

القلق حالة والقلق سمة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية

-دراسة عيادية لثلاث حالات بمستشفى "دباخ أحمد بن محمد" المغير -

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر تخصص علم النفس العيادي

إشراف:

د. سعيدي وردة

من إعداد الطالبتين:

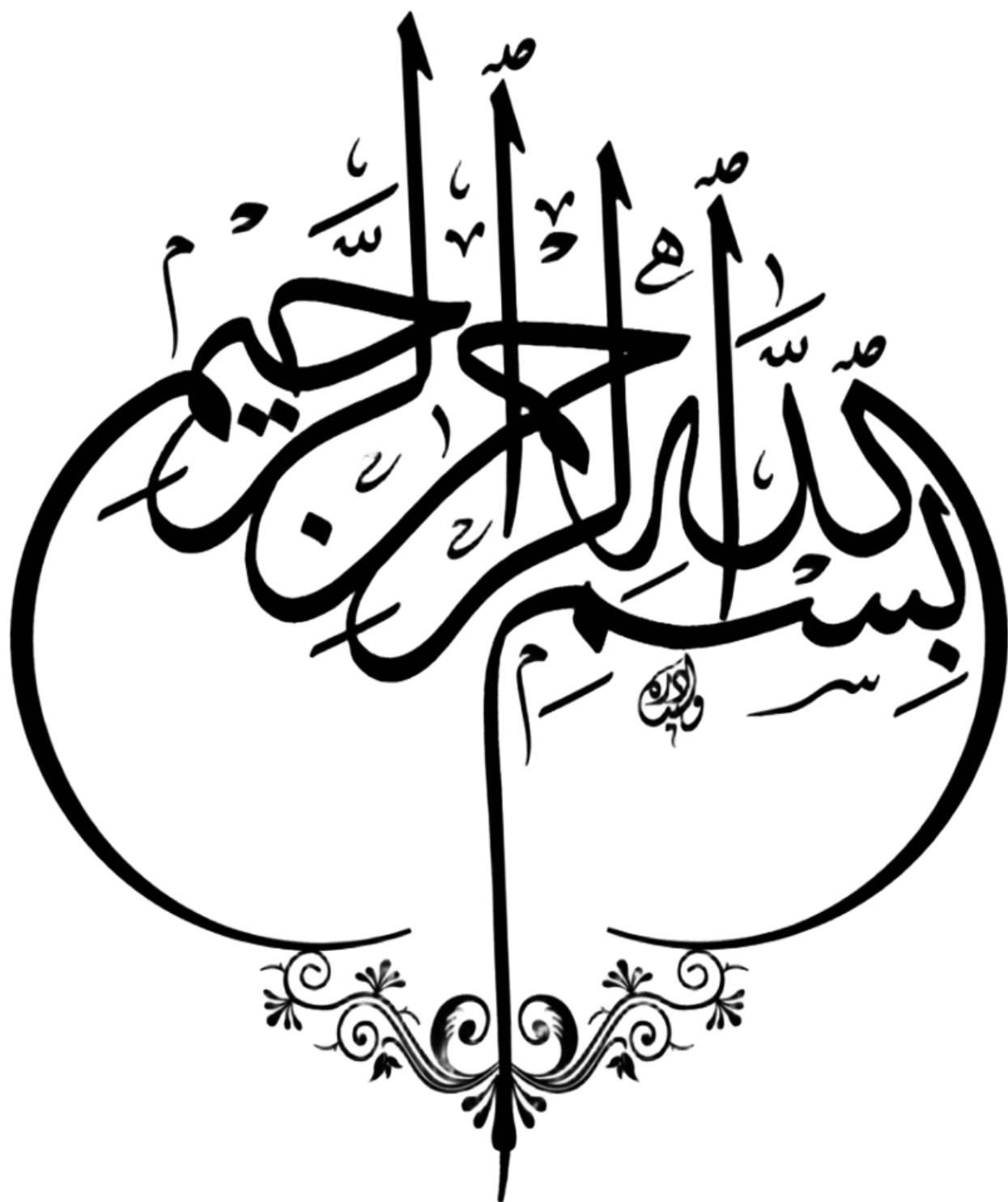
• خلفاوي شيماء

• صالح آية

أعضاء لجنة المناقشة:

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الانتماء	الصفة
01	مخيبر فايزة	أستاذ محاضر -ب-	جامعة الوادي	رئيسا
02	سعيدي وردة	أستاذ محاضر -ب-	جامعة الوادي	مشرفا ومقررا
03	فالح يمينة	أستاذ محاضر -أ-	جامعة الوادي	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2026/2025



القلق حالة والقلق سمة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية

-دراسة عيادية لثلاث حالات بمستشفى "دباخ أحمد بن محمد" المغير-

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي تخصص علم النفس العيادي

إشراف:

د. سعيدي وردة

من إعداد الطالبتين:

- خلفاوي شيماء
- صالحى آية

أعضاء لجنة المناقشة:

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الانتماء	الصفة
01	مخير فايزة	أستاذ محاضر ب-	جامعة الوادي	رئيسا
02	سعيدي وردة	أستاذ محاضر ب-	جامعة الوادي	مشرفا ومقررا
03	فالح يمينه	أستاذ محاضر - أ-	جامعة الوادي	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2026/2025

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى قلق الحالة وقلق السمة لدى عينة من المصابين بالأمراض السيكوسوماتية المتكونة من ثلاث حالات والمتواجدين بمستشفى المؤسسة العمومية الاستشفائية دباخ أحمد بن محمد ولاية المغير، كما سعت إلى معرفة لأي مدى يؤثر عامل السن ومدة الإصابة على مستوى القلق حالة والقلق سمة لدى الحالات محل الدراسة، والذين تتراوح أعمارهم ما بين (40_68 سنة). تم الاعتماد على المنهج العيادي بالضبط أسلوب دراسة الحالة وتم استخدام الأدوات التالية: المقابلة العيادية نصف موجهة والملاحظة ومقياس القلق حالة وسمة لـ "سبيلبرجر" الذي أعده أحمد عبد الخالق 1982، وقد بينت نتائج الدراسة:

- أن حالات الدراسة تعاني من قلق الحالة وقلق السمة، ويتراوح بين فوق المتوسط إلى المرتفع، ويعد لكل من السن والمدة تأثير بليغ على مستوى قلق الحالة وقلق السمة لدى الحالات المصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

الكلمات المفتاحية: قلق الحالة، قلق السمة، الاضطرابات السيكوسوماتية.

Abstract

This study aimed to identify the level of state anxiety and trait anxiety among a sample of individuals suffering from psychosomatic diseases, consisting of three cases at the Public Hospital institution "Dabakh Ahmed bin Mohammed" in the El M'Ghair province. and to determine the extent to which age and duration of illness influence the levels of state anxiety and trait anxiety among the study sample suffering from various psychosomatic disorders, whose ages range from 40 to 68 years. The clinical approach was adopted, specifically the case study method, using the following tools: semi-structured clinical interviews, observation, and the "State-Trait Anxiety Inventory (STAI) "developed by Ahmed Abdel-Khalek in 1982.

- The results indicated that the cases suffered from state anxiety and trait anxiety, ranging from above average to high. Both age and duration have a significant impact on the level of situational anxiety and trait anxiety in cases of psychosomatic disorders.

Keywords: state anxiety, trait anxiety, psychosomatic disorders.

الفهرس:

الصفحة	المحتوى
III	الملخص
IV	الفهرس
VI	قائمة الجداول
VI	قائمة الأشكال
VII	قائمة الملاحق
ب	مقدمة
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
03	1- إشكالية الدراسة
07	2- فرضيات الدراسة
07	3- أهداف الدراسة
07	4- أهمية الدراسة
08	5- دواعي اختيار الموضوع
08	6- تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة
الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة	
12	تمهيد
13	1- مفهوم القلق
14	2- مستويات القلق
15	3- تصنيفات اضطراب القلق
16	4- أعراض القلق
17	5- أسباب ومصادر القلق
19	6- المقاربات النظرية للقلق
24	7- الفرق بين القلق كحالة والقلق كسمة

26	8- تشخيص اضطراب القلق حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس ((DSM-5) Generalized Anxiety Disorder (F41.1)
27	9- علاج القلق
29	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الاضطرابات السيكوسوماتية	
32	تمهيد
33	1- الجذور التاريخية لتطور المفهوم السيكوسوماتي
35	2- مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية
36	3- تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية
39	4- خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية
40	5- الأعراض نفسية للاضطرابات السيكوسوماتية
40	6- العوامل والمحددات الشخصية المؤدية للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية
42	7- النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية
44	8- أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية
44	9- الهدف من دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية
45	10- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية
46	11- التشخيص الفارقي للاضطرابات السيكوسوماتية
48	12- علاج الاضطرابات السيكوسوماتية
50	13- علاقة القلق بالأمراض السيكوسوماتية
51	14- نماذج من الاضطرابات السيكوسوماتية
64	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
67	تمهيد
68	1- الدراسة الاستطلاعية
69	2- الدراسة الأساسية
69	1-2 منهج الدراسة
69	2-2 ميدان الدراسة
75	2-3 حالات الدراسة ومعايير اختيارها

75	4-2 خصائص حالات الدراسة
77	5-2 أدوات الدراسة
84	6-2 حدود الدراسة
85	خلاصة الفصل
الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج الدراسة	
88	تمهيد
89	1- عرض نتائج الحالة الأولى
93	2- عرض نتائج الحالة الثانية
96	3- عرض نتائج الحالة الثالثة
100	4- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
104	استنتاج عام
106	خاتمة
109	المراجع
121	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
16	يلخص تصنيفات اضطرابات القلق وخصائصها الجوهرية	01
47	ملخص لأهم الفروق الجوهرية في التشخيص الفارقي للاضطرابات السيکوسوماتية	02
73	الهياكل الصحية الموجودة	03
74	مصالح الدعم	04
74	حظيرة السيارات	05
76	الخصائص الديموغرافية والعيادية لحالات الدراسة	06
79	يبين الفرق بين مقياس الحالة ومقياس السمة للقلق	07
81	درجات الشدة للقلق	08
82	معاملات ثبات الصورة العربية لمقياس الحالة والسمة للقلق الصورة (ي)	09

83	يبين قيم (ت) المحسوبة لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة المتضادة من الراشدين في مقياس حالة القلق وسمة القلق	10
84	يبين قيم(ت) المحسوبة لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة المتضادة من الراشدين في مقياس حالة القلق وسمة القلق	11
92	يوضح درجات الحالة الأولى على المقياس	12
95	يوضح درجات الحالة الثانية على المقياس	13
99	يوضح درجات الحالة الثالثة على المقياس	14

قائمة الأشكال

رقم الجدول	عنوان الشكل	الصفحة
01	الهيكل التنظيمي لمؤسسة دباخ أحمد بن محمد _ ولاية المغير	70

قائمة الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
01	دليل المقابلة	121
02	مقياس القلق لسبيلبجر	129

مقدمة

مقدمة:

الإنسان ليس معفياً من الاصابات أو الازمات، فقد تدهم الإنسان في فترة من حياته ضغوطات أو صراعات تؤثر بشكل مباشر عليه كالمشاكل والاضطرابات النفسية، والتي قد تتمثل في القلق أو الهلع أو الاكتئاب، التي لا تأتي وتستقر هباء وإنما تخلق أمراضاً جسدية عسيرة العلاج، بحيث أنها تغير في شخصية الفرد ونمط حياته بشكل ملحوظ.

و أن الإنسان يتعرض في حياته لمؤشرات الجسمية تنبئه من خلال حدوث نوع من الخلل في التوازن يمس حياته بشكل عام والجسد بشكل خاص، وتؤثر في الحالة الجسدية والنفسية وتصل حتى إلى الجانب الاجتماعي، فتتطور تلك المؤشرات من حين إلى آخر حتى تصيب أجهزة الجسم ووظائفه وكل هذا بسبب تلك الضغوطات والصراعات النفسية التي لم يتم التعبير عنها واقعياً أو لفظياً، فينتج عنها أمراضاً تهز بالسلامة النفسية كمرض الجهاز التنفسي الذي يحوي الربو مثلاً، أو أمراض الجهاز الغدي كمرض السكري، أو أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم، بينما كل هذه الأمراض تعود جذورها إلى اختلالات نفسية وانفعالية كانت ملازمة للشخص بشكل مستمر، بالتالي جاءت دراستنا لتسلط الضوء على اضطراب القلق بأنواعه سواء كان حالة عابرة يمر بها المريض أو سمة ثابتة وراسخة في شخصيته، وأن كل الذي يمس بتوازن الجسم والتحويل النفسي إلى تفاعل جسدي، والاستعداد الذي يمهد الجسم لاستقرار الأمراض داخله.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم تقسيمها إلى:

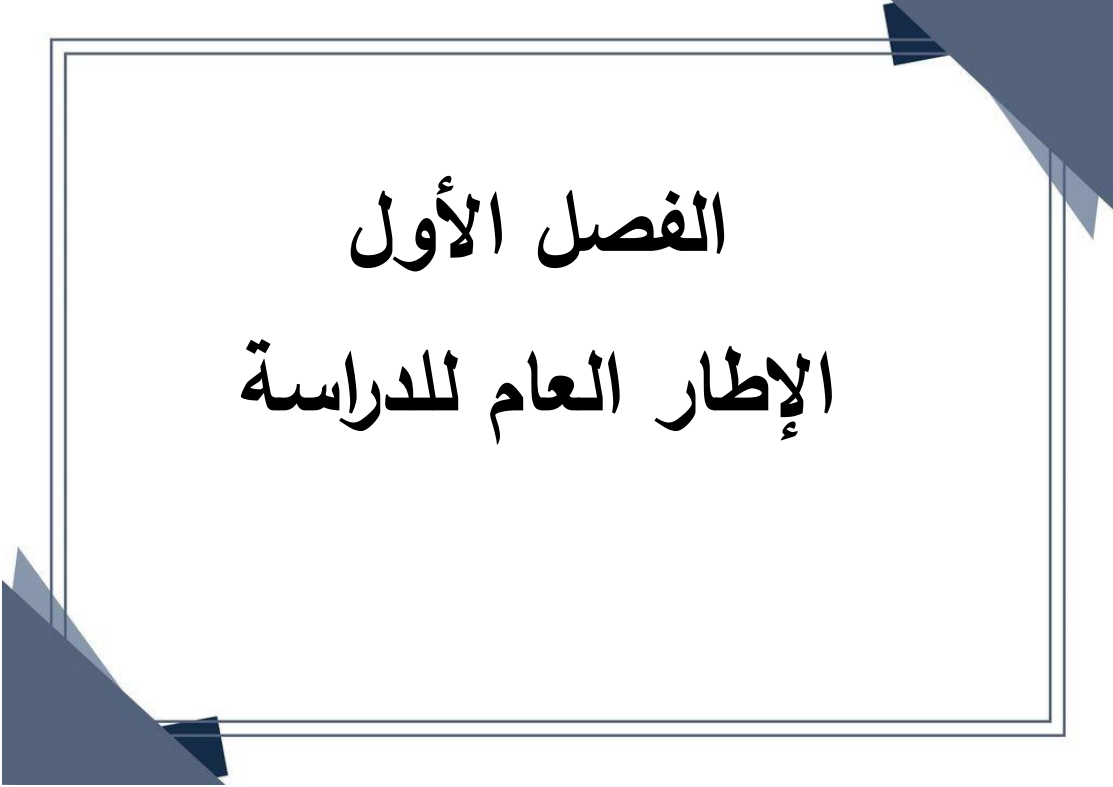
الفصل الأول: يضم الإطار العام للإشكالية، فرضيات الدراسة، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة ودواعي اختيار الموضوع وتحديد المفاهيم الإجرائية الخاصة بالدراسة

الجانب النظري: ويشتمل على فصلين **الفصل الثاني** ويتناول: المتغير الأول الذي هو اضطراب القلق والتعريف به وذكر مستويات القلق، أعراض القلق، تصنيفات القلق، الأسباب والمصادر، النظريات التي تفسره، الفرق بين قلق الحالة والقلق سمة، مع التطرق للتشخيص والعلاج، أما **الفصل الثالث:** يتضمن متغير الاضطرابات السيكوسوماتية، الجذور التاريخية وماهيتها والتصنيف و الخصائص والأعراض و النظريات المفسرة لها، ثم التعرض للأسباب، والأهداف، والعوامل المؤدية للإصابة بالأمراض

السيكوسوماتية، والتشخيص والعلاج، ومن ثم التطرق إلى بعض نماذج الأمراض السيكوسوماتية كمرض السكري وضغط الدم.

الجانب التطبيقي: فقد قسم بدوره إلى قسمين:

الفصل الرابع: يضم الإجراءات المنهجية للدراسة والدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية التي تتدرج تحتها منهج الدراسة، والميدان ومجموعة الدراسة وخصائص الدراسة وتقنيات جمع البيانات في الدراسة، كذلك حدود الدراسة. أما **الفصل الخامس:** تضمن عرض نتائج الحالات ومناقشة نتائجها على ضوء الفرضيات، استنتاج عام، التوصيات، الاقتراحات وقائمة المراجع والملاحق.



الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة
- 2- فرضيات الدراسة
- 3- أهداف الدراسة
- 4- أهمية الدراسة
- 5- دواعي اختيار الموضوع
- 6- تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة

1- إشكالية الدراسة:

شهدت الدراسات النفسية والطبية خلال العقود الأخيرة اهتمامًا متزايدًا بدراسة العلاقة بين الجوانب النفسية والوظائف العضوية، خاصة بعد أن أثبتت البحوث الحديثة أن الإنسان يمثل وحدة متكاملة تتفاعل فيها الأبعاد النفسية والجسدية والاجتماعية بصورة مستمرة، بحيث لم يعد المرض يُفسَّر تفسيرًا عضويًا بحتًا، وإنما أصبح يُنظر إليه بوصفه نتيجة لتفاعل معقد بين العوامل البيولوجية والانفعالية والاجتماعية والشخصية. ومن هذا المنطلق، برزت الاضطرابات السيكوسوماتية كأحد أهم المجالات التي استقطبت اهتمام الباحثين في علم النفس العيادي والصحة النفسية، نظرًا لما تعكسه من ترابط وثيق بين المعاناة النفسية والأعراض الجسدية.

فالاضطرابات السيكوسوماتية لا تقتصر على ظهور أعراض عضوية فحسب، وإنما تعبر في جوهرها عن صراعات وضغوط وانفعالات نفسية يجد الفرد صعوبة في التعبير عنها أو التكيف معها، فتتحول إلى أعراض جسدية تمس مختلف أجهزة الجسم، كالجهاز القلبي الوعائي والجهاز الهضمي والغدد الصماء وغيرها. ولذلك فإن خطورة هذه الاضطرابات لا تكمن في بعدها العضوي فقط، بل تمتد لتؤثر في التوازن النفسي والاجتماعي للفرد، فتجعله يعيش حالة من القلق والتوتر والانشغال المستمر بحالته الصحية، خاصة عندما يتعلق الأمر بالأمراض المزمنة التي ترافق المريض لفترات طويلة.

وفي هذا السياق، أكدت العديد من الدراسات أن الضغوط النفسية والانفعالية تمثل عاملاً أساسيًا في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية واستمرارها، حيث أشار إبراهيم أحمد إبراهيم (1992) إلى وجود علاقة تلازمية بين الضغوط الحياتية والإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، إذ أوضحت نتائج الدراسة أن المرض المزمن يجعل الفرد أكثر عرضة للتأثر بالضغوط الانفعالية والاجتماعية والجسمية، مما يعكس الترابط العميق بين الصحة النفسية والصحة العضوية (شفيق، 2018، ص26).

وفي إطار الاهتمام بالكشف عن العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالاضطرابات السيكوسوماتية، أكدت دراسة لحسن سارة الموسومة بـ "مستوى العوامل النفسية والاجتماعية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية (الهضمية والقلبية) لدى الفئة الراشدة" أن المرضى السيكوسوماتيين يعانون من مستويات مرتفعة من التوتر والضغوط النفسية و صعوبات في التوافق النفسي والاجتماعي، حيث أبرزت نتائج الدراسة أن العوامل النفسية والاجتماعية تؤثر بصورة مباشرة في شدة الأعراض الجسدية

واستمرارها، الأمر الذي "يعكس الطبيعة التفاعلية بين الجسد والنفس لدى هذه الفئة المرضية (لحسن، 2022، ص 85-87).

ومن جهة أخرى، ركزت العديد من الدراسات على أثر الضغوط النفسية والاجتماعية في نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث أقر عبد الرحمن العيسوي (1994) بوجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية والإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، مع تزايد حدة هذه الاضطرابات مع التقدم في العمر، إضافة إلى وجود فروق بين الجنسين، إذ تبين أن الإناث أكثر عرضة للإصابة مقارنة بالذكور (شفيق، 2018، ص 25).

وفي سياق الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين السمات الشخصية وإدراك الضغوط النفسية لدى المرضى السيكوسوماتيين، أكدت دراسة حكيمة آيت حمودة الموسومة بـ سمة القلق وعلاقتها بإدراك الضغوط النفسية لدى المرضى السيكوسوماتيين وجود علاقة ارتباطية موجبة بين ارتفاع سمة القلق وارتفاع مستوى إدراك الضغوط النفسية، حيث أظهرت النتائج أن المرضى ذوي المستويات المرتفعة من سمة القلق يكونون أكثر حساسية للمواقف الضاغطة وأكثر عرضة للتوتر والانفعالات السلبية، الأمر الذي ينعكس بصورة مباشرة على حالتهم النفسية والجسدية، ويؤكد أهمية السمات الشخصية في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية (آيت حمودة، 2007، ص 120).

هذا ويُعد القلق من أكثر المتغيرات النفسية ارتباطاً بالاضطرابات السيكوسوماتية، لما له من تأثير مباشر في الصحة النفسية والجسدية للفرد. فالقلق يمثل حالة انفعالية معقدة تتداخل فيها مشاعر الخوف والتوتر والترقب وعدم الشعور بالأمان، وقد يظهر في شكل حالة مؤقتة مرتبطة بموقف ضاغط أو ظرف معين، كما قد يتخذ شكل سمة ثابتة نسبياً في شخصية الفرد تجعله أكثر قابلية للاستجابة للقلق في مختلف المواقف الحياتية. ومن هنا برزت أهمية التمييز بين القلق كحالة والقلق كسمة، باعتبار أن لكل منهما أبعاداً نفسية مختلفة وانعكاسات متباينة على التوافق النفسي والصحة الجسدية.

وفي الإطار ذاته، الذي يربط بين القلق وبعض الاضطرابات السيكوسوماتية المزمنة، أكدت دراسة أدلر وماتيس وجود علاقة قوية بين سمة القلق وخطر الإصابة بارتفاع ضغط الدم، مما يدل على أن القلق كسمة شخصية ثابتة قد يسهم في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية أو استمرارها وتفاقمها مع مرور الوقت (نايت، 2018، ص 265).

كما أكدت دراسة قمحي كوثر ومهني مايا في دراستها الموسومة بـ "الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأساتذة الجامعيين" أن القلق المزمن والتوتر المستمر يمثلان أهم العوامل المؤدية إلى ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، خاصة تلك المرتبطة بالجهاز الهضمي والجهاز القلبي الوعائي، وهو ما يعكس التأثير المباشر للضغوط النفسية المزمدة على الصحة الجسدية للفرد (قمحي، مهني، 2022، ص 64-66).

وفي إطار الدراسات التي بحثت في العلاقة بين القلق بمختلف أبعاده وظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، أكدت دراسة "قويدي علي" حول القلق من المستقبل وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من الطلبة وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائية بين ارتفاع القلق من المستقبل وارتفاع مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية، بما يؤكد أن القلق بمختلف أشكاله يمثل متغيراً نفسياً أساسياً في تفسير الأعراض الجسدية ذات المنشأ النفسي (قويدي، 2020، ص 568).

وفي الإطار نفسه، الذي يبرز دور البناء النفسي للفرد في استمرارية الاضطرابات السيكوسوماتية، أكدت دراسة Rondoff (1999)، بعد متابعة طويلة للمصابين بارتفاع ضغط الدم، أن القلق كسمة يعد من الخصائص النفسية الغالبة لدى هذه الفئة، وهو ما يؤكد أهمية التمييز بين القلق كحالة مؤقتة مرتبطة بالمواقف الضاغطة وبين القلق كسمة مستقرة نسبياً في البناء النفسي للفرد (موهاب، بلخير، 2019، ص 99).

وفي سياق الدراسات التي ميزت بين القلق كحالة والقلق كسمة لدى المرضى السيكوسوماتيين، أكدت دراسة وفاء كواحلة ونور الهدى حريدي (2022)، الموسومة بـ "القلق حالة و القلق سمة لدى عينة من المصابين بالأمراض السيكوسوماتية" وجود مستويات مرتفعة من القلق لدى المرضى السيكوسوماتيين، مع اختلاف طبيعة هذا القلق بين كونه حالة انفعالية مؤقتة أو سمة شخصية مستقرة نسبياً، كما أبرزت الدراسة أهمية التمييز بين القلق كحالة والقلق كسمة لفهم طبيعة المعاناة النفسية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية، وهو ما يتقاطع بصورة مباشرة مع موضوع الدراسة الحالية (كواحلة، حريدي، 2022، ص 71-73).

وتُعد أمراض السكري وارتفاع ضغط الدم من أبرز الاضطرابات السيكوسوماتية المرتبطة بالقلق، بالنظر إلى ما تفرضه من نمط حياة خاص، ومتابعة علاجية مستمرة، وخوف دائم من المضاعفات الصحية. وقد أوضحت دراسة رضوان أن مرضى السكري يعانون من قلق ظاهر مرتبط بالخوف من مضاعفات المرض، مع وجود فروق واضحة تعزى لمتغير الجنس بين الذكور والإناث (توية زهرة، 2002، ص 71-73).

ص 6). كما بينت دراسة دحماني أن القلق الناتج عن الانشغال الفكري الزائد بالمرض والخوف من المستقبل يؤدي إلى تعطيل النشاط اليومي والتأثير السلبي في الفاعلية النفسية والاجتماعية للمصابين (كواحلة، حريدي، 2010، ص 9).

وانطلاقاً من هذه الدراسات نجد أن حدة المعاناة النفسية لدى الحالات التي تعاني من ازدواجية مرضية، كالإصابة المتزامنة بداء السكري وارتفاع ضغط الدم مثلاً، اين يصبح المريض في مواجهة مستمرة مع ضغوط صحية ونفسية واجتماعية متراكمة، الأمر الذي قد ينعكس بصورة مباشرة على توازنه النفسي وقدرته على التكيف. وفي هذا السياق، أوضح Marty et De Muzan (1963) أن المصابين بتداخل الأمراض المزمنة يعانون من قلق دائم وانشغال مفرط بالأعراض الجسدية، مما يؤدي إلى سوء التوافق الاجتماعي والمهني وتراجع القدرة على التكيف النفسي والانفعالي. (موهاب، بلخير، 2019، ص100)

وانطلاقاً من الطابع المركب للاضطرابات السيكوسوماتية، ومن العلاقة الوثيقة التي تربط القلق بأبعاده المختلفة بالصحة الجسدية والنفسية للفرد، ومن كونه أبرز المتغيرات وأكثرها ارتباطاً بالاضطرابات السيكوسوماتية، جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء على القلق كحالة بوصفه استجابة انفعالية مؤقتة مرتبطة بمواقف معينة والتي قد تكون من بينها التخوف من تدهور الحالة الصحية للمريض والخضوع للعلاج، والقلق كسمة والذي يعكس استعداد ثابت لدى الفرد للشعور بالقلق، من أجل تعميق الفهم السيكلوجي للعلاقة بين المعاناة المرضية النفسجسمية ومستوى القلق لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية، ما يساعد على فهم أعمق للحالة النفسية لهذه الفئة مع محاولة الكشف عن مدى تأثير بعض المتغيرات كمدة الإصابة والسن في مستوى القلق. خاصة إذا أخذنا بعين الاعتبار أن بعض المراحل العمرية تتعدد فيها المسؤوليات الاجتماعية والمهنية والأسرية الأمر الذي قد يؤثر في مستوى القلق لديهم.

وعليه، تتمحور إشكالية دراستنا حول التساؤل الرئيس التالي:

-ما مستوى قلق الحالة وقلق السمة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية؟

-التساؤلات الجزئية:

● هل تؤثر مدة الإصابة على مستوى قلق الحالة والقلق السمة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية؟

● هل يؤثر عامل السن على مستوى قلق الحالة وقلق السمة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية؟

2-الفرضيات:

الفرضية العامة:

-يعاني المصابون بالاضطرابات السيكوسوماتية من قلق الحالة وقلق السمة بمستوى مرتفع.

_ الفرضيات الجزئية:

● يسهم عامل مدة الإصابة في التأثير على مستوى قلق الحالة وقلق السمة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية.

● يسهم عامل السن في التأثير على مستوى قلق الحالة وقلق السمة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية.

3-أهداف الدراسة:

- الكشف عن مستوى القلق كحالة والقلق كسمة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية.
- معرفة ما إذا كان هناك تأثير لعامل مدة الإصابة على مستوى القلق كحالة والقلق كسمة للمصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية.
- معرفة ما إذا كان هناك تأثير لعامل السن على مستوى القلق كحالة والقلق كسمة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية.

4-أهمية الدراسة:

● تسلط الدراسة الضوء على العلاقة بين القلق كحالة والقلق كسمة والاضطرابات السيكوسوماتية، بما يسهم في فهم التفاعل بين الجوانب النفسية والجسدية لدى المريض.

- تبرز أهمية الدراسة من خلال تناولها لفئة مرضية تعاني من أمراض مزمنة، لما لهذه الحالات من تأثيرات نفسية واجتماعية متداخلة.
- تسهم الدراسة في إثراء الجانب الأكاديمي والبحثي في مجال علم النفس العيادي والسيكوسوماتي، خاصة فيما يتعلق بدراسة القلق لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية.
- قد تساعد نتائج الدراسة في إعداد برامج نفسية علاجية وإرشادية تهدف إلى خفض مستوى القلق وتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى المرضى.
- تبرز الأهمية الاجتماعية للدراسة من خلال لفت الانتباه إلى المعاناة النفسية التي يعيشها المصابون بالأمراض المزمنة، وأهمية الدعم النفسي والاجتماعي الموجه لهم.

5-دواعي اختيار موضوع الدراسة:

- الرغبة في معرفة العلاقة التأثيرية بين النفس والجسد والكشف عن مسببات القلق ومعرفة العوامل التي تساهم في تذبذب مستوياته
- إيصال رسالة للمرضى مفادها أن القلق والتوتر يلعبان دور بليغ في ظهور الأمراض لديهم.
- توضيح الأهمية النفسية للأطباء وضرورة مراعاة الجانب النفسي أثناء العلاجات الجسدية.
- فهم دينامية معاناة المرضى وذوهم لمساعدة المريض في التعايش السليم مع المرض.
- إبراز ضرورة التكفل النفسي المبكر بالمصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية للحد من المضاعفات النفسية والانفعالية المصاحبة للأمراض المزمنة.

6- تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة:

6-1 القلق:

يمثل نقطة تقاطع بين الاستجابة الانية للمواقف (حالة) والتهيج الشخصي (سمة)، وهو المجموع الذي يحصل عليه المريض في المقياس كله، والتي تبرز الى أي مدى تأثر الحالة النفسية والمزاج بالمرض.

6-2 قلق الحالة :

ويعرف إجرائيا هو حالة انفعالية ظرفية غير سارة يشعر بها المريض السيكوسوماتي بالخوف والتوتر إضافة إلى أعراض فيزيولوجية كالتعب، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص في قسم الحالة ضمن مقياس سبيلبرجر.

6-3 قلق السمة:

يعرف بأنه حالة استعداد ثابت في شخصية الفرد (سمة)، يؤدي به إلى تفسير المواقف الحياتية ومنها المرض على أنها تمثل تهديد خطر، ويقاس إجرائيا بالدرجة المتحصل عليها في قسم السمة ضمن مقياس سبيلبرجر.

6-4 الاضطرابات السيكوسوماتية:

هي اضطرابات عضوية حقيقية تصيب أحد أجهزة الجسم الخاضعة للجهاز العصبي المستقل، كالجهاز الهضمي والجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي والغدد الصماء، وتكون ناتجة عن تأثير العوامل النفسية والانفعالية المزمنة كالقلق، حيث تؤدي هذه العوامل إلى حدوث تغيرات فسيولوجية أو خلل وظيفي عضوي يمكن الكشف عنه طبياً. كما تتميز هذه الاضطرابات بكون العوامل النفسية تسهم في ظهورها أو في زيادة حدتها واستمرارها (الوحيدي، زاهرة، 2022، ص 12).



الجانب النظري

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

تمهيد

1- مفهوم القلق

2 -مستويات القلق

3-تصنيفات القلق

4-أعراض القلق

5-أسباب ومصادر القلق

6-النظريات المفسرة للقلق

7 - الفرق بين قلق الحالة وقلق السمة

8-تشخيص اضطراب القلق حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM5)

9-علاج القلق

خلاصة الفصل

تمهيد:

يتصدر القلق قائمة الاضطرابات لاكتسائه الأهمية البالغة في مجالات علم النفس لخطورة آثاره النفسية والجسدية، بحيث سيتم في هذا الفصل التطرق إلى مفهوم القلق ومستوياته، والتصنيفات والأعراض، والأسباب، والنظريات المفسرة للقلق، ومن ثم التفريق بين القلق الذي يأتي كحالة عابرة والقلق الذي يعد طبعاً وسمّةً في الفرد، والتشخيص، والعلاج المناسب له.

