

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي

قسم علم النفس

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية



دراسة سمات القلق والاكتئاب لدى طلبة أولى جامعي في
ظل المتغيرات العرضية (التخصص _ الجنس _ الإقامة)

مذكرة تخرج تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة ليسانس في علم النفس

تخصص: علم نفس عيادي

تحت اشراف:

- اسعادي فارس

اعداد الطلبة:

ريان هبية

عنقاء سلطاني

صابرين بنين

عبير الشايع

الموسم الدراسي: 1442هـ / 1443هـ - 2021م / 2022م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر والعرفان

اتقدم بأسمى آيات الشكر والامتنان والتقدير والمحبة إلى الذين حملوا أقدس رسالة بالحياة.

إلى الذين مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة،

إلى جميع أساتذتنا الأفاضل « كن عالما فإن لم تستطع فكن متعلما فإن لم

تستطع فأحب العلماء ، فان لم تستطع فلا تبغضهم» .

واخص بالتقدير والشكر:

الدكتور: فارس اسعادي

الذي نقول له بشراك قول رسول الله صلى الله عليه وسلم " ان الحوت بالبحر و

الطير بالسماء ، ليصلون على معلم الناس الخير".

إلى من وقف إلى جانبنا عندما ضللنا الطريق.

الدكتورة: عبد اللطيف قنوعة

وايضا نشكر كل من ساعد على اتمام هذا البحث وقدم لنا يد المساعدة وزودنا

بالمعلومات اللازمة لهذا البحث

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الصفحة	قائمة المحتويات
	ملخص الدراسة باللغة العربية
	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
	شكر وعرفان
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
ب	مقدمة
الجانب النظري الفصل الاول: الفصل المنهجي	
6	اشكالية الدراسة
7	اولا: فرضيات الدراسة
8	ثانيا: تحديد مصطلحات الدراسة
8	ثالثا: اهمية واهداف الدراسة
8	رابعا: الدراسات السابقة
9	خامسا: التعقيب عن الدراسات السابقة
الفصل الثاني: القلق و الاكتئاب	
16	مدخل
17	اولا: القلق
17	1. تعريف القلق
20	2. انواع القلق
25	3. نظريات القلق

29	4. اسباب القلق
34	5. اعراض القلق
37	6. محكات التشخيص للقلق
38	7. علاج القلق
42	ثانيا: الاكتئاب
43	1. تعريف الاكتئاب
45	2. انواع الاكتئاب
50	3. نظريات الاكتئاب
51	4. اسباب الاكتئاب
52	5. اعراض الاكتئاب
55	6. محكات التشخيص للاكتئاب
56	7. علاج الاكتئاب
61	خلاصة الفصل
الجانب الميداني الفصل الثالث: منهج واجراءات الدراسة	
64	مدخل
65	* الدراسة الاستطلاعية
65	1. منهج الدراسة
65	2. ادوات جمع البيانات
67	3. المجال الزماني والمكاني
67	4. الخصائص السيكومترية
الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج	
69	* عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى

70	* عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
71	* عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة
73	* عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة
74	* عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة
76	* عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة
79	اقتراحات وتوصيات
82	قائمة المراجع
	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
(1)	قيمة ت للفروق في القلق عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الجنس	69
(2)	قيمة ت للفروق في القلق عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الفرع	70
(3)	قيمة ت للفروق في القلق عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير نوع الإقامة	71
(4)	قيمة ت للفروق في الاكتئاب عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الجنس	73
(5)	قيمة ت للفروق في الاكتئاب عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الفرع	74
(6)	قيمة ت للفروق في الاكتئاب عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير نوع الإقامة	76

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية الى دراسة سمة القلق والاكتئاب لدى طلاب سنة اولى جامعي من خلال دراسة الفروق بين الافراد وفق بعض المتغيرات (الجنس / التخصص / الإقامة). ولقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج السببي المقارن لكونه المناسب لهذه الدراسة حيث قام الطلاب بأجراء مقارنة في مستوى القلق والاكتئاب في ظل المتغيرات العرضية (جنس/تخصص /إقامة).

حيث استخدمنا مقياس القلق "لجانيت تايلور سبنس" ومقياس الاكتئاب "أورن بيك" وزعت على عينة افراد تتكون من 60 فرد تم اختيارهم بطريقة عشوائية غرضية.

Résumé:

La présente étude visait à étudier le trait de l'anxiété et de la dépression chez les étudiants universitaires de première année en étudiant les différences entre les individus selon certaines variables (sexe/spécialisation/résidence). Dans cette étude, l'approche causale comparative a été utilisée car elle était appropriée pour cette étude, car les étudiants ont fait une comparaison du niveau d'anxiété et de dépression à la lumière des variables accidentelles (sexe/spécialisation/résidence).

Où nous avons utilisé l'échelle d'anxiété de Janet Taylor Spence et l'échelle de dépression d'Oren Beck, qui ont été distribuées à un échantillon de 60 personnes sélectionnées de manière aléatoire et délibérée.

مقدمة

الجانِب النظري

الفصل الاول

الفصل المنهجي

اشكالية الدراسة

اولا: فرضية الدراسة

ثانيا: تحديد المصطلحات

ثالثا: اهمية واهداف الدراسة

رابعا: الدراسات السابقة

خامسا: التعقيب على الدراسات السابقة

* إشكالية الدراسة:

إن الاضطرابات النفسية هي نمط سلوكي و سيكولوجي ينتج لدى الفرد نتيجة شعوره بضيق او العجز حيث تعتبر هذه الاضطرابات نمو غير طبيعيا في المهارات العقلية و يعتقد بانها تحدث نتيجة ظهور بعض المشاكل في عصبونات الدماغ و ذلك بسبب التفاعل المعقد الذي يحدث بين العوامل الوراثية و التجارب الحياتية التي يمر بها الفرد فالاضطرابات النفسية المعروفة كالإكتئاب والقلق و ادمان المواد و الفصام و التخلف العقلي و الانطواء على الذات في مرحلة الطفولة و الخرف و يمكن ان تصيب تلك الاضطرابات الرجال و النساء في كل مراحل العمر أي كانت اصولهم و اعراقهم و على الرغم من عدم الالمام كليا بالأسباب المؤدية الى حدوث الكثير من الاضطرابات النفسية فان هناك من يرى انها تحدث جراء مجموعة من العوامل البيولوجية و النفسانية و الاجتماعية مثل المصائب الكبرى التي تحل بالإنسان و صعوبة الاوضاع الاسرية و الامراض التي تصيب الدماغ و العوامل الوراثية او الجنية و المشاكل الطبية و يمكن في معظم الاحيان تشخيص الاضطرابات النفسية و علاجها بفعالية. ومن بين الاكثر شيوعا الاكتئاب حيث يرى جابر عبد الحميد و علاء الدين الكفافي 1990 ان الاكتئاب هو " حالات انفعالية من الحزن المستمر تتراوح بين حالات الحزن المعتدل نسبيا و الجنوح الى اقصى مشاعر الياس و القنوط و غالبا ما يكون هذه المشاعر مصحوبة بفقدان المبادأة و فتور الهمة ، و الارق و فقدان الشهية ، و صعوبة في التركيز و اتخاذ القرارات، و للاكتئاب انماط مختلفة و درجات متباينة ."

يعرف فرويد القلق " بانه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الانسان و يسبب له الكثير من الكدر و الضيق و الالم و الشخص القلق يتوقع الشر دائما و متشائما". و بلا شك يعتبر القلق و الاكتئاب من الاضطرابات النفسية التي تواجه طلبة في الحياة الجامعية التي له نصيب كبير من المشكلات التي يعانون منها الطلاب حيث تعد مرحلة التعليم العالي من المراحل التعليمية المهمة في حياة الطالب فهي اول خطوات الحقيقية التي يخطوها نحو المستقبل الذي ينشده و يسعى الى تحقيقه على افضل ما يكون، لأنها الخطوة التي يبنى عليها العمل و تحقيق الذات ، لذلك نجد الطالب بمجرد انتهائه من الدراسة الثانوية يبدا في التفكير في التخصص الذي سيدرسه في الجامعة و

المجال الذي سيحقق له افضل النتائج التي توصله الى الانخراط في سوق العمل و بدء الحياة العملية الفعلية.

و لنجاح الطالب و تفوقه في دراسته الجامعية لابد من توفر درجة كبيرة من ملائمة التخصص لقدراته و ميوله و رغباته ، و لدى معظم الطلبة الجدد لديهم احباط لعدم تلائم رغباتهم مع التخصص ، و يمكن ان يرجع هذا الى عدم التنسيق الجيد للجامعات. ولا سيما ان معظم الطلبة يواجهون مشاكل في عدم التأقلم بالإقامة الجامعية حيث انها تعتبر سببا من الاسباب التي تجعل الطالب يشعر بالقلق ، و تختلف هذا المشاكل النفسية من ذكور و اناث حيث انهم اكثر عرضة لهذه الاضطرابات النفسية بسبب الانتقال من البيئة الاسرية الى البيئة الجامعية اذن عليهن التعود على الابتعاد عن بيوتهم لأول مرة ، كذلك عليهن التأقلم مع البيئة الجامعية.

و في هذا الصدد تحرينا البحث عن وجود سمات القلق و الاكتئاب لدى طلبة اولى جامعي و من هنا انبثقت مشكلة الدراسة و طرح التساؤلات التالية:

* ما الفرق بين الذكور و الاناث في الاصابة بالاضطرابات النفسية ؟

* ما مستوى القلق و الاكتئاب لدى طلبة اولى جامعي في ظل بعض المتغيرات العرضية ؟

* هل يوجد اثر ذو دلالة احصائية في مستوى القلق الذي يعزى الى التفاعل بين طلبة الإقامة و الجنس ؟

1.فرضيات الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى القلق لدى الطالب الجامعي تعزى لمتغير الجنس.

- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى القلق لدى الطالب الجامعي تعزى لمتغير التخصص.

- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى القلق لدى الطالب الجامعي تعزى لمتغير الإقامة.

- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاكتئاب لدى الطالب الجامعي تعزى لمتغير الجنس.

- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاكتئاب لدى الطالب الجامعي تعزى لمتغير التخصص.

- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاكتئاب لدى الطالب الجامعي تعزى لمتغير الجنس

2.اهداف الدراسة:

- دراسة مستويات القلق و الاكتئاب لدى الطلبة.

- دراسة الفروق في مستويات القلق بين الطلبة في ظل متغيرات الإقامة، الجنس، التخصص. دراسة الفروق في مستويات الاكتئاب بين الطلبة في ظل متغيرات الإقامة الجنس ، التخصص.

3.اهمية الدراسة:

تكمن اهمية الدراسة في ابراز الدور الهام الذي تلعبه الاضطرابات النفسية المتمثلة في القلق و الاكتئاب اللذان يؤثران في الشخصية و خاصة من الجانب الانفعالي و المزاجي، حيث يتعلق الامر بعينة هامة من عينة المجتمع الا و هي فئة طلاب الجامعة و التي تعتبر شريحة جديرة بالاهتمام و الرعاية ، نظرا لما تتعرض اليه هذه الفئة من ضغوط نفسية مختلفة تسبب لهم اضطرابات نفسية.

4.التعاريف الاجرائية للدراسة:

1.4 - القلق:

هو حالة التخوف و التوتر و عدم الارتياح التي تنجم من توقع خطر مجهول المصدر و غير قابل للإدراك.

2.4 - الاكتئاب:

هو اضطراب مزاجي يسبب شعورا دائما بالحزن و فقدان الاهتمام.

3.4 - التخصص:

الفرع الاكاديمي الذي ينتمي اليه الطلبة في المرحلة الجامعية و يشمل التخصصات العلمية و الانسانية.

4.4 - الإقامة:

مؤسسة عمومية ذات طابع إداري ، تتكفل بتقديم خدمات اجتماعية لطلبة المقيمين تنحصر في الإيواء ، الاطعام النشاطات الترفيهية العلمية والثقافية والرياضية بالإضافة للوقاية الصحية.

5.دراسات سابقة:

1.5- دراسة اميرة طه بخش:

هدفت الدراسة الى التعرف على احداث الحياة الضاغطة و علاقتها بالقلق و الاكتئاب لدى عينة من امهات الاطفال المعاقين عقليا و امهات الاطفال العاديين بالمملكة العربية السعودية ، و تكونت العينة من 120 اما ، 60 ام لأطفال عاديين و 60 ام لأطفال معاقين عقليا تم تطبيق مقياس احداث الحياة الضاغطة و مقياس القلق و بيك الاكتئاب عليهن ، و باستخدام معاملات الارتباط و اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات ، و اظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة دالة و موجبة بين احداث الحياة الضاغطة و بين كل من القلق و الاكتئاب لدى عينة من امهات الاطفال العاديين و عينة من امهات الاطفال غير العاديين ، كما اظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين امهات الاطفال العاديين و امهات الاطفال غير العاديين في كل من القلق و الاكتئاب و احداث الحياة الضاغطة.

2.5- دراسة دانيا الشبؤون 2011:

تهدف دراستها الى الكشف عن العلاقة بين القلق بوصفه حالة و القلق بوصفه سمة و بين الاكتئاب لدى المراهقين من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الاساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية ، كما تهدف الى معرفة الفروق بين المراهقين في القلق بوصفه حالة و القلق بوصفه سمة و بين الاكتئاب تبعا لمتغير الجنس. و قد تكونت عينة البحث من (655) طالبا و طالبة من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الاساسي موزعين الى (303) ذكور و (352) اناث تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية من مدارس مدينة دمشق الرسمية. و طبق عليهم اختبار حالة و سمة القلق للكبار STAI من اعداد عبد الرقيب احمد البحيري 2005 و اختبار الشعور بالاكتئاب لدى المراهقين من اعداد الباحثة ، بعد ان قامت الباحثة بتطبيقه على عينة استطلاعية و تأكدت من صدقه و ثباته. و قد اشارت نتائج الدراسة الى:

- وجود ارتباط بين القلق بوصفه حالة و القلق بوصفه سمة و بين الاكتئاب لدى مراهقي عينة البحث جميعا ، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه حالة و الاكتئاب (0.63) بينما بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه سمة و الاكتئاب (0.69).

- وجود ارتباط بين القلق بوصفه حالة و القلق بوصفه سمة و بين الاكتئاب لدى المراهقين من الجنسين ، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه حالة و الاكتئاب عند الذكور (0.63) بينما بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه حالة و الاكتئاب عند الاناث (0.67) اين بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه سمة الاكتئاب عند الذكور (0.64) انما بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه سمة و الاكتئاب عند الاناث (0.70).

- تبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور و الاناث في القلق بوصفه حالة
- تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور و الاناث في القلق بوصفه سمة و ذلك لصالح الاناث.

- تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور و الاناث في الاكتئاب و ذلك لصالح الاناث.

3.5 - عديلة حسن الطاهر تونسي 2002:

تحاول الدراسة الكشف عن الفروق بين المطلقات و غير المطلقات في متوسط كل من القلق و الاكتئاب على عينة من 180 من المطلقات و عينة ضابطة تتكون من 180 من غير المطلقات في المدينة مكة المكرمة و اظهرت الدراسة مجموعة نت النتائج و هي كما يلي:

1- تعاني مجموعة المطلقات من درجة اعلى و دالة احصائيا من القلق و الاكتئاب مقارنة بغير المطلقات.

2- عدم مشاركتها في القرار عامل من عوامل في زيادة القلق و الاكتئاب بدرجة دالة.

3- للعامل الزمني اهميته للامتزوجات مبكرا ، و المطلقات في سن مبكرة اكثر عرضة للقلق و الاكتئاب بدرجة دالة احصائية ، الا ان اثر الطلاق يمكن ان يخف و بدلالة احصائية مع طول المدة بعد الطلاق.

4- الظروف الاجتماعية و على غير المتوقع كانت اقل اهمية ، حيث تبين ان مكان الإقامة عنصر غير فاعل ، في حين تبين ان للمهنة و الدخل الخاص اهميتها لأثرهما على استقلالية و اشباع حاجات المطلقة ، الا ان اهمية التعليم كانت اقل اهمية.

5- العلاقة بالأبناء و المسؤولية غاية الاهمية فعدد الابناء او زيارتهم ليست ذات قيمة ، الا ان الحرمان منهم أيا كان عددهم يرتبط بدرجة اعلى من القلق و الاكتئاب ، و يدعم مثل هذا الافتراض بأهمية الامومة ظهور فروق بين الامهات تبعا للصرف على الابناء ، اذ تبين ان الامهات العائلات لأبنائهن اقل قلقا و اقل اكتئابا ، مما ان مثل هذا الاستقرار ناتج عن معيشة الابناء معهن.

4.5 - رياض نائل العاسمي 2012:

هدفت الدراسة للتعرف على العلاقة بين تناقض ادراك الذات و كل من القلق الاجتماعي و الاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة دمشق ، اضافة الى معرفة الفروق بين الذكور و الاناث من خلال عينة مكونة من (230) طالبا و طالبة من كلية التربية و العلوم بواقع (94) طالبا و (136) طالبة. اما الادوات التي تم استخدامها فكانت: استبيان تناقضات ادراك الذات لهيغينز ، و مقياس القلق الاجتماعي من اعداد الباحث ، و مقياس الاكتئاب ل بيك. و قد قام الباحث بالتحقيق من صدق و ثبات الادوات على عينة استطلاعية.

و قد اظهرت النتائج وجود علاقة دالة بين تناقض ادراك الذات الواقعية /الواجبة و القلق الاجتماعي ، ووجود علاقة بين تناقضا ادراك الذات الواقعية / المثالية و الاكتئاب النفسي. و اشارت النتائج ايضا الى ان الاناث اكثر تناقضا في معظم ابعاد تناقض ادراك الذات ، كما اشارت النتائج الى ان الطلاب الذين حصلوا على درجات مرتفعة في تناقض ادراك الذات الواقعي / المثالي حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الاكتئاب ، بينما الذين حصلوا على درجات مرتفعة في تناقض ادراك الذات الواقعية / الواجبة حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس القلق الاجتماعي ، و ذلك مقارنة بالطلاب الذين حصلوا على درجات منخفضة.

5.5- غريب عبد الفتاح غريب 1991:

يهدف البحث الى دراسة القلق لدى عينة من الشباب في دولة الامارات العربية المتحدة من ناحية ، مدى انتشاره ، و علاقته بالعمر و الفروق بين الجنسين و بين شباب مرحلتي التعليم ما قبل الجامعي و التعليم الجامعي ، كذلك يهدف البحث الى دراسة مدى صلاحية مقياس القلق (A) لكوستلو و كومري للاستخدام لدى شباب تطوع في البحث حوالي 1000 فرد ، منهم 450 فرد من مواطني دولة الامارات و الباقي من الوافدين ، تكونت العينة النهائية من 450 مواطن و مواطنة 200 (90 طالب ثانوي و 105 طالب جامعي)، 150 اناث (125 طالبة ثانوية و 125 طالبة جامعية).

و اظهرت نتائج البحث بما يلي:

1- تم التأكد من ثبات مقياس القلق (A) في العينة المدروسة في اربع دراسات كما تم التأكد من صدق المقياس في ست دراسات ، و تشير دراسات ثبات المقياس و صدقه مع عينة الشباب من مجتمع الامارات الى صلاحية المقياس للاستخدام مع الشباب في هذا المجتمع كأداة تستخدم في تقييم وجود القلق و شدته ، كما اوصت النتائج باستخدام المقياس كأداة بحثية سواء كان كذلك في المواقف التربوية او العيادية.

2- ان سمة القلق كما تقاس بمقياس القلق (A) قد ظهرت بمستويات منخفضة لدى شباب الامارات بالعينة ، لذا يمكن القول ان القلق ليس مشكلة لدى شباب دولة الامارات ، وان وجوده في الحدود العادية.

3- ان هناك فروقا في سمة القلق ترجع الى الجنس (الاناث اعلى من الذكور)

4- ان هناك فروقا في مستوى سمة القلق بين طلبة مرحلة التعليم ما قبل الجامعي و طلبة مرحلة التعليم الجامعي (طلبة مرحلة التعليم ما قبل الجامعي اعلى قلقا من طلبة مرحلة التعليم الجامعي).

ان هناك فروقا سالبة بين العمر و القلق ، الا ان هذه العلاقة وجدت فقط لدى الاناث في العينة دون الذكور.

6.5 - دراسة عبد الرحمن بن محمد ال الشيخ و عمار بن عبد الكريم الصايغ:

توصلت هذه الدراسة الى ان طلاب الطب يعانون من الاكتئاب و القلق و التوتر و خصوصا في مرحلة ما قبل التدريب السريري مما قد يؤدي الى تدني مستواهم و اللجوء الى

بعض العادات السيئة. و عرض الباحثان من كلية الطب جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية ، دراستهما من مشكلة الاكتئاب و القلق و التوتر لدى طلاب ضمن جلسات المؤتمر السعودي الدولي للتعليم الطبي تحت اشراف الدكتور خالد بن ابراهيم القميري و كيل كلية الطب للشؤون الادارية. و توصلت الدراسة الى نتائج مبدئية للسنوات الثلاث تشير الى ارتفاع في نسب الاكتئاب و القلق و التوتر لدى طلاب الطب و اشار (45.7%) من عينة الدراسة التي تقدر ب (191) طالبا من الذكور بان لديهم اكتئابا ، كما افاد (45.6%) من العينة بان لديهم قلقا ، و قال (41.4%) من عينة الدراسة بان لديهم توترا.

