الحزن المرضي و علاقته ببعض المتغيرات (دراسة ميدانية) لمدينة بغداد أنموذجاً

د. هيثم احمد الزبيدي
استاذ مساعد
جامعة ديالى - كليةالتربية

مستخلص :

تعددت وجهات النظر النفسية في الحزن المرضي ، فمنهم من عده احساساً مؤلماً ناجماً عن فقدان شخص عزيز ، فيما يرى آخرون انه يشكل عنصراً او عاملاً مهماً في ديناميكية الاضطرابات النفسية ، وذهب آخرون الى ان الحزن هو السبب في الانطواء وفقدان النشاط للعمل وفقدان التكيف في تكوين العلاقات الاجتماعية ، واعتقد آخرون ان الحزن مرتبط بتجارب الطفولة التي تتصف بالحرمان والخسارة وفقدان من يحب ، ولكن وجهة نظر اخرى ترى في الحزن ظاهرة طبيعية ، تمثل دوراً حياتياً لابد ان يمر به الانسان . ومع ان كثيراً منهم يرى ان الحزن يمكن ان يكون سبباً رئيساً في الاصابة بعدد من الاضطرابات النفسية ولا سيما التحول الهستيري .والاكتئاب والشعور بالذنب ، مما يمكن ان يؤثر في الصحة النفسية واضطرابات جسمية أخرى مصاحبة له كأرتفاع ضغط الدم وخفقان القلب ، وسكر الدم العالي ، وغيرها .

ومع ان علماء النفس المعرفي يرون ان الحزن ناجم عن استمرار الانسان في تفسيراته السلبية للخبرة اعتماداً على البنى المعرفية السلبية لديه ، فهو يرى العالم والمستقبل من رؤية سلبية.وأما وجهة نظر علماء النفس السلوكين فهم يرون ان للتعزيز دوراً مهماً في حدوث الحزن، اذ يحدث الانطفاء (الحزن) نتيجة فقدان شخص عزيز للفرد . وفيما يخص وجهة نظر علماء الفسلجة ، فقد افترضوا ان المصابين بالحزن المرضي يؤدي بهم الى احداث الضرر في الغدد الرئيسية للجسم واضطراب في مستوى النورأدرينالين أو الدوبامين فينجم عن ذلك تغيرات فسيولوجية ، كأرتفاع ضغط الدم وزيادة نشاط الجهاز العصبي اللاارادي مع ضغط الجهاز المناعي . في ضوء ذلك تبين ان الحزن المرضي مفهوم نفسي حظي باهتمام الباحثين من المنتمين الى التحليل النفسي او النفس – الدينامي أو المعرفي او السلوكي وغيرها من المنطلقات النظرية وان الحزن المرضي له آثار نفسية سلبية على الفرد بما فيها تعرضه الى الاصابة بعدد من الاضطرابات النفسية والجسمية .

المقدمة

يُعد الحزن ، رد فعل انساني ينتاب معظم الناس في مختلف المجتمعات عندما يتعرضون الى فاجعة كفقدان شخص عزيز أو حادث مؤلم مثل خسارة مواد ذات قيمة أو مكانة أجتماعية مهمة وغياب الانسان بالموت لشخص ما أحبه ، هي حالة عامة ومألوفة وردود الفعل لمثل هذه الحالات تتمثل بالحزن والاسى الذي يقع عند معظم الناس في مختلف المجتمعات والحضارات وملاحظة ما يحدث في مثل هذه المواقف يشير الى ان هنالك نوعين من الانفعال يحدث لدى الفرد ، الأول : انفعال داخلي ، والثاني : انفعال ظاهري .

الأول : فهو انفعال يتقرر بطبيعة الحياة النفسية للفرد ومدى ارتباطه وحبه وتعلقه بالمتوفي، ومعنى الخسارة بالنسبة له ، كما يعتمد على التجارب الحياتية السابقة بما في ذلك ما انطبع في نفسه عن آثار سابقة كحالات الفراق وانقطاع الصلة ، أما الثاني فهو الانفعال الظاهري الذي يتقرر الى حد بعيد بالواقع الاجتماعي ، وما يتقتضي من طقوس حدادية معينة لابد من ممارستها .ويحدث الحزن لدى الانسان على مراحل أو مستويات ، ففي المرحلة الأولى يشعر الانسان بالحزن نتيجة فقدانه شخصاً

عزيزاً ، ويعدها حالة غير واقعية كما يجد من الصعوبة قبول هذا الفقدان كلياً ، وأن أحساسه بالفقدان أو الغضب قد يوجه تجاه أناس آخرين يعتقد انهم كان بأمكانهم منع حدوث الوفاة ولكن لم يفعلوا ذلك . ومن ثم الاحساس بالخدر (Numbness) ويستمر لمدة ثوان أو ساعات ، وتعقبها المرحلة الثانية وفيها يشعر الانسان بأنه منـزعج ويواجه صعوبات في التركيز مع فقدان الشهية للطعام واضطرابات في النوم ويمكن ان يصحو هائجاً .

ثم مرحلة القبول وفيها :

تنحسر الاعراض تدريجياً ويقبل الشخص المفجوع بالخسارة ويعود الى المستوى الطبيعي . (Harold , et ,al , 1996, PP. 262-263) . وهناك آراء مختلفة بشأن طول مدة الحزن ، فمنهم من يقدرها بـ ٤ - ٦ اسابيع (Lindeman , 1944, P. 181) ، ومنهم من يقدرها بـ ٦ -١٢ (Ingrom. Et .al ,1981 , P.74) ، تنخفض بعدها الاعراض ويعود الانسان الى وضعه الطبيعي وهذا ما حصل لدى غالبية الناس ، وهو ما يطلق عليه الحزن الطبيعي (Normal Grief) . ويتفق الاختصاصيون بالاضطرابات النفسية ان اعراض الحزن اذا استمرت لأكثر من (٦ اشهر) عندها يطلق على هذا النوع من الحزن ، الحزن المرضي ، وهذا يعني ان الحد الزمني الفاصل بين هذين النوعين من الحزن (الطبيعي والمرضي) ستة اشهر في الغالب ، فإن كان اقل من هذه المدة عدّ الحزن انفعالاً انسانياً طبيعياً وان زاد على ستة اشهر عدّ اضطراباً نفسياً ويسمى بالحزن المرض (Pathological Grief). (James , 1973 , P. 172) ويعتقد عدد من الباحثين بوجود عوامل تؤدي دوراً مهماً في حدوث مضاعفات في الحزن وتحوله من النوع الطبيعي (Normal Grief) الى النوع المرضي (Pathological Grief) ومن اهمها :-

أولاً : المرحلة العمرية للفرد الفاقد (اب ، ام ، اخ ، زوج) .

ثانياً : اذا كان هنالك في حياة الفرد وفيات سابقة لأقرباء أو اعزاء .

ثالثاً : درجة القرابة للفقيد .

رابعاً : عند حصول الوفاة هل حميع افراد العائلة أو الاقارب موجودون ليقدموا الاسناد العائلي والتعاطف الوجداني المطلوب في هذا الموقف الذي يخفف من وطأة الصدمة .

خامساً : هل الوفاة متوقعة أم غير متوقعة .

سادساً : الفراغ الاجتماعي للفقيد الذي تركه بحيث يصعب عل اياً كان سد هذا الفراغ وكذلك تدهور الوضع الاقتصادي الذي قد يتزامن مع الوفاة .

(Michael , 1994, P. 99)(Nick , 1998 , P. 178-179)

لقد اردنا من هذه المقدمة اعطاء صورة عن ان الحزن المرضي مختلف عن الحزن الطبيعي ، وانه بوصفه اصطراباً قد تكون له علاقات بمتغيرات اخرى ، من بينها الهستيريا التحولية .

مشكلة البحث وأهميته :

الحزن Grief - من اقدم الحالات التي رافقت الحياة الانسانية .