1- مفهوم القلق:

- لغة:

كما ورد في لسان العرب لابن منظور بمعنى الانزعاج، وأنه لا يستقر في مكان واحد وهو لا يستمر على واحدة. (بلهي 2020، ص 543)

- اصطلاحاً:

حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الفرد فيحول مشاعره إلى حالة مستمرة من ألم وضيق نفسي، يبدو الشخص القلق متوتر الأعصاب مضطرباً، الصوت الضعيف يزعجه، والحركة البسيطة تثيره، نتيجة تأثير القلق على تفكير الفرد فيؤول ما يدور إلى تأويلات مزعجة، بحيث يميل الفرد إلى التطير والتشتت الذهني وفقدان القدرة على التركيز وبالتالي يفقد الشخص ثقته بنفسه (فرويد، 1989، ص 13).

يعرفه "سبيلبرجر": بأنه حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الفرد عند إدراكه لموقف يهدد سلامته، في تلك اللحظة يتحفز الجهاز العصبي وتشعر بالتوتر للاستعداد للمواجهة" (ملجم، مرغيت، 2022، ص 14).

ويعرفه "أحمد عبد الخالق" بأنه شعور بالخشية والرغبة من خطر محتمل بدون معرفة مصدره وهذا ما يزيد من حدة توتره (الهامل، 2021، ص 13).

يرى "فرويد" أن القلق إشارة إنذار يرسلها الجهاز النفسي للفرد بوجود خطر داخلي بين الصراعات والرغبات أو خطر خارجي لابد من المواجهة. ويعرفه على أنه انفعال مؤلم مكتسب من خلال المواقف الصعبة التي عاشها الإنسان، ويؤكد اختلافه عن باقي المشاعر الغير سارة كالغضب والإحباط، أي أنه حالة فريدة يساهم في تحفيز بعض التغيرات داخلية (ضيق التنفس، خفقان القلب) كما تظهر هذه التغيرات بوضوح على الوجه والسلوك (رحماني، رمضان، 2023، ص 24).

عرفه "الزراة" بتسليط الضوء على الجانب الفيزيولوجي السيكوسوماتي، فهو شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب ببعض الأعراض الجسمية مثل ضيق التنفس واضطراب ضربات القلب (لعيطر، 2020، ص 22).

وعرفه (Noyes,et al,1998 p1): بأنه خبرة عامة وجزء من الوجود الإنساني، فهو بمثابة نظام بيولوجي يحفز بوجود تهديد، والقلق شعور مؤلم يرتبط عادة بالإجهاد الجسمي. فهو عكس الاكتئاب الذي يكون نتاج فقد معاش في الماضي، فالقلق استجابة للخطر وموجها للمستقبل، أما القلق الطبيعي يحفز الشخص للمواجهة الوقائية لحماية كيانه من الخطر المحتمل. مستويات القلق المنخفضة مفيدة للاندفاع نحو الظروف البغيضة، أما مستويات القلق المتزايدة تؤدي للاعتلال (موهب، 2018، ص7).

يعرفه (DSM V) بأنه القلق الزائد الذي يستمر لأكثر من ستة أشهر ويمثل حالة من الاضطراب والهم وعدم الارتياح المتعلق بنظرة الفرد نحو المستقبل كذلك مشاعر الضيق والكدر الملازمة (حزام، ايت، 2021، ص37).

من خلال التعريفات السابقة يمكن النظر إلى القلق باعتباره حالة انفعالية ونفسية مركبة تتسم بالشعور بالخوف والتوتر وعدم الارتياح تجاه خطر حقيقي أو متوقع، سواء كان مصدره داخلياً ناتجاً عن الصراعات النفسية والرغبات المكبوتة، أو خارجياً مرتبطاً بالمواقف والضغوط الحياتية المختلفة. ويظهر القلق في صورة استجابات نفسية وفسولوجية متداخلة، كالتوتر العصبي، واضطراب التفكير، وصعوبة التركيز، وتسارع ضربات القلب، وضيق التنفس، وغيرها من الأعراض التي تعكس حالة الاستثارة النفسجسمية للفرد.

كما قد يتخذ القلق شكل حالة انفعالية مؤقتة ترتبط بموقف ضاغط، أو سمة ثابتة نسبياً في الشخصية تجعل الفرد أكثر قابلية للاستجابة للمواقف المهددة بقدر مرتفع من التوتر والانفعال. ومن ثم، يُعد القلق من أبرز المتغيرات النفسية المرتبطة بالاضطرابات السيکوسوماتية، نظراً لتأثيره المباشر في التوازن النفسي والوظائف العضوية للفرد.

2- مستويات القلق:

لا يعتبر القلق دائماً عدو ضد الفرد وإنما يستطيع أن يكون دافعاً مساعداً للإنجاز، فيكون بمثابة المحرك تجاه الهدف، مستويات القلق ثلاثة نذكرها:

2-1 المستوى المرتفع: يكون القلق في أعلى درجة بحيث تختلط عليه المنبهات الضارة والغير ضارة، يصبح الفرد على حالة من التهيج وسلوك غير مرتب وعشوائي ويتأثر تنظيمه السلوكي بصورة سلبية، فالقلق هنا نسيمه مرضي.

2-2 المستوى المتوسط: يكون القلق هنا معتدل يساعد على التركيز نحو الهدف، فتزيد من احتمالية ضبط الانفعال والسلوك.

2-3 المستوى المنخفض: أي برود انفعالي بحيث تقل لدى الفرد الحساسية تجاه الخطر وتخفض مواجهته الفعلية لأي مشكل (الساسى، 2009، ص 101.102)

3- تصنيفات اضطراب القلق:

يمكن تقسيم تصنيفات القلق إلى مستويين متكاملين حيث يحدد المستوى الأول منشأ القلق وطبيعته أما المستوى الثاني فيحدد في شرح الانواع الاكلينيكية التي تظهر في الممارسة العبادية:

3-1 تصنيف القلق حسب المنشأ وطبيعته :

3-1-1 القلق الموضوعي (خارجي المنشأ):

ويعرف بالقلق السوي أو الواقعي، يكون مصدره خارجي وموجود واقعيًا ما يعتبر رد فعل إيجابي يحفز الفرد على التفاعل مع المواقف وصد المخاطر.

3-1-2 القلق العصبي أو المرض (داخلي المنشأ):

وهو شعور غامض بالتوتر والخوف دون مبرر موضوعي التهديد ملموس، ويطلق عليه القلق المرضي أو القلق الهائم الطليق، يتسم بكونه شعور مستمر ودائم لذا الفرد بالاضطراب وترقب المصائب (قدوري، 2017، ص 21).

2-3 التصنيف الإكلينيكي لاضطراب القلق:

اضطرابات القلق متفرعة الى عدة أنماط عادية لكل منها خاصية تميزها:

2-3-1 اضطراب القلق المعمم: تفكير دائم وتوتر ملازم تجاه أحداث الحياة اليومية وتوقع الأسوأ دائما.

2-3-2 خوف مبالغ فيه: وهو غير مبرر من المواقف الاجتماعية خشية نقد الآخرين له.

2-3-3 اضطراب الهلع: نوبات مفاجئة من الرعب الشديد المصحوب بالخوف من الموت أو فقدان السيطرة.

2-3-4 رهاب الميادين: خوف شديد من الأماكن المزدحمة التي ليس من السهل الهروب منها، مما يدفع الفرد المكوث في المنزل.

2-3-5 الرهاب النوعي: خوف مبالغ من موضوع معين (الحيوانات والمرتفعات) لا يشكل خطراً واقعياً.

2-3-6 قلق الانفصال: الخوف الشديد من الانفصال عن العائلة أو الأشخاص الذين يقومون برعايته والذين هم مصدر الأمان بالنسبة له. (بن سالم، 2024، ص 2-6).

جدول رقم (01): يلخص تصنيفات اضطرابات القلق وخصائصها الجوهرية

الاضطراب	الخصائص
القلق المعمم	الخوف من وقوع أحداث سيئة في المستقبل.
رهاب المجتمع	الخوف من رؤية الناس واتخاذ فكرة سيئة عن الفرد.
اضطراب الهلع	الخوف المبالغ من الموت أو فقدان السيطرة أثناء النوبة.
رهاب الميادين	الخوف الشديد من مغادرة البيت والتواجد في أماكن مكتظة.
الرهاب النوعي	خوف من شيء معين لا يشكل خطر فعلي.
قلق الانفصال	الخوف المرضي من الانفصال عن العائلة أو مقدم الرعاية.

(بن سالم، 2024، ص 7)

4- أعراض القلق: وتشمل:

4-1 الأعراض الجسدية: وهي التغيرات التي تطرأ على البدن شحوب الوجه، اتساع فتحة العين، ضيق التنفس، جفاف الحلق، برودة الأطراف، سرعة ضربات القلب، الغازات، توتر العضلات، ظهور الأزمات مثل رمش العين، قضم الأظافر.

4-2 الأعراض النفسية والاجتماعية: شعور بعدم الراحة والخوف، توقع حدوث مكروه، تشتت الانتباه، العزلة، نقد الذات، الأرق، اضطراب التوافق الاجتماعي.

4-3 الأعراض المعرفية: تتمثل في التصلب في التفكير، معتقدات غير منطقية، التطرف في الأحكام، تبني نماذج السلطة. (قدوري، 2016، ص22-24)

5- أسباب ومصادر القلق:

5-1 أسباب نشوء القلق عند "جيروم وإرنست":

هناك 5 أسباب أساسية تساهم في احتمالية الإصابة بمشاعر القلق:

-التنافر المعرفي الحادث بين الأفكار والمعايير الاجتماعية أو الواقع المعاش، أي وجود فعلي لصراع فكري ورغبة أو معايير وضعها المجتمع بالتالي تتولد مشاعر القلق والانزعاج.

-الخوف من النبذ أو الرفض من طرف الآخرين والخوف من عدم تبادل الاحترام والرحمة والمودة كل هذا يجعل الفرد يفقد شعور الأمان و الطمأنينة والارتياح.

-الفشل في إرضاء الرغبة الداخلية وعدم بلوغ الطموح أو الصراع بين اختيارات صعبة وهذا يخلق قلقاً أو ضغطاً نفسياً.

-الشعور بالتهديد ضد خطر قد يهدد كيان الفرد النفسي أو يسبب له إيلاماً جسدياً فهذا يساهم بدرجة كبيرة في تحفيز القلق والتوتر لديه.

-نقص الثقة يخلق مشاعر القلق خصوصاً عند خوض تجارب جديدة ويكون تذبذب الثقة هذا للنفس أو نحو الآخر (حماد، 2012، ص28).

5-2 أسباب نشوء القلق (عصاب القلق) عند حامد زهران:

5-2-1 الاستعداد الوراثي: تلعب العوامل الوراثية دوراً مهماً في تهيئة الفرد للإصابة بالقلق، حيث تختلف الآليات الفسيولوجية والاستجابات الجهازية الغددية والعصبية من شخص لآخر بناءً على التكوين البيولوجي الموروث.

5-2-2 الاستعداد النفسي (الضعف النفسي): وهو التهيؤ النفسي الداخلي الذي يجعل الفرد يشعر بالعجز والتهديد، وينتج غالباً عن صراعات لاشعورية محتدمة بين الدوافع المتعارضة (مثل الصراع بين الغرائز والمعايير الاجتماعية)، أو نتائج صدمات نفسية تؤثر في تماسك الأنا.

5-2-3 مراحل النمو الحرجة: ترتبط بالخبرات السيئة والمزمن في فترات النمو الحساسة (كالطفولة، المراهقة، الشيخوخة)، حيث تتداخل هذه الذكريات المؤلمة والخبرات الماضية المكبوتة مع مواقف الحاضر وتُبعث على شكل قلق مبهم.

5-2-4 التجارب القاسية والصدمات: التعرض لأحداث ومواقف ضاغطة وصادمة في الصغر أو الشباب، والتي تشمل الأزمات العاطفية الفاشلة، الهزات الاقتصادية الحادة، المشكلات الجنسية، الإحباطات المتكررة، أو المعاناة من مرض شديد ومزمن في الطفولة.

5-2-5 ضغوط البيئة والحياة الأسرية: العيش في بيئة تقتصر إلى الأمان والاطمئنان النفسي، ومواجهة ظروف أسرية مضطربة مثل تفكك الوالدين (الطلاق أو الهجر)، القسوة في المعاملة، أو التهديد المستمر بالفقد.

5-2-6 عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية: وهو صراع فكري ونفسي يحدث عندما يفشل الفرد في تحقيق ذاته، حيث تتسع الفجوة بين واقع الفرد الفعلي وبين الصورة المثالية التي يرغب في الوصول إليها، مما يولد شعوراً دائماً بالنقص والعجز والدونية وسوء التوافق (حماد، 2012، ص29).

5-3 أما من ناحية التفصيل في الجانب النفسي والبيولوجي:

5-3-1 العوامل النفسية والتنشئة الاجتماعية: تتمثل في المحيط الغير آمن أو الذي لا يشعر فيه الفرد بالأمان النفسي والطمأنينة أو إحساس الفرد بأنه أمام خيارين كلاهما مؤلم أو مهدد للكيان النفسي نذكر مثلاً مشاكل الأسر وتفكك الوالدين، أو المعاملة الوالدية في الطفولة أو المراهقة بأساليب سيئة قد تؤثر فيما بعد على شخصية الفرد وعلى أسلوبه في المعاملة و مواجهته للمواقف كالقمع وكبح مشاعر الطفل بحيث لا يسمح له بالتعبير عما يجول في خاطره من أفكار وأحزان وهذا يجعله أكثر عرضة للقلق ونقص الثقة وتصبح الأزمات تهز بالفرد هذا في المستقبل (معدى، 2025، ص1117).

5-3-2 العوامل البيئية و المواقف الإحباطية: إن عدم توازن بين شخصية الفرد الواقعية والشخصية المثالية التي يرغب في أن يكون عليها يولد إحباطاً وقلقاً ملحوظاً، كذلك التعرض لذكريات وخبرات حادة عاطفية أو تربوية أو اقتصادية او جنسية (معدى، 2025، ص1118).

5-3-3 العوامل الوراثية والبيولوجية: تؤكد بعض الدراسات بأن انتقال القلق وراثي بنسبة 15%، لكن عند حالات التوائم تكون نسبة الإصابة بنسبة 50% (معي، 2025، ص1117). وعند حدوث خلل في أعضاء معينة داخل الجسم فإنها تؤثر على بعض الهرمونات فبالتالي يكون الشخص أكثر عرضة للإصابة بالقلق، كالغدد الصماء مثلاً إذا حدث خلل في عملها فإنها تؤثر على إفراز الهرمونات فينتج عنها الإصابة بمشاعر القلق والانزعاج (العايب، 2021، ص227).

6-المقاربات النظرية للقلق:

6-1 مدرسة التحليل النفسي:

تعد نظرية التحليل النفسي أساسية في دراسة العمليات العقلية وفهم الدينامية التي يسير بها القلق، إلى جانب المقاربات السلوكية والمعرفية والبيولوجية. فبينما كانت تبدو الصيغ البسيطة في الأول كافية وملمة، ظهر فيما بعد عدم كفاءتها لمواجهة التقلب المستمر، مما استدعى تعمقنا أكثر في دراسة القلق، توصل فرويد مؤسس التحليل النفسي وطبيب الأعصاب النمساوي المتخصص في اضطراب الجهاز العصبي إلى فكرة مفادها أن الأعراض التي تظهر على مرضاه تعود إلى عدم معرفة معرفتهم كيفية التعامل مع الدوافع النفسية الغريزية واللاشعورية والجنسية (فريمان، فريمان، 2023، ص21). ويرى أن القلق يبرز نتاج صراع بين رغبة في الإشباع الاندفاعي والكبت، أي أن فرويد يفسر حدوث القلق عن غياب الإشباع الاندفاعي فيحدث صراع عند تصادم الاندفاعات الغريزية ولا شك الجنسية منها بقوى الكبت التي تقف كجدار يمنعها من التعبير عن نفسها بشكل طبيعي من خلال وضع فرويد مفهوم العصاب (طلحة، 2016، ص3).

مفهوم عصاب القلق وأعراضه حسب فرويد: منح فرويد اهتماماً بفصل متلازمة محددة من الوهن العصبي وأطلق عليها اسم "عصاب القلق" 1895م، لاختلافها عن الأشكال الأخرى من المرض العصبي.

*أعراض نفسية: حدة الطبع، توقع، وقوع كارثة، التشاؤم.

*أعراض جسدية: الاستيقاظ فزعا في الليل، الإسهال، نوبات الهلع، تتميل، الشعور بالغثيان.

تطورت نظريات فرويد حيال مسببات القلق وسارت أفكار فرويد حول القلق بتغيرات عبر الزمن، يذكر فرويد أن السبب في عصاب القلق العجز عن إشباع الاستثارة الجنسية المتراكمة على النحو الملائم.

– **المرحلة الفيزيولوجية 1895م:** أقر فرويد أن القلق ناتج عن عوامل جسدية ونوع من العجز في إشباع مشاعر الاستثارة الجنسية المتراكمة، مستدلاً بحالات التوقف عن ممارسة الجنس أو الجماع الغير مكتمل كأسباب لتراكم هذه الطاقة.

– **المرحلة النفسية 1932 م:** تغير نظرة فرويد للقلق إلى أنه طاقة نفسية متأصلة في الطاقة الجنسية ولكنها ناتجة عن صراع كامن.

*قسم فرويد القلق إلى نوعين رئيسيين وفق مصدر التهديد:

– **القلق الموضوعي:** وهو استجابة مبررة لتهديدات واقعية تجاه خطر خارجي، وهو بمثابة حماية الحياة. (فريمان، فريمان، 2023، ص21-23)

– **القلق العصابي:** نتاج صراع بين الأنا الأعلى والهوى (طلحة، 2016، ص3).

✓ يعتبر فرويد أن صدمة الولادة هي المصدر الأول لكل خوف وقلق نمر به لاحقاً، أي أن كل خوف أو قلق نصاب به الآن وفي المستقبل ما هو إلا تكرار لهذا الحدث الجوهري (فريمان، فريمان، 2023، ص23).

*وساهم العديد من العلماء في التوسع في مفهوم القلق فنذكر منهم:

أدلر: حيث ربط مشاعر القلق بمشاعر النقص وعدم الأمان الذي يحاول الفرد تعويضها وهذا الصراع يدفعه للانطواء عن الناس ومن هنا ينشأ القلق العصابي لدى الفرد.

كارين هورني: وضجت بأن جذور القلق الرئيسية هي عوامل البيئة الأسرية كالحرمان العاطفي، فقدان العدالة بين الإخوة، نكران الحقوق... (طلحة، 2016، ص4).

بالرغم من القبول والتأثير الواسع الذي أحدثته أفكار فرويد، إلا أن هناك من النقاد لأفكاره يرون بأن إنجازاته غنية بالتنظير لكن تفتقر إلى الدقة المنهجية والحقائق العلمية الثابتة في الوقت الراهن (فريمان، فريمان، 2023، ص23).

6-2 النظرية السلوكية:

تعتبر النظرية السلوكية أن القلق ليس شيئاً يولد معنا وإنما مصدره الحقيقي هو البيئة بحيث يأتي القلق نتيجة تجارب التعزيز التي يمر بها الفرد، وتفسر هذه النظرية القلق من خلال الاشتراط الكلاسيكي حيث يرتبط مثير جديد بمثيري يسبب الخوف. ومع التكرار يصبح المثير الجديد قادراً على استدعاء شعور الخوف بنفسه حتى لو كان محايداً في الأصل. (مباركي، 2015، ص8)

6-3 النظرية المعرفية:

تقول هاته النظرية أن الفرد يتعرض للانفعالات حسب نظريته للمواقف، أي أن تفسير الأحداث لدى الشخص هي التي تثير الانفعال لديه وليس الحدث ذاته فيفسر الشخص الموقف حسب مزاجه وخبراته السابقة. بعدها تغير المقصود وصارت الأبحاث تجرى بغية التعرف على الطريقة الكامنة التي يدرك بها البشر وتم هذا في فترة "الثورة المعرفية 1956"، أي أن العمليات التي يمر بها العقل أثناء التفكير من إدراك وتصور وحل المشكلات هي التي تسبب القلق إذا حدث خلل في التحليل.

ركز " أولريك نيسر" من خلال تلخيص النهج الجديد في كتابه علم النفس المعرفي 1967، على الطريقة التي يتم بها نقل المعلومات أو المدخلات الحسية، فيتم اختزالها ليحافظ على المفيد منها، ويعمل على توضيحها، تخزينها واستعادتها عند الحاجة واستخدامها، "نيسر وآخرون" شبهوا الدماغ بالحوسبة لتجسيد المعلومات التي يستقبلها الدماغ ويعمل على معالجتها في خطوات داخل شبكة عصبية لها العديد من الطبقات، وهذا ما جعل المدرسة المعرفية هي المهمة اليوم في علم النفس (فريمان، فريمان، 2023 ص27).

أن القلق ينشأ من تقييمنا للمواقف بحيث تبعث حواسنا إنذاراً للجزء العقلاني من الدماغ، ليدرس شيئاً يمكن أن يكون مهماً، لكن الشعور بالقلق يكون حين الشعور بوجود تهديد لخطر محتمل مع فقدان السيطرة لمواجهته أو التحكم فيه، مثال إذا تم تقييم ضوضاء ما بأنها حيوان أليف يربى في البيت ستشعر بالراحة والاطمئنان بينما إذا تم تقييمها على أنها سارق سيتمكن منك القلق والخوف، فالقلق هو من نتائج

تقييمنا وصنعنا بالكيفية التي نفهم ونفسر بها المواقف، فالخوف هنا لا يأتي من مصدر خارجي فقط، بل يمكن من داخل الجسم فمثلا نوبات الهلع لا تكون ناتجة من مصدر خارجي، بل تأتي من خلال معتقد داخلي من دماغ الفرد بأن التغيرات الجسمية مثل ضيق التنفس أو ضربات القلب هي دليل على وجود مرض خطير أو إشارة على موت، بينما هي أعراض جسدية عادية وهذا الاعتقاد الخاطئ هو الذي يزيد من حدة القلق وينحاز لحلقة مفرغة، في هذا الصدد يقول "آرون بيك" أن أفكارنا الراسخة القديمة تسمى "المعتقدات التخطيطية" فوجودها غير مدرك بالنسبة لنا لكنها تجعل الأفراد ذوي اضطراب القلق يملكون مخططات سلبية عن النفس والعالم الخارجي والمستقبل وهذا يسمى بالثالوث المعرفي (فريمان، فريمان، 2023 ص 30.29).

فالقلق يجعل نظرة الفرد سوداوية نحو العالم، فيكون تفسير المواقف الغير واضحة بالنسبة له بشكل سلبي، قدمت إحدى التجارب مثالا معبرا، جاءوا بعدة مشاركين وطلب منهم كتابة كلمات متشابهة النطق ولكن لها معنيين مختلفين مثل (die | dye)، وجد أن مريض القلق يكتب الكلمة التي تعبر عن القلق أو الخوف، وهذا يدل على البرمجة العقلية التي تلتقط الكلمات التهديدية فقط، فالمريض بالقلق يملك تصورا بالإضافة للأفكار، فمثلا المصاب بالقلق الاجتماعي لا تأتيه فكرة أنه سيخطئ ثم يؤدي بكفاءة وإنما يتصور نفسه في صورة توبيخ وانتقاد أمام الجميع فهذا التصور هو الذي يزيد من حدة القلق واستمراره أكثر حتى من تأثير الأفكار.

فالمبالغة في تقدير الخطر وتوقع الأسوأ أو الشك في النفس وكفاءتها إذا لم يتم المعالجة من هذا الأمر يمكن أن يستمر بصورة شديدة لأن المصابين يتبنون "سلوكيات السلامة" بمعنى شخص الذي يخاف من النقد الاجتماعي ينعزل عن الوسط الاجتماعي أو ينسحب تماما، يساهم هذا التصرف في شعوره بالراحة الظاهرة، لكنه في الحقيقة سيزيد من ارتفاع القلق. (فريمان، فريمان، 2023، ص 31. 32)

اتبع بعض علماء النفس مدرسة بيك لتحديد "التحيزات المعرفية" أي أن العقل يبحث عن أي شيء يحفز الخوف لديه فيؤثر على إدراكه للموقف وبالتالي ترتفع درجة توقع حدوث الخطر أو التهديد.

بفضل الدقة التي فسرت بها نشوء القلق عبر التقييم والمعتقدات التخطيطية اعتبرت المدرسة المعرفية التوجه المهيمن في علم النفس الآن، نموذج الشبكة العصبية سبق فكرة التشبيه الدماغ بالكمبيوتر، لكن لا تزال النظرية غير قادرة على تفسير الفروق الفردية المتعلقة بالانحياز للانتباه، فبينما البعض يميل لإدراك المواقف بشكل سلبي وتهديدي، في المقابل لم يظهر آخرون نفس الميل. أقرت بعض

الدراسات أن الصورة الذهنية المأخوذة من تخيلات الفرد لها تأثير قوي من الأفكار الذهنية الغير مصورة، العلاج المعرفي السلوكي يعتبر أعظم إنجاز جاءت النظرية المعرفية وفعال جدا خاصة في حالات القلق لأنه يعمل على تعديل الأفكار والمخططات المعرفية الخاطئة الراسخة في عقل المريض (فريمان، فريمان، 2023، ص31).

6-4 النظرية البيولوجية العصبية:

يشير "جوزيف لودو" بأن القلق الذي نشعر به هو نتيجة برمجة قديمة في الدماغ، رغم التطور إلا أن أدمغتنا لازالت بدائية، أي أن الدماغ يحتوي على نظام إنذار، وهذا النظام يحتوي على عنصرين أساسيين هما:

* اللوزة الدماغية: سريعة العمل لإعطاء رد فعل سريع، تعمل على الانتباه لأي خطر محتمل عبر الخبرات السابقة الكامنة التي ليس لنا وعي بها.

* الفصين الأماميين: بطيئين قليلا في إيصال المعلومة المطمئنة وهم بمثابة العقل الرزين، الحصين هو خزان الذكريات لتكوين معلومات مرجعية نرجع لها في كيفية التصرف في المواقف المشابهة.

يحدث القلق عن طريق إرسال إشارات من اللوزة إلى ما تحت المهاد المتحكم في التنفس وضغط الدم وهذا هو الذي يحفز ضربات القلب والتغيرات الجسدية الأخرى كوجع البطن. كذلك وجود صراع بين مادتين من المواد الكيميائية الذين هما هرمون CRH: الذي يعمل على تحفيز القلق وزيادة إفراز هرمون التوتر، مادة GABA: المهدئ الطبيعي.

فالقلق هو نتاج خلل في برنامج عمل الدماغ، أي الخلل إما في الحصين اختلاط الأمور عليه ولم يعد قادر على التفريق بين إنذار الخطر الواقعي والخط الوهمي، أو في اللوزة لزيادة عملها، أو في الفص الأمامي لانخفاض كفاءته، لكن الخطر هنا ستحدث تغيرات على الدماغ وتخفض الذاكرة وينقص حجم الحصين إذا استمرت هرمونات التوتر. (فريمان، فريمان، 2023، ص33-36)

6-5 نظرية القلق حالة _ سمة:

تعتبر نظرية "سبيلبرجر" في القلق أثناء الوقت الراهن أكثر النظريات شيوعا، حيث اعتمدت في بنائها على جل النظريات السابقة بحيث توصلت إلى نوع من التوازن والانسجام بينها حيث أقامت

دراستها على أساس معلومات النظريات الأخرى، وقد نال هذا الصدد قبولا عريضا لدى الطب وعلماء الجانب النفسي المعاصر، فالقلق حسب ما أقره سبيلبرجر فإنه يتكون من مفهومين رئيسيين هما:

● **القلق حالة:** يعرف بأنه حالة انفعالية تبرز في فترة زمنية محددة، ويتصف بمستوى معين من الحدة. وتتسم حالات القلق بأحاسيس ذاتية كالتوتر، الخوف، العصبية، بحيث ترتبط بتحفيز الجهاز العصبي الذاتي.

● **القلق سمة:** يشير إلى أن هناك فروق فردية في إدراك المواقف، بمعنى يوجد اختلاف بين الناس في الميل إلى النظر للمواقف العصبية على أنها مواقف مهددة، وطبيعة الاستجابة لها تؤدي إلى رفع شدة حالة القلق لديهم.

تتداخل حالة القلق وسمة القلق في جوانب معينة مع مفهومي الطاقة الكامنة والحركية، فحالة القلق تشبه الطاقة الحركية في كونها رد فعل ظاهري ومباشر، أما قلق السمة يتشابه مع الطاقة الكامنة لأنها تعبر عن الفروق الفردية الداخلية في الإرجاع (كواحلة، حريدي، 2021، ص16).

7- الفرق بين القلق كحالة والقلق كسمة:

يعد التفرقة بين القلق كحالة والقلق كسمة من الركائز الأساسية في دراستنا هذه للاضطرابات السيكوسوماتية، حيث تقر نظرية (سبيلبرجر spielberger) إلى وجود نوعين يحددان طبيعة التجربة الانفعالية لدى الفرد:

7-1 **قلق الحالة:** يعرف بأنه حالة انفعالية مؤقتة تبرز، كاستجابة لموقف ضاغط ومهدد بالنسبة للفرد في فترة زمنية معينة، تتصف هذه الحالة بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية، الكدر، وتزول بزوال الموقف المحفز، أي أنها عبارة عن حالة نفسية مؤقتة تنتاب الفرد فتوقظ مشاعر سلبية تؤثر على التفكير في تلك الفترة الزمنية ثم تزول بزوال المثير. أما من الناحية الفيزيولوجية تظهر حالة القلق على شكل تحفيز الجهاز العصبي اللاإرادي، مما يؤدي إلى أعراض كزيادة سرعة دقات القلب وضيق التنفس والتعرق وهو ما يمثل استجابة عضوية للضغوط التي تواجه المريض السيكوسوماتي بشكل ظرفي.

تتباين حدة هذه الحالة بتباين الأفراد وكيفية إدراكهم وتفسيرهم للموقف المثير ووفق ما تم اكتسابه في الطفولة من خبرات وذاكرات سابقة.

7-2 القلق كسمة (Trait Anxiety) : يُشير القلق كسمة إلى نمطٍ مستقرٍ نسبياً وسلوكٍ ثابتٍ يتأصل في شخصية الفرد؛ حيث يتميز الأشخاص الذين يمتلكون مستويات مرتفعة من هذه السمة بوجود استعدادٍ قبلي دائم وميلٍ مستمرٍ لإدراك المواقف المحايدة وتفسيرها على أنها مواقف تهديدٍ وخطرٍ، الأمر الذي يرفع من حدة ضعفهم النفسي ويجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالاعتلالات المرضية بسهولة. وتجدر الإشارة إلى أن هذه السمة لا تتبدى بشكلٍ مباشرٍ، بل يُستدل عليها ويتم استنتاجها من خلال معدل تكرار نوبات "حالة القلق" ووتيرتها. وغالباً ما ترتد الجذور التعبيرية لهذا النمط إلى الخبرات الانفعالية الصادمة المعاشة في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث ترسخ في البنية النفسية لتشكّل محداً سلوكياً وانفعالياً دائم التكرار.

● العلاقة التفاعلية والفروق الجوهرية :

وجود علاقة سلبية وتفاعل وثيق بين الحالة والسمة، إذ أن إعادة تكرار تزايد حالة القلق لدى الفرد في المواقف المعاشة يؤدي بالتدريج إلى ترسيخها "كسمة ثابتة ودائمة" في الشخصية، ويؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي وعلى أدائه بشكل عام، مما يجعله أكثر قابلية للإصابة بالأمراض المزمنة (فواغلة، 2024، ص 24.23).

● ويمكن تلخيص الفروق الفردية بين أن قلق حالة وسمة في النقاط الآتية:

- تتجلى حالة القلق بوصفها استجابة مؤقتة لموقف ضغط في المقابل تعتبر السمة تكوين بنيوي متجذر في الشخصية، حيث تعمل على بناء نظرة وإدراك الفرد للعالم الخارجي.
- يؤكد المختصون في هذا المجال على وجود فروق فردية ظاهرة ومباشرة في الأساليب والطرق التي يتفاعل بها الأفراد للتفاعل مع المواقف الضاغطة. هذه الاختلافات ليست عشوائية، بل يتحكم فيها تأثير مجموعة من المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية المتداخلة، منها (المستوى التعليمي، الثقافي، الجنس، السن). بالتالي فإن التفاعل بين هذه العوامل هو الذي يحدد إلى أي مدى مرونة الفرد وقدرته على صموده النفسي أمام ضغوط الحياة.
- يظهر الاختلاف بوضوح في تباين طريقة تفاعل الأفراد مع البيئة، إذ أن الأشخاص الذين يتسمون بسمة قلق مرتفعة إلى التفاعل بردود أفعال تتميز بالحدة والتكرار على خلاف ذوي الدرجات المنخفضة، يعود ذلك إلى اكتساب إدراكه من البيئة المحيطة والظروف المعاشية كمصدر مهدد، لما

يرفع من شدة القلق لديهم ويجعل استجاباتهم مبالغاً في حيال المواقف العادية (مداحي، طيبي، 2021، ص 31).

8 - تشخيص اضطراب القلق حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5)

(Generalized Anxiety Disorder (F41.1)

A- قلق زائد وانشغال (توقع توجسي) يحدث أغلب الوقت لمدة ستة أشهر على الأقل، حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل الأداء في العمل أو المدرسة).

B- يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال.

C- يصاحب القلق والانشغال ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية (مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت لمدة ستة أشهر الأخيرة).

ملاحظة: يكفي عنصر واحد عند الأطفال.

تململ أو شعور بالتقييد أو بأنه على الحافة.

سهولة التعب.

صعوبة التركيز أو فراغ العقل.

استثارة.

توتر عضلي.

اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائماً أو النوم المتململ واللا مرضي).

D- يسبب القلق أو الانشغال أو الأعراض الجسدية إحباطاً هاماً سريرياً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة من الأداء.

E- لا يُعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً إساءة استخدام عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى (مثلاً فرط نشاط الدرق).

F- لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر، كالقلق أو الانشغال حول حصول هجمات الهلع في اضطراب الهلع، التقييم السلبي كما في اضطراب القلق الاجتماعي، العدوى والوساوس الأخرى كما في الوسواس القهري، وما يتذكر بالأحداث المؤلمة كما في اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وليس الانفصال عن شخص متعلق به كما في اضطراب قلق الانفصال، اكتساب الوزن كما في القهم العصبي، الشكاوى الجسدية في اضطراب العرض الجسدي، ظهور العيوب المتصورة في اضطراب تشوه شكل الجسم، وجود مرض خطير في اضطراب قلق المرض، أو محتوى الأوهام في الفصام أو الاضطراب التوهمي. (الحمادي، ص 97)

9- علاج القلق:

9-1 العلاج النفسي التحليلي: يعمل العلاج على فهم الماضي وفهم ما في اللاشعور لتصليح الحاضر، فالقلق حسب العلاج التحليلي هو نتاج صراعات مكبوتة ولم يعبر عنها بشكل صريح تراكمت من فترة الطفولة، فالمعالج يعمل على تفسير الصراعات و المكبوتات التي يحتويها الشعور لتبسيط مفهوم المريض لزيادة الوعي والاستبصار والعمل على تنمية وتقوية الأنا باعتبارها المسيطرة للموازنة بين الرغبات (الهو) وبين المعايير والقيم (الأنا الأعلى)، يفيد التحليل النفسي وإظهار الذكريات المطمورة وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور وتنفيس الكبت، وحل الصراعات الأساسية (ولد علي وآخرون، 2023، ص 104).

9-2 العلاج الجشطالتي: هو نظام ادراكي قائم على الإحساس الانبي اي هنا والآن بمعنى التركيز الكامل على المشاعر والإحساس في هذه اللحظة، وليس على الماضي وخبراته فهو قائم على عدم التفسير، المختص هنا يعمل على مساعدة المريض على تخيل مقعد ما الشخص الذي يسبب له القلق ويقوم بتشجيعه على مواجهته بالاعتماد على حوار مباشر لمقعده من خلال فنية "الكرسي الخالي" ثم تغيير الأماكن لفهم الصراع من جوانبه، والتدريب على التنفس بعمق لراحة أكثر وانتعاش والخروج من حالة الضيق (الساسي، 2010، ص 104).

9-3 الفنيات السلوكية والمعرفية:

9-3-1 التعرض التدريجي: مساعدة المريض على المواجهة الفعلية للموقف المثير بطريقة تدريجية تبدأ بالتخيل ثم الرؤية من بعيد ثم التقريب له وهكذا فيحدث الارتباط الشرطي فيخفف من الخوف تدريجيا حتى ينطفئ الخوف والقلق لدى المريض (مكنزي، 2013، ص 84).

9-3-2 العلاج العقلاني: هنا تكون لدى المريض أفكار غير منطقية تحرك سلوكه فيعمل الاخصائي على تفكيك تلك الأفكار وتوضيحها لدى المريض لكي يدرك أفكاره التي تحرك سلوكاته ثم يعمل على تصحيحها بأفكار منطقية واقعية لكي تؤثر ايجابا على السلوك. (الساسى، 2010، ص 104)

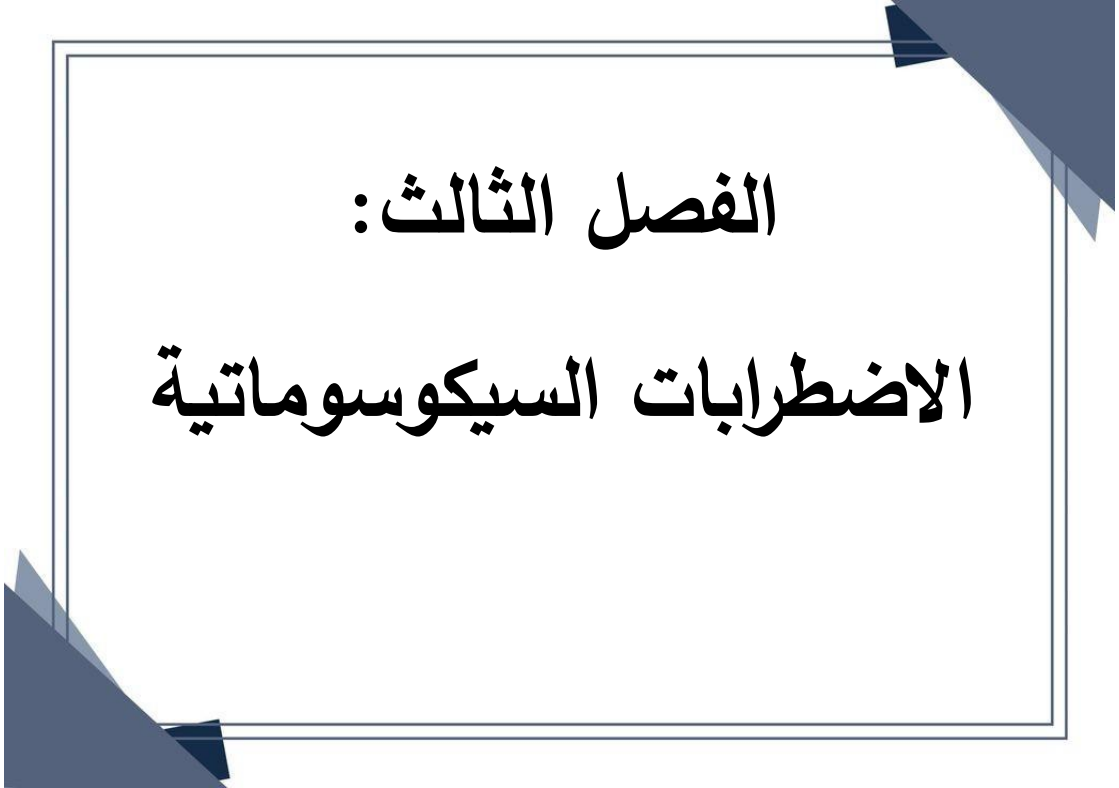
9-3-3 الاسترخاء العضلي: يتميز مريض القلق بعضلات مشدودة ومتوترة فالأخصائي يعمل على إعلام المريض كلما شعر بالقلق يبدأ في عملية الاسترخاء بتشجيعه بالتدريب على إرخاء عضلاته طرف بطرف في الجلسة، فيستريح المخ لشعوره بأنه في منطقة امان فيتغلب المريض شيئا فشيئا على الآلام العضلية والتوترات. (بلميهوب، 2011، ص 153)

9-3-4 تعديل الحوار الداخلي: يعمل على تعديل التفكير الانهزامي لدى المريض في حالات القلق، أي عند مواجهة موقف مهدد ينتبه إلى أفكاره التي يرددها بينه وبين نفسه بهدف السيطرة على النماذج الفكرية التي تقتحم الفرد أثناء موقف مثير وتعديلها بنماذج أخرى مناسبة أكثر. (دينيس، راسي، 2022، ص 202).

9-3-5 العلاج الدوائي أو العقاقيري: هنا يتم تقديم العقاقير والأدوية للقلق أو الاكتئاب مثلا، تساعد في تخفيف حدة الأعراض يكون هذا تحت إشراف طبي دقيق لتقادي الادمان او الاثار الجانبية. (الساسى، 2009، ص 104.105)

خلاصة الفصل:

تناول هذا الفصل القلق كاضطراب نفسي من حيث لماهيته، تصنيفه، تشخيصه، وتم التوضيح بأن القلق لا يقتصر على نوع واحد وإنما يتجسد في نوعين (قلق الحالة) الذي يعتبر حالة انفعالية مؤقتة وعابرة و(قلق السمة) الذي يكون ثابتة في الشخصية، ثم تفسيره من وجهات نظر مختلفة لفهم الميكانيزمات التي تؤدي إلى ظهوره لدى الشخص، وبناءً على ما ذكر سننتقل إلى الفصل التالي الأمراض السيكوسوماتية لمعرفة الآلية التي يؤثر بها القلق عليه.



الفصل الثالث:

الاضطرابات السيكوسوماتية

الفصل الثالث: الاضطرابات السيكوسوماتية

تمهيد

- 1- الجذور التاريخية للاضطرابات السيكوسوماتية
- 2- مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية
- 3- تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية
- 4- خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية
- 5- أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية
- 6- النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية
- 7- أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية
- 8- أهداف دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية
- 9- العوامل المؤدية للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية
- 10- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية
- 12- التشخيص الفارقي للاضطرابات السيكوسوماتية
- 13- علاج الاضطرابات السيكوسوماتية
- 14- نماذج الاضطرابات السيكوسوماتية

خلاصة الفصل

تمهيد:

إن تراكم الضغوط والمشاكل يشكل عجزاً في عمليات التكيف التي كان الفرد يهون بها على نفسه وجسمه بمحاولة التعايش مع تلك الظروف، فيولد هذا مؤشرات جسدية ممهدة لظهور أمراض جسدية نتيجة العجز النفسي عن التأقلم وهذا ما يسمى بـ المرض السيكوسوماتية، نستعرض في هذا الفصل من خلال هذا المنظور ماهية الأمراض السيكوسوماتية، التعرف على أهم أنواعها، والمقاربات النظرية، ثم التشخيص والعلاج ونركز كذلك على بعض النماذج السيكوسوماتية..

1-الجنور التاريخية لتطور المفهوم السيكوسوماتي:

إن الأمراض السيكوسوماتية ليست وليدة اليوم حيث أن الإنسان في القديم كان يشعر بالعلاقة الوثيقة التي تربط بين النفس وما يشعر به في الجسد من آلام وتوترات عضلية، حيث أدلى الفلاسفة اليونانيون بفكرة الروح والجسد، مروراً بعلماء المسلمين الذين عملوا على مداواة الناس جسدياً بالنظر الجانب النفسي من الشخص وهكذا حتى وصلت لنا فكرة "الوحدة النفس-جسدية المتكاملة" (Psychosomatic Unity)، والتي تعني أن المرض العضوي لا يمكن فصله عن الحالة الانفعالية والنفسية للمريض. وسميت سيكوسوماتيك، لا سيما أن هذه التطورات عبر الأزمان من خلال علماء غرب وعرب مسلمين هي التي زادت الوعي بأن المرض العضوي ما هو إلا نتائج صرخة تعبر عن الألم النفسي المخبئ (باهي، 2008، ص104).

نذكر مرحلة الفلاسفة اليونانيين حيث برزت فكرة الربط بين الروح والبدن بدءاً من أبقراط بإيمانه البليغ بفكره معالجة الروح قبل الجسد لمعرفة سبب الآلام الظاهرية حيث يعمل على فحص الصراعات والمكونات وصولاً للأحلام من خلال تجربته لمداواة ملك مقدونيا "برديكاس" وذلك من خلال تحليل أحلامه لمعرفة صراعاته وإدراكه بعلاقة تلك الصراعات بمرضه الجسدي الذي يعاني منه.

أما افلاطون (347_427 ق م) الذي يعتبر المؤسس النظري لدراسة الطب النفسي والجسدي السيكوسوماتي فهو يمجّد العلاقة التأثيرية الحادثة بين النفس والجسد وينبذ فصل الروح على الجسد في العلاج، أين يمكن علاج الجسد بمعزل عن تحليل الصراعات والمكونات النفسية (باهي، 2008، ص104).

فأرسطو (322_384) يرى بأن الإنسان يتميز عن الجماد بالوظائف الحيوية (الروح والجسد) وأشار بأن مشاعر الخوف والغضب والفرح هي مشاعر نابعة من تفاعل بين النفس والجسد (باهي، 2008، ص104).

فالحديث عن مساهمة العلماء المسلمين في علاقة النفس بالبدن نذكر العلامة ابن سينا (370_428 ق م) مر بتجربة مع جارية مريضة بالروماتيزم ولم يستطع كل من الأطباء حينها مداواتها ففهمنا بأن النفسية التي تؤثر هنا، فطلب منها الكشف عنها بدأ برفع ملابسها ثم خمارها شيئاً فشيئاً ونظراً لحالة الخجل التي اجتاحتها حينها وقفت على رجليها معتدلة فزعا، فنرى أن الصدمة النفسية التي حركت

الموضع المتوقف في جسمها، كما نجد عيسى المجوسي (944م) ذكر في كتابه "كامل الصناعة الطبية" أن المشاعر النفسية كالحزن والهم تغير المزاج البدني وتصيبه بخلل (باهي، 2008، ص105).

فظهر مصطلح سيكوسوماتيك عبر العصور الحديثة، ديكارت في (القرن 17) أكد أن الروح والجسد منفصلان لكن هناك علاقة بتأثير متبادلة أي أن الجسد الآلة والنفس منبه للألم، أما ويليام هارفي (1628) بدأ التحليل العلمي وتم اكتشاف الدورة الدموية من خلال الاعتماد على الملاحظة الدقيقة والتجربة (باهي، 2008، ص 106).

نذهب الى (لوبينغ) يقول ان الروح منفصلة عن الجسد مع توضيحه بانهما يعملان معا في نفس الوقت، مروراً (بفونت) الذي أقر بأن الروح والجسد لا يمكن الفصل بينهما رغم اختلافهم (قميحي، مهني، 2021، ص13).

كان أول ظهور لمصطلح "سيكوسوماتيك" على يد هنروت عام 1818، ومن بعد بدأت كلمة تشيع في الثلاثينيات بفضل الدكتور فلاندرز دينار، لكن الإشكالية الأهم طرحت مع ظهور التنويم المغناطيسي بحيث توصل الأطباء أن هناك قدرات أخرى يمكن أن تعالج المريض الذي عجز عليه الطب التقليدي، هذه القدرات تكمن فيه الجانب الكامن في النفس (كالسمنة والأمراض الجلدية) ومنذ ذلك الوقت تم انقسام العلماء في تفسيرهم لهذه القدرات إلى مدارس مختلفة ومتعددة (باهي، 2008، ص 106). بعدها بين "محمد احمد غالي" في كتابه "القلق وامراض الجسم" بأن الأمراض السيكوسوماتية وخطورتها طغت خصوصاً بعد الحربين العالميتين الأولى والثانية حيث لاحظ أن عدد من الجنود انعكست عليه من نتائج الحربية فظهرت لديهم اضطرابات الشلل والصمم الهستيرى ولوحظ عند السكان ظهور أمراض كضغط الدم والقرحة المعدية هذا بدون أي آثار جسدية ظاهرة (باهي، 2008، ص 107).

نختم بالصراعات الموجودة حديثاً بين الأطباء العضويين والنفسيين والانتقادات الموجهة لبعضهم البعض والتقليل الذي يطرحه الأطباء الجسديين تجاه الجانب النفسي والتكفل النفسي حيث أكدت الدراسات حوالي 59% من اضطرابات الأعصاب و47% من الاضطرابات النفسجسمية منشأها الأصلي نفسي بحث، لكن الطب العضوي يعالجها بالأدوية والعقاقير بمعزل عن النظر في الصراعات النفسية (باهي، 2008، ص108).

2- مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية:

ففي اللغة هي كلمة مشتقة من مقطعين psycho والتي تأتي بمعنى الروح أو العقل وتمثل العوامل النفسية التي تأتي منها الاضطرابات الجسمية والتي تتطور بسببها و soma تعني الجسم الذي باعتباره هو المجال العضوي التفاعلات والانفعالات النفسية وهو الذي يعاني من آثار الاضطراب النفسي أي الأصل في المعنى الشعوري للاضطراب كما يشير هذا الربط إلى وظائف الإنسان، كل متكامل تدخل فيه الوظائف الفسيولوجية والسيكولوجية باستمرار كما. تعتمد كل منها على الآخر. (خنتيش، نقادي، 2021، ص89)

* الأمراض السيكوسوماتية من منظور علم النفس الجسدي:

قامت الجمعية الأمريكية بإدراج الأمراض السيكوسوماتية تحت مصطلح عام هو "اضطرابات الأعراض الجسدية" والتي تشمل: الجسدية وتوهم المرض، واضطراب التحويل، واضطراب الألم والخوف من التشوه الجسدي. إن الحضارة الحديثة، رغم تطورها، وضعت الفرد أمام ضغوط رهيبية من فقر معنوي وتفكك روحي، مما جعل "القلق" المحرك الأساسي لهذه الاضطرابات حيث سادت حياة الفرد في تنافس عدواني وغلاء فاحش وانتشار الآفات والجرائم واغتراب وعزلة واضطرابات إكتئابية وغيرها لا تقدر كما ولا كيفاً (الوحيدي، زاهرة، 2022، ص8).

وعرفها أبو النيل: على أنها اضطرابات جسمية مألوفة للأطباء والتي يحدث عن طريقها خلل في جزء أو وظيفة عضو من الجسم نتيجة انفعال مستمر يلزم حياة المريض والتي لا يجدي العلاج العضوي أو الطبي من خلال متابعات دوائية هنا نفعا وحده (غانم، 2015، ص50).

أما "بيار مارتني" رائد المدرسة السيكوسوماتية بين أننا لا نسمي الأعراض بالمرض سيكوسوماتي حتى يثبت وجود صراع نفسي يعاني منه المريض، فالأمراض السيكوسوماتية هي عبارة عن أعراض جسدية فعلية الحدوث بحيث تأثيرها على صحة الفرد بارز لكن المنشأ الأساسي لها هو نفسي لم يجد العقل متنفساً ليخرجها فتظهر آثارها على شكل أعراض وأضرار جسدية مزمنة، بروز العلاقة الوثيقة بين الصراعات النفسية ونوع المرض الذي يعانيه الفرد (حميدي، 2017، ص177).

3- تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية:

3-1 تصنيف ألكسندر (1950): يرى أن الصراع النفسي يتحول إلى إصابة عضوية محددة، وحدد سبعة أمراض أطلق عليها "السبعة المقدسة"، منها: ضغط الدم، الغدة الدرقية، التهاب الجلد العصبي، التهاب المفاصل الروماتيزمي، والقرحة المعدية (عباسة، 2017، ص 128).

3-2 التصنيف الدولي للأمراض: يقسمها حسب نوع الضرر إلى:

3-2-1 أمراض الضرر الحقيقي: أمراض تؤثر على العضو ووظيفته بوضوح (كالربو والقرحة).

3-2-2 أمراض الخلل الوظيفي: أمراض لا تتلف العضو لكنها تعطل وظيفته (كالآلام الناتجة عن التصلب، وصرير الأسنان) (سلامي، 2008، ص 123).

3-3 تصنيف بيار مارتي (Marty, P):

3-3-1 الجلد والقلق: كالصدفية، الثعلبة، والحكة التوتيرية.

3-3-2 السرطان: ربط أنواعاً منه بالوضعيات الصراعية (كثدي والدم والرئة).

3-3-3 الحساسية: كالأكزيما والربو.

3-3-4 الجراحة: اعتبر مخلفات العمليات وعدم التئام الكسور اضطرابات سيكوسوماتية.

3-4 تصنيف فيصل محمد خير الزراد (2000): جمع فيه تصنيفات متنوعة:

3-4-1 اضطرابات النوم: كالمشي أثناء النوم تعبيراً عن الضغط النفسي.

3-4-2 ادعاء المرض: اختلاق أعراض جسدية للهروب من الضغوط.

3-4-3 اضطرابات النطق: مثال التأتأة الناتجة عن بيئة أسرية مؤذية.

3-4-4 أورام وتحولات: أورام حميدة أو أعراض جسدية ناتجة عن صدمات قوية (عباسة، 2017، ص 129-134).

3-5 تصنيف الاضطرابات تبعاً للجهاز المصاب:

3-5-1 الجهاز الهضمي: القرحة، القولون، السمنة، وفقدان الشهية.

3-5-2 الجهاز التنفسي: الربو وحساسية الأنف.

3-5-3 القلب والدوران: عصاب القلب والذبحة واضطراب ضغط الدم.

3-5-4 الاضطرابات الجلدية: الأكزيما، حب الشباب، وتساقط الشعر.

3-5-5 الاضطرابات الجنسية: البرود، اضطراب الحيض، والعقم النفسي.

3-5-6 الجهاز العضلي والهيكلية: آلام الظهر (اللмбаغو) والروماتيزم.

3-5-7 اضطرابات أخرى: كالصداع النصفي والسكري واضطرابات الغدد.

3-5-8 أمراض الجهاز الدوري (cardiovascular diseases): (شفيق، 2018، ص 118. 119)

تعتبر أمراض القلب والأوعية الدموية السبب الرئيسي للوفيات في العالم، وترتبط بشكل وثيق بأسلوب الحياة والضغوط النفسية، هناك عدد من المظاهر الإكلينيكية لأمراض القلب والأوعية الدموية نذكر منها:

*ارتفاع ضغط الدم (Hypertension): يرجع غالباً إلى التوتر الانفعالي المستمر الذي يؤدي لزيادة إفراز الأدرينالين، مما يرفع سرعة نبض القلب ويقلل مرونة الشرايين.

*تصلب الشرايين (Atherosclerosis): يرتبط بالعادات السلوكية السيئة كالتدخين و الغذاء المشبع بالدهون، مما يؤدي لترسب الكوليسترول في جدران الشرايين.

*الجلطة القلبية (Myocardial Infarction): تحدث نتيجة انقطاع تدفق الدم في عضلة القلب، و تسبقها غالباً آلام شديدة في الصدر تمتد للكتفين والذراعين.

*اضطراب ضربات القلب (Arrhythmia): يؤثر الضغط الانفعالي الحاد على النشاط الكهربائي للقلب، مما يسبب خفقاناً أو اضطراباً في النبض.

***عصاب القلب (متلازمة داكوستا):** اضطراب ذو منشأ نفسي يتمثل في آلام الصدر وضيق التنفس دون وجود آفة عضوية واضحة، وغالباً ما يرتبط بالخوف من الموت.

***السكتة الدماغية:** ناتجة عن توقف تدفق الدم إلى أجزاء من الدماغ، وتعتبر حالة طوارئ طبية ترتبط بفرط ضغط الدم والكوليسترول (شفيق، 2018، ص 124-127).

***اضطراب ضربات القلب (اللغظ) Arrhythmia Cardiac :** يؤثر الضغط الانفعالي الحاد على النشاط الكهربائي للقلب من خلال الأداء المرتفع للجهاز العصبي، أدلت بعض الدراسات أن المصابين باضطراب ضربات القلب، يسلطون كل اهتمامهم لما يحدث لهم من تغيرات في نبضات القلب أو عمل القلب ككل عن حدوث الأزمات حيث ينتاب المريض القلق من أن تصيبه متاعب أخرى مما يقوي لديه العرض المرضي، خاصة وأن اللغظ يكثر في الحالات الانفعالية القوية والمفاجئة. تختلف حدة هذه الحالة بين الناس، فاللغظ رد فعل غريزي يستمر بصورة مرضية مع استمرار حالة التوتر الانفعالي.

***عصاب القلب أو متلازمة الجهد أو متلازمة داكوستا:**

هذا الاضطراب ذو منشأ نفسي يؤدي إلى اضطرابات في عمل القلب تتجسد أعراضه في الارتعاش، والخفقان، وتشنج في القلب، وقصر في التنفس، والإحساس بالألم والتعب لأقل مجهود، يصاحب ذلك أيضاً "خوف الموت"، وعادة ما توجد عوامل مرتبة كحدوث مرض للقلب أو إصابة ما، لا بد من إجراء فحص طبي دقيق قبل تشخيص المريض على أنه اضطراب سيكوسوماتي لكثرة وجود مثل هذه الأعراض في أمراض القلب العضوية.

تشير الدراسات الحالية إلى أن نصف المرضى المحولين إلى عيادات أمراض القلب لا يعانون من أي آفة عضوية، بل يعانون من القلق الذي غذته ملاحظات طبيب آخر، مما يولد لديهم الاعتقاد بأنهم مصابون بمرض ما، تعتبر هذه الأعراض غالباً استجابة للضغوط النفسية والانفعالات الحادة في حين يكون القلب سليماً من الناحية العضوية.

هناك عوامل ثانوية تؤدي إلى أمراض قلبية مؤقتة كتعاطي المخدرات، والتدخين، والإفراط في تناول القهوة.

الخوف الدائم من الموت والمكاسب الثانوية التي يحققها المريض (مثل جذب اهتمام الآخرين ورعايتهم) يعتبران من العوامل المهمة في الطب السيكوسوماتي ولدى مرضى عصاب القلب خاصة.

*السكتة الدماغية أو الجلطة الدماغية:

كانت تعرف بالإنجليزية سابقاً بالحادثة الوعائية الدماغية (CVA)، تنتج السكتة الدماغية عبر توقف أو عرقلة شديدة لتدفق الدم إلى واحد من أجزاء الدماغ، مما يحرم أنسجة المخ من الأكسجين والمواد المغذية الحيوية. تتعرض خلايا المخ للموت خلال دقائق قليلة، لذا فالسكتة الدماغية هي حالة طوارئ طبية والعلاج الفوري لها أمر بالغ الحيوية فيمكن من خلال العلاج الفوري تقليل الأضرار للدماغ ومنع المضاعفات المحتملة ما بعد السكتة.

يعتبر رفع مستوى السيطرة على معظم عوامل الخطر للإصابة بالسكتة الدماغية (مثل فرط ضغط الدم، والتدخين، وفرط الكوليسترول في الدم) هو السبب الرئيسي للانخفاض الملحوظ في حالات السكتة الدماغية. (شفيق، 2018، ص 126. 127)

4- خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية:

- نوع من السيطرة والإلحاح على العضو المصاب.
- وجود أساس فسيولوجي للاضطراب
- تشمل الأعضاء والأحشاء التي تتأثر بالجهاز العصبي الذاتي وهنا لا تخضع الى الضبط الإرادي، مع وجود تغيرات قد تهدد الحياة. (خنتيش، نقادي، 2021، ص 93)

ويذكر عبد الرحمان عيسوي الخصائص التي تتميز بها الامراض السيكوسوماتية:

* تختلف الأمراض السيكوسوماتية عن الأمراض العضوية من خلال أن الانفعالات تلعب دوراً أساسياً فيها سواء من ناحية بدنها أو عودة الأعراض، وتختلف عن الأمراض العقلية بوجود اضطراب في الوظيفة مع إصابة العضو نفسه.

* توجد فروق بين الجنسين (النساء والرجال) في ظهورها.

*نذكر من أشكال الاضطرابات السيكوسوماتية: الربو، الضغط الدموي، قرحة المعدة، الحساسية، اضطرابات الدورة الشهرية للمرأة (شحاتة، 2023، ص 189).

5- الأعراض النفسية للاضطرابات السيكوسوماتية:

- *تحول الطاقة النفسية الحبيسة إلى آلام جسدية وعضوية ملموسة.
- *السيطرة المستمرة لمشاعر الخوف وفقدان الأمن النفسي لدى المريض.
- *محاولة تجنب المسؤولية والتعبير عن التذمر من خلال ظهور أعراض مثل ارتفاع الضغط الدموي.
- *الانشغال المفرط بسلامة وظائف الجسم والميل نحو توهم المرض.
- التأثر الشديد بالتعرض للظروف الاجتماعية والاقتصادية الضاغطة المحيطة به.
- *تؤكد الدراسات أن هناك علاقة بين الأمراض التي يصاب بها الشخص والصراع الكامن فظهور الحساسية الجلدية لها علاقة بالرغبة في البكاء المكبوت أما الربو مرتبط بفقدان الحب والامان والرغبة في الحماية أما القرحة المعديّة لها علاقة بالرغبة في مثاليه الأعمال وكمالياتها.
- *شعور دائم برغبة في الاعتمادية على الآخرين.
- *مشاعر عدوانية (سلامي، 2008، ص 152-154).

6- العوامل والمحددات الشخصية المؤدية للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية:

6-1 عوامل انفعالية (نفسية):

- فالحرمان من الحب والعطف والاحتواء يكون بمثابة جسر يربط بين الرغبة وتأثر المعدة، وينتج عن فقدان هاته المشاعر مبالغة في العطاء فنرى هذا كثيراً في (الحالات المصابة بالقرحة المعديّة).
- العدوانية ورفض السلطة ومحاولة تجنب المسؤولية والصراع العنيف لمواجهة معضلة وجدانية لا يمكن حلها ولا تجنبها كما يحدث في (حالات ارتفاع ضغط الدم).

- الخوف من فقدان كفقدان الأم أو زوجة الأب التي تقوم مقامها في حالة بعض الأشخاص الذين لم ينضجوا انفعالياً، أو الخوف من فقدان الحب حيث يظل هؤلاء متعلقين بالأم تعلقاً عاطفياً كما في (حالات الربو) (هيدوب، 2016، ص25).

6-2 نمط الشخصية (أ) و (ب) والاستعداد الشخصي:

يتأثر مسار الإصابة بنوع التكوين النفسي للفرد، حيث ينقسم إلى نمطين أساسيين:

- **نمط الشخصية (أ):** يتصف بالسرعة والروح التنافسية الشرسة، لديه عدوانية تجاه الآخر وعصبي ذو ملامح مشدودة، وتشبهاً بهذا الطرح تشير الدراسات في أمريكا بأن الذين يحملون هذا النمط من الشخصية أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب والشرابين التاجية؛ حيث يؤكد ذلك العلاقة الوثيقة بين نوع الشخصية والمرض عند نمط (أ)، أي عندما يتحفز نشاط جهازه العصبي بسبب ضغوط الحياة المستمرة سيظهر على الجسد أمراض عضوية.
- **نمط الشخصية (ب):** يتميز أصحاب هذا النمط بعكس تلك الصفات تماماً، حيث يتمتعون بهدوء الأعصاب والتحلي بالصبر، منافستهم محمودة والوقت لديهم كافي، فهذا النوع من الشخصية نادراً ما تصيبهم أمراض القلب والشرابين. وبذلك فإن تفاعل البيئة المليئة بالضغوط مع الاستعداد الشخصي للقلق سينتج عنه حتماً أمراض سيكوسوماتية (هيدوب، 2016، ص26).

6-3 عوامل اجتماعية:

- فالبيئة الاجتماعية تساهم بشكل كبير في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث أن المشكلات اليومية كحوادث الموت أو البطالة، تؤدي إلى تراكم الإجهاد النفسي لفترات طويلة بالتالي حتماً سيؤثر سلباً على جسم الإنسان (هيدوب، 2016، ص25).

6-4 عوامل وراثية:

- إن حياة الجنين تتأثر بالحالة انفعالية للأم والحالة الجسمية والبيئة الداخلية والخارجية، فأي اضطراب يحدث للأم ينعكس على الطفل، وما يحدث للأم فترة الحمل غالباً ما يلزم الطفل بعد الولادة (هيدوب، 2016، ص25).

5-6 اضطراب علاقة الطفل بالوالدين:

● حيث يعتبر العديد من الباحثين أن علاقة الوالدين بالطفل هي الأكثر أهمية في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، أي أن نقص الأمن والحب والخوف من الانفصال عن الأم والحرمان العاطفي والحاجة إلى القبول واضطراب المناخ الانفعالي للمنزل، والقسوة من الوالدين كلها عوامل تؤثر في نمو الطفل نفسياً وانفعالياً واجتماعياً، ففي بحث أجراه "بورسيل" و"ميتز" على مرضى الربو وجدوا أنه يرتبط بصرامة الأم، مما سبب صراعات خطيرة بين الأم والطفل خاصة في فترات التدريب على ضبط الإخراج، مع حدوث تعارض بين رغبات الطفل والأم (هيدوب، 2016، ص25).

7-النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية:

1-7 النظرية التحليلية:

تركز على الصراعات المخبئة في الجانب اللاواعي، وفي هذا الصدد يرى "ألكسندر" إن تحول الصراعات النفسية يؤثر على أعضاء محددة من الجسم بمعنى تأثيره يكون حول أعضاء دون غيرها على حسب نوع كل صراع و أن كل صراع يؤثر في عضو معين ولا يتم بطريقة اختيارية أو عشوائية فمثلا تنعكس مشاعر الاعتمادية والحاجة للحب والحماية على الجهاز الهضمي فتظهر على شكل قرحة المعدة، أما مشاعر الخوف والغضب فتعكس على عضلة القلب والأوعية، أما (Nacht) "ناخت" يؤكد بأن ضعف الأنا هو الذي يحفز الاستعداد للاستجابة المرضية أمام المواقف الانفعالية، أي أن المريض السيكوسوماتي لديه حتمية وهن نفسي مما جعل المرض رد فعل جسدي تجاه الضغوط المعاشة، مثل حالات الهستيريا، يفسر (Dunbar) " دنبر" صفات المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية فيقول أن سمات الشخصيات تتشابه بتشابه الإصابة، مثلا مرضى "الربو" لو نرى في صفاتهم الشخصية لوجدنا تجانس ملحوظ في ردود الأفعال والتفاعل مع المواقف ونمط الشخصية عموماً (طراد، 2021، ص104).

