

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة مولود معمري - تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس



سمات الشخصية البارزة وقلق الموت لدى مرضى سكري

دراسة عيادية لخمس حالات في مستشفى كريم بلقاسم بـ
ذراع الميزان - تيزي وزو -

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

تخصص: علم النفس

تحت إشراف:

- أ- د. عزيزو سعاد / شرناعي

إعداد الطالبة:

- مكاوي سميرة

السنة الدراسية: 2023/2022

ملخص الدراسة:

تشكل الأمراض المزمنة عبئاً كبيراً على كاهل الأفراد والمجتمعات، كما أنها أكثر الأمراض انتشاراً أو سبباً للوفاة، فلقد حاولنا في هذه الدراسة تسليط الضوء على فئة من المرضى الذين يعانون من مرض السكري محاولين الإجابة عن السؤال التالي:

- السؤال الأول: هل يؤثر مرض السكري على السمات الشخصية لدى الفرد المصاب حيث يؤدي إلى بروز بعض السمات كسمة الاكتئاب؟.
- السؤال الثاني: ما هو مستوى قلق الموت عند مرضى السكري المتجاوزين أكثر من 5 سنوات إصابة؟

كإجابة مؤقتة لهذا التساؤل وضعن الفرضيتين كالتالي :

- يؤثر مرض السكري على السمات الشخصية لدى الفرد المصاب حيث يؤدي إلى بروز بعض السمات كسمة الاكتئاب .
- مستوى قلق الموت عند مرضى السكري المتجاوزين من 5 سنوات إصابة يعانون من قلق متوسط الى مرتفع.

تم الاعتماد في هذه الدراسة على المقابلة العيادية نصف موجهة وللتحقق من الفرضيتين وطبقنا مقياس قلق الموت ومقياس سمات الشخصية حيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- السمات الشخصية التي يعاني منها مرضى السكري هي: الاكتئاب، الهدوء ورباطة الجأش، العصبية و الاجتماعية الإيجابية.
- مرضى السكري يعانون من قلق موت متوسط إلى مرتفع.

Summary:

Chronic diseases constitute a huge burden on individuals and societies, and they are also the most common disease or cause of death. In this study, we have tried to shed light on a group of patients who suffer from diabetes, trying to answer the following question:

- The first question: Does diabetes affect the personality traits of the affected individual, as it leads to the emergence of some traits such as depression?

The second question: What is the level of death anxiety among diabetic patients who have been infected for more than 5 years?

As a temporary answer to this question, we formulated the following hypotheses:

Diabetes affects the personality traits of the affected individual, as it leads to the emergence of some traits such as depression.

The level of death anxiety among diabetic patients over 5 years of age suffers from moderate to high anxiety.

In this study, we relied on a semi-directed clinical interview to verify the two hypotheses, and we applied the death anxiety scale and the personality traits scale. The study reached the following results:

The personality traits that diabetics suffer from are: depression, calmness and composure, nervousness and positive sociality.

Diabetics suffer from moderate to high death anxiety.

كلمة الشكر

الحمد و الشكر لله الذي بنعمته تتم الصالحات،

وبتوفيقه تحقق الغايات نحمده عز وجل الذي هدانا لهذا وسدد خطانا

لإتمام هذا العمل المتواضع.

نتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى الأستاذة الدكتورة "عزيزو سعاد" على قبولها

الإشراف على هذا العمل ومساعدتها لنا بتوجيهاتها وإرشاداتها وعلى حسن

إصغائها، نسأل الله لها الصحة ولعافية.

كما نتقدم بالشكر إلى كل من ساعدنا في إنجاز العمل سواء من قريب أو من بعيد.

تقبلوا منا جزيل الشكر والتقدير.

سميرة

الإهداء

نحمد ونشكر المولى الله عز وجل الذي أمدني بالصحة والصبر والمثابرة لإتمام هذا العمل.

أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع إلى من جعل الله الجنة تحت قدميها أي الغالية. وإلى من كلفه الله بالهبة و الوقار إلى من علمني العطاء بدون انتظار إلى من أحمل إسمه بكل افتخار أبي الغالي.

إلى إخوتي و أخواتي و صديقاتي دون استثناء وإلى الذين أحبهم و يحبوني. إلى كل من ساعدني من قريب أو من بعيد و لو بكلمة أو دعوة صالحة.

سميرة

فهرس المحتويات

أ	ملخص الدراسة.....
ج	كلمة الشكر.....
د	اهداء
و	فهرس الجداول
ي	فهرس الاشكال
01	مقدمة

الفصل التمهيدي: الاطار العام للاشكالية الدراسة

05	1. اشكالية الدراسة.....
08	2. فرضيات الدراسة.....
09	3. اسباب اختيار الدراسة.....
09	4. أهداف الدراسة.....
09	5. أهمية الدراسة.....
09	6. تحديد المفاهيم الاجرائية.....

الجانب النظري.

الفصل الاول: مرض السكري

14	تمهيد
15	1- لمحة تاريخية.....
16	2- تعريف مرض السكري.....
16	3- كيفية حدوث مرض السكري.....
17	4- نسبة السكر في الدم.....
18	5- أنواع مرض السكري.....

20	.....أنواع المرض السكري
20	.....أسباب مرض
23	.....أعراض مرض السكري
25	.....مضاعفات مرض السكري
27	.....شخيص مرض السكري
29	.....الوقاية وعلاج مرض السكري
34	.....خلاصة الفصل

الفصل الثاني: السمات الشخصية

36	.....تمهيد
37	.....أولاً: السمات الشخصية
37	.....1- السمات
37	.....1-1 تعريف السمات
38	.....1-2 أنواع السمات
39	.....1-3 خصائص السمات
39	.....1-4 نظريات السمات
44	.....2 - الشخصية
44	.....1-2 تعريف الشخصية
45	.....2-2 أنماط الشخصية
48	.....2-3 النظريات المفسرة لشخصية
52	.....2-4 المكونات الشخصية
52	.....2-5 مراحل نمو الشخصية
55	.....2-6 محددات الشخصية

57	..... 2-7 طرق قياس الشخصية.
60	..... ثانيا: الاكتئاب.
60	..... 1. التطور التاريخي لمصطلح الاكتئاب.
61	..... 2. تعريف الاكتئاب.
63	..... 3. أنواع الاكتئاب.
65	..... 4. أسباب الاكتئاب.
68	..... 5. أعراض الاكتئاب.
69	..... 6. تصنيف الاكتئاب.
71	..... 7. الاتجاهات النظرية المفسرة للاكتئاب.
87	..... 8. علاج الاكتئاب.
89	..... ثالثا: الشخصية الاجتماعية الإيجابية.
89	..... 1- تعريف الشخصية الإيجابية.
89	..... 2- صفات الشخصية الإيجابية.
90	..... 3- تأثير الشخصية الإيجابية على الآخرين.
90	..... رابعا: الشخصية العصبية.
90	..... 1- تعريف الشخصية العصبية.
90	..... 2- صفات الشخصية العصبية.
91	..... 3- أسباب الشخصية العصبية.
92	..... خلاصة الفصل
	الفصل الثالث: قلق الموت
94	..... تمهيد
95	..... أولا: القلق

95	1. تعريف القلق.....
96	2. علاقة القلق بمختلف الانفعالات.....
98	3. انواع القلق.....
101	4. مستويات القلق.....
102	5. مظاهر القلق.....
102	6. القلق السوي والقلق المرضي.....
103	7. اسباب القلق
104	8. اعراض القلق.....
106	9. النظريات المفسرة للقلق.....
109	10. تشخيص القلق.....
110	11. علاج القلق.....
111	ثانيا: قلق الموت.....
111	1. تعريف الموت.....
112	2. مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت.....
113	3. نظرة الراشد الى الموت.....
114	4. اقسام قلق الموت.....
114	5. مكونات قلق الموت.....
115	6. اسباب قلق الموت.....
117	7. اعراض قلق الموت.....
120	8. النظريات المفسرة لقلق الموت.....
	9. متغيرات قلق الموت.....
	10. علاج قلق الموت.....

123 خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للجانب التطبيقي

126 تمهيد

127 1- التذكير بفرضيات الدراسة.

127 2- الدراسة الاستطلاعية.

127 1-2 نعرفها.

127 2-2 اهدافها.

127 3-2 عينة الدراسة.

128 4-2 تقديم الحالة الاولى.

131 5-2 تقديم الحالة الثانية.

134 3- الدراسة الاساسية.

134 1-3 منهج الدراسة الاساسية.

135 2-3 مجموعة الدراسة وطريقة إختيارها.

136 4- خصائص عينة الدراسة.

136 5- مكان وزمان إجراء البحث.

137 6- أدوات الدراسة.

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

144 1- تقديم الحالات.

144 1-1 الحالة الأولى .

146 2-1 الحالة الثانية.

149 3-1 الحالة الثالثة.

151	..... 4-1 الحالة الرابعة .
154	..... 5-1 الحالة الخامسة.
157	..... 2- مناقشة النتائج.
159	..... 3- الاستنتاج العام .

قائمة المراجع

الملاحق

قائمة الجداول

ص	العنوان	رقم
97	الفرق بين القلق والخوف	01
117	الاعراض البدنية والنفسية لقلق الموت	02
130	عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت والسمات الشخصية للحالة الأولى.	03
133	عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت والسمات الشخصية للحالة الثانية.	04
136	خصائص مجموعة الدراسة الأساسية	05
140	سلم مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر	06
145	عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت ومقياس سمات الشخصية للحالة الأولى .	07
148	عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت والسمات الشخصية للحالة الثانية.	08
150	عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت والسمات الشخصية للحالة الثالثة	09
153	عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت والسمات الشخصية للحالة الرابعة.	10
155	عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت والسمات الشخصية للحالة الخامسة.	11
156	نتائج مجموعة الدراسة الأساسية للحالات الخمسة 05	12

قائمة الاشكال

ص	العنوان	رقم
80	النموذج المعرفي للاكتئاب	01
82	النموذج المعرفي الاجتماعي في الاستهداف للاكتئاب	02

المقدمة:

يعتبر مفهوم الشخصية من أكثر مفاهيم علم النفس تعقداً فهو يشمل كافة الصفات والخصائص الجسمية والعقلية والوجدانية لتفاعلها وتكاملها لدى الفرد الذي يتفاعل مع العالم المحيط به، ويحمل تعبير الشخصية معاني متعددة، فهو مفهوم متغير كما أن العمليات التي تتكون منها الشخصية تنتظم وتتكامل بطريقة مستمرة وتتداخل وتتشابك بحيث لا يمكننا فصلها للتفاعل الديناميكي بينها، ولهذا السبب اختلفت وجهات نظر علماء النفس وتباعدت تفسيراتهم وتباينت طرق وأساليب دراستهم للشخصية، كما أن شخصية كل فرد من الأفراد مضبوطة بجملة من الأبعاد والسمات التي تحدد مساره النفسي والسلوكي وتلعب دوراً في توافقه النفسي.

لا يمكن دراسة الشخصية كوحدة مستقلة أو منفصلة حيث أن الشخصية ترتبط بالإنسان لكونه وحدة متكاملة نفس جسدية كما يعرفها "إيزنك" "هي ذلك التنظيم الثابت والدائم إلي حد ما بطباع الفرد ومزاجه وعقله وبنية جسمه والذي يحدد توافق الفرد لبيئته" فالنفس تؤثر في الجسم وتتأثر به.

ومن هذا المنطق أصبحت هذه الحياة تفرض علينا عدة أنواع من القلق وهو يتفاوت من شخص لآخر وفي ظل الواقع الاجتماعي المعاش من أمراض خطيرة وحروب وصراعات وأزمات إقتصادية ظهر ما يعرف بقلق الموت الذي أصبح من بين الأنواع الأكثر شيوعاً وانتشاراً حيث انه يهدد الصحة النفسية الفرد .

فالمجتمع الإنساني يواجه خطر الأمراض، وقد أدى ظهور هذه الأمراض المزمنة والمستعصبة إلى لفت إنتباه الباحثين والمختصين ومن بين هذه الأمراض ما يجعل حياة الفرد مهددة بالخطر "مرض السكري" وهو مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن

إنتاج الأنسولين بكمية كافية وقد أثبتت الدراسات النفسية أن تأثير الشخصية على المرضى هو حقيقة لا جدال فيها.

وبالتالي يتناول موضوعنا السمات الشخصية البارزة وقلق الموت لدى مرضى السكري وينقسم إلى قسمين.

الجانب النظري وهو مجزأ إلى أربعة فصول، يتمثل في الفصل التمهيدي وهو يشمل الإشكالية، الفرضيات، تحديد المفاهيم الأساسية، الأسباب، الأهداف، الأهمية.

أما الفصل الأول الذي سنتناول فيه مرض السكري تحدثنا فيه عن تاريخه، تعريف مرض السكري، كيفية حدوث مرض السكري، نسبة السكر في الدم، أنواع مرض السكري، أسبابه، أعراضه، مضاعفاته، تشخيص مرض السكري، وأخيرا الوقاية والعلاج.

بعدها نتطرق إلى الفصل الثاني والذي سوف يدور على سمات الشخصية، تحدثنا فيه عن تعريف السمات، أنواعها، خصائصها، نظرياتها، بعدها تطرقنا إلى الشخصية، تعريفها، أنماطها، النظريات المفسرة للشخصية، مكوناتها، مراحل نمو الشخصية، محدداتها، وطرق قياس الشخصية وهذه الأخيرة تعمل على ظهور السمات المرضية والتي تتمثل في الاكتئاب، تعريفه، أنواعه، أسبابه، أعراضه، النظريات المفسرة للاكتئاب، أخيرا العلاج .

وأخيرا تحدثنا في الفصل الثالث عن قلق الموت، أولا تحدثنا عن القلق، تعريفه علاقة القلق بمختلف الانفعالات، أنواع القلق، مستويات القلق، مظاهر القلق، القلق السوي والمرضي، أسبابه، أعراضه، النظريات وأخيرا العلاج .

ثانيا تحدثنا عن قلق الموت، تعريفه، مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت، نظرة الراشد إلى الموت، أقسامه، مكوناته، أسبابه، أعراضه، النظريات، المتغيرات وأخيرا العلاج.

أما الجانب التطبيقي الذي سنتطرق فيه إلى منهجية البحث ومناقشة النتائج، وذلك في الفصلين التاليين، الفصل الرابع يتضمن منهجية البحث ويشمل الدراسة الإستطلاعية، منهج البحث، عينة البحث الأدوات المستعملة، مكان وزمان إجراء البحث، أما الفصل الخامس يتضمن عرض وتحليل النتائج، تقديم النتيجة العامة للمقياس، الاستنتاج العام، الخاتمة وأخيرا قائمة المراجع والملاحق.

الفصل التمهيدي

الإطار العام لإشكالية الدراسة

- 1- إشكالية الدراسة.
- 2- فرضيات الدراسة.
- 3- أسباب اختيار الموضوع.
- 4- أهداف الدراسة.
- 5- أهمية الدراسة.
- 6- تحديد المفاهيم.

1- الإشكالية:

يسعى الإنسان في هذه الحياة إلى تحسين ذاته وللوصول إلى ذلك يستعمل وسائل مختلفة ويعتبر الجسد من أهمها حيث يلعب الدور الأول في نجاح حياة الفرد وكل عضو في جسده يؤدي دوره بالاتصال المستمر بين عالمنا الداخلي و العالم الخارجي (أماني أحمد، 2011، ص1).

وأي اعتلال بالجسد يؤدي للمرض الذي يهدد سلامة الكيان الإنساني جسميا واجتماعيا ونفسيا، بشكل يعيق المريض على أدائه لأدواره الاجتماعية والاندماج في حياته الطبيعية، ويمثل تهديدا حقيقيا لتوافقه الاجتماعي النفسي ويعتبر من أصعب التجارب خاصة إذا كان من الأمراض المزمنة التي هي أمراض معقدة الأسباب فيما تتطلب بصفة عامة علاج طويل المدى، وتدخل طبي مستمر، وغالبا ما تستمر إلى نهاية الحياة، ويتبعها تدهور تدريجي في الجوانب الصحية ومن ثم تؤثر على جودة الحياة لدى المريض، حيث يترتب تغيير نمط وأسلوب الحياة صعوبة في أداء الأدوار الاجتماعية، صعوبة في إتخاذ القرارات، مشكلات العزلة والشعور بالوحدة، عدم القدرة على التحكم في الضغوط ومشاعر القلق والخوف، ومشكلات العلاقات الاجتماعية مع الآخرين والمشكلات الاقتصادية وتفرض عليه قيود مرتبطة بأدوية معينة ونظام غذائي معين وممارسة أنشطة معينة (الظملوي، 2012، ص1743).

وأوضحت في هذا السياق دراسات (Varni 1983) و(Wilox 1988) وآخرون بأن الأفراد المصابين بأمراض مزمنة عليهم مواجهة عدد من الأحداث الحياتية التي ترتبط بفترات تقاوم الحاد لحياتهم الصحية سواء تعلق هذا الأمر بالصعوبات التي يواجهونها في الحياة اليومية (مشاكل عائلية، إجتماعية، عاطفية) أو بالمرض المزمن في حد ذاته (حسن فكري، 2000، ص15).

فالبرغم مما تتسم به الحياة اليوم من ترف وعناية في التنشئة والتربية الصحية والتعليمية، وبالرغم من التقدم الهائل من وسائل الطب الوقائية أو العلاجية، إلا أن هذا لم يمنع إنتشار جملة من الأمراض المزمنة المستصعبة الشفاء كالداء السكري الذي يتطلب رعاية وعلاج متواصل مما يحدث إستجابات ليست فقط على المستوى البيولوجي وإنما على المستوى النفسي أيضا (محمود السيد أبو النيل، 1994).

يعتبر السكري من أمراض العصر التي تغلغلت وسط كل المجتمعات بمختلف أعمارهم وأجناسهم بدون إستثناء، ويصنف داء السكري ضمن الأمراض المزمنة التي تحدث نتيجة لوجود خلل في إفراز أو عمل الأنسولين في الجسم فالأنسولين عبارة عن هرمون يفرز من قبل غدة البنكرياس الذي يساعد بدوره خلايا الجسم في عملية إستهلاك سكر الجلوكوز من الدم وفي حالة نقص هرمون الأنسولين الذي يعرف بهرمون القصور السكري فإن معظم الجلوكوز يبقى في مجرى الدم اين يجب ان يستخدم او يخزن وبالتالي فان الجسم لا يحصل على القدر الكافي من الطاقة المطلوبة وينتج عن إضطراب الأيض السكر والخلل في إفراز الأنسولين مجموعة من المظاهر الإكلينيكية التي تميز داء السكري منها كثرة التبول، وشرب الماء، وكثرة الأكل، وفقدان الوزن، والإحساس بالتعب، وكثرة العرق والغثيان، وغيرها. (Chicouri, 1983, p14)

وبناء على تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر عام (2006) فإن عدد المصابين يقارب مائة وواحد وسبعون مليون شخص على مستوى العالم ويرتفع ويتضاعف بحلول 2030 م، وعلى مستوى الوطني كانت نسبة الإصابة بالداء السكري سنة 2000م مقدرة بـ 426.000 مصاب ويتوقع أن يصل سنة 2030م إلى 4,203,000 وذلك حسب تقرير منظمة الصحة العالمية (عبد الحميد، 2008، ص 16).

وعليه تجدر الإشارة أيضا أن الإصابة بمرض السكري معناه يتابع المريض طول حياته، وكذلك يستلزم عليه المتابعة العلاجية المستمرة التي تتطلب تكاليف مادية بالإضافة

إلى الهموم الصحية المستقبلية المرتبطة بمضاعفات المرض كالإصابة بتصلب الشرايين والبتير والغيبوية وهذه المشاكل الصحية تزيد من شدة الضغط النفسي ويتجلى ذلك من خلال القلق النفسي أو القابلية لأعراض القلق التي تكون أكثر ظهوراً، ومن ناحية أخرى فإن الإصابة بمرض السكري تجعل مستوى القلق يرتفع وينمو فيصبح مرض السكري عرضة لأعراض الضيق والعصبية الزائدة والإرتباك (حسن فكري، 2000، ص20).

أما القلق فيعرفه "فيصل خير الزراد" بأنه شعور غامض غير سار بالتوقع و الخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد، ومن هذه الإحساسات الجسمية الشعور بفراغ في فم المعدة أو الضيق في التنفس أو الشعور بضربات القلب والصداع والشعور بالدوار، بالإعياء، وكثرة الحركة أحيانا (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص128).

وقد أثبت العديد من الباحثين في مناطق مختلفة من العالم أن القلق لديه تأثير على الأمراض الجسمية فهو يزيد من حدتها ونجد من هذه الدراسات مثل دراسات زانغ (Zhang) وزملاؤه وستيوارت (stewart) وشوشي (chouchi) ودراسة للويد وبراون (et Wade Brown) حيث يعتقد أن للحالة النفسية تأثير سيء في ضبط مستوى السكر في الدم (جاسم عبد الله المرزوقي، 2008، ص35).

كما أشارت الدراسات النفسية أن حالات القلق والتوتر والإنفعالات الحادة المزمنة من أهم العوامل المؤدية إلى ظهور الإكتئاب لدى المصاب بداء السكري حيث يعتبر هذا الأخير أكثر إنتشاراً وأشد وطأة لدى مرضى السكري من غيرهم، كما يؤكد ذلك بعض الدراسات كدراسة (Lawer1990) ودراسة (Patten 2005) حيث يمكن أن يتم تشخيص الفرد كمصاب بالسكري وهذا بعد مروره بجملة من مشاعر الرفض والغضب وقد يشعر الشخص بالإكتئاب بعد سنوات من الإصابة بمرض السكري وأشار أيضا برنارد كولترز (Bernard Coulters) أن من بين العوامل التي تساهم في إصابة مريض السكري بالإكتئاب تلك

الصعوبات التي يواجهها للتأقلم مع المرض والإحتمالات الكبيرة لحدوث تعقيدات طبية نتيجة ذلك (جاسم عبد الله المرزوقي، 2008، ص45).

ويعرف "أحمد عكاشة" الإكتئاب أنه مرض يتضمن الأفكار السوداوية والتردد الشديد وفقدان الشهية الطعام والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات وعدم القدرة على اتخاذ القرار والمبالغة في الأمور التافهة والأرق الشديد والشعور بأوهام مرضية والمعاناة من بعض الأفكار السوداوية الإنتحارية (أديب محمد الخالدي، ص79).

مرضى السكري يعانون من أعراض جسمية ونفسية تتمثل في تغيرات في الشخصية والتي تصبح كسمات مرضية بارزة منها مثلا الإكتئاب. وهذا ما يستدعي طرح التسؤالات التالية:

- هل يؤثر مرض السكري على السمات الشخصية لدى الفرد المصاب حيث تؤدي إلى بروز بعض السمات كسمة الإكتئاب.
- ما هو مستوى قلق الموت عند مرضى السكري المتجاوزين أكثر من 05 سنوات إصابة.

2- فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى:

يؤثر مرض السكري على السمات الشخصية لدى الفرد المصاب حيث تؤدي إلى ظهور بعض السمات كسمة الإكتئاب.

الفرضية الثانية:

مستوى قلق الموت عند مرضى السكري المتجاوزين أكثر من 05 سنوات إصابة يعانون من قلق متوسط الى مرتفع

3- أسباب اختيار الدراسة:

- الرغبة في زيادة المعرفة حول مرض السكري.
- الرغبة في معرفة مدى معاناة المصاب بمرض السكري.
- التعرف على السمات الشخصية المميزة لمرض السكري.

4- أهداف الدراسة:

- الكشف عن بعض السمات الشخصية البارزة لمرضى السكري.
- إثراء الدراسات السابقة في هذا الموضوع وتوفير قاعدة بحث للمهتمين بموضوع دارستنا خاصة أنه قد وجدنا نقص فيها يتعلق بدراسات محلية في هذا الموضوع.
- معرفة عن خطورة المرض والمضاعفات التي قد يتسبب بها.
- فتح الباب لإجراء المزيد من الدراسات والبحوث العالمية حول الموضوع بصفة أكثر عمقا.

5- أهمية الدراسة:

تكون في خطورة المرض ومعرفة الاغلبية به، واهتمام الابحاث بهذه الفئة من المرضى.

6- تحديد المفاهيم الاساسية إجرائيا:

6-1 مرض السكري:

6-1-1 مرض السكري اصطلاحا:

عرفه المرعي ودرويش على أنه ارتفاع مزمن في مستوى الغلوكوز تساهم في أحداثه عوامل داخلية (بنوية) وخارجية (بيئية) يؤدي الى اختلالات نوعية معيقة ومميتة (المرعي والدرويش، 2004 ص 197).

6-1-2 مرض السكري إجرائيا: يعرف أنه الدرجة ما فوق و ما تحت الحد الطبيعي بناء على الاختبارات الطبية التي تقيس السكر في الدم حيث أن الدرجة الطبيعية للفرد هي من نسبة (70-110) في الدم.

6-2 السمات الشخصية:

6-2-1 السمات: هي خصلة أو خاصية أو صفة ذات دوام نسبي يمكن أن يختلف فيها الافراد فتميز بعضهم عن بعض أي هناك فروق فردية فيها، وقد تكون السمة وراثية أو مكتسبة، ويمكن أن تكون كذلك جسمية أو معرفية أو انفعالية أو متعلقة بمواقف اجتماعية. (عبد الخالق، 1994، ص 67).

6-2-2 الشخصية: هي ذلك النظام الكامل بين النزاعات الجسمية والنفسية الثابتة نسبيا والتي تميز فردا معين والتي تقرر الأساليب المميزة لتكيفه على البيئة المادية والاجتماعية. (فيصل عباس، 1997، ص 24، 25).

6-2-3 السمات الشخصية اجرائيا: هي الخصائص الجسمية والعقلية والوجدانية والتي تمثل حياة صاحبها وتعكس نمط سلوكه المتكيف مع البيئة، وهي مجموعة من السمات حددها الباحثون في الاكتئاب، قلق الموت، الهدوء، الاجتماعية الايجابية، العصبية.

6-3 سمة الاكتئاب:

6-3-1 الاكتئاب اصطلاحا: هو حالة انفعالية وقتية أو دائمة يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم، وتصاحب هذه الحالة أعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية. (هندية، 2003، ص 08).

6-3-2 الاكتئاب اجرائيا: هو اضطراب وجداني يظهر على شكل مجموعة من الاعراض النفسية كالحزن الشديد واليأس وفقدان الامل وهو الذي يتم قياسه بمقياس سمات الشخصية.

4-6 قلق الموت:

1-4-6 قلق الموت اصطلاحاً: هو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المتعمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت (بشير معمرية 2007 ، ص 212)

2-4-6 قلق الموت اجرائياً: هي أفكار غير سارة حول توقف الحياة والابتعاد عن حياة الدنيا، مما يؤدي الى وقوع شخص في قلق الموت، والذي يتم قياسه بمقياس (تمبلر).

الجانب النظري

الفصل الاول

مرض السكري

تمهيد

- 1- لمحة تاريخية.
- 2- تعريف مرض السكري.
- 3- كيفية حدوث مرض السكري.
- 4- نسبة السكر في الدم.
- 5- أنواع مرض السكري.
- 6- أسباب مرض السكري.
- 7- أعراض مرض السكري.
- 8- مضاعفات مرض السكري.
- 9- تشخيص مرض السكري.
- 10- الوقاية وعلاج مرض السكري .

خلاصة الفصل.

تمهيد:

مرض السكري من الامراض المزمنة التي تمس جميع الفئات العمرية والطبقات الاجتماعية وهو حالة خلل في افراز او عمل الانسولين في الجسم ويحدث نتيجة عوامل بيولوجية كعطب في البنكرياس أو السمنة أو بسبب وجود تلف عصبي أو اضطرابات في وظائف الغدد الصماء ويحدث كذلك نتيجة عوامل وراثية أو نفسية حيث ينتج عن اضطراب عملية ايض السكر وخلل في افراز الانسولين ومجموعة اعراض اكلينيكية التي تميز مرض السكري المرتبط بالأنسولين منها كثرة التبول وشرب الماء بكثرة وفقدان الوزن والاحساس بالتعب.

1- لمحة تاريخية عن مرض السكري:

يعتبر مرض السكري مشكلة صحية عالمية تصيب المجتمعات البشرية في جميع مراحل التنمية وتمس ما لا يقل عن 30 مليون من البشر في جميع أنحاء العالم وتتزايد بسرعة الحالات مع زيادة عمر السكان.

كما أن مرض السكري داء قديم له جذور عميقة في التاريخ الانساني حيث عرف أولاً عند المصريين منذ حوالي 3 آلاف قبل الميلاد وفي القرن السادس قبل الميلاد توصل الصينيون إلى تفسير هذا المرض وذلك عن طريق حلاوة البول وقد وصف أعراضه طبيب هندي **Sechrona** بعد ذلك بقرن من الزمن وهي كثرة التبول، العطش، الأكل عدة مرات، التعب، الغثيان (جاسم محمد عبد الله المرزوقي، 2008، ص17).

استعمل مصطلح **Diabète** لأول مرة عند اليونانيين والتي تعني المرور عبر الشيء أو نفاذه أي مرور السكر من الكليتين إلى البول وقد عرف هذا المرض عند العرب باسم **البوال** للدلالة على الشخص الذي يتبول كثيراً ومن أعلام الطب العربي الذي يرجع إليهم الفضل في نشر النظريات والمعارف الطبية في أوروبا **الرازي وابن سينا** حيث وصفا مرض السكري وصفا دقيقا بما في ذلك أعراض كثرة البول وحلاوته.

وفي عام 1869م بين **كلورد برنارد** أن السكري ينتج عن زيادة نسبة السكر في الدم، وقد تمكن **لانجر هان** سنة 1869 من اكتشاف الخلايا المسؤولة عن إفراز الأنسولين وهي خلايا **Beta** من جزر لانجر هانز التي سميت باسمه (فيصل خير الزراد، 2000، ص389).

2- تعريف مرض السكري:

مرض السكري هو مرض مزمن يتميز بكثرة التبول والعطش والاحساس بالضعف والوهن وارتفاع مستوى سكر الدم عن المعدل الطبيعي وظهوره في البول(عبد الله أحمد جنيد، 1988، ص11).

إضافة إلى كون مرض السكري من الاضطرابات الأيضية الهيدروبولونية فهو يرتبط إما بإعاقة في افراز الأنسولين أو بمقاومة غير عادية لهذا الهرمون حيث يقع تراكم مادة الجلوكوز في أنسجة الخلايا (عبد الرحمان العيسوي، 1994، ص32).

تعريف منظمة الصحة العالمية O. M. S مرض السكري على أنه: حالة مزمنة من زيادة مستوى السكر في الدم وقد ينتج ذلك من عوامل بيئية ووراثية كثيرة، غالبا ما تتضافر مع بعضها البعض والأنسولين هو المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم، وقد يرجع ازدياد السكر في الدم إلى عدم وجود الأنسولين أو إلى زيادة العوامل التي تضاد مفعوله ويؤدي هذا الاختلال في التوازن إلى احداث شذوذ في أيض الكربوهيدرات والبروتين والدهون (جبالي نور الدين، 1989، ص39).

كما يرى بيار روجار (1984) أن مرض السكري: تغير في الصحة وتبوع بعدم قدرة الجسم عن استعمال الدفاعات الجسمية وحل مشاكله النفسية (Pierre roger, 1984, p89) ويشير فوقيه حسين رضوان على أن مرض السكري مرض ناجم من اضطراب في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم، والمسؤول عن ذلك هو النقص المطلق أو النسبي للأنسولين حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب (فوقيه حسين رضوان، 2003، ص104).

3- كيفية حدوث مرض السكري:

المسؤول عن هذا المرض هو البنكرياس (pancréas) الذي يقع تحت المعدة وخلفها ويمكن اعتباره من الغدد الصم والقنوية في آن واحد، فهو يقذف افرازاته عن طريق قناة وعن

طريق مباشر، وأهم مفرزاته هرمون الأنسولين (insuline) الذي تفرزه جزر لانجر هانز في البنكرياس والذي يساعد في تحويل السكر الجلوكوز الفائض عن حاجة الأنسجة إلى نشاء حيواني وتحويل البروتين إلى كاربوماتيات مما يضاعف من مقاومة الانسان، ومرض السكر يتضمن حدوث خطأ في تمثيل الكربوهيدرات بسبب نقص أو غياب الأنسولين الذي تفرزه جزر لانجر هانز في البنكرياس ونتيجة لذلك فإن الجسم لا يستطيع استخدام بشكل طبيعي والسكر كما هو معروف مصدر الطاقة الرئيسي للجسم، ولأن الجلوكوز لا يستطيع دخول خلايا الجسم يحدث ارتفاع ملحوظ في نسبة تركيز السكر في الدم، ولذلك تحاول الكلى التخلص من السكر الزائد فيصبح تركيز السكر في البول مرتفع وتظهر أول علامات مرض السكري وهي كثرة التبول والعطش الشديد.

ويؤدي نقص الأنسولين على الشعور بالخمول والارتعاش وسرعة التعب وقد يجعل الانسان معرضا إلى الاصابة بالإغماء، أما فقدانه فيتسبب في عجز الجسم عن حرق السكر وعن اختزان الزائد منه في الكبد فيتجمع في الدم أو تقذف به الكليتان وتعرف هذه الحالة بمرض السكري الذي يعالج عادة بإعطاء المريض كميات من الأنسولين المحضر(نور محمد الجاموس، 2004، ص31).

4- نسبة السكر في الدم:

4-1 النسبة الطبيعية:

يحتوي دم الانسان على كمية من سكر الغلوكوز (العنب) وكميته الطبيعية في الدم عند الاستيقاظ صباحا من النوم قبل تناول شيء من الغذاء تتراوح ما بين (0.7 إلى 1.1 و1.26 غ/ل) ونسبة السكر بعد ساعتين من تجربة G. P. O ≥ 1.4 غ/ل (7.7 مليمول)

4-2 النسبة الغير طبيعية:

يمكننا القول أن الشخص مصاب بمرض السكري، انطلاقا من النسب التالية نسبة السكري قبل الافطار $1.26 \leq \text{غ/ل}$ (يتم اجراء الفحص مرتين)، أما نسبة السكر بعد ساعتين من تجربة H. P. O $2 \leq \text{غ/ل}$ أي (11 مليمول /ل). (Andri Grinaldi, 45.2005)

5- أنواع مرض السكري:

5-1 النمط الأول: مرض السكري الخاضع للأنسولين (DID):

يصيب غالبا الشباب مما أدى إلى تسميته سابقا بداء السكري الشبابي، وهو عبارة عن ضعف وراثي لخلايا البنكرياس المفرزة للأنسولين مما يؤدي إلى نقص الأنسولين أو إلى انعدام تام في افراز هذا الهرمون المنظم لسكر الدم، ويعتقد أن الحلل الوراثي فيه يتضح في الجهاز المناعي، إذ يقوم الجسم بما يصنعه من مواد ضدية بمواجهة الخلايا وتدميرها، وتبدأ الأعراض هنا عادة قبل سن 25 أو 30 سنة وفي أعمار أكثر تقدما.

وما يهم أكثر وجود نقص مطلق في الأنسولين منذ البداية هذا يعني أن المصابين بالداء السكري من نوع DID يحتاجون بشكل عام لحقن الأنسولين مباشرة بعد ظهور الأعراض الأولى أو على أكثر خلال السنة الأولى لبدء المرض، ونظرا لهذا النقص المطلق للأنسولين يبدي هؤلاء المرضى غالبا تباينا شديدا في قيم سكر الدم المتراوحة بين الارتفاع الشديد المترافق مع طرح الأسيون في البول، وحالات نقص سكر الدم عند دقن الأنسولين ويكونون في هذا النمط حساسين جدا لأي تغير ضئيل في كمية الأنسولين المحقونة، كما تتضح الصعوبة في ضبط الجرعة الدوائية الملائمة لهم (عصام الحمصي، بدون سنة، ص152).

5-2 النمط الثاني: مرض السكري الغير خاضع للأنسولين (D. N. I. D)

تبدأ الأعراض في هذا النمط من السكري غالبا بعد سن الأربعين وبشكل خاص بين الخامسة والخمسين من العمر (55-60) سنة، لذا سمي سابقا السكر الكهلي، ويحصل فيه نقص نسبي للأنسولين وسببه البدانة إذ يحتاج النسيج الشخصي المتراكم في الجسم إلى كميات إضافية من هذا الهرمون ولا تستطيع المعتككة تغطية حاجاته مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم (عبد الله أحمد جنيد، 1988، ص10).

يطلق عليه اسم (Diabète type II) ويعتبر أقل خطورة من النوع الأول فقد يرفع مستوى السكر في الدم ويظهر في البول دون أن يرافقه أعراض السكري المعروفة، يمكن السيطرة على هذا النوع بتنظيم الغذاء وإضافة بعض الأقراص المنخفضة لسكر الدم أحيانا، وقد يعالج بالأنسولين الدوائي ليس ضروريا باستمرار في حياة المريض، كما في النوع الأول كما أن هذا النوع من المرض ينقسم إلى قسمين:

5-3 مرض السكري من النوع الثاني المصحوب بالسمنة:

ويشكل المصابين بهذا السكري أكثر من 90% من مرضى السكري (جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، 2008، ص25).

يمثل هذا النمط أكثر من 80% من النسبة الاجمالية لمرضى السكري، وهو يرتفع بشكل متواتر وتظهر أعراضه غالبا بعد سن الأربعين بصيغة ابتدائية يسير وفق مبدأ التدرج مع تواجد احتياطي الأنسولين، ومما يلاحظ أيضا وجود سوابق عائلية لدى هؤلاء المرضى بنسبة تفوق 50% غير أنها لا تمثل الصيغة الحقيقية لانتقال المرضى والتي تبقى غامضة، كما تلعب العوامل البيئية دورا هاما في ظهور المرض كإندام التوازن الغذائي بتناول سعيرات حرارية جدا مرتفعة تفوق احتياجات العضوية أو الاكثار من تناول السكاكر علاوة على نقص التمارين الرياضية التي تؤدي إلى تضاعف مخزون طاقة الجسم يفوق الاحتياط

إذ تعود المسؤولية الأولى للإصابة بهذا المرض إلى البداية (مي الرحبي، تاريخ الطبع غير وارد، ص 120).

6- أنواع المرض السكري وهي:

6-1 السكري المتعلق بتناول الأدوية:

تعد الأدوية الهرمونية المضادة للتهاب، وموانع الحمل المستعملة عن طريق الفم ومضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات والمستعملة في علاج القلق والأرق والأدوية المضرة للبول والمستعملة في علاج الضغط الشرياني (جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، 2008، ص 31).

6-2 السكري المرتبط باضطرابات مرضية نادرة:

يمكن تشخيص السكري لدى بعض المصابين ببعض الأمراض الجنسية مثل أتاكسيا، فريديريك (اضطراب حركي)، مرض تورنر، مرض كليفور. (André D. et Jaques, B/ 985)

6-3 السكري المتعلق بفترة الحمل:

غالبا ما تتعرض له السيدات الحوامل اللواتي يعانين من وجود تاريخ مرضي لمرض السكري في العائلة اللاتي يعانين من قصور الجسم عن احتمال الجلوكوز (أي عندما يأكل الانسان مواد سكرية فإن البنكرياس يكون غير قادر على التخلص منها بسهولة) وزيادة الوزن واللاتي يلدن أطفالا اوزانهم أكثر من 4 كلغ ويصيب سكري الحمل من (1-14%) من النسوة الحوامل ويمثل 90% من حالات السكري المشادة أثناء الحمل (جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، 2008، ص 31).

