان، شكري عيدة . (2001). ضغوط الحياة والتوافق الزواجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والسويات - رسالة ماجيستير. جامعة عين الشمس: كلية الآداب، قسم علم النفس.
حسن، أنور حسن. (2017). أثر عمل المرأة في تماسك الأسرة وتنشئة الأطفال. مجلة كلية الدراسات العليا ، 10 (2-37)، 01-16.
حضر، سامي عبد الرحمان حنان ; العاطي، محمد منار. (2009). المناخ الأسري و علاقته بدوافع الزواج العرفي - جامعة الحلوان. المؤتمر الدولي (22) للخدمة الاجتماعية ، 00.
حلاوة، باسمة. (2011). دور الوالدين في تكوين الشخصية الاجتماعية عند الأبناء "دراسة ميدانية في مدينة دمشق ". مجلة جامعة دمشق ، 27 (03 + 04)، 109-71.
حمادن، سامية. (22 02, 2014). "الحوار".. اللغة التي لا تفهمها الأسرة الجزائرية؟ تاريخ الاسترداد 4 11, 2019، من الفجر: www.al-fadjr.com
حمدان، حمد زياد. (2015). انحرافات سلوكية للأسرة و الأبناء " عينة لأنواعها ومصادرها وأساليب علاجها. دمشق: دار التربية الحديثة للنشر والتوزيع.
حمدان، زياد محمد. (2015). التربية الأسرية السليمة للأبناء. دمشق: دار النشر: التربية الحديثة.
حمدان، محمد زياد. (2015).) صحة الأسرة الوقائية والعلاجية. دمشق: دار التربية الحديثة للنشر والاستشارات.
حمدان، محمد زياد. (2015). انحرافات سلوكية للأسرة والأبناء - عينة لأنواعها ومصادرها وأساليب علاجها. العزيزية، جدة: دار التربية الحديثة.
حمودي، أحمد جميل. (29 06, 2008). الأسرة العربية والتنشئة الاجتماعية. تاريخ الاسترداد 26 11, 2019، من الحوار المتمدن ، محور علم النفس: http://www.ahewar.org

حناشي، ياسين. (2018). دور الانشطة الترويحية في التقليل من الاضطربات النفسية الاجتماعية لدى أطفال الكشافة - دراسة ميدانية لبعض الأفواج الكشفية للمحافظة الولائية لولاية سطيف. مجلة أبحاث نفسية وتربوية ، 09 (03)، 193-201.

خديوى، فاتن; سعودي، سارة. (18 04, 2018). الاضطرابات النفسية في «الريف» أكثر من «المدن»، نتائج المسح القومي للصحة النفسية بمصر- الدستور. تاريخ الاسترداد 27 12, 2019، من الخبر: https://akhbarak.net

خطاطبة، يحيى مبارك. (2017). أشكال التفاعل الأسري وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية لدى طلبة جامعة اليرموك، أطروحة دكتوراه. إربد, الأردن: جامعة اليرموك.

خليل، ابراهيم عفراء. (2006). المناخ الأسري وعلاقته بالصحة النفسية للأبناء. مجلة كلية التربية الأساسية, الجامعة المستنصرية (49)، 507-483.

خليل، محمد محمد بيومي. (2000). سيكولوجية العلاقة الأسرية. القاهرة: دار القباء للطباعة والنشر.

خير الزراد، فيصل محمد. (2000). الأمراض النفسية الجسدية " أمراض العصر ". بيروت: دار النفائس, الطبعة 01.

داور، محمد غانم ليلى. (2008). العدوان في علاقته ببعض الاضطرابات النفسجسمية لدى عينة من الطلاب الفلسطنيين - أطروحة دكتوراه. جامعة ألمنيا: كلية التربية، قسم الصحة النفسية.

دحلان، أحمد محمد عبد الهادي. (2003). العلاقة بين مشاهدة بعض برامج التلفاز والسلوك العدواني لدى الأطفال بمحافظة غزة- رسالة ماجيستير. غزة: الجامعة الاسلامية.

دفي، جمال. (2015). سيكولوجية اللعب ودورها في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال في مرحلة الطفولة- رسالة ماجيستير. تيزي وزو: جامعة مولود معمرية.

دلول، آلاء طه سالم. (2018). المناخ الأسري وعلاقته بالتسامح لدى طلبة جامعة الأزهر - رسالة ماجيستير. غزة: قسم علم النفس, كلية التربية، جامعة الأزهر.

دلول، آلاء طه سالم. (2018). المناخ الأسري وعلاقته بالتسامح لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة - رسالة ماجيستير. فلسطين. غزة: جامعة الأزهر، كلية التربية.

دنيا - "أرشيف". (03 05, 2018). المناخ الأسري يؤثر في قدرة الأبناء على إنجاح علاقاتهم. تاريخ الاسترداد 06 01, 2019، من أبوظبي (الاتحاد): https://www.alittihad.ae/article/

دون، دنكمبير; جاري، ماكي. (2003). دليل الآباء، التدريب المنتظم للتربية الفعالة - "تلخيص" العليان سرى 2016/08/31. مدينة الظهران: دار الكتاب التربوي للنشر والتوزيع، الطلعة 01.

راوي، حسن محمود السعيد. (2010). فاعلية برنامج نفسي بدني على خفض مستوى انحرافات السلوك لدى أطفال المؤسسات الايوائية - بحث مقدم ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجيستير . جامعة بنها: كلية التربية الرياضية للبنين، قسم نظريات وتطبيقات رياضات المنازلات.

ريحاني، الزهرة. (2010). العنف الأسري ضد المرأة وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية - رسالة ماجيستير. بسكرة: جامعة محمد خيضر، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية - قسم العلوم الاجتماعية.

ريحاني، الزهره; حاج الشيخ، سمية. (2017/04/06). التشخيص النفسي للاضطرابات السيكوسوماتية. بسكرة: جامعة محمد خيضر - كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.

ريكان، ابراهيم. (2004). النفس و العدوان. عمان: دار الكندري للنشر و التوزيع.

زايد الفضلي، محمد دوحان عواد فوزان. (2011). المناخ الأسري وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى الطلبة المبدعين فنياً بالتعليم الثانوي - أطروحة دكتوراه. القاهرة : معهد الدراسات التربوية، قسم الارشاد النفسي.

زرارقة، فضيلة. (2010). أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بالسلوك العدواني لدى المراهق - رسالة ماجيستير. بسكرة: قسم علم الاجتماع, كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر.

زلاقي، حسينة. (29 11, 2012). الاضطرابات السيكوسوماتية. تاريخ الاسترداد 12 05, 2018، من العلوم الاكلينيكية النفسية والعلاجات النفسية: http://www.acofps.com

زهران، سناء حماد. (2011). الصحة النفسية و الأسرة. القاهرة: دار النشر - عالم الكتب.

ساعد، شفيق. (2010). مصادر الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى المراهقين - رسالة ماجيستير. بسكرة: جامعة محمد خيضر، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية .

سالم، محمود يحي. (2012). علم النفس المعاني و التطبيق. عمان- الأردن: دار المنهل للنشر.

سامية، بوشاسي. (2013). السلوك العدواني وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى طلبة الجامعة- رسالة ماجيستير. تيزي وزو: جامعة مولود معمري.

سلمي، هاشم مصطفى. (2009). الضغوط النفسية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم وعلاقتها ببعض المتغيرات بمحافظات أمدرمان - رسالة ماجيستير. جامعة الخرطوم: بحث تكميلي مقدم إلى كلية الدراسات العليا.

سليم، أحمد. (05 11, 2017). السلوك العدواني اتجاه الأشياء اللطيفة. تاريخ الاسترداد 23 12، 2017، من رواد العلوم: https://www.facebook.com/SciencesExplorers

سليمان، مسعود ليلى. (2005). العلاقات الأسرية - الاعاقة والعلاج الأسري. مجلة انسانيات في الأنثروبولوجيا والعلوم الاجتماعية (عدد مزدوج 29-30)، 28-11.

سيد، صحبي. (2003). الانسان والصحة النفسية. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية, الطبعة 01.

سيف، عبد الرحمن. (2014). تطور دولة الإمارات العربية المتحدة. عمان: دار معتز للنشر والتوزيع.

شاهين، معتز. (30 04, 2012). أطفالنا وحرية التعبير. تاريخ الاسترداد 06 02, 2018، من الرائد: يومية إخبارية جزائرية تصدر عن مؤسسة الرائد للإعلام والاتصال: http://elraaed.com/ara

شحام، عبد الحميد. (2015). الضغوط الحياتية والاضطرابات السيكوسوماتية. مجلة العلوم الانسانية - جامعة ميلة ، محلد "ب" (43)، 558-541.

شرايعة، عاطف. (14 11, 2014). معجم المعاني الجامع - معجم عربي عربي. تاريخ الاسترداد 18 02, 2017، من المعاني: https://www.almaany.com/

شريف، إبراهيم, رمزية. (2015). عقوق الوالدين وعلاقته بالصحة النفسية لدى طالبات معهد إعداد المعلمات. مجلة الأستاذ ، 02 (214)، 433-384.

صلاح، رزان. (09 08, 2016). كيف تخرج من صدمة عاطفية. تاريخ الاسترداد 18 10, 2018، من موضوع: https://mawdoo3.com/

صندقلي، ابراهيم هناء. (2016). اضطرابات أم مرض نفسي " أسباب - عوارض - علاج " . القاهرة: دار النهضة العربية للطباعة والنشر, الطبعة 01.

طالب، حنان. (2014). مدخل إلى المقاربة السيكوسوماتية. جامعة ورقلة: https://elearn.univ-ouargla.dz/2013-2014/course.

طبعة، عمر; فضيل، عبد الكريم. (2015). تطور متوسط حجم الأسرة الجزائرية من 1966 إلى 2008 وأهم العوامل المؤثرة فيه. مجلة الباحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية - جامعة قاصدي مرباح, ورقلة (2748)، https://revues.univ-ouargla.dz.

طه شعبان، أحمد. (15 04, 2014). الاضطرابات النفسية الجسمية. تاريخ الاسترداد 17 02, 2018، من أكاديمية علم النفس، مصر: https://acofps.com/vb/144618.html

طه، عبد العظيم, حسن. (2007). سيكولوجية العنف العائلي و المدرسي . القاهرة: دار الجامعة الحديث .

عامر، طارق عبد الرؤوف. (2015). الشباب و استثمار أوقات الفراغ. الأردن: الدار المنهجية للنشر والتوزيع، الطبعة 01.

عبارة، هاني محمد ; رحّال، ماريو. (2016). المناخ الأسري غير السوي وبعض العوامل الأسرية الأخرى وعلاقتها بالعصابية لدى طلبة الثانوية العامة في مدينة مصر. مجلة جامعة البعث - كلية التربية ، 38 (02)، 49-82.

عبد الخلق، أحمد. (1993). إختبارات الشخصية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبد المجيد، منصور أحمد; الشربيني، سيد زكرياء أحمد. (1998). علم النفس الطفولة. القاهرة: دار الفكر العربي، الطبعة 01.

عبد المعطي، حسن. (2003). الأمراض السيكوسوماتية. القاهرة : مكتبة دار الشرق.

عبد المعطي، حسن مصطفى. (2004). المناخ الأسري و شخصية الأبناء. القاهرة: دار القاهرة للطباعة والنشر والتوزيع, الطبعة 01.

عبدالحليم، مي حسن حمدي. (2006). السلوك العدواني دراسة مقارنة بين الذكور والإناث في المرحلة العمرية من 08-16 سنة. دكتوراه. القاهرة: جامعة عين شمس - معهد الطفولة - الدراسات العليا للطفولة.

عبدالله، محمد محمود . (2012). عناية الاسلام بالطفولة حتى قبل الانجاب. مصر: در أمواج للطباعة والنشر والتوزيع, الطبعة 01.

عدوان، يوسف. (25 11, 2009). الطب السيكوسوماتي -العلاج السلوكي للأمراض السيكوسوماتية- (نظرة عامة). تاريخ الاسترداد 18 02, 2018، من الآفاق في علم نفس الصحة: https://sites.google.com/site/adwanpsy/home/psychosomatic

عزالدين، خالد. (2010). السلوك العدواني عند الأطفال. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة 01.

عزب، عمرو محمد. (2016). صورة الأسرة في الصحافة المصرية - رؤية الواقع وتشكيل المستقبل. القاهرة، شارع القصر العيني: العربي للنشر والتوزيع.

عزب، هاني السيد. (2015). دور الأسرة في اعداد القائد الصغير. القاهرة: دار الكتب المصرية, ط 01.

عطوف، محمد ياسين. (1988). الأمراض السيكوسوماتية (الأمراض النفسجسمية). بيروت: منشورات بحسون الثقافية، الطبعة 01.

عفراء، ابراهيم خليل. (2006). المناخ الأسري و علاقته بالصحة النفسية للأبناء. مجلة أبحاث - كلية التربية الأساسية، جامعة المستنصرية (49)، 00.

عفيفي، محمد عبد الخالق. (2011). بناء الأسرة والمشكلات الأسرية المعاصرة. بور سعيد: المكتب الجامعي الحديث.

عقون، محسن. (2002). تغيير بناء العائلة الجزائرية. مجلة العلوم الاجتماعية - كلية الأداب واللغات, قسنطينة 01 (17)، 127-131.

