

“There are wounds that never show on the body Those are deeper and more hurtful than anything that bleeds”.

Laurell K.Hamilton

«إن العبرة ليست أبداً في معرفة الناس، إنما في الإحساس بهم»

إبراهيم أصلان - كاتب وأديب مصري.

الاضطرابات العُصابية

Neurotic Disorders

استشاري الطب النفسي
سعدى موسى الحانوتي

العبيكان
Obekan

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.

الحنوتي، سعدي موسى.

الاضطرابات العصبية.

سعدي موسى الحنوتي.

ط١- الرياض، ١٤٣٧هـ.

٣٤٤ ص؛ ١٤ × ٢١ سم.

ردمك: ٤-٨٩٠-٥٠٣-٦٠٣-٩٧٨

١- القلق أ. العنوان

ديوي ١٥٢,٤٦ رقم الإيداع ١٤٣٧/١٦٥٢

الطبعة الأولى

١٤٣٧هـ / ٢٠١٦م

حقوق الطباعة محفوظة للناشر

الناشر **العبيكان**
Obeikan للنشر

المملكة العربية السعودية - الرياض - المحمدية

طريق الأمير تركي بن عبدالعزيز الأول

هاتف ٤٨٠٨٦٥٤ فاكس ٤٨٠٨٠٩٥

ص.ب ٦٧٦٢٢ الرياض ١١٥١٧

موقعنا على الإنترنت

www.obeikanpublishing.com

متجر **العبيكان**
Obeikan على أبل

<http://itunes.apple.com/sa/app/obeikan-store>

امتياز التوزيع شركة مكتبة **العبيكان**
Obeikan

المملكة العربية السعودية - الرياض - المحمدية

طريق الأمير تركي بن عبدالعزيز الأول

هاتف ٤٨٠٨٦٥٤ فاكس ٤٨٨٩٠٢٣

ص.ب ٦٢٨٠٧ الرمز ١١٥٩٥

www.obeikanretail.com

لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو نقله في أي شكل أو واسطة، سواء أكانت إلكترونية أو ميكانيكية، بما في ذلك التصوير بالنسخ «فوتوكوبي»، أو التسجيل، أو التخزين والاسترجاع، دون إذن خطي من الناشر.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿هَذَا مِنْ فَضْلِ رَبِّي لِيَبْلُوَنِي ۗ أَشْكُرٌ أَمْ أَكْفُرٌ وَمَنْ شَكَرَ
فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ ۗ وَمَنْ كَفَرَ فَإِنَّ رَبِّي غَنِيٌّ كَرِيمٌ﴾

[التعل:40]

الحمد لله رب العالمين؛ حمداً يوازي نعمه ويكافئ مزيده،
حمداً كما يحب ربنا ويرضى. اللهم ربنا لك الحمد حمداً
كثيراً طيباً مباركاً فيه ملء السماوات وملء الأرض وملء
ما بينهما وملء ما شئت من شيء بعد، حمداً كثيراً طيباً
مباركاً فيه كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانتك.

اللهم لا علم لنا إلا ما علمتنا، إنك أنت العليم الحكيم،
اللهم علمنا ما ينفعنا، وانفعنا بما علمتنا، وزدنا علماً.

شكر وإهداء

لا يسعني إلا أن أشكر كل من تكرّم علي بنصيحة وساندني بالقول أو بالفعل لإنجاز هذا العمل وإخراجه من أمنية الى واقع وأخص بالذكر أستاذي الأول الذي أرسى في نفسي مبادئ هذا العلم الراقي وعلمني ما لم أكن أعلم في زمنٍ كَثُرَ فيه المتعلمين وشُحَّ فيه المعلمون، مستشار الطب النفسي بالأردن الحبيب، ممثل الشرق الأوسط للجمعية العالمية للأطباء النفسانيين الدكتور وليد سرحان حفظه الله.

والشكر الى رفيقة حياتي وأم أولادي زوجتي الكريمة (أم المنذر) التي ما برحت تسدي الي المعروف وتقدم لي الخير الجزيل وما زالت تواصل العطاء والدعم غير المنون.

والشكر موصول لإبنتي الغالية (سيرين) التي تفضلت بطباعة الكثير من الموضوعات وذلك الفضل من الله، إن فضله كان علينا عظيمًا.

لكم جميعًا ولقرائي الكرام، ولكل من يحمل في قلبه لي خيرًا ودعاءً بالتوفيق والسداد،،

أهدي كتابي هذا.

د. سعدي موسى الحانوتي

استشاري الطب النفسي

2016/8/1 م

الفئة المُستهدفة

كان همي الشاغل والدافع في تأليف كتابي لا يقل همًّا ولا قلقًا عن شأن كل من سبقني لإرضاء القارئ وترك بصمةً جليّةً وأثرًا ظاهرًا في سيرة حياته. وقصدت مستهدفًا فئة الطلاب في مجالات الطب والعلوم النفسية والاجتماعية والتربوية والعاملين في مجال الصحة النفسية والباحثين عن الثقافة النفسية الشاملة راجيًا من الله - عز وجل - أن يجعل ما فيه من آيات كريمة وأحاديث وعلم في ميزان حسناتي، وأن يكون مما قيل عنه: «علمٌ يُنتفع به».

قائمة المحتويات

9.....	المقدمة.....
17.....	مصطلحات مهمة.....
29.....	مفاهيم خاطئة.....
31.....	مظاهر الصحة النفسية.....
35.....	تعريف الصحة النفسية والمرض النفسي.....
43.....	الإسلام والصحة النفسية.....
47.....	تصنيف الاضطرابات العقلية.....
57.....	حدود العقل.....
71.....	اضطرابات العُصاب.....
75.....	اضطرابات التأقلم.....
107.....	اضطرابات القلق.....
117.....	تصنيف اضطرابات القلق.....

121	القلق النفسي العام (القلق المعمم)
141	اضطراب الهلع
157	الرهاب أو الخوف المرضي
159	رهاب الساح
167	الرهاب الاجتماعي
175	الرهاب البسيط
189	اضطراب الوسواس القهري
193	ضغوط الحياة
213	الحيل الدفاعية
235	التوافق النفسي
265	اضطرابات الكرب
281	اضطراب الكرب الحاد
293	اضطراب الكرب (الشدة) بعد الرض
309	الاضطرابات التحويلية
339	المراجع

المقدمة

الحمد لله، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين.

بالنظر إلى المفاهيم المختلفة عن الاضطرابات النفسية، سواءً في عامة المجتمع أو حتى خاصته، تبقى هناك قوانين علمية ودراسات وبحوث لتصحيح كل ما هو مغلوط، وقد حاولت جاهداً جمع المعلومات ذات الصلة بطريقة بسيطة يقدر على فهمها العامي والمتعلم، وصُنِّف بعضها على المنهج العلمي؛ لكي يستفيد منها طالب العلم في هذا التخصص والقارئ العادي مهما كانت مكانته الاجتماعية، ولا غنى عن خبرات من سبقونا في هذا المجال بالاطلاع على مؤلفاتهم وكتبهم واستخلاص كل ما هو مفيد وتدعيمه في كتابي هذا؛ حتى يلتقي صدق المصدر مع ثقة المعلومة، ويصبح أشد تثبيتاً لأساسنا العلمي.

وبينما كانت أوروبا تغط في ظلام العصور الوسطى جاء الإسلام، وبدأت حضارته في الازدهار، وخاصة بين منتصف القرن الثامن إلى بداية القرن

الثالث عشر الميلادي، حين ازدهرت لدى العرب علوم الطب على يد الطبري والرازي وابن سينا، وكان المرضى النفسيون يعاملون معاملة حسنة في ضوء تعاليم الإسلام، وما تحض عليه الشريعة الإسلامية من المعاملة الحسنة للضعيف والمرضى، وقد تجلت عناية العرب في الإسلام بالمرضى بإنشائهم البيمارستان الذي أنشأه الوليد بن عبد الملك 707م، ومن أشهرها أيضاً بيمارستان هارون الرشيد، وبيمارستان البرامكة، وبيمارستان صلاح الدين الأيوبي 1182م، والبيمارستان المنصوري الذي أنشأه محمد بن قلاوون.

تقدم مفهوم المرض النفسي عبر ثلاث مراحل تاريخية:

1. العصور القديمة: التي اعتمدت بشكل مطلق على الخبرة الخاصة، وكان ذلك في مصر القديمة وفي الحضارات الآشورية والبابلية والصينية والهندية، وقد كان يعنى بمسائل عامة لطبيعة الوجود وما وراء الطبيعة والروح والأخلاق والسياسة وكل ما يهم الناس في حياتهم العامة، ولم يحققوا منه شيئاً.
2. العصور اليونانية والعربية: التي اعتمدت على المهارة الإكلينيكية (السريية) والخبرة التجريبية التي بدأت على يد أبقراط وجالينوس، ثم تم ترجمتها وتطويرها وتجديدها من قبل العرب، وخاصة الرازي، ومن أهم كتاباته (المنصوري) وكتاب (الحاوي) ويتكون الكتاب الأول من عشرة فصول، تتضمن وصفاً لأنواع الأمراض المختلفة، ويعد دليلاً متكاملًا في مجال الخلقة تدل على الخلق، أما كتاب (الحاوي) فيعتبر أكبر موسوعة طبية أصدرها طبيب عربي، وابن سينا صاحب كتاب (القانون)، الذي يعتبر كتاباً تعليمياً يتميز بالتصنيف الأفضل والترتيب

الذهني والتوجه المنطقي، وقد قدر له أن يمثل أساس التعليم الطبي في أوروبا لعدة قرون.

3. العصر الحديث: ويستند مفهوم المرض النفسي فيه إلى المنهج العلمي والبيولوجي (الحيوي) بشكل أساسي.

منذ بداية الطب العقلي بدأ البحث عن قاعدة عضوية للاضطرابات النفسية والعقلية على حد سواء، حيث قادهم البحث للحديث عن أنماط الجسم وعلاقته بالمرض العقلي والنفسي، واشتهر في هذا الصنف من البحوث العالم فيشنر (1888-1964م) الذي بحث في العلاقات بين الخصائص النفسية والخصائص الجسمية خلال عمله طبيباً أمراض عقلية، وقادته بحوثه للتوصل إلى العلاقة القائمة بين النمط النفسي والنمط الجسيمي.

وعليه، فإن تصحيح المفاهيم الخاطئة هو الانطلاقة نحو احترام هذا الفرع من العلوم الطبية وتقدير دورها العلاجي والإرشادي والقائمين عليها.

ومن هنا، فالاضطراب النفسي هو نمط سيكولوجي أو سلوكي ينتج عن الشعور بالضييق أو العجز الذي يصيب الفرد، ولا يعدّ جزءاً من النمو الطبيعي للمهارات العقلية أو الثقافة، وقد تغيرت أساليب إدراك وفهم حالات الصحة النفسية على مر الأزمان وعبر الثقافات، وما زالت هناك اختلافات في تصنيف الاضطرابات النفسية وتعريفها وتقييمها. ذلك على الرغم من أن المعايير الإرشادية القياسية مقبولة على نطاق واسع.

قد كان الطب عبر التاريخ محاطاً بشيء من الأساطير والخرافات، وإذا كان هذا الأمر كذلك، فإن أكثر ما يتجلى هذا الأمر في مجال الأمراض العقلية والنفسية، ولا يزال هناك الكثير من العقبات التي تعترض طريق من يحاول استيعاب مظاهر أمراض الدماغ، والأمراض النفسية بشكل عام.

في الوقت الحالي، تُصوّر الاضطرابات النفسية على أنها اضطرابات في عصبونات الدماغ من المرجح أن تكون ناتجة عن العمليات الارتقائية التي يشكلها التفاعل المعقد بين العوامل الوراثية والتجارب الحياتية، بعبارة أخرى، فإن الجينات الموروثة للمرض العقلي أو النفسي يمكن أن تكون هي الجينات المسؤولة عن نمو العقل، التي من المحتمل أن يكون لها نتائج مختلفة، بناءً على المحيط البيولوجي والبيئي.

من الصعب تحديد أو تصنيف ما أسهم به القرن العشرون بدقة، أما من حيث التشخيص فيمكن ذكر التطورات الآتية:

- (النظريات السيكدينامية) عند سيغموند فرويد.
- التسليم بتعدد العوامل المحددة للمرض (البيولوجية والاجتماعية التي دعا إليها ماير Meyer).
- التحليل للعلاقات بين الأشخاص الذي تقدم به سوليفان Sullivan والذي يناقض به مفهوم وحدة كيان المرض disease entity concept ثم الأدلة الطبية التي تؤيد وجهة النظر التي تقول: إن العوامل العضوية هي التي تسبب المرض العقلي من قبيل الكشف عن بكتيريا حلزونية تسبب الزهري وجنون الشلل العام، ثم تواتر

الأدلة على احتمال وجود عوامل وراثية عن طريق دراسات التوائم التي قام بها كالمان Kallman واكتشاف اختلالات في الصبغيات في حالات التأخر العقلي، فقد قدم سيغموند فرويد نظريته عن التحليل النفسي.

وكان إيفان بافلوف العالم الروسي هو من وضع نظرية الاستجابة الشرطية. ويعدّ هذا القرن العشرون الذي يحوي العديد من العلماء عصر نهضة الطب النفسي بحق.

الفلسفة الإسلامية

أما المزايا الذي يتمتع بها ديننا الحنيف فهي:

1. العلاقة المباشرة مع الإله دون الحاجة إلى وسيط؛ ما يجعل علاقة المسلم بالله علاقة مباشرة ملهمة، واثقة.
2. نظرة واقعية عملية لاحتياجات الجسد والروح، ذلك أن الانعزال والنكوص والزهد والتطير المثالي ليس من دعائم الإسلام.
3. تناسق الفروض والشعائر مع الإيقاع البيولوجي الدوري، مثل: الصلاة، الصيام، الوضوء.
4. الاعتقاد في البعث والآخرة، وهو ما يفتح الباب لبحث لانهائي في معرفة وخلق الزمن والذات.
5. حرية إبداعية غير محدودة، تعيد تشكيل مستويات جديدة من الوعي.

لقد ذكرت النفس 185 مرة في القرآن بوصفها مصطلحاً عاماً للوجود الإنساني، كجسد وسلوك ووجدان وتصرف، أي كوحدة نفسية - جسمية كاملة، توازناً مثيراً بين مراحل التطور البشري السبع كما ذكرت في الصوفية والتطور النفسجيسى طبقاً لفرويد، وكذلك النفس - اجتماعي طبقاً لأريكسون، كلاهما (الأخيران) ينتهيان دون ما وصلت إليه الصوفية. لقد ارتبط ظهور الإسلام بتغييرات جذرية في سلوك العرب، ولقد شاع أن تعرف مرحلة ما قبل الإسلام بعصر الجاهلية؛ ذلك أن تلاشي الحضارة العربية القديمة التي استمرت ما يتجاوز ألفي عام، وامتدت إلى عصور الآشوريين والبابليين، جعل الناس ينظرون إلى المرض العقلي تحديداً باعتباره نتيجة للأرواح الشريرة والجن.

لقد دفع القرآن باعتباره قانوناً دينياً جديداً، بالمسلمين إلى أسلوب جديد في الحياة استبدل بشكل جذري النمط الحضاري للفترة السابقة عليه، ولسنا هنا في حاجة للتأكيد أن القرآن ليس بمرجع طبي، ولا يجوز قياسه بالقياسات الأكاديمية الحديثة.

إن تعريف الاضطرابات النفسية وتصنيفها مسألة مهمة بالنسبة إلى الصحة النفسية، وأيضاً من أجل متلقي خدمات الصحة النفسية ومقدميها، وتستخدم معظم الوثائق الإكلينيكية الدولية مصطلح (اضطراب نفسي). ويوجد حالياً نظامان مشهوران يقومان بتصنيف الاضطرابات النفسية: أحدهما جزء من التصنيف الدولي للأمراض ICD الذي وضعته منظمة الصحة العالمية WHO والآخر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM الذي وضعته الجمعية الأمريكية

للطب النفسي APA ويضع النظامان قائمة بأنواع الاضطرابات، ويقدمان معياراً موحداً لتشخيصها، وقد عمدا إلى التقريب بين قواعدهما في النسخ الأخيرة، وهذا ما جعل الأدلة متشابهة إلى حد كبير في معظم الأحيان. ذلك على الرغم من أنه ما زالت هناك اختلافات كبيرة بينها، ويمكن استخدام نظم تصنيف أخرى في الثقافات غير الغربية (انظر، على سبيل المثال، التصنيف الصيني للاضطرابات النفسية)، ويمكن أن يستخدم أصحاب الآراء النظرية البديلة أدلة أخرى، مثل الدليل التشخيصي للأمراض النفسية الديناميكية Psychodynamic Diagnostic Manual وبصفة عامة، تُصنّف الاضطرابات النفسية بشكل منفصل إلى اضطرابات عصبية أو صعوبات تعلم أو تأخر عقلي.



مصطلحات مهمة

الطب النفسي Psychiatry

الطب النفسي هو ذلك الفرع من الطب الذي يهتم بدراسة الاضطرابات التي تشكل فيها الظواهر النفسية والمعرفية (كالتفكير، والإدراك، والسلوك) جانباً أساسياً، سواءً في سبب المرض أو صورته الإكلينيكية، وكذلك كل الجوانب النفسية للمرضى في تخصصات الطب المختلفة، ولا بد لمن يتخصص في هذا الفرع من الطب أن يدرس الكثير من علم النفس العام ومدارسه المختلفة وعلم النفس السريري، وكذلك علم الكيمياء وعلم الأدوية والعلوم العصبية، وأن يكون ملماً بكثير من أعراض الطب الباطني وأمراضه؛ نظراً لكثرة ظهور المرض العضوي بأعراض نفسية، وكثرة ظهور المرض النفسي بأعراض عضوية، فلا بد أن تكون لديه القدرة على التمييز بين الحالتين، وأيضاً لأن وجود المرضين النفسي والعضوي في مريض واحد أكثر من أن يُفعل.

الطبيب النفسي Psychiatrist

هو ذلك الشخص الذي تخرج في الثانوية العامة - القسم العلمي - ثم التحق بكلية الطب، ودرس فيها تقريباً مدة سبع سنوات جميع التخصصات الطبية دون تركيز على تخصص محدد، مثله في ذلك مثل أي طالب في كلية الطب، ثم حين يتخرج يعمل في جميع التخصصات الطبية الرئيسية مدة عام واحد (يُسَمَّى خلاله طبيب امتياز)، مثله في ذلك مثل أي طبيب آخر، يحصل بعدها على بكالوريوس الطب والجراحة، ما يؤهله للعمل في أي تخصص طبي شاء. وكما يختار زميله الذي تخرج معه في قسم الجراحة أو الباطنية مثلاً، فإن من يرغب في أن يكون طبيباً نفسياً، فإنه يتجه للعمل في قسم الطب النفسي، ويمكنه بعد ذلك مواصلة دراساته العليا في الطب النفسي، التي يتدرج خلالها من رتبة طبيب مقيم إلى طبيب اختصاصي (إخصائي) بعد حصوله على درجة الماجستير في العلوم العصبية والطب النفسي، ثم إلى رتبة طبيب استشاري إذا حصل على درجة الدكتوراه.

ويتمثل دور الطبيب النفسي في تشخيص الحالة المرضية والبحث في أسبابها النفسية وكذلك العضوية؛ لأنه في الأصل طبيب - كما أسلفنا - ثم يسعى في اختيار العلاج المناسب لها، وقد تحتاج بعض الحالات المرضية إلى بحث اجتماعي، فيستعين بالاختصاصي الاجتماعي، أو عمل بعض المقاييس النفسية مثلاً، فيستعين بالاختصاصي النفسي، ويُعدّ الطبيب النفسي في الأقسام النفسية العمود الفقري للفريق المعالج الذي يتكون عادة من: الطبيب النفسي، والاختصاصي النفسي، والاختصاصي الاجتماعي، وفريق التمريض. وإن الطبيب النفسي هو الوحيد الذي يحق له صرف الأدوية من بين أفراد الفريق المعالج؛ لما عنده من خلفية طبية، ويقوم الطبيب النفسي

أيضاً بعلاج ما يعترض مرضاه من أمراض أخرى، إن لم يقتضِ الحال تحويلها إلى طبيبٍ مختص.

ما علم النفس Psychology ؟

هو العلم الذي يختص بدراسة السلوك الإنساني وعلاقته بالبيئة المحيطة من خلال الطريقة العلمية في البحث، فمثلاً كيف يتعلم الإنسان، وكيف يفكر، أو كيف يدركُ بيئتهُ، وما التغيراتُ التي تطرأ على الإنسان عندما يفكرُ بذكاءٍ أو يبذلُ أو عندما يقعُ فريسةً لمرضٍ عقلي أو نفسي أو عضوي، وما التغيراتُ التي تطرأ عليه عندما يتحمس أو ينشط أو ينفعل أو يندفع، وما الذي يطرأ عليه عندما يتفاعل مع جماعة من الناس، أو عندما يعمل بمفرده، أو ماذا يطرأ على سلوكه من تغييرٍ وهو تحت تأثيرِ عقارٍ ما، إلى آخر هذه المباحث الإنسانية؛ وتتفرع عن علم النفس العام فروع كثيرة تزيد يوماً بعد يوم، كعلم النفس الاجتماعي، وعلم النفس التربوي، وعلم النفس الحربي والصناعي والإداري وغيرها، لكنها في مجموعها تدرس في كليات ككلية التربية وكلية الآداب، وأما ما يدرس في كلية الطب فهو مقدمة علم النفس العام وعلم النفس الطبي أو السريري (الإكلينيكي) ودارسو علم النفس العام هم الاختصاصيون النفسيون والمحللون النفسيون وغيرهم.

طبيب الأمراض العصبية Neurologist

أو طبيب المخ والأعصاب (باطنية) كما يحبون تسمية أنفسهم؛ هرباً من وصمة الطب النفسي، هو مثل الطبيب النفسي تخرج في كلية الطب، ولكنه اختار بعد قضاء سنة الامتياز العمل في قسم الأمراض العصبية، وهو

أحد تخصصات الأمراض الباطنية كطبيب مقيم مدة ثلاث سنوات على الأقل إلى أن يحصل على درجة الماجستير نفسها التي يحصل عليها الطبيب النفسي، وهي ماجستير العلوم العصبية والطب النفسي؛ ثم إن شاء بعد ذلك مواصلة الدراسة يحصل على درجة الدكتوراه في العلوم العصبية ليصبح مستشاراً للعلوم العصبية، وهذا التخصص جديد إلى حد ما وغير ممثل في معظم وزارات الصحة العربية؛ نظراً لأن معظم هذه الوزارات تكتفي بأقسام الطب النفسي فيها، حيث كان المسمى (الأمراض النفسية والعصبية).

ولما تعددت كليات الطب في الجامعات العربية أنشئت أقسام مستقلة للأمراض العصبية فيها، وكان مرضى هذا التخصص قبل ذلك مقسمين ما بين أطباء الباطنية العامة وأطباء الأمراض النفسية؛ أما نوعية الأمراض التي استقل بها هذا التخصص فقد كانت في البداية كل ما يعرف له سبب باثولوجي في الجهاز العصبي، وغالباً ما كانت أعراضه تدرج تحت أعراض خلل الجهاز الحركي مثل بعض حالات الشلل والخزل paresis وحالات الصرع وأمراض الحثل العضلي Muscular Dystrophy والتهاب الأعصاب الطرفية وما إلى ذلك.

وربما كان التفريق بين هذا التخصص وبين الطب النفسي سهلاً في الماضي عندما لم تكن لدينا غير معلومات ضئيلة عن أسباب الأمراض النفسية، ولكن الآن أصبح التفريق معتمداً، لا على السبب بل على نوعية الخلل الذي يعانيه المريض، فإذا جاء الخلل في ميدان الحركة والإحساس الجسدي اعتبر ضمن مجال الأمراض العصبية، وإذا جاء الخلل في ميدان

المشاعر أو الأفكار أو السلوك أو العمليات المعرفية اعتبر ضمن مجال الطبّ النفسي، ولكنّ الذي لا بدّ من قوله هنا: إن كلا هذين التخصصين إنما هما وجهان لعملة واحدة وفصلهما عن بعضهما ربما أضر أكثر مما نفع، وإن كان التوجه العلميّ الحديث نحو التخصص هو السبب في الفصل، ولكن الخط الفاصل لا يزال بعيداً عن الوضوح!

جراح المخ والأعصاب Neurosurgeon

وهذا تخصص آخر من التخصصات الطبية، ولكنه يتبع الجراحة لا الباطنية، فجراح المخ والأعصاب يتخرج في كلية الطب، ولكنه بعد سنة الامتياز يتخصص في جراحة المخ والأعصاب، ويعمل طبيباً مقيماً مدة ثلاث سنوات جراحاً يحصل بعدها على ماجستير في الجراحة العامة أو في جراحة المخ والأعصاب بحسب مدى التطور الذي وصلت إليه جامعته، ثم إن أكمل دراسته يمكنه الحصول على درجة الدكتوراه في جراحة المخ والأعصاب، والجراحة في جوهرها تختلف عن الباطنية، فهي أسلوبٌ من أساليب العلاج، ومرحلة العلاج تلي مرحلة التشخيص في الطب، وهي وظيفة الطبيب الباطني في الأساس؛ لأن تركيز الجراحة إنما يكون في المقام الأول على كيفية إتقان العمل بالمشروط بعد الوصول إلى أقصى ما يمكن من دقة في التشخيص.

وهناك بعض الحالات التي تصلح لها الجراحة مثل أورام المخ وأورام الأعصاب، وبعض جراحات العمود الفقريّ، وكذلك حالات النزيف المخي الناتج عن إصابات الرأس في الحوادث أو بعض حالات النزيف لأسباب طبية باطنية مثل ارتفاع ضغط الدم المفاجئ؛ ونظراً للتطور الحديث في

مجالات الجراحة الميكروسكوبية، فقد أصبح من الممكن التدخل في بعض حالات الصرع الناتجة عن إصابات الرأس بعدما كان التدخل الجراحي في الماضي يسبب من المشكلات ما لا حصر له.

الاختصاصي (الإخصائي) النفسي Psychologist

هو ذلك الذي تخرج في الثانوية العامة - القسم الأدبي عادة - ثم التحق بقسم علم النفس في إحدى الكليات النظرية (التربية أو الآداب عادة) حيث يدرس فيها، ويتلقى تدريبيه مدة أربع سنوات، يحصل بعدها على بكالوريوس التربية قسم علم النفس أو على ليسانس الآداب قسم علم نفس، ثم يتجه بعد ذلك للعمل في أحد القطاعات الحكومية كالمدراس والمستشفيات العامة أو النفسية، ويتمركز عمل الاختصاصي النفسي في عمل المقاييس النفسية، واختبارات الذكاء، وكذلك عمل بعض الجلسات العلاجية كالعلاج المعرفي، والعلاج السلوكي، والعلاج المساند. ويُعدّ دور الاختصاصي النفسي رائدًا ومهمًا في تكامل عمل الفريق الطبي، ويعاني بلدنا مع الأسف الشديد نقصًا كبيرًا في هؤلاء الاختصاصيين النفسيين المدربين؛ نظرًا لعدم اهتمام الدولة بهم ولا بتدريبهم ما تسبب في توجّه غالبية العناصر الجيدة والمحبة لعملها منهم إلى دول البترول، ومن الاختصاصيين النفسيين الذين يودون التخصص الأدق من يتخصّص في العلاج بالتحليل النفسي، فيصير مُحللاً نفسياً Psychoanalyst ومنهم من يتخصص في علاج عيوب النطق، فيسمّى اختصاصي (إخصائي) التخاطب، ومنهم من يتخصص في نوع معين من العلاج كالعلاج الأسري أو العلاج الجمعي أو المعرفي... إلخ.

الاختصاصي الاجتماعي Socialist

تخرج في الثانوية العامة - القسم الأدبي عادة - ثم التحق بكلية الخدمة الاجتماعية أو قسم علم الاجتماع أو ما شابه ذلك من الأقسام على اختلاف أسمائها في إحدى الكليات النظرية (الآداب عادة) حيث يدرس فيها، ويتلقى تدريبه مدة أربع سنوات، يحصل بعدها على درجة الليسانس في ذلك التخصص، ثم يتجه بعد ذلك للعمل بوظيفة اختصاصي أو مرشد اجتماعي في أحد القطاعات الحكومية كالمدارس والمستشفيات وغيرها، ويتمركز عمل الاختصاصي الاجتماعي في بحث المشكلات الاجتماعية والمساهمة في حلها وإعداد التقارير الاجتماعية للأفراد الذين يُحوَّلون إليه.

وللاختصاصي الاجتماعي الذي يعمل في المستشفيات دور بارز في تكامل الخدمة الطبية، ويمكن للاختصاصي النفسي وكذلك الاختصاصي الاجتماعي مواصلة الدراسات العليا في تخصصاتهما والحصول على شهادات الماجستير والدكتوراه، ثم العمل بعدها أستاذًا في إحدى الجامعات أو موظفًا في أحد القطاعات الحكومية الأخرى بما يتناسب مع طبيعة تخصصه ودرجته العلمية.

اختصاصي التخاطب Speech Therapist

اختصاصي نفسي يتخصص تخصصًا أدق، وهو علاج عيوب النطق واضطرابات القدرة على النطق، بحيث يدرس أجزاء من علم الصوتيات، ويدرس آلية عملية النطق وكذلك الجهاز السمعي، إضافة إلى بعض أساليب العلاج السلوكي و المعرفي؛ لأن تعليم المحادثة والنطق عبارة عن

طرق وأساليب مختلفة لكل واحد منها أهداف معينة، ويدخل فيها أنشطة مختلفة، إن الهدف هو الحصول على طريقة أو طرق لتساعد كل إنسان على التخاطب والتواصل مع الغير، ومن ثم نجد أن هذا الاختصاصي يعمل مع أطباء الأنف والأذن والحنجرة ومع الأطباء النفسيين.

اختصاصي التحليل النفسي (أو المحلل النفسي Psychoanalyst)

وهذا اختصاصي نفسي في الأساس، لكنه يحصل على درجة علمية أعلى من الليسانس أو البكالوريوس؛ أي الماجستير أو الدكتوراه في علم النفس، ويكون تخصصه هو نظرية التحليل النفسي؛ أي نظرية (سيجموند فرويد)، ويمارس العلاج النفسي عن طريق هذه النظرية، وعدد هؤلاء المحللين النفسيين في تناقص مستمر في الدول الغربية، حيث إن التوجه الآن هو اتجاه النظريات السلوكية والمعرفية؛ لأن العلاج بالتحليل النفسي باهظ التكلفة وطويل الأمد.

المنوم المغناطيسي Hypnotizer

التنويم المغناطيسي هو واحد من مباحث علم النفس، وهو حقيقة لا خيال، لكن الناس يتوهمون عنه الكثير، وتوجد معاهد خاصة لتخريج المنومين في بلاد الغرب، ولا يشترط فيهم أن يكونوا أطباء، لكن ما يعني هنا هو أن الناس يفهمون الأمر بشكل مختلف عن حقيقته؛ لأنهم يحسبون لدى المنوم المغناطيسي قدرات خاصة، وهذا أمر غير صحيح، فالقدرة أو الخاصية في الحقيقة تكون لدى الشخص الذي يتم تنويمه، وليس لدى المنوم سوى طريقة التنويم بعد أخذ موافقة الشخص الذي يرغب في النوم،

وهذا أيضاً مفهوم خاطئ لدى الكثيرين، فليس هناك من ينوم الناس قسراً ودون أن يعطوه هم الفرصة لذلك! وأما عن أهمية ذلك في العلاج النفسي فأستطيع أن أقول: لا شيء تقريباً؛ لأن هناك أساليب أكثر مناسبة للطبيب لكي يستخدمها وأكثر أمناً؛ لأنه يحسنها أكثر من التويم.

مفهوم علم النفس المرضي Psychopathology

هو فرع من علم النفس الطبي يختص بطرق البحث السيكولوجي التي تستخدم الدراسة الإكلينيكية للحالة العقلية للمريض فيما يتصل -ليس فقط بمرضه نفسه- بل أيضاً بالإمكانات التعويضية أو التحملية الكامنة في شخصيته. إذن هو العلم الذي يبحث في انحرافات السلوك والخبرات العقلية على حد سواء ومحاولة فهم معوقات النفس البشرية في كل أبعادها النفسية والاجتماعية والعضوية؛ ليتمكن من وضع أسس السلوك القويم، وكذا مؤشرات السلوك المرضي. وجدير بالذكر أن تعاريف علم النفس المرضي كثيرة ومتعددة، ولا يسعنا أن نقف عند معظمها، ولكن يمكن أن نختصر جل التعاريف المعطاة له في التعريف الآتي: «علم النفس المرضي هو العلم الذي يصف الأمراض ذات الصلة بالحالة النفسية أو العقلية أو كليهما على السواء محددًا الأعراض وكذا النتائج».

تاريخ علم النفس المرضي

منذ بداية الإنسانية ظهرت محاولات عدة لفهم الأمراض العقلية وتفسيرها، وقد كانت مختلف التفسيرات تتناسب ومختلف أنماط السلوك

التي ظهرت، وتسلسلت عبر الزمان، وهذا التسلسل لمختلف التغييرات يسمح لنا بفهم كيفية ظهور علم النفس المرضي (هذا التسلسل نراه معاً في النظريات المفسرة للأمراض).

فيعود الفضل في ظهور اتجاه حديث للطب العقلي إلى بينال PINAL الذي حرر مرضى مستشفى بدسات من قيودهم سنة 1795م حيث اعتبر المرضى العقليين مرضى عاديين، وليسوا مجرمين أو ممثلين للحيوانية، ثم ظهر من بعد اتجاه آخر يسمى ضد العقلي Antipsychiatrique الذي ذهب إلى حد اعتبار أن من يوجد خارج أسوار المستشفيات العقلية هم المرضى، أما الأصحاء فهم من يعتبرهم المجتمع مرضى عقليين، وتلته محاولات عدة حاولت أن تنظر للعلم، وتضع له القواعد والمناهج العلمية المناسبة.

ولعل أولى خطوات هذا العلم ترجع إلى القرن العشرين بفرنسا، وقد قال الفرد بينيه عن نشأته: «إن علماء النفس الفرنسيين تركوا للألمان البحوث الفيزيائية (قياس العينات) وإلى الإنجليز دراسة علم النفس المقارن، وتخصصوا من ثم في دراسة علم النفس المرضي، حيث إن أول من أنشأ هذا المرض هورييو RIBOT (1859-1916) الذي عمل مدة قصيرة في الإدارة، ثم دخل للمدرسة العليا بباريس بعد أن درس الفلسفة، وشغل منصباً مهماً بمخبر علم النفس التجريبي احتوت أول أعماله تقديم المدرسة الألمانية والإنجليزية، ثم ناقش دكتوراه حول (الوراثة النفسية) 1875م، ومن هنا انطلق في دراسة علم النفس المرضي، ومن أبرز أعماله في هذا الميدان أمراض الذاكرة (1881م) وأمراض التخيل الإبداعي (1900م)، ومشكلات علم النفس العواطف (1950م)».

ثم تلتها أعمال شاركو CHARKO (1825 - 1885م) الذي احتل منصباً مهماً في عيادة الأمراض العصبية ابتداءً من 1882م، وهو معروف بأعماله حول الهستيريا المتميزة بأعراض جسدية في أسباب نفسية، ومن جهته حاول بيرنهاين BERENHAIN (1840-1919م) أن يدرس التنويم المغناطيسي وميكانيزمات الإيحاء التي استعملها في العلاج، ومن بعده بيار جانيه و P. JANET (1859-1974) الذي درس الطب، وانتمى إلى مدرسة شاركو، حيث نشر عام 1892م الحالة العقلية للهستيريين، والأعصاب والأفكار الثانية، والعياء النفسي، والوسواس، من القلق إلى الانسراح 1926م، ومرآة النمو النفسي، والنمو النفسي للشخصية (1929م) وتلتهم من بعد أعمال (ألفرد بينيه وسيمون) حول الذكاء وقياسه، وهي من أهم المحاولات الموضوعية لدراسة التخلف العقلي. ثم أتى (جورج ديما J.DUMAS) الذي كان أول مدير مخبر علم النفس المرضي بجامعة السوربون، ويعدّ الظاهرة المرضية وسيلةً لمعرفة السوي، ونشر كتباً عدة من بينها القدرات العقلية في السوداوية، وتعبير الانفعالات، وعصاب وذهان الحرب. وقد أسهم (هينري فالون H. WALLON) الذي درس الظاهرة المرضية من خلال أطروحة (الطفل المشاغب) حيث درس أول الأمر التخلف العقلي واضطرابات النمو الحس-حركي، ثم انتقل إلى التنظير لنمو الطفل في وحدة متكاملة.

- مساهمة التحليل النفسي: من المعروف أن (فرويد) درس الظواهر اللا شعورية ودورها في ظهور الاضطرابات العقلية والنفسية وفق ثلاث وجهات نظر: الاقتصادية-البنوية-الدينامية، وكذا العلاج عن طريق التداعي الحر والأحلام والتنويم المغناطيسي رفقة تلامذته يونغ (اللا شعور الجماعي) وأدلر (عقدة النقص) حيث

تعدّ مساهمة مدرسة التحليل النفسي واسعة ومؤسسة لعلم النفس المرضي، حيث بات من غير المعقول التحدث عن المرض النفسي دون مرجع نفس - تحليلي.

- مساهمة البيولوجيا: منذ بداية الطب العقلي بدأ البحث عن قاعدة عضوية للاضطرابات النفسية والعقلية على حد سواء، حيث قادهم البحث للحديث عن أنماط الجسم وعلاقته بالمرض العقلي والنفسي، واشتهر في هذا الصنف من البحوث العالم فيشر (1888-1964م) الذي بحث في العلاقات بين الخصائص النفسية والخصائص الجسمية خلال عمله طبيباً عقلياً، وقادته بجهته للتوصل إلى العلاقة القائمة بين النمط النفسي والنمط الجسمي.



مفاهيم خاطئة

1. الأدوية النفسية ليست سوى مخدرات، ولذلك فإنها تؤدي إلى الإدمان.
2. عدم شفاء بعض المرضى على الرغم من استخدامهم للدواء؛ فهم يرونها مجرد مسكنات أو منومات.
3. اعتقاد بعض الناس أنه لا يمكن للعقاقير الدوائية المادية المحسوسة أن تعالج المعاناة النفسية غير المحسوسة.
4. اعتقاد بعض الناس أن الأمراض النفسية لا شفاء منها.
5. اعتقاد أن العلاج النفسي مجرد كلام!
6. الاعتقاد أن الاكتئاب والمرض النفسي لا يصيب الأطفال.
7. اعتقاد البعض أن المرض النفسي لا يصيب المؤمن القوي!
8. الأمراض النفسية أعراضها نفسية محضة، ولا يمكن أن تظهر بأعراض عضوية.

9. الأعراض النفسية هي رد فعل طبيعي لظروف الحياة، ولا فائدة من علاجها دون حل للمشكلات الحياتية.
10. ارتباط الأمراض النفسية عند الكثيرين بالجنون والتخلف العقلي.
11. اعتقاد بعض الناس أن منشأ مرض الوسواس القهري من الشيطان فقط، ولا علاقة له بالطب النفسي.
12. اعتقاد بعض الناس أن الطبيب النفسي لا يؤمن بأثر القرآن ودوره في العلاج، وأنه منكر لأثر الجن والسحر والعين.
13. الطبيب النفسي سيدخلك في الدوامة، فاحذر منه!
14. الاعتقاد أن الطبيب النفسي مريض نفسياً، ويتأثر بمرضاه.
15. الاعتقاد أن الطب النفسي لا علاقة له بالطب العام.



مظاهر الصحة النفسية

يميل معظم المهتمين بالصحة النفسية إلى الأخذ بالاتجاه الإيجابي القائل: إن معظم الحالات الإيجابية تبدي التناسق بين الوظائف النفسية المختلفة، وتوجد أشكال عدة من مظاهر الصحة النفسية، وهي:

1. تظهر من خلال التناسق العام بين الوظائف النفسية، ويقول في هذا الشأن الباحث (هادفيلد): إن الصحة النفسية هي التعبير الكامل والحر عن كل طاقاتنا الموروثة والمكتسبة، وهي تعمل بتناسق فيما بينها في اتجاهها نحو هدف أو غاية للشخصية، ومن خلال هذا الرأي يعني أن الصحة النفسية تكون في المظاهر الحرة المعبرة عن طاقاتنا الموروثة أو المكتسبة، وتكون في تناسق هذه الطاقات، فهي تعمل حرة في وحدة الشخصية، والواضح من هذا الرأي مقارنة الصحة النفسية مع صحة الجسد.

2. الصحة النفسية تظهر من خلال عدد من المعايير، وحدد هذه المعايير كل من (أولمان) و(عبد السلام عبد الغفار)، وقد ذكر أولمان أربعة محكات

أساسية في تحديد مستوى الصحة النفسية للفرد، وهي: الإنجاز في حدود طاقات الفرد وقدرته، والاتزان العاطفي، وصلاحية الوظائف العقلية، والتكيف الاجتماعي.

أما عبد السلام عبد الغفار فقدم دراسة توصل من خلالها إلى عدد من محكات الصحة النفسية المتمثلة في: الرضا عن النفس، والسمو، والالتزام، والوسطية والعطاء.

3. تظهر من خلال نقاط الاتفاق بين عدد من الدراسات التحليلية. ظهرت كثير من الدراسات لاختلاف بينات الدراسة على الرغم من ذلك ظهرت بعض المظاهر التي تم الاتفاق عليها، وظهرت هذه المظاهر فيما يأتي:

أ. المحافظة على شخصية متكاملة، ونعني بها التوازن بين القوى النفسية والنظرة للحياة.

ب. التوافق مع المتطلبات الاجتماعية، ونعني بها التناسق بين معايير الفرد ومعايير المجتمع.

ج. التكيف مع شروط الواقع، ويشمل جانب قدرة الفرد على فهم الواقع وقبوله كما هو.

د. المحافظة على الثبات، وتشمل عدم التردد المتكرر والإثبات المناسب فيما يتصل بالاتجاهات التي تبناها الفرد، ثباتاً يسمح بالتنبؤ بما يحتمل أن يفعله.

هـ. النمو مع العمر، ونعني به أن زيادة السنوات عند الفرد يجب أن يرافقتها نمو المعارف والخبرات والانفعالات وعلاقاته الاجتماعية.

- و. الاتزان الانفعالي بمعنى أن تكون حساسية الفرد متناسبة مع ما تستدعيه الظروف التي تحيط به.
- ز. تظهر في التفاعل بين الفرد ومحيطه، ويظهر نوعان من العلاقة التفاعلية في مجال تفاعل الفرد في محيطه وعلاقة الإنسان مع نفسه أولاً وعلاقته مع العالم حوله.
- ح. علاقة الفرد مع نفسه تظهر من خلال فهم الفرد لنفسه ونموه وتطوره ونظرته للمستقبل، وأيضاً وحدة الشخصية وتماسكها.
- ط. علاقة الفرد مع محيطه تظهر من خلال تحكم الشخص في ذاته في مواجهة الشروط المحيطة به وفي إدراك الفرد للعالم كما هو ومواجهته بما يقتضيه، وأيضاً سيطرة الفرد على شروط محيطه، وتحكمه بها والشعور بالأمن والطمأنينة الذي يتحقق نتيجة لنجاح الفرد في علاقته مع نفسه ومع ما يحيط به.



تعريف الصحة النفسية والمرض النفسي

اختلف العلماء في تعريف الصحة النفسية والمرض النفسي، وهذه بعض التعريفات:

1. الصحة النفسية هي التوافق مع المجتمع، وعدم الشذوذ عنه، وعدم مخالفته، والمرض النفسي هو عدم التوافق مع متطلبات المجتمع والتكيف مع متغيراته المستمرة.

2. الصحة النفسية هي قدرة الإنسان على التطور، والمرض النفسي هو عدم التطور بما يتناسب مع مرحلة النمو (مثال: حين يتمسك البالغ بسلوكيات خاصة بمرحلة الطفولة، فإنه أقرب للمرض النفسي).

3. الصحة النفسية هي توافق أحوال النفس الثلاث، وهي:

- حالة الأبوة Parent ego state.
- وحالة الطفولة Child ego state.
- وحالة الرشد Adult ego state.

على اعتبار أن الشخص السليم نفسياً يعيش بهذه الحالات في تناغم وانسجام، ويحدث المرض النفسي عند اختلال هذه الأحوال وطغيان إحداها على الأخرى.

4. الصحة النفسية هي القدرة على الحب والعمل (أي حب الفرد لنفسه وللآخرين على أن يعمل عملاً بناءً يستمد منه البقاء لنفسه وللآخرين). والمرض النفسي هو كراهية النفس والآخرين والعجز عن الإنجاز والركود؛ رغبة في الوصول إلى الموت.

5. الصحة النفسية هي التوافق والتناغم الداخلي بين مكونات النفس من جزء فطري هو الغرائز (الهو) وجزء مكتسب من البيئة الخارجية، وهو (الأنا الأعلى) وإن المرض النفسي هو غياب هذا التوافق الداخلي. ولهذا التعريف أصول إسلامية.

فالنفس الأمانة بالسوء = تقابل الغرائز.

والنفس اللوامة = تقابل الأنا الأعلى.

والنفس المطمئنة = التوافق والانسجام بينها.

وحين يتحقق التوازن والتوافق بين النفس الأمانة بالسوء، والنفس اللوامة تتحقق الطمأنينة للإنسان، ويحيا بنفسٍ مطمئنةٍ.

6. الصحة النفسية تعني خلوّ الإنسان من الصراعات والاضطرابات، وتعني التوافق الاجتماعي والتوافق الذاتي والشعور بالرضا والسعادة والحيوية والاستقرار، إضافة إلى الإنتاج الملائم في حدود إمكانية الإنسان وطاقاته، وليس مجرد الخلوّ من الأمراض.

ومن مظاهر الصحة النفسية السليمة:

1. شعور الأمن والاطمئنان.
2. تقدير الذات.
3. الاستفادة من خبرته ودروس الحياة.
4. وجود هدفٍ سامٍ في الحياة.
5. وجود رغبات والسيطرة عليها.
6. الاتزان الانفعالي والعاطفي.
7. تحقيق متطلبات الجماعة بما يتناسب مع الأخلاق وعرف المجتمع والدين.

تُعدُّ الأسرة ثم المدرسة البيئة المناسبة التي تقوم بعملية التربية ونقل الثقافة المتطورة وتوفير الظروف المناسبة للنمو البدني والعقلي والنفسي والاجتماعي، وعندما تبدأ الطفلة تعليمها في المدرسة تكون قد قطعت شوطاً لا بأس به في التنشئة الاجتماعية في الأسرة، فهي تدخل المدرسة مزودة بكثير من المعلومات والمعايير الاجتماعية والقيم والاتجاهات.

والمدرسة توسع دائرة هذه المعلومات في شكل منتظم، حيث تتفاعل التلميذة مع مدرساتها وزميلاتها، وتتأثر بالمنهج الدراسي بمعناه الواسع علماً وثقافة، وتتمو شخصيتها من جميع الجوانب.

من المريض النفسي؟

المريض النفسي يمكن ملاحظته عادة من خلال السلوك، أو دلائل مشاعره وتفكيره، أو في أسلوب نظرته للعالم من حوله، أو كل هذه الأمور مجتمعة.

عني علماء الطب النفسي، وعلم النفس، والعلاج النفسي بدراسة هذه الظاهرة متعددة الأبعاد (طبيعة السلوك السوي والسلوك المرضي) من حيث البحث في طبيعة السلوك الطبيعي والسلوك المرضي، ومن حيث معرفة المجتمع بطبيعة هذه العلوم، والدور الذي تؤديه في فهم السلوك الإنساني وتفسيره، الظاهرة النفسية في حالتها السواء والمرض ومن ثم علاج السلوك المضطرب، وطرائق الوقاية من حدوثه، ويرجع تعقيد دراسة الظاهرة النفسية إلى عدد من العوامل، منها:

1. إشكالية تحديد ما هو السلوك الطبيعي، والسوي، من السلوك المرضي.
2. حداثة علوم النفس (الطب النفسي في مفهومه المعاصر، وكذلك علم النفس، والعلاج النفسي) مقارنة بالعلوم الأخرى.
3. التركيز الذي أولته هذه العلوم في مسيرة تطورها على الجانب المرضي من السلوك الإنساني والإهمال النسبي لدراسة وفهم السلوك الطبيعي السوي الإيجابي.

وعلى الرغم من ذلك يتفق علماء النفس، والطب النفسي على أن الشخص الطبيعي، السوي نفسياً، وعقلياً هو الشخص الذي تتمثل في شخصيته الخصائص الآتية:

1. من الناحية المعرفية: القدرة على الحكم والاختيار؛ أي بلوغ الحكمة المتمثلة في تحقيق التوازن بين مصالح الشخص ومصالح الآخر (...)
وفقاً لمعايير يتم الاتفاق عليها بين أبناء الثقافة الواحدة أو حتى بين الثقافات المتعددة.

2. من الناحية الانفعالية العاطفية: أن يكون لدى الشخص القدر القليل من الانفعالات السلبية (غضب، تعصب، خوف، قلق، اكتئاب،...) ليس هذا فحسب، بل أن يكون قادراً على التفاعل الاجتماعي المستمر والمستقر، والقدرة على حب نفسه، وأن يحب أحداً آخر (...).

3. من الناحية السلوكية: أن يكون لدى الشخص السوي القدرة على البتّ في الأمور واتخاذ القرار، وأن يكون لديه طاقة ورغبة في العمل، وألا ينتقل من عمل لآخر دون مبرر، وأن يبني علاقات اجتماعية دافئة، ويبني حياة زوجية مستقرة، وأن يتقهم حاجات الآخرين.

4. من الناحية العضوية الجسدية: خلو الشخص من الأمراض الجسدية، والنفسية التي لا ترجع لأسباب عضوية المنشأ.

يتوقع المرض النفسي عادة عندما يختل أحد جوانب حياة الإنسان النفسية، وتصبح غير «طبيعية» أو غير صحية، وهذه الجوانب هي:

• التفكير Thinking.

• العاطفة Emotion.

• السلوك Behavior.

وفي السياق نفسه حدّد علماء النفس ثلاث حلقات للحياة النفسية هي السواء - في معناه النسبي- أو الطبيعي Normal، والعصاب Neurosis؛ أي الأمراض النفسية، والذهان Psychosis؛ أي الأمراض العقلية.

ويمكن أن نعرّف المرض النفسي بأنه: حالة نفسية تصيب تفكير الإنسان أو مشاعره أو حكمه على الأشياء أو سلوكه وتصرفاته إلى حد يستدعي التدخل لرعاية هذا الإنسان وعلاجه وحفظه من التدهور.

إذن، فالاضطراب النفسي هو نمط سيكولوجي أو سلوكي ينتج عن الشعور بالضيق أو العجز الذي يصيب الفرد، ولا يُعدّ جزءاً من النمو الطبيعي للمهارات العقلية أو الثقافة، وقد تغيرت أساليب إدراك حالات الصحة النفسية وفهمها على مر الأزمان وعبر الثقافات، وما زالت هناك اختلافات في تصنيف الاضطرابات النفسية وتعريفها وتقييمها. ذلك على الرغم من أن المعايير الإرشادية القياسية مقبولة على نطاق واسع.

إن أشد ما يميز به المريض النفسي هو عدم تلاؤمه مع بيئته. إنه يعجز عن أن يتلاءم مع حقله الاجتماعي؛ أي مع واقعه ومحيطه وعمله وما شابه... هذا الصراع الانفعالي بينه وبين واقعه هو سبب المرض النفسي، وهنا تبرز متاعب المريض وآلامه وعدم تلاؤمه وصراعاته مع نفسه وعائلته ومجتمعه، ونتيجة ذلك نرى المريض يبحث عن حلّ للتلاؤم والتكيف، فنجد ذلك في محاولات توفيقية كأن يهرب مثلاً إلى النوم، أو كالتكوص إلى الطفولة، أو الانهزام، أو إلى مثل هذه الحلول السلبية.

لقد أثبتت التجارب العلمية أن سبب الأمراض النفسية هو اختلال في مستوى النواقل أو السيلالات العصبية في الدماغ؛ وذلك نتيجة عوامل عدة منها تأثير الوراثة والبيئة والتربية وعوامل عدة أخرى، والمرض النفسي مثله في ذلك مثل الأمراض العضوية الأخرى له أساس عضوي، وانتقال الأمراض النفسية عبر الوراثة يعكس الطبيعة المرضية لتلك الأمراض.

والتجارب العلمية مدعومة بالخبرات العملية والمشاهدة اليومية أثبتت نفع الأدوية النفسية في علاج الأمراض النفسية/ العقلية.

وهناك بعض نتائج الأحداث ومتغيرات السلوك التي قد تتطور لحد معين يستلزم اعتبارها حالات تسترعي العناية النفسية لإعادة التوازن العقلي والعاطفي، ومنها:

1. أن يصيب الشخص تغير في جوانب حياته الأساسية عقب حادثة مفاجئة مدة أطول مما يُعدّ عادياً.
2. أن يتغير الإنسان في سلوكه أو علاقاته بشكل ملحوظ وشديد، أو طويل الأمد، مسبباً له أو لغيره معاناة وأماً.
3. تمرّ بالإنسان مشاعر غير اعتيادية من الصعب عليه أن يعالجها، أو يفهمها، أو يشرحها للآخرين.
4. حدوث تغيير في سلوك الإنسان، بحيث يحدث له وللآخرين من حوله اضطراب ومعاناة.
5. حدوث تغيير في تفكير الإنسان من الصعب ربطه أو فهمه في سياق الأحداث الجارية من حوله.
6. حدوث صعوبات في إقامة علاقة طبيعية مع الآخرين، أو حتى الاستمرار في هذه العلاقات.

الإسلام والصحة النفسية

يحقق منهج الإسلام أركان الصحة النفسية في بناء شخصية المسلم
بتتمية هذه الصفات الأساسية:

1. قوة الصلة بالله.
2. الثبات والتوازن الانفعالي.
3. الصبر عند الشدائد.
4. المرونة في مواجهة الواقع.
5. التفاؤل وعدم اليأس.
6. توافق المسلم مع نفسه.
7. توافق المسلم مع الآخرين.

قوة الصلة بالله

وهي أمر أساسي في بناء المسلم في المراحل الأولى من عمره؛ حتى تكون
حياته خالية من القلق والاضطرابات النفسية الأخرى.. وتُقَوَّى الصلة بالله
بتنفيذ ما جاء في وصية الرسول صلى الله عليه وسلم لعبد الله بن عباس:

«يا غلامُ، إني أعلمُك كلمات: احفظ الله يحفظك، احفظ الله تجدهُ تجاهك، إذا سألت فاسأل الله، وإذا استعنت فاستعن بالله، وأعلم أن الأمة لو اجتمعت على أن ينفعوك بشيء لم ينفعوك إلا بشيء قد كتبه الله لك، وإن اجتمعوا على أن يضروك بشيء لم يضروك إلا بشيء قد كتبه الله عليك، رفعت الأقلامُ وجفت الصحفُ» رواه الترمذي، وقال: حديث حسن صحيح، وفي رواية غير الترمذي زيادة: «احفظ الله تجده أمامك، تعرف إلى الله في الرخاء يعرفك في الشدة، وأعلم أن ما أخطأك لم يكن ليصيبك، وما أصابك لم يكن ليخطئك، وأعلم أن النصر مع الصبر، وأن الفرج مع الكرب، وأن مع العسر يسرا».

الثبات والتوازن الانفعالي

الإيمان بالله يشيع في القلب الطمأنينة والثبات والاتزان، وبقي المسلم من عوامل القلق والخوف والاضطراب.

قال تعالى:

﴿يُثَبِّتُ اللَّهُ الَّذِينَ ءَامَنُوا بِالْقَوْلِ الثَّابِتِ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَفِي الْآخِرَةِ﴾

[إبراهيم:27].

﴿فَمَنْ تَبِعَ هُدَاىَ فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾ [البقرة:38].

﴿هُوَ الَّذِى أَنزَلَ السَّكِينَةَ فِي قُلُوبِ الْمُؤْمِنِينَ لِيَرُدُّوْا إِيْمَانًا مَّعَ إِيْمَانِهِمْ﴾ [الفتح:4].

الصبر عند الشدائد

يربى الإسلام في المؤمن روح الصبر عند البلاء عندما يتذكر قوله تعالى: ﴿وَالصَّابِرِينَ فِي الْبَأْسَاءِ وَالضَّرَّاءِ وَحِينَ الْبَأْسِ أُولَئِكَ الَّذِينَ صَدَقُوا وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُتَّقُونَ﴾ [البقرة: 177].

وقول الرسول صلى الله عليه وسلم: «عجباً لأمر المؤمن، إن أمره كله خير، وليس ذلك لأحد إلا للمؤمن إن أصابته سراء شكر، فكان خيراً له، وإن أصابته ضراء صبر، فكان خيراً له».

المرونة في مواجهة الواقع

وهي من أهم ما يحصن الإنسان من القلق أو الاضطراب، حين يتدبر قوله تعالى: ﴿وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ وَعَسَى أَنْ تُحِبُّوا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَكُمْ وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ﴾ [البقرة: 216].

التفاؤل وعدم اليأس

فالمؤمن متفاؤل دائماً لا يتطرق اليأس إلى نفسه، فقد قال تعالى: ﴿وَلَا تَأْسُوا مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِنَّهُ لَا يَأْتِئُ مِنَ رَوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمَ الْكَافِرُونَ﴾ [يوسف: 87].
ويطمئن الله المؤمنين بأنه دائماً معهم إذا سألوه فإنه قريب منهم، ويجبهم إذا دعوه: ﴿وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ﴾ [البقرة: 186]. وهذه قمة الأمن النفسي للإنسان.

توافق المسلم مع نفسه

حيث انفرد الإسلام بأن جعل سن التكليف هي سن البلوغ للمسلم، وهذه السن تأتي في الغالب مبكرة عن سن الرشد الاجتماعي الذي تقرره النظم الوضعية، وبذلك يبدأ المسلم حياته العملية، وهو يحمل رصيلاً مناسباً من الأسس النفسية السليمة التي تمكنه من التحكم والسيطرة على نزعاته وغرائزه، وتمنحه درجة عالية من الرضا عن نفسه بفضل الايمان والتربية الدينية الصحيحة التي توقظ ضميره، وتقوي صلته بالله.

توافق المسلم مع الآخرين

الحياة بين المسلمين حياة تعاون على البر والتقوى، والتسامح هو الطريق الذي يزيد المودة بينهم، ويبعد البغضاء، وكظم الغيظ والعفوع عن الناس دليل على تقوى الله وقوة التوازن النفسي. ﴿وَلَا تَسْتَوِي الْحَسَنَةُ وَلَا السَّيِّئَةُ ۗ أَدْفَعْ بِالَّتِي هِيَ أَحْسَنُ فَإِذَا الَّذِي بَيْنَكَ وَبَيْنَهُ عَدَاوَةٌ كَأَنَّهُ وَلِيٌّ حَمِيمٌ﴾ (٣٤) وَمَا يُلْقِيهَا إِلَّا الَّذِينَ صَبَرُوا وَمَا يُلْقِيهَا إِلَّا ذُو حَظٍّ عَظِيمٍ ﴿ [فصلت: 34-35].



تصنيف الاضطرابات العقلية



والمعروف أيضًا باسم علم تصنيف الأمراض النفسية، وهو أحد الجوانب الرئيسية في الطب النفسي وغيرها من المهن الصحية العقلية ونقطة محورية لمن تم تشخيصهم. يوجد حاليًا اثنان من التصنيف الطبي تم إنشاؤهما على نطاق واسع لتصنيف الأمراض العقلية.

