

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
جامعة وهران (2)  
كلية العلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس والأرطوفونيا  
مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر الأكاديمي  
في علم النفس العيادي



## سمات شخصية المصاب بارتفاع ضغط الدم الأساسي

- دراسة حالات عيادية.

تحت إشراف الأستاذة:

- طباس نسيمة .

من إعداد:

شافي سيذا حمد.

السنة الجامعية:

2019/2018

# كلمة شكر

بسم الله الرحمن الرحيم

في أول الأمر وأخره الشكر لله وحده خالقي وموجدي له الحمد  
والثناء ما حييت.

الشكر موالى للوالدين الكريمين الذين كانا سببا لكوني هنا الآن  
فشكرا كبيرا لا مقطوعا .

استمر بالشكر لزوجتي الكريمة على دعمها ومساندتها وتحملها طيلة  
السنوات الماضية .

أما الشكر الكريم المحيا للأستاذة الكريمة: طباس نسيمة على الدعم  
والمتابعة بنصائحها القيمة.

اشكر كل الأساتذة الذين عرفتهم وتعلمت منهم طيلة السنوات الماضية  
فيقال في الأثر من علمني حرفا صرت له عبدا فشكرا موصولا  
لأساتذتنا الكرام.

# الإهداء

اهدي ثمرة هذا العمل المتواضع إلى الوالدين الكريمين على حبهما  
اللا مشروط ودعمهما اللامتناهي عربون محبة عسى أن أطيع الله  
فيهما ويرضيا عني خالقي.

كما أن الهدية تكون لرفيقة الدرب ودعم الصدر وسند الظهر زوجتي  
التي ما فتأت تدعمني وتصبر على تقصيري, كما أضيف اهداء لابنتي  
الحبيبتين اللتان تدعمانني دون دراية.

علي لا اخرج من أسرتي فالإهداء إلى جميع إخوتي وأبنائهم لحبهم  
وتقديرهم, كما أوصل الإهداء إلى كل صديق قريب أو بعيد ساعدني  
أو دعمني.

كما اهديه إلى كل من ساعدني في انجاز هذا العمل المتواضع.

#### قائمة المحتويات:

كلمة شكر.	
الإهداء.	
قائمة المحتويات	04.....
قائمة الجداول	07.....
مقدمة	08.....
الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة:	10.....
إشكالية البحث	12.....
فرضية البحث	13.....
أهمية البحث	13.....
أهداف البحث	14.....

14.....	تحديد مفاهيم البحث إجرائياً.....
15.....	الفصل الثاني: سمات الشخصية.....
16.....	1- مفهوم الشخصية.....
17.....	2- سمات الشخصية وأنماط الشخصية.....
17.....	1.2. تعريف السمة.....
18.....	2.2. أنماط الشخصية.....
19.....	3.2. النظريات المفسرة للشخصية.....
23.....	3- النمو النفسي و الاجتماعي للشخصية.....
25.....	4- خصائص الشخصية.....
26.....	5- العلاقة بين سمات وأنماط الشخصية.....
26.....	6- الفرق بين أنماط وسمات الشخصية.....
27.....	الفصل الثالث: القلق.....
28.....	تمهيد.....
28.....	1- مفهوم القلق.....
29.....	2- أنواع القلق.....
30.....	3- أعراض القلق.....
31.....	4- أسباب القلق.....
33.....	5- النظريات المفسرة للقلق.....
34.....	6- علاج القلق.....
35.....	خلاصة.....
36.....	الفصل الرابع: الاكتئاب.....
37.....	تمهيد.....
37.....	1- لمحة تاريخية.....
38.....	2- تعريف الاكتئاب.....
38.....	3- النظريات المفسرة للاكتئاب.....
42.....	4- أعراض الاكتئاب.....
44.....	5. تصنيف الاكتئاب.....
46.....	6. تشخيص الاكتئاب.....

7.	علاج الاكتئاب.....	47.....
	خلاصة.....	49.....
	الفصل الخامس: ارتفاع ضغط الدم الأساسي.....	50.....
	تمهيد.....	51.....
1.	معنى ضغط الدم.....	51.....
2.	التعريف الطبي لارتفاع ضغط الدم.....	52.....
3.	تصنيف ارتفاع ضغط الدم.....	52.....
4.	النظريات العلمية المفسرة لارتفاع ضغط الدم الأساسي أو الأولي.....	53.....
5.	التفسير النفسي لارتفاع ضغط الدم.....	53.....
6.	وسائل قياس ضغط الدم.....	54.....
7.	مراحل الضغط الدموي الأساسي.....	55.....
8.	أسباب ارتفاع ضغط الدم.....	55.....
9.	أسباب ارتفاع ضغط الدم المزمن الأساسي.....	57.....
10.	أعراض ارتفاع ضغط الدم.....	57.....
11.	تشخيص ارتفاع ضغط الدم.....	58.....
12.	علاج ارتفاع ضغط الدم.....	58.....
	خلاصة.....	60.....
	الجانب التطبيقي.....	61.....
	الفصل السادس: منهجية البحث.....	62.....
	تمهيد.....	63.....
1.	المنهج العيادي.....	63.....
2.	أدوات البحث.....	64.....
1.2.	المقابلة العيادية.....	64.....
2.2.	الملاحظة العيادية.....	65.....
3.2.	اختبار فحص الهيئة العقلية.....	65.....
4.2.	مقياس سبيلر جر للقلق.....	66.....
5.2.	مقياس بيك للاكتئاب.....	70.....
3.	مكان إجراء البحث.....	72.....
4.	مواصفات الحالات العيادية المدروسة.....	73.....
	خلاصة.....	73.....
	الفصل السابع: التقرير السيكولوجي للحالات العيادية.....	74.....
1.	التقرير السيكولوجي للحالة الأولى.....	75.....
2.	التقرير السيكولوجي للحالة الثانية.....	79.....

83.....	خلاصة.....
84.....	الفصل الثامن: عرض النتائج وتفسيرها.....
85.....	1. عرض النتائج وتفسيرها.....
87.....	2. الخاتمة.....
88.....	3. الاقتراحات.....
89.....	المراجع:.....
92.....	الملاحق:.....
92.....	1. مقياس سبيلبرجر للقلق.....
94.....	2. مقياس بيك للاكتئاب.....

#### قائمة الجداول:

الصفحة	اسم الجدول	الرقم
64	خصائص مجتمع الدراسة	01
69	الصورة الأولى لمقياس سبيلبرجر للقلق حالة	02
69	الصورة الأولى لمقياس سبيلبرجر للقلق سمة	03
69	درجات شدة القلق لمقياس سبيلبرجر	04
71	درجات الاكتئاب لمقياس بيك	05
77	نتائج مقياس سبيلبرجر للحالة 01	06

78	نتائج مقياس بيك للحالة 01	07
81	نتائج مقياس سيبيلر جر للحالة 02	08
82	نتائج مقياس بيك للحالة 02	09

## مقدمة:

تعد معرفة الأخصائي النفسي للشخصية من أهم القضايا التي تواجهه، فما زالت الاهتمامات والمحاولات للتعرف على الشخصية متواصلاً، فهناك العديد من التعاريف حول هذا المفهوم المعقد إلا أنه لم نجد تعريف مقنع و نهائي يشمل كل الأبعاد التي يرمي إليها هذا المفهوم: الجسمية، النفسية، الاجتماعية ( احمد عزت راجح, 1981 ).

تم الاتفاق في تحديد هذا المفهوم أن هناك جوانب وراثية وجوانب مكتسبة تميز كل شخص عن الآخر، وتكمن الفوارق بين الأفراد في كل من قدراتهم العقلية والفكرية، استعداداتهم، اتجاهاتهم، دوافعهم، ميولهم، فالفرد هو ابن البيئة الثقافية والاجتماعية التي ينشئ فيها ويكتسب منها سلوكيات وأفكار تسمح له بالتكيف والتفاعل مع ثقافته، فخلال تنشئة الفرد تظهر سمات تميزه عن غيره، تلك التي تصبح كبصمة الفرد(نوال مادي, 2014 ص11).

فالإصابة بمرض جسدي و خاصة إذا تعلق الأمر بمرض عضو هام في الجسد و كان هذا المرض المزمن يؤدي إلى تدهور حالة الفرد من الناحية الجسمية و النفسية فبعد تطور الطب و تراكم الأحداث في مجال الصحة أصبح من المستحيل الفصل بين الجانب الجسدي و الجانب السيكولوجي، فالإنسان وحدة جسمية – نفسية لا يمكن فصل جانب عن الآخر، ففي عصرنا الحالي ظهرت أمراض عضوية مختلفة تحمل بعد نفسي من بينها القرحة المعدية، ارتفاع ضغط الدم فهناك من أكد وجود 30 % من مجموعة الأمراض العضوية ذات أساس سيكولوجي، بينما يرى آخرون أن هذه النسبة ارتفعت في السنوات الأخيرة إلى 60 % أو 90% هذا ما يدعو إلى اعتبار وحدة نفس جسمية متكاملة (زوادي سليمان, 2012, ص10).

فالمرض العضوي يهدد الأمن الشخصي و التوافق النفسي للشخص و هذا ما يجعله يعيش حالة من الاضطراب النفسي، خاصة إذا تعلق الأمر بمرض خطير يجعله يعيش حالة من الاضطراب النفسي، كارتفاع ضغط الدم المزمن الذي يبقى فيه المريض طوال حياته تابعا إلى مجموعة من العقاقير و الأمل في الشفاء قليل أو قد يكون منعدما لان الاضطراب وظيفي يكاد يكون القلب سليما إلا من بعض المضاعفات فالشخص المصاب يحس انه ناقص و مهدد، مما يؤدي إلى تغيير ردود أفعاله و استجابته النفسية(عبد الرحمن العيسوي, 1988).

أصبح الآن من الواضح لدى علماء النفس، أن إدراك العوامل الضاغطة يختلف من شخص إلى آخر، فما قد يدرك كعامل ضاغط بالنسبة لشخص معين، قد لا يكون كذلك بالنسبة لشخص آخر ، فقد يدرك الفرد وضعية ما كضاغطة و تظهر عليه مظاهر حالة القلق و تختفي الحالة سريعا باختفاء تلك الوضعية، ولكن هناك أفراد يستمر إحساسهم الدائم بالقلق أو الحصر، رغم اختفاء تلك الوضعية، وذلك لأن القلق عندما يكون سمة من سمات الشخصية و التي تعتبر جانبا ثابتا نسبيا من خصائصها، تحدد سلوك الفرد بطريقة فريدة تختلف عن طرق الآخرين (عبد المعطي, 2006).

يمكن أن تكون " سمة القلق " هذه خاصية موروثية أو مكتسبة ذات اتساق و دوام و استقرار، وهذا ما يعزز استجابات الفرد، غير الفعالة و غير الملائمة مع الضغوط، وهنا تظهر وتستقر الاضطرابات بأنواعها نفسية، عقلية، و نفس جسدية. من بين الاضطرابات النفس جسدية نتحدث عن ارتفاع ضغط الدم الشرياني الأساسي الذي يرتبط أساسا بمميزات الفرد الخاصة (مصطفى, 2007).

لقد اختلفت الدراسات العلمية التي تهتم بسمات الشخصية لدى مختلف الحالات المصابة بأنواع الأمراض السيكوسوماتية ففي دراسة لسبيرو و آخرون حول علاقة السمات الشخصية و الثبات الانفعالي بتطور مرض الضغط الدموي، فانه قد تم تدعيم نتائج الدراسات السابقة ، القائلة بأن سمات الشخصية تؤخذ كمنبئ لتطور و حدوث مرض ارتفاع ضغط الدم (ايت حمودة, 2006 ص125).

و لقد كان هدفنا من هذه الدراسة التقرب أكثر من المرضى الراشدين المصابين بارتفاع ضغط الدم المزمن و التعرف على انعكاسات هذا المرض على حياتهم النفسية و قد خصصنا دراستنا هذه لدراسة سمتين هامتين من سمات الشخصية من القلق و الاكتئاب لدى المرضى التي تكاد تكون موجودة لدى جميع المرضى المصابين بأمراض مزمنة و من أجل ذلك اعتمدنا على دراسة عينة تتكون من حالتين

راشدتين و ذلك اعتمادا على المقابلة العيادية و بتطبيق كل من مقياس سبيلبرجر للقلق و مقياس بيك للاكتئاب.

و لإجراء هذا البحث اتبعنا المنهجية التالية:

احتوى البحث على جانبين، جانب نظري و آخر تطبيقي، حيث يتضمن الجانب النظري أربعة فصول، تطرقنا في الفصل الأول إلى طرح الإشكالية و التي مفادها أن الإصابة بارتفاع ضغط الدم المزمن من شأنه أن يحدث اضطرابات نفسية كالقلق و الاستجابة الاكتئابية لدى المرضى الراشدين بحيث يكون القلق والاكتئاب سمتين ظاهرتين لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم المزمن و طرحنا من أجل ذلك فرضيات جزئية، كما قمنا بتحديد كل المفاهيم المتعلقة بالبحث.

و تناولنا في الفصل الثاني الشخصية وسمات الشخصية المختلفة وأنماطها بالإضافة إلى الخصائص العامة و العلاقة والفرق بين أنماط وسمات الشخصية أما الفصل الثالث فتناولنا فيه القلق بالتعرض إلى التعريف و الأنواع و الأعراض و الأسباب و النظريات المفسرة للقلق و أخيرا العلاج، و خصصنا الفصل الرابع للاكتئاب بحيث تطرقنا إلى التعريف و النظريات المفسرة للاكتئاب، الأعراض، الأنواع، الأسباب التشخيص وفي الفصل الخامس تطرقنا الى مفهوم ارتفاع ضغط الدم الأساسي، تصنيفه، النظريات العلمية المفسرة و التفسير النفسي للمرض بالإضافة الى مراحل، اسبابه، تشخيصه و علاجه.

أما فيما يخص الجانب التطبيقي يتفرع بدوره إلى ثلاثة فصول: السادس منهجي يشمل التعريف بخطتنا المنهجية للبحث و الأدوات المستخدمة لذلك، و يحتوي الفصل السابع على التقرير السيكولوجي للحالات و اختتمنا عملنا ب عرض النتائج وتفسيرها و كذلك قدمنا استنتاج عام ناقشنا من خلاله مدى مطابقة الفرضيات للنتائج المتوصل إليها و أخيرا خاتمة البحث و الاقتراحات.

الجبائِب

النظري

# الفصل

## الأول:

### مدخل إلى الدراسة

#### \*إشكالية البحث:

كل فرد في هذه الحياة معرض لمرض عضوي مهما كان نوعه خطيرا أو بسيط، حاد أو مزمن، و الذي ينتج عنه ظهور انعكاسات سيكولوجية هامة ناتجة عن إعالة الجسمية للمريض، و يؤكد العديد من الباحثين على العلاقة الموجودة بين الجانب النفسي و العضوي فإصابة احدهما يؤثر على الآخر، و حسب Bacal فإصابة العضوية تفرض الرعاية النفسية لان هذا الأخير يزيد من صعوبة

الاضطرابات لان المعاناة العضوية تؤثر حتما على التوازن النفسي و بالتالي ظهور مضاعفات، فبمجرد تأكد المريض من إصابته هذا يكفي لكي يخلق لديه استجابات نفسية خاصة، تأخذ عدة مظاهر منها الخوف، الاكتئاب و القلق و ذلك تبعا لشخصية الفرد و استعداده و ظروفه.

كما عرفت المنظمة العالمية للصحة للصحة الجيدة عام 1964 أنها " حالة من الرفاهية و السعادة الجسمية و النفسية و الاجتماعية التامة و ليس مجرد غياب المرض أو العجز أو الضعف، كما يرى محمد دويدار أن الصحة النفسية "حالة عقلية انفعالية مركبة دائمة نسبيا من الشعور بان كل شيء على ما يرام و الشعور بالسعادة مع الذات و الآخرين و الشعور بالرضا و الطمأنينة و الأمن و سلامة العقل و الإقبال على الحياة مع الشعور بالنشاط و القوة و العافية مع علاقة اجتماعية راضية مرضية (عبد الفتاح دويدار ، 1994 ، ص 512).

يعتبر علم النفس مرض ارتفاع ضغط الدم من بين الأمراض السيكوسوماتية لما للجانب النفسي من اثر كبير في ظهور هذا المرض حيث انه يصيب الأشخاص في سن متقدم عادة على الرغم من وجود عدة حالات من بين متوسطي العمر و هو كذلك يصيب النساء أكثر من الرجال و بنسب متفاوتة.

فالأمرض الجسمية مهما كانت مرتبطة بالعجز الجسمي فإنها تؤثر على الحالة النفسية للإنسان، و هذا ما أكدته دراسة (Pender) و الانفعالية سنة 1982 حيث ربط بين الصحة و تقدير الباحث بندر الذات فهو يرى انه إذا وصل الفرد إلى درجة قصوى من الطاقة سيحقق ذلك و ذلك من خلال حالته الصحية (عثمان يخلف، 2002 ، ص 07).

فقد تنوعت الدراسات التي تهتم بسمات معينة لدى المصابين بمختلف الأمراض السيكوسوماتية فلقد كثر الاهتمام بصفة خاصة بسمتي القلق و الاكتئاب لدى هؤلاء المرضى و كذلك فقد اهتم الباحثون بدراسة الجانب النفسي في الاضطرابات السيكوسوماتية التي يؤثر فيها الاضطراب الجسمي على الناحية النفسية بصورة واضحة، و قد بينت الدراسات العلمية أهمية الجانب النفسي و تأثيره على تثبيت الاضطراب الجسمي و زيادة خطورته من جهة و التحليل بالشفاء و التحقيق من المرض البدني من جهة أخرى (بلعزوق جميلة ، 1991).

يرى "ديلي وبيكوت " : " أن القلق يترتب على الحالة المرضية بالضعف و العجز (ديلي وبيكوت، 1971 ، ص 98).

يرى "برنار 1980 " : " أن كل مرض أو عدوى مهما كانت بسيطة فإنها تنتج حالة اكتئاب ". (عطوف محمود ياسين، 1986 ، ص 98).

أما "بيك 1967: فيرى " أن الاكتئاب يظهر بكل خصوصياته نتيجة مرض جسمي معين خاصة إذا كان الاضطراب مزمن أو خطير، فالإصابة المفاجأة بأي اضطراب جسمي تصاحبه استجابة اكتئابية ذات علاقة مع ظواهر نفسية كتدهور الصحة، الخوف من عدم الشفاء و تطور المرض إلى الأخطر و الخوف من تغيير نمط الحياة السابقة كما أن طول مدة المرض تنعكس سلبا على المريض

(Sheinder , 1980,p96) .

حيث ركز الباحثون على أهمية سمة القلق في إدراك الفرد للضغوط وتأويلها, وتقييم قدرته على مواجهتها أو التعامل معها, حيث يرى بعض الباحثين أن أهم السمات والخصائص المميزة لمرضى ارتفاع ضغط الدم, وقد اشتملت هذه الخصائص على جوانب من المرض النفسي فقد اكتشف كل من غوبوشيف وسولوفيرا وآخرون أن مرضى ضغط الدم الأساسي يعانون من القلق والاكتئاب ويرى افربيش أنهم يتميزون بالرغبة والحساسية العالية بالإضافة إلى ميلهم إلى الانفعالات الدائمة(المغربي,2004).

يتميز الأشخاص المصابين بهذا المرض بسمات في الشخصية يمكن أن تكون خاصة بهم وفي دراستنا الحالية نحاول التعرف على إمكانية تميز هؤلاء الأشخاص بسمتين أساسيتين فكان طرح التساؤل الأساسي لإشكالية البحث كالآتي:

1- هل القلق والاكتئاب سمتين ظاهرتين لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم؟

#### **\*فرضيات البحث:**

1- هناك ارتفاع في درجة القلق لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم.

2- يعتبر الاكتئاب سمة من سمات شخصية المصابين بارتفاع ضغط الدم.

#### **\*أهمية البحث:**

تتجلى أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

التعرف على المرض عن قرب ومعرفة نوع الاضطراب النفسي الذي تعاني منه كل حالة.

لهذا البحث أهمية بالغة في معرفة مدى وجود سمتين أساسيتين في شخصية المرضى مما يتيح لنا محاولة تحسين حياة المرضى والتعايش مع المرض.

انتشار مرض ارتفاع ضغط الدم في السنوات الأخيرة بشكل كبير مما استدعى التدخل للتعرف على المسببات النفسية والشخصية للمرض وكذلك التعرف على الآثار النفسية التي يسببها المرض.

-الاهتمام أكثر بموضوع ارتفاع ضغط الدم.

-يمكن أن تقدم هذه الدراسة صورة علمية للعاملين في المجال النفسي والطبي من خلال التعرف على السمات النوعية التي يتميز بها المصابين بارتفاع ضغط الدم ويساعد ذلك في بناء برامج للتكفل النفسي المناسب.

#### **\*أهداف البحث:**

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن درجات القلق والاكتئاب لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم وذلك من خلال التركيز على الأهداف الفرعية التالية:

1- التعرف على سمات الشخصية لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم من خلال درجات القلق.

2- التعرف على سمات الشخصية من خلال تحديد درجات الاكتئاب لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم.

### \*التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

#### 1-تعريف سمة الشخصية:

أنها الدرجة التي يتحصل عليها أفراد العينة من خلال استبيان للعوامل الخمس الكبرى للشخصية.

#### 2-تعريف القلق:

انه الدرجة التي يتحصل عليها المصاب بارتفاع ضغط الدم من خلال استبيان سمات الشخصية وتحليل محتوى المقابلات النفسية.

#### 3-تعريف الاكتئاب:

انه الدرجة التي يحصل عليها المصاب بارتفاع ضغط الدم على بنود الاختبار المستخدم في الدراسة, وكذا من خلال تحليل محتوى المقابلات العيادية.

#### 4-تعريف مرض ارتفاع ضغط الدم المزمن:

ارتفاع الضغط هو ارتفاع ضغط الدم أو ارتفاع ضغط الدم الشرياني هو عبارة عن القوة التي تسلط على جدران الشرايين، عندما يضخ القلب الدم إلى أنحاء الجسم

# الفصل

## الثاني:

### سمات الشخصية

**تمهيد:**

يعد مفهوم الشخصية موضوعاً أساسياً في علم النفس لما له من دور في تفسير سلوك الفرد وتحديد طريقة تفكيره وبنائه المميزة للفروق الفردية وخاصة السمات أو الأوجه التي يمكن من خلالها وصف الفرد.

## 1- مفهوم الشخصية:

اشتقت كلمة "Personnalité" من الكلمة اللاتينية "Persona" وتعني أصلاً "القناع المسرحي" وهو السبب الذي دفع باشتقاق مصطلح "persona" من اليونانية « prosopon » الذي يعني هو أيضا "القناع المسرحي" وضمن هذا السياق يشير "فوفستاتر" 1975 أن أقنعة المسرح القديم والمسرح الشعبي، يقدمان خصائص نجدها في مفهوم الشخصية:

1- لا يتم تغيير هذه الأقنعة طيلة مدة العرض المسرحي وهي خاصة تطابق الاعتقاد السائد والقائل بعدم تغير الشخصية مدى الحياة.

2- عدد الأقنعة محدد باثني عشرة قناع، وهي أيضا خاصة تطابق العدد القليل لأنواع الشخصية.

3- يفهم المتفرج دلالات هذه الأقنعة وبإمكانه التنبؤ ببعض نشاطات هؤلاء الممثلين، وهي خاصة تطابق عملية التنبؤ ببعض سلوكيات بعض الشخصيات (هوبر 1995 ص12).

أمام المصاعب التي تواجه دارسي الشخصية، فإن من غير الممكن وجود تعريف شامل للشخصية، حيث تعددت التعاريف وأضحى لكل باحث في الشخصية تعريفه الخاص به فحسب معجم مصطلحات علم النفس فهي تعني جملة من الخصائص المتنوعة التي تحدد هوية الفرد.

وفيما يلي عينة من تعاريف الشخصية تبرز أوسع التوجهات في تعريفها فلقد أورد ( Hansene بعض التعاريف الخاصة بالشخصية لأهم الباحثين في مجال علم النفس نذكر منها:

-تعريف Alport (1935) : تعتبر الشخصية تنظيم ديناميكي لدى الفرد وهي أنظمة نفسية، تحدد

سلوكه المميز وأفكاره الخاصة.

-تعريف Eysenck 1953: الشخصية هي تنظيم يكون نوعا ما راسخ ويتميز بديمومة طبع الفرد

ومزاجه وذكائه، هذا التنظيم يحدد تكيفه الفريد في بيئته.

-تعريف (cattel 1950): الشخصية هي التنبؤ بتصرف أو بسلوك الفرد في حالة معينة.

-تعريف (Byrne 1966): الشخصية هي تركيب دائم نسبيا لكل الأبعاد الخاصة بالفروق الفردية

والقابلية للقياس.

-تعريف (linton 1986) : الشخصية كتل منظم للأنساق والحالات النفسية الخاصة بالفرد.

## 2- سمات الشخصية وأنماط الشخصية:

نحن نحكم عل شخصيات الناس في حياتنا اليومية أحكاما عامة نخرج بها من انطباعات عامة، فنقول أن فلانا ذو شخصية (قوية) أو (جذابة) أو (مسيطرة)، غير أن علم النفس لا ترضيه هذه الانطباعات العامة ولا تعنيه، فهو ينظر إلى الشخص الذي تجرى عليه تجربة، أو الذي يذهب إلى الحياة النفسية استشارة في مشكلة يعانيتها، أو الذي يذهب إلى مركز التوجيه المهني طلبا لمعونته على اختيار مهنة ينظر إلى هؤلاء نظرة تحليلية من زوايا مختلفة هذه الزوايا هي ما تسمى (سمات الشخصية) traits فالأمانة والسيطرة، والميل إلى الاعتكاف عن الناس والقدرة على احتمال الشدائد من سمات الشخصية (احمد عزت راجح 1968).