علي، صلاح الرحيم زينية. (2016). صراع الأدوار وعلاقته بالصلابة النفسية لدى الطلبة المنزوجين في كلية الآداب. مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية و الإنسانية (27)، 376-348.
علي، عمر هاشم محمد. (2017). كيف نكوّن الحس الديني لدى الأطفال؟ جمهورية مصر العربية: دار بروج للنشر والتوزيع.
عمار، عبد الحق. (2012). مكان الأب داخل العائلة الجزائرية" دراسة مقارنة" - رسالة ماجيستير. جامعة وهران: كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية.
عمر، أحمد مختار. (2008). معجم اللغة العربية المعاصرة. القاهرة: عالم الكتب، الطبعة 01.
عوض، أحمد. (2015). الأمراض النفسية الشائعة (أسبابها وكيفية علاجها) . القاهرة: دار الكتب المصرية للنشر والتوزيع.
عيشور، كنزة; عوارم، مهدي. (10 أفريل 2013). التماسك الأسري - تعريفه و عوامل تحقيقه - ورقة بحتية مقدمة في الملتقى الثاني حول الاتصال و جودة الحياة في الأسرة. ورقلة: كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح.
غانم، محمد حسن. (2015). الدليل المختصر في الاضطرابات السيكوسوماتية (تأصيل نظري ودراسة ميدانية). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
غراب، هشام أحمد ; حجازي، أيمن يوسف. (2012). فاعلية برنامج ألعاب الصيف في خفض مظاهر السلوك العدواني لدى األطفال في قطاع غزة. مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والإجتماعية ، 09 (01)، 121-174.
غنايم، فائق محمد. (2018). الإسلام والصحة النفسية والجسدية للأنام. الأردن: دار مأمون للنشر والتوزيع.
فاسي، آمال. (2011). الاكمئاب الأساسي لدى مرضى السرطان كنشاط عقلي مميز - رسالة ماجيستير. قسنطينة: جامعة منتوري، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا.
فايد، حسين. (2008). العدوان و الإكتئاب في العصر الحديث (نظرة تكاملية). القاهرة: طيبة، ط 01.
فخري، الدباغ. (1984). أزمة الطب المعاصر. جامعة الموصل - العراق: إبن الأثير للطباعة والنشر.
فرحات، نادية. (2019). الأسرة الجزائرية بين القيم التقليدية والقيم الحداثة ـ ملخص أطروحة دكتوراه علوم. مجلة حيل حقوق الإنسان (35)، 91.
فردوس، دياب. (28 03, 2012). الحب والحنان الأسري يوفر استقراراً نفسياً للأبناء. تاريخ الاسترداد 21 02, 2019، من "الثورة"، تصدر عن مؤسسة الوحدة للصحافة و الطباعة و النشر: http://archive.thawra.sy
فرويز، جمال. (08 12, 2015). المراهقة والاستقلالية وجهان لعملة واحدة. تاريخ الاسترداد 02 11, 2018، من روتانا: https://rotana.net
فقيه، العيد. (04 05, 2012). المشكلات النفسية للشباب المنحرف في الوسط الحضري الجزائري (دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى الشباب وعلاقتها بالعنف الإجرامي على عينة من الشباب المنحرف بمؤسسات الوقاية) - الجزائر-. مركز الجزائر للدراسات والإعلام ، 01-24.
فهمي، أحمد عبد الجواد. (2006). مدى فعالية برنامج لتعديل السلوك العدواني لدى الأطفال من نزلاء المؤسسات- رسالة ماجيستير. مصر: جامعة الزقازيق، كلية التربية.
قارة، ساسية. (2012). الأسرة والسلوك الانحرافي للمراهق - رسالة ماجيستير. جامعة منتوري، قسنطينة: كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.

قاسم، حسين صالح. (02 07, 2007). الاضطرابات النفسية الجسمية (السيكوسوماتية). تاريخ الاسترداد 02 11, 2018، من الأحوار، محور علم النفس: http://www.ahwar.org/debat/show.art-asp
قديح، سليمان. (30 10, 2012). الأمراض السيكوسوماتيه أو النفسجسميه. تاريخ الاسترداد 12 02, 2018، من علم النفس العيادي Clinical Psychology: https://www.facebook.com/
قشاشطة، عبد الرحمن; عوين, بلقاسم. (2013). سيمات الشخصية لدى المرضى السيكوسوماتيين. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية - جامعة الوادي (02)، 152-143.
قصير، مجدوب أحمد محمد أحمد. (2017). المناخ الأسري وعلاقته بالصحة النفسية و الشعور بالذنب. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية ، 05 (17)، 291-275.
قنفود، محي الدين. (2017). الأسرة الجزائرية بين المحددات التقليدية والمشكلات الحضرية - أطروحة دكتوراه. جامعة باتنة 01: كلية العلوم الاجتماعية والانسانية.
كريمان، محمد بدر. (2007). مشكلات طفل الروضة وأساليب معالجتها. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة 01.
كفافي، علاء الدين. (1999). الارشاد والعلاج النفسي الأسري المنظور النسقي الاتصالي. القاهرة: دار الفكر للنشر والتوزيع, الطبعة 01.
كلير، فهمي. (2008). حماية أطفال الشوارع - ضحايا العنف. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
لحويدك، رجاء. (11 01, 2017). ماهية السلوك العدواني وأهم المفاهيم المرتبطة به؟ تاريخ الاسترداد 04 03, 2017، من أنفاس: https://www.anfasse.org
لولوة، مطلق الجاسر. (2015). العنف الأسري وأثره في التحصيل الدراسي. الكويت: دار سعاد الصباح للنشر والتوزيع، الطبعة 01.
ليندال، دافيدوف ترجمة سيد الطواب، عمر ; نجيب، حزام. (1980). مدخل علم النفس. القاهرة: مكتبة التحرير، الطبعة 04.
مالكي، حمزة بن خليل; بانقيب، علي عبد الرحمن أحمد.(2013). التنبؤ بالأمن النفسي من المناخ الأسري لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. مجلة كلية التربية بالزقازيق، دراسات تربوية ونفسية، 28 (78)، 01-64.
مالكي، حنان. (2011). الأدوار الوظيفية بين الأسرة والمدرسة - رسالة ماجيستير. جامعة محمد خيضر، بسكرة: كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية.
مجدوب، أحمد محمد أحمد قمر. (2017). المناخ الأسري وعلاقته بالصحة النفسية والشعور بالذنب. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية دراسة ميدانية على عينة من طلبة كلية التربية – جامعة دنقلا بالسودان ، 05 (17)، 291-275.
مجدي، سهام. (10 02, 2016). الشخصية العدوانية وطرق السيطرة عليها. تاريخ الاسترداد 14 12, 2017، من روتانا: https://rotana.net
مصطفى، إبراهيم ؛ الزيات، أحمد؛ حامد، عبد القادر؛ النجار محمد. (2004). المعجم الوسيط. القاهرة: مكتبة الشروق الدولية, العدد: 01، الطبعة 04.
مجيد، سوسن شاكر. (19 04, 2012). العدوان، مفهومه، نظرياته، أشكاله و الفروق بين الجنسين. تاريخ الاسترداد 18 03, 2017، من الحوار المتمدن: http://www.ahewar.org
مجيد، محمد. (16 01, 2013). السلوك العدواني لدى الانسان. تاريخ الاسترداد 18 03, 2016، من صفحة ألف لحرية الكشف والكتابة: https://aleftoday.info/article

محمد الجاموس، نور الهدى. (2014). الاضطرابات النفسية الجسمية -السيكوسوماتية.عمان: دار اليازوري.
محمد العارف، ليلى. (2014). الاضطرابات السيكوسوماتية وآليات الدفاع النفسي والعصبية وعلاقتها بالصراع النفسي. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية - مركز جيل البحث العلمي (03)، 42-09.
محمد سليمان، سناء. (2012). الطلاق بين الإباحة والصبر والخطر والغدر - السلسلة: ثقافة سيكولوجية للمجتمع. الرياض: دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد علي، زكرياء. (25 07, 2015). الجسد بين الفكر واللاهوت. تاريخ الاسترداد 17 11, 2018، من «ساسة بوست»: https://www.sasapost.com
محمد عويضة، كمال محمد. (1996). الصحة في منظور علم النفس. بيروت: دار الكتب العلمية - سلسلة علم النفس، الجزء 20.
محمد ياسر، محمد سليمان. (2010). العدوان لدى المقاتلين العائدين من مناطق العمليات جنوب السودان وفاعلية برنامج إرشادي نفسي مقترح لخفض درجة العدوان- أطروحة دكتوراه. السودان: جامعة الخرطوم.
محمود، جيهان عثمان. (2010). الكفاءة الاجتماعية و علاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى طالبات الجامعة - جامعة طيبة. المملكة العربية السعودية: كلية التربية - جامعة طيبة.
مرسي، كمال ابراهيم. (2008). الأسرة والتوافق الزواجي. القاهرة: دار النشر للجامعات.
مزوز، بركو. (شتاء و ربيع, 2009). التنشئة الاجتماعية في الأسرة الجزائرية خصائص وسيمات. مجلة شبكة العلوم التنمية العربية - جامعة باتنة ، 00.
مصطفى، أسامة فروق. (2011). مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية (أسباب-تشخيص-علاج). عمان: دار المسيرة، الطبعة 01.
معجم، المعاني الجامع . (22 06, 2016). عربي عربي. تاريخ الاسترداد 20 10, 2017، من المعاني: http: // www.almaany.com/dictionry
معجور، سفيان. (2015). مصادر الضغوط النفسية عند الطالب الجامعي المصاب بالاضطرابات السيكوسوماتية. البويرة: جامعة أكلي محند أولجاج - معهد العلوم الانسانية والاجتماعية.
معمار، صلاح صالح; الجيهان، ابراهيم; أبوحجر، محمد; المزيد، محمد; الدلقان، سطام; العرفج، عبد الحكيم; القهيدان، عبد الرحمن. (2009). ست (06) طرق لتنمية تفكير طفلك. عمان: دار ديبونو للنشر والتوزيع.
معوض، خليل ميخائيل. (1983). سيكولوجية النمو و المراهقة. الاسكندرية: دار الفكر الجامعي، ط 02.
ملحم، سامي محمد. (2010). مشكلات طفل الروضة, الأسس النظرية و التشخيصية. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع، الطبعة 02.
مناع، هاجر; بوشلالق نادية. (2016). مستوى الاضطراب السيكوسوماتي لدى عمال الحماية المدنية. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة (27)، 378-336.
مندوه، سالم محمود. (2003). ديناميات سلوك العنف لدى طلاب المرحلة الثانوية (دراسة تشخيصية علاجية) - أطروحة دكتوراه. جامعة المنصورية: كلية التربية.
منصور،أسامة فروق مصطفى سالم; السيد، شربيني. (2013). علاج التوحد. عمان: دار المسيرة، ط 01.
موسى، كمال ابراهيم. (1983). سيكولوجية العدوان. جامعة الكويت: كلية التربية، قسم علم النفس التربوي.
ميرة، أمل كاظم. (2012). المناخ الأسري و علاقته بالتكيف الأكاديمي عند طلبة الجامعة- جامعة بغداد. مجلة البحوث التربوية و النفسية (33)، 249-272.

ميشال، أرجابل و ترجمة إبراهيم، عبد الستار. (1982). علم النفس و مشكلات الحياة اليومية. القاهرة: مكتبة مدبولي.

نوري، القمش مصطفى ; المعايطة، خليل عبد الرحمان. (2007). الاضطرابات السلوكية و الإنفعالية. عمان: دار المسيرة، الطبعة 01.

نيكولاس، لوهمان Luhman, Nikolas (ترجمة) حجازي، فهمي . (2010). مجخل إلى نظرية الأنساق. بغداد: منشورات الجمل، الطبعة 01.

هيدوب، حفيظة. (2016). الضغوط النفسية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى المصابات بالسرطان. ورقلة: جامعة قاصدي مرباح.

واضح، غنية. (2015). العلاقة بين تأكيد الذات و الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين المتمدرسين. مجلة دراسات نفسية ، 06 (12)، 58-33.

وفيق، صفوت مختار. (2001). مشكلات الأطفال السلوكية- الأسباب و طرق العلاج. القاهرة: دار العلم والثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة 02.

ياسين، آمنة. (2017). علاقة خصائص الأسرة الجزائرية بأساليب التنشئة الاجتماعية للأبناء في ضوء ارهاصات العولمة الثقافية. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. المجلد 09 (31). 170-147

المراجع الأجنبية:

Afsaneh, Khetrapal, BSc. (2018, 08 23). *Psychosomatic Disorder Treatment Options*. Consulté le 10 20, 2019, sur News-Medical.Life Sciences: https://www.news-medical.net/

Akiho Tanaka, Natoshia Raishevich, and Angela Scarpa. (2010). Family Conflict and Childhood Aggression: The Role of Child Anxiety. *Journal of Interpersonal Violence , Vol 25* (No 11), 2127-2143.

Albert, Square; Abdülcenapnasır, arndt; theirry Caro. (2002). *Structural functionalism - Somatic Scolar*. wikipedia: 01-12.

Allyssa, McCabe &Thomas, J. Lipscomb. (1988). Sex Differences in Children's Verbal Aggression. *Journal Merrill-Palmer Quarterly , Vol 34* (No 04), 389-401.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical of mental Disorder*. Waslington APA: Fourth edition (DSM-04).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical of mental Disorder*. Waslington APA: Fourth edition (DSM-05).

