



جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

الرقم التسلسلي:

القلق وعلاقته بالقرحة المعدية

لدى عينت من المصابين

دراسة حالة لـ (04) حالات بعيادة خاصة -المسيلة-

تخصص: علم النفس العيادي

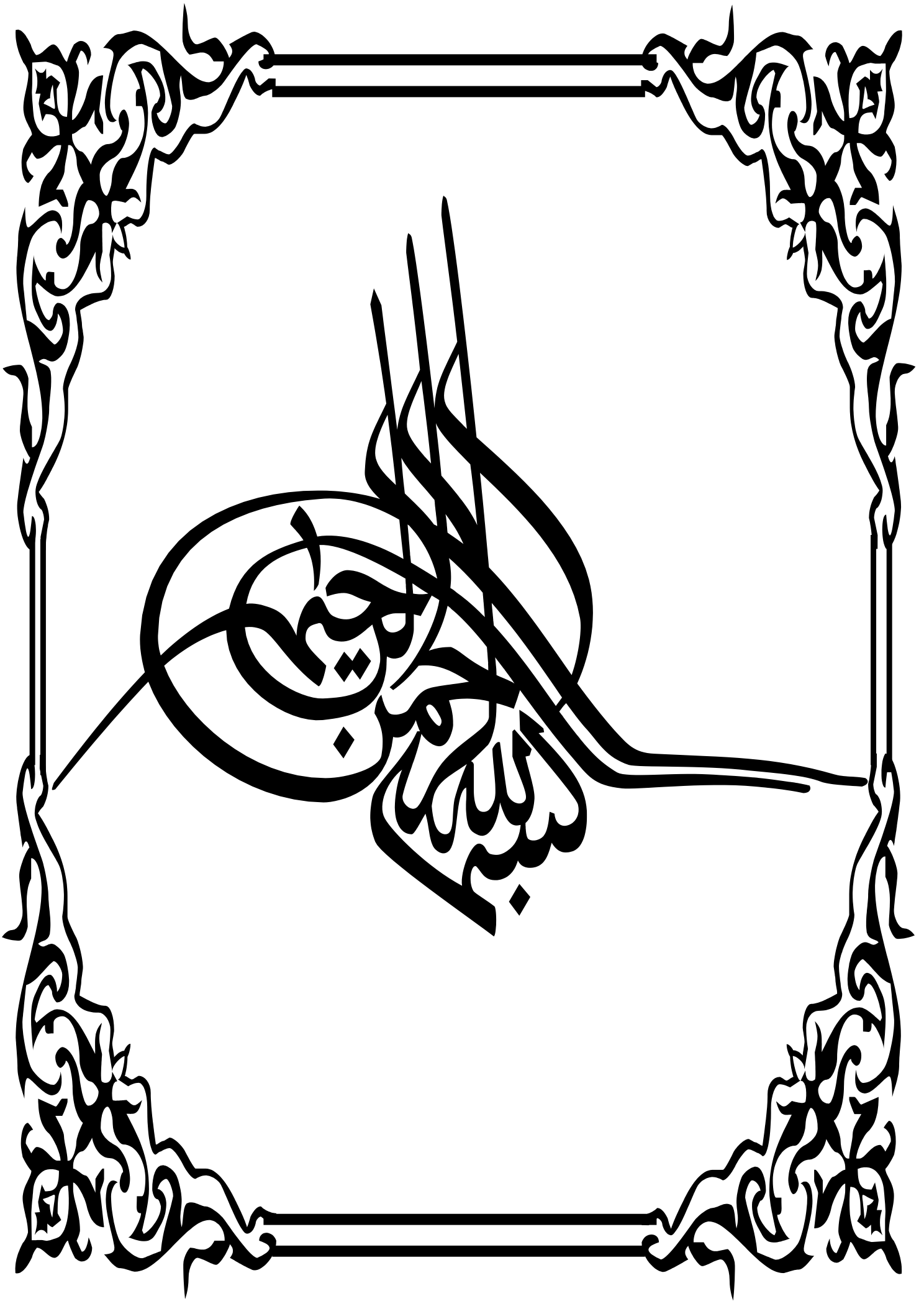
من إعداد الطالبة:

بوزيان إيمان

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
بو علاقة فاطمة الزهراء	المسيلة	رئيسا
سفاري لبنى	المسيلة	مشرفتا ومقررة
بوجلال السعيد	المسيلة	مناقشا

السنة الجامعية: 2016/2015



شكر وتقدير

﴿رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ﴾

الصَّالِحِينَ ﴿ . صدق الله العظيم (النمل -19) .

الحمد لله أن هدانا وأوصلنا لهذا، فبفضله وعونه تمكنت من إنجاز عملي أحمدته وأشكره.

ومن لا يشكر الناس لا يشكر الله أتقدم بالشكر الجزيل إلى:

الأستاذة المشرفة "سفاري لبنى" على تفضلها بقبول الإشراف على هذا البحث وما قدمته لي من إرشادات وملاحظات

قيمة.

الدكتور الأخصائي النفساني "زايد عمر" على تشجيعه ومساندته وما قدم لي من مواد علمية ومعلومات وتوجيهات

ونصائح.

الدكتور "شريف خالد" طبيب الجهاز الهضمي وما قدمه لي من تسهيلات لاجراء التريص الميداني بعيادته الخاصة.

الدكتور "حشاني سماحي" وما قدمه لي معلومات ومواد علمية.

كما لا يفوتني تقدير الشكر الجزيل لصاحب الأنامل الذهبية الذي رسم على لوحة الكتابة ليصور لنا هذا العمل في أحسن

صورة "حسين لخدمات الإعلام الآلي"

إلى كل من ساندني بفكرة بكلمة طيبة وابتسامة صادقة أضاءت لي الدرب وجددت بداخلي طاقة العمل، للجميع خالص

الشكر والتقدير.

بوزيان إيمان.

ماي 2016

إهداء

اهدي ثمرة جهدي إلى :

إلى من أبقاني على القمم ولم يتركني حتى في الحلم... إلى من رفع همتي ونزع ألمي... إلى منبع كل الشيم...

إلى أبي... أبي... أبي... حياتي وعدم... أطل الله في عمره وأمدّه بالصحة والعافية .

إلى من مجبها حولت المرحلو... إلى من بعطفها جعلت الكدر صفاء والألم شفاء...

إلى من مرعنتني وحوطني صغيرا واحتوت أسرارى وكانت عطائي الدائم... إلى مريحانة الدنيا ومهجتها... أمي... أمي... أمي...

أطل الله في عمرها وأمدّها بالصحة والعافية .

إلى جميع إخوتي : شمس الدين ، عبد الحليم ، عبد الجبار ، عبد القدوس ، احمد ، مريم بهجة البيت .

أشكركم على الدعم المادي والمعنوي الكبير .

إلى مروح جدي وجدتي الطاهرة... مرمل علي... مكاري نوة... مرحمها الله .

إلى جدتي قريمة وجدتي منوبة أطل الله في عمرهما .

إلى جدي الحاج إبراهيم أطل الله في عمره .

إلى كل الأعمام والعمات وأولادهم .

إلى كل الأخوال والحالات وأولادهم ، وخاصة ابنتي خالتي أمينة وكريمة وخالتي الصغرى زرينب .

إلى كل من ساند ودعم إيمان في مشوارها العلمي ولو بدعوة بظهر غيب ، خاصة "العبيدي حسين"

إلى من علمني... إلى كل من جعل من العلم طريقاً لحشية الله... شكر لكم

بوزيان إيمان .

ماي 2016

فهرس المحتويات

شكر وعران

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

ملخص الدراسة بالعربية

ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية

مقدمة..... أ

الفصل التمهيدي الإطار المنهجي للدراسة

- 1- الإشكالية..... 4
- 2- فرضيات الدراسة..... 7
- 3- أسباب اختيار الموضوع..... 7
- 4- أهمية الدراسة..... 8
- 5- أهداف الدراسة..... 8
- 6- تحديد المفاهيم الإجرائية..... 8
- 7- الدراسات السابقة..... 9

الجانب النظري

الفصل الأول القلق

- تمهيد..... 16
- 1- مفهوم القلق..... 17
- 2- تعريف القلق..... 17
- 3- النظريات المفسرة للقلق..... 21
- 1-3 النظرية التحليلية..... 21
- 2-3- النظرية السلوكية..... 24

- 25.....3-3- النظرية المعرفية
- 27.....3-4- النظرية الإنسانية
- 28.....3-5- النظرية البيولوجية
- 28.....3-6- النظرية الفزيولوجية
- 29.....4- أنواع القلق**
- 29.....4-1- القلق الواقعي Reality ansxiety (القلق الموضوعي)
- 29.....4-2- القلق العصابي Neuritic Ansxiety
- 30.....4-3- القلق الخلقي Moral ansxiety
- 32.....5- أعراض القلق**
- 32.....5-1- الأعراض النفسية
- 33.....5-2- الأعراض الفزيولوجية
- 33.....5-3- الأعراض الإكلينيكية
- 34.....6- مصادر القلق**
- 34.....6-1- الأذى والضرر الجسدي "Physical harm"
- 34.....6-2- الرفض أو النبذ Rejection
- 35.....6-3- عدم الثقة Uncertainty
- 35.....6-4- التنافر المعرفي Cognituée Dissonance
- 35.....6-5- الإحباط والصراع
- 36.....7- أسباب القلق**
- 36.....7-1- العوامل الوراثية
- 37.....7-2- العوامل النفسية
- 37.....7-3- مواقف الحياة الضاغطة
- 38.....7-4- العوامل الفزيولوجية
- 38.....8- تشخيص القلق**
- 38.....8-1- تشخيص القلق العام حسب DSM4
- 39.....8-2- تشخيص القلق العام حسب DSM5

40.....	8-3- تشخيص القلق العام حسب CIM10
41.....	9- مستويات القلق
41.....	9-1- المستوى المنخفض للقلق
41.....	9-2- المستوى المتوسط للقلق
41.....	9-3- المستوى الأعلى للقلق
42.....	10- علاج القلق
42.....	10-1- العلاج النفسي
45.....	10-2- العلاج الذاتي
45.....	10-3- العلاج البيئي
46.....	10-4- العلاج الدوائي (الكيميائي)
47.....	خلاصة

الفصل الثاني الاضطرابات السيكوسوماتية

49.....	تمهيد
50.....	1- لمحة تاريخية عن الاضطرابات السيكوسوماتية
53.....	2- تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية
53.....	2-1- التعريف اللغوي
54.....	2-2- التعريف الاصطلاحي
57.....	3- علاقة النفس بالجسد
57.....	4- أسباب حدوث الاضطرابات سيكوسوماتية
59.....	4-2- الأسباب الانفعالية
59.....	4-3- العوامل المتعلقة بالوراثة
61.....	4-4- الأسباب البيئية والاجتماعية والاقتصادية
62.....	5- خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية
63.....	6- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية
64.....	7- التشخيص الفارقي بين الاضطرابات السيكوسوماتية وبعض الاضطرابات
64.....	7-1- التشخيص الفارقي بين الاضطرابات السيكوسوماتية والهيستيريا

- 64..... 2-7 التشخيص الفارقي بين الاضطراب السيكوسوماتي وتوهم المرض
- 65..... 3-7 التشخيص الفارقي بين الاضطراب السيكوسوماتي والتمازج
- 65..... 8- أهداف البسيكوسوماتيك وغاياته
- 67..... 9- أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية
- 68..... 10- النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية
- 68..... 1-10 النظرية التحليلية
- 70..... 2-10 النظرية المعرفية
- 72..... 3-10 النظرية السلوكية
- 73..... 11- علاج الاضطرابات السيكوسوماتية
- 73..... 1-11 العلاج الطبي (الدوائي)
- 74..... 2-11 العلاج النفسي
- 77..... 12- علاقة القلق بالأمراض السيكوسوماتية
- 78..... خلاصة

الفصل الثالث: القرحة المعدية

- 83..... تمهيد
- 84..... 1- تعريف الجهاز الهضمي
- 84..... 2- تعريف المعدة
- 85..... 3- آلية عمل المعدة
- 86..... 4- تعريف القرحة المعدية
- 86..... 5- أعراض القرحة المعدية
- 87..... 6- أسباب القرحة المعدية
- 87..... 1-6 الأسباب العضوية
- 88..... 2-6 الأسباب النفسية
- 88..... 3-6 دور العوامل الانفعالية في حدوث القرحة المعدية
- 90..... 7- مضاعفات القرحة المعدية
- 91..... 8- شخصية المصاب بالقرحة المعدية

92.....	9- تشخيص القرحة المعدية
93.....	10- النظريات المفسرة للقرحة المعدية
93.....	1-10 التفسير السيكوسوماتي
93.....	2-10 النظرية التحليلية
94.....	3-10 النظرية السلوكية
94.....	11- علاج القرحة المعدية
94.....	1-11 العلاج النفسي
95.....	2-11 العلاج الجراحي
95.....	3-11 العلاج الغذائي
97.....	خلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الأول: الجانب المنهجي للدراسة

99.....	تمهيد
100.....	1- منهج الدراسة
101.....	2- عينة البحث
102.....	3- الدراسة الإستطلاعية
103.....	4- حدود الدراسة الأساسية
103.....	1-4- الحدود الزمانية
103.....	2-4- الحدود المكانية
104.....	3-4- الحدود البشرية
104.....	5- أدوات البحث
104.....	1-5 الملاحظة الإكلينيكية
105.....	2-5 المقابلة النصف موجهة
106.....	3-5 الاختبار المستخدم
111.....	خلاصة

الفصل الثاني: عرض وناقشة نتائج الدراسة

تمهيد	113
1- عرض وتحليل الحالات	114
1-1- عرض وتحليل الحالة الأولى	114
1-2- عرض وتحليل الحالة الثانية	118
1-3- عرض وتحليل الحالة الثالثة	122
1-4- عرض وتحليل الحالة الرابعة	126
2- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات	131
2-1 مناقشة نتائج الفرضية الأولى	131
2-2 مناقشة نتائج الفرضية الثانية	132
2-3 مناقشة نتائج الفرضية العامة	132
3- الاستنتاج العام	132
خلاصة	133
خاتمة	135
قائمة المراجع	138
الملاحق	149

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
64	التشخيص الفارقي بين الاضطراب السيكوسوماتية والهستيريا	01
65	الفرق بين المرض السيكوسوماتي والعصاب	02
101	خصائص مجموعة البحث	03
109	النتائج المتحصل عليها من صدق المقارنة الطرفية.	04
110	النتائج المتحصل عليها من التجزئة النصفية	05
116	نتائج تطبيق سلم هاملتون الحالة الأولى	06
120	نتائج تطبيق سلم هاملتون الحالة الثانية	07
124	نتائج تطبيق سلم هاملتون الحالة الثالثة	08
128	نتائج تطبيق سلم هاملتون للحالة الرابعة	09
130	التكرارات والنسب المئوية لمصطلحات القلق والمشاكل والعلاقة بين القلق والقرحة للحالات الأربعة	10

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
36	الخريطة المعرفية للقلق.	01
116	نتائج استجابات الحالة الأولى.	02
121	نتائج استجابات الحالة الثانية.	03
125	نتائج استجابات الحالة الثالثة.	04
129	نتائج استجابات الحالة الرابعة.	05

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة المعنونة "القلق وعلاقته بالقرحة المعدية لدى عينة من المصابين" الى معرفة كيف يؤثر كل منهما على الآخر، حيث تنص الفرضية العامة على أنه "توجد علاقة بين القلق والقرحة المعدية تظهر في المقابلة ومقياس هاملتون"، واستخدمت الباحثة المنهج العيادي لأنه المنهج الأنسب لدراسة متغيرات البحث، باستعمال المقابلة العيادية نصف موجهة وتطبيق مقياس هاملتون (تقدير الذات) للقلق، تم تطبيقها بعيادة مختصة في أمراض الجهاز الهضمي، وقدر عدد أفراد مجموعة البحث بأربع حالات مصابة بالقرحة المعدية، وأسفرت نتائج الدراسة على:

- تساهم زيادة القلق في تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية.
 - يساهم تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية في زيادة القلق.
 - توجد علاقة بين القلق والقرحة المعدية تظهر في المقابلة وعند مقياس هاملتون.
- الكلمات المفتاحية: القلق، القرحة المعدية.

Summary of the study:

This study which is entitled "anxiety and its relationship with gastric ulcer in a sample of affected people," to know how one affects the others the general hypothesis includes that "there is a correlative relation between anxiety and gastric ulcer," the researcher used the clinical method because it is the most suitable to study the study's shifts, using the clinical meeting and applying Hamilton anxiety scale to achieve the objective of this study it has been applied in medical clinic which is specialized digestive system illnesses, four cases are affected infected by ulcer have intervened the results of the study are as follows:

- Anxiety is a main factor to be affected by gastric ulcer.
- The affection of gastric ulcer increases anxiety.
- There is a correlative relationship between anxiety and gastric ulcer.

Key words: Anxiety, Gastric ulcers.



مفردات

مقدمة:

تعرف البشرية حالياً أوج تطورها من حيث حركة التقدم العلمي والاكتشافات التكنولوجية الحديثة التي جعلت الإنسان يعيش في راحة كبيرة، ولكن خدمتها قصرت على الجانب الجسدي، وأهملت الجانب الروحي (النفسي) الذي يتميز به الإنسان عن غيره من الكائنات الحية، وكان أحد إفرازات هذا القصور "القلق" والذي يعتبر أحد الأمراض النفسية الشائعة ويظهر بأشكال عدة تبدأ من التوتر البسيط إلى حالة اضطراب شديد.

فالقلق يؤثر جذرياً على الحالة النفسية للفرد ويصاحبها انفعالات وتغيرات فيزيولوجية داخلية وأخرى جسدية خارجية، هذه الأخيرة تأخذ شكاي عضوية متعددة يطلق عليها الأمراض السيكوسوماتية كتعبير لا إرادي عن انفعال القلق، وتعتبر القرحة المعدية أحد هذه الأمراض السيكوسوماتية الشائعة التي تصيب الفرد وبمختلف الأعمار ولدى كلا الجنسين، فالمعاناة النفسية والآلام الجسدية التي يعيشها المصاب بالقرحة المعدية هي ما دفعت بالباحثة إلى تناوله كموضوع للدراسة، وتسليط الضوء على القلق وعلاقته بالقرحة المعدية تم من خلال المقابلة النصف موجهة و تطبيق مقياس هاملتون للقلق.

وقد احتوت الدراسة على جانبين الأول نظري والثاني تطبيقي واشتمل الجانب النظري على أربعة فصول.

الفصل التمهيدي: يحتوي على الإشكالية وتساؤلات وفرضيات الدراسة وأسباب اختيار موضوع الدراسة، أهداف وأهمية الدراسة، التعريف الإجرائي للمصطلحات الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

الفصل الأول: يحتوي هذا الفصل على تعريف ومفهوم للقلق، نظريات وأنواع وأعراض ومصادر القلق، كذلك أسباب وتشخيص القلق مع مستوياته وأخيرا علاج القلق.

الفصل الثاني: ويحتوي على مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية، ولمحة تاريخية وأهداف البسيكوسوماتيك وأنواع الاضطرابات السيكوسوماتية مع النظريات المفسرة لها وخلاصة الفصل علاج الاضطرابات السيكوسوماتية.

الفصل الثالث: ويحتوي على تعريف كل من الجهاز الهضمي القرحة المعدية وآلية عمل المعدة، بتعريف القرحة و أعراضها، كذلك أسبابها ومضاعفاتها وأيضا التشخيص والنظريات المفسرة للقرحة المعدية وعلاجها وأخيرا علاقة القلق بالأمراض السيكوسوماتية. في حين اشتمل الجانب الميداني على فصلين:


الفصل الأول: ويحتوي على منهج الدراسة، مجموعة الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، الدراسة الأساسية وأدوات الدراسة.

الفصل الثاني: ويحتوي على عرض وتحليل الحالات ومناقشتها في ضوء الفرضيات.

وأخيرا النتائج العامة والخاتمة إضافة إلى التوصيات والمراجع فالملاحق.

الفصل التمهيدي

الإطار العام للدراسة



1- الإشكالية

2- فرضيات الدراسة

3- أسباب اختيار الموضوع

4- أهمية الدراسة

5- أهداف الدراسة

6- تحديد المفاهيم الإجرائية

7- الدراسات السابقة

1- الإشكالية:

يشهد عالمنا المعاصر تطورات كبيرة وتغيرات سريعة على كل المستويات وهذا ما زاد في سرعة وتيرة حياة الأفراد حتى أطلق عليه الكثير من العلماء اسم عصر "القلق" لأنه أصبح السمة السائدة التي تميز حياتنا، فالأطفال يقلقون والمراهقون يقلقون والكبار يقلقون، حيث أضحى القلق عنوانا للعديد من الدراسات النفسية منها : دراسة (D.albert all'lihi) 2010 بعنوان إدارة القلق، دراسة فاروق السيد عثمان 2001 بعنوان القلق وإدارة الضغوط النفسية، دراسة أبو الفداء محمد عزت محمد عارف 1998 بعنوان عدو الانسان الأول القلق والتوتر،

Amen M.D. Daniel (Anxiety and Depression Healing)، ويعتبر القلق أساس للاضطرابات النفسية سواء ما تعلق بالتكيف من الجانب الإيجابي كدافع للإنسان نحو العمل لدرء الأخطاء الممكنة أو المحتملة والتي يتعرض لها الإنسان في صراعه مع الحياة والتي تصل به الابتكار والإبداع و التطور، أو ما تعلق بالقلق من الجانب السلبي كدافع للإحباط.

والقلق يعتبر لب العصاب النفسي وأساس جميع الأمراض الاضطرابات النفسية وأكثرها شيوعا، فهو يمثل من 30% إلى 40% من الاضطرابات النفسية.

(أبو صايمة، 1995، ص125)

ويشير Janger (جانجر) 2005 إلى أن القلق يؤثر على حوالي (30) مليون شخص في الولايات المتحدة الأمريكية، كما أثبتت هذه الدراسات أنه يصيب الأشخاص في جميع الأعمار ويعتبر اضطراب مزمن وقد يستمر مدى الحياة.

(الحجاوي، 2004 ، ص156)

وأوضحت دراسة العيسوي(2000) أن الإحصاءات تقدر أن 1 من بين 4 أشخاص يتعرض يوما على مدار حياته لواحدة أو أكثر من اضطراب القلق، كما تؤكد الدراسات أن 25% من الأصحاء صادفوا القلق في وقت ما من حياتهم، وبين بيشاي (1998)

أن الدراسات التي أجراها كاتل (1970) وعبد الخالق (1986) كشفت عن ارتفاع مستوى القلق في الدول ذات المستوى الاقتصادي المنخفض، فالقلق هو الحالة التي يشعر بها الإنسان إذا تهدد أمنه أو تعرض للخطر، وفي تعريف آخر نجد أن القلق هو عدم ارتياح جسدي ونفسي ويمكن أن يتصاعد لحد الذعر، يصاحبه في بعض الأحيان أعراض نفسية جسمية (Psychosomatic). (علي وشريت، 2005، ص 98)

ويذكر الشريف (1987) تعريفا للقلق من وجهة نظر القرآن الكريم، ويعتبر أبلغ أعجز تحديد وتعريف للراحة النفسية والخوف النفسي وهو ما أشارت إليه الآية الكريمة في قوله تعالى: ﴿فَمَنْ يُرِدِ اللَّهُ أَنْ يَهْدِيَهُ يَشْرَحْ صَدْرَهُ لِلْإِسْلَامِ وَمَنْ يُرِدْ أَنْ يُضِلَّهُ يَجْعَلْ صَدْرَهُ ضَيِّقًا حَرَجًا كَأْتَمَا صَعْدٌ فِي السَّمَاءِ كُنُكٌ يَجْعَلُ اللَّهُ الرَّجْسَ عَلَى الَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ﴾. (سورة الأنعام، آية 125)

فالنفس وأحوالها وظروفها تؤثر على الجسم ووظائفه ونموه والعكس صحيح فالجسم يؤثر على النفس، ونتيجة للتأثير المتبادل بينهما نتج عنهما مجموعة من الأمراض والتي يطلق عليها في وقتها الحاضر الأمراض السيكوسوماتية.

(العيسوي، 2000، ص 120)

هذه الأمراض تساهم المكونة النفسية في ظهورها، فرغم الرعاية الصحية الجيدة والتقدم العلمي في النواحي الوقائية والعلاجية إلا أن هذه الأمراض تعرف انتشارا كبيرا يفوق الأمراض الأخرى، فمعاناة الإنسان مع الصراع والقلق تؤثر في وظائف الجهاز العصبي الذي يشرف بدوره على وظائف أعضاء الجسم، فيفقد الفرد توازنه النفسي مما يؤدي إلى اختلال التوازن العضوي للبيئة الداخلية للجسم. (فيصل خير الزارد، 2000، ص 6)

ومن هذه الأمراض السيكوسوماتية نجد: الأمراض الجلدية، الأمراض القلبية والوعائية، أمراض الجهاز الهضمي، وتعد هذه الأخيرة من أكثر الأمراض السيكوسوماتية شيوعا. (عايدة حسين شكري، 2001، ص 77)

وخاصة القرحة المعدية فهي تصيب فئات من مراحل عمرية مختلفة فالدكتور "محمد أحمد الغزالي كان يعتقد في كتابه الشهير "القلق وأمراض الجسم" بأن خطورة الأمراض السيكوسوماتية قد شاع كثيرا بين الحربين العالميتين وما جرى فيهما من أحداث و أهوال ونتائج سيئة، وظهرت هذه الأمراض على شكل إصابات فعلية أو خلل فعلي حقيقي في أنسجة أو خلايا جدار المعدة لدى الجنود.

(عطوف محمد ياسين، 1986، ص140، 141)

فالقرحة المعدية تصيب المناطق التي لها ارتباط بالجهاز العصبي الذاتي حيث تكون هناك علاقة بين الجهاز العصبي والانفعال. (مجلة الصحة النفسية، 2003، ص04) ففي دراسة أجراها الباحثان برجمان والفازر حول علاقة القرحة المعدية بالعوامل الانفعالية، حيث أكد كلاهما أن للعوامل الانفعالية الشعورية دور في حدوث القرحة المعدية، ووجه الفازر الانتباه لنموذج معين من الأفراد المستهدفين لإظهار القرحة المعدية، وأشار إلى أنهم قلقين وعصبيين، وأن العوامل الانفعالية كالقلق والتوتر والضغط النفسي عاملان كافيان للإصابة بالقرحة المعدية دون الحاجة لباقي العوامل الأخرى واكتشفت الدراسة أن أعلى معدلات الإصابة بالتوتر و القلق يرتبط بالقرحة المعدية.

(WWW.alrakoba.net/news-show-id-232240.html)

فالقرحة المعدية ناجمة عن الانفعالات الناتجة بدورها عن شدة القلق الذي لا يجد له تصريفا موقفا في النفس فيرتد على الجسد وتحدث القرحة المعدية .

وهذا ما حاولت الباحثة معرفته في هذه الدراسة بطرح الإشكالية التالية:

• هل توجد علاقة بين القلق والقرحة المعدية تظهر في المقابلة وعند تطبيق مقياس

هاملتون؟

ومنه تتدرج التساؤلات التالية:

تساؤلات الدراسة:

1. هل تساهم زيادة القلق في تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية (مؤشر الألم)؟
2. هل يساهم تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية في زيادة القلق؟

2- فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

- توجد علاقة بين القلق والقرحة المعدية تظهر في المقابلة وعند تطبيق مقياس هاملتون.

الفرضيات الجزئية:

1. تساهم زيادة القلق في تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية.
2. يساهم تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية في زيادة القلق.

ملاحظة:

باعتبار أنه لا يمكننا القياس أو التأكد كميًا من الإصابة بالقرحة المعدية أو بمؤشرات طبية نستدل بمؤشر الإحساس بالألم لدى المصابين بالقرحة المعدية.

3- أسباب اختيار الموضوع:

ينبع اختيار الباحثة لموضوع الدراسة من خلال جملة من الأسباب توجز فيما يلي:

- الرغبة الشخصية في دراسة موضوع القلق وعلاقته بالقرحة المعدية.
- الانتشار الكبير للقرحة المعدية لدى الأفراد.
- قلة الدراسات التي تناولت موضوع القرحة المعدية حيث مالت أغلب الدراسات إلى التركيز على الاضطرابات السيكوسوماتية بصفة عامة.
- الرغبة في تقديم المساعدة للشريحة المصابة بالقرحة المعدية عن طريق لفت الانتباه إليهم وتوضيح ما يتعرضون له من مشكلات نفسية.
- معرفة مدى معاناة المصابين بالقرحة المعدية من الجانب النفسي.

4- أهمية الدراسة:

إن أهمية الدراسة الحالية ترتبط بأهمية الموضوع المتناول وهو القلق وعلاقته بالقرحة المعدية، فمصاعب وعقبات الحياة تزداد، والقلق أحد الانفعالات التي يشعر بها الإنسان فيقل توازنه ويفقد وسيطرته النفسية والجسمية، وما دفع الباحثة للدراسة هذا الموضوع هو:

- افتقارنا لدراسات عربية ومحلية حول العلاقة بين القلق والقرحة المعدية (في حدود علم الباحثة) ولذا فهي تعتبر إضافة معرفية عن للموضوع.
- الانتشار الواسع للقرحة المعدية وما ينتج عنها من معاناة نفسية لدى المصابين بها، لذا توجب علينا إعطاء لهذا الموضوع أهمية في الدراسات العلمية التي قد تساهم في فهم الحالة النفسية لمريض القرحة المعدية بغية التكفل به نفسياً.

5- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى التعرف بشكل عام إلى معرفة العلاقة بين القلق والقرحة المعدية ويمكن تفصيل ذلك في النقاط التالية:

- زيادة القلق يؤدي إلى تفاقم القرحة المعدية.
- تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية يؤدي إلى زيادة القلق.
- طول فترة الإصابة بالقرحة يؤدي إلى زيادة القلق.
- الإلمام ببعض المعلومات الأساسية حول الأسباب النفسية التي تؤدي إلى الإصابة بالقرحة المعدية.

6- تحديد المفاهيم الإجرائية:

- **القلق:** هو الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص من خلال تطبيق مقياس هاملتون للقلق.
- **القرحة المعدية:** هي حدوث تآكل وتلف موضعي في الغشاء والمخاطي لجدار المعدة الداخلي، وغالبا ما يكون التقرح في الطبقة الأولى لجدار المعدة.

- المصاب بالقرحة المعدية: هو الفرد المشخص طبيا من طرف طبيب اختصاصي في الأمراض الباطنية أو أمراض الجهاز الهضمي بإصابته بالقرحة المعدية ويداوم العلاج الطبي.

7- الدراسات السابقة:

• دراسة انداوز وزملائه (1992): هي دراسة في أمريكا وتهدف الى معرفة نسبة حدوث القرحة المعدية لدى الأفراد، وتتكون العينة من 4511 فردا أصحاء، تمت متابعتهم لمدة 13 سنة، وتوصلت النتائج إلى نسبة أن حدوث القرحة المعدية لدى الأفراد الذين تعرضوا لضغوط نفسية حادة ومزمنة هي 1.8 أضعاف مقارنة بالأفراد الذين لا يعانون من ضغوط نفسية، كما وجد أن خطر الإصابة بالقرحة المعدية يزيد بكثرة عندما تزيد حدة الضغوط.

• دراسة ماكنتوش (1983) (Makintoch): قام بهذه الدراسة ماكنتوش وآخرون حيث كانت تهدف الدراسة لكشف العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية كالقرحة الهضمية بالشخصية.

وشملت عينة الدراسة (166) مصابا بالقرحة الهضمية المرضية، وقد اعتمد فيها على اختيار كاتل للشخصية ذي العوامل الستة عشر (PF16)، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن المصابين بالقرحة المعدية وقرحة الإثني عشر يتمتعون بنفس البروفيل السيكوسوماتي كما يتميز الإناث من العينة التجريبية بالتذبذب الانفعالي والقلق، وعكس الذكور الذين يتميزون بفقدان الحماس وبمستوى منخفض من ضبط الذات، وكانت نتائج الدراسة أن العوامل الانفعالية تلعب دورا مهما في نشوء الاضطرابات السيكوسوماتية والقرحة المعدية، خاصة حينما تتفاعل مع أحداث الحياة الضاغطة.

(تونسي عديلة، 2002، ص 11)

• دراسة لبوادوار (Beaudoird): من جامعة فرنسا حيث: كان يهدف إلى رسم بروفيل سيكوسوماتي للمصابين بالقرحة المعدية الذين يتميزون بمورفولوجية النخافة مصاحبة بميول إنقباضية حشوية، كما أظهرت النتائج فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين على البروفيل السيكوسوماتي إذ يتميز المصابين بالقرحة المعدية بالنشاط والخجل الزائد والتذبذب الانفعالي. (تونسي عديلة، 2002، ص 11)

• دراسة "كريستي دلو" وآخرون (1983): من جامعة أثينا، كان الهدف الرئيسي من وراء إجراءها هو التعرف على القرحة المعدية من خلال العوامل السايكوباتولوجية (القلق الاكتئاب، الشخصية، البيئية، أحداث الحياة الأسرية، الطبع، الوراثة) الكامنة وراء هذه الإصابات ومقارنتها مع الأسوياء، وقد كانت المجموعة التجريبية مكونة من 34 مصابا بالقرحة المعدية أما المجموعتين الضابطين فقد كانت مكونة من 37 شخص من الأسوياء و36 مصاب باضطراب عضوي غير متعلق بالجهاز المعدي المعوي.

وكانت نتائج الدراسة أن المصابين بالقرحة الهضمية يختلفون عن المجموعتين الضابطين في الجوانب التالية: العصابية، حالة وسمة القلق والإحساس بالذنب وأحداث الحياة الضاغطة، بينما يتفوقون في بعدي العدوانية والاكتئاب.

(تونسي عديلة، 2002، ص 11)

دراسة "فيس وإنجليش" هدفت الدراسة إلى التأكيد على دور العوامل الانفعالية في إحداث القرحة المعدية، حيث ذهب (فيس وإنجلش) إلى القول بأن أطباء اليوم يؤكدون على دور العوامل الانفعالية في حالات القرحة المعدية، ومن المؤكد أيضا وجود العامل التكويني لحدوث عدة حالات من تقرحات المعدة في فترة الطفولة خلال مواقف الصراعات الانفعالية، و يشير إلى العامل التكويني و هو السائد في هذه الحالات.

وبينت نتائج الدراسة أن هناك عوامل متعددة لحدوث القرحة المعدية، وفي بعض الحالات يكون العامل التكويني هو المسؤول أساسا وفي البعض الآخر تكون العوامل والتأثيرات البيئية أكثر أهمية، ومعروف الآن أن العوامل الانفعالية في المرتبة الأولى.

(تونسي عديلة، 2002، ص12)

• دراسة "كوفيل وزملائه": هدفت الدراسة إلى تحديد أسباب القرحة المعدية والعينة المتواجدة فيها، وذهبوا للقول بأنه على الرغم من أن السبب المباشر للقرحة المعدية هو زيادة إفراز أحماض المعدة التي تلهب جدارها وفي النهاية تؤدي إلى تآكل هذه الجدران، فتلك الزيادة في الإفرازات تأتي غالبا من حالة القلق الناجم عن التوتر الانفعالي المستمر، وتوجد قرحة المعدة عادة عند الأشخاص ذوي الطموح المرتفع ورجال الإدارة الذين يحدث صراع بين سلوكهم الخارجي وبين رغبتهم في الاعتماد على الغير كما تنتشر القرحة المعدية بين الرجال أكثر من النساء.

(تونسي عديلة، 2002، ص13)

وفي المقابل بل نجد دراسة "فلاندرز و دنبار"، حيث هدفت الدراسة إلى التحدث عن مراحل حدوث القرحة المعدية وخصائص المرضى بها حيث ذهب كل "فلاندرز و دنبار" الاضطرابات الانفعالية و كثرة إنتاج حامض الهيدروكلوريد عن الحد المطلوب للهضم وظهور التوتر في العضلات الملساء و إتحاد حامض "الهيدروكلوريد"، وتوتر العضلة يزيد من التشوه الموجود على جدار المعدة وتصبح القرحة واضحة وترى بأشعة إكس.

ثم تذهب "دنبار" إلى القول بأن مرضى القرحة المعدية عامة فوق المتوسط في الذكاء يحبون التكلم عن أنفسهم، كما يعرفون جيدا أن هناك نوعا من الأساس العصبي لآلامهم على الرغم من أنهم يميلون إلى إلقاء العبء على عوامل أخرى، كما يشير الحديث إلى حدوث مصاعب في الرضاعة في الأشهر الأولى من حياتهم، كما يحدث لهم مغص

فيما بعد كما قد يكون لديهم ضعفا عضويا يهيئهم للقرحة المعدية.

(تونسي عديلة، 2002، ص13)

• دراسة "برجمان" و "الفارز" : هدفت الدراسة الى علاقة القرحة المعدية بالعوامل الانفعالية، حيث أكد كلا من برجمان والفارز على دور العوامل الانفعالية الشعورية وعلاقتها بالقرحة المعدية، ووجه "الفارز" الانتباه لنموذج معين من الأفراد المستهدفين لإظهار القرحة المعدية، وكانت نتائج الدراسة إلى أنهم قلقين و حادي المزاج وعصبيين ونشطين، قاسوا من الحياة ويرفض الجراحون إجراء الجراحة لهم بسبب خطورة عودة القرحة ويشير "الفارز" إلى أن تقلص الشرايين قد يكون أحد الروابط بين الانفعالات لتتكون القرحة المعدية. (تونسي عديلة، 2002، ص13)

دراسة "ألكسندر" : هدفت الدراسة إلى معرفة رأي التحليل النفسي في مريض القرحة المعدية وبينت النتائج أن مرضى القرحة المعدية لديهم نكوصا متميزا للمراحل الأولى، ولديهم رغبة قوية للاعتماد على الآخرين اتضحت في الحياة النفسية اللاشعورية، ولكن من الناحية الشعورية تتسلط على المريض أفكار النجاح والنشاط والاستقلال، وعندما لا ترضى الشهوات اللاشعورية فإنهم يجدون تعبيراتها بطريقة بدائية. (تونسي عديلة، 2002، ص14)

دراسة "ليرد" و "البرد" : هدفت الدراسة الى معرفة شخصية مريض القرحة المعدية، وبينت نتائج الدراسة أن شخصية المريض تتميز بالتماسه الحب والاستحسان أكثر مما كان يتلقاه في الطفولة، وعدم وجود الحب يعطيه شعورا بالفشل، ومزاجه المرضي ضد العالم عامة يحمض معدته والأدوية التي يتعاطاها لحموضة المعدة لا تغير من الاتجاهات المزاجية المرضية لديه فالدواء يعطي له راحة جسمية مؤقتة فقط.

وبعد الهجوم الانفعالي تبدأ المعدة التي يزداد فيها الحامض في التركيز في مكان واحد فتكون تلك بداية القرحة المعدية، ويذهبان في القول بأن القرحة تبدأ من أسباب

جسمية لكن الكثير أصله انفعالية وإذا أزيلت القرحة قد تتكون أخرى إذا استمر الشخص على شخصيته. (تونسي عديلة، 2002، ص 16)

دراسة "دانيال لاغاش": هدفت الدراسة الى التعرف على خصائص مريض القرحة المعدية فيقول "لاغاش" ينحصر عصاب المعدة في اضطرابات مزمنة في حركة المعدة وإفرازاتها ولا تعتبر افصاحا عن انفعال أو تصفيته له بل هو المصاحب الفسيولوجي له وهو يصيب مرضى يحتاجون إلى أن يحبهم الآخرون وأن يعتنوا بهم، ويعانون من نقص في الحب، وتلك حاجات لا يملكون أن يشجوها بسبب مشاعر الإثم أو الخزي وبالتالي تظل هذه الحاجات دون إشباع.

ولما كانت هذه الحاجات وثيقة الصلة بالرغبة في التغذية وهي أول موقف يشعر فيه الطفل بإرضاء حاجته من حب أمه له و عنايتها، فإن الحاجة الماسة إلى الحب يمكن أن تنبه النشاط الحركي والإفرازات للمعدة.

- التعقيب عن الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الباحثة للدراسات السابقة وجدت هناك تنوع في أهميتها وأهدافها ومنهجيتها وأدواتها ونتائجها، ونعرض ذلك فيما يلي:

أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

تباينت الدراسات السابقة من حيث طرح موضوعات القرحة المعدية، فنجد هناك دراسات تناولت الكشف عن علاقة القرحة المعدية بالشخصية كدراسة ماكنتوش ودراسة ليرد ولبرد ودراسات أخرى اهتمت بعلاقة القرحة المعدية بالعوامل الانفعالية مثل دراسة كريستي دولو (1983) ودراسة فيس وإنجليش و دراسة برجمان الفارز، ودراسة تناولت خصائص مريض القرحة المعدية كدراسة دانيال لاغاش ودراسة تناولت مقارنة بين المرضى بالمصابين بالقرحة المعدية وبين الأصحاء كدراسة جليان وزملائه (1987).

من خلال استعراض أهم الدراسات السابقة التي تتعلق بالقرحة المعدية، لم تجد الباحثة دراسة مطابقة تماما لموضوع الدراسة الحالية من حيث عينة الدراسة، وبيئات التطبيق فدراسة الباحثة تدرس القلق وعلاقته بالقرحة المعدية لدى عينة من المصابين، وهذا ما يؤكد على أهميتها في البيئة الجزائرية.

أما من حيث الأهداف فاشتركت الدراسة الحالية نوعا مع الدراسات السابقة مع كلا من دراسة برجمان الفارز ودراسة ماكنتوش (1983) ودراسة فيس وإنجليش. واختلفت بشكل جزئي مع دراسة كريستي دولو (1983) ودراسة ألكسندر.

ومن حيث المنهج فقد اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث المنهج فقد استخدمت الدراسات السابقة المنهج الوصفي كدراسة بودوار ودراسة كريستي دولو ودراسة آندواز وزملائه (1992)، والدراسة الحالية استخدمت المنهج العيادي.

كما اشتركت الدراسة الحالية مع معظم الدراسات السابقة في متغير القرحة المعدية واتفقت أيضا في استخدامها الاستبيان كأداة رئيسية للدراسة، وأيضا اتفقت في عينة الدراسة فكل الدراسات سواء السابقة أو الحالية اتفقت في عينة المصابين بالقرحة المعدية.



الجانب النظري



الفصل الأول



تمهيد

- 1- مفهوم القلق
- 2- تعريف القلق
- 3- النظريات المفسرة للقلق
- 4- أنواع القلق
- 5- أعراض القلق
- 6- مصادر القلق
- 7- أسباب القلق
- 8- تشخيص القلق
- 9- مستويات القلق
- 10- علاج القلق

خلاصة

تمهيد:

يعاني كثير من الناس في وقتنا الحالي من بعض الأمراض النفسية، ولعل أكثرها انتشارا وخطورة على صحتهم "القلق"، والذي يعتبر الانفعال الأساسي الذي يقف وراء الاضطرابات النفسية ويتمثل في أنه نوع من عدم الراحة النفسية ويتميز بسهولة الاستثارة، كما يسبب للفرد الكثير من مشاعر الضيق والتوتر والضغط ويكون مصحوبا بعدم الاستقرار الجسمي والذهني والنفسي.