6-4 السكري البنكرياسي:

يعود لتخريب أو الاختفاء التشريحي (الجزئي أو الكلي) للبنكرياس بسبب تناول الكحول أو إلى الإصابة بالسرطان أو بورم، والذي يعد السبب الأول للإصابة بهذا النوع من السكري (André. D et Jaques, 1985).

6-5 السكري الهيمو كروماتوزي:

ويتميز بارتفاع مهام للحديد بالعضوية وهو نوعان أولي وثانوي، فالأول يتمثل في ارتفاع نسبة امتصاص الأمعاء الحديد بصيغة مفرطة وهذا منذ الطفولة بنسبة تفوق الاحتياط مما يؤدي إلى تخزين الفائض في (les nobles) كالكبد، البنكرياس والقلب مما يؤدي بالتدريج إلى إصابات نسيجية مثل مرض القلب وداء السكري، أما النوع الثاني الثانوي فيعود إلى التسمم المباشر بالحديد للخلية B للبنكرياس. (André. D et Jaques, 1985)

7- أسباب مرض السكري:

7-1 أسباب مرض السكري الخاضع للأنسولين (DID):

أ- الوراثة:

لقد أثبتت الدراسات أن العامل الوراثي تأثيره أكيد في انتقال مرض السكر، وذلك من خلال استعدادات وراثية فالطفل لا يولد مريض وإنما مزود باستعدادات تؤهله للإصابة بذلك، ويمكن أن تكون هذه الاستعدادات مرتبطة ببعض المجموعات النسيجية وقد أثبت العالمان « Rubistin, Roll » بأن هذا المرض يصيب 50% من الاخوة والأخوات الذين يملكون نفس المجموعات النسيجية في حالة طفل (homozygote) أي أن بيته الوراثية تحتوي على كلا الجنسين، أحدهما ناتج عن الأب والآخر عن الأم إذن من خلال هذا يتبين ما يلي:

- عندما يكون كلا الوالدين مصاب هناك احتمال 50% من الأولاد مصابين في حالة الطفل الأول مصاب هناك امكانية وجود طفل ثاني ضعيف البنية، إذ هناك عامل وراثي أكيد في انتقال مرض السكر، فكلما نلاحظ تواجد هذا المرض في بعض العائلات إلا أن طريقة توارثه لا تزال غير مفهومة تماما (أيمن الحسيني، بدون سنة، ص8).

ب- المناعة الذاتية:

تعمل خلايا الجسم وبالضبط الكريات الدموية البيضاء في الحالة العادية على مناعة الجسم من الأجسام الفردية مثل: الفيروسات والبكتيريا..... الخ وتسمى هذه الخلايا بالمقاومات، غير أن إصابة المناعة الذاتية تحدث اضطراب هذه الوظيفة، فتتجه الخلايا اللمفاوية إلى مواجهة بعض أنسجة الجسم بدلا من مواجهة الأجسام الغريبة أي وجود أجسام مضادة في الدم تتوجه ضد الخلايا جزر لانجر هانز التي تنتج الأنسولين، فتقوم بتهديدها، وبالتالي تسبب بالإصابة بمرض السكري (نفس المرجع السابق، 1988، ص17).

ت- الفيروسات:

عند حدوث الالتهاب يقوم الجهاز المناعي بالتعرف عليه كجسم غريب فيقوم بتكوين أجسام مضادة للقضاء عليه، ولكن نجد أن الجهاز المناعي لا يتعرف على الفرق الموجود بين خلايا البنكرياس والجسم الغريب، وهذا بسبب التشابه الموجود في تركيبها بالتالي يقوم بمواجهة الفيروس وفي نفس الوقت خلايا البنكرياس مما يؤدي إلى تدميرها وحتى انتهاء الالتهاب الفيروسي، فإن الجهاز المناعي يستمر في إنتاج المضادات وتدمير خلايا البنكرياس حتى يتم القضاء عليه تماما (العيسوي عبد الرحمان، 1994، ص37).

8- أعراض مرض السكري:

8-1 الأعراض الجسمية: تتمثل في:

- اضطراب عملية الأيض واختلال نضامها بشكل واضح:

فعندما يصل سكر الدم إلى 16 جم فإن السكر الزائد يفرز بالبول وتذهب معه كميات كبيرة من الماء وغيرها من التكوينات العضوية وغير العضوية التي تدخل في تركيب بلازما الدم الضرورية للحياة (فوقية حسن رضوان، 2003، ص 105).

- ارتفاع نسبة السكر في الدم:

كثرة البول حيث تتكرر عدة مرات في اليوم خاصة في الليل بسبب عبور السكر إلى البول مما يجلب معه الماء بكميات كبيرة وبالتالي ارتفاع إنتاج نسبة البول.

- زيادة شدة العطش:

إن ضياع كمية معتبرة من الماء على مستوى الكلى يستلزم تعويضها عن طريق الفم.

- كثرة الأكل وسرعة الجوع.

- الإغماء:

- الناتج عن ارتفاع كبير لسكر.
- رجفة الأطراف.
- ضعف الأبصار.
- الضعف والوهن.

(محمد جاسم محمد، 2004، ص 33).

- فقدان الوزن:

غالبا ما يكون فقدان الوزن أول أعراض الداء ومع أن المريض يكثر بتناول الطعام، ويأكل بشهية إلا أن حالته تحول بينه وبين الاستفادة من محتويات الطعام النشوية كما لا يمكنه الحصول على طاقة كافية من الشحوم والبروتين من طعامه، وبما أن المصاب

بالسكري لا يستطيع سحب المخزون السابق من الغليكوجين ما لم يعطي الأنسولين فإن سيضطر إلى استخدام الشحوم المخزونة في جسمه لتوفير الطاقة (عبد المنعم مصطفى، 1989، ص 98).

8-2- الأعراض النفسية:

- يعاني مريض السكري من العديد من الاضطرابات النفسية مثل الاضطرابات العصبية كالخوف الدائم من تفاقم المرض والقلق والاكتئاب والاضطراب النفسي والأرق.
- ضعف الذاكرة.
- سرعة الإثارة.
- اليأس في الحياة
- انعدام الرغبة في العمل.

(محمد جاسم محمد، 2004، ص 33)

- مشاعر الاكتئاب الحادة.
- انخفاض مفهوم الذات لديه.
- صعوبة حل المشكلات.
- الشعور بعدم الاستقرار.
- ضعف الثقة بالنفس.
- الخجل.
- سوء التوافق النفسي.
- صعوبة التركيز.

(فوقية حسن رضوان، 2003، ص 105)

9- مضاعفات مرض السكري:

تتجم عن الإصابة بمرض السكري مضاعفات واختلالات عديدة من بينها:

9-1 الاضطرابات الأيضية:

قد يتسبب الارتفاع المزمن لنسبة الجلوكوز في الدم في:

أ- الاعياء الحاد:

وهي حالة الضعف العام دون بذل أدنى جهد، وهذا الاعياء لا يختفي مع فترات الاستراحة والنوم.

ب- التقلصات العضلية:

وهي انقباضات عنيفة مؤلمة ومتكررة لعضلات وهي غير مراقبة من قبل الدماغ وبالتالي لا ارادية.

ت- انخفاض مستوى السكري: وله مظهران يتمثلان في:

- المظاهر النسيجية:

كتدهور أو نقص في القدرات العقلية مع اضطراب في السلوك وتعب حاد، إضافة إلى سرعة الانفعال، كما أن اضطراب الاحساس قد يؤدي إلى تشنجات وإلى غيبوبة وربما الموت.

- المظاهر الحسية:

فمن مؤشراتها تصيب العرق مع الارتجاف أو الارتعاش، والاحساس الشديد بالجوع وتسارع ضربات القلب. (أمين روحية، 1983، ص235)

9-2 مضاعفات الرؤية:

تتمثل مضاعفات الرؤية في شذوذ انعكاسات حدقية العين مع تقلص البؤبؤ أثناء الراحة وقلة الاستجابة للضوء والشعور بوجود ستار أبيض على العين الذي يؤدي لانخفاض

الرؤية، وعند فحص الشرايين المغذية لقاع العين نلاحظ وجود أنزفة صغيرة بأوعية الشبكية وهذا الأخير ينتج عنه ضعف قوة العدسة وعتاقة القرنية، أما عصب العين فلا يظهر إلا في حالات قليلة جدا، وكلما زادت مدة الاصابة بداء السكري وكمية ارتفاعه في الدم كلما أدت إلى خطورة مضاعفات الشبكية (فوقية حسن رضوان، 2003، ص105) .

9-3 مضاعفات كلوية:

تتميز المضاعفات الكلوية بارتفاع نسبة البروتينات في البول أكثر من 200 ملغ، في حين أن المعدل العادي يكون أدنى من 20 ملغ/ل ، ويرتفع احتمال الاصابة الكلوية كلما تزامنت مع الاصابة الوعائية واختلال مسار الدم في الشرايين (نفس المرجع السابق، 2003، ص105).

9-4 مضاعفات الجهاز الحركي:

أهمها الاحساس بالحذر والتتحيل أو حتى بالألم على مستوى الأصابع خاصة ليلا وأثناء الاستيقاظ بسبب ضعف العصب الوسيط بالقناة الرسغية باليد وبالجهة الداخلية للمعصم.

9-5 مضاعفات جلدية:

تأخذ المضاعفات الجلدية أشكالا مختلفة كالطفح على شكل ببيضوي الظاهر على مستوى الساق والمصاحب أحيانا بالتقرحات على القدم والكاحل، كما تظهر على القدم السكرية بقع ملونة وبثور مقبحة (نور الهدى محمد الجاموس، 2004، ص32).

9-6 مضاعفات الأوعية الدموية:

يؤثر ارتفاع كمية السكر في الدم تأثيرا سبباً على الأوعية الدموية، ويحدث عدة مضاعفات وعلى الأخص أصغر هذه الأوعية وهو ما يسمى "بالشعيرات الدموية" والتي تحمل الأكسجين والمواد الغذائية إلى خلايا الجسم فارتفاع كمية السكر في الدم لفترات طويلة

تبدأ جدران هذه الشعيرات في الضعف، كما تصبح أكثر سمكا مما يؤدي إلى نقص كمية ما تستقبله الأنسجة من الأكسجين (أيمن الحسيني، بدون سنة، ص15).

7-9 مضاعفات الأعصاب:

من مضاعفاتها نجد تلف الأعصاب وبالذات أعصاب القدم واليدين، كما أن مع زيادة نسبة السكر في الدم لفترات طويلة تبدأ كميات من السكر في التجمع داخل العصب مما يؤدي إلى تضخمه واختلال وظيفته ومع استمرار ارتفاع نسبة السكر في الدم يصاب المريض بأنواع أخرى من تلف الأعصاب وهي إصابة الأعصاب الحركية، والأعصاب الحسية وإصابة الجهاز العصبي التلقائي.

8-9 مضاعفات الشرايين:

من أهم مضاعفات الشرايين نجد تصلبها، خاصة القلبية منها، وما يترتب عنها من أزمات ومعاناة كالإصابة بأمراض القلب والذبحة الصدرية التي قد تزداد في الشدة وتؤدي إلى الوفاة (نفس المرجع السابق، بدون سنة، ص16).

10- تشخيص مرض السكري:

يعتمد تشخيص السكري بصورة أولية على قياس معيار السكر في الدم، ويتبع ذلك نقص عينة في الدم مضي 8-12 ساعة على تناول الوجبة، وهو غالبا ما يتراوح بين 80-120 مل غرام في كل مائة مللي دم، ولقد اتفق الأطباء مؤخرا لا يستخدموا مرض السكري إلا إذا أفاق معيار الغلوكوز قبل الفطور حد 140 مل غرام، أما إذا كان لا يزيد إلا قليلا على 120 مل غرام، وفي حالة الشك يستدعي الشخص لإجراء فحوصات أخرى (عبد الله أحمد جنيد، 1988، ص12).

يتم كشف وتشخيص مرض السكري من خلال تقنيات عديدة نذكر منها:

• تقنية (l'hyperglycémie provoquée oral) H. C. P. O:

زهي تجربة تتحقق عندما تجمع على 3 شروط، تعمل بعد 3 أيام من تغذية عادية، 12 سا متواصلة من الصيام، وابتلاع 75 غ من غلوكوز الذائب في 200 سل إلى 300 من الماء، وبعد ساعتان من تجربة H. C. P. O نسبة السكر في الدم تكون ≤ 2 غ/ل عندما يكون الشخص مصاب بمرش السكري. (A. Cenac, 1975, p48)

• تقنية Desctrotix:

يتم تنظيف أصبع المريض عادة معقمة في البداية ثم وخز طرف الأصبع بإبرة معقمة موجودة في جهاز سكر الدم، ثم وضع قطرة دم إلى منطقة التفاعل على سلم الألوان القياسية للتقنية Desctrotix.

• تقنية La glycosurie:

وجود سكر عنب في البول يكشف من خلال جرعة تقدم بكمية معينة، مدة اختبار 24 سا وإذا فاقت نسبة السكر في الدم 160 غ/ل فهذا دليل على وجود السكري.

(A. Cenac, 1975, p47)

• طريقة القطرات الخمس:

توضع قطرات من البول في انبوب اختبار، وتضاف إليها قطرات من الماء ويضاف قرص من الدواء الخاص بالاختبار، ويحرك الأنبوب جيدا مع مراقبة تغير اللون وفي الأخير يقارن لون التشكيلة المحصل عليها مع الألوان القياسية ثم تسجل النتائج (عبد الله أحمد جنيد، 1988، ص95).

11- الوقاية وعلاج مرض السكر

11-1 الوقاية:

11-1-1 الوقاية من مرض السكري الخاضع للأنسولين:

أ. التلقيح بالحات (الفيروسات):

إذا أمكن معرفة عدد محدود من الفيروسات ذات العلاقة النوعية في اظهرار السكري المعتمد على الأنسولين، فإن بالإمكان تحضير (لقاح فعال) للوقاية من هذا النوع من السكري في المستقبل، وإذا فإن كثيرا من الأبحاث تجري الآن لتحقيق هذا الهدف.

ب. كبت المناعة الذاتية:

لعل من الوسائل المحتملة في المستقبل للوقاية من مرض السكري المعتمد على الأنسولين هو (فصاده) بتلازم دم المريض أو ذلك لإزالة الأضداد الذاتية المسببة (أي الأجسام التي يكونها جسم الانسان المصاب ضد خلايا بيتا البنكرياسية).

ت. غرس أو زرع البنكرياس:

إن مرضى السكري معرضون لاعتلال الأوعية الدموية خاصة في القدمين والدماغ والقلب والكليتين والعينين مما جعل مرض السكري السبب الرئيسي الخامس للفشل الكلوي والسبب الرئيسي الثاني للعمى كما أنه يسبب الإصابة المبكرة بالذبحة الصدرية.

11-1-2 الوقاية من الداء السكري غير خاضع للأنسولين:

أ. الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف:

- أكل الفاكهة غير المطبوخة كالتفاح مثلا وخضروات غير المطبوخة كالخيار والطماطم وخس والجزر.

- شرب كل يوم من 6 إلى 8 أكواب من السوائل لمساعدة جسمك على الاستفادة.

- عدم تقشير الفاكهة مثل التفاح والفرسك عند أكلها كذلك أكل بعض الخضروات مع قشورها مثل الخيار.

- أكل الخبز المصنوع مثل الذرة.

ب. الابتعاد عن الأغذية المصنعة والمحفوظة:

المحتوية على نسبة عالية من السكر الأبيض والجلوكوز للتحلية مثل السكاكر، والحلوى، والمياه الغازية وعصير الفواكه المصنع غير الطبيعي، والسبب في ذلك سرعة امتصاص السكر أو الجلوكوز في هذه الأغذية الصناعية مع ارتفاع مستوى سكر الدم، مما يسبب في تنشيط خلايا بيتا البنكرياسية لإفراز الأنسولين، ومع مرور الوقت تصاب هذه الخلايا بالفشل في حامل الوراثة السكرية.

ت. الابتعاد قدر المستطاع عن الأغذية الغنية بالدهون والكوليسترول والدهون

المشبعة:

وذلك نظرا لما تحتويه هذه الأغذية من طاقة حرورية عالية وعلاقة هذه الأغذية بارتفاع مستوى الكوليسترول والدهون في الدم، وما ينجم عن ذلك من خطورة تصلب شرايين القلب وانسدادها (عبد الله أحمد جنيد، 1988، ص126).

ث. الوقاية من البدانة:

وذلك بممارسة النشاط الرياضي على أساس ثابت كل يوم لضمان اللياقة البدنية، فإن الإفراط في الأكل مع الخمول وعدم مزاولة أي نشاط رياضي يؤدي إلى زيادة الوزن، وهذا ما يهيئ للإصابة بالسكري غير خاضع للأنسولين.

ج. الابتعاد قدر المستطاع عن زواج الأقارب:

خاصة عند وجود اصابات عائلية بالسكري غير خاضع للأنسولين كذلك عدم تزواج رجل وامرأة مصابين بالسكري خوفا من انجاب أطفال معرضين لخطر الإصابة، إذ أن مرض السكري وراثي وعائلي (نفس المرجع السابق، ص128).

11-1-3 العلاج الطبي:

أ. العلاج بالأنسولين:

بعد اجراء التحاليل الخاصة بوجود السكر في الدم، يطبق علاج كيميائي عن طريق الأنسولين وهناك عدة أنواع ولكن نوعين شائعي الاستعمال في الأوساط الاستشفائية نجد (actrapidé) مدة فعاليته تتراوح بين (3 و 6 ساعات)، (semi lente) مدة فعاليته تتراوح بين (12 و 16 ساعة) يعمل هذا الأنسولين على ادخال السكر في الخلايا ويؤخذ مرتان في اليوم على الثامنة صباحا وفي الثامنة مساء وحسب العمر (أيمن الحسيني، بدون سنة، ص23).

هذا النوع من العلاج يوصف للنمط الأول أي الخاضع للأنسولين (DID) والبعض القليل من المصابين بالسكري الغير خاضع للأنسولين (DNID)، وهو عبارة عن بروتين تصعب خلايا خاصة في البنكرياس تسمية خلايا (بيتا) في جزر لانجر هانز يعمل على تخفيض أو تعديل كمية السكر في الدم ويستخرج الأنسولين إما من بنكرياس البقر أو من الخنزير، وقد اكتشف الأنسولين لأول مرة سنة 1922م ومن ذلك الحين أنقذت أرواح الآلاف من المصابين بهذا الداء (عبد الله أحمد جنيد، 1988، ص55).

ب. العلاج بالأقراص:

هذه الأقراص تؤخذ عن طريق الفم وتحث البنكرياس على افراز الأنسولين المختزن، ولذا فإن مدى نجاح هذه الأقراص يعتمد على مدى توفر الأنسولين في خلايا البنكرياس، أي ان هذه الأقراص تساعد الجسم على الاستفادة من الأنسولين داخلي المنشأ، وتضمن استمرار حصوله على حاجاته من الأنسولين كما أن الأقراص المنخفضة لسكر الدم تفيد المرضى المصابين حديثا بالسكري غير خاضع للأنسولين خاصة أولئك الذين يصابون بالمرض بعد سن الأربعين.

وعند استعمال الأقراص في المعالجة الدوائية، يجب ملاحظة أمرين:

- الأول: هو أن هناك حد أقصى للجرعة الدوائية.
- الثاني: هو أن الغذاء ذو أهمية بالغة في المرضى المعالجين بالأقراص وذلك من خلال تنظيم الغذاء.

ت. الحمية الغذائية:

نعني بها خطة غذائية صحيحة تلازمه طوال حياته لكي يضمن لنفسه حياة سليمة والتي تحتوي على:

- 55% من الغلوسيدات:

وهي نسبة لا تختلف كثيرا عن احتياجات الشخص العادي والتي تتمثل في الخبز والبطاطا، العجائن الأرز والفواكه وهي مصدر سريع للحصول على الطاقة اللازمة للجسم.

- 15% من البروتينات:

وهي مصدر لمواد البناء اللازمة للجسم ومصدر أبطئ من السكريات لإمداد الجسم بالطاقة.

- 30% من الدهون والشحوم:

وهي أبطأ مصدر اللازمة للجسم، لا تستعمل الدهون مباشرة في تكوين الطاقة ولكنها تختزن في الجسم حيث يفضل استعمال الدهون المحتوية على الأحماض الدهنية المتعددة غير المشبعة (مثل زيت الذرة) والابتعاد قدر المستطاع عن الدهون المحتوية على الأحماض الدهنية المشبعة مثل السمن والزبدة.

- 20 إلى 35% من الألياف:

يعد الطبيب المتابع للمريض هو الوحيد الذي يستطيع تحديد نوع الحمية التي يتبعها مريضه وهذا حسب نمط السكري، السن، الجنس، الوزن، الطول والحركات البدنية التي يقوم بها المريض (عبد الله أحمد جنيد، 1988، ص26).

ث. النشاطات الرياضية:

إن الرياضة البدنية مفيدة لمرضى السكري فهي وسيلة هامة لحرق كمية من السكريات الزائدة، وبالتالي العمل على اخفاض نسبة السكر في الدم من جهة ومن جهة أخرى الحفاظ على الوزن للمصاب بالسكري والرياضات المسموحة كالمشي، السباحة، ركوب الخيل، التنس، السلة، كرة اليد وكرة القدم والجري وهناك رياضات أخرى ممنوعة كالغطس تحت الماء لعدة امتار، تسلق الجبال (نفس المرجع السابق، 1988، ص72).

ج. العلاج النفسي:

يصاحب العلاج الطبي، العلاج النفسي من طرف المعالج والأخصائي النفساني، فالإصابة بالسكري غالبا ما تواجه بالرخص لذا على الطبيب والمختص النفساني تقديم معلومات حول مرضهم وكذا كيفية علاجه، والهدف من ذلك هو جعل المصاب يتقبل مرضه ويتكيف مع العلاج وذلك بتقبله لتعاطي الأنسولين أو الدواء باقتناع بأن البديل الوحيد مع مداومة على مراقبة نسبة السكر في الدم باستمرار، واحترام مقادير المأكولات كل هذا بغاية مساعدة المريض على أن يغير نظرته إلى الحياة، أو يتعايش مع مرضه ويتعامل معه بإيجابية (نفس المرجع السابق، 1988، ص53).

خلاصة الفصل:

من خلال ما سبق يتضح أن مرض السكري من الأمراض السيكوسوماتية المزمنة التي تتطلب ادارة ذاتية حيث أنه يؤثر على القدرات المتعلقة بالصحة الجسمية وكذا النفسية فمرضى السكري يحتاجون يوميا إلى قرارات روتينية ونشاطات سواء داخل البيت أو خارجه وكذلك الدم ومواجهة الضغوط التي تواجههم بطريقة ايجابية وخاصة في ايجاد الحلول لمشاكلهم مع أرواحهم والتي تساعدهم في استمرار علاقاتهم الزوجية.

الفصل الثاني

سمات الشخصية

تمهيد

<p>أولاً: السمات الشخصية.</p> <p>1- السمات.</p> <p>1-1 تعريف السمات.</p> <p>2-1 أنواع السمات.</p> <p>3-1 خصائص السمات.</p> <p>4-1 نظريات السمات.</p> <p>2 - الشخصية.</p> <p>1-2 تعريف الشخصية</p> <p>2-2 أنماط الشخصية</p> <p>3-2 النظريات المفسرة لشخصية</p> <p>4-2 المكونات الشخصية.</p> <p>5-2 مراحل نمو الشخصية.</p> <p>6-2 محددات الشخصية.</p> <p>7-2 طرق قياس الشخصية.</p> <p>ثانياً: الاكتئاب.</p> <p>1- التطور التاريخي لمصطلح الاكتئاب.</p> <p>2- تعريف الاكتئاب.</p> <p>3- أنواع الاكتئاب.</p> <p>4- أسباب الاكتئاب.</p> <p>5- أعراض الاكتئاب.</p> <p>6- تصنيف الاكتئاب.</p> <p>7- الاتجاهات النظرية المفسرة للاكتئاب.</p> <p>8- علاج الاكتئاب.</p>	<p>ثالثاً: الشخصية الإجتماعية الإيجابية:</p> <p>1- تعريف الشخصية الإيجابية.</p> <p>2- صفات الشخصية الإيجابية.</p> <p>3- تأثير الشخصية الإيجابية على الآخرين.</p> <p>رابعاً: الشخصية العصبية:</p> <p>1- تعريف الشخصية العصبية.</p> <p>2- صفات الشخصية العصبية.</p> <p>3- أسباب الشخصية العصبية.</p>
---	--

خلاصة الفصل.

تمهيد:

تعتبر سمات الشخصية من أهم الموضوعات التي تناولها علم النفس في الدراسة والبحث الأساسي التي تدور حوله الدراسات العديدة، ويعتبر من أكثر المفاهيم تعقيدا فهو يشمل كافة الصفات والخصائص الجسمية والعقلية والوجدانية لتفاعلها وتكاملها لدى الفرد الذي يتفاعل مع العالم المحيط به، والسمات الشخصية ليس ثبوتها مطلقا وإنما يحتويها التغيير والتطور والنمو ولذلك لا تتمتع الا بالثبات النسبي، وهذه الأخيرة تعمل على ظهور بعض السمات المرضية التي تتمثل في الاكتئاب.

وفي هذا الفصل من الدراسة سوف نتحدث على تعريف السمات، أنواعها، خصائصها... الخ ثم نتطرق بعد ذلك الى تعريف الشخصية، انماطها، النظريات المفسرة لشخصية، وأخيرا نتحدث عن سمة الاكتئاب .

أولاً: السمات الشخصية.

1- السمات:

1-1 تعريف السمات:

أ- لغة: في السكينة والوقار والهيئة.

ب- اصطلاحاً: هناك العديد من علماء النفس قدموا تعريفات للسمة واختلفت التعريفات لاختلاف نظرتهم، حيث عرفت السمة عند مجموعة منهم على النحو التالي:

• **تعريف كاتل (Cattel):** السمة مجموعة ردود الأفعال والاستجابات ان يربطها نوع من الوحدة التي تسمح لهذه الاستجابات ان توضع تحت اسم واحد ومعالجتها بنفس الطريقة في معظم الأحوال (عبد المنعم الميلادي، 2006، ص 35).

• **تعريف فوزي محمد جبل:** السمة هي الصفة او عدة صفات فطرية او مكتسبة تشكل مجموعها شخصية الفرد، وتميزه عن غيره، تظهر هذه الصفات من خلال سلوك الفرد واستجاباته من تعرضه لمواقف اجتماعية معينة وهذا يختلف من فرد الى اخر في ذات الموقف مما يجعلها تتميز بين الافراد (فوزي محمد جبل، 2000، ص 302).

• **تعريف البورت (Allport):** عرف السمة بانها هي الوحدة الطبيعية لوصف شخصية، ان السمات طبقاً لألبورت هي البناءات الداخلية الموجهة لسلوك الفرد بشيء من الثبات والخاصية، ولكن متواضعة بحيث تتجمع لاحداث الاثار السلوكية (محمد حسن غانم، 2000، ص 19).

• **تعريف برافين:** السمة هي استعداد لإصدار السلوك بطريقة معينة والذي يميز سلوك الشخص عن مدى واسع من المواقف (أ.برافين، 2010، ص 164).

• **تعريف جيلفورد (Guil Ford):** السمة هي أي جانب يمكن تمييزه وذو دوام نسبي وعلى أساسه يختلف الفرد عن غيره (محمد حسن علاوي، 1983، ص 290).

• **تعريف عبد الخالق:** السمة هي خصلة أو خاصية أو صفة ذات دوام نسبي، يمكن ان يختلف فيها الافراد فتميز بعضهم عن بعض أي هناك فروق فردية فيها، وقد تكون وراثية او مكتسبة، ويمكن ان تكون كذلك جسمية او معرفية او انفعالية او متعلقة بمواقف اجتماعية (عبد الخالق، 1994، ص 67).

وانطلاقا مما سبق من التعاريف يمكن تحديد تعريف السمة كما يلي: (... مجموع الاستعدادات الفطرية او المكتسبة تشير الى نزاعات للفعل والاستجابة بطرق معينة، اي انها تتضمن قدرا من احتمال سلوك الشخص بطرق معينة، فوجود سمة القلق مثلا لا يتضمن بالضرورة ان الشخص سوف يكون قلقا دائما لكن لديه فقط استعدادا بالقلق في مواقف معينة).

1-2 أنواع السمات الشخصية:

تختلف السمات وتتنوع حسب الجوانب التي تكون منها الشخصية:

أ- **السمات الجسدية:** وهذه السمات يغلب عليها طابع العضوي وليس الطابع النفسي وهي تتمثل في الطوا والوزن والشكل وجوانب أخرى في الشخصية، التي تعطي مفهوم الفرد عن ذاته.

ب- **السمات الفيزيولوجية:** وتتعلق بالسلوك الداخلي لأعضاء الجسم الحيوية مثل: مثل درجة حرارة الجسم، نشاط الغدة الدرقية... الخ وترجع أهمية هذه السمات التي أيضا تؤثر في الجوانب النفسية وتتأثر بها (غباري، 2010، ص 279).

ت- **السمات العقلية:** نقصد بها كل الوظائف العقلية، والقدرات العقلية، والعمليات العقلية العليا كالذكاء، والتخيل.

ث- **السمات الانفعالية:** نقصد بها السمات التي تتضمن أساليب النشاط المتعلقة بالانفعالات المختلفة وتفاعلها وعلاقتها الاجتماعية (صفيان، 2004، ص 58).

1-3 خصائص السمات :

- تتمثل خصائص السمات كما يذكرها علي محسن فيما يلي :
- السمة تكوين فرضي لا يمكن ملاحظته مباشرة، وانما تستدل عليه من خلال تكرار السلوك بطريقة واحدة.
- السمة ذات ثبات نسبي، ومن الممكن تعديلها وتغييرها في ظل شروط معينة.
- السمة قوة دافعية وهي تعمل بأسلوب ديناميكي متفاعل ما يؤكد دورها كدوافع للسلوك.
- يمكن تعديل السمات بالتعليم
- السمة متصل كمي قابل التدرج، تحدد تدريجيا او احصائيا، فالفروق الفردية بين الافراد على سمة معينة هي فروق في الدرجة اكثر منها فروق في النوع.
- السمات أحادية القطب (-)(-) وثنائية القطب (+) (-) فالسمات مترابطة ببعضها البعض (محسن فايد، 2007، ص 25).

1-4 نظريات السمات :

تتسع شخصية الفرد بالثبات النسبي والعمومية والاستقرار اتجاه المواقف المتشابهة، فالشخص الواحد قد يسلك سلوكا متشابها في المواقف المتشابهة، وتقوم هذه النظريات على ما يمتلكه الافراد من سمات، فهي تعتمد على تصنيف الافراد وفقا لدرجة توفر بعض السمات لديهم، كالذكاء، مستوى الطموح والميل الى الاعتداء وغيرها.

1-4-1 نظرية ألبورت (Allport):

يعد البورت من السيكولوجيين الأمريكيين الأوائل الواضعين لمفهوم السمات، وهو يؤكد على ان السمات هي خصائص نفسية وعصبية تحدد كيفية السلوك لذلك فالسمة شيء موجود بالفعل الا اننا لا نستطيع رؤيتها، وانما نستدل على وجودها فعلا من خلال ملاحظتها للأنماط السلوكية الثابتة لدي الفرد في مواقف عدة مما يمكننا من قياسها كميًا.

ويرى البورت انه بإمكاننا ان تصنف السمات الى ثلاث أنواع وذلك على درجة تحديدها للسلوك وهي:

أ - السمات الاصلية او الرئيسية: وهي السمة المسيطرة على غالبية النشاطات الفرد او سلوكه، حتى انه يمكن للفرد ان يعرف بها، ويصبح مشهورا من خلالها، مثل الشخصية الهيستيرية والانطوائية والاستقلالية.

ب - السمات المركزية: يمكن من خلالها وصف شخصيات الافراد والتنبؤ بسلوكهم، كون هذه السمات اكثر تحديدا لسلوك الفرد واكثر شيوعا بين الافراد، ويمكن استنتاجها وقياسها بسهولة وهي تعطي الفرد طابعا خاص، وتدفعه للتصرف على نحو معين.

ج- السمات الثانوية: حسب البورت فان تأثير هذه السمات في شخصية الفرد يكون ضعيفا، لذلك فهي تعد اقل أنواع السمات من حيث الأهمية، فهي تعد هاشمة او ضعيفة فيما يخص تحديد سلوك الفرد والتنبؤ به، حتى ان البورت يميل الى تسمية هذه السمات بالاتجاهات.

ويصنف البورت السمات حسب عمومتها وفرديتها الى نوعين هما:

- سمات خاصة او فردية: وهي سمات حقيقية يمتلكها الفرد، وهي ليست ما يمكن ان نتوصل اليها من خلال المتوسطات او الدرجة الشائعة لدى الافراد، وانما هي (استعدادات شخصية) تظهر على شكل سلوك فريد، يتميز به الفرد من غيره.
- سمات عامة او مشتركة: وهي سمات افتراضية قابلة القياس من البناء النفسي، وقد تكون هذه السمات شائعة بين عدد كبير من الافراد، وفي حضارات متعددة، لكنها توجد بدرجات متفاوتة بينهم لان الفارق فيها كميا، وليس نوعيا، لذلك فإنها ذات توزيع اعتدالي عندما تقاس عند عدد كبير من الافراد (صائب المعاضيدي،

2014، ص 17، 18) .

1-4-2 نظرية ريموند كاتل (Raymond Cattel) :

يعد كاتل من الأوائل الذين أعطوا أهمية كبيرة لمفهوم السمات فهو يعتبرها جوهر السلوك الإنساني وتشكل حسب نظريته وحدة بناء الشخصية، كما ابدى اهتمامها خاص للعلاقات بين السمة والمتغيرات النفسية الأخرى دون اهمالها للمصاحبة الفيزيائية والفيسيولوجية التي تكمن وراء السلوك، وقد استهدف كاتل في نظريته حل المشكلات التي اعترضت البورت وحدت من قيمتها (عبد الكريم علي البدرى 2017، ص 59).

وفي دراسة للشخصية فقد اعتمد كاتل استعمال وسائل إحصائية متقدمة (التحليل العاملي)، من خلال هذه الوسائل الإحصائية تكمن من تحديد مجموعة كبيرة من العوامل او السمات المستقلة والتي يمكن عن طريقها وصف الشخصية في بعادها المختلفة (صائب المعاضدي، 2014، ص 19).

وقد وصف كاتل السمات بعدة طرق منها: (عبد الكريم علي البدر، 2017، ص 60)

• من حيث الشمولية:

- سمات سطحية.
- سمات مصدرية.

• من حيث العمومية:

- سمات عامة.
- سمات فريدة.

• من حيث النوعية:

- سمات القدرة.
- سمات دينامية.
- سمات مزاجية.

صنف كاتل السمات على أساس مستواها من السطح إلى العمق، وهي :

● **السمات السطحية:** تعد من خصائص الشخصية وذلك لارتباط بعضها بعضاً، لكنها رغم ذلك لا تكون عاملاً، كونها تحدد بمصدر واحد، فالسمات السطحية هي سمات يعكسها الفرد بأنماط ونماذج ثابتة في السلوك، مثل حب الاستطلاع، والفضول، والإيثار، والدافعية.

● **السمات المصدرية:** تمثل السمات الأعمق في شخصية الفرد والعناصر الأساسية للشخصية، وهي تنقسم بدورها إلى قسمين:

◀ **سمات تكوينية:** تعني بالبناء الجسمي للشخص، وليس ضرورياً أن تكون فطرية، بعضها تأتي من مصادر وراثية تتعلق بنمط معين من الإفرازات الغددية.

◀ **سمات بنائية:** هذه السمات تتأثر بكل من العوامل الاجتماعية والطبيعية في البيئة، وبالتالي يكون للتنشئة الاجتماعية أثر في تكوينها.

قد صنف كاتل السمات على أساس عدد الذين يمتلكونها إلى :

● **سمات تفرديّة:** وتبرز في مجالات الاهتمامات والاتجاهات، وهي سمات تكون خاصة بالفرد فلا يعيها كاتل الاهتمام، ومن أمثلة هذه السمات شخص يتلذذ بالمشي حافي القدمين.

● **سمات مشتركة:** تكون موجودة لدى الأفراد الذين يشتركون في فترات اجتماعية معينة، ومن أمثلة هذه السمات الذكاء والقرارات العقلية فهي سمات مشتركة بدرجات متباينة بين الأفراد.

ويرى كاتل أيضاً أنه يمكن تصنيف السمات على أساس تميزها إلى سمات (القدرة، المزاج والحركية).

● **سمات القدرة:** والتي تحدد كفاءة الفرد في العمل نحو هدف معين .

• **سمات المزاج:** والتي تحدد الأسلوب العام والانفعالات الشخصية وتتعلق بجوانب تكوينية للاستجابة.

• **سمات ديناميكية حركية:** تتعلق بالدافعية والاهتمامات وتتضمن عوامل على سبيل المثال الطموح والاهتمام والهدف، واكتساب المعرفة والممتلكات المادية ويؤكد نظام كاتل على هذا النوع من السمات (صائب المعاضيدي، 2014، ص 20.19).

1-4-3 نظرية ايزنك (Eysenk):

يرى ايزنك في (2002) أن التطور العلمي في البحث النفسي، مرهون إلى حد بعيد باعتماد وحدة أساسية تنطلق منها الدراسات النفسية وتتمحور حولها، ولقد حاول ايزنك في دراساته الكثيرة، تبيان إمكانية بناء سلسلة نسبية متكاملة بسلوك الإنساني اعتماداً على مفهوم الشخصية حين تبدأ هذه السلسلة بالفروق الوراثية والبنية، وتنتهي بالفروق الفردية من حيث التعلم والتذكر والإدراك، والسلوك الاجتماعي ومن الواضح أن مصطلح الشخصية يتسم بالعمومية بحيث يبدو غير قابل للمعالجة العلمية، لذلك نحا ايزنك نحو ألبورت وكاتل واستخدم إجراءات التحليل العاملي في الكثير من بعد (الانطواء-الانبساط) وبعد (التزام - الانفعال) وإمكانية تحديد أنماط الشخصية الأربعة بتقاطع هذين البعدين المتصلين عمودياً ولا تعني هذه البنية أن كل شخص يجب ان يكون إما منبسطة وإما منطوية بل تعني فقط أنه باستطاعته أن يجد لنفسه موقعا على بعدي الانطواء - الانبساط وموقعا آخر على بعدي الالتزام - الانفعال، ونتيجة لتقاطع موقعه على هذين البعدين المتصلين يتحدد نمط الشخص ويكون إما: (علي الغامدي، 2014، ص 13-14-15).

- انبساطي انفعالي.

- انبساطي ملتزم.

- انطوائي انفعالي.

- انطوائي ملتزم.

ومن ايجابيات هذه النظرية أنها تمدنا بسمات قابلة للقياس والتقدير الكمي لذلك ترتفع درجة الدقة فيما يخص مقارنة الأفراد لبعضهم البعض، إضافة إلى قيمتها العلمية في التوجيه والاختبار المهني والتعليمي، غير أن الدرجات التي تعطيها هذه الاختبارات لعدد من السمات تعتبر غير كافية لوصف الشخصية لأن تجزئة السلوك إلى سمات متفرقة يجعل من الصعوبة ترتيب السمات بشكل يمكن من خلاله وصف سلوك الفرد والتعبير عن شخصيته.

