

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر -بسكرة-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

الرقم التسلسلي: .....

رقم التسجيل: .....

### عنوان الأطروحة

أثر الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة في الإصابة  
باضطراب توهم المرض  
(دراسة حالات)

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث ( ل م د ) : في علم النفس

تخصص : علم النفس المرضي للراشد

إشراف:

أ. د/ بلوم محمد

إعداد الطالب :

قندول نبيل

أعضاء لجنة المناقشة			
الاسم و اللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
نحوي عائشة	أستاذ التعليم العالي	بسكرة	رئيسا
محمد بلوم	أستاذ التعليم العالي	بسكرة	مشرفا و مقررا
نور الدين جبالي	أستاذ التعليم العالي	باتنة	عضوا
صلاح الدين تغليت	أستاذ التعليم العالي	سطيف	عضوا
فطيمة دبراسو	أستاذ محاضر (أ)	بسكرة	عضوا

السنة الجامعية: 2018/2017



# شكر وتقدير

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا كما ينبغ لجلال وجهه وعظيم سلطانه ، و أصلي و أسلم على المبعوث رحمة للعالمين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم و على آله وصحبه الطيبين الطاهرين ، ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين أما بعد :

بداية أحمد الله كثيرا وأشكر فضله الذي من علي بإنجاز هذا العمل المتواضع ، ويسر لي طريقه من غير حول مني ولا قوة ، امتثالاً لقول الله عز وجل : " ومن شكر فإنما يشكر لنفسه "

و لا يسعني في هذا المقام إلا أن أتقدم بجزيل الشكر و أسمى معاني التقدير و الاحترام و العرفان إلى كل من :

- الأستاذ الدكتور " محمد بلوم " المشرف على هذا العمل ، و الذي لم يبخل علي بتوجيهاته القيمة و ملاحظاته المفيدة ، طيلة فترة إنجاز هذا العمل و استعداده الدائم لم يد العون .

- الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة على موافقتهم مناقشة هذا العمل .

- الاساتذة الأفاضل بكلية العلوم الانسانية و الاجتماعية بجامعة محمد خيضر "بسكرة " و بالأخص أساتذة تخصص علم النفس العيادي .

- جميع المعلمين والأساتذة الذين درست عندهم طيلة مراحل التعليم المختلفة .

- إلى روح أبي الطاهرة الذي غرس في حب العلم و الاطلاع منذ الصغر و لطالما حلم أن يراني متفوقا في دراستي رحمه الله .

- إلى التي لا تزال تعطيني الحب و الحنان و تعلمني العطاء و الغفران و لطالما شعرت معها بالأمان أمني الغالية أطال الله في عمرها .

- إلى كل من مد إلي يد العون وشجعني من قريب أو من بعيد على مواصلة درب طلب العلم ، و بالأخص إخوتي و أخواتي ، أقاربي ، أصدقائي و زملائي .

نبيل قندول

## ملخص الدراسة :

الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة تعد مفهوم جديد مغاير تماما للأفكار التي جاء بها أرون بيك و ألبرت إليس وإن كانت تتشابه معها في بعض المبادئ التي تحكمها ، كما أنه مغاير تماما لمفهوم المعتقدات الصحية و مفهوم المعتقدات الصحية التعويضية التي جاء بها نموذج المعتقدات الصحية .

فالمعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالصحة هي تلك الشبهات المعرفية التي يتبناها الفرد حول الصحة و المرض و تعمل على إحداث اختلال في ادراكه و تصوره لمفهوم الصحة و المرض الأمر الذي يدفع به إلى القلق المتزايد حول الصحة .

و تهدف الدراسة الحالية إلى رصد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة و بيان الآثار المترتبة عنها باعتبارها عاملا مهما في الإصابة باضطراب توهم المرض .

و تمثلت اشكالية الدراسة في :

هل تؤثر الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة في الإصابة باضطراب توهم المرض ؟

و للإجابة عن هذا التساؤل تم توجيه البحث إلى المستوى التطبيقي للتحقق من فرضية البحث التي مفادها :

تؤثر الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة في الإصابة باضطراب توهم المرض .

ومن أجل التحقق من صدق هذه الفرضية تم تصميم و تنفيذ إجراءات منهجية تجسدت في الاعتماد على المنهج العيادي ، و في إطار هذا المنهج تم توظيف مجموعة من الأدوات تمثلت في المقابلات العيادية للبحث في شكلها النصف موجه ، حيث تم تصميم كل مقابلة وفق دليل يحتوي على مجموعة محاور ، ويحتوي كل محور بدوره على مجموعة أسئلة هدفها الأساسي هو جمع البيانات الضرورية للتحقق من فرضية البحث ، و بالإضافة إلى ذلك فقد تم الاعتماد أيضا على مقياسين هما مقياس الاتجاه نحو المرض من إعداد **Robert kellner** و ترجمة الباحث؛ و مقياس التوجه نحو المرض ، بالإضافة إلى مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة من إعداد الباحث.

واستهدف البحث فئة الراشدين من الجنسين الذين ثبتت اصابتهم باضطراب توهم المرض بعد تشخيصهم من طرف أخصائي نفسي معتمد أو طبيب نفسي ، وقد تم الوصول إلى حالات الدراسة من خلال استهداف أفراد تتوفر فيهم هذه الشروط ، و هكذا تم اختيار حالتين ( محسن 36 سنة ، و عبد الحكيم 40 ) و هما يعانيان من اضطراب توهم المرض و تم تشخيصهما من طرف أخصائي نفسي معتمد وفق المعايير التشخيصية لـ DSM-IV

و بعد تطبيق إجراءات البحث على حالتين الدراسة كشفت النتائج أن كلا الحالتين تتبنى المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالصحة و التي كان لها بالغ الأثر على تفكير و سلوك حالتين الدراسة الأمر الذي دفع بهما إلى توهم المرض . حيث أن كلا الحالتين قد خضع لأسلوب تربية صحية يختلف عن الآخر حيث ان الحالة محسن قد تربي على التذليل و اتباع التعليمات الصحية الصارمة و الاهتمام الصحي المبالغ فيه ، بينما الحالة عبد الحكيم فعلى النقيض تماما حيث عانى من الحرمان و الإهمال ، و قد كان لهذين الاسلوبين المتطرفين في التربية الصحية دور هام في تشكل مخططات معرفية مشوهة حول الصحة و المرض لدى حالتين الدراسة ، وقد تضمنت هذه المخططات مجموعة من المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالصحة من شاكلة الاعتقاد بالهشاشة و الضعف و عدم المقدرة على مجابهة الامراض و الاعتقاد بأن كل ما يصيبنا من أمراض يمكن أن يتطور إلى مرض خطير و الاعتقاد بمرضانية المحيط ، و الاعتقاد بان التمتع بالصحة الجيدة معناه الخلو التام من الأعراض ، إلا أن هذه المعتقدات بقيت دفينية و لم تتداخل مع السير العادي لحياة الحالتين إلى أن تعرضا إلى عامل خطر مفجر ، فطفت هذه المعتقدات إلى السطح و سيطرت على مجرى التفكير وزاد معها القلق حول الصحة لدى الحالتين .

# The Study Abstract

---

## **The study Abstract:**

Irrational thoughts associated with health are a new concept that is different from the beliefs proposed by Aaron Beck and Albert Ellis, although they are similar in some of the principles they control . It is also different from the concept of health beliefs and the concept of compensatory health beliefs proposed by the model of health beliefs.

Irrational thoughts associated with health are those cognitive distortions held by the individual about health and disease and work to create an imbalance in his perception of the concept of health and disease, which leads to the growing concern about health.

The present study aims to identify irrational thoughts related to health and discover their effects as an important factor in the development of hypochondriasis .

The problem of study was:

Do irrational thoughts related to health affect in the development of hypochondriasis ?

To answer this question, the research was directed to the applied level to check the hypothesis of research, which is:

Irrational thoughts associated with health affect in the development of hypochondriasis .

In order to check the validity of this hypothesis, we used the clinical method . In this method , we employed a set of instruments that consisted of half-directed clinical interviews. Each interview was designed according to a guide containing a set of axes. Each axis contains a set of questions

## The Study Abstract

---

whose main objective is to collect The data needed to check the hypothesis of the research, in addition. two measures we were also used: Robert Kellner's measure , The Illness Attitude Scales , translated by the researcher, and the irrational thoughts related to health scale proposed by the researcher.

The study was applied to two cases with hypochondriasis , diagnosed by a psychologist based on diagnostic criteria for DSM-IV .

The study was targeted at the category of adults of both sexes who were diagnosed by a psychologist or psychiatrist as having hypochondriasis . The study cases were selected from individuals who met these conditions. Thus, the study cases (Mohsen 36 years old, abed alhakim 40 years old) and they suffer from hypochondriasis diagnosed by a psychologist according to diagnostic criteria for DSM-IV

After applying the research procedures on both cases, the results revealed that both cases carried irrational beliefs related to health, which had a profound impact on the thinking and behavior of the two study cases, which led them to hypochondriasis .

Where both cases have been subjected to a method of health education is different from the other as **mohsen** has grown up on the pampering and follow the strict health instructions and excessive health care, while the case **Abdel Hakim**, in contrast, suffered from deprivation and neglect These two extreme approaches to health education have played an important role in the formation of distorted Cognitive schemes about health and disease in both cases

## The Study Abstract

---

These schemes included a series of irrational beliefs related to health, such as the belief in vulnerability, weakness, inability to cope with diseases, the belief that all diseases that can develop into serious illness, and the exaggerated belief that diseases are transmitted from the surrounding environment , and the belief that the enjoyment of good health means the complete absence of symptoms; nonetheless these beliefs remained buried and did not interfere with the normal course of life of the two cases until they were exposed to an explosive risk factor, these beliefs swept to the surface and controlled the course of thinking and increase concerns about health for the two study cases .



الصفحة	فهرس المحتويات
	شكر و عرفان
	ملخص الدراسة
أ	فهرس المحتويات.
و	قائمة الجداول.
ز	قائمة الأشكال.
ز	قائمة الملاحق.
02	مقدمة
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الأول:</b> مدخل عام لموضوع الدراسة	
07	1- إشكالية الدراسة.
08	2- أهمية اختيار الموضوع .
08	1.2- الأهمية النظرية .
09	2.2- الأهمية التطبيقية .
10	3- دواعي اختيار الموضوع .
10	4- أهداف الدراسة
11	5- الدراسات السابقة.
11	1.5- عرض الدراسات السابقة .
16	2.5- التعقيب عن الدراسات السابقة .
18	6- مصطلحات الدراسة .
19	7- فرضية الدراسة
<b>الفصل الثاني:</b> الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة	
20	تمهيد

21	تطور مفهوم الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة .	-1
24	تعريف الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة .	-2
25	المصطلحات المشابهة .	-3
26	سمات الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة .	-4
26	أخطاء التفسير أو العزو .	-1.4
26	عدم التجريب .	-2.4
27	الاجترار .	-3.4
27	المبالغة والتهويل .	-4.4
27	السلبية .	-5.4
28	التخطيط المسبق .	-6.4
29	أعراض الأفكار اللاعقلانية .	-5
29	أعراض مزاجية .	-1.5
29	أعراض معرفية .	-2.5
29	أعراض سلوكية .	-3.5
29	أعراض بدنية .	-4.5
30	مصادر الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة .	-6
30	دور الأسرة .	-1.6
31	دور الثقافة المجتمعية .	-2.6
32	دور وسائل الإعلام .	-3.6
33	دور القلق .	-4.6
34	المقاربة المعرفية السلوكية لتوهم المرض .	-7
34	ظهور توهم المرض .	-1.7
35	المعتقدات الصحية اللاعقلانية التي تسيطر على متوهم المرض .	-2.7
36	عوامل الخطر أو التهديد .	-3.7
37	تشكل الحلقة المفرغة .	-4.7
28	الآثار المترتبة عن الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة .	-5.7
44	العوامل المساعدة على استمرار وتزايد توهم المرض .	-6.7
46	خلاصة الفصل .	

الفصل الثالث: اضطراب توهم المرض		
47	تمهيد	
47	الخلفية التاريخية .	-1
64	تعريف اضطراب توهم المرض .	-2
67	البداية والمسار .	-3
68	اضطراب توهم المرض حسب التصنيفات العالمية .	-4
68	اضطراب توهم المرض من و جهة نظر ICD-10 .	-1.4
68	اضطراب توهم المرض من و جهة نظر DSM-IV .	-2.4
69	الانتقادات الموجهة لكل من ICD-10 و DSM-IV .	-3.4
71	اضطراب قلق المرض و اضطراب الأعراض الجسدية في DSM-V.	-4.4
73	أعراض اضطراب توهم المرض .	-5
75	التشخيص الفارقي لاضطراب توهم المرض عن الاضطرابات الأخرى المشابهة .	-6
75	عن مرض جسدي حقيقي .	-1.6
76	عن اضطراب الجسدنة .	-2.6
76	عن الاضطرابات الاكتئابية .	-3.6
76	عن اضطراب الضلالة .	-4.6
76	عن اضطراب الهلع .	-5.6
77	عن اضطراب الوسواس القهري .	-6.6
78	عن الوهن العصبي .	-7.6
79	انتشار اضطراب توهم المرض .	-7
79	أسباب توهم المرض .	-8
79	العوامل البيولوجية	-1.8
79	العوامل النفسية .	-2.8
80	العوامل الاجتماعية والثقافية .	-3.8
80	العوامل العصبية .	-4.8

82	تقييم اضطراب توهم المرض	-9
85	القلق حول الصحة العقلية مقابل القلق حول الصحة الجسدية .	-10
86	العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب توهم المرض	-11
97	خلاصة الفصل.	
<b>الجانب الميداني</b>		
<b>الفصل الرابع:</b>		
<b>الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية</b>		
98	تمهيد	
98	الدراسة الاستطلاعية.	-1
98	أهداف الدراسة الاستطلاعية.	-1.1
99	إجراءات تطبيق الدراسة الاستطلاعية.	-2.1
100	الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية.	-3.1
100	مقياس الأفكار اللاعقلانية .	1.3.1
		-
106	مقياس الاتجاه نحو المرض .	2.3.1
		-
114	المقابلة العيادية نصف الموجهة .	3.3.1
		-
117	نتائج الدراسة الاستطلاعية .	-4.1
117	الدراسة الأساسية.	-2
118	منهج الدراسة.	-1.2
118	حالات الدراسة .	-2.2
119	إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية .	-3.2
121	كيفية تحليل النتائج .	-4.2
	خلاصة الفصل.	

<b>الفصل الخامس:</b>		
<b>عرض و تحليل نتائج الدراسة</b>		
122	تمهيد .	
122	عرض نتائج الحالة الأولى .	-1
122	تقديم الحالة الأولى .	-1.1
123	ملخص المقابلة مع الحالة الأولى .	-2.1
123	تحليل المقابلة مع الحالة الأولى .	-3.1
128	التعليق على مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة .	-4.1
128	التعليق على مقياس الاتجاه نحو المرض .	-5.1
130	التحليل العام للحالة الأولى .	-6.1
132	عرض نتائج الحالة الثانية.	-2
132	تقديم الحالة الثانية .	-1.2
133	ملخص المقابلة مع الحالة الثانية .	-2.2
133	تحليل المقابلة مع الحالة الثانية .	-3.2
139	التعليق على مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة .	-4.2
139	التعليق على مقياس الاتجاه نحو المرض .	-5.2
141	التحليل العام للحالة الثانية .	-6.2
143	مناقشة عامة لحالات في ضوء فرضية الدراسة.	-3
143	حالة محسن .	-1.3
144	حالة عبد الحكيم .	-2.3
144	مناقشة عامة لحالات في ضوء الدراسات السابقة	4
145	مقترحات الدراسة	5
	خاتمة.	
	قائمة المراجع.	
	الملاحق.	

قائمة الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول
1	يوضح المعايير التشخيصية لتوهم المرض في DSM-IV-TR و ICD-10
2	يوضح أبعاد مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة
3	يوضح البدائل الخمسة لمقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية و درجاتها
4	يوضح قيمة اختبار "ت" لدلالة الفرق بين المجموعة العليا والمجموعة السفلى والخاص بصدق المقارنة الطرفية لمقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية
5	يوضح معامل ثبات مقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية بطريقة التجزئة النصفية.
6	يوضح أبعاد مقياس الاتجاه نحو المرض.
7	يوضح البدائل الخمسة لمقياس الاتجاه نحو المرض ودرجاتها.
8	يوضح قيم معاملات الارتباط لفقرات و أبعاد مقياس التوجه نحو المرض بالدرجة الكلية للمقياس.
9	يوضح قيم ( ت ) لدلالة الفرق بين متوسطات أفراد العينة على فقرات مقياس الاتجاه نحو المرض.
10	يوضح معاملات ألفا كرونباخ لمقياس الاتجاه نحو المرض.
11	يوضح دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة.
12	يوضح خصائص حالات الدراسة .
13	يوضح نتائج الحالة الاولى على مقياس الاتجاه نحو المرض .
14	يوضح نتائج الحالة الثانية على مقياس الاتجاه نحو المرض .

قائمة الأشكال:

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
43	يوضح النموذج المعرفي السلوكي لاضطراب توهم المرض و قلق الصحة .	1
45	يوضح العوامل المساعدة على استمرار و تزايد اضطراب توهم المرض .	2

قائمة الملحق:

عنوان الملحق	رقم الملحق
الصفحة	
النسخة الأصلية لمقياس الاتجاه نحو المرض.	1
النسخة المترجمة لمقياس الاتجاه نحو المرض.	2
قائمة الأساتذة المحكمين لمقياس الاتجاه نحو المرض.	3
مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة.	4
قائمة الأساتذة المحكمين لمقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة.	5
المقابلة التمهيدية .	6
مقابلة التاريخ الصحي .	7
مقابلة تصور المريض لحالته .	8
المقابلة كما وردت مع الحالة الأولى ( محسن )	9
إجابات الحالة الأولى على مقياس الاتجاه نحو المرض .	10
إجابات الحالة الأولى على مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة .	11
المقابلة كما وردت مع الحالة الثانية (عبد الحكيم )	12
إجابات الحالة الثانية على مقياس الاتجاه نحو المرض .	13
إجابات الحالة الثانية على مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة .	14

مقدمة



## مقدمة :

من أهم العوامل التي تجعل حياة الفرد صعبة ولا تطاق هو أن يعيش الفرد مع خوفه الدائم من أن يكون قد أصيب بمرض لا شفاء منه ، في حين هو في صحة جيدة أو أن وضعه الصحي لا يتطلب كل هذا الخوف ، فتجده يقضي الكثير من وقته في التركيز على أحاسيسه الجسمية، فأجسامنا تتكون من أجهزة لا تتوقف عن العمل فالتنفس لا يتوقف والحجاب الحاجز في صعود ونزول دائم بمعدل 16 مرة في الدقيقة كما ان القلب لا يتوقف عن النبض وينبض بمعدل 60-100 نبضة في الدقيقة ، و الإنسان الطبيعي لا يشعر بهذه الأحاسيس أما متوهم المرض فيركز على احاسيسه أكثر من اللازم فتجده يتحسس ضربات قلبه ويراقب عمليات الهضم والتنفس لديه ولا يكتفي بالمراقبة وإنما يضخم هذه الأحاسيس مما يزيد من هلعه فيعبر عنها في شكل شكاوى مرضية تدفعه للاستنتاج في سياق عملية تفسير ذاتي إمكانية تعرضه لمرض خطير فييدي اهتماما مبالغا فيه بصحته ، وتسيطر عليه مخاوف مرضية واعتقادات وهمية تدعم وجود المرض وتتمحور حول أعراضه المتخيلة فيستقر على مرض ما قد يكون الاقرب لشكواه أو بمرض قد سمع عنه من الأطباء أو شاهد مريضا يعاني منه ، فيستغرق في التفكير في هذا المرض، ويعقد المقارنات بين ما كان عليه في السابق وما هو عليه الآن ، وبينه وبين المحيطين به من جهة أخرى لعله يجد شيء يطمئنه ولكن دون جدوى ، ففشل الطمأنة الذاتية وتزايد حدة الأعراض يدفع به إلى زيارة الأطباء فتجده كثير التجوال بين العيادات على اختلاف تخصصاتها ، حتى إذا ما فشل الأطباء في طمأنته اتجه إلى القراء ، والسحر ولكن دون ما جدوى ، فيزداد اعتقاده رسوخا وقوة بأن لديه مرضا لا شفاء منه ، فتزداد معاناته وشقائه ، ويزداد معها شعوره بالنقص مما يعيق الاتصال الاجتماعي لديه و يؤدي به إلى الانعزال والانسحاب .

و تزداد أعداد متوهمي المرض في العيادات الطبية العامة ، و يستنفذون جزء كبير جدا من الرعاية الصحية و التحاليل التشخيصية و الموارد العلاجية ، و لكن للأسف لا يوجد إحصاءات دقيقة تبين مدى انتشار هذا الاضطراب على المستوى الوطني ، ومع ذلك هناك إحصاءات تم إجرائها في دول أخرى على غرار الولايات المتحدة الأمريكية حيث كشفت الدراسات التي أجريت في مؤسسات الرعاية الأولية أن ما بين 68 % إلى 92% من المترددين لا يعانون من أمراض خطيرة و إنما لديهم شكاوى وظيفية .

و تدفعنا هذه الحقائق إلى التساؤل ما الذي يجعل شخصا ما يفسر أحاسيسه على أنها مؤشرات لمرض خطير في حين هي مجرد أحاسيس جسدية عادية ؟

و يرى المعرفيون أن للإجابة على هذا السؤال علاقة بظاهرة معرفية أكثر عمقا فتفكير الفرد وكيفية إعماله لعقله ، وما يعتقده ، وكيفية تفسيره لأحاسيسه والمعلومات المتعلقة بالصحة التي ترد إليه تلعب دور أساسي في إحداث اضطراب توهم المرض ، فالمبالغة في إساءة تفسير الاحاسيس الجسدية و المعلومات ذات الصلة بالصحة و اعتبارها دليل على وجود مرض خطير و الاسرار على هذا الاعتقاد على الرغم من طمأنة الأطباء يعد سمة رئيسية لهذا الاضطراب .

فالمفاهيم التي يحملها الافراد حول الصحة والمرض تؤثر في كيفية استجابتهم للأعراض ، وهذا ما يطلق عليه التمثيلات المرضية أو المخططات التي تشير إلى المدركات المعرفية المنظمة عن المرض والتي يتم اكتسابها من وسائل الاعلام ومن الخبرة الشخصية ، ومن الأسرة و الأصدقاء الذين تعرضوا للإصابة بمرض ما وتتراوح المخططات الذهنية المتعلقة بالمرض بين الغموض التام وعدم الدقة إلى الشمولية والدقة التامة ، وتتبع أهميتها من حقيقة كونها عاملا مؤثرا في انفعالات الأفراد ، وردود أفعالهم إزاء أعراضهم .

وقد شهدت السنوات القليلة الماضية اهتماما متزايدا بالاضطرابات جسدية الشكل عموما و اضطراب توهم المرض على وجه الخصوص من قبل المعرفيين الذين تسابقوا لوضع نموذج معرفي متكامل لتفسير و علاج هذا النوع من الاضطرابات فكانت البداية الجادة مع salkoviskis و warwick سنة 1986 اللذين أجريا العديد من الدراسات أثبتوا من خلالها الدور الفعال الذي يلعبه سوء تفسير الأعراض الجسدية و النظر إليها كمؤشرات لمرض خطير في ظهور و تطور اضطراب توهم المرض ، بالإضافة إلى دراسات barsky و زملاءه سنة 1990 حول أهمية تضخيم الأحاسيس الجسدية و كذلك المفهوم الضيق للصحة اللذان اعتبروهما ميزتين أساسيتين لاضطراب توهم المرض .

و في هذا السياق من الطرح جاء البحث الحالي ليوجه الانتباه إلى ظاهرة معرفية أكثر عمقا و هي المعتقدات، فبداية من الطفولة المبكرة تتكون لدى الناس مجموعة من المعتقدات التي تدور حول مناعتهم و احتمالية اصابتهم بالأمراض وقدرتهم على مجابتهها ، وأن أكثر المعتقدات عمقا هي مفاهيم أساسية و راسخة و عميقة بحيث أن أغلب الأفراد غالبا لا يعبرون عنها في كلمات حتى لأنفسهم ، كما أن هذه المعتقدات

ينظر إليها من طرف الشخص كحقيقة مطلقة كما هي ، و عندما ينشط المعتقد فإن الفرد يرى الواقع بعدسات هذا الاعتقاد و يميل إلى التركيز على المعلومات التي تؤكد اعتقاده و متجاهلا أو ساقطا من حساباته كل المعلومات التي تثبت العكس و ينتج عن ذلك تشوه معرفي ينعكس في شكل إدراك مشوه للوضع الصحي ، و من هنا يبدو أن التركيز على هذه المعتقدات سيكون ذا فائدة فمن جهة سيعمق معرفتنا بالمخططات المعرفية حول الصحة و المرض الكامنة لدى الأفراد ، و من جهة أخرى سيتيح لنا متابعة الاثار الناتجة عن نشاط هذه المخططات لبيان أثرها في الاصابة بتوهم المرض ، و من أجل ذلك فقد اشتملت دراستنا الحالية على جانب نظري وآخر تطبيقي ، حيث يضم الجانب النظري ثلاث فصول بينما يضم الجانب التطبيقي فصلين أي بمجموع خمسة فصول

ويضم **الفصل الأول**: إشكالية الدراسة ، و فرضيتها و أهميتها و أهدافها و دوافع اختيار موضوع الدراسة ، و تحديد مفاهيم ومصطلحات الدراسة ، وكذا الدراسات السابقة و التعليق عليها .

أما **الفصل الثاني** : فتم تخصيصه للمعتقدات الصحية اللاعقلانية و الذي ينطوي على: نبذة تاريخية عن تطور مفهوم الأفكار الصحية اللاعقلانية ، تعريف الأفكار اللاعقلانية الصحية ، و المصطلحات المشابهة لها ثم تطرقنا لمميزاتها و مصادرها ، و أشدنا بالدور الفعال الذي لعبه النموذج المعرفي السلوكي في ارساء قواعد هذا المفهوم و توظيفه في فهم و تفسير اضطراب توهم المرض .

أما **الفصل الثالث** فأفردناه للحديث عن اضطراب توهم المرض حيث تضمن :

نبذة عن تطور مفهوم توهم المرض و مسألة الفصل في كونه اضطراب أساسي أم ثانوي ، كما ذكرنا الخصائص التشخيصية للاضطراب كما وردت في تصنيفات الاضطرابات النفسية و العقلية العالمية و بيان الانتقادات الموجهة لهذه التصنيفات . كما ذكرنا أهم المقاييس التي تم وضعها لقياس توهم المرض و كذا بيان الأسس

العصبية المفسرة لهذا الاضطراب بالإضافة إلى التفرقة بين اضطراب توهم المرض و الاضطرابات المشابهة ، كما تطرقنا و بشيء من التفصيل للعلاج الذي طوره النموذج المعرفي السلوكي لعلاج هذا الاضطراب .

أما فيما يخص **الفصل الرابع** و الذي هو أول فصول الجانب التطبيقي و الذي تم تخصيصه للحديث عن مجريات الدراسة الميدانية بقسميها الدراسة الاستطلاعية و الدراسة الأساسية .

أما الجزء المخصص لدراسة الاستطلاعية فقد تناولنا فيه أهدافها ، وإجراءاتها ، وحالات الدراسة و خصائصها ، و الأدوات المستخدمة في الدراسة و نتائجها .

بينما الجزء المخصص لدراسة الأساسية فقد تناولنا فيه المنهج المستخدم في الدراسة ، وعينتها ، وإجراءات تطبيقها، وخصائص العينة المطبقة عليها .

أما **الفصل الخامس** وهو ثاني الفصول التطبيقية فقد تم فيه عرض ومناقشة نتائج الدراسة ، من خلال عرض و تحليل حالات الدراسة كل على حدا ، ثم مناقشتها و تفسيرها على ضوء نتائج الدراسات السابقة و الاطار النظري الخاص بمتغيرات الدراسة ، لنصل في الأخير إلى بلورة استنتاج عام ، وتقديم مجموعة من المقترحات التي رأينا أنه يمكن الاستفادة منها ، وذلك بناء على النتائج المتوصل إليها .

# الجانب النظري

## 1- إشكالية الدراسة :

كان ولا يزال اضطراب توهم المرض محل نقاش و جدل ، هذا ما سيلاحظه جليا كل متتبع لمراحل التطور التاريخي التي مر بها هذا الاضطراب ، حيث انبثق على هذا النقاش مستويين من البحث ، مستوى أول من البحث يخص جمع الخصائص والمعايير التشخيصية لإبراز خصوصية اضطراب توهم المرض بين الاضطرابات الأخرى و مدى استقلاليتها عنها وخاصة اضطرابات المزاج، و مستوى ثاني من البحث يهدف إلى إزاحة الغموض عن هذا الاضطراب من خلال التعرف على الآليات المرضية التي تقف خلفه كتمهيد لبناء نماذج متكاملة لتفسيره ، ودراستنا الحالية تقع في هذا المستوى .

و انبثق على هذا المستوى من البحث العديد من النماذج المعرفية المفسرة لتوهم المرض و التي تركز على آليات مرضية مختلفة ، ومعظم هذه النماذج أشار إلى وجود مجموعة من المعتقدات التي تؤثر بشكل أو بآخر في إدراك الفرد و تدفع به إلى توهم المرض إلا أن هذه النماذج لم تولي أهمية بالغة لهذه المعتقدات و رأت أن لها دورا ثانويا في الإصابة بتوهم المرض في حين أن لهذه المعتقدات دورا جوهريا ، و هذا ما سنحاول إثباته من خلال هذه الدراسة ، فالأفراد الذين يعانون من توهم المرض نجدهم يحملون معتقدات لاعقلانية على الأمراض ، خصوصا المعتقدات التي تدور حول إمكانية الإصابة بمرض خطير ، فالإيمان المطلق بشيوع الأمراض الخطيرة و إمكانية الإصابة بها يتحول إلى عامل خطر يبعث عن توهم المرض ، و بالتالي فالأفراد الذين يعتقدون أن الأمراض عامة وشائعة يكونون أكثر عرضة لإساءة تفسير أي اختلال جسدي و يكون كمصدر للقلق وتعتبر دراسة الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة من المجالات التي أهملها الباحثين والدارسين ، على الرغم من أنها تعتبر نقطة مهمة في سبيل الرقي بالجانب الصحي للأفراد ، الذي أصبح مصب اهتمام العام والخاص في جميع الميادين ، فمن الملاحظ أن سلوكيات الأفراد ، وتصوراتهم لحالتهم الصحية وإدراكهم للمرض تختلف باختلاف معتقدات الأفراد حول صحتهم ،و هذا ما ينتج

عليه إدراك مشوه لقوة الجسم ومناعته وتصورات خاطئة مبالغ فيها عن حدة وخطورة الأمراض وتطورها نحو الأسوء ، مما ينجم عن ذلك مضاعفات أخرى قد تكون أكثر ضررا . و جاءت هذه الدراسة كخطوة أولى في سبيل إلقاء الضوء على هذا النوع من المعتقدات ، والكشف عن الدور الفعال الذي تلعبه في ظهور اضطراب توهم المرض لدى الأفراد .

ومن ثم فإنه يمكن صياغة المشكلة في التساؤل التالي :

- هل تأثر الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة في الإصابة باضطراب توهم المرض ؟

2- أهمية اختيار موضوع الدراسة :

للدراسة أهميتان أهمية نظرية وأخرى تطبيقية :

1.2- الأهمية النظرية :

يكتسب هذا البحث أهميته من ندرة الدراسات والأبحاث العلمية المتخصصة التي تناولت هذا الموضوع في البيئة الجزائرية ، حيث تعذر على الباحث العثور على دراسة تناولت الأفكار الصحية اللاعقلانية وأثرها في ظهور أحد الاضطرابات النفسية المشخصة طبيا و على رأسها اضطراب توهم المرض سواء في البيئة الجزائرية أو على مستوى الوطن العربي على حد علم الباحث.

كما تكمن أهمية هذه الدراسة في الإشادة بالنموذج المعرفي لتفسير اضطراب توهم المرض و توضيح إسهاماته العلمية في تأويل عناصر هذا الاضطراب و تمييز العلاقة المعقدة بين مكوناته و تحديد إطار نظري يحمل في طياته تصورا دقيقا لهذا الاضطراب يمكن أن يلهم الباحثين و المعالجين على حد سواء .

كما تتبع أهمية هذه الدراسة في تناولها لموضوع اضطراب توهم المرض بشكل واضح وبتفاصيل معمقة و ذلك أمام الغموض الكبير و نقص الدقة اللذان يعالج بهما هذا الموضوع عادة .

وتكمن أهمية الدراسة الحالية في تركيزها على الجانب المعرفي كمكون أساسي في الشخصية ، حيث تلقي الضوء على الدور الفعال الذي تلعبه الأفكار الصحية اللاعقلانية كعامل مهم لوقوع الفرد في اضطراب توهم المرض .

كما تتبع أهميتها من اهتمامها بشريحة مهمة هم أولئك الذين يعانون من اضطراب توهم المرض وذلك بالوقوف على الأفكار الصحية اللاعقلانية لديهم تمهيدا لاتخاذ التدابير اللازمة للحد من هذه الأفكار في المستقبل .

تمدنا هذه الدراسة بإطار نظري حول متغيرات الدراسة وبالتالي تصبح بمثابة إضافة علمية ومعرفية في ميدان البحوث العلمية وفي جانب من الدراسات النفسية مما قد يدعم القاعدة النظرية التي تتعلق باضطراب توهم المرض و الأفكار الصحية اللاعقلانية

يمكن أن تكون هذه الدراسة بمثابة نواة لدراسات مستقبلية حول الاضطرابات جسدية الشكل عموما و اضطراب توهم المرض على وجه الخصوص والأفكار اللاعقلانية الصحية وتعتبر بمثابة بداية لدراسات أخرى مما قد يفتح آفاقا للاستعانة بها كدراسة سابقة في دراسات أكاديمية أخرى .

## 2.2- الأهمية التطبيقية :

كما تسهم نتائج الدراسة الحالية في التعرف على الأفكار الصحية اللاعقلانية المؤدية إلى ظهور و استمرار توهم المرض ، مما يتيح الفرصة للعاملين في الميدان لتصميم البرامج الإرشادية المناسبة ، وإتاحة الفرصة لهم من أجل تحقيق فهم أعمق لكيفية التعامل مع المصابين بمثل هذا الاضطراب .



- بناء أداة موضوعية لقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية تتحقق فيها الخصائص  
السيكومترية من صدق وثبات ، تناسب المجتمع الجزائري وتفيد الباحثين  
مستقبلا .

- بناء مقابلة نصف موجهة تساعد الممارسين العياديين على التشخيص الأمثل  
لتوهم المرض .

### 3- دواعي اختيار موضوع الدراسة :

قناعة ذاتية لدى الباحث بضرورة تركيز البحوث والدراسات في علم النفس المرضي  
على الجانب المعرفي في الشخصية ، بغرض الوقوف على تلك العوامل المعرفية  
الكامنة خلف الاضطرابات النفسية وذلك من أجل الرقي بالصحة النفسية للأفراد.

رغبة الباحث في كشف الغموض عن اضطراب توهم المرض .

السعي للمساهمة في بناء قاعدة نظرية تكون بمثابة منصة انطلاق لدراسات أخرى  
معمقة وتكون كسند للأخصائيين النفسيين العاملين في هذا المجال ، حتى يكونوا  
على دراية بالأفكار الصحية اللاعقلانية التي تشيع لدى المصابين باضطراب توهم  
المرض وتزيد من حدة معاناتهم واستمرارها .

### 4- أهداف الدراسة :

ترمي الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية :

- معرفة الأفكار الصحية اللاعقلانية التي تستحوذ على فكر المصاب باضطراب توهم  
المرض.

- بيان أثر الأفكار الصحية اللاعقلانية في ظهور اضطراب توهم المرض .

**5- الدراسات السابقة :****1.5 - عرض الدراسات السابقة :**

سيتم عرض ما توصل إليه الباحث من دراسات تتعلق بمتغيري الدراسة :

**1.1.5- دراسة David k. marcus ( 2008 )**

عنوان الدراسة : العلاقة بين الاجترار و التوقع السلبي و قلق الصحة ، وهدفت الدراسة إلى التحقق من فرضية أن الافراد الذين يعانون من قلق الصحة يسيطر لديهم الاجترار كأسلوب معرفي و التوقع السلبي لنتائج التحاليل و الفحوصات الطبية .

و تم إجراء الدراسة على عينة تألفت من 198 فرد ، و استخدم الباحث للتحقق من هذه الفرضية مقياس قلق الصحة و مقياس الاجترار و مقياس التوقع السلبي .

و توصلت الدراسة إلى وجود علاقة قوية بين التوقع السلبي و قلق الصحة ، كما أن الأفراد الذين لديهم مستوى عالي من قلق الصحة يسيطر لديهم الاجترار كأسلوب معرفي .

**2.1.5- دراسة Rebecca anderson ( 2015 )**

و ترى هذه الدراسة ان قلق الصحة لا يمكن حصره فقط في القلق حول الصحة الجسدية وإنما يتعداه إلى القلق حول الصحة العقلية ، ففي حين شهد القلق حول الصحة الجسدية اهتماما كبيرا ، لم تجرى إلا القليل من الدراسات حول القلق المتعلق بالصحة النفسية ، و أمام ندرة هذا النوع من الدراسات هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن القلق حول الصحة النفسية و استخدم الباحثان لتحقيق اهداف الدراسة مجموعة من المقاييس

مقياس القلق حول الصحة العقلية ( MHAI ) .

النسخة المعدلة لمقياس قلق الصحة المختصر ( SHAI ) .

مقياس القلق كحالة .

مقياس القلق كسمة .

و تمثلت عينة الدراسة في 104 راشد متطوع من عامة الناس ، و أظهرت النتائج قدرة مقياس القلق حول الصحة العقلية في قياس القلق حول الصحة العقلية ، كما أظهرت النتائج ايضا أن 9% من المشاركين يعانون من مستويات عالية من القلق حول الصحة العقلية و التي تتطلب العلاج .

### 3.1.5 – دراسة Florian Weck (2012) :

عنوان الدراسة المعتقدات اللاعقلانية حول الاعراض و المرض لدى المرضى الذين يعانون من توهم المرض ، و انطلقت هذه الدراسة من النتائج التي حققتها البحوث التجريبية الداعمة للنموذج المعرفي السلوكي الذي يؤكد على أهمية المعتقدات اللاعقلانية حول الأعراض الجسدية و المرض في كل من قلق الصحة و توهم المرض

وهدفت هذه الدراسة إلى بيان ما إذا كانت المعتقدات اللاعقلانية حول الأعراض الجسدية و المرض مرتفعة لدى مرضى توهم المرض مقارنة مع مرضى القلق و الأصحاء .

و أجريت الدراسة على عينة من متوهمي المرض قدرت بـ (38 فرد) و عينة من مرضى القلق قدرت بـ (40 فرد) ، و الأصحاء (42 فرد) .

و استخدم الباحث مقياس الاعراض و النتائج SYMPTOM AND OUTCOMES SCALE الذي يرمز له بالرمز ( SOS ) و يقيس هذا المقياس مدى اعتبار المشاركين لأعراضهم المختلفة كمؤشر لمرض خطير ، بالإضافة إلى قائمة الأعراض المختصرة ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس بيك للقلق .

و أسفرت النتائج على أن مرضى توهم المرض مقارنة بمرضى القلق و الاصحاء يعتبرون الاعراض الجسدية على أنها مؤشر لمرض كارثي .

كما احتل مرضى القلق موقفا وسطا بين المرضى الذين يعانون من توهم المرض و الاصحاء .

كما خلصت الدراسة إلى أن الافكار اللاعقلانية حول الاعراض الجسدية و الأمراض خاصة بالمرضى الذين يعانون من توهم المرض و هو ما يتوافق مع النموذج المعرفي السلوكي .

#### 4.1.5 – دراسة Florian Weck (2014) :

عنوان الدراسة تجارب المرض السابقة و تجارب الطفولة المؤلمة كعوامل خطر هامة لتوهم المرض ، وسعى الباحث في هذه الدراسة إلى بيان ما إذا كانت تجارب المرض السابقة و صدمات الطفولة هي حقا عوامل خطر باعثة على توهم المرض ، و لتحقيق أهداف الدراسة اتبع الباحث خطوات المنهج الوصفي المقارن حيث قارن الباحث بين 80 مريض يعاني من توهم المرض و 80 مريض يعاني من اضطراب القلق و 83

من الأصحاء ، و استخدم الباحث استبيانين الأول خاص بالصدمة في فترة الطفولة و آخر خاص بتجارب المرض ، و خلصت الدراسة إلى أنه :

يوجد عدد كبير من الأمراض الخطيرة لدى مرضى توهم المرض و أفراد عائلاتهم مقارنة بالأصحاء .

لا يوجد اختلاف بين متوهمي المرض و مرضى القلق في عدد الأمراض الخطيرة لدى المرضى و أسرهم .

مستوى التجارب الصادمة في الطفولة يرتفع لدى مرضى توهم المرض مقارنة بالأصحاء .

لا يوجد اختلاف في مستوى التجارب الصادمة بين متوهمي المرض و مرضى القلق .

### 5.1.5- دراسة JESSICA J .FULTON ( 2011 ) :

عنوان الدراسة المعتقدات الصحية اللاعقلانية و قلق الصحة ، وسعت الباحثة إلى بيان مدى قدرة مقياس المعتقدات الصحية اللاعقلانية ( IHBS ) لقياس ميل الأفراد لتقييم المعلومات المتعلقة بالصحة بطريقة لاعقلانية .

و قد طبقت الدراسة على عينة من ( 198 طالب ) ، أجابوا على مقياس المعتقدات

الصحية اللاعقلانية ( IHBS من اعداد Christensen et al., 1999 ) ، واستبيان

أعراض المزاج والقلق ( MASQ ) من إعداد كل من Watson & Clark, 1991

لقياس القلق ، ومقياس التوجه نحو المرض ( AIS من إعداد Kellner 1987 )

لقياس قلق الصحة .

و اثبتت الدراسة وجود علاقة ارتباطيه قوية بين المعتقدات الصحية اللاعقلانية و قلق الصحة ، في حين وجود علاقة ارتباطيه متوسطة بين المعتقدات الصحية اللاعقلانية و القلق.

### 6.1.5- دراسة Wolfgang Hiller (2003) :

أمام التشابه الكبير بين اضطراب الهلع و اضطراب توهم المرض في العديد من الخصائص التشخيصية سعى الباحث من خلال هذه الدراسة إلى الوقوف على اهم الخصائص التشخيصية التي تتشابه و تميز بين اضطراب الهلع و توهم المرض ، فقارن بين 46 مريض شخصوا على أنهم يعانون من اضطراب الهلع و 45 مريض شخصوا على أنهم يعانون من اضطراب توهم المرض و 21 مريض شخصوا على أنهم يعانون من الاضطرابيين معا . و استخدم الباحث مؤشر وايتلي ( Whiteley Index) ومقياس التوجه نحو المرض (the Illness Attitude Scales) .

و أثبتت الدراسة أن النتائج التي حققها مرضى اضطراب الهلع أقل من النتائج التي حققها مرضى توهم المرض على كل من مؤشر وايتلي و مقياس التوجه نحو المرض كما أن المرضى الذين يعانون من توهم المرض بالإضافة إلى اضطراب الذعر تتميز لديهم مستويات أعلى من القلق و المزيد من الأعراض الجسدية الغامضة و الزيادة في طلب الرعاية الصحية ، و بالتالي استطاعت الدراسة التمييز بين مجموعات المرضى على أساس الميل لتوهم المرض و طلب الفحوصات والعلاجات الطبية غير الضرورية و بالتالي يمكن التمييز بين توهم المرض و اضطراب الهلع .

## 7.1.5 – دراسة Florian Weck (2003) :

عنوان الدراسة المفهوم الضيق للصحة لدى مرضى توهم المرض ، إذ يرى الباحث أنه على الرغم من أن المفهوم الضيق للصحة و إساءة تفسير الأعراض الجسدية و اعتبارها إشارات لمرض خطير التي تم ذكرها في DSM وتم اثباتها في النموذج المعرفي السلوكي كخصائص رئيسية لاضطراب توهم المرض ، ولكن ومع ذلك لم يثبت وبشكل قاطع ما إذا كانت خاصة باضطراب توهم المرض ، وجاءت هذه الدراسة لبيان هذه الخصوصية من خلال استعمال بطاقات العرض المعدلة للتحقق من مدى اعتبار المرضى لشكواهم الجسدية بأنها متوافقة مع الصحة الجيدة .

و أثبتت الدراسة أن مرضى توهم المرض و الذين كان عددهم 45 مريض قد أظهروا مفهوم ضيق جدا لصحة الجيدة مقارنة بمرضى القلق و الأصحاء.

## 5.2 - التعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال إطلاع الباحث على الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير الأفكار اللاعقلانية الصحية و اضطراب توهم المرض التي لاحظنا انها قليلة على المستوى العربي ومنعدمة تماما على المستوى العربي ، هذا ما يؤكد أهمية إجراء الدراسة الحالية ، ومن خلال الدراسات المتوفرة لدى الباحث يمكن أن نخلص إلى :

\* من حيث أهداف الدراسة : تشترك الدراسة الحالية من ناحية الأهداف مع كل الدراسات السابقة ، إذ تهدف إلى كشف الغموض عن اضطراب توهم المرض حيث هدفت إلى تحديد الأفكار الصحية اللاعقلانية لدى متوهمي المرض وتختلف الدراسة الحالية عن غيرها من الدراسات في محاولتها جمع مجموعة من الأفكار بدل التركيز على فكرة واحدة كما هو الحال في عديد من الدراسات السابقة مثل دراسة **marcus**

( 2008 ) الذي ركز على فكرة الاجترار و التوقع السلبي و دراسة **Florian Weck** ( 2003 ) الذي ركز على فكرة المفهوم الضيق للصحة الجيدة لدى متوهمي المرض .

و نجد دراسات أخرى هدفت إلى بيان أن قلق الصحة لا ينحصر فقط في القلق حول الصحة الجسدية و إنما يتعداه إلى القلق حول الصحة النفسية كدراسة **Rebecca et anderson** ( 2015 ) و هناك من الدراسات من سعى إلى بيان مدى قدرة مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة لقياس مستوى هذه الأفكار لدى متوهم المرض كدراسة **JESSICA J .FULTON** ( 2011 ) و دراسة **FLORIAN WECK** ( 2012 ) ، إلا إن الأفكار التي تناولتها هتين الدراستين مغايرة تماما للأفكار الصحية اللاعقلانية التي تناولتها الدراسة الحالية حيث تتمثل هذه الأفكار في جملة المعتقدات التي تجعل الفرد لا يأبه بصحته و لا يعير أي اهتمام للتعاليم الطبية مما يؤثر على حالته الصحية في حين الدراسة الحالية تناولت تلك الأفكار التي تؤدي بالفرد إلى تهويل وضعه الصحي و هناك من الدارسين من خاض في مشكلة التشخيص و حاول الوقوف على أوجه التشابه و الاختلاف بين اضطراب الهلع و اضطراب توهم المرض كدراسة **Wolfgang Hiller** ( 2003 ) .

\* **من حيث المنهج** : أغلب الدراسات استخدمت المنهج الوصفي المقارن على خلاف الدراسة الحالية التي انتهجت المنهج العيادي و ذلك للتعلم أكثر و بيان أثر الأفكار اللاعقلانية الصحية في ظهور اضطراب توهم المرض .

\* **من حيث عينة الدراسة** : أغلب الدراسات التي تحصل عليها الباحث تم إجرائها على عينة من المترددين على العيادات الطبية و تم تشخيصهم على أنهم يعانون فعلا



من توهم المرض كما هو الحال في دراسة **WECK (2012)** و دراسة **WECK**

**(2014)** و دراسة **Wolfgang Hiller (2003)** و دراسة **Florian Weck**

**(2003)** ، وهذا ما يتوافق مع الدراسة الحالية و لكن يختلف عليها من حيث العدد

حيث تناولت هذه الدراسة عينة صغيرة تتماشى و متطلبات المنهج العيادي .

\* من حيث أدوات الدراسة : لقد اعتمد الباحث على مقياس التوجه نحو المرض من

إعداد كيلنر 1986 ، و هو مصمم خصيصا لتشخيص اضطراب توهم المرض

وتمييزه عن بقية الاضطرابات الأخرى المشابهة و استخدم في الدراسة الحالية للتأكد

أكثر من أن حالات الدراسة يعانون فعلا من توهم المرض ، و تشترك الدراسة الحالية

مع دراسات أخرى في استخدام هذا المقياس كدراسة **JESSICA J .FULTON**

**(2011)** ، و دراسة **Wolfgang Hiller (2003)** ، و تتميز الدراسة الحالية

عن بقية الدراسات باستخدام مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة الذي تم

اعداده من طرف الباحث و كذا المقابلة النصف موجهة التي تتماشى وخصوصية

المنهج العيادي .

\* من حيث متغيرات الدراسة : ركزت الدراسات السابقة التي تناولت الأفكار

اللاعقلانية الصحية على واحدة من هذه الأفكار و السعي لبيان مدى خصوصيتها لدى

متوهم المرض على خلاف الدراسة الحالية التي حاولت جمع عدد من هذه الأفكار و

العمل على بيان أثرها في ظهور توهم المرض.

## 6- مصطلحات الدراسة :

● الأفكار الصحية اللاعقلانية : معتقدات ومفاهيم وألفاظ ذاتية يعتنقها ويتبناها

الفرد عن صحته و هي بمثابة أفكار خاطئة بعيدة عن المنطق ، تتصف بعدم

الموضوعية و عدم الواقعية كما أنها تخلو من التجريب ، وبذلك فهي خلل يصيب تفكير الفرد بحيث يخرج عن تفكير الشخص العادي والسليم المؤلف ويتأثر بالأهواء الشخصية ، تؤدي هذه الأفكار إلى سلوكيات وانفعالات غير صحية هازمة للذات ، و أحكام مغلوطة حول الصحة والمرض تعيق الفرد على التكيف السوي ، كما تؤدي إلى نشوء اضطرابات وجدانية وسلوكية ونفسية وأعراض جسمية لدى الفرد.

- **اضطراب توهم المرض** : هو الانشغال الزائد بالمرض و انشغال الشخص بصحته بشكل مفرط و تفسيراته غير الواقعية لأعراضه الجسدية مما يؤدي إلى الخوف أو الاعتقاد أن لديه مرضا خطيرا ، رغم أن الفحص الجسدي الدقيق يؤكد عدم وجود المرض ، وهذا الاعتقاد أو الخوف غير المنطقي يظل ثابتا رغم التأكيدات الطبية بعدم وجود مرض لديه.

#### 7- فرضية الدراسة :

تؤثر الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة في الإصابة باضطراب توهم المرض .

# الفصل الثاني:

## الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة

### تمهيد

1 - تطور مفهوم الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة

2 - تعريف الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة

3 - المصطلحات المشابهة

4 - سمات الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة

5- أعراض الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة

6- مصادر الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة

7- المقاربة المعرفية السلوكية

### خلاصة

## تمهيد :

عادة ما يعتبر قدرٌ من القلق والتوجس بشأن الحالة الصحية أمراً طبيعياً ومقبولاً عند الشعور بعرض جسدي ما أو التعرض لما قد يؤثر على السلامة الصحية بشكل عام، إلا أن هذا التوجس عند بعض الأشخاص يتجاوز الحدود المعقولة منطقياً ، مما يسبب المعاناة ليس لهذا الشخص فقط وإنما أيضاً لأفراد أسرته وربما لمن يلجأ لهم من الأطباء ، ويرى المعرفيون بأن القلق حول الصحة يصبح مشكلة مرضية عند بعض الذين يتبنون مخططات معرفية مرتبطة بالصحة حيث تؤدي هذه المخططات إلى تزايد القلق حول الصحة و المبالغة فيه بشكل عام ، و الإفراط في احتمالية وجود مشكلة طبية فعلية خطيرة رغم النتائج السلبية للفحوص و الطمأننة من الطبيب، وكذلك ما ينجر عنه من سلوكيات ضارة مثل التدقيق المفرط ، وطلب الطمأننة المستمر (من الأطباء، العائلة أو الأصدقاء) وذلك بسبب عدم كفاية أو فشل الطمأننة ودوام القلق بشأن المرض ، أو ربما يؤدي إلى التحاشي أو فرط التحاشي ( للفحوص ، و الأطباء ، والمعلومات المتعلقة بالصحة).... إلخ، الأمر الذي يؤثر على الأداء الحياتي للشخص و يسبب له ولأسرته غالباً ضيقاً معنوياً.

و الجدير بالذكر أن النماذج المعرفية و على اختلاف توجهاتها قد أشارت إلى الأفكار الصحية اللاعقلانية في فهم وتفسير توهم المرض وقلق الصحة ضمناً ، إلا أنها لم تولي لها اهتماماً بالغاً ، وهذا ما سنلاحظه في هذا الفصل الذي سوف نتطرق فيه إلى شرح هذا المفهوم ( الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة ) وذلك بتتبع تطورها التاريخي و كذا اعطاء تعريف دقيق لها وتمييزها عن بقية المصطلحات المشابهة و الاشارة بالدور الفعال الذي لعبته النظرية المعرفية السلوكية في بلورة هذا المفهوم ، مع ذكر بعض المصادر التي تساهم في تبني الفرد لمثل هذه المعتقدات و الأعراض الناتجة عنها .

## 1- تطور مفهوم الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة :

إن القول بأثر المعتقدات اللاعقلانية التي يتبناها الفرد فيما يبدیه من سلوكيات ليس وليد الساعة وإنما مرده إلى الجهود الإبداعية لكل من أرون بيك و ألبرت إلیس اللذین كان لهما الفضل في إرساء قواعد هذا المفهوم ، حتى وإن كان كل واحد منهما يعمل بشكل مستقل عن الآخر ، فقد تدرب بيك على التحليل النفسي الفرويدي ، وشعر بعدم الرضا عن قلة الدعم التجريبي لأفكار فرويد فقد وجد من خلال عمله مع مرضى الاكتئاب ، أن الأفراد المكتئبين قد أعلنوا عن مدى واسع من الافكار السالبة والتي تظهر لديهم بشكل عفوي ، أطلق بيك على هذه الأفكار ، الأفكار الآلية AUTOMATIC THOUGHTS هذه الافكار تقوم على معتقدات رئيسية عامة يطلق عليها المخططات SCHEMAS التي تشكل لدى الفرد عن نفسه وعن عالمه وعن مستقبله و هذه المخططات تحدد الطريقة التي قد يفسر بها الفرد موقفا معينا ، من خلال هذا التفسير تظهر أفكار آلية معينة هذه الاخيرة التي تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف للموقف أو الحدث ، ويؤدي إلى استجابة وجدانية ، وفي ضوء هذا النموذج العام طور بيك طريقة علاجية لمساعدة المرضى على تقييم وتحديد هذه الأفكار و المعتقدات لتشجيعهم ( أي المرضى ) على التفكير بشكل أكثر واقعية ، والسلوك بشكل أكثر فعالية ، والشعور الأفضل نسبيا .

أيضا تدرب إلیس على التحليل النفسي الفرويدي مثله مثل بيك ولكنه تأثر كثيرا بالفريديين المحدثين أمثال كارين هورني وأدلر ، ويؤكد المدخل العلاجي لإلیس على العمليات المعرفية ، كما أن هذا المدخل يعد شكل فعال وموجه من أشكال العلاج النفسي ، يتمثل دور المعالج النفسي في مساعدة المرضى على إدراك أن معتقداتهم الخاصة التي تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية ، بل تبقى عليها ، وتسببها ، فهذا المدخل يساعد المرضى على إدراك لا عقلانية تفكيرهم ، ويساعدهم على التغيير الفعال للمعتقدات والسلوكيات التي تهزم الذات والتي أطلق عليها إلیس الأفكار اللاعقلانية ، ويفضل بيك مصطلح اللاتكيفي MALADAPTIVE أو المختل وظيفيا

DYSFUNCTIONAL بدلا من اللاعقلاني IRRATIONAL لوصف طبيعة

الافتراضات التي يتبناها الفرد عن الأحداث والمواقف و هي آلية لأنها أفكار تخرج بدون تأمل أو مبرر سابق ، فالفكرة يمكن أن تحدث وبشكل سريع وآلي حتى أن الفرد يتصرف بشكل آلي للحدث بدون تأمل ناقد ، وهذا هو السبب الذي جعل بيك يطلق عليه التفكير الآلي ، ويشير إليس إلى هذه الأفكار على أنها مقولات ذاتية SELF-

STATEMENT لأنها أفكار يرددها الشخص في داخله ، هذه المقولات الذاتية تفسر

الاحداث في العالم الخارجي ، وتستثير الاستجابات الوجدانية والسلوكية لهذه الاحداث

على الرغم من الفروق في المصطلحات التي استخدمها كل من بيك وإليس ، إلا أن كلا منهما طور بشكل مستقل مدخلا نظريا متشابهها نوعا ما ، مفاده أن المعارف المشوهة والأفكار اللاعقلانية هي أساس المشكلات النفسية .

لقد تكلم كل من بيك و إليس عن الافكار التي يمكن أن يتبناها الفرد وتؤدي به إلى سوء التكيف وهي أفكار يمكن أن تتعلق بالفرد ذاته أو عن ماضيه أو مستقبله أو مرتبطة بتعامله مع الآخرين و مكائته بينهم إلا أنهما أغفلا أفكارا لاعقلانية يمكن أن يتبناها الفرد حول كفاءته الجسدية و احاءات حول تطور أعراضه إلى أمراض أكثر خطورة و التي يمكن أن تؤثر على إدراكه وحكمه على حدة وشدة ما يمكن أن يصيبه من أمراض .