فالقلق هو حالة من عدم التوازن النفسي وهو حالة انفعالية ناتجة عن توقع تهديد ما أو خطر معين، حيث يضع الفرد في حالة تستوجب منه استثمار كامل طاقاته بهدف محاولة الاسترجاع والتحكم في توازنه، والقلق يعتبر من أبرز المواضيع التي يعمل ويهتم بها العاملين بعلم النفس، وذلك نظرا لأهمية تأثيره على اضطرابات الوظائف الجسمية والنفسية.

1- مفهوم القلق:

القلق لغة: يعني الحركة، نقول حرك الشيء، وتعني عدم الاستقرار في مكان واحد، وتعني أيضا الاضطراب والانزعاج.

القلق اصطلاحا: هو استجابة لموقف مثير ومهدد وينتج من الصراعات اللاشعورية والإحساس بعدم الأمن والنزاعات الغريزية المكبوتة والمنبعثة من داخل الفرد، والتي لا يمكن التنفيس عنها والبوح بها، لذلك نرى أن الجسم البشري يعبئ ويستعد لمواجهة المواقف المهددة، فتحصل حالة من الشد والتوتر في عضلاته وتسارع في تنفسه وزيادة في ضغط دمه بزيادة دقائق قلبه المتسارعة. (فرج عبد القادر، 1990، ص 219)

2- تعريف القلق:

لقد تعددت تعاريف علماء النفس للقلق لأنه مفهوم صعب ومعقد، كما يعتبر من الاضطرابات العصابية الشائعة فهو يعتبر أيضا سمة رئيسية في معظم الاضطرابات ونجده عند الأسوياء في مواقف الأزمات كما نجده مصاحبا لكل من الاضطرابات العصابية والذهانية على السواء، ويرى بعض علماء النفس أن القلق يتمثل في مجموعة من البنى كالتشاؤم وإدراك العجز وفي تحقيق الأهداف الهامة. (زيدان، 2007، ص 217)

وإذا كانت حالة القلق غالبية فتصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا أو "رد فعل القلق" "Anxiety reaction" وهو أشبع حالات القلق. (حامد عبد السلام زهران، 2005، ص 484)

ونذكر عدة تعاريف للقلق:

تعريف القلق حسب DSM4: القلق هو حالة من التوتر وعدم الراحة تنتاب الفرد دون وجود سبب (بيئي) واضح لذلك وينكر الفرد أن ضغوط الحياة (مثل الامتحانات أو مرض الوالد أو مشاكل أسرية... الخ) هي السبب في هذا القلق، أي أن القلق هو حالة لا شعورية لإظهار التوتر الذي ينتاب الفرد.

تعريف القلق حسب DSM5: القلق هو شعور مفرط بالهم (توقع وترقب الشد)، ويحدث لأيام كثيرة لفترة لا تقل عن 6 أشهر بشأن عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل العمل أو الإنجاز المدرسي).

والقلق هو أن يجد الشخص صعوبة في السيطرة على شعوره بالهم.

القلق هو الشعور بالهم أو الأعراض البدنية تسبب كدرا أو كوب إكلينيكي ذو دلالة (هام) أو تأثيرات سلبية في المجالات الاجتماعية، المهنية أو في المجالات العلمية الهامة الأخرى فالاضطراب لا يعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة مخدرة (مثل إساءة استخدام العقاقير، المخدرات، الأدوية) أو لحالة طبية أخرى (مثل إفراط نشاط الغدة الدرقية).

(محمد أحمد شلبي وآخرون، ب س، ص 69)

• **تعريف القلق حسب CIM10:** السمة الأساسية فيه هي قلق مستديم أو حتى يسيطر بشدة في حالة بيئة خاصة (أي أنه يطفو بحرية فوق كل المواقف)، ويشيع الإحساس بالعصبية طوال الوقت وبالرعدة والتوتر العضلي والعرق والدوار والخفقان والدوخة وانزعاج في أعلى البطن، والتفكير المتشائم بالإضافة إلى مخاوف وتوقعات سيئة أخرى ومسار القلق متباين ويميل إلى أن يكون متذبذبا ومزمنا.

(أحمد عكاشة، 1999، ص 150)

• **تعريف فرويد (Freud):** القلق هو نوع من الانفعال المؤلم اكتسبه الفرد خلال المواقف التي يصادفها، وهو يختلف عن بقية الانفعالات الأخرى غير السارة كالإحباط أو الغضب أو الغيرة لما يسببه من تغيرات جسمية داخلية يحس بها الفرد وأخرى خارجية تظهر على ملامحه بوضوح. (أديب الخالدي، 2005، ص 116)

• **تعريف آخر ل فرويد (S.Freud)** القلق هو: شيء ما يشعر به الفرد أو الإنسان أو حالة انفعالية نوعية غير سارة لدى الكائن العضوي، ويتكون من مكونات ذاتية وفزيولوجية وسيكولوجية، تتكرر بين الحين والآخر بشكل ضيق في الصدر أو التنفس

أو آلام في المعدة أو زيادة في عدد ضربات القلب.

(عبد الكريم أو بالخير، 2002، ص103)

• **تعريف هورني (K.Horny):** القلق هو استجابة انفعالية لخطر يكون موجه إلى المكونات الأساسية للشخصية ومن هذه المكونات ما هو عام بين الناس مثل: الحياة، إنجاب الأطفال، ...الخ، ومنها ما هو خاص تختلف قيمته حسب الشخص وثقافته وبيئته ومرحلة نموه وجنسه مثل: السمعة والمركز والاجتماعي والاقتصادي ويتخذ القلق مظاهر سلوكية مختلفة كالحذر والحيطه والخوف وهذا القلق يسلب بالتدرج السمات الأصلية للفرد ويرمي به بعيدا عن ذاته الحقيقية.

(حامد عبد السلام زهران، 1990، ص379)

ويمكن أن تكون حالة من التخوف والتوتر وعدم الاتزان نتيجة توقع حدوث حدث (سلبى أو إيجابى) مجهول وغير معروف وغير مدرك وهذا ما عرفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وقد يكون انفعالا لحدث غير سار أو شعور بالتهديد وعدم الراحة والاستقرار أو إحساس بالتوتر والخوف الدائم الذي قد يكون لا مبرر له من الحقيقة والواقع.

(عبد الخالق، 1987، ص27)

والقلق لا يمكن الاستدلال عليه إلا من خلال بعض المظاهر التي ترتبط به، وأن حالة القلق تتولد عندما تتزامن مع استعدادات الفرد لتوقع هذه الحالات على أنها خطيرة وهذا يرجع إلى تصورات الفرد المتضمنة معلومات عن ذلك الخطر. (Wells, 1997, p14)

• **تعريف فراند (Frاند):** القلق هو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان

فيسبب له كثيرا من الضعف والألم. (محمد إبراهيم الفيومي، 1985، ص60)

• **تعريف كارال (Caraal):** القلق هو عبارة عن ألم داخلي يسبب الشعور بالتوتر ويمثل

قوة دافعة قد تكون مدمرة أو بناءة ويتوقف ذلك على درجة الشعور بوقوع الشر

وعلى مدى حجم التهديد. (عبد الرحمان العيسوي، 1988، ص72)

- **تعريف عبد السلام زهران:** القلق هو حالة توتر شامل مستمر، نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصطحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية، كما انه شعور متعلق سواء بوضعية صدمة حالية، أو أنه متعلق بانتظار خطر آت من موضوع غير محدد. (عبد السلام زهران، 1978، ص 397)
- وأيضا تعريف آخر **لحامد عبد السلام زهران:** القلق هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، و يصحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسمية. (طه عبد العظيم حسين، 2007، ص 14)
- **تعريف فينج (Feng, 2000):** يرى فينج أن القلق يشير إلى ضغط نفسي يحدث نتيجة أي شيء يتحدى تكيف الفرد، أو يحفز جسم المرء وعقله، ويمكن للعوامل البيئية أن تتسبب بهذا القلق وكذلك العوامل النفسية والبيولوجية والاجتماعية.
- **تعريف أدلر (adler):** يرى أن القلق ينشأ لدى الفرد من خلال الإحساس والشعور بالدونية والنقص، فإن ذلك قد يدفعه إلى الانطواء والابتعاد عن الآخرين مما يؤثر على علاقاته الإجتماعية، وبهذا يكون عرضة للقلق والتوتر. (شقيير، 2005، ص 226)
- **تعريف دانييز (Danies):** أن القلق هو ردود أفعال وجدانية للتغيرات الأخلاقية والاجتماعية في المجتمع وضغوط الحياة العصرية. (دانييز، 2006، ص 125)
- **تعريف هلجين 2005 (Hlgain):** أن القلق يعتبر جزءا طبيعيا من تجربة الإنسانية ويعتبر في حد ذاته طبيعيا، أما إذا وصل إلى مستوى حد يؤثر على قدرة الشخص على العمل فإنه يصبح مرضيا، ويصاحب القلق الخوف من الأماكن العامة خوفا من المرض الإجهاد والقلق المعمم، وبالتالي يصبح الفرد أقل قدرة على مواجهة الحياة اليومية.
- **تعريف الحديني:** القلق هو عبارة عن خوف لا عقلاني. (الحديني، 2001، ص 64)
- **تعريف فيصل الزارد:** القلق هو شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد،

ومن هذه الإحساسات الجسمية الشعور بفرغ في فم المعدة أو الضيق أو التنفس والشعور بضربات القلب والصداع والشعور بالدوار والإعياء وكثرة الحركة أحياناً.

(عبد اللطيف حسن فرج، 2009، ص128)

- تعريف دافيد شببهان (D.Chbehan) القلق هو: رد فعل للضغط النفسي أو الخطر، أي عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئاً يهدد سلامته. (حسين فايد، 2011، ص49)
- تعريف ثورن (Thoren): قلق الفرد يكمن في خوفه من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد وجوده، أي القلق ليس ناشئاً عن خبرات الماضي، فالإنسان هو الكائن الوحيد الذي يدرك تماماً أن نهايته حتمية ويحدث تنبيهه للقلق لدى الإنسان.

(أديب محمد الخالدي، 2009، ص197)

- يعرف معجم أكسفورد (Oxford): القلق إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل.
- (عبد اللطيف حسين فرج، ص127)
- حسب قاموس علم النفس الطبي: القلق يعبر عن ألم وتعب داخلي ناتج عن الشعور بالخوف من شيء مجهول غير حاضر وكذا توقع خطر خارجي لا يملك الفرد أمامه أي وسيلة للمواجهة. (Dictionnaire de la psychologie médicale, 1999, p74)
- وقد أشارت تقارير منظمة الصحة العالمية لسنة 2001 بأن 450 مليون شخص في العالم يعانون من اضطرابات ومشاكل نفسية من أبرزها القلق، إذ يمثل ما نسبته 30% إلى 40% من مجموع الاضطرابات النفسية ويظهر ذلك بوضوح لدى الإناث وكذلك عند الأطفال المراهقين وفي سن الشيخوخة.
- (عبد السلام زهران، 1992، ص485)

3- النظريات المفسرة للقلق:

تعددت وجهات النظر حول الأسباب المؤدية للقلق حسب نظريات علم النفس فمنها:

3-1 النظرية التحليلية:

وضع المحلل النفسي (Freud) عدة نظريات في القلق ورأى أنه يتولد من كبت الخوف، فالذين يعانون من كبت جنسي يشكون من القلق، كما أكد فرويد على دور الدوافع

الجنسية عندما يتعرض الفرد للحرمان تتحول الطاقة الجنسية الكامنة ورائها إلى القلق، وهذا الأخير ناتج عن تعرض الفرد لحالة الخطر والمكون الأساسي لهذا الخطر هو زيادة التنبيه والإثارة، دون أن يكون القدرة على السيطرة على دوافعه الغريزية التي تختلف باختلاف مراحل النمو. (فيصل خير الزراد، 1998، ص48)

وأوضح فرويد بأن القلق هو حالة من الخوف تصيب الفرد مسببة له الحزن والضيق متوقعا له الشر في أي لحظة والشخص القلق يبدو دائما متوتر الأعصاب، متشائما قليل الثقة بذاته، متردد فاقد القدرة على التركيز. (فرويد، 1962، ص34)

والقلق هو نتيجة كبت الصراع بين الأنا والهو، وبهذا فقد ذهب فرويد إلى الاعتقاد بأن القلق مصدر الكبت وليس نتيجة له، وفسر ذلك باعتبار أن القلق يحدث نتيجة للتغير الذي يحدث بفعل الاندفاعات الجنسية في حالة عدم وجود متنفس لها.

(الداهوري، 2005، ص330)

ورأى "فرويد" كذلك بأن القلق عند الطفل يعود إلى غياب الشخص المرغوب، ثم الطفل الصغير الذي يرغب في أمه، فإنه يشعر بأن هذا خطأ، فينشأ القلق من خلال الإحساس بالذنب والخوف من أن يعاقب بسبب أفكاره السيئة، ويتعرض لبتير عضوه الذكري. (Pascal Marson, 2004, p182)

نجد فرويد يقول "أن القلق يظهر في الأصل كرد فعل لحالة الخطر"معناه وجود الطفل مستقلا عن أمه جسديا ثم يبدأ حين تتقطع فجأة الصلة التي كانت موجودة من قبل على شكل معين بين الطفل وأمّه، وأن عملية الميلاد هي خطر يهدد حياته، لذلك فإن ردة فعل صدمة الميلاد هو القلق الأول الذي تعمل فيه العناصر الفسيولوجية عملا رئيسيا وأما في الكبر فإن استثارة الطاقة الجنسية وعدم إشباعها بسبب تصادمها مع قيم المجتمع وتقاليده فهي المنبع المتجدد للقلق.

(مصطفى الفهمي، 1989، ص204)

وجهة نظر أدلر: لم يتناول الباحث أدلر مشكلة القلق تناولا منظما غير أننا نستطيع أن نلمس من كتاباته أن فكرة "الشعور بالنقص" عنده تتضمن معنى القلق فقد اهتم "أدلر"

بالشعور بالنقص باعتباره الدافع الأساسي للأمراض العصابية، وهو بذلك ينسب إلى الشعور بالنقص نفس الدور الهام الذي ينسبه فرويد والمحللون النفسانيون الآخرون إلى القلق، ويرى الباحث أدلر أن الطفل الصغير يشعر عادة بضعفه وعجزه ونفسه بالنسبة إلى أشقائه الكبار ووالديه والأشخاص البالغين بصفة عامة، ويمهد هذا الشعور بالنقص إلى قيام الفرد بكثير من المحاولات للتغلب على هذا الشعور، ويتغلب الإنسان السوي على شعوره بالنقص أو القلق لتقوية الروابط التي تربطه بالناس المحيطين به والإنسانية على وجه عام عن طريق العمل الجماعي النافع ومحبة الناس وصدقتهم ويستطيع الإنسان أن يعيش بدون أن يشعر بالقلق إذا حقق هذا الانتماء إلى الإنسانية، أما الشخصيات العصابية فتقوم بمحاولات تعويضية عصابية لغرض التخلص من الشعور بالنقص وتهدف هذه المحاولات إلى تحقيق الأمن عن طريق التفوق والسيطرة على الآخرين، ويلاحظ من ذلك اهتمام أدلر بالتفاعل بين الفرد والمجتمع. (سيغموند فرويد، 1998، ص14)

نظرية روبرت مالموم: وضع نظريته عن القلق بوصفه تنبيهًا زائدًا، وأن القلق الإكلينيكي يعد مرضًا خاصة بزيادة التنبيه والإثارة والتعرض الزائد زمنًا طويلًا للتنبيه المنشط الذي يؤدي إلى تغيرات جوهرية في قدرة الفرد على كف التنشيط.

(محمد قاسم عبد الله، 2001، ص178)

وجهة نظر هورني Horny: يرى أن القلق هو استجابة انفعالية لخطر يكون موجهًا إلى المكونات الأساسية للشخصية، وتشير إلى وجود ثلاثة عناصر أساسية للقلق وهي:

الشعور بالعجز والشعور بالعداوة، والشعور بالعزلة، ويعتقد "هورني" بوجود عدة مصادر رئيسية للقلق تكمن في أشكال المعاملة داخل محيط الأسرة من حيث الروابط العاطفية، ومن أهمها حرمان الطفل من العاطفة والحب والحنان العائلية وتدني فرص تحقيق العدالة في التعامل والقسوة وقلة التقدير والاحترام وهضم الحقوق الفردية وأساليب العقاب.

(حامد عبد السلام زهران، 1990، ص397)

وجهة نظر أتورانك (Ottorank): يرجع القلق إلى التجارب والخبرات الانفعالية المتتالية التي يعيشها الإنسان منذ الميلاد إلى الموت، إذ أن صدمة الميلاد والانفصال عن الأم والصدمات التي يعيشها الفرد تسبب له الألم والقلق، وتبقى مستمرة طيلة الحياة كما تكون السبب في الحالات المقلقة فيما بعد ويرجع أتورانك جميع حالات القلق إلى ما سماه ب"قلق الميلاد" وهو عبارة عن تفريغ للقلق الأول والذي سببه أن القلق يأتي في صورتين هما:

- الخوف من الحياة: وهو القلق من التقدم واستغلال الفرد.

- الخوف من الموت: قلق من فقد الاستقلالية الفردية، ويعود إلى حالة الاعتماد على الغير.

(Freud, S, 1980, p34-35)

وجهة نظر فروم (Froumm): ربط فروم بين القلق والحاجات الأساسية إلى الانتماء والارتباط والهوية والحاجة إلى إطار توجيهي، والتي يعتبرها فروم جزء من طبيعة الإنسان وضرورة لتطوره وارتقائه وإن إعاقة إشباع هذه الحاجة نتيجة الظروف السيئة والصراع الاجتماعي يقود إلى القلق.

(تونسي، 2002، ص25)

3-2- النظرية السلوكية:

وجهة نظر المدرسة السلوكية مخالفة تماما لوجهة نظر التحليل النفسي فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية ولا يتصورون الديناميات النفسية أو القوى الفاعلة في الشخصية على صورة منظمات الهو والأنا والأنا الأعلى كما يفعل التحليليون، بل أنهم يفسرون القلق على ضوء الاشارات الكلاسيكي وهو ارتباط مثير جديد بمثير جديد قادر على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي، وهذا يعني أن مثير محايد يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته الأصلية، لا تثير مثل هذا الشعور وعندما ينسى الفرد هذه العلاقة نجده يشعر بالخوف عندما يعرض له الموضوع الذي يقوم يدور المثير الشرطي، ولما كان هذا الموضوع لا يثير بطبيعته الخوف فإن الفرد يشعر بهذا الخوف المبهم الذي هو القلق وقد استطاع الباحث جون واتسون أن يخلق خوف لدى الطفل "ألبرت" الذي كان يبلغ من العمر إحدى عشر شهرا، وقد كان قد تعود للعب مع أحد

حيوانات التجارب ثم شرط "واطسون" رؤية الطفل لهذا الحيوان لمثير مخيف في أصله، وهو سماع صوت عالي مفاجئ وبعد حدوث الإشارات أصبح الطفل يخاف من الحيوان الذي كان يسر ويفرح لرؤيته من قبل، ويعتبر الحيوان في هذه التجربة بمثابة الموضوعات المثيرة للقلق عنده ويعتبر الحيوان في هذه التجربة بمثابة الموضوعات المثيرة للقلق عند الراشدين مع أنها كانت موضوعات محايدة في أصلها ولكنها ارتبطت بموضوعات مثيرة للقلق.

(صبره محمد علي وآخرون، ص 110-111)

ويرى كل من شافر ودروكس من أصحاب هذه النظرية أي القلق المرضي استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة كالمواقف التي ليس فيها إشباع فقد يتعرض الطفل منذ الطفولة لمواقف يحدث له فيها خوف أو تهديد ويصاحبه عدم الارتياح الانفعالي وعدم الاستقرار، والمواقف التي فيها إفراط في الحماية، فقد يتعرض الطفل للشعور بالخطر عندما يتعرض للمواقف الخارجية البعيدة عن مجال الأسرة.

(مصطفى فهمي، 1987، ص 118)

3-3- النظرية المعرفية:

تعتبر هذه النظرية أن الاضطرابات الانفعالية ما هي إلا نتاج أحداث قد تعرض لها الفرد، وهذه الأحداث قد أثرت على بعض النقاط الغير محصنة مما أدى إلى إثارتها لتتيح تلك المخاوف المرتبطة بها، وهذه الأحداث التي تعرض لها الفرد يتفاوت تأثيرها من شخص لآخر، فقد تثير نوع معين من العواطف والانفعالات عند الفرد، وقد تختلف عنه من فرد لآخر وقد تثير انفعالات وعواطف مختلف بالنسبة للفرد الواحد تتبعا للمواقف المختلفة.

(الداهري، 2005، ص 329)

ويعتقد أصحاب هذه المدرسة أن المعتقدات والأفكار الخاطئة لدى الفرد لها الأثر في توليد القلق حيث توجد علاقة وثيقة بين المعتقدات والأفكار الخاطئة والقلق لدى الجنسين، فالأفكار والمعتقدات الأكثر انتشارا لدى الذكور هي: "لوم الآخرين وعدم

التسامح، بينما الأفكار والمعتقدات الأكثر انتشارا عند الإناث هي الاعتمادية والتأثر بمشكلات الآخرين، وتجنب المشاكل. (موكيلاني، 2009، ص36)

ويرى بيك (A.Beck) أن الاضطرابات ما هي إلا نتاج اضطراب في تفكير الفرد وما يعتقد به من معتدات وأفكار والتي بواسطتها يمكن أن يفسر الأحداث من حوله. وقد أشار بيك إلى وجود فروقات في ارتباطات التكوين المعرفي:

- التكوين المعرفي المتصف بفقدان الأمل "الحزن، التشاؤم، والشعور بعدم القيمة الذاتية وعدم الكفاءة والاتجاه السلبي نحو العالم والمستقبل، ويكون ارتباطه بالاكتئاب.

- التكوين المعرفي الذي يتميز بتوقع المخاطر، الشعور بالتهديد النفسي والجسمي والاجتماعي، يكون ارتباطه بالقلق، وأن الأفكار المرافقة لمرضى القلق، هي عدم الكفاءة والقدرة على الإنجاز ونقص في ضبط النفس والسيطرة عليها، الانعزال الاجتماعي للفرد، الإيذاء الجسمي والمرضى. (حسين عبد التنظيم، 2007، ص37-40)

أما لازاروس (Lazarus) فيرى أن القلق عند الفرد يقع تحت تأثير حالتين هما: التقويم الأولي: تقييم الفرد لما لديه من إمكانيات وقدرات وخبرات يتعامل بها مع الموقف لتجديده واحتوائه، ومن هذه الإمكانيات هي: (الإمكانيات النفسية والجسمية، الاجتماعية والمالية).

التقويم الثانوي: أي تقييم الفرد لمدى تطوره وتهديد الموقف، وتحديد مدى احتمالية الضرر وشدته، وهذا التقويم يتأثر بعاملين هما:

- عوامل متعلقة بالشخص وتتمثل بأفكار الشخص ومعتقداته.
 - عوامل متعلقة بالموقف وتتمثل بنوع الحدث، طبيعته، نوع التهديد المتوقع، احتمالية حدوثه).
- (المصدر السابق، ص43-44)

ويعتمد الفرد في تقييمه للموقف على عدة عوامل هي:

- عوامل شخصية، عوامل خارجية لها علاقة بالموقف نفسه. (السيد عثمان، ص100)

فالتوقعات السلبية المستمرة تعمل على إزالة كل ما هو جيد وإيجابي في حياة الشخص ويصبح متشائماً لا يرى إلا المواقف السلبية والجوانب المظلمة من الحياة، ونتيجة لهذه التوقعات (السلبية) يقع الشخص في مغالطة النفس.

(هاندي ونيف، 2001، ص 159)

أما ارون بيك (Aron beck) فيرى أن القلق ينشأ من التشويه المعرفي وتحريف التفكير عن الذات وعن المستقبل ومن كيفية إدراك الأحداث وتفسيرها، وأن ظهور القلق يرجع إلى حدوث بعض التغيرات الغير مرغوب بها مع وجود الاستعداد النفسي للفرد نتيجة التقدير السلبي لقدراته، فإن القلق يعبر عن استجابات لمثيرات خارجية إلا أنه في نفس الوقت له ارتباطات بالسمات الشخصية للفرد، فإن خبرة الفرد وأفكاره هي التي تحدد نوع ردود أفعاله إذ أن القلق له تأثير سلبي على الذات البشرية وهذا بدوره يحدث ضعفاً مسيطراً على الفرد ليجعله متشائماً وكذلك انخفاض في مستوى فاعلية الذات. (التونسي، 2002، ص 27)

3-4- النظرية الإنسانية:

تهتم هذه النظرية بالقلق أكثر من نظرية التحليل النفسي والسلوكية، فالقلق حسب هذه النظرية ليس مجرد خبرة انفعالية يمر بها الإنسان تحت ظروف خاصة كما تراه النظرية التحليلية أو أنه ليس مجرد استجابة يكتسبها أثناء عملية التعلم كما تراه النظرية السلوكية أن القلق هو جوهر طبيعة النفس البشرية، فالإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يشعر بالقلق ويعاني منه كخبرة يومية مستمرة تبدأ ببداية حياته ولا تنتهي إلا مع آخر أنفاسه.

(إسمهان فوزي، ب س، ص 49)

وترى هذه النظرية أن الإنسان هو الكائن الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية وأن الموت قد يحدث في أية لحظة وأن الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان.

(نظام أبو حجلة، بدون تاريخ، ص 37)

3-5- النظرية البيولوجية:

ركزت هذه النظرية على الأسباب البيولوجية والجينية المؤدية لحالات القلق فالأسباب البيولوجية تم تحديدها من خلال تحديد الميل الفطري لأفراد حالات الهلع والخوف وذلك من خلال تصميم الاختبارات للمقاومة البيولوجية عن طريق تحديد العامل البيولوجي مثل تأثير ملح الطعام على الأفراد الذين يعانون من حالات الهلع وآخرون لا يعانون من ذلك.

فالأفراد الذين لديهم حساسية بيولوجية اتجاه أملاح الصوديوم يحدث لهم مشاعر رهبة وهلع، أما بالنسبة إلى الأسباب الجينية، فهذا يستمد على دراسة الحالة الوراثية، وتحديد النسب المسؤولة للأفراد الذين لديهم نفس المرض لنفس العائلة، وقد فسرت هذه النظرية اضطرابات الوسواس القهري من خلال المخططات الدماغية والاضطرابات البيوكيميائية.

(الداهري، 2005، ص125)

3-6- النظرية الفزيولوجية:

يعتقد أصحاب هذه النظرية أن الانفعال والتوتر يولدان تغيرات جسمية وفزيولوجية فالقلق يحدث زيادة ملحوظة في نشاط الجهاز العصبي الإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي، فتزيد نسبة الأدرينالين والنورا أدرينالين فتزيد بذلك نسبته فيرتفع ضغط الدم مع شحوب في الجلد وزيادة إفراز العرق وجفاف الحلق مع كثرة البول، ولقد بين أصحاب هذه النظرية من أطباء وباحثون وعلماء وباحثون فزيولوجيون أن مركز الانفعالات موجودة في الدماغ وبالضبط على مستوى مناطق مختلفة من القشرة الهضمية.

(مصطفى الغالب، 1983، ص15)

4- أنواع القلق:

ميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق حيث يعتبر أفضل تصنيف حسب الباحثين:

4-1- القلق الواقعي Reality ansxiety: (القلق الموضوعي):

وهو قلق شعوري موضوعي أو حقيقي أقرب ما يكون لمفهوم الخوف العادي إذ يدرك الفرد مصدر خطر خارجي في بيئته يتهدهده، وربما يكون هذا المصدر واقعيًا فعليًا أو متوقعًا محتملاً، ومن أمثلة القلق الذي يعترى الفرد بشأن نتيجة اختبار أجرى له أو مسابقة شارك فيها أو عندما ينتظر نبأ مهما يتعلق بقضية أو مشكلة حيوية تخصه ومنه أيضاً ذلك التوتر الذي يصيب الفرد عندما يستشعر خطراً على صحته أو مستقبله أو عندما يدرك بعض العقبات أو الصعوبات يمكن أن تواجهه في منصب أو وظيفة جديدة يشغلها أو بيئة جديدة سينتقل إليها وقد يشعر الفرد ببعض التوتر عندما يقدم على إنجاز عمل جديد لا يدري الضبط ما الصورة التي ينتهي إليها هذا العمل، وكيف سيكون باستقبال الناس له كما هو الحال بالنسبة للتوتر الدافعي المصاحب لعملية الإبداع لدى الفنانين والأدباء والباحثين.

وهكذا يلعب القلق الموضوعي العادي دوراً بالغ الأهمية في حياة الفرد والجماعة لما له من وظائف دافعية وتوجيهية للسلوك، فهو يساعدنا على تحديد مشكلاتنا واتخاذ القرارات اللازمة بشأنها، ويمدنا بالقدر اللازم من التحفيز لتحديد الطاقة النفسية اللازمة وتكريسها وتركيزها لمواجهة المشكلات وتجنب المخاطر، فبدون هذا القلق لا يتوفر للطالب مستوى الدافعية اللازم لاستنكار دروسه، كما لا يتبين لكل منا تحمل مشاق العمل لساعات طويلة في نشاطاتنا اليومية العديدة تحقيقاً لما نطمح إليه من نجاح وتفوق ومكانة.

(صبره محمد علي وآخرون، 2004، ص 99-100)

4-2- القلق العصابي Neuritic Ansxiety:

هو قلق داخلي غامض ويتميز عن القلق الموضوعي بأنه أكثر حدة وشدة وأنه عرض مرضي يعوق التوافق السوي والسلوك العادي للفرد، كما أن مصدره يكمن

في داخل الفرد ذاته (تهديدات الدافعات الغريزية المكبوتة) وليس خارجه، لذا فهو لا شعوري أي أن الفرد لا يعي أسبابه، ومن ثم لا يجد مبررا موضوعيا له ولما يؤدي إليه من أفعال وينشأ القلق العصابي بفعل الكبت وما يترتب عليه، فوفقا لنظرية التحليل النفسي تسعى الهو إلى الإشباع الفوري المطلق لمحفزاتها البدائية الغريزية العدوانية والجنسية التي تتعارض والمعايير الاجتماعية، وتحاول الأنا تنظيم هذا الإشباع وفقا لما يرتضيه المجتمع والواقع، وتكبت كل ما يتعارض معها من رغبات ونزوات مستكرهة مهددة للفرد في اللاشعور ومع اشتداد ضغط هذه المواد المكبوتة وإحاحها في العودة إلى مستوى الشعور، يزداد شعور الأنا بالتهديد والقلق وتزدادا مقاومتها، فتستخدم بعض الحيل الدفاعية الأخرى كالإسقاط والتبرير والتكوين العكسي، استكمالا لعملية الكبت ولمنع تلك المواد الخطيرة من الظهور.

(عبد الرحمان سي موسى، رضوان زقار، 2002، ص 102-103)

إلا أن هذه الحيل بطبيعتها ناقصة خادعة لأنها لا تقضي على تلك المواد أو تنشأ مثل أسباب المشكلات وإنما تموه عليها، لذا فهي لا تمنح الأنا سوى قدر من الراحة المؤقتة تعاود بعده المواد المكبوتة "الضغط والتهديد من جديد فتستثير مزيدا من القلق والتوتر، فتلجأ الأنا ثانية للحيل الدفاعية مما يبطل مفعولها من كثرة استخدامها، ومع ازدياد الضغط والقلق تزداد الأنا ضعفا ولا تجد مفرًا من الوقوع في شرك الاضطرابات الانفعالية النفسية ليبدو الموقف أقل تهديدا.

(نبيلة عباس التورجي، 2002، ص 138-139)

3-4 - القلق الخلقي Moral anscenty:

ويكون مصدره داخليا إذ يمارس في صورة الإحساسات بالذنب في "الأنا" فيثير إدراك

خطر آت من الضمير. (فيصل محمد الزرد، 1984، ص 88-89)

والأنا الأعلى أو الضمير الخلقي الذي تمثله القوانين والأعراف الاجتماعية والمثل والأخلاق، واستمداده من تعاليم الوالدين ومن في حكمهم، ويتبدى القلق الخلقي عندما تنجح بعض الذكريات المستكرهة، والغرائز المحرومة لدى الفرد إلى الانطلاق والإشباع أو عندما يأتي الفرد فعلا آثما خارجا على المثل العليا والأخلاقيات التي تمثلها وإستدمجها، فينزل

الأنا الأعلى عقابه على النفس من خلال إشعارها بالندم والإثم والخجل تأنيبا لها عما فكرت فيه أو تكفيرا عما ارتكبته، هذا النوع من القلق عن حد معين قد يكون ذا طابع تطهيري يساعد الفرد على استعادة ثقته بنفسه وعلى مجاهدة نزوات "الهو"، وإن تجاوز هذا الحد ربما يأخذ صورا متطرفة شاذة لإيلاء الذات وتعذيبها.

(عبد المطلب القريطي، 1998، ص125-130)

وتوجد تصنيفات أخرى للقلق تبعا لأسس مختلفة:

من حيث مدى وعي الفردية: ينقسم القلق إلى قلق شعور يعني الفرد أسبابه ويمكنه تحديدها والتصدي لها، وغالبا ما يزول تلك الأسباب، وقلق لا شعوري لا يقطن الفرد إلى مبرراته رغم سيطرته على سلوكه.

من حيث درجة شدته: ينقسم إلى قلق بسيط، قلق حاد، وقلق مزمن.

من حيث تأثيره على مستوى أداء الفرد لواجباته ومهامه: هناك قلق ميسر ومنشط

للأداء Facilitating وقلق مثبط أو مضعف لأداء الفرد Dibilitating.

قلق عادي واقعي، وقلق خلقي أو ضميري وقلق عصابي.

ويحتاج كل منا درجة ما من التوتر تعينه على شحن همته وتكريس طاقاته للعمل لمواجهة مشكلات الحياة، هذه الدرجة عادة ما تكون شعورية دافعية وهي ضرورية لتحقيق توافقنا النفسي والاجتماعي لكنها قد تتجاوز هذا الحد الدافعي في حالات قليلة وتبلغ معها درجة شديدة مرضية (فزع، وهلع ومخاوف غير منطقية) تعوق نشاط الفرد وتؤدي إلى سوء توافقه.

كذلك يوجد ما يسمى بالقلق الوجودي: وفي هذا النوع من القلق تمتلك الشخص

مشاعر بأن الحياة لا قيمة لها ويفقد إحساسه بقيمة كل ما يفعله، وهو اضطراب انفعالي تميزه خصائص وجدانية كالإحساس بالملل والفراغ ومشاعر الاكتئاب، فمن الناحية الفكرية تسيطر على الفرد أفكار بأن الحياة لا معنى لها وليس لها أهمية، أما من الناحية السلوكية يصبح الأشخاص غير مكترئين للقيام بأي نشاط كما يبرز فيه الفرد تعايشه في أداء نشاطاته

المعتادة، ويغلب على القلق الوجودي عدم الاكتراث وغياب المشاعر القوية وفقدان الإحساس بوجود أي معنى للحياة، ومن أهم العلماء الذين تكلموا عن القلق الوجودي "جان بول سارتر" و"آرثر ملر". (إبراهيم عبد الستار، 1998، ص94)

5- أعراض القلق:

5-1- الأعراض النفسية:

نجد الخوف الشديد وتوقع الأذى والمصائب وعدم القدرة على التركيز والانتباه، الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والعجز والاكتئاب وعدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهرب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة والخوف من الأمراض كالقلب والسرطان والزهري أو الخوف من الموت، ويفقد المريض السيطرة على أعصابه بسهولة لأتفه الأسباب والحساسية لأي ضوضاء فهذا التوتر هو مصدر للنزاعات العائلية قد تحكم حياة الفرد ويظهر هذا التوتر بين الطلبة قبل دخول الامتحان، كما نجد المريض يشتكي من ضجيج المواصلات وصراخ أخواته، كذلك عدم القدرة على التركيز وسرعة النسيان والسرطان وفقدان الشهية للطعام مع هبوط الوزن والأرق الذي يتميز بصعوبة في النوم وإن نام يكون نومه مصحوب بالكوابيس، كذلك نوبات من الهلع التلقائي والاكتئاب والانفعال الزائد وعدم القدرة على الإدراك والتمييز وزيادة الميل إلى العدوانية.

(عبد المطب القرطبي، 1998، ص125-130)

ويشتمل أعراضا أيضا القلق على الصحة وعدم الاستقرار والشعور بانعدام الأمل وعدم الراحة النفسية والحساسية المفرطة وسرعة الاستثارة والخوف الشديد حيث يكون الفرد خائفا لا يعرف مصدر الخوف، عدم الشعور بالأمن والضيق وتوهم المرض، كذلك عدم القدرة على التركيز والانتباه، عدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهروب من مواجهة المواقف، توقع حدوث شيء ما دون معرفة ما هو ذلك الشيء هذا بالإضافة إلى الشك والتردد في اتخاذ القرار.

(فوزي محمد جبل، 2000، ص131)

5-2- الأعراض الفزيولوجية:

نلاحظ زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي السيمبتاوي والباراسمبتاوي ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنورأدرينالين في الجهاز السمبتاوي فيرتفع ضغط الدم وتزيد ضربات القلب وتجحظ العينين وتزيد نسبة السكر في الدم مع شحوب الجلد وزيادة إفراز العرق وجفاف الحلق وأحيانا ترتجف الأطراف ويعمق التنفس، أما ظهور نشاط الجهاز باراسمبتاوي فأهمها كثرة البول والإسهال ووقوف الشعر وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم، أما الهيپوتالاموس هو مركز التعبير عن الانفعالات وهو على اتصال مباشر بقشرة المخ، بحيث توجد دائرة عصبية والهرمونات العصبية المسؤولة هي هرمونات السيروتونين والنور أدرينالين والدوبامين وتزيد نسبتها في هذه المراكز.

كذلك من بين الأعراض نوبات من الدوخة والإغماء وتتميل في اليدين أو الذراعين أو القدمين، الغثيان نوبات من العرق التي لا تتعلق بالجدارة أو الرياضة البدنية كذلك الشعور بألم في الصدر والتوتر الزائد.

5-3- الأعراض الإكلينيكية:

يظهر المصاب بالقلق عادة بالتوتر، كثرة الحركة، سرعة التنفس، الكلام السريع غير المترابط، نوبات من الصراخ، والبكاء وتكون مصحوبة بجفاف الحلق، إتساع حدقة العينين، شحوب الجلد، الارتجاف الشديد للأطراف، الإغماء، العرق البارد والأعراض الإكلينيكية نجدها في الأجهزة وهي:

- الجهاز الهضمي: نجد صعوبة في البلع أو سوء الهضم والانتفاخ وأحيانا الغثيان والقيء والإسهال والإمساك.

- الجهاز القلبي: يشعر القلق الإنسان بآلام عضلية خوف القلب والناحية اليسرى من الصدر سرعة دقات القلب والشعور بنبضات غير منظمة وفي كل مكان.

- الجهاز التنفسي: نجد سرعة التنفس والتنهدات المتكررة والشعور بالضييق في الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء وتغير درجة الحرارة، قلة الكالسيوم النشط في الجسم مما يجعل الفرد يشعر بالتميل في الأطراف وتشنجات عصبية وأحيانا الإماء .
 - الجهاز العصبي: تظهر على الإنسان القلق شدة الانعكاسات العميقة مع اتساع حدقية العين وارتجاف الأيدي مع الشعور بالدوران والدوخة مع الصداع.
 - الجهاز البولي التناسلي: أعراض تمثل في كثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة كما يحدث قبل الامتحانات.
 - الجهاز العضلي: نجد فيه آلاما مختلفة منها: آلام عضلية في الساقين والذراعية أو في الظهر أو فوق الصدر.
- 6- مصادر القلق:

حدد جيروم (Jerome) وإرنست (Ernest) خمسة مصادر أساسية للقلق على النحو الآتي:

6-1- الأذى والضرر الجسدي "Physical harm":

فالعديد من الناس حتى أولئك الذين يحترفون الرياضات الصعبة، كسباقات السيارات وتسلق الجبال، يمتلكهم الشعور بالقلق عندما تتهددهم مواقف تنذر بالأذى والإيلام الجسدي، كما أن بعض الأفراد في مواقف معينة تسيطر عليهم فكرة الإصابة ببعض الأمراض أو القتل في الحرب.

6-2- الرفض أو النبذ Rejection:

فالخوف من رفض الآخر لنا، ومن أنه لن يبادلنا مشاعر المودة والحب يجعلنا غير مطمئنين أو مسترخين في المواقف الاجتماعية.

6-3- عدم الثقة Uncertainty:

إذ يعد نقص الثقة أو فقدانها، سواء في أنفسنا أو في غيرنا عند خوض التجارب والمواقف والخبرات الجديدة، مصدرا للقلق لاسيما إذا كان الطرف الآخر في هذه المواقف غير واضح فيما يتوقع منا أن يفعله.

6-4- التنافر المعرفي Cognitive Dissonance:

يؤدي تناقض الجوانب المعرفية كالإدراك والأفكار والمعلومات كل منها مع الآخر أو عدم اتساقها مع المعايير الاجتماعية إلى القلق والشعور بعدم الارتياح فالطالب الذي يدرك نفسه على أنه موهوب أو خارق الذكاء يصاب بالإزعاج والتوتر وعندما يحصل على درجة في الامتحان تفيد أنه ليس كذلك، (Jerome ernest, 1986, p381). والشخص الذي يفكر في نفسه على أنه (كريم) غالبا ما يضطرب حينما يجد نفسه في مواقف تشعره بأنه إن فهم موضوع القلق يجعلنا نضع تصورا شاملا بحيث تكون الرؤية أوسع حتى نستطيع أن نفهمه فالقلق ليس مصطلحا بسيطا منفردا بذاته بل يمكن أن نتصوره من خلال الخريطة المعرفية والتي يمكن رصدها كالتالي:

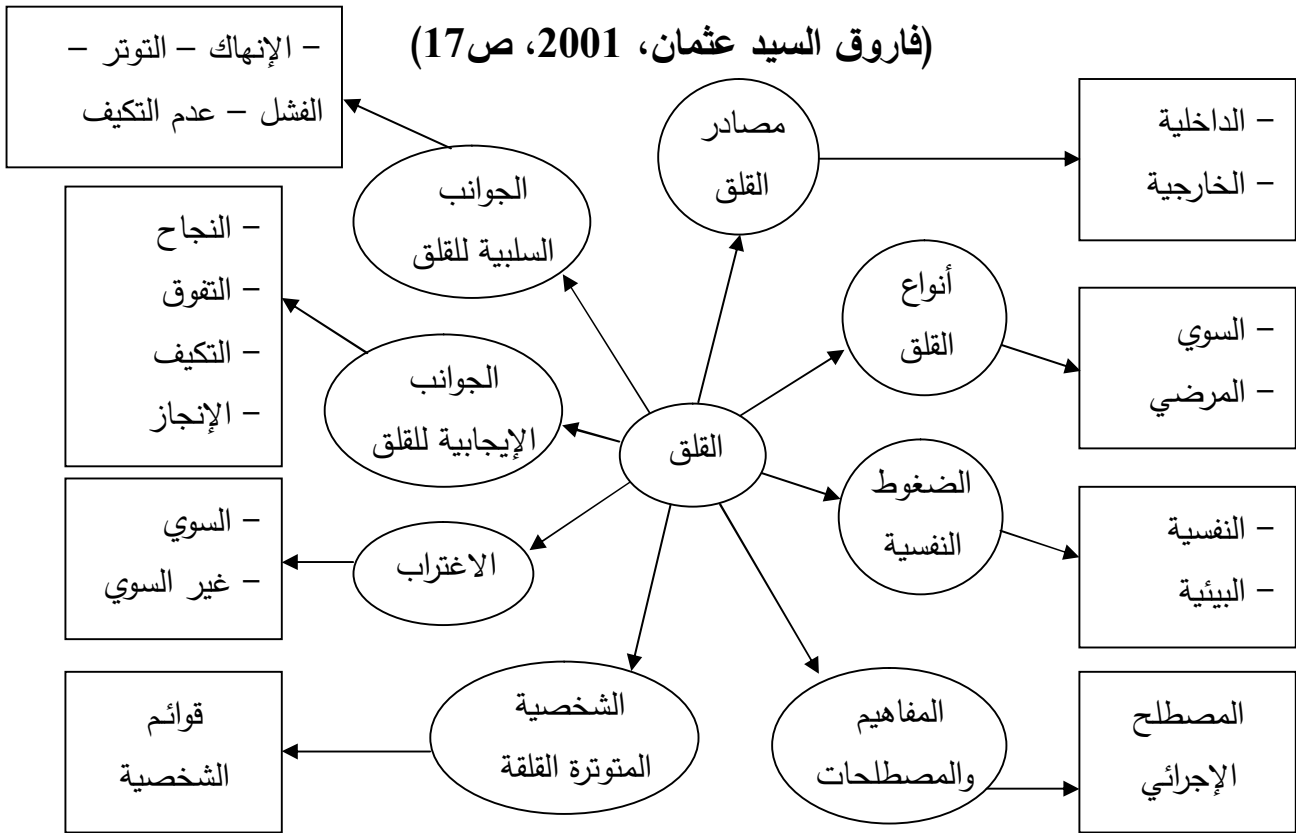
مصادر القلق الداخلية والخارجية - القلق السوي والمرضي - أنواع القلق النفسية والبيئية - الضغوط النفسية والمفاهيم والمصطلحات المصطلح الإجرائي - الشخصية المتوترة القلقة - قوائم الشخصية والاعتراب - السوي وغير السوي - الجوانب الإيجابية لقلق النجاح التفوق التكيف والإنجاز - الجوانب السلبية للقلق - الإنهاك التوتر الفشل وعدم التكيف بأنه (شحاذا أو متوسل) ويحدث الشيء نفسه لشخص آخر يرى نفسه آمنا لكن قد تضطره الظروف إلى أن يمارس سلوكا غير آمن كالكذب أو الغش.

