

الدَّاءُ الْمَيْتُ الطَّوْرِيَّةُ لِلْقَلْبِ

دكتور

أحمد محمد عبد الخالق

أستاذ علم النفس

جامعة الإسكندرية والكويت

دار المعرفة الجامعية





الدِّراسَةُ النَّطَوْرِيَّةُ لِلتَّقَابُقِ

دكتور

أحمد محمد عبد الخالق

أستاذ علم النفس

جامعة الإسكندرية والكويت

٢٠٠٠

دار المعرفة الجامعية

٤٠ شارع مرسى العزاريطة - ١٦٣-١٨٢

٢٨٧ شارع السويدي - ٤٠ - ٥١٧٣٤٦

تقديم الطبعة الثانية

صدرت الطبعة الأولى من هذا الكتيب عام ١٩٩٤ في حوليات كلية الآداب التي تصدر عن مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت. وهامى ذى الطبعة الثانية تصدر بعد مرور ستة أعوام تقريباً على الطبعة الأولى، وعلى الرغم من أن هذه فترة وجيزة فإن الطبعتين صدرتا في قرنين مختلفين! وكان الأحرى - والحال كذلك - أن تعدل الطبعة الأولى بشكل جذري، ولكن حال دون ذلك ضيق الوقت، وكما يقال: «إن الصناعة طويلة والعمر قصير». على أن التعديل الوحيد الذى أدخل على هذه الطبعة هو إدراج نص مقياس جامعة الكويت للقلق في صيغته المرئية النهائية، ويبان أهم معالمة السيكمترية، والدعوة موجهة لأى باحث متخصص لاستخدام هذا المقياس دون حاجة إلى الحصول على إذن كتابى من مؤلفه كما تجرى العادة فى مثل هذه الحالات.

وتجدر الإشارة إلى أن جميع المطبوعات العلمية لجامعة الكويت ومجلاتها الدورية محكمة، وهو ما ينطبق على هذا الكتيب بطبيعة الحال. كما يتعين أن تنوه أيضاً إلى أن هذه الطبعة مصرح بنشرها من لدن صاحب الحق فى الطبعة الأولى (حوليات كلية الآداب بجامعة الكويت)، والشكر الجزيل لرئيس تحريرها على موافقة الكتابية على ذلك.

وأرجو من الله تعالى أن يكون هذا العمل مما ينتفع به، وأن يكون خالصاً لوجهه الكريم: «قل إن صلاتى ونسكى ومحياى ومماتى لله رب العالمين»، هذا وبالله التوفيق.

محتوى البحث

٩	ملخص
١١	مقدمة
١٣	الفصل الأول : القلق بوصفه اضطرابا نفسيا
١٣	١ - أهمية دراسة القلق في عصر القلق
١٤	٢ - تعريف القلق
١٥	٣ - القلق السوى والقلق المرضى
١٦	٤ - تصنيف القلق المرضى وفئاته
١٩	٥ - حالة القلق وسمة القلق
٢٠	٦ - الخوف والقلق
٢٢	٧ - القلق من وجهة نظرية
٢٠	٨ - العلاقة بين القلق والأداء
٢٨	٩ - بعض المتغيرات المرتبطة بالقلق
٣٠	١٠ - معدلات انتشار القلق
٣٣	الفصل الثاني : تشخيص القلق وعلاجه
٣٣	١ - الأساس الفيزيولوجي للقلق العصائى
٣٦	٢ - المظاهر الإكلينيكية للقلق العصائى
٤٠	٣ - قياس القلق
٤٤	٤ - التحديد العامل للقلق بالاختبارات الموضوعية
٤٦	٥ - التشخيص السيكياترى الفارق للقلق ...
٤٨	٦ - العلاج السلوكى للقلق
٥٧	الفصل الثالث : تطور القلق
٥٧	١ - مفهوما النمو والتطور

٥٨	٢ - وجهتا الثبات والتغير
٥٩	٣ - التنبؤ بتطور الشخصية
٦٠	٤ - المقصود بتطور القلق
٦٢	٥ - مطالب التطور والقلق
٦٤	٦ - منحى القلق السوى عبر العمر ..
٦٦	٧ - القلق المرضى والعمر
٦٩	الفصل الرابع : دراسات عربية في تطور القلق
٦٩	١ - أهداف الدراسة وأهميتها
٧١	٢ - الفرض الأساسي
٧١	٣ - تطور القلق لدى الأطفال
٨٦	٤ - تطور القلق من المراهقة إلى الشيخوخة
٩٧	٥ - استنتاجات عامة ...
١٠٣	خاتمة
١٠٧	الهوامش والمصادر

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى بحث تطور القلق أى تغيره من مرحلة عمرية لى أخرى من الطفولة حتى الشيخوخة. وفى توطئة لهذه الدراسة يعرض الفصل الأول للقلق بوصفه اضطرابا نفسيا، مع التأكيد على جوانب التعريف والتصنيف، والفرقة بين كل من القلق السوى والقلق المرضى، وبين حالة القلق وسمة القلق، وبين الحروف والقلق المرضى. هذا فضلا عن بيان بعض المتغيرات المرتبطة بالقلق، مع إيراد معدلات انتشاره. ثم يقدم الفصل الثانى لمسائل التشخيص والعلاج، وبعد بيان الأساس الفيزيولوجى للقلق العصائى، تحدد المظاهر الاكلينيكية له، وكيفية قياسه (مع تقديم مقياس مبدئى له) والتحديد العامل له، والتشخيص الطبضى (السيكياترى) الفارق، ويختتم الفصل بتقديم موجز لطريقة فنية من أهم طرق علاج القلق وأكبرها فاعلية، ونقصد العلاج السلوكى.

أما عرض الدراسات السابقة التى تتناول تطور القلق، فهو موضوع الفصل الثالث، والذى يبدأ بالفرقة بين النمو والتطور، مع عرض لوجهتى الثبات والتغير فى بحوث الشخصية بوجه عام، وتحديد المقصود من تطور القلق، وبيان علاقة القلق بمطالب النمو، ثم تقديم لمنحنى القلق السوى تبعا لتلعمر، وتطور القلق المرضى خلال العمر. وبعد هذا الفصل تمهيدا لفصل الرابع والأخير، والذى يعرض لدراسات عربية واقعية (إمبيريقية) فى تطور القلق خلال الطفولة (دراسة مستقلة)، وعبر المراهقة وأوائل الرشد وأواسط العمر والشيخوخة (دراسة ثانية مستقلة). واشتملت عينات الدراستين على فئات عمرية متنوعة بلغ مجموع أفرادها ٢,٣٣٧ مفحوصا.

وقد أسفرت هذه الدراسات العربية الواقعية عن عدد من النتائج أهمها أن متوسط القلق يرتفع قرب سن البلوغ، وأن القلق يرتفع في مرحلة المراهقة وبدايات الرشد، على حين ينخفض في مرحلتى أواسط الـ الشيخوخة. ومن أبرز النتائج أنه ليس حتماً أن يرتفع القلق في مرحلة الشيخوخة، لأن الفرد في هذه المرحلة المتقدمة من العمر غالباً ما ينخفض تطلعاته وسعيه، مع تحمل أفضل للإحباط. ولكن تجدر الإشارة إلى دراسة أخرى أسفرت عن ارتفاع الاكتئاب (وليس القلق) في هذه المرحلة. وأما الجنس، وليس آخرها فقد كشفت هذه السلسلة من الدراسات عن فروق جوهرية بين الجنسين في القلق (للإناث متوسط أعلى) في كل الحالات إلا قليلاً.

مقدمة

القلق - من احدى الزوايا - انفعال انساني ذو حدة وشدة، ويرغم ما هنالك من زخم في الدراسات ووفرة فيها فلم تختلف البحوث بشأن انفعال كما اختلفت بشأنه، فقد تعددت الآراء بصدده، وتباينت وجهات النظر اليه، فمن قائل : إن القلق انفعال من قبيل الوبال، اذ ينثر بسوء المنقلب والمآل، فهو أس المرض التنسي وجوهره، يصاحب - فضلا عن ذلك - كل الأمراض الجسمية والأسقام والعلل. فخير الإنسان أن يتأى القلق عنه، ولا يُبتل به، ولا يبرزأ بحمله.

ومن الناس والباحثين من يرى القلق - من وجهة ثانية - الدافع وراء كل إنجاز ضخم، والباعث خلف كل أداء عظيم، فهو محرك طاقات الإنسان الراقية، وكوامن نفسه الخلاقة، وسامى فكره، ورائى إبداعاته. ومن ثم فإن القلق - من وجهة نظرهم - مرغوب مطلوب. ويدللون -س قولهم هذا بعديد من الأمثلة لعابرة عانوا القلق، وتألما لما أصابهم من مشقة وضيق. ويرغم ما واجهوه من ظلم وهضم فلم يفتقدوا الأمل والرجاء. انظر الى قول الطغراني:

أعلل النفس بالآمال أرقبها ما أضيّق العيش لولا فسحة الأمل

ولا غرابة في أن يدلل كل فريق على رأيه، ويقدم حججا تدعمه، وأسانيد تثبه. ولكن الاختلاف بين وجهتى النظر هاتين للقلق راجع - في المقام الأول - إلى الاختلاف على تعريف القلق، إذ تشير نتائج البحوث إلى وجوب التفرقة بين القلق السرى العادى، والقلق العصائى المرضى (وهذا ما

حاولنا أن نبرزه في الفقرة الرابعة من الفصل الأول). وليس هنا فحسب بل إن بين القلق السوي والقلق المرضى درجات متعددة وظلالاً متدرجاً واعتماداً على ذلك فليس من الصواب أن نطلق القول على عواهنه ونور التعميم على إطلاقه : يؤدي القلق السوي إلى الإنجاز وربما الإبداع، حين يفوق القلق المرضى إلى مختلف العلل والأسقام. فالحق أن هناك درجة مثل معينة تلائم الإبداع وتوائم الابتكار والإنتاج. وليس هنا فحسب، بل الأصوب أن نقول : إن هناك مستوى أمثل ننتقل يناسب كل نوع خاص من العمل على حدة، وهذا ما نفضله في الفقرة الثامنة من الفصل الأول، والذي يعرض للقلق بوصفه اضطراباً نفسياً في الدرجة الأولى، ثم نردفه بالفصل الثاني الذي يوطئه لتشخيص القلق مع بيان موجز لإحدى طرق علاجه.

ويقدم الفصل الثالث الدراسات السابقة عن تطور القلق، ونقصه بذلك تغير مستواه واختلاف معمله من مرحلة عمرية إلى أخرى. ويعرض الفصل الأخير دراسات عربية واقعية Empirical لتطور القلق لدى الأطفال والمراهقين والراشدين والمسنين. والحق أن الدراسات العالمية والعربية قليلة فيما يختص بتطور القلق (أى بتغيره تبعاً للعمر). ومن هنا فإن الأمل محدود، أن يفتح هذا البحث المجال أمام الدارسين والباحثين العرب لمواصلة درسه، وإكمال جوانب نقصه، والامتداد به وتطويره.

وأرجو أن يكون هذا العمل خالصاً لوجه الله، وعلى الله قصد السبيل، والحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدى لولا أن هدانا الله.

الفصل الأول

القلق بوصفه اضطراباً نفسياً

تمهيد

لاشك أن لدراسة القلق أهمية قصوى في عصرنا الذي تعددت أسماؤه ومنها أنه «عصر القلق». وحتى تحقق هذه الدراسة أهدافها المرجوة فلا بد من البدء في معالجة مسائل التعريف والتحديد الفارق والتصنيف، ولاغرو فالتعريف نقطة بدء أساسية، ولا ريب في أن التصنيف أساس العلم. وهذا ما يعرض له هذا الفصل فيما يختص بالقلق، فضلاً عن بيان بعض علاقات القلق بغيره من المتغيرات، ومعدلات انتشاره في المجتمع. ونبدأ بعرض لأهمية دراسة القلق.

١ - أهمية دراسة القلق في عصر القلق

من بين الصفات التي أطلقت على هذا العصر (منذ الخمسينيات من هذا القرن) أنه عصر القلق Age of Anxiety. وكان لهذه التسمية أسباب عديدة ودوافع شتى^(١). ويقع اضطراب القلق Anxiety disorder من وجهة نظر علم النفس المرضى في القلب من الاضطراب النفسي (العصاب)، فالقلق محور العصاب Neurosis، والعرض الجوهرى المشترك في الاضطرابات النفسية يل في أمراض عضوية شتى، وهو أكثر فئات العصاب شيوعاً إذ يكوّن من ٣٠ - ٤٠٪ من الاضطرابات العصابية تبعاً للتصنيفات المبكرة^(٢). ويجمع الباحثون

عل أن القلق هو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية. وأصبح الآن حجر الزاوية في كل من الطب النفسجسي Psychosomatic والنفس الطبغسي Psychiatric والتطبيق كذلك^(٢٣).

وللقلق دور خاص في عمليات توافق الكائن العضوى لبيته. وله م مهم في نظريات الشخصية وبحوثها، والشخصية هي الأساس المتين ل النفس الإكلينيكي وعلم الصحة النفسية. ويذكر «جوردون» أن القلق ؛ مشكلة من أكثر المشكلات النظرية صعوبة في علم النفس^(٢٤)، ومن ثم ؛ تباينت وجهات النظر بشأنه تباينا واسعا. ومن المناسب الآن أن نعرف القلق.

٢ - تعريف القلق

ورد في المعجم الوسيط^(٢٥): قَلِقَ - قَلِقًا - لم يستقر في مكان واحد وقَلِقَ لم يستقر على حال، وقَلِقَ اضطرب وانزعج فهو قَلِيق. وأقلق الهُمُّ فأزعجه. وقد أفر المجمع استخدام القلق بوصفه حالة انفعالية تتميز بالحو مما قد يحدث. والمقلاق: الشديد القلق. يقال: رجل يقلاق وامرأة يقلاق

وتُعرّف القلق بأنه شعور عام بالحشية أو أن هناك مصيبة وشية الوقوع أو تهديدا غير معلوم المصدر، مع شعور بالتوتر والشد، وخو لاسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمست والمجهول. كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغ فيها لمواقف لا تخظرا حقيقيا، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت تمثل خطراً ملحاً مواقف تصعب مراجعتها.

ويستجيب الجسم للقلق لاستجابات عدة أهمها زيادة تبه الجهاز العصبي اللاإرادي أو المستقل (ANS) وبخاصة الفر

السمتاوى، فينهض الجسم لمواجهة التهديد غير المحدد وغير المعلوم، فيحرك طاقاته، وتصبح العضلات متوترة، ويسرع التنفس، ويدق القلب بسرعة أكبر.. وغير ذلك من ردود الأفعال^(٧).

وبعد تعريف القلق نتقل إلى التمييز بين نوعي القلق: السوي والمرضى.

٣ - القلق السوي والقلق للمرضى

لا بد أن نفرق بين القلق السوي والقلق المرضى أو العصائى، أو مايسميه الأطباء التسيون «بالقلق الفيزيولوجى والقلق الباثولوجى»^(٧). غير أن اهتمامنا يتجه إلى ذلك النوع من القلق الذى يؤدي إلى مواقف عصبية تجعل منه قلقاً مرضياً، ففرق كبير بين أن تقلق الأم لمرض عضال أصاب وحيدها، وأن تقلق هذه الأم نفسها قلقاً شديداً لتأخر صديقتها عن موعد ضربته لها.

كما يميز بين نوعي التلق كذلك متغيرات شدة Intensity الأعراض الدالة عليه ودوامها Duration. وقد يكون القلق السوي موضوعياً خارجياً أو ذاتياً داخلياً^(٨)، ويعزى في هذه الحالة إلى موقف معين أو يحدث في زمن خاص أو كرد فعل سوى لمواقف تسبب - حقيقة لدى معظم البشر - القلق، ومثالها ما يُخبره الطالب قبل الامتحان أو ما يشعر به الأب لدى مرض ابنه، ولذلك يسمى القلق السوي في مثل هذه الحالات بالقلق الموضوعي أو القلق اخضيقي.

أما القلق العصائى فهو خوف مزمّن دون مبرر موضوعي، مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة لل حد كبير، ولذلك فهو قلق مرضى Morbid يسمى أحياناً بالقلق الهائم الطليق Free floating anxiety. ويستخدم «وولبي»^(٩) بديلاً عن المصطلح الأخير - الذى يرى أنه خاطئ - مصطلح

القلق الشامل Pervasive، ويرى أنه الأفضل.. ويذكر «ليف» أن الرابطة الأمريكية للطب النفسي استخدمت مصطلح: «استجابة القلق»، إذ حل هذا المصطلح محل «حالة القلق»، والأخير بدوره قد حل محل المصطلح النفسي الأقدم: «عصاب القلق»، ولكن لا يزال للمصطلح الأخير يستخدم في بعض مراجع الطب النفسي الأوروبية على حين يستعمل مصطلح «استجابة القلق» في بعضها الآخر^(١١). ويستخدم بدلا من كل ذلك الآن مصطلح «اضطراب القلق» في الدليل التشخيصي الثالث المعدل^(١٢).

و القلق العصائى هو العرض المشترك والظاهرة الأساسية والمشكلة المركزية في كل الاضطرابات العصائية، ولكننا نهنم بمجموعة الأعراض هذه عندما تكون ائزملة Syndrome الأساسية أى استجابة القلق أو اضطراب القلق. ويعنى القلق العصائى - بمصطلحات نظرية التعلم - حافزا Drive أو استعدادا سلوكيا يهيء الفرد لإدراك عدد كبير من الظروف أو المواقف غير الخطرة موضوعيا عل أنها تهديد، ويستجيب لها برد فعل غير متكافئه في الشدة مع الحجم الموضوعي للخطر^(١٣).

ويرى المؤلف أن النظر لى القلق عل ضوء البحوث التجريبية في علم النفس ونظرية التعلم أقرب لى علم السلوك، تلك النظرة التى لم تخضع قلق المقحوص والمريض فقط للتجريب، بل كذلك المجرى في علم النفس والعطب البشرى، فمن بين نتائج بعض التجارب * الطريفة * التى ينبغى أن نستخلص الدروس اللازمة منها بوصفنا مجربين أن قلق المجرى يسبب قلقا لدى المقحوص، وأن التأثير عل المقحوصين بهدف الحصول عل بيانات تزيد فرض الباحث، يوجد لدى المجرىين ذوي الدرجة المرتفعة من القلق^(١٣).

٤ - تصنيف القلق المرضي وفئاته

أصبحت معظم الحالات التى سميت سابقا بـ * العصاب *

Neurosis تندرج الآن تحت عنوان * اضطرابات القلق * . ولكن عددا قليلا منها ضمت ثلاثة تصانيف مستقلة هي : الاضطرابات التفرقة Dissociative ، وتلك التي تتخذ صورة جسمية Somatoform ، والاضطرابات النفسية الجسمية Psychosexual . أما الحالة التي أسمى فيما مضى بالاكتئاب العصبي Neurotic depression فقد صفت في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM III الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين على أنها إحدى الاضطرابات الوجدانية ، وهي تصنيف مستقل .

ومن نافذة القول أن نذكر أن القلق هو الخاصية المركزية في مجموعة اضطرابات القلق ، فإما أن القلق هو الاضطراب السائد الغلاب ، أو أن الفرد يمر به ويجريه إذا حاول أن يتحكم في أعراض خاصة معينة أو يقاومها (كموضوع مسبب للخوف الشاذ أو طقوس قهريه) .

والخواص الرئيسة للقلق كما يصفه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية⁽¹⁴⁾ كما يلي :

- ١ - التوتر الحركي كما يدل عليه أن يصبح الفرد قفازا وثابا متحفزا ، متنبها فجأة مرتجفا مرتعدا ، غير قادر على الاسترخاء .
- ٢ - النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي أو المستقل ANS كما يظهر ذلك في الدوار أو الدوخة ، والقلب المتسارع كما لو كان في سباق ، وزيادة إفراز العرق .
- ٣ - ترقع الشر وارتقاب ما يجئ ، ويتضح ذلك في الاجترار القلق للأفكار .
- ٤ - التيقظ والتخرس أو انعام النظر كما يبدو ذلك في فرط الانتباه وزيادته .

وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني DSM II كان القلق إشارة إلى العصاب وأبرز فئاته ، وكانت كل الاضطرابات التي يتم فيها الشعور بالقلق

والتعبير عنه بشكل مباشر، أو التي يتم التحكم فيها بشكل لا شعوري عن طريق التحويل أو الإبدال وغيرها من حيل الدفاع تصنف على أنها أعصاب. أما في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث فقد صُنعت في اضطرابات القلق، الاضطرابات التي يتعرض فيها الفرد خبرة القلق بشكل مباشر فقط.

الفئات الفرعية لاضطرابات القلق

- لاضطرابات القلق - تبعاً للدليل الثالث^(١٥) - ست فئات فرعية كما يلي :-
- ١ - المخاوف الشاذة Phobias وتشتمل على ثلاثة أنواع هي :
 - أ - الخوف من الأماكن الواسعة المفتوحة Agoraphobia .
 - ب - المخاوف الاجتماعية .
 - ج - المخاوف البسيطة .
 - ٢ - الوسواس القهري Obsession - Compulsion والعنصر الأساسي فيه الوسواس أو القهر المعاود، أحدهما أو كلاهما .
 - ٣ - الهلع Panic ويضم بنوبات معاودة من الذعر والهلع، تصنف ببداية فجائية لخوف عنيف وخشية أو رعب .
 - ٤ - القلق العام : والعنصر الأساسي فيه القلق المداوم أو المستمر لمدة لا تقل عن شهر دون أعراض نوعية، كما هو الحال في اضطرابات المخاوف الشاذة أو الوسواس القهري .
 - ٥ - الانعصاب التالي للصدمة Post - traumatic stress disorder (PTSD) والحساسية الأساسية في هذه الفئة هي نشأة أعراض معينة تل حادثة تعد صدمة من الناحية النفسية، وتعتبر خارج نطاق المدى السوي للمخبرات الإنسانية، وأمثلتها الانعصاب والزلازل أو الاحتجاز رهينة أو الوقوع في الأسر أو الحرب .

٦ - القلق غير النمطي: ويجب أن تستخدم هذه الفئة فقط عندما لا يستطيع الإكليبيكي أن يكون محداً.

وبصرف النظر عن الفئات الفرعية للقلق كما بينا، فمن الأهمية بمكان إقامة تفرقة بين نوعي القلق: الحالة والسمة.

٥ - حالة القلق وسمة القلق

يذكر سيلبيرجر^(١١) (وهو رائد في دراسات القلق) أن كثيراً من الغموض والخلط المرتبط بمعنى القلق ومفهومه يتج عن عدم التمييز في استخدام هذا المصطلح للإشارة إلى اثنين من المفاهيم البنائية Constructs المرتبطة معا برغم أنها مختلفة تماما من الناحية المنطقية. فعالمياً ما يُستخدم مصطلح القلق - أولاً - لوصف حالة انفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشبة والكدر أو الهم وتنشيط (أو إثارة) الجهاز العصبي اللاإرادي أو المستقل. وتحدث حالة القلق State Anxiety عندما يُدرك الشخص منها معنياً أو موقفاً على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له. وتختلف حالة القلق في الشدة وتغير عبر الزمن بوصفها دالة لكمية مواقف المشقة أو الانعصاب التي تقع على الفرد وتضغط بشدة عليه.

ويستخدم مصطلح القلق - ثانياً - ليشير إلى فروق فردية ثابتة نسبياً في الاستهداف Proneness للقلق بوصفه سمة في الشخصية Trait Anxiety، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، وإن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة. كما أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصبيين مثلاً، قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة

في سمة القلق. ونتيجة لذلك فإن الأفراد ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق هم أكثر الأفراد الذين تهاجمهم المواقف العصبية، ويميلون إلى أن يخبروا الأرجاع الخاصة بحالة القلق، وهي أرجاع ذات شدة مرتفعة وتكرار كبير عبر الزمن بالمقارنة إلى الأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة في سمة القلق^(١٧).

وبعد أن فرقنا بين الحالة والسمة في مجال القلق، نفرق بين القلق والخوف، إذ التداخل بينهما كبير، والآراء متضاربة.

٦ - الخوف والقلق

يرى «جوردون» أنه «ليس من المعروف بعد ما إذا كان القلق يمثل حالة عامة من الدفع المرتفع، أو حالة عامة من الخوف المنتشر، ويرغم ذلك تواتر الدراسات التي تُوجب ضرورة التفرقة بين القلق والخوف^(١٨)». وقد نبعت التفرقة بين القلق والخوف بتأثير من حادثة مؤداها أن المترجمين الأوائل لكتابات «فرويد» أخطأوا ترجمة الكلمة الألمانية Angst التي تعني القلق، على أنها الخوف، وكما أشار «رادو» Rado فإن «فرويد» نفسه كان يجهل الفرق بين الخوف والقلق بوجه عام^(١٩). ويذكر «ليفيت» أنه للاغراض العملية والتجريبية، فلا فرق بين القلق والخوف^(٢٠)، ويرى «أيزنك» وكذلك «وولبي» الرأي ذاته. ويورد «إستاين»^(٢١) تعريفا للخوف على أنه «دافع إلى التجنب» Avoidance motive، على حين يُعرّف القلق على أنه «تنبه دون وجهة» Undirected arousal يلي إدراك الخطر. ويرى أن القلق يختلف عن الخوف في أن الأول لا يجد له مصرفا في سلوك تجنبني نوعي.

