

جامعة وهران 2

محمد بن أحمد  
Université d'Oran 2  
Mohamed Ben Ahmed



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و الارطوفونيا.

جامعة وهران 2

محمد بن أحمد  
Université d'Oran 2  
Mohamed Ben Ahmed



تخصص: ماستر 2 علم نفس العيادي

رسالة تخرج لنيل شهادة ماستر 2

## تأثير مرض السكري على الحالة النفسية للمريض

دراسة عيادية لحالة القلق و الاكتئاب—مستشفى الجامعي لوهران-

من اعداد الطالبة:

• خوجة زينب.

تحت اشراف: أ.خليفة.

الأساتذة المناقشين:

• اسم الأستاذ	• مؤسسة الانتساب	• الصفة
• أ.د. زروالي لطيفة	• جامعة وهران 2	• رئيسة
• أ.د. خليفي محمد	• جامعة وهران 2	• مشرف و مقرر
• أ.د. بلعابد عبد القادر	• جامعة وهران 2	• مناقش

2021-2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ وَالْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ

وَالصَّلَاةَ وَالسَّلَامَ عَلَى أَشْرَفِ الْأَنْبِيَاءِ وَالْمُرْسَلِينَ

# الاهداء

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات و الصلاة و السلام على أشرف الأنبياء و المرسلين.  
أما بعد الحمد لله الذي وفقني على اتمام هذا العمل المتواضع المعروض أمامكم بين طيات هذه الصفحات.

حسب ما جاء ذكره في الحديث الشريف عن أبي هريرة - رضي الله عنه - أن رسول الله صلى الله عليه وسلم - قال : " إذا مات الانسان انقطع عنه عمله الا من ثلاث : صدقة جارية - أو علم ينتفع به - أو ولد صالح يدعو له " . رواه مسلم.

لأهدي هذا العمل المتواضع الى عائلتي الكريمة . و الى جميع الطلبة و الباحثين في مجال علم النفس و أتمنى أن يكون صدقة جارية و في ميزان الحسنات انشاء الله

# شكر و عرفان

الحمد لله و الصلاة و السلام على رسول الله

وقفت ببابك ربي فغمرتني بفضلك و كرمك . و أفضت عليا بجودك و نعمك التي لا تعد و لا تحصى من غير حول مني و لا قوة . فلك الحمد حمدا يليق بجلال وجهك و عظيم سلطانك حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه .

و من يشكر الناس . قد شكر الله كان حقا عليه شكر صاحب الفضل الأستاذ الدكتور محمد خليفي المثل في الرقي و العلم و التواضع و لا أملك الا أن أقدم أسمى عبارات الشكر و العرفان لمن علمني كيف تكون النفوس كبارا و كيف يكون العطاء بلا حدود و الذي أتشرف بإشرافه علي فنعبت من فيض علمه و عطائه فحقا نعم الأستاذ.

جزيل الشكر أقدمه للأساتذة المناقشين .

كما أقدم جزيل الشكر عامة الى السادة الموظفين في مستشفى بلاطو وهران خاصة الأخصائية النفسية و جزيل الشكر و العرفان الى حالات الدراسة التي منحتني طاقتها و ثقتها و اهتمامها لاتمام بحثي المتواضع المتواجد بين أيديكم.

و أخيرا أتوجه بالشكر و الامتنان لعائلتي الكريمة و التي قدمت لي كل الدعم و المساندة في كل خطوة من خطوات انجازي لهذا العمل

و لكم أسمى عبارات الشكر و خالص الامتنان و العرفان

## ملخص الدراسة:

تأثير مرض السكري على الحالة النفسية للمريض. دراسة عيادية لحالة القلق و الاكتئاب.

أقيمت هذه الدراسة على التساؤلات التالية :

هل يؤثر مرض السكري على الحالة النفسية للمريض؟ كتساؤل العام للدراسة. و انقسم الى تساؤلاتن فرعيان هما :

هل يعاني مريض السكري من حالة قلق ؟

هل يعاني مريض السكري من حالة اكتئابية ؟

و للإجابة على هذه التساؤلات . وضعت الفرضيات التالية:

يؤثر مرض السكري على الحالة النفسية للمريض كفرضية عامة و انقسمت هذه الفرضية الى فرضيين جزئيين هما :

نفترض وجود علاقة ما بين القلق و الحالة النفسية للمريض .

نفترض وجود حالة اكتئابية نتيجة الاصابة بداء السكري.

تمثلت أهمية هذه الدراسة في تحقيق النقاط التالية :

التعمق في الدراسات النفسية لمرض السكري.

التعريف بأهمية العامل النفسي لمرضى داء السكري و حجم تأثيره على حياتهم . و قدرة تقبلهم له مع ضرورة الاهتمام بهم من جميع الجوانب.

كما هدفت هذه الدراسة الى :

العمل على معرفة مصدر الضغوط النفسية لدى مرضى السكري .

محاولة الكشف عن الاضطرابات النفسية التي يعاني منها مريض السكري .

الكشف عن معانات مريض السكري من القلق .

الكشف عن معانات مريض السكري من حالة اكتئابية .

و استعملت في هذه الدراسة منهج دراسة الحالة و دعمت هذا المنهج بالمقابلة و الملاحظة العيادية و كأداة لجمع البيانات استعملت : مقياس القلق الصريح لتايلور و مقياس الاكتئاب لبيك.

حيث أجريت هذه الدراسة في المستشفى الجامعي بلاطو وهران الجناح رقم 5 قسم الأمراض  
الداخلية . حيث تكونت عينة الدراسة من ثلاث حالات : مريض و مريضتين بداء السكري. من  
النوع الثاني

#### توصلت هذه الدراسة الى :

- ثبتت الفرضية العامة القائلة أن : مرض السكري يؤثر على الحالة النفسية للمريض " .
- ثبتت الفرضية الجزئية الأولى القائلة أن " مريض السكري يعاني من حالة قلق " و توصلت  
النتائج أن حالة القلق ترتفع بشدة لدى النساء أكثر من الرجال.
- ثبتت الفرضية الجزئية الثانية القائلة أن : "مرضى السكري يعانون من حالة اكتئابية" و توصلت  
النتائج أن حالة الاكتئاب ترتفع بشدة لدى النساء أكثر من الرجال.
- تنخفض حالة القلق لدى مرضى السكري الرجال .
- تنخفض الحالة الاكتئابية لدى مرضى السكري رجال .

## المحتويات: د

الصفحة	المحتويات
أ	الحمد و البسمة
ب	الإهداء
ج	كلمة شكر و عرفان
د	ملخص الدراسة
هـ	قائمة المحتويات
1	المقدمة
2	الفصل الأول : تقديم الدراسة.
3	إشكالية الدراسة
4	الدراسات السابقة
7	تساؤلات الدراسة
7	فرضية الدراسة
8	أسباب اختيار الموضوع
8	أهمية الدراسة
8	اهداف الدراسة
9	صعوبات الدراسة
9	تحديد المصطلحات الإجرائية
10	الفصل الثاني : القلق .
11	تمهيد
11	تعريف القلق
13	النظريات المفسرة للقلق
18	الفرق بين القلق و بعض المفاهيم الأخرى
19	أنواع القلق
21	مستويات القلق
22	أسباب القلق

24	اعراض القلق
26	طريقة قياس القلق
27	علاج القلق
29	خلاصة
30	الفصل الثالث : الاكتئاب .
31	تمهيد
31	مفهوم الاكتئاب و تعريفه
32	النظريات المفسرة للاكتئاب
36	تصنيف الاكتئاب
37	أسباب الاكتئاب
38	اعراض الاكتئاب
38	علامات و اعراض الاكتئاب حسب DSM4
39	الفرق بين الاكتئاب العصابي و الاكتئاب الذهاني
40	تشخيص الاكتئاب
42	التشخيص الفارقي
43	علاج الاكتئاب
46	خلاصة
47	الفصل الرابع : داء السكري .
48	تمهيد
48	التعريف بمرض السكري
48	ماذا يعني مرض السكري
48	اعراض مرض السكري
49	كيف يصاب الفرد بالسكري
49	أنواع مرض السكري
50	أسباب الإصابة بالسكري
52	البنكرياس



55	العلاج و الوقاية من مرض السكري
57	خلاصة
58	الفصل الخامس : الاجراءات المنهجية للدراسة .
59	تمهيد
59	دراسة استطلاعية
59	اهداف الدراسة الاستطلاعية
59	المجال الزماني و المكاني للدراسة الاستطلاعية
60	عينة الدراسة الاستطلاعية
60	الخلاصة
61	الدراسة الأساسية
62	تمهيد
62	منهج الدراسة الأساسية
65	المجال الزماني و المكاني للدراسة الأساسية
65	عينة الدراسة الأساسية
65	شروط إختيار حالات الدراسة الاساسية
65	إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية
66	الخلاصة
67	الفصل السادس : عرض نتائج و مناقشتها على ضوء الفرضيات
68	تمهيد
68	عرض حالات الدراسة الأساسية
73	عرض نتائج الدراسة الأساسية
74	مناقشة نتائج الدراسة الأساسية على ضوء الفرضيات
75	التوصيات و الاقتراحات
77	الخاتمة
75	قائمة المصادر و المراجع
80	قائمة الملاحق

# المقدمة

زاد اهتمام الباحثين في السنوات الأخيرة بالعلاقات المتبادلة بين الأمراض العضوية و الصراعات النفسية في منشأها و هذه تشمل بعض حالات قرحة المعدة و التهاب القولون و الارتفاع الأساسي في ضغط الدم و بعض الألام المختلفة و لا تزال معرفتنا بهذه الاضطرابات ناقصة، و قد أدت دراسة الاضطرابات الجسمية النفسية الى نظرة اكثر سعة بصدد العلاقة بين الصحة الجسمية و العقلية.

فالقلق و الصراع لهما آثار كثيرة على عدد كبير من الأمراض الجسمية في حين ان الطمأنينة تساعد في جميع العمليات الشفائية تقريبا. و تعتبر الاضطرابات النفسية من بين العوامل المفجرة للعديد من الأمراض الجسدية و الأمراض المزمنة مثل السكري. الذي يملك أثر بالغ على حياة جميع فئات المجتمع و أصبح مرض العصر .

لذا أسقطت اهتمامي على مرض السكري و تأثيره على الجانب النفسي لدى المرضى و قسمت هذه الدراسة الى 6 فصول:

**الفصل الأول :** قمت فيه بتقديم الدراسة من خلال تحديد تساؤلات الدراسة فرضياتها أهدافها و أهميتها.

**الفصل الثاني :** تطرقت فيه الى عرض مفصل للقلق من تعاريف و أسباب و أعراض القلق مع طريقة علاجه .

**الفصل الثالث :** تطرقت فيه الى التعريف بالاكنتاب و أهم النظريات المفسرة له مع كيفية علاجه .

**الفصل الرابع :** قمت في هذا الفصل بعرض مفصل لداء السكري و ذكرت أهم الأمراض المصاحبة له مع طرق الوقاية منه .

**الفصل الخامس :** تضمن هذا الفصل تحت عنوان الاجراءات المنهجية , قسمين أولها عرض مفصل للدراسة الاستطلاعية و القسم الثاني تضمن الدراسة الأساسية و أهم عناصرها .

**الفصل السادس :** تضمن عرض نتائج الدراسة و مناقشتها على أساس مفاتيح تصحيح المقاييس و فسرت النتائج على أساس فرضيات الدراسة.

## الفصل الأول: تقديم الدراسة <

- اشكالية الدراسة
- الدراسات السابقة
- فرضيات الدراسة
- أسباب اختيار الموضوع
- أهمية البحث
- أهداف البحث
- صعوبة الدراسة
- تحديد المصطلحات اجرائيا

## اشكالية الدراسة :

من المعلوم أن الانسان يشكل وحدة متكاملة نفس جسمية اذ لا يمكن فصل الجانب الجسدي عن الجانب النفسي . كما لا يمكننا فهم طبيعة أي اضطراب سواء كان جسديا أو نفسيا دون الأخذ بعين الاعتبار الجوانب الأخرى . و يمكن أن يكون لكليهما تأثيرا متبادلا .

و قد طور الباحثون و العلماء باختلاف اختصاصاتهم و ميولاتهم مجال بحث يدعى بالطب السيكوسوماتي الذي يجمع بين الجانب الجسدي و الجانب النفسي لمعرفة أسباب الاضطرابات و الاختلالات التي يعاني منها الأفراد . و قد توصلوا الى أن جل هذه الاضطرابات الجسدية تنطوي تحت سبب واحد و هو الاضطرابات النفسية التي تعتبر عامل بالغ الأهمية و المفجر لمجموعة من الاضطرابات النفس جسدية مثل مرض السكري الذي يعد أحد الاضطرابات السيكوسوماتية و من بين الأمراض المزمنة التي يعاني منها كل فئات المجتمع حيث تتزايد نسبة الإصابة به حول جميع أنحاء العالم خاصة في السنوات الأخيرة و لم يسلم منه أي جنس أو فئة عمرية.

كان لهذا المرض من الأهمية ما بلغ بمنظمة الصحة العالمية أن تجعل شعارها (حياة طبيعية لمرضى السكري ) و هي ترمي من وراء ذلك الى التوعية الصحية لهذا المرض . و ما يكتشفه من أسباب حدوثه و الوقاية منه و طرق العلاج الصحيحة . و بذلك يمكن لمريض السكري أن يعيش حياة طبيعية و سعيدة و لكن قد يخلف مرض السكري ردود فعل نفسية سيئة نتيجة للأفكار المسبقة المتداولة حول مضاعفات هذا المرض و خطورته مما ينتج عنه

خوف و قلق شديد من مرض السكري مما يدخل في حالة اكتئابية يزيد هذا الاكتئاب الشعور بالذنب و يحول حياته الى حياة منكشمة على نفسها اذا ما أصيب أحد أفراد الأسرة بنفس المرض و خاصة الأبناء فهذا قد يجعل المريض يشعر بأنه عقاب له بسبب معاصي ارتكبها أو أنه قد يشعر بأنه السبب في انتشار المرض في عائلته . و كل هذه المشاعر التي تنتاب المريض قد تجعله يدخل في دوامة الاحباط و القلق و الاكتئاب و غيرها من الاضطرابات النفسية.

و قد أجريت عدة دراسات سابقة تناولت مرض السكري من بينها:

دراسات سابقة حول القلق و الاكتئاب و مرض السكري:

دراسة نيال (1991) بعنوان:القلق في كل من حالة القلق و قلق الموت قبل اجراء العملية الجراحية و بعدها.

هدفت الدراسة الى فحص الفروق في كل من القلق كحالة و قلق الموت قبل اجراء العملية الجراحية بعدها.و كانت الفرضية الموضوعية من قبل الباحثة أن هناك فروق جوهرية في هذين المتغيرين بين مرحلتي قبل اجراء الجراحة و بعدها .

و تكونت عينة الدراسة من 23 مريض عضويا.ذكر كانوا يجرون عمليات جراحية من نوع البتر. و كان متوسط أعمارهم (2-36 سنة).

و استخدمت ( النيال) مقياس لحالة القلق و مقياس قلق الموت.و تم تطبيقه مرتين الأولى قبل اجراء الجراحة بأربعة و عشرين ساعة و الثانية بعد اجراء الجراحة بخمس أيام.

و أشارت النتائج الى وجود فروق جوهرية في مقياس حالة القلق و قلق الموت بين حالتي قبل الجراحة و بعدها.

هذا يتضح أن دراسة النيال(1991) التي اختلفت فيها العينة عن كثير من الدراسات السابقة حيث كانت العينة من المرضى التي اقتصر على جنس واحد و هو الذكور الذين خضعوا لاجراء عمليات جراحية كبرى و اللافت للنظر هنا أنه كانت الفروق جوهرية في حالة القلق و قلق الموت قبل و بعد العملية و ذلك لصالح قبل العملية في ارتفاع مستوى القلق.

دراسة عبد الباقي ( 1993):

بعنوان: مسببات القلق خبرات الماضي و الحاضر و مخاوف المستقبل

حيث هدفت الدراسة الى محاولة التعرف على أسباب القلق و مابين خبرات الماضي و الحاضر و مخاوف المستقبل.

وتكونت عينة الدراسة من 239 شخصا منهم 33 ذكور و 203 اناث من مستويات تعليمية مختلفة و من جنسية مصرية و سعودية .

و استخدمت (عبد الباقي) مقياس القلق قامت باعداده و عمل صدق و ثبات له.

و استخدمت (عبد الباقي) من الناحية الاحصائية التحليل العاملي و اختبار (ت).

و كانت نتائج البحث على النحو التالي:

الاناث أقل قلقا من الذكور.

مستوى القلق يزداد بزيادة العمر. بمعنى أن الأعمار الأقل هي أقل قلقا و الأعمار الأكبر هي أعلى قلقا.

عدم وجود فروق جوهرية في مستوى القلق بين المتعلمين تعليما جامعا و تعليما أعلى من الجامعية.

عدم وجود فروق دالة احصائيا في مستوى القلق يعزى الجنسين (مصريا سعوديا).

قلق الحاضر أعلى من قلق المستقبل و قلق المستقبل أعلى من قلق الماضي .

هذا يوضح أن (الباحثة) حاولت التعرف على مسببات القلق المختلفة لدى أفراد العينة المعنيين و التي تفوق فيها عدد الاناث عن عدد الذكور بكثير و التي كانت نتائجها: ارتفاع مستوى القلق و التي كان من نتائجها ارتفاع مستوى القلق لدى الاناث أكثر من الذكور هنا تلك الدراسة وضحت اختلاف مستوى القلق بين الماضي و الحاضر و المستقبل و أكثر تلك المستويات قلق الحاضر.

دراسة بيروث و روبن (1997):

بعنوان : مستويات و مخاطر القلق و الاكتئاب لدى مرضى السكري البالغين

هدفت الدراسة الى التعرف على مستويات القلق و الاكتئاب لدى مرضى السكري البالغين و مدى خطورة ذلك عليهم و تهدف أيضا الى محاولة التعرف على الأسباب الكامنة وراء الاكتئاب و القلق لدى المريض

تكونت عينة الدراسة من (246) من مرضى السكري الذين يعالجون في المراكز الصحية المختلفة

و استخدمت الباحثة في دراستها مقياس للاكتئاب و أخر للقلق و كذلك المقابلات الشخصية مع المريض

و تمت معالجة البيانات احصائيا على برنامج الحاسب الألي

و بينت النتائج لأن هناك علاقة بين مرض السكري و خطورة حدوث اضطرابات نفسية لدى المرضى و خاصة عند المرضى الذين يعانون من المضاعفات لذلك المرض و وجد أيضا أن العوامل الاجتماعية تلعب دورا هاما في حدوث الاضطرابات النفسية لدى مرضى السكري ووجد أن الاناث المريضات بالسكري أعلى من الذكور في وجود الاضطرابات النفسية من أعراض القلق و الاكتئاب

## دراسة ممدوح مختار (2001)

بعنوان: "العلاج السلوكي كالتالية احتواء و علاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكري في ضوء البعض متغيرات الشخصية". قام الباحث بتطبيق دراسته على عينتين : عينة تجريبية مؤلفة من 52 مريض بالسكري من الراشدين و عينة ضابطة مؤلفة من 52 فرد أسوياء. قام الباحث باستخدام أدوات و اختبارات هما : اختبار ازيك للشخصية و مقياس الاكتئاب الحلة لبيك و الأدوات العلاجية المتمثلة في تدريب الاسترخاء . العائد الحيوي و جهاز قياس نسبة الجلوكوز في الدم و توصلت الدراسة الى: وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط الدرجات المجموعة الضابطة و مقياس ازيك للشخصية و مقياس القلق كسمة لصالح المجموعة التجريبية (ممدوح علي مختار: 2001.ص16).

دراسة جرافيل و وانديل "2006" بعنوان " مهارات المواجهة عند مريض السكري من كلا الجنسين المصابين بالنوع الثاني من السكري و مواجهة مراكز الرعاية الأولية للسويد .

تمت الدراسة في السويد . هدفت الدراسة الى التعرف على مهارة المواجهة عند مرضى السكري من كل الجنسين المصابين بالنوع الثاني من السكري و يراجعوم مراكز الرعاية الأولية بالسويد تكونت عينة الدراسة من 232 مريض بالسكري . و تراوحت أعمارهم (35-46سنة)

من الأدوات التي اسخدمت مقياس: مقياس مهارات المواجهة الاستعانة بالتقارير الخاصة بأفراد المجموعة.

و توصلت نتائج الدراسة أي أن مهارات المواجهة كانت ضعيفة لدى النساء أكثر من الرجال و لوحظت انتشار الانعزالية و الانطوائية و الاستسلام أكثر من الرجال.

( hamble.k.ahmj 2006.p 26)

دراسة المرزوقي محمد ( 2008 ) بعنوان: الأمراض النفسية و علاقتها بمرض العصر: السكري.

في الامارات العربية هدفت الدراسة الى معرفة أثر الأمراض النفسية على مستوى السكر في الدم لدى المرضى المصابين بداء السكري في النمط الثاني تكونت عينة الدراسة من 119 مصابا بالسكري استخدمت من الأدوات في الدراسة عدة مقياس : القلق. الاكتئاب . الضغط النفسي و مقياسر الأفكار العقلانية و الاعقلانية توصلت الدراسة الى

عدم وجود علاقة طردية بين مستوى السكر في الدم و مستوى القلق .

عدم وجود علاقة طردية بين مستوى السكر في الدم و مستوى الاكتئاب.

عدم وجود فروق بين متغير الأفكار اللاعقلانية على مستوى السكر في الدم.

وجود فروق في مستوى السكر في الدم تعزى لمتغير الضغط النفسي لدى مرضى السكري من النمط الثاني.

ان متغير الجنس . العمر . مدة الاصابة و المستوى التعليمي لم يكن لها أثر في تفسير نسبة التباين في مستوى السكر في الدم. ( المرزوقي . جاسم محمد .2008.ص33)

دراسة: بن يحي خولة ( 2017 )

عنوان المذكرة: داء السكري و علاقهه بالاكتئاب. دراسة بالمؤسسة الاستشفائية للصحة الجوارية مركز السكري عيادة 300 مسكن.المسيلة.

## ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الى اكتشاف ما يمكن أن يخلفه مرض السكري على الشخص المريض و كانت الاشكالية كما يلي:

هل اصابة الشخص بمرض السكري يعد سببا لاضطرابه نفسيا و يظهر هذا على شكل اكتئاب؟ هل تختلف درجات الاكتئاب باختلاف مجموعة من المتغيرات المتعلقة بالمريض و المتمثلة في جنسه . نوع العلاج المتبع . و كذا مدة الاصابة بالمرض؟

ومن خلال هذا التسائل وضعنا مجموعة من الأهداف في شكل فرضيات وهي:

يعاني مرضى السكري من الاكتئاب بدرجات مرتفعة.

توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعا لمتغير الجنس.

توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعا لمتغير السن.

توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعا لمتغير نوع العلاج .

توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرضى السكري تبعا لمتغير مدة الاصابة .

ثم قمنا باعطاء صورة مختصرة حول ماهية مرض السكري و اضطراب الاكتئاب في فصلين منفصلين

وبعد التعرف على الجانب النظري لموضوع الدراسة قمنا باجراء دراسة ميدانية انطلقنا من الفرضية العامة و الفرضيات الجزئية و ذلك للتعرف على درجة هذه الاخيرة فاعتمدنا للتأكد من صحة الفرضيات على استمارة بيانات عن مريض السكري مكونة من (السن –الجنس-المستوى الاقتصادي و التعليمي-وكذا نوع العلاج-مدة الاصابة بالمرض)

بالاضافة الى قائمة هاملتون للاكتئاب المكونة من 21 بند

وقمنا بعد ذلك باستخدام عدة اساليب احصائية لحساب هذه الدرجات فتوصلنا الى النتائج التالية

الاكتئاب يكون بدرجة منخفضة لدى مرضى السكري.

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرض السكري تبعا لمتغير الجنس

توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرض السكري تبعا لمتغير السن.

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرض السكري تبعا لمتغير نوع العلاج

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرض السكري تبعا لمتغير مدة الاصابة.

## الإشكاليات التالية:

### • تساؤلات الدراسة

هل يؤثر مرض السكري على الجانب النفسي للمريض؟

هل يعاني مريض السكري من لقلق؟

هل يعاني مريض السكري من حالة اكتئابية؟

### • فرضيات الدراسة:

انطلاقاً من إشكالية الدراسة و التساؤلات السابقة تمت صياغة الفرضيات على النحو التالي:

### • الفرضية العامة:

يؤثر مرض السكري على الحالة النفسية للمريض

### • الفرضيات الجزئية:

نفترض وجود علاقة ما بين القلق و الحالة النفسية للمريض .

نفترض وجود حالة اكتئابية لدى مريض السكري

### أسباب اختيار الموضوع:

هناك مجموعة من العوامل التي دفعت بي الى اختيار هذا الموضوع دون غيره من المواضيع من بينها:

يعتبر مرض السكري من الأمراض الوراثية في عائلتي .

ملاحظة ردة فعل أُمِّي أثناء اعلان الطبيب لاصابتها بمرض السكري..

الصعوبات و المعانات النفسية التي يعيشها مريض السكري .

الرغبة في التعمق في دراسة السكر لأن جل الدراسات السابقة اهتمت بالبتر و صدمة البتر .

اثراء الدراسات السابقة في هذا الموضوع.

المساهمة في التعرف على المعاش النفسي لهذه الفئة.

### أهمية البحث:

تتجسد أهمية الدراسة المعروضة أمامكم بين طيات هذه الصفحات و الحاملة لعنوان " تأثير مرض

السكري على الحالة النفسية للمريض " الى أهمية بالغة تتجسد في:

التقرب و التعمق في الدراسات النفسية لمرض السكري..

لفت انتباه جميع فئات المجتمع المثقفة و الغير مثقفة أن مريض السكري ليس بأدات تعالج من خلال الحقن فقط .

تعميم فكرة أن: لا يحتاج مرضى السكري الى علاج دوائي فقط و انما هم في حاجة الى مجموعة من العوامل الأخرى التي تساعدهم على الاستمرار في الحياة و التعايش مع المرض و خاصة تقبله..

التعريف بأهمية العامل النفسي لمرض السكري و حجم تأثيره على حياتهم و قدرة تقبلهم للمرض .

لفت الانتباه الى ضرورة الاهتمام بهذه الفئة..



## أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة الى تحقيق مجموعة من الأهداف من بينها:

العمل على التعرف على الاضطرابات النفسية التي يمكن أن يعاني منها مريض السكري مثل القلق و الاكتئاب من أجل القدرة على التقليل من مضاعفات المرض.

العمل على معرفة مصدر الضغوطات النفسية لدى مرضى السكري.

محاولة الكشف عن الاضطرابات النفسية التي يعاني منها مريض السكري.

محاولة الكشف عن معانات مريض السكري من القلق.

محاولة الكشف عن معانات مريض السكري من حالة اكتئابية

محاولة التعرف على نوع القلق الذي يعاني منه مريض السكري.

محاولة التقليل من الضغوطات النفسية و التقليل من خطرها على حياة هذه الفئة.