## 1.2. تعريف السمة:

أما تعريف السمات فإنه كما تعددت تعريفات علماء النفس للشخصية كذلك اختلفت تعريفاتهم للسمات تبعا لاختلاف نظرتهم ونظرياتهم في الشخصية فيمكن أن نعرف السمة بأنها "أي خصلة أو خاصية أو صفة ذات دوام نسبي يمكن أن يختلف فيها الأفراد فتميز بعضهم عن بعض أي أن هناك فروقا فردية فيها، وقد تكون السمة وراثية أو مكتسبة، ويمكن أن تكون كذلك جسمية أو معرفية أو انفعالية متعلقة بمواقف اجتماعية". (أحمد محمد عبد الخالق 1987 ص 67).

تعرف السمة حسب معجم مصطلحات علم النفس على أنها علامة أو صفة فطرية أو مكتسبة، تميز الفرد عن غيره. وثبات السمة هي درجة اطراد الفرد بالنسبة لسمة من السمات خلال فترة من الزمن.

وشمول السمة هي درجة شيوع السمة في سلوك الفرد وكثرة ظهورها في مواقف متعددة، أما نظرية السمات فهي محاولة لتصنيف الشخصية باستخدام خصائص عديدة تتواجد لدى الأفراد (الحجازي 2012 ص 227).

أما (المرداسي 2009) فيرى أن مفهوم السمة يعبر عن طريقة النطق بالكلام أو استخدام المصطلحات لوصف أو تشخيص الأفراد حسب ما يظهر عنهم من استعدادات نفسية أو مظاهر السلوك الناتج عن ردود أفعالهم وعن الدوافع الخارجية وبالتالي اعتماد هذا السلوك وهذه الردود كخصائص للشخصية تميز الفرد عن غيره.

إذ أن السمة تمثل في الشخصية خصائص دائمة، واستعداد للتصرف بطريقة خاصة في مواقف مختلفة فالسمة إذا تعوض مفهوم الطبع.

ويمكن سرد بعض السمات المألوفة على سبيل المثال: الاندفاع، الكرم، الحساسية، الخجل، التعاطف والنزاهة (Luminet 2008 p18).

أما كاظم 2002 فأشار إلى تناول مفهوم السمة من طرف العديد من العلماء أشهرهم "جوردان البورت" و "ريموند كاتل" و "هانز أيزنك" إلا أن تعريف البورت يعتبر الأشهر من بين هذه التعاريف والذي ينص على أن السمة هي "نظام عصبي نفسي مركزي عام -يخص بالفرد- ويعمل على جعل

المثيرات المتعددة متساوية وظيفيا, كما يعمل على إصدار وتوجيه أشكال متعددة من السلوك التكيفي والتعبيري".

فقد بين البيرت عن وجود سمات مشتركة وأخرى فردية فالسمات المشتركة هي متنوعة على كل أفراد ثقافة معينة بطريقة طبيعية وتصف الخصائص المشتركة بين عدد كبير منهم.

أما السمات الفردية فهي تختلف من فرد لأخر ولها تسميات مختلفة وهي: السمات الأصلية والسمات المركزية والسمات الثانوية (hansenne 2013 p182).

## 2.2. أنماط الشخصية:

يمكن للنمط أن يعبر في علم النفس عن البنية السلوكية ويعني مختلف المتغيرات المحددة لشكل من أشكال السلوك (سالمي, خال, بدوي 1998 ص239).

إن مفهوم النمط مستمد من المعنى اللغوي لكلمة أي قناع حيث في المسرح كل دور يعين بقناع واحد ونمط سلوكي معين. وهكذا يكون النمط محصور بين نماذج خاصة للانفعال والهيكل الخاص للشخصية (المرداسي 2009 ص87).

فمفهوم النمط يدل على مجموعة من الخصائص التي تسمح بوصف الأفراد في الحياة العامة, فعند الحديث عن الاستعدادات والطبع يعبر النمط عن استمرارية السلوك المؤسس على الملاحظة أو على عدد تكرار سلوك معين (Lévy-le boyer 2005 p102).

أما العبيدي 2011 فيعتبر أن نظرية الأنماط هي من أقدم نظريات الشخصية التي حاولت تصنيف الشخصية إلى أنماط تجمع بين جميع الأفراد الذين يتميزون بنمط معين, فالنمط يلخص تجمع السمات الأساسية الفطرية والجسمية وهو يدل على جوهر الشخصية ويصعب تغييره.

وضعت نظرية الأنماط قبل الميلاد حيث اقترح مجموعة من الأطباء اليونانيين وصف للشخصية بتقسيم مزاج الإنسان فقد أوضح هوقان وآخرون في سنة 2001 على وجود مجموعة من الأنماط تعتبر الأقدم عبر التاريخ والتي وصفها بالأدبية تعود للقرن الرابع قبل الميلاد حيث حدد "ثيوفراستوس" الأنماط الموجودة في أثينا في زمن الكسندر الأكبر في الصفات التالية:

المتلق, الفظ, البخيل, الثرثار, المتبجح, المتعطرس, الخجول, الحقير, والغبي وعلى الرغم من مرور الزمن وتعاقب الحضارات لم تتغير طبيعة الإنسان كثيرا حيث لاحظ هقان أن هذه الأنماط لازالت موجودة في الوقت الحاضر (Lévy-Le Noyer, 2005, p100).

## 3.2. النظريات المفسرة للشخصية:

في ثلاثينات القرن الماضي بدا الاختلاف في دراسة سيكولوجية الشخصية ونتيجة لذلك من انتصاف القرن ظهرت عدة نظريات واتجاهات مختلفة لتفسير ظاهرة الشخصية حيث انتقل باحثين

آخرين انطلاقاً من التحليل العاملي بتحديد سمات الشخصية الخاصة بكل فرد والتي تؤدي به لسلوك معين ومتشابه في حالات مختلفة.

فنظرية السمات هي المنهج الوحيد الذي اهتم بالإحصاء الدقيق والنسقي لأبعاد محددة بدقة واعتبرها أساسية، فهذه المقاربة تفترض أن الأفراد مرتبين على سلم متواصل للاستجابة لكل بعد من أبعاد الشخصية وبالتالي إحصاء آثار هذه الأبعاد على تطور الظواهر الاجتماعية (luminet 2008 p 171)

ونذكر فيما يلي تطور نظرية السمات حسب اهم الباحثين الذين ساهموا في إنشائها عن طريق دراسات مختلفة:

### 1.3.2 نظرية السمات لالبورت 1937:

هو أول من استعمل مصطلح "سمات الشخصية" باستخدام المنهج الأحادي حيث يرى أن الفرد فريد يتشكل في صورة خاصة من السمات (hansenne 2013 p180) هو . وأوضحت (Lévy-Le Boyer 2005) أن البورت قام بإحصاء المفردات التي تسمح بتمييز الأفراد عن بعضهم البعض إذ حتى بعد إقصاء المصطلحات التي تعد تقييمية مثل "لطيف" وتلك التي تصف حالة مؤقتة مثل "مهتاج" وتقليص هذه القائمة بادراج المفردات التي توافق سمات الشخصية فقط إلا أن القائمة تضمنت 4500 مفردة.

وحسب البورت تعتبر السمات أحسن وحدة يمكن من خلالها تحليل الشخصية. فالسمات لها القدرة على الاستجابة بنفس الطريقة للمثيرات المختلفة وهي تمنح للأفراد استقرارية السلوك مدى وفي مختلف الحالات (Hansenne 2013 p182) الحياة وعن العبيدي 2011 قال أن البورت أكد على وجود تنظيم محدد للسمات يتمثل فيما يلي:

#### - السمات الأصلية:

وهي السمات التي يعرف بها الفرد ويشتهر بها أو يخضع لتأثيرها وتسيطر على معظم أنماط سلوكه.

#### - السمات المركزية:

وهي سمات بارزة وهي أكثر شيوعاً وتمثل الميل التي تميز الفرد وتكون ظاهرة بوضوح ويسهل استنتاجها.

#### - السمات الثانوية:

هي السمات التي تكون اقل وانذر حدوثاً في وصف الشخصية وتستدعى لأداء وظيفتها اقل من السمات المركزية.

ووضح هانسن 2013 خصائص هذه السمات فالسمات الأصلية والتي تدعى أيضا السمة الفردية أي الاستعداد الفردي تمثل الخصائص الأساسية والأكثر بروزاً في شخصية الفرد مثل: النرجسي، الواقعي، السطحي أو المتحفظ.

أما السمة الفردية المركزية فهي تمثل الصفات التي يمكن من خلالها تزكية الأفراد مثل: الكرم، الدقة أو الخجل، كما توجد السمات الفردية الثانوية وهي استعدادات اقل كثافة، اقل عمومية و اقل ظهوراً أي أنها استعداد شخصي لا يستعمله الفرد دائماً ولكنه خاص به.

### 2.3.2 نظرية كاتل 1955:

تعتبر بحوث كاتل نقطة التحول في تناول موضوع الشخصية من الجانب الإحصائي حيث قام باستعمال التحليل العاملي لتحديد أبعاد الشخصية وهذا سمح بتعريف الأبعاد الأساسية للشخصية على

(Hansenne 2013) أنها مشتركة عند جميع الأفراد وتحدد سلوكهم وهي منظمة ومرتبطة .  
إحصائيا (p184)

وانطلاقا من القائمة التي أعدها البورت قام كاتل بتقليص هذه القائمة إلى 171 مفردة بحذف الكلمات النادرة الاستعمال وإضافة أخرى متنوعة متعلقة بالجانب المرضي وأيضا خاصة بالقدرات.

فقد طلب كاتل من مجموعة من الطلبة بوصف كل واحد لزميله باستعمال مفردات هذه القائمة, ومع الأخذ بعين الاعتبار الدراسات الموجودة قام بتجميع 36 صنف, حيث استعمل لأول مرة التحليل العاملي لاستخراج 16 مجموعة من العبارات والتي كانت البداية الأولى لبناء استبيان العوامل 16 لقياس الشخصية (ليفيلو بوير 2005 ص107).

في نظرية كاتل تكون السمات بعد أساسي للشخصية, فهي حسبه كيانات دائمة, موروثه وتتطور مع الزمن وتكون السلوك. فلقد وضع تصميم هرمي للسمات إذ أن السمات العامة هي محدودة العدد أما السمات الخاصة فهي أكبر من حيث العدد (Hansenne 2013. P188).

وفي كتاب العبيدي 2011 ذكر أنك اتل صنف السمات إلى نوعين هما: سمات متفردة وأخرى مشتركة, إلا أن كاتل لا يعطي السمات المتفردة أهمية كبيرة لأنها تخص الفرد لوحده فهو يركز على السمات المشتركة باعتبارها تميز جميع الأفراد.

ويرى كاتل أن السمات تتشكل على ثلاثة أوجه:

-سمات القدرة: وهي التي تظهر كاستجابة للمواقف المعقدة, ولها فاعلية الوصول إلى الهدف وتقابل القدرات العقلية.

-سمات مزاجية: وتمثل الأسلوب العام لردود أفعال الشخصية.

-السمات الديناميكية: والتي تنقسم إلى:

**1-السمات التكوينية:** حيث عبر عنها كاتل بالدفعات الفطرية والتي يتم من خلالها التأكد من دور الوراثة في تحديد السلوك.

**2-السمات البيئية:** وهي تمثل العواطف فتتكون بتأثير من البيئة وتكون نتيجة للخبرات والعوامل الاجتماعية والحضارية وتعتبر سمات مكتسبة على عكس السمات الوراثية, فهي تؤثر على سلوك الفرد فتجعله يهتم بأمور معينة ويستجيب لها بشكل محدد حسب المجتمع الذي يعيش فيه.

**3-الاتجاهات:** هي التعبيرات التي يمكن ملاحظتها والتعرف على ما وراءها من بناء ديناميكي ومن خلالها يمكن التعرف على الدفعات الفطرية وعلى العوامل وعلى العلاقات فيما بينها.

**3.3.2 نموذج أيزنك لسمات الشخصية:**

خلال نفس الفترة لظهور نظرية كاتل قام أيزنك باقتراح نموذجاً مختلفاً لسمات الشخصية تأسس انطلاقاً من التحاليل الأولية لشخصيات الجنود العصائبيين الذين تم فحصهم خلال الحرب العالمية الثانية، وعلى خلاف نماذج العديد من الباحثين الأمريكيين يعتبر نموذج أيزنك الأكثر بساطة إذ أنه يقوم على ثلاثة أبعاد فقط (Lévy-Le Boyer 2005).

ويرى أيزنك أن أهم عامل في نظريته هو التنظيم الهرمي للشخصية حيث بين على وجود أربع مستويات هي:

- الأنماط.

- السمات.

- الاستجابات المعتادة.

- الاستجابات الخاصة.

فالسمات هي عوامل نظرية مبنية على أساس الارتباطات التي تكون ما بين الاستجابات المعتادة=ة للأفراد. هذه السمات تم تجميعها في أنماط أو عوامل رئيسية وأطلق عليها "أيزنك" اسم العوامل ذات التنظيم ثنائي القطب وهي تتمثل في البعد الأول هو الانبساط والانطواء، البعد الثاني وهو العصائية والاتزان الانفعالي أما البعد الثالث هو العوامل النفسية وقوة الأنا.

### 4.3.2 نظرية كوبازا 1979

لقد قامت كوبازا بدراسة لدى عينة تضم 600 إطار بمؤسسة بهدف تحديد سمات الشخصية التي تسمح بمواجهة مختلف أنواع الضغوط بصورة ايجابية، فكتشفت الدراسة عن ثلاثة خصائص تمكن الفرد من مقاومة الضغوط وهي:

- الالتزام:

حيث تسمح مختلف النشاطات الاجتماعية والمهنية للفرد بالإحساس بأنه معني بكل هذه النشاطات.

- الإحساس بالتحكم:

أي في مختلف أحداث الحياة والذي ينتج عن الإحساس أو الشعور بالمسؤولية على كل ما يحدث.

- التحدي:

هو الذي يدفع بالفرد للبحث عن التغيير بدلاً من العيش في الروتين كأسلوب مألوف للحياة

(Godefroiff 2011 p640)

### 5.3.2 نظرية التحليل النفسي:

مؤسس هذه النظرية هو سيغموند فرويد الذي اهتم بالشخصية وعكف على دراساتها وتحليلها فلم يكتثر بالصفات في الشخصية إلا من حيث دلالتها وكان جل اهتمامه منصبا على أعماقها ومكوناتها الداخلية كما يؤكد "فرويد" أن السلوك عملية نشطة وأنها بعيدة عن أن توصف بالسكون والاستقرار أي أن ما لديها من خبرات في حالة عمل دائم و أن الآثار التي تنتج عن سلوك معين تؤثر فيه مستقبلا

ويرى فرويد دان للشخصية ثلاثة عناصر رئيسية تتفاعل فيما بينها تفاعلا وثيقا وان شخصية الإنسان هي محصلة هذا التفاعل فتوازن هذه العناصر يؤدي إلى تكامل الشخصية وتصارعها أو تغلب احدها يؤدي إلى اختلال التوافق واعتلال الصحة النفسية وهذه العناصر الثلاث هي:

#### -الهو:

وهو النظام الموروث من الشخصية والموجود من الولادة ويحتوي على الغرائز التي تمد الفرد بالطاقة النفسية اللازمة لعمل الشخصية بأكملها ويحتوي العمليات العقلية المكبوتة فهو لا شعوري, والهو يعمل وفق مبدأ اللذة ووظيفته محاولة جعل الفرد مرتاحا بعيدا عن التوتر.

#### -الأنأ:

ويطلق عليه الشخصية الشعورية لأنه مركز الشعور والإدراك الحسي الداخلي والخارجي والعمليات العقلية كما انه المشرف على أعمالنا الإرادية ويعمل الأنأ كوسيط بين الهو والعالم الخارجي ويعمل وفق مبدأ الواقع وهو يقوم بالتحكم في المطالب الغريزية للهو مراعيًا مقتضيات الواقع والظروف الاجتماعية وذلك بإصدار حكمه فيها إذا كان سيسمح بالإشباع أو بتأجيلها أو بقمعها.

ويمثل الأنأ الإدراك والتفكير والحكمة وسلامة العقل ويقوم بالإشراف على إرادة الإنسان كما يقوم بمهمة حفظ الذات وبعملية التوافق الضرورية لحياة الفرد والانا مركز الشعور إلا أن كثيرا من العمليات قد تأخذ في حالة قبل الشعور.

#### -الأنأ الأعلى:

هو بمثابة الضمير أو المعايير الأخلاقية التي يحصلها الطفل عن طريق تعامله مع والديه ومعلميه والمجتمع الذي يعيش فيه والتي سوف تصبح أحكامه على الخير والشر والحسن والقبح والانا الأعلى ينزع إلى المثالية لا الواقعية ويتجه نحو الكمال إلى اللذة ويوجه الأنأ نحو كف الرغبات الغريزية للهو فالأنأ الأعلى يقوم بمعارضة كل من الهو والانا.

ويتكوين الأنأ الأعلى تتسع مهمة الأنأ فيصبح الوسيط بين الهو والانا العلى والعالم الخارجي فعلى الأنأ أن يقاوم الرغبات الغريزية مع مراعاة الواقع والمعايير الخلقية فإذا استطاع التوفيق بين هذه

النواحي الثلاث عاش الفرد حياة متزنة, متوافقة واتسمت شخصيته بالسواء وان لم يستطع حل الصراع بين هذه النواحي عاش الفرد حياة غير متزنة وغير متوافقة واتسمت شخصيته بالشذوذ والاضطراب النفسي.

وبشكل عام يمكن أن نقول أن: الهو هو المكون البيولوجي للشخصية والانا هو المكون النفسي لها والانا الأعلى المكون الاجتماعي (النجاتي محمد 1984 ص 342.343).

### 3-النمو النفسي و الاجتماعي للشخصية:

إن الشخصية لها جوانب نمو مختلفة ومتعددة فهناك النمو النفسي الجنسي حيث ركز "فرويد" على الجانب الجنسي ويرتبط النمو النفسي الجنسي بالحاجات الفسيولوجية والنفسية للفرد ويعبر عنه "فرويد" من خلال وجود مناطق شبقية في جسم الفرد وعند تنبيه أو استثارة هذه المناطق ينتج عن ذلك اشباع (ليبيدية) والليبيدو مفهوم يعد بمثابة طاقة نفسية وجنسية تتمركز في أماكن معينة أثناء نمو الإنسان، في الفم فسامها المرحلة الفمية وفي الشرج سماها الشرجية ثم في التركيز على الأعضاء التناسلية فسامها القضيبية، ويمر النمو النفسي الجنسي حسب السنوات (نوال مادي, 2014 ص 15).

اما النمو الخلفي المعرفي فحسب "كولبرج" ربط النمو الخلفي بالنمو العقلي وبالعمر الزمني، والنمو الخلفي يكون عاما لا تكون هناك جوانب خلقية تأخذ مسارات تطورية مختلفة، وجعل الوصول إلى أي مرحلة في التفكير المنطقي في النمو العقلي شرطا غير كاف لتحقيق مرحلة المبادئ والضمير في النمو الخلفي ولقد أعطى دورا للكبار في تطور الحكم الخلفي للكبار (نوال مادي, 2014 ص 16).

أما النمو الاجتماعي النفسي فإن "إريك سون" هو أحد علماء التحليل النفسي الذي وضع مراحل نمو الشخصية تتعلق بمرور الشخصية بأزمات في كل مرحلة عمرية وعلى الشخصية اجتياز هذه الأزمات فإذا اجتازتها يكون النمو سويا وهذه الأزمات هي:

#### -الثقة وعدم الثقة:

تبدأ من الميلاد إلى عمر سنتين وهي مرحلة أساسها الثقة أو عدم الثقة، فالرضيع عندما يولد إما أن يثق في الكون أو لا يثق به ودرجة الثقة متدرجة حسب تعامل الأم معه فالأم التي تتأخر عليه بالأكل عندما يجوع ولا تحافظ عليه من البرد أو الحر والنظافة فإن الرضيع يتولد لديه عدم الثقة بالعالم وبما حوله.

#### -الاستقلال والاتكال:

وهذه المرحلة من سن 2 إلى 3 سنوات وفيها يحاول الطفل أن يستقل قليلا عن أمه فمثلا يلبس لوحده ويأكل لوحده أما إذا جعلته أمه يعتمد عليها كثيرا سيكون شخصية توكالية.

#### المبادرة والشعور بالذنب:

من 4 إلى 6 سنوات وهي عند "فرويد" مرحلة عقدة أوديب فيبدأ الطفل يباشر بالتفاعل الاجتماعي وإذا قمع يشعر بالخجل والذنب ويبدأ الطفل بالخوف من التواجد بين مجموعة من الناس بينما طفل آخر لا يعاني من هذه المشكلة.

### مرحلة المهارة والعجز والنقص:

وتكون من سن ست سنوات إلى اثني عشر سنة وتقابل المرحلة الابتدائية وهي مرحلة المهارة مقابل العجز والنقص، وهذه عند "فرويد" مرحلة الكمون حيث يبدأ الجانب الجنسي بالذبول ومن ثم التوجه إلى نشاط آخر والبروز في المدرسة والاجتهاد وإذا أحبط أي رسب مثلا في المدرسة أو يقال له أنت فاشل أو يعرض الأطفال عن مرافقة فإن عملية الإحباط تبدأ عنده ويشعر بالعجز والنقص.

### مرحلة الهوية وتشنت الهوية:

وتكون من سن اثني عشر سنة إلى ثمانية عشر سنة وتقابل مرحلة المراهقة حيث يتردد السؤال بطريقة مباشرة أو غير مباشرة عن : من أنا (البحث عن الذات) هل أنا طيب اجتماعي جاد مرح متفائل، والبحث عن الهوية مرتبط بالقدوة فيبدأ المراهق يربط الأشخاص الآخرين ويقتدي بهم وقد يفقد شخصا أو مجموعة من الأشخاص حتى يصل بالمراهق إلى الاستقرار على هوية معينة أكثر ثباتا.

### مرحلة الاندماج والعزلة:

وتكون من سن تسعة عشر سنة إلى سن واحد وعشرين سنة وهذه المرحلة بداية مرحلة الشباب، فالشاب يحتاج إلى زوجة ومهنة ويربي أطفاله ويحتاج إلى أصدقاء، وهنا إما أن يندمج في المجتمع ويكون صداقات مع زملائه أو يعزل وينطوي.

### مرحلة الإنتاج والركود:

وتبدأ من سن اثنين وعشرون سنة إلى خمسين سنة، أي مرحلة الرجولة وهي مرحلة العطاء حيث أن الإنسان يتوجه نحو مجتمعه بالعطاء بصورة من الصور كأن يكون أدبيا فيكتب وقد يكون سياسيا فيقود وفي هذه المرحلة يصبح الإنسان خارج ذاته، ويقابلها بالركود فإذا ظن الإنسان أنه فاشل سيصبح راكدا ومنطوي على نفسه والانطواء هنا ليس مرتبط بالذات وإنما بالقدرة على العطاء.

### مرحلة الكمال بالرضي أو القنوط:

وتكون بعد سن الخمسين وهي مرحلة الشيخوخة وفيها يحدث إما الرضا أو عدم الرضا، فإن الإنسان ينظر إلى ماضيه ويشعر بالرضا إذا أنجز أشياء معينة لنفسه وأسرته ووطنه وللإنسانية وان شعر أنه لم يفعل شيئا سيحس بعدم الرضا والقنوط.

وهذه المراحل عند "إريكسون" ليست حدية أي يمكن أن تتداخل وتتأخر عملية ظهور الأزمة وكذلك عملية حلها فقد تم البحث عن الهوية بدلا من سن (12-13) إلى سن 30 كما أن إنجازها يختلف من مجتمع إلى آخر فالقرية الصغيرة تتحقق فيها الهوية بسهولة عكس المدينة الكبيرة والمجتمع

الإسلامي عكس الغربي فالإسلام يساعدنا على تحديد الهوية الثابتة لأن الثقافة مستقرة وتتحدد الأدوار بوضوح ما لم تحدث متغيرات تبعد المسلمين عن دينهم(نبيل سفيان 130. نوال مادي, 2014).

#### 4-خصائص الشخصية:

تجتمع في الشخصية خاصيتان أساسيتان، تظهر الأولى في شكل ثبات في الشخصية وتظهر الثانية في التغير والتغيير اللذين ينالهما خلال تاريخ حياته، وان الدراية بالشخصية يساعدنا في إمكانية التنبؤ بما يمكن أن تقوم به من سلوك، وهذا القول يفترض في الأصل نوع من الثبات في الشخصية و إلا لما كان التنبؤ ممكنا.

#### 1.4.الثبات في الشخصية:

ويتضمن النواحي التالية:

#### 1.1.4 الثبات في الأعمال:

ويظهر هذا النوع من الثبات في أشكال السلوك المختلفة فالإنسان الشريف على سبيل المثال يبقى شريفا في مختلف المناسبات والمواقف.

#### 2.1.4 الثبات في الأسلوب:

بين "ألبرت" و"فرنون" في دراستهما على الحركات التعبيرية أن عددا من الحركات تميل إلى البقاء والثبات لدى الفرد حين يمر بمناسبات مختلفة.