7.5 - دراسة وليام كوبلاند:

توصلت هذه الدراسة الى ان الاطفال الذين تعرضوا ممن هم اقوى منهم ، او اتصفوا بهذه الصفة ، عرضة اكثر من غيرهم للإصابة بالاكتئاب و القلق و اضطراب الهلع لسنوات تالية.

و قالت الدراسة ان الباحثين عرفوا من قبل ان " التتمر " قد يكون له تأثير نفسي سواء على من اتصفوا به او كانوا ضحية له ، لكن لم يتضح الى متى يمكن لهذه الآثار ان تستمر ، لكن الدراسة الاخيرة التي نشرت في دورية جمعية الطب الامريكية قالت " ان الاكتئاب و القلق المرتبطين بالتتمر خلال فترة المدرسة يستمران على الاقل حتى فترة منتصف العشرينيات من العمر ".

و اوضحت الدراسة ان اسوا الحالات هي الاشخاص الذين اتصفوا بالتتمر و كانوا ضحية له ايضا.

و قال وليام كوبلاند مختص الامراض النفسية و رئيس الفريق الذي اعد البحث في المركز الطبي التابع لجامعة دوك في نورث كارولاينا: " اضرار التتمر قصيرة الاجل معروفة بشكل واضح ، لكن انتابتي الدهشة لأنه بعد مرور عقد من التعرض للتتمر و بعد اجتياز نوع الانتقال الى البلوغ ، نرى استمرار بعض الآثار ".

و شارك في بحوث الفريق 1420 شابا من غرب ولاية نورث كارولاينا ، و اجهوا اسئلة عن تجاربهم مع التتمر في مراحل مختلفة من حياتهم ، خلال الفترة من سن التاسعة حتى السادسة عشرة ، ثم جرت متابعتهم و تقييم ادائهم السلوكي حتى سن السادسة و العشرين.

8.5 – دراسة " ايزنك و اخرون Eysenck ET Al (2006):

حول " القلق و الاكتئاب و تأثيرهما على الماضي و الحاضر و المستقبل و تألفت العينة من مجموعة من المراهقين تتراوح اعمارهم من 13- 17 عاما و مجموعة من الشباب تتراوح اعمارهم من 18-29 عاما و مجموعة اخرى في سن الثلاثينات، و هدفت الدراسة الى معرفة التوقيت للأحداث السلبية من حيث وقوعها في الماضي او الحاضر او المستقبل و توصلت نتائج الدراسة الى ان القلق مرتبط بتلك الاحداث التي من المتوقع حدوثها في المستقبل عن تلك التي حدثت في الماضي.

الفصل الثاني

القلق والاكتئاب

مدخل:

اولا: القلق

1. تعريف القلق
2. انواع القلق
3. نظريات القلق
4. اسباب القلق
5. اعراض القلق
6. محكات التشخيص للقلق
7. علاج القلق.

ثانيا: الاكتئاب

1. تعريف الاكتئاب
2. انواع الاكتئاب
3. نظريات الاكتئاب
4. اسباب الاكتئاب
5. اعراض الاكتئاب
6. محكات التشخيص للاكتئاب
7. علاج الاكتئاب

خلاصة الفصل.

مدخل:

تعتبر الاضطرابات نمو غير طبيعيا في المهارات العقلية ويعتقد بانها تحدث نتيجة ظهور بعض المشاكل في عصبونات الدماغ وذلك بسبب التفاعل المعقد الذي يحدث بين العوامل الوراثية والتجارب الحياتية التي يمر بها الفرد فالاضطرابات النفسية المعروفة كالإكتئاب والقلق وادمان المواد والفصام والتخلف العقلي والانطواء على الذات في مرحلة الطفولة والخرف ويمكن ان تصيب تلك الاضطرابات الرجال والنساء في كل مراحل العمر أي كانت اصولهم واعراقهم وعلى الرغم من عدم الالمام كليا بالأسباب المؤدية الى حدوث الكثير من الاضطرابات النفسية فان هناك من يرى انها تحدث جراء مجموعة من العوامل البيولوجية والنفسانية والاجتماعية مثل المصائب الكبرى التي تحل بالإنسان وصعوبة الالوضاع الاسرية والامراض التي تصيب الدماغ والعوامل الوراثية او الجنية والمشاكل الطبية ويمكن في معظم الاحيان تشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها بفعالية. ومن بين الاكثر شيوعا القلق فيعرفه فرويد" بانه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الانسان ويسبب له الكثير من الكدر والضيق والالام والشخص القلق يتوقع الشر دائما ومتشائما".

وبلا شك يعتبر القلق من الاضطرابات النفسية التي تواجه طلبة في الحياة الجامعية التي له نصيب كبير من المشكلات التي يعانون منها الطلاب حيث تعد مرحلة التعليم العالي من المراحل التعليمية المهمة في حياة الطالب فهي اول خطوات الحقيقية التي يخطوها نحو المستقبل الذي ينشده و يسعى الى تحقيقه على افضل ما يكون، لأنها الخطوة التي يبنى عليها العمل وتحقيق الذات، لذلك نجد الطالب بمجرد انتهائه من الدراسة الثانوية يبدأ في التفكير في التخصص الذي سيدرسه في الجامعة والمجال الذي سيحقق له افضل النتائج التي توصله الى الانخراط في سوق العمل وبدء الحياة العملية الفعالية.

ولنجاح الطالب وتفوقه في دراسته الجامعية لابد من توفر درجة كبيرة من ملائمة التخصص لقدراته وميوله ورغباته، ولذي معظم الطلبة الجدد لديهم احباط لعدم تلائم رغباتهم مع التخصص، ويمكن ان يرجع هذا الى عدم التنسيق الجيد للجامعات. ولا سيما ان معظم الطلبة يواجهون مشاكل في عدم التأقلم بالإقامة الجامعية حيث انها تعتبر سببا من الاسباب التي تجعل الطالب يشعر بالقلق، وتختلف هذا المشاكل النفسية من ذكور واناث حيث انهم أكثر عرضة لهذه الاضطرابات النفسية بسبب الانتقال من البيئة الاسرية الى البيئة الجامعية

اذن عليهن التعود على الابتعاد عن بيوتهم لأول مرة، كذلك عليهن التأقلم مع البيئة الجامعية.

اولاً: القلق

يُعدّ القلق شعوراً بشرياً طبيعياً، إذ يشعر الكثير من الناس بالقلق والعصبية لدى مواجهة مشكلة في العمل أو قبل الامتحان أو اتخاذ قرار مهم. وعلى الرغم من ذلك تختلف اضطرابات القلق ويمكن أن تسبب شعوراً بضيق من شأنه أن يحول دون أن يعيش الإنسان حياة طبيعية .

ويوصف اضطراب القلق بأنه مرض عقلي خطير، حيث يستجيب الشخص المصاب به لأمر أو مواقف معينة بخوف وذعر، فضلاً عن العلامات الجسدية التي تصاحب القلق مثل خفقان القلب والتعرق. علاوة عن ذلك، قد يصبح القلق والخوف مستمراً وشديداً ومن الممكن أن يُشعر المريض بالعجز. ويتم تشخيص اضطراب القلق إذا كانت ردة فعل الشخص غير متناسبة مع الموقف، وإذا لم يستطع السيطرة على ردة فعله أو إذا أثر القلق على أدائه لوظائفه الاعتيادية. وقد تزداد اضطرابات القلق سوءاً في حال عدم معالجتها، علماً أنه توجد معالجات فعالة ومتاحة .

1. تعريف القلق:

ذكرت كلمة القلق في اللغة العربية ، و من خلال الاطلاع على قواميس اللغة بمعاني متقاربة ، فذكر بمعنى قلق الشئ قلقاً ، أي حركه ، فلم يستقر في مكان واحد ، و ان القلق هو حالة انفعالية تتميز بالخوف (القاموس ، 2008) ، وورد بمعنى الانزعاج و الاضطراب (المعتمد ، 2008) ، و ذكر في بيت شعري لأمرؤ القيس بمعنى الانزعاج (معجم الجيم ، 2004) ، و هو المصطلح الوحيد المعتمد في الثقافة النفسية العربية ، في حدود اطلعنا على عدد من الكتابات و الدراسات حول هذا الموضوع ، اما بالرجوع لبعض قواميس اللغة الاجنبية فنجد مصطلحات (angoisse) ، (anxiety) و (anxiété) يلتقيان في معنى واحد ، وهو التضيق او الحصر و المعبر بالمصطلح الفرنسي (l'étroitesse).

ويعبر عن القلق (anxiété) بانه حالة انفعالية من الضغط النفسي و الخوف الشديد المزمّن (Larousse 2009).

في موضع اخر يعبر عن القلق بمصطلح (angoisse) كنوع عميق من القلق مصدره القلق الانفعالي (anxiété) مصحوب بأعراض جسمية.

ومع ذلك نجد تضارب في اعتماد التسمية في الثقافات النفسية المعروفة ، ففي الارشاد النفسي الانجلوسكسوني ، نجد لفظ (anxiety) ، للتعبير عن مصطلح (angoisse) و (anxiété) معا.

في المانيا نفس الكلمة (angst) تشير الى الحالتين ، و هذا اللفظ يأخذ مصدره من الكلمة اللاتينية (angustia).

اما في الثقافة النفسية الفرنكوفونية فنجد تمييز بين اللفظين ، ففي حين يخصص لفظ (Anxiété) للجانب النفسي نجد لفظ (angoisse) يعبر عن التغيرات الجسدية (انقباض جسدي ، صعوبة في التنفس ، الحزن الشديد...) ، اما عن التغيرات المصاحبة لمصطلح (anxiété) فهو حالة تشنج في الذهن ، و حالة من الاضطراب و الاستثارة مصحوب بمشاعر الانزعاج.

كما نجد في باحثي الثقافة النفسية الفرنكوفونية من يميز ما بين مصطلحي (anxiété) و (angoisse) من حيث الشدة و الخصوصية ، فمصطلح (angoisse) هو عبارة عن الدرجات عالية الشدة من (anxiété) ، و يعبر عن المظاهر الجسمية ، اما مصطلح (anxiété) فهو الدرجات منخفضة الشدة من (angoisse) و يعبر عن المظاهر النفسية و بتالي فمصطلح (angoisse) يمثل الدرجة القصوى من الانفعالات ، و مصطلح (anxiété) ما هو الا مرحلة عبور. (Antoine Roumanos.2004.p106) اما عن المعنى الاصطلاحي ، سنقوم بسرد وجهات نظر لمجموعة من الباحثين حول مفهوم القلق كما يلي:

القلق هو انفعال طبيعي ، او استجابة انفعالية ، تهدف الى توجيه انتباه الفرد نحو التهديد لكي تسمح للعضوية بالاستعداد للقيام بتغيرات الملائمة للموقف. (Ladouceur 1999 Marchand et boisvert)

القلق ، حسب MAY ، هو شعور الفرد بتهديد لقيمه الخاصة ، و التي يعتقد انها ضرورية لوجوده كإنسان ، مع الشعور بشك و خيبة الامل.

عرف Morris و اخرون القلق معرفيا ، على انه حالة الفرد الذي يملك توقعات سلبية انزعاج ، شكوك و ريب حول نفسه ، و اتجاه الوضعية التي تعرض لها و نتائجها المحتملة. (morris 1981 p541)

و يعرف Martens القلق ، على انه توقعات سلبية او تقييم سلبي للذات يسبب عدم التركيز و شك الفرد في قدراته. (martens et al 1990)
يقول Roger و Kinget ان القلق هو حالة من الفتور و التوتر الذهني و العضوي الذي لا يعرف الفرد سببه.

يعرف Zaleski القلق ، انه حالة معرفية و انفعالية سلبية للفرد. (zaleksi 1997)
يعرفه DAVID و Klaus على انه حالة خاصة من الغضب. (david.2008)
و حسب Maurey هو حالة من الانتظار ، التوقع ، الاستباق لبعض الاحداث المزعجة مع وجود للشك و الريبة (maurey 1998 p8)

يقول Lotharysiewert مدير معهد ادارة الوقت في المانيا ، ان القلق هو الشعور السيء بعدم السيطرة على الاعمال او عدم انجازها. (Lothary 2008 p105)
و يعرفه فرويد (Freud): بانه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الانسان و يسبب له كثيرا من الكدر و الضيق و الالم و الشخص القلق يتوقع الشر دائما و يبدو متشائما. (فرويد ، 1989،ص13)

و يعرف هنري أي (Henry) القلق بانه: " يندرج ضمن فصيلة الامراض المسماة الارتكاسات العصابية الحادة و النفس عصابية العاطفية و يقول بان هذا النوع من الامراض يتميز بارتكاسات قلقية سببها صدمة عاطفية ". (لطيفة ، 2005،ص14)

ويعرف ايضا بانه: " القاسم المشترك الاعظم في الاضطرابات النفسية ، و القلق هو الحالة التي يشعر بها الفرد اذا تهدد امنه او تعرض للخطر او لقي اهانة او وجو نفسه في موقف صراعي حاد " (محمد علي، 2004،ص8)

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

2.انواع القلق:

1- القلق الموضوعي العادي (Objective Anxiety):

يطلق عليه اسم القلق الواقعي او القلق السوي ، و يحدث هذا في مواقع التوقع او الخوف من فقدان شيء مثل القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد او امتحان. (حامد عبد المطلب ،1998،ص485)

وهو قلق حقيقي يشعر به الفرد ، حيث يدرك مصدر الخطر الذي يهدد امنه و يكون هذا المصدر واقعيًا و فعليًا و متوقع الحدوث ، كالقلق من نتيجة الاختبار و القلق عن الصحة ، حيث يشعر الفرد ببعض التوتر و الضيق ، و هذا النوع من القلق له دورا مهم في حياة الفرد ، كما انه يمتلك عدة وظائف دفاعية و توجيهية للسلوك حيث يمد الفرد بالطاقة اللازمة للتحفيز و تحرير الطاقة النفسية اللازمة للمواقف (عبد المطلب امين ،1998،ص162)

أي انه قلق شعوري اقرب الى مفهوم الخوف العادي ، اذ يدرك الفرد مصدر خارجي في بيئته يتهدهده ، و ربما يكون هذا المصدر واقعيًا ، فعليًا او متوقعًا محتملاً و من امثلة القلق يعتري الفرد نتيجة اختبار اجري له ، فهذا القلق ينتج عن ادراك الفرد لخطر ما في بيئته ، و يكون للقلق في هذه الحالة وظيفة اعداد الفرد لمقابلة هذا الخطر بالقضاء عليه او تجنبه ، او باتباع اساليب دفاعية ازائه و يلاحظ ان هذا القلق الموضوعي العادي دورا بالغ الاهمية في حياة الفرد و الجماعة لما له من وظائف دفاعية و توجيهية للسلوك ، فهو يساعدنا على تحديد مشكلاتنا و اتخاذ القرارات اللازمة بشأنها و يمدنا بالقدر اللازم من التحفيز لتحرير الطاقة النفسية و تكريسها و تركيزها لمواجهة المشكلات و تجنب الخطر. (محمد علي و اخرون ،ص99-100)

فهذا النوع من القلق له فائدة لما له دور بالغ في جعل الفرد يعمل من اجل تجنب الخطر ، ففي هذه الحالة يصبح هذا النوع من القلق ذا اهمية في حياة الفرد و استمرارها و يكون اقرب الى الخوف لان اسبابه واقعية و معلومة المصدر لذا نجد الفرد يعمل من اجل تجنب هذه الاسباب للوصول الى الراحة النفسية ، و يكون مشترك لدى عامة الناس.

2 - القلق العصابي المرضي (Neurotic Anxiety):

يتميز القلق العصابي المرضي بان مصدره داخلي و اسبابه لاشعورية و مكبوتة ، و غير معروفة ولا يتناسب مع الظروف التي تدعو اليه ، كما انه يعوق التوافق و الانتاج والتقدم ، فهو يستثار عند ادراك الفرد بان غرائزه قد تجد منفذا لها للخارج أي انه ينشأ عندما يهدد الهو و مكبوتاته بالتغلب على الدفاعات الانا و اشباع النزوات الغريزية التي لا يوافق بهذا المعنى و انذار يطلق للانا و الذي عليه اللجوء الى الحيل الدفاعية مثل: الكبت التبرير الاسقاط، النكوص، للتعامل مع الوضعية المولدة للتوتر. (يامنة و اخرون ،ص81) و يكون مصدره داخل الفرد نفسه لكنه لا يعرف اصلا او يجد له مبرر موضوعيا او سببا صريحا فهو خوف اسبابه مكبوتة لا شعوريا انه قلق هائم طليق غامض ، و يأخذ هذا القلق تربص الفرص لكي يتعلق بأية فكرة او أي شيء خارجي أي ان هذا القلق يميل عادة الى الاسقاط على اشياء خارجية ، و يتمثل القلق العصابي في النزعات الغير المرغوبة و الذكريات و الافكار المؤلمة التي كتبتها الفرد في لا شعوره لعدم قبولها اجتماعيا لأنها تعوق اشباع الحاجة الى الانتماء و التي يؤدي ظهورها الى تعرضه للعقاب ، و هو كذلك خوف مزمن بدون مبرر موضوعي مع وجود اعراض نفسية و جسمية متنوعة دافعة الى حد كبير ، و من ثم فانه يعتبر قلقا مرضيا. (احمد، حسين محمود ،1989،ص40-45)

3 - القلق الهستيريا:

يبدوا القلق واضحا احيانا و في بعض الاحيان يبدوا غير واضح و نحن لا نستطيع عادة ان نجد مناسبة او خطر معين يبرر ظهور نوبات القلق في الهستيريا ،و يرى فرويد ان الاعراض الهستيرية مثل الرعشة و اضطراب خفقان القلب انها تحل محل القلق. (يامنة و اخرون ،ص82)

4- القلق الخلقي الذاتي (Moral Anxiety):

هذا النوع من القلق ينشأ نتيجة تحذير او لوم الانا الاعلى للفرد عندما يقترب او يفكر في الاتيان بسلوك يتعارض مع المعايير و القيم التي يمثلها جهاز الانا الاعلى يتمثل في مشاعر الخزي و الاثم و الخجل و الاشمنزاز، و يصل هذا القلق الى درجته القصوى في بعض انواع الاعصابة كعصاب الوسواس القهري. (محمد علي،2004،ص102)

يتمثل هذا النوع من القلق في مشاعر الخجل و الاثم الاشمئزاز نتيجة لتحذير او لوم الانا الاعلى، و ذلك عندما يقوم بسلوك معاد و مخالف للمعايير و القيم التي يمتلكها الانا الاعلى غالبا ما يصاب به الفرد الذي كانت تنشئته في فترة الطفولة تتسم بالقسوة و الصدمة و التزمت.

ان القلق الخلقي يحدث نتيجة تصارع بين دوافع الهو و الانا و الانا الاعلى بمعنى انه ناتج من تأنيب ضمير الفرد وخوفه من القيام بسلوك يخالف القيم و معايير المجتمع الذي يعيش فيه ، و عادة ما يصاحب هذا النوع من القلق مشاعر الاحساس بالذنب ، و هناك من العلماء من قسم القلق الى:

* حالة القلق: و تشير الى خبرة وقتية متغيرة و مرحلية متعلقة بشعور الفرد بانه مضطرب.

* سمة القلق: تشير الى ميل او تهيو او سمة ثابتة في الشخصية.

بالإضافة الى هذه الانواع نجد القلق العام و الذي لا يرتبط باي موضوع محدد كما نجد قلقا عاما و غامضا و كذلك نجد القلق الثانوي كعرض من اعراض الاضطرابات النفسية الاخرى حيث يعتبر عرضا مشتركا في جميع الامراض النفسية.

5 - قلق المخاوف المرضية:

باعتبارها مثيرات للقلق: كالخوف مثلا عند بعض الافراد من رؤية الدم او الحشرات ، مع كون شدة الخوف لدى هؤلاء الافراد لا تتاسب اطلاقا و الخطر المتوقع من الموضوعات او الموقف المرتبط بالقلق.

6- قلق الانفصال:

هو نوع اخر من القلق بحيث هذه الحالة تسيطر على الطفل حينما ينفصل عن امه في مرحلة متقدمة من عمره بسبب عملية الفصام او الموت او الطلاق او غيابها حيث تظهر على الطفل حالة من البكاء و الصراخ المستمر ، يكون ذلك خاصة بين الشهر السادس و العاشر حيث يكون للطفل القدرة على تمييز الذي قامت به الام.(كاميليا،1993،ص9,8)

7 - قلق وجودي:

في كتاب مفهوم القلق وصف الفيلسوف سورين كيركيغارد (Kierkegaard) ، القلق او الرهبة المرتبطة " بدوار الحرية " ، و اشار الى امكانية وجود حل ايجابي للقلق من خلال ممارسة تمارين ذاتية واعية للمسؤولية و الاختبار.

و صنف بول تليك (Paul. Tilak) القلق الوجودي ، ثلاث فئات للغير كائن الذي تؤدي للقلق مادية (المصير و الموت) ، و اخلاقية (الذنب و الادانة) ، و روحية (الخواء و عدم وجود معنى) ، ووفقا لتليك (Tilak) ، اخر هذه الانواع الثلاثة من القلق الوجودي ، أي القلق الروحي ، هو السائد في العصر الحديث بينما سادت الانواع الاخرى في فترات سابقة ، يناقش تليك (Tilak) بان هذا القلق يمكن ان يكون مقبولا كجزء من ظروف الانسان او انه يمكن ان يقاوم و لكن من نتائج سلبية. في شكله المرضي و قد يميل القلق الروحي الى " تحريك الشخص نحو يقين في نظم المعنى التي تدعمها التقاليد و السلطة " على الرغم من انه يقين لا شك فيه ليس مبني على صخرة الواقع .