## صعوبات الدراسة :

**الصعوبات النفسية تمثلت في :** أثناء تواجدي بالمؤسسة الاستشفائية تعرضت لضغط نفسي بسبب رؤية رجل مبتور الرجل مما سبب لي انخفاض نسبة السكر في الدم و انخفاض ضغط الدم في وقت واحد و هذا دفع بي الى تغيير موضوع المذكرة من : صدمة لبيتر لدى مرضى السكري الى تأثير مرض السكري على الحالة النفسية للمريض .

**الصعوبات المادية تمثلت في :** معظم المؤسسات الاستشفائية لم تقبل طلب التربص الخاص بي مما أفقطني الكثير من الوقت في انتظار مؤسسة تسمح لي باجراء التربص داخلها.

## تحديد المصطلحات اجرائيا:

**القلق:** يعرفه "هنري أي" القلق بأنه : يندرج ضمن فصيلة الامراض المسماة الارتكاسية العصابية الحادة و النفس العصابية العاطفية، و يقول بان هذا النوع من الأمراض يتميز بارتكاساتقلقية سببها صدمة عاطفية.

**الاكتئاب:** ويعرف ( انجرم، 1994 ) الاكتئاب بأنه اضطراب مزاجي او وجداني يتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق تقلبات المزاجية الأخرى..

**الاضطرابات السيكوسوماتية:** السيكوسوماتية كلمة يونانية معناها هو النفسي الجسدي ، النفس هو الروح و الجسد هو الجسم و الطب يدرس الاضطرابات الجسدية ذات الأسباب النفسية، كما يقصد بها اضطرابات جسمية موضوعية بسبب الاضطرابات الانفعالية الشديدة التي تؤثر على مناطق و الأعضاء التي يتحكم بها الجهاز العصبي الذاتي و المفهوم الطبي يبين ان الإصابات الجسدية لها علاقة قوية بالصراعات النفسية.

**السكري:** مرض السكري كما عرفته المنظمة الصحية العالمية في جنيف عام 1979 هو حالة مرضية مزمنة تحدث بسبب عوامل وراثية او مكتسبة او نتيجة عوامل أخرى و هي تعني : نقصا مطلقا او نسبيا في كمية الانسولين التي تفرزها غدة البنكرياس، مما ينتج عنه ارتفاع في نسبة السكر في الدم و البول و اضطراب في اكسدة الدهون و البروتينات و الكربوهيدرات.

## تمهيد

بالرغم من أهمية القلق كمحفز للإنسان لأشباع حاجياته المختلفة فقد عانى الإنسان منذ القدم من الجوع و المرض و العبودية و الحرمان و من الحروب و الكوارث الطبيعية مما جعله يعاني من القلق بدرجات تفوق أحيانا الدرجة الموضوعية و في العصر الحديث لم يقف الأمر عند هذا الحد.

حيث أصبح الإنسان يواجه ظروفًا أكثر شدة فهو يعاني من مواجهة التفتت الحضاري، و سرعة التغير الاجتماعي و التفكك العائلي بمختلف أشكاله و ضعف القيم الدينية و الخلقية، و زيادة أعباء الحياة، و متطلباتها و انتشار الفقر و الجهل و الصراع الطبقي و المادي و الطائفي، و انتشار الحروب يشكل أكثر ضراوة و وحشية. كل هذه العوامل و عوامل أخرى زاده من حدة القلق و ما يرتبط به من اضطرابات نفسية و سيكوسوماتية أخرى عند الأفراد، و لعل ذلك سببا كافيا لتسمية العصر بعصر القلق.

و القلق في علم النفس المرضي هو المادة التي تشكل الإضرابات النفسية ، و الغرض المشترك بين هذه الاضطرابات و يعتبر من وجهة نظر السيكوسوماتية السبب الرئيسي للكثير من الأمراض النفسجسمية و مفهوما أساسيا لتغيير معظم نظريات الشخصية و علم الأمراض النفسية.

و تعتبر مشكلة القلق من أهم و أعقد المشكلات النفسية التي تواجه الإنسان نتيجة الضغوط النفسية او المشكلات راجعة لأسباب مرضية تزيد من شدة القلق لديه و الذي تكون له اثار سلبية و تعيق الإنسان على التفاعل السليم و عن أداء وظائفه الاجتماعية و العقلية بشكل فعال .

## مفهوم القلق:

1- لغة: يشير مصطلح القلق في معاجم العربية الى حالة انزعاج و حركة مضطربة ، فيقال قلق شيء قلقا فهو مقلق و أقلق الشيء من مكانه و قلقه ، أي حركة. و القلق أيضا لا يستقر في مكان واحد ، كما يعرف في معاجم الإنجليزية على نفس النحو حيث يعرف في معجم أكسفورد على انه إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف و عدم التأكد من المستقبل .

و يعرف في معجم ويبستر على انه إحساس غير عادي و قاهر من الخوف و الخشية ، و هو دائم يتصف بعلامات فيزيولوجية مثل التعرق و التوتّر و ازدياد ضربات القلب و ذلك يسبب الشك بحقيقة التهديد و يسبب شك الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح.

2- اصطلاحا: ترتبط التعريفات في غالب بالاطر النظرية التي ينتمي اليها المعرفون و على هذا الأساس فانه لا يمكن القول بأن هناك تعريف شامل لمصطلح القلق يمكن ان يعكس كل هذه التوجهات فعل سبيل المثال يعرف القلق على انه : حالة من التوتّر الشامل و المستمر لتوقع تهديد خطر فعلي او رمزي قد يحدث و يصحبه خوض غامض و أعراض نفسية و جسمية فتصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا أساسيا و هذا ما يعرف باسم عصاب القلق ، او القلق العصابي ، او استجابة القلق.

و يعرف بانه مجموعة من النوبات المزمّنة او المادة التي لا تتصل بموضوع معروف و قد تترافق هذه النوبات باعراض فيزيولوجي كخفقان القلب و الشعور بالالام في منطقة القلب و الشعور بضيق التنفس و الاختناق.

يعرفه "يونغ" على انه : رد فعل يقوم به الشخص حينما تغزو عقله قوى و خيالات غير معقولة صادرة من الشعور الجمعي .

و بالرغم من ان يونغ يعتقد ان الانسان يهتم بتنظيم حياته على أسس معتدلة منظمة الا ان الخوف من سيطرة الشعور الجمعي من الأسباب الهامة التي يعتبرها مصدر لحياته و بالتالي تؤدي الى استجابات القلق.

لا تخلو حياة كل فرد من القلق طالما كان هنالك طموح و آمال كبيرة بحاجة الى تحقيق و للقلق اعراض عدة من أهمها ( شرود الذهن، فقدان الشهية، اضطراب نفسي و أحلام مزعجة و غيرهم )

و هو انفعال مركب من خوف و توقع الخطر و العقاب بعبارة الطالب من نتيجة الامتحان او خوف المريض من الموت و قد يكون بمثابة خوف من الانفعال المؤلم الذي نشعر به حين لا نستطيع ان نفعل شيء امام الموقف المخيف الذي يهددنا.

و يعرف كذلك بأنه الشعور بعدم الارتياح و الاستقرار الذهني و الفرع الغامض و التوتر الزائد و هو كثير الحدوث في حياتنا اليومية.

و القلق هو : حالة من عدم الارتياح و الاضطراب المتعلق بحوادث المستقبل و في عمر سنتين الى ستة سنوات عندما يفكر الطفل بخطر حقيقي او متخيل .

ويرى سراسون و آخرون : ان حالة قلق العام لدى الطفل تعتبر انعكاسا لما يعانيه من خلال معاملاته اليومية، سواء في بيئته المدرسية التي تتمثل في معاملات مع اقرانه و مدرسة او في بيئته المنزلية و التي تتمثل في معاملاته مع والديه و اخوته ، و كذلك تعامله مع ما هو كائن في بيئته.

و يعرفه "هنري آي" القلق بأنه : يندرج ضمن فصيلة الامراض المسماة الارتكاسية العصابية الحادة و النفس العصابية العاطفية، و يقول بان هذا النوع من الأمراض يتميز بارتكاساتقلقية سببها صدمة عاطفية.

و يعرفه أيضا بأنه : القاسم المشترك الأعظم في الاضطرابات النفسية و القلق هو حالة التي يشعر بها الفرد اذا تهدد منه او تعرض للخطر او لقي إهانة او وجد نفسه في موقف صراعي حاد.

و يعرفه "فرويد" بأنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الانسان و يسبب له كثير من الكدر و الضيق و الالام و الشخص القلق يتوقع الشر دائما و يبدو متشائما.

ان الرابطة الأمريكية للطب النفسي تعتبر ان القلق خوف و توتر او ضيق ينبع من توقع الخطر عندما يكون مصدره مجهول الى درجة كبيرة او غير واضح المصدر و يصاحب كل من القلق و الخوف تغييرات فيزيولوجية . فالقلق رعب مجهول المصدر او إحساس يتضمن الشعور بالخطر الوشيك.

و القلق هو حالة مزاجية عامة تحدث من دون التعرف عليها اثار تحفيزها، و على هذا النحو يختلف القلق عن الخوف الذي يحدث في وجود تهديد ملحوظ و بالاضافة الى ذلك يتصل الخوف بسلوكيات محددة من الهرب و التجنب، في حين ان القلق هو نتيجة لتهديدات لايمكن السيطرة عليها أو لا يمكن تجنبها .

و يجمع الباحثون على ان القلق هو موضوع محوري في علم الامراض النفسية كما انه اصبح يشكل حجر الزاوية في كل من الطب الجسمي و الطب العقلي.

و من خلال التعاريف السابقة يمكن تعريف القلق على انه حالة داخلية نفسية و مومن امراض العصابية الشائعة ، اذ يعتبر سمة رئيسية في معظم الاضطرابات بمعنى ان القلق هو عبارة عن استجابات تشتمل على جوانب خارجية و داخلية مع تغيرات فيسيولوجية.

## النظريات المفسرة للقلق:

اختلفت نظريات علماء النفس في تفسيرها للقلق و ذلك لكونه و مفهومها شديد التركيب و تكوينه النظري المتشابه مع غيره من التكوينات و من بين النظريات التي عملت على فعم و تفسير القلق حيث نجد منها:

## 1. نظرية التحليل النفسي:

يعد فرويد من الأوائل الذين بحثوا في موضوع القلق بحثاً واسعاً و حاول ان يبرر علاقته بالعصاب و له في دراسة موضوع القلق نظريات تختلف احدهما عن الأخرى اختلافا جوهريا فخرج بنظريته الأولى عام ( 1916-1917) و قرر فيها وجود علاقة وثيقة بين القلق و الحرمان الجنسي، فالذين يشكون من الحرمان الجنسي يعانون غالبا من مشاعر القلق و اكد ان الرغبة الجنسية تضعف حين يحل القلق محلها، و هكذا اتجه فرويد في هذه النظرية الى ان القلق يتولد بسبب كبت الدوافع الغريزية الجنسية او احاطتها او عدم اشباعها، فحين تمنع الرغبة الجنسية من الاشباع تتحول هذه الطاقة الى القلق لكن فرويد على آرائه حول القلق و خرج بنظريته الأخيرة التي شرحها في كتابه القلق ان كل من القلق العصابي و القلق الموضوعي رد فعل لحالة خطر و الفرق بينهما هو ان الأول يرجع الى خطر غريزي داخلي . اما الثاني يرجع الى خطر خارجي موضوعي معروف و ليس القلق هذا ناتج عن التحول المباشر لليبيدو بل هو رد فعل للاخطار الخارجية فالشعور بالخطر ينتج بسبب تراكم تنبيهات الغريزية الجنسية مع عدم قدرة الفرد على اشباعها بسبب عجزه او خوفه من العقاب و العنصر الرئيسي المكون للخطر هو ازدياد التنبيه دون ان يكون الفرد قادرا على السيطرة عليه فيشعر ازائه بالعجز.

و كذلك يرى ان القلق هو نتيجة عملية فيزيولوجية و قد أدى هذا الرأي الى ابعاد موضوع القلق عن نطاق أبحاث التحليل النفسي لمدة من الزمن و القلق تبعاً لهذه النظرية لا يحدث العصاب، و انما يحدث العصاب أولاً و يساعد العصاب على كبت الرغبة الجنسية و حينما تكبت الرغبة الجنسية تتحول الطاقة الجنسية مباشرة و بطريقة فيسيولوجية الى القلق و على ذلك فليس للقلق أي دور في نشوء الامراض العصابية هذا على خلاف نظرية فرويد النهائية التي ترى ان القلق هو الذي يسبب العصاب.

اما أدلر لم يتناول مشكلة القلق تناوياً منظماً غير اننا نستطيع ان نلتمس من كتاباته ان فكرة الشعور بالنقص عندة تتضمن معنى القلق، فقد اهتم أدلر بالشعور بالنقص و اعتبره الدافع الأساسي للامراض العصابية و هو بذلك انما ينسب الشعور بالنقص نفس الدور الهام الذي ينسبه فرويد و المحللون النفسيون و الاخرون الى القلق.

و يمهّد هذا الشعور بالنقص الى القيام الفرد بكثير من المحاولات للتغلب على هذا الشعور و يتغلب الانسان السوي على شعوره بالنقص . او القلق بتقوية الروابط التي تربطه بالناس المحيطين به و الإنسانية على وجه عام عن طريق العمل الاجتماعي النافع و محبة الناس و صداقتهم و يستطيع الانسان ان يعيش بون ان يشعر بالقلق اذا حقق هذا الانتماء الى الإنسانية، اما الشخصيات العصابية فتقوم بمحاولات تعويضية عصابية لغرض التخلص من الشعور بالنقص و تهدف هذه المحاولات التعويضية الى تحقيق الامن عن طريق التفوق و السيطرة على الاخرين.

كما يرى أدلر أن القلق نتيجة شعور الفرد بأنه ناقص في نظر نفسه فيزيد شعوره بعدم الامن و من ثم ينشأ لديه القلق و يشتمل مفهوم القصور ( المصدر العضوي و أيضا القصور بمعناه المعنوي و الاجتماعي)

اما كارل هورني ترى ان القلق العصابي او المرض و القلق الأساسي ينشأ نتيجة الصراع بين رغبة الطفل في احترام الوالدين باعتمادهم عليهم و لانهم مصدر الحنان و العطف و رغبته في التمرد عليهما نتيجة لما يصيبه منها من مقاومات و احباطات و يعجز الطفل من حل هذا الصراع فيكبت العدوان في نفسه و لا يوجهه الى مصدر الخطر ( علاقته المتصارعة بالديه) ثم تصبح هذه العادة استجابة يقابل بها كل خطر يواجهه فيكون خضوعاً ميبالاً الى انصياع مساماً في كل المواقف التي ينبغي له فيها ان يكون غيره لك لان العداء في نظره قد يترتب عليه الحرمان من عطف الشخص الذي اعتدى عليه و الذي كان في بداية الامر ( والديه) و هنا يشعر بالقلق من فقدان العطف و الحنان .

كما ترى ان العامل الذاتي يتكون من شعور الفرد بخطر عظيم محقق به مع شعوره بالعجز امام هذا الخطر. و رأتان مصدر الخطر الذي يشير القلق هو شدة الدوافع العدوانية في حين فرويد يركز على الدوافع الجنسية و تختلف كذلك مع فرويد فهي ترى ان الخطر الذي يثير القلق ليس هو مجرد زيادة التنبيه

و الاثارة الصادرة عن دوافع العدوان بل هو خوف الفرد من توجيه العدوان الى الأشخاص الذين لهم أهمية في الحياة.

ونجد كارل يونغ يعتقد ان القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قو و خيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي، فالقلق هو خوف من سيطرة محتويات اللاشعور الجمعي غير معقولة التي لازالت باقية فيه من حياة الانسان البدائية و يعتقد أيضا ان الانسان يهتم عادة بتنظيم حياته على أسس معقولة منظمة ان ظهور المادة غير معقولة من اللاشعور الجمعي يعتبر تهديدا لوجوده.

و يرى ايريك فروم ان الطفل يقضي فترة طويلة مع والدته و هذه الفترة طويلة الذي يقضيها في الاعتماد على والدته تقيده بها بقيود أولية بازدياد نمو الطفل يزداد تحرره من الاعتماد على والديه و يسمى فروم هذه العملية بـ"التفرد" غير ان هذه القيود الاعتمادية تعطي الطفل شعورا بالامن و الانتماء الى الجماعة و نمو الشخصية و الاتجته الى الاستقلال يهد هذا الشعور بالامن و يولد شعورا بالعجز و القلق فيقف مستقلا في مواجهة العالم المملوء بالمخاطر.

و يدعم قوله بأن الإمكانيات الجديدة للطفل قد تقابل بعدم الاستحسان من اب قاسي او من مجتمع خاص يضطر الطفل تحت هذه الظروف الى كبت إمكانياته و يصبح اظهار هذه الإمكانيات فيما بعد عاملا مؤديا الى ظهور القلق.

و يعتقد هاري سوليفان ان شخصية الطفل تتكون خلال علاقات الاجتماعية و ان تربية الطفل و تعليمه، تتلخص في اكتساب الطفل لبعض العادات و الاعمال التي يستحسنها الوالدان ، فتربية الطفل اذن تتضمن بعض الاعمال التي تؤدي الى استحسان و العطف ، و ينتج عن ذلك الشعور بالانشراح و ان بعض الاعمال تؤدي الى عدم الاستحسان و عدم العطف و من ذلك ينشأ القلق.

و يرى كذلك ان نفسية الطفل تتكون من هذا النظام الخاص باستحسان الكبار لاعمال الطفل و عدم استحسانهم لها و من حاجة الطفل الملحة لمواجهة المواقف المثيرة للقلق.

و يكتسب الطفل نتيجة لذلك نظاما سلوكيا يحتفظ به طوال حياته و أي خبرة تهدد هذا النظام و الاتجاه في المستقبل تؤدي الى القلق.

و يجدر الإشارة الى انه لا يجي ان يخضع تفسيرنا لظاهرة القلق لاحدى النظريات دون الاخرة=ى لان الانسان محصلة تفاعل قوى متعددة لذا يجب الاخذ بعين الاعتبار التوفيق بين النظريات السابقة بصورة متكاملة.

## 2. النظرية السلوكية:

القلق في نظر السلوكيين استجابة مكتسبة فقد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف معينة ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك. و لان المدرسة السلوكية مدرسة تعلم فانها تنظر الى ان القلق على انه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي و التدعيم السلبي.

يركز السلوكيون الراديكاليون اجمالا على عملية التعلم و يؤكدون بأن الانسان يتعلم القلق و الخوف و السلوك المرضي كما يتعلم السلوك السوي، و يركز الأوائل من السلوكيون الراديكاليين من الامثال واطسون على ان عمليات التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي و المثير الطبيعي و بالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف او القلق و يصبح الخوف من المؤثر الشرطي دافعا مكتسبا و عن طريق مبدأ التعميم في تعلم الخوف او القلق يلاحظ ان المثيرات الشبيهة لتلك التي تعل الكائن الحي ان يخاف او يقلق منها و الأكثر شبيها بما هي الأكثر اثارة للقلق و الخوف.

و لقدتأثر الكثير بفكرة الاشتراط الكلاسيكي فعلى سبيل المثال يرى كل من شامز و دوركسي: " ان القلق المرضي استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف او مواقف معينة، تم تعمم الاستجابة بعد ذلك." كما أشار الى ان الكثير من الأمثلة للمواقف العادية التي يمكن ان تؤدي الى القلق و منها على سبيل المثال المواقف غير المشبعة او المؤلمة، فقد يتعرض الفرد منذ طفولته الأولى لبعض المواقف التي يحدث

فيها الخوف او التهديد و لا يصاحبها تكيف ناجح. و يترتب على ذلك مثيرات انفعالية من أهمها عدم ارتياح الانفعالي و ما يصاحبها من توتر و عدم استقرار.

و لا تختلف نظرية سكرن كثير عن مسار التفسير الاثراطي الكلاسيكي، حيث يرى ان السلوك اجمالاً بما في ذلك السلوك غير السوي و المرضي كنتيجة لمرور الفرد بخبرات مثيرة للقلق عززت بدرجة جعلت منها مثيراً قويا و مستمرا لمثل هذه الاضطرابات.

و مع تطور النظرة الى مفهوم القلق وفقا للتطور في المدرسة السلوكية حيث حاول السلوكيون الجدد الخروج من الدائرة الضيقة لفكر واطسونأخذ في اعتبارهم العمليات العقلية كعوامل وسيطة بين المثير و الاستجابة.

و قد تطور الفكر السلوكي بظهور نظرية التعلم الاجتماعي لبندورا الذي اكد على أهمية التفاعل المتبادل بين المثيرات و خاصة الاجتماعية منها، و السلوك، و العوامل الشخصية العقلية المعرفية و الانفعالية و الوجدانية، و بذلك يرى ان ظهور القلق مرتبط بحدوث مثيرات غير مرغوبة شريطة ان تكون لدى الفرد استعداد نفسي لظهوره متمثلاً في المفهوم السالب للفرد عن قدراته، و عليه فان القلق و ان عبر عن الاستجابات بمثيرات خارجية مؤلمة، فان هذا الارتباط يبقى ارتباطاً جزئياً مرتبطاً من جانب آخر بالسمات الشخصية العقلية منها و الوجدانية و لعل من أهمها مشاعر عدم الكفاية التي تعمل كمعزز ذاتي للقلق.

### 3. النظرية المعرفية:

يمثل علم النفس المعرفي اتجاهاً قويا في علم النفس المعاصر حيث اثر على العديد من المنظرين من مدارس مختلفة و من ذلك سوليفان في المدرسة التحليلية و باندورا في المدرسة السلوكية، كما تعددت الاتجاهات المعرفية و تعددت اغراضها و لعل ما يهمننا في هذا المجال هو القلق و الاضطرابات النفسية و يعتبر جورج كيلي من علماء النفس الذين أعطوا المعرفة الإنسانية وزناً في تفسير الشخصية في حالتي السواء و المرض، حين يرى ان أي حدث قابل لمختلف التفسيرات و هذا يعني ان تعرض الانسان للقلق يمكنه تفسيره بأكثر من طريقة حتى حالة واحدة، كما يرى ان العمليات التي يقوم بها الشخص توجه نفسياً بالطرق التي يتوقع فيها الاحداث و على اعتبار ان عملية القلق ليست الا عملية توقع و خوف من المستقبل.

و يرى بيك انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقديم لخطر محتمل، و يرى ان اعراض القلق و خاوف تبدو معقولة للمريض الذي تسود تفكيره موضوعات الخطر و التي قد تعبر عن نفسها من خلال تكرار التفكير المتصل بها و انخفاض القدرة على التمتع أو التفكير المتعقل فيها و تقويمها بموضوعية. و هذا يؤدي الى تعميم المثيرات المحدد للقلق الى حد الذي يؤدي الى ادراك أي مثير او موقف كمهدد، فالانتباه المريض يبدو مرتبط بتصور او مفهوم الحظر مع الانشغال بالبال الدائم بالمثيرات الخطيرة و بسبب تثبيت او توقف معظم انتباه المريض على مفاهيم او مثيرات المتصلة بالخطر، فانه يفقد كثيراً القدرة على ان ينتقل فكره الى عمليات أخرى داخلية او الى مثيرات أخرى خارجية، فموضوع الخطر مبالغ فيه، مع الميل الى تهويل المآسي و الاخطار الافتراضية و جعلها مساوية للاخطار الحقيقية.

### 4. النظرية الإنسانية:

تهتم هذه النظرية بالقلق اكثر من نظرية التحليل النفسي و النظرية السلوكية فالقلق حسب هذه النظرية ليس مجرد خبرة انفعالية يمر بها الانسان تحت ظرف خاصة كما تراه النظرية التحليلية، او انه ليس مجرد استجابة يكتسبها اثناء عملية التعلم كما تراه النظرية السلوكية ان القلق هو جوهر طبيعة النفس البشرية فالانسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يشعر بالقلق و يعاني منه كخبرة يومية مستمرة تبدأ ببداية حياته و لا تنتهي الا مع آخر أنفاسه.

تؤكد هذه النظرية على خاصية الانسان بين الكائنات الحية لذا تركز دراستها على مواضيع التي تربط بهذه الخاصية: الإرادة، الحرية، المسؤولية.

اذن ان هذه النظرية ترى ان القلق هو الخوف من المستقبل و ما قد يحمله من احداث قد تهدد وجود الانسان، فالقلق هو داخل في شخصية الفرد و انه خبرة يومية دائمة طوال حياته و ان الخوف من المستقبل و من الموت هما اللذان يستثيرانه عند الفرد. فالانسان هو الكائن الوحيد الذي يدرك ان نهايته حتمية و الموت هو مصدر القلق الأول لدى الانسان و هو يجهل متى تنتهي حياته. فلهذا فالان الحياة كلها تحمل ذلك القلق لان الموت متوقع في أي لحظة من اللحظات.

#### 5. النظرية الفيزيولوجية:

يعتقد أصحاب هذه النظرية ان الانفعال و التوتر يولدان من تغيرات جسمية و فيزيولوجية، و حسب هذه النظرية، القلق يحدث نتيجة زيادة في النشاط الجهاز العصبي الارادي بنوعية السمبثاوي و الباراسميتاوي فتزيد بذلك نسبة الادرينالين و النورأدرينالين في الدم من تنبيه للجهاز السمبثاوي فتزيد بذلك نسبة فيرتفع ضغط الدم، و تزيد ضربات القلب، و تزيد نسبة السكر في الدم مع شحوب في الجلد، زيادة افراز العرق، جفاف الحلق مع كثرة التبول. و لقد تبين أصحاب هذه النظرية من أطباء و علماء و باحثين فيزيولوجيين ان مركز الانفعالات موجود في الدماغ و بالضبط على مستوى النواة اللوزية التي تعمل باتصال مع الهيبوتالوس و مركز للارتسام التي تتلقى التعليمات الانفعالية من طرف النواة اللوزية، ثم يعمل على تكييفها و معالجتها مع المنبهات الخارجية على مستوى مناطق مختلفة من القشرية المخية.

فهذه النظرية ركزت في تفسيرها للقلق على عوامل الفيزيولوجية و الافرازات التي تحدث في الجسم و التي تؤثر على الدماغ و بالتالي تثير اعراض القلق المختلفة.

نستخلص من خلال هذه النظرية ان القلق حالة انفعالية غير سارة لدى الفرد تؤثر على علاقته الشخصية و في مستوى أدائه نتيجة للمواقف الضاغطة التي يواجهها في حياته فنجد النظرية التحليلية ارجعت سبب القلق الى الطاقة الجنسية التي تعرضت الى الحرمان و عدم الاشباع و كذلك الى صدمات التي يتعرض اليها الفرد في مراحل نموه التي تسمى بقلق الانفصال و كذلك شعور الفرد بالنقص الذي يدل على قلقه. اما المدرسة السلوكية ترى ان القلق متعلم من خلال التجارب التي يمر بها في حياته ، فالقلق استجابة مكتسبة اثناء عملية تعلم الفرد، اما النظرية الإنسانية ترى ان القلق ينشأ من خوف الفرد في التفكير في المستقبل و خوفه من الموت لان الفرد يدرك ان نهايته حتمية، و نجد النظرية الفيزيولوجية التي ترجع القلق الى افرازات في الجسم و التي تؤثر على الدماغ و بالتالي تستثير اعراض القلق العديدة، اما النظرية المعرفية فتري ان القلق مصدره هي الأفكار اللاعقلانية التي يكونها الفرد عن الموضوع، حيث هذه الأفكار في الحقيقة لا تثير القلق.