#### 3.1.4 الثبات في البناء الداخلي:

ويعني به الأسس العميقة الثابتة التي تقوم عليها الشخصية و هي مجموعة الدوافع الأولية والميول والقيم الثابتة في مرحلة مبكرة من حياة الفرد (نوال مادي 2014).

#### 2.4 تغير وتغيير الشخصية:

إن ثبات الشخصية ليس ثباتا أوليا وإنما هو في الحقيقة ثبات نسبي ومفهوم ديناميكي يعبر عن صفات النمو والتغيير، وتتغير الشخصية إما من غير قصد وهذا هو التغيير وإما عن قصد فهذا هو التغيير، ويحدث تغير في الشخصية بالنمو خلال مراحل النمو المتتابعة ويتأثر تغيرا بالعوامل المؤثرة في تكوينها كالعوامل الجسدية والعقلية والنضج والتعلم ومؤسسات التنشئة الاجتماعية، أما عن تغيير الشخصية عن قصد( فيقوم على أساس أن كثير من مكوناتها وسماتها مكتسبة متعلمة، وقد تكون سوية

تؤدي إلى التفكك والمرض وهنا قد تبذل جهودا ذاتية للتغيير يقصد إعادة التعلم أو محو التعلم وغير ذلك من طرائق العلاج النفسي.

ومما لا شك فيه أن التغير والتغيير في كثير من الأحيان في مصلحة الشخصية ذلك أن التنظيم الذي يتميز بالثبات النسبي، والتغير يستطیع أن یضمن لنفسه الاستمرارية والبناء.

وخالصة القول أن الشخصية ليست شيء يملكه البعض ولا يملكه البعض الآخر ولكن شيء يتميز بما يلي:

1-الفردانية أي أنها تختلف من فرد لآخر.

2-تعبر عن صفات الفرد الثابتة نسبيا.

3-تمثل العلاقة بين الفرد وبيئته.

4-يمثل نفس الشكل الذي تنتظم به استعدادات الفرد التي بدورها هي استجابته في مواقف مختلفة(حنان عبد الحميد الثاني 2000 ص 59.61 نوال مادي 2014).

5-العلاقة بين سمات وأنماط الشخصية:

إن مفهوم السمة يدل على استقرارية ردود أفعال الشخص في حالات مختلفة ويضم أيضا المورثات وهكذا يمكن وصف الفرد لنفسه أو للآخر باستعمال صفات مثل "ذكي" "اجتماعي" "نزیه".

ويدي هوني 1945 أن مصطلح النمط يجمع مجموعة من السمات المختلفة ويدل على درجة عالية من الانسجام لتعميم السلوك فعلى الرغم من أن الفرد يمتلك مجموعة من السمات المختلفة إلا انه يوصف بأنه ينتمي إلى نمط معين (عقباني ربيعة, 2016 ص 29).

6-الفرق بين أنماط وسمات الشخصية:

تتجلى أهم الفروق بين سمات الشخصية وأنماط الشخصية حسب "كلايبي فالادون" في أن علم النفس الحديث يعتبر أن السمة هي عبارة عن وحدة خاصة ومتغير يمكن عزله, وهي في الغالب متغير اتمستقلة وعلى عكس منها في النمط تتجمع السمات وتترابط فيما بينها. ويسمح النمط بتجميع متغيرات سلوك الفرد واستنتاج الخصائص التي تميزه عن غيره.(Riverin-Simard)

الفصل

الثالث

القلق

## تمهيد

يعد القلق من الموضوعات التي لقيت اهتماما كبيرا لدى دارسي علم النفس و كافة مجالات علم النفس الأخرى، و تأتي كلمة قلق في أصلها من "Angustia" و هي تعني الضيق الذي يحصل في القفص الصدري لا إراديا، و يحدث ذلك نتيجة عدم قدرة الجسم على الحصول على كمية كافية من الأوكسجين، و يشبه هذا إلى حد كبير ضيق القفص الصدري عند الشخص القلق و شعوره بالاختناق أحيانا (الأزرق بوعلو، 1993 ، ص 5).

و يعتقد علماء النفس بأن القلق من أخطر الأمراض النفسية التي يتعرض لها الإنسان في هذا العصر، و قد اتفقت كافة التوجهات النظرية في علم النفس على مدى أهمية موضوع القلق إلا أنهم اختلفوا في تعريفه كما تناقضت آرائهم حول المقومات التي يمكن عليها للتخلص من مرض القلق النفسي (مصطفى غالب، 1986 ، ص 05).

### 1- مفهوم القلق:

لقد تعددت تعاريف علماء النفس للقلق لأنه مفهوم صعب و معقد كما يعتبر من الأمراض العصابية الشائعة إلا أنه يعتبر سمة رئيسية في معظم الاضطرابات، نجده عند الأسوياء في مواقف الأزمات كما نجده مصاحبا لكل الأمراض العصابية و الذهانية على السواء. و على الرغم من الاستعمال الواسع للقلق إلا أنه ليس هناك اتفاق على تعريفه و يتضح ذلك من خلال اختلاف وجهات النظر لعلماء النفس (زواوي سليمان، 2012 ص 15).

فيعرفه "FRAND": أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان فيسبب له كثيرا من الضيق و الألم " (محمد إبراهيم الغيومى، 1985 ، ص 60 ).

أما MASSER MAN فيعرفه: " أنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع و محاولة الفرد للتكيف " (مصطفى فهمي، 1987 ، ص 199).

و يعرفه CARRAL أنه: " هو عبارة عن ألم داخلي يسبب الشعور بالتوتر و يمثل قوة دافعة قد تكون مدمرة أو بناءة و توقف ذلك على درجة الشعور بوقوع الشر و على مدى أو حجم التهديد " (عبد الرحمان العيسوي ، 1988 ، ص 72).

كما يعرفه "عبد السلام زهران " على انه: " القلق هو حالة توتر شامل و مستمر، نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد تحدث، و يصطحبها خوف غامض و أعراض نفسية و جسمية كما أنه شعور متعلق سواء بوضعية صدمة حالية، أو أنه متعلق بانتظار خطر آت من موضوع غير محدد " (عبد السلام زهران ، 1978 ، ص 397).

و يعرفه "جمال زكي": "القلق في معناه العلمي يدل على إحدى الحالات الانفعالية التي تصاحب الخوف من المستقبل أو تؤدي إلى الضيق و عدم الرضا، الذي يعوق التفكير الصحيح و العمليات العقلية الأخرى". (جمال زكي، 1967، ص 14).

نستنتج من التعاريف السابقة أن القلق يتخذ عدة أشكال هي: التوتر، الصراع و الخوف إلا أن هذه التعاريف تتفق في عنصر واحد و هو أن القلق حالة توقع الشخص لخطر أو شر الذي يهدد حياته و يخشى من وقوعه.

## 2-أنواع القلق:

### 1.2.القلق الموضوعي (العادي):

القلق الموضوعي تجربة انفعالية مؤلمة تنجم عن خطر قادم في الخارج، و القلق قد يكون أمر عادي بمعنى أن الإنسان يخاف من بعض الموضوعات القائمة في البيئة كالخوف من الظلام (فيصل محمد خير الله الزراد، 1984، ص 88).

حيث ينبع هذا الأخير من الواقع و من الظروف الحياتية اليومية و يمكن معرفة مصدر مسبباته، لأنه يكون غالباً محدداً في الزمان و المكان، و ينتج عن أسباب خارجية واقعية معقولة، كما أنه مفيد للإنسان حيث تجعله أكثر انتباهاً و استعداداً لمواجهة الظروف الطارئة و المواقف التي تهدد أمنه و توازنه الحيوي (الأزرق بوعلو، 1993، ص 60).

### 2.2.القلق العصابي:

القلق العصابي هو قلق داخلي غامض، غير محدد المعالم، تختلف شدته و عمقه من شخص لآخر، و يجهل الإنسان في الغالب مصادر قلقه و لهذا يلاحظ أن رد الفعل عند الفرد يكون بطريقة عشوائية و أن السلوك يكون عادة فوضوياً، لا يقضي على القلق بل قد يزيد من سيطرته و تمكنه (الأزرق بوعلو، 1993، ص 6).

و نجد الدكتور "نعيم الرافعي" يعرفه على أنه "حالة قلق شديد يبدو حاد و لا يتصل بوقف معين، و يبدو في سلسلة من الأعراض تعبر عن تكيف غير مناسب مع الظروف المحيطة التي يعيش ضمنها الفرد (فيصل محمد خير الله الزراد، 1984، ص 88-89).

ويعبر فرويد أن القلق العصابي ينتج عن صراع بين قوتين في النفس، قوة الغرائز التي يعبر عنها ب "الهو" و القوة المقابلة لها قوة المعايير الأخلاقية و التي تعتبر قوة رادعة معاقبة و التي يعبر عنها " بالذات العليا" و في هذه الحالة يكون " الأنا هو موضوع الخطر، إذ ينشأ الاضطراب بسبب عجز " الأنا" اتجاه " الهو" و " الذات العليا" و عدم التوافق مع الواقع الخارجي، نتيجة و وقوعه تحت قوتين متصارعتين هما: قوة الغرائز وقوة الضمير (كاظم ولي اغا، 1981، ص 311).

### 3.2.القلق الخلقى:

" يكون هنا مصدر القلق داخليا إذ يمارس في صورة الإحساسات بالذنب في " الأنا" يثير ادراك خطر  
آت من الضمير (فيصل محمد الرزاد، 1984 ، ص 88 - 89).

فهو ينشأ من إحباط دافع " الذات العليا " و ينتج عندما يرتكب الإنسان أعمال مخالفة للضمير  
أو يفكر في ارتكابها و هذا النوع شأنه شأن القلق العصابي فالإحساس بالذنب يحدث في صورة مختلفة:  
في صورة قلق عام دون وعي بسببه و في صورة مخاوف ، مرضية، أو في صورة قلق متعلق  
بأمراض العصاب نفسها (محمد السيد الهابط، 1989 ص91).

## 4.2.القلق الوجودي:

و في هذه النوع من القلق تمتلك الشخص مشاعر بأن الحياة لا قيمة لها و يفقد إحساسه بقيمة كل  
ما يفعله، و هو اضطراب انفعالي تميزه خصائص وجدانية كالإحساس بالملل و الفراغ و مشاعر  
الاكتئاب، فمن الناحية الفكرية تسيطر على الفرد أفكار بأن الحياة لا معنى لها و ليس لها أهمية، أما من  
الناحية السلوكية يصبح الأشخاص غير مكترئين للقيام بأي نشاط كما يبرز فيه الفرد تعايشه في أداء  
نشاطاته المعتادة و يغلب على القلق الوجودي هذا: اللااكتراث و غياب المشاعر القوية، و فقدان  
الإحساس بوجود أي معنى للحياة و من أهم العلماء الذين تكلموا عن القلق الوجودي " جان بول  
سارتر" و " آرثر ميلر " (إبراهيم عبد الستار 1984 ، ص4).

## 3-أعراض القلق:

تصنف أعراض القلق على اختلافها كما يلي:

### 1.3.الأعراض النفسية:

نجد الخوف الشديد و توقع الأذى و المصائب و عدم القدرة على التركيز و الانتباه و  
الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة و العجز و الاكتئاب و عدم الثقة و الطمأنينة و الرغبة في الهرب عند  
مواجهة أي موقف من مواقف الحياة و الخوف من الأمراض كالقلب و السرطان و الزهري أو الخوف  
من الموت، و يفقد المريض السيطرة على أعصابه بسهولة لأتفه الأسباب، الحساسية لأي ضوضاء  
فهذا التوتر هو مصدر للنزاعات العائلية، و قد تحطم حياة الفرد و يظهر هذا التوتر بين الطلبة قبل  
دخول الامتحان، كما نجد المريض يشتكي من ضجيج المواصلات و صراخ أخواته، كذلك عدم القدرة  
على التركيز و سرعة النسيان و السرحان و فقدان الشهية للطعام مع هبوط الوزن و الأرق الذي يتميز  
بصعوبة في النوم و إن نام يكون نومه مصحوب بالكوابيس (مصطفى غالب 1986 ص 32-32).

### 2.3.الأعراض الفيزيولوجية:

نلاحظ زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي السمبثاوي و البراسمبثاوي و من ثم تزيد  
نسبة الادريالين و النورادريالين في الدم، من بينه الجهاز السمبثاوي فيرتفع ضغط الدم و تزيد  
ضربات القلب و تحفظ العينين و يتحرك السكر في الكبد و تزيد نسبته في الدم مع شحوب الجلد  
و زيادة إفراز العرق و جفاف الحلق و أحيانا ترتجف الأطراف و يعمق التنفس أما ظهور نشاط الجهاز

الباراسمبثاوي فأهمها كثرة التبول و الإسهال و وقوف الشعور و زيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم و الشهية و النوم، أما الهيبتوتالاموس هو مركز التعبير عن الانفعالات و هو على اتصال مباشر بقشرة المخ بحيث توجد دائرة عصبية و الهرمونات العصبية المسؤولة هي هرمونات السيروتونين و النورادرينالين و الدوبامين و تزيد نسبتها في هذه المراكز (مصطفى غالب، 1986 ، ص 12).

### 3.3. الأعراض الإكلينيكية:

يظهر المصاب بالقلق عادة بالتوتر، كثرة الحركة، سرعة التنفس، الكلام السريع غير المترابط نوبات من الصراخ و البكاء تكون مصحوبة بجفاف الحلق، اتساع حدة العينين شحوب الجلد، الارتجاف الشديد للأطراف، الإغماء و العرق البارد والأعراض الإكلينيكية نجدها في الأجهزة التالية:

**في الجهاز القلبي:** يشعر الإنسان القلق بآلام عضلية فوق القلب و الناحية اليسرى من الصدر مع سرعة دقات القلب و الشعور بنبضات غير منظمة و في كل مكان.

**في الجهاز الهضمي:** نجد صعوبة في البلع أو سوء الهضم و الانتفاخ و أحيانا الغثيان و القيء و الإسهال و الإمساك.

**الجهاز التنفسي:** نجد سرعة التنفس و التنهدات المتكررة و الشعور بالضيق في الصدر و عدم القدرة على استنشاق الهواء و تغير درجة الحرارة و حموضة الدم، قلة الكالسيوم النشط في الجسم مما يجعل الفرد يشعر بالتنميل في الأطراف و تشنجات عصبية و أحيانا الإغماء.

**الجهاز العصبي:** تظهر على الإنسان القلق شدة الانعكاسات العميقة مع اتساع حدة العين و ارتجاف الأيدي مع الشعور بالدوران و الدوخة مع الصراخ.

**الجهاز البولي و التناسلي:** أعراض تتمثل في كثرة التبول و الإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة كما يحدث قبل الامتحانات، كذلك فقد القدرة الجنسية عند الجنسين، بل أحيانا يتسبب في اضطراب الطمث.

**الجهاز العضلي:** نجد فيه آلام مختلفة في الجسم منها: آلام عضلية في الساقين و الذراعين أو في الظهر أو فوق الصدر (مصطفى غالب، 1986، ص 24).

#### 4- أسباب القلق:

تنوعت نظريات علم النفس التي حددت الأسباب المؤدية لظهور القلق ذلك لان كل نظرية قامت بدراسة القلق من وجهة مختلفة عن الأخرى و يمكن اختصار أسباب القلق فيما يلي:

#### 1.4. العوامل الوراثية:

إن الأساس الوراثي للقلق يتضح من دراسة سبب القلق في التوائم المتطابقة و التوائم المتأخية و من دراسة التوائم و هي بعيدة عن بعضها، تبين أنها لا تزال تصاب بالقلق بالرغم من اختلاف المحيط بين الاثنين (فخري الدباغ، 1983 ، ص 96-97).

فكل ذلك يدل على وجود درجة من العوامل الوراثية ذات الصفات المتنوعة، تدخل في تهيئة الفرد للقلق، إلا أن هذا البناء الوراثي، لا ينفى أو يقلل من شأن العوامل المحيطة النفسية العديدة (د. عبد الستار، 1980 ، ص 51).

#### 2.4. العوامل النفسية:

إن الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد و أهدافه بسبب القلق إضافة إلى الضعف النفسي العام و التوتر الشديد، الصدمات النفسية، الشعور بالعجز، الذنب، الخوف من العقاب و توقعه زيادة إلى عوامل متعلقة بالحياة العامة كالمشاكل المالية و المهنية و العائلية فهي من المسؤوليات التي تفوق تحمل الفرد أو من زوال المشيخيات التي تعود إليه. كما أن الأمراض العضوية الحادة أو المزمنة تمهد للاستجابة للقلق الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوطات الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة و الصراع بين الدوافع و الاتجاهات و الإحباط و الفشل اقتصاديا و روحيا.(د.فخري الدباغ، 1983 ، ص 3) لذا "فرويد" يعطي ثلاث عوامل كافية و هامة للشعور بالقلق:

-الإحساس بالخطر الذي ينبه القلق

-الإحساس بعدم القدرة على مواجهة القلق

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

#### 3.4. مواقف الحياة الضاغطة:

إن تعدد الأعباء و المشكلات التي يتعين على الفرد في هذا العصر مواجهتها و تعدد الجهات التي عليه أن يتعامل معها و القوانين التي من المفروض أن يخضع لها، في العمل و الشارع و الحياة، كما أن هناك الكثير من الممنوعات التي يتعين الابتعاد عنها لان كل من يقترب منها سيتعرض للعقاب و في الحياة الحديثة بما فيها من أعباء و مسؤوليات تحتاج من الفرد إلى قدرة و طاقة نفسية للتكيف معها و ضغوط الحياة قد تكون فردية يتأثر بها الفرد الذي يقع عليه العبا لوحده، أو جماعية تؤثر على قطاع كبير من الناس في وقت واحد مثل: الكوارث الطبيعية و الحروب بما يترتب عنها من ماسي كثيرة و الأزمات الاقتصادية و كلها تمثل مجموعة الهموم التي يتعرض لها الإنسان في أماكن متعددة و من العالم تسبب له القلق (د. لطفى عبد العزيز الشربيني، سنة لا توجد، ص 51).

#### 4.4. العوامل الفيزيولوجية:

يشرف الجهاز السمبثاوي و البراسيمثاوي و خاصة السمبثاوي المتمركز بالدماغ الهيپوتلاموس على تسيير و عمل كل الآليات الانفعالية، إذ أن مواجهة الحالات الضاغطة تعمل على تنشيط مفرد للجهاز السمبثاوي، فيفرز هذا الجهاز وسيط كيميائي يسمى "الادرينالين".

و في حالة إجهاد الجهاز السمبثاوي يعجز البراسيمثاوي عن إرجاع الوظيفة إلى حالتها الطبيعية فيحدث على شكل أعراض صحية و نفسية (د.فخري الدباغ، 1983 ، ص 40)

#### 5-النظريات المفسرة للقلق:

##### 1.5.مدرسة التحليل النفسي:

نجد " فرويد" الذي يقول: " إن القلق يظهر في الأصل كرد فعل لحالة الخطر " معناه أن وجود الطفل مستقلا عن أمه جسديا يبدأ مع عملية خاصة تنقطع فجأة الصلة التي كانت موجودة من قبل على شكل معين بين الطفل و أمه و أن عملية الميلاد هي خطر يهدد حياته لذلك فإن رد الفعل لصدمة الميلاد هو القلق الأول الذي تعمل فيه العناصر الفسيولوجية عملا رئيسيا، أما في الكبر فان استثارة الطاقة الجنسية و عدم إشباعها بسبب تصادمها مع قيم المجتمع و تقاليده فهي المنبع المتجدد للقلق. (مصطفى الفهمي، 1987ص204).

##### 2.5.المدرسة السلوكية:

يرى أصحاب هذه المدرسة من بينهم " شافر " و "دروكس" أن القلق المرضي استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة كالمواقف التي ليس فيها إشباع، فقد يتعرض الطفل منذ طفولة لمواقفه تحدث فيها خوف أو تهديد التي يصاحبه عدم الارتياح الانفعالي و عدم الاستقرار و المواقف التي فيها إفراط في الحماية، فقد يتعرض الطفل للشعور بالخطر عندما يتعرض للمواقف الخارجية البعيدة عن مجال الأسرة (مصطفى فهمي ، 1987 ، ص 118).

##### 3.5.المدرسة الاجتماعية:

يتجسد رأي هذه المدرسة في رأي " هاري ستاك سولفيان" الذي يعتقد أن شخصية الطفل تتكون خلال العلاقات الاجتماعية خاصة مع الأم، و منه فان نشأة الطفل الاجتماعية و تربيته و تعليمه تتلخص في اكتساب الطفل لبعض الأعمال و العادات التي لا يستحسنها الوالدان و ينتج عن ذلك القلق مما يدفع الطفل إلى مراعاة سلوكياته و القيام بالسلوك الذي يؤدي إلى الاستحسان ذلك ليكون دائم الانسراح و يتجنب العقاب و القلق و منه يكتسب الطفل نظاما و اتجاها سلوكيا معينيا يحتفظ به طول حياته وان أي خبرة تهدد هذا النظام تؤدي الى القلق و على ذلك فلقلق هو الوسيلة التي تلجأ إليها النفس لإضعاف الإدراك من خلال ما يقوم به من أعمال من غير وعي إلى القلق و بهذا فان "سوافيان " يحاول تفسير الكتب و نشوء الأعراف على طريقتة الخاصة في التعبير (زواوي سليمان، 2012ص22)

#### 4.5. المذهب الانساني:

في نظرهم القلق هو الخوف من المستقبل و ما يعمله من الأحداث قد تهدد وجود الإنسان و يبين أصحاب هذا المذهب أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية و أن الموت قد يحدث في أية لحظة و أن توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان (زواوي سليمان 2012 ص23).

#### 6- علاج القلق:

يتنوع العلاج على الجوانب التالية و التي تكون القواعد الأساسية في أكثر العلاجات وهي كالتالي:

#### 1.6. العلاج النفسي:

يحاول العلاج إيجاد علاقة ثقة و ود مع المريض ليتمكن من التعبير و الترويح عن نفسه و البوح بمشاكله ثم الكشف عن الصراعات المكبوتة من خلال سلسلة من اللقاءات و الأحاديث أو تفسير الأحلام ، ثم محاولة إفهام المريض بحقيقة و جذور القلق الذي يعانیه و دفعه إلى الشفاء برفق بالتشجيع و التوجيه و الإيحاء غير المباشر و يتخذ العلاج عدة صور و أساليب بالنسبة لمدارس علم النفس المختلفة و الطريقة التي يفضلها المعالج (د.فخري الدباغ 1983 ، ص 104).

#### 2.6. العلاج الكيميائي:

يعتمد العلاج الكيميائي بالدرجة الأولى على استخدام الأدوية المهدئة ففي حالات القلق الشديدة يحتاج إلى إسعاف سريع لتهدئة و إراحة المريض قبل التطرق إلى العلاج النفسي لان هناك خطر الانتحار أما في حالة الرعب و الانهيار و نستعمل طريقة النوم الدائم و ذلك بتزويد المريض بكميات من الدواء و المنومات و المهدئات بحيث ينام مدة 20 ساعة في كل 24 ساعة فيكون خلالها قد تمتع باسترخاء عقلي و جسمي.

أما في حالة القلق الحاد و المتوسط يمكن إعطاء حقن مثل: الفاليوم أو الليبيريوم، أما حالات القلق المزمنة و المتكررة ، فتعطى نفس المواد السابقة الذكر مع إضافة بعض العقاقير الضد اكتئابية (د.فخري الدباغ، 1983 ، ص 104).

#### 3.6. العلاج السلوكي:

بالنسبة لنظرية التعلم الحديثة ، القلق يعد فعل منعكس شرطي خاطئ و هنا العلاج يهدف إلى إزالة أعراض القلق عن طريق عملية الاشتراط ثم إعادة الاشتراط الصحيح (د.فخري، 1983 ، ص 105).

فعن طريق تدريب المريض على الاسترخاء ثم تقديم المنبه المثير للقلق بدرجات متفاوتة في الشدة تدريجياً يتمكن من مواجهة تفسير الوقف المثير للقلق حيث يتم تحسينه (احمد عكاشة، 1988 ، ص 55)

#### 4.6. العلاج الاجتماعي:

و هذا بإبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي و عن المؤثرات المسببة للقلق كما ينصح في بعض الأحيان بتغيير مكان الإقامة أو العمل (محمد الرزاد، 1984 ص 88).

#### 5.6. العلاج عن طريق الرياضة:

لها دور هام ممتاز لمكافحة انقباض النفس هذه الحركات يجب أن تكون مبرمجة بانتظام لكي تصبح ناعمة و مهدئة و مزيلة للقلق و من بينها المشي الهادئ، الجمباز، السباحة و هذه الحركات لها تأثير قوي على تقوية الكتلة العضلية للبدن.

#### خلاصة الفصل:

ان من خلال كل ما ذكرناه في هذا الفصل تبين أن القلق من المواضيع العميقة و الخطيرة في علم النفس إلا أن البعض من الناس لا يرون فيه إلا عنصراً بسيطاً يمكن تداركه و هذه بالتأكيد فكرة خاطئة عند العامة لان القلق يلعب دوراً هاماً في تأزم مختلف الأمراض و زيادة حدتها و لا سيما إذا تعلق الأمر بمرض مزمن أو مساس احد أعضاء الجسم خاصة إذا تعلق الأمر بعضو حساس و مهم ألا هو القلب.