(105)

2-7 النظرية الفيزيولوجية :

يفسر كل من "بافلوف، كانون" بواسطة هذه النظرية الاضطراب السيكوسوماتي من خلال العمليات العصبية والفسيولوجية، يرى بافلوف أن عند حدوث خلل في "اللحائية الحشوية" سيتأثر ويختلط عمل الهرمونات بالتالي تجعل أعضاء الجسم هي التي تعبر كالبطن والقلب، لأن القشر الدماغي (اللحاء) لها

أهمية بالغة في إرسال المنبهات وإعطاء الأوامر للهرمونات ليتم إفرازها بشكل منظم ويتم عملها بشكل داخلي وطبيعي، بدل من عمل أعضاء خارجية من الجسم، أما "كانون" أدلى بأن إفراز الأدرينالين إذا زاد عن حده فإن الجسم يبدي رد فعل، أي عند الوقوع في موقف مقلق أو مخيف يتم إفراز هرمون الأدرينالين لكي يأخذ الجسم وضع الهروب أو الحماية وتظهر التغيرات الجسمية كسرعة خفقان القلب والتعرق وزيادة التنفس، لكن إذا لم تتوقف هذه الأعراض فور الأمان فإنها تتحول إلى استجابة جسدية (ظهور المرض). (طراد، 2021، ص 102. 103)

وقد قسم **selye** ردود أفعال الكائن الحي تجاه المثيرات الخارجية إلى ثلاث أقسام:

***مرحلة الإنذار:** تكون بمثابة رد فعل أولي أو تجهز جسمي، يستدعي فيها الجسم قواه الدفاعية

فيستعد للمواجهة وتتحفز التغيرات الكيميائية لديه (ضغط الدم، السكر، ضربات القلب) للتعامل مع الوضع.

***مرحلة المقاومة:** إذا واصل الموقف الضاغط فالجسم يكون في مرحلة الصبر ومحاولة التكيف مع الموقف، وهذا ما يجعل الأمراض التكيفية (سيكوسوماتية) محتملة الظهور بعد جهد الجسم في المقاومة.

***مرحلة الإنهاك:** تبدأ الدفاعات في الإنهيار والجسم يتوقف عن محاولة التأقلم والصبر، فيحدث فشل في المقاومة ويصيبه العجز عن المواصلة بشكل عام وهذا ما يزيد الأمراض خطورة (طراد، 2021، ص 103).

7-3 النظرية السلوكية المعرفية:

التوجه السلوكي يسلط الضوء على فكرة التعلم أي أن حدوث الاضطراب ما هو إلا نتاج عملية تعلم من العادات كوسيلة تخفيف القلق أو التوتر عن طريق الإشراف (طراد، 2021، ص 106).

أما التوجه المعرفي يركز على كيفية التفكير والنظرة التي نوجهها للأمور بصفة عامة، إن ظهور المرض هنا يعتمد على الطريقة التي ندرك بها المواقف، فإذا أدرك الفرد الموقف على أنه كارثي وخارج عن السيطرة فسيكون هذا الإدراك عامل مساهم في ظهور الاضطرابات النفسجسدية، أما إذا يدرك العكس فسيحافظ الفرد على جهازه العصبي وكيانه النفسي عموماً.

إن تراكم الضغوطات والانفعالات يولد كبتاً مستمراً للمشاعر السلبية لتتخزن في الجسم لوقت طويل ثم تظهر على شكل أعراض جسدية فتاكة، وفي هذا نجد "غراهام" حدد عناصر الاضطراب وهما عنصرين مهمين في الاضطراب السيكوسوماتي هما ما يشعر به الفرد، وما يرغب في فعله فإذا تناقض العنصرين سيبرز المرض السيكوسوماتي (ماكني، عبد اللاوي، 2024، ص26).

8- أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية:

هناك العديد من الأسباب تحفز ظهور هذه الأمراض:

* حسب ما أوضحه "حامد عبد السلام زهران" أن هناك علاقة مباشرة بين ما نحس به (الانفعالات) والجهاز العصبي الذاتي أن يقوم المهاد بترجمة القلق والتوتر بتغيرات في وظائف أعضاء الجسم، ومع مرور الوقت تتحول هذه الانفعالات من القلق والتوتر إلى أعراض جسدية مزمنة تؤثر على الفرد ونمط حياته.

* "أحمد عكاشة" يوضح بأن كبت المشاعر وعدم التعبير عن القلق والتوتر يحدث خلل في الجهاز العصبي اللاإرادي (السمبثاوي والباراسمبثاوي) وهذا يؤدي إلى اختلال في وظيفة العضلات الملساء وزيادة أو نقص في إفراز الغدد، وفي الأخير يظهر المرض السيكوسوماتي.

* "سناء أبو حسين" أن نقص الإحساس بالأمن، وفقدان الحب، والحرمان، مع جو فيه الظلم والعدوان، كل هذه عوامل قوية تجعل الضغط النفسي ينفجر في شكل أمراض جسمية (شحاتة، 2023، ص 188).

9- الهدف من دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية:

-تحديد الأنماط النفسية الخاصة بكل مرض جسدي، للتنبؤ بالمرض قبل حدوثه والعمل على العلاج الوقائي.

-الوصول بالمريض لوضع أكثر توازن من الجانب النفسي والجسدي.

-الوصول بالطبيب الجسدي إلى التفتح الفكري فيصير لا يرى الضرر العضوي فقط وإنما يعمل على منع تطور الحالة النفسية التي تسبب المرض الجسدي.

-تحسين المستوى العام للحياة الإنسانية والوصول بالبشر لأفضل مستوى صحي وعقلي ممكن (مغداد، ديداوي، 2025، ص24. 25).

10- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:

يطرح تشخيصها عدة إشكالات، بداية من المهارات المعرفية من طرف للأخصائي، في هذا الصدد ذكر كل من إدوارد ويس **weiss** وانجلش **English** في كتابهما عن الطب السيكوسوماتي (1950) أن هناك ملاحظات هامة في تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية يجب أخذها بعين الاعتبار من أجل تشخيص جيد من أبرزها:

- تتبع التاريخ الأسري للمريض.

- تتبع تاريخ الحالة للمريض، للوقوف على الجوانب المرضية والسوية لديه.

- التردد المستمر للحالة على عيادات الطبيب، وإجراء كافة الفحوص والتحاليل والاختبارات الطبية دون وجود سبب عضوي واضح يفسر شكوى المريض.

-تتبع السياق الاجتماعي للحالة، للكشف عن الضغوط الخارجية المساعدة على انفجار لمن لديه استعداد داخلي.

- البحث عن الرمزية التي يرمز إليها اضطراب العضو الذي يشكو منه المريض.

* وقد وضع الإصدار الخامس للدليل التشخيصي DSM 5، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، والمتعلق بتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية معايير تتمثل فيما يلي:

A_ واحد أو أكثر من الاعراض الجسدية المؤلمة أو التي تؤدي إلى تعطيل كبير في الحياة اليومية.

B- أفكار أو مشاعر أو سلوكيات مفرطة متصلة بالأعراض الجسدية أو المخاوف الصحية المرتبطة بها كما تتجلى بواحد على الأقل مما يلي:

1- افكار غير متناسبة مستمرة حول خطورة أعراض الشخص.

2- استمرار مستويات القلق مرتفعة حول الصحة أو أعراض الشخص.

3- الوقت والطاقة المفرطين والمخصصين لهذه الأعراض والمخاوف الصحية.

C- الحالة العرضية تبقى مستمرة عادة أكثر من ستة أشهر.

مع مراعاة عند التشخيص إلى تحديد:

-تحديد ما إذا كان مع ألم مسيطر: وتعني الأشخاص الذين تنطوي أعراضهم الجسدية على الألم.

-تحديد ما إذا كان مستمر: وهنا يمكن تمييز أعراض حادة وضعف ملحوظ لمدة تفوق ستة أشهر.

-تحديد شدة الحالة: والتي تتراوح بين:

*خفيف: يبدي أحد الأعراض المحددة في معيار B.

*متوسط: يبدي إثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في معيار B.

*شديد: يبدي إثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في معيار B، بالإضافة إلى تواجد شكاوي جسمية

متعددة أو عرض جسدي واحد شديد جدا (بن سي علي، 2022، 109، 110).

11- التشخيص الفارقي للاضطرابات السيكوسوماتية: في بعض الأحيان نجد بعض الاضطرابات

تتقاطع في مؤشرات حدود أعراضها مع اضطرابات أخرى وهذا ما قد يشكل لنا تشخيص غير سليم ومن

ثم علاج غير فعال وفيما يأتي الشرح لذلك:

11-1 المرض سيكوسوماتي والمرض العضوي: فهما يتميزان بخلايا العضوي حقيقي رغم صعوبة

التفريق بينهما إلا أن عطوف ياسين قدم طرحا مفاده أن المرض سيكوسوماتي يعود سببه بالدرجة الأولى

إلى التأثير بصدمة نفسيه اما المرض العضوي فأسبابه واضحة اصابة عضو ما او وراثيه ولديه نوعين اما

وظيفة يمس بوظيفة العضو وأما تلف يمص العضو بحد ذاته.

11-2 الاضطراب السيكوسوماتي والهستيريا: فان مرض السيكوسوماتي يكون نتائج إصابة فعلية في

الأنسجة والجهاز العصبي اللاإرادي، أما الهستيريا أعراضها تكون تخيلية او مختلقة بطريقه لا شعوريه

والخلل هنا يمس الوظيفة أي يقع في الأجهزة العصبية الإرادية لتحقيق مآرب نفسية تتهرب من المسؤولية،

الدعم، كسب العطف.

11-3 الاضطراب السيكوسوماتي وتوهم المرض: يكون لدى المصاب توهم المرض انشغال تفكيري حول وظائف البدن ومؤشراتها وخوف شديد من الإصابة بمرض خطير، اعتقادات راسخة رغم سلامة الفحوصات.

11-4 الاضطراب السيكوسوماتي و اضطراب الجسدية: في الاضطراب السيكوسوماتي تكون الإصابة في جهاز عضوي واحد والخلل يكون مباشر وملحوظ أما في اضطراب الجسدية الإصابة تمس أعضاء مختلفة في الجسم في نفس الوقت وقد تبدأ شكاوي الفرد قبل 30 سنة و تدوم لعدة سنوات، أما معايير التشخيصية تتوقف على ما يلي:

-عرضين من أعراض الجهاز الهضمي كالتقيؤ والغثيان.

-عرض جنسي كمرض تناسلي.

-آلام في مناطق مختلفة من الجسم كآلام الرأس والمفاصل

-عرض عصبي كاذب كالشلل أو فقدان التوازن. (مناع، 2018، ص 61-63)

جدول رقم (02): ملخص لأهم الفروق الجوهرية في التشخيص الفارقي للاضطرابات السيكوسوماتية:

وجه الاختلاف	الإضطراب السيكوسوماتي	الاضطراب الهستيري	اضطراب الجسدية	توهم المرض	المرض العضوي
نوع الإصابة	إصابة فعلية وخلل عضوي حقيقي في الأنسجة.	خلل وظيفي مع سلامة العضو	شكاوى بدون سبب طبي	انشغال مفرط وخوف من حدوث مرض.	إصابة عضوية واضحة (في الوظيفة أو تلف العضو الذي يقوم بالوظيفة)
الجهاز العصبي	يمس الجهاز العصبي الإرادي	يخص الأجهزة العصبية الإرادية	تمس أجهزة متعددة في آن واحد	انشغال بالوظائف العامة	أسباب عضوية أو وراثية

طبيعة الأعراض	اضطرابات مزمنة	أعراض خيالية لا شعورية بهدف كسب عطف، أو الهروب	تقف على معايير تشخيصية مذكورة ضمن التشخيص الفارقي	اعتقادات ثابتة رغم سلامة الفحوصات الطبية	العرض ناتج عن خلل في العضو
عدد الأعضاء	يصيب عضوي واحد	إصابات (شلل..)	أعراض مختلفة في أعضاء مختلفة من الجسم	يشمل وظائف البدن	يمس العضو أو الوظيفة
السبب الأول	ناتج عن عامل انفعالي	ناتج عن صراعات لا شعورية	مرتبط بكرب نفسي واجتماعي	اعتقاد خاطئ بوجود مرض رغم السلامة العضوية	ذات أسباب بيولوجية

12- علاج الاضطرابات السيكوسوماتية:

12- علاج الاضطرابات السيكوسوماتية:

الحديث هنا ليس لمرض جسدي ظاهر بل معنى أعمق من هذا، المرض الجسدي الذي له منشأ نفسي يفتك بالفرد نفسيا وجسميا مثل ضيق التنفس، الاكزيما...

يشمل علاجها عدة طرق مختلفة:

12-1 العلاج النفسي: تكمن فعالية العلاج النفسي في تعامل الأهل مع المعالج لضمان تحسن أفضل، لأنه يعمل على البحث في العوامل العضوية والنفسية والاجتماعية التي تكون بمثابة جسر لظهور الاضطرابات، يشمل العلاج النفسي مختلف العلاجات نذكر فيما يلي:

12-1-1 العلاج النفسي المتمركز حول مسببات المرض: يركز هذا المنحنى العلاجي على فهم وتحديد الأسباب الحقيقية والكيفية التي نشأ بها الاضطراب، ومن ثم شرح آليات ظهوره للمريض وتفسير أعراضه السيكوسوماتية؛ والهدف من ذلك هو زيادة وعي العميل بالدور الأساسي الذي تلعبه انفعالاته بسماتها الشخصية في إحداث هذه العلة الجسدية.

12-1-2 العلاج المتمركز حول العميل: هو أسلوب روجرزي نسبة لكارل روجرز يعتمد على خلق علاقة ثقة قوية بين المريض والمعالج (اتصال حميم) بهدف استبصار المريض بنفسه وتخفيف حدة استجاباته الدفاعية.

12-1-3 العلاج النفسي التدعيمي: تشجيع المريض وتدعيمه على تجنب المواقف التي تجعله ينفعل ومواقف الاجهاد العقلي والنفسي المستمر لكي يحظى بالراحة النفسية.

12-1-4 أسلوب التفرغ والتنفيس: هي طريقة شائعة في الجانب التحليلي بحيث يعمل على تحفيز الراحة والهدوء من خلال التنفيس أي العمل على امتصاص كل العوامل المكبوتة عند المريض (قادير، مرابط، 2021، ص59.58).

12-1-5 التدريب على الاسترخاء: تعليم المريض إرخاء جسمه بطريقة منظمه مع التركيز على المشاعر التي تساعد المريض على الوعي بالضغط النفسي الذي يعانيه، وقد اثبتت الابحاث انه يخفف من الصداع النصفي، ضغط الدم، الربو، لأنه يحفز إفراز المخ "مورفينات" تخفف التوتر.

12-1-6 العلاج النفسي الجماعي من ذوي حالات مشابهة الأعراض: يعتمد بدرجة أولى على الإحساس بالانتماء فيعمل على جمع حالات من نفس المعاناة ويتم تقديم لهم العلاج المناسب مثل السمعة، القرحة المعدية، في نفس الوقت هناك حالات أخرى يتم علاجها فرديا ولا ينطبق عليها العلاج الجماعي مثل الاضطرابات الجنسية كالعنة والبرود الجنسي (قادري، مرابط، 2021، ص59).

12-1-7 التغذية الراجعة البيولوجية: يتم فيها استعمال أجهزة إلكترونية لمراقبة المريض لتغيير العمليات الفيزيولوجية لديه عن طريق التأثير الفكري على الجسم بهدف تعليمه كيفية التحكم في بعض الوظائف الجسمية اللاإرادية (الجهاز العصبي المستقل) مثل في حالات ضغط الدم، التوتر العضلي، فبالتالي يصبح المريض قادرا على الإدراك والوعي بآثار الضغط والتخفيف منها بواسطة الفكر من خلال استخدام الأجهزة الإلكترونية كجهاز الرسم الكهربائي لوظائف القلب أو الدماغ (قادير، مرابط، 2021، ص60).

12-1-8 الأسلوب المعرفي السلوكي: يهدف إلى تحسين حالة الفرد الذهنية من خلال تغيير طريقة التفكير وتعديل السلوك الذي ينتج عن ذلك التفكير، فالمعالج هنا لا يركز على الأعراض الظاهرة وإنما يعمل على البحث في أسباب المشكلة (قادير، مرابط، 2021، ص60)

12-2 العلاج الدوائي: يظن هذا النوع من العلاج جانبيين:

12-2-1 العوامل الدوائية المناسبة للحالة الجسدية: يتم وصف هذه الأدوية حسب الأعراض الجسدية الظاهرة بناء على تشخيص السريري، قد تشمل هذه الأدوية مسكنات الألم، أدوية القلب، أدوية الجهاز الهضمي يهدف هذا العلاج الى تحسين عامل الحالة الصحية للمريض.

12-2-2 العلاج بالأدوية النفسية (المؤثرات العقلية): عندما يكون الهدف من العلاج تحسين حالة المريض النفسية من خلال إدراك الطبيب بالعامل المؤثر (العقل على الجسم) ، يتم اللجوء إلى وصف الأدوية كمضادات الاكتئاب أو مضادات القلق للحالات التي تعاني من ضغوط مزمنة بهدف التوازن بين الصحة النفسية والجسدية للمريض، فمستوى المشكلات النفسية والعاطفية هو الذي يحدد إلى أي مدى يمكن احتياج المريض الأدوية النفسية.

12-2-3 العلاج الوهمي: يعتمد على إيمان الفرد بفعالية الدواء وكفاءة، بحيث يقدم للمريض دواء بدون مفعول كيميائي من خلال تصديق المريض بجودة العلاج وإمكانية التحسن يعمل المخ على إفراز مواد طبيعية مثل الاندروفين والدوبامين فيخف الألم و تتحسن الحالة النفسية نتيجة تأثير النفسي، يمكن أن يكون العلاج الوهمي فعالا في بعض الحالات مثل الألم المزمن، الأرق، اعراض التوتر (راشدي، بالهاسمي، 2024، ص60. 61).

13- علاقة القلق بالاضطرابات السيكوسوماتية:

إن تحول القلق إلى أمراض جسدية يزيد من حدة قلق الفرد ويرفع نسبة خوفه، وهذا القلق يسمى "بالقلق التحولي" حيث يتحول القلق النفسي إلى عرض جسمي " كالصداع النصفي، أو ارتجاف الأطراف أو أوجاع في مفاصل الجسم"، ويعود هذا إلى التوتر والقلق النفسي الداخلي إذ حدث عبر العقل اللاوعي إلى آلام وأعراض جسدية معينة لها علاقة بما يختزله اللاوعي من خبرات سابقة كأحداث أليمة ، فمثلا يتحول القلق النفسي إلى ضيق التنفس في حال ضغط قلق حول مستقبل الشخص أو عمله حيث تكون الأعضاء الجسدية سليمة ولا يوجد أي مرض جسدي يفسر ضيق التنفس، أو فقدان المفاجئ للقدرة على المشي (شلل قلق تحولي) فهنا يترجم القلق المكتوم على شكل شلل أطراف كوسيلة تشفير للقلق، أو تحويل القلق النفسي إلى فقدان البصر في حال رؤية منظر مهدد لكيان الفرد النفسي، وهنا بإخراج القلق على شكل أعراض جسدية وهذا التشفير يؤدي إلى الراحة النفسية المؤقتة لكنه يؤدي إلى ما يعرف بالقلق

الثانوي الذي يحول هذه الأعراض الجسدية إلى الإصابة بمرض عضوي وما يتم عن ذلك من فحوصات غير مجدية، غالبا ما تتدرج هذه الحالات تحت ما يسمى البنية الهستيرية أو الاضطراب التحولي (hysterical stfucture).

إن نحن لا نخص بالحديث عن اضطراب وسواسي يغرق في الأفكار ولا عن اكتئاب يستسلم للحزن، بل نحن أمام ميكانيزم دفاعي، في الأعراض الجسدية التي تظهر (كالشلل، الصداع النصفي..). ليس إلا تشغيلا مترجما قام به الجسد نيابة عن المكبوتات، وبمرور الوقت إذا لم يجد هذا القلق مخرجا، فإنه يترك وراءه شخصية هشة وقلقة وحساسة زيادة عن المعتاد، فتصبح عرضة لتوهم ومخاوف مرضية، وهذا ما يجعل علاج الإنسان لا يتجزأ فهو وحدة (نفس_جسد) يتطلب تدخلا طبيا نفسيا لفك تلك الشفرات الجسدية (كواحدة، حريدي، 2022، ص 35).

14- نماذج من الاضطرابات السيكوسوماتية:

1-14 داء السكري:

1-1-14 لمحة تاريخية لداء السكري:

تعود جذور مرض السكري لآلاف السنين قديما، كان أول من وصف أدوية السكري المصريون الفراعنة في المراجع التي يدون فيها الأطباء ملاحظاتهم أو ما تسمى بالبرديات لديهم 300 سنة قبل الميلاد، تم إطلاق على السكري إسم "ديابيتس ميلتوس"، تعني كلمة ديابيتس (الماء الجاري) إشارة لجريان الماء لدى المريض بمعنى كثرة التبول لدى الشخص المصاب بداء السكري وميلتوس تعني (العسل) نسبة حلاوة بول المريض، أما فيما يخص مساهمة العلماء المسلمين يتقدم العلامة ابن سينا والرازي لوصفه والتفصيل في المرض ومضاعفاته في عام 1000 م، وفي 1779 م أكد الطبيب ماتيو دوبسون Matthew Dobson ان الحلاوة التي يتسم بها بول المصاب بالسكري هو في الحقيقة سكر، أما شيفرول 1815 chevreur استطاع تغيير نسبة الغلوكوز في البول، وفي 1896 اكتشف العالم لانجرهانز langerhens خلايا مسؤولة عن افراز الانسولين داخل البنكرياس وسميت "جزر لانجرهانز"، واللحظة التاريخية التي اكتشف فيها العالمين Danting,Best 1921,1922 الانسولين الذي يفرز من خلايا B في البنكرياس، فكان أول مريض يأخذ هذا العلاج هو "ليونارد جونسون". أما في 1953 م تم اكتشاف العقاقير (الفانبيد) التي تطرح السكري عن طريق الفم، فيعتبر الدكتور ان السكري تهديدا لصحة

العالم، ووضع احصائيات حسب الرابطة الدولية للسكر في سنة 2008 تم إحصاء عدد الذين أصيبوا بمرض السكري 246 200 مليون شخص، متوقع وصول نسبة المصابين في سنة 2025 الى ما يقارب 380 مليون بحيث تمثل 7.3% من سكان العالم (الغزي، 2010، ص 1-2).

14-1-2 تعريف مرض السكري:

يعرف بأنه عبارة عن حالة ارتفاع مزمنة لنسبة السكر أي ارتفاع كمية الجلوكوز في الدم نتيجة لعوامل وراثية وبيئية تتضافر مع بعضها بعض. ويعرف هو مرض مزمن يتميز بكثرة بمؤشرات جسدية تظهر على شكل كثرة التبول والعطش والإحساس بالضعف والوهن وارتفاع مستوى سكر الدم عن المعدل الطبيعي وظهوره في البول.

وتعرفه Netina 1996 بأنه عبارة عن خلل في الطريقة التي يتعامل بها الجسم مع السكر بمعنى هناك اضطراب في عملية تحمل الجلوكوز داخل جسم الإنسان ويكون سبب ذلك هو نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس أو انعدام إفرازه، أو نقص فعالية الأنسولين، مما يسبب زيادة نسبة السكر في الدم وبالتالي يخلط عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتينات والدهون ولا يستفيد الجسم من الأغذية التي يتناولها.

يعرف Nouveau larousse medical مرض السكري على أنه حالة مرضية تجعل الجسم يضيع كميات كبيرة من السكر ويخرج عبر البول وارتفاع نسبته في الدم، والفرق بينهم وبين "السكري الكاذب" (insipide) هو أن السكري الكاذب تزداد فيه كمية البول فقط، بدون إطراح السكر من خلال البول، أما في مرض السكري نجد الجلوكوز في البول مع ارتفاع نسبته في الدم، أي أن هذا المرض يحدث عندما يرتفع السكر في الدم يخرج من البول بسبب الخلل الهرموني الذي يميز هذا المرض، أو بسبب مشاكل "السكري الكلوي". (فكراش، محامدية، 2020، ص 33)

14-1-3 أنواع السكري :

- النوع الأول: يسمى السكري المعتمد على الأنسولين، وهو الأقل انتشارا غالبا ما يظهر عند الأطفال، يحدث من خلال خطأ في الجسم بواسطة أجسام مضادة تعمل على تدمير الخلايا التي تفرز الأنسولين في البنكرياس.

● النوع الثاني: وهو الأكثر شيوعاً في العالم، يظهر بحدوث خلل في مستقبلات الأنسولين أو ما يعرف بمقاومة الأنسولين، فتبقى محاولات الجسم في إفراز الأنسولين بكميات كبيرة لكن بدون جدوى، ويبقى السكر مرتفع في الدم، فالاختلاف بين هاتين النوعين أن النوع الأول يعاني من نقص في إفراز الأنسولين بينما النوع الثاني يفرز الأنسولين بكميات كبيرة. (هولفورد، 2013، ص24.25)

14-1-4 آلية حدوث داء السكري:

ضرورة التعرف على شيئين أساسيين لمعرفة عملية الإصابة بمرض السكري وهما: البنكرياس، الأنسولين.

"البنكرياس" يعرف بأنه غدة تقع تحت المعدة مباشرة، عملها إفراز الأنسولين وأنزيمات تساعد على عملية الهضم، أما "الأنسولين" هرمون يعمل على تنظيم نسبة السكر في الجسم ثم يصل إلى الخلايا، عندما يحدث نقص في الأنسولين أو عدم استجابة الجسم له يتوقف السكر في الدم ولا يصل إلى الخلايا.

فآلية حدوث مرض السكري تتوقف على خلل في تمثيل الكربوهيدرات بسبب نقص أو غياب الأنسولين. عند ارتفاع السكر في الدم على غير طبيعته تعمل الكلية على محاولة إخراج السكر الزائد في البول، وهذا ما يزيد من التبول التبول لدى الفرد المصاب. كذلك عند شعور الفرد ببعض الأعراض كالتعب السريع، الفشل، الرعشة، فقدان الوعي فإن السبب الأساسي يعود لنقص الأنسولين في الجسم (انهيتي، حملاوي، حلوان، 2014، ص79).

14-1-5 أسباب داء السكري:

توجد عدة عوامل تؤدي إلى الإصابة بداء السكري:

- كلما ازداد الإنسان في العمر تنقص خلايا الجسم.
- في فترة الشباب يكون الجنس أكثر عرضة للإصابة بداء السكر هم الرجال، أما في وسط العمر تكون النساء أكثر عرضة للإصابة به بسبب الحمل والولادة.

- توجد علاقة وطيدة بين الزيادة في الوزن والسكري، كذلك الوراثة تلعب دور خاصة عند الصغار والشباب قبل العمر 40 سنة.
- الجسم أحيانا يخطئ ويهاجم خلاياه التي تفرز الأنسولين، وهكذا بسبب خلل فترقع نسبة السكر في الدم.
- أما من الجانب النفسي فنذكر أن الضغوطات النفسية والتوتر يجعل الجسم يفرز هرمونات تزيد من نسبة السكر في الدم، ومن ثم يتأثر البنكرياس.
- اثناء فترة الحمل المشيمة تفرز هرمونات تستطيع تعطيل عمل الأنسولين، ويسمى هذا بسكر الحمل (عبد الحاكم، 2022، ص17).

14-1-6 أعراض مرض السكري:

14-1-6-1 الأعراض الجسمية:

- تزايد الرغبة في الأكل لدى المريض أكثر من المعتاد.
- انخفاض الوزن بدون سبب، وهذا يرجع لخروج الجلوكوز مع البول ولا يستفيد منها الجسم.
- الإحساس بالتعب والفشل لأن السكر لا يصل للخلايا في الجسم وهذا ما يسبب سرعة الإرهاق.
- كثرة التبول نتيجة شرب الماء بكمية كبيرة بسبب شحوب فمه.

14-1-6-2 الأعراض النفسية:

- عامل القلق والتوتر وصعوبة في التعايش النفسي مع وضعيته.
- الإحساس بالخجل بسبب وضعيته.
- صعوبة التركيز، كثرة النسيان، صعوبة في حل المشاكل الحياتية. (جعفر، 2018، ص34)

14-1-7 تشخيص مرض السكري:

لمعرفة أن شخص ما مصاب بداء السكري أو لا يتوقف على عدة معايير:

_ يطلب الطبيب من الشخص أخذ عينة من الدم عند صيامه من 8 إلى 12 ساعة، العادي يكون بين 80 إلى 120 ملغ/100مل.

_ حسب معايير الجمعية الأمريكية (ADA) إن وجد نسبة السكر في اللعاب 120 ملغ/100مل فما فوق بعد الصيام فهذا يدل على الإصابة الفعلية بمرض السكري.

-وتعتبر الإصابة مؤكدة إذا وصل السكر إلى 140 ملغ/100 مل فما فوق وهذا حسب معيار منظمة الصحة العالمية (NDDG).

-ولمعرفة نسبة السكر الطبيعية في الدم نرى أن نسبة تتراوح بين 70 و109 ملغ/100مل.

_ وهناك عدة أبحاث أدلت بإمكانية التنبؤ بإصابة شخص ما بداء السكري مستقبلاً، أو حتى الأطفال باستطاعتهم معرفة هل هم عرضة لإصابة أم لا عن طريق فحص الحبل السري أثناء الولادة. (شعبان، الساسي، بن شيخ، 2017، ص54)

14-1-8 علاج مرض السكري:

الهدف الأساسي من علاج مرض السكري هو المحافظة على مستواه الطبيعي للسكر في الدم وتفايدي مضاعفاته واكتشاف المرض خطوة هامة للحفاظ على صحة المريض.

***الرياضة:** من خلال النشاطات الرياضية تزيد قابلية الجسم للاستجابة للأنسولين كذلك تزداد فعالية حرق الدهون المتراكمة في الجسم وباعتباره أساسي في علاج مرضى السكري، ينصح الأطباء مرضى السكري بالمشي يومياً.

***التنظيم الغذائي:** كخطوة أساسية في العلاج لكن لا توجد حمية تنطبق على جميع المرضى فالحمية التي توضع يجب المراعاة فيها نوع السكري و الاحتياجات لجسم المريض مثلاً المريض ذو الوزن الزائد أو الذي لا يمارس أعمال مجهدّة عليه أن يتناول غذاء محدود القيمة الحرارية والعكس، أي أن المريض في غذائه يجب أن يتغذى من النشويات والدهون والفيتامينات والمعادن التي يحتاج إليها جسمه بدرجة أولى.

***الأنسولين:** تدريب المريض على احتقان الإبر المخصصة للأنسولين (الحقن الذاتي) ، وقياس نسبة السكر في دمه بنفسه، فالحقن هي التي تعدل السكر إذا تم أخذها بنظام.

***العلاج النفسي:** على النفساني الوعي بكافة جوانب المريض الاجتماعية والاسرية و المهنية والمعاملة التي يتلقاها، مريض السكري بحاجة لمن يحتويه ويفهمه لمساعدته على التعايش السليم مع المرض. يتم مساعدة المصاب بالسكري بواسطة الأخصائي النفساني من خلال:

***العلاج النفسي التحليلي:** يكون عن طريق المحادثة والتحقق من مشاكل الحالة وتاريخه وتاريخ الاصابة ووضع الفرضيات واختيار العلاج المناسب لحالته.

***العلاج المدعم:** يقوم على تشجيع وتطمين المريض وتوضيح كيف يتعامل مع وضعه بدون خوف وكيف يحمي نفسه وتسهيل عملية تقبل مرضه.

***العلاج بتقنية الاسترخاء:** مساعدته وتدريبه على إرخاء جسمه من خلاله يتمكن المريض من اكتشاف جسمه والتركيز العقلي المتزن وتجنب الضغوط النفسية.

ونرى من خلال ما سبق أنه يجب أن يكون هناك علاج متكامل بين أخصائي نفسي وطبيب مختص بالأمراض الداخلية أو مختص أغذية ومختص بالنشاط الرياضي، ليكون هناك نتائج إيجابية لتحسين صحة مريض السكري (فكراش، محامدية، 2019، ص39)

كذلك نذكر أساليب أخرى تساهم في الحفاظ على الصحة وتجنب المضاعفات:

_ تتبع نظام غذائي صحي لتخفيف من الوزن الزائد وتعديل نسبة السكر في الدم، كذلك ينصحهم الطبيب بالابتعاد عن العجائن، السكريات، المقلبات، والمشروبات الغازية.

-توجد هناك العديد من الأقراص الدوائية المقدمة من طرف الطبيب والمناسبة لكل حالة، تساعد البنكرياس على إفراز الأنسولين.

-العلاج بالأنسولين حيث يستعمل بكثرة عند الأشخاص المصابين بداء السكري من النوع الأول، أو أصحاب النوع الثاني عند عدم فعالية الأقراص.

✓ وتوجد حالات ضرورية للأنسولين مثل: غيبوبة السكر الكيتونية، أثناء العمليات الجراحية، وعند الحوامل.

✓ كذلك طرق علاجية جديدة: مع تطور العلم بدأ ظهور طرق علاجية مثل زراعة بنكرياس، زراعة خلايا بيتا، أو علاج الجيني المسؤول عن المرض. (لحرش وآخرون، 2024، ص 21-23)

أما فيما يخص العلاج الدوائي لمرضى السكري فيعتمد على عدة مجموعات منها ما يحفز الأنسولين (كالسلفونات والغليبيدات) ومنها ما يقلل المقاومة (البيغوانيدات) أو يعطل السكر (مثبطات ألفا غلوكوزيداز)، وهذا التنوع الدوائي قد يشكل ضغطا نفسيا مستمرا على المريض. (بوزيدي، بوقرة، 2016، ص 23).