يذكر لنا التاريخ أمثلة كثيرة مشابهة عن حالات حزن عميقة انهكت اصحابها وتركتهم في حيرة فلسفية أمام مآسي الحياة . منها حزن (كلكامش) على موت صديقه (انكيدو) وحزن النبي (نوح) على غرق ابنه ، وحزن النبي (يعقوب) على ولده يوسف او حزن الشاعرة الخنساء على موت اخوتها ، والامثلة في ميدان الأدب لا تقل أهمية وعمقاً سواء في الدراما الأغريقية والشكسبيرية أو في اشعار المتنبي والمعري والسياب ، وفي علم النفس يتخذ صفة اكثر تحديداً من الناحية المفاهيمية ، اذ يعد (عاطفة بشرية) تنتاب معظم الناس في مختلف المجتمعات عندما يتعرضون الى ازمة ما أو فاجعة ما ، كفقدان شخص عزيز او تجربة نفسية مؤلمة تتضمن معاناة ذاتية أو الشعور بمعاناة الآخرين . وما يعنينا هنا هو ليس الحزن الاعتيادي بوصفه انفعالاً انسانياً يعيشه الانسان عندما يفقد شخصاً يحبه او صديقاً

يوده ، انما الحزن المرضي Pathological Grief بوصفه الحزن الاكثر تغلغلاً في النسيج العراقي . اذ ينفرد المجتمع العراقي عن المجتمعات المعاصرة في انه تعرض لثلاثة حروب كبيرة وعنيفة هي : الحرب العراقية - الايرانية في عام (١٩٨٠) التي استمرت ثماني سنوات ، ثم حرب الخليج الثانية في عام (١٩٩١) ، ثم الحرب الاخيرة التي انتهت في التاسع من نيسان (٢٠٠٣) ، فضلاً عن ثلاثة عشرة سنة من الحصار تخللها انهيار النظام الصحي وعودة الامراض الوبائية وعدة موجات من القصف بالصواريخ والطائرات الحربية . لقد نجم عن هذه الحروب الكارثية المتلاحقة موت مئات الالآف من الضحايا الذين فقدوا ارواحهم في ساحات المعارك او في بيوتهم او في الاماكن العامة جراء عمليات القصف ، فضلاً عن عشرات الالآف من الاسرى والمفقودين ، وكذلك الوفيات التي يأتي اجلها او بسبب حوادث غير متوقعة . يضاف الى ذلك ما تخلل العامين المنصرمين من صفحات فريدة من العنف تمثلت بحوادث الخطف والذبح على الهوية و اسلوب التهجير القسري والتفجيرات اليومية التي طالت ارواح عشرات الالآف من المدنيين في جميع انحاء العراق من دون استثناء . اذن يمكن القول بأن الحزن في المجتمع العراقي كان شبه حالة عامة ، وتشير الدراسات الى ان الحزن المرضي بوصفة اضطراباً نفسياً يحدث آثاراً سلبية في الحياة الداخلية للفرد والخارجية المتعلقة بعلاقاته مع المحيط الذي يعيش فيه (Marris , 1964, P.184) .

وتنبه البحوث الاكثر حداثة الى ما هو اخطر من ذلك فقد ذكرت ان المصابين بالحزن المرضي تظهر لديهم اضطرابات مصاحبة مثل الاكتئاب والوسواس القسري والمخاوف المرضية والتحول الهستيري . وتوهم المرض والنحول العصبي ، والاضطرابات الجسمية المظهر (السيكوساماتيه) ضغط الدم العالي والسكر العالي والقرحة (Doconner, 1998 , P.178) . ويضيف اصحاب هذه البحوث ان بعض المصابين بالحزن المرضي يتعرضون للأوهام والهلاوس السمعية والبصرية ، عندما يتركز تفكيرهم على ذكرياتهم مع الفقيد فتصبح حية في مخيلتهم وقد يستعيدون مشاهد منها في اثناء نومهم او أحلامهم ، كما يتوهمون احياناً رؤية الفقيد او المتوفي موجوداً بالبيت او الشارع او يسمعون صوت خطواته وهو يدخل من الباب او يسمونه وينادونه بأسمه (العوادي ، ١٩٩٢ ، ص٨١) . وتشير بحوث اخرى الى ان عدداً من المصابين بالحزن المرضي يتعرضون الى اضطرابات سلوكية كالرغبة في الانتحار والتجوال الليلي والفزع والخمول في النشاط اليومي للعمل والقيام بسلوك غير مقبول كالزيارات المتكررة لقبر المتوفي او بناء اضرحة كبيرة مع وضع حاجات المتوفي فيها او النكوص الى مرحلة طفولية فيبدو الواحد منهم كالطفل في حديثه وسلوكه (Parkes , 1979, P.114) . وقد يصل به الحال الى ان يصاب بأضطرابات عقلية اكثر تعقيداً اذا لم يتم علاجه بوقت مبكر ، فضلاً عما ينجم عن حالته من مشكلات اسرية واجتماعية وتقصير في التزاماته الحياتية والعاطفية قد تؤدي الى نفور اسرته منه وابتعاد الناس عنه ، (كمال ، 1983، p. 273-295) (جورارد 1988 - P. 152) .فضلاً عن ذلك اشارت دراسات اخرى الى ان الحزن المرضي يكون مصحوباً بألأضطرابات النفسية، فيما اشارت دراسات اخرى الى ان هذه الاضطرابات لاتكون بالضرورة مصاحبة للحزن المرضي (Geller , et, al , 1996 . P.180) . وتأتي اهمية موضوع البحث الحالي (الحزن المرضي) وما يتبع هذا من تأثيرات في صحة الفرد الجسمية والنفسية ، ومن ثم التأثير في انجازه وأدائة الذي يتطلب توافقاً وتكيفاً من الفرد معتمداً في ذلك على ما يملكه من صحة جسمية ونفسية فضلاً عن تعرض مجتمعنا العراقي لثلاثة حروب وما زال يمر بظروف استثنائية وان هذه الاحداث التي مرت وتمر على المجتمع العراقي لم يمر بها أي مجتمع في التاريخ المعاصر ، واذا كان علماء النفس يهتمون بدراسة الحزن في المجتمعات المستقرة فأن دراسة في المجتمع العراقي يعد ضرورة ملحة علمياً . يشير المهتمون بدراسة الظواهر النفسية الى ان الظواهر السلبية تميل الى الانتشار في اوقات الازمات النفسية فكما ان امراض الجسمية تنتقل بالعدوى اذا توافرت لها الظروف المناسبة (Richard & Shader , 1993, P.45) . فأن الحزن المرضي بوصفه ظاهرة نفسية سلبية يمكن ان

تنتشر في هذا الظرف الصعب الذي يعيشه العراقيون الآن ، وهذا من شأنه ان يؤدي الى امور كثيرة على صعيد الفرد والاسرة والمجتمع .

اهداف البحث :

يستهدف البحث الحالي الكشف عن الآتي :

١- بناء مقياس الحزن المرضي وقياسه لدى افراد عينة البحث .

٢- معرفة الفروق في الحزن المرض تبعاً لكل من :

أ/ النوع (ذكور - اناث) .

ب/ حالة الوفاة (متوقعة - غير متوقعة).

ج/ سبب الوفاة (حادث - مرض).

د/ المدة التي مضت على الوفاة (أقل من سنة - اكثر من سنة) .

هـ الصلة بالفقيد (درجة اولى - درجة ثانية - درجة أولى) .

حدود البحث :

يتحدد البحث الحالي بالافراد من الذكور والاناث في مدينة بغداد ومن المراجعين للمستشفيات والعيادات (الطبية والنفسية) أو الموجودين في بيوتهم من الذين توفى لهم اشخاص من اسرهم او من له صلة قرابة او علاقة صداقة حميمة ومضى على وفاتهم ستة اشهر فأكثر .

تحديد المصطلحات :

الحزن المرضي (Pathological Grief)

١- تعريف باركس (Parks , 1969)

استمرار مدة الحزن من سنة الى سنتين وفي بعض الحالات تتجاوزها الى ست سنوات ، مع ازدياد شدة اعراضها عن الحزن الطبيعي بحيث تؤدي الى العزلة وتناقص القدرة على العمل مع ظهور اعراض بدنية ، نفسية ، سلوكية والاحساس بالذنب الدائم (العوادي ، 1992 , P. 83-84) .