ووفقا ليفيكتور فرانكل (Frankl) ، مؤلف كتاب بحث عن معنى عندما يواجه مخاطر مميتة فابسط رغبات الانسان هو العثور على معنى للحياة لمكافحة " صدمة الغير كائن " ، حيث ان الموت يكون قريب.

8 - قلق الامتحان:

يعرف محمد ايوب شحيمي قلق الامتحان بقوله: " هو الحالة التي يفقد فيها التلميذ اتزانه الانفعالي اثناء اجراء الامتحان نتيجة الضغوطات المتوقعة من الاسئلة او التخويف من مصيره ، فاذا فشل سيضيع الذي خطط له منذ زمن طويل " ، و يعرفه احمد عبد الخالق بقوله: " نوع من قلق الحالة المرتبطة بموافق الامتحان ، بحيث تثير هذه المواقف في الفرد شعورا بالخوف و الهم عند مواجهتها ، و اذا زادت درجته لدى فرد ما ، ادى الى اعاقه الفرد عن اداء الامتحان و كانت استجابته غير متزنة ، و يسمى حينئذ ، بالقلق المعوق ، بينما اذا كان مستوى القلق في تلك الحالة معتدلا ، فانه لا يعتبر اضطرابا لان كل الافراد لابد ان يكون لديهم درجة ما من القلق و بصفة في موقف الامتحان .

فقلق الامتحان هو عدم الارتياح و التوجس ، او الانفعال الذي يشعر به الطلاب الذين لديهم خوف من الفشل في الامتحان ، و الطلاب الذين يعانون من القلق الامتحان قد يتعرضوا لأي من الامور التالية: رابط التقدير الدراسي مع بتقدير الذات ، و الخوف من الحرج من المعلمين و الخوف من العزلة من الاهل او الاصدقاء ، و ضغوط الوقت ، او الشعور بفقدان السيطرة التعرق و الدوار ، و الصداع ، و سرعة خفقان القلب ، و الغثيان ، و التملل ، و النقر على المكاتب ، و المستوى الامثل للقلق ضروري لأفضل انجاز للمهام

مثل امتحان ، و لكن عندما يتجاوز القلق او مستوى الاستثارة المستوى الامثل ، فانه يؤدي الى التراجع في الاداء لان القلق الامتحان يوقف الخوف من التقييم السلبي ، و يوجد جدال على ما اذا كان القلق الامتحان هو في حد ذاته اضطراب قلق فرويد من نوعه ام هو نوع معين من الخوف الاجتماعي ، و في عام 2006 ، اعلن ان ما يقرب من 49% من طلبة المدارس الثانوية تعاني من هذه الحالة. في حين ان مصطلح قلق الامتحان يشير تحديدا الى ان الطلاب يصيب العديد من البالغين نفس القلق فيما يتعلق بحياتهم الوظيفية او المهنية. الخوف من فشل مهمة و يجري تقييما سلبيا لأنه يمكن ان يكون لها اثر سلبي على نحو مماثل على البالغين (يوسف، 2001، ص202، 202)

9 - القلق من الغريب و القلق الاجتماعي:

هو القلق عند الاجتماع او التفاعل مع الناس الغير معروفة هو مرحلة مشتركة في النمو عند الشباب، بالنسبة للآخرين فانه قد يستمر حتى بعد سن البلوغ و يصبح قلق اجتماعي او رهاب اجتماعي ، القلق من الغريب لدى الاطفال الصغار ليس خوف ، بل هو خوف مطورة بشكل مناسب من قبل الاطفال الصغار و الاطفال قبل سن المدرسة من أولئك الذين ليسوا من الاءاء او من الافراد الاسرة في البالغين ، و الخوف الزائد من الاشخاص الاخرين ليست مرحلة تنموية مشتركة ، بل هو دعا القلق الاجتماعي

10- قلق المستقبل (Future anxiety):

يعتبر قلق المستقبل احد الهواجس التي تؤرق المجتمعات نظرا للتغيرات التي عصفت بالأفراد و جعلت المستقبل مبهما ، فاكثر ما يخشاه الناس هو المجهول و غالبا ما نجد النظرة العامة للمستقبل سلبية في ظل اضطراب الحياة ، و ازدياد حدة المشاكل الحياتية ، و تسارع الاحداث السياسية ، و الضغوط الاقتصادية ، اضافة الى الاحباطات التي نمر بها في اوجه الحياة المختلفة ، و يظهر قلق المستقبل كسمة نفسية نتيجة للتغيرات المجتمعية المتصاعدة التي يمر بها المجتمعات التي ارتبطت بالعديد من المجالات المجتمعية، السياسية ، الاقتصادية الاجتماعية. (اسماعيل ، صابر ، هبة. ص 86)

من خلال ما سبق يمكن القول ان هناك أنواع عديدة للقلق وتختلف الأسباب والاعراض وطريقة العلاج لكل نوع عن الآخر فيوجد القلق الموضوعي والعادي فهو يتمثل بالغضب والتوتر في معظم الأوقات بالإضافة الى الشعور بقلّة الحيلة واليأس وتسارع

نبضات القلب والتعرق وهذا النوع من القلق ذو أهمية عادية في حياة أي فرد وهو في مفهومه أقرب من الخوف، بالإضافة الى القلق الخلقي فهو ناتج عن تعارض معايير المجتمع الصارمة والعوامل الداخلية للمنزل وبين دوافع الهو والانا والانا الأعلى ونتيجة قيام الفرد بسلوك مخالف للمعايير والقيم التي يمتلكها الأنا الأعلى، وكذلك قلق الامتحان فهو مرتبط بمواقف الامتحان نتيجة لضغوط المتوقعة للأسئلة الامتحان وفترة انتظار النتائج حيث ان الأفكار التي قد تراود الطالب في هذه الاثناء تتيح للقلق ان يدخل قلبه وعقله بنفس الوقت والطلاب الذين يتعرضون لقلق الامتحان قد يواجهوا الشعور بفقدان السيطرة وسرعة خفقان القلب وعدة اعراض أخرى، والقلق من الغرب والقلق الاجتماعي أي يحتاج البشر بشكل عام الى التقبل الاجتماعي لهذا يفرغوا استكار الآخرين خشية ان يحكم عليه من قبل الآخرين بالسلب قد يسبب القلق في البيئات الاجتماعية فتتجسد لدى بعض الناس بعدم الشعور بالراحة والارتباك خلال التفاعل الاجتماعي بالمقابل يمكن ان يؤدي الى الخوف من التفاعل مع الغرباء تماما، بالإضافة الى قلق الانفصال الذي يتضمن الخوف من الابتعاد او الانفصال عن المنزل او الاحبة او الالاه والأصدقاء والوالدين وترتكز هذه المرحلة على الطفل في مراحل الأولى من عمره وكثير من الأنواع الأخرى للقلق.

3. نظريات المفسرة للقلق:

لقد اهتم الكثير من العلماء علم النفس بظاهرة القلق و قاموا بدراستها كل حسب اتجاهاته و المدرسة التي ينتمي اليها ، لذلك نجد اختلافات في تفسير القلق ما بين النظريات التي سنذكرها و هي:

5.1 - نظرية التحليل النفسي:

- القلق في التحليل النفسي الكلاسيكي:

يرتكز تحليل (فرويد) للقلق باعتباره فشل اليات الانا الدفاعية ضد التهديد ، مما يجعل الانا تسقط فريسة للقلق.

و ينهي (فرويد) في نظريته الى ان القلق ينشأ عن كبت الرغبة الجنسية من الاشباع بحيث تتحول الطاقة الجنسية (الليبدو) الى قلق بطريق فسيولوجية بحتة.

- القلق في التحليل النفسي الحديث:

هناك مجموعة من العلماء التحليليين الذين انشقوا عن (فرويد) ، بارتياهم مدارس تحليلية اخرى تقلل من اهمية الغرائز في تفسير السلوك الانساني مقارنة بما قدمه (فرويد) ، و من هؤلاء العلماء: (جاسم، 2008 ص58)

اتورانك Ottorank:

وذهب اليان صدمة الميلاد للطفل هي المشكلة الرئيسية التي تحرك في اللاشعور ذلك القلق الاصلي الناشئ عن الانفصال عن الرحم الام ، فميلاده يشعره بصدمة شديدة مؤلمة ينتج عنها شعور بالقلق الاولي، ثم تأتي خبرات الانفصال التالية لتكرر شعور الانسان بالقلق.

* الفرد ادلر Alfred Adler:

يرى (ادلر) في كتابه " تفهم مستقبل الانسانية ان الاطفال عادة ما يشعرون بضعفهم و عجزهم اذا ما قارنوا انفسهم بالكبار ، و يؤدي ذلك الى شعور الفرد في المستقبل بالنقص و الذي يحاول تعويضه عن طريق كسب حب و صداقة الاخرين ، و لكنه يسقط في القلق اذا فشل في ذلك.

وعموما فقد ركز (ادلر) على التأثيرات الثقافية في السلوك ، مفترضا ان الشخصية اجتماعية بفطرتها و ان الشعور بالنقص يتوسط الدافعية الانسانية.

* كارل يونج JUNG:

القلق عبارة عن ردة فعل يقوم بها الفرد حينما تغزو عقله قوى و خيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي ، لمحتويات لا زالت باقية فيه من حياة الانسان البدائية بحيث ان اللاشعور الجمعي يعتبر تهديدا لوجوده.

* كارن هورني Karen Horney:

اهتمت بالدوافع العدوانية اكثر من الدوافع الجنسية ، و اعتبرت ان الخوف الذي يثير القلق هو خوف الفرد من توجيه هذا العدوان نحو الاشخاص الذين لهم اهمية عنده ، و الذين يعتمد عليهم و يحبهم ، و بالتالي يكون معرضا لفقدان حبهم و احترامهم و عطفهم.

* ايريك فروم Erich fromm:

الشعور بالقلق عنده ينشأ عن الصراع بين الحاجة للتقرب للوالدين و عدم فقدان حنانها و بين الحاجة للاستقبال و الاعتماد على النفس.(سهام بوعطية،2002ص112)

* هاري ستاك سوليفان Harry Stack Sullivan:

يتولد القلق حسب (سوليفان) ، نتيجة عدم الاستحسان للأعمال التي يقوم بها الطفل من طرف الوالدين ، و بذلك يكتسب اتجاهها سلوكيا معيناً يحتفظ به طوال حياته ، و ان أي خبرة تهدد هذا النظام و الاتجاه في المستقبل تؤدي الى القلق. و القلق حسب هو قوة معوقة تقلل من قوة الملاحظة ، القدرة على التمييز ، و تعوق الفهم و الحصول على المعلومات.

5.2 - النظرية السلوكية:

تنظر المدرسة السلوكية للقلق على انه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش في وسطها الفرد، تحت شروط التدعيم السلبي والايجابي، و بالتالي هي تفسير القلق في ضوء الاشتراك الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الاصلي، و يصبح المثير الجديد قادرا على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الاصلي، و هذا يعني ان مثيرا محايدا يمكن ان يرتبط بمثير اخر من طبيعته، أي يثير الخوف، و بذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير الاصلي المخيف و يصبح قادرا على استدعاء استجابة الخوف، على انه في طبيعته الاصلية لا يثير مثل هذا الشعور، و لما كان هذا الموضوع لا يثير الخوف بطبيعته، فان الفرد يستشعر هذا الخوف المبهم الذي هو القلق. (الكفاكي، 1990، ص 58)

و قد اشار (دولارد وميلر) ان القلق يرجع الى تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة و بالتالي فقد ركزت هذه النظرية على السلوك الظاهر او الخارجي و اهملت اللاشعور و اعتمدت على المثير و الاستجابة في تفسيرها للقلق ، و رغم ذلك فقد اتفقت السلوكية مع التحليلية في ان القلق يرتبط بالماضي و الخبرات السابقة للفرد.

5.3 - النظرية الانسانية:

يرى اصحاب المذهب الانساني ان القلق ينشأ من توقعات الانسان لما قد يحدث ،و القلق ليس ناتجا عن ماضي الفرد ، بل يرتبط بحاضر الانسان و مستقبله ، و ان توقع الموت هو المثير الاساسي للقلق عند الانسان.

و ترى المدرسة الانسانية ان القلق يحدث اما من احداث راهنة "حاضرة " او متوقعة مستقبلا، بحيث تمثل تهديدا للإنسان و انسانيته ، و يرى (كارل روجرز) ان القلق احد الابعاد الاساسية التي تشكل في مجموعة التوتر Tension ، اذا يرى ان التوتر الذي ينتاب الكائن الحي يتضمن ثلاث انواع من التوتر: التوتر الفسيولوجي عدم الارتياح النفسي ، القلق ، و ان التوتر النفسي يظهر لدى الفرد كنتيجة لضغوط الحاجات الخاصة ببيان الذات ، كالحاجة الى الشعور بالأمن النفسي ، و الحب ، فاذا حدث تعارض بين العضوية و بنيان الذات و ادراك الفرد ، ظهر القلق الذي يعد برايه اعلى مستويات التوتر.(حمزة 2005، ص69)

5.4- النظرية المعرفية:

و ترى هذه النظرية ان سبب القلق عائد الى مغالاة الفرد في الشعور بالتهديد و اعتباره مسبقا بأنماط من التفكير الخاطئ و التشوهات المعرفية و بالتالي سوء التفسير او المبالغة من قبل الفرد ، و لا تولي هذه النظرية اهمية كبيرة للأحداث الماضية ، و اعتبرت ان القلق يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم او تقدير لخطر محتمل بالتالي للقلق نفس مكونات الخوف ، فله مضمون معرفي و اخر جسمي و ثالث انفعالي و رابع سلوكي الا ان عناصره المعرفية تختلف عن تلك التي تثير الخوف في كونها عامة هائلة، غير مرتبطة بموضوع حقيقي.

و يرى BECK ان انتباه المريض يكون مركزاً على المثيرات المرتبطة بالخطر عاجزا عن الانتقال بأفكار الى موضوعات اخرى بسبب المبالغة في توقع الخطر.(ابو سليمان ، 2007، ص 75)

5.5- النظرية العقلانية الانفعالية:

تفسر هذه النظرية التي يمثلها البرت اليس Ellis القلق بأنه التفكير و الانفعال و السلوك اضلاع مثلث واحد ، تصاحب بعضها بعضاً تأثيراً و تأثيراً ، و ان التفكير غير العقلاني او غير المنطقي هو الذي يولد القلق، و ان انفعالات لا ترتبط ارتباطاً حتمياً بمشكلات تقع خارج افكارنا فالأشخاص القلقون يعتقدون افكاراً غير منطقية تكون هي السبب الحقيقي لهزيمتهم الذاتية ، ولإحساسهم بمشاعر التوتر و القلق.

و من الاسباب التي تدعو للقلق ، عدم المرونة ، الجمود ، المبالغة ، التعميم و التوقعات السلبية السيئة.(سليمة سياحي، 2004، ص 68)

6.5 - نظرية الدافع:

افترض اصحاب هذه النظرية ان الانسان عندما يؤدي عملا يشعر بالقلق الذي يحفز به الى انجاز هذا العمل حتى يخفف هذا الشعور ، و ان وجود القلق دليل على وجود الدافع كما ان القلق يحمي الكائن الحي من الالم بزيادة وعيه ، و نشاطه ليجنب مصادر القلق. و يرى اصحاب تيار القلق الدافع ، ان القلق دافع للإنسان من اجل التقدم و النجاح في الاعمال التي يقوم بها ، لكنهم بعد التجربة وجدوا ان زيادة القلق الى حد كبير يؤدي الى اعاقة الفرد في انجاز الاعمال و خاصة الصعبة منها ، و ان القلق يكون دافعا للفرد و يساعده في الاعمال السهلة و الذي يتحكم في ذلك هو العادة من تحكم الاصالة و الدوافع للعمل و الحافزية.

7.5 - نظرية الحالة - السمة:

توصل كاتلوسبيلبرجر Kattle et Spirelberger الى التمييز بين جانبين للقلق جانب القلق حالة الذي نشعر به في موقف معين يزول بزواله و بالتالي فهو حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الفرد عندما يدرك تهديدا في الموقف ، و هي حالة غير ثابتة تتغير ارتفاعا و انخفاضاً حسب الموقف ، و هي حالة انفعالية ذاتية اقرب ما تكون الى حالة الخوف الطبيعي ، و بالتالي فالقلق حالة يشبه القلق الموضوعي ، و الجانب الثاني ، هو القلق سمة و هو الاستعداد للقلق او الاستهداف للقلق في جميع المواقف ، و هو عبارة عن استعداد ثابت نسبيا و كامن في شخصية و الفرد نتيجة تراكمات في الماضي ، غالبا ما يستمد اصوله من خبرات طفولية مبكرة مؤلمة ، و بالتالي يكون الفرد اكثر استشعار للخطر و فقدان الاستقرار و توقع الشر لموضوعات او مواقف لا تتطوي على كل هذا الخطر. (غريب 1998، ص95)

4. اسباب القلق:

تتعدد اسباب القلق و من اهمها:

1 - الاسباب الوراثية:

يرى القائلون بالأسباب البيولوجية للقلق ان التكوين الجيني الموروث لبعض الاشخاص يهيئهم او يخلق فيهم الاستعداد المسبق لاضطراب القلق و يستدلون بهذا الرأي على ان اصابة احد التوأمين المتماثلين بالقلق تعني ان الاخر مصاب به خلاف ما يحدث للتوائم غير المتماثلة ، كما يلاحظ بان للأشكال السابقة من اضطراب القلق اصول اسرية حيث يوجد في اغلب الاحيان اخرون في الاسرة على خلاف المريض مصابون بشكل ما من اشكال القلق.

وعلى هذا يستنتج القائلون بهذا التوجه بان القلق يتطور نتيجة استعداد فيزيولوجية كامن للتصرف بقلق في عدد كبير من المواقف و يكون هذا الاستعداد ناتج جزئيا عن وراثة جملة عصبية ذاتية شديدة الحساسية للضغط و التوتر.

ان مستوى القلق عند الافراد يعتمد على كيفية عمل الوظائف ، و بعض الاليات الفيزيولوجية ، فليس غريب ان تكون هناك فروق وراثية بين الافراد ، كما هو الحال في كثير من الخصائص الجسمية كلون العينين مثلا ، و يبدو ان العوامل الوراثية لها دور مهم ، بل و من المحتمل ان يكون اكثر العوامل اهمية في تحديد القلق ، هذا ما بينته الدراسات المختلفة ان الوراثة تلعب الدور الهام و الاساسي في الاستعداد للقلق ، فقد دلت النتائج ان نسبة القلق في التوائم المتشابهة التي تعد متماثلة في كل الجوانب بسبب توفر الطبيعية الوراثية نفسها تصل الى 50 % ، بينما تصل الى 4 % في التوائم غير المتشابهة و حوالي 15% في اباء و اخوة مرضى القلق ، كما دلت النتائج ايضا ان نسبة ممن يعانون من سمات القلق من بين حالات غير المتشابهة.

و قد انتهت دراسات في هذا المجال الا ان زيادة نشاط النرينفرين في بعض الاجزاء من الدماغ ترتبط باضطراب الهلع بينما ترتبط السيروتونين باضطراب الوسواس و الافعال القهرية.

2 - الاسباب النفسية:

و تتمثل في الاستعداد النفسي و الضعف النفسي العام ، و الشعور بالتهديد الداخلي او الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد و اهدافه و التوتر النفسي الشديد و الازمات و المتاعب او الخسائر المفاجئة و الصدمات النفسية و الشعور بالذنب و العجز و النقص.

و كذلك الاحباط و الصراع فالتوتر و القلق يعدان محصلة طبيعية لفشلنا سواء في رضائنا لرغباتنا و دوافعنا و طموحاتنا ام في فض المواقف الصراعية.

كما يرجع القلق ايضا الى الخبرات الطفولية المكبوتة و الصراعات النفسية التي لا يحلها الفرد حلا ناجحا ، و قد افاض معظم المحللين النفسيين في اثر هذه الصراعات فالاندفاعات و الافكار فير المقبولة تكون عادة من طبيعة جنسية او عدوانية يمكن ان تهدد الانا و تصل الى اللاشعور المفعم بالمكبوتات و تقوم الاليات الدفاعية بحماية الذات من هذه التهديدات لكن على حساب خلق حالة من القلق لدى الفرد. (شيقر ولمان ، 2006، ص83)

و ينشا القلق من عجز الفرد عن حل صراعه بالطريق المباشر او بواسطة احدى وسائل التعويض ، و ما اعراض الاضطراب النفسي الا تعبير عن القلق غير محتمل و في نفس الوقت وسيلة للتخلص منه.

اضافة الى ما سبق هناك اسباب اخرى للقلق من بينها:

* مواقف الحياة الضاغطة ويمثلها الضغط الحضاري و الثقافي و البيئي الذي يؤثر سلبا في شخصية الفرد.

* مشكلات الطفولة و المراقبة و الشيخوخة و الطرق الخاطئة في تنشئة الاطفال مثل القسوة و التسلط و الحماية الزائدة و غيرها و اضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين

* عدم التطابق بين الذات الواقعية و الذات المثالية و عدم تحقيق الذات.

* الطرق الخاطئة لتجنب الحمل و الحيلة الطويلة خاصة الجماع الناقص.