(فاروق السيد عثمان، 2001، ص17)

6-5- الإحباط والصراع:

يعد القلق والتوتر محصلة طبيعية لفشلنا سواء في إرضاء لرغباتنا ودوافعنا وطموحاتنا وفي هذا الشكل نرى الخارطة المعرفية للقلق: (Jerome adn ernest, 1986, p381)

شكل رقم (01). يوضح الخريطة المعرفية للقلق.



7- أسباب القلق:

إضافة إلى كل ما سبق نجد أن النظريات في علم النفس قد اختلفت في تحديد الأسباب المؤدية للقلق لأن كل نظرية قامت بدراسة القلق من وجهة نظر معينة ومختلفة عن النظرية الأخرى ويمكن اختصار أسباب القلق في العوامل التالية:

7-1- العوامل الوراثية:

إن الأساس الوراثي للقلق يتضح من دراسة سبب قلق لتوائم متأخية (تحري دباغ، 1983، ص96-97)، ومن دراسة التوائم وهي بعيدة عن بعضها، تبين أنها لا تزال تصاب بالقلق بالرغم من اختلاف المحيط بين الإثنين. (فخري الدباغ، 1983، ص 96-97)

فكل ذلك يدل على وجود درجة من العوامل الوراثية ذات الصفات المتنوعة، تدخل في تهيئة الفرد للقلق، إلا أن هذا البناء الوراثي لا ينفي أو يقلل من شأن العوامل المحيطة والنفسية العديدة. (عبد الستار إبراهيم، 1984، ص51)

7-2- العوامل النفسية:

إن الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه بسبب القلق إضافة إلى الضعف النفسي العام والتوتر الشديد، الصدمات النفسية، الشعور بالعجز، الذنب، الخوف من العقاب وتوقعه زيادة إلى عوامل متعلقة بالحياة العامة كالمشاكل المالية والمهنية والعائلية فهي من المسؤوليات التي تفوق تحمل الفرد. كما أن الأمراض العضوية الحادة أو المزمنة تمهد الاستجابة للقلق الذي يواجهه الفرد أو الضغوطات الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة والصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والفشل اقتصاديا وروحيا. (فخري الدباغ، 1983، ص3)

لذا "فرويد" (Freud) يعطي ثلاث عوامل كافية وهامة للشعور بالقلق:

- الإحساس بالخطر الذي ينبه القلق.
- الإحساس بالخطر الذي ينبه القلق.
- الإحساس بعدم القدرة على مواجهة القلق.

(لطفي عبد العزيز الشربيني، لا توجد سنة، ص51)

- الذكرى التي تتمثل في تذكر الشخص القلق كحالة مماثلة حدثت مرة أو عدة مرات.

7-3- مواقف الحياة الضاغطة:

إن تعدد الأعباء والمشكلات التي يتعين على الفرد في هذا العصر مواجهتها، وتعدد الجهات التي عليه أن يتعامل معها والقوانين التي من المفروض أن يخضع لها في العمل والشارع والحياة، كما أن هناك الكثير من الممنوعات التي يتعين الابتعاد عنها لأن كل من يقترب منها سيتعرض للعقاب، وفي الحياة الحديثة بما فيها من أعباء ومسؤوليات تحتاج من الفرد إلى قدرة وطاقة نفسية للتكيف معها وضغوط الحياة قد تكون فردية يتأثر بها الفرد

الذي يقع عليه والعبء لوحده أو جماعية تؤثر على عدد كبير من الناس في وقت واحد مثل: الكوارث الطبيعية والحروب بما يترتب فيها من مآسي كثيرة وأزمات اقتصاديه، وكلها تمثل مجموعة الهموم التي يتعرض لها الإنسان في أماكن متعددة من العالم تسبب له القلق.

(لطفى عبد العزيز الشربين، (ب س)، ص51)

ويعتبر نمط الحياة الحديث والتغير المستمر يسبب القلق والخوف والحرمان، والهم واضطراب تفكك الجو الأسري.

(حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص120)

7-4- العوامل الفيزيولوجية:

يشرف الجهاز السمبتاوي والباراسمبتاوي وخاصية السمبتاوي المتمركز بالدماغ الهيبيوتلامس على تسيير وعمل كل الآليات الانفعالية، إذ أن مواجهة الحالات الضاغطة تعمل على تنشيط مفرط للجهاز السمبتاوي فيفرز هذا الجهاز وسيط كيميائي يسمى "الأدرينالين".

وفي حالة إجهاد السمبتاوي يعجز الجهاز الباراسيمتاوي عن إرجاع الوظيفة إلى حالتها الطبيعية فيحدث على شكل أعراض صحية ونفسية.

(فخري الدباغ، 1983، ص40)

8- تشخيص القلق:

8-1- تشخيص القلق العام حسب DSM4:

- قلق وشعور بالهم وتوقع السوء والشر لمدة ستة شهور على الأقل ويكون بسبب العمل أو الأسرة... الخ.
- لا يستطيع الشخص السيطرة على قلقه.
- يقتر القلق بثلاث (أو أكثر) من الأعراض التالية (بالنسبة للأطفال يكفي عرض واحد):
- الشعور بعدم الراحة.
- وجود أفكار أو وسواس حول موضوعات مهمة أو غير مهمة.
- الشعور بأنه على الحافة ومتأزم وقد يتعرض للموت.

- العجز عن بلع الطعام.
- ضعف التركيز أو أن ذاكرته لا شيء فيها.
- الشعور بالتعب (من دون بذل مجهود).
- التهيج بسهولة.
- عدم الصبر.
- يسهل تشتيته (بعيدا عن ما يؤديه).
- تقلص بالعضلات.
- الأرق أو صعوبة النوم أو صعوبة الاستمرار في النوم العميق، أو النوم لساعات قليلة (ثلاث أو أربع ساعات فقط).
- عرق غزير.
- متاعب بالمعدة (أو الأمعاء).
- تقطع عند التنفس.
- إسهال.
- صداع. (محمد أحمد شلبي وآخرون، (ب س)، ص 69-70)

كما أن هناك أمراضا تعتبر مظهر من مظاهر القلق الشديد (مرض عضوي مثل الشعبلة والبهاق، كما تحدد للشخص عرض واحد فقط، المهم هو ألا يؤثر ذلك على حياة الفرد الاجتماعية والمهنية والجنسية وإلا اعتبر مريضا بالقلب.

8-2- تشخيص القلق العام حسب DSM5:

يقترن القلق أو الشعور بالهم بثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية (على الأقل بعض هذه الأعراض تظهر لأيام كثيرة في الست شهور الأخيرة، وبالنسبة للأطفال يكفي عرض واحد فقط:

- الشعور بعدم الراحة، أو الشعور بالإثارة المرتفعة أو بالتوتر (أو يشعر أنه على حافة الهاوية).

- الشعور بالتعب بسهولة.
 - صعوبة التركيز أو أن يكون العقل فارغا.
 - التهيج بسهولة.
 - تقلص العضلات.
 - اضطرابات النوم (صعوبة في أن يدخل الفرد في النوم أو أن يبقى نائما أو الأرق أو النوم غير المشبع).
- 3-8- تشخيص القلق العام حسب CIM10:**

يشترط أن يعاني الشخص من أعراض قلقية أولية في أغلب الأيام ولمدة عدة أسابيع متصلة على الأقل، وعادة لعدة شهور، تشتمل هذه الأعراض عادة عناصر من:

- **توجس:** مخاوف بشأن مشاكل في المستقبل، إحساس بالانفعال، صعوبة في التركيز، الشعور بعدم الكفاية لدرجة أنه على شفير الهاوية، ...الخ).
- **التوتر حركي:** تملل، صداع عصبي، رعشة، عدم القدرة على الاسترخاء.
- **زيادة نشاط الجهاز العصبي المشتمل:** دوار، عرق، سرعة ضربات القلب، أو سرعة التنفس، إحساس بالانزعاج أعلى البطن، دوخة، جفاف الفم، ...الخ.

(احمد عكاشة، 1999، ص150-151).

ففي التشخيص يجب العناية بالفحص الطبي الدقيق، وتقييم الشخصية ودراسة تاريخ الحالة، وفي حالة وجود الأعراض الجسمية يجب عدم الخلط بين القلق والاضطرابات العضوية الأخرى أو الاضطرابات العصابية الأخرى مثل الهستيريا أو الاكتئاب، ويلاحظ أن بعض المرضى يذكرون الأعراض الجسمية ولا يذكرون أي شيء عن الأعراض الانفعالية للقلق لاعتبارهم أن القلق مرض نفسي وهم يريدون أن يدفعوا عن أنفسهم أنهم مرضى نفسيون.

9- مستويات القلق:

تشير العديد من الدراسات إلى أن القلق موجود في حياة الإنسان وبدرجات نسب مختلفة بين القلق الذي يظهر على شكل الخشية وانشغال البال والقلق الشديد الذي يظهر على شكل الرعب والفرع، ويوجد هناك 3 مستويات للقلق وهي:

9-1- المستوى المنخفض للقلق:

يحدث حالة التنبه العام للفرد ويزداد تيقظه وترتفع لديه الحساسية للأحداث الخارجية كما تزداد قدرته على مقاومة الخطر، ويكون الفرد في حالة تحفز لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها الفرد، ولهذا يكون القلق في هذا المستوى إشارة إلى إنذار الخطر على وشك الوقوع.

9-2- المستوى المتوسط للقلق:

يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة حيث يفقد السلوك مرونته وتلقائيته ويستولي الجمود بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة، وتكون استجابته وعادته هي تلك العادات الأولية الأكثر لغة، وبالتالي يصبح كل شيء جديدا مهددا وتنخفض القدرة على الابتكار ويزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة. (محمد إبراهيم القيوم، ب، س، ص 145)

9-3- المستوى الأعلى للقلق:

يحدث اضمحلال وانهيار للتنظيم السلوكي للفرد ويحدث تكوين إلى أساليب أكثر بدائية وينخفض التأزر والتكامل انخفاضاً كبيراً في هذه الحالة.

(عبد الحميد محمد الشاذلي، ص 115)

أي الشخص يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة ولا يستطيع الفرد التمييز بين المثيرات الضارة وغير الضارة، ويرتبط ذلك بعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي. (عبد الحميد محمد الشاذلي، 2001، ص 110)

10- علاج القلق:

10-1- العلاج النفسي:

10-1-1- العلاج النفسي التحليلي:

ينظر التحليل النفسي إلى المريض على أنه إنسان يعيش صراعا بين ثلاثة قوى وهي:

الهو والأنا والأنا الأعلى، وترى أن القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا أساسيا.

(حامد عبد السلام زهران، 1988، ص 397)

يهدف العلاج النفسي التحليلي، إلى تقوية "أنا" المريض باعتباره المسيطر على رغبات ونزوات "الهو" والمنسق بينهما وبين ضوابط الأنا الأعلى وتطوير شخصية المريض وتحقيق التوافق باستخدام التداعي الحر، وهذا من أجل الوصول إلى الكشف عن الرغبات المكبوتة التي تسبب الصراع وتستعمل كذلك لهذا الغرض طريقة تحليل الأعلام لتحليل رموز المكبوتات.

(صبره محمد علي وآخرون، 2004، ص 106)

نلاحظ أن العلاج التحليلي يساعد تعليم المريض الاستبصار لصراعاته اللاشعورية مع محاولة التكيف وتعديل الأهداف وتنمية القدرات، ويتبين أن العلاج التحليلي يهدف إلى حل الصراعات المكبوتة، وهذا عن طريق استخدام أساليب وأدوات التحليل النفسي كالتداعي الحر وتفسير الأحلام.

(فوزي محمد جبل، 2000، ص 138)

10-1-2- العلاج المعرفي:

يقوم هذا العلاج على مناقشة الأفكار غير المنطقية لدى المريض ونقدها، يقنع من خلالها الفاحص المفحوص بأنها أفكار خاطئة وغير منطقية وباعتبارها محور حياته وتعمل هذه الأخيرة على إحداث اضطرابات في الشخصية، تم إعطاء الدليل من أفكار عقلانية منطقية.

(حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص 122)

10-1-3 العلاج السلوكي:

يتمثل في تدريب المريض على عملية الاسترخاء، وبعد ذلك نقدم المنبه المثير للقلق بدرجات متفاوتة من الشدة بحيث لا يؤدي إلى القلق والانفعال وإذا لم يتحقق الشفاء قد نضطر إلى استخدام العقاقير المهدئة والصدمات الكهربائية.

(حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص121)

كما أن السلوكيون يعتمدون في العلاج على طريقة أصبحت من أكثر الطرائق العلاجية السلوكية انتشارا وهي إزالة الحساسية، وأدخلها لأول مرة البروفسور "ولب" (Web) 1958 قائما على مبدأ اشتراطي أسماه "الكف المتبادل" حيث قام بإحداث استجابة مضادة للقلق بوجود مثيرات مستدعية للقلق بحيث تكون مصحوبة بقمع تام أو جزئي لاستجابات القلق فإن الرابطة بين هذه المثيرات واستجابات القلق ستضعف.

(صالح حسن قاسم، 2008، ص179)

كما أن العلاج السلوكي يتضمن طرائق عديدة من العلاج ويشمل وسائل مختلفة، إذ يقوم على أساس الافتراض بأن الإنسان يتعلم أو يكتسب الاستجابات أو يتعلمها بطريقة شرطية، ومن أشهر هذه الأساليب:

إزالة الحساسية بطريقة منظمة: إن إزالة الحساسية المنظمة تركز على المواجهة التدريجية التي يصحبها الاسترخاء العميق للعضلات وتكون المواجهة أولا في الخيال ثم في الواقع.

العلاج بالتعويض أو المواجهة: أصبح شعار العلاج بالتعويض أو المواجهة التصرف الحقيقي المباشر الشديد والطويل المتكرر الذي لا مهرب منه، حيث لاحظ بعض الباحثين أن مواجهة المشكلة كما تحدث في الحياة الواقعية تبدأ من الأعراض.

المحو أو الإطفاء ويشتمل المحو على تقليل السلوك تدريجيا من خلال إيقاف التعزيز الذي كان يحافظ على استمرارية حدوثه في الماضي.

(مصطفى نوري القمش، 2007، ص271)

إذ يظهر أن العلاج السلوكي يركز على القلق على أنه يحدث نتيجة المثير إما أن يكون هذا المثير خبرة ماضية حدثت في حياة المريض أو خبرات أخرى تثير لديه القلق ويعتمد المعالج على عدة أساليب.

10-1-4 العلاج المعرفي السلوكي:

يقوم هذا العلاج على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم والقوى الإدراكية كما يشمل على مجموعة عديدة وكبيرة من التقنيات العلاجية التي تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي في التفكير وسلوك الفرد وهو يهتم بإزالة الأعراض المباشرة دون البحث عن الصراعات النفسية وجذورها والصدمات الطفولية، فالعلاج السلوكي يهتم بمحو السلوك الخاطئ على أساس السلوك المرضي وتغييره إلى سلوك سوي، والعلاج المعرفي ينظر إلى الأفكار والمعتقدات الخاطئة على أنها هي أساس القلق، لذا فإنه يتجه إلى تعديل المنظومة الفكرية للمريض وتغيير ذلك التشويه فيما يسمى بالثلاثية السلبية المعرفية أي أنه يفسر الحاضر الماضي والمستقبل بطريقة سلبية انهزامية.

(عكاشة أحمد، 1976، ص266)

إذن العلاج النفسي المعرفي السلوكي يعتبر علاج يتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد فهو يتعامل معها معرفيا وانفعاليا وسلوكيا، ويرتكز هذا العلاج على تقنيات وعمليات معرفية تتمثل في (إعادة البناء المعرفي لبيك والتحليل الانفعالي العقلائي لأليس وغيرها...) أما التقنيات السلوكية فتتمثل في التدريب على تقنية الاسترخاء والتدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية والتعليم بالتمذجة.

ويعد العلاج النفسي السلوكي المعرفي شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث لأنه يركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، ويتم التعامل مع معتقدات المريض على أنها فروض تتم دراستها من خلال الفحص اللفظي والتجارب السلوكية.

(عادل عبد الله محمد، 2000، ص31)

10-2- العلاج الذاتي:

هو الأسلوب الذي يمارسه الشخص دون تدخل خارجي، فالعلاج الذاتي يعطي للشخص فرصة لفعل كل شيء بنفسه من خلال الترغيب والترهيب والمكافأة والعقاب وهذا الاتجاه يعود إلى زمن قديم، في عبارات سقراط "اعرف نفسك بنفسك"، وقد تطور هذا العلاج الذي يقوم على تنمية قدرات الشخص بواسطة طريقة الباحث "كارل روجرز K.Rogers"، والعلاج عن طريق ملاحظة الذات، ويمكن للفرد الكشف عن خبايا حالته، وبالتالي السيطرة عليها، ومن بين هذه الأساليب:

- **الحوار مع النفس:** أي كل فرد يستطيع أن يخلص نفسه من القلق الذي يمتلكه إذ يتمكن من تغيير أفكاره أو تعديلها وهذا الأسلوب يتبنى مجموعة من الأفكار مثل: الناس المحيطين يناجون العداة"، فكلها يمكن أن تثير القلق داخل الغدد، ويمكن التخلص من القلق ودفع التوتر إذا سيطر على هذه الفكرة غير المرغوبة، مثلا: قوله "توقف"، هذا بالإضافة إلى تبني أفكار إيجابية تساعد على تحقيق الارتياح ويجب أن يقنع نفسه على أنه ليس عليه أن يوصي كافة الناس وليس بالضرورة أن يكون محبوبا لدى جميع الناس ما دامت حياة حياته متوازنة كما يجب ان نؤمن بفكرة الرضا والتقاؤل إذا تذكرنا أن السعادة موجودة بداخلنا ومن حولنا. (لطفي عبد العزيز الشربيني، 1977، ص 145-146)

10-3- العلاج البيئي:

يقدم هذا العلاج على تعديل العوامل البيئية التي تؤثر المريض مثل تغير نوع العمل وتخفيض الضغوط البيئية ومثيرات التوتر، وكذلك بتعديل البيئة الأسرية من حيث اتجاهاتها نحو المريض، إرشاد أفراد الأسرة لتغيير أنماطها السلوكية والعلاج الجماعي والرياضي والرحلات والصدقات والموسيقى كلها يساعد على الشفاء.

ويظهر هذا العلاج في تعديل العوامل البيئية التي تؤثر في المريض كتغيير المهنة وإيجاد الجو الأسري الذي يساعد المريض على العلاج.

(صالح حسين الدايري، 1999، ص 87)

10-4- العلاج الدوائي (الكيميائي):

هو تقديم العقاقير المهدئة للفرد، والهدف منها هو الأثر المهدئ الذي تحدثه على الجهاز العصبي حيث تخفف من القلق. (محمد حسن غانم، 2006، ص47)

ويطلق على هذه العقاقير المهدئة (Tranquillisant) وأهمها مشتقات (Benzodiazépiene) ومنها الفاليوم (Valium) وتمستا (Temesta) وغيرها، فهي تسبب في استرخاء عضلات الجسم. (Pierre oliejean, 1995, p100)

ومن هنا نلاحظ أن علاج القلق بالطريقة الكيميائية يبدأ بإعطاء المريض العقاقير المهدئة في بداية الأمر حيث تعمل على التقليل من التوتر العصبي وبعد أن تتم الراحة الجسمية يبدأ العلاج النفسي، أما في حالة القلق النفسي الشديد يمكن إعطاء المريض بعض العقاقير وذلك تحت إشراف الطبيب المتخصص، ومن بين هذه الأدوية نجد (Taciline) (libras) ويجب الحرص على استخدام العقاقير المهدئة بانتظام وتعقل من طرف الطبيب المعالج لمنع حدوث الإدمان. (لطفي الشربيني، بدون سنة، ص261)


إذن يعتمد هذا العلاج بالدرجة الأولى على استخدام العقاقير المهدئة، لأنه في الحالات القلق الشديدة يحتاج المريض إلى أدوية تخفف من حدة قلقه.

خلاصة:

من خلال ما استعرضناه في هذا الفصل فإن موضوع القلق يعد من المواضيع المهمة والواسعة والعميقة والخطيرة، إلا أن البعض من الناس لا يرون فيه إلا عنصرا بسيطا يمكن تداركه، وهذا بالتأكيد فكرة خاطئة عند العامة لأن القلق يلعب دورا هاما في تأزم مختلف الأمراض وزيادة حدتها ولاسيما إذا تعلق الأمر بالمساس بأحد أعضاء الجسم خاصة إذا تعلق الأمر بعضو حساس ومهم ألا وهو المعدة.

الفصل الثاني

الاضطرابات السيوسوماتية



تمهيد

- 1- لمحة تاريخية عن الاضطرابات السيوسوماتية
- 2- تعريف الاضطرابات السيوسوماتية
- 3- علاقة النفس بالجسد
- 4- أسباب حدوث الاضطرابات سيوسوماتية
- 5- خصائص الاضطرابات السيوسوماتية
- 6- تشخيص الاضطرابات السيوسوماتية
- 7- التشخيص الفارقي بين الاضطرابات السيوسوماتية وبعض الاضطرابات
- 8- أهداف البسيكوسوماتيك وغايته
- 9- أنواع الاضطرابات السيوسوماتية
- 10- النظريات المفسرة للاضطرابات السيوسوماتية
- 11- علاج الاضطرابات السيوسوماتية
- 12- علاقة القلق بالأمراض السيوسوماتية

خلاصة

تمهيد:

إن كثيرا من الأمراض الجسدية تعود أسبابها إلى عوامل نفسية وتسمى بالاضطرابات السيكوسوماتية، وتعتبر هذه الأخيرة من أكثر أمراض العصر انتشارا، فالقلق الشديد يؤدي إلى فقدان التوازن النفسي مما يؤثر على الوظائف العضوية ويؤدي إلى حدوث خلل فيها.

1- لمحة تاريخية عن الاضطرابات السيكوسوماتية:

لقد أدرك الفلاسفة القدامى العلاقة المتبادلة بين النفس والجسم، وأن التغيير في الحالة النفسية لدى الإنسان يؤدي إلى التغيير في الحالة العضوية، كما أن الحالة الجسدية يمكن بدورها أن تؤدي إلى تغيير في الحالة النفسية لدى الفرد، إلا أن الدراسات الطبية والنفسية المتقدمة تجمع على أن تأثير النفس في الجسم أكثر شدة ووضوحاً وخطورة من تأثير الجسم على النفس.

والفلاسفة القدماء لم يتمكنوا من تقديم الأدلة والتفسيرات المنطقية التي تعتمد على أسس علمية، وعن كيفية تأثير الحالة النفسية في حدوث الاضطراب العضوي واكتفوا بالإشارة إلى هذه العلاقة بين النفس والجسم و وصفها فقط.

(فيصل خير الزراد، 2000، ص 10)

حيث يشير "بريل" إلى أن "هيبيوقراط" قد استطاع شفاء "برديكاس" ملك مقدونيا من مرضه الجسيمي وذلك بتحليل أحلامه.

ويعكس ذلك دون شك إدراك "هيبيوراط" للعلاقة بين النفس والجسد، إلا أن مشكلة النفس والجسد لم تكن بهذه البساطة بل العلاقة بينهما اختلفت الفلاسفة في الاعتراف بها أو الفصل بينهما.

ويذهب أرسطو (384-322 ق.م) إلى أن الانفعالات مثل الغضب، والخوف والفرح والبغض والمجد لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها ولكنها تصدر عن المركب من النفس والجسم ويستطرد قائلاً بأنه في نفس الوقت الذي يحدث فيه انفعال يحدث تغيير في الجسم.

أما افلاطون (428-348 ق.م) فقال أن الخطأ بين الناس محاولتهم التفرقة بين شفاء الروح وشفاء الجسد، ودعا أطباء عصره إلى دمج النفس والجسد في علاجهم

للمرضى، وقد حافظت هذه النظرية الأفلاطونية على ديمومتها حتى نشأت المدرسة النفسية الجسدية. (محمد أحمد النابلسي، ص 193)

وجاءت بعدها في القرن الثاني الميلادي نظرية جالينوس وهي النظرية المعروفة بنظرية "الروح الحيواني"، والتي فسرت بمقتضاها الظواهر الحيوية في الجسم الإنساني والصلة بينها وبين بعض الظواهر النفسية والتي ظل معمولاً بها حتى القرن الثامن عشر، وفي هذه النظرية تعتبر الأعصاب أنابيب دقيقة التركيب متصلة مباشرة بالأوعية الدموية الشعيرية، بحيث لا يصل من ذرات الدم إلا أكثرها حرارة ولطافة، وظهرت بعد نظرية الروح الحيواني في تفسير العلاقة بين الجسم والنفس نظرية أخرى وهي النظرية الموازية بين الجسم و النفس والتي تعتبر الظواهر البدنية ظروفًا أو شروطًا لظواهر النفسية، كما أن الزيادة في تغيير في أحدهما يتبعه زيادة في الآخر.

(أبو النيل محمد السيد، 1994، ص 12)

أما ديكارت (1650-1956) (Descartes) فيرى إلى أن العقل والروح هي كينونة منفصلة وغير منفصلة على الأمور الجسدية أو عمليات معدة بطريقة مباشرة، وقد أشار إلى أن العقل والجسد يستطيعان التفاعل مع بعضهما عبر الغدة الصنوبرية الموجودة في منتصف المخ والتي هي الرابط الحيوي بين الجسم والعقل، وهكذا أكد "ديكارت" فكرة الازدواجية بانفصال الجسم عن العقل وسمى العقل بالوحدة المفكرة والجسم بالوحدة اللاتفكيرية. (علي حسين وهبان، 2008، ص 158)

وبعد ذلك نجد أن العرب وعلماء الإسلام قد فطنوا لأهمية العلاقة بين النفس والجسم وأثر النفس في إحداث تغيرات جسمية مرضية، ومن أشهر العلماء المسلمين "أبو علي ابن سينا" (980-1037) الذي يعتبر بعد أفلاطون أول من نقل وحدة النفس والجسم إلى الميدان العملي، التطبيقي أو التجريبي وقد أشار في كتابه (القانون في الطب) إلى ما يسمى في وقتنا الحاضر بالإجهاد النفسي أو بالشدة النفسية، وبالرغم

من أنه في عصر **ابن سينا** لم تكن الإمكانيات الطبية تسمح بالكشف الدقيق عن أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية (كما هو الحال في وقتنا الحاضر حيث أمكن للمختبرات والوسائل الطبية الحديثة تفسير التغيرات العضوية الناتجة عن الإجهاد النفسي مثل زيادة النواقل العصبية وغيرها" إلا أنه تم تفسير وعلاج ووصف العديد من هذه الأمراض أو الاضطرابات.

وكذلك نجد كثيرين من أمثال الطبيب "**ابن عيسى المجوسي**" في كتابه (كامل الصناعة الطبية)، حيث يشير إلى أن الأمراض النفسية مثل الحصر والغم والهم والغضب والحسد تغير في مزاج الجسم وتؤدي إلى إنهاكه واضطراب وظائفه.

ومن المعروف ان الطبيب "**فخر الدين الرازي**" (545، 606 هجري) قام بعلاج أحد الأمراء من أعراض الروماتيزم التي أصابت مفاصله، وأكد غيره من الأطباء العرب والمسلمين على أهمية العلاقة بين النفس والجسد، ولعل السبب في ذلك الخلفية الدينية الإسلامية التي استلهم منها الجميع أفكارهم واتجاهاتهم ونظرياتهم، ولأن الإسلام عندما جاء أكد على أهمية الجانب النفسي أو الروحي في شفاء الأمراض الروحية والجسدية.

ولكن الملاحظ على جميع هؤلاء الأطباء أنهم لم يستخدموا مصطلح الاضطرابات أو الأمراض السيكوسوماتية، ويشير تاريخ الطب إلى أن أول مرة استخدم فيها مصطلح الاضطرابات النفسية الجسمية أو الأمراض السيكوسوماتية هو في عام (1818) من قبل الطبيب "**هنروث**" (Heinroth) الذي أدخل هذا المصطلح في الدراسات الطبية الألمانية، كما أدخل مصطلح جسمي نفسي عام (1828) وكان يقصد بالمصطلح الأول تأثير الميول والرغبات الجنسية المكبوتة على مرضى السل والسرطان والصرع... إلخ بينما يقصد بالمصطلح الثاني الاضطرابات التي يتغير فيها العامل الجسمي من الحالة النفسية.

وفي عام (1930) دخل مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية في الدراسات الإنجليزية من قبل الباحثة "هيلين فلاندرز دينبار Dunber.H.F" التي وضعت كتابا حول الانفعالات والتغيرات الجسدية. (المرجع السابق، 2000، ص 12)

يتضح لنا من العرض السابق أن مشكلة العلاقة بين النفس والجسم سارت في اتجاهين، الاتجاه الأول يرى أن العقل والجسم شيئا منفصلان ويؤمن بمبدأ الازدواجية أو الثنائية أمثال ديكارت.

والاتجاه الثاني والذي يؤكد على أن العقل والجسم شيئا واحدا واعتبرهما وجهان لعملة واحدة وهي الإنسان، وأكد على مبدأ الوحدة الكلية للكائن البشري أمثال أرسطو وابن سينا وغيرهما، كما أن العلماء قد اختلفوا في تأثير كل من النفس والجسم على الآخر فمنهم من يرى أن النفس هي التي تؤثر في الجسم ومنهم من يرى أن الجسم هو الذي يؤثر على النفس.

والحقيقة أن النفس والجسم في علاقة تكاملية فكل منهما يؤثر في الآخر ويتأثر به، فالتوترات الانفعالية تؤثر في الجسم ومرض الجسم يؤثر في نفسية الإنسان وتعتبر الاضطرابات السيكوسوماتية هي أفضل مثال وتعبير عن العلاقة بين النفس والجسم فحينما نتحدث النفس فيستمع لها الجسم ويستجيب. (علي حسن وهيان، 2008، ص 161)

2- تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية:

1-2- التعريف اللغوي:

قبل التعرض لتعريف الاضطرابات السيكوسوماتية كان لزاما أن نوضح أصول الكلمة ومدلولاتها.

جاء في معجم علم النفس مفردة بسيكوسوماتيك (Psychosomatische) من أصل يوناني مكون من شقين هما (Pukē) وتعني النفس الروح او العقل، و (Soma) وتعني

البدن أو الجسد، وعليه فإن مدلول الكلمة هو النفس جسدي، التي أعدها كل من فيرشو (Virchow) و باستور (Pasteur) وكان رائدها هاليداي (Halliday) سنة 1943. جاء في معجم الطب النفسي (Psychosomatic) النفس جسمي و النفس جسدي، المصطلح يتكون من مقطعين الأول (Psyché) من النفس، و الثاني (Soma) من البدن ويدل على وجود عوامل نفسية وراء الاضطرابات الجسدية، وتضم مجموعة الاضطرابات النفسية الجسدية، وقائمة هذه الاضطرابات طويلة وتصيب وظائف أجهزة الجسد المختلفة، ويهتم بذلك تخصص طبي هو الطب النفس جسدي، ومن المفردات المتصلة بذلك:

الاضطرابات السيكوسوماتية (Psychosomatic désordirs).

الطب النفسي جسدي (Psychosomatic médecine). (الشرييني، 2001، ص148).

قبل تعريف الامراض السيكوسوماتية نعرف المرض الجسمي.

تعريف المرض الجسمي: يعرف فيصل محمد خير الزراد المرض الجسمي بأنه: عبارة عن مجموعة من الإصابات والصدمات الناجمة بسبب خلل في وظيفة عضو من أعضاء الجسم أو إصابة ذلك العضو نتيجة لحادث معين.

(فيصل محمد خير الزراد، 1984، ص 41)

2-2- التعريف الاصطلاحي:

تعريف فخري الدباغ: هي مجموعة من الأمراض الجسمية الملموسة التي يعتقد أن سببها المباشر أو سببها الأساسي والأهم هو اضطراب أو شدة نفسية، وهي اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس أو أصل نفسي.

(فخري الدباغ، 1983، ص207)

تعريف دائرة المعارف البريطانية: الاضطرابات النفسجسمية (السيكوسوماتية): أنها الإستجابة الجسمية للضغوط الانفعالية، والتي تأخذ شكل اضطرابات جسمية مثل: الربو القرحة المعدية، ضغط الدم، وغيرها. (غازي والطيب، 1984، ص 02)

تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO): إن الخاصية الأساسية للاضطرابات الجسمية نفسية المنشأ، هي الشكوى المتكررة لأعراض بدنية، مع السعي المستمر لإجراء فحوصات طبية، بالرغم من تأكيد الأطباء بانعدام وجود أساس جسي لهذه الأعراض. ([www.alajlis.org pview.aspx?ID=164](http://www.alajlis.org/pview.aspx?ID=164))

تعريف الجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA): فتعرفها بأنها مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية التي تحدثها عوامل انفعالية، وتتضمن جهازا عضويا واحدا يكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل، وبذلك تكون التغيرات الفسيولوجية المتضمنة هي تلك التي تكون في العادة مصحوبة بمجالات انفعالية معينة، وتكون هذه التغيرات أكثر إصرارا و وحدة ويطول بقاؤها، ويمكن أن يكون الفرد غير واع شعوريا بهذه الحالة الانفعالية. (حسن عبد المعطي، 2006، ص 153)

تعريف نور الهدى جاموس: يقصد بالاضطرابات السيكوسوماتية أنها اضطرابات جسمية موضوعية بسبب الاضطرابات الانفعالية الشديدة التي تؤثر على المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي، والمفهوم الطبي يبين أن الإصابة الجسدية لها علاقة قوية بالصراعات النفسية. (نور الهدى جاموس، 2004، ص 12)

تعريف عبد الرحمان العيسوي: الاضطرابات السيكوسوماتية أو السيكوفيزيولوجية أو النفس جسمية هي مجموعة من الأمراض التي تنشأ من أسباب أو عوامل نفسية واجتماعية، ولكن أعراضها تتخذ شكلا جسيما أو عضويا فهي عبارة عن أعراض فيزيقية قد تتضمن الجهاز العصبي الذاتي أو المستقبل و وظائفه وتنتج جزئيا عن أسباب نفسية. (عبد الرحمان يعقوبي، 2000، ص 271)

تعريف عويد المشعان: أن الاضطرابات النفسجسمية هي مصطلح عام يستخدم للإشارة إلى أي اضطراب له مظاهر جسمية أو عضوية، يقف خلفه أي سبب سيكولوجي له درجة محدودة من الشدة، وهذه الاضطرابات تظهر أساساً بوصفها إستجابات أو إرجاع إزاء ظروف خاصة مثل الحساسية الجلدية.

(عويد سلطان المشعان، 2000، ص 70)

تعريف إيزنك: تعرف الاضطرابات النفس جسمية في موسوعة علم النفس بأنها تشمل عدة معانٍ من ومن أهمها ما يشير على عدد محدود من الاضطرابات ذات الصفات المعينة وهو المعنى الأول، أما المعنى الثاني هو أن لفظ العلاقة المتبادلة بين الفرد وبيئته علاقة تكامل من الناحية السيكولوجية والمادية والمعنى الثالث يعتبر أن المرض مشكلة في علاقة الفرد مع بيئته.

(أشرف محمد عبد الغني، 2001، ص 352-353)

تعريف أديب محمد الخالدي: عرف مصطلح النفس جسمي بأنه يعني كل مرض له مكون نفسي خاصة الأمراض التي يكون أصلها ناتج عن التوتر العصبي منها مثلاً: ضغط الدم، التهاب القولون... إلخ، وهذه الأمراض تجعل الحالة الجسمية تميل إلى التذبذب مع مختلف الضغوط التي يتعرض لها الإنسان لمهنته أو دراسته أو في حياته الاجتماعية العامة.

تعريف أناستازي (Anastasié): إن التعبير السيكوسوماتي ينطبق بشكل نموذج على كل الأمراض الجسمية التي تؤدي فيها الضغوط الانفعالية إلى حالة مرضية ملموسة.

تعريف محمد جاسم محمد: الأمراض النفس جسمية تدعى بالأمراض السيكوفيلوجية (النفس جسمية) وهي مجموعة من الأمراض الجسمية الملموسة التي يعتقد أن أسبابها المباشرة أو السبب الرئيسي هو اضطراب جسمي نفسي. (محمد جاسم محمد، 2004، ص 57)

3 -علاقة النفس بالجسد:

يمكن القول أن وحدة الروح (النفس) والجسد فكرة مقبولة لدى جميع مدارس الفلسفة وعلم النفس وأن أي تغير أو مرض يصحبه تغير نفسي، ولكن المسألة ليست بهذه البساطة، والمقصود بهذا الموضوع من الأمراض هو وجود تخريب أو تغيير عضوي ملموس أدى إلى اضطراب نفسي.

إن الملاحظة العفوية كافية للدلالة على أن هناك علاقة بين النفس والجسد، فالصحة تنتج أفعالاً نفسية، وبالمقابل يميل المريض إلى إظهار النفس بمظهر مختلف، كما أن الحوادث النفسية تترك أثرها في الجسد، وأن النفس والجسد في نظر علم النفس هما العمودان الأساسيان للذات تنهض عليهما الشخصية الفردية فالغضب مثلاً لا معنى له إذا لم يصحبه تغيير في الدورة الدموية ونبضات القلب.

(نور الهدى محمد الجاموس، 2004، ص109)

4 - أسباب حدوث الاضطرابات سيكوسوماتية:

تحدد أسباب هذه الاضطرابات وتتنوع تبعاً لنوعية الاضطرابات، إلا أنه يعكس إجمال هذه الأسباب على النحو التالي:

4-1 الأسباب النفسية: وتفسير بعض المدارس لها:

ترجع مدرسة التحليل النفسي مظاهر هذا السلوك السيكوسوماتي إلى أسباب لاشعورية أكثر منها شعورية فقد يعاني الفرد من صراع بين رغبته في الحب والعطف من الآخرين وبين رغبته في الاستقلال، كما أكد ألكسندر بأن الصراعات الحالية ترجع إلى صراعات لاشعورية رمزية مرتبطة بمراحل مبكرة للنمو الجنسي، وأن هذه المراحل المبكرة ترتبط مع أجهزة عضوية خاصة هي التي تشملها الأعراض، وعندما لا تحل هذه الصراعات بطريقة سوية تسعى إلى استخدام الحيل الدفاعية اللاشعورية مما يؤدي

في النهاية إلى زيادة في التوتر الجسدي فتظهر على هيئة اضطراب عضوي.

(زينب محمود شقير، 2000، ص 31)

ومن بين التفسيرات التي وضعت لشرح أسباب مرض الربو الخوف اللاشعوري من الانفصال عن الأم، ويتأتي ذلك من قمع الفرد وهو رغبة الطفل في البكاء نتيجة لخطأ في العلاقة بين الاتصال مع الأم، وتحدث عندما يواجه الإنسان خطر الانفصال عن شخص يحبه وتمثل صرخة مكبوتة من القلق أو الغضب. (العيسوي، 1992، ص 61)

ومن الأسباب النفسية للاضطرابات السيكوسوماتية أيضا اضطراب العلاقة بين الطفل والأبوين خاصة خلال تدريبهما لطفلها في عملية الغذاء أو الإخراج (التبول والتبرز) وكذلك نقص الحب والعطف والرعاية وفقدان الأمن والطمأنينة والحرامان العاطفي والانفصال عن الأم، وفقدان السند والمشاحنات الأسرية والميول العدوانية والغيرة وعدم الشعور بالراحة والسعادة، وإهمال الطفل وحرمانه وقسوة الأبوين، جميع هذه الأمور تنعكس بشكل مباشر أو غير مباشر على الطفل وتؤثر في نموه وتقدمه العضوي والنفسي والصحي والفكري والاجتماعي، ويكون ذلك بالرغم من توافر الإمكانيات المادية والغذاء الكافي للطفل وهذا حسب دراسات بولبي (Bowlby) و سبيتز (Spitz) و هافجurst (Havighurst) وغيرهم.

وتذكر الدكتورة "فلاندرز دنبار" (Dunbar) أن الاضطرابات المتكررة لدى الأم تنقص من الطاقة التي تساعد على بناء جسم الجنين وقدرات الطفل فيما بعد، مما يضعف من توافقه مع البيئة. (فيصل خير الزراد، 2000، ص 75)

التجارب العاطفية والجنسية الصادمة والحرامان العاطفي والجنسي ومعاناة مشاعر الإثم والذنب لإرتكاب معصية أو حب محرم والخوف المرضي من الإشباع الغريزي، والخوف من عقوبة الوالدين والمجتمع، ويرى "جروديك" (Grooddeck)

وهو من تلامذة فرويد 1923 أن مفهوم السيكوسوماتيك ينطبق على الطب بمفهومه العام وعلى جميع الأمراض، حيث أن لكل مرض سببا نفسيا أدى اليه أو ساهم في تطوره.

4-2 الأسباب الانفعالية:

من أوائل هذه الأسباب الضغوط الشديدة والمتزايدة خاصة عندما يصبح الفرد في حالة لا حول له ولا قوة، ولا يستطيع دفع التهديد عن نفسه، كما هو الحال في حالة الأسر أو السجن الطويل والنفي في المعسكرات، وقد تبقى الآثار الجسمية لمثل هذه الخبرات الضاغطة لمدة قد تصل إلى ثلاثين عاما بعد الوقوع في الأسر.