الفصل الخامس من التصنيف الدولي للأمراض ICD الذي وضعته منظمة الصحة العالمية WHO والدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية DSM الذي وضعته الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين APA. ويُعتقد أن قائمة تصنيف الاضطرابات العقلية تضم أنواعاً مختلفة عن بعضها، وعلى الرغم من أنها تقاربت إلى حد كبير في التنقيحات الأخيرة، بحيث تكون في كثير من الأحيان قابلة للمقارنة، لا تزال هناك اختلافات كبيرة، وقد تُستخدم مخططات تصنيف أخرى بصورة أكثر على الصعيد المحلي، على سبيل المثال التصنيف الصيني للاضطرابات العقلية، وهناك كتيبات أخرى يستخدمها أصحاب الانتماءات النظرية البديلة استخداماً محدوداً، مثل الدليل التشخيصي للتحليل النفسي.

ويتم استخدام تصنيفات الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية والتصنيف الدولي للأمراض في توظيف التعريفات التشغيلية، وهناك جدل علمي كبير حول الصحة نظام التصنيف (التصنيفي) في مقابل (البُعدي)، وأيضاً جدل حول دور العلم والقيم في مخططات التصنيف والاستخدامات المهنية والقانونية والاجتماعية التي وضعت من أجلها.

يفيد تقرير استقصاءات منظمة الصحة العالمية أنه لا يوجد إجماع على تعريف الاضطراب / المرض العقلي، وتستخدم هذه العبارة بناءً على السياق الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والقانوني في سياقات مختلفة في مجتمعات مختلفة، وتفيد منظمة الصحة العالمية أن هناك مناقشات مكثفة حول الحالات التي ينبغي أن تدرج في إطار مفهوم الاضطراب العقلي،

وقد يشمل تعريف أوسع المرض العقلي والتخلف العقلي والاضطراب في الشخصية والإدمان، ولكن يختلف التضمنين بحسب الدولة، حيث إنها قضية معقدة ومثيرة للجدل، وقد يكون هناك معيار يفيد أنه من غير المتوقع أن يكون للأمر علاقة بثقافة الفرد أو دينه، وعلى الرغم من استخدام مصطلح (عقلي)، فلا يشترط بالضرورة وجود اختلاف واضح يفصل بين الوظيفة العقلية والوظيفة الدماغية أو في الواقع بين الدماغ وباقي الجسم.

يتم تصنيف الاضطرابات النفسية عمومًا بصورة منفصلة إلى اضطراب عصبي أو صعوبات التعلم أو التخلف العقلي.

التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض ICD هو تصنيف تشخيصي قياسي دولي لمجموعة واسعة من الحالات الصحية. (التصنيف الدولي للأمراض-10) الفصل الخامس: الفصل الخامس يركز على (الاضطرابات العقلية والسلوكية) وتتكون من عشر مجموعات رئيسية:

- F0: الاضطرابات العقلية العضوية، بما في ذلك العرضية.
- F1: الاضطرابات العقلية والسلوكية نتيجة لتعاطي مواد ذات تأثير نفسي.
- F2: اضطرابات انفصام الشخصية والاضطرابات الفصامية والهلامية.
- F3: الاضطرابات - المؤثرة - في المزاج.
- F4: الاضطرابات العصبية والمتعلقة بالإجهاد والاضطرابات جسدية الشكل.

- F5: المتلازمات السلوكية المرتبطة بالاضطرابات الفسيولوجية والعوامل المادية.
- F6: اضطرابات الشخصية والسلوك عند البالغين.
- F7: التخلف العقلي.
- F8: اضطرابات التطور النفسي.
- F9: الاضطرابات السلوكية والعاطفية عادة ما تحدث في بداية الطفولة ومرحلة المراهقة.
- إضافة إلى ذلك مجموعة (الاضطرابات العقلية غير المحددة).

وفي كل مجموعة هناك كثير من التصنيفات الفرعية المحددة. يتضمن التصنيف الدولي للأمراض اضطرابات الشخصية في المجال نفسه على أنه اضطرابات عقلية أخرى، على عكس الدليل التشخيصي والإحصائي، وذكر التصنيف الدولي للأمراض-10 أن الاضطراب العقلي (مصطلح غير دقيق)، ومع ذلك يتم استخدامه بوجه عام «... ليعني ضمناً وجود مجموعة من الأعراض المعروفة سريريًا أو السلوكيات المرتبطة في معظم الحالات بالضييق والتدخل في الوظائف الشخصية». (منظمة الصحة العالمية، 1992م).

- تراجع منظمة الصحة العالمية تصنيفاتها في هذا القسم بوصفها جزءاً من تطوير التصنيف الدولي للأمراض ICD-11 (المقرر عقده في 2014م)، وقد أنشئت (مجموعة استشارية دولية) لتوجيه هذا الأمر.

• وهذا التصنيف الدولي للأمراض ICD-11:

- Mental and behavioural disorders.
- Neurodevelopmental disorders.
- Schizophrenia spectrum and other primary psychotic disorders.
- Mood disorders.
- Anxiety and fear-related disorders.
- 7B00 Generalized anxiety disorder.
- 7B01 Panic disorder.
- 7B02 Agoraphobia.
- 7B03 Specific phobia.
- 7B04 Social anxiety disorder.
- 7B05 Separation anxiety disorder.
- 7B06 Selective mutism.
- 7B0Y Other specified anxiety and fear-related disorders.
- 7B0Z Anxiety and fear-related disorders unspecified.
- 7B13 Hypochondriasis.
- MB55 Secondary anxiety.
- Obsessive-compulsive and related disorders.
- Disorders specifically associated with stress.
- Dissociative disorders.
- Bodily distress disorder.
- Feeding and eating disorders.
- Elimination disorders.
- Disorders due to Substance Use.
- Impulse control disorders.
- Disruptive behaviour and dissocial disorders.
- Personality disorders.
- Paraphilic disorders.
- Factitious disorders.
- Neurocognitive disorders.
- 7E00 Psychological and behavioural factors affecting disorders or diseases classified elsewhere.
- Mental and behavioural disorders associated with disorders or diseases classified elsewhere.
- 7E0Y Other specified mental and behavioural disorders.
- 7E0Z Mental and behavioural disorders unspecified.
- MB51 Catatonia.

- 08 Sleep-wake disorders.
- Symptoms findings and clinical forms of mental and behavioural disorders.

الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض العقلية

الدليل التشخيصي والإحصائي (الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين)، يصف الاضطراب العقلي بأنه «متلازمة سلوكية أو نفسية سريرية مهمة أو نمط يحدث للفرد... ويرتبط بضييق حاضر... أو العجز... أو زيادة الخطورة الكبيرة للمعاناة» ولكن... «لا يوجد تعريف دقيق يحدد على نحو كافٍ حدود مفهوم (الاضطراب العقلي) وتستدعي المواقف المختلفة تعريفات مختلفة». ويذكر الدليل التشخيصي الإحصائي أنه «ليس هناك فرضية تقول: إن كل تصنيف للاضطراب العقلي هو كيان منفصل تمامًا بحدود مطلقة تُفرقه عن غيره من الاضطرابات العقلية أو عن أي اضطراب عقلي».

يتكون دليل التشخيص الإحصائي من خمسة محاور Axis يمكن عن طريقها تقييم الاضطراب كآتي:

- المحور الأول: الاضطرابات السريرية (جميع الاضطرابات العقلية باستثناء اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي).
- المحور الثاني: اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي.
- المحور الثالث: الحالات الطبية العامة (يجب أن تكون ذات صلة بالاضطراب العقلي).

- المحور الرابع: المشكلات النفسية والبيئية (على سبيل المثال، شبكة الدعم الاجتماعي المحدودة).
- المحور الخامس: التقييم العالمي للأداء (يُقَيَّم الأداء النفسي والاجتماعي والمتعلق بالوظيفة في سلسلة متواصلة بين الصحة العقلية والاضطراب العقلي المفرط وهو ما يعرف بـ «التقييم الشامل للأداء الوظيفي» (Global Assessment of Functioning GAF)).

أمثلة	مجموعة دلائل التشخيص الإحصائي
التخلف العقلي، قصور الانتباه وفرط الحركة.	عادة ما تُشخَّص الاضطرابات عند الأطفال الرضع أولاً أو في مرحلة الطفولة أو المراهقة. اضطرابات مثل قصور الانتباه وفرط الحركة والصرع يشار إليها أيضاً على أنها اضطرابات إنمائية وإعاقة إنمائية.
مرض الزهايمر.	الذهيان والخرف والسيان وغيرها من الاضطرابات الإدراكية.
ذهان ذو صلة بالأيدز.	الاضطرابات النفسية بسبب حالة طبية عامة.
مُعاقرَة الكحول.	الاضطرابات المتعلقة بتعاطي المواد.
اضطراب الوهامية.	الفصام وغيره من اضطرابات الذهان.

أمثلة	مجموعة دلائل التشخيص الإحصائي
الاكتئاب واضطراب ثنائي القطب.	اضطراب المزاج.
اضطراب القلق العام واضطراب القلق الاجتماعي.	اضطرابات القلق.
اضطراب جسدي الشكل.	اضطرابات جسدية.
متلازمة مونخهاوزن.	اضطرابات متكلفة.
تعدد شخصية فصامي.	اضطرابات انفصامية.
عُسر الجماع، اضطراب الهوية الجنسية.	الجنسي واضطرابات هوية الجنس.
قههم عصابي، نهام عصبي.	اضطرابات الأكل.
الأرق.	اضطرابات النوم.
مرض السرقة.	اضطرابات السيطرة على الانفعالات غير المصنفة في مكان آخر.
اضطراب التكيف.	اضطرابات التكيف.
اضطراب الشخصية النرجسية.	اضطرابات الشخصية.
خلل الحركة المتأخر، العنف ضد الأطفال.	وغير ذلك من الحالات التي قد تُركز على الاهتمام السريري.

معرفة الأسباب الرئيسية التي ينشأ عنها المرض العقلي تؤدي إلى تقسيم الأمراض العقلية إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي:

1. الأمراض العضوية: وهي التي تعود إلى اضطراب في تكوين المخ وأوعيته وأنسجته.
2. الأمراض الوظيفية: وهي التي يرافقها عجز عضو من الأعضاء عن القيام بوظيفته.
3. الأمراض التسممية: وهي التي يصحبها تسمم في بعض أعضاء الجسم وأجهزته.

الفرق بين الإعاقة الذهنية والاضطراب العقلي / النفسي

1. المرض العقلي / النفسي يحدث نتيجة لاضرابات انفعالية ونفسية داخل الفرد، أما التأخر العقلي / النفسي فتأخرًا ما يحدث نتيجة لهذا السبب، وهو نقص الوظيفة الذكائية الواضح دون الطبيعي.
2. المرض العقلي / النفسي يتضمن مشكلات وصراعات في شخصية الفرد نتيجة لظروف معينة، أما التأخر العقلي / النفسي فإنه يحدث قبل الولادة أو في أثنائها أو بعدها لأسباب طبية متعددة.
3. المرض العقلي / النفسي لا يشترط أن يكون فيه قصور في الأداء العقلي / النفسي أو السلوك، وإن وجد هذا السلوك فإنه يرجع إلى اضطرابات انفعالية ونفسية داخل الفرد.

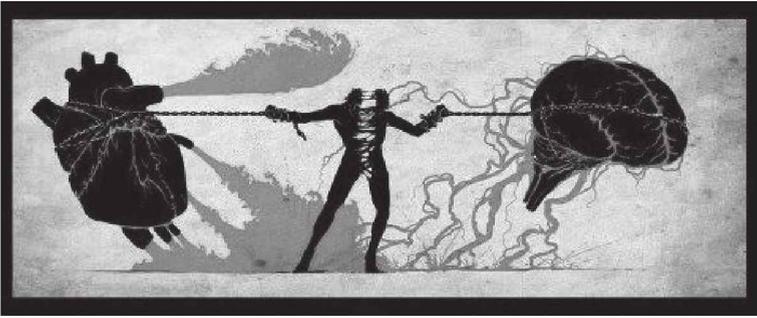
4. لا يوجد إنسان محمي من الإعاقة، ولكن يوجد من لا يصاب بالمرض العقلي / النفسي، فالتأخر العقلي / النفسي والمرض العقلي / النفسي مشكلتان منفصلتان عن بعضهما.



حدود العقل

«ما أضمر أحدٌ شيئاً إلا ظهر في فلتات لسانه وصفحات وجهه».

علي بن أبي طالب رضي الله عنه



تقديم

لقد اعتبرت الفلسفة منذ القدم أن الوعي هو الخاصية الجوهرية التي تميز الإنسان عن باقي الأشياء والكائنات الأخرى، فالوعي يصاحب كل أفعال الإنسان وأفكاره، وهذا ما يُسمَّى الوعي التلقائي، ويرتبط الوعي

بالشعور وبمجموع الأحاسيس التي تجري داخل الذات، وهذا ما يُسمَّى الوعي السيكولوجي، وإن الوعي يتمظهر على مستوى الحياة العملية، فتتحدث عن وعي أخلاقي أو وعي سياسي مثلاً، فلوعي أشكال ومظاهر عدة، غير أن الدراسات الفلسفية والنفسية وضعت الوعي موضع استشكل ونقد، واعتبرته غطاءً خارجياً لا يمثل سوى سطح الذات أو الجهاز النفسي، بينما يمثل اللا وعي الجزء العميق من الذات.

فما الوعي؟ وما علاقته باللا وعي؟ ومنَّ منهما يتحكم أكثر في أفعال الإنسان وأفكاره؟ وهل يقدم لنا الوعي صورة حقيقية عن أنفسنا وعن الواقع؟

الوعي واللا وعي

إشكال المحور

كيف تتحدد علاقة الوعي باللا وعي؟ ومن منهما يتحكم في أفكار الإنسان وسلوكاته؟

سيغموند فرويد طبيب ومفكر نمساوي، ومؤسس التحليل النفسي ومكتشف فرضية اللا شعور، ومن أهم مؤلفاته (حياتي والتحليل النفسي)، و(خمسة دروس في التحليل النفسي)، و(قلق في الحضارة).

ما الذي يتحكم في أفعال الإنسان وأفكاره، الشعور أم اللا شعور؟ وما الذي يجعل فرضية اللا شعور ضرورية ومشروعة؟

يدافع فرويد عن فرضية اللا شعور وعن مشروعيتها، ذلك أن هناك أفعالاً وأفكاراً تصدر عن الإنسان لا يمكن تفسيرها انطلاقاً من الوعي، بل يجب إرجاعها إلى دوافع لا واعية.

اللا شعور هو ذلك الجانب الخفي والعميق في الجهاز النفسي، الذي يتكون من دوافع غريزية ومكبوتة لم يتم إشباعها نظراً لتعارضها مع مبدأ الواقع.

قدّم فرويد مجموعة من الحجج لإثبات أطروحته، القائلة بمشروعية فرضية اللا شعور: معطيات الوعي ناقصة، ولا يمكنها تفسير كثير من الأفعال الصادرة عن دوافع لا واعية كالأحلام والهفوات.

تثبت التجربة اليومية أن هناك أفكاراً تأتينا دون أن ندري مصدرها، وهذا يعني أنها ناتجة عن دوافع ومحددات لا شعورية.

فرضية اللا شعور هي فرضية علمية تثبتتها الممارسة الطبية النفسية، بحيث إنها حققت نجاحات على مستوى العلاج النفسي.

موقف غوستاف لوبون Gustave Le Bon متخصص في مجال Crowd

psychology and Social psychology

غوستاف لوبون (7 مايو 1841 - 13 ديسمبر 1931) طبيب، وفيلسوف ومؤرخ فرنسي، كان مهتماً بعلم الآثار وعلم الإنثروبولوجيا، وعني بالحضارة الشرقية، ومن أشهر أعماله (حضارة العرب وحضارات الهند) و(باريس 1884) و(الحضارة المصرية) و(حضارة العرب في الأندلس).

ما الذي يتحكم في أفعال الإنسان أكثر الوعي أم اللا وعي؟ وما مكونات اللا وعي؟ يؤمن غوستاف لوبون باللا شعور، ويعتبره مهيمناً على الحياة النفسية أكثر من الشعور، ويتخذ اللا شعور عنده طابعاً جماعياً من خلال ارتباطه بروح العرق؛ أي بماضي الجماعة الثقافية والفكري الذي يتوارثه جيل عن جيل، ويتحكم في الأفراد بشكل لاواعي، ويتمظهر في سلوكهم وطقوسهم الاجتماعية.

- البنية: هي نظام يتكون من مجموعة العناصر التي تترابط فيما بينها وفقاً لعلاقات محددة، بحيث إن أي تغيير في عنصر من عناصر البنية يؤثر في بقية العناصر.
- روح العرق: هي العناصر الثقافية والسيكولوجية التي تميز سلسلة أو عرقاً معيناً، وتُتوارث جيلاً عن جيل.
- اللا شعور - روح العرق: يتخذ اللا شعور صبغة جماعية، فهو يتكون من عناصر وراثية تشكل روح العرق التي تتميز بها جماعة ما.

أ- أسلوب الدحض أو التفنيد

حيث دحض الأطروحة النقيض التي تقول: إن الوعي هو الذي يتحكم في ذات الإنسان وأفعاله.

ب- أسلوب العرض

إن أفعالنا تتكون من عناصر وراثية تعود إلى ماضي السلسلة والعرق.

وهنا يقدم صاحب النص أطروحته التي تقول: إن أفعال الإنسان صادرة عن دوافع لا شعورية.

يفترض علماء النفس التحليليون وجود ثلاثة حدود للعقل:

1. الوعي Consciousness

هو ما يدرس الإنسان، ويعيد عن نفسه ومحيطه، وسواه بعضهم بالعقل، وافترضوا الوعي والإدراك هما الضرورة للتعبير عما هو عقلي.

إن مجال التجربة العقلية الواعية يعقد على عملية التذكر، ويخضع لما تخضع له هذه العملية من استمرارية أو استبعاد أو نسيان، ولا تشمل جميع تجارب الفرد الماضية والحاضرة لعدم استطاعته تذكرها في آن واحد وبدرجة واحدة من الوضوح، فإنها تقتصر على ما وقع في مجال الإدراك الحالي من تجارب عقلية، إضافة إلى ما يستطيع استدعاءه من التجارب السابقة سواء إرادياً عن طريق عمليات التذكر والتأمل أو كان تلقائياً كما في عمليات التخيل والاسترسال الفكري.

2. اللا وعي Unconscious

هذا المجال الثاني من حدود الحياة العقلية لا يدركه الفرد، ولا يعيد، ولا يعلم بما فيه من تجارب ودوافع واتجاهات، ولا يستطيع النفاذ إلى محتواه عن طريق البصيرة أو التأمل أو التفكير، إنه باختصار الناحية غير المنظورة من حياتنا العقلية، ولها المقدرة على التأثير في سلوك الفرد وتفكيره الواعي وانفعالاته العاطفية.

لقد برهن فرويد على وجود هذا الحيز الأكبر من حدود العقل، واعتبره الأهم في حياتنا العقلية؛ لما له من القوة الدافعة للسلوك والانفعالات في الحالتين الطبيعية والمرضية.

إن من طبيعة اللا وعي هو إقحام نفسه في عمق الوعي، فيخلّ عليه توازنه، ومع أن هذا الافتراض غير صحيح، فوجود اللا وعي بمعناه النفسي أو المادي هو ضرورة للتوازن النفسي في حياة الإنسان، فيقوم بالاحتفاظ ببعض التجارب لتسهيل عملية التفكير والإبقاء عليها لتعينه على تصريف حاجات دون عناء التفكير الواعي فيها.

إن عملية اضطراب التوازن بين الوعي واللا وعي في حياتنا العقلية هي مظهر واضح للأمراض العقلية والنفسية، وإن تكامل العمل بين هذين المجالين هو المظهر الواضح للتوازن النفسي.

3. ما وراء الوعي subconsciousness

هو الحد الثالث من حدود العقل، فيختلف من مجال الوعي في أنه لا يمكن أن يكون من التجارب التي يدركها الإنسان في حاضره، وباختلاف عن اللا وعي أنه لا يمكن أن يكون من التجارب التي اختبرها، واستقرت في حيز اللا وعي. إنه تجربة عقلية جديدة في صفاتها الحية، ويمكن اعتبارها من إمكانيات العقل لا من تجاربه.

ولأنه لا يمكن تفهم هذه التجربة وإدراكها ومماثلتها مع تجربة عقلية لما لها من ميزات خاصة حسية وعقلية لا يقنى لنا الوصول إليها ومشاركة

الفرد فيما يحسه، فتبقى عملية الإجهاد الفكري هي الملاذ لتفسير هذه الميزة من الناحية الأكاديمية فقط.

ويعدّ بعضهم أن معظم الأمراض العقلية وخاصة الفصام (الشيذوفرنيا) هي مظهر من مظاهر هذا الحد الثالث؛ لأن ما يختبره مريض الفصام من تجربة جديدة على حياته العقلية لا يشبه في شيء تجاربنا العقلية التي مرت بنا، ولهذا لا يتسنى لنا الولوج لمثل هذه التجارب وتفسيرها على نحو موضوعي محسوس، وقد تبين من خلال تأثير بعض العقاقير في العقل، ومنها المهلوسات hallucinogens وخاصة مادة أل LSD فتتشوه عملية الإدراك للمثيرات الحسية مثل المسكالين mescaline وإحداثها بعض الأحاسيس الغريبة على الحياة العقلية مثل (التزامن الحسي) التداخل الحسي synaesthesia فيدرك الفرد المثير الحسي على غير صورته الطبيعية، فتراه يسمع اللون، ويرى الصوت، ويضع الزمن ضمن هذه التجربة الحسية، وقد يتغير عالم البيئة المحيطة Derealization من حوله ومعالم الشخصية Depersonalization والتجرد عن الذات ما أتاح المجال لاعتقاد تشابه بين هذه النتائج الحسية وأعراض الفصام العقلي، أو اعتقاد أن الأخير قد يحدث أسباب إصابته للفرد استخدام مثل هذه المواد في طبيعتها أو مفعولها على العقل إلا أنها ما زالت ذات أهمية علمية للبحث عن طبيعة الأمراض العقلية ولأغراض تشخيصية لاكتشاف إمكانات العقل البشري، وهذا ما أقره المفكر الروائي Aldus Huxley من خلال تجاربه الخاصة لاستعمال السكالين بقوله: إنها تفتح آفاقاً جديدة وواسعة وغير منظورة أمام العقل الإنساني، ولكن سوء استخدام هذه المادة وأثرها في السلوك الإدماني أدى إلى حصرها للأغراض العلمية البحثية.

هل للعقل حدود في الاسلام؟

العقل البشري ملكة إنسانية وظيفتها - بالتعامل مع ملكات الإنسان الأخرى - تحقيق الوجود الإنساني في هذا الكون في أسمى صورته الإنسانية؛ ولهذا من أجل استبصار هذه الوظيفة ومن مسارات حركة العقل ينبغي ابتداءً وعي هدف وجود الإنسان في هذا العالم. لقد خلق الله الإنسان ليكون خليفة على هذا الكوكب الأرضي يستعمره، ويستثمر خيراته عبر بناءات حضارية وعلمية تعجز عنها المخلوقات المحيطة بها جماداً ونباتاً وحيواناً، ومن أجل تحقيق الإنسان لهذه الخلافة وفق الصورة الصحيحة أمده المولى الكريم بشيئين:

• بقدرات الحس والعقل التي هي وسيلته للعلم ﴿وَاللَّهُ أَخْرَجَكُمْ مِنْ بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ﴾ [النحل:78].

• وبمنهج يحدد له علاقاته بالموجودات من جهة، وبسبل استثماره لهذه القدرات من جهة أخرى.

بناءً على هذا، فإن ما هيئ العقل للعمل فيه ومن ثم الإبداع والإنتاج هو:

أولاً: استقبال منهج الله وفقهه لتكييف الحياة على أساسه اعتقاداً وتعبداً وسلوكاً.

وثانياً: النظر في الكون وتعرف سننه وتسخير معطياته لخدمة الإنسان.

وهذا ما يعبر عنه بعض العلماء حينما يقولون: إن مهمة العقل هي النظر في كتاب الله المسطور، وكتابه المنظور، وفي هذا الإطار كان التوجيه القرآني والنبوي للعقل الإنساني أن يندفع في مجالات، وأن ينأى بنفسه عن مجالات أخرى.

ما العلة من خلق العقل المتطلع للمجهول، ثم وضع حدود له؟

والخطأ في هذا التساؤل هو اعتقاد ضمني بأن مجال المحسوسات هو مجال العقل، وليس الغيبيات، والصواب هو أن المحسوسات والغيبيات كليهما مجال للعقل على حد سواء، ولكن بشرط التفكير العقلي الموافق للوحي، وهو التسليم بخبر الوحي في الغيبيات، وهو موقف عقلي صحيح.

أي حقيقة هي ذات طبيعة مزدوجة، فمن حيث مصدرها، فيجب التصديق، ومن حيث قابليتها للتفكير، فهي دائماً في حاجة لمزيد من الاختزال؛ أي المزيد من ربطها ودمجها مع التصور الإسلامي العام.

ومن أهم الحدود العقلية القناعة والتسليم. وعلاقة العقل بالقلب هي أساس هذا التفسير، فعندما يصدق العقل بالحقيقة يرسلها إلى القلب لتستقر، مروراً بالصدر الذي ينشرح لها، فلا تحيك فيه، فإذا استقرت الحقيقة في القلب يكون الاطمئنان والإيمان؛ لأن الإيمان هو الاطمئنان.

وليكون التسليم العقلي بعد الاطمئنان هو الالتزام بكل مقتضيات الإيمان، وأول ذلك الإيمان بكل ما أخبر به الله من غيبيات، وأمر به من تكاليف.

وبذلك تكون علاقة العقل بالإيمان هي القناعة ابتداءً، والتسليم انتهاءً، فلا يكون تسليم غير قناعة في الابتداء، ولا تشتت القناعة بعد التسليم في الانتهاء، وهذا التصور تدخل فيه اعتبارات عدة:

الاعتبار الأول: أن مرحلة التسليم في الانتهاء لا يجب أن يكون فيها ما يناقض العقل، ولكن التسليم قد يكون فيما لا يبلغه العقل، مثل الغيبات والأحكام التي لم تبلغ العقول إدراك الحكمة منها.

الاعتبار الثاني: أن يكون التسليم أمام نصوص شرعية صريحة، ولا يكون أمام أقوال أو اجتهادات بشرية؛ لأن العقل من حقه رد الاجتهاد العقلي للآخرين.

والقرآن يثبت إمكانية وصول الإنسان لمعرفة الله بهذه الطبيعة، وذلك في آيات سورة الأنعام: ﴿وَكَذَلِكَ نُرِي إِبْرَاهِيمَ مَلَكُوتَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضِ وَلِيَكُونَ مِنَ الْمُوقِنِينَ ﴿٧٥﴾ فَلَمَّا جَنَّ عَلَيْهِ اللَّيْلُ رَأَى الْكَوْكَبَ قَالَ هَذَا رَبِّي فَلَمَّا أَفَلَ قَالَ لَا أُحِبُّ الْآفِلِينَ ﴿٧٦﴾ فَلَمَّا رَأَى الْقَمَرَ بَازِعًا قَالَ هَذَا رَبِّي فَلَمَّا أَفَلَ قَالَ لَيْنَ لَمْ يَهْدِنِي رَبِّي لَأَكُونَنَّ مِنَ الْقَوْمِ الضَّالِّينَ ﴿٧٧﴾ فَلَمَّا رَأَى الشَّمْسَ بَازِعَةً قَالَ هَذَا رَبِّي هَذَا أَكْبَرُ فَلَمَّا أَفَلَتْ قَالَ يُقَوْمِي إِنِّي بَرِيءٌ مِمَّا تُشْرِكُونَ ﴿٧٨﴾ إِنِّي وَجْهْتُ وَجْهِيَ لِلذِّى فَطَرَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ حَنِيفًا وَمَا أَنَا مِنَ الْمُشْرِكِينَ ﴿٧٩﴾﴾ [الأنعام: 75-79].

حيث ارتكز في كلامه معهم على حقائق فطرية عدة، هي:

- أنه مركز في الفطرة أن الله فوق الخلق، فتظنر في السماء.
- ومركز في الفطرة أن الله لا يغيب، فرفض الكوكب بعد أن أفل.

• ومركز في الفطرة أن الله أكبر، فاتجه إلى القمر؛ لأنه أكبر من الكوكب.

• ومركز في الفطرة أن العبادة غاية الحب، فكان يرفض هذه الظواهر بقوله -تعالى-: ﴿لَا أُحِبُّ الْأَفْلِينَ﴾ [الأنعام: 76].

وكلمة: ﴿لَا أُحِبُّ الْأَفْلِينَ﴾ تمثل في معنى الإيمان، وفي مواجهة التحريف النصراني حقيقة مهمة جداً؛ ذلك أن النصراني يقولون: إن الطريق الأساسي للفهم هي أن تصوير كالمحبوب؛ لأن المرء لا يفهم إلا بمقدار ما يصبح متحدًا مع الشيء الذي يحبه.

العقل في القرآن الكريم

1- وُروده بصيغة فعل العقل

ورد فعل العقل في القرآن الكريم في تسعة وأربعين موضعاً، ولم يرد بشكل مصدر مطلقاً، وكل أفعال العقل تدلُّ على عملية الإدراك والتفكير والفهم لدى الإنسان، ويمكن حصر هذه الأفعال فيما يأتي:

أ. ورد فعل العقل بصيغة (تعقلون) في أربعة وعشرين موضعاً في القرآن؛ منها قوله -تعالى-: ﴿كَذَلِكَ يُبَيِّنُ اللَّهُ لَكُمْ آيَاتِهِ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ﴾ [البقرة: 242]، وقوله -تعالى-: ﴿إِنَّا أَنْزَلْنَاهُ قُرْآنًا عَرَبِيًّا لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ﴾ [يوسف: 2].

- ب. وورد بصيغة (يعقلون) في اثنين وعشرين موضعاً؛ منها قوله -تعالى-: ﴿صُمُّ بَكْمٌ عُمَىٰ فَهُمْ لَا يَعْقِلُونَ﴾ [البقرة: 171].
- ج. وورد بصيغة (يعقلها) مرة واحدة في قوله -تعالى-: ﴿وَتِلْكَ الْأَمْثَلُ نَضْرِبُهَا لِلنَّاسِ وَمَا يَعْقِلُهَا إِلَّا الْعَالِمُونَ﴾ [الغنكوت: 43].
- د. وورد بصيغة (نعقل) مرة واحدة في قوله -تعالى-: ﴿وَقَالُوا لَوْ كُنَّا نَسْمَعُ أَوْ نَعْقِلُ مَا كُنَّا فِي أَصْحَابِ السَّعِيرِ﴾ [الملك: 10].
- هـ. وورد بصيغة (عقلوه) مرة واحدة في قوله -تعالى-: ﴿ثُمَّ يُحَرِّفُونَهُ مِنْ بَعْدِ مَا عَقَلُوهُ وَهُمْ يَعْلَمُونَ﴾ [البقرة: 75].

2- وُروده بلفظ الألباب (ج / لب)

وقد وردت كلمة (الألباب) في القرآن في صفة أصحاب العقول ستَّ عَشْرَةَ مرة في القرآن الكريم؛ منها قوله - تعالى - : ﴿وَلَكُمْ فِي الْقِصَاصِ حَيَوةٌ يَا أُولِي الْأَلْبَابِ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ﴾ [البقرة: 179]، وقوله -تعالى-: ﴿وَمَا يَذَّكَّرُ إِلَّا أُولُو الْأَلْبَابِ﴾ [البقرة: 269].

3- وروده بلفظ النهى الدال على العقل

وقد وردت أيضاً كلمة (النهى) في القرآن لتدل على أصحاب العقول أيضاً، مرتين في القرآن، وهما: ﴿كُلُوا وَارْعَوْا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِّأُولِي النَّهْيِ﴾ [طه: 54]؛ ﴿إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِّأُولِي النَّهْيِ﴾ [طه: 128].

4- ورودہ بلفظ القلب

وقد ورد في القرآن الكريم لفظ (القلب) ليدل على العقل أيضاً في إحدى دلالاته، قال -تعالى-: ﴿لَهُمْ قُلُوبٌ لَا يَفْقَهُونَ بِهَا﴾ [الأعراف: 179]: ﴿إِنَّ فِي ذَلِكَ لَذِكْرَى لِمَنْ كَانَ لَهُ قَلْبٌ أَوْ أَلْقَى السَّمْعَ وَهُوَ شَهِيدٌ﴾ [ق: 37].

5- ورود بلفظ الحجر

ورد بلفظ (الحجر) ليدل على العقل مرة واحدة في القرآن الكريم، قال -تعالى-: ﴿هَلْ فِي ذَلِكَ قَسَمٌ لِذِي حِجْرٍ﴾ [الفجر: 5].

6- ورودہ بلفظ الفكر الذي هو نتاج العقل

- أ. ورد بصيغة (فكر) مرة واحدة في قوله -تعالى-: ﴿إِنَّهُ فَكَّرَ وَفَدَّرَ ﴿١٨﴾ ففَلَّ كَيْفَ فَدَّرَ﴾ [المدثر: 18-19].
- ب. وورد بصيغة (تتفكروا) مرة واحدة أيضاً في قوله -تعالى-: ﴿أَنْ تَقُومُوا لِلَّهِ مِثْلَ خِيَلٍ مُنْقَرَعَةٍ وَأَنْ تَكُونُوا مِنْ قَوْمِ الْفٰكِرِ﴾ [سبا: 46].
- ج. وورد بصيغة (تتفكرون) 3 مرات؛ منها قوله -تعالى-: ﴿كَذٰلِكَ يُبَيِّنُ اللّٰهُ لَكُمْ آٰيٰتِهِ لَعَلَّكُمْ تَتَفَكَّرُوْنَ﴾ [البقرة: 219].
- د. وورد بصيغة (يتفكروا) مرتين، منهما قوله -تعالى-: ﴿أَوَلَمْ يَتَفَكَّرُوا فِي أَنفُسِهِمْ﴾ [الروم: 8].
- هـ. وورد بصيغة (يتفكرون) إحدى عشرة مرة، منها قوله -تعالى-: ﴿إِنَّ فِي ذَلِكَ لآٰيٰتٍ لِّقَوْمٍ يَتَفَكَّرُوْنَ﴾ [الرعد: 3].

اضطرابات العُصاب

Neurosis

300 , 01 اضطراب الهلع دون رهاب الساج.

300 , 21 اضطراب الهلع مع رهاب الساج.

300 , 22 رهاب الساج دون قصة اضطراب هلع.

300 , 29 الرهاب النوعي.

حدد النمط: نمط الحيوان/ نمط البيئة الطبيعية/ نمط الدم الحقن،
الأذية/ النمط الظرفي/ نمط آخر.

300 , 23 الرهاب الاجتماعي.

حدّد إذا كان: معمماً.

300 , 3 الاضطراب الوسواسي القهري.

حدّد إذا كان: مع بصيرة ضعيفة.

309, 81 اضطراب الكرب ما بعد الرض.

حدّد إذا كان: حاداً/ مزمنًا.

حدّد إذا كان: مع بدء متأخر.

308, 3 اضطراب الكرب الحاد.

300, 02 اضطراب القلق المعمم.

293, 84 اضطراب القلق الناجم عن... -أشر إلى الحالة الطبية

العامة.-.

حدّد إذا كان: مع قلق معمم/ مع هجمات هلع/ مع أعراض وسواسية

قهرية.

اضطراب القلق المحدث بمادة (راجع الاضطرابات المتعلقة بالمواد من

أجل الرواميز النوعية للمواد).

حدّد إذا كان: مع قلق معمم/ مع هجمات هلع/ مع أعراض وسواسية

قهرية/ مع أعراض رهابية.

حدّد إذا كان: مع بدء أثناء الانسمام/ مع بدء أثناء الامتناع.

300, 00 اضطراب القلق غير المحدد في مكان آخر.

تصنيف اضطرابات القلق في ICD-11.

- Anxiety and fear-related disorders.
- 7B00 Generalized anxiety disorder.
- 7B01 Panic disorder.
- 7B02 Agoraphobia.
- 7B03 Specific phobia.

- 7B04 Social anxiety disorder.
- 7B05 Separation anxiety disorder.
- 7B06 Selective mutism.
- 7B0Y Other specified anxiety and fear-related disorders.
- 7B0Z Anxiety and fear-related disorders unspecified.
- 7B13 Hypochondriasis.
- MB55 Secondary anxiety.



«الخوف لا يمنع من الموت، ولكنه يمنع من الحياة».

نجيب محفوظ



اضطرابات التأقلم

Adjustment Disorders

تعريف اضطراب التكيف: حالات من الضيق الموضوعي Subjective Distress والاضطراب الانفعالي Emotional Disturbance، وغالبًا ما تسبب التشويش على النشاط والأداء الاجتماعي، وتظهر الحالات في غضون فترة التأقلم مع تغيير رئيس حدوث مرض جسدي خطير، وقد يترك الحادث أثرًا في تكامل الشبكة النفسية/ الاجتماعية للشخص أو الجماعة.

إن مشكلات العمل، أو الزواج، أو الذهاب إلى المدرسة، أو الإصابة بمرض ما وغيرها من متغيرات الحياة قد تطرأ على الفرد، وتسبب له نوعًا من الضغوط. في غالبية الأحيان، يتكيف كثير من الأشخاص مع هذه التغيرات في خلال أشهر قليلة، لكن إذا استمر الشعور بعدم الراحة أو الإحباط وعدم الإحساس الداخلي بالقدرة على التكيف، فهذا يعني أن هناك شيئًا ما يعانيه الإنسان، وهو متصل بعدم قدرته على التواصل مع هذه المتغيرات الجديدة، وهو ما يعرف باضطراب التكيف.

اضطراب التكيف هو نوع من أنواع الاضطرابات الناتجة عن التعرض لضغوط وشدة تفوق قدرة الفرد، وقد يشعر الشخص معها بالقلق والاكتئاب وصولاً إلى التفكير في الانتحار، حيث إن البعض لا يستطيعون المضي مع روتين الحياة اليومي مثل الذهاب إلى العمل أو رؤية الأصدقاء أو أخذ قرارات في حياتهم، لا داعي لأن يصرع الشخص بمفرده للتغلب على هذا الاضطراب، ولهذا والأفضل طلب العلاج والمساعدة حتى لا تتفاقم الحالة، ويسهل تصحيحها في زمن قصير لا يتجاوز أشهرًا قليلة، مع أن الأمر يستغرق فترة أطول مع فئة المراهقين.

إذن اضطراب التكيف هو ردود فعل نفسية تهدف إلى التكيف مع ظروف جديدة تثيرها متغيرات الحياة الشديدة ما تؤثر بشكل جوهري في نمط الحياة، ويستلزم جهداً عظيماً لتجاوز الأزمة، مثل: الانفصال، الطلاق، تغيير مكان العمل أو السكن، أو الانتقال من مرحلة حياته الأخرى، كالانتقال من المدرسة للجامعة، والهجرة من الموطن الأصلي، وولادة طفل معوق أو الابتلاء بمرض عضال، وتجربة انفصال، وحالات التقاعد، أو حتى الولادة العادية، وما تحمل من تغيير جذري على نمط الحياة، أو فقدان وظيفة مهمة، أو حادث عصيب كأحداث الحياة الكريية (الضاغطة) أو في النظام الأوسع من الدعامات والقيم الاجتماعية، كما في حالات الهجرة، أو اللجوء لبلدٍ آخر، وقد يتضمن الحادث الشخص وحده، أو قد يشمل أيضاً جماعته أو مجتمعه.

الأعراض

تبدأ أعراض هذا الاضطراب بالظهور في غضون ثلاثة أشهر من تعرض المرء لحدث يبعث على التوتر في حياته ونادراً ما تدوم أكثر من ستة أشهر، وقد تختلف أعراض اضطراب التأقلم اختلافاً كبيراً من شخصٍ لآخر. وقد تتأثر طريقة تفكير الشخص المصاب بهذا الاضطراب وشعوره تجاه الحياة أو تجاه نفسه بسبب الأعراض العاطفية للاضطراب، وقد يعاني المرء ما يأتي:

- نوبات البكاء.
- الهمم، عزلة اجتماعية.
- القلق، الشعور بعدم الأمان.
- فقدان الأمل.
- العصبية، حدة بالمزاج.
- الحزن، اليأس.
- إعياء بدني/ عقلي.
- التفكير في الانتحار.
- فقدان الشعور بالمتعة.
- الشعور بالقهر.
- صعوبات في التركيز.
- صعوبة في النوم.

- أعراض جسمانية (صداع، آلام في المعدة، خفقان قلبي) انخفاض الشهية أو شراهة (نهم) لدى بعضهم.

هناك الصورة التطرفية متعددة ومتضمنة أعراض إثارة الجهاز العصبي السمبثاوي اللاإرادي منها نوبات من الغضب، وفوران من حدة المزاج، جنوح للسلوك العدائي، إيذاء النفس بصورة متكررة، وقد يلجأ الفرد لإساءة استخدام المواد المحظورة كالكحول والمهدئات المخدرة دون استشارة الطبيب.

قد يؤثر هذا الاضطراب أيضاً في أفعال المريض وسلوكه بشكل متطرف، وذلك كما يأتي:

1. التخريب المتعمد للممتلكات Vandalism.
2. القيادة الطائشة Reckless driving.
3. استمرار الأعراض مدة طويلة.
4. التورط في المشاجرات Fighting.
5. تجنب العائلة أو الأصدقاء.
6. تجاهل الفواتير.
7. التغيب عن العمل أو الدراسة Absentism.
8. انخفاض الأداء في العمل أو المدرسة.

وتباين مظاهر اضطرابات التأقلم، وتتضمن المزاج الاكتئابي والقلق والانزعاج أو خليطاً منها، والإحساس بعدم القدرة على الصمود، أو

التخطيط للمستقبل، أو الاستمرار في الوضع الحالي، مع بعض الاختلال في الأداء اليومي، وقد يشعر الفرد بأنه معرض للسلوك الدرامي أو لانفجارات من العنف ونوبات من الغضب، ولكن هذه نادرًا ما تحدث. ومع ذلك، فقد تكون اضطرابات التصرف على سبيل المثال السلوك العدواني أو المعادي للمجتمع من الملامح المصاحبة للحالة، وخاصة في المراهقين.

ولا يكون أي من الأعراض في حد ذاته على درجة من الشدة أو البروز، بحيث يبرر تشخيصًا أكثر تحديدًا. أما في الأطفال فتحدث ظواهر نكوصية قهقرية (Regressive Phenomena)، مثل العودة إلى مرحلة بدائية من مراحل النمو (التبول في الفراش أو التحدث بطريقة صبيانية أو مص الإبهام)، وهذه تكون في العادة جزءًا من أعراض الحالة.

ما العلامات السلوكية / العاطفية لاضطراب التأقلم؟

الأعراض المرضية قد لا تظهر فور تعرض الفرد للكرب مباشرة، ولكنها تتكون في غضون 3 أشهر من بداية الحدث، أيضًا لا تهجع فورًا بعد توقف التأثير المباشر للظرف الشديد، وفي حال استمرار تأثير الأعراض بعد 6 أشهر يتحول سير المرض من الحاد للزمن.

- تسود الأعراض الاكتئابية، القلق والمختلطة لدى فئة البالغين.

- تسود الأعراض الجسمانية لدى فئة الأطفال وكبار السن.

ومن الممكن ترجمة أعراض الصورة الإكلينيكية بأي من هذه المجموعة من الأعراض لأي فئة عمرية تتفاوت بين بعضها من حيث النوع والشدة.

ومن الصور المتطرفة لهذه الأعراض اضطرابات سلوكية تتمثل في الآتي:

1. سلوك عدائي Assaultive Behavior.
2. تعاطي الكحول بإفراط Excessive Alcohol Drinking.
3. سياقه متهوره Reckless Driving.
4. الانسحاب Withdrawal.

ملخص لاضطراب التأقلم

الأعراض	سلوكية عاطفية	Emotional Behavioral
المؤثر	كرب نفسي اجتماعي	Psycho-social stressor
الاستجابة	ضيق مفرط	Excessive Distress
النتيجة	ضعف، تدن اجتماعي، مهني، أكاديمي	Impairment
البداية	3 أشهر	Up to 3 months
سير الحالة	أقل من 6 أشهر	حاد Acute
	أكثر من 6 أشهر	مزمن Chronic

استبعاد أمراض نفسية/ عقلية أخرى: الحزن Bereavement نتيجة

فقدان شخص عزيز Disorders 1,2 Axis.

التوافق وحيل الدفاع النفسية Defense Mechanisms

تُعدُّ حيل الدفاع النفسي أساليب غير مباشرة تحاول إحداث التوافق النفسي، وهي وسائل وأساليب لا شعورية من جانب الفرد من وظيفتها تشويه ومسح الحقيقة حتى يتخلص الفرد من حالة التوتر والقلق الناتجة عن الإحباط والصراعات التي لم تحلّ والتي تهدد أمنه النفسي.

وهدفها وقاية الذات والدفاع عنها والاحتفاظ بالثقة في النفس واحترام الذات وتحقيق الراحة النفسية، وهذه الحيل تُعدُّ بمنزلة أسلحة دفاع نفسي تستخدمها الذات ضد الإحباط والصراع والتوتر والقلق.

وتتعدد حيل الدفاع النفسي، وتنقسم إلى أقسام، منها:

- حيل الدفاع الانسحابية (أو الهروبية): مثل الانسحاب والنكوص والتفكيك والتخيل والتبرير والإنكار والإلغاء والسلبية.
- حيل الدفاع العدوانية (أو الهجومية): مثل العدوان والإسقاط والاحتواء.
- حيل الدفاع الإبدالية: مثل الإبدال والإزاحة والتحويل والإعلاء والتعويض والتقمص وتكوين رد الفعل والتعميم والرمزية والتقدير المثالي.

وهناك تقسيم آخر لحيل الدفاع النفسي، وهو (السوية وغير السوية):

- حيل الدفاع النفسي السوية: وهي غير عنيفة، وتساعد الفرد على حل أزمته النفسية وتحقيق توافقه النفسي، مثل الإعلاء والتعويض والتقمص والإبدال.

- حيل الدفاع غير السوية: وهي عنيفة، ويلجأ إليها الفرد عندما تخفق حيله الدفاعية السوية، فيظهر سلوكه مرضياً، مثل الإسقاط والنكوص والعدوان والتحويل والتفكيك والسلبية.

بالاختلاف عن اضطراب الكرب الحاد تتميز بدايته تدريجياً وتطول السيرة المرضية، وعادة ما تؤدي إلى خلل للدور الوظيفي، ولا يجوز اللجوء إلى هذا التشخيص إلا بعد استبعاد الأمراض النفسية/ العقلية الأخرى التي قد تثيرها أحداث من هذا النوع إن كانت في التاريخ المرضي للفرد، وعليه ينبغي استثناء اضطراب القلق والاكتئاب بوصفه إجراءً تشخيصياً استبعادياً.

يختلفان في تحديد فترة البداية للأعراض DSM و ICD النظامان يشير إلى بداية في غضون حد زمني خلال شهر من بداية الحدث المثير للأعراض ICD يشير DSM إلى بداية في غضون حد زمني خلال 3 أشهر من بداية الحدث المثير للأعراض، ونقطة جوهرية أيضاً في ضرورة التشخيص، وهي تناسب حجم الظرف المثير مع ردة الفعل الناتجة عن ذلك أخذاً في الحسبان خبرة الفرد السابقة ومقومات الشخصية.

وقد يشمل تشخيص اضطراب التكيف أشكالاً فرعية أخرى من الاضطرابات النفسية، ومن بينها: اضطراب التأقلم المصاحب باكتئاب

المزاج، واضطراب التأقلم المصاحب بالقلق، واضطراب التأقلم المصاحب بمزيج من القلق واكتئاب المزاج.

وتجدر الإشارة إلى أن اضطراب التكيف هو اضطراب مؤقتت تتفاوت درجة خطورته، ويحدث كردة فعل حادة لدى التعرض لضغوط نفسية شديدة. يمكن أن يحدث هذا الاضطراب في أي عمر من دون أي اضطرابات نفسية أساسية ظاهرة، ويتطور عادة في غضون ثلاثة أشهر. من الممكن أن يحدث هذا الاضطراب بتأثير عامل واحد أو مزيج من عوامل الضغط (كحدث أو موقف ضاغط) على فرد أو مجموعة من الأفراد.

سير الاضطراب

1. تتطور أعراض انفعالية أو سلوكية كاستجابة لشدة أو صعوبات يمكن تحديدها، وتحدث في غضون 3 أشهر من بداية الشدة (أو الصعوبات).
2. هذه الأعراض أو السلوكيات مهمة إكلينيكيًا، ويستدل عليها بواحد من المظاهر الآتية:

أ. ضائقة أو شدة صريحة تتجاوز ما يمكن توقعه من التعرض لعامل الشدة أو الصعوبات.

ب. اختلال وانخفاض واضح مهم في الأداء الاجتماعي أو المهني (الأكاديمي).

ج. لا يحقق الاضطراب المرتبط بالشدة أو الصعوبات معايير اضطراب نوعي آخر على المحور ا، وهو ليس مجرد تفاقم لاضطراب سابق الوجود على المحور ا أو المحور اا.

د. لا تمثل الأعراض حالة الحزن على فقدان شخص عزيز.

التشخيص التفريقي: ينبغي الوقوف على بعض العلل المرضية الأخرى قبل التشخيص كاضطراب التأقلم، وهي كما يأتي في الجدول الآتي:

التشخيص التفريقي

Differential diagnosis of adjustment disorder

Major depressive disorder
 Personality disorder
 Mixed anxiety depression
 Acute stress reaction
 Post traumatic stress disorder
 Bereavement
 Normal nonpathological reaction to stress

يجري ترميز اضطرابات التأقلم بناء على النمط الفرعي الذي يتم اختياره تبعاً للأعراض المسيطرة كما يأتي:

- اضطرابات التأقلم مع مزاج اكتئابي: عندما تكون المظاهر المسيطرة أعراضاً مثل المزاج المنخفض أو الحزن الدامع Tearfulness أو مشاعر اليأس.

- اضطرابات التأقلم مع أعراض قلق: عندما تكون التظاهرات المسيطرة أعراضاً مثل العصبية أو القلق التوجسي أو الجزع

(التوهل) Jitteriness: أو عند الأطفال؛ خوفاً من الانفصال عن رموز (أشخاص) التعلق الرئيسين.

- اضطرابات التأقلم مع قلق ومزاج اكتئابي مختلط: عندما تكون التظاهرات المسيطرة هي تشاركاً بين الاكتئاب والقلق.
- اضطرابات التأقلم مع اضطراب في المسلك: عندما يكون التظاهر المسيطر هو اضطراباً في المسلك، يحدث فيه انتهاك لحقوق الآخرين أو للأعراف والقواعد الاجتماعية مع الأخذ في الحسبان سن الشخص (مثال، التغيب عن المدرسة، التخريب، القيادة المتهورّة، العراك، تخلف عن المسؤوليات القانونية وإهمالها).
- اضطرابات التأقلم مع اضطراب مختلط في المسلك والانفعالات: عندما تكون التظاهرات المسيطرة أعراضاً انفعالية (مثل، الاكتئاب، القلق) واضطراب في المسلك (انظر النمط الفرعي أعلاه).
- اضطرابات التأقلم غير المحدد: وذلك للارتكاسات سيئة التكيف (مثل الشكاوى الجسدية أو الانسحاب الاجتماعي أو الانفكاك عن العمل أو النشاط الأكاديمي) لعوامل الشدة غير المصنفة على أنها واحدة من الأنماط الفرعية النوعية لاضطراب التأقلم.

الأنماط التشخيصية لاضطرابات التأقلم

Subtypes of adjustment disorder

ICD - 10	DSM - IV
Brief depressive reaction (F43.20)	With depressed mood (309.0)
Prolonged depressive reaction (F43.21)	With anxiety (309.24)
Mixed anxiety and depressive reaction (F34.22)	With mixed anxiety and depressed mood (309.28)
With predominant disturbance of other emotions (F43.24)	With disturbance of conduct (309.3)
With predominant disturbance of conduct (F43.24)	With mixed disturbance of emotion and conduct (309.4)
With mixed disturbance of emotions and conduct (F43.25)	Unspecified (309.9)
With other specified predominant symptoms (F43.28)	

ICD - International classification of diseases; DSM - Diagnostic and statistical manual

ملاحظة ترميزية: في التقييم المتعدد المحاور multiaxial ، يمكن الإشارة إلى طبيعة عامل الشدة بإدراجه على المحور IV (مثل الطلاق والتعرض للعنف الأسري والاعتداءات الجنسية).

وقد تختلف طول فترة بقاء أعراض اضطراب التأقلم كما يأتي:

سنة أشهر أو أقل (حاد): إذا اتبع المرء وبنشاط إجراءات العناية الذاتية، فقد تتلاشى الأعراض من تلقاء نفسها.

أكثر من ستة أشهر (مزمن): حالما ينتهي عامل الشدة (أو الصعوبات) فإن الأعراض لا تدوم أكثر من 6 أشهر إضافية.

وهكذا لا يمكن للأعراض أن تدوم أكثر من 6 أشهر بعد انتهاء عامل الشدة أو الصعوبات، ومن ثم يطبق المحدّد المزمّن حين تكون مدة الاضطراب أكثر من 6 أشهر استجابةً لعامل شدة مزمن.

تتطلب هذه الحالة العلاج الاختصاصي للمساعدة على تحسين الأعراض ومنع الحالة من التفاقم، وإلا فإن هذه الأعراض ستستمر في إزعاج المريض وإعاقة حياته.

ويبدأ الاضطراب غالباً خلال شهر من وقوع الحدث المسبب للكرب أو التبدل الحياتي، ولا تتجاوز مدة الأعراض عادة ستة شهور إلا بالنسبة إلى التفاعل الاكتئابي الطويل أو المديد Prolonged Depressive Reaction وإذا استمرت مدة الأعراض أطول من ذلك، فإن على الطبيب النفسي تشخيص الحالة بوصفها اضطراباً نفسياً آخر بحسب الصورة المرضية المهيمنة إكلينيكيّاً.

ما الأسباب الكامنة وراء ردود الفعل واضطرابات التأقلم

1. الأحداث الضاغطة Stressful Events.
2. الطبيعة الفطرية للفرد - تجاه ردود فعله لمثل هذه الأحداث تميزه عن غيره Vulnerability.
3. Previous Experience الخبرة السابقة لكيفية التعامل مع ظروف الشدة.

المضاعفات

تتحسن حالة معظم المصابين باضطراب التأقلم خلال ستة أشهر دون التعرض لمضاعفات طويلة الأمد، إلا أن الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية أخرى، أو مشكلات إساءة استخدام المواد، أو اضطراب التأقلم المزمن، هم أكثر عرضة للإصابة بمشكلات نفسية طويلة الأمد، التي تتضمن ما يأتي:

1. الإدمان على الكحول والمخدرات.

2. الاكتئاب.

3. الأفكار والسلوك الانتحاري.

إن المراهقين المصابين باضطراب التأقلم المزمن، الذين تظهر عليهم مشكلات سلوكية هم أكثر عرضة للمشكلات طويلة الأمد مقارنةً بالبالغين، وإضافة إلى المضاعفات الثلاث المذكورة سابقاً، فإن المراهقين المصابين باضطراب التأقلم معرضون للإصابة بأمراض نفسية كالاضطراب ثنائي القطب، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع.

الإنبذار Prognosis

تشير معظم الدراسات إلى أن ردود الفعل واضطرابات التأقلم قد تستمر بضعة أشهر، والقليل منها تتجاوز ذلك لسنوات لاحقة ما يستلزم عند هذا الحد الزمني تضيفها بوصفها وحدة تشخيصية أخرى مختلفة.

العلاج Treatment

1. المساعدة من أجل الحد من التمادي في استخدام الحيل الدفاعية اللا شعورية التي تعيق التكيف السوي، وتعقد من حجم الأزمة الضاغطة (الإنكار والتجنب) Crisis intervention.

2. تشجيع أسلوب حل إشكال Problem-Solving Strategy بخطواته المألوفة خطوة خطوة، نبذ الأساليب غير التكيفية التي من شأنها تعقيد المشكلة وزيادة وطأة الأزمة.

3. التكم عن المشكلة والتنفس العاطفي للتعبير عما يجول في نفس الفرد من أزمات.

4. مجموعات الدعم المتجانسة Support groups specific to the stressor.

5. العلاج السلوكي المعرفي (CBT) Cognitive Behavioral Therapy.

6. عقاقير/ مضادات الحصر النفسي ومساعدات النوم لبضعة أيام تحت إشراف الطبيب المختص.

- Benzodiazepines (eg, lorazepam and clorazepate).
- A nonbenzodiazepine anxiolytic.
- SSRI or SNRI (sertaline, venlafaxine).
- Plant extracts (eg, kava-kava and valerian).

بعض أشكال التأقلم لظروف محددة

التأقلم على مرض بدني

1. المرض الجسماني، يتجاوب معظم الناس لدى اكتشافهم الإصابة بمرض عضال بطريقة مختلفة تتراوح بين القلق والخوف والغضب حتى الاكتئاب، ولكن هذه المشاعر تكون مرحلية، وسرعان ما يتكيف المريض مع مرضه بطريقة تجعله يواصل مسيرة حياته دون خلل جسيم في الأداء الوظيفي. ومع أن المريض قد يلجأ إلى إنكار المرض بوصفه حيلة دفاعية لصد القلق والخوف إلا أن مثل هذا الإنكار قد يعيق البحث عن مساعدة طبية ما يعقد مراحل العلاج.
2. المرض الجسماني قد يتمظهر بأعراض نفسية، كما هو معروف في الأوساط الطبية، فإن الأسباب العضوية للأمراض قد تنتج أعراضاً نفسية مختلفة، ومن الأمثلة على ذلك ما يأتي:

السبب العضوي	العرض النفسي
الأورام، اضطراب الغدة الدرقية، السكري، مرض أديسون (فقر الأدرينالين)، مرض الذئبية الحمراء.	اكتئاب
فرط الغدة الدرقية، انخفاض السكر، فرط التنفس، ورم الغدة الكظرية، الانسحاب الدوائي.	القلق

السبب العضوي	العرض النفسي
فقر الدم، العدوى المزمنة، داء السكري، اضطراب النوم، الأورام، فرط الأدرينالين.	الإعياء
داء الأعصاب الطرفية، اضطراب العضلات.	الضعف
الصرع، فقر السكر بالدم، ورم الغدة الكظرية، البورفيريا، حالات التسمم، اضطراب الذاكرة المؤقت.	نوبات اضطراب سلوكية
أورام، السكري، الدرن، فرط الغدة الدرقية، سوء امتصاص، العدوى المزمنة.	فقدان الوزن
الشقيقة، أورام دماغية، التهاب الشرايين.	الصداع

3. علاج المرض الجسماني قد يسبب أعراضاً نفسية، قد تسبب الأدوية لعلاج الأمراض الجسمانية أعراضاً نفسية متنوعة من جراء آثارها الثانوية السلبية، ومن الأمثلة على ذلك:

العرض النفسي	الصنف الدوائي
الهذيان	الأدوية المثبطة للجهاز العصبي المركزي (المنومات، المهدئات، الكحول، مضادات الاكتئاب، المعقلات، مضادات الصرع، مضادات الحساسية) + مضادات الكولين، حاصرات بيتا، دايجوكسين، سيميتيدين.
ذهنية	المهلوسات، كابحات الشهية، الستيرويدات، الدوبا، إندوميثاسين.

العرض النفسي	الصنف الدوائي
الاكتئاب	مخفضات الضغط، مانعات الحمل، المتعلقات، مضادات الصداع، الستيرويدات.
اضطراب سلوكي	المعقلات، البيزوديازيبين.
ارتفاع المزاج	إيزونيازيد، مضادات الكولين، الستيرويدات، مضادات الاكتئاب.

