

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
de la Recherche Scientifique

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Université de Bouira
Akli Mohand Oulhadj



جامعة البويرة
أكلي محمد أولحاج

الفرع: علم النفس

كلية: العلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم: العلوم الإجتماعية

القلق لدى الراشدين المصابين بالصرع

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر
في علم النفس العيادي .

إشراف الأستاذة :
أشروفه كبير سليمة

من إعداد :
سعدى محمد السلام

السنة الجامعية: 2013/2012

ملخص البحث :

هدف هذا البحث هو معرفة ما إذا كان الصرع عاملا في ظهور القلق لدى الراشدين، طبقنا المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة في إجراء البحث، و لذلك إختارنا مجموعة بحث مكونة من أربع حالات، و اشتملت أدوات الدراسة على مقياس سبيلبرجر للقلق و مقابلة البحث العيادية نصف الموجهة، و قد خلصت الدراسة بنتيجة أنه يعاني الراشد المصاب بالصرع من القلق.

في الختام قدم الباحث أهم المراجع المستعان بها في القيام بهذا البحث.

Abstract :

This study tried to know if the epilepsy is a major of anxiety among adults with epilepsy, we used the clinical methode consisting on case study in doing this research, therefor we chose a research group composed from four cases, the tools of data collection consist of spilberger scale of anxiety and the semi directif clinical research interview, the research reach out for a result says that adults with epilepsy suffering from anxiety.

Finally, refference were cited at the end of the study

Résumé :

Cette recherche a essayé de connaitre si l'épilepsie est un élément mjeur dans l'apparaître de l'angoise chez les adultes , on a utilisé la methode clinique qui consiste a des études de cas pour faire cette recherche . les outils de collection des informations sont le test d'angoise de spilberger et l'entretien clinique de recherche semi directif, la recherche a apportée des résultats et l'important c'est que les adults epileptique ont d'angoise.

A la fin le chercheur a cité les références utilisées dans cette recherche.

Abréviations utilisées :

المختصرات :

EEG	Electroencéphalographie	التخطيط الكهربائي للدماغ
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique	التصوير بالرنين المغناطيسي
SEEG	Stéréoélectroencéphalographie	التخطيط الكهربائي المصور للدماغ
ZE	Zone Epileptogène	المنطقة المسببة للصرع

فهرس الموضوعات

الصفحة	الموضوع
	الشكر
	الإهداء
III.....	ملخص البحث
IV.....	المختصرات
V.....	فهرس الموضوعات
XI.....	فهرس الجداول
XII.....	فهرس الأشكال
XIII.....	فهرس الملاحق
أ.....	مقدمة

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

6.....	الإشكالية
12.....	الفرضية
13.....	تحديد المفاهيم
16.....	أسباب إختيار الموضوع
17.....	أهمية البحث
17.....	أهداف البحث
18.....	الدراسات السابقة

الجانب النظرى

الفصل الثانى : القلق

23.....	تمهيد.....
24.....	1- تعريف القلق.....
28.....	2- أنواع القلق.....
29.....	2-1- القلق الموضوعى.....
30.....	2-2- القلق العصابى.....
33.....	2-3- القلق الخلقى.....
34.....	2-4- القلق كحالة.....
35.....	2-5- القلق كسمة.....
37.....	3- درجات القلق.....
37.....	3-1- القلق البسىط.....
38.....	3-2- القلق المزمن.....
38.....	3-3- القلق الحاد.....
38.....	4- أعراض القلق.....
38.....	4-1- أعراض نفسىة.....
39.....	4-2- أعراض جسمىة.....
41.....	4-3- أعراض القلق حسب DSM-IV.....
42.....	4-4- أعراض القلق حسب ICD /10.....
43.....	5- النظرىات المفسرة للقلق.....
43.....	5-1- النظرىة البىولوجىة.....
45.....	5-2- النظرىة التحلىلىة.....
48.....	5-3- النظرىة الإنسانىة (الوجودىة).....
50.....	5-4- النظرىة السلوكىة.....

52.....	5-5- النظرية المعرفية.....
55.....	6- أسباب القلق.....
55.....	6-1- الأسباب الوراثية.....
56.....	6-2- الأسباب النفسية.....
58.....	6-3- الأسباب الجسمية.....
58.....	6-4- الأسباب الإجتماعية و البيئية.....
59.....	7- علاج القلق.....
59.....	7-1- العلاج النفسي.....
62.....	7-2- العلاج الكهربائي.....
63.....	7-3- العلاج الكيميائي.....
63.....	7-4- العلاج بالجراحة.....
64.....	خلاصة الفصل.....

الفصل الثالث : الإرشاد

67.....	تمهيد.....
68.....	1- تعريف مرحلة الرشد.....
69.....	2- مراحل الرشد.....
69.....	2-1- المرحلة الأولى من الرشد تمتد من 25 إلى 40 سنة.....
69.....	2-2- المرحلة الثانية من الرشد التي تمتد من 40 إلى 70 سنة.....
70.....	3- خصائص مرحلة الرشد.....
70.....	3-1- الخصائص الجسمية.....
70.....	3-2- الخصائص النفسية.....
71.....	3-3- الخصائص العقلية المعرفية.....
72.....	3-4- الخصائص الإجتماعية.....
73.....	4- حاجات الراشد و مطالبه.....
73.....	4-1- الحاجات الأولية.....

74.....	2-4- الحاجات الثانوية.
74.....	3-4- البدء بمهنة معينة.
74.....	4-4- الإستقلالية.
74.....	5-4- إتخاذ القرارات الهامة.
75.....	6-4- الزواج و الإنجاب.
75.....	7-4- الإستقرار.
77.....	5- متطلبات الإرتقاء في مرحلة الرشد.
78.....	6- الأزمات و التغيرات.
78.....	1-6- الأمومة و الأبوة.
79.....	2-6- الأزمة الوالدية.
80.....	7- مشكلات الراشد.
80.....	1-7- مشكلات إشباع الحاجات.
80.....	2-7- مشكلات مجتمعية.
81.....	8- كيفية حل مشكلات الراشدين.
81.....	9- العوامل المسببة للسلوك المشكل في مرحلة الرشد.
81.....	1-9- العوامل البيولوجية.
84.....	2-9- الإضطرابات الذهانية.
84.....	3-9- الإضطرابات الذهانية الإنفعالية.
85.....	4-9- الإضطرابات العصابية.
86.....	10- مرحلة الرشد و الصحة النفسية.
88.....	خلاصة الفصل.

الفصل الرابع : الصرع

91.....	تمهيد.
92.....	1- نبذة تاريخية حول مرض الصرع.
93.....	2- تعريف الصرع.

95.....	3- كيفية حدوث الصرع و التشنج.....
97.....	4- تشخيص مرض الصرع.....
97.....	4-1- التاريخ المرضي.....
97.....	4-2- التخطيط الكهربائي للمخ.....
99.....	5- أنواع الصرع (التصنيف)
100.....	5-1- التصنيف وفق الأسباب.....
100.....	5-2- التصنيف وفق رسام المخ.....
100.....	5-3- التصنيف الإكلينيكي.....
107.....	6- الصرع و التشنج و الهستيريا.....
107.....	6-1- الفرق بين الصرع و التشنج.....
108.....	6-2- الفرق بين الصرع و الهستيريا.....
109.....	7- أسباب الصرع.....
109.....	7-1- الأسباب العضوية.....
109.....	7-2- الأسباب الوظيفية.....
110.....	8- المعاش النفسي لمرضى الصرع.....
113.....	9- علاج الصرع و التوصيات.....
113.....	9-1- العلاج.....
117.....	9-2- التوصيات.....
119.....	خلاصة الفصل.....

الجاب التابقي

الفصل الخامس : منهجية البحث

123.....	تمهيد.....
124.....	1- الدراسة الإستطلاعية.....
124.....	2- المنهج المتبع في الدراسة.....
125.....	3- مجموعة البحث.....

126.....	3-1- معاير إنتقاء مجموعة البحث.....
126.....	3-2- خصائص مجموعة البحث.....
127.....	4- أدوات الدراسة.....
127.....	4-1- مقابلة البحث العيادية نصف الموجهة.....
129.....	4-2- مقياس سبيلبرجر للقلق.....
134.....	5- الإطار المكاني و الزماني.....
134.....	6- التعريف بمكان التريض.....
134.....	7- طريقة إجراء البحث.....
134.....	8- طريقة التحليل.....
134.....	8-1- التحليل الكيفي.....
135.....	8-2- التحليل الكمي.....
136.....	خلاصة الفصل.....

الفصل السادس : عرض و مناقشة النتائج

139.....	1- عرض و تحليل الحالات.....
139.....	1-1- الحالة الأولى.....
145.....	1-2- الحالة الثانية.....
152.....	1-3- الحالة الثالثة.....
159.....	1-4- الحالة الرابعة.....
168.....	2- مناقشة عامة للحالات.....
172.....	3- الإستنتاج العام.....
173.....	خاتمة.....
175.....	التوصيات و الإقتراحات.....
176.....	صعوبات البحث.....
178.....	المراجع.....
	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	رقم الجدول
108	الفرق بين الصرع و الهستيريا	1
126	خصائص مجموعة البحث	2
132	كيفية تصحيح القلق حالة	3
133	كيفية تصحيح القلق سمة	4
133	كيفية تصنيف درجة القلق	5
143	مقياس حالة القلق للحالة رقم (1)	6
150	مقياس حالة القلق للحالة رقم (2)	7
157	مقياس حالة القلق للحالة رقم (3)	8
164	مقياس حالة القلق للحالة رقم (4)	9

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
54	النموذج المعرفي للقلق	1
114	الأدوية المستعملة لعلاج الصرع	2
115	مخطط التقييم قبل الجراحة	3

فهرس الملاحق

العنوان	رقم الملحق
دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة	1
مقياس القلق لسبيلبرجر	2

مفتاح

مقدمة :

تعد الصحة الجسمية و النفسية من النعم التي أنعمها الله بها علينا، و التي لا يعي قيمتها إلا فاقدها، فعندما يكون الجسم و النفس سليمين فالمرء يشعر بالأمن و الإطمئنان، و في حالة إصابته بأي مرض فإنه سيؤدي إلى إختلال في توازنه الجسمي و النفسي و خاصة إذا كان مرضا خطيرا و مزمننا كالصرع.

فالصرع يعتبر من أخطر الأمراض، و يشكل حقا مشكلة صحية عالمية بسبب تأثيره السلبي على حياة الأشخاص باختلاف البلدان، و تعاني الجزائر كغيرها من دول العالم من هذا المشكل الذي أصبح يمثل مشكلا رئيسيا من مشاكل الصحة العمومية.

و يعتبر الصرع حالة مرضية تصيب الكبار و الصغار على حد سواء، و هي حالة ليست نادرة، و لكن أغلب الحالات تختفي مع الزمن أو تقل نسبة حدوث النوبات، و عند حدوث النوبة فإنها تخلق جوا من الإرتباك و التوتر لدى المريض و حتى للمشاهد لتلك الحالة من تشنجات و صراخ، مما يؤدي إلى تأثيرات نفسية بالغة التعقيد.

و لهذا المرض الخطير مكانة خاصة في تصور الشخص إذ أنه يظل الأكثر إثارة للخوف و الرعب، و هو مرتبط بالألم و الموت أكثر من ارتباطه بالشفاء و هذا بسبب ما يتميز به من نوبات و تشنجات يعاني منها المريض و يترقب حدوثها في كل وقت، و لكن بالرغم من كل هذا فالمصاب يسعى إلى التخفيف من معاناته و ذلك بالخضوع للعلاج.

و من هنا إنبثق هذا الموضوع و تم إختياره نتيجة جذبه لإهتمامنا كونه يعالج مشكلة مهمة و مرضا مزمننا و خطيرا.

و قد حاولنا في هذه الدراسة ربط مرض الصرع العضوي بجانب نفسي للراشد و هو القلق بهدف معرفة ما إذا كان المرض عاملا في ظهور القلق لدى الراشدين.

هذه الأفكار سوف يتم تناولها في هذه الدراسة التي قسمت إلى جانبين النظري والتطبيقي، فالأول يتكون من أربعة فصول و الثاني من فصلين.

إنطلقنا في بحثنا هذا بمقدمة، ثم الفصل الأول و هو الإطار العام للدراسة الذي نتطرق فيه إلى تحديد الإشكالية و صياغة الفرضية و التحديد الإجرائي للمفاهيم و بعض الدراسات السابقة.

و أتبع كل هذا بالجانب النظري الذي قسم إلى ثلاثة فصول حيث تحدثنا في الفصل الأول عن القلق، تعريفه و أنواعه و درجاته، و أيضا أعراضه و النظريات المفسرة له و أسبابه و في الأخير العلاجات المناسبة له، ثم التحدث عن مرحلة الرشد في الفصل الثاني و ذلك من خلال تعريفها و مراحلها و كذلك خصائص هذه المرحلة و متطلبات الارتقاء و أيضا مطالب و حاجات الراشد و الأزمات و المشكلات و كيفية حلها و علاقة كل هذا بالصحة النفسية، أما الفصل الثالث فقد خصصناه لمرض الصرع و هو يتناول نبذة تاريخية حول المرض بالإضافة إلى بعض التعريفات، و الإشارة إلى كيفية حدوث النوبات و الطرق المستخدمة في التشخيص، كما تطرقنا إلى أنواع الصرع و الفرق بينه و بين التشنج و الهستيريا و أسباب حدوثه، مع إلقاء الضوء على المعاش النفسي لمرضى الصرع و في الأخير العلاج و التوصيات.

ثم يأتي الجانب التطبيقي الذي يتكون من فصلين، الأول نتناول فيه منهجية الدراسة أين نتكلم عن المنهج المتبع، مع عرض خصائص مجموعة البحث، إضافة إلى أدوات البحث المتمثلة في مقياس سبيلبرجر لحالة القلق ومقابلة البحث العيادية نصف الموجهة، و الفصل الثاني يشمل نتائج الدراسة و تحليلها و مناقشة النتائج المتوصل إليها، ثم الاستنتاج العام.

و جاءت خاتمة البحث في الأخير حيث تم عرض بإيجاز مختلف النتائج التي توصلنا إليها، ثم خصصنا ما تبقى من هذا البحث إلى المراجع المستعملة فيه و كذا الملاحق حيث عرضنا فيها كل الأدوات المستعملة في هذه الدراسة.

الفصل الأول

الإطار العام

للدراسة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- ❖ الإشكالية
- ❖ الفرضية
- ❖ تحديد المفاهيم
- ❖ أسباب إختيار موضوع البحث
- ❖ أهمية البحث
- ❖ أهداف البحث
- ❖ الدراسات السابقة

الإشكالية:

تعتبر المشاكل الصحية كالأمراض والحوادث من العوامل التي تؤثر على الحالة النفسية للفرد، فالإنسان أحاسيس ومشاعر و وجدان يتأثر بما يحيط به، كما يتأثر بما يعاني منه. (مريم سليم، 2002، ص493)

وقد أشار القدماء إلى وحدة الجسم والنفس في الإنسان والى تأثرهما ببعضهما تأثرا بالغا، فالأمراض الجسمية قد يكون لها ردود فعل نفسية كالشعور بالقلق والإكتئاب، وأحيانا القنوط واليأس خاصة إذا كانت الأمراض الجسمية من الأمراض الخطيرة التي تهدد الحياة أو الأمراض المزمنة التي تلازم المريض طول حياته ، وحسب الدراسات توصل الأطباء إلى وجود علاقة مهمة بين النفس والجسم، و أن هناك اضطرابات نفسية تنتج عن الإضطرابات العضوية، فكما قال الطبيب السويدي وريتماك "أنا في عملنا الطبي نبحث ونعالج مريضا وليس مرضا"، أي إنسان له جوانبه النفسية و الجسمية، حيث أنه و رغم جهود الأطباء إلا أننا نلاحظ نوعا من التوتر والفرع عند المرضى خاصة إذا تعلق بإصابة وظيفية مزمنة. (عبدالعزیز، 1999، ص33)

فالمرض كما يعرفه سلامي موريرت هو "إضطراب صحي ناتج عن عدم القدرة على مقاومة الإعتداءات الخارجية، إذ يعجز الجسد عن تحديد التوازن البيولوجي وحل الصراع النفسي ، لذلك يعتبر المرض من أخطر المهددات لحياة الإنسان، كما أن المرض العضوي يختلف من حيث السبب و العرض و الآثار، ومن بين الأمراض العضوية نجد الصرع .

يعد الصرع أحد الأمراض العضوية العصبية التي تصيب مخ الإنسان، وقد نال هذا المرض و مريضه المصاب به أهمية كبيرة و واضحة بين الأمراض العصبية لما له من تأثير واضح في حياة المريض - و ذويه- بل و على كل المحيطين بالمريض. (عبد العزیز، نفس المرجع، ص152)

وقد فسر الصرع عبر مراحل الزمن تفسيرات مختلفة و متناقضة، فقد كان يفسر في العصور القديمة على أنه المرض المقدس، و ذلك لأن الذين يصابون به تحيط بهم الملائكة من كل جانب، وقد فسر بعد ذلك بأنه مرض الشيطان ينتاب الإنسان و أن حالة التشنج و ما يرافقها من أعراض مرضية تميزها إنما هي مظهر من مظاهر الصراع بين الملائكة و الشياطين المحيطين والمرافقين للمريض، و لذلك فإن مريض الصرع وفقا لهذا التصور هو شخص تسكن جسده الشياطين والأرواح الشريرة، وقد فسر هذا المرض في مراحل أخرى من مراحل التطور التاريخي أن المصابين بالصرع إنما هو عقاب لهم على أعمال قاموا بها و لعنوا على ما قاموا به من أعمال لا ترضي آباءهم أو رجال الدين أو لظلمهم أناسا آخرين وعلى هذا فإن المرض هو نوع من العقاب للشخص الذي يصاب به. (مجدي، بدون سنة، ص331)

وقد أشار هيبوقراط 400 ق. م إلى وجود نوع من الأمراض تصف بشكل دقيق حالة الصرع قائلا "لقد رأيت العديد من الأشخاص و قد أصبحوا فجأة وبدون سبب واضح مجانين أو معتوهين، وفي نفس الوقت يقومون بأشياء عديدة دون أن يدركوا ما يفعلونه وقد عرفت أشخاصا يصرخون أثناء النوم أو يقفزون من أسرتهن، وبعد أن يستيقظوا يعودون إلى حالتهم الطبيعية التي كانوا عليها دون أن يتذكروا شيئا مما حدث لهم. (lennox,1960,p89)

وقد مر مصطلح الصرع بمراحل نظرية عديدة، فقد سمي بمصطلح النبوة المحقوفة ثم مصطلح الصرع النفسي الحركي وبعدها أطلق عليه صرع الفص الصدغي و أخيرا سمي بإسم الصرع الجزئي المعقد على أحد أنواع الصرع. (سامي عبد القوي، 1994، ص06)

و الصرع هو حالة عصبية تحدث من وقت لآخر نتيجة لإختلال وفتي في النشاط الكهربائي الطبيعي للمخ، و ينشأ النشاط الكهربائي الطبيعي للمخ من مرور ملايين الشحنات الكهربائية البسيطة من بين الخلايا العصبية في المخ و إنتشارها إلى جميع أجزاء الجسم، وهذا النمط الطبيعي من النشاط

الكهربائي من الممكن أن يختل بسبب إنطلاق شحنات كهربائية شاذة متقطعة لها تأثير كهربائي أقوى من تأثير الشحنات العادية، ويكون لهذه الشحنات تأثير على وعي الإنسان و حركة جسمه و أحاسيسه لمدة قصيرة من الزمن، هذه التغييرات الفيزيائية تسمى تشنجات صرعية.(عبد الله بن محمد الصبي،2006،ص24)

يعتبر الأشخاص الذين يصابون بنوبتين أو أكثر مرضى بالصرع، والصرع مرض يصيب حوالي 1 % من سكان العالم أي مايعادل 50 مليون شخص، ويصيب مرض الصرع النساء و الرجال من كل الأعمار إلا أنه عادة ما يظهر في المراحل العمرية الصغيرة أو المتقدمة. (عبد الله بن محمد الصبي،نفس المرجع،ص07)

كما أن نصف المصابين بالصرع أو أكثر يبدأ عندهم المرض في سن الطفولة أين يكون النضج في دماغ الطفل غير مكتمل عند الولادة ويتواصل النضج إلى غاية المراهقة، و هذا يفسر سهولة ظهور النوبات لهشاشة المخ ، أما بين 20 إلى 60 سنة يقل تواتر الإصابة بالمرض، وبعد 60 سنة أين تبدأ الشيخوخة بالظهور و هو ما يعرض الفرد إلى عوامل خطر وراثية خاصة بالسن ومنه فتواتر الإصابة بالمرض يرتفع مجددا. (سامي عبد القوي،1994،ص02)

وقد أثبتت الدراسات أن الصرع يؤثر على تطور و إتزان العمليات المعرفية على الرغم من أن أثره على العمليات المعرفية يزيد أو يقل حسب المرض و سبب المرض. (Dodrill CB,2002,p70) وكغيرهم من المرضى يتأثر المصابون بالصرع وجدانيا ومعرفيا، فقد تم التوصل إلى أن المرضى بالصرع يعانون من إختلال في الوظائف المعرفية ويتولد لديهم إحساس بالبطء المعرفي الشامل و إختلال في الذاكرة. (Scoville and Milner,1957,p112)

فنسبة إضطراب الذاكرة بين المرضى بالصرع تقدر بـ 20-50%. (Aldenkamp AP,1999,p89)

وهذا الإضطراب يمكن تفهمه كون الذاكرة مقرها المخ وهو بالتحديد المكان الذي يضطرب لكي يصاب الشخص بالصرع، إضافة إلى هذا فقد أقيمت دراسة دقيقة حول أنواع الذاكرة التي يمكن أن تضطرب بفعل الصرع وتم إثبات أنه إذا كان إضطراب الصرع يمس الفص الصدغي الأيسر فهو يؤثر على الذاكرة اللفظية لأن هذا الفص وهذه الجهة هي المسؤولة عنها. (Herman BP,1997,p212)

أما إذا كان الاضطراب يمس الفص الصدغي الأيمن فهو يؤثر على الذاكرة غير اللفظية. (Alessio A, 2004,p66)

ويمكن أن تصل نتائج الإصابة بمرض الصرع إلى حد التأثير على الذكاء كما بينت دراسة أقيمت على المصابين بالصرع الجزئي المعمم وقد تم التوصل إلى أن معامل الذكاء (IQ) ينخفض. (Jokeit and Ebner, 1999,p209)

إن هناك عوامل كثيرة مرتبطة بالصرع يمكن أن تؤثر على الوظائف المعرفية عند المرضى كإصابات المرتبطة بالنوبات أو التي تحدث نتيجة لها، وكذلك الخصائص المميزة لحالة الصرع (سن الإصابة أو بداية المرض ، الزمن، تواتر و إستمرارية النوبات) إضافة إلى الآثار الثانوية للأدوية المضادة للصرع.

و نظرا لهذه المتغيرات و العوامل أقيمت دراسة مهمة على عدد كبير من المرضى بالصرع n=209 أظهرت أن إزمان الصرع عامل في الإضطراب المعرفي عند الذين أصيبوا بمرض الصرع منذ أكثر من 30 سنة. (Jokeit and Ebner,ibid,p200)

و دراسة أخرى أكدت وجود تشوهات معرفية و إختلالات في (الذاكرة ، الإنتباه ، وزمن رد الفعل) عند الراشدين الذين تم تشخيص الصرع لديهم مؤخرا. (Ogunrin,2000,p23)

كما أنه بين نوبات الصرع هناك آثار يمكن الكشف عنها من خلال الدراسة المكثفة، و قد تم إثبات أن ذاكرة العمل تنخفض بين النوبات أي بين نوبة و أخرى متتاليتان. (Krauss,1997,p100)

فعلى ضوء هذه الدراسات يمكن أن نستنتج أن الصرع عامل مهم في إضطرابات معرفية كثيرة، ومما لا شك فيه أن هذه الإضطرابات قد تترك المريض وتشعره بالتوتر خاصة و أن سبب المرض غير معروف في كثير من الأحيان، ونوباته مفاجئة و محرجة لما تتميز به من تشنجات وصراخ وتبول لا إرادي خاصة بالنسبة للراشدين لما لهذه المرحلة من وزن إجتماعي و أهمية كبيرة ، فالراشد هو الوكيل على الأبناء و المعيل للأباء في غالب الأحيان، كما أن تميز الراشد بالقوة العضلية و طاقة حيوية تجعله قادرا على تحمل المسؤولية و الأعمال الشاقة. (أمل حسونة،2004،ص205)

إن وصول الراشد إلى هذه المرحلة يمكنه من بلوغ الحد الأقصى من النشاط البيولوجي و يعطيه ميزة فريدة عن توافقه الشخصي والمهني التي يتطلبها البحث من مهن تحتاج إلى مثل هذه القدرات. (سامي ملحم،2004، ص20)

والرشد مرحلة حساسة جدا نتيجة لما على عاتق الراشد من مسؤوليات وواجبات تتطلب منه حزمًا في أدائها ومجابهتها، كما أنها مرحلة جديدة في الحياة الإنسانية تتسم بالتغيير والتعقيد وتظهر على الفرد تغيرات جسمية و نفسية و إجتماعية .

وهذه التغيرات في حد ذاتها تجعل الراشد تحت ضغط إجتماعي كبير، وهذا ما أكدته دراسة الباحث "لورنس" (1981-1987)، حيث أكدت هذه الدراسة على أن التغيرات الجسمية المصاحبة لبلوغ الفرد مرحلة الرشد تؤدي إلى ضغط نفسي كبير على الفرد نتيجة لما يتطلبه دوره الإجتماعي من جهد و مسؤوليات. (رمضان محمد القذافي،2000،ص372)

ومن العوامل التي تؤدي إلى الإضطرابات و تؤثر على شخصية الراشد و صحته النفسية، هي العوائق الجسمية مثل الإعاقات الحركية، ومختلف الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى تشوهات جسدية. ومن خلال دراسات الباحث "كيبياك" (1992)، توصل إلى أن النسبة الأكثر عرضة للأخطار النفسية و الإضطرابات إذ تبلغ النسبة 35% لدى أفراد ما بين 20 إلى 25 سنة، كما ترتفع النسبة من 25 إلى 35 سنة بنسبة مقدرة ب 28% مع الأخذ بعين الإعتبار الجنس، حيث نجد أن نسبة النساء مرتفعة خاصة لدى العائلات التي تعاني ضغوطات و مشاكل بنسبة تقدر ب 46%، و تظهر من خلال أعراض الإحباط و العنف و القلق و الإكتئاب و إضطرابات أخرى. (Helen B,1997,p813)

ولهذا يعتبر القلق حالة شائعة بين الراشدين، خصوصا أن هذا العصر يسمى عصر القلق لأن القلق هو طابعه الخاص و كذلك لمدى إنتشاره بين الناس.

والقلق واحد من الاضطرابات النفسية وفي الواقع هو الأكثر إنتشارا مقارنة بالحالات العصائية الأخرى، وهو عدم ارتياح نفسي وجسمي يتميز بالشعور بانعدام الأمن، إذ يمثل مزيجا من مشاعر الخوف و الرعب و الإنتقاض نتيجة الإحساس بخطر من شيء ما غامض يعجز المصاب على تحديده، أو نتيجة توقع شر وشيك الوقوع.

كما أن للقلق الكثير من الوجوه والأسباب، فكل موقف خطير و مهدد يمكن أن يسبب القلق وكذلك مشكلات الحياة المرهقة والهموم، ولما يوجد موقف حياتي لا يثير القلق، ويمكن كذلك للقلق و ردود أفعاله أن تظهر كأعراض جانبية للأمراض الجسدية. (سامر جميل رضوان،2002،ص61)

وبشير "دولار دوميلر" إلى هذه الفكرة في قوله " أن القلق يمثل مشاعر بغیضة مشابهة للخوف الذي يظهر دون تهديد خارجي واضح، و قد يكون القلق حالة سيكولوجية أولية أو عرضا لمرض جسمي ضمنى أو حالة مرضية ". (جاسم محمد عبد الله المرزوقي،2008،ص36)

حسب هذا التعريف الأخير فالقلق يمكن أن يكون حالة سيكولوجية ناتجة عن مرض جسدي خصوصا إذا كان المرض مزمنا و يحدث أمام الجميع في أي وقت كالصرع، ومن هنا جاء تصورنا بإمكانية وجود علاقة بين الصرع و القلق و بالتالي تبادر إلى أذهاننا التساؤل التالي :

هل يعاني الراشد المصاب بالصرع من القلق ؟

الفرضية :

يعاني الراشد المصاب بالصرع من القلق.

2- تحديد المفاهيم:

1-1- الصرع:

التعريف الإصطلاحي : هو خلل في الجهاز العصبي يتجلى في نوبات أو دوار أو أعراض تصيب المرء على فترات غير منتظمة، فيقع أرضاً ويصاب بالتشنج العضلي، كما قد يفقده وعيه و يخرج الزبد من فمه وهناك درجات من الصرع الكبير و الجزئي. (محمد عواد،2006،ص333-334)

2-2- القلق:

التعريف الإصطلاحي : في اللغة الإنجليزية يقابل مصطلح القلق مصطلح "ANXIETY"، حيث يعرف في معجم " أكسفورد (1989)OXFORD" على أنه إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل، كما يعرف في معجم "ويستر(1991) WEBSTER" على أنه " إحساس غير عادي و قاهر من الخوف والخشية وهو دائما يتصف بعلامات فيزيولوجية مثل التعرق والتوتر و إزدياد نبضات القلب، وذلك بسبب الشك في طبيعة التهديد و بسبب شك الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح ". (عبد اللطيف حسين فرج،2009،ص127)،

و يعرفه "فروولش" على أنه " حالة من الإثارة العاطفية تظهر عقب إدراك إثارات، أو من خلال تمثيلات عامة لخطر فيزيولوجي،أو تهديد نفسي. (Werner F,1998,p31)

ويعرفه "عبد الخالق" (1994) بأنه شعور عام بالخشية، أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع ، وتهديد مصدره غير معلوم ، مع شعور بالتوتر وخوف لا سبب له من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق بالمستقبل المجهول. (محمد قاسم عبد الله،2001،ص169)

ويقسم سبيلبرجر القلق إلى نوعين

أ - القلق كحالة : تصور حالة القلق نظريا كظرف أو حالة إنفعالية متغيرة تعتري كيان الإنسان، و تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والتوجس، يدركها الفرد بوعي ويصاحبها نشاط في الجهاز العصبي المستقل، وقد تتغير حالة القلق في شدتها وتتذبذب عبر الزمن.

ب- القلق كسمة : أما سمة القلق فتشير إلى فروق في القابلية للقلق، تشير إلى الاختلافات بين الناس في ميلهم على الإستجابة اتجاه المواقف التي يدركونها كمواقف مهددة، وذلك بارتفاع في شدة القلق. (سبيلبرجر جورستن، 1985، ص04)

- التعريف الإجرائي : القلق هو إستجابة إنفعالية مركبة من الخوف و الضيق لخطر أو تهديد واقع أو يخشى وقوعه موجه نحو الشخصية بكاملها، وهو الدرجة المتحصل عليها من تطبيق إختبار سبيلبرجر لحالة للقلق على مجموعة البحث.

2-3- الرشد:

التعريف الإصطلاحي : هو مرحلة أواسط العمر من 20 إلى 60عاما، في هذه المرحلة يكون الفرد قد إطمأن إلى النمو الذي إختاره لحياته و عرف وجهته في الحياة، وهكذا يعود إليه إتزانة الإنفعالي مرة أخرى و يحس في أعماق نفسه أنه أصبح و كأنه يوجه حياته كيفما يشاء. (أمل حسونة، 2002، ص211)

التعريف الإجرائي : الرشد مرحلة من مراحل نمو الإنسان، وتعتبر أهم المراحل كونها تأتي مباشرة بعد مرحلة المراهقة، وهي تمتد من 20 إلى 60 سنة، أين يعود إتزان الشخصية في هذه المرحلة العاقلة لدى الإنسان.

و مجموعة بحثنا التي سيتم تطبيق المقابلة العيادية نصف الموجهة و مقياس سبيلبرجر لحالة للقلق عليها تنتمي إلى هذه الفئة مع فوارق قليلة في السن، إلا أنها تضم حالات لراشدين يتراوح سنهم من 40 إلى 60 سنة من كلا الجنسين.

3-أسباب إختيار موضوع للبحث:

3-1- الأسباب الموضوعية:

يعود سبب إختيار هذا الموضوع كونه يدرس ظاهرة نفسية وعضوية في نفس الوقت عند الراشدين خصوصا وأنها مرحلة مهمة في حياة الفرد نظرا لتقلها و الدور المنوط بها، و كذا التعرف ما إذا كان مرض الصرع يؤثر على شخصية الفرد أو الراشد وهل يؤدي إلى ظهور القلق (حالة)؟

كذلك لكون موضوع مرض الصرع عند الراشد لم يتم التعرض إليه من قبل خصوصا من ناحية ظهور القلق عند هؤلاء المرضى حسب إطلاع الباحث على الأقل، حيث أننا لم نجد الدراسات السابقة الكافية التي تخدم هذا الموضوع فكان بوجدنا التعرض إليه في هذه الدراسة.

3-2- الأسباب الذاتية :

من الإعتبارات التي عززت لدينا الرغبة في دراسة هذا الموضوع هو التجربة الشخصية بالطبع، وهذا من خلال ما تم التعرض إليه أو مشاهدته حول هؤلاء المرضى و بالخصوص المشهد الذي رأيته و فيه كان مريض بالصرع أثناء النوبة الكبرى و ما رافقها من تشنجات و صرخات تثير إنفعالات قوية لدى المشاهد ، وبهذا قررت جعل مرض الصرع موضوعا لدراستي.

4- أهمية البحث :

إن إختيارنا لهذا الموضوع من بين المواضيع العديدة ما هو إلا نتيجة لوجود حالات كثيرة لهذا المرض تعاني التهميش و تم التخلي عنها في مجتمعنا بسبب عدة عوامل ، كالإهمال و الفقر و المشاكل الإجتماعية، إضافة إلى نقص الوعي لدى الأفراد و كذلك للفت إنتباه المعنيين بهذه الفئة من أجل الاهتمام بها و تطبيق برامج التكفل الصحي و النفسي بالأخص، و إلقاء الضوء على الجوانب النفسية الخفية عن الناس و التي يعاني منها المرضى، و أخيرا فان أهمية البحث تتبع من أهمية المرحلة و نقصد بها الرشد و ما يحتاجه هؤلاء المرضى من تكفل و رعاية.

5- أهداف البحث :

الهدف الرئيسي لبحثنا هو معرفة ما إذا كان الأشخاص المصابون بالصرع و بالأخص مجموعة بحثنا يعانون من القلق من خلال تطبيق مقياس سبيلبرجر للقلق و المقابلة العيادية نصف الموجهة. كما أنه توجد أهداف نظرية من بينها تسليط الضوء على مرض الصرع و تكثيف الدراسات الميدانية في التخصص قبل التوجه إلى الميدان بعد التخرج.

6- الدراسات السابقة :

6-1- الدراسات الخاصة بالصرع:

دراسة قام بها **Sylvie Petit** (2009) بعنوان آثار مرض الصرع على الحياة اليومية للمسنين، وهي عبارة عن أطروحة دكتوراه بجامعة بوردو 02 و قد إستعمل مقياس " منهج أخذ العينات من الخبرات Experience sampling method ESM"، وهو عبارة عن أداة تجمع معلومات كبيرة حول حياة الفرد كما ونوعا ، وهدف الدراسة هو البحث في التجارب الذاتية للفرد في التفاعل مع المحيط ، ويتكون المقياس من عدة محاور هي : النشاطات وتتكون من الوضعية الجغرافية والعلاقات الإجتماعية ونشاطات الشخص ، الإحساسات العاطفية ، السعادة ، الحزن ، التعب... ، العلاقة الزوجية : منها : هل يتم فهمك ودعمك من قبل زوجك ..، الأحداث الحياتية : الصحة ، العمل ، الأصدقاء ، إستراتيجيات المقاومة مأخوذ من (Ways of coping) ل **Vilalino** (1985) كيفية على البيئة الفرنسية عن طريق **Cousson-Gelie** (1996).

شارك في هذه الدراسة 82 شخص، 95,8 % بينهم يعيشون كزوج، و61,46% لديهم طفلين أو أكثر ، وقد طرح عدة تساؤلات محاولا تأكيد واختبار فرضياتها فكانت النتائج كالتالي:

- تحقق الفرضية الأولى و هي هناك ارتباط بين إستراتيجيات المقاومة والأحاسيس العاطفية.

- تأثير الزمن على الإرتباط بين الأساليب المختلفة للمواجهة.

- هناك إرتباط بين إستراتيجيات المقاومة و الجنس.

وبذلك تحققت الفرضية العامة وهي : الإرتباط موجود بين العواطف ، الجنس ، و الزمن. (Sylvie

Petit,2009)

دراسة أخرى ل **Anais Lafaye** (2009) تحت عنوان أثر عوامل السند الاجتماعي واستراتيجيات المواجهة على نوعية الحياة و اضطرابات القلق الإكتئابية عند المصابين بمرض الصرع الجزئي المركب ، أطروحة قدمت لنيل شهادة الدكتوراه بجامعة بوردو 02 ، هدف الدراسة هو تحديد تطور متغير نفس اجتماعي (السند الاجتماعي، نوعية العلاقة الزوجية واستراتيجيات المقاومة) و السلامة العاطفية والجسدية، ومن جهة أخرى تحديد الآثار المرافقة أي آثار المتغيرات النفس إجتماعية على الفرد وسلامته العاطفية.

وتم القيام بدراسة طولية على 132 مبحث مصاب بالصرع الجزئي المركب ،تم من خلالها القيام بتقييم نفسي.

تم الكشف على عدة أشياء من بينها أن النتائج أظهرت حالات عاطفية و نوعية حيات سيئة بالنسبة للمرضى كما أن لديهم أعراض اكتئابية ، بينما تم ملاحظة أن هناك عوامل مؤثرة بشكل إيجابي كالسند الاجتماعي و العلاقة الزوجية على استراتيجيات المواجهة لدى المرضى. (Anais lafaye,2009)

تفيدنا هذه الدراسات في أنها تعطينا نظرة عما يمكن أن يعاني منه مريض الصرع، و تتفق مع موضوع دراستنا في جانب الصرع بحيث أنها تفيدنا في الإطار النظري و صياغة الفرضيات و الرجوع إلى المصادر و المراجع.

الجانف

المنظر

الفصل الثاني

القلق

الفصل الثاني

القلق

تمهيد

- ❖ تعريف القلق.
- ❖ أنواع القلق.
- ❖ درجات القلق.
- ❖ أعراض القلق.
- ❖ النظريات المفسرة للقلق.
- ❖ أسباب القلق.
- ❖ علاج القلق.

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر القلق أكثر الأمراض شيوعاً لدى البشر خاصة في عصرنا الحالي الذي يطلق عليه الكثيرون "عصر القلق"، و الأرقام تشير إلى أن المرضى الذين يترددون على عيادات الأطباء من مختلف التخصصات غير الطب النفسي توجد منهم نسبة مهمة أصلها القلق النفسي الذي يسبب لهم أعراضاً مرضية متنوعة، فهو حالة نفسية تتطوي على مشاعر بغيضة مشابهة للخوف، تصدر بدون تهديد خارجي واضح، و يصاحبها اضطرابات فيزيولوجية مختلفة، و قد يكون القلق حالة نفسية أولية تعتبر منطلقاً لعمليات الدفاع أو حالة مرضية ينتج عن إنهيارها.

و تم التعرض في هذا الفصل إلى تعريف القلق باعتباره حالة إنفعالية يعانها معظم الناس، و أنواعه و درجاته، و أعراضه باعتباره أحد الأسس الدينامية للشخصية ، و النظريات المفسرة له، و أسبابه و في الأخير العلاجات المناسبة له.

1- تعريف القلق :

لقد تعددت و اختلفت تعريف القلق بتعدد و تباين التوجهات النظرية للباحثين و العلماء، فقد كان موضوع القلق محل إهتماماتهم و دراساتهم، لأجل ذلك كانت مختلف التعاريف التي قدموها متباينة فيما بينها، و فيما يلي أهم هذه التعاريف:

يعرف "الرفاعي" (1981) القلق على أنه إستجابة إنفعالية لخطر يخشى من وقوعه و يكون موجها للمكونات الأساسية للشخصية، و تحمل هذه الإستجابة معنى داخليا بالنسبة للفرد يحاول إطلاقه على العالم الخارجي. (القمش، المعاينة، 2007، ص225)

ففي هذا التعريف إشارة إلى أن القلق عبارة عن رد فعل إنفعالي لتهديد خطر خارجي محتمل الوقوع و هو ذو معنى داخلي بالنسبة للفرد يحاول إطلاقه على العالم الخارجي، و هذا الخطر يمس الجوانب الأساسية في الشخصية لدى الفرد.

يعرف "هلجريد" القلق على أنه عبارة من العبارات اللغوية العامة يشير إلى حالة من توقع الشر أو الخطر و الإهتمام الزائد و عدم الراحة أو عدم الاستقرار أو عدم سهولة الحياة الداخلية للفرد. (أبو طرحة، 2007، ص102)

و هنا القصد على أن القلق هو مصطلح من المصطلحات العامة المتداولة و الذي يلمح إلى عدة حالات كتوقع الشر الداخلي أو الخطر إلى غير ذلك من الأفكار السلبية السيئة التي تسيء إلى كيان الفرد.

أما "زهران" فيعرف القلق على أنه حالة توتر شامل و مستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، و يصحبها خوف غامض و أعراض نفسية جسيمة. (حسن، 2007، ص14)

من خلال هذا التعريف يتبين لنا أن القلق هو إشارة إلى خلل عام و غير ثابت و ذلك لوجود توقعات و ترقبات بتهديد خطر فعلي أو رمزي، مما يؤدي إلى خوف مجهول و غير معروف و إلى أعراض و آثار نفسية و جسدية بعده.

يعرف "شريت" القلق على أنه الحالة التي يشعر بها الفرد إذا تهدد أمنه أو تعرض إلى الخطر أو يلقي إهانة أو أحبط مسعاه أو وجد نفسه في موقف صراعي حاد. (شريت، 2006، ص19)

و في هذا التعريف يبين شريت أن القلق هو تلك الحالة الشعورية التي يحس بها الفرد عندما يتعلق الأمر بأمنه و إستقراره و بسبب تهديد خارجي و نقصد بذلك المجتمع أي صراع داخلي بينه و بين نفسه.

كما أن "ماسرمان" يعرف القلق على أنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع و محاولات الفرد و راء التكيف. (جابر العزة، 2002، ص325)

فالقلق هنا هو نوع من التوتر و الإرتباك الناشئ من خلال ضغوطات و صراعات لدوافع داخلية لدى الفرد و سعيه وراء التكيف مع الواقع فيقع في صراع داخلي ما يسبب القلق.