* التعرض للحوادث و الخبرات الحادة (اقتصاديا او عاطفيا او تربويا).

* الضغوط المدرسية و الجامعية و العمل في المنزل ، و بين الاصدقاء و في البنية الخارجية التي اصبحت مملوءة بملوثات الماء و الهواء و الارض.

* عجز الفرد في تحقيق ذاته الذي يتمثل في استخدام مواهبه و مهاراته في الوصول الى اهدافه و اشباع رغباته بشعوره بالدونية و الفراغ النفسي الامر الذي يعرضه لقلق شديد.

* دور الاسرة في تعليم الفرد اسلوبا معيناً في التفاعل مع الآخرين ، فمثلا الحرمان العاطفي و رفض الطفل يؤدي الى عجزه عن وزن و تقدير الآخرين و اختلال علاقاته الاجتماعية

مما يؤثر في تقديره لذاته و ينمي عنده الشعور بالقلق.(نفس المرجع ، ص 84)

3 - الاسباب البيولوجية:

ينشا القلق نتيجة اضطراب في عمل الجهاز العصبي المستقبل السمباتي و الباراسمباتي بحيث يدفع هذا الاضطراب الى زيادة افراز مادة الادرينالين و النورادرينالين في الدم ، بحيث يزيد هذا الاضطراب في ضربات القلب و الصعوبة في التنفس و ارتفاع الضغط الدموي ، توتر عضلي رجفة ، الدوار الاحساس بالضغط على الصدر و اضطراب الهضم...الخ ، و بالتالي فان اضطراب الهرمونات العصبية يسبب او يساهم في احداث حالة القلق.

و يعتقد ان المدارات العصبية التي تشمل اللوزة و الحصين تشكل القلق عندما تواجه بالمنبهات المكروهة و الضارة المحتملة مثل الروائح او الاطعمة الكريهة يظهر التصوير المقطعي بالانبعاث البوزيتروني زيادة تدفق الدم في اللوزة ، و قد اعلن المشاركون في هذه الدراسات عن اصابتهم بقلق معتدل. و هذا قد يشير الى ان القلق هو الية و قائية تهدف الى منع كائن من الانخراط في السلوكيات الضارة المحتملة.

و بناء على البحوث التي تمت على المراهقين و الاطفال الرضع وجدوا ان جزء (nucleus accumbens) هو اكثر حساسية من سائر الناس عندما اختاروا لجعل هذا العمل هي التي تحدد ما اذا كانت حصلت على مكافاة ، هذا يشير الى وجود صلة بين الدوائر المسؤولة عن الخوف و ايضا المكافاة في الناس القلقين ، كما يشير الباحثون احساس بالمسؤولية ، في سياق من عدم اليقين (نتائج احتمالية) تقود النظام العصبي الكامن وراء الدافع مشهي (accumbens. nucleus) بقوة اكبر من كبح مزاجه من المراهقين غير المقيدين.(نفس المرجع السابق، ص86)

4 - الاسباب الاجتماعية:

و تشمل قائمة التطور الحضارية و الثقافية و البيئة الحديثة و المطالب و المطامح الحديثة المتغيرة ، اذ نجد تعدد المشاكل و الاعباء على الانسان ، في هذا العصر و بالتالي تعددت الوجهات التي يجب ان يتعلم معها و دورها لقوانين التي من المفروض ان يخضع لها سواء في العمل او في الشارع او الحياة ، كما ان هناك الكثير من المحظورات و الممنوعات التي توجب الابتعاد عنها ، لان من يقترب منها يتعرض للعقاب ، و هذه الحياة الحديثة من اعباء و مسؤوليات تحتاج من المرء على القدرة و الطاقة النفسية كبيرة التكليف

معها و ضغوط الحياة و قد تكون فردية يتأثر بها الفرد الذي يقع عليها العبء لوحده او جماعة تؤثر على قطاع كبير من الناس في وقت واحد مثال: الكوارث و الحروب و ما يترتب عنها من ماسي و شتى الازمات.

ومن الاسباب الرئيسية للقلق:

❖ اللا امن: ان السبب الرئيسي للقلق هو انعدام الشعور الداخلي بالأمن عند الطفل و كذلك فان الشكوك تعتبر مصدر اخر للقلق.

❖ عدم الثبات في معاملة الطفل: سواء كان من المعلم في المدرسة او الابوين في البيت و اللذان يتصفان بعدم الثبات في المعاملة و اللذان يكونان سببا اخر في القلق.

❖ الكمال ، المثالية: ان توقعات الكبار من الاطفال في ان تكون انجازاتهم تامة و غير ناقصة تشكل مصدرا من مصادر القلق عندهم و يأتي قلق الاطفال بسبب عدم قيامهم بالعمل المطلوب منهم بشكل تام.

❖ الاهمال: يشعر الاطفال بانهم غير امنين عندما لا تكون هناك حدودا واضحة و محددة في محيط المعاملة معهم.

❖ النقد: ان النقد الموجه من الرفاق الراشدين للأطفال يجعلهم يشعرون بالقلق و التوتر، حيث يبدأ الاطفال يشعرون بالشكوك ، يشكون بأنفسهم فالتحدث عنهم و عن سيرتهم يقودهم الى القلق الشديد خاصة اذا عرف الاطفال بان الاخرين يقومون بعملية تقييم لهم و محاكمتهم بطريقة ما.

❖ ثقة الكبار: بعض الراشدين يثقون بالأطفال كما لو كانوا كبار فإشعارهم بالنضج قبل الاوان يكون سببا في القلق عندهم.

❖ الشعور بالذنب: يشعر الفرد بالذنب عندما يعتمد انه ارتكب خطأ او تصرف بشكل غير مقبول و ملائم. اما الاطفال فيشعرون بالقلق بمجرد تخيلهم للضرب او تسببهم الالام للآخرين. (شيقر ولمان ، 2006 ، 83_85)

كما هو الحال في العديد من امراض الصحة العقلية فان سبب اضطراب القلق بعدد من العوامل منها ما هو وراثي ومنها ما هو نفسي ومنها ما هو بيولوجي ومنها ما هو اجتماعي، فالسبب الوراثي هو وجود تاريخ عائلي وراثي لاضطراب القلق المعمم يجعله ينتقل وراثيا من جيل الى آخر بنسب مختلفة وينتج القلق الوراثي نتيجة لأصل أسري بحيث وجود

آخرون في الاسرة مصابون بالقلق على خلاف المريض كالتوأم المتشابه والغير المتشابه او بين الإباء والاخوة، فقلق النفسي يرجع الى الخبرات الطفولة المكبوتة في اللاشعور كالتسلط والحماية الزائدة واختلال علاقاته مع الآخرين وغيرها فمن العوامل التي تؤدي الى القلق مثل الاكتئاب واضطراب الهلع والتعرض لصدمات عاطفية بالإضافة الى وفاة احد المقربين حيث يخلق القلق النفسي بسبب عدم تطابق الذات المثالية التي يحب الفرد ان يصل اليها وبين الذات الواقعية التي يعيشها الفرد، ويبدأ القلق البيولوجي نتيجة لوجود اضطراب في الجهاز العصبي كالرجفة وضربات القلب واحساس بالدوار واختلال وتغيير الهرمونات يساهم في احداث القلق وتشير الى المدارات العصبية التي تشمل اللوزة والحسين تواجه مشكل على مستواها ولهذا يشكل القلق، وأخيرا السبب الاجتماعي نجد كثرة المشاكل والاعباء على الفرد لهذا دور الفرد على ان يتبع ويخضع لقوانين المجتمع كما عليه ان يبتعد على كل المخاطر والممنوعات لهذا يتأثر الفرد بضغوط هذه الحياة ويتحمل عبأها.

5. اعراض القلق:

1 - الاعراض الجسمية:

و تتمثل في:

- * الضعف العام و نقص الطاقة الحيوية و النشاط و المثابرة.
- * توتر العضلات و النشاط الحركي الزائد و الازمات العصبية الحركية.
- * برودة الاطراف و تعصيب العرق ، اضطراب معدية.
- * اتساع حدقة العين و اضطراب في عملية الاخراج و التبول.
- * الصداع المستمر الذي لا يهدئه الاسبرين.
- * اضطراب التنفس و عسره و نوبات التنهد و الشعور بالضيق في الصدر.
- * اضطراب الوظيفة الجنسية عند الرجال و البرود الجنسي عند النساء.
- * الازمات العصبية الحركية و المتمثلة في (قتل الشعر او الشارب ، تقطيب الجبهة ، رمش العينين ، رمش المنخرين ، مسح الانف و الاذن ، اختلاج الفم عض الشفاه ، مص الابهام ، قضم الاظافر ، هز الكتفين ، هز القدم) .
- * ارتفاع ضغط الدم و ارهاق الحواس و تقبض القلب.
- * فقدان الشهية او عسر الهضم و الاسهال او الامساك ، المغص الشديد.

- * الام عضلية بالساقين و الذراعين و الظهر و الرقبة.
- * كثرة التبول او العكس كاحتباس البول رغم الرغبة الشديدة في التبول.
- * ارتجاف الصوت و تقطعه.
- * الافراط في نشاط الجهاز العصبي الساقى و التنظيم الساقى كالتوجس و العرق و الاغماء.(عبد الحميد الشاذلي ،ص 116)

2 - الاعراض النفسية:

- و تشمل القلق العام و القلق على الصحة و عدم الاستقرار و الشعور بانعدام الامل و الراحة النفسية و الحساسية المفرطة و سرعة الاثارة ، الخوف الشديد حيث يكون الفرد خائفا لا يعرف مصدر الخوف ، عدم الشعور بالأمن و الضيق و توهم المرض ، عدم القدرة على التركيز و الانتباه ، عدم الثقة و الطمأنينة و الرغبة في الهروب من مواجهة المواقف توقع حدوث شيء ما دون معرفة ما هو ذلك الشيء ،و هذا بالإضافة الى الشك و التردد في اتخاذ القرار و يمكن تلخيص الاعراض النفسية فيما يلي:
- * شدة التوتر مع الخجل و زيادة الحساسية لراي الغير .
- * الشعور بتأنيب الضمير على كل صغيرة و كبيرة.
- * التردد في اتخاذ القرارات بسرعة.
- * سرعة الاثارة و عدم الاستقرار و الشعور بانعدام الامن و الراحة.
- * الشعور بالخوف الدائم مع عدم معرفة مصدره.
- * الانشغال بأخطاء الماضي و سرعة التهيج و ضعف القدرة على التركيز .
- * شرود الذهن و ضعف القدرة على العمل و الانتاج و سوء التوافق الاجتماعي
- * الاكتئاب العابر و التشاؤم.
- * القلق العام و القلق على الصحة و العمل و المستقبل.(صابري محمد علي ، ص 103)

3- الاعراض النفس جسمية:

- تتمثل فيما يطلق عليه بالأمراض السيكوسوماتية أي تلك الامراض العضوية التي يسببها القلق او يلعب دورا هاما في نشأتها او في زيادة اعراضها مثل:
- * الذبحة الصدرية و الربو الشعبي و جلطة الشرايين التاجية.
- * روماتيزم المفاصل و البول السكري ، و قرحة المعدة و القولون العصبي.

* الصداع النصفي وفقدان الشهية العصبي.

و يضيف عطوف ياسين (1981) عددا من الاضطرابات الفسيولوجية و التي من بينها برودة الاطراف و ارتجافها و خصوصا الايدي ، اضطرابات النوم ، اضطرابات التنفس ، فقدان الشهية ، و الصداع ، و الشعور بالدوار و الدوخة ، كما يشبع ايضا الام الرقبة و الظهر ، و حدوث الرعشة و الالم عند القيام باي حركة ، و ربما يظهر عدم الاستقرار و الرعونة في الاتيان بالحركة الدقيقة ، و حدوث رجفة للصوت ، يضاف الى ذلك حدوث اضطراب في الوظائف الجنسية عند الرجال و الذي يظهر في تأخر القذف او العجز عن البقاء منتصبا لبعض الوقت ، او عدم القدرة على الانتصاب نهائيا ، بينما يظهر عند الانثى في صورة اعراض عن الفعل الجنسي

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

4 - الاعراض الاجتماعية:

يكون الشخص القلق غير مستقر و يخشى ان يرتكب خطأ ، و يجد صعوبة في الوصول لقرار معين ، و لذلك فهو يفضل عدم اتخاذ قرار خاطئ ، انه حساس جدا للفشل ، و خاصة الفشل الخلقى ، و اذا اقبل على اتخاذ قرار بعمل ما فانه يندم على ذلك ، و قد يتحول شعوره بالسخط الى عدوان ضد نفسه او ضد الآخرين بل انه قد يعتدي على اولئك الذين يعتمد عليهم سوء التوافق مع الآخرين من خلال النرفة عليهم و سوء فهمهم و اتهامهم بالعديد من الصفات التي تقود في النهاية الى سوء العلاقة بالآخرين ، و الذي ينعكس بدوره على العمل و الانتاج و التواصل السوي و يلاحظ هذا التوتر في الحياة الزوجية حيث تبدأ الام القلقة في مع الآخر ينضرب و عقاب اولادها على اقل سبب ثم تندم و تبكي بعدها ، و يثور الزوج على زوجته من اجابة عادية و يتهمها بانها تتعدى على كرامته ، و تصبح هذه الاثارة العصبية مصدر النزاعات العائلية بل و احيانا تحطم الحياة الزوجية. (عبد الرحمان الوافي ، ص252)

6-المحكات التشخيصية للقلق:

نظرا لوجود تشابه كبير في الاعراض بين الكثير من الاضطرابات النفسية ، فان هناك بعضا من المحكات التشخيصية الخاصة بكل اضطراب و التي تميزه بصورة ادق عن الاضطرابات الاخرى ، و من اهم محكات القلق التشخيصية ما يلي:

1. قلق و انشغال زائدين (توقع كدر) يحدث في معظم الايام لمدة لا تقل عن ستة شهور ، و يدور حول عدد من الاحداث او الانشطة (مثل العمل ، او الاداء المدرسي).
2. يجد التشخيص انه من الصعب عليه ان يتحكم في انشغاله هذا.
3. كل من القلق و الانشغال يكونا مصحوبين بثلاث او اكثر من الاعراض الستة التالية (مع وجود بعض الاعراض على الاقل لأيام تزيد عن ايام وجودها ، و ذلك خلال الستة الشهور الاخيرة):

- عدم الاستقرار او الشعور انه على وشك السقوط او على حافة الخطر.
- الاحساس بالتعب بسهولة.
- صعوبة التركيز او ان العقل اصبح فارغ المحتوى.
- السخط او سرعة الغضب (سهولة الاستثارة).
- التوتر العضلي.
- اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم او الاستغراق فيه او نوم غير مستقر او غير مشبع).

4. لا يقتصر تركيز القلق او الانشغال على اعراض اضطراب المحور . (زهران ،2005 ص487)

5. القلق او الانشغال او الاعراض البدنية تتسبب في الم اكلينيكي جوهري او قصور في الاداء الاجتماعي او المهني او غيرهما من مجالات الاداء المهمة.

6. لا يرجع الاختلال لتأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة او عقار او حالة طبية عامة ولا يحدث قطعيا اثناء اختلال مزاجي او اضطراب ذهني او اضطراب نمائي متغلغل.

تختلف اعراض القلق من حالة الى أخرى سواء من حيث نوعية الاعراض المختلفة او من حيث حدتها لهذا يمكن ان يكون القلق مصحوبا بالآثار الجسدية مثل خفقان القلب والتعب، آلم الصدر وضيق التنفس، آلام في المعدة او الصداع، بالإضافة الى فقدان الشهية

والاسهال، فيستعد جسد الفرد لتعامل مع هذه الآثار، ويشكل القلق العديد من الاعراض النفسية وهو شعور الفرد بعدم الاستقرار والامن والخوف الشديد من مواجهة المواقف والشيء الذي يحدث في ذلك الموقف وعدم قدرته على اتخاذ قراراته والشعور بالخوف دون معرفة سبب ذلك الخوف، فتعتبر الاعراض النفسجسمية تشكيلة من الامراض العضوية التي ينشأ عليها القلق كالروماتيزم والقولون العصبي وشعور بالدوخة وما الى ذلك، وفي الاخير الاعراض الاجتماعية حيث يشعر فيها الشخص بعدم الاستقرار لذلك يواجه صعوبة في اتخاذ أي قرار فيندم لتخاذ هذا القرار ووصوله الى قرار خاطئ ويتحول بالذنب على نفسه.

7. علاج القلق:

تتبع في العلاجات الحديث للقلق عدة اساليب و ذلك وفق امكانيات المعالج و مدى درايته بالتقنيات و الوسائل العلاجية المتاحة للمريض ، و ذلك حسب شدة القلق التي تعاني منها الحالة باعتبار القلق العصابي اكثر الامراض النفسية استجابة للعلاج و من اهم التوصيات العلاجية نجد ما يلي:

1 - العلاج النفسي (Psychotherapy):

1.1 - التحليل النفسي (Psychoanalysis):

ينظر التحليل النفسي الى المريض على انه انسان يعيش صراعا بين ثلاث قوى و هي: الهو و الانا و الانا الاعلى ، و ترى ان القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية الا ان حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا اساسيا. (عبد الحميد ص117)

و يفيد التحليل النفسي في اظهار الذكريات المطمورة و تحديد اسباب القلق الدفينة في اللاشعور و تنفيس الكبت و حل الصراعات الاساسية.

ينظر التحليل النفسي الى المريض على انه انسان يعيش صراعا بين ثلاث قوى هي الهو (الغرائز) ، و الانا (المجتمع) ، و الانا الاعلى (المثل و القيم) ، و يهدف العلاج بالتحليل النفسي الى انا المريض و تحديد اسباب القلق الدفينة في اللاشعور ، و يتم ذلك عن طريق التداعي الحر ، تفسير الاحلام و زلات اللسان. (مجدي احمد ص154)

و من طرق التحليل النفسي ايضا احساس الطفل بالأمن و الطمأنينة و تشجيعه في التعبير عن انفعالاته و ذلك باستخدام بعض الالعاب التي تشجع الاطفال على التعبير عن

مشاعرهم ، كما يحتاج العلاج النفسي الى الوقت و الجهد و المال و يقتصر استخدامه على الحالات الشديدة المزمنة التي تتطلب في علاجها التوضيحية بالوقت و المال و الجهد. و نلاحظ ان العلاج التحليلي يساعد تعليم المريض الاستبصار بصراعاته اللاشعورية مع محاولة التكيف و تعديل الاهداف و تنمية القدرات ، و يتبين ان العلاج التحليلي يهدف الى حل الصراعات المكبوتة و هذا عن طريق استعمال اساليب و ادوات التحليل النفسي كالتداعي الحر و تفسير الاحلام.

2.1 - العلاج السلوكي (Behavioral therapy):

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

يستخدم بوجه خاص في حالات الخوف المرضى العصابي ، و يعتمد على التخلص من الفعل المرضى و تكوين فعل سوي و ذلك بان يمرن المريض على الاسترخاء (اما بالتمرين او بعقار الاسترخاء) ثم تعرض عليه منبهات اقل من ان تصدر قلقا او تسبب الما ثم زيادة المنبه بالتدريج حتى يستطيع المريض مواجهة موقف الخوف و بذلك يتحقق له الشفاء.

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

2 - العلاج بالإرشاد النفسي:

و يشمل الارشاد العلاجي و الارشاد الزواجي و حل مشكلات المريض و تعليمه كيف يحلها و يهاجمها دون الهرب منها.

3 - العلاج الكيميائي (Chemotherapy):

و يستخدم في حالات القلق الشديد و المزمن و يعتمد على اعطاء المريض لبعض العقاقير التي تخفض من حدة القلق و التوتر العصبي.

هو تقديم العقاقير المهدئة للفرد و التي يطلق عليها (Tranquillisant) و اهمها مشتقات (Benzodiazépine) و منها الفاليوم (Valium) و تمستا (Temesta) و غيرها و الهدف منها هو الاثر المهدئ الذي تحدثه على الجهاز العصبي حيث تخفف من القلق كما تسبب في استرخاء عضلات الجسم.

من هنا نلاحظ ان علاج القلق بالطريقة الكيميائية يبدأ بإعطاء المريض العقاقير المنومة و المهدئة في بداية الامر ، حيث تعمل على تقليل من التوتر العصبي بعد ان تتم الراحة الجسمية يبدأ العلاج النفسي.

4 - العلاج بالكهرباء (Electrolyte therapy):

لا يستخدم الا في حالات القلق التي تصاحبها اعراض اكتئابيه شديدة و يعتمد على تعريض المريض لصدمة كهربائية معينة تعيد تنظيم المواد الكيميائية و الهرمونات العصبية التي تصل بين قشرة المخ و الهيبوتلاموس.(نفس المرجع السابق ص 156)

5 - العلاج البيئي و الاجتماعي:

و ذلك عن طريق تعديل العوامل البيئية ذات الاثر الملحوظ مثل تغيير العمل و تخفيف اعباء المريض و تخفيف الضغوط البيئية و مثيرات التوتر و العلاج الاجتماعي و الرياضي و الرحلات و الصداقات و الموسيقى و العلاج بالعمل.