هذا ما انتبه إليه SALKOVSKIS و WARWICK ( 1986 ) أثناء دراستهما

لكل من توهم المرض و قلق الصحة ، حيث نجحا في وضع نموذج معرفي سلوكي لتفسير هذا النوع من الاضطرابات ، وأشاروا إلى وجود معتقدات مختلفة تلعب دور أساسي في ظهور واستمرار توهم المرض وقلق الصحة مثلا :

● الاعتقاد بانتشار الأمراض أكثر مما هو في الواقع ( ) & MARCUS  
(CHURCH 2003)

● اعتبار الأعراض الغامضة كدليل حتمي لنتائج كارثية ( ) & HAENEN  
(DEJOUG &SCHMIDT 2000)

● الاعتقاد بأنه إذا لم تشخص الأمراض وتعالج على الفور ستكون النتائج كارثية  
● أن تتمتع بصحة جيدة يعني أنه من الضروري أن تكون خالي من الأعراض  
( BARSKY & COEYTAUX & CLEARY 1993 )

● هذه المعتقدات يمكن أن تزيد من قلق الصحة لدى الأفراد وخطر توهم المرض لديهم .

ثم توالت العديد من الدراسات والبحوث التي تناولت موضوع المعتقدات الصحية اللاعقلانية مثل دراسة barsky ( 1992 ) الذي اقترح نموذجاً مماثلاً لنموذج salkoviskis و warwick لتفسير توهم المرض ، لكنه يركز أكثر على فرضية أن الأفراد الذين يعانون من توهم المرض هم أكثر حساسية لتغيرات و الأحاسيس الجسدية وأن هذا "التضخيم الحسي الجسدي " يعمل كعامل خطر مهم باعث لتوهم المرض.

وفي الآونة الأخيرة قام كل من taylor و Asmundson (2004) بإدماج العديد من العوامل المعرفية (بما في ذلك المعتقدات الصحية اللاعقلانية والذاكرة الانتقائية ، وعوامل الانتباه ، والتضخيم الحسي) في نموذج واحد متكامل لتفسير توهم المرض و قلق الصحة.

## 2- تعريف الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة :

قبل إعطاء مفهوم للأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة كان لا بد من تعريف الافكار اللاعقلانية عموما :

يعرفها أليس Ellis بأنها : مجموعة من الأفكار الخاطئة وغير المنطقية والتي تتصف بعدم الموضوعية والمبنية على توقعات وتنبؤات وتعميمات خاطئة ومن خصائصها أنها تعتمد على الظن والمبالغة والتهويل بدرجة لا تتفق مع الإمكانيات العقلية للفرد . ( الزهراني، 2010 ، ص34 )

الأفكار اللاعقلانية هي : أفكار قائمة على الاستنتاجات والتقييمات غير المنطقية التي تضي تفسيرات غير واقعية مخادعة على المواقف والأحداث التي يواجهها الفرد في حياته، ويستخدم فيها تعبيرات لغوية تؤدي إلى انهزام الذات وسوء التوافق كاستخدام الينبغيات المطلقة مع كورثة المواقف ( مزنوق، 1999 ، ص7)

كما يعرفها عكاشة أحمد : هي مجموعة من الافكار الخاطئة التي يتبناها الفرد والتي تمتاز بالثبات والديمومة النسبيين ، هذا فضلا عن أنها تقترن بذاتية الفرد وهي غالبا ما تكون ناتجة عن أسباب التفكير الخاطئة ، وتعتبر هذه الأفكار اللاعقلانية إحدى المصادر المسؤولة عن الاضطرابات النفسية ( عكاشة أحمد ، 1992، ص 78 )

يعرف الباحث الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة بأنها :

معتقدات ومفاهيم وألفاظ ذاتية يعتنقها ويتبناها الفرد عن صحته وهي بمثابة أفكار خاطئة بعيدة عن المنطق، تتصف بعدم الموضوعية وعدم الواقعية كما أنها تخلو من التجريب، وبذلك فهي خلل يصيب تفكير الفرد بحيث يخرج عن تفكير الشخص العادي والسليم المؤلف ويتأثر بالأهواء الشخصية، تؤدي هذه الأفكار إلى سلوكيات وانفعالات غير صحية هازمة للذات، و أحكام مغلوطة حول الصحة



والمرض تعيق الفرد على التكيف السوي، كما تؤدي إلى نشوء اضطرابات وجدانية وسلوكية ونفسية وأعراض جسمية لدى الفرد.

إذا فالأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة هي سياق من الأفكار المرتبطة بالصحة التي ترد إلى ذهن الفرد نتيجة التفاعلات بين المعلومات الصحية الواردة للفرد و الأبنية المعرفية بمعنى الأفكار التي تتوسط المواقف الصحية الخارجية و استجابة الفرد الانفعالية فهي جزء من نمط التفكير المتكرر لدى الفرد حول وضعه الصحي الراهن و المآل الذي سيؤول إليه ، و يحدث هذا النمط من التفكير بشكل سريع ودائم .

### 3 - المصطلحات المشابهة :

**المعتقدات الصحية :** هي كل المعتقدات و التوقعات و الاندفاعات و الإدراكات التي يتبناها الفرد و تساعده في الحفاظ على صحته و تحسينها. (Becker, M 1974)

**المعتقدات الصحية التعويضية :** هي المعتقدات التي يتبناها الفرد بعد شعوره بوجود مشكلة صحية ناتجة عن قيامه بسلوك غير صحي ، و تؤدي هذه المعتقدات إلى تغيير سلوكه و القيام ببعض السلوكيات و الفعاليات كتعويض عن السلوك غير الصحي ، و ذلك لرفع قدرته الذاتية في التغلب على هذه المشكلة الصحية. ( سناء عيسى الداغستاني ، 2010 )

**المعتقدات الصحية المختلة :** التي جاء بها (Christensen 1999) و التي تدور حول عدم الاهتمام بالصحة و عدم الإلزام بالتعاليم الطبية .

#### 4- سمات الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة :

من أهم السمات التي تتسم بها الأفكار غير العقلانية المرتبطة بالصحة نجد :

##### 4. 1 - أخطاء التفسير أو العزو:

حيث يميل الفرد إلى أن يفسر أحاسيس بسيطة ناتجة عن السير العادي لوظائفه الفسيولوجية على أنها أعراض لمرض خطير قد أصابه وهذا يؤثر على إدراكه و انفعاله ، و سلوكه ، ويؤدي إلى القلق المستمر حول صحته .

##### 4. 2 - عدم التجريب:

إن الأفكار اللاعقلانية في الغالب لا تكون مستمدة من خلال الخبرة أو التجربة الشخصية للفرد ، فهناك من الأفراد من يجزم أن لديه مرض ما بمجرد رأيته على التلفاز أو السماع عليه من أحد المرضى دون أن يعايش تجربة المرض فعليا ويرى أليس أنه ينبغي على الفرد أن يستمد أفكاره من تجاربه الدقيقة ورؤيته المنطقية، وأن الأفكار التي لا تستند إلى خبرة منطقية تسبب السلوك المضطرب للفرد، إذا فالتجريب يتمثل في خروج الفرد باستنتاجات اعتمادا على أدلة غير كافية وغير مجربة، كأن يدرك الفرد أن الموقف ينطوي على تهديد وخطر دون أن تكون هناك أدلة على ذلك.

##### 4. 3 - الاجترار:

تماشيا مع النموذج المعرفي السلوكي لكل من salkoviskis & warwiek الخاص بتوهم المرض وقلق الصحة ونتائج العديد من البحوث المعرفية في هذا المجال على المعتقدات والمكونات المعرفية الأخرى التي تميز الأفراد الذين يعانون من قلق الصحة عن غيرهم من فيئات القلق الأخرى ، فهناك أدلة كثيرة على أن الأفراد الذين يعانون من توهم المرض أو مستوى عالي من قلق الصحة نلمس لديهم المبالغة في اجترار كل ما يتعلق بالأمراض الخطيرة ، ولديهم معتقدات ضيقة على

الصحة ، وتفسير الأعراض الغامضة على أنها كارثية ، إذا فالميل إلى التركيز و بشكل متكرر على الأعراض و الأسباب و النتائج المحتملة لهذه الأعراض دون المرور لوضع حل لهذه المشكلة تعد سمة جوهرية لتوهم المرض .  
( Marcus 2008 )

#### 4.4 - المبالغة و التهويل :

وتتمثل في ميل الأفراد إلى إدراك الأشياء أو الخبرات الواقعية و إضفاء دلالات مبالغ فيها ، مثل : المبالغة في إدراك حدة وشدة الأعراض، والمبالغة في الاعتقاد بتطورها نحو الأسوء والنظرة السوداوية في إدراك النتائج المترتبة عنها ، مما يؤدي إلى إدارة مشاعر الخوف والتوتر فمثل هؤلاء الأفراد دائما يخافون عن صحتهم ، وربما دون وجود سبب وجيه يدعو لذلك ، إذا ينبغي على الفرد مجاهدة نفسه وكبح جماحها على الإدراك الموضوعي للأحداث دون تهويل.

( Barsky , 1988 )

#### 4.5 - السلبية:

فمثل هؤلاء الأفراد نلمس لديهم السلبية في التفكير إذ يربطون مباشرة ما يخبرونه من أعراض بمرض خطير كانوا قد سمعوا به أو شاهدوه في حين أن الإنسان العادي ربما يرجع ما يعانيه من أعراض إلى الإنهاك أو بعض السلوكيات غير الصحية كالسهر أو التدخين ، ويعمل على تغيير هذه السلوكيات بأخرى صحية.

#### 4.6 - التخطيط المسبق :

فهناك من الأفراد من لديه مخطط مسبق حول الصحة و المرض و الميل للتفكير بصورة مطلقة ، وقد افترض " بيك " أننا نستقي أفكارنا من خلال طريقة معالجة وتنظيم المعارف ، والتركيز الانتقائي على المعلومات التي تتسق مع مخططنا وتجاهل ما لا يتسق معه، الأمر الذي يزيد من رسوخ و قوة هذه المخططات و ازدياد

الخوف من المرض لدى هؤلاء الأفراد ، فالتمثيلات المرضية أو المخططات ، تشير إلى المدركات المنظمة عن المرض التي تؤثر في المفاهيم التي يحملها الأفراد عن الصحة والمرض ، و كيفية استجابتهم للأعراض المرضية و يتم اكتساب هذه المخططات من خلال وسائل الإعلام ، ومن الخبرة الشخصية ، ومن الأسرة والأصدقاء الذين تعرضوا لخبرة الإصابة بمرض معين وتتراوح المخططات الذهنية المتعلقة بالمرض بين الغموض التام وعدم الدقة ، إلى الشمولية والدقة التامة ، وتتبع أهميتها من حقيقة كونها عاملا مؤثرا في سلوك الناس الوقائي ، وفي ردود أفعالهم عندما يتعرضون للأعراض ، أو تشخص لديهم الأمراض ، وفي مدى التزامهم بالتوصيات العلاجية ، وتوقعاتهم بشأن مستقبل وضعهم الصحي . ( شلي تايلر ،

2008، ص 483 )

#### 7.4- التجريد الانتقائي :

والمراد به أن يعزل الفرد خاصية معينة من سياقها العام ، ويؤكددها في سياق آخر ، فمثلا المرأة التي عزلة خاصية احمرار جزء من ثديها من سياقها العام لسعة بعوضة وإصاقه بسياق آخر سرطان الثدي وتمسكها بهذا الاعتقاد رغم طمأنة الأطباء لها ، فالخاصية الرئيسية للأفراد الذين يعانون من توهم المرض هي الميل للمبالغة و إساءت تفسير الأحاسيس الجسدية ، وعموما الدراسات التجريبية تدعم فكرة كون التقرير الذاتي حول إدراك الصحة والمرض لدى متوهمي المرض يتسم بالحساسية للحالات الفسيولوجية العادية و الأحاسيس الجسدية الطفيفة و ذلك من خلال تطبيق مقياس تضخيم الأحاسيس الجسدية الذي طوره BARSKY و زملائه سنة 1990 .

### 5- أعراض الأفكار اللاعقلانية :

الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة مثلها مثل الأنواع الأخرى من الأفكار اللاعقلانية التي يمكن أن يتبناها الفرد و تؤدي لديه إلى مجموعة من الأعراض ، ومن بين أهم الأعراض الناتجة عن الأفكار اللاعقلانية نذكر :

#### 1.5- أعراض مزاجية **Mood symptoms** : حزين – مكتئب – غير سعيد

–منخفض المعنوية – قلق – سهل الاستثارة و فقد المتعة و البهجة والرضا عن الحياة

#### 2.5- أعراض معرفية **Cognition symptoms** : فقدان الاهتمام – صعوبة

التركيز – انخفاض الدافع الذاتي – الأفكار السلبية – التردد – الشعور بالذنب – الأفكار الانتحارية – الهلاوس – الأوهام – ضعف التقييم النفسي – نظرة سلبية للنفس – الشعور بفقد الأمل في المستقبل .

#### 3.5- أعراض سلوكية **Behavior symptoms** : تأخر ردود الأفعال

السيكو حركية أو زيادتها – البكاء – الانسحاب الاجتماعي – الاعتماد على الغير – الانتحار .

#### 4.5- أعراض بدنية **Physical symptoms** : اضطرابات النوم –

الإرهاق – زيادة أو نقص الشهية – زيادة أو نقص الوزن – الألم – الاضطرابات المعوية – نقص الرغبة الجنسية . ( عبد الخالق ، 1996: 175 )

## 6- مصادر الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة :

## 1.6- دور الأسرة :

تلعب الأسرة دورا هاما في تعديل سلوك الأفراد واتجاهاتهم فيما يتعلق بصحتهم ، وذلك عن طريق تزويدهم بالمعلومات الصحية المناسبة لكي يدركوا مسؤوليتهم نحو تحسين أحوالهم الصحية و الاهتمام بها و تعديل اتجاهاتهم وعاداتهم وسلوكياتهم إلى السلوك الصحي السليم وإكسابهم الاتجاهات الايجابية و تزويدهم بأساليب وطرق تساعد في الحفاظ على صحتهم ، لكن قد تحيد الأسرة عن هذا المنحى السليم فتبالغ في إرساء مفاهيم السلامة و الصحة لدى أفرادها كما تهول من خطورة الأمراض الذي يزيد من تركيز الأفراد على ذواتهم و ازدياد القلق حول الصحة لديهم مما يؤدي إلى إقدامهم على أنواع من سلوك التجنب و السعي نحو الطمأنة .

فالطفل يتبنى اتجاهات والديه و ردود أفعالهم فيصبح مهتما أكثر من اللازم بوظائف جسده ، و إذا كان الوالدان يظهران مثل هذا الاهتمام لابد و أن يتأثر الطفل باتجاهات الوالدين أو أحدهما و ينمي في نفسه اتجاهات متشابهة .

كما أن زيادة الاهتمام وقلق الوالدين على الطفل له دور مماثل ، حيث يظهر الآباء اهتماما أكثر من اللازم إزاء كل حالة بسيطة تعتري الطفل ، مما يزيد من حساسية الطفل تجاه أي شيء يصيبه حتى وإن كان بسيطا ، و بذلك يصبح أمرا مزعجا لكل من الطفل ووالديه على حد سواء ، فتشكل هذه الظروف الأسرية عوامل مهينة و استعدادية تعد الفرد للإصابة باضطراب توهم المرض .

( حمود البنا أنور ، 2006 )

## 2.6- دور الثقافة المجتمعية :

تؤكد بعض الأطروحات السائدة في الدراسات النفسية والاجتماعية حول إمكانية التنبؤ بشكل معقول بالصورة التي تتخذها الحالات المرضية إذا ما عرفنا مضمون الثقافة ، والواقع أن هذه الواجهة من النظر تكشف عن حقيقة هامة وهي أن مجرى المرض يتأثر إلى حد كبير بالمضمون الثقافي للمجتمع ويتكامل مع نماذج الحياة القائمة في تلك الثقافة .

فالمعلومات العامة حول الصحة والمرض إذا لم يتم التأثير على نوعيتها ، قد تصبح مضللة وتشكل مفاهيم خاطئة حول الصحة والمرض ، كما تؤدي إلى تأويلات وتفسيرات مغلوبة و مبالغ فيها فالمرض مثله مثل كل الحوادث المهمة في الحياة يحتاج إلى تفسير ، فما إن تنتاب الفرد أحاسيس غريبة أو مؤلمة حتى يسارع إلى فك لغز ما حل به، بالبحث عن علاقة لذلك الحدث بحوادث أخرى وفيما إذا كان الأمر يدعو للقلق ، وما هي الخطوات الواجب القيام بها في مثل هذه الظروف ، مثل هذا التفسير أو البناء ليس عملا فرديا بل هو بناء اجتماعي وثقافي ، فالانتماء الثقافي هو الذي يعطي الفرد الإطار الذي يتم من خلاله تفسير كل الظواهر التي تمس الجسم وبشكل خاص المرض و أعراضه ، فالمريض يبني نموذجا تفسيريا هو في بعض جوانبه بناء فردي ولكن هذا البناء التفسيري يكون في الغالب منغمسا بعمق داخل الثقافة التي ينتمي إليها الفرد .

و الواقع أن التصورات الاجتماعية للصحة والمرض تكتسي أهمية خاصة ، فهي التي تحدد الإجراءات الوقائية للحفاظ على الصحة و تحسينها و تحدد استجابة الأفراد للأعراض و الأمراض وهي تحدد مسارهم العلاجي ومدى نجاح العملية العلاجية من خلال ما يستدخله الفرد من معتقدات . ( بومدين سليمان ، 2004 )

## 3.6- دور وسائل الإعلام :

منذ خمسين عام مضت ، كان من الصعب نسبياً على عامة الناس الحصول على معلومات طبية تفصيلية ، و لكن في الآونة الأخيرة ومع تزايد معدل ظهور القصص التي تتناول الأمراض في وسائل الإعلام و معظم الجرائد المطبوعة و البرامج الإذاعية التي تغطي مثل هذه المواضيع بشكل منظم أصبحت هناك ثروة معلوماتية عن الرعاية الصحية و الطبية بالإضافة إلى الزخم المعلوماتي الهائل على صفحات الانترنت فبمجرد كتابة اسم أي مرض يمكنك أن تجد معلومات عن أحدث الأبحاث التي أجريت عنه ، وأعراضه ، ودراسات لحالات أصيبت به ، و علاجه ، و كان من المفترض أن تكون هذه الثروة المعلوماتية أمراً إيجابياً بالنسبة للمستخدمين و على الأخص المتخصصين منهم حيث تكون المعلومات متاح و بكثافة على الشبكة لكي يطلع الباحثون والدارسون على أهم و أحدث الدراسات المطروحة في تخصصاتهم ، وهي بالفعل كذلك و لكن المشكلة هي أن هذه المعلومات تقع في أيدي الأفراد العاديين و غير المتخصصين ، و هنا يظهر لنا الجانب السلبي لهذه المعلومات ، وقد سهلت الانترنت إصابة الناس باضطراب توهم المرض عن ذي قبل ، فالخصائص الفريدة للانترنت وغرف الدردشة التي تتيح التواصل المتبادل بين الناس تزيد أيضاً من أثر المعلومات التي يتبادلها الناس عن تجاربهم عبر هذه الوسائط ، مما يدعم الحقيقة الطبية بشهادة الشخص صاحب التجربة نفسه ، ومع ظهور الكتب الطبية على الانترنت ، ومع وجود ما يزيد عن 50 ألف موقع طبي على الانترنت ، وجد الناس ثروة من المعلومات في متناول أيديهم ، لكن هذه المعلومات ليست كلها دقيقة .

وما يحدث بالفعل هو أن الفرد العادي و بمجرد ما يشعر ببعض الآلام الخفيفة يبدأ بالبحث بين المواقع الصحية عن هذه الأعراض و ما قد تشير إليه ، ومن ثم يتخيل الفرد أن هذه الأعراض قد تكون بسبب أحد الأمراض الخطيرة التي قرأ عنها في أحد المواقع و بالتالي يبدأ في التصرف على هذا الأساس ، و بالطبع فإن الحالة تسوء أكثر إذا ما كانت شخصية الفرد ميالة للتوهم .



فالمرضى يستخدمون الإنترنت الآن ليعرفوا المزيد من المعلومات عن أمراضهم ، لكنهم كثيرا ما يخطئون تشخيص أعراضهم أو يعثرون بالمصادفة على علاجات يصفها دجالون، وقد أدى هذا إلى زيادة أعداد الناس الذين يقصدون عيادات الأطباء وقد شخصوا أمراضهم سلفا بأنفسهم، ولكن الصعوبة تكمن في أن الكثيرين لديهم معتقدات توهم المرض، ويمكن أن تضخم الإنترنت هذه المعتقدات التي لا أساس لها من الصحة، حتى الناس الذين سبق تشخيص حالتهم طبيا يمكن أن يصابوا بقلق لا داعي له من المضاعفات المحتملة لحالتهم مما تعلموه من قراءاتهم على الإنترنت، من ذلك أن الأطباء الآن يعاينون الكثير من المرضى الذين يتوقفون عن تعاطي أدوية هامة لمجرد أنهم قرؤوا على الإنترنت عن مضاعفات نادرة قد تصيب من يتعاطاها .

<http://www.startimes.com/f.aspx?t=8515699>

#### 4.6- دور القلق :

يرى المنظرون المعرفيون أمثال (SALKOVSKIS 1997 & WILLIAMS

(2004) أن القلق يلعب دور أساسي في نشأة واستمرار الحلقة المفرغة من الأفكار والسلوكيات التي تتحد لتساهم في تطور قلق الصحة ، فالقلق قد يسبب عدم انتباه الأفراد للمعلومات التي من شأنها أن تسمح لهم بتقديم تفسير أكثر اتزان وواقعية لوضعهم الصحي فمثلا إذا أوصى الطبيب بدواء ما ، والذي قد يتسبب بآثار جانبية سلبية لدى 10% من الناس فإن الأفراد الذين يعانون من القلق سيكونون أكثر عرضة للاعتقاد بأنهم سيكونون من بين تلك النسبة الصغيرة من الناس الذين سيعانون من الآثار الجانبية السلبية لهذا الدواء . كما يؤدي القلق إلى زيادة الانتباه للأحاسيس الجسدية و الذي من شأنه أن يؤدي إلى تفسيرات خاطئة و كارثية للأعراض البسيطة (SALKOVSKIS 1997 & WILLIAMS 2004).

## 7 - المقاربة المعرفية السلوكية لتوهم المرض :

على الرغم من أن الروايات التاريخية لاضطراب توهم المرض تعكس مجموعة من وجهات النظر إلا أن النماذج المعرفية كانت هي السائد مؤخرا في فهم وعلاج هذا النوع من الاضطرابات ، وقد ركزت هذه النماذج على فرضية أن الأفراد ذوي الميول لتوهم المرض يميلون إلى إساءة تفسير الأحاسيس الجسدية الحميدة على أنها علامات مرض (Klerman و Barsky، 1983). كما يفترض أيضا أن الأفراد الذين يعانون من توهم المرض يبالغون في تقدير إمكانية إصابتهم بمرض خطير و إدراك الأعراض الجسدية على أنها أكثر خطورة مما هي عليه في الواقع (Warwik و Salkovskis، 1990).

وبخصوص الحفاظ على توهم المرض و استمراره يفترض (Warwik و Salkovskis، 1990) أن مزيج من التحيز المعرفي تجاه المعلومات التي تؤكد مخاوف المرض و سلوكيات "التجنب" (على سبيل المثال، الاستشارات الطبية ، و الفحص الجسدي المتكررين) تساعد على استمرار قلق الصحة ، وهذا يشبه إلى حد كبير الدوافع القهرية لاضطراب الوسواس القهري .

## 1.7 - ظهور توهم المرض :

من المنظور المعرفي يحدث القلق بسبب مواجهة الفرد لمثير يدركه على أنه يتضمن عنصر التهديد ، ويشك الفرد في قدرته على مواجهة هذا التهديد المدرك ( Beck 1976 ) ، والنظرية المعرفية ترى أن متوهم المرض ينظر للإشارات الجسدية و الأعراض على أنها أكثر خطورة مما هي عليه في الواقع . ( salkovskis & warwick 1986 ) ، و في نفس الوقت من المحتمل أن المريض

يتصور نفسه عاجز و أنه غير قادر على مواجهة هذا التهديد ، وتفسر النظرية المعرفية نشأة وتطور توهم المرض بإرجاعه للمعتقدات الصحية اللاعقلانية التي يتبناها الفرد و تتكون لديه هذه الافتراضات من مجموعة مختلفة من المصادر ، لا سيما التجارب المبكرة مع المرض ( سواء تجاربه الخاصة أو تجارب المقربين منه ) ( Bianchi 1971 ) وهناك عامل آخر يتمثل في المعلومات التي تنقلها وسائل الإعلام ، وهناك مثال واضح على ذلك تزايد حالات توهم الإصابة بالايذ الذي لوحظ بعد حملة دعائية واسعة النطاق وكما حصل أيضا مع موضوع السرطان في الآونة الأخيرة ( Miller et al 1985 ) ، ( Miller 1988 ) .

## 2. 7 - المعتقدات الصحية اللاعقلانية التي تسيطر على متوهم المرض:

ومن بين المعتقدات التي تسيطر على متوهم المرض:

(1) إن التغيرات الجسدية هي إشارات لمرض خطير لأنه لا يوجد عرض دون سبب عضوي ، فالفرد الذي يعتقد هذه الفكرة اللاعقلانية يكون دائما في حالة توجس وقلق من أن هناك مرض ما خطير سيصيبه ، ويكون بانتظاره باستمرار ، وربما يترك ما هو مهم في حياته و يضل في انتظار و ترقب حدوث هذا المرض لذلك فهو يببالغ في تحسس و مراقبة أعضاء جسمه ، كما أنه يمكن أن يحدد مرض ما و يركز عليه ومع ازدياد مدة التوقع يزداد قلق الفرد .

(2) إذا لاحظت تغير جسدي ما ولم تذهب فورا إلى الطبيب فإنه سيكون قد فات الأوان ، فالشخص الذي يتبنى هذه الفكرة نجده يسعى دائما إلى طلب الطمأنة من الأطباء ، ومساءلة المقربين منه كما نجده كثير الشكوى .

(3) كما توجد هناك اعتقادات أخرى متعلقة بالضعف الجسدي أو بالمرض في حد ذاته على سبيل المثال ( مرض القلب شائع في أسرتي ) ، ( لقد كانت رثتي ضعيفتين منذ أن كنت صغيرا )

(4) و من المعتقدات المحتملة أيضا تلك التي تؤدي بالمريض إلى انتقاء المعلومات التي تؤكد فكرة وجود المرض الخطير ويتجاهل بشكل انتقائي المعلومات المناقضة التي تدل على أنه بصحة جيدة وهذا ما يعرف بالانتباه الانتقائي الذي عادة ما ينتج عنه سوء تفسير الأعراض و الاشارات الجسدية على أنها دلائل على مرض خطير.

(5) أن تكون في صحة جيدة هذا يعني أن تكون خالي تماما من الأعراض ، فهذه الفكرة تجعل الفرد الذي يتبناها لديه مفهوم ضيق عن الصحة ، ودائم القلق حول الأعراض التي تصيبه ، فهو يراها مصدر تهديد لصحته لأنها تتنافا و تخرق القاعدة الصحية التي لديه .

### 3 . 7 - عوامل الخطر أو التهديد :

قد تكون المعتقدات الصحية اللاعقلانية مصدر قلق دائم و لكن يجب الإشارة إلى أنه يتم تفعيلها لدى الأفراد سريعى الاستثارة من خلال المثيرات المتضمن للتهديد ، والتي يطلق عليها salkoviskis عوامل الخطر و تشمل:

- (1) الأحاسيس الجسدية الغير المألوفة .
- (2) التوتر والأزمات التي يعيشها الفرد في الحياة اليومية .
- (3) التعافي من مرض خطير أو مهدد للحياة .
- (4) المرضى الميئوس من شفائهم .
- (5) فقدان أحد أفراد الأسرة بسبب مرض ما .
- (6) السماع بمرض أحد الأصدقاء من نفس الفئة العمرية .

- (7) السماع بمعلومات جديدة عن المرض .
- (8) تقارير وسائل الإعلام ذات الصلة بالمرض (على سبيل المثال، أخبار أو قصص حول انفلونزا الطيور ، سارس ، أو الإيدز )
- (9) التغيرات الجسدية و الاحاسيس الغامض . (salkoviskis1990)
- (Abramowitz 2006)

#### 7.4 - تشكل الحلقة المفرغة :

أن استثارة المعتقدات الصحية اللاعقلانية يؤدي إلى أفكار توهميه تلقائية التي تجعل الفرد أكثر تركيز على ذاته ، ونتيجة لذلك يصبح الشخص قلقا على نحو متزايد و جد يقظ للأحاسيس أو العلامات الجسدية التي يمكن أن تكون مؤشرا على المرض. (Marcus, 2003).

ومن ناحية أخرى فإن الأحاسيس الجسدية التي تم إدراكها كعامل خطر يمكن أن تكون ناتجة عن زيادة اليقظة الناتجة عن القلق ، وترتبط هذه الحالات مع التفسيرات الكارثية الذاتية للأحاسيس والعلامات الجسدية ، و التفسيرات الكارثية يمكن أن تؤدي بدورها إلى قلق ، إذ أن الأحاسيس و الإشارات لا تزيد بفعل القلق وإنما بفعل ازدياد اليقظة و المريض لا يعتبرها كارثية على الفور وإنما رد فعله سيكون القلق حيال الصحة و الذي يمس جميع الجوانب المعرفية والسلوكية والفسولوجية والانفعالية على النحو المبين في (الشكل 1 ) مثلا ( ألم في معدتي يعني أن لدي سرطان ولكن لم يتم الكشف عليه ) أو بصيغة أخرى فإن الأعراض التي يساء تفسيرها هي تلك التي تظهر كرد فعل عن ازدياد اليقظة الناتجة عن القلق ، و التفسير الذي يعطى لهذه الأعراض هو أنها علامات لكارثة فورية ( على سبيل المثال هذا الخفقان يعني أن واجه فعلا نوبة قلبية الآن ) ، ومن ناحية أخرى تجدر الإشارة إلى أنه إذا ازدادت الفورية في

الأعراض فالنتيجة المحتملة هي نوبات الهلع و ليس توهم المرض ( . clark 1988 )  
( salkoviskis 1986 )

### 5.7 - أثر الأفكار الصحية اللاعقلانية في ظهور اضطراب توهم المرض :

يرى أنصار التيار المعرفي السلوكي أننا نلمس تأثير الأفكار اللاعقلانية في ظهور توهم المرض في ثلاث جوانب ، الجانب المعرفي ، و الجانب السلوكي ، و الجانب الفسيولوجي :

#### ( أ) الجانب المعرفي :

عندما نشعر بوجود مرض فإنه من الطبيعي أن نبحث عن أدلة إضافية لتأكيد أو دحض مخاوفنا ، وفي مثل هذه الحالات فإن معظم الناس يميلون إلى اتخاذ الحيطة و الحذر لأن التكاليف المترتبة عن قرار سلبي خاطئ ( كأن يفترض الفرد أنه بصحة جيدة و لكن في الواقع هو مريض فعلا ) هي أعلى بكثير من تلك التي تنتج عن قرار ايجابي خاطئ ( أن يفترض الفرد أنه مريض في حين هو بصحة جيدة ) ، الأمر الذي يؤدي إلى الانتباه الانتقائي للمعلومات التي يمكن أن تؤكد و جود المرض ( الصداع معناه وجود ورم دماغي ) و الميل إلى تجاوز المعلومات التي توحى بالصحة الجيدة ( الصداع ليس حاد ولا يستغرق إلا فترة وجيزة ، يزول بتناول الأسبرين ) .

و الأهم من ذلك أنه يمكن لهذا الانتباه الانتقائي المتحيز أن يؤثر على فهم المعلومات المقدمة من قبل الأطباء خلال الاستشارات الطبية ، و هذا ما يحدث لدى الفرد المصاب بتوهم المرض حيث يتشبث بالأدلة التي توحى بالمرض مما يقوي الاعتقاد لديه بأنه مريض ، في حين المعلومات التي تتعارض مع وجود المرض يتم التغاضي عنها إما لأنها غير كافية أو أنها غير هامة و هذا ما يفسر الإلحاح للسعي للاحتكام لرأي طبيب آخر في حالة إجماع الأطباء على عدم وجود أي إشارة تدعم وجود المرض العضوي المزعوم . و يميل هؤلاء الأفراد إلى إدراك أي عرض أو

إشارة ما على أنها تهديد محتمل ( مثل الأحاسيس الجسدية و الأفكار الدخيلة حول المخاطر المحتملة للصحة ) .

بالإضافة إلى تقييم الفرد لنفسه على أنه غير قادر على التعامل مع مثل هذا التهديد هو ما يؤدي إلى قلق الصحة ، وهذا الانشغال بالصحة يرتبط مع تضخيم في الإدراك الحسي و سوء تفسير الأحاسيس الجسدية ، وهذا يعد عنصر أساسي في عملية الإدراك لدى هؤلاء المرضى ( barsky 1988 ) .

كما أن طلب الاستشارة الطبية لا يتم فقط بسبب العجز أو الانزعاج الذي ينشأ مباشرة من الأعراض الجسدية و إنما يتم أيضا بسبب وجود مجموعة مختلفة من الاعتقادات المثيرة للقلق ، إذ يرى المعرفيون أن الأفكار الدخيلة حول الأسباب المحتملة للأعراض و المآل الذي ستؤول إليه هي الدافع الأساسي للفرد لطلب الاستشارة الطبية ، فالمريض الذي يشعر بالآلام في المعدة و يعتقد أن سبب آلامه هو إصابته بسرطان المعدة يعد أكثر عرضة لطلب الاستشارة الطبية من الشخص الذي يعتقد أن ما أصابه من آلام في معدته إنما هو ناتج عن عسر هضم فقط .

كما أن الأفكار الدخيلة حول الآثار السلبية التي يمكن أن تنتج عن التدخل الغير مبكر من إعاقة و انزعاج و عدم الراحة الجسدية تعد من الأسباب الكامنة وراء المخاوف المرضية . كما أن هناك عوامل معرفية عديدة من المحتمل أن تؤثر على القلق الباعث للسعي و راء الاستشارات الطبية ، وبعض هذه العوامل يزيد من القلق على المدى القصير وأخرى على المدى البعيد ، مثلا الخبرات السابقة ( توفي والدي بسكتة قلبية ) ، ارتفاع مستوى القلق و ادراك التهديد ( أنا أعرف أنه تافه الآن و لكن عندما تكون لدي أعراض فأنا أصاب بالذعر فعلا ، وأنا متأكد أنها سكرات الموت ) ، الفهم الخاطئ لما يقوله الأطباء ( قال الطبيب أن هناك شيء ما يتلف خلايا الدم البيضاء الخاصة بي و سمعت في الراديو أن هذا له علاقة بسرطان الدم و هذا يخيفني ) ، هذا الفهم الخاطئ يمكن أن يؤدي إلى ازدياد التحيز الذاتي لدى المرضى الذين نجدهم يهتمون وبشكل انتقائي للمعلومات التي تتسق مع التفسير السلبي لحالتهم

، و هذا غالبا ما يؤثر على الطريقة التي يفهم بها المرضى المحادثات مع الآخرين ، و خاصة العاملين في مجال الصحة .

و هناك عوامل أخرى تؤثر على القلق على المدى الطويل فقط مثلا عدم فعالية التدخلات الطبية ( قال لي الطبيب أن حبتين اسبرين كفيلة بإيقاف الألم ، و لكني أخذت أربعة و لم يتوقف ) ، الفشل المتوقع للاتصال ( ليس من الجيد أن أذهب للطبيب لأنني لا أستطيع أن أشرح له حالتي و هو لن يستطيع فهمها ) ويمكن لهذه العوامل أن تعمل على مواصلة و توسيع نطاق التفسيرات السلبية للتصورات المتعلقة بالصحة

### ب) الجانب السلوكي :

وهو جانب مهم و غالبا ما يتم إهماله ، فالسعي نحو تحقيق السلامة هي استجابة تكيفية و منطقية لدى الشخص الذي يرى نفسه أنه مهدد و عادة ما ينتج عن هذا السلوك انخفاض فوري لحدة القلق ، و نلاحظ هذا السلوك لدى متوهم المرض لكن بشكل مبالغ فيه و يتمثل في الجهد المبذول لمنع التعرض لنوبات القلق المزعجة و هذه النوبات التي من المحتمل أن تثير الأفكار حول وجود مرض خطير وبالتالي قلق الصحة .

ويظهر هذا السلوك في مجموعة واسعة من السلوكيات التجنبية التي قد لا يكون التعرف عليها سهلا ، مثلا الزيارات المتكررة على المستشفيات والعيادات ، و التقليل من الجهد البدني ، كما تشمل هذه السلوكيات مجموعة واسعة من الاجراءات التي تهدف للاطمئنان على الحالة الصحية ، فقلق هؤلاء المرضى يؤدي إلى تفسيرات كارثية للأعراض الأمر الذي يجعلهم غير راضين عن التشخيص الطبي ويسعون بشكل متكرر للاطمئنان على أعراضهم ، وتجدر الإشارة إلى أن المحاولات المتكررة لتوفير الطمأنينة لديها نفس تأثير السلوك القهري في اضطراب الوسواس ، فالطمأننة تليها حالة راحة فورية تؤول للزوال على المدى الطويل مما يؤدي إلى الاعتياد على



الطمأنة من طرف المرضى فيصبح مطلب متكرر لديهم (salkoviskis & 1986) . (warwick)

فالسعي المتكرر للطمأنة يحافظ على الانشغال والقلق والأحاسيس الجسدية و يمكن التماس الطمأنة في مجموعة من الطرق الخفية ، مثل تكرار تفحص حالة الجسم ووظائفه و الأعراض من قبل المرضى أنفسهم ، وقراءة الكتب الطبية ، ومناقشة الأعراض مع العائلة و غيرها من الاتصالات الاجتماعية ، كما يمكن أن تشمل التعديلات على المدى الطويل في السلوكيات والأنشطة الخاصة التي يرون أنها ستحميهم أو سوف تمنع تطور المرض الذي يخشونه ، مثل الخشية من الكوليسترول و إتباع حمية غذائية .

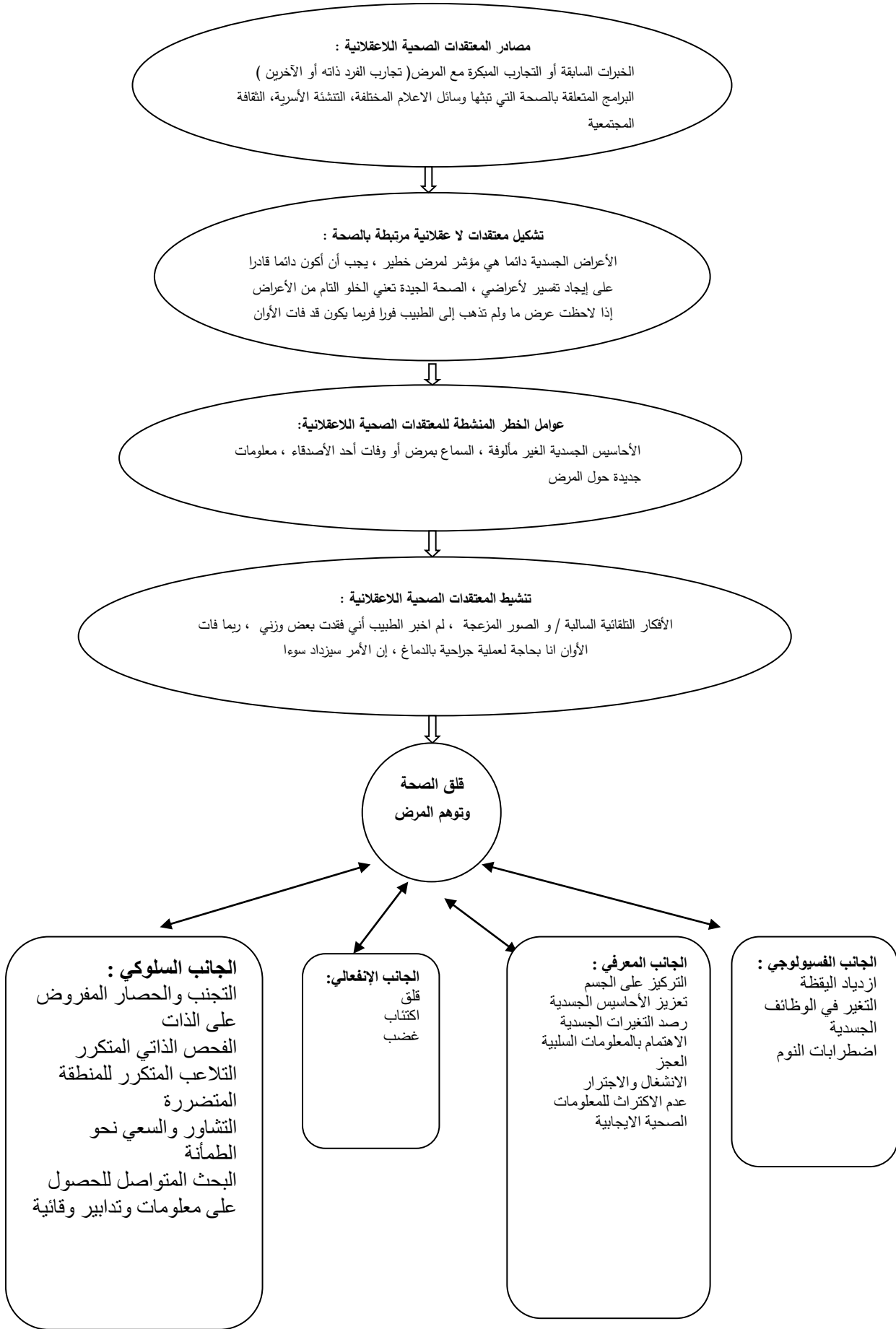
و الفحص الجسدي قد يكون في بعض الأحيان متكرر إلى درجة أنه يتسبب في تغيرات جسدية تتناسب و الأذى الذي يخشونه مثلا الفرك المتكرر للمنطقة المؤلمة للتحقق ما إذا كانت لا تزال مؤلمة ، مما يؤدي إلى التهاب تلك المنطقة ، فيزداد الشعور بالانزعاج .

### ج) الجانب الفسيولوجي :

العوامل الفسيولوجية معروفة أنها تحفز الآثار المعرفية و العكس بالعكس ، فالاستجابات الفسيولوجية تثير الأفكار المتعلقة بالمرض (مثل الخفقان الذي يؤدي إلى الاعتقاد بأن القلب على وشك التوقف) ، وهناك مثيرات أخرى يمكن أن تؤدي إلى تفحص دقيق و بحث عن أعراض أخرى ( مثلا سماع المرضى أن أحد أقاربهم قد أصيب بمرض القلب يجعلهم على بينة على أن نبضهم في الوقت الذي كانوا قلقين ، يؤدي إلى تفكيرهم بأن نبضهم سريع و يمكن أن يصابوا بمرض القلب ) .

( salkoviskis 1990 )

و الأجهزة العضوية التي يكثر التركيز عليها هي الجهاز الهضمي و العضلي الهيكلية و الجهاز العصبي المركزي وأكثر المناطق المعنية عادة هي الرأس و الرقبة والبطن و الصدر ، وأكثر الأعراض شيوعا هو الألم ( barsky&klerman1983 )



الشكل رقم (1) : النموذج المعرفي لتطور توهم المرض وقلق الصحة

## 6.7 - العوامل المساعدة على استمرار و تزايد توهم المرض :

إذا تعرض الفرد لعامل خطر ما و تحفزت المعتقدات و ظهر القلق حول الصحة لمرة واحدة فإن هناك آليات و ميكانيزمات أخرى تعمل على تزايد واستمرار هذه المشكلة :

(1) فالقلق حول المسائل الصحية و الأعراض نفسها من المحتمل ان ينتج عنه إثارة فسيولوجية فالمرضى عادة ما يسيئون تفسير زيادة الاعراض و اعتبارها كدليل اضافي على وجود مرض جسدي و هذا ما يزيد من استمرار القلق .

(2) الانتباه الانتقائي للمعلومات المرتبطة بالمرض ، مثلا اعتبار التغيرات الجسدية الطبيعية مثل انتفاخ المعدة بعد تناول الطعام ، أو الخصائص الجسدية التي لم ينتبه إليها من قبل ( كالبقع في البشرة ) على أنها مهمة و خطيرة ، فانشغال الفرد بالمخاوف الصحية يدفعه إلى التركيز على التغيرات الجسدية الطفيفة التي يعيها في الوقت الذي يفكر في الوجود الفعلي للمرض مما يؤدي إلى وجود تحيز نحو ملاحظة المعلومات التي تتسجم مع المخاوف بشأن المرض و الانحياز الذاتي المسبق .

(3) يهدف السلوك إلى ، التجنب ( مثلا تجنب المجهود البدني ، تجنب الاتصال مع المرضى ، تجنب قراءة الكتب و المجلات الطبية ) ، الفحص المتكرر ، و الاستشارات الطبية المتكررة ، التفحص و التحقق الجسدي و التفتيش و المراقبة و الترقب لرصد أعراض جديدة ، و كل هذه السلوكيات من شأنها أن تحافظ على استمرار القلق ، و تجدر الإشارة إلى أن التفسيرات الفورية الخاطئة لدى مرضى الهلع تختلف عن التفسيرات الخاطئة لدى متوهمي المرض إذ أن هذه الاخيرة تسمح و تفتح مجال أكبر لمتوهم المرض لطلب الحماية من خلال محاولات الحصول على حكم طبي على التهديد الطبي المحتمل .

و السلوكات التي تحدث نتيجة القلق يمكن أن تزيد من حدة القلق بطرق مختلفة

:

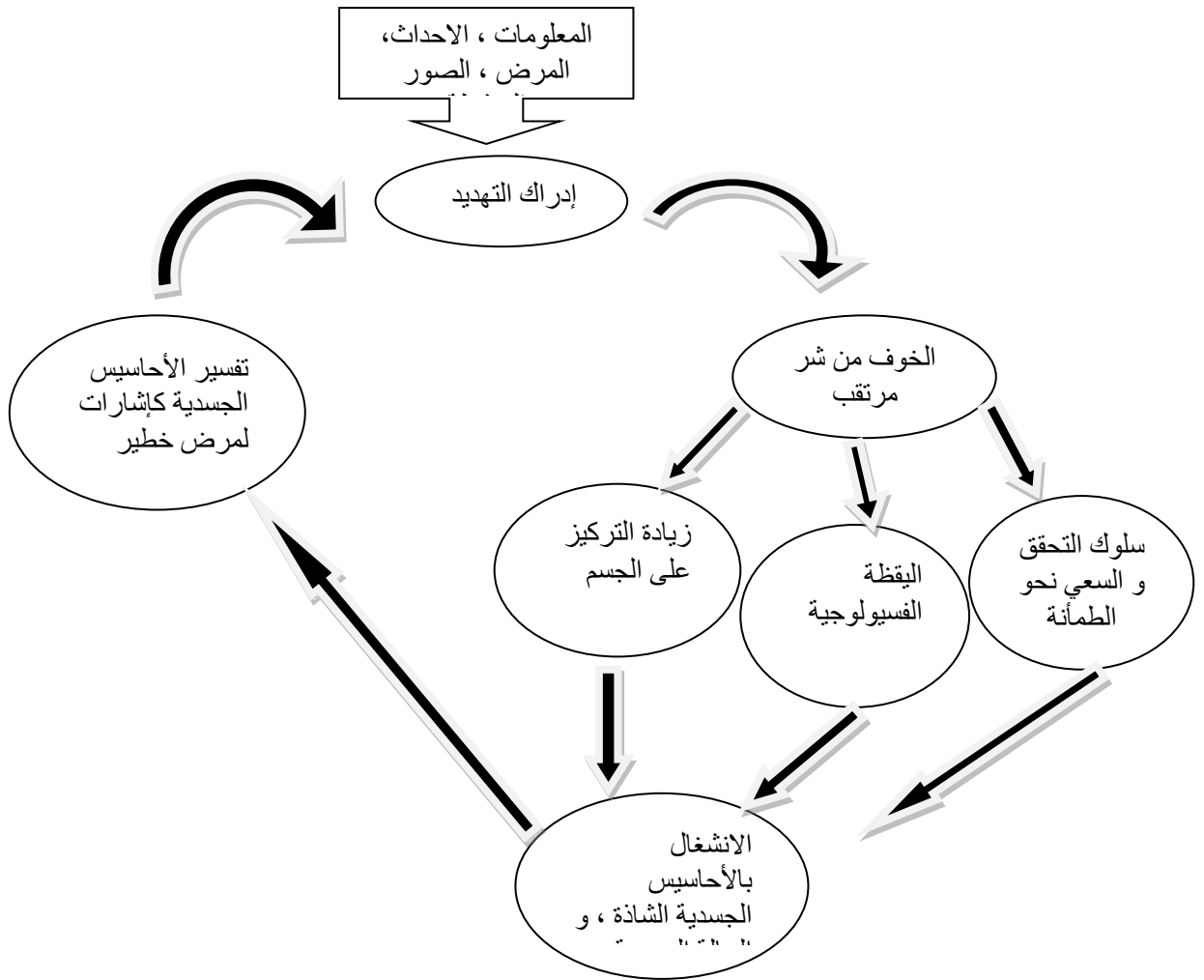
- تساهم في إبقاء تركيز الانتباه على المخاوف بخصوص الصحة ، و بالتالي هذا يؤدي إلى بلورة هذه المخاوف .

- يمكن أن تؤدي إلى زيادة مدى و نطاق التفسيرات الكارثية .

- يمكن أيضا لهذه الآليات الحفاظ على استمرار الانشغالات الصحية و تفاقم أعراض توهم المرض.

إذا فالانتباه الانتقائي و سلوك التفحص يعملان على الحفاظ على القلق على

المدى الطويل بنفس الطريقة التي نجدها في اضطراب الوسواس القهري .



الشكل رقم ( 2 ) : فرضية العوامل المرسية و المحافظة على توهم المرض و قلق الصحة

**خاتمة :**

تعد المقاربة المعرفية السلوكية المبنية أساسا على الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة قد نجحت إلى حد بعيد في إعطاء معنا جديد لاضطراب توهم المرض و قلق الصحة ، من خلال التفسير الشامل الذي اقترحته ، كما أن العلاج الذي جاءت به يعد واعدًا و يعد من أهم العلاجات لاضطراب توهم المرض و قلق الصحة في الوقت الحالي ، بالإضافة إلى ذلك فإن المقاربة المعرفية السلوكية قد أصبحت موضوعا دسما للعديد من الدراسات الهامة ، إلا أنه لا يزال هناك الكثير من العمل حتى ترسخ هذه المقاربة و تزداد اتساعا و شمولية ، كما لا يفوتني الإشارة إلى أن الباحثين العرب قد تأخروا كثيرا عن الخوض في غمار هذا التوجه ، وهذا ما أدى إلى قلت الدراسات و تزايد الغموض حول الاضطرابات جسدية الشكل عموما و اضطراب توهم المرض على وجه الخصوص .

## الفصل الثالث:

# اضطراب توهم المرض

تمهيد.

- 1- الخلفية التاريخية
  - 2- تعريف اضطراب توهم المرض
  - 3- البداية والمسار
  - 4 - اضطراب توهم المرض حسب التصنيفات العالمية
  - 5- أعراض اضطراب توهم المرض
  - 6- التشخيص الفارقي بين اضطراب توهم المرض و الاضطرابات المشابهة
  - 7- انتشار اضطراب توهم المرض
  - 8- أسباب توهم المرض
  - 9- تقييم توهم المرض
  - 10- القلق حول الصحة العقلية مقابل القلق حول الصحة الجسدية
  - 11- العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب توهم المرض
- خلاصة

**- تمهيد :**

يصنف توهم المرض كأحد اضطرابات جسدية الشكل، ويعتبر شكل من أشكال القلق الشديد والمستمر و المتمركز حول الصحة وهذا ما سمح بتطبيق النظرية المعرفية لفهم وعلاج توهم المرض ، وفي هذا الفصل سنوضح معالم هذا الاضطراب من خلال التطرق للخلفية النظرية وكيف تم الاعتراف بتوهم المرض كاضطراب أساسي ، أيضا تسليط الضوء على التصنيفات والظواهر والأعراض الخاصة بتوهم المرض و الاضطرابات التي تتناذر معه و سنتعرف على الطريقة التي طبق بها التصور المعرفي السلوكي بنجاح لعلاج توهم المرض .

**1- الخلفية التاريخية :**

لو تتبعنا تاريخ الطب لوجدنا أن هناك تصورات مختلفة لاضطراب توهم المرض العديد منها ظهر في وقت واحد ، و جاء مفهوم توهم المرض من الناحية النظرية مناهضا لمفاهيم كانت سائدة كالهستيريا و المنخوليا , حيث كان ينظر إليه حوالي 100 سنة قبل الميلاد على أنه حالة مرضية عضوية ، وهذا ما أفر في النظر إليه كحالة نفسية أو كاضطراب عقلي ، كما أن التفكير الطبي لم ينضج بعد في تلك الفترة ، إذ أن الفصل بين الأمراض العقلية و العضوية لم يكن متاحا في حينه .حيث وفي القرن ال17 كان توهم المرض يشير إلى حالة جسدية غامضة كان يطلق عليها اسم المراق ، الذي تم اقتراحه من طرف أبوقراط وتعني حرفيا " تحت الغضروف، " مما يشير إلى أن أعضاء البطن هي السبب (Noyes R Jr. 2011)

والباحثون في القرن ال17، تأثروا كثيرا بوجهة نظر جالينوس المرضية ، الذي يرى أن توهم المرض مرتبط بسميات الشخصية المنخولية ، وهو ناجم عن اضطرابات في الجهاز الهضمي ، أما في القرن 18 فقد كان ينظر لتوهم المرض على أنه نتاج



تأثيرات عامة للجهاز العصبي حيث صنفه Cullen كأحد العصابات و مع مرور الوقت حدث تحول في هذا الوصف إذ أصبح يشير إلى حالة نفسية و كان ذلك في مطلع القرن الـ19 أين تحول الاهتمام من الأمعاء إلى الدماغ ، و أصبح توهم المرض يعتبر عصاباً، أي اضطراب وظيفياً بدلاً من اضطراب عضوي .

وتم التأكيد على أن المخاوف من وجود مرض خطير هي السمة الرئيسية له ، و لم تعد تلقى أعراض الجهاز الهضمي اهتماماً بالغا، وبدأ الاهتمام بالانشغال الجسدي واليقظة المفرطة والسلوكيات المرضية الشاذة ، ففي هذه الفترة تحول مفهوم توهم المرض من " العضوية إلى النفسية " ، وأصبح واحداً من الاضطرابات النفسية و لعبة نظرية التحليل النفسي دوراً بارزاً في ذلك حيث ركزت أساساً على دور الشعور بالذنب (اللاوعي) الناجم على الرغبات الجنسية والعدوانية ، والأوهام ، وكبت المشاعر لتجنب الخوف الشديد من العقوبة، والضرر الجسدي (الإخفاء)، أو الموت.

(Lipsitt DR, editors,2001)

فتم تبني المصطلح التحليلي عصاب توهم المرض في DSM-II، وعلى الرغم من الانتقاد والجدل الدائر حول كل من عدم وضوح بنية الاضطراب و تداخل المصطلح مع غيره من المصطلحات ذات الصلة ، فان مصطلح توهم المرض استمر في المراجعات اللاحقة DSM و ICD. (Hyler SE, Sussman N. 1984) .

و لكن و مع ذلك بقيت هناك أسئلة تدور في الأذهان وهي :

- 1) هل توهم المرض اضطراب مستقل أم أنه ميزة ثانوية لاضطرابات نفسية أخرى؟
- 2) ما هي الملامح التشخيصية التي تميز توهم المرض وكيف يمكن التمييز بينه و بين اضطراب عضوي حقيقي؟

3) ما هو أفضل تصنيف لتوهم المرض ، مع الأخذ بعين الاعتبار علاقته بالاضطرابات الجسدية، واضطرابات القلق، واضطراب الوسواس القهري وما يتصل بها (OCRD)؟ (Stein DJ.2012)

فتعددت وجهات النظر حيث نجد Kraepelin (1919،1921) يعتبره جزء من متلازمة ذهانية و وصفه كعرض للاكتئاب أو الخرف أو جنون العظمة ، أما Bleuler (1924) فلم يعترف به كمرض تماما ، أما Jaspers (1962) فيرى أن مرضى توهم المرض لديهم شخصية عاكسة مع تفحص ذاتي متزايد و ترقب و فزع من الأمراض و وظائف الجسم .

و في عام 1928 دعم Gillespie فكرة اعتبار توهم المرض كفئة منفصلة و عرفه على أنه انشغال الفكر باضطراب جسدي أو عقلي سواء كان هذا الاضطراب حقيقي أو مجرد ضن ، مع وجود مغالاة في الانشغال و قناعة ذاتية بوجود الاضطراب ، وقلق إزاء لا مبالاة البيئة المحيطة و العجز في إقناع الآخرين .

و قد كان لأراء Gillespie أثر بالغ على التصورات الحديثة لاضطراب توهم المرض ، كالانشغال المستمر باحتمال وجود اضطراب جسدي خطير مع عدم وجود تفسير طبي كافي ، ورفض قبول التطمين .

و لكن لو نركز جيدا على تعريف Gillespie لوجدنا أنه قد أغفل بعض السيمات الجوهرية الأخرى كالخوف أو الرهاب من الأمراض أو الانشغال المتعلق بنماذج مختلفة من الأحاسيس الجسدية ، فتصور Gillespie لاضطراب توهم المرض أقرب إلى هذاء بارانوي يدور حول الإصابة بمرض خطير ، و هذا مغاير تماما للتصور المعاصر لاضطراب توهم المرض .