يرى "براون" أن القلق مفهوم يتضمن جانبين هما الظروف البيئية التي يتواجد فيها الفرد و التي تشكل تفاعلاتها و عناصرها مصدر الضيق و التوتر للفرد، و ردود الفعل النفسية بما تحمله من مشاعر بالحزن الموجود داخل نفسية الأفراد. (الصيرفي، 2008، ص168)

و هنا يرجع القلق حسب براون إلى عاملين و هما الظروف البيئية أي المجتمع بكل ما يحمله من تفاعلات و صراعات، و التي تؤدي إلى التسبب في الضيق و التوتر للفرد لأن هذا الأخير جزء من هذا المجتمع، أما العامل الثاني فهو يتمثل في العوامل النفسية الداخلية بكل ما تحمله من مشاعر و أحاسيس بالحزن و الكآبة الموجودة داخل نفس هؤلاء الأفراد.

فرويد يرى أن القلق رد فعل لحالة خطر، و لكنه يميز فيه أكثر من نوع. (شقيير، 2005، ص320)

هنا يرى فرويد أن القلق هو استجابة فعلية لخطر محتمل الوقوع.

و تعرفه "فوزي إيمان سعيد" أنه خبرة إنفعالية مؤلمة يتوقع فيها الإنسان الخطر أو التهديد، أو

أنها توجس مؤلم يستشعر معه الإنسان أن حدثا خطيرا يوشك أن ينزل به و غالبا ما يجهل الإنسان

طبيعة الخطر الذي يستشعر تهديده على نحو محدد. (فوزي إيمان سعيد، بدون سنة، ص29)

كما يعرفه أحمد عكاشة بأنه شعور غامض غير سار بالتوقع الخوف و التحفز و التوتر مصحوب

عادة ببعض الإحساسات يأتي في نوبات تتكون في نفس الفرد. (أحمد عكاشة، 1980، ص38)

أما "سيلامي sillamy" فيعرفه على أنه حالة عاطفية متميزة بعدم الإرتياح، و ذلك لترقب خطر

غير محدد والذي نحن عاجزون أمامه. (N.sillamy, 1983, p28)

و أما "سبيلبرجر spillberger" (1983) فيعرف القلق بأنه إنفعال غير سار و شعور بعدم

الراحة و الإستقرار مع الإحساس بالتوتر و الخوف اللامبرر له، و إستجابة مفردة لمواقف لا تشكل

خطرا يستجيب لها الفرد بطريقة مبالغ فيها. (جاسم محمد عبد الله المرزوقي، 2008، ص37)

عرفه "عبد الخالق" (1994) بأنه شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة و شبكة الوقوع

و تهديد مصدره غير معلوم مع شعور بالتوتر، و خوف لا سبب له من الناحية الموضوعية و غالبا ما

يتعلق بالمستقبل و المجهول. (محمد قاسم عبد الله، 2001، ص169)

عرفه "ويرنر werner" على أنه حالة من الإثارة العاطفية تظهر عقب إدراك إثارات، أو من خلال

تمثيلات عامة لخطر فيزيولوجي، أو تهديد نفسي. (Werner(f), 1998, p31).

يرى "خليل أبو فرحة" (2000) أن القلق عبارة تشير إلى حالة من توقع الشر أو الخطر و عدم الراحة و الإستقرار أو عدم سهولة الحياة الداخلية التي ترتبط بالشعور بالخوف. (زحوف منيرة، 2004، ص50)

روبين دايتير يعرف القلق على أنه ما يشعر به الفرد عندما يكون في مأزق أو تحت ضغوط نفسية أو عند مواجهة أي خطر من أي نوع سواء كان جسمانيا أو وجدانيا أو ذهنيا. (روبين دايتير، 2006، ص36)

يعرفه "إسحاق ماركس" (1978) على أنه الإنفعال الذي نشعر به عندما نجد أنفسنا محاصرين في ركن ضيق، إننا نشعر، حينئذ، أننا مهددون عل الرغم من أن مصدر التهديد قد لا يكون دائما واضحا لنا. (إسحاق ماركس، 1978، ص31)

ترى "نور الهدى محمد الجاموس" أن القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، و يسبب له كثيرا من الضيق و الألم، والشخص القلق لا يستقر له قرار و لا يستطيع أن يركز انتباهه طويلا على العمل، و يبدو يائسا متشائما يشك في كل ما يدور حوله و يتوقع الشر في كل خطوة يخطوها. (نور الهدى محمد الجاموس، 2002، ص117)

كما يعرفه "سامر جميل رضوان" على أنه عبارة عن ردة الفعل على الخطر الناجم عن فقدان أو الفشل الواقعي أو المتصور، و المهم شخصا للفرد، حيث يشعر بالتهديد جراء هذا فقدان. (سامر جميل رضوان، 2002، ص266)

يعرف "عصام الصفدي" القلق على أنه إنفعال شديد بمواقف أو أشياء أو أشخاص لا تستدعي بالضرورة هذا الإنفعال، و هو يبعث في الحالات الشديدة على التمزق و الخوف، و تحول حياة صاحبه إلى حياة عاجزة، و يشل قدرته على التفاعل الاجتماعي. (عصام الصفدي، 2001، ص104)

كما يعرف "doran roland" (1991) القلق على أنه حالة وجدانية تتميز بعاطفة من إنشغال البال، فقدان الأمن، اضطراب منتشر جسدي و نفسي، و توقع خطر غير محدد يقف الفرد أمامه عاجزا. (Roland D ,1991,p42)

و يشير "سعاد جبر سعيد" (2008) أن القلق هو التوتر و إنشغال البال لأحداث عديدة لأغلب اليوم، و يكون مصحوبا بأعراض جسمية كآلام العضلات، و الشعور بعدم الطمأنينة، و عدم الإستقرار. (سعاد جبر سعيد، 2008، ص23)

يرى "ريشتر richter" (1995) أن القلق شعور عام غامض غير سار بتوقع الخطر و الخوف و التوتر مصحوبا بإعادة بعض الإحساسات الجسمية، و يأتي في نوبات تتكرر في نفس الشخص و ذلك مثل الشعور بالضيق في التنفس أو إزدياد شدة نبضات القلب أو الصداع. (Richter, 1995,p58)

مما سبق يمكن القول أن القلق حالة من الشعور بعدم الإرتياح و الهم المتعلق بحوادث المستقبل والذي يتضمن شعور بالضيق، و إنشغال الفكر و ترقب الشر، و عدم الإرتياح حيال ألم أو مشكلة متوقعة أو شبكة الوقوع، و يكون مصحوبا عادة بأعراض جسمية، كما يأتي في نوبات تتكرر في نفس الشخص.

2- أنواع القلق:

هناك عدة تصنيفات للقلق فهناك من صنفه تبعا لأسس مختلفة و هناك من قسمه من حيث مصادره المثيرة له، فتعددت التصنيفات بتعدد آراء العلماء و أول ما نبدأ به هو التصنيف الذي أتى به فرويد و الذي بموجبه صنف فيه القلق إلى ثلاث صور تقابل المنظمات النفسية الفاعلة في الشخصية

حسب ما إفترض في نظريته، و هي الأنا و الهو و الأنا الأعلى، و أنواع القلق التي تقابلها هي القلق الموضوعي و القلق العصابي و القلق الخلقي (صبرة ، شريت،2004، ص99)

2-1- القلق الموضوعي: و هذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف، و ذلك لأن مصدره يكون

واضحا، فالفرد مثلا يشعر بالقلق إذا اقترب الإمتحان. (حنان عبد الحميد العناني،2000،ص113)

كما أنه يسمى بالقلق خارجي المنشأ فهو الذي يحس به الناس في الأحوال الطبيعية كرد فعل على

الضغط النفسي أو الخطر، فعندما يستطيع الإنسان أن يميز بوضوح شيئا يتهدد أمنه و سلامته كأن

يصوب لص مسدسا على رأسه فهنا يشعر بالإضطراب و يبدأ بالإرتجاف فيجف ريقه، و تعرق يده

و جبهته، و تزيد نبضات قلبه، و تهتاج معدته و يشتد توتره فهذا القلق طبيعي، أي شخص يمكن أن

يحس به و إستجابته تكون عادية و سوية. (مصطفى نوري القمش، 2007،ص255)

و أيضا يطلق عليه إسم القلق السوي أو الواقعي، و يقصد به و جود الفرد في موقف يتوقع فيه

الخوف من فقدان شيء، بما يعني هناك مصدر خارجي موجود فعلا يثير الخوف، مثلا (القلق من

التغيرات الإجتماعية أو الإقتصادية، و القلق من الإقدام على الزواج أو الانفصال أو الإنتقال إلى

مدينة أخرى أو وظيفة أخرى). (السامراني،2007،ص47)

و يكون مثير القلق خارجي و معروف سببه و في ذلك يتفق مع الخوف و هو رد فعل لإدراك

خطر خارجي أو لأذى يتوقعه الشخص و يراه مقدما، مثل رؤية البحار لسحابة قاتمة في الأفق فيشعر

بالفرح لأنها تدل على إصراع قريب.

و قد أطلق فرويد على هذا النوع من القلق مسميات أخرى (القلق الواقعي،القلق الصحيح،القلق

السوي) و هذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف ذلك لأن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن

المصاب، فالطالب الذي أمضى عامه الدراسي في اللعب دون العناية بتحصيل دروسه يشعر بالقلق

(الخوف) عندما يقترب موعد الامتحان، و يرتبط مصدر القلق في هذه الحالات و غيرها بالعالم الخارجي سواء أكان موضوعا خاصا أو موقفا معينا. (شكير، 2005، ص327)

و القلق هو أحد الوظائف الهامة للدماغ حيث يعمل على تجنيد كل طاقات الإنسان الجسدية و العقلية لمواجهة الموقف المثير للقلق، و ذلك عن طريق رفع درجة التنبيه الذهني و العصبي و تنبيه إفرازات الغدد لهرموناتها، لذلك نرى أن القلق الطبيعي يساعد على التكيف و يشكل حافزا على حل المشاكل الحياتية و مواجهتها. (الداهري، 2005، ص325)

إن القلق الطبيعي إن هو إلا رد فعل يتناسب مع كم و كيف التهديد، يدفع القلق الإنسان ليجد طرقا لمواجهة التهديد بنجاح، و لا يوجد أي فرد يعيش بلا قلق. (العيسوي، 1990، ص161)

و يطلق كذلك على هذا النوع من القلق أحيانا القلق الواقعي، فأساببه معروفة بالنسبة للفرد و يعبر عن ضرورة حياتية تدفع الإنسان إلى السلوك المطلوب، إذ يمكن هذا القلق الموضوعي للإنسان من رصد التغيرات في بيئته و إنذاره بوقوع الأخطار و ضرورة مواجهتها، وهو بمثابة رد فعل من جانب الأنا إتجاه العالم الخارجي تحسبا للخطر و لكن رغم معرفة الفرد لمصدر الخطر فإنه يجهل ما يمكن أن تكون عليه النتيجة خيرا أو شرا أو نجاحا أو فشلا، تحقيقا لقيمة الذات أو نيلا من قدرها و من هنا يكون التهديد بالخطر. (حسن، 2007، ص61)

2-2- القلق العصابي (المرضي): هو نوع من القلق لا يدرك المصاب به مصدر علته و كل ما هناك أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض، و يعرف القلق العصابي بأنه حالة توتر شامل و مستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، يصحبها خوف غامض و أعراض نفسية و جسمية، و رغم أن القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الإضطرابات النفسية، إلا أنه في حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها إضطراب. (حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص113)

كما أنه يسمى بالقلق الداخلي المنشأ و هو حالة مرضية، و يبدو أن لدى ضحايا هذا المرض إستعداد وراثي له، و هو يبدأ عادة بنوبات من القلق الدائم، تأتي فجأة دون إنذار أو سبب ظاهر. (مصطفى نوري القمش، 2007، ص256)

و يقول ماي (May.R.1950) عن هذا النوع من القلق بأنه عبارة عن رد فعل للتهديد يتسم أو يتصف بعدم التناسب مع الخطر الحقيقي، و يتضمن الكبت و بعض الصراعات و لا يستطيع الشخص العصابي أن يفهم بوضوح الأسباب التي أدت إلى قلقه و توتره. (العيسوي، 1990، ص161)

و أن هذا النوع من القلق هو عكس القلق الطبيعي فهو يضعف القدرة على التكيف و يقلل من كفاءة الشخص المصاب لأنه يصبح بحد ذاته عنصرا شاغلا للمريض على أية مواجهة فعالة، و مستنفذا للطاقة النفسية و الجسدية. (الداهري، 2005، ص326)

ففي هذا النوع من القلق لا يدرك صاحبه مصدره أو علتة، و كل ما هناك أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض(العام) غير المحدد. (مجدي، بدون سنة، ص167)

فالقلق العصابي ينشأ نتيجة محاولات الكبت أو إفلات المكبوتات من اللاشعور و النفاذ الى الشعور و الوعي، و يكون القلق هنا بمثابة إنذار للأنا أن يجسد دفاعاته، حتى لا يصير اللاشعوري شعوريا. (صبرة، شريت، 2004، ص100)

و يميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق العصابي و هي :

2-2-1- القلق الهائم(الطلق): هو حالة خوف شائع عام طليق مستعد لأن يتعلق بأي فكرة مناسبة، و هو يترصد بأي فكرة لكي يجد مبررا لوجوده، و يؤثر في أحكام الفرد و يؤدي إلى توقع الشر و تسمى هذه الحالة بالقلق المتوقع أو بالتوقع القلق، و الأشخاص المصابون بهذا النوع من القلق

يتوقعون دائما سوء النتائج، و يفسرون كل ما يحدث لهم كأنه نذير سوء. (محمد عثمان نجاتي، 1989، ص15)

2-2-2- قلق المخاوف المرضية : و يشاهد النوع الثاني من القلق في المخاوف المرضية كالخوف من الحيوانات أو الأماكن الفسيحة أو الأماكن المغلقة أو الماء...، وهي مخاوف تبدو غير معقولة و لا يستطيع المريض بها أن يفسر معناها، و بالرغم من شعور المريض بغرابتها إلا أنه لا يستطيع التخلص منها.

و يختلف هذا النوع من القلق عن الأول الهائم الطليق من حيث أن قلق المخاوف المرضية يتعلق بشيء خارجي معين، أما القلق الهائم فهو حالة من الخوف الغامض الذي لا يتعلق بشيء معين، و يختلف قلق المخاوف المرضية أيضا عن القلق الموضوعي من حيث أن القلق الموضوعي خوف من خطر خارجي حقيقي، و هو يبدو معقول، و يشاهد عند جميع الأشخاص الأسوياء، أما قلق المخاوف المرضية فليس خوفا معقولا، كما أننا لا نجد عادة ما يبرره، و هو ليس خوفا شائعا بين جميع الناس.

2-2-3- قلق الهستيريا : و يشاهد النوع الثالث من القلق العصابي في الهستيريا، ويبدو القلق في الهستيريا واضحا أحيانا، و في بعض الأحيان يبدو غير واضح، و نحن لا نستطيع عادة أن نجد مناسبة أو خطرا معيناً يبرر ظهور نوبات القلق في الهستيريا، و يرى فرويد أن الأعراض الهستيرية مثل الرعشة و الإغماء و اضطراب خفقان القلب و صعوبة التنفس إنما تحل محل القلق، و بذلك يزول شعور القلق أو يصبح غير واضح، و ينسب فرويد إلى هذه الأعراض الهستيرية التي يسميها "معادلات القلق" نفس الأهمية الإكلينيكية التي ينسبها إلى القلق في الأمراض العصابية الأخرى التي يظهر فيها القلق بصورة واضحة. (محمد عثمان نجاتي، نفس المرجع، ص61)

يرتبط هذا القلق بالأعراض الهستيرية و منها أعراض الهستيريا التحولية. (حسن، 2007، ص17)

و هو أعقد أنواع العصاب، حيث أن سببه داخلي غير معروف ويسميه السيكلوجيون بالقلق اللاشعوري المكبوت. (شقير، 2005، ص328)

و كثيرا ما تتغير الشخصية لدى المصابين بهذا القلق، لتصبح شخصية قلقة ذات استعداد مرضي و توهم مرضي، يتصف الإنسان فيها بالحساسية الزائدة، تردد في إتخاذ القرارات و أحيانا المخاوف المتعددة مثل الخوف من الأماكن المغلقة. (الجاموس، 2004، ص121-122)

2-3- القلق الخلفي : فهذا النوع من القلق ينشأ عن عقاب الوالدين، و الأنا الأعلى هي مصدر الخطر في حالة القلق الخلفي، حيث أنه يهدد الأنا مثلا إذا كان هناك فعلا أو عملا معيناً في الأنا، أو دار في الأنا ما يتعارض مع معايير الوالدين فالعقاب ينتظر الأنا من الأنا الأعلى في صورة مشاعر الإثم و الخجل. (السامراني، 2007، ص47)

و فيه يكون المثير داخليا كخوف الفرد من تأنيب الضمير أو إعتزام الخطأ، أي أنه ينشأ نتيجة لإحباط دوافع الذات العليا. (شقير، نفس المرجع، ص328)

و يصل هذا النوع من القلق إلى درجته القصوى في بعض أنواع العصاب كعصاب الوسواس القهري الذي يعاني صاحبه من السيطرة المستبدة للأنا الأعلى و يخاف أكثر ما يخاف من لوم ضميره القاسي. (صبرة، 2004، ص103)

و من ثم فإن هذه الأنواع الثلاثة من القلق تختلف باختلاف مصدر تهديد الأنا فالقلق الموضوعي يكون مصدر تهديد الأنا هو العالم الخارجي (قلق الأنا إتجاه العالم الخارجي) و في القلق العصابي يكون مصدر تهديد الأنا داخلي (قلق الأنا إتجاه الهو)، أما في القلق الخلفي فهو قلق الأنا إتجاه الأنا الأعلى (مصدر تهديد الأنا داخلي). (حسن، 2007، ص17)

بالإضافة إلى التصنيف السابق الذي أقره فرويد هناك تصنيف آخر للقلق و الذي أتى به

سبيلبرجر و كاتل اللذان ميزا بين نوعين من القلق و هما :

2-4- القلق كحالة : تعتبر حالة إنفعالية طارئة وقتية في حياة الإنسان تتذبذب من وقت لآخر، و تزول بزوال المثيرات التي تبعثها، و هي حالة داخلية تتسم بمشاعر التوتر و الخطر المدركة شعوريا، و التي تزيد من نشاط الجهاز العصبي الذاتي ، فتظهر علامات القلق و تختلف في شدتها و تقلبها معظم الوقت.

فهو إذا عبارة عن مجموعة من المشاعر و الإنفعالات المؤقتة المرتبطة بموقف معين. (مصطفى

نوري القمش، 2007، ص256)

كما تتصف حالة القلق بإرتباطها بموقف معين يسببها، و ترتبط بمشاعر من الهم و التوتر و ترتبط بتنشيط الجهاز العصبي المستقل، و تكون هذه الحالة مدركة شعوريا. (سامر جميل، 2002، ص269)

و تعتبر الإستجابة الإنفعالية التي تظهر على الفرد الذي يدرك موقفا محددًا على أنه خطر عليه شخصيا، أو مخيفا بغض النظر عن وجود أو عدم وجود شيء حقيقي يمثل ذلك الخطر. (صالح قاسم حسين، 2008، ص165)

إذن القلق كحالة هو حالة انفعالية مؤقتة تختلف في شدتها و تشتد عبر الزمن و تتميز بالتوتر و الخوف و تكون مصحوبة بنشاط زائد في الجهاز العصبي.

و تختلف حالة القلق من حيث شدتها تبعا لتكرار المواقف فعلى الرغم من أنها مؤقتة إلا أنها يمكن أن تتكرر عندما تثيرها مثيرات ملائمة، و من الممكن أيضا أن تبقى زمنا إضافيا عندما تستمر مواقف الخطر، و حالة القلق كما يشير سبيلبرجر (1972) تكون موقفية و تعتمد أساسا على الظروف الضاغطة.

فبالنسبة لحالة القلق فهي تتغير تبعا لتغير مواقف التهديد و الخطر، فترتفع عندما يشعر الفرد بالتهديد و تنخفض عندما لا يكون الموقف مهددا بخطر، و تزداد حالة القلق لدى الأفراد ذوي سمة القلق المرتفع في المواقف التي يدركون فيها تهديد تقدير الذات أكثر منها في المواقف التي يدركون فيها التهديد بالأذى الجسمي.

و لقد أشار كاتل (1974) إلى أن حالة القلق تتغير بحسب المواقف و أن التباين بين تلك المواقف أكثر إرتفاعا من التباين بين الأفراد، حيث أن حالة القلق تكون مؤقتة و تختلف من لحظة لأخرى و سرعان ما تزول هذه الحالة بزوال مصدر التهديد.

إن حالة القلق هي رد فعل إنفعالي يحدث عندما يدرك الفرد موقفا بأنه خطر و يمثل هذا تهديدا شخصيا له ، وذلك بغض النظر عن أن هذا الموقف يمثل خطرا حقيقيا أو لا، و يشمل على انفعالات القلق و التوتر و الإضطراب و النشاط الزائد في الجهاز العصبي و تتحدد شدة الشعور بالتوتر و القلق و مدة إستمراره بناء على مقدار الخطر الذي يدركه الفرد و إستمرار الفرد في تقديره للموقف كمصدر خطر. (حسن، 2007، ص18-20)

و يمكن لحالات القلق أن تثار بطرق متنوعة، فهي يمكن أن تثار من المواضيع أو من خلال الأشخاص أو من خلال تركيبات بيئية بالإضافة إلى الإحساسات الجسدية السلبية و التصورات المهددة تثير كذلك مشاعر القلق. (رضوان، 2007، ص269)

2-5- القلق كسمة : تشير سمة القلق إلى الفروق الثابتة نسبيا في الميل إلى القلق، و هذه الفروق تنشأ عن إختلاف ردود الأفعال اتجاه المواقف المدركة بأنها مهددة و تؤدي إلى إرتفاع شدة حالة القلق و من ثم فإن الفروق بين الأفراد في سمة القلق تعكس فروقا فردية في حالات القلق.

كذلك فإن سمة القلق تتميز بخصائص ثابتة نسبياً و تظهر فيها فروق ثابتة نسبياً بين الأفراد في التهيؤ لإدراك الخطر و الإستجابة له.

فسمة القلق كما يشير **سبيلبرجر (1972)** هي إستعداد طبيعي و إتجاه سلوكي يجعل الفرد قلقاً و يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية للفرد، بناءً على ذلك فإن مستوى ثبات سمة القلق لا تتغير تبعاً للمواقف الخطرة التي يواجهها الفرد بل تظل ثابتة.

كما أنه يعتبرها إستعداداً ثابتاً نسبياً لدى الفرد، إذ تتصف بقدر أكبر من الإستقرار بالمقارنة مع حالات القلق ، و هناك فروق فردية بين الأفراد في كيفية إدراكهم للعالم. (جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، 2008، ص37)

و تبدو أيضاً أنها تحتوي دافعا أو إستعداداً سلوكياً مكتسباً يجعل الفرد يمتلك إستعداداً لأن يعيش عدداً كبيراً من الظروف غير الخطيرة موضوعياً على أنها مهددة، و أن يستجيب لهذه الظروف بحالات من القلق تكون شدته غير متناسبة مع حجم الخطر الموضوعي، بتعبير آخر توجد سمة القلق عند كل الأفراد و تختلف شدتها بينهم. (سامر جميل، 2007، ص256)

و القلق كسمة يتغير كما أشار إلى ذلك **كامل (1972)** بحسب الأفراد و أن التباين بين الأفراد أكثر إرتفاعاً من التباين بين المواقف.. بحيث أن سمة القلق عامل مشبع بمتغيرات شخصية و هي (الميل للحيرة و الإرتباك، ضعف الأنا، الشعور بالذنب) و توجد سمة القلق أي الإستعداد للقلق عند جميع الناس بدرجات متفاوتة (مرتفعة، متوسطة، منخفضة) و على هذا الأساس فسمة القلق تعكس إستعداداً ثابتاً للإستجابة على مثير يهدد الذات.

إذا فالقلق كسمة هي سمة ثابتة نسبياً للشخصية، تشير هذه النظرية إلى الإختلافات الفردية في قابلية الإصابة بالقلق، و التي ترجع إلى الإختلافات الموجودة بين الأفراد في إستعدادهم للإستجابة للمواقف المدركة كمواقف تهديدية بارتفاع مستوى القلق وفقاً لما إكتسبه كل فرد في طفولته من خبرات

سابقة، كما تميز هذه النظرية أيضا بين حالات القلق المختلفة و الظروف البيئية الضاغطة التي تؤدي إلى هذه الحالات، و ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة. (مصطفى نوري القمش، 2007، ص256)

فسمة القلق تعبر عن نفسها في شدتها و تكرار مرات حدوث القلق كحالة، فالأفراد ذوي حالة القلق المرتفع يتميزون بالعصبية و يعتبرون العالم مصدر خطر و تهديد لهم مقارنة بالافراد ذوي حالة القلق المنخفضة، و عليه فإن الأفراد ذوي حالة القلق المرتفع هم أكثر عرضة لأن يصبح القلق عندهم سمة مميزة في عديد من المواقف. (حسن، 2007، ص18)

توجد سمة القلق عند كل الأفراد و تختلف شدتها بينهم، و الأفراد الذين يمتلكون درجة مرتفعة من سمة القلق يميلون لإدراك مواضيع و أشخاص أو مواقف على أنها مهددة و الإستجابة طبقا لهذا التهديد بحالة من القلق. (رضوان، 2007، ص269)

و في ضوء نظرية القلق (حالة - سمة) فإن الشعور بالقلق في مواقف الإحباط و الصراع مسألة نسبية تختلف من شخص لآخر بحسب الإستعداد للقلق لكل منهما، فالشخص صاحب الإستعداد العالي (سمة القلق) يظهر القلق و التوتر في مواقف الإحباط و الصراع أكثر من الشخص صاحب الاستعداد المنخفض للقلق، لأن الأول يدرك العجز و الفشل بسرعة و لا يثق في قدراته و إمكانياته ، يتوقع الشر و يحط من قدر نفسه و يتوجس من المستقبل، و ينمو الإستعداد للقلق من التفاعل بين المعطيات الوراثية و أساليب التنشئة الخاطئة. (حسن، نفس المرجع، ص20)

3- درجات القلق :

3-1- القلق البسيط : و هو عبارة عن توتر و الشعور بالرهبة، خاصة عند مواجهته للمشاكل و الصعوبات. (محمد جاسم محمد، 2004، ص242)

3-2- القلق المزمن : تظهر أعراضه عند الشخص خفيفة نوعا ما من الأعراض الحادة، حيث يحدث إضطراب أثناء النوم مصحوب بأحلام مزعجة، و ظهور حالات العنف بصفة كبيرة تجعل المريض يسعى لمساعدة الطبيب.

3-3- القلق الحاد : تحدث نوبات بأشكال مفاجئة، و لأسباب مجهولة حيث تسيطر على المريض لعدة دقائق في المرة الواحدة، تبعث فيه حالة من الرعب المرضي يقولون أنه أكثر إيلاما من أية حالة جسمانية حادة. (محمد جاسم محمد، 2004، ص256)

4- أعراض القلق :

4-1- أعراض نفسية : تتضمن الأعراض النفسية للقلق الخوف الشديد و توقع الأذى و المصائب و ضعف القدرة على التركيز و الإنتباه، و الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة و العجز، و عدم الثقة و الطمأنينة و الإكتئاب، و الرغبة في الهرب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة، و تشمل كذلك القلق العام و القلق على الصحة و العمل و المستقبل و التوتر العام و العصبية و الشعور بعدم الراحة و الحساسية النفسية الزائدة و سهولة الإستثارة و الهياج و عدم الاستقرار و الشك و التردد في اتخاذ القرارات إلى غير ذلك من الأعراض المصاحبة للقلق .(حسن، 2007، ص24)

و كذلك من بين هذه الأعراض شعور الشخص بالسكوت و العزلة و الشعور بالعداوة و شعور الفرد بخوف لا يعرف مصدره، و كذلك يميل الشخص القلق إلى توتر الأعصاب و إلى تأويل بعض الأمور بشكل سلبي تشاؤمي. (الداهري، 2005، ص322)

كما نجد من الأعراض النفسية للقلق الشعور بالخوف أو التوجس، أو التوتر الداخلي دون أي سبب ظاهر أحيانا، أو ضعف القدرة على التركيز الذهني أو سيطرة الأفكار المثيرة للخطر على الساحة الذهنية، و الأرق خاصة في الليل، الشك و الشعور بالغضب دون وجود سبب حقيقي، الإعتقاد بعدم

القدرة على التغلب على الصعوبات، الشعور بفقدان السيطرة على زمام الأمور، الشعور بالذنب. (روبين دايتير، 2006، ص257)

و يتعرض المصاب بالقلق لتوقعات مخيفة أو مخاوف غير محددة بأن شيئاً خطيراً سوف يحدث دائماً، لا يرتبط بموقف أو بموضوع معين و تعجز حيل الدفاع عن ضبطه. (العيسوي، 1990، ص168) كذلك من هذه الأعراض النفسية ضغط أو شدة يشعر بها القلق و إرتباط حالة القلق بأفكار خاصة كالموت و المصائب و السرطان. (شقيير، 2005، ص329)

أيضاً شعور الفرد بإنفعال، و توتر إنفعالي يضغط عليه من الداخل كالحزن و الغضب و الفرح و الخوف و يظهر على الفرد بشكل شعور مبالغ فيه، و لكن الفرد لا يستطيع التخلص منه و يتمنى أن يجد طريقة للنفاذ من هذا الشعور و لكن وسائله الدفاعية قد لا تكفي، أو أنها غير قادرة على إنفاذه و قد تنهار أمام شدة القلق (السامراني، 2007، ص50).

و بطبيعة الحال فإن هذه الأعراض تؤدي إلى تدهور في قدرة الفرد على الانجاز و العمل، كما تؤثر على توافقه الإجتماعي و المهني و الأسري. (صبرة، شريت، 2004، ص103)

4-2- الأعراض الجسمية :

4-2-1- أعراض مرتبطة بجهاز القلب الدوري : آلام عضلية في الناحية اليسرى من الصدر و فرط الحساسية لسرعة كل من دقات القلب و النبض و إرتفاع ضغط الدم. (مصطفى نوري القمش، 2007، ص259)

4-2-2- أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمي : فقدان الشهية أو عسر الهضم و صعوبات البلع و الشعور بغصة في الحلق و الإنتفاخ و أحيانا الغثيان و القيء أو الإسهال أو الإمساك، و نوبات التقيؤ التي تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة.

4-2-3- أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسي : ضيق الصدر و عدم المقدرة على إستنشاق الهواء و سرعة التنفس، و ربما أدت سرعة التنفس إلى طرد ثاني أكسيد الكربون (CO₂) و تغير حموضة الدم و قلة الكالسيوم النشط في الجسم مما يعرض الفرد للشعور بتتميل الأطراف و تقلص العضلات و الدوار و التشنجات العصبية و ربما الإغماء.

4-2-4- أعراض مرتبطة بالجهاز العضلي و الحركي : الآلام العضلية بالساقين و الذراعين، و الظهر و الرقبة، الإعياء و الإنهاك الجسدي، التوتر و الحركات العصبية، الرعشة و إرتجاف الصوت و تقطعه.

4-2-5- أعراض مرتبطة بالجهاز البولي التناسلي : كثرة التبول و الإحساس بالحاجة لاسيما عند الإنفعالات الشديدة و في المواقف الضاغطة، بالإضافة إلى المقدرة الجنسية. (مصطفى نوري القمش، 2007، ص259)

كما قد يحدث العكس كاحتباس البول رغم الرغبة الشديدة في التبول، و تناقص الإهتمامات الجنسية و ربما فقدان المقدرة الجنسية كالعنة عند الرجال أو ضعف الانتصاب، و البرود الجنسي عند المرأة. (صبرة، شريت، 2004، ص104-105)

4-2-6- أعراض مرتبطة بالجهاز العصبي: و هو ظهور القلق على المصاب مع إتساع حدقة العين و إرتجاف الأطراف مع الشعور بالدوار و الدوخة و الصداع. (أبو فرحة، 2007، ص119)

4-2-7- أعراض نفسجسمية : و تتمثل فيما أطلق عليه بالأمراض السيكوسوماتية أي تلك الأمراض العضوية التي يسببها القلق أو يلعب دورا هاما في نشأتها، أو في زيادة أعراضها كالذبحة الصدرية، الربو الشعبي، جلطة الشرايين التاجية، روماتيزم المفاصل، البول السكري، قرحة المعدة، الإثني عشر، القولون العصبي، الصداع النصفي و فقدان الشهية العصبي. (صبرة، شريت، 2004، ص105)

4-3- أعراض القلق حسب DSM-IV :

- أ- قلق زائد و إنشغال قلقي (توقع توجسي) يحدث أغلب الوقت لمدة 6 أشهر على الأقل، حول عدد من الحوادث أو الأنشطة (مثل الانجاز في العمل أو المدرسة).
- ب- يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الإنشغال القلبي
- ج- يصاحب القلق و الإنشغال القلبي ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية (مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت لمدة الستة أشهر الأخيرة).
- ملاحظة: يكفي بند واحد عند الأطفال.

(1) تململ أو إحساس بالتوتر أو ضيق الحلق

(2) سهولة التعب

(3) صعوبة التركيز أو فراغ العقل (ثغرات في الذاكرة)

(4) إستثارة

(5) توتر عضلي

(6) إضطراب النوم (صعوبة النوم، نوم متقطع، نوم متململ و غير مشبع)

- د- بؤرة القلق و الإنشغال القلبي ليست محصورة في مظاهر أحد اضطرابات المحور 1. مثال، لا يكون القلق أو الإنشغال القلبي حول حصول هجمة هلع (كما في إضطراب الهلع)، أو الحرج أمام المأ (كما في الرهاب الاجتماعي)، أو وجود شكاوي جسدية عديدة (كما في إضطراب الجسدية)، أو وجود مرض خطير (كما في توهم المرض)، و لا يحدث القلق أو الإنشغال القلبي حصرا أثناء إضطراب الكرب ما بعد الصدمة.

هـ- يسبب القلق أو الانشغال القلبي أو الأعراض الجسدية ضائقة مهمة سريريا أو اختلالا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة من الأداء الوظيفي.

و- لا ينجم الإضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء، أو عن حالة طبية عامة (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية)، و لا يحدث حصرا أثناء اضطراب المزاج أو إضطراب ذهاني أو إضطراب نمائي شامل. (تيسير حسون، 2007، ص116-117)

4-4- أعراض القلق حسب ICD /10 : المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض :

يشترط أن يعاني الشخص من أعراض قلقية أولية في أغلب الأيام و لمدة عدة أسابيع متصلة على الأقل، و عادة لعدة شهور، و تشتمل هذه الأعراض عادة عناصر من :

أ- توجس (مخاوف بشأن مشاكل في المستقبل، إحساس بالإنفعال، صعوبة في التركيز، الشعور بعدم الكفاية لدرجة أنه على شفير الهاوية...الخ).

ب- توتر حركي (تململ، صداع عصبي، رعشة، عدم القدرة على الاسترخاء).

ج- زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل (دوار، عرق، سرعة ضربات القلب أو سرعة التنفس، إحساس بانزعاج (أعلى البطن) ، دوخة، جفاف الفم).

و عند الأطفال قد تكون الحاجة إلى التطمين المتكرر، و تكرر الشكاوي الجسدية هي الأعراض الغالبة.

و الظهور العابر لأعراض أخرى (تستمر كل مرة لمدة أيام قليلة) خاصة أعراض الاكتئاب، لا يستبعد تشخيص الإضطراب القلبي العام كتشخيص أساسي، و لكن يشترط ألا يستوفي الشخص كل شروط النوبة الإكتئابية(-f32)، أو الإضطراب القلبي الرهابي (-f40)، أو الإضطراب الهلعي(-f41)، أو الإضطراب الوسواسي القهري (-f42).

يشمل: عصاب القلق

تفاعل القلق

حالة القلق

لا يشمل: الوهن العصبي. (أحمد عكاشة، بدون سنة، ص161)

5- النظريات المفسرة للقلق :

1-5- النظرية البيولوجية :

إن النظرية البيولوجية تفسر في ضوء المثبرات و العوامل الوراثية و الهرمونية و العصبية الحيوية و ما شابه ذلك، لقد تم التصور في الماضي أن القلق لا علاقة له بالوراثة و الهرمونات على الإضطرابات العقلية، و لكن تبين قصور ذلك التصور في أواخر العقد المنصرم و أوائل الألفية الثالثة، حيث تبين تأثير الوراثة حتى في الإضطرابات النفسية و العصابية، فمثلا القلق أو الأب القلق لابد و أن يكون لديه طفل قلق بالوراثة، قد لا تظهر عليه أعراض القلق مبكرا و لكن عند مواجهته لضغوط بكثافة معينة تظهر عليه الأعراض بفعل الوراثة الجينية و بفعل ما يمكن تسميته بالوراثة النفسية الناجمة عن معايشة آباء و أمهات يعانون من القلق ، و هذا ما تؤكدته دراسة بريتشارد و آخرين ، والتي تشير إلى تأثير القلق بالإضطرابات الهرمونية، كما توضح تأثير القلق بإضطراب نشاط الوصلات العصبية. (لطي الشرييني، بدون سنة، ص49)

كما أن هناك بعض الدراسات لاوتمس و تومسي التي تشير إلى أثر العامل الوراثي للإضطرابات كما في إضطراب الفزع و الرهاب، أما تأثيرات البيئة المحيطة فتبدو أعظم في حالات المخاوف المحددة. (جاسم محمد عبد الله المرزوقي، 2008، ص37)

إذن فالوراثة تلعب دورا هاما في اضطراب القلق فكثيرا ما نلاحظ أن والدي المريض و أحيانا أقاربه الآخرين يعانون من نفس القلق. (حسن،2007،ص25)

و أيضا يفترض أصحاب هذه النظرية أن هناك اضطرابا بيولوجيا أو كيميائيا يسبب المرض، و قد أجريت دراسة إحصائية عن مدى إنتشار الإضطراب بين أقارب المصابين من الناس ووجدوا أن إحتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان مريض اكبر من إحتمال إصابة من لا تربطهم صلة قرابة، كما أنه أشارت دراسات التوائم إلى أن هناك ميلا أكبر للإصابة لكل من التوأمين بمرض القلق، لو كانا توأمين متماثلين أو توأمين متطابقين مما لو كانا توأمين غير متطابقين. (مصطفى نور القمش،2007،ص266)

كما أن البحوث تركزت في مجال تحديد الأسباب البيولوجية التي تساهم في القلق في إتجاهين :

- إختبارات المقاومة البيولوجية.

- الأسباب الجينية.

الدراسات الجينية تعتمد على النسبة المئوية للأفراد الذين لهم أقارب يشاركون بنفس المرض.

تفسر النظرية البيولوجية إضطرابات الوسواس و الأفعال القهرية بناءا على بيانات من تخطيط

الدماغ و الإضطرابات البيوكيميائية. (الداهري،2005،ص330)

أما فيما يخص أعراض القلق النفسي فهي تنشأ من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبتاوي و الباراسمبتاوي و من ثم تزيد نسبة الأدرينالين في الدم، و من علامات تنبيه الجهاز السمبتاوي أن يرتفع ضغط الدم و تزيد ضربات القلب و جحوظ في العينين، أما مظاهر الجهاز الباراسمبتاوي فأهمها التبول و الإسهال و زيادة الحركات المعوية مع إضطراب الهضم و الشهية و النوم.

2-5- النظرية التحليلية :

يعد فرويد من الأوائل بين العلماء أو بين علماء النفس الذين حللوا القلق، و قد رأى في القلق إشارة إلى الأنا لكي يقوم بالعمل اللازم ضد ما يهددها و كثيرا ما يكون المهدد هو الرغبات المكبوتة في اللاشعور، و هنا إما أن تقوم الأنا بعمل نشاط معين يساعدها في الدفاع عن نفسها و إبعاد ما يهددها، و إما أن يستفحل القلق حتى تقع الأنا فريسة المرض النفسي. (حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص115)

إذا فالقلق الموضوعي هو رد فعل لخطر خارجي معروف، أما القلق العصابي فهو رد فعل لخطر غير معروف أو لخطر غريزي داخلي و ما قد تؤدي إليه الرغبة الغريزية من أخطار خارجية. (محمد عثمان نجاتي، 1989، ص28)

كما يفسر فرويد القلق بأنه نتيجة للتغير الذي يطرأ على الهياج الناجم عن الإندفاعات الجنسية عندما لا يوجد مخرج طبيعي لها، و ربط فرويد القلق بمرحلة الطفولة، كما يرى أن القلق هو نتيجة لكبت إنطلاق صراع قائم بين "الأنا" و "الهو" و بذلك قلب فرويد الفكرة القائلة بأن القلق مصدر الكبت و ليس نتيجة له. (الداهري، 2005، ص330)

و لقد كان فرويد من أكثر علماء النفس إستخداما لمصطلح القلق بل إن إذاعة هذا المصطلح و شيوعه يعود في جزء كبير منه إليه. (صبرة، شريت، 2004، ص93)

بالإضافة إلى ما سبق ذكره فإن هذه المدرسة ترى بأن القلق يحدث نتيجة لتهديد رغبات الفرد المكبوتة أو المحفزات العدوانية و النزعات الجنسية لما سبق للأنا أن كبته في اللاشعور كدفاعات الأنا، و في هذه الحالة يظهر على الأنا :

- التحفز: إذ تقوم الرغبات بنشاط لدماع عما يهددها و تتجح في إبعاد الخطر عنها، أو تضعف فيتراكم القلق و يشكل ضغطا نفسيا قويا فتقع الأنا صريعة الإنهيار العصبي، و يفسر هذا فرويد على أن القلق هو إستجابة إنفعالية مؤلمة يمر بها الفرد ما يثير عددا من الأجهزة التي تخضع للجهاز العصبي المستقل مثل الغدد، القلب. (السامراني، 2007، ص46)

و على أية حال فان المكبوتات إذا كانت قوية فإن لهذه القوة أثرها السلبي على الصحة النفسية، لأنها إما أن تتجح في إختراق الدفاعات و التعبير عن نفسها في سلوك لا سوي أو عصابي، أو أن تتهك دفاعات الأنا بحيث يظل الفرد مهياً للقلق المزمن المرهق و الذي هو صورة من صور العصاب أيضا. (صبرة، 2004، ص94)

أما الفرويدون الجدد فقد أرجعوا القلق لأسباب مختلفة و منهم نجد أدلر الذي يرى أن مصدر القلق يكمن في خطر الشعور بالنقص و عدم القدرة على تعويضه، فهو يختلف عن فرويد في أنه إعتبر العدوانية و الدافع إلى التفوق هما الأساس بدلا من الجنسية و كذلك مشاعر الدونية سواء البدنية أو النفسية بدلا من القلق و أسلوب الحياة بدلا من ميكانيزمات الدفاع، و على هذا فإن أدلر لم يتناول مشكلة القلق بهذا المسمى و إنما يتبين من كتاباته أن فكرة الشعور بالنقص هو الدافع الأساسي للأمراض العصابية، و أن هذا الشعور ينشأ لدى الطفل الصغير إذ يشعر عادة بضعفه و عجزه و نقصه بالنسبة إلى أشقائه الكبار و والديه و ما إلى ذلك ممن يحيط به. (حسن، 2007، ص28-29)

أما كارين هورني فتري أن القلق هو شعور الطفل بالوحدة و العزلة و قلة الحيلة في عالم حافل بالعداوة، و ترى أنه عندما يكون لدى الأم التوتر و القلق سينعكس أثارهما على الجنين كون أن القلق ينتقل من الإرتباط العاطفي بين الأم و الجنين. (حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص117)

و كذلك كارل غوستاف يونغ فمع أنه لم يتعرض لدراسة مشكلة القلق دراسة مستقلة منظمة، غير أننا نستطيع أن نستنتج رأيه في هذه المشكلة من ثنايا كتاباته الأخرى، يعتقد يونغ أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى و خيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي، فالقلق هو خوف من سيطرة محتويات اللاشعور الجمعي غير المعقولة التي لازالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية. (yung,1916,p136)

و يعتقد يونغ أن الإنسان يهتم عادة بتنظيم حياته على أسس معقولة منظمة، و أن ظهور المادة غير المعقولة من اللاشعور الجمعي يعتبر تهديدا لوجوده. (yung,1938,p13)

كما أن إريك فروم يرى أن الطفل يقضي فترة طويلة من الزمن معتمدا على والدته، و هذه الفترة الطويلة التي يقضيها الطفل في الإعتماد على والدته تقيد به بقيود أولية، ثم يأخذ الطفل بعد ذلك في النمو، و يبدأ يشعر بذاته كوحدة مستقلة عن الأم، و بإزدياد نمو الطفل يزداد تحرره من الإعتماد على الوالدين، و من القيود التي كانت تربطه بهما، و يسمى فروم هذه العملية بالتفرد، غير أن هذه القيود الأولية و الشعور بالإعتماد على الوالدين إنما يعطي الطفل شعورا بالأمن و الانتماء إلى الجماعة، و أن نمو الشخصية و الإتجاه إلى الاستقلال يهدد هذا الشعور بالأمن، و يولد شعورا بالعجز و القلق، و طالما كان الإنسان جزءا من العالم و غير مدرك لإمكاناته و مسؤولياته فهو ليس في حاجة لأن يخاف، و عندما يصبح الفرد مستقلا فانه يقف بمفرده في مواجهة العالم المملوء بالمخاطر و القوى الخارقة، و يأخذ يشعر بالعجز و القلق. (Erich fromm,1941,p29)

و هناك أيضا هاري سناك سوليفان الذي يرى أن نفسية الطفل تتكون من النظام الخاص باستحسان الكبار لأعمال الطفل و عدم استحسانهم لها. (Harry S S,1947,p16)

و أيضا من حاجة الطفل الملحة لمواجهة المواقف المثيرة للقلق، ومن ضرورة التمييز بين الأعمال المستحسنة و الأعمال غير المستحسنة، و يكتسب الطفل نتيجة لذلك نظاما و إتجاها سلوكيا معيناً يحتفظ به طوال حياته، و أن أية خبرة تهدد هذا النظام و الإتجاه في المستقبل تؤدي إلى القلق.