الفصل

الرابع

الاكتئاب

## الفصل الرابع: الاكتئاب:

### تمهيد:

يعد الاكتئاب من الأمراض العصبية الأكثر انتشارا في عصرنا، و هذا راجع لكثرة الأزمات الاقتصادية و لكثرة المشاكل اليومية مما ينتج عنها ضغط شديد، حيث كل واحد منا عرضة للإصابة بهذا النوع من الأمراض إذا سمحت الظروف و كان للشخص الاستعداد لذلك(زواوي سليمان 2012 ص29).

و الاكتئاب قد يرجع لصدمة نفسية( مرض، مشاكل مهنية، موت أحد الأقارب اضطرابات العلاقة العائلية، صراعات بطالة) و هذه الأخيرة تؤدي إلى تدهور نفسي و غيره من المشاكل الاجتماعية، كما تأثر مباشرة و سلبا على الجانب العضوي للشخص، و يزداد حدة و قوة إذا ما كان الشخص مصابا بمرض عضوي خطير (زواوي سليمان 2012 ص 29).

### 1-لمحة تاريخية:

عرف مرض الاكتئاب منذ فجر التاريخ ، ذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء و الاغريقين و البابليين و عند العرب(زواوي سليمان 2012 ).

و في العصر الإغريقي و الروماني ميز أبوقراط ما لا يقل عن ستة أنواع من مرض الاكتئاب غير أن الصورة الإكلينيكية التي أعطاه لبعض هذه الأنواع يمكن إن تنطبق في ضوء الطب العقلي الحديث على ذهاب الاضطهاد و ذهاب الفصام و العصاب (محمد جاسم محمد، 2004 ، ص 382).

و في التراث العربي الإسلامي عرف لنا "ابن سينا " الاكتئاب انه انحراف عن المجرى الطبيعي إلى الحالة الشاذة، مليء بالخوف و رداءة المزاج و إذا صاحبه ضجر سمي هوسا و من الأسباب القوية في توليد الاكتئاب إفراط الغم أو الخوف و هذا في رأي "ابن سينا" يتعرض له الرجال و النساء و يكثر لدى الشيوخ و يقل في الشتاء، و يكثر في الصيف الخريف ، لقد أوضح لنا " ابن سينا " مجموعة من أعراض الاكتئاب كالصنف الرديء الخوف بلا سبب، سرعة الغضب و سوء الظن و الفراغ، الوحشية، الهذيان تخيل أشياء غير موجودة (مدحت عبد الحميد ابوزيد، 2001 ، ص 25-29).

و في القرن الأول الميلادي وصف "اريناوس" هذا المرض غير أن بعض أوصافه إذا محصت لا تنطبق على مرض الاكتئاب المعروف حاليا، و قد استمر الخلط حول طبيعته و أسبابه و علاجه على مر العصور، أما الآن فيستخدم هذا المصطلح لخبرة ذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية و انفعالية و التي قد تكون عرض دالا على اضطراب جسدي أو عقلي أو اجتماعي و جملة مركبة من أعراض معرفية و سلوكية بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية و قد أصبحت وجهة النظر الأخيرة هذه أكثر شيوعا و خاصة في الطب النفسي، من خلال ما سبق قوله إن مفهوم الاكتئاب فيما يبدو قد انتشر في نطاق ابعده من انتشاره كمفهوم مرض ليصبح بذلك اضطرابا في الشخصية (محمد جاسم محمد، 2004).

## 2-تعريف الاكتئاب:

لقد تعددت و تنوعت التعاريف المقدمة للاكتئاب و ذلك لاتساع مجالات البحث فيه و اختلاف في الاتجاهات النظرية و من بين هذه التعريفات نجد:

**التعريف الطبي:** يعرف الاكتئاب على انه حالة عقلية تتميز بالخمول ، القلق، فقدان الأمل

(Richard dabraush , 1975, p 27)

**و تعريف احمد عكاشة:** يعرف احمد عكاشة الاكتئاب بأنه مرض يتضمن الأفكار السوداوية و التردد الشديد و فقدان الشهية للطعام و الشعور بالإثم و التقليل من قيمة الذات و عدم القدرة على اتخاذ القرار و المبالغة في الأمور التافهة و الأرق الشديد و الشعور بأوهام مرضية و المعاناة من بعض الأفكار السوداوية الانتحارية (أديب محمد الخالدي، ص 79).

**و تعريف حامد عبد السلام زهران :** يعرف حامد عبد السلام زهران الاكتئاب على انه حالة من الحزن الشديد و المستمر تنتج من الظروف المحزنة الأليمة و تعبر عن شيء مفقود و أن كان المريض يعي المصدر الحقيقي لحزنه(حامد عبد السلام زهران 1995ص 449).

**أما تعريف الاكتئاب حسب القاموس الكبير لعلم النفس فهو:** يعرف هذا القاموس الاكتئاب على انه اضطراب عقلي يتميز بوجود مشاعر أو عواطف فقدان الشجاعة ، و الدين و الحزن و فقدان الأمل بخلاف الحزن العادي،الذي يحدث بسبب فقدان شخص (Larousse , 1999 p 256).

نستخلص من خلال هذا التعريف أن الاكتئاب هو نوع من الاضطراب العقلي يظهر على شكل أعراض نفسية كفقدان الشجاعة و الأمل و الحزن الشديد مقارنة بالحزن العادي.

## 3-النظريات المفسرة للاكتئاب:

حظي الاكتئاب بتفسيرات مختلفة باختلاف طبيعة الناظر و وجهة المنظور و فيما يلي عرض لأهم النظريات المفسرة له:

### 1.3.النظرية البيولوجية للاكتئاب:

#### 1.1.3.التفسير الوراثي:

يرى أنصار التفسير الوراثي أن أفرادا معينين يرثون استعدادا لعمليات بيولوجية مضطربة ، فقد ركزت معظم التوجهات الخاصة بالمجالات البيولوجية للاضطرابات الوجدانية على الناقلات العصبية ، و بالرغم من صعوبة تحديد العلاقة الدقيقة بين العامل الوراثي و الاكتئاب إلا أن البحث في مجال الاضطراب الثنائي القطبية قد كان أكثر نجاحا بسبب وضوح معايير الشخصية و أرادوا القول أن التركيب الوراثي يلعب دورا هاما في نمو الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية (حسين قايد، 2001 ، ص 76).

و لقد كشفت البحوث عن وجود تماثل في شيوع هذا الاضطراب في اسر دون أخرى و شيوعه بين التوائم حتى و لو نشؤوا في ظروف اجتماعية مختلفة و هذا لخصه لنا "اسفورد" في الاكتئاب (الطب النفسي 1984 ) في مجموعة من الدراسات التي تشير في مجملها على نسبة التشابه في الإصابة بهذيان الهوس و الاكتئاب بين التوائم المتطابقتين الذين تربو منفصلين بالتبني ، و وصلت إلى ( 76 % ) و بلغت نسبة التشابه في الإصابة بالمرض لدى التوائم المتطابقان الذين نشؤوا معا ( 68 % ) أما بين التوائم غير المتطابقان وصلت إلى ( 23 % ) (إبراهيم عبد الستار، 1998 ، ص 102).

### 2.1.3. التفسير الفيزيولوجي:

يشير أنصار الاتجاه الفيزيولوجي إلى انه يوجد نمطين رئيسيين للنظرية الفيزيولوجية للاكتئاب " حيث يقوم النمط الأول على أساس الاضطراب في الأيض الخاص بالمرضى المكتئبين، حيث تعتبر كلوريد الصوديوم و كلوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء على القدرة الكامنة و التحكم في استئشارة الجهاز العصبي و من الملاحظ أن الأشخاص العاديين يوجد لديهم الصوديوم أكثر خارج النورون ، أما النمط الثاني فيعتبر أن الاكتئاب عبارة عن قصور موروث في عنصريين رئيسيين في كيمياء الدماغ نوبابين فرين و سيروتونين (حسين قايد، 2001 ، ص 77).

فالتفسير الأميني الكيميائي للاكتئاب، على انه " ينتج عن وجود نقص في العناصر الكيميائية في المخ، و خاصة توزيع العناصر الامينية و الأمينات ، حيث يتكاثف وجودها في الجهاز العصبي المسؤول عن تنظيم الانفعالات، فوظيفة الأمينات عبارة عن موصلات عصبية و ذلك بتوصيل الرسائل القادمة و العائدة من الأعصاب المختلفة، و منها نجد الدوبامين، السيروتين، للمحافظة على التوازن المزاجي و الاكتئاب يعتبر إحدى الاستجابات الممكنة إذ نقص وجود هذه العناصر أو احدها" (إبراهيم عبد الستار، 1998ص104-105).

### 2.3. النظرية المعرفية:

تعتبر النظرية المعرفية من النظريات الأكثر تنظيما و بناء بالنسبة لدراسة الاكتئاب كما يعد "ارون بيك" " Bech" من الأوائل الذين نظموا مفهوما للاكتئاب على شكل معرفي و يعتقد بيك ان الاكتئاب يحدث نتيجة الاعتقادات المعرفية السالبة فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سالبة بالنسبة للذات و للعالم الخارجي و للمستقبل و هذه المعارف السلبية ينتج عنها الاكتئاب.(مدحت عبد الحميد أبوزيد، 2001 ، ص 81).

حيث نجد "بيك" يرى أن الأفراد المكتئبون يمتلكون صفة ذاتية معرفية سلبية تستبعد على نحو انتقائي المعلومات الايجابية عن الذات و تبقي على المعلومات السلبية فيقترح بيك" أن الصيغة السلبية لهؤلاء الأفراد المكتئبون تكون بسبب الفقد المتزايد من الوالدين في الطفولة أو ربما بسبب شدة أحداث الحياة السلبية و حينما تقع أنواع مماثلة من تلك الأحداث في الرشد فان الصيغة السلبية تنشط و يبدأ المكتئبون في غرلة خبراتهم الشخصية السلبية (حسني قايد، العدوان الاكتئاب، 2004 ، ص 83).

كما يرى "بيك" أن الشخص المكتئب يميل إلى مقارنة نفسه بالآخرين و هذه المقارنة من شأنها أن تخفض مستوى تقديره لذاته، و هذا ما يجعل عملية التقويم الذاتي تنسم بالسلبية، و من أشهر إسهامات هذا العالم الأمريكي اقتراحه فكرة العلاج المعرفي للاكتئاب و إعداده قائمة لقياس الاكتئاب سميت باسمه و تعد من المقاييس المعرفية في هذا المجال، كما أطلق اسم الثلاثية المعرفية على المخطط المعرفي الذي يميز الاكتئاب و هي كالتالي:

\* النظرة السلبية للعالم الخارجي و هنا يرى المكتئب نفسه عاجزا أمام تحقيق أبسط الأشياء.

\* النظرة السلبية للعالم الخارجي و هنا يرى المكتئب أن كل ما يأتي من العالم الخارجي سلبي بالنسبة له أي يمنعه من تحقيق أي شيء.

\* النظرة السلبية و هنا ينظر المكتئب للمستقبل نظرة تشاؤمية (حسين قايد 2001)

### 3.3. النظرية التحليلية:

تعد نظرية التحليل النفسي من أولى النظريات النفسية التي انشغلت بتفسير الاكتئاب و البحث عن أسبابه حيث يرى فرويد أن الأحداث الصدمية التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره مثل الانفصال عن احد والديه أو فقدانه قد يجعل الطفل بعد ذلك مستهدف بشكل أساسي للإصابة بالاكتئاب و من ثمة فإذا واجه الفرد بعد ذلك ضغوطا مشابهة لضغوط الطفولة فانه ينهار و تظهر عليه أعراض الاكتئاب (بشير معمرية، 2007 ، ص 16).

و قد اتفق علماء التحليل النفسي مع وجهة نظر فرويد في الاكتئاب بصفته غضبا موجها ضد الذات، و لكنهم يختلفون في تحديد الدوافع المحيطة و المثيرة للغضب حيث نجد "براهام" يراها مرتبطة بالحاجة لارضاء أو بالأحرى الفشل في الإرضاء الجنسي و الحصول على الحب.

و يرى "رادو" "Rado" أن الاكتئاب ما هو إلا صرخة بحث عن الحب.

و يصف "اتفينخ" "Fenichel" المكتئب بأنه إنسان مدمن على الحب.

أما العالم "بيبرينج" (1953) ينظر إلى موضوع الاكتئاب نظرة اشمل و أكثر عصرية فيرى أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات أو الطموحات و يرى أن الحاجة إلى الحب و التقدير ما هي إلا واحدة من ثلاثة احتياجات رئيسية أما الاحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة للقوة و الأمان و الحاجة لمنح (فضلا عن الحصول على الحب) و يحدث الاكتئاب نتيجة للفشل في إرضاء أي حاجة من الحاجات الثلاثة السابقة و الصداع الذي يحدث في الذات و المرتبط بفشل إشباع أي منها (إبراهيم عبد الستار، 1998 ، ص 98).

### 4.3. النظرية السلوكية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الاكتئاب يعود إلى افتقار الشخص لعنصر التعزيز ، مما يجعله معرضا للإصابة، و هذا يعني أن الاكتئاب يتوقف على النشاطات ذات التعزيز الايجابي فالمكتئب حسب "توماس" و "كراسنر " ( Tullman.krasmer ) تحدث 1969 من جراء خبرة فقدان التدعيم او الإثبات الايجابي مقابل حدوث خبرة التدعيم السلبي أي العقاب (مدحت عبد الحميد ابوزيد، 2001).

كما نجد عالم النفس السلوكي " لازروس " يفسر الاكتئاب وفقا لنظريات التعلم و الاشتراط السلوكي و التي ترى أن الاكتئاب ناتج عن وظيفة لتعززات ناقصة ، غير كافية و بهذا يمكن القول حسب هذه المدرسة أن الاكتئاب كخبرة نفسية سلبية مؤلمة ما هو إلا ترديد لخبرات أليمة تعلمها أو صادفها أو مر بها الإنسان من صغره و كم يستطيع أن يحلها أو تنزيلها من عقله فالذي تألم من فقدان شخص عزيز عليه في الصغر قد يكون مهياً إذا لم يتغلب على ألمه الابتدائي أن يواجه الاكتئاب في كبره.

و ربما يحدث له تعميم لظاهرة الحزن من اختفاء أي شيء أو فقده له و خاصة إذا تعلق الفقدان بعضو من أعضائه.

وفق النظرية السلوكية فان الأم تلعب دورا حاسما في تعليم الطفل الخبرات السلبية أو الايجابية ، فان أهملت حاجاته و طلباته و غرائزه بشكل متكرر فربما يتعلم و هو في سن صغيرة جدا أن كل قلوب البشر قاسية و بهذا يفقد الثقة بالناس، و بهذا الأسلوب فان الطفل ينتهج منهاجا سلبيا في الحياة فتقل طموحاته و تطلعاته و يصبح خاملا، ضعيف لا يثق بأحد و بهذا يزداد إحباطه، و تتألم عواطفه و وجدانه و تقل ثقته بنفسه و هذا ما يعرف بالاكتئاب.(Berger et Jeu 1984 p 12 يهتزر).

### 5.3. النظرية النفسية الاجتماعية:

ويرى بيكر أن " انخفاض مستوى تقدير الذات لدى شخص ما يصبح سلبيا، و يجد صعوبة في كل ما يسلك ، و على ذلك فان الإحساس بالقيمة الذاتية يعد عنصرا مهما و قويا بل و دافعا ضد الاكتئاب.

و العنصر الثاني في تجنب الاكتئاب يتكون من المدى العريض من الأفعال الممكنة التي تتفاعل مع المواقف الصعبة مثل فقدان ما، أو فقدان نشاط معتاد (مدحت عبد الحميد ابوزيد، 2001 ، ص 86).

و بذلك تجمع نظرية "بيكر " بين المفاهيم على المستوى النفسي و الاجتماعي و على ذلك يركز "بيكر " الاكتئاب من خلال ثلاثة أنواع من الفقدان:

- فقدان الذات

- فقدان العادات و المعايير و قواعد السلوك

- فقدان إدراك مناهج الحياة و من ثم فان الاكتئاب في نظر "بيكر" هو الفشل في تقدير الذات و احترامها (مدحت عبد الحميد ابوزيد، 2001).

### 6.3. الاتجاه الحديث في تفسير الاكتئاب:

يرى هذا الاتجاه بان الناس يستخدمون أسلوب الوقوع في المرض لكي يقوموا بحل صراعات أو مواقف صعبة لا يستطيعون الصمود أمامها (العفيفي عبد الحكيم 1990 ص 21).

وهذا ليس أمرا نادرا ولكن الواقع يؤكد أن هذه الاستخدامات تحدث لا شعوريا فعندما يقع صراع بين واجب ما و خوف من نتائج هذا الواجب في هذه الحالة يتدخل اللاشعور بغرض حل توفيقى يريحه من الصراع.

إذن هذا الاتجاه يفسر كيف بعض الناس يستعملون الاكتئاب كوسيلة لا شعورية لكسب المودة و العطف أو كوسيلة للقسوة و الانتقام من الذين كانوا سببا في الألام في الماضي (العفيفي عبد الحكيم، 1990 ، ص 22).

نستخلص مما سبق أن النظريات المفسرة للاكتئاب عديدة و متنوعة و منها النظرية البيولوجية التي أعطت تفسيراً وراثياً و فزيولوجياً و أهملت العوامل الأخرى و النظرية المعرفية التي ركزت على المظاهر المعرفية التي تلعب دوراً هاماً في حدوث الاكتئاب و التي يتمثل في تقدير الذات المنخفض، الشعور باليأس الحزن و نظرة الفرد المكتئبة التشاؤمية للعالم الخارجي و للمستقبل بينما النظرية التحليلية فسرت الاكتئاب على أساس وجهات النظر مختلفة كوجهة نظر " فرويد" الذي يرجع حالة الاكتئاب إلى الأحداث الصميمة التي يواجهها الطفل في السنوات الأولى أما "بيبرنج" فهو ينظر إلى الاكتئاب بنظرة اشمل إذ يحدث الاكتئاب نتيجة الفشل في إرضاء الحاجات الرئيسية (كحاجة إلى القوة، الأمان و منح الحب)، بينما "كارل" ابرهام" يرى أن الاكتئاب حالة يصاب بها الراشد نتيجة الحرمان من الحب، أو تعرضه إلى استجابة مؤلمة، أما النظرية السلوكية فترجع حالة الاكتئاب إلى ضعف معدل التعزيزات الايجابية أو نتيجة ارتفاع معدل العقوبات للفرد أي التدعيم السلبي، و نجد النظرية النفسية الاجتماعية التي أرجعت الاكتئاب إلى انخفاض مستوى تقدير الذات لدى الشخص (زواوي سليمان 2012 ص 37).

أما الاتجاه الحديث يفسر كيف بعض الناس يستعملون الاكتئاب كوسيلة لا شعورية لكسب المودة و العطف أو كوسيلة للقسوة و الانتقام.

### 4. أعراض الاكتئاب:

#### 1.4. الأعراض الجسمية:

تتمثل أهم الأعراض الجسمية الخاصة بالاكتئاب في انقباض الصدر و الإحساس بالضيق ، الشعور بالتعب عند بذل اقل جهد و نقص الشهوة الجنسية و الضعف الجنسي و اضطراب الدورة عند

النساء و برودتهن و ضعف النشاط العام و تأخر زمن الرجوع (عبد الحميد الشاذلي، 2001 ، ص 136-137).

كما نجد أعراض جسمية أخرى تتمثل في:

- فقدان الشهية و الوزن: فعادة ما يعاني مرضى الاكتئاب من ضعف في الشهية الأمر الذي يعود إلى فقدان الوزن أي نقص في الوزن.

-اضطرابات في النوم: حيث يشكل النعاس و الدخول في النوم المشكلة الأساسية لدى أغلبية المرضى بالاكتئاب و كلهم تقريباً يعانون من عدم القدرة على الاستمرار في النوم بعد الدخول فيه فهم يصحون في النصف الثاني من الليل و في وقت أبكر من المألوف بالنسبة للآخرين و لا يستطيعون العودة إلى النوم.

- الأوجاع الجسدية: يعاني كثير من مرضى الاكتئاب من الآلام الجسدية دون أن تكون هناك أساس لذلك من هذه الشكاوي، ضغط في الرأس و ضغط شديد على القلب و الأم في الظهر (سامر رضوان جميل 2002 ، ص 411-412).

#### 2.4. الأعراض النفسية:

تظهر على مريض الاكتئاب أعراض نفسية تظهر في اليأس و هبوط الروح المعنوية و الحزن الشديد الذي لا يناسب مع سببه، و ضعف الثقة بالنفس و الشعور بالنقص و عدم الكفاءة ، كما تظهر على هذا المريض التشاؤم المفرط و النظرية السوداوية للحياة و قلة الكلام مع انخفاض الصوت و نقص تقدير الذات و احتقار أخطائه كما تراوده بعض الأفكار الانتحارية أحيانا (عبد الحميد الشاذلي، 2001 ، ص 137-138).

#### 3.4. أعراض المزاج:

و تعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد و الأساسي للاضطرابات الوجدانية مثل وجود مزاج حزين معظم اليوم ، تقريباً كل يوم لمدة أسبوعين على الأقل (حسين قايد، 2005 ، ص 256).

#### 4.4. أعراض الدافعية:

و تمثل الأشكال السلوكية التي تشير إلى التوجه نحو الهدف، فالناس المكتئبون غالباً ما يعانون قصوراً في هذا المجال ، و قد يجد البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل (حسين قايد، 2001 ، ص 62).

#### 5.4. الأعراض المعرفية:

و يظهر على الشخص المكتئب البعض من الأعراض المعرفية كعدم ترابط الأفكار و ارتباطها و ثقل الفهم و عدم وضوح الذاكرة و كل مجهود للتركيز الفكري صعب حيث تسود هذا المكتئب أفكار

شاردة من بينها الأفكار الانتحارية و صعوبة اتخاذ القرارات و التردد(نور الهدى محمد الجاموس، 2004 ، ص 132).

## 5. تصنيف الاكتئاب:

ظهرت عدة تصنيفات لاضطراب الاكتئاب تتضمن في محتواها اختلاف التوجهات النظرية للعلماء و ذلك وفقا لاسم نظرية مختلفة حسب تصنيف الرابطة الأمريكية للطب التي أصدرت عدة إصدارات من الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية.

### 1.5. الاكتئاب العصبي النفسي :

يشير إلى تقلبات المزاج التي يخبرها كل فرد ، و يعبر عنها بمشاعر الحزن و هو ما يطلق عليه المختصون " الاكتئاب الاستجابي " (حسين قايد 2001) و الذي يكون أيضا استجابة لحادثة محزنة يمكن تحديدها و التعرف عليها بالفعل و بزوال الظروف تزول الحالة الاكتئابية .(قايد 1987).

### 2.5. الاكتئاب الإكلينيكي:

هو حزن مستمر بدون وجود أسباب واضحة يمكن تصاحبه عدة أعراض منها اضطرابات النوم و الشهية، فقدان روح المبادرة، العقاب الذاتي الانسحاب الاجتماعي، انعدام الحيوية، فقدان اللذة

(Jean christophe etal 1996)

و هناك تصنيفات أخرى للاضطراب الاكتئاب و تتمثل فيما يلي:

الاكتئاب البسيط ، الحاد المقنع ، التفاعلي ، الانتكاسي ، القهري ، العصبي ، الذهاني.

### الاكتئاب البسيط:

يكون المريض في حالة ذهول غير قادر على تحمل المسؤولية و يشعر بالذنب و التفاهة و لكن لا يوجد لديه اختلال في الوظائف العقلية (عبد الحميد شاذلي، 2001 ص 134 ) . و هو اشد صور الاكتئاب و لقد ارجع " هيبوقراط " و جالين الاكتئاب لزيادة السوداء في الدم و وصف أصحابها بالمغولية العميقة الحزن المفرط (بهيتة صالح السمراني 2007).

### الاكتئاب المقنع:

الاكتئاب المقنع كحالة من حالات الاضطرابات الوجدانية و العاطفية يأخذ مظهر الاضطرابات الجسمية مثل الإصابة بالأرق أو الإمساك أو فقدان الشهية أو الصداع و مع التقدم التكنولوجي في علم الكيمياء و التشريح فزيولوجيا الأعصاب و كذلك العلوم السلوكية تمكن العلماء بالاستدلال على وجود مناطق في المخ مختصة بنقل الخبرات العاطفية الوجدانية و هذه المناطق هي : منطقة قاعدة المخ المعروفة باسم (الهيبتولاموس) كما أثبتت الأبحاث أن هناك نوع من الأحماض الأمينية في المخ تؤدي

إلى الإصابة بالاكتئاب مثل مادة (النورادرينالين) فهناك مجموعة من العقاقير تبطل مفعول هذه المادة في المخ ، فيتسم سلوك المريض بالهدوء و الاكتئاب و على العكس من ذلك هناك أدوية تعمل على تنشيط مادة النورادريلين و بالتالي تثير السلوك و لا تصيب المريض بأي نوع من الاكتئاب و بالتالي هناك عوامل فيزيولوجية سيكولوجية كيميائية لها تأثير على التركيب الكيميائي لمخ الإنسان تأثر على سلوكه (محمد جاسم محمد، 2004).

### الاكتئاب التفاعلي:

قصير المدى و هو رد فعل لحدوث الكوارث مثل رسوب طالب أو خسارة مادية أو فقدان عزيز و يكون المريض بصفة عارضة (عبد الحميد محمد الشاذلي 2001 ص 134).