2- الشخصية:

1-2 تعريف الشخصية:

أ- لغة: اشتقت كلمة "شخصية" من اللغة العربية من "شخص"، جماعة شخص الإنسان وغيره، وهو كل جسم له ارتفاع وظهور والمراد به إثبات الذات فاستعير لها لفظ "الشخص" وقد ورد في معجم الوسيط وهو معجم حديث أن للشخصية صفات تميز الشخص من غيره، ويقال فلان ذو شخصية قوية، ذو صفات متميزة وإرادة وكيان مستقل وهذا استخدام حديث (محمد عبد الخالق 1996، ص 19).

أما في اللغات الأوروبية فإن كلمة Personality في لفظة مشتقة من لفظة برسونا persona ومعناها القناع، وهذه الكلمة بدورها مركبة من لفظتين، بير وسوناري-Per-sonare ومعناها عبر او عن طريق الصوت (شاكرا مجيد 2015، ص 19).

ب- اصطلاحاً: عرف ألبورت Allport الشخصية بأنها التنظيم الدياني في الفرد لتلك الأجهزة الجسمية النفسية التي تحدد مطابقة الفرد والتوافق مع بيئته.

أما شيلدون Sheldon فقد ذهب إلى القول، وجود ثلاثة أنماط أساسية من التكوين الجسمي، النمط الداخلي، التركيب (الحشوي)، والنمط المتوسط التركيب (العظمي) والنمط الخارجي التركيب (الجلدي) (شاكرا مجيد، 2015، ص 20).

ويرى كاتل Cattell في تعريفه لمفهوم الشخصية على القيمة التنبؤية، فيذهب إلى أن الشخصية على ما يمكن التنبؤ بما سيفعله الشخص عندما يوضع في موقف معين، فالشخصية تختص بكل سلوك يصدر عن الفرد سواء كان ظاهرا أو خفيا (عبد الواحد إبراهيم، 2014، ص 16).

ويعرف إيزنك Aysenek الشخصية على أنها التنظيم الثابت المستمر نسبيا، خلق الشخص ومزاجه وعقله وجسده. وهذا التنظيم هو الذي يحدد تكيفه الفريد مع محيطه (شاكر مجيد 2015، ص 21).

ومن خلال التعاريف التي تم عرضها يمكننا تعريف الشخصية بأنها نظام ديناميكي متكامل من الخصائص والسمات الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية التي تجعل الفرد مميزا عن غيره من الأفراد وتمكننا من التنبؤ بسلوكه في موقف معين خلال تعامله وتفاعله مع البيئة المحيطة به .

2-2 أنماط الشخصية: Personality types

كان ويزال من المؤلف وصف الشخص، كأن يشبه بالمجرمين أو عكس ذلك من خلال ملامح وجهه، أو ينظر إليه حسب خصائصه البدنية التي تحكم من خلالها على سلوك ونمط شخصية الفرد طبقا لما متعارف عليه حسب الاعتقاد السائد. فمثلا يرى أن الشخص قصير القامة يتسم بالدهاء والطويل بالسذاجة، وجرى محاولة تصنيف الإنسان من خلال سماته الجسمية كالبنية والطول وشكل الجمجمة وغيرها من الصفات الخارجية للإنسان وقسموا الناس بموجبها إلى أنماط معينة، حيث أن النمط هو عبارة عن مجموعة من السمات تجتمع لدى الفرد (Eysenck Wilson, 975 p 22).

ومن أقدم نظريات الأنماط هي نظرية الفيلسوف اليوناني هايبيوكراتس hypocrats (400 ق.م) الذي قسم الناس بموجبها إلى أربعة أنماط تقابل الأمزجة المعروفة والتي تقابل

بدورها العناصر الأربعة الموجودة في الكون: الهواء، التراب، النار والماء، وهذه الأمزجة الأربعة هي:

- المزاج الصفراوي: ويتسم بقوة البنية والعنف.
- المزاج الدموي: ويتسم بالتفاؤل والمرح.
- لمزاج السوداوي: الذي يكون متشائماً يميل إلى الاكتئاب والقلق
- المزاج البلغمي: الذي يميل إلى الخمول والبلادة.

وقسم فرويد الشخصية على أساس مراحل تطور الغريزة الجنسية إلى ثلاثة أنماط :

- الشخصية الفمية: ويغلب التشاؤم والحنين إلى مرحلة الحضانة.
- الشخصية الشرجية: ويتميز بحب النظافة والنظام.
- الشخصية القضيبية: التي تتميز بالفرحة والطموح (عامود، 2001، ص 459).

ويقسم يونك الإنسان إلى نمطين رئيسين للشخصية وهما:

- النمط الانطوائي Introversion

- النمط الانبساطي Extroversion

فالإنسان المنطوي هو الإنسان الغير الاجتماعي الذي يميل إلى الانعزال والانفراد،

والإنسان المنبسط يرغب في الاختلاط ومعاشرة الآخرين (Crow 1968 p 164).

وتبنى ارنست كرتشمير E.kretschmer (1888-1924) فكرة العوامل الجسمية

وأثرها في تكوين الشخصية، ويرى أن التكوينات الجسمية للناس تنحصر في أربعة أنماط :

- النمط الهزيل ويتميز بطول القامة والنحافة.
- النمط البدين أو السمين الممتلئ بدنياً مع قلة العضلات .
- النمط الرياضي العضلي القوي .
- النمط المختلط ذو خصائص غير عادية (Crow, 1968 p161)

بينما لاحظ وليم شيلدون (w.sheldon)(1898-1977) وجود ثلاثة أبعاد جسمية وقسم الناس إلى ثلاثة أنماط وفقا لهذه الأبعاد وأمزجتهم وتقابلها سمات تنقسم إلى:

• **النمط الهضمي:** ويقابله المزاج الحشوي ويتميز بالسمنة وهمه إشباع حاجاته الأساسية.

• **النمط العضلي:** ويقابله المزاج الجسدي ويتميز بعضلات بارزة والحيوية والنشاط .

• **المزاج العصبي:** ويقابله المزاج الدماغي ويتميز بجسم نحيل ويتصف بالجدية والذكاء والخوف والقلق والعزلة (Wight et Al 1970, p 518) .

وتوصل إدوارد سبرانكر (Eduard Stranger 1923-1982) من خلال دراسته لتاريخ بعض الشخصيات وملاحظته لسلوك الأفراد إلى تصنيف الناس على أساس القيم السائدة في الشخصية إلى ستة أنماط مختلفة (الوقفى، 1998، ص 589).

ويمثل كل نمط نموذجا معيناً من الشخصية وهذه الأنماط هي: النمط النظري - النمط الاقتصادي - النمط الجمالي - النمط الاجتماعي - النمط السياسي وأخيراً النمط الديني. (وحيد، 2001، ص 74)

أما تورنر وكريكو Turner Greco فاعتقدتا بتصنيف شخصية الإنسان حسب التقسيم الثقافي الجغرافي للبشر وأطلقتا على ذلك "بوصلة الشخصية Personality Compass" إلى أربعة أنماط ويتميز كل نمط بصفات خاصة يقل وجودها في الأنماط الأخرى وهذه الأنماط هي: طبيعة الشرق - طبيعة الغرب - طبيعة الشمال وطبيعة الجنوب، وتؤكدان بأن لدى كل فرد بعض المميزات من كل أنماط الطبيعة الأربعة لكن إحدى الطبائع تكون طاغية على جوهر الشخصية أكثر من البقية (Turnor Greco, 1998, p19).

إن أكثر أدبيات علم النفس في مجال الشخصية تختزل الأساليب التي تناولت الشخصية بالوصف والتقويم، وترتكز على نظريتي الأنماط والسمات، وإن العديد من نظريات

الشخصية التي تفسر سلوك الأفراد تتدرج ضمن مجال الأنماط وتقابلها ما تتدرج ضمن مجال الأنماط وتقابلها ما تتدرج ضمن مجال السمات (Eysenck, 1972, p53).

وما يجمع بين نظريات الأنماط هو المدخل التركيبي للشخصية ومحاولة تقسيم الناس إلى فئات تتميز كل واحدة منها بعدد من الخصائص أو السمات التي تؤلف مجتمعة نمط معيناً، بينما تشترك نظريات السمات في المدخل التحليلي للشخصية وتوضع قائمة بالسمات التي تتكون منها الشخصية (عامود، 2001، ص 559).

2-3 النظريات المفسرة للشخصية:

هناك العديد من التصورات النظرية لوصف الشخصية، وتحتوي النظرية كما يرى علماء النفس على مجموعة من الافتراضات المناسبة تترايط مع بعضها البعض بطريقة منظمة، لتصف البنيان العام للشخصية التي تدل على فردية الشخص وتميزه في السلوك. ومن هذه النظرية نجد :

2-3-1 نظرية الأنماط :

يطلق عليها أيضاً (أسماء السمات) يصنف الفرد باعتباره ينتمي إلى نمط ما حسب مجموعة السمات التي يكشف عنها، فإذا شارك جماعة كبيرة من الأفراد الآخرين في مجموعة سمات (تشكل نمطاً)، فإنه ينتمي هو وأفراد هذه الجماعة إلى ذلك النمط، وتصنف الشخصية على حسب الأنماط إلى الجسدية، الفسيولوجية والسلوكية (عليبي الغامدي، 2014، ص 13،14،15).

2-3-2 نظرية التحليل النفسي لفرويد:

تتاول فرويد بناءات الشخصية، حيث تحدث على البناءات من حيث أساس تكوينها ووظائفها وتشمل: الهو، الأنا، الأنا الأعلى، ثم تحدث عنها وعن محتواها من حيث مدى ارتباطها بالوعي، فقسمها إلى: الشعور، ما قبل الشعور وأخيراً اللاشعور.

أ- بناءات الشخصية وفقا لأساس تكوينها ووظائفها :

• **الهو:** وهو النظام الأصلي للشخصية وهو أكثر قوى الشخصية بدائية وهمجية، ويتكون من كل ما هو موروث سيكولوجيا بما في ذلك الغرائز، ومبدأه هو السعي للحصول على الإشباع الفوري فلا تأجيل لدوافعه وحاجياته وهدفه الأساسي الحصول على اللذة، ويتم ذلك من خلال عمليتين هما:

- **الفعل المنعكس:** وهو إرجاع ولادية تؤدي إلى خفض التوتر.

- **العمليات الأولية:** وهي إرجاع سيكولوجية تخفض التوتر لتكوين صورة الموضوع، والخوف لصيق بالإنسان لا يمكن تغييره ولا يتأثر بالخبرة أو التجربة.

• **الأنا:** وهو جزء من الهو انفصل عنه بفعل احتكاكه بالعالم الخارجي ومبدأه الذي يعمل من خلاله هو الواقع، ويؤجل الإشباع الغريزي حتى يتوفر الوقت والظروف الملائمة.

• **الأنا الأعلى:** وهو ذلك الجزء من الشخصية الذي يتكون في الطفولة المبكرة من خلال التعليم السلوكية التي يلقاها الطفل من والديه.

وفي ما سماه فرويد بدينامية الشخصية ويوضح كيفية عمل الهو والأنا والأنا الأعلى وتفاعلها مع بعضها البعض ومع البيئة من خلال توضيح النقاط التالية:

• **الطاقة:** تأثر فرويد بمبدأ الحتمية الوضعية الذي وصف الكائن البشري كنظام معقد من الطاقة وهذه الطاقة لا تفقد ولكن يمكن تحويلها من صورة لأخرى وهو المحرك الأساسي لأداء العمل، وإذا كانت هذه الطاقة مرتبطة بأنشطة سيكولوجية كال تفكير والإدراك والتذكر سميت طاقة نفسية يمكن أن تتحول إلى طاقة فسيولوجية لأداء الأعمال.

• **الغريزة:** لقد رأى فرويد أن النشاط الإنساني كله يتحدد بالغريزة. وقد يكون تأثيرها على السلوك ملتويا ومعقدا وقد يكون مباشرا ونافرا، وافترض فرويد أنه من الممكن

إدراج الغريزة تحت فئتين هما: غرائز الحياة وغرائز الموت. حيث تخدم غرائز الحياة غرض الحفاظ على حياة الفرد وتكاثر الجنس، ويندرج تحت هذه الفئة الجوع والعطش والجنس، أما غرائز الموت هي غرائز التدمير فتقوم بعملها ومن المشتقات الهامة لها الباعث العدوانى.

ب- مستوى الوعي والخبرة وعلاقتها ببناء الشخصية:

يقسم فرويد الخبرات وفق ثلاثة أبنية من حيث درجة الوعي بها، ترتبط بها البناءات السابقة الذكر إلى درجة كبيرة وهي:

- **الشعور:** ويمثل الجزء الواعى من العقل ويشمل الجزء الأكبر من الأنا (العمليات العقلية الواعية)، فيما عدى ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية.
- **ما قبل الشعور:** ويحوي تلك الخبرات التي لا تكون في مركز الوعي إلا أنه يمكن استرجاعها بشيء من الجهد وأيضا الخبرات في طريقها إلى الكبت.
- **اللاشعور:** هذا الجزء الأهم من وجهة نظر فرويد، حيث يمثل الجزء الأعمق من العقل والبعيد عن الوعي، حيث تكون محتوياته لاشعورية وعادة ما ترتبط برغبات الأحداث الماضية، والتي ترتبط عادة بالمركبات الاوديبية المرتبطة بالجنس والعدوان، التي حولت عن طريق ميكانيزم الكبت من حيز الوعي إلى حيز اللاوعي أي اللاشعور، ولعل من أهم ما قدمه فرويد في هذا المجال هو تفسيره عن ديناميكية وفعالية الشعور والتي تظهر في ميكانيزمات الدفاع التي تبدأ بميكانيزم الكبت، ثم مجموعة من ميكانيزمات الأنا اللاشعوري التعويضية، مثل الإسقاط، التبرير، الإعلاء وغيرها التي تعمل على ضمان إستمرارية عملية كبت الخبرات المؤلمة أو غير المقبولة، مع تحقيق نوع من التوازن الناتج عن خفض منسوب القلق، كما تظهر هذه الديناميكية في عمل بعض الأجهزة التي افترضها فرويد كجهاز مراقبة الأحلام.

والذي يعمل من خلال ميكانيزماته الخاصة على تشويه الأحلام لضمان بقاء الخبرات المؤلمة في حيز الشعور (عليان ، 2015).

2-3-3 نظرية التعليم الاجتماعي Social Learning Theory:

وتقوم هذه النظرية على فلسفة اكتساب السلوك المطلوب للمتعلمين من خلال إطار اجتماعي وذلك لأن هذه النظرية ترى أن مثل هذه السلوكيات تكون أسهل في اكتسابها من السلوكيات التي تتوافق مع قيم وعادات وتقاليد المجتمع. (Parcel Baranowski, 1981 p.14, 18)

حيث يشير "باندورا" "Bandura" احد مؤسسي نظرية التعلم الاجتماعي إلى أن السلوك لا ينتج عن القوة الداخلية في الإنسان وحدها، ولا عن المؤثرات البيئية وحدها، وإنما ينتج عن التفاعل المعقد بين القوى الداخلية والمؤثرات البيئية، وتقوم هذه العمليات الداخلية على خبرات الفرد السابقة، حيث سلم باندورا بالقيمة التبادلية، أي وجود تفاعل وتأثير بين البيئة والسلوك والشخص، وفي إطار هذا التصور تشير (فعالية الذات) إلى أهمية عامل الشخص ولهذا العامل أثر قوي وهوليس المحدد الوحيد للسلوك، وإنما يرتبط بالبيئة وبالسلوك السابق وبالمتغيرات الأخرى للشخصية، ويقصد باندورا (بفعالية الذات): توقع الفرد بأنه قادرا على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوب فيها في موقف معين، أي ثقة الفرد في قدرته على أداء سلوك معين، نقلا عن مراحل التعلم الاجتماعي (جابر عبد الحميد، 1990 ص42، 43).

كما يقترح "باندورا" ثلاثة أساليب للتعلم بالملاحظة التي تتمثل في ما يلي:

- تعلم سلوكيات جديدة: حيث أن التمثيلات الصورية والرمزية المتوفرة عبر الكتب والسينما والتلفزيون والحكايات الشعبية والأفلام تشكل مصادر رمزية للنماذج وتقوم بوظيفة النموذج الحي، حيث يقوم المتعلم بتقليدها بعد ملاحظتها والتأثر بها.

- الكف والتحرر: قد يؤدي ملاحظة السلوكيات التي تميزت بالعقاب إلى تجنب أدائها.
- التسهيل: بمعنى أن التسهيل يتناول الاستجابات المتعلمة غير المكفوفة والمقيدة والتي ينحدر حدوثها بسبب النسيان والترك، أما تحرير السلوك يتناول الاستجابات المكفوفة التي ترفضها البيئة أو تنتظر إليها على أنها سلوك سلبي (محمد الشيخ، 2016، ص 774).

2-4 مكونات الشخصية:

يمكن تقسيم الشخصية إلى أربعة مكونات أساسية تشمل على عوامل ووظائف، وأنشطة، وغيرها من العوامل التي تغطي أجزاء الشخصية وفيما يلي عرض لهذه المكونات وهي :

- المكونات الجسمية: يقصد بها العوامل التي تتعلق بالنمو الجسمي العام، والحالة الصحية العامة، بمعنى آخر يشمل النمو الجسمي الطول، والوزن، واتساق الأعضاء، وحالة الغدد وإفرازاتها، وتطور الأعضاء الأساسية في الجسم.
- المكونات العقلية المعرفية: يقصد بها الوظائف العقلية العليا كالذكاء العام والقدرات الخاصة التي يتمتع بها الإنسان، وعمليات الذاكرة، وما يتعلق بها .
- المكونات الانفعالية: يقصد بها كل ما يتعلق بالنشاط الانفعالي والنزوعي كالميل إلى الانطواء أو الميل للانبساط أو الميل إلى السيطرة (الحسين، 2002، ص 94).

2-5 مراحل نمو الشخصية:

تتكون نمو الشخصية من ثلاث مراحل وهي:

أ. النمو الجسمي:

إن عملية بناء وتكوين الشخصية هي عملية متطورة وتنمو باستمرار تبعا لعوامل بيولوجية وفسولوجية، وتمر بمراحل متداخلة، لكل منها متطلباتها وخصائصها.

مرحلة الطفولة تمتد من حيث البناء والنمو والتكوين والتطور خلال اثنتي عشر سنة، يسير فيه النمو الجسمي نحو الزيادة والاكتمال، بدءاً من تكوين الجنين إلى مرحلة الطفولة المتأخرة، ثم تأتي مرحلة المراهقة التي تشمل حركة النمو فيها الجانب البنائي والوظيفي حيث الاكتمال بدءاً من المراهقة المبكرة إلى المراهقة المتأخرة، وتمتد هذه المدة حوالي ثماني سنوات. ثم تأتي بعد ذلك مرحلة الرشد التي تبدو فيها حركة البناء والتكوين الوظيفي بطيئة السرعة، وتبدأ بمرحلة الرشد المبكرة وتنتهي بمرحلة الرشد المتأخرة والتي تنتهي في الخامسة والستين. وأخيراً مرحلة الشيخوخة تكون على الأغلب في الخامسة والستين إذ تنقص الوظائف الحسية والقدرات الجسمي (الداهري، 1999، ص 26).

ب. النمو النفسي والجنسي:

يتطور النمو النفسي والجنسي في مراحل مرتبطة بالحاجات الفسيولوجية والنفسية للفرد، ويعبر عنه فرويد من خلال وجود مناطق طبقية في جسم الإنسان، ومن جهة نظر مدرسة التحليل النفسي يمر النمو النفسي والجنسي بالمراحل التالية:

- **المرحلة الفمية:** وتبدأ من الولادة إلى سنة، ويطلق عليها بالمرحلة الفمية نسبة إلى النشاط الفمي المتمثل في (الامتصاص، الابتلاع والعض... الخ)، الذي يشكل المصدر الأول والأساسي للتعبير الانفصالي عن حالات الإشباع بالتوتر والاضطراب وأحياناً المرض (الداهري 1999، ص 27).
- **المرحلة الشرجية:** وهي مرحلة وظيفية، لها علاقة بالتدريب على عملية الإخراج أو البراز، لذلك تختلف هذه المرحلة من طفل لآخر حسب النظام أو الطريق الذي يلجأ إليه الوالدين في تدريب أطفالهم على استعمالها (خوري، غير مؤرخ، ص 40-41).
- **المرحلة الأديبية:** هي المرحلة التي يتعرض فيها الطفل إلى نوع من الصراعات نتيجة نحو إدراكه للفروق الجنسية، ويتحول اهتمامه إلى أعضائه الجنسية، ويسعى إلى

تملك أمه حتى يصل إلى حد الغيرة على الأم من اقتراب الأب إليها. وبالنسبة للبنات تتحول إلى الأب وترتبط به كثير (الداهري 1999، ص 29).

ت. النمو المعرفي والاجتماعي:

يبدأ الطفل التعلم عن طريق تفاعل أفعاله الانعكاسية مع البيئة الاجتماعية والفيزيقية، وتتراكم وتنمو معرفته تدريجياً بفعل التناقص بين قدراته الحالية وإمكاناته التجريبية. ويحصل القسط الأكبر من التعلم المبكر للطفل من خلال علاقته بأمه، إذ لمحاولتها ضبط سلوكه آثار تكوينية مهمة على شخصيته. ومع تعلم الطفل التكيف مع متطلبات البيئة وضغوط البيئة وضغوط البشر الآخرين المحيطين به، يبدأ تطوير سيطرته الذاتية على ردود فعله وحاجاته وهكذا تبدأ العمليات الأولية للطفل (الداهري، 1999، ص 26).

بعد تناول كل هذه المراحل التي يمر بها الإنسان نستنتج أن لكل مرحلة خصائصها ومميزاتها وأن هناك تكامل بين هذه المراحل.

2-6 محددات الشخصية:

والمقصود بالمحددات هو مجموع التغيرات أو المنظومات الأكثر حسماً في تحديد الشخصية ونحوها وتنقسم المحددات المنظومة البنائية والمنظومة الاجتماعية على النحو التالي:

أ. المنظومة البنائية:

وهي تركيب الإنسان من الناحية الجسمية وهي كما حدده ريتشارد لازاروس في كتابه ووضع محددات الشخصية منها العوامل البيولوجية لان الإنسان كائن حي مكون من العديد من المواد البيوكيميائية وأنه يخضع للقوانين البيولوجية، وأن شخصية الإنسان عامة لا يمكن فهمها فهما صحيحاً دون إدراك التفاصيل البيولوجية وهناك أساسيات في سلوكه.

ب. التطور البيولوجي:

يعتبر التطور البيولوجي عملية مستمرة بطيئة جدا مع العلم أن التطور المستمر يتتبع مع الكائن الحي نتيجة اختلاف التكوين بين الكائنات الحية وداخل النوع، ولقد أشار العالم البيولوجي داروين في نظريته الشهيرة المنشئ والارتقاء، عام 1859 أن الكائن الحي يوائم نفسه وأن الخصائص سواء العقلية أو الجسمية موروثه وأنه تطورت من الصراع من اجل البقاء .

ت. الوراثة:

ونعني بالوراثة الخصائص التي تنتقل مباشرة من الآباء إلى الأبناء مع بداية الحمل، وهذه الأخيرة تلعب دورا كبيرا في تحديد الفروق في سمات الشخصية وقد أفاد العالم هاينز إيزيك سنة 1976 أن هذا الاختلاف في سمات الشخصية راجع إلى تطور نماذج ومقاييس الشخصية التي أتحت فيه للباحثين المعاصرين ،في حين يؤكد كاتل على أن الوراثة تلعب دورا في تحديد بعض عوامل الشخصية كالمغامرة وقوة الإرادة بينما لم يكن لها دور في عوامل شخصية أخرى مثل التبدل، الانطلاق والسيطرة، فالأفراد يختلفون بعضهم عن البعض تحت تأثير العوامل الوراثية. وأما الخصائص الوراثية تنتقل عن طريق الجينات التي تحملها الكروموزومات حيث يتحدد جنس الجنين.

ث. التأثيرات الفيزيولوجية :

تتكون من الأجهزة العضوية كالجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي المستقبل ووظائفه وعلاقة ذلك بأنماط التنسيق والتكوين البيوكيميائي والعدد للفرد، وما يدل على وجود تأثيرات واضحة للهرمونات في الشخصية هو اختلاف إفرازات الغدد عن أوله، مع الإشارة إلى أن هناك بعض من العلماء بالغوا في اعتبارهم أن الغدد هي أولى المحددات الشخصية ،علما بأن الحياة النفسية للإنسان تقوم على التكامل بين الجهاز العصبي النفسي ولكل منها

تأثير على الآخر، فالغدد الصماء تقوم بإفرازاتها مباشرة في الدم وهي المسؤولة عن النمو الجسدي والعقلي والانفعالي والخصائص الثانوية الجنسية كذلك.

ج. المنظومة الاجتماعية :

ونعني بها الثقافة التي يعين بها الفرد وينخرط فيها إضافة إلى التراث التاريخي والحضاري، فمن غير الممكن دراسة الشخصية بطريقة مجردة في المجتمعات المختلفة لأنها ضرورة تعكس هذا التراث الحضاري وكذلك ظروف البيئة المادية والاجتماعية التي تحيط بالفرد.

ومن بين المحددات الاجتماعية نذكر محدد الثقافة والشخصية وكون الثقافة لها أثرها الواضح على شخصية الفرد حيث أن هذه الأخيرة تختلف باختلاف الثقافة علما بأن الثقافة تنتقل من جيل إلى آخر في نتاج إنساني للتفاعل الاجتماعي بين الأفراد. ويمكن القول أن هناك علاقة قوية بين الثقافة والشخصية حيث أن شخصية الفرد لا تنمو إلا في محيط ثقافي وعن طريق اكتساب الأفراد للعادات والتقاليد في المجتمع، لأن الشخصية الإنسانية لا يمكن أن تفهم إلا في الإطار الثقافي الذي يعيش فيه الفرد، وتستمد من البيئة الأسرية والمجتمع متمثل بمؤسساته ومنها:

- الأسرة: تعتبر الأسرة البيئة الأولية التي يتربص فيها الفرد، وعليه فإن نمو شخصيته تعتمد على توفر الإمكانيات المتاحة من الرعاية والحنان وبالتالي تنمو شخصية الفرد في جو تسوده الراحة من جميع الجوانب .
- المدرسة: المدرسة تعد بيئة جديدة ومحرجة بالنسبة للفرد وذلك بسبب ما تتضمنه من نظم وقوانين وواجبات، تجعل الفرد أكثر اتصالا بالمحيط، فالمدرسة تعد بمثابة مجتمع صغير يميز فيه الفرد الثقافات والمبادئ والأسس وتنمو شخصيته فيها وتتكون لديه مفاهيم جديدة منها: الصداقة والزملاء.

- **التنشئة الاجتماعية:** ونعني بها عملية تحويل الكائن الحي إلى كائن اجتماعي وهي عملية تقوم على التفاعل الاجتماعي، تتضمن التعلم والتعليم والتربية، بهدف اكتساب الفرد سلوك ومعايير واتجاهات مناسبة لأدوار اجتماعية معينة من مسايرة الجماعة والتوافق الاجتماعي معها، كما تيسر له الاندماج في الحياة الاجتماعية (شامية 2016، ص 18، 21).

7-2 طرق قياس الشخصية:

1-7-2 الاختبارات الموضوعية الشخصية:

هناك العديد من الاختبارات الموضوعية التي تقيس الشخصية وسنذكر فيما يلي البعض منها:

- **قائمة مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية:** قام بتأليفها كل من عالم النفس "ستارك هاثواي" والطبيب النفسي "تشارلي ماكنلي" عام 1939، وقد نشرت لأول مرة 1943 ثم نشرت الطبعة الثانية المنقحة عام (1989)، وقد اعتمد عليها كثيرا في فحص الحالات خلال الحرب العالمية الثانية وتشتمل القائمة على 550 بندا يتكرر منها 16 بندا وذلك لأسباب فنية لتصبح في النهاية تضع 566 بندا، وقد اشتقت البنود من القوائم السابقة (كقوائم جيلفورد) والتقارير الإكلينيكية وكراسات المقاسات الطبية، النفسية وغير ذلك، ويجب على هذه القائمة بثلاثة بدائل : صواب، خطأ، لا اعرف، وتم ترجمتها إلى أكثر من خمس عشرة لغة (محمد الأنصاري، 2009، ص 323 - 325).

- **قائمة كاليفورنيا النفسية:** قام بتأليفها "هريستون جوخ" وحولها إلى العربية "عطية هنا، سامي هنا" نشرت لأول مرة عام 1957، وتم تعديلها عام 1987، لم يصمم الاختبار لأجل قياس الاضطرابات العصائية أو الدهانية وإنما صمم للاستخدام مع المفحوصين الأسوياء ومن لديهم اضطرابات سلوكية فهو ليس اختبارا شخصيا وتركز

القائمة على السلوك الخاص بالعلاقات الشخصية والتفاعل الاجتماعي، ويعتبر الاختبار صالح للتطبيق من سن (13 سنة إلى غاية 70 سنة) وفقا لتعليمات "جوخ".

وتشتمل قائمة كاليفورنيا على (480) عبارة يجاب عنها باختيار أحد البديلين (نعم/لا)، وتضع ثمانية عشر مقياسا، وبعد مراجعتها عام (1987) تم إضافة مقياسين هما : مقياس المشاركة الوجدانية ومقياس الاستقلال، وحذفت بعض البنود التي كان يعترض عليها بعض المفحوصين (محمد الأنصاري، 2009، ص 332-334).

2-7-2 الاختبارات الإسقاطية لقياس الشخصية:

أ. اختبار بقع الحبر(رورشاخ):

ويتكون هذا الاختبار من عشر بطاقات، وتحتوي كل منها على أشكال متماثلة تثير أكبر عدد ممكن من الاستجابات المختلفة لدى المفحوصين، خمسة من هذه البطاقات تتكون من درجات مختلفة الضلال، وبطقتين من اللون الأسود والأحمر، في حين البطاقات الثلاثة المتبقية تتكون من ألوان متعددة (أبو حمادة، 2007، ص 301).

تقدم هذه البطاقات للمفحوص الواحدة تلو الأخرى بالترتيب، ثم يطلب منه أن يذكر ما يراه ويصفه (محمود أبو غزال 2015 ص 277).

حيث يمسك النفساني بالبطاقة الأولى ويلقي عليه التعليمات الآتية "انظر إلى البطاقة وقل لي ماذا ترى، انظر إلى البطاقة كما تريد ولكن ما أريده منك أن تقول لي كل ما تراه".

ثم يقدم البطاقة الأولى للمفحوص في وضعها الطبيعي، مع وجوب إعطاء المفحوص كل فرص الإجابة بمعنى انه لا يجب أن يكون هناك ضغط أو إجبار، وبعد انتهاء المفحوص من البطاقة يتم وضعها مقلوبة على الطاولة وتقدم البطاقة التي تليها، وهكذا إلى غاية انتهائه من رؤية البطاقات العشر .

يستغرق تطبيق الاختبار كاملاً حوالي 90 دقيقة، وعند بدأ كل بطاقة يجب على النفساني تسجيل زمن الرجوع (الزمن المقتضي من وقت تسليم المفحوص البطاقة إلى إعطاء الاستجابة الأولى) (أبو حمادة، 2007، ص 301).

ب. اختبار تفهم الموضوع T.A.T :

ويعتبر من أكثر الاختبارات الإسقاطية شيوعاً، فهو يستخدم بشكل واسع على مستوى العيادات النفسية وفي دراسة الشخصية، يتم تطبيقه من خلال تقديم عدد من الصور الغامضة نوعاً ما للمفحوص، وتطلب منه تكوين قصة تصف ما يدور بالصورة، وأن يتحدث عن مواقف الأشخاص وأحوالهم والأحداث التي تجري فيها .

وقد كان موراي ومورجان أول من نشر الاختبار عام 1935، حيث اتضحت فائدته في دراسة الشخصية وكذلك في تفسير اضطرابات السلوك والكشف عن الأمراض العصابية والذهانية، وأيضاً في الكشف عن أنواع الصراع المختلفة والنزاعات المكبوتة. تقدم الصور للمفحوص الواحدة تلو الأخرى، ثم تدعوه أن يكون قصة عن كل صورة وما تحويه من مواقف وكيفية ظهور هذه المواقف وكيف تنتهي وما هي الأحداث التي يمكن للشخصية الرئيسية أو البطل في الصورة القيام بها، ويقوم هذا المنهج على فرضية مفادها أن المفحوص عندما يستجيب فانه يسقط مشاعره ورغباته ومخاوفه وطموحاته على القصة ويكون ذلك بطريقة لاشعورية (أبو حمادة، 2007، ص 312).

ت. اختبار روتر على تكلمة الجمل الناقصة:

هو احد الاختبارات الإسقاطية المشهورة، وفيه نطلب من المفحوص أن يكمل 40 جملة ناقصة، بحيث يكملها بعبارات تعكس طريقة تفكيره وكذلك تعكس ما يعانيه من مشاعر وإحساسات وهذه الجمل الناقصة ومن أمثلة هذه العبارات:

- أنا أعتقد.....

- أصدقائي....
- حياتي
- والداي.....

اعد هذا الاختبار كل من روتر ومساعدته رافترى سنة 1950 م، وقد كان هناك محاولات لإعداد الاختبار قبل ذلك من قبل روترز بمساعدة وليلمان، وهذا الاختبار قابل للتطبيق على المراهقين والراشدين كما أنه يعد من الاختبارات الإسقاطية سهلة الاستخدام من حيث الوقت والتكاليف مقارنة بالاختبارات الإسقاطية الأخرى، إضافة إلى إمكانية أن يكون الاختبار بمثابة بنود مقابلة معينة، ويشير روتر إلى أن الهدف من الاختبار هو إعطاء مسح موضوعي لما قد يعانیه المفحوص من اضطراب انفعالي، كذلك إعطاء صورة عن شخصية المفحوص حتى وإن كانت هذه الصورة غير كاملة، إضافة إلى أن هذا الاختبار يمكننا من تقدير مدى توافق الفرد بشكل عام، ويمكن تطبيقه أيضا على مجموعات كبيرة، وبالنسبة لتعليمات الاختبار فهي بسيطة بحيث يمكن للنفساني المبتدئ تطبيق الاختبار بمجرد الإطلاع على كراسة التعليمات، وتتمثل التعليمات في أن تطلب من المفحوص أن يقرأ الجمل ويكملها بعبارات أو كلمات تعكس مشاعره الحقيقية، ويستغرق تطبيقه حوالي نصف ساعة، مع العلم انه لا يوجد زمن محدد للمفحوص للانتهاء من الاختبار (شحاتة ربيع، 2014، ص377-380).

ثانيا: الاكتئاب:

1. التطور التاريخي لمصطلح الاكتئاب:

عرف مرض الاكتئاب منذ فجر التاريخ، ذكرت اعراضه في كتابات مصريين القدماء والاعريقين والبابليين والعرب في العصر الاغريقي والروماني، حيث ميز أبوقراط (Hypocrate) ما لا يقل عن ستة أنواع من الاكتئاب غير أن الصورة الاكلينيكية التي

أعطائها لبعض هذه الأنواع يمكن أن تنطبق في ضوء الطب العقلي على ذهان الاضطهاد، ذهان الفصام والعصاب (محمد، 2004، ص302).

وفي القرن الأول ميلادي وصف ارتبايوس هذا المرض، غير أن بعض أوصافه، إذا ما محصت لا تنطق على مر الاكتئاب المعروف حالياً.

وفي التوافق العربي الإسلامي، عرف ابن سينا، الاكتئاب أنه انحراف عن المجري الطبيعي إلى الحالة الشاذة، ملئ بالخوف ورداءة المزاج، وإذا صاحبه ضجر سمي "هوشا"، ومن الأسباب القوية في توليد الاكتئاب افراط الغم أو الخوف، وهذا في رأي ابن سينا يتعرض له الرجال والنساء، ويكثر لدى الشيوخ، ويقف في الشتاء ويكثر في الصيف والخريف.

ولقد أوضح ابن سينا مجموعة من أعراض الاكتئاب كصنف رديء والخوف بلا سبب، وسرعة الغضب، وسوء الظن والفراغ والوحشية، وتخيل أشياء غير موجودة (عن البوزيد، 2001، ص25- ص29).

وقد استمر الخلط حول طبيعته وأسبابه وعلاجه على مر العصور.

وأما الآن فيستخدم هذا المصطلح لخبرة ذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية وانفعالية، والتي قد تكون عرض دال على اضطراب جسدي أو عقلي أو اجتماعي أو مجموعة مركبة من أعراض معرفية وسلوكية، بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية، وقد أصبحت وجهة نظر الأخيرة هذه أكثر شيوعاً وخاصة في الطب النفسي (محمد، 2004، ص383).

2- تعريف الاكتئاب:

أ- لغة:

يشترك الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي "كأب"، ويشير هذا الفعل أيضاً إلى اسم الكآبة وهي تعني سوء الحال والانكسار من الحزن وكبئ من باب سلم، أما كآبة

دون مد لوزن رهبة فهو كئيب وامرأة كئيبة وكآبة بالمد واكتئاب مثله (زهران، 1995، ص449).

ب- اصطلاحا:

يعرف الاكتئاب في معجم علم النفس بأنه حالة مرضية دائمة تتميز بالكآبة وانخفاض في الحيوية والطاقة، إذ يعتبر الحصر والإحباط من أهم خصائص الشخص المكتئب، الذي يجد نفسه غير قادر على مواجهة ابسط مشكلات الحياة، ولا يكلف نفسه للقيام بعمل ما، كما أنه يتألم من ضعف قدراته، ذلك لان قدراته الفكرية، من تركيز والذاكرة في تدهور مستمر، وبالتالي يأتي الشعور بالدونية، مما يزيد من حدة الاكتئاب. (Sillamy, 1999, p78)

ويعرفه حامد عبد السلام زهران: على أنه حالة من الحزن الشديد المستمر الذي ينتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبّر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعني حقيقة حزنه (حامد زهران، 1995، ص28).

تعريف بيك: هو اضطراب في التفكير نتيجة لنشاط النماذج المعرفية السالبة التي تؤدي إلى تكوين نظرة سلبية للذات والعالم والمستقبل (سليمان عبد الواحد إبراهيم، 2014، ص19).

ويعرفه أحمد عكاشة: بأنه مرض يتضمن الأفكار السوداوية والتردد الشديد وفقدان لشهية والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات وعدم القدرة على اتخاذ القرار والمبالغة في الأمور التافهة والارق الشديد والشعور بالأوهام المرضية والمعاناة من بعض الأفكار السوداوية الانتحارية (أديب محمد خالدي، 2005، ص79).

وعرفه هوضمان وآخرون على أنه: نتاج استراتيجيات المجابهة اللاتكيفية للضغوط مع وجهة النظر السلبية عن الذات وعن العالم والمستقبل والتركيز الانتباهي الشديد على المظاهر السلبية (الزادمة الزروق فرج بلعيد، 2018، ص 13).