#### 6. النظرية التكاملية لاسباب القلق:

تبين من خلال استعراض النظريات المختلفة ان علماء النفس يختلفون في تفسير أسباب القلق تبعا لخلفياتهم النظرية، فهناك من يركز على القلق كعصاب ناتج عن خبرات مكبوتة، و هذا ما نجده لدى النظرين في المدرسة التحليلية. بينما يركز السلوكيون على عملية التعلم و تعميمه، اما الانسانيون فيرون ان عدم تحقيق الذات من اهم أسباب القلق، و من جانب اخر اشارت نتائج البحوث الى ان الأسباب و ان كانت موضوعية و مثيرات داخلية فانها تختلف الا ان النظرة الشمولية توجب اخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة، و فيما يلي تلخيص لاهم الأسباب القلق بصفة عامة بالاعتماد على النظريات السابقة و البحوث العلمية.

الاستعداد الوراثي: تثير بعض الدراسات الى احتمال تدخل العامل الوراثي كعامل من عوامل الاستعداد للقلق، فقد اثبتت هذه الدراسات وجود تشابه في الجهاز العصبي المستقل و استجابته للمنبهات الخارجية لدى التوائم.

الاستعداد النفسي العام: تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق و من ذلك الضعف النفسي العام و الشعور بالتهديد الداخلي او الخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد و أهدافه، و التوتر النفسي الشديد، الشعور بالذنب و الخوف من عقاب و توقعه، و تعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة، و عدم تقبل مد الحياة و جزرها، كما يؤدي فشل الكبت الى القلق و ذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد او لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الملحة.

العوامل الاجتماعية: تعتبر العوامل الاجتماعية وفقا لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلق ان تؤكد أهمية هذه العوامل كعوامل أساسية لاحداث القلق، و لاشك في ان حصر مثل هذه الأسباب امر مستحيل لتعدددها و تشعب جوانب الحياة المقلقة خاصة في عصر اتسم بالقلق، و تشتمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية و الضغوط الحضارية و الثقافية و البيئية المشبعة بعوامل الخوف و الحرمان و الوحدة و عدم الامن و اضطراب الجو الاسري و تفكك الاسرة و أساليب التعامل الوالدي القاسية و توفر نماذج القلقة و منها الوالدين، و الفشل في الحياة و من ذلك الفشل الدراسي و المهني.

### الفرق بين القلق و بعض المفاهيم الأخرى:

الفرق بين القلق و الخوف:

يتشابه القلق مع الخوف الى درجة كبيرة في كثير من اعراض فكلاهما استجابتان سلبيتان ينشأن عندما يتعرض الفرد للخطر و يرى بعض الباحثين ان الخوف عبارة عن شعور ينصب على الحاضر يبدو كرد فعل للمثيرات محدد ظاهرة حقيقية وواقعية تدركها، بينما ينظرون الى القلق على انه شعور مبهم غامض.

و عادة ما يكون القلق اقل شدة من الخوف و يصعب تحديد أسبابه مقارنة بالخوف عند الشخص القلق اما انه غير واثق لما هو متوجس خفية منه، او أسباب غير منطقية لقلقه ، فالطفل يقلق من زيارة المقابلة الى طبيب اسنان و لكنه يخاف عندما يجلس على كرسي الطبيب، فيصعب التمييز بين القلق و الخوف في حالات كثيرة و ذلك بسبب أوجه التشابه بينهما و يبدو الشبه واضحا في الجوانب الآتية:

- في كل من القلق و الخوف يشعر الفرد بوجود خطر يهدده.
- في كل من حالة الخوف و القلق حالة انفعالية تنطوي على التوتر و الضغط.
- كل منهما يحفز الفرد لبدل الطاقة لحماية نفسه.
- كل منهما يصاحبه عدد من التغيرات الجسمية.

و يمكن اجمال آراء الباحثين حول الفروق بين الخوف و القلق في:

- ان الخوف ينشأ عن موضوع و مثير محدد بينما القلق ينشأ من مثير غير محدد، بمعنى اذا استطاع الفرد ان يحدد الموضوع الذي يشير خوفه فانه يجد صعوبة في تحديد الموضوع الذي يثير قلقه.
- يسهل تحديد مصدر الخوف او موضوعه لووضحه، بينما يتعذر مصدر القلق لغموضه و اسهامه.
- استجابة القلق تدوم فترة أطول لانها لا ترتبط لديه بمتغير محدد بل بمواقف عامة. بينما استجابة الخوف مؤقتة تزول زوال الموضوع المثير لها.
- ان مواقف الخوف يمكن ان تدفع الفرد الى ان يسلك سلوكا معيناً للتخلص من المثيرات المخيفة او الابتعاد عنها، اما في مواقف القلق فان الفرد لعدم معرفته الدقيقة لما يثير القلق فانه يعجز عن اثبات السلوك المناسب او الكف لاستبعاد هذه المثيرات او تجنبها.

و يعد القلق بمثابة القاعدة الأساسية و المحور الدينامي في جميع الاضطرابات النفسية و العقلية، و النفسجسمية و الانحرافات السلوكية فهو القاسم المشترك فيما بينهم جميعا، كما انه اكثر فئات العصاب



شيوعا و يذكر حامد زهران ان القلق غالبا ما يكون عرض لبعض الاضطرابات النفسية الا ان حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا و هذا ما يعرف باسم عصاب القلق او القلق العصابي ، او رد فعل القلق .

القلق و الحصر النفسي:

هناك فرق بين القلق و الحصر النفسي حيث نجد في اللغة الفرنسية القلق *angoisse* و الحصر النفسي *anxiété* يختلفان في المعنى فيعبر الحصر النفسي على انه إحساس مؤلم و خوف غير واضح يجعل صاحبه متيقضا من البيئة التي يعيش فيها، بينما هنالك باحثين في اللغة الإنجليزية كلمة *angoisse* تعني *anxiété* و هذا ما نجده عند فرويد حيث استخدم كلمة الحصر النفسي نفسها كلمة القلق.

أنواع القلق و مستوياته:

1- القلق الموضوعي العادي :

يطلق عليه اسم القلق الواقعي او القلق السوي، و يحدث هذا في مواقع التوقع او الخوف من فقدان شيء، مثل القلق المتعلق بالنجاح في العمل أو الامتحان.

و هو قلق حقيقي يشعر به الشخص حيث يدرك مصدر الخطر الذي يهدده و يكون هذا المصدر واقعيًا و فعليًا و متوقع الحدوث كالقلق من نتيجة الاختبار و القلق عن الصحة، حيث يشعر الفرد ببعض التوتر و الضيق و هذا النوع من القلق له دور هام في حياة الفرد، كما انه يمتلك عدة وظائف دفاعية و توجيهية للسلوك حيث يمد الفرد بالطاقة اللازمة للتكيف و تحرير الطاقة النفسية اللازمة للمواقف.

أي انه قلق شعوري اقرب الى مفهوم الخوف العادي ان يدرك الفرد مصدر خارجي في بيئته يهدده و ربما يكون هذا المصدر واقعيًا، فعليًا او متوقعا محتملا و من امثلة القلق الذي يعبر عن الفرد نتيجة اختبار اجري له، فهذا القلق ينتج عن ادراك الفرد لخطر ما في بيئته و يكون للقلق في هذه الحالة وظيفة اعداد الفرد لمقابلة هذا الخطر بالقضاء عليه او تجنبه، او باتباع اساليبه الدفاعية ازائه و يلاحظ في هذا القلق الموضوعي العادي دورا بالغ الأهمية في حياة الفرد و الجماعة لما له من وظائف دفاعية و توجيهية للسلوك، فهو يساعدنا على تحديد مشكلاتنا و اتخاذ القرارات اللازمة بشأنها و يمدنا بالقدر اللازم من التحفيز لتحرير الطاقة النفسية و تكريسها و تركيز بها مواجهة المشكلات و تجنب الخطر.

فهذا النوع من القلق له فائدة لما له من دور بالغ في جعل الفرد يعمل من اجل تجنب الخطر ففي هذه الحالة يصبح هذا النوع من القلق ذو أهمية كبيرة في حياة الفرد و استمراره يكون اقرب الى الخوف لان أسبابه واقعية و معلومة المصدر لذا نجد الفرد يعمل من اجل تجنب هذه الأسباب للوصول الى الراحة النفسية و يكون مشترك لدى عامة الناس.

2- القلق العصابي المزمن:

يتميز هذا النوع بأن مصدره داخلي و أسبابه لا شعورية و مكبوتة و غير معروفة و لا يتناسب مع ظروف التي تدعوا اليه ، كما انه يعوق التوافق و الإنتاج و التقدم، فهو يستثار عند ادراك الفرد بأن غرائزه قد تجد منفدا لها للخارج أي انه ينشأ عندما يهدد الهو و مكبوتاته بالتغلب على الدفاعات الانا و اشباع النزوات الغريزية التي لا يوافق بهذا المعنى و انكار يطلق الانا و الذي عليه للجوء الى الحيل الدفاعية مثل الكبت، التبرير، الإسقاط، النكوص للتعامل مع الوضعية المولدة للتوتر.

و يكون مصدره داخل الفرد نفسه لكنه لا يعرف أصلا او يجد له مبررا موضوعيا او سببا صريحا فهو خوف أسبابه مكبوتة لا شعورية انه قلق هائم طليق غامض. و يأخذ هذا القلق تربصه لفرص لكي يتعلق بأية فكرة او أي شيء خارجي أي ان هذا القلق يميل عادة الى الإسقاط على الأشياء الخارجية و يمثل القلق العصابي في النزاعات الغير مرغوب فيها و الذكريات و الأفكار المؤلمة التي كبتها الفرد في اللاشعور لعدم تقبلها اجتماعيا لانها تعوق اشباع الحاجة الى الانتماء و التي يؤدي ظهورها الى تعرضه للعقاب، و هو كذلك خوف مزمن بددون مبرر

لاموضوعي مع وجود اعراض نفسية و جسمية متنوعة دافعة الى حد كبير و من ثم فانه يعتبر قلقا مرضيا.

وللقلق العصابي أنواع ثلاث هي:

• القلق الهائم الطليق:

هو عبارة عن خوف عام شائع طليق مستعد لان يتعلق باي فكرة مناسبة و هو يؤثر في احكام الفرد و يؤدي الى توقع الشر.

• قلق المخاوف المرضية:

هو الخوف من الحيوانات او من الأماكن المرتفعة او المنغلقة او الماء و هي مخاوف تبدو غير معقولة و لا يستطيع المريض ان يفسر معناها و هي بالرغم من شعور المريض بغرابتها الا انه لا يستطيع التخلص منها.

3- القلق الهيستيري :

يبدا القلق واضحا أحيانا و في بعض الأحيان يبدو غير واضح و نحن لا نستطيع عادة ان نجد مناسبة او خطر معيننا يبرز ظهور نوبات القلق في الهستيريا، و يرى فرويد ان الاعراض الهيستيرية مثل الرعشة و اضطراب خفقات القلب انها تحل محل القلق.

4- القلق الخفي الذاتي:

هذا النوع من القلق ينشأ نتيجة تحديرا و لوم الانا الأعلى للفرد عندما يقترف او يفكر في الاشباع بسلوك لايتعارض مع المعايير و القيم التي يمثلها جهاز الانا الأعلى.

يمثل في مشاعر الحزن و الاثم و الخجل و الاشمزاز و يصل هذا القلق الى درجة قصوى في بعض أنواع الاعصبة كعصاب الوسواس القهري.

يتمثل هذا النوع من القلق في مشاعر الخجل و الاثم و الاشمزاز نتيجة لتخدير أو لوم الانا الأعلى، وذلك عندما يقوم بسلوك معاد و مخالف للمعايير و القيم التي يمتلكها الانا الأعلى ، غالبا ما يصاب به الفرد الذي كانت تنشئته في فترة الطفولة تتسم بالقسوة و الصدمة

ان القلق الخفي يحدث نتيجة تصارع بين دوافع الهو و الانا و الانا الأعلى بمعنى انه ناتج عن تأنيب ضمير الفرد و خوفه من القيام بسلوك يخالف القيم و المعايير للمجتمع الذي يعيش فيه و عادة ما يصاحب هذا النوع من القلق مشاعر الإحساس بالذنب و هناك من العلماء قسم القلق الى:

• حالة قلق:

تشير الى خبرة وقتية متغيرة و مرحلية متعلقة بشعور الفرد بأنه مضطرب.

• سمة القلق:

تشير الى ميل او تهيو او سمة ثابتة نسبيا في الشخصية.

بالإضافة الى هذا النوع نجد القلق العام و الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد كما نجد قلقا عاما و غامضا و كذلك نجد القلق الثانوي كعرض من اعراض الاضطرابات النفسية الأخرى حيث يعتبر عرضا مشتركا في جميع الامراض النفسية.

5- قلق مخاوف المرضية

تتضمن المخاوف المرضية ادراك بعض الموضوعات المحددة او المواقف باعتبارها مثيرات للقلق: كالخوف مثلا عند بعض الافراد من رؤية الدم أو الحشرات.

مع كون شدة الخوف لدى هؤلاء الافراد لا تتناسب اطلاقا و الخطر المتوقع من الموضوعات او الموقف المرتبط بالقلق.

6- قلق الانفصال:

هو نوع آخر من القلق بحيث هذه الحالة تسيطر على الطفل حينما ينفصل عن أمه في مرحلة متقدمة من عمره بسبب عملية الفصام أو الموت أو الطلاق أو غيابها حيث يظهر على الطفل حالة من البكاء و

الصراخ المستمر، يكون ذلك خاصة بين الشهر السادس و العاشر حيث يكون للطفل القدرة على التمييز الذي قامت به الام.

7- قلق المستقبل:

يعتبر قلق المستقبل احد الهواجس التي تؤرق المجتمعات نظرا للمتغيرات التي عصفت بالافراد و جعلت المستقبل مبهما، فأكثر ما يخشاه الناس هو المجهول و غالبا ما نجد النظرة العامة للمستقبل سلبية في ظل الاضطراب الحية، و ازدياد حدة المشاكل الحياتية و تسارع الاحداث السياسية و الضغوط الاقتصادية، إضافة الى الاحباطات التي تمر بها في أوجه الحياة المختلفة، و يظهر القلق المستقبل كسمة نفسية نتيجة للتغيرات المجتمعية المتصاعدة التي تمر بها المجتمعات التي ارتبطت بالعديد من المجالات المجتمعية السياسية، الاقتصادية، الاجتماعية.

### مستويات القلق:

المستوى المنخفض للقلق:

في المستوى المنخفض يحدث تنية عام للفرد مع ارتفاع درجة القلق و الحساسية نحو الاحداث الخارجية و يكون الفرد على اتم الاستعداد لمواجهة الخطر.

المستوى المتوسط للقلق:

في هذا المستوى يصبح الفرد أقل قدرة من السيطرة على سلوكه الى ذلك كثير من الجهد للمحافظة على السلوك المناسب و الملائم لطبيعة الموقف.

المستوى العالي للقلق:

في المستوى العالي يؤثر بشكل سلبي على تنظيم السلوك و يكون صعوبة سلوكية فيه غير ملائمة مع المواقف المختلفة و مصحوبة بصعوبة التركيز للانتباه و سرعة الاثارة.

### أسباب القلق :

أ- الأسباب الوراثية:

يرى القائلون بالاسباب البيولوجية للقلق ان تكوين الجيني الموروث لبعض الأشخاص بهيتم او يخلق فيهم الاستعداد المسبق لاضطراب القلق و يستدلون بهذا الرأي على ان إصابة أحد التوأمين المتماثلين بالقلق تعني أن الاخر مصاب به بخلاف ما يحدث للتوائم غير المتماثلة. كما يلاحظ بأن للاشكال السابقة من اضطراب القلق أصول اسرية حيث يوجد في أغلب الأحيان آخرون في الاسرة على خلاف المريض مصابون بشكل ما من اشكال القلق.

و على هذا يستنتج القائلون بهذا التوجه بان القلق يتطور نتيجة استعداد فيزيولوجي كامن للتصرف بقلق في عدد كبير من لمواقف و يكون هذا الاستعداد ناتج جزئيا عن الوراثة جملة عصبية ذاتية شديدة الحساسية للضغط و التوتر.

ان المستوى القلق عند الافراد يعتمد على كيفية عمل الوظائف، و بعض الاليات الفيزيولوجية، فليس من الغريب ان تكون هناك فروق وراثية بين الافراد. كما هو الحال في كثير من الخصائص الجسمية كلون العينين مثلا و يبدو ان العوامل الوراثية لها دور مهم، بل و من المحتمل ان يكون اكثر العوامل أهمية في تحديد القلق، وهذا ما بينته الدراسات المختلفة ان الوراثة تلعب الدور الهام و الأساسي في استعداد للقلق، فقد دلت النتائج ان نسبة القلق في التوائم المتشابهة التي تعد متماثلة في كل الجوانب بسبب توفر الطبيعة الوراثية نفسها تصل الى 50% بينما تصل الى 4% في التوائم غير المتشابهة و حوالي 15% في الإباء و الاخوة مرض القلق. كما دلت النتائج أيضا ان نسبة ممن يعانون من سمات القلق من بين حالات غير المتشابهة.

و قد انتهت دراسات في هذا المجال الا ان الزيادة نشاط النريفييرين في بعض الجزاء من الدماغ ترتبط باضطراب الهلع بينما ترتبطالسيروتونين باضطراب الوسواس و الأفعال القهرية.

#### ب- الأسباب النفسية:

و تتمثل في الاستعداد النفسي و الضغط النفسي العام و الشعور بالتهديد الداخلي او الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة للمكانة الفرد و أهدافه، و التوتر الشديد و الازمات و المتاعب او الخصائر المفاجئة و الصدمات النفسية و الشعور بالذنب و العجز و النقص.

وكذلك الإحباط و الصراع فالتوتر و القلق يعدان محصلة طبيعية لفشلنا سواء في ارضائنا لرغباتنا و دوافعنا و طموحاتنا ام في فض المواقف الصراعية.

كما يرجع القلق أيضا الى خبرات طفولية مكبوتة و صراعات نفسية التي لايجعلها الفرد حلا ناجحا و قد افاض معظم المحللين النفسيين في اثر هذا الصراعات فالاندفاعات و الأفكار غير مقبولة تكون عادة من الطبيعة جنسية او العدوانية يمكن ان تهدد الانا و تصل الى اللاشعور المفهمبالمكبوتات و تقوم الاليات الدفاعية بحماية الذات من هذه التهديدات لكن حساب خلق حالة من القلق لدى الفرد.

و ينبت القلق من عجز الفرد عن حل صراعه بالطريق المباشر او بواسطة احدي وسائل التعريض و ما اعراض الاضطراب النفسي الا تعبير عن القلق غير محتمل و في نفس الوقت وسيلة تخلص منه.

إضافة الى ما سبق هناك أسباب أخرى للقلق و من بينها:

- مواقف الحياة الضاغطة و يمتلهاالضغط الحضاري و الثقافي و البيئي الذي يؤثر سلبا على شخصية الفرد.
- مشكلات الطفولة و المراهقة و الشيخوخة و الطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال: القسوة و التسلط و الحماية المفرطة و غيرها و اضطراب العلاقات الشخصية مع الاخرين.
- عدم التطابق بين الذات الواقعية و الذات المثالية و عدم تحقيق ذاتي.
- الطرق الخاطئة لتجنب الحمل و الحيلة الطويلة خاصة الجماع الناقص.
- التعرض للحوادث و الخبرات الحادة (اقتصاديا او عاطفيا او تربويا).
- الضغوط المدرسية و الجامعية و العمل في المنزل بين الأصدقاء و في البنية الخارجية التي أصبحت مملوءة بالملوثات الماء و الهواء و الأرض.
- عجز الفرد في تحقيق ذاته الذي يتمثل في استخدام مواهبه و مهاراته في الوصول الى أهدافه و اشباع رغباته بشعوره بالدونة و الفراغ نفسي الامر الذي يعرضه لقلق شديد.
- دور الاسرة في تعليم الفرد أسلوبا معيننا في التفاعل مع الاخرين فمثلا الحرمان العاطفي و رفض الطفل يؤدي الى عجزه عن وزن و تقدير الاخرين و اختلال علاقاتها الاجتماعية مما يؤثر في تقديره لذاته و ينمي عنده الشعور بالقلق.

#### الأسباب البيولوجية:

ينشأ القلق نتيجة اضطراب في العمل الجهاز العصبي المستقبل السيميائي و الباراسميائي بح الاضطراب حيث يدفع هذا الاضطراب الى زيادة افراز مادة الادرينالين و النورادرينالين في الدم بحيث يزيد هذا الاضطراب في ضربات القلب و الصعوبة في التنفس و ارتفاع الضغط الدموي ، توتر عضلي، الرجفة، دوار، الإحساس بالضغط في الصدر، الاضطراب في الهضم... و بالتالي فان اضطراب الهرمونات العصبية يسبب او يساهم في احداث حالة قلق.

ويعتقد ان مدارات العصبية التي تشمل اللوزة و العصبين تشكل القلق عندما توجه بالمنبهات المكروهة و الضارة و المحتملة مثل: الروائح و الأطعمة الكريهة، يظهر التصوير المقطعي بالانبعاثالبوزتروني زيادة تدفق الدم في اللوزة و قد اعلن المشاركون في هذه الدراسات عن اصابتهم بقلق معتدل. و هذا قد يشير الى ان القلق هو آلية وقائية تهدف الى منع كائن من الانخراط في السلوكيات الضارة المحتملة.

و بناءا على البحوث التي تمت على المرهقين و الأطفال الرضع وجدوا ان جزء (nucleus accumbens) هو امثر حساسية من سائر الناس عندما اختاروا لجعل هذا العمل هي تحدد ما كانت حصلت على مكافأة. هذا يشير الى وجود صلة بين الدوائر المسؤولة عن الخوف و أيضا مكافأة في الناس القلقين. كما يشير الباحثون إحساس بالمسؤولية. في سياق من عدم اليقين (نتائج احتمالية) تقود النظام العصبي الكامن وراء الدافع مشهر (accumbens nucleux) بقوة اكبر في الكبح مزاجه من المراهقين الغير المقبيدين

الأسباب الاجتماعية:

و تشمل قائمة التطور الحضاري و الثقافي و البيئي و المطالب و المطامح الحديثة المتغيرة. اذ نجد تعدد المشاكل و الأعباء على الانسان. في هذا العصر و بالتالي تعدد الوجهات التي يجب ان يتعلم معها و دورها لقوانين التي من المفروض ان يخضع لها سواء في العمل او في الشارع او في الحياة، كما ان هناك كثير من المحضورات و الممنوعات، التي توجب الابتعاد عنها، لان من يقرب منها يتعرض للعقاب و هذه الحياة الحديثة من أعباء و المسؤوليات تحتاج من المرء القدرة و الطاقة النفسية كبيرة للتكيف معها و ضغوط الحياة و قد تكون فردية يتأثر بها الفرد الذي يقع عليها العبئ لوحده او جماعة تؤثر على قطاع كبير من الناس في وقت واحد.

ومن الأسباب الرئيسية للقلق:

- اللأمن: ان السبب الرئيسي للقلق هو انعدام الشعور الداخلي بالامن عند الطفل و كذلك فان الشكوك تعتبر مصدر اخر للقلق.
- عدم الثبات في معاملة الطفل: سواء كان من المعلم في المدرسة أو الابوين في البيت و اللذان يتصفان بعدم الثبات في المعاملة و اللذان يكونان سببا آخر في القلق.
- الكمال، المثالية: ان التوقعات الكبار من الأطفال في أن تكون انجازاتهم تامة و غير ناقصة تشكل مصدرا من مصادر القلق عندهم و يأتي قلق الأطفال بسبب عدم قيامهم بالعمل المطلوب منهم بشكل ما.
- الإهمال: يشعر الطفل بأنه غير آمن عندما لا تكون هناك حدود واضحة و محددة في محيط المعاملة مع
- النقد: ان النقد الموجه من الرفاق الراشدين للأطفال يجعلهم يشعرون بالقلق و التوتر، حيث يبدأ الأطفال يشعرون بالشكوك، يشكون بأنفسهم، فالتحدث عنهم و عن سيرتهم يقودهم الى القلق الشديد خاصة اذا عرف الأطفال بان الاخرين يقومون بعملية تقييم لهم و محاكاتهم بطريقة ما.
- ثقة الكبار: بعض الراشدي يثقون بأطفالهم كما لو كانوا كبار فاشعارهم بالنضح قبل الأوان يكون سببا في القلق عندهم.
- الشعور بالذنب: يشعر الفرد بالذنب عندما يعتقد انه ارتكب خطأ أو تصرف بشكل غير مقبول و ملائم. اما الأطفال فيشعرون بالقلق بمجرد تخيلهم للضرب او تسببهم اللاملاخرين.

اعراض القلق:

تصنف اعراض القلق الى صنفين أساسيين هما:

1. الاعراض الجسمية: و تمثل في:

- الضعف العام و نقص الطاقة الحيوية و النشاط و المثابرة.
- توتر العضلات و النشاط الحركي الزائد، الازمات العصبية الحركية.
- برودة الأطراف و تصيب العرق، اضطرابات معدية.
- اتساع حدقة العين، اضطراب في عملية الإخراج و التبول،
- الصداع المستمر الذي لا يهدئه الاسبرين.