(عبد الرحمان العيسوي، 1992، ص 60)

كذلك الصراع الانفعالي الذي يتعرض له الفرد بين الاعتماد على الآخرين والاستقلال 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 والاضطهاد والظلم وعدم القدرة على تأكيد الذات، والضغط الانفعالي المستمر والإحباط المتراكمة التي تتولد عنها ضغوط نفسية شديدة تؤدي بالفرد إلى اليأس والانهيال.

(فيصل خير الزراد، 2000، ص 75)

4-3 العوامل المتعلقة بالوراثة:

وليست هي العوامل الوراثية، حيث تستبعد الاضطرابات التي ترجع إلى عوامل وراثية مباشرة مثل: الهيموفيليا، الانيميا المنجلية، وغير ذلك من اضطرابات ترجع إلى الوراثة مباشرة، أو إلى خلل في الكروموزومات.

أما عن العوامل المتعلقة بالوراثة فيقصد بها عوامل الاستعداد الوراثي وأثر العوامل المؤثرة على الجنين قبل ولادته وظروف الحمل والولادة وأمراض الأم، وظروف التغذية وتناول الأم للعقاقير، أو الكحول أو المخدرات، أو تعرضها للحوادث، إضافة إلى أثر التدخين، والحالة النفسية للأم والزمرة الدموية وعمر الأم وتعرض الأم لأشعة إكس و

عوامل الولادة... إلخ، مما يؤدي بالجنين إلى الإصابة أو التعرض للاضطراب العضوي الذي يرسب لديه الضعف بعد ولادته، أو إلى التعرض للإصابة والأمراض مع ضعف جهاز المناعة لديه.

ويرى "سونتاج" "Sontage" و "ليستر" "Lister" (1953) أن حياة الجنين داخل الرحم تتأثر بالحياة الانفعالية للأم وبالحياة الجسمية والبيئية الداخلية والخارجية، فأى اضطراب للأم ينعكس على الطفل، ومثال ذلك حركة الجنين بسبب الاضطراب النفسي للأم مما يؤثر على إفراز الغدد وتغيير الدم وتركيبه، والجنين الذي يخضع لمثل هذه الظروف نجده متهيجا بعد الولادة، ويشبه أطفال الأمهات المدمنات على الكوكايين من حيث الصراخ والحركات، وتشير الدراسات الطبية إلى أن هذه العوامل تؤثر على الجهاز العصبي والغدد لدى الطفل، وتضعف من قدرته على التحمل وعلى الحيوية وهذه العوامل تعتبر عادة بمثابة سبب مهياً للإصابة بالاضطرابات العضوية، ولكنها لا تعمل وحدها في إنتاج هذه الاضطرابات، وقد أجريت عدة دراسات لمعرفة دور العامل الوراثي في الاضطرابات السيكوسوماتية، واستهدفت هذه الدراسة معرفة انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى التوائم المتماثلة، والتوائم غير المتماثلة.

ومن بين هذه الدراسات: الدراسة التي أشار إليها كل من: كريستيان (Christian) & (Selonbraatigam) عام 1976 في كتابهما عن الطب السيكوسوماتي حيث حددا النسبة المئوية لحدوث بعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى التوائم المتماثلة والتوائم غير المتماثلة وكانت النسب المئوية مرتفعة لدى التوائم المتماثلة مقارنة بالتوائم غير المتماثلة. (فيصل خير الزراد، 2000، ص 74)

4-4- الأسباب البيئية والاجتماعية والاقتصادية:

تلعب العوامل الثقافية والاقتصادية والمهنية دورا في نشأة هذه الاضطرابات مما جعل هناك اختلاف في نشأتها من مجتمع لآخر ومن طبقة لأخرى داخل المجتمع الواحد فهناك ارتباط بين الضغوط البيئية من جهة وارتفاع ضغط الدم من جهة أخرى.

(زينب محمود شقير، 2002، ص33)

ويرى بعض الباحثين أمثال جيمس هاليداي (James Halliday) (1979) وهو طبيب اسكتلندي يعمل في مجال الطب النفسي الاجتماعي، أن المجتمع المريض يظهر بوضوح أعراض تفككه على شكل أمراض واضطرابات لدى أفرادها كما أن التغير الاجتماعي السريع يزيد من هذه الأمراض.

ويرى Norris & Ginnis (1970) أن التأثيرات البيئية الاجتماعية تلعب دورا مهما في ترسيب الأعراض السيكوسوماتية، وكذلك فإن الطبقات الاجتماعية الفقيرة التي ينتشر فيها ضعف الوعي الصحي وعدم الاهتمام بالعلاج أو الوقاية من الأمراض وكثرة العوامل السلبية والاتجاهات المتصارعة التي ينتجها المحيط، يمكن أن تمهد لظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، كما أكد بعض الباحثين على أهمية حوادث الحياة اليومية للأفراد وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية، فقد أكد كل من كاسل (Kasl) و كوب (Cobb) (1970) و آرثر (Arthur) و ماك كين (MC.Kean) (1966) على أن الحوادث اليومية مثل البطالة والتشرد والخسارة والفرق وموت شخص عزيز... إلخ تؤدي كلها إلى الإجهاد النفسي وكذلك فإن الفترة المعاشة الطويلة لمثل هذه الحوادث تترك أثرها السيئ في جسم الإنسان وقد استخدم هؤلاء العلماء الإجهاد كمرادف المفاهيم التالية:

إجهاد = فرار وألم

إجهاد = صراع وقهر

إجهاد = حرمان وإحباط

إجهاد = عنوسة ويأس

إجهاد = موت عزيز وقلق

ومن الإشارات التي أشار إليها هؤلاء العلماء أن نسبة الوفيات لدى المتزوجين الذين فارقهم الزوج أو الزوجة كانت أعلى من غيرهم، وعموما تواصلت دراسات هؤلاء إلى وجود ارتباط بين العوامل الاجتماعية وظهور الأمراض السيكوسوماتية.

(فيصل خير الزراد، 2000، ص 76)

5- خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية:

من أبرز خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية ما يلي:

- الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات في وظيفة العضو، وقد تؤدي إلى قلق أو إصابة في العضو، إذا توافرت شروط انفعالية محددة، وهي بهذا تختلف عن الأمراض العقلية.

- تلعب الاضطرابات الانفعالية دورا أساسيا فيها سواء في بداية الأعراض أو بعد تقاوم الأعراض.

- إنها اضطرابات مزمنة ذات مراحل.

- تختلف بين الجنسين، فحالات روماتيزم المفاصل أكثر شيوعا لدى الإناث بالمقارنة بالرجال، والربو لدى الأولاد يزيد عن ضعف ما هو عليه لدى البنات.

- تتحسن بالعلاج النفسي بشكل جزئي أو كل، في حين لا تتأثر بالعلاج العضوي.

- تميل إلى الارتباط بغيرها من الاضطرابات السيكوسوماتية وتحدث في العائلة

الواحدة أو لدى الفرد في مرحلة مختلفة من حياته. (فيصل خير الزراد، 2000، ص 110)

- تتضمن أو تدخل الأعضاء والأحشاء التي تتأثر بالجهاز العصبي الذاتي

وهي بذلك لا تخضع للضبط الإرادي.

- هذه الاضطرابات مرحلية أو تمر بمراحل حيث تظهر وتختفي تبعا لكمية التوتر التي يحيا فيها الفرد في الأوقات المختلفة. (عبد الرحمان العيسوي، 1994، ص71)

6- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:

يجب أولا الاهتمام بالفحص الطبي الشامل، واستطلاع تاريخ حياة المريض وتاريخ المرض وتكوين بناء الشخصية.

والمريض لا يعترف بسهولة بأن مرضه سيكوسوماتي لكنه يعد على أنه جسمي فقط.

(حامد عبد السلام زهران، 2005، ص471)

وفي سياق تشخيص الأمراض السيكوسوماتية تفرض المحكات التشخيصية للأمراض السيكوسوماتية ثم التشخيص الفارقي لتمييز الأمراض السيكوسوماتية عن غيرها من الأمراض العضوية وهذه المحكات هي:

- وجود حالة طبية عامة.

- عوامل نفسية تؤثر سلبا على الحالة الطبية بإحدى الوسائل التالية: الارتباط الزمني بين العوامل النفسية ونمو أو تقاوم أو تأخر الشفاء في الحالة الطبية.

- الاستجابة الفسيولوجية المرتبطة بالضغط النفسية تعمل على ترسيب أو تقاوم الأعراض الخاصة بالحالة الطبية. (عبد المعطي، 2003، ص28)

7- التشخيص الفارقي بين الاضطرابات السيكوسوماتية وبعض الاضطرابات :

7-1 التشخيص الفارقي بين الاضطرابات السيكوسوماتية والهستيريا: يمكن اختصارها

في الجدول التالي:

الجدول رقم (01): التشخيص الفارقي بين الاضطراب السيكوسوماتية والهستيريا.

(حامد عبد السلام زهران، 2005، ص 471)

الهستيريا	الاضطراب السيكوسوماتي
- تصيب الأعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي المركزي	- يصيب المناطق التي يسيطر عليها الجهاز العصبي المستقل (الذاتي).
- الأعراض تمثل تعبيرات رمزية غير مباشرة عن دوافع مكبوتة وتخدم غرضا شخصيا لدى المريض.	- الأعراض عبارة عن نتائج مباشرة لاضطرابات انفعالية تخل بتوازن الجهاز العصبي الذاتي.
- لا يكثر الهستيريا باضطرابه بل أن عنصر المنفعة والكسب الذي يتوخاه واضح.	- لا يكثر لمرضه كثيرا كما أن عنصر المنفعة والكسب غير موجود أو خفي في حال وجوده.

7-2 التشخيص الفارقي بين الاضطراب السيكوسوماتي وتوهم المرض:

توهم المرض حالة يبدي فيها الفرد انشغالا زائدا بأمراض يفترض وجودها أو نقص في عضو أو خلل في جزء من الجسم، وهي في الواقع تقوم بوظائفها في حدود السواء وبذلك فإن الأوهام غالبا ما تكون عصابية نفسية، أما في الأمراض السيكوسوماتية فإن الخلل العضوي يكون على شكل إصابات فعلية وحقيقية في أنسجة أو جدران المعدة مثلا تعود لأسباب نفسية.

(عبد الرحمان العيسوي، ب س، ص 305)

3-7 التشخيص الفارقي بين الاضطراب السيكوسوماتي والتمارض:

الفرد المتمارض يتظاهر بأنه مريض وذلك لتجنبه موقف غير سار وهذا التجنب للمواقف الصعبة أو غير السارة يصبح نموذجاً يشار به إلى اضطراب في السلوك أو يدل على العصاب النفسي الضمني، أما في الأمراض السيكوسوماتية فإن المريض يعاني أو يشعر بالألم الفعلي أو اختلاف العضو المصاب. (بيار مارتى، 1992، ص 18)

4-7 التشخيص الفارقي بين الاضطرابات السيكوسوماتية و العصاب: يمكن اختصارها في الجدول التالي:

جدول رقم (02) : يمثل الفرق بين المرض السيكوسوماتي والعصاب.

(فيصل خير الزراد، 2000، ص 104)

الإضطراب السيكوسوماتية	العصاب
- سيطرة الإضطراب العضوي النفسي وغالبا ما تختفي الأعراض النفسية بعد إصابة العضو.	- يسيطر على شخصية المريض وسلوكه حالة الإكتئاب أو الوسواس أي أن الحالة النفسية تكون مضطربة.
- له علاقة بالأعصاب والأعضاء والهرمونات.	- ليس له علاقة بالإضطراب العضوي والنفسي (الجسم سليم غالبا).
- سلوك الفرد يبقى عاديا.	- قد يضطرب سلوك الفرد.
- قد يصاحب السبب النفسي أسباب عضوية وأسباب مهياة.	- له أسباب نفسية كلية وليس له دلالات رمزية.

8- أهداف البسيكوسوماتيك وغايته:

من الطبيعي أن يكون علاج المرض هو الهدف النهائي لأي فرع طبي، ولكن لهذا الفرع سبله ووسائله الخاصة للوصول إلى هذا الهدف، وتلخص هذه السبل على النحو التالي:

- تحديد الأنماط النفسية الخاصة بكل مرض جسدي على حدا، وهذا التحديد يختلف من مدرسة لأخرى حسب التصنيفات التي تتبعها هذه المدارس، وفي حال التوصل لتحديد دقيق لهذه الأنماط يصبح من الممكن التنبؤ باحتمال الإصابة بالمرض قبل وقوعه مما يدعم العلاج الوقائي لدرجة يمكن التأمل معها بالحد من نسبة انتشار هذه الأمراض وبشكل خاص الخطيرة منها.

والواقع أن هذا الأمل لم يعد بالبعيد المنال فبعد أنماط "دانبار" و "ألكسندر" وكذلك أنماط "فرويدمان" و "روزنمان" التي حددت المعالم النفسية للمرضى المعرضين للإصابة بالذبحة والأحشاء القلبية بات من الممكن إجراء علاج نفسي وقائي يهدف لتعديل المعالم النفسية المؤدية لهذه الأمراض وبالتالي للتقليل من احتمال الإصابة بالمرض.

(النايلسي، 1992، ص 33)

من المنطلق ذاته استطاع مارتى "Marty" أن تحدد البنية النفسية الأساسية والمعالم النفسية المرفقة لها في حالة الإصابة بالأمراض الخطيرة، مما يفتح أبواب إمكانية العلاج النفسي الوقائي للأمراض الخطيرة.

الوصول بالمريض إلى الوضع الأكثر توازنا بين حالته النفسية وحالته الجسدية ويختلف السيكوسوماتيون في تعريفهم لهذا التوازن، ففي حين يطلق كانون (Canon) تسمية حالة التوازن، يطلق مارتى "Marty" تسمية التنظيم النفسي الجسدي إضافة إلى قائمة طويلة من التسميات التي لا تختلف فقط من حيث التعبيرات ولكن أيضا من حيث الطرق المتبعة للوصول إلى هذا التوازن النفسي الجسدي.

وإدخال منهجية جديدة على التفكير الطبي التقليدي، وذلك بحيث تُجنب المريض أخطار الإصابة بالأمراض الجسدية بسبب معاناته النفسية ومن ثم تحول دون تطور حالته النفسية نتيجة للإصابة الجسدية.

هذا ويرى السيكوسوماتيك حاليا البشائر الأولى لدخول هذه المنهجية الجديدة ميدان التطبيق العملي، وذلك عن طريق نشوء اختصاصات طبية جديدة متفرعة عن السيكوسوماتيك، ومنها نذكر: العلوم الجنسية والمناعة النفسية... إلخ. هذا يكون الطب الحديث قد استجاب لدعوة "أفلاطون" لإقامة الروابط بين النفس والجسد أثناء علاجنا للمريض.

استغلال العلوم الإنسانية وعلم النفس في طبيعتها لتحسين المستوى العام للحياة الإنسانية، وصولاً بالفرد إلى أفضل مستوى عقلي صحي يمكنه من القيام بدوره كاملاً في خدمة الإنسانية فمارتي مثلاً يرى أن الإنسان "هو وحدة حية مدفوعة في فضاء الحياة لفترة معينة وأن يؤمن الظروف الحياتية الأفضل لنفسه خلال هذه الفترة، ومن هنا الأهداف البعيدة المدى التي يرمي إليها السيكوسوماتيك على مختلف مدارسه بدءاً بمحاولة القضاء على الألم ومروراً بتجنيب المريض للعلاجات الجراحية الصدمية مثل: الجراحة والمبالغة في استعمال العقاقير... إلخ.

أما السيكوسوماتيون المحللون فإنهم يعملون جاهدين لتسخير التحليل النفسي في خدمة الإنسان الجسدية بعد أن تم استخدامه على الصعيد النفسي العلاجي. المساهمة في تكوين نظرة كلية عن الوجود الإنساني وعن الإنسان، وذلك وصولاً لترسيخ نظرة موسوعة تأخذ بعين الاعتبار مختلف العوامل المساهمة في استقرار توازن الإنسان وتطوره المستقبلي. (النايلسي، 1992، ص 35)

9- أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية:

يتعرض الفرد خلال مسار حياته لعدة مواقف عديدة تثير لديه انفعالات عديدة ويصاحب هذا الانفعالات عمليات عصبية وفيزيولوجية معقدة، لذلك ظهرت تصنيفات مختلفة للاضطرابات السيكوسوماتية، وتختلف هذه التصنيفات باختلاف التناولات، لذلك

سوف يتم الاعتماد على تصنيف هذه الاضطرابات حسب العضو الذي يصيبه (العيسوي، 2000، ص 154) وعلى ذلك يمكن تمييز الأنماط الآتية من هذه الاضطرابات:

الاضطرابات العضلية الهيكلية: تتضمن أعراض مثل آلام الظهر والتشنج العضلي والروماتيزم وآلام الرقبة.

الاضطرابات التنفسية: أو اضطرابات الجهاز التنفسي من ذلك التقلص الشعبي والتهاب الجيوب العظمية أو النزلات الشعبية المتكررة.

الاضطرابات القلبية الوعائية: زيادة نوبات ضربات القلب وزيادة ضغط الدم المرتفع والمتكررة، وتصلب الشرايين والتقلصات الوعائية.

الاضطرابات الجلدية: المرض الجلدي العصبي الإكزيما الحساسية وبعض حالات الجذري وحب الشباب، واضطرابات أخرى التي يظهر فيها الاضطراب الانفعالي كعامل سببي.

الاضطرابات الغدية: تضخم الغدة الدرقية، زيادة إفراز الغدة الدرقية والسمنة وغيرها من الاضطرابات التي يكون فيها العامل الانفعالي كعامل سببي.

الاضطرابات التناسلية: نجد منها: اضطرابات الحيض أو الطمث وحرقان البول أو آلام التبول وآلام تقلصات الفرج والألم المصاحب لانقباضات الفرج ويوجد عادة عند المصابات بالبرود الجنسي.

الاضطرابات المعدية: والمعوية وتشمل اضطراب المعوي والقرحة المعدية، قرحة الإثني عشر والتهاب القولون والإمساك وفقدان الشهية والالتهاب المعدية المزمنة.

(العيسوي، 2000، ص 69)

10- النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية:

10-1 النظرية التحليلية:

جاء في أعمال فرويد (Freud) إشارات إلى أن التغيرات الجسدية تحمل معنى

رمزي، وذلك عند حديثه عن الهستيريا التحويلية، وقد أشار إليها في كتابه "ما وراء مبدأ

اللذة" إلى أن الطاقة النفسية تجد منفذا لها من خلال الوظائف الفسيولوجية، وكان "فرويد" قد توصل من خلال دراسته حول الهستيريا إلى مبدأ تحويل الصراع النفسي إلى مظاهر جسدية كتعويض جنسي. (النايلسي، 1990، ص 23)

مع التنبيه إلى أن ما طرحه الان ليس بالرأي العائد إلى ما قبل 1895، فطرحنا الحالي يأخذ بعين الاعتبار التطورات العلمية -الطبية الحديثة- منوهين بأن المعرفة الطبية المحدودة نسبيا في عهد "فرويد" كانت تجعل الطب أقرب إلى السيكوسوماتيك مما هي عليها الآن، وهذا ما نلاحظه في المراجع الطبية القديمة، حيث نرى أن مؤلفي هذه الكتب يردون العديد من الأمراض إلى أسباب نفسية ويصفونها في لائحة "الأعصبة" وهكذا جاء حديث "فرويد" عن الأعصبية الراهنة ليلقي أضواء جديدة على علم النفس المرضي كما كان هذا الحديث مقبولا في الأواسط الطبية. (النايلسي، 1997، ص 73)

وتعتمد المدرسة التحليلية على افتراض وجود علاقة بين مكونات الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية، فالانفعالات التي تم كبتها وأصبحت لا شعورية قد تجد تقريرا لها في صورة القرح وغير ذلك من الاضطرابات السيكوسوماتية.

(العيسوي، 2000، ص 223)

ومن أكبر مطبقي التحليل النفسي في مجال السيكوسوماتيك ألكسندر (F.Alexander) الذي درس ردود الفعل النفس-جسدية وإفترض أن لبعض الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة، فالخوف والغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب والأوعية، في حين أن مشاعر التبعية والحاجة للحماية ينعكسان غالبا على صعيد الجهاز الهضمي، كما أشار هذا العالم لدى أن الاستعداد للإصابة بمرض ما (سبب الوراثة أو طبيعة الجسد ... إلخ) غير كاف للإصابة بهذا المرض ما لم تضاف إليه العوامل الانفعالية المكبوتة وغير المعبر عنها. (النايلسي، 1992، ص 47)

وفي إطار آخر اهتمت "لاندروز دنبار" (Flandros, Dunbar) بصياغة بروفيلات للأشخاص الذين يعانون من أمراض مختلفة،و من ذلك ما أسمته الشخصية القرحية (Personality ulcer) والشخصية ذات الضغط المرتفع والشخصية المصابة بالتهاب المفاصل وأكدت فلاندروز على أوجه الشبه في بروفيلات الشخصية للمصابين بنفس الاضطراب السيكوسوماتي ،ومن البروفيلات أرادت أن تقدم صورة كاملة عن شخصية مرضاها، وأدمجت عدد من العوامل منها العامل التاريخي والفيزيقي والإنفعالي...إلخ، هذه العوامل تسهم في نشأة الاضطراب. (العيسوي، 2000، ص 223) وفي نفس السياق أعطى ب، مارتى (P.Party) لعلاقة الأم والطفل بعدا هاما ومفصليا في حدوث الاضطراب النفسي-جسدي، مبينا أن الأساس في عناية الأم بولدها يجب أن يتعدى عنايتها بتأمين الظروف المناسبة لاستمرار حياته إلى دور نفساني يتمحور حول قيامها بإعادة الشحن المستمر لرجسية طفلها، بمعنى آخر فإن دور الأم النفساني يقتضي مساعدتها للرضيع كي يوطد الياته الدفاعية (نفسية وجسدية) وصولا إلى أنا فاعلة وجهاز نفسي متوازن وحسن البناء ومعادلة التوازن التي يعيش وفقها الإنسان بين غريزتي الحياة والموت، بحيث يمر جهازه النفسي بمراحل متتالية من التوازن النفسي- الجسدي، يقودنا لدراسة مراحل التطور اللبدي لدى المريض، وهنا يلتقي الطب السيكوسوماتي مع التحليل النفسي، مما يدعو "مارتى" للإصرار على ضرورة تمرس الطبيب النفسي الجسدي بمبادئ التحليل النفسي. (الناقلي، 1992، ص 54-58)

10-2 النظرية المعرفية:

تشير الدراسات إلى أن حدوث الاضطراب السيكوسوماتي لا يتوقف فقط على الإجهاد النفسي للفرد وما يعانيه من ضغوط في حياته بقدر ما يتوقف على إدراك الفرد المريض لصعوبة المواقف التي يمر بها في حياته، وأن مستوى التفاعل مع الإجهاد النفسي يتأثر بالمجال الإدراكي للفرد والمجال الإدراكي الآلي وهو واقع بالنسبة للفرد.

وإن كان جهاز الإدراك منسقا لدى الفرد كانت لديه القدرة على إختيار الإستجابة المناسبة وأن مستوى الإجهاد النفسي يرتبط على إدراك الفرد للمواقف وهذا الإدراك قد يكون من خلال الإطار المرجعي الداخلي للفرد. (الزرد، 2006، ص 49-50)

وخلال ممارسة أدلر (Adler) للطب قام بدراسة عن المرض وقام بنشرها تحت عنوان "القصور العضوي والتعويض البدني عنه" ورأى أن الناس يكشفون عن مرض أو يطردون خلاا وظيفيا في ذلك العضو أو الجزء الأضعف في أبدانهم، ويتخذ الاستجابة العامة لذلك الضعف في صورة التعويض والتعويض المفرط عنه، ووسع نظريته بحيث شملت كل مشاعر القصور والدونية بما في ذلك مشاعر النقص الناجمة عن ضعف النفس أو ضعف في العلاقات الشخصية المتبادلة والتابعة من ضعف فيزيولوجي كولز (1992). (جمعة سيد يوسف، 2001، ص 71)

وربط سنتيز نمط شخصية الأم ونوعية العلاقة مع طفلها وبين الاضطرابات السيكوسوماتية (غير كافية-غير سليمة).

كما أن الحرمان الفجائي أو المستمر (حداد، فراق، تغيير نمط حياة) للرضيع أو الطفل ونقص علاقة الأم والطفل أو غيابها من شأنه أن يولد جرح نرجسي عميق يؤدي ببعض الأطفال للإصابة بالاضطرابات الجسمية (الالتهابات المتزامنة للقولون، نزيف تقرحي...)، وهناك نوع آخر من معاناة الطفل وهي وضعية الصراع داخل الحالة نفسها بين ميوله الخاص المتضاد أثناء بناء الجهاز النفسي وعند تشكيل الأنا والهو والأنا الأعلى وهناك ضغوط صادرة من داخل الشخص تحدث اضطرابات سيكوسوماتية وتتألف من مظاهر نفسية مثل: المطالب والالتزامات التي يفرضها المرء على نفسه مثل: المخاوف المتكررة وتأنيب الذات مما يؤدي إلى حالة مستديمة من التوتر فيهول من أهمية الأمور وصعوبتها وهو تقييم معرفي خاطئ فيضخم من حجم العواقب النهائية

للفشل، هؤلاء مستهدفون للقلق والاضطرابات السيكوسوماتية، ولا يببالغون فقط من هول النتائج المترتبة على فشل بل أيضا في احتمال وقوعها.

(آرون بيك، 2000، ص 208-212)

يرى ألبرت أليس (1983) في هذا الصدد أن هناك علاقة بين مواقف الحياة الصعبة التي يمر بها الفرد وانفعالاته، وإدراكه لهذه المواقف هو الذي يترتب عنه انفعالات قد تضر بجسمه والإنسان لا يمكن أن يفصل بين الجوانب الانفعالية لديه، وكذلك بين الاضطراب الذي يعاني منه.

فالإنسان وهو في قمة انفعالاته يفكر بطريقة معينة ويترجم المدركات أو هذه الأفكار فيصاحب عملية التفكير جوانب انفعالية متعلقة بالموضوع الذي يفكر فيه، هذا فضلا عن ظهور تغيرات سلوكية وعضوية تصاحب انفعالات الإنسان.

10-3 النظرية السلوكية:

أكد بافلوف (Bavlof) رائد هذه النظرية على أن العديد من الأمراض وخاصة الجسمية، مصدرها اختلال في العمليات العصبية، كما أعطى أهمية لاتجاهات المريض النفسية وأدائه وتأثيرها على مسار المرض وإمكانية علاجه، واعتبر أن الآثار الانفعالية أقوى العوامل في إحداث التغيرات البدنية، ويرى بعض السلوكيين أن الاضطرابات السيكوسوماتية ما هي إلا عادات تعلمها ليخفف بها درجة قلقه وتوتراته ووسيلة لحل صراعاته، وبهذا تكون هذه العادات هادفة تحقق للفرد مكسبا، كما يروا بأن الاضطراب هو نتيجة لتطور عملية فاشلة عن طريق الإشراف، فالطفل الذي يغار من أخيه المولود الجديد قد يلجأ للتبول على نفسه بهدف جلب انتباه الأم نحوه، والتخفيف من حدة غيرته، ومع التكرار يلجأ الطفل إلى هذه الاستجابة التي تصبح كعادة أو كعرض سيكوسوماتي، وكذا فإن فقدان الشهية للطعام عند الطفل تعزز اهتمام الأسرة، وتجلب انتباه الآخرين نحو الطفل، فيلقى العطف والحب والرعاية.

وقد قسم السلوكيين العوامل العامة في نشؤ الأعراض السيكوسوماتية إلى عوامل مهياة وراثية وعوامل مهياة بيئية. (Reckert and Jay, 1994, P 448-449)

11- علاج الاضطرابات السيكوسوماتية:

المرض السيكوسوماتي مرض عضوي حقيقي وواقعي وليس وهما أو تصنعاً من طرف المريض، غاية ما في الأمر أن أسبابه نفسية واجتماعية، وعلاج هذه الاضطرابات يتطلب علاج الفرد ككل (نفس وجسد)، وهنا يجب التركيز على العلاج التكاملي بين العلاجين الطبي والنفسي والاجتماعي، وفيما يلي أهم الطرق المستخدمة في علاج الاضطرابات النفس جسمية باختصار:

1-11 العلاج الطبي (الدوائي):

باستخدام الأدوية والعقاقير الطبية لضبط الأعراض الجسمية - الحشوية والوقائية من التعرض للنوبات تحت إشراف ومتابعة طبية، ويتنوع العلاج الطبي تبعاً لنوع الاضطراب نفسه، ومثلاً وجد أن 90% من المصابين بالتهابات جلدية تم شفائهم بعد تلقيهم العلاج المناسب. (زينب محمود شهير، 2002، ص 35)

كما توصف المهدئات والمسكنات التي تكيّف الجهاز العصبي المستقل بقسيمه "الباراستاوي" و"السيمتاوي" في أغلب الاضطرابات السيكوسوماتية لكن لا يمكن أن يتجاوز ذلك ثلاث أشهر حيث لها انعكاسات تتعلق باستعمالها والتعود عليها مع طول استعمالها يسبب آثار جانبية مثل: النعاس، نقص اليقظة.

العلاج البديل (بلاسيبو): ويتم عن طريق أدوية ليس لها مفعول كيميائي بل يعتمد مفعولها على الإيحاء والإيمان بالعلاج خاصة مع المعالج ذي السمعة الكبيرة حيث (30% - 35%) من الحالات تشفى هكذا، ويلجأ إليه الأطباء خاصة مع الحالات التي تكون فيها الاضطرابات راسخة ولا تخضع للعلاجات المعتادة، ولا ينجح "البلاسيبو" مع ذوي صلابة وحذر وشك، بينما ينجح عند الأفراد الانفعاليين والمطاوعين والقلقين.

كذلك باستخدام الفيتامينات المضادة للضغط والانهيار حيث نجد الدكتور لبيسر (Lbesser) في فرنسا يعالج آثار الضغط بالفيتامينات خاصة، ويركز أيضا على أهمية نظام التغذية المتوازنة وممارسة الرياضة، ولكن يجب أن لا ننسى أن الإفراط في الفيتامينات يكون مضرًا. (بدره معتصم ميموني، ص 155-157)

وتتطلب بعض الاضطرابات السيكوسوماتية التدخل الجراحي كما هو في حالة قرحة المعدة.

11-2 العلاج النفسي:

وفيه يتم التركيز على سبب المرض من خلال تناول النواحي الانفعالية، والعمل على حل الصراعات النفسية وجوانب الكبت، ومواجهة ضغوط الحياة والتخفيف من القلق بصورة واقعية، دون الالتجاء إلى الحيل المرضية ولا بد من إعادة ثقة المريض بنفسه وبفضل تعديل أسلوب حياة المريض بما يناسب حالته ومن فنيات العلاج النفسي الأكثر استخدامات ما يلي:

11-2-1 العلاج السيكودينامي:

تستخدم على نطاق واسع اعتمادا على الافتراض الأساسي لها في مساعدة المرضى على حل صراعاتهم النفسية اللاشعورية، وما يرتبط بها من ظروف مرضية، ومحاولة إزالة العقبات التي تعوق الإفراغ الكافي لمفرزات الفرد ويسعى العلاج التحليلي إلى تحويل الاتجاهات اللاشعورية المزمّنة في حياة الفرد إلى اتجاهات شعورية، ومن ثم التغلب عليها وذلك بعدة تقنيات أهمها: الطرح والطرح المضاد، التداعي الحر، التغلب على المقاومة، التنفيس الانفعالي، تفسير الأحلام... الخ، وعليه فالعلاج التحليلي يساعد على التعمق في أغوار الشخصية والكشف عن ما بها من صراعات وعقد ودوافع مكبوتة لا شعورية.

(زينب محمود شتير، 2002، ص 37)

11-2-2 العلاج المعرفي السلوكي:

يقوم هذا النوع من العلاج على استخدام برامج تدخلية مبنية على أسس النظرية المعرفية السلوكية للتقليل من حوادث النوبات لدى المرضى، وذلك بمساعدتهم على فهم المشاكل المسيطرة عليهم عن طريق تقسيمها إلى أجزاء صغيرة، وهذا يسهل عليهم رؤية كيفية اتصال هذه المشاكل ببعضها وكيفية تأثيرها عليهم، بحيث يمكن لمشكلة ما أو حدث معين أن تتبع عنه مجموعة من (الأفكار، الأحاسيس، المشاعر، الأفعال) كل هذه الأجزاء يمكن أن تؤثر على بعضها البعض، فكيفية التفكير حول مشكلة ما يمكن أن يؤثر على كيفية الشعور جسدياً وحسياً ويمكن أيضاً أن تغير كيفية تعامل الشخص معها.

والعلاج المعرفي السلوكي يساعد المريض على تغيير كيف يفكر (معرفي) وكيف يعمل (سلوكي) هذا التغيير يمكن أن يساعده على الشعور بشكل أفضل، من خلال التركيز على المشاكل والصعوبات الآتية، عوضاً عن التركيز حول أسباب المشكلة وأعراضها في الماضي، من خلال العمل على تحسين حالة الفرد الذهنية الحالية، وهذا باستخدام تقنيات التحصين المنظم، وضبط وتوجيه الذات والنمذجة والتدعيم.

التدريب على الاسترخاء:

يهدف إلى مساعدة المريض على التعرف على الضغط وأعراضه واستعمال الاسترخاء للتخفيف منه، من خلال تعليم المريض تقنيات شد وإرخاء جسمه بشكل منظم وفي نفس الوقت يركز انتباهه على المشاعر التي يحس بها.

وقد أسهمت الأبحاث الطبية الحديثة في زيادة الإقبال على هذه الطريقة وأثبتت أنه قادر على زيادة إفرازات مورفينات المخ مما يزيل آثار الشدة وانعكاساتها العضوية.

ويستخدم التدريب على الاسترخاء بنجاح في علاج مجموعة متنوعة من الاضطرابات السيكوسوماتية: كالصداع النصفي وأزمات الربو، وضغط الدم، ... الخ.
(حسن مصطفى عبد المعطي، 2003، ص111).

التغذية الراجعة البيولوجية:

ويطلق عليها أحيانا بالاسترخاء البيولوجية وتعني تدريب الفرد على التحكم في بعض الوظائف الجسمية الإرادية مثل التوتر العضلي وضغط الدم وإنتاج موجات ألفا في الدماغ من خلال استخدام الأجهزة الإلكترونية مثل:

جهاز التخطيط الكهربائي للدماغ، وجهاز الرسم الكهربائي لوظائف القلب... الخ، ويتعامل المريض بنفسه مع الجهاز ويطور قدراته الذاتية في التحكم في جهازه العصبي المستقل، من خلال مراقبته لتغير العمليات الفيزيولوجية عن طريق التأثير الفكري على الجسم، مع الممارسة تدريجيا يصبح الفرد قادرا على الإدراك والوعي بآثار الضغط وتخفيفها على أساس الفكر.
(بدره معتصم ميموني، 2003، ص158)

وهناك طرق علاجية عديدة ناشئة تستخدم لعلاج الأمراض السيكوسوماتية، نذكر منها العلاج بالموسيقى وتطبيقاته في علاج الأمراض الجسدية ومن أبرز رواده "جيفري رودي" (Jeffry Rody) الذي حصل على نتائج ملموسة في علاج الأمراض النفسية - الجسدية باستخدام الموسيقى.
(محمد محمود بني يونس، 2008، ص480)

كذلك طرق الوخز بالإبر والضغط بالأصابع والعلاج بالضحك، العلاج بالنوم والعلاج بالصلاة، وسائر الرياضات الروحية... الخ، إلا أن هذه العلاجات ما تزال قيد التجريب بحيث يصعب استخلاص النتائج الحاسمة بشأنها.

ولعلاج الاضطرابات السيكوسوماتية لابد من العلاج الطبي لعلاج الاضطراب العضوي، والعلاج النفسي لحل الصراعات والمشاكل الوجودية التي يعاني منها المريض

فالهدف من العلاج هو علاج المريض ككل نفس وجسد، لكي لا تعاود الأعراض الظهور في شكل اضطرابات أخرى.

12- علاقة القلق بالأمراض السيكوسوماتية:

عندما يتحول القلق إلى أمراض جسمية يرهق الإنسان إذ يعرف "بالقلق التحولي" وهو تحول القلق والتوتر النفسي إلى أعراض جسمية مرضية معينة مثل: الشلل النصفي أو الصداع النصفي أو الغيبوبة المصحوبة بزيادة وسرعة التنفس أو ارتجاف الأطراف وأوجاع المفاصل والآلام الجسمية الأخرى المختلفة، ويعود السبب إلى تحول التوتر والشحنة النفسية عن طريق العقل الباطن (اللاشعور) إلى أعراض جسمية معينة ذات معنى خاص لدى المريض لها علاقة بما يختزنه اللاوعي من خبرات سابقة، فمثلا يتحول القلق النفسي إلى فقدان البصر النفسي في حال رؤية منظر سيء ومهدد لكيان الفرد النفسي، وهذا التحول يؤدي إلى الراحة النفسية المؤقتة لكنه يؤدي إلى ما يعرف بالقلق الثانوي الذي يحول هذه الأعراض الجسمية إلى الإصابة بمرض عضوي وما ينم عن ذلك من فحوصات وعلاجات غير مجدية غالبا ما تسمى هذه الحالات بالاكئاب أو الوسواس القهري.

وكثيرا ما تتغير الشخصية لدى المصابين بهذا القلق ليصبح شخصية قلقة ذات استعداد مرضي وتوهم مرضي، إذ يتصف الإنسان فيها بالحساسية الزائدة والتردد في اتخاذ القرارات وأحيانا مخاوف متعددة مثل الخوف من الأماكن المغلقة أو المصاعد أو الخوف من المرتفعات. (مصطفى غالب، 1981، ص64)

خلاصة:

من خلال ما سبق يتبين لنا أن العلاقة القائمة بين النفس والجسد تظن لها الأطباء العرب منذ القديم، فكانت دراستهم بمثابة القاعدة التي إنطلق منها أطباء الغرب المحدثين في بحثهم عن أصل وطبيعة التكامل والتفاعل بين الجسد والنفس فكل الأبحاث القديمة والحديثة إن أكدت على أن الانفعالات لا تؤثر فقط على الوظائف الجسمية ولكنها أيضا تسبب أمراضا نفسية وجسدية. وهذا التأثير الناتج عن الاضطرابات الانفعالية بمختلف أنواعها ودرجات شدتها على الحالة النفسية لدى الفرد ولاسيما إذ أعطت الطاقة الانفعالية عن الانطلاق في شكل سلوك خارجي، وازداد تراكمها واشتدت وطأتها مما يساعد على تضخم الاضطرابات والتوترات الحشوية، فتسبب في إحداث اضطرابات سيكوسوماتية.

الفصل الثالث

القرحة المعديّة



تمهيد

- 1- تعريف الجهاز الهضمي
- 2- تعريف المعدة
- 3- آلية عمل المعدة
- 4- تعريف القرحة المعديّة
- 5- أعراض القرحة المعديّة
- 6- أسباب القرحة المعديّة
- 7- مضاعفات القرحة المعديّة
- 8- شخصية المصاب بالقرحة المعديّة
- 9- تشخيص القرحة المعديّة
- 10- النظريات المفسرة للقرحة المعديّة
- 11- علاج القرحة المعديّة

خلاصة

تمهيد:

تعتبر القرحة المعدية من الأمراض الأكثر انتشارا في العالم، وللأسف فإنها تسبب الكثير من المضاعفات الخطيرة مثل: فقر الدم، أو الإصابة بسرطان المعدة، وغيرها من المضاعفات.

فالمنظمة العالمية للصحة (OMS) تتوقع تضاعف عدد المصابين بداء القرحة المعدية سنويا.

لذا فإنه يجب على كل مريض بالقرحة أن يكون على دراية وإحاطة بكل جوانب مرضه ليتمكن من التغلب أو التكيف مع مرضه. (روبرت باكمان، 2003، ص 111)

1- تعريف الجهاز الهضمي:

الجهاز الهضمي عبارة عن سلسلة من الأعضاء المجوفة متصلة بأنبوب طويل ملتوي يمتد من الفم إلى الشرج، ويبطن هذا الأنبوب من الداخل غشاء يعرف باسم الغشاء المخاطي، ويتكون الجهاز الهضمي من أجزاء عديدة تشترك جميعها لأداء وظيفة الجهاز الهضمي ألا وهي استقبال الطعام وهضمه وامتصاص العناصر المفيدة واللازمة له وطردها تبقى من الفضلات.

وأعضاء الجهاز الهضمي: الفم، المرئ، المعدة، الإثني عشر، الأمعاء الدقيقة، الأمعاء الغليظة والآن سنتطرق شكل مفصل على الحديث عن المعدة.

(Marié pierre levallois, 2007, p202)

2- تعريف المعدة:

تقع المعدة في الزاوية اليسرى من أعلى البطن تحت القفص الصدري مباشرة، ويليها الإثني عشر وهو أول جزء من الأمعاء الدقيقة.

وتعتبر المعدة أحد أهم أجزاء الجهاز الهضمي فهي المستقر الأول للطعام بعد دخوله إلى الفم ومروره بقناة المرئ، والمعدة عبارة عن كيس ليفي عضلي يصل بين المرئ والأمعاء الدقيقة، وتتميز المعدة بتركيب فريد فهي ليست بعضو ساكن أو مجرد أنبوب يصل إلى الأمعاء الدقيقة، بل هي عضو يتميز بالحركة المستمرة لتقليب الطعام وتفريغها، وخاصة الطحن والهضم عن طريق مجموعة من الإفرازات التي تساعد على هذه العملية.

(marié pierre levallois.2007.p203)

و تتمثل هذه الإفرازات في:

الأحماض ومنها حمض "الهيدروكلوريك" الذي يعمل على قتل البكتيريا والتمهيد لهضم البروتين-البيسين ويساعد في عملية هضم البروتين وتحويله.

- ألبيز المعدي ويمهد لعملية هضم الديون.

- المخاط يساعد على الانزلاق كما يعمل حماية نسيج المعدة.
- العامل الداخلي ويساعد في عملية امتصاص فيتامين B12 عن طريق الأمعاء الدقيقة فرغم أن الإفرازات المعدية تشكل عاملاً أساسياً في عملية الهضم، لكن يمكن أن يكون لها أثر سلبي في بعض الحالات نتيجة زيادة إفراز بعض الأحماض وخاصة حمض الهيدروكلوريك، الذي يعرف بالحمض الحارق مما يسبب حدوث ما يعرف بالقرحة المعدية.
(خالد يحيى العبيدي، ب، س، ص 75)

3- آلية عمل المعدة:

إن وظيفة المعدة هي هضم المواد الغذائية التي نتناولها وخاصة المواد البروتينية أي تكسيرها إلى جزيئات صغيرة، حيث تقوم جدران المعدة القوية بالضغط على الطعام لمدة 4 ساعات يتحول بعدها الطعام إلى شبه سائل، ثم يمر هذا الطعام عبر فتحة إلى الأمعاء الدقيقة والتي يبلغ طولها حوالي 20 قدم للشخص لبالغ، ولذلك فهي ملفوفة على بعضها البعض حتى يتسع لها تجويف البطن.
وأول جزء في الأمعاء الدقيقة هي الإثني عشر أي طوله يساوي عرض 12 إصبعاً وهنا تفتح قناتان فيه هما: الحويصلة المرارية: وهي كيس صغير يلتصق بالكبد وتحمل المرارة التي تهضم المواد الدهنية.