3-5- النظرية الإنسانية (الوجودية) :

إن هذه المدرسة تؤكد على خصوصية الإنسان بين الكائنات الحية ، ولذا تركز دراساتها على الموضوعات التي ترتبط بهذه الخصوصية، مثل الإرادة و الحرية و المسؤولية و الابتكار و القيم، و ترى أن التحدي الرئيسي أمام الإنسان هو أن يحقق وجوده و ذاته كإنسان و كائن متميز عن الكائنات الأخرى و كفرد يختلف عن بقية الأفراد.

و على ذلك فإن عوامل القلق و مثيراته لدى هذه المدرسة ترتبط بالحاضر و المستقبل بعكس التحليل النفسي و السلوكية التي تعزو أسباب القلق إلى الماضي ، فالقلق عند هذه النظرية ليس مجرد إستجابة يكتسبها أثناء عملية التعلم، و إنما القلق هو جوهر طبيعة النفس الإنسانية، فالإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يستشعر القلق و يعانيه كخبرة يومية مستمرة تبدأ ببداية حياته و لا تنتهي إلا من آخر أنفاسه الحية. (فوزي إيمان سعيد، بدون سنة، ص95)

و من أهم العوامل المرتبطة بالقلق عند أصحاب هذه المدرسة بحث الإنسان عن مغزى لحياته أو هدف لوجوده، و إذا لم يهتد الإنسان إلى هذا المغزى فإنه سيكون فريسة للقلق. (صبرة، 2004، ص95-96)

كذلك ما يؤكد عليه الإنسانون هو أن سبب القلق يعود للخوف من المجهول أو المستقبل و أحداثه التي قد تهدد وجود الفرد و إنسانيته، ثم الخوف من الموت و الخوف من الفشل في تحقيق حياة طبيعية يرضاها الفرد.

إذن فالقلق هو خوف من المستقبل و ما قد يحمله هذا المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته، فالقلق ينشأ مما يتوقع الإنسان لأنه الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية، و أن الموت قد يحدث في أي لحظة، و أن توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان. (حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص118)

و يزداد القلق في الحالات التالية :

أ- إذا فقد الفرد طاقته و قدراته نتيجة المرض الذي يفقده ممارسة نشاطه؛

ب- تقدم السن؛

ج- انخفاض عدد الفرص و نسبة النجاح في مستقبله. (السامراني، 2007، ص46)

فقد يكون خوف الفرد من الفشل في تحقيق حياة كاملة مثيرة للقلق ، حيث يعتبر الفشل في تحقيق مثل هذه الحياة مظهر من مظاهر اللجوء و في ضوء ذلك يعتبر فشل الفرد في تحقيق أهدافه و فشله في إختيار أسلوب حياته و فشله في إيجاد معنى لحياته و خوفه من إحتمال حدوث الفشل في الوصول إلى الحياة المرغوبة يعتبر كل ذلك مثيرا للقلق لدى الإنسان.

و أيضا من أنصار التيار الإنساني كارل روجرز صاحب نظرية الإرشاد الممرکز حول العميل، يرى أن القلق لدى الفرد مرتبط بمقدار الإتساق و التناقض بين مفهوم الذات لديه و الخبرات التي يمر بها في حياته، فكلما كانت الخبرات التي يواجهها الفرد في حياته تتسق مع مفهوم الذات لديه كلما أدى ذلك به إلى التوافق النفسي، في حين أن عدم الاتساق بين مفهوم الذات و الخبرات التي يواجهها الفرد يدركها على أنها تمثل تهديدا له و من ثم يعمل على تحريفها أو تجاهلها و يشعر عندئذ بالقلق و التوتر، و لخفض ذلك القلق و التغلب عليه يلجأ الفرد إلى ميكانيزمات دفاع تعمل على تحريفها و إذا

فشلت الميكانيزمات أصبح الفرد عرضة للقلق، و لذلك يسعى الإرشاد الممركز حول العميل إلى إحداث تغيير في مفهوم الذات لديه يشمل كل الخبرات التي يدركها الفرد. (حسن، 2007، ص35-36)

5-4- النظرية السلوكية :

أما المدرسة السلوكية فلأنها مدرسة تعلم فإنها تنظر إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش وسطها الفرد تحت شروط التدعيم الايجابي و التدعيم السلبي، و هي وجهة نظر مباينة تماما لوجهة نظر التحليل النفسي، فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية و لا يتصورون الديناميات النفسية أو القوى الفاعلة في الشخصية على صورة منظمات الهو(الغرائز) و الأنا(الذات الواعية) و الأنا الأعلى(الضمير) كما يفعل التحليليون، بل إنهم يفسرون القلق في ضوء الإشتراط الكلاسيكي و هو إرتباط مثير جديد بالمثير الأصلي و يصبح هذا المثير الجديد قادرا على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي.

و قد إستطاع جون واطسون (john watson) زعيم المدرسة السلوكية أن يخلق خوفا لدى الطفل ألبرت الذي كان يبلغ من العمر أحد عشر شهرا و كان قد تعود للعب مع أحد حيوانات التجارب، ثم شرط واطسون رؤية الطفل هذا الحيوان بمثير مخيف في أصله و هو سماع صوت عال و مفاجئ، و بعد حدوث الإشتراط أصبح الطفل يخاف من الحيوان الذي كان يسر لرؤيته من قبل. (صبرة، 2004، ص94-95)

يعتبر أيزنك أن إستجابة القلق هي نتيجة أحداث صادقة أو سلسلة من الصعوبات المتتالية تشمل على رد فعل عصبي لا إرادي، و يؤكد ولبى (wolpe) أن سلوك العصابي سلوك متعلم يتم إكتسابه عن طريق التعلم، و أن هذا هو نوع من أنواع السلوك العصابي المتعلم و من ثم يمكن خفضه عن طريق التشريط المضاد.

فحين تظهر المثيرات الشرطية التي ترتبط بالقلق المضاد للإستجابة فإن حدوث الإستجابة الطبيعية يؤدي إلى كف القلق، وكلما زاد عدد مرات الإستجابة الطبيعية مع وجود القلق المضاد ضعف القلق بالتدرج لدرجة أن المثيرات التي كانت تحدث القلق ينتهي مفعولها و تحل محلها الإستجابة الطبيعية مقترنة بكف القلق، و بذلك صاغ ولبى مبدأه العام و هو ما يعرف بالكف بالنقيض أو المتبادل و الذي يعتمد في جوهره على فكرة مؤداها أننا إذا استطعنا أن نحدث إستجابة مضادة للقلق في حضور المثيرات الباعثة على القلق فإن الإستجابات المضادة تعمل على إنطفاء القلق و منعه من الظهور.

(حسن، 2007، ص35)

إذن يرى أصحاب هذه المدرسة أن القلق المرضي ناتج عن القلق العادي كالمرافق التي ليس فيها إشباع حيث يتعرض الفرد للخوف أو التهديد و لا يصاحبها تكيف ناجح فتترتب عن ذلك مثيرات إنفعالية من أهمها عدم الإرتياح الانفعالي، و ما يصاحبه من توتر، عدم الإستقرار و عدم الإرتياح، أو من جهة أخرى إفراط الوالدين في حماية الطفل قد يعرضه للشعور بالخطر عندما يواجه العالم الخارجي، و أكد أصحاب هذه المدرسة على العوامل الإستعدادية التي تتمثل في الوراثة و الضغط العام في الجهاز العصبي و الشذوذ في التركيب العضوي لبعض أعضاء الجسم. (مصطفى نوري القمش، 2007، ص266)

كما أنها إعتبرت القلق منعكسا شرطيا نحو المنبهات المؤلمة أو الخطرة. (جاسم محمد عبد الله المرزوقي، 2008 ، ص38)

كما أن القلق عند السلوكيين لا يمكن أن تكون له وظيفة المثير، و إنما هو استجابة متعلمة وفقا لقواعد التعلم الشرطي الذي تخضع له كافة إستجابات و عادات الإنسان، كما أنهم يطابقون بين

إستجابة القلق و إستجابة الخوف و الفرق الوحيد هو المثير الذي يكون طبيعيا في حالة الخوف و شرطيا في حالة القلق. (فوزي إيمان سعيد، بدون سنة، ص94)

كما أنه فسرت نظرية التعلم الاجتماعي (Bandura(1969),Walter(1963),Wolpe(1981) القلق على أساس التعلم من مواقف معينة إذ يشترط الإقتران بمثيرات معينة كي يحدث القلق. (زحوف منيرة، 2004، ص59)

و قد برهن بندورا (Bandura) و غيره من الباحثين الذين يشتركون معه في الأبحاث أن أحكام الأفراد عن قدراتهم الذاتية في السيطرة على المواقف و التعامل معها، تؤثر إلى حد بعيد على سلوكياتهم في كثير من المواقف المتنوعة و المختلفة من مواجهة المشاكل. (مصطفى نوري القمش، 2007، ص256)

5-5- النظرية المعرفية :

حسب هذه النظرية فإن الإضطراب الإنفعالي هو خبرة ناتجة بالطريقة التي نفسر بها الأحداث التي يتعرض لها الفرد، فهذه الأحداث ربما تمس نقاطا محددة غير محصنة لتستخرج التصورات المرتبطة بالمخاوف لاحقا.

إن الأنواع المحددة من الإنفعالات تعتمد على التفسير المحدد لمحتوى الحدث (المزاج الشخصي، وقت حدوثه و خبرات الشخص السابقة)، ويشكل فعال فإن هذا يعني أن الحدث نفسه سوف يثير عواطف و انفعالات مختلفة لدى الأفراد المختلفين، أو أحيانا عواطف مختلفة لدى الفرد نفسه ضمن مواقف مختلفة. (الداهري، 2005، ص329-330)

إن هذه النظرية تركز في تفسيرها للقلق باعتبار أن الفرد يسبق المواقف بأنماط من التفكير الخاطيء أو المشوه السلبي، المبالغ في تقدير خطورة المواقف و بالتالي يميل الفرد الى التقليل من قدرته على مواجهة هذه المواقف. (جاسم محمد عبد الله المرزوقي، 2008، ص39)

أما بيك (Beack) صاحب النظرية المعرفية فيرى أن الإضطرابات السيكولوجية الإنفعالية للفرد كالإكتئاب و القلق و الشعور بالذنب مرجعها الأفكار غير العقلانية و الخاطئة، كما طبق مفاهيمه المعرفية عن الأفكار التلقائية و التحريفات المعرفية و المخططات المعرفية في تفسير الإضطرابات الإنفعالية الأخرى و منها القلق المعرفي، حيث يرى أن الإضطرابات الإنفعالية تكون ناتجة أساسا من إضطراب في تفكير الفرد، فطريقة تفكير الفرد و ما يعتقد و كيف يفسر الأحداث من حوله كلها عوامل هامة في الإضطراب الإنفعالي و على هذا فقد توصل بيك إلى النموذج المعرفي للقلق من خلال دراساته على بعض المرضى المصابين بالقلق، و أوضح أن مرضى القلق يعانون من أفكار تهديدية و صور عقلية تسبق نوبات القلق، و أن هذه الأفكار تكون مرتبطة بخطر متوقع أو التعرض لهجوم حاد، و في النموذج المعرفي للقلق توجد تحيزات معرفية تؤثر على إستجابة الفرد للمواقف و يمكن توضيح النموذج المعرفي للقلق على هذا النحو:



شكل رقم (1) : النموذج المعرفي للقلق

و لقد ميز لازاروس (Lazarus 1966) في نمودجه المعرفي للقلق بين عمليتين أساسيتين و هما التقييم الأولي و الثانوي، و يشير التقييم الأولي إلى تقدير الفرد للموقف على إنه تهديدي، في حين يتكون التقييم الثانوي من تقدير الفرد لما لديه من مصادر و إمكانيات داخلية أو خارجية تكون لازمة للتعامل مع الموقف.

و لقد أضاف لازاروس إلى عملية التقييم الأولي و الثانوي عملية ثالثة و هي إعادة التقييم و هي العملية التي من خلالها يعيد الفرد تقييم الطريقة التي يدرك بها الموقف المؤلم و مواجهته له أو يستمر في هذه الأساليب أو يغيرها وفقا لمدى إدراكه لجدوى هذه الأساليب. (حسن، 2007، ص63-44)

6- أسباب القلق :

6-1- الأسباب الوراثية : يفترض هذا الإتجاه أن هناك اضطرابا بيولوجيا، أو كيميائيا يسبب المرض، وقد أجريت دراسات إحصائية عن مدى إنتشار الإضطرابات بين أقارب المصابين من الناس ووجد أن احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان مريض أكبر من احتمال إصابة من لا تربطهم صلة قرابة بواحد من المرضى. (القمش، المعايطة، 2007، ص266)

و قد أثبتت الدراسات أن القلق ينتقل عبر الوراثة، حيث افترض أن هناك إضطرابا بيوكيميائيا ينجر عنه الإصابة بالمرض.

و كما تشير نتائج الفحوص الطبية و نتائج الدراسات الإكلينيكية التي قام بها المختصون بوجود أساس جيني لإضطراب القلق و ذلك أن نسبة (15%-75%) من الأقارب و من الدرجة الأولى لمرضى القلق يصابون به، و بالمقارنة فان معدل إصابة التوائم المتماثلة هو (80% - 90%) و (10% - 15%) من التوائم غير المماثلة، و لقد أثبتت نتائج الدراسات التي أجريت على التوائم المتماثلة تشابه الجهاز العصبي اللاإرادي و إستجابته للمنبهات الخارجية و الداخلية، كذلك أوضحت دراسة العائلات أن 15% من آباء و إخوة مرضى القلق يعانون من نفس الإضطراب. (الخالدي، 2006، ص201)

و قد وجد سيلتر(1962-1969) أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل إلى 50% و أن حوالي 65% يعانون من بعض سمات القلق، و قد إختلفت النسبة في التوائم غير المتشابهة فوصلت إلى 4% فقط، أما سمات القلق فظهرت في 13% من الحالات، إذا فالفرد يولد بالاستعداد الوراثي في جهازه العصبي للقلق النفسي و تظهر أعراض المرض عند تعرضه للإجهاد أو شدة الإنفعالات أو حالات الإحباط أو فقدان الأمن النفسي. (الخالدي، نفس المرجع، ص201)

إن أفضل التخمينات حتى الآن أن القلق يرد إلى إختلالات فيزيولوجية بنهايات الأعصاب و المستقبلات في الجهاز العصبي المركزي التي تصنع و تستقبل الرسائل الكيمياوية التي تنبه و تستثير المخ، حيث أن هناك مواد عديدة تنظم النشاط الكهربائي للأعصاب، و هي تعمل مثل المعجلات أو الكوابح لعملية النشاط الكهربائي، و تشمل هذه المواد (البروتاغلاندينات) و هي منظمات محلية وآيونات، خاصة آيونات الكالسيوم و هي التي تعبر أغشية الخلايا.(القمش،المعايضة،2007،ص266)

كما أن هناك من الأسباب الناتجة عن عوامل حيوية تثير الجهاز العصبي الذاتي مما يؤدي إلى

ظهور زمرة من الأعراض الجسمية و ذلك بتأثير مادة الأبنفرين على الأجهزة المختلفة.

و قد وجد ثلاثة نواقل في الجهاز العصبي تلعب دورا هاما في القلق النفسي و هي:

– النورابنفرين Norepinephrine

– السيروتونين Sérotonine

– الغابا Gaba. (السامراني،2007،ص49)

و ينشأ القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي و الباراسمبثاوي، و من ثم تزيد نسبة الأدرينالين و النورأدرينالين في الدم، و من علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي أن يرتفع ضغط الدم و تزيد ضربات القلب، أما مظاهر نشاط الجهاز الباراسمبثاوي فأهمها كثرة التبول، و الإسهال. (الخالدي ، 2006 ، ص203)

6-2- الأسباب النفسية : أثبتت الدراسات النفسية و الإكلينيكية أن هناك أسبابا نفسية تؤدي إلى ظهور

القلق منها :

– الأسباب الناتجة عن الأفكار المكبوتة و النزعات و الغرائز مما يؤدي إلى القلق كما يسمى أيضا بالعوامل الديناميكية.

- الإستعداد النفسي للأفراد يختلفون في إستجاباتهم لمشاعر القلق في المواقف التي يتعرضون لها و حالتهم العامة جسدياً و نفسياً كالضعف النفسي العام، و طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو طبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد لنفسه. (السامراني، 2007، ص49)

- الإحباطات و الصراعات بين الدوافع و الاتجاهات و هناك ثلاثة أنواع من الصراعات التي تسبب القلق :

أ - صراع يتعلق بالميل أو رغبة في تحقيق هدفين مرغوبين من غير الممكن الجمع أو التوفيق بينهما و غالباً ما يكون إتخاذ القرار صعباً، و يؤدي أحياناً إلى إثارة القلق.

ب - الرغبة في فعل شيء و عدم فعله في نفس الوقت، فعلى سبيل المثال : يمكن لشخص أن يدخل في صراع حول إنهاء علاقة رومانسية تبدو مسدودة، فمن شأن فسخ العلاقة أن يوفر مزيداً من الحرية و الفرص، لكن يمكن أن يكون في نفس الوقت اختياراً أليماً و معذباً لكلا الطرفين.

ج - إذا وجد بديلاً أحلاهما مر كما يقال : مثل المعاناة مع ألم أو إجراء عملية يمكن أن تؤدي مع الزمن إلى تخفيف الألم. (جاسم محمد عبد الله المرزوقي، 2008، ص41)

- الخسائر و الأزمات المفاجئة و الصدمات النفسية و المخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، و مشاعر الذنب و النقص و العجز و تعود للكبت و فشله في مواجهة التهديدات و الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة. (صبرة، شريت، 2004، ص97)

و يرى فرويد أن القلق النفسي ينشأ نتيجة للتعارض و الصراع بين مطالب الهو و مطالب الأنا الأعلى و عجز الأنا عن التوفيق بينهما، و سبب هذا العجز يرجع إلى خبرات الطفولة و خاصة (عقدة الخشاء) و الشعور بالذنب الذي يحيط بالرغبات الجنسية.

كما يرى أدلر أن القلق النفسي ينشأ نتيجة الشعور الشخصي بأنه ناقص في نظر نفسه فيزيد شعوره بعدم الأمن و من ثم ينشأ لديه القلق و يشمل مفهوم القصور (الجانب العضوي و المعنوي و الاجتماعي). (مجدي، بدون سنة، ص168)

و من بين المصادر المسببة للقلق الشعور بالذنب و هو إحساس داخلي يكمن في اللاشعور و تتعدد مشاعر الذنب و تتنوع مثل الشعور بالخطأ دائماً، و توجد أسباب عديدة للشعور بالذنب مثل رواسب الطفولة و خجل الإنسان أو إنعزاله عن المجتمع و إضطلاعه بالعمل دون أن يكون على دراية كافية به ، مما يخلق لديه خوف من إيذاء الآخرين حوله. (الصيرفي، 2008، ص226)

- الخوف أو المخاوف التي يمكن أن تأتي إستجابة لأوضاع متنوعة، فالناس يخافون من الفشل و المستقبل و تحقيق النجاح، المرض، الموت، و الوحدة و عذاب الآخرة و أشياء أخرى حقيقية أو وهمية.

- التهديدات التي تأتي من خطر مدرك أو محسوس، تهدد قيمة الفرد كالقلق من رفض الآخرين أو القلق من إحتمال الرسوب في مادة دراسية .

3-6- الأسباب الجسمية : يقصد بها تعرض الفرد لبعض الأمراض المزمنة و الحادة كالسرطان، و داء السكري، الربو، والقلب، أيضا يمكن أن يحدث القلق بسبب عدم التوازن الغذائي، والخلل في الوظائف العصبية، و عوامل كيميائية داخل الجسم. (جاسم محمد عبد الله المرزوقي، 2008، ص51)

4-6- الأسباب الإجتماعية و البيئية : و هي مختلفة و متعددة نذكر منها:

- مواقف الحياة الضاغطة و مطالب الحياة المدنية المتغيرة و إضطراب الجو الأسري و تفكك الأسرة و الوالدين العصبيين أو المنفصلان.

- كما أن مشكلات الطفولة و المراهقة و الشيخوخة و مشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الماضي و الطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل : القسوة و التسلط و الحماية الزائدة و الحرمان .
- و كذلك التعرض للخبرات الجنسية الصادقة خاصة في الطفولة و المراهقة و الإرهاق الجسمي و التعب و المرض. (الداهري،2005،ص331)
- إن فقدان الشعور بالأمن يولد لدى الأفراد مشاعر الخوف و القلق و تدني مفهوم الذات لديهم، بالإضافة إلى أنه يطور لديهم مشاعر النقص و الاعتماد على الآخرين و قد يرتبط الشعور بعدم الأمن لدى الأفراد بعدد من المتغيرات مثل :
- أ- التهديد الشديد و التلويح باستخدام العقاب؛
- ب- إلحاق العقاب الشديد بالأفراد و لا سيما البدني منه؛
- ج- عدم الثبات و الإتساق في التعامل مع الأفراد و لا سيما من قبل الوالدين؛
- د- كبر حجم التوقعات حول أداء الأفراد؛
- هـ- فقدان أحد الوالدين بسبب الوفاة أو السفر. (الزغول،2006،ص173-174)

7- علاج القلق :

يعتبر القلق من أكثر الأمراض النفسية إستجابة للعلاج و من أهم طرق العلاج المستخدمة نعرض ما يلي :

7-1- العلاج النفسي : و يهدف إلى تحسين حالة المريض النفسية و خفض توتره و إزالة مخاوفه

و منها :

7-1-1- العلاج التحليلي أو التحليل النفسي : يرى فرويد بأن للقلق أهمية كبيرة في فهم الأعراض

المرضية النفسية، حيث يقول بأنه عملية متداولة تبدل بها كل الحالات الإنفعالية التي خضعت للكبت

و يهدف العلاج الفرويدي إلى إخراج اللاشعور المكبوت إلى حيز الشعور لكي يعيه الفرد و يتعامل معه، و لجأ فرويد إلى طريقة التداعي الحر بغية إعادة الذكريات المغذية إلى ساحة الشعور و بالتالي الوصول إلى الشفاء.

و يتم العلاج بالتحليل النفسي على أساس التحويل، فمادام التحويل إيجابيا فهو يقدم أعظم العون فهو يغير الموقف التحليلي كله، فتقوم رغبة المريض في إرضاء المحلل و الظفر بتأييده لتصبح القوة الدافعة لمشاركة المريض في العملية التحليلية، فيقوى الأنا الضعيف و تختفي أعراضه و يبدو أنه قد شفي و ما كل ذلك إلا حبا للمحلل. (سامي محمود علي، 2000، ص69)

7-1-2-العلاج المعرفي : يقوم هذا العلاج على مناقشة الأفكار غير المنطقية لدى المريض و نقدها، يقنع من خلاله الفاحص المفحوص بأنها أفكار خاطئة و غير منطقية و باعتبارها محور حياته و تعمل هذه الأخيرة على إحداث اضطرابات في الشخصية، ثم إعطاء البديل من أفكار عقلانية منطقية. (حنان عبد الحميد عناني، 2000، ص122)

*وتتلخص الأصول الأساسية للعلاج المعرفي في :

- أن الأفكار يمكن أن تؤدي إلى الإنفعالات و السلوك.
- أن الإضطراب الإنفعالي (الوجداني) ينشأ من التفكير المنحرف السلبي (الذي يؤدي إلى إنفعالات و سلوكيات غير مساعدة للفرد).
- هذا الإضطراب الوجداني يمكن علاجه بمجرد تغيير التفكير (الذي يفترض أنه متعلم). (محمد عيد مصطفى، 2008، ص30)

7-1-3- العلاج السلوكي : يتمثل في تدريب المريض على عملية الإسترخاء و بعد ذلك نقدم المنبه المثير للقلق بدرجات متفاوتة من الشدة بحيث لا يؤدي إلى القلق و الإنفعال، و إذا لم يتحقق الشفاء قد

نضطر إلى استخدام العقاقير المهدئة و الصدمات الكهربائية. (حنان عبد الحميد العناني، نفس المرجع، ص121)

كما أن السلوكيين يعتمدون في العلاج على طريقة أصبحت من أكثر الطرق العلاجية السلوكية انتشارا و هي إزالة الحساسية، و أدخلها لأول مرة البروفيسور ولب (1958) **Wolpe**، قائمة على مبدأ إشرطي أسماه الكف المتبادل ، حيث قام بإحداث إستجابة مضادة للقلق بوجود مثيرات مستدعية للقلق، بحيث تكون مصحوبة بقمع تام أو جزئي لإستجابات القلق، فإن الرابطة بين هذه المثيرات و إستجابات القلق ستضعف. (صالح قاسم حسين، 2008، ص179)

و يرى ولب أن معظم أفعال البشر سوية أو غير سوية هي عبارة عن سلوك متعلم، و من ثم يمكن تعديلها بإستخدام أسس التعلم. (فيصل محمد خير الزراد، 2005، ص33)

و تنطبق مفاهيم التعلم المستخدمة في تفسير السلوك السوي نفسها على السلوك الذي يدخل في إطار اللاسواء، و الفرق الوحيد يرتبط بمضمون التعلم و ليس بعملية التعلم.

كما أن العلاج السلوكي يتضمن طرائق عديدة من العلاج أشهرها :

أ- الاسترخاء : تفيد هذه التقنية في تعلم التحكم في مستوى قلق الإمتحان و كذلك في تعديل الكثير من الإستجابات الإنفعالية غير المرغوب فيها.

و تهدف إلى منع أو تخفيض القلق الذي يعيشه الفرد من خلال القيام بتمارين الإسترخاء الذهني و الجسدي و الإسترخاء الذاتي. (رضوان، 2007، ص278)

ب- إزالة الحساسية بطريقة منتظمة : تركز على المواجهة التدريجية التي يصحبها الإسترخاء العميق للعضلات، و تكون المواجهة أولا في الخيال ثم في الواقع فيما بعد.

ج- العلاج بالواجهة : أصبح شعار العلاج بالواجهة التصرف الحقيقي المباشر الشديد و الطويل المتكرر الذي لا مهرب منه، حيث لاحظ بعض الباحثين أن مواجهة المشكلة كما تحدث في الحياة الواقعية تقلل من الأعراض.

د- الإطفاء : و يشتمل الإطفاء على تقليل السلوك تدريجيا من خلال إيقاف التعزيز الذي يحافظ على إستمرارية حدوثه في الماضي. (مصطفى نوري القمش، 2007، ص271)

4-1-7- العلاج الجشططي : يركز هذا العلاج على خبرة الفرد الواعية بذاته و بيئته بإعتبارها محور حياته، و يتم ذلك من خلال بعض التقنيات مثل "المقعد الخالي"، حيث يجلس المريض على مقعد و أمامه مقعد خالي يتخيل جلوس شخص آخر عليه و يبدأ في حوار تخيلي مع الشخص، و كذلك تقنية الإسترخاء و التنفس العميق لإعادة الإنتعاش الحيوي إلى الفرد و غير ذلك من التقنيات. (صبرة، 2004، ص107)

5-1-7- العلاج الإجتماعي : يعتمد على إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي و عن المثبرات المسببة لآلامه و إنفعالاته، و كثيرا ما ينصح بتغيير الوسط الإجتماعي و العائلي، كما يمكن مساعدة المجتمع المريض على تغلبه على مرضه، و إعادة تكيفه من جديد في حياته. (نبيل غالب، 2003، ص64)

2-7- العلاج الكهربائي : تشير التجارب إلى أن الصدمات لا تفيد لعلاج القلق النفسي إلا إذا كان مصحوبا بأعراض اكتئابية، و هنا سيختفي الإكتئاب و المنبه الكهربائي حيث يفيد أحيانا في الحالات المصحوبة بأعراض جسمية. (لطي الشربيني، بدون سنة، ص261)

و هو يعتمد على تعريض المريض لصدمة كهربائية تعيد تنظيم المواد الكيميائية و الهرمونات العصبية التي تصل المخ.

3-7- العلاج الكيميائي : و هنا نعطي المريض العقاقير المنومة أو المهدئة في بداية الأمر، حيث تعمل على تقليل التوتر العصبي ثم بعد أن تتم الراحة الجسمية يبدأ العلاج النفسي، أما في حالة القلق الشديد يمكن إعطاء المريض بعض العقاقير و ذلك تحت إشراف الطبيب المختص، و من بين الأدوية (Taciline.Libras)، و يجب الحرص على إستخدام العقاقير المهدئة و ذلك بهدف منع حدوث الإدمان. (لطي الشرييني، بدون سنة، ص261)

4-7- العلاج بالجراحة : يستخدم في الحالات التي لا تشفى بالوسائل العلاجية السابقة، و يعتمد على قطع الألياف الخاصة بالإنفعال الشديد تلك الموصلة بين الفص الجبهي بالمخ و التلاموس. (مجدي، بدون سنة، ص172-173)

خلاصة الفصل :

عموماً يعتبر القلق أنه إنفعال مؤلم مركب من الخوف و توقع الخطر محتملاً أو مجهولاً، أو توقع العقاب أو الشر، فالقلق المرضي يختلف في حدته عن القلق الذي يعتري الفرد عند إقدامه على عمل أو موقف جديد ، أو تصديه لمسألة حيوية، وهذا القلق إنما هو قلق عادي يزول بزوال أسبابه، و القلق المرضي يقترن بخوف و فزع لا يعرف الفرد مصدره و تكون أسبابه لا شعورية، و الفرد يعجز عن السيطرة عليه، و من ثم فإن هذا القلق إنما يهز أركان شخصية الفرد كما يظهر القلق كعرض في كل الإضطرابات النفسية و العقلية، و في الحقيقة يعتبر العامل الأساسي في نشوء الأمراض النفسية، و هذا ما أكدته مختلف مدارس علم النفس و نظرياته التي تناولت موضوع القلق، هذه المدارس التي سعت إلى إيجاد علاج له فتنوعت طرق قياسه و طرق علاجه، و كل معالج يعالج القلق حسب الإطار النظري الذي تبناه.

الفصل الثالث

الرسالة

الفصل الثالث

الرشد

تمهيد

- ❖ تعريف مرحلة الرشد.
- ❖ مراحل الرشد.
- ❖ خصائص مرحلة الرشد.
- ❖ حاجات الراشد و مطالبه.
- ❖ متطلبات الإرتقاء في مرحلة الرشد.
- ❖ الأزمات و التغيرات.
- ❖ مشكلات الراشد.
- ❖ كيفية حل مشكلات الراشدين.
- ❖ العوامل المسببة للسلوك المشكل في مرحلة الرشد.
- ❖ مرحلة الرشد و الصحة النفسية.

خلاصة الفصل

تمهيد :

تعتبر حياة الإنسان سلسلة من المراحل المتواصلة فيما بينها، بحيث تبدأ من مرحلة الإخصاب التي يتكون فيه الجنين في رحم أمه إلى غاية الولادة، أين ينفصل الطفل عن الجو الداخلي إلى الحياة الخارجية.

و أثناء نموه يمر على عدة مراحل المتمثلة في مرحلة الطفولة و مرحلة المراهقة و مرحلة الرشد التي سوف نتطرق إليها في فصلنا هذا ثم تأتي المرحلة الأخيرة وهي مرحلة الشيخوخة.

تعتبر مرحلة الرشد من أهم المراحل العمرية في الحياة الإنسانية، فقد أصبحت مجالاً للدراسة و البحث، كما تعتبر في معظم المجتمعات مصدر الاهتمام الدائم، فهي من الموضوعات الشائعة التي تتاولها معظم علماء النفس، فمرحلة الرشد تعد مشكلة في حد ذاتها من حيث تحديد فتراتها تحديداً واضح المعالم، و تداخل فترات العمر فيها، فهي تتداخل مع مرحلة المراهقة، كما تعتبر مرحلة النضج و النمو الكامل للشخصية حيث تغطي أغلبية حياة الفرد، و فيها يختار طريقة الحياة و الإستقرار و التأمل في الماضي و مراجعته.

فمن خلال تعرضنا لمرحلة الرشد في فصلنا هذا سوف نتطرق إلى عدة جوانب تخص هذه المرحلة، ما مفهومها و ما مراحلها و كذلك خصائص هذه المرحلة و متطلبات الإرتقاء و أيضاً مطالب و حاجات الراشد و كذلك الأزمات والمشكلات و كيفية حلها و علاقة كل هذا بالصحة النفسية.

1- تعريف مرحلة الرشد :

اختلفت وجهات نظر الباحثين في تحديد مرحلة الرشد حيث يعرفها **مريم سليم** (2002) أنها : "الفترة التي تبدأ بالإنهاء من الدراسة و الدخول إلى ميدان العمل، و قد يصل ذلك قبل سن 25 سنة، و أن المهمة الرئيسية للشخص في هذه الفترة هي توجيه نشاطه في إتجاه تحقيق أحلامه في أن يصبح طبيباً أو مهندساً أو فناناً، وهو ما يحدد إختياراته و قراراته الضرورية لنموه و تطوره".

كما يعرفها **سامي ملحم** (2004) أنها : مرحلة جديدة في الحياة الإنسانية تتسم بالتعقيد و التغيير، تظهر على الفرد الذي ينهي تعليمه الدراسي و يدخل سوق العمل، و تكون هذه المرحلة حوالي 20 سنة. (سامي ملحم، 2004، ص30)

و يعرف **أمل حسونة** مرحلة الرشد على أنها " المرحلة العمرية التي تلي فترة المراهقة، و هي الفترة التي تحدث فيها تغيرات جسمية، نفسية و إجتماعية ". (أمل حسونة، 2004، ص205)

أما **يحي مرسى** فيرى أنها "مرحلة من مراحل العمر تقع بين الطفولة و الشيخوخة، و هي تتميز من الناحية البيولوجية بالإكتمال العضوي و نضج القوة، كما تتميز من الناحية الإجتماعية بأنها المرحلة التي يتحدد فيها مستقبل الإنسان سواء مستقبلي المهني أو مستقبلي العائلي". (يحي مرسى، 2007، ص55)

إذا فالراشد هو الشخص الذي إكتمل نموه و تقع هذه المرحلة بالنسبة للرجل بين نهاية مرحلة المراهقة و حتى بداية مرحلة الشيخوخة، كما أن الراشد هو ذلك الشخص المسؤول عن ذاته و له المقدرة على الإختيار و هو الذي يتحمل مسؤوليات ما يختاره، و هو شخص له القدرة على تصور النتائج المترتبة على القرارات التي يتخذها.

2- مراحل الرشد :

1-2- المرحلة الأولى من الرشد تمتد من 25 إلى 40 سنة :

تبدأ فترة الراشد بالإنهاء من الدراسة و الدخول إلى ميدان العمل، و قد يحصل ذلك قبل سن الخامسة و العشرين، ماعدا المهن التي تتطلب إعدادا طويلا، و في دراسات حديثة لعالم النفس الإجتماعي **بيفيسون** بين أن الفترة الممتدة من سن الخامسة و العشرين إلى سن الأربعين هي فترة تحقيق الحلم بالنسبة إلى الكثيرين. (أمال صادق، 2004، ص77)

إن المهمة الرئيسية للشخص في هذه المرحلة هي توجيه نشاطه في إتجاه تحقيق رؤيته لنفسه و أحلامه في أن يكون طبيبا أو مهندسا أو صاحب عمل، و كيفما كانت تلك الرؤيا فإنها تصبح أساسا يحدد له اختياراته و قراراته الضرورية لنموه و تطوره.

2-2- المرحلة الثانية من الرشد التي تمتد من 40 إلى 70 سنة :

يصور لنا الموروث الشعبي و السائد الكهول و المسنين على أنهم عين الحكمة الذي لا ينضب، إلا أن البحث يدل على أن الشباب في المرحلة المتوسطة من العمر 40 إلى 64 سنة هم في الحقيقة أكثر حكمة و أجدر بتقديم المشورة و النصح، بمن فيهم المسنين يلجؤون إلى هؤلاء الأشخاص في هذه المرحلة طلبا للرأي السديد و بحثا عن البصيرة النافذة.

و يعتقد **إريكسون** أن أزمة النمو الرئيسية في هذه السن تتمثل في خاصيتين :

الإمتداد الإجتماعي و التمتع على النفس، فإن كان النضج سليما في هذه المرحلة ، فإن الشخص يجد نفسه يتجاوز الإمتداد البيولوجي الخاص كالتكاثر و حضانة الأطفال إلى الإمتداد بمعناه النفسي و الإجتماعي و الذي يتمثل في الالتزام بقضية إنسانية عامة تتجاوز الإحتياجات المباشرة للحاضر، و قد يحدث أن يأخذ النمو طريقا عكسيا فيتموقع الشخص على إحتياجاته الشخصية بالمعنى المادي المباشر.

و يحدث نمو آخر في الحكم الأخلاقي كما يراه **كوهلبرج**، أن تتطور الأحكام الأخلاقية ذات المحتوى الشكلي إلى الأحكام القائمة على المبدأ الشخصي و صالح المجتمع و رفاهيته.(مريم سليم،2000،ص451-452)

3- خصائص مرحلة الرشد :

أثناء نمو الإنسان تطراً عليه مجموعة من التغيرات من حيث النضج و الإنفعال و بناء الشخصية و من أهم الخصائص التي تميز هذه المرحلة ما يلي :

3-1- الخصائص الجسمية :

يتميز الراشد بقوته العضلية، و طاقاته الحيوية التي تجعله قادراً على تحمل المسؤولية و الأعمال الشاقة. (أمل حسونة،2004،ص205)

و يلاحظ عند الراشد وصول وظائفه الحسية و العصبية إلى أعلى مستوى لها، يتم اكتمال وزن المخ و تبلغ الحدة السمعية و البصرية حدما الأقصى.

إن وصول الراشد في هذه المرحلة إلى الحد الأقصى من النشاط البيولوجي يعطيه ميزة فريدة عن توافقه الشخصي و المهني التي يتطلبها البحث من مهن تحتاج إلى مثل هذه القدرات، أما بالنسبة للمرأة الراشدة فإن قدرتها على الإنجاب تكون في أفضل حال، حيث تكون أكثر قدرة على تحمل إنتاج البويضات المخصبة و إنتظام دورتها الهرمونية. (سامي ملحم،2004،ص20)

3-2- الخصائص النفسية :

يتميز الراشد بخصائص نفسية معينة، فهو شديد الاهتمام بالمثل العليا، و مستعد دائماً للكفاح في سبيلها. (أمل حسونة، نفس المرجع،ص210)

و وعي الراشد بنفسه يجعله يدرك حالته النفسية و يتمتع بالحنكة في إدارة حياته الانفعالية و إدراكه لإنفعالاته أساس سمات شخصيته. (مريم سليم، 2002، ص454)

كما يتميز الراشد بالإستقلالية، و يظهر ذلك من خلال إستقلاله عن الوالدين و في محاولته إعتماده على نفسه، و لكن هذا التحرر و الإستقلالية و تأكيد الذات و تقديرها و تحمل المسؤولية يخضع في الواقع لضغوطات العمل و للكثير من المعايير الإجتماعية و للضغوطات النفسية المتمثلة في المواقف الإحباطية و القلق، و منها المعايير التي تحكم الحياة الزوجية أو الإلتزام العقائدي أو السياسي، و من الخصائص النفسية للراشد الغرق في الإنفعالات و هو العجز عن الخروج منها، إذ يتميز بانقلاب المزاج، عدم القدرة على السيطرة على المشاعر، عدم إدراكه لمشاعره، و نادرا ما يحاول الهرب من الحالة النفسية السيئة، في حين نجد راشداً آخر يتميز بتقبله لمشاعره، إذ يميل لتقبل حالته النفسية دون محاولة تغييرها، فهو ذو مزاج جيد، و هناك نوع آخر نجد الراشد يتميز بتقبل الحالة النفسية السيئة كأمر واقع كما أنه لا يفعل شيئاً لتغييرها بالرغم من إحباطه النفسي و قلقه و إكتئابه. (مريم سليم، 2004، ص215)

3-3- الخصائص العقلية المعرفية :

يعد ظهور القدرات المختلفة بين الراشدين كالقدرة اللغوية، الرياضية، العملية، الكتابية، الفنية الجمالية، القدرة على التذكر، القدرة التفكيرية هي مميزات إدراك الراشد، إذ يجعل لديه القدرة أو رغبة كبيرة للمعرفة و البحث عن الحقيقة بمختلف الوسائل، و هو دائماً متفتح العقل لاستقبال الأفكار الجديدة و الإيمان بها، خصوصا إذا إقتنع بها. (أمل حسونة، 2004، ص220)

كما أن النضج العقلي يجعل الراشد يتخاطب بالعقل و المنطق و يتفاهم بالحجة مع الغير، و قد أكدت البحوث التي أجراها بياجى على النمو العقلي، على أنه ينتهي بالمرحلة التي تسمى مرحلة العمليات الشكلية أو الصورية و التي تتسم بإستخدام طرق الإستدلال الفرضي الإستنباطي و التفكير المجرد في مختلف المجالات الحياتية. (سامي ملحم، 2004، ص201)

حسب رأي أمال صادق و فؤاد أبو حطب أن هناك مجموعة من البدائل الهامة لوصف النشاط العقلي للراشدين أهمها: إيجاد المشكلات، الخاصية الجدلية في التفكير، التفكير النسبي العملي، في إطار سياقات معينة. (سامي ملحم، 2004، ص201)

3-4- الخصائص الإجتماعية :

يؤدي النضج الجسمي للراشد إلى بعض الميول و الإتجاهات و الأنماط السلوكية الخاصة و من أهم الخصائص السلوكية فيها الإهتمام بالجنس الآخر، و محاولة جذب إهتمامه و التودد إليه، و هو ما يؤدي إلى السلوك المقبول و هو الزواج. (أمل حسونة، 2004، ص221)

كما يظهر التحرر التدريجي من المحيط الأسري و التربوي أو الإستقلالية أو الميل إلى الإستقلالية و تأكيد الذات، بالإضافة إلى تحمل المسؤولية، و لكن التحرر و الإستقلالية و توكيد الذات و تحمل المسؤولية كلها تخضع في الواقع في سن الرشد لضغوط العمل و الكثير من المعايير الإجتماعية. (مريم سليم، 2002، ص225)

كما يصبح الراشد في هذه المرحلة أقل تأثراً برغباته و نزعاته و خيالاته الخاصة في علاقاته الشخصية إذا ما قورن بالمرحلة السابقة، لأنه يكتشف بأن أحلام المراهقة المتعلقة بالمهنة و الزواج التي كانت خيالية، لم يتحقق سوى الجزء اليسير منها.