6 - العلاج الطبي (Medical treatment):

و ذلك باستخدام المسكنات و المهدئات و العقاقير المضادة للقلق (مثل ليبريوم) و قد وجد ان العلاج النفسي المختصر مع استخدام العقاقير النفسية الوهمية كان فعالا كذلك استخدام التنبيه الكهربائي و العلاج المائي في بعض الاحيان.(عبد الحميد ، ص119)

7 - العلاج الجشطاطي (Gestalt therapy):

و يركز هذا العلاج على خبرات الفرد الواعية بذاته و بيئته باعتباره محور حياته و يتم ذلك باستخدام بعض الفنيات مثل فنية المعقد الخالي حيث يجلس المريض على مقعد و امامه مقعد خال يتخيل جلوس شخص اخر عليه و يبدأ في حوار تخيلي مع الشخص و

كذلك فنية الاسترخاء و التنفس العميق لاعادة الانتعاش الحيوي الى الفرد و غير ذلك من الفنيات.

8 - العلاج الذاتي (Self- treatment):

هو ذلك الاسلوب الذي يمارسه الشخص دون تدخل خارجي ، فالعلاج الذاتي يعطي للشخص الفرصة ليفعل كل شى بنفسه من خلال الترغيب و التهريب و المكافاة و العقاب و هذا الاتجاه يعود الى زمن قديم في عبارات سقراط (Socrates) اعرف نفسك بنفسك ، و قد تطور العلاج الذي يقوم على تنمية قدرات الشخص بواسطة طريقة الباحث كارل روجرز (K. Rogers) و العلاج عن طريق ملاحظة الذات يمكن للفرد الكشف عن خبايا حالته و بالتالي السيطرة عليها ، و من بين هذه الاساليب:

الحوار مع النفس ، أي كل فرد يستطيع ان يخلص نفسه من القلق الذي يمتلكه اذ يمكن من تغيير افكاره او تعديلها و هذا الاسلوب يتبنى مجموعة من الافكار مثل: الناس المحيطين يناجون لعداء ، فكلها يمكن ان تثير القلق داخل الغدد ، ويمكن التخلص من القلق و دفع التوتر اذا سيطر على هذه الفكرة غير مرغوبة ، مثلاً: قوله توقف عن هذا بالإضافة الى تبني افكار ايجابية يساعد على تحقيق الارتياح و يجب ان يقنع نفسه على انه ليس عليه ان يوصي كافة الناس و ليس بالضرورة ان تكون محبوباً لدى جميع الناس مادامت حياته متوازية كما يجب ان نؤمن بفكرة الرضا و التفاؤل اذا تذكرنا ان السعادة موجودة بداخلنا و من حولنا.

ان هناك عدة طرق لعلاج القلق كما سبق و تطرقنا اليها ، و القلق اكثر الاضطرابات الانفعالية استجابة للعلاج ، و يختلف العلاج من شخص الى اخر حسب شدة درجة القلق و حسب الطريقة التي يتبعها المعالج في ذلك ، فالعلاج الكيميائي يعتمد على مجموعة من العقاقير المهدئة تقدم للفرد بهدف استرخاء العضلات و التقليل من القلق ، اما العلاج البيئي الذي يعتمد على تعديل العوامل البيئية و تخفيض الضغوط و مثيرات القلق عن طريق الارشاد الاسري و ممارسة الرياضة و غيرها من الاعمال لتشغيل تفكير المريض و التقليل من القلق ، كما نجد العلاج التحليلي الذي يعتمد على اسلوب التداعي الحر و تفسير الاحلام لحل الصراعات التي يعاني منها الفرد و التي تؤدي الى القلق ، و العلاج السلوكي الذي يستعمل التحصين التدريجي و الاسترخاء و غيرها للتغلب على القلق الذي

اثاره خبرة ماضية مؤلمة ، اما العلاج الذاتي فيقوم به المريض بنفسه أي يعالج نفسه بنفسه ، بالحديث الايجابي مع الذات ، و السيطرة على مشاكله و تغيير افكار غير منطقية بأفكار منطقية تؤدي به تغيرات سلوكه. (عبد الحميد ، ص121)

نستنتج مما سبق ان هناك عدة طرق لعلاج القلق، والقلق اكثر الاضطرابات الانفعالية استجابة للعلا، ويختلف العلاج من شخص الى آخر حسب شدة درجة القلق وحسب الطريقة التي يتبعها المعالج في ذلك، فالعلاج التحليلي الذي يعتمد على أسلوب التداعي الحر وتفسير الاحلام لحل الصراعات التي عاني منها الفرد والتي تؤدي الى القلق، كما نجد العلاج السلوكي الذي يستعمل التحصين التدريجي او الاسترخاء وغيرها للتغلب على القلق الذي اثاره خبرة ماضية مؤلمة، اما العلاج بالارشاد لنفسي يهدف الى قدرة المريض على كيفية حل مشاكله بنفسه والتغلب عليها والتعامل معها، فالعلاج الكيميائي يعتمد على مجموعة من العقاقير المهدئة تقدم للفرد بهدف استرخاء العضلات والتقليل من القلق، اما العلاج بالكهرباء يصاحب هذا العلاج الفرد الا في وجود بعض اعراض الاكتئاب الشديدة وهي عن طريق مواجهة المريض لصدمة كهربائية، والعلاج البيئي الذي يعتمد على تعديل العوامل البيئية وتخفيض الضغوط ومثيرات القلق عن طريق الارشاد الاسري و ممارسة الرياضة وغيرها من الاعمال لتشغيل تفكير المريض والتقليل من القلق، فالعلاج الجشطالتي يعتمد على تفكير الفرد بخبراته كأنها المحور الأساسي لهذا العلاج ويستخدم في هذا العلاج فنية الاسترخاء وغيرها، والعلاج الطبي عن طريق استعمال بعض العقاقير والمهدئات المضادة للقلق، اما العلاج الذاتي فيقوم به المريض بنفسه أي يعالج نفسه بنفسه بالحديث الإيجابي مع الذات والسيطرة على مشاكله وتغيير أفكار غير منطقية تؤدي به تغيرات سلوكه.

ثانياً: الاكتئاب

يعتبر الاكتئاب من أبرز الاضطرابات الوجدانية الشائعة والأكثر انتشارا في الوقت الراهن، وهناك من يطلق عليه "مرض العصر" ويتسم هذا الاضطراب الوجداني بالحزن الشديد واليأس إضافة إلى مظاهر فيسيولوجية قد تظهر على الفرد المكتئب نتيجة عوامل متعددة ومختلفة (نفسية، فيسيولوجية)

وقد يكون هذا الاضطراب إما نتيجة مرض عضوي أو نفسي أو كعامل مصاحب هلا وسنتناول في هذا الفصل كل من مفهوم الاكتئاب ومختلف أسبابه وأعراضه وأهم الاتجاهات المفسرة له، إضافة إلى علاقته بمفهوم تقدير الذات.

1. تعريف الاكتئاب:

معنى الاكتئاب لغويا: يشتق اسم الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كأب ويشير هذا الفعل الى اسم الكأبة وتعني سوء الحال و الانكسار من الحزن. (ابو زيد ، 2001، 22)

ومن الجانب النفسي العلمي لمفهوم الاكتئاب ما يزيد عن خمسين تعريفا تداولها الاطباء النفسانيون وعلماء النفس اخترنا منها ما يلي:

عرف في (موسوعة علم النفس و التحليل النفسي) بأنه صعوبة في التفكير ويسبب كساد في القوي الحيوية الحركية ، وهبوط في النشاط الوظيفي ، وقد يكون له اعراض اخري كتوهم المرض ، و الاوهام ، اتهام الذات ، وتهم الاضطهاد الهلوسة والاستثارة (عبد المنعم الحفني ، 1994، 206)

لطفي الشربيني: هو اضطراب في المزاج مع هبوط في الحالة النفسية و الجسدية (لطفي الشربيني ، 2001، 42)

احمد عبد الخالق (1991) الاكتئاب حالة انفعالية من الغم والهم الدائم والتي تتراوح بين تثبيطه الهمة و الكأبة الى الشعور بالقنوط واليأس ويصاحب هذه الحالة اعراض متعددة منها: الارق فقدان الشهية ضعف القدرة على التركيز وصعوبة اتخاذ القرار .

يرى مجدي (200,185) ان الاكتئاب حالة من الحزن العميق يحس بها المريض بعدم الرضا وعدم القدرة على الاستمتاع بنشاطه السابق ويأسه ، وفقدان القدرة على النشاط وصعوبة في التركيز مع اضطراب في النوم وفقدان الشهية للطعام واحلام مزعجة. (عبدالله ، 2000، 185)

أما "النابلسي" فيعرف الاكتئاب " بأنه اختلال في التوازن النفسي الذي يصيب بالدرجة الأولى مزاج الشخص ومثاليته، معرضا إياه للألم والشقاء المعنويين " (النابلسي محمد أمحد، 2003، ص 72) .

بينما يعرف "هاملتون" الاكتئاب بوصفه " مرضا نفسيا يتصف بشعور عميق بالحزن واليأس أو فقدان الاهتمام بالأشياء اليت كانت يوما ما مصدر للبهجة و يترافق ذلك مع اضطراب في النوم، و اضطراب في الشهية إلى الطعام و اضطراب في العمليات الذهنية" (Hamilton; p01 , 2002)

كما قدم "صباح مصطفى فتحى السقا" (2005) الاكتئاب " بأنه حالة انفعاليه تكون فيها الفاعلية أو النشاطات (Activity) النفسية والجسدية منخفضة وغير سارة (بطء في الحركة وتأخر في الاستجابة مع كسل وتعب) قد تكون سوية وقد تكون مرضية، وتشري الحالة المرضية إلى استجابة لا تكيفية مبالغ فيها تتسبب من خلال الأفكار والتقييمات والإدراكات والمواقف المتعلقة بالشخص ومحيطه ومستقبله(صاحل مصطفى فتحى السقا، 2005، ص 33).

يعرفه ايمري (Emerry; 1988) بأنه عبارة عن خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل وعدم الرضا والرغبة في إيذاء المرء نفسه والتردد وعدم البت في الأمور والإرهاق وفقدان الشهية واحتقار الذات وبطء الاستجابة وعدم القدرة على بذل أي مجهود، وفي المؤلفات العربية يجمع الكتاب على انه حالة من الانكسار والحزن والشعور بالتعاسة والضيق تنتج اثر تعرض الفرد لمواقف حياتية ضاغطة يصاحب ذلك زملة من، الأعراض النفسية والجسمية.(العيسوي، 1994، كفاي، 1990، العبد الرحيم، 1998 شرف، 1990)

هو اضطراب المزاج الذي يسبب شعورًا متواصلًا بالحزن، وفقدان المتعة، والاهتمام بالأمور المعتادة، ونقص التركيز. وقد يكون مصحوبًا بالشعور بالذنب، وعدم الأهمية، ونقص تقدير الذات. ويؤثر المرض في المشاعر، والتفكير، والتصرفات؛ مما يسبب كثيرًا من المشكلات العاطفية والجسدية، والتي بدورها تؤثر في أداء الأنشطة اليومية.

2. انواع الاكتئاب:

يمكن للاكتئاب ان يتخذ اشكالا عدة، وما يميز هذه الاشكال عن بعضه هي العوارض والظروف المرتبطة بكل منها، فضلا عن مدة العوارض وقوته، الا انه لا يوجد في الغالب تمييز واضح بين مختلف أنواع الاكتئاب فهي تتشارك في العديد من الخصائص نفسها ويتحمل أيضا ان تعاني من أكثر من نوع واحد من اضطراب المزاج ويصعب في الوقت الراهن الاتفاق على نظام تصنيف موحد للاضطرابات الاكتئابية وان كان هناك اتفاق على الخطوط الرئيسة العامة. وبسبب كثرت وتعدد أنواع الاكتئاب الى الحد الذي لا يستطيع الفرد ان يلم بها مجتمعه في قالب واحد ولكنها تتفق في كونها تجعل المصاب بعيدا عن الواقع، وتقوده الى لا شيء. ونتيجة لهذه الأنواع المتعددة سوف تقوم الباحثة بعرض تصنيف الاكتئاب كما يلي:

التصنيف حسب السبب.

* التصنيف الدولي العاشر ICD10.

* التصنيف الأمريكي الرابع DSM.

وفيما يلي تصنيف التصنيف الطبي النفسي (DSM_ IV)

حسب التصنيف الطبي النفسي (DSM_ IV) تقسم الاكتئابيات الى فئتين رئيسيتين:

الاكتئاب الأساسي (Major Depression) تحت الرقم التصنيفي 296 و الى متغيرة مزمنة اخف تطلق عليها تسمية عسر المزاجي 2 (Dysthemia) تحت الرقم التصنيف (300.4) الى ما يلي: (اسماعيل يامنة، قشوش صابر، هبة موسى، 2018، 143)

1. الاكتئاب أساسي (Major Depression):

يلاحظ انه في الطبقات السابقة من الدليل الاحصائي والتشخيصي الأمريكي ودليل منظمة الصحة العالمية كانت تستخدم مصطلحات مثل طور وحيد (مرة واحدة) وردة فعل اكتئابية (depressive Reaction) واكتئاب داخلي المنشأ (endogene. Depression) والاكتئاب الانتكاسي (reactive Depression)، وقد استعيض عنها كلها تحت تسمية التسمية العامة للاكتئاب الأساسي. وفي الدليل العاشر لتصنيف الاضطرابات النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية (ICG_10) استبدل الاكتئاب

الانتكاسي بتصنيفات أخرى: اضطراب اكتئابي خفيف (F32.0) وله قسمين فرعيين دون اعراض جسدية (F32.00) ومع اعراض جسدية (F32.01)، واضطراب اكتئابي متوسط الدرجة (F32.1)، وله قسمين فرعيين مع او بدون اعراض جسدية، واضطراب اكتئابي شديد دون اعراض ذهانية، وهو ما كان في التصنيفات السابقة يسمى الاكتئاب الهائج او كذلك الميلانخوليا.

2. اضطرابات عسر المزاج:

تشكل اضطرابات عسر المزاج الشكل الثاني الرئيسي من الاكتئاب، وهي عبارة عن حالة مزمنة من الاكتئاب الخفيف يستمر لسنوات طويلة. ويعتقد العلماء ان حوالي (3%) من السكان يمرضون في مجرى حياتهم باضطراب عسر المزاج، وفي اضطراب عسر المزاج يبدو ان تعكر المزاج فلما يختفي لأكثر من أيام عدة، بحيث تتحول حياة المعنيين الى حياة مكفهرة، وكل سنتين تقريبا يظهر تحسن يستمر لشهر او شهرين، غير ان الاكتئاب يعود ثانية، وبعض الأشخاص يعتادون على كونهم مكتئبين الى درجة انهم يعتبرون الاكتئاب جزءا من شخصيتهم وليس مرضا يمكن معالجته، وبما ان الاعراض لا تكون شديدة او خطيرة كما هو الحال في الاكتئاب الأساسي فان المعنيين يظلون على المدى القصير قادرين على التصرف والحياة.

وعلى الرغم من ان اضطراب عسر المزاج يمكن ان يظهر في كل سن، فانه يبدأ غالبا بشكل أبكر من الاكتئاب الأساسي، فهو يبدأ في الطفولة او اليافوخ او سن الرشد المبكر.

2. تقسيمات أخرى للاكتئاب:

ان الاكتئاب بالنسبة لأغلب الناس يعبر عن استجابة عادية تنتج عن خبرة مؤلمة كالفشل في علاقة، او خيبة امل، او فقدان شيء مهم كالعمل مثلا ما يميز هذا النوع العادي من الاكتئاب انه يحدث لفترات قصيرة قد لا تزيد عن أسبوعين، كما انه عادة ما يكون مرتبطا بالموقف الذي اثار، اما ما يسمى بالاكتئاب المرضي، فهو عادة يتميز بأربع خصائص هي: يكون اكثر حدة، ويستمر لفترات طويلة، ويعيق الفرد بدرجة نوعية عن أداء انشطته المختلفة العادية، والأسباب التي تثيره قد لا تكون واضحة بالشكل الذي نلاحظه لدى الغالبية العظمى من الناس، ويرى فريق من العلماء ان الاكتئاب نوعان:

نفسي وعقلي ذهاني، ويرى فريق ثالث ان هناك نوع من الاكتئاب خليط بين الاثنين، وقد اعتمد هؤلاء في تصنيفهم على الاختلاف الواضح في الأسباب و الاعراض وفي استجابة المريض للعلاج، ويشير العيفي (1990) الى أنواع الاكتئاب فيما يلي:

1.3. الاكتئاب العصبي (Neurotic Depression):

ينتج هذا النوع من الاكتئاب نتيجة للشعور بالذنب، والكبت، والتعرض للحوادث المؤلمة، وهو اكثر انواع الاكتئاب شيوعا، ويتميز بعدد من الاعراض تشمل المزاج المكتئب الحزين، الشعور بالتعب لأقل مجهود ويسود تفكير المريض التشاؤم والأفكار السوداء، فقدان الامل، النوم المنقطع مع أحلام مزعجة، ويتميز بحدوث القلق في اول الليل، اعراض جسدية حفيفه مثل ارتفاع ضغط الدم وفقدان الشهية للطعام.

2.3. الاكتئاب الذهاني (Psychotic Depression):

هو اضطراب ذهاني داخلي المنشأ وراثي الجذور يمتاز بالكآبة والبطء النفس الحركي، ويميل الى التكرار الدوري، وهو لا يكون استجابة لحادثة محزنة يمكن تحديدها او التعرف عليها بالفعل فهو يحدث دون ان تقع حادثة مباشرة او قريبة، ويمتد هذا النوع من الاكتئاب الى فترات أطول بكثير من فترات الاكتئاب العصبي، ويتميز بعدد من الاعراض تشمل الهبوط في النشاط الحيوي او الحركي، القنوط المسيطر، البطء الشديد في العمليات العقلية و الجسدية، فقدان الشهية، والارق، والبكاء، وتوهم المرض، واتهام النفس ومشاعر الاثم، والهلوسة والهذات التي قد تصل بالمريض الى الانتحار، وينقسم هذا النوع من حيث الدرجة الى:

الاكتئاب البسيط (Mild Depression):

يظهر في الحلقة الرابعة والخامسة من العمر، حيث تكون الشخصية ناضجة ومشغولة بالكفاح للوصول الى الهدف المنشود، وحيث يكون الانسان في اوج نشاطه، ونادرا ما يظهر هذا النوع في شكل حزن يشكو منه المريض او يكون الحزن ظاهرا عليه، وغالبا ما يشكو المريض من قلبه ومعدته، ولا يتحول الاكتئاب البسيط الى اكتئاب حاد الا في حالات نادرة، اذ انه غالبا ما يبقى بسيطا لفترات طويلة، وقد يزول تلقائيا بلا علاج.

الاكتئاب الحاد (Acute Depression):

وهو أقصى درجات الاكتئاب اذا وصل المريض الى هذا النوع قد يصعب تشخيصه، ويتميز ببعض الاعراض تشمل الجمود في التفكير والحركة والكلام تصل بالمريض الى حد البكم حيث لا يستطيع الكلام ابداً، اليأس والذي يصل بالمريض الى درجة القنوط والكدر، اضطراب الوعي بشكل واضح فلا يتعرف المريض على البيئة، ويبدو وكأنه في حالة غيبوبة، العزلة الشديدة، مع صعوبة في تحديد الزمان و المكان و الأشخاص نظراً لتشتت الانتباه، ظهور هلاوس وضلالات تدور حول الشعور بالذنب واتهام النفس، ازدياد الشكاوى المرضية العضوية بشكل ملحوظ، الأفكار الانتحارية الا انه لا ينفذها نظراً لبطء حركته، ولذا يخشى عليه من تنفيذ الانتحار اثناء تماثله للشفاء لتحسن نشاطه الحركي قبل الانفعالي.

3.3. اكتئاب التقدم في العمر (Aging Depression):

هو اكتئاب يحدث للمرء في النصف الثاني من عمره بسبب التقدم في العمر وما يصحب ذلك في ضعف في الحيوية، وتختلف سن الإصابة بهذا النوع من الاكتئاب بين الرجال والنساء، فعادة تصاب المرأة به في سن من 40_50 سنة تقريباً، بينما يصاب به الرجل في سن 50_60 سنة ويعود السبب في الإصابة بهذا النوع الى نقص بعض الامينات، ويلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في الإصابة باكتئاب سن اليأس والقوقود، بالإضافة الى ما تحدثه الظروف الاجتماعية مثل التقاعد عند الرجال وانقطاع الحيض عند المرأة وغيرها من الظروف السبب في الإصابة بهذا النوع الى نقص بعض الامينات، ويلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في الإصابة باكتئاب سن اليأس والقوقود، بالإضافة الى ما تحدثه الظروف الاجتماعية مثل التقاعد عند الرجال وانقطاع الحيض عند المرأة وغيرها من الظروف.

4.3. الاكتئاب الموقفي (Situational Depression):

هو عبارة عن رد فعل قوي لصدمة عنيفة ومؤثرة نتيجة لموقف صعب او عقب مصيبة كفقْدان ثروة او فشل اجتماعي او أسري او عاطفي وهو قصير المدى لا يبقى طويلاً، ومن الممكن شفاؤه، ولا يعود للظهور الا بعودة وضع مشابه او خبرة مماثلة للوضع او الموقف الذي سبب الاكتئاب، ويسمى الاكتئاب في الحالة الثانية الاكتئاب الشرطي.

5.3. الاكتئاب الذهولي (Stupor Depression):

هذا النوع يمثل عشرة درجات الحدة حيث ان المصاب به يظل واقفا بدون حركة إذا ترك، وعنده استعداد تام للعزوف عن الطعام والشراب لدرجة انه اذا وضع الاكل في فمه يتركه دون مضغ، بالإضافة الى اهمال النظافة الشخصية، حتى يصعب التمييز أحيانا بين هذا النوع والفصام الكاتوني لتشابههم في حالة الذهول والتخشب التي يكون عليها المريض في كل منهما.