وأشار "شيدر" (Shneider)، أن اضطراب الاكتئاب يمس الوحدة الكلية للإنسان إذ أنه يشمل المعاناة الجسمية والنفسية، ومن الناحية النفسية تصاحب الفرد أحاسيس الانحطاط، الفراغ، وعدم الفائدة، الألم، نقص الانجذاب للحياة، وفقدان الأمل، فالإكتئاب عامة يصيب الشخصية ككل وتعبر عن جملة من الاعراض تتمثل في الخوف، التشاؤم، الشعور بالفشل، عدم الرضا، الشعور بالذنب، عدم حب الذات وايدائها، الانسحاب الاجتماعي والتردد مع الإحساس بالتعب وفقدان الشهية. (P.B, Shneider, 1980, p30)

ويعرفه الباحث مانويل مراكد: الاكتئاب ذلك الاضطراب الانفعالي الذي غالبا ما يحدث ويتكرر بفقدان تقدير الذات وضياع الأمل في المستقبل بالإضافة إلى مشاعر الحزن والذنب، ولوم الذات (عوض عباس محمود، 2001، ص 23).

3- أنواع الإكتئاب:

3-1 الإكتئاب الخفيف:

وينصف بمزاج منقبض، وتعب متزايد، وفقدان الاهتمام والمتعة، مصحوبة غالبا باضطراب (سيكوسوماتية) ومع أن المصاب به يواجه صعوبة في إستمراره بعمله أو إلتزاماته الإجتماعية، إلا أنه لا يتوقف عن الإيفاء بها.

3-2 الإكتئاب المتوسط:

حيث تظهر فيه أعراض الاكتئاب الخفيف زائد أعراض أخرى تتمثل باضطراب النوم، الشهية.

3-3 الإكتئاب الشديد:

تظهر في أعراض الاكتئاب المتوسط زائد الشعور بعدم القيمة وفقدان الإحترام للذات، التهيج والشعور بالذنب، ويكون الكرب شديدا مصحوبا بأفكار إنتحاري (حسن الأعظمي، 2013، ص 56) .

3-4 الإكتئاب العصابي أو (الانفعالي):

ويطلق عليه أيضا الاكتئاب النفسي وهو واسع الإنتشار، ويرجع إلى عوامل خارجية مثل : ظروف البيئة المحيطة بالفرد إلى عوامل نفسية وإنفعالية خاصة بالفرد ذاته

3-5 الاكتئاب الذهاني أو (العقلي):

وهو داخلي المنشأ، وراثي الجذور، وله أعراض تميزه عن أنواع الإكتئاب الأخرى من أهمها: الجمود الإنفعالي، والبطء الحركي والكآبة الدائمة.

3-6 الاكتئاب ثنائي القطبية:

أطلقت عليه هذه التسمية لأن أعراضه تجمع بين أعراض الإكتئاب وأعراض الهوس وتحدث بطريقة دورية، ويكون التغير من خلال التقلب الحاد في الإنفعالات والوجدان، وقد يحدث التقلب سريعة، وقد يكون متدرجا في بعض الحالات وأحيانا تكون الأعراض واضحة حيث تتأرجح الحالة بين الناس والإكتئاب (عبد الباقي إبراهيم، 2009، ص 23).

3-7 الإكتئاب الموسمي:

يرتبط حدوثه في بعض فصول السنة دون غيرها، وتكرر نوباته بصورة دورية في نفس الفصل الذي حدث فيه، يأتي بكثرة في فصل الشتاء، وقد يحدث البعض في فصل الصيف، تتميز أعراضه بنقص في الحيوية وزيادة شديدة في النوم وفهم شديد للمواد النشوية.

3-8 الإكتئاب النفاسي:

ويطلق عليه إكتئاب ما بعد الولادة لأن يحدث للمرأة بعد الولادة مباشرة و قد يحدث قبل الولادة ويستمر بعدها. وهو إكتئاب وحداني إنفعالي و ليس له أسباب عضوية حيث ترجع أسبابه إلى الظروف المحيطة بالأم وإلى عوامل ذاتية تتعلق بمعتقداتها وأفكارها وطريقتها في تناول أمور وتحدث الجديدة في حياتها (عبد الباقي إبراهيم 2009، ص 30 ، 32).

3-9 الإكتئاب الشرطي:

وهو إكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة يعود الزهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة الوضع أو الخبرة السابقة (زهرا 2005، ص 524).

4-أسباب الإكتئاب:

4-1 الأسباب النفسية:

- التفكير الخاطئ غير الواقعي كالشعور بالفشل والخسارة والحرمان والتي تؤدي إلى تجميع الغضب، وكبح روح الإنتقام داخل النفس.
- الفشل في الحصول على الحب والتقدير والتعرض للإحباط المستمر و خيبة الأمل.
- الصراعات اللاشعورية المكبوتة.
- اتهام الذات بالتقصير والشعور بالذنب والرغبة في معاقبة الذات.
- التفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.
- الشعور بالوحدة والعزلة وفقد المساندة الإجتماعية.
- فقدان المعنى في الحياة والشعور بالفزع والشعور بالإغتراب مما يؤدي إلى الشعور بالشكر والملل.

4-2 الأسباب الوراثية:

أظهرت الدراسات أن نسبة توقع إصابة الأقرباء من الدرجة الأولى بالإكتئاب تتراوح ما بين (10-15%) كما وجدت دراسة التوائم أن نسبة وقوع الإكتئاب بين التوائم المتناسقة يصل إلى (55-65%) وهذا يدل على أن أقرباء المصابين بالإكتئاب أكثر عرضة للإصابة بالمرض من غيرهم (حمدي الأعظمي، 2013، ص 59).

4-3 الأسباب الإجتماعية:

- سوء التوافق الإجتماعي والعزلة والتفكك الأسري وازدياد المسؤولية الإجتماعية.
- الحرمان العاطفي والتفرقة في المعاملة بين الأبناء والتربية الخاطئة والإهمال والتسلط واضطراب العلاقة بينهما.
- التعرض للظروف المحزنة والخبرات المؤلمة والكوارث والنكبات، طلاق، سجن، فراق، فقدان عمل، فقدان مكانة إجتماعية، إهانة الكرامة، الإصابة بمرض جسدي حاد، الإعتداء على الشرف.
- نقص المهارة الإجتماعية مما يؤدي إلى نقص المساعدة من قبل الآخرين وهو ما يؤدي إلى الإكتئاب لدى الشخص الذي تعوزه المهارة الإجتماعية (حمدي الأعظمي، 2013، ص 62).

4-4 الأسباب الكيميائية:

وقد كشفت الدراسات وجود علاقة مباشرة بين المواصلات العصبية في الجهاز العصبي مثل: نورابنفرين ومادة السيروتونين، ومواد أخرى وبين الحالة المزاجية حيث تبين أن بعض هذه المواد تنقص كميتها بصورة ملحوظة في حالات الإكتئاب النفسي كما لوحظ أن بعض الأدوية المضادة للإكتئاب والتي تقوم بتعويض هذا النقص تؤدي إلى تحسين الحالة المزاجية واختفاء أعراض الإكتئاب (الشربيني، 2001، ص 63).

4-5 الأسباب الجسمية والفيزيولوجية:

- الأمراض المزمنة مثل: الكبد والكلى وقرحة المعدة والسرطان والغدد والسكر وأمراض الدم وضعف جهاز المناعة والوهن الجسمي.
- فقد بعض الحواس مثل السمع والبصر.
- اضطراب في التفاعلات الكيميائية الحيوية للفرد، أو ضعف الوظائف الحيوية الكيميائية للجسم، وعدم توازن المواصلات العصبية.
- الآثار الجانبية لإستعمال بعض الأدوية الكيميائية لمدة طويلة (عبد الباقي ابراهيم، 2009، ص82).

4-6 أسباب ذاتية شخصية:

أظهرت نتائج الدراسات أن بعض سمات الشخصية السلبية مثل النظرة السلبية للحياة والذات، والتقييم السلبي للقدرات والإغتمادية، والشعور بعدم الكفاية تعتبر عوامل مساعدة للإصابة بالإكتئاب فضلا عن إستمرار المعاناة منه، حيث يضل المكتئب يغزو أسباب النجاح لعوامل داخلية ذاتية دون أن يعلم الأسباب الحقيقية لفشله، فيكره ذاته ويحتقرها مما يزيد من إكتابه.

4-7 أسباب عقلية معرفية فكرية:

تظهر في وجود مخطط معرفي سلبي لدى بعض الأشخاص الذين يعتقدون أنهم أقل الناس من حيث امتلاك مصادر النجاح، فيتبنون استراتيجية الفشل والتشاؤم، لتقليل فرص الخسارة أو الحد من زيادتها، وهم متساوون دائما لا يتوقعون أي نجاح، ولذلك ينسحب المكتئبون من أي نشاط.

5 أعراض الإكتئاب

5-1 الأعراض الجسمية:

وتتمثل أهم الأعراض الجسمية الخاصة بالإكتئاب في إنقباض الصدر والإحساس بالضيق، الشعور بالتعب عند بذل أقل جهد ونقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي، وإضطراب الدورة عند النساء وبروتين وضعف النشاط العام. وتأخر زمن الرجوع (عبد الباقي إبراهيم، 2009، ص 82).

كما نجد أعراض جسمية أخرى تتمثل في:

- **فقدان الشهية والوزن:** فعادة ما يعاني مرضى الإكتئاب من ضعف في الشهية الأمر الذي يعود إلى فقدان الوزن أي نقص في الوزن.
- **إضطرابات في النوم:** حيث يشكل النعاس والدخول في النوم المشكلة الأساسية لدى أغلبية المرضى بالإكتئاب وكلهم تقريبا يعانون من عدم القدرة على الإستمرار في النوم بعد الدخول فيه فهم يصحون في النصف الثاني من الليل وفي وقت أبكر من المألوف بالنسبة للآخرين ولا يستطيعون العودة إلى النوم.
- **الأوجاع الجسدية:** يعاني كثير من مرضى الإكتئاب من الألام الجسدية دون أن تكون أساس لذلك. من هذه الشكاوي: ضغط في الرأس وضغط شديد على القلب وألام في الظهر (سامر رضوان جميل، 2002، ص 411، 412).

5-2 الأعراض النفسية:

تظهر على مريض الإكتئاب أعراض نفسية تظهر في اليأس وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يناسب مع سببه، وضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص وعدم الكفاءة. كما ظهر على هذا المريض التشاؤم المفرط والنظرة السوداوية للحياة وقلة الكلام مع

إنخفاض الصوت ونقص تقدير الذات، وإحتقار أخطائها كما تراوده بعض الأفكار الإنتحارية أحيانا (عبد الحميد، 2001، ص1370، 138).

3-5 أعراض المزاج:

وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للإضطرابات الوجدانية مثل وجود مزاج حزين معظم اليوم، تقريبا كل يوم لمدة أسبوعين على الأقل (حسين فايد، 2005، ص256).

4-5 أعراض الدافعية:

وتمثل الأشكال السلوكية التي تشير إلى التوجه نحو الهدف، فالناس المكتئبون غالبا ما يعانون قصورا في هذا المجال، وقد يجد البعض صعوبة شديدة بالقيام بأدنى عمل (حسين فايد، 2001، ص62).

5-5 الأعراض المعرفية:

ويظهر على الشخص المكتئب البعض من الأعراض المعرفية كعدم ترابط الأفكار وإرتباطها وثقل الفهم وعدم وضوح الذاكرة وكل مجهودا للتركيز الفكري صعب حيث تسود هذا المكتئب أفكار شاردة من بينها الأفكار الإنتحارية وصعوبة إتخاذ القرارات وصعوبة إتخاذ القرارات والتردد (نور الهدى محمد الجاموس، 2004، ص132).

6. تصنيف الاكتئاب:

لعل مشكلة تصنيف الاكتئاب كانت من أهم المشاكل التي دار حولها الكثير من الجدل والاختلاف والتباين، وذلك بسبب تعدد واختلاف وجهات نظر العلماء والمفكرين في هذا المجال، وبالتالي يصنف الاكتئاب والمتمثل في تشخيصه ميدانيا كون اضطراب غير متجانس في طبيعته، وفي بحثنا هذا سنعمد إلى التصنيف الأكثر تداولاً واستعلام من الناحية

اللاكلينيكية والذي تميز بالحدثة (التجديد) والمتمثل في تصنيف دليل التشخيص الاحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية والتي بموجبه صنف اضطرابات الوجدان كما يلي:

1.6 تصنيف اضطرابات الوجدان:

تقسم اضطرابات الوجدان إلى اضطرابات ثنائية القطبية وأهم ما يميزها وجود واحد أو أكثر من نوبات الهوس الخفيف عادة مع تاريخ نوبات اكتئاب عظمي، واضطرابات الاكتئاب أهم ما يميزها وجود نوبة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمي ودون تاريخ لأي من نوبات الهوس أو الهوس الخفيف، تشمل اضطرابات الوجدان ما يلي:

1.1.6 نوبات وجدانية:

- نوبات اكتئاب الجسم.
- نوبات هوس.
- نوبات مختلطة.
- نوبات هوس خفيف.

2.1.6 الاضطرابات الاكتئابية:

- اضطراب الاكتئاب الجسيم.
- اضطراب الديستيميا (الاكتئاب المزمن).
- اضطراب الاكتئاب غير محدد في مكان آخر.

3.1.6 الاضطرابات ثنائية القطب:

- اضطراب ثنائي القطب 1.
- الاضطراب ثنائي القطب 2.
- الاضطراب الدوري.
- اضطراب ثنائي القطب غير محدد في مكان آخر.

4.1.6 اضطرابات وجدانية أخرى:

- اضطراب وجداني بسبب حالة مرضية جسمانية.
- اضطراب وجداني بسبب تأثير مادة.
- اضطراب وجداني غير محدد في مكان آخر (مدحت عبد الحميد ابوزيد، بدون سنة، ص34 .35).

7. الاتجاهات النظرية المفسرة للاكتئاب:

إن موضوع الاضطرابات المزاجية أو الاكتئابية ذو أهمية على مستوى البحث النفسي وعلى مستوى العلاج، نشطت النظريات الكبرى في علم النفس لكي تقدم تفسيرها للاضطرابات الاكتئابية وعوامل نشأتها وتفسيرها، وسنعرض فيما يلي مختلف النظريات التي حاولت أن تهتم بتفسير الاضطرابات الاكتئابية وهي على النحو التالي:

1.7 التفسيرات البيولوجية:

يرى أيضا التفسير الوراثي البيولوجيين أن الاضطرابات الاكتئابية تحدث بسبب عوامل وراثية أو فيزيولوجية، واعتمادا على ذلك سوف نتناول التفسيرات البيولوجية وفقا لمحورين اساسين وهما.

أ. التفسير الوراثي:

يرى أيضا التفسير الوراثي أن أفراد معينين يرثون العمليات بيولوجية مضطربة وقد ركزت معظم التوجيهات الخاصة بالمجالات البيولوجية بالاضطرابات الوجدانية على الناقلات العصبية.

وبالرغم من صعوبة تجديد العلاقة الدقيقة بين العاملين الوراثي والاكتئاب، إلا أن البحث في مجال الاضطراب ثنائي القطبية قد كان أكثر نجاحا بسبب وضوح المعايير

الشخصية، وتشير دراسة التوائم والتنبؤ إلى أن التركيب الوراثي يبدو انه يلعب دورا رئيسيا في نمو الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية (حسين فايد، 2004، ص76.77).

كذلك يرى هذا التفسير بان العوامل الموروثة (الجينية) لها تأثير على ظهور بعض حالات الاكتئاب التي تنشأ في سن مبكرة حيث وجد العالم Calman أنه إذا أصيب أحد التوائم المتشابهة بهذا المرض فيصاب التوأم وهذا في 96% من الحالات وكلما كانت الإصابة محصورة في الاسرة ارتفع معها احتمال حدوث الاكتئاب عند أعضاء الاسرة من 10 إلى 20 حالة بالمئة.

كما أظهرت بعض الدراسات العائلية أن احتمال تعرض النساء للإصابة بالاكتئاب كبير جدا بالمقارنة مع الرجال (امرتين مقابل رجل واحد)، ويرجع هذا إلى انتقال المرض عن طريق الكروموزوم (x) وهذا ما بينته عدة دراسات بواسطة تقنية lin kape حيث استطاع الباحثون من خلالها تحديد الجين Gene المسؤول عن انفجار الذهان الهوسي الاكتئابي في الكروموزوم (x) (حراد جازية، 2008-2009، ص88).

يرى كذلك الاتجاه بان افراد معينين يرثون استعداد لعمليات بيولوجية مضطربة، حيث أصحابها أن الوراثة تلعب دورا كبيرا بالنسبة لذهان الاكتئاب وقد يصل مدى تأثيرها إلى حوالي 80% لدى المرضى أما في عصاب الاكتئاب يكون تأثيرها ضعيفا للغاية إذ أن التأثير الأكبر يكون للعوامل البيئية الأخرى (عبد العظيم حسين، 2007، ص57).

ب. التفسير البيولوجي:

يشير انصار الاتجاه الفيزيولوجي إلى أنه يوجد نمطان رئيسيان للنظرية البيولوجية للاكتئاب، يقوم النمط الأول على أساس اضطراب في الأيض الالكتروليت الخاص بالمرضى المكتئبين، ويعتبر كلوريد الصوديوم البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء على القدرة الكامنة والتحكم في استشارة الجهاز العصبي، ومن الملاحظ أن الأشخاص

العاديين يوجد لديهم صوديوم أكثر خارج النيرون وبوتاسيوم أكثر داخله، ولكن في المرضى المكتئبين يكون هذا التوزيع مضطرباً، أما النظرية الفيزيولوجية فتعتبر الاكتئاب عبارة عن قصور موروث في عنصر رئيسين في كيمياء الدماغ، نوربايين قرين وسيروتونين وكلاهما ناقلان عصبيان (حسين فايد، 2004، ص77).

كذلك نجد من بين الذين اهتموا بالميزات الجسمية للتنبؤ ببعض الاضطرابات العقلية وهو krichmer الذي وجد أن هناك علاقة بين الخصائص الجسمية والافراد المصابين بالذهان الدوري عموماً يتصفون بالجسم المكتتر والرقبة الغليظة والبطن الكبير ويميلون إلى البدانة.

في السبعينات وبالتحديد انطلاقا من سنة 1965 وبعدما أظهرته النتائج العلاجية المثمرة بالأدوية المضادة للاكتئاب وبالصدمة الكهربائية، وأيضا تأثير بعض الادوية المبددة للامينات الدماغية (دوبامين، سيروتونين، نواردرينالين، أحادي أكسيدار أي مواد النقل العصبي) كلها تؤكد على دور العوامل الكيماوية الحيوية في حدوث متلازمة الاكتئاب، وقد دلت ذلك التقنيات الدوائية- العصبية، أن التغيرات التي تطرأ على الامينات الدماغية ومستوياتها للخلايا تلعب دورا مهما في حدوث الاكتئاب ويمكن تحري هذه التبادلات العصبية الامينية synopses من خلال تحليل مستقبلاتها في البول، والدم وفي السائل النخاع الشوكي.

غير أن الباحثين اهتموا بدراسة نسبة المعادن في الجسم وعمليات التمثيل الغذائي المختلفة عند المصابين بالذهان الدوري، حيث وجد Karimes (1975) أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية من الصوديوم تزيد عن 50% من المستوى العادي، أما الشخص المصاب بنوبة الهوس فتزيد هذه النسبة عن 20% وتأخذ النسبة في الانخفاض والعودة إلى طبيعتها كلما تماثل هؤلاء الأشخاص للشفاء (جراد جازية، 2008-2009، ص88).

تؤدي زيادة الصوديوم داخل لخلايا العصبية إلى انخفاض نسبة البوتاسيوم إلى ما دون المستوى أنا بالنسبة للكالسيوم فوجد FLASH (1970) تناقضا في افراز البول لهذا الأخير عند مرضى الاكتئاب خلال فترة الشفاء.

أما اضطرابات المزاج (العاطفة) فنلاحظ من خلال الذي يصيب وظيفة الجهاز الغدي- الصمي مثلا: مرض أديسون، متلازمة كوشنيك Cuchnig والوذمة المخاطية Myscadsna وما إلى ذلك... وأيضا الاضطراب الاكتئابي في أعقاب الولادة الذي يعتبر نتيجة للهبوط الشديد في مستويات الكورتيزول (الذي يفرز في قشرة الكظر) ترتفع ارتفاعا ملحوظا في الاكتئاب (8,20 ميكروغرام في 100 ميليلتر)، بينما تنخفض هذه النسبة بع الشفاء (Gibbon, 1962).

● النقد:

يتضح من عرض التفسيرات الوراثية والفيزيولوجية للاكتئاب وجود أوجه القصور تتضمن تلك التفسيرات، يمكن أن نوجزها في الآتي:

بالنسبة للتفسير الوراثي: نجد أن العلاقة بين الاستعداد الوراثي والاكتئاب أمر صعب للغاية، وإن كان بعض الباحثين قد نجحوا في فحص تلك العلاقة، فقد تم ذلك الفحص بالنسبة لحالات الاكتئاب ثنائي، ثنائي القطبية، وأغفلوا فحص تلك العلاقة بالنسبة لباقي أنماط الاكتئاب الأخرى.

أما بالنسبة للتفسير الفيزيولوجي للاكتئاب، فنجد أن ذلك التفسير قد أغفل دور بعض العوامل النفسية الاجتماعية/ مثل أحداث الحياة الضاغطة والعلاقات الزوجية المضطربة، في تفسير الاكتئاب، خاصة أن مثل تلك العوامل تلعب دورا هاما في تطور أو سير وعلاج الاكتئاب عامة والاكتئاب ثنائي القطبية خاصة (حسين فايد، 2004، ص 77-78).

كذلك ما نستنتجه هو أن معظم البحوث والدراسات أعتمت بالذهان الدوري وذلك نظرا للنتائج الإيجابية التي أظهرتها الادوية والصدمات الكهربائية، لكن هناك بعض أنواع من الاكتئاب أظهرت مقامة لمثل هذه التقنيات العلاجية وهذا ما أدى إلى التركيز على العوامل السيكولوجية والاجتماعية في تفسير وعلاج هذا الاضطراب.

2.7 التفسيرات التحليلية:

أرجع "فرويد" الاكتئاب إلى الاحتياجات القمية للطفل التي إما أن يبالغ في اشباعها أو يقل اشباعها ومن ثم قد تنمو اعتمادية متزايدة في تقدير لذات لديه، كما أن الطفل قد يخبر إما فقدا حقيقيا (موت الام) أو مدركا لشخص محبوب، وهذا الفقد قد يكون مصحوبا بغضب صبياني ولكنه شديد للغاية بسبب الرفض وإذا لم يستطع الطفل أن يحل أو يستبدل هذا الفقد فانه ينغمس في النهاية في عملية الادمج، ربما كطريقة لإلغاء الفقد حيث يسمح الطفل أن يتوحد مع الفرد المفقود، ومن ثم يقوم بتحويل الغضب من الخارج إلى الداخل نتيجة الشعور بالذنب لأنه يعتقد أنه الذي تسبب في ذلك الفقد، وهكذا فبدلا من مواجهة الحزن العادي، والحل النهائي الذي يلي الفقد، فان الصبي الذي يحول الغضب إلى الداخل ينشط مرو أخرى، ويخضع الشخص إلى اضطراب اكتئابي يتسم بالحزن المكثف، ولوم الذات والشعور بالذنب، وينمي الشخص أسلوبا شخصيا اعتماديا يعتمد إلى حد كبير على الآخرين بالنسبة لتقدير الذات والقبول (نفس المرجع السابق، 2004، ص 78 . 79).

كذلك يرى « reud » (1957) رائد الاتجاه التحليلي أن الاكتئاب ما هو غلا تفاعل قائم بين الدوافع والعواطف، وينسب الاكتئاب الميلانخولي عامة فقدان انفعالي راجع إلى الفشل في استرجاع الموضوع المفقود أو عوامل مشابهة، وهو يميز بين مصطلح الحزن والميلانخوليا، فافتراض أن الاكتئاب هو فقدان لانا على مستوى اللاشعور بينما يكون الحزن لا شعوريا والانا سليمة.

يؤكد "reud" في دراسته على وجود حركة دينامية سيكولوجية داخلية تتبع فقدان الموضوع يظهر عن طريقها "التعويض" وهو عمل الحداد، يتجلى عمل الحداد في قلة الاهتمام الذي يظهره المكتتب اتجاه العالم الخارجي بعد فقدان الموضوع، حيث يبدو أن الآمه وذكرياته تستحوذ على كل طاقته حتى تأتي اللحظة التي يقرر فيها "الانا" ما إذا كان يريد مشاطرة "الموضوع المفقود" مصيره، انطلاقاً من اعتبار بمجمل الارضاءات النرجسية التي يتضمنها البقاء على قيد الحياة، وحتى هذا الانفصال الذي يتيح أخير القيام بتوظيفات جديدة، لابد من استحضار كل الذكريات والتوقعات المرتبطة بالموضوع، وتخضع هذه الأخيرة لتوظيف انفعالي مفرط، ثم يتم انفصال الليبدو عنها بعد ذلك ويتلخص عمل الحداد "بقتل الموت" في الذات، وإذا تعذر القيام بعمل الحداد تظهر الاعراض الاكتئابية المرضية.

(A. E. KAZDIN and Al, 1983, P 504, 510)

وقد اتفق علماء التحليل النفسي مع وجهة نظر "فرويد" في الاكتئاب غضبا موجها ضد الذات ولكنهم يختلفون في تحديد الدوافع المحبطة والمثيرة للغضب حيث يراها "ابراهيم" "Abraham" مرتبطة بالحاجة للإرضاء (أو بالأحرى الفشل في الإرضاء) الجنسي والحصول على الحب، ويرى "رادو" "Rado" أن الاكتئاب ما هو إلا صرخة بحث عن الحب، ويصف أوتو فينخل "enichel" المكتتب بأنه انسان مدمن للحب، بينما ينظر بيبرينج "bibring" للاكتئاب نظرة شمولية وأكثر عصرية حيث يرى أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تمثل في العجز الحقيقي الحاجات أو الطموحات، ويرى أن الحاجة إلى الحب والتقدير ماهي إلا واحدة من ثلاث احتياجات رئيسية، أما الاحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة إلى القوة والأمان، والحاجة لمنح الحب (فضلا عن الحصول على الحب)، ويحدث الاكتئاب نتيجة الفشل في إرضاء أو نتيجة الإحباط، أي حاجة من الحاجات الثلاثة السابقة، والصراع الذي يحدث في الذات والمرتبط بفشل اشباع أي منها (حسين فايد، 2004، ص 79 . 80).

غير M. Klein أن (1938) أرجعت بسبب الإصابة بالاكتئاب إلى طبيعة العلاقة القائمة بين الام والولد وتمثل الوضعية الاكتئابية بالنسبة لها مرحلة أساسية في النم السيكولوجي لكل فرد، حيث أن الطفل في حوالي الرابع أشهر من عمره بنوبة اكتئابية أساسها الخوف من فقدان الموضوع الطيب المتمثل في الام، الطريقة التي يعيش بها الطفل هذه الازمة الأولى والوسائل الدفاعية التي يشكلها هي التي تحدد فيها بعد الشخصية والمستقبل الاحق للفرد، عند احياء الوضعية الأولى عن طريق التعرض لازمة يخشى المكتئب من أن يرى مواضيع حبه تهدم فيسعى إلى انقاذها ولكن يفشل في ذلك ويفقد الامل ويظهر عليه القلق، أما الشخص الهوسي يقوم ببلع الموضوع الطيب بحيث ينكر القلق الذي ينتج عن هذت الابتلاع.

فيصفه عامة هناك من يرجع أسباب الإصابة إلى التثبيت في المرحلة الغمية - السادية، كما هناك من يرجعه إلى نكوص وإعادة احياء وضعية "قلق الانفصال" "angoisse d'abandon" وكل هذه الفرضيات تتفق على أن الاكتئاب هو عبارة عن خلل في بنية الشخصية خلال المراحل الأولى من النمو أن ننسي دور الوضعيات المفجرة المعاشة في سن الرشد (A. E. KAZDIN and Al, ibid, 1983, P123).

● النقد:

- لقد فسر أيضا التحليل النفسي الاكتئاب باعتباره تثبيتا في المرحلة الغمية، وغضبا موجه ضد الذات، ولكن هناك أوجه القصور التي تؤكد على هذه النظريات تتمثل في الاتي:
- لم يحدد "فرويد" كم الاشباع الذي يعتبره كثيرا جدا في المرحلة الغمية ويؤدي بدوره إلى الاكتئاب.
- كما لم تقدم تلك النظريات تفسيراً حول الحب إلى الداخل كما يحدث بالنسبة للغضب.

- كذلك لم تقدم تفسيراً للأفراد الذين لم يفقدوا شخصاً محبوباً ويصبحون مكتئبين، أو تفسيراً للأفراد الذين لم يفقدوا الموضوع ولم يكتئبوا في نفس الوقت (حسين فايد، 2004، ص80).

3.7 النظريات المعرفية:

يقصد بكلمة "معرفي" مجموعة السياقات التي بواسطتها يتسنى للعقل البشري استقبال المعلومات ومعالجتها (H. Loevp. Loo, 1991).

فيرى أيضاً النظريات المعرفية أن المعرفية أن المعرفة تلعب دوراً أساسياً في حدوث واستمرار العلاج الاكتئابي الاكلينيكي، ويعتبر نموذج بيك (1967)، أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيراً حيث تمثل الصيغة حجر الزاوية في نظرية "بيك" فجميع الأفراد يمتلكون صيغ معرفية تساعدهم في استعادة معلومات معينة غير متعلقة ببيئتهم والاحتفاظ بمعلومات هامة، أما الأفراد المكتئبون فيمتلكون كذلك صيغاً ذاتية معرفية سلبية تستبعد على نحو انتقائي المعلومات السلبية، ويقترح "بيك" أنه عند نقطة معينة في الطفولة ينمي الأفراد المكتئبون مثل هذه الصيغة، وذلك بسبب النقد المتزايد من الوالدين أو ربما بسبب شدة أحداث الحياة السلبية، حينما تقع أنواع متماثلة في تلك الأحداث في الرشد، فإن الصيغة السلبية تنشط ويبدأ المكتئبون في عزلة خياراتهم الشخصية السلبية (حسين فايد، 2004، ص83).

ولكن ينسى شرح مصدر التشوهات المعرفية، يصنع Beck نفسه في اتجاه سلوكي، إذ يعتبر تصورات الفرد نتيجة لتجارب ذاتية سابقة مر بها في الطفولة والتي أدت إلى تكوين مرجع معرفي يصبح كقاعدة عامة، ضمنية ومسلم بها، يرجع إليها كلما دعت الحاجة والضرورة إلى ذلك أو أثر اصطدامه بوضعيات مختلفة، ويطلق Beck على هذه الوضعيات اسم "الوضعيات الصدمية" وهذه الأخيرة هي مصدر التصورات السلبية (A. Dreyfus, 1988, p308).

ويتصف النموذج المعرفي لـ "بيك" بـ:

- استدلال تعسفي أو خاطئ، أي أن الفرد يصل إلى الاستنتاج معين دون وجود دليل كاف.

- تجريد تلقائي يتم الوصول منه إلى استنتاج معين دون وجود دليل كاف من العناصر الكثيرة الممكنة.

- المبالغة في التعميم أو عمل استنتاج شامل في نقطة بدء تافهة.

- التضخيم والتقليل اللذان يتضمنان أخطاء في الحكم على الأداء.

- لوم الذات وهو إساءة تفسير الوقائع وفقا لأفكار سلبية واستنتاجات غير منطقية.

كما لاحظ "بيك" أن التشويه المعرفي الذي يتضمن المشكلات الخمس السابقة قد

يرجع على الأشخاص المكتئبين يعتقدون "ثالوثا سلبيا" من الاعتقادات تشمل على:

- راي الذات باعتبارها غير ذات قيمة ذات قيمة وقاصرة.

- رأي عن العالم باعتباره متوحشا وكريها.

- رأي بانس عن المستقبل (حسين فايد، 2004، ص84).

هكذا يكون الفرد المكتئب قد بني سلسلة من التصورات السلبية تجاه نفسه، العالم

الخارجي ومستقبله، وهذه البنية قد تكون ظاهرة أو تحتية (مخفية) والتي قد تظهر اثر

تعوضها للمثيرات معينة، لانفجار الازمة الاكتئابية، تنشيط المفاهيم السلبية إما عن طريق

التعرض لوضعيات صدمية قديمة أو عن طريق التعرض لوضعيات أخرى صعبة الاجتياز

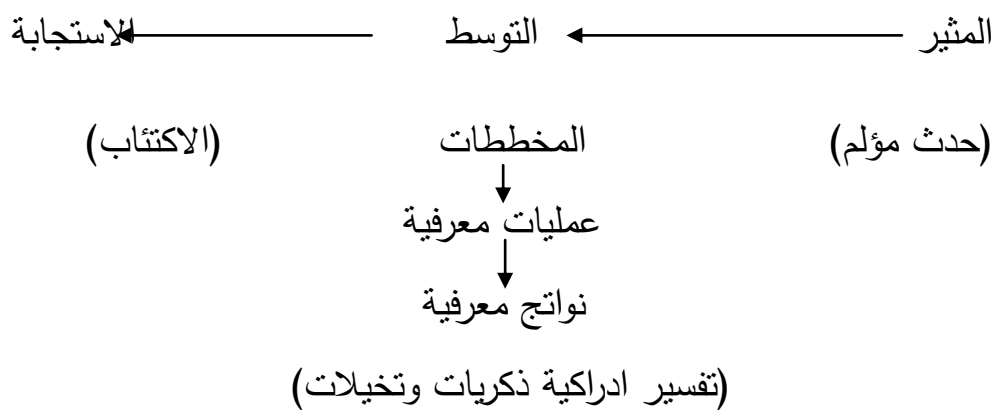
مثلا: موت شخص، فقدان عمل، التعرض لمرض مزمن أو خطير... إلخ أو عن طريق

تتالي الضغوط واستمرارها.

انطلاقاً من هذا يعرف Beck الاكتئاب على انه: اختلال في نظام التفكير والتناذر الاعراضى الاكتئابى ما هو غلا نتيجة لنشاط معرفى مرجعى يظهر انطلاقاً من "نموذج داخلى" (A. Dreyfus, 1988, p308) monologue intérieur.

فإن الأفكار السلبية التى يكونها مريض الاكتئاب عن ذاته وعن الآخرين وعن المستقبل هى التى تجعله يعيش مزيداً من الحزن والتشاؤم وفقدان الدافعية حيث لا يقوم بأى نشاط وكل هذا قد يؤدي بدوره فى النهاية إلى الرغبة فى الانتحار أو الإقدام على الانتحار.

وبوجه عام فإن النموذج المعرفى للاكتئاب عند "بيك" يوضح ان مريض الاكتئاب لديهم خلل وظيفى فى معالجة المعلومات مما يؤدي ذلك بهم إلى الانفعال والسلوك غير ملائم، وأن هناك ثلاثة مستويات من التغيرات المعرفية تتوسط بين المثيرات (الاحداث) والاستجابات (المزاج والسلوك) وهذه هى المخططات المعرفية والعمليات المعرفية، ومحتوى التفكير، وأن الافراد المكتئبين يظهرون تحيزات معرفية سلبية على هذه المستويات الثلاثة من التفكير ويمكن توضيح النموذج المعرفى للاكتئاب كما يلي:



الشكل رقم (01): يوضح النموذج المعرفى للاكتئاب:

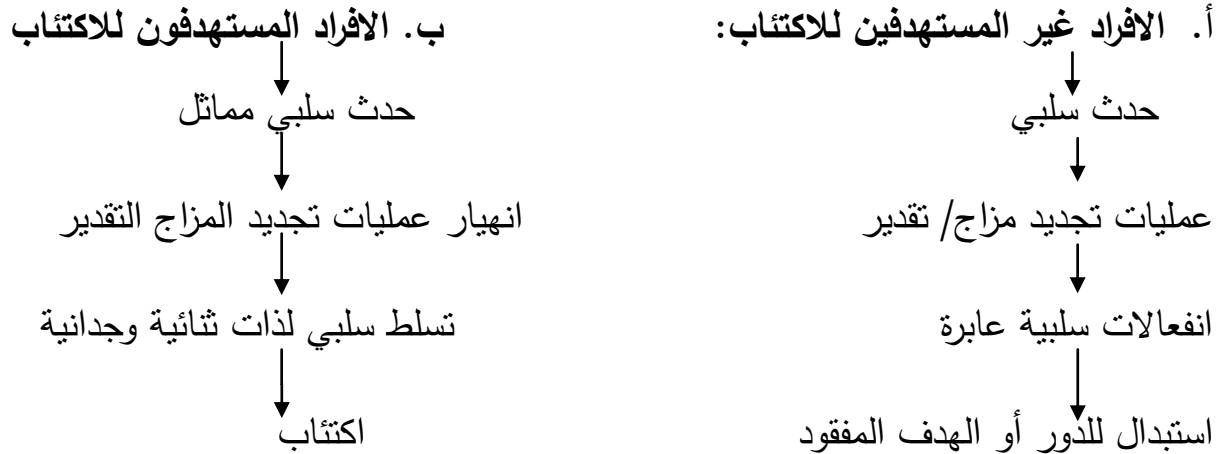
(طه عبد المنعم حسين، 2007، ص 73).

● النقد:

- بالرغم من اسهامات النظريات المعرفية في تفسير الاكتئاب، إلا أن ثمة قصورا يتضمن هذه النظريات، وسوف يتم عرضه على النحو التالي:
- ركزت النظريات المعرفية على الأفكار والمعتقدات السلبية في تفسير الاكتئاب، ولم توجه الانتباه إلى عوامل أخرى مثل الاستدعاء النفسي الداخلي، والعوامل البيئية المسببة للاكتئاب.
 - تنطبق الأفكار والمدرجات السابقة على بعض أنماط الاكتئاب الموجودة في التصنيفات التقليدية للاكتئاب (مثل الاكتئاب الأحادي وثنائي القطبية)، غير أنه لا يوجد نمط فرعي للاكتئاب يتسم بالأفكار والمدرجات السلبية فقط.
 - إن تأكيد النظريات المعرفية بأن الأشخاص المكتئبين يقررون مدرجات سلبية دون المدرجات الإيجابية.
- فهذا المر يختلف من نتائج الدراسات الامبريقية حيث ان الافراد المكتئبين قد قرروا متوسط تكرار يصل إلى حوالي فكرتين ايجابيتين من كل ثلاث أفكار سلبية في الأسبوع الماضي.

4.7 النظرية المعرفية الاجتماعية:

تفسر هذه النظرية الاكتئاب من خلال مزج وخط مفاهيم النماذج العقلية والاهداف الشخصية والادوار الاجتماعية، ويرى أن يفسر باعتباره فقداننا لهدف قيم أو دورا اجتماعي لدى الفرد الذي لديه مصادر أخرى قليلة لقيمة الذات، ويمكن توضيح ملخص هذه النظرية في الشكل (02):



الشكل (02): النموذج المعرفي الاجتماعي في الاستهداف للاكتئاب:

يتضح من الشكل (02) أن الفرد المستهدف للاكتئاب يحتفل أن يكون لديه مدى ضيق من الأهداف والادوار ذات قيمة مع مصادر أخرى قليلة لقيمة الذات، والتهديد بالفقد أو الفقد العقلي لهدف ذي قيمة يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب بسبب عدم وجود مصادر أخرى لها قيمة ذاتية للفرد (حسين فايد، 2004، ص 85 .86).