الحزن : التأقلم على فقدان عزيز

Grief: Adjustment to Bereavement

الفرح والبهجة يفقدان معنيهما إن لم يتم موازنتهما بالحزن.

كارل غوستاف جونغ

الحزن الطبيعي Normal Grief هو عملية مستمرة يمكن وصفها بـ 3

مراحل:

1. المرحلة الأولى: مرحلة الإنكار وعدم تصديق الحدث & Denial
Disbelief

تستمر من بضع ساعات إلى أيام قليلة، وتتميز بالإنكار والرفض لحقيقة الفقدان، ويعبر عنها بإحساس الفرد الخدران والارتباك والشعور بتغير الواقع المحيط، وينتابه سلوك بحثي عن الشخص المفقود في أرجاء الوسط المحيط، وتفغره مشاعر التوتر وعدم الراحة وعدم القدرة على الاستقرار (مرحلة الإنكار والغضب).

2. المرحلة الثانية: مرحلة الحزن والأسى Sadness

تستمر من بضعة أسابيع إلى 6 أشهر تقريباً في أغلب الأحيان، وقد تتجاوز هذا الحد، حيث تغمر الفرد مشاعر الحزن والأسى والبكاء والإحساس بالوحدة، وتتتابه موجات من التوق والحنين مكتنفة بأعراض القلق وحدة المزاج، تضرب الوظائف البيولوجية عادة في هذه المرحلة، حيث يمتسي الفرد أرقاً في نومه ومفتقراً لشهيته للطعام متمللاً في جلسته، وتتتابه نوبات مع الهلع أحياناً. بعض مشاعر الذنب القادمة في غمرة هذا فقدان بأن الفرد أخفق في تقديم يد العون والمساعدة، ويتهم نفسه بأنه سبب في موت عزيزه، وقد يُسقط كل مشاعر الإخفاق على الأطباء، ويتهمهم بالتقصير والجهل الطبي، وقد أشار العالم Clayton (1979) إلى أن بعضهم يختبر اضطراباً في أحاسيس الإدراك تأتي على شكل هلوسات جلوية وجيزة توهم الفرد بأنه في حضور مع الشخص المفقود، أو يرى صورته أو يسمع صوته، ويشتغل بعضهم الآخر بالذكريات التي غالباً تتجلى على شكل أفكار وسواسية ومتكررة وصور ذهنية مجبرة ولوجها في مجال الوعي غير قادر على مقاومتها، والعزلة عن الوسط الاجتماعي، وهجران الدور الاجتماعي الوظيفي عادة ما يميز هذه المرحلة، ويرافقها شكاوى جسمانية، كما أشار العالمان Stein & Sesser 1969 في دراسة أكدت أن النساء الأرمال ينشدن العون الطبي أكثر من غيرهن من النساء.

3. المرحلة الثالثة : التقبل Acceptance مرحلة التكيف والتعايش

Resolution

عند وصول الفرد المحزون إلى هذه المرحلة يكون قد أخذ بالتأقلم مع حدث فقدان، وأخذ يعود لممارسة دوره الاجتماعي شيئاً فشيئاً، وينخرط في أنشطته الاعتيادية، ويستذكر الجميل من الذكريات مع المفقود، وتكون هذه الممارسات بمنزلة السلوى والصبر على البلاء.

نموذج كيوبلر روس المشهور بمراحل الحزن الخمسة عرضته للمرة الأولى إليزابيث كيوبلر روس في كتابها الصادر عام 1969م تحت اسم (عن الموت والوفاة). وتصف الكاتبة في خمس مراحل الطريقة التي يتعامل بها الأفراد مع الحزن الناتج عن الفاجعة والمصائب والخسران، خاصة إذا كان الفقد ناتجاً عن مرض قاتل أو عانى خسارة كارثية، وقد وجه الكتاب الوعي العام إلى أهمية التعامل بحساسية أكثر مع الأفراد المصابين بالأمراض القاتلة.

مراحل الحزن الخمسة

- الإنكار: «أنا بخير»، «لا يمكن أن يحدث هذا، ليس لي»: الإنكار عادة ما يكون مجرد دفاع مؤقت للفرد. هذا الشعور عامة يُستبدل بالوعي الشديد بالمواقف والأفراد التي ستُترك بعد الموت.
- الغضب: «لِمَ أنا؟ هذا ليس عدلاً»، «كيف يحدث هذا لي؟»، «من الموم على ذلك؟»: ما إن يدخل الفرد المرحلة الثانية حتى يدرك أن

الإنكار لا يمكن أن يستمر، بسبب الغضب الذي ينتاب الفرد يصبح من الصعب جداً رعايته لما يكته من مشاعر ثورة وحسد.

- **المساومة:** «فقط دعني أعيش لرؤية أطفالي يكبرون»، «سأفعل أي شيء من أجل أن تعود لي»: المرحلة الثالثة تحتوي على الأمل بأن الفرد يمكنه فعل أي شيء لتأجيل الموت/ الفقد. عادة ما تتم المفاوضات مع قوى عليا (الإله مثلاً).

- **الاكتئاب:** «سأموت على أي حال، ما الفائدة من أي شيء سأفعله؟»، «لقد رحلت/ رحل، لماذا أستمر بعده/ بعدها؟»: يبدأ الفرد في المرحلة الرابعة في فهم حتمية الموت/ الفقد، ولهذا يصبح المرء أكثر صمًا، ويرفض مقابلة الزوار، ويمضي الكثير من الوقت في البكاء. تسمح هذه المرحلة للفرد بقطع نفسه عن الأشياء/ الأشخاص المحبوبين له. من غير المنصوح به أن تتم محاولة إبهاج الفرد الذي يمر بهذه الحالة؛ لأنها حالة يجب أن يمر بها، ويتعامل معها.

- **التقبل:** «ما حدث حدث، ويجب أن أكمل الطريق»، «لا فائدة من المقاومة، من الأفضل أن أستعد لما سيأتي»: تمد المرحلة الأخيرة الفرد بشعور من السلام والتفهم للفقد الذي حدث/ القادم. عامة سيفضل الفرد في هذه المرحلة أن يُترك وحيدًا، إضافة إلى ذلك قد تنعدم لديه مشاعر الألم، وتُعدّ هذه المرحلة نهاية الصراع مع الفقد.

الحزن المرضي (Abnormal Grief (Pathological)

يطبق هذا المفهوم إذا استمرت الأعراض السابقة متجاوزة الحد الزمني المتعارف عليه أكثر من 6 أشهر، وكانت تتميز بالشدة والقوة لدرجة

أن بعضهم يطابقها مع معايير الاكتئاب النفسي الجسيم M.D.D أو إذا كانت البداية للأعراض متأخرة عما هو مألوف.

إن نسبة نحو 35% من الناس المحزونين تطابق معايير الاكتئاب التشخيصية في وقت ما خلال عملية الحزن كما أشار كلٌّ من Clayton Zisook & Schechter فإن أغلب هذه الاضطرابات المزاجية تنجلي في غضون 6 أشهر، وإن نسبة 20% فقط تستمر إلى أطول من ذلك.

في مثل هذه الحالات ينبغي الإشارة إلى تشخيص الاكتئاب النفسي الجسيم M.D.D وخاصة إذا كانت أعراض التأخر النفسي الحركي وانخفاض التقدير للذات ظاهرة في الصورة الإكلينيكية ما ليس فقط بمجرد الندم على إخفاقات في الرعاية المقدمة للمفقود خلال مرض الأخير.

أفكار انتحارية Suicidal Thoughts

تحدث عندما يكون الحزن شديداً جداً، حيث ترتفع نسبة الانتحار في السنة التالية للفقْدان، وتستمر في الارتفاع حتى 5 سنوات بعد موت الزوج أو الوالد كما أكد Mac-Mahon Bunch 1972 أن الشباب الأرمال والشيوخ الأرمال هم الأكثر استعداداً لمحاولات الانتحار أكثر من غيرهم.

الحزن المطول Prolonged Grief

هو ذلك الحزن الذي يستمر أكثر من 6 أشهر كما أشارت دراسة Parkes (1971) من انحلال علامات الحزن الطبيعي وتلاشيها لدى

الأقلية من النساء الأرامل تحدث بعد عام تقريباً من فقدان، فبدلاً من التطور الطبيعي لمراحل الحزن تمكث أعراض المرحلة الثانية والثالثة فترة أطول، وهذا يفسر تزامن اضطراب الاكتئاب مع هاتين المرحلتين، وقد يحدث دون هذه المزامنة.

الحزن المتأخر Delayed Grief

أشار Parkes 1965 إلى هذا الحزن، ويعني شكلاً من أشكال (الذنب المرضي Pathological Guilt ويحدث عندما تتأخر أعراض المرحلة الأولى في الظهور أسبوعين من فقدان، ويقال: إن هذا النوع من الحزن يظهر عندما تكون وفاة الشخص المفقود مفاجأة رضية وغير متوقعة Jacobs (1993).

الحزن المثبط أو المشوه Inhibited & Distorted Grief

يشير الأول إلى الحزن الذي يفتقر إلى بعض ميزات الحزن العادي وخصائصه. يشير الثاني إلى الحزن الذي يتضمن مزايا غير طبيعية بالدرجة والشدة مثل: عدوانية Aggression، نشاط مفرط Hyperactivity، عزلة متطرفة Isolation أو يتضمن مزايا غير طبيعية مثل أعراض جسمانية تتاب المحزن، كتلك التي كان يشكو منها المفقود.

أشار Deutsch 1973 إلى أن غياب الحزن على المتوفى هو في حد ذاته نمط مميز للحزن المرضي.

تتشترك في هذه الأنواع الثلاثة من الحزن ببعض الخصائص مثل:
تجنب المثيرات والأماكن التي تذكر المحزون بالفقيد.

يتطور الحزن المرضي تحت ظروف معينة:

1. إذا كان الموت يتسم بالفجاءة وعدم التوقع.
2. عندما تكون علاقة المحزن بالمتوفى وثيقة وحميمة أو اعتمادية.
3. عندما يكون المحزون مبتلى بمرض نفسي / عقلي.
4. عندما ينبغي على المحزون مسؤولية الاعتناء بأفراد الأسرة، ويعتقد أن إظهار الحزن والأسى يعيق من العناية الكافية.
5. غياب الدعم والمساندة من المجتمع.

الدور المرضي Sick Role

ما هو الدور المرضي؟

الدور الوقائي المفترض لفرد مصاب أو مريض جسدياً أو عقلياً؛ ومن المحتمل أن يتظاهر به الفرد أو قد يُفرض عليه بوصفه جزءاً من الطابع الاجتماعي.

أول من اقترح هذا المصطلح هو العالم Parson عام 1951م ليقتصر به الدور الاجتماعي الذي يمنحه المجتمع للمريض، ويتسم بالخصائص الآتية:

1. الإغفاء من بعض المسؤوليات الاجتماعية.

2. حق المريض في المساعدة والعناية من المجتمع.
 3. واجب المريض للبحث عن العلاج والتعاون مع الخطة العلاجية.
 4. رغبة المريض في الشفاء والعودة لسابق مستواه الوظيفي.
- فهذا الدور هو سلوك تكيفي، طبيعي، في أثناء المرض، ولكن إذا استمر بعد الاستشفاء يصبح غير تكيفي، ويعيق من عملية إعادة دمج بدوره الاجتماعي، ويتجنب المسؤولية الوظيفية المنوطة به، ويعتمد على الآخرين في قضاء حاجاته ما يعزز عنده مفهوم الاتكالية والعجز.

السلوك المرضي Illness Behavior

اقترح هذا المصطلح العالم Mechanic عام 1978م للدلالة على السلوك المرتبط بالمرض الجسماني أو النفسي، العقلي بغض النظر عن كونه تكيفياً أم لا، ويتسم بالخصائص الآتية:

1. استشارة الأطباء.
 2. تناول الأدوية.
 3. البحث عن المساعدة من الآخرين.
 4. ترك المسؤوليات غير المتوافقة مع مرضه.
- إن السلوك المرضي هو تكيفي بطبيعته، ولكن استمراره إلى ما بعد الشفاء يؤدي إلى رواسب غير تكيفية تعيق الفرد للعودة إلى سابق عهده من الأداء والنتائج الاجتماعية والاتكالية على الآخرين، ومن الممكن ظهور هذا

السلوك المرضي في غياب المرض نفسه، ومن ذلك جاء تقييم الفرد لحالته الذاتية بشكل شخصي، هذه من المشكلات الرئيسة في ممارسة الطب عامًا كاملاً تأصلت جذورها في ممارسة الإكلينية من الصعب علاجها بيسر.

نوعية الحياة (Q.O.L) Quality of life

يُعدّ مفهوم نوعية الحياة من أدوات العمل المهمة في حقل علم الاجتماع اليوم بعد تراجع مفاهيم الطبقة والتنمية (بمفهومها الاقتصادي خاصة) والنظر إلى تحسين نوعية الحياة كهدف للسياسات الاجتماعية، ونجد أن مفهوم نوعية الحياة يختلف اختلافاً كبيراً تبعاً للاستخدامات المتعددة له، ويعرف نوعية الحياة بأنها:

«ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس القيم المتدفقة، وبمؤشرات ذاتية تقيس قدر الإشباع الذي تحقق، ويعرف نوعية الحياة أيضاً من الناحية الاقتصادية بأنه يتمثل في أن تبقى لدى الفرد أكبر قدر من المال بعد إشباع الضرورات الأساسية، وأن يكون لديه الوقت الكافي مع قضائه بطريقة مبهجة مع توافر مجال واسع من الاختيارات لطريقة الحياة.

إذن هو أداء عام يشمل الجسدي، والنفسي، والاجتماعي كوحدة واحدة من أجل حياة ذات نوعية سليمة صحيحة وفعالة.

ما العوامل التي تحدد نوعية الحياة؟

- العجز الجسدي Physical Impairment.
- ردود الفعل العاطفية Emotional Reactions.
- مقومات الشخصية Personality.
- الدور المرضي Sick Role.
- السلوك المرضي Illness Behavior.

وقد حاول العالمان Fletcher & Fitzpatrick et al وضع آلية قياس لنوعية الحياة إلا أن شمولية المفهوم لأكثر من مجال جعلت من ذلك مهمة محدودة الدقة القياسية.

العلاج Treatment

معظم حالات التأقلم مع المرض يتم التعامل معها من قبل أطباء الصحة الأولية وطاقم التمريض، ويكون دور الطبيب النفسي التدخل في الحالات المعقدة إضافة إلى دعم الطاقم الطبي والتمريض العاملين مع هذه الفئة من المرضى.

الاستشارة Counseling

تحتاج إلى كسب ثقة المريض، وذلك من خلال المقابلات وإعطاء التفسير المناسب للحالة عن طبيعة المرض العلاجات، وما يتضمنه من نصائح لبناء

طرق تكييفية تساعد على استشفاء ونبذ تلك السلوكيات غير التكييفية التي تعيق عملية العلاج بشكل عام.

التأقلم وردود الفعل للمرض العضال: Adjustment to Terminal Illness أهم ردود الفعل العاطفية للمريض الذي يعاني مرضاً عضالاً:

1. القلق Anxiety.

2. الاكتئاب Depression.

3. الغضب Anger.

4. الذنب Guilt.

القلق Anxiety

إن ما يثير القلق لدى المريض المبتلى بالعلل العضال عوامل مختلفة منها

1. توقع الألم.

2. التشوهات الجسدية بوصفها مضاعفات للمرض والعلاج.

3. عدم التحكم في وظائف الإخراج.

4. الخوف من الموت.

5. القلق على أفراد الأسرة من المستقبل بسبب عجزه أو فناءه.

قد يلجا ذوو المريض لإخفاء حقيقة المرض بوصفه محاولة لتخفيف

القلق عنه، ولكن حالما يكون المريض على وعي تام بمرضه وتداعيات

التشخيص الطبي ونتائج الفحوص والتحاليل تبوء محاولات إخفاء الحقيقة عنه بالفشل، بل تزيد من حدة التوتر والقلق.

الاكتئاب

إن تأثير هذه العاطفة لدى المريض هو تأمله لحقيقة انفصال المرء عن عائلته وأصدقائه نتيجة حتمية للحياة، وإن إحساسه المتزايد، ينفدان تقديره لذاته من جراء انكماش دوره الاجتماعي، إضافة إلى تدهور صحته العامة وتغير معالم مظهره الخارجي نتيجة العلاج والمرض نفسه أو نتائج الجراحة أو العلاج الكيميائي والإشعاعي له الأثر الواضح في إثارة مشاعر الاكتئاب. وفي دراسة العالم Cody 1990 أوضح أن نسبة الاضطرابات الاكتئابية لدى المرضى ذوي العلل العضال تتراوح بين 10%-5.

الغضب

إن مشاعر الغضب لدى أولئك الذي يمضون أيامهم في مكافحة آلام المرض العضال وإزاحة هذه المشاعر أحياناً على الأطباء أو التمريض أو الأهل ناتجة عن إحساسهم باقتراب الأجل وتقديرهم الخاطئ بعدم عدالة الموت، وخاصة لدى الفئة العمرية الشابة التي ابتليت بمرض خطير، فلم تأخذ نصيبها الكافي من الحياة الدنيا، ولا شك أن إزاحة هذه المشاعر على الآخرين يعيق من فرص العناية الطبية بالمريض، وإيمان الإنسان بالقدر خيره وشره، وأن الابتلاء أجر عظيم، والصابرون يؤتون أجرهم مرتين، وأن هناك حياة ما بعد هذه الدنيا وعد الله بها المؤمن، وبشره بأن أمره كله خير

في السراء وفي الضراء، هو ما يبَدُّ هذه المشاعر العاطفية، ويخفف ما هو عليه بمشاعر إيمانية صادقة.

الذنب

تفسر المشاعر التي لدى فئات المرضى بطرق مختلفة بحسب اعتقادات الفرد الدينية، والقيم والمثل التي كانت تحكم تصرفاته وتقديره لمشاق الحياة، ويفسر بعضهم الآخر مرضه على أنه عقاب رباني، أو تكفير لما قام به من عمل غير صالح في حياته الدنيا.

ما العوامل التي تحدّد ردود الفعل العاطفية للمريض المبتلى بعلل عضال؟

1. شخصية المريض، وما تحتوي من مقومات واستيعاب لمفاهيم الحياة والموت.
2. نوعية المساعدة والمساندة والدعم الذي يتلقاه من عائلته وأصدقائه ومجتمعه.

العلاج النفسي

«الحذاء الذي يناسب قدم شخص ما، قد يؤلم قدم شخص آخر، وهكذا لا توجد وصفة واحدة مناسبة للجميع تعلمنا كيف نحيا».

كارل يونغ من رواد التحليل النفسي

على الرغم من أن بعض المرضى يستفيدون من العلاج طويل الأمد، إلا أن معظم المرضى يتلقون العلاج مدة بضعة أشهر فقط. ويُعدّ العلاج النفسي والعلاج بالأدوية نوعي العلاج الرئيسيين المُستخدَمين لعلاج اضطراب التأقلم.

- وهو العلاج الرئيسى لاضطرابات التأقلم، ويُسمى أيضاً الاستشارة النفسية أو العلاج الكلامي، وقد يساعد المريض على معرفة أسباب تأثير الأحداث المسببة للشدة عليه إلى هذه الدرجة، وعندما يفهم المزيد عن هذه العلاقة، فإنه يتعلم مهارات تكيّفية صحية تساعده في التغلب على أحداث مجهدّة أخرى قد يتعرض لها لاحقاً في حياته. يمكن أن يساعد العلاج المريض على استعادة نمط حياته السابق المعتاد، ويمكن أن يقدم الدعم المعنوي. ويمكن أن يحضر المرء علاجاً فردياً أو جماعياً، أو عائلياً.

- العلاج بالكلام أكثر الطرق فعالية للتعامل مع اضطرابات التكيف، فالحديث الضاغط الذي سبب الأعراض يساعد المريض على اكتساب مهارات أفضل للتعامل مع المصاعب.

مجموعات الدعم

- تتاح مجموعات كثيرة للأشخاص الذين عانوا أحداثاً ضاغطة مثل موت عزيز أو فقدان وظيفة أو طلاق.

الأدوية

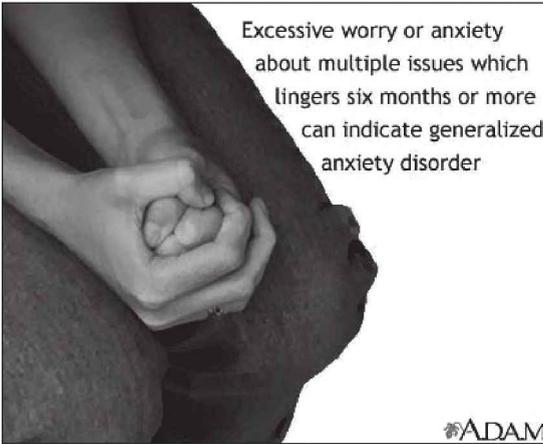
- قد توصف مضادات الاكتئاب أو الأدوية المضادة للقلق مدة قصيرة؛ لتخفيف بعض الأعراض.
- يفيد العلاج بالأدوية في حالات الاكتئاب، والقلق، والأفكار الانتحارية. وكما هو الحال بالنسبة إلى العلاج النفسي، فقد يحتاج المريض إلى الأدوية بضعة أشهر فقط، وهو يتضمن مضادات الاكتئاب ومضادات القلق.

التعامل مع التوتر

- يمكن أن يستخدم الارتجاع البيولوجي لتعليم العقل السيطرة على وظائف الجسم مثل سرعة القلب وضغط الدم وتوتر العضلات. ويمكن أن يساعد الاسترخاء العضلي المتزايد على الاسترخاء وتخفيف التوتر، وأيضاً قد يخفف العلاج بالتدليك التوتر، وخاصة توتر العضلات، وقد تساعد اليوجا على التعامل مع التوتر بكفاءة أكبر.



اضطرابات القلق Anxiety Disorders



هي الأكثر شيوعاً من بين الاضطرابات النفسية الأخرى.

لقد أدى الفهم المتنامي للعوامل البيولوجية لاضطرابات القلق إلى تغيير مفاهيم هذه الأمراض، وذلك بانتقال القواعد التشخيصية من التوصيفات للعصاب إلى معايير موثوقة وفاعلة.

وعلى الرغم من ذلك، فلا يزال على الأطباء واجب التفريق بين القلق العادي والمرضي، وذلك من خلال الاعتماد على مصادر المعلومات من التاريخ المرضي، وسلوك المريض، وحالة المريض الداخلية وقدرته على الأداء، وأما الذين يعانون القلق المرضي فينبغي فحصهم كاملاً من خلال التقييم النفسي/ العصبي وبعض القياسات ذات الصلة، وعليه فإن الطبيب يعي مسألة أن القلق قد يكون عرضاً لأمراض نفسية/ عقلية/ عصبية أو طبية أخرى.

إن القلق الطبيعي هو حاجة تكيفية واستجابة ضرورية لمتطلبات الحياة اليومية، وخاصة المواقف الصعبة، وأنه يرافق النمو والتطور الفردي والتغيير في سياق ذلك يكون حافزاً للنجاح، بينما القلق المرضي على النقيض من ذلك يفوق بالفترة وحدة الأعراض بوصفه استجابة غير متوافقة مع الحدث.

أول من وضع مصطلح (حصر العصاب Anxiety Neurosis) هو (سيغموند فرويد) وحدد نوعين:

1. كبت الطاقة الجنسية Dammed-up libido: ومنها:

- الوهن العصبي Neurasthenia.
- التوهم المرضي (المراق) Hypochondriasis.
- عصاب القلق Anxiety Neurosis.

2. حالات مرتبطة بعوامل نفسية يكون فيها القلق قد شاع بمن كبت فكرة أو رغبة محددة أو صراعات نفسية، إلا أن عنصر القلق فيها أقل شدة وحدة من النوع الأول، وسُميت هذه الحالات Psycho Neuroses ومنها:

• الهستيريا (الهراع) Hysteria.

• الرهاب (الخوف المرضي) Phobias.

• الوسواس Obsessions.

ثم حدد فرويد لاحقاً نوعين من الحصر (القلق):

الظروف المثيرة للقلق Anxiety – Provoking Situations التي تتضمن إثارة غامرة للغرائز (داخلية عصابية) Neurotic Internal.

الظروف المثيرة للقلق Anxiety – Provoking Situations التي تتضمن القلق بوصفه توقعاً لأحداث أخطورة (خارجية واقعية) Real External.

وبغض النظر عن مصادر الخطر/ داخلية أو خارجية/ فإنها تؤدي إلى نتيجة حتمية، وهي القلق التحذيري Signal Anxiety اللا شعوري لتنبه الجسم بوجود خطر متوقع لحشد قواه وآليات الدفاع لمواجهة نسبة الاستثارة الغريزية وتقليلها.

ما الفرق بين القلق Anxiety والخوف Fear ؟

القلق: شعور غامض من الضيق يترافق مع علامات إثارة الجهاز العصبي السمبثاوي اللاإرادي عادة ما يكون مصدراً من القلق غامضاً وغير معروف، داخلياً.

وهو إشارة تحذير للفرد بقدوم خطر غير معروف حتى يتخذ إجراءات التعامل مع هذا التهديد.

الخوف: رد فعل أو استجابة لمؤثر معروف، خارجي، محدد، وعادة ما يكون مهددًا لسلامة الفرد.

إذ إنه يجهز جسمك للعمل بأقصى طاقة، وهذا ما يُدعى مفهوم (المواجهة أو الهرب)، ولذلك فإنك حين تشعر بالخوف، فإن ما يحدث هو أن جسمك يستعد للمواجهة أو الهرب من هذا الشيء الذى تسبب لك في هذا الخوف أو ربما الصمود أو الانتظار حتى يمر هذا الخطر.

فالخوف عبارة عن عاطفة تنتج عن استشعار الكائن الحي لخطر واضح أو كامن يتربص به ما يدفعه لتجنب هذا الخطر والحفاظ على حياته أو صغاره أو ممتلكاته، أو غير ذلك مما يُعدُّ مهمًّا لهذا الكائن أو ذاك. إن الخوف سوف يساعده على أي حالة من الحالات السابقة، فأنت حين تشعر بالخوف سوف يصبح تنفسك أسرع، وهذا سيعطيك المزيد من الأكسجين الذى تحتاج إليه عضلاتك، وكذلك سوف تزداد دقات قلبك؛ وذلك لزيادة ضخ الدم لجسمك، وجهازك الهضمى سوف ينقطع عن العمل؛ وذلك للسماح لجسمك بالتركيز على الخطر الداهم.

إن هذا هورد الفعل الطبيعي لجسمك فى المواقف التي يشعر فيها أنه واقع تحت تهديد، إن هذا هو جهاز الإنذار في جسمك، فمن قدرة الله تعالى وحكمته أنه هياً أجهزة الجسم المختلفة لتؤدي وظيفة الحماية المطلوبة للبقاء والدفاع عن النفس.

الفرق النفسي الرئيس بين القلق والخوف هو أنه في الأول استجابة عاطفية مزمنة نسبياً، وفي الثاني استجابة حادة، وكما أشار Charles

Darwin إلى أن كلمة خوف هي مزيج من كلمات تعني المفاجأة Sudden والخطورة Danger.

الوظائف التكيفية للقلق

القلق بوصفه وسيلة تنبيه لخطر قادم داخلي أو خارجي يمكن اعتباره أداة للحفاظ على البقاء؛ لأنها تحث الفرد على اتخاذ التدابير اللازمة لمنع الخطر المتوقع أو التخفيف من وطأته.

ومن أمثلة ذلك في الحياة اليومية:

1. الاجتهاد لفحص أو اختبار ما.
2. صد الكرة الموجهة للرأس.
3. الانسلاخ للنوم وقت خطر التجوال لتجنب العقاب.
4. الركض للحاق بالمواصلات.

ولكن ما الذي يحدد إدراك الفرد للحدث على أنه ذو شدة؟

- طبيعة الحدث نفسه.
- مصادر الفرد ومقوماته.
- الدفاع النفسي.
- آليات التكيف.

ومع هذه العوامل، فإن (الأنا Ego) تتفاعل بشكل توازن تكيفي مع المحيط الداخلي والخارجي، وفي حالة إخلال هذا التوازن واستمراره مدة طويلة

يختبر الفرد القلق المزمن إذا كان عدم التوازن خارجياً (بين ضغوط العالم الخارجي والأنا) أو داخلياً (بين دوافع الإنسان مثل العدوانية الجنسية، والاتكالية، والوعي) فيصدر عنه الصراع Conflict.

أ. الصراعات المسببة خارجياً هي عادة بينه وبين الآخرين
Interpersonal.

ب. الصراعات المسببة داخلياً هي عادة داخل النفس الواحدة
Intrapersonal.

وإن اندماج الاثنين معاً أمر ممكن؛ لأن في الأغلب الصراعات الداخلية والخارجية متداخلة Intertwined. ولأن الإنسان بفطرته مخلوق اجتماعي، فإن صراعاته الرئيسية هي عادة مع أناس آخرين.

أهم الأعراض الجسمانية للقلق يمكن تصنيفها بحسب أجهزة الجسم:

الجهاز الهضمي Digestive system

1. انتفاخ البطن.
2. شعور بعدم الراحة في البطن.
3. القلق بشأن بعض الأطعمة التي قد تسبب متاعب في عملية الرغيم أو الانتفاخ.
4. ضعف الشهية، ألم عند منطقة فم المعدة.
5. فقدان الوزن.

6. شعور بعدم الراحة في الفجوة الألية اليسرى.

7. صعوبة البلع.

8. غثيان.

الجهاز القلبي الوعائي Cardiovascular System

1. خفقان.

2. ألم في الرقبة والأكتاف والظهر.

3. عدم الراحة في الصدر (كتمة).

4. قلق بشأن الإصابة بمرض بالقلب.

5. صداع (شد + ضغط بالرأس).

إن كل ما ذكر آنفاً قد يكون عرضاً لمرض جسماني حقيقي؛ لذا قبل الشروع في تصنيف الحالة تحت اسم القلق أو الاكتئاب لا بد من استثناء وتقصُّ طبي دافع للأسباب العضوية، وهذا لا يمنع أن تكون حالة القلق أو الاكتئاب ثانوية لتلك الاضطرابات الجسمانية (العضوية)، إن ما يجب لفت الانتباه له من الأعراض الجسمانية التي تحذر من احتمالية مرتفعة لسبب عضوي، وتحتاج إلى إجراء فحوص دقيقة هي:

1. صعوبة البلع Difficulty In Swallowing.

2. فقدان الوزن Weight loss.

ويختلف عرض الألم من شخص لآخر ومن مجتمع لآخر، وتختلف مواقفه الجسدية وطريقة التعبير عن هذه الأعراض جميعاً من وقت لآخر وحتى الفرد الواحد أو المجتمع الواحد. نسبة إصابة الإناث أعلى من الذكور.

الإنبذار Prognosis

من بين المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 25 - 50 ما يقارب النصف لها نصيب الشفاء Tannatnt 1981 في مدة زمنية نحو 3 أشهر.

وفي دراسة كافية كان حظ الشفاء أيضاً لنصف العينة المرضية بينما ربع بقية العينة كان لها حظ الشفاء بعد 6 أشهر Catalan et 1984 أما بقية المرضى فاستمرت في إظهار أعراض القلق والاكتئاب بشكل مختلف وغير نمطي على شكل مختلط من أعراض القلق والاكتئاب - Mixed Anxiety Depressive Disorder أو آل بها المطاف إلى العجز الاجتماعي.

التقييم Assessment

في حال وجود أعراض القلق والاكتئاب معاً يجب مراعاة الأمور الآتية (Wells et al 1989):

1. التأكد بالفحوص العامة والتاريخ المرضي وعمليات الكشف الطبي المناسبة.
2. إصابة المريض بعلّة بدنية تتمظهر بأعراض نفسية.
3. إعادة فحص المريض في حال عدم تحسنه للعلاج لفترة كافية.

أحداث الحياة الضاغطة لا تستبعد إصابة الفرد بأمراض ذات سبب عضوي، وخاصة في متوسطي العمر.

4. الإشارة في التاريخ المرضي بالشك في أهلية التشخيص وإعادة فحص المريض بعد فترة كافية من الوقت والعلاج.

5. إجراء التشخيص التفريقي مع ما يأتي:

- اضطراب القلق Anxiety Disorder.
- اضطراب الاكتئاب Depressive Disorder.
- المراحل الأولى للفصام Schizophrenia.
- حالات الإدمان Abuse & Addiction.
- الخرف Dementia.

العلاج Treatment

1. في الحالات البسيطة قد تكون الاستشارة Counselling فعالة، وخاصة إذا تمت لفترة وجيزة 15 دقيقة في الأسبوع ولعدة أسابيع وإعطاء تفسير مقبول للأعراض الجسمانية إن وجدت على أساس طبي سليم.

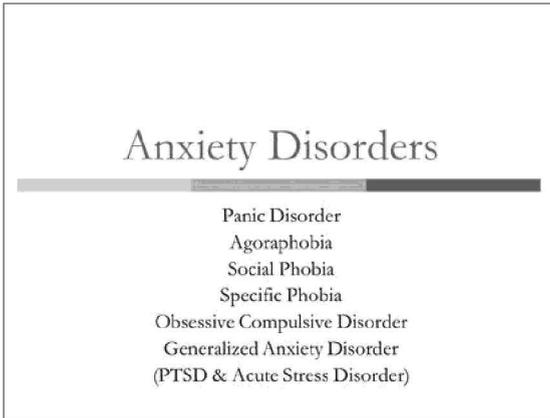
2. مساعدة لحل المشكلات في حال فشل المريض في إيجاد الحلول المناسبة لصراعاته وقبول الواقع والتأقلم مع ما لا يستطيع تغييره Shepherd etal 1979.

3. تشجيع أولئك المرضى بالاشتراك في أنشطة اجتماعية يكون لها الدور الفعال في صرف تركيز المريض عن مشكلاته.

4. بعض الأدوية المهدئة لعدة أسابيع فقط للتخفيف من قلق المريض.
5. بعض الأدوية المضادة للاكتئاب للمرضى ذوي الأعراض الجسمانية الشديدة وطويلة الأمد.



تصنيف اضطرابات القلق



1. القلق المعمم - القلق العام: Generalised Anxiety.

2. رهاب الأسواق: Agoraphobia.

أ. رهاب الأسواق مع الفزع: Agoraphobia with panic.

ب. رهاب الأسواق دون الفزع: Agoraphobia without panic.

3. الرهاب الاجتماعي: Social phobia.
 4. الرهاب البسيط المحدد السبب - الرهاب البسيط Simple phobia.
 5. الفزع Panic disorder.
 - أ. الفزع دون رهاب الأسواق.
 - ب. الفزع مع رهاب الأسواق.
 6. الوسواس القهري Obsessive-Compulsive Anxiety Disorder.
 7. الاضطراب التالي للشدّة الراضة Post traumatic stress disorder.
 8. القلق غير المحدد Anxiety Disorder Not Otherwise Specified:
- اضطراب قلق غير محدد كواحد من الاضطرابات المصنفة أعلاه، ويمكن أن يشمل الاضطرابات المصحوبة بقلق أو رهاب التي لا تقابل شروط التصنيف تحت أي من الأنواع السابقة المحددة أعلاه، وهي الآتي:

- اضطرابات التوافق المصحوبة بالقلق
Adjustment Disorders With Anxiety
- اضطرابات التوافق مع القلق المختلط والمزاج المكتئب
Adjustment Disorders with Mixed – Anxiety and
Depressed Mood
- اضطراب القلق والاكتئاب المختلط
Mixed Anxiety – Depressive Disorder

وفي جميع الاضطرابات السابقة نجد أن القلق هو العرض الرئيس الذي يجمع بينها ، وهذه الاضطرابات واسعة الانتشار، ولا تسبب اضطراباً شديداً في التفكير مثل الاضطرابات الذهانية كالفصام أو الزوربية، وهي تصنف عموماً ضمن الاضطرابات النفسية الصغرى تفریقاً لها عن الاضطرابات النفسية الشديدة أو العقلية.

• اضطراب القلق المرتبط بحالة طبية عامة

.Anxiety Due to General Medical Condition

• الأدوية المسببة للقلق (القلق المرتبط بتعاطي الأدوية)

.Substance Induced Anxiety Disorder

إن في القلب شعناً: لا يلمّه إلا الإقبال على الله، وعليه وحشة: لا يزيلها إلا الأنس به في خلوته، وفيه حزن: لا يذهب إلا السرور بمعرفته وصدق معاملته، وفيه قلق: لا يسكنه إلا الاجتماع عليه والفرار منه إليه، وفيه نيران حسرات: لا يطفئها إلا الرضا بأمره ونهيه وقضائه ومعاينة الصبر على ذلك إلى وقت لقائه، وفيه طلب شديد: لا يقف دون أن يكون هو وحده المطلوب، وفيه فاقة: لا يسدها إلا محبته ودوام ذكره والإخلاص له، ولو أعطي الدنيا وما فيها لم تسد تلك الفاقة أبداً!

ابن القيم



القلق النفسي العام (القلق المعمم)

(Generalized) Anxiety Disorder



يعرف على أنه التوتر وانشغال البال لأحداث عدة لأغلب اليوم ولمدة لا تقل عن ستة أشهر، ويكون مصحوبًا بأعراض جسمية كألام العضلات والشعور بعدم الطمأنينة وعدم الاستقرار وبضعف التركيز واضطراب النوم والشعور بالإعياء، وهذه الأحاسيس كثيرًا ما تؤثر في حياة المريض الأسرية

والاجتماعية والعملية، وغالبًا ما يصيب الأعمار الأولى من الشباب، ولكنه يحدث لجميع الأعمار.

يُعدّ القلق من الظواهر التي تؤثر بشدة في الإنسان، وقد ينتج عنه الكثير من المشكلات التي تؤثر في سلوكيات الإنسان، وتضعف من قدرته على التعامل مع الواقع بشكل سليم وطبيعي، ولهذا الشعور أيضًا انعكاسات على شخصية المريض، وقد لا يتمكن من تأدية التزاماته تجاه المجتمع.

يُعدّ القلق من الظواهر العصبية التي لا نعرف عنها سوى القليل، سوى أنها مرض نفسي شائع. وهناك واحد لكل أربعة أشخاص يمرون بنوبات لأعراض قلق مؤلمة بشكل كافٍ، وتتسم بدرجة شديدة، بحيث يمكن تصنيفها بوصفها أمراضًا نفسية خطيرة. إضافة إلى ذلك، يُعدّ القلق عاملاً كبيراً يسهم في أمراض نفسية أخرى بدءاً من الاكتئاب حتى إدمان الكحول.

إن القلق من المشاعر الإنسانية الأساسية مثله مثل الفرح والحزن والخوف، ويعني القلق الشعور بالتوتر والترقب والإحساس بالخطر العام، وهو يعني أيضاً عدم الاطمئنان. والقلق مصطلح حديث نسبياً في لغتنا العربية، وقديماً استعملت مصطلحات عدة للتعبير عنه مثل الخوف والوجل وغيره، وفي العامية يستعمل مصطلح التوتر والنرفزة والعصبية للتعبير عنه بشكل تقريبي.

ويمكننا القول: «إن قليلاً من القلق لا بأس فيه» لأنه يحضر الإنسان لمواجهة الحياة اليومية، ويجعله مستعداً بشكل أفضل لدرء الأخطار وإتقان تصرفاته وأعماله المتنوعة، والحياة اليومية تواجهنا بمواقف كثيرة تتطلب

الجهد والرد الصحيح، والقلق باعث إيجابي للتكيف مع الواقع ومتطلباته، وتكمن المشكلة عند زيادة كمية القلق أو استمراره فترة طويلة، وهنا يُعدّ القلق مرضاً واضطراباً؛ لأنه يعطل الإنسان، ويهرقه، ويجعل حياته اليومية مؤلمة ومزعجة، ويجعل أعصابه مشدودة ومتوترة، وإن الإحساس بالقلق والترقب فترة طويلة يؤدي إلى المزاج السيئ والإرهاق واستنزاف الطاقة ونقص الإنتاجية.

ولا بد من الإشارة إلى أن معظم المجتمعات لديها تراث متنوع يتعلق بالأساليب التي تخفف من القلق والتوتر، مثل الترويح عن النفس والتسلية، وتدليك الجسم والعضلات، وتناول بعض المشروبات والأعشاب، وأيضاً الأساليب الدينية والروحية المتعددة.

ويوصف العصر الحديث بأنه عصر القلق؛ لأن فيه تغيرات سريعة وحادة ومفاجئة، وفيه أزمات وتغيرات اجتماعية واقتصادية وتقنية وفكرية متنوعة، والإنسان المعاصر عليه أن يتكيف مع جملة من المتغيرات، وأن يلحق بها، وهو معرض للقلق والاعتراب والإحباط بشكل مستمر.

ومن النواحي الطبية النفسية تترافق معظم الاضطرابات النفسية بأعراض القلق وكذلك كثير من الأمراض الجسمية.

القلق العام أو المتعمم هو أحد أنواع اضطرابات القلق، ويكون فيه القلق هو الصفة السائدة والمزمنة. ويزيد القلق بسبب التحفز، والتوتر، والتفكير المستقبلي الذي ينزع لفرض الأسوأ، حتى وإن لم يوجد ما يدعو إلى هذه الدرجة من الخوف والقلق. لذلك، فإن من يعاني اضطراب القلق

العام، يكون دائماً في حالة ترقب لخبر سيئ أو أمر مخيف أو مفاجأة غير سارة. والقلق العام يعني قلقاً على الصحة والمال والعائلة والعلاقات والعمل والموت... إلخ، ويسبب الشعور بعدم الراحة والتفكير المستمر والعصبية وكثرة الخلافات مع الأصدقاء والأقرباء.

إن القلق عادة ما يأتي ردّ فعل تجاه التوتر البدني (مثل التعرض لحادثة سيارة) أو الضغط النفسي (مثل تهديد رئيسك في العمل بأن يخفض راتبك). وبالنسبة إلى بعض الناس، تتتابهم مشاعر القلق دون سبب محدد، فإذا استمر شعور مزعج بعدم الارتياح مدة شهر واحد على الأقل، دون أي أعراض نفسية أخرى، فقد تكون المشكلة هي اضطراب قلق عام GAD.

كيف يُشخّص القلق النفسي العام (المعمم)؟

كثيرون ممن يعانون القلق العام يعانون أيضاً اضطراباً نفسياً آخر، في الغالب اكتئاب أو سوء المزاج، وهو شكل أقل حدة من الاكتئاب، والمصابون بـ GAD يكونون أكثر ميلاً للمعاناة من تعاطي الكحوليات أو غيرها من المخدرات. كذلك، فإن تأثيرات هذه العقاقير أو أعراض انسحابها قد ترفع من مستوى القلق لديهم.

يمكن تشخيص حالات أعراض القلق النفسي العام بناءً على الأعراض الآتية بحسب معايير الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية الذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية DSM التي تتلخص فيما يأتي:

1. قلق واهتمام مفرطان (توقعات مخيفة)، تحدث أغلب الأيام لمدة لا تقل عن ستة أشهر، تجاه عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل العمل أو الأداء المدرسي أو الأسرة...).

2. يجد الشخص صعوبة بالغة في التغلب على الاهتمام والقلق.

3. يصاحب القلق والاهتمام الوارد في (أ) ثلاثة أعراض (أو أكثر) من الأعراض الستة الآتية:

أ. التوتر، وعدم القدرة على الاستقرار، وسرعة الاستثارة والخوف.
(على أعصابي طوال الوقت).

ب. سهولة الإنهاك والتعب.

ج. صعوبة التركيز أو فقد الانتباه. (الشعور بفراغ العقل).

د. سرعة الانفعال. (العصبية والتهيج والنرفزة).

هـ. انشداد العضلات. التوتر العضلي (آلام في العضلات، الشد على الأسنان، تأرجح الصوت).

و. اضطرابات النوم (صعوبة الدخول في النوم، تقطع النوم، النوم غير المريح).

4. يجب ألا يكون محور القلق والاهتمام مقتصرًا على اضطراب نفسي آخر مثل الخوف من حدوث نوبة فزع (اضطراب الفزع)، أو الخوف عند إلقاء كلمة في مجمع من الناس (الرهاب الاجتماعي)، أو خروج ريح عند الوضوء (اضطراب الوسواس القهري)، أو الابتعاد عن الأهل والمنزل (قلق الانفصال)، أو زيادة الوزن (داء النحافة العصبي)، أو

أعراض جسمانية مختلفة (اضطراب الجسدية) ، الخوف من وجود مرض خطير (اضطراب هجاس المرض).

5. يؤدي القلق والاهتمام ، وما يصاحبهما من أعراض جسمية إلى انزعاج كبير أو اضطراب أو خلل في القدرة على أداء الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من الوظائف الأخرى.

6. لا ينبغي أن يكون هذا الاضطراب بسبب استخدام عقاقير طبية أو مواد مخدرة ، أو نتيجة لمرض عضوي مثل فرط إفراز الغدة الدرقية ، أو يرتبط حدوثه بوجود اضطراب وجداني أو ذهاني أو اضطراب نمائي مثل التوحد وزمرته.

ما أعراض القلق النفسي العام؟

يمكن تصنيف الأعراض إلى ما يأتي:

- أعراض جسمية: وتشمل آلام العضلات والجسم عمومًا ، الغثيان أو القيء ، الإسهال ، آلام المعدة ، سرعة النبض ، ارتفاع ضغط الدم ، الصداع ، ضيق التنفس ، التعرق ، الرعشة وبرودة الأطراف ، الدوار ، صعوبة النوم ، ضعف الشهية وفقدان الوزن ، صعوبة في البلع ، تميل الأطراف وعدم القدرة المؤقت على الحركة.

- أعراض نفسية: وتشمل الشعور بالخوف وعدم الأمان ، التفكير السلبي الذي يتوقع أسوأ الاحتمالات ، السلوك التجنبي وعدم القدرة على المواجهة ، ووقت نوبة الفزع يشعر المريض بأنها آخر لحظات في حياته ، وتسيطر عليه فكرة الموت.

ملحوظة: القلق العام يعطي إحساسًا بالموت والتفكير فيه، ولكنه غير مميت بحد ذاته، ولا يسبب الموت.

ما مدى انتشار القلق النفسي العام؟

غالبًا ما يحدث القلق النفسي بوصفه عرضًا لمرض نفسي آخر أو نتيجة ظرف ضاغط أو موقف نهائي. ولذلك، فإن الشعور بالقلق من ألسق المشاعر الإنسانية بالبشر، ويُعدّ القلق كذلك العرض الأساسي في حالات الفزع والرهاب والوسواس القهري والصمات.

أما احتمالات الإصابة بالقلق النفسي العام منفصلاً عن غيره فهي 5% خلال سنوات العمر، وتقدر نسبة المصابين بالقلق النفسي من بين مراجعي العيادات العامة 16%، ومن بين مراجعي العيادات النفسية بمقدار 25%. ويكون القلق في الغالب مصاحباً لاضطراب عضوي أو نفسي آخر، ما يجعل أكثر من ثلثي الحالات لا يتم تشخيصها، ولا تخضع للعلاج.

ما أسباب القلق النفسي العام؟

ليس هناك سبب محدد للقلق النفسي العام، بل هناك عوامل تجعل من هذا الشخص أو ذاك أكثر عرضة للقلق النفسي من غيره، ومن هذه العوامل:

1. الوراثة: يبدو أن اضطراب القلق العام يكثر في أفراد الأسرة الواحدة، لكن دور الوراثة في هذه الحالة لا يمكن فصله عن دور التعلم ما دام الأبناء نشؤوا في البيئة القلقة نفسها.

2. الجنس: تزيد نسبة احتمال الإصابة باضطراب القلق العام في النساء عن الرجال بمقدار الثلثين.
3. العمر: ليس هناك مرحلة عمرية محددة تتميز بالقلق أكثر من غيرها. لكن محور القلق قد يختلف من مرحلة عمرية إلى أخرى باختلاف ما يهم كل مرحلة، مثل الدراسة والعمل والأسرة.
4. طبيعة الشخصية: من أنماط الشخصية ذات العلاقة الوثيقة بالقلق العام: الشخصية الوسواسية، والشخصية الهستيرية، والشخصية الحدية.
5. العوامل الاجتماعية: ليس هناك علاقة بين العوامل الاجتماعية مثل الثقافة أو الحالة المادية وبين القلق النفسي.
6. الخبرات الشخصية: عندما تمرّ بالطفل ظروف أو تجارب تربوية تجعله يشعر بالخوف، فإن ذلك يُوجد لديه شعورًا بالأمان تجاه المستقبل، وإن الاحباطات المتكررة ذات علاقة باضطراب القلق العام.
7. الضغوط النفسية: قد تزيد الضغوط النفسية مثل المرض، والطلاق، والخلافات، ومشكلات العمل من احتمال الإصابة بالقلق النفسي.
8. الطعام: من المعروف أن بعض المشروبات مثل القهوة والشاي والكولا تسبب زيادة في مستويات القلق لمن لديهم الاستعداد لذلك.
9. أمراض عضوية أخرى: مثل انخفاض سكر الدم، وفرط إفراز الغدة الدرقية واستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب التي تعمل على زيادة معدلات السيروتونين.

10. تبين البحوث أن هناك أقساماً عدة من الدماغ مسؤولة عن الخوف والقلق. ويمكن للعلماء أن يضعوا علاجات أفضل إذا فهموا المزيد عن آلية الخوف والقلق في الدماغ. ويسعى الباحثون أيضاً إلى معرفة الدور الذي يمكن أن تمارسه الشدة والعوامل البيئية في هذا الاضطراب، ونعرف أيضاً بعض الحالات الجسدية التي تترافق مع القلق، ومنها:

أ. سن اليأس، الإياس Menopause.

ب. مرض القلب Cardiac Disease.

ج. انخفاض ضغط الدم أو ارتفاعه Hypo/ Hypertension.

د. مرض القلس المعدي المريئي Gastroesophageal (GERD) Reflux Disease.

11. أسباب تشريحية: تتألف لوزة الدماغ Amygdala من مجموعة خلايا عصبية في الدماغ على شكل لوزة، وهي متصلة دائماً (بقرن آمون) وتمثل الاستجابات العاطفية للذكريات. يتساءل العلماء اليوم حول المسارات التي تقطعها الحوافز والأفكار داخل الدماغ؟ إن مراقبة وتحليل هذه المسارات - الجسور، التي تنقطع في بعض الأحيان مسببة من ثم بعض الاضطرابات، تُعدّ الأفق البحثي الجديد في علم طب الأعصاب. اعتماداً على آخر دراسة، أنجزها الباحثون في (ستانفورد يونيفيرسيتي سكول أوف ميدسين)، يبدو أن اضطراب القلق العام GAD مصدره تشوه في الاتصالات بين منطقتين في لوزة الدماغ، التي تتحكم في المشاعر والعواطف.

بفضل تقنية المسح الدماغى بواسطة الرنين المغناطيسى، التى ترصد وظائف جميع مناطق الدماغ استناداً على كمية تدفق الدم إليه، نجح الباحثون في تمييز تشوه في الاتصالات بين منطقة لوزة الدماغ القاعدية Basolateral وأخرى موجودة على طرفها Centromedia. يذكر أن المنطقة القاعدية مسؤولة عن حفز تلك المناطق الضالعة في آليات إدراكية. أما المنطقة الثانية فهي تتواصل مع قرن آمون، وتقوم بحفز المناطق التي تدير آليات الانتباه والتنفس ونبضات القلب.

إضافة إلى ذلك، فإن هاتين المنطقتين، لدى مرضى اضطراب القلق العام، لا يتواصلان بينهما. وإن قوة الحفز المنطلقة منهما لا تصل هدفها، وكأننا أمام مكالمة هاتفية تستهدف الرقم الصحيح إنما المتحدث الخاطئ! وقد يكون لهذا الاكتشاف تطبيقات وتفسيرات مهمة تتعلق بأنواع أخرى من الاضطرابات النفسية.

12. نظريات وفرضيات: تؤكد نظرية العوامل العضوية النفسية الاجتماعية في فهمها للاضطرابات النفسية على أهمية عوامل عدة معاً تسهم في نشوء معظم الاضطرابات النفسية، وتختلف أهمية عامل معين وفقاً للاضطراب أو الحالة الفردية، والعوامل العضوية الوراثية لها أهمية في نشوء القلق، ولا سيما في حالات نوبات الهلع، وتبين الدراسات أن أقارب الدرجة الأولى المصابين بالهلع لديهم الاضطراب نفسه وبنسبة 25%، وتصل نسبة ظهور الهلع لدى التوائم وحيدة البيضة إلى خمسة أضعاف مقارنة مع التوائم ثنائية البيضة. وتشير إحدى النظريات إلى وجود حساسية خاصة في منطقة جذع الدماغ لغاز ثاني أكسيد الكربون عند

المصابين بالهلع، وهي حساسية مزمنة تؤدي إلى فرط التنفس المزمن وسطحيته. وقد تبين بالتجارب العملية أنه إذا كان هواء الغرفة مشبعاً بنسبة 5% من غاز ثاني أكسيد الكربون، فإن ذلك يؤدي إلى حدوث نوبة هلع عند الأشخاص المهيئين له، وعملياً نجد أن عدداً من الأشخاص المهيئين للهلع ينزعجون عند دخول غرفة مكتظة أو سيئة التهوية ما يفسر الحساسية الخاصة لديهم لغاز ثاني أكسيد الكربون الناتج عن تنفس الحاضرين الاعتيادي.

وتتفاوت الفرضيات العضوية في تأكيدها على منطقة معينة في الدماغ من حيث زيادة نشاطها أو وجود نقص في إحدى الخمائر المسؤولة عن النواقل الدماغية العصبية وعلاقة ذلك بنشوء القلق، وربما تكون منطقة اللوحة الزرقاء Locus Coerrolous هي المسؤولة عن إفراز دفعة من مادة الأدرينالين المولدة للقلق.

وتؤكد النظريات النفسية أهمية قلق الخصاء Castration Anxiety الذي يحسه الشخص على شكل خطر وتهديد من رموز السلطة الأبوية المتنوعة، وهو ينتج عن أسباب تربوية وصراعات نفسية تؤدي إلى الشعور بالتهديد عندما يحاول المرء أن يثبت ذاته في أثناء حله لمشكلة تعترضه أو موقف صعب يعرضه لقلق الفشل أو الشعور بالضعف والقصور.

وهناك قلق الانفصال Separation Anxiety الذي يمكن أن يبدأ بشكل خوف من الذهاب إلى المدرسة في سن الطفولة، وفيما بعد يظهر بشكل نوبات هلع عندما يغادر الإنسان منزله أو يسافر بعيداً عن أهله وعلاقاته المهمة.

وإن التعقيدات النفسية والحرمانات والآلام التي يتعرض لها خلال مرحلة الاستقلال والانفصال في نموه النفسي يمكن لها أن تترك جروحاً وحساسية خاصة لكل ما يذكر بالاستقلال والانفصال، وتؤدي إلى ظهور أعراض القلق والهلع فيما بعد.

وتؤكد النظريات السلوكية أهمية التعلم الشرطي في فهم القلق، ومثلاً يتعلم الإنسان أن ازدياد ضربات القلب مرتبط بحدوث الخطر الشديد مهما كان سبب هذا الازدياد، ويؤدي ذلك إلى ارتباط الخوف والقلق بالظرف المؤلم ومن ثم بتوقع الخطر.

ويمكن للقلق أن يتم تعلمه من الآخرين ومن البيئة المحيطة حيث يعلم الآباء والأمهات القلق لأطفالهم، وإن بعض الأشخاص يولدون ولديهم مزاج حساس وقلق.

وتؤدي العوامل الاجتماعية العامة والتربوية دورها في ازدياد الشعور بالأخطار وعدم الأمان، من خلال الحروب والكوارث والاضطرابات الاجتماعية وأحوال الحياة الاقتصادية والمعيشية وتناقضاتها وتغيراتها الحادة، إضافة إلى قيم التنافس الشديد والتربية القاسية الشديدة والحرمانات الطفولية، وكل ذلك يمكن أن يزيد في حساسية الجهاز العصبي والنفسي العامة، وأيضاً الحساسية لإشارات الخطر المتنوعة، ما يزيد في حدوث نوبات الهلع والقلق العام. ونمط الحياة العصرية بقيمها وتناقضاتها يمكن لها أن تغذي القلق، وأن تشجعه مقارنة مع نمط الحياة البسيطة.

ما مدى انتشار القلق النفسي العام؟

غالبًا ما يحدث القلق النفسي بوصفه عرضًا لمرض نفسي آخر أو نتيجة ظرف ضاغط أو موقف نهائي. ولذلك، فإن الشعور بالقلق من ألصق المشاعر الإنسانية بالبشر، ويُعدّ القلق كذلك العرض الأساسي في حالات الفزع والرهاب والوسواس القهري والصمات.

- كل شخص بين أربعة أشخاص يعاني القلق النفسي خلال مدة حياته.
- 7, 17% في أي وقت في السنة يعانون القلق.

وتزيد نسبة القلق النفسي في المجتمعات البسيطة والفقيرة. أما احتمالات الإصابة بالقلق النفسي العام منفصلاً عن غيره فهي 5% خلال سنوات العمر، وتقدر نسبة المصابين بالقلق النفسي من بين مراجعي العيادات العامة 16%، ومن بين مراجعي العيادات النفسية بمقدار 25%. ويكون القلق في الغالب مصاحباً لاضطراب عضوي أو نفسي آخر، ما يجعل أكثر من ثلثي الحالات لا يتم تشخيصها، ولا تخضع للعلاج.

العوامل السببية

- تحدث بعد إهمال عاطفي في الطفولة.
- التعرض لصدمات أو مسببات للتوتر.
- أو قد يكون نتيجة اختلال في توازن كيميائيات المخ، فمثلاً بعض حالات اضطراب الوسواس القهري تعزى إلى عدم اتزان مادة كيميائية في المخ تسمى سيروتونين.

ويمكن للاضطراب البدني مثل فرط نشاط الغدة الدرقية، أو استخدام أدوية مثل الكورتيكوستيرويد أو الكوكايين أن يحدث أعراض اضطراب القلق.

هل هناك اضطرابات أخرى تشبه القلق النفسي العام؟

نعم، كثير من الاضطرابات النفسية يصاحبها القلق ما قد يحدث ارتباطاً في التشخيص، ومن هذه الاضطرابات على سبيل المثال لا الحصر:

1. القلق الطبيعي الذي يمكن أن يعتري أي إنسان بسبب أمر من أمور الدنيا، لكنه لا يكون مؤذياً، ولا تنطبق عليه معايير التشخيص التي ذكرناها سابقاً.
2. اضطرابات التكيف التي تأخذ شكل القلق، وتحدث نتيجة مشكلات الحياة المختلفة مثل الخلافات الإنسانية أو الظروف الطارئة غير المرغوبة.
3. الاكتئاب النفسي: ويتميز بالحزن وانخفاض المزاج وفقدان المتعة بأي شيء.
4. الفزع وله كل أعراض القلق العام، ولكنه يأتي على شكل نوبات شديدة. وفيما بين النوبات قد ينخفض مستوى القلق، وقد يزول تماماً.
5. الحالات الذهانية: مثل الفصام والهوس وغيرهما، ولا يُعدّ القلق أساسياً في تشخيصها.

6. استعمال العقاقير المهيجة مثل الكايبجون والكوكاين كنتيجة مباشرة للاستخدام.

7. استخدام الكحول، ويحدث القلق عند انسحابه من الجسم.

كيف يمكن علاج القلق؟ علاج القلق يتم من خلال طريقتين، وهما:

1. العلاج الدوائي: ومن أمثلته

1. مضادات الاكتئاب: ومع أنها مضادات للاكتئاب في أساسها التصنيفي، إلا أنها من أكثر العقاقير المستخدمة لعلاج القلق. وإن بعضها قد يؤدي إلى زيادة القلق في بداية استخدامه. ومع ذلك، فهي مأمونة العواقب، ولا تؤدي إلى مشكلات صحية أو إدمان على المدى الطويل. ومن أمثلة هذه المجموعة: Paroxetine, Mertzepine, Amitryptaline.