كما تتسع دائرة إهتماماته، فيهتم برفاهية الزوجة و الأبناء و الأقارب و الأصدقاء، و خصوصا أولئك الذين ينتمون إلى فئة الفقراء أو المرضى أو المهوورين. (سامي ملحم، نفس المرجع، ص211)

إن التفتيش عن النجاح في العلاقات الإجتماعية في شتى المجالات (العمل، النشاطات الترفيهية، السياسية و الاجتماعية) هي دليل على علامات الرشد و وسائله و هي في إطار التنوع الإجتماعي للراشد. (مريم سليم، نفس المرجع، ص221)

إذن فلنمو أربعة مظاهر رئيسية و متباينة و لكل مرحلة خصائص مميزة لها، و لها احتياجاتها، و مرحلة الرشد مميزات متنوعة، فيتميز الراشد في هذه المرحلة بالإعتماد على النفس، و قدرته على إكتساب الخبرات و إستخدامها كأساس لإكتساب المزيد من المعرفة، و الإحساس الواقعي و القدرة على تكيف قدراته مع الواقع.

و يقابل هذا الجانب الإيجابي جانب آخر سلبي و هو أن الخبرات و التجارب السابقة ليست جميعها ذات ذكرى طيبة في نفسه و لا يريد لهذه الأحداث أن تتكرر.

كما تؤدي الاختلافات البدنية الصحية و الفكرية و الإجتماعية إلى إيجاد مناخ لا يشجع كثيرا على تحقيق الذات مما يؤدي إلى عدم رغبة الفرد في أن يرى نفسه مختلفا و منعزلا عن المجموعة أو في وضع غير متوقع يمنعه من إبداء وجهة نظره أو إتخاذ قراراته، و بالطبع لن يستجيب كل فرد بنفس الأسلوب في المناخ و حتى لو تمكن الشخص من التغلب على هذه الأحاسيس و الإحباطات فإنه يترسب في نفسه بعض الشوائب التي تجعل البعض منهم يرفضون تقبل الواقع و يضعون حدودا لإمكاناتهم.

عندما نتكلم عن مرحلة الرشد من الناحية الإجتماعية فهنا نقول أنه وصل الشخص إلى مرحلة الرشد عندما يلعب دورا إيجابيا في بيئته و مجتمعه، و يمارس مسؤولياته و تكون له شخصيته الواضحة، و لكن الجانب السلبي هو أن الضغوط الإجتماعية تتزايد بإستمرار حتى يصبح الراشد أسيرا لبعض التقاليد و الأفكار و العلاقات بين الناس و أية محاولة للتغيير عن طريق التدريب سوف يصاحبها مجموعة من التساؤلات في أسلوبه الفكري أو في معتقداته الراسخة و قد تتولد عنده مقاومة إتجاه التغيير.

4- حاجات الراشد و مطالبه :

4-1- الحاجات الأولية : يقصد بها تلك الحاجات التي تدفع الإنسان إلى أنواع من السلوك تستهدف مباشرة الحفاظ على كيانه النوعي و الحفاظ على نوعه.

4-2- الحاجات الثانوية : و هي ذلك النوع من الحاجات النفسية الإجتماعية التي تعتمد في تكوينها على خبرات الفرد و ميوله و إتجاهاته و ما يمر به من أحداث. (أمل حسونة،1999،ص212)

كما أن لهذه المرحلة متطلبات و يقصد بها تلك المجموعة من المهارات التي إذا حققها الفرد و أتقنها أدى ذلك إلى سعادته و نجاحه في أداء مهمات أخرى لاحقة، أما إذا فشل في إتقانها أدى ذلك إلى إحباطه و تعاسته و فشله في تقديره لذاته، و كذلك في فشله في مهمات أخرى لاحقة، إذن فالنجاح يعد دافعا قويا للتطور و التحسن، و قد قيل قديما "النجاح يولد النجاح". (شفيق علاونة،2004،ص250)

و من مطالب الرشد ما يلي :

4-3- البدء بمهنة معينة : في هذه المرحلة يختار الراشد عملا مناسباً لقدراته البدنية و الفكرية، فالعمل تعبير على حاجة داخلية لديه تدفعه نحو الإستقرار النفسي و الإقتصادي، و التعامل الفعال مع البيئة، فهو عملية مستمرة على مدى إستمرارية حياة الإنسان. (سامي ملحم،2004،ص305)

كما أن الشروع في العمل يولد لدى الراشد محاولة الإعتماد على النفس و ينمي في نفسه حسن تقديره لذاته و تجنبه من الوقوع في الأزمات النفسية كالمواقف الإحباطية.

4-4- الإستقلالية : يواجه الراشد العديد من المشاكل تختلف كما و نوعاً عن المشكلات التي يواجهها في المراحل السابقة، مما يستدعي إتخاذ القرارات بشكل مستقل و حاسم، فهو مطالب بمواجهة هذه المشكلات دون إشراف أو توجيه أو معاينة من الآباء أو المعلمين - إذا كان مازال يدرس - و قد تكون المشكلات التي يواجهها أقوى من أن يستطيع حلها لوحده، لكن من الملاحظ عليه عدم لجوئه إلى الآخرين طلباً للمساعدة، فقد يمنعه كبرياؤه من ذلك. (سامي ملحم، نفس المرجع،ص308)

4-5- إتخاذ القرارات الهامة : في هذه المرحلة يسعى الراشد إلى تحسس معالم الحياة الجديدة على الأرض، بحيث يتطلب إتخاذ قرارات صعبة مسيرة حياته المستقبلية و يشاركه فيها من الجنس الآخر، إذ

يجد نفسه في موقف اللاقرار، فيحاول إختيار حلول عديدة لمشكلة واحدة تظل تشغل فكره طويلا، مما يخلق عنده جوا من التوتر و الصراع يكون أكثر تعقيدا أو صعوبة مما كان يواجهه في المراحل السابقة. (سامي ملحم، 2004، ص312)

4-6- الزواج و الإنجاب : يعمل الراشد على إختيار شريك الحياة من الجنس الآخر الذي يرتبط به في المستقبل في عشرة زوجية، و كذلك تكوين الأسرة .

و يمثل تكوين الأسرة و الزواج أحد المؤشرات البارزة في حياة الراشد. (سامي ملحم، نفس المرجع،

ص320)

فمرحلة الرشد ترتبط بعملية الزواج و الوالدية و الإنجاب، فيظهر هنا الدور الذي يلعبه الزواج و الأمومة و الأبوة في بناء نفسية الراشد، خصوصا أن الوالدية هي الشغل الشاغل لكلا الطرفين، كما أن العلاقة الجنسية تلعب دورا مهما في شعور الفرد بأنه أصبح راشدا، و من هنا كان إهتمام الفتيات بالزواج و الإنجاب، لذلك فإن العلاقات الزوجية الصحيحة و الأطفال، من العوامل التي تترك إحساسا بالنجاح و الرضا في هذه المرحلة، و بذلك يتم تعلم الحياة من الطرف الأخر. (مريم سليم، 2002، ص469)

4-7- الإستقرار : يتميز الراشد في هذه المرحلة من العمر بإستقرار طبعه و بالقدرة على التكيف مع المواقف الجديدة، و من بين ما يهتم به التحليل النفسي أساليب النشاط النفسي، و الذي يعبر عنه من خلال الطباع و حل الصراعات و إمكانية التسامي. (مريم سليم، نفس المرجع، ص501)

كما أنه يتبع نمطا ثابتا نسبيا من السلوك في مجالات الحياة بتمييزه عن باقي الأفراد في مراحل مختلفة، إذ يصعب عليه تغيير نمط حياته التي إعتاد عليها، و إذا ما حاول التغيير فإنه يواجه العديد من الإضطرابات الإنفعالية التي تؤثر على مسار حياته المستقرة و تزيد حياته تعقيدا و صعوبة.

و من هنا نجد الراشد في هذه المرحلة يتزوج و ينجب و ينخرط في عمل يظل يؤديه معظم

حياته، و يستقر في مكان سكناه فترة طويلة من الزمن. (سامي ملحم، نفس المرجع، ص332)

و من مطالب الحياة السوية في الإستقرار تقبل وجود الوالدين و الشيوخ و كذا معاملتهم معاملة طيبة. (مريم سليم، 2002، ص470)

إذن يشير مفهوم مطالب النمو في نظرية الشخصية إلى المتغيرات البنائية التي تطرأ على الشخصية منذ المهد إلى الرشد و بالطبع تؤثر عملية الارتقاء بالعوامل الوراثية و الإجتماعية و الفيزيولوجية و البيئية التي تحدد مظاهر و مطالب النمو لكل مرحلة نمائية.

فالإنسان كوحدة بشرية ينتقل من مرحلة إلى أخرى و من طور إلى طور خلال مراحل النمو المختلفة، و مما هو جدير بالذكر أن طول مدى الحياة المتوقع للفرد يتأثر بعوامل عديدة منها : الحالة الصحية العامة للفرد، المستوى الإقتصادي و الإجتماعي له، الظروف الثقافية و الحضارية المحيطة بالفرد، الرعاية الصحية و النفسية و الاجتماعية للفرد، إلا انه من المعروف فإن الشخصية الإنسانية تتطور إستجابة لأربعة مصادر رئيسية للتوتر :

1/ عمليات النمو الفيزيولوجية، 2/ الإحباطات، 3/ الصراعات، 4/ التهديدات

و كنتيجة مباشرة لتزايد التوتر الناتج عن هذه المصادر يجد الشخص نفسه ملزماً بتعلم أساليب جديدة لخفض التوتر و هذا ما يعد كمطلب مهم في مرحلة الرشد.

كما أنه في فترة الرشد يجب على الفرد الراشد دمج و توحيد تجاربه و خبراته السابقة مع الضغوط و المتطلبات الجديدة التي يواجهها كي يقرر و يحدد ما يريد من حياته، ما يعتقد و ما يؤمن به، كما أن الزواج و الوالدية جميعها جزء من الخبرة السوية لمرحلة الرشد، فلو إكتسب الراشدون الإحساس بالهوية في المرحلة السابقة (المراهقة)، يكونوا قادرين على تكوين علاقات حميمة و مشاركة أنفسهم و أيضاً ممتلكاتهم مع الآخرين.

كما أن هذه المرحلة هي الفترة التي يجب على الناس أن يحلوا فيها صراعاتهم مع العالم و يعدون لأنفسهم و لمستقبل أسرهم، و يقصد بهذا الإستقلالية و الإنتاجية، و القدرة على النظر خارج ذات الفرد،

أما الأفراد العاجزين عن عمل هذا يميلون إلى أن يصبحوا متركزين حول ذاتهم أكثر من كونهم منتجين في تلك المرحلة.

5- متطلبات الإرتقاء في مرحلة الرشد :

أجرى توماسي دراسة على 150 من العاملين في الوظائف الفنية العالية و إستطاع أن يحدد أربعة واجبات رئيسية في هذه السن كي يصبح بالإمكان تجاوز أزماته :

1- تحقيق نجاح مهني أو عمل ليس من أجل الثروة فقط، بل من أجل تحقيق الذات و الإحترام الشخصي؛

2- التوافق مع الواقع؛

3- نجاح الحياة الزوجية؛

4- التغلب على رتابة الحياة و الخوف من التغيير.

و من مطالب الحياة السوية في هذه المرحلة ، نذكر :

- تقبل التغيرات الجسمية التي تحدث في هذه المرحلة و التوافق معها؛

- توسيع الخبرات العقلية المعرفية بأكبر قدر مستطاع؛

- تربية الأطفال و المراهقين و القيام بعملية التنشئة و التطبيع الاجتماعي لهم؛

- التطبيع و الإندماج الإجتماعي؛

- ممارسة المهنة و تحقيق التوافق المهني؛

- تكوين مستوى إقتصادي مناسب و مستقر و المحافظة عليه؛

- تحقيق الاتزان الانفعالي. (مريم سليم، 2000، ص451-452)

6- الأزمات و التغيرات :

إن مرحلة الرشد كغيرها من المراحل تمر بعدة أزمات، بحيث تظهر هذه الأزمات خلال التغيرات المهمة في الحياة (الأمومة، الأبوة، و الأزمة الوالدية).

6-1- الأمومة و الأبوة : أن تصبح المرأة أما و أن يصبح الرجل أبا، تتغير علاقات كل منهما مع نفسه و مع الآخرين، و هذا التغير له طابع ذاتي أكثر منه اجتماعي.

لقد استخدم "راكامبيه" مفهوم الأمومة ليدل على مجموعة من الظواهر العاطفية المتعلقة بالحمل و الأمومة، و إهتم بالتغيير الذي يطرأ على صورة الجسد و التغيرات التي تعيشها المرأة بصورة متناقضة. و دور الأب يعني أن يدخل الرجل في العلاقة القائمة بين الطفل و بين الأم كطرف ثالث، هذا الدخول لا يعني أن يعترف الطفل و الأم بوجوده فقط، بل يعني أيضا تمثيل الدور الاجتماعي المتعلق بالمنوعات و القوانين الاجتماعية، أما في المستوى النفسي فوظيفته تتطلب تغييرا عميقا أي "أزمة"، بمعنى أيجاد إمكانيات عميقة .

في مدرسة التحليل النفسي، من الذين درسوا سيرورة الرشد نذكر "مندل" و "ماركوز" ، في دراسته تكلم مندل عن محور صورة الأب التي هي الأساس في أزمة الرشد، أما مرحلة الرشد الحقيقية تعني في البداية التماهي بصورة الأم ثم التماهي بصورة الأب، حيث أن التماهي بصورة الأم هو الشكل الطبيعي و التماهي بصورة الأب هو مظهر اجتماعي يكمل الصورة الأولى بحيث هذا التماهي بالأب يقدم للراشد المثل التي يريد الوصول إليها.

أما ماركوز فرأى أن أزمة الرشد تكمن في ظهور ميول مكبوتة من قبل الأنا الأعلى التي تكون في طريقها للإنهيار، حيث يمكن أن يعود الفرد في مرحلة الرشد إلى مبدأ اللذة، الذي يعني تأثير التربية بإسم مبدأ الواقع و الثورة التي يتكلم عنها التحليل النفسي هي تحرر الغرائز. (مريم سليم، 2002، ص492-

6-2- الأزمة الوالدية : مفهوم أزمة الوالدية أدخلها "مارشي" و "براكونيه"، و تعني الوضعية الداخلية الخاصة بالوالدين في مواجهة مرافقة أطفالهم، يصر التحليل النفسي على المظاهر التحليلية الناتجة عن العلاقة بالمرافقة و هذه العلاقة توقظ المثيرات الأوديبية و الغيرة و ترافقها تغيرات جنسية عند الوالدين.

ذلك أن ظهور المرافقة عند الأبناء تتطلب تعديل العلاقة القائمة بينهم من علاقة والدين-طفل، إلى علاقة بين راشدين و إحتفاظها ببعدها الأبوي، و هنا يجب أن يمتنع الوالدين عن إسقاط رغباتهما الطفولية على المراهق و هم يواجهون ظهور الخصائص الجنسية عنده، بحيث هذا الظهور يذكرهما بنموهما و يبرز المشكلات الأوديبية.

هذه الأزمة الوالدية لديها مظاهر متعددة مثل مشاعر العجز و الشعور بعدم التفهم من قبل المراهق أو عدم القدرة على التواصل معه، و كذلك الشعور بأنه ضحية عدم الامتتان و الإعتراف بالجميل، و بأنه متروك من قبل الشريك في مواجهة المشكلات، فكل هذا يرافقه محتوى غني بالهواجس. (مريم سليم، 2002، ص493)

إذن فالأزمة في مرحلة الرشد تمثل نمطا معيناً من المشكلات أو المواقف التي يتعرض لها الراشد ، كما أن أزمة مرحلة الرشد لها كل خصائص المشكلة، و لكن يجب أن نشير إلى أنه لا يصح أن نطلق تلك التسمية على كل مشكلة فكل أزمة تعد مشكلة، و لكن ليست كل مشكلة أزمة حيث يقتصر إطلاق تلك التسمية على تلك النوعية من المشكلات التي يشعر بها الشخص الراشد حيالها بالضغط و الإنفعال الشديد و يشعر أنها تشكل نوعاً من التهديد لحياته.

فتعتبر أزمة الرشد كفترة إنتقالية أو نقطة تحولية في حياة الفرد، يحاول فيها سيد الموقف و من خلالها يتحقق للفرد نمو الشخصية و إكتساب خبرات عديدة يتم إكتسابها من خلال عملية المعاناة و المواجهة لمعوق غير مألوف في مسار الحياة.

و مما سبق تتسم الأزمة التي تحدث في مرحلة الرشد بمجموعة من الخصائص هي :

. الأزمة تمثل تحدي للعادات أو السلوكيات التي تعود عليها الشخص؛

. يشعر الراشد المأزوم بنوع من اليأس و العجز، و عدم القدرة على التعامل معها؛

. إذا نجح الراشد في مواجهة الأزمة فإن ذلك يساعد على زيادة الإبداع و النمو و النضج، أما إذا فشل فيظهر اليأس و القلق و التوتر.

7- مشكلات الراشد :

7-1- مشكلات إشباع الحاجات :

- 1/ معوقات إشباع الحاجات الفيزيولوجية؛
- 2/ معوقات إشباع الحاجات الثانوية المرتبطة بالأمن؛
- 3/ معوقات إشباع الحاجات الثانوية المرتبطة بالحب؛
- 4/ معوقات إشباع الحاجات الثانوية المرتبطة بالتقدير و المكانة؛
- 5/ معوقات إشباع الحاجات الثانوية المرتبطة بتحقيق الذات؛
- 6/ معوقات إشباع الحاجات الثانوية المرتبطة بتلبية الحاجة للمعرفة.

7-2- مشكلات مجتمعية :

- قلة فرص العمل و زيادة معدلات البطالة؛
- ضغوط الفكر الديني المتعصب و المتطرف؛
- زيادة معدلات استخدام المواد المخدرة؛
- اللامعيارية القيمية و غياب القدوة. (أمل حسونة، 2000، ص200)

8- كيفية حل مشكلات الراشدين :

إن المشكلات الضاغطة على الراشدين يمكن التعامل معها بشكل غير مباشر قد تكون آثاره أكثر عمقا و إستمرارا و يتم ذلك من خلال البرامج و الأنشطة (الرياضية ، الثقافية ، الدينية و الاجتماعية) الموجهة. (أمل حسونة،1999،ص212)

9- العوامل المسببة للسلوك المشكل في مرحلة الرشد :

هناك أسباب عديدة لا حصر لها تسبب السلوك المشكل في المراحل العمرية المختلفة لحياة الفرد، و خاصة مرحلة الرشد، و قد يصعب علينا في كثير من الحالات تحديد مدى أثر كل من هذه الأسباب في إحداث الإضطراب النفسي نتيجة تداخل و تفاعل الأسباب فيما بينها، و لهذا قد نجد أسبابا لحدوث المشكلات التي قد يعاني منها الراشد، فتجعله عرضة لظهور عدد من مظاهر المرض النفسي إذا ما طرأ سبب مساعد لحدوثه، كالعيوب الوراثية، و الاضطرابات الجسمية، و الخبرات المؤلمة و انهيار الوضع الإجتماعي، و هناك أسباب أخرى قد تكون سابقة للمرض النفسي مباشرة و التي تعجل بظهور أعراض المرض النفسي و يكون الفرد فيها مهياً لها، كالأزمات و الصدمات المفاجئة، و المراحل الحرجة في حياة الفرد خاصة ما يرتبط بها بسن البلوغ أو القعود (الشيخوخة)، أو عند الزواج أو الإنجاب أو غير ذلك من تلك المواقف.

و بناء على ما سبق ذكره فان العوامل المسببة للسلوك المشكل يمكن إجمالها في ثلاث عوامل

رئيسية هي:

1-9- العوامل البيولوجية :

1-1-9- الوراثة : التي تمثل العملية التي يتم من خلالها نقل الخصائص أو السمات من السلف إلى

الخلف عن طريق الجينات، بحيث يرث كل واحد منا العديد من الخصائص النوعية، حيث تقوم الوراثة

بدور ظاهر كسبب مهياً للأمراض و الإضطرابات النفسية، و لكنها لا تعمل وحدها بل تدعم البيئة أثر الوراثة في ظهور أعراض الإضطراب.

9-1-2- الإضطرابات الفيزيولوجية : التي تصيب الفرد و تسبب له عرضاً نفسياً كإضطراب في الميكانيزمات الفيزيولوجية المسؤولة عن تشكيل السلوك الإنساني.

9-1-3- العوامل العضوية : من أمراض و تسمم و إصابات و عاهات و عيوب و تشوهات.

9-1-4- العوامل النفسية : و من أمثلتها ما يلي :

أ- سوء التكيف : الذي يمثل مجموعة ردود الأفعال التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي أو سلوكه ليستجيب لشروط بيئية محدودة أو خبرة جديدة، و يتوقف تكيف الفرد على كل من مدى تقبله للحقائق المتعلقة بقدراته و إمكانياته للإستمتاع بعلاقاته الإجتماعية، نجاحه في عمله و رضاه، كفاءته في مواجهة مشكلات حياته اليومية، إشباعه لدوافعه و حاجاته، ثبات إتجاهاته ، تصديه لمسؤولية أفعاله و قراراته.

ب- الإحباط : الذي يمثل العملية التي تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجاته أو تحقيق هدفه، أو توقع الفرد حدوث هذا العائق في المستقبل، و يحدث الإحباط حين يواجه الفرد عقبات تقف في وجه إشباع حاجاته، فتعطله أو تمنعه من إشباع تلك الحاجات و قد تنشأ هذه العقبات من عدة مصادر.

* إقتصادية : كفقدان الدخل أو عدم وجود دخل كاف يسمح بشراء ما هو مرغوب، و في بعض الأحيان أو الحالات يكون الدخل نفسه هو الأمر المرغوب، لأنه يمثل بطريقة رمزية الأمن أو المركز أو القوة.

* مادية : مثل العاهة أو القصور الجسمي أو النقص العقلي أو البعد الجغرافي أو الحواجز المحسوسة كالسياج.

* خاصة بالمجتمع : القواعد أو القوانين و العادات و معايير المؤسسات و إتجاهات التحيز أو التعصب عند الناس.

* مهنية : ظروف العمل و متطلبات الترقية و لوازم الإنتاج و العلاقات بين العاملين.

* العلاقات بين الأشخاص : و فرط الإهتمام من قبل الوالدين لمجرد أن للآخرين حاجاتهم كذلك.

* الصراع : الذي يمثل حالة يمر بها الفرد لا يستطيع إرضاء دافعين معا، و يكون كل دافع منهما قائما لديه، صراع الإقدام: يتمثل في وجود موقفين متعادلين من حيث الصفات التي تجذب الفرد إلى شيء و رغبة في تجنب الآخر، يأتي لاحقا بذلك الشيء، أو يكون الشيء نفسه منطويا عليه كرغبة الفرد في الزواج من فتاة معينة و رغبته في نفس الوقت تجنب مشكلات الأسرة.

* القلق : الذي يمثل حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده، و هو ينطوي على توتر إنفعالي تصحبه إضطرابات فيزيولوجية مختلفة، تظهر لدى الأفراد صغارا أو كبارا.

* الكبت : الذي يعتبر نتيجة للقلق و مسؤولا عن ذلك الغموض الذي يحيط بأسبابه و مصادره، و يمثل الكبت استبعاد الدوافع المثيرة للقلق من الشعور، و لما كان المثير في حالة القلق هو مثير داخلي و ليس خارجيا، فإن الإستجابات التي يمكن أن تحقق هذا الغرض، لا تخرج عن أحد الاختصاصات التالية :

- الهروب من المثيرات أو المواقف التي تثير هذه الدوافع، و هذا غير ممكن إذ يستحيل على الفرد أن يهرب من هذه المواقف، فالثقافة التي نعيش فيها مليئة بمواقف التنافس والإحباط و العدوان.

- قمع هذه الدوافع : هذا غير ممكن أيضا لأن القمع عملية تتطلب توافر القدرة على الحكم و الإستدلال و المقارنة، و غير ذلك من العمليات العقلية العليا.

- كبت هذه الدوافع : و هذا ممكن عن طريق إستبعاد هذه الدوافع من الشعور.

* المواقف الضاغطة : و مهما حاول الفرد إخفاء الجوانب السلوكية، أو المظاهر الخارجية لإنفعاله ليتصنع قدرا من الهدوء و الثبات ، أو تجنب المواجهة والإعتراف، فإن تعبيرات وجهه تنطق بما يعانیه الفرد من حالات إنفعالية.

9-2- الإضطرابات الذهانية :

و هي إضطرابات عقلية تتميز بعدم تكامل شخصية الفرد و بفقدان إختبار الواقع و إضطراب

الإدراك و نكوص السلوك و المحتوى العقلي المرضي و تنقسم إلى :

9-2-1- الإضطرابات الذهانية المرتبطة بإضطرابات عضوية واضحة.

9-2-2- إضطرابات لا ترتبط بإضطرابات عضوية واضحة : و هي تتميز بكل من :

* إضطراب الوعي؛

* إضطراب الذاكرة؛

* إضطراب الوظائف العقلية؛

* الحكم و سطحية الإنفعالات و عدم ثباتها.

9-3- الإضطرابات الذهانية الانفعالية :

هي إضطرابات نفسية تتميز بإضطراب إنفعالي شديد، و تشمل في معظم الأحيان الإكتئاب و القلق،

و المرح و الهياج، يصاحبها إضطراب أو أكثر كالهذاء و الحيرة و إضطراب الإتجاه نحو الذات

و إضطراب الإدراك.

و يكون لدى المريض ميل شديد للإنتحار و من الإضطرابات الذهانية الإنفعالية ما يلي :

9-3-1- الهوس الإكتئابي : يتميز هذا الإضطراب أساسا بزيادة أو نقصان كل من نشاط المريض

و تفكيره، كما تتنابه حالة من المرح أو الاكتئاب وقد أطلق كرايين على هذا النوع من الإضطراب

بالهوس الإكتئابي.

9-3-2- الذهان الإنتكاسي : تميل الإضطرابات الإنتكاسية لأن تقع في نمطين رئيسين، يميل الأول إلى حد كبير من الإكتئاب بينما يتميز الآخر بالأفكار الإضطهادية و هناك عوامل فيزيولوجية و نفسية خاصة يتميز بها الإكتئاب الانتكاسي كموت شخص محبوب أو الانفصال عنه.

9-3-3- ذهان البارنويا : هي إستجابات ذهانية تتميز بالهذات التي غالبا ما تكون هذات الإضطهاد أو العظمة، و قد توجد الهلوس أحيانا مع إضطراب في القدرة على الحكم و الإستبصار مما يساعد على نشوء الشك، و سوء تأويل الحوادث و الأمور.

9-3-4- إضطرابات رد الفعل الذهانية : تعرف الإضطرابات التي تنشأ من الصدمات النفسية بإضطرابات رد الفعل الذهانية، و هي تتاب أساسا الأفراد ذوي النشاط العصبي الضعيف، كما يمكن أن تتاب الإضطرابات أيضا الأشخاص ذوي الجهاز العصبي المتزن إذا كانت الإصابة النفسية شديدة.

9-4- الإضطرابات العصابية :

هي مجموعة تنشأ من المحاولة التي يبذلها المريض لمواجهة المشاكل النفسية الداخلية و المواقف الخارجية الصعبة التي لا يستطيع المريض السيطرة عليها دون توتر أو دون الأساليب النفسية المضطربة التي يسببها القلق الناشئ عن الصراعات، و يرى كثير من الأطباء بأن القلق يعتبر مصدرا ديناميكيا للإضطرابات العصابية، و تشيع الإضطرابات العصابية بين الإناث بدرجة أكبر منها لدى الذكور نتيجة لما يطلب منهن من جمود في كبت الحاجات البيولوجية الأساسية ، و ما يتبع ذلك من قلق و دفاعات تشكل الأعراض العصابية ، و من هذه الإضطرابات العصابية ما يلي :

القلق، المخاوف، الوسواس القهري، الإكتئاب العصابي، النيروسستينيا، توهم المرض، إنعدام الذاتية، إضطرابات الشخصية، الشخصية البارنوية، الإضطرابات الجنسية، الهستيريا، إضطرابات الإعتماد،

الإضطرابات النفسجسمية (السيكوسوماتية). (سامي محمد، 2000، ص427-433)

10- مرحلة الرشد و الصحة النفسية :

تعتبر مرحلة الرشد مرحلة إستقرار الشخصية و النمو العقلي و النمو بالصحة النفسية للفرد، و حسب دراسات العالمان "كسلر" و "روجيه" (1992)، فقد توصلوا إلى أن الأفراد الذين يعيشون في المدن و المناطق المكتظة بالسكان هم الأكثر عرضة لمختلف الإضطرابات النفسية مقارنة بالذين يقطنون في البدو، خاصة لدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم من 20 إلى 35 سنة، أهم هذه الإضطرابات التي تظهر نجد الإحباط النفسي، القلق، الإكتئاب، و حالات الإدمان. (Helen B,1997,p318)

و من العوامل التي تؤدي إلى هذه الإضطرابات و تؤثر على شخصية الراشد و صحته النفسية هي العوائق الجسمية مثل الإعاقات الحركية، و مختلف الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى تشوهات جسدية و العاهات كقصر الطول أو القامة، كذلك عدم الإستقرار المادي و الجنسي و عدم قدرته على التكيف العادي مع الأسرة و المجتمع.

من خلال دراسات الباحث "كيبياك" (1992)، توصل إلى أن النسبة الأكثر عرضة للأخطار النفسية و الإضطرابات إذ تبلغ النسبة 35% لدى أفراد ما بين 20 إلى 25 سنة، كما ترتفع النسبة من 25 إلى 35 سنة بنسبة مقدرة ب 28 % مع الأخذ بعين الإعتبار الجنس، حيث نجد أن نسبة النساء مرتفعة خاصة لدى العائلات التي تعاني ضغوطات و مشاكل بنسبة تقدر ب 46%، و تظهر من خلال أعراض الإحباط و العنف و القلق و الإكتئاب و إضطرابات أخرى. (Helen B,ibid,p318)

و لتحديد المعايير التي نحكم بها على شخص راشد أنه يتمتع بصحة نفسية جيدة لابد من وضع تعريف للصحة النفسية، والإلمام بالمعايير الخاصة بها، فهي المحافظة على الثبات في المواقف المتعددة و التكيف مع شروط الواقع المتغير و النمو مع مراحل العمر كافة، حيث لكل منها متطلبات، و حاجات، و خصائص و التوافق مع المتطلبات الإجتماعية، و التكيف مع العادات و القيم و أن يساهم في الحياة الإجتماعية و حتى تنطبق هذه المعايير لابد من إضافة معيارين آخرين هما الشدة و التكرار، فعندما يمر

الفرد الراشد بظروف و ضغوط فيخرج عن طوره و يتصرف كالأطفال فهنا الإضطراب الذي يمر به هو رهين هذا الموقف، و المعيار الآخر التكرار، فهل يتكرر هذا العرض أم أنه لمرة واحدة فقط.

و كأخصائيين نفسانيين علينا الإشارة إلى الدور الذي يلعبه الأهل في فهم كل مرحلة نمائية يمر بها الفرد، حيث لكل مرحلة مشكلاتها و إحتواء الطفل حتى لا تتحول المشكلة النمائية إلى اضطراب سلوكي يحتاج إلى علاج.

يمكن أن نتوصل مما سبق أنه لتحقيق الصحة النفسية لدى الراشد، لابد من تنظيم استعداداته العقلية و تطوير معارفه و الحفاظ على قدراته البدنية و تحقيق الإستقرار المادي و الإجتماعي ليواجه مختلف الضغوطات و التغيرات الداخلية و الخارجية على جسمه، نفسه، و حياته الإجتماعية بصفة عامة.

خلاصة الفصل :

إن سن الرشد من بدايته حتى نهايته ، هو عبارة عن مجموعة من التكيفات ففي بداية الرشد، التي هي المرحلة التي تلي المراهقة يكتشف الراشد أن مرحلة المراهقة المتعلقة بالمهنة و الزواج قد تحققت في هذه المرحلة و ذلك بسبب اكتمال النضج، و يقول نيوجارتن في هذا الصدد " الإنتقال من المراهقة إلى النضج يحمل معه زيادة في النشاطات و الخبرات و جوانب عديدة من الإستقلال و الكفاءة.

هذا الإكتمال في النضج هو ما يحد الخصائص المميزة للراشد عن المراهق، و لعل أهمها أن يصبح الراشد أكثر ثقة في النفس وأقل ترددا في التعبير عن المشاعر و أقل إعتماذا على الآخرين، هذه الخصائص هي الأخرى تحدد مطالبه و إحتياجاته في هذه المرحلة ، و لعل هذه المرحلة هي أكثر المراحل العمرية تطلبا و تكلفا سواء كانت الحاجيات مادية أو معنوية، لكن قد يجد الراشد صعوبة في تكيفه لمطالب بيئته إذا ما تخلف نضجه في إحدى نواحي النمو الجسمية أو النفسية أو الوجدانية... الخ، و هذا ما يحدث العديد من الأزمات و المشاكل التي تعرقل السير السوي لحياته و تسبب له الإرتباك و التوتر المستمر، ولكن رغم هذا فهناك العديد من الحلول التي يلجأ إليها الراشد للتعامل مع مشكلاته و التكيف معها و إتباع الإستراتيجيات الملائمة للحلول دون الوقوع أسيرا للأمراض النفسية خاصة القلق و الإحباط النفسي، و بدلا من ذلك تحقيق الصحة النفسية و تحقيق الذات .

الفصل الرابع

المسرى

الفصل الرابع

الصرع

تمهيد

- ❖ نبذة تاريخية حول مرض الصرع.
- ❖ تعريف الصرع.
- ❖ كيفية حدوث الصرع و التشنج.
- ❖ تشخيص مرض الصرع.
- ❖ أنواع الصرع (التصنيف).
- ❖ الصرع و التشنج و الهستيريا.
- ❖ أسباب الصرع.
- ❖ المعاش النفسي لمرضى الصرع.
- ❖ علاج الصرع و التوصيات.

خلاصة الفصل

تمهيد:

الصرع مرض عضوي عصبي يصيب الأفراد في كل الأعمار، و يظهر على شكل نوبات مفاجئة وتشنجات قوية و مظاهر سلوكية و معرفية كفقدان الذاكرة المؤقت، و الإرتجاف و القيام بأعمال لا تهدف إلى أمر محدد، بل هي ردات فعل لهذا المرض و كثيرا ما ترتبط هذه الأعراض بإصابات دماغية و أسباب وراثية أو بيئية أثناء و بعد الولادة، لهذا يستوجب هذا المرض تكفلا خاصا و شاملا متعدد الإختصاصات، و يتناول هذا الفصل نبذة تاريخية حول مرض الصرع بالإضافة إلى بعض التعريفات، مع الإشارة إلى كيفية حدوث النوبات والطرق المستعملة في التشخيص، و أيضا التطرق إلى أنواع الصرع و الفرق بينه و بين التشنج و الهستيريا، و أسباب حدوثه مع إلقاء الضوء على المعاش النفسي لمرضى الصرع و في الأخير العلاج و التوصيات.

1- نبذة تاريخية حول مرض الصرع :

يعد الصرع من أقدم اضطرابات الدماغ التي عرفها الإنسان، فقد ورد ذكر الصرع قبل أكثر من 2000 عام من مجيء المسيح (عليه السلام)، و هناك إشارات لذلك في النصوص الإغريقية القديمة، و لم تكن هناك دراسات جادة إلا في أواسط فترة الـ 1800 ق م، فقد كان السير تشارلز لوكون أول من أوجد المسكنات التي ساعدت على التحكم بالنوبات في عام 1857، و في عام 1870 قام جون ساكسون بتحديد الطبقة الخارجية للدماغ، أي القشرة الخارجية للدماغ و عرفها بأنها ذلك الجزء المعني بالصرع، و أوضح هانز برجر في عام 1929 بأن هناك إمكانية لتسجيل نبضات الدماغ البشري الكهربائية.

إن أصل كلمة صرع بالإنجليزية مشتق من كلمة إغريقية تعني "حالة الشعور بالهزيمة أو تعرض لهجوم"، و قد كان الاعتقاد السائد لدى الناس بأن النوبة تنشأ عن الجن، و عرف الصرع على أنه مرض مقدس، و تلك هي خلفية الأساطير و الخرافات و المخاوف التي أحاطت بالصرع و هي أساطير تشكل و تلون مواقف الناس و تجعل تحقيق الهدف المتمثل بحياة عادية أكثر صعوبة للفرد الذي يعاني من الصرع، إن كلمة صرع لا تعني شيئاً آخر سوى القابلية للتعرض لنوبات تشنج متكررة. (سونيا خان، 2010، ص2-3)

و قد أشار هيبوقراط 400 ق م إلى وجود نوع من الأعراض تصف بشكل دقيق حالة الصرع، "لقد رأيت العديد من الأشخاص و قد أصبحوا فجأة و بدون سبب واضح مجانين أو معنوهين، و في نفس الوقت يقومون بأشياء عديدة دون أن يدركوا ما يفعلونه، و قد عرفت أشخاصا يصرخون أثناء النوم، أو يقفزون من أسرتهم، و بعد أن يستيقظوا يعودون إلى حالتهم الطبيعية التي كانوا عليها دون أن يتذكروا شيئاً مما حدث لهم".

و قد مر مصطلح الصرع بمراحل نظرية عديدة، فقد أطلق عليه **جackson (1899)** مصطلح النوبة المحقوفة إشارة إلى مجموعة من الأعراض التي تتميز بالآنية و النسيان، و في عام 1937 وضع **جيبس** و زملاؤه مصطلح الصرع النفسي الحركي إشارة إلى مجموعة من الأعراض التي تحدث في شكل نوبات متكررة من الأعراض النفسية و الحركية، و بعد ذلك أدخل **بنفيلد** و **جاسبرز** عام 1954 مصطلح **الصرع** الفص الصدغي إشارة إلى العلامات المرضية، و أخيرا أدخل **جاستو** عام 1970 مصطلح **الصرع الجزئي المعقد** إشارة إلى نفس الأعراض.

2- تعريف الصرع :

الصرع هو حالة عصبية تحدث من وقت لآخر نتيجة لإختلال وفتي في النشاط الكهربائي للمخ، و ينشأ النشاط الكهربائي الطبيعي للمخ من مرور ملايين الشحنات الكهربائية البسيطة بين الخلايا العصبية في المخ و أثناء إنتشارها إلى جميع أجزاء الجسم، و هذا النمط الطبيعي من النشاط الكهربائي من الممكن أن يختل بسبب إنطلاق شحنات كهربائية شاذة متقطعة لها تأثير كهربائي أقوى من تأثير الشحنات العادية، و يكون لهذه الشحنات تأثير على الوعي و حركة الجسم و الأحاسيس لمدة قصيرة من الزمن، و هذه التغيرات الفيزيائية تسمى تشنجات صرعية و لذلك يسمى الصرع أحيانا "الإضطراب التشنجي"، وقد تحدث نوبات من النشاط الكهربائي غير الطبيعي في منطقة محددة من المخ و تسمى النوبة حينئذ بالنوبة الصرعية الجزئية أو النوعية، و أحيانا يحدث إختلال كهربائي بجميع خلايا المخ و هنا يحدث ما يسمى بالنوبة الصرعية الكبرى، و لا يرجع النشاط الطبيعي للمخ إلا بعد استقرار النشاط الكهربائي الطبيعي، و من الممكن أن تكون العوامل التي تؤدي إلى مرض الصرع موجودة منذ الولادة، أو قد تحدث في سن متأخر بسبب حدوث إصابات أو عدوى أو حدوث تركيبات غير طبيعية في المخ أو التعرض لبعض المواد السامة، أو لأسباب أخرى غير معروفة حاليا، و هناك العديد من الأمراض أو الإصابات الشديدة التي تؤثر على المخ لدرجة إحداث نوبة تشنجية واحدة، و عندما تستمر

نوبات التشنج بدون وجود سبب عضوي ظاهر أو عندما يكون تأثير المرض الذي أدى إلى التشنج لا يمكن إصلاحه فهنا نطلق على المرض إسم الصرع.

و يؤثر الصرع على الناس في جميع الأعمار و الأجناس و البلدان و يحدث مرض الصرع في الحيوانات مثل الكلاب و القطط. (محمود جمال أبو العزائم، بدون سنة، ص3)

و يعرف الصرع أيضا على أنه التغيير غير العادي و المفاجئ في وظائف الدماغ يحدث بحد ذاته التغيير في حالة الوعي لدى الإنسان، هذا التغيير ينجم عنه نشاطات كهربائية في الخلايا العصبية حيث يبدأ و يلتقي تلقائيا، كما يعرف على أنه إضطراب في وظائف الجهاز العصبي، أي هو عبارة عن سيالات كهربائية زائدة في الدماغ الذي يؤدي إلى سقوط المريض فجأة ثم يصاحبها تقلصات عضلية و تكون مدته من 2 إلى 5 دقائق. (الجاموس، 2004، ص102)

و هو مجموعة من الإضطرابات التشنجية التي تحدث بسبب إضطراب الجهاز العصبي المركزي. (أحمد عكاشة، 2000، ص24)

كما أن حدوث النوبة التشنجية مرتين أو أكثر بدون مؤثرات خارجية تؤدي لحدوثها و لكن لمشاكل في الدماغ نفسه. (عبد الله بن محمد الصبي، 2006، ص7)

و يعرف أيضا بأنه إضطراب عصبي و جسمي يصاب صاحبه بالتشنج و فقدان القدرة على الإحساس أو الشعور، و هو عبارة عن عدة أمراض تشترك كلها في حدوث نوبات يختل فيها نشاط المخ. (هبة محمد عبد الحميد، بدون سنة، ص120)

إذن فالصرع مرض يعبر عن نفسه في شكل نوبات، تنشأ النوبات عن طريق إضطراب مفاجئ و مؤقت للتوازن الكهربائي في الدماغ، تختلف النوبات من شخص لآخر، أحد ما يسقط و يبدأ بهز الذراعين و الساقين، آخر يشعر بتتميل غريب، يسمع أصواتا غريبة و يحرق لفترة قصيرة أمامه فقط.