14-2 ارتفاع ضغط الدم:

14-2-1 تعريف ارتفاع ضغط الدم:

يُعرف بأنه حالة مرضية تتميز بارتفاع مستمر ومزمن في ضغط الدم الشرياني، أو اندفاع الدم بقوة شديدة عبر الشرايين والأوردة، وقد يؤدي هذا إلى أعراض جسمية في أعضاء حيوية بالجسم مثل القلب والعينين والكلَى (غويني، 2016، ص 39).

ويُعرف كذلك ارتفاع ضغط الدم بأنه اضطراب يصيب الجهاز الدوري (الدموي) ويحدث بسبب وجود ضغط دموي مرتفع، ويقاس هذا الاضطراب من خلال مستويين أساسيين هما: الضغط الانقباضي والضغط الانبساطي. ولأنه يتسبب في حدوث الجلطات الدماغية والنوبات القلبية، فهذا يجعله يُصنف كأحد التحديات الصحية الرئيسية عالمياً. وتوضح الإحصائيات أن نسبة كبيرة من المصابين لا يدركون إصابتهم بارتفاع ضغط الدم، وتزيد احتمالية الإصابة به مع تقدم السن (خوري، بوعبد الله، 2018، ص 33).

14-2-2 مستويات قياس ضغط الدم الشرياني:

14-2-2-1 ضغط الدم الانقباضي (S.B.P):

يتكون هذا الضغط داخل الأوعية الدموية نتيجة قوة انقباض البطين الأيسر، والتي تعمل على ضخ الدم إلى مختلف أنحاء الجسم، فيواجه الدم مقاومة من جدران الشرايين التي تكون أضيق من الأوردة، حيث يظهر دفع الدم على شكل نبض بمعنى يتم دفع بقوة الدم المحمل بالأكسجين إلى مختلف أنحاء الجسم.

14-2-2-2 ضغط الدم الانبساطي (D.B.P):

يحدث هذا الضغط نتيجة انبساط البطينين وانقباض الأذنين (مستقبلات الدم)، ويمتاز بأنه أكثر استقراراً من الضغط الانقباضي أي أنه أقل ضغط داخل الشرايين والقلب في حالة من الاسترخاء بين النبضات. (خوري، بوعبد الله، 2018، ص 33-34).

14-3 أعراض ارتفاع ضغط الدم:

ويمكن تصنيف الأعراض كالتالي:

***أعراض الارتفاع الدموي العالي:** تظهر في كثرة التبول ليلاً، الصداع، الدوار، اللام في البدن، عسر التنفس، تغيرات في شريانات شبكية العين، مرض الغدة البروستاتية (كحول، قاسمي، 2023، ص 40).

***أعراض الضغط الدموي قليل الارتفاع:** تظهر مؤشرات تحذيرية تشمل برودة الأطراف، توهج الوجه أو احمراره، صداع نصفي، دوار، اضطرابات في الدورة الشهرية للنساء، والإغماء.

***أعراض الضغط الدموي العالي المعتدل:** تظهر علامات فيزيائية محددة مثل: توسيع الوريد الوداجي، تضيق الشرايينات الدموية في شبكية العين، تغيرات في حجم القلب أو في التخطيط الكهربائي (E.C.G).

***أعراض الارتفاع الأساسي الشديد (المتأخر):** تظهر في الحالات الأكثر حدة مثل الصداع الصريح، التعب السريع، وبطء التنفس. كما يُلاحظ التغير في وتيرة التبول ليلاً، وتضخم في عضلة القلب (كحول، قاسمي، 2023، ص 40-42).

14-4 الفرق بين الضغط الطبيعي والضغط المرتفع:

رغم تميز الضغط الطبيعي بارتفاع أو تذبذب مؤقت عند ممارسة نشاط بدني أو التعرض لضغوط أو انفعالات نفسية، إلا أنه يتميز بالاستقرار لأنه سرعان ما يعود إلى المستويات المعتادة بمجرد الراحة الجسدية والنفسية. أما في الحالات التي يستمر فيها الارتفاع فوق المستويات المعتادة حتى في وضعية الراحة والاسترخاء، فإن هذا يدل على أن الشخص مصاب بارتفاع ضغط الدم. يُعتبر ضغط الدم طبيعياً إذا كانت قياساته دون (90/140) ملم زئبقي، بينما يعد زيادة عن هذا مؤشراً على وجود حالة ارتفاع في ضغط الدم (لعمى، 2022، ص 50).

14-5 أنواع ارتفاع ضغط الدم:

من حيث المسببات ينقسم ضغط الدم إلى نوعين:

ارتفاع ضغط الدم الثانوي: وهو الارتفاع الذي ينتج عن وجود مرض أولي سابق له مما يؤدي إلى اضطراب مستويات الضغط.

ارتفاع ضغط الدم الأولي: يتمثل في عدم وجود سبب عضوي واضح لهذا الارتفاع، ويطلق عليه طبيباً اسم "الضغط الأصلي" (هيدوب، 2016، ص26).

14-6 أسباب ارتفاع ضغط الدم:

تتعدد الأسباب المرتبطة بكل نوع من أنواع ارتفاع الضغط:

مسببات الارتفاع الثانوي: المشاكل المرتبطة بالغدد الصماء، القلب، الكلى، والأوعية الدموية؛ أسباب مرتبطة بفترة الحمل مثل (تسمم الحمل)؛ والتأثيرات الجانبية لبعض العلاجات الدوائية (العلاج بالكورتيزون لمدة طويلة).

مسببات الارتفاع الأولي: رغم عدم وجود سبب واضح إلا أن هناك عدة عوامل مهيئة: الاستعداد الوراثي، الضغوط النفسية والانفعالات المستمرة، الوزن الزائد، وتناول كميات مفرطة من ملح الطعام (هيدوب، 2016، ص26).

14-7 التشخيص:

يمكن في التقييم الشامل الذي يهدف إلى تحديد الأهداف التالية:

- البحث عن أسباب الارتفاع القابلة للعلاج.
- تقييم الحالة السريرية والمخبرية العامة للمريض.
- تقدير مؤثرات المسار العلاجي مثل (الأمراض القلبية).
- تحديد العوامل المهيئة الأخرى كالتدخين ومرض السكري.
- منهجية القياس والتشخيص:

يركز في عملية التشخيص على متوسط عدة قراءات تؤخذ في جلسات مختلفة.
يجب قياس الضغط في كلتا الذراعين في الفحص الأولي لاعتماد القراءة الأنسب.
يمكن استخدام أجهزة المراقبة المتنقلة لمدة 24 ساعة لنتائج دقيقة (كحول، قاسمي، 2023، ص 43).

14-8 علاج ارتفاع ضغط الدم:

يعتمد العلاج على مسارين متكاملين:

14-8-1 العلاج بغير الأدوية (تعديل نمط الحياة):

يساعد تعديل السلوكيات اليومية في السيطرة على الضغط ويشمل:

تخفيض الوزن: توضح الدراسات الارتباط بين انخفاض الوزن وانخفاض ضغط الدم، بحيث أن الانخفاض في وزن الجسم يخفف الجهد عن القلب ويقلل من احتمالية الإصابة بالسكري.

اتباع حمية غذائية: التقليل من الكمية المتناولة من ملح الطعام (الصوديوم)، مما يقلل الاستعداد للإصابة بحدوث الكلى، وضعف العظام والصدمات الدماغية، ويساعد في رجوع عضلة القلب إلى حجمها الطبيعي.

المداومة على الرياضة: لفترة تتراوح بين 30-40 دقيقة لثلاث مرات أسبوعياً، والتوقف عن التدخين للتقليل من مخاطر الذبحة القلبية وأمراض الشرايين والسرطان.

التقليل من التوتر: عن طريق الابتعاد عن مصادر الضغط، الصلاة، وممارسة الرياضة (لبوز، 2021، ص 93. 94).

14-8-2 العلاج الدوائي:

في حالة عدم كفاية العلاج غير الدوائي، يقدم الطبيب وصفة مناسبة مع مراعاة:

- النظر في العمر والجنس والحالة النفسية والأمراض الأخرى قبل اختيار الدواء.

- الهدف هو تجنب الآثار الجانبية والمضاعفات الخطيرة.

– الالتزام بالجرعات المحددة بواسطة الطبيب.

14-8-3- المتابعة النفسية و فنيات العلاج النفسي:

العلاج النفسي التدعيمي المرن: تعديل نمط حياة المريض وتحفيزه على تجنب الانفعال الشديد والإجهاد العقلي.

التدريب على الاسترخاء: تعليم المريض تقليل التوتر العضوي والنفسي.

العلاج النفسي الجماعي: لخلق شعور بالانتماء وتعبير المرضى عن مخاوفهم وصراعاتهم النفسية، مما يخلق بيئة آمنة تعزز الثقة والأمن النفسي لديهم. (لبوز، 2021، ص95)

14-8-4- إزدواجية الإصابة بمرض السكري وضغط الدم:

14-8-4-1 مضاعفات الأمراض المزمنة (ترافق داء السكري وارتفاع ضغط الدم):

أكدت الدراسات أن الأفراد المصابين بداء السكري هم أكثر عرضة للإصابة بارتفاع ضغط الدم مقارنة بالأصحاء؛ وذلك لأن الارتفاع المزمن لنسبة الجلوكوز في الدم يؤدي إلى تصلب الشرايين وفقدان مرونتها، مما يؤدي بدوره إلى ظهور اضطراب في قدرة الكلى على التخلص من الصوديوم، وزيادة حجم الدم، وارتفاع الضغط الشرياني. كما أن مقاومة الأنسولين تساهم في زيادة نشاط الجهاز العصبي الودي، وهذا ما يبرز الارتباط الوثيق بين هذين المرضين؛ حيث تزداد احتمالية الإصابة بخلل في شبكية العين، واعتلال الكلى السكري، وخطر الإصابة بأمراض القلب والسكتات الدماغية نتيجة اجتماع مرض السكري وارتفاع ضغط الدم معاً. (بوشوشة، 2022، ص 85 - 124)

كذلك زيادة الوزن تعتبر عامل مساهم في ارتفاع ضغط الدم لأن لديهم فرط في الأنسولين، ويشير صاحب الدراسة باستعداد الأشخاص الذين لديهم وزن زائد للإصابة بارتفاع ضغط الدم ومرض السكري وارتفاع الدهون الثلاثي Triglyceride مع بعضهم. نستنتج أن العلاقة التي تربط مرض السكري وضغط الدم والسمنة والدهون الثلاثي قوية جداً فهي تؤثر على سلامة القلب والشرايين التاجية (شمسي باشا، 2007، ص33).

14-8-4-2 مضاعفات الأوعية الكبيرة والاعتلال الدماغي الوعائي:

*تزيد احتمالية الوفاة عند مرضى السكري بنسبة تتراوح بين 50% و60% بسبب تصلب الشرايين فهو يعتبر سبب الاول لإنهاء حياة الشخص المصاب بالسكري، ويحدث هذا بسبب الارتفاع في نسبة السكر في الدم التي تسبب تضيق في الشرايين مما يجعل الدم لا يصل للأعضاء بشكل طبيعي.

*تزيد خطر الإصابة بالسكتة الدماغية عند مرضى السكري المصابين بارتفاع ضغط الدم الشرياني (HTA) أي أن السكري يخلق اضطراب في الأوعية بينما الضغط يدفع بدفع لقوة هذه الازدواجية تضخ المخ في منطقة الخطر وهذا خطر إضافي ومرافق (بوزيدي، بوقره، 2017، ص21).

14-8-4-3 المخاطر والمضاعفات المشتركة لازدواجية الإصابة:

تُعد ازدواجية الإصابة بداء السكري وارتفاع ضغط الدم سبباً مباشراً في ارتفاع احتمالية الإصابة بالمضاعفات العضوية؛ إذ يشكل ارتفاع ضغط الدم غير المتحكم فيه جسر عبور للإصابة بمضاعفات السكري أي أن الذي يعاني من ارتفاع الضغط الدموي لديه القابلية للإصابة بالسكري إذا لم يتلقى العلاج المناسب، خاصة ما يرتبط بأمراض الشريان التاجي وخلل شبكية العين. وقد أكدت الإحصائيات أن ما يقارب 70% من مرضى السكري يعانون من ارتفاع ضغط الدم، وأن أغلب الوفيات في هذه الفئة تعود إلى أمراض القلب والسكتة الدماغية الناتجة عن هذه الثنائية المرضية. (المركز الوطني للسكري، د.ت، ص 2)

كما أكدت دراسات عيادية أن ضغط الدم المرتفع يؤدي إلى تلف الأوعية الدموية المغذية للأعضاء الحيوية؛ فيصيب العين مسبباً نزيف الشبكية والنتحات مما يؤثر على الرؤية، كذلك تتأثر الأوعية التي تغذي الكليتين، مما يسبب عطلاً تدريجياً في التخلص من السموم والأدوية، وهذا ما يرفع خطر الإصابة بالسكتة القلبية أو الدماغية. (بوشوشة، 2022، ص 86)

إن هذه المضاعفات لا تقتصر على الجانب العضوي فحسب، وإنما تمتد لتشمل التأثير على جودة حياة المريض؛ فهي تؤثر على نشاطه المهني، والاجتماعي، والشخصي. وتعرض الجسم للمضاعفات المستمرة يؤدي إلى نقص الرضا عن الحياة وتزايد الشعور بالعبء المرضي، وهو ما يستدعي تدخلاً علاجياً ونفسياً لتحسين جودة الحياة. (لحل، 2021، ص 43)

14-8-4-4 استراتيجيات التكفل العلاجي والآثار النفس-اجتماعية لازدواجية الإصابة:

يرتكز البروتوكول العلاجي للازدواجية (السكري وضغط الدم) على مسارين متكاملين:

المسار الأول (تعديل نمط الحياة): من خلال تبني حمية غذائية صحية، كتنظيم كمية الصوديوم (الملح) لتجنب زيادة حجم الدم والضغط على الأوعية، وإنقاص الوزن، والابتعاد عن السكريات والدهون المشبعة. كما تُعد ممارسة النشاط البدني (كالمشي اليومي) والإقلاع عن التدخين علاجات تكميلية تقلل من مخاطر أمراض القلب وتحسن الاستجابة الدوائية.

المسار الثاني (العلاج الدوائي): يتضمن تقديم أدوية متخصصة مثل (حاصرات بيتا، ومدرات البول، ومثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين ACE) للتحكم في الضغط، مع ضرورة إجراء فحوصات مستمرة لشبكية العين، ووظائف الكلى، وتحليل الكوليسترول والدهون الثلاثية لضمان فعالية البروتوكول ومنع الانتكاسات في الأعضاء الحيوية. (المركز الوطني للسكري، د.ت، ص 4-12)

رغم أهمية هذه الالتزامات العلاجية، إلا أنها قد تؤثر سلباً على حياة المريض، إذ تقيد نشاطاته اليومية المعتادة (التغذية، العمل، العلاقات الاجتماعية)، مما قد يولد شعوراً بالنقص أو "الأذى" جراء الصرامة العلاجية، وهذا يضعف بدوره الالتزام بالعلاج ويجعل المريض أكثر عرضة للضغوط النفسية (مثل القلق) نتيجة الصراع بين متطلبات العلاج والرغبة في ممارسة حياة طبيعية. وهو ما يستوجب اختيار بروتوكولات علاجية متوازنة تضمن جودة حياة أفضل وسلامة نفسية للمصاب. (لكحل، 2021، ص

(43)

خلاصة الفصل:

يبرز فصل الاضطرابات السيكوسوماتية الطريقة التي تتحول بها الصراعات النفسي إلى أعراض وشكاوى تؤثر على الحالة الجسدية، كما يفسر عمل الجهاز وكيفية إفراز هرمونات التي قد تؤثر على توازن الجسم، والأخطار التي يسببها اجتماع مرضين في جسد واحد ويخلص الفصل إلى أن المريض السيكوسوماتي في علاجه لابد من تكامل العلاج النفسي مع العلاج العضوي لضمان تحسن فعال.



الجانِب التطبيقِي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- الدراسة الأساسية

1-2 منهج الدراسة

2-2 ميدان الدراسة

2-3 مجموعة الدراسة ومعايير اختيارها

2-4 خصائص مجموعة الدراسة

2-5 تقنيات جمع البيانات في الدراسة

2-6 حدود الدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد

يحتوي هذا الفصل على الإجراءات الميدانية للدراسة، حيث تطرقنا فيه الى الدراسة الاستطلاعية، منهج وميدان الدراسة الأساسية، مجموعة الدراسة ومعايير اختيارها، خصائصها، تقنيات جمع البيانات وأخيرا حدود الدراسة.

1- الدراسة الاستطلاعية:

قبل الشروع في إجراءات الدراسة الأساسية كان من الضروري القيام بدراسة استطلاعية كخطوة تمهيدية استكشافية ولكل دراسة عملية محددة بإشكالية معينة، تحدث الى ملامسة الواقع الميداني ومعاينة الأدوات البحثية. تكون هذه الخطوة بمثابة قياس مدى كفاءة المقابلة العيادية ومقياس القلق لخصائص الحالات المصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، وضمان بساطة المصطلحات لتفادي أي غموض قد يعيق عملية جمع البيانات والمعلومات وتحديد الصعوبات التي قد تواجه البحث في الميدان.

وعليه قمنا بالتوجه إلى المؤسسة العمومية الاستشفائية "دباخ أحمد بن محمد" بولاية المغير في الفترة الممتدة من 15 فيفري الى غاية 2 مارس 2026، تمت زيارتنا لهذه المؤسسة بهدف التعرف على مجتمع الدراسة وإمكانية إجراء الدراسة، كما تمت مقابلة الاختصاصية النفسية والعاملين بمصلحة الأمراض المزمنة من أجل التعرف على طبيعة الأمراض السيكوسوماتية المختلفة والمتواجدة بمستشفى "دباخ أحمد بن محمد". وكذلك التعرف على الخصائص العامة للمرضى من أجل اختيار الحالات الأنسب للدراسة العيادية، وكذا التعرف على الصعوبات المحتملة التي قد تواجهنا قبل الشروع في الدراسة الأساسية، وقد أسفرت نتائج الدراسة الاستطلاعية عما يلي:

- حصر حالات الدراسة في "3" حالات مصابة بأمراض سيكوسوماتية مختلفة خاصة السكري وضغط الدم وإصابة مزدوجة، نظرا لإبداء الحالات استعدادهم التام للتعاون وتقديم المعلومات، كما استنتجنا من خلال هذه الخطوة أن القلق يشكل انفعالا ملحوظا في خطاب هؤلاء المرضى وهو ما شجعنا على الانتقال للدراسة الأساسية بيقين منهجي أكبر

- التأكد من إمكانية تطبيق مقياس قلق حالة - قلق السمة "لسيبلرجر"

- إجراء بعض التعديلات على كيفية طرح الأسئلة بالعامية لتبسيط الفهم والاستيعاب، وتكييف المعنى ليتماشى مع لهجة المتعارف عليها في المدينة.

2- الدراسة الأساسية:

1-2 منهج الدراسة:

إن اختيار المنهج الذي يتناسب وطبيعة الدراسة ضمان لتحقيق أهدافها والوصول الى نتائج عملية دقيقة وموضوعية، تم الاعتماد في دراستنا هذه على المنهج الإكلينيكي القائم على دراسة الحالة، اين يكون التركيز فيه على الفرد بوصفه وحدة الدراسة.

يعرفه (المحمودي، 2019، ص56): "على أنه المنهج الذي يقوم على جمع البيانات والمعلومات العلمية الكثيرة والكافية المتعلقة بأي وحدة حالة فردية أو عدد من الحالات، مؤسسة، نظاما اجتماعيا بهدف الوصول إلى فهم أعمق للظاهرة المدروسة وما يشبهها من الظواهر".

واختيارنا لمنهج دراسة حالة لم يكن عشوائيا بل رأيناه مرتبطا بطبيعة الدراسة والأنسب لها، وهو أفضل المناهج وأدقها وأقدرها على دراسة الحالات الفردية وتحليل الديناميكية النفسية التي تهدف لفهم وتفسير الأسباب الجذرية التي أدت إلى ظهور المرض العضوي وتطوره لدى كل حالة، فالمنهج العيادي يمثل الوسيلة المناسبة للاحتكاك المباشر للحالات، رصد الصراعات الخفية وفهم دور القلق خاصة في عصرنا الحالي مع انتشار أمراض عضوية.

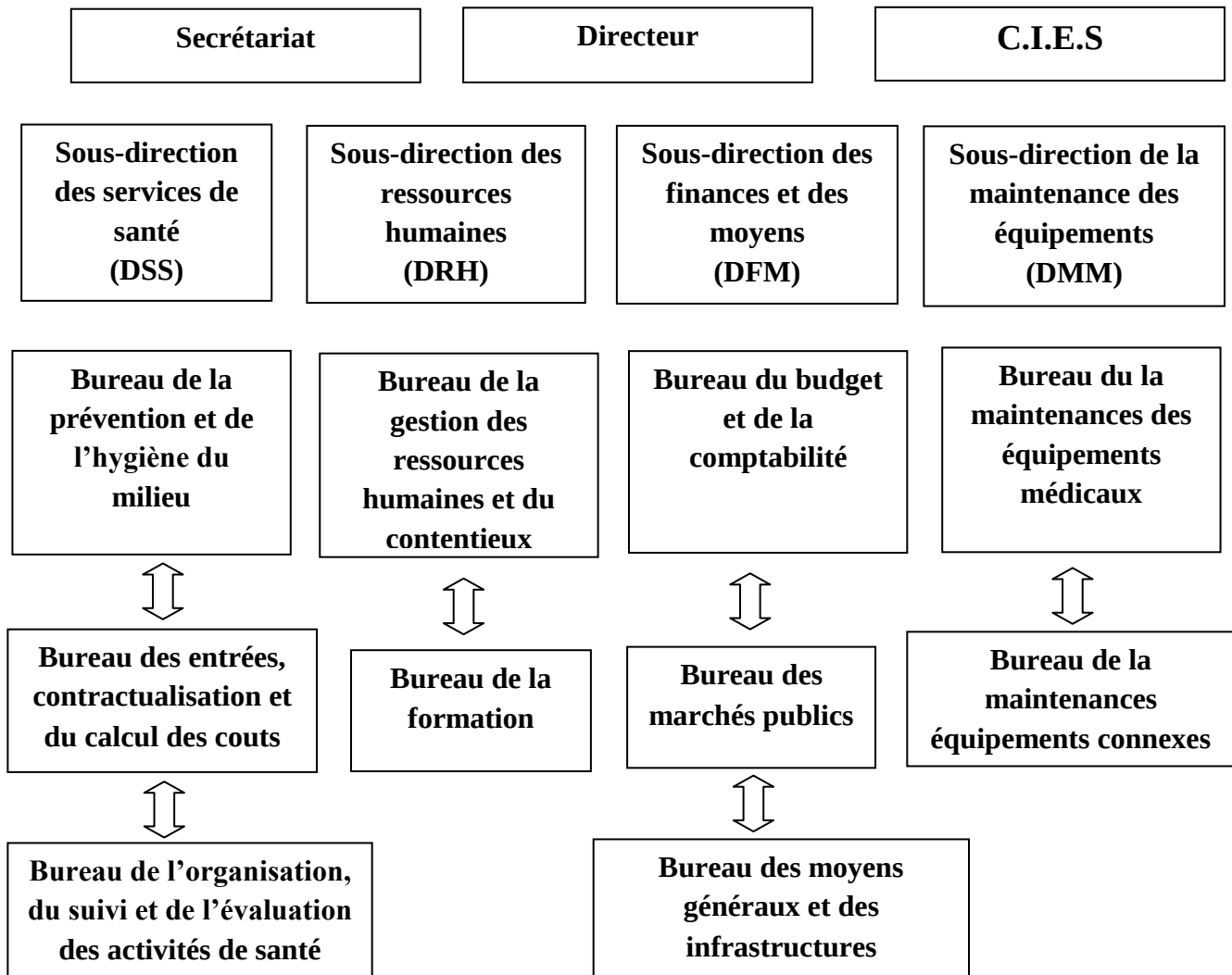
كما أن المنهج الإكلينيكي يساعد على اختصار الوقت والجهد من خلال التركيز على عينة نوعية مما يمكننا بدرجة أكبر من الملاحظة الدقيقة وتطبيق الأدوات العيادية، والحصول على معلومات ثرية قد لا يمكن للوسائل الكمية (كالاستبيانات) تقديمها.

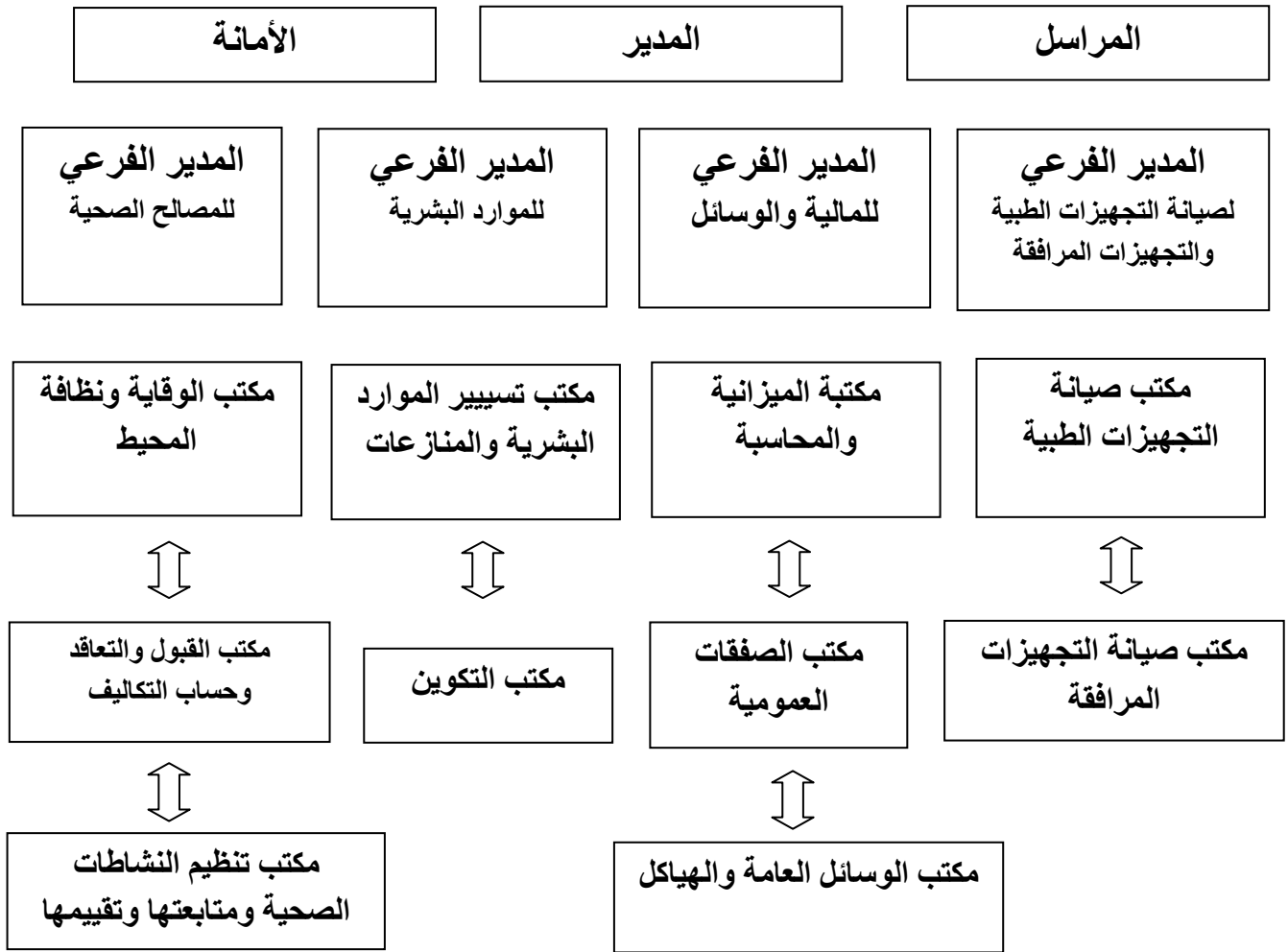
وتتكون عينة الدراسة من 3 حالات، تم اختيارهم بطريقة قصدية (نوعية)، قد اعتمدنا في تقديم البيانات وعرضها بالاكتهاء بذكر الأحرف الأولى من اسمائهم فقط، وذلك التزاما بأخلاقيات البحث العلمي وضمنا للسر المهني، والحفاظ على خصوصية الحالات المبحوثة.

2-2 ميدان الدراسة:

تم إجراء هذه الدراسة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية "دباخ أحمد بن محمد" ولاية المغير، وبالتحديد في مصلحة الأمراض المزمنة.

شكل رقم (01): يوضح الهيكل التنظيمي لمؤسسة دباخ أحمد بن محمد _ ولاية المغير (وثائق المؤسسة 2026):





2-2-1 تعريف بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالمغرب

الحدود الجغرافية: تحد أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالمغرب من:

- ❖ الشمال: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة
- ❖ الشمال الغربي: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية طولقة
- ❖ الغرب: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية أولاد جلال
- ❖ الشرق: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية قمار الوادي
- ❖ الجنوب: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية جامعة

الامتداد:

تمتد المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالمغير على طول الطريق الوطني رقم 03 من سطيل شمالا إلى تندلة جنوبا بحوالي 70 كلم وبعرض 80.73 كلم.

التغطية:

تغطي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالمغير مساحة 5392.80 كلم² وبعدد سكاني يقارب 96425 ساكن نسمة أي بكثافة تعادل 18 ساكن في الكيلومتر مربع الواحد مقسمة على دائرة التي تضم أربع بلديات.

الهيكل الإدارية:

الدائرة: -المغير

البلديات: -المغير

-سيدي خليل.

-ام الطيور

-سطيل

الهيكل الصحية الموجودة:

تحتوي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالمغير على الهياكل الصحية التالية:

❖ ستة (06) عيادات متعددة الخدمات

❖ اثنا عشرة (12) وحدة صحية

❖ مصلحة ولادة ريفية 01 بها (06 أسرة)

❖ مصلحة علم الأوبئة والطب الوقائي 01

❖ مصلحة طب العمل 01

❖ مصلحة الأمراض التنفسية ومكافحة السل

❖ مركز التنظيم العائلي

السكان.....96425 ساكن (إلى غاية 2021/12/31)

المساحة.....5.39280 كلم2

الكثافة.....18 ساكن/ كلم2

الدوائر.....01

البلديات.....04

المساحة	عدد السكان	الكثافة
المغیر....1.532 كلم2	66.905 ساكن	44 ساكن/ كلم2
سيدي خليل...840 كلم2	8.550 ساكن	10 ساكن/ كلم2
أم الطيور..2.116 كلم2	13.430 ساكن	06 ساكن / كلم2
سطيل..904.80 كلم	7.540 ساكن	08 ساكن / كلم2

الجدول رقم (03): الهياكل الصحية الموجودة

البلديات	المغیر	سيدي خليل	أم الطيور	سطيل
العيادة م.خ	03	01	01	01
وحدة علاج	06	02	02	02
وحدة كشف ومتابعة بتوقيت كامل	00	00	01	00
وحدة كشف ومتابعة بتوقيت جزئي	01	01	00	01

ملاحظة	وحدة العلاج أنسيغة	وحدة العلاج حي السلامة	وحدة العلاج	وحدة العلاج
	تعمل 24 سا/24 سا	تعمل 24 سا/24 سا	البعاج تعمل	بالعيادة تعمل
			24 سا/24 سا	24 سا/24 سا

الجدول رقم (04): مصالح الدعم

البلديات	المغير	سيدي خليل	أم الطيور	سطيل
المخبر	03	01	01	01
الأشعة	02	01	01	01
جراحة الأسنان	06	01	04	02
حفظ الجثث	00	00	01	01

الجدول رقم (05): حظيرة السيارات

البلديات	المغير	سيدي خليل	أم الطيور	سطيل
سيارة اسعاف	05 (منها 01 موضوعة تحت تصرف المؤسسة العمومية للصحة الاستشفائية بالمغير و 01 معطلة)	01	01	01
سيارات ربط	03	00	00	01
سيارة كل الطرق	03	00	00	02
شاحنة	02	00	00	01

حيث تم اختيارنا لهذا القسم لأنه المكان الأساسي الذي يستقبل مرضى السكري وضغط الدم للمتابعة تحت إشراف الطبيب العامة وتوفر الحالات المزممة، وضمان التسهيلات الإدارية. أما بخصوص زمان ومكان المقابلات، فقد كانت تتم في الفترة الصباحية (من الساعة 09:00 صباحاً إلى 12:00 زوالاً). ومن خلال التعاون والتنسيق مع الأخصائية النفسانية والطبيبة العامة بالمؤسسة، تم تخصيص مكاتب بجانب مكتب الطبيب العامة لإجراء المقابلات العيادية في أي مكتب فارغ حينذاك، هذا ما ساعدنا على القيام بإجراءات الدراسة الميدانية يوميا، حيث كانت المقابلة مع الحالة وجهاً لوجه بمفردنا لضمان

الراحة للمفحوص والمحافظة على سرية معلوماته، مع الحرص التام على إغلاق الباب وعدم السماح بدخول أي كان أثناء إجراء المقابلات، لتوفير جو متين بعيداً عن فوضى المصلحة.