٢- تعريف الدباغ (1977)

هو حالة من الحزن الشديد يستمر بعد ايام المتعارف عليها في ذلك المجتمع فيبقى الانسان حزيناً مهموماً ، يتخيل ان الميت لا يزال حياً وانه على وشك الرجوع ، او الخروج من قبره ، وربما يتذكره ويتصوره ماثلاً أمامه فيحادثه ويسامره ، فضلاً عن هذه الهلوسات والتصورات يستمر الشخص الحزين في معاناة الصداع وفقدان الوزن ، والحساسية السريعة واضطراب النوم والآلآم الجسمية المختلفة (الدباغ ، 1977, P.151) .

٣- تعريف جوزيف وآخرون (Josef, et ,al , 1993)

يعرف هذا النوع من الحزن بأنه حالة مطولة من مرحلة الحزن على مستوى اعلى للشدة ما وراء الستة اشهر ((Josef, et ,al , 1993, P.193)) .

٤- تعريف الجمعية الامريكية النفسية (1994) (DSMIV)

هو استجابة او رد فعل مضطرب ينتج عن فقدان شخص عزيز وان اكثر الاضطرابات حدوثاً هي اطالة مدة الحزن بحيث تستمر اكثر من شهرين (DSMIV , 1994, P.1030)

في ضوء ما تقدم من تعريفات يمكننا استنتاج الآتي :-

١- ان بعض التعريفات ترى في الحزن المرضي حالة نفسية سلبية كونه يمثل اضطراباً نفسياً .

٢- ان بعض التعريفات تعده شعوراً خالصاً بنفرده فيما تميل تعريفات اخرى الى ان تربطه بحالات نفسية اخرى ، مثل الاكتئاب والشعور بالذنب والهلاوس والاوهام .

٣- ترى بعض التعريفات في الحزن المرضي انه شعور واعٍ وأن الفرد يدركه ، فيما ترى تعاريف اخرى انه شعور غير واعٍ لما يقوم به الفرد الحزين .
٤- تميل بعض التعريفات الى ان تعد الحزن المرضي انفعالاً فيه الاسى والالم والندم واضطرابات سلوكية وعقلية ، وجسمية .
٥- كما تؤكد معظم التعريفات استمرار مدة الحزن ستة اشهر فأكثر .

التعريف النظري للحزن المرضي :-

حالة انفعالية من الاسى الشديد ناجمة عن فقدان او موت شخص تكون مصحوبة في الغالب بأعراض متنوعة من الاضطرابات النفسية من قبيل العزلة ، البكاء ، قلة الشهية واضطراب النوم وتكون في الحالات الحادة منه اعراض عقلية مثل الاوهام والهلاوس ومحاولة الانتحار .
والتعريف الاجرائي :- هو الدرجة التي يحصل عليها الفرد من خلال الاجابة عن مقياس الحزن المرضي المعد لهذا الغرض .

مفاهيم نظرية ودراسات سابقة :

الحزن المرضي :

أولاً :- المنظور النفسي الديناميكي :

تنضوي تحت هذا المنظور اكثر من نظرية ، نستهلها بأكثرها تأثيراً ونعني بها المساهمة الاساسية التي قدمها سيجموند فرويد رائد التحليل النفسي والمؤسس للمنظور النفسي الينامي (Psycho Dynamic) . ويرى فرويد ان الحزن (Grief) حالة مرضية (باثولوجية) لاتحتاج الى معالجة طبية وكان رأيه ان أي تدخل في العملية الطبيعية لحزن الوفاة ، اما ان يكون عديم الفائدة وأما ان يكون خسارة في النتائج . وهذا المنع عن التدخل الطبي لا يعني التوقف عن بذل المساعدة في المجال النفسي والاجتماعي كما لاينهي كلياً عن صرف بعض العقاقير التي تساعد في التخفيف من شدة بعض الاعراض الحادة كألارق ، ومحاولة ايذاء النفس . اما في حالة الحزن المرضي (Pathological Grief) الذي يقع ضمن حدود الردود غير الطبيعية ، فأن علاجها الطبي ضرورة لابد منها ، ويتناسب فيها العلاج مع طبيعة الحزن المرضي ومدى تأثيره في حياة الفرد الحزين وصلاته بالواقع والمجتمع . (كمال ، 1983 ، ص٢٢٩-٢٣٠) وقد أفادت دراسات نفسية بان الحزن المرضي يؤدي الى اعراض اضطرابات نفسية مصاحبة من قبيل الاكتئاب والوساوس القسرية والتحول الهستيري .(Lewis , 1992 , P. 68) كما أفادت دراسة توماس (Thomas , 1995) من خلال مقابلات الاطفال فاقدي الوالدين انهم سجلوا اعلى درجات لأعراض الاضطراب النفسية . (Thomas , 1995 , P.220) فيما أكدت دراسة موور (Moor , 1996) وجود علاقة بين الحزن المرضي والاضطرابات النفسية ، اذ طبق مقياس الاضطرابات النفسية لعينة متكونة من (80) أرملة ممن اظهرن وجود مستوى عالٍ من اعراض الاضطرابات النفسية . (Moor , 1996 , P.162) كما تطرق فرويد (1917) الى الصفات المتعلقة بالحداد (Mouring) مثل فقدان الرغبة والاهتمام بالعالم الخارجي والحزن العميق ، وفقدان القدرة على التكيف لتكوين علاقة جديدة وقلة النشاط والفعالية في . (Goldman , 1995 , P.90-91) . وكشفت دراسة (Linde man , 1944) عن ان من الخصائص الرئيسة للحزن المرضي هي : اضطرابات جسمية ، والشعور بالذنب ، والانشغال بذكريات الفقيد ، والنزعة العدائية ، وعدم ممارسة النشاطات الاجتماعية السابقة . (Linde Man , 1944 , P.119) .ويرى فرويد ان الحداد هو احياء لتجارب الطفولة التي تتصف بالحرمان والخسارة وفقدان من يحب ، ويعتمد هذا الرأي على الاستشهاد بان ردود الفعل في الكبر عند الخسارة تتناسب على ردود الفعل في الطفولة كحالات متشابهة في الخسارة والفقدان (كمال ، ١٩٨٣ ، ص202) .وتتفق مدرسة التحليل النفسي الحديثة مع

فرويد بأن الحزن يمكن ان يكون تاماً أو كاملاً غير انه بأمكان الفرد الذي يعاني من الخسارة او وفاة شخص عزيز ان يوظف طاقته الانفعالية او مشاعره بأتجاه جديد (Harold , et . al . 1995 . P. 1723) .وترى ايضاً ان الحزن ظاهرة طبيعية ولازمة وانها تمثل دوراً حياتياً لابد أن يمر به الاصغر عند خسارة الاكبر ، وهذا ما يضمن للفرد الحي فرصة التغيير والخسارة والتغلب عليها بالتكيف والتحرر وأن دورة الحزن والحداد هي عملية واسعة من اقامة التوازن في الحياة النفسية الداخلية واعادة تنظيم الصلات التي تربط الفرد بغيره وبالمجتمع وبالحضارة التي سينتمي اليها ، كما انها تعد خطوة نحو احكام الصلة بالدين والحياة الاخرى . (كمال ، 1983، ؛ P.203) وهناك اتجاه حديث في التنظير النفسي الدينامي في دراسة الحزن يرى ان الحادثة التي تسهم في الحزن تتضمن في الغالب الفقدان أو التهديد بالفقدان لشيء قريب للحزين . ويعتقد الباحثون ان صدمة الفقدان هذه لم تكن بدايتها الحادثة التي سببت الحزن لدى الشخص ، وانما هي تضرب بالاحرى بجذورها بعيداً في الطفولة وانه لابد ان يكون تعرض الى نوع من فقدان احد الوالدين عندما كان طفلا (١٩٧٣ ، Bowlby) . ويقدم بولبي هذا وصفاً لثلاث مراحل يمر بها الرضيع الذي يعاني من العزلة او الفصل عن امه ، هي مرحلة الاحتجاج ثم الياس ، فا لانسحاب والانفصال . وهذه المرحلة الاخيرة تشبه ما نطلق عليه الحزن لدى الراشدين ، ولقد وجدت هذه المراحل من الاستجابات لدى صغار القردة التي عزلت عن امهاتها . في : (صالح ، ٢٠٠٢ ،ص ٢٩٣ ـ ٢٩٤).