- اضطراب التنفس و عسره و نوبات التنهد و الشعور بالضيق في الصدر.
  - اضطراب الوظيفة الجنسية عند الرجال و بالبرود الجنسي عند النساء.
  - الازمات العصبية الحركية المتمثلة في ( قتل الشعر أو الشارب، تقضييب الجبهة، رمش العينين، رمش المنخرين، مسح الانف و الاذن، اختلاج الفم، عض الشفاه، مص الابهام، قضم الاضافر، هز الكتفين، هز القدم).
  - ارتفاع ضغط الدم و ارهاق الحواس و تقبض القلب.
  - فقدان الشهية او عسر الهضم و الاسهال او الإمساك، المعص الشديد.
  - آلام عضلية بالساقين و الذراعين و الظهر و الرقبة.
  - كثرة التبول أو العكس كاحتباس البول رغم الرغبة الشديدة في التبول.
  - ارتجاف الصوت و تقطعه.
  - الافراط في نشاط الجهاز العصبي الساقى و التنظيم الساقى ك العرق و الاغماء.
2. الاعراض النفسية:

و تشمل القلق العام و القلق على الصحة و عدم الاستقرار و الشعور بالانعدام الامل و الراحة النفسية و الحساسية المفرطة و سرعة الاثارة، الخوف الشديد حيث يكون الفرد خائفا لا يعرف مصدر الخوف، عدم الشعور بالامن و الضيق و توهم المرض، عدم القدرة على التركيز و الانتباه، عدم الثقة و الطمأنينة و الرغبة في الهروب من مواجهة المواقف، توقع حدوث شيء ما دون معرفة ما هو ذلك شيء، و هذا بالإضافة الى الشك و التردد في اتخاذ القرار و يمكن تلخيص الاعراض النفسية فيما يلي:

- شدة التوتر مع الخجل و زيادة الحساسية لرأي الغير.
  - الشعور بتأنيب الضمير مع كل صغيرة و كبيرة.
  - التردد في اتخاذ القرارات بسرعة.
  - سرعة الاثارة و عدم الاستقرار و الشعور بانعدام الامن و الراحة.
  - الشعور بالخوف الدائم مع عدم معرفة مصدره.
  - الانشغال بأخطاء الماضي و سرعة التهيج و ضعف القدرة على التركيز.
  - شرود الذهن و ضعف القدرة على العمل و الإنتاج و سوء التوافق الاجتماعي.
  - الاكتئاب العابر و التشائم.
  - القلق العام و القلق على الصحة و العمل و المستقبل.
3. الاعراض النفس جسمية:

تتمثل فيما يطلق عليه بالامراضالسيكوسوماتية أي تلك الامراض العضوية التي يسببها القلق او يلعب دورا هاما في نشأتها او زيادة اعراضها مثل:

- الضجة الصدرية و الربو الشعبي و الجلطة الشرايين التاجية.
- الروماتيزم المفاصل و البول السكري، قرحة المعدة و القلون العصبي.
- الصداع النصفي و فقدان الشهية العصبي.

و يضيف عطوف ياسين عددا من الاضطرابات الفيسيولوجية و التي من بينها برودة الأطراف و ارتجافها و خصوصا الايدي، اضطرابات النوم، اضطرابات التنفس، فقدان الشهية، الصداع، الشعور بالدوار و الدوخة، كما يشيع أيضا آلام الرقبة و الظهر و حدوث الرعشة و الالام عند القيام بأي حركة، و ربما يظهر عدم الاستقرار و الرعونة في الاثيان بالحركة الدقيقة، حدوث رجفة الصوت.

يضاف الى ذلك حدوث اضطراب في الوظائف الجنسية عند الرجل و الذي يظهر في تأخر القذف او العجز في البقاء منتصبا لبعض الوقت او عدم القدرة على الانتصاب نهائيا، بينما يظهر عند الانثى في صورة من اعراض عن الفعل الجنسي.

اما الاضطرابات السيكوباتولوجية فتظهر في الشعور بالخوف الشديد و توقع الاذى و المصائب، و عدم القدرة على التركيز و الانتباه و الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة و العجز و عدم الثقة و الطمأنينة، و الرغبة في الهروب من الواقع عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة.

#### 4. الاعراض الاجتماعية:

يكون الشخص القلق غير مستقر و يخشى ان يرتب خطأ و يجد صعوبة في الوصول لقرار معين، و لذلك فهو يفضل عدم اتخاذ قرار خاطئ، انه حساس جدا للفشل، و خاصة الفشل الخلقي و اذا اقبل على اتخاذ قرار بعمل ما فانه يندم على ذلك، و قد يتحول شعوره بالسخط الى عدوان ضد نفسه او ضد الاخرين بل انه قد يعتدي على اولئك الذين يعتمد عليهم، سوء التوافق مع الاخرين من خلال النرفزة عليهم و اتهامهم بالعديد من الصفات التي تقود في النهاية الى سوء العلاقات مع الاخرين، و الذي يعكس بدوره على العمل و الإنتاج و التواصل السوي و يلاحظ هذا التوتر في الحياة الزوجية حيث تبدأ الام القلقة في ضرب و عقاب اولادها على اقل سبب ثم تندم و تكي بعدها، يثور الزوج على زوجته من إجابة عادية و يتهمها بأنها تتعدى على كرامته، و تصبح هذه الاثارة تاغصيبية مصدر النزاعات العائلية بل و أحيانا تحطم الحياة الزوجية.

#### طرق قياس القلق:

يعد القلق سمة من سمات الشخصية و التي يمكن قياسه كغيره من السمات و هناك طريقتان لقياس القلق.

##### 1- الطرق الاسقاطية:

تعتبر الأساليب الاسقاطية من الأدوات الهامة التي يستعين بها السيكولوجي لكشف جوانب المختلفة في الشخصية، و تشخيص حالات الفرد السوية و المرضية، و معرفة ما يعانيه من مشكلات أي ان الأساليب الاسقاطية هي واحدة من أدوات عديدة يستخدمها السيكولوجي في اصدار الاحكام و التقدير و في وصف و فهم العديد من البيانات المتنوعة و المعطيات المختلفة ليكون افتراضه و تنبؤاته عن حالة الشخص يعرض الفاحص على مفحوصه في هذه الطريقة مثيرا غامض و يطلب منه تفسير الاستجابات و هكذا يع إعطائه التعليمات الخاصة بكل رائز و من بين أشهر الاختبارات الاسقاطية: اختبار الروشاخ، اختبار تفهم الموضوع.

##### 2- الطرق الموضوعية:

و سميت بالموضوعية لعدم تأثر نتيجة اختبار المفحوص بالذاتية المصحح بالعوامل الشخصية المؤثرة فيه فلا يعطى المفحوص درجة لا يستحقها لاي عامل مؤثر بل لابد و ان يحتكم المصحح اثناء التصحيح الى معايير ثابتة و دقيقة وواضحة حتى يأخذ المفحوص ما يستحقه في الامتحان دون زيادة او نقصان.

يتبع مصمم الاختبار في هذه الطريقة أسلوب الاستعانة بتقارير عن سلوك الفرد فيقوم بوضع أسئلة او عبارات تمثل الموضوع او الظاهرة المختلفة للسمة المراد قياسها منها الاستبيان. و اكتشفت هذه الطريقة خلال الحرب العالمية الأولى من طرف العالم وودورث و الذي وضع مجموعة من الأسئلة تشبه تلك التي يضعها او يسألها الاخصائيين النفسانيين لفحص الجنود من الناحية الانفعالية و من جملة هذه الاختبارات اختبار SPELBERGER و هي من اهم الاختبارات الموضوعية التي تقيس القلق. كذلك يوجد مقياس تايلور للقلق الصريح، و نجد أيضا مقياس هاملتون لتقدير مدى القلق، مقياس القلق التفاعلي الذي افه لاري، و كذلك نجد مقياس القلق A من اعداد كوستيلو و كومري و قام غريب عبد الفتاح باعداده و تقنينه باللغة العربية و اعداد معايير نائبة لفئات عديدة من الافراد.

## علاج القلق:

### 1- التحليل النفسي:

تتبع من العلاجات الحديثة للقلق عدة أساليب و ذلك وفق إمكانيات المعالج و مدى درايته ب التقنيات و الوسائل العلاجية المتاحة للمريض، و ذلك حسب شدة القلق التي تعاني منها الحالة باعتبار القلق العصابي اكثر الامراض النفسية استجابة للعلاج و من اهم التوصيات العلاجية نجد ما يلي :

ينظر المريض النفسي الى المريض على انه انسان يعيش صراعا بين ثلاث قوى و هي : الهو ، الانا، الانا الأعلى. و ترى ان القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية الا ان حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا أساسيا.

يفيد التحليل النفسي في اظهار الذكريات المطمورة و تحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور و تنفيس الكبت و حل الصراعات الأساسية. و ينظر التحليل النفسي الى المريض على انه انسان يعيش صراعا بين ثلاث قوى هي الهو ( الغرائز) و الانا ( المجتمع) و الانا الأعلى ( المثل و القيم ) و يهدف العلاج بالتحليل النفسي الى تقوية انا المريض و تحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور، و يتم ذلك عن طريق التداعي الحر، تفسير الاحلام و زلات اللسان.

فلاحظ ان العلاج التحليلي يساعد تعليم المريض الاستبصار بصراعاته اللاشعورية مع محاولة التكيف و تعديل الأهداف و تنمية القدرات و يتبين ان العلاج التحليلي يهدف الى حل الصراعات المكبوتة و هذا عن طريق استعمال أساليب و أدوات التحليل النفسي كالتداعي الحر و تفسير الاحلام.

### 2- العلاج السلوكي

يقوم العلاج السلوكي على مسلمة بان القلق يحدث نتيجة في اشتراط خبرة ماضية حدثت للمريض تثير لديه القلق، فمثلا كشخص تعرض لعظة كلب في طفولته ليلا في الظلام لذلك فان جهد المعالج السلوكي ينصب على فك هذا الاشتراط حيث يتم استخدام وسائل العلاج السلوكي ، كتحصين تدريجي او بتدريب مريض القلق العصابي على استجابات الاسترخاء العضلي في حضور مثيرات القلق حضورا واقعيا.

يستخدم بوجه خاص في حالات الخوف المرضي العصابي، و يعتمد على التخلص من الفعل المرضي و تكوين فعل سوي و ذلك بن يمر المريض على الاسترخاء ثم تعرض عليه منبهات اقل من ان تصدر قلقا او تسبب الما ثم زيادة المنبه بالتدرج حتى يستطيع المريض مواجهة موقف الخوف و بذلك يتحقق له الشفاء.

فيظهر ان العلاج السلوكي يركز على القلق انه يحدث نتيجة لمثير اما ان يكون ها المثير خبرة ماضية حدثت في الحياة المريض او خبرات أخرى تثير لديه القلق و يعتمد المعالج أساليب عدة منها الاسترخاء ، التحصين التدريجي، التعزيز.

### 3- العلاج بالارشاد النفسي:

ويمثل الارشاد العلاجي و الارشاد الزوجي و حل مشكلات المريض و تعليمه كيف يحلها و يهاجمها دون الهرب منها

### 4- العلاج الكيميائي:

و يستخدم في حالات القلق الشديد و المزمن و يعتمد على إعطاء المريض لبعض العقاقير التي تخفض من حدة القلق و التوتر العصبي، أي تقديم عقاقير مهدئة و التي يطلق عليها TRAUILLISANT و أهمها المشتقات ( فاليوم، تمستا.. ) و الهدف منها هو الأثر المهدئ الذي تحدثه على جهاز العصبي حيث تخفف القلق كما تسبب في استرخاء عضلات الجسم.

و من هنا نلاحظ ان علاج القلق بالطريقة الكيميائية يبدأ باعطاء المريض العقاقير المنومة و المهدئة في بداية الامر، حين تعمل على التقليل من التوتر العصبي بعد ان تتم الراحة الجسمية يبدأ العلاج النفسي \*



## 5- العلاج بالكهرباء:

لا يستخدم الا في حالات القلق التي يصاحبها اعراض اكتئابية شديدة و يعتمد على تعريض المريض لصدمة كهربائية معينة تعيد تنظيم الموا الكيميائية و الهرمونات العصبية التي تصل بين قشرة المخ و الهيبوتلاموس.

## 6- العلاج الطبي:

وذلك باستخدام المسكنات و المهدئات و العقاقير المضادة للقلق و قد وجد ان العلاج النفسي المختصر مع استخدام العقاقير النفسية الوهمية كان فعال كذلك استخدام التنبيه الكهربائي و العلاج المائي في بعض الأحيان.

## 7- العلاج الجشطالتي:

و يركز هذا العلاج على خبرات الفرد الواعية و بذاته و بيئته باعتبارها محور حياته و يتم ذلك باستخدام بعض الفنيات مثل فنية المقعد الخالي حيث يجلس المريض على مقعد و أمام مقعد خال يتخيل جلوس شخص اخر عليه و يبدأ في حوار تخيلي مع الشخص و ذلك فنية الاسترخاء و التنفس العميق لاعادة الانتعاش الحيوي الى الفرد و غير ذلك من فنيات .

## 8- العلاج الذاتي:

هو ذلك الأسلوب الذي يمارسه الشخص دون تدخل خارجي فالعلاج الذاتي يعطي للشخص الفرصة ليفعل كل شيء بنفسه من خلال الترغيب و الترهيب و المكافأة و العقاب و هذا الاتجاه يعود الى زمن قديم في عبارات سقراط اعرف نفسك بنفسك، و قد تطور العلاج الذي يقوم على تنمية قدرات الشخص بواسطة طريقة الباحث كارل روجرز و العلاج عن طريق ذات يمكن الفرد الكشف عن خبايا حالته و بالتالي السيطرة عليها و من بين هذه الأساليب الحوار مع النفس أي كل فرد يستطيع ان يخلص نفسه من القلق الذي يملكه اذ تمكن من تغيير أفكاره او تعديلها.

ان هناك عدة طرق لعلاج القلق كما سبق و تطرقنا اليها، و القلق اكثر الاضطرابات الانفعالية استجابة للعلاج و يختلف العلاج من شخص الى اخر حسب شدة درجة القلق و حسب الطريقة التي يتبعها المعالج في ذلك، فالعلاج الكيميائي يعتمد على مجموعة من العقاقير المهدئة تقدم الى الفرد بهدف استرخاء العضلات و التقليل من القلق اما العلاج التحليلي الذي يعتمد على أسلوب التداعي الحر و تفسير الاحلام لحل الصراعات التي يعاني منها الفرد و التي تؤدي الى القلق و العلاج السلوكي الذي يستعمل التحصين التدريجي و الاسترخاء و غيرها للتغلب على القلق الذي اثاره خبرة ماضية مؤلمة، أما العلاج الذاتي فيقوم به المريض بنفسه أي يعالج نفسه بنفسه بالحديث الإيجابي مع الذات، و السيطرة على مشاكله و تغيير أفكاره غير منطقية بأفكار منطقية تؤدي به الى تغييرات سلوكية.

## الخلاصة :

كخلاصة لما تطرقنا لعرضه في هذا الفصل نستخلص ما يلي :

يعتبر القلق أحد العوامل الأساسية المفجرة للعديد من الاضطرابات النفس جسمية و تختلف أنواعه كما يمكن أن يكون اضطرابا في حد ذاته أو يكون عرضا لاضطرابات نفسية أخرى مثل الاكتئاب و الذي سأعرضه لكم في الفصل الثالث .

## الفصل الثالث: الاكتئاب:

- تمهيد
- مفهوم الاكتئاب و تعريفه
- النظريات المفسرة للاكتئاب
- تصنيف الاكتئاب
- أسباب الاكتئاب
- أعراض الاكتئاب
- علامات و أعراض الاكتئاب حسب الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع
- الفرق بين الاكتئاب العصبي و الاكتئاب الذهاني
- تشخيص الاكتئاب
- التشخيص الفارقي
- علاج الاكتئاب
- خلاصة

### تمهيد:

يعد الاكتئاب من بين الأعراض المصاحبة لكل اضطراب يعاني منه الفرد و في هذا الفصل سنعرض لكم مفهومه و بعض الشرح المفصل له.

## مفهوم الاكتئاب و تعريفه:

تشير الدراسات الاكلينيكية كتابات المتحدثين عن الاكتئاب على انه مرض طبي نفسي قديم، يصاب به عدد غير قليل من الناس، و هذا المرض له علاقة قوية بالانتحار، و يأتي مصطلح الاكتئاب من كلمة ( كئب ) أي معنى تغيرت نفسه و انكسرت من شدة الهم و الحزن.

واتسع مصطلح الاكتئاب ليكون اكثر من ذلك، فهو حالة اضطراب لها عواقبها وخيمة ولا بد من معالجتها عند الفرد المصاب، و هذه الحالة بمثابة استجابة لفقدان انسان عزيز او شيء مهم.

ويعرف ( انجرم، 1994 ) الاكتئاب بانه اضطراب مزاجي او وجداني يتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق تقلبات المزاجية الأخرى.

و يعرفه " أحمد عكاشة " بأنه مرض يتضمن أفكار سوداوية و التردد الشديد و فقدان الشهية للطعام و الشعور بالاثم و تقليل من قيمة الذات و عدم القدرة على اتخاذ القرارات و المبالغة في الأمور التافهة و الارق الشديد و الشعور بالاوهم المرضية و المعاناة من بعض الأفكار الانتحارية.

و يرى "روكلين" ان الاكتئاب حالة مزاجية تتسم باحساس بعدم القيمة و الشعور بالكآبة و الحزن و التشاؤم و نقص النشاط و تتضمن اضطرابات طيفا من الاختلالات النفسية التي تختلف في التكرار و المدة و الشدة.

و يعرف الاكتئاب بأنه حالة من الاضطراب النفسي تبدو اكثر ما تكون وضوحا في الجانب الانفعالي لشخصية المريض حيث يتميز بالحزن الشديد و الأس من الحياة، ووخز الضمير، و تبكيه القاسي على شرو لم تركيبها الشخصية في الغالب بل تكون متوهمة الى حد بعيد.. و كثيرا ما تصاحب حالات الاكتئاب هذاتو هلاوس تسننها و تدعمها و حالات الاكتئاب لا تصيب الوظائف الذهنية باضطراب خطير و لا يختلف عنها تدهور العقلي كما ان نسبة الشفاء منها اعلى بغيرها من الامراض النفسية الأخرى.

يعتبر الاكتئاب من اكثر الظواهر النفسية انتشارا و ان أي واحد منا قد يمتلكه في وقت من الأوقات شعور بالحزن أو الضيق أو اننا نشعر باضطراب يمنعنا من ممارسة أنشطة الحياة المعتادة، و كل هذه العلاقات هي دلالة على الاكتئاب النفسي..

## النظريات المفسرة للاكتئاب:

### (1) النظرية البيولوجية:

هي التي ترجع أسباب الاكتئاب لعوامل الوراثة، اضطرابات الغدة الدرقية، اضطرابات الجهاز العصبي و لاثبات دور الوراثة في ظهور الاكتئاب قام بيك بملاحظة و دراسة 500 حالة مصابة بالاكتئاب داخلي المنشأ من خلال الرجوع الى سوابق العائلية لهؤلاء الأشخاص فوجد ان أغلبية العينة كان لهم على الأقل واحد من أقاربهم يعاني من هذا الاضطراب و يمكن ملاحظة اضطراب الغدد الصماء في فترات الطمث حين تكثر الشكوى لدى النساء في هذه الفترة من توثر داخلي و صداع و انتفاخ البطن والام الثدي و سهولة التهيج العصبي و الانفعال و كثرة البكاء و تدل الأبحاث ان 10 الى 15 من المترددات على عيادات النساء و الولادة فريسة هذه الاعراض كما ان في حالات الاكتئاب تضطرب الدورة الشهرية او

ينقطع الطمث، و تزداد نسبة المرض بعد سن البلوغ و سن اليأس و كل هذه الاعراض تصاحبها اضطرابات هرمونية خاصة في الغدد الدرقية.

اما اضطرابات الجهاز العصبي فنجدها في حالات شلل الرعاش، تصلب شرايين المخ، اورام نقص الجبهي، حالات الصرع النفسي الحركي حالات الإصابة بالأنفلونزا حيث نلاحظ اعراض الاكتئاب على الافراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات كما ان بعض العقاقير من حافظات ضغط الدم و التي تدخل في تمثيل مادة الادرينالين في الجسم تسبب الاكتئاب و قد وجد أيضا ان زيادة في نسبة الصوديوم في الجسم ب 50% عن المستوى العادي يكون حالات الاكتئاب، اما زيادة 20% فنجدها في نوبات الانبساط كما ان اضطراب الطاقة الكهربائية في السيلالات العصبية نتيجة اختلاف توازن معادن الصوديوم و البوتاسيوم يؤيد هذه النظرية. كما وجد ان اضطرابات الهرمونية يؤثر في الهيبتوتالاميسو الجهاز طرفي في المخ حيث تختص هذه المناطق بالانفعالات و التغيرات الوجدانية المختلفة.

### (1) نظرية التحليل النفسي:

ورد في الموسوعة الدولية للطب العقلي و علم النفس و التحليل النفسي ان علماء مدرسة التحليل النفسي يعتقدون انه يوجد عوامل تهية شخصية الطفل لتكون مستعدة لظهور المرض عند الكبر حيث ان الطفل الذي نشأ ولديه شعور بالخوف من الوحدة و القلق عادة لا يخاف من فقدان موضوع الحب ( الام التي تتركه وحده مثلا) بالإضافة الى ذلك فانه يشعر بالغضب لأنه يترك وحيدا، فهو ينمي مشاعر و اتجاهات عدوانية اتجاه الذات.

و قد وضع "بولبي" هذا الاتجاه في ابحاثه، و ذلك عند ملاحظته لاطفال صغار تتركهم امهاتهم في دار الحضانة لبعض الوقت حيث وجد انهم يسلكون سلوكا يتصف بالاعتراض، ثم اليأس ثم التجاهل و الإهمال.

اما بالنسبة لـ"أبراهام" ان الصراع الداخلي للملاناخوليا ينطلق من الإمكانيات الطبيعية للكراهية لدى الشخص نحو العالم الخارجي حيث ان "أبراهام" ينطلق من قول ' لا استطيع ان احب اخرين لا يحبونني و هم يكرهونني لاني اتميز بنقص فطري في هذه القدرات لذلك انا حزين و مكتئب' و بالتالي فان المحاولات المتكررة للميلاناخوليا من اجل حجز و كبث هذه العدوانية تولد لديه قلقا حادا و شعورا عميقا بالذنب و كبث هذه النزوات السادية يزيد من حد القلق و الاكتئاب و الشعور بالذنب و هذا كله يمكن ان يؤدي الى انقلاب هذه المشاعر نحو الذات الى ما يسمى بالمازوشية.

اما بالنسبة لـ"فرويد" فان الحداد و المنخوليا متشابهان من الناحية العيادية ، نفس التعب الفكري، نفس فقدان الاهتمام بالعالم الخارجي، نفس التخلي عن النشاطات التي ليس لها علاقة بالموضوع المفقود و كذلك عدم القدرة على اختيار موضوع جديد للحب.

لكن ان الفرد يجد ان الحداد فيه فقدان حقيقيا للموضوع و الذي ينتج عنه نظرة تشاؤمية سوداء لما يحيط بالفرد و لا يجد التقرير السلبي للذات او الشعور بالذنب بينما الميلاناخوليا هي حداد غير كامل الان الموضوع المفقود ليس دائما شعوريا متعلقا بموضوع فهو حداد ناقص غير ناجح لان فقدان غير معروف بل مجهول حيث لا يمكن تحمل مسؤولية تجنب فقدان الموضوع ، فالشخص يرتبط بالموضوع و فقدان الموضوع يصبح فقدان الأنا، و العدوانية الحادة المتعلقة بالموضوع المفقود في الميلاناخوليا تجعلها تنقلب ضد الشخص بذاته.

اما "ميلاني كلاين" فترجع الاكتئاب الى اضطراب في طبيعة العلاقة القائمة بين الام و الطفل و تمثل الوضعية الاكتئابية بالنسبة لها مرحلة أساسية في النمو السيكولوجي لكل فرد.

بينما المحللون النفسانيون الاخرون يؤكدون على العلاقة بين الاكتئاب و الحرمان العاطفي المبكر للرضيع.

### (1) النظرية السلوكية:

تم تعريف الاكتئاب على انه: " نقصان في تواتر السلوكيات المكيفة المتعلقة و هذا حسب قوانين التعلم." اما تعلم السلوكيات الاكتئابية فيستدعي تدخل ميكانزمات الاشرط الرجعي لبافلوف و الاشرط السلوكي لسكينر او التعلم الاجتماعي لبيندورا.

ان الغياب النسبي للعوامل المعززة في المحيط الفرد تلعب دورا أساسيا في تطور و حفاظ على الاكتئاب نتيجة اما انخفاض في كمية التعزيزات الإيجابية او بالعكس نتيجة كمية مرتفعة للعقاب.

اما الاعراض الجسمية التي تصاحب الاكتئاب ، فتمثل استجابات غير اشتراطية تشتت مع ميكانزمات الانطفاء الذي ينتج عنه انخفاض في قيمة هذا التعزيز الايجابي او الزيادة المرتفعة للعقاب. اما المعارف السلبية مثل : اليأس و انخفاض قيمة الذات و الاحاسيس السلبية المختلفة فتعد صعبة لتفسيرها للأخرين و لأنفسنا و لماذا نشعر بهذا الألم.

و ضمن النظريات السلوكية للاكتئاب أقيمت فرضيات تهتم بأصل السلوكيات التي نجدها في الاكتئاب الارتكاسي حيث يوصف المكتئب كلاسكيا على انه فرد لديه أفكار عجز.

ان القيمة المنخفضة للتعزيز يمكن ان تكون تابعة لتعاقب الظروف المحيطية السيئة و لم يسمح بالحصول على تعزيزات إيجابية موجودة ( عدم الكفاءة الاجتماعية او وجود إشكالية في العمل) او ترجع الى عدم تعاقب الظروف او المعارف السلبية فتعد ثانوية، و تتمثل في تصور غير ملائم بين المعاش و أسبابه و يكون في الاختلالات المعرفية مثل: انا مريض (اعراض جسمية)، انا لست في المستوى (انخفاض قيمة الذات) انا حزين (إحساس بالحزن) كلها تقود الى سلسلة من النتائج او العواقب السلوكية السلبية ( إحساس بعدم الجدوى من البحث عن الحل)

ومهما يكن الامر فقد سمحت البحوث بتقديم توضيحات عدة و هكذا فالشيء المؤكد ان المكتئبين يظهرون سلوكيات اقل مقارنة بالافراد العاديين.

و من جهة أخرى فالحوادث الوجودية المرتبطة بالمزاج هي التي تلعب دور التعزيزي عند كل الناس كذلك. في حين توجد علاقة حساسة بين هذه المظاهر و ظهور العناصر الاكتئابية.

## (2) التفسير البيئي للاكتئاب:

تتركز تفسيرات العلماء الذين يؤمنون بأثر البيئة الاجتماعية البالغ على إصابة الافراد بالاكتئاب على علاقة الفرد و المجتمع بالبيئة الاجتماعية هي التي تشكل عقليات و عواطف و وجدان و حتى الاحلام و بالتالي فان العلاقة بين الفرد بالمجتمع الذي يعيش فيه تجعله اما راضيا او غاضبا ، سعيدا او متألما، ناجحا أو فاشلا.

و هذه العلاقة لها شقان : الأول: هو العطاء من الفرد للمجتمع . و الثاني: هو إحساس الفرد بحاجة المجتمع له . فاذا توازن الشقان فان الانسان يكون متوازنا بقوة كافية لعدم تعرضه للهزات و الاختلالات و الاحداث الصعبة الطارئة فلا يقع ضحية الكآبة أو غيرها من الامراض النفسية حيث لوحظ في الدول المتخلفة ان الفقر و إحساس بالتهديد يشكلان ضغوطا شديدة تؤثر على نفسية الفرد و تزيد من عدد المصابين بالاكتئاب.

## (3) النظرية المعرفية:

لقد ركزت النظريات المعرفية على الأفكار المختلفة في الانتقال من التجارب الاشرطية السلبية الى سلوكيات الاكتئابية و في إقامة نماذج معرفية اكثر تمثيلا للاكتئاب. و سنعرض ضمن هذا المتنازل:

- عجز المتعلم:

حاول "سليمان" بناء سيقا تجريبيا يسمح عند الحيوان بقياس دور الظواهر المنفردة و لقد وضح ظاهرة العجز المتعلم الذي يمكننا ترجمتها ب: " اليأس المتعلم وهي ظاهرة شبيهة بالاكتئاب".