### الاكتئاب الانتكاسي:

إن هذا الصنف من اضطراب الاكتئاب تصاب به المرأة في سن اليأس، و السبب يعود إلى التغييرات الهرمونية المصاحبة لانقطاع الطمث في هذه السن الذي يؤدي له التأثير الخافض في معنويات المرأة ، و قد يرجع أيضا إلى سوء التوافق الانفعالي المترتب على هذه التغييرات، خاصة و أن المرأة في هذه السن تمر بها تغييرات تفاعلية واسعة تشمل كل نشاطاتها كفقدان الأبوين أو بعض الإخوة و الأخوات و في هذه السن أيضا تجد المرأة أن أولادها قد شبوا و لم يعودوا يعتمدون عليها بعد أن كانت تشغل وقتها بهم فصارت إلى فراغ يشعرها بالوحدة النفسية و قد تفسر انقطاع الطمث انه ما عادت أنثى و أنها قد شاخت و لم تعد مطلوبة، و يحدث الاكتئاب الانتكاسي خلال الأربعينات أو الخميسيات و أعراضه المتميزة هي القلق و الضيق، الشكوى المستمرة من أوجاع بدنية مبهمة أفكار هذائية (أديب محمد الخالدي، ص 386).

### الاكتئاب القهري:

إن هذا الصنف من اضطراب الاكتئاب يصاب به الأشخاص من المنط الجامد الوسواسي الذي يأتي أفعاله و كأنه مغضوب عليه، و نراه يفعل أو يسلك و هو متوتر و قد يبدأ البؤس و القلق، و تسيطر عليه الوسواس و الضنون و قد يظهر الاكتئاب على الشخصية القهرية إذ أحيل بينها و بين القيام بالأعمال الروتينية المنطوية بها، و أكثر ما يكون اكتئابها في الاجازات أو العطل الرسمية و يطلقون عليها اسم اكتئاب نهاية الأسبوع و من أعراضه التوتر و الضيق و عدم راحة البال، القلق (أديب محمد الخالدي ، ص 385)

### الاكتئاب العصابي:

هو حالة من الحزن الشديد المستمر يعيش فيها الفرد دون أن يدري السبب الحقيقي لاكتتابه و هو بهذا يختلف عن الاكتئاب الطبيعي أو العيادي و الذي قد يكون له مبرر في الخارج و الشخص الذي يعاني من الاكتئاب العصابي فقد يصل في تشاؤمه و في إحساسه في الشفاء و ضعف الثقة بالنفس و الشعور بعدم القيمة إلى محاولة الانتحار (محمد جاسم، 2004 ، ص 376-386).

و يمكن اعتبار هذا الصنف من الاكتئاب معتدل الشدة و خاليا من الأعراض الذهنية و

من ابرز أعراضه الإكلينيكية هي:

القلق، شعور بالحزن و الرغبة في البكاء اضطراب النوم، فقدان الشهية للطعام، ضعف الطاقة الجنسية، نقص واضح في الوزن، الإمساك، السرعة في ضربات القلب، الشعور بالتشاؤم و ندرة الشعور بالتفاعل، ضعف القدرة على الجسم، عدم اتخاذ القرار و ضعف الإحساس بالقيمة الذاتية (أديب محمد الخالدي ، 2006 ، ص 383).

أي يشير الاكتئاب العصابي إلى حالة من الحزن و البلادة و الخمول أو جمود الحس و لوم الذات و هو اقل حدة من اكتئاب الذهان (محمد جاسم محمد، ص 387).

### الاكتئاب الذهاني:

إن هذا الصنف من اضطراب الاكتئاب يمكن اعتباره حاد الشدة لأنه يحتوي على أعراض ذهانية و بيولوجية واضحة و من ابرز أعراضه الإكلينيكية :

العزلة التامة عن الآخرين ، شعور دائم بالقلق دون أسباب واضحة، الضجر اليأس، اضطرابات النوم مع كوابيس، الخطيئة و الشعور بالذنب ، تحقير الذات الصداع الشديد الإمساك المزمن، أفكار انتحارية.

و المريض بالاكتئاب الذهاني نجده لا يستطيع أن يواصل حياته المهنية الاجتماعية كذلك نجده حقيقة يشعر بأنه شخص تافه و ذو سلوك قذر و يرى أن كل ما يحدث له بسببه و ليس بسبب الآخرين، كما نجد عند المريض اكتئاب الذهاني أن تظهر عليه توهمات و هلاوس و هواجس، و أعراض اكتئابية بدنية، و إن أعراض هذا الاكتئاب لدى المرضى لا تتأخر بتغير البيئة (محمد الأديب الخالدي، 2006 ، ص 383).

### 6. تشخيص الاكتئاب:

يتم تشخيص الاكتئاب طبقا لدليل التشخيص الإحصائي الخامس إذا توفرت 05 أعراض أو أكثر من الأعراض التالية:

- مزاج اكتئابي كل يوم.
- انخفاض كبير في اهتمامات أو عدم الإحساس بأمثلة في ممارسة الأنشطة المختلفة
- انخفاض واضح في الوزن ، و في بعض الحالات تكون هناك زيادة في الوزن
- ارق في النوم أو زيادة في النوم
- هياج حركي مع الإحساس بعدم خمول حركي مع الإحساس ببطء الإيقاع
- التعب و فقدان الطاقة
- الإحساس بعدم القيمة ، و لوم النفس و الإحساس بالذنب

- ضعف القدرة على التفكير و ضعف التركيز و التردد و عدم القدرة على اتخاذ
- التفكير في الموت إما يتمنى الموت أو التفكير في الانتحار أو التخطيط له أو القرارات محاولة الانتحار (مدحت عبد الحميد ابوزيد، 2001 ، ص 147).

## 7. علاج الاكتئاب:

لقد تعددت الطرق العلاجية المستعملة في علاج الاكتئاب من طرف العلماء النفسانيين فمن بينها نجد

### 1.7. العلاج النفسي التحليلي:

هو أقدم الطرق العلاجية المستعملة يعتمد على نظريات التحليل النفسي و بالتالي التوصل إلى الخبرات السابقة المنسبة و المكتوبة في الطفولة المبكرة حيث يعتبر تحليل هذه الخبرات الطفولية السبب الرئيسي للأمراض العصابية و بإتباع طرق علاجية تحليلية يستطيع الفرد تذكر الخبرات الماضية ، و بالتالي يكشف عن نظرتة للعالم (عطوف محمد ياسين ، 1981 ص 120-121).

كما يتضمن العلاج النفسي التحليلي جلسات علاجية فردية أو جماعية و يضم عدة أساليب فنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسيون (لطي الشريبي ، ص 249).

فالعلاج النفسي يفيد في كل أنواع الاكتئاب خاصة التفاعلي من الطبيعي أن يلجأ الطبيب إلى مساندة المريض و طمأننته و إظهار الاهتمام بحالته و إعطائه النصيحة (محمد جاسم محمد، ص 388).

في التحليل النفسي يبحث عن إزالة عوامل الضغط و تخليص المريض من الشعور بالذنب و الغضب المكبوت و البحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض و تنمية روح التفاؤل لديه (عطوف محمد ياسين، 1981 ، ص 120-121).

فهنا تكون الفرصة للمريض في إتاحة فرص التنفس و التفرغ الانفعالي و إشاعة روح التفاؤل و الأمل لديه، حيث قدم " و اتكنز " طريقة اسماها قلم السم و فيها يكتب المريض خطايا صاخبة يعرضها على المعالج (عبد الحميد الشاذلي، 2001 ، ص 138).

### 2.7. العلاج السلوكي:

ظهرت في الو.م.أ دراسات كثيرة تؤكد نجاعة نظرية التعلم الاجتماعي في علاج الاكتئاب ، حيث اخذ بها الكثيرون من العاملين في العلاج النفسي ، أن التعزيز الايجابي لسلوكات جديدة متعلمة تكيفية ، هي جوهر هذا النوع من العلاج ، كما أن التغيرات في نوعية و تكرار و نموذج نشاطات المريض خلال تفاعلاته الاجتماعية من خلال التوجيه ، و التدريب الميداني هي العوامل الهامة في تعليم مواجهة المؤثرات الخارجية المحدثة لاضطراب الاكتئاب و السيطرة عليه" (محمد حمدي الحجاز، 1989 ، ص 93).

### 3.7. العلاج السلوكي المعرفي:

يكون مبني على تبديل المعارف السلبية لدى المريض و جعله يفكر بشكل أكثر منطقية و عقلانية ، هذا بدوره يؤدي إلى تغيير وجدان و سلوك المريض كما يجب تعلم المريض كيفية تؤكد ذاته في المواقف و الأنشطة الاجتماعية المختلفة، و تدريبه على أسلوب المواجهة الفعالة في مواجهة ضغوط الحياة بدل من التعامل مع الضغوط بالتجنب أو الانفعال كما يجب تدريبه على مهارات حل المشكلات" (حسين قايد ، 2001 ، ص 128).

كما يفترض النموذج المعرفي أن المعرفة و السلوك جميعها مكونات مهمة في السلوك الاكتئابي فالعلاج المعرفي يعلم المريض الاكتئابي كيف يظهر أفكاره الآلية و مخططات سوء توافقه و عندئذ توضح هذه المعارف موضع الاختيار من خلال فحص الدلائل ، و تصميم مواقف تجريبية حية، و موازنة المزايا مقابل العيوب و القيام بمهام متدرجة، و استخدام استراتيجيات من خلال هذه الإجراءات يبدأ المريض في النظر إلى نفسه و إلى مشكلاته بواقعية أكثر (زواوي سليمان، 2012، ص49).

و يشعر بالتحسن، و يغير نمط سلوكه الغير توافقي، و يقوم بحل كل صعوبات الحياة الفعلية و تأتي هذه التغييرات بوصفها نتائج مباشرة بتكيفات بواجبات منزلية جيدة، التخطيط و معاونة الذات، و يواصل المعالج على امتداد العلاج بتحالفه المشتركة مع المريض " (د.ديفيد بالو، 2002 ، ص 653-654).

### 4.7. العلاج البيئي:

و نعني به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط و المواقف التي تسبب في المرض و يتم بانتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان للاستشفاء وسائل هذا العلاج الترويج عن المريض و شغل فراغه في العمل و تأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد على عودته للحياة الاجتماعية مدة أخرى (لطفى الشريبي ، ص 249).

كما يتكون العلاج البيئي من علاج جماعي، علاج بالعمل، و العلاج الترفيهي إشاعة جو التفاؤل و روح المريض و الرقابة في حالات محاولة الانتحار (محمد حمدي الحجاز 1989 ص 93).

### 5.8. العلاج الكهربائي:

بدأ استخدام العلاج الكهربائي في روما عام 1983 و تم تطويره فيما بعد ليكون من وسائل العلاج الرئيسية للأمراض النفسية خصوصا حالات الاكتئاب النفسي التي لا تستجيب لوسائل العلاج الأخرى، و تقوم نظرية العلاج الكهربائي على مرور تيار كهربائي محدود الشدة من خلال قضيتين يوضعان على جانبي الرأس فيحدث نتيجة لذلك نوبة تشبع يتبعها تحسن في الحالة النفسية للمريض و لا يستغرق مرور التيار سوى ثوان معدودة (لطفى الشريبي ، ص 256).

## 6.7. العلاج بالأدوية:

و يتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت إشراف الأطباء و النفسيين يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب و متابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته (لطي الشريبي ، ص 249).

### خلاصة الفصل:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل لاحظنا ما مدى خطورة الاكتئاب فقد يكون اخطر إذا تزامن مع احد الأمراض الجسمية للإنسان، فمثلا في حالة الإصابة بارتفاع ضغط الدم المزمن و ذلك في الزيادة من حدته و تزامنه بشعور المريض بالعجز و النقص و التشاؤم الدائم و انصباب تفكيره كله حول المرض و سيطرة فكرة الموت عليه.

# الفصل

## الخامس:

ارتفاع ضغط الدم الأساسي

## الفصل الخامس: ارتفاع ضغط الدم الأساسي :

### تمهيد:

في كل مرة ينقبض فيها القلب يندفع الدم عبر أوعية دموية التي تدعى الشرايين إلى كافة أنحاء الجسم حتى تزود الأنسجة والخلايا بالأكسجين والمواد المغذية للنمو, وتقوم هذه الشرايين بتنظيم الضغط وكمية الدم التي تمر بها عن طريق التمدد والتقلص المنتظم مع نبضات القلب, وإذا ما فقدت هذه الشرايين مرونتها أو تعرضت لتلف أو سدت بسبب الفضلات المختلفة أو يصبح الدم ذو لزوجة عالية تسبب ضغطا دمويا اكبر وكذا التعرض لقضايا السيكلوجية ولأسباب أخرى لحد الآن هي مجهولة تسبب ارتفاع ضغط الدم(سلطاني عومرية 2015 ص 36).

حيث ان هذا المرض يظهر مع التقدم في السن حيث يتطور تدريجيا فهو لا يظهر بشكل مفاجئ حيث مع تراكم الأعراض ينفجر بعد عدة سنوات وسنحاول تقديم أكثر توضيح في هذا الفصل.

### 1- معنى ضغط الدم:

ينشأ ضغط الدم داخل جدران الشرايين نتيجة قوة ضخ القلب للدم داخل هذه الشرايين التي تحتوي جدرانها على ألياف عضلية تتيح لها الاتساع أو الضيق حسب كمية الدم المدفوعة داخلها. ويتحدد منسوب الضغط بقوة ضخ القلب للدم بمقاومة الشرايين لممرور هذا الدم وعلى هذا فان:

**ضغط الدم الشرياني = كمية الدم المدفوعة من البطن الأيسر × المقاومة الطرفية للأوعية الدموية.**

وتعرف أعلى قيمة يبلغها الضغط أثناء كل ضربة من ضربات القلب بضغط الدم الانقباضي, ويحدث هذا نتيجة انقباض البطين الأيسر للقلب, ويتأثر هذا الضغط الانقباضي بالعوامل التالية:

-كمية الدم المندفعة من القلب.

-درجة لزوجة الدم.

-مدى ليونة جدران الشرايين.

أما أدنى قيمة يصل إليها ضغط الدم, وهي التي تحدث بين ضربات القلب, فتعرف بضغط الدم الانبساطي وينتج عن ارتخاء بطين القلب الأيسر للقلب ويتوقف هذا الضغط من حيث الشدة على ما يلي:

طول مدة الانقباض والمقاومة الدموية الطرفية.

وهناك ضغط النبض, وهو الفرق بين قيمتي الضغط الانقباضي والضغط الانبساطي.

## 2-التعريف الطبي لارتفاع ضغط الدم:

هو تقييم لضغط الدم مرتفعا عند تجاوز معدل الضغط الانقباضي اكبر أو يساوي 140mmgh (PAS)

و/أو تجاوز معدل الضغط الانبساطي اكبر أو يساوي 90mmgh (PAD) وذلك بمعدل قياسان

مأخوذان لمريض مستلق في سرير بعد 15 دقيقة من الراحة وذلك أثناء الاستشارة الطبية المتبوعة مباشرة بثلاث استشارات طبية دورية متواصلة خلال فترة ثلاث إلى ستة أشهر, مع عدم وجود أي سبب عضوي لحدوثه (المغربي ابراهيم حامد, 2004ص 21).

### حيث يعرف الضغط الانقباضي:

هو قدرة ضغط الدم على جدار الشرايين أثناء انقباض القلب, وهي يتعلق بكمية الدم المقذوف أثناء الانقباض فيزداد بازديادها, كما يتعلق بالمرونة الشريانية خاصة الابهرية, فيزداد عندما تقل المرونة (عمادة بشارة 1986 ص13).

### أما الضغط الانبساطي:

إن الدم لا ينقطع عن الجريان للوصول إلى كافة أنحاء الجسم أثناء انقباض القلب, وحتى يتوفر ذلك فإن الشريان الابهر وجذور الشرايين الكبيرة تشكل المخزن الذي يؤمن كمية الدم اللازمة للجريان المستمر أثناء الانبساط, وحتى يحدث هذا الجريان أثناء انبساط القلب فإن الشرايين تقوم بدور الحصر أي بدرجة معينة من التشنج أو المقوية التي تضغط على الدم لتؤمن جريانه(سلطاني عومرية 2015).

## 3-تصنيف ارتفاع ضغط الدم:

يمكن تصنيفه إلى نوعين:

### 1.3.ارتفاع ضغط الدم الأساسي أو الأولي أو العائلي أو الجوهرى:

يعتبر ارتفاع ضغط الدم أساسيا أو أوليا إذا لم يكن هناك سبب واضح للإصابة أين يجب على المريض تناول أدوية ارتفاع ضغط الدم, وهو يمثل 95 بالمائة من المصابين بارتفاع ضغط الدم.

(Charniot Jean Christophe : Cardiologie,op cit p155)

### 2.3.ارتفاع ضغط الدم الثانوي:

ويمثل 5 بالمائة الباقية من عدد المصابين, حيث يعود سبب الإصابة إلى خلل عضوي يمكن التعرف عليه(Xavier Girerd Sophie jean :guide pratique de l'HTA 2004 p4)

#### 4-النظريات العلمية المفسرة لارتفاع ضغط الدم الأساسي أو الأولي:

إن ارتفاع ضغط الدم الأساسي عند الراشد مرض له العديد من المؤشرات تتعلق بالجينات وأخرى تتعلق بالمحيط الاجتماعي, كما أن نوعية الحياة يمكن أن يكون لها دور في فيزيولوجية ارتفاع ضغط الدم الأساسي ليس الأمر واضح إلى يومنا هذا فهي مجرد افتراضات أكثر منها حقائق وسنذكر فيما يلي البعض منها:

##### 1.4. النظرية الكلوية:

تفترض هذه النظرية وجود نقص في كمية الدم التي تصل إلى الكليتين مما يترتب عنه زيادة إفراز مادة الرنين (Renin) والتي يتبعها زيادة إفراز مادتي (1 angiotensine و2 Angiotensine) والأخيرة تؤدي إلى انقباض الأوعية الدموية وبالتالي يرتفع ضغط الدم (سلطاني عومرية, 2015ص37).

##### 2.4. نظرية محرك الأوعية:

وهذه النظرية تفترض أن سبب ارتفاع ضغط الدم يرجع إلى زيادة نشاط مركز تنظيم قطر الأوعية الدموية الموجودة في المخ والذي يبعث بمزيد من الإشارات العصبية التي تعمل على انقباض الأوعية الدموية فيرتفع ضغط الدم (سلطاني عومرية ص 37).

##### 3.4. النظرية الغدية:

ترجع هذه النظرية سبب ارتفاع ضغط الدم إلى زيادة إفراز القشرة الخارجية للغدة الكظرية الذي يعمل على إفراز مادة الالدوستيرون في الدم والتي تحجز المزيد من الصوديوم في الدم.

(Bruno David Attias-Besse Lelloche :vardiologie vasculaire op cit p :25).

##### 4.4. نظرية النزعة الوراثية:

وترجع هذه النظرية انتقال مرض ارتفاع ضغط الدم إلى الأفراد من خلال الصفات الوراثية السائدة.

##### 5.4. نظرية العوامل المتعددة:

وهذه النظرية ترجع مرض ارتفاع ضغط الدم إلى وجود أكثر من عامل من العوامل السابقة (المغربي إبراهيم حامد ص 42.43)

#### 5-التفسير النفسي لارتفاع ضغط الدم:

##### 1.5. هنري إي:

إن ارتفاع ضغط الدم الأولي هو مرض له نفس صفات المرض النفسي الجسمي, فهو يظهر كاستجابة سريعة لأول منبه انفعالي أو كرد فعل أني لا يدوم إلا ثواني وهو يصيب عدد مهم من الأفراد

(Henrie Hey : Manuelde psychiatrie 1983 p :944)

### 2.5. الكسندر فرانز:

يصف المصابين بالضغط الدموي المرتفع بأنهم أشخاص يعيشون في حلقات مفرغة فهم دورا سلبيًا وهذا ما يكاد أن يكون دورا أنثويا وهذا ما يتميز به الطاعة الزائدة والسلبية, في المقابل لهم طموح ورغبة في الرفعة داخليا. إن اصطدام هاتان الرغبتان يحرض على العدوانية ومرة أخرى أمام السلبية تكبت وتحدث قلقا دائما (Alexander franz 1977 p121).

### 3.5. دراسة هاريس تاكر:

لقد أجرى دراسة على أفراد ممن عرف عنهم إنهم من ذوي الضغط المرتفع وأنهم أكثر حساسية للأمور المثيرة للغضب, وأنهم تعرضوا للضيق والكرهية والغيرة, كما أنهم كثيرون الاهتمام بتوافه الأمور, وتبين أن ارتفاع ضغط الدم الجوهري يزيد لديهم عن المعدل وفي كل مرة يتعرضون فيها لانفعالات مثيرة للقلق أو الإحباط أو الغضب, وبذلك أصبح ارتفاع ضغط الدم لديهم عرضا مزمنًا أدى إلى تورم جدران الأوعية الدموية وزادت حالة ضغط الدم تعقيدا (سلطاني عومرية 2015 ص38).

### 4.5. دراسة فلاندرز دنبار:

قام بدراسة لشخصية مرضى ضغط الدم فوجد انه يميز الشخصيات الإدارية الحازمة الطموحة, ينحدر صاحبها من أسرة صارمة تتسلط عليها الأم, لديه رغبة في السيطرة على الآخرين, قدراته العقلية فوق المتوسط لكنه يختار وظائف أقل من قدراته لخوفه من الفشل. وفي نفس الوقت يناضل للوصول إلى القمة, وقد يخفق في طموحاته, يكون عصبيا, ويتميز بزيادة الحساسية والتوتر والميل إلى الخجل والقلق على الرغم من محاولاته لإخفاء هذه المشاعر فيكظم غيظه يندفع وهو عدواني وصعب القيادة (عبد المعطي حسن مصطفى 2003 ص9).

### 6- وسائل قياس ضغط الدم:

يتغير ضغط الدم باستمرار, لذا لابد من تكرار القياس لتأكيد تشخيص ارتفاع ضغط الدم, وهناك عدة تقنيات لقياس ضغط الدم:

### 1.6. استعمال المضغط والسماعة:

وتسمى أيضا اليدوية وهي التقنية التي تستعمل في العيادات والمستشفيات, حيث يتكون الجهاز من حزام داخله كيس يتم تعبئته بالهواء بواسطة مضخة هوائية ويتصل بالكيس جهاز قياس كما تستخدم سماعة الأذن لسماع صوت جريان الدم أثناء القياس.

## 2.6. استعمال مضغط الكروني:

هذا النوع بسيط يمكن لأي مريض استعماله بسهولة في حالة القياس الذاتي للضغط.

## 3.6. القياس المتنقل:

لقد طورت وسائل حديثة لمتابعة ضغط الدم على المدى الطويل آلية الكترونية لتسجيل الضغط عن طريق كمبيوتر وتحليل النتائج بعد ذلك, فالقياس المتنقل للضغط ليس للاستعمال داخل العيادة الطبية, لكنها تستعمل في الحالات التي يتعذر فيها القياس الذاتي لضغط الدم, ويعمل هذا الجهاز على اخذ وتخزين قياسات الضغط خلال 12 إلى 24 ساعة حيث تم تزويد الجهاز بشريط العنصر يأخذ القياس كل ربع ساعة نهارا وكل نصف ساعة ليلا حيث يحمل المريض الجهاز في حزام خلال كل نشاطاته اليومي(Belon jean paul 2009 p 63-68).

## 7-مراحل الضغط الدموي الأساسي:

يقول هامبلنج انه يمكن تمييز ثلاث مراحل يمر بها وهي:

### 1.7. المرحلة الأولى:

ما قبل ضغط الدم الجوهرى فيما يستجيب الأفراد للضغوط النفسية والاجتماعية والألام المختلفة بارتفاع ضغط الدم الانبساطى بما لا يزيد عن 95 ملم من الزئبقى.

### 2.7. المرحلة الثانية:

وتتماز بوجود ضغط مؤقت قابل للزوال, ويحدث في حالات الضغوط والقلق الزائد, وفيها يميل ضغط الدم إلى الارتفاع عن 95 ملم من الزئبقى ويبدأ التضخيم البسيط في الأوعية الدموية(عبد المعطي حسن مصطفى ص92).

### 3.7. المرحلة الثالثة:

هي مرحلة ضغط الدم الخبيث ويكون الضغط فيها باستمرار أكثر من 130 ملم من الزئبقى, ويتسبب في تلف الكليتين وإصابة شبكية العين بما يشبه النزيف كما قد يصيب بعض الأوعية الدموية بتصلب الشرايين أو النزيف الدموي لعدم تحمل جدران هذه الأوعية للضغط الشديد (عبد المعطي ص92).

## 8-أسباب ارتفاع ضغط الدم:

### 1.8.السن:

تزيد نسبة الإصابة مع التقدم في العمر.

### 2.8. الجنس:

كما أن الرجال أكثر عرضة للإصابة من النساء في مرحلة النشاط الجنسي لتتساوى الاحتمالات بعد مرحلة سن اليأس.

### 3.8. التدخين:

صار من المؤكد أن التدخين يساعد على الإصابة بتصلب الشرايين, وحدوث الجلطات الدموية والى إفراز مادة البترسسين التي تضيق الشرايين التاجية وهذا ما يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم.

### 4.8. الوراثة:

تزيد السوابق العائلية بالنسبة للأمراض القلبية الوعائية من نسبة الإصابة, حيث بينت الدراسات ان وجود احد الوالدين على الأقل تعطي إصابة احد الأبناء.