● النقد:

لقد أدمجت تلك النظرية النماذج العقلية والاهداف الشخصية والادوار الاجتماعية معاني تفسير الاستهداف للاكتئاب، ولكنها أغلقت دور العوامل البيولوجية في الاستهداف للاكتئاب حيث أنه قد يتعرض الفرد لجميع عوامل الاستهداف الخارجية للاكتئاب، إلا أنه لا يقع في الاكتئاب بسبب عدم وجود استعداد وراثي للاكتئاب لديه (نفس المرجع السابق، ص 86).

5-7 نظريات التعلم:

يرى أنصار نظريات التعلم المتنوعة أن الاكتئاب يعتبر حالة تتميز أساسا بخفض في النشاط الذي يلي سحب أو فقد مدعم كبير ومعتاد، وبمجرد ما يوجد السلوك الاكتئابي فيتم تدعيمه بالانتباه التعاطف.

ويعتبر سليجمان Seligman et al (1975) أول من وضعوا نظرية للاكتئاب قائمة على التعلم، بمثل مفهوم العجز المتعلم محورها الرئيسي.

ويشير العجز المتعلم إلى أن الافراد حينما يجدون أنفسهم في ظروف لا يستطيع سلوكهم فيها أن يغير أحداثا بيئية كريهة، فيؤدي هذا إلى الاستسلام والعجز والسلبية.

وقد اقترح "أبرامسون" وزملاؤه Abrmson et al (1978) تعديلا رئيسيا لنظرية العجز لتعلم، الذي عرف باعتباره نموذج العجز المعاد صياغته، فقد لاحظوا أنه ليس كل شخص يخبر أحداثا سلبية لا يستطيع التحكم فيها يصبح مكتئبا، وأنه توجد عوامل أما أن تعزل من أو تعرض للاكتئاب في ضوء هذه الاحداث، ويعتبر أسلوب الغزو attribution أهم تلك العوامل، والغزو إما أن يكون داخليا حيث يرى الفرد أنه المسؤول عن الحدث، أو يكون الغزو خارجيا أي يدرك الفرد أن شخصا معينا آخر هو المسؤول عن الحدث، وعادة يتسم الافراد المكتتبون بأن لديهم ميلا لعزو داخلي ثبات وشامل للأحداث السلبية، وعزو خارجي غير ثابت وخاص بالأحداث الإيجابية كما اقترح الباحث "أبرامسون" نمط فرعيا لإدراك الاكتئاب واعتقد أن الاكتئاب ليس اضطرابا منفردا ولكنه نوعا من مجموعة متغايرة من الاضطرابات، وأن الاضطراب الاكتئابي يتسم بيزوغ ثلوث ادراكي سلبي وأفكار عجز، وهذه الأفكار التي تتسم باليأس هي نمط من العزو الذي يؤدي بالناس إلى الشعور بالعجز في التعامل بفاعلية مع الضغوط في حياتهم (حسين فايد، 2004، ص 81. 82).

وطبقا لنظرية seligman المعدلة عن العجز المتعلم فإن الفرد الذي يميل إلى تفسير الأشياء السيئة من مدركات داخلية وثابة وشمولية، هو أكثر الافراد تعرضا لمرض الاكتئاب عندما تلم به المصاعب وتعترض سبل حياته الشدائد.

في اختبار seligman الأول لنظرية المعدلة، عمد إلى فحص 134 طالبا جامعا باختبار Beck الكاشف لأعراض الاكتئاب والمؤلف من 13 بند، بدرجة اتساق وصدق

عالية في الكشف عن أعراض الاضطراب الاكتئابي، وكما هو متوقع يمكن التنبؤ بالاكتئاب من خلال أنماط التفسيرات التي يطرحونها المفحوصون، الطلاب الذين أعطوا تفسيرات داخلية وشمولية ثابتة عن حوادث سيئة، كانوا أكثر إكتئابا من أولئك الذين قدموا تفسيرات خارجية ونوعية غير ثابتة.

والنتائج نفسها وجدت عند اختبار سجناء الامن طلاب المدارس، النساء، ومرضى المشافي بالنسبة لمرض الاكتئاب، وأجرى Seligman وجماعته أكثر من 104 تجربة شملت ما يقارب من 15 ألف مفحوصا اتضح فيها ان الأنماط التفسيرية أو العزوية التساؤمية ترتبط بالاضطراب الاكتئابي فبعض الافراد الذين يتميزون بنموذج تفسيري سيء يتحمل أن يكونوا أكثر تعرضا لضعف الصحة البدنية من أولئك الذين يبديون نظرة تفاعلية كما يضيف أن التقدير الواطئ الذي يظهر في الاكتئاب هو نتيجة لا تتناسب داخلي وترتبط مدة الاكتئاب بدرجة الانتساب الثابت وأما شدته وخطورته فهما مرتبطتان بوجود إنتساب داخلي وبدرجة إعتقاد الفرد (A. Drefus, 1988, p310).

● النقد:

قدمت نظريات التعلم عامة ونظرية العجز المتعلم خاصة طيبة في تفسير الاكتئاب ولكن يخذ عليها ما يلي:

1. ان تفسر الاكتئاب باعتباره استجابة مكتسبة تم استنتاجه من تجارب أجريت على الحيوانات وتم تعميم نتائجها على الانسان وهذا شيء غير منطقي حيث أن هناك فرقا كيفيا بين عالم الحيوان وعالم الانسان.

وهذا ما أكده الدليل التجريبي أثناء التحقق من صدق نظرية العجز المتعلم أدى إلى تعديلها بواسطة "ابراموس وزملاؤه".

2. لم تقدم نظريات التعلم جديداً عندما قدمت نظرية التحليل النفسي، حيث ان فقد التدعيم الذي فسرت به نظريات التعلم للاكتئاب لا يختلف كثيراً عن فقدان موضوع الحب في المراحل المبكرة عن العمر الذي فسرت به نظرية التحليل النفسي للاكتئاب.

6-7 النظريات البنشخصية:

تركز المنظومات البنشخصية في فهم الاكتئاب على ضغوط الحياة وأساليب المواجهة، كما أيضاً تهتم بالتفاعلات بين الأشخاص المكتئبين وبيئاتهم، وكيف أن هذه التفاعلات تعمل على إبقاء واستمرار الاضطراب الاكتئابي، فالنسبة لضغوط الحياة وأساليب المواجهة يقترح الباحثين "كوين" و"دوني" (coyen, downey) أن الاكتئاب قد يفهم كالفشل في المواجهة الفعالة لضغوط الحياة، وقد افترضنا أن المواجهة الفعالة مع المشكلات أو الضغوط يمكن أن تقلل من تأثير هذه المشكلات، وتساعد على منعها من أن تصبح مزمنة، فالمرضى المكتئبون يظهرون بشفاء أقل إذا ما أظهروا مهارات مواجهة فقيرة أو غير جيدة، وتعتبر استراتيجيات التجنب والمواجهة المركزة عن الأفعال من أهم العوامل في تفسير الاكتئاب حيث أنها أساليب موجهة غير جيدة تساعد على بقاء نوبات الاكتئاب وهذا ما أشار اليه الباحثان "هيجتر" و"اندلر" (higgins et endler) 1995، من وجود ثلاثة أساليب أو عمليات للتعامل مع الضغوط وهي

أ- أسلوب التوجيه نحو الذات: ويقصد به محاولات الفرد لتجنب المواجهة المباشرة مع المواقف الضاغطة.

ب- أسلوب التوجيه نحو الأداء: وهو المحاولات السلوكية التي يقوم بها الفرد للتعامل مباشرة مع المشكلة وبصورة واقعية وعقلانية، ويتضمن ذلك معرفة لأسباب الحقيقية للمشكلة والاستفادة من الخبرة في المواقف السابقة، واقتراح البدائل للتعامل مع المشكل، وقد أشارت الدراسات الامبريقية إلى أن الافراد مرتفعي الاضطرابات الانفعالية كانوا أكثر ميلاً للاعتماد

على أسلوب التوجيه الانفعالي كأخذ الاستراتيجيات السلبية في التعامل مع المواقف الضاغطة، أما الافراد منخفضي الاضطرابات الانفعالية كانوا أكثر ميلا للاعتماد على استخدام أسلوب التوجيه نحو الأداء كأحد استراتيجيات الإيجابية في مواجهة ضغوط الحياة.

ت- أسلوب التوجيه الانفعالي: ويقصد به ردود الأفعال الانفعالية التي تنتاب الفرد وتتعكس على أسلوبه في التعامل مع المشكلة، وتتضمن مشاعر الضيق والتوتر والانزعاج والغضب والأسى والياس.

أما بالنسبة للمساندة الاجتماعية، فأعتبر أحد العوامل البينشخصية الهامة في تفسير الاكتئاب، فيشير التراث النفسي أن انخفاض المساندة الاجتماعية أو المساندة الاجتماعية غير الجيدة يؤدي إلى بقاء الاعراض الاكتئابية، والحقيقة أن هناك جوانب كثيرة في الاكتئاب، تجعل علاقة المكتئب بالمحيط الاجتماعي مصدرا للضيق والتعاسة، والاضطراب، فالمكتئبون يتسمون بعدم الإيجابية في المواقف الإيجابية في المواقف الاجتماعية ويجدون صعوبة شديدة في بدء علاقة جديدة، وانهم اقل من غيرهم تفاعلا وتبادلا سواء تعلق الامر بحجم الكلام أو الأفعال المطلوبة في مثل هذه المواقف أو ملاءمتها لمواقف التفاعل وطبيعة العلاقة الاجتماعية، كما يصف الآخرون المكتئب بالجمود، التصلب، والافتقار للمهارات الاجتماعية الضرورية للنجاح والتفاعل.

يتعرض المكتئبون في مواقف التفاعل لكثير من الاحباطات ومشاعر التعاسة بسبب حساسيتهم الشديدة للرفض والتجاهل، وهكذا يبدو أن خبرات الرفض وفشل العلاقات بالآخرين ينشأ عنها هيكل أو صيغة معرفية تدور حول الفشل والخوف من فقد الآخر، الامر الذي تنشط معه مشاعر العجز وعدم القيمة والاهمية، كذلك فرغم أن المكتئبين تبدو عليهم المحنة والمعاناة كما يلتمسون دعم الآخرين إلا ان البيئة الاجتماعية قد تقدم الطمأنينة

والدعم في البداية لكنها قد ترفض المكتئبين او تتحاشاهم فبا بعد نظرا لعدم تجاوبهم الامر الذي يزيد من عدم امن المكتئبين وزيادة اعتمادهم.

ويبدو مما سبق ان العلاقة بين الاكتئاب والاضطراب السلوكي الاجتماعي علاقة جدلية (حلقة مفرغة) أي ليس من غير العروف ايهما السبب وايهما النتيجة، ففي حالة الاكتئاب يجد الشخص نفسه عزوفا عن الاحتكاك والتفاعل الاجتماعي الإيجابي، ويؤدي فشله في ذلك إلى تدعيم اكتتابه.

كما أن العكس صحيح، فوجدوا رصيد ضعيف في المهارات الاجتماعية، والفشل المتكرر في العلاقات الاجتماعية يؤدي إلى الإحباط ومشاعر الفشل والتعاسة.

• النقد:

يلاحظ من عرض التفسيرات البيئشخصية للاكتئاب، انها ركزت على عوامل التفاعل بين الأشخاص، دون النظر إلى الديناميات النفسية داخل الفرد، كما أغفلت دور الاستعداد الوراثي في الصابة بالاكتئاب (حسين فايد، 2004، ص86 .90).

مما سبق يبدو أننا في حاجة إلى إتجاه تكاملي لتفسير الاكتئاب من خلال الاستعداد الوراثي، والديناميات النفسية لدى الفرد، وعوامل التفاعل الاجتماعي المتمثلة في التعامل مع الحدث الضاغط وكيفية مواجهة هذا الحدث، وحجم ونوع المساندة الاجتماعية المدركة، بالإضافة إلى الصيغ المعرفية التي يمتلكها الفرد في معالجة المعلومات (حسين فايد، 2004، ص91).

8. علاج الإكتئاب :

العلاج الدوائي: ذكر أن للأدوية فاعلية في علاج الإكتئاب وتعرف هذه الأدوية بمضادات الإكتئاب منها مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات مثل: أميتريبتلين وهناك مجموعة

أخرى تسمى DIBENZOPIN مثل دوكسبين وهناك أدوية أخرى لعلاج الإكتئاب المتأخر والهياجي ومنها مابروتكين (الحجار محمد 1989، ص 92. 93).

العلاج النفسي: وذلك يجعل المريض يستمر بصرعته المسببة للإكتئاب، إضافة إلى التطمين المستمر والتأكيد على إمكانية الشفاء، أي العلاج الداعم ونجد أن مرض الإكتئاب العصابي والإرتكاسي هم الذين يستفدون من هذا العلاج وأيضا ميالون للإنتحار.

العلاج السلوكي: هناك دراسات في الولايات المتحدة الأمريكية تؤكد نجاح نظرية التعلم الإجتماعي في علاج الإكتئاب، ويقوم هذا التعزيز الإيجابي لسلوكات جديدة متعلمة تكيفية، والتغيير في توعية وتكرار أو نموذج نشاطات المريض خلال تفاعلاته الإجتماعية من خلال التوجيه، التدريب الميداني، وتعليمه مواجهة المثيرات الخارجية المحدثة للإضطراب الإكتئابي والسيطرة عليها) حمد الحجار 1989، ص 93).

العلاج الإجتماعي: ويعمل على مساعدة المريض إجتماعيا، وحل مشاكله الإجتماعية وإحداث التغييرات البيئية المناسبة، للتقليل من معاناته، وكما هو معروف فإن أثر البيئة والمجتمع في نشأة وعلاج الإضطراب كبير، لذلك يتجه العلاج أحيانا نحو تحسين هذه العوامل من ناحية العمل والمنزل والأسرة، وتشجيع الهويات الخاصة من ثقافة وفنون، أو رياضة، أو الإيمان الديني خصوصا الذين يميلون بطبيعتهم للناحية الدينية (أحمد عكاشة، 1980.ص 138).

العلاج المعرفي: تستهدف العملية العلاجية المعرفية إستجلاء الأفكار الإكتئابية ومناقشة صلاحياتها وصولا لتغيير نمط تفكير الفرد المكتئب ودور العلاج هنا هو مساعدة المريض على الوقوف موقفا نقديا من المطلق إلى النسبي ومن العموميات إلى الأفكار المحددة، ومن الأحادية إلى الإختيارية من عدة بدائل وإخضاعها لمحك الواقع والتجربة العلمية.

وتعد نتائج العلاج المعرفي إيجابية خاصة عندما يترافق مع إستعمال الدواء الملائم وبعض التقنيات السلوكية أما في حالات الإكتئاب الحادة أو الشديدة يتم إضافة كلا من العلاج المعرفي والسلوكي لمنح التحسين ومنع الإكتئابية (وليد سرحان وآخرون، 2001، ص، 117 118).

ثالثاً: الشخصية الإجتماعية الإيجابية:

1- تعريف الشخصية الإيجابية:

هي شخصية جيدة، يتصف صاحبها بالقدرة على التفكير الجيد والإصغاء الجيد ولذلك فهو شخصية منتجة ومنتظمة ويصلح صاحبها للعمل القيادي، الاجتماعي لقدرته على خطاب الآخر والتأثير فيه. (رياض مسعد ص 154)

2- صفات الشخصية الإيجابية:

2-1 التفاؤل: لا يعني التفاؤل تجاهل المشاكل أو الهروب منها بل هو الاستعداد لبذل الجهد واغتنام الفرص والعمل على تحسين الأوضاع وحل المشكلات ويتطلعون لمستقبل أفضل يمكنهم تحقيقه بأفعال اليوم.

2-2 القبول: وهو تقبل أخطائهم ومواجهتهم والتعلم منها بدلاً من توبيخ النفس.

2-3 المرونة: تظهر مرونتهم في قدرتهم على التكيف مع الظروف المحيطة لهم بشكل جيد.

2-4 الامتنان: ويكون بتخصيصهم وقت من يومهم للتفكير في الأمور الجيدة في حياتهم وتقديرها والاستمتاع بها.

2-5 الانضباط الذاتي: ويتمثل في قدرتهم على التحكم بأنفسهم وبامتلاكهم القوة والإرادة لفعل الصواب.

2-6 المحبة: لا يحبون حمل الضغائن اتجاه الآخرين ويفضلون نشر المحبة والإيجابية.

(Chris bland and lachlas brown)

3- تأثير الشخصية الإيجابية على الآخرين :

- منحهم الكثير من الطاقة الإيجابية التي ستأثر على نجاحهم و تشجيعهم على الإنجاز وتحقيق أهدافهم ودعمهم في طريق نجاحهم.
- مساعدتهم على تغيير مواقفهم وسلوكياتهم اتجاه الحياة وبشكل خاص السالبة منها، حيث يشعرون بالحيوية والحماس بشكل أكبر اتجاه الأمور التي يفعلونها في حياتهم.
- زيادة ثقتهم بأنفسهم وتحسين قدرتهم على مواجهة الظروف بسلام و سهولة.
- إدخال الكثير من السعادة إلى حياتهم و جعلهم يشعرون بها.

(Troy Stoneking)

رابعاً: الشخصية العصبية:

1- تعريف الشخصية العصبية:

يعرف (إزينك 1971) بأنها انفعالية غير مستقرة وشديدة تجعل الشخص ذو استعداد مسبق إلى تطوير أعراض عصابية في مواقف الضغوط الإرهاق الشديد. (فوزي محمد ص 335)

2- صفات الشخصية العصبية:

- صعوبة التواصل أو إنشاء حوار إيجابي هادف.
- الغضب الجسدي المبالغ فيه .
- صعوبة الاعتراف بالمشاعر والتعبير عنها بصدق.
- القلق والتوتر الواضح الذي ينتج عنه عدم القدرة على الاسترخاء والتصرف بهدوء وتوازن.

- فقدان روح الدعابة والقدرة على المزاح مع الآخرين بسبب الغضب المستمر.
- ظهور إشارات جسدية وعاطفية تدل على عصبية المرء، ومنها التعرق بشدة، والرجفة وتوتر العضلات، وارتفاع الحرارة أحيانا، إضافة لتضييق وشد الأسنان.
- الميل للحزن والكآبة، أحيانا قد يلجأ المرء لسلوكيات سلبية كتدخين السجائر والتبع أو شرب الكحول، حيث أن البعض قد يظنها طرقا للتنفيس عن غضبه والحد منه، إلا أنها سلوكيات ضارة بالصحة يجب الإقلاع عنها.

Anger mangement and Kelly L.burnus MA .Lpc .ATr .p)

3- أسباب الشخصية العصبية:

- التعرض للضغوطات والمشاكل اليومية وخلافات العمل، وغيرها من الظروف التي تسبب له التوتر والقلق وينتج عنها عدم الارتياح والغضب.
- الظروف البيئية المزعجة التي تسرع من انفعالات المرء كالارتفاع الكبير والمزعج لدرجة الحرارة.
- فقدان المرء شخص قريب جدا لقلبه، الأمر الذي يجعله شديد الحزن وبالتالي الانفعال والغضب على أبسط الأمور بسبب البؤس الداخلي الذي يسيطر عليه.

- تعرض المرء للإساءة الشخصية التي تؤذي مشاعره وتثير غضبه، مثل

الشتائم والانتقاد السلبي، والرفض من قبل الآخرين. (Hannah vichols

(p76

خلاصة:

مما سبق نستنتج أن الشخصية هي عبارة عن مجموعة من السمات والخصائص التي ينفرد ويتميز بها الشخص عن الآخرين وتكون في الغالب مستقرة نسبياً مع إمكانية التنبأ بما سيقوم به من سلوك وكذلك إمكانية إحداث تغيير فيها مع العلم أن التغيير يكون محدوداً، وهذا التغيير في الشخصية يعتمد على نمط الشخصية الذي يمتلكه الفرد، فالأفراد يختلفون عن بعضهم البعض كما يمكن أن يتشابهوا ، إلا أنهم من المستحيل أن يتطابقوا بشكل دقيق وتام فالتشابه بينهم يكون نسبي و ليس مطلق لأن كل فرد فريد بنوعه.

الفصل الثالث

قلق الموت

أولاً: القلق

تمهيد:

1. تعريف القلق.
2. علاقة القلق بمختلف الانفعالات.
3. انواع القلق.
4. مستويات القلق.
5. مظاهر القلق.
6. القلق السوي والقلق المرضي.
7. اسباب القلق .
8. اعراض القلق.
9. النظريات المفسرة للقلق.
10. تشجيع القلق.
11. علاج القلق.

ثانياً: قلق الموت:

1. تعريف الموت.
2. مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت.
3. نظرة الراشد الى الموت.
4. اقسام قلق الموت.
5. مكونات قلق الموت.
6. اسباب قلق الموت.
7. اعراض قلق الموت.
8. النظريات المفسرة لقلق الموت.
9. متغيرات قلق الموت.
10. علاج قلق الموت.

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد القلق من بين المشاعر الطبيعية لدى الانسان مثله مثل الفرح والحزن التي ترافق الانسان لحظة بلحظة منذ الولادة حتى نهاية الحياة.

يظهر القلق في المواقف التي يقيمها الفرد على انها مهددة، ويصعب السيطرة عليها ويشعر الفرد بالضيق والانزعاج منها، ويتفق الباحثون النفسانيون مع نتائج البحث البيولوجي على ان القلق والخوف عبارة عن شكل طبيعي من ردود الفعل، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فالأفراد على دراية أن حياتهم لها نهاية وهذا المصير يبقى مجهول دون معرفة الطريقة التي يموتون بها، فالظاهرة هذه تبعث في نفوسهم الخوف، هذا امر شاسع لدى الاشخاص إذا تلقوا خطرا يهدد حياتهم، فانهم يستجيبون لهذه الوضعية بنوع من القلق الذي يتمثل في قلق الموت.

أولاً: القلق:

أ لغه: قلق، قلقا اي لم يستقر في مكان واحد أو لم على حال والقلق اضطراب وانزعاج وأقلق الهم فلان اي أزعجه (محمد قاسم عبد الله، 2010، صفحہ 169).

ب: اصطلاحاً:

لقد تعددت مفاهيم القلق، واختلفت وجهات النظر حوله، وذلك حسب اتجاه كل باحث، حيث رأى فرويد (Freud) أن القلق نوع من الانفعال المؤلم، يكتسبه الفرد ويكونه خلال المواقف التي يصادفها في حياته اليومية، فهو يختلف عن بقيه الانفعالات غير السارة، كالشعور بالإحباط، أو الغضب والغيرة لما يسببه من تغيرات جسمية داخلية يحس بها الفرد واخرى خارجية تظهر على ملامحه (عن أديب الخالدي، 2015، ص 36).

بينما رأت هورني Horney انه عبارة عن خبرات مهددة لأمن الفرد، وهي ناشئة عن مواقف وأحداث مؤلمة، تبدأ من المراحل الاولي لنشأة الفرد ومنها تضارب مشاعر الوالدين نحوه وتفضيل إخوته عليه او رفضه له، أو إنزال العقاب غير العادل به، والسخرية منه (عن أديب الخالدي، 2006، ص 21).

ويعرفه "محمد حسن غانم" القلق هو حالة داخلية مؤلمة من العصبية والتوتر والشعور بالرهبة ويكون مصحوبا بإحساسات جسمانية واتجاهات مثل سرعات دقات القلب وخفقانه، العرق، الارتعاش، والألم في الصدر (محمد حسن غانم، 2005، ص 85).

في حين يرى ثورن thorn أن القلق يكمن في الخوف من المستقبل، وما قد يحمله من أحداث تهدد وجوده. فالقلق ينشأ عما يتوقعه الفرد من أحداث في المستقبل أي أن القلق ليس ناشئاً عن خبرات الماضي (عن عادل شكري، 2006، ص 21).

كما عرفه الزغلول أنه حالة نفسية تظهر على شكل توتر شامل ومستمر، نتيجة لشعور الفرد بوجود خطر يهدده، غير أن هذا الخطر قد يكون موجوداً فعلاً، أو متخيلاً لا وجود له في الواقع، والقلق ضمن حدوده الطبيعية لا يعد اضطراباً او عرضاً سلوكياً مرضياً،

يستدعي الاهتمام والمعالجة، وذلك لأنه في كثير من الأحيان يشكل دافعا لدى الأفراد يحفزهم لاتخاذ الاجراءات السلوكية المناسبة وبذل مزيدا من الجهد للتغلب على العقبات وتحقيق التكيف النفسي والاجتماعي المناسب (عن غربي، 2014 ص94).

ولعل أكثر التعاريف شيوعا هو التعريف الذي صاغته الرابطة الأمريكية للطب النفسي، قائلة إن القلق هو خوف أو توتر أو ضيق ينبع من توقع خطير ما يكون مصدره مجهولا، وذو درجة كبيرة، ويعد مصدره كذلك غير واضح ويصاحب كلا من القلق والخوف التعبيرات الفيزيولوجية (عن عادل شكري، 2006، ص 21)

لكن على الرغم من تعدد وجهات النظر في تفسير مفهوم القلق، إلا أن هناك اتفاقا في وصفه أنه حالة انفعالية غير سارة لدى الفرد تؤثر في مستوى أدائه وعلاقاته الاجتماعية ومدى شعوره بالطمأنينة نتيجة تعرضه لمواقف نفسية ضاغطة خلال حياته، سواءا كانت هذه المواقف واضحة لديه أو غامضة، مما يؤدي إلى أحداث وتغيرات داخلية يحس بها الفرد وأخرى خارجية تظهر على ملامحه (أديب الخالدي، 2015، ص37).

2- علاقة القلق بمختلف الانفعالات:

من خلال التعاريف السابقة، نرى أن هناك تداخل كبير بين مفهوم الخوف *la peur* والقلق *angoisse* والحصص *anxiété*، حيث أن من الصعب التمييز بينهم في كثير من الأحيان لذلك من الضروري أن تميز بين هذه المفاهيم الثلاث.

2-1 التمييز بين القلق والخوف :

لقد تعددت آراء العلماء حول مفهومي القلق والخوف، فالبعض منهم يرى أنه ليس هناك اختلاف واضح بينهما، بينما يؤكد البعض الآخر على وجود فروق جوهرية واضحة. من مؤيدي الاتجاه الاول نجد فولب *volp* الذي يرى عدم وجود اختلاف بين الخوف والقلق حيث عبر عن ذلك بقوله "أنه ليس هناك اي سبب يدعو للاعتقاد بأن هناك اختلاف

فيزيولوجي بين الخوف المثار عن طريق محفز مرتبط بتهديد موضوعي كالثعبان والخوف غير المتكيف، والذي يثار من قطة صغيرة (سهام بخاري، 2015، ص113).

أوجه التشابه:

في كل من الخوف والقلق يشعر الفرد بوجود خطر يهدده، وفي الخوف والقلق حالة انفعالية تتطوي على التوتر والضغط، كل منهما يحفز الفرد لبذل الطاقة لحماية نفسه، كل منهما يصاحبه عدد من التغيرات الجسمية (حنان الغناني 2000، ص 114).

أوجه الاختلاف:

يمكن توضيح الاختلاف بين القلق والخوف من خلال الجدول الآتي:

جدول رقم (01): الفرق بين القلق والخوف.

القلق	الخوف	
مجهول	معرف	السبب او الموضوع
داخلي	خارجي	التهديد
غامض	محدد	التعريف
موجود	غير موجود	الصراع
مزمنة	حادة	المدة

(خليل ابو فرحة، 2000، ص 29)

نلاحظ من خلال جدول رقم (1) أن الخوف رد فعل لخطر معروف وواقعي وان هذا الخطر خارجيا، بينما القلق فهو رد فعل لخطر غامض وغير معروف، وأن هذا الخطر ذاتيا أو متوهما (خليل ابو فرحة، 2000، ص 29).

2_2 التمييز بين القلق والحصر النفسي :

هناك دراسات تبين الفرق بين كل من القلق والحصر النفسي، بينما توضح دراسات أخرى أنه يوجد اختلاف بينهما في اللغة الفرنسية نجد أن كل من القلق والحصر النفسي ليس لهما نفس المعنى فالحصر النفسي يعبر عن انشغال البال.

وهو كذلك إثارة الخواطر واحساس شاق ومؤلم وهو خوف غير واضح يجعله يستخدم إزاء بيئته تيقظا ضروري، حيث نستطيع أن نسمي الحصر النفسي بالتيقظ المؤلم فهو سمة تكوين خاص، عند فرويد كثيرا ما نجد تكافئ في دلالة الألفاظ فكلمة الحصر النفسي تستعمل بكثرة كنعت لكلمة القلق أما في الإنجليزية فكلمة القلق (angoisse) تدعى الحصر النفسي (anxiété) (Houzel et Al 2000 p 46)

نستخلص مما سبق أن هناك فرق بين كل من القلق والحصر النفسي وكلا منهما حالة نفسية تختلف عن الأخرى، ولكن الحصر النفسي يمكن ان يضاف إلى القلق.

3- أنواع القلق:

هناك أنواع عديدة للقلق يمكن تحديدها حسب تقسيم علماء النفس الى:

3-1 القلق الموضوعي:

إن القلق الموضوعي هو الأقرب إلى الخوف، لأن مصدره معروف في ذهن المصاب.

وهذا النوع مرتبط بالبيئة ويطلق عليه القلق العادي، يكون مصدره خارجيا، وموجود بشكل حقيقي، اي ليس من تخيلات المريض هو عبارة عن رد فعل لإدراك خارجي حقيقي، أو أذى يتوقعه الشخص ويراه قادما بالفعل، كما أنه يعزى إلى الخبرة المؤلمة الأولى التي أثارت مشاعر الإحساس بالقلق وجعله الشخصية أي القلق الأولى، وقد أشير إلى أن صدمة الميلاد تسبق هذا القلق اصلا. والمتمثلة بخروج الطفل من بطن أمه إلى الدنيا ويعرف بأنه

ما يشعره الطفل وينمو معه، وهو وحيد وعاجز إزاء البيئة المحيطة به، حيث يطلق عليه نسبة القلق الحقيقي (بوعلو 1993، ص 85).

2-3 القلق العصابي:

هو أعقد أنواع القلق حيث يكون سببه داخليا غير معروف، ويسميه بعض السيكولوجيين بالقلق اللاشعور المكبوت (حسن الداھري، 2005، ص 275).

يرجع هذا النوع من القلق إلى أسباب لاشعورية ومكبوتة، حيث يكون مصدره داخلي، وهو لا يتناسب مع الظروف التي تدعو اليه، ويمكن استثارته عند إدراك الفرد بأن غرائزه قد تجد منفذا لها للخارج، أي أنه ينشأ عندما يهدد ومكبوتاته وذلك بالتغلب على "الأنا" وعليه يتم اللجوء إلى الحيل الدفاعية مثل الكبت، التبرير، الإسقاط، النكوص، فكلما كان القلق شديدا كلما كان مرضيا وهو مؤشرا للاضطراب (سي موسي، زقار، 2002، ص 102).

3-3 القلق المرضي :

هو داخل المنشاء فهو مزمن دون مبرر موضوعي، مع توافر أعراض نفسية وجسمية دائمة إلى حد كبير، ولذلك فهو قلق مرضي، ويسمى أحيانا بالقلق الهائم الطليق، القلق الشامل، اضطراب بالقلق.

ويستخدمه فولب كبديل عن مصطلح القلق الهائم، الذي يرى أنه خطأ، فهو يستعمل مصطلح القلق الشامل، ويرى أنه الأفضل ويذكر كيف أن الرابطة الأمريكية للطب النفسي استخدمت مصطلح استجابة القلق، إذا أدخل هذا المصطلح محل حالة القلق وهو بدوره قد حل محل المصطلح الفرنسي القديم عصاب القلق (حسن فايد، 2001، ص 49).

4-3 القلق التلقائي:

وهو الذي يقوم بالمرء ويستبد به تلقائيا عندما لا يجد منصرف لطاقته، أو عندما تنتبه مشاعره أو أحاسيسه، فلا يستطيع السيطرة عليها ومدافعتها.

3-5 قلق الهستيريا :

وهو يأتي في صورة من عودة الأعراض المرضية التي كان قد عان منها الفرد. ويرى فرويد أن هذا النوع من القلق يبدو في بعض الأحيان وغير واضح أحيانا أخرى، كما تظهر الأعراض الهستيريا على شكل الرعشة والإغماء، صعوبة في التنفس وهي تحل محل القلق، وبذلك يزول الشعور بالقلق أو يصبح غير واضح (فاروق عثمان، 2001)

3-6 قلق الخلفي :

رأى كفافى أن القلق الخلفي يكون على شكل احساس بالذنب والإثم وتأنيب الضمير ينشأ نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى للفرد عندما يقترب أو يفكر في القيام بسلوكيات تتعارض مع القيم التي يمتلكها جهاز الأنا الأعلى، أي أن هذا القلق ينشأ عن مصدر داخلي، مثله مثل القلق العصابي، ويمكن لهذا القلق أن يصل إلى درجته القصوى (سهام بوخاري، 2015)، ميز كل من سبيلبرجر وكاتل (Spielberger et catell) بين شكلين من القلق وهما:

3-7 القلق كحالة:

هو استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر تتضمن التوتر والعصبية والانزعاج كما تتصف بتنشيط الجهاز العصبي الذاتي وزيادة تنبيهه، وهي تحدث عندما يدرك الشخص أن منبها معيناً أو موقفاً ما يؤدي إلى إيذائه أو تهديده، أو احاطته بخطر من الأخطار وحالة القلق تختلف من حيث الشدة. (Boyer, 1996 p96)

3-8 القلق كسمة :

يدل على وجود فروق نسبية بين الناس في تهيئتهم لإدراك العالم بطريقة معينة، واستجاباتهم للمواقف العصبية بأسلوب خاص، فهي تعتبر كعامل مستقل ودائم في شخصية الفرد يمكن للقلق أن يكون محدد فهو موضوع خاص أو مواقف معينة كالامتحان، الجنس، مواجهة الناس، الموت (Boyer 1996,p96).

4- مستويات القلق:

تشير الدراسات العديدة الى وجود القلق في حياة الانسان بدرجات مختلفة، تمتد ما بين القلق البسيط الذي يظهر على الشكل الخشية وانشغال البال، والقلق الشديد الذي يظهر على شكل الرعب والفرع.

ويوجد هناك مستويات للقلق:

4-1 المستويات المنخفضة للقلق :

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

4-2 المستويات المتوسطة للقلق:

يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة، حيث يفقد السلوك مرونته وتلقائيته، ويستولى على الجمود بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة، وتكون استجاباته وعاداته هي تلك العادات الأولية الأكثر ألفة، وبالتالي يصبح كل شيء جديد مهددا وتنخفض القدرة على الابتكار ويزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة

(عبد اللطيف حسن فرج، 2009، ص 145-146).

4-3 المستويات العليا من القلق :

يتأثر التنظيم السلوكي بصورة سلبية أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة ولا يستطيع الفرد التمييز بين الميزات الضارة، وغير الضارة، ويرتبط بعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي (عبد الحميد محمد الشاذلي 2001، ص 115).

5- مظاهر القلق :

5-1 المظاهر الجسدية :

تمثل ردود الفعل البيولوجية والفيسيولوجية والتي تتضمن ضيق التنفس، جفاف الحلق، برود الأطراف، التعرق، سرعه نبضات القلب (حسن الداھري، 2005، ص 227). وفي الاضطرابات لا يفقد القلق الفرد اتصاله مع الواقع، كما أنه يمارس الانشطة اليومية المعتادة، ويكون واعيا لعدم منطقية تصرفاته، وفي المجالات الحادة، فإن الفرد يقضي معظم وقته للتغلب على مخاوفه ولكن دون فائدة.

5-2 المظاهر السلوكية :

تتبين هذه المظاهر في أعمال الفرد، وتأخذ أشكال تجنب المواقف المثيرة للقلق، فالطالب لديه مخاوف من التحدث أمام الجمهور من الناس، أو تجنب موقف محرج والأفراد الذين لديهم قلق شديد من الأماكن العامة يفضلون البقاء في البيت.

5-3 المظاهر المعرفية :

يتأثر التفكير، ويتراوح بين أفكار حول قلق خفيف إلى درجة الهلع، ويأتي الافراد الذين لديهم أفكار حادة معتقدين أن موتهم وشيك وأن انتهاء العالم أصبح وشيك، أو الخوف من فقدان السيطرة على وظائفه الجسدية والعقلية (حسن الداھري، 2005، ص 228).

6- القلق السوي والقلق المرضي:

6-1 القلق السوي أو خارجي المنشأ:

هو الذي يقوم به الفرد في الاحوال الطبيعية كرد فعل للضغط النفسي أو الخطر أي عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئاً يهدد أمنه أو سلامته مثلاً: ما تشعر به الأم في غياب ابنها فترة طويلة عن المنزل.

6-2 القلق المرضي أو داخلية المنشأ :

هو خوف مزمن دون مبرر موضوعي، مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير، ولذلك فهو قلق مرضي ويسمى أحيانا بالقلق الهائم الطليق، ويستخدم وولمي بديلا عن المصطلح الأخير الذي يرى أنه خاطئ مصطلح القلق الشامل ويرى أنه الأفضل (حسين فايد، 2003، ص49).

7- اسباب القلق:

هناك اسباب كثيرة للقلق منها ما هي بيولوجية ونفسية واجتماعية نلخصها كما يأتي:

7-1 العوامل البيولوجية :

تنشأ اعراض القلق النفسي زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بتوعية السمباتي والبراسمباتي ومن ثم تزيد نسبة الادرينالين والنو ادرينالين في الدم ومن علامات تنبيه الجهاز فاهمها كثرة التبول والاسهال وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية.

كما تلعب الوراثة دورا هاما في اضطراب القلق فكثيرا ما نلاحظ ان والدي يعانون من نفس القلق وهذا يدل على اضطرابات البيئة التي تنشأ فيها.

7-2 العوامل النفسية والاجتماعية :

تعددت أسباب القلق بتعدد النظريات المفسرة له كما يلي:

7-2-1 سيجموند فرويد: Freud

أرجع القلق الى صراعات داخلية لاشعورية والتي هي عبارة عن قوة داخلية تتصارع مع بعضها ويؤدي تسارعها الى ظهور الاعراض المرضية وقد ميز فرويد بين نوعين وهما (القلق السوي والمرضي) تم شرحها من قبل.

Adler: 2-2-7 أدلر:

فقد أرجع القلق إلى شعور الشخص بالنقص ومحاولته التفوق.

السلوكيين دولرد ميللر بافلوف :

يرجعون اضطراب السلوك عامة واضطراب القلق خاصة الى تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيشون فيها وتسهم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها الطفل الى تدعيم تلك السلوكيات والعمل على استمرارها وبقائها.

كما تلعب الظروف البيئية دورا هاما في حدوث اضطراب او تفاقمه، وهناك نوعين

من الضغوط:

الضغط المباشر: مثل

- فقدان الوظيفة

- الطلاق

- مرض الابن

الضغط الغير مباشر: الذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين مثل الرغبة الشديدة في عمل شيء معين مع تحريم قوي في نفس الوقت (حسين فايد، 2003، ص 53).

8- أعراض القلق:

هناك اعراض كثيرة للقلق منها نفسية وجسمية:

1-8 الأعراض النفسية: منها

أ- سرعة الاستثارة العصبية:

هنا يصبح المريض حساس لأي ضوضاء بل يقفز من مكانه عند سماعه رنين

الهاتف أو الجرس ويفقد أعصابه بسهولة ويثور لأتفه الأسباب.