قناة البنكرياس: وتحمل العصارة البنكرياسية والتي تقوم بالمساعدة في عملية الهضم ومعادلة حامض المعدة، وبعد أن يمر الطعام من الإثني عشر يصبح صالحاً للامتصاص حيث تتم هذه العملية داخل تلافيف الأمعاء الدقيقة ونسبة ضئيلة في الأمعاء الغليظة، ويبطن جدار الأمعاء الدقيقة ملايين من الخلايا الدقيقة التي تسمى "الخصائل" والتي تقوم بعملية الامتصاص، ثم يلي ذلك القولون الذي يبلغ طوله 5 أقدام وهو على شكل ثلاثة أضلاع مربعة، حيث يمتد من الجهة اليمنى تحت المعدة ثم ينتهي مرة أخرى نازلاً من الجهة اليسرى للبطن إلى الأسفل، وتسمى نهاية القولون بالمستقيم

الذي يبلغ طوله حوالي 6 بوصات ويقع في تجويف الجزء العجزي من العمود الفقري، وينتهي المستقيم بقناة الشرج التي تكون مقفلة عادة بواسطة عضلة مستديرة قوية تسمى عضلة فتحة الشرج، وتصل نفايات الطعام إلى القولون على هيئة نصف سائل حيث لا يسمح الجسم بخروجها على هذه الهيئة فيقوم القولون بامتصاص معظم السائل من هذه الفضلات ثم يخرج الباقي على هيئة براز، ويستغرق الطعام مدة 24 ساعة قبل المرور خارج القناة الهضمية، فالمعدة لا تقبل أي طعام بارد جدا فهي تتضرر من ذلك وكذلك الطعام الساخن فهو يصيبها بقرحة المعدة. (خالد يحيى العبيدي، ب.س، ص78)

4- تعريف القرحة المعدية:

وهي تآكل الطبقة المخاطية المبطنة للمعدة، وهو مرض يصيب كلا الجنسين إلا أن نسبة حدوثه عند الرجال تكون أكبر منه عند النساء بعد سن الخمسين، هذا التآكل في الطبقة المخاطية للمعدة قد يسبب نزيف داخلي قد تظهر أعراضه على المرضى من خلال سوء الهضم والغازات الباطنية والتجشؤ، كذلك النقص التدريجي في معدل هيموجلوبين الدم، مما قد يصيب المريض بفقر الدم، وفي بعض الحالات قد يمتد التقرح الهضمي ليخترق طبقات المعدة ويحدث تمزق محدودا للبطانة السطحية الواقية للمعدة، وينتج عن هذا التمزق ملامسة الأنسجة الداخلية للبطانة المعدية بعصارة المعدة وما تحتويه من أحماض، ومع أنه في أغلب الأحيان يكون حجم القرحة بحجم بنصف سنتيمتر إلا أنها قد تسبب أعراضا مزعجة وآلاما مبرحة عند مرور الحمض عليها.

(<http://www.arabpsychology.com>)

5- أعراض القرحة المعدية:

- آلام متكررة أو حرقان في منطقة البطن العلوية بين الصرة وأسفل القفص الصدري وخاصة عند الشعور بالجوع.
- غالبا ما يشعر المريض بالآلام بين الوجبات حين تكون المعدة خاوية من الطعام.

- استمرار الآلام من دقائق إلى ساعات.
- إستيقاظ المريض في منتصف الليل على هذه الآلام المزعجة.
- الشعور بالغثيان والقيء عند الآلام أحيانا.
- فقدان الشهية والذي يؤدي إلى تناقص الوزن.
- عسر الهضم.
- الإحساس بالتعب في المعدة.
- وجود دم في البراز و في الجدار المعدي، حيث أن لون البراز في هذه الحالة أسود.

(محمد أحمد النابلسي، 1992م، ص 45-46)

- البراز أسود وشديد السواد ذو رائحة كريهة كنتيجة أكسدة الحديد من الهيوغليبين.
- الشعور بالنفخ في البطن وحرقان في أعلى البطن.
- زوال الألم بعد الأكل في بعض الحالات أو عند شرب اللبن أو تناول دواء طبي

(<http://www.jaraan.com/book>)

6- أسباب القرحة المعدية:

يتميز مرض القرحة المعدية بإتلاف للطبقة المخاطية المبطنة للمعدة نتيجة لتكاثر بعض البكتيريا في هذه الطبقة المخاطية لكن هناك عدة أسباب عوامل أخرى نذكر منها:

6-1 الأسباب العضوية:

يعتبر وجود وتكاثر البكتيريا المعدية الحلزونية في الطبقة المخاطية للمعدة من الأسباب الرئيسية للإصابة بالقرحة المعدية، فهذه البكتيريا تستطيع أن تتعايش مع حمض المعدة عن طريق إفراز إنزيمات خاصة تحميها من الأحماض المعدية، كذلك زيادة مفرطة في إفراز الأنزيمات الهاضمة والأحماض.

2-6 الأسباب النفسية:

- ربط الكثير من العلماء ظهور القرحة المعدية لدى الأفراد بمجموعة من السمات التي تتميز بها شخصية الفرد أو يعيشها ومنها ما يلي:
- دافع شديد نحو الطموح وهو يكون في أكثر الحالات بسبب الفشل أو الخوف منه.
- الصراع المستديم لدى الفرد بين اتجاهه نحو الاعتماد على الغير واتكاله عليهم وبين رغبته في الاستقبال والاعتماد عن النفس.
- وجود صراع أو خلاف مع الألم أو مع من يرمز إليها كسلطة.
- العمل تحت ظروف التوتر أو الضغط.
- المشاحنات العائلية. (محمد أحمد النابلسي، 1992، ص50).

3-6 دور العوامل الانفعالية في حدوث القرحة المعدية:

يؤكد الأطباء اليوم على الدور الهام للعوامل الانفعالية في حدوث القرحة، ومن المؤكد وجود العامل التكويني لحدوث عدة حالات من التقرحات الهضمية ترجع إلى فترة الطفولة خلال مواقف الصراعات الانفعالية، وهذا يشير إلى أن العامل التكويني هو السائد في هذه الحالات، وفي بعض هذه الحالات يكون العامل التكويني هو المسؤول الأساسي وفي البعض الآخر تكون العوامل والتأثيرات البيئية أكثر أهمية، كما أن العوامل الانفعالية في المرتبة الأولى.

ويذكر "أيوسترمان" أن القرحة ليست نتيجة عامل واحد ولكن بسبب تفاعل عدة عوامل، والعامل البنائي والجهازي أساسي أيضا في الإصابة، كما أكد على العوامل العصبية المنشأ تسبب في ظهور القرحة الهضمية. (لمى يوسف، 2009، ص10)

اكتشفت ميرسكاي (Mirskay) ثلاثة عوامل تساهم في ظهور القرحة المعدية:

الإفراز المفرط الدائم: فقد اهتم الباحثون بقدرة ونوعية إفراز الحوامض الأمنية عند التوأم، وبنيت نتائج هذه البحوث أن الإفراز محدد وراثيا .

تابعية العميل: فالعميل بحاجة إلى تابعة تحمية وتعافية من مواجهة المسؤولية والصراعات المحتملة من مختلف الوضعيات، هذا الموقف دفاعي يرجع التحمل عن طريق النكوص إلى المرحلة الفمية.

دراسات أخرى: اعتمدت على العوامل البيئية وخاصة على طريق التحكم في الحياة النزوية والرغبات الناتجة عنها، وقامت بتفسير البحث على التبعية كظاهرة عامة في البحوث السابقة بوضع علاقة بين قدرة التحكم المذكورة وسند أو مساعدة خارجية محدد بعوامل نفسية تنتمي إلى مرحلة الطفولة الصغيرة. (صالح معاليم، 2008، ص 68-69)

وهناك أسباب أخرى ترجع كسب من أسباب القرحة المعدية منها:

الوراثة كالإصابة بمتلازمة "زولنجر أليسون".

- زمرة الدم.
- زيادة إفراز العصارة المعدية.
- التعرض للضغوط النفسية والعصبية والاضطرابات النفسية.
- الشراهة في الأكل وعدم التقيد بمواعيد وجبات الطعام.
- الإفراط في تعاطي المشروبات الكحولية والخمور.
- القلق النفسي أو الحزن المستمر الدائم على فقد عزيز أو مال.
- نتيجة زيادة حموضة أو ضعف الجدار الداخلي للمعدة.
- الإجهاد العصبي والإفراط في لتدخين.
- الإفراط في تناول المواد التي تهيج المعدة وخاصة الأغشية المبطنة له (المادة المخاطية التي تحمي جدار المعدة ويأتي على رأس هذه المواد:
- الأقراص والكبسولات التي تحتوي مواد حمضية مثل الأسبرين ومشتقاته.
- المواد الصلبة صعبة الهضم.
- تناول الأطعمة الساخنة.

- شرب المياه الغازية وبعض الأقراص الفوارة تؤدي جدار المعدة.
 - الإجهاد العقلي. (<http://www.jalaan.com.book>)
 - التدخين الذي يزيد من إفراز وتركيز حمض المعدة فيضعف من خطر الإصابة بالقرحة المعدية كما له تأثير في تأخر الشفاء من القرحة المعدية.
 - استعمال الأدوية المضادة للالتهاب (NSAID) مثل التهاب المفاصل "الروماتيزم" ومسكنات الآلام كالأسبيرين، والتي تضعف من قدرة نسيج الأمعاء على الالتئام ويؤدي إلى التهاب بطانة المعدة.
 - المشروبات الكحولية والتي قد تسبب التهيج والتآكل في جدار المعدة مسببة التقرح.
 - العادات الغذائية غير الصحية وتناول الأطعمة المليئة بالبهارات والمواد المهيجة كالفلفل وكثرة التوابل وغيرها.
 - بعض الأمراض المناعية كمرض "كروتزن".
 - الحمل قد يؤدي في بعض الأحيان إلى الإصابة بالقرحة المعدية
- (الخطيب عماد إبراهيم، 1989، ص 59)

7- مضاعفات القرحة المعدية:

من أهم المضاعفات التي تحدث من الإصابة بالقرحة المعدية هو حدوث نزيف في جدار المعدة، علما بأن النزيف الكثيف المفاجئ قد يسبب خطرا على حياة الشخص كونه يحدث نتيجة تضرر الأوعية الدموية بسبب القرحة.

الثقب الذي تسببه القرحة كثيرا ما يؤدي إلى نتائج مأساوية، فالتآكل الذي تسببه القرحة لجدار المعدة يؤدي إلى تدفق محتويات المعدة إلى التجويف البطني (Abdominal coorty)، إذ كان الثقب في السطح الأمامي للمعدة فإنه يؤدي إلى التهاب الصفاق الحاد (Peritonitis)، وأول ما سوف يشعر به المريض هو ألم قوي ومفاجئ في البطن أما إذا

كان الثقب في سطح المعدة الخلفي فإنه يؤدي إلى التهاب البنكرياس (Pancreatitis) ويتسع الألم في هذه الحالة إلى الظهر غالباً.

قد تمتد القرحة إلى الأعضاء المجاورة كالبذ والبنكرياس.

(<http://ar.wikipedia.org/wiki>)

8- شخصية المصاب بالقرحة المعدية:

تعتبر القرحة المعدية من الأمراض النفس جسدية المحضة، وكثير من البحوث درست هذا الموضوع من مختلف الزوايا، حيث قامت المدرسة الأمريكية وعلى رأسها "أليكسندر" بالكثير من البحوث في القرحة المعدية، ووجد في البحوث الإكلينيكية للتشريح المرضي أن العامل النفسي يعتبر سبب أساسي في ظهور القرحة المعدية بعدما كانت في الماضي تعتبر كنتيجة للتدهور عصبي.

أما دراسات "دانبار" (Dunbar) حول خليات شخصية المصابين بالقرحة المعدية بينت أن وضعية التعلق والارتباط بالموضوع تعاني من تجاذب وجداني يطالب بها العميل ويعززها و في نفس الوقت لا يتحملها.

وفي بحوث أخرى من نفس المدرسة بينت حاجة العميل بعاطفة مفرطة ويعبر إليها بالنكوص عن طريق العرض، وتتمحور هذه الظاهرة في البحث عن الحماية المفرطة من جهة ومن جهة أخرى يكتف نشاطه ويعبر على طموحاته وعداونيته من خلال وضع مشاريع طموحة ولا يمكن إنجازها ويعتبر هذا الموقف تعويض لميوله العميقة للسلبية، فهذا الصراع المستمر من الأسباب الرئيسية في ظهور القرحة المعدية.

(صالح معاليم، 2008، ص 68)

إهتمت العديد من الدراسات بمحاولة تحديد بروفيل خاص للمصاب القرحة المعدية ومن أهم العاملين بذلك "بيار مارتى" الذي حدد بروفيل لشخصية المصاب بالقرحة

المعدية، أما "روزين ديروي" (Rosin dreay) فتكلم عن انعدام وجود بروفيل سيكولوجي مشترك.

كذلك نجد دراسة لبوادوار (Beudoird): من جامعة فرنسا حيث: كان يهدف إلى رسم بروفيل سيكوسوماتي للمصابين بالقرحة المعدية الذين يتميزون بمورفولوجية النحافة مصاحبة بميول انقباضية حشوية و أيضا يتميزون بالنشاط والخجل الزائد والتذبذب الانفعالي.

وبحسب إجماع معظم علماء النفس فإن هذا المرض ينتشر غالبا بين الأفراد الطموحين ذوي العزم والإنتاجية العالية، وتفسر حالات المصابين بالقرحة بأنهم يعانون صراعات خفيفا بين شعورهم بالفعالية والنشاط من ناحية ونزوعهم أو ميولهم الاعتمادية والتماسهم الحب والعناية من الآخرين من ناحية أخرى، وكذلك و ينكرون هذه الميول الاعتمادية ويكبتونها لما تمثله من عودة إلى مراحل الطفولة الأولى المرتبطة بعمليات الرضاعة والتغذية اعتمادا على الأم مما يتلائم مع شخصياتهم الناضجة.

إلا أن هذا الإنكار لا يؤدي إلى المزيد من إلحاح تلك الميول، بل يؤدي إلى إستثارة وظائف التغذية لديهم حيث تنشط المعدة إلى الحركة وإفراز عصيرها وكأنها تتأهب لاستقبال الطعام، وكلما كان التكر لهذه الميول عظيما كان إلحاحها شديدا وكان بديلها الفزيولوجي أي نشاط المعدة إلى الإفراز كبيرا، ولكن إفراز المعدة في هذه الظروف ليس طبيعيا لأنه غير مقترن بتناول الطعام بحيث أن تدفق العصير المعدي الحامضي مع خلوها من الطعام لابد و أن يؤدي إلى إضراب مزمن قد ينتهي إلى تآكل غشاء المعدة وتكوين القرحة المعدية. (محمد أحمد النابلسي، 1992، ص46)

9- تشخيص القرحة المعدية:

إذا كان هناك شعور بآلام مستمرة في فم المعدة أو الجزء العلوي من البطن، وتزداد هذه الآلام مع تناول الطعام، أو تخف بعد تناول الادوية المضادة للحموضة

أو إذا شعرت بهذا الألم بعد تناول الطعام لثلاث ساعات، وإذا أيقضك ألم المعدة من نومك العميق كأن أحدا قبض على معدتك.

إذا شكوت من هذه الأعراض وتكررت معك عدة مرات، وجب عليك الإسراع إلى طبيب متخصص في الجهاز الهضمي للتأكد هل أنت تعاني من التهابات في المعدة، ويعتبر منظار الجهاز الهضمي من أفضل الوسائل التشخيصية للكشف عن الالتهابات المعدية أو القرحة الهضمية. (لمى يوسف، 2009، ص11)

10- النظريات المفسرة للقرحة المعدية:

10-1 التفسير السيكوسوماتي:

يصنف داء القرحة المعدية في قائمة الأمراض السيكوسوماتية، وهذه الأخيرة عبارة عن أمراض جسدية تنشأ عن عوامل انفعالية وتتضمن جهازا عضويا واحدا من الأجهزة التي تكون تحت تصرف الجهاز العصبي الإرادي وحسب تصنيف مكتب الصحة الفدرالي الأمريكي فإن هذه الأمراض السيكوسوماتية ومنها القرحة المعدية تعود للأزمات النفسية التي مر بها المصاب بها. (الحجار محمد، 1985، ص149)

10-2 النظرية التحليلية:

حيث أرجع "فرويد" القرحة المعدية إلى ذلك التعبير عن الصراع الموجود بين أركان الجهاز النفسي (الهو، الأنا، الأنا الأعلى) بتحويله إلى عرض جسدي لفشل في بناء عرض عصابي كمحاولة للتغلب على الصراع، وهنا ظهرت السيكوسوماتية الحديثة التي تبنت المنشأ النفسي دينامي التحليلي للمرض، أي البحث في الأسباب النفسية الأساسية لتطور الأمراض الجسدية ومن أشهر الدراسات في هذا الإطار تلك التي تتطوي تحت لواء المدرسة الأمريكية بزعامة (ألكسندر دينبار) والمدرسة الفرنسية بزعامة (بيار مارتني) الذي حالوا إيجاد بروفيل لشخصية المصاب بالقرحة المعدية بالإعتماد على نظرية التحليل النفسي.

أما (دينبار) التي كانت تعمل في مستشفى مدينة نيويورك كطبيبة فقد أقامت دراستها الموضوعية على أساس بروفييل شخصية للمريض واصطلحت: الشخصية القرحية و الشخصية الروماتيزمية حيث ثبت أن هؤلاء المرضى لا يختلفون من حيث الصورة الإكلينيكية الجسمية فحسب، بل يختلفون في بناء شخصيتهم وتظهر هذه البروفيلات من أقوال المرضى المعبرة عن وعن العلاقة بين طبيعية توترهم وأعراضهم المرضية.

(عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص21)

10-3 النظرية السلوكية:

تكلت النظرية السلوكية عن المرض النفس جسدي ومنه القرحة المعدية، فأرجعته إلى تعلم شرطي يعود لصاحبه بفائدة كسب ثانوي للمرض الذي يعفيه من المسؤوليات المختلفة وتجعله محط الرعاية والاهتمام، ففنون الاهتمام كانت مفتوحة و عند المريض السيكوسوماتي مسدودة ويظهر هذا الانسداد من خلال ما سبق ذكره فنجد أن القرحة المعدية كغيرها من الأمراض السيكوسوماتية مرض عضوي، ويلعب العامل الانفعالي السيكولوجي دورا هاما في نشأته سواء عبر المراحل الأولى لتكوين الشخصية أو تبعا للظروف الآتية عن طريق الضغوط أو الصدمات النفسية هذا دون إلغاء الاستعداد سواء التكويني الوراثي أو المكتسب.

(عبد الرحمان العيسوي، 1999، ص21)

11- علاج القرحة المعدية:

في بادئ الأمر يجب على المريض بالقرحة المعدية أن يغير أسلوب حياته المتوتر والقلق وأن يضيفي على حياته الهدوء والسكينة والطمأنينة، فالعلاقة وطيدة بين المشكلات النفسية والتوتر والإصابة بالقرحة المعدية كذلك ينبغي.

11-1 العلاج النفسي:

و ذلك بالتوجه لأخصائي نفسي وفيه يتم التركيز على أسباب المرض، والعمل على حل الصراعات النفسية وجوانب الكبت، ومحاولة مواجهة ضغوط الحياة والتخفيف

من القلق بصورة واقعية، دون اللجوء إلى الحيل المرضية ولا بد من إعادة ثقة المريض بنفسه و تعديل أسلوب حياة المريض بما يناسب حالته و استخدام فنيات العلاج النفسي بمختلف أشكاله بما يلائم حالة المريض.

11-2 العلاج الجراحي:

يتم اللجوء للجراحة في الحالات التالية:

❖ حدوث نزيف من القرحة المعدية.

❖ في حالة عدم نجاح العلاج الدوائي أو الحقن بالمنظار.

❖ حالات القرحة المستعصية والتي لا تستجيب لأي علاج دوائي.

❖ وأصبحت القرحة تنغص على المريض حياته ليل نهار، ومن أهم العمليات

الجراحية التي تجري على مريض القرحة المعدية هو قطع الفرع الذي يغذي

الخلايا المفرزة للحمض من العصب الذي يكون مسؤولاً عن عمل المعدة

وفي بعض الحالات يتم استئصال جزئي للمعدة.

(لمى يوسف، 2009، ص 13-15)

11-3 العلاج الغذائي:

كما يقولون أن المعدة بيت الداء، إذا لم يرق الإنسان بإتباع نظام غذائي سليم

فسيعرض حياته للخطر، فما بالك إذا كانت المعدة نفسها يوجد بها خلل ولم تعد بحالتها

الطبيعية، فمريض بالقرحة المعدية عليه الالتزام بنظام غذائي دقيق حتى لا يفقد جودة

حياته وينبغي عليه:

❖ تجنب تناول الطعام الساخن أو البارد.

❖ تجنب ملء المعدة بالطعام.

❖ تجنب تناول الطعام بسرعة.

❖ الأكل في مواعيد ثابتة.

❖ عدم النوم بعد تناول الأكل مباشرة.

❖ تجنب تناول الأطعمة التي تحتوي على الدسم والزيوت والزيادي.

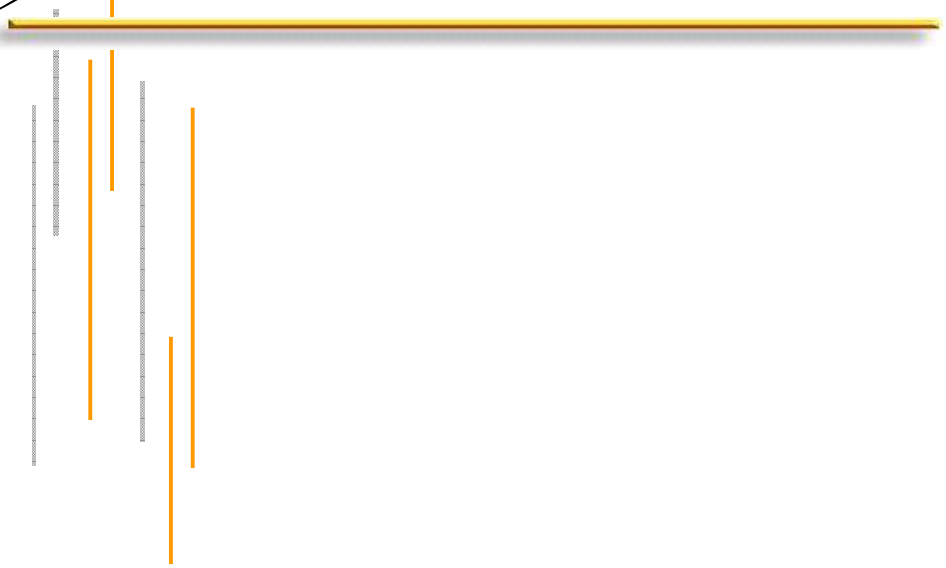
كذلك ينبغي التقليل من الأملاح والتي يطلق عليه الكثير من المتخصصين "السم الأبيض" فعلى الرغم من انه يضيف مذاقاً لذيذاً للطعام إلا أن أضراره أكثر من فوائده للشخص السليم والمريض. فالملح هو عدو لمرضي القرحة المعدية لذا ينبغي عليهم التقليل تدريجياً في تناوله و الابتعاد عن الأطعمة العالية في نسبة الصوديوم (الأملاح).

خلاصة:

تعتبر إذن القرحة المعدية أحد الأمراض الأكثر انتشارا في عصرنا الحالي ولدى مختلف الشرائح والمصاب بالقرحة المعدية قد يتعرض لمضاعفات خطيرة يكون لها الأثر السلبي على حياته النفسية والاجتماعية.



الجانب المبدئي



الفصل الأول

الجانب المنهجي للدراسة



تمهيد

1- منهج الدراسة

2- عينة البحث

3- الدراسة الإستطلاعية

4- حدود الدراسة الأساسية

5- أدوات البحث

خلاصة

تمهيد:

تعتمد كل البحوث والدراسات العلمية على مذهبية معينة، يراد من خلالها الوصول على نتائج علمية دقيقة، ولهذا خصصت الباحثة هذا الجانب لتوضيح المنهجية المتبعة في الدراسة من أجل إحاطة أكثر بالموضوع، والتحقق من الفرضيات المطروحة.

1- منهج الدراسة:

إن لكل بحث أو دراسة علمية منهجا خاصا يفرض على الباحث إتباعه كي يتحصل على نتائج حتمية ويعرف "المنهج" على أنه:
هو الأسلوب الذي يستخدمه الباحث في دراسة ظاهرة.

(الطبيب محمد الطاهر وآخرون، 2000، ص159)

والمنهج لا يضعه الباحث عشوائيا إنما يكون مرتبطا بطريقة موضوع الدراسة ولعل أنسب منهج لهذه الدراسة هو "المنهج العيادي" فهو يعتبر أدق وأفضل المناهج لدراسة الحالات الفردية ويعرفه: **دانيال لاغاش (Danial lagache)** بأنه تناول السيرة من منظورها الخاص ، وكذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد في وضعيات معينة، محاولا بذلك إعطاء معنى للتعرف على بنيتها وتكوينها كما يكشف عن الصراعات التي تحركها محاولات الفرد لحلها.

(عمار بوحوش، 1999، ص81)

ويعرف **حامد عبد السلام زهران:**

المنهج العيادي: هو وسيلة هامة لجمع وتلخيص أكبر عدد من المعلومات عن الحالة موضوع الدراسة والتي قد تكون فردا أو أسرة أو جماعة.

(حامد عبد السلام زهران، 1980، ص178)

كما يعرف **حسن عبد المعطي المنهج العيادي:** بأنه الإطار الذي ينظم ويقيم فيه الأخصائي الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد، وذلك عن طريق الملاحظة، المقابلة، التاريخ الاجتماعي، السيرة الشخصية، الاختبارات السيكولوجية، الفحوص الطبية،

(حسن عبد المعطي، 1998، ص156)

وخلاصة لما سبق ذكره يمكن القول بأن المنهج العيادي يعتمد على الملاحظة المعتمدة للأفراد والمواقف التي يتخذونها إزاء وضعيات معينة، وذلك من خلال الملاحظة، المقابلة العيادية، الاختبارات النفسية،... الخ.

2- عينة البحث:

- معايير الإدخال والإخراج: لقد تم اختيار عينة البحث بطريقة قصدية، ولكي ينتمي فرد إلى مجموعة البحث يجب أن تتوفر فيه الشروط التالية:
- أن يكون راشداً: يتراوح العمر م ن(30 سنة - 50 سنة) وذلك لأن مرحلة الرشد أحسن مرحلة لالتماس القلق والقرحة المعدية.
 - أن يكون كل أفراد مجموعة البحث مصابين بالقرحة المعدية (تشخيص طبي).
 - أن لا يكون الفرد مصاباً بمرض عضوي آخر.
 - أما المتغيرات الأخرى: كالمستوى التعليمي، المهنة،.. الخ فلم نأخذها بعين الاعتبار لعدم أهميتها.

الجدول رقم (03): يوضح خصائص مجموعة البحث.

المتغيرات	الاسم	السن	الجنس	مدة الإصابة بالمرض
الحالة 01	أ.س	49	أنثى	منذ 12 سنة
الحالة 02	ب.ع	35	ذكر	منذ 5 سنوات
الحالة 03	س ذ	43	أنثى	منذ 6 سنوات
الحالة 04	ع.م	33	ذكر	منذ عامين

من خلال الجدول نلاحظ أن:

الإصابة بالقرحة المعدية تمس كلا الجنسين وأن طول مدة الإصابة لدى النساء أكثر من الرجال.

3- الدراسة الإستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة قبل الشروع في أي بحث علمي، وهو الاحتكاك بالميدان للتأكد من توفر إمكانية الحصول على العينة، وتهدف هذه الدراسة إلى تجريب أدوات البحث التي ستعمل في الدراسة ومدى ملائمتها، وفي هذا الإطار وقبل انطلاق الباحثة بالدراسة الميدانية قامت في بداية شهر مارس 2016 بدراسة استطلاعية لميدان الدراسة بعيادة الدكتور شريقي خالد، وسجلت خلالها حوالي 20 حالة لمريض بالقرحة المعدية في اليوم من كلا الجنسين وفي مختلف المراحل العمرية بدءاً بالمرافقة البلوغ، الكهول، الشيوخ، فقامت الباحثة بدراسة لاثنتين من الحالات (1 إناث، 1 ذكر) ففي البداية قدمت الباحثة نفسها وأنها بصدد إجراء دراسة، وبسّطت الحديث معهم بلغة سهلة يفهمونها فكان كلا الحالتين متعاونين، وبعد إستيعاب الحالتين للهدف من وجودنا معهم، شرعت الباحثة في تطبيق المقابلة العيادية حسب الدليل الذي أعد مسبقاً، بعدها مباشرة بعد موافقة الحالتين قامت الباحثة بتطبيق مقياس "تايلور للقلق" لكننا وجدنا صعوبة في تطبيقه بحيث يحتوي على 2 بدائل (نعم، لا) مما أعاق الحالات على الإجابة، مما اضطرت الباحثة إلى تغيير المقياس بمقياس "هاملتون" فكان جد ملائم لاحتوائه على 5 بدائل، كذلك وجدت الباحثة صعوبة أثناء المقابلة في القاعة حيث بحكم أنها عيادة صغيرة لم تكن تتوفر على قاعة فارغة مما دفع بالباحثة لإجراء المقابلة في قاعة الفحص (Sal fibrom) وهي تحتوي على معدات وآلات خاصة بالغسيل المعوي.

وكانت نتائج الدراسة الاستطلاعية فعلاً تلاءم ما ندرسه فالمقابلة العيادية النصف الموجهة جعلتنا نفهم الحالات بصورة واضحة.

4- حدود الدراسة الأساسية:

4-1- الحدود الزمانية:

أجريت الدراسة العيادية التطبيقية من 07 مارس 2016 إلى غاية 21 مارس 2016.

4-2- الحدود المكانية:

تمت الدراسة بعيادة الدكتور "شريف خالد" وهي عيادة متخصصة في أمراض الجهاز الهضمي والأمراض الباطنية (المعدة، الأمعاء، الكبد، المرارة، الكولون والبواسير) أمراض الغدد والسكري (التشخيص بالألياف البصرية، ايكوغرافيا الجهاز الهضمي والغدة الدرقية) و استعجالات طبية متخصصة بمدينة المسيلة.

- تم فتح العيادة في أبريل 2008.

- تقع العيادة في طريق برج بوعريريج، مقابل ثانوية صلاح الدين الأيوبي المسيلة. وتحتوي العيادة على:

- مكتب الطبيب.
- مكتب استقبال المرضى.
- قاعتين انتظار للنساء.
- قاعة انتظار للرجال.
- قاعة فحص (Sal fibron).
- مرحاض.

- الوسائل المادية المتوفرة في العيادة:

- مرافق إدارية: مكتب إستقبال المرضى.
- مرافق طبية: مكتب الطبيب.
- قاعة فحص (Sal fibron).

- الوسائل البشرية المتوفرة بالعيادة.

- الطبيب.

- موظفة لإستقبال المرضى وضبط المواعيد.

- موظفة مساعدة للطبيب بإدخال المرضى لمكتبه.

4-3- الحدود البشرية:

تتكون مجموعة البحث من 04 حالات مصابة بالقرحة المعدية، وقد كان إختيار عدد أفراد العينة محكوما بطبيعة المنهج المعتمد وهو المنهج الإكلينيكي، والطريقة المعتمدة في البحث وهي دراسة الحالة بحيث يتعذر إجراء الدراسة على عدد كبير من الحالات.

وقد تم إختيار عيادة الدكتور "شرفي خالد" لعدة أسباب:

- التعاون والمساعدة من قبل الطبيب "شرفي خالد".

- توفير الجو المناسب للعمل

- توفير كل الامكانيات بتخصيص قاعة للمقابلات العيادية.

5- أدوات البحث:

5-1 الملاحظة الإكلينيكية:

تعتبر الملاحظة الإكلينيكية (العيادية) جزءا من المقابلة العيادية فهي حصيلة عمليات عدة يمكن بواسطتها إيجاد نموذج للتحليل، نبدأه بفرضية ومفاهيم تخضع لتجربة الواقع الملحوظ حيث تجمع الكثير من المعلومات حول الحالة.

(محمد عبدالظاهر الطيب وآخرون، 2000، ص180)

وتعد الملاحظة العيادية من أهم الوسائل المساعدة على جمع المعلومات من خلال تصرفات العميل وتعبيراته اللفظية او غير اللفظية كالإيماءات التي تكون لها دلالات في تفسير السلوك.

(دانيال لاغاش، 1995، ص26)

وتعرف الملاحظة العيادية بأنها: توجيه الحواس للمشاهدة ومراقبة سلوك معين أو ظاهرة معينة وتسجيل جوانب ذلك السلوك وخصائصه. (سامي ملحم، 2002، ص 276) واعتمدت الباحثة في بحثي هذا على الملاحظة المباشرة التي تعتمد على ملاحظة مختلف سلوكيات المفحوص واستجاباته أثناء المقابلة.

5-2 المقابلة النصف موجهة:

تعتبر المقابلة العيادية الوسيلة الأكثر استعمالاً من طرف الأخصائي العيادي، وهي تبادل لفظي بين الأخصائي والمفحوض وجهاً لوجه بغرض جمع المعلومات من الحالة والتعرف على مختلف التغيرات الانفعالية وآرائها من خلال حديثها. (سامي ملحم، 2002، ص 75)

والمقابلة العيادية ثلاثة أنواع رئيسية: المقابلة الحرة، المقابلة الموجهة، المقابلة النصف موجهة، وهذه الأخيرة هي التي اعتمدت الباحثة عليها في دراستها لجمع أكبر قدر من المعلومات، ويتم فيها طرح جملة من الأسئلة التي تهدف للتوصل إلى إجابة تخدم الدراسة حيث يتعين فيها على المفحوص الإجابة عن الأسئلة بحرية دون الخروج عن إطار الموضوع.

محاوَر المقابلة النصف موجهة: لقد تم تحديد محاور المقابلة من أجل تسهيل حصر مجال البحث فقسمنا دليل إلى مقابلتنا إلى 3 محاور:

المحور الأول: القلق.

المحور الثاني: القرحة المعدية.

المحور الثالث: علاقة القلق بالقرحة المعدية.

3-5 الاختبار المستخدم:

مقياس ماكس هاملتون للقلق:

1-3-5 تقديم المقياس:

وضع المقياس ماكس هاملتون (1912-1988) في عام 1959، وقد درس هاملتون الطب في مستشفى كلية لندن الجامعي، وقد تكون كطبيب نفسي في المستشفى نفسه، وكان يهتم بمجال الإحصاء في الطب، ونصح للقيام بالتدريب في مجال الإحصاءات الطبية وتم تعيينه كأستاذ محاضر في الطب النفسي بجامعة ليدز، وعمل أيضا كمساعد في المعهد الوطني للصحة النفسية في أمريكا، وقد كان واحدا من بين الذين أدخلوا القياس النفسي في الطب النفسي، وأشار إلى أنه لا بد من القياس والتحليل الإحصائي في المجال النفسي.

قدم هاملتون مقياس تقديم مدى القلق سنة 1959م، كأداة قياس تمكن من التقييم الكمي للقلق، وفي سنة 1976م أدمجه المعهد الوطني للصدمة النفسية بالولايات المتحدة الأمريكية في كتاب الفحوص ELDU، وقد قام بترجمته إلى الفرنسية ويقاس مقياس هاملتون شدة الأعراض النفسية والجسمية للقلق. (دانيال لاغاش، 1995، ص26)

مكونات المقياس:

- المقياس يتكون من 90 سؤالا ويقاس 09 محاور وهي:
- محور الإهتمام بالجسد ويحتوي على 12 سؤال هي:
42-58-56-12-49-27-48-04-53-01-40-52.
- محور الاستحواذ القهري ويحتوي على 10 أسئلة هي:
45-38-51-09-46-55-10-28-65-03.
- محور الحساسية الذاتية الداخلية ويحتوي على 09 أسئلة هي:
06-21-34-36-37-41-61-69-73

- محور الاكتئاب ويحتوي على 13 سؤالاً وهو:

05-14-15-20-22-26-29-30-31-32-54-71-79.

- محور القلق ويحتوي على 10 أسئلة وهي:

02-17-23-33-39-57-72-78-80-86.

- محور العدوانية ويحتوي على 06 أسئلة وهي:

11-24-63-67-74-81

- محور قلق الفوبيا ويحتوي على 7 أسئلة وهي:

13-25-47-70-75-82-50

محور الأفكار الهذيانية ويحتوي على 6 أسئلة وهي:

08-18-43-68-76-83

- محور العلامات الذهانية ويحتوي على 10 أسئلة وهي:

7-16-35-62-77-84-85-88-90.

5-3-2 تنقيط المقياس:

مقياس هاملتون للقلق وكما ذكرنا سابقاً يقيس شدة الأعراض النفسية والجسمية للقلق

والاستنتاجات تكون بخمسة احتمالات من: 0-4 وهي:

- ليس على الإطلاق وعلامتها (0).

- شيئاً ما وعلامتها (1).

- متوسط وعلامتها (2).

- كثيراً نوعاً ما وعلامتها (3).

- بكثرة وعلامتها (4).

حساب الدرجات:

بعد تطبيق السلم فحسب معدل الاستجابات في كل محور وتقسّم النتيجة على عدد أسئلة المحور.
(Psychomedia.pa.ca/test/hamilton)

5-3-4 الخصائص السيكومترية لمقياس هاملتون للقلق:

الصدق:

تعريف الصدق: هو الدرجة التي تقيس فيه الأداة ما صممت لقياسه فعلا.

(الآغا، 2002، 104)

وللتأكد من صلاحية أداة القياس للغرض الذي صممت من أجله اتبعت الباحثة طريقة:

المقارنة الطرفية :

وتم فيها ترتيب الدرجات تصاعدياً من أعلى درجة إلى أقل درجة، ونقيم الاختبار من عينة الأقوياء بأخذ 33% من عينة الأقوياء الدرجات المرتفعة، وعينة الضعفاء بأخذ 33% من الدرجات المنخفضة، حيث تقوم هذه الطريقة على مقارنة درجات الأقوياء بمتوسطات درجات الضعفاء ثم حساب دلالة الفروق بين هذه المتوسطات، وعندما تصبح لتلك الفروق دلالة إحصائية واضحة نستطيع أن نقرر أن الاختبار يميز بين الأقوياء والضعفاء في الميزات، وبذلك نطمئن على صدقه وعندما لا تصبح لتلك الفروق دلالة إحصائية واضحة فإننا لا نستطيع أن نطمئن على صدق هذا الاختبار.

بعد حساب المتوسط الحسابي لكل فئة و الانحراف المعياري ومنه قيمة (ت) المحسوبة ثم مقارنتها ب (ت) المجدولة.

وكانت النتائج كما هو مبين في الجدول التالي :

جدول رقم (04) : يوضح النتائج المتحصل عليها من صدق المقارنة الطرفية.

المتغيرات	ن	ع	م	ت المحسوبة	ت الجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الدرجات السفلى	11	35.79	202.18	5.08	2.86	20	دال عند 0.05
الدرجات العليا	11	5.42	146.72				

بما أن (ت) المحسوبة أكبر من (ت الجدولة) عند درجة الحرية المساوية (ل) $=20$ وعند مستوى الدلالة (0.05) إذن (ت) المحسوبة تساوي 5.08 ، ومنه فقرات الاستبيان تميز بين المستويات الضعيفة والقوية وعليه فإن الفروق دالة وبالتالي الاختبار على قدر من الصدق.

بما أن (ت) المحسوبة أكبر من (ت) الجدولة عند درجة الحرية المساوية (ل) $=20$ وعند مستوى الدلالة (0.05) إذن (ت) المحسوبة $=5.08$ ومنه فقرات الاستبيان تميز بين المستويات الضعيفة والمستويات القوية، وعليه فإن الفروق دالة وبالتالي الاختبار على قدر من الصدق.

ب- الثبات :

تعريف الثبات :

يقصد ثبات المقياس أو الاختبار أنه يعطي نفس النتائج إذا ما استخدم الاختبار أكثر من مرة تحت ظروف متماثلة، ويشير الثبات إلى ناحيتين، أولهما أن وضع الفرد أو ترتيبه بالنسبة لمجموعته لا يتغير جوهريا إذا ما أعيد عليه تطبيق الاختبار تحت ظروف واحدة وثانيهما أن مع تكرار تطبيق الاختبار نحصل على نتائج لها صفة الاستقرار، ويعبر عن الثبات في مثل هذه الحالات بمعامل الارتباط بين درجات الأفراد الذين حصلوا

عليها في الاختبار في المدة الأولى ودرجاتهم التي حصلوا عليها في المرة الثانية على نفس الاختبار. (جابر عبد الحميد، أحمد خيري، 1996، 277)

ولإيجاد ثبات المقياس قمنا بحسابه بطريقة التجزئة النصفية.

طريقة التجزئة النصفية:

طبقت الأداة على عينة قوامها 30 فرداً، وقسمت بنود الاختبار على فرعين أحدهما خاص بالفقرات الزوجية، وآخر خاص بالفقرات الفرعية، ثم تم حساب معادلة الارتباط بينهما وذلك بمعادلة "سييرمان براون"، والملحق رقم () يوضح نتائج الحساب بـ SPSS.

وجاءت النتائج كما يلي في الجدول التالي:

جدول رقم (05) : يوضح النتائج المتحصل عليها من التجزئة النصفية.


معامل الارتباط المحسوب		المؤثرات الإحصائية
"ر" بعد التعديل	"ر" قبل التعديل	المتغيرات
0.99	0.98	الفقرات الفردية
		الفقرات الزوجية

من الجدول السابق يتضح أن قيمة معامل الارتباط بين المجموعتين المتحصل عليه نشير أن الاختبار يتمتع بمستوى عال من الثبات في حالة إعادة تطبيقه وبالتالي يمكن إعادة تطبيق المقياس.

من خلال النتائج المتحصل عليها تبين أن اختبار القلق يتميز بصدق وثبات عالين وهذا ما يمكننا من تطبيقه في الدراسة.

خلاصة:

تناولت الباحثة في هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة و المنهج المستخدم ومجموعة البحث، والدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية والأدوات المستخدمة في الدراسة.



الفصل الثاني

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1- عرض وتحليل الحالات

2- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

3- الاستنتاج العام

خلاصة

تمهيد:

بعد تطرقنا في الفصل السابق إلى الجانب المنهجي للدراسة، وبعد جمع البيانات من الدراسة الميدانية، سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض وتحليل الحالات ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات.

1- عرض وتحليل الحالات:

1-1- عرض وتحليل الحالة الأولى :

معطيات عامة عن الحالة:

الاسم: أ س

السن: 49 سنة.

المستوى الدراسي: ابتدائي.

الحالة المدنية: متزوجة.

الحالة المادية: متوسطة.

بداية المرض: منذ 12 سنة.

تقديم الحالة:

(ا س) تبلغ من العمر 49 سنة، مزوجة وأم لـ 3 ذكور و 3 إناث تسكن في بيت زوجها، بدأت معاناتها مع القرحة المعدية من 12 سنة، الحالة تعاني من مشاكل مع زوجها بسبب عدم مسؤوليته للأسرة، وهذا ما يؤثر في حالتها النفسية، وكانت بداية ظهور القرحة المعدية بالأعراض التالية: آلام في المعدة، والشعور بالامتلاء، هذا ما دفعها لزيارة الطبيب وبعد إجراء الفحوص الطبية شخصها على أنها مصابة بالقرحة المعدية.