وحسب هذا النموذج يعتقد المريض انه ليس بإمكانه التحكم في الاحداث فالالاكتئاب يعد نتيجة للاحداث المعيشية غير المتحكم فيها، فعندما يواجه الفرد وضعيات ويكون لديه تفكيراً له ميزة خاصة هي التسبيق أي تسبيق الفشل. و بالتالي تعلم استجابة العجز و من هنا ينتج النقص في المبادرة الذي يترجم بالسلبية و بطئ في التفكير و اختلالات معرفية تؤدي بالمكتئب الى التفكير بأن كل عمل مآله الفشل، و أخيراً اضطرابات عاطفية التي تظهر في احساس احتقار الذات و هو العرض الرئيسي للاكتئاب.

اذن فالامر يتعلق بنمط الانتساب الى السببية الذي يعتبر دائماً غير ملائم بالنسبة للفرد، فالفشل ينتسب لاسباب داخلية و مستقرة و مؤقتة أو شاملة في قدرتها على التكرار في كل الوضعيات في حين نجد ان النجاح يرتبط بأسباب خارجية مستقلة عن الفرد او غير مستقلة وخاصة بوضعية معينة و غير قابلة للتكرار.

لقد فرض سليقمان هذا النموذج لتفسير الاكتئاب على انه نتيجة لتجارب و وضعيات لم يكن من الممكن تفاديها ( فقدان موضوع عاطفي، مرض، موت ، فراق...) كل هذه المظاهر قادت الشخص الى ادراك مختل فالاعراض التمهيديّة المعرفية و العاطفية للاكتئاب تكون نتيجة لعدم مراقبة الاحداث، فالخلل في التمهيّد يخص زمن الكمون بين المثير و الاستجابة الذي يعدّ طويلة أكثر من العادة و الذي يمتاز بالسلبية و التباطؤ في التفكير.

بناءً على هذا تعرض الفرد الى وضعيات عدم الرقابة لا يعني انه سيصبح عاجزاً لكن لا بد ان يصل الى توقع عدم إمكانية التحكم في الاحداث حتى يقدم على ظاهرة العجز المتعلم.

- تناول المعرفي لبيك:

بالتوازن مع الاعمال التجريبية لسليقمان طور بيك نموذجاً معرفياً سلوكياً للاكتئاب يركز خاصة على تجاربه الاكلينيكية و الدراسة المنظمة للتفاعلات بين التفكير و السلوك و العالم الخارجي.

فقد اعتبر بيك و شركائه "روش وشاو وايمري" للاكتئاب على انه خلل في التفكير اما اعراض التناذر الاكتئابي فهي نتيجة استثارة اشكال معرفية.

القائمون على هذه النظرية يسلمون بوجود اشكال و بناءات معرفية ، هذه الاشكال عبارة عن تصورات منظمة لتجارب سابقة التي تصبح قواعد عامة تمتاز بأصالتها و معتقداتها او مسلمات الصامتة.

حسب بيك فاضطراب في التفكير هي مشكلة سيكولوجية الأساسية بالنسبة للاكتئاب. فالافكار او المعارف المكتئبة هي التي تحدد الاحساس و السلوكات المكتئبة ان مواضيع هذه المعارف الاكتئابية قد تم تلخيصها من طرف بيك ضمن " الثلاثية المعرفية السلبية" و المتمثلة في النظرة السلبية للذات و العالم الخارجي و المستقبل و التي نشاهدها في الاكتئاب.

وسنقوم بإعطاء تفسير لهذه الثلاثية المعرفية لبيك، لقد كان بيك و روست عام 1878 هما من توصل الى وضع الثلاثية المعرفية و هي كالتالي:

- رؤية سلبية لذات:

يرى المكتئب نفسه كإنسان غير مؤهل لا يصلح لشيء عاجز عن تحقيق السعادة النفسية.

- رؤية سلبية للعالم الخارجي:

أي ان المكتئب يدرك في العالم الخارجي مجموعة من العناصر تعيقه عن تحقيق أهدافه.

- رؤية سلبية للمستقبل:

المكتئب لا يرى اية نهاية ممكنة للوضعية التي يحلها و هذا على مستواه هو و على مستوى الاحداث الخارجية كذلك.

ان هذا الشكل حسب بيك و مساعديه الذي استخلص التجربة الشخصية للفرد المكتئب الذي يظل غير فعال او غير نشيط و لا يبدي الا تأثيرا بسيطا حتى تتم استثارته عن طريق مجموعة خاصة من المثبرات المحيطة التي تدخل كعامل آخر مع الشكل.

ان نموذج بيك يفسر صعوبة وجود الاعراض الجسمية للاكتئاب اذ يظن انه لا توجد هناك علاقة بين المعارف الاكتئابية و التباطؤ الحركي او التعب النفسي مثلا، وزيادة على هذا فهو يقترح ان الرموز التباينية يمكن تفسيرها كملازمات فيزيولوجية للاضطراب نفسي معين.

### تصنيف الاكتئاب:

1. الاكتئاب المصحوب بسومات سوداوية (mélancolie) و يشخص وفقا لتشخيص الرابع-DSM-

: IV

- شعور شديد بالذنب ليس لديه مبرر كاف.
- فقدان الشهية و نقصان الوزن الشديد.
- بطئ حركي او فرط حركي.
- الاستيقاظ في ساعات مبكرة من الصباح.
- يزداد الاكتئاب سوء في الصباح و بصورة منظمة.
- وجود علامة او اكثر من العلامات التي تميز الوجدان المكتئب

2. الاكتئاب المزمن (chronique depression):

- تستمر لمدة تزيد عن سنتين على الأقل.
- اكثر حدوثا لدى الذكور من المسنين.
- تصيب اكثر الأشخاص الذين يسيئون استخدام المخدرات او الكحوليات.
- تكون الاستجابة للعلاج ضعيفة .

3. الاكتئاب الموسمي:

- تصيب الأشخاص مع قصر ضوء النهار في فصلي الشتاء و الخريف.
- يختفي هذا النوع في فصلي الربيع و الصيف.
- يتصف المصاب به بفرط النوم، الافراط في التهام الطعام و البطئ النفسي.

4. الاكتئاب النفاس:

- يصيب النساء اللاتي سبقت اصابتهن باضطراب وجداني او اضطراب نفسي آخر في معظم الأحيان.
- تظهر نوبات الاكتئاب الشديدة اثناء الأسبوع الرابع من الولادة تشتمل اعراض ذا النوع من الاكتئاب بالعلامات الاتية: الارق، عدم الثبات الانفعالي، شعوره بالانهكلا قلمجهو، التفكير في الانتحار.
- قد تنتاب الام معتقدات ضلالية تدور حول مقتل ولدها.
- قد تظهر خلال حالات النفاس، نوبات من الهوس، نوبات مختلطة، اضطراب ذهاني مختصر.

5. الاكتئاب اللانمطي: السمات تصف بالاتي:

- زيادة الوزن.
- كثرة النوم.
- تصيب النساء أكثر من الرجال.

6. اكتئاب الطفولة: و يتصف بالاتي:

- تنطبق عليه نفس العلامات و اعراض الاكتئاب الراشدين.
- قد يظهر بصورة مقنعة ، من خلال قيام الطفل بسلوكيات الاتية:

- هروب الطفل من المنزل.
- عدم انتظام في الدراسة.
- معاناة من الخوف ( الرهاب) مرضي من المدرسة

➤ سوء استعمال المواد المخدرة.

7. الاكتئاب المزدوج:

- تبلغ نسبة المصابين بهذا المرض من 10 الى 15%
- يطلق على المرض اضطراب عسر المزاج الذين يصابون بالاكتئاب.

8. الخوف الكاذب:

- يصيب المسنين عادة.
- يحدث بكثرة ما بين المرضى الذين سبقت لهم الإصابة باضطراب وجداني.
- يطلق على حالات الاكتئاب التي تتبدى من خلال اعراض تشبه الخوف.
- تسبق ظهور هذا المرض معاناة الشخص من قصور معرفي.
- يستجيب الخوف الكاذب للعلاج من خلال محورين:

➤ الصدمات الكهربائية.

➤ مضادات الاكتئاب.

9. فئات اكتئاب لم يسبق تخصيصه:

يطلق على السمات الاكتئابية التي لا تنطبق عليها معايير اضطراب وجداني محدد مثل:

- أ. اضطراب الاكتئابي الخفيف.
- ب. اضطراب الاكتئاب المختصر المتكرر.
- ج. اضطراب سوء المزاج السابق على حدوث الدورة الشهرية.
- د.

أسباب الاكتئاب:

- اثناء فترات الانفعالية الكبرى بالحياة مثل: الطلاق او الانتقال من سن المراهقة الى سن الرشد.
- ضغوط العصبية الشديدة.
- العيش مع افراد آخرين من الاسرة مصابين بالاكتئاب.
- يعاني غالب الأشخاص المصابين بالقلق و الوسواس القهري و الاضطرابات النفسية الأخرى من الاكتئاب.
- مشاكل في العلاقات مع الآخرين.
- ضعف الصحة.
- الاعتناء بصحة شخص لمدة طويلة.
- متاعب و مشاكل مادية.
- مشاكل لها علاقة بالعمل.
- نزاعات مازالت عالقة.
- تراكم المشاكل لدرجة لا يستطيع الشخص تحملها.
- عوامل فيزيولوجية كتدني مستويات هرمون الغدة الدرقية ( قصور الغدة الدرقية )
- عوامل متعلقة بنمط الحياة كالاسراف في تناول الكحول او تعاطي المخدرات.
- يمكن ان يظهر الاكتئاب فجأة دون ان تتوفر اية عوامل واضحة و هذا ما يعرف بالاكتئاب الداخلي المنشأ.
- هناك دليل على ان لبعض الأشخاص ميلا جينيا للاكتئاب تنتيره حادثة او مجموعة من الاحداث.

اعراض الاكتئاب:

من اجل المساعدة في توضيح مفهوم الاكتئاب وافق الباحثون بصفة عامة على مجموعة من الاعراض المرتبطة بالاكتئاب، فالأكتئاب يعبر عن مجموعة من الاعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء بالزملة الاكتئابية (dépressive syndrome) و تتمثل اعراض الاكتئاب في اربع فئات أساسية:



1. الاعراض المزاجية ( mond symptômes ) و تعتبر تلك الاعراض بمثابة الشكل المحدد و الأساسي للاضطرابات الوجدانية مثل حدوث مزاج حزين معظم اليوم تقريبا كل يوم لمدة أسبوعين على الأقل.
2. الاعراض الدافعية (motivationnel symptômes)و تتمثل الاشكال السلوكية التي تشير الى التوجه نحو الهدف فالناس مكتئبون غالبا ما يعانون قصورا في هذا المجال و قد يجد البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل.
3. الاعراض البدنية (somatic symptômes) و تشير الى التغيرات الجسمية التي قد تصاحب الاكتئاب و تشمل تغيرات في أنماط النوم و الشهية و الاهتمام الجنسي.
4. الاعراض المعرفية (cognitive symptômes) و تشير الى قدرة الافراد على التركيز دائما و اتخاذ القرار و كيفية تقويمهم لانفسهم.

#### سوأوضح سترونجمان (strongman) خمس سمات للشخصية الاكتئابية:

1. مزاج حزين و فتور الشعور
2. مفهوم سلبي عن الذات يتضمن تأنيب الذات و لومها.
3. رغبة في تجنب الأشخاص الاخرين.
4. فقدان الشهية العصبي و الرغبة الجنسية.
5. تغير في مستوى النشاط عادة اتجاه الكسل و أحيانا اتجاه استشارة.

#### أعراض الاكتئاب وفقا للتشخيص الاحصائي الرابع DSM-IV:

1. وجدان مكتئب طوال معظم ساعات اليوم.
  2. انخفاض ملحوظ في اهتمامات و الشعور باللذة في كافة الأنشطة أو معظمها في اغلب الأيام.
  3. انخفاض في الوزن بصورة كبيرة رغم اتباعه نظام حمية خاص او حدوث ازدياد في الوزن على ان تتجاوز الزيادة بنسبة 5% من وزن الجسم في الشهر الواحد.
  4. الارق و فرط في النوم.
  5. البطء الحركي أو الافراط الحركي يوميا و على وجه التقريب.
  6. سرعة الشعور بالاجهاد و ضغط النشاط اليومي.
  7. الشعور بالدونية أو فرط الشعور بالذنب دون مبرر كاف، ضعف القدرة على التركيز و التفكير ووجود صعوبات في اتخاذ القرارات اليومية.
  8. كثرة الأفكار المرتبطة بالموت و ما بعده، وجود أفكار انتحارية او التخطيط الانتحاري.
- ملاحظة:**

لكي نشخص نوبة الاكتئاب لابد من توفر 5 اعراض او اكثر من الاعراض السابقة:

- ان يعاني الشخص من هذه الاعراض لمدة أسبوعين متصليين.
- ان نلاحظ وجود تغيرات في قدرة المريض.
- يشترط ان تؤدي الاعراض الى معاناة ظاهرة او تعطل في الوظائف الاجتماعية او المهنية او غيرها من المجالات المهمة.
- يشترط ان لا تكون الاعراض نتيجة فيزيولوجية مباشرة لتعاطي مادة مخدرة او دواء نتيجة مرض جسدي عام.
- ان لا تنطبق على الاعراض معايير الفجيرة أي حزن ناتج عن وفاة شخص محبب و قريب من نفس الشخص

#### علامات و اعراض الاكتئاب:

- عدم المبالاة و الاكتراث بشكل عام.
- تدني مستويات النشاط بشكل متواصل.

- وجع الظهر.
- حزن دائم.
- ضعف في الذاكرة.
- الصداع.
- اضطراب المعدة
- مزاج سيء باستمرار.
- عدم القدرة على مواجهة الصعاب.
- الارق او الاستيقاظ باكرا في الصباح ( رغم ان البعض يميل الى الافراط في النوم ).
- فقدان الرغبة في ممارسة الجنس.
- فقدان الشهية ( رغم ان البعض قد ينتابه شهية مفرطة).
- فقدان التركيز.
- قلة الاهتمام بالنفس.
- الشعور بالذنب.
- القلق.
- وساوس سقيمة و خيالات وهمية و أفكار غير عقلانية.
- التفكير في إيذاء النفس.
- الهياج و عدم الاستقرار البدني.

#### الفرق بين الاكتئاب العصابي و الاكتئاب الذهاني:

ان الفرق بين الاكتئاب العصابي (neurotic depression) و الاكتئاب الذهاني ( psychotique depression) هو ان الأول اقل حدة من الثاني و أسبابه لا تدخل في ماضي المريض و طفولته كما هو الحال في النوع الثاني ، و ان المريض بالاكتئاب العصابي يستطيع ان يواصل حياته المهنية و الاجتماعية في حيث لا يستطيع ذلك المريض بالاكتئاب الذهاني و المريض بالاكتئاب العصابي لا يعاني في حط من قدر نفسه او في تفسير شخصيته، و الاقلال من قدراته ، او الانقاص من ذكائه كمريض في الاكتئاب الذهاني فضلا عن ان المريض بالاكتئاب العصابي يشكوا من استغلال الآخرين له او استخفافهم به، بينما المريض بالاكتئاب الذهاني يشعر حقيقة انه شخص تافه ذو سلوك قذر، يرى ان كل ما حدث و يحدث له سببه وليس بسبب الآخرين.

- إضافة الى ذلك نجد ان التفرقة بين الاكتئاب الذهاني و الاكتئاب العصابي تؤدي الى حيرة تتمثل في ان هاتين الفئتين من الاكتئاب يتميزان عبر عدد من الاختلافات الأخرى فيرى الاكتئاب الذهاني أحيانا انه شديد كمثل الاكتئاب داخلي المنشأ، بينما يرى الاكتئاب العصابي كأى شيء يتمادى من اكتئاب تفاعلي الى اكتئاب مزمن ثم اكتئاب ثانوي و ينتهي باضطراب الشخصية.
- و نجد الإشارة الى ان الفرق بين الاكتئاب الذهاني و الاكتئاب العصابي هو الفرق في الدرجة و ليس في النوع فالأكتئاب الذهاني يكون أكثر تطرفا في جميع النواحي عن الاكتئاب العصابي.
- ان المريض بالاكتئاب العصابي يبدو عليه التعب و قد يجافيه النوم حيث يعاني من الارق في بداية نومه دائما مع القلق و تمهل حركي و انه يعزف عن الطعام فيصيبه الهزال و الضعف و لكنه لا يعجز عن الحركة و لا يتلبد ذهنيا او يتبادل الهوس و ان البيئة لو تغيرت فسيكون ذلك لصالح المريض، بينما المريض بالاكتئاب الذهاني يشعر باكتئاب حاد و شديد و متوهج خلال النهار وانه يعاني من الارق الاستيقاظ مبكر مع الإعاقة حركية ، تظهر عليه توهمات و هلاوس و هواجس و اعراض اكتئابية بدنية و ان اعراض هذا الاكتئاب لدى المريض لا تتأثر بتغير البيئة.

#### تشخيص الاكتئاب:

وصفت عدة طرق لتشخيص الاكتئاب و استعملت بشكل أساسي في اعمال و البحوث العلمية و منها:

#### أ. المقابلة نصف موجهة:

لقد وضعت المقابلات نصف منتظمة و اعتبرت كفيلة بتشخيص تصنيفات الاكتئاب التي وضعها دليل التشخيص الاحصائي الثالث للأمراض النفسية فقد استعمل ملحق الاضطرابات الوجدانية و الفصام لتشخيص الاكتئاب الذي تعتبر كفاءته عالية في التشخيص و حاليا يستعمل الدليل التشخيص الاحصائي الرابع في المقابلات النصف الموجهة لتشخيص الاكتئاب بدلا من التشخيص الاحصائي الثالث.

#### ب. الاختبارات الاسقاطية:

يستعمل الباحثون و الاخصائيون مقاييس و اختبارات متعددة في قياسهم للاكتئاب، فمنها ما يستدل على خصائص معينة جوانب الشخصية و هذا ما يعرف بالاختبارات الاسقاطية كاختبار بقع الحبر و اختبار تفهم الموضوع و منها ما يدل على تأكيد من وجود الاكتئاب او قياس شدته و درجته و هذا ما يسمى بالمقاييس النفسية و سنقدم فيما يلي البعض من هذه المقاييس:

#### ● قائمة مركز الدراسات المرضية للاكتئاب:

صممت هذه القائمة عام 1877 لقياس لانتشار الاكتئاب في عينات تبلغ من العمر 16 سنة فما فوق، و قد اثبتت هذه المقاييس صلاحيتها و فعاليتها في المجال الاكلينيكي، و تقيس هذه القائمة مدة و شدة الضرر من خلال الاحاسيس الاكلينيكية و الاعراض الجسمية و الكف الحركي و الأنماط السلبية من التفكير.

و كذا سمات الشخصية مثل التردد و التعب و اليأس و التقليل من قيمة الذات و الإحساس بالوحدة و الحزن و البكاء و الانسحاب و القلق... و يصل ثبات قائمة مع مقيس بيك للاكتئاب و مقاييس الأخرى الى 0.90 و الصدق الداخلي لها 0.89 و هناك تعديل الماني لها وضع تحت اسم القائمة العامة للاكتئاب.

#### ● مقياس مانيسون متعدد الأوجه:

يعتبر هذا المقياس من اشهر استبيانات الشخصية و اكثرها انتشارا خاصة في الامراض النفسية و العقلية، تظهر أهمية هذا المقياس في كونه اضخم استبيانات الشخصية و هو معد بطريقة علمية موضوعية تسمح بتحديد مستوى الفرد و درجاته على عدد كبير من الامراض النفسية و العقلية بما فيها الاكتئاب و الفصام و اضطرابات الشخصية... فضلا عن هذا المقياس مترجم باللغة العربية و مقنن على الأقل في احدى الدول العربية و هي مصر، كما انه يتضمن مقياسا مستقلا يتكون من 19 عبارة عن الاكتئاب يتمثل في النظرة المتشائمة في الحياة و المستقبل و مشاعر اليأس و النقص و الانشغال الدائم بالموت فضلا عن تباطؤ عمليات التفكير و انخفاض مستوى النشاط غير ان من سلبياته الكثير من عباراته التي جمعت بناء على دراسات اكلينيكية على المرضى المتواجدين في المصحات العقلية و النفسية مما يجعله غير مناسب للعاديين.

#### ● مقياس هاملتون للاكتئاب:

يعد هذا المقياس من اكثر مقاييس تقدير للاكتئاب انتشارا، اعده هاملتون عام 1967 لقياس شدة الاكتئاب و تحديد المكونات الوجدانية و المعرفية و السلوكية له بالإضافة الى ما يرتبط به من متغيرات تتعلق بالخمول و ذلك من خلال 17 عبارة تمثل كل منها عرضا مرضيا و يتم التقدير على مقياس متدرج من 5 درجات تتراوح بين الصفر (لا يوجد) الى 4 درجات (شديد).

#### ● اختبار بقع الحبر الروشاخ:

تتميز حالات الاكتئاب بوجود مجموعة من العوامل أهمها: عدد الإجابات الكلية قليلة بين 03.0 إجابات اما نمط الادراك فيتميز بالضعف و غالبا ما يكون الاستجابة من نوع D و يكون المحتوى ضعيفا و قليل

التنوع كما ان الاستجابات الغير مألوفة قليلة و يكون نمط الشخصية من نوع الضيق الذي يتميز بالنقص في عدد الاستجابات الحركية كما تختفي الاستجابات اللونية و يكون زمن الرجوع طويلا .

وفي حالات الاكتئاب الشديد ترتفع نسبة الاستجابة الحيوانية من 70 الى 90% و يطول زمن الرجوع بشكل ظاهر كما يقل عدد الاستجابات الإنسانية.

#### • اختبار تفهم الموضوع:

يعبر الاكتئاب عن نفسه في الفحص بطرق متعددة و يكتشف الاكتئاب عادة في صور الضيقة و تقييد شديد في النشاط الفكري على إنتاجية المفحوص و في قلة الاستجابات للموضوعات، و معظم القصص التي تكون من النوع الاكتئابي هي عادة قصص محزنة و قد تحتوي القصص على بعض الحكايات الخيالية التي تشير الى بعض الرغبات التي يرغبها المفحوص.

#### • مقياس التقييم الكمي:

تهدف هذه المقاييس الى تشخيص الاكتئاب و منحه شدته أو درجته كما تسمح بمراقبة أعراضه و تنقسم الى قسمين:

#### أ. مقاييس بواسطة المراقب الخارجي:

تستعمل في الدراسات العلاجية و ينصح كل من دوغلاس و زان 1986 لتشخيص الاكتئاب باستخدام مقياس مونتغمري عام 1978.

#### ب. مقياس التقييم الذاتي:

تهدف الى تكيم الاكتئاب و المقاييس الأكثر استعمالا هو مقياس بيك للاكتئاب المتكون من 21 سؤال.

#### • مقياس بيك للاكتئاب:

هو عبارة عن مقياس وضعه الاكينيكي الأمريكي " أرون بيك" تحت اسم بيك للاكتئاب، يزود هذا المقياس الباحث أو المعالج أو الطبيب النفسي بتقدير سريع و صادق لمستوى الاكتئاب و حجمه لدى المفحوص.

نشر هذا المقياس الأول مرة في سنة 1961 و كان ذلك في صورته الاصلية التي تتكون من 21 مجموعة من الاعراض و يتكون المقياس الحالي من 13 مجموعة و هي الصورة المختصرة للمقياس الأصلي.

#### التشخيص الفارقي:

ان تشخيص الاكتئاب سهل و لكن يجب التفرقة بين الاكتئاب و باقي الاضطرابات المشابهة له في بعض الاعراض منها:

#### ○ القلق النفسي العام:

يشترك الاكتئاب في اضطراب النوم، الطعام، الرغبة الجنسية، الضعف في التركيز و الضجر، الا ان القلق النفسي يتميز بأعراض جسدية و الخوف و الرهبة و عدم الاستقرار و التوتر في حين يتميز الاكتئاب بالافكار السوداوية و اليأس و الحزن الشديد و الميل الى الانتحار بينما يخاف المريض من الموت و المرض فان المكتئب يتمناه.

#### ○ المخاوف المرضية:

في حالة المخاوف المزمنة و اشديدة قد يصل المريض الى حالة الاكتئاب الثانوي و الذي يبدو واضحا من تسلسل الاعراض و السيطرة المرضية و يظهر جليا ان الاكتئاب قد تطور ليأس المريض من خروجه من حالات المخاوف المختلفة.

## ○ اضطراب الوسواس القهري:

في هذا المرض تكون الاعراض الرئيسية فكرة او صورة و رغم قناعة المريض بسخافتها الا انها تلح عليه و تقهره، حيث ان الوسواس القهري مرض مزمن فانه قد يصل بالمريض الى درجة اليأس و الملل و الاستسلام و الاكتئاب الشديد و في مقارنة بالاعراض الاكتئابية يمكن ملاحظة الفرق في كون ان الحالات الاكتئاب الشديد تتحسن بالعلاج بالاختلاج الكهربائي بينما لا يستجيب له الوسواس في حين تتجاوب الوسواس مع العلاج السلوكي امثر من الاكتئاب.

## ○ الفصام:

هناك فئة من مرض الفصام تظهر عليهم اضطرابات سلوكية متشابهة مع الاكتئاب مثل العزلة و الصمت و قلة أو فقدان النوم و ضعف التركيز، بما يوحي أن الحالة هي اكتئاب نفسي و لكن عند التقييم الحالة العقلية تظهر الأوهام الاضطهادية و الهلوس السمعية و غيرها مما يدفع بالتشخيص نحو الفصام العقلي.

## ○ الخوف:

تبدأ مظاهر الخوف في الشيخوخة المبكرة أو الغير المبكرة بتباطؤ الحركة، الانفعال في التفكير و الانتباه، مما ق يوحي ببداية حالة من الاكتئاب النفسي و التي يمكن قياسها باختبارات القدرات العقلية و خصوصا الذاكرة، الذكاء و المعلومات، و لكن الصعوبة تأتي من بعض حالات الاكتئاب النفسي في نهاية الخمسينيات و بداية الستينات من العمر قد تبدأ بصورة قريبة جدا من الخوف فينتأثر الانتباه، و التركيز و الذاكرة و لكن هبوط المزاج يكون حادا و يظهر واضحا بأنه وراء هذه التغيرات.

## ○ الإدمان على الكحول و المخدرات و المؤثرات العقلية:

ان تعاطي هذه المواد يؤدي على مدى الطويل الى مظاهر شبيهة بالاكتئاب من حيث الخمول أو الإهمال و الفشل كنتيجة مباشرة لأثر هذه المواد على جهاز العصبي، مما يوحي للمعالج بأن المريض يعاني من الاكتئاب خصوصا اذا انكر المريض تعاطيه لتلك المواد و هذا الامر مألوف.. وفي حالات الاكتئاب قد يلجأ بعض المرضى الى تعاطي مثل هذه المواد في محاولة يائسة لتغيير معاناتهم و مزاجهم مما يؤدي الى تدهور حالتهم.