ب- صعوبة التركيز والنسيان:

مع الشعور بالاختناق والصداع والاحساس يطوق يضغط على الرأس ويكون ذلك مصحوبا باختلال في الألية.

ت- مخاوف مرضية في أعضاء الجسم لا أساس لها:

كالخوف من السرطان أو مرض القلب، هنا يتردد المريض على الأطباء ويحاولون تهدئته وطمأنته من أنه لا يعاني من أي مرض عضوي ويستريح بعض الشيء ولكن سرعان ما تعود له مخاوفه، ويبدأ في زيارة أطباء آخرين.

ويزيد التلف ومن ثم تزيد الأعراض الجسمية مما يعزز خوف المريض من احتمال وجود مرض عضوي.

ث- عدم الاستقرار:

الشعور بانعدام الأمن والراحة والأرق الذي يتميز بالصعوبة في النوم أي يرقد الفرد على سريره ويتقلب دون أن تغفل عيناه، وإن نام يصحب نومه احلام وكوابيس مزعجة مما يجعل لديه سلسلة من العذاب.

ج- الحساسية المفرطة والشك والتردد والضيق وترقب المستقبل:

مما يؤدي إلى تناول العقاقير المنومة او المهدئة أو شرب الخمر كمحاولة من المريض للتخفيف من اعراضه.

8-2 الأعراض الجسمية: أهمها:

أ- أعراض مرتبطة بجهاز القلب الدوري: ألام عضلية في الناحية اليسرى في الصدر، فرط الحساسية لسرعة كل من دقات القلب والنبض، ارتفاع ضغط الدم.

ب- أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمي: فقدان الشهية أو عسر الهضم وصعوبات البلع والشعور بغصة في الحلق والانتفاخ، أو الإسهال والإمساك، المغص الشديد وأحيانا الغثيان والقيء.

ت- أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسي: ضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء، سرعة التنفس.

ث- أعراض مرتبطة بالجهاز العضلي والحركي: الألام العضلية بالساقين والذراعين والظهر والرقبة، والاعياء والانهك الجسدي، التوتر والحركات العصبية، الرعشة، وارتجاف الصوت وتقطعه.

ج- أعراض مرتبطة بالجهاز التناسلي: كثرة التبول والاحتباس، تناقص الاهتمامات الجنسية والخلل في الوظائف الجنسية ربما فقدان المقدرة الجنسية واضطراب الطمث وعدم انتظامه.

ح- أعراض جلدية: كحب الشباب والأكزيما والبهاق والصدفية وسقوط الشعر (فهومي علي 2009، ص63).

9- النظريات المفسرة للقلق:

تعددت النظريات المفسرة للقلق وذلك بتعدد المدارس النفسية والتي تجمع تحت لوائها مجموعة من العلماء البارزين في علم النفس، وفيما يلي تعداد بعض النظريات التي حاولت تفسير القلق:

9-1 نظرية التحليل النفسي :

من بين مرجعيات هذه النظريات نذكر "فرويد (s.freud)" الذي يعتبر رائد مدرسة التحليل النفسي ومن أوائل علماء النفس الذين تحدثوا واهتموا بدراسة ظاهرة القلق، إذ يقول "لست بحاجة إلى أن أعرفكم بالقلق، فكل منا قد عانى مرة هذا الإحساس أو على الأصح

هذه الحالة الانفعالية بطريقته الخاصة غير أنني أعتقد أن السؤال الذي يطرح كما ينبغي هو لماذا يعاني العصبيون على الأخص قلقا أكثر وأشد بكثير من بقية الناس (أرونبيك ترجمة عادل مصطفى، 2000، ص 147) .

وقد ميز فرويد بين نوعين من القلق :

أ- **القلق الموضوعي**: يكون مصدره خارجيا حيث يعرفه فرويد على انه ردة فعل لخطر خارجي معروف وقد أطلق فرويد على القلق الموضوعي هذه المسميات:

- القلق الواقعي.

- القلق الحقيقي.

- القلق السوي (عبد اللطيف حسين فرج 2009، ص 129).

وهذا النوع من القلق يعتبر رد فعل خارجي معروف، فمصدر هذا الخطر ينبع من العامل المحيط بالفرد، وهو محدد فعلا واضح المعالم لدى الانسان، فيوضح فرويد أن القلق ما هو إلا مجموعة ردود أفعال، حيث هو توقع صدمة من ناحية ومن ناحية أخرى تكرار للصدمة في صورة مخففة. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص 20).

ب- **القلق العصابي**: يعرف فرويد القلق العصبي على أنه "شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرر لدى الفرد (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 130).

فالقلق العصابي خوف غامض غير مفهوم ولا يستطيع الشخص الذي يشعر به أن يعرف سببه فيأخذ هذا القلق بتريص، لكي يتعلق بأية فكرة أي شيء خارجي، أي أن القلق يميل عادة إلى الاسقاط على أشياء خارجية وعلى هذا في القلق العصابي هو فعلا لخطر غريزي داخلي (طه عبد العظيم، 2007، ص 16).

9-2 النظرية السلوكية :

يركز السلوكيون الراديكاليون اجمالاً على عملية التعلم، ويؤكدون بأن الإنسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما السلوك السوي، ويركز الاوائل من السلوكيين من أمثال "واطسون (Watson)" على أن عمليات التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف أو القلق ويصبح الخوف من المؤثر الشرطي دافعاً مكتسباً (عبد اللطيف حسين فرح 2009، ص 135).

فالسلوكيون الجدد لا يركزون على الصراعات الداخلية، كما الفرويديون، وعلى هذا يؤكد "ولي (walbe)" أن السلوك العصابي سلوك متعلم يتم اكتسابه عن طريق التعلم، وأن القلق هو نوع من أنواع السلوك العصابي المتعلم ومن ثم يمكن خفضه عن طريق التشريط المضاد. فحين تظهر المثيرات الشرطية لا ترتبط بالقلق المضاد للاستجابة الطبيعية مع وجود القلق المضاد ضعف القلق بتدرج لدرجة أن مثيرات التي تحدث القلق ينتهي مفعولها وتحل محلها الاستجابة الطبيعية.

وبذلك صاغ walbe مبدأه العام وهو ما يعرف بالكف النقيض والمتبادل (طه عبد المنعم، 2007، ص 35).

9-3 النظرية المعرفية:

يمثل علم النفس المعرفي اتجاهاً قوياً في علم النفس المعاصر حيث أثر على العديد من المنظرين من مدارس أخرى.

يعتبر "جون كيلي (G.kelly)" من علماء النفس الذين أعطوا المعرفة الإنسانية وزناً في تفسير الشخصية في حالتها السواء واللاسواء، حيث يرى أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات.

وهذا يعني أن تعرض الانسان للقلق يمكن تفسيره بأكثر من طريقة حتى للحالة الواحدة، كما يرى أن العمليات التي يقوم بها الشخص توجه نفسيا بالطرق التي يتوقع فيها الاحداث، على اعتبار أن القلق ليست إلا عمليه توقع وخوف من المستقبل (عبد اللطيف حسين فرج 2019، ص 142).

يعتبر النموذج المعرفي عند "بيك (A.beek)" أكثر النماذج المعرفية لتفسيرات القلق، إذ يعتبر الخلل في التفكير الواقعي هو المكون الأساسي لمرضى القلق وتتألف مظاهر الاضطراب الفكري المميّزة لمرضى القلق فيما يلي:

أ- أفكار متكررة عن الخطر: فمرضى القلق هو دائما في قبضة أفكار لفظية وصورية تدور حول حدوث وقائع مؤذية .

ب- نقص القدرة على مجادلة الأفكار المخيفة: قد يشك المريض في معقوليه هذه الأفكار ولكن قدرته على التقدير الموضوعي واعادة التقييم معاقه، ومهما بلغ هذا الشك فإن الأرجحية عنده تظل في صف هذه الأفكار.

ج- تعميم المثير (المنبه): ليتسع مجال المنبهات المثيرة للقلق، بحيث يمكن لأي صوت أو حركة أن تغير بيئي أن يدريك بوصفه خطرا (أرون بيك، ترجمة عادل مصطفى، 2000، ص125).

10- تشخيص القلق:

عند تشخيص الأخصائي النفساني الفرد المصاب بحالة القلق لا يجد صعوبة أن عوارض المريض تبدو في العادة واضحة، فيميز الحالة هل هي حالة عقلية ام نفسية، وذلك بالاعتماد على التحليل، ثم ينتقل إلى بحث العوارض بحثا دقيقا ولمعرفة المريض النفسي بالضبط وهل يواجه حالة قلق أم لا، بحيث يصاحبه الفرد المصاب بحالة القلق ثلاث أو أكثر من الأعراض التالية :

- عدم الاستقرار والاحساس بأنه على حافة الهاوية.
- صعوبة التركيز واضطراب الذاكرة.
- الاحساس بالتعب والإجهاد.
- توتر العضلات.
- الحيرة وعدم الاستقرار الجسدي.

كم يعتمد أيضا تشخيص القلق على عدة معايير نذكر منها:

- اضطرابات النوم، وتشمل صعوبات النوم، بحيث لا ترتبط تلك الأعراض بأي اضطرابات قلق أخرى، حيث لا يكون القلق العرض الاول راجعا الى نوبه أو راجعا للانزعاج أو الخوف في الوسواس.
- سبب القلق ضيق، ألم حادة إكلينيكية واضطرابات في المجال الاجتماعي والمهني والعائلي.
- لا يرجع الاضطراب إلى تأثيرات فيزيولوجية مباشرة للمواد كاستخدام العقاقير أو العلاج بالأدوية (حسن الداھري، 2005، ص 335).

11- علاج القلق:

إن أهم ما يتخذ تمهيدا للعلاج هو تفصي تاريخ المريض تفصيلا وفحصه فحفا شاملا ثم تتقدم بعد ذلك بعلاجه كما يلي:

11-1 العلاج النفسي :

ويهدف لتطوير شخصية المريض حتى يصير أكثر تكيفا، وهو أهم أنواع العلاج في هذا المرض، ويشمل الإيحاء والحث والتوضيح، وقد نلجأ إلى العلاج السلوكي بتغيير عادات المريض والطبيعة استجاباته المثيرات.

11-2 العلاج الاجتماعي:

ويتركز في تكييف حالة المنزل والعمل حتى نخفف عن كاهل المريض بعض أعبائه التي تزيد من حالته.

11-3 العلاج العضوي:

وذلك بالعقاقير المهدئة، وكذلك علاج الأعراض المصاحبة كفقدان الشهية وغيرها ويراعي ألا يكون هذا العلاج أساسيا أو وحيدا، ونستعمل هنا المهدئات الخفيفة عادة.

ويلعب المرشد والأخصائي بمراحل العلاج دورا كبيرا في تخفيف القلق أو مساعدة الحالة للتخلص من حالة القلق التي انتابته، من خلال تخفيف حدة آثار القلق السلبية أو التأقلم والتكيف مع حالته أو مساعدته

في الخروج من الحالة بسلام، أو ايجاد أساليب وسلوكيات تتخلص من ضغط تلك الحاجة غير المشبعة والأسباب المؤدية للقلق (ابراهيم سالم الصيخان، ص 72-73).

ثانيا: قلق الموت:

أ- لغة: القلق كلمة مشتقة من فعل قلق كقلق الشخص أي اضطراب أو انزعاج ولم يستقر في مكان واحد (مزوار نسيمة، 2005، ص16).

ب- اصطلاحا: يعرف عادل شكري محمد كريم، (1990) قلق الموت على أنه حالة انفعالية سلبية وهو حبس مضايقة تنتاب الفرد عند التفكير في الموت والتأمل في حقيقته أو توقعه ويعجل بذلك التفكير في أحوال معينه مثل المرض أو فراق عزيز.

تعريف هولتر (holter): هو استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتيه من عدم السرور والانشغال المتعمد على تأمل أو توقع اي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت.

تعريف تمبلر (templer) : هو خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه (بشير معمرية، 2007، ص 212).

تعريف ارنست بيكر (Ernest Biker) :

يرى ان مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها، يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت (فاروق السيد عثمان، 2001، ص 74).

تعريف فرويد (S. freud) :

هو قلق الأنا الأعلى أي أنه أذى ينتج عن صراع في ميدان التفاعل الاجتماعي الذي يجد صده في الخوف من فقدان الحب أيضا من أجل إيقاظ شعور التعذيب الذاتي وكبح لشهواته : .تعريف أدلر (adler) ان المرض العقلي يتكون نتيجة لفشل في تجاوز الخوف من الموت (فاروق السيد عثمان، 2001، ص 84).

2- مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت :

يصف "أديت تيلور (Odette Taylor) "بعض هذه المواقف ب :

1-2 الخوف :

ولد الخوف مع وجود الوعي بالموت وهو في الغالب عرض نتيجة وعي المجتمع بالموت واعتباره ظاهره اجتماعيه غير ان هذا الخوف المبرر هو طبيعي ايجابي ومثير للرجبة في الحياة، في حين ان الخوف القهري من الموت كثيرا ما يؤدي الى حالات حصر حادة (Jean Piure de Large, 1970, p27,28).

2-2 القلق :

ان الموت باعتباره موضوعا حصريا يحدث عند الانسان القلق ويتحقق بمصيره السلبي ويرى فرويد ان قلق الموت هو رد فعل امام وضعية خطيرة لا يستطيع صدها، والقلق

هنا يأتي من إدراك الفرد بقرب نهايته من جهة وتأكده من وجود حياة أخرى بعد الموت من جهة نظر أخرى، وبالتالي يحاول من خلال ذلك إخفاء حتمية هذه النهاية للوجود وبخفي خوفه من الموت نفسه هذا الأخير يؤدي الى انتظار يائس للموت ويزداد تأكد ذلك عندما يرى الفرد موت الآخرين.

2-3 الربط بين القلق والموت:

ان الموت باعتباره نهاية الحياة اذ يلعب دورا كبيرا في ظهور القلق عند الانسان وتعزيزه فالتصور غامضا ومبهما زيادة على اعتباره جزئي مطلقة، اي انها شخصية فردية ان بعض التظاهرات التي يتقمصها الانسان تعبر بشكل واضح عن هذا القلق والدفاعات الذي يستعملها مثل العودة الأبدية، الانتحار، الرفض المرضي للموت.

فكل هذه التظاهرات كما يقول مالا شيران (Malachirene) يتكرر قلق الموت عند الانسان ويضيف كذلك ما يغذي القلق هو الشيء المجهول عند الموت.

(S, freud, 1987, p122)

3- نظرة الراشد إلى الموت:

تختلف النظرة الى الموت تبعا لموقف صاحبها ومنطقه ودوافعه واعتمادا على عدد من التغيرات الشخصية وقد اورد ليستر سنة 1967 (david lester)

ثلاثة مفاهيم للموت كما يراها الراشدون هي :

- الموت بوصفه وسيلة يحاول بها الفرد تحقيق اهداف معينه، وجوانب اشباع من البيئة كما في حالة التهديد بالانتحار.

- الموت بوصفه انتقالا الى حياه أخرى، والتي ينظر اليها على انها حياة رهيبة فظيعة او حياة رائعة ينتظرها الشخص بخوف او بهدوء.

- الموت بوصفه نهاية تتوقعها (بشير معمارية، 2019، ص 68، 69).

4- أقسام قلق الموت :

ينقسم الموت الى قسمين:

4-1 قلق الموت المزمن :

يتميز بمدة الاحساس به طويلة ويرتبط بدرجة عصبية الفرد كما هو الحال في الامراض السيكوسوماتية كمرضى القلب ومرضى السكري وهو قلق مستمر لدى الفرد وذو نسبة مرتفعة.

4-2 قلق الموت الحادة:

يرتبط بمجموعة الاعراض العنيفة والتي تظهر في فترة زمنية قصيرة وهي ترتبط بخبرات الحياة الواقعية، كموت احد الأقرباء او الوالدين وتظهر عن طريق تخيله ويمكن ان يموت في ظروف مماثلة لاستعداد فكرة موته (محمد عبد الخالق، 1987، ص124).

5- مكونات قلق الموت :

حدد جاك شورن مكونات ثلاثة للخوف من الموت هي:

- الخوف من الاحتضار.

- الخوف مما سيحدث بعد الموت.

- الخوف من توقف الحياة

كما ذكر كفانو في كتابه مواجهه الموت وبشكل واضح مكونات مخاوف الشخصية

بالنسبة الى الموت، وقد تضمنت هذه المخاوف ما يلي:

- عملية الاحتضار.

- الموت الشخصي.

- فكرة الحياة الأخرى.

- النسمة السحيقة والمطبقة التي ترفرف حول المحتضر.

اما لبفتون فقد رأى ان قلق الموت يتركز حول مخاوف تتكون مما يلي:

- التحلل له التفسخ.
- الركود او التوقف.
- الانفصال.

كذلك ميز ليستر من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب اربعة للخوف من الموت في بعدين لكل منهما قطيان كما يلي: الموت/ الاحتضار، الذات/ الاخرون ومن ثم تشتمل هذه الجوانب على ما يلي:

- الخوف من موت الذات.
- الخوف من احتضار الذات.
- الخوف من موت الاخرين.
- الخوف من احتضار الاخرين (احمد محمد عبد الخالق، 1987، ص 45، 46).

6 اسباب قلق الموت:

تتعدد العوامل التي تدفع للقلق من الموت، فكل انسان عامل خاص به حيث يرجع شرلتز قلق الموت للأسباب الآتية:

- الخوف من المعاناة البيئية والالام عند الاحتضار.
- الخوف من الاذلال الناتجة للألم الجسدي.
- الخوف من توقف السعي نحو الاهداف اذ تقاس الحياة دائما بما حققه الانسان.
- الخوف من تأثير الموت من على من سيتركهم الشخص من اسرته وخاصة صغار الأطفال.
- الخوف من العقاب الإلهي.
- الخوف من العدم.

اما بيكربرونر يرجع سبب القلق والخوف من الموت الى:

- كراهية الجثة وغرابتها.

- العدوى الاجتماعية للحزن.
 - الاشمئزاز الحضاري.
 - الخوف من الصدمة.
- اما مسكويه فيرجع قلق وخوف الانسان من الموت الى:
- يظن ان الموت الما عظيما غير الم الامراض.
 - يعتقدون عقوبة تحلله بعد الموت.
 - متحير لا يدري إذا انحل وبطل تركيبه فقد انحلت وبطلت نفس بطلان على عدم ودثور.
- اما ماسرمان فيرجع قلق الموت الى العديد من الظروف منها:
- المرض.
 - الحوادث.
 - الكوارث الطبيعية.
- اما عن اسباب قلق الموت فهي:
- الخوف من نهاية الحياة.
 - الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
 - الخوف من الانتقال الى حياة أخرى.
 - الخوف من الموت بعض مرض عضال.
 - الخوف من توقيت الموت في اية لحظة.
 - الخوف من العقاب على الاعمال الدنيوية.
 - الخوف من مفارقة الاهل والاحباب.
 - عدم معرفة المصير بعد الموت.
 - الخوف من ظلام القبر وعذابه (عبد الخالق 1987.ص192.191) .

7- اعراض قلق الموت:

جدول اكلينيكي رقم (02): يوضح الاعراض البدنية والنفسية لقلق الموت

المحور	اعراض قلق الموت.
الاعراض البدنية	- اضطرابات في عملية الاخراج والتبول.
	- التوتر الزائد.
	- الاحلام المزعجة.
	- سرعة النبض اثناء الراحة.
	- فقدان السيطرة على الذات.
	- نوبات العرق.
	- غثيان واضطراب المعدة والبلع.
	- تنميلات اليدين او الذراعين او القدمين.
	- نوبات من الدوخة والاعياء.
	- ضربات زائدة او سرعة في دقات القلب.
	- اضطرابات النوم.
	- اضطرابات هضمية.
	- اضطرابات في التنفس.
	- فقدان الشهية.
	- جفاف الجسم.
الاعراض النفسية	- الخوف الشديد.
	- نوبة الهلع التلقائي.
	- الاكتئاب.
	- الانفعال الزائد.
	- عدم القدرة على التمييز.
	- اختلاط التفكير.
	- زيادة الميل للعدوان.
	- سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة.
	- سرعة الغضب والهيجان وتوتر الاعصاب.
	- العزلة والانسحاب من العالم وانتظار لحظة الموت.
	- الشعور بالموت الذي قد يصل الى درجة الفزع.
	- الخوف من الإصابة بأحد الامراض.

(دافيد شهان، ترجمة عزت شعلان، 1988، ص 35).

8- النظريات المفسرة لقلق الموت:

8-1 النظرية السلوكية:

يرى أنصار هذه النظرية ان القلق بمثابة خوف من الم او عقاب يحتمل ان يحدث لكنه غير مؤكد للحدوث وهو انفعال مكتسب مركب من الالم والخوف وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف ويثيره موقف خطر مباشر ملائم امام الفرد والقلق ينزع الى الازمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده، ولا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه إذا فهو ليس خوف محبوس لا يجذله مصرفاً.

كذلك ان الانسان حيث يشعر بانفعال القلق الموت او خوف فان التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات جسمية قد تكون بالغة الخطورة اذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية مزمنة، فقد اتضح القلق المزمن كقلق الموت المتواصل فقد يؤدي الى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال (رابح احمد عزت، 1994 ص 15, 26).

8-2 النظرية المعرفية :

يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن الافكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما في ذلك قد ما قد يصيبه من أمراض وهذه الافكار التي تخرج عن حدوث المنطق يكون بموجبها خطأ نسبياً وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير سوي للفكرة من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جيدة (Fantaine, 1984, p108).

8-3 النظرية المعرفية السلوكية:

امثال اليس يعتبرون الاضطرابات السلوكية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية حيث يرون ان السلوك بالاعتقادات التي يكونها الانسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها فيكتسب افكار لا منطقيه استنادا لتعلم خاطئ وغير منطقي

فيسرد طريقته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت (Spellger 1983.p14).

4-8 نظرية التحليل النفسي :

اما فرويد (s.freud) فانه يرى الغرائز تتجمع في غريزتين اساسيتين هما اساس الحياة النفسية عند الإنسان وهما غريزة الموت وغريزة الحياة، كلاهما تعمل نقيضا لعمل اخرى فغريزة الحياة تهدف الى استمرار الحياة، اما غريزة الموت دافعها العدوان والتدمير والانتحار.

فتتصارع غرائز الفرد وتهدهد بفقد التحكم، وغرائز الموت تعمل في صمت فحسب فرويد فان غريزة الموت اذا ما اتجهت الى الخارج بدت في صورة رغبة في العدوان والتدمير والكراهية، وإذا ما اتجهت الى الداخل بدت في صورة قلق الموت (مروة سيد 2015 ص27) .

5-8 نظرية الذات: اما روجرز (rogers) فيعتقد ان خبرة يمر بها الفرد في حياته ولا تتفق مع تنظيم او بناء ذاته، ستتشكل تهديدا له كلما ازداد هذا التهديد ازداد جمود الذات مما يؤدي الى الشعور بالقلق، محاولا الابقاء على صورة الذات متماسكة، وقلق الموت حسب روجرز ينشا عندي اضطراب تفكير الفرد نتيجة توترا الخبرات المؤلمة (ضحى محمود 2015 ص361) .

9- متغيرات قلق الموت:

1-9 متغير العمر:

تجد عده الدراسات اثبتت وجود عدد علاقة بين القلق والعمر، اهتمت دراسة كوبر وتوماس الذين استنتجوا ان عمر الفرد مهما في تفسير درجته في قلق الموت اما دراسة جانيت وجونسون فتبينت وجود ارتباط سلبي بين قلق الموت والعمر لدى العمال المصابين بالعجز المتعدد، وان الكبار يتقبلون الموت اكثر من الصغار سنا.

كما اجريت الدراسة على المرشدين القائمين على عملية التأهيل المهني لمن فقدوا اجزاء من الجسم او عضوا او وظيفة عضوية فاتضح عدم وجود علاقة بين العمر وقلق الموت محمد (عبد الخالق، 1987، ص 78 79) .

9-2 متغير الصحة النفسية: تزداد حاله قلق الموت لدى المصابين بأمراض جسدية، فالمصابين يعانون من الخوف الشديد من الموت، فقد بين كورنال ان المصابين بالقصور الكلوي يعانون من درجة عالية من قلق الموت، بينما المصابين بالسرطان فقد سجل لديهم وهم على فراش الموت درجة منخفضة من قلق الموت مقارنة بالآخرين(عن محمد عبد الخالق، 1987، ص 121 122).

9-3 متغير الدين :

رغم الابحاث السيكولوجية العديدة فان النتائج المتضاربة من حيث علاقة قلق الموت بالتدين ومن نتائج هذه الدراسات:

- دراسة ليستر 1967 (lester) ان الاراء الدينية تؤثر بوجه عام في الانشغال بالموت وقد رأى فيفل ان كبار السن يلجؤون الى الدين لمواجهة مخاوفهم المرتبطة بالموت.
- كشفت دراسة سوسيون ان المتعصبين المتقدمين في العمر من ذوي الايمان الراسخ يتطلعون الى الموت اكثر لمن يقولون عنهم في الايمان اما دراسة سميث فقد استنتج ان الاعتقادات الدينية التي تعد من بين محددات الخوف من الموت بصفة اكثر من اليقين الذي تعتمد عليه هذه المعتقدات(عن محمد عبد الخالق 1987 ص 79.80).

10- علاج قلق الموت:

يعد قلق الموت احد انواع القلق ويصلح لعلاجه ما يستخدم في علاج القلق والعلاج السلوكي هو اكثر طرق علاج القلق بمختلف أنواعه حيث انه يحقق اعلى نسب الشفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة.

اذ كان قلق الموت مرتفع عرضا مستقلا نسبيا لدى شخص في حالة من الصحة النفسية اساسا، وازافه لخبرات سيئة فانه يجب ان ينقص بطرق العلاج السلوكي وقد اجريت دراسة حديثه على الطلاب يدرسون التمريض لهدف التعرف على نتائج العلاج السلوكي في التقليل الحساسية والتدريب على الاسترخاء مقابل عدم التدخل باي طريقة في علاج قلق الموت المرتفع،وقد ظهرت فعاليه تقليل الحساسية والاسترخاء المندرج لدى المجموعة التي استخدمته مقارنة مع المجموعة التي لم تتلقى اي علاج.

10-1 العلاج السلوكي المعرفي :

- تقنيه الاسترخاء وهي حالة هدوء تنشأ في الفرد عقب ازالة التوتر بعد تجربة انفعالية شديدة اي جهد جسدي شاق، فقد يكون الاسترخاء غير ارادي عند الذهاب للنوم او يكون ارادي عندما يتخذ المرء وضعا مريحا ويتصور حالات باعته على الهدوء او يرخي العضلات المشاركه في انواع مختلفة من النشاط (قواجلية أ، 2012، ص37) .

- تقنية منع تزايد القلق والتوتر ليصل الى مرحلة اعراض فرط التهوية الرؤوية والتي تؤدي بدورها الى اضطرابات وظيفية فيزيولوجية، وذلك عن طريق تعليم المريض ان يتنفسها من أنفه ويغلق فمه وذلك لإجهاض نوبة القلق.

- تقنية تعتمد على استخدام خليط ثاني اكسيد الكربون مع الاكسجين، حيث يستنشق المريض هذا الخليط وذلك حسب معايير دقيقة باستنشاق هذا الخليط الذي من شأنه ان يحدث ضيقا في التنفس ومع عملية تكرار اعراض فرط التهوية الرؤوية، ينطفيء الخوف من هذه الاعراض تدريجيا وكذلك الخوف من القلق (فيصل م، 2005، ص42).

ذكرت اليزابيث كلبر (elizabeth kubler) 1969 طرق التعامل مع قلق الموت

وهي كالتالي:

- انكار تجنب الموت.
- ممارسة الرياضة بطريقة قصوى.
- الغضب والعدوان والعنف.
- القيام بأعمال الخير.
- المشاركة في نشاطات الحياة (wong .2002.p14).

10-2 العلاج التحليلي:

يفيد التحليل النفسي في اظهار الذكريات المكبوتة وتحديد اسباب القلق الدفينة في اللاشعور، وتفيس الكبت وحل الصراعات الاساسية وينظر التحليل النفسي الى المرض على انه انسان يعيش صراعا بين ثلاث قوى هي :

هل الهو والانا والانا الأعلى ويهدف العلاج بالتحليل النفسي الى تقوية انا المريض وتحديد اسباب القلق الدفينة في اللاشعور، ويتم ذلك عن طريق التداعي الحر، تفسير الاحلام، وزلات اللسان (ثامر.س 2016 ص59).

10-3 العلاج الطبي الدوائي:

من اهم الادوية المسكنة والمهدئة وتسمى بالصغرى، وهناك المسكنات الكبرى او مضارات الذهان، ويمكنه استعمال جرعات ضئيلة كمضادات القلق.

ان التطور الهام للمعالج هو استعمال مضادات الاكتئاب الحديثة وكان لها فعالية في معالجة القلق إلا ان اعراضها الجانبية كانت كثيرة، اما مجموعة الاحداث فهي مثبتات اعادة الامتصاص السيروتين وتشمل عدة ادوية وأعراضها الجانبية قليلة، اما العلاج الوحيد للقلق العامل النفسي هو بوسبيرو وهو علاج بطيء يأخذ اسبوعين، ولا بد ان يراعي ان علاج القلق يتطلب فتره من 6 اشهر الى سنة ومن مميزات العقاقير تحقيق استرخاء العضلات وتنويم الفرد (ثامر. س 2016، ص61).

خلاصة الفصل:

ان الانسان يخاف كثيرا من الموت ويقلق منه وهذا الخوف يحرك سلوك الفرد بطريقة مباشرة وغير مباشرة كما تختلف النظرة الى الموت تبعا لموقف القلق الموت كلما اقترب من نهاية الحياة اصبح اكثر خوفا وقد تبين انه مرتبط بالفترة العمرية للفرد، كما نجده عند الافراد بالأمراض العضوية بدرجة مرتفعة خاصة الامراض الخطيرة والمزمنة.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للجانب التطبيقي

تمهيد.

1- التذكير بفرضيات الدراسة.

2- الدراسة الاستطلاعية.

1-2 تعريفها.

2-2 اهدافها.

3-2 عينة الدراسة.

4-2 تقديم الحالة الاولى.

5-2 تقديم الحالة الثانية.

6-2 نتائج الدراسة الاستطلاعية.

3- الدراسة الاساسية.

1-3 منهج الدراسة الاساسية.

2-3 مجموعة الدراسة وطريقة إختيارها.

4- خصائص مجموعة الدراسة.

5- مكان وزمان إجراء الدراسة.

6- أدوات الدراسة.

تمهيد :

بعد التطرق إلى الجانب النظري والتعرف بالتفصيل على متغيرات الدراسة يأتي الجانب التطبيقي وذلك لإختيار فرضيات البحث والتأكد من صحتها بالإعتماد على الطريقة التطبيقية على الميدان، يتضمن هذا الجانب الدراسة الإستطلاعية العينة، الدراسة الأساسية، المنهج المتبع، أدوات البحث المستعملة، وكيفية جميع المعطيات، وبعدها ننتقل إلى عرض وتحليل ومناقشة النتائج ونختم البحث بخلاصة عامة.

1- التذكير بفرضيات الدراسة :

- **الفرضية الاولى:** يؤثر مرض السكري على السمات الشخصية لدى الفرد المصاب حيث يؤدي إلى بروز بعض السمات كسمة الاكتئاب.
- **الفرضية الثانية:** مستوى قلق الموت عند مرضى السكري المتجاوزين أكثر من 5 سنوات إصابة يعانون من قلق متوسط الى مرتفع.

2- الدراسة الإستطلاعية:

2-1 تعريفها: للقيام بأي بحث علمي ولتحديد المنهج المتبع في الدراسة لابد على الباحث من إجراء دراسة إستطلاعية والتي تساعده على تحديد أبعاد بحثه والهدف المراد الوصول إليه من خلال هذه الدراسة، فهي دراسة فرعية يقوم بها الباحث بمحاولات إستكشافية تمهيدية قبل أن ينخرط في بحثه الأساسي حتى يطمئن على صحة خطته وأدواته وملائمة الظروف للبحث الأساسي الذي ينوي القيام به. (طه.2000،ص 194)

2-2 أهداف الدراسة الإستطلاعية:

- التعرف على الصعوبات التي يمكن أنها تعيق الدراسة.
- تحديد معايير إختيار عينة الدراسة.
- التأكد على مدى صلاحية أدوات الدراسة الأساسية ودراسة خصائصها السيكومترية.
- رصد أكبر قد ممكن من المعلومات الخاصة بموضوع الدراسة
- التأكد من الخصائص النهائية للعينة الملائمة للدراسة.

2-3 عينة الدراسة الإستطلاعية: تمثلت عينة الدراسة الإستطلاعية في حالتين، حيث تمت هذه المقابلة في شهر أوت (2023).

2-4 تقديم الحالة الأولى :

الحالة الأولى "سارة " من العمر 27 سنة الساكنة بذراع الميزان ولاية تيزي وزو، عازبة، مستواها التعليمي الثانية متوسط، تعمل في الأعمال اليدوية، لديها عائلة متكونة من أم وأب متوفي وثلاثة أخوات شقيقات من الأم حالتها الإقتصادية ضعيفة .

2-4-1 عرض مضمون المقابلة العيادية:

قمنا بإجراء المقابلة في منزل الحالة حيث استقبلتني بكل فرح وسرور في قولها:
aslama inem ghournagh chadhehaghkam بمعنى "تشرفتني بقدمك الينا لقد
 إشتقت إليك."

بعدها شرحت لها سبب زيارتي فتفهمت ووافقت على إجراء المقابلة، وبدأت أ طرح
 عليها بعض الأسئلة وكانت تجيب بكل سهولة، حيث قالت أصيبت بمرض السكري من
 حوالي ستة سنوات إكتشفت مرضها بعد إغمائها في الطريق وإصطحابها إلى المستشفى بعد
 إجراء التحاليل تبين أن لديها مرض السكري من النوع الثاني صرحت لنا:

**"khal3aghmidyana teviv halkadh skar ufhimagh walou amek
 akka halkagh ansi idyaka yarna jamais se3igh lahlak nidhan."**

بمعنى: تفاجأت عندما قال لي الطبيب لديك مرض السكري لم أفهم شيئاً كيف مرضت ؟
 ومن أين أتى هذا المرض ؟ و أنا ليس لدي مرض آخر"

لم تكن لديها الكثير من المعلومات حول مرضها حيث صرحت :

**asmi sligh halkagh skar kachmagh gher google iwaken
 adhisinagh flas**

بمعنى "عندما سمعت أنني مريضة بالسكري بحثت عن معلومات في فووقل لكي أتعرف
 عليه أكثر."

بعد معرفة تفاصيل مرضها إتبعته الحمية التي وصفها لها الطبيب وتناولها للأدوية مرتين في اليوم قالت أنها تغيرت حياتها بعد الإصابة بالسكري حيث صرحت: **nek hamlagh atas thizidhanin bsah oughalagh outhatagh ara am zik yarna karhagh aswagh dwa koulas**

بمعنى: "أنا أحب كثيرا الحلويات لكن أصبحت لا اتناولها مثل ما كنت من قبل كما لا أحب تناول الدواء كل يوم."

تبين لنا من خلال مقابلتها أن حالتها النفسية تدهورت وأصبحت متعبة حيث تخاف من تفاقم المرض ودخلت بعدها في حالة اكتئاب على حسب تعابيرها لأنها لم اجد من يساندها ما عدا أمها التي ظلت بجانبها، كما أنها أصبحت حساسة كثيرا وتزعج من أئفه الأسباب ودائما متوترة ومزعجة وكثيرة الصراخ في المنزل صرحت في قولها: " **vadlagh atas machi akka iythough ouk uzrigh ara ayghar chehal tougadhagh adhamthagh akka machtouhagh u3achagh ara ouk dounith iw the3arqiyi ouk** »

بمعنى "تغيرت كثيرا لم أكن هكذا من قبل لا أعرف لماذا؟ أنا أخاف كثيرا من الموت وأنا صغيرة لم أعش حياتي لقد تشوشت أفكاري كثيرا"

عانيت من خلال كلامها أنها متناقضة في مشاعرها هي تخاف من الموت في أي لحظة وهذا دليل على وجود عصبية وتبين أيضا أنها تخاف من ترك أمها وحدها لأن اخواتها كلهم متزوجات هي فقط من بقيت معها في المنزل كون أبيها متوفي وليس لديها إخوة ذكور فهي دائما تفكر في الموت لكن في نفس الوقت هي متفائلة.

حيث صرحت: "mazaliyi machtouhagh se3igh atas lacheghal veghigh athankhadhmagh veghigh azawjagh as3ough araw iw am nek am thoulas ouk "

بمعنى: "مازلت صغيرة لدي الكثير من الأمور أريد أن أفعلها و أيضا أريد أن أتزوج و أكون أسرة مثلي مثل باقي النساء."

في نهاية المقابلة إقترحت عليها أن ترى طبيب نفسي لكي تخفف الضغط عن نفسها فهو يساعدها كوني أنا مبتدئة ليس لدي خبرة كافية .

2-4-2 عرض نتائج المقياس:

جدول رقم (03): عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت والسمات الشخصية للحالة الأولى.

المقياس	الدرجة الكلية	الدرجة	القراءة النهائية
قلق الموت	[7-8]	(7)	متوسط
السمات الشخصية	(3-4-15-18-23-38-54)	(18)	السمة الغالبة/ العصبية والاكنتاب

- بعد تطبيقنا لمقياس قلق الموت مدة 10 دقائق للإجابة على المقياس وجدنا أن الحالة تحصلت على درجة (7) في مجال [7-8] وهي تعتبر متوسطة والتي تدل على وجود قلق موت متوسط .

- بعد تطبيقنا مقياس سمات الشخصية مدة 20 دقيقة للإجابة على المقياس وجدنا أن الحالة لديها عصبية حيث تحصلت على درجة (18) مقابل الدرجات التالية (3-4-15-18-23-38-54) هذا ما يدل ان لديه عصبية و اكتئاب.

2-4-3 خلاصة الحالة:

تمت مقابلة الحالة في المنزل كانت مرتاحة من مقابلتنا وأجابت عن كل الأسئلة وعند نهاية المقابلة وتطبيق المقاييس تبين من خلال تصريحاتها أنها تعاني من قلق موت متوسط في قولها "أخاف أن أموت في أي لحظة" والذي جاء مندرجا في كلامها وأفعالها، وتبين أيضا أن لديها السمة الغالبة هي العصبية في قولها: "أصرخ في المنزل دون سبب وعن أشياء تافهة و سمة الاكتئاب التي كانت تظهر في كلامها "تغيرت كثيرا لم أكن هكذا من قبل لا أعرف لماذا " برغم من محاولة اظهار نوع من التفاؤل في الاستمرار والعيش في هذه الحياة.

2-5-5 تقديم الحالة الثانية:

الحالة الثانية "فتيحة " تبلغ من العمر 84 سنة الساكنة في ذراع الميزان ولاية تيزي وزو متزوجة غير متعلمة مأكثة في البيت لديها عائلة متكونة من زوج و 6 ابناء 3 ذكور و3 بنات كلهم متزوجون حالتها الإقتصادية جيدة.