6.3. الاكتئاب الدفاعي (Defensive Depression):

يتميز هذا النوع بأنه مثل أي عصاب آخر ليس سوى دفاعا ميكانيزيا لتخلص من جرعة زائدة من القلق غير محدد المعالم يحمل تهديدا بالإحباط، فيقوم الاكتئاب بإزالة هذا التهديد بانه يعيش خبرة مثالية وكأن الإحباط قد تم فعلا، وهذا التخيل رغم قسوته الا انه يحدث توازنا نفسيا لدى الشخص، وذلك ان النفس تستطيع ان تتحمل الإحباط الذي تم فعلا وأصبح امرا واقعا أكثر من قدرتها على تحمل التهديد بالإحباط.

7.3. الاضطراب ثنائي القطب او الهوس الاكتئابي (Bipolar Disorder):

يتميز هذا النوع من الاكتئاب بدورات مختلفة من اكتئاب شديد الى الابتهاج والشعور الشديد بالفرح غير المألوف لدى الشخص وأحيانا يكون هذا التغيير تدريجيا وأحيانا يكون سريعا جدا، وعندما يكون المريض في دورة الهوس فإنه يمر بعدد من الاعراض تشمل تغير المزاج من السرور الشديد الى الحزن الشديد والعكس وبشكل غير ملائم للظروف، الارق وقلة اضطراب النوم، اضطراب التفكير، الشعور بالعظمة، سرعة الكلام وعدم ترابط الأفكار، الازدياد الملحوظ في الرغبة الجنسية، سوء التصرف في المواقف الاجتماعية زيادة في الحركة والطاقة.

8.3. الاضطرابات المزاجية غير المحددة (Specified Otherwise Mood Disorders Not):

وتشمل الاضطرابات التي يظهر فيها أعراض اضطراب مزاجي والتي لا تقابل المعايير المحددة للتصنيف تحت أي من الأنماط سابقة الذكر، وعندما يكون هناك صعوبة في الاختيار بين الاضطراب الاكتئابي غير المحدد او الاضطراب ثنائي القطب غير المحدد. (اسماعيل يامنة، قشوش صابر، هبة موسى، 2018، 143)

3. النظريات المفسرة للاكتئاب:

لقد تعددت النظريات التي حاولت تفسري الاكتئاب وتقدمي نماذج توضح حدوثه منها من ركز على الجوانب الوراثية في حدوث النوبات الاكتئابية " ففي دراسات على التوائم مثال: فيما يتعلق مبرض اهلوس الاكتئاب (dépensive Manioc)

إلى أن تطور مرض ثنائي القطب لدى واحد من التوأمين الحقيقيين، فإن النسبة تكون عالية (50 إلى 75%) عن خالف ذلك إذ تطور مرض ثنائي القطب لدى أحد طريف التوأمين غري الحقيقي فإن احتمال تطور المرض ذاته لدى التوأم الآخر سوف تكون نسبته من 15 إلى 25% وإذا تطور مرض ثنائي القطب لدى أحد الوالدين أو أحد الإخوة، أو الأخوات غري التوأمين فإن أرجحية تطور المرض تكون بنسبة 50 في حني انتهت نتائج دراسة أخرى إلى أن " نسبة التشابه في الإصابة بالاكتئاب (ذهابين أو ارتكاسي) بني التوائم المتماثلة الذين نشؤا متباعدين ليس ذات دلالة حيث أن 40 % من حالة التوائم المتشابهة يصاب بها التوأمين معا بالاكتئاب، أي أن هذه الاختلافات بني التوائم البد وأن تشري إلى وجود عوامل أخرى بيئية هي التي تحول الاستعداد الوراثي إلى حقيقة وواقع، مبدعين أن المورثات الجينية هي مسئولة جزئيا عن المرض إذن البد هلا أن تلتقي وتضطبع بعوامل نفسية اجتماعية توجهها إلى المرض أو إلى الصحة " (صباح مصطفى فتحي السقا، 2005، ص 50).

أما العوامل البي وكيميائية فقد حاولت ربط اضطراب الاكتئاب بتغيرات وظيفية في الجهاز العصيب حيث "كشفت بعض الدراسات عن ارتباط الاكتئاب بتغيرات في وظيفة بعض خلايا لدى مقارنة مجموعات من المكتئبين وغير المكتئبين، كشفت عن نشاط أقل في بعض مساحات دماغهم، مما يفعل الأشخاص غير المكتئبين " (مايو، 49 ص، 2002)

ثانيا: " إن بعض العقاقير التي تستخدم في علاج ارتفاع ضغط الدم تؤدي إلى زيادة في نوبات الاكتئاب لدى الأفراد المستهدفين للإصابة باضطراب المزاج إذ أنها تؤدي إلى انخفاض مستوى الأمنيات في المخ، ومن ثم ما إلى تفجير النوبة الاكتئابية، وكذلك العقاقير التي تعمل على زيادة أو نقصان نسبة الأمنيات في المخ تؤدي إلى تزايد أو انخفاض في مستوى النشاط واليقظة، وهذا ما أشارت إليه دراسات تجريبية تؤكد ارتباط الاضطراب الوجداني عموما في تغري مستوى النشاط " (إبراهيم عبد الستار، 1998، ص 105).

ثالثاً: " يصاحب مرض الكسيد ما نقص إفراز الغدة الدرقية أعراض اكتئابيه شديدة في حوالي 40 % من الحالات بل تبدأ الحالة أحياناً بهذه الأعراض النفسية قبل ظهور العلامات العضوية الجسدية " (عسكر، 1988، ص27).

رابعاً: " تظهر الأعراض الإكتئابية عندما يتغير نشاط الهرمونات الجنسية (قبل الطمث، أثناء، منتصف العمر تقريباً "

خامساً: " إن هذه الأمينات يزداد إفرازها تحت ظروف الإثارة النفسية، وإن نوعية العوامل النفسية والبيئية تتحكم في نسبة إفراز كل من النورأدرينالين والأدرينالين " (صباح مصطفى فتحي السقا، 2005، ص52).

لكن ليس دائماً يفسر اضطراب المزاج سببه تغيرات في الأمينات أو حدوث اضطرابات وظيفية في الجهاز العصبي، بل قد يكون للعوامل الشخصية أو التخفيف من شدة النوبة الاكتئابية

4. أسباب الاكتئاب:

هناك إختلاف في تفسير أسباب الاكتئاب تبعاً للخلفيات النظرية للمنظرين والباحثين، إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة، وفيما يلي تلخيص لأهم أسباب الإكتئاب بصفة عامة بالاعتماد على النظريات السابقة ونتائج الأبحاث العلمية :

1. العوامل الوراثية والفسيوولوجية:

تشير الكثير من الدراسات إلى أهمية الوراثة في إحداث الإكتئاب كما يشير البعض إلى ارتباط الإكتئاب بالاضطراب البايوكيميائي للدماغ والذي يرتبط بدوره بالعوامل الوراثية الجينية (Goldstein 1988)، ولدعم هذه الأفكار قام البعض بدراسة الفروق في درجة انتشار الإكتئاب بين الأقارب والمجتمع بصفة عامة، وقد تبين أن الارتباط بين درجة التعرض للإكتئاب بين الأقارب يمكن أن يصل إلى عشرة أضعاف مقارنة بالمجتمع عامة، بمعنى أن الإكتئاب عندما يظهر في فرد فإن احتمالات وجوده في العائلة أكبر مما يعني احتمال وجود ارتباط بين الإكتئاب والعوامل الوراثية (1989 Draguns & Costin) كما نهج آخرون نهجاً آخر وذلك من خلال المقارنة بين التوائم المتطابقة والمتآخية، وقد وجد أن احتمالات ترابط درجة الإكتئاب بين التوائم المتطابقة أعلى منه بين التوائم المتآخية مما يعني

أيضاً دعم فكرة مساهمة العوامل البيولوجية في إحداث (Costin & Draguns, 1989) الاكتئاب.

2. العوامل الاجتماعية: تبين من الدراسات أن الظروف الضاغطة وخاصة في الطفولة، كفقدان أحد الوالدين، أو القسوة في المعاملة الوالدية، أسلوب الإعتمادية يمكن أن تؤدي بالفرد إلى الاكتئاب (ساسي كريمة ، ص 83، 2009)

3. العوامل النفسية: الصراعات والخبرات المؤلمة وعدم القدرة على مواجهة العقبات والتحديات قد تكون سبباً في نشوء مرض الاكتئاب، والبعض يرى أن كل العوامل النفسية نتيجة للمرض وليست سبباً له، غير أن بعض الدراسات أثبتت العكس مثل دراسة رينيه (Rennie) التي أجراها حول أسباب الاكتئاب فوجد أن % 80 من بين 208 من مرضى الاكتئاب يرجع أسبابها إلى عوامل نفسية (عكاشة، 1992) كما ذكر زهران (1997) عدد من العوامل النفسية المسببة للاكتئاب منها التوتر الانفعالي والخبرات الأليمة والكوارث القاسية مثل موت عزيز أو طلاق أو هزيمة، الصراعات اللاشعورية، فقد الحب والحرمان من المساندة العاطفية، الوحدة والعنوسة وسن اليأس وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة والتقاعد، ضعف الأنا واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق (خاصة حول الأمور الجنسية)، التربية الخاطئة، التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال، عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي.

5. أعراض الاكتئاب:

1. الأعراض الجسمية أو الفيزيولوجية: جزءاً مكملًا للأعراض النفسية العامة للاكتئاب، ومن الناحية الأخرى فإن المصابين بالأمراض الجسمية الخطيرة معرضون تماماً للإصابة بالقلق والاكتئاب، فمن الناحية التاريخية فقد اهتمت الرابطة الأمريكية للطب النفسي بمسألة الاضطرابات الوجدانية، فأصدرت في عام (1952) أول دليل لها في هذا الصدد تحت عنوان الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الأول، تناول استجابة الهوس - الاكتئاب باعتبارها نوعاً من الاضطرابات يتصف أساساً بتغيرات نوبية مزاجية حادة، وهذه الحالة المزاجية المتطرفة، والتي قد تكون في صورة اكتئاب حاد أو شدة الابتهاج غالباً ما يتبعها التحسن والعودة إلى الحالة السوية وعندما صدر الدليل التشخيصي الثاني DSM - II عام (1968) كانت هناك تعديلات كثيرة فيما يتعلق بالاستجابات الوجدانية، ومن أهم هذه

التعديلات إطلاق مسمى الاضطرابات الوجدانية الرئيسية، والذي يتضمن صوراً عديدة من مرض الهوس - الاكتئاب هي: نمط الهوس، النمط المكتئب، النمو النوبى، السواد (الميلانكوليا) التحولي، وتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني تصنيفاً لحالات الاضطرابات الوجدانية وفقاً لدرجة حدتها، فالصور الخفيفة من الاكتئاب يطلق عليها اكتئاب بسيط، وهى تتصف بحالة من الانقباض ومشاعر مثبطة للهمة وشعور خفض في قيمة الفرد، مع قدر من البطء في النشاط البدني، وفى "الاكتئاب الحاد" تتزايد حدة البطء الحركي النفسي وتجنب الآخرين والأفكار الانتحارية، وفى السبات الاكتئابي (Stupor) Depressive يكون المريض غير فعال وغير مستجيب تماماً، (عزت إسماعيل، 1993) وتضمن الدليل التشخيصي الثالث DSM III الصادر عام 1980 - كل صور الاضطرابات الوجدانية المعتدلة أو واضحة الحدة، وتلك الاضطرابات التي تتصف بالهوس أو الاكتئاب أو كليهما وذات الطبيعة المستمرة والنوبية. ويتسم الدليل الثالث بوجود أربع زمالات مرضية رئيسية في تصنيف الاضطرابات الوجدانية، حيث إن الزمالات ذات الطبيعة الحادة، والتي تحدث في نوبات Episodes، تكشف عن حالة من الاكتئاب فقط، يطلق عليها لفظ الاكتئاب الرئيسية (Major Depression) أو الاضطرابات أحادية القطب (Unipolar disorders) بينما يطلق على الزمالات الحادة لفظ الاضطرابات ثنائية القطب (Bipolar disorder) أما الزمالة الثالثة فإنه يطلق عليها الاكتئاب العصبى Dysthym Disorders أو انحرافات المزاج، أما الزمالة الرابعة فيشار إليها بلفظ "الاضطرابات الوجدانية النوبية (Cyclothymic Disorders)، حيث تتضمن خليطاً من أعراض الاكتئاب والهوس (1984 Millio)

ويشير عزت إسماعيل (1993، ص 21) أنه في الحقبة الأخيرة أصبح واضحاً أن الغالبية العظمى من حالات الاكتئاب هي من نمط الاكتئاب أحادى القطبية - (Unipolar Depression) حيث يعاني المريض من أعراض الاكتئاب دون أن يمر أبداً بحالة من الهوس، وأن الهوس قد يحدث لدى أفراد لم يمروا أبداً بحالة من الاكتئاب، كما يوجد أيضاً نمط ثان من اضطرابات الاكتئاب هو الاكتئاب ثنائي القطبية (Bipolar Depression). أو ذهان الهوس - الاكتئاب، حيث يحدث كل من الهوس والاكتئاب معاً في صورة متناوبة. وقد هدف الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM - III إلى وضع معايير تشخيصية

حالة الاكتئاب الرئيسية (Episode Dépressive Major) ويختص تصنيف الاضطرابات الوجدانية بالارتفاع أو الانخفاض الشديد في الحالات المزاجية، وتنقسم هذه الطائفة من الاضطرابات - تبعا للدليل الثالث- إلى فئات فرعية ثلاث هي:

* الاضطرابات الوجدانية الأساسية، وتتضمن الاضطراب ثنائي القطب والاكتئاب الأساسي
* اضطرابات وجدانية محددة أخرى، وتتسم بزملة وجدانية جزئية ذات
* دوام لمدة عامين على الأقل، وتشمل هذه الفئة الاضطرابات الدورية والدستيمية .

* الاضطرابات الوجدانية غير النمطية: وتضم اضطرابات غير نمطية ثنائية القطب أو الاكتئاب، والتي لا يمكن تصنيفها في الفئتين السابقتين، وحجرا الزاوية في الاضطرابات الوجدانية هما زملا الاكتئاب والهوس، ومحور كل زملة هو اضطراب الحالة المزاجية، وكل زملة من هاتين الزملتين تجمع إكلينيكي لأعراض يمكن أن تحدث نتيجة لعدد من الأسباب، وبما أن الاكتئاب يعتبر من الأعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزملة الاكتئابية (depressive syndrome) فسنعرضها في 04 فئات:

2. أعراض الانفعالية (symptoms mood): تشير هذه المظاهر الانفعالية التي التغيرات في مشاعر المريض أو التغيرات الحاصلة في سلوكه الصريح ومن المهم في تحدي المظاهر الانفعالية مستوى سلوك الفرد ومن مزاجه قبل المرض من أهم المظاهر: المزاج المفهوم: المشاعر السلبية تجاه الذات، فقدان الرضا فقدان الروابط العاطفية. نوبات البكاء، فقدان الاستجابة المرحية اي الحس الفكاهي (Beck 1994-pp16. 2.21)

3. أعراض معرفية (manifestations cognitive): تتألق المظاهر المعرفية للاكتئاب من المواقف المشوهة للمريض وتجاه وتجاربه و مستقبله وتتضمن: التقييم المنخفض للذات، التوقعات السلبية، لوم النفس وانتقاد الذات، الترددية، تشوه صورة الجسد (beck.pp22.26)

4. أعراض دافعية (manifistation Motivational): يمكن ملاحظة المظاهر الدافعية للمكتئب من تصرفاته وإن أكثر ميزة لدوافع المكتئب هي طبيعتها النكوصية حيث يبدو المكتئب غارقا في نشاطات هي أقل حاجة وأهمية لديه، وأقل استهلاكا للطاقة وأقل مسؤولية إنها نشاطات طفولية يفضل فيها السلبية على النشاط و الاتكالية وتجنب المسؤولية بدلا من مواجهة مشكلاته، الافتقار إلى الدافعية الايجاب (شلل الإرادة)، رغبات التجنب والهروب والانسحاب الرغبة الانتحارية، الاتكالية المتزايدة (beck.pp27.33)

5. أعراض جسدية (manifistation physical) تعد المظاهر الجسدية (الإرادية وغير إرادية) من قبل بعض الباحثين دليلاً على وجود خلل رئيسي في الجهاز الودي ونظير الودي أو خلل في نوى تحت المهاد وهي المسؤولية عن الحالة الاكتئابية من ذلك: فقدان الشهية - اضطرابات النوم - فقدان الرغبة الجنسية التعب الشديد والأعباء - الهزات (الأوهام) - الهالوس (beck p39, .)

ومما سبق نستنتج انه قد تختلف أعراض الاكتئاب تماماً من شخص إلى آخر، فأحياناً يتمثل الاكتئاب في آلام جسدية غامضة وعدم الشعور بالراحة مما يصعب اكتشافه، بالإضافة إلى أن المصاب بالاكتئاب قد يعجز عن وصف مشاعره للأشخاص المقربين إليه أو للمتخصصين في الرعاية الصحية، وقد يتحدث عن العلاقات الشخصية أو مشاكل في النوم، والمشاكل المالية أو الصحية بدلاً من أن يتحدث عن الاكتئاب.

6. محاكات تشخيص الاكتئاب:

ان المهتمين بحقل الصحة النفسية يولون جزءاً كبيراً من اهتمامهم للتعرف على الاكتئاب باكتشاف مختلف الطرق والادوات الملائمة لتشخيصه فليس الاكتئاب هو مجرد هذا الحزن المؤقت نتيجة مواقف ضاغطة أو ذلك الهبوط في المزاج الذي يمتلك الفرد من حين إلى آخر، وليس هو مجرد احساس بوحدة تنقشع بزيادة صديق أو مبادلة الحديث مع الاصدقاء.

عندما يذكر الاكتئاب تذكر معه العديد من خصائص الاضطراب النفسي بما فيها تعكر المزاج والتشاؤم والشعور بالهبوط والعجز وبطء عمليات التفكير والتذكر وانتقاء الذكريات الحزينة، والمهنية (صمويل، 2007، ص 18)، فما كان يسرنا بالأمس القريب لم يعد يحمل اليوم الا مشاعر الاسى والحزن، وبعبارة أخرى يعبر الاكتئاب عن كل تلك الالام النفسية والجسمية والمنغصات التي تمضي عليها الايام والشهور وهذا هو الاكتئاب المرضي الذي اصبح اليوم بإمكان التعرف اليه وعلاجه بكفاءة عالية (عبد الستار، 1998، ص 67)، ولقد وضع "يلسبرز" ثلاثة شروط تشخص الكآبة الانفعالية وهي:

* ان يكون محتوى الكآبة متماشياً بالتجربة النفسية التي يمر بها المريض.

* حدوث كآبة تزول بزوال الاسباب (حجار، 2004، ص 18).

اما "حامد زهران" فيرى انه عند تشخيص الاكتئاب يجب:

- * التفرقة بين الاكتئاب التفاعلي والمزمن.
- * التفرقة بين الاكتئاب ونوبات الاكتئاب كاعراض مبكرة للفصام.
- * التفرقة بين الاكتئاب بين اعراض الاكتئاب المصاحبة للأمراض الجسمية الخطيرة مثل امراض القلب والشلل العام.
- * الاحتراس حين يعطي المريض اكتبابه بتمسكه بالاعراض العضوية المصاحبة للاكتئاب مثل فقد الشهية او الارق او البرود الجنسي.
- * الاحتراس في حالة الاكتئاب الباسم فقد تغطي وجه المكتئب ابتسامة خادعة مضللة (زهران، 1997، ص518).

ونستنتج مما سبق بان يبدأ تشخيص بالاكتئاب او اضطراب الاكتئاب او الاضطراب الاكتئابي بأخذ مشورة الطبيب النفسي او اخصائي الصحة النفسية، وترجع اهمية ذلك لاستبعاد الاصابة بالمشاكل الصحية الاخرى التي تسبب اعراضا مشابهة لأعراض الاكتئاب وضمان التشخيص الدقيق للحالة الصحية، وتأمين العلاج الآمن والفعال ولهذا يعتمد الطبيب على المعايير الواردة في الاصدار الخامس من الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات النفسية وحتى يتم تشخيص الاصابة بالاكتئاب لا بد من معاناة المصاب من خمسة اعراض تتدرج تحت مجموعة من الاعراض المتعلقة بالاكتئاب لمدة اسبوعين متتالين على الاقل.

7. علاج الاكتئاب:

في بداية القرن 19 تحول التفكير الى دراسة الطب العضوي والنفسي حيث اصبحت الامراض النفسية لأول مرة في التاريخ التفكير البشري وموضوعاته قابلة للبحث العلمي وليس للاجتهاد المشعوذين ورجال السحر والمنجمين (عبد الستار، 1998، ص 62) ويعتبر الاكتئاب من اكثر الاضطرابات النفسية تستجيب للعلاج حيث تقارب نسبة التعاطي الافراد المتلقين للعلاج 80 بالمئة للأفراد دون سن 30 وتقل هذه النسبة مع تقدم السن.