2-3 حالات الدراسة ومعايير اختيارها:

تتدرج دراستنا تحت عنوان القلق (حالة وسمة) لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية دراسة عيادية لـ 3 حالات تم الرمز لهم بالأحرف لضمان السرية، تم اختيار حالات الدراسة بطريقة قصدية وهي عينة نوعية من مصلحة الأمراض المزمنة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية-ولاية المغير.

وقد تم اختيار حالات الدراسة بناءً على المعايير التالية:

- * الإصابة بأحد الاضطرابات السيكوسوماتية المتواجدة بمستشفى دباخ أحمد بن محمد-ولاية المغير.
- * تلقي المصابون بالاضطرابات السيكوسوماتية العلاج الفعلي من مستشفى دباخ أحمد بن محمد- ولاية المغير.
- * الموافقة التامة والمشاركة عن اقتناع وحرية والرغبة في التعاون وتقديم معلومات صادقة في الدراسة.
- * أن تتجاوز مدة الإصابة 05 سنوات فأكثر، لضمان استقرار الأعراض ووضوح تأثيرها النفسي على الحالة.

2-4 خصائص حالات الدراسة:

- تتميز حالات الدراسة بمجموعة من الخصائص، وتتمثل أهم الخصائص فيما يلي:
- * إنتماء حالات الدراسة إلى فئة الراشدين والمسنين، حيث تتراوح أعمارهم ما بين 40 إلى 68 سنة، وقد تم اختيارهم لخدمة أهداف البحث في دراسة القلق لدى فئات عمرية ناضجة تواجه معاناة الأمراض المزمنة.
 - * إشتراك الحالات في الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية داء السكري، ارتفاع ضغط الدم الشرياني، وتقارب في مدة الإصابة التي تتراوح ما بين 06 إلى 10 سنوات.

* التقارب في المستوى التعليمي، الحالة "ز" تمتلك مستوى دراسياً متوسطاً (توقفت في السنة الرابعة متوسط)، والحالة "س" (توقفت كذلك في الرابعة متوسط)، بينما الحالة "ن" (توقفت في الأولى متوسط). أما من الناحية المهنية، يمثل الذكر فئة المتقاعدين من (شركة سونلغاز)، أما الإناث ماكثات بالبيت.

* اشتراك جميع الحالات في نفس الإقامة والحالة الاجتماعية في كونهم متزوجين ولديهم أبناء، كما أنهم كلهم قاطنين بمنطقة المغير، مما يشكل تماثلاً في الظروف البيئية الاجتماعية المحيطة بهم.

الجدول رقم (06): الخصائص الديموغرافية والعيادية لحالات الدراسة

الحالة	العمر	الجنس	الحالة الاجتماعية	المستوى الاقتصادي	التشخيص الطبي	مدة المرض
ز	40 سنة	أنثى	متزوجة (أم لـ 5 أولاد)	متوسط	سكري	10 سنوات
س	68 سنة	ذكر	متزوج (أب لـ 5 أولاد)	متوسط	ضغط الدم	10 سنوات
ن	58 سنة	أنثى	متزوجة (أم لـ 5 أولاد)	متوسط	سكري + ضغط الدم	6 سنوات

من خلال ملاحظتنا للبيانات الواردة في الجدول رقم (03)، والخاص بوصف الحالات الثلاث في دراستنا، يمكننا تسجيل الملاحظات التالية:

- من حيث السن والجنس: نلاحظ أن عينة الدراسة تتكون من امرأتين ورجل واحد. تتراوح أعمارهم بين 40 سنة كأصغر سن الحالة "ز" و 68 سنة كأكبر سن الحالة "س"، بينما يبلغ سن الحالة "ن" 58 سنة.
- من حيث الحالة الاجتماعية والاقتصادية: نجد أن هناك تجانساً تاماً بين الحالات الثلاث؛ فجميعهم متزوجون ولديهم نفس عدد الأولاد (5 أولاد)، كما أن مستوياتهم الاقتصادي جميعاً متوسط.
- من حيث الجانب الطبي والعيادي: نلاحظ تنوعاً في الأمراض المزمنة للحالات؛ حيث تعاني الحالة "ز" من مرض السكري، والحالة "س" من ضغط الدم، في حين تجمع الحالة "ن" بين المرضين معاً (سكري وضغط الدم)

- من حيث مدة المرض: تظهر البيانات أن الحالات تعايشت مع المرض لفترة طويلة؛ حيث وصلت مدة الإصابة إلى 10 سنوات عند الحالتين "ز" و"س"، و6 سنوات عند الحالة "ن".

2-5 أدوات الدراسة:

2-5-1 الملاحظة العيادية:

تعتبر الملاحظة أداة أساسية وجزء لا يتجزأ من المقابلة الاكلينيكية، حيث تمكن من رصد الترجمات السلوكية الغير لفظية للحالات أثناء المقابلات. ويترجمها إلى دلالات اكلينيكية.

وتعرف الملاحظة: "بأنها أداة جمع البيانات التي يصعب جمعها بأدوات أخرى، أو استكمال بياناتها في تقييم متعدد الجوانب والأدوات، وتعتبر أداة تقييم العميل في العمل الإكلينيكي" (محمود، 2016، ص34).

2-5-2 المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العمود الفقري لدراستنا، حيث تم اعتمادنا على المقابلة العيادية التي تعرف بأنها الوسيلة الأساسية لجمع البيانات والمعلومات حيث أنها تعمل على الكشف عن الجوانب النفسية والانفعالية والمشاعر والدوافع والأفكار التي تجتاح الفرد. (سلوم، 2022، ص83).

وعليه تم استخدام المقابلة نصف موجهة في هذه الدراسة بهدف توجيه استجابات الحالات نحو أهداف الدراسة وهذه التقنية تمثل مساحة تفرغ وتنفيس انفعالي للتعبير عن معاناة الحالات وصراعاتهم وتاريخهم المرضي، وكل ما يجول في جعبتهم من خلال التفاعل اللفظي بين الحالات والباحثين، كما تحديد دليل مقابلة مرن يخدم أهداف البحث.

كما تم إعداد دليل المقابلة العيادية النصف موجهة من أربعة محاور وتتضمن المحاور مايلي:

- المحور الأول: البيانات الشخصية:

احتوى هذا المحور بيانات عامة حول حالات الدراسة، وذلك من خلال تحديد السن، والجنس، الحالة الاجتماعية، ومستوى الحالات التعليمي، والمستوى الاقتصادي، والمهنة والتشخيص الطبي ونوع المرض، وعدد سنوات الإصابة.

- المحور الثاني المعاش النفسي قبل المرض :

يهدف هذا المحور الى التعرف وفهم دينامية الشخصية ونمط العلاقات الاسرية والاجتماعية قبل الإصابة، وكذلك معرفة طبيعة الانفعالات والأحداث الضاغطة او الصدمات النفسية التي سبقت المرض بمعنى مسار المرض وتطور الاعراض.

- المحور الثالث المعيشة المرضية والخبرة الانفعالية للقلق:

الهدف من هذا المحور التعرف على معيشة الحالات لخبرة المرض السيكوسوماتي على المستوى النفسي، مظاهر القلق ومؤثراته بعد المرض وكيفية تقبل الحالات للمرض.

-المحور الرابع:التصورات المستقبلية:

يهدف هذا المحور الى معرفة النظرة المستقبلية للحالات وكيفية تأثير المرض على نظرتهم للحياة وخططهم المستقبلية، وكذا الكشف عن الامل والدافعية لمواجهة المرض.

3-5-2 مقياس القلق (حالة/ سمة) لـ " سبيلبرجر" ((Spielberger تقنين "أحمد محمد عبد الخالق (1983):

2-3-5-1 التعريف بالمقياس:

يعد الاختبار النفسي أداة للحصول على عينة من سلوك الفرد في موقف معين من حيث ظروف التطبيق ومواد الاختبار وطريقة التصحيح، فيمكن بذلك استخلاص معلومات كافية عن السلوك على شكل أسلوب مقنن ومنظم نستطيع بواسطة تعميم النظر ليشمل شتى مواقف الحياة والتنبؤ بالسلوك في المواقف المرتبطة به (أبو سعد، 2011، ص13).

تم إعداد مقياس سبيلبرجر (حالة، سمة) على يد كل من سبيلبرجر وجورستن ولنتن 1970 وتم تسميته "استفتاء وتحليل الذات"، ونقلتها إلى البيئة العربية امينه كاظم 1978، وأحمد عبد الخالق وعبد الرقيب البحيري، يتكون المقياس من 20 عبارة لكل من مقياس الحالة والسمة للقلق.

تتمثل التعليمات لهذا المقياس في توضيح شعور الأفراد في لحظة معينة، ويستخدم مقياس حالة القلق لتحديد مستويات شدة القلق الحقيقية بواسطة إجراءات تعصب تجريبية. وظهر أن درجة مقياس

الحالة تنخفض كنتيجة للتدريب على الاسترخاء، وتزداد الاستجابة لأنواع مختلفة من التعصب وتقييم مقياس سمة القلق بأنها تتضمن الشعور بالتهديد، العصبية وشدة الهلع، وتوقع الشر. كذلك يستخدم المقياس كأداة للأفراد الذين يختلفون في واستعدادهم للاستجابة تجاه مواقف الشدة أو التعصب بمستويات مختلفة الشدة من حالة القلق. (فاروق عثمان، 2001، ص70).

جدول رقم (07): يبين الفرق بين مقياس الحالة ومقياس السمة للقلق:

مقياس سمة القلق	مقياس حالة القلق
1- 20 عبارة	1_20 عبارة
2- يهدف على تقدير مشاعر المبحوث بصورة عامة.	2_ تهدف تقدير مشاعر المبحوث في الوقت الراهن اللحظة بالذات.
3- يقيس الفروق الفردية الثابتة نسبياً في القلق.	3_ الجوانب التي تناولها الخوف، التوتر والعصبية، الهمة، والضيق.
4- استخدام لتقدير القلق لدى المريض جسدياً، وطالبي العمل الجراحي، نفسي جسمي، المريض النفسي.	4- يشير على أن الدرجات تزداد عند استجابة الفرد للأخطار والضغط النفسي. وتنخفض في حالة الاسترخاء والراحة.
5- أسهم في تحديد الأشخاص ذوي المستويات العالية من القلق العصابي.	5- مؤشر حساس للتغيرات في القلق العارض (مسترشدين طالبوا العلاج النفسي)
	6- طبق بمجالات واسعة (الاختبارات، المقابلات، العمليات الجراحية، الاختبار المهني).

(بن درف، 2017، ص46).

2-3-5-2 طريقة تطبيقه:

صممت قائمة قلق الحالة والسمة كي يقوم المفحوص بتطبيقها بنفسه، ويمكن أن تطبق بصورة فردية أو جماعية والقائمة ليست لها حدود زمنية، ومن خلال تسجيل الباحث للزمن الذي يمكن أن يتحدد عليه تطبيق القائمة يتراوح ما بين (5-7) دقائق لمقياس حالة القلق ومثلها بالنسبة لمقياس سمة القلق. وقد تمت طباعة مقياس حالة القلق وسمة القلق في الصورة التي تقدم للمفحوص على وجهي ورقة منفردة، وعن الاستجابة (الإجابة) على مقياس حالة القلق فإن المفحوص يقوم بوضع علامة (X) في نسخة الاختبار على يسار الرقم المناسب (من 1-4) والذي يصف شدة مشاعره الآن تبعاً لما يلي:

(1) لا مطلقاً. (2) إلى حد ما. (3) بدرجة متوسطة. (4) كثيراً جداً.

وعند الإجابة على مقياس سمة القلق فإن التعليمات الموضحة أعلى المقياس تقدم للمفحوص وصفاً عام لما يشعر به، وذلك بتقدير مدى تكرار مشاعر القلق لديهم تبعاً لتدرج رباعي على هذا الأساس:

(1) أبداً تقريباً. (2) أحياناً. (3) كثيراً. (4) دائماً تقريباً.

2-3-5-3 طريقة التصحيح:

يعطى على كل بند من قائمة القلق حالة، سمة، درجة موزونة تتراوح من (1-4) ويشير تقدير (4) إلى وجود مستوى مرتفع من القلق في عشر بنود من مقياس حالة القلق، وإحدى عشر بنداً من مقياس سمة القلق، بينما يشير التقدير المرتفع إلى عدم وجود القلق في بقية البنود العشرة في مقياس حالة القلق، وبقية البنود التسعة في مقياس سمة القلق. وتصحح البنود الدالة على وجود القلق بإعطائها الأوزان ذاتها، وهي الأرقام التي قام المفحوص بوضع علامة (X) على يسار كل عبارة في نسخة الاختبار بينما تصحح البنود المشيرة إلى عدم وجود القلق بإعطائها أوزاناً معكوسة، أي أن الاستجابات التي وضع عليها المفحوص علامة (X) في 1، 2، 3، 4 تصحح بالترتيب 4، 3، 2، 1 وأرقام بنود المقياسين (حالة القلق، سمة القلق) الدالة على عدم وجود القلق والتي تعطى أوزاناً معكوسة وهي كما يلي:

* مقياس حالة القلق: (1، 2، 5، 8، 10، 11، 15، 16، 19، 20).

* مقياس سمة القلق: (21، 23، 26، 27، 30، 33، 34، 36، 39).

ولكي نستخرج الدرجة الكلية لكل مقياس تجمع الدرجات الموزونة للبنود العشرين التي تكون هذا المقياس، مع ملاحظة أن الدرجات تعكس بالنسبة للبنود التي أوردناها أعلاه، ويمكن أن تتفاوت الدرجات لكل من مقياس الحالة والسمة كلاً على حده من (عشرين الحد الأدنى) إلى (ثمانين الحد الأقصى) أي من (20-80) درجة. ولمعرفة درجة قلق المفحوص نقوم بجمع الدرجات المتحصل عليها وذلك بعد مراعاة العبارات المعكوسة وكيفية تنقيطها ونصف حالة القلق عند المفحوص، وفق الجدول التالي:

جدول رقم(08): درجات الشدة للقلق:(كواحلة، حريدي، 2021، ص47-49)

الفئة	الدرجة	مستوى القلق
1	20	خالي من القلق
2	40-21	قلق طبيعي
3	60-41	فوق المتوسط
4	80-61	شديد

2-3-4 الخصائص السيكومترية للنسخة الأصلية لمقياس سبيلبرجر للقلق (حالة وسمة) الصورة(ي) لأحمد عبد الخالق:

-الثبات: نذكر من الطرق التي استخدمت للتحقق من ثبات النسخة العربية لمقياس قلق الحالة والسمة صورة (ي):

* **تطبيق وإعادة التطبيق:** تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من 36 طالبا و47 طالبة من كلية التربية ثم إعادة التطبيق على نفس العينة بعد 17 يوم، بلغ معاملات الثبات (0.85) ذكور و (0.51) إناث بالنسبة لحالة القلق بينما سمة القلق بلغت لدى الذكور (0.79) والإناث (0.81)، بيانات الأرقام شيئا من الهبوط في مقياس حالة القلق وإن كان هذا مقبول.

* **التجزئة النصفية:** عملت على حساب معامل الارتباط بين درجات النصف الأول من المقياس بعدما تم تقسيمه (حالة القلق) الذي يبدأ من البند واحد الى 10، ودرجات النصف الثاني (سمة القلق) من البند 11 الى 20 وتصحيحه باستخدام معادلة سبيرمان _ براون، فقد بلغت معاملات الثبات من أداء عينة مكونة من 45 طالبا و47 طالبة من كلية التربية وبلغت معاملات الثبات (0.91) ذكور (0.90) إناث بالنسبة لمقياس حالة القلق (0.86) و(0.8) الإناث بالنسبة لمقياس قيمة القلق. لوحظ من خلال نتائج التجزئة النصفية أن كل من مقياس حالة القلق وسمة القلق حصل على درجة عالية من الثبات من خلال اظهار التجانس او الاتساق الداخلي بين نصفيه.

* **الاتساق الداخلي:** تم حساب الثبات لدى عينة مكونة من 179 طالباً وطالبة من دبلوم التأهيل التربوي في العام الدراسي 2001 _ 2002 في الجامعات السورية باستخدام ألفا كرونباخ، إضافة إلى 108 من طلبة دبلوم الدراسات العليا بكلية التربية بجامعة دمشق. أظهرت معاملات الثبات المستخرج من هذه الطريقة ارتفاعاً لكل من مقياس الحالة والسمة إذا كل من طلبة دبلوم التأهيل التربوي ودبلوم الدراسات العليا الذكور والإناث، وجدت معاملات الثبات بالنسبة لحالة القلق (0.89)، (0.86) لدى طلبة دبلوم التأهيل التربوي والدراسات العليا (ن=279 و 45 على التوالي) بينما حالة القلق (0.8) (0.90) لدى الإناث من دبلوم التأهيل التربوي والدراسات العليا (ن=390 و 263 على التوالي)، أما سمة القلق (0.88) (0.90) لدى طلبة التأهيل التربوي والدراسات العليا الذكور (ن=299 و 45 على التوالي) و (0.8) (0.9) لدى الإناث لطلبة الدبلوم التأهيل التربوي والدراسات العليا (ن=390 و 63 على التوالي)، حيث بينت النتيجة أن كل بند من بنود ال 20 على درجة عالية من التجانس أو الاتساق الداخلي:

جدول رقم (09): معاملات ثبات الصورة العربية لمقياس الحالة والسمة للقلق الصورة (ي):

طرائق الثبات		طريقة الإعادة		التجزئة النصفية		كرونباخ _ ألفا	
الجنس	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	إناث
عدد الأفراد	36=ن	47=ن	45=ن	47=ن	279=ن	45=ن	390=ن
حالة القلق	0.58	0.51	0.91	0.90	0.89	0.86	0.88
سمة القلق	0.79	0.81	0.86	0.89	0.88	0.90	0.88
							0.91

ـ **الصدق:** نذكر من الطرق التي استخدمت لدراسة صدق لمقياس النسخة العربية:

* **الصدقة التلازمي:** يعتمد على المقارنة بين الصورة المصرية عبد الرقيب أحمد البحيري 1984 والتي تقابل الصورة الأجنبية (س) للمقياس، بلغ معامل الارتباط من عينة كلية التربية بالنسبة للذكور بين هذه (ن=52) (0.69) و (0.77) لمقياس الحالة والسمة على التوالي، أما لدى الإناث (ن=37) (0.72) (0.74) لمقياس حالة القلق على التوالي وبالمقارنة بين مقياس القلق و مقياس ايزنك للشخصية، فقط بلغ

معامل الارتباط (0.70) بمقياس الحالة هو (0.71) لمقياس السمة حيث أكدت نتائج الارتباط الوثيق بين القلق والعصبية وهذا برهان إضافي صدق المقياس .

ـ الفرق بين المتقابلة أو المجموعات المتضادة:

تم استخدام في هذه الطريقة الصدق البنيوي، حيث اعتمدت على دراسة دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات التي حصل عليها المجموعات المتضادة أو المجموعات نفسها في المواقف المتباينة أو المتعارضة أي أن المقياس الذي يستطيع التفريق بين فئتين يعتبر مقياس صادق.

الجدول رقم(10): يبين قيم (ت) المحسوبة لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة المتضادة من الراشدين في مقياس حالة القلق وسمة القلق.

المقياس	المجموعات المتضادة	عدد الأفراد ن	درجات الحرية	قيم(ت)	الدلالة
سمة القلق	الموظفون والمتقاعدون	64+64	63	1.97	0.053
	الموظفون والسجناء	64+64	63	2.06	0.044
	المتقاعدون والسجناء	64+64	63	0.78	—
حالة القلق	طلبة د.ت.ت الذكور في الوضع العادي والامتحان	28	27	2.41	0.039
	طلبة د.ت.ت الإناث في الوضع العادي والامتحان	28	27	3.76	0.001

قدم الجدول أقوى دليل على صدق المقياس في التمييز بين الحالات بالاعتماد على اظهار ان الطلاب في وقت الامتحان تكون حالة القلق لديهم مرتفعة مقارنة بالوضع العادي.

النتائج التي توصل إليها من خلال استخدام طريقة المجموعات المتضادة بواسطة تجربة المقياس على عينة من الطلبة العاديين (ن=30) معينة من الصم البكم وعين من المعاقين حركيا، فظهر المقياس

من مركز التأهيل المهني بدمشق (ن=30) أظهر المقياس فروق دالة مما يعكس صلاح المقياس للتطبيق على فئات مختلفة من المجتمع.

جدول رقم(11): يبين قيم(ت) المحسوبة لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة المتضادة من الراشدين في مقياس حالة القلق وسمة القلق.

المقياس	المجموعات المتضادة	عدد الأفراد ن	درجات الحرية	قيم (ت)	الدلالة
حالة القلق	الطلبة العاديون والمعاقون سمعيا	30+30	29	0.6	-
	الطلبة العاديون والمعاقون حركيا	30+30	29	2.71	0.01
	الطلبة العاديون والمعاقون سمعيا والمعاقون سمعيا	30+30	29	2.18	0.05
سمة القلق	الطلبة العاديون والمعاقون سمعيا	30+30	29	4.22	0.001
	الطلبة العاديون والمعاقون حركيا	30+30	29	3.86	0.001
	الطلبة العاديون والمعاقون سمعيا والمعاقون حركيا	30+30	29	0.71	-

(بن درف، 2017، ص57-60)

2-6 حدود الدراسة: تتحدد دراستنا بما يلي:

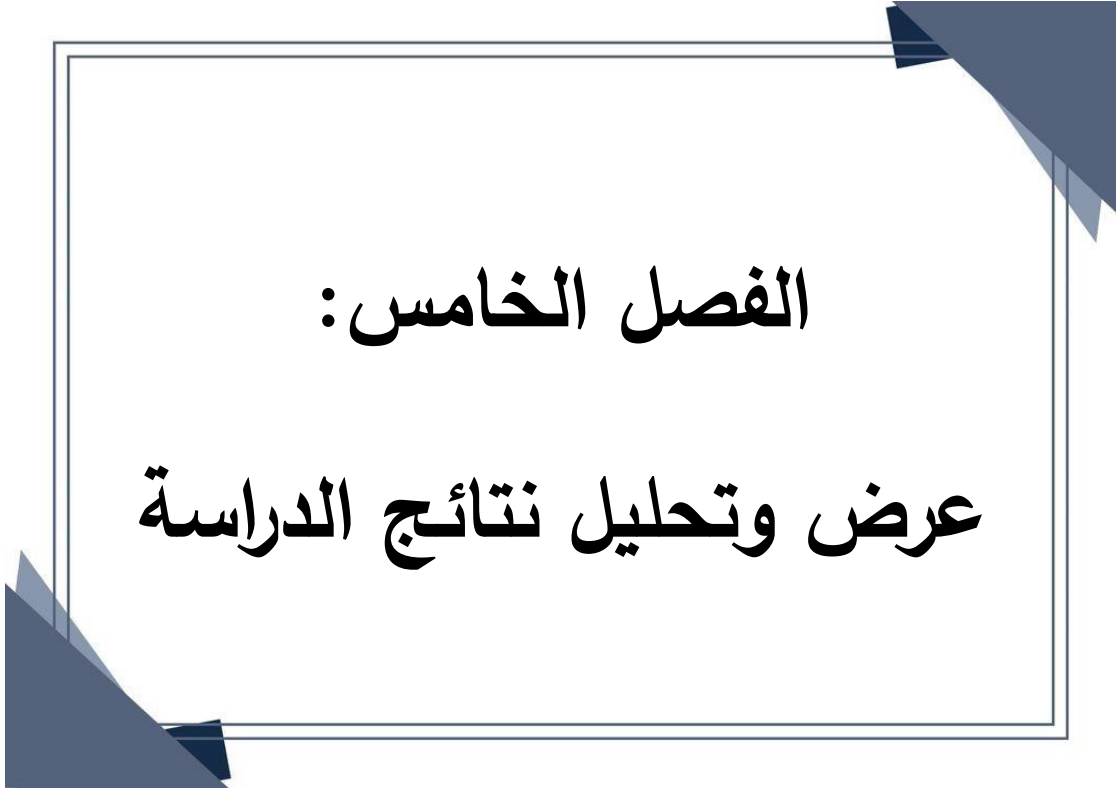
الحدود المكانية: أجريت فعلياً الدراسة الميدانية (المقابلات، تطبيق مقياس سيبيلجر) في مصلحة الأمراض المزمنة التابعة لـ المؤسسة العمومية للصحة الجوارية "دباخ أحمد بن محمد" ولاية المغير، بحيث تم توفير كل الظروف المناسبة لضمان خصوصية الحالات وسير العمل العيادي بسلاسة.

الحدود الزمانية: تم القيام بالجانب التطبيقي وجمع المعلومات في الفترة الزمنية الممتدة من شهر فيفري 2026 إلى غاية شهر مارس 2026، حيث تمت مقابلة الحالات وتطبيق أدوات الدراسة.

الحدود البشرية: تقيدت الدراسة بثلاث حالات 2 نساء ورجل أعمارهم تتراوح من 40، 58، 68 يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية مختلفة، ومتواجدين بمستشفى دباخ احمد بن محمد.

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل تم استعراض الإجراءات المنهجية لتحقيق أغراض الدراسة ميدانيا و التطرق إلى المنهج المستخدم والملائم لموضوع الدراسة وهو المنهج العيادي، كما تم الاعتماد على الأدوات العيادية والملائمة للمنهج المستخدم وهي كل من الملاحظة المباشرة، والمقابلة العيادية نصف موجهة، ومقياس قلق حالة -قلق سمة لسبيلبرجر، بالإضافة إلى تحديد أفراد مجموعة الدراسة المكونة من المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية وتحديد خصائصهم، وصولا إلى عرض وتحليل نتائج الدراسة ومن خلالها سيتم التأكيد على تحقيق فرضيات الدراسة من عدمها وهو ما سنتناوله في الفصل الموالي.



الفصل الخامس:

عرض وتحليل نتائج الدراسة

الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج الدراسة

1- عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى

2- عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية

3- عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة

4- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

5- استنتاج عام

توصيات واقتراحات

تمهيد:

بعد التطرق للإجراءات المنهجية للدراسة سنتطرق في هذا الجانب لعرض مفصل للنتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة ومن ثمة تحليل الحالات ومناقشة النتائج المتحصل عليها على ضوء الفرضيات.

1- عرض نتائج الحالة الأولى:

1-1 تقديم الحالة الأولى:

الاسم: ز

السن: 40 سنة

الجنس: أنثى

الحالة الاجتماعية: متزوجة وأم 5 اولاد

المستوى الدراسي: الرابعة متوسط

المستوى الاقتصادي: متوسط

المهنة: مأكثة بالبيت

التشخيص الطبي: مرض السكري النوع الثاني

مدة الإصابة: 10 سنوات

1-2 ملخص المقابلة:

في بداية المقابلة لوحظ على الحالة نوع من التحفظ والتردد حيث كانت إجابتها حذره ومختصره جداً، مما استلزم ذلك التركيز على كسب ثقتها من خلال ضمان سرية المعلومات مما ابدت بعدها تقبلنا وتعاون ظاهر في انسياب الكلام وبدأت تعبر عن حالتها بقدر أكبر من الطلاقة والارتياح، مما أتاح الانتقال إلى طرح محاور المقابلة بعمق أكبر.

1-3 التحليل الكيفي للمقابلة:

الحالة امرأة متزوجة وأم 5 أطفال تمارس دور ربة بيت، لوحظ من خلال المقابلة وجود انعكاس مباشر بين مظهرها الخارجي الذي يدل على الاهتمام الذاتي وبين الحالة النفسية التي تعبر عنها بالسلوك

الذي يتمثل في خطوات ثقيلة وبطيئة بالإضافة الى ملامح الوجه التي أظهرت بوضوح علامات الإجهاد والذهول والحزن المكتوم.

هذه المؤشرات الغير لفظية تفتح المجال أمام فهم السياق الاجتماعي والبيئي للحالة داخل البيت الزوجية حيث تعكس هذه الملامح جزءا من التجارب المعيشية والضغط التي تواجهها.

حيث تذكر المريضة ان اكتشاف المرض لديها كان صدمة علاج عن امراض جلدية "رحت نداوي على حساسية وحكة جاتني في يديا"، حيث اعلمها الطبيب بمرضها " قالي الطبيب يا مدام عندك شوية سكر من نوع ثاني"، وصفت ردة فعلها عند علمها حينذاك بأنها استجابة برضا وتقبل "ما تخلعش كي قالي الطبيب تسما هو مرض عادي الناس بكل يقدر يجيها"، لكنها تعترف بتذبذب الالتزام بالعلاج "انا ساعات ننسى لكن عندي بنتي صغيره تذكرني".

حيث ربطت المريضة مرضها بشكل قاطع بالقلق والضغط التي عاشتها في فترة سبقت بحيث أقرت "اكيد جاني السكر من القلقة لأنني عانيت في دار شيخي كان راجلي يروح يخدم ويخليني في دارهم بالشهر وعجوزتي وسلفتي متعبيني"، حيث وصفت معاناتها مع زوجة أخ زوجها بأنها تخلق مشاكل لمجرد مشاجرة أطفالهم الصغار. من خلال ما صرحته المريضة أن انفجار المرض يعود لضغوط عائلية مستمرة مع اهل الزوج، وهو ما يتوافق مع نتائج دراسة (Reyrot&Rubin، 1997) ان العوامل الاجتماعية تلعب دورا هاما في ظهور الاضطرابات النفسية لدى مرضى السكري. (توير، زهره، 2021، ص 9). كما أن صدمة وفاة والدتها تصفها بأنها هدمت كيانها "ميمتي اثرت فيا ياسر كي راحت وخلاتني، ديتها في قلبي وبعدها لي يشوفني يقولي شينتي ياسر"، وتذكر بأن زوجها شخص طيب ويدعمها وهو في طبعه شخص حنون على كل عائلته لأنه الأخ الأكبر، وأنه حاول أن يأخذها معه في تنقلاته العملية الا ان امه رفضت ذلك "هو كان حاب يديني معاه بعد ما بدلوه من البرواقية لورقلة بصح امه محبتش وهو كان يسمع لها ياسر رغم أنو حنين عليا بصح فيه هذي الحاجة مفسداتو" لكن مع مرور سنوات تنقلوا إلى سكن خاص الى وادي سوف مما وجدت راحة بهذا الاستقلال "حتى بذراع كي جبت ولادي وهو شاف خاوتو لي صغر منو خرجو بديارهم باش داني معاه كي بدلوه ومبعد رجعنا للمغير عندنا 6 أشهر وكرينا دار و الحمد لله، كي خرجت تنفست".

تزيح المريضة القلق المكبوت في أطفالها " كي تتقلق نعيظ ونضرب اولادي سورتوا 3 الآخرين يتعاركو و يقلقوني ويكملوا على ما بيا" خاصة و انهم متقاربين في العمر، تصف بأن الطفل الأصغر مشاكل جدا مع انه لم يتعدى السادسة من عمره ، تجد سندها في ابنتها الكبرى "بنتي حبيبتي تقرا الباك لكن تساعدني وتقوم بيا وهي اللي مهونتها عليا " ،كذلك تذكر أن لديها متنفس آخر وهي أختها الكبرى تصفها بأنها صديقتها وصديقة اسرارها "اخي ثاني نحكيها نريح وتفاجي عليا "، نرى بأن الحالة تعتمد في تعايشها مع المرض على تفريغ شحناتها الانفعالية إلا مع من تثق بهم ويقدمون لها الرعاية المعنوية وهذا ما يعكس الدور الجوهرى للمساندة الاجتماعية كآلية دفاعية لمواجهة القلق وهذا ما يتقاطع مع دراسة (سليمان 2009) من أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا جوهريا في إشباع الحاجات النفسية للمريض ويقلل من تأثيره بالضغوط الخارجية وتخفيف وطأة الصراعات السيكوسوماتية لديها (براهمية، بورمادة، أمراح، 2023، ص8).

تصف استجابة جسدها للتوتر مبداية "كي نتقلق نحس باللي راسي يوجعني وتجيني فشلة وضيق التنفس وقلبي يزيد في الخبطة ويولي ينزغ" كما تعاني من فرط الحساسية للمنبهات المفاجئة لقولها "أي نشعة نتخلع وينوض قلبي يخبط" وترجع هذه الحالة من التهيج للحدث من خلال تسلسل في الكلام إلى حادث مروري سابق مع زوجها واولادها، من خلال تحليل حالة "ز" البالغة من العمر 40 سنة يظهر أن بروز الأعراض الجسدية لديها خفقان ونزغ القلب، ضيق التنفس مرتبط ارتباطا وثيقا بواقعها النفسي إذ يظهر ذلك في دور القلق والتوتر في نشوء الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث يتحول الضغط النفسي الذي عجزت الحالة عن تفريغه لفظيا إلى أعراض جسدية معاناة يومية، فمعاناتها التي بدأت منذ بلوغها سن 30 ترافقت مع تراكم ضغوط طويلة الأمد، بدءا من المشاكل العائلية المستمرة مع اهل الزوج وصولا الى صدمة فقدان الأم وما واكب ذلك مخاوف مرتبطة بالحدث المروري، مما جعل جهازه العصبي في حالة استنفار دائم طوال 10 السنوات الماضية وبذلك تعيش الحالة صراعا مركب بين فقدان السند العاطفي وضغوط الماضي والحاضر، مما يفسر لجوء جسدها إلى إصدار هذه الإشارات كآلية دفاعية لا واعية لتفريغ القلق المكتوم وهو جوهر الاضطراب السيكوسوماتي الذي تعاني منه.