ثانياً : المنظور السلوكي

معروف عن العلماء السلوكين انهم يهملون العوامل الوراثية والسمات الاستعدادية والخبرات اللاشعورية لدى تحدثهم عن الشخصية والاضطرابات النفسية .

ويؤكدون العوامل البيئية واهمية التعلم بنوعية (الاشتراط الكلاسكي والاشتراط الاجرائي) في تحديد السلوك النوعي السوي وغير السوي اللذين يخضعان لقانون واحد وهو التعلم .

هنالك توجهان رئيسان في هذا المنظور احدهما يركز في المعززات الخارجية والاخر يركز في العجز المتعلم .

- المعززات الخارجية .

ان اية تغييرات مفاجئة في بيئة الشخص يمكن ان تؤثر فيه ، فالشخص الذي يحال على التقاعد بخلاف رغبته ، على سبيل المثال ، قد يجد في العالم خارج المؤسسة او الدائرة التي كان يعمل فيها اشياء قليلة من التعزيزات ، او الرجل الذي ماتت زوجته ولا يجد في نفسه المهارة الاجتماعية التي تمكنه من زواج جديد . ففي حالات كهذه لايعرف الناس كيف يحصلون على التعزز ومن ثم فانهم ينسحبون الى داخل انفسهم . ومثل هذا الانسحاب هو المتوقع في حالة الناس الذين يستغرقون او يستسلمون لما يصيبهم من تغيرات مؤلمة (صالح ، ٢٠٠٢ ،ص ٢٩٨ ـ ٢٩٦) .

ـ العجز المتعلم

انها نظرية طرحها سليكمان (Seligman) حاول فيها دراسة هذه الظاهرة من حيث الاسباب والاعراض والعلاج ، ويرى سليكمان ان اسباب العجز هي اعتقاد الفرد العاجز بلا جدوى الفعل . أي ان الفرد العاجز هو ذلك الذي آمن ويؤمن او تعلم او يعتقد بعدم قدرته على السيطرة على المتغيرات المؤثرة في حياته ، أي تخفيف معاناته ، والحصول على الرضا والسرور ، أي ان العجزيظهر فقط في الحالات التي يؤمن فيها الفرد بأنه لا حول ولا قوة له ازاء مواقف الحياة ولا أمل له فيها في : (صالح ، 2002 ، P. 298)

وترى هذه النظرية ان الافراد عندما يواجهون احداثاً ما فأنهم يتسائلون لماذا حدثت تلك الاحداث ؟ وما الذي تعنيه تلك الاحداث لهم ؟ وان اجاباتهم تلك تؤثر في ردود افعالهم وفي كيفية تعاملهم مع الاحداث . (Peterson & Seligman , 1984 , P.347) لقد وصف لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman , 1984) العملية نفسها عندما وضعا التقدير الثانوي ، اذ يقوم الفرد بأعطاء الاحكام عن ماهية

الاختيار والوسائل المتوافرة له للتعامل مع الاحداث . فعندما يحدث حادث سيء مثل موت شخص عزيز ، فأن الفرد يستطيع ان يعزوه الى سمة فردية (Individual trail) مستمرة تتواصل عبر الزمن (داخلي - مستقر) مثل نقص القدرة (Lack of ability) او ان يعزوه الى سمة فردية محددة بالموقف (داخلي – غير مستقر) مثل نقص الجهد (Lack of effort) فضلاً عن ذلك فأن الفرد يمكن ان يعزو الحدث الى عامل في البيئة . او الموقف الذي يتواصل عبر الزمن (خارجي - مستقر) مثل الصعوبة الشديدة للمهمة ، أو ان يعزو الحدث الى عامل خارجي محدد بالموقف (خارجي – غير مستقر) مثل نقص الحظ (Abromson et, al. 1978 , P.49) ان بعد العزو الداخلي – الخارجي يؤثر في تقديرات الذات ، فأذا فسر الفرد الحدث الشيء بعامل داخلي فأنه من المحتمل ان يحدث عنه انخفاضاً في تقدير الذات أكثر مما لو فسره بعامل خارجي ، كما ان عزو الاساب المستقر – او غير المستقرة ينظم مدة او استمراريته مقدار العجز .(Peterson & Seligman, 1984 , PP.347-374) في : (سليم 1994 ، ص 24-30) وفق هذه النظرية فأن المصاب بالحزن المرضي قد يفسر حدث الفقدان بطريقة مختلفة عن تفسير الآخرين بأن الموت هو مسألة حتمية ، فيما قد يفسرها هو بأن الموت لاحياة بعدها كما يعتقد الآخرون . وربما قد يكون قد خبر حالة فقدان سابقة (مثل فقدان أب ،، أخ ، أم) كما يشكل له سند أو عوناً في الحياة وأنه من دونه قد يشعر بأنه اصبح وحيداً غير قادر وعاجز عن مواجهة صعوبات الحياة . (Seligman . 1980 , in Antaki , 1982 , PP.102-103)

ثالثاً : المنظور المعرفي

يرى المنظور المعرفي ان المتغيرات المعرفية هي العامل الحاسم في الظاهرات النفسية بمعنى ان الطريقة التي بها يفكر الناس فيما يخص انفسهم هي التي تؤدي الى حدوث التغيرات الأخرى . (صالح ، 2002 ، ص 301) وينظر بياجه الى الانسان بوصفه جزءاً من بيئته ، فهو يؤثر فيها ويتأثر بها ،وعملية تفاعله مع البيئة تعتمد على المخططات (Schema) التي تكونها بنى موروثة ، وتعمل هذه المخططات المعرفية على انها اطار تأويلي وادراكات توجيهية لتجارب الاتصال ، ونتيجة لأستجابات انفعالية . (عبد الغفار ، 1977، ص104) . ويرى كيلي في نظرية البنى ان الانسان يوجد الطرائق التي يرى بها العالم الذي يعيش فيه، وليس العالم هو الذي يوجدها له ، وان العمليات النفسية للشخص تمر بالسبل التي يتوقع بها حدوث الاحداث (صالح ، ١٩٩٨) . ويوضح كيلي (Kelly) ان مواجهة الواقع تعتمد على الخبرة المعرفية . (الجبوري ، 1994 ، ص 50) وأشارت دراستان متعلقتان بموضوع المحددات المعرفية المعقدة الى ان التعقيد المعرفي للمفحوصين مرتبط بنوع الخلفية الثقافية أو الحضارية التي تعرضوا لها في طفولتهم . (Jakson & Schrest) . (الجبوري ، 1994 ، ص51) ويرى بيك (Beek) وهو من ابرز اصحاب هذا التوجيه ، اذ ضمن نظريته نتائج تشير الى ان هلاوس وأوهام وأحلام المرض غالباً ما تحتوي على افكار فيما يخص معاقبة الذات ، والفقدان ، والحرمان (Beek , 1976) ، وهذا التميز السلبي – أي النزعة لأن يرى الفرد نفسه فاقداً (Loser) أو فاشلاً هي السبب الاساسي في الاكتئاب ، فأذا منا طور الفرد ، بسبب خبرات الطفولة مخططاً تكون فيه الذات والعالم والمستقبل في سلبيه ، ويمكن للضغوط ان تنشط المخطط السلبي ، فيما تعمل نتائج المدركات السلبية على تقوية هذا المخطط . فالحزن ناجم عن استمرار الانسان في تفسيراته السلبية للخبرة .انما يفسر بالمقابل على انه الدليل او استمرارية تفسيراته السلبية للخبرة انما يفسر بالمقابل على انه دليل او بيئة اضافية موضوعية على انعدام الامل والاستسلام لليأس . وهنا تصبح المنظومة المعرفية السلبية أكثر سيطرة على الفرد . (صالح ، 2002، ص 301-302)

ويرى ميلر (Miller , 1995) ان الفرد يدرك الحدث الصادم على انه معلومة جديدة وغريبة عن مخططه الادراكي ، فلا يعرف كيف يتعامل معها ، فتشكل له تهديداً ينجم عنه اضطراب في السلوك . (صالح ، 1998 ، ص195) في ضوء ذلك يمكن القول ان المصابين بالحزن المرضي يمتلكون بنى

معرفية تختلف عن الناس الآخرين ، فهم يمتلكون مخططات (Schemos) عن الفقدان والخسارة تكونت لديهم من الطفولة أثرت في حياتهم ، وجعلتهم ينظرون الى الاحداث المؤلمة . ينجم عنها ارتفاع مشاعر القلق والخوف تتفاعل فيما بينها ، وتفضي بالنتيجة الى ظهور اعراض الحزن المرضي . ولهذا فأن طريقة العلاج المعرفي تقوم على اعادة البناء المعرفي للفرد وتمكينه من تقديم تفسيرات للأحداث مشابهة لتلك التي يقدمها الآخرون في بيئته .