2-5-1 عرض مضمون المقابلة العيادية:

قمنا بإجراء المقابلة في منزل الحالة، كانت جد سعيدة من رأيتي لأنني كنت غالبا ما أذهب إليها في قولها: "Aslama inem ayelli chehal agi ouderiuhadh ara" بمعنى: "تشرفتي يا إبنتي منذ وقت طويل لم تأتي إلينا".

كنت أتحدث معها بعدها شرحت سبب الزيارة في الأول لم تفهم ما كنت أقصد لكن بعد ما شرحت لها بالتفصيل وافقت على إجراء المقابلة سألتها أولا عن إكتشاف مرضها حيث صرحت: " ouqval 15 sna ligh fachlagh atas vezgan ifasniw " "tfadhagh bzaf yarna kachmagh atas gher visi "

بمعنى "قبل 15 سنة كنت دائما أشعر بالتعب والفتل إنتفخت أصابع يدي أيضا كنت أعطش كثيرا وأدخل كثيرا للحمام."

عندما كانت تشعر بكل هذه الأعراض قصدت المستشفى لإجراء التحاليل في قولها " **iwiyi mi gher sbitar iwaken azragh ansi idyaka ouk anchth agi oufigh bli halkagh skar yarna nek ayli tougadhagh bzaf lahlak se3igh dhaghen lahlak boul yarna wetma dhaghen s3a skar bsah netath kthar iw** "

بمعنى أخذني إبني إلى المستشفى لكي أرى من أين أتت كل هذه الأعراض وأنا مريضة بالقلب لدي أخت تعاني من السكري أيضا لكن هي أكثر مني"

هذه الحالة لم تكن لديها المعلومات عن هذا المرض، فقد وصف لها الطبيب الأدوية وحمية غذائية أيضا حيث صرحت: " **khadmagh ouk achou idyana teviv sasagh dwa dhi lewaqth is tava3agh regime akhatar ayli tougadhagh adhizadh feli lahlak agi adhamthagh** "

بمعنى " كنت أفعل كل ما قال لي الطبيب أتناول الدواء في وقته، أتبع أيضا الحمية لأنني أخاف أن يتفاقم المرض وأموت "

تبين من تعابير وجهها أن حالتها النفسية متعبة و كانت تتهرب قليلا من الأسئلة لأن هذا يذكرها بالمرض. حيث صرحت " **seg asmi halkagh thevdal feli dounith si lahlak gher wayedh housagh qeriv adhamthagh hamlagh adhaqimagh wahdhi ouhmlagh ara bzaf lhdra khas akeni argaz iw dh waraw iw gher rif iw bsah oulach anwa adhihasan iyasi** "

بمعنى: "بعد إكتشاف أنني مريضة تغيرت حياتي من مرض إلى مرض آخر شعرت أنني سأموت قريباً أحب أن أبقى كثيراً وحدي ولا أحب الكثير من الكلام، زوجي وأبنائي إلى جانبي لكن لا أحد يشعر بما أشعر"

بالرغم من مساندة أهلها إلا أنها بقيت فترة طويلة في تلك الحالة تخاف الموت في أي لحظة و دخلت في إكتئاب وكانت متشائمة كثيراً .

في نهاية المقابلة إقترحت عليها أن ترى طبيب نفسي لكي تخفف على نفسها وقلت لها اذا أردتي يمكنني أن أذهب معكي لكن لم تقبل على إقتراحي قالت أنها كبيرة في السن ولم يتبقى لها الكثير من الوقت في هذه الحياة لكن شكرتني لأنني إستطعت أن أخفف عنها ولو قليلاً .

2-5-2 عرض نتائج المقياس:

جدول رقم (04): عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت والسمات الشخصية للحالة الثانية.

المقياس	الدرجة الكلية	الدرجة المتحصل عليها	القراءة النهائية
قلق الموت	[9-15]	14	مرتفع
السمات الشخصية	(21-25-34-37-40-52-55)	34	السمة الغالبة / الإكتئاب و الاجتماعية السلبية

بعد تطبيقنا لمقياس قلق الموت على الحالة الثانية مدة 20 دقيقة للإجابة على المقياس وجدنا أن الحالة تحصلت على درجة (14) في مجال [9-15] وهي تعتبر مرتفعة والتي تدل على وجود قلق موت مرتفع.

بعد تطبيق مقياس السمات الشخصية على الحالة الثانية مدة 30 دقيقة للإجابة على المقياس وجدنا أن الحالة لديها إكتئاب حيث تحصلت على درجة (34) مقابل الدرجات التالية (21-25-34-37-40-52-55) هذا ما يدل أن الحالة لديها إكتئاب والاجتماعية السلبية.

2-5-3 خلاصة الحالة:

تمت مقابلة الحالة في المنزل كانت سعيدة برؤيتنا وبعد إخبارها عن سبب الزيارة في الأول لم تفهم بعدها شرحت لها بالتفصيل وافقت على إجراء المقابلة وعند الإنتهاء وتطبيق المقاييس تبين من خلال تصريحاتها أنها تعاني من قلق الموت وتبين أن لديها إكتئاب والاجتماعية السلبية من خلال ما صرحت لنا في قولها: "أحب الوحدة كثيرا ولا أحب الكثير من الكلام... كانت جد متشائمة ولم تخرج من تلك الحالة بسهولة بالرغم من مساندة أهلها لها.

2-6 نتائج الدراسة الإستطلاعية:

- المقاييس كانت بنودها واضحة لم تتطلب الترجمة ولم تطلب التكييف لأنها جاءت مكيفة على البيئة الجزائرية .

- تم تحديد العمل مع الجنسين لتوفر العينة .

3- الدراسة الأساسية:

3-1 منهج الدراسة الأساسية: المنهج هو مجموعة من القواعد التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة العلمية متبعين في ذلك طريقة تتماشى وخصائص الموضوع محل البحث (صلاح الدين شروخ 2003، ص 91،90)

لكل دراسة علمية منهج يتمشى مع نوع الدراسة وذلك قصد الوصول إلى الإجابة عن الإشكالية المطروحة وبالتالي نفي أو تأكيد الفرضيات المقترحة في البحث، ونظرا لطبيعة إشكالياتنا المطروحة تبين أنه من المناسب إستخدام المنهج الإكلينيكي وهو أحد المناهج الرئيسية في مجال الدراسات النفسية، والذي يقوم على أسلوب دراسة الحالة منفردة في خصائصها وبنائها الديناميكي التفاعلي، وذلك أن الهدف من بحثنا هو البحث عن إحتمالية معاناة مرضى السكري من قلق الموت، لذلك يجب من إجراء المقابلة معهم وتطبيق المقاييس قلق الموت، والسمات الشخصية وتقديم المساعدة لهم.

يعرف موريس كران "Morisse klane" المنهج الإكلينيكي بأنه الطريقة التي تنتظر إلى السلوك من المنظور الخاص فهي نحاول الكشف عن مكون الفرد، والطريقة التي يشعر بها ويسلك من خلالها موقف وهذا بكل ثقة (ياسين 1981.ص 349).

3-2 مجموعة الدراسة وطريقة إختيارها:

3-2-1 مجموعة الدراسة:

وتعرف العينة بأنها تمثل مجتمع البحث (Population Research)

أو جمهور البحث، أي جميع مفردات الظاهرة التي يدرسها الباحث، أو جميع الأفراد أو الأشخاص أو الأشياء الذين يكونون موضوع مشكلة البحث (دويدري 2000.ص 305). وتكونت عينة الدراسة من 5 حالات .

3-2-2 طريقة إختبارها:

إعتمدنا في هذه الدراسة على العينة القصدية و هي عينة يتم إختيارها بأسلوب غير عشوائي، ويعرف عبيدات وآخرون (1999) العينة المقصودة بأنها الطريقة التي يتم إنتقاء

أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص هي من الأمور المهمة بالنسبة للدراسة.

4- خصائص عينة الدراسة الأساسية:

- تتوزع مجموعة الدراسة من حيث الجنس إلى 3 ذكور . 2 إناث .
- تتوزع مجموعة الدراسة من حيث السن ، 35، 84 سنة
- تتوزع مجموعة الدراسة من حيث مدة إصابة المرضى أكثر من 5 سنوات.

جدول رقم (05): يمثل خصائص مجموعة الدراسة الأساسية:

المتغيرات الحالات	السن	الجنس	المستوى التعليمي	الحالة المدينة	الحالة الإقتصادية	مدة العلاج
الحالة (1)	70 سنة	ذكر	إبتدائي	متزوج	متوسطة	5 سنوات
الحالة (2)	65 سنة	ذكر	ثالثة متوسط	متزوج	جيدة	10 سنوات
الحالة (3)	35 سنة	أنثى	الثانية ثانوي	متزوجة	متوسطة	15 سنة
الحالة (4)	67 سنة	ذكر	ثانية متوسط	متزوج	متوسطة	17 سنة
الحالة (5)	41 سنة	أنثى	متخرجة من الجامعة	مطلقة	متوسطة	5 سنوات

5- مكان وزمان إجراء الدراسة الأساسية:

تمت إجراء الدراسة الأساسية بمستشفى كريم بلقاسم بزارع الميزان و هناك حالة واحدة أجريتها في منزل الحالة أما من حيث الزمن فقد إستغرقت الدراسة من بداية شهر أوت (2023) إلى نهايته.

6- أدوات الدراسة الأساسية:

6-1 المقابلة: تعتبر أداة لجمع المعلومات تمكن الباحث من الإجابة عن تساؤلات البحث أو إختبار فروضه .

ويمكن تعريفها على أنها تفاعل لفظي بين شخصين أو أكثر في موقف مواجهة(عباس و آخرون 2006 ص 250).

ويعرفها سترانج (gstran) بأنها عبارة عن علاقة مواجهة دينامية وجها لوجه بين المسترشد الذي يسعى إلى طلب المساعدة لتنمية إستبصاراته التي تحقق ذاته، وبين المرشد القادر على تقدير هذه المساعدة خلال فترة زمنية معينة و في مكان محدد (محمود عمر، 1987، ص 53).

مما سبق عرضه من التعريفات نستنتج أن المقابلة عبارة عن حوار يدور بين شخصين أو أكثر وجها لوجه في مكان محدد ولفترة زمنية معينة يتم من خلالها تقديم مجموعة من الأسئلة يجيب عنها المفحوص بغرض جمع معلومات تفيد في وضع إستنتاج تشخيصي له.

أين تمت المقابلة في مستشفى كريم بلقاسم في مصلحة الاستعجالات، دامت من بداية شهر أوت الى نهايته وكانت عدد المقابلات يومين مع كل حالة من أجل تطبيق المقاييس، مقياس قلق الموت ومقياس سمات الشخصية .

6-2 الملاحظة:

وهي وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات وأهم ما يميزها أنها تفيد في جمع بيانات تتصل بسلوك الأفراد الفعلي في بعض المواقف الواقعية في الحياة بحيث يمكن ملاحظتها بدون عناء كبير (محمد دويدار 1999 ص 192).

كما يمكن تعريفها أيضا بأنها مشاهدة دقيقة وعميقة لظاهرة ما مع الإستعانة بأساليب البحث والدراسة والتي تتلاءم مع طبيعة هذه الظاهرة (إبراهيم، 2000، ص 174).

3-6 مقياس قلق الموت:

1-3-6 تعريف مقياس قلق الموت:

هو عبارة عن إستبيان يحتوي على قائمة من الأسئلة تسمح بجمع بيانات خاصة بقلق الموت ، وضع هذا المقياس من طرف الأمريكي " دونالد تمبلر " Donal tember وتم ترجمته إلى عدة لغات منها اللغة العربية والإسبانية، وإستخدم في كثير من البحوث التي أجريت على عينات متفاوتة الأعمار من 16 إلى 85 سنة، ومن ثقافات مختلفة ، كما بحث إرتباطه بعد كثير من المتغيرات، ويعد واحدة من أكثر المقاييس إنتشارا في البحوث التي أجريت في علم دراسة الموت والإحتضار، وأكدت الأدلة العديدة ثباته وصدقه، كما أن البيانات المعيارية متاحة له أكثر من أي مقياس آخر، تم عرض و تطبيق هذا الإختبار لأول مرة سنة 1970 (عبد الخالق 1987، ص 68).

2-3-6 الخصائص السيكومترية المقياس:

احتوى الإختبار بداية على 40 بندا، تم إختيارها على أساس منطقي ،كانت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتعلقة بقلق الموت، وهي عملية الاحتضار والموت بوصفة حقيقية مطلقة ،ثم مر المقياس بمراحل متتابعة حتى وصل إلى 15 بندا، ليصل إلى صورته النهائية، يحتوي المقياس على 09 بنود تصحح ب:"نعم" و06 بنود تصحح ب "لا"، واتضح بأن وجهة الاستجابة للموافقة تستوعب قدرا قليلا من التباين في هذا المقياس، وقيست هذه الوجهة بمقياس " كوش كيستون" الذي يعتبر أفضل مقياس مختصر، حيث يتكون من 15 بندا لوجهة الإستجابة بالموافقة، وقد أوضحت دراسة "تمبلر" عدم وجود إرتباط جوهري بينهما وبين مقياس وجهة الإستجابة المتعلقة بالجادبية الإجتماعية كما تقاس بمقياس "مالو كراون". (قواجلية ،2013، ص 63).

6-3-3 ثبات الإختبار:

ترجم أحمد محمد عبد الخالق مقياس قلق الموت إلى اللغة العربية، وطبقه باللغة العربية والإنجليزية معا مع عينة من الطلاب مصريين لقسم اللغة الإنجليزية، بحيث وصل معامل الارتباط بين الصورتين العربية والإنجليزية إلى 0.87 بالنسبة للذكور والإناث (ن=43) وهذا حسب ثبات إعادة الإختبار بالصور العربية وكان الفاصل الزمني بين الإختبار وإعادة أسبوعا واحدا، في حين وصل معامل الارتباط بين الصورتين إلى 0.70 بالنسبة للذكور (ن=44) و0.7 بالنسبة للإناث (ن=56) وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة. (قواجلية، 2013 ، ص 63)

6-3-4 صدق الإختبار:

قام تمبلر بتقديم صدق مقياسه مستخدما عدة طرق منها مقارنة درجات المرض في مجال السيكياتري ممن قرروا أن لديهم قلقا عاليا من الموت بدرجات عينة ضابطة من المرضى السيكاتريين الذين قرروا أنه لا يوجد لديهم قلق الموت، وقد إستخرجت فروق جوهرية بين درجات الفريقين مما يشير إلى صدق المقياس، بالإضافة إلى الارتباط الجوهري الموجب لكل من مقياس "تيلور" للقلق الصريح و مقياس "ولش" للقلق (عبد الخالق 1987، ص 64. 65).

6-3-5 طريقة تصحيح المقياس:

يمكن تطبيق مقياس تمبلر فرديا أو جماعيا، تحتوي كراسة المقياس على: إسم المفحوص (الرمز) السن والتعليمة التي توضح طريقة الإجابة وتتمثل في:

- إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (ص).
- إذا كانت العبارة خاطئة أولا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ).

تسجل إجابة المفحوص على الكراسة ذاتها، ويطلب من المفحوص قراءة التعليمات لإزالة الغموض أو سوء الفهم، وعموما لا يقوم الفاحص بتحديد مدة إنتهاء الإختبار مع مراعاة أن لا تطول مدته بشكل مبالغ فيه.

بشمل هذا المقياس على 15 بندا، 09 منهم تصحح ب "نعم" و 06 تصحح ب "لا". ويكون التنقيط بإعطاء:

- نقطة (1) للبنود التي تصحح ب (ص) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.
- نقطة (1) للبنود التي تصحح ب (خ) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.
- صفر (0) للبنود التي تصحح ب (ص) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.
- صفر (0) للبنود التي تصحح ب (خ) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.

(قواجلية، 2013، ص 67)

جدول رقم (06): يوضح سلم مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر.

14	13	12	11	10	9	8	4	1	البنود التي تصحح ب ص
/	/	/	15	7	6	5	3	2	البنود التي تصحح ب خ

يفرض هذا المقياس أن درجة (0) تعتبر أدنى درجات التي يمكن لأي مفحوص أن يصل إليها، أما درجة (15) فهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها .

يتم تقديم وجود قلق الموت أو عدمه بأسلوب الفاصلة وهي كالاتي :

- الدرجة التي تتراوح ما بين (6-0) تشير إلى عدم وجود قلق الموت.
- الدرجة التي تتراوح ما بين (8-7) تشير إلى وجود قلق موت متوسط .
- الدرجة التي تتراوح ما بين (15-9) تشير إلى قلق مرتفع. (قواجلية، 13. ص 67)

6-4 قائمة فرايبورغ للشخصية :

لغرض قياس سمات الشخصية تم الاعتماد على قائمة فرايبورغ للشخصية التي وضعها في "الأصل جون فارنبرج" "Fahrenbeng" وهاربرت سيلنج " Selg" وراينر هامبل "Hampel" من استاذة علم النفس بجامعة فرايبورغ بالمانيا الغربية واعد صورتها العربية محمد حسن علاوي لانها تصلح للتطبيق على الجنسين وذلك ابتداء من سن 16 سنة وقد قام " ديل " Deihl" استاذ علم النفس بجامعة جيسن بألمانيا بتصميم صورة مصغرة للقائمة تتضمن ثمانية أبعاد وتتضمن 56عبارة.

ويتم تصحيح قائمة فرايبورغ للشخصية بإعطاء درجتين عند الاجابة ب "نعم" ودرجة واحدة عند الاجابة ب "لا" على العبارات الإيجابية وتعكس الاوزان في العبارات السلبية.

ويتكون المقياس من 56 عبارة موزعة على الابعاد التالية :

- العصبية: يتضمن 7 عبارات كلها ايجابية، وارقامها: 3-4-15-18-23-38-54
- العدوانية: يتضمن 7 عبارات كلها ايجابية وارقامها: 7-10-26-27-41-44-49
- الاكتئابية: يشتمل على 7 عبارات كلها ايجابية: وارقامها: 21-25-34-37-40-
- 55-52
- القابلية للاستشارة: يتضمن 7 عبارات كلها ايجابية وارقامها: 5-31-33-36-
- 53-46-39
- الاجتماعية: يتضمن 7 عبارات منها 3 عبارات ايجابية و4 عبارات سلبية وارقام
- العبارات الايجابية: 12-28-48 وارقام العبارات السلبية: 2-14-47-51
- الهدوء ورباطة الجاش: يشمل 7 عبارات كلها ايجابية وارقامها: 1-20-29-42-
- 56-45-43
- السيطرة: يتضمن 7 عبارات كلها ايجابية وارقامها: 9-11-16-22-24-30-50-

- الضبط والكف: يشمل 7 عبارات ايجابية وارقامها 6-8-13-17-19-32-35

درجات ابعاد القائمة هي مجموع درجات كل بعد على حدى (حسن علاوي 1998، ص 78،83).

والمالحق رقم (01): يمثل قائمة فرايبورغ للشخصية.

1-4-6 دراسة خصائص السيكومترية للمقياس على عينة جزائرية: (أمانة بوغازي ومروة مجالدي، 2019)

1-1-4-6 صدق المقياس :

ويقصد "بصدق الاداة ان يقيس الختبار او الاداة ما وضعت لقياسه" (عوض صابر وعلي خواجية، 2002، ص 171).

يتمتع المقياس بمستوى جيد من الصدق كونه استخدم في العديد من الدراسات من بينها دراسة (محمد حسن علاوي، 1998).

حيث قام بتطبيق المقياس على البيئة المصرية وتم حساب صدقه باستخدام الصدق المرتبط بالمحك باستخدام اختبارات سابقة كمحكات وقد اشارت النتائج الى توافر الصدق المرتبط بالمحك بالنسبة لأبعاد القائمة وتم التوصيل الى معاملات صدق تراوحت ما بين 75-92 (حسن علاوي، 1998، ص 78-83).

ولمزيد من التأكد من صدق المقياس الذي طبق في بيئة عربية، ونذكر اننا تبيننا المقياس كما هو دون تعديل بالنسبة للبيئة الجزائرية قمنا بالاعتماد على طريقة الصدق الذاتي بغرض التأكد من صدقه ويتم حساب هذا النوع من الصدق بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات، ووجدت قيمته 0.86.

وبالتالي تتمتع قائمة فرايبورغ للشخصية بمستوى من الصدق.

6-4-1-2 الثبات:

يعرف " الثبات بانه الاتساق في النتائج ويعتبر الاختبار ثابتا اذا حصلنا منه على النتائج نفسها عند اعادة تطبيقه على الافراد انفسهم وفي ظل الظروف نفسها" (عبد المجيد ابراهيم 2000، ص 42).

وفي دراستنا الحالية قمنا بالاعتماد على طريقة معامل الفا كرونباخ بهدف معرفة ثبات المقياس، وذلك بعد توزيع قائمة فرايبورغ على عينة البحث الاستطلاعية وتسجيل درجاتهم ، وبعد تفريغ البيانات في برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS ووجد معامل الثبات يساوي 0.74

وانطلاقا من القيم المتوصل اليها نستنتج أن عبارات المقياس ثابتة ويمكن الاعتماد في دراستنا الحالية.

والنتائج المتحصل عليها في حساب الثبات عن طريق برنامج SPSS موضحة في الملحق رقم (03) (أمانة بوغازي، مروة محالدي، 2019، جامعة قالمة).

الفصل الخامس

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

عرض ومناقشة الحالات.

1- تقديم الحالات.

1-1 الحالة الأولى .

2-1 الحالة الثانية.

3-1 الحالة الثالثة.

4-1 الحالة الرابعة .

5-1 الحالة الخامسة.

2- مناقشة نتائج الحالات.

3- الاستنتاج العام.

عرض ومناقشة الحالات.

1- تقديم الحالات:

1-1 تقديم الحالة الاولى:

الحالة الأولى "محمد" يبلغ من العمر 70 سنة الساكن بذراع الميزان ولاية تيزي وزو، متزوج، مستواه التعليمي الخامسة ابتدائي يعمل كراعي، لديه عائلة متكونة من زوجة و3 ذكور واحد متوفي وأربعة بنات، حالته الاقتصادية متوسطة.

1-1-1 عرض مضمون المقابلة العيادية:

قمنا بإجراء المقابلة في منزل الحالة شرحت له سبب الزيارة في الأول كان متردد قليلا لكن بعدها وافق على إجراء المقابلة بدأت أطرح عليه بعض الأسئلة عن مرضه فكان متوتر وغير مرتاح ظن أنني سوف أفشي خصوصياته لكن بدأت أقنعه أن ما سوف يخبرني به يبقى بيننا سألته أولا كيف إكتشف مرضه حيث صرح: "ouqval 5 snin khadhmagh laccident s tonobil iwiniyi gher sbitar miyas3ada teviv inayid s3idh skar yarna mlih

بمعنى: "قبل 5 سنوات تعرضت إلى حادث سيارة وبعد أخذي إلى المستشفى وإجراء التحاليل اللازمة تبين أنني أصيبت بالسكري من النوع الاول وكانت حياتي في خطر."

قال كانت صدمة لي وبقيت في المستشفى لمدة 10 أيام وبعد خروجي إتبعته الحمية التي وصفها الطبيب وأخذ إبر الأنسولين. سألته اذا ما كان يخاف من نفاذ الأنسولين حيث صرح: "tougadhagh ayli oukan adhikfou nagh outafagh ara dhi la pharmacie apres oukan outhetkhdmagh ara adhmthagh

بمعنى: "أخاف من نفاذ الأنسولين من المنزل ولا أجد في الصيدلة وإذا لم أحقن بالأنسولين يمكن أن أموت."

قال أنه تغيرت حالته النفسية وأصبح أكثر هدوء من ذي قبل ودخل في حالة إكتئاب

حيث صرح: " Oughalagh hamlagh aqimagh wahdhi bzaf .

بمعنى: "أصبحت أحب أن أجلس وحدي كثيرا".

قال أن عائلته كانوا دائما إلى جانبه حيث صرح: " malgre ouk anchth agi "

"mizrigh ayth wakham gher rif iw itoughaliyid lespoir dhi dounith

بمعنى: "رغم كل شيء عندما أرى عائلتي إلى جانبي أرغب في العيش في هذه الحياة. "

هذه الحالة كان يخاف من الموت ومن نفاذ الأنسولين لكن رغم هذا أخبرني أن

الموت في يدي الله وأنا أوّمن بالقدر خيره وشره .

1-1-2 عرض نتائج المقياس:

جدول رقم (07): عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت و مقياس سمات الشخصية

للحالة الأولى .

المقياس	الدرجة الكلية	الدرجة المتحصل عليها	القراءة النهائية
قلق الموت	[9-15]	13	مرتفع
سمات شخصية	[1-20 -29 -42 -43]	42	السمة البارزة / الهدوء ورياضة الجأش والاكنتاب
	[45-56]		

بعد تطبيقنا لمقياس قلق الموت مدة 20 دقيقة للإجابة على المقياس وجدنا أن الحالة

تحصل على درجة (13) في مجال [9-15] وهي تعتبر مرتفعة والتي تدل على وجود قلق

موت مرتفع.

بعد تطبيقنا لمقياس سمات الشخصية 30 دقيقة للإجابة على المقياس وجدنا أن الحالة يتميز بسمة الهدوء حيث تحصلت على درجة (42) مقابل [1-20-29-42-43-45] هذا يدل أن لديه هدوء ورباطة الجأش والاكنتاب.

1-1-3 خلاصة الحالة:

تمت مقابلة الحالة "محمد" في المنزل كان متوتر وخائف من إفشاء كلامه لكن بعدها أفنعته وأصبح يتجاوب معي وعند نهاية المقابلة وتطبيق المقاييس تبين من خلال تصريحاته أنه يعاني من قلق موت مرتفع ومن نفاذ الأنسولين حيث صرح " أخاف ان ينتهي الأنسولين في المنزل ولا أجد في الصيدلة" وأصبح أكثر هدوء و يشعر بالاكنتاب في قوله: " أحب أن أجلس وحدي كثيرا " ويفكر في الموت لكن رغم هذا كان متفائل لأن عائلته بجانبه وقال الموت في يدي الله.

1-2-1 تقديم الحالة الثانية:

الحالة الثانية " سعيد" يبلغ من العمر 65 سنة الساكن في تيزي غنيف ولاية تيزي وزو، متزوج مستواه التعليمي الثالثة متوسط، يعمل في التجارة لديه عائلة متكونة من زوجة و5 ابناء 3 بنات و2 ذكور، مستواه الإقتصادي جيد.

1-2-1 عرض مضمون المقابلة العيادية:

قمنا بإجراء المقابلة في مستشفى كريم بلقاسم في مصلحة الاستعجالان بذراع الميزان ولاية تيزي وزو من خلال المقابلة التي أجريتها لاحظت أن الحالة متوتر وخائف لم يكن يرغب في إجراء المقابلة لأن كانت حالته النفسية متعبة لكن بعد التكلم معه وافق على إجراء المقابلة لأنه كان بحاجة إلى إفراغ ما بداخله بدأ يخبرني عن مرضه و كيف إكتشفه حيث صرح " إكتشفت المرض تاعي قبل 10 سنوات بدأت تظر علي أعراض كنت نعطش بزاف، نروح بزاف لتواليات، كنت defois منشوفش مليح (أي ضباب في الرؤية) وشينت على ضربة كي روحت طبيب قالي راك مريض بالسكري نوع الاول مأمنش هذا شي روحت

طبيب وحد آخر قالي نفس الهدرة لقالي طبيب لول. " بمعنى: "إكتشفت مرضي قبل 10 سنوات بدأت تظهر علي أعراض كالعطش، الذهاب إلى المرحاض بكثرة، عدم الوضوح في الرؤية، وإنخفاض في الوزن بعدها ذهبت إلى الطبيب فقال أنك مريض بالسكري من النوع الأول لم أصدق هذا الخبر فذهبت إلى طبيب آخر للتأكد فوجدت نفس كلام الطبيب الأول".

سألته إذا كان يعاني من أمراض أخرى وهل لديه إستعداد وراثي حيث صرح: " عندي la tension ومكاش لمريض بالسكري غير أنا" بمعنى: " لدي ضغط الدم و ليس لدي إستعداد وراثي "

قال أنه لديه بعض المعلومات عن مرضه كما أن الطبيب شرح له أكثر وأنه يجب أن يعتني بنفسه أكثر ويتبع حمية غذائية حيث صرح: "كي كان يحكي معايا الطبيب حسيت بالخوف حسيت راح نموت بهذا المرض وأنه مرض خطير حيث قال: "ورالي طبيب كيفاش ندير أنسولين وقالي لازم كل يوم ديرها" بمعنى: " عندما كان يتكلم معي الطبيب كنت أشعر بالخوف من أن أموت بهذا المرض و أنه مرض خطير وقال لي الطبيب أيضا كيف أعمل إبر الأنسولين و يجب علي المداومة كل يوم ".

هذه الحالة تعرضت إلى حادث مما أدى إلى تغيير حياته حيث صرح: "واحد الخطرة كنت نمشي في الطريق نورمال حتى دخلت فيا كروسة داوني لسبيطار قطعولي رجلي كي فطنت مأمنش واش صرا قلت واقبلا راني نحلم ريحت 20 يوم في السبيطار وليت نشوف روجي ناقص ودخلت في إكتتاب وليت معالبايش بحتى واحد كنت حاب نموت ونتهنى وندعي ربي باش نموت malgré نخاف من الموت بصح خير من هذه المعيشة. بمعنى: " كنت أمشي في الطريق فجأت أصابتي سيارة بعدها أخذوني إلى المستشفى وتم بتر رجلي جراء الحادث عندما إستيقظت لم أصدق ما جرى لي ماكنت في المستشفى لمدة 20 يوم ، أصبحت أرى نفسي ناقص ودخلت في إكتتاب أصبحت لا أبالي بشئ وأريد الموت وأن أرتاح من هذه الحياة ".

كانت هذه الحالة جد متشائمة ويأئسة من الحياة وشكرني على مساعدته لإفراغ ما بداخله.

1-2-2 عرض ومناقشة النتائج:

جدول رقم (08): عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت والسمات الشخصية للحالة الثانية.

المقياس	الدرجة الكلية	الدرجة المتحصل عليها	القراءة النهائية
قلق الموت	[9-15]	10	مرتفع
سمات الشخصية	(21-25-34-37-40-52-55)	40	السمة الغالبة/ الإكتئاب والاجتماعية السلبية

بعد تطبيقنا لمقياس قلق الموت مدة 20 دقيقة للإجابة على المقياس وجدنا أن الحالة تحصلت على درجة (10) في مجال [9-15] وهي تعتبر مرتفعة والتي تدل على وجود قلق موت مرتفع.

بعد تطبيقنا لمقياس سمات الشخصية مدة 35 دقيقة للإجابة على المقياس وجدنا أن الحالة لديها إكتئاب حيث تحصل على درجة (40) مقابل [21-25-34-37-40-52-55] وهذا ما يدل أن لديه إكتئاب والاجتماعية السلبية.

1-2-3 خلاصة الحالة:

تمت مقابلة "سعيد" الحالة في مستشفى كريم بلقاسم مصلحة الإستعجالات كان يبدو عليه التوتر والخوف وبعد إجراء المقابلة معه والإجابة عن كل الأسئلة وعند نهاية المقابلة وتطبيق المقاييس تبين أنه يعاني من قلق موت مرتفع بدرجة (10) وجاءت السمة البارزة

في مقياس السمات الشخصية هي سمة الاكتئاب والتي ظهرت أيضا من خلال قوله "أصبحت لا أبالي بأي شيء".

1-3-1 تقديم الحالة الثالثة:

الحالة الثالثة "نصيرة" تبلغ من العمر 35 سنة الساكنة في بوغني ولاية تيزي وزو متزوجة، مستواه التعليمي الثانية ثانوي تعمل في مركز التجميل لديها عائلة مكونة من زوج وابنة واحدة حالتها الإقتصادية متوسطة.

1-3-1 عرض مضمون المقابلة العيادية:

قمنا بإجراء المقابلة في مستشفى كريم بلقاسم بذراع الميزان ولاية تيزي وزو مصلحة الإستعجالات ، من خلال المقابلة التي أجريتها لاحظت أن الحالة متوترة وخائفة لكن رغم ذلك وافقت على إجراء المقابلة، سألتها عن إكتشاف مرضها حيث صرحت: "مرضت بالمرض هذا كي كان في عمري 21 سنة كنت نحس بالعطش بزاف ونفشل وكنت نذهب للحمام بزاف بقيت على هذه الحالة وشينت حسيت كاينة حاجة رحت عند الطبيب ووالي عندك السكري خلعت ومأمنش روحت شفت طبيب وحدآخر قالي نفس الهدرة لقالي طبيب لول" بمعنى: "أصبت بالمرض عندما كان عمري 21 سنة كنت أشعر بالعطش، والفشل وكنت أذهب إلى الحمام بكثرة، وانخفاض في الوزن فالنتابني الشك وذهبت إلى الطبيب للتأكد وقال أنك مريضة بالسكري إنصدمت من الخبر فذهبت إلى طبيب آخر للتأكد فوجدت نفس كلام الطبيب الأول".

سألتها إذا تعاني من أمراض أخرى أو لديها إستعداد وراثي حيث صرحت "إيه أنا مريضة بالربو والقولون العصبي وعندي يما مريضة بالسكري تاني بعني أنا نعرف على هذا المرض موالفة نتبع يما نواريلها واش دير علابالي بالي لازم لي نقص بزاف حوايج منكلهمش ومدلي طبيب ندير الأنسولين وقالي لازم داوميها" بمعنى: "نعم أنا مريضة بالربو والقولون العصبي ولدي أمي مريضة بالسكري أيضا فأنا أعرف عن هذا المرض وأن

هناك أشياء كثيرة لا يجب أن أتناولها وقد وصف لي الطبيب الأنسولين وقال لي يجب المداومة عليه".

سألتها إذا تغيرت حياتها بعد المرض حيث صرحت: "إيه تغيرت حياتي بزاف وليت نخاف أكان نموت ونخلي بنتي وحدها نخم بزاف في الموت بصح باش ننسى المرض نغالط بزاف الناس نروح عند فاميلتي صحاباتي وهما اجو عندي تاني ونحب نقصر بزاف وبنتي كي نشوفها تلعب قدامي ننسى قاع بلي مريضة d efoismalgré نتقلق بصح جامي تفيت زعافي في بنتي ولا راجلي كنت كلش نردوا داخل قلبي ونقول هذا مكتوب ربي". بمعنى: "نعم تغيرت حياتي كثيرا أصبحت أخاف أن أموت وأترك إبنتي وحدها أنا أفكر في الموت كثيرا لكن لكي أنسى هذا المرض اذهب كثيرا لزيارة العائلة و يأتون إلي أيضا فأنا أحب الكلام كثيرا، وعندما أرى إبنتي تلعب أمامي أنسى أنني مريضة وكنت عندما أغضب لا أغضب على إبنتي أو زوجي بل أرجع كل شيء الى قلبي وأقول هذا قدرتي".

في نهاية المقابلة إقترحت عليها أن ترى طبيب نفسي لكي تخفف على نفسها وشكرتني على إفراغ ما بداخلها .

1-3-2 عرض نتائج المقياس:

جدول رقم (09): عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت والسمات الشخصية للحالة الثالثة.

المقياس	الدرجة الكلية	الدرجة المتحصل عليها	القراءة النهائية
قلق الموت	[7-8]	(8)	متوسط
سمات الشخصية	[12-28-48]	(28)	السمة الغالبة/ الاجتماعية الإيجابية والهدوء

بعد تطبيقنا لمقياس قلق الموت لمدة 15 دقيقة للإجابة على المقياس وجدنا أن الحالة تحصلت على درجة (8) في مجال [7-8] وهي تعتبر متوسطة وتدل على وجود قلق موت متوسط.

بعد تطبيقنا لمقياس سمات الشخصية لمدة 20 دقيقة للإجابة على المقياس وجدنا أن الحالة اجتماعية حيث تحصلت على (28) مقابل [12-28-48] هذا يدل أن هذه الحالة تتميز بالإيجابية، والهدوء.

1-3-3 خلاصة الحالة:

تمت مقابلة الحالة "نصيرة" في مستشفى كريم بلقاسم بذراع الميزان كانت متوترة وخائفة لكن رغم ذلك وافقت على إجراء المقابلة كانت جد متسهلة في الإجابة وعند نهاية المقابلة وتطبيق المقاييس عليها تبين أنها تعاني من قلق موت متوسط في قولها " نعم تغيرت حياتي كثيرا أخاف من الموت وتركت ابنتي وحدها ". إلا أن هذه الحالة كانت ايجابية تحب المرح وكثرة الكلام وكانت متفائلة وهادئة وتريد العيش أيضا.

1-4-1 تقديم الحالة الرابعة:

الحالة الرابعة " رايح" يبلغ من العمر 67 سنة الساكن بذراع الميزان ولاية تيزي وزو متزوج مستواه التعليمي الثانية متوسط يعمل كحارس في مدرسة ابتدائية لديه عائلة مكونة من زوجة و 4 بنات مستواه الإقتصادي متوسط.

1-4-1 عرض مضمون المقابلة العيادية:

قمنا بإجراء المقابلة في مستشفى كريم بلقاسم في مصلحة الإستعجالات بذراع الميزان قبل بدأ المقابلة لاحظت أن حالته النفسية متعبة.

سألته ما إن يستطيع أن يجري معي مقابلة فوافق سألته أولا كيف إكتشف مرضه حيث صرح: "قبل 17 سنة كي كان في عمري 50 سنة كنت نحس بالتعب بزاف والفضلة

والعطش كنت نروح بزاف لتواليات وفمي دايمنا ناشف شكيت كايئة حاجة رحت عند الطبيب قالي عنك السكري من النوع الأول تشوكيت قال انا نعاني من ضغط الدم ومرض القلب وزاد جاء السكر هذا" بمعنى: " قبل 17 سنة عندما كان عمري 50 سنة كنت أشعر بالتعب والعطش وكنت أذهب كثيرا إلى الحمام، إنتابني الشك فذهبت إلى الطبيب قال أن لديك السكري من النوع الأول، إنصدمت من الخبر وأنا أعاني أيضا من ضغط الدم ومرض القلب وقد جاء هذا المرض أيضا".

سألته إذا لديه إستعداد وراثي حيث صرح: " إيه بابا ربي يرحموا كان عندو السكري وانا عندي معلومات عليه وصفلي طبيب رجيم و ندير الأنسولين وقالي لازم داوم عليه". بمعنى: " نعم أبي رحمه الله كان يعاني من السكري فأنا لدي معلومات وقد وصف لي الطبيب حمية غذائية مع إبر الأنسولين وقال لي يجب المداومة عليه"

تغيرت حياته بعد المرض حيث صرح: " تغيرت حياتي بزاف مور المرض هذا وليت نتقلق ونعيط في الدار على بناتي حتى يغيضوني نكره المرض ملي كنت صغير ونكره كي نضرب الأنسولين نجي في راسي افكار الموت بزاف surtout كي نتفكر بابا بلي السكري لقتلوا كرهت حياتي وكرهت المعيشة هذي أنا مريض ونعاني والزوجة موقفش معايا تقولي نتا ملي تظل وانت تعيط مراهيش فاع فاهمة واش راني نجوز". بمعنى: " تغيرت حياتي كثيرا بعد المرض أصبحت أشعر بالقلق والصراخ في المنزل على بناتي فأنا أكره المرض منذ أن كنت صغيرة وأكره أن أحقن بالأنسولين، تراودني فكرة الموت كثيرا خاصة عندما أتذكر أبي رحمه الله كان يعاني من السكري وقد تسبب في موته ، تعبت من هذه الحياة والزوجة لم تقف بجانبني تقول انني دائما أصرخ لم تكن تفهم ماذا كنت أعاني ".