الحالة أثناء المقابلة جد قلقة نوعا ما وكانت متفهمة ومتعاونة في نفس الوقت، و تستعمل لغة جسدها كثيرا حيث تبتلع الريق أحيانا وأحيانا أخرى تتنهد وتهز أيديها أحيانا، و تجيب على الأسئلة وتطيل الحديث وتخرج أحيانا عن الموضوع، وكانت الحالة تتكلم كثيرا وبإجابات طويلة وتتجنب الأطفال وصراخهم وكثيرة البكاء والحركة .

تقديم الحالة:

وصفت الحالة نفسها بالقلقة كثيرا بقولها "راني nervous بزاف" وذلك حسبها يعود الى المشاكل التي تعاني منه في حياتها ومن زوجها لعدم مسؤوليته واهتمامه بشؤون

الأسرة وعدم رعايته لأولاده بقولها: "راجلي صمطها بزاف c'est trop مش هكذا"، وتقول الحالة أنها تعبت من اللامبالاة من طرف زوجها علما انه رجل مثقف وانه السبب في تدهور حالتها لأنه يحط من قيمتها، فللعلاقات الاسرية أثر في تكوين الشعور بالأمن واكتساب مفهوم جديد عن الذات، لان الفرد قد يفشل في التكيف مع التغيرات الفسيولوجية التي تطرأ على جسمه (سعاد جابر، 2008، ص 162)، ومع زيادة متطلبات الحياة وكثرة مسؤوليات الأبناء وحاجاتهم، وذكرت أنها تتجنب سماع الصراخ والأولاد بقولها "الاولاد والعياط يقلقوني"، كما ذكرت عدم إحساس زوجها بمسؤولية أبنائه، وتذكر أنها جد حزينة في حياتها والسبب زوجها الذي يصفها "بالقلقة دائما"، و الشيء الذي زاد من ألمها النفسي هو وقوفها الى جانبه ماديا ومعنويا كثيرا في حياته خصوصا عندما تم طرده من عمله وكانت تدعمه بالمال الذي يعطيه لها والديها، وبالنسبة لطفولتها ذكرت الحالة أنها كانت هادئة الا أن توقيفها عن الدراسة اثر عليها، وبعد بلوغها زوجها والدها خارج المدينة "في دوار" كما ذكرت الحالة ووجدت الحياة تختلف عن ما عاشته في المدينة، إلا أنها حاولت أن تتأقلم مع الوضع وهي تعيش الان هناك وكما قالت "خلاص ضوكا والفت".

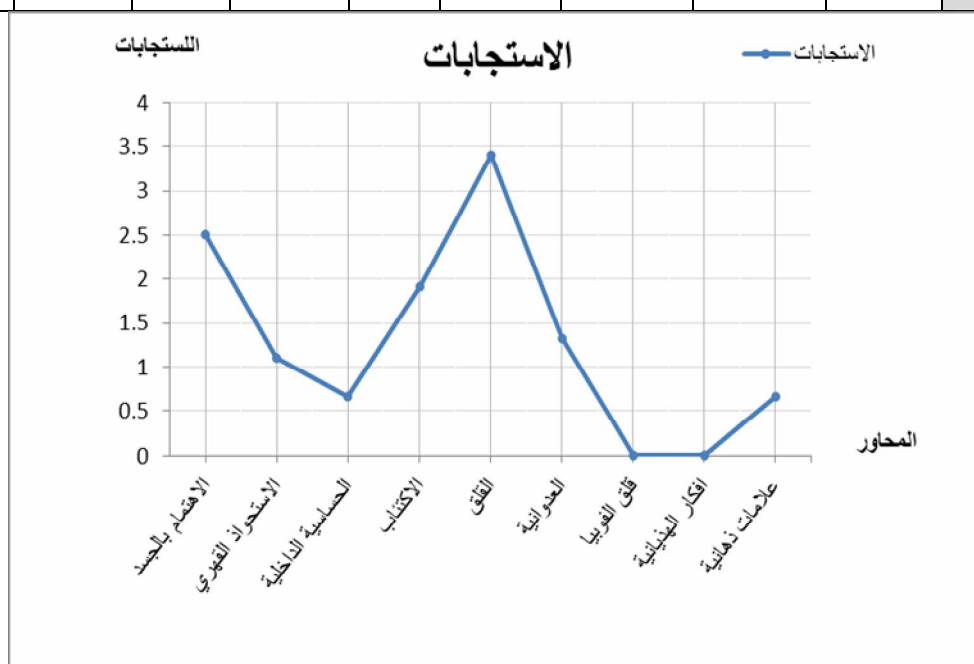
وفيما يخص وضعها الصحي ذكرت أن المشاكل أثرت على صحتها كثيرا حيث أصبحت نفسياتها مرهقة من المرض (القرحة المعدية) بقولها: "المشاكل دارتلي القلقة والقلقة دارتلي الوجاع نتاع ليسطوما" وتكلمت عن العلاقة بين القلق وألم المعدة بقولها: "المشاكل دارتلي الوجاع بزاف في معدتي و dija كي يجيني الوجع نزيد نتقلق"، والحالة تقول انها متعبة ومرهقة بقولها: "ما صبتها في المشاكل ما صبتها في الوجاع نتاع المعدة"، وتعاني الحالة من الأرق ليلا حيث تنام على الأكثر 3 الى 4 ساعات وفي فترات موزعة وتستيقظ كثيرا خلال الليل، أما شهيتها للأكل مسدودة ومحرومة من الأكل وهي مقيدة بنظام غذائي صارم (حمية غذائية).

ملخص المقابلة:

من خلال ما سبق نستنتج بأن الحالة النفسية للحالة مضطربة وذلك راجع الى وجود آلام القرحة المعدية من جهة ومن جهة أخرى القلق الذي تعاني منه الحالة، والذي بدوره يزيد من نسبة الآلام في القرحة، وهذا دليل على وجود علاقة بين القلق والقرحة المعدية.

جدول رقم (06): يوضح نتائج تطبيق سلم هاملتون الحالة الأولى.

المحاور	الاهتمام بالجسد	الاستحواذ القهري	الحساسية الداخلية	الاكتئاب	القلق	العدوانية	قلق الفوبيا	افكار الهذيانية	علامات ذهانية
الاستجابات	2,5	1,1	0,66	1,92	3,4	1,33	0	0	0,66



الشكل رقم (02) يوضح نتائج استجابات الحالة الأولى.

تحليل نتائج سلم هاملتون للحالة الأولى:

- لاحظت الباحثة من خلال المنحني البياني ارتفاع نسبة القلق لدى الحالة (أ.س) بقدر (3.4)، وهي نسبة مرتفعة جدا مقارنة بنسب باقي المحاور، وبالتالي فالحالة تعاني من قلق حاد.

ثم يليها الاهتمام بالجسد بنسبة (2.5) ولأن الجسد هو رمز القوة وأداة العمل والحركة فالحالة أصبحت أكثر تركيزا على جسدها من خلال بذل جهد كبير في أعمالها.

ثم يأتي الاكتئاب بنسبة (1.92) وهو راجع لاختلال المزاج المصاحب بأفكار وسلوكيات انطوائية.

و في هذا الصدد يقول: دايلي (DELAY) : الإكتئاب اختلال في المزاج يتميز بحزن وألم داخلي يميز كل الحياة العاطفية والفكرية والعلائقية.

(EY.h.cité par boutonier j.langoisse. 3 édition paris 1963.p 57).

ثم يأتي محور العدوانية بنسبة (1.33) وهي نسبة ليست بالمرتفعة، أما الاستحواذ القهري بنسبة (1.1) وتعتبر نسبة ضعيفة أي أن الحالة ليست لديها أي أفكار مسيطرة عليها.

وفيما يخص الحساسية الداخلية والعلامات الذهانية فهما بنسبة متشابهة تقدر ب: (0.66) فيمكن القول أنها ليست موجودة بصورة كبيرة وتقدر نسبة قلق الفوبيا والأفكار الهديانية ب: (0) لكل منهما أي منعدمة تماما لدى الحالة.

التحليل العام للحالة:

من خلال معطيات المقابلات وجدت أن الحياة النفسية للحالة مضطربة مما ولد لديها نوع من السلوك العدواني وهذا ما لاحظته من خلال تفتيت الحالة ل "ورق تنظيف" كان بيدها (Papie mechoir)، فهذا السلوك هو ردود أفعال مضادة لاشعورية إزاء القلق والوضع الذي تعيشه، حيث عرف شابلين (chabline) العدوانية على أنها هجوم أو فعل مضاد نحو شخص أو شيء ما، كذلك اتضح من خلال المقابلة استخدامها لميكانيزم الدفاع ضد الصراع والاحباط و القلق من خلال الهروب من الموقف المثير للقلق و هو كثرة البكاء وكثرة الحركة، كما أن المواقف التي تعرضت لها في حياتها أدت الى احباطها و ظهرت على شكل عدوان لزوجها، فهي تعتبر استجابة لمواجهة الاحباط والمقصود به القيام بفعل عدائي اتجاه البيئة. (أديب محمد الخالدي، 2009، ص 158)

ومن خلال نتائج سلم هاملتون كانت أعلى نسبة لمحور للقلق وتقدر ب: (3.4) وهي أعلى نسبة مقارنة بباقي المحاور وهذا يعكس الحالة الانفعالية والمزاجية للحالة.

فالمعاناة النفسية التي أظهرتها الحالة في المقابلات وبنيتها ودعمتها نتائج الاختبار المطبق هي في الأخير تفسير للقلق الحاد إزاء مواضيع متعددة النفسي والجسدي وهو في النهاية نتاج لما يعاش داخليا من صراعات .

1-2- عرض وتحليل الحالة الثانية:

معطيات عامة عن الحالة:

الاسم: ب.ع

السن: 35 سنة.

المستوى الدراسي: ثانوي.

الحالة المدنية: متزوج.

الحالة المادية: متوسط.

بداية المرض: منذ 05 سنوات.

تقديم الحالة:

(ب.ع) يبلغ من العمر 35 سنة، متزوج وأب لطفلين، يسكن مع بيت أهله رفقة إخوته 3 متزوجون و3 بنات بدون زواج ووالدته، أبوه توفي منذ 4 سنوات، يعيش في جو مشحون بالمشاكل بينه وبين إخوته منذ وفاة أبيه حول الميراث بحيث قسموا الميراث وإخوته وطلبوا منه الخروج من المنزل ليبقى المنزل متسعا لكنه يرفض وأخواته الثلاث يسببون المشاكل لزوجته، لكنه يرفض أن يترك والدته، وبدأت معاناته مع القرحة المعدية منذ وفاة والده عندما كان يبلغ 30 سنة ومع تكرار الآلام لديه مما دفعه لزيارة الطبيب الاختصاصي في الأمراض الباطنية وشخص على أنه مصاب بالقرحة المعدية.

الحالة أثناء المقابلة كان متفهم ومتعاون وأبدى الكثير من التجاوب، وكان يستعمل لغة جسده فكان يتهد بين الحين والآخر، وكان يبتلع الريق، ويهز يديه أحيانا وأحيانا

أخرى يجيب برأسه، غير أنه لم يكن يسترسل في الحديث وكانت إجاباته قصيرة، ويتكلم بعبارات عدوانية اتجاه الآخرين.

تحليل المقابلة:

وصف الحالة (ب.ع) نفسه بالقلق كثيرا بقوله " أنا شخصية natnarva " وذلك سببه يعود إلى المشاكل التي يعاني منها في أسرته من قبل إخوته بقوله " خاوتي ما عشرونيش " فطفولته كانت هادئة وعاش بسيطا رفقة إخوته الثلاثة وشقيقاته ويرى والده إنسان عظيم فرباه أحسن تربية، وبعد زواج الحالة (ب.ع) منذ 05 سنوات مرض والده وتوفي بعد زواجه بأربعة أشهر، وأثرت فيه كثيرا وفاة والده وأنه يذكره لليوم ولم يستطع نسيانه، وعلاقته بإخوته كانت متينة قبل وفاة والده لكن بعد الوفاة أصبحوا لا يطبقون بعضهم وبدأت المشاكل في الأول كانت مشاكل حول الميراث، ومن ثم أراد إخوته أن يخرجوه من المنزل ليتسع المنزل لشقيقاته لكنه يرفض ذلك بحجة أنه لا يريد أن يبتعد عن والدته ويريد تربية أبنائه في جو عائلي ووسط أسرته الكبيرة.

و يذكر الحالة أنه أصبح قلقا كثيرا بسبب مشاكله مع إخوته وبسبب شقيقاته الثلاث اللاتي يحاولن صنع المشاكل لزوجته لكن زوجته إنسانة متفهمة وتتجنبهم بقوله "خواتاتي دايرين الباطل في مرتي وخواتاتي ونعرفهم يغيرو منها mais الحمد لله مرتي بنت فاميلية".

و يذكر الحالة (ب.ع) أنه وبعد الآلام المتكررة في البطن زار الطبيب الاختصاصي وشخص على أنه مصاب بالقرحة المعدية، وذكر أنه يتناول الغذاء خارج المنزل بحكم عمله، وأن تناول الزيوت زادته من الألم بقوله " الزيوت والماكلة تاع برا زادتني في الوجاع، وتأتيه أحيانا إحساس بالعثيان وأحيانا بامتلاء في المعدة وتأتيه آلام في الرأس (صداع) وعدم الارتياح وسهولة الإجهاد.

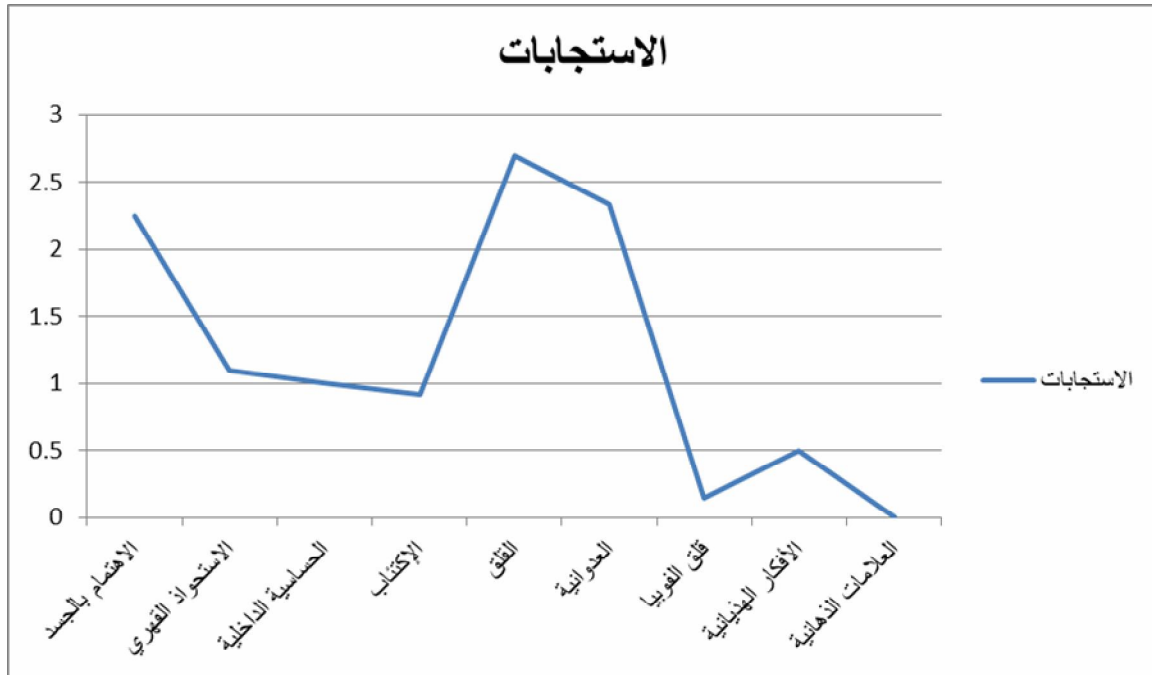
و ذكر الحالة (ب.ع) أنه عندما يقلق كثيرا تزداد الآلام في المعدة، وعندما تؤلمه المعدة يقلق بقوله " كي نتقلق بزاف نتوجع كثر وكى يزيد عليا الوجاع أصلا outomatquement نتقلق"، ويذكر أنه تعب من هذا الوضع، خصوصا أن نومه متقطع ويعاني من الأرق بقوله " ما نشبعش رقاد " ويرى أحيانا كوابيس تفزعه ليلا من النوم لكنه يقول أنها بدأت تتناقص نوعا ما ، ويذكر الحالة أنه يتبع ريجيم حيث لا يأكل الزيوت والدهن، وأنه يأكل في الخضر فقط، لكنه أحيانا ينسى الريجيم ولا يستمر فيه طويلا.

ملخص المقابلة:

من خلال ما سبق نستنتج بأن المشاكل الأسرية التي يعاني منها (ب.ع) سببت له القلق الشديد، والانزعاج وجوه الأسري مشحون بالمشاكل، وآلام القرحة المعدية لديه تزيد كلما كان الحالة قلقا، وهنا يتبين أن هناك علاقة بين القلق والقرحة المعدية لدى الحالة كلما زاد القلق زادت الآلام لديه.

جدول رقم (07) يوضح نتائج تطبيق سلم هاملتون الحالة الثانية.

المحاور	الاهتمام بالجسد	الاستحواذ القهري	الحساسية الداخلية	الاكتئاب	القلق	العدوانية	قلق الفوبيا	افكار الهذيان	علامات ذهانية
الاستجابات	2.25	1.1	1	0.92	2.7	2.33	0.14	0.5	0



الشكل رقم (03): يوضح نتائج استجابات الحالة الثانية.

تحليل نتائج سلم هاملتون للحالة الثانية:

لاحظت من خلال المنحنى البياني ارتفاع نسبة القلق لدى الحالة (ب.ع) مرتفع بنسبة (2.70) وهذا بسبب الوضع الذي يعيشه سواء كان المعبر عنه وكذلك التوتر الدائم الذي يعيش فيه، أما العدوانية فنسبتها أيضا مرتفعة تقدر بـ: (2.33) وهي ما لاحظناه خلال المقابلة بتلفظه بألفاظ عدوانية اتجاه محيطه الأسري، وتقدر نسبة الاهتمام بالجسد بـ: (2.25) وهي نسبة مرتفعة لأن الجسد هو أداة للعمل والحركة، و رمز للقوة ولأنه رجل ولديه واجبات اتجاه أسرته فهو قلق وخائف على صورة جسمه، أما الاستحواذ القهري فنسبته (1.1) وهي ليست مرتفعة كباقي المحاور فالحالة ليست لديه أفكار تسيطر عليه لدرجة المرض، وبنسبة قريبة نجد نسبة الحساسية الذاتية الداخلية تقدر بـ: (1) وهي نسبة ضعيفة أما نسبة الاكتئاب فتقدر بـ: (0.92) وهي ضعيفة وتدل على أن سلوكيات الحالة ليست بالانطوائية وتقدر نسبة الأفكار الهذيانية بـ: (0.5) وقلق الفوبيا (0.14) وهي ضعيفة جدا مقارنة بالمحاور الأخرى، أما العلامات الهذيانية فهي تقدر بـ: (0) أي لا توجد أعراض للعلامات الذهانية أبدا للحالة.

التحليل العام للحالة:

من خلال المقابلات وجدت أن الحالة يعاني من آلام ومعاناة نفسية داخلية وهذا ما بينته عدوانيته من خلال أفكاره العدوانية والعصبية وهو ما بينتها ودعمتها نتائج الاختبار حيث تقدر نسبة القلق بـ: (2.7) وهي تفسير لمعظم سلوكيات الحالة من العدوانية والاهتمام بالجسد.

فالحالة تعاني من قلق حاد جراء الظروف المعاشة مما انعكس وأثر على حياة الحالة (ب.ع) انفعالية ومزاجيا.

1-3- عرض وتحليل الحالة الثالثة:

معطيات عامة عن الحالة:

الاسم: س.ذ.

المستوى الدراسي: إبتدائي.

الحالة المدنية: مطلقة.

الحالة المادية: فقيرة.

بداية المرض: من 6 سنوات.

تقديم الحالة:

(س.ذ) تبلغ من العمر 43 سنة، أم لأربعة أبناء، مطلقة منذ 8 سنوات منذ أن كانت في سن 35 سنة، بسبب مشاكل زوجها، تقيم بمسكن كراء، تعمل كطباخة ومنظفة في البيوت لكسب القوت، بدأت مشاكلها مع آلام المعدة منذ 6 سنوات، مما دفعها لزيادة الطبيب وشخصها على أنها مصابة بالقرحة المعدية.

الحالة أثناء المقابلة كانت متعاونة وتستعمل لغة جسدها بهز الأيدي تارة وابتلاع الريق تارة أخرى، وكانت تظهر عليها علامات الحزن ووجه مصفر وتجيب على الأسئلة بكل حسرة، وفي إجاباتها عن الأسئلة كانت تتكلم كثيرا وتنتهد أحيانا وأحيانا أخرى تبكي.

تحليل المقابلة:

وصفت الحالة نفسها بالقلقة كثيرا بقولها " وليت نتقلق " والسبب هو المشاكل مع زوجها ثم طلاقها منه، و تقول الحالة أنها تزوجت زواجا تقليديا أو أهل زوجها عندما جاؤوا لخطبتها كذبوا عليها ولم يذكروا أن ابنهم كان سكيما، فبعد زواجها منه في السنين الأولى اكتشفت أنه سكير وكانت تتصحه للتغيير وتقف معه فكان أحيانا يستجيب وأحيانا أخرى يبقى لطباعه، لكنها كانت دائما تقول عندما أنجب له الأولاد سيتغير لكن مع مرور السنين زادت المشاكل وبقي في طباعه، وحسب قولها تدهورت حالتها الصحية بسببه، وبعد أن استحالت أن تكمل معه تم الطلاق، ولكن المسؤولية كبرت عليها خصوصا أن أبنائها يجتازون المراحل النهائية للدراسة وظروفهم المادية متردية، لأنها وبعد الطلاق استأجرت بيتا في حي غير لائق للسكن بل مركزا لكل أنواع الجريمة، وبدأت العمل في البيوت من طبخ وغسيل وتنظيف للبيوت بمبالغ زهيدة مما زادت هذه الظروف انهيارا لوضعها النفسي ودخلها في دوامة من القلق، وكما قالت " نتقلق بزاف وتمرمدت ياسر " وصرحت الحالة عن حالة القلق ووضعها الحالي بأنها كرهت وضافت عليها كثيرا وذكرت عن الطرق التي تقلل عندها القلق هي الذهاب لوالدتها والشكوى لها، وكذلك تكلمت الحالة عن الأعراض التي تأتيها عند القلق الخبطة وسرعة دقات القلب أحيانا والتوتر والصراع الكبير، وأيضا تكلمت على مسؤوليتها الكبيرة اتجاه أولادها وأنهم في سن يحتاجون إلى الدعم المادي والمعنوي والاستقرار في بيت لأنهم يستأجرون فقط المنزل وذكرت الحالة بأن معنوياتها متدنية بقولها " هابط بزاف مورالي " .

و من الناحية الصحية ذكرت أنها تعاني كثيرا من آلام المعدة والحرقان فيها وتحس دائما بالتشجؤ وأنها تشرب الأدوية لكن الآلام ما زالت مستمرة وأيضا ذكرت أن وضعها الصحي أتعبها كثيرا.

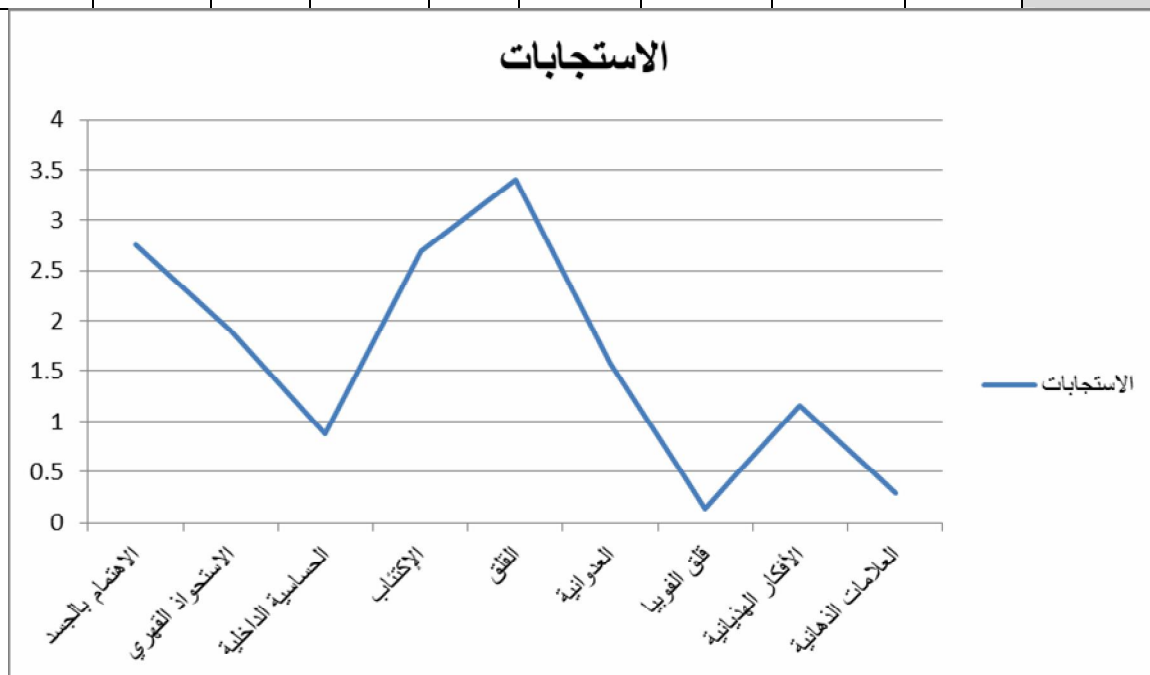
و أعطت الحالة رابطا متبادلا بين القلق والقرحة المعدية بقولها كي يجيني وجاع المعدة كي نتقلق وكى نتقلق نزيد نتوجع وتحذث أن الدواء المضاد للقلق لا ينفعها بشيء وأنه كالماء حسب قولها، وتعاني الحالة من الأرق فهي لا تنام كثيرا ونومها متقطع بقولها " نبات حية في الليل" وتعاني الحالة من الكوابيس كثيرا بقولها " ننوض مخلوعة ونسمي بسم الله" وتكلمت عن الريحيم لكن ظروفها المادية لا تسمح لها بالاستمرار فيه.

ملخص المقابلة:

من خلال ما سبق نستنتج بأن الحالة النفسية للحالة مضطربة بسبب المشاكل التي تعاني منها وتحملها لكل المسؤوليات مما زاد من قلقها والقلق بدوره أدى إلى زيادة الآلام المعدة لديها وهنا يتبين وجود علاقة بين القلق والقرحة المعدية لدى الحالة (س.ذ).

جدول رقم (08) يوضح نتائج تطبيق سلم هاملتون الحالة الثالثة.

المحاور	الاهتمام بالجسد	الاستحواد القهري	الحساسية الداخلية	الاكتئاب	القلق	العدوانية	قلق الفوبيا	افكار الهذيان	علامات ذهانية
الاستجابات	2.75	1.9	0.88	2.69	3.4	1.57	0.14	1.16	0.3



شكل رقم (04): يوضح نتائج استجابات الحالة الثالثة.

تحليل نتائج سلم هاملتون للحالة الثالثة:

لاحظت من خلال المنحنى البياني ارتفاع نسبة القلق الحالة (س.ذ) بنسبة تقدر ب: (3.4)، وهي نسبة مرتفعة مقارنة بالمحاور الأخرى، حيث يعتبر القلق كرد فعل نفسي لما تعيشه الحالة (س.ذ) من مشاكل ، وثاني نسبة مرتفعة تعود لاهتمام بالجسد تقدر بنسبة (2.75)، فالجسد أداة للعمل والحركة ولأن واجباتها اتجاه أولادها ومتطلباتهم ومسؤولية رعايتهم كبيرة فهي قلقة وخائفة من تأثير المرض عليها بصورة أكبر، ثم تليها الاكتئاب بنسبة (2.69) وهي نسبة أيضا مرتفعة ويبدو أن نواته الأولى ومصدره الحقيقي هو ذلك الشعور الذي يظهر من خلال الآلام الداخلية سواء المعبر عنها أو غير المعبر عنها وكذا فترات الحزن والكآبة وفترات تقهقر في الطاقة والحيوية والنشاطات اليومية، وبدرجة منخفضة نجد نسبة الاستحواذ القهري تقدر ب: (1.9) حيث يمكن القول على هذه النسبة أنها قليلة فالحالة ليست لديها أفكار تسيطر عليها لدرجة المرض، وكما تقدر نسبة العدوانية ب: (1.57) وهي نسبة قليلة أي أن الحالة ليست عدوانية، أما الأفكار الهديانة فهي تقدر بنسبة (1.16) فيمكن القول بأنها ليست موجودة بصورة كبيرة، وتقدر نسبة الحساسية الذاتية الداخلية (0.88)، وهي أيضا نسبة قليلة فالحالة لا تشعر بالحساسية من الآخرين، أما نسبة العلامات الذاتية ب: (0.3) وقلق الفوبيا (0.14) فيمكن القول أنها غير موجودة بصورة كبيرة وعدم وصول الحالة للحالة المرضية.

التحليل العام للحالة:

من خلال معطيات المقابلات وجدت أن الحالة النفسية للحالة (س.ذ) مضطربة جدا، فالحالة كانت تتحدث وتصمت ثم تبكي، ومشاعر الحزن كانت تبدو عليها نتيجة نقص اعتبار الذات بتحريض من ذاتها أي بتأنيب الشخص لنفسه(عادل مصطفى، 2000، ص129)، وللتخفيف من المها من أقوالها وسلوكها وتعابير وجهها كانت تحس بعقدة النقص جعلتها تشعر بفقدان الثقة وعدم الامن، فحسب (adler)

النقص ينتج من أعراض عصبية مختلفة بما في ذلك عقدة الدونية(فاخر عاقل،1989،ص57)، و من خلال تطبيق مقياس هاملتون للقلق أن أعلى نسبة كانت لمحور القلق وتقدر بـ: (3.4) وهي مرتفعة جدا، مما يعكس الحالة الانفعالية للحالة فبالإضافة إلى القلق المتولد عن الأوضاع المعيشية فهي أيضا قلقة إزاء وضعها الصحي وإصابتها بالقرحة المعدية، وعدم تقبلها للمرض وشعورها بالذنب اتجاه أولادها، فالقلق الحاد للحالة هو نتاج عدة عوامل داخلية وخارجية.

1-4- عرض وتحليل الحالة الرابعة:

معطيات عامة عن الحالة:

الاسم: ع.م.

السن: 33 سنة.

المستوى الدراسي: المتوسطة.

الحالة المدنية: متزوج حديثا.

الحالة المادية: متوسط.

بداية المرض: منذ 2 سنة (منذ عامين).

تقديم الحالة:

(ع.م) يبلغ من العمر 33 سنة، متزوج حديثا منذ 4 أشهر، ويعمل في مجال البناء، يسكن مع زوجته في منزل والديه، إلا أنه كان يعاني من مشاكل عائلية مع إخوته، وكانت بداية اكتشاف مرض القرحة المعدية لديه منذ عامين، حيث بدأ يحس أحيانا بألم في المعدة ولكن سرعان ما زادت هذه الآلام مما سببت له انزعاجا وقام بزيارة طبيب عام حيث قام هو بدوره بتوجيهه إلى طبيب اختصاصي في الأمراض الباطنية وبعد إجراء الفحوصات تبين أنه مصاب بالقرحة المعدية.

تحليل المقابلة:

الحالة (ع.م) كان متفهما ومتعاوننا أثناء المقابلة، ويجيب بشكل مباشر وكان يستعمل كثيرا لغة جسمه حيث يعبر بحركات العينين والرأس واليدين، وكان يتحرك كثيرا على الكرسي الجالس عليه، غير أنه لم يكن يسترسل في الإجابة حيث كانت إجاباته قصيرة.

الحالة وفي إطار حديثه عن عمله تكلم أن في طفولته عاش فقيرا وكان والده يتعب كثيرا في توفير لقمة العيش لهم، وكان دائما يحس بألم أبيه، وكان يقول "غاضني كي ترمد علينا"، فهذه النقطة أثرت على الحالة نفسيا كثيرا، وذكر أنه الآن متزوج حديثا منذ أربعة أشهر وظروفهم المادية أحسن من قبل ويقوم مع والديه لكنه يريد الاستقلال ببيته مع زوجته لكن والداه يرفضان ذلك، فهو لا يريد أن يعيش ما عاشه هو من فقر وحرمان وضيق في المنزل، فهو يريد أن يستقر مع زوجته بسكن لوحدهما لكن رفض والديه جعله يدخل في دوامة من القلق، وذكر أنه يزعج كثيرا من سماع الأصوات العالية والصراخ في البيت وكذلك من لمس أغراضه الخاصة، وفيما يتعلق بالطرق التي تخفف من قلقه فذكر أنه يخرج من المنزل أو يشعل سيجارة دخان، وذكر أنه لا يحب شرب الأدوية كثيرا.

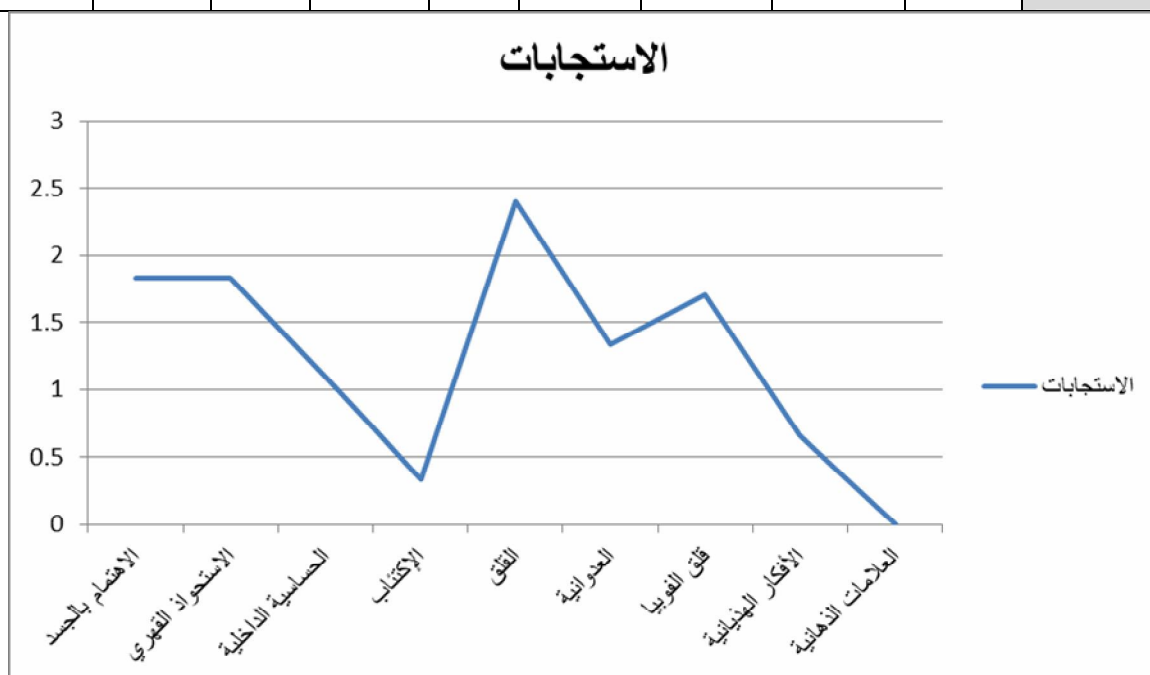
و فيما يخص مرضه بالقرحة المعدية تحدث عن مرضه بابتذال وبدون إعطاء كثير من التفاصيل، إلا أن ذكر أنه أحيانا يقلق كثيرا إزاء إصابته بالقرحة المعدية وخصوصا أنه قال "مازلت صغير"، كما أعطى رابطا متبادلا بين الألم والشعور بالقلق فعندما يشعر بالقلق يزيد ألم المعدة وعندما يزيد هذا الألم تزيد حدة القلق.

ملخص الحالة:

من خلال ما سبق يتبين أن الحالة (ع.م) يعاني من القلق إزاء ظروفه وأوضاعه الأسرية وكذلك ظهور القرحة المعدية ومعاناته من التوتر فالحياة النفسية للحالة مضطربة وتعيش في توتر وصداع.

جدول رقم (09) يوضح نتائج تطبيق سلم هاملتون للحالة الرابعة.

المحاور	الاهتمام بالجسد	الاستحواد القهري	الحساسية الداخلية	الاكتئاب	القلق	العدوانية	قلق الفوبيا	افكار الهذيان	علامات ذهانية
الاستجابات	1.83	1.83	1.1	0.33	2.4	1.33	1.71	0.66	0



شكل رقم (05) يوضح نتائج استجابات الحالة الرابعة.

تحليل نتائج سلم هاملتون للحالة الرابعة:

من خلال المنحنى البياني لاحظت أن النسبة المرتفعة هي نسبة القلق وتقدر بـ: (2.4)، وهي تدل على الوضع الذي يعيشه الحالة (ع.م) بسبب المشاكل والظروف والمرض الذي ينعكس سلبا على نفسيته، وتليها الاهتمام بالجسد والاستحواد القهري بنفس النسبة (1.83) فالجسد يعتبر رمز لقوة الرجل وبالتالي يؤثر المرض على صورة جسمه والاستحواد القهري بسبب الفترات القلقية فهي تساهم في الغزو المتكرر لنماذج

فكرية وسلوكية معينة ذات طابع قهري، وتقدر نسبة قلق الفوبيا بـ: (1.71) وهو نتاج للصراع المعاش، أما نسبة العدوانية فتقدر بنسبة (1.33) وهي موجهة نحو ذاته فهو يدخن كثيرا، أما الحساسية الذاتية الداخلية فهي تقدر بـ: (1.1) وهي نسبة الاكتئاب بـ: (0.33) فيمكن القول أنها نسب ضعيفة وهي غير موجودة بصورة كبيرة لعدم وصول الحالة إلى الحالة المرضية أما العلامات الذهانية فهي منعدمة تماما بنسبة (0).

التحليل العام للحالة:

من خلال المقابلات وتطبيق سلم هاملتون للقلق، وجدت أن الحالة يعاني من القلق بنسبة تقدر بـ: (2.4) وهي اعلى نسبة مقارنة بباقي المحاور، وهذا بسبب المرض بالقرحة المعدية، الذي أثر على نفسية الحالة، وكذلك بسبب الصراع الداخلي نتيجة عدم تقبله للعلاج وتعتبره في حد ذاته مشكل وكذلك عدوانية الموجهة نحو ذاته فكل هذا هو نتاج للصراع المعاش والآلام الداخلية.

جدول رقم (10) يوضح التكرارات والنسب المئوية لمصطلحات القلق والمشاكل

والعلاقة بين القلق والقرحة للحالات الأربعة.

العلاقة بين القلق والقرحة		المشاكل		القلق		العبارات الحالات
النسب المئوية	التكرار	النسب المئوية	التكرار	النسب المئوية	التكرار	
33.33	3	35.71	5	37.03	10	الحالة الأولى
22.22	2	28.57	4	25.92	7	الحالة الثانية
22.22	2	21.42	3	22.22	6	الحالة الثالثة
22.22	2	14.28	2	14.81	4	الحالة الرابعة
	9		14		27	المجموع

التعليق على الجدول:

من خلال معطيات المقابلات ونتائج مقياس هاملتون للقلق، لاحظت الباحثة أن تكرار مصطلح القلق لدى الحالة الأولى يقدر بـ: 10 مرات ونسبة 55.55 وتكرار مصطلح المشاكل يقدر بـ: 5 مرات ونسبة 35.71% وتكرار مصطلح العلاقة بين القلق والقرحة المعدية بـ: 3 مرات ونسبة 33.33 وهي نسب مرتفعة في الحالة الأولى. وفي الحالة الثانية لاحظت أن تكرار مصطلح القلق قدر بـ: 7 مرات ونسبة 25.97 ومصطلح المشاكل بتكرار 4 مرات ونسبة 28.57 ومصطلح العلاقة بين القلق والقرحة المعدية يقدر بـ: 22.22 وهي نسب أقل من الحالة الأولى.

و الحالة الثالثة لاحظت أن تكرار مصطلح القلق قدر ب: 6 مرات بنسبة 22.22 وتكرار مشاكل قدر ب: 4 مرات وبنسبة 28.58% وتكرار مصطلح القلق وعلاقته بالقرحة قدر ب: 2 مرات بنسبة 22.22 وهي نسب أقل من نسب الحالة الثانية. أما الحالة الرابعة لاحظت أن تكرار مصطلح القلق تكرار 4 مرات أي بنسبة 14.81 ومصطلح المشاكل تقدر 2 مرات بنسبة 14.28 وتكرار مصطلحات حول العلاقة بين القلق والقرحة المعدية 2 مرات بنسبة 22.22.

الاستنتاج العام للحالات:

2- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات:

2-1 مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

من خلال معطيات المقابلات يظهر بأن جميع الحالات الأربعة تؤكد في إجاباتها على أن القلق يساهم في تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية، وعليه فالفرضية الأولى تحققت أي: "زيادة القلق تساهم في تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية".

2-2 مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

من خلال معطيات المقابلات يظهر بأن جميع الحالات الأربعة تؤكد على أن تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية يساهم في زيادة القلق، وعليه فالفرضية الثانية تحققت أي: " تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية يساهم في زيادة القلق".

2-3 مناقشة نتائج الفرضية العامة:

من خلال معطيات المقابلات ونتائج مقياس هاملتون للقلق نلاحظ أن جميع الحالات تؤكد على وجود علاقة بين ظهور القلق وتفاقم الإصابة بالقرحة المعدية، وهذا ما أكدته أيضا نتائج هاملتون للقلق، حيث نلاحظ أن محور القلق أخذ أعلى نسبة مقارنة بباقي المحاور وهي نسبة مرتفعة لدى الحالات الأربع وتقدر ب: 2.97.


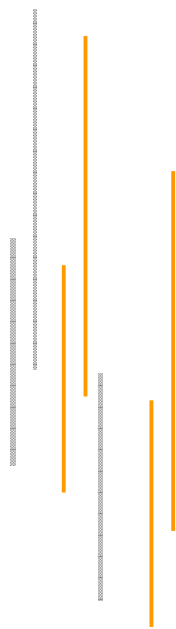
و بما أن الفرضية الأولى والثانية قد تحققتا، فالفرضية العامة أيضا قد تحققت أي: "توجد علاقة بين القلق والقرحة المعدية تظهر في المقابلة وعند تطبيق مقياس هاملتون"، وهذا ما تؤكدته دراسة "فيس" و"انجليش" والتي سعت الى تأكيد ور العوامل الانفعالية في احداث القرحة المعدية، وخلصت نتائج الدراسة الى أن للعوامل الانفعالية دور في حدوث القرحة المعدية، كذلك دراسة "كوفيل" وزملائه سعت الى تحديد أسباب القرحة المعدية والتي وجدت أن السبب المباشر هو زيادة افراز أحماض المعدة التي تلهب جدارها وسبب هذا الافراز هو حالة القلق الناجم عن التوتر الانفعالي.

3- الاستنتاج العام :

من خلال هذه الدراسة التي تمت بدراسة المتغيرات التالية : القلق ،القرحة المعدية ،أمكن القول أنه لا يمكننا تعميم النتائج على كل الحالات المصابة بالقرحة المعدية وذلك راجع للفروق الفردية وعدم توفر عينة ممثلة للمجتمع الاصلي.