American Psychiatric Association. com. (2013). *Diagnostic and Statistical of Mental Desorders ; (DSM5)*. American: A.P.A.

Amy C. O'Neill,Valerie A. Kuhlmeier &Wendy M. Craig. (2018). Craig - Examining the association between parenting and psychosomatic problems: self-esteem as a mediator across ages in early adolescence. *24* (2019), 137-148.

Ankur Singh, E. B. (2019, Joly 28). , *Poor housing leaves its mark on our mental health for years to come*. Consulté le 12 25, 2019, sur The Conversation : Academic rigour, journalistic flair.: https://theconversation.com

Anne Case, Darren Lubotsky, And Christina Paxson. (2002). Economic Status and Health in Childhood: The Origins of the Gradient. *Journal of the American Economic Review , Vol. 92* (No. 05), 1308-1334.

Audrey, Vautherot. (2014, 06 26). *C'est Quoi, Une Maladie Psychosomatique ?* Consulté le 11 12, 2018, sur GRALON: https://www.gralon.net/articles/sante-et-beaute/medecine-douce/article-

B.M.J. (2015, 04 27). *Family break-up linked to heightened risk of psychosomatic problems in teens*. Consulté le 10 21, 2019, sur ScienceDaily, Your source for the latest research news: https://www.sciencedaily.com/

Bandura, Albert. (1973). *Aggression Asocial learning analysis.* Université de la Colombie-Britannique: social science.

Berntsson LT, Köhler L, Gustafsson JE. (2001). Psychosomatic complaints in schoolchildren: a Nordic comparison. *Scand J Public Health,Vol 29* (No 01),44-54.

Boutillier, Jerome. (1996-2004). *article en cours de redaction copyright* . Consulté le 02 17, 2018, sur Psycho Doc: http://psychodoc.free.fr/psychosomatique.htm

Bru, Terje A Murberg & Edvin. (2004, August 25). *School-Related Stress and Psychosomatic Symptoms among Norwegian Adolescents*. Consulté le 11 30, 2019, sur .Researchgate: https://www.researchgate.net

Charles, Zastrow & Karen K. Kirst-Ashman. (2016, 12 26). *Understendins Human Bihavior in the Social Environment*. Consulté le 02 15, 2017, sur EPDF.PUB: https://epdf.pub/understanding-human-behavior-and-the-social-environment.html

Chichinadze,K.N; Gachechiladze,L.F. (2006). Aggressive behavior, its adaptive function and mechanisms of development of psychosomatic disorders and diseases of adaptation. *National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine, "Zh Vyssh Nerv Deiat Im I P Pavlova"[jour] , Vol56* (01), 29-118.

Chin-Kang Jen, Li-Fang Chou, Chu-Yen Lin, Ming-Che Tsai. (2012). he Influence of the Perception of a Familial Climate on Job Performance: Mediation of Loyalty to Supervisors and Moderation of Filial Behaviour. *International journal of psychology : Journal international de psychologie , Vol 47* (03), 78-169.

Christophe, Dejours. (2001). *Le Corps d'abord.* France: Collection: essais - payot.

Claude, Sabbah. (2011). *Histoire de la medecine psychosomatique* -. Canada: La mission de l'Institut Canadien de Biologie Totale des Êtres Vivants est d'assurer l'intégrité du concept de la Biologie Totale des Êtres Vivants.

Clément, M. (2007, 06 21). *Georg, Groddeck (1866-1934) Les Maladies Psychosomatiques, Peut-on être malade émotionnellement ?* Consulté le 12 19, 2018, sur Superprof: https://www.superprof.fr/ressources/scolaire/

Clinton, G. Gudmunson. (2016). *Processes involving forms of parental control and child internalizing and externalizing behavior.* Follow: . Dong Zhang, Iowa State University Follow, Department : Human Development and Family Studies, Doctor of Philosophy. Dissertation.

Convention on the Rights of the Child. (1990, 09 02). Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly. *resolution 44/25 of 20 November 1989* , in accordance with article 49.

Deborah, Stipek & Sarah, Miles. (2008). Effects of Aggression on Achievement: Does Conflict with the Teacher Make It Worse? *Journal Article of Child Development , Vol 79* (No 06), 1721-1735.

Deleuze, Gilles; Félix Guattari . (2010). *Freud's Concept of the Family Chapter One- UCI.* California: Faculty.Humanities.Uci.

Della Porta, Sandra. (December 2013). *The Complex Nature of Family Conflict: Power, Effectiveness, and Context - A Thesis, Presented in Partial Fulfillment of the Requirements For the Degree of Doctor of Philosophy (Education).* Montreal, Quebec, Canada: Concordia University.

Delphine, Thomas. (2007, 10 01). *Dictionnaire en ligne, Les termes psychologiques commençant par P*. Consulté le 08 17, 2018, sur carnets2psycho: https://carnets2psycho.net/dico/lettre-a.html

Douglos, Harper. (2010, 03 29). *Online Etymology Dictionary* . Consulté le 11 22, 2018, sur Dictionary.com: http://www.dictionary.reference.com

Eleanor, E. Maccob. (2000). Parenting and its Effects on Children: On Reading and Misreading Behavior Genetics. *Department of Psychology, Stanford University, Home Annual Review of Psychology , Vol 51*, 01-27.

Elham, Kia. (2016). The Relation Between Identity Styles and Family Cohesion with Tendency to the Aggressive Behaviors in Students of Boys High School in Qazvin City. *Biomedical & Pharmacology journal , Vol 09* (No 02), 800-808.

Elizabeth Scott, MS. (2019, 11 15). . *How to Handle the Stress of Adult Sibling Rivalry*. Consulté le 12 4, 2019, sur Verywell is part of the Dotdash publishing family. Updated November: https://www.verywellmind.com/

Elly, Kog; Wandereycken & Hans, Vertomment. (1983). The psychosomatic family model. A critical analysis. *Journal of Family Therapy , Vol 07*, 31-44.

Estefanı´a Este´vez Lo´peza, Sergio Murgui Pe´reza,Gonzalo Musitu Ochoab, David Moreno Ruiza. (2008). Adolescent aggression: Effects of gender and family. *Journal of Adolescence , Vol 31*, 433-450.

Farber, N. (2016, 04 10). *"10 Things to Know About Parent-Child Relationships"*. Consulté le 10 18, 2019, sur psychologie today: https://www.psychologytoday.com

Farzaneh, PAHLAVAN. (2010, Oct 05). *Comportements agressifs et biologie - 1*. Consulté le 02 19, 2017, sur leconflit: http://www.leconflit.com

Fereshteh Mirzaei, Abbas Ali Hossein Khanzadeh, Farhad Asghari, Iraj Shakerinia. (2015). The Role of Family Cohesion in Prediction of Aggressive Behaviors of Children. *Journal of Cheld Mental Health, Vol 02* (02), 73-84.

Fernando, Rivera; Peter J, Guarnaccia; Margarita, Alegria;. (2009). Family Cohesion and it's Relationship To Psychological Destress among Lation Groups. *PMC Journals, National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine , 30* (03), 357–378.

Foo, Ky. (2013). Effects of familial climate on the adolescents' driving habits: a recent literature. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion , Vol 22* (Issue 2), 127-135.

Gabrielle, Radica. (2015). Libertés et pouvoirs : le rôle de l'égalité dans la famille,. (D. L. 2014/2, Éd.) *Mis en ligne sur Cairn.info* (No 46), 153-165.

Goldberg, George Robert Bach ‹Herb. (1974). *Creative Aggression: The Art of Assertive Living.* (P. i. American., Éd.) American: published by the Wellness Institute ,Inc 1007 Whitney Ave Gretna,LA 70056, 01 April 2000.

Gregory, E. Miller &Edith Chen. (2010). Harsh family climate in early life presages the emergence of a proinflammatory phenotype in adolescence. *PMC Journals, US National Library of Medicine , 21* (06), 848–856.

H. Eric Bender; Praveen R. Kambam; Vasilis K. Pozios. (2011, 01 21). *Thought Broadcast*. Consulté le 03 19, 2018, sur Psychiatry and Media: The New York Times – Article on Psychosomatic : http://wwww.thought broadcast.com

Halstead, J. Mark. (2015, 03 11). *Moral Education*. Consulté le 12 23, 2019, sur Encyclopedia of Cross-Cultural School Psychology: https://translate.google.com

Herry, C. Kouffman. (1997). *Aggression and Altrevism Psychological analysis HotRinehat and Winsten.* Connecticut: Yale University Press.

Hur, Lock Elizabath. (1984). *Child Development.* Hed.Mc.Graw-: Hill ; Inc.

Ikemi, Yujiro. (1972). M.D. A Psychosomatic Approach to Aggressive Patients. *official Journal of the academy of Psychosomatic Midicine , VOLUME XIII* (3), 155-157.

International Classification Diagnosis. (2018/2019). *(I.C.D - 10 - C M Diagnosis).* Posted by: World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

J. BASTIAANS. (1969). The role of Aggression in The Genesis of Psychosomatic Disease. (P. P. Ireland, Éd.) *Journal of Psychosomatic Research , Vol 13*, 307-314.

Jacinthe, I. Rihan and Hend, M. Diab. (2016). Analysis of the Informal Social Control Mechanisms in Rural Families of New Valley Governorate. *J. Agric. Econom. and Social Sci., Mansoura Univ , Vol 07* (No 10), 977-984.

Jean Louis, Auduc. (2017, 09 11). *Queleques définition pour s'y retrouver des précisions lexicales sur termes employes dans le champ violences*

Consulté le 10 21, 2019, sur cahiers-pedagogiques: https://www.cahiers-pedagogiques.com

Jean, Benjamin Stora. (2012, 06 18). *Histoir de psychosomatique* . Consulté le 02 05, 2018, sur Société de Psychosomatique SPI: http://www.societedepsychosomatiqueintegrative.com

Jean, Philippe. Pierron. (mai 2009). *Le climat familial - Une poétique de la famille, Une poétique de la famille.* France, Expédié par Amazon: Les cahieres de la nuit surveillée.

Jean-François, Pillou. (2016, 04 19). *Glossaire Psychologie Esprit et corps; Quand l'esprit dialogue avec le corps*. Consulté le 09 12, 2018, sur Journal des femmes.: https://sante-medecine.journal des femmes.fr

Jesus, Cardenas. (2016, 06 08). *Psychologie - Médecine Psychosomatique*. Consulté le 11 17, 2018, sur CLUB DOCTISSIMO santé: https://www.doctissimo.fr/

J-M, Triffaux. (27/10/2011). *Médecine Psycho-somatique, coure.* Centre Hospitalier Universiter: http://www.authorzilla.com.

John, Bradshaw. (1988, 01 01). *The freedom to feel what one feels, rather than what one "should" feel*. Consulté le 02 05, 2018, sur Peaceful Institute: https://www.peacefulparent.com

John, Holmwood. (2005). *Modernsocial theory Anintroduction.* Oxford: University Press.

John, Sargent M.D. (1983). the family and child hood psychosomatic disorders. *General Hospital Psychiatry , Vol 05* (Issue 01), 09- 43.

Kaschnitz, W ; Scheer, PJ ; Dunitz, M. (1991). Psychosomatic diseases of adolescents. *Article in German, Padiatr Padol , Vol 26* (No 03), 143.

Katarina, Laundy Frisenstam ; Matilda, van den BoschYun Chen ; Peter, Friberg Walter Osika. (2017). Self-Reported Psychosomatic Complaints In Swedish Children, Adolescents, and Young Adults Living in Rural and Urban Areas: An Internet-Based Survey. *JMIR Public Health and Surveillance , 03* (01), e9.

Kazdin, Alan E. (1992). Overt and covert antisocial behavior: Child and family characteristics among psychiatric inpatient children. *Journal of Child and Family Studies, Vol 01* (No 01), 03-20.

Kog E, Vertommen H, Vandereycken W. (1987, Jun 26). , *Minuchin's psychosomatic family model revised: a concept-validation study using a multitrait-multimethod approach*. Consulté le 12 28, 2019, sur . Fam Process.: https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Lexique(dictionnaire); psychologie et santé.(2014, 05 25).*Définition:Maladie psychosomatique* Consulté le 02 13, 2018, sur puplie a Psychomedia: http://www.psychomedia.qc.ca/lexique

Liedtke R, & Jäger B,. (1993). Aggressive behavior of patients with psychosomatic disorders. A comparative study of patients with ulcerative colitis and diabetes mellitus with the Rosenzweig-P-F Test. *National Center for*

Maire, Smard & Jacque, Alay. (2000). Comprendre la famille. *Actes du 5 eme sympouin québécais de recharche sur la famille* , 01-404.

Malin Bergström, Emma Fransson, Bitte Modin, Marie Berlin, Per A Gustafsson, Anders Hjern,. (2015). , Fifty moves a year: is there an association between joint physical custody and psychosomatic problems in children? *Journal of Epidemiology and Community Health , 08* (69).

Mandy Oaklander. (2015, april 27). *This Divorce Arrangement Stresses Kids Out Most HEALTH , Mental Health/Psychology*. Consulté le 10 22, 2019, sur Sing UP Here For Time's Free Weekly Parenting Newsletter: https://time.com

Mark, R. DaddsPaula, M. BarrettRonald, M. RapeeSharon, Ryan. (1996). Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology , Vol 24* (No 06), 715-735.