ولكن يجب أن نلاحظ أن القلق يختلف عن الخوف في أمرين هما:

١ - أن القلق خوف من خطر محتمل أو مجهول غير مؤكد الوقوع، فهو خوف من المجهول والخفى والغريب وغير المتوقع.

٢ - وأنه خوف معتدل محبوس لا يستطيع أن ينطلق في مجراه الطبيعي كالهرب أو الاخفاء أو الهجوم. فهو انفعال مؤلم نشعر به حين لا نستطيع أن نفعل شيئا حيا ل موقف يخيف يتههدنا بالخطر^(٢٢).

أما الخوف فهو استجابة لخطر واضح ومرجود فعلا، وهو كذلك وقتئذ ويزول بزوال المنبه، والمنبه في هذه الحالة معروف ومُذَكَّر شعوريا. ولكن المقصود بالتشابه بين القلق والخوف هنا يكون بجامع التغيرات الفيزيولوجية والأعراض الاكلينيكية في كل منهما، ولو أن هذا التشابه غير تام كما سرى. ويورد ليف^(٢٣) مقارنة بين الخوف والقلق (انظر جدول ١).

جدول (١)

الملامح السيكولوجية الفارقة بين القلق والخوف

الخوف	القلق	وجه المقارنة
معموف	غير معموف	المرضوع
خارجي	داخلي	التهديد
محدد	غامض	التعريف
غائب	موجود	الصراع
حاد	مزمن	الدوام

ويضيف المؤلف نفسه^(٢٤) أن الانفعال الذي تسببه عربة مسرعة تقترب منك لدى عبورك الطريق، يختلف عن الضيق المبهم الذي يمكن أن تخبره عند مقابلتك أناسا لم ترهم من قبل في جلسة غريبة، ان الفرق السيكولوجي الأساسي بين هاتين الاستجابتين الانفعاليتين يعتمد على كون إحداها حادة

والأخرى مزمنة. ويذكر «دارون» C. Darwin أن كلمة «خوف» مستمدة مما هو مفاجيء وخطير.

ومن الجدل أن اختلاف الآراء هذا في علاقة القلق والخوف يرجع إلى اختلاف نظري في المقام الأول. ومن ثم نعرض نبذة موجزة عن نظريات القلق.

٧ - القلق من وجهة نظرية

وضع «ميليرجر»^(٢٢٢) أن النظرية الشاملة عن القلق تتطلب توضيح العلاقة بين ثلاثة مفاهيم مختلفة للقلق هي :

١ - القلق بوصفه حالة انتقالية.

٢ - القلق من حيث هو عملية مركبة تتضمن المواقف العصبية والتهديد.

٣ - القلق بوصفه سمة في الشخصية.

وتمثل المشاعر الذاتية من التوتر والحسبة أكثر الملامح المميزة والفريدة للقلق بوصفه حالة انفعالية. وقد أثبتت مقاييس نشاط الجهاز العصبي اللاارادي (المستقل) أيضا أنها مؤشرات مفيدة للتغيرات الفيزيولوجية التي تحدث في حالات القلق.

وقد عرض «وليم فيشر»^(٢٢٣) نظريات القلق تفصيلا، وأهمها :
النظريات الفرويدية التقليدية والجديدة، ونظريات التعلم، والنظريات الفيزيولوجية، والوجودية.

ويلخص «كيسين وماندلر»^(٢٢٤) آراء بعض المنظرين بطريقة موجزة، فيذكر أن ماثير القلق لدى «فرويد» هو انتبه الزائد (تذكر النظرية المبكرة

لفرويد أن القلق يتج عن إعاقة الدفعات الجنسية ولكنه عدلها ووسعها).
ومثير القلق لدى «مورار» Mowrer هو الألم، على حين أنه استجابة الخوف
الفطرية عند «ميلر» Miller، وصدمة الميلاد عند «رانك» Rank، وهو لدى
«سيل» H.Selye المواقف العصبية، وبالنسبة للوجوديين فإنها الحقيقة المجردة
لكون الفرد آدميا يعيش. ويدلل المؤلفان على أن وجهة النظر إلى القلق من
حيث إنه «هروب من الصدمة» هي نظرية غير كاملة، كما أن مفهوم «الألم
بوصفه مصدرا وحيدا للقلق» يعد فكرة لا تصمد للهجوم، فالألم ليس حالة
ضرورية لنشأة القلق ونموه.

وتأتى أقوى الأدلة ضد نظرية «الألم - القلق» أو الخوف الذى يصاحب
الألم أو التهديد بالألم كأساس للقلق - كما يذكر «ماهر» - من حالات
«فقدان الاحساس بالألم لأسباب ولادية» Congenital analgesia، وهو
اضطراب يسبب عدم حساسية تامة للألم منذ الميلاد. وهذه الحالة (وهي ذات
أصل وراثي واضح) يمكن أن تؤدي إلى حروق وإصابات، لأن الضحية هنا
لم يتعود تجنب المنبهات التي تعد مؤلمة بالنسبة للشخص السوي.

ولكن «كيسين» و «ماندلر»^(٢٨) أشارا إلى أن الأطفال المصابين بهذا
الاضطراب يطورون - مع ذلك - أنواعا من القلق، ويقولان: إنه من الصعب
أن ندافع عن فكرة أن كل أنواع القلق تحدث نتيجة صدمة مؤلمة. وقد اقترح
المؤلفان مصطلح «الضيق الأساسى» Fundamental distress في إطار نظريتهما
عن أصل القلق، وهي نظرية أشمل من نظرية الألم - القلق، وتدور في إطار
الإشراط.

وقد وضع «روبرت مالو»^(٢٩) نظرية عن القلق بوصفه تنبها زائدا
Overarousal على أساس من هذا الفرض: إن القلق الاكليبيكى (المرضى)
يعد مرضا خاصا بزيادة التنبه أو الاثارة، فان التعرض الزائد الذى يستمر

زما طويلا للتنبيه المنشط، يمكن أن يؤدي إلى تغيرات جوهرية في قدرة الشخص على كف التنشيط. ونلاحظ أن الكف يشير إلى عملية فعالة وليس إلى مجرد عدم وجود التنشيط.

إن الارتفاع البسيط في مستوى التنشيط Activation level يتلوه عادة كف مستوى التنشيط، مع عودة إلى حالة السكون. ويفترض * مالو * أن التنشيط المستمر والممتد يؤدي إلى استخدام زائد للآليات (الميكانيزمات) الكفية حتى تضعف في النهاية. ويفترض أن الكف يحدث بواسطة مادة كيميائية ناقلة تفقد فعاليتها في القلق المستمر. ويجب أن نتوقع - من هذا النموذج - أن مقاييس التنشيط لن تميز بين المفحوصين القلقين وغير القلقين عندما تكون كلتا المجموعتين في حالة الراحة والسكون، ولكن حدوث منبهات منشطة يجب أن تحدث فروقا بينهما.

ولاحظ *مالو* كذلك أن المفحوصين الذين يعانون من القلق المرضى يستجيبون بطريقة «قلقة» لأي منه منشط، سواء أُنشابه أم لم يشابه مع تلك المنبهات التي سببت القلق لديه في المقام الأول⁽³⁰⁾. ويؤكد * كامرون * النقطة الأخيرة في نظرية «مالو».

وثمة ملاحظة شائقة مرتبطة بفروض «مالو» السابقة، مؤداها أن أي تغير جوهري في العملية الكفية بعد تنبه دائم، يسمح بحدوث التنشيط في مستويات من التنبيه أقل بكثير مما ينشط مفحوصا سويا، ومن هنا فإن القلق الاكليبيكي أو المرضي (الباثولوجي) يمكن أن يتميز بعتبة⁽³¹⁾ تنشيط منخفضة، وعودة بطيئة جدا إلى حالة السكون.

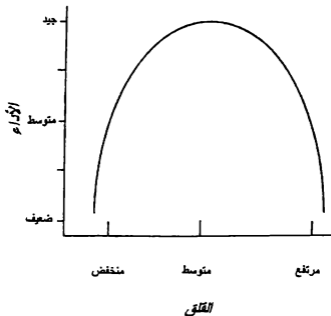
وبعد أن عرضنا بشكل موجز جدا لبعض نظريات القلق، نعرض للعلاقة بين القلق والأداء والضاعل بينهما. وقد يعد هذا تناول هنا - من ناحية ثانية - انعكاسا لموقف نظري إلى القلق وتعريفه.

٨ - العلاقة بين القلق والأداء

يشير «كانل»^(٣٢) إلى الاختلاف بين أصحاب نظرية التعلم الذين يعدون القلق المصدر الأساسي للدافعية البشرية، والاكليبيكيين الذين يعدون القلق - على التقيض من ذلك - هو ما يفكك تلك الدافعية. ويقول «برانش»^(٣٣): ان الدرجات المعتدلة من القلق يمكن أن تعد قوة بنائية تفيد في زيادة اليقظة والجهد. ولكن «بورنج» وزملاءه^(٣٤) يوضحون أثر القلق على الوظائف العقلية في أن «القلق يخفف من حدة الاستجابة واكتمالها أو يجعل الفرد يوجه انتباهه إلى جزء فقط مما حوله، أو كما لو كان قد نعب أو أصبحت طاقته غير كافية لمطلبات الموقف».

ولكن يبدو أن التناقض الظاهري بين هذه النتائج راجع إلى عدم التفرقة بين القلق السوى والمعاصي. ويوضح هذه التفرقة «جرنكر»^(٣٥) نتيجة لملاحظات تمّت في الحرب العالمية الثانية فيقول: «إن القلق يتج نشاطا فعالا وبنه أداء جيدا إذا كان معتدلا. ولكن الدرجة المرتفعة من القلق تتج اضطرابا في الأداء». وقد يوضح ذلك ما ظهر من علاقة منحنية Curvilinear بين الفدرات الإبداعية والسعات المزاجية للشخصية^(٣٦). ومن ناحية أعم يمكن فهم علاقة القلق بالأداء على ضوء قانون «بيركز دودسون» (انظر شكل ١). فالدرجة المنخفضة والدرجة المرتفعة من القلق ترتبطان بالأداء السيء. والقلق المثالي هنا هو القلق المتوسط^(٣٧).

كفاءة الأداء



شكل (1) : العلاقة المنحنية بين القلق والأداء

وتبين أن القلق - عندما يقاس عند طلبة الجامعة في مواجهة امتحان مهم - يصل إلى أعلى درجة له قبل الامتحان، ولكن مستوى القلق ينخفض في وقت الامتحان نفسه، على حين يبرز عامل الاجتهاد (٣٨)٠ وقد افترض «سارسون، ماتدلر» علاقة منحنية بين القلق والتحصيل المدرسي. ولكن حدوث الإشراف بسرعة أكبر في حالات القلق لا يتعارض مع فكرة الأثر العكسي للقلق على التحصيل، لأن التعلم المدرسي ليس ببساطة مجرد إشراف. ولا بد أن ننظر إلى القلق على أنه ذو تأثير تفكيكي على العمليات المعرفية أكثر من كونه إسهاما وتسهيلا للتعلم^(٣٩).

وربما يصدق في ظروف معينة وغير عامة، أن ننظر إلى القلق في علاقته بالأداء في إطار «بعد التنشيط» الذي وضعه «المالو» على أنه علاقة على شكل ارتباط منحنى أو حرف U مقلوب، بمعنى أن القلق حتى حد معين يمكن أن يعد دافعا للأداء الجيد، وبعد هذا «الحد المعين» يُعد القلق مشتتاً للأداء. ولكن ما يسمى «بالقلق كدافع» لا بد أن يوجد في مستوى غير مَرَضِي، أي أنه قلق سوى وليس قلقاً عصائياً، ويمكن أن يصدق ذلك في حالات معينة، برغم أن أثر القلق على الأداء العقلي والتحصيل المدرسي أعقد من فرض الارتباط المنحني هذا.

ويذكر «سيلبرجر»^(٤٠) أن الارتباط بين مقياس القلق والذكاء مساوٍ للنصفر كما حسب على عينة ضخمة من الذكور والإناث، إلا أن عزل عينة الذكور وإجراء تحليل منفصل ومفصل لتائجها، كشف عن ارتباط سالب منخفض بين هذين المتغيرين. ويمكن ملاحظة النتيجة ذاتها في عينات غير متجانسة تنقل عن المتوسط في القدرة العقلية. وقد تغيرت النتائج بإدخال متغيرات تجريبية أو خصائص معينة للعينات في خمس تجارب أجراها هذا المؤلف، مما يشير إلى أن العلاقة بين القلق والأداء علاقة مركبة وغير بسيطة.

وامتدادا لبحث العلاقة بين القلق والأداء. تعرض لبعض المتغيرات المرتبطة بالقلق وهي: الحضارة، الطبقة الاجتماعية، جسد الشخص.

٩ - بعض المتغيرات المرتبطة بالقلق

أ - الفروق الحضارية في مستوى القلق

أطلق «أودن» W.H.Auden على العصر الذي نعيش فيه الآن : «عصر القلق» The Age of Anxiety. ومن الصعب في الحقيقة أن نتأكد مما إذا كان نمط قلق زائد الآن أكثر من عصور سابقة. لقد كانت الأخطار الحقيقية والمواقف العصبية فعلا كثيرة في العصور الماضية، ومنها المجاعات والأمراض والأوبئة والحروب والرق والكوارث الطبيعية، وكانت في كل مكان ولا تزال في عديد من الأماكن حتى اليوم. ولكن أوجد تعقد المدينة وسرعة التغير والابتعاد عن المعتقدات الدينية والروابط العائلية والقيم السامية، صراعات وأنواعا من القلق كانت أقل تواترا في المجتمعات الماضية ذات التنظيم الهرمي الصارم^(١١).

وقد أجريت دراسات حضارية مقارنة بين دول متعددة متقدمة ومتخلفة، فلوحظ ارتفاع القلق في الدول ذات المستوى الاقتصادي المنخفض، ونبين هذه النتائج سوء الفهم الذي حدث بالنسبة لما يتصور أنه مصاحبات للحضارة، نتيجة الخلط بين عامل القلق وعامل المشقة أو الانعصاب Stress. فإن الحياة الحديثة - كما في أمريكا مثلا - يمكن أن تثير عامل الانعصاب، ولكنها لا تنتج بالضرورة ما يشاع أنه «عصر القلق» (ومن سوء الحظ أنه ليس لدينا قياس لمستوى القلق في العصور الوسطى)^(١٢).

ولوحظ أن مستوى القلق يختلف من بلد إلى آخر، فضل درجته في

أمريكا ثم ترتفع درجة على الترتيب في كل من إنجلترا، اليابان، إيطاليا، فرنسا، الهند^(١٧). كما يرتفع القلق في مصر بالنسبة إلى كل من السعودية والكويت، وذلك كما دلت بحوث عربية عديدة^(١٨).

ب - القلق والطبقة الاجتماعية

هناك فروق في درجة القلق تبعاً للمستوى الاجتماعي والاقتصادي المهني، فيزداد القلق بدرجة طفيفة مع انخفاض هذا المستوى^(١٩). ولكن ظهر من دراسة أخرى اتفاق بين الباحثين على أن نسبة حدوث Incidence العصاب (والقلق أهم مكوناته) بين الأشخاص في الطبقات العليا أعلى منها لدى الطبقات الدنيا، وأن العلاقة العكسية صادقة في الذهان. وفي دراسة أحدثت على مجتمعات أخرى اتضح أن انتشار Prevalence الأعراض العصابية والنفسية والفيزيولوجية أكثر بين الطبقات الأدنى بالنسبة للأعلى. وحيث إن أرجاع القلق تُكوّن نسبة مئوية مرتفعة من العصاب، وأن معظم الأعراض النفسية الفيزيولوجية تعد تعبيرات لأرجاع قلق، فإن جزءاً كبيراً من المجتمع - ربما يصل إلى الربع - لديهم أرجاع قلق شديد حتى إنه يحتاج إلى مساعدة مهنية^(٢٠).

ج - الفروق بين الجنسين في القلق

يذكر «ماير جروس» وزملاؤه^(٢١) أنه لا فروق جنسية في مستوى القلق، ولكن يحتل أن الإناث أعلى في مستوى القلق من الذكور. ومع ذلك فيبدو أن هذا التعميم غير صادق (انظر المنحنى في شكل ٢). كما يذكر «نيف»^(٢٢) عكس ذلك إذ يقول: إن انتشار الاضطرابات السيكياترية ومن بينها أرجاع القلق تختلف تبعاً للجنس، فإناساء أكثر عرضة واستعداداً لأرجاع القلق من الرجال، ولكن مستوى ما يُحدثه القلق من تعجيز لديهن

يعد أعلى قليلا بالنسبة للرجال. فيزُ نوع الفئتين ترتبطة بالطمث Menstruation والحمل وسن اليأس Menopause شائعة لدى بدرجة كبيرة، بالإضافة إلى أن المجتمع الحديث قد ولّد صراع الأجيال بالنسبة لفكرة.

والتغيرات التي ترتبط بالقلق وتتفاعل معه كثيرة. ونقد عرضنا نموذجا لبعضها فقط. وتنتقل فيما يلي إلى بياد المعدلات التي يتسببها القلق لدى الجمهور.

١٠ - معدلات انتشار القلق

أورد «شيهان» أن القلق يصيب نحو ٥٪ من السكان، وذلك اعتمادا على كل من مراجعة المصادر المتاحة واستقصاء بالحاسب الآلي Computer Search تم في مارس ١٩٩٠ وهو يصيب ١٪ منهم تقريبا إلى درجة العجز، وأغلب المصابين به (٨٠٪) من النساء، والغالبية منهن في سنوات القدرة على الإنجاب^(٤٩). ويتراوح انتشار حالات القلق في المجموعة السوية من السكان بين ٢٪ ، ٤,٧٪ في إنجلترا والولايات المتحدة، على حين وصل المعدل في مسح فرامنجهام Framingham إلى رقم ٢١٪^(٥٠).

وفي مصر دُرِس مدى انتشار الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية عن طريق فحص المتقدمين لمركز الصحة النفسية بجامعة عين شمس من طلاب الجامعة وذلك خلال تسعة أشهر، فوصل عدد المتقدمين للعيادة إلى ١٠٥٠ منهم ٨٤٦ طالبا يمثلون ٢,٨٪ من مجموع الطلبة، ٢٠٤ طالبات يمثلن ٠,٩٪ من مجموع الطالبات، ٣٦٪ منهم كانوا يعانون من حالات قلق^(٥١).

وكثيرا ما يعاني مريض القلق من عدد كبير من الاضطرابات العضوية، ويرتبط ذلك بحاجته الملحة إلى الرعاية الطبية. وتختلف معدلات انتشار

الاضطرابات السيكتيرية المنشورة في الممارسة الطبية اختلافا كبيرا، وذلك اعتمادا على المحكات الشخصية المستخدمة. فقد ظهر أن اضطراب القلق يمثل ١٤٪ من المرضى في عيادات أمراض القلب، ٤١٪ من المرضى في عيادات الجراحة، ١٧٪ من المرضى الراشدين في عيادات العناية الأولية Primary care. وفي بعض الأحيان قد يرجع الفشل في التعرف إلى الاضطرابات النفسية وبالأخص في معظم حالات القلق - في الممارسة الطبية - إلى أسباب عدة، لعل أهمها أن الأمراض العضوية كثيرا ما تكون هي الملامح السائدة في حالات القلق. وما يعقد المسألة أكثر، أن مرضى القلق يدركون أنفسهم عادة على أن لديهم مرضا عضويا طيبا. هذا فضلا عن أن عددا كبيرا من مرضى القلق يبرهنون - عند الفحص الدقيق - على أن لديهم اضطرابا طيبا معنا يفسر الأعراض التي يشكون منها^(٥٢).

ومن ناحية أخرى أجرى * كاستل، بينر، آرثر، ديلنج * دراسة عن انتشار القلق وبعض الاضطرابات السيكتيرية لدى عينة من الأطفال، بلغ قوامها ٣٥٨ طفلا، وتراوح أعمارهم بين ٣ و ١٤ سنة، وقد تم تصنيفهم كما يلي : ٥٪ لديهم اضطرابات سيكتيرية، ١٣٪ يعانون من القلق وبعض الأعراض الخاصة، ٢٪ يتلقون العلاج^(٥٣).

وقد توصل «ويلدننج»^(٥٤) إلى نتيجة مشابهة تشير إلى انتشار القلق واخصاسية والانسحاب الاجتماعي على عينة أخرى من الأطفال الذكور (ن = ٧٠٢)، والإناث (ن = ٦٧٠). في حين توصل «شيكيت» إلى انتشار كل من القلق والاكئاب (٧٪)، هذا فضلا عن نسبة أخرى من أفراد العينة كانوا يعانون من مشكلات عامة^(٥٥).

وبعد أن قدمنا بعض جوانب القلق بوصفه اضطرابا نفسيا في الفصل الأول، نعرض في الفصل الثاني لجوانب محددة في تشخيص القلق وعلاجه.



الفصل الثاني

تشخيص القلق وعلاجه

تمهيد:

عرضنا في الفصل الأول للقلق بوصفه اضطرابا نفسيا له ارتباطاته بغيره من المتغيرات، ونظرياته، ومعدلات انتشاره. كما عالجنا بإيجاز بعض مشكلات التعريف والتحديد الفارق والتصنيف. ونواصل في هذا الفصل بحث تشخيص القلق وعلاجه: اساسه الفيزيولوجي، ومظاهره الإكلينيكية، وقياسه، وتشخيصه، وعلاجه بطريقة محددة هي العلاج السلوكي. ونبدأ بتحديد أساسه الفيزيولوجي.

١- الأساس الفيزيولوجي للقلق العصبي

من بين معاني القلق أنه انفعال أو حالة وجدانية، وهو ككل انفعال يوجد في مستويات ثلاثة ترتب تصاعديا كما يلي:

١ - مستوى عصبي عُدى Neuro - endocrine .

٢ - مستوى حركي حشوي Motor - visceral .

٣ - مستوى الوعي الشعوري Conscious awareness .

إن التغيرات الجسمية المصاحبة لانفعالات القلق والخوف والغضب هي استجابات فيزيولوجية تعد الكائن العضوي لعمل طارئ: القتال أو الهرب Fight or Flight . والخوف مثير للهرب، والغضب مثير للحرب، والقلق مناظر

للخوف إلى حد كبير. ولكن الأعراض في الانفعالات الثلاثة غير تامة التشابه، كذلك من الخطأ أن نجتمع بين ردود الفعل الفيزيولوجية لكل من الخوف والغضب، فقد أثبت «ألبرت أكس»^(٦٦) في تجربة معملية مبسطة وجود فرق بين ردود الأفعال بالنسبة للخوف والغضب. ومن ناحية أخرى فقد كان رأى الفيزيولوجى الرائد «التريرادفورد كانون» W. B. Cannon أن الفرع السباتوى هو المتضمن فقط في الانفعالات، ولكن وجد لاحقا له أن الفرع الباراسمباتوى متضمن كذلك.

أما الأساس الفيزيولوجى للقلق فهو كما يذكر «مايرجروس» وزملاؤه^(٦٧). الزيادة الشاملة للنشاط العصبي الكلي وبخاصة الجهاز العصبي اللاإرادى أو المستقل بفرعيه، فبالنسبة للفرع السباتوى يحدث بوجه عام ارتفاع في تركيز الأدرينالين في الدم، مما يسبب تحريك احتياطي السكر من الكبد، مع ارتفاع ضغط الدم وزيادة ضربات القلب، وجحوظ العينين أحيانا، ويصبح الجلد شاحبا معروقا، مع جفاف في الحلق، وتزداد مرات التنفس ويصبح عميقا، وتفقد العضلات قوتها أو تتخلج وترتعش. أما الظواهر الباراسمباتوية المصاحبة فقد تبدو في تكرار الرغبة في تفرغ المثانة (وبخاصة في التوبات الحادة، ولكن ذلك أقل شيوعا في الحالات المزمنة)، مع الإسهال وانتصاب الشعر. ولكن إذا استمرت الحالة الانفعالية فربما تزداد قوة العضلات بصاحبها شعور بالتوتر وعدم الراحة وتكرر حركات التهيج والضجر بشكل نمطى، وتتأثر الوظائف الهضمية والشهية والنوم غالبا، فيترتب على ذلك تدهور بدنى.