2. المهدئات الصغرى: ومن أمثلتها Diazepam, Alprazolam, Bromazepam. وهذه هي المجموعة التي يمكن أن يحصل عليها قدر من التعود والإدمان. لذلك لا يجب استخدامها إلا في الحالات التي تحتاج إليها فعلاً، مع التشبيه على المريض بألا يستخدم أكثر من الجرعة الموصوفة له إن شعر بأن مفعول الدواء بدأ يضعف.

3. مضادات القلق: مثل Buspiron وهو عقار مفيد لحالات القلق، ولا يسبب الإدمان، لكنه لا يعطي مفعوله قبل أسبوعين من استخدام الجرعة المناسبة.

4. عقاقير أخرى: مثل Propranolol ويستخدم هذا الدواء لعلاج بعض أعراض القلق مثل تسارع نبضات القلب، ورعشة الأطراف.

- الأدوية: الأدوية مثبطات إعادة أخذ السيروتونين الانتقائية SSRIs، وهي فئة من مضادات الاكتئاب، توصف عادة لاضطرابات القلق، ولكنها قد تأخذ أسبوعين أو ثلاثة أسابيع لتحديث أثرها، وأحياناً قد تجعل الأعراض أكثر سوءاً في البداية، وكثيراً ما تستخدم لاضطرابات القلق الشامل والوسواس القهري، وكثيراً ما تستعمل الأدوية المضادة للقلق مثل بنزوديازيبينات لعلاج القلق، ولكنها قد تؤدي إلى الاعتماد على العقار، وينبغي تقليلها بالتدريج، ودواء بوسبيرون مضاد للقلق لا يسبب تعوداً، يستغرق أسبوعين ليكون فعالاً، ويمكن وصف أدوية أخرى مثل حاصرات البيتا B-Blockers، ومضادات الهيستامين، ومسكنات معينة.

2. العلاج النفسي غير الدوائي

ويرتكز على مدرسة العلاج السلوكي المعرفي تحديداً. وهو من أنجح الوسائل لعلاج القلق؛ لأنه يعالج الأفكار غير العقلانية التي تُعدّ الوقود الحقيقي للشعور بالقلق، وتكون هذه الأفكار في الغالب غير واضحة للمريض، أو لا يستطيع تعديلها على الرغم من وضوحها له ووضوح خطئها. ويكون العلاج النفسي على شكل جلسات أسبوعية تستغرق كل منها 30-50 دقيقة، وذلك لأسابيع عدة، ولا بد أن يأخذ المريض فيها دوراً فاعلاً لتعديل أفكار نفسه، والتدرب على المهارات التي يتعلمها، وذلك في واجبات منزلية يكلفه بها المعالج.

العلاج السلوكي المعرفي فعال في اضطرابات القلق، ويهدف إلى ما يأتي:

1. تحديد المشكلات في مصطلحات سلوكية.
2. مساعده العملاء علي إدراك دور الأحداث وتأثيرها في السلوك.
3. العمل علي تقييم التغيرات السلوكية والمعرفية.
4. إحداث تغيير في البناء المعرفي.
5. تحقيق التفاعل بين العوامل المعرفية والعوامل الأخرى المرتبطة بالأداء الاجتماعي للعميل.

ويقصد بكلمة معرفة Cognition العمليات التي تعني بتصنيف وتخزين ودمج المعلومات التي يتعرض لها الإنسان مع المعارف الموجودة لديه، واستدعاء واستخدام هذه المعارف فيما بعد. وقد حدد علماء النفس المعرفي مجموعة من الوظائف المعرفية منها ما يأتي: الانتباه Attention، الذاكرة Memory، التفكير Thinking، الإدراك Perception، تكوين المفاهيم Conception، التعلم Learning، اللغة Language، الحكم على الأمور Judgment، الاستبصار Insight، اتخاذ القرار Decision making، التخطيط Planning، حل المشكلات Problem solving.

وقد تحدد العلاج المعرفي السلوكي في ثلاثة أبعاد هي:

- أن النشاط المعرفي يؤثر في السلوك.
- أن النشاط المعرفي يمكن قياسه واختباره وتغييره.
- أنه من الممكن استبدال السلوك السلبي عن طريق تغيير الأفكار الخاطئة.

3. ويعتمد العلاج النفسي غير الدوائي على عدد من الأساليب السلوكية المفيدة، مثل: التحكم في التنفس والتنفس العميق بدلاً عن التنفس السريع السطحي من خلال تمارين الاسترخاء وتمارين التنفس.

ويفيد العلاج المعرفي الذي يعتمد على تعديل أفكار المريض التلقائية ونمط التفكير السلبي الذي تعود عليه والمرتبط بنوبات الهلع مثلاً، حيث يعتقد مريض الهلع في جملة من الأفكار الخاطئة التي تسهم في تثبيت الخوف والهلع، ويجري مناقشة مثل هذه الأفكار وتحديدها، ومن ثم تعديلها من خلال الحوار والجلسات العلاجية.

4. العلاج في مجموعة: قد يساعد هذا النوع من العلاج أفراداً لديهم اضطراب القلق الشامل على إدراك أنهم ليسوا الوحيدين الذين يعانون هذا القلق الزائد.

5. اليوجا: أظهرت دراسات عدة أن اليوجا فعالة في علاج القلق.

6. الاسترخاء: تقلل أساليب الاسترخاء التي تمارس بانتظام من القلق.

وتفيد بعض الأساليب العامة المطمئنة في تخفيف القلق مثل الأساليب الدينية والروحية والذكر والاستغفار وبعض الأساليب القديمة مثل تكرار كلمة معينة لفترات طويلة، وأيضاً أساليب اليوغا والسيطرة على النفس وأساليب التأمل وغيرها.

ويفيد الاسترخاء العام من خلال أساليب التدليك (المساج) والرياضة بمختلف أنواعها والحمامات الساخنة وحمامات البخار والترويح عن النفس وتناول بعض الأعشاب، إضافة إلى الأجهزة الحديثة مثل الأجهزة العاكسة

للوظائف الحيوية Biofeedback Instruments، وغير ذلك من الأساليب الذاتية وأساليب (عالج نفسك بنفسك) و(كيف تسيطر على القلق) و(دع القلق وابدأ الحياة).

وقائمة العلاجات التي يمكن استخدامها لعلاج القلق طويلة، وتظهر علاجات وأساليب جديدة بين الوقت والآخر، وبعضها غير ثابت في فعاليته، ومع ازدياد فهمنا للقلق بشكل علمي وطبي من خلال الدراسات والبحوث، فإنه من المتوقع تحسن الوسائل العلاجية الطبية الحالية وتلاشي بعضها الآخر.



اضطراب الهلع

Panic Disorder

What is panic disorder ?

- Panic disorder is a type of anxiety disorder that is recognized by the experience of abrupt attack of intense physical symptoms that seem to happen out.
- Racing Heart Beat, Trouble Breathing, Lightheadedness, Tingling, Sweating and Fear of dying.
- Exact causes of panic disorder are still unclear but there is some evidence of a family tendency to nervousness and a link with major life events and stressors.

«الخوف من الموت غريزة حية لا معابة فيها، وإنما العيب أن يتغلب هذا
الخوف علينا، ولا نتغلب عليه».

عباس محمود العقاد

تُعدُّ نوبات الفزع أحد اضطرابات القلق الشائعة، وهي حالة مرضية تحدث عند بعض الأفراد على شكل نوبات شديدة من التوتر والخوف يشعر الفرد خلالها بأن نهايته قد اقتربت/ أو أنه سوف يموت/ أو أنه سيفقد عقله أو السيطرة على نفسه وتصرفاته.

هو شكل من أشكال الخوف، إنه جهاز الإنذار في أجسامنا الذي يشير إلى وجود تهديد، والذي يجهز أجسامنا للمواجهة أو الهرب من الخطر، ولكن ليس هناك أي خطر حقيقي، إنما هو إنذار خاطئ.

إن نوبات الهلع مزعجة، ولكنها ليست خطيرة، إنها نظام مصمم لحمايتنا، وليس لأذيتنا.

وهو اضطراب شائع ونسبة انتشاره نحو 3-4٪، وهو ينتشر أكثر عند المرأة وبنسبة ضعف انتشاره عند الرجل، ويطابق في ثلث الحالات أو نصفها مع الخوف المرضي المتعدد أو رهاب السوق والأماكن المفتوحة والحشود Agoraphobia، وعندها يزداد انتشاره عند المرأة بنسبة ثلاثة إلى واحد.

اضطراب الفزع هو نوبات فزع متكررة وغير متوقعة، ويتبعها خوف مستمر من حدوث نوبات أخرى، أو من مضاعفات النوبات، وتجنب الخروج أو البقاء في المنزل، أو ما يعرف برهاب الساح Agoraphobia وهو خوف وتجنب للأماكن أو المواقف التي يكون الخروج منها صعباً، أو التي لا يمكن الحصول فيها على مساعدة سريعة عند حدوث نوبة فزع مثل الأماكن المزدحمة، والجسور، والسفر.

في بعض الأحيان تكون مشاعر الهلع مرعبة جداً، وتحدث في مواقف غير متوقعة على الإطلاق، ما يصعب على الناس تصديق أنها مجرد نوبة هلع، ويبدوون في التفكير أنه يجب أن يكون أمراً أكثر خطورة. إن مشاعر نوبة الهلع قد تكون غير معتادة لدرجة أنك لن تتمكن من إدراك أن هذا هو ما يحدث.

إن الهلع يؤثر في جسدك وعقلك وطريقة تصرفك. هناك كثير من حالات الفزع المنتشرة بين كثير من البشر على سبيل المثال:

1. ركوب الطائرة.

2. السير في شارع مقفر في الليل.

3. أصوات أدوات طبيب الأسنان.

ونوبات الهلع تُعدّ حالة شديدة مرعبة تستمر دقائق، ثم تختفي وخلالها يصاب الإنسان برعب شديد وقلق حاد وانزعاج، وتصل النوبة إلى ذروتها خلال 10 دقائق وهي تتضمن 4 على الأقل من الأعراض الآتية:

أعراض جسدية + أعراض معرفية

1. خفقان القلب أو ازدياد النبض.

2. ازدياد التعرق.

3. الرجفة أو الإحساس بالارتعاش.

4. صعوبة في التنفس، والكتمة وضيق التنفس.

5. الشعور بالاختناق وعدم القدرة على التقاط النفس.
6. ألم أو انزعاج في الصدر (كتمة).
7. الغثيان أو انزعاج في البطن.
8. الشعور بالدوخة lightheadness أو عدم التوازن أو الشعور بالإغماء.
9. الإحساس بتغير الشخصية: (كأنتي لست أنا) أو بتغير البيئة المحيطة واختلافها.
10. الخوف من فقدان السيطرة على الذات أو الخوف من فقدان العقل.
11. الخوف من اقتراب الموت، والشعور باقتراب النهاية والموت.
12. الشعور بالتميل والخدر في الجسم والأطراف.
13. هبات في الجسم ساخنة أو باردة.

هذه الأعراض هي التي تؤدي بالشخص إلى الخوف من فقدان العقل أو السيطرة على نفسه أو الإحساس بالموت. ونظراً لشدة النوبة وإزعاجها، فإن الشخص يتوقع حدوثها في أي وقت، ويبقى مترقباً لها، وهذا بحد ذاته يمكن أن يؤدي إلى نوبة ثانية.

مشاعر مرعبة أو مخيفة، مثل

1. الشعور برعب مطلق.
2. فقدان الشعور بالواقع، وكأنك حقيقة لست هناك.

3. شعور كبير بالتوتر في المواقف أو الأماكن التي كنت قد أصبت فيها بنوبة هلع من قبل.

**أفكار معرفية مشوهة مرعبة شائعة للمصابين بنوبات الهلع،
مثل:**

1. «سوف أصاب بذبحة صدرية».
2. «سوف أنهار أو يغمى علي».
3. «سوف أختنق».
4. «سوف أفقد عقلي».
5. «سوف أصاب بمرض خطير».
6. «سوف أفقد سيطرتي على نفسي».
7. «سوف أقوم بارتكاب حماقة كبيرة بنفسي».
8. «يجب أن أخرج من هنا».

عندما يتعرض الشخص لموقف من المواقف الاجتماعية المخيفة يستجيب لها بثلاثة محاور رئيسة:

- فسيولوجية: زيادة ضربات القلب، ومعدل التنفس، والعرق.
- سلوكية: محاولة الهرب من الموقف المخيف.
- معرفية: أفكار سلبية وتقييم سلبي عن نفسه.

نوبة الفزع panic attack هي فترة واضحة من الخوف الشديد، تظهر فيه بشكل مباغت، وتصل ذروتها خلال دقائق، ويكون الخوف من الموت الذي يشعر المريض وقتها بدنو الأجل ونهاية الحياة مع تتميل ملحوظ في الأطراف، واضطراب في التفكير.

وفي حال ترافق ظهور نوبة الهلع مع موقف معين مثل وجود المريض في السوق أو في مكان عام مزدحم أو في أثناء ركوب السيارة أو الطائرة أو غيرها من المواقف، فإن المريض يمكن له أن يمتنع عن الذهاب إلى مثل تلك الأماكن. وفي بعض الحالات الشديدة يبقى المريض حبيس المنزل، ولا يخرج منه إلا برفقة أحد من أقربائه أو معارفه وبعد جهد كبير.

ونوبات الهلع يمكن لها أن تتكرر في اليوم الواحد، وأن تطول مدة ساعة أو أكثر في بعض الأحيان، ويتطلب التشخيص ظهور 4 نوبات خلال شهر أو نوبة واحدة خلال شهر يظل المريض خائفاً ومرتقباً خلاله من ظهور نوبة ثانية. ونوبات الهلع يمكن أن تظهر مرة واحدة، وتختفي سنوات طويلة، وعندها تسمى نوبة هلع منفردة، وليس اضطراب نوبات الهلع المتكرر.

وتظهر نوبة الهلع في أثناء القيام بعمل اعتيادي أو أنها تظهر بعد موقف يدعو للخوف أو الألم أو بعد الابتعاد عن الأسرة بسبب العمل أو الدراسة، ويمكن أن تظهر النوبة الأولى بعد الولادة أو قبل الدورة الشهرية أو في أثناء ممارسة الرياضة أو بعد تناول إحدى المواد المثيرة للجهاز العصبي المركزي كالحشيش أو الكوكايين أو الأمفيتامين.

أعراض مرعبة

- الشعور بالرعب، هلع.
- عواطف مرعبة: شعور بضيق في الصدر (كتمة) كما لو كانت بوادر نوبة قلبية.

سلوك انهزامي

- زيارات متكررة للأطباء ونتائج سليمة لنتائج الفحوصات.
- تعاطي المهدئات وإخفاء هذه المشاعر تلافياً للخجل.

أعراض جسدية مرعبة

- تدفق الأدرينالين وزيادة خفقان القلب.

وكثيرون من مرضى الهلع يراجعون أطباء القلب والصدرية وأقسام الطوارئ في المستشفيات العامة، وهم يقومون بفحوص عدة ومكلفة، ولا يظهر تخطيط القلب أو غيره من الفحوص أي علامات على مرض عضوي، وهم يتنقلون بين مختلف العيادات التخصصية بما فيها أطباء الأذنية والهضمية وغيرها دون تشخيص واضح ودون جدوى.

وقليل منهم من يراجع الطبيب النفسي أو يتم تحويله إلى الطبيب النفسي؛ وذلك بسبب الجهل العام والخاوف التي لا مبرر لها عن الطب والعلاج النفسي.

واضطرابات القلق عمومًا هي اضطرابات مزمنة، والقلق العام أشد إزمناً من اضطراب الهلع الذي يمر بفترات من الاشتداد والثبات، وإن بعض الحالات تشفى تلقائيًا.

وتأكيد تشخيص اضطراب نوبات الهلع يحتاج إلى الانتباه إلى بعض الأمراض العضوية التي يمكن أن تتظاهر بأعراض مشابهة لنوبات الهلع، ويتطلب ذلك خبرة وتدريباً، إضافة إلى بعض الفحوص الطبية لنتفها أو تأكيد وجودها.

وأهم هذه الأمراض نقص السكر في الدم وفرط نشاط الغدة الدرقية أو قصورها، إضافة إلى فقر الدم وورم الغدة الكظرية، وكل ذلك يحتاج إلى تحاليل دموية اعتيادية CBC. ويمكن لبعض الاضطرابات القلبية أن تختلط بنوبة الهلع مثل نقص التروية القلبية وتدلي الصمام التاجي Mitral Valve Prolapse واضطرابات نظم القلب Dysrhythmia، وهي تحتاج إلى تخطيط القلب وتصويره بالصدى والفحص الطبي السريري.

أسباب أخرى متعلقة بالحالة الصحية

فى بعض الأحيان، تحدث نوبات الهلع للمرة الأولى خلال فترة عارض صحي بسيط لدى الفرد، على سبيل المثال بعض الفيروسات يمكن أن تسبب دوخة، الحمل أو انقطاع الطمث لدى السيدات يمكن أن يسبب تغيرات فى طريقة عمل أجسامهن ما قد يؤدي إلى أول تجربة هلع لديهن، واستهلاك كمية كبيرة من الكافئين، أو انخفاض معدل السكر فى الدم يمكن أن يقود إلى الشعور بالإغماء.

أسباب غير متوقعة

فى بعض الأحيان، نحن لا نعلم ما السبب فى بداية نوبات الهلع حتى إن بعض الناس تصيبهم نوبة الهلع الأولى في أثناء النوم، ربما هذا فقط

يصيب أشخاصاً معينين في ظروف معينة، حيث ينطلق جهاز الإنذار لديهم عندما لا يكون هناك أي خطر، تماماً مثل استجابة جهاز الإنذار ضد السرقة المفرط الحساسية في السيارة.

في بعض الأحيان يكون معرفة ما الذي يجعل نوبات الهلع تستمر هو أكثر أهمية من معرفة السبب في بداية تلك النوبات، ويضاف إلى ما سبق ذكره من الأمراض العضوية الربو الصدري وصرع الفص الصدغي، وهي تحتاج إلى فحص الصدر واختبار الوظائف التنفسية وتخطيط الدماغ.

وأما تأكيد تشخيص القلق العام فهو يحتاج إلى نفي وجود بعض الأمراض العضوية السابقة، وأيضاً استبعاد تأثير تناول مادة الكافئين بكميات كبيرة (مادة الكافئين الموجودة في القهوة والشاي والكولا والشوكولا وغيرها).

أسباب نوبات الهلع

1. تشريحية: من خلال صور من الأشعة المقطعية والرنين المغناطيسي، قلدي هؤلاء الأشخاص صور غير طبيعية من الرنين المغناطيسي في (الفص الجانبي الصدغي) Temporal lobe وتحديدًا لديهم ضمور في قشرة الفص الجانبي من المخ مع وجود عدم انتظام في الدورة الدموية، إما بالزيادة أو تحديداً بالنقص في حالات الهلع لقشرة المخ.

وتفسر تلك الأسباب العضوية أعراض المرض، فعندما تتقبض الشعيرات الدموية المغذية لقشرة المخ المحيطة بالفص الجانبي من المخ بالدم تتج

أعراض مثل الشعور بالدوخة (عدم اتزان)، اضطراب في معدلات التنفس، نقص نسبة ثاني أكسيد الكربون بالدم.

2. التغيرات الفسيولوجية غير الطبيعية في النواقل العصبية لدى هؤلاء الأشخاص: حقن المرضى المصابين بنوبات الهلع ببعض المواد الكيميائية، مثل: flumazenil – coffeine –cholecystokinin– isoproteronol التي بدورها لها تأثير قوي في عمليات الهضم والبناء (الأيض) داخل مركز المخ المسمى locus-ceruleus ومن ثم، فإن حدوث أي خلل فسيولوجي في النورابينفرين وسيروتونين serotonin، أو GABA سواء في الكيميائية الحيوية لدى الشخص المصاب بنوبات الهلع أو استثارة مثل هذا الخلل عن طريق مواد خارجية كيميائية تؤثر في مستقبلات تلك النواقل العصبية لدى مراكز المخ بالنشاط الزائد أو التثبيط، هي من ثم تؤثر في مدى حدة الأعراض المصاحبة أو عدد تكرار نوبات الهلع لدى الشخص المصاب بها.

3. الوراثة: مع وجود الدلائل الجينية المتعلقة بالناحية الوراثية لهؤلاء المرضى المصابين بنوبات الهلع، فهناك كثير من البحوث تؤكد وجود دور للناحية الجينية، فالأقارب من الدرجة الأولى للشخص المصاب بالهلع تكثر فرصة حدوث إصابة بينهم لتصل إلى أربعة أضعاف هؤلاء الذين لا يوجد لديهم أقارب يعانون الهلع.

إن البحوث الوراثية المتعلقة بالهلع المصحوب بالخوف من الأماكن المفتوحة، المزدهمة توضح أن احتمال إصابة الأقارب من الدرجة الأولى للشخص المصاب بهذا النوع من القلق بنوبات من الهلع كبيرة تصل إلى نحو 4-8 أضعاف نسبة احتمال إصابة أي شخص آخر.

4. تبلغ نسبة النساء اللائي يعانين نوبات الهلع واللائي تعرضن إلى اعتداءات أو تحرشات جنسية في طفولتهن إلى نحو 60% مقارنة مع 31% من المصابين بأنواع أخرى من القلق.

ما الذى يجعل نوبات الهلع تستمر؟

تذكر، فإن نوبات الهلع تؤثر فى جسمك وأفكارك وتصرفاتك، إن هذه الثلاثة عوامل تؤدي مع بعضها دوراً مهماً فى جعل نوبات الهلع تستمر.

علاج الفزع

التقنيات الجسدية

1. الاسترخاء: إن الاسترخاء والتنفس بهدوء هو عكس الهلع.
 2. التحكم فى التنفس: إذا تنفست بهدوء وبيطء مدة ثلاث دقائق على الأقل، فإن جرس الإنذار سوف يتوقف عن الرنين.
- تستطيع هذه التقنيات أن تقضى على التوتر فى مهدد وإيقاف الحلقة المفرغة التي تقود إلى الوقوع فى نوبة الهلع، وذلك من خلال تخفيف أعراض التوتر ومنع زيادة التهوية.

إذا استبعدت وجود مرض عضوي، فيمكنك القيام بالآتي:

1. اعمل على حل مشكلاتك الشخصية: لأن ذلك سيجعلك أقدر على التعامل مع نوبات الفزع.

2. تذكر دائماً أن نوبة الفزع ما هي إلا صفارة إنذار، ولكنها صفارة إنذار كاذب، فلا تفزع.

3. تذكر قول الرسول صلى الله عليه وسلم لعبد الله بن عباس رضي الله عنه: «احفظ الله يحفظك، احفظ الله تجده أمامك، تعرّف إلى الله في الرخاء يعرفك في الشدة، ما أصابك لم يكن ليخطئك، وما أخطأك لم يكن ليصيبك». رواه الترمذي.

4. انتبه لنفسك عندما تكون في نوبة من الفزع. أوقف أفكارك المخيفة التي تعمل على توليد المزيد من الخوف، شتت هذه الأفكار بالنظر فيما حولك، والتركيز على شيء محدد تعطيه كل انتباهك، اعكس أفكارك المخيفة بعد أن تهدأ، واستبدل بها أفكاراً إيجابية مهدئة.

5. ابحث عن تفسير منطقي مريح لما تشعر به من أعراض عند النوبة.

2. مضادات الاكتئاب: SSRIs التي تعمل على زيادة مستويات مادة سيروتونين 5-HT. وهذه العقاقير تعمل على ضبط عمل الجهاز العصبي المركزي المستقل، بحيث لا يستثار بنفس الحدة التي تسبب الفزع.

3. العلاج النفسي غير الدوائي: ويستخدم لحالات الرهاب المصاحب لاضطراب الفزع، ومن أشكاله: التثقيف الصحي، العلاج السلوكي المعرفي بهدف تعديل أفكار المريض، من خلال جلسات أسبوعية تستغرق كل منها 30-50 دقيقة، على مدى أسابيع عدة.

الأطعمة المناسبة لتخفيف القلق والضغط النفسي

- التقليل من شرب القهوة والشاي والمشروبات الغازية؛ كونها غنية بمادة الكافئين التي تساعد على رفع معدل القلق وإثارة الجهاز العصبي.

التركيز على تناول النشويات والحلويات يساعد على تهدئة الأعصاب والتخلص من القلق والضغط النفسي، ويساعد على الاسترخاء والشعور بالنعاس، ويعود سبب ذلك إلى التفاعلات البيوكيميائية التي من أهمها إفراز كمية كبيرة من الحامض الأميني التريبتوفين Tryptophan الذي يدخل إلى الدماغ، ويتحول إلى سيروتونين serotonin وهي المادة المعروفة التي تساعد على تهدئة الدماغ والشعور بالراحة والاسترخاء. إن كلاً من النشويات والسكريات تُعدّ من الأطعمة المهدئة، ولكن للسكر والعسل مفعول سريع جداً، بحيث يؤثّران في الدماغ بعد 5 دقائق من تناولهما، بينما النشويات مثل البطاطا - الخبز - المعكرونة - الحبوب والكورن فليكس، فتؤثّر في خلايا الدماغ، ولكن بعد 30 - 45 دقيقة من تناولها.

التركيز على تناول أطعمة غنية بالبوتاسيوم، حيث أثبتت كثير من الدراسات الحديثة أن النقص في عنصر البوتاسيوم في الدم قد يؤدي إلى ظهور عصبية الجسم والانفعال الزائد، ومن أهم مصادر البوتاسيوم الأسماك - منتجات الألبان - البقوليات - اللحوم الحمراء - المكسرات - الموز - المشمش - البطاطا والجزر.

التركيز على تناول أغذية غنية بالتربتوفان Tryptophan وهو حمض أميني أساسي ضروري لإنتاج فيتامين B3 الذي يستخدمه المخ في إنتاج

هرمون السيروتونين المسؤول عن استقرار الحالة المزاجية وزيادة الشعور بالراحة، ومن مصادره الغذائية الحبوب الكاملة - الفول السوداني - بروتين الصويا والتمور.

الأطعمة الغنية بالمغنيسيوم تساعد في الحفاظ على نشاط المخ وزيادة نسبة التركيز فيه، إذ إن نقصه يؤدي إلى التوتر والقلق، وهو يساعد على الأداء الوظيفي الطبيعي للعضلات والأعصاب، ومن مصادره الغذائية التمر، والكاكاو، والسلم، والمشمش، والتين المجفف، والبقوليات.

- الأطعمة الغنية بمجموعة فيتامين B وخاصة فيتامين B3 التي تؤدي دوراً مهماً في الحفاظ على أداء الجهاز العصبي ومساعدة الجسم على التخلص من القلق والإجهاد، ومن مصادره الغذائية الكبد وسمك التونا والسلمون والتمر والبيض والألبان، وكذلك فيتامين B6 يعمل على تنشيط أنزيمات التمثيل الغذائي للبروتينات والدهون، وهو ضروري لتصنيع الموصلات العصبية.

التركيز على تناول أغذية غنية بحمض الفوليك، حيث تشير كثير من الدراسات إلى وجود علاقة بين النقص في حمض الفوليك وحالات الاكتئاب؛ كون نقص حمض الفوليك يسهم في انخفاض مستويات مادة السيروتونين في الدماغ.

- اتباع نظام غذائي صحي ومنوع وغني بالمجموعات الغذائية الخمسة الأساسية التي من أهمها الخضراوات والفواكه الغنية بالفيتامينات والأملاح المعدنية؛ لأن هذا يساعد على التخفيف من التعب والقلق

والضغط النفسي على عكس النظام الغذائي غير المنوع وغير الصحي الذي يساعد على الشعور بالإرهاق والتعب.

- ممارسة التمارين الرياضية ثلاث مرات على الأقل في الأسبوع تساعد على تخفيف الضغط النفسي والشعور بالقلق والإرهاق؛ كون الرياضة تخفف من ضغط العضلات، وتعديل ضغط الدم، وتساعد على الاسترخاء.

- التقليل من تناول الوجبات السريعة الغنية بالدهون؛ كونها تساعد على الإصابة بالاكتئاب.

- التركيز على تناول أغذية غنية بفيتامين E يساعد على دعم حركة الدم وعملية نقل الجلوكوز والأكسجين إلى الدماغ، وأيضاً يحمي خلايا الدماغ من الضرر والتعرض للتلف، ومن الأغذية الغنية بفيتامين E البيض، والحليب، وسمك السلمون، البطاطا الحلوة، وال فول السوداني.

- مراعاة أخذ قسط كافٍ من النوم بمعدل 8 ساعات غير متقطعة من النوم بالليل.

- الإكثار من شرب الماء بمعدل 8 أكواب يومياً؛ لأن قلة السوائل وجفاف الجسم من السوائل يؤدي إلى الشعور بالإرهاق والتعب والضغط النفسي.

الرهاب أو الخوف المرضي phobia هو حالة تتجلى بخوف مفرط مفاجئ ليس عقلاني الطابع، يظهر حين مواجهة المرهوب أو مصادفته شيئاً معيناً أو موقفاً حياتياً ليس فيه ما يعرضه للخطر. يتزايد قلق المريض كلما اقترب من الموقف الذي يخيفه، ويتراجع الخوف حينما يبتعد عن الموقف؛ لذا يلاحظ أن المريض يتجنب دوماً ما يخيفه، وابتعد عن مواجهته.

تدخل اضطرابات الرهاب المختلفة في تصنيف اضطرابات القلق anxiety disorders وتتسم السمات المميزة لاضطرابات الرهاب بأنها موقفية (ظرفية) situational؛ أي لا يظهر الخوف إلا في مواقف معينة من أشياء معينة، ويكون الرهاب مصحوباً باضطراب الهلع (أو الجزع) panic disorder أو من دونه.



رهاب السّاح

Agoraphobia

«أشدّ الأحزان هو أن تذكر أيام السرور والهناء عندما تكون في أشدّ

حالات التعاسة والشقاء».

دانتي - شاعر إيطالي

رهاب السّاح (أو الخوف المرضي من الأماكن الواسعة الفسيحة)

هو رهاب يكثر انتشاره بين النساء، ويكون العرض الأساس فيه هو خوف الخروج من المنزل إلا برفقة شخص تثق به جدًّا.

فاستخدام المصطلح الآن لا يقتصر على الرهاب من الأماكن المفتوحة، ولكن يتعدى ذلك إلى المخاوف من مواقف مرتبطة بهذه الأماكن، مثل الزحام الشديد وصعوبة النجاة بسهولة إلى مكان آمن (العودة إلى المنزل في العادة). فالمصطلح يشير إلى زمرة من أشكال الرهاب المترابطة والمتداخلة

تشمل مخاوف مغادرة المنزل، أو الدخول إلى المحال التجارية أو المناطق المزدحمة أو الأماكن العامة، أو السفر وحيداً في القطارات والحافلات أو الطائرات.

عادة ما يظهر رهاب الساح في الكبار ما بين الثامنة عشرة والخامسة والثلاثين ولأسباب غير معروفة لا يحدث هذا الرهاب في مرحلة الطفولة.

رهاب الساحة - أو رهاب الساح - يصيب النساء أكثر من الرجال، ويمكن علاجه دون دواء إذا كان هناك التزام قاطع من جانب الشخص بتطبيق العلاجات السلوكية، ولكن يرى كثير من الأطباء خاصة بحسب البحوث الحديثة أن إضافة الدواء سوف تسهل على الإنسان إزالة القلق والتوتر، وتجعله أكثر قابلية واستعداداً لتطبيق التمارين السلوكية، التي تتمثل في الآتي:

تفهم طبيعة رهاب الساح - أو الساحة - وهو ليس دليلاً على الجبن، وليس دليلاً على ضعف الشخصية، وليس دليلاً على قلة الإيمان أو ضعفه، بل هو نوع من الخوف المكتسب، والخوف يمكن أن يكتسب من خلال آليات خاصة بالإنسان، إذن هو تجربة خاصة وخبرة خاصة يكتسبها الإنسان؛ أي إنه متعلم، والشيء المتعلم يمكن أن يُفقد، وهذا هو المبدأ السلوكي الأساسي.

وقد وضعت الجمعية الأمريكية أعراض رهاب الساح، كما يأتي:

1. قلق شديد يشعر به الشخص في أماكن أو مواقف يشعر الشخص أن هناك صعوبة قصوى أو أنه أمر مُجْجَل للخروج من هذا المكان أو الموقف، أو أنه لا توجد مساعدة يمكن أن تُقدّم لهذا الشخص، وهذا قد

يجعل الشخص يُصاب بنوبة هلع أو نوبة شبيهة بنوبة الهلع. الأشخاص الذين لديهم رهاب السباح يخشون من خوف شديد جداً من أن يكونوا في مكان ضيق Cluster Places، أو موقف في مكان يُثير نفس المشاعر خارج المنزل، وليس معه شخص تثق به أو أي شخصٍ آخر. كذلك عندما يكون الشخص في صف (طابور) كبير وازدحام شديد أو أن يكون على جسر أو يكون في وسيلة نقل عامة كحافلة أو قطار أو حتى سيارة.

2. يقوم الشخص الذي يعاني رهاب السباح بتجنب الأماكن أو المواقف التي يشعر أنها قد تُسبب له نوبة هلع أو قلقاً شديداً جداً، فيتجنب التنقل بالمواصلات العامة، فلا يعود يركب حافلة أو قطاراً وأحياناً حتى السيارة، وبعض هؤلاء الأشخاص يمتنع عن الخروج من المنزل بشكل قاطع، كما ذكرنا في الحالة السابقة للسيدة التي أصبحت حبيسة المنزل. ومع الأسف، فإن كثيراً من الأشخاص الذين يعانون اضطراب رهاب السباح لا يُغادرون المنزل لسنوات.

3. ألا يكون هذا القلق ناتجاً عن اضطراب نفسي أو عقلي آخر؛ مثل الرهاب، اضطراب رهاب السباح المقترن باضطراب الهلع يصل إلى 5، 3%، وإن نسبة الإصابة السنوية تقريباً تتراوح بين 5.0% إلى 5، 1% وهذه النسبة ليست سهلة وكذلك ليست قليلة. هذه الدراسات والأرقام معظمها من الدراسات الغربية، ولكن قد يختلف الرقم بنسبة بسيطة، فاضطرابات مثل اضطراب السباح مع اضطراب الهلع ليست قليلة، وما يترتب عليها أمور قد تكون صعبة، وتؤثر في حياة الشخص بصورة سلبية جداً.

من الأمور التي تترتب على اضطراب السباح المقترن مع اضطراب الهلع أو نوبات هلع أن يعتزل الشخص حياته الاجتماعية، ويقطع علاقته بالأقارب

والأصدقاء، ويعيش حياته معتزلاً مرغماً، وقد يُصبح مكتئباً إذا لم ينتبه لهذا المرض، الذي قد يعوق حياته إذا تمكّن منه، خاصةً أن الاكتئاب أحد المضاعفات المعروفة بين الأشخاص الذين يُعانون رهاب السباح واضطراب الهلع.

مع الأسف، فإن كثيراً من الأشخاص الذين يُعانون اضطراب رهاب السباح المُقترن بنوبات الهلع في مجتمعاتنا العربية لا يعرفون أن هذا مرض أو اضطراب، ولكن ربما يعتبرون هذا الأمر من ضمن صفات المرء الشخصية، وبذلك لا يطلبون علاجاً من المتخصصين في علاج مثل هذه الاضطرابات، وبذلك يعيش الكثيرون في معاناةٍ شديدة دون اللجوء لطلب العلاج.

الرهاب قد يظهر اضطراب الهلع مع رهاب الخلاء أو السباح، ففي حال ظهوره معه يسمى الهلع المصحوب برهاب السباح panic disorder with agoraphobia وفي حال عدم ظهوره معه يسمى الهلع غير المصحوب برهاب السباح panic disorder without agoraphobia.

أما معايير تشخيص اضطراب الهلع فهي:

- أ. نوبات غير متوقعة. لا تحدث نتيجة تعرض الفرد لموقف يبعث بالقلق، ولا تتعرض بفعل مواقف يجلب الفرد فيها انتباه الناس إليه.
- ب. تحدث عادة أربع نوبات في أربعة أسابيع، يتبعها حدوث نوبة أو أكثر في زمن لا يقل عن شهر واحد أو قد يشعر المريض بخوف مستمر يحرض حدوث نوبة أخرى.

وتلاحظ على الأقل أربعة من الأعراض الآتية في أثناء نوبة الهلع، وهي: زلة تنفسية (ضيق النفس) أو إحساس بالاختناق، ودُوام غير مستقر أو غشي (فقدان الوعي)، وخفقان قلب أو تسرعه tachycardia ورجفان، وتعرق، وغثيان أو ضائقة بطنية (انزعاج في البطن)، وإحساس بالاغتراب عن المحيط أو فقدان الشعور بالواقع derealization، وخدر حسي أو مذل، وإحساس بهبات حرارة في الوجه، وألم في الصدر أو انزعاج، وخوف من الموت، وخوف من الإصابة بالجنون أو القيام بأفعال خارجة عن السيطرة الإرادية.

ج. يشترط ألا يكون سبب نوبة الهلع وجود عامل عضوي حرض النوبة أو أبقى استمرار الاضطراب، كتناول الأمفيتامين، والانسمام بالكافئين، أو وجود فرط إفراز درق.

د. تظهر أعراض الهلع فجأة في 10 دقائق من بداية أول عرض، وتكون مصحوبة بخوف شديد، أو رعب وإحساس بحدوث كارثة أو مصيبة وشيكة الوقوع. وتدوم نوبة الهلع عادة دقائق عدة، ونادرًا ما تستمر ساعات عدة.

إن الأكثرية العظمى من حالات اضطراب الهلع تلاحظ في بعض أعراض رهاب الساح agoraphobia. ورهاب الساح هو الخوف من أن يكون الفرد المريض في أمكنة أو مواقف اجتماعية يصعب عليه الفرار منها، ولا يتوافر في هذه الأمكنة تقديم العون له، ونتيجة للخوف من هذا الأمر، إما أن يفرض هذا الخوف عليه قيودًا حين السفر، أو أن يحتاج إلى من يصاحبه حينما يبتعد عن داره، أو حينما يريد الذهاب لقضاء حاجاته. وليس سبب رهاب الساح اكتظاظ الناس كما هو الأمر في الأسواق وسيارات النقل،

ولكن السبب هو الخوف من أن تباغته نوبة هلع يصعب عليه الفرار فيها من الزحام طلباً للعون والإسعاف الطبي. لذلك يقترن عند المريض اكتظاظ الناس في الأسواق والساحات مع الخوف من نوبة الهلع. لهذا يتجنب ركوب سيارات النقل العامة والأمكنة المزدحمة.

إن أعراض الهلع البدنية تصاحبها في رهاب الساح، الأفكار الكارثية (الخوف من توقف القلب، أو الاختناق، أو فقدان الوعي وغيرها من الأعراض البدنية)، وهذه الأفكار هي التي تفجر نوبة الهلع لدى المصاب.

غالباً ما يشعر المريض في نوبات الهلع بدرجات مختلفة من العصبية، ومن الخوف من شر مرتقب وشيك الوقوع؛ أي ما يسمى القلق التوقعي *expectory anxiety* وغالباً ما يترافق الاكتئاب مع الهلع، ولا بد من التنويه إلى أن الهلع هو الاضطراب المصحوب برهاب الساح، ولا يكون كالاضطراب المستقل غير المرتبط بتحريض.

1. رهاب الساح من دون اضطراب هلع سابق

.Agoraphobia Without History of Panic Disorder

إن الصورة الجوهرية لهذا الاضطراب هي عدم معاناة المريض لقصة هلع سابقة. ويمكن تعريف رهاب الساح بخوف المريض من وجوده في أماكن أو مواقف معينة، حيث يجد صعوبة في الهرب من تلك الأماكن أو المواقف، التي قد لا يتوافر فيها العون أو الإسعاف الطبي (العيادات أو المستشفيات) إذا ما تعرض لنوبة هلع غير متوقعة ومفاجئة بأعراضها المثيرة للخوف الشديد والشالّة لقدراته البدنية.

معايير تشخيص رهاب الساح من دون اضطراب هلع:

أ. وجود رهاب الساح المرتبط بالخوف من حدوث أعراض شبيهة بالهلع (مثل، الدّوام أو الإسهال).

ب. لم تتحقق معايير اضطراب الهلع أبدًا.

ج. لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل، سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة.

د. إذا كان هناك حالة طبية عامة مرافقة، فإن الخوف الموصوف في المعيار (أ) يكون بوضوح زائد عن الخوف المرافق للحالة عادة.

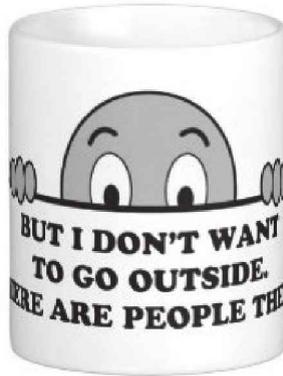
وكنتيجة لمثل هذا الخوف الشالّ يصبح المريض متخوفًا من السفر أو مغادرة داره وحيدًا إلا بصحبة فرد أو أفراد يطمئن إلى قدرتهم على إسعافه إذا تعرض لنوبة هلع في أثناء وجوده في أماكن مزدحمة بالناس، أو ركوب سيارات نقل، أو حين السفر بسيارته الخاصة، أو دخوله في نفق أو وقوفه على جسر. ويخاف المريض عادة من أن يتعرض لنوبة فيها أعراض بدنية محدودة، ولكنها تأخذ بالتعاضد، فتحرض عنده الأفكار الكارثية؛ كأن يخاف من فقدانه الوعي أو الجنون، أو التبول أو التغوط بفعل الخوف، أو السقوط، أو فقدان إحساسه بالواقع أو اغترابه عن المحيط الذي حوله وانفصاله عنه، أو الموت بتوقف القلب. وفي بعض الحالات يكون المريض قد تعرض لمثل هذه الأعراض في الماضي، وبذلك يصبح مشغولًا بمخاوف حدوثها (الخوف التوقعي). وفي حالات أخرى، لا يكون الفرد قد تعرض لهذه الأعراض، ولكن مع ذلك يخاف من العرّض الذي يمكن أن يظهر، ومن ثم يشله أو يزعجه كثيرًا. وفي عدد قليل من الحالات يخاف المريض

من العجز، ولكنه يعجز عن تحديد ماهية العَرَض الذي يخيفه، وتظهر المضاعفات في بعض الأشخاص بعد اضطراب الهلع، ودرجة شيوعه على مستوى النماذج السريرية يُعدُّ نادرًا . أما معدلات الإصابة فيه فهي في النساء أكثر منها في الرجال.



الرهاب الاجتماعي

Social Phobia



اضطراب القلق الاجتماعي أو الرهاب الاجتماعي Social anxiety disorder: وهو بشكل عام الخوف من أفراد المجتمع أو بعض المواقف التي يمكن أن يتعرض لها الشخص، والتي من الممكن أن تكون محرجة مثل الأكل في الشارع، أو بصيغة أخرى أن يخاف المريض من أن يظهر دون المستوى الاجتماعي أو الفكري أو أن يشعر بالإحراج في المواقف الاجتماعية، فالتغلب

على الرهاب الاجتماعي يكون غالباً صعباً جداً من دون جلسات العلاج. ينقسم هذا الرهاب إلى نوعين:

- الرهاب الاجتماعي المعمم: ويعرف أيضاً باضطراب القلق الاجتماعي.

- الرهاب الاجتماعي المحدد: ويكون فيه القلق في حالات محددة فقط بعكس الرهاب المعمم، وقد تتحول من عوارض نفسية إلى مشكلات جسدية كما في متلازمة المثانة الخجولة Shy Bladder Syndrome، حيث لا يستطيع الشخص التبول دون مستوى كافٍ من الخصوصية، وهذا ما يحدث عادةً في دورات المياه العامة.

تظهر الصورة الجوهرية لهذا الاضطراب في خوف مستمر إزاء موقف أو أكثر من المواقف الحياتية التي يتعرض فيها الفرد إلى تقييم وتفحص من قِبَل الآخرين، ويخاف من أن يفعل شيئاً أو يتصرف بطريقة يكون فيها موضع التحقير والانزعاج.

يتجلى الخوف الرهابي الاجتماعي بمظاهر متعددة؛ كالخوف من عجز المريض عن الاستمرار في الكلام أمام الجمهور، والشعور بالاختناق عندما يأكل أمام الآخرين، والعجز عن التبول في المراحيض العامة، ورجفان يده عند الكتابة بوجود الآخرين (الإحساس بالمراقبة) وفي حالات أخرى قد تتضمن المخاوف الرهابية الاجتماعية مواقف أخرى مثل الخوف من قول أشياء سخيفة، أو العجز عن الإجابة عن أسئلة في مواقف اجتماعية.

الرهاب الاجتماعي هو اضطراب ونوع من المخاوف غير المبررة تظهر عند قيام الشخص بالحديث أو عمل شيء أمام مجموعة من الناس، مثل المناسبات أو قاعات الدرس أو التقدم للإمامة في الصلاة، وفي المواقف التي يشعر فيها الشخص أنه تحت المجهر، وأن الكل ينظر إليه، فيخاف أن يظهر عليه الخجل أو الخوف، أو أن يخطئ أو يتلعثم ما يؤدي به إلى الارتجاف والخفقان وضيق التنفس وجفاف الحلق والتعرق والشعور بالدوخة وعندما تحدث هذه الأعراض في موقف ما، فإن المرء يخاف، ويتجنب تلك المواقف، ما يزيد من مخاوفه، ويضعف ثقته بنفسه، فيجعله عرضة لهذه المشاعر في المستقبل، ما يزيد الحالة سوءاً وتعقيداً.

يبدأ هذا الاضطراب مبكراً في سن الطفولة أو بداية المراهقة، حيث تبدأ معظم الحالات في الظهور عند سن الخامسة عشرة تقريباً، وقد وجدت دراسات مختلفة أن هناك مرحلتين يكثر فيهما ظهور هذا الاضطراب: ما قبل المدرسة على شكل خوف من الغرباء، ومرة أخرى بين 12-17 سنة على شكل مخاوف من النقد والتقويم الاجتماعي، وتندر الإصابة به بعد الخامسة والعشرين من العمر.

وعلى الرغم من أن الإصابة بالرهاب الاجتماعي تحدث في هذه المراحل المبكرة إلا أنه يُعد أيضاً من الاضطرابات النفسية المزمنة التي قد تستمر عشرات السنين، ومع ذلك فإن المصابين بالرهاب الاجتماعي حتى مع علمهم بهذه الحالة قد يتأخرون في طلب العلاج سنين عدة، إما بسبب خجلهم من الحالة نفسها أو خوفاً من مواجهتها والاعتراف بوجودها.

يتم تشخيص الرهاب الاجتماعي إذا تدخل السلوك التجنبي عند الفرد، فأعاق الوظيفة المهنية، أو الأنشطة الاجتماعية العادية، أو العلاقات بين الأفراد مع الآخرين.

ويكون الاضطراب مزمنًا في أغلب الأحيان، وقد يتأزم إذا سبب القلق إعاقة لأداء الفرد في الموقف المثير للخوف، وإذا لم يكن الاضطراب شديدًا، فمن النادر أن يكون محدثًا للعجز على الرغم من حدوث بعض التأذي بالوظيفة المهنية أو في الأنشطة الاجتماعية. أو في العلاقات مع الآخرين. ل الأفراد الذين يعانون هذا الاضطراب إلى تعاطي الكحول أحيانًا أو تعاطي الأدوية المضادة للقلق.

إن الرهاب الاجتماعي الذي تظهر أعراضه في الخوف من تناول الطعام أمام الناس، والكتابة أمام الآخرين، أو استخدام المراحيض العامة هو نوع نادر نسبيًا. أما الرهاب الذي تظهر أعراضه في الخوف من الكلام أمام الجمهور والخوف الاجتماعي الذي يتضمن الخوف المعمم، أو الخوف من معظم المواقف الاجتماعية، فهو النوع الشائع. والخوف الرهابي أكثر شيوعًا عند الذكور منه عند الإناث.

المضاعفات المحتملة

لا شك أنه خلال هذه السنين من المعاناة والألم النفسي، فإن المريض بالرهاب الاجتماعي يتعرض لسلسلة من المشكلات والخسائر الاجتماعية والمادية والمهنية والصحية، ما يصح معه تسمية هذا الاضطراب ب (الإعاقة النفسية). هذه الإعاقة التي يسببها الرهاب الاجتماعي، يسهم

فيها المريض بنفسه، نتيجة لمحاولاته إخفاء علته حتى عن المختصين في المؤسسات العلاجية أحياناً ما يحرمه التعاطف والدعم الذي يحظى به المعوق جسدياً. وعلى سبيل المثال لا الحصر، فإن 80% من مرضى الرهاب الاجتماعي يعانون أمراضاً نفسية أخرى من أبرزها: القلق والفزع ورهاب الساحة (45%)، وأنواع أخرى من الرهاب والخاوف (59%)، واستخدام الكحول (19%)، والاكْتئاب النفسي (17%). وفي كل الحالات، فإن حدوث الرهاب الاجتماعي يسبق وجود هذه الاضطرابات ما قد يوحي بوجود علاقة سببية بينها. كذلك، فإن الرهاب الاجتماعي يرتبط بنسبة كبيرة من التأخر أو التدهور الأكاديمي والنجاح الوظيفي، وذلك لما يسببه الرهاب الاجتماعي من فوات للفرص التي يمكن أن تؤدي للتقدم والترقي في سلم العلم أو الوظيفة.

الرهاب الاجتماعي مرض نفسي منتشر، ويجهله كثير من الناس حتى المصابين به، ما يسبب لهم الألم والمعاناة والخسائر على عدد من الأصعدة.

ويُعدّ من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في مجتمعنا، ويبدو الرهاب الاجتماعي في الرجال، وخاصة المتعلمين والشباب، بشكل أوضح منه في النساء، يرجع ذلك إلى التقاليد أو الحماية الزائدة عن الحد، التي تكون البذرة الأولى للرهاب الاجتماعي. القسوة على الطفل تفقده فطرته التي فطره الله عليها من الفضول وحب الاستطلاع، وتجعله يميل إلى الخوف والإحجام وتقادي النقد والإحساس بالضعف. أما الحماية الزائدة والحنان المفرط فيحرمان الطفل في طفولته من فرصة تأكيد ذاته مع أقرانه بالاحتجاج اللفظي أو العملي.

أسباب الرهاب الاجتماعي

تُعدّ التربية أو التنشئة الخاطئة للفرد خاصة في المجتمعات التي يسودها التحفظ أو تطغى عليها الأبوية والتسلط، فينشأ الفرد وهو يراقب كل حركاته وسكناته، فهذه نتيجة حتمية للتخويف من الناس ومن المجتمع «حذار أن يراك الناس»، «ماذا يقول الناس عنك؟» فلا يتصرف بكامل الحرية، ولا تكون له الإرادة المطلقة في هذا التصرف، ولكن يبقى يراقب أعين المجتمع باستمرار، وهكذا ينبت ورم الرهاب الاجتماعي، إضافة إلى ذلك فقد يتعرض الفرد إلى التعنيف اللفظي والجسدي المبالغ فيه سواء داخل الأسرة أو في المجتمع، أو في المدرسة ما يزيد الأمر تعقيداً، ومن أهم العناصر التي يهملها الآباء في أثناء عملية التربية هي العمل على زرع الثقة في نفوس أبنائهم والعكس، فلربما وجدنا بعض الآباء والأمهات يسخرون من أولادهم، ويذكرونهم بقبائحهم باستمرار، الجسدية منها والمعنوية دون مراعاة للمشاعر البريئة خاصة في فترة الطفولة وخلال العشر سنوات الأولى من العمر، وخلال سنين المراهقة، وينشأ عن هذا نوع من الخجل المبالغ فيه خاصة أمام الناس، بمعنى أن يصير الفرد ينظر إلى نفسه نظرة دونية، ومن هنا يبدأ الداء أيضاً، ومن مضاعفات ذلك أن ينشأ قلق تطبع به شخصية الفرد دون معرفة أي سبب له، ثم يولد ذلك حب الفرد للعزلة والانطواء على النفس، ويدخل الفرد في صراع مع نفسه لا يدري له أي مبرر.

أعراض الرهاب الاجتماعي وبعض تأثيراته في الحياة السليمة للفرد

أحب هنا أن أركز على بعض الأعراض غير المعروفة لدى كثير من الناس؛ لأن أعراض الرهاب كثيرة، منها: إضافة إلى الخجل والخوف من

الناس، وخاصة التجمعات لأكثر من شخصين والانطواء والكآبة المستمرة والملل الدائم والقلق والوساوس والشروود والهم الدائمين والنحافة الجسدية عند أكثر المصابين بالرهاب، هناك أيضاً:

- النظر بتوجس وريبة إلى الناس.
- النظر إلى الأشخاص دائماً يكون حاداً.
- معاملات محدودة للمجتمع في العلاقات الاجتماعية حتى الضرورية منها.
- المصاب بالرهاب غالباً لا يعبر عن رأيه، وهو شديد المداراة للناس (هذا ناتج من نظرتة الدونية لنفسه وأيضاً الخوف من محاسبة الناس له).
- تصرفات المصاب بالرهاب متناقضة، فهو يحب ويكره في نفس الوقت مثلاً Ambivalence.
- مع مرور الوقت تمرض الذاكرة، وينحل الجسد.
- ومن أعراض الرهاب الاجتماعي الجسدية إضافة إلى النحافة هناك تسارع للنبض، والشعور بالغثيان أحياناً خاصة أمام الجمهور في المساجد، وفي الحفلات والمناسبات أو الأسواق... إضافة إلى فقدان الشهية، والحاجة إلى الجنس، وكل هذا يرجع إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي الذي يرمجه صاحب المرض على ذلك بمرور الوقت.
- يشعر المريض بالندم دائماً نتيجة تصرفاته، فهو شديد المراقبة لها مع الناس، ويقول دائماً: «ليتني ما تكلمت... ليتني ما فعلت...».

- لا يستطيع الفرد على ذلك بناء علاقة اجتماعية قوية وصادقة مع أي إنسان حتى مع أقاربه، فهو يشك في كل شيء.
- يميل المريض عادة إلى تضخيم الأمور وتهويلها مهما كانت تافهة، وأحياناً يقع في التناقض كما أسلفنا، فقد يرى الشيء التافه أمراً في غاية الخطورة، ويرى المصاب الجلل تافهاً.

العلاج

لا تزال كثير من أمراض النفس البشرية قيد البحث والدراسة، وعلى الرغم من تطور علم النفس الحديث إلا أنه لم يجد الحل النهائي لكثير منها، كالرهاب الاجتماعي، وعلى الرغم من تصنيف الأطباء لهذا النوع من المرض على أنه نزول خفيف أو اكتئاب خفيف يمكن السيطرة عليه خاصة عند البداية إلا أن كثيراً من الدراسات تحذر من تعقد حالة المريض الذي لم يستطع العلاج، وتحذر من الإهمال أو التفريط في العلاج، فما العلاج المثالي للرهاب؟

- إن العلاج الأنجح هو العلاج السلوكي الذي يبدأ بتصحيح نظرة المريض الخاطئة وأحكامه على نفسه وتصحيح نظرتة إلى الناس وإلى المجتمع، يجب على المريض أن يخالف خوفه، وأن يقتحم العالم الذي يخاف منه بالتدريج.
- إن أهم شيء في مثل حالة الرهاب الاجتماعي أن يساعد الإنسان نفسه، ويغير حاله، وأن يصحح نظرتة إلى الناس وإلى نفسه، فمن المهم أن يعلم المريض أنه يتوهم، ويخاف من أشياء لا مبرر للخوف منها، وأن يكون صادقاً مع نفسه ومع الناس، وأن يخالف نفسه في أمر الخوف.

الرهاب البسيط

Simple Phobia

Types of Phobias-

- There are three types of phobias:
 - **Social phobias**—fear of social situations.
 - **Agoraphobia**—fear of being trapped in an inescapable place or situation.
 - **Specific phobias**—fear of a specific object (such as snakes).
 - There are four major types of specific phobias:
 - **The natural environment**—fear of lightening, water, storms, etc.
 - **Animal**—fear of snakes, rodents, spiders, etc.
 - **Medical**—fear of seeing blood, receiving injections, visiting a doctor, etc.
 - **Situational**—fear of bridges, leaving the home, driving, etc.

الرهاب النوعي (سابقاً الرهاب البسيط): تميز هذا النوع من الرهاب بالخوف الموقفي (نسبة إلى الموقف) المستمر من شيء أو موقف، وليس الخوف من أن يتعرض لنوبة هلع أو الإحساس بالإذلال أو الانزعاج

الشديد في بعض المواقف الاجتماعية (مثل الرهاب الاجتماعي) وأحياناً يُسمَّى الرهابُ البسيطُ الرهابَ النوعيَّ. إن الرهاب البسيط الأكثر شيوعاً عند عامة الناس، هو الخوف من الحيوانات، وبخاصة الكلاب، والأفاعي والحشرات والفئران. وهناك أنواع أخرى من الرهاب البسيط مثل الخوف من مشاهدة الدم أو الإصابات النازفة، والأماكن المغلقة والخوف من الارتفاعات والسفر بالطائرة.

أشكال الرهاب المحدد (البسيط)

وهو الخوف من مسببات الهلع المختلفة، وقد صنّفها الأطباء إلى خمسة أنواع رئيسية هي:

- رهاب الحيوان Zoophobia: مثل رهاب العنكبيات، رهاب الأفاعي، أو رهاب الكلاب، أو رهاب الفئران... إلخ.
- طبيعة البيئة: مثل رهاب المرتفعات، رهاب المطر، أو الرعد والبرق، أو الخوف من العواصف ومتغيرات الطبيعة.
- طبيعة الظروف: مثل رهاب الأماكن المغلقة والخوف من الظلام.

هذا النمط الطرقي في Situational Type: إذا كانت إشارة البدء للخوف موقفاً نوعياً كالنقل الجماعي أو الأنفاق أو الجسور أو المصاعد أو الطيران أو السياقة أو الأماكن المحوّطة. لهذا النمط الفرعي توزع ثنائي الكيفية من حيث سن البدء، حيث الذروة الأولى في الطفولة، أما الأخرى ففي منتصف العشرينيات، ويبدو أن هذا النمط الفرعي يشابه اضطراب الهلع مع رهاب

الساح من حيث النسب بين الجنسين ونمط التجمع العائلي والعمر عند البدء.

- الدم، أو الحقن، أو الإصابات: ويتمثل في الخوف من الإجراءات الطبية، مثل الإبر والحقن أو العمليات.
- أخرى: مثل الخوف من الإصابة بمرض معين أو خوف الأطفال من الأصوات الصاخبة... إلخ. إذا كانت إشارة البدء للخوف مثيرات أخرى. قد تتضمن هذه المثيرات الخوف من الغصص أو الإقياء أو الإصابة بمرض أو رهاب «الفراغ» (أي خوف الشخص من السقوط إذا ابتعد عن الجدران أو وسائل أخرى من الدعم المادي)؛ وخوف الأطفال من الأصوات المرتفعة أو الأفراد الذين يرتدون زيًا معينًا.

الأعراض

على الرغم من أن العوارض تختلف من نوع إلى آخر إلا أن هناك بعض العوارض المشتركة.

- الهلع: وهو الخوف المتواصل والكبير من شيء أو موقف ما.
- العوارض الجسدية: مثل الدوخة، الارتجاف، الخفقان السريع في دقات القلب، تقلب في المعدة، الشعور بالاختناق، التعرق أو حتى نوبات الهلع.
- الأفكار القهرية: وتتمثل في صعوبة التفكير في أي أمر آخر غير الخوف.

- الرغبة في الفرار: وهي الرغبة الملحة لترك الموقف والفرار بعيداً عنه.
- القلق المسبق: أي القلق المتواصل من حدوث موقف أو شيء آخر يتضمن رهاباً معيناً يعانیه الشخص.