و هناك من علماء النفس من تأثر بوجهة نظر Gillespie على غرار الطبيب النفساني الدنيماركي Bjerg Hansen (1976) الذي قال بوجود توهم مرض برنوي

، و أنه يجب النظر إليه ككيان تصنيفي جديد ، كما يجب الفصل بين توهم المرض المصحوب بهذاء و الغير مصحوب بهذاء ، و يعتبره أمرا حاسما لفهم تعريف Gillespie لاضطراب توهم المرض لأن Gillespie لم يفصل في تعريفه بين اضطراب توهم المرض و الفصام أو جنون العظمة .

و أخذ اضطراب توهم المرض موقعه كموضوع للدراسة و البحث على يد Kenyon حيث ناقش موضوع تصنيف اضطراب توهم المرض ، و حاول الإجابة على إشكالية كون هذا الاضطراب أساسيا أم ثانوي بطريقة علمية ممنهجة ، وخلص Kenyon إلى عدم وجود اضطراب توهم مرض أساسي مستقل عن اضطرابات نفسية أخرى ، و رأى أن توهم المرض ما هو إلا تعبير عن اضطراب مزاجي ، حيث أجرى Kenyon دراسة استيعادية قام فيها بدراسة ملاحظات 512 حالة تعاني من توهم المرض سواء كان أساسيا أم ثانوي .

و لفت انتباهه أنه لا يوجد فرق جوهري بين هاتين المجموعتين ، و خلص Kenyon إلى أنه من غير الممكن التفريق بين المرضى الذين يعانون من توهم المرض كمشكلة أساسية و المرضى الذين يعانون من توهم المرض كمشكلة ثانوية ، وبالتالي حسب Kenyon لا يوجد مبرر لتشخيص توهم المرض كاضطراب منفصل فهو دائما ما يكون جزء من متلازمة أخرى و عادة ما تكون اضطراب مزاجي ، حيث أن كلا المجموعتين لديهما نسبة عالية من القلق و الاكتئاب .

لكن بالتركيز على دراسة Kenyon و النتائج المتحصل عليها فإن هناك أسئلة كثيرة يمكن أن تثار حول هذه الدراسة ، حيث أن Kenyon لم يقيم إكلينيكي لمرضاه و إنما قام فقط باسترجاع ملاحظات المرضى المدونة في السجلات و وصف أوجه التشابه و الاختلاف بين المجموعتين و لكنه لم يولي اهتماما بهذا في المناقشة ، إذ لا يوجد اختلاف بين المرضى الذين يعانون من اجترار الأفكار المرتبطة بالمرض و أولئك الذين

يعانون من أعراض جسدية غير مفسرة طبيا و التي نعبر عنها نحن اليوم بالاضطراب جسدي الشكل .

إذا Kenyon لم يأتي بتصوير أو نموذج جديد لاضطراب توهم المرض يمكن دراسته أو التأكد منه تجريبيا ، ولكنه فقط دحض مفهوم توهم المرض الأساسي ، و بهذا غلق الباب أمام التطور المفاهيمي و التجريبي حول هذا الاضطراب بإقصائه لمفهوم توهم المرض الأساسي .

وفي سنة 1967 دعم Pilowisky فكرة وجود اضطراب توهم مرض أساسي من خلال عمله النظري و التجريبي ، ولكنه طور مفهوما أوسع من اضطراب توهم المرض ، حيث سعى إلى وضع نموذج اجتماعي للسلوك المرضي ككل و التفاعل بين الطبيب و مريضه ، حيث طور Pilowisky استبيان مؤشر وايتلي كرد فعل على المقاربة الإحصائية التجريبية التي كانت قائمة في ذلك الوقت حول اضطراب توهم المرض التي كانت تركز على استعمال مقياس مينسوتا متعدد الأوجه ( MMPI ) ، و حجة Pilowisky في ذلك هي أن مقياس ( MMPI ) يعد عاجزا فهو مجرد جرد للأعراض و لا يشتمل على بنود تتعلق بموقف الأفراد و رد فعلهم تجاه الأمراض ، و التي تم تضمينها في استبيان مؤشر وايتلي و لبيان مدى مصداقية المقياس الجديد قام Pilowisky بتطبيقه على 200 مريض تحت الرعاية في القسم النفسي في المستشفى ، حيث تم تشخيص 100 مريض لديهم خصائص توهم المرض ، كما قام Pilowisky بإجراء تحليل عاملي لنتائج المقياس .

و الجدير بالذكر هو أن Pilowisky لم يضمن مقياسه الجديد أي أعراض لها علاقة مباشرة باضطراب توهم المرض ، أو أي بنود تعبر عن السمات التشخيصية لهذا الاضطراب ، و أظهرت نتائج التحليل العاملي و جود ثلاث عوامل رئيسية هي : الانشغال الجسدي ، و رهاب المرض و القناعة بالمرض ، وكان لهذه المكونات الثلاث بالغ الأثر في المفاهيم الحالية لاضطراب توهم المرض ، كما استعمل مؤشر وايتلي على أوسع نطاق في البحوث التجريبية و العمل السريري .

و انطلاقا من أعمال Pilowisky أصبح ينظر لاضطراب توهم المرض على أنه قلق غير مبرر حول الصحة و المرض مع استجابة مؤقتة للطمأنينة ، و المرضى الذين

يعانون من توهم مرض أساسي لا يمكن بأي حال من الأحوال أن نشخص لديهم أي اضطراب نفسي آخر ، أما إذا تم تشخيص القلق و الاكتئاب و لو بدرجات متوسطة فإن هذا يدفعنا إلى تصنيف الحالة على أنها تعاني من توهم المرض ثانوي .

و يرى Pilowisky أنه بدل الاهتمام بوجود اضطراب توهم مرض أساسي و آخر ثانوي كان الأحرى البحث في المسببات المرضية النفسية لهذا الاضطراب ، فكان هذا الكلام بمثابة نقطة تحول من مستوى أول من البحث يهتم بإشكالية الفصل بين توهم المرض الأساسي و الثانوي إلى مستوى ثاني من البحث يهدف إلى وضع تصور و نموذج قابل للدراسة و التجريب لوصف و تفسير اضطراب توهم المرض .

حيث عمد Pilowisky سنة 1970 إلى وضع نموذج حول السلوك المرضي الشاذ ، وضمن هذا النموذج تصوره الخاص لاضطراب توهم المرض و تناول فيه السلوك المرضي الشاذ المتعلق بدور المريض كمفهوم اجتماعي ، حيث لا يمكن للنظام الاجتماعي أن يقوم دون وجود قواعد صريحة فيما يتعلق بالمرض و العجز تحدد الحالة التي يكون عليها الفرد حتى ينطبق عليه دور المريض ، وعادة ما يكون الطبيب هو الموكل من طرف المجتمع و الذي يجب على المريض أن يتعامل معه لكي يحصل على دور و امتيازات المريض ، و يمكن الحديث عن وجود سلوك مرضي شاذ عندما يجد الطبيب أن دور المريض الذي تبناه الحالة لا يتناسب مع الطرح الموضوعي لحالته المرضية أو بالأحرى عندما يكون هناك تناقض بين ما يقر به علم الأمراض و السلوك المرضي للحالة .

و يغطي السلوك المرضي الشاذ طبيعة الخلاف بين المريض و الطبيب و طريقة عرض المريض لتجربته المرضية و قدرته على المشاركة في عملية التفاوض التي تربطه بطيبه ، فعادة الطبيب و المريض يعملان سويا لفهم المشكلات التي جعلت المريض يطلب المساعدة الطبية ، و لكن في السلوك المرضي الشاذ هذه القدرة على التفاوض عاجزة ، ويمكن استعمال نموذج السلوك المرضي الشاذ لفهم مجموعة واسعة من الحالات ، فمن الممكن أن يغطي جوانب عدة كتأكيد المرض أو إنكاره فضلا عن كون الدوافع شعورية أو لا شعورية ، ومقياس السلوك المرضي الشاذ هو نسخة مطورة لاستبيان مؤشر وايتلي و الذي وضع لتقييم السلوك المرضي الشاذ ، و هو مقياس للتقدير الذاتي يتكون من 62 بندا تغطي مجالات مختلفة كتوهم المرض ، القناعة بوجود المرض ، آثار التثبيط والانزعاج ، و هكذا قام Pilowisky بوضع أداة للتقييم السريري

تخص السلوك المرضي الشاذ ، وقد تم التحقق من صدق وثبات هذا المقياس في أعماله المنشورة ، ولكن لم يحقق هذا المقياس الشهرة التي حققها مؤشر وايتلي .

كما يعد Kilner من الشخصيات البارزة في البحوث النفسية التجريبية حول اضطراب توهم المرض ، في الفترة الممتدة بين 1960 و 1970 حيث طور طريقه علاجية خاصة به لعلاج المرضى الذين يعانون من توهم المرض سماها العلاج بالشرح أو التفسير Explanatory psychotherapy كما وضع مقياس خاص بتوهم المرض سماه مقياس الاتجاه نحو المرض ، و على خلاف Pilowisky فإن Kilner لم يعبر عن تصوره لاضطراب توهم المرض في نموذج خاص ، حيث يميز لديه نماذج مختلفة في نظرته للعلاقة بين توهم المرض و اضطراب المزاج ، و لكنه استقر أخيرا على أن اضطراب توهم المرض هو اضطراب أساسي و استعمل المفاهيم التي جاء بها -DSM III لوصف هذا الاضطراب .

وقسم Kilner الاضطرابات السيكوسوماتية إلى اضطرابات سيكوسوماتية واضطرابات نفسية فسيولوجية و الفرق بين القسمين هو أن الاضطرابات النفسية الفسيولوجية هي اضطرابات وظيفية دون وجود تلف عضوي و يعتبر أن اضطراب توهم المرض هو واحد من الاضطرابات النفسية الفسيولوجية ، و في الطرح الذي جاء به Kilner فإن المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية فسيولوجية لا يدركون العلاقة بين الانفعالات و الأعراض الجسدية ، إذا فهو يعتبر اضطراب توهم المرض اضطراب عصابي ، كما أن تصوره للاضطرابات النفسية الفسيولوجية شبيهه و إلى حد بعيد بمفهوم العصاب الراهن الذي جاء به Freud و هذا ما يعكس تأثيره بالمدرسة التحليلية .

كما أن Kilner استعمل مصطلحات معرفية وسلوكية مختلفة في طرحه كالإدراك الانتقائي و التعلم الشرطي ، و يرى Kilner أن العلاج النفسي هو الخيار العلاجي الأمثل للاضطرابات النفسية الفسيولوجية و خاصة اضطراب توهم المرض ، فالمرضى الذين لديهم أعراض جسدية وظيفية لا يستجيبون جيدا للعلاج النفسي القائم على الاستبصار و إنما بالعلاج النفسي القائم على الشرح لأن المرضى لا يدركون العلاقة بين الانفعال و الأعراض الجسدية التي يعانون منها ، فالهدف الأساسي من العلاج بالشرح هو إقناع المريض أن اعتقاده خاطئ ، فمن الضروري إقناع المرضى أن أعراضهم غير

ضارة قبل المرور إلى مراحل متقدمة من العلاج حيث يتم الوصول إلى اتفاق جزئي من خلال إقناع المريض أن أعراضه متوهمة و لا أساس لها من الصحة ، فالعلاج بالشرح يركز أساسا على تصحيح المعلومات و التوضيح أو الشرح والتكرار كوسيلة لتفسير العمليات النفسية ، حيث يتم شرح مبادئ الإدراك الانتقائي و التعلم الشرطي و لفت انتباه المريض إلى أن تركيزه المتواصل على جزء من جسده هو نتاج تعلم شرطي و يجب أن يكرر إعطاء هذه المعلومات مرارا ، كما يجب على المعالج أن يتقبل مريضه دون قيد أو شرط و من المهم أن يتعاطف مع مشاكل المرضى و أن يقرن اقتراحاته بمعلومات دقيقة عن حالة المريض و أمثلة مستوحاة من تاريخه المرضي لتوضيح النقطة التي كان فيها اللبس ، و إعطاء أمثلة للمريض يبين له من خلالها كيف يتدرب لتحسين الإدراك الحسي لديه .

و علاج Kilner 36 حالة تعاني من توهم المرض بتطبيق مبادئ العلاج بالتفسير ، حيث تم اختيار المرضى الذين يعانون من اضطراب نفسي لأكثر من 06 أشهر و تمت متابعة هؤلاء المرضى لأكثر من عامين ، و أظهرت 25 حالة تحسنا في نهاية العلاج ، و معظم المرضى خفت لديهم الأعراض و الجدير بالذكر أن التفرقة بين الأعراض الجسدية المصحوبة بمعتقدات توهم المرض و الاعتقادات الضلالية للاكتئاب أمر ضروري في العلاج بالشرح و لكنه أمر صعب ، حيث أن Kilner في تجربته هذه قام باستبعاد العديد من المرضى بسبب أنهم كانوا يعانون من اكتئاب ذاتي المنشأ و استطاع Kilner التمييز بين اضطراب توهم المرض و الاكتئاب ذاتي المنشأ على الرغم من التداخل الكبير بين هذين الاضطرابين من خلال استعمال المقياس الذي قام ببنائه وهو مقياس الاتجاه نحو المرض ( IAS ) الذي جعل التشخيص أكثر فعالية ويسر ، كما استطاع من خلاله قياس شدة اضطراب توهم المرض و يتكون مقياس الاتجاه نحو المرض من ثمانية أبعاد يحتوي كل بعد ثلاثة أسئلة ، و يتم الإجابة على هذه الأسئلة وفقا لمقياس ليكارت ، ويتناول المقياس مواضيع القلق حول المرض ، والقلق حول الألم ، العادات الصحية ، الخوف من المرض ، معتقدات توهم المرض و الخوف من الموت .

و قد تم استقاء بنود هذا المقياس من المعلومات التي أدلى بها المرضى الذين يعانون من القناعة بالمرض و سلوكيات المرضى الذين يعانون من توهم المرض ، فقد وضع هذا المقياس ليقاس الاتجاهات و المعتقدات المرتبطة بتوهم المرض لذلك فهو لا يتضمن أي بنود تتحدث عن حالات مرضية أخرى .

و يرى Kilner أن حالة توهم المرض ما هي إلا طيف من حالات الطمأنة الزائلة على الرغم من مجهودات الأطباء المتزايدة أو تحول الخوف من المرض إلى اعتقاد أو قناعة لا أساس لها من الإصابة بمرض فتاك و التسلسل العام لردة فعل المتوهم هو وقوعه في حدث ضاغط مع قلق و اكتئاب ، وبعد ذلك فكرة وجود مرض ، و بتزايد هذه الفكرة تتشكل حلقات مفرغة تكون مصحوبة بقلق و إدراك انتقائي و إساءة تفسير الأعراض الجسدية ، وهذه العمليات تتفاعل مع شخصية المريض .

و طبق Kilner مقياس الاتجاه نحو المرض للمقارنة بين مجموعة من المرضى المحالين إلى قسم الاستشارة و مجموعة ضابطة من مرضى آخرين ، كلا المجموعتين حققتا نتائج مختلفة على المقياس و أظهرتا ميلا متزايدا لتوهم ، حيث قدر مرضى توهم المرض قلقهم و أعراضهم الجسدية على أنها أكثر خطورة و شدة من المرضى النفسانيين الآخرين .

لذلك يرى Kilner أن القلق و الاكتئاب و الأعراض الجسدية هي مكونات أساسية في الصياغة المرضية لاضطراب توهم المرض فالقلق و الاكتئاب يظهران أولاً ثم يظهر اضطراب توهم المرض و هي تعتبر اضطرابات مترامنة أي تظهر في وقت واحد .

و هذه النتائج لا تدعم فكرة أن توهم المرض هو آلية دفاعية ضد القلق و الاكتئاب أو الاكتئاب الذاتي المنشأ و التي كانت بمثابة مراجعة لوجهة نظر Kilner السابقة ، فالاتجاهات المعبر عنها ذاتيا في مقياس الاتجاه نحو المرض تشير إلى وجود متلازمة متسقة تماما مع المعايير التشخيصية التي جاء بها DSM- III فقد كانت هناك اختلافات واضحة بين المرضى الذين يعانون من توهم المرض وبقية المجموعات الضابطة حيث اظهر متوهمي المرض ، وبشكل واضح سيمتات الخوف من المرض أكثر من المشاركين الآخرين .

و في دراسة أخرى قارن Kilner بين 100 مريض غير ذهاني في العيادات النفسية الخارجية مع 100 مريض مماثلة تماما من حيث السن و الجنس والحالة الاجتماعية ، و كانت النتائج مؤكدة لما توصلت إليه الدراسات السابقة أي أن توهم المرض يرتبط بالقلق و الاكتئاب .

و يقترح Kilner أن الأعراض الجسدية الوظيفية المستمرة ، أو الانتباه المفرط للأحاسيس الجسدية قد يحفز أفكار توهم المرض ، و إذا كانت الأعراض الجسدية



المظهر الجسدي للقلق تحفز الملاحظة الذاتية ، فإن الإدراك الانتقائي يحفز بدافع الخوف ، كما أن العلاقة بين مخاوف توهم المرض و الاكتئاب هي علاقة ثانوية بسبب التزامن المتكرر بين القلق و الجسدية ، و هذه النتائج لا تدعم فرضية أن توهم المرض هو مظهر من مظاهر اضطراب المزاج .

و هذا يشير إلى أن الأشخاص الذين يخشون المرض هم أكثر قلقا بينما الأشخاص الذين لديهم معتقدات خاطئة بأن لديهم مرض تميز لديهم أعراض جسدية أكثر .

في الثمانينات و التسعينات استخدمت العديد من المجموعات البحثية المفاهيم التي جاء بها Kilner و شهد مقياس ( IAS ) استعمال واسع النطاق ، حيث دمج Fava جوانب مختلفة من نظرية Kilner في بحوثه حول التشابك بين اضطراب توهم المرض و الاكتئاب و القلق ، وذكر Fava أن مفهوم السلوك المرضي الشاذ يمكن أن يستخدم كإطار للتشخيص الفارقي بين معتقدات توهم المرض و رهاب المرض ، ودرس Fava فعالية التدخل العلاجي الذي جاء به Kilner و هو العلاج بالشرح حيث أخضعه لدراسات تجريبية معمقة .

بينما نجد Noyes ( 1994 ) قد أجرى العديد من الدراسات المقارنة بين توهم المرض و اضطراب القلق ، مستخدما في ذلك مفهوم رهاب الموت المستنبط من مقياس ( AIS ) و قام ببناء مقياس خاص بالخوف من الموت و هو مقياس مرتبط ارتباط وثيق بمقياس توهم المرض .

و يرى Noyes أنه في حين شهدت العمليات المعرفية والسلوكية المتسببة والمحافظة على توهم المرض و قلق الصحة بحثا مستفيضا و إحاطة شاملة بكل جزئياتها ، إلا أن العمليات البين شخصية المختلفة كمشاعر الاغتراب عن الآخرين بقيت مهمشة ، حيث يتم دراسة مرضى قلق الصحة نوعا ما في معزل عن الآخرين على الرغم من أن العديد من الدراسات أشارت إلى العلاقة التي تربط اضطراب توهم المرض بمشكلات علائقية خطيرة .

كما يعد Barsky من علماء النفس الذين كان لهم بالغ الأثر في تطوير التوجه الحديث لتشخيص و علاج اضطراب توهم المرض ، حيث خلال ما يقارب 25 سنة من البحث

استطاع Barsky أن يقوم بتقديم عمل تجريبي رائع حول اضطراب توهم المرض ، حيث قام بدراسة الجوانب الأساسية لهذا الاضطراب و دافع على كون اضطراب توهم المرض له تشخيصه النفسي الخاص ، و تمكن من وضع البناء الداخلي و الخارجي الصحيح لهذا الاضطراب و درس Barsky العديد من الطروحات و الفرضيات المختلفة حول توهم المرض ، و جاء بالعديد من المفاهيم و التصورات الجديدة سواء ما يخص الجانب المعرفي الداخلي أو الجانب السلوكي الخارجي .

و معظم الدراسات التجريبية التي أجراها Barsky استعمل فيها نفس الأدوات البحثية ، و انتهج منهج المقارنة بين عينة تعاني توهم المرض و عينة تعاني من مرض آخر ، و المرضى المشاركون عادة ما يكونون من عيادات طبية خارجية و هذا ما يثير مشكلة تعميم نتائج دراسات Barsky .

و أثرت نتائج دراسات Barsky في تعريف DSM-III لاضطراب توهم المرض ، حيث يعتبر حالة مرضية مزمنة يعمد فيها الفرد إلى تفسير أحاسيسه الجسدية تفسيراً غير واقعي الأمر الذي يؤدي بالفرد إلى الخوف و الاعتقاد بأنه مصاب بمرض خطير .

و يرى Barsky أن توهم المرض قد يكون أساسياً و يحدث دون وجود أي اضطراب نفسي آخر ، كما يمكن أن يكن ثانوي مرافق لأحد الاضطرابات النفسية الأخرى ، لكن السؤال الأهم في نظر Barsky لا يتعلق بكونه اضطراب أساسياً أم ثانوي ، وإنما إلى أي درجة يحدث توهم المرض في غياب المميزات النفسية الأخرى و مدى التداخل مع اضطرابات القلق و الاكتئاب و اضطراب الجسدنة عموماً و اضطراب الهلع على وجه الخصوص الذي تزداد فيه المخاوف من المرض بشكل ملحوظ ، و يرى Barsky تشابه كبير بين الحالتين خاصة في إساءة تفسير أو كورثة الأعراض الجسدية ، كما أن هناك ارتباط بين أعراض الاكتئاب و درجة توهم المرض إذا اجتمعا معاً .

و استعمل Barsky على نحو متزايد المفهوم المعرفي لاضطراب توهم المرض و يعرفه على أنه توجه ثابت نحو الصحة و الاهتمام بالجسم و الاعتقاد بالمرض ، و اقترح أن مرضى توهم المرض يشيع لديهم اعتقاد خاطئ حول الصحة فالصحة الجيدة بالنسبة لهم هي الخلو التام من الأعراض و إن وجدت الأعراض فهي إشارة لوجود مرض خطير .

و يرى Barsky أنه هناك العديد من المعتقدات الخاطئة الأخرى إلى جانب هذا المعتقد ، و يمكن النظر إلى هذه المنظومة من المعتقدات الخاطئة كمخطط معرفي يعمل على توجيه الإدراك والذاكرة و الاستدلال و الحكم ، و يمكن تفعيل هذا المخطط المعرفي الكامن عن الصحة والمرض من خلال تعرض الفرد للضغوط الحياتية ، و يدعم هذا المخطط من خلال التأكد المتحيز الذي يدفع بالأفراد الذين يعانون من توهم المرض إلى الاهتمام الانتقائي بالمعلومات التي تدعم هذا المخطط و تجاهل المعلومات التي تتنافى وهذا المخطط و يشرح هذا النموذج مقاومة و عدم اعتراف الأفراد الذين يعانون من توهم المرض للطمانينة الطبية .

و الجدير بالذكر أن التضخيم الجسدي له مكانة مركزية في نظرية Barsky حيث قدم هذا المفهوم في وقت مبكر من تطويره لنظريته ، و تم تضمين هذا المفهوم في الدليل التشخيصي و الإحصائي الثالث و الذي يؤكد على تفسير العلامات الجسدية كدليل على المرض الجسدي ، ووفقا لـ Barsky فإن هذه الإفادة تتسق مع نموذج فمضى توهم المرض يضخمون أحاسيسهم الجسدية الحميدة و يسيئون تفسيرها على أنها مرض خطير فهو يرى أن الأحاسيس الجسدية المكثفة والمزعجة هي أساس التفسير الخاطئ أما بقية الخصائص الثانوية الأخرى هي ظواهر ثانوية و قد أكد على هذا من خلال بحوثه المعرفية التجريبية حيث قام ببناء مقياس تقدير ذاتي يعكس الإدراك الحسي المشوه و التضخيم الجسدي ، و تم تقييم اضطراب الجسدنة من خلال دمج بنود من MMPI و قائمة الأعراض 90 المعدلة ( SCL90-R ) باستخدام تحليل الانحدار التدريجي.

و قد استخدمت العديد من فرق البحث مفهوم ومقياس التضخيم الحسي و تحققت من صدقه وثباته ، و أعطت نتائجها دعما إضافيا لتصور Barsky للعلاقة بين التضخيم الحسي و توهم المرض و تأكيده على أهمية هذا الجانب الذي أغفله النموذج المعرفي الذي جاء به كل Clark و Salkoviskis حيث أكدوا على أن إساءة تفسير المدركات الحسية الجسدية هي الآلية النفسية المركزية .

و استطاع Barsky بناء مقياس خاص بالتضخيم الجسدي ، حيث أنه انطلقا من المعايير التشخيصية لتوهم المرض في DSM-III و بالإطلاع على الأدبيات النظرية والدراسات العيادية توصل إلى صياغة 08 خصائص لتوهم المرض : كالفقاعة بالمرض - الخوف من المرض - الانشغال الجسدي - الأعراض الجسدية - المرض و

السلوكيات المرضية -العجز - غياب أي مرض عضوي - غياب الاضطرابات النفسية الأخرى .

حيث تم استخلاص المعايير التشخيصية الثلاثة الأولى من مؤشر وايتلي ، في حين تم استخلاص المعيار الرابع و الخامس من قائمة الأعراض المعدلة ( SCL90-R ) و المقاييس المصممة خصيصا لقياس الجسدية ، و تم الحصول على المعايير الثلاثة الأخيرة من خلال إجراء مقابلة منظمة و مراجعة السجلات الطبية .

ولكن هناك من شكك في نتائج Barsky و رأى أنه ليس بالإمكان تعميمها على جميع الناس و لا يمكن التكهن بمدى مصداقية هذه النتائج و ما إذا كانت تمثل صفات دائمة ومستقرة ، كما أنه لا يمكن التكرار للدور الفعال الذي يلعبه الحدث النفسي الاجتماعي ، وهذا كان بداية لظهور نموذج آخر و هو نموذج David Mechanic لتوهم المرض و هو متأثر كثيرا بالعلوم الاجتماعية ، فهو يركز على السياق الاجتماعي لتفسير ظهور وتطور السلوك المرضي الشاذ ، ويرى هذا النموذج أن السلوك المرضي الشاذ هو سلوك متعلم كما أن الاحتمالات العلاجية مستمدة من نظريات التعلم المبنية على الفهم المعرفي السلوكي لتوهم المرض و الآلية النفسية المركزية هي الميل لإدراك الإشارات و الأعراض على أنها أكثر خطورة مما هي عليه في الواقع ، حيث يعتبر David Mechanic اضطراب توهم المرض كعملية إساءة تفسير حيث أن المرضى يعتبرون أن ما يدركونه يختلف تماما عن الأحاسيس العادية و أعطوا مثالا على ذلك طلبه الطب إذ كثيرا ما يلاحظ لديهم تحويل أحاسيس جسدية عادية إلى أعراض حيث أن وصول طلبه الطب إلى معلومات طبية أكثر تفصيلا ساهم في توهمهم ، و لاقت هذه الفكرة استهجان و نقاشات حادة فليس كل طلبه الطب يتوهمون ، و اقترح David Mechanic لتجاوز عملية سوء التفسير هذه إيجاد معلومات أكثر دقة و أكثر وضوحا مما يساهم في تجاوز سوء التفسير السابقة ، و قام David Mechanic بتحليل الظروف التي يمكن أن تدفع

الفرد إلى سوء التفسير هذا و أشار إلى فرط الحساسية أثناء تطور توهم المرض و تصور الضعف الشخصي ، و عملية تحديد الهوية ، كم أشار إلى وجود أنماط مختلفة التفاعل ، حيث قد يكون تحديد الهوية مهما ، و أكد على الملاحظة التي ترى أن متوهمي المرض لا يستجيبون للطمأنة بسهولة ، و اقترح فهما لآلية التوجس و وجد أن الطمأنة اللانوعية لا توفر إطار بديل لمريض توهم المرض لفهم أعراضه ومخاوفه ، و لهذا يرى David Mechanic أن الإرشاد المبني على المنطق أو العقلانية يمكن أن يساعد متوهم المرض على تجنب أخطاء العزو .

ويشير Balint أن عزو المرضى يتغير بسهولة من خلال اقتراحات الطبيب لذلك فهو قادر على تخفيف توتر المريض إذا ما استطاع توفير تفسير بديل ناجح ذا مصداقية يستطيع من خلاله طمأنة المريض و تعزيز إحساسه بالسيطرة على الوضع ، ويجب أن يكون الاقتراح منطقيا ومتماشيا مع تجارب المريض و تطلعاته في المستقبل .

و يعتبر Mayou توهم المرض متلازمة قهرية تظهر في شكل سلوك استشاري لا كظاهرة حقيقية فتوهم المرض في نظره ما هو إلا رد فعل مثله مثل القلق و هو نتاج الشعور بالعجز الشديد من قبل الفرد ، وركز Mayou عن رهاب المرض و يرى انه من الصعب التفرقة بينه وبين اضطراب توهم المرض ، و عرف رهاب المرض على أنه خوف دائم لا أساس له و لا يزول بالطمأنينة ، و يرى أن سوء التفسير مهم و هو المحدد لرد الفعل النفسي و العجز .

كما يعد Poul Salkoviskis من بين أهم الشخصيات في هذا الاتجاه و الذي أكد على أهمية النظر في العمليات النفسية بدلا من التركيز على الفئات التشخيصية و أساس هذه المقاربة هو الاستعمال النفسي الفسيولوجي لنموذج منبه استجابة ، فنوع معين من التنبيهات أو رد فعل نفسي ينتج عنه رد فعل فسيولوجي مميز و الذي يعتبر مبدأ هام في المقاربة المعرفية السلوكية فمشكلة المريض يجب أن تصاغ بشكل إيجابي من الناحية

النفسية و لا تعتمد على تشخيص المشاكل النفسية عن طريق الاستبعاد ، فالمفاهيم النفسية جوهرية و هي المقاربة الأساسية في حين أن المجموعات التشخيصية الطبية لها اعتبارات ثانوية ، إذا يجب أن تكون هذه المقاربة واقعية و توفر سياق لتفعيل الفرضية المعرفية السلوكية و التي يتم صياغتها من خلال تحديد العوامل التي تحافظ على مشكلة المريض و الكرب الذي يعاني منه ، و هذا ما دفع Salkoviskis و Warwick إلى وضع مقاربة معرفية وسلوكية خاصة باضطراب توهم المرض ، وهما يفضلان أن يطلقا عليه تسميات أقل غموضا كالانشغال بالصحة ، و ينظرون لهذه الظاهرة كمتد متواصل و متدرج من حالات القلق العادية إلى حالات قلق أكثر تطرفا هذه الأخيرة التي تشخص على أنها حالات توهم مرض ، و أشارا إلى وجود عنصرين هامين لاضطراب توهم المرض وهما الانشغال بصحة الجسم و السعي لتحقيق الطمأنينة كما فرقا بين الانشغال المبالغ فيه حول الصحة و الأفكار الوسواسية ، فالانشغال المبالغ فيه حول الصحة نجده متكرر و متسلط مقارنة ببقية الأنشطة العقلية الأخرى و مرتبط ارتباط وثيق باضطراب المزاج ، و هذا الانشغال يندمج مع شخصية الفرد و تجاربه و يعتبر أمرا منطقيا ومعقولا ، إذا فالانشغال بالصحة يعد عنصرا معرفيا هاما ، كما أن المكونات السلوكية مثل البحث عن الطمأنينة من الأطباء و الفحص الجسدي المتكرر لها دور بارز في المحافظة على هذا الانشغال ، أما العلاج فيتمثل في عدم تلبية رغبة المريض في الحصول على الطمأنينة ، الأمر الذي من شأنه أن يقلل من أعراض وسلوكيات توهم المرض ، فالتقليل من القلق عن طريق الطمأنينة يضل عابرا و يتسبب في تأزم الوضع على المدى الطويل .

و يرى Salkoviskis و Warwick أن هناك تشابه بين توهم المرض و الوسواس القهري حيث أن سلوك التجنب يساهم بطريقة مماثلة للسلوك القهري في الحفاظ على القلق و بالتالي فالخوف غير الواقعي في اضطراب توهم المرض لا يستمر على الرغم من الطمأنينة الطبية و إنما هذه الطمأنينة الطبية المتكررة تساهم في الحفاظ على استمرار هذا القلق.

و يدافع Salkoviskis و Warwick و بقوة على الرأي القائل بأن اضطراب توهم المرض هو اضطراب أساسي فهما يشككان في المنهج الذي اتبعه Kenyon و النتائج التي توصل إليها حيث رفض وجود توهم مرض أساسي ، و يشددان على أهمية النظر في التطور الزمني للتمييز بين توهم المرض الأولي والثانوي ، حيث يلي ظهور توهم مرض أساسي و جود اكتئاب ثانوي ، كما هو الحال مع اضطراب الوسواس القهري .

و اقترحا أن التفسيرات الخاطئة للأحاسيس الجسدية هي آلية نفسية أساسية في كل من توهم المرض و نوبات الهلع ، فهذا التفسير الخاطئ قد يؤدي إلى تجنب الوضعيات التي من المرجح أن تؤدي إلى نوبات الذعر ، ويمثل التجنب محاولة للمريض للتعامل مع الكارثة التي يرى أنها على وشك الحدوث ، و هذا يعطي لمريض الوهم المزيد من الوقت لمنع الكارثة المتوقعة من خلال إلتماس الرعاية الطبية .

فالمرضى الذين يعانون من نوبات الهلع يميلون إلى إساءة تفسير الأعراض اللاإرادية و الذي يفعل آلية التغذية الراجعة حيث القلق قد يتصاعد بسرعة ، بينما في توهم المرض فإن إساءة تفسير الأعراض الجسدية ليس من المرجح أن يكون مصحوب بالتضخيم المباشر مثلما هو الحال في نوبات الهلع و آلية التغذية الراجعة تتخذ شكل مظاهر سلوكية تكون أطول أجلا من خلال استمرار التركيز على أجزاء معينة من الجسم مع الفحص المتكرر ، أو الزيارة المستمرة والمتكررة للأطباء ، فمرضى الهلع يعتقدون أن الكارثة قد وقعت بالفعل في حين أن مرضى توهم المرض يميلون إلى الاعتقاد بأن هذه الأعراض تشير إلى أن هناك أمرا ما خطير يتطور تدريجيا .

و يرى Salkoviskis و Warwick أن القلق يحدث من منظور معرفي عندما يقع الفرد في موقف يدركه على أنه مهدد و يشكك في قدرته على مواجهة هذا الموقف و بالتالي فإن الفرضية المعرفية المفسرة لتوهم المرض تتلخص في كون العلامات الجسدية تدرك على أنها أكثر خطورة من قبل الفرد ، مما يدفعه للاعتقاد بإمكانية الإصابة بمرض ما

وفي نفس الوقت يعتقد أنه غير قادر على التعامل مع هذا المرض و انه غير قادر على كسر هذه الحلقة .

و اقترح Salkoviskis و Warwick أن توهم المرض يتطور في شكل مجموعة من المعارف المستوحاة من تجارب الفرد الماضية مع المرض ، و هذه المعارف تؤدي إلى افتراضات محدد حول الأعراض و المرض و السلوك الصحي ، والتي تم تعلمها من مجموعة متنوعة من المصادر التي تتضمن التجارب السابقة و المعلومات الحاضرة معا ، فالوقوع مرة واحدة في موقف خطر أو يدرك على أنه خطر كفيلا بان يؤدي إلى تشكل افتراض معين الأمر الذي يؤدي إلى التأكد المتحيز الذي يسيطر على تفكير المريض .

و عندما يظهر قلق الصحة فإن هناك آليات أخرى تعمل على الحفاظ عليه و استمراره ، و هذا القلق ينتج عنه استثارة فسيولوجية ، حيث تفسر الأعراض اللاإرادية كدليل إضافي على وجود مرض عضوي ، فيزداد الانتباه الانتقائي للمعلومات ذات الصلة بالمرض المتوهم ، كما أن السلوكيات المعتمدة لتفادي أو التحقق أو منع الإصابة بالأمراض العضوية فإنها تعمل على إدامة والمحافظة على هذا القلق ، و خلافا للتفسير الخاطئ الفوري لمرض الهلع فإن سوء التفسير لدى مرضى توهم المرض يسمح ويتيح المجال إلى مزيد من سلوكيات طلب الحماية والطمأننة ، عن طريق محاولات للحصول على حل طبي للتهديد المدرك حول الصحة ، فالمرضى لا يسعون إلى استشارة الأطباء بسبب انزعاجهم من الأعراض و إنما لوجود مجموعة متنوعة من المدركات المعرفية و الأفكار اللاعقلانية حول أسباب هذه الأعراض المثيرة للقلق ، لذلك فإن الإدراك له تأثير كبير على السلوك المرتبط بالمرض ، وينشأ هذا السلوك لمنع التعرض للقلق و يشمل مجموعة واسعة من الإجراءات الرامية إلى التحقق من الحالة الصحية ، كالفحص المتكرر و السعي نحو الطمأنينة الطبية و تركيز انتباه المريض على مخاوفه و تجنب المحفزات المثيرة للقلق ، و يساهم سلوك التجنب في المحافظة على انشغال المريض بمرضه عن طريق منع المريض من الحصول على المعلومات ، مما يؤثر سلبا على تفسيره لأعراضه ، كما أن لسلوك السعي نحو الطمأننة نفس تأثير التحقق الوسواسي في



اضطراب الوسواس القهري ، كما أن تركيز المريض على أعراضه قد يقلل من مخاوفه على المدى القصير و لكنه يزيد من انشغاله على المدى الطويل ، كما أن المرضى الذين يشعرون بالقلق إزاء صحتهم يستجيبون بشكل مختلف للطمأنينة الصحية الأمر الذي يؤدي إلى نتائج عكسية ، كما قد يكون لبعض السلوكيات تأثير مباشر على أعراض المريض كالفرك المتكرر على منطقة مؤلمة لتأكد مما إذا كانت لا تزال مؤلمة أم لا ، و كجزء من التقييم و العلاج للسلوك المرضي الشاذ و يجب تحديد وتعديل وظيفة الطمأنينة التي تعد من الطقوس القهرية لذلك ينبغي منعها و استخدامها كأساس لإعادة العزو .

وعلى الرغم من كل هذه المراحل التي مر بها اضطراب توهم المرض إلا أنه لا يزال إلى الآن النقاش الحاد دائرا حول هذا الاضطراب و هذا ما يتضح جليا في كونه مدرج ضمن قائمة الاضطرابات التي أعيد النظر في تصنيفها في DSM-V

## 2- تعريف اضطراب توهم المرض :

يعرف توهم المرض في ( ICD 10 ) على أنه الانشغال الزائد بالمرض و انشغال الشخص بصحته بشكل مفرط و تفسيراته غير الواقعية لأعراضه الجسدية مما يؤدي إلى الخوف أو الاعتقاد أن لديه مرضا خطيرا ، رغم أن الفحص الجسدي الدقيق يؤكد عدم وجود مرض ، وهذا الاعتقاد أو الخوف غير المنطقي يظل ثابتا رغم التأكيدات الطبية بعدم وجود مرض لديه ، و لكن هذا الاعتقاد لا يصل إلى شدة الوهم حيث أنه يمكن أن يقبل احتمال كونه مبالغا في خوفه من المرض ، وأنه قد لا يوجد مرض على الإطلاق ، قد يصل الانشغال بوظائف الجسم مثل ضربات القلب أو التعرق أو حركة الأمعاء أو الأعراض الجسدية الطفيفة ( مثل السعال ) إلى حد تفسير الشخص ذلك كبرهان على مرض خطير قد يشمل المرض عدة أجهزة جسدية و قد يتركز بعضو واحد ، كما في حالة عصاب القلب ( cardiac neurosis ) التي فيها يخاف الشخص أو يعتقد أنه مريض بالقلب ، يصاحب هذا الاضطراب التردد بكثرة على الأطباء ( doctor shopping ) و تدهور العلاقة بين المريض و الطبيب ، و إحباطهما ، بالإضافة إلى أعراض القلق و الاكتئاب و صفات الشخصية الوسواسية . ( The ICD-10 1992 ) .

و يعرفه warwick 2004 بأنه اضطراب عادة ما يكون عابر أو سهل التعامل معه من خلال الطمأنة الطبية أو العلاج المناسب ، ولكن في بعض الحالات و على الرغم من عدم اكتشاف مرض عضوي فإن المريض لا يطمئن و قلقه حول الصحة يضل مستمر ، وهذا راجع ربما إلى عجز في إدراك المريض أو فشل الطبيب في تقديم الطمأنة المناسبة أو كليهما و في الحالات الأكثر تازما تتحقق الخصائص التشخيصية لواحد من الاضطرابات جسدية الشكل و هو اضطراب توهم المرض الأساسي الذي تم الاعتراف به كاضطراب الميزة الرئيسية له هي الميل المستمر لإساءة تفسير الإشارات والأعراض الجسدية و اعتبارها كدليل على الإصابة بمرض جسدي خطير .

و يعرفه Barsky 1988 بأنه اضطراب عادة ما يتم اعتباره حالة نفسية مزمنة و هذا ما ورد في DSM III حيث تم تعريفه بأنه تفسير خاطئ لأحد الأحاسيس الجسدية و اعتبارها غير طبيعية ، مما يؤدي إلى خوف الفرد و اعتقاده بأن لديه مرض خطير ، و يوصف هذا الاضطراب بأن لديه أربعة خصائص رئيسية هي :

- الأعراض الجسدية المفرطة و اعتبارها دليل على وجود مرض عضوي واضح .
  - خوف الفرد من المرض و اعتقاده بأنه مريض .
  - الانشغال الجسدي .
  - السعي المستمر نحو الرعاية الطبية و عدم تقبل طمأنة الأطباء .
- و قد يكون هذا الاضطراب أساسيا أو عرض ثانوي لاضطرابات نفسية أخرى كالاكتئاب أو القلق أو الفصام .

و يرى أحمد عكاشة (1999) أن السمة الأساسية لاضطراب توهم المرض هي انشغال دائم باحتمال الإصابة بواحدة أو أكثر من الاضطرابات البدنية الخطرة و المتفاقمة ، يعبر عنه بشكاوى جسدية مستمرة .

و كثيرا ما يفسر الشخص الأحاسيس و الظواهر الطبيعية و العادية باعتبارها غير طبيعية ومزعجة ، كما يركز الانتباه عادة على واحد أو اثنين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم . و قد يذكر المريض اسم الاضطراب الجسمي الذي يخشاه ، ومع ذلك .. فإن درجة اقتناعه بوجود المرض و التركيز على اضطراب بعينه دون اضطراب آخر ، تتضح عادة ما بين الاستشارات الطبية ، و عادة ما يتبين المريض احتمال وجود اضطرابات بدنية أخرى ، بالإضافة إلى الاضطراب الأساسي.

و غالبا ما يكون الاكتئاب و القلق الشديدين موجودين ، و قد يستدعيان استعمال تشخيص إضافي ، و نادرا ما تظهر هذه الاضطرابات بعد سن الخمسين ، و عندئذ يكون مسار كل من الأعراض عادة مزمنة و متذبذبا . و يجب أن لا تكون هناك ضلالات ثابتة خاصة بوظائف الجسم وشكله ، و تصنف هنا المخاوف من وجود مرض أو أكثر ( رهاب المرض ) .

تظهر هذه الزملة في كل من الرجال و النساء و لا تستدعي وجود خصائص معينة مألوفة ( على عكس اضطراب الجسدية ) .

و يضل كثير من المرضى ، خاصة ذوي الأشكال الأخف شدة من الاضطراب في إطار الرعاية الطبية الأولية أو تخصصات طبية غير نفسية أخرى ، و عادة ما يرفضون الإحالة إلى الطب النفسي إلا إذا تم ذلك في مرحلة مبكرة من تكون الاضطراب ، و من خلال التعاون اللبق بين الممارس العام و الطبيب النفسي ، أما درجة الإعاقة الناجمة عن الاضطراب فمتباينة جدا ، فبعض المرضى يسيطرون على و يتلاعبون بعائلاتهم وعلاقاتهم الاجتماعية بواسطة أعراضهم ، على العكس من الأقلية التي تستمر في أداء و وظيفته بشكل طبيعي إلى حد كبير ( أحمد عكاشة، 1999)

و يرى **نوبير سيلامي** أن توهم المرض هو انشغال البال العادي ، أو المرهق لدى الشخص فيما يخص حالته الصحية ، ففي الحالة الأولى يستند على التيقظ القلق ، وفي الحالة الثانية يستند على حدوث اقتناعات و سواسية أو على إدراكات هلوسية ( **سيلامي نوبير ، 2001** )

يرى (Prashant Srivastava 2016) أن اضطراب توهم المرض له عدة معاني و يستخدم على نطاق واسع سواء من قبل الأطباء أو العوام ، لوصف المخاوف المختلفة و يحمل مصطلح توهم المرض ثلاث معاني شائعة وهي :

أ ) يمكن أن يعبر عن صور التوجس والخوف حول الصحة و سهر الفرد على وضعه الصحي حيث تجده مشغولا بالأطعمة الصحية و قراءة نشرات الأدوية و هو في الحقيقة لا يشكو من أي شيء يستدعي ذلك .

ب) كما يمكن أن يصف أولئك الأفراد الذين يتبعون تدهور الصحة كأسلوب للحياة حيث تجدهم و كأنهم يحبذون أن تكون صحتهم سيئة و تراهم منهمكون في جمع أعراض جديدة لتدليل بها على تدهور صحتهم .

ج ) كما يمكن أن يدل على أولئك الأفراد الذين يكونون مقتنعين بأنهم مرضى فعلا أو أنهم يخافون أن يصابوا بمرض ما خطير (Prashant Srivastava2016) .

ويعرف الباحث اضطراب توهم المرض(hypochondriasis) بأنه مرض نفسي يتسم بخوف الشخص من إصابته بمرض خطير، حيث يقوم بتفسير ما يشعر به من إحساسات جسدية طبيعية أو غير طبيعية بأنها مؤشرات على إصابته بمرض ما. فعلى سبيل المثال، قد يعتقد المصاب بأن مجرد شعوره بالصداع بين الحين والآخر أو نسيانه لمكان مفاتيح سيارته مثلا يدل على إصابته بسرطان الدماغ أو مرض الزهايمر مما يجعله يزور طبيبا تلو الآخر للبحث عن تشخيص ما يشعر به من أعراض، كما أن التوهم يستمر لدى المصاب حتى بعد تعرضه لفحوصات تثبت سلامته.

### 3- البداية و المسار :

يبدأ اضطراب توهم المرض في أي سن و لكنه يكثر في العشرينات ، كما أن الانشغال بالأعراض الجسدية والخوف من المعانات من مرض خطير يقع على سلسلة متصلة بدءا من قلق خفيف جدا حول بعض الأحاسيس الجسدي غير العادية إلى المراقبة و الانشغال الشديد و الخوف ثم تتحول إلى قناعة لدى الأفراد من خلال تركيزهم على الأفكار والأنشطة التي تدور حول المخاوف المبالغ فيها من وجود أو تطوير مرض خطير يهدد الحياة، يصبح زمنا مع فترات من الهوادة و الاستداد في ثلثي الحالات و ذلك حسب ما يمر به الفرد من فترات عصبية - على سبيل المثال، فقدان أحد أفراد الأسرة، والتجارب السابقة مع مرض عضوي فعلي، والظروف الاجتماعية، أو استجابة للمكوث في المستشفى وكل ما يبيت في وسائل الإعلام من مادة إعلامية تتعلق بالأمراض ، كما أن ثلث المرضى لا يتحسنون و يضطرب تكيفهم من حيث الوظيفة المهنية أو العلاقات الاجتماعية بسبب الانشغال بالمرض و قد تزداد الإعاقة فيصبح الشخص طريح الفراش و أحيانا يتعرض لعمليات جراحية استكشافية تحمل أخطارا عديدة بالإضافة إلى أن الأعراض التي يشكو منها قد تؤدي إلى تشخيص خاطئ و بالتالي خطأ العلاج . (الخليل مازن ، 2001)

## 4- اضطراب توهم المرض حسب التصنيفات العالمية:

## 1.4- اضطراب توهم المرض من وجهة نظر ICD-10 :

في ICD-10 تم وصف أعراض توهم المرض في سياقين إما اضطراب توهم المرض أساس أو كأعراض ثانوية لمجموعة من الاضطرابات العقلية الأخرى (على سبيل المثال، اضطراب الوهمية والاكئاب).

وتم وضع اضطراب توهم المرض في فئة الاضطرابات الجسدية الشكل (F45.2) . و خصائصه الرئيسية هي :

- 1) الاعتقاد الثابتة بوجود واحد على الأقل من الأمراض الجسدية الخطيرة الكامنة وراء الأعراض و عدم وجود تفسير عضوي كافي للحالة على الرغم من التقصيات و التحقيقات المتكررة .
- 2) الرفض المتواصل لنصيحة وطمأنة الأطباء الذين يصرحون بعدم وجود أي مرض جسدي أو شذوذ كامن وراء الأعراض .

وتم إدراج خمسة مصطلحات متداخلة جزئياً مع اضطراب توهم المرض ، وهي اضطراب التشوه الوهمي للجسم، ورهاب التشوه الوهمي (الضلالي) ، عصاب توهم المرض، توهم المرض، ورهاب المرض (The ICD-10. 1992)

## 2.4- اضطراب توهم المرض من وجهة نظر DSM-IV :

في DSM-IV-TR و على خلاف ICD-10 توهم المرض و التشوه الوهمي للجسد هما اضطرابين منفصلين داخل فئة الاضطرابات الجسدية الشكل . وهذا يتفق مع الأدبيات الحديثة التي تشير إلى أن اضطراب التشوه الوهمي للجسد هو اضطراب قائم بذاته و ذو تشخيص صريح يختلف عن توهم المرض . (DSM-IV-TR 2000)

و المعايير التشخيصية لتوهم المرض في DSM-IV تشمل الانشغال أو الخوف من وجود مرض خطير بناء على تفسير خاطئ للأعراض الجسدية ، " ضعف البصيرة، " فالمرضى لا يعترفون أن

قلقهم المفرط و غير معقول .ويشترط أيضا أن تدوم الأعراض مدة 6 أشهر.-DSM-IV(2000

(TR

الجدول رقم (01) : يوضح المعايير التشخيصية لاضطراب توهم المرض في DSM-IV-TR و

ICD-10

DSM-IV-TR	ICD-10
الانشغال بالخوف من الاصابة أو بفكرة أنه يمكن أن يكون لديه مرض خطير انطلاقا من اساءة تفسير الشخص لأعراضه الجسدية لمدة لا تقل عن 06 أشهر.	الاعتقاد المستمر لمدة لا تقل عن 06 أشهر لوجود مرضين خطيرين على الأقل ( واحد منها يجب ان يكون معروف بالاسم لدى المريض )
الاعتقاد ليس وهما و لا يقتصر على قلق محدد حول المظهر ( كما هو الحال في اضطراب التشوه الوهمي للجسد )	الانشغال المستمر بالتشوه أو احتمالية التشوه ( اضطراب التشوه الوهمي للجسد )
إن الانشغال تسبب في اضطراب سريري أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات العمل الهامة	الانشغال بالمعتقدات والأعراض يتسبب في عرقلة سير الحياة اليومية ، ويدفع بالمريض للحصول على الرعاية الطبية و اجراء الفحوصات
لا يزال الانشغال قائما على الرغم من التقييم الطبي المناسب و الطمأنينة	هناك رفض مستمر لقبول التامين الطبي أنه لا يوجد سبب مادي للأعراض أو خلل جسدي
الانشغال لا يرتبط باضطراب القلق العام أو اضطراب القلق أو الوسواس القهري أو الهلع أو الاكتئاب الأعضم أو قلق الانفصال أو أي اضطراب آخر من الاضطرابات جسدية الشكل الأخرى .	

#### 3.4- الانتقادات الموجهة لـ DSM-IV-TR و ICD-10

يعتبر توهم المرض في DSM-IV-TR و ICD-10 اضطراب جسدي الشكل ولكنه كان دائما على مفترق طرق لفئات مختلفة من الاضطرابات، فالقول بوجود الأعراض الجسدية ليس شرطا لتشخيص توهم المرض لا يتفق مع القول بتصنيفه ضمن الاضطرابات الجسدية الشكل . وعلاوة على ذلك، و بالنظر إلى الخصائص السريرية الرئيسية (الانشغال والقلق وبقظة الجسدية المفرطة ،

وسلوكيات التجنب) وإستراتيجية العلاج الأكثر فعالية (العلاج المعرفي السلوكي، بما في ذلك التعرض و منع الاستجابة) فتوهم المرض يتداخل إلى حد كبير مع اضطرابات القلق مثل اضطرابات الهلع، اضطراب القلق الاجتماعي، اضطراب القلق العام (GAD)، والوسواس القهري، وتصنيفه ضمن فئة اضطرابات القلق أو فئة OCD سيكون أكثر اتساقا مع تصورات أكثر حداثة لهذا الاضطراب . (Phillips KA, et al 2010)

واستنادا إلى البحوث التي أجريت مؤخرا، فإن بعض الجوانب المتعلقة بتعريف اضطراب توهم المرض ، وعلاقته بالحالات المشابهة ، وتصنيفه ضمن فئة الاضطرابات جسدية الشكل تحتاج إلى إعادة نظر و ذلك لـ :

**أولاً:** وجود الأعراض الجسدية ليس حاسما لتشخيص توهم المرض ، لأنه في كثير من الحالات يمكن أن يكون هناك انشغال أو خوف من وجود مرض خطير دون وجود أعراض جسدية فعلية .

**ثانياً:** المرضى الذين يعانون من توهم المرض يسعون إلى الطمأنينة و يسعدون لمعرفة أنه لا يوجد تهديد مباشر (على النقيض من معظم المرضى الذين يعانون من اضطرابات جسدية الشكل الأخرى، الذين يسعون إلى التشخيص و يستمرون في السعي نحوه)، لكن المريض باضطراب توهم المرض يفشل في الحفاظ على شعوره الفوري بالراحة بعد الطمئنة الطبية ، وذلك بسبب الانشغال المتكررة أو القلق، وعودة الخوف ، مما يؤدي إلى السعي المتكرر نحو الطمأنينة ، و سلوكيات التجنب .  
(Rachman S. 2012)

**ثالثاً :** والمسألة الثالثة التي تتطلب إعادة النظر ، ضبط الخصائص التشخيصية لاضطراب توهم المرض حتى يتمكن الممارسون من تشخيص هذا الاضطراب بسهولة . (Stein DJ. 2012)

وانجر عن هذه الانتقادات إعادة النظر في تصنيف اضطراب توهم المرض في DSM-V .

## 4.4- اضطراب قلق المرض واضطراب الأعراض الجسدية في DSM-V :

في DSM-V ينعكس مفهوم اضطراب توهم المرض جزئياً في اضطراب قلق المرض و اضطراب الأعراض الجسدية ، وهما اضطرابين منفصلين داخل فئة الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة (المعروف سابقاً باسم الاضطرابات الجسدية الشكل )، والسمة المشتركة بين الاضطرابات المختلفة المتضمن في فئة الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة هي بروز أعراض جسدية مرتبطة بالضيق وضعف كبيرة، وتضم هذه الفئة اضطراب الأعراض الجسدية ، اضطرابات قلق المرض، اضطراب التحويل، العوامل النفسية التي تؤثر على الحالات الطبية الأخرى، واضطرابات التصنع . و يتم التشخيص بالاعتماد على الأعراض التي يبديها الفرد، وبشكل خاص وجود أو عدم وجود الأعراض الجسدية، فالمريض الذي كان يشخص على أنه يعاني من توهم المرض وفقاً لـ DSM-IV أصبح الآن يشخص على أنه يعاني من اضطراب قلق المرض (إذا كانت الأعراض الجسدية غائبة أو خفيفة) أو يشخص على أنه لديه اضطراب الأعراض الجسدية (إذا كانت الأعراض الجسدية موجودة وهي مؤلمة أو ينتج عنها اضطراب كبير في الحياة اليومية) ، وفيما يلي عرض مفصل لكلا الاضطرابين :

## أ) اضطراب العرض الجسدي : Somatic Symptom Disorder

و المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب هي :

- وجود واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية المؤلمة أو التي تؤدي إلى تعطيل كبير في الحياة اليومية .
- وجود أفكار ومشاعر وسلوكيات مفرطة متصلة بالأعراض الجسدية أو المخاوف الصحية المرتبطة بها ، و وجود شكل واحد على الأقل من ما يلي :
  - \* أفكار غير مناسبة و مستمرة حول خطورة الأعراض التي لدى الشخص .
  - \* استمرار مستويات القلق المرتفعة حول الصحة أو الأعراض لدى الشخص
  - \* مدى الوقت المستغرق و الجهد المبذول من طرف الشخص في الانشغال بهذه الأعراض و المخاوف الصحية .
- على الرغم من عدم وجود عرض واحد ثابت و حاضر باستمرار، إلا أن الحالة تبقى ثابتة ( عادة أكثر من 06 أشهر ) .

و داخل اضطراب العرض الجسدي تم وضع ثلاث محددات :



\* تحديد ما إذا كان مع ألم مسيطر : هذا المحدد هو للأفراد الذين تنطوي أعراضهم الجسدية غالباً على الألم .

\* تحديد ما إذا كان مستمر : حيث يتميز المسار المستمر بالأعراض الحادة و ضعف ملحوظ و مدة طويلة ( أكثر من 06 أشهر) .

\* تحديد الشدة الحالية : و تحتوي على ثلاث درجات

خفيف : و احد فقط من الأعراض المحددة في المعيار الثاني يتم الوفاء بها .

متوسط : يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار الثاني .