رابعاً :المنظور الفسيولوجي :

لقد افترض عدد من المنظرين (Krystal , et . al , 1989) مثلاً ، ان التعرض لحادث الفقدان يؤدي الى الحق الضرر بجهاز او نظام افراز الغدة الكظرية وتحديداً يحدث اضطراب في مستويات النورادرينالين (Noradrenaline) والدوبامين (Dopamine) وزيادة في مستوى الاثارة الفسيولوجية ، فينجم عن هذه التغيرات استجابة مروعة من الخوف والجفلة تظهر على الفرد بشكل واسع . وتفيد دراسات اخرى الى زيادة في ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وزيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاارادي (Autonomic) وهناك فرضية اخرى خلاصتها ان الجهاز المناعي لدى الافراد الذين تظهر عليهم اضطرابات نفسية بعد الحادث يكون ضعيفاً وان ضعف المناعة النفسية (Psychoimmunogogy) يجعل الفرد غير قادر على مواجهة الحوادث. (صالح ، 2002 ، ص 507) وعلى هذا الاساس فأن الذين يصابون بالحزن المرضي قد يمتلكون زيادة في مستوى الاثارة الفسلجية لديهم ، أو ان جهازهم المناعي قد يكون ضعيفاً ، فلا يكونون قادرين على التعامل مع الاحداث المؤلمة ، مثل فقدان شخص عزيز ، بمستوى الاستجابة الفسلجية نفسه لدى الناس الآخرين انما بمستوى استجابة اعلى ، وان الزيادة في التغييرات الفسلجية ، تثير في الفرد حالة من القلق ، تفضي بالنتيجة الى زيادة في الاعراض النفسية المصاحبة للحزن المرضي .

منهجية البحث

عينة البحث

يتطلب البحث الحالي عينة قصدية من الأفراد الذين فقدوا أشخاصاً أعزاء لهم ، وقد تألفت هذه العينة من (١٠٠) فرداً (٤٠) من الذكور و(٦٠) من الإناث من مراجعي المستشفيات والعيادات الطبية – النفسية ، وكذلك من اشخاص في بيوتهم في مدينة بغداد ، كما موضحة في الجدول (١)

الجدول (١)

توزيع أفراد عينة البحث

مراجعو المستشفيات	مراجعو العيادات	في البيوت	المجموع
٢٥	١٥	٦٠	١٠٠

أدوات البحث :

تطلب البحث الحالي أداتين ، واحدة لقياس الحزن المرضي وثانية لقياس اضطراب الهستيريا التحولية ، المقياس الفرع من اختيار المستنصرية منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية (M.MMPI) . (الصالحي ، ١٩٩٨) وفيما يلي وصف لكل واحدة منها :

١. أداة قياس (الحزن المرضي) Pathological Grief

لغرض بناء أداة لقياس الحزن المرضي ثم الاطلاع على عدد من الأدبيات والدراسات السابقة واستطلاع آراء عدد من التدريسيين والمعالجين النفسانيين ومراجعة الدليل الطبي النفسي للجمعية

الأمريكية النفسية (DSM.IV) فضلاً عن سؤال مفتوح قدم الى عدد من الأفراد الذين فقدوا أشخاصاً أعزاء عليهم وبهذا أصبح عدد من الفقرات الخاصة بأداة قياس الحزن المرضي (٣٨) فقرة .وبعد عرضها على مجموعة من الخبراء (ملحق / ١) تم حذف (ثمان) فقرات لعدم حصولها على اتفاق (٨٠%) من المحكمين عليها ، وبهذا أصبح عددها (٣٠) فقرة ، لكل منها ثلاثة بدائل للإجابة .

١. ينطبق على كثيراً (ثلاث درجات) .
٢. ينطبق على قليلاً (درجتان) .
٣. لا ينطبق على (درجة واحدة) . وبهذا يتراوح مدى الدرجة بين (٣٠-٩٠) درجة .

ولقد أخضعت الأداة الى الإجراءات الخاصة بتحليل الفقرات باعتماد أسلوبي المجموعتين المتطرفين وعلاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس لغرض الإبقاء على الفقرات الجيدة ، فتبين أن جميعها كانت مميزة واستقر للمقياس بشكله النهائي على (٣٠) فقرة (ملحق / ٢) .

وقد تمتع المقياس بالصدق الظاهري (Face validity) وتمتع المقياس بطريقتين لاستخراج الثبات هما طريقة إعادة الاختيار (٠.٩٠) وطريقة معامل الفاللأتساق الداخلي فكانت (٠.٩٢) .

الوسائل الإحصائية :

استخدمت الوسائل الإحصائية الآتية في البحث الحالي :

١. الاختيار التائي (T-Test) لعينتين مستقلتين (اختيار الفرق بين المجموعتين العليا والدنيا) في تحليل فقرات مقياس الحزب المرضي .
٢. معامل ارتباط بيروسون (Person Product Moment Correlation Coefficient) لإيجاد العلاقة بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس الحزن المرض والهيستريا التحولية. وفضلاً عن استخراج الثبات لطريقتين إعادة الاختبار ومعامل الفا للاتساق الداخلي .
٣. اختيار (T-Teat) لعينة واحدة لقياس الحزن المرضي والهيستريا التحولية .
٤. تحليل التباين من الدرجة الأولى (One, Way ANOVA) التعرف على الفروق في الصلة في (الحزن المرضي) .
٥. تحليل التباين من الدرجة الثانية (Tow, Way ANOVA) . للتعرف على الفرق في الصلة في (الحزن المرضي) .
٦. اختيار (نيومان كولز) للمقارنات المتعددة ، للمقارنة بين المجاميع في متغيرات البحث .

نتائج البحث :

فيما يلي ملخص بنتائج البحث على وفق أهدافه المحددة .

١. مستوى الحزن المرضي لدى أفراد العينة

كشفت النتائج عن أن الوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة (٦٥.١٩) وبانحراف معياري مقداره (١٢.٩٦) ، وبمقارنه هذا المتوسط بالمتوسط الفرضي للمقياس البالغ (٦٠) ، واستعمال الاختبار التائي لعينة واحدة . تبين وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند درجة حرية (٩٩) ومستوى دلالة (٠.٠٥) الجدول (٢) .

الجدول (٢)

الاختبار التائي لعينة واحدة لمعرفة مستوى الحزن المرضي لدى أفراد عينة البحث

حجم العينة	متوسط العينة	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة ٠.٠٥

١٠٠	٦٥.١٩	١٢.٩٦	٦٠	٤.٠٠	١.٩٨	ذات دلالة

ان متوسط درجات الحزن المرضي لدى أفراد عينة البحث أعلى من المتوسط الفرضي للمقياس ، وهذا يعني أن أفراد عينة البحث يتصفون بمستوى عال من الحزن المرضي وهذا النتيجة تتفق مع دراسة سيلسون (Selson) الذي أشار الى ان معظم الذين فقدوا اشخاصاً أعزاء لهم عليهم يصابون بالحزن المرضي .

٢. وكان الهدف الثاني معرفة ما إذا كانت هناك فروق في مستوى الحزن المرضي لدى أفراد العينة المصابين بالحزن المرضي .

لتحقيق هذا الهدف فقد عولجت البيانات إحصائياً باستعمال تحليل التباين لمتغيرين مستقلين (Two-Way ANOVA) لعينة تكونت من (١٠٠) فرد موزعين على وفق متغيري النوع (ذكور – إناث) والمدة التي مضت على وفاة (أقل من سنة أكثر من سنة) كما في الجدول (٤) .