خلاصة:

يعتبر الفرد وحدة متكاملة فالمساس بالجانب العضوي هو مساس بالجانب النفسي. فمن خلال هذه الدراسة حاولت الباحثة الإلمام بمختلف الجوانب قدر المستطاع، لكن هذا لا يمنع من بقاء أبواب الدراسة مفتوحة أمام الدراسات الأخرى لتسليط الضوء أكثر على هذا المرض.



الفصل الثاني

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1- عرض وتحليل الحالات

2- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

3- الاستنتاج العام

خلاصة



تمهيد:

بعد تطرقنا في الفصل السابق إلى الجانب المنهجي للدراسة، وبعد جمع البيانات من الدراسة الميدانية، سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض وتحليل الحالات ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات.

1- عرض وتحليل الحالات:

1-1- عرض وتحليل الحالة الأولى :

معطيات عامة عن الحالة:

الاسم: أ س

السن: 49 سنة.

المستوى الدراسي: ابتدائي.

الحالة المدنية: متزوجة.

الحالة المادية: متوسطة.

بداية المرض: منذ 12 سنة.

تقديم الحالة:

(ا س) تبلغ من العمر 49 سنة، متزوجة وأم لـ 3 ذكور و 3 إناث تسكن في بيت زوجها، بدأت معاناتها مع القرحة المعدية من 12 سنة، الحالة تعاني من مشاكل مع زوجها بسبب عدم مسؤوليته للأسرة، وهذا ما يؤثر في حالتها النفسية، وكانت بداية ظهور القرحة المعدية بالأعراض التالية: آلام في المعدة، والشعور بالامتلاء، هذا ما دفعها لزيارة الطبيب وبعد إجراء الفحوص الطبية شخصها على أنها مصابة بالقرحة المعدية.

الحالة أثناء المقابلة جد قلقة نوعا ما وكانت متفهمة ومتعاونة في نفس الوقت، وتستعمل لغة جسدها كثيرا حيث تبتلع الريق أحيانا وأحيانا أخرى تتنهد وتهز أيديها أحيانا، وتجيب على الأسئلة وتطيل الحديث وتخرج أحيانا عن الموضوع، وكانت الحالة تتكلم كثيرا وبإجابات طويلة وتتجنب الأطفال وصراخهم وكثيرة البكاء والحركة .

تقديم الحالة:

وصفت الحالة نفسها بالقلقة كثيرا بقولها "راني nervous بزاف" وذلك حسبها يعود الى المشاكل التي تعاني منه في حياتها ومن زوجها لعدم مسؤوليته واهتمامه بشؤون

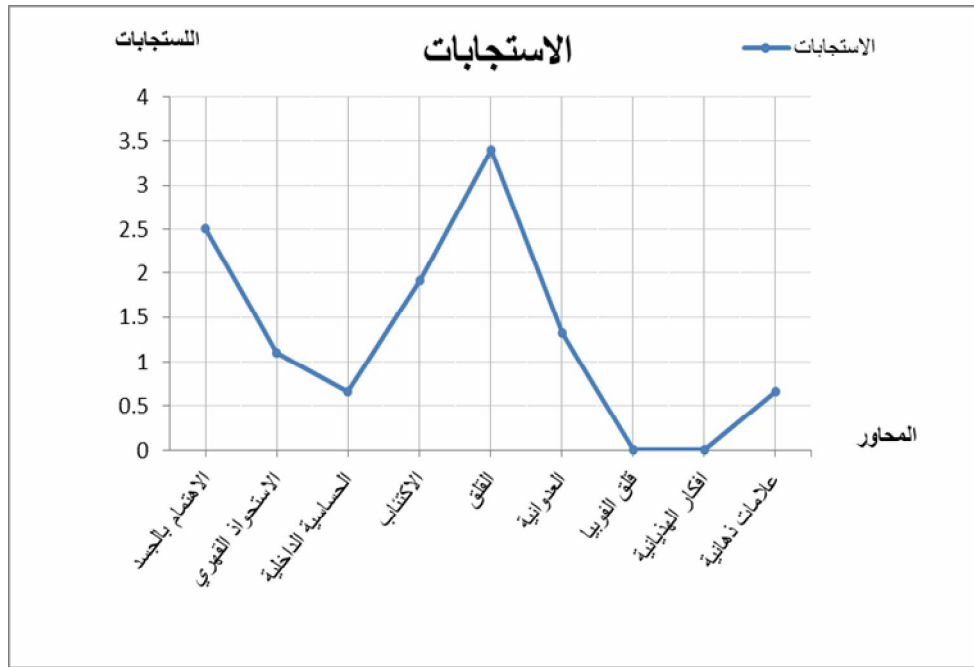
الأسرة وعدم رعايته لأولاده بقولها: "راجلي صمطها بزاف c'est trop مش هكذا"، وتقول الحالة أنها تعبت من اللامبالاة من طرف زوجها علما انه رجل مثقف وانه السبب في تدهور حالتها لأنه يحط من قيمتها، فللعلاقات الاسرية أثر في تكوين الشعور بالأمن واكتساب مفهوم جديد عن الذات، لان الفرد قد يفشل في التكيف مع التغيرات الفسيولوجية التي تطرأ على جسمه (سعاد جابر، 2008، ص 162)، ومع زيادة متطلبات الحياة وكثرة مسؤوليات الأبناء وحاجاتهم، وذكرت أنها تتجنب سماع الصراخ والأولاد بقولها "الاولاد والعياط يقلقوني"، كما ذكرت عدم إحساس زوجها بمسؤولية أبنائه، وتذكر أنها جد حزينة في حياتها والسبب زوجها الذي يصفها "بالقلقة دائما"، والشئ الذي زاد من ألمها النفسي هو وقوفها الى جانبه ماديا ومعنويا كثيرا في حياته خصوصا عندما تم طرده من عمله وكانت تدعمه بالمال الذي يعطيه لها والديها، وبالنسبة لطفولتها ذكرت الحالة أنها كانت هادئة الا أن توقيفها عن الدراسة اثر عليها، وبعد بلوغها زوجها والدها خارج المدينة "في دوار" كما ذكرت الحالة ووجدت الحياة تختلف عن ما عاشته في المدينة، إلا أنها حاولت أن تتأقلم مع الوضع وهي تعيش الان هناك وكما قالت "خلاص ضوكا والفت".

وفيما يخص وضعها الصحي ذكرت أن المشاكل أثرت على صحتها كثيرا حيث أصبحت نفسياتها مرهقة من المرض (القرحة المعدية) بقولها: "المشاكل دارتلي القلقة والقلقة دارتلي الوجاع نتاع ليستوما" وتكلمت عن العلاقة بين القلق وألم المعدة بقولها: "المشاكل دارتلي الوجاع بزاف في معدتي و dija كي يجيني الوجع نزيد ننتلق"، والحالة تقول انها متعبة ومرهقة بقولها: "ما صبتها في المشاكل ما صبتها في الوجاع نتاع المعدة"، وتعاني الحالة من الأرق ليلا حيث تنام على الأكثر 3 الى 4 ساعات وفي فترات موزعة وتستيقظ كثيرا خلال الليل، أما شهيتها للأكل مسدودة ومحرومة من الأكل وهي مقيدة بنظام غذائي صارم (حمية غذائية).

ملخص المقابلة:

من خلال ما سبق نستنتج بأن الحالة النفسية للحالة مضطربة وذلك راجع الى وجود آلام القرحة المعدية من جهة ومن جهة أخرى القلق الذي تعاني منه الحالة، والذي بدوره يزيد من نسبة الآلام في القرحة، وهذا دليل على وجود علاقة بين القلق والقرحة المعدية.
جدول رقم (06): يوضح نتائج تطبيق سلم هاملتون الحالة الأولى.

المحاور	الاهتمام بالجسد	الاستحواذ القهري	الحساسية الداخلية	الاكتئاب	القلق	العنصرية	قلق الفوبيا	افكار الهذيان	علامات ذهانية
الاستجابات	2,5	1,1	0,66	1,92	3,4	1,33	0	0	0,66



الشكل رقم (02) يوضح نتائج استجابات الحالة الأولى.

تحليل نتائج سلم هاملتون للحالة الأولى:

- لاحظت الباحثة من خلال المنحني البياني ارتفاع نسبة القلق لدى الحالة (أ.س) تقدر ب: (3.4)، وهي نسبة مرتفعة جدا مقارنة بقيم باقي المحاور، وبالتالي فالحالة تعاني من قلق حاد.

ثم يليها الاهتمام بالجسد ب: (2.5) ولأن الجسد هو رمز القوة وأداة العمل والحركة فالحالة أصبحت أكثر تركيزاً على جسدها من خلال بذل جهد كبير في أعمالها.
ثم يأتي الاكتئاب المقدر ب: (1.92) وهو راجع لاختلال المزاج المصاحب بأفكار وسلوكيات انطوائية.

و في هذا الصدد يقول: دايلي (DELAY) : الإكتئاب اختلال في المزاج يتميز بحزن وألم داخلي يميز كل الحياة العاطفية والفكرية والعلائقية.

(EY.h.cité par boutonier j.langoisse. 3 édition paris 1963.p 57).

ثم يأتي محور العدوانية ب: (1.33) وهي قيمة ليست بالمرتفعة، أما الاستحواذ القهري يقدر ب: (1.1) وتعتبر هذه القيمة ضعيفة أي أن الحالة ليست لديها أي أفكار مسيطرة عليها.

وفيما يخص الحساسية الداخلية والعلامات الذهانية فهما بقيمة متشابهة تقدر ب: (0.66) فيمكن القول أنها ليست موجودة بصورة كبيرة وتقدر قيمة قلق الفوبيا والأفكار الهديانية ب: (0) لكل منهما أي منعدمة تماماً لدى الحالة.

التحليل العام للحالة:

من خلال معطيات المقابلات وجدت أن الحياة النفسية للحالة مضطربة مما ولد لديها نوع من السلوك العدواني وهذا ما لاحظته من خلال تفتيت الحالة ل "ورق تنظيف" كان بيدها (Papie mechoir)، فهذا السلوك هو ردود أفعال مضادة لاشعورية إزاء القلق والوضع الذي تعيشه، حيث عرف شابلين (chabline) العدوانية على أنها هجوم أو فعل مضاد نحو شخص أو شيء ما، كذلك اتضح من خلال المقابلة استخدامها لميكانيزم الدفاع ضد الصراع والإحباط والقلق من خلال الهروب من الموقف المثير للقلق وهو كثرة البكاء وكثرة الحركة، كما أن المواقف التي تعرضت لها في حياتها أدت الى إحباطها وظهرت على شكل عدوان لزوجها، فهي تعتبر استجابة لمواجهة الاحباط والمقصود به القيام بفعل عدائي اتجاه البيئة. (أديب محمد الخالدي، 2009، ص 158)

ومن خلال نتائج سلم هاملتون كانت أعلى قيمة لمحور للقلق وتقدر ب: (3.4) وهي أعلى قيمة مقارنة بباقي المحاور وهذا يعكس الحالة الانفعالية والمزاجية للحالة. فالمعاناة النفسية التي أظهرتها الحالة في المقابلات وبنيتها ودعمتها نتائج الاختبار المطبق هي في الأخير تفسير للقلق الحاد إزاء مواضيع متعددة النفسي والجسدي وهو في النهاية نتاج لما يعاش داخليا من صراعات .

1-2- عرض وتحليل الحالة الثانية:

معطيات عامة عن الحالة:

الاسم: ب.ع

السن: 35 سنة.

المستوى الدراسي: ثانوي.

الحالة المدنية: متزوج.

الحالة المادية: متوسط.

بداية المرض: منذ 05 سنوات.

تقديم الحالة:

(ب.ع) يبلغ من العمر 35 سنة، متزوج وأب لطفلين، يسكن مع بيت أهله رفقة إخوته 3 متزوجون و 3 بنات بدون زواج ووالدته، أبوه توفي منذ 4 سنوات، يعيش في جو مشحون بالمشاكل بينه وبين إخوته منذ وفاة أبيه حول الميراث بحيث قسموا الميراث وإخوته وطلبوا منه الخروج من المنزل ليبقى المنزل متمسكا لكنه يرفض وأخواته الثلاث يسببون المشاكل لزوجته، لكنه يرفض أن يترك والدته، وبدأت معاناته مع القرحة المعدية منذ وفاة والده عندما كان يبلغ 30 سنة ومع تكرار الآلام لديه مما دفعه لزيارة الطبيب الاختصاصي في الأمراض الباطنية وشخص على أنه مصاب بالقرحة المعدية.

الحالة أثناء المقابلة كان متفهم ومتعاون وأبدى الكثير من التجاوب، وكان يستعمل لغة جسده فكان يتنهد بين الحين والآخر، وكان يبتلع الريق، ويهز يديه أحيانا وأحيانا أخرى يجيب برأسه، غير أنه لم يكن يسترسل في الحديث وكانت إجاباته قصيرة، ويتكلم بعبارات عدوانية اتجاه الآخرين.

تحليل المقابلة:

وصف الحالة (ب.ع) نفسه بالقلق كثيرا بقوله "أنا شخصية natnarva" وذلك سببه يعود إلى المشاكل التي يعاني منها في أسرته من قبل إخوته بقوله "خاوتي ما عشرونيش" فطفولته كانت هادئة وعاش بسيطا رفقة إخوته الثلاثة وشقيقاته ويرى والده إنسان عظيم فرياه أحسن تربية، وبعد زواج الحالة (ب.ع) منذ 05 سنوات مرض والده وتوفي بعد زواجه بأربعة أشهر، وأثرت فيه كثيرا وفاة والده وأنه يذكره لليوم ولم يستطع نسيانه، وعلاقته بإخوته كانت متينة قبل وفاة والده لكن بعد الوفاة أصبحوا لا يطبقون بعضهم وبدأت المشاكل في الأول كانت مشاكل حول الميراث، ومن ثم أراد إخوته أن يخرجوه من المنزل ليتسع المنزل لشقيقاته لكنه يرفض ذلك بحجة أنه لا يريد أن يبتعد عن والدته ويريد تربية أبنائه في جو عائلي ووسط أسرته الكبيرة.

و يذكر الحالة أنه أصبح قلقا كثيرا بسبب مشاكله مع إخوته وبسبب شقيقاته الثلاث اللاتي يحاولن صنع المشاكل لزوجته لكن زوجته إنسانة متفهمة وتتجنبهم بقوله "خواتاتي دايرين الباطل في مرتي وخواتاتي ونعرفهم يغيرو منها mais الحمد لله مرتي بنت فاميلية".

و يذكر الحالة (ب.ع) أنه وبعد الآلام المتكررة في البطن زار الطبيب الاختصاصي وشخص على أنه مصاب بالقرحة المعدية، وذكر أنه يتناول الغداء خارج المنزل بحكم عمله، وأن تناول الزيوت زادت من الألم بقوله "الزيوت والمأكلة تاع برا

زادنتي في الجوع، وتأتيه أحيانا إحساس بالغبثان وأحيانا بامتلاء في المعدة وتأتيه آلام في الرأس (صداع) وعدم الارتياح وسهولة الإجهاد.

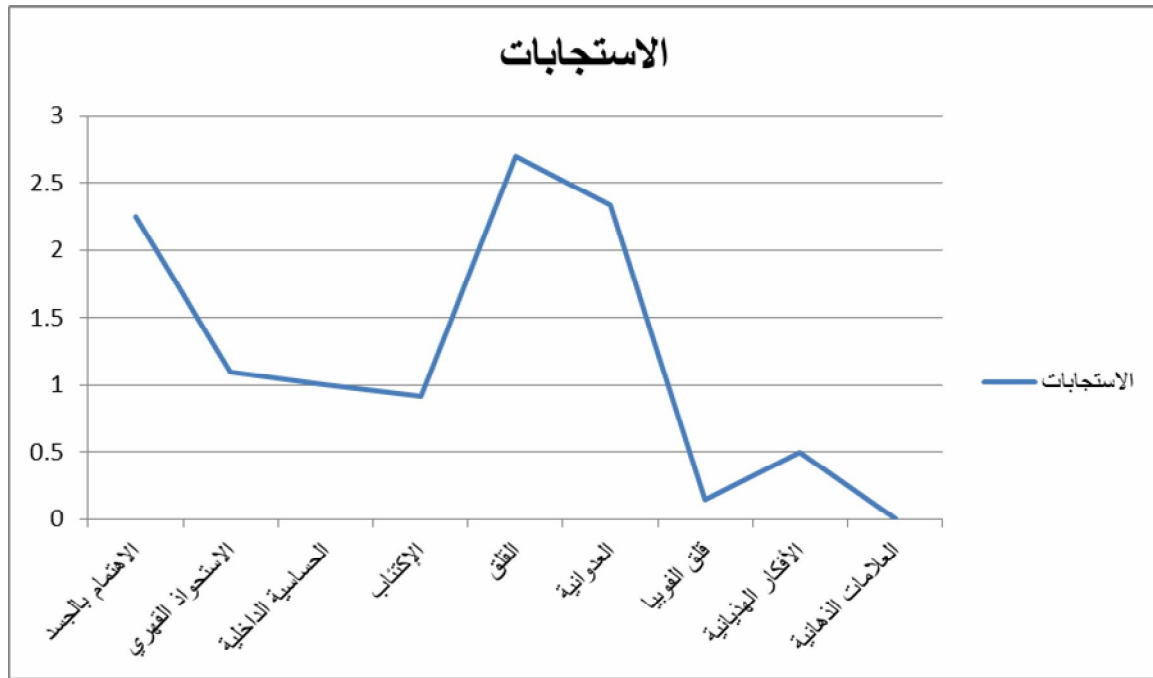
و ذكر الحالة (ب.ع) أنه عندما يقلق كثيرا تزداد الآلام في المعدة، وعندما تؤلمه المعدة يقلق بقوله " كي نتقلق بزاف نتوجع كثر وكي يزيد عليا الوجاع أصلا outomatquement نتقلق"، ويذكر أنه تعب من هذا الوضع، خصوصا أن نومه متقطع ويعاني من الأرق بقوله " ما نشبعش رقاد " ويرى أحيانا كوابيس تقزعه ليلا من النوم لكنه يقول أنها بدأت تتناقص نوعا ما ، ويذكر الحالة أنه يتبع ريجيم حيث لا يأكل الزيوت والدهن، وأنه يأكل في الخضر فقط، لكنه أحيانا ينسى الريجيم ولا يستمر فيه طويلا.

ملخص المقابلة:

من خلال ما سبق نستنتج بأن المشاكل الأسرية التي يعاني منها (ب.ع) سببت له القلق الشديد، والانزعاج وجوه الأسري مشحون بالمشاكل، وآلام القرحة المعدية لديه تزيد كلما كان الحالة قلقا، وهنا يتبين أن هناك علاقة بين القلق والقرحة المعدية لدى الحالة كلما زاد القلق زادت الآلام لديه.

جدول رقم (07): يوضح نتائج تطبيق سلم هاملتون الحالة الثانية.

المحاور	الاهتمام بالجسد	الاستحواذ القهري	الحساسية الداخلية	الاكتئاب	القلق	العدوانية	قلق الفوبيا	افكار الهذيان	علامات ذهانية
الاستجابات	2.25	1.1	1	0.92	2.7	2.33	0.14	0.5	0



الشكل رقم (03): يوضح نتائج استجابات الحالة الثانية.

تحليل نتائج سلم هاملتون للحالة الثانية:

لاحظت من خلال المنحنى البياني قيمة القلق لدى الحالة (ب.ع) مرتفع بنسبة (2.70) وهذا بسبب الوضع الذي يعيشه سواء كان المعبر عنه وكذلك التوتر الدائم الذي يعيش فيه، أما العدوانية فنسبتها أيضا مرتفعة تقدر بـ: (2.33) وهي ما لاحظناه خلال المقابلة بتلفظه بألفاظ عدوانية اتجاه محيطه الأسري، وتقدر قيمة الاهتمام بالجسد بـ: (2.25) وهي قيمة مرتفعة لأن الجسد هو أداة للعمل والحركة، ورمز للقوة ولأنه رجل ولديه واجبات اتجاه أسرته فهو قلق وخائف على صورة جسمه، أما الاستحواذ القهري التي قدرت بـ: (1.1) وهي ليست مرتفعة كباقي المحاور فالحالة ليست لديه أفكار تسيطر عليه لدرجة المرض، وبقية قريبة نجد قيمة الحساسية الذاتية الداخلية تقدر بـ: (1) وهي قيمة ضعيفة أما درجة الاكتئاب فتقدر بـ: (0.92) وهي ضعيفة وتدل على أن سلوكيات الحالة ليست بالانطوائية وتقدر درجة الأفكار الهذيانية بـ: (0.5) وقلق

الفوبيا (0.14) وهي ضعيفة جدا مقارنة بالمحاور الأخرى، أما العلامات الهذيانية فهي تقدر بـ: (0) أي لا توجد أعراض للعلامات الذهانية أبدا للحالة.

التحليل العام للحالة:

من خلال المقابلات وجدت أن الحالة يعاني من آلام ومعاناة نفسية داخلية وهذا ما بينته عدوانيته من خلال أفكاره العدوانية والعصبية وهو ما بينتها ودعمتها نتائج الاختبار حيث تقدر قيمة القلق بـ: (2.7) وهي تفسير لمعظم سلوكيات الحالة من العدوانية والاهتمام بالجسد.

فالحالة تعاني من قلق حاد جراء الظروف المعاشة مما انعكس وأثر على حياة الحالة (ب.ع) انفعالية ومزاجيا.

1-3- عرض وتحليل الحالة الثالثة:

معطيات عامة عن الحالة:

الاسم: س.ذ.

المستوى الدراسي: ابتدائي.

الحالة المدنية: مطلقة.

الحالة المادية: فقيرة.

بداية المرض: من 6 سنوات.

تقديم الحالة:

(س.ذ) تبلغ من العمر 43 سنة، أم لأربعة أبناء، مطلقة منذ 8 سنوات منذ أن كانت في سن 35 سنة، بسبب مشاكل زوجها، تقيم بمسكن كراء، تعمل كطباخة ومنظفة في البيوت لكسب القوت، بدأت مشاكلها مع آلام المعدة منذ 6 سنوات مما دفعها لزيادة الطبيب وشخصها على أنها مصابة بالقرحة المعدية.

الحالة أثناء المقابلة كانت متعاونة وتستعمل لغة جسدها بهز الأيدي تارة وابتلاع الريق تارة أخرى، وكانت تظهر عليها علامات الحزن ووجه مصفر وتجيب على الأسئلة بكل حسرة، وفي إجاباتها عن الأسئلة كانت تتكلم كثيرا وتتنهد أحيانا وأحيانا أخرى تبكي.

تحليل المقابلة:

وصفت الحالة نفسها بالقلقة كثيرا بقولها " وليت نتلق " والسبب هو المشاكل مع زوجها ثم طلاقها منه، و تقول الحالة أنها تزوجت زواجا تقليديا أو أهل زوجها عندما جاؤوا لخطبتها كذبوا عليها ولم يذكروا أن ابنهم كان سكيما، فبعد زواجها منه في السنين الأولى اكتشفت أنه سكير وكانت تتصحه للتغيير وتقف معه فكان أحيانا يستجيب وأحيانا أخرى يبقى لطباعه، لكنها كانت دائما تقول عندما أنجب له الأولاد سيتغير لكن مع مرور السنين زادت المشاكل وبقي في طباعه، وحسب قولها تدهورت حالتها الصحية بسببه، وبعد أن استحالت أن تكمل معه تم الطلاق، ولكن المسؤولية كبرت عليها خصوصا أن أبنائها يجتازون المراحل النهائية للدراسة وظروفهم المادية متردية، لأنها وبعد الطلاق استأجرت بيتا في حي غير لائق للسكن بل مركزا لكل أنواع الجريمة، وبدأت العمل في البيوت من طبخ وغسيل وتنظيف للبيوت بمبالغ زهيدة مما زادت هذه الظروف انهيارا لوضعها النفسي ودخولها في دوامة من القلق، وكما قالت " نتلق بزاف وتممدت ياسر " وصرحت الحالة عن حالة القلق ووضعها الحالي بأنها كرهت وضافت عليها كثيرا وذكرت عن الطرق التي تقلل عندها القلق هي الذهاب لوالدتها والشكوى لها، وكذلك تكلمت الحالة عن الأعراض التي تأتيها عند القلق الخبطة وسرعة دقات القلب أحيانا والتوتر والصراع الكبير، وأيضا تكلمت على مسؤوليتها الكبيرة اتجاه أولادها وأنهم في سن يحتاجون إلى الدعم المادي والمعنوي والاستقرار في بيت لأنهم يستأجرون فقط المنزل وذكرت الحالة بأن معنوياتها متدنية بقولها "هابط بزاف مورالي".

و من الناحية الصحية ذكرت أنها تعاني كثيرا من آلام المعدة والحرقان فيها وتحس دائما بالتشجؤ وأنها تشرب الأدوية لكن الآلام ما زالت مستمرة وأيضا ذكرت أن وضعها الصحي أتعبها كثيرا.

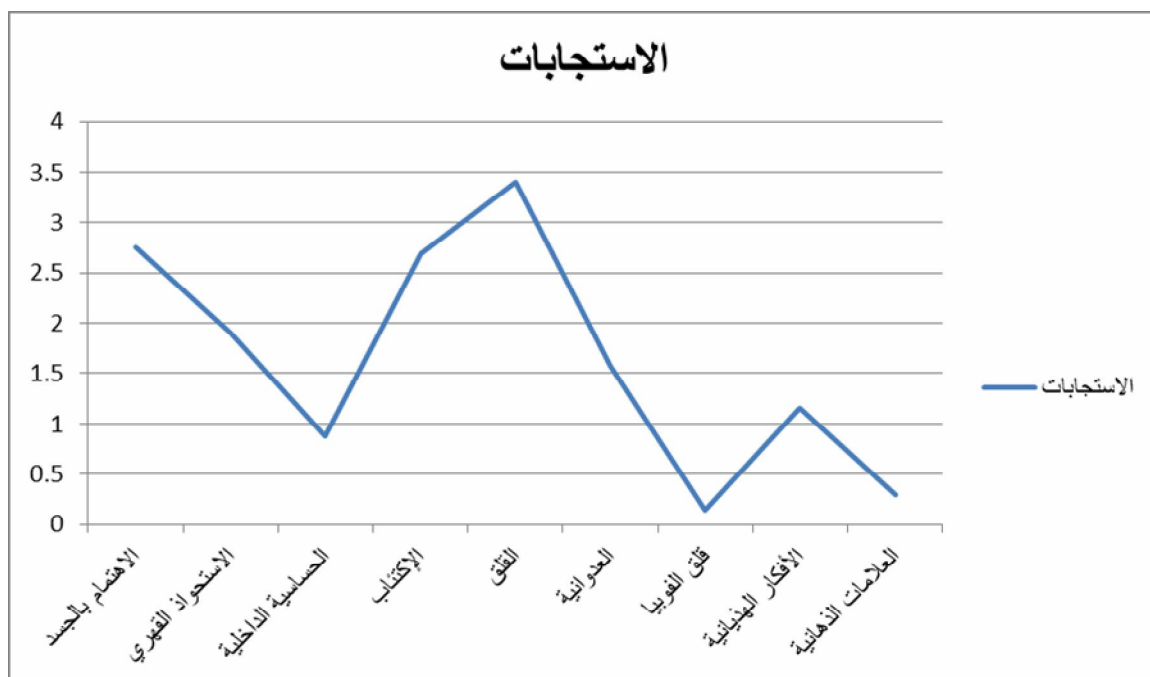
و أعطت الحالة رابطا متبادلا بين القلق والقرحة المعدية بقولها كي يجيني وجاع المعدة كي نتقلق وكى نتقلق نزيد نتوجع وتحذت أن الدواء المضاد للقلق لا ينفعها بشيء وأنه كالماء حسب قولها، وتعاني الحالة من الأرق فهي لا تنام كثيرا ونومها متقطع بقولها " نبات حية في الليل" وتعاني الحالة من الكوابيس كثيرا بقولها " ننوض مخلوعة ونسمي بسم الله" وتكلمت عن الريحيم لكن ظروفها المادية لا تسمح لها بالاستمرار فيه.

ملخص المقابلة:

من خلال ما سبق نستنتج بأن الحالة النفسية للحالة مضطربة بسبب المشاكل التي تعاني منها وتحملها لكل المسؤوليات مما زاد من قلقها والقلق بدوره أدى إلى زيادة الآلام المعدة لديها وهنا يتبين وجود علاقة بين القلق والقرحة المعدية لدى الحالة (س.ذ).

جدول رقم (08) يوضح نتائج تطبيق سلم هاملتون الحالة الثالثة.

المحاور	الاهتمام بالجسد	الاستحواذ القهري	الحساسية الداخلية	الاكتئاب	القلق	العدوانية	قلق الفوبيا	افكار الهذيان	علامات ذهانية
الاستجابات	2.75	1.9	0.88	2.69	3.4	1.57	0.14	1.16	0.3



شكل رقم (04): يوضح نتائج استجابات الحالة الثالثة.

تحليل نتائج سلم هاملتون للحالة الثالثة:

لاحظت من خلال المنحنى البياني ارتفاع نسبة القلق الحالة (س.ذ) المقدره ب: (3.4)، وهي قيمة مرتفعة مقارنة بالمحاور الأخرى، حيث يعتبر القلق كرد فعل نفسي لما تعيشه الحالة (س.ذ) من مشاكل ، وثاني قيمة مرتفعة تعود لاهتمام بالجسد تقدر ب: (2.75)، فالجسد أداة للعمل والحركة ولأن واجباتها اتجاه أولادها ومتطلباتهم ومسؤولية رعايتهم كبيرة فهي قلقة وخائفة من تأثير المرض عليها بصورة أكبر، ثم تليها الاكتئاب ب: (2.69) وهي قيمة أيضا مرتفعة ويبدو أن نواته الأولى ومصدره الحقيقي هو ذلك الشعور الذي يظهر من خلال الآلام الداخلية سواء المعبر عنها أو غير المعبر عنها وكذا فترات الحزن والكآبة وفترات تقهقر في الطاقة والحيوية والنشاطات اليومية، وبدرجة منخفضة نجد قيمة الاستحواد القهري تقدر ب: (1.9)، ويمكن القول على هذه القيمة أنها قليلة فالحالة ليست لديها أفكار تسيطر عليها لدرجة المرض، كما تقدر قيمة العدوانية ب: (1.57) وهي قيمة قليلة أي أن الحالة ليست عدوانية، أما الأفكار الهديانية فهي تقدر بقيمة (1.16) فيمكن القول بأنها ليست موجودة بصورة كبيرة، وتقدر

قيمة الحساسية الذاتية الداخلية (0.88)، وهي أيضا قيمة قليلة فالحالة لا تشعر بالحساسية من الآخرين، أما قيمة العلامات الذاتية ب: (0.3) وقلق الفوبيا (0.14) فيمكن القول أنها غير موجودة بصورة كبيرة وعدم وصول الحالة للحالة المرضية.

التحليل العام للحالة:

من خلال معطيات المقابلات وجدت أن الحالة النفسية للحالة (س.ذ) مضطربة جدا، فالحالة كانت تتحدث وتصمت ثم تبكي، ومشاعر الحزن كانت تبدو عليها نتيجة نقص اعتبار الذات بتحريض من ذاتها أي بتأنيب الشخص لنفسه (عادل مصطفى، 2000، ص 129)، وللتخفيف من المها من أقوالها وسلوكها وتعابير وجهها كانت تحس بعقدة النقص جعلتها تشعر بفقدان الثقة وعدم الامن، فحسب (adler) النقص ينتج من أعراض عصبية مختلفة بما في ذلك عقدة الدونية (فاخر عاقل، 1989، ص 57)، ومن خلال تطبيق مقياس هاملتون للقلق أن أعلى قيمة كانت لمحور القلق وتقدر ب: (3.4) وهي مرتفعة جدا، مما يعكس الحالة الانفعالية للحالة فبالإضافة إلى القلق المتولد عن الأوضاع المعيشية فهي أيضا قلقة إزاء وضعها الصحي وإصابتها بالقرحة المعدية، وعدم تقبلها للمرض وشعورها بالذنب اتجاه أولادها، فالقلق الحاد للحالة هو نتاج عدة عوامل داخلية وخارجية.

1-4- عرض وتحليل الحالة الرابعة:

معطيات عامة عن الحالة:

الاسم: ع.م.

السن: 33 سنة.

المستوى الدراسي: المتوسطة.

الحالة المدنية: متزوج حديثا.

الحالة المادية: متوسط.

بداية المرض: منذ 2 سنة (منذ عامين).

تقديم الحالة:

(ع.م) يبلغ من العمر 33 سنة، متزوج حديثا منذ 4 أشهر، ويعمل في مجال البناء، يسكن مع زوجته في منزل والديه، إلا أنه كان يعاني من مشاكل عائلية مع إخوته، وكانت بداية اكتشاف مرض القرحة المعدية لديه منذ عامين، حيث بدأ يحس أحيانا بألم في المعدة ولكن سرعان ما زادت هذه الآلام مما سببت له انزعاجا وقام بزيارة طبيب عام حيث قام هو بدوره بتوجيهه إلى طبيب اختصاصي في الأمراض الباطنية وبعد إجراء الفحوصات تبين أنه مصاب بالقرحة المعدية.

تحليل المقابلة:

الحالة (ع.م) كان متفهما ومتعاوننا أثناء المقابلة، ويجيب بشكل مباشر وكان يستعمل كثيرا لغة جسمه حيث يعبر بحركات العينين والرأس واليدين، وكان يتحرك كثيرا على الكرسي الجالس عليه، غير أنه لم يكن يسترسل في الإجابة حيث كانت إجاباته قصيرة.

الحالة وفي إطار حديثه عن عمله تكلم أن في طفولته عاش فقيرا وكان والده يتعب كثيرا في توفير لقمة العيش لهم، وكان دائما يحس بألم أبيه، وكان يقول "غاضني كي ترمد علينا"، فهذه النقطة أثرت على الحالة نفسيا كثيرا، وذكر أنه الآن متزوج حديثا منذ أربعة أشهر وظروفهم المادية أحسن من قبل ويقوم مع والديه لكنه يريد الاستقلال ببيته مع زوجته لكن والداه يرفضان ذلك، فهو لا يريد أن يعيش ما عاشه هو من فقر وحرمان وضيق في المنزل، فهو يريد أن يستقر مع زوجته بسكن لوحدهما لكن رفض والديه جعله يدخل في دوامة من القلق، وذكر أنه ينزعج كثيرا من سماع الأصوات العالية والصراخ في البيت وكذلك من لمس أغراضه الخاصة، وفيما

يتعلق بالطرق التي تخفف من قلقه فذكر أنه يخرج من المنزل أو يشعل سيجارة دخان، وذكر أنه لا يحب شرب الأدوية كثيرا.

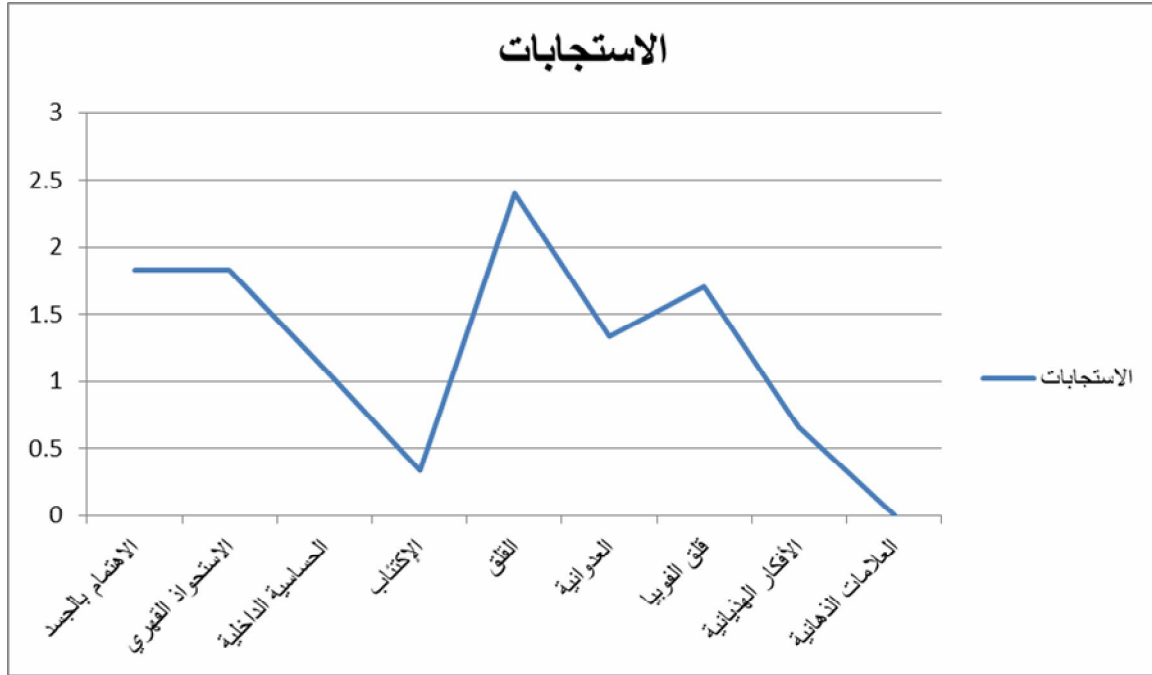
و فيما يخص مرضه بالقرحة المعدية تحدث عن مرضه بابتذال وبدون إعطاء كثير من التفاصيل، إلا أن ذكر أنه أحيانا يقلق كثيرا إزاء إصابته بالقرحة المعدية وخصوصا أنه قال " مازلت صغير"، كما أعطى رابطا متبادلا بين الألم والشعور بالقلق فعندما يشعر بالقلق يزيد ألم المعدة وعندما يزيد هذا الألم تزيد حدة القلق.

ملخص الحالة:

من خلال ما سبق يتبين أن الحالة (ع.م) يعاني من القلق إزاء ظروفه وأوضاعه الأسرية وكذلك ظهور القرحة المعدية ومعاناته من التوتر فالحياة النفسية للحالة مضطربة وتعيش في توتر وصداع.

جدول رقم (09) يوضح نتائج تطبيق سلم هاملتون للحالة الرابعة.

المحاور	الاهتمام بالجسد	الاستحواذ القهري	الحساسية الداخلية	الاكتئاب	القلق	العدوانية	قلق الفوبيا	افكار الهذيان	علامات ذهانية
الاستجابات	1.83	1.83	1.1	0.33	2.4	1.33	1.71	0.66	0



شكل رقم (05) يوضح نتائج استجابات الحالة الرابعة.

تحليل نتائج سلم هاملتون للحالة الرابعة:

من خلال المنحنى البياني لاحظت أن النسبة المرتفعة هي نسبة القلق وتقدر بـ: (2.4)، وهي تدل على الوضع الذي يعيشه الحالة (ع.م) بسبب المشاكل والظروف والمرض الذي ينعكس سلبا على نفسيته، وتليها الاهتمام بالجسد والاستحواد القهري بـ: (1.83) فالجسد يعتبر رمز لقوة الرجل وبالتالي يؤثر المرض على صورة جسمه والاستحواد القهري بسبب الفترات القلقية فهي تساهم في الغزو المتكرر لنماذج فكرية وسلوكية معينة ذات طابع قهري، وتقدر قيمة قلق الفوبيا بـ: (1.71) وهو نتاج للصراع المعاش، أما قيمة العدوانية فتقدر بـ: (1.33) وهي موجهة نحو ذاته فهو يدخن كثيرا، أما الحساسية الذاتية الداخلية فهي تقدر بـ: (1.1) وهي قيمة الاكتئاب بـ: (0.33) فيمكن القول أنها قيمة ضعيفة وهي غير موجودة بصورة كبيرة لعدم وصول الحالة إلى الحالة المرضية أما العلامات الذهانية فهي منعدمة تماما بقيمة (0).

التحليل العام للحالة:

من خلال المقابلات وتطبيق سلم هاملتون للقلق، وجدت أن الحالة يعاني من القلق بقيمة تقدر بـ: (2.4) وهي اعلى قيمة مقارنة بباقي المحاور، وهذا بسبب المرض بالقرحة المعدية، الذي أثر على نفسية الحالة، وكذلك بسبب الصراع الداخلي نتيجة عدم تقبله للعلاج وتعتبره في حد ذاته مشكل وكذلك عدوانية الموجهة نحو ذاته فكل هذا هو نتاج للصراع المعاش والآلام الداخلية.

جدول رقم (10) يوضح التكرارات والنسب المئوية لمصطلحات القلق والمشاكل

والعلاقة بين القلق والقرحة للحالات الأربعة.

العلاقة بين القلق والقرحة		المشاكل		القلق		العبارات الحالات
النسب المئوية	التكرار	النسب المئوية	التكرار	النسب المئوية	التكرار	
33.33	3	35.71	5	37.03	10	الحالة الأولى
22.22	2	28.57	4	25.92	7	الحالة الثانية
22.22	2	21.42	3	22.22	6	الحالة الثالثة
22.22	2	14.28	2	14.81	4	الحالة الرابعة
	9		14		27	المجموع

التعليق على الجدول:

من خلال معطيات المقابلات ونتائج مقياس هاملتون للقلق، لاحظت الباحثة أن تكرار مصطلح القلق لدى الحالة الأولى يقدر بـ: 10 مرات ونسبة 55.55% وتكرار مصطلح المشاكل يقدر بـ: 5 مرات ونسبة 35.71% وتكرار مصطلح العلاقة بين القلق والقرحة المعدية بـ: 3 مرات ونسبة 33.33% وهي نسب مرتفعة في الحالة الأولى.

وفي الحالة الثانية لاحظت أن تكرار مصطلح القلق قدر بـ: 7 مرات وبنسبة 25.97% ومصطلح المشاكل بتكرار 4 مرات وبنسبة 28.57% ومصطلح العلاقة بين العلق والقرحة المعدية يقدر بـ: 22.22% وهي نسب أقل من الحالة الأولى.

و الحالة الثالثة لاحظت أن تكرار مصطلح القلق قدر بـ: 6 مرات بنسبة 22.22% وتكرار مشاكل قدر بـ: 4 مرات وبنسبة 28.58% وتكرار مصطلح القلق وعلاقته بالقرحة قدر بـ: 2 مرات بنسبة 22.22% وهي نسب أقل من الحالة الثانية.

أما الحالة الرابعة لاحظت أن تكرار مصطلح القلق تكرار 4 مرات أي بنسبة 14.81% ومصطلح المشاكل تقدر 2 مرات بنسبة 14.28% وتكرار مصطلحات حول العلاقة بين القلق والقرحة المعدية 2 مرات بنسبة 22.22%.

الاستنتاج العام للحالات:

2- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات:

2-1 مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

من خلال معطيات المقابلات يظهر بأن جميع الحالات الأربعة تؤكد في إجاباتها على أن القلق يساهم في تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية، وعليه فالفرضية الأولى تحققت أي: "زيادة القلق تساهم في تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية".

2-2 مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

من خلال معطيات المقابلات يظهر بأن جميع الحالات الأربعة تؤكد على أن تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية يساهم في زيادة القلق، وعليه فالفرضية الثانية تحققت أي: " تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية يساهم في زيادة القلق".

2-3 مناقشة نتائج الفرضية العامة:

من خلال معطيات المقابلات ونتائج مقياس هاملتون للقلق نلاحظ أن جميع الحالات تؤكد على وجود علاقة بين ظهور القلق وتفاقم الإصابة بالقرحة المعدية، وهذا ما أكدته أيضا نتائج هاملتون للقلق، حيث نلاحظ أن محور القلق أخذ أعلى نسبة مقارنة بباقي المحاور وهي قيمة مرتفعة لدى الحالات الأربع وتقدر ب: 2.97.