ومن بين التغيرات الجسمية كذلك تحول الدم من المعدة والأمعاء إلى القلب والجهاز العصبي المركزى والعضلات، وتوقف العمليات في القناة الهضمية، والإسراع في عمليات تحول الجلوكوز إلى الدكستروز، وتزداد نسبة السكر في الدم، وينقبض الطحال ويُفرغ مخزونه من كرات الدم الحمراء.

ويرى «هانز سيل» أن مفتاح العملية كلها يمكن أن يكون في منطقة المهاد أو السرير التحتاني Hypothalamus، والمعروف بأنه يوافق بين العضلات والوظائف الحشوية وبخاصة تلك التي لها أهمية في الدفاع ضد مواقف الخطر، وتقوم المنطقة الشمية Rhinencephalon أيضا بدور مهم في التكامل بين النشاط الانفعالي والحشوي. وقد تكون هاتان المنطقتان مستولتين عن المظاهر البدنية للقلق^(٥٨).

ويعتقد باحثون آخرون أن القلق راجع إلى «حساسية مفرطة» في الجهاز العصبي اللاإرادي أو خلل في وظيفة ذلك الجهاز، مع السيطرة الوظيفية للجهاز اللمبي Lymbic system. أما «روبرت مالو»^(٥٩) فيذكر أن «القلق يصاحبه زيادة شاذة في القابلية للاستشارة في كل من الجهازين اللاإرادي (الأتونومي) والعصبي المركزي»، يقول كذلك: «إن القلق، بوصفه عرضا مشتركا في العصاب، له خصائص الاستجابة كما وضحاها «كانون»، فإن المظهر المميز لمريض القلق هو أنه يستجيب لمواقف الحياة اليومية العادية كما لو كانت طوارئ، أو مواطن خطورة». ويبين كذلك^(٦٠) أن الأدلة التجريبية تشير إلى «وجود نقص في الآليات (الميكانيزمات) التي تهدف إلى الاحتفاظ بالتوازن في حالات القلق المرضى».

ويفسر «مالو» ذلك بافتراض أن «خبرة القلق تُنتج عن ضعف وظيفة الكف في الجهاز الشبكي النشط، وهذا الضعف يسمح بتسهيل تفرغ عديد من النبضات في اللحاء، مما يؤدي إلى مستوى تنبه فوق العادي. ومن الممكن أن تتغير الوظيفة الكلية للجهاز الشبكي النشط إذا ظل مستوى التنبه مرتفعا بدرجة ثابتة لفترة طويلة من الزمن»^(٦١).

ويؤكد كل ذلك وجود عامل وراثي في القلق، فيؤكد «مالو» وجود هذا العامل، ويرى «مايرجروس» وزملاؤه وجود الوراثة من حيث هي عامل

قوى^(١٢٢). ويورد «المدر. ونج» دراسات عدة، ويستجان منها ان «الوراثة لها دور لاشك فيه في حدوث حالات القلق»^(١٢٣). وأسفر عدد من الدراسات عن أن القلق موروث على الأقل بمقدار النصف تقريبا. وانتقل فيما يل إلى عرض أهم مظاهر القلق.

٢ - المظاهر الإكلينيكية للقلق العصائى

للقلق العصائى مظاهر وأعراض شتى تلتحق الجائين النفسى والجسمى، نصلهما فيما يل *

أ - الأعراض النفسية

من هذه الأعراض سرعة الاهتياج كما تبدو في سرعة الانزعاج أو الميل إلى القفز عند سماع الأصوات المفاجئة، أو الحساسية المفرطة للضوضاء، والترفزة، وضعف القدرة على التركيز وشرود الذهن والهبوط بين آن وآخر.

هنا فضلا عن التردد الشاذ والتشكك، وصعوبة اتخاذ القرارات، وتزاحم الأفكار المزعجة على المريض، مع فقد الشهية للطعام، وأرق، وأحلام كابوس متواترة* ومن الطبيعى أن يؤدي به هذا القلق الموصول والتوتر الدائم وصعوبة النوم إلى شعور شديد بالتعب والإرهاق . . . إلى غير ذلك من الأعراض التى كانت تُدرج فيما كان يسمى «النيوراستينيا»^(١٢٤)^(١٢٥).

ومن المظاهر النفسية كذلك خوف المريض من كل شىء : من المرض العقلى أو المرض العضوى أو الموت. ولدى كثير من المرضى لا يتركز الخوف بوضوح حول موضوع بالذات، ولكنه خوف غامض مجهول المصدر، ويتسبب الخوف في شعور بالتوتر الداخلى، فيصف المريض نفسه بأنه يشعر بالتوتر، وأنه غير قادر على الاستقرار نتيجة ضغط الأفكار الملقفة، إلى جانب فقد الثقة بالنفس^(١٢٦).

بالإضافة إلى عدم القدرة على الاسترخاء والضعف وصعوبة التركيز، مع احتمال حدوث صعوبات في التذكر والاسترجاع، وفقد الاهتمام، ونقص الاستمتاع بالهوايات المحببة^(٦٧)، مع مشاعر مصاحبة بعدم الأمان وعدم الاستقرار، وشعور بالنقص وتجنب مواقف التنافس، والاكتئاب والخاوف الشاذة، والسلوك العدواني أحيانا.

كما ينسب مريض الفلق بالتردد وعدم الحسم، والاستغراق في أحلام اليقظة، والاغراق في التخصي الكاذب، مما ينجح به إلى الضعف والوهن والخنوع. وليس ذلك بالأمر السوي أو المقبول.

القلق وروح الدعابة

من بين الأعراض النفسية لمريض الفلق أيضا نقص روح الدعابة Sense of Humor وعدم تقدير النكات، على الرغم من أن ذلك جانب مهم في الحياة يسرها ولا يدع الفرد يكابدها.

ب الأعراض الجسمية

تشابه الأعراض الجسمية للقلق مع متلازمة الأدرينالين Adrenalin syndrome، وبه الحروف المستمر كذلك إفراز الدرقية للثايروكسين Thyroxin. وتتضح المظاهر الجسمية للقلق^(٦٨) في واحد أو آخر من الأجهزة الستة التالية :

١ - الجهاز الحركي

تشيع أعراض الصداع وآلام الرقبة والظهر، مع سهولة حدوث التعب، والضعف والتوتر في أية مجموعة من العضلات الهيكلية، ويمكن أن

تحدث الرعشة والألم عند القيام بحركة، وربما يبرز عدم الاستقرار والرعونة في الإتيان بالحركات الدقيقة، وعدم الثبات، ويمكن أن يظهر الصوت المرتجف المتقطع.

٢ - الجهاز الهضمي

توجد أعراض فقد الشهية، وعسر الهضم والغثيان، والقيء، والشعور بالانتفاخ، وكذلك انتفاخ البطن بالغازات، ومذاق مرير للفم، والإمساك أو الاسهال أو اضطراب المعدة، مع غصة في الحلق وصعوبة في البلع، وجفاف في الحلق، وحدوث آلام قبل الوجبات أو بعدها. وقد يصاب مريض القلق بواحد أو آخر من هذه الأعراض، وحده أو في علاقات متبادلة بعضها مع بعض، ومن المحتمل أن يؤدي خلل الوظائف المعوية إلى قرحة في المعدة.

٣ - الجهاز التنفسي

قد يكون من بين الأعراض في هذا الجهاز قصر التنفس وانقباض الصدر مما يسبب الضيق.

٤ - الجهاز القلبي الوعائي

قد توجد آلام في الصدر تماثل نوبة الذبحة، أو ألم في الصدر يمكن أن يصاحبه الخفقان والإحساس بالاختلاج، أو الاحساس بأن شيئاً يضغط على الصدر، أو الإحساس بسخونة الوجه وارتفاعه، وكذلك ارتفاع ضغط الدم.

٥ - الجهاز العنقالي البولي

مثل تكرار التبول وإلحاحه، وقد يكون ذلك مزعجاً. وأحياناً تتناقص الاهتمامات الجنسية، وقد تحدث حُمّة لدى الرجال، وعدم انتظام الطمث أو

البرودة عند النساء، مع احتمال حدوث خلل في هذه الوظائف.

٦ - الجهاز العصبي المركزي

تحدث أعراض مثل : الأرق ونقص التركيز، والنهيج، والكوابيس، والنسيان، وفرط الحساسية للعمليات الجسمية العادية (كالنبض ودقات القلب)، وكلها يمكن أن تكون شكاوى خطيرة. بالإضافة الى شحوب وزغلة ودوار شديد وإكزيما وأرتكاريا ونقص في الوزن، مع مبالغة في المتعكس العضل التوتري، وزيادة في إفراز عرق اليدين والقدمين.

والسؤال المهم الآن: هل تجتمع كل هذه الأعراض جيمًا لدى المريض الواحد؟

نوعية الأعراض

لا توجد كل هذه الأعراض لدى كل مريض بطبيعة الحال، بل تتركز شكاوى المريض حول جهاز أو عضو معين، لذلك يسمي «بالعصاب الذي يتركز حول عضو معين» Organ neurosis. وقد تؤثر في ذلك عوامل جينية مهددة كأن يولد المريض بجهاز أو عضو ضعيف (فقد وجد أن الصداع نفس المنشأ أو عسر الهضم يتشر في عائلات معينة)، أو قد يرجع إلى عوامل مكتسبة نتيجة مرض أو إصابة في جهاز معين، وقد يؤثر نسوع العمل (إذ يصاب أصحاب الأعمال العقلية بالصداع، على حين يصاب العمال اليدويون بالرعشة)، كما تؤثر العوامل السيكولوجية^(٦٩)، ويفسر ذلك على ضوء مبدأ «نوعية الاستجابة» أو «نوعية الأعراض» Symptom Specificity^(٧٠).

وحتى تتضح كيفية قياس مثل هذه الأعراض من ناحية عملية نعرض فيما يلي لأحد طرق قياس القلق التي تستخدم أعراض القلق أساسًا لبنودها.

٣ - قياس القلق

يقاس القلق العصائى بطرق عدة منها الاستخبارات Questionnaires والقوائم Inventories وهي مجموعة من العبارات أو الأسئلة التي بشمل كل منها غالبا حل مژشر أو عرض للقلق، ويجب عنها الشخص نفسه غالبا بوضع دائرة حول أحد البديلين : نعم / لا، أو البدائل الثلاثة : نعم ، أحيانا/لا، أو البدائل الخمسة: لا / أحيانا / متوسط / كثيرا / كثيرا جدا^(٧١). ويتاح الآن عديد من استخبارات القلق كـمقياس «تابلور» للقلق الصريح TMAS، وقائمة القلق (الحالة والسمة) STAI من وضع «سيلبرجر» وزملائه، ومقياس «كاتل» للقلق الصادر عن معهد قياس الشخصية والقدرات IPAT^(٧٢). هذا فضلا عن عدد غير قليل من القوائم أو الاستخبارات التي تقيس أنواعا خاصة من القلق، كقلق الامتحان والموت والجنس والتواصل وغيرها. وقد جمع أحد الباحثين ما يربو على ١٥٠ مقياسا للقلق من نوع الاستخبارات.

كما يقاس القلق العصائى أيضا بعدد من الطرق الفيزيولوجية المتصلة ببعض وظائف أعضاء الجسم، فضلا عن قوائم الصفات ومقاييس التقدير، والتي يتطلب كل منها مسحا مستقلا .

وحتى يخرج القارئ بفكرة أوضح عن استخبارات القلق، يورد في جدول (٢) نص مقياس جامعة الكويت للقلق.

مقياس جامعة الكويت للقلق

وضع كاتب هذه السطور بنود هذا المقياس اعتماداً على المصادر الآتية:

جدول ٢٠ مقياس جامعة الكويت للقلق

تعليمات: لديك عدد من العبارات التي يمكن ان نصف أي شخص ، اقرأ كل عبارة ، وحد مدى لطافتها عليك بوجه عام ، وذلك بوضع دائرة حول كلمة واحدة فقط مما يلي كل عبارة منها وهي : نغرا ، أحياناً ، كثيراً ، دوماً .
 ليس هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، وليست هناك عبارات خاطئة. اجب بسرعة ولا تفكر كثيراً في المعنى الدقيق لكل عبارة ، ولا تترك أي عبارة دون إجابة .

١	أعصابي مشدودة	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
٢-	أشعر بالخوف	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
٣-	أعني من ضيق في التنفس	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
٤-	أفكر في أمور مزعجة	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
٥-	قلبي يدق بسرعة	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
٦-	أصاب بدوخة أو دوخة	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
٧-	أتوقع ان تحدث أشياء سيئة	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
٨-	أنا شخص عصبي	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
٩-	أفكر في غير منتظمة	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
١٠-	أتحرك بعصبية	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
١١-	أخشى ان أفقد السيطرة على نفسي	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
١٢-	أنا متوتر	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
١٣-	أشعر بالقلق	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
١٤	أنا غير مرتاح	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
١٥-	أصعب عليّ بالقلبي	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
١٦	أشعر بقشي متقلب (غير ثابت)	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
١٧	عضلاتي متوترة	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
١٨	أنا متوتر	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
١٩	أشعر بالانزعاج	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً
٢٠	أنا متعب (غير مستقر)	نغرا	أحياناً	كثيراً	دوماً

١- مراجع علم النفس المرضى والطب النفسى المتعلقة بالقلق.

٢- التصنيفات الطبية النفسية المرتبطة باضطرابات القلق.

٣- الخبرة الخاصة لمؤلف المقياس.

واعتماداً على هذه المصادر وضع مؤلف المقياس ٤٧ عبارة موجزة ضمنها الطبعة الأولى من هذا الكتيب. ثم قدمت هذه البنود لسبعة من المحكمين المتخصصين (أعضاء هيئة تدريس فى قسم علم النفس بكلية الآداب جامعة الكويت) وطلب من كل منهم - منفرداً - أن يضع - تبعاً لمقياس تقدير متدرج - وزناً لكل بند تبعاً لمدى كفايته فى قياس سمة القلق بوجه عام. ثم حسب متوسط تقديرات المحكمين، واستبعدت البنود التى حصلت على متوسط تقديرات منخفضة. بعد ذلك حسب معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية بعد استبعاد هذا البند، وحذفت البنود ذات الارتباطات المنخفضة بالدرجة الكلية، وأخيراً استقر المقياس على عشرين بنداً (عبارة موجزة) تمثل الصيغة النهائية للمقياس (انظر جدول ٢)، يجاب عنها على أساس مقياس رباعى: ١ = نادراً، ٢ = أحياناً، ٣ = كثيراً، ٤ = دائماً. والدرجة الدنيا على المقياس = ٢٠ والعليا = ٨٠.

واستخرج من التحليل العاملى لبنود المقياس ثلاثة عوامل ذات تشعبات مرتفعة: معرفية وسلوكية وجسمية، مع ارتباطات متوسطة بين العوامل. وتراوحت ارتباطات البنود بالدرجة الكلية بين ٠,٢٧ و ٠,٧٤.

وتراوحت معاملات ثبات المقياس بين ٠,٨٨ و ٠,٩٢ (كرونيباخ: ألفا)، وبين ٠,٧٠ و ٠,٩٣ (إعادة التطبيق)، وتشير إلى اتساق داخلى واستقرار

يتراوح بين جيد ومرتفع . أما الصدق المرتبط بالهك فقد تراوح بين ٠,٧٠ ، و ٠,٨٨ (خمسة محكات) ، فى حين وصلت تشبعات الدرجة الكلية للمقياس على عامل عام للقلق إلى ٠,٩٣ ، و ٠,٩٥ فى تحليلين عاملين ، ويؤكد ذلك الصدق المرتبط بالهك والصدق العاملى للمقياس . كما تمت البرهنة على الصدق التمييزى للمقياس كما طبق على عينات سوية ومرضى قلق ، ووصل معامل الارتباط بين هذا المقياس والاكتئاب إلى ٠,٦٥ . و طبق المقياس على عينات كويتية كبيرة من طلاب الجامعة والمرحلة الثانوية من الجنسين ، وحصل المراهقون الذكور على متوسط أعلى جوهرهاً من طلبة الجامعة الذكور ، وحصلت الإناث على متوسطات أعلى من نظرائهن من الذكور . وتتاح للمقياس معايير كويتية ، وصيغة إنجليزية متكافئة .

ويعد هذا المقياس الباحثين بأداة بحثية ذات خصائص جيدة ، فضلاً عن إمكان استخدامه لتقدير الاستعداد لتطور القلق بوجه عام لدى المراهقين والراشدين . وقد سمي هذا المقياس باسم جامعة الكويت ، حيث دعمت إدارة الأبحاث بها - مشكورة - الدراسة الأساسية التى هدفت إلى تأليفه .



وإذا كان الأساس فى تشخيص القلق - فى مجال علم النفس - هو المقياس النفسى ، فمن الأهمية أن نعرض لوجهة نظر علماء نفس الشخصية الذين يهتمون بدراستها بمنهج التحليل العامل ، وهو منهج إحصائى رياضى يبدأ بمعاملات الارتباط بين مجموعة من الاختبارات فى مجال محدد ، ثم تلخص هذه المعاملات الكثيرة ال مكونات Components أو عوامل Factors ذات عدد أقل ، فنفس الظاهرة بأقل عدد من المفاهيم المختزلة التى تستوعبها .

٤ - التحديد العامل للقلق بالاختبارات الموضوعية

القلق من وجهة نظر التحليل العامل أحسن مثال لبعد الدستبيا إذ ترتفع فيه درجتا العصاية والانطواء. وفي مقابل ذلك يذكر «أيزنك، ريجمان»^(٧٣) أن من لديهم درجة عصاية منخفضة+درجة انبساط مرتفعة = أعلى مقاومة للاضطرابات الدستبية. ومن وجهة نظر عامة وكما يذكر «كولمان»^(٧٤) تبعا لدراسات كل من «شاير، بورتنوى» فإن «مريض القلق يتميز بأنه يميل إلى أن يكون منطويا حساسا شكاكاتا متابرا، وإذا مستوى طموح مرتفع بدرجة غير واقعية، ويشعر بمشاعر عميقة بالذنب إذا لم يستطع أن يضع المعيار الذي يحدده لنفسه موضع التنفيذ». ويتوافر الآن عدد لا بأس به من المقاييس الموضوعية ومعظمها فيزيولوجية تقيس القلق بوصفه حالة وسمة. ومعظم هذه المقاييس التي سنوردتها نتيجة دراسات «كاتل و شاير»^(٧٥).

فقد وجد هذان المؤلفان أن المتغيرات الفيزيولوجية المحددة لعامل القلق التي بدرجة جوهرية إحصائيا هي : زيادة ضغط الدم الانقباضي، زيادة معدل ضربات القلب، زيادة معدل التنفس، زيادة معدل الأيض القاعدي، زيادة إفراز حامض Phonyl hydracrylic في البول، نقص مقاومة الجلد للتيار الكهربى، زيادة حامض Hippuric في البول، زيادة إفراز 17-OH Ketosteroid الكهرى، نقص قلوية اللعاب، نقص الكولين إستيريز في الدم، زيادة الهستادين في البول، تناقص تركيز البولينا، نقص Chucuronidase في البول والدم وغيرها.

أما المتغيرات غير الفيزيولوجية المحددة لعامل القلق تبعا لكاتل فقد تراوحت تشعباتها بين ٠،٥٦ - ٠،١٨ وكلها موجبة. ولكن التشعبات التي نقلت عن ٠،٣، تعد محل سؤال، وتنفذ بها «كاتل». وعلى كل حال فالمتغيرات بالترتيب مبتدئة بأعلى التشعبات هي : القابلية الزائدة للانزعاج، الاستعداد

المرتفع للاعتراف بالأخطاء العامة، الميل الزائد لل الموافقة، بطء زمن الرجوع، ضغط منخفض عند الكتابة، انخفاض القوة البدنية بوجه عام، ارتفاع نسبة الأحكام المشوهة، ارتفاع معدل الإشرط، انخفاض ثبات اليد، ارتفاع الانفعالية بالنسبة للتعد، ارتفاع نقد الذات، انخفاض سرعة الحكم الإدراكي.

أما عامل القلق كما يقاس خلال فترة من الزمن أو القلق بوصفه حالة متقلبة أكثر منها سمة في الشخصية فيقاس بالاختبارات الموضوعية والامتحانات. ويبان التغيرات في كل منهما كما يلي :

١ - الاختبارات الموضوعية :

ارتفاع الكولين إستيريز، ارتفاع حامض الهيوريك، الاستعداد الزائد للاعتراف بالأخطاء العامة، القابلية الزائدة للمضايقة، ارتفاع معدل التنفس، ارتفاع مستوى هرمون الإستيرويد، ارتفاع معدل ضربات القلب، زيادة ضغط الدم الانتقاضي، انخفاض قلوية اللعاب، ارتفاع كمية اللعاب.

٢ - الامتحانات :

انخفاض قوة الأنا، ضعف التحكم في الإرادة، زيادة ضغط الدوافع (التوتر الإرجي)، ارتفاع التعرض للذنب، ارتفاع الاستقلال.

٣ - مقاييس أخرى :

يضيف «كاتل وشاير» أنهما لم يجدا أية زيادة في الوزن مع القلق، فان القلق الدائم يعني نقصا في الوزن. ووجدنا ان طول العظام والعضلات ومحيطهما صغير في حالات القلق، ووجدنا كذلك أن القلق يرفع أيضا

البروتين، وأن تناقص وزن الجسم مع زيادة القلق والانعصاب، والارتباط الذي تؤكد مع الحجم الضئيل للمعضلات، كل ذلك يجب أن يوجه اهتمامنا إلى عمليات أيض الأحماض الأمينية^(٧٦).

واختبار التهيج بالبارد Cold Pressor Test أحد الاختبارات الموضوعية للقلق، وذلك بأن يضع الشخص مقدم فذاعه عاريا في إناء مليء بثلج طائب. ومن الملاحظ أن الاستجابة في كل الأحوال هي زيادة معدل النبض، ولكن هذه الزيادة أعظم لدى الأشخاص الأكثر قلقا^(٧٧). ومن أكثر الاختبارات شيوعا مقياس القلق الصريح لتايلور TMS الذي عزلته من اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية، واتضح من دراسات عديدة أنه مقياس جيد لعامل العصاية العام، ولو أنه غير نقي، فله بعض الإسقاط على محور الانطواء. كما يبدو أن هذا المقياس لا يقيس الاستهداف للقلق، ولكن وعن الشخص به ورد فعله تجاهه في حالة وجوده^(٧٨).

وبالنسبة للرمام الكهربى للمخ EEG فإن التردد الغالب لدى الأسوياء هو [١٠] دورات / ثانية، وفي حالات القلق (١١,٢) دورة / ثانية. وقد بين «ستراوس» أن نشاط ألفا (٨-١٢ دورة / ثانية) أقل شيوعا في حالات القلق المزمن بالمقارنة إلى الأسوياء. وتميز هذه النتائج بدرجة جوهريّة بين مرضى القلق والأسوياء^(٧٩).

ونعرض في الفقرة التالية للتشخيص الفارق للقلق من وجهة نظر الطب النفسى.

٥ - التشخيص السيكياترى الفارق للقلق

من الأهمية بمكان أن نفرق بين القلق وغيره من الاضطرابات، وذلك على الرغم من أن القلق عرض شائع في معظم الاضطرابات النفسية، ولا

يرى نقياً إلا نادراً، ويصاحبه درجة من الاكتئاب^(٨٠). ويضيف «لادرا، ونج»^(٨١) أن بعض الأعراض الاكتئابية شائعة مع القلق، ولدى بعض المرضى يوجد الاكتئاب والقلق بالدرجة ذاتها، وقد يتغلب القلق، وقد يتغلب الاكتئاب. ولقد بذلت محاولات كثيرة لدراسة العلاقة بينهما، وبقيت مشكلة غير عسومة على الرغم من أهمية التفرقة بينهما نظراً للفروق في العلاج والمآل Prognosis (التنبؤ سير المرض). وتُجبرُ القلق مريض الوسواس إذا لم يستطع أن يقوم بطقوسه وأفعاله القهرية. وقد يركز مريض القلق انتباهه على أحد الأعراض كخفقان القلب، ويكون اعتقاداً بأنه مصاب بمرض عضوى خطير، فيبدو كحالة تقليدية لتوهم المرض، ومع ذلك فإنه يمكن بوضوح تشخيص القلق دون شكوك في كل الحالات إلا قليلاً.

وفي التجارب التي قام بها هذان المؤلفان^(٨٢) في مؤلفهما: «المقاييس الفيزيولوجية والعقاقير للسكنة والقلق المرضى»^(٨٣)، يذكران عند اختيارهما لعينة مرضى القلق: أن وجود بعض أعراض الاكتئاب لم تجعلهما يستبعدان أى مريض إذا كانت حالة القلق هي المظهر الأساسى والغالب . . . ويضيفان أن العلاقة الوثيقة بين القلق والاكتئاب تجعل اختيار عينة من المرضى المصابين بالقلق دون أى اكتئاب أمراً مستحيلاً^(٨٤).