Margalit, Malka. (1990). *Effective Technology Integration for Disabled Children-The Family Perspective.* New York: Springer - Verlag.

Moss,R.H; Halahan,G.J. (1985).Life Stress and Death Personality Coping and Family Support in Stress Resistance. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol 49* (03),739- 740.

Nadine. Zlaket & E. Rahme. (2016, 11 03). Influence of the style of the father’s authority on the auto-aggressive behavior of lebanese teenagers between 14 and 16 years old. (P. a. WM, Éd.) . *Département de Psychologie; Faculté de Philosophie et des Sciences Humaines, Université Saint-Esprit de Kaslik, USEK*.

Naomar de Almeida-Filho and Charles K. Burnett. (1983). Family Size and Child Mental Disorders in Bahia, Brazil,. (Springer, Éd.) *journal of Population and Environment , 06* (01).

Natasa, Mandic. (2015, 01 18). *Family Role in the Development of Children's Indepndece*. Consulté le 12 27, 2019, sur Cuprija Original scientific paper: http://research.rs

Neel, Borton M.D,. (2012, 05 29). The 10 Personality Disorders. Consulté le 21 06, 2019, sur *psychology to day*: https://www.psychologytoday.com/.

Niloufar Tahmouresi, Julian Schmitz, Caroline Bender, Brunna Tuschen Caffier. (2016). The Impact of Culture on Parenting and Psychopathology in Children: A Comparative Study Between Iran and Germany. *E- Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences , 11* (01), 41-78.

ONU. (1989). La Convention Internationale des Droits de l'Enfant-Texte adapté aux enfants dès 10 ans. (Art N 13), 01-11.

PAHLAVAN, Farzaneh. (2010, Oct 05). *Comportements agressifs et biologie - 1*. Consulté le 11 23, 2019, sur leconflit: http://www.leconflit.com

Patrick, Juignet. (2012, 01 01). *Explication et classification des manifestations fonctionnelles et psychosomatiques*. Consulté le 11 17, 2018, sur Psychisme Psychopathologie: https://psychisme.org/ Psychosomat.

Patris, Eric Charles. (2010). *La pris en charge des troebles psychosomatique en medecine general.* Université paris 07: Denis diderat - Facule de medecine.

Pia Svedberg, Mårten Eriksson. (2013, 10 23). *Eva Boman, Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents*. Consulté le 12 28, 2019, sur Health Qual Life Outcomes: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/

Pierrick, Hordé. (2018). Definition - psychosomatique@2018. *Journal des Femmes Santé, CCM.Benchmark*.

Projet TAHINA. (2005). *Enquéte national de santé.* Algerie: Ministe de la santé de la population et de reforme hospitalièr épidémiologique et system de santé.

Ragozinskaya, Valeriya G. (2013). Features of Psychosomatic Patient's Aggressiveness. *Procedia - Social and Behavioral Sciences , Vol 86*, 232-235.

Raudom, House. (2018). *Unabridged Dictionary*. From Wikipedia, the free encyclopedia: Fourth Edition, Revised and Updated.

Raynaud, JP. (2005). Troubles psychosomatiques chez l'enfant et l'adolescent. *2ème partie : Maladies et grands syndromes - Objectif 289* , 216-218.

Repple J, Pawliczek CM, Voss B, Siegel S, Schneider F, Kohn N, Habel U. (2017). From provocation to aggression: the neural network. *National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine8600 Rockville Pike, BMC Neurosci , 18;19* (01), 73.

Ronald L. Simons, Rand D. Conger , K. A. S. Wickrama, Kevin A. Ackley and Glen H. Elder Jr.Les B. Whitbeck. (1997). , The Effects of Parents' Working Conditions and Family Economic Hardship on Parenting Behaviors and Children's Self-Efficacy. *Jornal Article: Social Psychology Quarterly , Vol.60* (No.4), 291-303.

Sanghyun Park, Weisheng Chiu, Doyeon Won. (2017). Effects of physical education, extracurricular sports activities, and leisure satisfaction on adolescent aggressive behavior: A latent growth modeling approach. *PMC Journal*.

Sarah Taylor Agate, M.S., CFLE. (2010, 05 09). *CFLE in Context: Family Life Education through Recreation*. Consulté le 11 07, 2018, sur National Council on Family Relations - ncfr: https://webcache.googleusercontent.com/

Shannon M. Varga, Alyssa Moudy, and Patrick H. Tolan. (2016). Family Functioning and High Risk Adolescents' Aggressive Behavior: Examining Effects by Ethnicity. *J Youth Adolesc. Author manuscript; available in PMC , 45* (01), 145-155.

Simon, G. Gowers; Clive, North. (2018, 01 02). Difficulties in family functioning and adolescent anorexia nervosa. *the British Journal of Psychiatry* , 163-174.

Stéphanie, Leblanc & Nadia, Desbiens. (2008). Milieux à risque, expérience familiale et développement de conduites agressives : une recension des écrits d'un point de vue sociocognitif. *Revue journal des sciences de l'éducation , Vol 34* (No 01), 107-122.

Svetlana, Aleksandarovna. Mugal. (2016). The Influence of the Family on the Development of Psychosomatic Disorders in Preschool Children With *Psychology Research, Vol 06* (05),270-274.

Sylvie, Coulomb. (2015, 10 21). *Maladdies Psychosomatique*. Consulté le 03 11, 2018, sur Santé.lu: http://www.Santé public.Lu/fr/maladies/ -corps

Taylor, Jim. (2010, 11 17). *Parenting: Raise Independent Children - Are you raising responsible or contingent children?* Consulté le 12 26, 2019, sur psychologytoday: https://www.psychologytoday.com/

Theirry, Bokanovski. (1998, 02 01). *Le conceptde pulsion de mort*. Consulté le 08 19, 2018, sur psychanalyse: https://www psychanalyse. la /articlese

Uomustansiriyah. (09/09/2017). Psychological Stresses. *journal of the college of basic education* , http://www.uomustansiriyah.edu.iq/media/lectures.

Upali, Pannilage. (2017). Impact of Family on Children's Wellbeing. *Journal of Sociology and Social Work , 05*, 194-158.

Vaughn I. Rickert and M. Susan, Jay. (1994). Psychosomatic Disorders: The Approach. *Department of Pediatrics, Director, Adolescent Medicine, Loyola University, Stritch School of Medicine, Chicago, IL. Pediatrics in Review , Vol 15* (No 11), 448-454.

Violetta K.Schaana, André Schulz, Hartmut Schächinger, Claus Vögelea-. (2019). Parental divorce is associated with an increased risk to develop mental disorders in woman. *; journal of affective disorders , 7* (25), 91-99.

Wendy, Langford; Charlie, Lewis; Yvette, Solomon; and Jo, Warin. (2001, 03 23). *Closeness, authority and independence in families with*. Consulté le 02 09, 2018, sur The Joseph Rowntree Foundation - JRF: https://www.jrf.org.uk/

Wikipedia. (05/11/2018). *Malingering.* From Wikipedia, the free encyclopedia: https://en.wikipedia.org/wiki/Malingering.

Yan Zhen, Li Lu, Xudong Zhou. (2010). Stress and psychosomatic symptoms in Chinese school children: Cross-sectional survey. *Disease in Childhood , Vol 95* (No 02), 40-136.

Zainab, KaderI & Nicolette,V. RomanII. (2018). The effects of family conflict on the psychological needs and externalising behaviour of preadolescents. *Journal of Social work , Vol 54* (No 01), 613.

الملاحق:

الملحق رقم (01): نموذج عن استمارة البيانات الأولية للأبناء السيكوسوماتيين.

نرجو منك ملأ البيانات التالية ووضع العلامة (×) أمام الإجابة التي تنطبق عليك:

- **مكان الفحص الطبي:** عيادة متعددة الخدمات بلقايد ( ) عيادة متعددة الخدمات قديل ( )
- **الجنس:** ذكر ( ) أنثى ( )
- **السن:** .....
- **نوع الاضطراب " المرض" الذي تعاني منه:** .....
- **المستوى الدراسي:** ابتدائي ( ) متوسطي ( ) ثانوي ( ) جامعي ( )
- **عدد أفراد الأسرة :** .....
- **رتبتك ضمن إخوتك:** المرتبة الأولى ( ) المرتبة الأوسطى( ) المرتية الأخيرة ( )
- **الوضعية المهنية للأب:** يعمل ( ) بدون عمل ( ) متقاعد ( )
- **الوضعية المهنية للأم:** تعمل ( ) بدون عمل ( ) متقاعدة ( )
- **الحالة المدنية للأولياء:** مرتبطين ( ) منفصلين ( ) إعادة الزواج لأحد الوالدين أو كلاهما ( )
- **نوع المسكن:** ضيق ( ) متوسط ( ) واسع ( )
- **الوسط السكني:** ريفي ( ) شبه الحضري ( ) الحضري ( )
- **المستوى الاقتصادي لأسرتك:** ضعيف ( ) متوسط ( ) جيد ( )

التعليمات: في الصفحات التالية سوف تجد مجموعة من العبارات التي تدور حول مواقف معينة من حياتك الأسرية والنفسية، وعليك أن تقرر أي العبارات متوافقة مع وجهة نظرك لأسرتك وذاتك وأي العبارات التي لا تتوافق معك.

المطلوب منك: هو أن تقرأ الفقرات بإمعان كبير ثمّ تضع العلامة (×) أمام الفقرة التي تراها تتوافق مع وجهة نظرك أو يغلب على ضنك أنّها متوافقة إلى حدٍّ كبير مع أسرتك ونفسك.

ملاحظة: قد تشعر بأنّ بعض الفقرات تكررت معك أو أنّها قد تكون موافقة لبعض أفراد أسرتك ولا تتوافق مع البعض الآخر وفي هذه الحالة ضع العلامة (×) أمام الإجابة التي ترى بأنّها مناسبة.

الملحق رقم(02): يبين مقياس المنـاخ الأســـــري في صورته الأوليــة

الأبعاد		الفقرات	البدائل	
الأبعاد الرئيسية	الأبعاد الفرعية		موافق	غير موافق
بُعد العلاقات الأسرية	التماسك الأسري	يساعد أفراد أسرتي ويدعمون بعضهم بعضا.		
		غالبا ما نمضي معظم أوقاتنا في البيت.		
		نبذل كثيرا من الجهد فيما نقوم به في البيت.		
		أشعر بالتماسك بين أفراد أسرتي.		
		نتقاعس عن أداء الأعمال المنزلية.		
		يدعم أفراد أسرتي بعضهم بعضا.		
		لا تسود روح الجماعة بين أفراد أسرتي.		
		نحن متفاهمون فيما بيننا.		
		لكل فرد في أسرتي كثيرا من الوقت والانتباه.		
	حرية التعبير في الأسرة	يحتفظ أفراد أسرتي بمشاعرهم لأنفسهم.		
		نقول كل ما نريد قوله في البيت.		
		من الصعب تخفيف التوتر في البيت دون إزعاج الآخرين.		
		نخبر بعضنا البعض عن مشكلاتنا الشخصية.		
		إذا شعرنا أن علينا الإسراع في انجاز شيء فإننا ننفذه فورا.		
		ينزعج أحد أفراد أسرتي إذا تذمر أي فرد آخر في عائلتي.		
		نتحدث بصراحة عن الأمور المالية في أسرتي.		
		نحن حذرون بشأن ما نقوله لبعضنا البعض.		
		هناك الكثير من القرارات العشوائية في أسرتي.		
	صراع التفاعل الأسري	نتشاجر كثيرا في أسرتي.		
		نادرا ما يغضب أفراد أسرتي.		
		أحيانا يعبر أفراد أسرتي عن غضبهم برمي الأشياء.		
		نادرا ما يفقد أفراد أسرتي أعصابهم.		
		ينتقد أفراد أسرتي بعضهم البعض في أغلب الأحيان.		
		يضرب أفراد أسرتي أحيانا بعضهم بعضا.		
		إذا نشب خلاف في أسرتي فإننا نحاول تبسيط الأمور والمحافظة على السلام.		
		نتنافس مع بعضنا البعض.		
		لا تستطيع تحقيق أي شيء برفع صوتك في أسرتي.		
بعد النمو الشخصي	الاستقلالية	لا نفعل الأشياء على عاتقنا في أسرتي.		
		تشجعنا أسرتي على أن نكون معتمدين على أنفسنا.		
		نفكر بأمورنا بأنفسنا في أسرتي.		
		نأتي و نذهب كما نريد في أسرتي.		
		هناك قليل من الخصوصية في أسرتي.		
		يعتمد أفراد أسرتي على أنفسهم عند ظهور مشكلة.		
		يشجع أفراد أسرتي بقوة بعضهم البعض على المطالبة بحقوقهم.		
		من الصعب أن يتركك أفراد أسرتي وشأنك دون أن تأذي مشاعر أحدهم.		
		لا يسمح لنا بالحديث عن أنفسنا داخل أسرتي.		
	التوجه نحو الإنجاز	نشعر أنه من المهم أن نكون الأفضل في أي شيء نقوم به.		
		التقدم في الحياة شيء مهم في أسرتي.		
		ليس مُهماً بالنسبة لنا كم يجني الفرد من مال.		
		نؤمن بالمنافسة ونتمنى الفوز للأفضل.		
		نكافح لعمل الأشياء بشكل أفضل في كل مرة.		
		نادراً ما يقلق أفراد أسرة بخصوص ترقيات العمل والعلامات المدرسية.		
		لا نحاول جاهدين أن ننجح في أسرتي.		
		العمل قبل اللعب هي القاعدة في عائلتنا.		
		تقارن أسرتي أفرادها مع الآخرين فيما يتعلق بأدائهم الدراسي.		
	التوجه العقلي الثقافي	نتحدث في أسرتي عن المشاكل الاجتماعية و السياسية.		
		نادرا ما نذهب لحضور مسرحيات وحفلات موسيقية.		
		تعلم الأشياء الجديدة والمختلفة هو أمر مهم جداً في أسرتي.		
		نحن غير مهتمين بالنشاطات الثقافية في أسرتي.		
		نادراً ما تُعقد مناقشات ثقافية بين أفراد أسرتي.		
		أحد أفراد أسرتي يعزف على آلة موسيقية.		
		يذهب أفراد أسرتي إلى المكتبة في أغلب الأوقات.		
		مشاهدة التلفاز أهم من القراءة في أسرتي.		
		يحب أفراد أسرتي الموسيقى والفن والأدب.		
	التوجه نحو النشاطات الترفيهية	نمضي معظم الأمسيات وعطلة نهاية الأسبوع في البيت.		
		يأتي إلينا الأصدقاء أحياناً لتناول العشاء أو لزيارتنا.		
		لا أحد في عائلتي نشيط في الألعاب الرياضية.		
		يذهب أفراد أسرتي لمشاهدة الأفلام والأحداث الرياضية ويشاركون في رحلات التخييم.		
		لكل شخص في أسرتي هواية أو هوايتين.		
		لا يندمج أفراد أسرتي في النشاطات الترفيهية خارج إطار العمل أو المدرسة.		