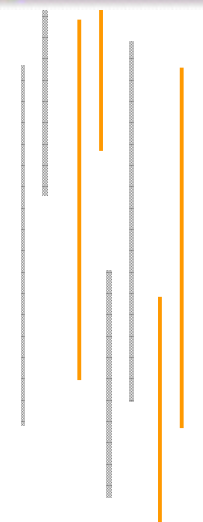
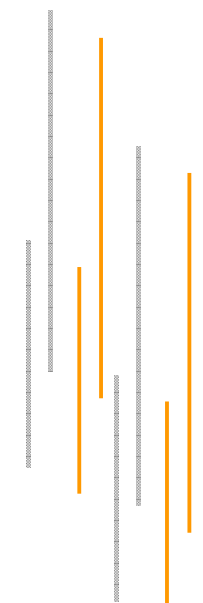
و بما أن الفرضية الأولى والثانية قد تحققتا، فالفرضية العامة أيضا قد تحققت أي: "توجد علاقة بين القلق والقرحة المعدية تظهر في المقابلة وعند تطبيق مقياس هاملتون"، وهذا ما تؤكدته دراسة "فيس" و"انجليش" والتي سعت الى تأكيد ور العوامل الانفعالية في احداث القرحة المعدية، وخلصت نتائج الدراسة الى أن للعوامل الانفعالية دور في حدوث القرحة المعدية، كذلك دراسة "كوفيل" وزملائه سعت الى تحديد أسباب القرحة المعدية والتي وجدت أن السبب المباشر هو زيادة افراز أحماض المعدة التي تلهب جدارها وسبب هذا الافراز هو حالة القلق الناجم عن التوتر الانفعالي.

3- الاستنتاج العام :

من خلال هذه الدراسة التي تمت بدراسة المتغيرات التالية : القلق ،القرحة المعدية ،أمكن القول أنه لا يمكننا تعميم النتائج على كل الحالات المصابة بالقرحة المعدية وذلك راجع للفروق الفردية وعدم توفر عينة ممثلة للمجتمع الاصلي.

خلاصة:

يعتبر الفرد وحدة متكاملة فالمساس بالجانب العضوي هو مساس بالجانب النفسي. فمن خلال هذه الدراسة حاولت الباحثة الإلمام بمختلف الجوانب قدر المستطاع، لكن هذا لا يمنع من بقاء أبواب الدراسة مفتوحة أمام الدراسات الأخرى لتسليط الضوء أكثر على هذا المرض.



خاتمة:

من خلال الدراسة التي قامت بها الباحثة، والتي سعت من ورائها الى معرفة علاقة القلق بالقرحة المعدية، وبعد تحليل المقابلات وتطبيق مقياس هاملتون للقلق خرجت الباحثة بالنتائج التالية:

- كلما زاد القلق زاد تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية.
 - كلما زاد تفاقم الإصابة بالقرحة المعدية زاد القلق.
 - توجد علاقة بين القلق والقرحة المعدية تظهر في المقابلة ومقياس هاملتون.
- اذن فحالة القلق التي يعيشها المصاب بالقرحة تحت ضغط الآلام الجسدية ينتج عنها الام نفسية والآلام النفسية بدورها تزيد من الآلام الجسدية.
- فمن خلال كل ما سبق عرضه لا يمكن تعميم النتائج على كل الحالات المصابة بالقرحة المعدية وذلك راجع أسباب منها الفروق الفردية وعدم توفر عينة ممثلة للمجتمع الاصلي.

ومنه يمكننا طرح مجموعة من التوصيات وهي:

التوصيات:

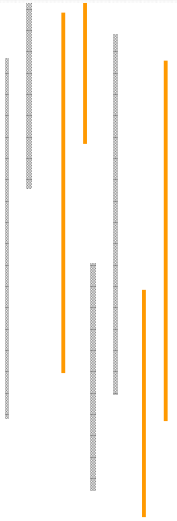
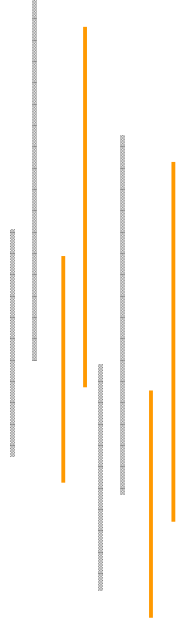
إن الكائن البشري معقد، وما يصدر عنه أكثر تعقيدا، ففي كل مرة ندرس في مسألة ما و نجد أنفسنا مع مسألة أخرى تتطلب الدراسة فيها التحقق منها أو نفيها، هذا ما يجعلنا نتعمق أكثر في دراسة مشكلة البحث، فيمكن القول أن كل نهاية بحث تعد بداية لبحث أو بحوث جديدة.

وفي هذه الدراسة المتواضعة أمكن طرح مجموعة من التوصيات:

- العمل على إجراء دراسة معمقة أكثر على المرضى المصابين بالقرحة المعدية.
- الاهتمام بإجراء برامج علاجية وإرشادية داخل العيادات والمستشفيات للمصابين بالقرحة المعدية وعائلاتهم للمساهمة في التكيف مع المرض.

- وضع أخصائي أو معالج نفسي إكلينيكي في العيادات و المستشفيات لتقديم الإرشاد والدعم والعلاج السلوكي والمعرفي.
- إقامة الندوات والمحاضرات من أجل التوعية الوقائية من الاضطرابات النفسية وما ينجم عنها من أمراض جسدية.
- توفير مراجع رئيسية حول القرحة المعدية في مكتبة الجامعة.

قائمة المصادر والمراجع



القرآن الكريم

المراجع:

1. إبراهيم وجيه محمود وآخرون (2000)، الصحة المدرسة النفسية للطفل، (ب، ط)، مصر، الإسكندرية للكتاب.
2. أبو النيل محمود السيد، (1994)، الأمراض السيكوسوماتية في الصحة النفسية، المجلد الأول، ط2، دار النهضة العربية، بيروت.
3. أبو صايمة عبد الرحمان (2005)، القلق والتحصيل الدراسي، دراسة نقدية لأثر القلق على التحصيل الدراسي.
4. احمد عكاشة (1999)، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض والاضطرابات النفسية والسلوكية، الأوصاف السريرية (الكلينيكية) والدلائل التشخيصية، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية، الإسكندرية-مصر.
5. أديب محمد الخالدي (2006)، علم النفس الإكلينيكي (ط 1)، الأردن، دار وائل للنشر.
6. أديب محمد الخالدي (2005)، مرجع في علم النفس الإكلينيكي المرضي (الفحص والعلاج)، دار وائل للنشر والتوزيع، ط1، مصر،.
7. أديب محمد الخالدي: المرجع في الصحة النفسية نظرية جديدة، ط3، العراق.
8. أشرف محمد عبد الغاني (2001)، مدخل إلى الصحة النفسية، (ب، ط)، مصر، المكتب الجامعي الحديث.
9. الآغا إحسان (2002)، البحث التربوي عناصره، مناهجه، أدواته، فلسطين غزة، الجامعة الإسلامية.
10. إيمان فوزي (د.س)، الصحة النفسية، المكتبة الجامعية للنشر والتوزيع، عين شمس.
11. بدرة معتصم ميموني (2003)، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

12. ترجمة تيسير حسون(2004)، المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي، و الإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية، جمعية الطب النفسي الأمريكية.
13. جابر عبد الحميد جابر و أحمد خيرى كاظم (1996)، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر.
14. حامد عبد السلام زهران (1980)، التوجيه و الإرشاد النفسي، ط2، القاهرة، عالم الكتب.
15. حامد عبد السلام زهران (1988)، الصحة النفسية، عالم الكتب، ط2، القاهرة.
16. حامد عبد السلام زهران(1990)، علم النفس النمو الطفولة والمراهقة، عالم الكتب، ط5، القاهرة.
17. حامد عبد السلام زهران(1995)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، ط2، مصر.
18. الحجار محمد، الطب السلوكي المعاصر، دار الملايين، بيروت، 1985.
19. الحجاوي (2004)، موسوعة الطب النفسي، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان.
20. الحدي للنشر (1998)، قلق 2000،العلاج المعرفي الاضطرابات الانفعالية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
21. الحديني (2001)، المخاوف الشائعة لدى طلبة الجامعة، علم النفس، دار أسامة للنشر والتوزيع.
22. حسن عبد المعطي مصطفى (1998)، علم النفس الإكلينيكي، دار قباء للطباعة والنشر و التوزيع، القاهرة.
23. حسن عبد المعطي(2003)، الأمراض السيكوسوماتية، ط1، مكتبة دار الشرق، القاهرة.
24. حسن مصطفى عبد المعطي (2003)، الأمراض السيكوسوماتية، التشخيص الأسباب، العلاج، مكتبة زهراء الشرق القاهرة، مصر.

25. حسن مصطفى عبد المعطي (2006)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، مكتبة الزهراء، الشرق، ط1، القاهرة، مصر.
26. حسين عبد العظيم طه (2007)، العلاج النفسي المعرفي، ط1، دار الوفاء الدنيا للطباعة والنشر، الإسكندرية.
27. حسين فايد (2011): دراسات في السلوك والشخصية، ط1، المكتب الجامعي الحديث للنشر، القاهرة.
28. حنان عبد الحميد العناني (2000): الطفل والأسرة والمجتمع، دار الصفاء للنشر، والتوزيع، ط1، الأردن.
29. حنان عبد الحميد العناني (2000)، الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، ط1.
30. خالد يحيى العبيدي (د.س)، الكيمياء الحياتية غداؤنا والأمراض، دار المازوني، القاهرة.
31. الخطيب عماد إبراهيم (1989)، علم الأمراض الباثولوجي، عمان الأهلية للنشر والتوزيع.
32. دانيال لاغاش، ترجمة ميخائيل رزق (1995)، وحدة علم النفس، المكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.
33. الداهري، صالح حسن (2005)، مبادئ الصحة النفسية، ط1، دار وائل للنشر، الأردن.
34. داينز، روبين (2006)، إدارة القلق، دار الفاورق للنشر والتوزيع، القاهرة.
35. الدباغ فخري (1983)، أصول الطب النفسي، دار الطليعة للطباعة والنشر، ط3، بيروت.
36. روبرت باكمان (2003)، دراسات في علم النفس المرضي، ترجمة هيئة تحرير أكاديمية، بيروت.
37. زهران حامد عبد السلام (1992)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط1، بدون دار النشر، مصر.

38. زينب محمود شقير (2001)، الأمراض السيكويوماتية والنفس جسمية، ط1، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
39. زينب محمود شقير، (2002)، الأمراض السيكوسوماتية، المجلد الأول، ط1، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة-مصر.
40. سامي ملح، 2002، صعوبات التعلم، ط1، دار المسيرة، عمان.
41. سيجموند فرويد(1962)، ترجمة محمد عثمان، الكف والعرض والقلق، ترجمة محمد عثمان نجاتي، مكتبة دار النهضة العربية، القاهرة.
42. الشريف ع (1987)، من علم النفس القرآني، الطبعة الأولى، دار العلم للملايين، بيروت.
43. شقير زينب (2005)، مقياس قلق المستقبل، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع (ب ط)، القاهرة.
44. صالح حسين الداھري وآخرون (1999)، الشخصية والصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، عمان، الأردن.
45. صالح معاليم(2008)، محاضرات في الأمراض النفسية الجسدية ، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر (ب.ط).
46. صبرة محمد علي وآخرون(2004)، الصحة النفسية والتوافق النفسي، دار المعرفة الجامعية، الأزارطة.
47. صبرة محمد علي وآخرون(2006)، الصحة النفسية والتوافق النفسي، بدون طبعة، دار المعرفة الجامعة، مصر.
48. طه عبد العظيم حسين (2007)، العلاج النفسي المعرفي (مفاهيم وتطبيقات)، ط1، دار الوفاء للطباعة والنشر، مصر.
49. الطيب محمد عبد الظاهر و آخرون(2000)، مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية، الأنجلو مصرية، ط1، القاهرة.
50. عادل عبد الله محمد(2000)، العلاج المعرفي السلوكي وتطبيقاته، دار الرشاد.

51. عبد الحميد محمد الشاذلي (2001)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بأسوان، المكتبة الجامعية، ط2، الإسكندرية.
52. عبد الحميد محمد الشاذلي (1999)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
53. عبد الخالق، أحمد محمد (1987)، الأبعاد الأساسي للشخصية، دار الإسكندرية، ط4، الإسكندرية.
54. عبد الرحمان العيسوي (1992)، في الصحة العقلية، دار النهضة العربية، بيروت، دار النفائس للطباعة والنشر، ط1، بيروت-لبنان.
55. عبد الرحمان العيسوي (1999)، علم النفس الشواذ والصدمة النفسية، دار راتب الجامعية، مصر.
56. عبد الرحمان العيسوي (2000)، الاضطرابات النفسجسمية، دار راتب الجامعية، ط1، بيروت.
57. عبد الرحمان العيسوي (1988)، أمراض العصر، دار المعرفة الجامعية.
58. عبد الرحمان العيسوي: (2000) علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب، الأعراض، التشخيص، العلاج)، الكتاب الأول، الجزء 1، موسوعة الصحة النفسية، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة.
59. عبد الرحمان سي موسى ورضوان زقار (2002)، الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق، جمعية علم النفس، ط1، الجزائر.
60. عبد الرحمان محمد العيسوي (2000)، الاضطرابات النفسوجسمية، دار الراتب الجامعية، ط1، بيروت-لبنان.
61. عبد الستار إبراهيم عن فرويد (1984)، العلاج النفسي السلوكي الحديث، دار الفجر للنشر والتوزيع، ج1، القاهرة.
62. عبد الكريم قاسم أبو الخير (2002)، التمريض النفسي، دار وائل للطباعة والنشر، عمان-الأردن.

63. عبد اللطيف حسين خرج (2009)، الاضطرابات النفسية (الخوف، القلق، التوتر، الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال)، دار حامد للنشر والتوزيع، ط1، مكة المكرمة.
64. عبد المطلب أمين القرطبي (1998)، في الصحة النفسية، دار الكفر العربي، ط1، القاهرة.
65. عبد المنصف غازي (1984)، محمد عبد الطاهر الطيب، الأمراض النفسية الجسمية، دار المعارف، القاهرة، مصر.
66. عطوف محمد ياسين (1986)، قضايا نقدية في علم النفس المعاصر، مؤسسة نوفل للنشر، ط1، بيروت.
67. علي صبحي، شريت أحمد (2004)، الصحة النفسية والتوافق النفسي، دار المعرفة الجماعية، الأزاريطة.
68. عمار بوحوش (1999)، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، ط2، الجزائر.
69. فاروق السيد عثمان (2001): القلق كأداة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، ط1، القاهرة.
70. فخري الدباغ (1983)، أصول الطب النفساني، دار الطلبة للطباعة والنشر، ط3، بيروت-لبنان.
71. فرج عبد القادر (1990)، معجم علم النفس والتحليل، بيروت، دار النهضة العربية.
72. فوزي محمد جبل (2000)، الصحة النفسية والسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
73. فيصل محمد خير الزارد (1984)، الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية، دار العلم، ط1، بيروت.
74. فيصل محمد خير الزارد (2000)، الأمراض النفسية الجسدية أمراض العصر، دار النفائس للطباعة والنشر، ط1، بيروت، لبنان.

75. قاسم حسين صالح (2008)، الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية، بدون طبعة، دار دلجة للنشر والتوزيع، الأردن.
76. لطفي الشرييني (2001)، الاكتئاب، المرض والعلاج دار المعارف، ط1، القاهرة.
77. لطفي الشرييني (ب.س)، عصر القلق الأسباب والعلاج، نور السلام للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
78. لطفي عبد العزيز الشرييني (ب.س)، كيف تتغلب على القلق، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
79. لطفي عبد العزيز الشرييني (1977)، كيف تغلب على القلق، المشكلة والحل، دار النهضة، العربية، بيروت.
80. لمى يوسف (2009)، حلقة بحث بعنوان القرحة المعدية، جامعة دمشق كلية التربية، الإرشاد النفسي.
81. محمد إبراهيم الفيومي (1985)، القلق الإنساني، دار الفكر العربي، ط3، القاهرة.
82. محمد أحمد النابلسي (ب،س)، مبادئ العلاج النفسي ومدارسه، دار النهضة العربية، بيروت.
83. محمد احمد شلبي واخرون (ب س)، تشخيص الامراض النفسية للراشدين مستمدة من cim10 . dsm5 . dsm4، المكتبة الانجلو مصرية، مصر، القاهرة.
84. محمد حسن غانم (2006): الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، "الوبائيات"، التعرف محكات التشخيص - الأسباب - العلاج - المال والمسار، المكتبة الأنجلو مصرية، ط1، مصر.
85. محمد قاسم عبد الله (2001)، مدخل للصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان.
86. محمد محمود بن يونس (2008)، الأسس الفيزيولوجية للسلوك، دار الشروق، ط1، عمان.
87. مصطفى الغالب (1983)، تغلب على القلق، مكتبة الهلال، ط5، بيروت.

88. مصطفى غالب (د.س)، القلق في سبيل الموسوعة النفسية، دار مكتبة الهلال، مصر.
89. مصطفى نوري القمس (2007)، الإضطرابات السلوكية والانفعالية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
90. موكيلاني أليكس (1996)، علم النفس الجديد، ترجمة حسين حيدر، منشورات عويدات، بيروت.
91. نبيلة عباس الشوزحي (2002)، المشكلات النفسية للأطفال أسبابها وعلاجها، دار النهضة العربية، ط1، القاهرة.
92. نظام أو حجلة (ب.س): الطب النفسي التشخيص والعلاج، دار الزهران للنشر والتوزيع، الأردن.
93. نور الهدى محمد الجاموس (2004)، الاضطرابات النفسية - الجسمية السيكوسوماتية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
94. هنادلي، روبرت بولين نيف (2001): كيف نتخلص من الأرق ترجمة سهير محفوظ، مكتبة الأسرة، القاهرة.

المذكرات:

1. التونسي عديلة حسن طاهر (2002)، القلق والإكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير (منشورة) كلية التربية، جامعة أم القرى.
2. زيدان سها (د.س)، هواجس المستقبل عند الشباب، دراسة ميدانية على طلاب الجامعة، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق.
3. عايدة حسن شكري (2001)، ضغوط الحياة والتوافق الزوجي والشخصية لدى المصابات بالإضطرابات السيكوسوماتية والسويات، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، جامعة عين شمس، مصر.
4. علي حسين وهبان (2008)، ضغوط الحياة وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى طلبة الجامعة في البيئة العربية (اليمن، الجزائر) دراسة

مقارنة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة بوزريعة، الجزائر.

المجلات:

1. أبو النيل محمود السيد (1994)، الأمراض السيكوسوماتية، دراسات وبحوث عربية وعالمية، المجلد الثاني، ط2، دار النهضة العربية، بيروت.
2. بيشاوي ج (1988)، "هل يمكن قياس قلق الموت، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، العدد 9.
3. حامد عبد السلام زهران (2005)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، القاهرة، عالم الكتب للنشر والتوزيع.
4. عبد الرحمان العيسوي (1994)، الأمراض السيكوسوماتية دراسة ميدانية على عينة من الشباب العربي، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
5. عطوف محمد ياسين (1989)، مجلة الصحة النفسية، استشارات طبية، العدد الأول.
6. عويد سلطان المشعان، مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسي في المرحلة المتوسطة بدولة الكويت وعلاقتها بالاضطرابات النفسية الجسمية، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد 28، عدد 1، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.
7. محمد أحمد النابلسي (1992)، مبادئ السيكوسوماتية وتصنيفاته، ط1، مؤسسة الرسالة، سوريا.

المراجع الأجنبية:

8. EY.h (1963), cité par boutonier j.langoisse. 3 édition paris.
9. Feng. G. (2000), management of stress and lass taipei: psycholocal publising co. Ltd.
10. Frevad (1980), inhibition symptome et angoise.
11. Marie pierre (2007), levallois, la rousse médical, paris.
12. Nobert sillamy (1999), dictionnaire de la psychologue médical, larousse, paris.
13. Pascal marson (2004), 25 mats clés de la psychologie et de la psychomalyse mots clés, paris.
14. Pier oliegeam: interne psychatrié, centre hospitalisation, paris, 1995.

15. Wells, a. (1997), cognitive therapy of anxiety disorder, "a practical manual & conceptual guide" new york: johnwiley.

مواقع الإنترنت:

16. Halgin, R,P (2005): "psychopathology", massachusetts, university, amherst, ([http:// www.teachpsych. com/ teachpsych/ faces/text/ ch 12. Htm](http://www.teachpsych.com/teachpsych/faces/text/ch12.htm), 22.01.2016).

17. [http:// www.psychmedia.qc.ca/tests_hamilton.com](http://www.psychmedia.qc.ca/tests_hamilton.com) (21/03/2016),19:27.

18. <http://ar.wikipedia.org/wiki-15:28-29/03/2016>

19. <http://www.3rbdr.net/foods-should-an-ulcer-patient-eat.html>

20. [http://www.alrakoba.net/news - action - shon-id- 232240,htm](http://www.alrakoba.net/news-action-shon-id-232240.htm) 25/03/2016, 15:27.

21. <http://www.jalaan.com/book-09:16-27/03/2016>.

22. Jangen, D, M (2005): "a correlational study of anxiety level, university, newberg oregon, USA ([http://www.umi proquest digital dissertations, com](http://www.umi-proquest.com). 17.01.2016).

23. Richert, I, jay, s-(1994), psychosomatic, disorders, the approach, pediatrics in review www.almajlis.orginview.asp, 15.02.2016 , 15:35).



الملاحم

ملحق رقم (01)

جامعة محمد بوضياف المسيلة

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

بيانات شخصية:

الاسم:

الجنس: ذكر () أنثى ()

السن:

مدة المرض:

اقرأ التعليمات التالية:

فيما يلي مجموعة من العبارات حول نفسك ضع علامة (X) داخل المربع المناسب الذي يبين مدى موافقتك على العبارات التي تصفك كما ترى نفسك. أجب على كل عبارة بصدق و ليس هناك إجابة صحيحة و خاطئة.

مقياس هاملتون للقلق:

4	3	2	1	0	إلى أي مدى يضايقك ما يلي	الرقم
بكثر	كثيرا نوعا ما	متوسط	قليل نوعا ما	ليس على الإطلاق		
					الصداع	1
					العصبية و الإثارة الداخلية	2
					أفكار غير مرغوبة فيها، أو أفكار لم تترك ذهنك	3
					ضعف أو دوخة	4
					فقدان الاهتمام الجنسي أو عدم الاستمتاع	5
					الشعور بأنك موضع نقد من طرف الآخرين	6
					الشعور بأن شخص يسير أفكارك	7
					الشعور بأن الآخرين مسؤولين عن معظم متاعبك	8
					الأشجان الصادرة عن تذكرك للأشياء	9
					أن تكون مشغولا بعدم العناية أو الإهمال	10
					الشعور بأنك تتضايق بسهولة و تنزعج	11
					آلام في القلب أو الصدر	12
					الشعور بالخوف من الأماكن المفتوحة أو من الشوارع	13
					الشعور بالتباطئ أو انخفاض طاقتك	14
					فكرة اتمام حياتك	15
					سماع أصوات لا يسمعها الآخرون	16
					الارتعاشات	17
					الشعور بأن معظم الناس ليس أهلا للثقة	18
					ضعف الشهية	19
					البكاء بسهولة	20
					الشعور بالانحراف و المزاج أو الخجل من الجنس الآخر	21
					الشعور بأنك مقبوض أو داخل مصيدة	22
					الخوف فجأة بدون سبب	23
					الانفجارات من الغضب و عم التحكم فيها	24
					الشعور بالخوف عند الخروج من منزلك لوحدك	25
					لوم نفسك على بعض الأشياء	26
					الألم في مؤخرة الظهر	27

					الشعور بتوقف في إنجاز أعمالك	28
					الشعور بالوحدة	29
					الشعور بالسواد	30
					الذعر بخصوص الأشياء	31
					الشعور بعدم الإهتمام بالأشياء	32
					الشعور بالهلع	33
					الشعور بأنك تخرج بسهولة	34
					الأشخاص الذين يعملون أفكارك الداخلية	35
					الشعور بأنك غير مفهوم و ينفر منك	36
					الشعور بأن الآخرين أقل حفاوة منك	37
					العمل ببطئ شديد لتكون أعمالك مضبوطة	38
					ضربات قلبية قوية و سريعة	39
					الغثيان أو التخمة	40
					الشعور بأنك أقل من الآخرين	41
					التألم في عضلاتك	42
					الشعور بأن الآخرين ينظرون إليك و يتكلمون عنك	43
					صعوبة النوم	44
					التحقيق و إعادة التحقيق كلما تقوم بعمل	45
					الصعوبة في اتخاذ القرارات	46
					الرعب من السفر بالحافلات أو القطارات	47
					الصعوبة في التنفس	48
					نوبات البرد و الحر	49
					تجنب بعض الأشياء و الأماكن	50
					أن يصبح عقلك فارغ	51
					الاحساس بالوخز و التخدير ببعض أجزاء جسمك	52
					الشعور بالانقباض في حنجرتك	53
					الشعور بفقدان الأمل في المستقبل	54
					الشعور باضطرابات في التركيز	55
					الشعور بعدم القوة في أجزاء جسمك	56
					الشعور بالتوتر و الانضغاط	57
					الشعور بثقل ذراعيك أو رجليك	58
					التفكير في الموت	59

					60	إفراط في الأكل
					61	الشعور بضيق عندما ينظر الناس إليك أو يتحدثون عنك
					62	أن تكون لديك أفكار غير أفكارك
					63	أن تكون لديك اندفاعات لتضرب أو تجرح الآخرين
					64	الإفاقة في الصباح الباكر
					65	تكرار أفعال مثل اللمس، العد ، الفصل
					66	من النوم غير المريح
					67	اندفاع للكسر أو رمي الأشياء
					68	أو لديك أفكار أو معتقدات لا يقاسمك فيها الآخرون
					69	الشعور بضيق شديد مع الآخرين
					70	انحراف المزاج في الزحام مثل الأسواق و السينما
					71	بذل مجهود لأداء العمل
					72	نوبات الرعب أو الفزع
					73	الانزعاج من الأكل أو الشرب في الأماكن العامة
					74	الدخول في شجار متكرر
					75	أن تكون عصبيا عندما تترك لوحدك
					76	أن الآخرين لا يثقون في تكاملك
					77	الشعور بأنك وحيد و لو كنت مع الآخرين
					78	الشعور بأنك جد تائر حتى أنك لا تستطيع الثبوت
					79	الشعور أنك ليس لك إلا قيمة ضئيلة
					80	الشعور بأن الأشياء العادية غريبة أو غير حقيقية
					81	أن تهتم بأشياء ثم تتركها فجأة
					82	الخوف من الإغماء وسط عامة الناس
					83	الشعور بأن الآخرين يشفقون عليك
					84	وجود أفكار عن الجنس تضايقك كثيرا
					85	فكرة أنك ستعاقب على خطاياك
					86	أن تدفع للقيام بأعمالك
					87	فكرة أن هناك شيئا خطيرا أو خاطئ في جسدك
					88	الاحساس بأنك لم تكن قريبا لأي شخص
					89	الشعور بالتأنيب
					90	فكرة أن هناك شيئا خاطئا في عقلك

الملحق رقم (02) : محاور المقابلة

محور القلق:

- 1- أحكي لي على روحك؟
- 2- هل أنت (ي) شخصية قلقة ؟
- 3- واش هوما الحوايج لي يقلقوك؟
- 4- كي تتقلق (ي) وش تحس (ي)؟
- 5- كي تتقلق (ي) وش تدي (ي) ر؟
- 6- واش لحوايج لي ينحولك القلق؟
- 7- هل تحس (ي) بالخبطة في قلبك؟
- 8- هل تحس بالضيق والتوتر؟
- 9- أحكي لي على عايلتك (مسؤولياتك)؟
- 10- كيفاش المورال نتاعك؟

محور المرض:

- 1- كيفاش عرفت (ي) بلي راك (ي) مريضة بالقرحة المعدية؟
- 2- أحكي لي على مرضك بالقرحة المعدية؟
- 3- وشمّن وقت يزيد فيه لوجع؟
- 4- راك (ي) تشربي في الدوا؟

5- هل ريحت (ي)؟

6- واش راك (ي) تشوفي في روك كي مرضت (ي)؟

محور القلق والمرض:

1- هل تشوفي بلي كاين ارتباط بين القلق والقرحة المعدية؟

2- كيفاش وفهمني (ي)؟

3- هل شربت (ي) الدوا نتاع القلقة؟

4- هل نفعك؟

5- أحكي لي في الليل كيفاش رقادك؟

6- تشفا (ي) على منامك؟

7- كيفاش شهيتك؟

8- راك (ي) مداير (ة) ريجيم؟

9- واش هو هذا الريجيم؟

الملحق رقم (03): ملخص مقابلة الحالة الأولى باللهجة المحلية:

محور القلق:

محور القلق:

1- أحكي لي على روحك؟

أنا شخصية nerveau بزاف مي مكنتش هكذا من قبل.

1- هل أنت شخصية قلقة؟

أنعم أيه كنت عادي منتقلش إلا ساعات مي ذرك ومع المسؤولية الكبيرة يا بنتي لي في كتافي وليت عصبية وقلوقة بزاف.

2- واش هوما الحوايج لي يقلقوك؟

نتقلق من راجلي لي مهوش مسؤول عندو اللامبالاة بزاف، مراهو متحمل معايا حتى مسؤولية "راجلي سمطها بزاف c'est troup" ميش هكذا، وكي نسمع لعياط نتاع لولاد منحملش.

3- كي تتلقي وش تحسي؟

نحس بالسطر والوجع نتاع المعدة بزاف يزيد عليا، وساعات نحس بالحريق في المعدة، وساعات نحس بالأصوات تجيني في كرشي.

4- كي تتقلق واش تدير؟

لوكان نصيب نخرج من الدار المهم نبدل الجو، مي راجلي مزير ميحبنيش نخرج، نولي نشهد ونستغفر ونوكل ربي.

5- واش لحوايج لي ينحوك لقلق؟

يا بنتي كي تنقص المشاكل والمرض، mais واش تحبي.

6- هل تحس بالخبطة في قلبك؟

أيه تجيني بزاف

7- هل تحس بالضيقة والتوتر؟

تجيني بزاف الضيقة ونحس روجي مخنوقة sur tous مع لعشية خلاص، ثاني كي

نتقلق يا بنتي منوليش في حالي.

8- أحكي لي على عايلتك (مسؤولياتك)؟

أنا راجل ومرا في نفس الوقت، متحملة كلش وحدي ومسؤولية ولادي كبرت، ونحس

مستقبلهم رايح يضيع كي عاد بويهم مهوش حاط معاهم ومهوش متهلي فيهم.

9- كيفاش المورال نتاعك؟

والله غير معنوياتي هابة ديما مقلقة وتعبانة.

محور المرض:

1- كيفاش عرفت بلي راكي مريضة بالقرحة المعدية؟

ديما يجيني السطر و لوجع في المعدة، وثاني كي ناكل العجائن، Mais نقصتهم

بصح قعد لوجع.

2- أحكي لي على مرضك بالقرحة المعدية؟

أنا في طبعي منهدرش بزاف حتى ونتوجع من des justs ولا حوايج هادي من

صغري فيا، كي كان في عمري 37 بدأت الأعراض ليستوما تجيني ساعات نبغي

نتقيا، ساعات يوجعني قلبي وزيد بدأت المشاكل مع راجلي وبدأت القلقة نتاعي، منها

رحت للطبيب الاختصاصي وقال لي عندك ليستوما.

3- وشمّن وقت يزيد فيه لوجع؟

يزيد كي نتقلق بزاف تقتلني معدتي بالوجع وثاني كي ناكل العجائن.

4- راكي تشربي في الدوا؟

أنعم أيه يا بنتي راني نشرب فيه.

5- هل ريحتي؟

شوية شوية والمشاكل والقلقة لي تجيني متخليكش تريحي.

6- واش راكي تشوفي في روحك كي مرضتي؟

ساعات نكره روحي ومنطيقش وضعي، Mais الحمد لله والله غير مامنة بالقضاء و

واش كتبلي ربي، الحمد لله هكذا ولا أكثر.

محور القلق والمرض:

2- هل تشوفي بلي كاين ارتباط بين القلق والقرحة المعدية؟

أنعم أيه كاين بيناتهم علاقة.

3- كيفاش وفهميني؟

كي نتقلق يجيني السطر وكي يجيني السطر ديجا نتقلق.

4- هل شربتني الدوا نتاع القلقة؟

ديما نشرب.

5- هل نفحك؟

مدارلي والو.

6- أحكي لي في الليل كيفاش رقادك؟

عندي الأرق في الليل نرقد 4 meme pas سوايع بالكثير ومتقطعين.

7- تشفائي على منامك؟

ساعات نشوف منامات يخلعو.

8- كيفاش شهيتك؟

ناقصة خلاص.

9- راكي دايرة ريجيم؟

أيه حبست لعجين والحر.

10- واش هو ذا الريجيم؟

مناكلش العجين والحر والزيت والدسم.

الملحق رقم (04): ملخص مقابلة الحالة الثانية باللهجة المحلية

محور القلق:

1- أحكيلي على روحك؟

أنا شخصية Netnarva و sur tous لعوج يزيد يقلقني.

2- هل أنت شخص قلق؟

أيه نتقلق بزاف راكي تعرفي المشاكل والهموم.

3- واش هوما الحوايج لي يقلقوك؟

تقلقني المشاكل والنفاق بزاف أنا منحشب الكذب وخاوتي معشرونيش يحوسوني نخرج من الدار ونخلي يما.

4- كي تتقلق وش تحس؟

نحس روجي منيش مرتاح، تجيني سوايح الرجفة و منقعدش في بلاصة.

5- كي تتقلق وش تدير؟

نحب نبديل البلاصة، نحب نخرج من الدار، المهم نبديل جو الدار و خلاص.

6- واش لحوايج لي ينحولك لقلق؟

والله غير المشاكل ميخليو فيا والو ومايخلاصوش لوكان تخلص المشاكل تروح. القلقة، بصح هذي مكانش.

7- هل تحس بالخبطة في قلبك؟

تجيني خبطات شينة في قلبي حتى نقعد مفزوع.

8- هل تحس بالضيقة والتوتر؟

تجيني الضيقة في صدري ونتعصب.

9- أحكي لي على عايلتك (مسؤولياتك)؟

خدام قد الحال و نعاون شوية في الدار.

10- كيفاش المورال نتاعك؟

كي كون عليا لوجع نتقلق وجاتني المعدة لحقت عليا.

محور المرض:

1- كيفاش عرفت بلي راك مريض بالقرحة المعدية؟

جانني لوجع قاوي ياسر جيت للطبيب هذا قالي المعدة لي تديرلك في هذا الوجع.

2- أحكي لي على مرضك بالقرحة المعدية؟

أنا ناكل الماكلة نتاع برى، الزيوت ولغريت ديما ناكل برى تقريبا وخصوصا لغدا، بحكم العمل نتاعي بعيد على الدار، ومرة جانني لوجع بزاف كي رحت للعرس كلبيت اللحم و الدسوم انضريت وجيت للطبيب قالي عندك ليسطوما.

3- وضمن وقت يزيد فيه لوجع؟

يزيدلي لوجع سوايع كي نتقلق ولا ناكل الزيوت والدسوم ولعجين، أنا ديما في الليل ناكل لعجين نسخف على العيش والبربوشة والشخشوخة.

4- راك تشرب في الدوا؟

أيه راني نشرب وش ندير.

5- هل ريحت؟

شوية شوية.

6- واش راك تشوف في روحك كيما نضت؟

مرضت Mais واش ندير حاجة ربي.

محور القلق والمرض:

1- هل تشوف بلي كاين ارتباط بين القلق والقرحة المعدية؟

أيه كاين صح.

2- كيفاش وفهمني؟

كي نتقلق بزاف نتوجع كثر وكي يزيد لوجع Automatiquement نتقلق.

3- هل شربت الدوا نتاع القلقة؟

ساعات نشرب بصح وحدي نشري من الفرמיسيان بلا طبيب.

4- هل نفحك؟

مكان مكان.

5- أحكي لي في الليل كيفاش رقادك؟

نومي متقطع نرقد ونفطن مانشبعش رقاد، عندي الأرق.

6- تشفا على منامك؟

ايه ساعات نشوف منامات ماشي ملاح حتى نوض مفزوع.

7- كيفاش شهيتك؟

بدات تنقص ماشي كيما بكري.

8- راك داير ريجم؟

ميش بكل معنى الكلمة.

9- واش هو ذا الريجم؟

normalement ناكل غير الخضرة ونقص الزيوت والدسم بصبح ساعات نلتزم بيه

ساعات نخلط في الماكلة.

الملحق رقم (05): ملخص المقابلة للحالة الثالثة باللهجة المحلية:

محور القلق:

1- أحكي لي على روحك؟

أنا مرا مطلقة وأم لأربعة أبناء نخدم على ولادي مرة نسيق مرة نفتل البربوشة مرة نعاون الناس في لعراس، نخدم عليهم باش يخرجو صالحين باباهم طلقني عندو 5 سنين مقدرتلوش المشاكل كثرت.

2- هل أنت شخصية قلق ؟

أيه بنتي وليت نتقلق، تعبت وتمرمدت ياسر.

3- واش هوما الحوايج لي يقلقوك؟

مستقبل ولادي منيش بشاهدتي الهدرة الزائدة، السوفرونس، لكرا، مشاكل لولاد.

4- كي تتقلق وش تحس؟

نكره الدنيا بلي فيها وتضيق عليا بزاف.

5- كي تتقلق وش تدير؟

نروح لعند جاراتي ولا دارنا غير نشوف ميمتي نريح.

6- واش لحوايج لي ينحولك لقلق؟

والله غير الشدة في ربي بصح تعبت من الدنيا نروح ليما نشكيلها ونبكيلها ونروح لداري.

7- هل تحس بالخبطة في قلبك؟

تجيني الخبطة والدقة بزاف عندي كي شغل الخلعة.

8- هل تحس بالضيق والتوتر؟

نتوتر و نترجف و نتخلع.

9- أحكي لي على عايلتك (مسؤولياتك)؟

المسؤوليات أكل هازتهم بصح تعبت، أنا الأم والأب وكلش.

10- كيفاش المورال نتاعك؟

هابط بزاف مورالي.

محور المرض:

1- كيفاش عرفتي بلي راكي مريضة بالقرحة المعدية؟

كنت Normal صحي لباس بيها، جاني سطر تساهلت بزاف، من باعد رحنت للطبيب قالي عندك المعدة.

2- أحكي لي على مرضك بالقرحة المعدية؟

هزيت مسؤوليت لولاد ومشاكل قرايتهم أرواحي روحي القضايا الشغل الخدمة عليهم
ثما بداني لوجع في جنبي والماكلة الحارة كنت ناكلها وبداني لوجع ولحريق في
معدتي.

3- وضمن وقت يزيد فيه لوجع؟

كي نتقلق بزاف نحس معدتي راح تخرج ونتفرع بزاف.

4- راكي تشربي في الدوا؟

راني نشرب في دوا المعدة.

5- هل ريحتي؟

شوية ساعات هكذا وساعات هكذا هاني مع الدوا وخلص.

6- واش راكي تشوفي في روحك كي مرضتي؟

والله غير تعبت وزيد صحتي طاحت منيش كيما قبل.

محور القلق والمرض:

1- هل تشوفي بلي كاين ارتباط بين القلق والقرحة المعدية؟

أيه si normal.

2- كيفاش وفهميني؟

كي يزيد عليا لوجع نتقلق و ديجا كي نتقلق يزيد لوجع نتاع ليستوما.

3- هل شربتي الدوا نتاع القلقة؟

ايه نشرب في في دوا تاع القلق.

4- هل نفعك؟

والله تقول نشرب في الماء.

5- أحكيلي في الليل كيفاش رقادك؟

عندي أرق كبير بزاف منرقدش، نومي متقطع بزاف، نبات حية.

6- تشفائي على منامك؟

ايه سوايع يجيني خيالات نوض مخلوعة و نسمي بسم الله.

7- كيفاش شهيتك؟

والله غير تسكرت.

8- راكي دايرة ريجيم؟

هاني ناكل في الخضرة ونقصت لعجين والحار وساعات كي نعود في أزمة يفسد
هذاك الريجيم.

9- واش هو ذا الريجيم؟

سوايع ناكل البويون وسوايع ناكل الخضرة.

الملحق رقم (06): ملخص مقابلة الحالة الرابعة باللهجة المحلية

محور القلق:

1- أحكي لي على روحك؟

أنا عامل عادي بسيط.

2- هل أنت شخص قلق؟

نتقلق على حوايج في الدار حوايج عوج.

3- واش هوما الحوايج لي يقلقوك؟

المشاكل مع والديا شوية حاب نستقل بداري وحدي.

4- كي تتقلق وش تحس؟

نحس تجيني الضيقة بزاف.

5- كي تتقلق وش تدير؟

نجبد روحي من الدار، نضرب فيها باكي قارو على الزعاف.

6- واش لحوايج لي ينحولك لقلق؟

ساعات مطولش القلقة نتاعي نولي نرجع نورمال.

7- هل تحس بالخبطة في قلبك؟

تجيني هذي الخبطة وأنا مقلق وساعات نكون نورمال وتجيني.

8- هل تحس بالضيق والتوتر؟

ايه تجيني الضيقة بزاف.

9- أحكي لي على عايلتك (مسؤولياتك)؟

متزوج حديثا منذ 4 أشهر نسكن مع والديا ومرتي.

10- كيفاش المورال نتاعك؟

يعني الحمد لله.

محور المرض:

1- كيفاش عرفت بلي راك مريض بالقرحة المعدية؟

ديما نحس بالوجع في جيهت ليستوما، رحنا للطبيب العام ومن باعد قالي روح للبريفي.

2- أحكي لي على مرضك بالقرحة المعدية؟

روحت للطبيب لبريفي قالي عندك ليستوما.

3- وشمنا وقت يزيد فيه لوجع؟

مع البكرة وقت لفجر كي نتكيف سوايع.

4- راك تشرب في الدوا؟

أيه يعني الحمد لله مي منحيش نشرب الدوا بزاف.

5- هل ريحت؟

أيه شوية.

6- واش راك تشوف في روحك كي مرضت؟

واش ندير ربي يحب هكذا وانا مزلت صغير ومرضت، أصلا الدوا في حد ذاتو مشكلة، وزيد الريجيم ومعالباليش بزاف هكذا.

محور القلق والمرض:

1- هل تشوف بلي كاين ارتباط بين القلق والقرحة المعدية؟

أيه كي نتقلق سوايح يزيد السصطر وسوايح كي يكون لوجع نزيد نتقلق.

2- كيفاش وفهميني؟

هاذي هيا بيناتهم علاقة.

3- هل شربتي الدوا نتاع القلقة؟

نشرب سوايح دوليبران، سوليبران، بصح وحدي ماشي من عند الطبيب.

4- هل نفكك؟

كل مرة كيفاه.

5- أحكي لي في الليل كيفاش رقادك؟

ساعات منرقدش في الليل يطير عليا النعاس ويجيني الأرق.

6- تشفائي على منامك؟

مرات نشفي مرات يجوني منامات يخلعوني.

7- كيفاش شهيتك؟

شوية شوية.

8- راک داير ريجيم؟

ايه راني مداير.

9- واش هو ذا الريجيم؟

نقصت لعجين، والزيت واللحوم والحرور.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