في مجمل القول نعرف الصرع بأنه تأثر عصبي يظهر على شكل نوبات مفاجئة و متكررة، و النوبة عموما تعرف بالتعبير العادي كتفرغ لتجمع الشحنات الكهربائية في منطقة من الدماغ، نوع النوبة طبقا لمساحة التفريغ و الوظائف العقلية المتأثرة. (Gaelle B,2010,p32)

3- كيفية حدوث الصرع و التشنج :

يتكون المخ من ملايين الخلايا، كل منها لها وظيفتها الخاصة، و تتحكم في أجهزة الجسم و أعضائه من خلال الحزم العصبية التي تنقل إليها الأوامر و النواهي من خلال إشارات عصبية كهربية، تلك الإشارات تصدر على مدار الساعة سواء كان الإنسان مستيقظا أو نائما، هذه الحزم الكهربائية تكون فيها الإشارات الصادرة و الواردة متناغمة و سلسلة، لذلك تكون الحركة فيها سهلة و ناعمة، فهناك إشارات تصدر من الدماغ لتحريك العضلات و أجهزة الجسم للتحكم فيها، كما أن هناك إشارات من العضلات و الأجهزة متجهة للدماغ لتبليغه عن ما يجري بها لحظة بلحظة، كالرؤية و الصوت و اللمس والتذوق و الحرارة، كما وضع كل جزء من أجزاء الجسم، والدماغ مركز التحكم الرئيسي و المعقد، فهناك أيضا إشارات عصبية من منطقة لأخرى داخل الدماغ نفسه، تعطينا القدرة على التفكير، الفهم، الإدراك، كل تلك الإشارات العصبية لها قوانينها و تنظيماتها الخاصة. (عبد الله بن محمد الصبي،2006،ص10)

و لكن عندما تنتشط مجموعة من الخلايا العصبية للدماغ بشكل غير طبيعي، في نفس الوقت و في تزامن ، و هو ما يؤدي إلى إنطلاق مجموعة من الإشارات العصبية، هذا النشاط الزائد يمكن أن يحدث لأي من خلايا الدماغ في أي موقع، و حيث أن لكل مجموعة من الخلايا وظائف محددة، لذلك تكون الأعراض معتمدة على وظيفة تلك الخلايا، و قد تكون على شكل تشنجات عضلية للأطراف، و قد تكون مصحوبة بفقدان الوعي .

هذه الإشارات تصدر لوجود نشاط غير طبيعي في تلك المنطقة أو المناطق، فقد تكون مجموعة من الخلايا معطوبة لسبب ما، و قد يكون هناك عيوب في التوصيل بين الخلايا و الأطراف العصبية (عيوب في الكيماويات و التي تعمل كناقل للإشارات و موصل بين الخلايا العصبية).

و تعتبر القشرة الخارجية للدماغ هي المصدر الرئيسي للشحنات الكهربائية، و لقد قام العالم جون جاكسون عام 1870م بتحديد الطبقة الخارجية للدماغ، و أن أي عطب بها قد يؤدي إلى التشنج، و تتالت الاكتشافات حيث تم التعرف على مناطقها، و خاصة كل منطقة منها، و التأثيرات الناتجة عن عطب كل منطقة منها. (عبد الله بن محمد الصبي، 2006، ص15)

يحدث التشنج نتيجة وجود شحنات كهربائية غير عادية مقدارها أكثر من الحد الطبيعي، و هو ما يسمى حد التشنج، هذه الشحنات الكهربائية غالبا ما تصدر عن مجموعة من الخلايا في قشرة الدماغ، و يتوقف نوع النوبة التشنجية على الجزء من الدماغ الذي صدرت منه تلك الشحنات الكهربائية، لذلك يختلف نوع التشنج من حالة لأخرى، فقد تكون في منطقة محددة بنوعية معينة، و قد تشمل الجسم كله، و يمكن رصد و تحديد مكان و نوعية تلك الشحنات الكهربائية من خلال التخطيط الكهربائي للدماغ E.E.G و مقدار الإصابة يعتمد على السبب كما على حجم الخلايا العصبية المتأثرة و موقعها. (عبد الله بن محمد الصبي، نفس المرجع، ص15)

و في أغلب الحالات لا يوجد عيب ظاهر في الدماغ و لكن وجود عيوب خلقية في تركيب الدماغ قد تؤدي إلى التشنج.

لذلك فإن أهمية النسمة أو الإستشعار بقرب حدوث النوبة، فقد يشعر بعض الأشخاص بإحساس تحذيري قبل حدوث النوبة، و يحدث ذلك لبعض أنواع التشنج و ليس جميعها، و تختلف أعراض النسمة من شخص لآخر، فبعض الأشخاص يشعرون بالتوتر و القلق و آخرون يستشعرون صوت أو طعم غريب، تكمن أهميتها و إمكانية و صفها للطبيب لمساعدته في معرفة الجزء المعطوب من

الدماغ و الذي تبدأ منه الموجات الكهربائية الدماغية، و في بعض الحالات تكون أعراض النسمة هي الأعراض الوحيدة للتشنج أو الصرع.

4- تشخيص مرض الصرع :

4-1- التاريخ المرضي : إن أهم أداة في التشخيص هي التاريخ المرضي الدقيق للمريض، و يتم ذلك بمساعدة من الأسرة و الملاحظات التي تدونها عن حالة المريض و الوصف الدقيق للنوبة، فعلى ضوء تاريخ المرض و وصف النوبة يتم تشخيص الصرع. (محمد جمال أبو العزائم، بدون سنة، ص05)

4-2- التخطيط الكهربائي للمخ : إكتشف العالم هانز برجر عام 1929م إمكانية تسجيل النبضات الكهربائية للدماغ البشري، و الآن يمكننا معرفة تلك الشحنات الكهربائية و تسجيلها من خلال الرسم الكهربائي للدماغ Electroencephalogram، و الذي يعرف إختصاراً (E.E.G)، فالدماغ يقوم بإصدار شحنات كهربائية (إشارات) ضعيفة جداً (تقاس بجزء من الألف من الفولت) إلى جميع أجزاء الجسم، و من خلال وضع أقطاب كهربائية في مناطق محددة من الرأس يتم توصيلها مع جهاز التخطيط الذي يقوم برصد تلك الشحنات الكهربائية و من ثم تكبير حجمها لكي يمكن رسم تلك الذبذبات على ورقة معينة أو على جهاز الكمبيوتر، و يتم العمل به عن طريق وضع حوالي عشرين قطب كهربائي (قطعة معدنية من الفضة أو ما شابهها) في أماكن محددة من الرأس (لا يحتاج المريض إلى حلاقة الرأس)، و تثبت هذه الأقطاب في مكانها عن طريق مادة لاصقة و مثبتة، و من خلال أسلاك كهربية توصل إلى جهاز التخطيط، الإشارات الصادرة من الدماغ ضعيفة جداً ، لذلك فإن الجهاز يقوم بتكبيرها لكي يمكن لنا رسمها على شكل ذبذبات على الورق أو حفظها في جهاز الكمبيوتر، و من ثم يقوم الأخصائي بقراءتها و تحليل تلك الإشارات. (عبد الله بن محمد الصبي، 2006، ص17)

عادة يستغرق التخطيط الكهربائي للدماغ حوالي الساعة، حيث يستلقي المريض على السرير و يطلب منه الإسترخاء و الهدوء، (الأطفال صغار السن قد يحتاج الأمر إلى إعطائهم جرعة منومة من الدواء)، لأن الحركة تعطي تغيرات قد تؤثر على الذبذبات و مدى قراءتها، كما قد يطلب في التخطيط من المريض فتح العينين و إغلاقهما، كما زيادة سرعة التنفس لتسجيل التغيرات، و في بعض الأحيان يقوم الفني بإصدار إضاءة قوية و إغلاقها، و تسجل التغيرات لأن تلك الأشياء قد تكون من العوامل المساعدة لبداية نوبة التشنج.

في بعض المصابين بالصرع تكون قراءة التخطيط طبيعية، فالبعض تحدث لهم النوبات التشنجية أثناء النوم أو في فترة قصيرة بعد النوم، و بالتالي فإن المريض يحتاج إلى عمل التخطيط لمدة أطول، قد تصل إلى مدة يوم كامل أو أكثر حسب الحالة ، و الهدف هو تسجيل حدوث الحالة التشنجية و تسجيلها، و قراءة التخطيط و معرفة وجود حالة صرعية من عدمها، و عليه فقد قام العلماء بابتكار جهاز صغير يمكن حمله مع المريض (على الحزام) و يقوم بتسجيل الشحنات الكهربائية للدماغ طوال اليوم، في اليقظة و مع كل ما يقوم به الشخص من نشاطات يومية كما في حالة النوم، و من ثم يقوم جهاز الكمبيوتر بتحليل المعلومات الموجودة به و معرفة وجود أي معلومات غير طبيعية (عبد الله بن محمد الصبي، 2006، ص18)

التشخيص يتم عن طريق معرفة قصة الحالة و كيف حدثت، و التخطيط جزء يساعد على التشخيص و تحديد النوع في بعض الأحيان، فالتخطيط الكهربائي للدماغ يكشف لنا النشاط الكهربائي للدماغ لمعرفة وجود بؤر كهربائية في الدماغ و مكانها و نوعية تلك الإشارات فهناك 40% من المصابين بالصرع لديهم تخطيط طبيعي في أول مرة يجري لهم التخطيط، كما أن هناك نسبة بسيطة جدا من الأطفال الطبيعيين لديهم رسم كهربائي غير طبيعي خصوصا في وجود صرع لدى أحد أفراد العائلة. (محمود جمال أبو العزائم، بدون سنة، ص05)

5- أنواع الصرع (التصنيف):

الصرع هو الحالة المرضية الظاهرة نتيجة وجود شحنات كهربائية غير طبيعية في الجهاز العصبي، و تظهر لنا بأشكال و أعراض متنوعة، فمنها ما يظهر على شكل نشاط حركي متكرر أو ثابت، في منطقة معينة أو في جميع أجزاء الجسم، كما قد تظهر على شكل تغيرات في الأحاسيس أو زيادة عمل الجهاز العصبي اللاإرادي، و في البعض منها يفقد المريض الوعي و في الأخرى بدون فقد الوعي، هذا التنوع في الأعراض يحدث بسبب الإختلافات في مصادر الشحنة الكهربائية في الدماغ، هذا التنوع في الأسباب و الأعراض يجعلنا نعبر عنها بالأنواع تحت مظلة عامة هي الصرع.

هناك أكثر من 30 نوعا من النوبات الصرعية، معتمدة على درجة التكرار و نوع التشنج الحادث، و المسببات و غيرها، و تكمن أهمية معرفة نوع الصرع في أن نوع الصرع قد يكون دليلا على المسبب للحالة و من ثم التدخل العلاجي له، كما أن معرفة نوع الصرع يسهل على الطبيب إختيار الدواء المناسب له، و أيضا نوع الصرع قد يعطينا صورة عن إحتتمالات تغير الحالة و ما هي التأثيرات في المستقبل.

إذن فهناك عوامل متعددة يجب أن تتكامل حتى يتم تحديد نوع الصرع، فتشخيص الصرع يعتمد على ما ينقله المريض ووالديه للطبيب من معلومات عن كيفية حدوث النوبة، و في أكثر الأحيان يفقد المريض القدرة على تذكر جميع الأحداث التي حصلت وقت حدوث النوبة كما يعتمد التشخيص على ما ينقله والدي المريض أو أقاربه أو زملاؤه و أصدقائه من صورة عن النوبة و شكلها، و لكن تلك الصورة قد تكون غير مكتملة الجوانب، كما أن هناك إختبارات و تحاليل معينة يمكن أن تساعد في تشخيص الصرع أو تحديد نوعه في الغالب مثل التخطيط الكهربائي للمخ، من هنا فان التشخيص و نوع الصرع يعتمد على ربط الطبيب للمعلومات و التحاليل لبناء التشخيص الكامل.

5-1-1- التصنيف وفق الأسباب :

5-1-1-1- صرع بدون سبب واضح : و يسمى أحيانا بالصرع الذاتي أو الأولي و عادة لا يكون هناك سبب واضح يمكن عزو الصرع إليه، و تلعب الوراثة في هذا النوع دورا كبيرا حيث يكون لدى الفرد استعداد وراثي يتسبب في حدوث النوبات لديه، و يشمل هذا التقييم 75% تقريبا من حالات الصرع على وجه العموم. (أحمد عكاشة، 1980، ص200)

5-1-1-2- الصرع العرضي : و تكون حالات الصرع في هذا النوع نتيجة وجود سبب واضح، أو تكون عرضا لهذا السبب (ورم في المخ مثلا)، و هنا نسمي الصرع صرعا ثانويا، أي أنه يحدث كنتيجة ثانوية لسبب آخر و يشمل هذا النوع 25% تقريبا من الحالات. (وليم الخولي، 1976، ص88)

5-2-1- التصنيف وفق رسام المخ : و في هذا التصنيف يتم تقسيم الصرع حسب التغيرات التي يظهرها رسام المخ الكهربائي، و التي عادة ما تحدد موضع الإضطراب في المخ و يشمل هذا التصنيف ما يلي:

5-2-1-1- صرع موضعي بالقشرة المخية : و فيه يكون الإضطراب محددًا في مكان بعينه من قشرة المخ، تنتج عنه الأعراض المختلفة للنوبة التي تتوقف على طبيعة نشاط هذه المنطقة و الوظائف المسؤولة عنها.

5-2-2-2- صرع ما تحت القشرة المخية : و فيه تكون البؤرة النشطة المتسببة في حدوث الصرع تحت قشرة المخ في مكان عميق و ليس سطحيًا، و عادة ما تكون في نصفي المخ و يسمى صرعا مركزيا.

5-2-3- صرع منتشر في المخ : و فيه تنتشر البؤرة الصرعية في أكثر من مكان، أي يكون الإضطراب خليطا من إضطراب القشرة المخية و ما تحتها. (Nepp.v,1981,p69)

5-3- التصنيف الإكلينيكي : قامت المنظمة الدولية لمكافحة الصرع بتطوير نظام التصنيف و المعتمد حاليا في جميع الأوساط الطبية و هو المسمى I L A E classification حيث تقسم النوبات الصرعية إلى نوعين رئيسيين، ثم يقسم كل منهما إلى فئات فرعية :

5-3-1- النوبة التشنجية الكبرى : هذا النوع الرئيسي والشائع في حالات الصرع حيث يكون الإضطراب في نصفي الدماغ، و هي تتسبب بفقدان الوعي بصورة كاملة بعد السقوط على الأرض و التشنج الذي تهتز فيه كل أجزاء الجسم تقريبا حيث يسقط المريض على الأرض إذا كان جالسا أو واقفا، كما تحدث صرخة عالية نتيجة لمرور الهواء إلى الحنجرة ثم تبدأ حركات التشنج و هي إهتزازات عنيفة متتالية تكون واضحة في الأطراف أو الذراعين و الساقين، كما قد يقوم المريض بعض لسانه نتيجة لضغط الفكين عليه، كما يلاحظ تغيير في وجه المريض لإنباض العضلات و الزرقة التي يتلون بها مع خروج زبد في صورة رغوية من الفم ، و يمكن أيضا للمريض أن يتبول و بعد ذلك تهدأ الحركة تماما و يضل فاقد للوعي بلا حراك لمدة تتراوح من 02 إلى 05 دقائق، بعدها يخلد إلى النوم لساعات لأنه مرهق و يشكو من الصداع، و عندما يستيقظ قد يسأل ماذا حدث فهو لا يدري أي شيء عن الحالة إلا إذا وجد إصابة على جسده أو تغير مكانه أو البول أو الدم، و يوجد أثناء النوبة الكبرى ثلاثة مراحل يمكن تمييزها :

أ - المرحلة التشنجية : هذه المرحلة الأولى من النوبة تستغرق نصف دقيقة تقريبا، عن طريق تفريغ جماعي لخلايا الدماغ، تنتشج كل العضلات في الجسم حيث يتصلب كل الجسم من خلالها، يعمل تقلص عضلات الصدر على أن يتم كبس الهواء من الرئتين إلى الخارج، هذا يمكن أن يسبب نوع من الصرخة ، الصرخة إذن ليست تعبير عن فزع أو ألم، لأنه في تلك اللحظة يكون الشخص المعني معدوم الوعي و لا يشعر إذن بشيء.

أثناء تشنج القفص الصدري و لأنه يتم استهلاك طاقة كبيرة في نفس الوقت بسبب تقلص العضلات ، يكون التنفس مضطربا و يمكن أن يزرق لونهم، لأن البلع غير ممكن مؤقتا يتجمع اللعاب في البلعوم ، التقلص المفاجئ لعضلات الفك يمكن أن يعمل على أن يعلق اللسان بين الأسنان "عض

اللسان" ، هذا يسبب جرحا في اللسان أو الخد حيث يمكن بسببه أن يسيل الدم من الفم ، لكن يبدو هذا في أغلب الأحيان أشد مما هو، ضربات القلب تكون أحيانا غير منتظمة نوعا ما.

ب- المرحلة المروعة : تستغرق المرحلة الثانية على الأكثر نصف دقيقة إلى دقيقة و نصف، التفريغ في الدماغ يدعو إلى آلية مقاومة، حيث يرتخي الجسم من خلاله طيلة فترة قصيرة، متبوعا من جديد من قبل تقلص العضلات، هذا الإرتخاء و التقلص المتناوب يسبب هزات في الذراعين، الساقين و الوجه، في المرحلة المروعة (مرحلة الهزات) يعود التنفس من جديد بشكل منقطع، اللعاب المتراكم (أحيانا ممزوجا ببعض الدم) يتم نفخه للخارج كرجوة.

ج- مرحلة الإرتخاء : في المرحلة الثالثة التي تستغرق من دقيقة واحدة لعدة دقائق، تقل الهزات تدريجيا و تزداد فترات الرخاوة إلى أن يسترخي كل الجسم، غالبا ما يكون الجلد شاحب و التنفس عميقا، أحيانا يوجد ما يشير إلى تبول لا إرادي أو تقيؤ. (عبد الله بن محمد الصبي، 2006، ص25)

5-3-1-1- نوبات التغيب : هي نوبة خفيفة عابرة جدا ذات إضطراب وعي قصير في أغلب الأحيان، تصيب الأطفال من عمر 4-15 سنة و نسبته 3-4% من حالات الصرع، لا تحدث الحالة بسبب عيوب في الدماغ و قد تلعب الوراثة دورا مهما. (عبد الله بن محمد الصبي، نفس المرجع، ص26)

يبدأ و ينتهي فقدان الوعي فجأة، غالبا بدون أن يلاحظ الآخرون شيئا من ذلك، أثناء النوبة يحدث الشخص المعني بنظره للأمام و لا يرد على المحيط ، تتقلب العينان للحظة أو ترف، تظهر أحيانا رعشات صغيرة في اليدين، يمكن للرأس أن يتدلى للأمام أو بالذات ينحني للخلف، يبدو للبعيد عن الموضوع و كأن شخصا ما يحلم نهارا، بعد النوبة يستمر الناس بشكل عادي بما كانوا منشغلين به، عموما لا تستغرق الغيابات أكثر من عدة ثواني إلى دقيقة، لكن يمكن أن تحدث عدة مرات في اليوم، أحيانا حتى كثيرة التكرار، في اللحظة نفسها لا يلاحظ الناس الذين لديهم الغياب شيئا من ذلك، فجأة

للحظة إذا بدأ الغياب، ينتهي هذا مرة أخرى، أحيانا يدركون ذلك إذا عادوا ، مثلا "لأنهم أضعوا سلسلة أفكارهم، ليس هناك تغيرا في لون البشرة و لا فيض لعاب، يمكن للغياب أن يكون قصيرا لدرجة انه نادرا ما يتم ملاحظته لكنه يبدو من اضطرابات التركيز، و غالبا ما يولد هذا مشاكلا في الدراسة.

في 80% من الحالات تنتهي مع البلوغ و لكن 10% تستمر و 10% تتحول إلى نوبات الصرع الكبيرة.

(عبد الله بن محمد الصبي، 2006، ص28)

5-3-1-2-نوبات الصرع التوتيرية الإرتجاجية الشاملة : هذه الحالة تصيب كل الأعمار و من أكثرها إنتشارا، و يمثل حوالي 40% من حالات الصرع، غالبا لا يكون السبب معروفا (75% من الحالات)، و في 25% من الحالات قد يكون السبب عضويا نتيجة وجود عيوب خلقية في الدماغ أو نتيجة تأثيرات ثانوية كالتهابات الدماغ، إصابات الرأس، السموم، الأورام، الأمراض الإستقلابية، و غيرها و يتم تشخيصها عن طريق القصة المرضية التي يرويها المريض و الوالدين.

تتميز هذه النوبة بفقدان الوعي و القدرة على التحكم في الجسم و من ثم فقد التوازن و السقوط، مدتها من دقيقتين إلى 10 دقائق، قد تكون هناك علامات منبهة قبل حدوث النوبة (النسمة Aura). و هذه العلامات تساعد المريض على تجنب بعض المشاكل مثل الإبتعاد عن الشارع، الجلوس، و غيرها، النوبات الحركية تظهر على نصفي الجسم بشكل متماثل و متساوي و بنفس الدرجة.

يمكن أن تبدأ النوبة بصرخة أو صيحة نتيجة التشنجات التوتيرية -الإنقباض- لعضلات الصدر و الحلق و جدار البطن، ثم تبدأ مرحلة التشنجات التوتيرية، حيث يكون هناك تيبس عام في الأطراف، فاليد تكون مطبقة و مغلقة، و يحدث إنثناء أو تمدد عند مفصل الكوع و الرسغ، و تكون الساقين ممددتين متيبستين، تتقلب العينين مع ظهور بياض العين بشكل واضح، قد تؤثر هذه التشنجات على عضلات التنفس مما يؤدي إلى هبوط التنفس و من ثم ملاحظة إزرقاق الشفاه بعدها تأتي مرحلة التشنجات الإرتجاجية حيث يكون هناك ارتجاج (إرتجاج) للأطراف، و عادة ما يحدث ذلك في جانبي

الجسم بشكل متزامن و متماثل، و قد تتغير لاحقا لتكون غير متماثلة، مع زيادة النشاط في الجهاز العصبي اللاإرادي قد تؤدي إلى زيادة اللعاب، و قد يحدث خروج لا إرادي للبول (و نادرا البراز)، يتبعه أحيانا إستفراغ و دوخة و من ثم النوم لمدة متفاوتة تصل إلى ساعات، بالإضافة إلى صداع و آلام بعد الإفاقة من النوم و في حالات قليلة قد يحدث شلل مؤقت في الأطراف سرعان ما يزول و شفاء هذه الحالة تابع لسبب الإصابة الرئيسي بالمرض. (عبد الله بن محمد الصبي، 2006، ص27)

5-3-2- النوبة التشنجية الجزئية : هذه الحالة اقل شدة من النوبة الكبرى فهي لا تصيب إلا الأطفال في كثير من الأحيان، و هذه النوبة لا يتعدى زمنها من ثانية إلى ثلاث ثواني. (سمير بيتون، 2007، ص100)

فهي عبارة عن تشنج صغير دون أن يسقط المريض على الأرض أو يختل توازنه و لا تبدو عليه أي علامات سوى التوقف عن الحركة، كما قد تهتز يديه أو أطرافه بصورة ضعيفة جدا ثم يعود من جديد إلى الحركة العادية، فالمريض يستمر في الإدراك و ما يميز هذا النوع التكرار السريع فقد تحدث عدة مرات في اليوم، فهذه النوبة تصيب الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 04 إلى 08 سنوات و هي نادرا ما تصل إلى سن الرشد حيث تختفي و تتحول. (الجاموس، 2004، ص115)

في هذه النوبة يحدث الإضطراب في جزء أو قسم معين من الدماغ، تكون الأعراض مختلفة جدا و تعتمد على جزء الدماغ الذي يظهر فيه الإضطراب، في بعض النوبات يحافظ الشخص على وعيه و أحيانا لا، و من أنواعها :

5-3-2-1- النوبات الجزئية البسيطة : في أغلب الحالات السبب مجهول، و لكن يصيب في 25% من الحالات الأطفال نتيجة وجود مسببات مثل تلف جزء محدد من الدماغ، و من تلك المسببات إصابات الرأس نتيجة الحوادث، إلتهابات الدماغ، و الصعوبات التي تجري مع الولادة، وعند الكبار لوحظ أن الأورام من أهم الأسباب. (عبد الله بن محمد الصبي، نفس المرجع، ص29)

تشخيصها يعتمد على القصة المرضية من المريض أو عائلته.

عند هذه النوبات يبقى الوعي صافياً، إذ يدرك الناس جيداً بأن عندهم نوبة و يستطيعون ذكر ما يعايشونه أثناء نوبة ما، لا يمكنهم منع النوبة و المدة تكون مختلفة من ثواني إلى دقائق، هذه النوبات خفيفة لدرجة أن الآخرين غالباً ما يلاحظونها، لا يتأثر الوعي و لكن يوجد تشويش كما توجد علامات تحذيرية قبل حدوث النوبة و هي النسمة، كما أن إنتشار الموجة الكهربائية يكون في منطقة صغيرة من الدماغ، و بما أن لكل جزء من الدماغ وظائفه و خصائصه، لذلك فإن الأعراض تعتمد على المنطقة المصابة، و تظهر النوبات بالأشكال التالية :

أ- النوبات الحركية : تأخذ شكل إضطراب محدد في موضع معين من الجسم و ليس الجسم كله، و ذلك نتيجة إستثارة جزء معين من القشرة المخية الحركية الموجودة في الفص الجبهي، و من أمثله نوبات جاكسون الحركية. (سامي عبد القوي، 1994، ص4)

تظهر النوبة على شكل تشنجات و إنقباضات، و عادة ما تبدأ في أحد جانبي الوجه و اليد لأن هذه الأجزاء تغذيها منطقة كبيرة من قشرة الدماغ، و قد تظهر على شكل إنتقات الرأس و الرقبة و الجذع في الجزء عكس منطقة التلف في المخ، و قد تبدأ النوبة في جزء صغير من الجسم كالأصبع ثم تزيد لتؤثر على كامل اليد ثم الذراع ثم الكتف، و بعد ذلك نصف الوجه، و في مرحلة تالية الجسم كله، هذا الإنتقال من منطقة لأخرى يحدث بسرعة و بشكل متتالي و مميز و يسمى جاكسونيان. (عبد الله بن محمد الصبي، 2006، ص29)

ب- النوبات الحسية : و هي نوبات موضعية تثير الأجزاء المختصة بالإدراكات الحسية في قشرة المخ، و قد تظهر النوبة في شكل تميل أو الإحساس بالبرودة أو السخونة، أو يسمع المريض أو يرى، أو يشم أو يتذوق دون أن توجد مثيرات لهذه الإستجابات الحسية (هلاوس سمعية، حسية، بصرية، شميه

أو تذوقية)، و من أشهر هذا النوع من النوبات المعروفة بنوبات جاكسون الحسية. (سامي عبد القوي، 1994، ص04)

إذن فالأعراض تعتمد على المنطقة المصابة، و كما نعلم فإن أغلب مراكز الحواس الخمسة تتواجد في القشرة الدماغية في المنطقة الصدغية، فإذا أصيبت تلك المنطقة فقد نلاحظ وجود أحد الأعراض الحسية أو أكثر في نفس الوقت.

ج- نوبات الجهاز العصبي اللاإرادي : و فيه تكون الأعراض نتيجة إستثارة الجهاز العصبي اللاإرادي و تشمل أعراضه مظاهر إضطراب هذا الجهاز مثل حدوث ألم في المعدة، أو الشعور بالغثيان أو القيء، مع شحوب الجلد و خاصة الوجه و العرق الشديد و اتساع حدقة العين. (سامي عبد القوي، نفس المرجع، ص05)

5-3-2-2- النوبات الجزئية المركبة (المعقدة) : هناك دائما إضطراب للوعي، إضافة "معقدة" تعني بأن الوعي غاب كلياً أو جزئياً، الأعراض مختلفة جداً إعتقاداً على مكان التفريغ في الدماغ يمكن ظهور أنواع مختلفة من النوبات الجزئية المعقدة أشهرها هي النوبات الصدغية التي تأتي من فص النوم (الفص الصدغي) للدماغ.

أسبابها غير معروفة فقد تكون نتيجة إصابة في المنطقة الصدغية للدماغ مما يؤدي إلى حدوث تلف في قشرة المخ، مثال ذلك حدوث مشاكل حول الولادة مثل نقص التنفس وعسر الولادة، و وجود أورام، الجلطات الدموية و غيرها، و قد تظهر أعراض الحالة بعد سنوات و تحدث للأطفال و البالغين. (عبد الله بن محمد الصبي، 2006، ص32)

هذه النوبات غالباً ما يسبقها نسمة (شعور بمثل تيار هوائي بارد أو غيره)، تستغرق النسمة عدة ثواني و تتكون غالباً من شعور متصاعد من داخل منطقة المعدة، شعور مبهم غريب يجوب للأعلى بمحاذاة المريء، أحياناً يكون للمرء طعم سيء في الفم أو يشم شيئاً غريباً، يمكن للمرء أيضاً أن يحصل

على شعور بعدم الواقعية أحيانا تبقى عند هذا الحد ، أحيانا تستمر النوبة و يهبط الوعي أكثر، بسبب هبوط الوعي لا يعرف الناس ما الذي يحدث ، لا يستجيبون لأي شيء و لا حتى لوخزات الألم، عندما يلمس شخص ما أثناء هذه النوبة أجساما حارة لا يشعر بها، لذلك يمكن للمرء أن يجرح نفسه بشدة، غالبا ما لا يأتي رد فعل أو تأتي كلمة غير صحيحة ردا على المخاطبة و لا يتم التعرف على الناس في المحيط. (سامي عبد القوي،1994،ص05)

تظهر الأعراض على عدة أشكال هي :

أ- النوبات الحركية النفسية : كحدوث تصرفات لا هدف لها كالمشي العشوائي و إلتفات الرأس أو شد الملابس، حركات غريبة كالمضغ، مص الشفاه، البلع، حركات متكررة للأصابع، تكون متكررة و على نمط واحد و بدون هدف.

ب- النوبات الحسية النفسية : أحاسيس غريبة (الرؤية، الشم،...)، حالة من الحلم، إنداعات بصرية كأن يرى الأشياء أكبر أو أصغر من حجمها، إنداعات سمعية كأن يكون هناك أصوات معينة أو صوت موسيقى كفيلم سينمائي.

ج- نوبات الجهاز العصبي اللاإرادي : صعوبة التنفس مع إزراق الشفاه و إتساع حدقة العينين.

(عبد الله بن محمد الصبي،2006،ص32)

6- الصرع و التشنج و الهستيريا :

1-6- الفرق بين الصرع و التشنج :

التشنج عرض من أعراض الصرع، أما الصرع فهو إستعداد المخ لإنتاج شحنات مفاجئة من الطاقة الكهربائية التي تخل بعمل الوظائف الأخرى للمخ، إن حدوث نوبة تشنج واحدة في شخص ما لا تعني بالضرورة أن هذا الشخص يعاني من الصرع، لأن ارتفاع درجة الحرارة أو حدوث إصابة شديدة للرأس أو نقص الأكسجين أو عوامل عديدة أخرى من الممكن أن تؤدي إلى حدوث نوبة تشنج واحدة.

أما الصرع فهو مرض أو إصابة دائمة و هو يؤثر على الأجهزة و الأماكن الحساسة بالمخ التي تنظم عمل مرور الطاقة الكهربائية في مناطق المخ المختلفة و ينتج عن ذلك إختلال في النشاط الكهربائي و حدوث نوبات متكررة من التشنج. (سمير بيتون، 2007، ص104).

6-2- الفرق بين الصرع و الهستيريا :

هناك فرق كبير بإعتبار أن الصرع مرض عضوي عصبي أما الهستيريا فهي مرض نفسي تحولي، كما أن هناك فروقا أخرى نوجزها فيما يلي :

نوبة الهستيريا	نوبة الصرع
- تحدث كقاعدة مرتبطة بعوامل نفسية.	- يحدث غالبا دون إرتباط بعوامل من أصل نفسي.
- لا توجد أعراض تحذيرية.	- ذات أعراض تحذيرية .
- التشنجات من نوع غريب غير منظم و يتغير من طور لآخر، مدة النوبة تتفاوت من مجرد عشر دقائق إلى بضعة ساعات.	- سير النوبة فيما بعد ينطوي على تشنجات متوترة خفيفة تتبعها تشنجات إرتعاشية و مجموع إستمرار طوري النوبة التشنجية هذه من دقيقة و نصف إلى دقيقتين.
- كلها غير موجودة.	- تفشل حدقتا العين في الإستجابة للضوء أثناء النوبة، يوجد تبرز و تبول و عض لسان لا إرادية.
- يمكن إجهاض النوبة بالعلاج النفسي	- لا يمكن التدخل لإجهاض النوبة.
- فقد ذاكرة جزئي فقط ، إن وجد.	- فقد ذاكرة كامل لفترة النوبة.
- لا واحد من هذه الأعراض يحدث بعد نوبة الهستيريا	- بعد النوبة مباشرة نزيف في بياض و ملتحمة العين و السطح الداخلي للساعدين، بروتين في البول.

(Pontnov and pedotove,1969,p177)

جدول رقم (1):الفرق بين الصرع و الهستيريا.

7- أسباب الصرع :

1-7- الأسباب العضوية :

- يمكن أن ينشأ الصرع قبل أو أثناء الولادة، إصابة أو مرض أثناء الحمل، إنحراف دماغي خلوي أو نقص الأكسجين أثناء الولادة، يمكن أن يكون الصرع لاحقة عاقبة لها، ضرر دماغي بأدنى حد مربوط بنزعة أكيدة تكون أحيانا كافية لتنمية الصرع لاحقا.

- مرض خطير مثل إلتهاب السحايا أو ضرر الدماغ إثر حادث سيارة أو سقوط على الأرض أو ضربة قوية على الرأس.

- ورم دماغي يمكن أن يكون أحيانا السبب في المرض.

- غالبا ما يكون نسيج أنداب، ناشئ بسبب مرض دماغي (سابق) _مثل عدوى، نقص أكسجين

أو بعد عملية_ مسؤولا عن نوبات الصرع، غالبا ما يتم العثور في حافة الندبة على خلايا دماغية شاذة الأداء.

- من الممكن أيضا بأنه فقط نزعة (وراثية) عالية تكون السبب، فرصة التعرض للنوبات تكون منخفضة.

- تصلب الشرايين في المخ أو جلطة تصيب الشرايين فتؤدي إلى تلف في مناطق دماغية.

2-7- الأسباب الوظيفية :

- تعاطي الكحول بنسبة عالية و لمدة طويل.

- نقص أو زيادة في مستوى السكر أو الأملاح في الدم و بالتالي نقصها في المخ.

- نقص أو زيادة الأكسجين في المخ سببها فقر الدم أو أمراض التنفس.

- توقف في عمل المخ.

- حساسية مفرطة للضوء مثلا خلال مشاهدة التلفزيون أو ألعاب الفيديو.

- إرتفاع حاد و متكرر في درجة الحرارة فوق 41 درجة عند الإنفعال أو الحمى. (زيغور محمد،

2006، ص127-132)

8- المعاش النفسي لمرضى الصرع :

مرض الصرع لديه العديد من الآثار غير الطبية على الأشخاص المصابين به ، عائلاتهم و المجتمع ككل، و لضمان السيطرة الكاملة على هذا المرض لابد من توفر أخصائيين في علم الأعصاب و طب الأطفال مع رصيد معرفي متجدد لتشخيص و وصف العلاج، و ممارسين لمتابعة يومية للعلاج الدوائي وكذلك أخصائي في الصرع لتوفير الدعم النفسي، المعلومات و الإرشادات لمساعدة المريض على تحسين نوعية الحياة لديه، عن طريق العمل الجماعي كفريق، فعلى الرغم من أن الصرع هو معاناة طبية إلا أن المريض لابد أن يواجه النتائج النفسية و الإجتماعية و هذا ما سنتحدث عنه من خلال عدة نقاط :

جسم الإنسان هو جزء مكمل لهويته، فقد تم إيجاد أن الدماغ لا يقوم بوظيفته مثل الأدمغة الأخرى بسبب تغير في البدن أو في إدراك البدن و منه إدراك الذات، فسؤال المراهق "من أنا" يعود، و يمكن أن يكون صادما للراشد، مع انخفاض في تقدير الذات بسبب إعتبار الذات كذات غير كفؤ مقارنة بالآخرين، و تصنيف المريض في فئة "الصرعيين" و النتائج المترتبة عن ذلك باعتبارها وصمة عار كما يظن. (Wright BA,1983,p56)

تشخيص المرض يسبب عدة صعوبات نفسية كالحزن لإدراكه العجز على المضي ضمن مراحل الصدمة، الحصر، الإنكار، الحداد، الإكتئاب، و كذلك الغضب الداخلي التوجيه، الإعتراف و أخيرا التقبل. (Bouchanan,2002,P102)

حالات عاطفية أخرى يمكن أن تعود تتضمن إرتفاع الضغط بسبب تقلب النوبات الصرعية و الشعور بفقدان أو قلة التحكم و كذلك العجز، الذنب قد ينتج إضطرابات وجدانية، كما أن الضغط

و التوتر المرتبطان بالذنب يمكن أن يرتفعا ليصبحا إكتئابا، انخفاض في الطاقة و اليقظة نتيجة أنماط النوم المتعرجة. (Mendez M,1996,p125)

الصرع هو إعاقة غير ظاهرة لأن الأعراض لا تظهر إلا خلال النوبة، فبالرغم من عدم وجود سبب واضح للمرض فهذا يؤدي إلى خوف من المجهول، و لذلك فالأسهل أن ينكر، يتسبب ذلك في التزام فقير للعلاج و رفض لتغيير نمط الحياة.

و لكون الصرع غير ظاهر يجعله أصعب للذين يريدون و يتمنون التفاعل مع الآخرين، و عدم ظهوره يجعل من الصعب العثور على أشخاص لديهم الصرع لدعمهم، كما أن عدم ظهوره يؤدي إلى إتهام المرضى به بتوهم المرض أو إدعائه أو إعتماده سلوكيات خاطئة و سيئة. (Falvo D,2005,p14)

كما أن نسبة كبيرة من مرضى الصرع لديهم صعوبات في التعلم و مشاكل في الذاكرة، غالبا بسبب إصابات في الدماغ، و أيضا قصور في الإنتباه خلال النوبة خصوصا خلال الغياب أو نوبة الغياب، و أيضا الأدوية المضادة للصرع تؤدي إلى الخمول و إختلال القدرة على الإنتباه يمكن أن يؤثر هذا على الانجاز و التحصيل الأكاديمي. (Devinsky,2001,p95)

البطالة أيضا مرتفعة بين المرضى بالصرع، بنسبة أكثر من 50% في الدول المتقدمة، و هذا نتيجة للأحكام المسبقة من وصمة المصابين بالصرع و قلة المعلومات عنهم، و الإعتقاد بأن المصابين بالصرع لابد أن يتجنبوا الآلات و أنهم لا يستطيعون القيادة و لا يمكنهم القيام بإنجازات أكاديمية، هذا كله يؤدي إلى تقدير ذات منخفض لدى المصابين بالصرع و الإحساس بالإستصغار و كذلك نوعية الحياة لديهم تتأثر و تتجه نحو السلب مما يجعلهم بمعزل عن العالم. (Bishop M,2000,p20)

للصرع أيضا آثار على المرأة بصفة خاصة، و يسبب لها عدة مشاكل، فتواتر النوبات و حدوثها يمكن أن تثير تغيرات هرمونية حيضية. (Gumnit RJ,1997,p81)

كما أن المرأة تشعر بالتوتر حيال أبنائها، و خوفها من أن النوبات ستستتار إذا قامت بأعمالها و منه فان قدرتها على الإهتمام بأبنائها تقل.

الخوف من إمكانية وراثه الصرع لأولادها، أو إمكانية حدوث عيوب أثناء الولادة نتيجة النوبات، كما أن الأدوية المضادة للصرع لها اثر أيضا على الجنين و هو ما يجعل الأم تتردد في أخذه، و أخيرا قدرة الأم على لعب دور جيد في تربية أبنائها و لعل هذا هو الهاجس الذي يؤرق المرأة بكثرة. (Gumnit RJ,1997,p71)

في الجانب الإجتماعي يلاحظ أن هناك إنعزال اجتماعي و خوف إجتماعي من التكيف نتيجة الإحساس بوصمة العار أو بسبب التبعية المفرطة نتيجة الحماية الأبوية الزائدة، كما أن المصاب بالصرع غالبا يشعر بالخوف بسبب الإحراج الذي تسببه النوبة، مسببا ترددا في الإقدام على التفاعل الإجتماعي، مرفوقا بتقدير ذات منخفض و تحصيل أكاديمي متدني، و هذا يقلص شبكة الدعم و يقلل من الأصدقاء، و إمكانية الزواج تتخفض مع إرتفاع إمكانية القيام بسلوكيات ضد إجتماعية. (Bouchaman,2002,p19)

أما في جانب العلاقات الجنسية فهذا أمر يتطلب تقدير ذات مرتفع لأن فيه مواجهة مع الجنس الآخر، لكن تقدير الذات المنخفض لدى المصابين بالصرع قد يسبب فشلا في إقامة أو إنشاء علاقات جيدة مع الزوجات. (Gumnit RJ, ibid,p54)

كما أن تلفا في الدماغ و الأدوية المضادة للصرع تسبب فقدان اللذة الجنسية، فجروح الرأس و إصاباته تؤدي إلى إنخفاض الليبيدو، و خلل في الإنتصاب، فهذه المشاكل الجنسية يمكن أن تؤدي إلى الإكتئاب أو الضيق القاتل أو كره الذات. (Cole SS,1999,p241)

النتائج المترتبة عن الصرع في الأسرة المصاب فيها الأطفال بهذا المرض تظهر في شكل ضغوط عند الوالدين مما يؤدي إلى نسب مرتفعة من الطلاق، كما أن تركيز الأولياء على الطفل المصاب

بالصرع يؤدي إلى قصور في العلاقات بين الأولاد و مشاكل نفسية لديهم، كما أن هذا التركيز يمكن أن يؤثر على التآزر العائلي و العلاقة بين العائلة و المجتمع، كما أن هؤلاء الأطفال المصابين بالصرع يمكن أن يكبروا ليصبحوا أباءا فقراء بأنفسهم. (Falvo,2005,p201)

أخيرا نوعية الحياة و نقصد بها "مدى إيجابية تجربة الحياة المعرفية و العاطفية و الإجتماعية و الروحية بالنسبة للشخص"، فنوعية الحياة بالنسبة للمصابين بالصرع يمكن أن تنخفض عن طريق ارتفاع نسبة السقم أو المرض الجسمي، الإصابات أو الحوادث المرتبطة بالنوبات، التأثيرات الجانبية لمضادات الصرع، الإنسحاب الإجتماعي يكون أكبر، إرتفاع الإنعزال الإجتماعي، علاقات جنسية منخفضة، و نسب زواج متدنية، كما أن نوعية الحياة تنخفض بسبب الإضطرابات النفسية المرتفعة كالقلق و الإكتئاب، إنخفاض تقدير الذات، إرتفاع الشعور بالعجز، و العدوانية الدفاعية، و كذلك إنخفاض الإنجاز الأكاديمي و إرتفاع نسب البطالة. (Jacoby A,2000,p10)

9- علاج الصرع و التوصيات :

1-9- العلاج :

1-9-1-العلاج الدوائي : في السنوات الأخيرة تم تصنيع الكثير من الأدوية التي تساهم في العلاج و في تخفيف النوبات بصورة كبيرة وصولا إلى الشفاء الكامل أحيانا، و قد تمتد فترة العلاج من سنتين إلى خمس سنوات، و لا يتوقف العلاج إلا إذا مضى سنتان على المريض دون حدوث أي نوبة صرعية، و هذه قائمة بالأدوية المستعملة :

Tableau - Médicaments antiépileptiques.