		يحضر أفراد أسرتي بعض المسابقات التي تتعلق بهوايتهم.		
		يخرج أفراد أسرتي كثيرا إلى أماكن الترفيه والتسلية.		
		التلفاز والانترنات الوسيلة الترفيهية الوحيدة في الأسرة.		
	التأكيد على القيم الأخلاقية والدينية	يذهب أفراد أسرتي للمسجد.		
		يوجد أفراد في أسرتي لا يصلون.		
		نتحدث عن المعاني الدينية لعيد الفطر وعيد الأضحى والأعياد الأخرى.		
		بعض أفراد أسرتي لا يؤمنون بالجنة والنار.		
		أفراد أسري لهم أفكار صارمة حول ما هو صحيح أو خطأ.		
		هناك بعض الأشياء التي نعتقده بها من خلال الإيمان .		
		كل فرد في أسرتي له أفكار مختلفة حول الصحيح والخطأ.		
		غالبا ما يقرأ أفراد أسرتي القرآن الكريم.		
		يعتقد أفراد أسرتي إذا ما اقترفت ذنباً فإنك ستعاقب عليه.		
بُعد صيانة النظام	التنظيم الأسري	يخطط للنشاطات بعناية في أسرتي.		
		نحن مُتأنقون ومرتبون.		
		يصعب أن تجد الأشياء في بيتنا عندما تحتاج إليها.		
		الالتزام بالوقت مُهم جداً في أسرتي.		
		غير أفراد أسرتي آرائهم أحياناً.		
		يتأكد أفراد أسرتي من ترتيب غرفهم.		
		واجبات كل فرد في أسرتي محددة بوضوح.		
		لا يتم التعامل مع المال بحذر في أسرتي.		
		تُغسل الأطباق بعد الانتهاء من الأكل.		
	الضبط الأسري	تُلقى الأوامر على أفراد أسرتي بشكل نادر جداً.		
		هناك قواعد قليلة نلتزم بها في أسرتي.		
		هناك فرد واحد في أسرتي يتخذ أغلب القرارات.		
		هناك مجموعة من الطرق لتسيير الأمور في البيت.		
		هناك تأكيد قوي على الالتزام بالقواعد في أسرتي.		
		لكل شخص رأي يساوي رأي غيره في القرارات الأسرية.		
		نستطيع أن نفعل ما نريد في أسرتنا.		
		القواعد في أسرتي غير مرنة.		
		لا أحد يفلت من العقاب في أسرتي.		

الملحق رقم(03): يبين مقياس المنـاخ الأســـــري في صورته النهائيــة.

من إعداد: بن عيسى الهواري **تحت إشراف: أ. ازيدي كريمة**

رقم	الفقـــــــــرات	موافق	غير موافق
.1	يساعد أفراد أسرتي بعضهم بعضاً.		
.2	يحتفظ أفراد أسرتي بمشاعرهم لأنفسهم.		
.3	كثيراً ما يتشاجر أفراد أسرتي مع بعضهم البعض.		
.4	لا نتخذ القرارات بمفردنا في أسرتي.		
.5	في أسرتي من المهم أن نكون دائماً الأفضل في كل شيء نقوم به.		
.6	نتحدث في أسرتي عن المشاكل الاجتماعية والأوضاع السياسية والفن والثقافة		
.7	نمضي معظم الأمسيات وعطلة نهاية الأسبوع في البيت.		
.8	يذهب أفراد أسرتي للمسجد.		
.9	يخطط للنشاطات بعناية في أسرتي.		
.10	تُعطى الأوامر على أفراد أسرتي بشكل نادر جداً.		
.11	يمضي معظم أفراد أسرتي أوقاتهم خارج البيت.		
.12	نعبر بكل حرية عن آرائنا في البيت.		
.13	لا يغضب أفراد أسرتي.		
.14	تشجعنا أسرتي على أن نكون معتمدين على أنفسنا.		
.15	التقدم في الحياة شيء مهم في أسرتي.		
.16	لا يذهب أفراد أسرتي لحضور المسرحيات والحفلات موسيقية.		
.17	في أسرتي يزورنا الأصدقاء ويتناولون العشاء معنا.		
.18	يوجد أفراد في أسرتي لا يصلون.		
.19	نحن مُتأنقون ومرتبون.		
.20	هناك قواعد قليلة نلتزم بها في أسرتي.		
.21	يبذل أفراد أسرتي كثيراً من الجهد في القيام بالأعمال المنزلية.		
.22	من الصعب تخفيف التوتر في البيت دون إزعاج باقي أفراد الأسرة.		
.23	لا يعبر أفراد أسرتي عن غضبهم برمي الأشياء أو تكسيرها.		
.24	نقوم بأمورنا بأنفسنا في أسرتي.		
.25	ليس مُهماً بالنسبة لنا كم يجني الفرد من مال.		
.26	تعلم الأشياء الجديدة والمختلفة هو أمر مهم جداً في أسرتي.		
.27	لا أحد من أفراد أسرتي يمارس الرياضة.		
.28	نتحدث في أسرتي عن المعاني الدينية للأعياد والمناسبات الدينية.		
.29	يصعب أن تجد الأشياء في بيتنا عندما تحتاج إليها.		

.30	هناك فرد واحد في أسرتي يتخذ أغلب القرارات.		
.31	أشعر بالتماسك بين أفراد أسرتي.		
.32	نخبر بعضنا البعض عن مشكلاتنا الشخصية.		
.33	أفراد أسرتي لا يفقدون أعصابهم إطلاقاً.		
.34	لنا كامل الحرية بالخروج والدخول في أسرتي.		
.35	نؤمن بالمنافسة ونتمنى الفوز والرقي للأفضل والأحسن في أسرتي.		
.36	نحن غير مهتمين بالنشاطات الثقافية في أسرتي.		
.37	يذهب أفراد أسرتي لمشاهدة الأفلام والأحداث الرياضية.		
.38	بعض أفراد أسرتي لا يؤمنون بالجنة والنار.		
.39	الالتزام بالوقت مُهم جداً في أسرتي.		
.40	تسير الأمور في أسرتي بطرق مضبوطة.		
.41	نتقاعس عن المشاركة في الأعمال المنزلية.		
.42	إذا شعرنا أن علينا انجاز شيء ما داخل أسرتي فإننا نقوم بانجازه بكل حرية.		
.43	ينتقد أفراد أسرتي بعضهم البعض في أغلب الأحيان.		
.44	هناك قليل من الخصوصية في أسرتي.		
.45	دائماً نكافح لعمل الأشياء الجيدة والرائعة بشكل أفضل في أسرتي.		
.46	لا تُعقد المناقشات الثقافية بين أفراد أسرتي.		
.47	لكل شخص في أسرتي هِواية أو هوايتين.		
.48	أفراد أسري لهم أفكار صارمة حول الحلال والحرام.		
.49	غير أفراد أسرتي آرائهم أحياناً.		
.50	هناك تأكيد قوي على الالتزام بالقواعد في أسرتي.		
.51	يدعم أفراد أسرتي بعضهم بعضا.		
.52	ينزعج أحد أفراد أسرتي إذا لم يعبر بكل حرية عن رأيه.		
.53	يضرب أفراد أسرتي أحيانا بعضهم بعضا.		
.54	يعتمد أفراد أسرتي على أنفسهم عند وقوع مشكلة ما.		
.55	لا يقلق أفراد أسرتي بخصوص ترقيات العمل والعلامات المدرسية.		
.56	أحد أفراد أسرتي يعزف على آلة موسيقية.		
.57	لا يندمج أفراد أسرتي في النشاطات الترفيهية خارج إطار العمل أو المدرسة.		
.58	في أسرتي نُؤمن بالمعتقدات الدينية والمسائل الفقهية		
.59	يتأكد أفراد أسرتي من ترتيب غرفهم.		
.60	يتشارك جميع أفراد أسرتي في اتخاذ القرارات التي تخص الأسرة.		
.61	غياب روح الجماعة بين أفراد أسرتي.		
.62	نتحدث بصراحة عن الأمور المالية في أسرتي.		
.63	إذا نشب خلاف في أسرتي فإننا نحاول تهدئة الأمور والمحافظة على السلام.		
.64	يشجع أفراد أسرتي بقوة بعضهم البعض على المطالبة بحقوقهم.		
.65	لا نحاول جاهدين العمل بجدٍ أو النجاح في أسرتي.		
.66	يذهب أفراد أسرتي إلى المكتبة في أغلب الأوقات.		
.67	يحضر أفراد أسرتي بعض المسابقات التي تتعلق بهوايتهم.		
.68	لكل فرد في أسرتي أفكاره الخاصة حول الحلال والحرام.		
.69	واجبات كل فرد في أسرتي محددة بوضوح.		
.70	نستطيع أن نفعل ما نريد في أسرتنا.		
.71	أفراد اسرتي متفاهمون فيما بينهم.		
.72	نحن حذرون بشأن ما نقوله لبعضنا البعض.		
.73	نتنافس مع بعضنا البعض.		
.74	من الصعب أن يتركك أفراد أسرتي وشأنك دون أن يقوموا بعمل الأشياء بدلاً عنك		
.75	القاعدة الأساسية في أسرتي هي إنجاز العمل المطلوب.		
.76	مشاهدة التلفاز أهم من القراءة في أسرتي.		
.77	يخرج أفراد أسرتي كثيرا إلى أماكن الترفيه والتسلية.		
.78	لا يتلوا أفراد أسرتي القرآن الكريم.		
.79	لا يتم التعامل مع المال بحذر في أسرتي.		
.80	القواعد في أسرتي صارمة.		
.81	تخصص أسرتي الكثير من الوقت و الاهتمام لأفرادها.		
.82	هناك الكثير من القرارات الفردية في أسرتي.		
.83	داخل أسرتي لا يمكن تحقيق أي شيء برفع صوتك.		
.84	لا يسمح لنا بالحديث عن أنفسنا داخل أسرتي.		
.85	تقارن أسرتي أفرادها مع الآخرين فيما يتعلق بأدائهم الدراسي.		
.86	يحب أفراد أسرتي الموسيقى والفن والأدب.		
.87	التلفاز و الانترنت الوسيلة الترفيهية الوحيدة في الأسرة.		
.88	يعتقد أفراد أسرتي أنّ اقترف ذنباً فإنه سيعاقب عليه.		
.89	تُغسل الأطباق بعد الانتهاء من الأكل.		
.90	لا أحد يفلت من العقاب في أسرتي.		