أما عن التطورات التي يمكن أن تحدث عن المرض أو مآله، فتأخذ الشكل الآتي: إذا استمر القلق فإن الاضطراب الفيزيولوجي المتسبب عنه يؤدي غالباً إلى توهم المرض والخوف من المرض البدنى. وإذا استمر التوتر أدى إلى حالة من التبورستينا : الإرهاق والتعب ونضوب الطاقة ونقص المبادأة مع تناقص التركيز. وقد يصاحب القلق الهستيريا في الجيش، حيث «مركب : القلق-الهستيريا» أكثر شيوعاً في الحياة العسكرية عن المدنية^(٨٥).

وقد يصاحب القلق أمراض عقلية مثل السواد الارتدادى Involutional

Melancholy، وقد يقلق مرضى الفصام المبكر بسبب هلاوسهم^(٨٦). وتؤكد الدراسات التجريبية جانبا من هذه الملاحظات، فمن دراستين لكاتل وزملائه اتضح أن معظم الذهانيين (مع احتمال استثناء الفصامين في مراحلهم المبكرة) لا يفترون في مستوى القلق عن الأسواء. أما الأحداث الجاثمون والسيكوباتيون فمستوى القلق لديهم أقل من العادي. أما من يتعاطون المشروبات الكحولية والمدمنون فمستوى القلق لديهم مرتفع جدا بالمقارنة إلى الأسواء^(٨٧). ويصاحب القلق كذلك أمراض بدنية مثل حالة احتشاء (انسداد) عضلة القلب^(٨٨)، وتصلب شرايين المخ، والشلل الاهترأزي وورم الغدة الكظرية^(٨٩).

ويعد أن عرضنا لبعض الجوانب القياسية والتشخيصية للقلق نقدم نبذة عن أحد الطرق المهمة لعلاج .

٦ العلاج السلوكي للقلق

تعدد طرق علاج القلق العصبي، ويبرز من أهمها أسلوب العلاج الكيميائي^(٩٠) (العقاقير المضادة للقلق Anxiolytic أو مطمئنتات القلق) وأساليب العلاج السلوكية. والأسلوبان الأساسيان في الطرق السلوكية هما التحليل النفسي Psychoanalysis والعلاج السلوكي Behaviour Therapy.

وقد وضع «فرويد» Freud أسس العلاج بالتحليل النفسي التقليدي ومارسه، مفترضا أن السلوك الشاذ تعبير عن صراعات نفسية داخلية. وهو يعتقد أن كل شخص «يكبت»^(٩١) أو يدفع من الشعور الخبيرة المؤلمة والمثيرة للقلق فضلا عن الرغبات والصراعات. وعندما تكبت هذه المواد تصبح لا شعورية، ومع ذلك فهي تؤثر في السلوك الشخصي والاجتماعي للأفراد دون أن يكونوا على وعى بالسبب الختفي لأفعالهم وأقوالهم. ومن ثم يتلخص

الهدف من العلاج بالتحليل النفسى فى «جعل اللا شعورى شعوريا» ويقع على عاتق المعالج أن يساعد المريض على اكتشاف الذكريات والدوافع والصراعات المكبوتة التى يُفترض أنها تحدد سلوك المريض، ويجعله المعالج على وعى بها، ثم يساعده على التعامل معها بطريقة أكثر ملاءمة^(٤٢). ويعتمد التحليل النفسى على عدد من الطرق الفنية أهمها: التداعى الحر وتحليل الأحلام والتعامل مع المقاومة وتقديم التفسير وحسم عملية التحويل^{*}.

وتجدر الإشارة إلى أن التحليل النفسى بوصفه طريقة علاجية قد تلقى نقدا شديدا من جوانب عدة. ويُلخص «أيزنك، وبنجامن»^(٤٣) الفروق بين التحليل النفسى والعلاج السلوكى كما هو وارد فى جدول (٣)^{*}.

جدول (٣)

الفروق بين التحليل النفسى والعلاج السلوكى

التحليل النفسى	العلاج السلوكى
١ - يعتمد على نظرية غير مترابطة لم نوضع أبدا بطريقة جيدة على هيئة مسلمة.	١ - يعتمد على نظرية متسقة متفنة التكوين وتؤدي إلى استجابات يمكن اختبارها.
٢ - مشتق من الملاحظات الإكلينيكية ويتم دون - حة إلى ملاحظات مبسطة أو -.	٢ - مشتق من الدراسة التجريبية المصمم بوجه خاص لاختبار هذه النظرية الأساسية والاستنتاجات التابعة عنها.
٣ - يعتبر أن الأعد غير الملاحظة نتاج لأسباب لا شعورية (عقد).	٣ - يعتبر أن الأعراض استجابات شرطية غير تكيفية [*] .
٤ - ينظر إلى الأعراض على أنها دليل على الكبت	٤ - ينظر إلى الأعراض على أنها دليل على تعلم خاطئ [*] .

- ٥ - يعتقد أن الأعراس تحدث عن طريق الحمل الدفاعية.
- ٥ - يعتقد أن الأعراس تكون نتيجة للمعروف الفردية و القابلة للإسقاط والتغلب أو عدم الثبات الأنومورم بالإضافة إلى الظروف البيئية.
- ٦ - يجب أن تعتمد كل أنواع العلاج على أساس نظرة تاريخية.
- ٦ - يتم كل علاج للاضطرابات العصبية بالاعتماد الوجودية في الحاضر دون اهتمام كبير بأساسها في الماضي.
- ٧ - يتحقق الشفاء بعلاج العرض نفسه أي بإطفاء الاستجابات الشرطية غير التكيفية وتكوين استجابات شرطية مرغوبة.
- ٧ - يتحقق الشفاء عن طريق تناول اللينامبات الكامنة (اللاثمورية) وليس بعلاج الأعراس نفسها.
- ٨ - تفسير الأعراس والأحلام والأفعال وغيرها عنصر مهم في العلاج.
- ٨ - حتى إذا لم يكن التفسير ذاتياً وخاطئاً تماماً فلا علاقة له بالعلاج.
- ٩ - يؤدي علاج الأعراس إلى شفاء دائم، بشرط إطفاء الاستجابات الشرطية الأنومومية والمهيكلية.
- ٩ - يؤدي علاج الأعراس إلى ظهور أعراس جديدة.
- ١٠ - تعد علاقات التحويل أساسية في شفاء الاضطرابات العصبية.
- ١٠ - للعلاقة الشخصية بين المعالج والمريض ليست أساسية لتحقيق شفاء الاضطرابات العصبية، إلا أنها قد تكون مفيدة في ظروف معينة.

وتخصص الجزء التالي من هذه الفقرة بيان أهم خصائص العلاج السلوكي.

معالم العلاج السلوكي

يعتمد العلاج السلوكي على نظرية التعلم الشرطي وعلم النفس التجريبي، والعلاج السلوكي هو تطبيق إجراءات الإشراف التقليدي ونظريات التعلم في علاج المرض النفسي أو العصاب. والعصاب إما أنه استجابات غير تكيفية مكتسبة، أو فشل في اكتساب استجابة تكيفية. ويقوم العلاج في هذه الطريقة على أساس علاج الأعراض، فالعرض هو المرض، والسلوك المضطرب ليس عرضا لاضطراب كامن، ولكنه اضطراب في حد ذاته. واعتمادا على ذلك تركز الطرق العلاجية السلوكية على السلوك الحالي، ولا تعطى عناية كبيرة بأسباب المرض، وتضع أهدافا للعلاج محددة بشكل واضح، وقابلة للقياس موضوعيا، وتتحكم في خبرة المريض حتى يحدث عدم تعلم للعادات القديمة، ويتم تعلم عادات جديدة^(٩٤)، مع التسليم بأن السلوك الشاذ يمكن تعلمه في مرحلة الرشد مثله في ذلك مثل مراحل النمو الأخرى.

ويستخدم العلاج السلوكي أساسا مع الراشدين لعلاج الأعراض وأنواع محددة من السلوك كالقلق والمخاوف المرضية وأنواع الكف التي ترتبط بالاضطرابات العصابية، وكذلك لعلاج الاضطرابات الجنسية وإدمان العقاقير والكحوليات، والتي تعد اضطرابات للطباع أو الخلق^(٩٥). والطرق الفنية المستخدمة عمليا متعددة، نجتزئ منها طريقة الكف المتبادل Reciprocal Inhibition من وضع «جوزيف وولبي» Wolpe.

العلاج السلوكي للقلق بالكف المتبادل

يعرف «وولبي» السلوك العصبي بأنه: «أية عادة أو سلوك غير تكيفي مكتسب عن طريق التعلم وله صفة الدوام، لدى كائن عضوي سوى من

الناحية الفيزيولوجية^(١١). والقلق محور العصاب من وجهة نظره. وهو في أساسه استجابة صادرة عن الجهاز العصبي اللا إرادي (المستقل) وبخاصة الفرع السمبثاوي. ويوجد نوعان من الاستجابات المشتقة إلا أن جدورها في هذا القلق ذاته، وهما: الاستجابات الهتيرية والوسواسية. وفي أحبان كثيرة يكسب الفرد مجموعة عادات حركية معينة مرتبطة بالقلق وتعمل على تخفيفه كاستجابات التجنب Avoidance أو إزاحة الانتباه Displacement of attention (الإشاحة) أو الوسواس المربحة أو المخفضة للقلق أو شرب الخمر.

أما من الناحية العلاجية فيخصص «وولبي» الجلسات الأولى (ومدتها ساعة ثم تخفض إلى ٤٥ دقيقة). لأخذ تاريخ حياة المريض مع تركيز على الحاضر وليس الماضي وذلك للتعرف إلى:

١ - شكل استجابات القلق والاستجابات الثانوية المترتبة عليه.

٢ - معرفة المنبهات المثيرة لهذه الاستجابات والظروف التي تحدث فيها.

وبعد التعرف إلى النمط الخاص للمنبهات والاستجابات عند المريض، يكون الهدف هو إضعاف الرابطة الشرطية بينهما بواسطة الكف الشرطي. وذلك بتعزيز أو تقوية بعض الاستجابات المضادة بما يناسب حالة المريض وطبيعة منبهات القلق لديه. وعند هذه النقطة بالذات يستطيع المعالج السلوكي أن يقوم بالاستفادة من كل بحوث التعلم وقوانينه (ومنهما مثلا وضع اعتبار لأثر الكف الرجعي في طول الجلسة، وعلاقة سرعة التعلم بدرجة التطوّر وغيرها). بل إن المعالج يجد نفسه أحيانا يقوم بعمليات تعلم وتدريب تدريجي.

ويذكر «وولبي» ثمانية أنواع من الاستجابات المضادة للقلق أهمها ثلاثة

هي:

١ - الاستجابات التوكيدية للذات.

العميق، تكوين مدرج القلق، تنفيذ عملية التسكين، وتفصلها فيما يلي:

أ - التدريب على الاسترخاء:

يتعلم المريض الاسترخاء Relaxation في بضع جلسات، وتبدأ بإدراك لفكرة الشد في العضلة مقابل إرخائها، ويبدأ التدريب بمجموعات عضلية محددة (واحدة واحدة) حتى تشمل جسم المريض كله.

ويُعرف المعالج المريض بأن الاسترخاء يناقض القلق مباشرة، ويطلب منه أن يمارسه بين الجلسات، وأن يحقق الاسترخاء الفارق (إرخاء العضلات التي لا تكون في حالة استخدام أو نشاط)، مع التأكيد على اللجوء إلى الاسترخاء حينما يتعرض للقلق، ويجبر المريض بأن كفاءة هذا المنهج العلاجي بأسره متوقفة على قدرته على أن يستبدل الاسترخاء بالقلق.

ب - تكوين مدرج القلق:

مدرج القلق Anxiety hierarchy قائمة من الأشياء والمواقف التي تثير القلق لدى المريض. ويتعاون المعالج مع المريض في تكوين هذه القائمة، ويتم ذلك عن طريقين: أولهما المواقف والأشياء والموضوعات التي يذكرها المريض بوصفها مثيرات للقلق، وثانيهما فحص إجابة المريض عن بعض استجابات القلق مثل: «قائمة ويلوي للميل العصبي»^(١١) أو قائمة مسح المخاوف^(١٢). ثم ترتب هذه المواقف تبعاً لشدة إثارتها للقلق لدى المريض، بحيث تبدأ من أقلها إثارة للقلق وتنتهي بأعلاها.

ج تنفيذ التسكين:

يطلب من المريض أثناء الجلسة أن يتخيل بوضوح الموقف أو المنظر الأول في مدرج القلق (أقلها إثارة للاضطراب). ولا يكون مثل هذا الموقف

و العادة مزلما أو مصايها. ويستمر المرض في تخيل هذا المنظر بضع ثوان قبل أن يتغل إلى الموقف التالي له. ويتم ذلك بعد مراجعة لتمريبات الاسترخاء في أول الجلسة. وإذا كان الموقف المتخيل مثيرا للقلق (ويبين المريض ذلك برفع إصبعه السبابة) يطلب من استدعاء تمرينات الاسترخاء على الفور. وحيث إن الفرد لا يمكن أن يكون قلقا ومسترخيا في وقت واحد، فإن قدرة هذا المنبه على إثارة القلق تتناقص، وتكرر هذه المحاولات يتناقص القلق، فيتغل المريض إلى المنبه التالي في مستوى القلق (الأكثر إثارة للقلق). ويتكرر ذلك حتى يصل المريض إلى أعلى مستوى يثير القلق. تلخص عملية التسكين إذن في تطبيق مبدأ الكف المتبادل : تستبدل باستجابة شرطية (القلق) استجابة أخرى (الاسترخاء) حتى ينتهي قلق المريض^(١٠١).

ويعد أن عرضنا للقلق بوصفه اضطرابا نفسيا في الفصل الأول، ولطرق تشخيصه وقياسه وأحد أساليب علاجه في الفصل الثاني، نقدم لتطور القلق، وهذا هو موضوع الفصل الثالث.

٢ - الاستجابات الجنسية .

٣ - استجابات الاسترخاء العضلي العميق .

وتوجد أنواع أخرى منها الاستجابات الحركية والتنفسية، وتتضمن الأخيرة استنشاق مخلوط يتكون من ٧٠٪ من ثاني أكسيد الكربون و ٣٠٪ من الأكسجين^(٩٧)، وتُحدث الطريقة الأخيرة إرخاء كاملاً للمعضلات وتؤدي إلى شفاء سريع وكثيراً ما يكون دائماً للقلق الشامل .

ويعرف «وولبي»^(٩٨) مبدأ الكف المتبادل الذي يعد أساس الإجراءات العلاجية كما يلي:

«إذا استطعنا أن نُحدث استجابة مضادة للقلق، في حضور المنبهات المثيرة للقلق، فإنه يصحبها فمع كامل أو جزئي لاستجابات القلق، وتضعف الرابطة بين هذه المنبهات واستجابات القلق» .

ولتحقيق مبدأ الكف المتبادل عملياً فقد وضع «وولبي» طريقة التقليل للنظم للحساسية أو «التسكين المنظم» Systematic desensitization ونفصله فيما يلي:

التسكين المنظم:

يعتمد مفهوم التسكين للنظم على إجراء طيبي معروف يتلخص في إعطاء جرعات متزايدة من مادة مثيرة للحساسية Allergens للذين يعانون من حمى القش hay fever، ونسمى هذه العملية بالتسكين التدريجي. ويتخذ «وولبي» التسكين المنظم (والذي يعتمد على مبدأ الكف المتبادل) في الجلسة العلاجية اعتماداً على عناصر ثلاثة هي: التدريب على الاسترخاء العضلي

الفصل الثالث

تطور القلق

نعرض في هذا الفصل بعض الجوانب النظرية في تطور القلق، فنقدم لمفاهيم النمو والارتقاء والثبات والتغير والتنبؤ بالتطور ومطالب النمو، مع إيراد بعض الدراسات السابقة عن تطور القلق السوي والمرضى تبعاً للعمر، وذلك تمهيداً للفصل التالى الذى سيعرض لبعض الدراسات العربية في تطور القلق. ونقدم فيما يلى لمفهومي النمو والارتقاء أو التطور.

١ - مفهوم النمو والتطور

يلحق النمو Growth وكذلك الارتقاء أو التطور Development كلا من العمليات الفيزيولوجية والنفسية والبيئية، والتي تكون بطبيعتها مستمرة منظمة، وتسبب في تغيرات في المكونات الفيزيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والحلقية للكائن العضوى. ويشير النمو إلى التغيرات العضوية، ويسم بأن له طبيعة كمية، على حين يشير التطور أو الارتقاء بوجه عام إلى التغيرات الوظيفية أو غير العضوية، ويتصف بطبيعة كيفية. ومن ثم فإن التطور أو الارتقاء مستمر مدى الحياة، ويغضى الوجود الإنسانى بأسره، على حين أن بعض جوانب النمو تصل إلى نقطة النضج، ثم لا يتحقق بعدها مزيد من التغير^(١٠٢). ومن ثم يمكن تعريف التطور أو الارتقاء بأنه سلسلة متتابعة من التغيرات الكيفية في الشكل أو التنظيم أو أنماط السلوك لدى الكائن العضوى من المولد حتى الوفاة، كما أنه عملية مركبة من تكامل عديد من الأبنية والوظائف^(١٠٣).

وبختلف التطور عن النمو في أن الأخير تغير كمي، أو تزايد في الحجم أو المقدار. على حين يتسم التطور بزيادة التركيب وتنظيم العمليات وبنائها.

ويتضمن كل من النمو والتطور تغيرات يمكن أن تكون إيجابية في طبيعتها، ومع ذلك فيجب أن نلاحظ أن التغيرات يمكن أن تحدث أيضا في اتجاه التدهور، فيبدأ الضمور ويظهر الهزال. ولذا فيتعين ألا نرادف بين النمو والتطور والتغير الإيجابي، فعندما نقول: تطور الفلق أو ارتقاؤه مثلا، فإن ذلك يعنى في المقام الأول تغير معدله سواء أكان ذلك هبوطا أم ارتفاعا. ونعرض فيما يلي لوجهتي الثبات والتغير في مجال الشخصية بعامة والقلق بخاصة.

٢ - وجهتا الثبات والتغير

هناك وجهتان أساسيتان للنظر في مجال تطور الشخصية (ومنها القلق): رأى يرى أن سمات الشخصية ثباتا مرتفعا من مرحلة عمرية إلى أخرى، أما الآخر فيعتقد أصحابه في أن التغير هو الخاصة الأساسية التي نوسم بها الشخصية. وغالبا ما تكون أوسط الآراء أصوبها، إذ نعتقد أن للشخصية ثباتا بدرجة معينة، فهذا الثبات نسبي وليس مطلقا.

فيرى أصحاب الرأى الأول ضرورة التمويل على ثبات الشخصية واستمرارها، وقد أكد على ذلك المحللون النفسيون بالنمو النفسى، على حين نجد أن غيرهم من الباحثين المهتمين بالنمو النفسى قد ركزوا على المواقف النوعية للسلوك، اعتمادا على أن سمات الشخصية تتميز بالثبات النسبي والاستقرار عبر الزمن في حالة عدم تغير المواقف التي يتعرض لها الفرد، وهذا ما يؤكد علماء النفس الاجتماعي الذين يرون أن ثبات سمات الشخصية يتحدد عن ضوء توقعات الدور الذي يتغير عبر الزمن.

ومن ثم فقد تعددت دراسات تطور الشخصية وتنوعت مناهجها ما بين دراسات مستعرضة Cross - Sectional وأخرى تتبعية أو طولية Longitudinal. وتتركز البحوث الطولية المتوافرة، الفكرة العامة المتعلقة بالثبات أو الاستمرارية في تطور سمات الشخصية كلما انتقلنا من مرحلة عمرية إلى أخرى. وتؤكد هذه البحوث أن سمات الشخصية تكون أكثر استقراراً بين المراهقة المبكرة والمتأخرة وبين بداية الرشد ومتصف العمر وبخاصة فيما يتعلق بالسمات المعرفية والمزاجية للشخصية. وعلى ذلك فإن معيار الحكم على خصائص الشخصية خلال هاتين المرحلتين بما تسمان به من استمرارية في ارتفاع السمات، يمكن أن يزودنا بمعلومات نستطيع التنبؤ منها بما ستكون عليه شخصية الفرد في حياته المستقبلية. وهذا يعنى أن التقدم في العمر لا يمثل اختلافاً كبيراً بل كمياً، إذ تتغير الدرجة على سمات الشخصية كلما تقدمنا نحو الشيخوخة نظراً لما يتسم به التقدم في العمر من ضعف وتدهور^(١٠٤).

ويرتبط بمسألة ثبات الشخصية وتغيرها سؤال مهم مؤداه: هل يمكننا التنبؤ بتطور الشخصية؟

٣ - التنبؤ بتطور الشخصية

الواقع أن تطور الشخصية عملية دينامية مستمرة تتناول مختلف جوانب الشخصية بوصفها وحدة نفسية جسمية متكاملة ومضاعلة، ومن الجدل في واقع الأمر أن بعض جوانب الشخصية تكون أسرع في تطورها في بعض المراحل العمرية من جوانب أخرى، خاصة وإن الشخصية في تغير نسبي مستمر منذ بدء تكوينها، وذلك نتيجة للتفاعلات المستمرة بين إمكاناتها الموروثة وظروفها البيئية التي تعيش فيها متأثرة بها ومؤثرة فيها. فكل وقت يمر على شخص أو حدث يتعرض له أو ظرف يحيط به يحدث تغييراً قلو أو كبيراً في هذا الكل الدينامي المتكامل من أجهزته النفسجسمية. وكلما كان التغير الذي

يحدث في الشخصية نحو الأفضل وصفناه بأنه تطور في الشخصية أو احد جوانبها. أما إن كان نحو الأسوأ وصفناه بأنه تدهور في الشخصية أو في أحد جوانبها^(١٠٥) على أن عديدا من المؤلفين يستخدمون مصطلح «تطور» بمعنى «تغير» بصرف النظر عما إذا كان إلى الأحسن أو إلى الأسوأ.

وقد دلت البحوث المتعلقة بالتنبؤ، على أن الشخصية الناضجة المتوافقة في الرشد إنما هي انعكاس لطفولة دافئة خالية نسبيا من الصراعات الأسرية. كما أنه على ضوء التوافق في مرحلة المراهقة يمكن التنبؤ بمدى التوافق في مرحلة الرشد. ويرى «إيركسون» Erikson أن الشخصية تتطور في سلسلة من المراحل السابقة وتتداخل معها. أما «كارل يونج» C.G Jung فيرى أن التخطيط للتغلب على مشكلات الحياة في النصف الثاني من العمر، (الذي يبدأ من الخامسة والثلاثين إلى الأربعين عاما) يختلف عن النصف الأول من العمر، حيث يركز انتباه الشخص السوي نحو ذاته ونزعته الفريدة والمتميزة، بعد أن كان يعتمد على أسرته كلية^(١٠٦).

نتقل فيما يلي من سياق الشخصية بوجه عام إلى مجال القلق بوجه خاص (وهو أحد مكوناتها في بعض النظريات). وقبل أن نعرض لبعض الدراسات نوضح ما نقصده بمفهوم «تطور القلق».

٤ - المقصود بتطور القلق

ما الذي نقصده بتطور القلق؟ إن معنى هذا التعبير الاصطلاحي لا يرادف قولنا : مراحل التطور أو الارتقاء^(١٠٧) التي يتخذها القلق، بل الأصوب أن نرادف بين تطور القلق ومستويات انقلق عبر مختلف المراحل العمرية، فهي دراسة لتطور القلق عبر الأعمار، كأن نقارن بين مستوى القلق في كل من الطفولة والمراهقة والرشد مثلا. والافتراض الأساسي هنا ان المراحل المختلفة للنمو التي يمر بها الإنسان يمكن أن ترتبط بمستوى معين

من القلق، تتناسب مع كل من ظروف هذه المرحلة، ومطالب النمو أو التطور والضغوط التي تفرضها كل مرحلة على الإنسان عندما يمر بها . . . وغير ذلك كثير. والمثال البارز لذلك مطالب التطور التي تفرض على الإنسان لدى انتقاله من الطفولة إلى المراهقة، والتي يفترض أنها تؤثر في مستوى القلق لديه.

ونود أيضا أن ننبه إلى أن مصطلح «تطور القلق» - في هذا السياق - لا يعني أن القلق يتطور إلى غيره من الاضطرابات (الأشد والأعنف بطبيعة الحال كما يفترض)، كما لا يعني المصطلح الأساسي ذاته أننا سنكرس اهتمامنا لفحص ما سيؤول إليه القلق فيما سيأتي من أيام، فذلك مبحث محدد في علم النفس المرضى خاص ببحوث المآل Prognosis. وأخيرا وليس آخرا لا يقصد بمصطلح «تطور القلق» أن القلق سيتطور بشكل مطلق من مرحلة إلى أخرى بما يعني تزايد معدله أو نقصانه. وهذا أمر مستغل بطبيعة الحال عما يمكن أن نضعه من فروض عن فروق في القلق بين مختلف مراحل العمر.