كما يجب التفريق بين الاكتئاب و بين اعراض الاكتئاب المصاحبة لأعراض جسمية خطيرة كأعراض القلب و الشلل العام للوصول الى تشخيص صحيح و الابتعاد عن التشخيص الخاطئ و مضلل بإحدى هذه الاضطرابات سألقة الذكر.

## علاج الاكتئاب:

تعتمد العلاجات على ثلاثة مبادئ أساسية هي:

- ❖ محاولة شفاء المرض او تحسينه او اختصار مدته و ذلك باختيار افضل طريقة لمعالجة كل حالة على حدى.
- ❖ وقاية المريض من الانتحار، و ذلك باتخاذ الاحتياطات اللازمة بما فيها قبوله في المستشفى ان لزم الامر.
- ❖ العناية الصحية التامة للمريض.

## العلاجات الكيميائية:

تتمثل في العقاقير النفسية و هي اكثر التقنيات الناجحة اذ انها تؤثر بطريقة مباشرة على الجهاز العصبي المركزي و هي تصنف الى:

## ← مضادات الاكتئاب:

وهي أدوية مخصصة للمزاج الاكتئابي استخدم كطريقة علاجية سنة 1957 في الطب العقلي و تتضمن:

- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات:

تخص المزاج الاكتئابي الذي عادة ما نجد فيه التعب النفسي، القلق، توهم المرض و الالام المختلفة المرتبطة بالاكتئاب و ذلك عن طريق التأثير المباشر على الجهاز العصبي.

- المضادات الاكتئابية لكف الحمض الاميني المؤكسد:

تعمل على رفع من معدل النواقل العصبية في الجسم و ذلك بتأثير على مادة الادريالين و السيروتونين و بالتالي التخفيف من التعب النفسي.

← المهدئات:

تعمل على تخفيف من الاعراض الجسمية كالاضطرابات الوعائية و اضطرابات الضغط الشرياني و اضطرابات الهضمية و الجلدية كما تقوم بتخفيف الحصر المصاحب للاكتئاب.

← المنومات:

تستخدم في الحالات التي يشكو فيها المريض من الارق الشديد.

← المهدئات العصبية:

يعود استعمالها الى عام 1952 و لها القدرة على تخفيف من الهذيان.

← العلاج بالصدمات الكهربائية:

و هي تفيد كل أنواع الاكتئاب و لا سيما الحالات الخطيرة منه اذ يتحسن مزاج المريض و يصبح طبيعيا بعد جلستين او أكثر و تجري عادة من 6 الى 12 جلسة بمعدل جلسة واحدة كل يومين و نذكر هنا انه نظر الفائدة الصدمات الممتازة فقد أوصى بعض الأطباء في مذكراتهم بأن يعالجوا الافراد فورا بالصدماتاذا ما أصيبوا بالاكتئاب دون انتصار الادوية.

مبدأ هذا العلاج هو احداث نوبات صرعية معممة بتمرير شحنة كهربائية عبر الدماغ و من الانتقادات التي توجه انها تحدث ضعفا في الذاكرة قد يكون مؤقتا أو يدوم طويلا، كذلك هماك حالات لايجوز اجراء صدمات فيها منها أورام الدماغ، أمراض القلب الشديد و سوء حالة المريض الصحية العامة.

← العلاج عن طريق النوم:

يستخدم هذا العلاج في المستشفى تحت مراقبة شديدة و متابعة للمنومات التي تثير النوم لمدة طويلة حوالى أسبوع، و يستخدم لعلاج الميلاناخوليا خاصة اين يكون الألم فكري لا يطاق.

← العلاج النفسي:

يتلون العلاج النفسي بصيغة المدرسة المتبناة و عليه نجد:

- العلاج التدعيمي:

تستعمل في حالات الاكتئاب الارتكاسي و تتمثل في محاولة التخفيف من القلق و توتر المريض و جعله في راحة تامة، أيضا تقوية الدفاع النفسي للمريض ليتكيف مع الوسط.

- العلاج النفسي التحليلي:

تعتبر تقنية التحليل النفسي من أقدم الطرق العلاجية و التي ترجع الى فرويد و هي تعتمد نظرية التحليل النفسي و تلزم و من يحمل بنية عصابية قبل اشتداد الاعراض و يتم هذا عن طريق اتباع طريقة خاصة تساعد على عملية النكوص حيث يكون المريض مستلقيا على السرير فهو لا يرى المحلل مما يساعده على تذكر جميع الخبرات الماضية المؤلمة و على الفاحص او المحلل ان يتقبل كل ما يقوله المريض و هذا ما يساعده على التعبير بكل حرية الا ان التقنية طويلة جدا ، قد تستغرق سنتين الى خمس سنوات و هي تتميز

بالدقة و الصرتمة مما يجعل البعض يلجأ الى العلاج المستوحى من التحليل النفسي و الذي يتميز بالمرونة و قصر المدى و هدفها مساعدة المريض على فهم الشعوري لجميع الميكانيزمات اللاشعورية التي تكمن خلق اكتئاب ك العدوانة الموجة ضد الدات كذلك محاولة توضيح العلاقة بين الاكتئاب و مستجدات المحيط المتوترة.

- العلاج المعرفي:

خلال العقد المنصرم ظهرت في الولايات المتحدة الامريكية دراسة حديثة تؤكد نجاعة نظرية التعلم الاجتماعي في علاج الاكتئاب لـ "وولب" 1971 و "لازاروس" 1968 و اخذ به الكثيرون من العاملين في العلاج النفسي.

ان التعزيز الايجابي لسلوكيات الجديدة متعلمة تكيفية هو جوهر هذا النوع من العلاج خلال التوجيه و التدريب الميداني، و هذه العوامل السلوكية تعتبر هامة في تعلم مواجهة المؤشرات الخارجية المحدثة للاضطراب الاكتئابي و السيطرة عليها.

- العلاج المعرفي:

هناك نماذج عديدة تحاول تفسير مصدر اضطراب فمنا من ترجع الاضطراب الى خلل وظيفي في سير المعلومات، بيك 1970 أولى الى وجود أنماط انتسابية اكتئابية، سليفمان 1977 و منها من حاول التعرف ثم تقدير و تغيير أنظمة المعتقدات الخاطئة اليس 1977. أدت هذه النتائج الى إقامة تقنيات علاجية مثل:

- علاج انفعالي عقلائي.
- تقنيات التحكم الذاتي.
- استراتيجيات عجز المتعلم.

- العلاج المعرفي لبيك:

ان الحوادث الخارجية خالية من أي مؤثر او ازعاجات و لكن تأويلها لهذه الحوادث هو الذي يخلف الانزعاج في نفوسنا، لذا فالعلاج الذي سمي علاج إعادة تركيب البنية المعرفية، يقوم على تدريب المريض على كيفية تبديل تأويلاته للحوادث الخارجية و تغيير التوقعات منها بتبديل حديثه مع ذاته و تعلم الاسترخاء في وجه هذه الحوادث.

يعد الاكتئاب من اهم الاضطرابات النفسية التي يتميز بها الافراد في العصر الحالي حيث لا يكاد يخلو منها مجتمع من المجتمعات و رغم ان هذا الاضطراب يعود الى تاريخ قديم الا انه لا يزال يستقطب العديد من الباحثين.

و يعبر الاكتئاب عن الحزن و عن الكآبة و انخفاض الجهد و الطاقة حيث يعتبر الحصر و فقدان الامل و الارق و فقدان الشهية من اهم خصائص الشخص المكتئب بالإضافة الى شعوره بالدونية و انخفاض فاعلية الذات.

و عموما ينجم الاكتئاب من أسباب متعددة كتعقد الحياة اليومية و مشكلاتها و خبرات الطفولة المؤلمة و الأوبئة و الامراض و خاصة الامراض المزمنة حيث يؤكد حافظ سعيد يعقوب 1984 ان تعرض الفرد الى مرض جسيمي مستعصي يؤدي الى ظهور الاكتئاب.

فالوضع الصعبة التي يخلقها المرض تنعكس على حياة البدنية و الاجتماعية و المهنية و كذا الانفعالية للشخص و قد تجعله يعاني من الاكتئاب.

الخلاصة :

و ختاماً لما تطرقنا اليه في هذا الفصل فان الاكتئاب تتعدد أنواعه بين العصابي و الذهائي و تزداد شدته حسب شخصية الفرد و طبيعة بنيته النفسية حيث يمكن أن يكون حالة يمكن تجاوزها أو يصبح سبباً في الالتحاق بالعالم الأخر. و في الفصل الرابع سأعرض لكم داء السكري الذي يعد أحد الاضطرابات السيكوسوماتية و أحد أمراض العصر.



## الفصل الرابع: داء السكري

- تمهيد
- التعريف بمرض السكري
- ماذا يعني السكري؟
- أعراض مرض السكري
- كيف يصاب الفرد بمرض السكري
- أنواع مرض السكري
- أسباب الإصابة بمرض السكري
- هرمونات غدة البنكرياس
- وظائف الهرمونات
- الجلوكاغون
- سكر الدم
- الفرق بين هذه الأعراض
- علاج السكري
- العلاج الطبي
- العلاج النفسي
- الخلاصة

## تمهيد:

يعتبر مرض السكري أحد الأمراض المزمنة السائد انتشاره بين جميع فئات المجتمع باختلاف أجناسهم و أعمارهم حيث ينتج عنه عدة مضاعفات و في هذا الفصل سأطرق لعرض السكري عرضا مفصلا :

### التعرف بمرض السكري: ماهو السكري.

يعتبر مرض السكري من الامراض الشائعة ان تصل نسبة انتشاره في بعض الدول العربية الى حوالي 6% من عدد سكان ، اما العالم العربي فيبلغ عدد المصابين به حوالي 135 الف نسمة تقريبا ممن يعتمدون على الانسولين في العلاج، و تؤكد بعض الاحصائيات ان هناك واحد من كل 600 طفل و 1 مراهق مصاب بمرض السكري و من الملاحظ ازدياد عدد المصابين بهذا المرض كلما زاد التقدم العلمي و الطبي و التكنولوجي، سواء في أدوات التشخيص او العلاج و ليس هناك عمر محدد للإصابة به.

و يمرض السكري ليس قابلا للشفاء التام في اغلب الأحوال و لكن من المؤكد انه اذا نال الرعاية المناسبة فسوف يمكنه من التحكم في اعراض المرض مما يؤدي الح حياة طبيعية عادية و هذه الرعاية تعتمد قبل كل شيء:

- على وعي المريض و مدى ثقافته عن هذا المرض.
- و بعد الوعي تأتي العناصر الثلاثة للعلاج و هي: الطعام، الانسولين، الرياضة.
- ان التوازن التام ما بين العناصر الثلاث هام للغاية حتى يستطيع مريض السكر ان يتغلب على مشاكل المصاحبه لمرضه و يستطيع ان يؤدي دوره المنشود نحو نفسه و اسرته و مجتمعه.

### ماذا يعني مرض السكري؟

مرض السكري كما عرفته المنظمة الصحية العالمية في جنيف عام 1979 هو حالة مرضية مزمنة تحدث بسبب عوامل وراثية او مكتسبة او نتيجة عوامل أخرى و هي تعني : نقصا مطلقا او نسبيا في كمية الانسولين التي تفرزها غدة البنكرياس، مما ينتج عنه ارتفاع في نسبة السكر في الدم و البول و اضطراب في اكسدة الدهون و البروتينات و الكربوهيدرات.

### اعراض المرض السكري:

لا توجد أي علامة او اعراض للمرض في مراحل الأولى من المرض و لا تظهر العلامات عادة الا بعد استفحاله و عددي : كبير من المرضى يكتشف المرض عندهم عن طريق الصدفة او في اثناء اجراء الفحوص الدورية، و جميع الاعراض ترجع الى عدم القدرة على الاكسدة الكلوكوز و اهم هذه الاعراض هي:

- الاجهاد و اتهاك القوى و زيادة العصبية.
- زيادة العطش و التبول.
- جفاف الفم.
- الحكة او الهرش.
- الشعور بالجوع و نقص الوزن و الضعف العام.
- تأثيره على العين حين النظر و يصاب المريض بالصداع.
- امسك و آلام المعدة ( معص معوي )
- كثرة الإصابة بالبثور و الاخراجات.

## كيف يصاب الفرد بمرض السكري؟

ان جسم الانسان يحتاج الى طاقة و لهذا فان الانسان يأكل مختلف الأطعمة و خاصة النشويات و السكريات و الدهون و البروتينات. لكن اهم مصادر الطاقة في الجسم يأتي من النشويات و السكريات اللتين تتحولان الى مادة الجلوكوز بعد امتصاصها. و لكن يستطيع الجلوكوز ان يدخل الى خلايا جسم و يصبح له فائدة فانه يحتاج الى مساعدة من هرمون الانسولين الذي تفرزه غدة البنكرياس الذي يساعد أيضا تخزين الفائض من الجلوكوز في الكبد و العضلات و الانسجة الدهنية بالجسم على شكل جليكوجين، و لكن عندما تنخفض نسبة الانسولين او عندما تتوقف خلايا بيتا الموجودة في غدة البنكرياس عن افرازها مما يؤدي الى إصابة الفرد بهذا المرض.

## أنواع مرض السكري:

لمرض السكري عدة أنواع و لكنها تقع تحت نوعين رئيسيين هوما:

النوع الأول: IDDM سكر الأطفال او اليافعين :

هذا النوع يصيب الأطفال او الشباب قبل ان يبلغوا السن الثلاثين حين تكون نسبة المصابين بمرض السكر من هذا النوع 5% من مجموع المصابين بمرض السكر.

و يغلب على المصابين به الهزال و الضعف حين يعجز البنكرياس تماما عن افراز هرمون الانسولين و يعتمد الأشخاص المصابين بهذا النوع في العلاج على عملية الحقن بالانسولين بشكل رئيسي، و تظهر عليهم اعراض السبات السكري HUPER GLYCEMIC و يمثل هذا النوع من السكري من الناحية النظرية حدوث اضطرابات تتمثل في خلل في خلايا بيتا في البنكرياس و التي تفرز هرمون الانسولين مما ينتج عن هذه الحالة انخفاض نسبة الانسولين في الدم الذي يؤدي الى حدوث تلف تدريجي في بعض مظاهر الايصوص.

و اعتمادا على الاستراتيجيات المختلفة للعلاج بالانسولين فان المضاعفات الاتية و المتمثلة بزيادة او نقصان نسبة الانسولين في الدم و كذلك المضاعفات المتأخرة و التي تتمثل في اعتلال الاوعية الدموية الشعرية هي نتائج معروفة تصاحب هذا النوع من السكري IDDM 4x14

النوع الثاني: NIDDM السكر الغير المعتمد على الانسولين، سكري الكبار:

في هذا النوع تستطيع البنكرياس افراز الانسولين و لكن بكميات قليلة ، و هذا النوع يصيب الافراد كبار السن الناضجين و تكون نسبة المصابين به حوالي 95% من مجموع المصابين بمرض السكري.

و يتميز الأشخاص المصابين بهذا النوع بالسمنة حيث يعتمدون في العلاج على خفض الوزن و ضبط الغذاء ( الحمية الغدائية) و تناول أقراص خفض السكر في الدم مثل ذلك أقراص (Daomil) .

وفي هذا النوع من السكري تلعب السمنة دورا كبير في ظهوره حين يتعرض 20-30 % من المرضى المصابين بالسمنة الى حدوث السكري بنسبة تفوق تعرض الانسان الطبيعي الوزن بعشرة اضعاف حيث انه كلما زاد الوزن كلما زاد ارتفاع نسبة الانسولين في بلازما الدم، كلما زاد اجهد البنكرياس كلما زادت فرصة الإصابة بالسكري.

و لذلك يتوقف مستوى الانسولين في بلازما الدم على الوزن و كمية النسيج الدهني في الجسم و لذا فان الانسان ذي الوزن الزائد نتيجة زيادة النسيج العضلي و تطور نموه كالرياضيين لا يحدث تغييرا او خللا في نسبة الانسولين في بلازما الدم نتيجة عدم زيادة كمية النسيج الدهني رغم زيادة الوزن.

حيث انه و عند زيادة كمية النسيج الدهني تقل المقدرة الوظيفية لهرمون الانسولين أي تزداد مقاومة الخلايا لاثره أي تقاوم الخلايا فصل الانسولين في تمكين الجلوكوز من النفاذ بداخلها و تقل مقدرته هذه و بالتالي لا يستطيع الجسم الاستفادة من الجلوكوز رغم زيادة افراز هرمون الانسولين.

### أسباب الإصابة بمرض السكري:

ان السبب الرئيسي للإصابة بمرض السكري غير معروف و لكن هناك عدة عوامل تساعد على ذلك منها:

1. الوراثة: تلعب الوراثة دورا كبيرا في الإصابة بمرض السكري ففي التوائم المتشابهة ظهر مرض السكري في كلاهما بشكل واضح. و اذا كان احد او كلا الوالدين مصابا بالسكري الغير معتمد على الانسولين (NIDDM) فان هناك زيادة في احتمالية الإصابة عند أحد ذريتهم فقد أظهرت بعض الدراسات انه اذا كان كلا من الوالدين مصابا بمرض السكري فان هناك احتمالية 30% بأن يكون الأطفال عرضة للإصابة بمرض السكري و بالتالي فان صلة القربى تلعب دورا في الإصابة بمرض السكري.
2. السمنة: تتضاعف احتمالية الإصابة بالسكري عند الأشخاص البدينين و خصوصا بالنوع الثاني من السكري حيث اثبتت الدراسات ان السمنة دورا أساسيا في الإصابة بمرض السكري و معدلات الإصابة بالمرض عند الشخص السمين اعلى ب 20 مرة من غير السمين، و هناك حوالي 80% من المصابين بالسكري هم بدينون مقارنة بها عن الأشخاص النحيفين و قد توصل هيلمارش و سوزان في دراسة لحالات 5990 شخص منذ الولادة و بعد ذلك ظهر ان 202 منهم أصيبوا بمرض السكري من النوع (NIDDM) بنسبة تقدر بحوالي 2.81 لكل 1000 شخص و ان هؤلاء الافراد المصابين يتميزون بالسمنة العالية.
3. عدم ممارسة النشاط الرياضي: كشف الدراسات مؤخرا على ان نظام الحياة يلعب دورا هاما في عملية الإصابة بمرض السكري كما ان لجوء للفراش و الراحة لفترة طويلة يؤدي الى الخمول و بالتالي حصول مقاومة للانسولين و تحليله للجلوكوز، و في دراسة ل سوزان و هيلمارش و التي اشارا فيها الى ان الاشتراك في النشاطات البدنية تؤثر تأثيرا جيدا في العمل على التخفيف من حدة الإصابة بمرض السكري حين وجدو انه من بين 5990 رجل و بعد القيام بالتحليل و حساب السرعات الحرارية و التي يصرفونه كل أسبوع فقد اشارت النتائج الى ان 22 رجل قد أصيبوا بمرض السكري مع العلم ان نشاطاتهم البدنية كانت اقل من النشاطات البدنية لأشخاص الذين بم يصابوا بمرض السكري و استنتج ان هناك علاقة بين ممارسة التمارين البدنية و عدم الإصابة بمرض السكري.
4. الحالة النفسية: تلعب الحالة النفسية مثل القلق و التوتر دورا في ظهور اعراض الإصابة بمرض السكري و لكنها ليس السبب الرئيسي للإصابة.

### نصائح و خطوات مهمة موجهة الى مريض السكري من النوع الاول ( Iddm ) :

أولا- يجب على المخططين و المختصين لبرنامج تدريب البدني هذا النوع من المرضى ان يقوموا بفحص مرض السكري و ذلك قبل الاشتراك في التمارين الرياضية بحيث التركيز على الجهاز القلبي الوعائي مع التأكيد الخاص على الفحص الحالة العصبية للمريض و العمل على معالجة اعتلال شبكية العين و اية اضطرابات أخرى في الوظائف الجهاز القلبي الوعائي.

ثانيا- يجب العمل بجدية على المعالجة ارتفاع ضغط الدم و الاعتلالات العصبية اللاارادية، و يجب إعطاء عناية شديدة و خاصة في اقدام مرضى السكري من هذا النوع IDDM خاصة اثناء مزاوله التمارين الرياضية .

ثالثا- مراقبة الإمكانية تدهور عملية الايض عندهم و ذلك نتيجة لانخفاض نسبة السكر في الدم خلال او بعد ممارسة النشاطات البدنية.

رابعا- العمل على تحديد زمن التدريب في اليوم و ذلك لتقادي انخفاض نسبة السكر في الدم اثناء التمارين.

ان العمل على إعاقه اية تأثيرات للمضاعفات السابق ذكرها اثناء التمارين يكون عن طريق العلاج لحقن الأنسولين ثم القيام بعمل تنقيف و تعليم الافراد المصابين بهذا النوع و ذلك من قبل الاخصائي البدني المعالج لكي يصل الى جعل هؤلاء المصابين يعتمدون على انفسهم بشكل مستمر بحيث يتعلمون ان يدخلوا التعديلات مستمرة على جرعات الانسولين و على نظام الحمية المتبع و على كمية الاستهلاك الكربوهيدرات و ذلك حسب حالتهم قبل و اثناء و بعد التمرين.

هذابالاضافةأيضا الى تعليمهم المراقبة الذاتية على مستوى السكر في الدم و ذلك حسب حالتهم قبل اثناء و بعد التمرين.

و كذلك الى تعليمهم المراقبة الذاتية على مستوى السكر في الدم و ذلك حسب الحالة التي يتميزون بها لكي يكون ذلك من نظام حياتهم اليومي.

و من اجل العمل على منح الحالة انخفاض نسبة السكر في الدم يجب العمل على تقليل جرعات الانسولين قبل او بعد التمرين . او العمل على زيادة كمية الكربوهيدرات المتناولة فعلى مريض السكري ان يقلل من جرعات الانسولين او الاكثار من تناول الكربوهيدرات حيث يتم تخفيض جرعة الانسولين الى 20 او اكثر بالإضافة الى تناول كمية من الكربوهيدرات قبل التمرين يفضل ان يتم تناول 10 غرام من الكربوهيدرات خلال التمرين و ذلك كل 30% من النشاط البدني.

و بالتالي يجب العمل على وقف التمرين في حالة ظهور اعراض انخفاض نسبة السكر في الدم.. من الأفضل ان يتم ممارسة النشاط البدني بوجود احد الأشخاص المساعدين و الذين يكونوا على المام تام بأعراض المرض خاصة اعراض انخفاض نسبة السكر في الدم و يجب العمل على تناول كمية من السوائل و الماء اثناء التمرين.

## الغدد و الهرمونات:

### هرمونات غدة البنكرياس:

اكتشاف الهرمون: اصل كلمة هرمون مشتقة من كلمة يونانية HORMAND و معناها نشط او فعال و قد استخدمها العالمان ستالينغ و بايليس عام 1902 لوصف المواد الكيميائية التي تفرز من الغدد الصماء و تنتقل الاوعية الدموية الى أعضاء أخرى لتنظيم نشاها و اطلقوا عليها كلمة هرمون او الرسل الكيميائية.

تعريف الهرمون: يمكن تعريف الهرمون على انه مادة كيميائية تطلق من الغدد الصماء و بكميات دقيقة و التي تحدث استجابة فيسيولوجية نموذجية في خلايا أخرى و الهرمونات هي منظمات فيسيولوجية أي انما تبطئ او تعجل في الوظائف الحيوية التي تسير بمعدل مختلف عند غيابها و تبقى بعض العمليات مثل التراكيب التناسلية الملحقية غير الناضجة و ذلك عند فقدان الهرمونات المناسبة

يمكن القول ان الهرمونات هي مادة عضوية التي تنتج طبيعيا و التي تحدث تأثيرات تنظيمية على عملية الايض في الكائن الحي حين يحتاج الكائن الحي الى كميات ضئيلة جدا و يظهر تأثيرها بعيدا عن المكان الذي تكونت فيه.

### وظائف الهرمونات:

يجب التأكيد على انه في جميع الجسم تعمل الهرمونات بانسجام لكي تنتج واجباتها كمنظمة فيزيولوجية و تتداخل الهرمونات المختلفة في فعاليتها بصورة معقدة و قد تكون العلاقة علاقة تعاون او تضاد زو هذا

يهيء التدرج و المطالبة في الاستجابة لسيطرة الاستقرار الذاتي و هناك عدة مجالات تلعب فيها الهرمونات دورا تنظيميا حاسما و يمكن تصنيفها بصورة عامة كالايفية و الشكلية و العقلية و السلوكية.

1. الايفية: هذه الفئة واسعة تتضمن السيطرة على القناة الهضمية و ملحقاتها و السيطرة على انتاج الطاقة و استخدامها و السيطرة على تركيب الماء خارج الخلايا.
  2. الشكلية: هب التفاعلات بين جميع الهرمونات تتحكم بالنمو الطبيعي و تشتترك الهرمونات في جميع اشكال العمليات التناسلية.
  3. العقلية و السلوكية:تعتمد الوظيفة العقلية المثالية على الموازنة الصحيحة لغدة هرمونات و التكيفات الضرورية التي يجب ان تتم للمحيط غير الملئم حيث تنظم من قبل الهرمونات و الفعالية الهرمونية قد تؤثر على طريقة التي يستجيب فيها الفرد للحالات اليومية و لهذا تلعب دورا في تجسيد شخصية الفرد.
- و هناك ثلاث مواقع لفعل الهرمونات يمكن افتراضها و هي غشاء الخلية و النواة الخلية و بما ان هرمونات تنقل في الدم و جميع الخلايا يجب ان تتعرض لجميع الهرمونات و مع ذلك فان بعض الانسجة فقط تستجيب لهرموناتها المناسبة
- و يجب علينا ان نتعرض الى نقطة هامة لاسيما اننا نتحدث عن الهرمونات بشكل عام ، و هرمونات غدة البنكرياس بشكل خاص و ذلك خاصة فيما يتعلق بمرض السكري هذه النقطة المهمة هي مستقبلات الهرمون و التي يمكن تعريفها: بأنها مجاميع جزئية فريدة في الخلية او عليها و التي تتفاعل مع الهرمون لكي تظهر الاستجابة او مجموعة من الاستجابات.
- و بعد هذا العرض البسيط لتعريف الهرمونات و وظائفها المختلفة بشكل عام علينا التعرف الى ما يهمننا بشكل خاص على هرمونات التي تفرزها غدة البنكرياس.

البنكرياس: غدة مستطيلة الشكل تقع اسفل المعدة بين الطحال و الاثني عشر على شمال البطن بحيث يفرز البنكرياس الهرمونات التالية:

الانسولين: يفرز الانسولين من خلال خلايا بيتا في جزر لانجرهانسو التي تشكل حوالي 75% من نسيج الجزيرة الكلي.

افراز الانسولين: يفرز الانسولين عادة من خلايا بيتا استجابة لارتفاع السكر في الدم و ان الجلوكوز هو الحافز الأكثر أهمية للافراز و مع ان كتوسطات ايفية معينة مثل اللادوية و بعض الهرمونات تسبب اطلاق الانسولين و هي تعمل بصورة فعالة اكثر عند وجود الجلوكوز فان تواجد أيضا البروتين لاسما الارجنين و اليوسين و أيضا الدهون تسبب افراز الانسولين.