ملحق رقم (04): يبين مقياس السلوك العدواني في صورته الأولية

الأبعاد		الفقرات	البدائل		
			لا	قليلاً	كثيراً
السلوك العدواني	العدوان البدني	فجأة لا أستطيع التحكم في نفسي وأقوم بضرب شخص ما.			
		عندما أتعرض للاستفزاز ربما أضرب شخصاً ما.			
		إذا ضربني شخص أرد عليه بالضرب.			
		أدخل في مشاجرات بالأيدي أكثر من أي شخص آخر.			
		ألجأ إلى العنف البدني لحفظ حقوقي إذا تطلب الأمر ذلك.			
		عندما يزعجني شخص أتشاجر معه بالأيدي.			
		يقول عني أصدقائي أني شخص عنيف بدنياً.			
		هناك بعض الأشخاص لا يتردد أحد في ضربهم.			
		أتهور إلى درجة أني أكسر الأشياء.			
		عندما يسيء إلي أحد أرد عليه بالضرب.			
	العدوان اللفظي	حينما أختلف مع أصدقائي أعتدي عليهم لفظياً.			
		عندما أتعرض للإهانة أسب وأشتم .			
		أختلف في المناقشات مع الناس.			
		أدخل في جدال مع الأشخاص الذين يخالفونني الرأي.			
		إذا ضايقني شخص أقول فيه كلاماً سيئاً.			
		أكتب إلى الآخرين رسائل أبيّن فيها عيوبهم.			
		عندما أعرف صفة سيئة في أحد الأشخاص أخبره بذلك.			
		يسهل عليّ أن أشتم الآخرين.			
		تصرفات بعض الناس تجعلهم أهلاً للسب والشتم.			
		أفضل الاعتداء بالكلام لأنّه أبقى أثراً من الضرب.			
	الغضب	أغضب بسرعة ولكن سرعان ما أعود إلى هدوئي.			
		عندما أصاب بالإحباط أغضب بوضوح.			
		أشعر وكأنّي أنفجر من الغيظ.			
		أنا شخص متهور.			
		أنفعل لأسباب غير هامة.			
		أجد صعوبة في التحكم في انفعالاتي.			
		أجد صعوبة في ضبط غضبي.			
		يقال عني بأني سريع الغضب.			
		يتملكني الغضب بشدة عندما يساء إليّ.			
		أغضب عندما ينتقدني الآخرين.			
	العداوة	عندما يضايقني الناس أخبرهم أني سأنتقم منهم			
		أحمل الكراهية للآخرين.			
		أكره الأشخاص الذين يخالفون التقاليد الاجتماعية.			
		أشعر أني لم أحصل إلا على قدرٍ ضئيل في الحياة.			
		أعتقد أنّ هناك من يتآمر ضدي			
		عادي الأشخاص الذين يتحدثون عني في غيابي.			
		أعادي الأشخاص الذين يؤذونني.			
		الأشخاص الغرباء الذين يبدون لطفاً زائداً يثيرون شكوكي.			
		أعتقد أن الآخرون يضحكون عني في غيابي.			
		أشعر أني أعامل معاملة سيئة في حياتي.			

الملحق رقم (05): يبين مقياس السلوك العدواني في صورته النهائية.

من إعداد: بن عيسى الهواري **تحت إشراف: أ. ازيدي كريمة**

الرقم	الفقرات	لا	قليلاً	كثيراً
.1	فجأة أفقد السيطرة على نفسي وأقوم بضرب الآخرين.			
.2	حينما أختلف مع أصدقائي أعتدي عليهم لفظياً.			
.3	أغضب بسرعة ولكن سرعان ما أعود إلى هدوئي.			
.4	عندما يضايقني الناس أخبرهم أني سأنتقم منهم.			
.5	عندما أتعرض للاستفزاز قد أضرب شخصاً ما.			
.6	عندما أتعرض للإهانة أسب وأشتم .			
.7	عندما أصاب بالإحباط أغضب بوضوح.			
.8	أحمل الكراهية للآخرين.			
.9	إذا ضربني شخص أرد عليه بالضرب.			
.10	أتجادل مع الناس كثيراً.			
.11	أشعر وكأنّي أنفجر من الغيظ.			

12.	أكره الأشخاص الذين يخالفون التقاليد الاجتماعية.			
13.	أدخل في مشاجرات مع الآخرين بالأيدي أكثر من اللزوم.			
14.	أدخل في جدال مع الأشخاص الذين يخالفونني الرأي.			
15.	أنا شخص متهور.			
16.	أشعر أنّي لا أحصل إلاّ على قدرٍ ضئيل من الاهتمام والرعاية في حياتي.			
17.	ألجأ إلى العنف البدني لحفظ حقوقي إذا تطلب الأمر ذلك.			
18.	إذا ضايقني شخص أقول فيه كلاماً سيئاً.			
19.	أنفعل لأسباب غير هامة.			
20.	أعتقد أنّ هناك من يتآمر ضدي.			
21.	عندما يزعجني شخص أتشاجر معه بالأيدي.			
22.	أكتب إلى الآخرين رسائل أصرح لهم فيها بعيوبهم.			
23.	أجد صعوبة في التحكم في انفعالاتي.			
24.	أعادي الأشخاص الذين يتحدثون عني في غيابي.			
25.	يقول عني أصدقائي أني شخص عنيف بدنياً.			
26.	أصف الآخرين بالإساءة عند اكتشافي لصفة سيئة فيهم.			
27.	أجد صعوبة في ضبط غضبي.			
28.	أعادي الأشخاص الذين يؤذونني.			
29.	هناك بعض الأشخاص لا يتردد أحد في ضربهم.			
30.	يسهل عليّ أن أشتم الآخرين.			
31.	يقال عني بأني سريع الغضب.			
32.	الأشخاص الغرباء الذين يبدون لطفاً زائداً يثيرون شكوكي.			
33.	أغضب إلى درجة أني أكسر الأشياء.			
34.	تصرفات بعض الناس تجعلهم أهلاً للسب والشتم.			
35.	يتملكني الغضب بشدة عندما يساء إليّ.			
36.	أعتقد أن الآخرون يضحكون عني في غيابي.			
37.	عندما يسيء إلي أحد أرد عليه بالضرب.			
38.	أفضل الاعتداء بالكلام لأنّه أبقى أثراً من الضرب.			
39.	أغضب عندما ينتقدني الآخرين.			
40.	أشعر أنّي أعامل معاملة سيئة من قبل الآخرين في حياتي.			

الملحق رقم (06) يوضح عدد الأساتذة المحكمين ودرجة العلمية لديهم والجامعة التي ينتمون لها.

الرقم	الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة
1-	**معمرية بشير**	أستاذ التعليم العالي	جامعة سطيف
2-	**ماحي إبراهيم**	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 02
3-	**قادري حليمة**	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 02
4-	**هاشمي أحمد**	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 02
5-	**زروالي لطيفة**	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 02
6-	**ياسين أمينة**	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 02
7-	**فراحي فيصل**	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 02
8-	**لصقع حسنية**	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 02
9-	**مقداد أميرة**	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة عين تموشنت
10-	**طباس نسيمة**	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة وهران 02
11-	**سعدون سمية**	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة عين تموشنت

الملحق رقم (07): يبين نتائج معامل الانحدار بين المناخ الأسري والسلوك العدواني لدى الأبناء عينة الدراسة.

جدول رقم (01) : يوضح عدد بيانات متغير السلوك العدواني ومتغير المناخ الأسري والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لهما Statistiques descriptives

المتغيرين	Moyenne	Ecart type	N
السلوك العدواني	40,66	23,464	142
المناخ الأسري	48,37	25,103	142

جدول رقم (02) : يبين معامل الارتباط بين السلوك العدواني والمناخ الأسري Corrélations

		السلوك العدواني	المناخ الأسري
Corrélation de Pearson	السلوك العدواني	1,000	-,832
	المناخ الأسري	-,832	1,000
Sig. (unilatéral)	السلوك العدواني	.	,000
	المناخ الأسري	,000	.
N	السلوك العدواني	142	142
	المناخ الأسري	142	142

جدول رقم (03) : يوضح المتغيرات المدخلة والمحذوفة Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المناخ الأسري[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : السلوك العدواني

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

جدول رقم (04) :يبين قيم الارتباط Récapitulatif des modèles[b]

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,832[a]	,692	,690	13,073

جدول رقم (05) : يوضح تحليل التباين ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	53704,433	1	53704,433	314,227	,000[b]
	Résidus	23927,342	140	170,910		
	Total	77631,775	141			

a. Variable dépendante : العدواني السلوك

b. Prédicteurs : (Constante), الأسري المناخ

جدول رقم (06) : يوضح معاملات الانحدار ودلالتها الاحصائية للمتغير المستقل " المناخ الأسري " على المتغير التابع " السلوك العدواني " Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Ecart standard	Bêta		
1	(Constante)	78,264	2,388	-,832	32,772	,000
	المناخ الأسري	-,777	,044		-17,726	,000

a. Variable dépendante : السلوك العدواني

جدول رقم (07) : يبين القيم الدنيا والعليا للبواقي ومتوسطاتهم الحسابية وانحرافاتهم المعيارية Statistiques des résidusa

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Valeur prédite	8,29	72,82	40,66	19,516	142
Résidu	-35,158	34,935	,000	13,027	142
Valeur prédite standardisée	-1,659	1,648	,000	1,000	142
Prévision standardisé	-2,689	2,672	,000	,996	142

الملحق رقم (08): نموذج عن البيانات الأولية الخاصة بعينة الدراسة (الأبناء السيكوسوماتيين)

رقم	مكان الفحص "العيادة "	الجنس	السن	نوع الاضطراب	المستوى الدراسي	حجم الأسرة	الرتبة ضمن الإخوة	الوضعية المهنية للأب	الوضعية المهنية للأم	الحالة المدنية للوالدين	نوع السكن	الوسط السكني	المستوى الاقتصادي للأسرة
.1	قديل	ذكر	9	الصداع النصفي	م.ابتدائي	5	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	شبه الحضري	متوسط
.2	قديل	أنثى	17	الربو الشعبي	م.ثانوي	7	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	شبه الحضري	متوسط
.3	قديل	ذكر	9	الداء السكري	م.ابتدائي	4	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
.4	بلقايد	أنثى	15	الالتهابات الجلدية	م. متوسطي	6	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	ضعيف
.5	قديل	ذكر	13	التهاب القولون التقرحي	م. متوسطي	11	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	متوسط
.6	بلقايد	ذكر	11	فرط الغدة الدرقية	م. متوسطي	5	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الريفي	متوسط
.7	بلقايد	ذكر	9	الداء السكري	م.ابتدائي	7	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	متوسط
.8	قديل	ذكر	11	الربو الشعبي	م.ابتدائي	5	الأخيرة	يعمل	تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
.9	قديل	أنثى	19	التهاب المفاصل الروماتيزمي	م.جامعي	6	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	جيد
.10	بلقايد	أنثى	18	التهاب القولون التقرحي	م.جامعي	8	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	متوسط
.11	قديل	أنثى	16	الصداع النصفي	م.ثانوي	5	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	متوسط
.12	بلقايد	أنثى	10	التهاب القولون التقرحي	م.ابتدائي	5	الأولى	بدون عمل	تعمل	مطلقين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
.13	بلقايد	ذكر	15	الداء السكري	م. متوسطي	4	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	متوسط	شبه الحضري	متوسط
.14	بلقايد	أنثى	12	الصداع النصفي	م. متوسطي	6	الأخيرة	يعمل	تعمل	مطلقين	متوسط	شبه الحضري	ضعيف
.15	قديل	أنثى	14	الربو الشعبي	م. متوسطي	5	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مطلقين	متوسط	الحضري	ضعيف
.16	قديل	أنثى	17	الداء السكري	م.ثانوي	4	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
.17	بلقايد	أنثى	16	القرحة المعدية	م. متوسطي	5	الأولى	بدون عمل	لا تعمل	إعادة زواج	متوسط	شبه الحضري	ضعيف
.18	بلقايد	أنثى	16	القرحة المعدية	م.ثانوي	11	الأخيرة	متقاعد	لا تعمل	وفاة أحد الوالدين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
.19	بلقايد	ذكر	13	الداء السكري	م. متوسطي	9	الأخيرة	متقاعد	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	ضعيف
.20	بلقايد	أنثى	14	الالتهابات الجلدية	م. متوسطي	4	الأخيرة	بدون عمل	تعمل	مطلقين	ضيق	الحضري	ضعيف
.21	بلقايد	أنثى	19	فرط الغدة الدرقية	م.جامعي	9	الأولى	بدون عمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الريفي	ضعيف
.22	قديل	أنثى	10	الصرع	م.ابتدائي	4	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
.23	بلقايد	ذكر	15	ارتفاع الضغط الدموي الشرياني	م. متوسطي	5	الوسطى	يعمل	تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	جيد
.24	بلقايد	أنثى	18	الصرع	م.جامعي	3	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
.25	قديل	ذكر	19	ارتفاع الضغط الدموي الشرياني	م.جامعي	4	الأولى	بدون عمل	لا تعمل	مطلقين	متوسط	شبه الحضري	ضعيف
.26	بلقايد	ذكر	16	الربو الشعبي	م.ثانوي	6	الوسطى	متقاعد	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	متوسط
.27	بلقايد	ذكر	12	الداء السكري	م. متوسطي	3	الأولى	بدون عمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	ضعيف
.28	بلقايد	أنثى	16	الداء السكري	م.ثانوي	8	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
.29	قديل	أنثى	17	الصرع	م. متوسطي	6	الأخيرة	بدون عمل	لا تعمل	مطلقين	واسع	الحضري	جيد
.30	قديل	أنثى	19	فرط الغدة الدرقية	م.جامعي	6	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	شبه الحضري	متوسط
.31	قديل	ذكر	16	التهاب المفاصل الروماتيزمي	م. متوسطي	3	الأولى	متقاعد	لا تعمل	مطلقين	متوسط	شبه الحضري	ضعيف
.32	قديل	ذكر	18	الداء السكري	م.ثانوي	5	الأخيرة	يعمل	تعمل	مرتبطين	متوسط	شبه الحضري	جيد
.33	قديل	ذكر	13	الربو الشعبي	م. متوسطي	7	الأخيرة	بدون عمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف

34.	قديل	أنثى	19	القرحة المعدية	م.ابتدائي	9	الأخيرة	متقاعد	لا تعمل	مطلقين	واسع	الريفي	جيد
35.	قديل	ذكر	11	الربو الشعبي	م.ابتدائي	3	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	واسع	شبه الحضري	جيد
36.	قديل	ذكر	13	التهاب المفاصل الروماتيزمي	م. متوسطي	4	الأولى	بدون عمل	تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	متوسط
37.	بلقابد	ذكر	12	الالتهابات الجلدية	م. متوسطي	4	الأخيرة	يعمل	تعمل	مرتبطين	متوسط	شبه الحضري	ضعيف
38.	قديل	أنثى	14	الصرع	م. متوسطي	3	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	شبه الحضري	متوسط
39.	قديل	ذكر	15	التهاب القولون التقرحي	م. متوسطي	9	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
40.	قديل	أنثى	14	الربو الشعبي	م. متوسطي	6	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	واسع	الريفي	متوسط
41.	بلقابد	أنثى	14	القرحة المعدية	م. متوسطي	7	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
42.	بلقابد	أنثى	13	الداء السكري	م. متوسطي	9	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	ضعيف
43.	قديل	ذكر	16	فرط الغدة الدرقية	م.ثانوي	5	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
44.	قديل	أنثى	17	الصداع النصفي	م.ثانوي	3	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
45.	قديل	أنثى	12	الداء السكري	م.ثانوي	4	الأولى	بدون عمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	شبه الحضري	متوسط
46.	قديل	أنثى	18	ارتفاع الضغط الدموي الشرياني	م.ثانوي	3	الأولى	متقاعد	تعمل	إعادة زواج	ضيق	الحضري	متوسط
47.	قديل	ذكر	13	الربو الشعبي	م. متوسطي	6	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	شبه الحضري	متوسط
48.	قديل	ذكر	19	الصرع	م.ثانوي	5	الأولى	بدون عمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	ضعيف
49.	قديل	ذكر	12	التهاب القولون التقرحي	م. متوسطي	8	الوسطى	متقاعد	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	ضعيف
50.	قديل	أنثى	15	الصداع النصفي	م. متوسطي	3	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
51.	قديل	ذكر	13	الداء السكري	م. متوسطي	8	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	متوسط
52.	بلقابد	ذكر	14	الربو الشعبي	م. متوسطي	5	الأخيرة	يعمل	تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
53.	بلقابد	أنثى	16	الربو الشعبي	م.ثانوي	6	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	ضعيف
54.	قديل	ذكر	16	التهاب القولون التقرحي	م.ثانوي	3	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
55.	بلقابد	ذكر	13	التهاب المفاصل الروماتيزمي	م. متوسطي	3	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الريفي	متوسط
56.	قديل	أنثى	18	فرط الغدة الدرقية	م.جامعي	11	الأخيرة	متقاعد	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الريفي	متوسط
57.	بلقابد	أنثى	17	ارتفاع الضغط الدموي الشرياني	م.ثانوي	7	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
58.	بلقابد	أنثى	14	الربو الشعبي	م. متوسطي	6	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
59.	بلقابد	ذكر	13	الصرع	م. متوسطي	8	الوسطى	يعمل	تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	متوسط
60.	قديل	أنثى	13	القرحة المعدية	م. متوسطي	4	الأخيرة	بدون عمل	تعمل	وفاة أحد الوالدين	متوسط	شبه الحضري	ضعيف
61.	قديل	أنثى	16	فرط الغدة الدرقية	م.ثانوي	10	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الريفي	ضعيف
62.	قديل	أنثى	13	الربو الشعبي	م. متوسطي	5	الأخيرة	يعمل	تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
63.	قديل	أنثى	17	ارتفاع الضغط الدموي الشرياني	م.ثانوي	3	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	متوسط	الريفي	جيد
64.	قديل	أنثى	16	التهاب المفاصل الروماتيزمي	م. متوسطي	6	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	شبه الحضري	متوسط
65.	بلقابد	أنثى	16	القرحة المعدية	م.ثانوي	3	الأولى	بدون عمل	لا تعمل	إعادة زواج	ضيق	الريفي	ضعيف
66.	بلقابد	ذكر	15	الداء السكري	م.ثانوي	7	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الريفي	متوسط
67.	بلقابد	ذكر	17	الالتهابات الجلدية	م.ثانوي	5	الوسطى	متقاعد	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	ضعيف
68.	قديل	أنثى	16	القرحة المعدية	م.ثانوي	3	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
69.	قديل	أنثى	10	الربو الشعبي	م.ابتدائي	4	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
70.	بلقابد	ذكر	11	الصرع	م. متوسطي	4	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
71.	قديل	أنثى	16	التهاب القولون التقرحي	م.ثانوي	7	الوسطى	بدون عمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الريفي	ضعيف
72.	بلقابد	ذكر	12	القرحة المعدية	م. متوسطي	3	الأولى	بدون عمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	ضعيف
73.	بلقابد	أنثى	9	الربو الشعبي	م.ابتدائي	5	الوسطى	يعمل	تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	جيد
74.	بلقابد	ذكر	18	ارتفاع الضغط الدموي الشرياني	م.جامعي	4	الوسطى	بدون عمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	شبه الحضري	ضعيف
75.	قديل	أنثى	15	الداء السكري	م. متوسطي	6	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
76.	قديل	أنثى	11	الربو الشعبي	م.ابتدائي	7	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	واسع	الريفي	متوسط
77.	بلقابد	ذكر	14	القرحة المعدية	م. متوسطي	4	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	ضعيف
78.	بلقابد	ذكر	15	الصرع	م. متوسطي	9	الوسطى	متقاعد	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
79.	بلقابد	ذكر	13	الربو الشعبي	م. متوسطي	3	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
80.	بلقابد	أنثى	9	الصداع النصفي	م.ابتدائي	4	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
81.	بلقابد	أنثى	15	فرط الغدة الدرقية	م.ثانوي	9	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	وفاة أحد الوالدين	ضيق	الحضري	متوسط
82.	قديل	ذكر	16	القرحة المعدية	م.ثانوي	10	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	ضعيف
83.	بلقابد	أنثى	16	الربو الشعبي	م. متوسطي	7	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
84.	بلقابد	ذكر	15	الصداع النصفي	م. متوسطي	6	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	جيد
85.	قديل	ذكر	11	القرحة المعدية	م. متوسطي	5	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
86.	بلقابد	ذكر	8	الداء السكري	م.ابتدائي	4	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
87.	بلقابد	أنثى	15	الصرع	م.ثانوي	3	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	ضعيف
88.	بلقابد	أنثى	13	التهاب القولون التقرحي	م. متوسطي	5	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	متوسط	شبه الحضري	متوسط
89.	قديل	ذكر	18	القرحة المعدية	م.جامعي	4	الوسطى	يعمل	لا تعمل	وفاة أحد الوالدين	واسع	الحضري	جيد
90.	قديل	أنثى	16	الربو الشعبي	م.ثانوي	3	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
91.	قديل	ذكر	10	الربو الشعبي	م.ابتدائي	10	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	متوسط
92.	قديل	ذكر	15	الصداع النصفي	م. متوسطي	8	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	ضعيف
93.	قديل	ذكر	12	الصرع	م.ابتدائي	5	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	ضعيف
94.	قديل	أنثى	14	الالتهابات الجلدية	م. متوسطي	3	الأخيرة	بدون عمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	متوسط
95.	قديل	ذكر	17	التهاب المفاصل الروماتيزمي	م.جامعي	6	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	ضعيف
96.	قديل	ذكر	15	الربو الشعبي	م.ثانوي	5	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
97.	بلقابد	أنثى	11	القرحة المعدية	م. متوسطي	4	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
98.	قديل	ذكر	8	التهاب المفاصل الروماتيزمي	م.ابتدائي	3	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	جيد
99.	قديل	ذكر	11	الصداع النصفي	م.ابتدائي	5	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	شبه الحضري	متوسط
100.	قديل	ذكر	19	الداء السكري	م.جامعي	7	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
101.	بلقابد	أنثى	18	الصداع النصفي	م.ثانوي	5	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	إعادة زواج	ضيق	الحضري	متوسط
102.	بلقابد	ذكر	16	ارتفاع الضغط الدموي الشرياني	م.ثانوي	6	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	ضعيف
103.	قديل	ذكر	10	القرحة المعدية	م.ابتدائي	5	الوسطى	متقاعد	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
104.	قديل	أنثى	15	التهاب القولون التقرحي	م. متوسطي	5	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	ضعيف
105.	قديل	ذكر	12	التهاب القولون التقرحي	م. متوسطي	4	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
106.	قديل	ذكر	14	الربو الشعبي	م. متوسطي	3	الأولى	يعمل	لا تعمل	مطلقين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
107.	قديل	ذكر	17	ارتفاع الضغط الدموي الشرياني	م.ثانوي	7	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الريفي	متوسط

108.	قديل	أنثى	16	الصرع	م.ثانوي	3	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
109.	قديل	أنثى	13	القرحة المعدية	م. متوسطي	6	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	ضعيف
110.	قديل	ذكر	16	الداء السكري	م.ثانوي	4	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الريفي	ضعيف
111.	قديل	أنثى	11	الربو الشعبي	م. متوسطي	3	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
112.	بلقايد	ذكر	16	التهاب القولون التقرحي	م.ثانوي	5	الوسطى	متقاعد	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
113.	بلقايد	ذكر	14	الداء السكري	م. متوسطي	7	الوسطى	يعمل	لا تعمل	إعادة زواج	ضيق	الحضري	متوسط
114.	قديل	ذكر	10	الداء السكري	م.ابتدائي	4	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
115.	بلقايد	أنثى	10	الربو الشعبي	م.ابتدائي	3	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	متوسط
116.	قديل	أنثى	9	الصرع	م.ابتدائي	4	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	جيد
117.	بلقايد	ذكر	14	فرط الغدة الدرقية	م. متوسطي	3	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	متوسط
118.	بلقايد	ذكر	13	القرحة المعدية	م. متوسطي	4	الوسطى	يعمل	تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
119.	بلقايد	ذكر	11	الداء السكري	م.ابتدائي	4	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	ضعيف
120.	قديل	ذكر	17	الداء السكري	م.ثانوي	3	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
121.	بلقايد	ذكر	12	الربو الشعبي	م. متوسطي	5	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	ضعيف
122.	قديل	أنثى	15	الربو الشعبي	م. متوسطي	6	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	ضعيف
123.	بلقايد	ذكر	14	الداء السكري	م. متوسطي	7	الوسطى	يعمل	تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	متوسط
124.	بلقايد	ذكر	11	القرحة المعدية	م.ابتدائي	4	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	ضعيف
125.	بلقايد	أنثى	15	فرط الغدة الدرقية	م.ثانوي	6	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
126.	قديل	ذكر	8	الربو الشعبي	م.ابتدائي	5	الأخيرة	بدون عمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الريفي	متوسط
127.	قديل	ذكر	17	الصداع النصفي	م.ثانوي	5	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	جيد
128.	قديل	أنثى	10	الربو الشعبي	م.ابتدائي	4	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	واسع	شبه الحضري	جيد
129.	قديل	ذكر	15	التهاب المفاصل الروماتيزمي	م. متوسطي	6	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	متوسط
130.	قديل	ذكر	18	ارتفاع الضغط الدموي الشرياني	م.ثانوي	3	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	شبه الحضري	متوسط
131.	قديل	ذكر	16	فرط الغدة الدرقية	م.ثانوي	5	الوسطى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	متوسط
132.	قديل	أنثى	17	ارتفاع الضغط الدموي الشرياني	م.ثانوي	4	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
133.	قديل	أنثى	13	الصداع النصفي	م.ثانوي	5	الوسطى	يعمل	تعمل	مطلقين	ضيق	الحضري	متوسط
134.	قديل	ذكر	16	التهاب القولون التقرحي	م. متوسطي	7	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
135.	بلقايد	ذكر	12	الربو الشعبي	م. متوسطي	3	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
136.	بلقايد	أنثى	12	القرحة المعدية	م.ابتدائي	4	الأولى	يعمل	تعمل	مرتبطين	متوسط	الريفي	متوسط
137.	بلقايد	ذكر	16	ارتفاع الضغط الدموي الشرياني	م.ثانوي	4	الأخيرة	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	الحضري	ضعيف
138.	قديل	ذكر	13	الداء السكري	م. متوسطي	3	الأخيرة	يعمل	تعمل	إعادة زواج	متوسط	شبه الحضري	متوسط
139.	بلقايد	أنثى	15	الصرع	م. متوسطي	5	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	متوسط
140.	بلقايد	أنثى	13	فرط الغدة الدرقية	م. متوسطي	4	الوسطى	بدون عمل	لا تعمل	مرتبطين	ضيق	شبه الحضري	ضعيف
141.	قديل	أنثى	10	الداء السكري	م.ابتدائي	7	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	واسع	الحضري	جيد
142.	بلقايد	أنثى	11	الربو الشعبي	م.ابتدائي	8	الأولى	يعمل	لا تعمل	مرتبطين	متوسط	الحضري	ضعيف

الملحق رقم (09) : نموذج عن البيانات الخام الخاصة بمقياسيْ المناخ الأسري والسلوك العدواني لعينة الدراسة