### 5.8. العرق:

خطر الإصابة بالضغط الدموي المرتفع يكون مرتفعا لدى الأشخاص من أصل إفريقي وجنوب آسيا أكثر من غيرهم.

### 6.8. السمنة:

الأشخاص ذو الوزن الزائد أكثر عرضة لارتفاع ضغط الدم (Gareth Beevers 1999 p 36).

### 7.8. الكحول:

يؤثر الكحول مباشرة في ارتفاع ضغط الدم, كما يؤثر على الجهاز السمبثاوي مباشرة ويزيد من إفراز الكورتيكويدات.

### 8.8. التمارين البدنية:

يزيد معدل ضغط الدم خلال التمارين أو النشاط الجسدي, لكن الأشخاص الذين يمارسون نشاط منتظم يكون لديهم ضغط دم معتدل.

### 9.8. الإفراط في تناول الملح:

يحتوي ملح الطعام على الصوديوم الذي تؤدي زيادته إلى رفع معدل ضغط الدم وذلك من خلال زيادة حجم السوائل في الدم, اختلال نسب رنين الصوديوم وفشل الرنين في خفض زيادة الصوديوم داخل الخلايا وإنتاج خلايا بطانية الشرايين التي تقلل من القطر الداخلي للشرايين, ارتفاع الكالسيوم داخل الخلايا مما يؤدي إلى تقلص العضلات الملساء وبالتالي ارتفاع ضغط الدم (سلطاني عومرية 2015, ص41).

## 10.8. ارتفاع الكولسترول:

يزيد ارتفاع كلسترول الدم لدرجة كبيرة خطر ارتفاع ضغط الدم، فكلما زاد مقداره في الدم لأكثر من 2غ/ل فهو يشكل خطر (سلطاني عومرية، 2015 ص 41).

## 11.8. الضغط النفسي:

منذ سنين والعلاقة بين الضغوط النفسية وارتفاع ضغط الدم تثير اهتمام العلماء ودراساتهم، إذ يرتبط ضغط الدم بالصراعات الاجتماعية المزمنة، وبضغوط العمل (سلطاني عومرية، 2015 ص 41).

## 9- أسباب ارتفاع ضغط الدم المزمن الأساسي:

ليس هناك أسباب عضوية معروفة حتى الآن لارتفاع ضغط الدم ولكن من المؤكد أن هناك عوامل نفسية انفعالية، واجتماعية حضارية تلعب دورا واضحا في نشأة المرض وتطوره بالإضافة إلى بعض سمات الشخصية وأنماط السلوك التي تميز مرضى ارتفاع ضغط الدم عن غيرهم، والتي كشفت عنها الأبحاث والدراسات النفسية باختلاف اتجاهاتها.

هناك أبحاث أنصار الاتجاه السيكودينامي إلى أن ضغط الدم الجوهري هو نتيجة للحيل الدفاعية كبت القلق والعدوان والغضب المكثوم:

-وقد يكون المنع من التعبير الحر عن الاستياء الذي يشعر به المريض اتجاه الآخرين بسبب الرغبة في أن يكون محبوبا.

-وربما يحبس الفرد عدوانيته في نفسه ويكظمها بسبب حاجته لان يظل في تشبئه بالآخرين أو اتكاله عليهم، فيقمع الغيظ المزمن ويبيدي واجهة من التسامح والمسالمة.

وفي كل هذه الظروف يظل الفرد متحملا الانفعالات ويكون كالبركان الذي يغلي ومع ذلك لا يعبر تعبيرا تاما عن استيائه أو يفرغ الحقد المندفع بداخله، والنتيجة حدوث تغيرات فسيولوجية في نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي ما يولد حالة انفعالية مزمنة تكون مسؤولة عن حدوث ضغط الدم المزمن الأساسي (المغربي إبراهيم ص 42-43 عبد المعطي ص 98).

## 10- أعراض ارتفاع ضغط الدم:

لا تظهر أعراض ارتفاع ضغط الدم لدى أغلب الناس الذين يعانون منه، كذلك الأمر في الحالات التي يسجل فيها ضغط الدم قيماً مرتفعةً إلى درجة تشكيلها خطراً.

عند قسم من المرضى تظهر، في مراحل المرض الأولى، الأعراض التالية:

1. الصداع خاصة في الصباح.

2. الاضطرابات الرئوية.

3. الدوخة والدوار.

4. ضيق التنفس و طنين الأذن ونزيف الأنف

5. أعراض هبوط أو فشل عضلة القلب وتورم الأطراف السفلية.

6. سرعة خفقان القلب وأعراض التهاب المجاري البولية واحمرار البول.

(D Gareth Beevers gregory 316)

### 11- تشخيص ارتفاع ضغط الدم:

لتشخيص مرض ارتفاع ضغط الدم بوجه عام يلزم التحري عن عدة عوامل نلخصها في ما يلي:

#### 1.11. التاريخ المرضي:

وفيه نبحث عن وجود المرض في احد أفراد العائلة, والذي يستدل منه على العامل الوراثي وكذلك التعرف على الأمراض التي سبق أن أصيب بها الفرد (سلطاني عومرية, 2015 ص 43).

#### 2.11. الصورة الإكلينيكية:

وتشمل الأعراض, والدلائل المرضية. أما الأعراض فهي جملة الشكاوي التي يشعر بها المريض ويعلن عنها وأما الدلائل المرضية في العلامات التي يظهرها الفحص الطبي للمريض (سلطاني عومرية, 2015 ص 43).

#### 3.11. الفحوص اللازمة لتشخيص مرض ارتفاع ضغط الدم:

- الفحوص الخاصة بالكليتين.
- الفحوص المتعلقة بالغدد الصماء.
- الفحوص المرتبطة باختناق جزء من الشريان الأورطي.
- الفحوص المتطلبة في تشخيص أورام المخ. (ابراهيم حامد المغربي, ص 35).

#### 4.11. تشخيص مرض ارتفاع ضغط الدم المزمن الأساسي:

لما كان مرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي ليس له أسباب عضوية معروفة, فهو يشخص بالاستثناء اي استبعاد جميع الأسباب العضوية لارتفاع ضغط الدم (سلطاني عومرية, 2015 ص 44).

### 12- علاج ارتفاع ضغط الدم:

#### 1.12. الأهداف:

يهدف بشكل أساسي علاج ارتفاع ضغط الدم الى خفض معدل الإصابات بالأمراض والوفيات القلبية الوعائية لدى المرضى ويتضمن:

-الحفاظ على أرقام ضغط الدم اقل.

-منع وكشف وعلاج المضاعفات الناجمة عن ارتفاع ضغط الدم.

-تحسين مستوى الالتزام الصحي لدى المريض.

## 2.12. العلاج اللادوائي:

تغيير نمط الحياة بالنسبة لمريض ارتفاع ضغط الدم يكون إذا التزم بالتربية الصحية التي تقوم على إعطاء معلومات حول مرضه وإخطاره على القلب والأوعية وكذا تحديد الأهداف اللازمة لتكيف المريض وهي تتضمن مايلي :

- التقليل من استهلاك الملح.

- التقليل من الوزن إذا كان زائد عن الحد الطبيعي.

- ممارسة نشاط بدني منتظم يتوافق مع الحالة الصحية للمريض.

- التوقف عن التدخين وتناول الكحول للمدمنين.

- الالتزام بنظام غذائي غني بالخضروات والفواكه والتقليل من الدسم.

- الابتعاد عن الانفعالات.

## 3.12. العلاج الدوائي:

لا يكون تغيير النمط المعيشي كافيا لتعديل الضغط لدى معظم المرضى فبعض المرضى يحتاجون لأكثر من دواء للسيطرة على ارتفاع ضغط الدم لديهم وهناك أربعة مجموعات رئيسية من الأدوية للضغط هي:

\* محصرات البيتا Les beta-bloquants.

\*مدرات البول Les diurétiques

\*ضواد الانجيوتونسين 2 Les antagonistes des angiotensines

و مثبطات الكالسيوم Les inhibiteurs calciques

\* محصرات الفا Les alpha bloquants

( pierre Vladimir 2007 p 107).

## الخلاصة:

نستخلص مما سبق أن مرض ارتفاع ضغط الدم يعتبر من الأمراض المزمنة التي تتطلب علاجاً مدى الحياة من أجل الحد من مضاعفاته الصحية مستقبلاً, ونظراً لخطورة هذه المضاعفات التي قد تؤدي إلى الوفاة, ولهذا المصاب بارتفاع ضغط الدم بحاجة إلى التكفل به ليس فقط بالعلاج الطبي ولكن أيضاً بالعلاج النفسي المناسب الذي يساعده ليتكيف مع حياته الجديدة.

الجاب

التطبيقي

# الفصل

## السادس:

### منهجية البحث

## الفصل السادس: منهجية البحث:

### تمهيد:

كل البحوث العلمية تعتمد على منهجية معينة، يراد من خلالها الوصول إلى نتائج علمية دقيقة و لهذا خصصنا هذا الجانب لتوضيح المنهجية التي اتبعناها في بحثنا من اجل إحاطة أكثر بالموضوع، و التحقق من الفرضيات المطروحة و قسمنا هذا الجانب إلى محاور هي:

### 1. المنهج العيادي:

يجب على كل باحث أن يحدد نوع المنهج الذي يتبعه قبل بداية بحثه، حتى يصل إلى نتائج موضوعية ، لذا فطبيعة بحثنا تفرض علينا منهج خاص للوصول إلى إثبات أو نفي فرضياتنا اعتمادا على " المنهج العيادي".

يعرف المنهج العيادي انه الأنسب و المستعمل في الدراسات المعمقة و المركزة حول دراسة الشخصية و يهدف إلى علاج و تشخيص من يعانون من مشكلات سلوكية و اضطرابات نفسية ، و قد عرفه "perron" على انه " منهج يهدف إلى معرفة التنظيم النفي قصد بناء تركيب معقول للأحداث النفسية حيث الفرد مصدرا لها (Perron R 1979 p 31-44).

و يعرفه ويتمر ( wettmer, 1896) " انه منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص عدة مرضى ، و دراستهم الواحد تلوى الآخر من اجل استخلاص مبادئ عامة توحى بها ملاحظة كفاءاتهم و قصورهم.

و قد تم اختيارنا لهذا المنهج لأنه ذو التصميم المبني على دراسة معينة قد تستمر أحيانا لسنوات، يتم فيها جمع كل المعطيات التي تخص نفس الشخص في كل جوانب حياته و يعرفها العالم "بوتانيي"

"Bautanier" على أنها الفحص العميق وربطها بتاريخ المفحوص إن لم يسمح بذلك بفهم سلوكه

في كل معاشه" (حسن عبد المعطي ، 2003 ، ص 31 ) .

تم اختيار عينة بحثنا بطريقة عمدية بمراعاة ما يلي:

➤ السن:

حرصنا على أن تكون مجموعة بحثنا من الراشدين الذين تتراوح أعمارهم بين 40 و 70 سنة لالتماس درجة القلق و الاكتئاب.

➤ الجنس:

كان اختيارنا لأفراد العينة من كلا الجنسين.

➤ خصوصية المرض:

كل أفراد العينة مصابة بارتفاع ضغط الدم المزمن.

أما المتغيرات الأخرى كالمستوى التعليمي و المهنة لم تؤخذ بعين الاعتبار.

الجدول رقم 01 يبين خصائص مجتمع البحث:

المتغيرات الحالات	السن	المهنة	الحالة العائلية	المستوى التعليمي	المستوى الاقتصادي
الحالة 01	66	ماكثة في البيت	متزوجة	6 ابتدائي	متوسط
الحالة 02	41	موظف في المستشفى	متزوج	شهادة ليسانس بيولوجيا	متوسط

2- أدوات البحث:

للتأكد من صحة ومصداقية المعلومات المتوفرة في أي بحث علمي, يجب الاعتماد على طرق منهجية وتقنيات موضوعية للقياس والاختبار, لذا اخترنا في بحثنا هذا تقنيات تتماشى مع فرضيات بحثنا وهي المقابلة العيادية النصف موجهة, مقياس بيك للاكتئاب, مقياس تايلور للقلق, وتعرف هذه التقنيات على النحو التالي:

## 1.2. المقابلة العيادية:

المقابلة العيادية إحدى تقنيات المنهج العيادي الشائعة الاستعمال كقول فيصل عباس تعتبر من التقنيات التي لا يمكن الاستغناء عنها عند القيام ببحث علمي في المجال العيادي لأنها تسمح بالتقريب أكثر من المريض و جمع المعلومات و البيانات و تهيئة الفرضية أمام الأخصائي العيادي للقيام بدراسة شاملة للحالات المطروحة و ذلك عن طريق المحادثة الهادفة و الفهم الشامل لما يعانيه المريض " (فيصل عباس ، 1979 ، ص 102-103).

كما تعرفها "C. Chiland" " على أنها علاقة ثنائية تستلزم حضور الفاحص و المفحوص و يمكن أن

تدخل هذه التقنية في إطار علاقة مساعدة لما تتميز به من حيث تركيزها على الشخص في فرديته و

وحدته (Colette chilaud 1983 p1)

و نميز بين ثلاثة أنواع من المقابلة و هي:

### 1.1.2. المقابلة الموجهة:

و هي مقابلة مهيكلة تتبنى من طرف الفاحص و الإجابة فيها تكون محددة مثلاً(نعم) أو (لا) و بذلك فهي عبارة عن استبيان يحتوي على أسئلة مغلقة هدفها التوجيه و البحث.

### 2.1.2. المقابلة الحرة:

يكون المفحوص مدعو للكلام بصفة تلقائية دون تدخل الفاحص و كل ما ينتج عن هذه المقابلة و الصادر عن المفحوص يأخذ بعين الاعتبار (العوامل 1995).

### 3.1.2. المقابلة النصف موجهة:

تعتمد على توطيد العلاقة بين الفاحص و المفحوص و هي عبارة عن أسئلة محددة منظمة وفق ترتيب معين و تطرح في وقت معين و المفروض يكون حراً في الإجابة عنها و لكن في حدود السؤال (حافظ العوامل, 1998).

### 2.2. الملاحظة العيادية:

تعد الملاحظة من أقدم طرق جمع البيانات و المعلومات الخاصة بظاهرة ما، و من أهم خطواته. تعني الملاحظة بمعناها البسيط: الانتباه العفوي إلى حادثة أو ظاهرة أو أمر ما، أما الملاحظة العلمية فهي انتباه مقصود و منظم و مضبوط للظواهر أو الحوادث أو الأمور بغية اكتشاف أسبابها و قوانينها تعرف أيضاً على أنها: عملية مراقبة، مشاهدة لسلوك الظواهر و المشكلات و الأحداث و مكوناتها المادية و البيئية و متابعة سيرها و اتجاهاتها و علاقاتها بأسلوب علمي منظم و مخطط و هادف ، بقصد التفسير و تحديد العلاقة بين المتغيرات، و التنبؤ بسلوك الظاهرة أو توجيهها لخدمة أغراض الإنسان و تلبية احتياجاتها(نائل حافظ العوامل, 1995, ص30).

و يعرفها البعض بأنها وسيلة يستخدمها الإنسان العادي في اكتساب خبراته و معلوماته على أن يتبع الباحث في ذلك منهجاً معيناً يجعل الباحث من ملاحظاته أساساً لمعرفة أو فهم دقيق لظاهرة معينة(ذوقان عبيدات, 1989, ص149).

### 3.2. اختبار فحص الهيئة العقلية:

هو عبارة عن وسيلة تحليلية للوصول إلى التشخيص الملائم الخاص لكل حالة.

وضع من طرف الدكتور "نصرة قويدر 1978" يعتمد هذا الفحص على الملاحظة المباشرة للاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية والحركية، ويحصل الفاحص على المعلومات الرئيسية إما من خلال إعطاء التفسيرات أو تقديم التوضيحات المهمة أو من خلال ذكر الفاحص لمشكلته ويرتكز هذا الفحص على النقاط التالية:

### 1.3.2. الاستعداد والسلوك العام:

المظهر, اللباس, النظافة التعبير والسلوك العام خلال الحديث, تغيرات في السلوك الحركي.

### 2.3.2. النشاط العقلي:

الإنتاجية التلقائية, الكمية, الإجابة, التكرار الآلي والشروود الذهني.

### 3.3.2. المزاج والعاطفة:

الإجابات العاطفية للشخص خلال المقابلة: الاكتئاب, القلق, البلادة, تضخم الأنا, الإحساس بالذنب, أفكار تعكس احتقار الذات, نزاعات الانتحار.

### 4.3.2. محتوى التفكير:

التلقائية في الإجابات, محتوى التعبير, انشغالات تدمير الذات, العدوانية الموجهة نحو الآخرين, شكاوى توهم المرض وأفكار العظمة والاضطهاد.

### 5.3.2. القدرة العقلية:

التوجه الزمني والمكاني, الانتباه, الذاكرة القصيرة والطويلة المدى, الحساب القراءة, الكتابة والفهم والمعارف العامة.

### 6.3.2. الحكم والاستبصار:

القدرة على التكيف بوضع علاقة بين إمكانية المفحوص على استيعاب مشكلته والظروف التي ساهمت في ظهور المشكل ومدى درجة استيعابه للسلوكيات المتكررة ومميزات شخصيته, أسلوب مقارنة المرض المشكل, ومراقبة الاندفاعية, المخططات السابقة لمواجهة المشكل (جبار شهيدة 2016).

### 4.2. مقياس سبيلبرجر للقلق:

اعتمدنا في بحثنا على تطبيق مقياس القلق ، و هو قائمة حالة القلق التي أعدها سبيلبرجر و جورج

سيتش "george suichre" و لوشن "luschene" عام 1970.

يستخدم هذا المقياس، كأداة بحث لدراسة ظاهرة الحصر أو القلق لدى المراهقين و البالغين على حد سواء، الأسوياء منهم والمرضى، المصابين بأمراض نفسية عصبية أو عضوية، بالإضافة إلى المواقف الضاغطة التي يعيشها الإنسان.

استخدمت في الكثير من الأبحاث و الدراسات عند الأسوياء و عند المرضى نفسيا و قد تميزت هذه القائمة عن غيرها من مقياس القلق بقياسها لكل من سمة القلق وحالة القلق معا ، و ثم تطبيق الصورة

المقربة للقائمة التي أعاد ترجمتها الدكتورة " أمل معروف " و صاكة للبحث العلمي أين يتطلب الأمر المقارنة بين مجموعتين أو أكثر من المجموعات التي تعاني من اضطرابات مختلفة ، كما تستعمل في غيرها من المجالات (سبيلبرجر، ص 52 البحيري، 1984).

و تجدر الإشارة أن الاختبار موجودة بالملحق كما تم استخدام والتركيز لتحقيق أهداف البحث الحالي على مقياس سمة القلق ، لأن سمة القلق ذات ارتباط قوي بظهور الاضطرابات النفس جسدية بصفة عامة ، وبارتفاع ضغط الدم بصفة خاصة وذلك حسب معظم الدراسات والبحوث في هذا المجال.

#### 1.4.2. تحديد المصطلحات الخاصة بالمقياس:

##### ا. مفهوم حالة القلق:

تحدث عندما يدرك الشخص منبها معيناً أو موقفاً ما قد يؤدي إلى :

إيذائه أو تهديده و تختلف حالة القلق من حيث شدتها، كما تتغير عبر الزمن، تبعاً لتكرار المواقف العصبية التي يصاب فيها ، وعلى الرغم من أن حالة القلق مؤقتة و سريعة الزوال غالباً فإنها يمكن أن تتكرر بحيث تعاود الفرد عندما تثيرها منبهات ملائمة و قد تبقى كذلك زمناً إضافياً إذا استقرت الظروف الملائمة.

##### ب. مفهوم سمة القلق:

تشير إلى استعداد ثابت نسبي لدى الفرد و لا يظهر مباشرة في السلوك بل قد تنتج من تكرار ارتفاع حالة القلق ،، و شدتها لدى الفرد على امتداد الزمن و يتميز الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة لسمة القلق بميلهم إلى إدراك العالم باعتباره خطيراً يهدد حياتهم (عبد الخالق احمد محمد، 1987، ص 29).

##### ج. نظرية سمة القلق لسبيلبرجر:

اعتبر سبيلبرجر القلق مصطلحاً افتراضياً على حالة للجسم الإنساني ، تتمثل في أحاسيس ذاتية تقرب الشر، التوتر ، و تكون هذه الأحاسيس مدركة بشكل واع من طرف الفرد كما تكون مصحوبة بالاستشارة بالجهاز الاعاشي و يفترض سبيلبرجر أن درجة قلق الفرد تتميز بتغيرات عبر الزمن و هذا حسب التنبيه الداخلي أو الخارجي ، و هناك أوقات فردية ثابتة في درجة تظهر القلق في صيغة

معينة (نقل عن Szotouriez 1970).

إن هذا التعريف يبرر التفريق الذي وضعه سبيلبرجر بين القلق كسمة ثابتة في الشخصية و كحالة متغيرة حسب الوضعيات.

يرى سبيلبرجر أن القلق يتولى من الوضعية التي تواجه فيها الفرد و التي موضوعياً تستشير الإحساس بالقلق أو يختفي هذا باختفاء الوضعية و كذلك يسمى بالقلق العادي أما قلق سمة فهو مرتبط بالوضعية لكنه يشكل حالة ثابتة نسبياً ، فإذا كان القلق مرتفعاً عند فرد معين فإنه سيدرك أغلبية الوضعيات التي

تواجهه على أنها مهددة و لا تأخذ بعين الاعتبار الميزة الموضوعية لهذا التهديد فالبحث يتحدث في هذه الحالة على القلق العصبي، فان كان قلق حالة عابرة عن الحالة الانفعالية العابرة تتميز بادراك خطر موضوعي و يكون مصحوب بارتفاع في نشاط الجهاز العصبي الإعاشي فان سمة القلق تشير إلى المفروقات الفردية المستمرة الثابتة و التي تميز الأفراد في الميل الى الاستجابة بالمواقف التي يدركونها على أنها مهددة بحيث كلما كانت سمة القلق مرتفعة كان مدى التهديد كبير كما كانت موضوعية التهديد غير متوفرة و لإبراز العلاقة بين مصطلح القلق و القلق سمة ذهب سبيلبيرجر إلى أن القلق سمة يعتبر احد العوامل التي تؤدي إلى الدفع من درجة القلق حالة إذ أن الاختلاف في ارتفاع قلق حالة يتوقع عند الأفراد المختلفين في القلق سيما، و ذلك تحت الظروف التي تتميز بالتهديد لتقدير الذات و يلاحظ هذا الفرق في حالة الوضعيات التي تتميز بخطر جسدي إلا إذا كانت تتضمن تهديد لتقدير الذات (حداد نسيمية ، 1997 ، رسالة ماجستير ص 81/52).

### د.وصف المقياس:

يؤكد بيلاك و هيرسون أن هذه القائمة من أكثر القوائم لتقدير القلق و أوسعها استخداما في البحث العلمي و الممارسة العيادية لأنها تتصف بجميع الخصائص البيكوسوماتية للمقياس الجديد و تكون من صورتين، و كل صورة تحتوي على عشرين عبارة:

**الصورة الأولى:** تقيس حالة القلق التي يعيشها المفحوص في الوضعية الآتية بها عشرين عبارة

مصاغة ايجابيا في عشر منها ،سلبية في العشرة الأخرى و تتقابل منها أربع الإجابات تحدد درجة القلق:

- العبارة الايجابية متسلسلة من 1 إلى 4.
- العبارة السلبية متسلسلة من 1 إلى 4.

و ذلك باعتبار أن العبارات السالبة في كلتا الصورتين تعبر عن ارتفاع درجة القلق عند المريض و هذه الايجابيات تتبع الترتيب الآتي : مطلقا - إلى حد ما - وسط - كثير.

**الصورة الثانية:** تقيس سمة القلق و هي حالة ثابتة نسبيا، فنجد أنها مصاغة في ثمانية عبارات ايجابية و في اثني عشر الباقية سلبية، و تقابل كل من هته العبارات إجابات تحدد درجة القلق بتسلسل حسب الترتيب التالي: نادرا ، أحيانا، غالبا ، دائما.

**2.4.2. طريقة التصحيح:** تختلف طريقة التصحيح لكل العبارات السلبية و الموجبة لكلتا الصورتين فالعبارات السالبة تنطلق من 1 إلى 4 أما العبارات الموجبة فمن 4 إلى 1 و فيما يلي سنقدم جدولين يثبتان العبارات السالبة و الموجبة لكلتا الصورتين و كيفية تنقيطها:

الجدول (02) يوضح الصورة الأولى لقياس سبيلبيرجر للقلق:

العبارات	أرقامها	مجموعها	تنقيطها
----------	---------	---------	---------

كثير	وسط	إلى حد ما	مطلقا	10	12 - 9 - 7 - 6 - 4 18- 17 - 14 - 13	السلبية
4	3	2	1			
1	2	3	4	10	11- 10- 8 - 5-3- 2- 1 20- 19- 16- 15	الايجابية

الجدول (03) يوضح الصورة الأولى لقياس سبيلبرجر للقلق:

تنقيطها				مجموعها	ارقامها	العبارات
دائما	غالبا	احيانا	نادرا	12	-12 -9 -8 -5 -4 -3 -2	
4	3	2	1		20 -18 -17 -15 -14	
1	2	3	4	08	-13 -11 -10 -7 -6 - 1 19 -16	الايجابية

نقوم بجمع العبارات الموجبة في الصورة الأولى و الثانية التي تساوي 20 عبارة و نضربها في 04 (عدد الإجابات) فنتحصل على مجموع 80 حيث الحد الأدنى للصورة هو 20 و الحد الأقصى للصورة هو 80 و لمعرفة درجة القلق عند الفرد المفحوص نقوم بجمع الدرجات المتحصل عليها و ذلك بعد مراعاة العبارات السالبة و الموجبة و كيفية تنقيطها و نصنف حالة القلق عند المفحوص وفق الجدول التالي:

الجدول رقم ( 04 ) يوضح درجات شدة القلق:

الفئة	الدرجة	مستوى القلق
1	20	خالي من القلق
2	40-20	قلق طبيعي
3	60-40	حالة فوق المتوسط
4	80-60	قلق شديد

### 3.4.2 صدق وثبات مقياس سبيلبرجر:

استخدمت قائمة القلق على نطاق واسع في البحوث و الممارسات العيادية منذ تقديمها في عام 1966 في جميع أنحاء العالم وتتمثل هذه القائمة على مقاييس ، حالة القلق سمة القلق يضم كل منها 20 بند و يستغرق تطبيق القائمة 10 دقائق.