و في الانسان تتمكن وجبات البروتين و الكربوهيدرات من تنشيط خلايا بيتا تحتوي خلية بيتا على عد كثير من حبيبات الانسولين و التي تتحرك باتجاه الغشاء الخلية و ذلك عندما يتم تحفيز تلك الخلية بحيث تفرز حبيبات من خلال الالتحام مع الغشاء الخلوي و الذي يدعى ب النبل الخلوي و بشكل حوالي 0.4 ملغم من الانسولين في الساعة و هو معدل الافراز الأساسي و عند حدوث تحفيز الملئم يطلق الانسولين على طورين.

- طور الإخراج السريع و الذي يبقى 10-15د فقط بحيث يتضاءل خلال 6 دقائق.
- طور آخر أيضا يستمر الى أكثر من ساعة

و ربما يمثل الطور الثاني افراز الانسولين المتكون حديثا اذا ان العوامل التي توقف بناء البروتين توقف كذلك الطور البطيء من افراز الانسولين و يمكن القول ان الانسولين في الجسم يمتلك نصف عمر ثماني الى عشر دقائق فقط و بالتالي يمكن تحسن نقصه كزيادة في سكر الدم و الاحماض الدهنية الحرة خلال دقائق قليلة.

يبدوا ان الحافز لانطلاق الانسولين يتضمن ( أدنينلسايكليز-ADEMY-cyclas ) و ( ادينوسين احادي الفوسفات الحلقي cyclic am ) بحيث ان الجلوكوز قد يقوم بتجهيز ال ( atp ) الذي هو المصدر السريع

ل ( CAMP ) و بالتالي يمكن ان تحمل ( الكزو و سايلوزيز الخلوي ) و استجابة لتغيير في الايون الكالسيوم في الغشاء و يسبب من قبل (camp).

و من العروف ان الابينفرين ( emvmephrine ) يعمل على تنشيط افراز الانسولين من خلال تنشي (camp) في خلايا بيتا و هذا على العكس من تأثيره على الانسجة الخرى مثل القلب.

تأثير نقص الانسولين: ان نقص الانسولين المستمر كما في حالة مريض السكري غير المسيطر عليه يؤدي الى غيبوبة و الموت ، ان نقصان لاستخدام المخطئ للجلوكوز نتيجة لنقص الانسولين يؤدي الى :

- ارتفاع نسبة السكر في الدم و افراز السكر في البول.
- تحويل الجلوكوجين الى جلوكوز.
- تحويل و اطلاق الاحماض ادهنية الحرة الى الدوران من الانسجة الدهنية.
- انخفاض بناء البروتين، و زيادة تحلل السيروتين و ذلك نتيجة للفضل غير متوازن لقشرات الغدة الكظرية و هرمون النمو.
- انخفاض سرعة اكسدة الجلوكوز.
- ازدياد تحول الجلوكوز من مصادر غير كربوهيدراتية و ازدياد النيتروجين في البول.
- زيادة تحول الدهن الى جلوكوز.
- ارتفاع نسبة الكولسترول و الليبيدات في الدم.

### الجلوكاجون:

الهرمون الثاني و الذي يفرز من قبل خلايا الفا هو هرمون الجلوكاجون و الذي يؤدي وظيفتين متماسكين هما :

- 1- يزيد من افراز هرمون الانسولين.
- 2- يزيد من مستوى جلوكوز الدم و ذلك من خلال زيادة عمليتان تحلل الجلايكوجين في الكبد الى جلوكوز حيث تحدث الحالة الأولى في حالة ارتفاع سكر الدم و تحدث الحالة الثانية في حالة الثانية في حال ارتفاع الانسولين في الدم.

### سكر الدم:

الكربوهيدرات الموجودة في الدم جلوكوز و نسبته الطبيعية في شخص الصائم من 80 – 120 ملغم/سم<sup>3</sup> و قد سبق ذكره انه في حالة انخفاض هذه النسبة فتسمى هذه الحالة (hypoglycemie) و اذا زادت عن مستواها الطبيعي تسمى ( hyperglycemia ) و تزداد نسبة السكر في الدم بعد اكل الكربوهيدرات و تعود الى حالتها الطبيعية بعد حوالي 2-3 ساعات.

## الفرق بين هذه الاعراض:

الاعراض	ارتفاع السكر في الدم لنقص الانسولين	انخفاض سكر الدم لزيادة الانسولين
البداية	بطيئة و متدرجة	مفاجئة و سريعة
الجلد	جاف	مبلل بالعرق
اللسان	جاف و ناشف	مبلل
العطش	موجود	غالب
الجوع	غالب	موجود
القيء	موجود	غالب
التنفس	صعب	سطحيو سريع
الوعي		عصبية و هياج
العلاج	الانسولين	عصير، ماء+ سكر في حالات البسيطة الجلوكوز في الحالات المتقدمة.

## علاج مرض السكري:

### العلاج الطبي:

يتطلب علاج مرض السكري كمرض مزمن له أقيمت عدة دراسات و عليه بدأت من التشخيص للتأكد من وجود المرض و من اكتمالية أن يكون ارتفاع السكر في الدم عرضا أو أثر لأمراض أخرى فمنه يتم وضع برنامج علاجي و هذا العلاج يتركز على العناصر التالية:

### العلاج بالأنسولين:

يعالج مرض السكري باستخدام الأنسولين و يؤخذ بشكل حقن و قد ينطفي مفعول الأنسولين اذا تم خلطه بأي مادة أخرى لذا فانه يتعطل اذا أخذ عن طريق الفم لأن المعدة و العصارات الهاضمة و الأنزيمات كلها تعطل عمله و الأنسولين أنواع:

لبن مائي: و هو يعمل على تعديل السكر في الدم بسرعة و يغذي في مفعوله بعد ستة أو سبع ساعات لذا يحتاج المريض الى ثلاثة حقن

أنسولين برونامين زنك: يدعو لعكر في الزجاجاة و هو بطئ المفعول و يستطيع المريض أن يأخذ حقنة واحدة كل يوم (رفعت/ مجمد: 1981. ص 29 )



العلاج بالأقراص:

هناك حبوب تستعمل في علاج مرض السكر و هي أنواع كثيرة/وهناك اختلافات بسيطة في مفعولها و طريقها من ناحية تعاطيها و هي ليست بديلة للنظام الغذائي و لكن يجب الاستمرار في النظام الغذائي و يجب الا يستعمل هذه الحبوب على معدة خاوية و لا يستعمل اطلاقا مع الكحول

(الحسني/ايمن: 1988 ص 24 )

الحمية:

في العمود الفقري في معالجة المرض/ أساسها هو الحفاظ على توازن الكربوهيدراجية الدهنية و نسبة البروتينات لدى المريض لذا ينصح الطبيب المعالج مرضاه بالالتزام بحمية غذائية تقترح بعد التشخيص و ضبط نسبة السكر و وزن المريض و حاجاته المذكورة ( الحسني . ايمن. ص )

### العلاج النفسي

لقد ظهرت اهتمامات واضحة للعلاج النفسي لمرضى السكر نذكر منها:

قام أحمد هلال ( 1998 ) باستخدام أسلوبين للعلاج النفسي هما: العلاج المعرفي السلوكي و التدريب التوكيدي يهدف تعليم مرضى السكري بعض الاستراتيجيات لمواجهة وجود الفعل النفسية للمرض في التحكم في الجوانب العضوية للمرض و تعديل بعض المصاحبات النفسية له كالاكتئاب و تأكيد لذات بما يحقق هؤلاء المرضى التوافق و الاندماج النفسي و الاجتماعي . و من أساليب العلاج السلوكي الناجحة مع مرضى السكري . ممارسة تمارين الاسترخاء معهم. حيث تلقت مجموعة من مرضى السكري معلومات عن العضلات أثناء ممارسة تمارين الاسترخاء التدريب الكافي عليها .أسفرت النتائج على اختفاء مرضى السكري عن بعضهم فالاستماع للمريض و ساعدته على حل المشاكل النفسية في البيت و المدرسة أو العمل هو الأفضل و العمل على تخفيف أثر الضغوط النفسية و مناقشة مشاكل المريض تساعده على عدم الانتكاس و الوقوع في مضاعفات المرض حيث عندما تبدأ مضاعفات المرض فان العناية النفسية تزداد و في المقابل تزداد العناية الجسمية.

ان فهم ديناميات الحالة النفسية للمريض هي متى أن يسير تنظيم العلاج بالتعاون مع المريض و عائلته بالإضافة الى الدعم النفسي باتباع ما يلي:

الابتعاد عن الحنان الزائد تحرك فعل المريض

خلق توازن للمعالجة بين جميع أفراد العائلة و اتباع حمية معتدلة لنا في العائلة

الثقة بالمريض و السماح له بالتعبير عن مشاعره عندما تحدث له نكسة

عدم تخويف المريض بالنسبة للمضاعفات المرض ( شقير زينب.2002. ص 142.148 )،

### الوقاية من مرض السكري:

عدم زواج الأقارب

الرياضة و اللياقة البدنية و اجراء فحوصات كل أشهر لمعرفة الحالة الاستقلالية للسكري

العيش بهدوء و تجنب الاستمرار في تناول الأطعمة ذات نسبة السكري و الدهون

الابتعاد عن الارهاق العصبي و النفسي فكلما زاد هذا يزداد استعداد المرء للاصابة بالمرض و لهذا لا بد من تجنب الضغوطات ( رفعت .محمد.1997 ص 2002).

## الخلاصة :

و كخلاصة لهذا الفصل يمكننا الخروج بما يلي : يعتبر مرض السكري أحد أمراض العصر الذي لم يسلم منه أي جنس و لا عمر من أفراد المجتمع. و أغلبية المجتمعات العربية تكتشف اصابتها بهذا المرض من خلال حدث عامة ما يكون فاجع و مؤلماً يظهر من خلال عوامل نفسها تعتبر كعامل مفجر لهذا الاضطراب مثل القلق و الاكتئاب .

## الفصل الخامس : الاجراءات المنهجية للدراسة

### 1. الدراسة الاستطلاعية

#### تمهيد

الدراسة الاستطلاعية

أهداف الدراسة الاستطلاعية

المجال الزماني و المكاني للدراسة الاستطلاعية

عينة الدراسة الاستطلاعية

الخلاصة

## تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرضاً لأول خطوة من خطوات الدراسة الميدانية و هي الدراسة الاستطلاعية حيث تطرقنا فيه الى الغرض من هذه الدراسة مكان وزمان اجرائها و الى خصائص العينة كما شمل هذا الفصل تقديماً لأدوات البحث مع التوضيح لأهم اجراءات البحث التي اتبعت للتأكد من خصائصها السيكومترية.

### 1. الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية هي المدخل الذي ينطلق منه الباحث لضبطها ما تحتاجه دراسته نظرياً و ميدانياً كما تعتبر الدراسة الاستكشافية للباحث بغرض الحصول على معلومات أولية حول الموضوع. كما تسمح لنا بالتعرف على الظروف و الامكانيات المتوفرة في الميدان أو مدى صلاحية الوسائل المنهجية المستخدمة.

### أهداف الدراسة الاستطلاعية :

لقد تمثلت أهداف الدراسة الاستطلاعية في النقاط التالية:

جمع الدراسات السابقة و التراث النظري.

ضبط اشكالية الدراسة .

التعرف على خصائص المجتمع علماً و العينة خاصة.

فحص الخصائص السيكومترية لأدوات الاختبار

الوقوف على الصعوبات التي يمكن أن يواجهها الباحث عند تطبيقه للمقياس.

المجال الزمني و المكاني للدراسة الاستطلاعية:

المجال الزمني للدراسة الاستطلاعية :

تمت الدراسة الاستطلاعية في المؤسسة الاستشفائية بمدينة وهران و المتمثلة في المستشفى الجامعي بوهـران امتدت فترة الدراسة من خلال 2021/02/02- الى 2021/02/04

المجال المكاني للدراسة الاستطلاعية :

مستشفى وهران الجامعي: هو مستشفى تابع لجامعة وهران في الجزائر و يتسع ل 2600 سرير يهتم ب :

الرعاية المتخصصة للمرضى.

التكوين الطبي و الشبه الطبي.

البحث في الميدان الطبي.

أصل المستشفى الجوهري لوهران يعود لعام 1877. وهي سنة بدأبناء أول جناح بالمستشفى الجديد . بعد ستة سنوات في أبريل 1983

انتقل المرضى من المستشفى القديم الى المستشفى الجديد بهضبة سانت ميشال.

حكم في البداية بموجب الرسوم الدراسي الصادر في 23 سبتمبر 1874

ثم من خلال مرسوم 27 ديسمبر 1943 الرسوم رقم 57-1090 الصادر بتاريخ 3 أكتوبر 1957. المتعلق بالمستشفيات العامة و دور العجزة في الجزائر . و المرسوم الصادر في 31 ديسمبر 1957 الذي

يضع الشروط اللازمة لتنظيم و تشغيل المستشفيات و الذي أعطى المستشفى المدني اسم " المستشفى الاقليمي لوهراڤان".

المستشفى الاقليمي بوهران يتربع على مساحة 13 هكتار . تشمل الخدمات الادارية . الاقتصادية و المختبرات تقدر قدرة استيعابه النظامية ب 2142 سرير في مقابل قدرته الحقيقية هي 2922 سريرا . أصبحت هذه المجموعة بعد انشاء كلية الطب لوهراڤان . وفقا لأحكام المرسوم 58-1373 الصادر بتاريخ 30 ديسمبر 1958 الى "مستشفى وهران الجامعي" يديره لجنة ادارية بمساعدة مجلس استشاري طبي.

### عينة الدراسة الاستطلاعية:

ومن أجل التأكد من خصائص السيكومترية لأدوات الدراسة أجريت على عينة من المصابين بداء السكري في المستشفى الجامعي بوهران حيث تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية : من 20 مريض و مريضة بداء السكري و في النهاية قمت بالعمل مع : مريض و مريضتين بداء السكري حيث تم الاستعانة بمقياس: القلق الصريح لتايلور . حيث تم تقنيه على البيئة المصرية من طرف: الدكتور. مصطفى فهمي . و مقياس الاكتئاب لأرون بيك . حيث تمت ترجمت هذا المقياس الى اللغة العربية من طرف الدكتور عبد الستار ابراهيم. حيث تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 10 مريض و مريضة بداء السكري.

### الخلاصة:

اشتمل هذا الفصل على أهم خطوة في الدراسة و هي تحديد الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية من حيث الدراسة الاستطلاعية التي بينت لنا طريقة العمل و مكننتنا من التعرف على مجتمع لدراسة. و عينتها و تحديد أدوات الدراسة و اختبار مدى صدقها و ثباتها في المقياس.

## 2. الدراسة الأساسية

تمهيد

الدراسة الأساسية

منهج الدراسة الأساسي

الأدوات المستعملة

المجال الزمني و المكاني للدراسة الأساسية

عينة الدراسة الأساسية

شروط اختيار عينة الدراسة الأساسية

اجراءات تطبيق الدراسة الأساسية

الخلاصة

## تمهيد:

بعد الانتهاء من الدراسة الاستطلاعية و الاعتماد على أدوات البحث في نهاية قامت الباحث بالانتقال الى مرحلة الدراسة الأساسية ليتم من خلالها استعمال المنهج الملائم و عينة الدراسة مع توضيح حدود البحث و من أهم الاجراءات المتبعة أثناء تطبيق أدوات الدراسة.

## 2. الدراسة الأساسية:

### منهج الدراسة الأساسية:

اعتمدت الدراسة الأساسية على توظيف منهج دراسة الحالة و الذي و ظفت فيه المقابلة و الملاحظة اضافة الى مقياسي القلق الصريح لتاييلور و مقياس الاكتئاب لبيك كأدوات اضافة لجمع البيانات .

### منهج دراسة الحالة:

يؤكد العالم (جوليان رونز) أن دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر و أدق قدر من المعلومات حتى يتمكن من التشخيص الدقيق و التأمل للحالة.

و عليه فان دراسة الحالة هي الطريقة التي يستخدمها الباحث الاكلينيكي استخداما واسعا لجمع المعلومات و البيانات عن مبحثيه . من خلال المقابلات العيادية التي يجربها معه من خلالها يتعرف على مشاكلهم و اضطراباتهم النفسية . و يقوم بتحليل ما يتحصل عليه تحليلا دقيقا و عميقا للوصول الى التشخيص السليم.

### أدوات منهج دراسة الحالة:

**المقابلة الاكلينيكية الياضية:** يقصد بالمقابلة التحدثت و جها لوجه مع الفرد بقصد جمع المعلومات منه و مساعدته على التخلص من مشاكله و تمتاز بأنها فرصة للأخصائي النفسي لملاحظة انفعالات الفرد و معرفة الفرد و خبراته الشخصية.

فالمقابلة موقف فيه التفاعل و أخذ و عطاء بين الفاحص و المفحوص كما أنها عبارة عن ملاحظة المريض و التعرف على حركاته و سكناته و ملامح وجهه . و ما به من عاهات أو تشوهات أو ما يبديه من عصبية و انفعال.

المقابلة الشخصية من أكثر وسائل تحليل الفرد بحاجة الى أخصائي نفسي ماهر . حاصل على تأهيل عالي و خبرة طويلة في هذا المجال حتى لا يندفع بحديث المفحوص أو مظهره فيقوم جوانب شخصيته تقويما ينحرف كثيرا عن حقيقتها.

ينبغي أن تكون مقابلة المريض على انفراد مع الأخصائي و دون فواصل . بينهما مع ضمان السرية التامة و مع علاقة رابطة بين المعالج و المريض في اطار و هدف علاجي .

### أنواعها:

يمكن تقسيم المقابلة وفقا لنوع الأسئلة التي يطرحها الباحث الى:

**المقابلة المغلقة:** و هي التي تتطلب أسئلتها اجابات دقيقة و محددة فتتطلب الاجابة بنعم أو لا . أو الاجابة بموافق أو متردد . و يمتاز هذا النوع من المقابلة بسهولة تصنيف بياناتها و تحليلها احصائيا.

**المقابلة المفتوحة:** وهي التي تتطلب أسئلتها اجابات غير محددة مثل: ما رأيك ببرامج تدزيب المعلمين في مركز التدريب التربوي . و المقابلة المفتوحة تمتاز بغزارة بياناتها و لكن يؤخذ عليها صعوبة تصنيف اجاباتها.

**المقابلة المفتوحة المغلقة:** و هي التي تكون أسئلتها مزيجا بين النوعين السابقين أي أسئلة مغلقة و أخرى مفتوحة فتجمع ميزاتها في : أنها أكثر نوع المقابلات شيوعا . و من أمثلة ذلك : أن يبدأ الباحث

في توجيه أسئلة مغلقة للشخص موضوع البحث على النحو التالي: هل توافق على تنفيذ برامج تدريب المعلمين مساءً؟ تم يليه آخر يقول : هل يمكن أن توضح أسباب موقفك بشيء من التفصيل؟

**الملاحظة :**

**الملاحظة العيادية نوعان:**

**الملاحظة المباشرة:** الأخصائي النفسي يلاحظ مباشرة سلوكيات الأفراد داخل المقابلة العيادية.

**الملاحظة الغير مباشرة:** الأخصائي النفسي يلاحظ السلوكيات بطريقة غير مباشرة عمل بالتقارير التي أعدها الآخرون أو يقوم بدراسة سطحية لجميع المعلومات و البيانات. ( الشيباني . : عمر 1999. ص 131 ).

**مقياس القلق الصريح لتايلور:**

**ترجم هذا المقياس الى العربية الدكتور: مصطفى فهمي**

هذا الاختبار يقيس بدرجة كبيرة من الموضوعية مستوى القلق الذي يعانيه الأفراد عن طريق ما يشعرون به من أعراض ظاهرة صريحة و يصلح هذا الاختبار للاستعمال في جميع الأعمار . و الاختبار مفتبس من مقياس القلق الصريح الذي استخدم و قنن عن طريق الأخصائية و العاملة النفسية (J.A. TAYLOR).

و قد استعمل الاختبار في كثير من الدراسات المصرية و تم تقنيه على الأطفال في البيئة المصرية من سن (10-15 سنة) و أمكن بهذا الحصول على مستويات قياسية يمكن بها تحديد مستوى القلق عند الفرد. هذا و قد أفاد المقياس كثيرا في التفرقة بين الأحداث الجانحين و العاديين.

و يمكن اجراء الاختبار بشكل جماعي اذا كان المفحوصون يجيدون القراءة و الفهم.

أسئلة الاختبار: يضم 50 عبارة و يختار المفحوص أحد الاجابتين اما نعم أو لا.

**طريقة تصحيح الاختبار:**

(- ) نعطي درجة واحدة عن كل اجابة " نعم " .

(ب-) يدرس مستوى القلق الذي يعانيه المفحوص من الجدول التالي:

**تفسير النتائج:**

الجدول التالي يبين مستويات القلق و على ضوءها يمكن معرفة مستوى القلق الذي يعانيه المفحوص بشكل واضح.

الفئة	الدرجة: من - الى	مستوى القلق
ا	صفر - 16	خال من القلق
ب	17 - 20	قلق بسيط
ج	21 - 26	قلق نوعا ما
د	27 - 29	قلق شديد
هـ	30 - 5	قلق شديد جدا



## مقياس الاكتئاب لبك:

### تعريف الاكتئاب:

هو حالة مزاجية هابطة . لا توقف سير حياة الفرد الطبيعية . لكنها تصعب الأمور على الفرد . و في أصعب حالاته قد يدفع الاكتئاب الفرد الى التفكير في انهاء حياته.

### نبذة عن المقياس:

ترجم هذا المقياس الى العربية الدكتور عبد الستار ابراهيم.

و يزود هذا المقياس المعالج بتقدير صادق و سريع لمستوى الاكتئاب . يتكزن المقياس من 21 سؤال . لكل سؤال سلسلة متدرجة من أربعة بدائل مرتبة حسب شدتها . و التي تمثل أعراضا للاكتئاب . و تستخدم الأرقام من ( 0 الى 3 ) لتوضيح مدى شدة الأعراض.

### طريقة التطبيق و التصحيح:

يطبق المقياس على الأشخاص البالغين 15 سنة فأكثر.

يختار المفحوص إحدى البدائل الأنسب لوضعه الحالي . بوضع دائرة حوله.

درجة كل سؤال هي رقم العبارة . التي اختارها المفحوص . اذا اختار المفحوص البديل رقم (3) فان درجة لهذا السؤال هي (3).... و هكذا.

**ملاحظة/** في السؤال (19) يسئل المفحوص هل هو خاضع حاليا لبرنامج للتخسيس؟ فاذا كان الجواب نعم . يعطى صفر . و اذا كانت الاجابة لا . يعطى الدرجة بحسب اختياره من البدائل . و تجمع الدرجة الكلية و تصنف وفقا للجدول التالي:

صفر – 9	لا يوجد اكتئاب
10 – 15	اكتئاب بسيط
16 – 23	اكتئاب متوسط
24 – 36	اكتئاب شديد
37 فما فوق	اكتئاب شديد جدا

### المجال المكاني و الزماني للدراسة الأساسية:

تمت الدراسة الأساسية في المستشفى الجامي بلاطو وهران الجناح رقم 5 قسم الأمراض الداخلية الطابق الثالث. حيث امتدت فترة الدراسة الأساسية في الجامي من 2021/06/30-2021/03/31.

### عينة الدراسة الأساسية:

أجريت هذه الدراسة على عينة من المرضى المصابين بداء السكري في ( المستشفى الجامي بلاطو وهران الجناح رقم 5 الطابق الثالث من قسم الأمراض الداخلية ) . تكونت الدراسة الأساسية من (20) مريض و مريضة بداء السكري ( 12 ) طبقت عليهم دراسة الحالة و المقابلة العيادية القائمة على مجموعة من الأسئلة ( أنظر الملحق 1 ) و (3) طبق عليهم مقياس القلق الصريح و مقياس الاكتئاب و المقابلة العيادية المستعملة في دراسة الحالة . (2) طبق عليهم مقياس القلق فقط . و (3) طبق عليهم مقياس الاكتئاب. حيث يمثلون عينة الدراسة . و تمثلت حالات الدراسة في 3 حالات ( 1 رجل و 2 نساء مصابين بداء السكري من النوع الثاني )

## شروط اختيار عينة الدراسة الأساسية:

تم اختيار عينة الدراسة الأساسية من خلال شرطين أساسيين و هما:  
أن تكون الحالة من المرضى المصابين بمرض السكري النوع الثاني.  
أن تكون الحالة متواجدة بالمستشفى الجامعي بلاطو وهران.

### اجراءات تطبيق الدراسة الأساسية:

تم تطبيق الدراسة على عينة من المرضى المصابين بداء السكري في المستشفى الجامعي بلاطو بمدينة وهران حيث تم اتباع الاجراءات التالية:

الحصول على موافقة من رئيس مصلحة المستشفى ( و احظار الموافقة من الجناح رقم 5).

اختيار عينة بطريقة عشوائية من المرضى المصابين بداء السكري.

تحديد جداول زمنية بما يتناسب مع المؤسسة الاستشفائية و ذلك بالتنسيق مع الأخصائية النفسية المتواجدة داخل المؤسسة .

تطبيق أدوات الدراسة (المقياس- المقابلة . الملاحظة و دراسة الحالة) على العينة بعد شرح هدف الدراسة و تعليمات المقياس و طريقة الاجابة على الأسئلة و ذلك بالتنسيق مع الأخصائية النفسية .

بعد جمع المعلومات من المقابلات و التوصل الى نتائج كل من مقياس القلق و الاكتئاب تم القيام بتحليل نتائجهما استنادا لمفتاح تصحيح كل مقياس .

تم تحليل و مناقشة النتائج المتوصل اليها و تفسيرها على ضوء فرضيات الدراسة.

### الخلاصة:

اشتمل هذا الفصل على أهم خطوات الدراسة و هي تحديد الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية من حيث الدراسة الأساسية التي مهدت لنا طريق العمل و مكنتنا من التعرف على مجتمع الدراسة و عينتها و تجديد أدوات الدراسة فحددنا المنهج المعتمد في الدراسة و قمت بتحديد مجتمع الدراسة و العينة و أدوات جمع البيانات اضافة الى توضيح الأساليب المعتمدة في تحليل النتائج. و في الفصل التالي يتم عرض نتائج الدراسة و مناقشتها في ضوء الفرضيات .

## الفصل السادس : عرض و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات .

- عرض حالات الدراسة
- عرض نتائج الدراسة حسب مقياس القلق و الاكتئاب
- مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات
- الخلاصة
- التوصيات و الاقتراحات
- الخاتمة
- قائمة المراجع
- قائمة الملاحق

## تمهيد :

سيتم في هذا الفصل عرض أهم النتائج المتوصل اليها من خلال الدراسة الأساسية و ذلك من خلال توظيف منهجها و أدواتها مع العمل وفقا لاجراءات تطبيق هذه الدراسة و تمثلت الحالات فيما يلي :

## عرض الحالات الدراسة

### الحالة الأولى:

أجريت مع الحالة مجموعة من المقابلات العيادية و التي حددت حصصها حسب الأهداف المراد تحقيقها:

### المقابلة الأولى:

هدفت هذه المقابلة الى التعرف على المعلومات الأولية و التاريخ العائلي للحالة و التي تضمنت المعلومات التالية:

الاسم: ف خ

السن: 53 سنة

الجنس: أنثى

المهنة: ماکثة في البيت

الحالة المدنية: متزوجة و أم لخمسة أطفال

المستوى التعليمي : السنة الثالثة ثانوي

تنتمي الحالة الى أسرة مكونة من الوالدين و 14 طفل: (5 بنات و 9 أولاد) و هي السادسة بين اخوتها و تقوا أن علاقتها سليمة معهم مع كثرة حب أبيها لها.