الجدول (٣)

تحليل التباين التائي لمعرفة مستوى الحزن المرضي تبعاً لمتغيري (النوع) و (المدة)

مصدر التباين	مجموع التربيعات	درجة الحرية	متوسط مجموع التربيعات	القيمة الفائية
النوع	٤٩٥٠	١	٤٩٥٠	٦٥
المدة	٤٢٥٠.٥	١	٤٢٥٠.٤	٥٥.٨
التفاعل	٩٦.٨	١	٩٦.٨	١.٢٧
الخطأ	٩٧٣٠٩.٣	٩٦	٧٦.١	

ومن الجدول (٣) يتضح الآتي :

أ. هناك فرق بين الحزن المرضي على وفق متغير النوع (ذكور – أناث) وذلك لأن القيمة الفائية المحسوبة تساوي (٦٥) وهي أكبر من القيمة الفائية الجدولية عند درجة حرية (١-٩٦) ومستوى دلالة (٠.٠٥) .

ب. هناك فروق في الحزن المرضي على وفق متغير المدة التي مضت على الوفاة (أقل من سنة – أكثر من سنة) لأن القيمة الفائية المحسوبة تساوي (٥٥.٨) وهي أكبر من القيمة الفائية الجدولية عند درجة حرية (١-٩٦) ومستوى دلالة (٠.٠٥) .

ج. ليس هناك اثر التفاعل متغيري النوع ومدة الوفاة ، إذ كانت القيمة الفائية المحسوبة تساوي (١.٢٧) وهي أصغر من القيمة الفائية الجدولية عند درجة حرية (١-٩٦) ومستوى دلالة (٠.٠٥) ، مما يشير الى ان تفاعل هذين المتغيرين لا يوثر في المتغير التابع الحزن المرضي .

ولأجل معرفة أثر كل من النوع ومدة الوفاة في الحزن المرضي استخدم اختيار نيومان كولز (New Man Kules) والجدول (٥) يوضح ذلك :

الجدول (٤)

اختبار (نيومان كولز) للمقارنات المتعددة لمعرفة مدى كل من النوع وحدة (الوفاة) في الحزن المرضي

النوع مدة الوفاة	ذكور أكثر من سنة	إناث أكثر من سنة	ذكور أقل من سنة	إناث أقل من سنة	الخطوات	القيمة الحرجة × القيمة الجدولية عدد الأفراد × الخطأ
	٦٩٩	١٢٧٥	١٥٦٥	٣٠٢٠		

	–	٥٧٦	٨٦٦	٢٣٢١	٤	١٥٢٠٩
		–	٢٩٠	١٧٤٥	٣	١٣٧.٤
			–	١٤٥٥	٢	١١٤.٥
				–	١	

أ. أن أفراد (ذكور – إناث) الذين خبروا وفاة الفقيد التي مضى عليها أقل من سنة يكونون أكثر حزناً من اقرانهم الذين مضى على وفاة فقيدهم أكثر من سنة ، وهذا يعني ان لمدة الفقدان أثر في انخفاض شدة الحزن ومما يتفق مع دراسة مورتن (Morton, 1996, P. 376) التي أشارت الى أن المدة الزمنية على الوفاة تؤثر في شدة الحزن .

ب. ان الأناث اللاتي خبرن وفاة الفقيد التي مض عليها أقل من سنة أكثر حزناً من الذكور للحالة المماثلة ، وهذا يتفق مع دراسة دورولمان (Jorolmen, 1996, P. 239) التي تشير الى ان الإناث أكثر حزناً من الذكور ، وكما أشار الى ان إرادة الذكور وتحملهم المسؤولية أكثر من إرادة الإناث من تحمل الحدث الفاقد ، في حين ترى دراسات أخرى أن الذكور يشعرون بالقوة لأنهم ذكور ، وهذا ما أشار اليه فرويد (Freud) في نظرية عن الجنس (Fisher, 1973, P.42) .

ج. أن الذكور الذين مضى على وفاة فقيدهم أقل من سنة يكونون أكثر أصابة بالحزن المرضي من الذكور الذين مضى على وفاة فقيدهم أكثر من سنة ، وهذا يبين أن الرجل يميل الى تجنب المساعدة ليثبت للأخر أنه معتمد على ذاته ، وليس بحاجة الى مساعدة بل يميل لأن يكون قائداً مسيطراً ومتحكماً في شتى نواحي حياته .

ولغرض التعرف على الفروق في الحزن المرضي تبعاً لمتغيري حالة الوفاة (متوقعة ، غير متوقعة) وسبب الوفاة (مرض ، حادث) عولجت البيانات إحصائياً باستخدام تحليل التباين من الدرجة الثانية ، كما في الجدول (٦) .

الجدول (٥)

تحليل التباين الثنائي لمعرفة مستوى الحزن المرضي تبعاً لمتغيري (حالة الوفاة) و (سبب الوفاة)

مصدر التباين	مجموع التربيعات	درجة الحرية	متوسط مجموع التربيعات	القيمة الفائية
سبب الوفاة	٢.٤٥٤	١	٢.٤٥٤	**٠.٠٢**
حالة الوفاة	٣٣٠١.٦	١	٣٣٠١.٦	**٣٠.٣**
التفاعل	٣٥٣.٦	١	٣٥٣.٦	**٣.٢٥**
الخطأ	١٠٤٤٦.٢	٩٦	١٠٨.٨	
		٩٩		

ومن الجدول (٥) يتضح الآتي :

أ. ليس هناك فرق في الحزن المرضي على وفق متغير سبب الوفاة (مرض-حادث) لأن القيمة الفائية المحسوبة تساوي (٠.٠٢) وهي أصغر من القيمة الفائية الجدولية عند درجة حرية (١-٩٦) ومستوى دلالة (٠.٠٥) والبالغة (٣.٩٦) . مما لايشير الى انه لا فرق في الحزن سواء كانت الوفاة مرضاً أصاب الفقيد أم حادثاً تعرض

لـه ، وهـذا ما يتفق مع دراسة لانـج (Lang, 1993, P.55) الـذي يشـير الـى انعدام الفرق في الحزن لسبب الوفاة (مرض – حادث) مما يعني ان الفرد يدرك الخسارة بوصفها واحدة مهما كان سببها .

ب. هنـاك فـروق فـي الحـزن المرضـي علـى وفـق متغيـر حالـة الوفـاة (متوقعـة – غيـر متوقعة) إذ كانت القيمة الفائية المحسوبة تساوي (٣٠.٣) وهي اكبر من القيمة الفائية الجدولية عند درجة حرية (١-٩٦) ومستوى دلالة (٠.٠٥) ممـا يشير الـى ان هنالك فروقاً في الحزن بين حالة الوفاة (المتوقعة – وغير المتوقعة).

ج. ليس هناك أثر التفاعل متغيري حالة الوفاة وسبب الوفاة فـي الحـزن المرضـي ، فقد كانت القيمة الفائية المحسوبة تساوي (٣.٢٥) وهي اصغر من القيمة الفائية الجدولية عند درجة حرية (١-٩٦) ومستوى دلالـة (٠.٠٥) والبالغـة (٣.٩٦) ممـا يشـير الـى ان تفاعل هذين المتغيرين لا يؤثر في المتغير التابع ، الحزن المرضي .

ولمعرفة ما اذا كانت هنالك فروق في الحزن المرضي في حالة الوفاة (متوقعـة – غير متوقعة) استخدام اختبـار (نيومـان كـولز) وتبين أن قيمـة الفرق تسـاوي (١٠٢٩) وهـي أكبـر مـن القيمـة الحرجـة والبالغة (١٠٢٢) مما يشير الى ان الأفراد الذين خبروا وفاة الفقيد في حالة غير متوقعة أكثر حزنـاً مـن اقرانهم ذوي الوفاة المتوقعة . وهذا ما يتفق مع دراسة مارسي (Marcey, 1996, P. 223) التي تشـير الـى ان الوفاة غير المتوقعة (الفجائية) يكون تأثيرها في الفرد أكثر ، مما يؤدي الى ان يكون الحزن اشد موازنـة بحالة الوفاة المتوقعة .

ولتعرف الفروق فـي الحـزن المرضـي علـى وفـق متغيـر الصـلة بالفقيد ، فقد عولجـت البيانـات أحصائياً باستخدام تحليل التباين من الدرجة الأولى كما في الجدول (٦) .