شديد : يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار الثاني ، بالإضافة إلى تواجد شكاوى جسدية متعددة ( أو عرض جسدي واحد شديد جدا )

### ب) اضطراب قلق المرض : Illness Anxiety Disorder

ويعرف اضطراب قلق المرض على أنه اضطراب محددة و يشمل العنصر المعرفي (الانشغال)، والعنصر الوجداني(القلق)، والعنصر السلوكي (سلوكيات الرعاية التجنبية المرتبطة بالصحة و السعي نحو الرعاية )، و المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب هي :

- الانشغال بوجود أو باكتساب مرض خطير

- الأعراض الجسدية ليست موجودة أو إذا تواجدت فتكون خفيفة الشدة أو تكون نابعة عن حالة طبية فعلية أو وجود احتمالات كبيرة لتطور حالة طبية فعلية ( على سبيل المثال وجود تاريخ عائلي مرضي ) إلا أن الانشغال يكون مفرطاً أو لا عقلائي بشكل واضح .

- هناك مستوى عال من القلق حول الصحة ، و يشعر الفرد بالفزع بسهولة حول الحالة الصحية الشخصية .

- يؤدي الفرد سلوكيات متعلقة بالصحة بشكل مفرط ( على سبيل المثال التفحص المتكرر للجسم بحثاً عن علامات المرض ) أو يظهر سلوكاً تجنبياً غير متكيف ( على سبيل المثال تجنب المواعيد الطبية و المستشفيات )

- الانشغال بالمرض سيضل حاضراً لأكثر من 06 أشهر و لكن المرض الذي يخشى منه قد يتغير خلال تلك الفترة من الزمن .

- لا يفسر الانشغال المتعلق بالمرض بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر ، مثل العرض الجسدي ، اضطراب الهلع ، اضطراب القلق العام ، الاضطراب الوهمي للجسد ، و اضطراب الوسواس القهري أو اضطراب توهمي من النوع الجسدي

داخل اضطرابات قلق المرض، تم تمييز محددتين:

(1) نمط التماس الرعاية الطبية مع المغالاة في الاستفادة من الرعاية الصحية فهو غالبا ما يقوم بزيارة الطبيب و الخضوع لفحوص وإجراءات طبية مكثفة .

(2) نمط تجنب الرعاية فهو نادرا ما يستخدم الرعاية الطبية. (DSM-5 , 2013).

#### 5.4- الانتقادات الموجهة لـ DSM-V :

و من بين الانتقادات الموجهة لـ DSM-V أنه لم يتم تحديد أية خصائص خاصة باضطرابي قلق المرض واضطراب الأعراض الجسدية ، و التي تميزهما عن بقية الاضطرابات ذات الصلة التي تم تصنيفها في فئات أخرى، مثل الوسواس القهري واضطراب تشوه الوهمي للجسم ، كما أن هناك مشكلة محتملة مع هذا التصنيف و هي عدم وضوح الخصائص و المعايير الدائمة و المتأصلة لكل من اضطراب الأعراض الجسدية واضطراب قلق المرض. و بالتالي كان من الأصلح الإبقاء على مفهوم كامل لتوهم المرض و تصنيفه في فئة اضطرابات الأعراض الجسدية وما يتصل بها ، بدلا من إدراجه في فئة اضطرابات القلق ، لأن تشخيص اضطراب قلق المرض لمجرد غياب أعراض جسدية واضحة يدعو للريبة و هذه الخاصية مشترك بين العديد من الاضطرابات في الفئات الأخرى.(Winfried Rief , Alexandra Martin 2014)

#### 5- أعراض اضطراب توهم المرض :

إن العرض المميز لهذا المرض هو استحواذ فكرة الإصابة بمرض جسدي شديد، غالبا ما يكون خطيرا على الحياة أو مسببا للإعاقة، للمصاب، حيث يفكر المصاب بشكل متكرر بتلك الاحتمالية، ويقوم بتفسير الأعراض الجسدية البسيطة أو الوظائف الجسدية الطبيعية أو الاختلافات الفردية بين الأشخاص بأنها علامات على إصابته بمرض شديد، مما يؤدي به إلى زيارة العيادات والمستشفيات بشكل متكرر بالرغم من أن نتائج الفحوصات التي تؤكد على سلامته لا تقدم له الاطمئنان المستمر، حيث إنه يعاود القلق من جديد بعد مضي مدة زمنية.

وقد أضاف مرجع (Oxford) أنه بالرغم من أن المصاب قد يقتنع بأن مخاوفه لا أساس لها، إلا أنه لا يستطيع إيقافها.

في حين يشير موقع (Mayo Clinic) إلى أن علامات وأعراض هذا المرض تتضمن ما يلي:

- الخوف والقلق المفرطان بشأن الإصابة بمرض معين أو حالة معينة.
- القلق من كون الأعراض البسيطة إشارات على وجود مرض خطير.
- التفقد المتكرر للجسد بحثًا عن التقرحات أو الأورام.
- الفحص المتكرر للعلامات الحيوية، كضغط الدم ودرجة الحرارة.
- الاعتقاد بالإصابة بمرض ما بعد السماع أو القراءة عنه.
- اللجوء المتكرر للفحوصات والاستشارات الطبية.
- التغيير المتكرر للأطباء الذين تتم استشارتهم.
- عدم الرضا بشأن الرعاية الصحية المقدمة.
- الضيق النفسي.

## • توتر العلاقات الاجتماعية. ( رضوان سامر جميل ، 2009 )

وتختلف شدة هذا المرض من حالة إلى أخرى، حيث إن بعض المصابين يكونون متيقنين من إصابتهم بمرض معين، ويستحوذ الحصول على تشخيص على تركيزهم واهتمامهم، مما يجعلهم يفسرون عدم حصولهم على التشخيص بأنه ناتج عن تقصير طبي، الأمر الذي يؤدي بهم إلى اللجوء لطبيب جديد كلما أكد لهم الطبيب السابق بأنهم غير مصابين بذلك المرض، كما أنهم يخضعون أنفسهم إلى فحوصات طبية لا داعي لها، كصور الرنين المغناطيسي MRI وتخطيطات القلب وحتى العمليات الاستقصائية من دون حاجة. بالإضافة إلى ذلك، فهم يتحدثون بشكل مستمر مع أفراد عائلاتهم وأصدقائهم عما لديهم من أعراض وعن الأمراض التي يعتقدون أنهم مصابون بها.

وقد يمتلك الخوف بعضاً آخر من المصابين لدرجة تحول بينهم وبين زيارة الطبيب خوفاً من سماع أخبار سيئة، إلا أن المرض قد يكون أقل شدة لدى مجموعة ثالثة من المصابين، فمخاوفهم لا تتمكن من إجبارهم على اللجوء المتكرر إلى الأطباء لفحص صحتهم الجسدية.

## ( فيصل محمد خيرى الزراد ، 1984 )

## 6- التشخيص الفارقي :

يجب أن نميز توهم المرض عن كل مما يأتي :

## 1.6- عن مرض جسدي حقيقي : قد تكون بداية مرض جسدي حقيقي غامضة لا يمكن تفسيرها مثل

التصلب المتعدد ( M.S ) أو اضطراب الغدد الصماء ( الغدة الدرقية أو جارات الدرقية ) أو مرض

يؤثر في أجهزة عديدة من الجسم مثل مرض الذئبة الحمامية الجهازية ( S . L . E ) ، إلا أن

وجود مرض عضوي حقيقي لا يلغي احتمال توهم المرض كمصاحب له .

**2.6- عن اضطراب الجسدية :** و هنا يجب تأكيد وجود الاضطراب ذاته و توابعه المستقبلية ، و ليس الأعراض المنفردة . و في اضطراب توهم المرض ينشغل المريض غالبا باضطراب أو اثنين بدنيين مختلفين ، و يذكرهما بشكل دائم و ثابت ، بخلاف الاحتمالات الأكثر تعددا وتغيرا في اضطراب الجسدية ، و لا يختلف معدل الإصابة بتوهم المرض كثيرا بين الجنسين ، و لا يتسم بدلالات عائلية خاصة .(ICD-10, 1992)

في اضطراب الجسدية يكون التركيز على الأعراض نفسها و في تأثير كل واحد منها على حدة ، في حين أنه في توهم المرض يوجه الانتباه أكثر إلى وجود مرض خطير و متزايد و إلى نتائج المعقدة ، و في اضطراب توهم المرض يميل المريض للمطالبة بالتقصيات لتحديد و تأكيد طبيعة المرض ، أما مريض الجسدية فيطلب العلاج ليزيل الأعراض ، و في اضطراب الجسدية somatisation عادة يكون هناك إفراط في تناول الأدوية مع عدم الالتزام بتعليمات الطبيب لمدة طويلة ، بينما المصابون باضطراب توهم المرض يخافون من الأدوية و آثارها الجانبية ، و يسعون إلى الاطمئنان من خلال الزيارات المتعددة لأطباء مختلفين .(Kellner R, 1986)،(Leibbrand 2000)

**3.6- عن الاضطرابات الاكتئابية :** فإذا كانت الأعراض الاكتئابية بارزة بشكل واضح ، و سبقت ظهور أفكار توهم المرض ، فقد يكون الاضطراب الاكتئابي أوليا ، و توهم المرض ثانويا .

**4.6- عن اضطرابات الضلالة :** لا تتميز الاعتقادات في توهم المرض بالثبات ذاته ، الذي تتميز به الضلالات الجسمية المصاحبة لاضطرابات الاكتئاب و الفصام و الاضطرابات التي يقتنع فيها المريض بأن مظهرهم مزعج أو جسمهم مشوه .

**5.6- عن اضطراب الهلع :** كثيرا ما نجد قلق الصحة لدى المرضى الذين يعانون من مرض عضوي أو الاضطرابات النفسية. وينظر له على أنه رد فعل انفعالي معقول في حالة وجود مرض عضوي خطير أو مهددة للحياة، ولكن في حالات أخرى، قد يتطور قلق الصحة على الرغم من عدم وجود أمراض عضوية ، و قد يصحبه ميل إلى إساءة تفسير الأحاسيس الجسدية الطفيفة و اعتبارها علامات مرض خطير و التشكيك في كلام الأطباء، و إذا ما استمرت هذه المخاوف الصحية و ازدادت قوة على مدى فترات طويلة من الزمن، وتركت آثارا سلبية على السير النفسي والاجتماعي للشخص ، هنا فقط يمكن تشخيص هذه الحالات على أنها اضطراب توهم المرض

(Hiller, W., Rief, W., & Fichter, M. M.2002)

ومع ذلك، فاضطراب توهم المرض ليس هو الحالة السريرية الوحيدة التي تتسم بقلق الصحة السائد (Noyes, R 1999) فالمرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع عادة ما يميز لديهم العديد من الأعراض الجسدية الشديدة أثناء نوبات الهلع مثل خفقان وتسارع في دقات القلب، وضيق في التنفس، ألم في الصدر، والغثيان، والتنميل أو الدوار. (Schmidt, N. B.1997)

كما أنهم يميلون إلى اعتبار هذه الأعراض ناتجة عن أسباب عضوية، مثل أمراض القلب أو أمراض الرئة ، كما أن دعر هؤلاء المرضى في كثير من الأحيان يتطلب فحوصات طبية مكثفة أو استشارة العديد من المختصين على أمل الكشف عن الأسباب العضوية الكامنة خلف الأعراض .

(Barlow, D. H 2002)

وبالتالي ، فإن ردود الفعل الانفعالية و المعرفية، والسلوكية لمرضى الهلع هي مشابهة جدا لتلك التي لدى مرضى توهم المرض.(Deacon, B. J., Lickel, J., & Abramowitz, J. S.2008) وعلى الرغم من هذا التشابه ، فاضطراب توهم المرض واضطراب الهلع يمكن تمييزها جيدا من خلال استخدام المقابلات الموجهة و قوائم التشخيص (Wyshak ، Barsky ، وKlerman، 1992؛

فافا وغراندي، 1991). (Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L.1992).

والفرق الرئيسي هو طبيعة الظهور المفاجئ للأعراض في اضطراب الهلع مقابل الشكاوى الأكثر أو الأقل استمرارا في اضطراب توهم المرض. فالمرضى الهلع عادة ما تظهر لديهم الأعراض خلال فترات متقطعة وبصفة مفاجئة و تبلغ الذروة في غضون بضع دقائق، مع وجود مخاوف من ظهور نوبات جديدة في الفترات الفاصلة بين هذه الهجمات. كما أن توهم المرض، من ناحية أخرى، يعرف بأنه عبارة عن أفكار و مخاوف من وجود مرض خطير تدوم لأكثر من 6 أشهر .

(Barsky, 1994)

6.6- عن اضطراب الوسواس القهري :يرى ( Rasmussen and Eisen ) أن المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري ، والذين يميز لديهم وساوس مرتبطة بالأعراض الجسدية يصعب

تمييزهم تقريبا عن المرضى الذين يعانون من توهم المرض ، خاصة إذا كانت لديهم مخاوف مرضية متوهمة و أدت بهم إلى الكرب و العجز مع استجابة مؤقتة للاطمئنان ، كما أن السلوكيات القهرية التي تتبع في بعض الأحيان توهم المرض، قد تكون مشابهة نوعا ما للسلوكيات القهرية في الوسواس القهري ، حيث تكون هذه السلوكيات متكررة من أجل الحد من شدة القلق ، وتظهر أساسا في شكل فحص الجسد أو مساءلة الآخرين (على سبيل المثال الأصدقاء، والأسرة، ومقدمي الرعاية الصحية، والكتب الطبية، أو الأترنت) من أجل الحصول على قدر من الطمأنة .

(Rasmussen SA 1992 )

ولكن و مع ذلك قد بذلت جهود للتمييز بين هذين الاضطرابين . إذ يرى ( Barsky ) انه بالإمكان التمييز بين الاضطرابين من خلال درجة التبصر بالأحاسيس الجسدية الموجودة فالمرضى الذين يعانون من توهم المرض يعرفون أن لديهم تجارب مع الأحاسيس الجسدية التي يتم ربطها بالمخاوف المرضية غير المنطقية ، في حين أن المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري و الذين لديهم الخوف من المرض قد لا يكون بالضرورة مرفق بالأحاسيس الجسدية ، بل هي مجرد أفكار تراودهم . كما أن المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري هم أكثر محاولة لمقاومة الأفكار المرتبطة بالمرض بينما متوهمي المرض فهم على درجة عالية من الاقتناع بأن لديهم مرض ما خطير كما أن مرضى الوسواس القهري قد يعجزون عن التوقف عن ممارسة السلوكيات القهرية و نجدهم يمارسونها دون تردد بينما متوهمي المرض قد نجد لديهم نوع من الاستبصار ففي كثير من الأحيان يتجنبون زيارة الأطباء و ذلك ربما لتجنب الإهانة أو لإدراكهم أنها ميئوس منها . (Barsky AJ,1992)، (Starcevic V 1990)

و يرى (Deacon et al) أن الفرق بين الوسواس القهري و توهم المرض يتعلق أكثر بالخوف من وجود المرض، والذي هو السمة المميزة لتوهم المرض، مقابل الخوف من الحصول أو الإصابة بالمرض، الذي يشيع لدى المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري. (DeaconB, Abramowitz J 2008)

**6.6- عن الوهن العصبي :** إذ السمة المميزة لزملة الوهن العصبي هي تركيز المريض على التعب و الضعف و انشغاله بشأن انخفاض كفاءته العقلية البدنية ( بخلاف اضطراب توهم المرض ، حيث تهيمن الشكاوى الجسدية و الانشغال بالمرض البدني على الصورة السريرية ) (عكاشة أحمد 1992)

#### 7- انتشار توهم المرض :

في الممارسة الطبية العامة ينتشر توهم المرض بنسبة ( 3-14 % ) من المرضى و لكن معدل الانتشار بين جموع الناس غير معروف ، و يستوي الرجال و النساء في توهم المرض ، و يزداد انتشاره خلال العقد الرابع أو الخامس من العمر إلا أنه يصيب جميع الأعمار خاصة المراهقين و الشيوخ بعد عمر الستين . (محمد إياد الشطي ، 2001)

#### 8- أسباب توهم المرض :

**1.8- العوامل البيولوجية :** لوحظ زيادة معدل انتشار توهم المرض بين التوائم المتماثلة و الأقارب من الدرجة الأولى ، وهذا يشير إلى العامل الوراثي الجيني ، كما لوحظ أن متوهمي المرض لديهم عتبة الألم منخفضة ، و أن تحملهم للمعاناة الجسدية ضئيل جدا لدرجة أن ما يستقبله الشخص الطبيعي من ضغط على البطن مثلا يخبره متوهم المرض كآلم في البطن ، قد يهين المرض العضوي الشخص لتوهم المرض بطريقتين الأولى هي التفاعلات التوهمية المرضية العابرة غالبا تتبع مرضا خطيرا أو مهدد للحياة ( مثل النفاهة بعد الاحتشاء في عضلة القلب ) والفانية هي توهم المرض الأولي ( PRIMARILY HYPOCHONDRIA'S ) يبدو أنه يعود لطفولة بها أمراض عديدة و تواريخ مرضية عديدة عايشها الطفل . ( محمد حسن غانم : 2006 )

**2.8- العوامل النفسية :** ترى المدرسة التحليلية أن توهم المرض يرجع إلى أصول دينامية فالرغبات العدوانية توجه إلى شكاوى جسدية بعد كبتها وتحويلها بواسطة حيلتي الكبت والنقل ، و غضب متوهم المرض يعود إلى احباطات الطفولة و الفقد أثنائها ، ويعبر عنه خلال توهم المرض



كالتماس مساعدة الناس و جذب اهتمامهم ثم رفضهم بعد ذلك ، و وصفهم بعدم الفعالية و العجز عن مساعدته ، و من ثم يعد توهم المرض دفاع ضد الشعور بالذنب و شعور الشخص بأنه سيء و نقص اعتبار الذات ، بالإضافة إلى أنه علامة على الانشغال بالذات ، فالألم والمعانات الجسدية تصبح وسيلة للتفكير عن أخطاء الماضي سواء كانت على مستوى الواقع أو مستوى الخيال

فالميول العدوانية المكبوتة مع الفشل في الحياة العامة ، و الحياة الزوجية أو الأسرية الخاصة ، و إحساس المريض بالاضطهاد و الرفض من الآخرين و القصور في أداء الواجبات يدفعه إلى توهم المرض ليكون هذا الأخير بمثابة تعبير رمزي عن الإحساس بالإثم ، أو بديل عن تأنيب الذات و خلق عذر وهمي لتبرير هذا الفشل أو هذا القصور ، فالرغبات العدوانية تتحول إلى شكاوى جسدية بعد كتبها ( الزراد فيصل ، 2004 )

و لكن تبقى المفاهيم التي استعملها التحليليون غامضة و غير قابلة للتجريب ، كما أن القول بأن المريض يتصنع و يتظاهر بالمرض لاستشذاء عطف الآخرين أو لتحقيق أغراض شخصية فيه نوع من الاتهام الصارخ لمصداقية المريض و هذا له تأثير بالغ على العلاقة بين المعالج و المريض

**3.8- العوامل الاجتماعية و الثقافية :** قد يعتبر لعب دور المريض طريقا للهروب من مشكلات عسيرة الحل في بعض البيئات ، فتؤجل مقاضاته و يلتمس له الأعداء كمريض بل وقد يكسب تعاطف المحيطين به . (محمد إياد الشطي ، 2001)

#### 4.8- العوامل العصبية لتوهم المرض :

العجز الكيميائي العصبي المرتبط بقلق الصحة يظهر مشابها لذلك الذي نجده في اضطراب المزاج و اضطراب القلق هذا ما خلصت إليه دراسات HALLANDER و زملائه الذين افترضوا أن قلق الصحة مشابه لطيف الوسواس القهري الذي يضم اضطراب الوسواس القهري ( OCD ) و اضطراب التشوه الوهمي للجسد و فقدان الشهية العصبي ، حيث وجدوا أن كل هذه الاضطرابات تتشابه في الاستجابة لمثبطات السيروتونين ، و وجود فرط نشاط في مناطق من الفص الجبهي

وسلطوا الضوء على المادة الأكثر حداثة وفعالية وهي مادة FLUOXETINE التي تستعمل كمنشط لإعادة امتصاص السيروتونين و التي أثبتت نجاحها في علاج كل من اضطراب الوسواس القهري و اضطراب توهم المرض على حد سواء .

و في دراسة للعلامات البيولوجية أجريت على الأشخاص الذين تستوفي فيهم معايير التشخيص في DSM-IV-TR الخاصة بتوهم المرض ، أثبتت انخفاض 3 PLASMA NEUROTROPHIN التي يرمز لها بالرمز ( NT3 ) ، و مستقبلات السيروتونين التي يرمز لها بالرمز ( 5 HT ) .

(EMEDICINE.MEDSCAPE.COM:ARTICLE/290955-OVERVIEW)

ويرى **Abramowitz** و زملاؤه في مقال لهم بعنوان النموذج المعاصر لتوهم المرض ، أن من أبرز العمليات التي تحافظ على استمرار توهم المرض هي تلك التي تتعلق بفسولوجية القلق و الإجهاد ، فالقلق ( مثلا الخوف من الإصابة بمرض عضوي خطير ) و التي يتحكم بها الجهاز الذاتي ( الودي ) ، فاليقظة جزء من رد فعل الجسم الطبيعي للإجهاد حيث تعمل هذه اليقظة اللاإرادية على حماية الكائن الحي و تدعى باستجابة المكافحة أو الهروب لأنها تهئ الكائن الحي لاتخاذ تدابير فورية ( الهجوم أو الهروب ) ، فعندما يدرك الخطر أو يكون متوقعا يتم إفراز الأدرينالين والنورأدرينالين من الغدد الكظرية و تنتج الآثار الفسيولوجية التي يتم ملاحظتها ، حيث يلاحظ معظم الناس زيادة معدل ضربات القلب كجزء من اليقظة اللاإرادية ، لكن هناك آثار أخرى تظهر على مستوى الجهاز الدوري و لكنها اقل وضوحا مثل ازدياد تدفق الدم إلى المجموعات العضلية الكبيرة ( تحضيرا للمرور إلى الفعل ) و انخفاض تدفق الدم للجلد و الأصابع في اليدين والقدمين ( لتوفير كمية الدم المناسبة ) ، وبالتالي خلال القلق قد يصبح الجلد شاحبا و باردا و أصابع اليدين مخدرة و يشعر صاحبها بالوخز ، و ينتج عن اليقظة اللاإرادية أيضا ازدياد تدفق الأوكسجين إلى الأنسجة العضلية و هذا ما ينتج عنه إما ازدياد سرعة وعمق التنفس أو الإحساس بالاختناق أو قد تؤدي إلى آلام أو ضيق في الصدر ، وإذا لم يحدث النشاط فسينخفض تدفق الأوكسجين إلى الدماغ و كذلك الحال في التهوية المفرطة لفترات طويلة ، فكلتا الحالتين ينتج عنهما آثار- ليست بالغة الخطورة- التي تظهر في شكل أعراض مؤقتة مثل الدوار وعدم وضوح الرؤية ، و الارتباك أو التشويش ، و مضاعفات من الحرارة ، و آثار أخرى يمكن أن تنتج عن استجابة المكافحة والهروب وتشمل ازدياد التعرق و جفاف الفم و اتساع حدقة العين ( مما يؤدي إلى عدم وضوح الرؤية أو البقع ) ، و انخفاض في وظيفة الجهاز

الهضمي ( كالأحاساس بالعثيان أو الإمساك ) ، كما قد تؤدي إلى توتر العضلات فيظهر الإحساس بالألم و الارتجاف أو الانقباض و التعب العام . و لكن وعلى الرغم من أن هذه الأعراض ليست خطيرة إلا أنها تحافظ على قلق الصحة لأنها تحدث بشكل غير متوقع و تكون مزعجة لذلك الأفراد الذين يعانون من توهم المرض غالباً ما يسيئون تفسير مثل هذه الأعراض على أنها تدل على وجود مرض عضوي خطير ، و بالتالي فهذه الأعراض هي التي تجعل الفرد أكثر قلقاً على صحته أكثر من الأعراض التي تهدد حقيقتاً ، و تجدر الإشارة إلى أنه كلما ازداد القلق ازدادت معه الأعراض اللاإرادية مما يؤدي إلى السعي نحو الطمأنة الطبية و يدخل المريض في حلقة مفرغة .

### 9- تقييم اضطراب توهم المرض :

خلال العقد الماضي ظهرت العديد من الأدوات لتقييم توهم المرض الأمر الذي ساعد على تقدم العلاج ، و اتساع دائرة البحوث النظرية حول هذا الاضطراب ، و بينت هذه المقاييس أن توهم المرض يقع على سلسلة متصلة متدرجة من حيث الشدة و يتكون من أعراض متعددة الأبعاد، كما أن اضطراب توهم المرض لا يمكن تشخيصه مباشرة شأنه شأن بقيت الاضطرابات النفسية لذلك كان لا بد من استحداث مثل هذه المقاييس القائمة على التقدير الذاتي ، و أردنا من هذا الطرح الموجز تزويد الباحثين و الأخصائيين العاملين بمعلومات عن الوضع الراهن للمقاييس الخاصة بتوهم المرض وقلق الصحة ، و الجدير أن نلفت الانتباه إلى أن هناك من المقاييس من قل استعمالها في الأوساط البحثية و العلاجية في السنوات القليلة الماضية ، و نقصد بذلك ثلاثة مقاييس على وجه التحديد وهي :

\*مقياس توهم المرض المدرج ضمن مقياس مينيسوتا المتعدد الأوجه ( Hathaway and

mckinley,1951 ) و هو مقياس كبير نوعاً ما و يحتوي على أعراض جسدية مختلفة و غير كافية

لتقييم الجوانب المتعددة الخاصة بتوهم المرض .

\*مقياس السلوك المرضي ( Pilowsky 1967 ) و تم الاستغناء على هذا المقياس لأنه لا يتمتع

بصدق كافي ، فهو لا يميز بين الأفراد ذوي الاهتمامات المرضية المبررة ( مثلاً مرضى القلب ) و

الذين يعانون من الاهتمامات المرضية غير المبررة ( Zonderman 1985 ) .

\*مقياس قلق الصحة ( Lucock and Morely,1996 ) و هو استبيان طويل تم استبداله بمقاييس

أخرى قائمة على النماذج المعرفية السلوكية الأكثر حداثة حول قلق الصحة ( Salkoviskis2002 )

و إلى جانب هذه المقاييس القديمة و العامة و العاجزة على تشخيص اضطراب توهم المرض نظرا لعدم كفاءتها و إمامها بجميع الجوانب المتعددة للظاهرة ، هناك مقاييس أكثر حداثة تم بناءها انطلاقا من مفاهيم و تصورات دقيقة جاءت بها نماذج معرفية و سلوكية رائدة في هذا المجال ، و كان لها بالغ الأثر في تحديد معالم و أبعاد اضطراب توهم المرض حيث يشير DSM-IV إلى أن الخصائص التشخيصية الرئيسية لتوهم المرض تم استقائها من نتائج هذه المقاييس ( Cote et al., 1996 ) ، و من بين هذه المقاييس سنذكر ثلاثة مقاييس تعد الأكثر استعمالا و هي :

\* **مؤشر وايتلي Whiteley index** : و هو مقياس قديم نوعا ما و لكنه لا يزال يستعمل إلى الآن في تقييم اضطراب توهم المرض ، قام ببنائه Pilowsky سنة 1967 لمعالجة أوجه القصور في مقاييس توهم المرض السابقة ، و لفت الانتباه إلى ضرورة الاعتراف بالنظرية التفسيرية الشاملة التي تنظر لتوهم المرض كشكل من أشكال السلوك المرضي الشاذ المستمر الذي يتميز بقلق غير مبرر حول الصحة رغم طمأنة الأطباء. ( Pilowsky 1964 ). ( Pilowsky 1969 ). و مؤشر وايتلي يأخذ بعين الاعتبار خاصية الأبعاد المتعددة لاضطراب توهم المرض ، حيث أظهر التحليل العاملي الأولي أن مؤشر وايتلي يقيس ثلاث جوانب رئيسية لسلوك المرضي الشاذ و هي :

- الانشغال الجسدي و التوجس من الأحاسيس الجسدية .

- الخوف من المرض و القلق حول الصحة و الحاجة للطمأنينة الطبية .

- الفئاعة بالمرض أو الاعتقاد بالتوعمك الصحي رغم وجود أدلة تنفي ذلك أو عدم كفاية الأدلة على وجود المرض . ( Pilowsky 1967 ). ، و يتكون مؤشر وايتلي من 14 بند مقسمة على ثلاثة مقاييس فرعية لتقييم الجوانب الأساسية لتوهم المرض سألقة الذكر ، و على الرغم من أن مؤشر وايتلي الأصلي يتم الإجابة على بنوده بـ ( نعم ) أو ( لا ) ، إلا أنه تم استبدال هذا النوع من التصحيح بمقياس لكارث متعدد البدائل لإضفاء مصداقية أكثر على هذا المؤشر ( Barsky et al 1986 ).

\* **مقياس التوجه نحو المرض Illness Attitude Scales**: وضع من طرف روبرت كيلنر ( 1986، 1987 ) كأداة لتقييم العام للمخاوف و المعتقدات و التوجهات و السلوك المرضي الشاذ لدى متوهمي المرض ، و صمم هذا المقياس للتمييز بين حالات توهم المرض و غيرها من الحالات النفسية الأخرى كالمشاعر الاكتئابية أو صعوبات النوم على سبيل المثال ، حيث لا نجد بنود خاصة

بهذه الحالات في هذا المقياس ، و يحتوي مقياس التوجه نحو المرض على 09 مقاييس فرعية :  
التوجس بشأن المرض ، الخوف من الألم ، العادات الصحية ، معتقدات توهم المرض ، الخوف من الموت ، الخوف من المرض ، الاهتمامات الجسدية ، التجارب العلاجية ، أثر الأعراض . و يتكون كل مقياس فرعي من هذه المقاييس من 03 بنود تم استقاؤها من التصريحات التي أدلى بها 54 مريض غير ذهاني يعاني من الاقتران بوجود مرض أو يبرز لديه سلوك التوهم .  
(ferguson 1995)

\* مقياس تضخيم الأحاسيس الجسدية **Somatosensory Amplification Scale** : تم وضعه من طرف Barsky سنة 1990 لإثبات مدى مصداقية النموذج المعرفي الإدراكي الحسي لتوهم المرض الذي يرى أن التضخيم الحسي جسدي أو أسلوب التضخيم هو العامل المهياً لقلق الصحة ، و يجعل الفرد دائما يميل إلى تجربة الأحاسيس الجسمية العادية على أنها شديدة و ضارة ( Barsky 1992, Barsky 1992, and Klermane 1983). و مفهوم أسلوب أو نمط التضخيم الحسي الجسدي يؤكد على الارتباط الوثيق بين المفاهيم المعرفية كالانتباه الانتقائي و المعتقدات الصحية اللاعقلانية و القلق (Barsky 1992). (Barsky et al 1999). و يتكون (SSAS) من 10 بنود تهدف إلى تقييم الميل إلى اعتبار الأحاسيس الجسدية العادية و الأحاسيس الباطنية حادة و مؤذية و مزعجة إلى حد كبير ( Barsky 1990 ) ، و تقيس هذه البنود المكونات الثلاث للتضخيم الحسي و الجسدي و هي:

- اليقظة الجسدية المفرطة و تزايد التدقيق الذاتي و زيادة الاهتمام بالأحاسيس الجسدية الغير السارة
- الميل إلى التركيز على الأحاسيس النادرة نسبيا و الواهية .
- الميل إلى تقييم الأحاسيس الباطنية و الجسدية المبهمة على أنها مرضية و أعراض لمرض خطير و يتم الإجابة على البنود على سلم ترتيبي من 01 إلى 05 .

\* قائمة قلق الصحة المختصرة **Short Health Anxiety Inventory** : قام ببنائها Salkoviskis و وزملائه انطلاقا من النموذج المعرفي السلوكي لتوهم المرض و قلق الصحة ، و

ذلك لتلافي أوجه القصور في قوائم توهم المرض السابقة مثل مؤشر وايتلي و مقياس التوجه نحو المرض ، حيث أن القائمة المختصرة لقلق الصحة تعمل على تصنيف الأفراد على السلم المتدرج لقلق الصحة

#### 10- القلق حول الصحة العقلية مقابل القلق حول الصحة الجسدية :

تشير آخر الدراسات حول قلق الصحة و توهم المرض إلى أن الأفراد يمكن أن يكون لديهم قلق شديد و دائم حول الصحة النفسية مشابه لقلقهم حول الصحة الجسدية (ANDERSAN. SOULSMANE AND NATHNE 2011)

و يرى 2012 RACHMAN أنه بالإضافة إلى الخوف من السرطان و النوبات القلبية و السكتات الدماغية و الإيدز فإن الخوف من الأمراض العقلية شائع أيضا ، و يرى أن الأخطار التي تهدد الصحة العقلية يمكن أن تكون محزنة و تسبب العجز مثلها مثل الأخطار التي تهدد الصحة الجسدية و أكد على أن مفهوم قلق الصحة ينبغي أن يشمل الخوف من المرض العقلي و هذا ما أشار إليه ( ANDERSON ET AL ;2011)

و قدم 2012 RACHMAN أمثلة عن قلق الصحة العقلية مثل الخوف من أن تصبح مختل عقلي و الخوف من فقدان السيطرة على العقل ، كما فسر مختلف جوانب قلق الصحة العقلية و فقا لنموذج 1986 SALKOVISKIS و الذي يشمل المسببات و المعتقدات اللاعقلانية و المحفزات و عوامل الحفاظ و الاستمرار .

على سبيل المثال أن يجبر طفل على زيارة مرضى مصابون بأمراض خطيرة في مستشفى الأمراض العقلية هذا مثال لعامل مسبب للمرض ، كما أن فكرة المرض العقلي قد يكون معديا هي مثال عن الاعتقاد الغير عقلائي ، و سماع معلومات عن المرض النفسي و التواجد مع أفراد يعانون من مرض عقلي أمثلة على المثيرات و المحفزات ، كما أن تجنب الناس المختلين عقليا أو تجنب الأماكن التي يعيشون فيها هي أمثلة على عوامل الحفاظ و الاستمرار .

و يشير 2012 RACHMAN إلى أن هناك حاجة لإجراء بحوث نظرا لانتشار هذا النوع من القلق و أوصى بتغيير أداة قياس قلق الصحة لتشمل بنود القلق حيال الصحة العقلية .

**11- العلاج المعرفي السلوكي لتوهم المرض :**

كانت بداية المقاربة العلاجية المعرفية السلوكية لتوهم المرض مع العالمان SALKOVISKIS & WARWICK 1986 أين قدما تقريرا عن حالتين مصابتين بتوهم المرض تمت معالجتهم بنجاح بالتباعد العلاج السلوكي المعرفي وحالة واحدة تجريبية استعمل معها العلاج بالتناوب ، ولاحظا التشابه بين توهم المرض والحالات المرضية كالهلع والوساوس القهرية و التي حققت المناهج النفسية نجاحا باهرا في علاجها . (Salkovskis, 1989; Salkovskis, Warwick, & Clark, 1993; Warwick & Salkovskis, 1990)

**1.11- مبدأ العلاج المعرفي السلوكي :**

تم وضع البناء المعرفي السلوكي لاضطراب توهم المرض من طرف SALKOVISKIS 1989 وكانت الفرضية المعرفية السلوكية التي يركز عليها العلاج كالتالي :

إن الأشخاص الذين يعانون من قلق الصحة الشديد والمستمر ( توهم المرض ) لديهم ميل دائم إلى التفسير الخاطئ للأعراض و التغيرات الجسدية و المعلومات الطبية و أي معلومات أخرى مرتبطة بالصحة يعتبرونها كدليل على أن لديهم مرض جسدي خطير ، وهذا الميل يظهر جلي وواضحا حينما تكون خبرة الشخص عن وضعه الصحي غامضة كتصوره للأحاسيس الجسدية التي لا يعرف سببها ، والتي ستدرك مباشرة من طرف الشخص على أنها كارثية ، ويعتبرها مرتبطة بتدهور الصحة لديه ، وهكذا يمكن القول أن قلق الصحة هو نتاج للتفسير الخاطئ و الكارثي للمعلومات المرتبطة بالصحة ، ( MacLeod, A. K., Sensky, T.1998) . ( MacLeod, & Rigby, 1996)

و تجدر الإشارة إلى أن التفسيرات السلبية أو حتى الكارثية للمعلومات ذات الصلة بالصحة تعد شائعة لدى عموم الناس ، فمن حين إلى آخر أغلبية الناس عرضة للانفعال ولفتره وجيزة بالتغيرات الجسدية الغامضة ، إلا أن هذه النوبات من قلق الصحة عادة ما تكون عابرة و تختفي مع تلاشي الأعراض ، أو بتلقي معلومات مطمئنة من الطبيب و القلق حول الصحة يتراجع و يختفي .

والمفتاح لفهم ومساعدة أولئك الذين لا يتلاشى قلق الصحة لديهم ( أو الذين تزداد حدة قلق الصحة لديهم لدرجة أن يسيطر على حياتهم ) يكمن في فهم ما الذي يتسبب في قلقهم واستمراره ، وترى النظرية المعرفية أن استمرار قلق الصحة هو نتيجة للعمليات التي تحافظ على التفسيرات الكارثية التي ينشأ منها القلق ، فتشكل دوائر مفرغة حيث أن كل من هذه العمليات يدفعها ويقودها الاعتقاد بالتهديد ، إما كرد فعل أوتوماتيكي أو كاستراتيجية استجابة لمفهوم التهديد.

كما أنه وعلى الرغم من المساهمات النسبية لكل عامل والفروق الفردية الخاصة بكل فرد ، هناك أربعة عمليات تميل أن تكون مشتركة بين جميع الناس :-

- التحيز لمعالجة المعلومات كالانتباه الانتقائي .
- ردود الفعل الفسيولوجية كتضخيم الأحاسيس الجسدية .
- السعي نحو سلوكيات السلامة كالتجنب والتحقق و السعي نحو الطمأنة .
- التغيرات الانفعالية لاسيما القلق والاكتئاب . ( Salkovskis PM, Warwick 2001 ) .

### 2.11- المخاوف المرضية لتحقيق مكاسب ثانوية :

قد أشار بعض الباحثين أن المخاوف المرضية قد لا تكون هي أساس المشكلة ، إذ ليس من الغريب اقتراحها كعامل محفز لتحقيق مكاسب ثانوية ( salkovskis & Warwick 1990 ) وفي مثل هذه الحالات إذ لم يتم العثور على أي أدلة تدعم وجود أي دور للمكاسب الثانوية على المعالج إيجاد دوافع خفية التي تدفع المرضى لإبداء هذه الأعراض .

كما تجدر الإشارة إلى أن شك الطبيب في وجود مكاسب ثانوية للمرضى خلف ما يبدو أنه من مخاوف قد تزيد من مخاوفهم لاعتقادهم أنها ( أي مخاوفهم ) من المحتمل أنها لم تؤخذ بعين الاعتبار وأنه ينبغي عليهم السعي لإيجاد مصادر أخرى للحصول على مساعدة و اهتمام طبي أفضل ، ومن الواضح أن المرضى سيغضبون من هذا الأسلوب العلاجي ، وربما يتعاملون بعدائية إزاء المحاولات المستقبلية لإدماجهم في العلاج النفسي ، ولكن ومن جهة أخرى فإن هذه الحقيقة ( أي فشل المرضى في الاندماج في العلاج بسبب اعتقادهم أن مخاوفهم لم تؤخذ بعين الاعتبار ) يمكن أن تخفف من الإحباط لدى الأطباء الناتج عن فشل المرضى في الاستجابة لجهودهم العلاجية .

إذا فعلى المعالج الجيد أن يحدد هذه العوامل المحفزة بدقة و يستفيد منها في تقييم المرضى ودفعهم للمشاركة في العلاج



وهناك دائما طرق واضحة للتدخل العلاجي :

الطمأنينة : تعد طمأننة المريض بنجاح أحد أهم الأهداف في مجال الطب والواقع أنه ينبغي أن تكون الطمأننة المتكررة عنصر مهم في العلاج النفسي لتوهم المرض ، ومن جهة أخرى قد أظهرت دراسات كل من ( salkoviskise and warwick 1985&1986 ) أن الطمأننة المتكرر التي لا تحتوي معلومات جديدة قد تؤدي إلى انخفاض مستوى قلق الصحة على المدى القصير ولكن قد يزداد هذا القلق وتزداد معه الحاجة للطمأننة أيضا على المدى البعيد .

فعلى الطبيب والمريض على حد سواء تقدير مدى الطمأنينة المتوصل إليها أثناء المناقشة إذا يجب على المرضى بعد كل مناقشة يقدرون مقدار قلقهم حول صحتهم ومعتقداتهم حول مرضهم في 24 ساعة التي تلي المناقشة ، أو بعد أسبوع ، أو بعد شهر أو بعد سنة و هكذا

### 3.11- خطوات العلاج المعرفي السلوكي لتوهم المرض

يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى مساعدة المريض على تطوير تقييم بديل أقل تهديد لتفسير مشاكله ، ففشل التدخلات الطبية السابقة لتوفير طمأنينة ناجحة عادة ما يكون نتيجة لعدم وجود تفسير بديل ذي مصداقية لمشاكلهم ، إذ المرضى بحاجة إلى تقرير واضح عن ماهية المشكلة . فاستبعاد الأمراض الجسدية وحدها قد يكون غير كافي لعلاج توهم المرض ، فعلى المعالج المعرفي السلوكي أن يقدم تقريرا شاملا لما هو حاصل و تفسيرا بديلا وشاملا لقلق المريض و اهتماماته و ردود فعله و أعراضه ، وتشجيع المرضى على مناقشة مشاكلهم من جميع الجوانب ، من أجل دفعهم للإقرار بأن أعراضهم ليست خطيرة ، و أن ينسبوا لأسباب أقل تهديدا ، ويجب أن يثبت أن السلوكيات التي لديهم مثل التفحص الجسدي وعوامل المحافظة الأخرى هي التي تعمل على جعل مشاكلهم تزداد سوءا ولذا ينبغي التخلص منها .

( Taylor Steven 2004)

و فيما يلي لمحة موجزة عن العلاج المعرفي السلوكي :

(أ) التقييم :

يساهم التقييم في الحصول على وصف دقيق لمشاكل المريض و الاضطرابات النفسية التي يعاني منها والتي تكون مصدر ضغط ، و ترجمة اعترافات المريض في قالب معرفي سلوكي ، هذه

الصياغة في كثير من الأحيان تحدد منشأ وسبب قلق الصحة لدى المريض ، وكذلك العوامل الرئيسية التي تتشارك للحفاظ على قلق الصحة لديه ، و بالإضافة إلى ذلك فإن هذا التقرير عادة ما يتضمن سردا للعديد من الأعراض التي يعاني منها المريض ويساعد هذا السرد على وضع تصور نفسي شامل يصف وبوضوح العمليات النفسية ، ويؤكد التشخيص النفسي الجيد أنه إذا فشل التصور النفسي في احتواء الأعراض وتفسيرها ، فإنه ينبغي على المعالج أن يعيد النظر في حقيقة المرض الجسدي .

#### أهداف التقييم : لتقييم الأهداف التالية :

- التحليل المعرفي السلوكي الشامل لمشاكل المريض بما في ذلك الأعراض و المعتقدات والسلوكيات و العواقب .
- التعرف على العمليات النفسية التي لها دخل في الحالة وتقرير إذا ما كان بالإمكان تشخيص الحالة على أنها فعلا توهم المرض .
- المساعدة على فهم مشاعر المريض .
- لفت انتباه المرضى إلى أنه من الممكن عدم النظر لمشاكلهم بطريقة تشاؤمية و كارثية و استبدالها بنظرة أكثر واقعية .

وتجدر الإشارة إلى أنه عادة ما يبدأ المعالج والمريض بخلفيات وتوقعات مختلفة تماما ، فالمعالج يعتقد أن المريض يعاني من مشكلة نفسية ، وأن كل ما يحتاجه هو العلاج المعرفي السلوكي ، ولكن وعلى النقيض من ذلك نجد المريض مقتنع أن لديه مرض جسدي ، وان آخر شيء يمكن أن يحتاجه هو العلاج النفسي ، وبالتالي سيلقون صعوبة في الاندماج في العلاج ، فيجب على المعالج أن يأخذ بعين الاعتبار هذا التعارض في الأيديولوجيات ( الخلفيات ) .

إن أسلوب المعالج المتبع في المقابلة الأولية يعد مهم جدا ، إذ ينبغي أثناء إجراء هذه المقابلة التحلي بالصبر و الأناة ، و البلوغ إلى هدفها المنشود وهو اقناع المرضى أن همهم الوحيد هو أن يكونوا مهتمين وحاضري الذهن ، كما ينبغي على المعالج الاعتراف بأن مخاوف المريض من المرض الجسدي هي حقيقة ويجب ان يأخذها على محمل الجد .

كما أنه وأثناء مناقشة التشخيص والعلاج ، يجب على الطبيب ابلاغ المريض انه قد شهد حالات مماثلة في الماضي لأن ذلك مفيد جدا للمرضى ، لأنهم غالبا ما يشعرون بالعزلة و أنه ليس باستطاعة أحد أن يساعدهم في حل مشاكلهم .(Salkovskis, M. C. Warwick, 2003)

### تفاصيل التقييم :

عادة ما يبدأ التقييم بالبحث الدقيق حول التفاصيل العيادية للمشكلة من طرف المعالج ، وبيان إذا ما كان قلق الصحة يسبب مشكلة كبيرة للمريض ، ويساعد المعالج المريض على تحديد الحدث المفجر الذي تعرض له وارتفع معه مستوى قلق الصحة ، والذي عادة ما يكون أعراض جسدية طارئة ، أو سماع معلومات عن شخص آخر لديه مرض ما ، أو معلومات في وسائل الإعلام ، أو قد يكون العامل المفجر ضغط نفسي لا يرتبط مباشرة بقلق الصحة ( كالخصام بين الزوجين مثلا )

بعد أن يتم تحديد السبب المفجر ، يأخذ التحقيق شكل الاكتشاف الموجه الذي يتطور باتجاه مجموعة متشابهة من حلقات مفرغة ( كما هو مبين في الشكل رقم 3 ) ودوائر الحفظ عادة ما تأخذ شكل زهرة مفرغة ، وهذا راجع للشكل الذي تتخذه حلقات التغذية الراجعة ، وتتوصل إلى هذا البناء من خلال الاستجاب المتسلسل بعناية على سبيل المثال ( إذا فأول شيء لا حضته هو وخز الأصابع ، عندما أحسست بوخز الأصابع ماذا تبادر إلى ذهنك في ذلك الوقت ؟ ..... إذا كان الجواب غامض يتم الضغط في الاستجاب على سبيل المثال ( في ذلك الوقت فإن إحساسك بالوخز كان يعني بالنسبة لك أنه بداية لشيء ما خطير سيحدث )

ويستمر الاستجاب من أجل استنباط التأويلات السلبية و استجابات المريض لها على سبيل المثال ( عندما كنت تعتقد ان هذا الوخز يعني أن لديك مرض التصلب العصبي المتعدد ، كيف أثر عليك ذلك في تلك اللحظة ، و هناك مجموعة من الأسئلة التي يمكن استعمالها لاستنباط الاستجابة الرئيسية مثل : ( كيف جعلك هذا تشعر..... ؟ ) ، ( ما الذي فعلته ..؟ ) ( ما الذي دفعك للاهتمام ب.....؟ ) ، ( كيف حاولت التعامل معها .....؟ )

وتجدر الإشارة إلى أن الطريقة التي يتبعها المريض في الاستجابة لمخاوفه تؤثر على التفسيرات السلبية والأعراض في حد ذاتها التي تم اكتشافها .

وبالتالي خلال فترة وجيزة من 30 دقيقة إلى 1 ساعة يتم وضع الصياغة الأولية للعوامل المحفزة و

المرسية (Salkovskis, M. C. Warwick, PhD Alicia C. Deale, PhD 2003)

**ب) جذب المرضى وإشراكهم في العلاج :**

بعد أن تم إثارة ومناقشة و جهة نظر المرضى حول أساس مرضهم ، فإن المرضى بعد فشلهم في حل مشاكلهم عادة ما يقبلون ما يتم اقتراحه من طرق علاجية أخرى ، ويعد التصور النفسي الفرضية البديلة ، فعلى المعالج أن يقنع مرضاه بأن مشاكلهم يمكن تفسيرها وفقا للتصور النفسي ، ثم يعرض عليهم برنامج علاجي موجز يركز على استخدام التقنيات النفسية ، ويجب أن يكون العلاج سلس ومنظم ، فالجلسة الأولى تتركز أساسا على تطبيق الاختبارات من أجل تشكيل الزهرة المفرغة ، وجمع أدلة كافية تثبت أن مشاكل المريض ترتبط بالقلق أكثر من ارتباطها بوجود مرض جسدي ، ويمكن الوصول لهذا الهدف من خلال المزج بين المناقشة و التجارب السلوكية ، ومع التقدم في العلاج يتم التخلص من سلوكيات الحماية وإلغاء العوامل المرسية ( maintaining factors ) ، وفي الجلسات اللاحقة يتم فحص الفرضيات ، ويتم وضع خطة لمنع الانتكاس . (Salkovskis,&Warwick2001) .

**ج) المراقبة الذاتية: self-monitoring**

ما إن يتم وضع الصياغة التمهيدية لزهرة المفرغة ، حتى نجد المرضى عادة ما يطلبون استنتاج المزيد من الأزهار المفرغة التي تعكس خبراتهم مع قلق الصحة التي تحدث خلال الأسبوع ، الأمر الذي يساعدهم على الاندماج في نموذج الزهرة المفرغة و اكتشاف كيف أنها ستعكس خبراتهم المعاشة ، والمعلومات التي يتم جمعها يمكن أن نبني من خلالها زهرة مفرغة عامة وشاملة مع المزيد من البتلات ، ويمكن أيضا أن نطلب من المرضى مراقبة جانبيين من مشاكلهم :

**الأول :** وضع سجل موجز لأنشطتهم خلال أسبوع كامل يركزون فيه على حدوث الأعراض الجسدية و قلق الصحة ، الأمر الذي يساعد على توفير معلومات حول العوامل المحفزة لقلق الصحة لدى هؤلاء المرضى ، كما يظهر لنا أيضا :

- الأنشطة التي تم تفاديها أو تجنبها والتي تعد كنتيجة مباشرة لقلق الصحة ( مثلا الخوف من القلق المؤدي إلى تجنب الإجهاد )
- الأنشطة التي قاموا بها لا لشيء إلا من أجل الانشغال الطبي فقط ( مثلا الإحساس بالنبض والذهاب إلى الطبيب مباشرة ) .

و المرضى سوف يفاجؤون عندما يرون كم من الوقت والجهد قد أضعوا في اهتمامهم بقلق الصحة وبالتالي يمكن أن توفر أدلة مفيدة بشأن الآثار المترتبة على الاهتمام والتركيز الجسدي .

**الثاني :** ربما نطلب من المرضى مراقبة الأحداث القليلة القادمة المرتبطة بقلق الصحة ، حيث يتم إحضار سجل و يسجلون فيه آثار الأعراض أو الأحداث و مستوى قلق الصحة و الأفكار المرتبطة بالصحة و الإجراءات المتخذة ، ولكن ومثل كل الأفكار الأوتوماتيكية السلبية يمكن أن يكون الوصول إلى الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة صعب في البداية .

ونطلب من المرضى تسجيل ملاحظاتهم عندما ينتابهم الشعور بالقلق حيال صحتهم و يسألون أنفسهم ( ما الذي خطر بذهني الآن ) ، إذا فالمراقبة الذاتية يمكن أن توفر للمعالج والمريض على حد سواء معلومات مفيدة يمكن الاستفادة منها في تشكيل الزهرة المفرغة ، و بالضبط فإنه غالبا ما يسلط الضوء على الأفكار و السلوكيات الخاطئة التي تسعى إلى السلامة والتي ستكون موضوعا في المراحل المبكرة من العلاج . ( Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M 2001) .

#### د) مناقشة المعتقد : Questioning belief

المرضى الذين لديهم قلق حول الصحة يفسرون الأحاسيس الجسدية و المعلومات الصحية على أنها أكثر تهديدا مما هي عليه في الواقع ، وهم عادة لا يتجاهلون أو يشكون في خطورة الأسباب الكامنة وراء الاختلال و الإشارات الجسدية ، و دور المعالج هو التخفيف من التفسيرات القائمة على المرض و بناء فهم بديل للمشكلة .

و الوسيلة الأساسية لمساعدة المرضى على توسيع دائرة تفسيراتهم للأعراض على أنها غير مهددة تكون من خلال مناقشة الاحتمالات ، فإذا كان المريض يشعر بالقلق حيال أعراض أحسها في معدته ( على سبيل المثال آلام في المعدة ) ، فإنه على المعالج و المريض وضع قائمة بالأسباب المحتملة لتلك الأعراض بما في ذلك التفسير الكارثي الخاص بالمريض ( على سبيل المثال سرطان المعدة ) ، و على المريض تقدير نسبة آلام المعدة التي يتسبب فيها كل عامل من العوامل المدرجة في القائمة ثم يجعل كل عامل في جزء من مخطط دائري و يترك التفسير الكارثي للأخير ، وهذا يعني انه سيحتل جزء صغير جدا من الدائرة . ( Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M 1990) .

تمرين آخر ذا صلة وهو تقنية الهرم المقلوب و هو مفيد جدا لعلاج إدراك المخاطر بشكل متزايد حيث نطلب من المريض تقدير العدد الحالي من الأفراد الذين يعانون من نفس الأعراض التي يعاني

منها في ذلك اليوم ، ثم عدد الأفراد الذين استمرت لديهم الأعراض ، ثم عدد الذين استشاروا الأطباء ، ثم عدد الذين قالوا أنهم بحاجة للاختبارات ، ثم عدد الذين قالوا أن المشكلة خطيرة ثم عدد الذين قالوا أن العلاج غير ناجح ، ويمكن إتباع هذه التدريبات المنزلية من قبل المرضى الذين يستعملون نفس التقنية مع قلق الصحة في الماضي و قلق الصحة الذي يعانون من الآن .

(Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. 2004)

وهناك أيضا تقنية إعادة التوزيع ( reattribution ) للأفكار والصور الخاصة بالقلق على الصحة ، ويمكن استعمال تقنية إعادة التوزيع في المرحلة الأولى لمساعدة المرضى في تحديد أخطاء التفكير في إعادة توزيعهم للأحاسيس الجسدية و المعلومات المرتبطة بالصحة ، و تشمل الأخطاء الأكثر شيوعا القفز في الاستنتاج و النضرة التشاؤمية ( catastrophizing ) ، و التجريد الانتقائي

وفي هذه المرحلة يتم توليد تفسيرات بديلة أقل تهديدا من خلال الأسئلة النموذجية مثل ما هو الدليل الذي يدعم هذا الاعتقاد و ما هي التفسيرات البديلة التي يمكن أن نضعها ؟ و ما هي مزايا و عيوب التفكير بهذه الطريقة ؟ ، و يجب على المعالج ان يضمن أن المريض يولد تفسيرات بديلة ويستجيب بطريقة عقلانية ، وأنهم متواصلون في استعمالهم لتقنية إعادة التوزيع بين الجلسات العلاجية .

ومن المهم اعتبار الاستجابة العقلانية كفرضية يتم اختبارها من خلال التجارب السلوكية ، كما تجدر الإشارة إلى أن إعادة توزيع بعض الأعراض قد يكون غير مفيد أو خطر ، كما انه من الصعب جدا محاولة تفسير كل الأعراض لأنه ستتحول تقنية إعادة التوزيع إلى شكل من أشكال الطمأنة (Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M.1990)

#### هـ) التجارب السلوكية :

تساعد التجارب السلوكية على :

- إثبات أن الكارثة التي يخشاها المريض سوف لن تحدث .
- اكتشاف أهمية عوامل المرسية .
- اكتشاف أهمية سلبية التفكير .
- معرفة ما إذا كانت الإستراتيجية البديلة ستكون ذات قيمة ؟
- إيجاد دليل على فشل التفسير القائم على المرض .

**تجربة الانتباه الانتقائي :**

في هذه التجربة نطلب من المرضى التركيز على جزء محدد من الجسم لعدة دقائق ( هذا العضو لا يكون مصدر لقلق الصحة الحالي ) ، وبعد ذلك نطلب منهم ان يصفوا الأحاسيس الجسدية التي لاحظوها ، أغلبية المرضى سيعبرون عن أحاسيس كانوا لا علم لهم بها قبل التجربة مثل ضيق في الحجرة ، و وخز في القدمين ، طنين في الأذنين هذا التمرين مفيد لإظهار أثر التفحص الجسدي و تتبع الأعراض ورصدها .

**تجربة التوقعات والتكهنات :**

التنبؤ بأن أعراض محددة ستتطور لتصبح كارثة وشيكة ، يمكن اختبارها أثناء الجلسة باستخدام إجراءات بسيطة لاستحضار الأعراض المخيفة ، ومن الأمثلة على ذلك تشنج العضلات لاستحضار الألم ، أو الجري في السلالم صعودا ونزولا لجلب ضيق التنفس وآلام الصدر ، وإنتاج أحاسيس مماثلة أو مشابهة لتلك التي تتسبب في قلق المريض فإنه يساهم في التشكيك في التفسير الكارثي ، وبالتالي دفع المريض إلى البدء في التفكير في إيجاد تفسير بديل .

**تجربة التخفيض من السعي نحو سلوكيات الوقاية :**

إن السعي نحو سلوكيات السلامة و السعي نحو الطمأنينة تساعد على استمرار قلق الصحة ، و يمكن للمرضى الوقوف عن الآثار المترتبة عن هذه السلوكيات بأنفسهم من خلال إجراء تجربة العلاج بالتناوب ، وتنطوي هذه التجربة على :

أولا : الزيادة في السلوك المستهدف في اليوم الواحد مثلا التفحص الجسدي و السعي نحو المعلومات الصحية .