### المقابلة الثانية :

هدفت هذه المقابلة الى التعرف على التاريخ الشخصي و المرضي للحالة و عائلتها مع القيام بفحص الهيئة العقلية و تضمنت المقابلة ما يلي :

حسب الحالة وجود ضغط الدم كمرض وراثي في عائلتها (لدى كلا الوالدين).

أصيبت الحالة بمرض السكري في 2020/01/12 .

### فحص الهيئة العقلية:

- مظهر جسدي عام حسن - قصر القامة - سمنة - تعابير وجهية مبتسمة - فضول في تقديم الاجابات - الرغبة في الحديث في جميع المواضيع - القدرة على التركيز في الوال و في تقديم الاجابات - تناسق بين الكلمات و التعابير الوجهية - وجود بعض الارتجاف على مستوى اليد اليسرى - الوعي بالزمان و المكان - القدرة على تذكر الأحداث - سلامة التفكير

## المقابلة الثالثة:

هدفت هذه المقابلة الى التعرف على مدى تأثير مرض السكري على الحالة النفسية للمريضة . شعورها ونظرتها اتجاه مرض السكري عامة و حقنة الأنسولين خاصة . مع التعرف على فكرة الحالة حول المرض.

قالت الحالة : " كنت أشك أني مصابة بمرض السكري نتيجة الأعراض التي ظهرت عليا: فقدان وزن كبير في مدة قصيرة – الشعور بالعطش الشديد و جفاف الشاربين – التبول بكثرة و شرب الماء بكثرة . عرفت اصابتي بمرض السكري بسبب الغضب حيث بلغت نسبة السكر 4 غ . بكيت بكثرة عند تلقي خبر اصابتي بداء السكر من طرف الطبيبة و اندهشت مع البكاء الشديد لي عند تلقي أول حقنة أنسولين في حياتي. لم أخيل يوما أني سأصاب بهذا المرض

في فترة تلقي خبر اصابتي بالسكري ذهب تفكيري مباشرة الى : فكرة الموت لم يصيح عمري طويل كما كان بل شعرت أنه قصر و اقتربت من الموت . جاءتني هذه الأفكار لأن أم زوجي تعرضت لبتر الرجل اليسرى و توفت ..

مع اصابتي بالسكري أصبت كذلك بارتفاع ضغط الدم . مع رأيتي أول مرة لجهاز كشف السكر في الدم شعرت أنه لم تبقى لي أي حياة لم أخيل يوما اصابتي بالسكر . تلقي أول حقنة أنسولين دفعي بي للبقاء بشدة لت أتقبل هذا الوضع الجديد. حدثت لي اضطرابات في النوم أصبحت أستيقظ من 2 ال 7 مرات ليلا .

قمت باتباع حمية غذائية البداية لكن توقفت عنها وأصبحت أأكل بطريقة عادية . بعد مرور 7 أشهر بدأت أتقبل هذا الوضع الجديد و تمكنت من استعمال جهاز قياس السكر و حقن الأنسولين " .

**المقابلة الرابعة :** هدفت الى تطبيق مقياس القلق الصريح لتايلور على الحالة.

## المقابلة الخامسة :

هدفت هذه المقابلة الى تطبيق مقياس الاكتئاب لبيك على الحالة. كما أضافت الحالة مجموعة من الاجابات الى بنود الاختبار و تمثلت في :

يزداد خوفي من المستقبل و من المجهول خاصة في مستقبل أولادي.

أفكر ان كنت قد أخطأت في حق أحد و اذا أصبت أنا أو أسرتي بمكروه فهذا نتيجة لذنب ما.

الشيء الذي يؤثر عليا في حياتي هو معاملة الناس لي الناس الذين أحبهم يكافؤونني بالسيئة رغم احساني لهم و بدئت الحالة تذكر أمثلة عن المحيطين بها.

## المقابلة السادسة:

التعرف على شعور الحالة و انطباعها حول الحصص التي قمنا بها و وجهة نظرها حول مقياس القلق و الاكتئاب .

## الحالة الثانية :

أجريت مع الحالة مجموعة من المقابلات العيادية و التي حددت حصصها حسب الأهداف المراد تحقيقها:

## المقابلة الأولى:

هدفت هذه المقابلة الى التعرف على المعلومات الأولية و التاريخ العائلي للحالة و التي تضمنت المعلومات التالية:

- الاسم: م أ
- السن : 45 سنة
- الجنس : أنثى
- المهنة : مائكة في البيت
- الحالة المدنية : متزوجة و أم ل 4 أطفال
- المستوى التعليمي : الرابعة متوسط

تنتمي الحالة الى أسرة مكونة من 7 أفراد تشمل الوالدين و 2 ذكور و 3 اناث و تحتل المرتبة الأصغر بين اخوتها. كانت ذات علاقة طيبة معهم خلال مراحل الطفولة .

#### المقابلة الثانية :

هدفت هذه المقابلة الي التعرف على التاريخ الشخصي و المرضي للحالة و عائلتها مع القيام بفحص الهيئة العقلية و تضمنت المقابلة ما يلي :

تعاني الأسرة من مرض وراثي و هو ضغط الدم أصيبت الحالة بمرض السكري من 7 سنوات.

#### فحص الهيئة العقلية :

مظهر خارجي حسن - متوسطة القامة - متوسطة الوزن - تعابير وجهية مبتسمة - وجود تناسق بين تعابير الوجه و الكلام - ذاكرة سليمة و القدرة على سرد الأحداث الماضية - و عي بالزمان و المكان - تفكير سليم.

#### المقابلة الثالثة:

هدفت هذه المقابلة الي التعرف على مدى تأثير مرض السكري على الحالة و بالتحديد معرفة شعور الحالة و نظرتها اتجاه مرض السكري عامة و حقنة الأنسولين خاصة و ذلك من خلال الاستعانة ببعض الأسئلة لتوجيه المقابلة ( أنظر الى الملحق رقم 1 ):

حسب ما قالت الحالة : " في البداية لم أتقبل هذا المرض و لم أقبل حقنة الأنسولين .

أصبحت أخاف أن أصبح مثل الذين بترت أطرافهم.

في البداية لم أتقبل حقنة الأنسولين. أصبحت أرى الموت فقط.

تفاجئت كثيرا عند تلقي أول حقنة أنسولين ضننت أنني سأموت .

أشعر أنني لست مثل قبل و لست مثل الآخرين . و أصبحت أفكر أنني مريضة و قد ذهبت حياتي..

لا أنام جيدا و أستيقض من 4 ال 6 مرات ليلا. لكنني أتبع حمية غائية مع مع الالتزام بمواقيت الدواء".

معرفتي حول هذا المرض هو أنه مرض خطير يصيب الكلا البنكرياس الكبد فقر الدم القلب الغارغارينا و يهلك البصر.

#### المقابلة الرابعة :

هدفت الى تطبيق مقياس القلق الصريح لتايلور على الحالة.

#### المقابلة الخامسة :

هدفت هذه المقابلة الى تطبيق مقياس الاكتئاب لبيك على الحالة.

#### المقابلة السادسة:4

التعرف على شعور الحالة و انطباعها حول الححص التي قمنا بها و وجهة نظرها حول مقياس القلق و الاكتئاب .

### الحالة الثالثة:

أجريت مع الحالة مجموعة من المقابلات العيادية و التي حددت حصصها حسب الأهداف المراد تحقيقها:

### المقابلة الأولى :

هدفت هذه المقابلة الى التعرف على المعلومات الأولية و التاريخ العائلي للحالة و التي تضمنت المعلومات التالية:

- الاسم : ه م .
- السن : 51 سنة.
- الجنس : ذكر.
- المهنة : حارس أمن في شركة لبيع الأواني .
- الحالة المدنية : مطلق و أب لطفل
- المستوى التعليمي : الثالثة ثانوي .

تنتمي الحالة الى أسرة مكونة من 12 شخص : الوالدين و 5 بنات و 5 أولاد .

### المقابلة الثانية :

هدفت هذه المقابلة الى التعرف على التاريخ الشخصي و المرضي للحالة و عائلتها مع القيام بفحص الهيئة العقلية و تضمنت المقابلة ما يلي :

تعاني الأسرة من مرض السكري كمرض وراثي .

أصيبت الحالة بمرض السكري في 2016 .

صاحب اصابة الحالة بمرض السكري مرض على مستوى العينين .

### فحص الحالة العقلية :

مظهر جسدي حسن – طويل القامة – متوسط الوزن – تعابير و جبهة مبتسمة – يضع ضمادات على الرجل اليسرى – ذاكرة سليمة مع القدرة على استرجاع الأحداث الماضية و سردها – الوعي بالزمان و المكان – تفكير سليم .

### المقابلة الثالثة :

هدفت هذه المقابلة الى التعرف على مدى تأثير مرض السكري على الحالة و بالتحديد معرفة شعور الحالة و نظرتها اتجاه مرض السكري عامة و حقنة الأنسولين جاصة و ذلك من خلال الاستعانة ببعض الأسئلة لتوجيه المقابلة ( أنظر الى قائمة الملاحق ):

حسب ما ذكرته الحالة : " شعرت بقلق و توتر كبير عند معرفة اصابتي بالسكري لكن لاحقا قلت الحمد لله . عندما أصبت بالسكري بدأ أفكر في بقية أعضاء جسمي الأخرى لأنني أعلم أن السكري مرض خطير يصيب العينين و الكلا و كذلك يتسبب في بتر الأطراف . واجهت صعوبة كبيرة في التعود على

استعمال جهاز قياس السكر في الدم و حقن الأنسولين . أثر علي مرض السكري و أصبحت أستيقض 4 مرات في الليل و لم أتمكن من اتباع الحمية الغذائية".

#### المقابلة الرابعة :

هدفت الى تطبيق مقياس القلق الصريح لتايلور على الحالة.

#### المقابلة الخامسة :

هدفت هذه المقابلة الى تطبيق مقياس الاكتئاب لبيك على الحالة.

#### المقابلة السادسة:

التعرف على شعور الحالة و انطباعها حول الحصص التي قمنا بها و وجهة نظرها حول مقياس القلق و الاكتئاب .

#### عرض نتائج الدراسة :

من خلال الدراسة الاستطلاعية و الدراسة الأساسية و التقرب من الحالات المعنية بالدراسة توصلت الى النتائج التالية:

#### عرض نتائج المقياس للحالة الأولى :

نتائج مقياس القلق : تحصلت الحالة على 42 اجابة بنعم و 8 اجابات ب لا

نتائج مقياس الاكتئاب : تحصلت الحالة على 12 درجة

#### عرض نتائج المقياس للحالة الثانية :

نتائج مقياس القلق : تحصلت الحالة على 33 اجابة بنعم و 17 اجابة ب لا

نتائج مقياس الاكتئاب : تحصلت الحالة على 19 درجة

#### عرض نتائج المقياس للحالة الثالثة :

نتائج مقياس القلق : تحصلت الحالة على 24 اجابة بنعم و 26 اجابة ب لا

نتائج مقياس الاكتئاب : تحصلت الحالة على 20 درجة

#### نتائج الدراسة حسب مفتاح تصحيح المقياس :

#### نتائج المقياس المطبقة على الحالة الأولى :

القلق : بلغت درجة القلق المحصل عليها من خلال تطبيق المقياس 42 درجة نعم و حسب مفتاح التصحيح تفسر هذه النتيجة على : وجود قلق شديد.

الاكتئاب : بلغت درجة الاكتئاب المحصل عليها من خلال تطبيق المقياس 12 درجة و حسب مفتاح تصحيح الاختبار تفسر هذه النتيجة على : وجود اكتئاب بسيط.

#### نتائج المقياس المطبقة على الحالة الثانية :

القلق : بلغت درجة القلق المحصل عليها من خلال تطبيق المقياس 33 درجة نعم و حسب مفتاح التصحيح الخاص بالمقياس تفسر هذه النتيجة على : وجود قلق شديد .



**الاكتئاب :** بلغت درجة الاكتئاب المحصل عليها خلال تطبيق المقياس 19 درجة و حسب مفتاح تصحيح الاختبار تفسر هذه النتيجة على: وجود اكتئاب متوسط .

### **نتائج المقياس المطبقة على الحالة الثالثة :**

**القلق :** بلغت درجة القلق المحصل عليها من خلال تطبيق المقياس 24 درجة نعم و حسب مفتاح التصحيح تفسر هذه النتيجة على : وجود قلق نوعا ما .

**الاكتئاب :** بلغت درجة الاكتئاب المحصل عليها خلال تطبيق المقياس 20 درجة و حسب مفتاح تصحيح الاختبار تفسر هذه النتيجة على: وجود اكتئاب متوسط .

### **نتائج الدراسة حسب فرضيات الدراسة :**

ثبتت الفرضية العامة القائلة أن : مرض السكري يؤثر على الحالة النفسية للمريض و اتضح ذلك من خلال نتائج الدراسة الأساسية

ثبتت الفرضية الجزئية الأولى : بوجود حالة قلق لدى مرضى داء السكري عامة و يشتد لدى النساء خاصة.

ثبتت الفرضية الجزئية الثانية : بوجود حالة اكتئابية لدى مرضى السكري بدرجة متوسطة لدى الجنسين .

### **مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات :**

من خلال استعمال منهج دراسة الحالة و الذي اعتمدت في تطبيقه على كل من المقابلة و الملاحظة المباشرة و استعانتى بكل من مقياس القلق الصريح لتايلور و مقياس الاكتئاب لبيك توصلت الى النتائج التالية :

ثبتت الفرضية العامة القائلة : " يؤثر مرض السكري على الحالة النفسية للمريض " و تبين ذلك من خلال استجابات الحالات الثلاثة أثناء المقابلة الثالثة : " حسب ما صدر عن الحالات الثلاثة من اجابت: تغيرت حياتي اثر المرض – أصبحت أفكر أنني لم أعد كالسابق – أصبحت أشعر أنني لست مثل البقية – لم أتخيل يوما أنني سأصاب بهذا المرض – لم يصبح عمري طويل كما كان – شعرت أنه قصر و اقتربت من الموت – عند رأيت حقنة الأنسولين و جهاز قياس السكر في الدم شعرت أنه لم تبقى لي أي حياة – لم أتقبل هذا المرض و لم أتقبل حقنة الأنسولين – أصبحت أخاف أن أصبح مثل الذين يترو أطرافهم – أصبحت أفكر أنني مريضة و ذهبت حياتي " . و من هنا اتضح أن لمرض السكري تأثير كبير على حياتهم النفسية مما غير نظرتهم للمستقبل خاصة النساء هم أشد تأثرا بداء السكري .

من خلال تطبيق مقياس القلق الصريح لتايلور على الحالات الثلاثة (1 رجل و 2 نساء ) . ثبتت الفرضية الجزئية الأولى القائلة : " وجود علاقة ما بين القلق و الحالة النفسية للمريض " . و اتضح ذلك من خلال نتائج المقياس و التي تمثلت في أن المريضات بداء السكري يعانين من حالة قلق شديد . بينما يعيش الرجال حالة قلق نوعا ما.و من خلال ما صدر من اجابات التي أثبتت أن لمرض السكري تأثير بالغ مما زاد نسبة القلق خاصة قلق المستقبل بدرجة كبير لأن الحالات أصبحت تفكر في مصير جسدها و يرجع ذلك الى الفكرة السائدة في أذهانهم و هي الاتصال الدائم بين داء السكري و مفهوم البتر و قلة النظر و كذلك تأثيره على الكلا و غيرها من أعضاء الجسم كما أن النساء تمثل قلق المستقبل لديهن خاصة اتجاه حياة أطفالهم حسب ما ذكرت الحالة " أفكر في مصير ابني و بناتي ؟؟؟ أدعو الله أن أوصلهم الى حياتهم و يضمّنوا مستقبلهم و اذا مت لا بأس " و كذلك تعاني الحالات من نوع آخر من القلق وهو قلق الموت الذي يعتبر من الاستجابات الشائعة المصاحبة للأمراض الخطيرة و الأمراض المزمنة..

من خلال تطبيق مقياس الاكتئاب لبيك عل الحالات الثلاثة ثبتت الفرضية الجزئية الثانية القائلة أن : " يعيش مريض السكري حالة اكتئابية نتيجة الإصابة بداء السكري." و اتضح ذلك من خلال نتائج المقياس المطبق على الحالات و التي تمثلت في أن : جميع مرضى السكري من الجنسين يعيشون حالة اكتئابية متوسطة . في بداية اكتشاف اصابتهم بالمرض نتيجة القلق الشديد نحو المستقبل و نتيجة قلق الموت تدفع الاصابة بمرض السكري الحالات الى عيش حالة اكتئابية ذات أعراض خفيفة . لكنها تتلاشى تدريجيا بمجرد التعد على المرض و القدرة على التعايش معه .

### الخلاصة :

من خلال اشكالية الدراسة و فرضياتها و التي هدفت الى معرفة مستوى القلق و الاكتئاب لدى مرضى السكري النوع الثاني و في ضوء النتائج المتوصل اليها يمكن ايجازها فيما يلي:

ثبتت الفرضية العامة القائلة أن : مرض السكري يؤثر على الحالة النفسية للمريض و اتضح ذلك من خلال نتائج الدراسة الأساسية

ثبتت الفرضية الجزئية الأولى : بوجود حالة قلق لدى مرضى داء السكري عامة و يشند لدى النساء خاصة.

ثبتت الفرضية الجزئية الثانية : بوجود حالة اكتئابية لدى مرضى السكري بدرجة متوسطة لدى الجنسين

### التوصيات و الاقتراحات :

ان هذا العمل مكثني من الاحتكاك بفئة المرضى المصابين بداء السكري و معرفة معاناتهم خاصة النفسية . و قد انتهت دراستي هذه بمجموعة من الاقتراحات و التوصيات التي تمثلت فيما يلي

توعية أفراد الأسرة و كافة المحيطين بالحالة الى ضرورة التقارب النفسي مع الحالة أي. ليس من ضروري سد الحاجات البيولوجية و اهمال الجانب النفسي الذي يعد أهم عنصر.

الاهتمام بهذه الفئة و ضرورة توعيتها ما مفهوم هذا المرض مع التعرف على نظرته لداء السكري .

القيام بتقديم شرح مفصل للحالة حول كيفية عمل الدواء الذي وصف لهم من طرف الطبيب مع التركيز على ذكر خطورة اهمال تناوله في الوقت المحدد .

المساندة النفسية للحالة و محاولة دمجها في برامج رياضية من أجل ترسيخ فكرة أن المرض ليس بسبب للموت و ليس سبب للدخول في حالة اكتئابية أو قلق شديد . بل يمكن أن يكون حافز لتغيير العادات السيئة و يعتبر نقطة تغيير جذرية عنوانها " كن طبيب نفسك".

كما أتمنى أن لا يتوقف البحث في هذا الموضوع هنا بل يكون نقطة انطلاق و مرجع لطلبة السنوات القادمة في اتمام البحث و التعمق في تأثيرات مرض السكري على الجانب النفسي الذي يعد بحرا كلما بحثنا فيه ازددنا ظمئنا.

مقترحة مجموعة من المواضيع التي يمكن أن تكون عنوانا لمذكرات طلبة هذا التخصص في المستقبل:

تأثير مرض السكري على العلاقات الزوجية.

كيف نوعي الطفل المصاب بمرض السكري .

دراسة عيادية لمفهوم السكري لدى الأطفال .

## الخاتمة

و كخاتمة و حوصلة لموضوعي " تأثير مرض السكري على الحالة النفسية للمريض . دراسة عيادية لحالة القلق و الاكتئاب و التي أجريتها بالمستشفى الجامعي – بلاطو – وهران. تمكنت بفضل الله و عون من الأستاذ الكريم المشرف الأستاذ الدكتور خليفي محمد من التقرب من حالات مصابة بمرض السكري من النوع الثاني و توصلت الى معرفة الاضطرابات النفسية التي يمكن أن تؤثر و تخل بنظام توازن و حياة الشخص المتمثلة في حالة القلق الشديدة لدى النساء و القلق المتوسط لدى الرجال كما أن كلا الجنسين يعانون من قلق الموت و ذلك لارتباط مفهوم مرض السكري عامة لديهم بمفهوم الموت . و هذا من شأنه أن يدخلهم في حالة اكتئابية تشدد عند النساء أكثر من الرجال .

لذا يعتبر العامل النفسي أحد أهم الجوانب التي تدفع بالفرد مهما كان مرضه و درجة خطورته اما أن يتعايش معه و يساعده على تغيير نمط معيشته من خلال مواصلة حياته و الابداع و الابتكار لتجاوز الفترات الحرجة أو يكون العامل النفسي أهم عامل للموت البطيء و نهاية الحياة و ضياع المستقبل .

لذا من واجبنا كأخصائيين عياديين العمل على التقرب من الحالات ليس من الضروري أن تكون مرضية أو شاذة بل هدفنا الأسمى هو تحقيق الراحة النفسية و القدرة على التعايش مع الاضطراب والتقليل من حدته حتى يصبح الفرد شخصا متوازنا متكيفا مع محيطه الاجتماعي و لا يمكننا تحقيق هذا الهدف الا من خلال الرجوع الى طبيعة بنيته الشخصية .

## قائمة المصادر و المراجع

### المراجع العربية:

#### قائمة الكتب:

- راضي و قفي، مقدمة في علم النفس. ط1، دار الشروق للنشر و التوزيع، الأردن، 1988.
- عبد الرحمان الوافي، مدخل الى علم النفس، ط2، دار الهومة، القاهرة، 2007.
- صبرة محمد علي، أشرف محمد عبد الغني شريت، الصحة النفسية و التوافق النفسي، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 2004.
- سيغmond فرويد، الكف العرض القلق ، ط3، ديوان المطبوعات الجزائرية، الجزائر، 1989.
- يوسف حلمي بنية، القلق النفسي، مجلة الصحة النفسية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1960.
- حنان عبد الحميد العناني، الطفل و الاسرة و المجتمع، ط1، دار الصفاء للنشر و التوزيع، الأردن، 2000.
- مصطفى يوسف، علم النفس العيادي، ط1، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، 2001.
- عبد الحميد محمد الشادلي، الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية، ط2، المكتبة الجامعية، الإسكندرية مصر، 2001.
- زلوف منيرة، 2014، دراسة تحليلية للاستجابة الاكتئابية عند المصابات بالسرطان، دار الفكر، ط1، دمشق
- أسامة فاروق مصطفى، 2011، مدخل الى اضطرابات السلوكية و الانفعالية، ط1، دار المسبوة للنشر و التوزيع.
- كامل العجلوني واقع مرض السكري في الأردن- غير منشور- 1995.
- نادية طويل، تأثير التمرينات الرياضية على بعض المتغيرات الانفعالية لمرض السكر، المؤتمر الدولي لتاريخ و تطور علوم الرياضة ( 3-5) يناير 1988.

- مهند حسين البشتاوي، السكري و الصحة البدنية، ط1 ، دار المناهج للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 2004..

#### - قائمة المذكرات و المجلات

- المرزوقي. جاسم.جاسم.محمد عبد الله.(2008).الأمراض النفسية و علاقتها بمرض العصر : "السكر" الطبعة "01" الاسكندرية دار السلام و الايمان.
- شقير زينب (2002). الأمراض السيكوسوماتية . ط1. القاهرة مصر . مكتبة النمطة المصرية.
- نور الهدى محمد الجاموس(2013). الاضطرابات النفسية الجسمية السيكوسوماتية. دار اليازوري للنشر و التوزيع. عمان . الأردن.
- عبد الرحمان محمد العيساوي(2008). سيكولوجيا الأمراض الخطيرة. منشورات الحلبي. بيروت لبنان.
- رحاب علي أبو القاسم(2013). أثر القلق على ارتفاع مرض السكري للنساء الحوامل. كلية الأدب. الجوش. المجلة الجامعية. العدد الخامس عشر. مجلد 2.
- عبد الباقي سلوى(1993). مسببات القلق خبرات الماضي و الحاضر و مخاوف المستقبل. مجلة دراسات تربوية. مجلد 7. عدد(57). 102.-145.
- عبد الخالق. أحمد(1991). بناء مقياس قلق الأطفال و علاقته ببعدي الانبساطية و العصابية. مجلة علم النفس عدد(27).

#### المراجع الأجنبية

HummblerOk.ahmjo.s.(2006).personality changes and social ajustassent during the first threey eurs of diabetes in chelddren . ada . peadiatrica journal vul 70n 03 pp 321 – 327.

Redman . SF (1999) diabettes insulimetedendant stress et trouble psychiatrique . SMME . hopital.

قائمة الملاحق :

الملحق رقم (1): البرنامج المعتمد في المقابلات العيادية :

المعلومات الأولية للحالة:

الاسم – السن – الجنس – المهنة – الحالة المدنية – المستوى التعليمي.

التاريخ الشخصي و المرضي للحالة :

التاريخ العائلي للحالة :

عدد أفراد الأسرة – رتبة الحالة بين أسرتها – طبيعة العلاقة مع الأسرة في مراحل النمو .

التاريخ المرضي للحالة :

ماهي الأمراض الوراثية في العائلة ؟

ماهي مدة الإصابة بمرض السكري ؟

فحص الهينة العقلية :

المظهر العام للحالة – طبيعة الكلام – طبيعة التفكير – التناسق الحسي الحركي – القدرة على استرجاع الأحداث الماضية .

التعرف على تأثير مرض السكري على الحالة من خلال طرح الأسئلة التالية:

- ما هي مدة اصابتك بهذا المرض ؟
- كيف اكتشفت اصابتك بداء السكري ؟
- احكي لي فيما فكرت أثناء تلقي خبر الإصابة بمرض السكري ؟
- ما هو مفهومك حول مرض السكري ؟
- احكي لي ما كان شعورك أثناء تلقي أول حقنة أنسولين ؟
- كي كانت نظرتك لحقنة الأنسولين و جهاز قياس السكر في الدم ؟
- احكي لي كيف كانت أيامك الأولى مع هذه التجربة الجديدة في حياتك ؟
- هل تمكنت من اتباع حمية غذائية ؟
- كيف أصبح برنامجك الغذائي ؟
- هل تنام جيدا ؟ كم تستيقظ من مرة في الليل ؟
- هل تعاني من أمراض أخرى ؟
- هل كنت تعاني من هذه الأمراض قبل الإصابة بمرض السكري ؟

تطبيق مقياس القلق الصريح لتايلور على الحالة .

تطبيق مقياس الاكتئاب لبيك على الحالة

التعرف على انطباع الحالة حول المقابلات و تطبيق المقاييس المستعملة .