وصف الأعراض في الرهاب البسيط

- أ. خوف ملحوظ ومستديم، وهوزائد وغير معقول، تكون إشارة البدء فيه وجود موضوع أو أو توقعه أو موقفاً محدداً (مثال، الطيران، المرتفعات، الحيوانات، أخذ حقنة، رؤية الدم).
- ب. يحرض التعرض للمنبه الرهابي دائماً تقريباً (استجابة قلقية مباشرة، قد تتخذ شكل هجمة هلع مرتبطة بالموقف أو يهيئ لها الموقف). ملاحظة: قد يعبر عن القلق عند الأطفال عن طريق البكاء أو سورة غضب أو التجمد أو التعلق والتشبث.
- ج. يدرك الشخص أن ذلك الخوف مبالغ فيه أو غير معقول. ملاحظة: قد يكون هذا المظهر غائباً عند الأطفال.
- د. يجري تجنب الموقف أو بخلاف ذلك قد يجري تحمّله مع قلق شديد أو ضائقة.
- هـ. يتدخل التجنب أو التوقع القلبي أو الضائقة من المواقف المخيفة بشكل بارز في الأنشطة أو العلاقات الاعتيادية الطبيعية من مهنية (أو أكاديمية) أو اجتماعية للشخص، أو يكون هناك ضائقة واضحة من حصول الرهاب.

و. عند الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة، تكون المدة 6 أشهر على الأقل.

ز. لا يعزل القلق أو هجمات الهلع أو التجنب الرهابي المرافقة لموضوع أو موقف نوعيين، باضطراب عقلي آخر، كالاضطراب الوسواسي القهري (مثل الخوف من القذارة عند شخص لديه وسواس حول التلوث) أو اضطراب الكرب ما بعد الرضح (مثل تجنب المثيرات المصاحبة لعامل مكرب شديد)، أو اضطراب قلق الانفصال (مثل تجنب المدرسة)، أو الرهاب الاجتماعي (مثل تجنب المواقف الاجتماعية بسبب الخوف من الإحراج)، أو اضطراب الرهاب مع رهاب الساح، أو رهاب الساح دون قصة اضطراب هلع.

أنماط الرهاب البسيط الشائعة:

- العناكب (رهاب العناكب).
- الاجتماعية حالات (الرهاب الاجتماعي).
- الطيران (أفياتوفوبيا).
- فتح المسافات (المكشوفة).
- الأماكن الضيقة (رهاب الاحتجاز).
- مرتفعات (المرتفعات).
- سرطان (كانسيروفوبيا).
- العواصف الرعدية (الخوف من الصواعق - أسترافوبيا، والخوف من الرعد - برونوفوبيا).

- الموت (نيكروفوبيا).
- أمراض القلب (كارديوفوبيا).

الرهاب أقل شيوعاً

- الإبر/ فوبيا الإبر (تريبانوفوبيا).
- القاطط (أيلوروفوبيا).
- الناس (أنثروبوفوبيا).
- الرجال (أندروفوبيا).
- الجنس (جينوفوبيا).
- المرأة (جينوفوبيا).
- المياه (أكوافوبيا).
- النحل (أيفوبيا)
- الضفادع (بوفونوفوبيا).
- الكلاب (سينوفوبيا).
- أطباء الأسنان والأطباء (دينتوفوبيا وإياتروفوبيا على التوالي).
- الزاحف، زحف الأشياء أو الزواحف (هيربيتوفوبيا).
- النوم (هيبنوفوبيا).
- الفئران (موسوفوبيا).

- الأوساخ والجراثيم (ميسوفوبيا).
- أي شيء جديد (نيوفوبيا).
- ليلة (نوكتيفوبيا).
- الظلام (نيكتوفوبيا).
- الثعابين (أوفيديفوبيا).
- النار (بيروفوبيا).
- ويجري دفن على قيد الحياة (تافوفوبيا).
- الله (ثيوفوبيا).
- الغرباء (كراهية) (زينوفوبيا).
- الحيوانات (زوفوبيا).
- النوموفوبيا: Nomophobia الخوف من فقدان الهاتف المحمول أو الوجود خارج نطاق تغطية الشبكة.
- رهاب المرح أو رهاب السرور أو رهاب البهجة أو رهاب المتعة أو رهاب اللذة Hedonophobia: هو خوف غير طبيعي ومفرط من المتعة.
- الخوف من الأماكن والمناطق المرتفعة Acrophobia.
- الخوف من الماء Aquaphobia.
- الخوف من البرق Astraphobia.
- الخوف من الجراثيم والبكتيريا Bacteriophobia (وسوسة النظافة).

- الخوف من الرعد Bronophobia.
- الخوف من المناطق المغلقة Claustrophobia.
- الخوف من الكلاب Cynophobia.
- الخوف من الشياطين والجن والأرواح الشريرة Demonophobia.
- الخوف من الخيل (الحصان) Equinophobia.
- الخوف من الزواحف Herpetophobia (أفاعٍ، عقارب، صراصير، سحالٍ،... إلخ).
- الخوف من الأرقام Numero phobia (التشاؤم من الأرقام).
- الخوف من الأفاعي بشكل خاص Ophidio phobia، وليس بقية الزواحف.
- الخوف من الاستحمام Ablutophobia.
- الخوف من الحكة Acarophobia أو من الحشرات التي تسبب الحكة.
- الخوف من الرائحة المنتنة Acerophobia.
- الخوف من الظلام Achluophobia.
- الخوف من الضوضاء Acousticophobia.
- الخوف من المرتفعات Acrophobia.
- الخوف من الخدمة العسكرية Aerophobia.
- الخوف من الأماكن الواسعة والمفتوحة Aeroacrophobia.

- الخوف من دوار البحر أو الجو Aeronausiphobia.
- الخوف من الأشياء غير الصحية Agateophobia (غير المعقمة....).
- الخوف من الألم Agliophobia.
- الخوف من الزحام Agoraphobia.
- الخوف من التحرش الجنسي Agraphobia (كليبتون).
- الخوف من الحيوانات غير الأليفة Agrizoophobia.
- الخوف من عبور الطرق Agyrophobia.
- الخوف من الإبر والأشياء المسننة Aichmophobia.
- الخوف من القطط Ailurophobia (نابليون).
- الخوف من أمراض الكلى Albuminurophobia.
- الخوف من الدجاج Alektorophobia.
- الخوف من الثوم Alliumphobia.
- الخوف من إبداء الرأي Allodoxaphobia.
- الخوف من الغبار Amathophobia.
- الخوف من ركوب السيارة Amaxophobia.
- الخوف من المشي Ambulophobia.
- الخوف من فقدان الذاكرة Amnesiphobia.

- الخوف من الانخداس Amychophobia.
- الخوف من النظر إلى أعلى Anablephobia.
- الخوف من الرياح Ancraophobia.
- الخوف من الرجال Androphobia (شارون).
- الخوف من الاختناق Anginophobia.
- الخوف من إنجلترا ومن الإنجليزيين Anglophobia.
- الخوف من الغضب Angrophobia.
- الخوف من الزهور Anthrophobia.
- الخوف من المجتمع Anthropophobia.
- الخوف من الطوفان Antlophobia.
- الخوف من البقاء وحيداً Anuptaphobia.
- الخوف من اللا محدودية أو اللا نهائية Apeirophobia (الفوبيا حق الفيزيائيين).
- الخوف من الملامسة Aphenphosphobia.
- الخوف من النحل Apiphobia.
- الخوف من الأشخاص المبتوري الأطراف Apotemnophobia (من لديهم يد أو رجل مبتورة).
- الخوف من العناكب Arachnophobia.

- الخوف من الأرقام Arithmophobia.
- الخوف من النار Arsonphobia.
- الخوف من الضعف Asthenophobia.
- الخوف من النجوم والأجرام السماوية Astrophobia.
- الخوف من الأشياء غير المتناسقة Asymmetriphobia.
- الخوف من أمراض العضلات Ataxiophobia.
- الخوف من الاضطراب وعدم الترتيب Ataxophobia.
- الخوف من النقص Atelophobia.
- الخوف من الدمار Atephobia.
- الخوف من أن تعلق الفستقة في أعلى الحلق Arachibutyrophobia.
- الخوف من تجاهل الآخرين و عدم المبالاة Athazagoraphobia.
- الخوف من الانفجارات النووية Atomosophobia.
- الخوف من الفشل Atychiphobia.
- الخوف من آلة الفلوت Aulophobia (وهي آلة عزف موسيقية).
- الخوف من الذهب Aurophobia.
- الخوف من الأضواء الشمالية Auroraphobia.
- الخوف من التماثيل والدمى والحيوانات الشمعية Automatonophobia وكل الأشياء التي تصور ذوات الأرواح.

إن التعرض للرهاب البسيط يثير دومًا استجابة قلق آنية. مثلًا إن إجبار الفرد الذي يخاف من القطل على الاقتراب من القطة سرعان ما يحدث عنده استجابة قلق آنية، فيصاب بالتعرق وتسرع القلب، وزلة تنفسية. يتم تشخيص الرهاب البسيط لدى الفرد إذا كان السلوك التجنبي لديه يعيق من وظيفته الحياتية السوية أو يعرقل أنشطته الاجتماعية وعلاقاته مع الآخرين، أو إذا لوحظ أنه يعاني كرتبًا.

يبدأ رهاب الحيوانات غالبًا في سن الطفولة، أما الرهاب الناجم عن رؤية الدماء النازفة، فيظهر في المراهقة أو في بداية سن الرشد، ويظهر رهاب الارتفاعات، والأماكن المغلقة، والسفر بالجو غالبًا في العقد الرابع من العمر.

يزول معظم الرهاب البسيط الذي يظهر في الطفولة من دون معالجة، أما الرهاب الذي يستمر حتى سن الرشد فنادرًا ما يشفى من دون معالجة. ويكون التأذي في حده الأدنى إذا كان الشيء الذي يثير الرهاب نادر الحدوث، ويمكن تجنبه بسهولة، مثل الخوف من الأفاعي عند الفرد الذي يعيش في المدينة. يكون التأذي كبيرًا إذا كان الشيء المثير للرهاب موجودًا وشائعًا، ولا يمكن تجنبه، كالخوف من المصاعد الكهربائية في المدن التي لا بد من استخدام المصاعد فيها.

العلاج الدوائي

تعالج جميع أنواع الرهاب بالأدوية المضادة للاكتئاب والخوف وحصراً الأدوية ذات الحلقة الثلاثية كيميائياً التي لها تأثير في الناقل العصبي السيروتونين مثل توفرانيل وكلوبيرامين tofranil clopiramine. وإن مثبطات أحادي الأمينات M.A.O.1 monoamine oxydase inhibitor يُستطبُّ بها في الهلع والرهاب. وتوصف المهدئات الصغرى إضافة إلى تلك الأدوية مثل مركبات البنزوديازيبينات للسيطرة على القلق التوقعي الذي يصاحب هذه المخاوف عادة.

الأدوية التي تسمى SSRI أي مثبطات إعادة اختزان السيروتونين في عصبونات الدماغ ذات الخاصية المضادة للاكتئاب والرهاب والوسواس معاً. ولا يفيد العلاج النفسي التحليلي في هذا النوع من الاضطراب إلا فائدة المرجوة، إضافة إلى مدة العلاج والتكلفة العلاجية الباهظة.

إن العلاج الحديث المتمثل في العلاج السلوكي المعرفي هو العلاج الأمثل والفعال في الممارسات السريرية في البلاد الإنكلوساكونية، ويتميز بقصر مدة العلاج ونسبة النجاح العالية التي تصل إلى 90٪ من الحالات وقلة تكلفة المعالجة. وغالباً ما تشترك المعالجة الدوائية مع العلاج النفسي السلوكي المعرفي.



اضطراب الوسواس القهري

Obsessive Compulsive Disorder



يتميز هذا الاضطراب بسيطرة الوسواس القهري على تفكير الإنسان بدرجة تسبب له الكرب، وتعيق حياته وأنشطته المختلفة، ومنها المهنية والاجتماعية، بل والشخصية؛ إذ لا يقتصر أثرها على وجود الوسواس، بل ترتبط في العادة بأفعال قهرية. ويتمثل هذا الاضطراب فيما يأتي:

- أ. وجود إما وسواس أو أفعال قهرية: تُعرّف الوسواس ب (1) و(2) و(3) و(4):

1. أفكار أو اندفاعات أو صور معاودة ومستديمة، يختبرها المريض، في وقت ما في أثناء الاضطراب بوصفها إقحامية (تطفلية) وغير مناسبة، وتسبب قلقاً أو ضائقة واضحين.
2. ليست الأفكار أو الاندفاعات أو الصور مجرد انشغالات قلقية مفرطة عن مشكلات الحياة الواقعية.
3. يحاول المضطرب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تعطيلها بأفكار أو أفعال أخرى.
4. يدرك أن الأفكار أو الاندفاعات أو الصور الوسواسية نتاج عقله (ليست مفروضةً عليه من الخارج كما في غرز الأفكار).

تُعرَّف الأفعال القهرية ب (1) و(2) :

1. سلوكيات متكررة (مثل: غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية (مثل: الدعاء، العد، تكرار الكلمات بصمت) التي يشعر المريض أنه مُساق لأدائها استجابةً لوسواس، أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.
2. تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الضائقة أو منع حادث أو موقف فظيع، بيد أن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي مُصمَّمة لتعطيله أو منعه أو أنها مُفرطة.

ب. أدرك المصاب في محطة ما من سير الاضطراب، بأن الوسواس أو الأفعال القهرية مفرطة أو غير معقولة.

ملاحظة: لا ينطبق هذا الأمر على الأطفال.

ج. تسبب الوسواس والأفعال القهرية ضائقة واضحة، وهي مضيعة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يوميًا)، أو تتدخل بشكل بارز في الأداء الوظيفي الروتيني الطبيعي أو المهني (أو الأكاديمي) أو الأنشطة أو العلاقات الاجتماعية الاعتيادية.

د. إذا وجد اضطراب آخر من المحور ا، فإن محتوى الوسواس أو الأفعال القهرية لا يكون محصورًا به (مثل: الانشغال بالطعام بوجود أحد اضطرابات الأكل، نتف الشعر بوجود هوس نتف الشعر، القلق حول المظهر بوجود اضطراب تشوه شكل الجسد، الانشغال بالعقاقير بوجود اضطراب استخدام المواد، الانشغال بالإصابة بمرض خطير بوجود المراق، الانشغال برغبات أو هوامات جنسية بوجود خلل جنسي Paraphilia، اجترارات مُذنبية بوجود اضطراب الاكتئاب الجسيم).

هـ. لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثال: سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة.

حدّد إذا كان:

مع بصيرة ضعيفة: إذا لم يدرك المصاب، لمعظم الوقت في أثناء النوبة الحالية، أن الوسواس والأفعال القهرية مفرطة أو غير معقولة.

ضغوط الحياة

Stressful Life Events

﴿وَمِنَ النَّاسِ مَن يَعْبُدُ اللَّهَ عَلَىٰ حَرْفٍ فَإِنْ أَصَابَهُ خَيْرٌ اطْمَأَنَّ بِهِ وَإِنْ أَصَابَهُ فِتْنَةٌ أُنْقَلَبَ عَلَىٰ وَجْهِهِ خَسِرَ الدُّنْيَا وَالْآخِرَةَ ذَلِكَ هُوَ الْخُسْرَانُ الْمُبِينُ﴾ [الحج: 11].

أشد الآلام على النفس: آلام لا يكشفها الطبيب، ولا يستطيع أن يتحدث عنها المريض.

مصطفى السباعي

أحداث الحياة الضاغطة Stressful Life Events

أي تغيير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة، وتمثل الأحداث الخارجية بما فيها العمل والصراعات الأسرية ضغوطاً في ذلك، مثل الأحداث الداخلية أو التغيرات العضوية كالإصابة بالمرض أو الأرق أو التغيرات الهرمونية الدورية.

الاكتئاب Depression

خبرة وجدانية ذاتية تتمثل في أعراض الحزن والتشاؤم والشعور بالفشل والرغبة في نداء الذات والتردد والإرهاق وفقدان الشهية والانسحاب الاجتماعي ومشاعر الذنب وكراهية الذات وعدم القدرة على بذل جهد بدني أو نفسي.

القلق Anxiety

خوف (حاد أو مزمن) دون مبرر موضوعي مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير في حالة الإزمان.

أصبحت ضغوط الحياة ظاهرة ملموسة في جميع المجتمعات؛ وإن كان ذلك بدرجات متفاوتة، ويحدد هذا التفاوت عوامل عدة من بين أهمها طبيعة المجتمعات ودرجة تحضرها، وما يفرضه ذلك من شدة التفاعل والاعتماد المتبادل بين المؤسسات والأفراد وندرة الموارد.

وشدة الصراع للفوز بجانب من تلك الموارد والمزايا وكذلك تعاضم سرعة معدل التغيير في تلك المجتمعات، وما يفرضه على نمط الحياة فيها، لدرجة دعت الكثيرين لتسمية العصر الحديث عصر الضغوط. ومن ثم، أصبحت الضغوط النفسية هي سمة العصر، وغدت مظهرًا طبيعيًا من مظاهر الحياة الإنسانية لا يمكن تجنبه، فحياتنا العصرية تتميز بالتعقيد، والتغيير السريع المتلاحق، ما يجعل الفرد في أي مرحلة من مراحل حياته

يشعر بالعجز، وعدم فهم هذه التغييرات، ومن ثم يزداد لديه الشعور بالإحباط والتوتر والقلق.

تمثل الأحداث الخارجية بما فيها ظروف العمل والتلوث البيئي والخلافات الأسرية ضغوطاً في ذلك مثل الأحداث الداخلية أو التغييرات العضوية كالإصابة بالمرض أو القلق أو التغييرات الهرمونية الدورية. وهذه الضغوط تحتاج إلى أساليب مواجهة لتحقيق قدر كافٍ من الرضا، كما يمكن القول: إن الإحساس بعدم الرضا عن الحياة إنما يمثل إحدى المشكلات المهمة لكل الأجيال، وليس لأسر المرضى بصفة عامة وأمهاتهم بصفة خاصة، خاصة في هذا العصر المضطرب والمزدحم بالأحداث الضاغطة المؤثرة في شخصية الفرد وتوافقته.

لذلك لقي مفهوم الضغوط الحياتية في علاقته بكل من السواء النفسي أو الاضطراب اهتماماً كبيراً من الدارسين، فقد تزايدت في الآونة الأخيرة الدراسات التي تبرز الصلة بين أحداث الحياة الضاغطة -سواء تلك المتعلقة- بأحداث رئيسة كالفقد أم تلك التي تتناول ضغوطاً أقل وقعاً وشدة.

وقد أشار جونسون وسراسون إلى أن هناك تأثيراً لأحداث الحياة الضاغطة في نشأة المرض: إذ بينا وجود علاقة دالة وموجبة بين إدراك أحداث الحياة الضاغطة وبين المرض الجسماني والاكْتئاب، وأشارا إلى أن افتقار المساندة وكذلك افتقار الصلابة النفسية على مستوى الضغوط وشدتها، فإن الأشخاص الأعلى في الصلابة النفسية أقل مرضاً من الأقل صلابة Johnson & Sarason 1986، وإن المساندة من الرؤساء تؤدي دوراً

مهماً بجانب المساندة من الأسرة للوقاية من أثر الضغوط في العمل 1983
.Koala & Puckett

إن الصلابة النفسية تتفاعل مع المساندة الاجتماعية كي تخفف من حدة وقع الضغوط، و1984 Gamelan & Blamey وإن المساندة الاجتماعية تقوي المصادر النفسية، وتزيد من شعور الفرد بالقيمة والأهمية ومن قدرته على التحدي ما يجعله أكثر نجاحاً في مواجهة الضغوط، وأشار إلى وجود ارتباط موجب دال بين إدراك الضغوط وبين الاكتئاب لدى طالبات الجامعة، إلا أن هذه العلاقة تقل مع وجود الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية اللذين يخففان من وقع الضغوط.

وقد اتفق كلٌّ من 1985 Harahan & Moos، على أن هناك متغيرات نفسية واجتماعية تساعد الفرد على الاحتفاظ بصحته الجسمية والنفسية على الرغم من تعرضه للضغوط، حيث أشارا إلى أن البيئة الأسرية التي تتسم بالدفاء والحب والتماسك وحرية التعبير عن الرأي والمشاعر، والدعم والتشجيع في أثناء التعرض للضغوط تجعل الفرد أكثر صلابة وفاعلية وقدرة على المواجهة وأقل اكتئاباً، وأشارا إلى أن هناك فروقاً بين الذكور والإناث في متغيرات الشخصية والمساندة الاجتماعية، فالرجال أكثر ثقة بالنفس وأكثر صلابة من النساء، بينما النساء هن الأكثر سعياً للمساندة الاجتماعية في مواجهة الضغوط.

على جانب آخر يشير (ريتشارد سوين) إلى أن القلق عبارة عن حجر الزاوية في كل نوع من أنواع السيكوپاثولوجيا، ويعني وجوده نذيراً بالخطر الذي يهدد أمن الفرد وسلامته النفسية وتقديره لذاته وإحساسه بالسعادة

والرضا، وهو أمر مصاحب للصراع، وهو نفسه مرتبط بمصاحبات فسيولوجية (ريتشارد سوين 1979م). ويشير كاتل إلى أن هناك مفهومين للقلق:

1. حالة من القلق State of Anxiety: وهو ينشأ عن حالة انفعالية تحدث للفرد، ومن صفاتها أنها متفاوتة الشدة ومؤقتة.

2. سمة القلق Trait of Anxiety: وهو يشير إلى الاستعداد المسبق لدى الفرد والميل إلى الاستجابة نحو ما يتعرض له من مواقف تهدده ما يؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق لديه.

وإن الاكتئاب يعكس اضطراباً في العلاقات والمهارات الاجتماعية للأفراد، ويرتبط بدرجة كبيرة بفقدان الثقة بالنفس، وكذلك بالشعور بالوحدة النفسية، ويقرر أندرسون 1989 Anderson أن المكتئبين يفتقدون علاقاتهم بالمحيطين بهم، ولا يحسنون التعبير عن أنفسهم، ويفتقدون مصادر المساندة الاجتماعية، إلى جانب نظرتهم اللاتوافقية Incompatibility لذواتهم، وضعف في مهارات التحصيل لديهم وتكوين الأفكار السالبة لذواتهم ومستقبلهم، ويتوقعون كثيراً من أشكال العزلة الاجتماعية، وأقل فعالية في تنظيم الذات.

ويرى Bandura 1991 أن الاكتئاب كذلك يؤدي إلى انخفاض الثقة بالنفس، وفقدان ضبط الذات.

يتضح مما سبق أن أحداث الحياة الضاغطة تزداد حدتها؛ نظراً للطبيعة العصر الذي نعيش فيه، والتغيرات السريعة المتلاحقة في التقدم العلمي

والتكنولوجي الذي جعل العالم قرية كونية واحدة، وإن هذه الأحداث من شأنها أن تؤثر في الحالة النفسية للفرد، ومن بين هذه المتغيرات التي يمكن أن تتأثر بأحداث الحياة الضاغطة القلق والاكتئاب، ويزداد الأمر أهمية إذا تحدثنا عن أمهات الأطفال المعوقين عقلياً بما يسببه وجود شخص معوق بالأسرة من اضطراب وحالة نفسية سيئة عند كثير من الأمهات، حيث أشار جاك س. إستيورت 1996 Stewart إلى أن وجود طفل معوق بالأسرة يغير الأسرة كوحدة اجتماعية بطرق عدة، فقد يصاب الآباء والأبناء بالصدمة وخيبة الأمل والغضب والاكتئاب والشعور بالذنب والحيرة كرد فعل لوجود مثل هذا الطفل.

وموضوع ضغوط أحداث الحياة لم يقف فقط عند حد علاقته بالأمراض البدنية، وإنما بدأ إسهام الباحثين في مجال التوافق والاضطرابات النفسية واضحاً من خلال البحوث المتعددة في هذا المجال، فقد اتضح وجود علاقة بين هذه الضغوط: وانخفاض المستوى الأكاديمي للأفراد Fontana 1981 Dovidi & والتوافق الدراسي Egelaned Sterling 1985 وتعاطي المخدرات Vaux & Ruggier، 1984 وعلاقة الضغوط بمتغير الإهمال واللامبالاة Johnson & Gad، 1980 والاكتئاب والانسحاب الاجتماعي Johnson & Roberts، 1995.

- والأفراد يختلفون في سرعة تأثرهم بالضغوط الحياتية تبعاً لحالتهم النفسية، حيث إن الحالة النفسية للفرد تتوسط العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والاضطرابات النفسية والجسمية، ويؤكد ذلك بيك وآخرون 1981 Beck & Others.

- إن تأثيرات ضغوط الحياة على الأفراد تعود إلى فقدان المساندة الاجتماعية، وإن أحداث الحياة الضاغطة ترتبط إيجابياً ببعض جوانب الشخصية مثل سمة القلق والاكتئاب.
- هناك علاقة دالة وموجبة بين الاكتئاب وأحداث الحياة الضاغطة Billings & Moos 1984 والمساندة الاجتماعية تخفف من وقع الأحداث الضاغطة على الفرد، ولكن تأثير المساندة الاجتماعية يتوقف على مدى إدراك الفرد واعتقاده في قوة الدعم وكفايته.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الضغوط المرتفعة وزيادة حدة الأعراض المرضية الإكلينيكية: السيكوسوماتية، القلق، والاكتئاب، البارانونيا، العصاب القهري، الهستيريا، توهم المرض، الأرق الليلي. ووجود فروق دالة بين ذوي الضغوط المرتفعة وذوي الضغوط المنخفضة في الأعراض الإكلينيكية المرضية، حيث كان ذوو الضغوط المرتفعة أكثر معاناة للأعراض المرضية، أما أصحاب الضغوط المنخفضة فكانوا في مستوى أفضل للصحة النفسية (عبدالمعطي، 1992).

كيف نواجه أحداث الحياة؟

الحياة سلسلة إحداه متوالية، لا تنتهي أبداً، هكذا خلقها الله سبحانه وتعالى، والإنسان اختاره الله من بين ملايين المخلوقات لكي يحيا حياة طيبة، وزوده الله بكل إمكانيات الحياة الطيبة، وترك له حرية الاختيار أن يفعل، ويتفاعل مع هذه الحياة بطريقته وخصوصيته، قال تعالى: ﴿بَلِ الْإِنْسَانُ عَلَىٰ نَفْسِهِ بَصِيرَةٌ ۗ ﴿١٤﴾ وَلَوْ أَلْفَىٰ مَعَاذِرَهُ ۗ ﴿١٥﴾﴾ [القيامة: 14-15]، ويتم التفاعل

بين الإنسان وأحداث الحياة على أساس علمي محدد، وهو التقاط صورة ذهنية للحدث (تكوين فكرة عن الحدث) هذه الصورة الذهنية تنتقل إلى العقل لكي يعالجها معالجة فردية تتناسب مع صورته الذهنية الأخرى، ويستطيع الإنسان أن يعدل ويبدل في تلك الصورة الذهنية الملتقطة التي ليس لها علاقة بالحدث الخارجي إلا في حالة الالتقاط الأولى، فإن علم الإنسان هذه القاعدة فقد تعلم كيف يتخذ قراره، ويعرف استقراره بحسب تصوراته الخاصة به، إذن المعادلة بسيطة، حدث وإنسان وتفاعل بينهما، كيف يتم التفاعل لمصلحة الإنسان حتى يكون الإنسان على بصيرة؟

مقياس الانعصاب الناتج عن أحداث الحياة

وحدات الانعصاب	أحداث الحياة
100	وفاة القرين (الزوج أو الزوجة)
73	الطلاق
65	الانفصال
63	السجن
63	وفاة عضو مهم في الأسرة
47	الزواج
45	إطلاق الرصاص عليه
45	عدم التوافق في الزواج

وحدات الانعصاب	أحداث الحياة
40	التقاعد
39	الحمل
39	المشكلات الجنسية
38	عضو جديد في الأسرة
37	تغير الموارد المالية
36	وفاة صديق حميم
36	الانتقال إلى نوع جديد من العمل
29	التغيير في مسؤوليات العمل
29	المشكلات مع أقارب الزوج
28	إنجاز رائع
26	بدء عمل الزوجة أو توقفها عن العمل
26	بدء المدرسة أو الانتهاء منها
23	المشكلات مع الرئيس
20	تغير ظروف العمل
20	الانتقال إلى مسكن جديد
20	تغير المدارس

وحدات الانعصاب	أحداث الحياة
18	تغير الأنشطة الاجتماعية
13	العطلات
12	إجازات رأس السنة
11	حرق القانون بدرجة بسيطة

الانفصال والفقْد والتغير Separation Loss & Change

قام كل من هولمز، وراهي Holmes & Rahi بسلسلة بحوث عن أحداث الحياة وتغيراتها المسببة للانعصاب والعلاقة بين هذه الخبرات والصحة، وحددا الخبرات المهمة في الحياة، ووضعاً مقياساً للانعصاب Stress الناتج عن هذه الأحداث، ويرتبط الاكتئاب عادة بأحداث الحياة العصبية وكثيراً ما تسببه.

ومن الغريب أن الاكتئاب قد يحدث استجابة للنجاح، ويحدث استجابة للصدّات وخبرات الفشل.

ويؤكد كل من المنظور الدينامي والتعلم دور الخبرات السابقة، فقد ركزت البحوث في هذا الميدان على العلاقة بين الاكتئاب أو أي اضطرابات أخرى والفقْد في أثناء الطفولة المبكرة، ويرى أنصار المنظور الدينامي أن الفقْد أو الانعصاب يمكن أن يجعل الشخص أكثر حساسية للاكتئاب في السنين المتأخرة من العمر، فقد يجد الطفل الذي فقْد أحد والديه في سن

مبكرة أن مشاعر اليأس التي عاناها تستعيد أنشطتها ثانية عندما يموت قريب آخر.

ويبدو أن الانفصال عن الأم يمكن أن يكون له تأثير مباشر وعميق في الأبناء، وقد درس الحرمان الانفعالي المبكر لدى الأدميين، وكانت أشهر دراسات تلك التي قام بها رينيه سبيتز Spitz عام 1946 حيث لاحظ استجابات الأطفال المنفصلين عن أمهاتهم فيما بين سني السادسة والثاني عشر شهرًا، وكشف هؤلاء الأطفال تمامًا عما يسمى الاكتئاب الاتكالي Anaclitic depression فكانوا يبكون باستمرار، وأظهروا مشاعر الخشية والانسحاب والذهول وعدم القدرة على النوم وفقد الوزن وتأخر النمو.

الاضطرابات العصابية Neurotic Disorders

تلك التي لم يتسبب في ظهورها المنشأ العضوي وخاصة علة مرضية إضافة إلى غياب خلل بالإدراك مثل الهلاوس والتوهمات مهما كانت هذه الاضطرابات شديدة الدرجة، وتضم الاضطرابات العصابية الاضطرابات النفسية الآتية ضمن هذا المفهوم:

1. القلق Anxiety.

2. التصدعية Dissociation.

3. الوسواسية Obsessions.

(المصطلح Neurosis العصاب) لا يستعمل حاليًا بوصفه مبدأ تنظيميًا في أنظمة التصنيف الحديث، وعلى ما يبدو أخذ يفقد

قيمه لأفضلية التركيز على المزايا الفردية الخاصة لاضطرابات العصاب أكثر من خصائصها العامة والمشاركة، مع العلم أنه ما زال يحتفظ بمكانته في التصنيف العالمي ضمن مجموعة واسعة تضم الاضطرابات ذات العلاقة بالكرب والاضطرابات شبه الجسدية، مثل .Neurotic, stress-related and somatoform disorders

الفروق بين نظامي التشخيص

- يصنف DSM-4 اضطرابات الوسواس القهري ضمن اضطرابات القلق.
- يصنف ICD-10 اضطرابات الوسواس القهري بشكل مستقل منفصل.
- يصنف DSM-4 اضطرابات تجريد الشخصية ضمن أنواع الاضطرابات التصدعية.
- يصنف ICD-10 اضطرابات تجريد شخصية ضمن أنواع الاضطرابات التصدعية.
- يصف DSM-4 اضطرابات الكرب الحاد، والاضطراب الكربي التالي للرضة ضمن اضطرابات القلق.
- يصف ICD-10 اضطراب الكرب الحاد والاضطراب الكربي التالي للرضة ضمن اضطرابات القلق.

نوعية الحياة (Q.O.L) Quality of life

ويُعدّ مفهوم نوعية الحياة من أدوات العمل المهمة في حقل علم الاجتماع اليوم بعد تراجع مفاهيم الطبقة والتنمية (بمفهومها الاقتصادي خاصة) والنظر إلى تحسين نوعية الحياة بوصفها هدفاً للسياسات الاجتماعية، ونجد أن مفهوم نوعية الحياة يختلف اختلافاً كبيراً تبعاً للاستخدامات المتعددة له، ويعرف نوعية الحياة بأنها:

«ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس القيم المتدفقة، وبمؤشرات ذاتية تقيس قدر الإشباع الذي تحقق، ويعرف نوعية الحياة أيضاً من الناحية الاقتصادية بأنه يتمثل في أن تبقى لدى الفرد أكبر قدر من المال بعد إشباع الضرورات الأساسية، وأن يكون لديه الوقت الكافي مع قضاائه بطريقة مبهجة مع توافر مجال واسع من الاختيارات لطريقة الحياة.

ويعني بتحسين نوعية الحياة الحياة الجيدة أو الوفرة المادية التي تدل عليها بعض المظاهر مثل ملكية بعض المقتنيات كالأجهزة المنزلية والعربات والبيوت، وهي تتمثل أيضاً في الوقت والمال الزائد للاستمتاع بالعطلات والأنشطة الترفيهية ما جعلها إحدى رفاهيات المعيشة.

ويرى البعض أن نوعية الحياة تعني الأحوال الحسنة أو السيئة التي يشعر بها الفرد والتي تتوقف على مدى شعوره بإشباع حاجاته وإدراكه الذي يعبر عن تقويمه ومشاعره واتجاهاته واستجابته للحياة ككل.

ويرى الآخرون أن المفهوم الجيد لنوعية الحياة يشمل الأغراض والظروف والأوضاع الكيفية لمستوى الأفراد والمجتمع اجتماعياً وصحياً واقتصادياً وموقف الأفراد وتقبلهم للبيئة الخارجية بمتغيراتها المختلفة، ومن ثم فإن نوعية الحياة تعني المؤشرات الكيفية والكمية بمدلولاتها للأوضاع والظروف الاجتماعية والصحية والاقتصادية، والتفاعل بين هذه الظروف وانعكاساتها على درجة إنتاجية الفرد ومشاركته الفاعلة ودرجة تقبل ورضا الأفراد والمجتمعات لهذه الظروف ودرجة إشباعها لتوقعاتهم وأهدافهم في الحياة.

ويوجد نوعان من المؤشرات لقياس تحسين الحياة، وهما:

1. المؤشر الموضوعي: ويعتمد المؤشر الموضوعي على رصد نوعية الحياة وقياس التغير فيها وقياس الاتجاهات أو مسارات التغير، سواء في نوعية الحياة ككل أو في كل جانب من جوانبها مثل الرعاية الصحية والتعليم والرعاية الاجتماعية.

2. المؤشر الذاتي: ويعتمد المؤشر الذاتي لرصد نوعية الحياة كما يدركها، ويستجيب لها الأفراد، وما يحققه من إشباعات ومن ثم مدى شعورهم بالرضا أو السعادة، وتختلف مقومات نوعية الحياة من فرد لآخر سواء كانت على الجانب النفسي أو العقلي أو الجسمي ومن مختلف النواحي الصحية أو الاقتصادية أو الاجتماعية.

وإننا نعني بنوعية الحياة في هذه الدراسة تنمية الإمكانات المعيشية في الجوانب الآتية: الجوانب النفسية، والجوانب الصحية، والجوانب الاجتماعية، والجوانب الاقتصادية.

تصنيف ردود الفعل للخبرة الضاغطة

تجدر الإشارة هنا إلى أنه ليس كل ردود الفعل هذه تُعدّ غير طبيعية.

الحزن Grief مثلاً هو رد فعل طبيعي لأحداث كرب كالحرمان بفقد عزيز، ولكن ضمن حدود معروفة بالفترة الزمنية والشدة حتى لا يتم الخلط واللبس بين هذه الحالات ونوبات الاكتئاب.

والأقلية من الناس ممن تكون ردود أفعالهم متطرفة لحد اعتبارها مرضية إلا أن الأغلب منهم لدى مواجهة ظرف كرب شديد الارتباك، والتملل، وعدم التركيز... وتتراوح شدتها من فرد لآخر لاختلافات فردية، تحكمها عوامل متعددة أفرزت هذا النوع من الاستجابة، إلا أنها تتلاشى به، ويعود الفرد لحالته السابقة تماماً كما في مجالات الطب الأخرى، كثيراً ما نجد أفراداً بنفس العلة المرضية، ولكن باستجابات مختلفة كمّاً ونوعاً، فتؤثر ردود الفعل المختلفة في استجابة المريض بعلاج معين، واستخدام المريض آلية دفاع كالإنكار Denial مثلاً يؤخر من اكتشاف العلة في وقتها ومن ثم ضعف النتيجة العلاجية تبعاً لذلك.

الحزن والاكتئاب لفظان بمعنى واحد، ولكن يختلفان في الشدة والفترة الزمنية.

الحزن: حزن فلان أي اغتمّ (الغم) على أمر دنيوي قد فات، والحزن هو صورة من صور المشاعر الإنسانية الفطرية، فهو عكس الفرح والسرور، قال تعالى: ﴿وَأَنْتَ هُوَ أَضْحَكٌ وَأَبْكِي﴾ [النجم: 43].

الاكتئاب: كأب؛ أي انكسرت نفسه من شدة الهم والغم، وتقول العرب:
اكتأب وجه الأرض؛ أي تغير، وضرب إلى السواد.

الخوف قد يعبر عنه بالهم، ولكن من أمر مستقبلي، وعليه فالحزن هو شعور أو استجابة عاطفية فطرية تتاب الفرد من مواجهته مصاعب الحياة الدنيا ومتاعبها، قال تعالى: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ﴾ [البعد: 4] ولا يستثني هذا الابتلاء أحدًا حتى الأنبياء عليهم السلام كما ورد بالقرآن الكريم، كحزن أم موسى، وحزن يعقوب على يوسف عليهما السلام، وحزن خير البشر صلى الله عليه وسلم على قومه حين لم يستجيبوا له قال تعالى: ﴿وَلَا يَحْزُنكَ الَّذِينَ يُسْكَرُونَ فِي الْكُفْرِ﴾ [آل عمران: 176] وكحزن أبي بكر رضي الله عنه في حادثة الهجرة: ﴿إِذْ يَقُولُ لِصَاحِبِهِ لَا تَحْزَنْ إِنَّ اللَّهَ مَعَنَا﴾ [التوبة: 40].

وهذه دعوة المؤمن الذي أمره كله خير لأن يجعل الفرح شكرًا، والحزن صبرًا العلمه ويقينه أن الصبر أجره مرتان: ﴿وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ﴾ [البقرة: 155] ولا ينبغي للإنسان أن يطيل النظر في حزنه على أمور كان أمر الله فيها قدرًا مقضيًا، ولا يقنط أبدًا من رحمة ربه جل وعلا، فالمؤمن هو من آمن بالقدر خيره وشره.

إن من طبيعة اللاوعي هو اقتحام نفسه في عمق الوعي، فيخل عليه توازنه، ومع أن هذا الافتراض غير صحيح فوجود اللاوعي بمعناه النفسي أو المادي هو ضرورة للتوازن النفسي في حياة الإنسان، فيقوم بالاحتفاظ ببعض التجارب لتسهيل عملية التفكير والإبقاء عليها لتعينه على تصريف حاجات دون عناء التفكير الواعي فيها.

إن عملية اضطراب التوازن بين الوعي واللاوعي في حياتنا العقلية هي مظهر واضح للأمراض العقلية والنفسية، وإن تكامل العمل بين هذين المجالين هو المظهر الواضح للتوازن النفسي.

الكبت Repression

إن الحاجة إلى الاستقرار والهدوء ضرورة لطبيعة الجهاز العصبي للإنسان، حيث إنه لا يستطيع تحمل الإثارة الدائمة الناتجة عن الصراع بين حاجاته والمثل والقيود الاجتماعية بما أنه لا يحتمل الفشل من عدم إرضاء الحاجات والمؤثرات القادمة من الداخل والخارج، فكان في حاجة إلى وسيلة أو آلية دفاعية تمكنه من إبعاد حالة الصراع هذه، إما من خلال نسيانها أو تحييدها بعيداً، وبذلك تبقى بعيدة من الوعي ما يجنب الفرد الشعور بالقلق لوبقيت ضمن حدود الوعي.

ومن هنا، فإن الكبت هو عملية عقلية يستخدمها الإنسان ليبعد عن إدراكه الواعي بتلك الرغبات والدوافع والحاجات التي لا تتوقف مع أنه الأعلى من يتم ومثل وتقاليده وأعراف، نافياً إياها إلى الدواعي، مع أنه مع هذه البداية تكون هذه العملية واعية وخاصة في مراحل الطفولة عندما يكون الطفل غير مؤهل نفسياً لتحقيق حاجاته البيولوجية عبر تجاربه المقاومة والنهي في مواجهة إشباع حاجاته إلا أنها تصبح فيما بعد عملية واعية تدريجياً وغير إرادية وتلقائية دون توجيه مقصود من الفرد مع العلم أنه يحتفظ بقدر من الوعي لطبيعة العوامل التي لا تتفق مع قيمه العليا،

فمعظم عمليات الكبت تتم على مستوى اللا وعي والخبرة اليسير منها في الوعي.

إن التجربة المكبوتة مع ما رافقتها من عواطف مختلفة سواء كانت على صورة ألم، خوف، غيظ، قلق، أو نفور، سميت العقدة النفسية Complex تبقى محتفظة بقوة تلك العاطفة على الرغم من كبتها في اللا وعي، وتبقى فعالة نشطة تحت ستار ظاهري من الهدوء، نتيجة لذلك تحدث تغيرات في خصال الشخصية ومظاهر السلوك العامة.

يرى علماء النفس التحليليون أن عملية الكبت هي الأساس الذي تبنى عليه العمليات النفسية المختلفة، ولهذا يعززون معظم المشكلات النفسية التي يعانيها الفرد لاحقاً إلى الكبت في مرحلة الطفولة مع أن عملية الكبت عملية مستمرة في جميع مراحل الحياة، وليست خاصة للطفولة فقط، والأهم في ذلك أنها تملك الأثر الواضح في سلوك الفرد في مراحل ما بعد الطفولة في تكوين معالم الشخصية.

لعملية الكبت الفضل الوقائي للمحافظة على التوازن النفسي للفرد من الداخل، والتوافق بينه وبين متطلبات المجتمع الخارج والإبقاء على التجارب المكبوتة مقيدة في اللا وعي حتى تكون وسيلة بناءة تتناسب مع متغيرات ومتطلبات الحياة النفسية السليمة؛ لأن ظهورها على مستوى الوعي يؤدي إلى حالة من القلق والاضطراب، إن محاولة عملية الكبت وحدها في إخماد الصراع والعقدة النفسية في اللا وعي قد تفشل أحياناً لعدم قدرتها، وعندها يلجأ الفرد إلى استخدام وسائل دفاعية أخرى لإبقاء حالة التوازن وإبعاد حالة الحصر النفسي الداخلي الناجم عن الصراع المكبوت، وتعدّ

هذه الوسائل الإضافية (الإحباط) آليات للتنفس Ventilation والتعبير عن بعض مظاهر الصراع بطريقة غير مباشرة وإعطاء رمز مقبول للربغبات المكبوتة، ويتم هذا بشكل تلقائي لا سيطرة للفرد عليه توجيهاً

إن هذه الوسائل حاضرة في حياة كل فرد تخدم غرضاً أو أكثر مما يأتي:

1. المحافظة على التوازن النفسي والهدوء العاطفي.
2. الوقاية من الشعور بالقلق وتوفير الشعور بالأمان.
3. تبديد شعور الحصر الناجم عن الصراعات النفسية المكبوتة.
4. تسهيل عملية إرضاء بعض الربغبات التي لا يقبلها الوعي على حالتها الحاضرة، ولكنه لا يمانع في إشباعها بشكل مستمر.
5. توفر حلاً وسطاً ومقبولاً بين الدوافع الملحة والمثل والقيود التي تمنع تحقيقها تساعد على الإبقاء على الصراعات النفسية مكبوتة في اللاوعي.



الحيل الدفاعية

Defence Mechanisms



إن الفرد إذا عجز عن مواجهة مشكلاته بصراحة، فإن ذلك يدفعه إلى أساليب من التكيف يقصد بها تخفيف حدة التوتر الناتج عن الإحباط. فالنفس البشرية يحكمها مبدأ الحياة الوجدانية، وهو البحث عن السعادة وتجنب الألم، فالأنا أحياناً يواجه خلال مراحل النمو بعض التوترات التي لا

يستطيع التعامل معها. فإن كلاً من الدفاعات والذكريات والأفكار والمشاعر يمكن أن تثير قلقاً زائداً، وتجبر الأنا على أن يدافع عن نفسه بطرق متطرفة.

وتتلخص أسباب استخدام الفرد لهذه الحيل الدفاعية (اللا شعورية) في تجنب الفرد حالات القلق في مواقف الحياة، وما يصاحبها من شعور بالإثم، والتقليل من الصراعات في داخله، وأيضاً لحماية ذاته من التهديد، وقد يلجأ لها لعدم قدرته على إرضاء دوافعه بطريقة سوية واقعية لأسباب كثيرة، كأن تكون المشكلة فوق احتمالها، أو تكون نتيجة دوافع لا شعورية لا يعرف مصدرها، أو تكون ناتجة عن ضعف أو قصور في تكوينه النفسي، وتتطور كل هذه الحيل الدفاعية نظراً لشدة ضعف الأنا لدى الطفل في مواجهة مطالب البيئة؛ لأنه يحتاج إلى المساعدة في تفادي المنبهات وخفض التوترات، ويُعدّ بعض استخداماتها أمراً سويّاً وعادياً تماماً، ومع ذلك فإذا استخدمت الحيل الدفاعية بشكل مسرف، فإنها يمكن أن تؤثر في النمو النفسي؛ لأنها تمنع الفرد في التعامل مع الموقف بطريقة واقعية، وإنها تبدد الطاقة التي يمكن أن تستخدم بفاعلية أكثر، وتصبح ضارة وخطرة أيضاً عندما تعمي الفرد عن رؤية عيوبه ومشكلاته الحقيقية، ولا تعينه على مواجهة المشكلة بصورة واقعية، وتميل الحيل الدفاعية إلى المداومة عندما لا يطور الأنا المقدرة على مواجهة المشكلات دونها.

فالحيلة الدفاعية Defence Mechanism: هي عملية لا شعورية ترمي إلى تخفيف التوتر النفسي المؤلم وحالات الضيق التي تنشأ عن استمرار حالة الإحباط مدة طويلة بسبب عجز المرء عن التغلب على العوائق التي تعترض إشباع دوافعه، وهي ذات أثر ضار عموماً، إذ إن اللجوء إليها لا

يُمْكِنُ الفرد من تحقيق التوافق، ويقلل من قدرته على حل مشكلاته، وهي من الحيل الدفاعية التي يلجأ إليها اللا شعور، ومن هذه الأساليب الحيل الدفاعية اللا شعورية التي يقوم بها الأنا، وهي عبارة عن عملية عقلية هدفها خفض القلق، وتشترك جميعها في خاصيتين:

1. أنها تعمل بطريقة لا شعورية.
2. أنها تتكرر الواقع، وتشوّهه، وتزيّفه.

تصنيف الحيل الدفاعية

يلجأ الإنسان إلى الحيل الدفاعية دون أن يشعر لدى إخفاقه في إقامة توافق بينه وبين نفسه أو بينه وبين بيئته الاجتماعية، ويترتب على هذا الإخفاق قلق أو صراع، ويضطر الفرد إلى تخفيف القلق بطرق شتى، ويكون ذلك بالحيل الدفاعية (لأنها محاولة لدفع القلق) وهي عملية لا شعورية ولا توافقية، وتصنف إلى ثلاثة أنواع كما يأتي:

1. خدائية: كالكبت، التبرير، الإسقاط، التكوين العكسي، العزل.
2. حيل هروبية: كأحلام اليقظة، النكوص.
3. حيل استبدالية: كالتعويض، والتحويل، والتوحد.

وتوجد أنواع كثيرة جداً من الحيل الدفاعية، وهي:

- الكبت - الإزاحة - النكوص - التبرير - التسامي والإعلاء - الإسقاط
- التكوين العكسي - التثبيت - التوحد (التقمص) - النقل - التحويل -
- التعويض - الإنكار - التخيل - الإبدال - السلبية - الانسحاب - العدوان
- التعميم - الرمزية - المثالية.

1. الكبت Repression: الكبت هو استبعاد مادة ما مثيرة للقلق كالذواضع والانفعالات والأفكار الشعورية المؤلمة والمخيفة والمخزية، وطردها إلى حيز اللا شعور. فالكبت يمثل الوسيلة التي يتقي بها الإنسان إدراك نوازعه ودوافعه التي يفضل إنكارها، ويلجأ الفرد إلى الكبت ليبقى بعيداً عن الشعور ومن ثم ينخفض القلق الذي من الممكن أن يلحق بالذات، إلا أن عملية الاستبعاد هذه لا تنفي وجود الدافع الذي وصل إلى اللا شعور، بمعنى أن الفكرة لم تمت، وإنما تم الاحتفاظ بها وبقوتها، ومن ثم تبدأ في التعبير عن نفسها في صورة الأحلام أو أخطاء اللسان وزلاته أو الشعور بالضيق والإحساس بالذنب.

ويستمر الصراع بين الدوافع المكبوتة والذات حتى يبلغ درجة من الوضوح، ما يضطر الذات إلى استخدام أساليب دفاعية أخرى تساعد الدوافع على التعبير عن نفسها بصورة مقنعة تشوّه في هذا الواقع، وذلك لإبعاد الذات عن الإحساس بالهزيمة والضعف.

ويختلف الكبت عن قمع الإنسان لنواذعه في أنه في عملية القمع يضبط الفرد نفسه، ويحبسها، أو يمنعها عما تشتهي، وتدفع إليه من الأمور المحرمة أو غير المرغوبة من قبل الجماعة. وفي الوقت نفسه يكون الإنسان على علم بهذه النواذع، ويعمل جاهداً على أن يحول بينها وبين ظهورها أمام الناس.

فالكبت هو العملية الدفاعية الأساسية اللا شعورية الأولى، فالأفكار التي تؤدي للقلق يتم عزلها عن الإدراك الواعي الشعوري، فهو ليس برفض أو إنكار من قبل الفرد لأن يتذكر الواقعة، إنما نجد أن الفكرة أو الواقعة

تستبعد من الشعور بواسطة قوى لا شعورية لا سلطان للفرد عليها، حيث إن الفرد الذي كان يتذكر الفكرة أو الواقعة في وقت ما أصبح لا يتذكرها حتى إن الأسئلة المباشرة لا يمكن أن تعيدها إلى إدراكه الواعي.

2. الإسقاط Projection: الإسقاط هو أن ينسب الشخص إلى غيره من الناس دفاعاته غير المقبولة، ويعزو إليهم رغباته الكريهة وعيوبه، ويلحق بهم أفكاره التي تسبب له الألم، وتثير لديه مشاعر الذنب.

فالإسقاط هو أن تعزو غير المقبول من الأفكار والأفعال إلى شخص آخر على حين أن هذه الأفكار أو الأفعال إنما ترجع إليك بالحقيقة، فمثلاً كثيراً ما نسمع طفلاً يقول: «ماما، منى إلي بترمي الأغراض على الأرض مش أنا!».

وهذه أكثر الأمثلة شيوعاً عند الأطفال، فنجد أن الطفل يضع دائماً السلوك المرفوض من قبل الوالدين على شخص آخر؛ خوفاً من ألا يحظى بحبهما.

3. التكوين العكسي Reaction Formation: التكوين العكسي هو حيلة يبدي فيها الشخص أحاسيس مغايرة لمشاعره الحقيقية. معظمنا قد يعرف شخصاً، ونعرف أنه يكرهنا، ولكن دائماً يتصرف وكأنه أحد أفضل أصدقائنا. ذلك هو التكوين العكسي.

مع هذه الحيلة الدفاعية يخفي الشخص الدافع الحقيقي عن النفس، إما بالقمع أو بكبته، ويساعد هذا الميكانيزم الفرد كثيراً على تجنب القلق والابتعاد عن مصادر الضغط فضلاً على الابتعاد عن المواجهة الفعلية،

فإنه قد يظهر سلوكًا، لكنه يخفي السلوك الحقيقي، فإظهار سلوك المودة والمحبة المبالغ فيهما، قد يكون تكوينًا عكسيًا لحالة العدوان الكامن الذي يمتلكه الفرد في داخله، وعادة يتشكل هذا المفهوم ضمن سمات الشخصية ومكوناتها.

نستطيع ملاحظة التكوين العكسي في تعامل الأطفال في بعض المجتمعات عندما يلعب طفل مع طفلة، وينجذب لها، وتتكون لديه مشاعر حب لهذه الطفلة، وأن يلعب معها، ولكن يخاف ان يذكر ذلك لطفل آخر صديق؛ خوفًا من التهكم والسخرية أو الإهانة. فيبدأ هذا الطفل في معاملة الطفلة بشكل عدواني، وكأنها سبب في مشكلات الكون، وربما أيضًا يقنع نفسه بأنه فعلاً يكرهها، ومع عدم اختفاء الضغوط إذا لم يتم البوح بالمشاعر تظل المشاعر الحقيقية حبيسة، ولهذا إذا لم تحل مسألة التكوين العكسي فربما تكون خطرة على الشخص المستخدم لهذه الحيلة.

فالتكوين العكسي يستخدم عندما لا يريد الشخص الاعتراف بالحقيقة، وهي التعبير عن الدوافع المستنكرة في شكل معاكس. فإذا كان الفرد يشعر بكرهية لشخص ما، فقد يظهر مشاعر الود والحب تجاه هذا الشخص، وعادة ما ترجع أشكال متطرفة من السلوك إلى التكوين العكسي.

4. النكوص Regression: النكوص يلجأ فيه الفرد إلى الرجوع أو النكوص أو التقهقر إلى مرحلة سابقة من مراحل العمر وممارسة السلوك الذي كان يمارسه في تلك المرحلة؛ لأن هذا السلوك كان يحقق له النجاح في تلك المرحلة العمرية. سلوك كان مريحًا وممتعًا ويشعره بالأمان في تلك الفترة.

وأبرز الأمثلة على ذلك لجوء البعض إلى البكاء للحصول على شيء أو لجلب الانتباه أو عند الشعور بأن مشاعر المحبة لهم تواجه تهديداً أو للتخلص من موقف يسبب لهم القلق ولولفترة هرباً من الضغوط المحيطة به أو للتخفيف عما يعاينيه من نكسات نفسية.

فيلجأ لتذكر ماضيه المليء بالأمان، وذلك لعلاقة النكوص القوية بالحاجة إلى الأمان. وأكثر ما تجد هذا النوع من الحيل الدفاعية عند الأطفال الذين قد يرجعون إلى الرضاعة على الرغم من أنهم فطموا منها منذ وقت طويل أو التبول اللاإرادي على الرغم من قدرتهم على التحكم في ذلك، فمن الممكن أن يعود الطفل إلى سلوك كان شائعاً في مرحلة سابقة من نموه، وعادة ما يظهر عند قدوم مولود جديد على الأسرة. والبالغون أيضاً قد يلجؤون إلى هذه الحيلة بعد خروجهم من تجارب قاسية أو قوية مثلاً بأن يعود إلى رضاعة إبهامه أو فتاة تعود إلى اللعب بالدمى أو المرأة التي تصل للعمل متأخرة، وعندما يراها المسؤول لا شعورياً تجهش بالبكاء.

وقد يثبت الشخص على المرحلة التي انتكص إليها كأثر سلبي، ويفقد القدرة على تحقيق التوافق السوي. وعادة ما يحدث النكوص لدى المرضى الذهانيين، وقد أثبتت الدراسات النفسية أن النكوص استجابة شائعة للإحباط، فالنكوص عودة إلى المراحل السابقة من العمر من خلال التصرفات والسلوكيات التي تميز تلك المرحلة السابقة؛ وذلك لتحقيق النتائج نفسها التي كان يحققها الفرد في تلك المرحلة.

5. التقمص Identification: حيلة دفاعية يقوم الشخص خلالها بالتقمص اللا شعوري لأفكار وقيم ومشاعر شخص آخر لتحقيق رغبات

لا يستطيع تحقيقها، حيث يربط فيها الشخص الصفات المحببة إليه والجدابة الموجودة لدى الآخرين بنفسه أو يدمج نفسه في شخصية فرد آخر حقق أهدافاً يشاقق هو إليها بنفسه وللشعور بالرضا الذاتي.

فالطفل قد يتمص شخصية والده؛ أي يتوحد بهذه الشخصية وبقيماها وسلوكها. والطالب قد يتوحد مع المعلم أو مثلاً الطفلة قد تطلب من والدتها شراء أحذية مشابهة لأحذية إحدى زميلاتاها، وترفض فكرة أنها تريد تقليد الفتاة الأخرى، وتصر على أن هذه هي الأحذية الأنسب لها التي تحلم دائماً بالحصول عليها. والتمص في شكله البسيط يكون ذا أثر مهم في نمو الذات وفي تكوين الشخصية.

ويختلف التوحد عن المحاكاة أو التقليد، حيث يكون الأول (التوحد): عملية لا شعورية في حين الثاني (المحاكاة أو التقليد): عملية شعورية واعية.

إن عملية التوحد تخدم أغراضاً كثيرة، وتعدّ وسيلة لتحقيق الرغبات التي لا يستطيعها الفرد نفسه، فيقتنع بتحقيقها في حياة الغير، ويرضاها لنفسه كأنه قام بها، والكثير من مظاهر التوحد وتعلق الفرد بغيره، ما هي إلا حالات تدل على بعض نزعات العطف الاجتماعي والتحمس بمشكلات الآخرين التي ترد إلى توحد الفرد بغيره ومقدرته على أن يضع نفسه مكان الآخرين في ظروفهم، ويكثر استخدام هذه الحيلة الدفاعية لدى الشخصيات التي تتسم بالأنماط العقلية كالشخصية الفصامية أو البرانونية أو الشخصية المهووسة.

وهي أنماط من الشخصيات ليست مرضية، وإنما نمط سلوكها وتكوينها الشخصي بهذا النوع. والشعور بالنقص قد يكون دافعاً قوياً للتمصص الذي يبدو واضحاً بشكل كبير لدى الذهانين، وخاصة المصابين بجنون العظمة، فيظن أحدهم مثلاً أنه قائد عظيم، فيرتدي الملابس العسكرية، ويمشي كالعسكريين، ويتصرف مثلهم، فالتمصص هو أن يجمع الفرد ويستعير وينسب إلى نفسه ما في غيره من صفات مرغوبة، ويشكل نفسه على غرار شخص آخر يتحلى بهذه الصفات.

6. التسامي Sublimation: التسامي والإعلاء هو حيلة دفاعية يلجأ إليها الفرد لخفض التوتر والقلق. وهي من أهم الحيل وأفضلها، والأكثر انتشاراً، ويدل استخدامها على الصحة النفسية العالية.

حيث يلجأ إليها الإنسان للتعبير عن الدوافع غير المرغوبة من قبل المجتمع بصورة تجعلها أمراً محبباً ومرغوباً يحوز على إثرها كل تقدير واحترام، فبواسطتها يستطيع الإنسان أن يرتفع بالسلوك العدواني المكبوت إلى فعل آخر مقبول اجتماعياً وشخصياً، فمثلاً النتاجات الفكرية والأدبية والشعرية والفنية ما هي إلا مظاهر لأفعال تم التسامي بها وإعلاؤها من دوافع ورغبات داخلية مكبوتة في النفس إلى أعمال مقبولة، وتجد الرضا من أفراد المجتمع.