Antiépileptiques courants	Voie	Spectre d'activité				Interactions	Effets indésirables
		CGTC	Absences	Myoclonies	CP		
Valproate de sodium (Dépakine®)	PO, IV	x	x	x	x	Inhibiteur lamotrigine	Tératogène, hépatite, pancréatite, ovarite, tremblement, thrombopénie, prise de poids, hyperammoniémie
Lamotrigine (Lamictal®)	PO	x	x	x	x	Valproate	Lyell (+++)
Leviteracetam (Keppra®)	PO, IV	x	x	x	x		Légère sédation, rares troubles du comportement
Benzodiazépines (Rivotril®, Urbanyl®, Valium®)	PO, IV, IM, IR	x	x	x	x		Sédation, altération cognitive
Ethosuximide (Zarontin®)	PO	0	x	0	0		Tératogène, aplasie médullaire, éruptions cutanées graves
Carbamazépine (Tégréto®)	PO, IV	x	Aggravant	Aggravant	x	Inducteur macrolides, diltiazem, vérapamil	Hyponatrémie, vestibule et cervelet, BAV, hépatite, lupus, tératogène
Oxcarbazépine (Trileptal®)	PO	0	Aggravant	Aggravant	x	Idem Tégréto®	Idem Tégréto®
Topiramate (Epitomax®)	PO	0	0	0	x	Estroprogestatif Litium	Troubles psychiatriques, asthénie, anorexie, lithiases urinaires, myopie, glaucome
Phénytoïne (Dihydan®)	PO, IV, IM	x	Aggravant	Aggravant	x	Inducteur	Tératogène, vestibule et cervelet, dyskinésies, acné, hirsutisme, hypertrophie gingivale, lupus éruptions cutanées graves
Phénobarbital (Gardénal®, Alepsal®, Kaneuron®)	PO, IV, IM	x	0	x	x	Inducteur	Tératogène, éruptions cutanées graves, sédation, troubles cognitifs, algodystrophies, ostéomalacie

CGTC, crise généralisée tonico-clonique ; CP, crise partielle.

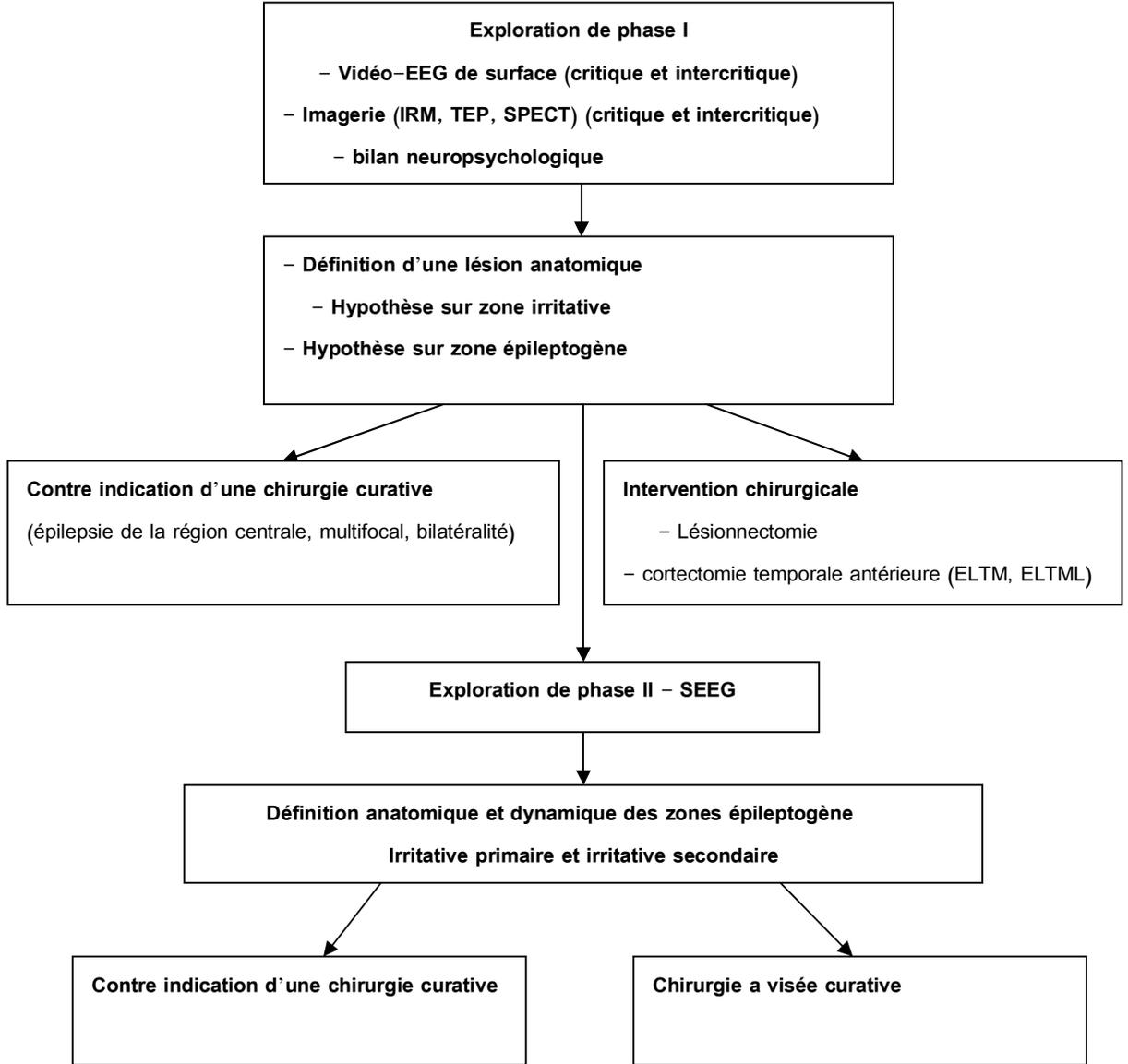
شكل رقم (2) يوضح الأدوية المستعملة لعلاج الصرع

9-1-2- العلاج بالجراحة :

9-1-2-1- التقييم قبل الجراحة: يسمح هذا التقييم بتحديد المنطقة المسببة للنوبات الصرعية (ZE)

التي يجب إستئصالها و ذلك لمنع حدوث النوبات ما يسمح بمعرفة الآثار الجسمية أو العضوية لمثل

هذا الإستئصال، و هذا شرح لكيفية القيام بذلك :



شكل رقم (3) : مخطط التقييم قبل الجراحة

المرحلة 1 : تشمل على عدة مقاربات: عيادية، نفسية عصبية، كهربائية فيزيولوجية، جسمية، هضمية

و وظيفية، تسمح بفهم شامل للمرض و تحديد المنطقة المسببة للنوبات الصرعية (ZE) .

1- المقاربة العيادية : تسمح بمعرفة التاريخ المرضي للمريض خاصة ما يتعلق بمرض الصرع

و أعراضية نوباته.

2- المقاربة النفسية العصبية : تبحث في القصور النوعي الذي يسمح أو الذي يمكن أن يوجهنا إلى تحديد مكان المنطقة المسببة للصرع (ZE).

3- المقاربة الكهربائية الفيزيولوجية : عن طريق جهاز التخطيط الكهربائي للدماغ (EEG)، و التخطيط الكهربائي التصويري للدماغ (SEEG)، تسمح هذه المقاربة بتسجيل و ملاحظة النوبات الصرعية و هذا ما يسمح بوضع فرضية حول المصدر التشريحي للنوبات.

4- المقاربة الجسمية : و يستعمل فيها جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي (IRM) من أجل معرفة الأضرار أو العوامل أو الإصابات المرتبطة بمرض الصرع كتصلب الشرايين.

5- المقاربة الهضمية : تسمح بقياس السرعة الدموية عن طريق حقن عنصر مشع و تتبع سرعته.

6- المقاربة الوظيفية : يقام بها من أجل تقييم لغة المريض و لكنها ليست ضرورية.

المرحلة II : يتم فيها وضع إلكترودين يسمحان بتسجيل مرحلة يكون فيها الحركة الكهربائية للمخ غير عادية، و هذان الإلكترودين هما اللذان يثيران كهرباء المخ لكي تختل و هذا بهدف تحديد موقع المنطقة المسببة للصرع (ZE).

9-2-2-1-2-1-9- إستئصال المنطقة المسببة للصرع (ZE): الإستئصال يعتمد على الإزالة الجراحية لهذه المنطقة من أجل إزالة النوبات و عدم حدوثها، و هذه الجراحة تعتبر العلاج الوحيد للأنواع التي لديها مقاومة للأدوية، كما أن القيام بالمراحل السابقة يضمن عدم إصابة المريض بعد الجراحة بأي قصور عصبي أو معرفي نتيجة الاستئصال، كما أن التقارير أوضحت أن من 70% إلى 80% من المرضى الذين عولجوا بالجراحة قد تم شفاؤهم، و 20% إلى 30% الباقية هناك العديد منهم من تم إنخفاض تواتر النوبات لديهم، كما أن المشكلات الجراحية نادرة (5%). (Behrens,1997,p106)

9-2- التوصيات :

9-2-1- من الناحية النفسية : عدم التعامل مع المصاب بالصرع كأنه مرض خطير على محيطه، و إنما يجب الإهتمام به لإبعاده الخطر عنه، و مازالت هذه المشكلة بحاجة إلى وضع برامج خاصة لمساعدة المريض على إيجاد الأعمال المناسبة و تعديل اتجاهات أصحاب الأعمال بحيث يقبلون توظيفهم لأنه لا يوجد أي مظهر من مظاهر الشذوذ في السلوك أو التصرف عند مرضى الصرع، مع أن كلمة صرع بالنسبة لرجل الشارع تعني الإضطراب العام الذي يصاحبه شذوذ في الشخصية و عنف في السلوك.

9-2-2- من الناحية الإجتماعية : الإهتمام بالمريض و حمايته من الإصابة بالأذى له و لغيره، مثلا يمنع المريض من السياقة و هو تحت العلاج، كما يمنع من العمل في المصانع و المعامل التي تشكل خطرا عليه و يمنع من العمل في الأماكن العالية كالمباني و الجسور.

9-2-3- السلوكيات المرغوبة و غير المرغوبة أثناء النوبة :

أ- ما يجب فعله :

- توفير مكان شاغر أو إخلاء المكان حول المريض.
- حماية الرأس (أو وضع ملابس تحت الرأس).
- فك الملابس و إزالة النظارات إن وجدت.
- إذا أمكن وضع المريض على كتفه.
- إبعاد الأدوات الحادة أو قطع الأثاث.
- وضع شيء صلب ملفوف بقطعة قماش بين الأسنان لكي لا يعض لسانه.
- إنتظار عودة المريض إلى الوعي و حساب زمن النوبة لأنه مهم لتشخيص نوع الصرع.

- ب- ما لا يجب فعله :
- عدم تحريك أو نقل المريض أثناء النوبة إلى مكان آخر.
 - عدم محاولة التحكم في حركات المريض.
 - عدم إعطاء أي مشروب.

خلاصة الفصل :

تعتبر فئة المرضى المصابين بالصرع من الفئات التي تحتاج إلى تكفل علاجي متنوع، من أجل متابعتها و توجيهها و توعيتها بمرضها، و توجيه الجهود إلى كيفية الإرتقاء بما هو متاح لها من قدرات و إمكانيات.

كما أن دور الأسرة لا يقل أهمية عن دور المؤسسات الإستشفائية و المراكز الطبية من حيث عدم الإهمال، و المتابعة المستمرة للأخصائيين النفسيين، و هذا ما يعتبر كفيلا بأن يزيد من نجاح العملية الإستشفائية خصوصا و أن فترة العلاج قد تكون طويلة نتيجة لعدم معرفة الأسباب الحقيقية للمرض، و قصور التشخيص المتوفر في تحديده، و لكن رغم هذا فهناك من يمكنه تقديم المساعدة النفسية و الطبية فلا بد من توفيرها للمريض و محاولة جعله يتكيف مع مرضه و محيطه.

الجانف

التطابق

الفصل الخامس

منهجية

المقدمة

الميثاقية

الفصل الخامس

منهجية الدراسة الميدانية

تمهيد

- ❖ المنهج المتبع في الدراسة
- ❖ الدراسة الإستطلاعية
- ❖ مجموعة البحث
- ❖ أدوات البحث
- ❖ الإطار المكاني و الزماني
- ❖ التعريف بمكان البحث
- ❖ طريقة إجراء البحث
- ❖ طريقة التحليل

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد تناولنا الإطار العام لإشكالية البحث وفرضياته والتطرق إلى جميع الجوانب النظرية التي لها علاقة بموضوع بحثنا، سنقوم في هذا الفصل بعرض الخطوات المنهجية لإنجاز هذا البحث والتي تتمثل في المنهج المتبع، مع عرض خصائص مجموعة بحثنا، إضافة إلى أدوات البحث المتمثلة في مقياس سيبليرجر للقلق، إلى جانب إجراء مقابلة البحث العيادية نصف الموجهة مع أفراد مجموعة البحث كلاً على حدى.

1- الدراسة الاستطلاعية:

بعد إختيارنا لموضوع البحث و المتمثل في القلق لدى الراشدين المصابين بالصرع، فقمنا بالتأكد من وجود مجموعة البحث المطلوبة التي تخدم هذا الموضوع ألا و هي الراشدين المصابين بالصرع، لكن ما لاحظناه في الميدان هو صعوبة الوصول إلى هؤلاء الأفراد خاصة و أن المرض غير ظاهر، كما أنه لا توجد مراكز لمثل هؤلاء المرضى، مع هذا فقد تمكنا من إيجاد أربعة أفراد، و قمنا بتحديد محاور المقابلة و أجرينا تعديل لبعض أسئلة دليل المقابلة، ثم قمنا بضبط كل معايير مجموعة البحث على أساس أنهم راشدين و يعانون من الصرع.

2- المنهج المتبع في الدراسة:

إن إختيار المنهج المستخدم للدراسة يعتبر أمراً تحدده مشكلة البحث التي نريد دراستها، ويقصد بمنهج البحث الخطوات التي يتبعها الباحث في دراسة ظاهرة ما وتفسيرها و وصفها و التحكم فيها و التنبؤ بها، كما يتضمن المنهج ما يستخدمه الباحث من أدوات مختلفة للوصول إلى ذلك الهدف. (فؤاد البهي السيد، 1975 ، ص123)

وقد إعتمدنا في بحثنا على المنهج العيادي كونه يناسب دراسة بعض جوانب الحياة النفسية بصفة عامة، ومشكلة القلق لدى الراشدين المصابين بالصرع خاصة، كما يعتبر هذا المنهج أحسن خطوة لإجراء دراسة شاملة لحالة فردية معينة.

و يعرفه **حلمي المليجي** " أنه المنهج المستعمل لدراسة الفرد كوحدة متكاملة متميزة عن غيرها، و قد يدخل ملاحظة أساليب سلوكية معينة و إستخلاص سمات شخصية خاصة، و الهدف منه هو فهم شخصية فرد معين بالذات، و تقديم المساعدة له ". (حلمي المليجي، 2001، ص30)

و يرى **لاقاش** أن " المنهج الإكلينيكي هو تناول السيرة الذاتية في منظوره الخاص، وكذلك التعرف على مواقف الفرد إتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك إعطاء معنى للحالة، للتعرف على بنيتها و تكوينها، كما يكشف على الصراعات التي تحركها و محاولة الفرد حلها. (Reaclin.M,1992,p13) و يعرف الباحث **بيرون (R.Perron)** المنهج العيادي " بأنه المنهج الذي يهدف إلى معرفة السير النفسي والبناء الجديد للوقائع النفسية ". (R.Perron,1989,p69) كما عرفه **أندري راي (Andre Rey)** " على أنه تقنية منظمة لخدمة المشكل الذي يطرحه الفرد، فالمنهج العيادي يتعلق بفهم وشرح الحالة النفسية و السير النفسي للفرد". (Rey A,1979,p90) هذا يعني أن المنهج العيادي هو منهج لمعرفة العمل النفسي، كما يهتم بدراسة حالات ومواقف الفرد المختلفة، وهذا ما يتطلبه موضوع بحثنا، لذا إعتدنا على هذا المنهج قصد الحصول على أكبر قدر من المعلومات حول الحالات إضافة إلى أن إختبار فرضية بحثنا يفرض علينا تبني هذا المنهج الذي يتلاءم معه.

3- مجموعة البحث:

يعرف **كلود جافو (Cl.Javeau)** مجموعة البحث بأنها " فئة من مجتمع محدد بحيث تحتوي على مميزات مختلفة نعلم تكرارها في المجتمع و توجد فيها مجموعة البحث بنفس التكرار". (Cl.Javeau,1987, p43)

ويعرف الباحث **أنجيس (M.Angers)** مجموعة البحث على أنها مجموعة يتم اختيارها حسب طبيعة البحث العلمي في العلوم الإنسانية، حيث إذا لم نستطع دراسة المجتمع الكلي للأفراد، نقوم باختبار جزء منه فقط مع التأكيد بأن الجزء المختار يمثل المجموعة و هذا الجزء من الأفراد هو مجموعة البحث. (Angers M,1998, p11)

و في بحثنا تتكون مجموعة البحث من أربع حالات مصابة بالصرع، تم إختيارها حسب معايير خاصة تتناسب مع إشكالية و فرضية البحث.

3-1- معايير إنتقاء مجموعة البحث :

- أن يكون المبحوث مصابا بمرض الصرع.
- أن يكون المبحوث راشدا.

3-2- خصائص مجموعة البحث :

المتغيرات الحالات	الاسم	السن	الجنس	المستوى الدراسي	المستوى الاقتصادي	المهنة	الحالة المدنية
الحالة رقم 1	(ن.م)	41 سنة	أنثى	3 ثانوي	متوسط	عاطلة	عازية
الحالة رقم 2	(ع.ر)	43 سنة	ذكر	7 أساسي	متوسط	عاطل	متزوج
الحالة رقم 3	(ق.م)	57 سنة	ذكر	دون مستوى	متوسط	عاطل	أعزب
الحالة رقم 4	(ز.م)	59 سنة	ذكر	التاسعة أساسي	متوسط	متقاعد	مطلق

جدول رقم (2): خصائص مجموعة البحث

4- أدوات الدراسة :

للقيام بدراسة علمية يجب توفر عدة أدوات و وسائل، بواسطتها يمكن جمع البيانات من جهة وعلاجها، وهي وثيقة الإرتباط بمنهج الدراسة، و طبيعة الموضوع هي التي تفرض على الباحث نوع المنهج و الوسائل و الأدوات الواجب توفرها لإستعمالها لجمع البيانات و الحقائق من الميدان، وقد إعتدنا في هذا البحث على التقنيات التالية :

- مقابلة البحث العيادية نصف الموجهة

- مقياس سبيلبرجر للقلق

4-1 مقابلة البحث العيادية نصف الموجهة:

يرى لانديز (Landis) أن المقابلة العيادية " أداة أساسية في البحوث النفسية و الإجتماعية و بدونها لا يتمكن الباحث من الوصول إلى بيانات ذات طبيعة دينامية ". (عطوف محمد ياسين، بدون سنة،ص400)

و يعرف ألين روس (Aline Rosse) المقابلة العيادية على أنها " علاقة دينامية و تبادل لفظي بين شخصين أو أكثر، الشخص الأول هو الأخصائي في التوجيه و الإرشاد أو التشخيص، ثم الشخص أو الأشخاص الذين يتوقعون مساعدة، محورهما الأمانة و بناء العلاقة الناجحة". (محمد أنور محروس،2004،ص64)

فالمقابلة العيادية هي التقنية الرئيسية التي يستند عليها الأخصائي النفسي سواء لهدف علاجي أو تقني، وهي أداة مهمة لجمع البيانات حيث أنها تمكن الباحث من دراسة و فهم شخصية المفحوص و على الباحث تحديد أهداف المقابلة و المكان المناسب، و يخصص لها الوقت المناسب أي مواعيد تلائم المفحوص. (زينب محمد شقير،2001،ص72)

كما تعمل المقابلة العيادية كذلك على توطيد العلاقة بين الفاحص و المفحوص قصد خلق جو من الثقة و الارتياح، وعلى الفاحص أن يقوم بصياغة مجموعة من الأسئلة و يطبقها على عينة البحث قصد الحصول على إجابات لفرضيات الدراسة. (M.Reaclin,1992,p105)

و تنقسم المقابلة العيادية إلى ثلاثة أنواع هي : المقابلة الموجهة ، المقابلة غير موجهة و المقابلة نصف الموجهة التي إعتدنا عليها في هذا البحث.

تعرف **شيلند (CHiland)** المقابلة العيادية نصف الموجهة بأنها "ليست مقابلة عيادية حرة، و لا مقيدة بل تقع بين الإثنين، حيث يكون فيها دور الفاحص هو الإستماع إلى المفحوص و التدخل لغرض توجيهه فيما يخدم المقابلة، و هذا النوع من المقابلة يسمح للمفحوص بالتعبير بكل إرتياح وطلاقة و تشجعه على الكلام. (CHiland,1983,p119-120)

كما يعرفها **محمد خليفة** على أنها تلك التي تعتمد على دليل المقابلة و التي ترسم خطتها مسبقا بشئ من التفصيل و توضح له تعليمة محدودة، يتبعها جميع من يقوم بالمقابلة لنفس الغرض و فيها تحدد الأسئلة و صياغتها و ترتيب توجيهها و طريقة إلقائها بحيث يكون في ذلك بعض المرونة. (محمد خليفة بركات، بدون سنة، ص126)

و قد احتوت المقابلة على دليل يحتوي على 5 محاور متكاملة فيما بينها، و الهدف منها معرفة ما إذا كان الراشد المصاب بالصرع يعاني من القلق و هذه المحاور تمثلت في:

المحور الاول:

و هو محور البيانات الشخصية، و يضم المعلومات التالية: الإسم، السن، الجنس، المستوى الدراسي، الحالة المدنية، المهنة، و المستوى الاقتصادي.

المحور الثاني:

بما أن دراستنا تكون حول القلق عند الراشد المصاب بالصرع، فإن هذا المحور خصصناه لمعرفة هل يعاني المريض بالصرع من أمراض أخرى، و ما إذا كان أفراد العائلة يعانون من المرض و من أمراض أخرى، و يشمل هذا المحور 4 أسئلة.

المحور الثالث:

الحالة النفسية للمصاب بالصرع بعد سماع الإصابة أي كيف كان رد فعله و ما هي مختلف الانفعالات التي راودته آنذاك، و معرفة العلاقة مع الأسرة و يتضمن هذا المحور 4 أسئلة.

المحور الرابع:

من خلال هذا المحور أردنا معرفة المعاش النفسي لمريض الصرع، و ما يشعر به معظم الوقت و ما إذا كان يعاني من العصبية و الهياج، و يتضمن هذا المحور 5 أسئلة.

المحور الخامس:

نظرة الراشد المصاب بالصرع إلى المستقبل بعد أن أصابه المرض، و أصبح معرضاً للنوبات في كل مكان.

هذه الأسئلة قمنا بإختيارها بهدف معرفة المكانة التي يحتلها المرض في حياة المصاب به، بالإضافة إلى الإطلاع على الناحية النفسية للمصاب، هذه الأسئلة قريبة من الأسئلة التي يقدمها مقياس سبيلبرجر للقلق و هذا بغرض تدعيم نتائج هذا البحث.

2-4 مقياس سبيلبرجر للقلق:

- تعريفه : مقياس "سبيلبرجر" هو عبارة عن مجموعة من البنود، تعمل على قياس حالة القلق و سمة القلق، و هذه القائمة أعدها كل من Spielberg, Gorsuush, Hushene سبيلبرجر، جورستن، هوشن عام 1970، و قد إستخدم هذا الإختبار في الكثير من الأبحاث و الدراسات عند

الأسوياء، وعند المرضى النفسيين و قد تميزت هذه القائمة من غيرها بقياس سمة و حالة القلق معا. (سبيلبرجر جورستن، 1985، ص04)

- هدفه : يهدف الرائر إلى جمع بعض الصفات الإنفعالية العقلية والصفات الحسية الحركية للفرد، و يسمح بتحديد وضعيته بالنسبة لأفراد الجماعة التي ينتمي إليها، كما يهدف إلى معرفة حالة وسمة القلق لدى الفرد، و يساعد على التقدير السريع و الصادق لدرجة القلق. (سبيلبرجر جورستن، نفس المرجع، ص22)

- سبب إختيار مقياس سبيلبرجر للقلق : لقد وقع إختيارنا على المقياس لأنه يقيس حالتين من القلق في نفس الوقت [حالة القلق وسمة القلق] ، كما أنه يتضمن العديد من الأسئلة التي من الممكن أن تطرح في المقابلة نصف الموجهة، وهذا ما يساعدنا على معرفة مدى صدق و أمانة الباحثين خلال إدلائهم بالمعلومات.

- الخصائص السيكومترية للمقياس :

الدراسة التي قام بها ميخائيل 2003 م موضوعها دراسة لمقياس القلق بوصفه حالة وسمة على عينة من طلبة الجامعات السورية، منشورة في مجلة جامعة دمشق العدد 2 عام 2003م.

وهدفت الدراسة إلى إعداد صورة عربية لمقياس حالة القلق و سمة القلق تستمد من الصورة الأجنبية المعدلة و الأحدث له الصورة Y ، و دراسة خصائصها القياسية، و تألفت عينة الدراسة من عدة مجموعات وهي عينة مؤلفة من 32 طالبا و طالبة من طلبة دبلوم التأهيل التربوي في كلية التربية بجامعة ، و 38 طالبا و طالبة من طلبة دبلوم التأهيل التربوي في جامعة دمشق الحائزين على الإجازة في اللغة الانجليزية ، و 36 طالبا و 48 طالبة من طلبة الإجازة في التربية بجامعة دمشق لدراسة الثبات بطريقة الإعادة ، وبينت نتائج الدراسة أن هناك 38 بندا من أصل 40 بندا تنتسبع بعامل عام واحد يمكن تسميته بعامل القلق مما يشير إلى أن المقياس بصورته العربية أحادي البعد

كما هو الحال في الصورة الأجنبية، في الوقت نفسه أتاح التحليل العملي إستخلاص ثمانية عوامل تفسر 42,36% من التباين الكلية. (ميخائيل 2003 م)

تفيدنا هذه الدراسة في كون المقياس الذي إختارناه لبحثنا تمت محاولة تكيفه على البيئة العربية و بعد معالجته إحصائيا وجدوا أن المقياس المكيف له نفس خصائص المقياس الأصلي و هذا يسمح لنا بتطبيق المقياس الأصلي دون أن تكون هناك فروق قد تؤثر على النتائج ، و بالتالي فيإمكاننا إستخدام المقياس الأصلي في بحثنا.

- صدق و ثبات المقياس :

تم إستخدام قائمة القلق على نطاق واسع في البحوث و الممارسات العيادية منذ تقديمها في 1966 في جميع أنحاء العالم و لها ثبات و صدق مرتفعان بعد ان طبقت في كل من مصر، السعودية، الكويت، قطر، لبنان و و م أ.

- وصف المقياس : إن هذا القائمة من أكثر القوائم تقديرا للقلق و أوسعها استخداما في البحث العلمي و الممارسة العيادية لأنها تتصف بجميع الخصائص السيكومترية للمقياس الجيد، و تتكون من صورتين وكل صورة تحتوي على 20 عبارة.

- الصورة الأولى : تقيس حالة القلق التي يعيشها المبحوث في الوضعية الآنية، بحيث بها 20 عبارة مصاغة صياغة إيجابية، تحدد درجة القلق و تتسلسل من 01 إلى 04 بخصوص الموجبة و السالبة تتسلسل من 04 إلى 01.

و إذا كانت العبارة موجبة فهي تعبر عن انخفاض القلق و تتبع هذه الإجابات الترتيب الآتي [مطلقا ، أحيانا ، غالبا ، دائما].

- الصورة الثانية : تقيس سمة القلق و هي ثابتة نسبيا، فنجد أنها مصاغة في ثمانية عبارات إيجابية، و أثنى عشر الباقية سلبية.

و يقابل كل منها أربع إجابات تحدد درجة القلق، و التسلسل حسب تسلسل الصورة الأولى ،
وتتبع هذا الترتيب [مطلقا ، أحيانا ، غالبا ، دائما]. (مقدم عبد الحفيظ، 1993، ص78)

- طريقة التصحيح:

كما وضحنا سابقا عن تنقيط العبارات الموجبة و العبارات السالبة، فالموجبة من 04 إلى 01 أما
السالبة فتتقط من 01 إلى 04، و الجدولان التاليان يوضحان ذلك :

العبارات	أرقامها	مجموعها	تنقيطها و ترتيبها			
			مطلقا	قليلًا	أحيانا	كثيرا
السالبة	6 ، 4 ، 3 12 ، 9 ، 7 14 ، 13 17	09	1	2	3	4
الموجبة	5 ، 2 ، 1 10 ، 8 15 ، 11 18 ، 16 20 ، 19	11	4	3	2	1

جدول رقم (3) يوضح كيفية تصحيح القلق حالة

تنقيطها و ترتيبها				مجموعها	أرقامها	العبارات
كثيرا	أحيانا	قليلًا	مطلقا			
4	3	2	1	12	4 ، 3 ، 2 9 ، 8 ، 5 14 ، 12 17 ، 15 20 ، 18	السالبة
1	2	3	4	08	7 ، 6 ، 1 11 ، 10 16 ، 13 19	الموجبة

جدول رقم (4) يوضح كيفية تصحيح القلق سمة

مستوى القلق	الدرجة	الفئة
خالية من القلق	20 - 0	1
قلق طبيعي	40 - 20	2
قلق فوق المتوسط	60 - 40	3
قلق شديد	80 - 60	4

جدول رقم (5) يوضح كيفية تصنيف درجة القلق

5- **الاطار المكاني و الزماني** : تم إجراء البحث على مستوى مؤسسة دار الأشخاص المسنين، فمن بين النزلاء يوجد بعض المرضى بالصرع و هم راشدون فالمؤسسة تأوي غير المسنين أيضا، و هم يتواجدون بالمؤسسة نهار، استغرق زمن إجراء البحث حوالي 3 أسابيع من 25 مارس إلى 12 أبريل.

6- **التعريف بمكان البحث**: لقد كان ميدان بحثنا في مركز الأشخاص المسنين بولاية البويرة، ويقع هذا المركز بغابة الريش بحي 140 مسكن، و لقد فتح هذا المركز أبوابه بموجب مرسوم الإسناد رقم 4-200 بتاريخ 19 جويلية 2004 حيث تم الإفتتاح الرسمي لهذا المركز في جانفي 2006، و تقدر مساحته ب 436.5 م² ، قدرة الاستيعاب تقدر ب 120 سرير.

7- طريقة إجراء البحث :

إنطلق البحث من خلال الدراسة الإستطلاعية فاخترنا مجموعة البحث، و قمنا بتصميم دليل مقابلة يتناول خمسة محاور أساسية كل محور تناول جانب من حياة الحالات يكشف على ظهور أعراض القلق، و بعد تعديله تم تطبيق المقابلة العيادية نصف الموجهة أولا مع كل واحدة من أفراد مجموعة البحث إعتامادا على دليل المقابلة ثم تحفيز الحالات إلى تطبيق مقياس حالة القلق، و بعد ذلك تحصلنا على المعطيات الكافية للإنتقال إلى التحليل و التقيط.

8- طريقة التحليل :

8-1- **التحليل الكيفي** : من خلال الحصول على المعطيات من طرف مجموعة البحث في إطار المقابلة العيادية نصف الموجهة نعتمد على هذه المعطيات في بناء الترجمة العيادية و التحليل عن طريق استخراج مؤشرات تشير إلى وجود أعراض القلق يأتي كاستجابة لمثير خارجي (مرض الصرع)، و التحليل الكيفي يكون قائم على الكشف على هذه المؤشرات و الأدلة و ترجمتها بالإعتاماد على قواعد علم النفس المعرفي، و تم ذلك على أساس محاور كل محور فيه مجموعة من الأسئلة.

8-2- التحليل الكمي : هنا إعتدنا على مقياس سبيلبرجر لحالة القلق الذي يضم 20 عبارة، فالعبارات الموجبة تتقط من 4 إلى 1، أما العبارات السالبة فتتقط من 1 إلى 4 ، ثم حساب درجة كل واحدة، بعدها يتم جمع النقاط المتحصل عليها فإذا كانت الدرجة بين (20-40) فهو قلق طبيعي، أما إذا كان بين (40-60) فهو قلق فوق المتوسط، و أخيرا إذا كان بين (60-80) فهو قلق شديد.

خلاصة الفصل :

في هذا الفصل تعرضنا لتقنيات البحث التي أستخدمت في إطار المنهج العيادي والذي يعتبر بمثابة دراسة كل حالة على حدى وعلى أفراد، وقد شمل هذا التطبيق مجموعة بحث متكونة من أربعة (04) حالات تتراوح أعمارهم بين 40-60 سنة، أما ميدان البحث فقد تم على مستوى دار المسنين بالبويرة، ولهذا الغرض استخدمنا مقياس سبيلبرجر للقلق، وهو من التقنيات المهمة لدراسة القلق لدى الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة و خطيرة، في حين إعتدنا على المقابلة العيادية نصف الموجهة لجمع بيانات الشخصية لمعرفة مدى تأثير حياة الراشد بالمرض و كيفية إستجابته للمرض.

الفصل السادس

حرف و تحليل

و مناقشة

النتائج

الفصل السادس

عرض و تحليل و مناقشة النتائج

❖ عرض و تحليل الحالات

✓ الحالة الأولى

✓ الحالة الثانية

✓ الحالة الثالثة

✓ الحالة الرابعة

❖ مناقشة عامة للحالات

❖ الإستنتاج العام

1- عرض و تحليل الحالات :

1-1- الحالة الأولى :

1-1-1- تقديم الحالة :

السيدة (ن ، م)، امرأة تبلغ من العمر 41 سنة، من مدينة البويرة، عازبة، عاطلة عن العمل و لها مستوى السنة الثالثة ثانوي، المستوى الإقتصادي متوسط، لديها 5 إخوة و أخت واحدة.

1-1-2- عرض و تحليل نتائج المقابلة العيادية :

تم إجراء المقابلة العيادية في دار المسنين بالبويرة على الساعة 9h30، بدأنا بتقديم أنفسنا كطالبة علم النفس العيادي، و في صدد إعداد مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر، و طلبنا الإذن منها لإجراء مقابلة عيادية معها، و وافقت على إجراء المقابلة معنا دون تردد.

و في هذه المقابلة أبدت الحالة معاملة حسنة معنا، حيث كانت تتحدث بكل طلاقة دون أي إنزعاج و بكلام واضح و مفهوم، و كانت مرتبة الهيئة، متوسطة القامة، و كانت هادئة عند بداية المقابلة و تجيب على كل الأسئلة المطروحة.

و عند الشروع في الحديث عن حالتها المرضية و السوابق المرضية لاحظنا تحمس الحالة للحديث عن حالتها المرضية و هو ما يعكس رغبتها الكبيرة للتفريغ عما بداخلها، و في حديثها عن الحوادث التي تعرضت لها في السابق و على حد تعبيرها فهي لم تتعرض لحوادث كبيرة يمكن أن تسبب لها تشوهات أو عاهات أو حتى التسبب في أمراض أخرى ، و لعل ذلك راجع إلى الرعاية الأسرية التي كانت تتلقاها و تعبر عن ذلك "مرة طاكسي قريب قاستني ، و قست راسي مرة و طحت **mais c'est pas grave**"، فبذكرها لهذه الحوادث فقط يتبين لنا أنها لم تعاني من حوادث كبيرة بل فقط بعض الحوادث الصغيرة التي لم تخلف أذى لدى الحالة، و هذه الحوادث التي أشارت إليها تم التعرض إليها في فترات متواترة و بعيدة بعض الشيء، أي في الماضي

البعيد، و عند سؤالنا عن الأمراض المصاحبة لهذا المرض صرحت "عندي الضيقة و الحساسية" فالأول هو مرض تنفسي و الثاني جلدي المظاهر و الأعراض، و هما عاملان مهمان يضافان إلى مرض الصرع، و يظهران من خلال صعوبة التنفس و العطس، و لا شك أن هذان المرضان يؤثران على الحالة النفسية للحالة مع أن الصرع هو الأخطر و الأكبر في التأثير لكونه الأخطر، فمعاناة الحالة من الربو خاصة يضيف ضغطا نفسيا كبيرا، إضافة إلى الأدوية التي تتناولها لعلاج هذان المرضان، و فيما يخص الأدوية صرحت الحالة "راني نمشي بالدوا و البومبا mais منحبش نديرها" فهو رفض للأدوية نتيجة لكثرتها فبالإضافة إلى دواء الربو و الحساسية هناك دواء آخر خاص بالصرع و تعدد الأدوية سبب لها ضائقة منها، فحسبما تقول فنهارها يمر كله في شرب الدواء و تقول "تهار كامل و أنا نشرب في الدوا" ، فهنا يظهر بوضوح رفضها للأدوية و إحباطها أو مللها، وهي تخفي وراء ذلك رفضا للمرض بسبب ما تعانیه منه و ما يسببه لها من توتر، أما فيما يتعلق بأفراد الأسرة فهم غير مصابين بمرض الصرع و تعبر عن ذلك "لا لا ما عندهومش"، فأفراد العائلة ليس لديهم هذا المرض و ربما يدل ذلك على كون المرض غير وراثي لدى الحالة، أي أن أسبابه بيئية أو كيميائية عصبية، بل أن أفراد الأسرة ليس لديهم أمراضا أخرى و يتبين هذا من خلال إجابة الحالة التي تقول فيها "لا لا معدناش برك الريح" و هذا إجابة على السؤال الذي يخص ما إذا كان أفراد الأسرة يعانون من أمراض أخرى.

فيما يخص الحياة الشخصية و العائلية، فالحالة كانت تعيش مع عائلتها حياة جيدة و هذا قبل المرض فمع أنها توقفت عن الدراسة إلا أنها وجدت لنفسها ما تشتغل به و تعبر عن حياتها بقولها "كنت فرحانة..لاباس بيا..دايما زاهية"، فلم يكن لها آنذاك شيء لتقلق عليه و ما من داعي للتوتر، و قد عبرت الحالة على تخوفها و قلقها الشديد إثر تلقيها خبر الإصابة بهذا المرض إذ كما أشارت كانت تبكي بشدة في الأيام الأولى، و قد إنحصر تخوفها على جانبيين، الأول: خوف إستجابي

نتيجة لنوع المرض (الصرع) الذي لديها حوله بعض الأفكار الخاطئة و الثاني: فقد إنحصر على عدم وجود علاج شافي له و تقول "الصرع هذا واعر و مايراش"، فوقع المرض كان قويا عليها لدرجة رغبتها في توقيف الفحوصات "درت الراديو و محبيتش نكمل" و هذا نتيجة لخوفها، فهي لم ترد معرفة نوع مرضها في بادئ الأمر و تشير "محبيتش نكمل بسك خفت..عنبالي cancer"، لكن رغم ذلك أتمت الفحوصات بضغط من العائلة، و في حديثها لنا عن هذه الأخيرة أجابت الحالة بنوع من التحفظ و الحزن و إجابة عن سؤالها حول إحساسها بين عائلتها تقول "عادي نورمال"، فلامح وجهها و الطريقة التي صرحت بها تعبر عن معاناة تعيشها بين أسرتها عندما كانت تقيم معهم، و بدا ذلك واضحا من خلال الدموع التي كانت تملأ عينيها، و ما يزيد الأمر وضوحا هي الإجابة التي أتت بها عند سؤالها حول معاملة الأسرة لها بعد إصابتها بالمرض فهي تقول "كي مرضت قالولي نتي مريضة مانسحقوكش" و كانت إجابتها مختصرة جدا، و ما يلاحظ في هذا، أي عدم رغبتها في التحدث عن عائلتها هو عدم تلقيها للدعم و المساندة الذين كانت تنتظرهما من العائلة، و أيضا عدم تلقيها للتشجيع و التحفيز للكفاح ضد المرض و إعطائها أمل في الشفاء و متابعة الحياة، و كان كل هذا خيبة أمل كبيرة بالنسبة للحالة لأنها لم تتلقى الدعم و المساندة الإجتماعية، بالعكس فقد تم إرسالها إلى المؤسسة التي تنزل بها حاليا و هذا ما زاد من معاناتها و قلقها.

أما فيما يخص المعاش النفسي فالحالة متقلبة المزاج و هي أكثر الوقت منزعجة و قلقة و لذلك وضعت لنفسها بعض النشاطات للتخلص من هذا القلق و تقول "تحب ندير هدف لروحي و نقرا باش ما نتقلقش"، فهي تملأ الوقت بالدراسة لكونها تملك مستوى لا بأس به لكي لا تقع فريسة للقلق و الفراغ، لأنها و حسب قولها تعاني من نوبات الغضب الفجائية و بدون سبب واضح "تزحف مرات بلا سبة" و هو ما يعكس توترها و عدم تحملها للمرض و للحالة المعيشية بصفة عامة ، كونها

تمتلك عدة أسباب يمكن أن تثير لديها القلق، و في الحديث عن الحالة النفسية بعد المرض تقول "حالة صعبة جدا..نتقلق بزاف surtout كي تجيني la crise..و مرات مانرقدش و ما ناكلش"، و هذا ما يشير إلى حالة نفسية جد مضطربة، و عن معاش سيكوسوماتي يظهر في فقدان الشهية و الأرق، و هذا ما يعكس حالة القلق التي تعيشها الحالة، و هذا بالطبع بسبب الأفكار السلبية حول المرض و القلق الذي تثيره هذه الأفكار.