1-4 نتائج الحالة الأولى على مقياس قلق حالة - قلق سمة ل"سبيلبرجر":

جدول قم (12) يوضح درجات الحالة الأولى على المقياس:

المقياس	الدرجة الخام	مستوى القلق	التفسير العيادي
مقياس الحالة	52	مرتفع جدا	تعبير عن حالة توتر المرتبط بالأبناء
مقياس السمة	58	مرتفع جدا	يعكس بنية شخصية قلقة

من خلال تفريغ استجابات المريضة على مقياس "سبيلبرجر للقلق" ، تبين أن الدرجة المتحصل عليها 52 تعكس مستوى مرتفع باختبار القلق كحالة تعبيراً عن حالة التوتر المرتبطة بالأبناء والتعايش مع المرض، كما بالنسبة لاختبار القلق السمة تعبر كذاك على درجة مرتفعة جدا 58 مما يعكس بنية شخصيتها القلقة التي تميل للاهتمام بالتفاصيل والكتمان المستمر، فهذه إشارة عيادية مهمة جدا مما يوحي إلى امتلاك المريضة " بروفيل شخصية قلقة" قبل حتى الإصابة بالمرض، وتتسم هذه المريضة بنوع من الشخصيات التي تأكل نفسها من الداخل لقولها "ديتها في قلبي". هذا القلق المزمن هو الذي أدى إلى ظهور مرض السكري لديها في سن مبكر 30 سنة كاستجابة سيكوسوماتية لفترة المعاناة السابقة أثناء السكن مع اهل الزوج.

1-5 التحليل العام للحالة الأولى:

من خلال نتائج الملاحظة والمقابلة العيادية ومن خلال نتائج مقياس الحالة والسمة، تبين أن الحالة لديها قلق مرتفع يخص كل من حالة القلق وسمة القلق، ومنه نستنتج أن الحالة تعاني من اضطراب سيكوسوماتي ذو خلفية انفعالية واضحة. أن الجمع بين القلق كسمة مرتفع جدا وبين الظروف الحياتية الضاغطة أدى إلى تعطل آليات الدفاع النفسي وتحول القلق إلى أعراض عضوية. المريضة حاليا تعيش حالة من التأقلم الهش، حيث انخفض الضغط بالاستقرار في مسكن مستقل، لكن جسمها لايزال يعبر عن أي قلق عابر إلى أعراض فيزيولوجية حادة "ضيق تنفس، وخز أو خفقان القلب"، فقد وضح العيسوي (2000) بأن مرض السكري داء طويل الأمد يصاحب الإنسان طوال حياته كلها، وإن الاحساس بمضاعفات المرض وخطورتها لها جانبها النفسي المتمثل في شعور المريض بالخوف والقلق

على حياته وصحته (آيت حمودة، 2007، ص114)، مما يستدعي متابعة نفسية لتفريغ المكتوم وتعديل بعض الأفكار المسببة، وتدريبها على تقنيات الاسترخاء.

2 - عرض نتائج الحالة الثانية:

2-1 تقديم الحالة الثانية:

الاسم: س

السن: 68

الجنس: ذكر

الحالة الاجتماعية: متزوج وأب 5 أولاد

المستوى الدراسي: التاسعة (الرابعة متوسط)

المستوى الاقتصادي: متوسط

المهنة: متقاعد من شركة سونلغاز

التشخيص الطبي: ارتفاع ضغط الدم الشرياني

مدة الإصابة: 10 سنوات

2-2 ملخص المقابلة:

تمت المقابلة مع الحالة في جو يسوده الهدوء والراحة حيث تميزت المقابلة مع الحالة بالمرونة، يبلغ الحالة 68 سنة، وتظهر بهندام مرتب يليق بوقاره، إلا أن ملامحه تعكس نوعا من هدوء الرزين وهو ما يعكسه تبعثر توزيعه لنظراته بين الفينة والأخرى.

أما بخصوص مشكلته فهي تتركز حول ضغوط العمل المتعبة خاصة مع ابتعاده عن منزله وعائلته بسبب متطلبات وظيفته، بالإضافة إلى مشاكل الحياة اليومية المتراكمة ومن خلال حديثه تبين لنا أن الحالة يتمتع بقدرة جيدة من الصراحة والاستبصار بحقيقة مشكلته حيث كان يصف ظروفه بوضوح وواقعية.

2-3 التحليل الكيفي للمقابلة:

الحالة رجل متزوج وأب لـ 5 أولاد، قبل ظهور الأعراض كانت حياته تسير بشكل عادي جداً، لكل توجد بعض ضغوط العمل الشاق نوعاً ما، فقد كانت حياته عبارة عن مزيج بين مسؤولياته المهنية ومسؤولياته الأسرية والتزاماته اليومية كأبي رب بيت مسؤول.

يذكر الحالة بداية مرضه بأنها كانت منذ حوالي 10 سنوات حيث داهمته أعراض جسدية مفاجئة أثناء تأديته لمهامه العملية المتمثلة في دوخة، صداع بالإضافة إلى شعور شديد بالتعب والإجهاد عند بذل أي مجهود بدني، وقد أشار إلى أن هذه الأعراض كانت تترافق مع نوبات من القلق والتوتر النفسي الذي كان ينعكس بشكل مباشر على جسده مما يجعله يشعر بثقل وضيق كبيرين، وهي المعاناة التي استمرت معه طوال هذه العشر سنوات من الزمن وهذا ما تؤكدته دراسة "وليم منتجر منروليف" أن بعض الأفراد يعيشون حالة من التوتر عام بعد عام وتظهر عليهم أعراض ضغط الدم المرتفع بدرجات مختلفة، فالتوتر والضغط والإجهاد في العمل يمكن أن يؤدي إلى انفجار الأوعية الدموية (غويني، 2015، ص 6).

فيؤكد المريض بالتزامه بالدواء والحمية الغذائية رغم بعض التجاوزات الطفيفة في ذلك، يظهر على الحالة نوع من الإرادة النابعة من الذات على وعيه الحسي المرتفع "كنحس بدات تجيني الأعراض ونتعب نأكل حبة دواء، وكى نحس روجي لابس ناكل نص حبة عدت عارفلو"، كما أنه أصبح فطنا لمرضه من خلال تمهله في غذائه "كى نلقى مأكلة مألحة ما مناكلهاش وإذا سخفت ناكل شوي ما نكترش".

يظهر وعي الحالة بالعلاقة المربوطة بين الانفعال وارتفاع ضغط الدم وكيفية تهدئة نفسه من خلال الخروج والفسح والمشي لراحة وانتعاش يقول "كى ننتلق يطلع لي لاطونسيون نخرج نمشي ولا نروح للمسجد بعيد علينا شوية فنحس روجي بديت نريح"، وهذا ما يتوافق مع دراسة (Sushma et al 2010) التي تقول إن تمارين المشي الهوائية تساعد على خفض ضغط الدم وتحسين معدل التنفس والنبض وخلصت إلى أن اعتبار نشاط البدني الهوائي عنصر مهم في تعديل نمط الحياة للوقاية من ارتفاع ضغط الدم (ضيف، بلوفه، جبوري، 2022، ص 553). في وسط حديثه يستذكر طفولته بحنين وبنوع من المثالية "ما كنا نعرفوا لا طونسيو ولا والو كنا فرحانيين و زاهيين"، أما عن حياته المهنية فقد اتسمت بالوحدة والبعد عن الأهل نظراً لمتطلبات عمله "كنت نخدم بعيد وكنت نقوم روجي وحدي"، لاحظنا بروز

زوجته كمصدر دعم وحيد مباشر "زوجتي هي لي قائمة بيا خاصة بعدما تقاعدت أما ولادي خاطيين"، وأظهر ارتياحه حين يجلس مع جماعة دينية داخل المسجد "تحس بالراحة كي نكون مع وحد الجماعة في المسجد، حاب غير يبنو مسجد قريب من الدار باش نولي من المسجد للدار برك نريح".

بالتحليل لحالة "س" تبين أن المعاناة لديه ليست مجرد أزمة صحية تزول بزوال العامل المؤثر، بل هي انعكاس لسنوات طويلة من الضغوط المهنية والبعد عن العائلة فقد بدأ مرضه قبل 10 سنوات في مرحلة عمرية كان فيها تجمع بين ضغط العمل الشاق وحنينه للاستقرار مع عائلته، مما أدى إلى زيادة قابليته لاستقبال القلق والتوتر الذي اثر على جسده أن المدة الطويلة التي قضاها مع المرض جعلته يكتسب نوعا من الرضا النفسي حيث تقبل وضعه كابتلاء من الله وهذا ما ادى الى استقرار حالته بشكل ملحوظ بمجرد تقاعده وعودته للعيش مع أسرته مما يوضح أن ضغوط العمل كانت هي العائق الحقيقي أمام استقراره النفسي والجسدي.

2-4 نتائج الحالة الثانية على مقياس قلق حالة -قلق سمة" لسبيلبرجر":

جدول رقم (13) يوضح درجات الحالة الثانية على المقياس:

المقياس	الدرجة الخام	مستوى القلق	التفسير العيادي
مقياس الحالة	44	فوق المتوسط	نوع من الاستقرار النسبي في الوقت الراهن بعد التقاعد
مقياس السمة	51	مرتفع جدا	وجود سمة قلق في شخصيته

يتبين من خلال الجدول أن الحالة تحصل على مجموع 44 في القسم الأول باختبار حالة القلق الدرجة التي توافق نسبة فوق المتوسط نوعا ما تعكس هذه الدرجة أن المفحوص يعيش حالة من الاستقرار النسبي في الوقت الراهن، خاصة بعد تقاعده واستقراره في بيته، وقدرته على التحكم في المثيرات الخارجية من خلال العزلة المؤقتة بقوله "كي نقلق نقعد وحدي نهدي أعصابي". أما القسم الخاص بسمة القلق تحصل على درجة 51 مرتفعة تشير إلى وجود سمة قلقة كامنة في شخصية الحالة، هذه السمة كانت بمثابة استعداد للإصابة بضغط الدم الشرياني (سيكوسوماتي).

2-5 التحليل العام للحالة الثانية:

تبعاً للنتائج المتحصل عليها من خلال الأدوات البحثية الاكلينيكية فقد أظهرت النتائج أن حالة "س" تمثل اضطراباً سيكوسوماتياً "ضغط الدم الشرياني" استقر مع الوقت، ويرجع هذا لآلية التكيف الإيجابي والدعم الزوجي، والوازع الديني، والالتزام بالعلاج فقد أثبتت دراسة لكحل رفيقة (2011) أن التربية الصحية تلعب دوراً محورياً في تحسين مستوى الالتزام الصحي وضبط المرض لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم (كحول، قاسمي، 2023، ص 11).

وبالنظر لحالة المبحوث فقد أظهرت نتائج الأدوات أن "القلق" لعب دوراً كبيراً كعامل أساسي في نشأة مرضه، حيث تزامنت إصابته منذ 10 سنوات مع مرحلة الرشد التي زادت فيها مسؤولياته وضغوط عمله الشاق. هذا القلق أثر سلبياً على بنيته النفسية وأعضائه، لكن مع مرور السنين، أظهرت النتائج أن الحالة وصلت لمرحلة تأقلم واستبصار. فالحالة "س" يتصف ببنية نفسية تميل للتوجس، إلا أن تقاعده أدى إلى انخفاض حدة هذا القلق لحالته، حيث أثر هذا الاستقرار الأسري من ضغط العمل إيجابياً على توازنه، مما جعل نتائج الأدوات تؤكد وجود علاقة مباشرة بين تراجع الضغوط المهنية وتحسن استقراره الصحي.

3- عرض نتائج الحالة الثالثة:

3-1 تقديم الحالة الثالثة:

الاسم: ن

الجنس: أنثى

السن: 58

الحالة الاجتماعية: متزوجة وأم لـ 5 أولاد

المستوى الدراسي: أولى متوسط

المستوى الاقتصادي: متوسط

المهنة: مأكثة بالبيت

التشخيص الطبي: مرض سكري وضغط الدم

مدة الإصابة: 6 سنوات

3-2 ملخص المقابلة:

الحالة امرأة متزوجة وأم لخمس أولاد تبلغ من العمر 58 سنة، عاشت حياة طبيعية قبل أن تدهمها أعراض الأمراض المزمنة (سكري، ضغط الدم) منذ 6 سنوات والتي كانت نتيجة مباشرة لظروف حياتها الصعبة التي كانت تتخللها معاناة مع زوجها المتسلط وتفاقت مع انشغال تفكيرها في مستقبل أولادها وبعض المشكلات العائلية التي واجهتها سابقا، لوحظ على الحالة أثناء المقابلة خطواتها غير متوازنة و بدت متعبة جدا أثناء المقابلة لطول الطريق التي قطعتها من البيت للمستشفى، وقد تميزت هذه الجلسة ببناء نوع من المودة مع الحالة ما شجعها على الانفتاح والتعاون بصدق في تقديم كل المعلومات، مع الالتزام التام بضمان سرية المعطيات وشرح سير الدراسة.

3-3 التحليل الكيفي للمقابلة:

الحالة امرأة متزوجة وأم ل 5 أولاد، تتمحور حياتها حول واقع أسري يسوده ضغوط نفسية مستمرة، قد عاشت تحت تسلط الزوج معاملته الصعبة التي فرضت عليها قيودا خانقة داخل البيت.

لم يتوقف تأثير هذا الضغط على العلاقة الزوجية فقط وإنما امتد ليشمل قلقها الدائم على ابنائها خاصة انشغال تفكيرها على ابنها الكبير لعدم استقراره، كانت هذه الظروف التربة الخصبة لظهور هذه الازدواجية من الأمراض السيكوسوماتية، فقد كان إعلام المريضة بالإصابة بهذه الازدواجية (السكري وضغط الدم) منذ أربع سنوات بقولها "كي رحت للطبيبة عندي ربع سنين درت ليزانيز قالت لي بالي عندك سكر ولطونسيو وجاوك عندهم حوالي عامين من قبل" وهذا يتوافق مع جاءت به دراسة "مجلة الكلية الأمريكية لأمراض القلب 2015" التي تقول أن المصابين بارتفاع ضغط الدم هم الأكثر عرضة للإصابة بمرض السكري من النوع الثاني (حسن وآخرون، 2022، ص 1)، تصف ردها أثناء أعلامها من طرف الطبيبة بالتقبل التدريجي نظرا لانتشارهم في عائلتها "ما درت في بالي حتى حاجة قلت راهم وراشي".

حيث ذكرت الحالة بعض الأعمال التي تقوم بها عند القلق "كي نقلق لازم نشعل الماشينة ونغسل القش ونبكي"، لاحظنا انها تنهرب للعمل كطريقة تفريغ جسدية بدل من التفريغ اللفظي، كذلك تعترف بإجهاد نفسها اثناء شغل البيت كطريقة تنفيس انفعالية " نخدم شغل الدار ونهز الثقيل وحدي حتى يضرني ظهري ونحكم الفراش من سطر" كما يصاحب التوتر والقلق أعراض جسدية تسردها الحالة "كي نتقلق صحتي كل تولي توجعني، وراسي يغلي، وذنيا يصونوا، وتحكمني الفشة".

تقر بأنها عاشت تحت سلطة وتجبر الزوج الذي تصفه "قلبو قاسي، واعر، نخاف منو" حيث انه كان دائم المنع لها من أن تخرج من البيت او تزور الأقرباء ودائماً ملازمة البيت بقولها "ديما مسجونة"، إضافة إلى حيرتها على ابنها الأصغر المستهتر بدراسته وابنها الأكبر الذي يعاني من عدم استقراره في الزواج "وليدي لكبير معندوش زهر في زواج ديما يتزوج ويطلق هذا مأثر فيا ياسر".

تجد الحالة متنفساً عند زيارة بيت أهلها وهذا نادراً «غير كي نروح دارنا نتنفس شوي». تنثني على زوجة ابنها الآخر على خلاف الزوجة الأخيرة لابنها الأكبر فتقول "مرت وليدي لوخر ناس ملاح خير من مرت لكبير الأخيرة كانت متعبتني ومطلعتني لاطونسيو وتفترني عليا في حوايج مدرتهاش".

الأمراض التي أصابت الحالة "ن" (سكري، ضغط الدم) لم يكن وليد الصدفة بل هو نتاج تراكمات من الضغوط النفسية.

اقتحم المرض جسدها وهي في ذروة مسؤولياتها الأسرية حيث أثرت عليه اعباء الامومة مع المعاناة النفسية التي سببها لها زوجها وجعلتها في حالة استنفار نفسي، اذ ان القلق الذي تعاني منه تحول مع مرور الوقت من استجابة لضغوط خارجية إلى نمط حياة أثرت على توازنها رغم إبداء المريضة نوع من الرضا بالمرض، الا ان استمرار مسببات خارجية (تسليط الزوج، هموم الأبناء) للتوتر يمنعها من الوصول إلى حالة من استقرار نفسي.

3-4 نتائج الحالة الثالثة على مقياس قلق حالة -قلق سمة" لسبيلبرجر":

جدول رقم (14) يوضح درجات الحالة الثالثة على المقياس:

المقياس	الدرجة الخام	مستوى القلق	التفسير العيادي
مقياس الحالة	58	مرتفع جدا	تعبير توتر حالي بسبب انشغال بالها على أولادها وسلطة زوجها
مقياس السمة	58	مرتفع جدا	تمتلك شخصية انفعالية

يتضح من خلال تطبيق مقياس القلق حالة وسمة ومن خلال تفريغ إجابات المفحوصة "ن" نجد أن مجموع الذي تحصلنا يمثل 58 وهذا يظهر ارتفاع في حالة القلق، يعكس هذا حالة التوتر والضغط الذي تعيشه المفحوصة حاليا بسبب انشغال بالها على مشاكل أبناءها وسلطة الزوج، وهو ما يفسر وصول ضغط الدم لديها إلى مستويات خطيرة عند القلق كما أبدت حيث قالت "ساعات يوصل ل 18". أما بخصوص قسم سمة القلق تحصلنا على مجموع 58 يمثل ارتفاع الدرجة، وبناءا على إجابات الحالة "غالبا" "دائما" في بنود الشخصية القلقة، تبين من خلال النتائج أن الحالة تمتلك شخصية "انفعالية". هذه السمة تؤكد الاستعداد الذي يؤهل للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية "سكري + ضغط الدم " نتيجة الكبت لسنوات طويلة مع زوج متسلط.

لاحظنا تساوي المستويين، مما يظهر أن الضغوط الحالية (القلق حالة) قد أيقظت القلق الدفين في شخصيتها (القلق سمة)، مما جعل حالتها الصحية غير متوازنة.

3-5 التحليل العام للحالة الثالثة:

أبرزت النتائج المتحصل عليها من خلال الملاحظة والمقابلة ومقياس قلق الحالة وقلق السمة أن الحالة "ن" تجسد نمودجا واقعيا لكيفية تأثير "الكبت الإنفعالي" وسلطة المحيط على الصحة الجسدية، وأن الميكانيزم الذي تتبناه أثناء القلق (العمل المجهد) عوضا عن التفريغ النفسي الصحي يزيد من استنزاف أعضائها، مما يجعل نسبة السكري وضغط الدم مرتبطين ارتباطا وثيقا بمدى توازم محيطها العائلي مما أشار mrty et de muzn أن المصابين بتداخل الأمراض كارتفاع ضغط الدم والسكري يكون لديهم قلق دائم وانشغال مفرط بشأن أعراضهم الجسدية (شفيق، 2018، ص100)، وأن التنفس الذي يحدث لها أثناء خروجها من المنزل يؤكد أن البيئة تمثل مصدر للمثيرات القلقية لديها.

تبين كذلك من خلال للحالة "ن" كشف أن إصابتها باضطرابات سيكوسوماتية (سكري، ضغط الدم) منذ 6 سنوات، تزامنت مع مرحلة عمرية 58 سنة كانت فيها الحالة تفتقد للراحة النفسية اللازمة، إن هذا السن التي فيه الحالة يعتبر مرحلة ثقيلة رغم النضج بسبب استمرار المشاكل مع الزوج المتسلط مما جعل تأثير الضغوط النفسية يفوق طاقة تحملها الجسدي، كان هذا القلق نتيجة قابلية جسمها لاستقبال الأمراض.

نجد ان غياب التحسن في حالتها يعود الى أن القلق ليس مجرد رد فعل لحدث معين بل هو نمط حياة فرضته عليها الظروف الأسرية، مما جعل جهازها النفسي والجسدي في حالة استنفار دائم وهو ما يفسر التعب والإرهاق الذي تظهره الحالة.

4- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

4-1 مناقشة الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على أن "المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية يعانون من قلق الحالة وقلق السمة بمستوى مرتفع"، وذلك أن القلق من أكثر الانعكاسات النفسية وبروزا لدى الأشخاص، نرى بأن هذه الفرضية تحققت من خلال نتائج المقياس الذي طبق على الحالات الثلاث لاحظنا تباين بين الحالة الأولى "ز" مع الحالة الثانية "س" والحالة الثالثة "ن"، فحصلت الحالة الأولى والثانية على مجموع درجات مرتفع بينما استقرت الحالة الثانية في المستوى المتوسط نوعا. وهذا الاختلاف يعود إلى الظروف الأسرية والمحيط والمساندة الاجتماعية.

يظهر بوضوح تأثير المحيط الأسري على الاستقرار النفسي؛ فالحالة الأولى "ز" تعاني من ضغوط ناتجة عن العيش مع أهل الزوج، بينما تعاني الحالة الثانية "ن" من ضغوط بسبب تسلط الزوج وتأثيره على وضعها مع أولادها، في حين تتميز الحالة الثالثة "س" باستقرار نفسي نوعا ما ناتج عن شعور الحالة بالراحة والرضا بفضل الاهتمام والمساندة التي توفرها له زوجته، مما يؤكد أن الدعم الاجتماعي والبيئة الأسرية هما عامل مساهم في تحديد مستوى القلق أو الاستقرار لدى كل حالة.

وقد تعززت هذه النتيجة الكمية 44_ 58 في الحالات الثلاثة مما تم رصده من الملاحظات العيادية على الحالات أثناء المقابلة من ملامح توحى بالذبول وتوتر عند الحديث والسلوكات تدل على صفات قلقية لدى الحالة المصابة باجتماع السكري وضغط الدم من خلال حصولها على مجموع أعلى

بالمقارنة مع بقية الحالات المصابة بمرض واحد، وهذا ما يفسر منع التكيف النفسي لديها رغم محاولة التأقلم مع المرض بشكل ملحوظ.

من خلال المقابلات تم الكشف عن وجود فترة صراعات وضغوط نفسية قبل ظهور المرض، استنتجنا من خلال ما أقرت به الحالة "ز" أن معاناتها مرتبطة بمشاكل أهل الزوج وغياب زوجها (السند) لفترات طويلة بسبب عمله، أما الحالة "س" فقد أرجع معاناته للتعب والمشاكل المتراكمة التي تخص مشاكل الحياة العامة والظروف المرهقة التي تخص العمل، كذلك قمنا بربط معلومات المرض المقدمة من طرف الحالة "ن" بالخوف والتوتر الملازم لها من زوجها و الحيرة والقلق التي تحملها تجاه المستقبل عموماً وعن أولادها خصوصاً، وبروز سمة القلق لدى الحالات الثلاث (يقلقون بسرعة و يضخمون الأمور)، مع الميل إلى كبت الانفعالات، وعدم التنفيس عن الغضب المكثوم وهذا ما استنتجناه من أقوالهم و إيماءاتهم خلال المقابلات العيادية، مما يدل هذا الطرح على تحويل القلق المكبوت إلى أعراض جسدية ظاهرة وملزمة.

لوحظ تتبع المؤشرات الجسدية لنوبات القلق الحالية (ضيق تنفس، الفشلة، خفقان القلب، آلام الرأس والمفاصل، طنين الأذن عند الحالة "ن"...)، مع استبصار الحالات بالارتباط الوثيق الذي بين القلق وارتفاع مؤشرات المرض السيكوسوماتي (سكري، ضغط الدم)، مع محاولتهم على الحفاظ عن استقرار ذلك عبر الأدوية والأعشاب.

بينت المقابلات تأثير الاستقرار في المحيط العائلي بحيث تقل حدة النوبات في الوسط الهادئ، بينما تزيد الضغوطات العائلية من حدة القلق والاندفاعية في الرد كما لوحظ على الحالة "س" ونستنتج من خلال هذا أن الحالات بحاجة إلى احتواء وفهم وليس إلى ضغط خارجي يلزم ضغطهم الداخلي. يعاني الحالة "س" من درجة قلق مرتفعة ظهرت في الاندفاعية والتسرع أثناء كلامه، فنرى أنه يجيب في بعض الوقت قبل التركيز على السؤال بحد ذاته، حيث يميل أحيانا إلى الإجابة قبل استيعاب السؤال بالكامل، هذا التصرف يفسر بروز صفة التسرع وعدم القدرة على الانتظار أو السكون، وهو مؤشر على أن الجهاز العصبي المرتبط بضغط الدم في حالة استثارة، مما يجعله في حالة دائمة من "التهيج القلبي" يمنع من التركيز الهادئ والترثيب في الإجابة.

لقد تأكدت صحة هذه الفرضية من خلال نتائج المشتركة بين الحالات الثلاثة، حيث أثبتت أن الضغوط النفسية والقلق العامل المشترك والمحرك الأساسي الذي أدى الى تحويل الصراع النفسي إلى عرض عضوي لدى جميع الحالات.

4-2 مناقشة الفرضية الفرعية الأولى:

تتص هذه الفرضية التي تقول يسهم عامل مدة الإصابة في التأثير على مستوى قلق الحالة وقلق السمة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية على وجود ارتباط بين مدة الإصابة ومستوى القلق الحالة وقلق السمة، ومن خلال النتائج الميدانية السابقة نجد أن هذه الفرضية تحققت مع الحالات الثلاث حيث أظهرت اختلاف كبير في مجموع الحاصل عليه الذي يعود لتباين سنوات التأقلم مع المرض حيث سجلت الحالة "ن" ذات مدة الإصابة الأقصر 6 سنوات درجة أعلى من الحالتين "ز"، "س" اللتان تملكان مدة اصابة اطول تتعدى 10 سنوات إلا أن هذه المدة الطويلة سمحت لهما بالوصول الى مستوى من التكيف النفسي والجسدي مع المرض مما زاد من درجة تقبل الأعراض المرضية لديهم. بينما لا تزال الحالة "ن" ذات الإصابة الازدواجية تعاني من صعوبة في التوفيق بين المتطلبات العلاجية مما يجعل مدة السنوات غير كافية لتحقيق التوازن النفسي المطلوب مقارنة بالبقية، وقد تم تدعيم هذه النتائج من خلال ما تم ملاحظته داخل الجلسات العيادية حيث رصدنا أن الحالة "ن" بادي عليها تضرر وشكاوى جسدية وصراعات نفسية، ونرى الحالات الأقدم في الإصابة ذوي 10 سنوات أكثر هدوء وتقبلاً للبروتوكول العلاجي وهذا ما يؤكد أن جودة التعايش لا تقاس بالسنوات فقط وإنما بنوعية خطورة الإصابة المزوجة.

4-3 مناقشة الفرضية الفرعية الثانية:

تتمحور الفرضية التي تقول "يسهم عامل السن في التأثير على مستوى قلق الحالة وقلق السمة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية" بالنظر إلى المجموع المتحصل عليه، نجد أنها قد حققت جزئياً الدراسة الميدانية هذا الطرح حيث أظهرت النتائج اختلاف ملحوظا في مستوى مجموع القلق حالة والقلق لم يتوقف على السن الاصغر او الاكبر وإنما على السن المتوسطة مقارنة بالحالات هي التي تركز لديها ارتفاع قلق الحالة وقلق السمة، تأكدنا من خلالها أن السن ليس مجرد رقم زمني بل هو واعي بالمرض، بينما ان الحالة "ن" الوسطى كونها في مرحلة عمرية تتميز بالنشاط والرغبة في الإنجاز، وجدت نفسها تصارع مرضين سيكوسوماتيين في آن واحد (سكري وضغط الدم)، مما ادى الى اعاقه نمط حياتها

نوعاً ما على خلاف الحالة الصغرى "ز" التي أصابها المرض رغم صغر سنّها 30 سنة منذ 10 سنوات فجعلها أكثر توازناً، ونفسر هذا الخلاف أنه يعتبر صراع بين احتياجات السن النشاط والحيوية وقيود الإصابة الازدواجية، وهذا ما زاد من ارتفاع قلق الحالة وقلق السمة لدى الحالة الوسطى مقارنة بالحالة الأكبر التي قد تكون وصلت لمرحلة الرضا والقبول والتسليم.

وبهذا أكدت النتائج الميدانية صحة الفرضيات التي اعتمدنا عليها؛ حيث أدى القلق النفسي وآلية الكبت وعدم التفريغ الانفعالي إلى استنزاف طاقة الجسم، وظهر هذا في شكل مرض السكري لدى الحالة الأولى، وارتفاع ضغط الدم لدى الحالة الثانية، وإصابة مزدوجة (سكري وضغط دم) لدى الحالة الثالثة.

استنتاج عام:

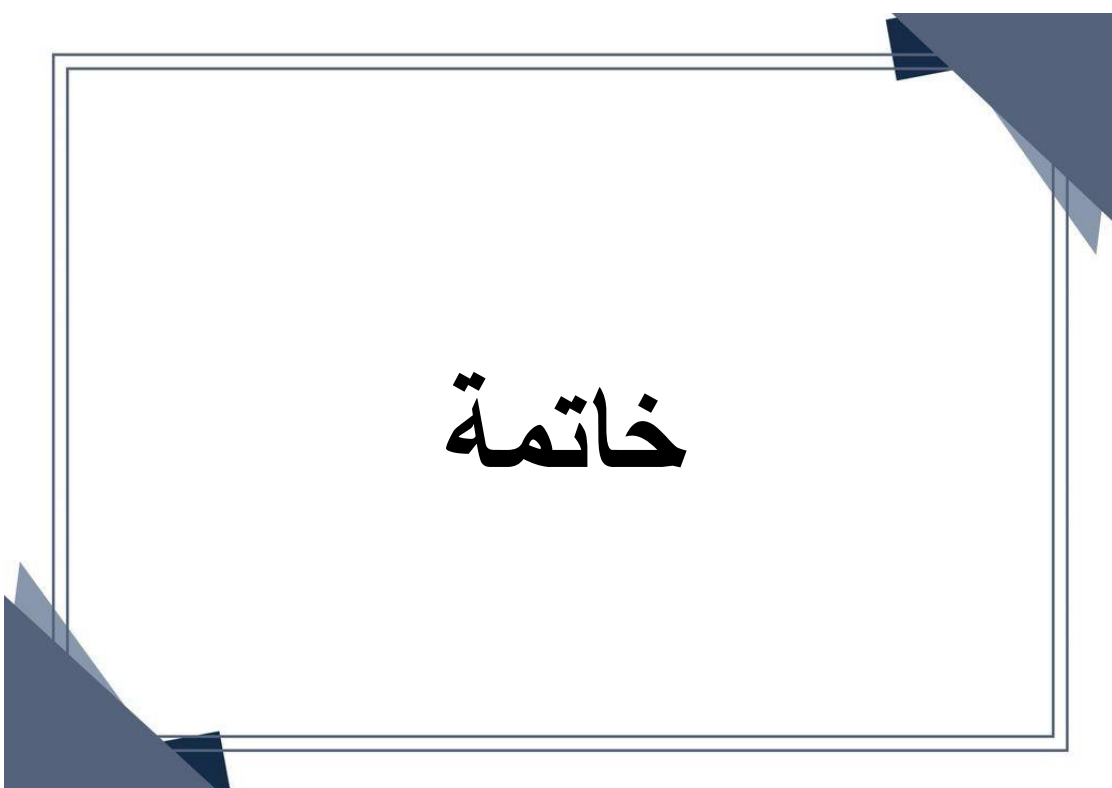
نستخلص من خلال دراستنا الميدانية التي أجريت في مدينة المغير حول القلق حالة والقلق سمة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية، أن الفرضيات قد تحققت إذ تظهر أن ارتفاع قلق السمة يمثل استعدادا شخصيا وهشاشة نفسية مسبقة، جعلت من الجسد مسرح لتفريغ الصراعات التي لم يجد الجهاز النفسي سبيل لحلها. فالمحيط الاجتماعي للحالات الثلاث كان بمثابة البيئة الضاغطة التي تفتقد الاحتواء والمساندة نوعا ما مما أدى الى تجديد الضغوط البيئية دور العامل المفجر وعمل على تحويل الضغوط اليومية الى الصدمات النفسية مستمرة عجزت الحالات عن صدها.

تأكدنا من خلال التحليل العميق للمقابلات العيادية أن البيئة ساهمت بشكل كبير على تعزيز الية كبت الانفعالات وعدم التنفيس والتفريغ اللفظي للصراعات المعاشة مما أدى الى توجيه الشحنات النفسية الى ترجمة جسدية نحو اعضاء الجسم، فنتج عن هذه الإصابة بمرض السكري وضغط الدم.

لوحظ أن التركيز على العلاج العضوي وتجاهل المعاناة النفسية الكامنة راجع لنقص الوعي النفسي لدى الحالات وبيئتهم دون فهم الرسائل التي عمل الجسد على ايصالها لهم خلف هذه الاعراض المزمنة، إضافة الى صعوبة التعامل مع اجتماع مرضين في الجسد الواحد دون المساندة وفي ظل محيط مؤذي وضغط ادى الى جعل المريضة تشعر انها محاصرة من الداخل والخارج.

نستنتج في الأخير من خلال النتائج أن هناك ارتباطا وثيقا ومباشرا بين القلق والامراض السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة، وأن هناك ارتباطا وظيفيا بين الظروف البيئية الضاغطة وبروز الإصابة المزوجة كلما عجزت المريضة عن التنفيس الانفعالي لجأت الى القلق كمسار جسديا.