ويُعدّ التسامي من الحيل الدفاعية الراقية التي تجعل الفرد يحقق أكثر قدر من الاحترام والتقدير ومن ثم خفض مستوى القلق إلى أدنى حد ممكن.

مثال على ذلك المرأة التي تكون مطالبة بعمل ريجيم، فتظهر اهتماماً بالرسم، وترسم كثيراً من اللوحات الفنية الجميلة، وقد يكون في معظمها رسوم للفواكه، أو كالذي لا يشعر بالرضا عن حياته الزوجية، فيشغل نفسه بالتصليحات والإضافات في منزله ما يعني أنه لا وقت لديه للعلاقات الاجتماعية.

ويُعدّ الدين أعلى درجة من التسامي، حيث يستطيع الإنسان مواجهة الضغوط والوساوس والأفعال التسلطية المسيطرة عليه، التي لا يمكن مواجهتها بالتسامي من خلال التمسك بالدين الذي يعني بالنسبة إلى تلك الحالات الإغلاء الناجح، وهو يتيح الطريق للتخلص من أحاسيس ومشاعر الإثم من خلال أداء الصلاة والتكفير عن الذنوب بدلاً من الطقوس عديمة المعنى.

إن هذه الحيلة الدفاعية تخفف من شدة الصراعات والتوتر الداخلي لدى الإنسان من خلال تحويل تلك الأفكار والصراعات إلى مجالات مفيدة وسليمة ومقبولة اجتماعياً، وتمكن الفرد من الإبقاء على هذه الصراعات مكبوتة وبعيدة عن الوعي، فالتسامي هو الارتفاع بالدوافع التي لا يقبلها المجتمع وتضعيدها إلى مستوى أعلى أو أسمى والتعبير عنها بوسائل مقبولة اجتماعياً.

7. الإنكار Denial: الإنكار هو إنكار الأشياء التي تسبب قلقاً أو إنكار كل ما يهدد الذات وإبعاده عن دائرة الوعي، وقد يكون الإنكار خيالياً في بعض الأحيان يحاول به الفرد بناء أوهام قائمة على إنكار الواقع، ومن ثم التصرف في ضوء هذه الأوهام الذاتية بغض النظر عن مدى

تتناقضها مع الواقع، مثل رفض الطفل لموت والده أو والدته والعيش في وهم بتصوره أنها سافرت، وسوف تعود عمّا قريب، وذلك لعدم قدرته على مفارقتها، والإنكار يختلف عن الكبت، فالكبت يحدث عندما يحاول الدافع الغريزي أن يكون شعورياً أو يعبر عن نفسه في حالة شعور، بينما الإنكار يجعل الشخص جاهلاً بحادث معين، ولكن لا يمنعه من التعبير عن دوافعه الغريزية ومشاعره، وقد يؤثر الإنكار بشكل سيئ في الشخص إذا لم يتم استبداله بالتقبل.

مثل إنكار مدمني المخدرات والكحول لحقيقة مشكلتهم، وأنهم يستطيعون السيطرة إلى أن يتفاهم الوضع، ويصل إلى مرحلة سيئة، فالإنكار هو عملية وثيقة الصلة بالكبت إلا أنها أكثر بدائية، فهنا الفرد يدرك الفكرة أو الواقعة، ولكنه ينكر حدوثها تماماً، ويصر على عدم صحتها.

8. الإزاحة Displacement: الإزاحة هي إعادة توجيه الانفعالات المحبوسة نحو أشخاص أو موضوعات أو أفكار غير الأشخاص أو الموضوعات الأصلية التي سببت الانفعالات، والإزاحة عن الطفل فيها يستجيب للانفعال بالشكل الصحيح، ولكن في الوقت نفسه لا ينسبه للمصدر مثل خوف الطفل من والده قد يكون مؤملاً جداً للطفل إلى حد ألا يعترف به، ولكن بسبب هذا الخوف نراه ينسب الخوف إلى بديل رمزي مقبول عن والده كأن ينسب إحساس خوفه وقلقه إلى الظلام، أو المكنتسة، أو لون معين كالأسود، وغيرها.

فالإزاحة هي توجيه الانفعالات الشديدة نحو أشخاص آخرين غير الأشخاص الحقيقيين الخاصين بالمشكلة أو المثير القائم ضد الفرد القائم بالإزاحة.

9. التبرير Rationalization: التبرير هو أسلوب دفاعي هروبي يلجأ إليه الفرد السوي واللاسوي، يتضح عند قيام الفرد بسلوك لا يقترن بالنجاح ومحاولته لتعليل الفشل؛ بغية حماية ذاته من النقد.

ويلجأ إلى هذه الأساليب أيضاً في بعض الأحيان عند قيامه بأفعال لا يرتضيها المجتمع، ويكون ذلك تجنباً للاعتراف بالأسباب الحقيقية الدافعة للفشل أو لارتكاب الفعل غير المرغوب فيه من قبل المجتمع. ويتم هذا التبرير رغبة من الفرد في أن تكون تصرفاته معقولة، وأن تقوم على أساس من الدوافع المقبولة.

ولذا، فإنه حين يخرج في تصرفاته عن الحد المعقول، ويصدر سلوكه عن بعض الدوافع التي لا يرضيه أن يقرّ بها أو يعترف بنسبتها إليه، يلجأ إلى تفسير سلوكه تفسيراً يبين به لنفسه وللناس أن سلوكه منطقي ومعقول ولا غبار عليه، وأن الدافع إليه ليس أكثر من مجموعة من الدوافع المقبولة التي يقرها المجتمع.

والتبرير عملية لا شعورية يقنع فيها الفرد نفسه بأن سلوكه لم يخرج عما ارتضاه لنفسه من قيم ومعايير، ويقصد الفرد من وراء مثل هذا السلوك:

أ. الدفاع عن الذات والحفاظ على احترامها.

ب. التخفيف من حدة الإحباط بالنسبة إلى الأهداف التي تعذر عليه تحقيقها.

ولعل أوضح الأمثلة على ذلك هو لجوء الطفل إلى تبرير تأخره المتكرر عن المدرسة بأن والدته لم توقظه في الوقت المطلوب، أو أن المنبه لم يعمل بالشكل المطلوب.

وعند التبرير تسمع كلمات مثل «بسبب المجتمع، العالم، التربية، أصدقاء السوء... إلخ»، فالتبرير حيلة دفاعية نعتمد عليها كلنا لا الأطفال وحدهم، وهنا نوجد أسباباً مقبولة اجتماعياً لسلوكنا وخصائصنا عندما لا يكون السبب الحقيقي مقبولاً، بحيث إننا لو أتحننا له الدخول إلى وعينا وإدراكنا الشعوري لأدى إلى الشعور بالقلق والتوتر المؤلم.

ومثال ذلك: الطفل شديد الخجل الذي يبرر فشله في التفاعل الاجتماعي في المدرسة وعدم وجود أصدقاء له بأن يقول: إن جميع الطلاب على مستوى خلقي وضع، وهو لا يحب أن يكون مثلهم إنما هو يبرر خجله، ولكن بطريقة لا تمسه.

10. التحويل Conversion: التحويل هو تحويل المحتوى العاطفي من حالة أو فرد أو فكرة إلى آخر. مثلاً: شاب تتخلى عنه خطيبته، فيجد خطيبة أخرى بشكل سريع، ويحمل لها المشاعر السابقة نفسها.

أو آخر يفضبه رئيسه أو زميله في العمل، فيكتم غضبه، ولاحقاً بعد عودته إلى منزله يقوم بمعاذرة أحد أبنائه لتصرف يكون مقبولاً عادة أو من الممكن تحمله أو التغاضي عنه، يعبر عن ذلك أحدهم بقول: «أنا أحب ما أملك يماثل أنا أملك ما أحب».

وعادة تحويل الغضب حيلة دفاعية منتشرة يكررها الشخص الذي يمارسها، ويعتاد على ذلك، وقد تحدث تشتتاً خطيراً في حياته، والتحويل من الحيل الدفاعية التي تجري على مستوى العقل الباطن لدى الإنسان للتفيس عن المشاعر السلبية شديدة الإيلام له نتيجة لتعرضه لبعض الضغوط القاسية.

فإذا كان مصدر هذا الإيلام شخصاً أو سلطة لها مكانة تحول دون أن يعبر المرء بحرية في مواجهتها عما يضيق به الصدر تجاهها يلجأ الى البحث عن بديل يوجه إليه هذا الغضب المتأجج داخله الذي لا يستطيع توجيهه إلى مصدره الأصلي تهيّباً له أو خوفاً منه أو عجزاً عن مواجهته، ويمهد الإنسان لهذا التحويل الذي يتم داخله بغير وعي منه باختيار البديل الذي تتجه إليه سورة الغضب.

وإن تسمح العلاقة معه باففعال بعض المشكلات التي تضي على الخلاف معه بعض المشروعية أو المنطقية، ويمهد المرء لعملية التحويل أو التبديل هذه باختلاق المشكلات مع الطرف الذي اختاره العقل الباطن لتوجيه مسار الغضب إليه، وقد يسترجع بعض الخلافات القديمة معه أو التحفظات السابقة له، ثم يتعلل بأول ذريعة، ويطلق حمم غضبه المكتوم في وجهه ودون أن يعي أنه ليس سوى بديل لمصدر غضبه الحقيقي الذي استوجب هذه الثورة العارمة.

وبهذه الحيلة النفسية الدفاعية يفسر علماء النفس انفجار الزوج المقهور في عمله أو حياته العملية مثلاً، فيوبخ زوجته لأتفه الأسباب كلما تراكم الغضب المكتوم داخله، أو تعرض لقهر جديد من رؤسائه، وعجز عن

التنفيس عن مشاعره في مواجهتهم، ويفسرون بها كذلك كثرة الخلافات التي تقع بين بعض الأزواج والزوجات كلما تزايدت عليهم الضغوط الخارجية أو قست عليهم ظروف الحياة، فيتخذ كل منهم من الآخر مجالاً للتنفيس عن الغضب المتأجج داخله بدلاً من أن يتساندا في مواجهة الظروف القاسية، ويخفف كل منهما عن الآخر بعض آلامه.

فالتحويل هو تحويل الصراعات الانفعالية أو الدوافع المكبوتة وتعبيرها عن نفسها خارجياً من خلال العمليات الحسية والحركية أو العمليات الفسيولوجية.

11. التعويض Compensation: التعويض هو حيلة دفاعية يلجأ إليها الفرد عندما يعاني بعض مشاعر النقص والقصور والحرمان في إحدى النواحي الحياتية، وذلك من أجل التغلب على الشعور بالدونية والوصول بالذات إلى الشعور بالتقدير وتخفيف درجة القلق.

ومثال ذلك ما يقوم به الفاشل دراسياً من محاولات متكررة من أجل التفوق في مجال آخر غير التحصيل الدراسي كالمهارات المهنية مثلاً، فيتغلب بذلك على شعوره ذاته بالقصور أو النقص في الجانب التحصيلي أو الذي يعتقد أن شكله قبيح، ولن يلقي القبول، فيلجأ إلى الغناء والشعر أو العزف ليحصل على ذلك القبول، أو الذي لا يستطيع أن يؤدي دوره بالشكل المطلوب في عائلته، فيقوم بدور آخر، ويحاول أن يبرع فيه لتعويض دوره الأساسي.

فالتعويض هو محاولة الفرد النجاح في ميدان لتعويض فشله أو عجزه الحقيقي أو المتخيل في ميدان آخر مما أشعره بالنقص.

12. الخيال أو التخيل Fantasy: التخيل أو الخيال هو جزء مهم من الحياة العقلية للإنسان، ويصدر الخيال من العمليات العقلية المعرفية المتمثلة في الإدراك، والتفكير، والتذكر، والانتباه، والنسيان... إلخ، وهو ينتمي إلى مجال التفكير حصراً.

ففي الخيال يستطيع الفرد أن يتجنب الشد والضغط الواقع عليه من البيئة الخارجية، ويؤدي إلى تخفيض توتر بعض الدوافع من خلال تبديدها.

إن الخيال يخفف عن الإنسان الكثير من الضغوط الواقعة عليه، ومن الممكن أن يصوغ الإنسان كثيراً من السيناريوهات في عقله، وبها يجد الكثير من الحلول إذا ما استخدمت استخداماً أمثل في الوصول إلى نتائج تحقق الراحة النفسية، ولكن تصبح حالة مرضية باستمرارها وتحويل الواقع إلى أحلام يقظة وتخيلات، لذلك لا بد أن تخضع إلى ضوابط ومحددات لعملها، ولا سيما أنها مكون أساسي في حياة الإنسان طفلاً أو راشداً، سليماً كان أو مريضاً، مستيقظاً كان أو حالماً في أثناء نومه.

وتخدم هذه العملية عمليات عقلية أخرى في إعانة الفرد على تحمل صراعاته النفسية والإبقاء عليها مقيدة، بحيث لا تطفى على الوعي، ولا تؤدي إلى انهيار التوازن النفسي الداخلي للفرد.

فالتخيل أو الخيال هو الرجوع إلى عالم الخيال لتحقيق ما عجز عن تحقيقه في الواقع، (استخدام أحلام اليقظة).

13. التثبيت Fixation: التثبيت هو توقف نمو الشخصية عند مرحلة من النضج لا يتعدها عندما تكون مرحلة النمو المقبلة بمنزلة تهديد خطير، ومن مظاهر التثبيت السلوك الانفعالي الطفلي الذي يصدر عن شاب. فعندما ينتقل الفرد من مرحلة نمو إلى مرحلة أخرى يواجه مواقف محبطة ومثيرة للقلق تعوق استمرار نموه بصفة مؤقتة على الأقل، ويثبت على مرحلة معينة من مراحل نموه، ويخاف الانتقال منها، ويتخلى عن شرط سلوكي معين على إشباع حاجاته؛ لعدم تأكده من السلوك، هل يستحق الإشباع أم لا؟ فالتثبيت هو توقف نمو الشخصية عند مرحلة من النضج لا يتعدها.

14. الانسحاب Withdrawal: الانسحاب من الأساليب الدفاعية المنتشرة جدًّا بين الأطفال في سن ما قبل المدرسة، وهو التجنب المباشر للناس أو مواقف التهديد.

مثلاً ابتعاد الأطفال عن اللعب الكهربائية الموجودة في الحدائق ورفضهم اللعب فيها على الرغم من أنها من الألعاب التي يحبونها في المنزل قد يُعزى ذلك لكونهم يشكّون في قدرتهم على استخدامها استخداماً ناجحاً، فينسحبون.

ولكن هذا الأسلوب الدفاعي واستخدامه عند الأطفال قد يؤثر في نموه وتطوره؛ لأن الميل للانسحاب يزداد قوة في كل مرة يمارس فيها الطفل هذا الأسلوب، ومن هنا تفرض الطفل التعامل مع المواقف الصعبة التي تحتاج إلى التفكير والتفحص قد يؤدي إلى خوف الطفل من كل المشكلات، ومن ثم لا يتعلم أن يتناول الأزمات التي سيمر فيها بمراحل نموه.

ومن هنا علينا أن نمنع أطفالنا من استخدام هذا الأسلوب، بل ندفعهم لأن يواجهوا مثل هذه المواقف الصعبة بالرفق واللين وبالتدخل غير المباشر في تفسير الموقف للطفل ما يجعله يألف الأمر، فلا يهابه، فالانسحاب هو الهروب والابتعاد عن عوائق إشباع الحاجات والدوافع وعن مصادر التوتر والقلق وعن مواقف الإحباط والصبر الشديد.

15. التعميم Generalization: التعميم هو الحيلة التي يعمّم بها الإنسان خبرته من تجربة سيئة على سائر التجارب المشابهة أو القريبة منها، وهو حيلة لخفض التوتر تحاول أن تجنّب الإنسان الآلام التي عاناها من تجربته الأولى باجتناّب كل المؤثرات المشابهة لها. وقد عبر عن هذه الحيلة المثل القائل «إللي انقرص من الحية يخاف من ذيلها» و«إللي انقرص من الثعبان يخاف من الحبل».

وفي التعميم يتم إبداله مؤثراً مكان آخر، ويعمل التعميم بصورة متواترة في زمن الطفولة، ثم يقل تأثيره مع مرور الزمن. فالتعميم هو تعميم خبرة أو تجربة معينة على باقي التجارب والخبرات المتشابهة أو القريبة منها.

16. الرمزية Symbolization: الرمزية هي الحيلة التي يعتبر فيها الإنسان المؤثر الذي لا يحمل أي معنى عاطفي رمزاً لفكرة أو اتجاه لا شعوري مشحون بالعواطف.

وعادة ما يكون الرمز موجوداً في البيئة، ويمثل لدى الإنسان ما اختبأ من عواطفه ومشاعره.

فقد يقتصر اهتمام شاب على ملابس السيدات رمزاً لعاطفة لم يسمح لها بالتعبير، وهي ميله نحو الجنس الآخر، وهذا سبيل لخفض التوتر على الرغم من أنه غير كافٍ. فالرمزية هي اعتبار مشير لا يحمل أي معنى انفعالي رمزاً لفكرة أو اتجاه مشحون انفعالياً.

17. التعويض Compensation: محاولة الشخص للتعويض عن نقص يشعر به، وليس مهماً فيما إذا كان هذا النقص فعلياً أو وهمياً، جسدياً، أو نفسياً أو مادياً. فيسعى محاولاً للارتقاء إلى المستوى المنشود بطريقة لا واعية، وتدلل هذه المحاولة على حاجته الكامنة للاهتمام والحب والعطف من الآخرين. وقد يأتي هذا التعويض بطريقة بناءة وإيجابية، يرفع من مكانته ومركزه الاجتماعي، وفي بعض الأحيان يتجه للسلبية، فتظهر أعراض سلوكية نفسية مرضية مختلفة، منها التعويض عن هذا النقص بالمرض بوصفه وسيلة غير واعية لجلب التعاطف من ناحية، أو فرض السيطرة على مجموعة معينة ممن يهتمون به من خلال هذا الاهتمام من ناحية أخرى.

18. الاستبدال Substitution: يقوم الفرد باستبدال عاطفة معينة تجاه شخص آخر أو غرض أو هدف معين غير معقول، نشء آخر يمكن قبوله كونه أقل ضرراً لنفسية الفرد، وتخدم هذه العملية اللا شعورية هدف التخفيف من شعور الضيق الناتج عن الفشل للحصول على مبتغاه، وإيجاد بديل يقتنع بإرضاء حاجاته الشخصية.

ويخلص علماء النفس إلى أن غالبية أعراض الأمراض العقلية/ النفسية تخدم عملية الإرضاء الرمزي كبديل عن حاجات أساسية أخرى لا يستطيع الإنسان الحصول عليها بوسائل طبيعية.

19. الرمزية Symbolization: تُعدّ من أقدم مظاهر الحياة النفسية في تاريخ الإنسان، حيث إنها تؤدي دورًا بارزًا في معتقداته وتقاليدته ومخاوفه وقلقه، وهي تشكل القطاع الكبير من مظاهر السلوك الحياتي الذي يأتي كثيرًا بشكل تلقائي وعفوي وخارج عن إرادتنا بسبب الدوافع غير الواضحة في حياتنا العقلية.

تؤدي الرمزية دورًا مهمًا في تحديد نوعية الأعراض المرضية واختيارها، التي تُعدّ اللغة الخاصة الرمزية التي يختارها المريض، ومن الممكن التوصل لفك شيفرة هذه اللغة الرمزية في الاضطرابات النفسية، إلا أنه من الصعب بلوغ ذلك في طيف الأمراض العقلية حيث يتعذر إدراك العلاقة بين الرمز والمرموز.

20. التصعيد Sublimation: يقوم الفرد خلال هذه العملية بتحويل الدوافع والرغبات غير المقبولة اجتماعيًا إلى مظاهر مقبولة على المستوى الشخصي والاجتماعي، يلجأ إليها معظم الناس لا شعوريًا بطريقة غير واعية لتحقيق تلك الرغبات. وقد تكون معظم الإنتاجات الأدبية والفنية مظاهر من هذا القبيل للتسامي ولتصعيد دوافع داخلية كامنة في النفس، وتدل هذه المظاهر على طبيعة هذه الدوافع.

وهناك ملاحظات جديرة بأن توقف الإبداع الفني تؤدي إلى تزايد الصراعات الداخلية ما ينذر بالمرض، وقد أدرك علماء النفس وأطباء الأمراض النفسية أهمية هذا الدفاع من التصعيد بوصفه وسيلة لتبديد الصراعات الداخلية وتوجيهها لمجالات حياتية مثمرة ومفيدة سليمة ومقبولة اجتماعيًا وشخصيًا، علاوة على ذلك تمكن الفرد من إبقاء هذه

الصراعات مكبوتةً وبعيدةً عن الوعي، أما الفرد نفسه فقلما يدرك أن نتاجه الفني أو الأدبي يستمد طاقته من دوافعه الغامضة المحركة لسلوكه وانفعالاته العاطفية المتعددة.

21. التصدع Dissociation: عندما يختل التوازن في مقومات الفرد نتيجة ظرف معين، تخدم هذه العملية بإعطائه بعض الثبات على توازنه، وتؤدي إلى انشطار جزء من شخصيته عن الوعي والتخلي عن هذا الجزء الذي هو مصدر الألم للفرد، وتظهر في حياتنا اليومية مظاهر كثيرة لهذا التصدع أبرزها ما كان معروفاً منذ القدم بالهستيريا، وفقدان الذاكرة، والنومشة والإغماء والهروب، وتشارك جميعاً في وصفها تصدعية أو تشقيقية = dissociative = للتمييز عن السببية.

22. التقمص أو التعرف، التشبه Identification: عندما يقوم الفرد بضم بعض خصائص شخصية أخرى ليجعل من نفسه بطريقة غير واعية على صورة غيره ممن يحبهم، ويعجب بهم، لتشمل هذه الخصائص السلوك، الأفكار، الانفعالات.... وتخدم هذه العملية أغراضاً كثيرةً لتحقيق رغبات غير قادر على تحقيقها، فيرضاهها في حياة الغير، وكأنه قام بها، وما نراه في حياتنا اليومية من إعجاب للأبطال والممثلين وبعض الشخصيات الأدبية أو الوطنية ما هي إلا عمليات لا واعية للتشبه بهم، ولعلها من أهم العمليات النفسية التي تسهم في تكوين خصال الشخصية وبناء الكيان للمثل العليا والقيم السامية التي يتمناها المرء. ومن الأمثلة على ذلك ما نراه من تقليد للغير وعبادة الأبطال والتعلق بالغير وتقليدهم ونزعات الإجرام، وبعض نزعات العنف الاجتماعي وتحسس مشكلات الآخرين ومعاناتهم وقدرته على أن يضع نفسه في ظروف غيره.

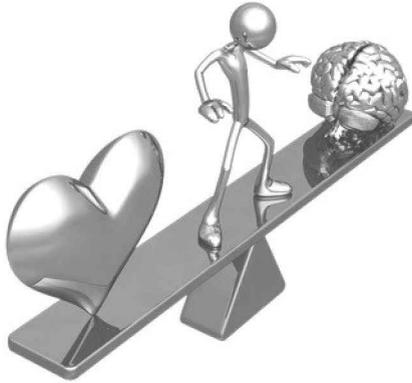
23. الخيال / التخيل Fantasy: هو وسيلة يستخدمها الفرد بطريقه لا شعورية لتجنب الشدة المفروضة من الواقع على وعيه، ويفيد في إرضاء بعض الدوافع التي لا يمكن إرضاؤها في واقع الحياة، فيلجأ إلى إشباعها عن طريق الخيال ليكون وسيلة إنقاذ للفرد من الارتباك، ومن أجل أن يكون قابلاً للضبط من التفكير الواقعي، وعند تعذر هذا الضبط فقد يتمادى الفرد في الإمعان لاستبدال الواقع بالخيال والعيش في حدوده، وكل فرد يمكن أن يتخلى عن الواقع ببعض الخيال وبدرجات متفاوتة. ومن درجات الخيال :

24. أحلام اليقظة Day Dreams التفكير الفانتزي Fantastic Thinking: وفي الخيال تتقطع صلة الفرد مع واقع الحياة لتكون وسيلة لحل الصراع النفسي وتخفيف وطأة الشدة اليومية، وبهذا الانقطاع يكون نذيراً بإيجاد الفرد نفسه ملزماً ومدفوعاً إلى اللجوء بشكل متزايد ومستمر إلى التخلي عن الواقع واستبداله بالخيال، ومثال ذلك ما قد يحدث لدى أصحاب الشخصية الانطوائية ممن يميلون لاستخدام هذا النوع من الحيل الدفاعية النفسية اللا شعورية بشكل مفرط ومستمر يؤدي في نهاية الأمر إلى ابتلائهم بما يشبه مرض الفصام لمن له الاستعداد لذلك.

وعملية الخيال أو التخيل هي ظاهرة طبيعية ملازمة لمراحل تطور الفرد منذ الطفولة، ولا يمكن التخلي عنها كلياً في حياتنا العقلية، والواجب تشجيعها لتبقى ضمن حدود الواقع، وعند نهى الأطفال عنها تظهر عندهم اضطرابات سلوكية، عاطفية تحد من تطورهم النفسي، وتعيق تكيفهم مع واقع الحياة.

التوافق النفسي

Adjustment



تعريف التوافق النفسي

هو عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته، ويتحدد ما إذا كان التوافق سليماً أو غير سليم تبعاً لمدى نجاح الأساليب التي يتبعها الفرد للوصول إلى حالة التوازن النسبي مع بيئته.

أبعاد التوافق

1. التوافق الشخصي.
2. التوافق الاجتماعي.
3. التوافق المهني.

عوامل التوافق النفسي

يعمل الفرد دائماً على تحقيق التوافق النفسي، ويلجأ في ذلك إلى أساليب مباشرة وغير مباشرة.

أولاً: التوافق النفسي ومطالب النمو.

ثانياً: التوافق النفسي ودافع السلوك.

- ومن أهم الشروط التي تحقق التوافق النفسي أن يتحقق إشباع دوافع السلوك وحاجات الفرد.
- والدوافع مهمة في علم النفس؛ لأن المعالج النفسي يريد أن يعرف الدوافع وراء المرض النفسي، والفرد نفسه ينبغي أن يفهم دوافع سلوكه السوي أو المنحرف.
- والبعض يتحدث عن الدوافع باسم الغرائز أو الحاجات، ويعتبر السلوك نتاج عملية تتفاعل فيها العوامل الحيوية (مثل الحاجات الحشوية والحسية) إشباعها ضروري للفرد، والعوامل النفسية والاجتماعية (مثل الأمن والاجتماع وتأكيد الذات) وإشباع ضروري لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.

وهناك فرق بين الدافع والدافعية، فالدافعية هي عملية تسبب فاعلية الكائن الحي، وتحدد توجهها، ويستخدم انفعالية إيجابية أو سلبية لحياة الفرد العقلية، ولا يُعدّ مزاج شخص ما استجابة انفعالية للنتائج المباشرة لأحداث بعينها بل لهدفها أيضاً بالنسبة إليه داخل إطار خطط حياته.

وفى تعريف راماشاندران (1994) للدافعية يؤكد «أن الدافعية هي عملية تؤثر في الشخص مع وجود تصور داخلي (خطط، برامج) وهي حالة خاصة من النشاط الداخلي للعقل الذي يكون تحت سيطرة حالات داخلية». Ramachantran 1999;pp222.

خصائص الدوافع

ينبغي فهم عدد من النواحي المتعلقة بالدوافع والأسباب التي من شأنها معرفة أثر الدوافع في مواقف التعلم المختلفة، وأهم هذه النواحي ما يتعلق بأثر زيادة قوة الدافع في التعلم، وكذا معرفة نوعية أو طبيعة الدوافع التي تعمل في موقف التعلم، وهل هي دوافع بسيطة أو دوافع مركبة، إضافة إلى مدى تأثير الدوافع، بمعنى هل الدوافع تؤدي إلى هدف محدد أو تكون وسيلة لتحقيق أهداف أخرى أبعد، ويمكن إيجاز خصائص الدوافع فيما يأتي:

قوة الدوافع

الدافع هو المحرك الأساسي وراء أوجه النشاط المختلفة التي يكتسب الفرد عن طريقها أشياء جديدة أو يعدل عن طريقة سلوكه أو بمعنى آخر هو المحرك الرئيس وراء عملية التعلم.

إن وجود دافع شيء أساسي من غير شك في عملية التعلم ونقصانه قد يؤدي إلى توقف الكائن الحي عن ممارسة أوجه النشاط التي تمكنه من السيطرة على الموقف التعليمي، وتقلل من فرصة التعلم، وزيادة الدافع عن الحد الطبيعي تعمل على عدم ظهور الاستجابة الصحيحة إذا كانت غير مباشرة، وهذا يضاعف من الوقت والعمل المبذولين للوصول إلى حل ناجح عن طريق الاستجابة غير المباشرة.

ونلاحظ مثل هذه الحالة في كثير من المواقف التعليمية، ففي الفصل المدرسي مثلاً عندما يعمل التلاميذ تحت ظروف دافع غير عادي كالمنافسة الشديدة لحل التمرينات والرغبة في الوصول إلى حلها قبل الآخرين. عندها يندفع التلاميذ لحل المسائل باستخدام الأساليب المعروفة، فإذا كان الحل يتطلب التفكير في نوع جديد من الأساليب عجز التلاميذ يحكم اندفاعهم عن تبين الطريق الصحيح.

مدى تأثير الدافع

لا توجد أدنى علاقة لقوة الدافع بالفترة التي يستغرقها تأثيره، فهناك دافع قصير المدى مثل الجوع، فالجوع مهما كانت قوته، فإن تأثيره ينتهي بمجرد تناول الطعام، وعليه ينبغي العناية بالدوافع طويلة المدى بالنسبة إلى المواقف التعليمية حيث إنها تؤثر في سلوك الفرد فترة زمنية أطول، وإن الأهداف التربوية بطبيعتها بعيدة المدى، وليست مؤقتة، ومن ثم تستلزم دوافع من هذا النوع المؤقت قصير المدى إلا أنها في الوقت نفسه وسائل لأهداف أبعد وأغراض أسمى وأرفع.

الدافع المركب ٨

تبعاً لاختلاف نوع الكائن الحي وتبعاً للمواقف التي يتعرض لها تتحدد الدوافع التي تؤثر في تعلمه، فالكائنات الدنيا عادة ما تؤثر فيها دوافع عادية أولية كدافع البحث عن الطعام أو الجنس، وهي دوافع بسيطة.. أما الإنسان، فإنه يعمل تحت تأثير دوافع أغلبها اجتماعية مكتسبة كالرغبة في التفوق وإثبات الذات، إضافة إلى الدوافع الأولية، وإن كانت لا تأخذ شكلها المألوف في مواقف التعلم المختلفة وبالأخص المدرسي منها، وينبغي الإشارة إلى أن الإنسان لا يتعلم تحت تأثير دافع واحد بل غالباً ما يتأثر الفرد بمجموعة كبيرة من الدوافع تؤثر فيه، وتوجه سلوكه، ومثل هذه الدوافع عادة ما تكون مركبة؛ ولذلك يرى ماك جوش في مثل هذه المواقف ألا ندرس تأثير الدافع ضد تأثير عدم وجود الدافع، ولكن مقارنة تأثير المجموعة المختلفة من الدوافع الموجودة عند شخص + أو - حالة دافع معينة، وما يمكن التحكم فيه هو هذه الحالة المضافة أو المطروحة تحت فرض أن التغيير فيها سيصاحبه تغيير في الحالة كلها.

ويذهب أوسجود إلى أبعد من ذلك، فهو يرى أنه من الصعب اختيار موضوع الدوافع لأسباب عدة منها:

أ. أنه يجب أن يظل الدافع ثابتاً في الوقت الذي نقيس فيه قوة الاستجابة الحادثة.

ب. أن تغيير الدافع يغير النمط الكلي للإثارة التي تعرض لها الكائن الحي؛ ولهذا تأثيره في الموقف التجريبي كله والعوامل المؤثرة فيه.

ج. أنه من الصعب حساب التغييرات الحادثة تحت درجات مختلفة من الدوافع.

الدافع والباعث Incentive

ويرتبط الباعث بوصفه مصطلحاً مع الدافع، ويعرف بأنه شيء خارج الذات يستثير الدافع، ويستحثه، فيندفع الإنسان في سلوك يستهدف الحصول على هذا الشيء.

وعلى ذلك يصبح هذا الشيء باعثاً للإنسان على قيامه بنشاط ما أو سلوك معين، على سبيل المثال الجوائز والمكافآت في التفوق أو ساعات العمل الإضافية، والباعث هو (محرك خارجي) يتطلب التناغم الداخلي معه (الدافع)، وكثيراً ما يكون هناك لبس في فهم كل من الباعث والحافز... إلخ.

الدافع والحافز Drive

وهو من المصطلحات التي تميل إلى العمومية، ويعرف بأنه الدفعات الداخلية التي تحفز الإنسان ليقوم بسلوك ما، وتوصف هذه السلوكيات بأنها دفعات أولية فطرية (بيولوجية).

على سبيل المثال الحافز الجنسي، ويسود استخدام هذا المصطلح في ميادين العمل والإنتاج وعادة ما يطلق عليه (حوافز الإنتاج) وذلك لتبيين الدلالة على المكافآت التي تقدمها المؤسسة الإنتاجية للعاملين بها مقابل زيادة إنتاجيتهم، وقبل الدخول في تناول موضوع الدوافع تفصيلاً نجد هناك وجهة نظر يقدمها كل من السيد خيرى، ومحمود الزيايدي مؤداها:

1. إن تفكير الفرد وسلوكه يعكسان رغباته وأهدافه، فعندما نقول: إن رغبات الفرد وأهدافه يؤثران في سلوكه فتحن بذلك نعرف إلى الدور المهم الذي تقوم به هذه الرغبات، والواقع أن رغبات الفرد أو دوافعه تنظم وتسق كل أوجه نشاطه النفسي وتوجهها نحو الهدف.

2. إن رغبات الفرد وأهدافه تنمو دائماً وتتغير، ذلك أن التعلم في الحياة الاجتماعية يكسب الفرد رغبات معينة، فالخبرة التي يعيشها الفرد من الممكن أن تصنع له رغباته، فمثلاً الدراسات التي أجريت عن ظاهرة التعصب العنصري في أمريكا، أوضحت لنا أن الطفل الأمريكي الأبيض يلعب مع الطفل الزنجي، ولا يشعر مطلقاً بأي فارق بينهما أو بأي كره نحوه أو خوف منه، ثم تراه أمه، فتضربه، وتقول له: إن اللعب مع الأطفال الزنوج سينقل له الجراثيم، أو أنه سيؤدي به إلى أن يصبح أسود اللون، ثم تكرر هذه المواقف مرات عدة، فيصبح تعصبه العنصري بعد ذلك انعكاساً للخوف من الضرب أو مما يحمله الزنجي من جراثيم.

3. إن الرغبات والأهداف تنتظم دائماً حول الذات، فعندما يولد أي فرد منا، وتزداد احتكاكاته الاجتماعية بالآخرين يبدأ بالتدرج في تكوين مفهوم عن ذاته، وصورة الذات عند الفرد أو فكرة الفرد عن نفسه تتشكل إلى حد كبير عن طريق رؤية الآخرين له، بل إن الفرد يكون فكرة عن الذات المثالية وفقاً لمعايير المجتمع.

ولقد حاول ماسلو Maslow أن يضع إطاراً موحداً لدوافع الإنسان، فوضع نظرية في تسلسل هذه الدوافع، فقال: إن رغبات الإنسان تنمو في تسلسل من رغبات دنيا إلى رغبات عليا بالنظام الآتي:

1. الحاجات الفسيولوجية كالجوع والعطش.

2. الحاجة إلى الأمن.

3. الحاجة إلى الانتماء والحب والتعاطف.

4. الحاجة إلى التقدير كالمكانة والنجاح واحترام الذات.

5. الحاجة إلى تحقيق الذات وإثبات مكانتها في المجتمع.

والغرائز هي المحركات الأولى للسلوك، وهي استعداد فطري نفسي يحمل الكائن الحي على الانتباه إلى مثيرات معينة يدركها إدراكاً حسيّاً، ويشعر بانفعال خاص عند إدراكها، ويقسمها إلى غرائز فردية وغرائز اجتماعية.

أما الحاجات فهي شيء ضروري لاستقرار الحياة نفسها (حاجة فسيولوجية) أو للحياة بأسلوب أفضل (حاجة نفسية)، أما الحاجة إلى الحب والمحبة فهي ضرورية للحياة بأسلوب أفضل ودون إشباع يكون الفرد سيئ التوافق.

إن فهم حاجات الفرد وطرق إشباعها يساعد على الوصول إلى أفضل مستوى للنمو النفسي والتوافق النفسي والصحة النفسية.

فالدافع هو حالة جسمية أو نفسية داخلية يؤدي إلى توجيه الكائن الحي تجاه أهداف معينة، ولا يمكن إخضاع الدوافع للملاحظة المباشرة، وإنما نلاحظها عن طريق السلوك الناتج عنها، وهناك نوعان من الدوافع:

• الدوافع الأولية أو الدوافع الفطرية Primary or Biological: وهي الدوافع المرتبطة ببقاء الإنسان كالجوع والعطش والجنس، وهذه الدوافع عالمية؛ أي موجودة عند كل إنسان في كل زمان ومكان، وتتميز الدوافع الأساسية عن غيرها من الدوافع في الآتي:

1. الوراثة Genetic: يولد الكائن الحي مزوداً وراثياً بعدد من الدوافع الأولية أو الحاجات الأساسية التي تتطلب إشباعها تحت أي ظروف، ولذا تُعدّ الحاجات ومحركاتها دوافع أولية، فهي دوافع تظهر منذ لحظة الولادة مباشرة، ولا تنتظر تطوراً، وتكون مشتركة في جميع الكائنات الحية، بمعنى آخر أنها حاجات تتبع الجهاز العصبي الذاتي، وهو ما يجعلها منذ بدء حياة الكائن في حالة نشاط؛ لعدم ارتباطها بالجهاز العصبي المركزي.

2. حاجة الأعضاء الفسيولوجية: فبقاء الكائن الحي يتوقف على نشاط خلاياه، ونشاط هذه الخلايا يتبع قانون خصائص الدوافع الأولية والحاجات الأساسية، ومؤدى هذا القانون أن زيادة نشاط الخلية أو نقصه عن حد ما يؤدي إلى توتر، فتظهر حاجة لخفضه عن طريق تقليل النشاط أو زيادته، على سبيل المثال فنقص ملح الطعام يؤدي إلى توتر لا ينخفض إلا بتعويض هذا النقص، وبذلك يصبح الجسم في حاجة إلى هذا العنصر، وعلى هذا الأساس تكون الحاجات الأساسية الضرورية لبقاء الحياة مميّزاً للدوافع الأولية، وهي مشتركة في الكائنات الحية جميعاً.

3. خصائص الدوافع الأساسية (الفطرية):

أ. تُعدّ الدوافع الأولية (الأساسية) دوافع وراثية يولد بها الإنسان، وتبدأ في تحريك سلوكه منذ البداية الأولى للحياة، وتتمو بحسب نظام ثابت إلى حد كبير، ولا يفيد معها تعلم كي تتغير تغيراً جوهرياً أو تلتفى إلغاءً تاماً.

ب. أنها دوافع لا غنى للإنسان عنها، ولا غنى له عن أحدها، ولا يمكنه أن يستبدل بواحد منها آخر أو دافعاً جديداً.

ج. لا تحكم شدتها وفعاليتها عوامل خارجية، بل تختلف الشدة وفق النقص أو الزيادة في إشباعها.

ومن أمثلة الدوافع الأولية ما يأتي:

1. الدافع إلى الأكل (أو حالة الجوع): يستهلك الكائن الحي طاقة حرارية في حياته، ويحتاج إلى مخزون لها أو معوض للمنصرف منها استمراراً للحياة؛ لذلك يؤدي فقدان الطاقة إلى ظهور الحاجة إلى الطعام باعتباره مصدر الطاقة، وعلى هذا الأساس كان الدافع إلى الأكل دافعاً أولياً نظراً إلى أنه يظهر منذ الولادة، وهو ضروري لجميع أعضاء الجسم.

والإحساس بالجوع هو إحساس يتبع عمل الجهاز العصبي الذاتي، وتتم عملية تحويل الغذاء إلى طاقة دون تدخل عقلي، إضافة إلى أن نقص الطاقة يؤدي إلى ظهور توترات معينة في بعض الأنسجة تدفع الكائن الحي إلى مصدر الطاقة المعوض لها (الغذاء).

وقد حاول العلماء تحديد مصدر الجوع والإحساس به، وتبين لهم أن تقلص عضلات المعدة وتغيير كيمياء الدم وتأثير زيادة حامضية المعدة أمور تسبق الشعور بالجوع، ما جعلهم يرجعون ذلك الشعور إلى الإحساس الحشوي بهذه الأمور، ولكنهم تبينوا بعد ذلك أن الإحساس بالجوع لا يفقد إذا أُسْتُصِلت المعدة، ويدل ذلك على أن الإحساس بالجوع إحساس أولي يتصل بنقص الحاجة وتوتر الجسم نتيجة لذلك، وليس الأمر قاصراً على عضو بذاته كالمعدة.

2. الدافع إلى الشرب (أو حالة العطش): يُعدّ الدافع إلى الشرب أيضاً من الدوافع الأولية، فجسم الكائن الحي يحتاج إلى الماء بقدر كبير، إذ إن نسبة الماء في الجسم تشكل ما يقرب من 80% من وزنه، ويدخل الماء في جميع العمليات الحيوية في الجسم ما يجعل فقدان قدر منه سبباً في تعطيل العمليات الأخرى، ويؤدي ذلك إلى زيادة التوتر البيولوجي، لذلك تظهر الحاجة إلى الماء عند فقدان قدر منه، مثال على ذلك هو حاجة الجسم لقدر أكبر من الماء في أثناء فترات الحر؛ لسرعة فقدان الماء في عملية التبخر اللازم لإيقاف ارتفاع درجة حرارة الجسم.

3. الدافع إلى التنفس (أو حالة نقص الأكسجين): إذا كان الماء والطعام مصدرين للطاقة، فإن نقص الأكسجين هو العنصر الضروري لاحتراق هذه الطاقة في الجسم وتوليد الحرارة اللازمة له، لذلك تحتاج الخلايا إلى أن تزود بالأكسجين باستمرار؛ حتى لا يحدث فيها تأكسد، وعليه تصبح الحاجة للأكسجين والدافع إلى التنفس من الحاجات الأساسية، وتظهر الحاجة إلى التنفس منذ لحظة الولادة، وتُعدّ هذه الحاجة من أكثر الحاجات التصاقاً بالجانب البيولوجي، فالقدرة على الحرمان

- من إشباع هذه الحاجة لا يتجاوز ثلاث دقائق، في حين أن الحاجة إلى الماء قد تحتمل تأجيل الإشباع بضع ساعات وأحياناً بضعة أيام، كذلك الحاجة بالنسبة إلى الطعام التي قد تحتمل التأجيل لفترات أطول كثيراً.
4. الدافع إلى تصريف الطاقة (أو حالة النشاط): تولد زيادة الطاقة في الجسم توتراً، تماماً كتنقصانها؛ لذلك تنشأ الحاجة إلى الحركة والنشاط عندما يزيد قدر الطاقة في الخلايا، ويعدّ النشاط هو الأساس وراء الدافع إلى تصريف الطاقة، ويرى بعض علماء النفس أن هذا الدافع مزدوج، فالحاجة إلى النشاط تتبعها الراحة والسكون لتعويض الطاقة، ثم تظهر الحاجة للسكون والراحة بعد انصراف الطاقة، ولعل هذا الدافع أقرب إلى أن يكون أساساً للنشاط Homeostasis الثابت، وتوضح أولية هذا الدافع منذ الولادة.
5. الدافع إلى الإخراج: يولد تفاعل عناصر الطاقة مع الأكسجين طاقة، وكذلك يؤدي إلى تراكم أكسدها في الجسم، لذلك تنشط منذ البداية الحاجة إلى إفراز العضلات كالتبول والتبرز والعرق، والدافع إلى الإخراج من الأمور التي تنشط منذ بداية الحياة، ويترابط مع عملية الأكل والشرب والتنفس.

كيفية قياس الدوافع الأولية

يعدّ قياس الدوافع من الواجبات المهمة التي واجهها علماء النفس عند دراستهم للسلوك، فبقياس الدوافع يستطيع العالم التنبؤ بشدة السلوك المدفوع بها، لذلك قام العلماء بابتكار أساليب معينة لقياس شدة الدوافع، ونظراً إلى صعوبة دراسة الدوافع الأولية لدى الإنسان اتجه العلماء إلى

دراسة تلك الدوافع في الحيوانات، فالحيوانات بوصفها كائنات حية تشترك مع الإنسان في تلك الحاجات الأساسية مع انفرادها بنقاء تلك الدوافع لديها وبقائها واضحة التأثير في سلوكها.

• الدوافع الثانوية أو الدوافع المكتسبة: إن دراسة سلوك الإنسان تكشف لنا أن دوافعه الأولية (الأساسية) لا تؤثر في استجاباته بشكل مباشر، بل تؤدي دوراً معيناً إلى جانب دوافع من نوع آخر تمتزج بها، فاستجابات الكائن الحي مدفوعة بمزيج من الدفع الأولي ودفع آخر، ويلاحظ أن الإنسان يستجيب في أغلب الأحيان لمثيرات تبدو على غير صلة بالجوانب البيولوجية كاستجابته للإهانة أو المديح، ما يشير إلى تميزه بعدد وافر من دوافع غير بيولوجية بل من طبيعة نفسية.

وإن الملاحظ لسلوك الإنسان ليجد أن هناك بدايات لكل شكل نهائي في السلوك، فالنزعة إلى التفوق تأخذ أشكالاً عدة مختلفة في كل سن وفي كل مرحلة، ولا يُعدّ شكلها النهائي إلا صيغة متقدمة منها، على سبيل المثال، فالطفل الصغير يميل إلى امتلاك أشياء صغيرة تتحول فيما بعد إلى رغبة في التفوق الدراسي ثم إلى التفوق المهني أو الاجتماعي، ونستنتج من ذلك أن هناك مقدمات لكل دافع يبدو مكتسباً.

ولعل أظهر مثال على ذلك دافع الأمومة، فلقد ذهب العلماء بداية إلى اعتباره دافعاً فطرياً؛ لأنه يظهر لدى أغلب السيدات بعد ميلاد أطفالهن إلا أنه من الملاحظة وُجد أن هناك تغيراً تدريجياً في مشاعر الفتيات من سن

الثالثة تدفعهن إلى إظهار الحنان وحاجتهم إلى موضوعات يسبغن عليها هذا الحنان حتى يمتلكن أطفالهن، فيظهر الدافع إلى الأمومة واضحاً.

1. دوافع تحقيق هوية الذات.
2. التقدير، المكانة والسلطة، الإنجاز.
3. دوافع تعزيز البقاء حياً (الانتماء والاجتماعية والميول).
4. دوافع حماية البقاء حياً (الأمن، والطمأنينة، وعدم الخوف).
5. دوافع البقاء حياً (الحاجات الفسيولوجية/ حوافز الاتزان البدني).

أ. الدافع إلى الحصول على الأمن: إن الدافع إلى الأمن من أهم الدوافع الاجتماعية التي تؤثر في سلوكنا وعلاقتنا الاجتماعية، ويكمن منشأ هذا الدافع منذ الطفولة المبكرة، وتعني كلمة الأمن (التحرر من الخوف أيًا كان مصدره)، ويستشعر الإنسان الأمن متى كان مطمئناً على أسرته وعمله ومستقبله، ودوره ومكانته الاجتماعية، فإذا حدث ما يهدد تلك الأشياء، أو أن توقع الفرد هذه التهديدات اختل شعوره بالأمن، ولاستمرار وجود هذه الحاجة أو هذا الدافع يجب على الإنسان عمل ما يأتي:

1. أن يعمل على كسب محبة الناس ورضاهم واهتمامهم، بحيث يشعر أن هناك من يرجع إليه عند حاجته إلى ذلك، ولا يقتصر الأمن على الآخرين فقط، وإنما يمتد ليشمل مظلة الأمن الاجتماعي لحياة الإنسان بالتأمين الاجتماعي والصحي له.

2. أن يمتلك الإنسان قدرًا كافيًا من المعلومات والمهارات اللازمة التي تساعد في الحياة، على سبيل المثال فالمعلومات التي يكتسبها الطالب قبل دخوله للامتحان تشعره بالأمن، وكذلك مهارات الاتصال بالآخرين ومعاملتهم تقلل من الشعور بالخوف من الآخرين.

3. وتُعدّ الثقة بالنفس حجر الزاوية في تدعيم شعور الفرد بالأمن، فاضطراب الفرد وإحساسه بالعجز والشعور بالدونية عن حل مشكلاته التي تواجهه من الأسباب التي تفقد الشعور بالأمن.

والشعور بالأمن يسود الإنسان طفلاً كان أم مراهقاً، يافعاً كان أم كهلاً، ولكل مرحلة من هذه المراحل تؤدي الأسرة والمدرسة وجماعات التدعيم والأصدقاء دوراً مهماً في الشعور بالأمن لدى الفرد، وهو شرط من شروط الصحة النفسية، ويُعدّ الأمن أساس التوازن النفسي للفرد، وإن أمن الجماعة أساس لتوازن المجتمع.

ب. الدافع إلى السيطرة Dominance: إن الدافع إلى السيطرة من الدوافع الاجتماعية أيضاً التي لها دورها في توجيه سلوكنا الاجتماعي في مسارات معينة، فنحن نحاول الانضمام إلى جماعات سعياً وراء حاجتنا إلى الأمن، ولكننا بعد أن نشبع هذه الحاجة نحاول أن نحتل مكانة مرموقة وسط الجماعة أو تولي مركز القيادة فيها وتوجيهها بطريقة معينة، وهذا ما نسميه الدافع إلى السيطرة، والوصول إلى السلطة.

ومثالاً على ذلك نجد في جماعات الأطفال أو التلاميذ من يأخذ منهم دور القائد (الألفة) الذي يوجه باقي زملائه، ويحافظ على الأمان

الاجتماعي لهم، ويمتد هذا الدافع في مرحلة المراهقة ليشمل التمرد بوصفه سمة مضادة لإثبات السيطرة الذاتية على النفس، ثم يأتي بعد ذلك مرحلة الرشد والصراع من أجل إثبات الذات الاجتماعية والدور الاجتماعي، وتأخذ دافعية السيطرة لدى الإنسان أشكالاً مرضية منها الجانب السلبي في الوصول للسيطرة كأن يكون الإنسان يبغى الوصول للسيطرة على الآخرين باستخدام حيل غير توافقية ما تؤثر سلبياً في بناءه النفسي في الشعور بتأنيب الضمير، وعادة ما يأخذ دافع السيطرة أنماطاً شخصية تختلف من إنسان لآخر.

ج. الدافع إلى التملك Acquisitiveness: إن الدافع إلى التملك من الدوافع الاجتماعية المهمة، فكلنا يسعى إلى تملك قطعة من الأرض أو مبلغ من المال... إلخ.

والتملك هذا لا شك يمنح الإنسان الإحساس بالأمن في المجتمع، ويُعدّ الدافع إلى التملك دافعاً اجتماعياً في جانبه السوي، أما الجانب الآخر منه فيبدأ في عملية التنشئة الاجتماعية لدى الطفل، والإغراق في النرجسية وحب الذات يجعل الطفل يشبّ غارقاً في أنانيته يريد أن يمتلك كل شيء، وما يصاحب هذه السلوكيات في الكبر من الحسد والنقمة على الآخرين؛ لعدم التملك مثلهم، وكثيراً ما نجد الاضطرابات الزوجية في الأسر، وقد ساد العرض الرئيس لها دافعية تملك الزوج للزوجة أو تملك الزوجة للزوج... إلخ، والأمر كله يرجع لنمط تنشئة الطفل في الأسرة ونمط اكتسابه لمعايير الجماعة التي يوجد فيها.

د. التوحد بالجماعة Group Identification: وهناك ظاهرة عامة نجدها عادة عند معظم الأفراد، إلا وهي توحدهم بجماعة معينة يشعرون بالانتماء لها وبالأمن في ظلها، وليس من شك في المثل القائل: «الطيور على أشكالها تقع»، و«الشبيه يعرف بالشبيه»، وقد نجد الآن على مستوى الانتماء الوطني مشاعر الوحدة العربية في تضامن كل من المصريين والسعوديين وجميع أرجاء بلدان الوطن العربي مع أهل فلسطين، وظهور النفور والعداء والكرهية لإسرائيل، هذا على المستوى الوطني، أما على المستوى الإنساني فنجد الطفل مثلاً يردّد ما يقوله أقرانه في المدرسة أو الحضانة.

ولا شك أن توحد الجماعة في جانبها الإيجابي يعدّ أحد التكنيكات العلاجية السلوكية في العلاج النفسي، أما في جانبها السلبي فهي تهدم الجماعة، وتساعد على تفشي معايير وقيم جماعة ما تسري في بناء المجتمع.

ومثال على ذلك ما حدث بمصر في الآونة الأخيرة (جماعة عبدة الشيطان)، وما يحدث في الغرب من التوحد بجماعات الهيبس والمنحرفين سلوكياً، كل ذلك إن لم يكن هناك وعي من الفرد بأهداف الجماعة المنتمى إليها، التي تشبع له قدرًا من تحقيق الذات والمكانة والحاجة إلى التقدير سوف تكون لها جوانب سلبية.

هـ. القيم Values: وهي من الدوافع الاجتماعية أيضًا التي تدفع سلوك الإنسان، وتوجهه، وهي ما نسميه القيم؛ أي الأهداف والمثل التي نسعى من أجلها، فرجل الدين مثلاً يرى القيمة الدينية هدفًا أساسيًا يسعى إليه، والفنان يرى القيمة الجمالية هدفه ومساعاه... إلخ.

ويلاحظ أن القيم من الممكن أن تكون عاملاً مهماً في إشباع رغبات الفرد الاجتماعية والدينية والجمالية، وهي تختلف من فرد لآخر ومن مكان لآخر ومن بلد لآخر؛ نظراً لاختلافها وتنوعها، والقيم بوصفها دافعاً موجهاً لسلوك الكائن الحي تتغير بتغير الزمان والمكان، فعلى سبيل المثال القيم في شمال مصر وجنوبها تختلف في درجة وجودها وتطبيقها عن مدينة القاهرة أو الإسكندرية... وهكذا.

وهناك مزيد من الدوافع الاجتماعية منها الدافع إلى تعبير الذات وتوكيدها، واحترام الذات، والانتماء... إلخ.

ويشير فرج طه (2000م) إلى عدد من الدوافع الثانوية المكتسبة التي مصدرها الدوافع الكامنة، وهي:

1. الاتجاه النفسي Attitude: وهو استعداد وجداني مكتسب ثابت نسبياً، يحدد شعور الفرد وسلوكه إزاء موضوعات معينة من حيث تفضيلها أو عدم تفضيلها، فإذا بالفرد يحبها، ويميل إليها إن كان اتجاهه نحوها إيجابياً أو يكرهها، وينفر منها إن كان اتجاهه نحوها سلبياً.
2. الميل Interest: وهو اتجاه نفسي إيجابي محب نحو موضوع معين قد يكون شخصاً أو مادة أو فكرة... إلخ، ويُعدّ الميل من الدوافع النفسية المكتسبة، حيث نكتسبه من البيئة التي تحيط بنا والخبرات التي نمر بها، ومن ثم تختلف ميول كل فرد منا عن الآخر تبعاً لاختلاف البيئة والخبرات.

3. العاطفة Sentiment: وهي اتجاه نفسي (إيجابي محب، أو سلبي كاره) نحو موضوع معين إلا أنه مشحون بشحنة انفعالية قوية سواء من الحب أو من الكره موجهة نحو موضوع العاطفة.
4. التعصب Prejudice: وهو اتجاه نفسي لدى الفرد يجعله يدرك فرداً معيناً أو جماعة أو موضوعاً معيناً إدراكاً إيجابياً محباً، أو سلبياً كارهاً دون أن يكون لهذا الإدراك أو ذلك ما يبرره من المنطق أو الأحداث الواقعية.
5. العادة Habit: وهي دافع ومهارة مكتسبان على أداء سلوك معين سواء أكان حركياً أم ذهنياً بطريقة آلية مع السرعة والدقة والاقتصاد في المجهود، كعادة السباحة أو تناول الطعام.
6. مستوى الطموح Level of Aspiration: وهو المستوى الذي يضع فيه الفرد أهدافاً معينة «فلكل فرد منا مستوى طموح معين يضعه أمامه، ويجتهد في تحقيقه، وقد ينجح أو يفشل في ذلك». (فرج طه 2000م، ص142-126).

تصنيف الدوافع على أساس الوعي

لقد صنف ماكدوجال الدوافع على أساس ما إذا كان مصدرها الوراثة إلى دوافع فطرية مصدرها البيئة، وتسمى الدوافع المكتسبة مثل اتجاهات الشخص وميوله وعاداته وعواطفه.

وهذا التصنيف من جانب ماكدوجال لم يعد يقنع؛ لأنه من النادر جداً أن نجد جانباً من الشخصية تنفرد الوراثة بتحديدده أو تنفرد البيئة

لتحديده وإنما يمكن أن نقول: إن كل دافع يتحدد بالوراثة والبيئة معاً في تفاعلها، وإن الدافع يمكن أن يكون متأثراً أكثر بالوراثة أو البيئة أو كليهما.

إن كل دافع يمكن أن يتشعب إلى عدد غير محدود من الدوافع النفسية، وبذلك يكون لدى الشخص هذا العدد من الدوافع بقدر ما لديه من عدد غير محدود من الرغبات التي يسعى إلى تحقيقها، ولذا نميل إلى تقسيم فرويد للدوافع لنوعين من حيث شعوره ووعيه بوجودهما، وهما:

1. الدوافع الشعورية Conscious Motives.

وتعرف بأنها الدوافع التي يشعر الشخص بوجودها، ويعيها أو يمكن أن يستدعيها، ويتذكرها إذا ما سئل عنها، ويحس بدفعها الإنسان إلى سلوك معين أو تحقيق رغبات محددة، إذا ما سئل عنها مثال على ذلك بماذا تشعر الآن؟ أو ماذا تريد الآن؟ وبماذا كنت تشعر بالأمس؟... إلخ.

فمثل هذه الاستجابات مثلاً الفرد الذي جاءت إجابته بأنه يستشعر الجوع أو التعب، والذي يفضل لوناً ما، والفرد الذي يشعر نحو هذا أو ذاك بمشاعر كراهية... إلخ، مثل هذه الحالات هي دوافع شعورية حيث يدركها الفرد، ويعي بها.

ومن حيث النظرة الطوبوغرافية، فهناك دوافع قبل شعورية Preconscious أو ما تحت الشعور Subconscious يمكن للإنسان أن يشعر بها عندما يوجه انتباهه لها لاسترجاعها والكلام عنها، وكأنها دوافع أو عمليات على عتبة الشعور.

2. الدوافع اللا شعورية Unconscious Motives.

وهي الدوافع التي لا يشعر الشخص بأنها موجودة لديه تدفعه لسلوك معين، ولا تظهر في شعور الفرد ووعيه؛ لذا لا نجد غرابة في إنكارها له. ويشير أحمد عزت راجح (1995م) إلى أن: «هناك معنيان للدوافع اللا شعورية، وهما:

1. معنى عام: وهو الدافع الكامن الذي لا يشعر به الفرد في أثناء قيامه بالسلوك أيًا كان السبب في عدم الشعور به، وهو بذلك كثيرًا ما تكون الحاجات النفسية والاتجاهات النفسية والعادات الدافعة ومستوى الطموح دوافع لا شعورية.