ويشيع في التراث السيكولوجي المعاصر - بشكل محدود - مصطلح «القلق التطوري» Developmental Anxiety. ولم يُستخدم هذا المصطلح في علم النفس بوجه عام ليشير إلى نوع معين من استجابة القلق، ولكن الأكثر شيوعا أن يستتج الباحثون والأكاديميون وجود القلق خلال الفترات العصبية من تطور الفرد (كالمراهقة مثلا)، أو أنهم قد فحصوا أرجاع قلق معينة تميز تطورات سلوكية معينة (مثل قلق الانفصال Separation Anxiety والقلق من الغرباء في فترة الطفولة)^(١٠٨).

ومن أهم هذه الفترات العصبية: المراهقة حيث يُجبرُ المراهق أقصى درجات القلق نتيجة التعبير في مظهره، وكذلك في السن المتقدم، حيث يمكن أن

يشعر الرجل عند اقتراب سن التقاعد (٦٠ أو ٦٥ عاما على اختلاف بين الدول) بأقصى درجات القلق. يظهر القلق إبداء في المراحل الانتقالية من العمر، حيث تتوقف أشكال قديمة للمواجعة والتصرف، وتكتسب أشكال أخرى جديدة. ومن ثم فإن المراهق يترك حب الضمير ويصح لديه جسم له أبعاد شبيهة بنظيرتها لدى الراشد. أما الرجل في سن التقاعد مباشرة، فسوف يودع النظام اليومي للوظيفة (الروتين). ويُعرض أيضا أن وقت فراغه سوف يتضاعف، مالم يطور ميولا واهتمامات جديدة. وكل ذلك لا يحدث في يوم وليلة، ولذا فإن التكيف له يتطلب وقتا^(١١٩).

ونعرض فيما يلي لعلاقة مطالب التطور بالقلق.

٥ - مطالب التطور والقلق

للقلق ملامح أساسية ثلاثة: مشاعر ذاتية بالتوجس، وأرجاع فيزيولوجية تلحق بعض وظائف الجسم، وتشوش في العمليات المعرفية الراقية. وهذه الملامح الأساسية عناصر مشتركة تميز انفعال القلق بصرف النظر عن العمر. ولكن تتغير لدى الفرد نتيجة للتطور الجوانب الأربعة التالية:

- ١ - أساليب الاستجابة للقلق وطرق مواجهته فضلا عن ادراك التهديد.
 - ٢ - تقييم الحوادث على أنها مهددة.
 - ٣ - طبيعة الحوادث الضاغطة المسببة للانعصاب أو المشقة Stress والتي تعد مطالب للتطور Developmental Tasks أو علاقاته الأساسية.
 - ٤ - التعيرات و الاستعداد البيولوجي للانعصاب أو الصراع^(١٢٠).
- ومن أهم مراحل التطور التي تتضمن تغيراً في حياة الإنسان: المراهقة والتقدم في العمر كما أسلفنا ففي هاتين المرحلتين تتغير مطالب التطور،

دخل الفرد في نطاق جماعة اجتماعية جديدة تختلف كثيرا عن الجماعة التي ينتمى إليها فيما سبق. ويعنى ذلك - من بين ما يعنى - التخلل عن بعض أمان الذى كان الفرد يعيشه، وبمحل عمله مستقبل مجهول وغير مؤكد أو تكرك فيه.

وقد عالج عالم النفس السويسرى الشهير «جان بياجيه» Piaget هذه سلبية في نظريته التطورية على ضوء ما أسماه بالجوانب التوازنية الدينامية. ما عالجها «ريجيل» Riegel على ضوء نموذجه الجدلى Dialectic للتطور. لنقطة الأساسية التي تركز عليها هذه النظريات هي أن «مجهولية» النمو تنغير ترسب الصراع، وفي هذا الصراع يثور القلق ويظهر. ويكون لسان مال الفرد عندئذ تساؤله ضمنا: ما التهديدات المجهولة التي ستواجهني في لنا المستقبل المجهول؟ وهل سأكون قادرا على مواجهة هذا التهديد أو نحكم فيه والسيطرة عليه؟

كما وضعت نظريات تطورية عديدة من أهمها نظرية «هافيجهرست» Havighur، حيث ترتبط نظريته بشدة بموضوع المطالب التطورية، والتي تمد - في المقام الأول - على التطور البيولوجي والتوقعات الاجتماعية، حيث خبر كل منهما خلال مجرى حياة الإنسان بأسرها. ومثل هذه المطالب تطورية يمكن النظر إليها أيضا على أنها مصدر للصراع والانعصاب أو انشقة نسبة للفرد، حيث ينتج منها القلق ويتمخض عنها. وكلما تحققت المطالب تطورية أو حُسمت فإن الصراع والانعصاب ينتهيان وكذلك القلق. وكلما مسج الفرد من الناحية البيولوجية فإن المجتمع يتوقع تغيرا مقبولا ومرغوبا في سلوك ذلك الفرد، ومن ثم فإن الفرد يواجه بمهمة اكتساب مهارات وقدرات مصادر وطاقت جديدة، ويتوقف عن إصدار نظيرتها القديمة كلما اتخلل من نهد إلى الطفولة، ومن الطفولة إلى المراهقة، ومن المراهقة إلى الرشد

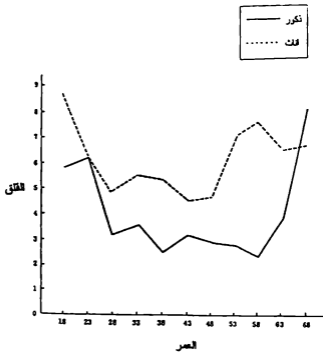
الميكرو... وهكذا حتى الموت موجر الفول أو الفرد يواجه بسلسلة من التوافقات عبر سنى حياته كلما تقدم به العمر

وقد ألقى «كوهلين» Kublem الضوء - خلال استعراضه للتغيرات الدفاعية عبر سنى الرشد - على كيفية تنوير الأفراد لأنماط المواجهة والتصرف في استجاباتهم للتغير في كل من الحاحات والاحباطات وتنبهات البيئة والتوقعات. وقد برهز على أن القلق أساسى بوصفه مصدرا للدافعية في السن المتأخر^(١١١). ونعرض في الفقرة السادة للتغيرات في معنى القلق تبعا للعمر.

٦ - متحنى القلق السوى عبر العمر

إن قليلا من القلق يعد سويا ويفترض أنه أمر لازم بناسبه للنمو، لأن كل تطور يصاحبه قلق^(١١٢). وبين شكل (٢) التغيرات في مستوى القلق تبعا للعمر خلال مجرى الحياة السوى، ونلاحظ التناقص المستمر والمتسق للقلق من المراهقة حتى المراحل المبكرة من النضج، يبدأ أخيرا في الارتفاع عند الثالثة والسبب لدى الذكور، وعند الثالثة والخمسين عند الإناث. ثم يميل إلى الارتفاع الشديد مرة ثانية بعد عمر ٦٥ عاما، حيث يحتاج هنا الارتفاع إلى مزيد من الفحص (بملاحظة أن حجم العينات في الطرفين يحتاج إلى إضافة)^(١١٣).

وبعد عرض القلق السوى عبر العمر، نقدم للقلق المرضى وتغيره خلال سنى الحياة.



شكل (2) : التغيرات في مستوى القلق المسمى خلال العمر

٧ - القلق المرضى والعمر

توجد درجة من القلق في مرحلتي الطفولة والمراهقة، وفي الحقيقة فإن القلق مصاحب حتى للسنو، ولكن حتى إذا كان مَرَضِيًا، فإنه لا يؤدي عادة إلى أرجاع قلق في كل من الطفولة والمراهقة. ففي الطفولة يؤدي القلق المزمن إلى اضطراب في العادات مثل قضم الأظافر ومص الأصابع والبوال (التبول اللا إرادي ليلا) أو إلى سمات عصابية مثل: اللزمات (أو الحلجات) Tics والعادات التنجبية والمخافات المرضية. ويزداد القلق في مرحلة المراهقة، ولكن تأخذ الأعراض شكلًا مختلفًا عن الطفولة.

ويؤدي القلق في المراهقة إما إلى كف شديد أو نشاط زائد، وقليلًا ما ينتج عنه أرجاع قلق. وتتضمن المصادر الشائعة لقلق المراهق مشاعر عدم الكفاءة بالنسبة للجماعات، وفي المواقف الاجتماعية الجديدة كمقابلة أفراد من الجنس الآخر، والهموم المتعلقة بالافراط في الاستمناة (العادة السرية)، والاستحلام (القذف الليلي)، والمخافات المتصلة بعدم السواء من الناحية التناسلية، أو القصور الجنسي، ونقص الثقة بالنفس فيما يختص بالأداء سواء أكان جنسيًا أم اجتماعيًا أم رياضيًا أم عقليًا.

وكلما تقدم العمر - بوجه عام - فيما بين العشرين والسبعين فإن فرص الإصابة بالاضطراب الطبقي (السيكياتري) تزيد، وتوجد «الهضبة» بالنسبة للرجال فيما بين الأربعين والستين، على ذلك زيادة حادة في احتمال حدوث الاضطرابات السيكياترية فيما بين الستين والسبعين. ويزداد احتمال الاضطرابات السيكياترية لدى النساء حتى الخمسين، على ذلك - كما يحدث عند الرجال - زيادة حادة بعد الستين في هذه الاحتمالات، ولكن تتناقص الاضطرابات السيكياترية بعد عمر السبعين لدى كل من الرجال والنساء.

ويطلق «ليتون» Leighton وزملاؤه على الفترة بين العشرين والأربعين من العمر «فترة النضال» وتستمر النساء في إظهار أرجاع القلق والاكتئاب خلال فترة سن البأس Menopause وحتى عمر الخمسين. أما الفترة بين الستين والسبعين فإن الإنسان يتعين عليه أن يتصالح أو يتراضى مع جوانب قسلة، مع التقدم في العمر والموت والمتوقع، ومن ثم فإن القلق والاكتئاب يرتفعان مرة ثانية خلال هذه السنوات العشر. أما تناقص الاضطرابات العاطفية (السيكياترية) بعد السبعين فيرجع إلى قدرة معظم المعمرين على التكيف للحياة والموت، وعلى خفض تطلعاتهم وسعيهم مع تحمل أفضل للإحباط^(١١٤).

ولكن النتيجة المتعلقة بتناقص الاضطرابات النفسية ومن بينها القلق بعد السبعين في حاجة إلى مراجعة، ذلك أننا يمكن أن نفترض أن تدهور الوظائف البدنية لدى المعمرين عما كان لديهم سابقا يمكن أن تكون مصدرا مهما من مصادر القلق وسببا أساسيا لارتفاع معدله.

وبعد أن عرضنا لتطور القلق بوجه عام نقدم لبعض الدراسات العربية في تطور القلق، وهذا هو موضوع الفصل الرابع.

الفصل الرابع

دراسات عربية في تطور القلق

قدمنا في الفصل الثالث لجوانب نظرية في التطور بوجه عام، وفي تطور القلق بوجه - س، ونبه إلى أن المادة الواردة في الفصل الثالث تعتمد على نتائج دراسات سابقة غير عربية. أما الفصل الرابع فيعرض لدراسات في تطور القلق أهم ما يميزها أنها دراسات عملية واقعية Empirical، أجريت على مفحوصين عرب. ويشتمل هذا الفصل على دراستين أجريت إحداهما على الأطفال، والأخرى على أعمار متباينة تتراوح بين المراهقة والشيخوخة. ونبدأ بعرض أهداف هذه الدراسات ومدى أهميتها.

١ - أهداف الدراسة وأهميتها

الأهداف العامة للدراسة

تهدف هاتان الدراستان التعرف إلى تطور القلق عبر ستين متتالية في الطفولة، وخلال مراحل محددة من المراهقة إلى الشيخوخة، وذلك تبعاً لدراسات واقعية عملية أجريت على عينات عربية (مصرية). هذا بالإضافة إلى هدف فرعي لهذه الدراستا وهو التعرف إلى الفروق بين الجنسين في القلق. ولهذا النوع من البحوث أهمية غير قليلة كما سيتضح من الفقرة التالية.

أهمية الدراسة

(١) تتركز البحوث العالمية في علم النفس الارتقائي (أو علم نفس النمو) على نمو (وتطور) القدرات العقلية أو الجوانب الحسية والحركية والعضوية وما

شابهها، وتتل هذه البحوث في مجال ارتقاء الشخصية بالنسبة إلى هذه المجالات.

(٢) البحوث العربية في علم النفس الارتقائي بوجه عام، وفي مجال ارتقاء الشخصية بوجه خاص نادرة جداً^(١١٥)، على الرغم من أن لمعرفة اتجاهات النمو والارتقاء أهمية قصوى.

(٣) لبحوث ارتقاء الشخصية وتطورها أهمية نظرية من حيث التعرف إلى اتجاهات التطور ومساره، والكشف عن فترات الزيادة ومراحل النقصان (أو الإسراع والإبطاء بمصطلحات النمو).

(٤) وكما تنتمي هذه البحوث إلى مجال ارتقاء الشخصية فإنها تندرج أيضاً تحت مجال علم الأوبئة Epidemiology الذي يهدف إلى تحديد معدلات الانتشار Prevalence Rates، والذي بدأ بدراسة العوامل المؤثرة في تكرار حدوث الأمراض المُعدية لدى الإنسان وتوزيعها على السكان، ثم اتسع مجاله ليشمل الوبائيات النفسية، أي توزيع مختلف أنواع الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية واضطرابات السلوك ومعدلات انتشارها في مجتمع معين^(١١٦).

(٥) ترجع الأهمية التطبيقية لبحوث تطور الشخصية إلى أنها تساعد على تحديد مراحل التطور التي تزداد فيها معدلات السمات المرضية غير المرغوبة تمهيداً لعلاجها قبل تفاقمها.

(٦) تفيد هذه البحوث في الكشف المبكر Early Detection عن المراحل التي تشيع فيها زيادة الاضطرابات النفسية.

وبعد بيان الأهمية العملية والتطبيقية لهذه الدراسة نعرض للفرض الأساسي الذي تعتمد عليه.

٢ - الفرض الأساسي

تتوقع ظهور فروق جوهرية في القلق بين المجموعات العمرية المختلفة (بين الجنسين في كل مرحلة). وقد وُضع هذا الفرض اعتماداً على نتائج بحوث تطور القلق، والتي أشارت إلى إمكان تأثير الدرجة على مقياس القلق في المرحلة العمرية التي يمر الفرد بها^(١١٧). كما أن افتراض الفروق بين جنسين له ما يسوغه في التراث البكولوجي^(١١٨).

وتعرض في الفقرات التالية لهاتين الدراستين بقدر من التفصيل.

٣ - تطور القلق لدى الأطفال

تهدف هذه الدراسة^(١١٩) إلى بيان الفروق العمرية والمتصلة بالجنس (ذكور، إناث) في القلق لدى الأطفال، وذلك عن طريق تحديد متوسطات قلق لدى خمس فئات عمرية من الجنسين وهي : ١١ ، ١٢ ، ١٣ ، ١٤ ، ١٥ سنة.

المنهج

(أ) العينات

اختيرت عينة الدراسة من تلاميذ وتلميذات عدد من المدارس الإعدادية الحكومية والخاصة بمدينة الإسكندرية، وهي : سان مارك، كلية البنات المصرية E. G. C.، مدرسة الشاطبي الإعدادية بنين، مدرسة الشاطبي الإعدادية بنات. وقد اختيرت من هذه المدارس عشر عينات لتمثيل خمس مراحل عمرية من الجنسين (انظر جدول ٤ لبيان عدد أفراد كل مرحلة عمرية). وقد بلغ مجموع أفراد عينة الدراسة (١٢١٤) بواقع (٦٤٥) من الذكور و (٥٦٩) من الإناث.

(ب) المقياس

مقياس القلق لدى الأطفال Children's Anxiety Scale: C.A.S.^(١٢٠) استمدت بنوده من التراث السيكولوجي والسيكياتري الإكلينيكي وبخاصة المراجع المتخصصة، هذا فضلا عن الخبرة العامة لواضعي المقياس، واعتمادا على هذه المصادر صيغ أربعون بندا صياغة عربية فصحة سهلة. ثم عُرض المقياس المقترح على عدد من المتخصصين في علم النفس. وأدى هذا الإجراء الأخير إلى حذف بعض البنود التي لاتعد مقياسا جيدا للقلق من وجهة نظر هؤلاء المحكمين. ونجم عن ذلك حذف ستة بنود، فأصبح المقياس مكونا من ٣٤ بندا، كما عدلت صياغة بعض البنود في اتجاه مزيد من النسيط. وقد طُبّق المقياس على عينة من ٦١ تلميذا، ٧٤ تلميذة من تلاميذ المدارس الإعدادية من الصفين الأول والثاني، ثم حُسب الارتباط بين كل بند فردي والدرجة الكلية على المقياس، واعتمادا على ذلك تم حذف بندين فقط. هذا فضلا عن حساب الارتباط بين كل بند ومحك خارجي هو مقياس سمة القلق (صيغة الأطفال) من وضع 'سيلبرجر' وزملائه^(١٢١)، ومن تعريب وإعداد عبد الرقيب البحيري^(١٢٢).

وقد طُبّق المقياس الأخير (قائمة القلق : مقياس السمة للأطفال) والمقياس الذي تقدم له على عينة من تلاميذ المدارس الإعدادية وتلميذاتها (ن = ٦٠، ٧١ على التوالي)، وتم حذف بندين فقط لم يصل إلى حدود الدلالة الإحصائية، وفضلا عن ذلك فقد تم - على أساس تحكّم - حذف خمسة بنود (وهي البنود التي لها أقل ارتباطات) (وذلك ليصل المقياس إلى ٢٥ بندا). ثم حللت بنود المقياس بعد ذلك عامليا، فأسفر التحليل الأخير عن حذف عبارتين ليصبح المقياس مكونا من ٢٣ بندا.

وقد حللت الارتباطات المتبادلة بين بنود المقياس عامليا بطريقة* هو

تينج* : المكونات الأساسية، ثم أديرت العوامل تدويرا متعامدا بطريقة
فريماكس. واستخرجت من المقياس ستة عوامل فسرت كما يلي :

- ١ - عامل القلق العام.
- ٢ - المشاعر الذاتية في القلق.
- ٣ - الأعراض النفسية والعضوية للقلق.
- ٤ - الجوانب المعرفية للقلق.
- ٥ - القلق الاجتماعي والأعراض الجسمية.
- ٦ - الأرق والتوتر.

ووصل نبات الانتصيف بعد تصحيح الطول بمعادلة سيرمان براون
لن $0,84 (n=30)$ لدى الذكور، $0,86 (n=30)$ عند الإناث، في حين
وصل إلى $0,87$ لدى عيتي الذكور والإناث ($n=60$)، وهي معاملات ثابت
مقبولة. كما تمت البرهنة على صدق المقياس من نواح عدة.

(ج) تطبيق المقياس

طبق المقياس في موقف قياس جمعي، مثلت الوحدة فيه الفصل
الدراسي في الجلسة الواحدة. وكان عدد التلاميذ في هذه الفصول يتراوح بين
٣٥، ٥٠ تلميذا، وكان الباحث الرئيسي في كل جلسات التطبيق هو الذي
يطبق المقياس، مع وجود مساعد يساعده في الجلسة سواء في ملاحظة طريقة
التلاميذ في الإجابة أو في جمع الأوراق ومراجعتها.

(د) التحليل الإحصائي

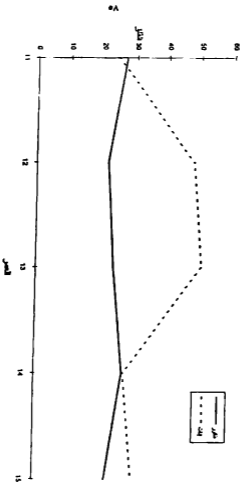
حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الدراسة لكل

مرحلة عمرية من الذكور والإناث على حدة (عشر عينات) واستخدام تحليل التباين في اتجاه واحد، كما حسب قيم 'ت' لبيان دلالة الفروق بين المتوسطات.

النتائج ومناقشتها

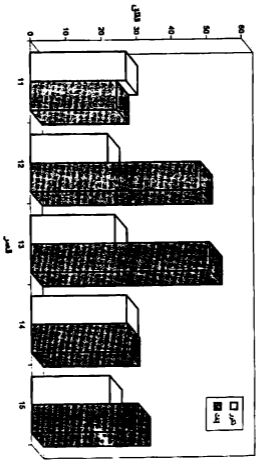
يبين الشكل (٣) المنحنى الارتقائي للفلق لدى المجموعات العمرية العشر من الجنين، كما يبين الشكل (٤) المدرج التكرارى للمتوسطات.

ومن ملاحظة الشكل (٣) نجد أن متوسطات الفلق متقاربة بين المجموعات العمرية الخمس من الأولاد، وذلك على العكس من مجموعات البنات. ويتجه المنحنى الارتقائي في مجموعات الأولاد من الارتفاع (عمر ١١) إلى الانخفاض (عمر ١٢) ثم الارتفاع (العمران ١٣، ١٤) فالانخفاض (عمر ١٥). أما في عينة البنات فيبدأ المنحنى الارتقائي منخفضا (عمر ١١) ثم يرتفع ارتفاعا كبيرا (عمر ١٢) ويواصل ارتفاعه (عمر ١٣) فينخفض انخفاضاً كبيراً (عمر ١٤) وينتهي بارتفاع طفيف (عمر ١٥).



شكل (3) : المعنى الاقتصادي للنتج لدى المستهلك

شكل (4) : المزارع التي تزرع القمح في ليبيا



وبين جدول (٤) النتائج التي أسفر عنها البحث على عشر مجموعات تمثل خمس مراحل عمرية مختلفة من الجنسين.

جدول (٤) : المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لمتغير القلق لدى عشر عينات مختلفة من الاطفال الذكور والاناث

المجموعة العمرية	ن	القلق لدى عينة الذكور		ن	القلق لدى عينة الاناث	
		ع	م		ع	م
١١ سنة	١١٠	٢٦,٩٥	١٥,٨٥	٩٩	٢٤,٣٥	١٧,٣٣
١٢ سنة	١٠٢	٢١,٧٥	١٢,٩٠	١١٧	٤٨,١٩	١٤,٩٧
١٣ سنة	١٥٠	٢٣,٧١	١٢,٨٨	١٠٧	٥٠,٧٤	١٣,٩٩
١٤ سنة	١٥٨	٢٦,٨٧	١٣,٧٧	١٣٩	٢٧,٢٠	١٦,١٤
١٥ سنة	١٢٥	٢٢,٠١	١١,٤٢	١٠٧	٣٠,١٨	١٥,٤٧

يتضح من جدول (٤) أن أعلى المتوسطات في متغير القلق لدى عينات الذكور للفئة العمرية ١١ سنة، يليها مباشرة الفئات العمرية ١٤، ثم ١٣، ثم ١٥، ثم ١٢ سنة. أما فيما يتعلق بعينة الإناث فكان أعلى متوسط للفئة العمرية ١٣ سنة يليها مباشرة الفئة العمرية ١٢، ثم ١٥، ثم ١٤، ثم ١١ سنة.

والملاحظ أن أعلى المجموعات العمرية من الذكور قلقاً، المجموعتان ١٤،١١ عاماً. أما التفسير المقترح لارتفاع قلق مجموعة ١١ عاماً فغالبا

ما يرجع إلى جانب تعليمي، حيث دخل هؤلاء التلاميذ إلى المرحلة الإعدادية من المرحلة الابتدائية بعد الحصول على السنة الخامسة (وليس السادسة) مما تلقى عليهم عبئا مدرسيا وتحصيليا كبيرا بالمقارنة إلى غيرهم من التلاميذ، حيث كانوا أول مجموعة صادفت تغير النظام التعليمي في المرحلة الابتدائية في مصر. كما أن هؤلاء التلاميذ صغار السن والخبرة (١١ سنة) يتنافسون وأقران معهم غير أنداد لهم، ممن أنهوا السنة السادسة الابتدائية، ويدرسون المقررات ذاتها، وذلك مما يجعل قلقهم أمرا متوقعا. وتجدد الإشارة إلى أن هذا الضرر الذي ذكرناه في التو لم ينحسب على المجموعة العمرية ١١ عاما من الإناث، مما يشير إلى احتمال تدخل عوامل أخرى^(١٢٣)، وما يجد من تعميم النتائج من الذكور إلى الإناث.