كما فسر هذا الطرح عن أهمية التفريغ الانفعالي، حيث ظهر ذلك في الارتياح الملحوظ على المرضى أثناء المقابلات مع الباحثة، مما أثبت أن المرض السيكوسوماتي هو تعبير جسدي ناتج عن كتمان نفسي طويل، وهذا ما يؤكد ضرورة دمج العلاج النفسي مع العلاج الطبي لضمان صحة نفسية وجسدية متوازنة.



خاتمة

خاتمة:

تبين من خلال دراستنا هذه أن تعرض الإنسان لمرض سيكوسوماتي مزمن نتيجة تحول صراعات نفسية يؤثر على التوازن الجسدي والنفسي لحياة الإنسان فتصعب حياته بدرجة متفاوتة، فالإنسان عبارة عن وحدة نفسية جسمية لا يمكن المساس بالأولى بمعزل عن الأخرى، فبعد زيادة الوعي النفسي والتطور الطبي أصبح من المستحيل علاج الجسم بمعزل عن الجانب النفسي نظرا للعلاقة الوثيقة التي بينهم، لشيوع الأمراض العضوية الناشئة من مشاكل نفسية، والتي تربط الإنسان بها بشكل مستمر ومزمن وتؤثر على نمط حياته ونظرته لنفسه ومحيطه ، وتزداد حدة إذا اجتمع مرضين مزمنين في جسد واحد خاصة مع استمرار الضغوط النفسية، رغم أن النتائج التي توصلنا إليها فإنها تنحصر على الحالات الثلاثة التي خضعت للدراسة والتحليل ولا يمكن تعميمها نظرا لخصوصية كل الفرد وظروفه ومواقفه المعاشة، فلكل حالة مسارا حياتيا خاصا بها ولا يمكن أن ينطبق على أخرى، ونفس الشيء بالنسبة لأمراضه فهي تخصه وحده كحالة مختلفة عن باقي الحالات الأخرى، إلا أن دراستنا جاءت لتفتح لنا نافذة في غاية الأهمية لفهم المعاناة الكامنة والغير ظاهرة لهؤلاء المرضى، وفي الأخير كانت دراستنا هذه إلا مجرد محاولة نابغة من واقع صادق معاش، مضبوطة بإطار علمي بسيط لتفسير هذا التداخل المعقد ونأمل أن تكون دراستنا هذه لبنة للمزيد من البحوث المستقبلية التي تقدم أكثر في هذا التخصص.

توصيات الدراسة:

- دعم مصلحة الأمراض المزمنة بطاقم من المختصين النفسانيين يحوي عدد معتبر من الأخصائيين للتكفل النفسي الدائم والشامل للمرضى.
- توفير مكاتب مهياة ومستقلة للمتربصين داخل المستشفيات لضمان الراحة والخصوصية للممارس والمريض.
- توعية العائلات بأثر الضغوطات والتدخلات الاجتماعية في ظهور الأضرار الجسدية (كما في حالة "ز" و "ن").
- تشجيع المرضى (خاصة الرجال) على الفضفضة حول الضغوط التي تتأبهم، والاعتراف بالقلق كعامل مسبب للأمراض المزمنة يحتاج للمتابعة النفسية.

– إضافة برامج تدريبية حول "تقنيات الاسترخاء وإدارة القلق والضغوط" ضمن البروتوكول العلاجي لمرضى السكري وضغط الدم.

– التنسيق الوثيق بين الطبيب الجسدي العام والأخصائي النفسي للتكفل بالمرضى في جوانبه "النفس-جسدية" (سيكوسوماتي).

اقتراحات الدراسة: من خلال النتائج المتحصل عليها نقترح:

* إجراء دراسات تتبعية لفترات طويلة لرصد كيف يتطور قلق السمة ويتحول إلى مرض سيكوسوماتي مع مرور الوقت.

* توسيع الدراسات في موضوع ازدواجية الإصابة

* توسيع العينة لأصحاب البحوث المقبلة في هذا المجال لضمان نتائج أدق

* تصميم وتجريب برامج نفسية وقائية للأشخاص الذين يعانون من قلق دائم لحمايتهم من الإصابة بأمراض الضغط والسكري.

* دراسة لماذا يلجأ بعض المرضى لتحويل صراعاتهم النفسية إلى أعراض جسدية (تجسيد) بينما لا يفعل الآخرون ذلك.

* البحث في دور المرونة النفسية وكيف يمكنها أن تحمي الشخص من تأثيرات القلق على صحته الجسدية.

* إجراء دراسات مقارنة بين مختلف الفئات العمرية والجنسية لمعرفة تأثير اختلاف العمر على علاقة القلق بالأمراض السيكوسوماتية.

* التوسع في استخدام المنهج العيادي لدراسة التاريخ الشخصي للمرضى، لأن الصدمات القديمة غالباً ما تكون هي المحرك الخفي للأعراض الحالية.



قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

1. العايب كلثوم. (2021). علاقة القلق بعملية التعلم في ضوء نظرية تايلور. مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة زيان عاشور بالجلفة، الجزائر، العدد الثاني.
2. أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2011). دليل المقاييس والاختبارات النفسية والتربوية: مقاييس الصحة النفسية، مقاييس المشكلات والاضطرابات (الجزء الأول)، الطبعة الثانية. عمان، الأردن: مركز دبيونو لتعليم التفكير.
3. الساسي، كريمة. (2010). الاكتئاب والقلق لدى عينة من المتأخرات عن سن الزواج [رسالة ماجستير غير منشورة]. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2 - بوزريعة.
4. العنزي، موسى بن سحمان (2010). الداء السكري: هل السكري مرض يمكن منعه وعلاجه؟ ط1، الرياض، المملكة العربية السعودية: (اسم دار النشر إذا وجد على الغلاف الداخلي، أو يُكتفى بذكر المؤلف كناشر).
5. المحمودي، محمد سرحان علي. (2019). مناهج البحث العلمي (الطبعة الثالثة). صنعاء، اليمن: دار الكتب.
6. المركز الوطني للسكري (د.ت). السكري وارتفاع ضغط الدم (كتيب إرشادي)، الجزائر. (ملاحظة: "د.ت" بدون تاريخ).
7. الهامل، عبير. (2021). قلق المستقبل لدى الراشدة العزباء ضحية طلاق الوالدين: دراسة عيادية لثلاث حالات بولاية بسكرة [مذكرة ماستر غير منشورة]. جامعة محمد خيضر - بسكرة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، الجزائر.
8. الوحيدى، عمار يوسف؛ وعامر، زاهرة خالد. (2022). أمراض الاضطرابات السيکوسوماتية من منظور علم النفس الجسدي. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، المجلد 10، العدد 04.
9. أنهيتي، نورة؛ وحملوي، سلمى (2015). استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى عمال الصحة المصابين بداء السكري: دراسة عيادية لخمس حالات. (مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر

- في علم النفس، تخصص: علم النفس العيادي). كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة ألكلي محند أولحاج، البويرة، الجزائر.
10. أنور الحمادي (مترجم). (د.ت) معايير DSM-5، (إعداد وتوزيع جهاد محمد حمد).
11. آيت حمودة، حكيمة. (2007). سمة القلق وعلاقتها بإدراك الضغوط النفسية لدى المرضى السيکوسوماتيين. مجلة علم النفس، جامعة الجزائر، (1).
12. آيت حمودة، حكيمة. (2007). سمة القلق وعلاقتها بإدراك الضغوط النفسية لدى المرضى السيکوسوماتيين. مجلة الوقاية والأغنوميا، 1(1).
13. إيمان عبد الحاکم: (2022)، المحددات الديموغرافية والسوسيو اقتصادية لداء السكري في ولاية المنیعة، مذكرة لاستكمال شهادة الماستر أكاديمي، ميدان العلوم الإنسانية والاجتماعية، تخصص: التخطيط الديمغرافي والتنمية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
14. باهي، سلامي. (2008). مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات السيکوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي: دراسة ميدانية على عينة من أربع ولايات جزائرية (رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس). جامعة الجزائر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، الجزائر.
15. براهيمية، ماجدة؛ بورمادة، نهال؛ وأمراح، زينب (2024). جودة الحياة لدى الراشد المصاب بداء السكري: دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة. (مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس، تخصص: علم النفس العيادي). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945، قالمة، الجزائر.
16. بكوش سمیة. (2018). قلق الموت لدى المرأة الحامل المصابة بارتفاع ضغط الدم: دراسة عيادية لـ 07 حالات بمستشفى قضي بكير لولاية غرداية [مذكرة استكمال متطلبات نيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس العيادي]. قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة غرداية، الجزائر.

17. بلهي، حسينة. (2023). أعراض القلق الناتج عن الضغوط النفسية لدى عمال الشبه الطبي: دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بعين الباردة - عنابة. مجلة الإنسانية، مجلد 34 (عدد 1).
18. بليهب، كلثوم. (2011). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق المعمم: دراسة حالة. دراسات نفسية - مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية، الجزائر، مج 5، ص ص 147-157.
19. بن درف، إبراهيم. (2018). الخصائص السيكومترية لمقياس سبيلبرجر (سمة القلق وحالة القلق) الصورة (ي) لدى عينة من تلاميذ التعليم الثانوي بمدينة مستغانم [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة وهران 2 محمد بن أحمد، الجزائر.
20. بن سالم، حسناء (2024). اضطرابات القلق (سلسلة الثقافة الصحية، العدد 200). (مراجعة: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية). دولة الكويت: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية.
21. بن سي علي، زكية. (2022/2023). الهزيمة النفسية وعلاقتها بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرأة المطلقة. أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة.
22. بوشوشة، مريم (2022). [الأكستيميا لدى المرضى المزمنين (داء السكري، ضغط الدم) دراسة مقارنة بين المرضى وغير المرضى]، أطروحة دكتوراه، قسم علم النفس كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة مولود معمري تيزي وزو.
23. تويز، أنفال وزهرة، صفاء. (2022). مستوى القلق لدى المصابين بمرض السكري من نوع أول في ظل جائحة كورونا: دراسة عيادية على ثلاث حالات بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم سعدان [مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر - بسكرة، الجزائر.

24. جعفر، سارة. (2018). التوافق الزوجي لدى الزوجة المصابة بداء السكري: دراسة عيادية لأربعة حالات في ولاية بسكرة [مذكرة ماستر غير منشورة]. جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، الجزائر.
25. حزام، أمير عاطف؛ وآيت، كالي رفيق. (2022). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها باضطراب القلق المعمم لدى أساتذة مرحلة التعليم المتوسط: دراسة ميدانية في متوسطات بلدية قالمة- قالمة، بلدية سدراتة- سوق أهراس [مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي]. جامعة 8 ماي 1945 قالمة، الجزائر.
26. حسان شمسي باشا. (2007). ارتفاع ضغط الدم: الأسباب.. الأعراض.. العلاج (الطبعة الرابعة). دمشق، سوريا: دار القلم.
27. حسون، زهراء حسين جبر؛ هدوان، زهراء حسين جبير؛ زوده، زهراء حميد هليل؛ شامي، زهراء خوزان مظهر؛ وجخم، زهراء راتب عبد (2022). انتشار ارتفاع ضغط الدم لدى المصابين بمرض السكر. (بحث مقدم لنيل شهادة الدبلوم التقني في تقنيات التمريض). المعهد التقني الديوانية، جامعة الفرات الأوسط التقنية، العراق.
28. حماد، منيا سميح مصطفى. (2012). القلق وضغوط الحياة لدى الزوجات ذوات الإجهاد المتكرر [رسالة ماجستير غير منشورة]. قسم علم النفس، كلية التربية، الجامعة الإسلامية غزة.
29. حميدي، صبرينة (د.ت). بناء بروتوكول "تشخيصي-قياسي" من خلال دراسة العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والضغط النفسي لدى العمال في الجزائر. مجلة دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2، (31).
30. خنتيش نسيم؛ ونقادي علي. (2021/2022). الاضطرابات السيكوسوماتية الناتجة عن صدمة الاعتداء الجنسي لدى خريجي السجون. مذكرة ماستر، جامعة ابن خلدون تيارت.

31. خوري نسرين؛ وبوعبد الله لحسن. (2018). قراءة تحليلية لبعض الدراسات السابقة عن خطر الشعور بالوحدة النفسية على ارتفاع ضغط الدم. مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، جامعة سطيف 2، الجزائر.
32. دينس، كريمة وراسي، فتيحة. (2023). برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض القلق لدى الطفل المصاب ببطء التعلم: دراسة عيادية لحالتين بابتدائية بارة عبد القادر تيارت. [مذكرة ماستر غير منشورة]. جامعة ابن خلدون تيارت، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.
33. راشدي أميرة منار؛ بلهاشمي شيما، (2025)، (د.ت). الضغوط النفسية ودورها في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية القصور الكلوي لدى الراشد أنموذجاً. مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، جامعة بلحاج بوشعيب عين تموشنت.
34. رحمانى، شيما ورمضان، كريم. (2023). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض القلق لدى المسنين: دراسة عيادية لحالة بدار الأشخاص المسنين زيان عاشور - تيارت [مذكرة ماستر غير منشورة]. جامعة ابن خلدون - تيارت، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس والفلسفة والأرطوفونيا، الجزائر.
35. ساعد، شفيق. (2018). مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية: دراسة على أربع مجموعات من المرضى المترددين على المؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس، تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي، جامعة محمد خيضر - بسكرة، الجزائر.
36. سيجموند فرويد: الكف والعرض والقلق، ترجمة: محمد عثمان نجاتي، ط4، دار الشروق، القاهرة، 1989،
37. شحاتة هاني سعد الله حنا، (2023)، (د.ت). الأعراض السيكوسوماتية لدى الأمهات غانم، محمد حسن. (2015)، (د.ت). الدليل المختصر في الاضطرابات السيكوسوماتية المطلقات (دراسة تحليلية كينيكية). مجلة دراسات تربوية واجتماعية، جامعة حلوان.

38. شعبان ريمة؛ الساسي آمال؛ (2017). تقدير الذات لدى مرضى السكري بالمصلحة الاستشفائية "النهار" للمؤسسة الاستشفائية ابن زهر - قالمة [مذكرة تخرج لنيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي]. جامعة 8 ماي 1945 قالمة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس.
39. ضيف، محمد البشير؛ بلوفة، بوجمعة؛ وجبوري، بن عمر (2023). دراسة تحليلية لبعض الدراسات السابقة لأهمية المشي في خفض وإدارة ضغط الدم لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم. مجلة المنظومة الرياضية، جامعة الجلفة، الجزائر، 10 (01).
40. طراد، نفيسة (2021). علاقة نمط الشخصية (أ، ب) واستراتيجيات المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة من الفريق الصحي (الطبي وشبه الطبي): دراسة ميدانية ببعض المستشفيات بولاية ورقلة. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث، تخصص: علم النفس المرضي المؤسساتي، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة، الجزائر.
41. طلحة، هشام. (2017). قياس حدة القلق لدى تقنيي التخدير: دراسة ميدانية بمستشفى بشير بن ناصر بسكرة ومستشفى سيدي عقبة (مذكرة ماستر غير منشورة). قسم العلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
42. عباس، أمينة (2018). الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أساتذة التعليم المتوسط. (أطروحة دكتوراه غير منشورة في علم النفس). كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2، وهران، الجزائر.
43. عثمان، فاروق السيد. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية (سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس، الكتاب السادس عشر، ط. 1). القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.
44. غويني، عائشة. (2016). الاضطرابات النفسجسمية والمعاش النفسي لدى مرضى ضغط الدم المرتفع: دراسة استكشافية - عيادية بولاية ورقلة (مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.

45. فريمان، دانيال، وفريمان، جيسون. (2023). القلق: مقدمة قصيرة جداً (سارة طه علام، مترجم). القاهرة، مصر: مؤسسة هنداوي.
46. فكراش، ع. ك.، ومحامدية، د. (2020). صورة الجسم لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف [مذكرة ماستر غير منشورة]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945 قالمة.
47. فواغلة، أميمة؛ شهيلي، آية؛ وظافري، ياسمين (2024). اضطراب القلق العام وعلاقته بالرفاهية الذاتية لدى المراهق المتمدرس في مرحلة المتوسط: دراسة ميدانية ببعض المؤسسات التعليمية بولاية قالمة. (مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945، قالمة، الجزائر.
48. قادير، عقيلة؛ ومرابط، ريان. (2020/2021). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية (مرض السكري وارتفاع ضغط الدم) لدى الممرضين. مذكرة ماستر، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة.
49. قدوري، خليفة. (2017). قلق الامتحان وعلاقته بفاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي لولاية الوادي: دراسة ميدانية ببعض ثانويات ولاية الوادي [أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس]. جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
50. قمحي، كوثر؛ ومرني، مايا. (2021/2022). الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأساتذة الجامعيين. مذكرة ماستر، جامعة 8 ماي 1945 قالمة.
51. قويدري علي، (2020). القلق من المستقبل وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من الطلبة دراسة ميدانية بجامعة الأغواط (الجزائر). مجلة العلوم الإنسانية، 20(1).
52. كحول هند؛ وقاسمي ماسيليا. (2023). مستوى تقدير الذات والالتزام الصحي لدى مرضى ضغط الدم: دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة للاستعجالات [مذكرة ماستر أكاديمي غير منشورة]. شعبة علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.

53. كواحلة، وفاء وحريدي، نور الهدى. (2022). القلق حالة والقلق سمة لدى عينة من المصابين بالأمراض السيكوسوماتية [مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945 - قالمة، الجزائر.
54. لبوز، مبروكة. (2022). أساليب مواجهة الضغط النفسي ونمط الشخصية (أ) لدى عينة من المرضى المصابين بضغط الدم المزمن: دراسة عيادية لثمان حالات بالمستشفى العمومي البشير بن ناصر بالوادي [مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي]. قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
55. لجنة مناهج البحث في قسم علم النفس. (2022). دليل مناهج البحث في علم النفس (تنسيق توفيق عبد الله سلوم). بيروت: الجامعة اللبنانية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية.
56. لحرش دارين؛ شيكر رميسة؛ وسعدنة خالد الأمين. (2024). قلق المستقبل لدى الشاب المصاب بمرض السكري من النمط (01) [مذكرة مكمل لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي]. جامعة 20 أوت 1955 - سكيكدة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم علم النفس.
57. لحسن، سارة. (2022). مستوى العوامل النفسية والاجتماعية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية (الهضمية والقلبية) لدى الفئة الراشدة (مذكرة ماجستير غير منشورة). جامعة الحاج لخضر باتنة 01، الجزائر.
58. لعمى إبتسام. (2022). التكتم الانفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع: دراسة ميدانية على عينة من النساء بولاية غرداية [مذكرة ماستر غير منشورة]. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة غرداية، الجزائر.
59. لكحل الهذباء (2021). مؤشرات جودة الحياة المتعلقة بالسمة لدى المرأة المصابة (بمرض السكري وضغط الدم) في ظل جائحة كورونا، دراسة عيادية على ثلاث حالات بمدينة بسكرة، مذكرة ماستر، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية قطب شتمة جامعة محمد خيضر بسكرة.

60. ماكني بية أماني، وعبد اللاوي غالية (2023-2024). الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد الأسر المختلة وظيفياً: دراسة ميدانية لعينة من النساء المصابات باضطراب القولون العصبي بولاية غرداية. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة غرداية، الجزائر.
61. مباركي، أسماء. (2015). قلق الموت عند الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن: دراسة اكلينيكية لثلاث حالات بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر قالمة [مذكرة ماستر غير منشورة]. جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، الجزائر.
62. محمد، مواهب الرشيد ابراهيم. (2018). القلق لدى طالبات كلية التربية بالزلفي وعلاقته ببعض المتغيرات: دراسة مقارنة بين قسمي الدراسات الإسلامية والتربية الخاصة. المجلة الإلكترونية الشاملة متعددة المعرفة لنشر الأبحاث العلمية والتربوية (MECSJ)، العدد (5)، سبتمبر.
63. محمود، نهاد عبد الوهاب. (2016). علم النفس الإكلينيكي "بين النظرية والتطبيق" (ط1). دسوق، مصر: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
64. مداحي، زكرياء؛ وطبيبي، محمد (2022). قلق المستقبل المهني عند طلبة علم النفس العيادي المقبلين على التخرج: دراسة عيادية على 04 حالات -تيارت-. (مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس، تخصص: علم النفس العيادي). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ابن خلدون، تيارت، الجزائر.
65. معدي، نورة مرزوق العنزي. (2025). القلق وأثره على العملية التعليمية لدى طلاب المرحلة الثانوية بمنطقة حائل. مجلة إبصار في الآداب والدراسات الإنسانية والاجتماعية، المجلد 1، العدد 4.
66. مغداد، زهرة شروق؛ ديداوي، آمال. (2024/2025). الضغط النفسي وعلاقته بالأمراض السيكوسوماتية لدى المصابين بالأورام السرطانية. مذكرة ماستر، جامعة زيان عاشور بالجلفة.

67. مكنزي، كوام. (2013). القلق ونوبات الذعر (هلا أمان الدين، مترجم). الرياض، المملكة العربية السعودية: دار المؤلف للنشر والتوزيع بالتعاون مع مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية.
68. ملجم صورايا، مرغيت سارة. (2022). القلق النفسي وعلاقته بالتوافق الدراسي لدى طلبة الماستر المقبلين على التخرج: دراسة ميدانية بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة جيجل [مذكرة ماستر غير منشورة]. جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية و الأرطوفونيا، الجزائر.
69. مناع، هاجر. (2018). علاقة الأمن النفسي ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عمال الحماية المدنية: دراسة ميدانية لدى عينة من عمال الحماية المدنية بمدينة ورقلة [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة قاصدي مرباح - ورقلة، الجزائر.
70. موهوب، زينة وبلخير، رشيد. (2019). المعاناة النفسية لدى الراشد المصاب بالأمراض السيكوسوماتية (داء السكري، ارتفاع ضغط الدم، مرض القلب). مجلة Route Educational Social Science Journal &، المجلد 06، العدد 03.
71. نايت عبد السلام، كريمة. (2018). سمة القلق وأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم الشرياني [مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة، الجزائر.
72. هولفورد، باتريك (2013). وداعاً لمرض السكري. (ترجمة: عبير منذر)، ط1، بيروت، لبنان: شركة دار الفراشة للطباعة والنشر والتوزيع.
73. هيدوب، حفيظة. (2015/2016). الضغوط النفسية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى المصابين بالسرطان. مذكرة ماستر، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
74. ولد علي، روميضاء؛ ودواي، شيماء؛ وموالي، حليلة. (2023). القلق لدى المصابين بالقرحة المعدية: دراسة حالة لـ (02 حالة) (مذكرة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي). كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة ألكلي محند أولحاج، البويرة، الجزائر.

المراجع باللغة الأجنبية:

75. Bouzidi, F., & Bouguerra, L. (2017). Etude comparative de fréquences de l'hypertension artérielle et le diabète dans les régions : Ferdjioua et M'daourouch [Mémoire de Master non publié]. Université des Frères Mentouri Constantine 1, Algérie.



قائمة الملاحق

الملحق (1): دليل المقابلة

استجابات الحالة الأولى تجاه دليل المقابلة

المحور الأول البيانات الأولية:

الاسم : ز

العمر : 40

الحالة الاجتماعية: متزوجة

المستوى التعليمي: الرابعة متوسط

المستوى الاقتصادي: متوسط

نوع المرض: السكري

المهنة: مأكثة بالبيت

المحور الثاني: التاريخ الطبي والمسار المرضي

● متى كانت إصابتك بمرض السكري؟

-عندي عشرة سنين من جاني السكر

● كيف كان رد فعلك للخبر؟

-عادي متخلعتش

● ما هي الأعراض التي ظهرت عليك حينها؟

-جائتي حكة وحساسية، كي رحت لطبيب ندير ليزاناليز قالي عندك تاسكر

● ما مدى التزامك بالدواء؟

-ساعات ننساه، بصح عندي بنتي صغيرة تفكرني

● ما مدى فعالية الدواء أثناء القلق؟

- عادي نشربو في وقته وخلّاص

● هل تلتزمين بالحمية الغذائية؟

- ساعات وساعات ناكل كلش لحق

المحور الرابع: التاريخ الشخصي والاجتماعي

● كيف كانت فترة طفولتك؟

- (صمت) مليحة لباس

● ماذا عن فترة زواجك؟

- لا لباس، مشاكل زوجية ودار الزوج

● كيف كانت علاقتك بأهل الزوج؟

- مرت شيخي وسلفتي شوي بيناتنا خلافات

● تغير قبل وبعد انتقالك لبيت مستقل؟

- بكري كنت مضغوطة ياسر وذرك تنفست

● هل لديك أصدقاء؟

- ايه مرت صاحب راجلي

● من هم الأشخاص الذين تشعرين بالراحة معهم؟

_ أختي الكبيرة نحكيها وتقاجي عليا

المحور الرابع: الصدمات النفسية والأحداث الضاغطة

● ما هي الأحداث الضاغطة التي تعرضت لها في حياتك؟

-دار شيخي برك كنت مضغوطة معاهم

●هل هناك أحداث مؤلمة تعرضت لها مباشرة قبل ظهور المرض؟

-ايه موت ميمتي، ديتها في قلبي وشينت

المحور الرابع: القلق والجانب النفس-جسدي

●كيف علاقتك بالقلق؟

-نتقلق ياسر سيرتو مع ولادي

●كيف يكون مستوى السكر عندما تشعرين بالقلق؟

-شوية ماشي ياسر

●ما هي الأعراض التي تقتحم جسدك عند القلق؟

-يجبني ضيق تنفس، راسي يوجعني، قلبي يخبط، أي نشة يولي قلب يخبط

●ماذا تفعلين عند بالقلق؟

_ نعيط ونضرب ولادي

●ما هو الشيء الذي ترينه سبب في ظهور المرض لديك؟

-صمت) قلقه وضغط دار شيخي تعبت معاهم

المحور الخامس: مصدر الدعم

●من هو مصدر الدعم الأساسي بالنسبة لك؟

_ بنتي حبيبتي تقرا في الباك

استجابات الحالة الثانية نحو دليل المقابلة:

المحور الأول: البيانات الأولية:

الإسم: س

العمر: 68

المستوى التعليمي: الرابعة متوسط

المستوى الاقتصادي: متوسط

المهنة: متقاعد من شركة سونطراك

المحور الثاني: التاريخ الطبي والمسار المرضي

● متى علمت بالمرض؟

_ عندي عشر سنين كانت تجيني دوخة، فشة، راسي. رحت طبيب قالي عندك لاطونسيو

● كيف كانت الإستجابة للخبر؟

_ قلق في اللول ومبعد والفت

● كيف تتظر للمرض؟

_ قلقة نشوفها ومشاكل الحياة وهو على كل حال بلاء من ربي سبحانه

● ما هو السبب وراء مرضك حسب رأيك؟

_ ذرك نقولو بلاء من ربي سبحانه

● ما مدى إلتزامك بالدواء؟

_ ملتزم بيه برك ساعات ننسى

● ما مدى فعالية الدواء بالنسبة لك؟

_ فايديني مليح

● هل تأكل ما تشتهي أم هناك حذر؟

_ كنت ننسى وكي ناكل المالح نحس راسي وكذا، بصح ذرك عدت نفيق مناكلش واذا سخفت ناكل شوية منكترش

المحور الثالث: التاريخ الشخصي والاجتماعي

● كيف كانت طفولتك؟

_ لابس في صغر (ضحك) كنا لانعرفو اطونسيو لا والوكنا فرحانيين وزاهيين

● زواجك؟

_ كان مليح لحد الآن لابس يعني

● كيف علاقتك مع زوجتك؟

_ مليحة بصح شوي مشاكل كيما كل دار

● هل لديك رفاق؟

_ ايه عندي 3

● من هم الأشخاص الذين تشعرون بالراحة معهم؟

_ جماعة في المسجد نريح معاها

المحور الرابع: القلق والجانب النفس-جسدي (السيكوسوماتي)

● ما هي الأعراض التي تأتيك أثناء القلق؟

_ فشلة، راسي يوجعني، دوخة

● أثناء القلق هل يرتفع مستوى ضغط الدم؟

_ ايه يطلعلي غير كي نتقلق

المحور الخامس: المساندة الاجتماعية (الدعم)

● من الذي تعتبره مصدر دعم؟

_زوجتي برك

● هل أنت راضي عن الدعم؟

_ايه ربي يحفظها

استجابات الحالة الثالثة حول دليل المقابلة:

المحور الأول: البيانات الأولية:

الإسم: ن

العمر: 58

المستوى التعليمي: أولى متوسط

المستوى الإقتصادي: متوسط

المهنة: مأكثة بالبيت

نوع المرض: سكري وضغط الدم

المحور الثاني: التاريخ الطبي والمسار المرضي

● متى كانت أول إصابة لك بالمرض؟

_قبل ربع سنين رحلت لطبيبة قاتلي راه عندك السكر ولاطونسيو وعدهم عامين ملي جاولك، وقاتلي

نديرك الأنسولين مقلتش

● كيف كانت درت فعلك على الخبر؟

_عادي قلت اي واحد يقدر يصيبو وقلت بلاك وراشي

● كيف ترين المرض؟

_ من لول جاني قلقة من راجلي وكذا وممكن وراشي

● ما الذي تغير من قبل إلى بعد ظهور المرض؟

● ما مدى إلتزام بالدواء والحمية الغذائية؟

_ايه نلتزم

● هل ترين الدواء فعال؟

_مليح يفيدني

● هل تأكلين أي شيء دون حذر لصحتك؟

_ايه ساعات ناكل ونقول الموت وحدة

المحور الثالث: التاريخ الشخصي والاجتماعي

● كيف قضيتي طفولتك؟

_ (صمت) عادي تقريبا

● كيف علاقتك مع زوجك؟

_ عندي مشاكل معاه، واعر ومزير

ما نوع المشاكل؟

_ مشاكل زوجية برك هو صعيب في التعامل وذرك بدا يتحط شوي كي كبر

● هل لديك صديقات؟

_ لالا ميخلنيش نخرج أصلا

● من هم الذين تشعرين بالراحة معهم؟

_ كي نروح لدارنا نتنفس شوي

المحور الرابع: القلق والجانب النفس-جسدي (Psychosomatique)

- ما هي علاقتك بالقلق؟

_ نتقلق ياسر

- ما هو السبب لظهور المرض بالنسبة لك؟

_ راجلي بكري، ومرت ولدي، وولادي هذو لي مقلقني

- هل يتغير معدل السكري وضغط الدم عند القلق؟

_ ايه يطلع ياسر بعد يوصل 17 و18

- كيف تكون أفعالك عند القلق والأعراض؟

_ نشعل الماشينة ونغسل القش ونبكي، ولا نغلي نعناع

المحور الخامس: المساندة الاجتماعية (الدعم)

- من الذي يدعمك ويهتم بك؟

_ بنتي وولدي

- هل راضية بهذا الدعم؟

_ ايه الحمد لله

الملحق (2): مقياس القلق لسبيلبرجر Spielberge

تعليمية الصورة الأولى حالة القلق

إليك مجموعة من العبارات التي يمكن أن تصف ذاتك، اقرأ كل عبارة ثم ضع علامة (X) في الدائرة المناسبة التي تبين ما تشعر به حقيقة لأن هذا الوقت بالذات ليس هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة، لا تضع وقتا طويلا أمام كل عبارة بل قدم الجواب الذي يصف مشاعرك الحالية بشكلها الأفضل.

الرقم	العبارات	مطلقا	احيانا	غالبا	دائما
01	اشعر بالهدوء				
02	اشعر بالأمان				
03	أشعر بالتوتر				
04	أشعر بالأسف				
05	أشعر بالاطمئنان				
06	أشعر بالاضطراب				
07	أشعر بالانزعاج لاحتمال وقوع كارثة				
08	أشعر بالراحة				
09	أشعر بالقلق				
10	أشعر بالسرور				
11	أشعر بالثقة بالنفس				
12	أشعر بالنرفزة				
13	أشعر بالثوران				
14	أشعر بتوتر زائد				
15	أشعر بالاسترخاء				
16	أشعر بالرضى				
17	أشعر بالضيق				

18	أشعر بأنني مستشار جدا (لدرجة الغليان).			
19	أشعر بالسعادة العميقة			
20	أشعر أنني أدخل السرور على الآخر			

تعليمية الصورة الثانية (سمة القلق)

الرقم	العبارات	مطلقا	احيانا	غالبا	دائما
01	أشعر بأنني أدخل السرور على الآخرين				
02	اتعب بسرعة				
03	أشعر بالمثل إلى البكاء				
04	أتمنى لو كنت سعيدا مثلما يبدو الآخرون.				
05	السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع التغلب عليها				
06	أشعر بالراحة				
07	أنا هادئ الأعصاب.				
08	أشعر بأن				
09	أنني لا أستطيع التغلب عليها				
10	أنا سعيد				
11	أميل إلى تصعيب الأمور				
12	ينقصني الشعور بالثقة في النفس				
13	أشعر بالأمان.				
14	أحاول تجنب مواجهة الأزمات والصعوبات.				
15	أشعر بالحزن				
16	أشعر بارضا				
17	تجول بذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني				
18	تؤثر خيبة الأمل بشدة لا أستطيع أن أبعدها				

				عن ذهني	
				انا شخص مستقر	19
				أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أفكر كثيرا في اهتماماتي وميولي الحالية	20