	مقياس المناخ الأسري										مقياس السلوك العدواني			
الرقم	التماسك الأسري	حرية التعبير	الصراع الأسري	الإستقلالية	التوجه للإنجاز	التوجه العقلي الثقافي	التوجه نحو النشاطات	القيم الأخلاقية والدينية	التنظيم الأسري	الضبط الأسري	العدوان البدني	العدوان اللفظي	الغضب	العداوة
.1	6	8	6	7	7	6	7	6	8	6	2	4	2	2
.2	4	6	3	1	1	3	2	3	0	4	16	17	17	14
.3	3	0	3	0	2	3	2	3	0	3	20	14	18	19
.4	9	8	4	0	0	4	0	4	0	9	17	19	18	20
.5	4	2	2	0	2	2	2	2	2	4	13	13	13	13
.6	1	8	4	8	8	4	1	4	8	1	10	12	0	10
.7	1	6	0	7	9	0	0	0	6	1	18	18	18	18
.8	7	9	9	7	7	9	0	9	9	7	1	2	2	2
.9	1	2	0	8	6	0	0	0	2	1	12	13	13	13
.10	0	5	4	0	7	4	0	4	5	0	17	16	17	17
.11	0	0	0	8	8	0	0	0	0	0	13	11	11	19
.12	4	7	3	7	9	3	2	3	2	4	14	15	16	16
.13	6	6	8	7	7	8	6	8	6	6	0	2	2	0
.14	8	3	7	8	7	7	8	7	9	8	4	4	4	2
.15	1	2	0	1	0	0	0	0	2	1	14	20	19	17
.16	7	7	8	9	7	8	8	8	7	7	6	2	4	4
.17	8	5	6	7	7	6	7	6	5	8	6	10	2	0
.18	8	7	7	3	4	7	6	7	7	8	0	7	6	6
.19	8	9	7	8	9	7	7	7	9	8	3	5	6	6
.20	9	7	9	9	9	9	9	9	7	9	6	1	0	0
.21	9	9	9	8	9	9	9	9	9	9	0	10	8	8
.22	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	0	4	2	0
.23	6	4	0	0	0	0	0	0	4	6	18	20	19	20
.24	9	9	9	8	9	9	9	9	9	9	0	3	7	6
.25	4	3	9	7	3	9	9	9	7	9	5	3	3	3
.26	0	1	0	1	5	0	0	0	1	0	20	18	20	11
.27	7	3	7	7	5	8	8	8	3	7	2	6	7	6
.28	8	7	6	7	4	6	7	6	7	7	4	0	1	1
.29	3	2	7	2	4	7	2	7	2	3	12	10	10	11
.30	8	8	7	8	8	7	7	7	8	8	3	5	4	4
.31	9	9	9	9	5	9	9	9	9	9	2	3	5	5
.32	9	8	9	8	8	9	9	9	8	9	0	2	3	3
.33	9	9	9	9	9	7	9	9	9	9	8	6	9	10
.34	1	2	5	0	5	5	0	5	0	1	17	19	20	18

11	0	9	10	9	9	9	9	9	9	8	0	9	9	.35
10	17	18	16	0	2	8	0	3	2	2	8	7	2	.36
2	4	2	2	6	8	6	7	7	6	7	6	8	6	.37
16	19	17	20	4	8	3	1	1	3	0	3	0	4	.38
20	14	18	19	3	0	3	0	2	3	4	3	0	3	.39
13	13	13	13	4	0	2	0	2	2	0	2	2	4	.40
17	19	18	20	0	2	4	0	0	4	3	2	0	0	.41
10	12	0	10	1	8	4	8	8	4	7	4	8	1	.42
18	18	18	18	1	6	6	6	3	0	0	0	6	1	.43
1	2	2	2	7	9	9	7	7	5	9	9	9	7	.44
12	13	13	13	1	0	0	0	6	0	0	0	2	1	.45
17	16	17	17	0	7	4	0	7	4	6	4	5	0	.46
13	11	11	19	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	.47
14	15	16	16	3	0	2	3	0	0	2	3	1	2	.48
0	2	2	0	6	6	6	8	7	6	6	8	6	6	.49
4	4	10	16	8	3	3	7	7	3	8	7	9	8	.50
14	20	19	17	1	2	2	0	0	2	0	0	2	1	.51
6	2	4	2	7	7	7	8	7	7	8	8	7	7	.52
6	10	4	10	8	2	5	6	7	5	7	6	5	8	.53
0	7	6	16	8	8	6	7	4	6	6	7	7	8	.54
3	5	6	19	8	6	9	7	9	9	7	7	9	8	.55
6	1	0	0	9	7	7	9	5	7	9	9	7	9	.56
0	4	3	4	9	8	9	9	8	9	9	6	9	9	.57
0	4	2	0	9	9	9	9	6	9	9	2	9	9	.58
18	20	19	20	6	0	0	0	0	0	0	3	4	6	.59
0	3	7	6	9	8	9	9	9	9	9	2	9	9	.60
5	3	5	17	4	7	3	9	9	3	9	4	7	9	.61
20	18	20	11	0	1	5	0	0	5	0	4	1	0	.62
2	6	13	14	7	7	5	8	8	5	8	0	3	7	.63
4	0	1	1	8	7	4	6	7	4	6	9	7	7	.64
17	17	10	15	3	2	4	7	2	4	7	7	2	3	.65
3	5	4	15	8	8	8	7	7	7	7	4	6	8	.66
2	3	10	15	9	9	9	9	9	6	9	3	9	9	.67
0	2	3	3	9	8	9	9	9	7	8	4	8	9	.68
8	6	9	10	9	9	7	9	9	9	9	0	9	9	.69
17	19	20	18	1	2	5	0	0	3	0	5	0	1	.70
2	9	10	11	9	9	9	9	9	8	8	2	9	9	.71
16	18	17	10	2	7	3	0	0	2	2	8	2	0	.72
4	2	10	18	6	8	7	7	7	7	7	6	8	6	.73
17	16	14	17	4	0	1	1	1	0	0	3	8	4	.74
14	20	19	18	3	0	2	0	0	2	4	3	0	3	.75
13	13	13	13	4	2	2	0	0	0	0	2	0	4	.76
19	17	20	18	9	0	0	0	0	4	4	4	5	9	.77
12	10	10	0	1	8	8	6	8	9	7	4	8	1	.78
18	18	20	18	1	6	3	7	6	0	0	6	6	1	.79
2	1	2	2	7	9	7	2	7	9	9	1	9	7	.80
13	12	13	17	1	2	6	3	0	0	4	7	2	1	.81
16	17	17	17	1	0	0	6	3	0	0	7	3	1	.82
11	13	19	11	0	6	4	7	2	0	4	4	7	0	.83
15	14	16	16	0	0	0	8	9	0	0	0	0	0	.84
2	9	15	18	4	2	7	9	9	3	7	3	7	4	.85
4	4	18	16	6	6	6	7	8	8	6	8	6	6	.86
20	14	17	19	2	0	3	4	0	4	3	2	0	0	.87
16	13	19	18	1	0	2	0	0	0	2	0	2	1	.88
10	6	14	10	7	8	7	7	6	8	7	8	7	7	.89
7	0	6	16	8	7	5	7	9	6	5	6	2	8	.90
5	3	6	14	8	6	6	4	2	7	6	3	8	8	.91
1	6	0	0	8	7	9	9	9	7	9	7	6	8	.92
10	0	8	9	9	9	7	5	7	9	7	2	7	9	.93
4	0	0	2	9	9	9	8	7	9	9	0	8	9	.94
0	4	2	0	9	9	9	6	8	9	9	3	9	9	.95
14	17	17	20	6	0	0	0	0	0	0	3	0	6	.96
3	5	3	17	9	9	9	9	9	9	9	2	8	9	.97
0	11	10	11	9	9	3	9	9	9	3	4	7	4	.98
14	18	19	19	0	0	5	0	2	0	5	8	1	0	.99
0	11	11	10	7	8	5	8	9	8	5	0	7	7	.100
10	12	16	20	9	7	8	7	8	6	4	6	7	8	.101
5	3	4	16	3	4	4	2	4	7	4	7	2	3	.102
3	2	15	15	3	2	7	4	7	2	7	7	4	2	.103
2	0	3	3	8	6	7	7	4	7	7	2	8	8	.104
6	8	10	9	9	9	9	6	3	9	9	0	9	9	.105
19	17	18	20	0	0	2	2	1	3	0	3	2	2	.106
9	2	11	10	9	9	9	9	0	9	9	0	7	9	.107
18	16	10	17	1	0	0	3	5	0	0	7	5	2	.108

2	2	11	16	9	9	8	8	2	9	9	0	9	9	.109
17	14	16	17	0	2	2	2	8	0	0	8	3	7	.110
18	19	20	14	3	2	1	2	3	0	2	1	0	2	.111
13	13	13	17	4	8	0	0	3	1	1	8	1	0	.112
18	20	17	19	3	0	4	2	3	0	0	7	2	0	.113
0	10	10	12	4	0	0	0	2	0	0	9	2	2	.114
18	18	18	18	9	5	4	4	4	0	0	9	0	0	.115
2	2	11	18	1	8	7	9	4	8	6	0	8	8	.116
13	13	14	16	1	2	0	0	6	6	7	3	3	6	.117
17	17	17	16	0	1	2	2	1	3	2	2	0	3	.118
11	19	13	11	1	2	4	0	7	0	3	4	6	2	.119
16	16	14	20	1	3	0	0	7	3	6	1	0	0	.120
2	4	10	13	0	7	4	0	4	2	7	0	4	6	.121
4	2	16	17	0	0	0	0	9	0	8	9	0	0	.122
19	17	14	20	0	3	2	3	2	0	0	3	3	2	.123
4	4	11	16	6	6	8	8	9	8	7	2	7	6	.124
2	0	6	20	8	3	6	8	8	7	3	8	8	8	.125
6	6	0	15	1	2	3	9	7	7	2	7	0	1	.126
6	6	3	14	7	7	2	0	0	0	7	0	8	7	.127
0	0	13	19	8	2	7	6	8	7	5	9	7	8	.128
8	8	0	14	8	8	5	9	6	7	6	6	6	8	.129
2	0	0	4	8	6	6	2	3	4	9	0	7	8	.130
19	20	18	20	2	1	0	0	2	0	0	3	0	1	.131
7	6	0	18	9	8	7	7	2	5	9	2	9	9	.132
3	3	5	16	9	9	9	7	0	8	9	0	9	9	.133
20	11	20	18	6	0	9	8	2	6	0	3	0	6	.134
7	6	2	13	9	8	0	0	3	0	9	1	9	9	.135
1	1	4	0	4	7	9	9	2	9	3	2	9	9	.136
10	18	17	20	0	1	3	9	4	9	5	2	0	0	.137
4	4	10	15	7	7	5	2	8	0	5	2	8	7	.138
5	5	2	3	8	7	5	9	0	8	4	0	6	7	.139
7	3	10	10	3	2	4	8	6	7	4	6	4	3	.140
9	10	8	6	0	4	0	3	2	0	2	0	2	0	.141
20	18	17	19	0	1	2	1	0	4	3	1	3	2	.142

الملحق رقم (10): نموذج طلب رخصة اجراء دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية لولاية وهران، وذلك على مستوى " عيادة متعددة الخدمات قديل وعيادة متعددة الخدمات بلقايد "

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
جامعة وهران 2
كلية العلوم الإجتماعية
Faculté des sciences sociales
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا
مصلحة ما بعد التدرج

المرجع: 16/ 2015 التاريخ: 2015/10/26

إلى السيد

مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

ولاية وهران

موضوع : طلب رخصة تربص ميداني .

في إطار تحضيرها أطروحة الدكتوراه في علم النفس وعلوم التربية .

تخصص : علم النفس الأسري.

الموضوع :" المناخ الأسري وعلاقته بالسلوك العدواني لدى الأبناء ذوي الإضطرابات السيكوسوماتية ".

نرجو من سيادتكم السماح للطالب(ة) : بن عيسى الهواري .

وتسهيل المهمة لإجراء دراسة(ها) الميدانية بمؤسستكم وذلك خلال الموسم الدراسي 2016/2015.

مدة التربص: من نوفمبر 2015 إلى غاية ديسمبر 2016.

و لكم جزيل الشكر

نائب رئيس القسم المكلف بمصلحة ما بعد التدرج

مصلحة ما بعد التدرج

طبناس نسيمة
نائبة رئيس قسم علم النفس و الأرطفونيا
المكلفة بما بعد التدرج

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بئر رين
عيادة متعددة الخدمات شهيد
فريح بن يبقى ديل
لمصلحة الإستعجالات رقم 01

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الصديقية
عيادة متعددة الخدمات بلقايد

الملحق رقم (11): نموذج عن ترخيص بإجراء الدراسة الميدانية على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الصديقية لولاية وهران.

الجمهوريـــــة الجزائريـــــة الديمقراطيـــــة الشعبيـــة

ولاية وهران
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية صديقية
المديرية الفرعية للموارد البشرية
الرقم.....15/

إلـــــى
السيد رئيس قسم جامعة وهران 2 تخصص علم النفس الأسري
بجامعة وهران

الموضوع : **ف/ي ترخيص إجراء الدراسات العليا للسيد بن عيسى الهواري نفساني عيادي**

نحن مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية صديقيه نرخص السيد **بن عيسى الهواري نفساني عيادي في إطار حاملي الشهادات** لإجراء الدراسات العليا -**الدكتوراه**- على مستوى مؤسستنا، وعليه نطلب منكم موافاتنا ببرنامجه الدراسي.

تقبلوا منا فائق الشكر و الاحترام.

وهـــران في ..... 02 NOV. 2015
المديـــــر

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الصديقية
عيادة متعددة الخدمات بلفايد

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية * الصديقية *
المدير
-ن-

تـــازي كـــريـــم
المـــديـــر