ثانيا : مراقبة القلق و الأعراض الجسدية وقوة ورسوخ المعتقد على فترات منتظمة في اليوم الموالي والبيانات التي يتم جمعها يتم مراجعتها ووضع رسوم بيانية لها في الجلسة المقبلة ، وغالبا ما يفاجئ المرضى بشعورهم العارم بالاستياء في اليوم الذي يتم فيه زيادة السلوك المستهدف ، وهذه التجربة تؤدي عادة إلى اتخاذ قرار بالتخلص التام من السلوك المستهدف .

**تجربة التعامل مع الاجترار :**

المرضى الذين يعانون من الحرص على الصحة قد يقضون فترات طويلة في اجترار العواقب المحتملة التي قد تنجر عن الأعراض الجسدية ، ومع استمرار هذا الاجترار أكثر فأكثر فإنهم

سيقتنعون أن لديهم فعلا مرض خطير ، ففي جلسة من الجلسات نطلب من المرضى اجترار هذه المعتقدات بصوت عالي لفترة معينة ، الأمر الذي غالبا ما ينجر عنه تغيرات في المزاج و الوعي بالأعراض والقناعة بالمرض ، فهذا التمرين يوضح أكثر أثر الاجترار على قلق الصحة ، ويمكن استخدامه لتحديد أخطاء التفكير و يمكن أن يتبعه فحص مزايا وعيوب هذا النوع من التفكير ، كما أن التخلص من الاجترار يمكن أن تتبعه فترة قلق لذلك لا بد من التخلص منه تدريجيا إلى أن نتخلص منه نهائيا

( Salkovskis PM, Warwick HMC 2001 )

### تجربة التعامل مع السعي نحو الطمأنينة باستمرار :

يتم التعامل مع السعي الدائم نحو الطمأنينة من خلال إظهار الآثار السلبية للطمأنينة ، فهذه الخطوة يمكن اتخاذها للاستفسار عن ما يحدث الأعراض عندما يتلقى المرضى الطمأنينة ، أو بصيغة أخرى إذا كانت الأعراض تتحسن بمجرد أن يتلقى المريض الطمأنينة من طرف المعالج ، فماذا عن الأسباب ؟ وهل المرض الخطير ( السرطان ) يشفى بالطمأنينة ؟ هذا من جهة ومن جهة أخرى المرضى قد يعتقدون أن الطمأنينة أمر مفيد ، لأنه يجعلهم يشعرون على نحو أفضل ، ومن المهم لفت الانتباه إلى طبيعة الفوائد قصيرة المدى و الإدمان عليها ، وهناك تقنية واحدة للقيام بذلك وهي أن نقدم للمريض جلسة الطمأنينة غير محدودة ، شريطة أن يضمن أن تستمر لبقية السنة ، فهذه التقنية من شأنها أن تثبت للمرضى أن الطمأنينة تأثيرها قصير الأمد ، وغالبا ما يكون من المفيد إجراء تحليل مفصل لتكاليف وفوائد السعي نحو الطمأنينة ، والهدف من ذلك هو مقارنة الفوائد القليلة المتحصل عليها على المدى القصير مع التكاليف المتكبدة على المدى الطويل لكل من المرضى وأسره ، فمزيج من هذه الطرق عادة ما يؤدي إلى اتخاذ قرار الحد أو التوقف عن السعي للطمأنينة .

(Warwick, H. M .C. 1992)

كما لا يفوتنا التنويه إلى أن أقارب وأصدقاء أولئك الذين يعانون من توهم المرض في كثير من الأحيان ينهالون بوابل من طلبات الحصول على الطمأنينة ، وتتفاوت أسئلتهم من الأكثر سذاجة ( هل تعتقد أن هذا النتوء سرطان ) ، إلى الأكثر سرية ، أي مجرد ذكر الشيء ( لقد لاحظت وجود تورم هنا ، ولكنني لست قلقا حيال ذلك ) أو بمجرد إظهار المنطقة ( هذا ما تسبب في قلقي ) ولكن من دون أن يقول شيء ، فمن المفيد جدا دعوة الأقارب للحضور للجلسة التي يكون فيها الطمأنينة موضوعا للنقاش ، ويمكن أن نطلب من المريض أن يصف ما تعلمه حول كيفية الحفاظ على الطمأنينة و قلق الصحة و وضع قائمة بالأشخاص وكل الطرق التي سعت لطمأننته ، كما يتم تدريب كل من



متوهمي المرض وأقربائهم على طرق الحديث حول قلق الصحة لكن من دون طلب الدعم و الطمأننة (Warwick, H. M. C., Clark, D. M., Cobb, A. M., & Salkovskis, P. M 1996) .

### تجربة التعامل مع الاستشارات الطبية :

هناك من الأطباء من يرى أن الطمأننة المتكرر والغير مناسبة والعفوية قد تؤدي إلى تعزيز المشكلة ، وأنه يجب على الطبيب اللجوء لإجراء الفحوصات والتحاليل عند وجود إشارات سريرية تستدعي ذلك وليس وقفا عند طلب المريض وقلقه ، ونطلب من المرضى التقليل من الاستشارات المتكررة ، والكثير من المرضى سيتذمرون من هذا الفعل ، لأنهم سيفتقدون شيء مهم بالنسبة لهم ، ويمكن معالجة هذا التذمر من خلال ( التأجيل المبرمج ) أي التأخير بين ملاحظة الأعراض و التصريح عنها ، وذلك بالاتفاق على فترة زمنية محددة استنادا إلى الوقت الذي تستغرقه الأعراض لتهدأ ( مثلا 10 أيام ) ، فعندما يصبح المرضى قلقين إزاء أعراض جديدة أو أكثر كثافة ، نطلب منهم تقديم ملاحظات في اليوميات الخاصة بهم خلال 10 أيام المحددة ثم يأتون ويعرضونها على المعالج .

### (و) تحديد وعزو الافتراضات :

لمنع الانتكاس في المستقبل يحتاج المرضى والمعالجين إلى تحديد الافتراضات الخاطئة التي يمكن تفعيلها من خلال الأعراض الجسدية المختلفة ، والتي من شأنها أن تؤدي إلى نوبات لاحقة من قلق الصحة المرتكزة على المخاوف من الأمراض المختلفة ، على سبيل المثال الاعتقاد الشائع لدى متوهمي المرض هو ( أن الأعراض الجسدية تكون دائما ناتجة عن مرض جسدي ) إذا لم يحدد هذا الاعتقاد و يغير فإنه من المحتمل أن يزداد قلق الصحة ، ونطلب من المريض الذي يعاني من هذا الاعتقاد بناء قائمة بالأعراض ، وسيعود مع قائمة واسعة جدا يثبت معها عدم صحة هذا الاعتقاد مما يساعد على البدء في تحدي هذا الاعتقاد ، وتجدر الإشارة إلى أن هناك من الاعتقادات من يصعب تغييره ، وهناك منها من لا يقتصر على الصحة والمرض ، و لكن قد تكون ذات طبيعة سلبية أكثر عمومية على سبيل المثال السيدة التي تخشى الكدمات وتعتقد أن لديها لوكيميا ( أنا سيدة منحوسة ، وشيء ما سيء سيحدث لي ) ، إذا فالأعراض ليست هي الشيء الوحيد الذي يؤدي إلى إثارة هذه الافتراضات فهناك العديد من المثبرات الأخرى التي تؤدي إلى العديد من وقائع القلق وليست كلها ذات صلة بالصحة .

(Warwick, H. M& Salkovskis,1996) .

## (ز) الوقاية من الانتكاس :

مريض توهم المرض قد يكون عرضة للانتكاس ، فتجربة الأعراض الجسدية الغامضة و أي أعراض جسدية جديدة أو أمراض طفيفة هي المسببات المحتملة للمزيد من حلقات قلق الصحة ، وليس واضح حتى الآن أي من المرضى يشيع لديه الانتكاس هل يشيع لدى أولئك الذين يشعرون بالقلق من الأمراض الواحد تلو الآخر أم أولئك الذين يشعرون بالقلق إزاء مرض واحد

## خلاصة الفصل :

لقد رأينا في هذا الفصل كيف أن اضطراب توهم المرض كان ولا يزال موضع نقاش حاد ، إذ ليس لديه حتى الآن معايير تشخيصية واضحة المعالم حيث رأينا كيف تم تصنيف توهم المرض ضمن فئة الاضطرابات جسدية الشكل ، ولكن سرعان ما تم التراجع و إعادة النظر في هذا التصنيف في الإصدار الخامس لتصنيف الجمعية الأمريكية للطب العقلي ، نظرا للانتقادات التي وجهت لـ DSM-IV و ICD-10 ولكن وعلى الرغم من ذلك كانت هناك جهود بحثية لإيجاد معايير تشخيصية خاصة بهذا الاضطراب لتمييز بينه وبين الاضطرابات النفسية الأخرى المشابهة و خاصة اضطراب الهلع و الوسواس القهري ، كما يبرز هذا الفصل الجهود الجبار الذي بذله التيار المعرفي السلوكي لإيجاد تفسير علمي دقيق لاضطراب توهم المرض و استحداث تقنيات علاجية فعالة وواعدة لعلاج هذا الاضطراب ، متأثرين بالتقنيات العلاجية المعرفية والسلوكية التي أثبتت نجاحها مع أصناف عديدة من اضطرابات القلق وعلى رأسها اضطراب الهلع .

# الجانب الميداني

## الفصل الرابع:

# الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد.

- 1 - الدراسة الاستطلاعية.
  - 2.1 - أهداف الدراسة الاستطلاعية.
  - 3.1- إجراءات تطبيق الدراسة الاستطلاعية.
  - 4.1- عينة الدراسة الاستطلاعية وخصائصها.
  - 5.1 - الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية.
  - 6.1 - نتائج الدراسة الاستطلاعية.
  - 2- الدراسة الأساسية.
  - 1.2 - المنهج المستخدم في الدراسة.
  - 2.2 - مجتمع الدراسة.
  - 3.2 - عينة الدراسة الأساسية.
  - 4.2 - إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية.
  - 5.2 - خصائص عينة الدراسة الأساسية.
  - 6.2 - الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة.
- خلاصة الفصل.

**تمهيد :**

يتناول هذا الفصل إجراءات الدراسة المنهجية ، بدءاً من المنهج المعتمد و العينة المختارة وكذا الأدوات المستخدمة و التي تهدف في مجملها لتحقيق الهدف المنشود من الدراسة ، وستعرض لهذه الإجراءات بشيء من التفصيل .

**1- الدراسة الاستطلاعية :**

لعب الدراسة الاستطلاعية دوراً هاماً في انجاز هذا البحث ، فقد فتحت الباب امام الباحث للإلمام بحيثيات الدراسة ، حيث ساعدته على التعرف على خصائص مجتمع الدراسة و بالتالي اختيار أمثل لأفراد العينة ، كما أنها اتاحت له فرصة التعمق أكثر في فهم متغيرات دراسته من خلال الاطلاع على التراث الأدبي ، فضلاً عن ما يمكن الاطلاع عليه من دراسات سابقة و كيفية تناولها لهذه المتغيرات الأمر الذي ساعده على بناء أو اختيار الادوات الفعالة و كذا المنهج المناسب لدراسته .

فالدراسة الاستطلاعية هي دراسة فرعية قام فيها الباحث بمحاولات استكشافية تمهيدية قبل أن ينخرط في بحثه الاساسي ليطمئن على صلاحية خطته و أدواته و ملائمة الظروف للبحث الاساسي الذي ينوي القيام به .

**1.1- أهداف الدراسة الاستطلاعية بالنسبة للدراسة الحالية :**

\* التعرف على مختلف الظروف التي سيتم إجراء الدراسة الأساسية في ظلها و مختلف الصعوبات التي يمكن أن تواجه سير الدراسة .

\* انتقاء الأدوات التي تنسجم مع الهدف من الدراسة ، والتحقق من مدى تلاؤمها مع العينة المستهدفة بالدراسة ، و هذا استكمالاً للاطلاع على مجموعة من المقاييس المعدة لقياس متغيري الدراسة ( الأفكار الصحية اللاعقلانية و اضطراب توهم المرض ) .

\* التطبيق الأولي لأدوات الدراسة للنظر في مدى استجابة العينة الاستطلاعية لها و قدرتها على فهم عباراتها ، و هذا بعد أن تم تعريب مقياس الاتجاه نحو المرض ( IAS ) وبناء مقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية ( IHBS ) .

\* الاستفادة من النتائج المتحصل عليها في حساب الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة ( الصدق و الثبات ) .

- \* التعرف على الطريقة الملائمة للتطبيق و عرض تعليمات الأدوات المطبقة في الدراسة
- \* التعرف على بعض جوانب القصور في إجراءات التطبيق في هذه المرحلة لتلافيها عند الشروع في إجراءات الدراسة الأساسية .
- \* النظر في فرضية الدراسة و تدقيقها و تحديدها و صياغتها بشكل واضح .

## 2.1- إجراءات الدراسة الاستطلاعية :

بعد الانتهاء من إعداد أدوات الدراسة ، بدأ الباحث في إجراء الدراسة الاستطلاعية ، من خلال تطبيق استبيان الأفكار الصحية اللاعقلانية الذي تم إعداده من طرف الباحث ، و مقياس الاتجاه نحو المرض الذي تم إعداده من طرف كيلنر و قام بترجمته الباحث ، وذلك قصد التحقق من الخصائص السيكومترية و معرفة مدى وضوح العبارات والتعليمات لدى المفحوصين ، حيث تم توزيع المقياسين على عينة عرضية قوامها 30 فرد من المترددين على العيادات الحكومية في ولاية سطيف و التي بدأت منذ 26 جوان 2016 إلى غاية 30 أوت 2016 ، ولقد تم وضع كل من استبيان الأفكار الصحية اللاعقلانية و مقياس التوجه نحو المرض في ظرف يحمل رقم معين ، وهو نفس الرقم الذي يحمله كل من الاستبيان والمقياس ، حيث يمثل كل ظرف حالة واحدة

و لقد تم توزيع الأظرف (30) على الأخصائيين النفسيين على مستوى كل عيادة نفسية حكومية بمدينة سطيف . - وتم استرجاع كافة الأظرف -

و ما تجدر الإشارة إليه أنه تم عقد عدة لقاءات مع الأخصائيين النفسيين العاملين عبر مختلف العيادات النفسية الحكومية ، لتقديم كافة المعلومات عن المقياسين وكيفية تطبيقهما في الجلسات و تنبيههم إلى مجموعة من النقاط المهمة مثل :

- تهيئة المفحوص للاستجابة ، وعدم إجراء الاختبارات في حالة هياج أو ارتباك أو أن يكون المفحوص تحت تأثير العقاقير .

- ضرورة إتباع تعليمات المقياسين أثناء تطبيقهما .

- مراعاة تطبيق كل عبارات المقياسين في جلسة واحدة ، وعدم تقسيمها عبر عدة جلسات .

- حث المفحوص للإجابة عن كافة العبارات وعدم ترك أي عبارة دون إجابة .

### 3.1- الأدوات المستخدمة في الدراسة :

استعمل الباحث في الدراسات الاستطلاعية الحالية ، كل من استبيان الأفكار الصحية اللاعقلانية من إعداد الباحث و مقياس التوجه نحو المرض الذي أعده كيلنر و ترجمه الباحث ، وهما المقياسين اللذين سيعتمدهما الباحث للتحقق من فرضيات الدراسة و تحقيق أهدافها .

#### 3.1.1-1- مقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية :

##### 3.1.1.1- وصف المقياس :

تم بناء مقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية من طرف الباحث بعد الاطلاع على العديد من المقاييس مثل مقياس تضخيم الأحاسيس الجسدية لـ barsky و مؤشر وايتلي waitly index و مقياس قلق الصحة لـ salkoviskis و غيرها من المقاييس ، و بالرجوع أيضا إلى الإطار النظري و الأدبي و الدراسات السابقة و الكتب والمراجع ، و بالاعتماد على الأبعاد و المؤشرات الخاصة بالمتغير كمفهوم ، و من خلال قيامنا بمناقشة مضامين الفقرات مع مجموعة من الأساتذة المتخصصين بصفة غير رسمية ، تم صياغة فقرات و بنود المقياس بما يتناسب مع موضوع دراستنا الحالية و أهدافها ، و بناء على هذا و مراعاة كذلك لطبيعة و حجم العينة ، ارتأينا أن يكون المقياس مغلق و محدد من حيث البدائل المتاحة للمفحوص .

و يتضمن المقياس ( 21 ) عبارة مقسمة على (3) أبعاد بالتساوي كل بعد معبر عنه بـ (7) بنود كما هو موضح في الجدول ( 02 ) :

الأبعاد	أرقام البنود التي تشملها
الإيمان المطلق بالضعف الجسدي	1-4-7-10-13-16-19
الاعتقاد الجازم بتطور الحالة نحو الاسوء و عدم قابليتها للشفاء	2-5-8-11-14-17-20
الاعتقاد بمرضانية المحيط	3-6-9-12-15-18-21

و يحمل المقياس أربعة بدائل هي ( أبدا ، نادرا ، أحيانا ، غالبا ، دائما )

تحمل أوزان هي على التوالي ( 1، 2 ، 3 ، 4 ، 5 ) ، و يختار المفحوص البديل الذي يراه مناسباً له بوضع علامة ( x ) داخل الخانة المقابلة

#### أ- تعليمة المقياس :

يتضمن الاستبيان الذي بين يديك مجموعة من العبارات المتعلقة بالأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة ، أرجو منك قراءة هذه العبارات كل على حدا والمطلوب منك وضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسبك .

أرجو أن تجيب على كل عبارة ولا تترك عبارة بدون إجابة ، أجب بصدق لأن هذا يخدم البحث العلمي تأكد من أن إجابتك تبقى موضع سرية .

#### كيفية تصحيح المقياس :

و نقصد بذلك وضع درجة معينة لاستجابة كل مفحوص على كل فقرة من فقرات المقياس و ذلك بوضع أربع بدائل للاستجابة أمام كل فقرة هي :

( أبدا ، نادرا ، أحيانا ، غالبا ، دائما ) ، وتم تحديد أوزان لهذه البدائل ( من 1 إلى 5 ) ، ثم تجمع في الأخير لتعطي الدرجة الكلية لكل فرد على مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة ، و الجدول التالي يوضح البدائل و درجاتها :

**الجدول رقم ( 03 ) :** يبين البدائل الخمسة لمقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية و درجاتها

البدائل	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
الدرجات	1	2	3	4	5

و بهذا يمكن الحصول على الدرجة الكلية لكل مفحوص على مقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية ، ونجد أن أعلى درجة على مقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية تساوي " 105 " أي ( 5 x 21 ) ، و أدنى درجة على مقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية هو " 21 " أي ( 1 x 21 ) ، و بالتالي درجات كل المفحوصين على المقياس سوف تنحصر بين القيمتين ( 21 - 105 ) ، وقد



قسم الباحث المقياس إلى ثلاث مستويات ، وهذا حسب ، درجاته المرتبطة بعدد فقراته ، فتراوح المستوى المنخفض للأفكار الصحية اللاعقلانية بين الدرجة ( 21 ) و الدرجة ( 48 ) ، و المستوى المتوسط للأفكار الصحية اللاعقلانية من الدرجة ( 49 ) إلى الدرجة ( 76 ) ، و المستوى المرتفع للأفكار الصحية اللاعقلانية من الدرجة ( 77 ) إلى الدرجة ( 105 ) .

### 2.1.3.1- الخصائص السيكومترية لمقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية :

لا يمكن الاعتماد على أي مقياس في القيام بأي دراسة علمية صحيحة ، دون توفر الشروط السيكومترية اللازمة له من صدق وثبات ، و التي تتوقف عليها قيمة النتائج المتوصل إليها فيما بعد .

#### أ- صدق المقياس :

الاختبار الصادق يقيس ما وضع لقياسه . ( فؤاد الباهي السيد ، 1978 ، ص 400 ) ، أي انه يكشف فعلا المتغير الذي وضع لقياسه ، ويدل صدق مقياس الدراسة على أن الصفة أو السلوك أو الحالة أو السمة المراد قياسها ، معبر عنها بشكل فعلي و حقيقي في محتوى المقياس ، و قد تم حساب صدق المقياس بالطرق التالية :

#### صدق المحكمين :

بعد أن تم إعداد الصياغة الأولية لفقرات المقياس والبالغ عددها ( 21 ) فقرة ، عرضت على مجموعة من الأساتذة المحكمين من جامعات مختلفة ، ليبدئي كل واحد منهم رأيه في النقاط التالية :

مدى ملائمة العبارات .

التأكد مما إذا كانت البنود تقيس فعلا ما أعدت لقياسه .

مدى سلامة البنية اللغوية و التركيبية لعبارات المقياس .

وضوح بنود المقياس و مدى ترابطها مع أبعادها .

و قد أجمع المحكمون على صلاحية المقياس مع القيام ببعض التعديلات ، وأعطوا ملاحظاتهم فيما يخص تشابه بعض الفقرات التي يجب حذفها ، و إضافة فقرات أخرى من اقتراحهم ، وإعادة صياغة بعض البنود الأخرى ، و في ضوء هذه الآراء و بعد مناقشة كل الملاحظات مع المشرف تم التوصل إلى الصياغة النهائية للمقياس أنظر الملحق رقم : ( 05 ) .

**الصدق التمييزي ( صدق المقارنة الطرفية ) :**

من أجل حساب الصدق التمييزي للمقياس ، نرتب درجات عينة الدراسة الاستطلاعية التي تتكون من ( 30 فردا ) ترتيبا تنازليا من أعلى درجة إلى أدنى درجة ، ثم نقوم بأخذ نسبة ( 27 % ) من المجموعة العليا و ( 27 % ) من المجموعة السفلى ، وعليه و بتطبيق هذه النسبة على عدد أفراد العينة الاستطلاعية ، و التي عددها ( 30 ) نحصل على عدد ( 8 ) أفراد في كل مجموعة ، ثم نقوم بحساب اختبار "t" لدلالة الفرق بين المجموعات أو العينات المستقلة ، وقد تم ذلك باستعمال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ( spss.20 ) وقد جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي :

**جدول رقم (04):** يوضح قيمة اختبار "ت" لدلالة الفرق بين المجموعة العليا والمجموعة السفلى والخاص بصدق المقارنة الطرفية لمقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية

الأفكار الصحية اللاعقلانية						
المجموعات	(ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	د.الحرية	الدلالة
المجموعة السفلى	8	36.25	2.65	-7.880	14	0.01
المجموعة العليا	8	62.62	9.08			

ومن خلال ملاحظة الجدول، يتضح للباحث أن هناك فروق بين المتوسط الحسابي لدرجات المجموعة السفلى والمتوسط الحسابي لدرجات المجموعة العليا، وأن قيمة "ت" دالة إحصائياً عند

مستوى الدلالة (0.01) مما يدل على أن مقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية يتوفر على القدرة التمييزية بين المجموعة السفلى والمجموعة العليا، وعليه فالمقياس يعتبر صادق في قياس السمة المراد قياسها عند أفراد العينة، وهو ما يجعل الباحث يطمئن في تطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

#### 1- الصدق الذاتي:

وقد استخدمنا طريقة أخرى لحساب الصدق، هي الصدق الذاتي وهو نوع من أنواع الصدق، وهنا لا يوجد فرق بين الثبات والصدق.

ويقاس الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات الاختبار، (معامل الصدق الذاتي = معامل ثبات الاختبار)<sup>1/2</sup>، (فؤاد البهي السيد، 1998، ص 402)، وبما أن معامل ثبات المقياس الذي تم الحصول عليه عن طريق التجزئة النصفية يساوي (0.789)، فإن معامل الصدق الذاتي يساوي (0.888)، ونتيجة لذلك يمكننا أن نعتبر معامل ثبات بنود المقياس معاملاً لصدق بنوده.

#### ب - ثبات المقياس:

يشير ثبات الأداة أو المقياس إلى الاتساق والدقة في استخراج نفس النتائج، عند تكرار التجربة على نفس الأفراد، (مقدم عبد الحفيظ، 2003، ص 152)، وقد تم حساب ثبات مقياس الأمن النفسي بالعديد من الطرق هي:

#### 1- طريقة التجزئة النصفية:

طريقة التجزئة النصفية لحساب معامل ثبات المقياس تتم بتقسيم المقياس إلى جزأين، أي توزيع بنوده على قسمين أو اختبارين متماثلين، وذلك بجعل القسم الأول من المقياس يتضمن الفقرات التي تحمل أرقاماً فردية، والقسم الثاني يتضمن الفقرات التي تحمل الأرقام الزوجية، وبناءً على هذا تم حساب معامل ارتباط سبيرمان "Spearman" بين القسمين (الفردية والزوجية) عن طريق استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss.20) فكان معامل الثبات قبل التعديل (0.652). باعتبار أن طريقة التجزئة النصفية تقيس نصف ثبات الاختبار ولا تقيس ثبات الاختبار كله، ولعلاج هذا العيب نستخدم معادلة "سبيرمان براون" "Spearman Brown" (محمود منسى، سهير أحمد، 2002، ص 110)، وبهذا يصبح معامل ثبات المقياس كله، والمتحصل عليه بطريقة التجزئة النصفية يساوي (0.789).

وقد تم حساب كل ذلك بعد تطبيق المقياس على عينة استطلاعية تكونت من (30) فرداً، من المترددين على العيادات الطبية ، وتم الحصول على معامل الثبات كما هو مبين في الجدول التالي:

**جدول رقم (05):** يوضح معامل ثبات مقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية بطريقة التجزئة

النصفية:

الطريقة	حجم العينة	معامل ثبات مقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية
التجزئة النصفية	30	0.759

ومن خلال الجدول السابق يتضح لنا أن قيمة معامل ثبات المقياس المتحصل عليها مرتفعة، وعليه فإن مقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية يتمتع بدرجة عالية من الثبات، تطمئن الباحث لاعتماده في الدراسة الأساسية للموضوع.

**2- طريقة ألفا كرونباخ:** استخدم الباحث طريقة ثنائية من طرق التأكد من ثبات مقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية ، وهي معادلة معامل "ألفا كرونباخ" لحساب معامل ثبات المقياس، وباستعمال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss.20) على نفس العينة الاستطلاعية، تم الحصول على معامل ثبات قدر بـ:(0.759) وهو معامل ثبات مرتفع يطمئن له الباحث في تطبيقه للدراسة الأساسية.

**3.1.2- مقياس التوجه نحو المرض :****3.1.1- وصف المقياس :**

تم تصميم مقياس التوجه نحو المرض (IAS) من طرف Robert Kellner سنة 1986 ، لتوفير أداة قوية لتقييم شدة توهم المرض و السلوكيات المرضية الشاذة و قد تم اختيار بنود (IAS) للإلمام بالأبعاد المختلفة لتوهم المرض و السلوكيات المرضية الشاذة التي تم تحديدها وفقا لتحليل العامل لمقاييس توهم المرض السابقة ( Binchi,1971 . Pilowsky , 1967 )

و الشيء اللافت للانتباه هو أن مقياس (IAS) يقيم الاهتمامات المرضية لدى متوهمي المرض بشكل مستقل عن الحالات المرضية الأخرى ، حيث لم تدرج فيه البنود التي يمكن أن تعكس الأعراض ذات الصلة ( مثال صعوبات النوم و المزاج الاكتئابي )

و لقد تم اختيار مقياس التوجه نحو المرض لتطبيقه في الدراسة الحالية بناء على مجموعة من المعطيات يمكن إجمالها في النقاط التالية :

\* أن النسخة الأصلية قد تم تطبيقها في العديد من الدراسات التي تناولت اضطراب توهم المرض و التي أثبتت نجاحه في تقييم شدة هذا الاضطراب .

\* أنه مقياس – من الناحية البنائية – متوسط الطول لا يولد الملل لدى المبحوثين وتتميز عباراته بالوضوح .

\* أن المقياس مؤسس على الإطار النظري الذي ينظر لاضطراب توهم المرض على أنه اضطراب ناتج عن خلل معرفي ناتج عن تبني الفرد لمعتقدات صحية لا عقلانية .

**ترجمة المقياس :** قام الباحث بالترجمة لبنود المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية ، وقد عرضت الترجمة على مجموعة من الأساتذة بقسم علم النفس ، و الذين يتحكمون في اللغة الانجليزية من جامعة باتنة ، بسكرة ، و مسيلة و بعد إبداء ملاحظاتهم على الترجمة قام الباحث بتعديل صياغة العبارات التي يجب تغييرها و أعيدت صياغة العبارات مرة أخرى .

و يتكون المقياس من ( 27 ) فقرة موزعة على 9 أبعاد كما هو موضح في الجدول رقم ( 06 ) :

أرقام البنود التي تشملها	شرح البعد	الأبعاد
3-2-1	القلق العام بشأن وجود مرض خطير	القلق حول مرض
6-5-4	أي الخوف من أن تكون تجارب الألم البدني دليل على مرض كامن	الخوف من الألم
9-8-7	تجنب السلوكيات التي قد تكون ضارة على صحة الإنسان	العادات الصحية
12-11-10	الاعتقاد في وجود المرض الذي يكون الأطباء قد فشلوا في تشخيصه	معتقدات توهم المرض
15-14-13	الخوف من الموت	رهاب الموت
18-17-16	مخاوف من وجود أمراض	رهاب المرض
21-20-19	حساسية للأحاسيس الجسدية التي يعتبرها مؤشر للمرض	الاهتمامات الجسدية
24-23-22	كيف يسعى الشخص بشكل متكرر للعلاجات الطبية	تجربة العلاج
27-26-25	أي مدى تأثير الأعراض الجسدية في السير العادي للحياة اليومية للفرد	تأثير الأعراض

أ - تعليمة المقياس :

يتضمن الاستبيان الذي بين يديك مجموعة من العبارات أرجو منك قراءة هذه العبارات كل على حدا والمطلوب منك وضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسبك .

أرجو أن تجيب على كل عبارة ولا تترك عبارة بدون إجابة ، أجب بصدق لأن هذا يخدم البحث العلمي تأكد من أن إجابتك ستبقى موضع سرية.

ب - كيفية تصحيح المقياس :

كل محور يتكون من 3 بنود و يتم تصحيحها وفقا لمقياس ليكارت 5 بدائل لكل بند كما هو موضح في الجدول رقم ( 6 )

الجدول رقم (07): يبين البدائل الخمسة لمقياس التوجه نحو المرض ودرجاتها:

البدائل	لا	نادرا	أحيانا	في كثير من الأحيان	أكثر من مرة
الدرجات	1	02	03	04	05

فأعلى درجة هي 15 لكل محور، أما مجموع النقاط المتحصل عليها في المحاور 9 للمقياس فهي 135، و تم إضافة أسئلة A15 و B15 لتوفير مزيد من المعلومات ولا تساهم في الدرجات ، و الدرجة العالية على المقياس دليل على شدة أعراض اضطراب توهم المرض .

وقد اعتمد الباحث في مقياس التوجه المرضي على ثلاث مستويات وهذا بغية تحقيق هدف الدراسة فكانت المستويات وبعتماد الدرجات المرتبطة بعدد فقراته كالتالي:

المستوى المنخفض لتوهم المرض من الدرجة (0) إلى غاية الدرجة (45)، والمستوى المتوسط من الدرجة (46) إلى غاية الدرجة (90)، والمستوى المرتفع من الدرجة (91) إلى غاية الدرجة (135).

### 3.1.2- الخصائص السيكومترية لمقياس التوجه نحو المرض :

على الرغم من نتائج الدراسة السيكومترية المتوصل إليها من طرف الباحث – حيث اشتملت عينة التقنين على (101) طالبا و طالبة من الطلاب الجامعيين المتمدرسين ، وقد طبقت العديد من الأساليب للكشف عن الخصائص السيكومترية منها : الصدق العاملي و الصدق التمييزي و الصدق التجريبي . أما الثبات فقد تم التأكد من نتائجه عن طريق حساب معاملات الثبات لأبعاده التسعة بحساب الاتساق الداخلي و كذا بطريقة التجزئة النصفية ، و كانت النتائج المحصل عليها مطمئن على استقرار المقياس فيما يتعلق بثبات نتائجه إذا ما طبق في دراسات أخرى – إلا أنه قد أخضع في الدراسة الحالية لإعادة تقنيه لأن مثل هذه المقاييس قد تتأثر بالخصوصيات الثقافية و الاجتماعية التي تميز مجتمعا عن آخر.

#### أ – حساب صدق المقياس :

#### صدق المحكمين :

للتأكد من صدق مقياس التوجه نحو المرض في الدراسة الحالية تم الاعتماد على صدق المحكمين .

فللتحقق من مطابقة الترجمة لأداة الدراسة ، و التأكد من أنها تخدم أهداف الدراسة، تم عرضها على مجموعة من المحكمين في مجال تخصص علم النفس و طلب إليهم فحص ترجمة الأداة ، و إبداء رأيهم فيها من حيث تصحيح الترجمة التي قمت بها من النسخة الانجليزية نحو العربية أو أية ملاحظات يرونها مناسبة فيما يتعلق بالتعديل ، أو التغيير ، وفق ما يراه المحكم لازم ، و قمت بدراسة ملاحظات المحكمين و اقتراحاتهم ، وأجريت التعديلات في ضوء توصيات و آراء هيئة التحكيم مثل : تعديل بعض الفقرات ، لتصبح أكثر ملائمة ، و تصحيح بعض أخطاء الصياغة اللغوية



بعد أن تم ترجمة فقرات مقياس التوجه نحو المرض والبالغ عددها (27) فقرة ، عرضت على مجموعة من الأساتذة المحكمين من جامعات مختلفة ، ليبيدي كل واحد منهم رأيه في صحة كل فقرة ، من حيث وضوح الصياغة ، و قدرتها على قياس ما وضعت لقياسه ، و ذلك وفق التساؤلات و الفرضيات التي طرحتها الدراسة ، حيث طلب من المحكمين بيان مدى وضوح الفقرات ، ومدى توافقها مع السمة المراد قياسها

و قد أجمع المحكمون على صلاحية المقياس مع القيام ببعض التعديلات ، وإعادة الصياغة اللغوية لبعض البنود ، و في ضوء هذه الآراء و بعد مناقشة كل الملاحظات مع المشرف تم التوصل إلى الصياغة النهائية للمقياس ( أنظر الملحق رقم : 03 ) .

#### حساب صدق الاتساق الداخلي :

تم حساب الاتساق الداخلي بتحديد مدى اتساق كل مفردة من مفردات المقياس ككل ، ثم حساب معامل ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس على عينة التقنين (30) ، كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (08) يبين قيم معاملات الارتباط لفقرات و أبعاد مقياس التوجه نحو المرض بالدرجة الكلية للمقياس .

الأبعاد	الفقرات	معامل الارتباط	الأبعاد	الفقرات	معامل الارتباط
القلق حول مرض	1	**0.746	رهاب الموت	13	**0.827
	2	**0.772		14	**0.934
	3	**0.633		15	**0.913
الخوف من الألم	4	**0.890	رهاب المرض	16	**0.852
	5	**0.662		17	**0.875

**0.900	18		**0.865	6	
**0.785	19	الاهتمامات الجسدية	**0.651	7	العادات الصحية
**0.896	20		**0.666	8	
**0.842	21		**0.675	9	
**0.649	22	تجربة العلاج	**0.691	10	معتقدات توهم المرض
**0.777	23		**0.823	11	
**0.840	24		**0.726	12	
			**0.903	25	تأثير الأعراض
			**0.901	26	
			**0.840	27	

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط لمقياس التوجه نحو المرض دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 . ما يثبت أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي .

#### حساب الصدق التمييزي ( صدق المقارنة الطرفية ) :

حيث تم حساب القدرة التمييزية للنبود من حيث قدرتها على التمييز بين منخفضي و مرتفعي توهم المرض ، وذلك بحساب قيمة ( ت ) لدلالة الفرق بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين العليا و الدنيا معتمدين في تحديد المجموعتين على نسبة ( 27% ) من الدرجات بعدما يتم ترتيبها تنازلياً . و الجدول التالي يوضح ذلك :

**الجدول رقم (09):** يوضح قيم ( ت ) لدلالة الفرق بين متوسطات أفراد العينة على فقرات مقياس التوجه نحو المرض .

مستوى الدلالة	قيمة ت	مرتفعي الدرجات ن ( 14 )		منخفضي الدرجات ن (14)		المتغير
		ع	م	ع	م	
0.001	9.527-	ع	م	ع	م	توهم المرض
		9.739	103.50	7.667	61.750	

و يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين مرتفعي و منخفضي الدرجات على مقياس التوجه نحو المرض و هذا دليل على صدق المقياس .

**ب - حساب ثبات المقياس :**

تم التأكد من ثبات المقياس بطريقتين :

**طريقة التجزئة النصفية :**

قام الباحث بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات الفقرات الفردية و الزوجية للمقياس ككل ، ثم استخدمت معادلة سبيرمان - براون لتصحيح الطول ، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون  $0.84^{**}$  ، وبعد التصحيح بمعادلة سبيرمان - براون بلغت قيمته  $0.91^{**}$  وهي دالة عند مستوى 0.01 ما يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات .

**طريقة ألفا كرونباخ :**

كما تم التأكد من ثبات المقياس عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد مقياس التوجه نحو المرض و كذا الدرجة الكلية ، فكانت جميع قيم المعاملات مرتفعة بحيث تراوحت ما بين 0.38 و 0.55 أما الدرجة الكلية للمقياس فبلغت قيمتها 0.84 و جميعها قيم مرتفعة ، وهذا يؤكد ثبات المقياس .

جدول رقم ( 10 ) : يمثل معاملات ألفا كرونباخ لمقياس التوجه نحو المرض .

أبعاد المقياس	معامل ألفا كرونباخ
القلق حول مرض	0.38
الخوف من الألم	0.48
العادات الصحية	0.54
معتقدات توهم المرض	0.47
تأثير الأعراض	0.55
رهاب الموت	0.25
رهاب المرض	0.65
الاهتمامات الجسدية	0.48
تجربة العلاج	0.36
الدرجة الكلية	0.84

مما سبق يتضح أن مقياس التوجه نحو المرض المطبق في الدراسة الحالية يتسم بدرجة عالية من الصدق و الثبات ما يعزز النتائج التي سيتم جمعها للحصول على النتائج النهائية للدراسة .

## 3.1.3- المقابلة العيادية نصف موجهة :

قبل التطرق للمقابلة العيادية نصف موجهة يمكن تقديم تعريف حول المقابلة العيادية بصفة عامة حيث تعتبر المقابلة العيادية من بين التقنيات التي يعتمد عليها العيادي في الاتصال بالعميل و الحصول على معلومات خاصة به وذلك قصد مساعدة أو خدمة البحث العلمي و تعرفها 1985 Colette chiland " أنها علاقة ثنائية تستلزم حضور الفاحص و المفحوص و يمكن أن تدخل هذه التقنية في إطار علاقة مساعدة لما تتميز به من حيث تركيزها على الشخص في فرديته و حدته. ( colette chilmand 1985, p 136).

و تعتبر المقابلة العيادية على أنها أحد الأدوات التي يتميز بها المنهج العيادي ، فهي من بين التقنيات التي تسمح لنا بالوصول إلى المعلومات الشخصية للأفراد من خلال تواريخ حياتهم ، تصوراتهم ، عواطفهم ، مشاعرهم و أنماط السلوكيات و التعابير و ما يشهده السلوك الانساني من حيث التفرد و التعقيد ( FERNANDEZ L, et CATTEEUW M. 2001, p. 74)

و بصدد استخدام المقابلة النصف موجهة التي يعرفها سامي محمد ملحم " على أنها نوع من المقابلة تسمح لنا بجمع قدر كاف من المعلومات حيث تمكن العميل من التعبير عن نفسه"

( سامي محمد ملحم , 2000 , ص 272 ) فهي تعتبر وسيلة تهدف إلى توجيه حديث الفرد إلى أهداف البحث حيث أنها تعتمد على تحديد الأسئلة التي تخدم الموضوع لكن مع المحافظة على حرية التعبير لدى الفرد .

وقد تم اللجوء إليها في دراستنا الحالية و ذلك لعدة اعتبارات :

- لتلافي القصور الممكن في تحقيق أهداف الدراسة المرجوة إذا ما تم الاعتماد فقط على مقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية و مقياس التوجه نحو المرض .

- الحصول على بيانات متعلقة بالمبحوث ذات طبيعة دينامية ، لبيان الأثر العميق للأفكار الصحية اللاعقلانية في ظهور اضطراب توهم المرض .

- كما أن المقابلة النصف موجهة تسمح بالتعمق أكثر في فهم الحالة من خلال الحصول على معلومات مفصلة و دقيقة متعلقة بالمبحوث ، و المواقف المحيطة به ، و تسمح للمبحوث بالتعبير عن نفسه تعبيراً حراً تلقائياً لتمييزها بالمرونة .

**3.3.1.1- دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة:**

اعتمدنا على المقابلة العيادية للبحث في شكلها النصف موجه بهدف جمع معلومات تسمح بالإجابة على تساؤلات البحث والتحقق من فرضياته ، ومن أجل ذلك تم تصميم عدة مقابلات وفق دليل يحتوي على مجموعة من المحاور، حيث يحتوي كل محور بدوره على مجموعة من الأسئلة، ويوضح الجدول التالي مجموعة المقابلات المستعملة و محاورها وأهدافها:

الرقم	عنوان المقابلة	محاوِر المقابلة	أسئلة المقابلة	أهداف المقابلة
01	المقابلة التمهيدية	1- تقديم موضوع البحث والحصول على موافقة الحالة، 2- شرح مسار إجراءات البحث، 3- إطلاع الحالة على أخلاقيات استخدام المعلومات التي سيبدلي بها.	انظر الملحق رقم (6)	شرح موضوع البحث، انتقاء أفراد العينة والحصول على موافقتهم للمشاركة في البحث، الاتفاق مع الحالة على طريقة العمل وإطلاعه على محتوى المقابلات التي سيخضع لها وأخلاقيات استخدام المعلومات التي سيبدلي بها
02	مقابلة التاريخ الصحي.	1- البيانات الشخصية للحالة ، 2- التربية الصحية التي تلقاها الحالة 3- التاريخ الصحي للحالة	انظر الملحق رقم (7)	جمع البيانات الشخصية للحالة ، جمع معلومات عن التاريخ الصحي للحالة والتعرف على سيرورة نمو وتطور البنات المعرفية حول الصحة والمرضى لدى الحالة ، والتعرف على أهم العوامل المؤثرة في تشكل تشوهات معرفية في هذه البنات ...
03	مقابلة بناء تصور للحالة	1- وجهة نظر الحالة حول مرضه 2- الحقائق المفرغة من النوع الأول 3- الحقائق المفرغة من النوع الثاني	انظر الملحق رقم (8)	ترك الحالة ببطئاً موجز عن تصوره للوضع الذي هو فيه من خلال الحديث عن المرض الذي يخشاه ، و تاريخ ظهور هذه المشكلة و الظروف التي صاحبها، للكشف عن عامل الخطر الذي حفز المخططات المعرفية لدى الحالة ، والعوامل التي جعلته يختار هذا المرض دون سواه ، و التعرف على رأيه تجاه أحكام الأطباء الذين أقرروا بعدم وجود مرض لديه ، للوقوف على مدى تبصره بحالته ، حصر الأفكار التي تثير قلق الصحة و من ثم بلورت تصور عام للحقائق المفرغة التي تسيطر على ذهن الحالة و تفكيره ، و التعرف على مقدار المعانات التي تسببها هذه الأفكار و ما مدى مقاومته لها التعرف على السلوكيات التي يرى فيها الحالة ملاذاً و ملجأً للتقليل من حدة القلق المرتبطة بالصحة ، و الكشف عن الدور الذي تلعبه هذه السلوكيات في إدامة نشاط الحقائق المفرغة و بالتالي زيادة واستمرار قلق الصحة ، كما يهدف هذا المحو أيضاً إلى التعرف على مدى تداخل هذه السلوكيات مع النشاطات اليومية للحالة و ما مدى المعانات الناتجة عنها.

**3.3.1.2- تحليل المقابلة العيادية نصف الموجهة:**

يتم تحليل المقابلة العيادية نصف الموجهة بالاعتماد على تحليل مضمون خطاب المفحوص؛ ويتم التحليل وفق كل محور ثم تقدم خلاصة عامة عن الحالة؛ ويسمح ذلك بالخروج بمجموعة من الفرضيات حول أهم المعتقدات الصحية اللاعقلانية التي يتبناها الحالة و مقارنتها بالنتائج المتحصل عليها على مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة ، و التعرف على عوامل الخطر المحفزة ومصادر هذه المعتقدات وبيان اثرها في ظهور اضطراب توهم المرض لدى الحالات محل الدراسة .

**4.1 - نتائج الدراسة الاستطلاعية :**

تمكنا من خلال الدراسة الاستطلاعية إلى التوصل إلى النتائج التالية :

- التأكد من أن عبارات استبيان الأفكار الصحية اللاعقلانية و مقياس التوجه نحو المرض مفهومة من طرف المفحوصين وواضحة و بسيطة و لا تستدعي التعديل أو التغيير .
- التأكد من قدرة المقياسين على قياس ما وضعى لقياسه .
- التأكد من ثبات المقياسين من خلال استعمال النتائج المتحصل عليها في الدراسة الاستطلاعية

**2- الدراسة الأساسية:**

تعتبر الدراسة الأساسية هي المكون الرئيسي الذي تقوم عليه أي دراسة ، باعتبار أنها الوسيلة الرئيسية لتحقيق أهدافها، والنتائج المتوصل إليها تكون نتاجا لكل الإجراءات التي تقوم عليها الدراسة الأساسية، وذلك من خلال تتبع مجموعة من الخطوات، والتي تتمثل في تحديد المنهج المتبع، وطبيعة مجتمع الدراسة، والإجراءات المتبعة في تطبيق الدراسة ميدانيا، والأسلوب المطبق في اختيار العينة وخصائصها، والأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة النتائج المتحصل عليها.



**1.2- منهج الدراسة :**

ككل بحث علمي لابد من إتباع منهج واضح ومناسب للوصول إلى أهداف الدراسة ، هذه الأهداف لا تتأتى إلا من خلال جمع المعلومات و تنقيتها بما يخدم الدراسة ، ثم تأتي مرحلة القياس ، ثم التحليل للوصول إلى نتائج مقروءة وذات دلالة ، و نظرا لكون هذه الدراسة تهدف إلى البحث المعمق في الجانب المعرفي لشخصية الفرد من خلال السعي لتحديد جملة المعتقدات الصحية اللاعقلانية المرتبطة بالصحة التي يتبناها الفرد وبيان أثرها في ظهور اضطراب توهم المرض لديه ، فإن أنسب منهج لهذه الدراسة من وجهة نظر الباحث هو المنهج العيادي .

يعرف **دانيال لإقاش** المنهج العيادي على أنه تناول للسيرة في منظورها الخاص ، وكذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك إعطاء معنى للتصرف على بنيتها وتكوينها والكشف على الصراعات التي تحكمها . ( Perron.R, 1995,P38 )

أما عبد الباسط فيعرفه على أنه " المنهج الذي يعتمد على جمع البيانات المتعلقة بأي وحدة وهو يقوم أساسا على التعمق في دراسة مرحلة معينة من تاريخ الوحدة أو دراسة جميع المراحل التي مرت بها من أجل الوصول إلى تعمقات " (عبد الباسط ، 1963 ، ص329 ) .

ويهدف المنهج العيادي بالتالي إلى فحص دقيق و شامل للشخصية من خلال التعرف على خصوصيات سيرها النفسي في إطارها الكلي و المميز و هذا ما جعل PERRON R يؤكد في قوله : " أن المنهج العيادي هو الطريقة المثلى لمعرفة السير النفسي الخاص بكل فرد ، فهو يهدف عامة عن البحث في كيفية تشكيل الحوادث السيكلوجية و تنظيمها في بنى معرفية حيث يكون الفرد مصدره . (PERRONR.1979, p. 3

**2.2- حالات الدراسة :****1.2.2- اختيار حالات الدراسة :**

تمت هذه الدراسة على حالتين تم تشخيصهما من طرف الأخصائي النفسي على أنها تعاني من اضطراب توهم المرض وفقا للمعايير التشخيصية الخاصة باضطراب توهم المرض المدرجة في DSM-IV.

2.2.2- خصائص حالات الدراسة :

الجدول رقم ( 12 ) : يوضح خصائص حالات الدراسة .

الحالة	السن	الجنس	المستوى التعليمي	الوضعية المهنية	مقر السكن	الحالة المدنية
محسن	36	ذكر	جامعي	موظف	المسييلة	متزوج
عبد الحكيم	41	ذكر	ثانوي	عامل يومي	المسييلة	متزوج

3.2- إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية:

بعد أن طاف الباحث بكل المراكز و العيادات و المستشفيات التي استطاعت قدمه أن تصل إليها و انغلاق الباب في وجهه قام الباحث بالتنسيق مع رئيس نقابة النفسانيين في ولاية مسيلة بالاتصال بالأخصائيين النفسانيين العاملين المنتمين للنقابة للوصول إلى أكبر عدد ممكن من الحالات ، إلا أن التجاوب من قبل الأخصائيين العاملين لم يكن في مستوى التوقعات ، وتم التوصل إلى عدد قليل من الحالات لا يتجاوز 05 حالات .

ثم قام الباحث بالاتصال بالأخصائيين النفسانيين الذين ردوا بالإيجاب و اطلع على ملفات الحالات .

و بعدها قام الباحث و بالتنسيق مع الأخصائيين النفسانيين بتحديد مواعيد مع الحالات و وضع جدول زمني لمقابلتهم موازي لمراجعاتهم للأخصائيين النفسيين و قد قام الباحث بمقابلة كل حالة على حده و بتطبيق أدوات الدراسة .

وقد واجه الباحث العديد من الصعوبات يتمثل أهمها في عدم التزام الحالات بمواعيدهم المتفق عليها مما اضطر الباحث إلى تمديد فترة التطبيق ، كما واجه الباحث مشكلة رفض حالتين تكملت إجراءات البحث مما أدى إلى تقلص عدد الحالات إلى حالتين فقط .

و تم تطبيق أدوات الدراسة في عدة حصص حيث تم تخصيص الحصة الأولى لتطبيق المقابلة التمهيدية أين تم شرح الهدف من الدراسة و الحصول على قبول الحالات المشاركة فيها و تطمينهم حول المعلومات التي سيدلون بها و أنها ستكون في مُنتها السرية و في خدمة البحث العلمي ، كما قام الباحث في هذه المقابلة بشرح و توضيح مجريات الدراسة وفي المقابلة الثانية تم جمع البيانات الشخصية للحالة ، و جمع معلومات عن التاريخ الصحي للحالة لتعرف على سيرورة نمو وتطور البنيات المعرفية حول الصحة والمرض ، و التعرف على أهم العوامل المؤثرة في تشكل تشوهات معرفية في هذه البنيات ، أما في المقابلة الثالثة فتركنا الحالة يعطينا موجز عن تصوره لوضعه الصحي الذي هو فيه من خلال الحديث عن المرض الذي يخشاه ، و تاريخ ظهور هذه المشكلة و الظروف التي صاحبته، للكشف عن عامل الخطر الذي حفز المخططات المعرفية لدى الحالة ، والعوامل التي جعلته يختار هذا المرض دون سواه ، و التعرف على رأيه تجاه أحكام الأطباء الذين أقرروا بعدم وجود مرض لديه ، للوقوف على مدى تبصره بحالته ، و حصر الأفكار التي تثير قلق الصحة و من ثم بلورت تصور عام للحلقات المفرغة التي تسيطر على ذهن الحالة و تفكيره ، و التعرف على مقدار المعانات التي تسببها هذه الأفكار و ما مدى مقاومته لها و التعرف على السلوكيات التي يرى فيها الحالة ملاذا و ملجأً للتقليل من حدة القلق المرتبطة بالصحة ، و الكشف عن الدور الذي تلعبه هذه السلوكيات في إدامة نشاط الحلقات المفرغة و بالتالي زيادة واستمرار قلق الصحة ، كما هدفت هذه المقابلة أيضا إلى التعرف على مدى تداخل هذه السلوكيات مع النشاطات اليومية للحالة و ما مدى المعانات الناتجة عنها. و في المقابلة الرابعة تم تطبيق مقاييس الدراسة مقياس التوجه نحو المرض و مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة .

و بدأت الدراسة فعليا في أكتوبر 2014 و استمرت إلى غاية أكتوبر 2017 و ذلك نظرا لحدثة موضوع الدراسة و قلة المراجع فيه فاضطراب توهم المرض لا يزال موضوع جدل إلى الساعة و كذلك عدم انتظام حالات الدراسة في مواعيدهم مما اضطر الباحث إلى تمديد فترة تطبيق أدوات الدراسة

بعد تطبيق أدوات الدراسة قام الباحث بتصحيح أدوات الدراسة و إدخال البيانات و معالجتها والتحقق من صحة فرضية الدراسة .

**4.2- كيفية تحليل النتائج :**

لقد تعاملنا مع المعطيات التي تم التحصل عليها من خلال الوسائل البحثية المستعملة ( المقابلة العيادية نصف الموجهة ، و مقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية و مقياس التوجه نحو المرض ) ، وفقا لطريقتين مختلفتين و هما :

- التحليل الكيفي للمعطيات الكيفية المتحصل عليها من خلال تقنية المقابلة العيادية النصف موجهة ( التحليل العيادي لمحتوى المقابلة ) .

- التحليل الكمي للمعطيات الكمية المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس الأفكار الصحية اللاعقلانية و مقياس التوجه نحو المرض .

## الفصل الخامس:

# عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد.

- 1- عرض نتائج الحالة الأولى .
  - 2- عرض نتائج الحالة الثانية .
  - 3- مناقشة عامة لحالات في ضوء فرضية الدراسة.
  - 4- مناقشة عامة لحالات الدراسة في ضوء الدراسات السابقة.
  - 5- مقترحات الدراسة .
- خلاصة الفصل.

**تمهيد:**

لقد تم إجراء المقابلات العيادية نصف الموجهة مع أفراد مجموعة البحث في مكتب الأخصائي النفسي لكل مؤسسة ، و تم برمجت مواعيد إجراء المقابلات وفق البرنامج المتفق عليه بين الأخصائي النفسي و الحالة حيث تم برمجت عدة حصص لإجراء المقابلات النصف موجهة و كذلك لتطبيق مقاييس الدراسة ، بعد حضور المفحوص إلى المكتب يتم الترحيب به، و اطلاعه بنوع من التفصيل بموضوع البحث وبطريقة مشاركته في هذا العمل، خاصة عدد المرات التي ستجمعنا به و أن المعلومات التي سيتم التوصل إليها ستكون في خدمة البحث ، و كانت النتائج كالتالي .

**1- عرض نتائج الحالة الأولى :****1-1 : تقديم الحالة الأولى :**

الاسم : محسن

الجنس : ذكر

السن : 36 سنة

المستوى التعليمي : متحصل على شهادة مهندس في الإعلام الآلي

المستوى المعيشي : متوسط

المهنة : يعمل في المحطة البرية لنقل المسافرين .

درجات الحالة على مقاييس الدراسة :

- مقياس الأفكار اللاعقلانية الصحية : 91 درجة

- مقياس التوجه نحو المرض : 119 درجة

**2-1 : ملخص المقابلة مع الحالة الأولى :**

محسن هو رجل متزوج يبلغ من العمر 36 عاما لديه طفلة وهو يعمل في صيانة الكمبيوتر في المحطة البرية لنقل المسافرين ، كان محسن شابا رياضيا متعطشا للعب كرة القدم حيث انظم إلى فريق كرة القدم الخاص بالجامعة ، وكان أيضا من اللاعبين الأساسيين في فريق حيه و كان يتمتع بالياقة البدنية ، وكان محسن دائم الرعاية بجسده ، و كان دائما حريص على وضعه الصحي و التمسك بعاداته الصحية فهو لا يدخن و يحافظ على إتباع نظام غذائي صحي ، كما انه كان منخرط في صالة لكمال الأجسام و يتردد على هذه الصالة عدة مرات في الأسبوع ، و النوم مهم جدا لمحسن حيث كان يحرص على الحصول على ما لا يقل عن 7 ساعات من الراحة كل ليلة .

و لكن و بعد تعرضه لصدمتين على التوالي ، فعندما كان محسن في سن 29 سنة عان صديقه الحميم من مشاكل في القلب وتوفي فجأة وفي وقت لاحق، وعندما كان محسن 31 سنة ، عان والده حالة خطيرة من سرطان الرئة وتوفي في غضون عدة أشهر وكانت وفاة الوالد مؤلمة بشكل خاص لمحسن ، فأدى به ذلك إلى تشوه معرفي فتبدلت أفكاره من أفكار صحية تدفعه للحفاظ على صحته من خلال ممارسة الرياضة بشكل منتظم و الابتعاد عن التدخين و غيرها من السلوكيات الصحية الأخرى إلى أفكار لا عقلانية تبعث على القلق حول الصحة بدل الاهتمام بها ، و دفعته هذه الأفكار إلى توهم إصابته بمرض خطير ( سرطان الرئة ) ، و السعي الدائم نحو الرعاية الصحية و بدأت رحلته الشاقة في إثبات إصابته بهذا المرض .