الجدول (٦)

تحليل التباين الأحادي لمعرفة مستوى الحزن المرضي تبعاً لمتغير الصلة بالفقيد

مصدر التبـاين	مجموع التربيعات	درجة الحرية	متوسط مجموع التربيعات	القيمة الفائية
بين المجموعات	٤٣٣٥.٢	٢	٢١٦٧.٦	**١٥.٧٨**
ضمن المجموعات	١٣٣١٨.١	٩٧	١٣٧.٣	
		٩٩		

ومن الجدول (٦) يتضح الآتي :

هنـاك فـرق فـي الحـزن علـى متغيـر الصـلة بالفقيـد إذ كانـت القيمـة الفائيـة المحسـوبة تسـاوي (١٥.٧٨) وهـي أكبـر مـن القيمـة الفائيـة الجدوليـة عنـد درجـة حريـة (٢-٩٧) ومسـتوى دلالـة (٠.٠٥) والبالغة (٣.٠٧) مما يشير الى ان هناك فروقاً في الحزن المرضي على وفق درجة الصلة بالفقيد (درجة أولى ، درجة ثانية ، أخرى) .

ومـن أجـل معرفـة أي مـن درجـات الصـلة الأكثـر حزنـاً فقـد اسـتخدم اختبـار (نيومـان كـولز) للمقارنات المنتعددة ، والجدول (٧) يوضح ذلك .

الجدول (٧)

اختبار (نيومان كولز) للمقارنات المتعددة لمعرفة مدى الصلة بالفقيد في الحزن المرضي

الصلة بالفقيد	الأخرى	درجة ثانية	درجة أولى	الخطوات	القيمة الحرجة

	٨٦٤	٢٠٠٠	٣٦٥٩		
	–	١١٣٦	٢٧٩٥	٣	**٢٠٠.٧**
		–	١٦٥٩	٢	**١٦٧**
			–	**١**	

ومن الجدول (٧) يتضح أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجاميع الثلاث في الحزن المرضي لأن قيمة الفرق بينها أكبر من القيمة الحرجة في الخطوتين (٢و٣) ومنه نستنتج الآتي :

أ. أن ذوي الدرجة الأولى أكثر حزناً من ذوي الدرجة الثانية والأخرى وهذا ما يتفق مع دراسة روزا (Rosa, 1996, p. 621) التي تشير الى ان الافراد الذين فقدوا اشخاصاً من الدرجة الاولى يكونون اكثر حزناً من الافراد الذين فقدوا اشخاصاً من الدرجة الثانية .

ب. ان ذوي الدرجة الثانية اكثر حزناً من ذوي الدرجة الأخرى وهذا ما يتفق مع دراسة ميوسر (Meuser, 1990, P.33) .

التوصيات والمقترحات

أولاً: التوصيات

في ضوء نتائج البحث يوصي الباحث بالآتي :

١. استخدام مقياس الحزن المرضي في العيادات الطبية – النفسية ، ومراكز البحوث النفسية والوحدات الإرشادية لقدرتها على أعطاء مؤشرات عن مستوى الحزن المرضي .
٢. قيام مؤسسات الصحة النفسية والاجتماعية باعتماد طرائق العلاج والإرشاد النفسي والأسناد الاجتماعي للذين يعانون من الحزن المرضي .
٣. التوعية الإعلامية من خلال وسائل الاتصال بأن الحزن المبالغ فيه يؤدي الى الإصابة بالإضطرابات النفسية .

ثانياً: المقترحات .

١. إجراء دراسات عن الحزن المرضي وعلاقته بالأضطرابات النفسية – الجسمية المظهر
٢. إجراء دراسة تناول الحزن المرضي لدى الأطفال والمراهقين من كلا الجنسين .
٣. إجراء دراسة عن الحزن المرضي وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية مصاحبة لها ومنها – الاكتئاب ، القلق ، الوساوس القسرية .
٤. إجراء بحوث تدرس العلاقة بين الحزن المرضي ومتغيرات نفسية أخرى مثل تقديرات الذات ، المزاج ، السلوك الإذعاني .
٥. إجراء دراسة عن المصابين بالحزن المرضي لمعرفة أسباب الفروق لديهم تبعاً لكل من النوع ، مدة الوفاة ، حالة الوفاة ، سبب الوفاة ، الصلة بالفقيد) . وذلك لأن البحث الحالي قد توصل اليه دون ان يكون من أهدافه معرفة اسباب الفروق بينهما .

مناقشة النتائج :

في ضوء النتائج التي اسفر عنها البحث ، تبين أن عينة البحث مصابين بالحزن المرضي ، وفي هذا اتفقت نتائج البحث الحالي مع ما توصلت اليه الأدبيات والدراسات السابقة ، إذ يرى المنظور النفسي ان الحداد هو إحياء لتجارب الطفولة التي تتصف بالحرمان والخسارة وفقدان من يحب ويرى أيضاً ان النزوع نحو الموت سلبي تخريبي هدام ويقترب بمعاني الضعف والعجز والكراهية ، ويرى المنظور المعرفي أن سبب ذلك يعود الى المخططات التي يمتلكونها عن الموت والتي تكونت لديهم منذ الطفولة فتجعلهم ينظرون الى الموت بشكل سلبي ، ويرى المنظور السلوكي ان الحزن هو الحرمان من

المعززات وقد يفسر المصاب بالحزن المرضي حدث الفقدان بطريقة تختلف عن تفسير الآخرين بأن الموت مسألة حتمية وتختلف هذه النتيجة عن دراسات سابقة أخرى ويمكن تفسير عدم اتفاق نتيجة البحث الحالي مع نتائج الدراسات السابقة (الأجنبية) بطبيعة المجتمع العراقي والأحداث التي خبرها العراقيون . وما أصابهم من حالات فقدان كثير وما تعرضوا له من ضغوط نفسية وكشف البحث أيضاً عن وجود فروق في الحزن المرضي تبعاً لمتغير (النوع) وكان لصالح الإناث ، وقد يعود هذا الى ان التقاليد الاجتماعية في مجتمعنا تفرض على الإناث سلوكيات معينة من قبيل لبس الملابس السوداء والحداد ولمدة طويلة مما قد يولد لدى المرأة مفهوماً أو موقفاً مختلفاً عن مفهوم أو موقف الرجل بخصوص الفقدان او الموت ، وقد يعود ذلك الى ان المرأة تتصف بالاتكالية على الرجل ، فإذا ما فقدته تعاظم لديها الشعور بالفقدان ، والموقف من الموت ، فضلاً عن أن الدراسات تشير الى انها أكثر عاطفية من الرجل .وبناءً على ما تقدم من معطيات البحث الحالي ، فقد تنبهت المجتمعات المتقدمة الى ان الحزن المرضي ينبغي أن يولي من الاهتمام ما تخطي به الاضطرابات النفسية الأخرى ، سواء من حيث البحث العلمي او التشخيص والعلاج وإذا كان علماء النفس يهتمون بدراسة الحزن في المجتمعات المستقرة فأن دراسته في مجتمعنا العراقي تعد ضرورة ملحة علمياً ، أو ينفرد هذا المجتمع عن المجتمعات المعاصرة في أنه تعرض الى ثلاث حروب طاحنة خلال اقل من ربع قرن ، يضاف الى ذلك ما تخلل الثلاثة أعوام المنصرمين من صفحات فريدة من العنف تمثلت بحوادث الخطف والذبح والتفجيرات اليومية التي طالت أرواح عشرات الآلاف من المدنيين في جميع أنحاء العراق من دون استثناء .

أذن يمكن القول أن الحزن كان رفيقاً يومياً للإنسان العراقي طوال عقدين ونصف من تاريخه الدموي المعاصر .