و لها ثبات و صدق مرتفعين، بعد أن طبقت في كلا من: مصر، السعودية، الكويت، قطر اليمن ، لبنان ، الو.م. أ.

و تم التحقق كذلك من صدق و ثبات المقياس من خلال ما توصل إليه الباحث "محمد عيسى" التي كانت نتائج دراسته على عينة مكونة من 189 طالب و طالبة، و تم إيجاد معامل ثبات العينة من 89، بحيث قدر معامل ثبات حالة القلق لها ب: 0,9 ، و معامل ثبات سمة القلق للعينة قدر ب( 86 ) إذن يمكننا القول أن معامل الثبات للعينة المذكورة سافا كان عاليا و يعني ذلك أن الاختبار يقيس فعلا ما وضع لقياسه (محمد عيسى ، 2001 ص 103-105-109).

## 5.2. مقياس بيك للاكتئاب:

### 1.5.2 تقديم المقياس:

نشر أول مرة من طرف الإكلينيكي "ارون بيك" سنة 1961 و كان بصورته الأصلية التي تتكون من 21 مجموعة من الأعراض حيث تتكون كل مجموعة من سلسلة متدرجة من أربعة عبارات تعكس مدى شدة الاضطرابات و لقد استخدمت أرقام التدرج من 10 إلى 3 و تم اختيارها بعد ملاحظات عيادية منظمة و مكثفة للمظاهر الواضحة للاكتئاب.

### 2.5.2. مكوناته:

حاليا يتكون من 13 مجموعة من العبارات و يعد الصورة المختصرة للمقياس الأصلي و لقد أعدت الصورة الجديدة من طرف "بيك" نفسه و تتمثل العبارات مدرجة في المقياس في صورته الخالية فيما يلي:

(1-الحزن) (2- التشاؤم) (3- الشعور بالملل) (4- عدم الرضا) (5- الشعور بالذنب)

(6-عدم حب الذات) (7- إرضاء الذات) (8-الانسحاب الاجتماعي) (9- التردد)

(10- تغيير صورة الذات) (11 - صعوبة العمل) (12 - التعب) (13 - فقدان الشهية)

و تجدر الإشارة أن الاختبار موجود في الملحق رقم (02) .

### 3.5.2. مميزاته:

يتميز عن غيره من الاختبارات الأخرى بما يلي:

- هو مقياس اعد خصيصا لقياس الاكتئاب و ليس لقياس اضطراب آخر.

- لا يتطلب مهارة كبيرة من الفاحص و يعتبر المقياس الأكثر اتصالا بالتعرف الإكلينيكي. للاكتئاب و يرتبط بالنظرية العلمية و هي النظرية المعرفية العلمية.
- يسهل الاستجابة بالنسبة للمفحوصين .
- يوفر درجات رقمية في قياس الاكتئاب .
- يمكن استخدامه في الدراسات المقارنة .
- يتوفر على ثبات و صدق كبيرين.

#### 4.5.2. طريقة تطبيقه:

تتم إما بالطريقة الفردية أو الجماعية و تحتوي كراسة الأسئلة على تعليمات تفصيلية توضح طريقة الإجابة ، و تسجل الإجابات على كراسة الأسئلة ذاتها ، فإذا طبق فردي يكفي على المفحوص قراءة التعليمات الواردة في الكراسة ثم البدء في الإجابة و ذلك بعد التأكد من فهمه أما إذا طبق جماعيا فيمكن أن توزع كراسة الأسئلة على كل مفحوص و يطلب منه كتابة اسمه ، سنه ، مستواه التعليمي و تاريخ الإجابة و يطلب منه قراءة التعليمات بصوت مرتفع حيث يزيل كل غموض و التباس.

وقت المقياس حاليا هو من 5 إلى 7 دقائق، و عموما لا يتم تحديد الوقت بالنسبة للمفحوصين لان زمن تطبيق هذا المقياس غير محدد بصفة نهائية شريطة أن لا يطول كثيرا.

أما فيما يخص دراستنا ، فقد اعتمدنا على الطريقة الفردية في تطبيق الاختبار، و قد تمثلت التعليمية فيما يلي: " في هذه الكراسة مجموعة من العبارات ، الرجاء أن تقرا على حدا كل مجموعة ثم بوضع دائرة حول رقم العبارة(3.2.1.0) و التي تصف حالتك ، خلال الأسبوع الحالي بما في ذلك اليوم ، تأكد من قراءة العبارة قبل أن تختار واحدة منها و تأكد من انك أجبت على كل المعلومات".

#### 5.5.2. طريقة التصحيح:

فيما يخص طريقة التنقيط فهي تتم بجمع الدرجات التي تتراوح بين الصفر كحد ادني و تسعة و ثلاثون كحد أقصى، ثم توضع هذه المجاميع ضمن درجات فاصلة قصد التعرف على درجة الاكتئاب و لا تحول الدرجات إلى درجات معيارية فالأسلوب المتبع هو تقدير وجود أو عدم وجود الاكتئاب (أسلوب الدرجات الفاصلة).

و الجدول رقم ( 05 ) يوضح درجات الاكتئاب

مدلول الدرجة	درجة الاكتئاب
لا يوجد اكتئاب	4-0
معتدل	7-5
متوسط	15-8
اكتئاب شديد	16 وأكثر

### 6.5.2. ثبات وصدق المقياس:

أوضحت دراسات عديدة ثبات وصدق المقياس و يتم ذلك بطريقتين:

الطريقة الأولى: تمت بتحليل 200 حالة، بمقارنة درجات كل فئة من الفئات الواحدة والعشرين 21 بالدرجة الكلية للمقياس كل مريض و قد اتضح أن كل فئة من الإحدى والعشرين 21 قد أظهرت علاقة موجبة دالة إحصائياً مع الدرجة الكلية للمقياس، و في تحليل ثاني للفئات باستخدام بيانات 606 حالة، ظهر أن كل الفئة من الإحدى والعشرين، ترتبط ارتباطاً موجباً دال إحصائياً مع الدرجة الكلية للمقياس (جميلة بلعزوق، 1991 ص 228).

الطريقة الثانية: استخدمت فيها التجزئة، النصفية باستخدام بيانات سبعة وتسعون 97 حالة ثم إيجاد معامل ارتباط قدره 0.86 بين الفئات الزوجية و الثبات للمقياس استخدام معامل سبيرمان ليعوض المقياس ، ارتفع معامل الثبات إلى 390 (نفس المرجع).

أما في البيئة الجزائرية فقد قام بشير معمري في سنة 1998 بحساب الثبات على عينة مكونة من 63 طالب وطالبة 28 من الذكور و 35 من الإناث من السنوات الأربع لمعهد العلوم الاجتماعية والآداب واللغة العربية في جامعة باتنة بفاصل زمني بين التطبيقين تتراوح ما بين 18 و 27 يوم فوصل معامل الارتباط بين التطبيقين بطريقة بيرسون من الدرجات الخام إلى 0.832 وهو دال عند مستوى 0.01.

أما فيما يخص صدق المقياس فقد قام الباحث بحساب معامل الصدق بطريقتين الأولى عن طريق الصدق التلازمي مع مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب لزونج والثانية عن طريق الاتساق الداخلي.

### 3. مكان إجراء البحث:

لقد تم إجراء هذا البحث في المؤسسة الاستشفائية الجامعية 1 نوفمبر بوهران, في مصلحة أمراض القلب حيث تتكون المصلحة من عدة أجنحة متفرقة:

الجنح 01: المتمثل في الاستشفاء فهو موجود في الطابق 04 من مبنى الاستشفاء النجمة .

### Hospitalisation

والجنح 02: يتمثل في المبنى التقني أين يقوم الأطباء المتخصصين في أمراض القلب بالقيام باختبارات على عضلة القلب Exploration cardiologie

الجنح 03: الاستعجالات الخاصة بالأوجاع الصدرية Urgences des douleurs thoracique

الجنح 04: الخاص بالعلاجات المكثفة للقلب Unité de soins intensifs cardiaque

أما الجنح 05: هو الخاص بالفحوصات Consultation Cardiologie حيث يستقبل الأطباء

المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم للقيام بفحوصات دورية والتعرف على حالة استقرار المرض من عدمه مع تقديم الوصفات الطبية.

في هذا الجناح قمنا بدراستنا حيث يأتي المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم للفحص أين يمكن القيام بالمقابلات اللازمة و تطبيق الاختبارات الضرورية للدراسة.

#### 4. مواصفات الحالات العيادية المدروسة:

في إطار بحثنا هذا قمنا باختيار حالتين من بين الحالات المصابة بارتفاع ضغط الدم المزمن حيث شملت الدراسة على حالتين من كلا الجنسين: الأولى امرأة تبلغ من العمر 66 سنة متزوجة منذ فترة جميع أبنائها متزوجين ذات مستوى دراسي 6 ابتدائي تعيش وسط أسرة متوسطة الدخل, تعاني من ارتفاع ضغط الدم منذ أكثر من 18 سنة وهي تتناول الأدوية الضرورية منذ ذلك الحين.

أما الحالة الثانية فهو رجل يبلغ من العمر 41 سنة متزوج منذ 9 سنوات أب لطفلتين, الزوجة موظفة في قطاع التربية, يعاني من ارتفاع ضغط الدم منذ 20 سنة تقريبا إلا انه لم يتأكد إلا حديثا وهو يتناول الأدوية اللازمة للتقليل من ارتفاع الضغط .

حيث أن مقابلات البحث المستهدفة سارت وفق 4 حصص موزعة كالتالي:

1-المقابلة الافتتاحية مع أهم ما جاء في التاريخ النفسي – الاجتماعي.

2-فحص الهيئة العقية.

3-تطبيق اختبار سبيلبرجر.

4-تطبيق اختبار بيك.

#### خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى تسطير المنهجية المتبعة في الدراسة الحالية من اجل التحقق من الفرضيات حيث تطرقنا إلى تبيان أسس المنهج العيادي والتعريف بالوسائل المتبعة كذا الاختبارات المطبقة في البحث.

# الفصل

# السابع

التقرير السيكولوجي للحالات  
العيادية

## الفصل السابع: التقرير السيكولوجي للحالات العيادية.

### 1. التقرير السيكولوجي للحالة 01 :

#### 1.1. تقديم المفحوص:

الاسم زهرة.

السن 66 سنة.

المهنة مأكثة في البيت.

المستوى الدراسي 6 ابتدائي.

الحالة المدنية متزوجة.

#### 1.1.1. أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للمفحوص:

المفحوصة امرأة متزوجة تبلغ من العمر 66 سنة، أم ل5 أولاد 3 ذكور و2 إناث، مستوى دراسي 6 ابتدائي، مصابة بارتفاع ضغط الدم منذ أكثر من 18 سنة.

تعيش وسط أسرة متوسطة الدخل زوجها محامي متقاعد حصل على شهادة الدكتوراه في القانون.

بدا المرض أول مرة سنة 1992 عند ميلاد ولدها الأخير حيث أن الزوج قام بمحاولة الزواج من امرأة أخرى فرفضت رفضاً قاطعاً وقامت وأولادها بطرد تلك المرأة من البيت قبل أن تنتابها نوبات من القلق والغضب الشديد مع أنها كانت في الأيام الأولى من النفاس حيث أنها شعرت بضيق في صدرها وتسارع ضربات قلبها فأخذت إلى المستشفى أين تم الكشف عنها وتأكيد سلامة القلب مع ارتفاع ضغط الدم. إلا أن الأمور هدأت في البيت وعادت إلى أسرتها تزاوّل حياتها بشكل عاد.

عاشت طفولة قاسية في بيت أهلها حيث كانت البنت الكبرى في إختها فأوقفوها عن الدراسة للبقاء في البيت والاعتناء بإختها. وحتى بعد زواجها تعرضت إلى العديد من المشاكل والأزمات حيث كانت تشعر بالقلق والغضب في اغلب الأحيان.

بعد سنة 2000 عاودتها نوبات القلق لتذهب إلى المستشفى للكشف وبعد تتبع حالتها من طرف أخصائي أمراض قلبية لمدة أكثر من 6 أشهر شخص لها وجود اضطراب ارتفاع ضغط الدم المزمن حيث أنها كانت مهياً لذلك بقولها "كنت عارفة بلي فيا لاتونسون شكيت فيها" إلا أنها شعرت بالقلق على صحتها والغضب من الذين تسببوا في هذا الاضطراب على حد قولها "غلغلوني بزاف ونارفوني دايماً مقلقة" إلا أن حياتها لم تتغير بعد ذلك كثيراً حيث زاد على نشاطاتها اليومية تناول الأدوية باستمرار إلا أنها لم تتعود عليها فكانت تنسى تناولها في العديد من المرات وتسام منها في مرات أخرى فتقول "اودي كرهن مالدواء هذا الرهج كل يوم نبلع فيه كي الحلوة". وفي تلك الفترة الأولى

من المرض قامت بمزاولة الرياضة في إحدى الصالات الرياضية مع زميلاتها وأقربائها حيث كانت إحداهن هي المدربة التي شجعتها على ذلك لمدة 3 سنوات أو أكثر بقليل حيث كانت تشعر بتحكمها في المرض والتغلب عليه "كنت غاية من كنت ندير سبور ما كونتش قاع ننضر ولا نحس بلي راني مريضة".

أما فيما يخص الحياة المستقبلية ونضرتها نحوها فقد تبين من خلال المقابلات أنها لا تفكر في المرض كثيرا فهي تتعايش معه وتتفاعل بالمستقبل إلا أنها لا تحب تناول الدواء فهو يصيبها بالقلق.

ففي السنوات الأخيرة بعد ان ثقلت وقلت حركتها أصبحت تتفعل بسرعة وتغضب لأتفه الأسباب "وليت نتقلق بلخف ونتتارفا كي نسمع حاجة مشي مليحة ولا يصري مشكل في الدار ولا حتى يهدروا فيا وتطلعي لاتونسيون ويدوني لسبيطار " حيث أنها وقعت في أزمتين حادثتين في السننتين الأخيرتين ما أدى إلى التكفل بها في المستشفى لمدى أكثر من 12 ساعة ليعود الضغط إلى ما كان عليه. حيث أن بعد القيام بجهد كبير تشعر بالألم في قلبها "ماوليتش كيما بكري راني نعيما بزاف نتمشى غي شويا ولا نطلع الدروج نحس قلبي باغي يحبس وخطرات نحس قلبي تقول غاطس في الزيت نلقى لاتونسيون طالعة بزاف ايا نريخ ونشرب الدوا وصايي".

أما النوم فهي تنام بشكل طبيعي وتقوم مع صلاة الفجر وهي تتبع حميات غذائية من أجل إنقاص وزنها الزائد مع وجود خلل آخر في الركبة.

رغم وجود هاته الاضطرابات إلا أن المفحوصة متفائلة بالمستقبل ومقتنعة بما هي عليه الآن حيث تقول "هاذي هي الدنيا وهذا ابتلاء من عند الله عز وجل وغادي يجي نهار ونشور والحمد لله راني عايشة لاباس عليا ولي جاي مارحبا بيه ومادابيا مايكونوش المشاكل " وتدعو لزوجها بالهداية لأنها كثيرة المناوشات معه لأتفه الأسباب فتقول "الشيباني راه مهبلني الله يهديه قرقجني قاع النهار وهو ينقرش على كلشي".

### 2.1.1. فحص الهيئة العقلية:

#### الاستعداد والسلوك العام:

امرأة محببة من النمط المحافظ، ربة بيت هندام من النوع التقليدي الاتصال كان معها سهل طيلة مدة الححص حيث قدمت تاريخها النفسي والاجتماعي مع المرض حيث أظهرت مشاعر القلق في بعض الأحيان.

#### النشاط العقلي:

المفحوصة تتكلم بانسجام أفكارها متسلسلة تعبر عن شعورها بعبارات بسيطة ومفهومة.

#### المزاج والعاطفة:

تظهر بعض القلق من بعض أفراد عائلتها الكبيرة ولا تبين أي وجود لاكتئاب.

## محتوى التفكير:

المفحوصة واعية بمرضها وعلاقتها مع الآخرين

## القدرة العقلية:

لديها توجه فضائي زمني وكذلك ذاكرة جيدة للأحداث القديمة والحديثة.

## الحكم والاستبصار:

المفحوصة تعي جيدا مرضها إلا أنها لا تستطيع التحكم في غضبها في الكثير من المرات.

## 2.1. نتائج اختبار سبيلبرجر وتحليلها:

### الجدول رقم 06 يوضح نتائج مقياس سبيلبرجر للحالة 01:

القسم الأول من اختبار القلق سمة			القسم الأول من اختبار القلق حالة		
التنقيط	الإجابة	العبارة	التنقيط	الإجابة	العبارة
3	أحيانا	21	2	أحيانا	1
4	دائما	22	4	غالبا	2
3	غالبا	23	3	غالبا	3
2	أحيانا	24	2	أحيانا	4
2	أحيانا	25	1	دائما	5
4	نادرا	26	4	دائما	6
4	نادرا	27	3	غالبا	7
3	غالبا	28	2	غالبا	8
4	دائما	29	2	أحيانا	9
3	أحيانا	30	2	أحيانا	10
4	نادرا	31	4	نادرا	11
3	غالبا	32	4	دائما	12
4	نادرا	33	3	غالبا	13
4	دائما	34	3	غالبا	14
2	أحيانا	35	4	أحيانا	15
4	نادرا	36	2	غالبا	16
3	غالبا	37	3	غالبا	17
2	أحيانا	38	2	أحيانا	18
3	أحيانا	39	4	نادرا	19
3	غالبا	40	3	أحيانا	20
64	عدد الدرجات		57	عدد الدرجات	
قلق شديد	نوع القلق		فوق المتوسط	نوع القلق	

### تحليل نتائج مقياس سبيلبرجر للقلق للحالة 01:

بعد تطبيق مقياس سبيلبرجر للقلق على المفحوصة، تحصلت على 57 درجة في القسم الأول باختبار حالة القلق لديها، والذي شعرت به في الوقت آنذاك، وهي درجة توافق مستوى قلق فوق المتوسط، أما القسم الثاني الخاص بسمة القلق فكان المجموع يقدر ب: 64 درجة، وهي درجة توافق مستوى قلق شديد، والتي تشعر به عموماً، وللتعبير عن هذه الاستجابة فقد تم اختيار معظم الإجابات الإيجابية، بإجابتها بعض الأحيان " و " نادراً" و هذا في العبارات الدالة على السرور، الهدوء، الراحة، السعادة الاستقرار، الاستعداد لتحمل الصعوبات، ما عدا إجابة واحدة، فلقد أجابت عليها بعبارة " غالباً" الدالة على الأمن.

أما العبارات السلبية فقد تم الموافقة عليها في اغلب الأحيان، و ذلك من خلال إجاباتها عليها بعبارة " غالباً و دائماً " ما عدا بعض البنود أي أن المفحوصة تشعر و أنها تبكي، و تفشل في الأشياء لعدم تمكنها من اتخاذ القرار المناسب في الوقت المناسب، و تحاول مواجهة الأزمات و الصعوبات، و تشعر بالقلق، و وصلت إلى حالة توتر قضت على اهتماماتها و هوياتها في بعض الأحيان.

أما نتائج المقابلة العيادية النصف الموجهة، فلقد جاءت مطابقة و بناء على ما سبق، فإننا أمام حالة تعاني من قلق شديد ويمكن أن نقول إن القلق سمة خاصة في شخصية المفحوصة.

### 3.1. نتائج مقياس بيك وتفسيرها:

#### الجدول رقم 07: يوضح نتائج اختبار بيك للاكتئاب للحالة 01:

عوز	ددع	XIII	XII	XI	X	IX	VIII	VII	VI	V	IV	III	II	I	قرباً
بانتكلاً	تاجردلاً														
انتكبا	06	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	تباجلاً
معتدل															

### تفسير نتائج مقياس بيك للاكتئاب عند الحالة 01:

بعد حساب مجموع نقاط القلق عند المفحوصة ( 01 ) وجدنا انه يرمز إلى مستوى اكتئاب معتدل حيث

كان مجموع درجاتها تقدر ب 6 درجات، هذا يعني وجود اكتئاب معتدل، و لقد تبين من خلال البنود

التي اختارتها عبرت من خلالها المفحوصة أنها تشعر بأن مستقبلها غير محبط، كما تشعر بأنها لم تفقد الأمل في نفسها، كما اختارت العبارات ذات الدرجة ( 2 ) و التي تكررت مرتين معبرة أنها تشعر بالتعب لدرجة أنها لا تستطيع عمل شيء، كما أن شهيتها للأكل أصبحت أسوأ الآن نظراً للحمية المفروضة.

## التقييم العام للحالة 01:

استنادا على معطيات المقابلة العيادية النصف موجهة، يبدو أن المفحوصة كانت معبرة عن قلقها و خاصة بعد إصابتها بالمرض، إذ كان مستوى القلق الذي تعاني منه هو قلق شديد حيث حصلت على 58 في مقياس القلق حالة و61 في مقياس القلق سمة، أما الاكتئاب فلقد كان معتدل فهي لا تتأثر كثيرا بمرضها فلا يكون عائقا دون مزاوله حياتها العادية وهذا ما جاء مطابقا لما جاء في المقابلة العيادية النصف موجهة.

وفي الأخير نقول أن هذه الحالة تعاني من قلق شديد نظرا لخطورة المرض مع وجود اكتئاب معتدل.

## 2. التقرير السيكولوجي للحالة 02:

الاسم أمين

السن 41 سنة

المهنة موظف في مؤسسة عمومية

المستوى الدراسي جامعي شهادة ليسانس

الحالة المدنية متزوج

### 1.1.2. أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للمفحوص:

المفحوص شاب يبلغ من العمر 41 سنة متزوج وأب لبنتين حاصل على شهادة الليسانس من جامعة وهران سنة 2003 تخصص بيولوجيا, موظف في المؤسسة الاستشفائية الجامعية 1 نوفمبر منذ 2010.

عاش طفولته بشكل طبيعي دون مشاكل أو عراقيل فيقول "الحمد لله فوت صغري لابس كنت عايش غاية مع دارنا ما خاصني والوا أنا الكبير في خوتي ومتفاهمين لابس" فهو من أب طبيب وأم ممرضة لديه أخ وأخت.

يعود تاريخ المرض عندما كان سنه 21 سنة حيث بدا يشعر بتسارع ضربات القلب أحيانا وانخفاضها أحيانا أخرى حيث كان في تلك الفترة يمارس رياضة رفع الأثقال "انا كنت غايا بصحتي نتريني كانت عندي لاطاي شابة وكنت ناكل غاية الحمد لله ومن بعد بدا هاك قلبي يضرنى شوية ويبدى يضرب بزاف" فقد أخذ والده الطبيب العام إلى أخصائي أمراض القلق ليفحصه وبعد ذلك قام بالتحاليل الطبية اللازمة والاختبارات الضرورية المساعدة على التشخيص قال له الطبيب بأنه يعاني من تسارع غير مبرر لضربات القلب وعليه الانتباه لذلك ووصف له بعض الأدوية لتناولها.

وبعد ذلك زاول حياته بشكل عادي وبعد التخرج من الجامعة بدأ يبحث عن عمل دون جدوى وفي هذه السنوات زادت حدة القلق لديه وبدأ يشعر بالمستقبل المظلم فيقول "ملي كملت الجامعة وأنا نحوس على خدمة بلا فائدة ايا وليت نتقلق بزاف ونتنارفا بلخف لي يهدر معايا نظير فيه بلا ما نعبا" وهذا ما اثر على ضغط الدم لديه ومن هذا التاريخ بدأ الاضطراب الحقيقي لارتفاع ضغط الدم المزمن.

لم يستجب للمرض في بادئ الأمر وكان يشعر بالغضب نظرا لصغر سنه وانه لم يخبر الحياة أبدا ويقول "الرباني والله ما عندي الزهر قاع لا خدمة لا والوا و زيد المرض هذا تسما غادي حياتي نشرب الدوا يا لطيف" حيث ان بعد الاصابة بالمرض تغيرت حياته فلقد توقف عن ممارسة الرياضة واصبح سريع الغضب كما انه يفكر كثيرا في حياته ومستقبله فهو يمر في بعض الاحيان بنوبات من القلق والضيق ويرغب في البقاء وحده.

وبعد سنوات من المرض أصبح يعاني من اضطرابات النوم فهو لا ينام كثيرا "حتى الرقاد ما ولاش يجيني كيما بكري " أما الأكل فهو يأكل بشكل عادي دون اضطرابات.

بعد زواجه أصبح يفكر في نفسه كثيرا فهو يرغب في تحسين حياته فلقد عاد للممارسة الرياضية لفترات متقطعة.