**3-1 : تحليل المقابلة مع الحالة الأولى :**

من خلال المقابلة يتضح أن وفات الوالد قد أثرت كثيرا في محسن ، حيث أنه و بعد مرور أقل من سنة على الحادثة أصبح محسن أكثر قلقا على حالته الصحية و ازدادت مخاوفه من أن يصاب بمرض خطير مثل والده (معانات الوالد و وفاته ديما راهي في بالي )، و قد ازداد تركيزه على هذه الفكرة بعد أن شعر و هو في طريقه إلى مكتبه ان قلبه يخفق بسرعة أكبر من المعتاد و احس بضيق في التنفس و شعر بالدوار وبدأت أصابع يديه وقدميه بالتخدر و البرودة وكأنه يحتضر كان موقفا مروعا و لم يسبق له أن رأى مثله في حياته (لأنه الشيء لصرالي في المكتب خلاني نرجع السيناريو نتاع الوالد الله يرحمه و كأني أول مرة نفكر في ذيك الحادثة مع أني معانات الوالد و وفاته ديما راهي في بالي) ، و كان يتساءل أين يمكن أن يكون الخطأ و بدأ يفكر في أنه هناك أناس في مثل عمره و

كانوا في صحة جيدة و لم يدخنوا قط ولكنهم أصيبوا بسرطان الرئة ، ( هو مكان لا يدخن لاولو كيم أنا و كان في صحة جيدة و فجأة بدى يحس بالفشلة و صعوبة في التنفس و الدوخة و كي ديناه لطبيب قالو راه عندك سرطان الرئة و ما طولش ومات) ولم يتمكن من التخلص من هذه الأفكار و نزعها من رأسه فازداد الأمر سوءا و بدأت صحته في التدهور ، ودفعه تركيزه المتواصل على نبض قلبه المتزايد و ضيق التنفس لديه إلى التخلي عن ممارسة التمارين الرياضية كما أنه توقف عن معايشرة زوجته ضنا منه أنه بهذا سيريح قلبه و رنتيه (لكن المرض هذا قلبي حياتي رأس عن عقب ، لأني خلاص معدتش قادر ماذا بي نريح روعي maximum باه من عيش LES Poumons ، حشاك حتى المعايشرة نتاع زوجتي عدت نتجنبها) ، وكان يقضي الكثير من وقته في إيجاد تفسير لأعراضه على شبكة الانترنت ، ليتأكد بما فيه الكفاية ، فوجد أن الضيق في التنفس و الدوار وعدم الانتظام في دقات القلب يمكن أن تكون علامات لسرطان الرئة ، فازدادت مخاوفه (بحث في الانترنت و لقيت أن نفس الأعراض لعندي ، يصنفها الأطباء ، على أنها أعراض لمرض سرطان الرئة ، و لقيت أن هذا المرض متوارث ، وهذا زاد بث في الرعب) و اتجه إلى الطبيب و شرح له ما حدث بالتفصيل ، و أفضى له بمخاوفه حول سرطان الرئة لأنه رأى الطبيب غير مهتم أو قلق حول حالته ، حيث تفحص بدنه فقط من خلال الاستماع إلى قلبه و رنتيه و جس رقبتة و حنجرتة ، وضغط الدم لديه ، وقام ببعض الاختبارات الأخرى و طرح عدد قليل من الأسئلة ، وكان محسن يشعر بالقلق في هذا اللقاء الذي جمعه بالطبيب لأنه كان يظن أن الطبيب سيخبره بأنه يعاني من مرض خطير و في نهاية الفحص سأل محسن الطبيب "مما أعاني؟" وأكد له الطبيب أن قلبه كان ينبض بسرعة وأن تنفسه بدأ متوترا قليلا ، لكنه قال له ان لا شيء خطير هذا ما كشف عليه الفحص الجسدي ، و عندما عاد محسن إلى الطبيب لإخباره بان الدواء الذي وصفه له لم يأتي بنتيجة ، رد عليه الطبيب بأنه مجرد مقويات و فيتامينات و أنه لا يعاني من أي مرض خطير يتطلب كل هذا الخوف ، فلم يعجب محسن رد الطبيب ورفض أن يكون سبب ما هو فيه هو الإجهاد ، فأرسله الطبيب إلى أخصائي القلب والرئة وبعدها ذهب محسن إلى أخصائي القلب و الرئة ، الذي اطلع أكثر على سجله الطبي و فحصه و أثناء الاستشارة أجرى العديد من الاختبارات على قلبه و رنتيه، و رأى الأخصائي أن قلب محسن و رنتيه في صحة جيدة و أن ما يعانيه كان بسبب الإجهاد و رأى محسن أن أخصائي القلب و الرئة قد تسرع في حكمه و اختلف معه كثيرا و حاول إقناعه بوجود خطب ما ، لكن الأخصائي كرر انه يعتقد ان كل شيء على ما يرام ، وأنه يجب عليه "العودة إلى المنزل و الخلود إلى الراحة" ، وأن يشعر بالاطمئنان فهو في صحة جيدة، (قالي التحاليل نتاعك صافيا وكلها تتوافق مع les norme ومعندك حتى مرض ، وليت قتلو أنا و الدوخة هذي و الضيقة لعندي واشي هو السبب نتاعهم ، قالي لا متقلقش روحك هذو ناتجين على التعب راك تتعب



بزاف ، و منكذبش عليك الاجابة هذه عادة تقلقتي بزاف ، ومن بعد تقلقت على الطبيب شوي وجيت خارج) ، فمحسن لم يعجبه كلام الطبيب ، فهو مقتنع تماما أن مشكلته لم تكن يوما بسبب الإجهاد و أن هناك خطب ما في قلبه وورثته ، كان محسن يعقد أملا كبيرا على أخصائي القلب و الرئة في مساعدته على معرفة ما كان يحدث له ، ولكن بدلا من ذلك ترك مكتبه و هو يشعر بالاستياء و كل ما يفكر فيه هو ما يمكن أن يكون قد أصابه ، و بعد بضعة أيام بدأت تزداد المتاعب ففي كل مرة كان يحاول أن يستيقظ و أن ينهض من سريره كان يشعر بالدوار و كثيرا ما كان يغمى عليه وهو في طريقه إلى الحمام وأصبح الذهاب إلى الحمام مغامرة و تحدي و هذا ما زاد من قلقه ( زاد علي الحال بزاف عدت منقدرش النوض من لفراش حشاك باه نروح الطوالات عادت تبالي مغامرة نجي نوض تقبضني الدوخة و نطيح و تروحلي النفس نعود نشهد ، وزايدة غير تزيد الحالة نتاعي) و الذي زاده حيرة أنه كان ينام الليل و النهار ومع ذلك لا يشعر بالراحة (و لزاد حيرني الليل راقد والنهار راقد و الدوخة قابضتني دائما )، و انتهى به الأمر في عداد المتوقفين عن العمل نظرا لتدهور وضعه الصحي .ففي كل مرة يحاول النهوض من السرير يشعر بالدوار كما أن الذهاب إلى الحمام أصبح مغامرة فازدادت مخاوفه و ازداد معها تركيزه على وظائفه حيث - حتى وهو في السرير - كان يلاحظ معدل ضربات قلبه تتسارع وأنفاسه أصبحت سطحية مقارنة مما كانت عليه في السابق ، كما كان يحس بالخدر و الوخز في أصابع يديه وقدميه و شفثيه ، و أحيانا كان يشعر بآلام في الصدر وكان أيضا يشعر بالضعف والعجز ، حيث كانت زوجته هي التي تطعمه و من المواقف التي مر بها محسن و زادت من مخاوفه و فات خاله كان بصحة جيدة لم يكن يشكو من شيء لكنه فجأة أصيب بسكتة قلبية أودت بحياته ، يصف محسن هذا الموقف بأنه فضيع و مؤلم ، وهذا جعله كثيرا ما يردد في نفسه أن هذا هو المصير الذي ينتظره ، و هذه الفكرة قادته للتفكير في أبيه كثيرا فهو يرى أنه مثله فهو كان بصحة جيدة ثم تدهورت حالته فجأة و بسرعة أصبح مريضا بمرض لا يدري ما هو ،( في ذيك اللحظة جاء في بالي غير الموت و قلت في نفسي هذا هو مصيرك يا محسن وما نكذبش عليك تخيلت روعي في بلاصتو من بعد جاء في بالي الوالد وكفاه كان يعاني من المرض نتاعو حتى توفي و زادت السخانة نتاعي و نحس في قلبي قريب يخرج و حسيت خلاص النهاية قربت و طار علي النعاس الليلة هذيك ماتنساهاش و في الغد رحنت لطبيب) .

و أمام هذا الموقف المتأزم وسيطرت الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة على ذهن محسن ومع بعض المثابرة استطاع الذهاب إلى عيادة أخصائي القلب و الرئة الذي بدوره أحاله إلى طبيب متخصص في أمراض الدم و يضمن محسن أن الطبيب المختص قد أحاله إلى طبيب آخر لأنه قد شك في وجود مرض ما ، (زاد وجهني لأخصائي آخر في الأمراض نتاع الدم لأنه ربما شك في كاش

مرض استعصى عليه) . و ضرب محسن موعدا مع أخصائي الدم في الأسبوع المقبل وكان متشوقا جدا لزيارة أخصائي أمراض الدم، ولكن خاب أمله فلم يحدث ما كان يتوقع بالضبط ، لقد كان متفائلا جدا ولكن لم يكن لدى الطبيب أي إجابة عن تساؤلاته ، أطلع على سجله الطبي ، و سأله عن أعراضه، وفحص جسده ، و أجرى بعض الاختبارات على الدم والبول. ولكن في النهاية، قال له انه يضمن أنه في صحة جيدة.

محسن قبل إصابته باضطراب توهم المرض كانت لديه خواطر حول انتشار الأمراض و الأوبئة الفتاكة في هذا الزمان و خاصة السرطان و إمكانية إصابته بالمرض الذي مات به والده ، فهذا المرض متوارث ، و لن يشفع له كونه شاب رياضيا يتمتع بالقوة ويتبع سلوكيات صحية كالابتعاد عن التدخين من أن يصاب بهذا المرض (أنا دائما تلقائي نفكر في الأمراض و الأوبئة لزيادة غير تنتشر و أن لكثير من الامراض اصبح معدي و متوارث و من بعد تلقائي نفكر واشي هذه الحالة لوصلت ليها ، صحتي زائدة غير تدهور و من بعد نقول كون يقدر ربي ونموت و كون نعود مريض صح بسرطان الرئة كيما الوالد ونبقى هكذا نفكر) ، هذه كانت مجرد خواطر في ذهن محسن و لم تكن تؤثر على السير العادي لحياته اليومية ، ولكن بعد مروره بالموقف الصعب الذي خبره وهو في طريقه إلى مكتبه ، أضحت هذه الخواطر هواجس تعصف بذهن محسن وتلح عليه ، و توجه تفكيره إلى كل ما هو سلبي فأصبح أكثر تركيزا على وظائفه الفيسيولوجية ، و أكثر قناعة بالإصابة بهذا المرض (كي صحيت أول شيء تبادر إلى ذهني هو أن الحالة لراني فيها مهيش ناتجة عن لاقریب كيما كنت نتصور و إنما ناتجة عن مرض خطير و لا زم نعرف واشي هو هذا المرض)، و لم يعد محسن متبصرا بمدى خطورة هذه الأفكار ومدى لا عقلانيتها ، و شكلت هذه الأفكار مع مرور الوقت نوات تجمع إليها أفكار لا عقلانية أخرى مكونة بذلك حلقات مفرغة تغذي بعضها بعضا يمكن أن نطلق عليها الحلقات المفرغة من النوع الأول ، وهذه الحلقات نتج عنها تهويل وتعظيم جعل محسن يسيئ تفسير و إدراك وضعه الصحي ، مما زاد من قلقه و بازدياد حدة القلق ازدادت معه شدة الأعراض ، و كسلوك غريزي كان لا بد على محسن التصرف للتقليل من حدة هذا القلق ، فكان دائم التفحص لجسده لرصد تطور هذه الأعراض و اكتشاف كل جديد حتى أنه اشترى جهاز قياس ضغط الدم و جهاز قياس حدة التنفس لأنه كان يعتقد أنه يجب عليه أن يبلغ الأطباء بكل صغيرة وكبيرة قبل فوات الأوان (لا زم نكون ديما حال عينية و متيقض لكل صغيرة وكبيرة لأنه قادر تزيد الاعراض نتاعي وإلا تبان أعراض اخرى ربما تكون دليل يساعد الأطباء من أنهم يعرفوا واشي هو المرض نتاعي ، كيما قادر ننقض حياتي من الموت وميسرليش كيما بابا لأن الأطباء قالولي كون اكتشاف المرض نتاعو في مرحلة مبكرة ميسرالوش واش سرالو ، كيما أن المنطق يقول الوقاية خير من

**العلاج** . كما أن هذا الاعتقاد جعل منه دائم السعي لطلب الرعاية الصحية ، ولكن هذه السلوكيات بدل ان تقلل من حدة القلق و التهديد المدرك لدى الحالة زادت من اعتماده و اعتياده عليها لاكتساب قدر ضئيل من الطمأنة الأمر الذي قضى على الطمأنة الذاتية لدى الحالة و جعله مدمنا على هذا النوع من السلوكيات هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن سلوك التفحص المتكرر و السعي نحو الرعاية الطبية كانا يعملان على زيادة حدة القلق أكثر من ما يحققانه من طمأنة لدى الحالة حيث أن سلوك التفحص المتكرر و السعي نحو الطمأنة كانا يغذيان سلوك الانتباه الانتقائي ، فمع اكتشاف عرض جديد أو تفاقم الأعراض جراء الفحص المتكرر أو الوصول إلى معلومات بشأن الوضع الصحي عن طريق السعي المتكرر نحو الطمأنة و مع تفعيل آلية الانتباه الانتقائي فإنه يزداد التركيز على كل ما هو سلبي و بذلك تتشكل حلقات مفرغة من السلوكيات التي تغذي بعضها بعضا يمكن أن نطلق عليها الحلقات المفرغة من النوع الثاني هذه الحلقات كثيرا ما كانت تزيد من حدة التهديد المدرك و شدة القلق لدى الحالة و تجدر الإشارة إلى أن الحلقات المفرغة من النوع الأول و الحلقات المفرغة من النوع الثاني تعمل وتتكامل مع بعضها البعض ضيف إلى ذلك غياب السيطرة على مثل هذه الأفكار و هذه السلوكيات (حاولت في كثير من الاحيان إنني نوقف نفسي على التفكير في أعراضه وكون أي مريض و نعيش كي الناس لكن مقدرتش ديمنا نلقى روعي نفكر في مرضي لأنني ما نقدرش ننسى الضيقة و الوجع لفي صدري) و هذا ما يفسر شدة اضطراب توهم المرض لدى الحالة

و لقد كان لاضطراب توهم المرض انعكاسات على حياة محسن فقد أدى انشغاله الدائم بأعراضه و سعيه الدؤوب بين الأطباء طلبا للطمأنة إلى انقطاعه عن عمله (العمل خلاص عندي حوالي عام من توقفت عليه ، كي ما راك تشوف الحالة الصحية نتاعي متسمحليش باه نواصل العمل ، وليت كي نجي النوض نطيح ، حشاك الطولات ما نجي نروح ليها غير بالسيف ، و كايين نهارات كي نجي نتقلب في السرير على جنبي ما نقدرش جسمي فاشل و نحس كلي عندي حاجة سادتلي القصة الهوائية و زيد عندي مشكلة في النوم ، ما نرقدش كفاه حبييتي نخدم) . و تحولت حياته الزوجية إلى جحيم فزوجته أيضا تدهورت حالتها شيء فشيء بسببه فهي تريد أن يعود إلى سابق عهده ، و قد مرضت و تعبت لأنها بذلت الكثير من الوقت والجهد لمحاولة إيجاد حل لمشكلته و كانت تغضب و تختلف معه كثيرا نظرا لتكاليف المالية التي تكبدها (الزوجة نتاعي راهي في دار باباها عنده ذك حوالي اسبوع تهاوشنا أنا من لمرضت وأنا ديمنا أنا وياها في مشاكل المرة لخرة كي شريت LES APPAREIT نتاع الدم والتنفس قاتلي راك ضيع في دراهمك وبدل ما تصرف على دارك راك تبذر في دراهمك على الدواوات والتحالييل والأطباء بلا فائدة) ، ومؤخرا، حصل خلاف بينهما كالمعتاد و لكن هذه المرة ذهبت زوجته إلى بيت أهلها من غير رجعة الأمر الذي كان له بالغ

الأثر على الحالة النفسية لمحسن حيث دخل في حالة من الاكتئاب و العزلة زادت من تأزم حالته الصحية

#### 1-4 التعليق على مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة :

تحصل الحالة في مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة على 91 درجة من أصل 105 درجة مما يدل على سيطرت الأفكار اللاعقلانية على تفكيره و نظراته و تحليله للمواقف المتعلقة بالصحة حيث يميل الحالة إلى الاعتقاد بهشاشة جسده و أنه من السهل الإصابة بالأمراض و أنه غير قادر على مجابهة و تحمل أعباء الإصابة بالمرض و هذا ما يبدو جليا من خلال سيطرت بعد الإيمان المطلق بالضعف الجسدي حيث تحصل الحالة في هذا البعد على 32 درجة من أصل 35 درجة .

كما نلمس لدى الحالة النظرة التشاؤمية لحالته الصحية فهو يعتقد أن حالته خطيرة و مبهمة و من الصعب على الأطباء تشخيصها و علاجها ، كما أنها في تطور مستمر نحو الأسوء ، و هذا ما كشف عليه بعد الاعتقاد الجازم بتطور الحالة نحو الاسوء وعدم قابليتها للشفاء حيث تحصل الحالة في هذا البعد على 28 درجة من أصل 35 درجة .

كما أن تبني الحالة لمثل هذه المعتقدات انعكس سلبا على نظراته للمحيط فهو يرى أن الوسط الذي يعيش فيه تكثر فيه الأمراض و الأوبئة و خاصة في الأماكن العامة و أنه من السهل التقاط هذه الأوبئة ، الأمر الذي أدى به إلى سلوك التحاشي ، فهو يعتقد أنه يجب تحاشي المصافحة مع الآخرين ، كما أن الحالة يعتقد أن الوراثة تلعب دور كبير في الإصابة بالأمراض و هذا ما يعبر عنه بعد مرضانية المحيط حيث تحصل الحالة في هذا البعد على 31 درجة من أصل 35 درجة .

#### 1-5 التعليق على مقياس الاتجاه نحو المرض :

تحصل الحالة في مقياس التوجه نحو المرض على 119 درجة من أصل 135 درجة مما يدل على أن الحالة يعاني فعلا من اضطراب توهم المرض ، حيث صمم هذا المقياس خصيصا للتمييز بين اضطراب توهم المرض عن بقيت الاضطرابات المشابهة و يتكون هذا المقياس من 09 أبعاد كانت نتائج الحالة على هذه الأبعاد على النحو التالي كما هو موضح في الجدول رقم ( 13 ) :

الأبعاد	التعريف بالبعد	الدرجة المتحصل عليها
القلق حول مرض	القلق العام بشأن وجود مرض خطير	15/15
الخوف من الألم	أي الخوف من أن تكون تجارب الألم البدني دليل على مرض كامن	15/14
العادات الصحية	تجنب السلوكيات التي قد تكون ضارة على صحة الإنسان	15/11
معتقدات توهم المرض	الاعتقاد في وجود المرض الذي يكون الأطباء قد فشلوا في تشخيصه	15/14
رهاب الموت	الخوف من الموت	15/15
رهاب المرض	مخاوف من وجود أمراض	15/14
الاهتمامات الجسدية	حساسية للأحاسيس الجسدية التي يعتبرها مؤشر للمرض	15/10
تجربة العلاج	كيف يسعى الشخص بشكل متكرر للعلاجات الطبية	15/11
تأثير الأعراض	أي مدى تأثير الأعراض الجسدية في السير العادي للحياة اليومية للفرد	15/15
المجموع		135/119

يتضح من الجدول أن الدرجة المتحصل عليها من طرف الحالة على مقياس التوجه نحو المرض وهي 119 درجة من أصل 135 درجة والتي تقع في الفئة [ 91- 135 ] و هي فئة المستوى المرتفع من توهم المرض وبالتالي فالحالة يعاني فعلا من اضطراب توهم المرض .

### 6-1 التحليل العام للحالة :

يبدو جليا من خلال المقابلة و نتائج مقاييس الدراسة أن الحالة يعاني من اضطراب توهم المرض ، نابع عن تشوه معرفي من خلال تبنيه لمجموعة من الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة التي دخلت في بناء و تكوين مخططه المعرفي حول الصحة و المرض و أضفت عليه الصبغة السلبية ، و كانت هذه المعتقدات نتيجة للتربية الصحية الخاطئة التي تلقاها الحالة ، فنظرا لأن محسن كان وحيد والديه فقد حضي باهتمام متزايد و معاملة خاصة فكان والداه يحرصان ألا يصيبه أي مكروه ، فهو كما قال عاش مدللا و قد أخذ الجانب الصحي شطرا كبيرا من هذا الاهتمام فقد كان الوالدان يقلقان على صحة ابنهما كثيرا ، فقد كانت تهلع الأم و ينفر الأب لمجرد إصابة الطفل بنزلة برد أو سعال موسمي عابر كما أن الأم كانت تجاهد و تبالغ في قلقها على أبنها إذا ما عزف عن تناول الوجبات التي قررتها هي له ربما لأنها تعتبر أن هذا أمرا شخصيا متعلق بمدى كفاءتها كأم ، كما أن مرور الحالة بتجارب صحية قاسية كان له بالغ الأثر في بلورة هذه الأفكار حيث ذكر الحالة تجربته مع مرض التهاب اللوزتين الذي كان سببا في انقطاعه عن الدراسة حيث وصف هذه التجربة بالصعبة ، و كان لتعامل الوالدين مع هذه الحادثة أثر على تفكير محسن ، حيث عمد الأبوان إلى تهويل الأمر و عرض ابنهما على العديد من الأطباء المختصين و ساهم تضخيم الاهل لما قد يعاني منه الابن إضافة إلى سلوكهم التخوفي في نمو نمط معين من التفكير كبر و اعتاد عليه محسن و الذي ينعكس في تضخيمه للعواض التي قد يعاني منها و في استشارته المتكررة للأطباء و المختصين ، كما أثر هذا النمط من التفكير في نظرتة لذاته حيث كان يعتبر نفسه على درجة من الوهن و الضعف مقارنة بإخوته و زملائه و هو يرى أن هذا كان سببا وراء الاهتمام المبالغ فيه الذي كان يتلقاه من طرف والديه ، و لكن بقيت هذه المعتقدات دفيئة و ازدادت رسوخا و قوة و أخذت أوجه متعددة جراء الصدمات التي مر بها محسن ك وفاة الصديق الحميم فجأة دون سابق إنذار ، و وفاة الأب بعد المعانات من سرطان الرئة تحت أنظار محسن ، و لكن و مع ذلك بقيت هذه المعتقدات دفيئة إلى أن مر محسن بموقف صعب أو بالأحرى أدركه على أنه على درجة عالية من الخطورة ، و لعب هذا الموقف دور المحفز لهذه المعتقدات التي طفت إلى السطح و شكلت مخططا معرفيا سلبيا حول مفهوم الصحة و المرض ، و أصبح هذا المخطط السلبي هو المهيمن و المسيطر على المعالجات المعرفية للمواقف الصحية التي يعيشها الحالة ، الأمر الذي نتج عنه تحيز سلبي منتظم في تفسير الأعراض ، و

استدعاء الخبرات المتعلقة بالصحة ، و التوقعات القصيرة و البعيدة المدى للمأل الذي ستؤول إليه هذه الأعراض ، بينما أصبحت المخططات الايجابية أقل هيمنة ، حيث نلاحظ أن الحالة لديه قدرة على التركيز و ملاحظة الجوانب السلبية في الموقف الصحي و لكن في مقابل ذلك لديه صعوبة في ملاحظة الجوانب الايجابية ، كما أن لديه قدرة على استدعاء و تذكر الخبرات الصحية السلبية بقدر أفضل من قدرته على تذكر و استدعاء الخبرات الصحية الايجابية و هذا أثر كثيرا على تقييمه لوضعه الصحي و قراراته الصحية و دفعه إلى ترجيح الاحتمالات الخاصة بالنتائج غير المرغوبة و إعطائها وزنا أكبر من الاحتمالات الايجابية ، و بالرجوع إلى النتائج التي تحصل عليها الحالة على مقاييس الدراسة و كذلك أدائه في المقابلة النصف موجهة تتضح لنا جليا جملة الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة مثل الاعتقاد بالهشاشة و الضعف الجسدي فهو يرى أن كونه شابا رياضيا متمسكا بعاداته وسلوكياته الصحية لا يشفع له و لا يحميه من الإصابة بالأمراض الخطيرة و هذا فيه تقليل و انتقاص من شأن الجوانب الايجابية و دليل واضح على طغيان النظرة السلبية لدى الحالة ، ضيف إلى ذلك نظرته التشاؤمية و الاعتقاد بتطور حالته نحو الأسوء التي انعكست على حكمه على قرارات الأطباء و عدم الاعتراف بمصداقيتها ، أيضا اعتقاده بأن حالته غامضة و على درجة من الخطورة يعجز الأطباء على شفائها ، أيضا اعتقاده بأن مرضه متوارث أي أن إصابة والده دليل قاطع على حتمية إصابته هو أيضا بهذا المرض .

كما نلاحظ رد فعل محسن تجاه الخطر المدرك قد انقسم إلى نوعين من العمليات بعضها استجابة تلقائية و بعضها الآخر استراتيجيات سلوكية و أدت هذه العمليات إلى تشكل حلقات مفرغة لعبت دورا كبيرا في توليد القلق لدى الحالة تحت تأثير الشعور المستمر بالتهديد حيث نميز لدى الحالة :

- التحيز المعرفي في معالجة المعلومات المدركة المتعلقة بالصحة ، الأمر الذي أدى إلى إضفاء خطر أكثر من اللازم على الأعراض فضلا عن تركيز الانتباه على الجسد و يظهر التحيز المعرفي في معالجة المعلومات جليا في تركيز محسن على قول الطبيب "ربما تجري تحليل أو اثنين للتأكد" و اعتباره دليل قاطعا على وجود شيء ما خطير لديه ، و لكنه في المقابل أهمل قول الطبيب أن التحاليل أثبتت أنه ليس هناك شيء خطير و أن ما يعانيه كان بسبب الإجهاد .

- كما أن ردود الفعل الفسيولوجية التلقائية التي كان يحس بها محسن زادت من قلقه من خلال ازدياد تركيزه على هذه الأحاسيس و ازدياد الانتباه الانتقائي لديه .

- كما نلمس لدى الحالة سلوكيات البحث عن الطمأنة و الأمان و التي زادت من خطورة الوضع كبثه المتواصل على صفحات شبكة الانترنت لإيجاد تفسير لأعراضه و اقتناعه بما تعرضه هذه

الصفحات الأمر الذي زاد من مخاوفه ، ضيف إلى ذلك سلوك الفحص المتكرر حيث قام الحال بشراء أجهزة لمراقبة نبضات قلبه وسرعة تنفسه ، و تبليغ الأطباء بما يرصده من أعراض للحصول على الطمأنة و محاولة التأثير في الحكم الذي يصدره هؤلاء الأطباء .

- كما أن مرور محسن بحالات من الاكتئاب تسبب كثيرا لديه بازدياد أعراضه الجسدية و التوجس و الشعور بالخطر كما زاد من تفسيراته و توقعاته السلبية .

و كل هذه العوامل كان لها بالغ الأثر في ظهور و ازدياد و استمرار توهم المرض لدى الحالة .

## 2- عرض نتائج الحالة الثانية :

### 1-2 : تقديم الحالة الثانية :

الاسم : عبد الحكيم

الجنس : ذكر

السن : 40 سنة

المستوى التعليمي : سنة أولى ثانوي

المستوى المعيشي : متوسط

المهنة : عامل يومي .

درجات الحالة على مقاييس الدراسة :

- مقياس الأفكار اللاعقلانية الصحية : 87 درجة

- مقياس التوجه نحو المرض : 117 درجة



**2-2 : ملخص المقابلة مع الحالة الثانية :**

عبد الحكيم هو رجل يبلغ من العمر 40 سنة عامل يومي متزوج وله أربعة أولاد بنتين و ولدين ، و يعيش الحالة ظروف صعبة نتيجة دخله المتذبذب و الضعيف الذي لا يغطي تكاليف المعيشة و أجرة السكن ، الذي انتقل إليه بعد أن أخرجه إخوته من بيت والده و في الأونة الأخيرة بدأت تظهر لديه أعراض غريبة و مبهمة يعتقد عبد الحكيم أن هذه الأعراض تعود إلى إصابته بمرض السكري ، وهذا أخافه كثيرا لأن هذا المرض قد أخذ منه والده الذي كان يعتبره سنده الوحيد و الذي سقط أمامه مغشي عليه بسبب إصابته بأزمة سكري حادة أودت بحياته فيما بعد ، و أصبح عبد الحكيم خائف و يترقب دائما إصابته بأزمة سكري حادة تؤدي بحياته هو الآخر و أخذ هذا الموضوع حيز كبيرا من تفكيره الأمر الذي كان له بالغ الأثر على حياته الأسرية والاجتماعية .

**3-2 : تحليل المقابلة مع الحالة الثانية :**

من خلال المقابلة يبدو أن عبد الحكيم لديه مخطط معرفي مشوه حول الصحة و المرض ، يشكل الاعتقاد بالهشاشة و عدم مقدرته على مجابهة الأمراض المعتقد الرئيس في هذا المخطط و يرجع هذا الاعتقاد إلى أسلوب التربية الصحية الذي تلقاه الحالة و المبني على الإهمال و اللامبالاة من طرف الوالدين و خاصة الأب ، و يظهر هذا الإهمال جليا في العديد من أقوال الحالة (**عشنى في فقر وبؤس و تهميش ، لا مأكلة مليحة لا لبس مليح حالة لعاش مطايش و كيكننا نمرضو مكان لطيب لا والو كانت الناس جهال لاسعلنا يديرونا الزعتر و لوجعاتنا كرشونا يعطيونا الحلبة ، كنا الدواء نتاعنا غير بالأعشاب**) و أيضا قوله (**كيما قتلك مكانش ذاك لاهتمام بالصحة البايين ، تلقى الوالد و الله ما علابالو بيك خلاص لراك في الدار وإلا راك البرى و إلا كليت و إلا مكليتش لكان كثر يقلهم وراه فلان يقلولو خرج يلعب معادش يحوس عليك لغدو ، مكانش ذاك الاهتمام نتاع ينصحوك كول مليح و إلا البس مليح و إلا دير هذي تنفعك و مديرش هذيك ضرك لا مكانش**) و قوله أيضا (**الوالد كان ما علابالوش بينا خلاص ، مريض و إلا مأكش مريض معلبالوش**) و إلى جانب هذا المعتقد الرئيس هناك معتقدات أخرى كوجوب المغالات في العناية بالصحة لما لها من مكانة في حياة الفرد و لتدارك الإهمال الذي تلقاه في الطفولة وهذا في قوله (**خاصة الجانب**

الصحي لازم منتلاعبوش فيه خلاص ، كيما راك تشوف التهاون نتاعنا هو لخلانا نوصلو لهذه المواصيل يعودو الأطباء حايرين في مرضك) و قوله أيضا (أنا عكس الوالد الله يرحمو فيما يخص الأمور هذه نتاع الصحة لانها تشغبني ياسر ، أنا ضك كون نشوف واحد من ولادي غير طلعلتو السخانة و إلا بدى يبان عليه المرض نديه لطبيب مباشرة ما ستتلوش خلاص لان الصحة مفيهاش لعب) ، الأمر الذي استوجب منه التركيز على كل شاردة ووارد فيما يخص الصحة و الامر الذي انعكس أيضا في ولوعه بمتابعة البرامج الصحية (أنا ديمنا نحب نتفرج الحصص هذه لأنها تثقفك و توعيك لحوايج بزاف تكون غافل عليها) ، كما ظهر معتقد ضرورة الإسراع في استشارة الطبيب لتفادي تأزم الوضع الصحي في قوله (كون جا الواحد واقف مع صحتو من لول ما يوصلش للحالة لراه فيها ) كما يتبنى الحالة معتقدا أخر حول الأطباء و هو أن الطبيب يجب أن يكون على درجة عالية من التكوين، و أنه بفضل هذا التكوين يجب أن يكون لديه كل الطول و لا يستعصى عليه أي أمر و أن فشل الطبيب في تشخيص أو علاج مرض ما فإن هذا يدل على احتمالين إما أن الطبيب غير مكون جيدا فهو فاشل أو أن الحالة المرضية خطيرة و مستعصية و كلا الاحتمالين مر وقد كان لهذين المعتقدين دور بارز فيما بعد في دفع الحالة إلى زيارة الأطباء على اختلاف تخصصاتهم ن للتأكد أكثر و جعله يدخل في حالة من الاحباط عبر عنها بقوله (الإنسان طبيب نفسو يكذب عليك مكاتش ليعرفك كيما تعرف نفسك) ، كما أن مروره بالعديد من التجارب الصعبة كالدوخة التي كان يشعر بها مرار و تأكيدات صديقه المصاب بالسكري بأن هذه الدوخة ربما تكون عرض لمرض السكري ، هنا بدأت تتشكل نوات فكرة إمكانية الإصابة بمرض السكري لتزداد هذه الفكرة رسوخا و قوة بعد أن شهد عبد الحكيم و فات والده أمام ناظره إثر إصابته بأزمة سكري حيث أدرك مدى خطورة هذا المرض ، و هذه المعتقدات و هذه العادات بقيت دفيئة و لم تعبر عن نفسها بشكل مرضي واضح إلا بعد أن مر عبد الحكيم بظروف صعبة لعبت دور العامل المفجر ، فقد تشاجر مع إخوته الذين أفنى شبابه في خدمتهم و تنكرهم لصنيعه و كذلك إخراجهم له من المنزل و استأجاره لمنزل آخر (عندي شوي مشاكل في الدار لأنو خاوتي حاوزوني من الدار بعد ما توفى بابا الله يرحمو و ذك راني كاري و لغاضتني أني أنا

لكبرتهم لأنو كان الوالد شوي قاصر و مع الكبر المهم راك عارف) ، وكذلك طبيعة عمله الشاق و المضني و انغلاق جميع الأبواب في وجهه جعله ينغلق على نفسه و ينسحب لتركيز على ذاته ، و هذا زاد من حساسيته و أصبح يضخم الأحاسيس العادية و ينشغل كثيرا بجسمه و صحته و هذا جعله يعتبر الاحاسيس العادية أعراض خطيرة ، و قاده تفكيره و مخاوفه للاعتقاد بأنه مصاب بداء السكري الأمر الذي جعله يعيد شريط و فات والده و معاناته فازدادت مخاوفه و قلقه من أن يكون قد أصيب بنفس المرض الذي أودى بحياة والده ، و البداية كانت في إحدى ليالي الشتاء في العام الماضي أين كان عبد الحكيم ممددا في سريره يفكر في حياته و المال الذي أل إليه و فجأة أحس بضربات قلبه تتسارع و ازدادت حرارة جسده ، و أحس بجفاف في الحلق و بيبوسة في الشفتين و أحس كأن لعابه قد جف ، و أصبح يرى الأشياء خيالات و كأن هناك غشاوة على عينه هذا ما عبر عنه بقوله ( الأعراض هذه بدأت عندي في الشتاء العام لفات كنت متمدد في السرير كي العادة نخم حتى نحس في قلبي يخبط تقول راح يخرج من بلاصتو و طلعت معايا موجة نتاع سخانة و حسيت قرزي ( الحلق ) ناشف و مشوك و الريق مكاش خلاص تجي تبلع متلقى ماتبع و لخلعتني ياسر كي نزلت ذيك لغشاوة على عينية و عدت منشوفش ) ، لم يمر عبد الحكيم بموقف كهذا من قبل كان موقف مروعا و صعبا ، و تخيل للوهلة الأولى أن أجله قد أقترب ، فقام مسرعا من فراشه و لكنه وقع في صدر الغرفة فقد أحس بدوار شديد و لم يستطع النهوض فكان يصيح حتى جاءت زوجته مسرعة و أنهضته و أرجعته إلى سريره ، و ناولته كوب ماء ليشرّب لأنه كان يحس بالعطش الشديد ، لم ينم عبد الحكيم تلك الليلة و ضل يفكر فيما أصابه ، وكان يتساءل ما الذي أصابني مما أعاني ثم خطر له أن ما أصابه يمكن أن يكون ناتج عن هبوط في مستوى السكر ، حيث أنه تذكر الحالة التي كانت عادة ما تصيبه و تعليق صديقه المصاب بالسكري عليها بأنها ربما تكون بداية لمرض السكري ( كنت صغير كيا قتلك و كانت تجيني الحالة هذيك كي نجي النوض تجيني الدوخة من ثم تكونت عندي ذيك الفكرة لأنو كان يخدم معايا واحد هو شوي كبير كان مريض بالسكر كان يقلّي قبل ما يعرف بلي راه مريض بالسكر كانت تجيه نفس الدوخة) كما تذكر والده وما عاناه جراء هذا المرض (وكان بابا الله يرحمو

هو ثاني مريض بالسكر عان منو بالزاف و هو لكان سبب وفاتو ، كنت جالس أنا وياه الله يرحمو كان ديما يحب يجلس معايا كنا جالسين حتى قالي راني حاس بدوخة وراسي راه يدور علي شوي هكذا و يطيح قدامي هزيتو جريت بيه إديناه لسبيطار قعد في الكومة ليلة وغدو من ذاك قالونا راه مات السبب نتاعو أنو زود لا دوز نتاع لأنسولين ، و أنا راني شك راح تصرالي كيما الوالد الله يرحمو ) و كان يقارن بين ما أصابه من أعراض و الأعراض التي كان يلاحظها على والده . كان لديه ثقافة صحية بسيطة نابعة من تجارب شخصية و معلومات عامة عن الأمراض و الأدوية - و في الصباح ذهب مسرعا إلى الطبيب ليعرض حالته عليه و كان خائف من رد الطبيب ، حيث استمع الطبيب إلى شكواه و أجرى بعض الفحوصات الروتينية كقياس ضغط الدم و الاستماع إلى نبضات القلب ثم طلب منه إجراء بعض التحاليل المخبرية و أخبره أنه لا يمكن أن يشخص حالته بدقة إلا إذا أجرى هذه التحاليل ، و هذا زاد من مخاوف عبد الحكيم وقلقته ، فقد كانت لديه قناعة أن الأطباء لا يطلبون إجراء التحاليل إلا إذا كان الأمر خطيرا (قالي الحالة نتاعك مهيش واضحة مليح راح نمذك بعض التحاليل الديرهم باه هكذا نقدر و نتأكدو ، ثم أنا دخلني الشك و اش معناه كي قولك الطبيب لازمك الدير تحاليل و باه نعرفو مرضك يسمى رايك في حالة خطيرة) ، و خرج عبد الحكيم مسرعا من عيادة الطبيب و اتجه مباشرة إلى مخبر التحاليل ولكن الممرضة أخبرته أن إجراء تحاليل الدم الخاصة بالسكري تتطلب أن يكون المريض صائما ، صدم عبد الحكيم بكلام الممرضة و اصيب بحالة من الاحباط لأنه كان يريد أن ينهي الأمر بسرعة لكي يطمئن و تزول الشكوك التي كانت تعصف بذهنه (لقيت الفرملية قاتلي ما تقدرش الدير اليوم لا زمك تجي صايم غدو و ليت روحت للدار لحقت مديقوتي خلاص لا قاتني المرأة قاتلي ها واش قالك الطبيب قتلها عطاني باه ندير تحاليل و لا واقلا الحالة راهي متعجبش .).

و عاد عبد الحكيم إلى المنزل و هو شبه متأكد من إصابته بالسكري ، و لقد كان يردد في نفسه إذا كان الطبيب قد اوصاني بإجراء التحاليل فهذا يعني أنه يشك في أنني مصاب بالسكري إذا فشكي كان في محله ، و الأمر الذي رسخ قناعته أنه عندما أجرى التحاليل و قدمها للطبيب ،

قال الطبيب : أن هناك نقص في نسبة السكر في الدم و لكن هذا لا يسبب مشكلة ، و لكن كلام الطبيب أثار لدى عبد الحكيم الشكوك ، فبادر الطبيب بالسؤال و هذا ماذا يعني هل أنا مصاب بالسكري أم لا ؟ فرد الطبيب لا ، وبدأ يشرح لعبد الحكيم حالته و لكن عبد الحكيم لم يكن يستمع للطبيب فقد كان يفكر في ماذا لو كان هناك خطأ في التحاليل أو أن الطبيب قد أخطأ في قراءتها و ماذا لو كان فعلا مصاب بالسكري ، **( بعد ثلاث أيام خرجت التحاليل ديتهما للطبيب أول ماشافها قالي السكر نتاعك هابط شوي على لنورم ، أنا ثم تصدمت و لبت سؤلتو كفاه عندي السكر و إلا ما عنديش و بدى يشرحلي و السكر و يهبط كي تعود قلقان .....** و أنا مكنتش حاط معاه خلاص أنا كنت نفكر بلاك راه معرفش يقراه و إلا محبش يصدمني و إلا في المخبر نتاع التحاليل كشما صرات غلطة ثم بديت نفكر بجدية واش راح يصرى فيا و في عايلتي لو صح أنني مصاب بالسكري) لم يقتنع عبد الحكيم و خرج من عيادة الطبيب ومنذ ذلك الحين و عبد الحكيم يتصرف و كأنه مصاب فعلا بمرض السكري ، وأصبح كثير السؤال حول هذا المرض ، فقد كان يسأل كل من يجالسه **(نعرف ناس بزاف مرضى بالسكر نسألهم و نلاحظهم نقلى عندهم أعراض تشابه للأعراض نتاعي)** ، و تكونت لديه ثقافة سطحية ، و صار يقارن بين ما يصيبه من أعراض و بين ما يسمعه أو ما يلاحظه على المصابين أو يشاهده على الحصص التلفزيونية و هذا جعله يركز ويراقب كل صغيرة وكبيرة تحصل لديه ، وكان كل مرة يشاهد فيها عرضا جديدا ، يجد هذا العرض لديه فيزداد قلقه ، وترسخ لديه فكرة أنه مصاب بالسكري .

ففي أحد النوبات التي أصابت عبد الحكيم كان جالسا يشاهد حصة تلفزيونية تعنى بالصحة وكان موضوعها يدور حول السكري و المثير للاهتمام أن عبد الحكيم مؤخرا صار كثيرا ما يدخل في صراع بينه وبين نفسه فهو من جهة يحبذ مشاهدة هذه البرامج مدفوعا بدافع الفضول ومعرفة المزيد حول هذا المرض ، و من جهة أخرى يكره مشاهدتها لأن سرد الأطباء لأعراض المرض و تحديد مآله و المخاطر الناجمة عنه يزيد من مخاوفه **( منكذبش عليك في إيمات لخرة هذي و لبت نقلق شوي كي نتفرج هذو الحصص و خاصة كي كونو يتكلمو على السكر )** ، و في هذه المرة قرر عبد الحكيم تجنب مشاهدة هذا البرنامج لأن كلام الطبيب قد أثار لديه المخاوف و زاد من قلقه ، و كانت آخر جملة سمعها من الطبيب أن من الأعراض البارزة للسكري كثرة التبول ، و أطفأ عبد الحكيم التلفاز و خرج من المنزل ولكن كلام الطبيب ضل عالقا في ذهنه و في المساء بدأ يراجع نفسه كم مرة تبول في اليوم ، و بدى له أن لديه كثرة التبول

فعلا و هذا جعله يفرح و سيطر عليه هاجس أنه مصاب بالسكري ، و ازداد قلقه و أصبحت عملية التبول تشكل هاجسا لديه ، فهو يحسب عدد مرات التبول لديه في اليوم و يلاحظ لون البول ورائحته في كل عملية تبول ( الكلمة لخرة لقالها الطبيب قال أن مرضى السكري نلقاهم حشاك يتبولو بزاف و سي فري هذي لا حظتها من بعد عندي ، لأنني بديت نحسب في عدد المراة لندخل فيهم حشاك للطوالات من نوض الصباح حتى نرقد في الليل و كل مرة كفاش نلقاها لكن أكل فوق العشرة) .

نوبة أخرى أصابت عبد الحكيم و جعلته يحرم نفسه من النوم أو بصيغة أخرى فارق النوم جفنيه بسبب فكرة سيطرت على تفكيره مفادها أنه إذا ما خلد إلى النوم فإنه سيصاب بأزمة سكري حادة ستودي بحياته و تكونت لديه هذه الفكرة عندما سمع جارتة تكلم زوجته قالت لها أن زوجها الذي كان مريض بالسكري ، حيث كان عاديا عندما نام ولكن في الصباح و جدوه جثة هامدة في تلك الليلة بقيت تلك الكلمات عالقة في ذهن عبد الحكيم و مر بحالة من الارق و نام بصعوبة في تلك الليلة و بقي على هذه الحالة لمدة 3 أيام .

كما أن عبد الحكيم قد تعود على إيقاظ زوجته ليلا وسؤالها عما تلاحظه من تغيرات لديه لأنه كان يشعر بأحاسيس غريبة كشحوب و اصفرار بشرته ، و تشنجات في أطرافه و زغلة في عينه و صفير في أذنيه و كان دائما يطلب منها تحسس درجة حرارته ، لأنه كان يحس بهبات من الحرارة ، كما كان يطلب منها البقاء بجانبه لأنه كان يخاف من أن يصاب بأزمة سكري و لا يجد من يسعفه .

كما أن اللافت للانتباه هو أن عبد الحكيم لم يكن يولي اهتماما لما يرد إلى ذهنه من أفكار و معتقدات لأن جل انتباهه كان منصب على تتبع الأعراض الجسدية و تحسس مدى خطورتها على صحته (مكنتش داير بالي لهذه الأفكار هذا وين نبهتني ليها أنت ، صح أنا كي نفكر في هذا المرض و نكثر و أنا نفكر فيه نتغم ) ، لكن ومع ذلك كان عبد الحكيم يشعر بالقلق الناتج عن هذه الأفكار و يعتمد إلى تجنبه من خلال تحاشي الجلوس بمفرده و محاولة مجالسة الآخرين من أفراد العائلة لأنه كان يقلق و يخاف عندما يكون بمفرده أو عندما يضع رأسه على الوسادة و يخلد إلى النوم ، و إلى جانب ذلك نجد أن سلوك التجنب قد أخذ و جها آخر لدى عبد الحكيم عند اغلاقه للتلفاز مدفوعا بخوفه و قلقه من كلام الطبيب حول مرض السكري و أخطاره .

و كثرة انشغال عبد الحكيم بأعراضه كان له بالغ الأثر على حياته الأسرية والمهنية ، فسعيه الدائم لإثبات إصابته بداء السكري من عدمه و إدراكه المشوه لخطورة و ضعه الصحي جعله ينفق الكثير

من وقته في البحث عن معلومات حول هذا المرض من خلال مسائلة ذوي الخبرة و الأطباء و مشاهدة العديد من الحصص التلفزيونية و الاذاعية التي تتحدث عن داء السكري كما أن اعتقاده بإصابته بهذا المرض دفعه إلى تجنب العديد من الأطعمة و اتباع العديد من الحميات الغذائية و تجنب القيام بالعديد من المهام لأنها لا تتناسب مع وضعه الصحي الحالي ، الأمر الذي كان خلف التحاقه المتذبذب بعمله و تدهور الوضع الاقتصادي للأسرة فعبد الحكيم لم يعد قادرا على تلبية احتياجات أسرته و دفع كراء المنزل و تغطية تكاليف العلاج و الفحوصات المخبرية التي كان يجريها و شكل ذلك عبأ إضافي ساهم في تأزم حالته .

## 2-4 التعليق على مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة :

تحصل الحالة في مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة على 87 درجة من أصل 105 درجة مما يدل على سيطرت الأفكار اللاعقلانية على تفكيره و نظراته و تحليله للمواقف المتعلقة بالصحة حيث يميل الحالة إلى الاعتقاد بهشاشة جسده و أنه من السهل الإصابة بالأمراض و أنه غير قادر على مجابهة و تحمل أعباء الإصابة بالمرض و هذا ما يبدو جليا من خلال سيطرت بعد الإيمان المطلق بالضعف الجسدي حيث تحصل الحالة في هذا البعد على 31 درجة من أصل 35 درجة .

كما نلمس لدى الحالة النظرة التشاؤمية لحالته الصحية فهو يعتقد أن حالته خطيرة و مبهمة و من الصعب على الأطباء تشخيصها و علاجها ، كما أنها في تطور مستمر نحو الأسوء ، و هذا ما كشف عليه بعد الاعتقاد الجازم بتطور الحالة نحو الاسوء وعدم قابليتها للشفاء حيث تحصل الحالة في هذا البعد على 28 درجة من أصل 35 درجة .

كما أن تبني الحالة لمثل هذه المعتقدات انعكس سلبا على نظراته للمحيط فهو يرى أن الوسط الذي يعيش فيه تكثر فيه الأمراض و الأوبئة و خاصة في الأماكن العامة و أنه من السهل التقاط هذه الأوبئة ، الأمر الذي أدى به إلى سلوك التحاشي ، فهو يعتقد أنه يجب تحاشي المصافحة مع الآخرين ، كما أن الحالة يعتقد أن الوراثة تلعب دور كبير في الإصابة بالأمراض و هذا ما يعبر عنه بعد مرضانية المحيط حيث تحصل الحالة في هذا البعد على 28 درجة من أصل 35 درجة .

## 2-5 التعليق على مقياس التوجه نحو المرض :

تحصل الحالة في مقياس التوجه نحو المرض على 117 درجة من أصل 135 درجة مما يدل على أن الحالة يعاني فعلا من اضطراب توهم المرض ، حيث صمم هذا المقياس خصيصا للتمييز

بين اضطراب توهم المرض عن بقيت الاضطرابات المشابه و يتكون هذا المقياس من 09 أبعاد كانت نتائج الحالة على هذه الأبعاد على النحو التالي كما هو موضح في الجدول رقم ( 14 ) :

الأبعاد	التعريف بالبعد	الدرجة المتحصل عليها
القلق حول مرض	القلق العام بشأن وجود مرض خطير	15/13
الخوف من الألم	أي الخوف من أن تكون تجارب الألم البدني دليل على مرض كامن	15/14
العادات الصحية	تجنب السلوكيات التي قد تكون ضارة على صحة الإنسان	15/12
معتقدات توهم المرض	الاعتقاد في وجود المرض الذي يكون الأطباء قد فشلوا في تشخيصه	15/14
رهاب الموت	الخوف من الموت	15/15
رهاب المرض	مخاوف من وجود أمراض	15/09
الاهتمامات الجسدية	حساسية للأحاسيس الجسدية التي يعتبرها مؤشر للمرض	15/14
تجربة العلاج	كيف يسعى الشخص بشكل متكرر للعلاجات الطبية	15/11
تأثير الأعراض	أي مدى تأثير الأعراض الجسدية في السير العادي للحياة اليومية للفرد	15/14
المجموع		135/117



يتضح من الجدول أن الدرجة المتحصل عليها من طرف الحالة على مقياس التوجه نحو المرض وهي 117 درجة من أصل 135 درجة والتي تقع في الفئة [ 91- 135 ] و هي فئة المستوى المرتفع من توهم المرض وبالتالي فالحالة يعاني فعلا من اضطراب توهم المرض .

## 2-6 التحليل العام للحالة :

يبدو جليا من خلال المقابلة و نتائج مقاييس الدراسة أن الحالة يعاني من اضطراب توهم المرض ، نابع عن تشوه معرفي من خلال تبنيه لمجموعة من الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة و انعكس هذا التشوه المعرفي بصورة منهجية على الطريقة التي يتفهم بها الحالة و يفسر ما يمر به من تجارب صحية ، حيث لعب الاحباط و الضغوط اليومية التي كان يعيشها الحالة دور المحفز لهذه الأفكار .

فالحالة ومنذ أن توفي والده كانت ترد إلى ذهنه أفكار على شكل خواطر من شاكلة أنه عرضة للإصابة بمرض السكري ، كما أن مرض السكري مرض خطير و قاتل و لا يمكن أن يتغلب عليه أو يتعايش معه فهو مرض مزمن و يسبب العجز وهو أيضا معدي ومتوارث ، لكن هذه الأفكار لم تكن تأخذ حيزا كبيرا من تفكير الحالة و لم تكن تشغل تفكيره ولكن مروره بتجربة الاحباط الناتج عن الضغوط اليومية حفز لديه هذه الأفكار و أدى إلى ازدياد توقع التهديد هذا الأخير الذي أثار بدوره استجابة الهروب والمواجهة لدى الحالة و هي استجابة طبيعية تهدف إلى حماية الفرد في المواقف المهددة ، وهذا ما يفسر جملة العمليات الفسيولوجية التي نتج عنها جملة من الأحاسيس الجسدية التي أدركها الحالة على أنها خطيرة وتنبئ بوجود شيء ما خطير ( مرض السكري ) ، حيث أنها حدثت بشكل غير متوقع و كانت لها بداية سريعة ومكثفة فازداد معدل ضربات قلبه و تسارع التنفس لديه و شعر بالجفاف في الفم و الحلق و بالوخز و الخدر نتيجة انخفاض تدفق الدم إلى الأطراف كما ازداد لديه التعرق و الغثيان و شعر بالدوخة و عدم وضوح الرؤية ، وهذه كلها أحاسيس ناتجة عن استثارة استجابة الهروب أو المواجهة و التي فسرها عبد الحكيم على أنها دليل إصابته بمرض السكري ، و اختار الحالة هذا المرض بالذات نتيجة التراكم و الأبنية المعرفية المسبقة حول الصحة والمرض التي تشكلت لدى الحالة بفعل تجاربه الخاصة مع الصحة و المرض أو تجارب المقربين منه ، و هكذا بدأ يشعر بالقلق حول صحته ، و أضحت هذه الأعراض تمثل مصدر تهديد إضافي نتج عنه ازدياد القلق حول الصحة الذي بدوره أدى إلى ازدياد الإثارة الجسدية و بالتالي دخل الحالة في حلقة مفرغة أدت به إلى الشك في إصابته بمرض السكري و السعي إلى التماس الرعاية الصحية .

كما أن الحالة لم يستطع تجاوز الموقف و فشلت الطمأنة الذاتية لديه نتيجة لاعتقاده أنه لا يمكن بأي حال من الأحوال أن تكون هناك أعراض دون وجود مرض عضوي يكمن وراءها و هذا المرض خطير و يجب التعرف عليه ، و هذا الاعتقاد هو اعتقاد لا عقلاني أدى إلى فشل الطمأنة الذاتية لدى الحالة و تزايد قلقه حيال صحته .

كما أن جملة الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة التي يتبناها الحالة حالت دون فهمه للشروح الطبية التي قدمها الطبيب الأمر الذي أدى إلى ازدياد اليقظة الجسدية لدى الحالة ، فقد أصبح يولي اهتماما و مراقبة مفرطة لجسمه و انتباهها متزايدا للأعراض و اعتبارها علامات مهددة فالتديد من الأطباء من غير قصد يعززون اليقظة الجسدية لدى مرضاهم عندما يطلبون منهم أن يراقبوا أعراضهم ، في الواقع هذه اليقظة مطلوبة ومفيدة إذا كان التهديد البدني موجود فعلا مثلا يجب مراقبة مستويات الجلوكوز في الدم لدى مرضى السكري ، أما بالنسبة للحالة محل الدراسة فإن التهديدات الفعلية للصحة غير موجودة ، وبالتالي نتج عن ذلك يقظة جسدية مبالغ فيها أدت إلى ازدياد الحساسية للعمليات الجسدية الطبيعية كالأضطرابات الطفيفة و التقلبات التي تحدث عادة داخل الجسم و غالبا ما تكون ناتجة عن عمليات التمثيل الغذائي ، و بالتالي فإن ازدياد التركيز على الوظائف الجسدية و سوء التفسير هما عاملان لعبا دورا رئيسيا في رسوخ اعتقاد الحالة بأنه مصاب بمرض السكري على الرغم من طمأنة الطبيب .

كما أن اعتقاد عبد الحكيم بأن حالته تتطور نحو الأسوء ولد لديه سلوك التأكد المتحيز و الفحص المتكرر الذي لعب دورا هاما في استمرار القلق حول الصحة لديه على الرغم من طمأنة الأطباء له ، حيث أن سلوك الفحص المتكرر ولد لدى الحالة أسلوب الانتباه الانتقائي نحو المعلومات الصحية و أدى هذا الانتباه الانتقائي المتحيز إلى إساءة فهم المعلومات الطبية المقدمة من طرف الطبيب خلال الاستشارة الطبية .

كما تجدر الإشارة إلى إمكانية تداخل النوبات فيما بينها و مساهمتها في تغذية بعضها بعضا و هذا ظهر جليا من خلال تتبعنا لزمان حدوث هذه النوبات التي لعبت فيها الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة دورا بارزا حيث أن الحالة وبعد مشاهدته لحصة تلفزيونية كان مرض السكري موضوعا لها أثارت لديه فكرة أنه يمكن أن يكون مصاب فعلا بالسكري هذه الفكرة التي زادة من قلقه حول صحته و جعلته يسيء تفسر كلام الطبيب و يعتبره دليلا إضافيا على صدق اعتقاده ، و مع تزايد حدة القلق قرر الحالة تجنب الموقف للتقليل من حدة القلق ، ولكن في الواقع كان لسلوك التجنب نتائج عكسية إذ زاد من ترسيخ كلام الطبيب في ذهن الحالة ، فالمشكلة لا تكمن في الموقف في حد ذاته بل

المشكلة في الأفكار التي يتبناها الفرد ، ومع مرور الوقت و مع التركيز المتواصل على كلام الطبيب تساؤل الحالة على ما مدى تطابق كلام الطبيب مع حالته أي هل لديه فعلا كثرة تبول أم لا ؟، و دفعته هذه الفكرة إلى انتهاج سلوك التفحص المتكرر الذي ظهر جليا من خلال تتبع الحالة لسلوك التبول لديه و لم يتوقف الأمر عند حساب عدد مرات التبول فقط بل تعداه إلى معرفة لون البول و رائحته ، و لعب سلوك التفحص المتكرر دورا بارزا في ترسيخ فكرة إمكانية الإصابة بداء السكري لدى الحالة حيث لاحظ أن لديه فعلا كثرة تبول ، و هذا كان أمرا مفزعا بالنسبة له ، و لكن في المقابل أغفل حقائق يمكن أن تكون سببا خلف كثرة التبول لديه فهو يشرب كميات معتبرة من الماء نتيجة إحساسه المتواصل بجفاف حلقه ، كما أن طول فترة اليقظة لديه و قلة فترات النوم ساهم فإزدياد عدد مرات التبول لدى الحالة و خروجها عن المعدل الطبيعي . وهنا يظهر جليا التداخل بين النوبات أو الحلقات

كما أن طول فترة اليقظة كان نتاج فكرة لا عقلانية أخرى تبناها الحالة مفادها أنه إذا ما خلد إلى النوم فإنه سيصبح ميتا لأنه يمكن أن يتعرض إلى أزمة سكري حادة أثناء نومه ، هذه الفكرة التي تعززت لديه جراء سماعه لحوار دار بين زوجته و جاريتها حول وفاة زوجها ، و هذه الفكرة اللاعقلانية تعتبر امتداد أو نتاج لنشاط معتقد راسخ لدى الحالة و هو الاعتقاد بالهشاشة .