أما حصول الذكور في المجموعة العمرية ١٤ عاما على متوسط قلق مرتفع، فقد يكون مرده إلى وصول هؤلاء التلاميذ إلى سن البلوغ مؤخرا، بما يتبعه من تغيرات عضوية وفيزيولوجية وهرمونية يكون لها أثرها على الجوانب الانفعالية. وقد دلت البحوث على أن متوسط سن البلوغ لدى الفتيان المصريين = ١٣,٧٣ + ١,٢٤ عاما^(١٢٤).

وفيما يتعلق بالإناث فإن أعلى المجموعات العمرية فلقا هما المجموعتان ١٣، ثم ١٢ عاما، فقد حصلت كل منهما على متوسط مرتفع تماما (م = ٥٠,٧٤، ٤٨,١٩ على التوالي) إلى الدرجة التي بلغ فيها متوسط كل منهما على حدة ضعف متوسط المجموعة العمرية ١١ عاما من الإناث (م = ٢٤,٣٥). والجدير بالإشارة أن المرحلتين العمريتين ١٣,١٢ عاما لدى الإناث يوافقان سن البلوغ إلى حد كبير. فقد كشفت إحدى الدراسات المصرية أن سن البلوغ لدى الفتيات يتراوح بين ١١-١٧ عاما بمتوسط قدره ١٣,٤٣ + ١,٠١٨^(١٢٥). على حين أسفرت دراسة أخرى^(١٢٦) عن متوسط لسن البلوغ قدره ١٣,٥١ + ٢,٦٦ وعن مدى يتراوح بين ١٦,١١ عاما.

ومن الأهمية بمكان أن نذكر أن الفروق في متوسطات الفلق بين مجموعتي الذكور ١٤،١١ عاما وبقية مجموعات الذكور لا يصل إلى الفروق الكبيرة في متوسطات الفلق بين مجموعتي الإناث ١٣،١٢ عاما وبقية مجموعات الإناث، ذلك أن التقارب في متوسطات الفلق بين مجموعات الذكور أكثر بكثير بالمقارنة إلى نظيره لدى مجموعات الإناث. ويتصل ذلك بملاحظة أهم، وهي أن مدى متوسطات الفلق لدى الذكور (من ٢١-٢٦ تقريبا) أقل بكثير من نظيره لدى الإناث (من ٢٤-٥٠ تقريبا) (انظر جدول ٤). كما يرتبط ذلك بملاحظة ثالثة وأخيرة مؤداها أن تباين درجات المجموعات الخمس من الإناث (كما يقاس بالانحراف المعياري) أعلى من نظيره لدى الذكور إذا قورنت كل مجموعة عمرية بنظيرتها. وينسحب ذلك على كل مقارنة (انظر جدول ٤). وهذه الملاحظات المتكررة جديرة ببحث منفرد.

وقد تم حساب تحليل التباين في اتجاه واحد لدى المجموعات الخمس من الذكور (انظر جدول ٥) ونظيره عند الإناث (انظر جدول ٦) كل على حدة.

جدول (٥) : تحليل التباين لتغير الفلق
لدى عينة من الأطفال الذكور (ن = ٦٤٥)

المصدر	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	نسبة ف
بين المجموعات	٤	١٨٤,٢١٥	٧٩٦,٠٥٤	**٤,٤٣٦
داخل المجموعات	٦٤٠	١١٤٨٥٦,١٧٩	١٧٩,٤٦٣	
** نسبة ف جوهريه عند مستوى ٠,٠١ .. عندما تكون $\leq ٠,٣٦$				

جدول (٦) : تحليل التباين لمتغير القلق
لدى عينة من الأطفال الإناث (ن = ٥٦٩)

المصدر	درجات		متوسط	نسبة الف
	الحرية	الربعات	الربعات	
بين المجموعات	٤	٦٨٣٦٨,٤٦٦	١٧٠٩٢,١١٦	**٧٠,١١٣
داخل المجموعات	٥٦٤	١٣٧٤٩١,٤٢٢	٢٤٣,٧٧٩	

** نسبة 'ف' جوهرية عند مستوى ٠,٠١ عندما تكون $\leq ٠,٣٦$.

ومن ملاحظة الجدولين (٦,٥) يتضح أن نسبة 'ف' جوهريتان عند مستوى ٠,٠١. ويعنى ذلك أن هناك فروقا جوهرية في متغير القلق بين المجموعات العمرية من الذكور، وكذلك الإناث، ويمكن أن نفترض أن ذلك يعزى إلى تباين متغير العمر، حيث اشتملت هذه العينة على خمس فئات عمرية، تراوحت بين ١١ إلى ١٥ عاما لتلاميذ يدرسون في سنوات دراسية مختلفة في المرحلة الإعدادية، بالإضافة إلى أن الأطفال في هذه المراحل العمرية يقومون في مرحلتين مختلفتين من مراحل النمو وهما: الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة، بما يستتبع ذلك من تغيرات متلاحقة، يترتب عليها فروق في القلق بين الأعمار المختلفة.

ومن ناحية أخرى فمن الأهمية أن نفحص جوهرية الفروق بين المتوسطات لدى المجموعات العمرية الخمس من الجنسين.

جدول (٧) : قيم "ت" لدلالة الفروق بين المجموعات
العمرية الخمس من الجنسين

درجات الحرية	القلق		مجموعات العمرية
	الدلالة	قيم ت	
٢٠٧	غير دال	١,١٢	كور وإناث ١١ سنة
٢١٧	٠,٠٠١	١٥,٦١	كور وإناث ١٢ سنة
٢٥٥	٠,٠٠١	١٥,٩٣	كور وإناث ١٣ سنة
٢٣٠	غير دال	٠,٢١	كور وإناث ١٤ سنة
٢٩٥	٠,٠٠١	٤,٥٩	كور وإناث ١٥ سنة

بالنظر إلى جدول (٧) يتضح أن الفروق جوهرية إحصائياً بين كل لمجموعات العمرية من الجنسين، فيما عدا الفئات العمرية ١١، ١٤ سنة، حيث لم يظهر فرق جوهري بين مجموعتي الذكور والإناث في متغير القلق. الجدير بالذكر أن الإناث في الفئات العمرية الأربع : ١٢، ١٣، ١٤، ١٥ عاماً حصلن على متوسطات أعلى من الذكور في الفئات العمرية ذاتها، على حين حصل الذكور في المجموعة العمرية ١١ عاماً على متوسط قلق أعلى من نظرائهم في العمر من الإناث. وفي الواقع تعد هذه النتيجة متوقعة إلى حد كبير، حيث أسفرت نتائج العديد من الدراسات على الراشدين أن الإناث - سفة عامة - أكثر قلقاً من الذكور المناظرين لهن في العمر^(١٢٧).

وبما أن الفئات العمرية التي وقع اختيارنا عليها تندرج إما في مرحلة

المراهقة المبكرة أو ما قبل المراهقة مباشرة (سن البلوغ) فإن التغيرات الجسمية والفيزيولوجية بما يترتب عليها من التغيرات الانفعالية التي تتعرض لها الإناث يغلب أن يكون لها تأثير كبير في زيادة معدل القلق لديهن أكثر من الذكور، لاسيما أن معدل النمو لدى الإناث في هذه المراحل يعد أسرع من

جدول (٨) : قيم t^* بين متوسطات القلق لدى المجموعات الخمس من الاطفال الذكور

مسلسل	المجموعات العمرية	القلق	
		قيم t^*	الدلالة
١	١١ مقابل ١٢	١٠,٨٤	٠,٠٠١
٢	١١ مقابل ١٣	٢,٠٦	٠,٠٥
٣	١١ مقابل ١٤	٠,٠٤	غير دال
٤	١١ مقابل ١٥	٢,٧٥	٠,٠١
٥	١٢ مقابل ١٣	١,١٩	غير دال
٦	١٢ مقابل ١٤	٣,٠٠	٠,٠١
٧	١٢ مقابل ١٥	٠,١٦	غير دال
٨	١٣ مقابل ١٤	٢,٠٨	٠,٠٥
٩	١٣ مقابل ١٥	١,١٥	غير دال
١٠	١٤ مقابل ١٥	٣,١٨	٠,٠١

عند الذكور^(١٢٨)، وذلك نظرا لاحتمال حساسية الإناث أكثر من الذكور لهذه التغيرات. أما فيما يتعلق بعدم ظهور فروق بين الجنسين في المجموعة العمرية ١٤ سنة، فإن هذه المرحلة العمرية يمكن أن تعد مرحلة سكونية واستقرار نسبي في النمو، بالمقارنة إلى النمو في المراحل العمرية سالفة الذكر والتي كثيرا ما سميت بالمراحل "العاصفة"، ومن ثم تتقارب المتوسطات.

يتبين من جدول (٨) ظهور فروق جوهرية إحصائيا بين المجموعات العمرية من الذكور في ٦٠٪ من المقارنات، وهي الحالات الست التالية : حصل تلاميذ الفئة العمرية ١١ عاما على متوسط قلق أعلى من نظرائهم في الفئة العمرية ١٢، ١٣ عاما، وكذلك ١١ عاما أعلى من ١٥، ١٤ أعلى من ١٢، ١٤ أعلى من ١٣، ١٤ أعلى من ١٥.

ومن الملاحظ أن أعلى فروق بين الجنسين توجد في المرحلتين العمريتين ١٢، ١٣، حيث بلغت متوسطات القلق لدى الإناث في كل مجموعة أكثر من ضعف متوسطات الذكور (م = ٥٠,٧٤ مقابل ٢٣,٧١ في المجموعة العمرية ١٣ عاما، م = ٤٨,١٩ مقابل ٢١,٧٥ في المجموعة العمرية ١٢ عاما) (انظر جدول ٤، جدول ٧) ويرجع أن يرجع ذلك إلى أن عمر ١٢، ١٣ عاما يتفق مع سن البلوغ لدى الإناث^(١٢٩). وقد ظهر من دراسات عديدة أن النساء أكثر قلقا - في المتوسط - من الرجال كما قدمنا، وتمت البرهنة على النتيجة ذاتها لدى الاطفال الذين تراوحت أعمارهم بين ٧، ١٥ عاما فحصلت الإناث على درجات أعلى من الذكور، ومن ثم بعد ذلك مؤشرا واضحا على أن الفروق بين الجنسين في القلق تظهر بوضوح منذ وقت مبكر من العمر وتستمر في المراحل التالية كذلك^(١٣٠).

جدول (٩) : قيم «ت» بين متوسطات القلق لدى المجموعات الخمس من الأطفال الإناث

مسلسل	للمجموعات العمرية	القلق	
		قيم «ت»	الدلالة
١	١١ مقابل ١٢	٢,٦١	٠,٠٠١
٢	١١ مقابل ١٣	١,٨١	غير دال
٣	١١ مقابل ١٤	١,٣١	غير دال
٤	١١ مقابل ١٥	٢,٥٥	٠,٠٥
٥	١٢ مقابل ١٣	١,٣١	غير دال
٦	١٢ مقابل ١٤	١٠,٧٠	٠,٠٠١
٧	١٢ مقابل ١٥	٨,٨٥	٠,٠٠١
٨	١٣ مقابل ١٤	١١,٩٩	٠,٠١
٩	١٣ مقابل ١٥	١٠,٢٠	٠,٠٠١
١٠	١٤ مقابل ١٥	١,٤٤	غير دال

بالنظر إلى جدول (٩) يتضح أن متوسط درجات القلق لدى إناث المجموعات العمرية الثلاث : ١٢ ، ١٣ ، ١٥ عاما أعلى من ١١ عاما. وكذلك ١٢ أعلى من ١٤ ، ١٢ أعلى من ١٥ ، ١٣ أعلى من ١٤ ، ١٣ أعلى من ١٥ ، وذلك بدرجة جوهرية إحصائية.

ويمكن تفسير الفروق بين عينات الذكور، وكذلك الإناث على ضوء ثلاثة عوامل رئيسة وهى :

أ - عامل السن.

ب - عامل النمو والحبرة.

ج - عامل المستوى التعليمى.

فيما يختص بعامل السن فقد وقع اختيارنا على خمس فئات عمرية تراوحت بين ١١، ١٥ سنة، لتسوعب خمس سنوات في غاية من الأهمية بالنسبة الى الفرد نظراً لما يعتريه خلالها من تغيرات كثيرة تشمل كافة مظاهر النمو، اذ يقع هذا المدى في مرحلتين من أهم مراحل النمو وهما : مرحلتنا الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة متضمنة سن البلوغ، متتهية بمرحلة المراهقة الوسطى والتي تمثل إحدى دعائم النمو الجسمى والعقل، وتعد المرحلة الاخيرة مرحلة استقرار نسبي في التغيرات التى تتاب المراهق^(١٣١). ويصاحب هذا النمو العقل والجسمى تقدم في المستوى التعليمى عبر السنوات الدراسية الثلاث للمرحلة الإعدادية، وبعد ذلك في حد ذاته أحد العوامل التى يمكن أن تؤثر في مستوى القلق.

وأخيراً وليس آخراً - فلا بد أن ننظر إلى نتائج هذه الدراسة على ضوء العينات المستخدمة، فالفئات العمرية الخمس التى وقع اختيارنا عليها تقع في مرحلة حرجة من مراحل النمو. والنمو هنا لا يقتصر على النمو الجسمى ولكنه يتضمن كافة جوانب النمو التى تطرأ على الإنسان. وبما أن عينة الدراسة اشتملت على خمس فئات عمرية متدرجة في النمو (١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥ عاماً)، كما أن كل فئة عمرية تعد مرحلة انتقالية، فإن المتوقع نتيجة لذلك أن تتأثر الحالة الانفعالية، ويتغير معدل القلق - زيادة أو نقصاناً - كلما انتقلنا من مجموعة عمرية إلى أخرى. وهذا ما أسفرت عنه

الدراسة. فقد ظهرت فروق واضحة في بعض الفئات العمرية و الجنس الواحد.

أما فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في متغير القلق (متوسط الإناث أعلى جوهرياً من الذكور في ثلاث من الفئات العمرية الخمس) فإن ذلك يتفق مع عديد من البحوث السابقة من أن الإناث أكثر قلقاً من الذكور بصفة عامة وأن التغيرات الجسمية والنفسية التي تتاب الأنثى في هذه المرحلة تأخذ شكلاً أكثر وضوحاً من الذكور، وهذا أدى إلى أن تكون أكثر قلقاً. ولعل عدم توعية بعض الأمهات لبناتهن - ولاسيما عند وصولهن لسن البلوغ - بأنهن على مشارف دورة الحيض يجعلهن أكثر قلقاً وتوتراً، حيث لا يحدث تمهيد لهذه التغيرات الحيوية لديهن في غالب الأحوال.

ونتقل الآن إلى عرض الدراسة الثانية.

٤ - تطور القلق من المراهقة حتى الشيخوخة

تهدف هذه الدراسة^(١٣٢) إلى فحص تطور القلق بين أربع مجموعات عمرية من الجنسين في المراحل الآتية: المراهقة، بدايات الرشد، أواسط العمر، الشيخوخة. هنا فضلاً عن فحص الفروق في القلق بين الجنسين في كل مرحلة عمرية.

المنهج

(أ) العينات

اختيرت ثمانى عينات (ن=١١٢٣) لتمثل أربع مراحل عمرية من الجنسين (انظر جدول (١٠) لبيان م، ع، أعمارها)، وهي كما يلي :

١ - المراهقون

وهم من تلاميذ (ن=٢٢٥) المدارس الثانوية العامة الحكومية وتلميذاتها (ن=٢٢٤)، بمنطقة وسط الاسكندرية التعليمية، جمهورية مصر العربية.

٢ - طلاب الجامعة

اخترت مجموعة من طلبة (ن=٢٠٢) جامعة الاسكندرية وطالباتها (ن=٢٠٢) من ثلاث كليات هي : الآداب والزراعة والهندسة.

٣ - الموظفون

وتشمل هذه العينة على ٨٠ موظفا، ٦٧ موظفة من المستخدمين الحكوميين في وظائف : التدريس، الخدمة الاجتماعية، المحاماة، الهندسة، الأعمال الكتابية، السكرتارية.

٤ - المسنون

تتكون هذه العينة من ٦١ رجلا، ٦٢ سيدة من المسنين المقيمين داخليا - في عدد من دور الرعاية الاجتماعية في مدينة الاسكندرية.

(ب) الأداة

مقياس سمة القلق

وضع «سيليجر» وزملاؤه^(١٣٣) قائمة القلق : الحالة والسمة - State Trait Anxiety Inventory (STAI)، وتشتمل على أربعين بندا، يقيس نصفها حالة القلق Anxiety State والنصف الآخر سمة القلق Anxiety Trait. وتعتمد

هذه القائمة على التفرقة بين القلق بوصفه حالة مؤقتة تنفلية متغيرة، والقلق من حيث هو سمة أساسية في الشخصية. وقد استخدم في هذه الدراسة مقياس سمة القلق فقط، ذلك أن الاهتمام في هذه الدراسة ينصب على القلق بوصفه سمة دائمة إلى حد كبير. وقد استخدمت الطبعة المنقحة الصادرة عام ١٩٨٢ (الصورة ١٣١).

وقد ظهر أن لهذه القائمة ثباتا وصدقا مرتفعين على عينات أمريكية وعربية : مصرية وسعودية وكويتية وقطرية ويمنية ولبنانية^(١٣٥).

طبعة المقياس

من المعروف أن كبار السن يعانون غالبا من مشكلات في البصر، يترتب عليها صعوبات في القراءة وبخاصة إذا ما كانت حروف الطباعة صغيرة. وتجنبنا لهذه المشكلة فقد تم تكبير الحروف - وبالتالي الأوراق - التي قدمت لكبار السن، على حين ظل حجمها عاديا بالنسبة لبقية المجموعات.

(ج) تطبيق المقياس

طبق المقياس في موقف قياس جمعي : مجموعات صغيرة في عينات المسنين وأواسط العمر، ومجموعات كبيرة في عينات المراهقين وطلاب الجامعة.

(د) التحليل الاحصائي

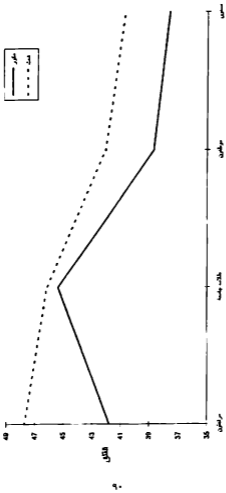
حسب المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل عينة على حدة، ثم حسب اختبار «ت» لتحديد جوهرية الفروق بين المتوسطات، ويلاحظ أن أحد شروط اختبار «ت» هو تقارب حجم العيتين، ولم يتحقق هذا الشرط

ن بعض الحالات، ومن ثم تم استبعاد أجزاء من العينات الكبيرة (الحالات لأخيرة)، وذلك حتى تتساوى الأحجام. ولكن عدم تغير النتائج جعلنا نستخدم الأحجام الأصلية للعينات.

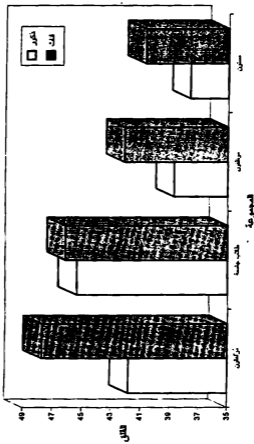
النتائج ومناقشتها

يبين شكل (5) المنحنى الارتقائي للقلق لدى المجموعات الثماني من خنيز، ويبين شكل (6) المدرج التكرارى للمجموعات ذاتها.

ويتضح من الشكلين (6،5) أن أعلى المجموعات قلقا في عينة الذكور هم طلبة الجامعة، وأقلهم المسنون. وأعلى مجموعات الإناث قلقا المراهقات، وأقلهن المسنات. والفروق جوهرية إحصائيا بين الجنسين في حالتى المراهقين والموظفين فقط. وتتاقص متوسط القلق لدى عينات الإناث بشكل منسق تماما بارتفاع أعمار المجموعات، والأمر ذاته في عينات الذكور إلا من استثناء واحد هو متوسط المراهقين الذى يقل عن متوسط طلبة الجامعة.



شكل (5) : المنحنى الارتقاقي للطاق لدى كربع مجموعات



شكل (6) : المدرج التكراري للتعلق لدى كربع مجموعات

والاستجاب الذى ينسحب على الجنسين تماما هو أن القلق يزداد في مرحلتى المراهقة وبدايات الرشد، على حين ينخفض في مرحلتى أواسط العمر والشيوخة.

وبين جدول (١٠) المتوسطات الحساية والانحرافات المعيارية للقلق فضلا عن متغير العمر، لدى العينات الثماني من الجنسين.

جدول (١٠) : المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لكل من: العمر وسمة القلق لدى ثمانى عينات مختلفة من الجنسين

المجموعة	ن	العمر		سمة القلق	
		ع	م	ع	م
مراهقون	٢٢٥	١٥,٣٩	٠,٧٢	٤١,٨٠	٨,٢٩
مراهقات	٢٢٤	١٥,٤٥	٠,٨٤	٤٧,٧٣	٩,٠٨
طلبة جامعة	٢٠٢	٢١,٥١	١,٨٠	٤٥,٣٦	٩,٣٣
طالبات جامعة	٢٠٢	٢٠,٧٧	١,٣٠	٤٦,١٤	٩,٢٤
موظفون	٨٠	٣٦,٧٢	٦,٠١	٣٨,٦٩	٧,٨٨
موظفات	٦٧	٣٤,٧٦	٥,٥٢	٤٢,١٠	٨,٣٩
مسنون	٦١	٦٨,٩٨	٨,٢٨	٣٧,٦١	٩,٣٠
مسنات	٦٢	٦٥,٣٥	٨,٠٩	٤٠,٧١	١٠,٩٧

وبين جدول (١١) قيم t لاختبار جوهريّة الفروق بين متوسطات العينات الثماني مستوعبة كل الاحتمالات (وعددتها ٢٨ قيمة).

جدول (١١) : قيم 'ت' بين متوسطات القلق لدى العينات الثماني

م	العينات	درجات الحرية	القلق	
			سمة	قيم 'ت'
			الدلالة	
١	مراهقون ومراهقات	٤٤٧	٧,٢١	٠,٠٠١
٢	مراهقون وطلبة جامعة	٤٢٥	٤,١٧	٠,٠٠١
٣	مراهقون وطالبات جامعة	٤٢٥	٥,١٠	٠,٠٠١
٤	مراهقون وموظفون	٣٠٣	٢,٩١	٠,٠٠١
٥	مراهقون وموظفات	٢٩٠	٠,٢٦	غير دال
٦	مراهقون ومسنون	٢٨٤	٣,٣٩	٠,٠٠١
٧	مراهقون ومسنتات	٢٨٥	٠,٨٥	غير دال
٨	مراهقات وطلبة جامعة	٤٢٤	٢,٦٥	٠,٠٠١
٩	مراهقات وطالبات جامعة	٤٢٤	١,٧٩	غير دال
١٠	مراهقات وموظفون	٣٠٢	٧,٨٨	٠,٠٠١
١١	مراهقات وموظفات	٢٨٩	٤,٥١	٠,٠٠١
١٢	مراهقات ومسنون	٢٨٣	٧,٦٥	٠,٠٠١
١٣	مراهقات ومسنتات	٢٨٤	٥,١٢	٠,٠٠١
١٤	طلبة جامعة وطالبات	٤٠٢	٠,٨٤	غير دال

تابع جدول (١١)

١٥	طلبة جامعة وموظفون	٢٨٠	٥,٦٣	٠,٠٠١
١٦	طلبة جامعة وموظفات	٢٦٧	٢,٥٣	٠,٠٠٥
١٧	طلبة جامعة ومسنون	٢٦١	٥,٩٠	٠,٠٠١
١٨	طلبة جامعة ومسنت	٢٦٢	٣,٢٨	٠,٠٠١
١٩	طالبات جامعة وموظفون	٢٨٠	٦,٣٣	٠,٠٠١
٢٠	طالبات جامعة وموظفات	٢٦٧	٣,١٦	٠,٠٠١
٢١	طالبات جامعة ومسنون	٢٦١	٦,٢٩	٠,٠٠١
٢٢	طالبات جامعة ومسنت	٢٦٢	٣,٨٥	٠,٠٠١
٢٣	موظفون وموظفات	١٤٥	٢,٥٢	٠,٠٠٥
٢٤	موظفون ومسنون	١٣٩	٠,٧٤	غير دال
٢٥	موظفون ومسنت	١٤٠	١,٢٧	غير دال
٢٦	موظفات ومسنون	١٢٦	٢,٨٥	٠,٠٠١
٢٧	موظفات ومسنت	١٢٧	٠,٨١	غير دال
٢٨	مسنون ومسنت	١٢١	١,٦٨	غير دال

وبالنظر في جدول (١١) نجد أن قيم «مت» الجوهرية عددها عشرون في مقابل ثمانى قيم غير جوهرية إحصائيا. وتشير هذه النتائج إلى زيادة مستوى

سمة القلق في مراحل المراهقة وبدايات الرشد، وانخفاضه في مرحلة أواسط العمر، ويقل تدريجياً كلما تقدمنا نحو الشيخوخة. ويمكن تفسير ذلك على ضوء نتائج الدراسات السابقة، حيث يذكر "كانل" أن القلق يشيع في مرحلة المراهقة، ويقل كلما تقدم العمر، ثم يزداد ثانية بعد الخامسة والستين بسبب التفاعل بين العمل والمشكلات الصحية^(١٣٦). ولكن انخفاض القلق في مرحلة الشيخوخة لا يتسق مع ما يذكره "كانل". على حين يرى "آيس دورفر" وزملاؤه^(١٣٧) أن القلق قد يكون عرضاً لاضطرابات أخرى، كما قد يختلط إدراك القلق والتعبير عنه، فيظهر على شكل اكتئاب عندما تحدث إثارة للجهاز العصبي اللاإرادي أو التلقائي، ومن ثم يبدو أن كبار السن غالباً ما ينكرون الشعور بالقلق، وبدلاً من أن يقصدوا الطبيب النفسي فإنهم يشكون من بعض الأعراض الجسدية.