وتتعد طرق ووسائل علاج الاكتئاب بتعدد النظريات التي تناولتها فبينما يركز الطب النفسي على العلاج بالعقاقير والجراحة والصدمات الكهربائية الى جانب الاشارة الى بعض الوسائل النفسية والاجتماعية وسيتم فيما يلي عرض هذه الطرق:

1. العلاجات الطبية: يركز اساسا على طبيعة الاختلالات الوظيفية لعمل الجهاز العصبي المركزي والمستقبل وكذلك الاضطرابات الهرمونية وما يتبع ذلك من اضطرابات معرفية وبدنية ويعتمد على مجموعة من الوسائل يمكن انجازها في ما يلي:

- **العلاج عن طريق العقاقير:** وهي اكثر التقنيات نجاحا حيث تأثر على الجهاز العصبي المركزي ويكمن دورها في اعادت اتزان الموصولات العصبية في الدماغ ومن بينها مضادات الاكتئاب وتشمل اربعة مجموعات وهي:

* منشطات الجهاز العصبي

* مركبات ثلاثية الحلقات

* مثبطات الانزيم المأكسد للأمينات الاحادية

* مضادات الاكتئاب الحديثة مثل البروتونيونو السيتالوبارم والفلوكستين

* ويعتمد اختيار العقاقير على الاستجابة السابقة للمريض او نوع الاكتئاب كيميائي ادرناليا او سيراتونيا (حمودة ، 1992، ص383)

- **العلاج بالصدمات الكهربائية:** يستعمل خاصة في حالات الاكتئاب المصاحب للميول الانتحارية شديدة ، او استعمال لهذا الجهاز كان من طرف الباحث " سيرليتي" حيث استعمل موصلين كهربائيين لأحداث نوبة صرعية وهذا لتمرير شحنة كهربائية في الدماغ ويعتبر هذا العلاج من انجح العلاجات حتى الان ولا يوجد خطة من اعطاء الكهرباء للمريض بل ان مضاعفاتها اقل من العقاقير ، الا ان المحللين النفسانيين يعتبرون نوع من العقاب يخلق لدى المريض عقدة الادانة الذاتية التي تهدد كيانه اكثر من المرض نفسه جلستين او ثلاث جلسات وتجري عادة من ستة الى اثنتي عشرة جلسة ، بمعدل جلسة واحدة لكل يومين (زقار 2013، ص22)

- **العلاج بالجراحة:** انخفض معدل استعمال الجراحة بعد استعمال العقاقير ونادرا ما يلجأ المعالج الى عملية الجراحية لأنه نادرا ما يفشل هذا العلاج في معظم حالات الاكتئاب ويبقى هذا النوع من العلاج قاصرا على تلك الحالات التي لا تستجيب لعدة محاولات من العلاج بالعقاقير والصدمة الكهربائية (عكاشة، 2010، ص395)، في حين يرى " الحسيني" انه في حالة استخدام العملية الجراحية لا يكون الا بعد ثبوت فشل جميع العلاجات لمدة تصل الى 10 سنوات على الاقل ويشير الى ان هذه العملية تتمثل في قطع بعض الممرات العصبية

في المخ المتعلقة بالشعور (الحسيني، 1994، ص870)، هذه هي باختصار العلاجات الطبية المستخدمة فبالإضافة إليها تعددت العلاجات النفسية بتعدد وجهات النظر في التفسير وعلاج الاكتئاب وفيما يلي استعراض بعض الطرق.

2. علاج التحليل النفسي: ويكون عن طريق البحث عن الاسباب المؤدية للإصابة بالاكتئاب وازالتها فيسعى الى محاولة التخفيف من حدة التثبيت في المرحلة الفمية ومحاولة حل الصراع الاوديبي وتقوية دفاعات الانا وتخفيف قسوة الانا الاعلى الباعث على الذنب اعادة التنظيم الانفعالي وتوظيف الطاقة النفسية سعيا لعمل علاقات خارج نطاق نرجسية الذات وتهذيب مسار الطاقة العدوانية الموجهة الى الداخل كي تعبر عن نفسها بطريقة سلوكية الى الخارج (عسكر، 1998، ص117)، فالمدرسة التحليلية ترجع الاضطرابات النفسية الى صراعات داخلية لا شعورية تمثل قوى تتصارع فيما بينها واشتداد الصراع يولد شعورا بالقلق يجعله مهياً للوقوع في العصاب (عبد الستار، 1994، ص85).

3. العلاج المعرفي: من اشهر رواده بيك ورفاقه 1979 وبرونز 1980 وبلاك بورن 1987 والعلاج المعرفي محتوى على اسلوب علاجي مميز ذو طابع استقرائي وتساهمي ويتجنب فيه ويتطلب تكوين المعالج المعرفي ببرنامج خاص يستوجب المعرفة العميقة بالاكتئاب وباشكال التناظر الاكتئابي وبالمجموعات التصنيفية الثانوية وبالحالة وتطويرها وتعميقاتها المحتملة (زقاع، 2013، ص24)، اما المرضي فانهم يتعاملون النظر الى الاكتئاب على انه نتاج افكار تتسم بالاختلال الوظيفي، ثم يعملون مع المعالج كشف الافكار والمعارف المؤدية الى سوء التوافق ومعرفة الارتباط بينهما، وبين انفعالاتهم وعواطفهم السلبية، من خلال عملية يطلق عليها التجريب المشترك او التعاوني، حيث يقوم المعالج والمريض بتصميم تجارب شخصية لاختبار صدق معتقدات المرضي التي تتسم بالنشويه مقابل ما تحمله حياتهم من معتقدات حقيقية وفي نهاية العلاج يتعلم المرضي اساليباً لتغيير معتقداتهم وعملياتهم العقلية الخاطئة وبهذا تقل هذه المزاج المكتئب (السيد، 2000، ص374-375).

4. العلاج العقلاني الانفعالي: يمتاز بما يلي:

- علاج مختصر
- يصلح للتعامل مع الاضطرابات الانفعالية الحقيقية (غير الذهانية)

- لا يصلح مع الافراد محدودي الذكاء .

فحسب " اليس " فان الاضطرابات النفسية تنتج من خلل او اضطراب في الآليات المعرفية، وهذه الاخيرة تكون الافكار اللاعقلانية التي تؤدي بدورها الى سلوكيات انفعالية مرضية ، ولقد استعملنا "ليس" مصطلح اللاعقلاني حتى يبين ويحدد العاطفة والتفكير والسلوك التي قد تقود الى اعراض نفسية سلبية ، كالشعور بذنب، ونقص تقدير الذات والانطواء وصعوبة الوصول الى الهدف المرجو (Arhoux.1999.p44)

5. العلاج المتمركز حول العميل:

وقد اسس هذا النوع "كارل روجيلز " وهو يندرج تحت ما يسمى بالعلاج الفينومنولوجي الانساني والذي يؤكد على احترام شخصية الفرد المكتأب وقبوله ككائن انساني يواجه صعوبات ومشكلات تعيق انجزاته وهو التقدير الايجابي للعميل يتضح في اطار العلاقة الانسانية الغير موجهة بين العميل والمعالج ويؤكد " روجيلز " ان نوعية العلاقة تزيد من فعالية العلاج ، ويفترض العلاج المتمركز حول العميل ان مصدر الاضطرابات النفسية لدى المكتأب حول ذاته والتي تعرضت لتشويه او التحريف مما يؤدي الى اضطراب شديد حيث تسود عنده افكار الدنياوية والنبذ من طرف الاخرين ، وهذا القصور في الذات يحد من سلوكه السوي مما يشوه ذاته.

ويقرر "روجيلز" مدى نجاح العملية العلاجية يتوقف على مدى احداث تعديل في مفهوم الذات ، ليشمل كل الخبرات التي يدركها (هشام ، 1991، ص128)

6. العلاج السلوكي المعرفي:

يعد من الاساليب الاكثر شيوعا لمعالجة الاكتئاب والتي اثبتت فعاليتها الكبيرة ، حيث يمتاز بأنه يقلل بدرجة كبيرا من معدلات حدوث الانتكاسة بعد نهاية البرنامج اعلاجي مقارنة بغيره من الاساليب العلاجية الاخرى وفي ما يلي اهم الاستراتيجيات المعتمدة في هذا النوع من العلاج:

- **جدول النشاط:** تعتمد في المرحلة الاولى لبداية العلاج ، حيث يقوم المعالج بتحديد أنشطة المريض و الوجدان المصاحب لها ثم يقوم المريض بسرد المهام والمسؤوليات وخاصة الأنشطة السارة التي يمكن ان يتضمنها الجدول ، وعمل جدول يومي يعمل المريض وفقا له ، ويحدد الوقت الذي سيقوم خلاله بأنشطة معينة.

- المهام التدريجية: وتنبثق هذه المهام من جدول النشاط التي تتم اعدادها وتعتمد على التدرج ، حيث يبدأ المريض من الاسهل الى الاصعب ، كما انه من الممكن ان يتم تجزأ كل مهمة الى وحدات اخرى.
- التعزيز الذاتي: ويعتبر من اهم الاساليب التي حققت نتائج جيدة في علاج حالات الاكتئاب وذلك لاحتوائه من مميزاته الاتية:
- التجريب التعاوني
- استخدام الاسئلة
- التركيز على (هنا) و (الان)
- استخدام الوجبات المنزلية
- التوجيه قصير المدى (عادل ، 2000 ، ص 177_180).
- ومما سبق نستنتج ان الادوية والعلاج النفسي فعالة بالنسبة لمعظم الاشخاص المصابين بالاكتئاب يمكن للطبيب الرعاية الاولى او الطبيب النفسي ان يصف ادوية لتخفيف الاعراض ومع ذلك فان العديد من الاشخاص المصابين بالاكتئاب يستفيدون ايضا من زيارة طبيب نفسي او اختصاصي علم النفس او متخصص متمرس في حالات الصحة العقلية.

خلاصة الفصل:

ان الامراض النفسية تتميز بصراعات نفسية داخلية تجعل الفرد غير متوافق مع ذاته او مع المجتمع وتجعله يبدو مضطربا انفعاليا فتظهر عليه اعراض الهياج احيانا او الخوف الشديد او الشعور بالاضطهاد او الشعور بالنقص، والشعور بالذنب الى غيرها من الاعراض التي سبق وان تم عرضها، بشكل مفصل في هذا الفصل، وعندما قاما الطالبات بعرض عدة مفاهيم عن اضطراب القلق واضطراب الاكتئاب اللذان نالا النصيب الاوفر من حيث عدد الدراسات واهتمام علماء النفس نظرا لكثرة انتشارهم لدى مختلف الفئات العمرية.

ويعتبر القلق من الاضطرابات النفسية التي تعرف على انها خبرة انفعالية غير سارة يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد او مخيف، او عندما يقف في موقف صراعي او احباطي حاد وكثيرا ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية بعض المظاهر الفيزيولوجية مثل ازدياد ضربات القلب وزيادة التنفس وارتفاع ضغط الدم وفقدان الشهية وزيادة افراز العرق والارتعاش واضطراب ادراكات الفرد للمحيط، والقلق اما ان يكون سمة او حالة حيث يتضمن قلق الحالة بعض التغيرات الفيزيولوجية وهي خبرة عابرة تتفاوت من حيث الشدة من وقت لآخر اما قلق السمة فيعني ان الفرد يعيش القلق كحالة مزمنة ويتضمن اعراض مختلفة مثل برودة الاطراف وزيادة افراز العرق، اما الاكتئاب فهو يعرف بانه حالة انفعالية وقتية او دائمة يشعر بها الفرد بالانقباض والحزن والضيق وتشيع فيه مشاعر الغم وتصاحب هذه الحالة اعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية.

ولقد اتفق علماء النفس ان القلق والاكتئاب يتقاسمان عامل اسي عام وهذا العامل العام يفسر الكثير من التداخلات بين الاكتئاب والقلق، ويتكون هذا الاسباب العام من مستويات مرتفعة من الوجدان السلبي، فما يميز الاكتئاب بين القلق هو انه عند التعرض لموقف ضاغط او اسي فان الوجدان الايجابي يضل موجودا في القلق دون الاكتئاب، كما يتسم القلق باستشارة فسيولوجية مرتفعة عن الاكتئاب، وهذا ما يظهر ايضا من خلال تفسيرات النظريات للاضطرابين.

الجانِب المِيداني

الفصل الثالث

منهج واجراءات الدراسة الاساسية

* الدراسة الاستطلاعية.

1. منهج الدراسة

2. المجال الزماني والمكاني والبشري

3. ادوات جمع البيانات

4. الخصائص السيكومترية

مدخل:

الدراسة الاستطلاعية عبارة عن خطوة مبدئية اساسية بالنسبة لدراسة النهائية اذ يتم فيها بناء ادوات جمع البيانات والتأكد من مدى صلاحيتها ، ويتم خلالها ايضا تحديد خصائص العينة ومعرفة مجالها المكاني ، و الوقوف على بعض المتغيرات التي لم ينتبه اليها الباحث من قبل.

وفي هذه الدراسة قمنا بدراسة مسحة لمؤسسة التربية والتعليم العالي على مستوى مدينة الوادي بالجامعة الشهيد حمى لخضر ، حيث كان هدف الدراسة معرفة اثار القلق والاكتئاب لدى الطلبة.

يتضمن هذا الفصل عرض النتائج التي توصلنا اليها ومناقشتها على ضوء الاطار النظري والدراسات السابقة وتم تفريغ النتائج حسب برنامج spss تحصلنا على النتائج التالية:

* الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية ذات اهمية بالغة لا يمكن الاستغناء عنها للاعتبارات التالية:

- تحديد مكان الدراسة
- تحديد خصائص العينة
- تساعد على بناء المقياس
- يتم فيها التعرف على مدى صلاحية ادوات القياس.

1. منهج الدراسة:

اتبع الباحثون في هذه الدراسة الى المنهج الوصفي الفارقي الذي يهتم بوصف الظاهرة وصفا دقيقا من خلال التعبير النوعي ودراسة الفروق بين المجموعات

2. ادوات جمع البيانات:

من اجل الحصول على البيانات الضرورية ولإنجاز الدراسة اعتمدنا على الاستبيان الموجود في مذكرة لنيل شهادة دكتوراه من طرف اسعادي فارس

1. مقياس الاكتئاب:

حيث قاما الطالب الباحث بأخذ بعض البنود من هذين المقيسين بالشكل الذي يتناسب مع خصائص العينة ويخدم موضوع الدراسة ، ويتكون المقياس المعد من 37 بند ذات صيغة إيجابه بالنسبة لموضوع الدراسة معدا 4 بنود وهي على التوالي البند رقم 3، 9، 32، 26 فكانت ذات صيغة سلبية، وتم تحديد بدائل الاجابة في خمس بدائل وهي:

موفق جدا ، موافق ، محايد ، معارض، معارض جدا

وبالنسبة لبنود الاستبيان ذات الاتجاه الايجابي تم منح الدرجات بالشكل الاتي:

* موافق جدا: خمس درجات (05)

* موافق: اربع درجات (04)

* محايد: ثلاث درجات (03)

* معارض: درجتان (02)

* معارض جدا درجة واحدة (01)

اما البنود ذات الاتجاه السلبي بالنسبة لموضوع الدراسة فقد تم منح الدرجات على النحو التالي:

* موافق جدا: درجة واحدة (01)

* موافق: درجتان (02)

* محايد: ثلاثة درجات (03)

* معارض: اربعة درجات (04)

* معارض جدا: خمس درجات (05)

2. مقياس القلق:

اعتمد الطالب الباحث في بناءه للمقياس على مقياس القلق "جانيت تيلور سبنس" والمترجم من طرف الدكتور "فارس اسعادي" الى العربية وهو في الاصل يتكون من 50 بند وقد قام الطالب الباحث بأعاده الصياغة اللغوية لبعض الفقرات وحذف بعضها لتوافق مع خصائص العينة والدراسة والمقياس في صورته النهائية يتكون من 33 بند ذات صيغة ايجابية بالنسبة لموضوع الدراسة ، ولقد تم وضع بدائل الاستجابة كالاتي موافق جدا، موافق،

محايد ، معارض ، معارض جدا

وبالتالي تم منح الدرجات كما يلي:

* موافق جدا: خمس درجات (05)

* موافق: اربع درجات (04)

* محايد: ثلاث درجات (03)

* معارض: درجتان (02)

* معارض جدا: درجة واحدة (01)

3. المجال الزمني و المكاني والبشري:

- المجال المكاني: كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية
- المجال الزمني: 3 مارس 2022 الى غاية 27 ماي 2022
- المجال البشري: عينة الافراد الذين تم تطبيق عليهم الاستبيان في صورته الاولى بقصد حساب الخصائص السيكو مترية 20 فرد

4. الخصائص السيكومترية:

لكي تتصف الادوات بالصلاحية للاستعمال يجب ان يتوفر فيها شرطين الصدق و الثبات ،وللتأكد من صلاحيتها قمنا بتوزيع (60) استبيان على العينة التجريبية (عينة الدراسة الاستطلاعية) عشوائيا على طلبة الجامعة في ظل المتغيرات العرضية: (الجنس ، التخصص، الإقامة)

* الصدق:

يعرف على انه قدرة الاداة على قياس ما وضعة لقياسه وبالتالي تم عرض الادوات على المحكمين 20 (طلبة علوم اجتماعيا وعلوم انسانية) ولقد تم الموافقة على جميع البنود في جميع الاستبيانات وصرح المحكمون في ملاحظتهم بصلاحية صدق الادوات.

* الثبات:

بعد الحصول على استجابات افراد عينة الدراسة الاستطلاعية تم توزيعها في جداول احصائية وتم الاعتماد على معادلة (كرونباخ) لحساب الثبات

الاستبيان	معادل a كرونباخ	الحكم على الاستبيان
القلق	0.74	ثبات جيد
الاكتئاب	0.72	ثبات جيد

وعليه فأن الادوات صالحة للاستعمال في دراسة.

الفصل الرابع

عرض ومناقشة النتائج

- * عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.
- * عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.
- * عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.
- * عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.
- * عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة.
- * عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة.

* عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

قبل عرض النتائج نذكر بالفرضية "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الجنس".

ولاختبار هذه الفرضية نقوم بحساب قيمة ت للفروق في القلق عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الجنس والجدول التالي يبين النتائج:

جدول (1): قيمة ت للفروق في القلق

عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الجنس

القرار الإحصائي	مستوى الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	
غير دالة عند 0.05	0.663	0.438	16.76	97.00	24	الذكور
			18.86	94.91	36	الإناث

القراءة الإحصائية:

نلاحظ أن قيمة اختبار ت تساوي 0.438 بمستوى دلالة 0.663 وهي أكبر من 0.05 ولذلك فهي غير دالة عند 0.05 وهذا يعني قبول الفرضية الصفرية وهي فرضية الدراسة التي تنص "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الجنس

التفسير:

من خلال النتائج المتحصل عليها وبعد تفريغ الاستجابات الافراد وحساب الفروق بين العينتين وجدنا ان لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الجنس وان النتيجة اتفقت مع دراسة (محمود شمال حسن) والتي لخصت عدم وجود فروق بين متغير الجنس والقلق وهذا لأن الاحساس بالقلق ينتاب جميع الافراد بغض النظر عن الجنس وان المعاناة مشتركة بينهم وبطبيعة الحال ربما يشعر الكثيرون من كلا

الطرفين بقلق لأسباب وجيهة تتعلق بتعاملهم مع قوة لا يستطيعون التحكم فيها وإن مشاعر القلق لا تختلف بين الجنسين ذكر أو أنثى فالشعور غير مختلف بين كلا الجنسين.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

قبل عرض النتائج نذكر بالفرضية "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الفرع".

ولاختبار هذه الفرضية نقوم بحساب قيمة ت للفروق في القلق عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الفرع والجدول التالي يبين النتائج:

جدول (2): قيمة ت للفروق في القلق

عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الفرع

القرار الإحصائي	مستوى الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	
غير دالة عند 0.05	0.105	1.648	20.80	100.52	23	طلبة العلوم الاجتماعية
			15.46	92.78	37	طلبة العلوم الإنسانية

القراءة الإحصائية:

نلاحظ أن قيمة اختبار ت تساوي 1.648 بمستوى دلالة 0.105 وهي أكبر من 0.05 ولذلك فهي غير دالة عند 0.05 وهذا يعني قبول الفرضية الصفرية وهي فرضية الدراسة التي تنص "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الفرع".

تفسير:

يبين الجدول أن متوسط درجات الطلبة في التخصصات الانسانية والاجتماعية متطابقة وهذا يعني أن الطلبة في التخصصات لديهم نفس درجة القلق حيث تعتبر أكثر السمات المشتركة بين الافراد (طبيعة المشاكل ، نفس المنهج الدراسي ، نفس الكلية) متشابهة جدا اتفقت هذه النتيجة الحالية مع نتائج دراسة احمد (2001) في عدم وجود تأثير دال لمتغيري التخصص الاجتماعي في حالة القلق، ودراسة غراب (2000)، واختلفت مع دراسة

عثمان (1993) التي اظهرت ان طلبة القسم الاجتماعي اكثر من القسم الانساني في حالة القلق.

وتعزو الباحثات السبب في عدم وجود فروق بين طلبة كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، الى ان توزيع مقاييس هذه الدراسة كان يتزامن مع بداية الفصل الدراسي الثاني لجامعة الوادي، وتم تطبيق الدراسة في مدة حدود وهذا يعني نفس الفترة، بحيث ان لم يكن هناك اختلاف فيما يتعرض له الطلاب من ضغوط، ترجع احيانا للعبء الدراسي او حتى ضغوط الامتحانات وما ينجم عنها من قلق وقد تعزى زيادة القلق عند القسم الاجتماعي، بسبب طبيعة المواد الاجتماعية وتعميقاتها وفي المقابل المواد الانسانية يسعون الى تعبئة الفراغ الناجم عن تدني تحصيلهم او حتى لشعورهم بالنقص احيانا، فالفهم لا تختلف بينهم، وبالتالي لا يختلف القلق باختلاف التخصص.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

قبل عرض النتائج نذكر بالفرضية "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير نوع الإقامة".