### 3 - مناقشة عامة لحالات في ضوء فرضية الدراسة :

تمثلت فرضية هذا البحث فيما يلي:

- تؤثر الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة في الإصابة باضطراب توهم المرض.

من أجل التحقق من صحة هذه الفرضية تم إجراء مقابلات عيادية نصف موجهة وتطبيق اختباري الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة و مقياس التوجه نحو المرض مع حالتين تم تشخيصها من طرف الأخصائي النفسي و تنطبق عليها معايير DSM-IV وهي: محسن، عبد الحكيم

#### 1.3 - حالة محسن :

إن النتائج المتوصل إليها في هذه الحالة تثبت أن محسن يعاني من اضطراب توهم المرض الذي لعبت فيه الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة دور كبيرا و التي كانت في بدايتها مجرد خواطر ترد إلى ذهن الحالة دون أن تؤثر على حياته اليومية هذه الخواطر التي كانت وليدة الخبرات الصحية السابقة التي عاشها الحالة ( وفاة صديقه الحميم و فاة الوالد بعد المعانات من السرطان ) و

تحولت هذه الخواطر إلى أفكار لا عقلانية راسخة وملحة تحت وطأت التهديد الشديد الذي عايشه الحالة بعد تعرضه لعامل خطر و المتمثل في ظهور أعراض حادة و مبهمة ، و صاحبة هذه الأفكار مجموعة من السلوكيات كالسعي الدائم نحو الطمأنة و التفحص المتكرر و سلوك التجنب و التي تعد سمة رئيسية لاضطراب توهم المرض حسب DSM-IV .

### 2.3 - حالة عبد الحكيم :

يعاني عبد الحكيم من اضطراب توهم المرض المتمحور حول إصابته بمرض السكري ، نتيجة تربيته لمجموعة من المعتقدات الصحية اللاعقلانية الناتجة عن تجاربه مع المرض أثناء طفولته ، و كذلك نتيجة معاشته لتجربة وفاة والده ، هذه العوامل التي شكلت لديه اعتقاده بالهشاشة فهو يعتقد أن جسمه غير قادر على مقاومة الأمراض ، و أن للوراثة دورا أساسيا لانتقال الأمراض بين الأفراد و هذا كثيرا ما كان يثير في نفسه المخاوف ، كما أن مروره بفترة من الضغوط جعله ينطوي على ذاته و يحفز لديه هذه المعتقدات التي ازدادت رسوخا وقوة بعد ان لاحظ جملة من التغيرات الفسيولوجية التي اساء تفسيرها و اعتبرها أعراضا لمرض السكري الخطير ، الأمر الذي دفعه إلى السعي نحو طلب الرعاية الطبية ، و سلوكيات التجنب و التفحص الذاتي المتكرر .

### 4 - مناقشة عامة لحالات الدراسة في ضوء الدراسات السابقة :

من خلال النتائج السابقة يتبين لنا أن آلية أو عملية ظهور اضطراب توهم المرض لدى حالات الدراسة تنطبق إلى حد كبير مع التفسيرات التي قدمها النموذج المعرفي السلوكي لتفسير وعلاج اضطراب توهم المرض لكل من Salkoviskis و Warwick، فكل حالة من هذه الحالات كانت تتبنى أفكارا لا عقلانية مرتبطة بالصحة ناتجة إما عن تربية صحية خاطئة أو تجارب صحية قاسية او ناتجة عن تقارير وسائل الإعلام المغلوطة و المكثفة حول الصحة و انتشار الأمراض ، هذه الأفكار كانت دفيئة إلى أن تعرضت الحالات إلى عامل خطر حفز هذه الأفكار التي شكلت حلقات مفرغة أدت إلى ظهور القلق حول الصحة لدى حالات الدراسة ونشاط هذه الحلقات المفرغة كان مصحوب بمجموعة من السلوكيات كالتفحص المتكرر و السعي نحو الطمأنة و التجنب و كانت هذه السلوكيات بمثابة عوامل ساعدت على الحفاظ و تزايد اضطراب توهم المرض لدى الحالات ، وهذا ما يتوافق مع ما ذهبت إليه فرضية الدراسة والتي مفادها: تؤثر الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة في الإصابة باضطراب توهم المرض.

كما نشير إلى بعض النتائج التي أسفرت عليها هذه الدراسة و بالرجوع إلى الحالات نجد محسن قد برز لديه التوقع السلبي و النظرة التشاؤمية وهذا ظهر من خلال المقابلة النصف موجهة و كذا نتائجه على استبيان الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة و هذا يتوافق مع ما جاءت به دراسة **marcus ( 2008 )** ، كما برز أيضا لدى **عبد الحكيم** المفهوم الضيق للصحة و هذا من خلال المقابلة النصف موجهة فهو يعتقد أن التمتع بالصحة معناه الغياب التام للأعراض و هذا ما يتوافق مع ما جاءت به نتائج دراسة **Florian Weck ( 2003 )** .

### 5- الاقتراحات :

تعتبر الدراسة الحالية سابقة ستفتح الباب على مصراعيه أمام الباحثين للخوض في غمار التوجه المعرفي السلوكي ، و إيجاد تفسيرات منطقية تخضع لقواعد علمية تسمح لنا بفهم الاضطرابات جسدية الشكل عموما و اضطراب توهم المرض على وجه الخصوص و الاضطرابات المشابهة كاضطراب الهلع و الوسواس القهري ، هذه الفئة من الاضطرابات التي لم تأخذ نصيبها من الدراسة و التحليل في الجامعة الجزائرية حسب علم الباحث .

لهذا يقترح الباحث مجموعة من الاقتراحات التي يراها مهمة و يمكن أن تكون مواضيع لبحوث مستقبلية مثلا :

- بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي للتقليل من سيطرة الأفكار اللاعقلانية و تخفيض حدة القلق حول الصحة لدى مرضى اضطراب توهم المرض .
- المقارنة بين اضطراب توهم المرض و اضطراب الهلع في مدى سيطرة الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة لإيجاد فوارق يمكن أن تكون معايير تساعد على التشخيص الفارق بين هذين الاضطرابين المتشابهين .
- بيان نمط الثقافة المجتمعية و أنماط التربية الأسرية التي تدخل في تشكل المخططات المعرفية المرتكزة على الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة من أجل قطع الطريق أمام تشكل مثل هذه المخططات لدى الأفراد كإجراء وقائي .
- بيان أثر الإعلام بأوجهه المختلفة في إرساء الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة و استمرار قلق الصحة .
- إجراء دراسة تتناول القلق حول الصحة النفسية مقابل القلق حول الصحة الجسدية .

خاتمة

## خاتمة :

لطالما شددت اهتمام الباحث الدراسات التي تعنى بالكشف عن سيرورات الاضطرابات النفسية ، و التي تعد أرقى أنواع الدراسات نظرا لما تقدمه من دفع لعجلة البحث العلمي ، ولما تقدمه من مفاهيم ونماذج و تفاسير و التي من شأنها أن تساعد الأخصائيين العاملين على فهم هذا النوع من الاضطرابات ، كما تسمح هذه الدراسات للباحث بإبراز شخصيته و تفكيره من خلال موازناته و ترجيحاته و أحكامه و قراراته و استنباطاته و قراءاته المستقبلية للمشكلة و غير ذلك مما ينم على عمق التفكير و الإبداع ، إذ يتعين على الباحث أن يكون له القدرة على التحكم ذهابا وإيابا بين الاستدلال و الاستقراء و الاستنباط إذا أراد تطوير أو تعديل نظرية معينة ، وينتج عن هذه العملية الخروج بنموذج متكامل يفسر الظاهرة ويقبل التجريب .

و يعد الاتجاه المعرفي رائدا في هذا النوع من الدراسات ، و لعل ما ساعد على ذلك طبيعة المفاهيم النظرية القابلة للدراسة و التجريب التي جاء بها هذا التوجه ، و نتج عن ذلك العديد من النماذج الرائدة في تفسير الاضطرابات النفسية .

و كما لاحظنا خلال مجريات هذه الدراسة فإن اضطراب توهم المرض يعد من بين أهم الاضطرابات التي استقطبت اهتمام المعرفيين الذين تسابقوا لوضع نماذج شاملة لتفسيره و علاجه من خلال إسقاط مبادئ النظرية المعرفية على هذا الاضطراب ، و نتج عن هذه النزعة التفسيرية العديد من وجهات النظر التي ارتكز كل واحد منها على جانب معين من هذا الاضطراب ، حيث هناك من رأى في اليقظة الجسدية و التضخيم الحسي جوهر لتفسير هذا الاضطراب كما هو الحال لدى Barsky وزملائه ، بينما نجد Marcus قد أشاد بالمفهوم الضيق للصحة باعتباره شائعا لدى مرضى توهم المرض ، و هناك من ركز على التشوه الإدراكي و رأى أنه هو الجوهر إذ تعد إساءة تفسير الأعراض الجسدية الحميدة و النظر إليها كمؤشر لمرض خطير من أهم صفات مرضى توهم المرض وهذا ما اتجه إليه كل من Warwick و Salkoviskis .

و الجدير بالذكر أن جل هذه النماذج المتزامنة قد أظهرت ضمينا دور المعتقدات الصحية اللاعقلانية إلا أنها لم تولي لها أهمية بالغة على الرغم من الدور الفعال الذي تلعبه هذه المعتقدات في دفع الفرد لتوهم المرض ، حيث تتشكل هذه المعتقدات لدى الفرد منذ الطفولة من خلال ما يمر به من تجارب مع المرض ، ومن خلال أساليب التنشئة المتبعة ، وما توحى به و سائل الإعلام المختلفة ، و تدخل هذه المعتقدات في تكوين المخططات المعرفية حول الصحة و المرض لدى الفرد .

وبتعرض الفرد لعامل محفز سواء وفاة شخص قريب أو المرور بتجربة صحية صعبة أو غيرها من عوامل الخطر الأخرى فإن هذه الأفكار تطفو إلى السطح و تسيطر على تفكير الفرد ، و باستثارة هذه المعتقدات يزداد معها القلق و الخوف فتتنشط استجابة الهروب والمواجهة - و هي استجابة فطرية تنشط عندما يكون هناك خطر محقق بالفرد - فتحدث جملة من التغيرات الفسيولوجية و الأحاسيس و تزيد اليقظة الجسدية لدى الفرد و لكنه لا يعي سبب ظهور هذه الأعراض فلا يوجد خطر واضح يمكن أن يفسر به ظهور هذه الأعراض ، فيزداد تركيزه على هذه التغيرات و الأحاسيس و يعمل على تضخيمها فتصبح عاملا إضافيا يزيد من قوة ورسوخ تلك المعتقدات ، فيسيء الفرد تفسير تلك الأحاسيس و يعتبرها إشارات لمرض خطير .

و لتفادي القلق أو للتقليل منه يميل الفرد إلى إبداء بعض السلوكيات التي تعمل فعلا على التقليل من حدة القلق على المدى القصير و لكنها في المقابل تعمل على ازدياده و استمراره على المدى الطويل و هي في ذلك شبيهة بالسلوك القهري لدى مرضى الوسواس القهري ، و من بين هذه السلوكيات نجد سلوك التجنب و التفحص الذاتي المتكرر و السعي نحو الطمأنة الطبية و غيرها من السلوكيات الأخرى .

و هذا ما نجحت الدراسة الحالية في إثباته حيث اتضح أن حالات الدراسة تتبنى هذا النوع من المعتقدات ، التي فرضت نفسها بقوة و سيطرت على مجرى التفكير ، حيث لا حظنا كيف أن محسن كانت لديه مجموعة من الأفكار اللاعقلانية التي تشكلت بفعل أسلوب التربية الصحية الخاطئ الذي تلقاه و جملة التجارب الصحية الصعبة



التي مر بها ، حيث تشكلت هذه المعتقدات و كونت مخططات معرفية كامنة ، و كان الأمر مُماثلا لدى الحالة عبد الحكيم ، إلا أن العامل المفجر اختلف بين حالتي الدراسة ففي حالة محسن ساهم توالي الصدمات في رسوخ و قوة المعتقدات و لعب الموقف الذي مر به محسن في مكتبه دور العامل المفجر، بينما في حالة عبد الحكيم فإن ضغوطات الحياة اليومية و المشاكل الأسرية و الوضعية النفسية العامة التي كان فيها عبد الحكيم قد هيأت الجو العام لاستثارة المعتقدات الصحية اللاعقلانية لتلعب و فات الوالد إثر أزمة سكري الدور الحاسم لاستثارت هذه المعتقدات ، لتستقر الحاليتين على مرضين مختلفين ( سرطان الرئة و مرض السكري ) و يرجع هذا الاختلاف إلى ثقافة الفرد الصحية و ميوله و نوع الاضطرابات المنتشرة في محيطه كما أن متغير الجنس يلعب دورا حاسما في هذا الاختلاف هذا ما أشارة إليه الأخصائية النفسانية Nicole Perotti حيث رأت أن النسوة يركزن على خطر مرضهن بشتى أنواع السرطان مثل سرطان الثدي ، سرطان الرحم و الجهاز التناسلي ، سرطان الجلد إثر التعرض للشمس و أمراض نسائية أخرى ، أما الرجال فأوهمهم تتناول عموما الإصابة بمرض القلب و الشرايين ، و ارتفاع ضغط الدم و السكري ، و التعرض لجلطات أو سكتات دماغية ، بالإضافة إلى معاناتهم من ضعف جنسي أو قرحة المعدة و بالرجوع إلى حالتي الدراسة نجد أن كليهما و بعد أن قاده تفكيره المشوه إلى تفسير أحاسيسه و تغيراته الجسدية على أنها إشارات لمرض خطير استقر على مرض بعينه ، و بدأ في البحث عن معلومات حول أعراض هذا المرض فيما توفر لديه من مصادر سواء بالبحث في الانترنت أو سؤال القائمين على الصحة ، أو المرضى الذين لديهم خبرة مع هذا المرض ، ليقارن ما استطاع جمعه من معلومات مع الأعراض التي لديه لعله يجد شيء ما يطمئنه و لكن دون جدوى ، فالقلق في تزايد مستمر و تعمل العديد من السلوكيات كما لاحظنا على تزايد هذا القلق و استمراره كالسعي نحو طلب الطمأنة الذي اخذ أوجه متعدد كتصفح المواقع الصحية على الانترنت و تصديق ما جاء في هذه الصفحات و العمل به كإتباع حميات غذائية و استعمال الأساليب التشخيصية التي تعرضها هذه الصفحات كما هو الحال لدى الحالة محسن ، كما يعد

التسوق الطبي كما يحلو لبعض المختصين تسميته واحد من أوجه طلب الطمأنة الشائعة لدى حالتني الدراسة ، حيث لا حظنا كيف أن كلا حالتني الدراسة قد زار العديد من الأطباء و المختصين ، كما أن طلب الطمأنة لا يكون من الأطباء و المختصين و العاملين في القطاع الصحي فحسب و إنما حتى الأشخاص العاديين المصابين بالمرض موضوع التوهم و هذا ما لاحظناه لدى الحالة عبد الحكيم من خلال الاحتكاك بالفئة المصابة بداء السكري و محاولة مقارنة ما لديهم من أعراض مع الأعراض التي لديه لعله يجد ما يثبت إصابته بهذا الداء و يفند به قرار الأطباء بأنه سليم و غير مصاب بأي مرض ، و هذا هو الهدف الذي يصبوا إليه كل مصاب بتوهم المرض .

# قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية :

1. حمود البنا أنور ، ( 2006 ) ، الأمراض النفسية و العقلية ، ط 1 ، مكتبة جامعة الأقصى ، غزة ، فلسطين .
2. رضوان سامر جميل ، ( 2009 ) علم النفس الإكلينيكي ، أشكال من الاضطرابات النفسية في سن الرشد ، غزة ، دار الكتاب الجامعي .
3. سلامي نوربير : ترجمة وجيه أسعد ( 2001 ) المعجم الموسوعي في علم النفس ( ج 2 ) منشورات وزارة الثقافة ، دمشق ، سوريا
4. سناء عيسى الداغستاني : المعتقدات الصحية التعويضية و علاقتها بتنظيم الذات الصحي ، مجلة البحوث التربوية والنفسية ، العدد 26 ، 27 ، بغداد .
5. عبد الباسط ، ( 1963 ) ، أصول البحث الاجتماعي ، دار الفكر العربي ، بيروت ، لبنان
6. عكاشة أحمد ، ( 1992 ) ، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية
7. غانم محمد رحسن ، ( 2007 ) ، دراسات في الشخصية و الصحة النفسية ( د ط ) ، ( ج 1 ) القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع
8. غانم محمد محسن ( 2005 ) ، أنماط الشخصية والتحليل النفسي ، ( د ط ) ، المكتبة المصرية القاهرة .
9. فيصل محمد خيرري الزراد ، ( 1984 ) ، الأمراض العصابية و الذهانية و الإضطرابات السلوكية ، ط 1 ، دار القلم ، بيروت ، لبنان .
10. فؤاد الباهي السيد ( 1978 ) ، علم النفس الإحصائي و قياس العقل البشري ، ( دط ) ، القاهرة ، دار الفكر العربي للنشر و التوزيع .
11. ملحم محمد سامي ( 2002 ) ، القياس و التقويم في التربية و علم النفس ، الأردن ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة .

منسي محمود عبد

.12

الحليم ، أحمد سهير كامل ( 2002 ) أسس البحث العلمي في المجالات النفسية والاجتماعية و التربوية ( د ط ) ، الاسكندرية ، مركز الاسكندرية للكتاب.

المراجع باللغة الأجنبية :

- 13.Abramowitz Autumn E. Braddock (2006) :**Hypochondriasis: Conceptualization, Treatment, and Relationship to Obsessive-Compulsive Disorder Psychiatr Clin N Am** 29 . 503–519
- 14.ABRAMOWITZ, PHD; STEFANIE A. SCHWARTZ, PHD; AND STEPHEN P. WHITESIDE, PHD (2002) : **A Contemporary Conceptual Model of Hypochondriasis**; Mayo Clin Proc.;77:1323-1330
- 15.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSMIV-TR). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2000
- 16.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013
- 17.Barlow DH Cote G, O’Leary T, , et al. (1996). **Hypochondriasis**. In Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, Ross R, First MB, Davis WW, Editors, DSM-IV Sourcebook, Volume 2. American Psychiatric Association, Washington, DC, pp 933–947.
- 18.Barsky, A. J., & Klerman, G. L.. Overview(1983): **hypochondriasis, bodily complaintsand somatic styles**. American Journal of Psychiatry, 140, 273-281.
- 19.Barsky, A. J. Goodson, J. D., Lane, R. S., & Cleary, P. D. (1988). **The amplification of somatic symptoms**. Psychosomatic Medicine, 50, 5 10-5 19.
- 20.Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1992). **Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis**. Archives of General Psychiatry, 49, 101–108.
- 21.Barsky, A,j, Remy,R,(1993) : **Hypochondriacal patients' beliefs about good health** , American Journal of Psychiatry: 150:1085-1089.

22. Beck, A. T.. **Cognitive therapy and the emotional disorders**. New York: International University Press(1976).
23. Becker, M.Rosenstock H. (Ed.). (1974). **The health belief model and personal health behavior**. Thorofare, NJ:Slack
24. Bianchi,(1971) . **Origing of disease phobia** .Aust.N.Z.J. PSYCHIATRY.5: 241
25. Bridges, K. W. & Goldberg, D. P. (1985). **Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care**. Journal of Psychosomatic Research, 29, 563-569
26. Cassandra s , Karen M ( 2011) : **Selective attention and health anxiety : Ill-health stimuli are distracting for Everyoune**, cogn Ther Res : 35: 241-252
27. Clark, D. M. (1988). **A cognitive model of panic**. In S. Rachman and J. Maser (Eds.), *Panic: psychological perspectives*. Hillsdale: Erlbaum.
28. Chiland , Colette; **l'ention chimique**, Ed PAUF , Paris
29. Christensen, A. J., Moran, P. J., & Wiebe, J. S. (1999). **Assessment of irrational health beliefs: Relation to health practices and medical regimen adherence**. Health Psychology, 18, 169–176
30. Deacon B, Abramowitz J(2008): **Is hypochondriasis related to obsessive-compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation**. J Cogn Psychother, 22:115–127
31. Femke M. Buwaldaa,, Theo. K. Boumana, (2006) : **Psychoeducation for hypochondriasis: A comparison of a cognitive-behavioural approach and a problem-solving approach**, Behaviour Research and Therapy :45: 887–899
32. Ferguson and E. Daniel, (1995), **THE ILLNESS ATTITUDES SCALE (IAS): A PSYCHOMETRIC EVALUATION ON A NON-CLINICAL POPULATION** Person. indrvid. Uif/: Vol. IS. No. 4. pp. 463-469
33. FERNANDEZ (L) et CATTEEUW (M) :**La recherche en psychologie clinique,actualités et nouvelles perspectives pour la recherche en psychologie clinique**, NATHAN Université, Paris, 2001.
34. Haenen MA, de Jong PJ, Schmidt AJM, et al.: **Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information**. Behav Res Ther 2000, 38:819–833.

35. Hathaway SR, McKinley JC (1951). **Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual, Revised**. Psychological Corporation, San Antonio, TX.
36. Hiller W., Rief, W., & Fichter, M.M. (2002). **Dimensional and categorical approaches to hypochondriasis**. *Psychological Medicine*, 32, 707–718.
37. Hyler SE, Sussman N. **Somatoform disorders: before and after DSM-III**. *Hosp Community Psychiatry*. 1984;35:469-78
38. Jessica J. Fulton, David K. Marcus, and Toni Merkey (2011) **Irrational Health Beliefs and Health Anxiety**\_ 2010 Wiley Periodicals, Inc. *J Clin Psychol* 67:527–538.
39. Kellner R (1986): **Somatization and hypochondriasis**. New York, Praeger, , pp 319–324.
40. Leibbrand R, Hiller W, Fichter MM (2000): **Hypochondriasis and somatization: Two distinct aspects of somatoform disorders?** *J Clin Psychol*; 56: 63–72.
41. Lipsitt DR, editors. **Hypochondriasis: modern perspectives on an ancient malady**. Oxford: Oxford University; 2001. p. 183-99.
42. Lucock MP, Morely S (1996). **The Health Anxiety Questionnaire**. *British Journal of Health Psychology* 1:137–150.
43. Marcus, D.K., & Church, S.E. (2003). **Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis?** *Journal of Psychosomatic Research*, 54.
44. Marcus, D.K., Hughes, K.T., & Arnau, R.C. (2008). **Health anxiety, rumination, and negative affect: A meditational analysis**. *Journal of Psychosomatic Research*, 64.
45. Miller, D., Acton, T. M. G., & Hedge, B. (1988). **The worried well: their identification and management**. *Journal of the Royal College of Physicians*, 22.
46. Miller, D., Green, J., Farmer, R., & Carroll, G. (1985). **A “pseudo-AIDS” syndrome following from fear of AIDS**. *British Journal of Psychiatry*;550-551.
47. Noyes R Jr. (2011) **The transformation of hypochondriasis in British medicine, 1680-1830**. *Soc Hist Med.*;24:281-98

48. Prashant Srivastava (2016). **Psychotherapeutic management of hypochondriasis: a case study** *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*, Formerly Dysphrenia Volume 7 Is
49. Patricia Furer and John R. Walker, (2005): **Treatment of Hypochondriasis with Exposure**, *Journal of Contemporary Psychotherapy*:35:251-267
50. Perron (M) , (1995), **la genèse de la personne** . 1<sup>ère</sup> édition , puf , Paris .
51. Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, et al. (2010) **Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety***.;27:573-91.
52. Pilowsky I (1967). **Dimensions of hypochondriasis**. *British Journal of Psychiatry* 113:89-93
53. Pilowsky, I. (1970). **Primary and secondary hypochondriasis**. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 46, 273-285.
54. Pilowsky I, Spence N (1994). **Manual for the Illness Behavior Questionnaire. 3rd Edition**. Unpublished Manual. Department of Psychiatry, University of Adelaide, Adelaide, Australia.
55. Rachman S (2012). Health anxiety disorders: **a cognitive construal**. *Behav Res Ther.*;50:502-12
56. Salkovskis, P. M. (1991). **The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account**. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
57. Salkovskis, P. M. (1990). **The nature of and interaction between cognitive and physiological factors in panic attacks and their treatment**. Unpublished PhD Thesis.
58. Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1986). **Cognitive and physiological processes in the maintenance and treatment of panic attacks**. In I. Hand and U. H. Wittchen (Eds.) *Panic and phobias*. Springer-V&lag.
59. Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1986). **Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive behavioural approach to hypochondriasis**. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 597-602. . 1
60. Salkovskis, P.M. (1996). **The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and**



- obsessions.** In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 48–74). New York: Guilford
61. Salkovskis PM, Warwick HMC (2001). **Meaning, misinterpretations, and medicine: a cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis.** In: Starcevic V, Lipsitt DR, editors. **Hypochondriasis: modern perspectives on an ancient malady.** New York (NY) Oxford University Press, pp. 202–22.
62. Salkovskis, M. C. Warwick, PhD Alicia C. Deale, PhD (2003) **Cognitive-Behavioral Treatment for Severe and Persistent Health Anxiety (Hypochondriasis) Brief Treatment and Crisis Intervention** 3:353–367
63. Starcevic V (1990): **Relationship between hypochondriasis and obsessive-compulsive personality disorder: close relatives separated by nosological schemes?** *Am J Psychother*; 44: 340–347.
64. Stein DJ (2012). **Hypochondriasis in ICD-11.** *World Psychiatry*; 11: 100-4.
65. Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2004). **Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach.** New York: Guilford Press.
66. Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1985). Reassurance. *British Medical Journal*, 290, 1028.
67. Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1989). **Cognitive and behavioural characteristics of primary hypochondriasis.** *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 1&85-92.
68. Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1990). **Hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy**, 28, 105-118.
69. Weck, F, et al (2012). **Dysfunctional beliefs about symptom and illness in patient with hypochondriasis , the academy of psychosomatic medicine :** 53: 148-154
70. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines.* Geneva: WHO; 1992.
71. Zonderman AB, Heft MW, Costa PT (1985). **Does the Illness Behavior Questionnaire measure abnormal illness behavior?** *Health Psychology* 4:425–436.

المراجع الالكترونية :

72. زبير عبد اللطيف (2008) الثورة المعلوماتية ، تم استرجاعه في:

[http://www.startimes.com/f.aspx?t=8515699\\_55h17-2017/05/25](http://www.startimes.com/f.aspx?t=8515699_55h17-2017/05/25)

73. David Bienenfeld (2016): Hypochondriasis, Retrieved on 08/12/2016

<http://WWW.EMEDICINE.MEDSCAPE.COM:ARTICLE/290955->

OVERVIEW

الملاحق

## الملحق رقم (01) : النسخة الأصلية لمقياس التوجه نحو المرض

## The Illness Attitude Scales

Age: \_\_\_\_\_ Sex: Male  Female  (check one)

Occupation: \_\_\_\_\_

Please answer all questions which can be checked by making a check mark like this √.

Check one answer even if you cannot answer accurately.

Answer the other few questions with a few words or sentences.

Do not think long before answering. Work quickly!

1. Do you worry about your health?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

2. Are you worried that you may get a serious illness in the future?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

3. Does the thought of a serious illness scare you?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

4. If you have a pain, do you worry that it may be caused by a serious illness?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

5. If a pain lasts for a week or more, do you see a physician?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

6. If a pain lasts a week or more, do you believe that you have a serious illness?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

7. Do you avoid habits which may be harmful to you such as smoking?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

8. Do you avoid foods which may not be healthy?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

9. Do you examine your body to find whether there is something wrong?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

10. Do you believe that you have a physical disease but the doctors have not diagnosed it correctly?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

11. When your doctor tells you that you have no physical disease to account for your symptoms, do you refuse to believe him?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

12. When you have been told by a doctor what he found, do you soon begin to believe that you may have developed a new illness?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

13. Are you afraid of news which reminds you of death (such as funerals, obituary notices)?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

14. Does the thought of death scare you?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

15. Are you afraid that you may die soon?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

15(A). Has your doctor told you that you have an illness now?

Yes  No

If yes, what illness? \_\_\_\_\_

15 (B). How often do you worry about this illness?

Not at all  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

16. Are you afraid that you may have cancer?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

17. Are you afraid that you may have heart disease?

No      Rarely      Sometimes      Often      Most of the time

18. Are you afraid that you may have another serious illness?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

Which illness? \_\_\_\_\_

19. When you read or hear about an illness, do you get symptoms similar to those of the illness?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

20. When you notice a sensation in your body, do you find it difficult to think of something else?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

21. When you feel a sensation in your body do you worry about it?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

22. How often do you see a doctor?

Almost never  Only very rarely  About 4 times a year  About once a month  About once a week

23. How many different doctors, chiropractors or other healers have you seen in the past year?

None  1  2 or 3  4 or 5  6 or more

24. How often have you been treated during the past year? (For example, drugs, change of drugs, surgery, etc.)

Not at all  Once  2 or 3 times  4 or 5 times  6 or more

If yes, what were the treatments?

\_\_\_\_\_

The next three questions concern your bodily symptoms (for example, pain, aches, pressure in your body, breathing difficulties, tiredness, etc.).

25. Do your bodily symptoms stop you from working?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

26. Do your bodily symptoms stop you from concentrating on what you are doing?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

27. Do your bodily symptoms stop you from enjoying yourself?

No  Rarely  Sometimes  Often  Most of the time

## الملحق رقم (02) : النسخة المترجمة لمقياس التوجه نحو المرض

## مقياس التوجه نحو المرض

**التعليمية :** يتضمن الاستبيان الذي بين يديك مجموعة من العبارات أرجو منك قراءة هذه العبارات كل على حدا والمطلوب منك وضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسبك .

أرجو أن تجيب على كل عبارة ولا تترك عبارة بدون إجابة ، أجب بصدق لأن هذا يخدم البحث العلمي تأكد من أن إجابتك ستبقى موضع سرية.

**أسئلة عامة :**

الجنس : ذكر  أنثى

السن : .....

الحالة الاجتماعية : أعزب  متزوج  أرملة  مطلق

## الأسئلة :

(1) هل تقلق على صحتك ؟ لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(2) هل أنت قلق من أن تصاب بمرض خطير في المستقبل؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(3) هل فكرة وجود مرض خطير تخيفك؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

4) إذا كان لديك ألم، هل ينتابك قلق كونه ناجما عن مرض خطير؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

5) إذا استمر الألم لمدة أسبوع أو أكثر، هل تذهب إلى الطبيب؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

6) إذا استمر الألم لمدة أسبوع أو أكثر، هل تعتقد أن لديك مرض خطير؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

7) هل تتجنب العادات الضارة مثل التدخين؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

8) هل تتجنب الأطعمة الغير صحية؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

9) هل تتفحص الجسم للعثور على ما إذا كان هناك شيء خاطئ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

10) هل تعتقد أن لديك مرض عضوي وأن الأطباء لا يشخصون بشكل صحيح؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

11) عندما يخبرك طبيبك أنه ليس لديك أي مرض جسدي، فهل ترفض أن تصدق ذلك؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

12) قبل أن يخبرك الطبيب بما اكتشفه هل عادة ما تكون قد اكتشفت مرض آخر لديك؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

13) هل تخاف من الأخبار التي تذكرك بالموت (مثل الجنازات، إشعارات النعي)؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

14) هل التفكير في الموت يخيفك؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا



15 هل أنت خائف من أن تموت قريبا ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

15 ( A ) ماذا قال لك الطبيب هل أنت مصاب بمرض الآن ؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم

ما هو هذا المرض ؟ .....

15 ( B ) هل غالبا ما كنت تقلق بشأن هذا المرض؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

16 هل أنت خائف من أن يكون لديك سرطان؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

17 هل أنت خائف من أن يكون لديك مرض القلب ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

18 هل أنت خائف من أن يكون لديك مرض خطير آخر؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

ما هو هذا المرض؟ .....

19 عندما تقرأ أو تسمع عن مرض ما ، هل تحصل لك أعراض مشابهة لأعراض ذلك المرض ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

20 عندما تلاحظ وجود أحاسيس في جسمك، هل تجد صعوبة في التفكير في شيء آخر؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

21 عندما تشعر بأحاسيس في جسمك هل تقلق بشأن ذلك ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

22 كم مرة زرت الطبيب ؟

أبدا  نادرا جدا  4 مرات في السنة  مرة في الشهر  مرة في الأسبوع

(23) كم طبيب في اختصاصات مختلفة زرت في العام الماضي؟

لا يوجد  1  2 أو 3  4 أو 5  6 أو أكثر

(24) كم من العلاجات جربت العام الماضي؟ (على سبيل المثال، الأدوية، وتغير من الأدوية، والجراحة، الخ)

لا على الإطلاق  مرة واحدة  2 أو 3 مرات  4 أو 5 مرات  6 مرات أو أكثر

إذا كانت الإجابة بنعم ، ما هي العلاجات المتوفرة ؟

.....  
.....

الأسئلة الثلاث المقبلة تتعلق بالأعراض الجسدية (على سبيل المثال، الألم، والأوجاع، والضغط في الجسم، وصعوبات في التنفس، والتعب، وما إلى ذلك).

(25) هل الأعراض الجسدية التي لديك تمنعك من العمل؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(26) هل الأعراض الجسدية التي لديك تمنعك من التركيز على ما تقومون به ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(27) هل الأعراض الجسدية التي لديك تمنعك من التمتع بحياتك ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

## الملحق رقم (03) : قائمة الأساتذة المحكمين

اسم الأستاذ	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة
بلوم محمد	أستاذ التعليم العالي	علم النفس	جامعة بسكرة
رابحي إسماعيل	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة بسكرة
خرف علي	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة الوادي
إسعادي فارس	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة الوادي
عائشة نحوي	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة بسكرة
قنون خميسه	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة مسيلة

## الملحق رقم (04) :

## مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة

## التعليمية :

يتضمن الاستبيان الذي بين يديك مجموعة من العبارات المتعلقة بالأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة أرجو منك قراءة هذه العبارات كل على حدى والمطلوب منك وضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسبك .

الرجاء أيضا أن تجيب على كل عبارة ولا تترك عبارة بدون إجابة ، أجب بصدق لأن هذا يخدم البحث العلمي تأكد من أن اجابتك تبقى موضع سرية

## اسئلة عامة :

الجنس : ذكر  أنثى

السن : .....

الحالة الاجتماعية : أعزب  متزوج  أرمل  مطلق

الرقم	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
01	اعتقد أنه من السهل إصابتي بالأمراض					
02	اعتقد أن مرضي يزداد حدة يوما بعد يوم					

					اعتقد أن الوسط الذي أعيش فيه تكثر فيه الأمراض المعدية	03
					أؤمن بأن جسمي يلتقط الأمراض بسهولة	04
					اعتقد أن حالتي ستتطور لمرض لا شفاء منه	05
					اعتقد أن الجراثيم والأوبئة منتشرة حولي	06
					أؤمن بأن لدي ضعف وهشاشة في بنيتي الجسدية	07
					اعتقد أن حالتي غامضة ويستعصى على الأطباء شفاؤها	08
					اعتقد أن العدوى تكثر في الأماكن العامة والمزدحمة	09
					أعتقد أن مناعتي ضعيفة فجسمي لا يشفى بسهولة عند المرض	10
					اعتقد أن مرضي صعب التعايش معه	11
					اعتقد أنني سأمرض بمجرد ملامستي لشخص مريض	12
					كثيرا ما أتفقد عمل بعض أعضاء جسمي	13
					اضن انه لا جدوى ترجى من التحاليل التي أجريها	14

					أعتقد أن سبب مرض الكثيرين هو المراحيض والحمامات العامة	15
					أعتقد أن جسمي لا يتحمل الألم	16
					اعتقد أن الطبيب الذي يتابع حالتي غير قادر عن شفائها	17
					أضن أنه من الضروري ارتداء قفازات عند مصافحة الآخرين	18
					اعتقد أن من هم في مثل سني و جنسي يسهل إصابتهم بالمرض	19
					اعتقد أنني أعاني من سرطان	20
					اعتقد أن إصابة أحد أفراد العائلة يزيد من احتمالية إصابتي	21

## الملحق رقم (05) : قائمة الأساتذة المحكمين

اسم الأستاذ	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة
جابر نصر الدين	أستاذ التعليم العالي	علم النفس	جامعة بسكرة
رابحي إسماعيل	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة بسكرة
بلوم محمد	أستاذ التعليم العالي	علم النفس	جامعة بسكرة
خياط خالد	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة بسكرة
عائشة نحوي	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة بسكرة
قنون خميسه	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة مسيلة
خرف علي	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة الوادي
إسعادي فارس	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة الوادي

الملحق رقم (6): المقابلة التمهيديّة

المحور الأول: تقديم موضوع البحث والحصول على موافقة الحالة

أنا طالب أحضر لنيل شهادة الدكتوراه و قد قرر البحث عن الآثار المترتبة عن الأفكار المرتبطة بالصحة التي تتسلط على الفرد و تخليه يتوهم أنه مريض ، و الأخصائي النفساني لراك التابع عنده قالي أنه بإمكانك أنك تساعدني .

1. كاش ما عندك استفسارات أو أسئلة على البحث هذا لي راني ندير فيه؟

2. تقدر تعاوننا وتطوع باش تشارك في هذا البحث؟

- لا: يعطيك الصحة لي قبلت باش تقابلني، إن شاء الله المرة الجاية تقدر تعاوننا.
- نعم: يعطيك الصحة، ضرك نشرحك كيفاش راح نخدمو مع بعض وواش رايح نديرو كي نتلاقو في المرات الجايين.

المحور الثاني: شرح مسار إجراءات البحث

بعد هذه المقابلة رايح نتلاقو ثلاث مرات، في المرة الأولى نطرحك أسئلة ونحكيو على التاريخ الصحي الشخصي تاعك (كيفاش كانت التربية الصحية نتاعك، البيئة لي كبرت فيها، أهم الأحداث والخبرات المتعلقة بالصحة لي فاتت عليك كي كنت صغير...) باش نقدر و نعرفو كيفاش تطورت أفكارك حول الصحة والمرض عبر مختلف مراحل حياتك، وفي المقابلة لي بعدها نحكيو على المرض لراك تعتقد أنك تعاني منو أو يمكن أن تصاب به : كيفاش ظهر عندك هذا المرض ، واشي هو الشيء لخلاك تعتقد أنو عندك هذا المرض بالذات ، كيف كانت تجيك ذيك النوبات و اشي هي الأفكار لكنت تفكر فيها قبل النوبة و واشي هي الأفكار التي كانت تجيك بعد النوبة الأمور لي تبدلت في حياتك، المشكلات لي خلقها لك، وكيفاه كنت تتعامل معاها...، وفي المقابلة الثالثة والأخيرة نتلاقو باش نديرو deux test الاختبار الأول الهدف منو هو تحديد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة لراهي مسيطرة عليك ، أما الاختبار الثاني فالهدف منه هو التأكد من أنك تعاني فعلا من توهم المرض .

فهل عندك وقت باش نتلاقو في الثلاث مرات هاذو ونديرو المقابلات لي قتلك عليهم؟



لا: يعطيك الصحة كي حبيت تعاوننا، إن شاء الله المرّة الجاية إذا كان عندك وقت تقدر  
تخبّرني ونتلاقاؤ

نعم: إذا سنجري هذه المقابلات هنا في مكتب الأخصائي النفساني .

المحور الثالث: إطلاع الحالة على أخلاقيات استخدام المعلومات التي سيديلي بها

في الأخير نحب نقولك بلي طبيعة العمل تاينا تقتضي منا باش نلتزمو ب السرية، أي  
أني نوعدك بلي مانذكرش اسمك أو معلوماتك الشخصية، وحتى المعلومات اللي رايح  
تقولهملي في المقابلات ندير لهم من بعد ترميز باش واحد مايقدر يتعرف على صاحب هذه  
المعلومات، ونوعدك ثاني بلي المعلومات لي رايح تقدمهملي مانستخدمهمش إلا في إطار  
هذا البحث ولأغراض البحث العلمي.

الملحق رقم (7): مقابلة التاريخ الصحي

المحور الأول: البيانات الشخصية .

في المقابلة هادي كيما قتلك المرة لي فاتت راح نطرح عليك أسئلة ونحكيو على التاريخ الصحي نتاعك، وقبل ما نبدأو نحب نسجلو برك بعض المعلومات العامة:

الاسم:

السن:

الجنس:

المستوى الدراسي:

المهنة الحالية:

الحالة الاجتماعية:

عدد الأولاد:

عدد الإخوة والأخوات:

الترتيب بين أخوة والأخوات:

محل الإقامة في الوقت الحالي:

المحور الثاني: التربية الصحية التي تلقاها الحالة .

ضرك نبدأو نحكيو على أمور متعلقة بالتربية الصحية نتاعك ، وفي البداية:

1. نحبك توصفلي البيئة العامة لي تربيت فيها؟
2. كيفاش كان الأسلوب أو الطريقة لي رباوك بيها والديك؟
3. كيفاش كان يتعامل معاك والديك كي كنت تمرض ؟
4. هل معاملتهم كانت تختلف إذا كان المريض أحد إخوتك ؟
5. واش رايك في طريقة تعاملهم معاك ؟
6. في رأيك و ين تلمس تأثير والديك في ثقافتك الصحية ؟

المحور الثالث : التاريخ الصحي للحالة

ضرك نبدأو نحكيو على أمور متعلقة بتاريخك الصحي يعني المواقف الصحية لمريت بيها وتشوف أنها كان عندها أثر عليك ، في البداية :

1. حدثني على تجاربك مع المرض اللي مريت بها و انت صغير ؟
2. واشي هي التجربة لخلات آثارها في نفسك ؟
3. حدثني على العادات الصحية لكانت عندك ؟

**الملحق رقم(8): مقابلة تصور المريض لحالته**

في المقابلة هذه راح نحاولو نديرو تصور عام للحالتك هذه من البداية إلى يومنا هذا و راح نحاولو نركزو على تفكيرك في المقابلة هاذي راح نحكيو على تجربتك مع هذا المرض المبهم ، كفاش ظهرت أول أعراضو و اش فكرت و اش درت انت في ذيك اللحظة بالذات و واشي هي الحاجة لخلاتك تستقر على هذا المرض بعينه و ليس مرض آخر

**المحور الأول: و جهة نظر الحالة حول مرضه**

في المقابلة هاذي راح نحكيو على تجربتك مع هذا المرض المبهم ، كفاش ظهرت أول أعراضو و اش فكرت و اش درت انت في ذيك اللحظة بالذات و واشي هي الحاجة لخلاتك تستقر على هذا المرض بعينه و ليس مرض آخر ، وفي البداية :

1. في رأيك واشي هو المرض لراك تعاني منو ؟
2. و الأطباء لزرتهم وافقوك في هذا الرأي ؟
3. الآن أحكي لي عندما ظهرت عندك هذه الاعراض كيفاش عشت هذا الموقف ؟ واش حسيت أو واش صرالك وأنت تتعرض له ؟ و كفاش كانت الاستجابة نتاعك في هذيك اللحظة ؟
4. قتلي أنك مريض بـ ..... واشي هي الحاجة لخلاتك تتمسك بأنك مصاب بهذا المرض ؟
5. قتلي أنك زرت العديد من الأطباء أحكي لي كفاه زرتهم و واش كان ردهم ؟
6. هل تفكر في هذا المرض دائما و إلا كاين فترات معينة يزيد فيها التفكير فيها في هذا المرض ؟

**المحور الثاني: الحلقات المفرغة من النوع الأول**

في هذا المحور راح نحاول نكشف على أهم الأفكار لتفكر فيها دائما و كذلك الافكار لي كي تفكر فيها يزيد القلق نتاعك ، و البداية :

1. لو تركز معايا مليح و تحاول تذكرلي أهم الأفكار لتجي في بالك حول هذا المرض و الأوقات لتجي فيها هذه الأفكار ؟

2. هل بإمكانك أن تصف لي الحالة لتكون عليها بعد ما تحيك هذه الأفكار ؟

3. هل حدث و أن حاولت تقاوم هذه الأفكار ؟

4. لو طلبت منك أن توصف مقدار المعانات لسبتها لك هذه الأفكار واش تقول ؟

### المحور الثالث: الحلقات المفرغة من النوع الثاني

في هذا المحور راح نحاولو نتعرفو على أهم السلوكات أو التصرفات لكنت تلجأ ليها باه تخفف أو تخرج من الحالة اللي كنت توقع فيها عندما كانت تسيطر عليك هذيك الأفكار و يزيد القلق نتاعك و مخاوفك من أنك مصاب بمرض ..... و البداية بـ :

1. عندما تسيطر عليك فكرة أنك مريض و أن صحتك مهدد و زاد الخوف نتاعك على صحتك ، واشي هو رد فعلك تجاه هذا الموقف ؟

2. كفاه راح يكون الشعور نتاعك إذا اتمنعت من القيام بهذه السلوكات ؟

3. هل هذه السلوكات تعطلك في كثير من الأحيان على القيام بوظائفك اليومية ؟

الملحق رقم (09) : المقابلة كما وردت مع الحالة الأولى ( محسن )

المقابلة التمهيديّة

المحور الأول: تقديم موضوع البحث والحصول على موافقة الحالة

أنا طالب أحضر لنيل شهادة الدكتوراه و قد قرر البحث عن الآثار المترتبة عن الأفكار المرتبطة بالصحة التي تتسلط على الفرد و تخليه يتوهم أنه مريض ، و الأخصائي النفساني لراك التابع عنده قالي أنه بإمكانك أنك تساعدني .

1. كاش ما عندك استفسارات أو أسئلة على البحث هذا لي راني ندير فيه؟

- كفاه يعني أفكار لا عقلانية ؟

- أفكار لا عقلانية معناها أفكار خاطئة ، لا أساس لها من الصحة

2. تقدر تعاوننا وتطوع باش تشارك في هذا البحث؟

- نعم

- يعطيك الصحة، ضرك نشرحك كيفاش راح نخدمو مع بعض وواش رايح نديرو

كي نتلاقو في المرات الجايين.

المحور الثاني: شرح مسار إجراءات البحث

بعد هذه المقابلة رايح نتلاقو عدة مرات، في المرة الأولى نتلاقو باش نديرو deux test الاختبار الأول الهدف منو هو تحديد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة لراهي عندك ، أما الاختبار الثاني فالهدف منه هو التأكد من أنك تعاني فعلا من توهم المرض .

وفي المقابلة لبعدها نطرحك أسئلة ونحكيو على التاريخ الصحي الشخصي تاعك (كيفاش كانت التربية الصحية نتاعك، البيئة لي كبرت فيها، أهم الأحداث والخبرات المتعلقة بالصحة لي فاتت عليك كي كنت صغير...) باش نقدر و نعرفو كيفاش تطورت أفكارك حول الصحة والمرض عبر مختلف مراحل حياتك، وفي المقابلة الثالثة و الأخيرة نحكيو على المرض لراك تعتقد أنك تعاني منو أو يمكن أن تصاب به : كيفاش ظهر عندك هذا

المرض ، واشي هو الشيء لخلاك تعتقد أنو عندك هذا المرض بالذات ، كيف كانت تجيك ذيك النوبات و اشي هي الأفكار لكنت تفكر فيها قبل النوبة و واشي هي الأفكار التي كانت تجيك بعد النوبة الأمور لي تبدلت في حياتك، المشكلات لي خلقها لك، وكيفاه كنت تتعامل معاها...،

3. فهل عندك وقت باش نتلاقاو في الثلاث مرات هاذو ونديرو المقابلات لي قتلك عليهم؟

نعم: إذا سنجري هذه المقابلات هنا في مكتب الأخصائي النفساني .

### المحور الثالث: إطلاع الحالة على أخلاقيات استخدام المعلومات التي سيدي بها

في الأخير نحب نقولك بلي طبيعة العمل تاينا تقتضي منا باش نلتزمو بـ السرية، أي أني نوعدك بلي مانذكرش اسمك أو معلوماتك الشخصية، وحتى المعلومات اللي رايح تقولهملي في المقابلات ندير لهم من بعد ترميز باش واحد مايقدر يتعرف على صاحب هذه المعلومات، ونوعدك ثاني بلي المعلومات لي رايح تقدمهملي مانستخدمهمش إلا في إطار هذا البحث ولأغراض البحث العلمي.

## مقابلة التاريخ الصحي

### المحور الأول: البيانات الشخصية .

في المقابلة هاذي كيما قتلک المرة لي فانتت راح نطرح عليك أسئلة ونحكيو على التاريخ الصحي نتاعك، وقبل ما نبدأو نحب نسجلو برك بعض المعلومات العامة:

- الاسم: محسن
  - السن: 36
  - الجنس: ذكر
  - المستوى الدراسي: جامعي
  - المهنة الحالية: مهندس في الاعلام الآلي
  - الحالة الاجتماعية: متزوج
  - عدد الأولاد: 01
  - عدد الإخوة والأخوات: 03
  - الترتيب بين أخوة والأخوات: 01
- المحور الثاني: التربية الصحية التي تلقاها الحالة .

ضرك نبدأو نحكيو على أمور متعلقة بالتربية الصحية نتاعك ، وفي البداية:

1. نحبك توصفلي البيئة العامة لي تربيت فيها؟  
- كانت طفولة عادية وبسيطة عشت طفولة نقدر نقول عليها كانت سعيدة كنت عايش مدلل لأنني كنت وحيد والدية لأنني لعجوز حبست 10 سنوات وباه زيدت بأختي لبعدي .
2. كيفاش كان الأسلوب أو الطريقة لي رباوك بيها والديك؟



- كما سبق و قلت كنت وحيد والديا كانوا يخافو عليا ياسر و خاصة لعجوز كانت توكلني وتشربني و تلبسني كانت تخاف علي ياسر لدرجة أنها نهار تصب لمطر كانت متخلنيش نخرج من الدار خلاص تخاف ليضريني البرد و حتى في الأيام العادية كي نخرج من الدار ضال التبع فيا .

3. كفاش كان يتعامل معاك والديك كي كنت تمرض ؟

- كانوا يتعبوا ياسر و يخافوا علي حتى في أبسط الحالات كنت غير كي نسعل لعجوز الدير حالة لبابا (الله يرحمه) تقلو ضك تديه لطيب ، نشفى خطرة مرضت و ضاقت في النفس وتنفخوا قراجمي و أنا ديما عندي الحالة هذه كنت نقرى السنة الثانية في ذاك العام قرئت غير الفصل الأول مي بقيت السنة ديتهأ أكل في السبيطارات لعجوز فات عليها عام أكحل قاتلي كنت منرقدش خلاص .

4. هل معاملتهم كانت تختلف إذا كان المريض أحد إخوتك ؟

- لا كانوا يعاملونا قاع كيف كيف مي كانوا يميلو ليا أنا بزاف لأنني كنت أنا لكبير و ثاني كنت أنا أضعف واحد في خاوتي

5. واش رايك في طريقة تعاملهم معاك ؟

- كانت جيدة كيما قتلك كانوا مدليني بالزاف

6. في رأيك و بين تلمس تأثير والديك في ثقافتك الصحية ؟

- كالههم أثر كبير هما لعلموني النظافة كان بابا (الله يرحه) ديما حريص على الدوش نتاعي و أني نغسل فمي و ثاني كان يعلمني ديما نرقد في الوقت و النوض في الوقت و ناكل في الوقت نظام عسكري

### المحور الثالث : التاريخ الصحي للحالة

ضرك نبدأو نحكيو على أمور متعلقة بتاريخك الصحي يعني المواقف

الصحية لمريت بيها وتشوف أنها كان عندها أثر عليك ، في البداية :

1. حدثني على تجاربك مع المرض اللي مررت بها و انت صغير ؟
  - فانت علي تجارب بزاف و أغلبيتها كنت نمرض من قراجمي و صدري
2. واشي هي التجربة لخلات أثارها في نفسك ؟
  - كي كنت نقرى السنة الثانية و تنفخو قراجمي و ذنية و عدة مانسمعش و بالسيف ما نبلع الماكلة كانت تجربة صعبة لضرك نخاف كييوجعوني قراجمي و إلا يضيق على صدري نخاف ، كون نصيب نزربلها و انروح للطبيب قبل متعود في مشكل
4. حدثني على العادات الصحية لكانت عندك ؟
  - و أنا صغير مكانتش عندي عادات ثابتة مي كي كبرت شوي بديت نلعب البالون مع الفريق نتاع الحارة نتاعنا و كنت نلعب مليح حتى كي طلعت للجامعة نظميت للفريق نتاع الجامعة و كنت ثاني ندير كمال الأجسام معنديش بزاف من لحبستها كي مرضت حبستها حتى لزارتار ما زالو عند في الدار .

## مقابلة تصور المريض لحالته

في المقابلة هذه راح نحاولو نديرو تصور عام للحالتك هذه من البداية إلى يومنا هذا و راح نحاولو نركزو على تفكيرك في المقابلة هاذي راح نحكيو على تجربتك مع هذا المرض المبهم ، كفاش ظهرت أول أعراضو و اش فكرت و اش درت انت في ذيك اللحظة بالذات و واشي هي الحاجة لخلاتك تستقر على هذا المرض بعينه و ليس مرض آخر

### المحور الأول: وجهة نظر الحالة حول مرضه

في المقابلة هاذي راح نحكيو على تجربتك مع هذا المرض المبهم ، كفاش ظهرت أول أعراضو و اش فكرت و اش درت انت في ذيك اللحظة بالذات و واشي هي الحاجة لخلاتك تستقر على هذا المرض بعينه و ليس مرض آخر ، وفي البداية :

1. في رأيك واشي هو المرض لراك تعاني منو ؟

- عندي سرطان الرئة

2. و الأطباء لزرتهم وافقوك في هذا الرأي ؟

- في الحقيقة الاطباء لزرتهم قاع ما عرفوش المرض نتاعي كل واحد كفاش يقول ، و كاين منهم حتى لقالى ما كش تعاني من حتى مرض .

3. الآن أحكي لي عندما ظهرت عندك هذه الاعراض كيفاش عشت هذا الموقف ؟ واش حسيت أو واش صرالك وأنت تتعرض له ؟ و كفاش كانت الاستجابة نتاعك في هذيك اللحظة ؟

- بدأت تبان علي الأعراض عندها حوالي عامين ، كي كنت رايح للخدمة كنت نحس أني منيش مليح و كنت نحس وكأن نفسي مقطوع و عندي حاجة في البلعوم سادتلي النفس كنت نتتنفس بصعوبة ، المرة الأولى ما ديتهاش فيها قلت بالاك ضربني البرد و إلا كاش حاجة هكذا و من باعد تزول ، و حاولت نتناساها كلي مكان والو ، لكن من بعد بديت نفكر و بديت نوسوس لأن سخانتي بدأت تزيد و بديت نحس بفشلة ، وزدت خلعت كي قالي الطاكسيور و اش خويا لاباس و جهك راه أصفر ، ثم بديت نفكر آواه هذي ماشي ضربت برد ، هذا **سير** كشمى عندي مرض . و من بعد كي

وصلت للمحطة ، و أنا طالع للمكتب نتاعي قبضتتي الدوخة و بدأ يدي ورجلي ينملو و ياكلو و من بعد عدت ما نيش حاس بيهم خلاص و صدري نحس بيه الطبق على بعضاه وضافت في النفس و من بعد عاد صدري يوجع بزاف كان موقف صعيب ، و من بعد دخت ، وهزوني صحابي للمكتب ، ومصحيتش غير و أنا في المكتب نتاعي و كي صحيت أول شيء تبادر إلى ذهني هو أن الحالة لرانني فيها مهيش ناتجة عن لا قريب كيما كنت نتصور و إنما ناتجة عن مرض خطير و لازم نعرف واشي هو هذا المرض .

4. قتلي أنك مريض بسرطان الرئة واشي هي الحاجة لخلاتك تتمسك بأنك مصاب بهذا المرض ؟

- لأنه الشيء لصرالي في المكتب خلاني نرجع السيناريو نتاع الوالد الله يرحمه و كأني أول مرة نفكر في ذيك الحادثة مع أنني معانات الوالد و وفاته ديما راهي في بالي

- الله يرحمه ، واش صرالو ؟

- توفى الوالد كي كان في عمري 31 سنة و قبلو صديقي لتربيت أنا وياه "عمار" كان في عمرو 29 سنة ، كان نتيجي توفى بسكتة قلبية و الوالد تفي بعد اصابته بسرطان الرئة ، هو مكان لا يدخن لاوالو كيم أنا و كان في صحة جيدة و فجأة بدى يحس بالفشلة و صعوبة في التنفس و الدوخة و كي ديناه لطبيب قالو راه عندك سرطان الرئة و ما طولش ومات ، و بحكم أنا لكبير في العايلة كنت ملازمو طيلت الفترة لكان فيها في المستشفى ، على هذا نشفى مليح واش معناه سرطان الرئة و اشني هي الأعراض نتاعو ، و هذا هو الشيء لخلاني نشك أن المرض لعندي هو سرطان الرئة

- يبدو أن وفات الوالد أثرت عليك كثير ؟

- نعم ، صورة الوالد وهو في هذيك الحالة بين الحياة والموت متفارقش مخيلتي أبدا ، في ذيك اللحظة عرفت واش معناه المرض واش معناه الموت .