أما فيما يخص نظرتها إلى المستقبل فلقد تحدثت الحالة أولا عن عدم تحقيقها الكثير في حياتها الماضية فهي لم تكمل دراستها رغم أنها كانت تحلم أن تواصل الدراسة حيث صرحت "كم حلمت أن أكمل دراستي لأنني عندي قدرات mais بقى حلم برك.. و كل شي بالمكتوب"، و في هذا نلاحظ أن السيدة تشعر بنوع من الندم و الإحباط في عدم مواصلة دراستها، كما تحدثت الحالة أيضا عن تخوفها من المستقبل و لكن رغم ذلك فهي لاتزال متمسكة بكثير من الأمل و التفاؤل و أن المستقبل سيكون أحسن حيث قالت "عندي أمل كبير تتسقم البلاد و مستقبل مليح و راني متفائلة بزاف"، و هذه إرادة في مواصلة الحياة رغم المرض، و تقول حول هدفها "دبلوم السياقة..وماذابيا الدار".

1-1-3- عرض و تحليل نتائج مقياس سبيلبرجر للحالة رقم (1):

طبقتنا مقياس حالة القلق للحالة (ن ، م) في المقابلة الثانية و قد دامت المدة 15 دقيقة، و دلت

نتائج المقياس على وجود قلق شديد ب 62 درجة كما هو موضح في الجدول التالي :

التنقيط	الإجابة	العبارات
4	مطلقا	1- أشعر بالهدوء
4	مطلقا	2- أشعر بالأمان
4	كثيرا	3- أشعر بالتوتر
4	كثيرا	4- أشعر بالأسف
3	قليلا	5- أشعر بالإطمئنان
3	أحيانا	6- أشعر بالإضطراب
4	كثيرا	7- أشعر بالإنزعاج لإحتمال وقوع كارثة
3	قليلا	8- أشعر بالراحة
3	أحيانا	9- أشعر بالقلق
1	كثيرا	10- أشعر بالسرور
1	كثيرا	11- أشعر بالثقة في النفس
4	كثيرا	12- أشعر بالنرفزة
4	كثيرا	13- أشعر بالثوران
4	كثيرا	14- أشعر بتوتر زائد
4	مطلقا	15- أشعر بالإسترخاء
4	مطلقا	16- أشعر بالرضا
1	مطلقا	17- أشعر بالضيق
4	كثيرا	18- أشعر بأني مستثار جدا (لدرجة الغليان)
1	كثيرا	19- أشعر بالسعادة العميقة
2	أحيانا	20- أشعر بأنني أدخل السرور على الآخرين
	62	المجموع
	قلق شديد	مستوى القلق

جدول رقم (6) : مقياس حالة القلق للحالة رقم (1)

من خلال الجدول يظهر لنا أن الحالة لديها قلق شديد حيث تحصلت على درجة (4) و ذلك في العبارات السلبية (3) (4) (7) (12) (13) (14) (18) أين كانت الإجابة ب كثيرا، و هذا دليل على تراكم العديد من المشاعر السلبية و قوة تأثيرها على الحالة و هذا ما يوضح ما جاءت به في

المقابلة، حيث أن البنود (3) (4) (14) يعبرون عن القلق و التوتر و كذلك تصريح الحالة حول شعورها معظم الوقت و غضبها بدون سبب واضح، أما في العبارات (6) (9) فأجابت ب أحيانا أي بدرجة (3) و هذا دليل على قلقها و إضطرابها و تظهر انعكاسات ذلك في المظاهر السيكوسوماتية من خلال فقدان الشهية و الأرق، و هي عوارض القلق عادة.

أما في العبارات الإيجابية (10) (11) فقد إعتبرت نفسها مسرورة و تملك ثقة في نفسها بتحصلها على درجة (1) ب كثيرا وكذلك العبارة (19)، و تظهر الثقة في نفسها من خلال مواصلتها الدراسة والإنتغال بها، فهي تعلم أن ملاً وقتها بالدراسة سيجنبها التعرض لنوبات الغضب و الشعور بالقلق، لكنها تحصلت على الدرجة (2) في العبارة (20) مما يوضح عدم إعتبار نفسها مصدرا رئيسيا لإدخال السرور على الآخرين، و هذا دليل على تدني تقديرها لذاتها، و في العبارتين (5) (8) تحصلت على درجة (3) حيث أجابت ب قليلا بمعنى أنها لا تشعر بالراحة و الإطمئنان بشكل عادي و إنما في حاجة إلى الراحة، أما في العبارات (1) (2) (15) (16) فأجابت ب مطلقا أي (4) درجات فهي لا تحس بالهدوء بل في هيجان دائم أو معظم الوقت، و لا تشعر بالإسترخاء و هو ما يعكس تصنعها للهدوء عند بداية المقابلة فهي أرادت إعطاء صورة جيدة عنها و بذلك أخفت توترها و إلتزمت بالهدوء و هذا ما قد يشير إلى حاجتها للأمان.

1-1-4- التحليل العام للحالة رقم (1) :

من خلال نتائج المقابلة و مقياس حالة القلق لسبيلبرجر تبين لنا أن الحالة (م ، ن) تعاني من قلق شديد ، و ما يثبت ذلك قولها "تزعف مرات بلا سبة" فهذا إشارة إلى العصبية و القلق و الهياج الذي تعاني منه الحالة بعد الإصابة بالمرض، و تجدر الإشارة إلى أن الحالة تعاني أيضا من الربو و الحساسية و لعل هذان العاملان يؤثران بدرجة معينة على الحالة النفسية للحالة ، و بذلك فإن القلق الشديد قد يكون نتيجة لتعدد الأسباب و العوامل و ليس فقط بسبب مرض الصرع لذلك وجب

التنبية إلى هذا الجانب و ذكر هذه العوامل، كما أن إقامة الحالة في دار المسنين تعتبر بحد ذاتها سببا في تأثر الفرد و قلقه.

كما أن مقياس سبيلبرجر لحالة القلق المطبق على الحالة يبين و يوضح القلق الشديد الذي تعاني منه و يظهر ذلك من خلال العبارات (12) (13) (14) من شعور بالتوتر و النرفزة و الثوران، و كذلك عدم شعورها بالهدوء و الإسترخاء و الرضا، فهذه هي حالتها بعد الإصابة بالمرض و لذلك تحصلت على درجة 62 من حالة القلق.

1-2-1- الحالة الثانية :

1-2-1-1- تقديم الحالة :

السيد (ع ، ر)، رجل يبلغ من العمر 43 سنة، من مدينة البويرة، متزوج، بطال و له مستوى السنة السابعة أساسي، المستوى الإقتصادي متوسط، و لديه إبنان و بنت واحدة.

1-2-2-1- عرض و تحليل نتائج المقابلة العيادية :

تم إجراء المقابلة العيادية في دار المسنين بالبويرة على الساعة 11h00، بدأنا بتقديم أنفسنا كطلبة علم النفس العيادي، و في صدد إعداد مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر، و طلبنا الإذن منه لإجراء مقابلة عيادية معه، فوافق على ذلك بكل تفهم، فقمنا بشرح كيفية سير الأمور أي كيفية إجراء المقابلة و ذلك بطرح الأسئلة و حرية الإجابة.

و أول شيء يلاحظ على الحالة أنه ذو بنية ضعيفة بعض الشيء، و يتكلم بصوت منخفض و تبدو عليه ملامح الخجل، و لكن رغم ذلك كان يجيب على أسئلتنا بكل دقة و وضوح.

شرعنا في الحديث عن الجانب الصحي للحالة و عن الحوادث التي تعرض لها في السابق فنتبين أنه عانى أو أصيب بعدة حوادث تتفاوت في الشدة و الخطورة و يعبر عن كثرة الحوادث بقوله "أنعم إيه أصراولي بزاف حوادث"، فمن الناحية الصحية الجسدية، الحالة يوضح التعرض للحوادث

و يعبر عنها بالكثرة، و لعل أهم ما يتذكره هي الإصابة التي تعرض إليها إثر سقوط حجر على رأسه، فمع أنه لا يتذكر زمن الحادث بدقة إلا أن شدته و خطورته بقيت في ذاكرته و يقول عن الحادث "مرة طاحت فوق راسي حجرة كي كنت طالع للبلاد نتاعنا..هاذي بكري شوية مانشفاش **exacte** وقتاش"، فحادث كهذا و في منطقة حساسة كالرأس يعتبر سابقة صحية خطيرة تعرض لها الحالة، و عند سؤالنا إياه حول الأمراض المصاحبة لمرض الصرع تبين أن الحالة يعاني من ريو خفيف و هو يداوم على تناول الأدوية الخاصة به، و قد ظهر مفعول الأدوية و ذلك مقارنة بمرض الصرع على حد تعبير الحالة حيث يقول "عندي شوية الضيقة.. **mais** الحمد لله كاين الدوا و ينقص بزاف المرض..ماشي كيما **l'épilepsie**"، فالصرع حسبه لم تنخفض حدة نوباته و تواترها بل هو يعاني منها بشكل شبه يومي حتى و إن كانت بعض النوبات خفيفة و لا تؤدي إلى السقوط و التشنج، أما عن أفراد العائلة فلا يوجد منهم من لديه مرض الصرع و هو الوحيد الذي يعاني منه، و يمكن أن ترجع أسبابه إلى إختلالات عصبية في المخ و يعبر عن ذلك بقوله "لا لا واحد ماعندو هذا المرض غير أنا برك"، فإنفراده بالإصابة بالمرض يلقي على المرض خاصية فريدة كون هذا يبين أنه غير وراثي و لعل أسبابه بيئية أو كيميائية، لكن هناك من أفراد الأسرة من يعاني من أمراض أخرى و لعل أهم ما ذكره معاناة الأب من مرض السكر و يقول "كاين لي عندو السكر كيما بابا"، فالمعنى الضمني لكلامه أن هناك أمراضا أخرى في الأسرة لم يصرح بها، أما المعنى الظاهر فهو واضح و هو أن أبوه يعاني من مرض السكر، و إضافة إلى الصرع فهذان المرضان يشكلان عبئا على الأسرة بشكل عام و على المصابان بشكل خاص.

فيما يخص الحياة الشخصية و العائلية، فالحالة يعتبر حياته قبل المرض عادية أي لا بأس بها خاصة و أنه كان قادرا على العمل أعمالا حرة أي ليس وظيفة رسمية و مع ذلك فقد كان قائما بدوره الإجتماعي كما يجب و ذلك إتجاه أسرته أو عائلته و يعبر عن ذلك بقوله "كنت **ça va** كيما

الناس..كنت نعيش حياتي بلا توسويس"، إشارة إلى الهدوء و الأمان الذي كان يعيش فيه قبل المرض، فصحته الجيدة و إكتفاؤه الذاتي الإقتصادي وفرا له حياة سليمة و مرضية، و قد عبر الحالة عن ردة فعله إثر تلقيه خبر الإصابة بالمرض بشكل مفرط التوتر و أوضح أنه شعر بالذهول من هول الصدمة و أنه لم يصدق أن لديه مرض الصرع كونه يعرف المرض و يعلم ما يعانیه المصابون به، فهو في بادئ الأمر كان يظن النوبات عبارة عن دوران فقط و يعبر عن كل هذا في قوله "كي قالولي ما أمنتش..كان عمبالي دوخة و ننصرع برك..مي كي عرفت الصح **vraiment** تشوكيت"، و هو يريد القول بهذه الأخيرة أنه صدم و لم يتقبل إصابته بالمرض خاصة و أن لديه أسرة، و هو يعيش حياة صعبة بين أهله لأنه لم يتقبل الرعاية الزائدة التي قدمتها له الأسرة و يحس نفسه عبئا عليهم و يعبر عن ذلك "تحس روحي ثقيل يلتاو بيا بزاف و يزيدو عليها شويا"، فتلك الرعاية الزائدة هي أمر يشكل ضغطا نفسيا كبيرا عليه و يشير إلى ذلك بقوله "أنا ما نحملش نشوفهم هكذا"، و بغض النظر عن هذه المعاملة من الأسرة فهناك من تغيرت معاملتهم و هو ما أدى به إلى التواجد بهذه المؤسسة، فقد تم إرساله إليها بعد تخلي العائلة عنه و إهماله من طرفها و هو يعتبر هذا سبب كرههم له و عدم تحملهم له و يقول عن ذلك "كاين لي كرهوني و درتلهم خدمة كي يلتاو بيا"، و بدا واضحا أنه لا يريد التحدث عن عائلته من خلال الإنزعاج الذي أبداه عند ذكرنا له عائلته و هذا يوضح عدم تلقيه للدعم الكبير و المساندة بعد المرض حيث انه لم يجد أحدا بجانبه لكي يساعده في التعايش مع حالته.

أما عن المعاش النفسي فيحاول أن لا يكون تفكيره مركزا كله على مرضه و يحاول أن يفكر في أشياء أخرى، رغم أن ذلك صعب جدا عليه لأن النوبات تأتي بشكل فجائي و تذكره دائما بالمرض حيث قال "مانحبش نفكر في المرض **mais** صعب بسك **les crises** يفكروني دائما بيه"، فالحالة أصبح يعاني من النرفزة و العصبية و يعتبر نفسه أنه يعيش دون هدف و يعبر عن

كل هذا بقوله "ما فهمتس وليت مقلق و منرفز و خسرت صحتي دوك ما عنديش علاش نعيش"، و هي حالة من الإحباط بسبب تكرار النوبات و تأثيرها على حياته ، و عند سؤالنا إياه حول ما إذا كان يحس بالهدوء و الأمان أجا ببقوله "مانحسش بالهدوء و الأمان..الرقاد مانقدرش نرقد كي الناس"، فهو في إضطراب دائم و ترقب و يعاني من الأرق كون هذا الأخير يأتي بسبب القلق و الإنشغال المستمر و التفكير في مشاكل معينة و هي صحية عند هذه الحالة لأنه يفكر في مرضه، و يعتبر وقت النوم هو الوقت الذي يزداد فيه تفكير المريض في مرضه و حياته بصفة عامة و هذا ما يسبب الأرق، و زيادة على هذا فالحالة يعاني من العصبية و الهياج فهو يلقي على ردا تفعله طابع العصبية و يستجيب للمثيرات بسلوكات ذات صبغة القلق و التوتر و يقول في ذلك "تتقلق بزاف و نزحف على حاجة صغيرة و نشوف geste ما يعجبنيش نعيط عليه"، فالقلق و التوتر واضحا هنا من خلال هذه الإجابة و لعل ما يزيد من قلقه هو نزوله بالمؤسسة و إبتعاده عن الأهل معظم الوقت، فيعتبر هذا مسببا للضغط و التوتر أيضا، و هذا القلق و النرفزة و العصبية كلها زادت أو أصبحت واضحة بعد الإصابة بالمرض بحيث أن العديد من التغيرات طرأت على حالته النفسية بعد الإصابة بالمرض نجد منها و على حد تعبيره القلق و التوتر و يوضح ذلك من خلال قوله "وليت منرفي و مقلق و هذا قاع مور ما جاني المرض هذا"، و هذا دليل على تأثير المرض المباشر في سوء حالته النفسية و ما يعانيه من قلق.

نظرته إلى المستقبل متشائمة فليس له تصور للمستقبل بل لديه أفكار سوداوية حوله و أن ما سيأتي هو أمر مجهول بالنسبة له و يقول في ذلك "المستقبل بهذا المرض كحل **alors** المستقبل نتاعي مجهول"، و مع ذلك فلديه بعض الأمانى بخصوص مرضه خاصة فهو يتمنى تخفيف حدة المرض كون هذا الأخير هو السبب في عجز الحالة عن أداء العديد من الأمور الأساسية فهو يقول "إن شاء الله نبرا و لا ينقص المرض بسك مرضي ما خلاني ندير والو"، و هذا بسبب ترقبه

و إهتمامه بالنوبات و يوضح ذلك قائلا "راني لاتي غير بـ **les crises** وقتاش يجوني"، و في الأخير أشار الحالة إلى أنه لا يستطيع التخفيف من حالته الإنفعالية لأنه لا يستطيع تصور مستقبله، فحسب حديثه يبدو متخوفا من المستقبل و لا يعلم ما ستؤول إليه الأمور.

1-2-3- عرض و تحليل نتائج مقياس حالة القلق لسبيلبرجر للحالة رقم (2) :

طبقتنا مقياس حالة القلق للحالة (ع ، ر) في المقابلة الثانية و قد دامت المدة 20 دقيقة، و دلت

النتائج على و جود قلق شديد بـ 66 درجة كما هو موضح في الجدول التالي :

التنقيط	الإجابة	العبارات
3	قليلا	1- أشعر بالهدوء
3	قليلا	2- أشعر بالأمان
4	كثيرا	3- أشعر بالتوتر
4	كثيرا	4- أشعر بالأسف
2	أحيانا	5- أشعر بالإطمئنان
4	كثيرا	6- أشعر بالإضطراب
4	كثيرا	7- أشعر بالإنزعاج لإحتمال وقوع كارثة
1	كثيرا	8- أشعر بالراحة
4	كثيرا	9- أشعر بالقلق
3	قليلا	10- أشعر بالسرور
3	قليلا	11- أشعر بالثقة في النفس
4	كثيرا	12- أشعر بالنرفزة
4	كثيرا	13- أشعر بالثوران
4	كثيرا	14- أشعر بتوتر زائد
4	مطلقا	15- أشعر بالإسترخاء
3	قليلا	16- أشعر بالرضا
4	كثيرا	17- أشعر بالضيق
3	أحيانا	18- أشعر بأني مستثار جدا (لدرجة الغليان)
3	قليلا	19- أشعر بالسعادة العميقة
2	أحيانا	20- أشعر بأنني أدخل السرور على الآخرين
	66	المجموع
	قلق شديد	مستوى القلق

جدول رقم (7) : مقياس حالة القلق للحالة رقم (2)

من خلال الجدول يظهر لنا أن الحالة لديه قلق شديد حيث تحصل على درجة (4) من خلال إجابته ب كثيرا و ذلك في العبارات (3) (4) (6) (7) (9) (12) (13) (14) (17) و هذا يوضح النتيجة المتحصل عليها، فأغلب العبارات السلبية المعبرة عن المشاعر السلبية

تمت الإجابة عليها بـ كثيرا، إذن فالحالة يشعر بالقلق معظم الوقت و كذلك مشاعر الضيق و النرفزة و التوتر، فهذه المشاعر تعبر عن معاش نفسي سيء و حالة إنفعالية متدهورة و هو يتوافق مع ما جاء في المقابلة كون الحالة صرح بأنه أصبح يقلق و منرفز دون أسباب واضحة و يعاني من التعب و الإرهاق، أما في العبارة (18) فأجاب بـ أحيانا أي (3) درجات و هذا يبين و يدل على غضبه و إستثارته الكبيرة و إستجابته الإنفعالية للمثيرات و خاصة الإستجابة بالقلق و نستدل على ذلك من تصريحه بكونه يقلق نتيجة أشياء صغيرة قد لا تستدعي كل ذلك الإنفعال الذي عبر عنه، أما في العبارات الإيجابية فأجاب على العبارة (8) بـ كثيرا ليحصل على درجة (1) و لعل الراحة الجسدية هي ما كان يقصد، فهو عاطل عن العمل و لا يقوم بأعمال منزلية، لكنه أجاب بـ أحيانا على العبارات (5) (20) بدرجة (2) فشعوره بالإطمئنان متذبذب و هذا واضح السبب كون النوبات الصرعية متواترة الحدوث و تأتي على فترات و ذات طابع فجائي مما يجعله في حالة من الترقب ، في العبارات (1) (2) (10) (11) (16) (19) أجاب بـ قليلا بدرجة (3) موضحا بذلك عدم شعوره بالهدوء و الأمان و السرور و عدم ثقته الكافية بنفسه نتيجة تقديره السلبي لذاته و يظهر هيجانه و إستثارته من خلال إجاباته على أسئلة المقابلة فهو يصرح بأنه أصبح يقلق و يتنرفز دون سبب واضح، و فيما يخص العبارة (15) فأجاب بـ مطلقا أي (4) درجات فهو يعتبر نفسه غير مسترخي على الإطلاق بل دائما في توتر و شد عصبي نتيجة المرض، و يظهر هذا من خلال ما جاء به في المقابلة من أنه يعاني من الأرق و التوتر.

1-2-4- التحليل العام للحالة رقم (2) :

من خلال نتائج المقابلة و مقياس حالة القلق لسبيلبرجر تبين لنا أن الحالة (ع ، ر) يعاني من قلق شديد، و نستدل على ذلك من خلال العبارات التي جاء بها في المقابلة و التي وضح من خلالها ما يعانيه و ما تسببه النوبات من ضغط كبير فهو قد أصبح ذو طبع حاد و سريع الغضب و يحاول إبعاد المرض عن تفكيره لكن حسب ما وضح فهذا أمر صعب كون حدوث النوبة يؤدي حتما إلى تذكير المريض بحالته، كما أنه أشار إلى أنه أصبح قلقا خاصة بعد الإصابة بالمرض فيقول "مافهمتش وليت مقلق"، فهذه إشارة واضحة إلى ما آل إليه وضعه و حالته النفسية، و ما يزيد الأمر وضوحا هو مقياس سبيلبرجر المطبق على الحالة و يظهر ذلك من خلال إجاباته على العبارات (9) (13) (14) فهي عبارات تشير إلى القلق و التوتر و الثوران و قد أجاب عليها بكثيرا و هذا ما يعبر عن حالته الحالية، و يرجع هذا كله إلى كيفية إستجابته و تعامل الحالة مع المرض الذي يعاني منه و لهذا فقد تحصل على درجة 66 من حالة القلق.

1-3- الحالة الثالثة :

1-3-1- تقديم الحالة :

السيد (ق ، م) رجل يبلغ من العمر 57 سنة، من مدينة البويرة، عازب و عاطل عن العمل (بطل)، بدون مستوى دراسي و المستوى الإقتصادي متوسط، لديه أخوين و أخت واحدة.

1-3-2- عرض و تحليل نتائج المقابلة العيادية :

تم إجراء المقابلة العيادية في دار المسنين بالبويرة على الساعة 8h30، و قد بدأنا بتقديم أنفسنا كطلبة علم النفس العيادي، و في صدد إعداد مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر و نظرا لمستواه التعليمي فقد تطلب منا ذلك شرحا طويلا بعض الشيء لكي يتفهم و يوافق على إجراء

المقابلة و بعد ذلك شرحنا له كيفية إجراء المقابلة العيادية نصف موجهة و ذلك بطرح بعض الأسئلة عليه و حرية الإجابة.

و أثناء الحديث معه بدى رجلا متقدما في السن، هزيل الجسم بعض الشيء و قصير القامة، لكنه مرتب الهيئة كما أن ملامح الحزن بادية على وجهه.

بدأنا بالحديث عن الجانب الصحي فبدى عليه التأثر قليلا كون هذا الجانب له كبير الأثر على نفسيته حسب ما يبدو و أول ما تم سؤاله عليه حول ما إذا تعرض لحوادث في السابق، فبيدو أن الحالة عانى مشاكل و حوادث كثيرة في الماضي و يظهر ذلك من خلال علامات التأفف والتتهد الطويلتين، و رد علينا قائلا "آه..تعافرت مع شي ناس و على هذا لي قاسوني مرات"، إذن فالحالة و على حد تعبيره قد وقع في العديد من المشاكل و الأزمات وصل من خلالها إلى مشادات جسدية في بعض الأحيان، و هذا ما يشير إلى نوع من العصبية و عدم القدرة على التحكم في النفس و ضبطها في مواقف صعبة و مشحونة، و مع هذا فالحالة لا يعاني من أمراض أخرى مصاحبة للصرع فهو لم يقع فريسة مرض آخر رغم كل المشاكل و الأزمات التي مر بها و يعبر عن ذلك قائلا "عندي **la crise** برك..عندي 07 سنين"، ويقصد ب **la crise** مرض الصرع فهو يعبر عن المرض بأحد الأعراض و هي النوبة كونها العامل و العرض المهم لهذا المرض، و كذلك بسبب ما تخلفه النوبات لديه من آثار نفسية و ذكروية تتشط من حين لآخر، و يوضح الحالة أيضا أنه مريض بالصرع منذ 07 سنوات، و يعتبر هو الفرد الوحيد بين أفراد الأسرة المصاب بمرض الصرع فأخوته لا يعانون من الصرع و كذلك بقية العائلة و يقول في ذلك "لا لا ما شي مراض"، كما أنهم لا يعانون من أمراض أخرى و ليس لديهم مشكلات صحية أو أزمات و يوضح ذلك من خلال قوله "أنا برك لي مريض..الأسرة لا لا"، و ما يلاحظ حول إجاباته فيما يخص هذا الجانب الصحي هو الإختصار

في الإجابات و الإجابة على قدر السؤال دون الإسترسال في الحديث، و هذا يعكس نوعا من التجنب للحديث حول حالته الصحية بسبب أفكاره السوداوية حول حالته و إعتبار نفسه شخصا مريضا و تقديره المنخفض لذاته.

أما عن الحياة الشخصية و العائلية فالحالة لا يتذكر كثيرا أحواله قبل المرض فهو يشير إلى أن ذاكرته ضعيفة و يجيب بكثير من الإختصار هنا أيضا و يقول "يعني شوية مانشفاش mais لا باس"، إشارة إلى حياة عادية تتخللها أزمات و مشاكل كما أوضح من قبل و يدعم هذا بقوله "ساعات مليحة و ساعات لالا"، و فيما يخص ردة فعله عند سماع خبر المرض فقد صدم الحالة بعد سماع الخبر و يعبر عن ذلك بقوله "الطبيب قالي و أنا تشوكيت..يعني العيا كاين و تفلقت بزاف مور ما عرفت مليح هذا المرض"، فالحالة يشير إلى جهله للمرض في أول الأمر لكن بعد إستفساره عنه و معرفته للمرض شعر بقلق و تعب بسبب ما تكون عنده من أفكار حول المرض، فإستجابته لما قاله الطبيب حول المرض أخذت منحى سلبي و أفكار غير منطقية و إنشغال دائم مستهلكا بذلك كل طاقته في التفكير فأنجر عن ذلك تعب و قلق، لكن الحالة تلقى بعض المساعدة من إخوته و يقول في ذلك "كاين خاوتي ينوضوني كي جيني la crise"، فأخوته قدموا له العون و ساعدوه عند تعرضه للنوبات و يعاملونه معاملة حسنة و هذا قبل إرساله إلى دار المسنين بعد خروج إخوته من البيت و إستقرارهم في أماكن أخرى فليس هنالك من يهتم به بعد ذلك.

فيما يخص المعاش النفسي فقد أصبح الحالة أكثر حزنا و توترا بعد إصابته بالمرض و خصوصا بعد إرساله إلى دار المسنين، و لكن أهم ما يشغل تفكيره و يسبب له القلق هو المرض و خاصة نوباته المتكررة، فهي العامل الأهم في ذلك و يظهر هذا من خلال إجابته حول السؤال المتعلق بشعوره معظم الوقت، فمع أنه لم يستطع التفريق بين ما يفكر فيه و ما

يחס به إلا أننا نستشف من إجابته علاقة بين التفكير و المشاعر التي تجلبها هذه الأفكار و خاصة السلبية فهو يقول "كي نخمم على المرض نلقى روعي مقلق و عيان"، فهنا يعتبر القلق إستجابة أو نتيجة لأفكار تشغل ذهن الحالة و تسبب له التوتر و الإنزعاج و هي أفكار غير منطقية نتيجة و قوعه في أخطاء التفكير المرتبطة بأفكار قاعدية و معتقدات سلبية عميقة في فكره و من بين الأفكار السلبية نجد ما قاله حول المرض "تقول راح يزيد المرض و نتقلق"، فمع أن الحالة لا يملك دليلاً أو معلومات حول تفاقم المرض و زيادته إلا أنه يعتقد بذلك، و ينتج عنه قلق و توتر و هذا ما يبين أن أفكاره غير منطقية فهي لا تستند إلى دليل واضح، و يعاني الحالة من حالات العصبية و الهياج و خاصة في الأوقات التي تتزامن مع النوبات و ظهور المرض فيقول "تلقي روعي زعفان كي يجوني les crises..ونلقى روعي ماشي مليح" مشيراً إلى حالات من الضغط النفسي و الغضب مما يؤدي إلى فقدان الإهتمام بما حوله و حتى بما يتعلق به من حاجات و يقول "يسمى الماكلة ما تحلايش"، ففقدان الشهية مرتبط بحالات القلق و فترات التوتر، و لكن رغم هذا فالحالة يشير إلى وجود أوقات تتخللها حالات من النشاط و غالباً في الصباح و ذلك بأدائه لصلاة الصبح في المسجد، و لعل هذا راجع لإيمانه بقضاء الله، و لكن في مجمل القول فحالة المريض النفسية بعد المرض قد تغيرت بصورة واضحة و أصبح يعاني من القلق و التعب و زيادة على هذا فقد أصبح عرضة للمرض و يوضح ذلك بقوله "مقلق و عيان..إيه و نحس روعي مريض"، فعمل القلق و التعب يزيدان من شعوره بالمرض و كذلك نزوله بالمؤسسة يشكل بدوره عاملاً مهماً في زيادة حجم الضغط النفسي لدى الحالة و بذلك تدخل عدة عوامل في تكوين إحساسه بالقلق و لكن يبقى المرض أكثر ما يشغل باله و هذا واضح من خلال قوله "المرض هو اللي يقلقني بزاف"، إذن فالقلق هو نتيجة إستجابة الحالة للمرض.

فيما يخص نظرتة إلى المستقبل، فهو يرى المستقبل مجهولاً، لكن رغم ذلك متفائل بسبب إيمانه و معتقده القوي "لي كاتبة تجي" « قل لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا »، فهو راض بما لديه و ما يعانيه و لديه بعض الأمنيات كرجبته في الذهاب إلى الحج "ماذابيا نروح للحج"، و فيما يخص حالته الإنفعالية مستقبلاً فهو يرغب في الشفاء من المرض لأنه يسبب له معاناة كبيرة مستقبلاً و يقول "إنشاء الله نبيرا و نتهنى" و يشمل ذلك تحسن حالته الصحية الجسدية و النفسية.

1-3-3- عرض و تحليل نتائج مقياس حالة القلق لسبيلبرجر للحالة رقم (3) :

طبقتنا مقياس حالة القلق للحالة (ق ، م) في ثاني مقابلة معه و قد دامت المدة 35 دقيقة بسبب تعذر فهمه لبنود المقياس، و قد دلت نتائج المقياس على وجود قلق شديد ب 61 درجة كما هو موضح في الجدول التالي :

التنقيط	الإجابة	العبارات
3	قليلا	1- أشعر بالهدوء
3	قليلا	2- أشعر بالأمان
4	كثيرا	3- أشعر بالتوتر
4	كثيرا	4- أشعر بالأسف
2	أحيانا	5- أشعر بالإطمئنان
4	كثيرا	6- أشعر بالإضطراب
4	كثيرا	7- أشعر بالإنزعاج لإحتمال وقوع كارثة
3	قليلا	8- أشعر بالراحة
4	كثيرا	9- أشعر بالقلق
3	قليلا	10- أشعر بالسرور
2	أحيانا	11- أشعر بالثقة في النفس
3	أحيانا	12- أشعر بالنرفزة
4	كثيرا	13- أشعر بالثوران
3	أحيانا	14- أشعر بتوتر زائد
3	قليلا	15- أشعر بالإسترخاء
3	قليلا	16- أشعر بالرضا
2	قليلا	17- أشعر بالضيق
3	أحيانا	18- أشعر بأني مستثار جدا(لدرجة الغليان)
2	أحيانا	19- أشعر بالسعادة العميقة
2	أحيانا	20- أشعر بأنني أدخل السرور على الآخرين
	61	المجموع
	قلق شديد	مستوى القلق

جدول رقم (8) : مقياس حالة القلق للحالة رقم (3)

من الجدول يتبين لنا أن الحالة يعاني من حالة قلق شديد، و قد نتج ذلك من خلال إجاباته على معظم العبارات السلبية ب كثيرا و نذكر منها العبارات (3) (4) (6) (7) (9) (13) متحصلا على (4) درجات، فهو متوتر و مضطرب و نستدل على هذا من خطاب المقابلة

العيادية و خصوصا بقوله "تقول راح يزيد المرض و نتقلق"، فيما أن تفكيره منصب على المرض و ما دامت الأفكار تجول بذهنه حول المرض فبطبيعة الحال سيكون متوترا و قلقا، كما أنه أجاب على العبارات (12) (14) (18) ب أحيانا أي (3) درجات، فيتضح بذلك ما جاء به في المقابلة فيما يخص غضبه عند تعرضه للنوبات أو بالأحرى بعد تعرضه لها، فهذه العبارات التي أجاب عليها ب أحيانا تعبر عن الإستثارة و النرفزة، و بهذا يتبين صدق الحالة أثناء المقابلة و تعبيره الصادق عن حالته و أيضا يتجلى واضحا شعوره بالقلق و الغضب نتيجة المرض، أما العبارة (17) فأجاب عليها ب قليلا و تعطى لها (2) درجة، فمع أن شعوره بالضيق ليس بدرجة المشاعر السلبية السابقة إلا أنه يبقى موجودا و يضاف إليها بالطبع.

أما العبارات الإيجابية فتزيد الوضوح جلاء، بحيث أنه أجاب عليها إجابات مختلفة لكن الملاحظ انه لم يجب ب كثيرا أو مطلقا و إنما فقط ب قليلا و أحيانا، فالعبارات (5) (11) (19) (20) أجاب عليها ب أحيانا أي (2) درجة، فهو يفتقد إلى الثقة في النفس و الإطمئنان و السعادة على الأقل معظم الأحيان، كما أجاب على العبارات (1) (2) (8) (10) (15) (16) ب قليلا متحصلا بذلك على (3) درجات، فهو لا يشعر دائما بالأمان و الهدوء و الراحة بل قليلا فقط ، وهذا واضح السبب كون النوبات تجعله في ترقب لها طيلة الوقت فلا يهدأ له قرار و لا يشعر بالإسترخاء لفترات طويلة من الزمن و هذا بسبب المرض لأن حالة القلق تعبر عما يعانيه الفرد في الوقت الراهن.

1-3-4- التحليل العام للحالة رقم (3) :

من خلال نتائج المقابلة و مقياس حالة القلق لسيلبرجر تبين لنا أن الحالة (م ، ق) يعاني من قلق شديد، و تجدر الإشارة إلى أن هناك العديد من العوامل التي يجب أخذها في الحسبان

كسبب لهذا القلق الشديد الذي يعاني منه الحالة، فهو عاطل عن العمل و لديه وقت فراغ كبير و هذا عامل مهم يمكن أن يؤثر حتى على من ليس لديهم أمراض، كما أن هناك عاملا آخر و هو نزول المريض بهذه المؤسسة و هذا أيضا عامل مهم يؤدي إلى إستجابات و أفكار سلبية تثير مشاعر الحزن و القلق لدى الحالة و لكن يبقى العامل المهم هو مرض الصرع، فمن خلال الأسئلة المفتوحة للمقابلة العيادية إكتشفنا عن طريق الإجابات بعض ملامح الأسباب الرئيسية لهذا القلق لدى الحالة فهو يقول "المرض هو لي يقلقني بزاف"، فالمعنى هنا واضح و يدعم ما قلنا سابقا حول كون المرض هو سبب القلق لدى الحالة و قوله أيضا "وليت مقلق و عيان" إشارة منه إلى الفترة ما بعد إصابته بالمرض، فقد أصبح قلقا و متعبا كما أنه قال "تقول راح يزيد المرض و نتقلق"، فهنا ظهر جليا سبب القلق و هو ما لدى الحالة من أفكار غير منطقية كان المرض سببا في تكوينها لديه، و جاء مقياس سبيلبرجر لحالة القلق لكي يدعم هذا القول و ما تم التوصل إليه من خلال المقابلة و ذلك بالإجابة على العبارات (3) (9) (13)، فهي تعبر عن القلق و التوتر و الثوران و قد أشار إلى أن هذا يحدث له كثيرا في هذه الآونة و هذه كلها تبعات للمرض.

1-4-4- الحالة الرابعة:

1-4-4-1- تقديم الحالة :

السيد (ز ، م)، رجل يبلغ من العمر 59 سنة من مدينة البويرة، مطلق و متقاعد من العمل في البحرية، لديه مستوى السنة التاسعة أساسي و مستواه الإقتصادي متوسط، و هو أب ل ثلاثة بنات.

1-4-2- عرض و تحليل نتائج المقابلة العيادية :

تم إجراء المقابلة العيادية في دار المسنين بالبويرة على الساعة 10h00، إستهلنا اللقاء بتقديم أنفسنا كطلبة علم النفس العيادي و في صدد إعداد مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر، و طلبنا الإذن منه لإجراء مقابلة عيادية معه، تحمس للفكرة و وافق مباشرة، فقمنا بشرح كيفية إجراء المقابلة العيادية نصف الموجهة من خلال طرح الأسئلة و له حرية الإجابة.

كما تم الإشارة إليه فقد أبدى الحالة تحمسا للقيام بالمقابلة مبديا رغبة في الحديث معنا، و قد كان في هيئة جيدة حيث أننا قابلناه قبل خروجه لقضاء بعض الأمور، و قد بدا مكتمل الجسم كونه كان رجل بحرية في الماضي و هو متقاعد حاليا.

في أول الأمر تطرقنا إلى الجانب الصحي للحالة و عما إذا كان قد تعرض لحوادث في السابق خاصة و أن عمله محفوف بالمخاطر لأنه يمضي معظم وقته في البحر بما يقتضيه عمله كرجل بحرية إلا أن إجابته أظهرت أنه لم يتعرض لأيّة حوادث تذكر، و لعل هذا راجع إلى الإنضباط الذي يلتزم به أثناء أدائه عمله و كذلك في حياته خارج العمل و قد وضح ذلك بالقول "لا حوادث لا مشاكل من بحري الحمد لله"، و هذا يدل على حرصه للبقاء سليما و تجنب المشاكل، بينما فيما يخص الأمراض المصاحبة لمرض الصرع فهو يعاني من عدة أمراض على سبيل المثال ارتفاع ضغط الدم و القلب و حوادث أخرى يوضحها في قوله "عندي **la tension** و مرض القلب..الشرابين..الكولسترول"، أي أن الحالة و بالإضافة لمرض الصرع يعاني من علل أخرى يضاف تأثيرها على الحالة النفسية إلى تأثير مرض الصرع و بهذا تعدد العوامل لدى الحالة، و هذا ما من شأنه أن يصعب عملية التعرف على التأثير الذي يناله كل مرض على حالته النفسية، و فيما يخص أفراد عائلته فليس لديهم مرض الصرع و لا يعانون منه و يقول في ذلك "ماكاش لي عندهم **l'épilepsie**" فهو الوحيد المصاب به و أيضا فأفراد عائلته لا يعانون

من أمراض أخرى "ماكاش فاميلتي لي عندهم المرض" فالصحة الجسمية لأفراد العائلة لا بأس بها.

في جانب الحياة الشخصية و العائلية فالحالة كان يعيش حياة جيدة، فقد كان موظفا يملك دخلا شهريا و ذو صحة جيدة أي أن متطلبات العيش السوي كانت متوفرة، فبذلك قضى حياة جيدة قبل إصابته بالمرض، و يشير إلى ذلك قائلا "كنت عايش في البحرية لاباس..الحمد لله جوزت حيات مليحة"، و يقصد بذلك أن حياته كانت ضمن حالات الحياة السوية التي تعرف فترات من التعثر و فترات من التحسن و يعبر عن ذلك "خطرة طيحة و خطرة نوضة..هاذي هي الدنيا خطرة عندو و خطرة ما عندوش" ، فقد كان مقتنعا بالحال الذي هو عليه و راضيا بتلك الحياة التي إعتبرها جيدة، أما عن ردة فعله عند سماع خبر المرض فهي مفرطة في الإنفعال و التوتر و الخوف و قد قال في ذلك "تقلقت c'est normal ..كي صابو عندي هذا المرض قتلهم إذا عندو الدوا" فقلقه من المرض بدا واضح، و كذلك سؤاله عن العلاج و الدواء يظهر خوفه من المرض و من إمكانية عدم شفائه لذلك قام بسؤال الطبيب عن الدواء، و من ناحية عائلته فهناك دعم للحالة من قبل عائلته و مساعدته على تجاوز المرض و العلاج فهو يقول "ولادي عاونوني..عشت مليح لاباس"، و هذا راجع للإهتمام الذي ناله بعد إصابته بالمرض و قبل توجهه إلى المؤسسة التي هو بها حاليا.

فيما يخص المعاش النفسي فهو معظم الوقت منعزل نتيجة قصور أصاب علاقاته الإجتماعية بغيره، و لا بد أن تكون النوبات هي السبب فهي تثير نوعا من الإحراج لدى المرضى خاصة و أن من بين نتائجها التبول اللاإرادي، فهذا عامل يبعد المريض عن المجتمع و يجعله بمعزل عنه حتى لا يتعرض لهذه المواقف و يشير إلى ذلك بإختصار بقوله "مانهدر مع حتى واحد"، ولعل هذا الإختصار راجع إلى عدم رغبته في الحديث عن حالته الإجتماعية

و علاقاته لأن هذا سيره حتما إلى الحديث عن أسباب ذلك و هو ما يتجنبه معنا و نقصد بذلك المظاهر التي تتميز بها النوبة.

و يعيش الحالة حياة تتخللها فترات من الهدوء و فترات من القلق غير واضح المعالم و الأسباب فيقول عن ذلك "ساعات مرتاح..ساعات مقلق"، فحياته النفسية في تذبذب مستمر و لا تهدأ بشكل مستقر لفترات طويلة، و يشير إلى أنه يحس ببعض الهدوء عندما يكون لوحده "كي نكون وحدي **des fois** نحس روجي **calme**"، فبعزلته عن الآخرين يشعر بعض الهدوء، و لعل هدوءه في وحدته يدل على أفكار غير عقلانية تستثار لديه عند وجوده مع الآخرين فتسبب له القلق، و يعتبر المرض هو محور هذه الأفكار، و لدى الحالة رد فعل عنيف لبعض المثيرات فهو يستجيب بقلق و توتر لما يقوله الآخرون و لعل أهم ما يثير قلقه هو تعرضه لكلمات غير لائقة من الآخرين، فحينئذ يستجيب بعصبية و يقول "كي يسبني واحد نتقلق"، رغم هذا فالحالة يعيش فترات من الحيوية و النشاط مرتبطة بظروف النوم و نوعيته فيقول "كي نرقد مليح أنوض مليح" و هو ما بدا واضحا عليه عند إجراء المقابلة فقد كان نشيطا و ينوي الخروج إستغلالا لحالة النشاط و الحيوية التي كانت لديه، فنشاطه يعتبر مرهونا بنومه الجيد، بينما نجد تغيرات نفسية لديه بعد إصابته بالمرض فيقول "وليت **vraiment** مقلق"، إذن فالتغير واضح على الحالة النفسية للمريض بعد إصابته بالمرض و أهم شيء و كما ذكر هو القلق، فهو يعتبر النتيجة الأوضح للمرض و لإستجابة الحالة لمرضه.