كما يلاحظ من جدول (١٠) أن أعلى المجموعات قلقاً مجموعة المراهقات يليها طالبات الجامعة، أما أقل المجموعات قلقاً فهي مجموعة كبار السن ومجموعة أواسط العمر، وكلاهما من الذكور، يليهم المسنات. وأبرز النتائج في هذا الصدد انخفاض مستوى القلق لدى كبار السن.

والخلاصة أن للقلق ارتباطاً وثيقاً بالعمر، بيد أن أعراضه ومؤثراته تظهران بوضوح وجلاء شديدين في مرحلة المراهقة (وبخاصة لدى الإناث). ويزداد القلق في مرحلتى المراهقة وبداية الرشد، ولكنه يبدأ في الانخفاض في مرحلة أواسط العمر، ثم يأخذ في التناقص في السنوات الأخيرة من العمر.

ويتضح من الجدولين (١، ١١) فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في المراحل العمرية المختلفة أن هناك فروقاً بين عيى المراهقين والمراهقات في القلق، وهذه الفروق جوهرية إحصائياً فيما وراء ٠٠,٠٠١، وهى فروق في جانب المراهقات بمعنى أنهن أكثر قلقاً. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات أخرى أجريت على المراهقين في مجتمعات كثيرة، وأشارت إلى وجود فروق

جوهرية إحصائيا بين الذكور والإناث. ففى دراسة «أهلن» Ahlen على ٩٤٧ مرافقا ومرافقة فى الأعمار من ١٢ - ١٥ سنة حصلت الإناث على درجات أعلى من الذكور على مقياس الفلق الصريح للأطفال، وكانت الفروق بين الجنسين جوهرية إحصائيا عند مستوى ٠,٠١^(١٣٨).

سوفى دراسة «سيمانوفا»^(١٣٩) على مرافقين ومرافقات من تشيكوسلوفاكيا، تراوحت أعمارهم من ١٣ - ١٥ عاما، حصلت البنات على درجات أعلى من الأولاد على مقياس الفلق الصريح، وكانت الفروق بين الجنسين جوهرية إحصائيا عند مستوى ٠,٠٠١. وفى دراسة «كاتل»، شاير» Cattell & Scheier^(١٤٠) على ٥٢٥ مرافقا ومرافقة فى الأعمار من ١٢ - ١٧ عاما حصلت البنات على درجات أعلى من البنين على مقياس الفلق IPAT، وكانت الفروق بين الجنسين جوهرية إحصائيا عند مستوى ٠,٠٠١.

ومن ناحية أخرى تشير النتائج الواردة فى الجدولين ١٠، ١١ إلى عدم وجود فروق جوهرية فى متغير الفلق بين الجنسين من طلاب الجامعة، حيث لم تصل قيمتا «ت» إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

كما نلاحظ أن هناك فروقا جوهرية بين الموظفين والموظفات فى الفلق، وهذه الفروق جميعا جوهرية إحصائيا عند مستوى ٠,٠٠٥، وهى فروق فى جانب الإناث تشير إلى أنهن أكثر قلقا، مما يدل على أن الفروق بين الجنسين فى الفلق تركز على وجه الخصوص فى مرحلتى المرافقة والرشد، ليس بسبب ظروف المرافقة الحسية والنفسية والاجتماعية فحسب، بل نتيجة تضافر مجموعة من العوامل الأخرى: ثقافية وبيئية وبيولوجية وفيزيولوجية، فضلا عن أن المرأة - فى هذه المرحلة بالذات - تتجاوزها مجموعة من الأدوار التى تسبب لها ضغوطا شديدة نتيجة للصراع بين مقتضيات دورها التقليدى من حيث هى أنثى ومقتضيات دورها المعاصر الذى لا يميز بينها وبين الرجل. ويبدو أن هناك تناقضا بين دورين موجودين فعلا فى المجتمع، وأن لكل من

الدورير هدى بحتلف عر هدى الأخر، وأن ما ينطلبه كل من الدورير من سمات شخصية يتعارض مع ماينطلبه الدور الأخر في بعض المواقف، بحيث إن ما يعد مبعدا لأحدهم يصبح معوقا للأخر، وأن التحقيق التام لأحدهما يهدد الأخر بالإحفاق^(١١١)

ومارجوع إلى الجدولين ١٠، ١١ نلاحظ عدم وجود فروق بين الحسير في مرحلة الشبخوخة ويمكن أن نفسر هذه النتيجة عل ضوء ما أشار إليه «أيس دورفر» وزملاؤه^(١١٢) من أنه يمكن النظر إلى القلق لدى كبار الس من احسير بوصفه عرضا وجدانيا يتج عن الشعور بالخوف أو الفزع الذي يدخل في صفاقه عنصر الرغبة في البقاء.

• مناقشة عامة

سما في هذا المقام أن نورد الاستنتاجات العامة من هذ الدراسات، وفيما يختصر بتطور القلق لدى الأطفال نلاحظ - في معظم الحالات - أن هناك توازنا بين ارتفاع متوسط القلق وسن البلوغ وما قبله، فمن الطبيعي أن ترتفع معدلات القلق في هذه السن نظرا لما يصاحب سن البلوغ من تغيرات جسدية وبيزولوجية وانفعالية.

وتجدر الإشارة إلى أن العمر السابق مباشرة لسن البلوغ الفعلي، أي بداية البلوغ وإرهاصاته هو أيضا سن اضطراب وقلق، إذ يوقن الاولاد وانسات في هذه السن أن الصبح وشيك الوقوع، مع ما يرتبط بالتغيرات التي بصر على الإنسان من قلق وضيق وغيرها من الانفعالات السلية، كما أن البغوا لأجداث بين يوم وبيله، ولكنه يستغرق وقتا^(١١٣).

وتنجز النتيجة التي أسعرت عنها هذه السلسلة من الدراسات - فيما بعد - لأطفال - مع ما بو ده «ريشارد لن»^(١١٤) من أن الاستخبارات

تكشف عن ارتفاع حاد في الفلقل في مرحلة المراهقة، وهناك بعض البراهير التي تشير إلى أن هذا الارتفاع في الفلقل بعد حدا لدى الإناث بوجه خاص. ويبدو أنه ليس من الصعب التعرف إلى أسباب هذا الارتفاع، إذ يوجه المراهق عالماً جديداً، ويتعين عليه أن يجابه كل أنواع المشكلات، ولذلك فإنه لأمر طبيعي تماماً أن يؤدي ذلك إلى ارتفاع مستوى الفلقل... ونجيب الإشارة في هذا الصدد إلى أن الانتحار لدى الأطفال نادر للغاية، وذلك حتى سن البلوغ، ويبدأ حدونه فقط - عند أي معدل - أثناء مرحلة المراهقة. وربما يكون ذلك علامة أخرى على ارتفاع الفلقل أثناء مرحلة المراهقة.

ومن ناحية أخرى فيجب ألا نهون من تأثير الصعوبات التعليمية في زيادة معدلات الفلقل والاضطراب بوجه عام، فالملاحظ أن الأعمار الأصغر (١١، ١٢ و١٣) تشجع أكثر في بداية مرحلة الدراسة الإعدادية، مع ما يصاحب ذلك من صعوبات تعليمية ومشكلات تكيفية يتعكس أثرها على معدلات اضطراب الأولاد والبنات.

كما تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى التطبيقات العملية مثل هذه النتائج، إذ يتعين الاهتمام بالنشر في هذه المرحلة المهمة من العمر، ونقصد بداية البلوغ وما قبله، مع ضرورة تقديم يد العون لهم من لدن خبير بأمورهم وبطبيعة المرحلة التي يمرون بها، وقد يبدأ العون من مجرد إبداء نصح بسيط، مروراً بتصويب معلوماتهم، حتى تقديم إرشاد نفسي على أسس علمية لهم. وإن الاهتمام بالنشر في هذه المرحلة قمين بأن يجنبهم الجانب الأكبر من صعوبات هذه المرحلة ومشكلاتها، ولا يخفى ما لذلك من أثر على نفسية النشر وحسن توافقه، وذلك حتى يفرغ للتحصيل والإنجاز دون أن تعوقه مشكلات التكيف.

وإذا صعدنا درجاً إلى الأعمار الأكبر: المراهقة ويدايات الرشد وأواسط

العمر والشيوخوخة، فسوف نجد الأعمار الأصغر (المراهقة وبدايات الرشد) تنسم بمتوسط الدرجات الأعلى من القلق. ويمكن أن نفسر ذلك بأن هاتين المرحلتين تنسمان بمشكلات تكيفية أكثر من غيرها من المراحل، ويأتى في صدر هذه المشكلات: المشكلات التعليمية، ذلك أن أفراد هاتين المجموعتين يدرسون في المرحلتين الثانوية والجامعية، ولا يخفى مالهما من أهمية في تحديد مستقبل الشاب في هذه السن. فضلا عن أن هذه السن أيضا ذات مشكلات اجتماعية ونفسية محددة أهمها أنه على الرغم من نضج الشاب جسما فإنه معتمد على ذويه لا يستطيع غالبا الاستقلال عنهم، فلا يمكنه في الغالب من الاحوال مجرد أن يقيم أود نفسه، برغم رغبته في الانفصال عن أسرته. ونعني أن يستقل عنها، وإعلانه ذلك في حالات معينة .

أما مرحلة أواسط العمر (عينة الموظفين) فهي أكبر مرحلة خالية نسيا من الاضطراب، ويتسق ذلك مع نتائج «ريموند كاتل»^(١١٥) عن القلق ويرجع ذلك إلى أن هذه المرحلة غالبا هي مرحلة تحقيق الآمال وجني الثمار. فغالبا ما يكون «الرجل أو المرأة» في هذه المرحلة قد حقق غالبية أمتيه من النواحي المهنية والاقتصادية والأسرية. والملاحظ أن كل أفراد هذه العينة الذين كانوا يعملون عملا حكوميا، متزوجون. وعلى الرغم من أنه لايمكن القول بأن مصادر المشكلات قد انتهت لدى الأفراد في مرحلة أواسط العمر، فإنه يمكن القول: إن عدد هذه المشكلات وحدثها أقل إلى حد بعيد من غالبية الافراد في بقية المراحل: ممن يدرسون ولا يعملون (طلاب الثانوي والجامعة)، ومن يقيمون في دور للرعاية (عينة المسنين).

وتتفق نتائج هذه الدراسة - في جانب من الجوانب - مع مايروده * ريتشارد لن*^(١١٦) من أن القلق يبدأ في الانخفاض أو التناقص بصورة تدريجية من حوالي سن العشرين وحتى سن الستين أو نحوها وقد أوضح «كاتل» هذا الانخفاض في الولايات المتحدة، كما بينه «أيزنك» في إنجلترا.

ومن السهل أن نفهم السبب في هذا الانخفاض في هذه المرحلة بأن الفرد يستطيع أن يتعلم - بمرور السنين - كيف يكافح في عالم الكبار ، حتى يصبح هذا العالم أكثر ألفة وأقل إزعاجاً . ويفسر بنظرية الإشراف Conditioning على ضوء مبدأ «بافلوف» المتعلق بالانطفاء أو التضاؤل Extinction .

وفضلاً عن ذلك فهناك سبب آخر محتمل لانخفاض القلق تدريجياً عبر سنوات الرشد . ويتمثل في أن الأفراد يصبحون قادرين على استخدام عقولهم للتحكم في قلقهم . ويتم ذلك بطريقتين : أولهما أن الفرد يؤكد لنفسه - عن طريق الخبرة - أن الأزمات التي يواجهها في مرحلة الرشد هي من النوع الذي يجب أن يكون قادراً على التغلب عليه في الوقت المناسب . وثانيهما أن الفرد يستخدم عقله وخبرته كي يتجنب المواقف التي أصبح يعلم عنها أنها غير سارة ومثيرة للقلق .

ومن ناحية أخرى فإن مرحلة الشيخوخة أو العمر المتقدم ترتبط دائماً بالمشكلات الصحية والنفسية ، ذلك أن غالبية الوظائف العقلية والنفسية والقدرة على التكيف لا تصبح كما كانت من قبل ، فغالبا ما نسو الصحة الجسمية وما يرتبط بها من صحة نفسية ، وتكثر الشكوى من أشياء كثيرة . ولكن نتائج هذه الدراسة لا تؤكد ذلك ، فالمسنون من الجنسين لهم (كل منهم في الجنس الخاص به) أقل متوسط في القلق . ومع ذلك فلدى المسنين من الجنسين متوسط مرتفع في الاكتئاب^(١١٧) .

ويبدو أن الخبرات وطبيعة الحياة في دور الرعاية التي كان أفراد عينه المسنين مودعين بها تثير لديهم أكبر قدر من الاكتئاب ، مع عدم تغييرها لمعدل القلق لديهم (وإذا ما فرقنا بين القلق والاكتئاب على أساس عنصر الزمن ، فالقلق متصل بالمستقبل . على حين أن الاكتئاب متعلق بالماضي ، لأننا نفسر ارتفاع اكتئاب المسنين (الحزن على ما فات) وانخفاض القلق في العمر

المقدم (عدم الفلقن حل ما هو آت). لقد أمنت لهم دور الرعاية التي كانوا يقومون فيها إبان اجراء الدراسة عليهم - إلى حد كبير - إشباع الحاجات الأساسية في مستقبل أيامهم، ولكن ظروف الإقامة فيها لم تسهم البقاء على الأطلال والدمن، ولا الحزن على ما لم يحصلوه في سالف أيامهم، وما فشلوا في إتجازه على المستويين: الشخصي والأسرى. ويمكننا أن نتوقع أن عددا من هؤلاء الأفراد في مجموعة المسنين قد واجهوا نوعا من الفشل الاجتماعي الأسرى، إلى الدرجة التي أودعهم فيها أبنائهم هذه الدور لرعاية المسنين. وقد يرتبط هذا النوع من الفشل - لدى بعض الحالات - بعدم الإنجاب، أو عدم اهتمام الأبناء برعاية المسن في مكان إقامته الطبيعي، أو عدم توافر المسكن المستقل^{١٠٠} وغير ذلك من الظروف والحالات المثيرة للاكتئاب والحزن والانتباض.

النتيجة العامة لهذه الدراسة إذن - فيما يخص المسنين - أنه ليس شرطا أن تجتمع في العمر المتقدم جميع ضروب الاضطراب وأنواعه.

وتنقّ النتيجة الخاصة بحصول الإناث على متوسط درجات أعلى من الذكور في مقاييس الفلقن مع عديد من الدراسات السابقة^(١١٨) وقد فسرت هذه الفروق تفسيرات شتى، منها أن الإناث أكثر استعدادا للتعبير عن الاضطراب بالمقارنة إلى الذكور، وذلك لاختلاف طرق التنشئة الاجتماعية لكل منهما، تلك التنشئة التي لا تشجع الطفل الذكر والصبي (والراشد من بعد) على الاعتراف بجوانب النقص، إذ يفترض فيهم الشجاعة والصبر والجلد بالنسبة إلى الإناث. ويتسق هذا التفسير مع الخطوط العامة للتفسير الذي يقدمه «ريشارد ن»^(١١٩) لارتفاع متوسط درجات الإناث على الذكور في مقاييس الاضطراب بعامة، والقلق بخاصة، ويمثل هذا التفسير البيئي في ميل الآباء إلى حماية صغار البنات أكثر من صغار الأولاد، حيث تتوافر بعض الأدلة على أن الحماية تمنع الطفل من التعرض للمواقف الخطرة. وتكون النتيجة أن يصبح الطفل مبالا إلى ألا يتعلم أن يتغلب على مخاوفه المتعلقة

بالجبريات الجديدة أو التحديات. ويصبح كما هو معروف وشائع بأنه تحت
أو كإينات.

ونظرا لعمومية الفروق بين الجنسين في مقاييس القلق (متوسط الإينات
أعلى) فقد افترض عدد من الباحثين أن هناك أساسا فطريا بيولوجيا لهذه
العروق، فيذهب « ريتشارد لن»^{١٠٠} إلى أن هذه العروق القطرية قد نمت
أثناء عملية التطور وذلك لأن لها قيمة تكيفية في الصراع من أجل البقاء.
وقد تطورت خواص إنسانية كثيرة بهذه الطريقة ، وأكثرها احتمالية تلك
التي ظهرت في إنسان ما قبل التاريخ، الذي كان يعيش في مجموعات
صغيرة، كما تفعل القرود والنسائيس هذه الأيام، فيذهب الرجال
للصيد والحرب، على حين تمكث الإينات خلفهم لرعاية الأطفال. ويبدو أن
الرجال لم يكونوا على درجة عالية من القلق عند قيامهم بأعمالهم الخطرة
هذه. ومن ناحية أخرى إذا كانت الإينات أقل قلقا ويتساوين مع الذكور
فربما رغبين في أن يشاركن الذكور، وبما أنهن أضعف جسميا فهن أكثر
عرضة للقتل. وهكذا فإن الإينات اللاتي يتميزن بالقلق يمكن أن يفضلن
المكوث في المنزل ، فيكون احتمال بقائهن على قيد الحياة أكبر ، وينجين
الأطفال. ويمكن أن تكون هذه العملية الانتقائية قد استمرت عبر ملايين
السنين، وجعلت للإينات مستوى مرتفعا من القلق. وليس من اليسور -
من وجهة نظرنا - الثبت من مثل هذه التغييرات التأملية التي قدمها
«ريتشارد لن»^{١٠١}.

هناك إذن تفسيران للفروق الجوهرية بين الجنسين في اتجاه حصول
الإينات على متوسط أعلى، أولهما: تفسير بيئي اجتماعي، وثانيهما:
بيولوجي فطري. ومع ذلك تمهد الإشارة إلى إمكان تفسير هذه الفروق على
ضوء التضاعل بين عاملي الوراثة والبيئة، وقد يكون ذلك أقرب إلى الصواب.

خاتمة

لقد أطلق على هذا العصر الذي نعيشه صفات عديدة من بينها أنه «عصر القلق» فهل هو حقاً عصر القلق؟ لقد زادت الصراعات بين الدول، وتفاقمت بؤر الحروب الإقليمية المحدودة. ولكن هذه الصراعات وتلك الحروب لم تصل - في العقود الأربعة الأخيرة - إلى حرب عالمية، ومنذ الحرب العالمية الثانية التي وضعت أوزارها في العقد الخامس من هذا القرن لم نغم أخرى شاملة، ولا بلوح الآن في الأفق القريب أن نمة مقدمات لها ولا إرهاصات بها. وعلى الرغم من أن احتمال نشوبها في هذا العقد احتمال ضئيل، فإن احتمال قيامها أو التهديد بها كان كبيراً في عصر «الحرب الباردة» وقبل التغيرات الجذرية في المعسكر الشرقي. كما يجب ألا ننسى أن هذا القرن قد شهد حريين عالميتين طاحتين.

أليست الحرب انعكاسات لمشكلات عديدة: اقتصادية وسياسية وجغرافية وحدودية ونفسية؟ بل: فإن الحرب قمة الصراع، تتضافر فيها عوامل شتى، وتسيبها متغيرات عديدة متفاعلة، وتنتجم عن عوامل موضوعية وذاتية متداخلة. ولا ريب في أن للجوانب النفسية - وعلى رأسها الانفعال، وفي صدرها الغضب والقلق - دوراً فعالاً ومؤثراً في هذا الصدد.

هذا عن العنف على مستوى دولي، فماذا عن العنف الفردي؟ إن الملاحظ أن العنف يتزايد - على مستوى فردي - في ثقافة اليوم عن ذي قبل، ولا ريب في أن لوسائل الإعلام وبخاصة التلفزيون دخلاً في ذلك، فضلاً عن ألعاب الأطفال العدوانية. ومن الممكن أن نفترض أن لانفعالات الغضب والقلق دوراً في هذا المقام.

هل تزايد معدل القلق الآن إذن عن ذي قبل؟ الحق أن الصراعات والحروب والتوترات لم تنقطع خلال أي عصر من عصور البشرية، وكذلك العنف الفردي إلى حد بعيد. ناهيك عن الأوبئة والمجاعات والأمراض التي لم يعرف لها علاج في العصور السابقة. ولسوء الطالع فلم يكن هناك مقياس للقلق في هذه الأزمان الماضية، فليس من الميسور المقارنة إحد بين عصريين.

ولكن الملاحظ في هذا العصر أن الضغوط الواقعة على الإنسان كثيرة ومتزايدة، مع التكاليف على جني ثمار الحضارة المادية، وضعف العلاقات الإنسانية، والتنافس المحموم بين الأقران في جوانب عدة، وتدور القيم في مناطق كثيرة من عالم اليوم، مع غلبة القيم المادية وتناقص أهمية القيم الدينية، وصراع القيم، وصراع الأجيال... أليست كل هذه المؤثرات مسببات للقلق من ناحية، ودلائل على عصر القلق المتزايد من ناحية أخرى؟ ليس من السهل الإجابة عن هذا التساؤل اعتمادا على أسس عملية تقارن بين مختلف العصور التاريخية.

ومن الأهمية بمكان أن نشير إلى نقطة نفسية على درجة كبيرة من الأهمية، وهي أن الإنسان الفرد - خلال عمره - يميل عادة إلى أن يصحح من عيوب الحاضر، وييون من عيوب الماضي. ذلك أن الإنسان يسعى ما يؤمله من ذلك الماضي، ويحفظ له غالبا بصورة برافقة مشرقة زاهية، لاثوبها شائبة: إن كثيرا منا يحفظ بذكريات سعيدة عن سنن المدرسة في السنين الخمسة، ناسيا أو متناسيا ما كان بها من واجبات ومشقات وتكليفات...

وبرغم كل هذه التحولات، ومع جل هذه الاحترازاات، فإن كثيرا منا يميل - على أساس ذاتي - إلى الاعتقاد بأننا نعيش حقا «عصر القلق»، وهذا مايراه فعلا كاتب هذه السطور، نتيجة لأسباب متعددة، وشواهد عديدة، اعتمادا على ملاحظات متكررة.

ومن بين هذه الشواهد أن كثيرا منا يلاحظ تدهور القيم السامية ونقص الأخلاق الرفيعة وشيوع القيم المادية في هذا العصر. ولاريب في أن بين تدهور الاخلاق وارتفاع معدل القلق علاقة وطيدة ورابطة متينة، عل الرغم من الدور الكبير الذي تقوم به الاخلاق في صنع الرجال وتقدم الأوطان.

وسواء أكان القلق اليوم مرتفعا أم منخفضا بالمقارنة إلى عصور مضت وانقضت، فإن مسواه أو معدله الآن لا يكون (ولا يمكن أن يكون) على وتيرة واحدة على اختلاف الأعمار. فقد أسفرت هذه الدراسة العملية الواقعية، عن أن مستوى القلق يزداد لدى الاطفال في سن البلوغ وحوله (وبخاصة قبله مباشرة). ومن الطبيعي أن يزداد القلق في هذه السن نظرا لما يصاحب سن البلوغ من تغيرات جسدية وفيزيولوجية ونفسية شتى.

ومن ناحية أخرى فقد كشفت هذه الدراسة العملية على المجموعات المتعددة من المراهقة إلى الشيخوخة، أن القلق يزداد في مرحلتي المراهقة وبدايات الرشد، على حين ينخفض في مرحلتي أواسط العمر والشيخوخة. مع ارتفاع متوسطات القلق لدى الإناث بالمقارنة إلى الذكور بوجه عام.