- هل في رأيك إصابة الوالد - رحمه الله - بسرطان الرئة و وفاته به يحتم اصابتك بهذا المرض ؟

- هذا وارد قادر يكون سبب المرض وراثي وهذا كان احد الاسباب الرئيسية لخلاتني نشك في سرطان الرئة ، السبب الثاني هو أنني بحثت في الانترنت و لقيت أن نفس الأعراض لعندي ، يصنفها الأطباء ، على أنها أعراض لمرض سرطان الرئة ، و لقيت أن هذا المرض متوارث ، وهذا زاد بث في الرعب .

- هل في رأيك أن الأنترنت كافية لكي نشخص الحالة على أنها سرطان رئة ؟

- لا أنا مبحثش في اي موقع أنا بحثت في مواقع معترف بيها مثل HEALTH

CENTRAL أو MEDICINE ONLINE كيما كاين مواقع عربية مثل SEHA

ONLINE أو طبيب العرب أو طبيب دوت كوم ، وهذه مواقع عربية معترف بيها ، و أنا بحثت في هذه المواقع و مواقع اخرى و تقريبا كلها بينت أن هذه الأعراض هي أعراض سرطان الرئة .

5. قتلي أنك زرت العديد من الأطباء أحكي لي كفاه زرتهم و واش كان ردهم ؟

- إيه بعد ما تعرضت لحالة الإغماء غدو من ذاك رححت لسبيطار و تقلمت عند الطبيب و حكيتلو قاع واش صرالي ، و كنت خايف لا يؤكد لي شكوكي بإصباتي بسرطان الرئة . و لكن تفاجئت عندما تعامل مع الحالة نتاعي بكل برودة بدون أي إهتمام ، وكي شفتو غير مهتم سقسيتو واش دكتور ، طمني واشي هو المرض نتاعي ، قالي الطمن مكانش حاجة خطيرة ، عندك شوي تعب وشوي إرهاق ، و عطاني دوى وروحت .

- و أنت هل اقتنعت فعلا بما قاله الطبيب ؟

- في البداية فرحت كي قالي الطبيب بلي ما عندي والو غير شوي تعب ، لأنني كنت خايف ليعود عندي كاش مرض خطير ، ولكن كي رجعت لدار ، و كلت الدواء لقيت الدواء ما دار والو ما جاب حتى نتيجة و الأعراض بقاو كيما راهم .

- قده قعدت حتى قررت أن هذا الدواء مجاب حتى نتيجة ؟

- كليت دواء يومين ، و شكيت في هذا الدواء منذ البداية لأنني قرئت في النشرة بلي من الآثار الجانبية نتاعو أنو يدير الدوخة و لا يتلاءم مع الناس لعندهم الربو ، و بالفعل ماتلائمش معايا الدواء هذا و من بعد هزيت الدواء و l' ordonnance لعطاهاالي الطبيب و رجعت ليه .
- واش قالك الطبيب كي رجعت ليه بعد يومين ؟
- قالي الدواء لعطيتوك مجرد مقويات وفيتامينات و أنت ما عندك والو يطلب كل هذا القلق و عطاني برية و قالي روح المختص في الأمراض الصدرية .
- و أنت رحت لهذا الأخصائي ؟
- رحت إيه ، عرضت عليه المشكلة نتاعي حكيتلو قاع واش لصرالي و عطيتو l' ordonnance ، قلبني و دارلي راديو و من بعد طلب مني ندير بعض التحاليل و كي سألتو واش المرض لعندي قالي لا ما عندكش حاجة GRAVE تطلب الخوف و زيد كتجيلي النتائج نتاع التحاليل نزيديو نتأكدو مليح .
- 6. هل أشعرك كلام المختص بالطمأنينة و قلل من قلقك ؟
- في الحقيقة المختص كان أفضل من الطبيب الأول نتاع السبب لانه على الأقل دارلي راديو و قلبني مليح ، و هذا خفف شوي من الخوف لكان عندي
- وكي رجعت للمختص بنتائج التحاليل واش قالك ؟
- قالي التحاليل نتاعك صافيا وكلها تتوافق مع les norme و معندك حتى مرض ، وليت قتلو أنا و الدوخة هذي و الضيقة لعندي واشي هو السبب نتاعهم ، قالي لا متقلقش روحك هذو ناتجين على التعب راك تتعب بزاف ، و منكذبش عليك الاجابة هذه عادة تعلقني بزاف ، و من بعد تعلقت على الطبيب شوي وجيت خارج
- و هل كانت لك زيارات لأطباء آخرين ؟
- إيه و من بعد هو زاد وجهني لاختصاصي آخر في الأمراض نتاع الدم لأنه ربما شك في كاش مرض استعصى عليه .
- ماذا كان رد أخصائي امراض الدم ؟

- زاد خييلي أُملي كنت متفائل قلت بلاك هذا يلقي السبب نتاع المرض نتاعي ، و لكن للأسف ، فحصني ، قاسلي LE TENSION ، دار تحاليل الدم والبول عدت مرات ، وأنا كل مرى نطلب منو يزيد يعاود ، حتى قالي خلاص نتائج التحاليل تثبت أنك لاباس عليك
- هل كلام الأطباء كان يشعرك بالاطمأنان ؟
- كلام الطبيب كان يشعرني بالارتياح لأنه كان يمدلي القوه لمواجهة فكرة أُنِي مريض و لكن شعوري بالارتياح ما كانش يدوم بزاف لأنني سرعان ما نرجع نشك في صدق كلام الأطباء و أُنِي فعلا في صحة جيدة .
- لماذا تتراجع وتشك في كلام الأطباء ؟
- أنا كلما نحط راسي على الوسادة وإلا كون جالس وحدي تلقاني ديما نتجادل في نفسي ساعات نقول بلاك راني صح منيش مريض لأنني قداه نطبيب رحنت ليه قالي راك لاباس بيك و معندك حتى مرض ، وزيد التحاليل لدرتها كلها جات مع les norme ، بلاك صح كيما يقولو الأطباء سبب لراني فيه هو الاجهاد و التعب و من بعد أن قول إذا كنت منيش مريض هذه الاعراض لعندي و هذا لوجع و الدوخة لعندي و الماكلة نتاع جسمي و الفشلة لراني فيها كيم اراك تشوف طاس الماء منقدرش نهزو محال يكون سببها الاجهاد ، كيما قادر يكون هناك خطأ في التحاليل و إذا كانت التحاليل أثبتت أُنِي غير مريض علاه الأطباء يطلبوا مني اجراء تحاليل أخرى حتى يتأكدوا لازم يكون كائنة حاجة شاكين فيها و مخبيين علي

### المحور الثاني: الحلقات المفرغة من النوع الأول

- في هذا المحور راح نحاول نكشف على أهم الأفكار لتفكر فيها دائما و كذلك الافكار لي كي تفكر فيها يزيد القلق نتاعك ، و البداية :
1. لو تركز معايا مليح و نحاول تذكرلي أهم الأفكار لتجي في بالك حول هذا المرض و الأوقات لتجي فيها هذه الأفكار ؟

- أنا ديما تلقاني نفكر في الأمراض و الأوبئة لزايدة غير تنتشر و أن لكثير من الامراض اصبح معدي و متوارث و من بعد تلقاني نفكر واشي هذه الحالة لوصلت ليها ، صحتي زايدة غير تدهور و من بعد نقول كون يقدر ربي ونموت و كون نعود مريض صح بسرطان الرئة كيما الوالد ونبقى هكذا نفكر .
  - في بعض الأحيان بيني وبين نفسي نقول لا زم نكون ديما حال عينية و متيقض لكل صغيرة وكبيرة لأنه قادر تزيد الاعراض نتاعي وإلا تبان أعراض اخرى ربما تكون دليل يساعد الأطباء من أنهم يعرفوا واشي هو المرض نتاعي ، كيما قادر ننقض حياتي من الموت وميسرليش كيما بابا لأن الأطباء قالولي كون اكتشف المرض نتاعو في مرحلة مبكرة ميسرلوش واش سرالو ، كيما أن المنطق يقول الوقاية خير من العلاج
  - فكرة أخرى ثاني تجيني في بالي أنني ماعدتش كيما بكري في صحة جيدة و رياضي ضك ولا الجسم نتاعي ضعيف و ما يقاومش الأمراض .
  - كيما تجيني فكرة أنني راح نتعاشي و هذي الفكرة تجيني كي نعود قدام الغاشي و إلا كي نعود راح النوض من السرير الصباح
  - كاين فكرة قالهالي الأخصائي النفساني قالي أن التفكير بزاف في المرض يخليك تمرض بنفس المرض لراك تفكر فيه هذي الفكرة ديما راهي في بالي .
  - و كاين مرة كونت في السرير و نفكر كي العادة كيما كنت نقلك فكرة داخله وحدى خارجة بنبي وريب و فجأة نحس بالسخانة في كرش مش عادية و جات طالعة لصدري وضافت في النفس تقول لفولي راسي في صاشي بلاستيك وطار علي النعاس و ما راحتش من بالي فكرة أنني مريض بسرطان الرئة و أنه ضك يحبسو رأتي و يحبس قلبي و عدت خايف ليحبس التنفس نتاع و نتخفق عدت أنا لندخل لهوى و انا لنخرجو لأن التنفس الطبيعي حسيتو توقف
2. هل بإمكانك أن تصف لي الحالة لتكون عليها بعد ما تجيك هذه الأفكار ؟
3. هل حدث و أن حاولت تقاوم هذه الأفكار ؟



- حاولت في كثير من الاحيان اني نوقف نفسي على التفكير في أعراضي ونح فكرة المرض هذي خلاص و نعيش كي الناس لكن مقدرتش ديما نلقى روعي نفكر في مرضي لأنني ما نقدرش ننسى الضيقة و الوجد لفي صدري .
- 4. لو طلبت منك أن توصف مقدار المعانات لسبتهالك هذه الأفكار واش تقول ؟
- أنا راني عايش حاليا معانات كبيرة لأنني مريض و منيش عارف مرضي واشي هو زرت بلاك أكثر من خمسة أطباء متخصصين بلا فائدة و هذا سبيلي اکتئاب كبير و قلقني بزاف و ثاني لمقلقني عدت ما نرقدش و نبقى غير نفكر واشي هو المرض لعندي ، وهذا أثر علي بزاف
- واش الخدمة راک خدام و إلا خلاص حبست الخدمة ؟
- العمل خلاص عندي حوالي عام من توقفت عليه ، كي ما راک تشوف الحالة الصحية نتاعي متمحليش باه نواصل العمل ، وليت كي نجي النوض نطيح ، حشاك الطوالات ما نجي نروح ليها غير بالسيف ، و كاين نهارات كي نجي نتقلب في السرير على جنبي ما نقدرش جسمي فاشل و نحس كلي عندي حاجة سادتلي القصة الهوائية و زيد عندي مشكلة في النوم ، ما نرقدش كفاه حبييتني نخدم .
- ماذا عن الحياة الأسرية ؟
- أنا كنت عايش لا باس علي خدام نصرف على الأسرة نتاعي و عايش في وئام مع زوجتي متفاهمين ، فرحان بينت الصغيرة ، كانت حياة روعة ، كنت رياضي نمارس الرياضة ، كنت منخرط في الفريق نتاع الحي ، ومن قبل كنت أحد اللاعبين البارزين في الفريق نتاع الجامعة ، لكن المرض هذا قلبني حياتي رأس عن عقب ، لأنني خلاص معدتش قادر ماذا بي نريح روعي **maximum** باه من عييش **LES** **Poumons** ، حشاك حتى المعاشرة نتاع زوجتي عدت نتجنبها .و لزيد عياني الزوجة نتاعي راهي في دار باباها عنده ذك حوالي اسبوع تهاوشنا أنا من لمرضت وأنا ديما أنا وياها في مشاكل المرة لخرة كي شريت لزابراي نتاع الدم والتنفس قاتلي راک ضيع في دراهمك وبدل ما تصرف على دارك راک تبذر في دراهمك على الدواوات والتحالييل والاطباء بلا فائدة .

### المحور الثالث: الحلقات المفرغة من النوع الثاني

في هذا المحور راح نحاولو نتعرفو على أهم السلوكات أو التصرفات لكنت تلجأ ليها باه تخفف أو تخرج من الحالة اللي كنت توقع فيها عندما كانت تسيطر عليك هذيك الأفكار و يزيد القلق نتاعك و مخاوفك من أنك مصاب بمرض ..... و البداية بـ :

1. عندما تسيطر عليك فكرة أنك مريض و أن صحتك مهدد و زاد الخوف نتاعك على صحتك، واشي هو رد فعلك تجاه هذا الموقف ؟

- كنت كي تجيني الضيقة هذيك وتروجلي النفس وتطعلي السخانة نتاعي و بيدي لحمي يزراق ونمل و هذي كانت أغلب الأحيان تقبضني في الليل كنت ديما نوض زوجتي و نقلها شوفيلي سخانتي كانت كل خطرة كفاه تقلي ساعات تقلي سخانتك نورمال ساعات تقلي راك سخون شوي و من بعد نقلها شوفي لحمي راهو زراق كانت تقلي ما هو أزرق ماوالو أشرب شوي ماء ذك تروحلك الضيقة هذيك و رقد على جنبك ليمن و شهد واستغفر تقريبا كل ليلة رانا كيما هاك .
- و كنت نقيس لا طونسو نتاعي و التنفس كل مرة قبل ما نرقد و كنت حتى في الليل النوض و نقيس لا طونسو و التنفس نتاعي وإلا ما نرقدش .
- و كاين نهارات ينقطع التنفس نتاعي خلاص و زيد لوجع في صدري و نحس روحي خلاص راح نموت و جع ما تتصورش ، في الحالة هذه لا زم نروح لطبيب و ديما راني على هذه الحالة و بين زيد لوجع تلقاني عند الطبيب .
- كيما عدت نتجنب بزاف أماكن مثلا الأماكن لفيها بزاف الغاشي لأنها تزيدلي الضيقة كيما لبيس نتاع النقل العمومي ، المارشني لأنني كي نعود في هذه الأماكن نحس روحي راح نتغاشا و النفس تروجلي و تحكمني الضيقة ، كيما عدت نتجنب نبذل أي مجهود لأنني اسمعت واحد الطبيب يقول أن هذو لعندهم الفشل الرأوي وإلا سرطان الرئة و إلا الربو لا زم يريحو الرأتين نتاعهم و مايبذلو حتى مجهود لأن نسبة لكسجين عندهم قليلة

2. كفاه راح يكون الشعور نتاعك إذا اتمنعت من القيام بهذه السلوكات ؟

- متقدرش تتصور مقدار المعانات ، أنا كلما تجيني نوبة الضيقة و لوجع في صدري  
لازم نروح لطبيب كون منروحش لطبيب و يدورولي جهاز التنفس الاصطناعي  
مانعرفش واش قادر يصرالي ، قادر نموت .

3. هل هذه السلوكات تعطلك في كثير من الأحيان على القيام بوظائفك اليومية ؟ نعم عدت  
نحس روجي منيش حر عد نحس روجي مقيد و عدت نحس روجي عالية على الناس ،  
المرض هذا خلاني ديما مربوط بالطبيب لازم نعرض روجي على طبيب و إلا ما  
نريحش ، وعدت ما نقدر ندير والو لأنني ديما خايف كشمي ندير تزيد الحالة نتاعي ،  
عدت نتجنب حتى نعاشر زوجتي وهذا أثر علي بزاف ، وزيد ضيقت مالي في التحاليل  
و الأدوية بدون أي نتيجة و زيد ضيقت خدمتي و كيم اراك تشوف راني بطل .....

الملحق رقم (10): إجابات الحالة الأولى على مقياس التوجه نحو المرض

التعليمة : يتضمن الاستبيان الذي بين يديك مجموعة من العبارات أرجو منك قراءة هذه العبارات كل على حدا والمطلوب منك وضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسبك .

أرجو أن تجيب على كل عبارة ولا تترك عبارة بدون إجابة ، أجب بصدق لأن هذا يخدم البحث العلمي تأكد من أن إجابتك ستبقى موضع سرية.

اسئلة عامة :

الجنس : ذكر  أنثى

السن : .....36.....

الحالة الاجتماعية : أعزب  متزوج  أرمل  مطلق

الأسئلة :

(1) هل تقلق على صحتك ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(2) هل أنت قلق من أن تصاب بمرض خطير في المستقبل؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(3) هل فكرة وجود مرض خطير تخيفك؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(4) إذا كان لديك ألم، هل يمتدك قلق كونه ناجما عن مرض خطير ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(5) إذا استمر الألم لمدة أسبوع أو أكثر، هل تذهب إلى الطبيب ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

6) إذا استمر الألم لمدة أسبوع أو أكثر، هل تعتقد أن لديك مرض خطير؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

7) هل تتجنب العادات الضارة مثل التدخين؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

8) هل تتجنب الأطعمة الغير صحية ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

9) هل تتفحص الجسم للعثور على ما إذا كان هناك شيء خاطئ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

10) هل تعتقد أن لديك مرض عضوي وأن الأطباء لا يشخصون بشكل صحيح؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

11) عندما يخبرك طبيبك أنه ليس لديك أي مرض جسدي ، فهل ترفض أن تصدق ذلك؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

12) قبل أن يخبرك الطبيب بما اكتشفه هل عادة ما تكون قد اكتشفت مرض آخر لديك ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

13) هل تخاف من الأخبار التي تذكرك بالموت (مثل الجنازات، إشعارات النعي) ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

14) هل التفكير في الموت يخيفك ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

15) هل أنت خائف من أن تموت قريبا ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

15 ( A ) ماذا قال لك الطبيب هل أنت مصاب بمرض الآن ؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم

ما هو هذا المرض ؟ .....

15 ( B ) هل غالبا ما كنت تقلق بشأن هذا المرض؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

16 هل أنت خائف من أن يكون لديك سرطان؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

17 هل أنت خائف من أن يكون لديك مرض القلب ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

18 هل أنت خائف من أن يكون لديك مرض خطير آخر؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

ما هو هذا المرض؟.....السرطان.....

19 عندما تقرأ أو تسمع عن مرض ما ، هل تحصل لك أعراض مشابهة لأعراض ذلك المرض ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

20 عندما تلاحظ وجود أحاسيس في جسمك، هل تجد صعوبة في التفكير في شيء آخر؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

21 عندما تشعر بأحاسيس في جسمك هل تقلق بشأن ذلك ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

22 كم مرة زرت الطبيب ؟

أبدا  نادرا جدا  4 مرات في السنة  مرة في الشهر  مرة في الأسبوع

23 كم طبيب في اختصاصات مختلفة زرت في العام الماضي؟

لا يوجد  1  2 أو 3  4 أو 5  6 أو أكثر

(24) كم من العلاجات جربت العام الماضي؟ (على سبيل المثال، الأدوية ، وتغير من الأدوية، والجراحة، الخ )

لا على الإطلاق  مرة واحدة  2 أو 3 مرات  4 أو 5 مرات  6 مرات أو أكثر

إذا كانت الإجابة بنعم ، ما هي العلاجات المتوفرة ؟

.....  
.....

الأسئلة الثلاث المقبلة تتعلق بالأعراض الجسدية (على سبيل المثال، الألم، والأوجاع، والضغط في الجسم، وصعوبات في التنفس، والتعب، وما إلى ذلك).

(25) هل الأعراض الجسدية التي لديك تمنعك من العمل؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(26) هل الأعراض الجسدية التي لديك تمنعك من التركيز على ما تقومون به ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(27) هل الأعراض الجسدية التي لديك تمنعك من التمتع بحياتك ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

الملحق رقم (11) : إجابات الحالة الأولى على مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة

التعليمية :

يتضمن الاستبيان الذي بين يديك مجموعة من العبارات المتعلقة بالأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة أرجو منك قراءة هذه العبارات كل على حدى والمطلوب منك وضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسبك .

الرجاء أيضا أن تجيب على كل عبارة ولا تترك عبارة بدون إجابة ، أجب بصدق لأن هذا يخدم البحث العلمي تأكد من أن اجابتك تبقى موضع سرية

اسئلة عامة :

الجنس : ذكر  أنثى

السن : .....

الحالة الاجتماعية : أعزب  متزوج  أرمل  مطلق

الرقم	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
01	اعتقد أنه من السهل إصابتي بالأمراض			X		
02	اعتقد أن مرضي يزداد حدة يوما بعد يوم					X
03	اعتقد أن الوسط الذي أعيش فيه تكثر فيه الأمراض المعدية					X



X					أؤمن بأن جسمي يلتقط الأمراض بسهولة	04
		X			اعتقد أن حالتي ستتطور لمرض لا شفاء منه	05
	X				اعتقد أن الجراثيم والأوبئة منتشرة حولي	06
X					أؤمن بأن لدي ضعف وهشاشة في بنيتي الجسدية	07
X					اعتقد أن حالتي غامضة ويستعصي على الأطباء شفاؤها	08
		X			اعتقد أن العدوى تكثر في الأماكن العامة والمزدحمة	09
X					أعتقد أن مناعتي ضعيفة فجسمي لا يشفى بسهولة عند المرض	10
			X		اعتقد أن مرضي صعب التعايش معه	11
	X				اعتقد أنني سأمرض بمجرد ملامستي لشخص مريض	12
	X				كثيرا ما أتفقد عمل بعض أعضاء جسمي	13
X					اضن انه لا جدوى ترجى من التحاليل التي أجريها	14
X					أعتقد أن سبب مرض الكثيرين هو المراحيض والحمامات العامة	15

X					أعتقد أن جسمي لا يتحمل الألم	16
		X			اعتقد أن الطبيب الذي يتابع حالتي غير قادر عن شفائها	17
X					أضن أنه من الضروري ارتداء قفازات عند مصافحة الآخرين	18
X					اعتقد أن من هم في مثل سني و جنسي يسهل إصابتهم بالمرض	19
X					اعتقد أنني أعاني من سرطان	20
X					اعتقد أن إصابة أحد أفراد العائلة يزيد من احتمالية إصابتي	21

الملحق رقم (12): المقابلة كما وردت مع الحالة الثانية ( عبد الحكيم )

المقابلة التمهيدية

المحور الأول: تقديم موضوع البحث والحصول على موافقة الحالة

أنا طالب أحضر لنيل شهادة الدكتوراه و قد قرر البحث عن الآثار المترتبة عن الأفكار المرتبطة بالصحة التي تتسلط على الفرد و تخليه يتوهم أنه مريض ، و الأخصائي النفساني لراك التابع عنده قالي أنه بإمكانك أنك تساعدني .

3. كاش ما عندك استفسارات أو أسئلة على البحث هذا لي راني ندير فيه؟

- يسمى بغيت تقلي أنو المشكل نتاعي راه في تفكيري.
- أحنا كلنا عندنا أفكار حول الصحة و المرض هي لتتحكم في سلوكنا الصحي و تقديرنا لخطورة الوضع الصحي لرانا فيه لكن كاين أفكار تخلينا نخاف أكثر على صحتنا ونبالغو في تقدير مدى خطورة الوضع الصحي نتاعنا و في هذا البحث راح نحاولو نتعرفو على هذا النوع من الأفكار و نبينو كفاه تدفعنا هذه الأفكار أننا نهولو الأمر و هو ما يستاهلش كل هذا التهويل

4. تقدر تعاوننا و تطوع باش تشارك في هذا البحث؟

- نعم
- يعطيك الصحة، ضرك نشرحك كيفاش راح نخدمو مع بعض وواش رايح نديرو كي نتلاقو في المرات الجايين.

المحور الثاني: شرح مسار إجراءات البحث

بعد هذه المقابلة رايح نتلاقو عدة مرات، في المرة الأولى نتلاقو باش نديرو deux test الاختبار الأول الهدف منو هو تحديد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة لراهي عندك ، أما الاختبار الثاني فالهدف منه هو التأكد من أنك تعاني فعلا من توهم المرض . وفي المقابلة لبعدها نظرحك أسئلة ونحكيو على التاريخ الصحي الشخصي تاعك (كيفاش كانت التربية الصحية نتاعك، البيئة لي كبرت فيها، أهم الأحداث والخبرات المتعلقة

بالصحية لي فاتت عليك كي كنت صغير... ) باش نقدر و نعرفو كيفاش تطورت أفكارك حول الصحة والمرض عبر مختلف مراحل حياتك، وفي المقابلة الثالثة و الأخيرة نحكيو على المرض لراك تعتقد أنك تعاني منو أو يمكن أن تصاب به : كيفاش ظهر عندك هذا المرض ، واشي هو الشيء لخلاك تعتقد أنو عندك هذا المرض بالذات ، كيف كانت تجيك ذيك النوبات و اشي هي الأفكار لكنت تفكر فيها قبل النوبة و واشي هي الأفكار التي كانت تجيك بعد النوبة الأمور لي تبدلت في حياتك، المشكلات لي خلقها لك، وكيفاه كنت تتعامل معاها...،

فهل عندك وقت باش نتلاقاو في الثلاث مرات هاذو ونديرو المقابلات لي قتلك عليهم؟

- نعم

- إذا سنجري هذه المقابلات هنا في مكتب الأخصائي النفساني .

المحور الثالث: إطلاع الحالة على أخلاقيات استخدام المعلومات التي سيدلي بها

في الأخير نحب نقولك بلي طبيعة العمل تاعنا تقتضي منا باش نلتزمو ب السرية، أي أني نوعدك بلي مانذكرش اسمك أو معلوماتك الشخصية، وحتى المعلومات اللي رايح تقولهملي في المقابلات ندير لهم من بعد ترميز باش واحد مايقدر يتعرف على صاحب هذه المعلومات، ونوعدك ثاني بلي المعلومات لي رايح تقدمهملي مانستخدمهمش إلا في إطار هذا البحث ولأغراض البحث العلمي.

## مقابلة التاريخ الصحي

المحور الأول: البيانات الشخصية .

في المقابلة هادي كيما قتلك المرة لي فاتت راح نطرح عليك أسئلة ونحكيو على التاريخ الصحي نتاعك، وقبل ما نبدأو نحب نسجلو برك بعض المعلومات العامة:

الاسم: عبد الحكيم

السن: 40

الجنس: ذكر

المستوى الدراسي: سنة أولى ثانوي

المهنة الحالية: عامل يومي

الحالة الاجتماعية: متزوج

عدد الأولاد: 4

عدد الإخوة والأخوات: 9

الترتيب بين أخوة والأخوات: 1

المحور الثاني: التربية الصحية التي تلقاها الحالة .

ضرك نبدأو نحكيو على أمور متعلقة بالتربية الصحية نتاعك ، وفي البداية:

7. نحبك توصلي البيئة العامة لي تربيت فيها؟

- أنا عشت في أسرة في الدوار و راك تعرف لمعيشة نتاع الدوار كفاش ، كي كنا صغار كنا نخرجو نلعبو في لحصايد و الجبال و نصرحو مكان عدنا حتى خوف كيما راه ضك لكن عشنى في فقر وبؤس و تهميش ، لا مأكلة مليحة لا لبس مليح حالة لعائش مطايش و كي كنا نمرضو مكان لطبيب لا والو كانت الناس جهال لاسعلنا يديرولنا الزعتر و لوجعاتنا كرشونا يعطيونا الحلبة ، كنا الدواء نتاعنا غير بالأعشاب ، على هذا لراك تشوف الجيل

لعاش في الفترة هذيك أكل راهي عاني ضك من الأمراض هذا سرطان هذا  
سكر هذا ضغط الدم الناس اكل راهي تعاني

8. كيفاش كان الأسلوب أو الطريقة لي رباوك بيها والديك؟

- كيما قتلك مكانش ذاك لاهتمام بالصحة البايين ، تلقى الوالد و الله ما علابالو  
بيك خلاص لراك في الدار وإلا راك البرى و إلا كليت و إلا مكليتش لكان  
كثر يقلهم وراه فلان يقلولو خرج يلعب معادش يحوس عليك لغدو ، مكانش  
ذاك الاهتمام نتاع ينصحوك كول مليح و إلا البس مليح و إلا دير هذي  
تنفك و مديرش هذيك ضرك لا مكانش .

- إذا في رأيك أنه يجب على الأولياء العناية بأولادهم و عدم إهمالهم ؟

- إيه لازم هذا حقهم ، و خاصة الجانب الصحي لازم منتلاعبوش فيه خلاص  
، كيما راك تشوف التهاون نتاعنا هو لخلانا نوصلو لهذه المواصيل يعودو  
الأطباء حايرين في مرضك

9. كيفاش كان يتعامل معاك والديك كي كنت تمرض ؟

- الوالد كان ما علابالوش بينا خلاص ، مريض و إلا ماكش مريض  
معالبالوش هذا مش معناه أنو كان ميشتيني لا بالعكس كان يشتيني ياسر  
لاني كنت قافز في خاوتي و زيد أنا هو لكبير نتاعو و كنت نشابهلو بزاف  
ورثت منو كلش ( الله يرحمو ) لكن لعجوز كانت تخاف علي بالزاف كي  
كنت نمرض كانت تسهر و تتعب معايا ياسر لضررك مزال راهي تعباننا  
معايا

10. هل معاملتهم كانت تختلف إذا كان المريض أحد إخوتك ؟

- لا كانوا يتعاملو معانا نفس المعاملة .

11. واش رأيك في طريقة تعاملهم معاك ؟

- كان فيه تقصير لكن ماشي منهم هما المشكلة في الظروف كانت ما تسمحش  
كيما قتلك من قبيل كان الفقر و الجهل الله غالب .

12. في رأيك و ين تلمس تأثير والديك في ثقافتك الصحية ؟

- أنا عكس الوالد الله يرحمو فيما يخص الأمور هذه نتاع الصحة لانها تشغيني ياسر ، أنا ضك كون نشوف واحد من ولادي غير طلعتلو السخانة و إلا بدى بيان عليه المرض نديه لطبيب مباشرة ما ستتلوش خلاص لان الصحة مفيهاش لعب .

### المحور الثالث : التاريخ الصحي للحالة

ضرك نبدأو نحكيو على أمور متعلقة بتاريخك الصحي يعني المواقف الصحية لمريت بيها وتشوف أنها كان عندها أثر عليك ، في البداية :

4. حدثني على تجاربك مع المرض اللي مريت بها و انت صغير ؟
- مكانش عند مرض باين كي كنت صغير لكن كي بديت تكبر شوي قول جوايه 25 سنة في عمري و مع الخدمة نتاع البني و التعب ، بديت نعي و الإنسان طبيب نفسو يكذب عليك مكانش ليعرفك كيما تعرف نفسك .
5. واشي هي التجربة لخلات آثارها في نفسك ؟
- فاتت علي واحد الفترة عدت كي نجي النوض تقبضني واحد الدوخة نعاود نرجع نقعد ، ما فهمتش في ذاك الوقت لعندي لاطونسيو و إلا سكر لكن كانت مزهيتنا الدنيا نجرىو عقابها ما رححت لطبيب ما والو كون جا الواحد واقف مع صحتو من لول ما يوصلش للحالة لراه فيها .
6. حدثني على العادات الصحية لكنت عندك ؟
- ما عنديش عادات ثابتة لكن بديت الدخان و أنا في عمري 15 سنة و حبستو و أنا في عمري 30 سنة ، لأنني شكيت فيه هو لسبيلي هذيك الدوخة

### مقابلة تصور المريض لحالته

في المقابلة هذه راح نحاولو نديرو تصور عام للحالة لراك فيها الآن من البداية إلى يومنا هذا و راح نحاولو نركزو على تفكيرك في المقابلة هاذي راح نحكيو على تجربتك مع هذا المرض المبهم ، كفاش ظهرت أول أعراضو و اش فكرت و اش درت انت في ذيك اللحظة بالذات و واشي هي الحاجة لخلاتك تستقر على هذا المرض بعينه و ليس مرض آخر .  
المحور الأول: و جهة نظر الحالة حول مرضه .

في المقابلة هاذي راح نحكيو على تجربتك مع هذا المرض المبهم ، كفاش ظهرت أول أعراضو و اش فكرت و اش درت انت في ذيك اللحظة بالذات و واشي هي الحاجة لخلاتك تستقر على هذا المرض بعينه و ليس مرض آخر ، وفي البداية :

7. في رأيك واشي هو المرض لراك تعاني منو ؟

- الأعراض لعندي مداخلا مهيش واضحة ماشي قال كرشك توجع فيك و منفوخة قال عندك لقاز كول الدواء الفلاني ذك تريح لا أنا ضك ساعات نحس هنا ( و أشار للحلق) ناشف و تقول فيه الشوك تعيا تبلع الريق نتاعك مكانش ، الشوارب بيض و مبضعين جفاف نشرب الماء كلي ماشربتش ، و كاين مرات يقبضني البرد تقول راه يصب الثلج و من بعد تتحول سخانة و تقبضني من رجلي و تجي طالعة نحسها كالموجة و الدوخة ثاني نجي نوض نطيح ، و ساعات تجيني ضبابية على عيني ما نشوف والو ، أنا شكيت عندي السكر .

8. و الأطباء لزرتهم وافقوك في هذا الرأي ؟

- الطب مبقاش كيما بكري ، الناس زائدة تتقدم و أحنى زايدين غير نتأخرو ، أنا نقلك الحق معادش عندي ثقة في الطب هذا خلاص لان سراتلي و احد الحادثة مع الطبيب لكنت نتبع عندو من ذاك قالي عندك لقواطر و عطاني واحد الدواء قالي كولو كل يوم حبة و كل شهر دير



التحالييل وجيبهملي نشوفهم باه نشوف يا زيدلك في الدواء و إلا نقصالك ،  
كنت كل شهر ندير التحالييل ونجيبهملو يشوفهم تبعت معاه حوالي 4  
أشهر و هو يمرمد في و من بعد سألتو كفاه نقص و إلا نزيد قالي كول  
بارك بالحنة و إلا بالنص كيف كيف يسمى نلعبو حنا من ثم معدتش نثيق  
في الطبعة هذو و من بكري معنديش فيهم ثيقة و زاد أكدلي الطبيب هذا .

- لكن ما جوبتنيش على سؤالي هل الأطباء لزرتهم أجمعوا على أنك  
مريض بالسكري و إلا لا ؟

- لا أنا ما فهمتش الطب هذو كل واحد كفاه راهو يقول و كل واحد تبالو  
الطب عندو حبس و هذا لمحيرني نورمالمو كي تروح لطبيب لول و قللك  
راك مريض بالسكر الطبيب الثاني يوافقو يقللك ثاني راك مريض بالسكر  
ماشى يجيبلك مرض واحد آخر خلاص ، هما ما أكدولي راني مريض  
بالسكر ما قالولي راك مريض بالمرض الفولاني خلاوني في دوامة  
و خلاص

9. الآن أحكي لي عندما ظهرت عندك هذه الأعراض كيفاش عشت هذا  
الموقف ؟ واش حسيت أو واش صرالك وأنت تتعرض له ؟ و كيفاش  
كانت الاستجابة نتاعك في هذيك اللحظة ؟

- الأعراض هذه بدأت عندي في الشتاء العام لفات كنت متمدد في السرير  
كي العادة نخمم كانت عندي شوي مشاكل في الدار لأنو خاوتي  
حاوزوني من الدار بعد ما توفى بابا الله يرحمو و ذك راني كاري و  
لغاضتني أني أنا لكبرتهم لأنو كان الوالد شوي قاصر و مع الكبر المهم  
راك عارف ، لا علينا ، نرجعو لحكايتنا قتلك كنت متمدد و نفكر حتى  
نحس في قلبي يخبط تقول راح يخرج من بلاصتو و طلعت معايا موجة  
نتاع سخانة و حسيت قرزي ( الحلق ) ناشف و مشوك و الريق مكانش  
خلاص تجي تبلع متلقى ماتبلع و لخلعتني ياسر كي نزلت ذيك لغشاوة

على عينية و عدت منشوفش ثم جيت نايش قبضتني واحد الدوخة لقيت روعي في الأرض زدت جاي باه النوض مقدرتش بقيت غير نعيط حتى جات المرأة لقاتني في ذيك الحالة نوضتني رجعتني للسريير ، قلناها راني عطشان ، عطاتي شربت مي كان موقف صعيب ياسر جامي من قبل حسيت كيما هاك .

10. قتلي أنك مريض بمرض السكري واشي هي الحاجة لخلاتك تتمسك بأنك مصاب بهذا المرض ؟

- من لكنت صغير كيما قتلك و كانت تجيني الحالة هذيك كي نجي النوض تجيني الدوخة من ثم تكونت عندي ذيك الفكرة لأنو كان يخدم معايا واحد هو شوي كبير كان مريض بالسكر كان يقلي قبل ما يعرف بلي راه مريض بالسكر كانت تجيه نفس الدوخة من ثم كانت عندي الفكرة هذي لكن باش نروح لطبيب نكشف على روعي مرحتش ، تهاونت ، وكان بابا الله يرحمو هو ثاني مريض بالسكر عان منو بالزاف و هو لكان سبب وفاتو ، كنت جالس أنا وياه الله يرحمو كان ديما يحب يجلس معايا كنا جالسين حتى قالي راني حاس بدوخة وراسي راه يدور علي شوي هكذا و يطيح قدامي هزيتو جريت بيه إديناه لسبيطار قعد في الكومة ليلة وغدو من ذاك قالونا راه مات السبب نتاعو أنو زود لا دوز نتاع لانسولين ، و أنا راني شاك راح تصرالي كيما الوالد الله يرحمو ، لأن الأعراض لكنت نشوفها عند الوالد نفسها و زيد نعرف ناس بزاف مرضى بالسكر نسألهم و نلاحظهم نلقى عندهم أعراض تشابه للأعراض نتاعي و زيد الطبيب لي نروح ليه يقلي دير التحاليل نتاع السكر واش يدل هذا .

11. قتلي أنك زرت العديد من الأطباء أحكي لي كفاه زرتهم و واش كان ردهم ؟

- انا ملي عشت ذيك الحالة و شفت الموت بين عينية الليلة هذيك طار علي  
النعاس و قاعد نخم و اشي هي هذه الحالة لصابتني لأنها جامي  
صراتلي و جاء في بالي السكر ديراكت لأنني كي قارنت الأعراض  
نتاعي و انتاع الوالد لقيتهم يتشابهو ثم زدت خلع و كي نضت الصباح  
لقيت روعي فابل خلاص بسيف ما نتحرك هزيت روعي هزان و رحت  
لطبيب و كي لحقت عند الطبيب ما نكذبش عليك كنت خايف ليزيد أكدلي  
بلي راني مريض بالسكر و إلا يقلي راه عندك كاش مرض و احد آخر ،  
و كي دخلت عندو قاسلي لطونسيو قالي واش كليت واش راك تخدم و  
من بعد سفساني هكذا شوي أسئلة و من بعد قالي الحالة نتاعك مهيش  
واضحة مليح راح نمذلك بعض التحاليل الديرهم باه هكذا نقدر و نتأكدو ،  
ثم أنا دخلني الشك و اش معناه كي قولك الطبيب لازملك الدير تحاليل و  
باه نعرفو مرضك يسمى راك في حالة خطيرة ، و من بعد ديت الورقة  
لعطاهالي الطبيب و رحت لوين يديرو التحاليل ثم لقيت الفرملية قاتلي ما  
تقدرش الدير اليوم لا زملك تجي صايم غدو و لبت روت للدار لحقت  
مديقتي خلاص لا قاتني المرأة قاتلي ها واش قالك الطبيب قتلها  
عطاني باه ندير تحاليل و لا واقلا الحالة راهي متعجبش ، و بعد ثلاث  
أيام خرجت التحاليل ديتهما للطبيب أول ماشافها قالي السكر نتاعك هابط  
شوي على لنورم ، أنا ثم تصدمت و لبت سؤلتو كفاه عندي السكر و إلا  
ماعنديش و بدى يشرحلي و السكر و يهبط كي تعود قلقان ..... و أنا  
مكنتش حاط معاه خلاص أنا كنت ن فكر بلاك راه معرفش يقراه و إلا  
محبش يصدمني و إلا في المخبر نتاع التحاليل كشما صرات غلطة ثم  
بديت ن فكر بجديّة واش راح يصري فيا و في عايلتي لو صح أني  
مصاب بالسكري ، من بعد عطاني وردوننس ديتهما وجيت خارج و  
روحت لدار وكليت الدوى لكتبولي ، لكن ما قنعنيش كلامو عاودت  
الديت الدوى لكتبولي الطبيب و رحت طبيب واحد آخر قالي عليه واحد

نعرفو هو ثاني مريض بالسكر و داوي عندو ، ذك و لاو المرضى بالسكر أكل صحابي ، كي رحى ليه ثاني مجاب حتى نتيجة و من بعد و لىت رحى لاختصاص فى السكرى قالى عندك لقواطر و خطرات عندك السكر مافهمتش أنا الحالة نتاعى هذه واش و زائدة غير تزيد و عدت نلقى ياسر على هذا لنصحنى نسيبى قالى أنت عود تبع عند طبيب نفسانى على الأقل تنقص من القلق نتاعك و هاك تعالج حتى ربي يجيب ساعة الشفاء .

12. هل تفكر فى هذا المرض دائما و إلا كاي فترات معينة يزيد فيها

التفكير فيها فى هذا المرض ؟

- أنا من نهار لصرالى الموقف هذاك و أنا نخم فى هذا المشكل و لزداد على أنو الطببة ماشى عارفين السبب نتاع المرض هذا و الصحة كيما تعرف مكانش قد الصحة فى الدنيا هذه.

المحور الثانى: الحلقات المفرغة من النوع الأول

فى هذا المحور راح نحاول نكشف على أهم الأفكار لتفكر فيها دائما و كذلك الأفكار لى كى تفكر فيها يزيد القلق نتاعك ، و البداية :

5. لو تركز معايا مليح و تحاول تذكرلى أهم الأفكار لتجى فى بالك حول هذا المرض و الأوقات لتجى فيها هذه الأفكار ؟

- أنا نفكر بزاف فى هذا المرض كى نعود وحدي و إلا كى نعود فى الفراش راح نرقد و هى عندك حق أنا لاحظتها كلما نفكر فى هذا المرض تقبضنى الضيقة هذيك و تجينى الدوخة و السخانة على هذيك عدت منحبش نريح وحدي نحاول ديما نريح مع المرأة و مع الولاد لأنى كى نعود وحدي تجينى هذيك الأفكار مثلا و اشى هذه الحالة لرانى فيها و لويكتاه و أنا هكذا ، لازم نلق حل للمشكل هذا ، و من بعد نفكر فى والادى و عايلتى لازمهم باه يقرأو لازمهم يعيشو و زيد

لكرا نتاع الدار يسمى لا زم فيها خدمة و أنا مع المصيبة هذه لا حولة ولاقوة و هذا الشئ لمقلقني و مخليني نجري وباه نلقى حل للمشكلة هذا .

6. هل بإمكانك أن تصف لي الحالة لتكون عليها بعد ما تجيك هذه الأفكار ؟  
 كيما قتلك قبيل مكنتش داير بالي لهذه الأفكار هذا وين نبهتني ليها أنت ، صح أنا كي نفكر في هذا المرض و نكثر و أنا نفكر فيه نتغم و تطلع معايا الرعشة هذيك و يعود قرزية ( الحلق ) مشوك و نصفار و نفشل ، على هذي لعدت نحب ديما نريح مع واحد من العايلة

7. راك جاوبتني ضمنيا على السؤال الثالث في هذا المحور من خلال إجابتك على السؤال الثاني ، فأنت تقاوم هذه الأفكار بتجنب الجلوس بمفردك و محاولة الجلوس دائما مع أحد أفراد العائلة .

8. لو طلبت منك أن توصف مقدار المعانات لسبتهالك هذه الأفكار واش تقول ؟  
 - من قبضني المرض هذا تبدلت ياسر أنا كنت نشتي الناس و نتعامل معاهم لكن ضك عدت نخاف كون نصيب ما نخرجش من الدار في بعض الأحيان نروح للخدمة و خايف لا لواحد يهبطلو السكر و إلا كاش حاجة و أنت وحدك لا والي لا دلال على الأقل في الدار كاين لهزك و يجري بيك و زيد ثاني في خدمتنا راك علابالك بخدمة البني كلش في العلا كون يقبضك السكر و طيح من فوق دالة تتكسر و إلا تتجرح و إلا يسراك كاش حاجة و زيد ثاني ذاك النهار تفرجت واحد الحصاة تتكلم على مرض السكر قالك لمرضى بالسكر كي يتكسروا ما يبرأوش و كي يتجرحوا ما يرتاحوش ويخمجهم الجرح و وليهم كونسار .

### المحور الثالث: الحلقات المفرغة من النوع الثاني

في هذا المحور راح نحاولو نتعرفو على أهم السلوكات أو التصرفات لكنت تلجأ ليها باه تخفف أو تخرج من الحالة اللي كنت توقع فيها عندما كانت تسيطر عليك هذيك الأفكار و يزيد القلق نتاعك و مخاوفك من أنك مصاب بمرض السكري .و البداية بـ

:

4. عندما تسيطر عليك فكرة أنك مريض و أن صحتك مهدد و يزيد الخوف نتاعك

على صحتك ، واشي هو رد فعلك تجاه هذا الموقف ؟

- كيما قتلك أنا نفكر بزاف في هذا المرض خاصة كي نعود حاط راسي على لوسادة و طيرلي النعاس و تطلعلي سخانتي ، السمانة لي فاتت جبت ثلاث أيام ما رقتش غير نغفل شوي تجيبي الفطنة و نوض مرعوب لأنني خايف لنعود نرقد ما نوضش غدو الصباح و يلقاوني ميت لاني سمعت جارتنا قالت لزوجتي بلي راجلها كان هو ثاني مريض بالسكر رقد نورمال غدو لقاوه جثة ميت و هذه الفكرة محبتش تروح من راسي خلاص و كنت كل مرة نوض لمرأة نسقيها و إلا تجيبي الماء نشرب .

و كايين مرة كنت نتفرج في واحد القنات ديما تجيب حصص على الأمراض و تجيب طبة و مختصين يحكيو و أنا ديما نحب نتفرج الحصص هذه لأنها تثقفك و توعيك لحوايج بزاف تكون غافل عليها و في حصة من الحصص تكلموا على السكر و بدا يتكلم الطبيب على السكر و كلامه خلعني و منكذبش عليك في ليمات لخرة هذي و ليت نقلق شوي كي نتفرج هذو الحصص و خاصة كي كونو يتكلمو على السكر ، المهم قلقت من لكلام نتاع الطبيب و سكرت التلفزيون وجيت خارج و بقيت شافي على الكلمة لخرة لقالها الطبيب قال أن مرضى السكري نلقاهم حشاك يتبولو بزاف و سي فري هذي لا حظتها من بعد عندي ، لأنني بديت نحسب في عدد المراة لندخل فيهم حشاك للطوالات من نوض الصباح حتى نرقد في الليل و كل مرة كفاش نلقاها لكن أكل فوق العشرة و حتى اللون والريحة نتاعو بنتلي متغيرة شوي ماشي عادية و من بعد دخلني الشك و ليت رحيت عليها للطبيب و السمانة لفاتت بارك درت عليها تحاليل قالي بلاك يكون عندك كاش ميكروب .

5. نستنتج من كلامك أنك في حالة ما تسيطر عليك فكرة المرض فإنك تواجهها

بتجنب الجلوس منفردا و إلا من خلال الشكوى لزوجتك كنوع من التفريغ أو

مراقبة هذه الأعراض و تبليغ الأطباء عليها لمنع تفاقمها ، لو منعت من أداء

هذه السلوكات بشكل أو بآخر و لنقل أنك منعت من زيارة الطبيب مثلا ؟

- ما نقدرش ما نروحش لطبيب أنا كي نشوف حاجة ماشي نورمال عندي منقدرش نسكت عليها لأنو قادر حاجة بسيطة تستهونها هي لتقرها فيك لا زم ديما مفتوح عينيك عشرة على عشرة لأنو الصحة ممعاهاش اللعب و لي خطاتو صحتو يموت خير .

6. هل هذه السلوكات تعطلك في كثير من الأحيان على القيام بوظائفك اليومية ؟

- أكيد كيما قتلك قبل المرض هذا فزد علي حوايج ياسر منها خدمتي الباب لنجيب منو قوتي وقوت ولادي لأنني مبقيتش كيما بكري نصدم و خلاص وين تكون اللقمة نجيبها ضك المرض هذا طيطني فراش ، و فنالي صحتي و جيبي كليوم طبيب و تحاليل ، و لكن لازم منقدرش نفرط في صحتي و حتى لولاد تأثرو في نفسيتهم عدت نشوفهم هكذا كلي خايفين و إلا شافقين و خاصة كي يشوفوني في هذيك الحالة كي نطيح و تقبضني ذيك الخنقة و نفسل خلاص و يعودو غير يتباكاو و يدورو علي ، معانات نتاع الصح .

**الملحق رقم (13): إجابات الحالة الثانية على مقياس التوجه نحو المرض**

**التعليمة :** يتضمن الاستبيان الذي بين يديك مجموعة من العبارات أرجو منك قراءة هذه العبارات كل على حدا والمطلوب منك وضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسبك .

أرجو أن تجيب على كل عبارة ولا تترك عبارة بدون إجابة ، أجب بصدق لأن هذا يخدم البحث العلمي تأكد من أن إجابتك ستبقى موضع سرية.

**اسئلة عامة :**

الجنس : ذكر  أنثى

السن : .....41.....

الحالة الاجتماعية : أعزب  متزوج  أرمل  مطلق

**الأسئلة :**

**(1) هل تقلق على صحتك ؟**

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

**(2) هل أنت قلق من أن تصاب بمرض خطير في المستقبل؟**

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

**(3) هل فكرة وجود مرض خطير تخيفك؟**

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

**(4) إذا كان لديك ألم، هل ينتابك قلق كونه ناجما عن مرض خطير ؟**

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا



(5) إذا استمر الألم لمدة أسبوع أو أكثر، هل تذهب إلى الطبيب ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(6) إذا استمر الألم لمدة أسبوع أو أكثر، هل تعتقد أن لديك مرض خطير؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(7) هل تتجنب العادات الضارة مثل التدخين؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(8) هل تتجنب الأطعمة الغير صحية ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(9) هل تتفحص الجسم للعثور على ما إذا كان هناك شيء خاطئ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(10) هل تعتقد أن لديك مرض عضوي وأن الأطباء لا يشخصون بشكل صحيح؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(11) عندما يخبرك طبيبك أنه ليس لديك أي مرض جسدي ، فهل ترفض أن تصدق ذلك؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(12) قبل أن يخبرك الطبيب بما اكتشفه هل عادة ما تكون قد اكتشفت مرض آخر لديك ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(13) هل تخاف من الأخبار التي تذكرك بالموت (مثل الجنازات، إشعارات النعي) ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(14) هل التفكير في الموت يخيفك ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

(15) هل أنت خائف من أن تموت قريبا ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

15 ( A ) ماذا قال لك الطبيب هل أنت مصاب بمرض الآن ؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم

ما هو هذا المرض ؟ .....

15 ( B ) هل غالبا ما كنت تقلق بشأن هذا المرض؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

16 هل أنت خائف من أن يكون لديك سرطان؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

17 هل أنت خائف من أن يكون لديك مرض القلب ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

18 هل أنت خائف من أن يكون لديك مرض خطير آخر؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

ما هو هذا المرض؟.....السكري.....

19 عندما تقرأ أو تسمع عن مرض ما ، هل تحصل لك أعراض مشابهة لأعراض ذلك المرض ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

20 عندما تلاحظ وجود أحاسيس في جسمك، هل تجد صعوبة في التفكير في شيء آخر؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

21 عندما تشعر بأحاسيس في جسمك هل تقلق بشأن ذلك ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

22 كم مرة زرت الطبيب ؟

أبدا  نادرا جدا  4 مرات في السنة  مرة في الشهر  مرة في الأسبوع

23 كم طبيب في اختصاصات مختلفة زرت في العام الماضي؟

لا يوجد  1  2 أو 3  4 أو 5  6 أو أكثر

24) كم من العلاجات جربت العام الماضي؟ (على سبيل المثال، الأدوية ، وتغير من الأدوية، والجراحة، الخ )

لا  على الإطلاق  مرة واحدة  2 أو 3 مرات  أو 5 مرات  6 مرات أو أكثر

إذا كانت الإجابة بنعم ، ما هي العلاجات المتوفرة ؟

.....  
.....

الأسئلة الثلاث المقبلة تتعلق بالأعراض الجسدية (على سبيل المثال، الألم، والأوجاع، والضغط في الجسم، وصعوبات في التنفس، والتعب، وما إلى ذلك).

25) هل الأعراض الجسدية التي لديك تمنعك من العمل؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

26) هل الأعراض الجسدية التي لديك تمنعك من التركيز على ما تقوم به ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

27) هل الأعراض الجسدية التي لديك تمنعك من التمتع بحياتك ؟

لا  نادرا  أحيانا  في كثير من الأحيان  كثيرا

الملحق رقم (14) : إجابات الحالة الثانية على مقياس الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة

التعليمة :

يتضمن الاستبيان الذي بين يديك مجموعة من العبارات المتعلقة بالأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالصحة

أرجو منك قراءة هذه العبارات كل على حدى والمطلوب منك وضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسبك .

الرجاء أيضا أن تجيب على كل عبارة ولا تترك عبارة بدون إجابة ، أجب بصدق لأن هذا يخدم البحث العلمي تأكد من أن اجابتك تبقى موضع سرية

اسئلة عامة :

الجنس : ذكر  أنثى

السن : .....41.....

الحالة الاجتماعية : أعزب  متزوج  أرمل  مطلق

الرقم	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
01	اعتقد أنه من السهل إصابتي بالأمراض				X	
02	اعتقد أن مرضي يزداد حدة يوما بعد يوم					X
03	اعتقد أن الوسط الذي أعيش فيه تكثر فيه الأمراض المعدية			X		

	X				أؤمن بأن جسمي يلتقط الأمراض بسهولة	04
	X				اعتقد أن حالتي ستتطور لمرض لا شفاء منه	05
	X				اعتقد أن الجراثيم والأوبئة منتشرة حولي	06
X					أؤمن بأن لدي ضعف وهشاشة في بنيتي الجسدية	07
X					اعتقد أن حالتي غامضة ويستعصى على الأطباء شفاؤها	08
	X				اعتقد أن العدوى تكثر في الأماكن العامة والمزدحمة	09
X					أعتقد أن مناعتي ضعيفة فجسمي لا يشفى بسهولة عند المرض	10
			X		اعتقد أن مرضي صعب التعايش معه	11
X					اعتقد أنني سأمرض بمجرد ملامستي لشخص مريض	12
	X				كثيرا ما أتفقد عمل بعض أعضاء جسمي	13
X					اضن انه لا جدوى ترجى من التحاليل التي أجريها	14
	X				أعتقد أن سبب مرض الكثيرين هو المراحيض والحمامات العامة	15

	X				أعتقد أن جسمي لا يتحمل الألم	16
X					اعتقد أن الطبيب الذي يتابع حالتي غير قادر عن شفائها	17
		X			أضن أنه من الضروري ارتداء قفازات عند مصافحة الآخرين	18
X					اعتقد أن من هم في مثل سني و جنسي يسهل أصابتهم بالمرض	19
			X		اعتقد أنني أعاني من سرطان	20
X					اعتقد أن إصابة أحد أفراد العائلة يزيد من احتمالية إصابتي	21

الملحق رقم ( 15 ) : وثيقة تقديم تسهيلات

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEURE  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE  
جامعة محمد خيضر - بسكرة  
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية  
قسم العلوم الاجتماعية  
الرقم : 43 / ن.ق.ع.ا.ب.ت.ب.ع / 2017

Universite Mohamed Khider - Biskra  
Faculte des sciences humaines & sociales  
Département des sciences sociales



إلى السيد المحترم : مدير الصحة الجوارية مقرّة - مسيلة.

### الموضوع : تقديم تسهيلات

في إطار التعاون بين جامعة بسكرة و نظيراتها الأخرى وكذا بينها وبين المؤسسات الإقتصادية والإجتماعية الوطنية، فإننا نرجو من سيادتكم الفاضلة، خدمة للبحث العلمي تقديم التسهيلات الممكنة للطالبة : قندول نبيل  
من خلال تمكينها من الإستفادة من المرافق والبيانات المتوفرة لديكم، قصد إنجاز أطروحة دكتوراه ل.م.د.

في شعبة : علم النفس تخصص : علم النفس المرضي للراشد

الموسومة: أثار الأفكار اللاعقلانية في ظهور الاضطراب الجسدي الشكل .

رقم تسجيل الطالبة / 04/PG/D/LMD/PSY/14

تقبلوا منا فائق التقدير و الاحترام

بسكرة في: 2017/03/12

رئيس قسم العلوم الاجتماعية

  
د/العماري الطيب

ملاحظة: نسخة لإستخدامها/ فيما يسمح به القانون

الملحق رقم ( 16 ) : وثيقة تقديم تسهيلات

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEURE  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

جامعة محمد خيضر- بسكرة  
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية  
قسم العلوم الاجتماعية  
الرقم : 43 / ن.ق.ع. ا.ب.ت. ب.ع / 2017

Universite Mohamed Khider - Biskra  
Faculte des sciences humaines & sociales  
Département des sciences sociales



إلى السيد المحترم : مدير المصلحة الاستشفائية - مسيلة.

**الموضوع : تقديم تسهيلات**

في إطار التعاون بين جامعة بسكرة و نظيراتها الأخرى وكذا بينها وبين المؤسسات الإقتصادية والإجتماعية الوطنية، فإننا نرجو من سيادتكم الفاضلة، خدمة للبحث العلمي تقديم التسهيلات الممكنة للطالبة : قندول نبيل  
من خلال تمكينها من الاستفادة من المرافق والبيانات المتوفرة لديكم، قصد إنجاز أطروحة دكتوراه ل.م.د.  
في شعبة: علم النفس تخصص : علم النفس المرضي للراشد  
الموسومة: أثار الأفكار اللاعقلانية في ظهور الاضطراب الجسدي الشكل .

رقم تسجيل الطالبة /04/PG/D/LMD/PSY/14

تقبلوا منا فائق التقدير و الاحترام

بسكرة في: 2017/03/12

رئيس قسم العلوم الاجتماعية

  
د/العماري الطيب



ملاحظة: نسخة لإستخدامها/ فيما يسمح به القانون



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