ولاختبار هذه الفرضية نقوم بحساب قيمة ت للفروق في القلق عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير نوع الإقامة والجدول التالي يبين النتائج:

جدول (3): قيمة ت للفروق في القلق

عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير نوع الإقامة

القرار الإحصائي	مستوى الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	
غير دالة عند 0.05	0.835	0.209	15.85	96.30	26	طلبة إقامة داخلية
			19.60	95.32	34	طلبة إقامة خارجية

القراءة الاحصائية:

نلاحظ أن قيمة اختبار ت تساوي 0.209 بمستوى دلالة 0.835 وهي أكبر من 0.05 ولذلك فهي غير دالة عند 0.05 وهذا يعني قبول الفرضية الصفرية وهي فرضية الدراسة التي تنص "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير نوع الإقامة".

التفسير:

ولتفسير نتائج الدراسة اعتمدنا على الفرضية الصفرية وإن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير نوع الإقامة، وهنا غياب الفروق بين الطلبة المقيمين والطلبة الخارجين بحيث إن جامعة الوادي توفر كل حاجيات الطلبة المقيمين والخارجين تحت قوانين المؤسسة من ناحية الجو الملائم سواء في التغذية أو التنقل أو المنحة الجامعية ، تفسير نتائج الفرضية الثالثة :

يتضح من خلال البيانات الواردة في عرض نتائج الفرضية الثالثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القلق وابعادها حسب متغير الإقامة الجامعية بأن لا توجد فرق بين الطلبة ذوي الإقامة الداخلية والطلبة ذوي الإقامة الخارجية ولصالح الطلبة ذوي العامة الداخلية وهذا يبين بأن الطلبة ذوي الإقامة الداخلية لهم نفس الاستقرار والسلامة النفسية كاطالب الإقامة الخارجية ولعل هذا يرتبط بتكيف الطالب الداخلي وتلائمه مع المحيط الجامعي نفس الطالب الخارجي وهذا لا يمنعهم من التأقلم من الوضع وتحقيق أهدافه ومساعدته التي يصبو إليها.

وبالنظر إلى الفروق في ابعاد القلق تبعا لمتغير الإقامة الجامعية (داخلي، خارجي) يتضح لنا انعدام الفروق في ابعاد القلق ولصالح ذوي الإقامة الداخلية والخارجية ومن الطبيعي ملاحظة مثل هذه الاضطرابات النفسية عند كل الطلاب تحمل مسؤوليتهم لأنفسهم وتيسير شؤونهم المختلفة، بحيث تعد الجامعة بالنسبة للطالب الجامعي أول تجربة لهم والاعتماد الكلي على الذات ولقد وردت دراستنا منسجمة تقريبا مع دراسة عبد الله عبد الله

(2004) التي اثبتت انعدام الفروق في درجة القلق تبعاً لنوع الإقامة الجامعية، كنا اكدت ذلك الدراسة الاجنبية للباحث آدلاف (2001) والتي نفت وجود في مستوى القلق بين الطلبة بحسب متغير الإقامة الجامعية

عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

قبل عرض النتائج نذكر بالفرضية "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الجنس".
ولاختبار هذه الفرضية نقوم بحساب قيمة ت للفروق في الاكتئاب عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الجنس والجدول التالي يبين النتائج:

جدول (4): قيمة ت للفروق في الاكتئاب

عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الجنس

القرار الإحصائي	مستوى الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	
غير دالة عند 0.05	0.977	0.028	30.54	135.79	24	الذكور
			18.73	135.97	36	الإناث

القراءة الاحصائية:

نلاحظ أن قيمة اختبار ت تساوي 0.028 بمستوى دلالة 0.977 وهي أكبر من 0.05 ولذلك فهي غير دالة عند 0.05 وهذا يعني قبول الفرضية الصفرية وهي فرضية الدراسة التي تنص "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الجنس".

التفسير:

أكدت الدراسة الى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الاكتئاب تبعاً لمتغير الجنس ويرجع هذا لعدم تعرضهم لضغوط الجامعية المتماثلة سواء الذكور او الاناث وهذه النتيجة تتفق مع معظم الدراسات السابقة مثل دراسة (الذيب وعبد الخالق 2006) و (الانصاري وكاظم 2007) وهذه الدراسات تؤكد ان الاناث اكثر شعورا من بالاكتئاب من

الذكور اي ان الانثى عموما اكثر حساسية ورفاهة من الذكر، لان الانثى اكثر تحملا للاكتئاب من الذكر فالأنثى يحدث لها نتيجة للأسباب شخصية في علاقتها مع الآخرين اما الذكر نتيجة لأسباب تتعلق بالإنجاز ،فالإناث ونتيجة لشعورهن بالعجز، فأنهن يظهرن الاكتئاب لاستمرار الحب وجلب الدعم والعطف والشفقة من الآخرين، وهذا النوع من التعزيز تتلقاه الانثى على اظهرها لأعراض الاكتئاب، بينما يخفي الذكور مشاعر الاكتئاب حتى لا يؤثر ذلك سلبا على جاذبيتهم الشخصية، ويبين عجزهم في آدا ادوارهم بصفاتهم ذكورا، وهذا النوع من العقاب الاجتماعي يجعل الذكر يخفي اكتتابه، في حين يرجع بعض الباحثين ان شعور الاناث بالاكتئاب اكثر من الذكور الى عوامل عضوية وحيوية وهرمونية، فالذكور عموما يميلون الى الاستجابة لما قد يخبرونه من مشاعر اكتتابيه بطريقة اكثر فعالية يكون من شأنها القضاء على هذه المشاعر، بينما يميل الإناث الى الاستجابة للمشاعر الاكتئابية بطريقة فيها تضخيم وتأمل ذاتي زائد في اسباب هذه المشاعر واصولها ونتائجها

عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

قبل عرض النتائج نذكر بالفرضية "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الفرع".

ولاختبار هذه الفرضية نقوم بحساب قيمة ت للفروق في الاكتئاب عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الفرع والجدول التالي يبين النتائج:

جدول (5): قيمة ت للفروق في الاكتئاب

عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الفرع

القرار الإحصائي	مستوى الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	
غير دالة عند 0.05	0.933	0.085	17.99	135.56	23	طلبة العلوم الاجتماعية
			27.19	136.10	37	طلبة العلوم الإنسانية

القراءة الاحصائية:

نلاحظ أن قيمة اختبار ت تساوي 0.085 بمستوى دلالة 0.933 وهي أكبر من 0.05 ولذلك فهي غير دالة عند 0.05 وهذا يعني قبول الفرضية الصفرية وهي فرضية الدراسة التي تنص "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير الفرع".

التفسير:

هدفت الدراسة الى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في الاكتئاب حسب متغير التخصص حيث ان كل الطلاب وصلوا الى مرحلة الرضى والقبول بتخصص ولقد اقيمت لهن دورات وجلسات وبرامج ارشادية وضحت اهمية كل من التخصصين وما سيخدم المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا ما اوضحه (تالا 2013) انه لا يوجد تخصص جامعي افضل من غيره، وذلك لان تحديد التخصص الذي سوف يختاره الطالب يعتمد على درجة تحصيله وقدراته، حيث ان هناك تخصصات يغلب عليها طابع الحفظ، وتخصصات اخرى تحتاج الى تفكير وابداع، ويجب التفكير باحتياجات سوق العمل وهل سيحصل الطالب على وظيفة بعد التخرج ام انه سيصبح عاطلا عن العمل، كما استخلف الله تعالى الانسان في الارض ليعمل على اعمارها ومنع الفساد فيها، فالإنسان مسخر لهذا الفضل العظيم الذي فضله الله تعالى به على سائر المخلوقات، حيث يمتلك من القوة والارادة ما يساعده في تطوير ذاته. يتفق الباحثون مع (تالا 2013) بان قدرات الطالب هي التي تحدد المجال او التخصص الذي يمكن ان تعمل فيه ويتم ذلك بالرضا والقبول مما يساعدها لتخطي عقبة الاصرار في تخصص اقل من قدراتها المعرفية والعقلية فتتخرط في مجال عمل يناسب ما درسته من تخصص.

عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة:

قبل عرض النتائج نذكر بالفرضية "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير نوع الإقامة".

ولاختبار هذه الفرضية نقوم بحساب قيمة ت للفروق في الاكتئاب عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير نوع الإقامة والجدول التالي يبين النتائج:

جدول (6): قيمة ت للفروق في الاكتئاب

عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير نوع الإقامة

القرار الإحصائي	مستوى الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	
غير دالة عند 0.05	0.101	1.665	26.70	141.69	26	طلبة إقامة داخلية
			20.87	131.47	34	طلبة إقامة خارجية

القراءة الإحصائية:

نلاحظ أن قيمة اختبار ت تساوي 1.655 بمستوى دلالة 0.101 وهي أكبر من 0.05 ولذلك فهي غير دالة عند 0.05 وهذا يعني قبول الفرضية الصفرية وهي فرضية الدراسة التي تنص "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب عند طلبة جامعة الوادي حسب متغير نوع الإقامة".

التفسير:

تشير المعطيات الواردة في الجدول (06) ان لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدرجة الاكتئاب في حالة تعزي للمتغير الإقامة.

المتمعن في نتائج هذه الدراسة خاصة في ما يتعلق بمتغير الإقامة واثره على الاكتئاب حالة يصل الى فروق بسيطة حتى وان لم يكن لها دلالة إحصائية ويبرز ذلك في ارتفاع الاكتئاب لدى طلاب الإقامة وهذه النتيجة واقعية فعلا ويذكر سترين 1983 كما هو وارد في الزعبي 2002 انه يمكن لحالات الاكتئاب ان تثار من المواضيع او من خلال الاشخاص او من خلال تركيبات البيئة بالإضافة الى الاحساسات الجسدية السلبية

والتصورات المهددة فالمثيرات هي نفس المثيرات والاحداث هي نفس الاحداث الا ان ما يزيد حدة الاكتئاب لدى الطلاب الداخليين والخارجيين هو ما تتأثر به الطلاب من احداث تؤدي الى ارتفاع قليل عن الد الموجود فعلا.

اقتراحات وتوصيات

اقتراحات:

1. يقترح الباحثون اجراء المزيد من الدراسات التي تتعلق بالقلق والاكتئاب لدى الطلبة على وجه الخصوص ولا سيما ان مسببات القلق والاكتئاب آخذي في الازدياد والتنوع في مجتمعنا..
2. عمل ابحاث عن سمات القلق والاكتئاب لدى تلاميذ المدارس الابتدائية لتعرف على مدى انتشار القلق والاكتئاب بين التلاميذ والعمل على ايجاد حلول مبكرة لها.
3. اجراء المزيد من الدراسات لتفسير التباين في مستويات القلق والاكتئاب بين الذكور والاناث.
4. اجراء المزيد من الدراسات لتفسير التباين في مستويات القلق والاكتئاب في سمة تبعا لمكان السكن.

التوصيات:

1. الاهتمام بالمكون المعرفي عند التعامل مع مشكلات القلق والاكتئاب.
2. العمل على دراسة العلاقة بين التنشئة الاجتماعية والقلق والاكتئاب واثارهما على جوانب التوافق المختلفة في حياة الافراد ومدى ارتباطهما بالمشكلات التي يواجهها الفرد.
3. التركيز على اهمية دور مؤسسة التعليم العالي في متابعة طلابها وان تمنحهم الامان والحماية وان تقبل شكاوهم والتخفيف عنهم مما يعانونه من قلق واكتئاب.
4. في ضوء انتشار سمات القلق والاكتئاب لدى طلبة الجامعات فان الباحث يوصي بعمل ابحاث على قطاعات اخرى من المجتمع والمتمثلة في فئة العمال.
5. ضرورة العمل على تضافر الجهود بين التربويين والنفسينيين والمسؤولون والاهتمام بالخدمات النفسية لتدخل والتعرف على مسببات القلق والاكتئاب.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع:

1. ابراهيم عبد الستار، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، فهمه اساليبه علاجه، عالم المعرفة، العدد 239، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1998.
2. ابو سليمان، بهجت عبد المجيد، اثر الاسترخاء والتدريب على حل المشكلات في خفض القلق وتحسين الكفاءة الذاتية لدى عينة من طلبة الصف العاشر القلقين، رسالة دكتوراه (غ م)، الجامعة الاردنية، عمان، 2007.
3. احمد خيرى حافظ، مجدي حسين محمود، اثر العلاج النفسي الجماعي في تخفيض القلق والسلوك العدوانى، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1989.
4. احمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو مصرية، 2010.
5. احمد عكاشة، طب النفسي المعاصر، مكتبة الانقلو المصرية، 2010.
6. جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، الامراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر، العلم والايمان للنشر والتوزيع، 2008.
7. حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، عالم الكتب لنشر والتوزيع، القاهرة، 2005.
8. حامد عبد السلام زهران، صحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، عالم الكتب، القاهرة، 1997.
9. سايحي، سليمة، فعالية البرنامج الارشادي لخفض مستوى القلق لدى تلاميذ السنة الثانية متوسط، رسالة ماجستير (غ م)، جامعة ورقلة، الجزائر، 2004.
10. سيجموند فرويد، الكف، العرض، القلق، ط3، المطبوعات الجزائرية، 1989.
11. شيقر ولمان، ترجمة سعيد حسن العزة، سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2006.
12. صبره محمد علي، اشرف محمد عبد الغني شربت، الصحة النفسية والتوافق النفسي، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 2004.

13. صمويل ثامر بشرى، الاكتئاب والعلاج بالواقع، ط1، مكتبة الانقلو المصرية، 2007.
14. عادل محمد زيد، ادارة المواد البشرية، رؤية استراتيجية، د ط، كلية التجارة جامعة القاهرة، 2000.
15. عبد الحميد محمد الشادلي، الصحة النفسية والسيكولوجية، ط2، المكتبة الجامعية، القاهرة، 2001.
16. عبد الله عسكر، الاكتئاب بين النظرية والتشخيص، د ط، مكتبة الانقلو المصرية، 1988.
17. العيسوي، عبد الرحمن العيسوي، الاعصبة النفسية و الذهنية والعقلية، دار المعارف الجامعية، الاسكندرية، 1994.
18. فتحي زقاع، فاعلية التحفيز السمعي باستخدام آيات قرآنية في تخفيض الاكتئاب لدى المصابين بحبسة بروكا (تناول نفسي عصبي بمعايير الناقل العصبي، سيترونيم في الدم)، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، العدد 28، مؤسسة كنوز، الحكمة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2013.
19. القريطي عبد المطلب امين، الصحة النفسية، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 1976.
20. محدي احمد عبد الله، علم النفس المرضي، دار المعرفة الجامعية، اسكندرية، 2006.
21. محمد الحجار، تشخيص الامراض النفسية، ط1، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
22. محمد السيد عبد الرحمان، علم الامراض النفسية والعقلية، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000.
23. مصطفى يوسف، علم النفس العيادي، ط1، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، 2001.
24. هشام عبد الله محمد، اثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعيين رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق بمصر، 1991.

ملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التربية والتعليم العالي

جامعة الشهيد حمى لخضر الوادي

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

دراسة سيمات القلق والاكتئاب في ظل المتغيرات العرضية لدى طلبة سنة
اولى جامعي (الجنس _ التخصص _ الإقامة)

عزيزي الطالب (ة) :

في اطار انجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس حول الموضوع الموضح اعلاه
،نرجو من سيادتكم اخذ الاستمارة بعين الاعتبار ، وهذا لأدلاء بأرائكم اتجاه الاسئلة الموجودة
فيها نرجو قرائتها بتمعن ثم الاجابة بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة

التخصص: علوم اجتماعية ☐ علوم انسانية ☐

الجنس: انثى ☐ ذكر ☐

الإقامة: داخلي ☐ خارجي ☐

العمر:

الموسم الجامعي 2022/2021

الرقم	بنود الاستبيان	موافق جدا	موافق	محييد	معارض	معارض جدا
01	استيقظ في الصباح متعكر المزاج					
02	اشعر بالخمول والإرهاق الشديد لأقل مجهود ابذله					
03	لدى رغبة تدفعني نحو تحقيق شيء ما ايجابي في حياتي					
04	تراودني الرغبة في البكاء بسهولة بين الحين والآخر دون وجود سبب محدد					
05	تسيطر علي افكار عن سوء حالتي الصحية					
06	يلازمني الشعور بالذنب وتأنيب الضمير					
07	يلازمني الشعور بالصداع من وقت لآخر					
08	ينتابني الشعور بعدم اهميتي وضعف الجدوى من حياتي					
09	اشعر بأن كل شيء في الحياة يسير وفقا لما يريد					
10	اشعر بتغيرات كبير في وزني زيادة ونقصان في الفترة الاخيرة					
11	تراودني افكار دائما عن الموت					
12	اشعر بالألم في الصدر واسفل الظهر					
13	اصبحت اكثر انفعالا واستثارة عن ذي قبل					
14	اميل الى مشاركة الآخرين في المناسبات و الحوارات					
15	اشعر بفقدان الامل في أي شيء في الحياة					
16	اعاني من تناقص قدرتي على اقامة حوار او مناقشة مع الآخرين					
17	الشعور بالوحدة يلازمني طوال الوقت					
18	اجد صعوبة في نجاح علاقاتي مع الناس					
19	افقد الرغبة في الذهاب لدراسة					
20	يوجد في حياتي معاني عديدة تستحق العيش من اجلها					
21	اشعر بزيادة في ضربات القلب بين الحين والآخر					
22	يلعب الآخرون دورا هام في حياتي					
23	الوم ذاتي بشكل متكرر بعد القيام بأي عمل					
24	شهيتي في الطعام تغييرية في الفترة الاخيرة عن ذي قبل					
25	اشعر بالخلل ازاء الكثير من تصرفاتي التي حدثت في الماضي					
26	استيقظ اثناء الليل عدة مرات ويصعب علي الدخول في النوم مرة اخرى					
27	اجد صعوبة في الاعتماد على نفسي في اخذ القرارات					
28	اشعر بخذلان وتخدر في بعض اجزاء جسدي بشكل متكرر					
29	اشعر دوما بالتباعد الشديد بيني وبين الآخرين					
30	اجد صعوبة في اتخاذ القرارات البسيطة					

الرقم	بنود الاستبيان	موافق جدا	موافق	محييد	معارض	معارض جدا
01	اتضايق من كل الناس					
02	اشمئز من نفسي					
03	اعتقد اني فاشل					
04	اجد صعوبة في تكوين اصدقاء حميمين والاحتفاظ بهم					
05	اضطرب بصعوبة عن مواجهة المشاكل					
06	ارى الكون مكانا مليئا بالخطر والتهديد					
07	صعب عليا ان اتحكم في حدة					
08	احب ان اشعر الناس بحالي حينما امرض					
09	انا انسان طيب جدير بالاحترام					
10	اتنافس بنجاح كي احقق ما اريد					
11	انزعج حينما تضطرب الامور					
12	بشكل عام ارى ان طبيعة الحياة طيبة تعم بالخير					
13	احتفظ بمشاكلي لنفسي دون توقع شفقة احد من احد					
14	اشعر بأن لدي قيمة					
15	يغلب عليا الشعور بعجزى وعدم كفايتي					
16	ارى ان الحيات بطبيعتها مبنية على الغدر					
17	ممن يتصرف بغباء وسخافة					
18	ينشغل بي اصدقائي حينما امرض او اتألم					
19	اشعر برضا عن نفسي تماما					
20	اشعر انني موفق في عملي					
21	اشعر بالبعد والانعزال عن اغلب البشر					
22	اشعر بالضيق دونا سبب واضح					
23	احب ان اسخر واتهمك بالآخرين					
24	احب ن اسخر واتهمك بالآخرين					
25	احب يتعاطف اصدقائي معي ويخففوا عني حين اكتب					
26	حين النقي بشخص غريب اذن انه افضل مني					
27	اشعر بالاكتمال لعدم قدرتي على معالجة مواقف متنوعة					
28	هنالك امور تثير اعصابي بشكل غير محتمل رغم علمي بتفاهتها					
29	اعتقد ان العالم مكان لا يؤمن العيش فيه					
30	حينما يشتد غضبي اقدف بالأشياء واحطمها					

					31	تعجبني نفسي كما هي عليه
					32	اجد صعوبة في التعبير عن حقيقة مشاعري تجاه الآخرين
					33	ارى ان العالم مكان طيب مليء بالسعادة
					34	انتقم لنفسي اذا اهانني احد او جرح مشاعري
					35	افضل ان اعال الصعوبات بنفسي دون ان انتظر تشجيعا
					36	اشعر اني عديم الفائدة
					37	اشعر بالارتباك والحرج حين احاول اظهار حقيقة مشاعري لشخص اميل اليه
					38	العقبات البسيطة تجعلني اضرب كثيرا
					39	ارى ان الحياة مليئة بالأخطار
					40	اشعر برغبة في ضرب شخص او شئ ما
					41	احب ان يتعاطفا الناس معي حينما امر بمشاكل
					42	اشعر اني اقل من الآخرين في معظم النواحي