هذه الحالة عانت من مرض ومن مشاكل أسرية وهذا ما جعله يدخل في إكتئاب وتغيير حياته.

في آخر المقابلة إقترحت عليه أن يرى طبيب نفسي لكي يخفف على نفسه ويحل مشاكله الأسرية أيضا فوافق على هذا الإقتراح حيث صرح: "صح عندك الحق déjà كبديت نحكيك حسيت فرغت واش كان في قلبي". بمعنى: "نعم أنت على حق فعندما بدأت أتحدث معك شعرت بالإرتياح".

1-4-2 عرض نتائج المقياس:

جدول رقم (10): عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت والسمات الشخصية للحالة الرابعة.

المقياس	الدرجة الكلية	الدرجة المتحصل عليها	القراءة النهائية
قلق الموت	[9-15]	(10)	مرتفع
سمات الشخصية	[21-25-34-37-40-52]	(52)	السمة الغالبة/ الاكتئاب والعصبية

بعد تطبيقنا لمقياس قلق الموت مدة 15 دقيقة للإجابة على المقياس وجدنا أن الحالة تحصلت على درجة (10) في مجال [9-15] وهي تعتبر مرتفعة والتي تدل على وجود قلق موت مرتفع.

بعد تطبيقنا لمقياس سمات الشخصية مدة 25 دقيقة للإجابة على المقياس وجدنا أن الحالة لديها إكتئاب حيث تحصل على درجة (52) مقابل [21-25-34-37-40-52]-52 هذا ما يدل على أنه لديه إكتئاب وعصبية.

1-4-3 خلاصة الحالة:

تمت مقابلة الحالة " رابع" في مستشفى كريم بلقاسم بذراع الميزان كانت حالته النفسية متعبة لكن وافق على إجراء المقابلة وعند نهاية المقابلة وتطبيق المقاييس تبين أنه يعاني من قلق موت مرتفع حيث صرح: " نتفكر بزاف الموت surtout كي نتفكر بابا بلي مات

بالسكري" بمعنى: "أفكر كثيرا في الموت خاصة عندما أتذكر أن والدي توفي بالداء السكري" ما أدخله في حالة الاكتئاب من وراء هذا المرض ومن مشاكله الأسرية أيضا حيث صرح: "انا نعاني من المرض والزوجة تقولي ملي تظل وانت تعيط ماراهيش فاهمة واش راني نجوز". بمعنى: "أنا أعاني من المرض والزوجة دائما تصرخ وهي لم تفهم ماذا يجري معي" هذه الحالة كان متشائم ومتعب من الحياة ومنزعج ما جعل السمة البارزة (الاكتئاب) التي جاءت تتماشى مع الحالة .

5-1 تقديم الحالة الخامسة:

الحالة الخامسة "فطيمة" تبلغ من العمر 41 سنة الساكنة في ذراع الميزان ولاية تيزي وزو، مطلقة، متخرجة من الجامعة تعمل أستاذة في الثانوية ليس لديها أولاد تعيش مع أمها المريضة وحالتها الإقتصادية متوسطة.

1-5-1 عرض مضمون المقابلة العيادية:

قمت بإجراء المقابلة في مستشفى كريم بلقاسم مصلحة الإستعجالات بذراع الميزان من خلال المقابلة لاحظت أن الحالة متوترة قليلا، سألتها هل من الممكن ان اجري معها مقابلة عن مرضها؟ فوافقت بعدها بدأت أطرح عليها بعض الأسئلة عن مرضها كيف بدأ؟ ومتى حيث صرحت " قبل 5 سنوات طلقت طلقني راجلي **parce que** منجبش أولاد من هناك النهار تغيرت حياتي أنا عايشة بصح قلبي ميت وليت نحس بالدوخة والتعب والفضلة ونعطش بزاف حسيت بلي مريضة بكاش مرض روحت عند الطبيب وكي جوزلي كامل قالي راكي مريضة بالسكري من النوع الثاني تخلعت وقلت في نفسي هذا برك لخصني". بمعنى: "قبل 05 سنوات إنفصلت عن زوجي لأنني لا أنجب الأولاد تغيرت حياتي كليا أصبحت أشعر بالتعب وأشرب الماء بكثرة، إنتابني الشك أني اعاني من مرض ما وبعد ذهابي إلى الطبيب قال أنك مريضة بالسكري من النوع الثاني إنصدمت من الخبر".

سألته إذا كانت تعاني من أمراض أخرى وهل لديها استعداد وراثي حيث صرحت "إيه عندي القولون العصبي والربو ومكاش معنديش إستعداد وراثي." بمعنى: "نعم لدي القولون العصبي والربو وليس لدي إستعداد وراثي".

وقالت أن لديها معلومات عن مرضها وهي تتبع حمية غذائية مع تناولها للأدوية كانت تخاف من الموت خاصة أنها لم تعش حياتها كما أرادت ولم انجب الأولاد لان كان حلمها أن ترى أولادها أمامها لأن هذا هو سبب طلاقها فكانت تريد أن تتزوج مرة ثانية وكانت دائما تفكر في هذا الأمر حيث صرحت: "حابة نعاود زواج مزال حوايج حابة نديرهم في حياتي بصح خايفة أكان يزيد علي هذا المرض ونموت وأنا مزال ملحقش وين راني حابة معلاباليش قاع علاش راه يصرالي كامل هذا شي malgré مأذيت حتى واحد في حياتي وليت نحب le calme بزاف نروح للخدمة نولي لدار منحب نخرج منحب نحوس". بمعنى: "أريد أن أتزوج مرة ثانية لدي الكثير من الأمور أريد أن أفعالها لكن أخاف أن يتفاقم المرض ولم أصل إلى الهدف الذي أريد، لا أعلم لماذا يحصل معي كل هذا زأنا لم ألحق الأذى بأحد في حياتي أصبحت هادئة أذهب إلى العمل وأعود إلى المنزل".

في آخر المقابلة إقترحت أن ترى طبيب نفسي لكي تخفف الضغط على نفسها لأن الحياة طويلة ولا يجب أن تستلمي بهذه السهولة.

1-5-2 عرض نتائج المقياس:

جدول رقم (11): عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت والسمات الشخصية للحالة الخامسة.

المقياس	الدرجة الكلية	الدرجة المتحصل عليها	القراءة النهائية
قلق الموت	[9-115]	(12)	مرتفع
سمات الشخصية	[21-25-34-37-40-52-55]	(55)	السمة الغالبة/ الاكتئاب والاجتماعية السلبية

بعد تطبيقنا لمقياس قلق الموت مدة 10 دقائق للإجابة على المقياس وجدنا أن الحالة تحصلت على درجة (12) في مجال [9-15] وهي تعتبر مرتفعة والتي تدل على وجود قلق موت مرتفع.

بعد تطبيقنا لمقياس سمات الشخصية مدة 15 دقيقة للإجابة على المقياس وجدنا أن الحالة لديها إكتئاب حيث تحصلت على (55) مقابل [21-25-34-37-40-52-55] وهذا يدل أن لديها إكتئاب والاجتماعية السلبية .

1-5-3 خلاصة الحالة:

تمت مقابلة الحالة "فطيمة" في مستشفى كريم بلقاسم بذراع الميزان مصلحة الإستعجالات لاحظت أن الحالة متوترة قليلا وبعد إجراء المقابلة معها والإجابة عن كل الأسئلة وعند نهاية المقابلة وتطبيق المقاييس تبين أنها تعاني من قلق موت مرتفع ومن إكتئاب حيث صرحت: "أخاف أن أموت وأن ليس لدي أولاد بعد" هذه الحالة متشائمة لكن لديها أمل في بناء حياتها من جديد وتكوين أسرة .

جدول رقم (12): يمثل نتائج مجموعة الدراسة الأساسية للحالات الخمسة 05:

المتغيرات الحالات	السن	الجنس	المستوى التعليمي	الحالة المدنية	الحالة الاقتصادية	مدة العلاج	نتائج مقياس قلق الموت	نتائج مقياس سمات الشخصية
الحالة 1	70 سنة	ذكر	إبتدائي	متزوج	متوسطة	5 سنوات	مرتفع	الهدوء والاكتئاب
الحالة 2	65 سنة	ذكر	ثالثة متوسط	متزوج	جيدة	10 سنوات	مرتفع	الإكتئاب والاجتماعية السلبية
الحالة 3	35 سنة	أنثى	الثانية ثانوي	متزوجة	متوسطة	15 سنة	متوسط	الإجتماعية الإيجابية والهدوء
الحالة 4	67 سنة	ذكر	ثانية متوسط	متزوج	متوسطة	17 سنة	مرتفع	الإكتئاب والعصبية
الحالة 5	41 سنة	انثى	متخرجة من الجامعة	مطلقة	متوسطة	5 سنوات	مرتفع	الاكتئاب والاجتماعية السلبية

مناقشة نتائج الحالات:

من خلال تحليل المقابلات العيادية نصف موجهة وبعد تطبيق المقاييس وهما مقياس قلق الموت ومقياس سمات الشخصية وبعد جمع نتائج الحالات الخمسة التي تم الوصول إليها أن الفرضية الأولى التي مفادها "يؤثر مرض السكري على السمات الشخصية لدى الفرد المصاب حيث يؤدي إلى ظهور بعض السمات كسمة الإكتئاب" تحققت كون أن معظم الحالات كانت السمة البارزة فيها هي سمة الاكتئاب بمعنى أنهم قد عانوا من الاكتئاب جراء مرضهم بالداء السكري .

كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة أجيدي (2010) حيث هدفت إلى معرفة. العلاقة بين السكري والاكتئاب إذ أظهرت النتائج أن هذه الأخيرة يمثلان حالتان سلبياتان على صحة المريض وتسبب في الوفاة ورفع تكاليف الرعاية الصحية، والاكتئاب المصاحب للسكري يكون مرتبطا بتأثير السلبي الواضح جدا على صحة المريض وعلى حياته (تقبيل زينب و شباب أمينة (2021) جامعة بويرة).

وعندما يكون الإكتئاب مصاحبا للسكر فإنه يجعل التحكم في الجلوكوز ضعيف ومن الممكن أن يكون هذا الأخير عامل هام في تطور الإكتئاب، كما يشير جاكسون (1993) إلى أن إنتشار الإكتئاب عند مرضى السكري إنما لا يكون بسبب الإصابة ولكن للتأثير العام والضغط المتزايد والتوتر بسبب وجود مرض طبي مزمن (أحمد محمد الحسيني هلال، 2009. ص 05).

فحسب منظمة الصحة العالمية توصلت أن عدد مرضى الإكتئاب في العالم يزيد عن 500 مليون شخص وتشير بعض الإحصائيات إلى أن نسبة إنتشار الإكتئاب تصل إلى 08% من سكان العالم ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى 10% خلال السنوات القادمة (الشربيني 2010 ص 31).

أما بالنسبة للفرضية الثانية والتي مفادها "مستوى قلق الموت عند مرضى السكري المتجاوزين أكثر من 05 سنوات إصابة يعانون من قلق متوسط إلى مرتفع" تحققت كون كل الحالات يعانون من قلق موت بمعنى أنهم يخافون من تفاقم المرض ويؤدي بهم إلى فقدان حياتهم. وقد أثبت العديد من الباحثين في مناطق مختلفة من العالم أن القلق لديه تأثير على الأمراض الجسمية فهو يزيد من حدتها ، كما أن الحالة النفسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالسكري فكل منهما يؤثر على الآخر خاصة في ظل الضغوط النفسية، ما يعرض المريض بنوبات مستمرة من القلق.

ففي دراسة أجريت على عينات مختلفة من مدينة الإسكندرية و طبق عليها مقياس تمبلر تبيننت النتائج وجود فروق جوهرية في قلق الموت بين الجنسين فالإناث أكثر خوفاً من الموت (أحمد محمد عبد الخالق، 1998، ص 162).

كما أن هناك دراسة هدفت الى الكشف عن علاقة العمر بقلق الموت ،وقد طبق مقياس قلق الموت لتمبلرعلى 599 شخص من المراهقين وكبار السن، وقد أظهرت النتائج أن إستجابات كبار السن تجاه ما بعد الحياة مرتفعة وأن للعمر تأثير على إرتفاع مستوى قلق الموت (LJames A thorson and F.C powel)

وهنا تبرز مشكلة الدراسة الحالية فالمرض المزمن يفرض تغيرات عديدة في حياة المريض وهذا يتطلب زيادة فهمنا لما هو عليه وما سيكون عليه وإكتشاف العوامل التي تتداخل في حياته كالعوامل النفسية الإجتماعية والتي يتصدرها صورة الجسم وقلق الموت وفي الأخير يمكن القول أن مرضى السكري يعانون من قلق الموت ومن الإكتئاب وتبقى هذه النتائج وفقاً لدراستنا غير قابلة للتعميم ولكل حالة شخصيتها وسماتها والتي تميزها عن غيرها.

إستنتاج عام :

بعد أن تعرفنا على موضوع بحثنا الذي هو "سمات الشخصية البارزة وقلق الموت لدى مرضى السكري" من خلال دراسة ميدانية تناولنا فيها خمسة حالات ذكور وإناث التي تم إجرائها في مستشفى كريم بلقاسم مصلحة الإستعجالات بذراع الميزان ولاية تيزي وزو أردنا من خلالها معرفة إذا ما كان مرضى السكري يعانون من قلق الموت وماهي السمات الشخصية البارزة .

ومن خلال النتائج التي تم التوصل اليها تبين ان المرضى المصابين بالداء السكري يعانون من سمة الاكتئاب وذلك لأسباب عديدة من بينها عدم تكيف المريض مع مرضه، شعوره بالنقص وخوفه من مضاعفات وتعقيدات المرض فقد يجد المريض نفسه امام تحدي كبير نتيجة هذا الاخير .

كما انهم يعانون من قلق الموت وهذا راجع إلى الأفكار السلبية التي يفكرون فيها إتجاه الموت وكذلك أفكار ما بعد الموت، جراء إصابتهم بالداء السكري.

وخطورة هذا المرض لا تتمثل في ارتفاع عدد المصابين به بقدر ما تتمثل في مضاعفاته النفسجسمية فالمرضى بالداء السكري تواجهه عدة صعوبات وعراقيل في حياته اليومية.

والنتائج التي توصلنا إليها تبقى في حدود العينة المتناولة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

1. أ، برفين، ل (2010)، علم الشخصية، (ج 1 ط1)، المركز القومي للترجمة، القاهرة.
2. ابراهيم الصيخان، (2010)، الإضطرابات النفسية والعقلية، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.
3. ابراهيم مروان عبد المجيد، (2000)، أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق، عمان.
4. أبو حمادة ن أ (2007) إختبارات الذكاء و مقاييس الشخصية، إريد، الأردن.
5. أحمد محمد عبد الخالق، (1987)، قلق الموت، عالم المعرفة، الكويت.
6. أحمد محمد عبد الخالق، (2012)، قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، رسالة ماستر، جامعة بسكرة.
7. الادمه الزروق فرح بلعيد (2018) إضطرابات ما بعد الصدمة وعلاقاته بالإكتئاب لدى طلاب الجامعة، مجلة البحث العلمي في الأداب، جامعة عين النمس، الجزء الأول.
8. أديب محمد الخالدي، (2009)، المرجع في الصحة النفسية، ط3، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
9. أديب محمد خالدي (2005) مرجع في علم النفس الإكلينيكي المرضى (الفحص والعلاج) ط1 دار وائل للنشر والتوزيع ،مصر.
10. أرون بيك، (2000)، العلاج المعرفي والإضطرابات الإن فعالية، ط1، ترجمة عادل مصطفى، دار النهضة العربية للطباعة والنشر،بيروت.
11. الأزرق بوعلوة، (1993)، الإنسان والقلق، ط1، دار سينا للنشر، القصر العيني، القاهرة.

12. أماني أحمد محمد بيك (2011)، **فعالية البرنامج العلاجي في خفض مستويات القلق، الاكتئاب لدى مرض القلب**، رسالة تخرج لنيل شهادة الدكتوراة في علم النفس.
13. أمين رويحة، (1983)، **داء السكري، أسبابه، أعراضه، ط3**، دار القلم للنشر والتوزيع، بيروت.
14. أمينة بوغازي، مروة مجالدي (2019) **سمات الشخصية وعلاقتها بكشف الذات لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة النهائية من التعليم الثانوي**، جامعة قلمة.
15. أيمن الحسيني، بدون سنة، **عزيمي مريض السكري**، دار الهدى للنشر والتوزيع، الجزائر.
16. بشير معمريّة (2007) **بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس**، منشورات الحبر، الجزائر.
17. بشير معمريّة، (2007)، **بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس**، الجزء الرابع منشورات الحبر، الجزائر.
18. بشير معمريّة، (2009)، **دراسات نفسية في الذكاء الوجداني (الإكتئاب، اليأس، قلق الموت، السلوك العدواني، الإنتحار)**، ط1، المكتبة العصرية النشر والتوزيع، المنصورة، مصر.
19. بوغلاق محمد، (2009)، **الموجة في الإحصاء الوصفي والإستدلالي في العلوم النفسية و الإجتماعية و التربوية**، ط3، دار الأمل للطباعة.
20. جابر عبد الحميد (1990) **نظريات الشخصية ط البناء، الديناميات، النمو، طرق البحث، التقويم**، دار النهضة العربية، القاهرة.
21. جاسم محمد عبد الله المرزوقي، (2008) **الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر**، ط1 العلم والإيمان للنشر والتوزيع، عمان .

22. جاسم محمد عبد الله المرزوقي، (2008)، ط1، الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر، العلم والإيمان للنشر والتوزيع، عمان.
23. جبالي نور الدين، (1989)، علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر.
24. جبل فوزي محمد، (2000)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
25. حامد عبد السلام زهران (1995) الصحة النفسية والعلاج النفسي ط2، عالم الكتب، مصر.
26. حسن الأعظمي، غسان بشير (2013) الكأبة بين كبار السن من العراقيين داخل الوطن و المهجرة، ط1، دراسة مقارنة، دار المجلة، عمان.
27. حسن الظاهري صالح، (2005)، مبادئ الصحة النفسية، ط1، دار وائل، عمان.
28. حسن فكري منصوري، (2000)، علاج مرض السكر بدون دواء، ط1، دار الطلائع للنشر والتوزيع.
29. حسين فايد، (2003)، الإضطرابات السلوكية (تشخيصها، أسبابها، علاجها)، ط1، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، مصر.
30. الحسين أسماء، (2002)، المدخل الميسر إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط1، دار عالم الكتاب، الرياض، السعودية.
31. حسين فايد، (2001)، الإضطرابات السلوكية (تشخيصها، أسبابها، علاجها)، ط1، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة.
32. حسين فايد، (2001)، الأضطرابات السلوكية (تشخيصها، أسبابها، علاجها)، ط1، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة.

33. حمدي الأعظمي، غسان بشير، (2013)، الإكتئاب بين كبار السن،
34. حنان عبد الحميد العناني، (2000)، الصحة النفسية، ط1، دار المكر للطباعة والنشر والتوزيع.
35. حورلي، محمد سعيد، (2006)، العنف في مواقف الحياة اليومية، ط1، دار ومكتبة الإسراء للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
36. الخالدي أديب محمد، (2006)، مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي) الفحص و العلاج، ط1، دار وائل للنشر.
37. الخالدي محمد ديب، (2015)، علم النفس الإكلينيكي في التدخل العلاجي، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
38. خليل أبو فرحة (2000)، الوسوسة النفسية، دار الأساة للطبع والنشر، الأردن، عمان.
39. دافيد شيهان، (1998)، مرض القلق، دط، ترجمة عزت شعلان، عالم المعرفة، الكويت.
40. الداھري، صالح حسن والعبيدي، ناظم الهاشم، (2008)، الشخصية والصحة النفسية، دار الكندي للنشر والتوزيع، عمان.
41. زهران حامد عبد السلام (2005) الصحة النفسية والعلاج النفسي ط4، عالم الكتب، القاهرة.
42. سليمان عبد الواحد إبراهيم (2014) الشخصية الانسانية واضطراباتها النفسية، رؤية في إطار علم النفس الإيجابي ط1 الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
43. سي موسى عبد الرحمان زقار رضوان (2002) الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق، جمعية علم النفس، الجزائر.

44. السيد فهي علي، (2009)، علم نفس الصحة الخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية.
45. شاكر مجيد (2015)، اضطرابات الشخصية (انماطها، قياسها)، ط2 دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
46. شحاتة ربيع (2014)، قياس الشخصية، ط5، دار المسيرة، عمان، الأردن.
47. الشريبي لطفي، (2001)، الإكتئاب - المرض والعلاج، دار الكتب والوثائق القومي، الإسكندرية.
48. صائب المعاضيدي (2004) الموهب العقلية والإبداع من منظور علم النفس الشخصية، بدون طبعة، دار المنهل، عمان، الأردن.
49. صفيان، نبيل صالح، (2004)، المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي، ط1، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
50. صلاح الدين شروخ،(2003)، منهجية البحث العلمي، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة الجزائر.
51. الطملاوي، منال محمد محروس، (2012)، إستخدام المنافسة الجماعية في خدمة الجماعة وتحسن جودة الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة، المؤتمر الدولي الخامس والعشرون مستقبل الخدمة الجماعية في ظل الدولة المدينة الحديثة، كلية الخدمة الإجتماعية، جامعة حلوان، ج2.
52. طه عبد العظيم حسين، (2007)، العلاج النفسي المعرفي (مفاهيم وتطبيقات)، ط1، دار الوفاء للطباعة والنشر، مصر.
53. طه فرح عبد القادر (2000) معجم علم النفس والتحليل النفسي ،دار النهوض العربية ، بيروت.

54. عادل شكري، محمد كريم، (2006)، سلوك نمط أ دراسة في علم النفس الصحة، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، الإسكندرية، مصر.
55. عامود بدر الدين (2001) علم النفس في القرن العشرين الجزء الأول، مكتبة الأسد، دمشق
56. عباري، نائر أحمد وأبو شعيرة، (2010)، سيكولوجية الشخصية، ط1، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
57. عباس محمد خليل وآخرون، (2006)، مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة، عمان.
58. عبد الحميد محمد الشاذلي(2001) الصحة النفسية ط2 المكتبة الجامعية الإزراطية، الإسكندرية.
59. عبد الحميد محمد الشاذلي، (2001)، الصحة النفسية، ط2، المكتبة الجامعية الإزراطية، الإسكندرية.
60. عبد الخالق أحمد محمد (1987) الأبعاد الأساسية للشخصية ط4، دار المعرفة، الجامعة، الإسكندرية.
61. عبد الرحمان العيسوي (1994) الأمراض السكوسوماتية، دون طبعة، دار النهضة للطباعة والنشر.
62. عبد الكريم علي البدري، ن.ع.أ (2017) الإنتماء الوطني وعلاقاته بسمات الشخصية والتماسك الأسري لدى طلبة الجامعة، ط1، دار المنهل، عمان، الأردن .
63. عبد اللطيف حسن فرج،(2004)، الإضطرابات النفسية (الخوف، القلق، التوتر، الإنفصام، الأعراض النفسية للأطفال، دار حامد للنشر والتوزيع، مكة المكرمة، ط1.
64. عبد اللطيف حسين فرج، (2009)، الإضطرابات النفسية (الخوف، القلق، التوتر، الإنفصام، الأمراض النفسية للأطفال)، دار حامد للنشر والتوزيع، مكة المكرمة.

65. عبد الله أحمد جنيد، (1988) كيف تعيش سعيد بالرغم من الداء السكري ،ط1 دار، الحكمة اليمانية، صنعاء.
66. عبد الواحد إبراهيم (2014) الشخصية الإنسانية واضطراباتها النفسية، رؤية في إطار علم النفس الإيجابي، الوراق للنشر والتوزيع، عمان.
67. عليان، هناء (2015) ليبرالية الغرب وتهجين الاسلام ،مقال مترجم من كتاب المؤلف جوزيف مسعد، بعنوان الاسلام في الليبرالية، جريدة الحياة.
68. العيسوي، عبد الرحمن (د،ت) الإيمان والصحة النفسية، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية، مصر.
69. فاروق السيد عثمان، (2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسية، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
70. فاروق السيد عثمان، (2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسية، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
71. فرج عبد القادر طه، (2000)، أصول علم النفس الحديث، ط1، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة.
72. فرج عبد اللطيف حسن، (2009)، الإضطرابات النفسية (الخوف، القلق، التوتر، الإنفصام، الأمراض النفسية للأطفال)، ط1، دار حامد للنشر والتوزيع، مكة.
73. فوقية حسن رضوان (2003) دراسات في الإضطرابات النفسية ، دون طبعة ،دار الكتاب الحديث، القاهرة.
74. فيصل خير الزراد، (2000) الأمراض النفسية الجسدية، ط1، دار النقائس، بيروت.
75. فيصل عباس (1997) الشخصية دون طبعة، دار الفكر العربي، بيروت.

76. محسن فايد، (2007)، دراسات في السلوك والشخصية، ط1، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
77. محمد الأنصاري (2009)، قياس الشخصية ، دار الكتاب الحديث ، القاهرة.
78. محمد الحجار، (1989)، الطب السلوكي المعاصر، ط1، القاهرة، الأنجار المصرية.
79. محمد جاسم محمد (2004) علم النفس الإكلينيكي، دون طبعة، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
80. محمد جاسم محمد (2004) مشكلات الصحة النفسية (امراضها علاجها) ط1 مكتبة دار الثقافة للنشر، عمان.
81. محمد حسن علاوي، (1983)، علم النفس الرياضي، دار المعارف، القاهرة.
82. محمد حسن غانم، (2006)، دراسات في الشخصية والصحة النفسية، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
83. محمد دويدار عبد الفتاح، (1999)، منهج البحث في علم النفس، دار المعرفة الجامعية، الأزراطية، الأسكندرية.
84. محمد عبد الخالق (1996) قياس الشخصية ،ط1 لجنة التأليف والتعريف والنشر، الكويت.
85. محمد قاسم عبد الله (2001)، مدخل الصحة النفسية، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان.
86. محمود أبو غزال (2015) علم النفس العام ط2، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
87. محمود السيد أبو النيل، (1994)، الأمراض السكوسوماتية، ط1، دار النهضة، بيروت.

88. محمود شامية شامية م. س (2016)، سمات الشخصية وعلاقتها بالتكيف النفسي لدى المراهقين المهتمة بيوتهم، مذكرة لنيل شهادة الماجستير.
89. محمود عمر ماهر، (1987)، المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي، ط3، الإزراقية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
90. مدحت عبد الحميد أبو زيد (2001) الاكتئاب (دراسة سيكوباتولوجية) بدون طبعة، دار المعرفة الجامعة الإسكندرية، الإسكندرية .
91. مروة فرج، وسيد مغربي، (2015)، قلق الموت وعلاقته ببعض المشاكل لدى المراهقين المصابين بمرض أنيميا البحر المتوسط، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، مصر.
92. مزوار نسيمة (2005) إستراتيجية المقاومة ومرض السرطان (دراسة مقارنة بين المصابين وغير المصابين) رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي (غير منشورة)، جامعة الجزائر.
93. الميلادي عبد المنعم، (2006)، الإضطرابات النفسية، مؤسسة شباب الجامعة الأسكندرية، مصر.
94. نور الهدى محمد الجاموس، (2004)، الإضطرابات النفسية الجسمية السكوسوماتية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
95. نور محمد الجاموس (2004) الإضطرابات النفسية الجسمية السيكوسوماتية، ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان .
96. نورة عليبي، بسبس الغامدي (2014) رسالة ماجستير حول السمات الشخصية وعلاقتها بمهارة التفكير، الأردن.
97. نورة عليبي، بسبس الغامدي، (2014)، السمات الشخصية وعلاقتها بمهارة التفكير، رسالة ماجستير، الأردن.

98. هندسة محمد سعيد سلامة (2003) مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحقيق حدة الاكتئاب لدى الأطفال رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة عين الشمس، مصر.

99. وحيد أحمد عبد اللطيف، (2001)، علم النفس الإجتماعي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.

100. الوقي راضي، (1998)، مقدمة في عام النفس، ط3، دار الشروق والنشر، عمان

101. وليد سرحان وآخرون، (2001)، الإكتئاب، ط1، دار مجالوي للنشر والتوزيع.

102. ياسين عطوف محمد، (1981)، علم النفس العيادي، دار العلم الملايين، لبنان.

103. لطفي الشرييني، (2001)، الاكتئاب المرض والعلاج، ط1، الاسكندرية، مصر.

104. نقبيل زينب، شباب أمينة، (2021)، اكتئاب لدى مرضى المصابين بمرض السكري، جامعة بويرة.

المراجع باللغة الأجنبية:

105. Jean Pierre de large 1970 la métrisse de la mort exyclo pédie universitaire .

106. Sigmund Freud 1987, Inhibition symptome et engoisse 6eme édition

107. -fontaine , 1984 , chimique et thérapie comportementale Edmarlagat , Belgique.

108. Speillger 1983 comtenparny Behavioran, thérapy my life publishing company.

109. Boyer Christine M 1996 (the city collective memory T press)

110. Eysenck H J (1972) fact and fiction in psychology Middlesex ,penguin Books
111. Grow, laster D (1968) psychology of human adjustment new York, Alfred .A. Knopf.
112. Wright D.S. Taylor Ann. Davies .D. Roy sluckin .W.lee.S.G.M.and Reason ,J,T. (1970) Introducing psychology.an .experimental approach .Middlesex penguin Books ,serbanescu m(1986)
113. Turner Diane and Greco Thelma (1998) the personality compass Baston ,Element Books
114. Eysenck H.j. Wilson Glenn (1975) konw your own personality London penguin Books
115. Gillamy Norbert (1999) dictionnaire de psychologie Larousse paris.
116. Thomas G(2003) l'efucation de patient siructuration organisation et développement Bruxelles.edition kluwer.
117. Chicouri Marcel Jacque (1983) diabète M.A édition. paris.

الملاحق

دليل المقابلة

المحور الأول : البيانات الشخصية

- الجنس :
- السن :
- مكان الإقامة:
- الحالة المدنية:
- المستوى العلمي:
- الحالة الإجتماعية:
- الحالة الاقتصادية:

المحور الثاني : الإصابة بالمرض

- نوع المرض :
- وقت الإصابة :
- كيف إكتشفت المرض:
- ماهي ردة فعلك بعد إكتشافك المرض؟
- هل عانيت من أمراض جسدية أخرى ؟
- هل لديك إستعداد وراثي ؟
- هل تتبع حمية غذائية ؟
- هل تأخذ أدوية أو إبرة الأنسولين ؟ وكم عدد المرات التي تتناول فيها الأدوية أو إبر الأنسولين ؟
- هل تغيرت حياتك بعد إدراكك المرض؟

المحور الثالث :الحالة النفسية (الاكتئاب)

- كيف كانت حالتك النفسية بعد إكتشافك المرض؟

- هل عانيت من الاكتئاب بعد المرض ؟
- كيف تتعامل مع الضغوطات و المشاكل التي تواجهها؟
- هل ظهرت عليك سلوكيات (إنزعاج، خوف ، توتر) بعد تشخيصك للمرض؟
- ماهي التغيرات التي طرأت على حياتك النفسية بعد إصابتك بالمرض ؟

المحور الرابع: قلق الموت

- هل تخاف من الموت بعد إكتشافك المرض؟
- هل تخطر لك فكرة الموت دائماً ؟
- هل أنت متفائل أو متشائم؟

الملحق رقم (02): مقياس "دونالد تمبلر"

الجنس:السن.....:

التعليمة:

- إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير، ضع دائرة حول (ص)

- إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ)

عبارات الاختبار:

رقم	العبارات	صحيح	خطأ
01	أخاف كثيرا من الموت.		
02	نادرا ا تخطر لي فكرة الموت.		
03	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت.		
04	أخاف أن تجرى عملية جراحية.		
05	لا أخاف إطلاقا من الموت.		
06	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص.		
07	لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت.		
08	أتضايق كثيرا من مرور الوقت.		
09	أخشى أن أموت موتا مؤلما.		
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي كثيرا.		
11	أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية.		
12	كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا.		
13	أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة.		
14	يزعجني منظر جسد ميت.		
15	أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني.		

دليل المقابلة

الحوار الأول : البيانات الشخصية

- الجنس :
- السن :
- مكان الإقامة:
- الحالة المدنية:
- المستوى العلمي:
- الحالة الإجتماعية:
- الحالة الاقتصادية:

المحور الثاني : الإصابة بالمرض

- نوع المرض :
- وقت الإصابة :
- كيف إكتشفت المرض:
- ماهي ردة فعلك بعد إكتشافك المرض؟
- هل عانيت من أمراض جسدية أخرى ؟
- هل لديك إستعداد وراثي ؟
- هل تتبع حمية غذائية ؟
- هل تأخذ أدوية أو إبرة الأنسولين ؟ وكم عدد المرات التي تتناول فيها الأدوية أو إبر الأنسولين ؟
- هل تغيرت حياتك بعد إدراكك المرض؟

المحور الثالث :الحالة النفسية (الاكتئاب)

- كيف كانت حالتك النفسية بعد إكتشافك المرض؟

- هل عانيت من الاكتئاب بعد المرض ؟
- كيف تتعامل مع الضغوطات و المشاكل التي تواجهها؟
- هل ظهرت عليك سلوكيات (إنزعاج، خوف ، توتر) بعد تشخيصك للمرض؟
- ماهي التغيرات التي طرأت على حياتك النفسية بعد إصابتك بالمرض ؟

المحور الرابع: قلق الموت

- هل تخاف من الموت بعد إكتشافك المرض؟
- هل تخطر لك فكرة الموت دائما ؟
- هل أنت متفائل أو متشائم؟

ملحق رقم (03): قائمة فرايبورغ لقياس سمات الشخصية:

الجنس:..... السن:.....
التخصص:..... الترتيب في الأسرة:.....
التعليمات:.....

فيما يلي بعض العبارات التي قد توضح سلوكك واستجابتك في بعض المواقف والمطلوب منك وضع علامة (X) امام بنعم أو لا بما يتفق مع حالتك وما تعرفه عن نفسك بالنسبة لكل عبارة.

- لا توجد أي عبارة دون إجابة.
- لا توجد عبارات صحيحة وأخرى خاطئة، والمهم هو صدق إجابتك بما يتناسب مع حالتك.

لا	نعم	العبارات
		1- أنا دائما مزاجي معتدل
		2- يصعب علي أن أجد ما أقوله عند محاولة التعرف على الناس.
		3- أحيانا اسرع دقات قلبي أو تدق دقات غير منتظمة بدون بذل مجهود عنيف.
		4- أشعر أحيانا أن دقات قلبي تصل إلى رقبتني دون أن أعمل عملا شاقا.
		5- أفقد السيطرة على أعصابي بسرعة و لكنني أستطيع التحكم فيها بسرعة أيضا.
		6- يحمر أو يفتح لوني بسهولة.
		7- أحيانا أجد متعة كبيرة في مضايقة أو معاكسة الآخرين.
		8- في بعض الأحيان لا أحب رؤية بعض الناس في الشارع أو في مكان عام.

		9- إذا أخطأ البعض في حقي فإنني أتمنى أن يصيبهم الضرر.
		10- سبق لي القيام بأداء بعض الأشياء الخطرة بغرض التسلية أو المزاح.
		11- إذا اضطرت لاستخدام القوة البدنية لحماية حقي فإنني أفعل ذلك.
		12- أستطيع أن أبعث المرح بسهولة في سهرة مملّة.
		13- ارتبكت بسهولة أحيانا.
		14- أعتبر نفسي غير لبق في تعاملي مع الآخرين.
		15- أشعر أحيانا بضيق في التنفس أو بضيق في الصدر.
		16- أتخيل أحيانا بعض الضرر الذي قد يحدث نتيجة بعض الأخطاء التي ارتكبتها.
		17- أخجل في الدخول بمفردي في غرفة يجلس فيها بعض الناس وهم يتحدثون.
		18- معدتي حساسة (أشعر أحيانا بالألم أو ضغط أو انتفاخ في معدتي).
		19- يبدوعي الإضطراب و الخوف أسرع من الآخرين .
		20- عندما أصاب أحيانا بالفشل فإن ذلك لا يثير لي.
		21- أفعل أشياء كثيرة أندم عليها فيما بعد.
		22- الشخص الذي يؤذيني أتمنى له الضرر.
		23- أشعر كثيرا بانتفاخ في بطني كما لو كانت مملوءة بالغازات.
		24- عندما يغضب أحد أصدقائي من بعض الناس فإنني أدفعه إلى الإنتقام منهم
		25- كثيرا ما أفكر في أن الحياة لا معنى لها.
		26- يسعدني أن أظهر أخطاء الآخرين .
		27- يدور في ذهني غالبا عندما أكون وسط جماعة كبيرة أحداث مشاجرة ولا أستطيع مقاومة التفكير .
		28- يبدو علي النشاط والحيوية.

		29- أنا من الذين يأخذون الأمور ببساطة و بدون تعقيد.
		30- عندما يحاول البعض إهانتني فإنني أحاول أن أتجاهل ذلك.
		31- عندما أغضب أو أثور فإنني أحاول أن أتجاهل ذلك.
		32- أرتبك بسهولة عندما أكون مع أشخاص مهمين أو مع رؤسائي.
		33- لأستطيع غالبا التحكم في صديقي و عصبي.
		34- أحلم لعدة ليال في أشياء أعرف أنها لن تتحقق.
		35- يظهر علي التوتر و الإرتباك بسهولة عند مواجهة أحداث معينة.
		36- أنا لسوء الحظ من الذين يغضبون بسرعة.
		37- غالبا ما تدور في ذهني أفكارا غير عامة تسبب لي الضيق.
		38- أجد صعوبات في محاولة النوم.
		39- أقول غالبا أشياء بدون تفكير وأندم عليها فيما بعد.
		40- كثيرا ما براودني التفكير في حياتي الحالية.
		41- أحب أن أعمل في الناس بعض المقالب غير المودة.
		42- أنظر غالبا إلى المستقبل بمنتهى الثقة.
		43- عندما تكون كل الأمور ضدي فإنني لا أفقد شجاعتي.
		44- أحب التنكيت على الآخرين.
		45- عندما أخرج عن شعوري فإنني أستطيع غالبا تهدئة نفسي بسرعة.
		46- كثيرا ما أستثار بسرعة من البعض
		47- أجد صعوبة في كسب الآخرين لصفي.
		48- أستطيع أن أصف نفسي بأنني شخص متكلم.
		49- أفرح أحيانا عند إصابة بعض ممن أحبهم.
		50- أفضل أن تلحق بي إصابة بعض ممن أحبهم
		51- أميل إلى عدم بدأ الحديث مع الآخرين.
		52- في أحيان كثيرة أفقد القدرة على التفكير.
		53- كثيرا ما أغضب بسرعة من الآخرين

		54- غالباً ما أشعر بالإرهاك والتعب والتوتر
		55- أحياناً براودني التفكير بأنني لا أصلح لأي شئ.
		56- عندما أفشل فإنني أستطيع تخطي الفشل بسهولة.