المصادر العربية :

١. القرآن الكريم .
٢. الجبوري ، علي محمود كاظم ، ١٩٩٤ ، الرحام التحويلي لدى طلبة الجامعة قياسه وانتشاره ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة بغداد ، بغداد .
٣. جورارد ، يتدلندز من ، ١٩٨٨ ، الشخصية السليمة ، ترجمة موفق الحمداني ، مطبعة التعليم العالي ، بغداد .
٤. الدباغ ، تقي ، ١٩٩٨ ، الموت وما بعد الموت في الفكر الديني قديماً ، مجلة سبأ ، العدد (٧) ، جامعة عدن ، كلية الآداب .
٥. الدباغ ، فخري ، ١٩٧٧ ، اصول الطب النفساني ، ط٢ ، جامعة الموصل .
٦. سليم ، اريج جميل حنا ، ١٩٩٤ ، اساليب العزو وعلاقتها بالكآبة لدى طلبة الجامعة ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، جامعة بغداد ، كلية الآداب .
٧. صالح ، قاسم حسين ، ١٩٩٨ ، اضطرابات الشخصية ، اسبابها ، اصنافها ، قياسها ، طرائق علاجها ، مطبعة جامعة بغداد .
٨. صالح ، قاسم حسين ، ٢٠٠٢ ، علم النفس الشواذ ، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي ، بغداد .
٩. عبد الغفار عبد السلام ، ١٩٧٧ ، مقدمة في علم النفس العام ، الناشر ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
١٠. العوداي ، قاسم هادي ، ١٩٩٢ ، العصاب ، دار الشؤون الثقافية العامة ، بغداد .
١١. كمال علي ، علي ، ١٩٨٣ ، النفس انفعالاتها وامراضها وعلاجها ، ط٢ ، مطبعة الدار العربية ، بغداد .

المصادر الاجنبية :

1. DSM- IV- American Psychiatric Association (APA), diagnostic and statistical mental of mental Disorder fourth edition Washington.
2. Eysenck-Hj, 1964 , experiments in behavior tharpy , Pegiamon press , Oxford U.K.
3. Fisher.S, 1973: Body consciousness: you are what you feel prentice –Hall .INC. Englewood Cliffs. New jersey.
4. Goldman , 1995, Review of general psychiatry, fourth edition , USA.
5. Harlod, et, al. 1995, Comprehensive Text Book Psychiatry . volume. 1.USA.
6. Horacek & Brucem 1995, Development of the Todd Loss scale, Test Retest , Journal of psychometrics DAI-B6107.
7. Lang, 1993, Parental Grief Reactions and Marital Intimacy Following Infant, journal of Death Studies V17n3,USA .
8. Lewis ,M(1992), pathological grief, the exposed self .New York, free press.
9. Marcey , 1996, A comparison of the Long –Term Effects of Bereavement after four types of death, journal of psychology clinical-DAI-B56/11.USA.
10. Marris , 1964, Widows and their families, London.
11. Meuser ,1990 , An integrative Model of personality coping and appraisal for the prediction of grief involvement in adults, journal of psychological, DAI-B57108.
12. Morton, 1996, perinatal loss and the replacement child . The emotional , journal of psychological ,DAI-A57109.
13. O'Conner, 1998: Survivor Guilt, submissive Behavior and Evolutionary theory, Journal of clinical psychiatry .
14. Parkes, 1969, separation anxiety: an aspect of the search for a lost object . in studies of Anxiety. British journal of psychiatry , special publication, NO3.Ashford.
15. Peterson C.& Seligman, 1984, Causal explanations as a risk factor for depression theory and evidence. Psychological review.91.
16. Richard & Shader, 1993, Manual of Psychiatric therapeutics , second Edition . USA.
17. Rosa, 1996 Perinatal Loss : An exposure-Based Approach to Alleviating feeling of Grief in Bereaved parents . journal of psychology clinical.
18. Thomas, 1995 , psychiatric symptomaology and grief-specific affects behaviors in parentally Bereaved children (parental loss). Journal of psychology, clinical DAI-B55/10. USA.

19. Jarolman , 1996, A comparison of the human grief reaction ,focusing on pet, journal of psychological, DAI-A57102.
20. Joseph, et, al., 1993, psychiatry Diagnosis & therapy a Lange clinical Manual ,2nd edition, USA.
21. Ingram ,et,at,1981.noteson Psychiatry fifth edition Britsh Library .
22. Lindeman , E, 1944 Symptomatology and managent of acute grief Amer , j , Psychiatry .

الملحق (١)

أسماء السادة الخبراء الذين عرضت عليهم فقرات مقياس الحزن المرضي

١- د . خليل ابراهيم رسول	استاذ علم النفس كلية الاداب / جامعة بغداد
٢- د. ابراهيم عبد الخالق	استاذ علم النفس كلية الاداب / جامعة المستنصرية
٣- د . قاسم حسين صالح	استاذ علم النفس كلية الاداب / جامعة بغداد
٤- د . قاسم هادي العوادي	اختصاص الطب النفسي
٥- د. كامل علوان الزبيدي	استاذ علم النفس كلية الاداب / جامعة بغداد
٦- د . طه ياسين النعمة	اختصاص الطب النفسي
٧- د . بثينة منصور الحلو	استاذ علم النفس كلية الاداب / جامعة بغداد

أخي الفاضل ..... أختي الفاضلة .....

يتعرض كل انسان في حياتة الى الحزن نتيجة موت شخص عزيز عليه فتثير لدية نوعاً من الانفعال ، و بين يديك عدد من الفقرات ، نرجو تفضلك بقراءة كل فقره ووضع علامة ( ) امامها و تحت البديل الذي ترى انة يعبر عن حالتك ما اذا كانت تنطبق عليك كثيراً أو تنطبق عليك قليلاً او لا تنطبق عليك . علماً بأن المعلومات تستخدم لاغراض البحث العلمي .

مع جزيل الشكر و التقدير

- الجنس ذكر ( ) انثى ( )
- صلتك بالمتوفي
- سبب الوفاة
- حالة الوفاة : متوقعة ( ) غير متوقعة ( )
- المدة التي مضت على وفاة المتوفي ثلاثة أشهر ( )ستة أشهر ( ) تسعة اشهر ( ) سنة ( ) اكثر من سنة ( ) .

الملحق (٢)

مقياس الحزن المرضي بصورته النهائية

ت	الفقرات	ينطبق على كثيراً	ينطبق على قليلاً	لا ينطبق على
١	أشعر أن حياتي تغمرها الأحزان			
٢	أعتقد أن المستقبل مظلم تماماً و لابارقة أمل فية			
٣	أشعر بالتشاؤم			
٤	أتمنى أن أموت الآن لألتحق بمن فقدته			
٥	أشعر بالذنب لتقصيري مع من فقدته			
٦	تراودني فكره إيذاء نفسي			
٧	أنا الان أبكي أكثر من السابق			
٨	أنا الان أقل اهتماماً بالآخرين			
٩	أشعر بالتعب بسهولة من عمل أي شئ			
١٠	شهيتي للطعام سيئة جداً			
١١	اهتمامي الجنسي أو رغبتي الجنسية أقل مما كانت علية			
١٢	أنفعل لأتفه الاسباب			
١٣	اشعر بأن الجميع قصروا بحق المتوفي الذي فقدته			
١٤	أشعر بالنحول بشكل مستمر			
١٥	كثيراً ما اتحدث مع نفسي			
١٦	أجد صعوبة في النوم			
١٧	أحافظ على حاجات المتوفي الذي فقدتة كما هي علية			
١٨	أجد نفسي غير راغب بتنفيذ أي عمل حتى لو كان ممتعاً			
١٩	مازلت غير مصدق بأن من فقدته قد مات فعلاً			
٢٠	لم أعد استمع بهواياتي الاعتياديه			
٢١	اشعر بانني مثقل بالهموم			
٢٢	يزورني المتوفي الذي فقدته في البيت أحياناً			
٢٣	أرى في منامي أحلاماً كثيره تتعلق بمن فقدته			
٢٤	أشعر بالوحدة بين أهلي و أصدقائي			
٢٥	يصعب عليّ مجاراة الآخرين اجتماعياً			
١٦	أسمع أحياناً صوت من فقدته			
٢٧	أشعر ان حياتي قد توقفت			
٢٨	أشعر احياناً ان المتوفي الذي فقدته قد يعود			
٢٩	أقضي معظم اوقاتي في الصلاة و قراءة القرأن الكريم			
٣٠	أشعر احياناً بأعراض مرضية مشابهة لاعراض الذي فقدته			

أحيانا	نادرا