فيما يخص المستقبل فالحالة نظرة تفاؤلية و لعله بذلك يبين أمله في الشفاء من المرض و التخلص من تبعاته الجسدية و النفسية و أجاب قائلا "المستقبل الحمد لله لاباس" و هذه نظرة أمل و رجاء في أن يكون المستقبل جيدا، خصوصا و أن علاقته مع أبنائه جيدة فيقول "بناتي راهم ملاح ماخصهم والو قريتهم و زوجتهم"، و بذلك يعتبر نفسه قد قام بما عليه إتجاههم

و أراح ضميره من ناحيتهم، هذا و لدى الحالة عدة أمنيات يتمنى تحقيقها و يعتبر أن لديه العديد من الأمنيات فيقول "عندي بزاف أهداف و أمنيات..بعد الحج نبي جامع و هذا هو المستقبل" و هذه تبقى أمنيات كون مستواه الإقتصادي لا يسمح له بتحقيقها كلها، و فيما يخص تأثير مرضه حول مستقبله فيبدو أن الحالة قد تنبه إلى أن التفكير الخاطئ هو ما يسبب القلق الكبير الذي يشعر به لذلك فقد أوضح أن مستقبله سيكون أحسن و ذلك عند تجنبه التفكير في المرض و يعبر عن ذلك "ماراحش يزيد يآثر عليا المرض خاطرش مانزيدش نديرو في بالي"، فيبدو واضحا أن القلق الذي يعاني منه هو بسبب التفكير في المرض، فهذا الأخير هو العامل الذي يساهم بقسط أكبر في القلق إضافة إلى عوامل أخرى منها نزوله بالمؤسسة و بعده عن الأهل.

و أما عن حالته الإنفعالية مستقبلا فيقول "راني نتحكم في كلش mais يبقى المرض هو المرض و نعاني منو" ، فقله أنه يتحكم في كل شيء ربما يعكس ضعفا يريد أن يخفيه و يتجلى ذلك فيما جاء به بعد ذلك من كون المرض يبقى مرضا و يسبب له المعاناة و قد تكون معاناة نفسية بالدرجة الأولى.

1-4-3- عرض و تحليل نتائج مقياس حالة القلق لسبيلبرجر للحالة رقم (4) :

طبقتنا مقياس حالة القلق للحالة (ز ، م) في المقابلة الثانية و قد دامت 25 دقيقة و دلت

نتائج المقياس على وجود قلق شديد ب 62 درجة كما هو موضح في الجدول التالي :

التنقيط	الإجابة	العبارات
2	أحيانا	1- أشعر بالهدوء
3	قليلا	2- أشعر بالأمان
4	كثيرا	3- أشعر بالتوتر
1	مطلقا	4- أشعر بالأسف
3	قليلا	5- أشعر بالإطمئنان
4	كثيرا	6- أشعر بالإضطراب
4	كثيرا	7- أشعر بالإنزعاج لإحتمال وقوع كارثة
2	أحيانا	8- أشعر بالراحة
4	كثيرا	9- أشعر بالقلق
2	أحيانا	10- أشعر بالسرور
1	كثيرا	11- أشعر بالثقة في النفس
4	كثيرا	12- أشعر بالنرفزة
4	كثيرا	13- أشعر بالثوران
4	كثيرا	14- أشعر بتوتر زائد
3	قليلا	15- أشعر بالإسترخاء
3	قليلا	16- أشعر بالرضا
3	أحيانا	17- أشعر بالضيق
4	كثيرا	18- أشعر بأني مستثار جدا(الدرجة الغليان)
4	مطلقا	19- أشعر بالسعادة العميقة
3	قليلا	20- أشعر بأنني أدخل السرور على الآخرين
62		المجموع
قلق شديد		مستوى القلق

جدول رقم (9) : مقياس حالة القلق للحالة رقم (4)

من خلال الجدول يتبين لنا أن الحالة لديه قلق شديد حيث تحصل على (4) درجات و ذلك بإجابته على العبارات السلبية (3) (6) (7) (12) (13) (18) ب كثيرا، فالحالة يشعر بالتوتر و الإضطراب لتدخل العديد من العوامل في ذلك و لعل أهمها مرض الصرع و نزوله بالمؤسسة

و كذلك الأمراض الأخرى المصاحبة لمرض الصرع كمرض القلب، لكن تبقى أعراض الصرع هي ما يخشاه المريض كونها خطيرة و ظاهرة و محرجة أحيانا، و كذلك يشعر بالنرفزة و الغضب و يقول في ذلك "وليت **vraiment** مقلق"، فهذا يشير إلى حالة نفسية سيئة و ما يثبت ذلك إجابته على العبارة (9) ب كثيرا و هو ما يوضح شعوره الشديد بالقلق، أما العبارة (17) فأجاب عليها بأحيانا أي (3) درجات و هذا دليل على الضيق المتواتر في الدرجة و الحدوث، فهو يشعر به في الاوقات المتزامنة مع النوبات لذلك يكون أحيانا فقط، أما العبارة (4) فأجاب عليها ب مطلقا أي (1) درجة مما يوضح عدم شعوره بالأسف لأنه يعتبر نفسه قام بما يجب عليه إتجاه نفسه و عائلته، فقد أجرى الفحوصات اللازمة لتشخيص الأمراض التي يعاني منها كما أنه يداوم على الأدوية، و فيما يخص عائلته فيرى أنه قام بكل ما عليه و يعبر عن ذلك بقوله "بناتي راهم ملاح...قريتهم و زوجتهم".

فيما يخص العبارات الإيجابية فأجاب على العبارة (11) ب كثيرا و منه فقد تحصل على (1) درجة و لعل ثقته بنفسه تتبع من كونه أمضى حياته كرجل بحرية، أما عن العبارات (1) (8) (10) فأجاب عليها ب أحيانا متحصلا بذلك على (2) درجات مما يوضح قلة شعوره بالهدوء و الراحة لأنه دائما في ترقب و لا يهدأ له قرار بسبب تفكيره في المرض و النوبات و ما يتبع ذلك من أعراض قد تكون بعضها محرجة للمريض و يتوضح هذا من خلال قوله "كي نكون وحدي نحس روعي **calme**"، إذن فهو ما دام بين أناس آخرين لا يشعر حتما بالهدوء بل فقط ينتظر النوبات و يفكر فيما سيلي ذلك من أعراض، و العبارات (2) (5) (15) (16) (20) فأجاب عليها ب قليلا أي (3) درجات، و هذا دليل على إفتقاد الحالة للشعور بالأمان و الإطمئنان و الإسترخاء كون المرض أو نوباته فجائية و هي أكبر خطر يخشاه المريض لإمكانية تسببها في أضرار جسمية مثل السقوط و الكسور و الإرتجاجات، أما العبارة (19)

فأجاب عليها ب مطلقا فتحصل على (4) درجات و هو دليل على عدم شعور الحالة المطلق بالسعادة و إنما دائما في توتر و عصبية، و هي إستجابات سلبية للمرض ناتجة عن التفكير غير المنطقي للمريض و يظهر ذلك من خلال سؤاله للطبيب حول علاج المرض و خوفه من عدم شفائه فهذا ناتج عن أفكار الحالة حول مرضه ، و مادامت أفكاره سلبية كما هو موضح، فهو دائما تحت تأثير نتائجها السلبية من مشاعر و وجدانات.

1-4-4- التحليل العام للحالة رقم (4) :

من خلال نتائج المقابلة و مقياس حالة القلق لسيلبرجر تبين لنا أن الحالة (ز ، م) يعاني من قلق شديد و تجدر الإشارة إلى أنه تدخل العديد من العوامل التي يمكن أن تكون السبب في هذا القلق أو على الأقل لها تأثير بنسبة معينة نذكر منها الأمراض التي يعاني منها، فبالإضافة إلى مرض الصرع هناك مرض القلب و الشرايين و الكولسترول، فلكل واحد منهم أثر معين يمكن إضافته إلى الأثر الذي يسببه مرض الصرع، و أيضا نذكر عاملا آخر و هو نزول الحالة بالمؤسسة و ربما كان هذا سببا كافيا للشعور بالقلق، و على كل حال فإننا نستدل من خلال تصريحاته بأنه يشعر بقلق شديد و من بين ما جاء به قوله "ساعات مقلق... و منهدرش مع حتى واحد"، فحالة القلق لديه متواترة و تحدث على فترات و ربما كان هذا تزامنا مع وقت حدوث النوبات، و تجنبه التعامل مع الآخرين خوفا من فقدان أعصابه كونه يعرف حالته و يعرف ما يمكن أن تؤول إليه الأمور نتيجة لقلقه.

و لعل ما يزيد الأمر وضوحا هي إجاباته حول العبارات (3) (9) (12) فهو عصبي و قلق و متوتر بشكل كبير لذلك جاءت الإجابات ب كثيرا و هو ما يعبر عن حالة القلق التي يعيشها

الحالة حاليا أي بعد الإصابة بالمرض، و كذلك العبارة (19) فهي تشير إلى عدم شعوره بالسعادة المطلق بل دائما في ترقب و إستعداد.

2- مناقشة عامة للحالات :

إن هدف الدراسة الحالية هو معرفة ما إذا كان الراشد المصاب بالصرع يعاني من القلق، فقمنا بإختيار مجموعة البحث و تحصلنا على الأدوات اللازمة للقيام بهذا البحث و هي مقياس سبيلبرجر للقلق و قمنا بتصميم دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة.

و لقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود حالة قلق شديد لدى جميع أفراد مجموعة البحث، وهي درجة تدل على المستوى الذي يشعر به المرضى الذين طبقنا عليهم المقياس في الوضعية الراهنة التي خضعوا فيها للإختبار.

و بداية بالحالة الأولى (ن ، م) التي تحصلت على (62) درجة في مقياس سبيلبرجر، و قد بدا ذلك واضحا من خلال المقابلة التي أجريت معها، فهي تشير إلى أنها تغضب دون سبب واضح و هذا أهم عامل في القلق، و يعتبر من أبرز أعراضه أو مميزاته، لذلك أمكن القول بأن ما جاء في المقابلة يدعم و يتدعم بنتائج المقياس، و فيما يخص الحالة الثانية فقد تحصل على (66) درجة عند تطبيقنا لمقياس سبيلبرجر لحالة القلق، و يظهر ذلك أيضا بشكل واضح من خلال المقابلة و ما جاء به في إجابته على أسئلتنا فهو يعتبر نفسه أو يرى بأنه أصبح يعاني من القلق بشكل واضح ، كما أن طباعه أصبحت حادة حيث أنه أصبح يعيش تحت ضغط شديد أما عن الحالة الثالثة (م ، ق) فهو كذلك يعاني من قلق شديد و تحصل على (61) درجة، فهو يعبر عن هذا القلق و عما يعتبره سببا فيه و هو مرض الصرع فيقول بأن المرض هو ما يثير قلقه بشكل كبير، و ما يدل أيضا على أنه أصبح يعاني من القلق بعد المرض هو قوله بأنه أصبح قلقا و متعبا، فهذا القلق لم يكن بهذه الشدة على الأقل قبل المرض و هذا الأخير هو المسؤول عن تفاقمه، أما فيما يخص الحالة الرابعة و هو أيضا يعاني من قلق شديد و قد

تحصل على (62) درجة، و يوضح ذلك في المقابلة بقوله أنه يشعر بالقلق في فترات و كما
وضحنا سابقا فإن هذه الفترات قد تتزامن مع النوبات الصرعية، لذلك يعتبر هذا القلق مرتبطا
بالصرع و أهم أعراضه المتمثلة في النوبات و مايلي ذلك من أمور .

نستنتج من كل ما سبق أن هذه الحالات لديها قلق شديد و يكون راجعا إلى الخوف من
تفاقم المرض أو حدوث الإنتكاسات و ما يخلفه ذلك على جسم و نفسية المريض من
آثار، و هذه النتيجة تؤيد ما ذكره روك **Rook** بأن الصرع لديه إنعكاسات نفسية تظهر من
خلال الإنطواء و العصبية و خصوصا عند الراشدين مع أن دراسته كانت حول الصرع الجزئي
البسيط الذي تعتبر أعراضه و نوباته أخف مقارنة بأنواع أخرى من
الصرع.(زهرا،1994،ص51)

كما أن المرض و نقصد بذلك مرض الصرع حتى في حالته المتوسطة، أي الذي يتميز
بنوبات متكررة و لكنها منفصلة يعتبر سببا كافيا للإستجابة بالخوف، و لعل خير دليل على ذلك
دراسة الباحث **جايمس James** في المركز الكندي للبحوث النفسية، حيث توصل الباحث بعد
درسته المطبقة على مجموعة من الأشخاص المصابين بالصرع الجزئي المركب إلى أن أغلبية
المبوحوثين و المقدر عددهم الكلي بـ 50 شخصا يعانون من خوف إجتماعي جعل بعضهم
يتمتعون عن المداومة على العلاج في المستشفيات.(James,2005,p160)

فهذه الإستجابة بالخوف و القلق أيضا تبدو واضحة في الحالة رقم (2)، فالدرجة المتحصل
عليها تعكس القلق الشديد و الضغط النفسي الكبير على المرضى بالصرع، و بهذا الشأن يمكن
القول بأن هذا المرض قد أثر على نفسية الحالات مما أدى بهم إلى الإحساس بعدم
الإستقرار، و كما أن درجة القلق لديهم توحى بذلك.

و في مجمل ما ورد في المقابلة لكل حالة فإن كل واحدة تعاني من قلق شديد و لو أنه خفي بعض الشيء، لأن الحالات أصرت على إخفاء التوتر من المرض كما هو الحال عند الحالة (4)، غير أن التناقضات في أجوبة دليل المقابلة بالإضافة إلى التناقضات التي وجدناها في بنود كل من أجوبة الحالات على مقياس سيبلبرجر أظهرت وجود نسبة كبيرة من القلق، ما يعني أن القلق موجود بشدة رغم تحفظات الحالات، و هذا إن دل على شيء إنما يدل على صحة و مصداقية المقياس و تطابقه مع الأجوبة المعطاة من طرف كل حالة في دليل المقابلة، و تؤيد هذه النتيجة ما ذكره **Crozier (1995)** من أن المقياس يتصف بجميع الخصائص السيكومترية للمقياس الجيد و الذي يعتمد عليه في قياس القلق حالة أو سمة. (مروان أبو حويج، 2002، ص80)

و لكن تجدر الإشارة إلى تدخل العديد من العوامل و التي لا بد من ذكرها حتى نزيد من مصداقية نتائج بحثنا، و هذه العوامل تختلف لدى كل حالة، كما أن هناك عوامل مشتركة فبغض النظر عن مرض الصرع نجد أن كل الحالات ينزلون بالمؤسسة التي تم فيها إجراء البحث، فهذا يعتبر عاملا مهما في زيادة القلق لديهم فمع أن بالمؤسسة كل مستلزمات العيش إلا أن الخروج من البيت و التوجه إلى مثل هذه المؤسسات يعد سببا كافيا لظهور القلق و ذلك بنسب متفاوتة، فقد بين **مصطفى فهمي** أن هناك صعوبة في التكيف عند الأشخاص المقيمين في مؤسسات الإيواء و ذلك بالرغم من عدم معاناتهم من أمراض عضوية أو مشاكل صحية. (مصطفى فهمي، 1987، ص320)

و هناك أيضا عوامل تنفرد بها كل حالة، فالحالة الأولى تعاني من الربو و الحساسية، و كذلك الحال بالنسبة للحالة الثانية فهو يعاني من ربو خفيف، أما الحالة الثالثة فلا يعاني من أمراض مصاحبة، بينما الحالة الرابعة لديه عدة أمراض أخرى كمرض القلب و الشرايين و ارتفاع

ضغط الدم، و مع أن الصرع هو أهم عامل و هذا واضح من خلال إجابات الحالات عن أسئلة التي يحتويها دليل المقابلة و جاء مقياس سبيلبرجر ليدعم ذلك.

و من هنا يمكن القول أن مرض الصرع أثر على نفسية معظم المبحوثين أو كلهم، و لكن مع تفاوت الدرجات، و هذا ما ركزت عليه بعض الدراسات من أن للمرض العضوي أثر على نفسية المصاب مما ينجر عنه بعض الإضطرابات النفسية و نذكر منها دراسة كل من **Dumonte ,Foyal ,Leger** (1996) الذين أشاروا في تحديدهم للعناصر السيميائية الناتجة عن بعض الإضطرابات العضوية و المتمثلة في: نوبات الغضب، التعب، العنف الجسدي بالإضافة إلى التظاهرات الحصرية (القلق). (سلوى عثمان، 2004، ص113)

و كذلك دراسة **Richard** (2000) فقد أثبت أن المرض العضوي المزمن يعيق الفرد و يسبب له كفا في الكثير من ضروب الحياة و النشاطات، كما يعيش الفرد دائما في ضغط نفسي و قلق. (Richard,2000,p82)

و هذا ما يعزز المقولة التي تعبر عن وحدة النفس و الجسد و تأثرهما ببعضهما، و هذا ما تم إثباته من خلال بحثنا و الدراسة الميدانية التي أجريت مع أفراد مجموعة بحثنا.

3- الإستنتاج العام :

تمحورت دراستنا هذه في موضوع بحث يتمثل في "القلق لدى الراشدين المصابين بالصرع".

و إستنادا إلى الفرضية المطروحة سابقا و بغرض التحقق منها ميدانيا إعتدنا على المنهج العيادي الذي إعتبرناه أنسب لهذه الدراسة مما يسمح لنا بدراسة عميقة و منفردة للحالات. و تمثلت أدوات بحثنا في المقابلة العيادية نصف الموجهة، و مقياس سيبلبرجر لحالة للقلق، و تم تطبيقها على مجموعة البحث المتكونة من 04 حالات تعاني من مرض الصرع، و بعد ذلك قمنا بتحليل و دراسة كل الحالات بمعالجة المعلومات المتحصل عليها عن طريق المقابلة و تفسير نتائج المقياس.

تم التوصل إلى أن جميع أفراد مجموعة البحث يعانون من القلق، فقد تحصلت الحالة الأولى على 62 درجة ، أما الحالة الثانية فتحصلت على 66 درجة ، الحالة الثالثة تحصلت على 61 درجة و الحالة الرابعة تحصلت على 62 درجة، و كل هذه الدرجات تندرج ضمن القلق الشديد، و قد تم التأكيد على هذه النتائج من خلال المقابلة العيادية فقد تمت الإشارة الصريحة إلى معاناة الحالات من القلق، و بدأ ذلك واضحا من خلال الإجابات المقدمة و لو أن ذلك بدأ متعدد الأسباب و لكن معظم الحالات إعتبرت الصرع هو العامل الأساسي في هذا القلق.

و من خلال ما سبق فإن الفرضية التي مفادها يعاني الراشد المصاب بالصرع من القلق قد تحققت لأن كل الحالات تعاني من قلق شديد بدرجات متفاوتة.

خاتمة :

يعتبر مرض الصرع من أقدم الأمراض العضوية المزمنة مقارنة بأمراض أخرى، فقد تم إكتشافه منذ أزمنة بعيدة بعد ملاحظة العلماء لتلك النوبات التي تحدث للمرضى و ما يرافقها من تشنجات و أعراض أخرى جعلت ذوي الإختصاص يهتمون به و يميزونه عن بعض الأمراض المشابهة ليستقل باسمه المعروف حالياً.

و إذا تساءلنا عن العوامل المؤدية إلى للإصابة بهذا المرض نجدها متعددة فمنها البيئية و الكيميائية و العصبية حيث أن للصرع أسبابا غير محدودة و في بعض الأحيان غير معروفة كلياً. و من المعروف أيضاً أن لمرض الصرع صبغة إجتماعية من حيث الأعراض و هي ما يسمى بالوصمة (stigma) و ذلك فيما يتعلق بالأعراض طبعاً، فنوباته تحدث فجأة و دون إنذار إلا ما يعرف بالنسمة (Aura) ، و لكنها لا تمكن المريض من تجنب السقوط و الوقوع في النوبة كما أنها لا تحدث لدى جميع المرضى، و لذلك لا بد أن يصاحب هذا بعض التأثيرات السيكولوجية على نفسية الفرد أثناء تفاقم أعراضه مما يظهر على المريض بعض التوترات و الإنفعالات.

و في هذا البحث قمنا بدراسة ما إذا كان يعاني الراشد المصاب بالصرع من القلق بإعتبار هذا الأخير حالة ناتجة عن إستجابة و طريقة تفكير المريض فيما يخص مرضه، فكما هو معروف فإن أفكار الفرد هي سبب وجداناته أو هي المولدة لها فإيجابية المشاعر مرتبط بإيجابية الأفكار، و منه فإننا حاولنا معرفة التأثير الذي يحدثه مرض الصرع في سيكولوجية المصاب و بالتحديد عند فئة الراشدين و المتمثلين في مجموعة بحثنا.

تطرقنا أولاً إلى الجانب النظري الذي تم تقسيمه إلى ثلاثة فصول و هي القلق، و الرشد، و الصرع و بعد الإحاطة بالجانب النظري و ما يحمله من دراسات حول هذا الموضوع تم صياغة إشكالية بحثنا على النحو التالي:

-هل يعاني الراشد المصاب بالصرع من القلق؟

و للإجابة على هذا التساؤل قمنا بصياغة الفرضية التالية:

-يعاني الراشد المصاب بالصرع من القلق.

إتبعنا المنهج العيادي القائم على دراسة كل حالة للتعرف على أعراض القلق بالإضافة الى تبيان درجة القلق، و فيما يتعلق بمجموعة بحثنا فقد حصلنا على أفراد مصابين بمرض الصرع ، و قد تم تطبيق أدوات البحث (المقابلة العيادية، مقياس سيبيلبرجر لحالة القلق) على مجموعة البحث المتواجدين على مستوى مؤسسة دار المسنين، و كان عدد الأفراد هو 04 إمراة و ثلاث رجال يتراوح سنهم من 40 إلى 60 سنة.

أما فيما يخص أدوات البحث فقد تم تصميم دليل المقابلة بناء على الهدف المرجو و هو معرفة درجة القلق لدى مجموعة البحث، و كذلك لإيجاد نقاط التقاطع مع مقياس حالة القلق لسبيلبرجر، هذا الأخير الذي يعتبر مقياساً شائع الاستخدام و ذلك لصدقه في قياس القلق و نتائج الموثوقة.

بناء على النتائج النهائية المتحصل عليها في مقياس القلق للحالات الأربعة الخاصة بموضوع الدراسة، توصلنا إلى القول بأن الفرضية التي تمت صياغتها في بداية البحث قد تحققت مع كل الحالات، و بالتالي فإن الراشد المصاب بالصرع يعاني من القلق.

و هكذا تجدر الإشارة إلى أن النتائج التي توصلنا إليها في صدد بحثنا هذا تبقى محدودة لمجموعة بحثنا المتكونة من أربع حالات مصابين بمرض الصرع في حدود معينة و منطقة محدودة.

التوصيات و الإقتراحات :

تم وضع بعض التوصيات و الإقتراحات من أجل التوعية و التحسيس بهذه الفئة نوضحها كما يلي :

- إقامة جلسات أو خاصة لتوعية المصاب بالصرع حول حالته و مرضه.
- ضرورة إنشاء مراكز للتكفل بهؤلاء المرضى، و يظهر إهمال هذه الفئة من خلال عدم تكوين جمعيات خاصة بها إلا جمعية واحدة (جمعية أمل)، و لكن تعذر الإتصال بها كون موقعها الإلكتروني لا يعمل و لا يوجد أرقام هواتف خاصة بها يمكن الحصول عليها.
- ضرورة توفر الكفالة النفسية للفرد المصاب بالصرع، حيث تتم تهيئتهم نفسيا للتقليل من الصدمة.
- إدراج الأسرة في عملية الكفالة النفسية.
- ضرورة العمل المشترك بين الأخصائيين النفسيين و الأطباء المعالجين.
- تنظيم أيام توعية خاصة بمرض الصرع لتصحيح الفكرة الخاطئة أنه مرض غير قابل للشفاء أو مرض قاتل أو من الخرافات حول أن المرض هو مس أو جنون لدى أفراد المجتمع، حتى يتمكن كل مصاب بهذا المرض من مواجهته.
- التكثيف من الجمعيات الخاصة بمساعدة مرضى الصرع، لأن لها دورا مهما في التوعية و التوجيه.
- العمل على إعادة دمج هذه الفئة في المجتمع، حتى يستطيعوا مواصلة حياتهم و عدم تحسيسهم بأنهم عاجزين.

- بما أن بحثنا كان حول تأثير الصرع في ظهور القلق لدى الراشدين، فقد تم فتح آفاق للدراسة فيما يخص مرض الصرع و ذلك مع متغيرات أخرى كالضغط النفسي، و الفوبيا و كذلك الإكتئاب و عدة متغيرات أخرى تمت ملاحظتها خلال هذا البحث.

صعوبات البحث :

أثناء قيامنا بهذه الدراسة واجهتنا عدة صعوبات :

- صعوبة إيجاد مجموعة البحث، بسبب عدم وجود مراكز متخصصة في التكفل بهذه الفئة.
- عدم توفر المراجع اللازمة خاصة فيما يتعلق بمرض الصرع والتي تتناول الجانب النفسي لهذه الفئة.
- التأخر في القيام بالتربص نتيجة لعدم التحصل المبكر على الموافقة من المؤسسة.

13

قائمة المراجع :

قائمة المراجع العربية :

الكتب :

- 1- أبو طرحة (2007)، الأمراض النفسية، دار المعرفة للنشر و التوزيع، القاهرة.
- 2- أبو فرحة (2002)، الموسوعة النفسية، دار أسامة للنشر و التوزيع، عمان.
- 3- أمل حسونة (1999)، علم النفس النمو، الدار العالمية للنشر و التوزيع، ط1.
- 4- أمل حسونة (2002)، علم النفس النمو، الدار العالمية للنشر و التوزيع، ط2.
- 5- أمل حسونة (2004)، علم النفس النمو الطفولة و المراهقة، لدار العالمية للنشر و التوزيع، ط1.
- 6- أمال صادق (2004)، نمو الإنسان من مرحلة الجنين الى مرحلة المسنين، مكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، ط4.
- 7- أحمد عكاشة (بدون سنة)، التصنيف الدولي للأمراض (ICD/10)، ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس، القاهرة.
- 8- أحمد عكاشة (1980)، الطب النفسي المعاصر، دار الفكر اللبناني، ط1.
- 9- أحمد عكاشة (2000)، علم النفس الفسيولوجي، دار المعارف، القاهرة، ط6.
- 10- السامراني (2007)، أعراض النفسية العصابية، دار المناهج للنشر و التوزيع، الأردن، ط1.
- 11- إسحاق ماركس (1978)، التعايش مع الخوف، دار الشروق للنشر و التوزيع، مصر.
- 12- القمش، المعايطة (2007)، الأمراض العصابية، دار الفكر للنشر و التوزيع، لبنان.
- 13- الجاموس (2004)، الإضطرابات النفسية الجسمية السيكوسوماتية، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، ط1.
- 14- الخالدي (2006)، علم النفس الإكلينيكي، دار وائل للنشر و التوزيع، العراق.

- 15- الداهري (2005)، مبادئ الصحة النفسية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، ط1.
- 16- الزغلول (2006)، أسباب القلق و علاجه، الإحسان للنشر و التوزيع، مصر.
- 17- الصيرفي (2008)، مدخل إلى علم النفس الاكلينيكي، دار الفاروق للنشر و التوزيع.
- 18- العيسوي (1990)، الأمراض السيكوسوماتية، دار النهضة للطباعة و النشر، بيروت.
- 19- تيسير حسون (2007)، المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية، دار الهدى، دمشق.
- 20- جاسم محمد عبد الله المرزوقي (2008)، الأمراض النفسية و علاقتها بمرض العصر (السكر)، العلم و الإيمان للنشر و التوزيع، ط1.
- 21- جابر العزة (2002)، علم النفس، مطبعة مدبولي، مصر.
- 22- حلمي المليجي (2001)، مناهج البحث في علم النفس، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت، ط1.
- 23- حسن (2007)، الصحة النفسية، دار النهضة للنشر و التوزيع، القاهرة.
- 24- حنان عبد الحميد العناني (2000)، الصحة النفسية، دار الفكر لطباعة و النشر، مصر.
- 25- رمضان محمد القذافي (2000)، علم النمو-الطفولة و المراهقة-، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- 26- روبين دايتز (2006)، إدارة القلق، دار الفاروق للنشر و التوزيع، عمان، ط1.
- 27- رضوان زقار (2007)، دراسات في الاضطرابات النفسية، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
- 28- زينب محمد شقير (2001)، علم النفس العيادي و المرضي للأطفال و الراشدين، دار الفكر للطباعة و النشر، عمان، ط1.
- 29- زهران (1994)، دراسات حول الصرع، عالم الكتب، القاهرة.

- 30- زيغور محمد (2006)، حقول علم النفس الفسيولوجي و أبحاثه، دار الحديث للنشر.
- 31- زحوف منيرة (2004)، القلق عند المراهقات، دار اليمامة للنشر و التوزيع، مصر.
- 32- سبيلبرجر جورستن (1985)، ترجمة الدكتور محمد سعد الدين الدرس قائمة حالة و سمة القلق، دار القلم للنشر و التوزيع، الكويت، ط1.
- 33- سامر جميل رضوان (2002)، القلق، دار إقبال للنشر و التوزيع، مصر.
- 34- سامر جميل (2007)، الصحة النفسية، المسيرة للنشر و التوزيع، بيروت.
- 35- سامي ملحم (2004)، علم النفس النمو، دار الفكر، الأردن، ط1.
- 36- سامي محمد (2000)، حاجات الراشد، دار اليازوري للنشر و التوزيع، عمان.
- 37- سامي محمود علي (2000)، الموجز في التحليل النفسي، مكتبة الأسرة، القاهرة.
- 38- سامي عبد القوي (1994)، مقياس الصرع النفسي الحركي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- 39- سمير بيتون (2007)، الأمراض العصبية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.
- 40- سونيا خان (2010)، ماهو الصرع، الدار السعودية للنشر، الرياض.
- 41- سعاد جبر سعيد (2008)، سيكولوجية التفكير و الوعي بالذات، عالم الكتاب الحديث للنشر و التوزيع، ط1.
- 42- شريت (2006)، النفس و الجسد، دار الإمام للنشر و التوزيع، مصر.
- 43- شفيق علاونة (2004)، مراحل النمو، دار النهضة للنشر و التوزيع، القاهرة.
- 44- شقير (2005)، القلق أسبابه و علاجه، دار النهضة، ط1.
- 45- صالح قاسم حسين (2008)، الأمراض النفسية و الانحرافات السلوكية، دار دجلة للنشر و التوزيع، الأردن.

- 46- صبرة، شريت (2004)، القلق أعراضه أسبابه و علاجه، دار العلم للنشر، ط1.
- 47- عبد العزيز (1952)، أسس الصحة النفسية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط1.
- 48- عبد اللطيف حسين فرج (2009)، الاضطرابات النفسية، جامعة أم القرى، السعودية، ط1.
- 49- عبد الله بن محمد الصبي (2006)، الصرع(التشنج)، مكتبة الملك فهد الوطنية، السعودية، ط1.
- 50- سلوى عثمان (2004)، الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الإجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 51- عصام الصفدي (2007)، مدخل إلى الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر و التوزيع، بيروت.
- 52- عطوف محمد ياسين (2007)، علم النفس العيادي، دار العلم للملايين، بيروت، ط2.
- 53- لطفي الشرييني (بدون سنة)، كيف تتغلب على القلق، دار العلم للملايين، بيروت.
- 54- مريم سليم (2000)، علم النفس النمو، دار النهضة العربية، مصر، ط1.
- 55- مريم سليم (2002)، علم النفس النمو، دار النهضة العربية، مصر، ط2.
- 56- مريم سليم (2004)، مراحل النمو، دار العلم للنشر و التوزيع، القاهرة.
- 57- مجدي أحمد عبد الله، علم النفس المرضي، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
- 58- محمد النور محروس (2004)، مناهج البحث العلمي من النظرية إلى التطبيق، المكتبة المصرية للنشر.
- 59- محمد جاسم محمد (2004)، علم النفس الاكلينيكي، دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان، ط1.

- 60- محمد خليفة بركات (بدون سنة)، عيادات العلاج النفسي و الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، الكويت.
- 61- محمد عيد مصطفى (2003)، العلاج المعرفي السلوكي المختصر، دار إيتراك للطباعة والنشر و التوزيع، ط1.
- 62- محمد عثمان نجاتي (1989)، القلق، دار الشروق للنشر، القاهرة، ط4.
- 63- محمد قاسم عبد الله (2001)، مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة و النشر، ط1.
- 64- محمود جمال أبو العزائم (2009)، الصراع، الأفاق للنشر و التوزيع، السعودية.
- 65- مروان أبو حويج (2002)، القياس و التقويم في التربية و علم النفس، الدار العلمية الدولية للنشر و التوزيع، القاهرة، ط1.
- 66- مصطفى فهمي (1987)، الصحة النفسية-دراسة في سيكولوجية التكيف-، دار القلم، مؤسسة فرانكلين للطباعة و النشر.
- 67- مصطفى نوري القمش (2007)، الإضطرابات السلوكية الإنفعالية، دار المسيرة للنشر و التوزيع، بيروت، ط1.
- 68- مقدم عبد الحفيظ (1993)، الإحصاء و القياس النفسي و التربوي، ديوان المطبوعات الجامعية.
- 69- نبيل غالب، (2006) أخطر مشكلات الشباب، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة.
- 70- نور الهدى محمد الجاموس (2002)، أسباب القلق، دار وائل للنشر و التوزيع، مصر، ط1.
- 71- هبة محمد عبد الحميد (بدون سنة)، الصراع و المجتمع، دار أسامة للنشر و التوزيع، القاهرة.

72- وليم الخولي (1976)، الموسوعة المختصرة في علم النفس و الطب النفسي، دار المعارف القاهرة، ط1.

73- يحي مرسى (2007)، الراشد و المجتمع، دار طبية للنشر و التوزيع، مصر.
الرسائل :

74- ميخائيل (2003)، دراسة لمقياس القلق بوصفه حالة و سمة على عينة من طلبة الجامعات السورية، منشورة في مجلة جامعة دمشق، العدد 2.
القواميس :

75- محمد عواد (2006)، معجم الطب النفسي و العقلي، دار أسامة للنشر و التوزيع، ط1.

قائمة المراجع الأجنبية :

الكتب :

76- Aldenkamp AP HM (1999), Cognitive deficits in epilepsy : is there a treatment ?, martin, London.

77- Alessio A (2004), Differences in memory performance and other clinical characteristics in patients with mesial temporal lobe epilepsy with and without hippocampal atrophy.

78- Angers M (1998), Initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines, édition de cive, Québec.

79- Behrens E (1997), Surgical and neurological complication in a series of 708 epilepsy surgery procedures.

80- Bishop M (2000), Impact of epilepsy on quality of life, amesterdam.

81- Buchanan N (2002), understanding epilepsy : what it is and how it can affect your life, new ed, sydney.

82- CHiland C (1983), l'entretien clinique, presse universitaire de paris, paris.

83- Cole Ss (1999), Sexuality, disability and reproductive issues through the lifespam, 4nd ed, new york.

- 84- Devinsky O (2001), **Epilepsy patient and family guide**, philadelphia.
- 85-Dodrill CB(2002) ,**Progressive cognitive decline in adolescents and adults with epilepsy prog brain res.**
- 86- Erich F (1941), **Escape from freedom**, New york.
- 87- Falvo D (2005), **Psychological and functional aspects of chronic illness and disability**, 3rd ed, sudbury.
- 88- Gaelle B (2010), **connectivity in epileptogenic networks and worksand contralateral compensatory mechanisms hum brain Mapp.**
- 89- Gumint RJ (1997), **living well with epilepsy**, 2nd ed, new york.
- 90- Harry S S (1947), **conceptions of modern psychiatry**, william alonson with psychiatric foundation.
- 91- Helen B (1997), **adult and psychological illness**,1st ed canada.
- 92- Herman BP (1997), **neuropsychological characteristics of the syndrome of mesial temporal lobe epilepsy.**
- 93- Jacoby A (2000), **The problem of epilepsy**, amesterdam.
- 94-James (2005), **epilepsy and its impact**, Canada.
- 95- Javeau CL (1983), **Enquête par question**, édition PUF.
- 96- Jokeit and Ebner (1999), **long term effects of refractory temporal lobe epilepsy on cognitive abilities.**
- 97- Krauss, (2000) **mesial temporal spikes interfer with newly diagnosed epilepsy.**
- 98- Lennox W, **epilepsy and related disorders**, little brown and comp boston.
- 99- Mendez M (1996), **Disorders of mood and affect in epilepsy**, boston.
- 100- Neppe V (1981), **symptomatology of temporal lobe epilepsy**, south africa.
- 101- Ogunrin O (2000), **cognitive function in nigerians with newly diagnosed epilepsy.**
- 102- Pontnov and Pedotov (1969), **psychiatry**, mir moscow.

103- Reaclin M (1992), Les méthodes en psychologie, germeat put paris.

104- Rey A (1979), Méthodes clinique en psychologie, édition PUF, paris.

105- Richard (2000), psychological impact of illness, Arisona, USA.

106- Richter (1995), clinical psychology, sydney, australia.

Roger P (1989), problemes de la presse dans les demarches de la psychologie clinique, edition PUF, paris.

107- Roland D (1991), l'angoisse et l'anxiété, édition PUF

108- Wright BA (1983), physical disability a psychological approach, 2nd ed, new york.

109- Yung (1916) Collected papers on analytical psychology, london.

110- Yung (1938) Psychology and Religion, new haven, conn .

الرسائل :

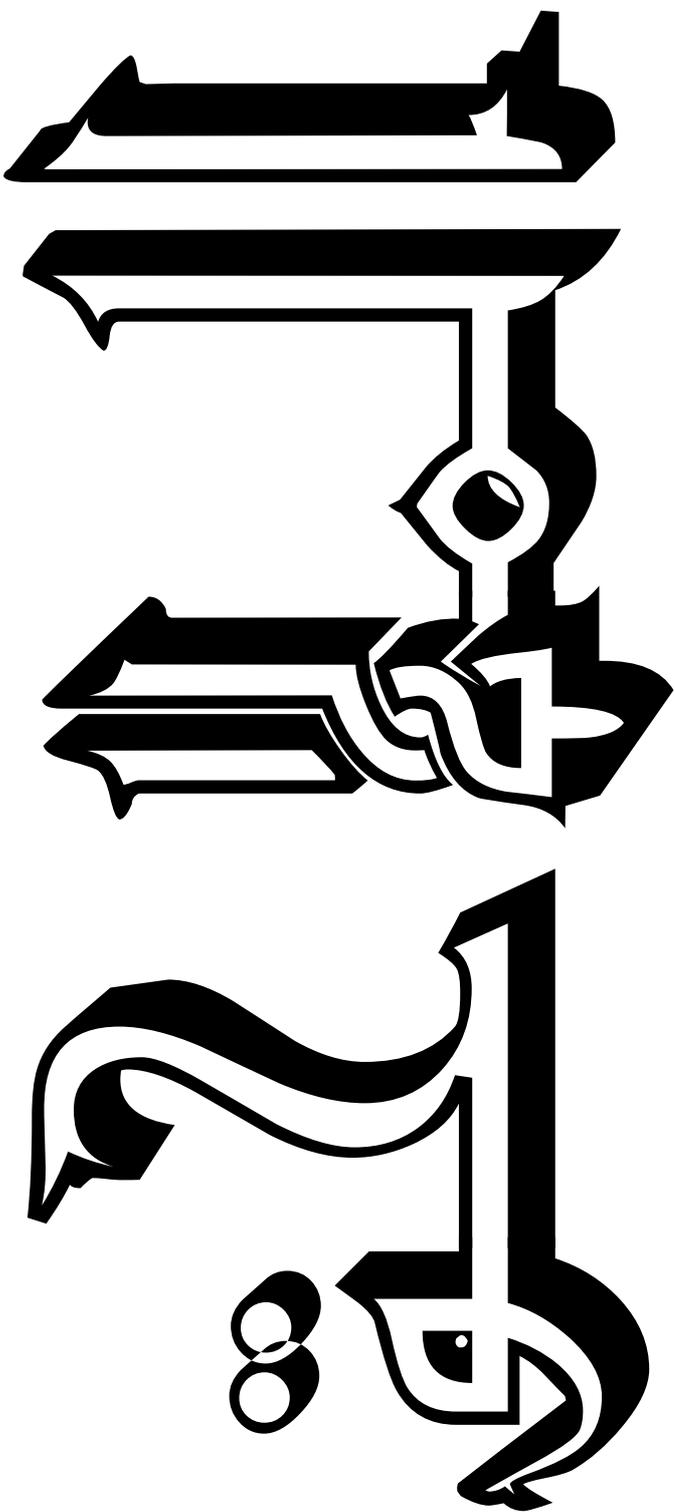
111- Anais L (2009), Effets acteurs-partenaire du soutien social et des stratégies de coping sur la qualité de vie et des trouble anxio-dépressifs de patients atteints d'un épilepsie partial complexe, université bordeau 2, école doctorale.

112- Sylvie P (2009), Impact d'épilepsie sur la vie quotidienne du couple agé, université bordeau 2, école doctorale, 2009.

القواميس :

113- Sillamy N (1983), Dictionnaire de la psychologie, paris.

114- Werner f (1998), Encyclopédie d'aujourd'hui dictionnaire de la psychologie, paris.



ملحق رقم (1) : دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة

1- محور البيانات الشخصية:

الإسم:

السن:

الجنس:

المستوى الدراسي:

الحالة المدنية:

المهنة:

المستوى الاقتصادي:

2- الجانب الصحي:

هل تعرضت لحوادث في السابق ؟ متى كان ذلك؟

هل لديك أمراض أخرى مصاحبة لهذا المرض؟

هل أفراد الأسرة مصابون بهذا المرض؟

هل هناك أمراض أخرى في الأسرة؟

3- الحياة الشخصية و العائلية:

كيف كانت حياتك قبل المرض؟

كيف تلقيت خبر المرض و ما هي ردة فعلك؟

كيف تحس و أنت بين عائلتك؟

هل تغيرت معاملتهم معك بعد المرض؟

4- المعاش النفسي:

ما هو شعورك معظم الوقت؟

هل تحس بالهدوء و الأمان؟

هل تعاني من العصبية و الهياج؟

هل تشعر بالحيوية و الاستثارة؟

التغيرات التي طرأت على الحياة النفسية بعد الإصابة بالمرض؟

5- النظرة إلى المستقبل:

كيف ترى المستقبل؟

هل عندك أهداف تريد تحقيقها؟

أترى أن مرضك سوف يؤثر على مستقبلك؟

هل يمكنك التخفيف من حالتك الانفعالية مستقبلا؟

ملحق رقم (2): مقياس القلق لسبيلبرجر

حالة القلق

الاسم و اللقب

تاريخ و مكان الازدياد

التعليمة:

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

الرقم	البنود	مطلقا	قليلا	أحيانا	كثيرا
01	أشعر بالهدوء				
02	أشعر بالأمان				
03	أشعر بالتوتر				
04	أشعر بالأسف				
05	أشعر بالإطمئنان				
06	أشعر بالإضطراب				
07	أشعر بالإنزعاج لاحتمال وقوع كارثة				
08	أشعر بالراحة				
09	أشعر بالقلق				
10	أشعر بالسرور				
11	أشعر بالثقة في النفس				
12	أشعر بالنرفزة				
13	أشعر بالثوران				
14	أشعر بتوتر زائد				
15	أشعر بالاسترخاء				
16	أشعر بالرضا				
17	أشعر بالضيق				
18	أشعر بأني مستثار جدا (لدرجة الغليان)				
19	أشعر بالسعادة العميقة				
20	أشعر بأني أدخل السرور على الآخرين				