أما نظرتة للمستقبل فلقد تغيرت وهذا ما ظهر من خلال المقابلة فهو مقتنع بمرضه متقبل له ويقول "الحمد لله على كل حال" أما فيما يخص الجانب الاقتصادي من حياته فهو يسبب له صداع دائم نظرا لضعف الراتب وكثرة المصاريف المنزلية.

## 2.1.2. فحص الهيئة العقلية:

### النشاط العقلي:

المفحوص يعبر بانسجام عن أفكاره وتسلسل واضح وكذل تحكمه في التعبير باللغتين العربية والفرنسية.

يظهر بعض القلق من الوضعية الاقتصادية التي يعيش فيها حيث تظهر بعض مشاعر الاكتئاب.

### المزاج والعاطفة:

مزاج متقلب فهو سعيد في بعض الأحيان إلى أن ينقلب بالغضب والتشاؤم عند تذكر شيء ما يزعجه.

### محتوى التفكير:

المفحوص واعي بمرضه وعلاقته مع الآخرين جيدة لا يحمل أحدا مرضه.

### القدرة العقلية:

لديه توجه فضائي زمني وكذلك ذاكرة جيدة للأحداث القديمة والحديثة كذا يجيد ترتيبها زمنيا.

## الحكم والاستبصار:

المفحوص واع بمرضه إلا أنه يشعر بالحزن قليلا لمعاشه الاقتصادي.

## 2.2. نتائج اختبار سيبيلجر وتفسيرها:

### الجدول رقم 8 يوضح نتائج مقياس سيبيلجر للحالة 02:

القسم الأول من اختبار القلق سمة		
التنقيط	الإجابة	العبرة
3	أحيانا	21
4	دائما	22
3	غالبا	23
2	أحيانا	24
2	أحيانا	25
4	نادرا	26
4	نادرا	27
3	غالبا	28
4	دائما	29
3	أحيانا	30
4	نادرا	31
3	غالبا	32
3	احيانا	33
4	دائما	34
2	أحيانا	35
3	احيانا	36
3	غالبا	37
2	أحيانا	38
3	أحيانا	39
3	غالبا	40
62	عدد الدرجات	
قلق شديد	نوع القلق	

القسم الأول من اختبار القلق حالة		
التنقيط	الإجابة	العبرة
4	نادرا	1
3	أحيانا	2
3	غالبا	3
3	غالبا	4
1	دائما	5
4	دائما	6
3	غالبا	7
2	غالبا	8
3	غالبا	9
2	أحيانا	10
4	نادرا	11
4	دائما	12
3	غالبا	13
3	غالبا	14
4	أحيانا	15
2	غالبا	16
3	غالبا	17
2	غالبا	18
4	نادرا	19
3	أحيانا	20
60	عدد الدرجات	
فوق المتوسط	نوع القلق	

## تفسير نتائج مقياس سبيلبرجر للقلق عند الحالة 02:

عند تطبيق مقياس سبيلبرجر للقلق على المفحوص، و تحصل على مجموع 60 درجة في القسم الأول باختبار حالة القلق لديه، و الذي يشعر به آنذاك، و هي درجة توافق قلق شديد.

أما القسم الثاني الخاص بسمات القلق، فكان المجموع يقدر ب: 62 درجة، و هي توافق مستوى قلق شديد، و التي يشعر به عموماً، و للتعبير عن هذه الاستجابة فقد تم اختيار معظم الإجابات الايجابية، بإجابته "نادراً" و بعض الأحيان و هذا في العبارات الدالة على السرور، الراحة، الهدوء و عدم الانفعال و الاجتماعية و السعادة، الاستعداد لتحمل الأشياء الصعبة، الأمن، الاستقرار، ما عدا الإجابة الدالة على الرضي فلقد أجاب عليها بعبارة دائماً.

أما العبارات السلبية فقد تم الموافقة عليها في أغلبيتها، و ذلك من خلال إجابته عليها " غالباً" و دائماً" ما عدا البنود 29 و 34 ، أي أن المفحوص تقلقه بعض الأشياء غير المهمة، و انه يحاول تجنب مواجهة الأزمات و الصعوبات في بعض الأحيان، أما العبارة رقم 25 فلم يوافق عليها حيث أجاب عليها ب " نادراً " و حيث انه لا يفشل في الأشياء لعدم تمكنه من اتخاذ القرارات في الوقت المناسب.

أما نتائج المقابلة العيادية النصف موجهة فلقد جاءت مطابقة نظراً لوجود عبارات القلق وبذلك نقول ان الحالة تعاني من قلق شديد.

### 3.2. نتائج اختبار بيك وتفسيرها:

#### الجدول رقم 9: يوضح نتائج تطبيق مقياس بيك للاكتئاب للحالة 02:

نوع	ددع	XIII	XII	XI	X	IX	VIII	VII	VI	V	IV	III	II	I	العبارة
كائتاب	14	0	1	2	2	2	1	1	0	0	1	1	3	0	الإجابة

### تفسير نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة 02 :

بعد حساب مجموع نقاط القلق عند المفحوص ( 02 ) وجدناه يرمز إلى مستوى قلق شديد و سنعرف حالة الاكتئاب لديه بواسطة مقياس "بيك" للاكتئاب الذي كان مجموع درجاته يقدر ب 14 درجة، هذا يعني وجود اكتئاب متوسط.

## 4.2. التقييم العام للحالة 02:

استنادا على المطيات المقابلة العيادية ، يبدو أن المفحوص كان معبرا عن معاشه السيئ فيما يخص القلق و الاكتئاب، خاصة بعد إصابته بالمرض، إذ كان مستوى القلق الذي يعاني منه هو قلق شديد، على عكس الاكتئاب الذي هو متوسط.

وجاءت هذه النتائج مطابقة لمقياس سيبلر جر للقلق حالة وسمة حيث تحصل على الدرجة 61 التي تعبر عن قلق شديد كما أن عدم تشاؤمه من المستقبل يبين أن الاكتئاب لديه متوسط وهذا ما تؤكدته نتائج مقياس بيك للاكتئاب فلقد تحصل على الدرجة 14.

### خلاصة:

في هذا الفصل تطرقنا إلى تقديم التقرير السيكولوجي لحالات الدراسة من تقديم الحالات إضافة إلى فحص الهيئة العقلية كما قدمنا نتائج الاختبارات النفسية المستعملة مع تفسير نتائجها فتبين أن القلق ظاهر في شخصية المصابين بارتفاع ضغط الدم كما أن وجود الاكتئاب غير ظاهر رغم وجوده بدرجات متوسطة.

# الفصل

# الثامن

عرض النتائج وتفسيرها

## الفصل الثامن: عرض النتائج وتفسيرها:

### 1- عرض النتائج وتفسيرها:

بعد دراستنا للحالات، و استنادا إلى تحليل المقابلات العيادية النصف موجهة ومقياس سبيلبرجر للقلق ومقياس بيك للاكتئاب وجدنا أن كلا المفحوصين يظهران مشاعر الألم و المعانات النفسية عند تحدثهم عن المرض ، هذا ما يجعلهم يعيشون حالة قلق لعدم تكيفهم مع وضعهم المرضي وهذا ما اكدته نتائج مقياس سبيلبرجر للقلق حي كانت الدرجات مرتفعة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما يزر به التراث السيكولوجي من العديد من الدراسات التي أوضحت مدى انتشار القلق لدى المرضى السيكوسوماتيين بصفة عامة ، ومرضى الضغط العالي بصفة خاصة حيث تشير الدراسات الطبية و السيكوسوماتية إلى أن جميع حالات ارتفاع ضغط الدم، وخاصة حالات ارتفاع ضغط الدم الأساسي(الجوهري)، ترجع إلى عوامل نفسية عصابية (غير عضوية)، وهذه العوامل تؤدي إلى ارتفاع عارض أو مزمن لضغط الدم، وقد لاحظ الأطباء أن الغضب الشديد، وحالات القلق قد تؤدي إلى ارتفاع مستمر في ضغط الدم، واستمرار ارتفاع ضغط الدم يتعب الأوعية الدموية وربما يؤدي ذلك إلى نزيف في المخ أو شلل أو إجهاد زائد على القلب، وبالتالي تضخم القلب وإعياء جسدي وفكري، ويصاحب عادة ارتفاع ضغط الدم الأساسي اضطراب في نظم القلب أو ارتفاع في التوتر الشرياني. ( رشيد ، 2006).

كما ثبت من دراسات عديدة أن المصابين بهذا الضغط يعانون من عداء مكبوت من الطفولة، يعتبر مصدرا لقلق لا شعوري مزمن، ونظرا إلى أنهم لا يمارسون أي حيلة لا شعورية للتخلص من نزعات العدوان المكبوت، فإنهم يكتبون تلك النوازع دون أن يعبروا عنها تعبيراً صريحا، ولذلك تظل الأوعية الدموية في حالة من التوتر المستمر وينجم عن ذلك زيادة ضغط الدم نتيجة القلق المزمن. (غالي وآخرون، 1977).

وفي الدراسة التي أجراها سوليفان وآخرون عن القلق والغضب والمزاج عصبي المنشأ عند الراحة، والضغط النفسي عند مرضى الضغط الأولي، كان الهدف منها دراسة العلاقة بين ضغط الدم في وقت الراحة والمزاج عصبي المنشأ عند المرضى الذين يعانون من ضغط أولي (جوهري)، و ردة الفعل خلال التوتر الجسدي والذهني ضمن إطار الرسم البياني للصفحة النفسية للغضب والقلق والاكتئاب. ولإجراء المقارنة بين العينة الضابطة والمرضية استخدم اختبار (ت) لدلالة الفروق و كا2. وتوصلت الدراسة إلى أن هناك ملامح لزيادة الضغط الداخلي وسمات القلق والاكتئاب عند العينة المرضية أكثر منها عند العينة الضابطة. نقلا عن ( رشيد ، 2006).

أما الدراسة التي أجراها كولهو وآخرون عن ارتفاع الضغط الأساسي والتي تناولت العلاقة بين العوامل النفسية وشدة مرض الضغط الدموي العالي، فقد توصلت إلى أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين مرضى الضغط والأسوياء، فكان مرضى الضغط على مستوى عال من العصابية والقلق والاكتئاب.

فبتطبيق المقابلة العيادية و مقياس القلق ، تمكنا من التحقق من الفرضية الأولى و الفائلة "الإصابة بارتفاع ضغط الدم تؤدي إلى ظهور قلق مرتفع لدى المصابين به .

كما توصلنا بعد المقابلة النصف موجهة وتطبيق مقياس بيك للاكتئاب تم نفي الفرضية الثانية حيث أن الاكتئاب ليس سمة ظاهرة لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم وإنما موجود بدرجات مختلفة.

و بالتالي القول بان الإنسان وحدة متكاملة لا تتجزأ، متفاعلة بين الجسم و النفس حيث أن إصابة جزء تؤثر على الجزء الآخر و تزيد كل واحدة منها في حدة و خطورة الأخرى فصححة الإنسان النفسية لا تقل أهمية عن صحته الجسمية، إذ أن كلاهما أمر هام و حيوي و جدير بتوفير الرعاية و الوقاية و الأهم من هذا إدراك الإنسان و توعيته بأهمية هذه الوحدة باعتباره وحدة نفسية، جسمية، عقلية و اجتماعية.

و أخيرا يمكننا أن نقول انه لا يمكن تعميم النتائج التي توصلنا إليها على كافة مرضى ارتفاع ضغط الدم المزمن، بسبب أن مجموعة بحثنا صغيرة و محدودة جدا، و أن ما توصلنا إليه من خلال هذا البحث المتواضع يعتبر تدعيما و تأكيدا للبحوث السابقة التي درست هذا الجانب ، و ترك المجال للبحوث الأخرى للتوسع فيها. كما أن هذا العمل مجرد مقارنة سيكولوجية للتعرف على سمات الشخصية لدى المصاب بارتفاع ضغط الدم الأساسي ونتائجها تبقى بحاجة إلى المزيد من التقصي والدراسة بغية التأكد أكثر من النتائج للاستفادة منها.

## 2-الخاتمة:

من ناحية ، يعد هذا الجهد البحثي إسهاما في تنشيط حركة التطور العلمي في مجال علم النفس من خلال دراستنا لظاهرة الاضطرابات السيكوسوماتية (ارتفاع ضغط الدم) دراسة علمية موضوعية منظمة، وعلاقتها بظاهرتين نفسييتين أساسيتين في علم النفس هما القلق والاكتئاب لأنه على الرغم من البراهين والأبحاث العديدة التي تؤكد على أهمية العلاقة بين نفس الإنسان وجسده، إلا أن هذه الفكرة لا تزال غير مقبولة من البعض، كما أن هذه الفكرة لا تتقدم إلا ببطء شديد في أذهان العاملين في مجال الطب الذين ما زالوا لا يهتمون بالأسس النفسية، وهذا بالطبع ينعكس على حالة المريض ويؤدي إلى تدهور صحته وفشل المحاولات في علاجه إلى حد كبير، كما يلاحظ أن معظم الأطباء يتجنبون الدخول في الحياة النفسية لمرضاهم ولو بدرجة خفيفة ، وكثيرا ما يعتبرون مشاعر المريض ومشكلاته النفسية أمورا تخرج عن نطاق مسؤولياتهم المهنية.

و من ناحية ثانية، من خلال هذه الدراسة، تبين لنا إلى أي مدى تتأثر صحة الفرد بمحددات انفعالية واجتماعية فقد يلعب القلق والاكتئاب دورا أساسيا في تشكيلها بالإضافة إلى المحددات البيولوجية.

يتأثر الوضع الصحي للأفراد بالإضافة إلى العوامل البيولوجية والفيزيولوجية بعوامل نفسية أخرى تتعلق بشخصية الفرد وأسلوب حياته كالقلق والاكتئاب أي إن التوجه السلوكي للفرد يلعب دورا مهما في حياته الانفعالية والصحية حيث يعتبر القلق من بين السمات الأساسية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية وخاصة ارتفاع ضغط الدم فلقد وجب التحكم في العوامل النفسية الانفعالية من أجل التحكم بشكل كبير في الاضطراب الجسدي.

### 3-الاقتراحات:

إن هذا العمل مكننا من الاحتكاك بفئة المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي و معرفة معاناتهم و خاصة النفسية منها ، حيث انه من المعروف أن جميع الاضطرابات السيكوسوماتية تؤول إلى الأزمان مع غياب الشفاء التام لأهمية العوامل النفس اجتماعية المساعدة على ظهورها, و قد خلصت دراستنا هذه إلى جملة من الاقتراحات و التي تمثلت فيما يلي:

- أن تحض المصالح المختصة بالكشف عن المرض وأجنحة الفحوصات بأخصائيين نفسانيين، لأجل التخفيف على المرضى و متاعبهم.

- وضع برامج إعلامية لتوضيح العلاقة بين بعض السمات الشخصية والصحة النفسية والجسمية.

- ضرورة استخدام استراتيجيات العلاج المتنوعة لمساعدة مرضى ارتفاع ضغط الدم المزمن على تجاوز الصراعات و الرفع من تقدير الذات.

- مواصلة الدراسة حول هذا الموضوع لكن بمجموعة بحث كبيرة تشكل عينة كبيرة.

## قائمة المراجع:

### 1- قائمة المراجع باللغة العربية:

- (1) احمد عزت راجح, أصول علم النفس، ط 5، دار الكاتب العربي للطباعة و النشر، 1691
- (2) احمد محمد عبد الخالق، الأبعاد الأساسية للشخصية، ط 4، دار المعرفة الجامعية، 1615 .
- (3) بدرة معتصم ميموني، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ط 3، ديوان المطبوعات الجامعية، 2111
- (4) حسن مصطفى عبد المعطي، علم النفس الاكلينيكي، دط، دار طباء، لطباعة والنشر والتوزيع ، 2113 .
- (5) حسين قايد، الاضطرابات السلوكية (تشخيصها، أسبابها، علاجها) مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، ط 1 القاهرة 2001.
- (6) حنان عبد الحميد الثاني، الصحة النفسية، ط 1، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان.
- (7) عبد الستار إبراهيم، أسس علم النفس، دط' دار المريخ للنشر 1987.
- (8) محمد النجاتي، الشخصية، ط 1، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 1984.
- (9) محمد جاسم العبيدي، علم النفس الشخصية، ط 1، عمان: دار الثقافة، 2011.
- (10) مراد مرداسي، مواضيع علم النفس و علم النفس الاجتماعي، تأليف نظرية ومنهجية، ط 2، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر.
- (11) علي مهدي كاظم، القيم النفسية والعوامل الكبرى في الشخصية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، ، المجلد 3، العدد 2 2002.
- (12) سليمان عبد الواحد يوسف، المرجع في علم النفس المعرفي، العقل البشري وتجهيز ومعالجة المعلومات، دار الكتاب الحديث، القاهرة 2011.
- (13) وينفريد هوبر، مدخل الى سيكولوجية الشخصية، ترجمة مصطفى عشوي ، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر 1995.
- (14) بشير معمريّة، الذكاء الوجداني مفهوم جديد في علم النفس، منشورات الحبر الجزائر.
- (15) عبد الرحمن الوافي، مدخل الى علم النفس، دار هومة للنشر والتوزيع ، ط 4 الجزائر.

- 16) علا عبد الباقي ابراهيم, الاكتئاب انواعه اعراضه اسبابه وطرق علاجه, عالم الكتاب للنشر والتوزيع, ط1 القاهرة.
- 17) مدحت عبد الرازق الحجازي, معجم مصطلحات علم النفس, عربي, انجليزي, فرنسي دار الكتب العلمية, ط1 لبنان 2012.
- 18) نبيل سفيان, المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي, ط 1, إيتراك للنشر والتوزيع, مصر 2004.
- 19) الازراق بوعلوة, الإنسان و القلق, دار سينا للنشر, القصر العيني, القاهرة, ط 1 1993.
- 20) سبيلبرجر جورجشيش , قائمة حالة سمة القلق, ترجمة أمين كاظم, 1985.
- 21) العيسوي عبد الرحمان, أمراض العصر, دار المعرفة الجامعية, 1988.
- 22) حامد عبد السلام زهران, الصحة النفسية والعلاج النفسي, عالم الكتب, ط 2 مصر 1995.
- 23) كاظم ولي أغا , علم النفس الفيزيولوجي , منشورات دار الأفق الجديدة , بيروت 1981.
- 24) مدحت عبد الحميد ابوزيد, الاكتئاب (دراسة سيكوباتولوجية ) دار المعرفة الجامعية, الاسكندرية, 2001.
- 25) لطفي عبد العزيز الشربيني, كيف تتغلب على القلق, دار النهضة العربية للطباعة والنشر, بيروت.
- 26) محمد إبراهيم الفيومي, القلق الإنساني, دار الفكر العربي, القاهرة, ط 3, 1985.
- 27) مصطفى فهمي, المصلحة النفسية, المكتب الجامعي الحديث, محطة الرمل, الاسكندرية, ط1, 1989.
- 28) مياس محمد, الصحة النفسية, دار المعارف, القاهرة, 1997.
- 29) نور الهدى محمد الجاموس, الاضطرابات النفسية الجسمية السيكوسوماتية, دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع , بدون طبعة, 2004.
- 30) عطوف محمد ياسين, علم النفس الإكلينيكي, دار العلم للملايين, ط 1, بيروت 1981.
- 31) محمد حمدي الحجاز, الطب السلوكي المعاصر, وأراء العلم للملايين, ط1 بيروت 1998.
- 32) حسين عبد الحميد أحمد رشوان:أصول البحث العلمي, الإسكندرية.مؤسسة شباب الجامعة, 2006

## 2- الرسائل السابقة:

- 1- عقباني ربيعة, علاقة سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى بالذكاء الانفعال لدى الممرضين بولاية وهران, رسالة لنيل شهادة الماجستير علم النفس العمل والتنظيم, جامعة وهران 2016/2015.
  - 2- نوال مادي, سمات شخصية مدمن المخدرات, جامعة العربي بن مهيدي, ام البواقي, مذكرة تكميلية لنيل شهادة الماستر علم النفس العيادي, 2014/2013.
  - 3- زواوي سليمان, القلق و الاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن و الخاضعين للهيمودياليز, مذكرة لنيل شهادة الماستر علم النفس العيادي, جامعة العقيد اكلي البويرة 2012/2011.
- 3-المراجع باللغة الفرنسية:

-1Hansenne, M. (2003), Psychologie de la personnalité, (1ère éd.), Bruxelles : De Boeck.

2- Luminet, O. (2008), Psychologie des émotions : Confrontations et évitement, (2ème édition), Bruxelles : De Boeck.

3- Hansenne, M. (2007), Psychologie de la personnalité, (3ère éd.), Bruxelles : De Boeck.

4- Hansenne, M. (2013), Psychologie de la personnalité, (4ère éd.), Bruxelles : De Boeck.

5- Lévy- Le Boyer, C. (2005), La personnalité, un facteur essentiel de la réussite dans le monde de travail, Paris : édition d'Organisation.

6- Godefroid, J. (2011), Psychologie science humaines et science cognitive, (3ème éd.), Bruxelles : De Boeck.

7- Riverin-Simard, D. (2005), Travail et personnalité, (5ème éd.), Canada : Les presses de l'Université Laval.

8- Alexander J.M et Isaacs K.S , contribution à la théorie psychanalytique de la dépression , paris,1963.

9- Bergert Jean K la dépression et les états Limites , paris , 1984.

10- Didier L , la dépression , dahlab , Alger , 1995.





الملحق 02: مقياس بيك للاكتئاب:

الاسم.....

تاريخ الميلاد و السن.....

المستوى التعليمي.....

تاريخ اليوم.....

بيانات أخرى.....

تعليمات:

يوجد مجموعة من العبارات ، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدا ثم بوضع دائرة حول رقم العبارة 0 أو 1 أو 2 أو 3 و التي تصف حالتك خلال الأسبوع الحالي، و بما في ذلك اليوم  
-تأكد من قراءة عبارة كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها، و تأكد من انك قد أجبت على كل المجموعات.

(1) -0- أنا اشعر بالحزن .

1-أنا اشعر بالحزن و الكآبة.

2-أنا مكتئب أو حزين طوال الوقت و لا استطيع أن اترع نفسي من هذه الحالة

3-أنا حزين أو غير سعيد لدرجة إنني لا استطيع تحمل ذلك.

(2) -0- أنا لست متشائماً على وجه الخصوص، أو لست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل.

1-أنا اشعر بان المستقبل غير مشجع.

2-أنا اشعر بان ليس لدى شيء أتطلع إليه في المستقبل.

3-أنا اشعر بان المستقبل لا أمل فيه و أن الأشياء لا يمكن أن تتحسن.

(3) -0- أنا اشعر بأنني شخص فاشل

1-أنا اشعر بأنني فشلت أكثر من الشخص المتوسط.

2-كما أعود بذاكرتي إلى الوراء كما استطيع أن أراه في حياتي الكثير من الفشل.

3- أنا اشعر بأنني شخص فاشل تماما (كوالدة ، زوجة).

(4) -0- أنا لست غير راضي

1- أنا اشعر بالملل اغلب الوقت

- 2- أنا لا احصل على الأشياء أو الرضا من أي شيء بعد الآن
- 3- أنا غير راض عن كل شيء
- (5) 0- أنا لا اشعر بأنني أثم أو مذنب
- 1- أنا اشعر بأنني رديء أو لا قيمة لي اغلب الوقت .
- 2- أنا اشعر بالذنب أو الأثم تماما
- 3- أنا اشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة .
- (6) 0- أنا اشعر بخيبة الأمل في نفسي .
- 1- أنا فاقد الأمل في نفسي
- 2- أنا مشمئز من نفسي
- 3- أنا اكره نفسي .
- (7) 0- أنا ليست لدي أفكار للإضرار بنفسي.
- 1- أنا لدى أفكار للإضرار بنفسي و لكن لا أنفذها.
- 2- أنا اشعر بأنه من الأفضل أن أموت .
- 3- لو استطعت لقتلت نفسي .
- (8) 0- أنا لم افقد اهتمامي بالناس .
- 1- أنا اقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون من قبل.
- 2- أنا فقدت اغلب اهتمامي بالناس ، و لدي مشاعر قليلة اتجاههم.
- 3- أنا فقدت اغلب اهتمامي بالناس ، و لا اهتم بهم على الإطلاق.
- (9) 0- أنا اتخذ القرارات بنفس الجودة ، كما تعودت أن اتخذها من قبل
- 1- أنا أحاول تأجيل القرارات.
- 2- أنا لدي صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات.

3- أنا لا أستطيع اتخاذ أي قرارات بعد الآن.

10) 0- أنا لا أشعر بانى اظهر أسوء مما اعتدت أن اظهر به من قبل

1- أنا مشغول و قلق على أننى اظهر كبير السن أو غير جذاب.

2- أنا اشعر بان هناك تغيرات ثابتة في مظهري تجعلني اظهر بطريقة غير جذابة.

3- أنا اشعر أننى قبيح أو كره المنظر

11) 0- أنا لا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل.

1- ابدل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء .

2- يجب أن ادفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء.

3- أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق

12) 0- أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل.

1- أنا اشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل.

2- أنا اشعر بالإجهاد من أداء أي شيء.

3- أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء.

13) 0- شهيتي للأكل ليست أسوء من المعتاد.

1- شهيتي للأكل جيدة كما كانت

2- شهيتي أصبحت أسوء الآن.

3- أنا ليست لي شهية للأكل نهائيا.