2. أما الدوافع اللا شعورية عند مدرسة التحليل النفسي فتقسم إلى قسمين: دوافع لا شعورية مؤقتة أو شبه شعورية، وهي الدوافع الكامنة التي لا يشعر بها الفرد في أثناء قيامه بالسلوك، لكنه يستطيع أن يكشف عنها، وأن يحدد طبيعته، ودوافع لا شعورية دائمة وهي الدوافع القديمة أو المكبوتة التي لا يستطيع الفرد أن يميظ اللثام عنها مهما حاول وبذل من جهد وإرادة، والتي لا يمكن أن تصبح شعورية إلا بطرق خاصة كطرق التحليل النفسي. (أحمد عزت راجح 1995م ص 136).

وكثيرًا ما تكون الدوافع الشعورية غطاءً لدوافع لا شعورية مناقضة: مثل إظهار المحبة لشخص بينما نكرهه، وتتبدى صراحة هذه الكراهية في الأحلام.

وتجاهد الدوافع اللا شعورية دائماً لأن تصبح شعورية إلا أنها تفضل في ذلك نتيجة موقف الأنا لهذه الدوافع وردّها إلى اللا شعور، إلا أن التحليل النفسي يمكنه عمل ذلك.

إذن، فكلُّ منا له دوافعه اللا شعورية، وهذا ليس معناه مرضاً نفسياً، بل هو أمر طبيعي، وأيضاً دوافعه الشعورية وهي أيضاً طبيعية، إنما الذي يسبب المرض النفسي هو طريقة تعامل الفرد ومعالجته لدوافعه.

وتختلف طريقة التعامل من شخص إلى آخر، هذه المعالجة هي ما نطلق عليه أسلوب التوافق العام للفرد، وهي تختلف من فرد لآخر بناءً على طبيعة إحباطاته وحله لمصادر الصراع التي يواجهها في واقعه المعيش مع طبيعة الإحباطات التي يواجهها، ويعرف الإحباط Frustration بأنه وجود دافع مستثار يعجز الفرد عن إشباعه بالصورة التي يريدها، وهذه حالة من القلق والضيق والتوتر النفسي.

ويعرف كلُّ من أ. بتروفسكي، وم. ج. ياروشفسكي الإحباط بقولهما:

«حالة نفسية تنشأ بسبب عقبة ما حقيقية أو وهمية في طريق الوصول إلى هدف، وتفصح عن نفسها في الأحاسيس الطاغية بالإجهاد، والقلق، واليأس والغضب... إلخ.

وتعتمد حدة الإحباط على أهمية السلوك المعاق والاقتراب الذاتي للهدف، وتتخذ ردود أفعال الدفاع في الإحباط شكل العدوانية والميل إلى تجنب المواقف الصعبة واضطراب السلوك (أحياناً إلى مستوى النكوص

العميق)، حيث إن الإجهاد المتزايد يكبت البنى الأفضل والأكثر تعقيداً والمنظمة للأفعال.

وقد يؤدي الإحباط إلى تغييرات في الشخصية وإلى عدم الثقة بالنفس وثبات أشكال متصلة للسلوك، وغالباً ما يؤدي الإحباط إلى الأمراض العصبية، ومن ثم اكتساب القدرة على التحمل الفردي (المقاومة) للإحباط ذو أهمية خاصة.

أ. بتروفسكي، وم. ج. ياروشفسكي 1996م، ص104.

ويشير فرج طه للإحباط بقوله: «عندما ينشط دافع نفسي لدى الفرد، ويلج في طلب الإشباع سواء كان هذا الدافع فطرياً أو مكتسباً شعورياً أم لا شعورياً، فإن الأنا Ego عليه أن يقوم بإشباعه وتحقيق مطالب الدافع، إلا أن الأنا في قيامه بذلك يتقيد بقوى أساسية ثلاث تحدّ من حريته في إشباع الدافع إشباعاً مباشراً وفورياً وصريحاً وكاملاً». (فرج طه وآخرون 1993م، ص31).

أما الكبت Repression فهو يعني استبعاد دافع أو فكرة أو صدمة انفعالية أو حادثة أليمة من حيز الشعور، ونسيانها، وهو عملية يقوم فيها الأنا باستبعاد الدوافع والذكريات والأفكار من منطقة الشعور إلى اللا شعور، ومن هنا لم يعد يشعر بها الأنا، وهذه الدوافع لا تموت بانتقالها إلى اللا شعور، بل تظل حبيسة بطريق غير مباشر عن طريق هفوة أو حلم أو مرض نفسي إشباعاً محرّفاً مقنعاً.

ويشير مصطفى زيور (1979م) للكبت بقوله:

1. الكبت اصطلاح في التحليل النفسي يشير إلى عملية دفاعية لا شعورية يقوم بها الجانب اللا شعوري من الأنا، ويهدف الكبت إلى استبعاد تلك النزعة الغريزية التي يؤدي إشباعها إلى الشعور بالألم بدلاً من الشعور باللذة، وسبب هذا الشعور بالألم ما يمكن أن يؤدي إليه تحقيق هذه الرغبة من أخطار مثل فقدان الحب أو التعرض للعقاب، وخير مثال لذلك الرغبات الأوديبية.

2. ويقسم فرويد الكبت إلى فئتين:

أ. كبت أول: وهو المرحلة الأولى من الكبت، وقوامها الحيلولة دون وصول المحتوى النفسي للغريزة إلى منطقة الشعور.

ب. كبت بالمعنى الدقيق: ويتناول مشتقات المحتوى النفسي المكبوت، ومن ثم فإن هذه الأفكار المشتقة تلقى نفس مصير المحتوى النفسي للغريزة السابق كبته، فالكبت بالمعنى الدقيق هو ضغط لاحق.

3. ويرى فرويد أنه من الممكن تقسيم الرغبة الغريزية إلى شقين: الأول وهو الفكرة أو الصورة الذهنية التي تعرب عن النزعة الغريزية.

والثاني هو الجانب الوجداني للنزعة الغريزية؛ أي ما تستثيره هذه الأفكار والصور الذهنية من انفعالات، وقد يصيب الكبت أحد الشقين أو كليهما، ويستخدم الأنا في القيام بالكبت الشحنات المضادة، ومن ثم فإن الكبت عملية دائمة مستمرة تستنفد قدرًا من قوة الأنا وطاقاته فضلًا على استبعاد الكبت للطاقات النفسية الغريزية المكبوتة عن نظام الأنا، لذلك

تتسم شخصية العصابي بالفقر والجذب في الطاقات النفسية، والعجز عن مواجهة متطلبات الواقع على الوجه الأمثل.

وإذا كان الكبت يهدف إلى الحيلولة دون وصول المكبوت إلى الشعور، فإن المكبوت يظل باقياً في اللا شعور على حاله يمارس الضغط محاولاً التعبير والتفريغ، وقد يتم له ذلك باللجوء إلى الأعراض العصابية بوصفها حلاً وسطاً بين كل من المكبوت والقوى الكابطة، تتيح تقريباً؛ أي إشباعاً مقنعاً، وإن كان يتسم بالألم تحقيقاً لمقتضيات الأنا الأعلى في العقاب.

ويرى فرويد أن الأنا حين يقوم بالكبت، فإنه بذلك يتنازل عن قدر من سلطانه، وذلك أمر تحتمة طبيعة الكبت نفسه بوصفه عملية هروبية، ذلك أن المكبوت يصبح خارجاً على قانون الأنا خاضعاً للقوانين التي تخضع إلى اللا شعور، وجدير بالذكر أن المكبوت يجتذب إليه كل ما يتصل به من قريب أو بعيد من الأحوال النفسية، وبذلك يساند الضغط؛ أي الكبت من قبل الأنا.

وتتبعي الإشارة إلى أن المرض النفسي لا يرجع للكبت كما يرى العامة، وإنما يرجع إلى فشل الأنا في إحكام الكبت فضلاً على عنف الطاقات المكبوتة، فيظفر المكبوت بالعودة مقنعاً متخفياً.

4. ويعرب الكبت عن نفسه في علاقة العصابي بالعالم الخارجي، ومثال ذلك أننا نجد لدى المريض نفسياً عملية يطلق عليها (التعامي) Scotomization إزاء معطيات العالم الموضوعي، إذا ما كان فيها استئثاراً للرغبات الغريزية المكبوتة، وتتبعي الإشارة إلى أن المحرك الأساسي للكبت إنما هو الحصر (مصطفى زيور 1979م، ص 480).

ويشير أحمد عزت راجح (1995م) إلى بعض الأمثلة للدوافع اللا شعورية التي منها:

1. فلتات اللسان (الهفوات): وهي الهفوات والأخطاء التي تصدر على لسان الإنسان أو قلمه على غير قصد ظاهر منه والتي قد تقلب المعنى الذي يريده رأساً على عقب، فتسبب له كثيراً من الحرج أحياناً.
2. النسيان: وتعدّ كثير من حالات النسيان تعبيراً عن دوافع لا شعورية أو شبه شعورية كنسيان المواعيد التي نحددّها للناس مخلصي الرغبة في حضورها، وهنا يكون النسيان رمزاً إلى رغبة لا شعورية في الفرار من الشخص وعدم لقائه لأمر ما، مثل نسيان بعض الناس ردّ ما يستعبرونه من كتب أو ما يقترضونه من مال، ونسيان الزوج عيد ميلاد زوجته... إلخ.
3. إضاعة الأشياء: وتعدّ تعبيراً لقصد دفين لا شعوري لا نطقن إلى وجوده، فتحن نضيع الأشياء متى رثت أو بليت أو أردنا أن نستبدل بها خيراً منها أو إن انصرفت النفس عنها، وتكشف دراسات التحليل النفسي، أن كثيراً من الفتيات اللاتي يضعن خاتم الخطبة ينتهي زواجهن بالطلاق أو الشقاق، فضياع الخاتم رمز إلى رغبة مستخفية في عدم إتمام الزواج وفي التحرر من قيوده (أحمد عزت راجح 1995م، ص140).

القوى التي تعوق تحقيق الدوافع

هناك بعض عوامل الحيلولة دون تحقيق الدافع لدى الفرد، وهي تمنع من تحقيقه، وتختلف باختلاف الاستعداد (التكويني) الذي ينشأ فيه الفرد، وهي:

1. الواقع Reality.

قد يكون العالم الخارجي غير ملائم للإشباع، كالجائع الذي لا يجد حوله أو قريباً منه مصدرًا للطعام، فيضطر إلى البقاء جائعًا حتى يرجع إلى بيته.

2. الأنا الأعلى Super Ego أو (الضمير).

وهو ينشد الكمال وهو الحارس للشخص، والضمير هو أحد مكونات الأنا الأعلى ولذا يُعدّ الأنا الأعلى إحدى القوى التي تعارض الشخصية وإشباع دوافعها، وتسبب لها الإحباط إذا كانت دوافع الشخصية مما لا يرضى عنه الأنا الأعلى، مثال الجائع وليس لديه مال لتحقيق إشباع، فيضطر إلى السرقة، فيمنعه الأنا الأعلى.

3. عجز الفرد ذاته.

أحياناً يجد الفرد الواقع ملائمًا للإشباع، وليس هناك تحريمات من جانب الأنا، ولكن لا يجد الإمكانيات الذاتية لتحقيق هدفه، مثل الضعف العقلي والحركي أو الإمكانيات الحسية مثال على ذلك، القعيد الذي لا يقدر على الحراك لكي يأكل، والأكل عن قرب منه.

الدوافع من منظور إسلامي

إن الإسلام الحنيف منهج كامل للحياة الإنسانية في جميع مجالاتها؛ ولذا يعمل على هداية الإنسان، ويلبي حاجاته المادية والروحية، ويفي بفطرته الإنسانية التي خلقه الله عليها، إن الإسلام الحنيف هو الدين

الوحيد الذي قرر المبادئ الأساسية التي تشمل كل جوانب الحياة الاجتماعية والاقتصادية والتشريعية والسياسية.

قال تعالى: ﴿مَا فَرَطْنَا فِي الْكِتَابِ مِنْ شَيْءٍ﴾ [الأنعام: 38].

والدوافع والاحتياجات التي تحدث عنها علماء النفس المحدثون قد أمارت القرآن الكريم اللثام عنها منذ ألف وأربع مئة سنة، وهناك آيات قرآنية كثيرة تبرز هذه الدوافع كالدوافع الروحية والنفسية ودافع التملك والعدوان ودافع التنافس... إلخ. من تلك الدوافع التي أفرد لها علماء النفس والإدارة المحدثون كثيراً من البحوث، بل إن بعض الدوافع أغفلها معظم العلماء في دراستهم للدافعية كالدوافع الروحية مثل دوافع التدين والتمسك بالتقوى وحب الخير والحق والعدل وكره الشر والباطل والظلم.

فالقرآن الكريم تحدث في آيات متفرقة عن تلك الدوافع، فيتحدث عن شهوة الجنس وشهوة حب الأبناء وشهوة التملك وشعور التفاخر، ففي سورة آل عمران يقول - عز وجل - : ﴿زُيِّنَ لِلنَّاسِ حُبُّ الشَّهَوَاتِ مِنَ النِّسَاءِ وَالْبَنِينَ وَالْقَنَاطِيرِ الْمُقَنْطَرَةِ مِنَ الذَّهَبِ وَالْفِضَّةِ وَالْخَيْلِ الْمُسَوَّمَةِ وَالْأَنْعَامِ وَالْحَرْثِ ذَلِكَ مَتَاعُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَاللَّهُ عِنْدَهُ حُسْبُ الْمَعَادِ﴾ [آل عمران: 14] وفي آية أخرى يتحدث عن تلك الدوافع مخاطباً أبا البشر آدم عليه السلام: ﴿فَقُلْنَا يَا آدَمُ إِنَّ هَذَا عَدُوٌّ لَكَ وَلِرَوْحِكَ فَلَا تَخْرُجَنَّكَ مِنَ الْجَنَّةِ فَتَشْقَى ﴿١٣١﴾ إِنَّ لَكَ أَلًا مَجُوعٍ فِيهَا وَلَا تَعْرِى ﴿١٣٢﴾ وَأَنْتَ لَا تَنْظَمُونَ فِيهَا وَلَا تَضْحَكُونَ﴾ [طه: 117-118].

هذه الآية الكريمة اشتملت على دوافع عدة، وهي دافع الأكل: ﴿إِنَّ لَكَ أَلَّا تَجُوعَ﴾ [طه: 118] ودافع الوقاية واللبس: ﴿وَلَا تَعْرَى﴾ [طه: 118] ودافع الشرب: ﴿وَأَنَّكَ لَا تَظْمَأُ فِيهَا﴾ [طه: 119] ودافع السكن والمقام في مكان آمن: ﴿وَلَا تَضْحَى﴾ [طه: 119] .

كذلك يبيّن القرآن الكريم دافع التملك، وهو من الدوافع النفسية التي يتعلمها الإنسان في الأغلب في أثناء تنشئته الاجتماعية، فالثقافة التي ينشأ فيها وخبرته الشخصية تعلمه حبه لامتلاك المال وغيره من الممتلكات التي تبعده عن الخوف، وتمنحه الأمان من الفقر، وتمده بالنفوذ والجاه والقوة في المجتمع، وقد أظهر القرآن الكريم هذه الدافعية في أكثر من موضع بقوله: ﴿وَيُحِبُّونَ الْمَالَ حُبًّا جَمًّا﴾ [الفجر: 20]، : ﴿الْمَالُ وَالْبَنُونَ زِينَةُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا﴾ [الكهف: 46] وآية أخرى تشير إلى أن دافع التملك والجري وراء المال وتجميعه يصرف عن ذكر الله، ويدخله في عقله بقوله عز وجل: ﴿أَلْهَنكُمْ﴾ [التكاثر: 1] حَتَّى زُرْتُمُ الْمَقَابِرَ ﴿ [التكاثر: 2-1].

هذا، وقد دفع بعض علماء النفس إلى اعتبار التملك غريزة، إلا أن الدراسات في علم النفس لا تعتبر التملك غريزة، وتميل إلى اعتباره دافعاً نفسياً مكتسباً، بل الآية الكريمة تؤكد اعتبار دافعية التملك دافعاً نفسياً مكتسباً بقوله عز وجل: ﴿زُيِّنَ لِلنَّاسِ حُبُّ الشَّهَوَاتِ مِنَ النِّسَاءِ وَالْبَنِينَ وَالْقَنَاطِيرِ الْمُقَنْطَرَةِ﴾ [آل عمران: 14] .

الحوافز من منظور إسلامي

مفهوم الحوافز الدينية في مجال الأعمال:

تؤدي الحوافز الدنيوية بأنواعها المادية والمعنوية دورًا كبيرًا في تحسين الأداء ومضاعفة الجهد، ولا نستطيع أن نقلل من قيمتها وجدواها في منظمات الأعمال، ولكن نستطيع تعزيزها وتقويتها من خلال مفهوم آخر للحوافز، وهو الحوافز الدينية.

وكما أشرنا سابقاً، فإن الحافز المناسب هو ذلك الحافز الذي يتلاءم، ويتوافق مع دافعية العامل، وهنا تكمن الصعوبة في تقديم الحوافز الدنيوية بسبب تباين دوافع العاملين، وكما وضحتها النظريات التي تناولت الدوافع.

أما الحوافز الدينية فهي تعتمد على الدافع الديني الذي يمتلكه كل عامل، ولا نختلف أن هذا الدافع الديني أيضاً قد يتفاوت من عامل لآخر، لكن نقول: وعلى الرغم من هذا التفاوت يبقى هذا الدافع موجوداً في جميع العاملين، بل يمكن تقويته وتعزيزه خصوصاً ونحن نعيش في مجتمع يرفض العلمانية، ويولي الدين الأسبقية في كل شيء.

فالإنسان المسلم مهما كان مقدار إيمانه فإنه يرغب في دخول الجنة، ويخشى من عذاب النار، ولقد ربط الدين الإسلامي - وهذا من مميزات ديننا الحنيف - بين الإيمان والعمل الصالح، يقول الله تعالى: ﴿مَنْ عَمِلْ صَالِحًا مِّنْ ذَكَرٍ أَوْ أُنْثَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيٰوةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾ [النحل: 97].

اضطرابات الكرب

Stress Disorders



لا تجزَعَنَّ إِذَا نَابَتَكَ نَائِبَةٌ وَلَا تَضِيقَنَّ فِي خَطْبِ إِذَا نَابَا
 مَا يُغْلِقُ اللَّهُ بَابًا دُونَ قَارِعِهِ إِلَّا وَيَفْتَحُ بِالتَّيْسِيرِ أَبْوَابَا

ابن معصوم المدني

من المعروف أن الأحداث العصبية والظروف الضاغطة غالباً ما تثير الاضطرابات النفسية بأنواعها وإشكالها بقدر لا يقل قيمة عن إثارتها للاضطرابات العاطفية التي قد تكون شديدة، ولكن ليست بالشدة والفترة المطلوبة ليتم تشخيصها بوصفها اضطرابات ضمن طيف الاكتئاب أو القلق، وقد سميت هذه جملةً ردود الفعل للأحداث الضاغطة Reactions to stressful experiences اضطرابات الكرب أو الاضطرابات الوجدانية الصغيرة Minor Affective Disorders بحسب التصنيف الدولي للأمراض النفسية ICD-10.

إن رد الفعل للكرب قد يتراوح بين الأفراد من حيث شدة الأعراض والفترة الزمنية، فإذا كانت الاستجابة للحدث تتراوح من ساعات عدة إلى 3 أيام، فإنها تسمى رد فعل للأحداث الضاغطة، وتصنف بحسب التصنيف الدولي ب ICD-10 Acute Stress Reaction أما إذا استمرت الاستجابة لفترة أطول تتراوح من يومين على الأقل حتى 4 أسابيع، فإنها تصنف بوصفها اضطراباً بحسب تصنيف ال DSM-V Disorder Acute Stress اقترح مصطلح (الكرب Stress) لأول مرة العالم (هانس سيليبه) سنة 1936.

الكرب حالة نفسية شائعة في عصرنا، حيث تكثر المؤثرات بأنواعها: من ضغوط اقتصادية وسياسية واجتماعية وبيئية ووظيفية وغذائية. إنه مجهود يتكيف به الجسم مع التهديدات الخارجية (كحادث سيرة أو عملية جراحية أو مرض أو تقلب طقس... أو استعداد لامتحان أو تربص وتبويت نية انتقام أو انفعال نفساني كالحزن أو الهم أو الغضب بل وحتى الفرح المبالغت.

الكرب إذن هو شكل من أشكال صروف الدَّهر من ابتلاءات ومضايقات وتنافس وتحديات ونجاحات.

ويمكن القول: إن المصطلح في (الأصل) قد استخدم للتعبير عن معاناة وضيق أو اضطهاد، وهي حالة يعاني فيها الفرد الإحساس بظلم ما، وقد اشتق من الكلمة الفرنسية Distress التي تشير إلى معنى الاختناق Strictus والشعور بالضييق Tight والظلم وأيضاً بمعنى القوة (Straits) والإجهاد Adversity والإصابة Force والضغط Pressure والشدة Strain، وقد شهد القرن التاسع عشر تزايد الاهتمام بدراسة الضغط، وفي نهاية القرن العشرين، برز مصطلح الضغط Stress ليشير إلى عملية مواجهة مشاق الحياة ومشكلاتها والمشاعر السلبية التي تثيرها هذه المشاق.

في عصرنا هذا تشير كلمة الكرب إلى الانعصاب أو الشدة أو الضائقة، أو الإجهاد، وتشير إلى الضغط أو العبء أو المحنة، وتفيد الكلمة في الفيزياء والميكانيكا كل ما يسبب إجهاداً أو ضغطاً لغيره مثل القوة التي تضغط شيئاً أو تجذبه، وقد تغير حجمه أو شكله بإنقاصه أو مطه مثلاً، وفي علم الوظائف تفيد الكلمة إحداث توتر بالعضلة لدرجة الإجهاد أو الإحساس بهذا التوتر، وفي الناحية المرضية قد تستخدم الكلمة لكل ما يسبب إجهاداً أو توتراً نفسياً شديداً Stress.

وبالنسبة إلى جرينبرج Greenberg يشير مصطلح الكرب إلى فعل سيكولوجي وفسيولوجي وعقلي ناتج عن استجابات الفرد للتوترات البيئية والصراعات والأحداث الضاغطة، وهو إجهاد بدني أو نفسي يلزم الفرد عادة لفترة من الزمن تهدد قدراته على التوافق مع أحداث الحياة

ومتطلباتها المختلفة، وهي الظروف التي ترتبط بالشدة والضغط الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعاً من إعادة التوافق عند الفرد، وما ينتج عن ذلك من آثار جسمية ونفسية، وقد ينتج الضغط كذلك من الصراع والإحباط والحرمان والقلق والضغط حالة تنتج عن عدم حدوث التوازن بين المطالب الواقعية لدى الفرد وقدرته على الاستجابة لتلك المتطلبات، بمعنى أنها نتيجة الإحساس بالطلب يفوق الإحساس بقدرته الفرد وإمكاناته على سد احتياجاته (Greenberg 1980).

الطبيب الكندي هانز سيللي Hans Seley قد كان أول من قدم مصطلح الضغط النفسي Stress للمجال الطبي عام 1926، فقد لاحظ أن الأفراد يعانون على نطاق واسع من الأمراض الجسمية، ولكن هناك عامل مشترك في الأعراض مثل فقدان الشهية، وانخفاض في قوة العضلات، وارتفاع ضغط الدم، وفقدان الحماس لإنجاز أي شيء.

توصل سيللي Seley إلى تعريف الضغط النفسي بأنه استجابة الجسم لأي متطلب يوضع عليه، ويأخذ سيللي الجانب العضوي في تعريفه، فيصف الضغط النفسي بالتركيز على استجابة الضغط، التي تحدث عندما يسجل المخ أي مثير ضاغط Stressor مثل حادث سيارة أو تهديد بالفصل من العمل، وينظر البعض للضغط بوصفها تهديداً للأمن الفرد وسلامته، حيث تجعله أكثر عرضة للصدمات والاضطرابات، وعدم قدرته على اتخاذ أي قرار إيجابي قاطع تجاه المشكلات والضغط التي تواجهه، أو العمل المكلف به.

بينما يرى البعض الآخر أنها عبارة عن:

- التوقع الذي يوجد لدينا حول عدم قدرتنا على الاستجابة المناسبة لما قد يعترضنا من أمور أو صعوبات قد تكون نتائج استجابتنا لها غير موفقة وغير مناسبة.
- في حين أكد البعض في تعريفاتهم أنها حالة نفسية ناشئة عن تفاعل الفرد مع مواقف البيئة الضاغطة، التي تُوجد لديه مواقف صراعية حادة مصحوبة بتوتر انفعالي.
- وفي سياق آخر ينظر البعض إلى الضغوط بوصفها دافعاً للحياة ومحركاً للأداء عندما تكون بدرجة معتدلة.

أسباب الكرب

كثيرة منها ما يستحيل التّحكّم فيها وإزالتها (كالمرض والحوادث)، ومنها ما نقدر على التّخفيف منه كتقلّبات الطّقس، لكن هناك أسباب ثلاثة، نستطيع أن نزيلها بالكامل، وهي كثيرة كالغضب ونبّة الانتقام والجهل. وهناك مؤثّرات متوتّرة عدة، من تلوّث وقلّة حركة وهضم حقوق الجسم (كسوء تغذية وقلّة نوم...) وجدال وأخطاء السّير وكتّم وكذب وتردّد وتجسّس وفضول ومغالاة في الشّعور بالذّنب.

مراحل الكرب

للکرب ثلاث مراحل بيولوجية: الاعتداء الخارجي.

• أولاً: مرحلة (التيقظ) التأهب Vigilance، وفيها يزيد الجسم من طاقاته لمواجهة الاعتداء الخارجي بإفراز هرمونين: الأول هرمون Adrenaline الأدرينالين (يسرع هذا الهرمون التنفس، فيزيد من أكسجين الدم، ويزيد من انتباه الأعصاب، ويرفع ضربات القلب ويرفع (ضغط الدم) لذا يعدّ الكرب سبباً مباشراً لارتفاع ضغط الدم، ما يوفر دماً كثيراً للعضلات، أما الهرمون الكظري الثاني فهو (الكورتيزون Cortisone) الذي يرفع سكر الدم.

• ثانياً: مرحلة المقاومة Resistance لاستمرار الموتر بغية النجاح في تجاوزه، وذلك بالحفاظ على وفرة طاقات المرحلة الأولى (سرعة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وسرعة التنفس والانتباه).

• أخيراً: مرحلة الفشل Exhaustion وهي مرحلة الإنهاك أو الاستنزاف، الفشل في اجتياز الاعتداء الخارجي الموتر، فتظهر الأعراض المهلكة كصداع الرأس والأرق واضطرابات النّجو (كالحرارة والتّخمة ونفخ الأمعاء)، أحياناً (Lumbago آلام قطنية) أو نملة أو انهيار عصبي.. يكمن سبب هذه الاضطرابات في الطّاقة الوفيرة التي أنتجها الجسم في أثناء تربّصه، والتي غطّت الاعتداء الخارجي الموتر، وفاضت عليه (فاضت إمّا لأنّ الاعتداء لم يحدث بالمرّة، أو حدث فعلاً، ولكن بأقلّ حدّة ممّا كان متوقّعا)، ويتراكم هذا الفيض مع تكرّر الكرب.

ونحن في صدد البحث عن الكرب الذي من شأنه أن يخل التوازن في أداء الفرد وعطائه واختلال دوره الاجتماعي.

ما مكونات الاستجابة للأحداث الضاغطة؟

1. استجابة عاطفية Emotional Response.

2. استجابة جسمانية Somatic Response.

3. استجابة نفسية Psychological Response.

• الاستجابة العاطفية والجسمانية قد تكون من نوعين :

1. القلق Anxiety ويشمل الأعراض المألوفة لهذا الاضطراب.

2. الاكتئاب Depression المصحوب بقلة الحركة.

وكما هو متوقع، فإن القلق مرتبط بأحداث وثيقة بالتهديد لسلام الفرد وأمنه. أما الاكتئاب فهو مرتبط عادة بأحداث لها علاقة بالانفصال أو الفقدان.

الاستجابات النفسية للأحداث الضاغطة تتمثل في آليات الدفاع النفسية Psychological Mechanisms التي من شأنها أن تقلل صدمة الحدث، وتحد من الآثار العاطفية والجسمانية للحدث الضاغط.

• وهناك مجموعتان من آليات الدفاع النفسي يمكن وصفها:

1. إستراتيجيات التكيف Coping Strategies:

تلك التي من وظائفها تقليل شدة آثار الكرب الناتجة من مواجهة حدث ضاغط ما يضمن شيئاً ما من استمرارية الأداء الطبيعي للفرد.

ويشير هذا المصطلح المشتق من علم النفس الاجتماعي Social psychology إلى النشاط الذي يعي له الفرد كتجنبه عن عمد للعوامل الضاغطة بحسب ما يرى لازاروس Lazarus 1966.

2. أما مصطلح آليات الدفاع Defence Mechanism فهو مشتق من الدراسات التحليلية النفسية، وتشير إلى العمليات العقلية اللاواعية (اللا شعورية) كالإنكار مثلاً.

ويشير مصطلح التكيف Adaptation إلى العمليات النفسية المتضمنة في التأقلم مع الأحداث الضاغطة المرتبطة مع كرب مزمن على سبيل المثال.

تكيفية Adaptive وتنقسم بدورها إلى نوعين:

أ. إستراتيجية حل المشكلات Problem Solving Strategy التي من شأنها جعل الأحداث الضاغطة أقل تأثيراً، وتشمل الخطوات الآتية:

- Help البحث عن مساعدة والحصول على معلومات أو نصيحة لحل المشكلة.

- Plans عمل خطط وتنفيذها للتعامل مع المشكلة.

- Confrontation المواجهة، وتتضمن: تحديد حقوقك أو إقناع شخص آخر بتغيير سلوكه عندما يكون أيٌّ منهما له الدور الفعال في حل المشكلة.

ب. إستراتيجيات تقليل شدة العاطفة Emotion – reducing Strategy وتشمل:

- التنفيس أو التفريغ العاطفي Emotional Ventilation: لتحدث مع شخص آخر والتعبير عن العواطف.
- التجنب أو التفادي Avoidance: رفض التفكير في المشكلة، وتجنب الأشخاص سبب المشكلة، وتجنب كل ما يذكر بها.
- إعادة التقييم الإيجابي Positive Re-appraisal: النظر للمشكلة من زاوية إيجابية وكأنها زادت من مناعة الفرد وخبرته لمواجهة الصعاب.

قبول أو رفض المسؤولية عن المشكلة، فإن كان له دور جزئي أو كلي في تكوينها وعليه التعامل معها بإيجابية وموضوعية أو لا دور له فيها وعليه عدم الالتفات إليها والاستمرار في العيش بسلام دون ردود فعل.

ومع أنه ليس دائماً تكون هذه الإجراءات تكميلية، فمن الممكن أن تؤدي إلى نتائج سلبية على عكس المتوقع، وهذا شأن الفرد المريض الذي يستخدم آلية الدفاع (التجنب)، ما يؤدي إلى تأخره في طلب العون الطبي وتعقيد حالته الصحية، ومن هنا تأتي الأهمية للنظر إلى هذه الإجراءات التكميلية ليس فقط توظيفها فحسب بل والقدرة على اختيار الأنسب منها لمختلف الظروف المتغيرة، ويمكن التعبير عن هذه الأهمية بالذات، فيما يخص الأعضاء في المجموعات المعروفة بـ (متعاطي الكحول مجهولي الاسم) الذين ينصحون بأمور جوهرية من خلال التشجيع للعلاج منها:

- البحث عن الشجاعة لتغيير ما يمكن تغييره.
- قبول ما لا يمكن تغييره.

- حكمة التفريق بين الحالتين.

قد تكون إستراتيجيات التكيف غير مناسبة لسوء اختيارها للظرف المناسب، ومن ثم تزيد من حجم الأزمة على المدى البعيد على الرغم من تأثيرها في تقليل أعراض الشدة على المدى القصير كما يشعر بها هؤلاء المرضى خطأً.

- فما الإستراتيجيات غير التكيفية؟ Maladaptive Coping Strategies.

- استعمال المواد الكحولية والعقاقير المهدئة دون إشراف طبي.
- إيذاء النفس عن عمد: ويمكن عن طريق تناول جرعة دوائية زائدة، إلحاق جروح بجسده أو أي شكل آخر من الإيذاء، وكما يلاحظ لدى بعض المرضى رؤيتهم لجروحهم النازفة قد يخفف إحساسهم بالتوتر لدى قصير.
- سلوك هستيري: إطلاق العنان لسلوك غير منضبط للتعبير عن العاطفة الجامحة كالصرخ بشدة أو الحزن الشديد.
- سلوك عدواني: قد يحرر مثل هذا السلوك قيود الغضب والإحباط المحققة من آثار الشدة، ولكنه بلا شك مدمر للعلاقات على كل الأوجه، ويعقد من أزمة الفرد، ويزيد من شدتها.

يميل البعض لاستخدام نمط معين من آليات التكيف بشكل متكرر ونمطي في مختلف الظروف، وعندها تشكل هذه النماذج لدى هؤلاء الأشخاص ما

يسمى (نمط التكيف Coping style) بينما يميل البعض الآخر لاستخدام إستراتيجيات تكيف مختلفة تبعاً لاختلاف الظروف Lazarus 1993.

آليات الدفاع Defence Mechanism

ومن هذه الأساليب الحيل الدفاعية اللا شعورية التي يقوم بها الأنا، وهي عبارة عن عملية عقلية هدفها خفض القلق. وتشارك جميعها في خاصيتين:

1. أنها تعمل بطريقة لا شعورية.
2. أنها تتكرر الواقع وتشوّهه وتزيّفه.

سيغموند فرويد كان أول من وصف هذه الآليات، وفصلت لاحقاً من قبل ابنه أنا فرويد 1936، على أنها استجابات دفاعية لا واعية Unconscious أو حيل الذات الدفاعية لأحداث وظروف معينة، بمعنى أن الفرد يقوم باستخدامها دون قصد أو تخطيط مسبق غير واع لدوافعه الحقيقية، ولكن قد يصبح لاحقاً واعياً لها من خلال عملية الاستبطن Introspection أو تعليقات وملاحظات الآخرين له.

عملية الاستبطن Introspection: التأمل الباطني هو منهج البحث المفضل لدى المدرسة البنائية Structuralism التي تهدف إلى وصف البناء أو التركيب النفسي للإنسان، ويتلخص هذا المنهج في ملاحظة الفرد المدققة ملاحظة متمدة صريحة لإدراكاته ومشاعره وخبراته وانفعالاته وتحليلها، وهو أساس استخبارات الشخصية، حيث يجيب الفرد عن الأسئلة

في الاستبيان، ولا يمكن أن يتم العلاج النفسي دون استبطان المريض نفسه لنفسه، ويعدّ الوسيلة الوحيدة لدراسة بعض الظواهر كالأحلام وأحلام اليقظة والشعور في أثناء الانفعالات المتعددة.

قام فرويد بتعريف الآليات في دراسته المعروفة (اضطرابات النفس اليومية)، المصطلح الذي استخدم ليعني به زلات اللسان وإخفاق الذاكرة، وقد أسهم مفهوم آليات الدفاع في فهم السلوك البشري للحياة اليومية ولا سيما للأفراد تحت ظروف الشدة، وخاصة الأمراض النفسية والجسمانية على حد سواء. وتم استخدام هذه المفاهيم أيضاً في تفسير السببية للأمراض العقلية بمحدودية ظاهرة.

أهم آليات الدفاع النفسية في مواجهة الظروف الضاغطة والشدة:

التحويل substitution

هو تحويل الصراعات الانفعالية أو الدوافع المكبوتة والتعبير عنها بأساليب خارجية/ نفسية من خلال العمليات الحسية والحركية أو العمليات الفسيولوجية. صدمة الانفجار التي تصيب الجنود في ميدان الحرب، تؤدي إلى العمى الهستيري/ التحويلي أو الشلل الهستيري/ التصدعي.

الإنكار Denial

هو الإنكار اللا شعوري للواقع المؤلم أو المسبب للقلق، برفض إدراكه أو مواجهته، ويبدو الفرد كالنعام عندما يدفن رأسه في الأرض، وهي حيلة تعبيرية عن الهروب.

الخبرة السابقة والاستجابة للأحداث الضاغطة :

Previous Experience & Response to Stressful Events

(Brown & Harris 1978)

قام العالمان (هارس وبراون) بدراسة أحداث الحياة وتفسير الاستجابة لها في ضوء خبرة الفرد السابقة، مع الإشارة إلى أن الاستجابة قد تتحول تبعاً للظروف ولخبرة الفرد في تعاطيه لتلك الأحداث، وهناك بعض ظروف الحياة تجعل الفرد أكثر عرضة وتهيئة واستعداداً للأحداث الكرب .Vulnerability Factors

وإن الخبرة السابقة التي تحمل في طياتها أماً وكرباً تخفف عتبة هذه التهيئة ليكون أكثر عرضة لاستجابة كربية كفقدان الوالد في مرحلة الطفولة له أن يجعل الفرد في مرحلة البلوغ أكثر عرضة لأحداث ضاغطة كالفقدان مثلاً.

تصنيف ردود الفعل للخبرة الضاغطة

تجدر الإشارة هنا إلى أن ليس كل ردود الفعل هذه تُعدّ غير طبيعية.

الحزن Grief: مثلاً هورد فعل طبيعي لأحداث كرب كالحرمان بفقد عزيز، ولكن ضمن حدود معروفة بالفترة الزمنية والشدة حتى لا يتم الخلط واللبس بين هذه الحالات ونوبات الاكتئاب.

وإن الأقلية من الناس ممن تكون ردود أفعالهم متطرفة إلى حد اعتبارها مرضية، ألا أن الأغلب منهم لدى مواجهة لظرف كرب شديد

مثل حادث مروري أو حريق تظهر لديهم الأعراض المألوفة فور الحدث، منها: القلق، الخوف الشديد، الارتباك، التملل، عدم التركيز... وتتراوح شدتها من فرد لآخر لاختلافات فردية، تحكمها عوامل متعددة أفرزت هذا النوع من الاستجابة، ألا أنها تتلاشى بعد ذلك، ويعود الفرد لحالته السابقة تمامًا كما في مجالات الطب الأخرى، فكثيرًا ما نجد أفرادًا بنفس العلة المرضية، ولكن استجاباتهم مختلفة كمًا ونوعًا ما تؤثر ردود الفعل المختلفة في استجابة المريض لعلاج معين. وإن استخدام المريض للآليات الدفاعية المعينة (كالإنكار Denial) مثلًا تؤخر من اكتشاف العلة المرضية ومن ثم ضعف النتيجة العلاجية.

الحزن والاكْتئاب هما لفظان بمعنى واحد، ولكن يختلفان في الشدة والفترة الزمنية.

الحزن: حزن فلان؛ أي اغتم (الغم) على أمرٍ دنيوي قد فات، والحزن هو صورة من صور المشاعر الإنسانية الفطرية، فهو عكس الفرح والسرور.

قال تعالى: ﴿وَأَنَّهُ هُوَ أَضْحَكَ وَأَبْكَى﴾ [النجم: 43].

الاكْتئاب: كئيب فلان؛ أي انكسرت نفسه من شدة الهم والغم، وتقول العرب: اكتأب وجه الأرض؛ أي تغير، وضرب إلى السواد.

الخوف قد يعبر عنه بالهم، ولكن من أمرٍ آتٍ مستقبلاً.

وعليه، فالحزن هو شعور أو استجابة عاطفية فطرية تنتاب الفرد عند مواجهته مصاعب الحياة الدنيا ومتاعبها، قال تعالى: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ﴾ [البلد: 4].

﴿وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ﴾ [البقرة: 155]، ولا يستثنى من هذا الابتلاء أحد من البشر، حتى الأنبياء عليهم السلام، كما ورد في القرآن الكريم كحزن خير البشر صلى الله عليه وسلم على قومه حين لم يستجيبوا له، قال تعالى: ﴿وَلَا يَحْزَنكَ الَّذِينَ يُسْرِعُونَ فِي الْكُفْرِ﴾ [آل عمران: 176].

وحزن أم موسى على قذف ابنها في اليم، وحزن يعقوب على ابنه يوسف عليهما السلام، وحزن أبي بكر رضي الله عنه في حادثة الهجرة: ﴿إِذْ يَقُولُ لِصَاحِبِهِ لَا تَحْزَنْ إِنَّ اللَّهَ مَعَنَا﴾ [التوبة: 40].

وهذه دعوة للمؤمن الذي أمره كله خير؛ لأنه يجعل الفرح شكراً والحزن صبراً؛ لعلمه ويقينه أن الصبر أجره مرتان: ﴿وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ﴾ [البقرة: 155].

ولا ينبغي للإنسان أن يطيل النظر في حزنه على أمور كان أمر الله فيها مقضياً، ولا يقنط أبداً من رحمة ربه جل وعلا، فالمؤمن هو من آمن بالقدر خيره وشره.



اضطراب الكرب الحاد

Acute Stress Disorder

Acute Stress Disorder

- A psychiatric diagnosis that may occur in patients after witnessing, hearing about, or being directly exposed to a traumatic event
- Sensation of
 - Intense fear
 - Helplessness
 - Anxiety / depression
 - Fatigue
 - Headaches
 - Rheumatic symptoms



اضطراب الضغط النفسي الحاد أو التفاعل الحاد للكرب: هو اضطراب عابر على درجة حالة من الشدة، ويتكون دون وجود أي اضطراب عقلي واضح آخر كاستجابة لكرب جسمي أو عقلي جسيم، الذي يخمد عادة خلال ساعات أو أيام، وقد يكون مسبب الكرب عبارة عن تجربة حاد شديد يحمل تهديدًا خطيرًا لأمان الشخص أو سلامته أو أحد أحبائه أو تغييرًا

مفاجئاً في الوضع الاجتماعي أو الهيكلي للشخص، ويزداد احتمال الإصابة بهذا الاضطراب إذا تراكب مع إجهاد جسمي أو عوامل عضوية.

تتطور الأعراض الدالة على معاناة الفرد من اضطراب الضغط النفسي الحاد خلال شهر من تعرضه أو رؤيته لحادث يتضمن تهديداً شديداً أو موتاً فعلياً، أو إصابة شديدة، أو أي اعتداء بدني شديد سواء له أو للآخرين، واستجابته لهذا الحدث بمشاعر قوية من الخوف، والإحساس بالعجز أو الرعب.

والصدمة النفسية أو الأذى الانفعالي، استجابة عادية لحادث صادم شديد، ويرتبط بالصدمة النفسية تكوين ذكريات انفعالية عن الحدث الضاغط أو الصادم تخزن عادة في عمق دماغ من يتعرض لمثل هذه الأحداث.

وبصورة عامة، يعتقد أن التعرض المباشر للحادث الصادم، يزيد من أخطار الضرر أو الأذى الانفعالي الناتج. وعليه، فإن حدث إطلاق النار في المدرسة على سبيل المثال، ربما يكون الأذى الانفعالي الذي يلحق بالتلميذ الذي يتعرض مباشرة للإصابة أكثر شدة وخطورة من بقية التلاميذ، وإن التلميذ الذي يشاهد زميلاً له يصاب أكثر تأثراً انفعالياً من بقية التلاميذ بالمدرسة. ومع ذلك، فإن التعرض غير المباشر لأحداث العنف والاعتداءات يمكن أن يشكل موقفاً أو خبرة صدمة أو أزمة انفعالية. ولهذا السبب، فإن تعرض الأطفال والمراهقين للعدوان أو الكوارث حتى ولو كان من خلال التقارير الإعلامية، يمكن أن ينتج عنه علامات أو أعراض الضيق أو الكدر الانفعالي.

كما قد قيل سابقاً، فإن رد الفعل للكرب قد يتراوح بين الأفراد من حيث شدة الأعراض والفترة الزمنية، فإذا كانت الاستجابة للحدث تتراوح من ساعات عدة إلى 3 أيام، فإنها تسمى ردة فعل حادة للأحداث الضاغطة، وتصنف بحسب التصنيف الدولي ب ICD __ 10 أما إذا استمرت الاستجابة لفترة أطول تتراوح من يومين على الأقل حتى 4 أسابيع فإنها تصنف بوصفها اضطراباً بحسب تصنيف ال DSM - 4.

ما الأعراض الرئيسة لهذا الاضطراب؟

الأعراض الرئيسة تتمحور حول عرضين جوهريين هما:

1. القلق Anxiety: هو رد فعل أو استجابة فطرية لأحداث تحمل صفة التهديد لسلامة الفرد وإحساسه بالأمان.
 2. الاكتئاب Depression: هو رد فعل أو استجابة فطرية تحمل صفة فقدان أو الحرمان كان هذا الفقدان مادياً أو جسدياً أو عاطفياً.
- غالباً ما يترافق القلق والاكتئاب في الصورة الإكلينيكية لاستجابات الكرب؛ وذلك لهيمنة الأحداث العصبية التي تتسم باندماج صفتي التهديد بالخطر والحرمان كحادث مروري مثلاً أدى الى مقتل قريب عزيز كان برفقة المريض نفسه.

هناك أعراض أخرى إضافة إلى ما ذكر، وتتمثل في الآتي:

1. الشعور بالذهول، وكان الشخص تحت تأثير التخدير أو التمثيل .Numbness

2. التمللم وعدم الراحة والاستقرار Restlessness.
 3. صعوبة في النوم والاسترخاء Sleep Disturbance.
 4. ضعف التركيز والانتباه Poor Concentration.
 5. أعراض جسمانية Somatic Symptoms ناتجة عن إثارة الجهاز السمبثاوي اللاإرادي الذي يرفع معدل الأيض (البناء والهدم) ويمدّ الجسم بطاقة إضافية، ويقوم بجملة من التغيرات التي تهيئ الجسم لمواجهة حالة الطوارئ باتخاذ أحد القرارين: الكر أو الفر - Flight Fight ومن نتائج إثارة هذا الفرع السمبثاوي للجهاز العصبي المركزي اللاإرادي تغيرات فسيولوجية أهمها:
 - توسيع الحدقة - علامة الانفعال القوي (الخوف، الغضب).
 - زيادة سرعة دقات القلب وتقليل سرعة التنفس.
 - إرخاء عضلات الشعب الهوائية وعضلات الأمعاء وتعطيل عملية الهضم.
 - انقباض عضلات الأوعية الدموية كارتفاع ضغط الدم.
 - كف الغدد اللعابية عن الإفراز كجفاف الحلق.
 - تنبيه الغدد فوق الكلوية (الكظرية) لإفراز الأدرينالين للطاقة والإحساس بالقوة والنشاط.
- وليس غريباً أن ينتاب الفرد في ظل هذه الأحداث مشاعر الغضب، وقد يلجأ لسلوك غير تكيفي هستيري وأحياناً نادرة يكون هناك سلوك هروبي الفر Flight من موقع الحدث كرد فعل تطريفي.

فعندما يتعرض البشر لحدث صادم أو مهدد، فإنهم يستجيبون بصورة فطرية بسلوكيات تستهدف بالأساس الحفاظ على الحياة الشخصية؛ أي الحفاظ على ذواتهم كوحدات عضوية مستقلة، إما من خلال المواجهة والإقدام أو عن طريق الهرب والفرار (استجابة الإقدام أو الإحجام/ المواجهة أو الانسحاب fight-or-flight response) وطبيعة استجابة الضغط الحاد مألوفة تماماً لكل البشر، إذ تتضمن علامات واضحة للجميع منها زيادة معدل ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، والتعرق، وزيادة سرعة التنفس، وزيادة معدلات التمثيل الغذائي أو عملية الأيض، إضافة إلى التصلب أو التقلصات العضلية.

وتزايد عمل الجهاز الدوري وتسارع عملية الأيض أمر حتمي أو ضروري لتحريك البشر لسرعة الفعل وردّ الفعل. ويعتقد أن هذا التفسير في جزء منه أحد أسباب اضطرابات القلق. ومع ذلك، أصبح واضحاً خلال العقد الماضي أن استجابة الضغط الحاد كنموذج لفهم القلق غير كافية، إذ إن استجابة الضغط الحاد أكثر ارتباطاً بحالة التهيج أو الاستثارة العامة، وليس القلق. ويختلف القلق anxiety بطرق عدة عن حالة التهيج أو الاستثارة العامة arousal:

1. بالنسبة إلى القلق، عادة ما يكون الانشغال بالضاغط غير متناسب مع التهديد الفعلي المرتبط به أو الذي يمكن أن ينتج عنه.
2. غالباً ما يرتبط القلق بأنشطة نفسية وسلوكية أكثر تنوعاً وأكثر تفصيلاً خاصة الأنشطة التي تستهدف تجنب الأعراض المكدرّة الخاصة بنوبات القلق الشديد أو المباغته ونوبات الهلع.

3. حالة القلق أكثر دوماً من حالة التهيج أو الاستثارة.

4. يمكن أن يحدث القلق دون التعرض لضغط خارجي.

وتؤدي العوامل المعرفية، خاصة الطريقة التي يفسر، ويفكر بها البشر في الأحداث الضاغطة دوراً رئيساً في إحداث حالة القلق. فمن العوامل الحاسمة في هذا الصدد إدراك الفرد للحدث الضاغط، فطبيعة الإدراك واتجاهه يمكن أن تزيد أو تنقص الاستجابة.

ومن الحالات السلبية في القلق الإحساس بعدم القدرة على ضبط الأحداث أو السيطرة عليها. وغالباً ما تقترن هذه الحالة بالإحساس بالعجز وقلة الحيلة نتيجة العجز المدرك المرتبط بعدم القدرة على التنبؤ، التحكم أو الحصول على نتائج مرغوبة. ويمثل ما تقدم بعض العوامل التي تُعدّ أسباباً لاضطرابات القلق مثل اضطراب الضغط الحاد.

الأسباب Aetiology

ما الأسباب والأحداث التي تثير اضطراب الكرب الحاد؟ إن العوامل الضاغطة متعددة ومتنوعة في مجرى الحياة اليومية، وتكون في أغلب الأحيان مفاجئة وغير متوقعة الحدث، ضحيتها الفرد ذي الاستعداد لذلك، ومن الأمثلة على ذلك:

- حادث مروري R.T.A.
- حريق Fire.
- اعتداء جسدي شديد أياً كان نوعه Assault.
- اكتشاف الفرد إصابته بمرض خطير Serious Disease.

وقد يكون ابتلاء قريب عزيز بضرر بالغ في أثناء تعرضهما لنفس الحادث ما يتطلب منه التكيف مع متغيرات الحياة بشكل استثنائي.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه ليس كل من يتعرض أو يواجه مثل هذه الأحداث يصاب بالاضطراب أو رد الفعل المذكور بنفس الدرجة والشدة، هذا التفاوت يشير بدوره إلى الاختلافات الفردية في العوامل الآتية:

1. الاستعداد والميل الفطري Constitutional Vulnerability.
 2. في مثل هذه الظروف ينبغي حضور للاستعداد الفطري بحيث تكون ردود الفعل والاستجابة المتوقعة أمراً حتمياً.
 3. الخبرة السابقة لمواقف شبيهة Previous Experience.
 4. القدرة على التكيف مع مفاجآت الحياة والتعامل معها وطرق مواجهتها ووضع الحلول المناسبة Coping Ability.
- أما آليات الدفاع واستراتيجيات التكيف في مثل هذه الأحداث فتكون على النحو الآتي:

- التجنب Avoidance: هو أكثر إستراتيجية تكيفية انتشاراً، ويتمثل في رفض الفرد التفكير أو الكلام عن الحدث وتفاصيله.
 - الإنكار Denial: هو أكثر آلية الدفاع استخداماً، ويتم التعبير عنها بالاعتقاد أن الحدث لم يتم حقيقة وعدم قدرته تذكر الحدث.
- تناسب صفة القلق مع التجنب والإنكار، بحيث إنه مع انخفاض معدل القلق لدى الفرد تتحدر معها صفتا التجنب والإنكار، ومن ثم يصبح قادراً

على التفكير في الحدث وتذكر بعض عناصره لحد ما نسبياً، إلا أن صعوبة تذكر تفاصيل الحدث كاملاً قد تستمر حتى يتم العلاج عبر مراحل المعادة، قد يلجأ الفرد المكروب لإساءة استخدام بعض العقاقير لتخفيف وطأة الحدث كما قد تكون آليات دفاعه النفسية غير تكيفية، مثل:

1. التقهقر أو النكوص Regression.

2. الإسقاط Projection.

3. الإزاحة Displacement.

وقد تستمر لفترة أطول من المعدل الطبيعي ما يعيق عملية التدخل العلاجي.

معايير التشخيص Diagnostic Conventions

تتطلب معايير التشخيص لاضطراب الكرب الحاد حداً زمنياً واضحاً يتراوح من بعض ساعات منذ بداية الحدث الضاغط وحتى ثلاثة أيام كما في التصنيف الدولي للأمراض I.C.D - 10 وحتى 4 أسابيع كحد أقصى كما في تصنيف DSM-4 يعود الفرد بعدها لحياته الطبيعية، وعند تجاوز هذا الحد الزمني يتم تصنيف الحالة كاضطراب التأقلم Adjustment Disorder أو اضطراب كرب ما بعد الصدمة Post-Traumatic Stress Disorder - PTSD ويتطلب نظام التشخيص خلو الفرد من أي أمراض نفسية/ عقلية سابقة في التاريخ المرضي.

من المهم أيضاً وجود علاقة زمنية بين بداية وطأة الصدمة وتشكل الأعراض الكريية. إن معايير التشخيص العالمية المعروفة تصف أعراضاً

نمطية لهذا الاضطراب: فمثلاً DSM دليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض النفسية يصف الآتي:

1. خوف + Fear الشعور بالعجز + Helplessness هلع Horror إضافة إلى ثلاثة أعراض من الخمسة الآتية:

• إحساس الخدران (التميل) والانفصال & Numbness
.Detachment

• غياب الاستجابة العاطفية وانخفاض الوعي لما يدور حوله، دوخان
وانبهار.

• الذهول والارتباك Daze.

• الشعور وكأن المحيط حوله قد تغيرت معاملة Derealization.

• الشعور وكأن الشخصية نفسها قد تغيرت معاملة Depersonalization.

• اضطراب الذاكرة التصدي Dissociative Amnesia.

2. ينبغي وجود تجنب Avoidance واضح للمعالم التي تثير لدى المكروب ذكريات الصدمة.

3. ضيق شديد Distress إضافة إلى اضطراب دوره الاجتماعي عما كان عليه سابقاً.

4. استبعاد Exclusion أمراض نفسية/ عقلية سابقة مصاحبة لزمان الحدث التي لها أن تفسر الأعراض المذكورة في سياق إثارة أو عودة Exacerbation ذلك المرض.

معايير تشخيص اضطراب الكرب الحاد Acute Stress Disorder

- أ. تعرّض الشخص لحادث رضحي يُوجد فيه كل مما يأتي:
1. أن يكون الشخص قد خبر أو شهد أو واجه حادثاً أو حوادث تضمنت موتاً فعلياً أو تهديداً بالموت أو أذى خطيراً أو تهديد السلامة الجسدية للذات أو للآخرين.
 2. أن تكون استجابة الشخص قد تضمنت الخوف الشديد أو العجز أو الترويع.
- ب. حدث لدى الشخص إما في أثناء مروره بالخبرة أو بعد خبرة الحوادث المكرب، ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التفارقية الآتية:
1. الإحساس الذاتي بخدر أو انفصال أو غياب الاستجابة الانفعالية. Numbness & Detachment
 2. انخفاض في وعي المحيط، مثل أن يكون في ذهول؛ في شدّه Daze.
 3. تبدد الواقع Derealization.
 4. تبدد الذات أو تغير معالم الشخصية Depersonalization.
 5. نساوة (نسيان) تفارقية (أي العجز عن تذكر وجه مهم من أوجه الرض أو الكرب Dissociative Amnesia).
- ج. استعادة خبرة الحادث الرضحي بشكل مستديم بطريقة أو أكثر من الطرق الآتية: صور معاودة، أفكار، أحلام، إخالات، نوبات استعادية أو إحساس بإعادة إحياء الخبرة أو ضائقة عند التعرّض لتذكريات الحادث الرضحي (ما يذكر به).

- د. تجنب واضح للمثيرات التي تستدعي تذكرات الرضح (مثل، الأفكار، المشاعر، الأحاديث، الأنشطة، الأماكن، الناس).
- هـ. أعراض واضحة من القلق أو تزايد اليقظة (مثل صعوبة النوم، الاستثارة، ضعف التركيز، فرط التيقظ، استجابة إجمال مبالغ فيها، زلز حركي).
- و. يسبب الاضطراب ضائقة مهمة سريريًا أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات مهمة أخرى من الأداء الوظيفي أو أن الاضطراب يُخلُّ (يضرُّ) بقدرة الفرد على متابعة مهمة ما ضرورية، مثل الحصول على مساعدة ضرورية أو تعبئة الموارد الشخصية (Mobilizing) بإخبار أفراد الأسرة عن الخبرة الرضية.
- ز. يستمر الاضطراب يومين على الأقل و4 أسابيع كحد أقصى، وهو يحدث في غضون 4 أسابيع من الحادث الرضي.
- ح. لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل، سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة، ولا يعلله اضطراب ذهاني وجيز، وهو ليس مجرد تفاقم لاضطراب على المحور 1 أو 2 موجود سابقًا.

علاج اضطراب الضغط الحاد

يُعدُّ العلاج المعرفي السلوكي Cognitive behavioral therapy من أكثر صيغ العلاج النفسي نجاحًا في التغلب على اضطراب الضغط الحاد. وللعلاج النفسي السلوكي مكونان رئيسان: الأول، أنه يهدف بالأساس إلى

تغيير المعارف وأنماط التفكير المحيطة بالحدث الصادم. والثاني، يحاول تغيير السلوكيات في المواقف المحرصة على القلق أو المثيرة له.

ولا يُلطف أو يخفف العلاج المعرفي السلوك أعراض اضطراب الضغط الحاد فقط، بل يبدو أنه يقي البشر أيضاً من المعاناة من اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وما يؤكد ذلك أن نسبة معاناة أو تطور حالة الأفراد الذين يعانون اضطراب الضغط الحاد إلى اضطراب الضغوط التالية للصدمة نحو 80% وتقل هذه النسبة في حالة تلقي هؤلاء الأفراد للعلاج المعرفي السلوكي إلى نحو 20% فقط.

ويمكن علاج اضطراب الضغط الحاد أيضاً باستخدام أسلوب التلطيف النفسي أو المصالحة النفسية Psychological debriefing وأسلوب جماعات علاج أو إدارة القلق anxiety management groups ويتضمن أسلوب التلطيف أو المصالحة النفسية التدخل العلاجي المكثف عقب التعرض للحدث الصادم مباشرة؛ ليتمكن الأفراد الذين يتعرضون لمثل هذه النوعية من الأحداث من التحدث عن هذه الأحداث وتفريغ الشحنة الانفعالية المرتبطة بها مباشرة. أما فيما يتعلق بجماعات علاج أو إدارة القلق، فتتوفر سياق تفاعل يضمن تبادل إستراتيجيات التوافق وتعلم طرق التغلب على الضغوط. ومع ذلك ثبت، أن هذين النمطين من العلاج النفسي أقل فعالية في علاج اضطراب الضغط الحاد مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي.



اضطراب الكرب (الشدة) بعد الرض

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)



نقاط إحصائية أساسية

- نحو 1 من 10 نساء و1 من 20 رجلاً يحدث لديهم اضطراب الكرب بعد الرض في فترة ما من الحياة.