ومع كل ذلك فيجب ألا يخرج القارىء بانطباع مزدهاء أن «القلق كله شر»، فإن ذلك يدخل في باب التعميم الخاطيء. فالحق أن قدرا من القلق السوي لازم للحياة العادية في كل عصر، شريطة ألا يكون هذا القدر كبيرا، فيعد القلق السوي في هذه الحالة دافعا، وينجم عنه الطاقة اللازمة لتحريك طاقات العقل المبدعة، وإمكاناته الخلاقة، مع قدر معقول من الاستمتاع باخياة والتصالح معها، والعيش في سلام معها، لا مكابحتها والشقاء فيها وبها.

فأما القلق المرضي فإنه نعمة على الفرد، فقد يعوق دوافع الفرد وحسن

أدائه وسعادة نفسه، هنا فضلا عن عديد من الأعراض النفسية والجسمية أو
الفسيولوجية المختلفة التي تزعج الإنسان وتقض مضجعه.

وفي غمار القلب بين ما يمكن أن نسمي: «نعمة القلب» و«نعمة
القلب» لا يجد الإنسان الفرد مناصا من الدعاء الكريم: «ربنا ولا تحملنا ما لا
طاقة لنا به» صدق الله العظيم.

الهوامش والمصادر

١ - انظر للتفصيل : الفقرة ٩ - أ من الفصل الأول.

٢ - راجع :

Coleman, J.C. (1964) *Abnormal psychology and modern life*. California: Scott, 3rd ed, p.196.

وراجع أيضا المرجع الأحدث :

Coleman, J.C., Butcher, J.N. & Carson, R.C. (1980) *Abnormal psychology and modern life*, Glenview, Illinois: Scott, Foresman & Company, 6th ed.

وانظر أيضا لبيان معدلات انتشار الفلق في احصاءات أحدث: الفقرة العاشرة من الفصل الأول.

٣ - انظر :

Lief, H. (1967) *Anxiety reaction*. In A.M. Freedman H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 857-870.(p.857).

٤ - انظر :

Gordon, J.E. (1963) *Personality and behavior*. New York : Macmillan, p. 562.

٥ - راجع : مجمع اللغة العربية (١٩٨٥) المعجم الوسيط. القاهرة: مجمع اللغة العربية، ج ٢، ص ٧٨٥.

٦ - لتفصيل ذلك راجع الفقرة الأولى من الفصل الثاني.

٧ - أورد هذه التفرقة: عمر الجارم، انظر:

El-Garem, O. (1970) Clear psychiatry. Cairo: Dar Al- Maaref, p.63.

٨ - راجع: أحمد عزت راجع (١٩٦٤) الأمراض النفسية والعقلية: أسبابها وعلاجها وآثارها الاجتماعية. القاهرة: دار المعارف، ص ١٠٩.

٩ - انظر نقد «وولبي» لهذا الاستخدام في:

Wolpe J. (1958) Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford Univ. Press. p.83.

١٠ - انظر الهامش رقم ٣، ص ٨٦١.

١١ - انظر الهامش رقم ٨.

١٢ - راجع.

Spielberger, C.D. (1966) Theory and research on anxiety. In C.D.

Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior. New York: Academic Press, pp.3-20 (p.17).

١٣ - وردت هذه النتائج لدى «ليفيت» منذ وقت مبكر، انظر:

Levitt, E.E.(1968) The psychology of anxiety. London: Staples. p.114.

١٤ - انظر:

American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed. rev.) Washington, D.C.:APA.

Weber, L., Di Clemente, C., Johnstone, E., Sanders, J. & Perley, R. (Eds.) (1981) DSM III training guide. New York: Brunner.

١٥ - راجع:

Kaplan, H. & Sadock, B. (1991) Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 6th ed.

وقد فصل هذه الفكرة فيما بعد: روبرت روزنتال R. Rosenthal

١٦ - راجع :

Spielberger, C.D. (1972) Conceptual and methodological issues in anxiety research. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety: Current trends in theory and research, New York: Academic Press, Vol.2.

١٧ - راجع لتفصيل ذلك: سيلبيرجر وزملائه (١٩٩٢) دليل تعليمات قائمة الفلق: الحالة والسمة. تعريب وإعداد: أحمد محمد عبدالحالق، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ط ٢.

١٨ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٤، ص ٥٦٢.

١٩ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣، ص ٨٥٧.

٢٠ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٥، ص ١٣٦.

٢١ - راجع :

Epstein, S. (1967) Toward a unified theory of anxiety. In B.A. Maher (Ed.) Progress in experimental personality research. New York: Academic Press, pp. 1-89 (p.32).

٢٢ - انظر هامش رقم ١٠، ص ١٠٨.

٢٣ - انظر هامش رقم ٣، ص ٨٥٨.

٢٤ - المرجع والموضع نفسه Loc. Cit.

٢٥ - انظر :

Spielberger, C.D.(Ed.) (1972) Anxiety: Current trends in theory and research. New York: Academic Press, Vol.2., p.491f.

٢٦ - راجع :

Fisher, W.F.(1970) Theories of anxiety. New York: Harper & Row.

٢٧ - انظر :

Kessen, W. & Mandler, G. (1969) Anxiety, pain and the inhibition of distress. In D. Rosenhan & P. London (Eds.) Theory and research in abnormal psychology. New York: HRW (pp.67-9).

٢٨ - I bid .

٢٩ - انظر :

Malmo, R.B. (1975) On emotions, needs and our archaic brain. New York: HRW.

٣٠ - I bid .

٣١ - العتبة المطلقة Absolute Threshold في السيكونفزياء هي التقلية التي تفصل بين الاحساس بالته وعدم الاحساس به . وتعنى العتبة المنخفضة التي تميز مريض القلق أن حساسيته فائقة لطائفة عريضة من المنبهات بما يرفع من مستوى التثيط لديه .

٣٢ - راجع :

Cattell, R.B. (1967) The scientific analysis of personality. Middlesex: Penguin, p. 114.

٣٣ - انظر :

Brauch, C.H.H. (1968) Aspects of anxiety. Philadelphia: Lippincott, p.9.

٣٤ - راجع :

Boring, E.G., Langfeld, H.S. & Weld, H.P (Eds.) (1962) Foundations of psychology. New York : Wiley, p.109.

٣٥ - راجع :

Grinker, R.R.(1966) The psychosomatic aspects of anxiety. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior New York: Academic Press. pp. 129-142.

٣٦. انظر النتائج القيمة الواردة في:

عبدالحليم محمود السيد (١٩٧١) الابداع والشخصية: دراسة سيكولوجية. القاهرة: دار المعارف.

٣٧. على الرغم من أن هذا العرض المبسط لقانون «بيركز - دودسون» يسحب على حالات معينة، فإن التجارب التالية بينت أن ذلك لا ينطبق على كل أنواع الأداء.

٣٨. يذكرنا ذلك بقول أديب عربي: «ان الخطوات التي يتنا وبين النهر، هي التي تلهينا فيها سباط الطعام، أما إذا وصلنا، فنكون قد ارتويتنا».

٣٩. انظر:

Cattell, R.B. (1966) Anxiety and motivation: Theory and crucial experiments. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior. New York: Academic Press, pp. 23-62 (p.45f).

٤٠. راجع تفصيل هذه التجارب في:

Spielberger, C.D.(1966) The effects of anxiety on complex learning and academic achievement. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior. New York: Academic Press, pp.361-398.

٤١. انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣، ص ٨٥٧.

٤٢. راجع المرجع الوارد في هامش رقم ٣٩، ص ٤٤ - ٤٥.

٤٣. راجع نتائج هذه الدراسات الحضارية المقارنة في:

Cattell, R.B. & Scheier, I.H. (1961) The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York: Ronald (p.122).

٤٤ انظر نتائج هذه السلسلة من الدراسات في المراجع الآتية

- أحمد محمد عبدالحالز. أحمد حبري حافظ (١٩٨٦) حالة القلق وسمة القلق لدى عينات سعودية دهانية وعصائية مجلة كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، ٣٤، ١٨١، ١٩٨

- أحمد محمد عبدالحالز. أحمد حبري حافظ (١٩٨٨) حالة القلق وسمة القلق لدى عينات من المملكة العربية السعودية مجلة العلوم الاجتماعية، ١٦، ١٨١، ١٦٩

Abdel-Khalek, A.M. (1989) The development and validation of an Arabic form of the STAI Egyptian results Personality & Individual Differences, 10, 277-285

Abdel-Khalek, A M & Omar, M M (1988) Death anxiety, state, and trait anxiety in Kuwaitian samples Psychological Reports, 63, 715-718.

وانظر أيضا الهامش رقم ١٧

٤٥ - راجع المرجع الوارد في هامش رقم ٣٩، ص ٤٤.

٤٦ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣، ص ٨٦١

٤٧ - راجع:

Mayer-Gross, W. Slater, E & Roth M (1960) Clinical psychiatry London Cassell (p.127).

٤٨ - انظر هامش رقم ٣

٤٩ - راجع دافيد شيهان (١٩٨٨) مرض القلق برحمه عرب شمالا

مراجعة أحمد عبد العزيز سامه الكويت عالم المعرفة (ص ٣٠)

٥٠ - انظر

Goldberg, R.J. (1982) Anxiety: A guide to biobehavioral diagnosis and therapy for physicians and mental health clinicians. New York: Medical Examination Pub. Co. (p.2).

٥١ - راجع هذه الإحصاءات في:

Okasha, A., Kamel, M. , Sadek, A Lotaif, F.(1977) Psychiatric morbidity among university students in Egypt. British Journal of Psychiatry, 131, 149-154.

٥٢ - انظر هامش رقم ٥٠، ص ص ٢ - ٣٠.

٥٣ - راجع:

Castell,R., Biener, A., Artner, K. & Dilling, H.(1981) Psychiatric disorders and behavior problems: Prevalence and treatment services. Zeitschrift- fur Kinder-und Jugend-psychiatrie, 9, 115-125.

٥٤ - انظر:

Welding, G. (1977) The prevalence of behavior problems in preschool children. Zeitschrift- fur Kinder-und Jugend-psychiatrie, 5, 299-316.

٥٥ - راجع:

Schuckit, M. (1982) Prevalence of affective disorder in a sample of young men. American Journal of Psychiatry, 139, 1431-1436.

٥٦ - انظر:

Ax, A. (1964) The physiological differentiation between fear and anger in humans. In M.T. Mednick & S.A.Mednick (Eds.) Research in personality. New York : HRW. (pp.273-285).

٥٧ - انظر هامش رقم ٤٧، ص ١٢٧.

٥٨ - انظر هامش رقم ٣٣ ص ص ١٠ - ١١.

٥٩ - انظر هامش رقم ٢٩.

٦٠ - راجع :

Malmo, R.B. (1966) Studies of anxiety: Some clinical origins of the activation concept. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior, New York: Academic Press, pp.157-177.

٦١ - Ibid.

٦٢ - انظر هامش رقم ٤٧، ص ١٢٧.

٦٣ - راجع :

Lader, M.H. & Wing, L. (1966) Physiological measures, sedative drugs and morbid anxiety. London: Oxford Univ. Press (Maudsley Monograph No.14) (p.10).

٦٤ - انظر هامش رقم ١٠، ص ١٥١.

٦٥ - النيورستينيا Neurasthynia مصطلح قديم يشير الى مجموعة أعراض عصبية تضم الحور والتعب والارهاق ونضوب الطاقة ونقص المبادأة مع تناقص التركيز.

٦٦ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٩، ص ص ٦٤ - ٥٠.

٦٧ - انظر هامش رقم ٤٧، ص ص ١٢٨ - ٩.

٦٨ - انظر هامش رقم ٣، ص ٨٦٦.

٦٩ - انظر هامش رقم ٩، ص ص ٦٦ - ٧.

٧٠ - ساء هوربير مالو وزملاؤه وضع هذا المصطلح عام ١٩٥٠، انظر:

Malmo, R.B. Shagass, C. & Davis, F.H. (1950) Symptom specificity and

bodily reactions during psychiatric interview. *Psychosomatic Medicine*, 12, 362-376.

٧١ - انظر لتفصيل القول عن أسس استخبارات الشخصية من الناحيتين النظرية والعملية: أحمد محمد عبدالحالقي (١٩٩٣) استخبارات الشخصية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ط ٢.

٧٢ - انظر المرجع نفسه، الفصل التاسع عشر.

٧٣ - راجع:

Eysenck, H.J. & Rachman, S. (1965) *The causes and cures of neurosis*. London: RKP (p.62).

٧٤ - انظر المرجع الأول في هامش رقم ٢، ص ١٩٧.

٧٥ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٤٣، ص ٢٠٨.

٧٦ - I bid

٧٧ - انظر:

Cattell, R.B.(1971) *The nature and measurement of anxiety*. Contemporary psychology from Scientific America, San Francisco: Foeman.

٧٨ - I bid

٧٩ - انظر هامش رقم ٦٣، ص ٢٦٠.

٨٠ - انظر هامش رقم ٤٧، ص ١٢٦.

٨١ - انظر هامش رقم ٦٣، ص ٦ - ٧.

٨٢ - I bid

٨٣ - يعرض هنا الكتاب لأجزاء من رسالتي الدكتوراه في الطب النفسى لهذين المؤلفين.

. ٨٤ . Ibid . p . 797 .

٨٥ - انظر هامش رقم ٤٧ ، ص ١٢٦ .

٨٦ - انظر هامش رقم ٦٣ ، ص ٦ .

٨٧ - انظر هامش رقم ٣٩ ، ص ٤١ .

٨٨ - انظر هامش رقم ٦٣ ، ص ٥ - ٦ .

٨٩ - انظر هامش رقم ٤٧ ، ص ١٢٦ .

٩٠ - ذكرت هيئة الصحة العالمية WHO عن العلاج الكيميائي Chemotherapy أن أية مادة تدخل الجسم وتؤدي إلى تعديل وظائفه، فإنها تسمى عقارا Drug . انظر: كولز (١٩٩٢) المدخل إلى علم النفس المرضى الاكليبيكي . ترجمة: عبدالغفار الدماطي، ماجدة حامد، حسن علي حسن . مراجعة: أحمد محمد عبدالحالقي، الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية، ص ٤٨٣ .

٩١ - الكبت Repression استبعاد مادة ما مثيرة للقلق كالدوافع والانفعالات والأفكار الشعورية المؤلمة والمخيفة والمخزية، وطردها الى حيز اللاشعور . انظر: أحمد محمد عبدالحالقي (١٩٩٣) أصول الصحة النفسية . الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ط ٢ ، ص ٢٤٧ .

٩٢ - انظر: كولز (١٩٩٢) هامش رقم ٩٠ ، ص ٥٢٣ .

٩٣ - انظر هامش رقم ٧٣ ، ص ١٢ .

٩٤ - انظر : كولز (١٩٩٢) هامش رقم ٩٠ ، ص ٥٥٤ .

٩٥ - راجع المرجع في هامش رقم ٩٠ ، ص ٥٥٥ - ٦ .

- ٩٦ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١١ ، ص ٣٢.
- ٩٧ - هذه هي طريقة ميدونا Meduna المسماة Carbon Dioxide - Oxygen Therapy .
- ٩٨ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١١ ، ص ٧١.
- ٩٩ - انظر: أحمد محمد عبدالحالق (١٩٧٧) كراسة تعليمات قائمة ويلوي للميل العصائى . الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
- ١٠٠ - راجع: وولوى، لانج (١٩٨٤) كراسة تعليمات قائمة مسح المخاوف . إعداد وتعريب: أحمد محمد عبدالحالق، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية .
- ١٠١ - انظر المراجع الثلاثة الآتية:
- بانرسون (١٩٨١) نظريات الإرشاد والعلاج النفسى . ترجمة: حامد عبدالعزيز الفقى . الكويت: دار القلم .
- سوين (١٩٧٩) علم الأمراض النفسية والعقلية . ترجمة: أحمد عبدالعزيز سلامة، القاهرة: دار النهضة العربية .
- كاشدان (١٩٨٤) علم نفس الشواذ . ترجمة: أحمد عبدالعزيز سلامة، مراجعة: محمد عثمان نجاني، القاهرة : دار الشروق .
- ١٠٢ - راجع:
- Kaluger. G. & Kaluger. M.(1979) Human development: The span of life. St. Louis: Mosby Comp., 2nd ed., p.5.
- ١٠٣ - انظر
- Goldenson, R. (Ed.) (1984) Longman dictionary of psychology and psychiatry. New York: Longman, p.217.

- Hurlock, E. (1968) Developmental psychology. New York: McGraw-Hill, 3rd ed., p.5.

١٠٤ - راجع :

Chiriboga, D.A.(1977) Personality in adults and aged. In B.B. Wolman (Ed.) International encyclopaedia of psychiatry, psychoanalysis and neurology. New York, Vol.8, pp.291-295.

١٠٥ - انظر :

فرج عبدالقادر طه (١٩٨٨) المحمل في علم النفس والشخصية والأمراض النفسية. القاهرة: الدار الفنية للنشر والتوزيع، ص ٩٨.

١٠٦ - Op. Cit. , P. 292 .

١٠٧ - نفضل في هذا السياق ترجمة مصطلح Development بالتطور وليس بالارتقاء، ذلك أن مصطلح ارتقاء يمكن أن يتضمن - أكثر من مصطلح التطور - معنى تقييما Evaluative موجبا ومفضلا، فيكون ارتقاء الفلق أمرا مرغوبا، وكذلك الحال في ارتقاء العدوان فيكون مطلوبا ... وهكذا.

١٠٨ - راجع :

Saarni, C. & Azara, V. (1980) Anxiety (developmental) In R.H. Woody (Ed.) Encyclopaedia of clinical assessment. San Francisco: JosseyBass. pp. 575-587.

١٠٩ - I bid .

١١٠ - I bid .

١١١ - I bid .

١١٢ - انظر هامش رقم ٣، ص ٨٦٣.

١١٣ - انظر هامش رقم ٣٩، ص ص ٤٣ - ٤٠.

١١٤ - انظر هامش رقم ٣ ص ٨٦٤.

١١٥ - انظر مثالا لهذه الدراسات العربية فيما يلي:

أ - السيد محمد عبدالغنى (١٩٩١) الأبعاد الأساسية للشخصية : دراسة في النمو. رسالة ماجستير (غير منشورة) تحت إشراف أحمد محمد عبدالخالق، كلية الآداب، جامعة الاسكندرية.

ب - نبوية عبد العزيز شاهين (١٩٩١) الأبعاد الأساسية لشخصية الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة (٦ - ١٢ سنة): دراسة ارتقائية. رسالة ماجستير (غير منشورة) تحت إشراف عبدالحليم محمود السيد. كلية الآداب، جامعة القاهرة.

١١٦ - انظر:

Cooper, B. & Shepherd, M. (1973) Epidemiology and abnormal psychology . In H.J. Eysenck (Ed.) Handbook of abnormal psychology. London: Pitman, 2nd ed., pp. 34-66.

١١٧ - انظر المراجع الآتية:

أ - عبدالفتاح محمد دويدار (١٩٨٧) دراسة عاملية ومنهجية مقارنة للقلق لدى بعض الفئات الاكلينيكية. رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب، جامعة الاسكندرية.

ب - كمال إبراهيم مرسى (١٩٧٨) القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة : دراسة تجريبية . القاهرة : دار النهضة العربية، ص ٨١.

ج - المرجع الوارد في هامش رقم ١٠٤، ص ٢٩٣.

د - Johnson, C.W. (1975) Human growth and development. In: C.W. Johnson, J.R. Sribbe, & L.A. Evans (Eds.) Basic psychopathology: A programed text. New York: Spectrum, pp. 24-49.

١١٨ - انظر الفقرة (٩ - ج) في الفصل الأول. وراجع أيضا:

- Ahlen, L.H. (1962) The relationship of classroom climate to teachers knowledge of pupils, sociometric status, manifest anxiety, ability, and socio-economic status. Dissertation Abstracts International, 23 (5), 2412 - 2414.
- Cattell, R.B. & Scheier, I.H. (1975) The definition and measurement of anxiety as a trait in the 12-17 year range. British Journal of Social and Clinical Psychology, 13, 115-181.
- Semmanova, M.A. (1974) A view of anxiety of children of 13-15 years age. Psychological Abstracts, 15 (2), 1391.

١١٩ - ارجع الى .ه الدراسة كاملة في : أحمد محمد عبدالحالقي، مائة أحمد انيال (١٩٩٠) القلق لدى مجموعات عمرية مختلفة من الأطفال. بحث ألقى في المؤتمر الدولي للطفولة في الاسلام، قسم علم النفس، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر، في اللغة من ٩ - ١٢ أكتوبر ١٩٩٠.

١٢٠ - انظر: أحمد محمد عبدالحالقي، مائة أحمد انيال (١٩٩١) بناء مقياس قلق الأطفال وعلاقته ببعدي الانبساط والمصاية. مجلة علم النفس، ١٩/١٨، ٢٨ - ٤٥.

١٢١ - راجع:

Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montouri, J. & Platzek, D. (1973) Preliminary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children. CA.Palo Alto : Consulting Psychologists.

١٢٢ - انظر: عبدالقيس أحمد البحيري (١٩٨٢) اختبار القلق الحالة - السمة للأطفال. القاهرة: دار المعارف.

١٢٣ - هذه النقطة قيمية بالدراسة في بحث مستقل.

١٢٤ - راجع : أحمد محمد عبدالحالز، مائة أحمد النبال (١٩٩٢) سن البلوغ وعلاقته بأبعاد الشخصية لدى الفتيان. المجلة المصرية للدراسات النفسية،

١٢٥ - انظر : يسرية بدوي، ناهد كامل، أحمد عبدالحالز، محمد نقي جعفر، سهام راشد (١٩٨١) سن البلوغ لدى الفتيات وعلاقته بالشخصية. في: أحمد محمد عبدالحالز (محرر) بحوث في السلوك والشخصية، الاسكندرية: دار المعارف، ١، ٥٧ - ٦٥.

١٢٦ - راجع: أحمد محمد عبدالحالز، مائة أحمد النبال (١٩٩١) سن البلوغ وعلاقته بأبعاد الشخصية لدى الفتيات. دراسات نفسية، ١ (٣)، ٤٣٩ - ٤٥٨.

١٢٧ - انظر:

أ - المرجع الوارد في هامش رقم ١٧.

ب - المرجع الأول في هامش رقم ٤٤.

ج - المرجع الأول في هامش رقم ١١٧.

١٢٨ - انظر : حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٧) علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة). القاهرة : عالم الكتب، ط ٤.

١٢٩ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٢٥.

١٣٠ - راجع : رينشارد لنز (١٩٩٠) مقدمة لدراسة الشخصية. ترجمة: أحمد محمد عبدالحالز، مائة أحمد النبال، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

١٣١ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٢٨. وكذلك:

- فزاد البيه السيد (١٩٧٥) الأسس النفسية للنمو: من الطفولة للشيخوخة. القاهرة : دار الفكر العربي، ط ٤.

١٣٢ - ارجع إلى هذه الدراسة كاملة في: أحمد محمد عبدالحالز، عبدالفتاح محمد دويدار، مائة أحمد النبال، عادل شكرى محمد كريم، السيد محمد عبدالغنى (١٩٨٩) الفروق في القلق والاكتئاب بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين. بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر. القاهرة: الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ص ص ٩٨ - ١١٣.

١٣٣ - انظر المرجع الوارد في الهامش رقم ١٧.

١٣٤ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٧.

١٣٥ - انظر المراجع الواردة في هامش رقم ٤٤.

١٣٦ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣٩.

١٣٧ - راجع:

Eisdorfer, C., Cohen, D. & Keckick, W. (1981) Depression and anxiety in the cognitively impaired aged. In D. F. Klein & J.G. Rabkin (Eds.) Anxiety: New research and changing concepts. New York: Raven Press, pp. 425-429.

١٣٨ - انظر المرجع الأول الوارد في هامش رقم ١١٨.

١٣٩ - انظر المرجع الثالث الوارد في هامش رقم ١١٨.

١٤٠ - انظر المرجع الثاني الوارد في هامش رقم ١١٨.

١٤١ - انظر: عبدالفتاح محمد دويدار (١٩٨٤) مفهوم الذات لدى خريجي المدارس الثانوية الرسمية والأجنبية وعلاقته بإنجازاتهم نحو التخصص الدراسي والمهنة والزواج. رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية الآداب، جامعة الاسكندرية، ص ١٧٩.

١٤٢ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٣٧.

Shaffer, D.R.(1989) Developmental psychology. Childhood and adolescence. California: Brooks - Cole, p.167

- ١٤٤ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٣٠ ، ص ٤٤ .
١٤٥ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣٩ .
١٤٦ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٣٠ ، ص ص ٤٤ - ٥ .
١٤٧ - انظر للتفصيل المرجع الوارد في هامش ١٣٢ .
١٤٨ - انظر المرجع الوارد في هامش ١٣٠ ، ص ص ٢١ - ٤ .
١٤٩ - انظر المرجع الوارد في هامش ١٣٠ ، ص ص ٤٢ - ٣ .
١٥٠ - المرجع والموضع نفسه .

تم بحمدته تعالى