- الأشخاص الذين تعرضوا للاغتصاب والجنود واللاجئون الفارّون من الحرب أو التعذيب أو التطهير العرقي، لديهم خطورة عالية للإصابة باضطراب الكرب بعد الرض.
- نحو 80% من المرضى المصابين بهذا الاضطراب لديهم اضطراب نفسي مزمن.
- وضع التشخيص أمر مهم؛ لأن هذا الاضطراب قابل للعلاج.

إضاعة سريرية

تذكر أن تفكر في اضطراب الكرب بعد الرض لدى:

- أي شخص تعرض لحادث رضّي، ولكن بصورة خاصة من لديهم عوامل خطورة لهذا الاضطراب، كالعزلة الاجتماعية أو ضغوط الحياة الأخرى في وقت الحادث أو رض شديد؛ أي شخص لديه اضطراب نفسي (كالإكتئاب أو إساءة استخدام المواد) لأن اضطراب الكرب بعد الرض عادة ما يُوجد مع اضطراب نفسي ثانٍ.

تشخيص اضطراب الكرب بعد الرض ما هو؟

اضطراب الكرب بعد الرض هو اضطراب قلق يحدث بعد التعرض لحادث انطوى على تهديد فعلي بالموت أو أذية خطيرة، أو تهديد للسلامة الجسدية للذات أو للآخرين بالنسبة إلى تصنيف ال DSM يجب أن يكون الشخص أيضًا قد مر بخوف شديد أو انعدام الحيلة أو الذعر حين حصول الحادث، ويجب أن تستمر الأعراض مدة شهر على الأقل، وأن تسبب ضائقة

بارزة من الناحية السريرية أو اختلالاً في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية أو مجالات أخرى مهمة من الأداء الوظيفي، ويغدو اضطراب الكرب بعد الرض الحاد مزمنًا إذا ما استمر أكثر من ثلاثة أشهر، وتبدأ الأعراض بعد مدة قصيرة من الرض، ولكن قد يكون البدء متأخرًا إذا بدأت بعد ستة أشهر على الأقل تتضمن الأعراض:

- أفكار مقتحمة عنوة intrusive في الوعي غير مسيطر عليها ومسببة للضيق وكوابيس عن الحادث.
- خدر انفعالي Emotional Numbness، حيث يشعر الشخص بأنه منفصل (منسلخ) ومتجرد عن الآخرين.
- الاستثارة (النزق) Irritability حدة ردود الفعل العاطفية.
- أعراض فرط اليقظة، Hypervigilance مثل: صعوبات النوم، انفجارات الغضب، التأهب المفرط، ردود الفعل الفزعة، صعوبات في التركيز واضطراب في الذاكرة.
- سلوك تجنبني Avoidance، مثلاً تجنب الكلام عن الحادث أو المثيرات الحسية التي تذكر بأحداث الظرف الرضي.
- مشاعر الاغتراب والانعزال عن المحيطين Estrangement.
- أعراض تعبر عن تجربة متكررة للرض، مثل: افكار و/ أو ذكريات اجتياحية، في الاحلام والكوابيس، برؤى متكررة وغيرها، إضافة إلى ضائقة واضحة عند التعرض لأحداث لها علاقة بالتجربة الرضية Flashbacks.

- تقلص التعبير عن المشاعر وانعدام الرؤية الإيجابية للمستقبل.

من الممكن أن يتمظهر هذا الاضطراب في أي من الحالات الآتية :

- تعرض الشخص مباشرة للحادث، كأن يتعرض للسلب أو الاغتصاب أو الأذية.
- أن يكون شاهد عيان على الحادث، كأن يكون المريض قد شاهد سلباً، أو اغتصاباً، أو هجوماً، أو إطلاق نار.
- الاطلاع أو العلم بحادث رضي عاناه أحد أفراد العائلة أو قريب من الدرجة الأولى، مثلاً اكتشاف الزوج أن زوجته قد تعرضت للاغتصاب.

قد تظهر الأعراض بعد الحادث مباشرة، أو قد تأخذ أشهراً عدة لكي تظهر نحوثلث المرضى تأخذ الأعراض سيراً مدى الحياة.

نسبة الإصابة؟

نحو 1 من 10 نساء و 1 من 20 رجلاً يصابون باضطراب الكرب بعد الرض في وقت ما من حياتهم. أي شخص يتعرض لحادث رضي يكون في محل خطورة بشكل خاص هناك عامل خطورة مرتفع بعد الاغتصاب وعند الجنود وعند اللاجئين الفارين من الحرب أو من التطهير العرقي، على سبيل المثال نحو نصف الذين اغتصبوا يحدث لديهم اضطراب الكرب بعد الرض، مقارنة مع 1 من 10 ممن تعرضوا لحادث اصطدام سيارة.

الذين يعملون في خدمات الطوارئ لديهم أيضاً خطورة، وكذلك المرضى الذين يفقدون بصورة غير متوقعة أحد أعزائهم، يمكن تقسيم عوامل الخطورة الأخرى إلى فئتين: عوامل الخطورة الموجودة قبل الحادث، وهي:

• تاريخ اضطرابات نفسية سابقة أو تعسف في الطفولة. childhood abuse.

• عوامل شخصية كالعصابية neuroticism.

• تاريخ عائلي لاضطرابات نفسية.

عوامل الخطورة المرافقة للرض وفي أعقابه:

• رض شديد.

• غياب الدعم الاجتماعي.

• شدات حياتية أخرى وقت الرض.

التشخيص الإكلينيكي؟

• مظاهر الاضطراب: يُبنى التشخيص على قصة المريض، لكن ذلك قد يكون صعباً للأسباب الآتية:

1. أحد مظاهر الاضطراب هو أن المريض يتجنب مناقشة خبرته التي مر بها.

2. أحياناً نجد صعوبة في سؤال المريض عن خبرته.

3. عادة يوجد اضطراب الكرب بعد الرض مع اضطراب نفسي ثانٍ يكون

أكثر جاهزية للتشخيص.

4. قد تشبه أعراض اضطراب الكرب بعد الرض أعراض الاضطرابات الأخرى، كالاكتئاب أو القلق.

هذا يعني أن ما يلي جدير بالتفكير «هل يمكن أن يكون لدى هذا المريض اضطراب كرب بعد الرض؟» لدى أي شخص عنده عوامل خطورة هؤلاء المرضى هم:

- أي شخص تعرض لحادث رضي (ويشمل ذلك من تعرضوا للحادث بصورة غير مباشرة).
- أي شخص حضر العيادة ولديه اضطراب نفسي بما في ذلك إساءة استخدام المواد.
- أي شخص يقدم أعراضاً (شدة) كالأرق أو الاستثارة.

ثمة ستة معايير لوضع التشخيص:

1. التعرض لحادث رضي شديد والاستجابة له بخوف شديد أو بانعدام الحيلة، أو بالذعر.
2. إعادة اختبار (عيش) الحادث بصورة مستمرة (مثلاً ارتكاسات زمنية flashbacks أو أحلام متكررة مسببة للضييق أو استدعاء للذكريات أو الضيق الشديد عند تذكير الشخص بالحادث).
3. التجنب (مثلاً، قد يتجنب المريض الأنشطة أو الأماكن أو الناس الذين يثيرون ذكريات الرض) والخدر الانفعالي (مثلاً شعور الشخص بأنه منفصل أو بعيد عن الآخرين).

4. الإثارة الفيزيولوجية (مثل فرط التنبه، أو مشكلات في النوم أو الاستثارة أو سورات غضب).
 5. استمرار الأعراض على الأقل مدة شهر.
 6. أدت الأعراض إلى ضائقة أو اختلال في الأداء الوظيفي تتضمن المشكلات الشائعة صعوبة في العلاقات أو التقيد والاستمرار في عمل.
- يكون العرض حاداً إذا ما استمرت الأعراض مدة أقل من ثلاثة أشهر، ومزمناً إذا استمرت مدة ثلاثة أشهر أو أكثر قد يحدث لدى بعض المصابين باضطراب كرب مزمن وشديد أفكار زورانية وهلاوس سمعية.

اضطراب الكرب الحاد Acute Stress Disorder، الذي يحدث خلال الأشهر الأولى من الحادث الرضي، ويتطلب التشخيص وجود الأعراض مدة يومين على الأقل، إن مرضى اضطراب الكرب الحاد لديهم خطورة تطوير اضطراب كرب بعد الرض.

هناك كثير من أدوات غربلة وتمحيص وتقصي اضطراب الكرب بعد الرض لدى المرضى ذوي الخطورة في الرعاية الأولية، أحد الأمثلة على مثل هذه الأدوات هو قياس اضطراب الكرب بعد الرضة في الرعاية الأولية Primary Care Post-Traumatic Stress Disorder Screen.

تسأل المريض: هل مررت في حياتك بتجربة كانت مرعبة جداً أو مسببة للكدر والضيق، بحيث إنك في الشهر الأخير:

1. كان لديك كوايسس عنها أو فكرت فيها حيث لم تشأ ذلك؟

2. حاولت جاهداً عدم التفكير فيها أو غيرت سبيلك لتجنب المواقف التي تذكرك بها؟

3. كنت بشكل دائم حذرًا أو محتسبًا أو سهل الإجفال؟

تُعدّ الإجابة ب (نعم) عن أي سؤالين أو عن الثالث وحده إيجابية للفحص.

على الرغم من أن بعض الاستجابات المباشر ضروري لوضع التشخيص، فإن سبر الأعراض بلطف يبني رابطاً يحتاج إليه المريض ليكون مستعداً قريباً لتقديم المعلومات عن ضائقته، إن المقاربة غير المنتقدة والتعبير عن التفهم والتعاطف empathy والاهتمام قد تكون مساعدة.

يجب أن تغطي الأسئلة الجوانب الحياتية الآتية:

- العمل - هل نتج عن ذلك أي إخفاق أو تدنٍّ في الأداء المهني؟
 - الأسرة - هل قل الاهتمام باحتياجات العائلة أو فتور الروابط؟
 - العلاقات - هل تقلصت الصلات الاجتماعية بشكل عام؟
- إيذاء النفس: اسأل المريض أيضاً إذا كان قد فكر في إلحاق الأذى بنفسه أو بالآخرين؟

- الفحص الموضوعي

قد يكون لدى المريض علامات جسدية من آثار الصدمة / التعذيب أو الأذية من أي سبب.

- الاستقصاءات الفحصية

ليس هناك اختبارات نوعية؛ لأن التشخيص يقام على سرد القصة السريرية.

أسباب وتأثيرات اضطراب الكرب بعد الرض

على الرغم من أن الحادث الرضّي الخارجي عامل سببي مركزي في حدوث اضطراب الكرب بعد الرض، فإن العوامل المؤهبة والموجودة من قبل ذات أهمية كبيرة وخاصة بعد رض ذي شدة قليلة، وهذا الأمر يصح أيضاً على اضطرابات نفسية أخرى كالفصام والاكتئاب، حيث قد تهيئ عوامل مؤهبة الشخص لتطوير الاضطراب من دون أن تؤثر في phenomenology (الأعراض الظاهرة) وليست مضمنة في المعايير التشخيصية.

الأدلة البيوكيميائية والتشريحية

على الرغم من أن معرفتنا عن البيولوجيا العصبية لل PTSD ما زالت في بداياتها، فإن الموجودات التي في حوزتنا والتي ما زالت في حاجة إلى المزيد من التأكيد، تجعل فهمنا للاضطراب أفضل، فاللوزة Amygdala تستقبل المعلومات عن المنبهات الخارجية، وتقرر أهميتها وعند ذلك تتعرض استجابات انفعالية تتضمن «القتال أو الفرار أو التجمد Fight or Flight وتبدلات في هرمونات الشدة Cortisone والكاتيكولامينات، يؤثر الحصين والقشر قبل الجبهي الأنسي & Prefrontal Cortical Region Hippocampus في استجابة اللوزة في تقرير استجابة الخوف النهائية

تترافق أذيات الحصين باستجابة خوف أشد، وبترافق حجم الحصين الأصغر مع اضطراب الكرب بعد الرض، ولكن فيما إذا كان ذلك سبباً للاضطراب أم نتيجة له فهذا غير معروف، وأظهرت دراسات التصوير العصبي نقصاً في نشاط القشر قبل الجبهي الأنسي ومناطق القشر الحزامي Cingulate الأمامية التي ترتبط بنقص نشاط اللوزة؛ ولذلك فقد اقترح أن اضطراب الكرب بعد الرض يمثل فشلاً في شبكات القشر قبل الجبهي الأنسي ومناطق القشر الحزامي الأمامية بتنظيم نشاط اللوزة، وذلك ينشأ عنه فرط فعالية تجاه الخطر، أحد أكثر النظريات الفيزيولوجية العصبية ديمومة هي التقييم السلبي المعزز في المحور تحت (المهادي - النخامي - الكظري HPA) وجدت عدة دراسات تراكيز كورتيزول منخفضة عند من لديهم PTSD واستجابة معاكسة لاختبار كبح الديكساميتازون الذي يشاهد في الاكتئاب، غير أن هذه النتائج لم تؤيد بشكل متسق في الدراسات الحديثة كذلك زيادة تراكيز الكاتيكولامينات لدى المصابين بالاضطراب، وقد اقترح أن الدفق (الفورة) الأدريناليني الأولي قد يترافق مع ترسيخ الذاكرة الرضية.

التفسير النفسي

يمكن أن يجري عادة استيعاب أو هضم الخبرات الرضية دون أن تتطور استجابة مرضية إذا لم ينجح ذلك يمكن أن يتطور اضطراب الكرب بعد الرض مع بنى خوف مرضية تتصف بعناصر استجابة مفرطة مثل التجنب والفاعلية الفيزيولوجية ومقاومة التعديل، تركز النظريات الاستعرافية للاضطراب الكرب بعد الرض على المعتقدات الموجودة من قبل وعلى نماذج

تفسير العالم وعلى صعوبة هضم المعلومات التي تقدمها الخبرة الرضية لها، ثمة نظرية بارزة تميز بين الذكريات التي تستعاد لفظياً بسهولة، فتثير الانفعالات المرتبطة بالرض، والذكريات التي يتعذر الوصول إليها بشكل مقصود، فتثير أعراضاً كالأحلام والإرجاعات الزمنية flashbacks تقترح نظرية أخرى أن الاضطراب يتطور عندما تستحث الذاكرة الرضية إحساساً بالتهديد الراهن المعزز بتقييمات مفرطة السلبية عما حدث.

الأطفال والمراهقون

غالباً ما يمر الأطفال والمراهقون بأعراض البالغين نفسها، أما الأطفال الأصغر سنّاً فغالباً ما يبدون ظواهر أخرى متصلة مباشرة بالرض (مثل اللعب والرسم المتكررين) أو مصاعب انفعالية وسلوكية أكثر عمومية مثل النكوص ومخاوف جديدة وعدوانية، والبحوث على الأطفال والمراهقين تتأخر عن مثيلتها عند البالغين، فتقترح بعض الأدلة أن المعالجة الاستعرافية السلوكية C.B.T المتمحورة على الرض والمعدلة وفقاً للعمر والظروف ومستوى التطور يجب أن تقدم للأطفال والمراهقين المصابين بالاضطراب بغض النظر عن الحادث الرضي.

العلاج

إن علاج اضطراب الكرب بعد الرض معقد؛ وذلك بسبب الطيف الواسع للأعراض والمظاهر النفسية البيولوجية المعقدة، فيعتمد العلاج على ثلاثة

عناصر هي: تثقيف المريض، والعلاج الدوائي، والعلاج النفسي، تقريباً كل مريض يمكن أن يستفيد من التثقيف الذي يبدأ حالما يوضع التشخيص.

إذا كانت الأعراض شديدة جداً، بحيث تمنع العلاج المتمحور على المرض، فإن الخطوة الآتية هي العلاج الدوائي، فقد تبين أن المعالجة الدوائية والمعالجة النفسية تخفف المجموعات العرضية الثلاث للاضطراب، وهي: إعادة عيش التجربة والتجنب وفرط التيقظ.

العلاج الدوائي

الأدوية ذات المفعول السيروتونيني SSRIs

أظهرت الدراسات بشكل متسق أن سوء تنظيم السيروتونين يمكن أن يؤدي إلى التجنب وفرط التيقظ وأعراض أخرى مرافقة، ولدى الـ SSRIs الطيف الأوسع من الفعالية - على اعتبار أنها قادرة على إنقاص المجموعات العرضية الثلاث للاضطراب، ثمّة مراجعة للجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين تحدثت عن فوائد من تناول السيرترالين Sertraline والباروكسيتين paroxetine كما أن الميرتازابين Mirtazapine والأميتريبتيلين Amitriptyline والفينيلزين Phenzelazine كانت أفضل بشكل واضح، إن إضافة الأولانزابين Olanzapine إلى مضاد الاكتئاب أظهرت أفضلية من أجل تحسين علاج الاضطراب المزمن، وخاصةً للذين لم يستجيبوا بشكل كامل لمضاد الاكتئاب بمفرده فضلاً على ذلك، فإن هذه الأدوية تستخدم لمعالجة كثير من الاضطرابات التي غالباً ما ترافق

الاضطراب وللترازودون Trazodone بجرعة 50 - 200 ملغ خواص ال SSRIs وتأثير حاصر للسيروتونين، فهو يعاكس الأرق الذي تحدثه ال SSRIs ويضخم من تأثيراتها المضادة للاكتئاب، ويعزز النوم من خلال خواصه المهدئة، ويكبح نوم حركات العين السريعة، ومن ثم ينقص الكوايبس التي تترافق مع اضطراب الكرب بعد الرض.

مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة Tricyclic Antidepressants

تأثير ثلاثيات الحلقة في التخفيف من أعراض الاضطراب مختلطة ومشوشة، ففي دراسات عدة، نتج عن استخدامها إنقاص متواضع لأعراض إعادة عيش التجربة، ولم يكن هناك تقريباً تأثيراً في التجنب أو الإثارة، المرضى المعالجون بثلاثيات الحلقة لم يظهروا تحسناً أفضل من الذين يعالجون بال SSRIs ومن ثم، فقد حلت الأخيرة محل ثلاثيات الحلقة في العلاج الدوائي لاضطراب الكرب بعد الرض.

الأدوية المضادة للمفعول الأدريناليني Antidrenergic Agents

لأن فرط الفعالية الذاتية قد يكون مشكلة عند مرضى ال PTSD فإن هذه الأدوية قد تكون فعالة لدينا بشكل خاص ثلاثة أدوية هي: CLONIDINE Catapres, PROPRANOLOL Inderal, Guanfacine Tenex وهي تخفض بنجاح الكوايبس وفرط التيقظ وارتكاسات الإفضال وسورات الغضب، فمعظم المرضى يستجيبون لجرعة 2, 0 ملغ ثلاث مرات يومياً ابتداء من جرعة 1, 0 ملغ عند النوم. يجب قياس ضغط الدم بشكل دوري عند استخدام هذا الدواء مدة طويلة.

مهدئات Benzodiazepines

على الرغم من استخدام البنزوديازيبينات بشكل واسع، فإنه لم تثبت فعاليتها على الأعراض الأساسية لل PTSD وذلك في الدراسات المضبوطة، فهذه الأدوية فعالة في القلق والأرق والاستثارة، ولكن يجب استخدامها بحذر بسبب التواتر العالي للاعتماد على المواد المصاحبة لل PTSD وينبغي أن نطلع المريض على أخطار هذه الأدوية ومنافعها بما في ذلك الاعتماد والسحب بعد إيقافها المفاجئ.

العلاج النفسي Psychotherapy

تستخدم الأدوية لتخفيف معظم الأعراض المسببة للضيق، وذلك يسمح للمريض بالتركيز على العلاج النفسي، وأي علاج دوائي ينبغي أن يكون جزءاً من عملية علاجية نفسية، فإن إيلاء الاهتمام لمجال واسع من القضايا بما في ذلك التأثيرات في الأسرة والتثقيف بالاضطراب والخيارات العلاجية، أمر بالغ الأهمية.

إن هدف العلاج هو كسر نموذج الانهزام الذاتي بإعادة تفحص الحادث الرضي واستجابة المريض له، فإن التثقيف بالاضطراب والتعرف إلى الإشارات أو المواقف التي تثير الأعراض مسألة قيمة جداً، وتحسين آليات التكيف والتدبر coping mechanisms لدى المريض كتقنيات الاسترخاء، يمكن أيضاً أن تعزز علاقاته مع الآخرين، ويمكن أن يكون لل PTSD تأثيرات مدمرة في الأسرة، ومن ثم نحتاج إلى علاج الأسرة المعالجة الاستعرافية-

السلوكية والتدريب على التمتع من الكرب (نزع التحسس المنهجي)، فهي تساعد في التغلب على إعادة عيش التجربة وأعراض التجنب.

المعالجات النفسية المتمحورة على الرض

المعالجة بالتعريض

- مواجهة متكررة للذكريات الرضية، غالباً من خلال سرد تفصيلي للخبرات الرضية.
- التعريض المتكرر للمواقف المتجنبة وتلك التي تثير الخوف، وهي حالياً آمنة، ولكن ترافقت مع الرض.
- المعالجة الاستعرافية المتمحورة على الرض.
- تعديل حالات سوء التفسير التي تقود إلى فرط تقدير الخطر الراهن.
- تعديل اعتقادات أخرى مرتبطة بالخبرة الرضية.
- وبسلوك الشخص في أثناء الرض (مثلاً الشعور بالذنب والعار).

فكرة عن المعالجة الاستعرافية (المعرفية C.B.T)

تشير الدراسات المسحية إلى أن الذكريات غير المرغوب بها والاقترامية والممضة وأعراض أخرى لاضطراب الكرب ما بعد الرض (تجنب التذكريات وفرط الإثارة/ الخدر)، شائعة مباشرة بعد الحوادث الرضية خلال الأشهر القليلة التالية يشفي الكثير من الناس، ولكن عند مجموعة فرعية

يفقدوا اضطراب الكرب ما بعد الرض مزمناً، وهذه المجموعة الفرعية هي التي تأتي عادة لطلب المعالجة، فتشير الدراسة إلى أن اضطراب الكرب بعد الرض يترافق مع تقدير الحادث الرضي و/ أو عقابيله بطريقة ستنتج إحساساً بتهديد راهن خطر لوجهة نظر الشخص عن نفسه وعن العالم، والأمثلة موضحة في الجدول هناك أيضاً دليل على أن اضطراب الكرب ما بعد الرض يميل إلى أن يترافق مع ذاكرة متشظية عن الحادث الرضي، وأن الشفاء يترافق مع تطوير رواية أكثر تماسكاً وانسجاماً.



الاضطرابات التحويلية

Conversion Disorders

Conversion Disorder: Facts & Figures

- More common in:
 - rural populations
 - lower SES
 - less medically/psychologically sophisticated
 - women than men (2-10x)
- In women, sx are much more common on the left than right side of the body
- 11-500 out of 100,000 in general population meet criteria for conversion disorder
- 3% of outpatient referrals to mental health clinics
- 1-14% of medical/surgical inpatients
- Onset: late childhood through early adulthood; rarely before 10 or after 35

ويشير مصطلح التحويل Conversion إلى أن المشاعر والانفعالات تتحول إلى أعراض جسمية وفقاً لآليات الدفاع النفسية.

تُعدّ الاضطرابات التحويلية من الاضطرابات ذات الشكل الجسيمي المهمة والشائعة، وهي معروفة منذ القدم، وقد ارتبطت بالهستيريا عبر العصور. وكلمة هستيريا (الهراع) Hysteria مشتقة من اللغة اليونانية، وتعني الرحم

حيث كان يعتقد أن الرحم يتجول في جسم المرأة، ويغادر موقعه بسبب كبت الدوافع المرتبطة بالجنس ما يسبب حدوث أعراض جسمية مرضية غريبة. وقد توسع استعمال هذا المصطلح ليشمل عدداً من الاضطرابات النفسية المختلفة، مثل وصف الشخصية الهستيرية، وهي الشخصية الاستعراضية التي تحب الظهور ولفت الانتباه، وتتميز بانفعالاتها المبالغية والمتغيرة، وأيضاً يشمل هذا المصطلح حالات من أعراض جسمية متعددة ومزمنة دون سبب عضوي، وأيضاً حالات من الاضطراب الذهاني العابر قصير الأمد، وغير ذلك، وهذا المصطلح (الهستيريا) قل استعماله في اللغة الطبية المعاصرة، ويستعمل بدلاً عنه مصطلحات أخرى أكثر تحديداً ووضوحاً مثل التحويل، والتصنع.

الأعراض

أعراض الهستيريا: نستطيع أن نقسمها إلى ثلاثة: تحويلية، وتشنجية، وتخلخلية (تفككية).

تحويلية Conversion

ويقصد بها تحويل جسمي لبعض الأمور الانفعالية أو النفسية، ويلجأ مريض الهستيريا في هذا النوع إلى إحدى الحيل اللا شعورية، وهي حيلة (التحويل) ويتحول الصراع النفسي والقلق في هذا النوع بعد كبتها إلى عرض عضوي جسمي.

التشنجية seizures

وهي نوبات من التشنج والإغماء تستمر بضع دقائق يقوم الهستيرى من خلالها بعراك، وحركات تشبه ما كان يقوم به أو يلزمه في مرحلة الصراع والقلق التي لحقت بها حالة الهستيريا مع اختلاط النوبة بالثورات الكلامية والصراخ والضحك والبكاء والنحيب، إلا أن المصاب لا يفقد شعوره تماماً، بل يبقى واعياً لما يحيط به لدرجة انتقائه موضع الوقوع إذا أراد حتى لا يؤذي نفسه.

وتخلخلية (تفككية) Dissociation

ويقصد بها تفكك الشخصية واضطراب وظائفها، ويقوم المريض ببعض التصرفات الغريبة، وقد نجده يفقد الذاكرة للهروب من مواقف معينة أو من بيئة معينة، ويقوم بعملية التجوال الليلي أو المشي في أثناء النوم دون أن يدري؛ وذلك لتحقيق هدف معين أو غاية معينة، وعندما يستيقظ من النوم لا يتذكر شيئاً حدث.

تُحدّد الاضطرابات التحويلية وفقاً لمعايير التشخيص الحالية بأنها ظهور عرض أو أعراض مرضية جسمية، أو تغير أو فقدان في الوظائف الطبيعية للجهاز العصبي الحركي الإرادي أو في الحواس، ما يوحي بالإصابة بمرض عصبي أو عضلي دماغي، أو مرض طبي عام. وهذه الأعراض مرتبطة بعوامل نفسية وضغوط وصراعات في نشوئها أو اشتدادها.

وهذه الأعراض لا تظهر بإرادة المريض أو قصدٍ وعمدٍ، ولا يمكن تفسيرها بوجود مرض عضوي معروف من الناحية السريرية أو بعد إجراء الفحوص اللازمة.

هكذا، فالشخص الهستيرى يدافع عن نفسه بإظهار عطل أو عجز حركي أو حسي أو خلل بالذاكرة، وهنا عمل اللا شعور الذي يُظهر العجز لتفادي مواجهة القلق الناتج عن الصراع.

والحال هذه يكون المريض راضياً بحالته التي هو عليها، حيث إنها خلصته من أخطار الصراع الداخلي. ولذلك فلا يهمله كثيراً أن يخلص من مرضه، ولا يسعى وراء العلاج؛ لأن اتصاله بالواقع لم يتأدّ، ولم يصبه عطل مهم، أما العطل الحاصل لديه فيجنبه ما يريد لا شعوره تجنبه.

يمكن لهذه الأعراض أن تأخذ شكل الأعراض الحركية، مثل: الشلل النصفي أو شلل أحد الأطراف، والخدر، وفقد الحس، وفقد الصوت، وتشنج أحد الأطراف، أو الرجفة في اليدين أو الرأس أو الرأس كله، وفقدان التوازن الحركي في المشي، وصعوبة البلع، وغير ذلك.

ويمكن لهذه الأعراض أن تأخذ شكل الأعراض الحواسية، مثل: العمى وضيق المجال البصري Tunnel vision والرؤية المزدوجة والصمم، وغير ذلك. والشكل الثالث لهذه الأعراض هو النوبات الشبيهة بالصرع: وهي نوبة من فقد الوعي أو دونه مع تشنج في الأطراف وحركات تكرارية معينة.

وأما الشكل الأخير فهو شكل مختلط بين هذه الأشكال السابقة.

1. اللزمات العصبية Tics: هي حركات عضلية فجائية لا إرادية منتظمة، تتكرر بغض النظر عن وجود مثيرات طبيعية تسببها، وتزيد في المواقف الحرجة، ومن الأمثلة على ذلك ارتجاف عضلات الوجه، أو ارتعاش أجفان العيون، أو حركة الرقبة أو الرأس فجأة إلى الجانب، أو المبالغة في حركة اليدين، واللعب بالشارب، وهز الكتف، وقد تظهر هذه الحركات في البداية وكأنها تخدم أغراضاً اجتماعية كالسعال، والضحك المبالغ فيه في أثناء الحديث.

2. الشلل Paralysis: وهو من أكثر الأعراض الحركية الهستيرية انتشاراً، حيث تظهر عادة في الشلل أحد الأطراف، أو شلل نصفي في الذراع والساق، أو شلل في الساقين، وأحياناً شلل في حالة ارتخاء شديد، ويصبح المريض غير قادر على الحركة، ويحتاج إلى عناية طبية.

3. اللقمة الهستيرية (صعوبة البلع) Globous Hysterica: وتكون بعدم قدرة المريض على البلع إلا بصعوبة بالغة على الرغم من انتفاء أي أسباب عضوية في الحلق أو البلعوم تعيق ذلك.

4. فقدان الصوت Aponia: ويتجلى ذلك في عدم قدرة المريض على إصدار الصوت إلا همساً، وفقدان الصوت الهستيرى يختلف عن الحالات العضوية، فعند سؤال المريض أن يسعل، ويصدر من خلال ذلك صوتاً، فإننا نستنتج أن الحالة هستيرية، ويمكن أن يحدث مثل هذا العرض عندما يواجه الفرد بموقف يتطلب منه الاعتراف بأخطاء يصعب معها مواجهة الحقيقة.

5. الآلام الهستيرية Hysterical Pains: وهي كثيرة الانتشار، إذ كثيراً ما تشخص بطريقة خاطئة، ويستمر المريض في التردد على الأطباء،

ويعالج من صداع نصفي، أو التهاب في المعدة، أو مرض في البروستات، أو روماتيزم... إلخ، ولكن السبب الرئيس يكون هستيرياً، حيث يحقق المريض من وراء مثل هذه الأمراض جذب الاهتمام والحنان، ومثل هذه الآلام الهستيرية تنتشر كثيراً عند الزوجات التعيسات في حياتهن الزوجية، أو عند الرجال الذين يواجهون مشكلات مع رؤسائهم في العمل أو مع الزملاء، أو مع الطلبة الفاشلين دراسياً ليكون عندهم المبرر الكافي لمواجهة لوم الأسرة والأصدقاء عند الرسوب... إلخ.

1. العمى الهستيرى Hysterical Blindness: يحدث العمى الهستيرى فجأة بعد صدمة انفعالية شديدة، حيث يرغب الفرد لا شعورياً في عدم رؤية ما لا يستطيع تحمل رؤيته، كالفتاة التي فقدت إبصارها بعد رؤيتها لزوجها في ليلة زفافها في وضع مخزٍ مع شقيقتها، حيث فقدت الذاكرة لهذه الحادثة، وأصابها العمى، واستمرت في حياتها الزوجية، وعند علاجها وتذكرها الحادثة ووضوح الرؤية أمامها، واجهت الواقع، وطالبت بالطلاق، وذلك بعد أربعة عشر شهراً من الزواج.

2. الصمم الهستيرى Hysterical Deafness: وفيه نجد المريض يفقد فجأة القدرة على السمع دون أن يكون هناك سبب عضوي لهذا الصمم، حيث يرغب المريض لا شعورياً في عدم السمع لحادث أو خبرة مؤلمة مؤذية، ومثال ذلك الزوجة التي كانت تسمع زوجها يداوم على المكالمات الهاتفية مع السيدات، ويغازلهن علناً أمام زوجته، فقد وجدت الزوجة نفسها فجأة مصابة بالصمم، وقد عولجت عند كثير من الأطباء مدة طويلة قبل اكتشاف السبب الرئيس لمرضها ورغبتها اللا شعورية في عدم سماع زوجها، وهو يتحدث مع السيدات في الهاتف.

3. فقدان الإحساس Anaesthesia: وفيه لا يستطيع الفرد الشعور بأي ألم عند وخزه بألة مدببة، أو عند تعرضه للحرارة، إذ يفقد الإحساس في مناطق معينة من الجسم، أو في كل الجسم، وقد يصاحب فقد الإحساس في الجزء المصاب شلل هستيري.

الحمل الكاذب الهستيري

ويتمثل في انقطاع الطمث، وانتفاخ البطن مع عدم وجود حمل حقيقي، وقد تستمر المريضة في الحمل الكاذب أكثر من تسعة أشهر، ما يثير تساؤل الأهل حول هذا الحمل، ويتضح بعد ذلك أن الحمل دليل على رغبة المريضة اللا شعورية في الحمل؛ خوفاً من اتهامها بالعدم.

الغثيان والقيء الهستيري

يحدث الغثيان عند بعض الأشخاص، دليلاً على الرفض اللا شعوري أو الاشمئزاز من موقف معين، وهذا ما يحدث عند النساء أكثر من الرجال، فيكثر لدى طالبات الجامعة قبل الامتحان، أو عند تناول الطعام في المنزل، ما يثير التقزز والقيء الهستيري.

وعند فحص المريض المصاب بالشلل التحويلي مثلاً، يمكن أن يجد الفاحص أن انفعالات المريض العامة التي تبدو من خلال الحوار معه ومن طريقة حديثه ومظاهر التعبير الانفعالي لديه أنه غير مبالي، وربما يتسم ويضحك، وهذا ما يعرف باللامبالاة الجميلة La belle indifference، هذا العرض لا يرافق جميع الحالات.

وفي حالات الشلل أيضاً يجد الفاحص أن المريض يسحب الطرف المشلول، ويجره جراً دون حدوث التراجع Swing الذي يحدث في حالات الشلل الحقيقي، وعند محاولة تحريك العضو المشلول يجد الفاحص أن العضلات المعاكسة للحركة يزداد توترها وشدها كي تمنع الحركة، وهذا لا يحدث أبداً في حالات الشلل الحقيقي، وتكون المنعكسات الوترية العصبية طبيعية تماماً في حالات الاضطراب التحويلي، وكذلك تخطيط العضلات الكهربائي.

وهناك كثير من الملاحظات السريرية التي تساعد على تشخيص الحالات التحويلية يمكن للطبيب أن يكتسبها من خلال الخبرة والممارسة الطبية التي تعرفه بمظاهر وأعراض الأمراض الجسمية والعصبية التي تجعله قادراً على تفريق الحالات التحويلية عن الحالات العضوية في كثير من الأحيان.

وعلى العموم تشير المؤشرات الآتية إلى حالة الهستيريا:

- حدوث المرض فجأة أو في صورة درامية.
- نقص قلق المريض بخصوص مرضه وعدم ميالاته وهذوئه النفسي، وهو يتحدث عن أعراض مرضه.
- الضغط الانفعالي قبل المرض.
- تغير الأعراض بالإيحاء.
- اختلاف شدة الأعراض في فترة وجيزة.

- عدم النضج الانفعالي في الشخصية قبل المرض.
- نقص الارتباط بين الأعراض والناحية التشريحية للأعصاب الحسية والحركية.

ظهور الاضطراب التحويلي وانتشاره وسيره

يظهر الاضطراب التحويلي في سن المراهقة والشباب عادة، ولا يظهر للمرة الأولى بعد سن 35 سنة، ولا يظهر قبل سن الرابعة. وفي حال ظهوره المتأخر لا بد من بحث الأسباب العضوية بالتفصيل؛ لأن الأسباب تكون طبية وعضوية في أغلب الحالات ذات الظهور المتأخر.

ويكثر الاضطراب التحويلي عند المرأة مقارنة بالرجل وبنسبة خمسة أضعاف على الأقل. وهو يحدث بنسبة ثلاثة في الألف من الناس وفقاً للإحصائيات الغربية، ومن المؤكد أن نسبة انتشاره في الدول النامية أعلى من ذلك بكثير، وهو يشكل نسبة 8% من مرضى المشاي في العامة و2% من مرضى العيادات الخارجية النفسية في الدول المتقدمة، وهو أكثر انتشاراً في البلدان النامية والبيئات الريفية والأوساط الثقافية المتدنية.

ووفقاً لبعض الإحصائيات في العالم الثالث تشكل الاضطرابات التحويلية 10% من حالات العيادات الخارجية وغرف الطوارئ.

تظهر الأعراض التحويلية بشكل سريع وفجائي عادة، وتزول الأعراض خلال أيام أو أسابيع، ويمكن لنفس الأعراض أن تظهر ثانية، أو أن تظهر أعراض تحويلية أخرى فيما بعد.

ويحدث الانتكاس بنسبة 25% في السنة الأولى، وبعض الحالات تصبح مزمنة، وتستمر سنوات عدة ما لم تعالج بشكل فعال، وبعض هذه الحالات المزمنة يمكن لها أن تشفى فجأة عند حدوث أحداث طارئة ذات أهمية خاصة مثل حدوث حريق في المنزل في حالة مريض مشلول، حيث يمكن له أن يجري فجأة هرباً من الحريق، وفي الحالات المزمنة يحدث الضمور العضلي للعضلات المشلولة، وهذا يسمى الضمور الناتج عن عدم الاستعمال Disuse atrophy.

وبعض الأعراض التحويلية أسوأ إنذاراً من غيرها من حيث عدم استجابتها للعلاج وإزمانها وتكرارها مثل الرجفة والاختلاجات الشبيهة بالصرع.

وقد وجدت بعض الدراسات التي أجريت في المراكز العصبية على المرضى المصابين بالأعراض التحويلية أنه إذا تمت متابعتهم سنوات طويلة، فإن نسبة كبيرة منهم يصابون بأمراض عصبية وعضوية، ونسبة أخرى تصاب بأمراض نفسية أخرى. أما الدراسات التي أجريت في المشافي النفسية على المرضى المصابين بأعراض تحويلية، فقد بينت متابعتهم سنوات عدة أنه لم يتغير التشخيص في غالبية الحالات، ولم تظهر أي أمراض عصبية أو جسمية أو نفسية أخرى.

وهذه الاختلافات في النتائج بين الدراسات يمكن فهمها بأنها ترتبط بنوعية المرضى المحولين للدراسة واختلاف عينات المرضى المدروسين وغير ذلك، ولكن تبقى النتيجة العامة أنه لا بد من الانتباه إلى إمكانية وجود

أمراض عصبية وجسمية في حالات الاضطرابات التحويلية وضرورة التأكد من نفيها، وأيضاً ضرورة متابعة هؤلاء المرضى عمومًا.

ومن ناحية أخرى بين عدد من الدراسات الحديثة أن نسبة كبيرة تصل إلى 25% من حالات شخصت وعولجت على أنها حالات من الصرع العصبي الحقيقي، أنها حالات من الاضطراب التحويلي الشبيه بالصرع، وليست صرعاً حقيقياً (ومن الممكن بالطبع ترافق حالات الصرع الحقيقي جنباً إلى جنب مع الاضطراب التحويلي الشبيه بالصرع في المريض نفسه).

ونستنتج مما سبق ضرورة الاهتمام بالتعرف إلى الاضطراب التحويلي وعدم إهماله، وضرورة اتخاذ موقف متوازن من حيث الوجود الفعلي لهذه الاضطرابات واستقلاليتها عن الأمراض العصبية دون إفراط ومبالغة في تشخيصها ودون تفريط بتشخيص أمراض عصبية أخرى بدلاً عنها.

الأسباب

بيّنت الدراسات أن الأعراض التحويلية تظهر بعد ضغوط نفسية معينة، وترتبط بها زمنياً، ويمكن إحداث هذه الأعراض وإزالتها بواسطة الإيحاء، ما يدل على أهمية العوامل النفسية والاجتماعية في أسباب هذا الاضطراب.

وتتناقض الآراء، وتتنوع حول أسباب هذا الاضطراب، وبعضهم يعتبر أن هناك اعتلالاً في الجهاز العصبي والدماغ، وبعضهم يفسر الشلل التحويلي على أنه نتيجة اضطراب عصبي فيزيولوجي يتعلق بتثبيط الإشارات العصبية الحركية في منطقة المجموعة الشبكية Reticular system ومن ثم

لا تصل أوامر الحركة للجهاز العضلي. ودراسة ذلك من خلال الاستجابة الكهربائية المحرزة Evoked response غير قاطعة.

وأجريت دراسات وراثية عائلية ودراسات للتوائم، وكانت معظمها سلبية. والنظريات النفسية متنوعة، ويشير مصطلح التحويل Conversion إلى أن المشاعر والانفعالات تتحول إلى أعراض جسمية وفقاً لآليات الدفاع النفسية، ولا ندري طبيعة هذا التحول وكيفية من الناحية الفيزيولوجية. وأكد بعض العلماء أن هذا التحويل إلى الأعراض الجسمية له بعد رمزي، مثل «أن الصراع النفسي المرتبط بالتعبير عن الغضب والكره تجاه الأب يتم التخفيف منه والتعبير عنه بفقدان الصوت وعدم القدرة على الكلام». وفي بعض الحالات تكون الرمزية واضحة، وفي بعضها الآخر تكون تأملية وبعيدة وصعبة التصديق.

وقد لاحظ فرويد أن المرضى يتحسنون عندما يتحدثون عن ذكريات معينة في أثناء التنويم الإيحائي، ما جعله يتابع البحث عن هذه الذكريات الخاصة الممنوعة والمكبوتة واستخلاصها من خلال التحليل النفسي، ما يسهم في تعريفها من الشحنات العاطفية والانفعالية المرتبطة بها، ويؤدي إلى التبصر والشفاء.

وترتبط هذه الذكريات الخاصة بالرغبات والأفكار والانفعالات الجنسية المكبوتة، وبما يعرف بالمرحلة الأوديبية والتثبت عندها.

وقد بيّنت دراسات حديثة عدة أن هناك ازدياداً في حدوث المشكلات والاضطرابات الجنسية في حالات الاضطرابات التحويلية، وأيضاً ازدياد في حدوث الإيذاء الجنسي في الطفولة Child abuse وبنسبة ثلث الحالات.

والنظريات الأخرى تؤكد أهمية المشاعر العدوانية والرغبات الاعتمادية الناتجة عن حرمانات طفولية أو إحباطات، وأن الصراعات والعقد النفسية المرتبطة بذلك تبقى وقتاً طويلاً في تركيبة الإنسان، وأن بعض الضغوط الخاصة التي يواجهها تثير مثل هذه الصراعات، فتظهر الأعراض التحويلية كحل وسط Compromise بين التعبير عنها والخوف من التعبير. ويمكن للأعراض التحويلية أن تمثل عقاباً ذاتياً على رغباته واندفاعاته وانفعالاته السلبية الممنوعة. وأيضاً يمكن لها أن ترضي حاجات الاعتماد على الآخرين من خلال اتخاذ وضعية المريض، وأيضاً الهروب والخروج من أزمة ضاغطة ومهددة مع وجود التبريرات النفسية والاجتماعية، وهي حدوث المرض الذي يخفف من المسؤولية، ويستخلص العون من الآخرين.

ويمكن القول: إن هناك هدفاً أولياً أو أساسياً يتلخص في إبعاد الصراع النفسي والحاجات النفسية الذاتية والانفعالات المؤلمة بعيداً عن ساحة التفكير والوعي. وأما الهدف الثانوي فهو الحصول على مكاسب متعددة مثل الانتباه والرعاية والتخفف من الأعباء والمسؤوليات والمحافظة على الزوج والأصدقاء وغير ذلك.

ومن الناحية السلوكية يمكن اعتبار الأعراض التحويلية نوعاً من التكيف المرضي الناتج عن تجربة حياتية مؤلمة ومحبطة ونتيجة للتفاعل بين شخصية معينة لها قدرات وإمكانيات محدودة، وبين ظروف اجتماعية

وثقافية خاصة، حيث يتعلم المريض أن يكسب انتباه الآخرين وعطفهم ودعمهم، ويتجنب عقابهم ونقدهم وعدوانيتهم من خلال الأعراض المرضية الجسدية؛ لأن تصرفات الأهل والمربين والقيم الاجتماعية العامة تثبت مثل هذه الأنماط السلوكية وتدعمها.

ومن ناحية أخرى يؤكد بعض العلماء أن الأعراض التحويلية هي أسلوب تعبيرى بدائي، وأسلوب رمزي يعتمد على الحركة والشكل بدلاً عن التخاطب والتعبير اللفظي الواضح. وإذا أعيقت القدرة على التخاطب والتعبير لأسباب لا شعورية أو شعورية أو ثقافية أو ظروف محيطية، فإن اللغة الجسمية هي التي تستعمل، ويدعم هذه النظرية أن الأعراض التحويلية أكثر انتشاراً في الأشخاص والمجتمعات الأقل ثقافة، وأيضاً عند الأقل ذكاء وعند الأشخاص المقيدون والمحصورين ضمن قواعد صلبة خاصة.

ومن الناحية العملية تبين الدراسات أن الأعراض التحويلية يمكن أن تتزامن مع الاضطراب التجسيمي المزمن، وأن تكون جزءاً منه، الذي لا تزال أسبابه غير واضحة، وتحدث لمن تعرض لمرض جسدي سابق أو مع من يعيش، ويقابل أشخاصاً لديهم مرض جسدي عضوي، وهذا يسمى تقليد النموذج. وتترافق الأعراض التحويلية مع مختلف اضطرابات الشخصية، ولا سيما أنماط الشخصية ذات الصفات الهستريائية والاعتمادية والمضادة للمجتمع.

وكما يبدو مما سبق، فإن الأعراض التحويلية ترتبط بمزيج من العوامل الشعورية والملا شعورية الفاعلة في كل حالة على حدة، وهذا يستدعي النظر

إليها من منظار شامل متعدد الجوانب ما يساعد على تفهمها والتعامل معها بشكل أفضل.

التشخيص التفريقي

لا بد من تفريق الاضطراب التحويلي عن عدد من الأمراض العصبية والاضطرابات العضوية الأخرى مثل متلازمة غيلان باريه Gillan Barre والوهن العضلي الوخيم Myasthenia gravis والتصلب اللويحي المتعدد Systematic Lupus Multiple sclerosis والذئبة الحمامية المتعممة Systematic Lupus Erythematosus (SLE).

ويمكن أن يحدث التباس في تشخيص هذه الأمراض، ولا سيما في مراحلها الأولى المبكرة نظراً لتغير الأعراض وتحسنها التلقائي، ولكن تتضح صورتها السريرية أكثر مع سير المرض وتقدمه، ويفيد في التشخيص الفحص الجسمي والعصبي الدقيق وإجراء عدد من الفحوص، إضافة إلى متابعة الحالة.

ويجب تفريق الاضطراب التحويلي عن مرض الصرع بأشكاله المتعددة: الصرع الكبير والصرع الصغير والصرع الجزئي (انظر ملحق التفريق بين النوبات الشبيهة بالصرع ونوبات الصرع الحقيقي في نهاية البحث).

وأيضاً يجب تفريق الاضطراب التحويلي عن مرض باركنسون، ولا سيما الشكل الشبابي منه والشكل الدوائي (الناتج عن استعمال أدوية معينة).

وأيضاً عن الأعراض التشنجية الحادة وعسر المقوية العضلية الحادة أو المتأخرة الناتجة عن استعمال الأدوية المضادة للذهان أو المضادة للإقياء من نفس الزمرة Neuroleptics، أو الناتجة عن مرض عصبي دماغي.

وبالنسبة إلى العرض التحويلي (عسر البلع) أو ما يسمى اللقمة الهستيرائية Globus hystericus فمن الممكن اختلاطه مع عدد من اضطرابات الجهاز الهضمي ما يستدعي فحص البلعوم والتنظير لنفي وجود اضطرابات عضوية كالأورام وغيرها، وفي حالات آلام الوجه الحادة يجب الانتباه إلى تشخيص ألم العصب مثلث التوائم Trigeminal neuralgia.

ويجب تفريق الاضطراب التحويلي عن غيره من الاضطرابات الجسمية الشكل والاضطراب التصنعي وغير ذلك من الاضطرابات النفسية الأخرى إذا توافرت الأعراض اللازمة لتشخيصها.

العلاج

يحتاج العلاج إلى أخذ التفاصيل الدقيقة عن الحالة المرضية وكيفية ظهور الأعراض، وأيضاً إلى بناء علاقة إيجابية علاجية مع المريض، ولا بد من الفحص الجسمي الطبي والعصبي وإجراء الفحوص والاستقصاءات اللازمة. ومن المفيد إتاحة الفرصة للمريض للتعبير عن مشكلاته ومشاعره وصراعاته الحالية.

يبقى العلاج الأساسي هو التوجه نحو إزالة الأعراض، الذي يعتمد على الأساليب الإيحائية العامة، ويمكن استعمال عدد من الأدوات والتقنيات

لزيادة الإيحاء مثل التنبيه الكهربائي والحقن العضلية والأساليب الدينية مثل أن يطلب من المريض الذي فقد صوته قراءة سورة الفاتحة أو التسبيح والتحميد والتهليل والتكبير والاستغفار بشكل متكرر والإصرار على ذلك إلى أن ينطق بالكلام.

ويفيد إعطاء أحد المهدئات من زمرة بنزوديازيبين مثل Valium, Ativan على شكل حقنة وريدية بطيئة يجري خلالها التأكيد على زوال الأعراض وشفائها بشكل إيحائي Abreaction، إضافة إلى فائدتها في إطلاق التعبير الانفعالي عن الذكريات الخاصة والصراعات النفسية المكبوتة والانفعالات المؤلمة. ويستعمل أيضاً الأمفيتامين وأميتال الصوديوم بنسب وجرعات محددة لهذا الغرض، ونسبة الشفاء وزوال الأعراض تصل إلى أكثر من 85% من الحالات.

ويفيد التنويم الإيحائي غير الدوائي Hypnotherapy والعلاج النفسي الداعم قصير الأمد.

ولا بد من تقدير حالة المريض والضغط الحالية التي يواجهها، وأيضاً الرضوخ النفسية والآلام التي يعيشها قبل محاولة شفاء وعلاج الأعراض بالقوة الإيحائية؛ لأن هذه الأعراض يمكن لها أن تخدم المريض، وأن تكون ضرورية مؤقتاً. ومن الممكن تأجيل الأساليب الإيحائية التي تهدف إلى الشفاء الفوري أياماً عدة والاتفاق مع المريض على ضرورة بحث المشكلات الشخصية والنفسية التي يعانيها بأسلوب مفيد وتعاوني ومن ثم مواجهة الأعراض المرضية إيحائياً.

وأما مواجهة المريض بأن أعراضه ليست عضوية، وأنه سليم تماماً فلا يفيد، ويزيد من الدفاعية والكبت، والأفضل إعطاء تفسيرات مفهومة ومبسطة مثل حدوث تشنج مؤقت في البلعوم والحنجرة واللسان بسبب الإرهاق والتعب العصبي في حالات فقد الصوت، وأن ذلك سيزول حتماً وبسرعة.

ومن الملاحظ أن كثيراً من حالات الاضطراب التحويلي في بلادنا تجد تفسيراتها في المفاهيم الشعبية عن العين والجن والحسد والمس وغير ذلك، وأن كثيراً من هذه الحالات يتم علاجها من قبل المعالجين الشعبيين بأساليب عدة وغريبة، وبعض هذه الحالات تتحسن بتأثير الإيحاء، وبعضها الآخر لا يستجيب لمثل هذه العلاجات، بل تتفاقم وتزداد سوءاً.

ومن المفيد تطبيق مبادئ العلاج الطبيعي والتأهيلي بالسرعة الممكنة في حالات الشلل والضعف العضلي والتشنج وغيرها، وعدم استعمال العكاز والكرسي المتحرك في حالات الضعف العضلي والشلل؛ لتلا يتم تعزيز العجز، والبدء الفوري بتحريك الأطراف وتدريبها بالتدرج ما يساعد على تقصير مدة الأعراض، ويمنع إزمانها.

وتفيد بعض الأساليب السلوكية مثل الاسترخاء العضلي والتنفس العميق والعلاج التنفييري أو التكريهي (Aversion therapy) وأساليب الثواب والعقاب.

ويجب الانتباه إلى المكاسب الثانوية التي يجنيها المريض ومعرفة سلوك الأهل والمحيطين بالمريض وتعديل الأساليب المؤكدة للمرض والداعمة له

من قبل المحيط. وإذا كان ذلك صعباً فممن المفيد عزل المريض عن بيئته وإدخاله المشفى مؤقتاً، ومن ثم تكرار الجهود مع الأهل والمحيط لتعديل تلك الأساليب الخاطئة، وإتاحة الفرصة لحل المشكلات ومواجهتها في البيئة المحيطة بالحوارات والجهود الفعالة والأساليب الصحية ما يسهم في منع إزمان الأعراض وفي التخفيف من الانتكاسات، وفي بعض الحالات يحتاج المريض إلى علاج نفسي طويل، وإلى علاج الحالات الاكتئابية المتوسطة والشديدة التي يمكن لها أن ترافق مع حالات الاضطراب التحويلي بنسبة 10-30% من الحالات.

وبشكل عام يمكن القول: إن الاضطرابات التحويلية ذات إنذار جيد وشفاء تام إذا كانت حديثة الظهور، وإذا ترافقت مع ضغوط نفسية وبيئية طارئة، وإذا كان أداء المريض وتكيفه جيداً قبل ظهور الأعراض، وفي حال غياب الاضطرابات النفسية واضطرابات الشخصية الشديدة.

الشخصية الهستيرية

اضطراب الشخصية الهستيرية

تسمى شخصية مريض الهستيريا قبل المرض باسم (الشخصية الهستيرية) وهي شخصية الأطفال، ولو تأملت سلوك الشخص الهستيري لوجدته سلوك (طفل كبير).

ومن سمات الشخصية الهستيرية:

- العاطفية الزائدة، والقابلية الشديدة للإيحاء، والمسايرة، وحب المجاملة والمواساة والانفعالي، وتقلب المزاج، وعدم النضج، وعدم

التحكم في الانفعالات، والسذاجة، وسطحية المشاعر، وعدم النضج النفسي الجنسي.

- وأيضاً التمرکز حول الذات، والأنانية، ولفت الأنظار، واستدراار العطف، والاعتزال بالنفس وحب الظهور، والاستعراض، وفي بعض الأحيان الانبساط، والاجتماعية، وحب الاختلاط، وعدم الاستقرار، وأيضاً الاعتماد على الآخرين، والتوكل، والانقياد، والشعور بالنقص.
- المبالغة والتهويل والاستغراق في الخيال، والسلوك يكون أقرب إلى التمثيل والاستعراض والتكلف والاندفاع وعدم النضج.
- الاعتماد على الكبت بوصفه دفاعاً أساسياً، والاستعداد لتكثيف الانفعالات وتحويلها إلى أعراض جسمية.

اضطرابات عاطفية وسلوكية في مرحلتي الطفولة والمراهقة



اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety Disorder هو حالة نفسية يعاني المصاب فيها من جراء القلق المفرط من الانفصال عن المنزل أو عن الأشخاص الذين تربطهم به علاقة عاطفية قوية كوالديهم أو الأجداد أو الأشقاء.

قلق الانفصال هو رد فعل خلقه الله تعالى في الأطفال في مرحلة معينة كباقي المخلوقات بوصفه وسيلة للحفاظ على الجنس البشري، ومن غير الطبيعي ألا يشعر الطفل الذي لم يتجاوز عمره السنة من الخوف من الغرباء، أو أن يبدي لا مبالاة تجاه غيابه عن والدته حتى إن ذلك قد يعتبر مع غيره من الأعراض علامة مرضية.

وعلى الرغم من أن قلق الانفصال عادة ما يختفي في العام الثالث من عمر الطفل إلا أنه قد يعاود الظهور لاحقاً عند دخول المدرسة، ولكن غالباً ما يكون بشكل مؤقت حتى يألف الطفل تلك البيئة الجديدة.

ووفقاً لجمعية علم النفس الأمريكية، فإن اضطراب قلق الانفصال هو المبالغة المفرطة في إظهار الخوف والضييق عند مواجهة حالات الانفصال عن العائلة أو شخص مقرب، ويصنف القلق المقصود هنا بأنه قلق غير اعتيادي في هذه المرحلة العمرية من النمو، وأن شدة الأعراض تتراوح بين عدم الارتياح الذي يسبق الانفصال والقلق التام من الانفصال، وقد يسبب هذا الاضطراب كذلك آثاراً سلبية في حياة الطفل اليومية. ويمكن ملاحظة هذه الآثار في مجالات العمل الاجتماعي والعاطفي والحياة الأسرية والصحة البدنية وضمن الإطار الأكاديمي. وحتى يتم تشخيص الاضطراب على أنه مرض اضطراب قلق الانفصال كما حدده الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع DSM-IV فإنه يجب أن تستمر المشكلة مدة أربعة أسابيع على الأقل، ويجب أن تظهر أعراضها قبل أن يبلغ الطفل 18 سنة.

معدل انتشاره

اضطرابات القلق هي نوع من الأمراض النفسية الأكثر شيوعاً بين شباب اليوم، حيث يؤثر في 5 - 25% من الأطفال في جميع أنحاء العالم. ومن هذه الاضطرابات اضطراب قلق الانفصال، وهو يمثل نسبة كبيرة من الحالات المشخصة، فيمكن أن تصل نسبة الإصابة بهذا المرض إلى 50% كما هو مدون في سجلات المصاح العقلية. وتُعدّ اضطرابات القلق من أكثر الاضطرابات حدوثاً، فتبلغ نسبة الإصابة به بين البالغين نحو 7%.

وتشير البحوث إلى أن 1, 4% من الأطفال قد تتطور إصابتهم إلى مرحلة المرض السريري، وأن معاناة ما يقارب ثلث هذه الحالات سوف تستمر إلى مرحلة البلوغ إن لم يتم معالجتها، وتستمر البحوث في اكتشاف ما إذا كان الميل المبكر للإصابة باضطراب قلق الانفصال عاملاً خطيراً لتطور الاضطرابات العقلية خلال فترة المراهقة والبلوغ، ويحتمل أن نسبة أعلى من ذلك بكثير من الأطفال يعانون حالات بسيطة من قلق الانفصال، ولم يتم تشخيصهم فعلياً، وقد وجدت دراسات متعددة أن معدلات الإصابة باضطراب قلق الانفصال أكبر عند الفتيات منها عند الفتيان، وأن غياب الوالدين قد يزيد من احتمال الإصابة بهذا النوع من الاضطراب عند الفتيات.

التصنيف

يجب عدم الخلط بين اضطراب قلق الانفصال وقلق الانفصال الذي يحدث بوصفه مرحلة طبيعية للنمو الصحي والآمن لدى الأطفال، ويحدث قلق الانفصال عندما يبدأ الأطفال بفهم ذاتهم البشرية أو عندما يدركون

أنهم أشخاص منفصلون عن مقدم الرعاية الأولي. في الوقت نفسه يظهر مفهوم ديمومة الشيء لدى الطفل، وذلك عندما يدرك أن شيئاً ما لا يزال موجوداً حتى عندما لا يكون حوله. وعندما يبدأ الأطفال في فهم إمكانية فصلهم عن مقدم الرعاية الأولي، فإنهم لا يدركون أن مقدم الرعاية الأولي هذا سوف يعود، وأنهم لا يكونون تصوراً لمفهوم الوقت.

الأعراض

قد تختلف الأعراض حسبما يراها الأطفال وبحسب سياقها وشدتها. بعض الأعراض الشائعة التي تظهر على الأطفال المصابين باضطراب قلق الانفصال قد تتضمن ما يأتي:

- الضيق الشديد، والقلق، والخوف من فكرة أو حدث الانفصال.
- التشبث بالوالدين والبكاء والإصابة بنوبات غضب والامتناع عن المشاركة في الأنشطة التي تتطلب الانفصال عن الشخص المقرب.
- الخوف من الأذى الذي قد يلحق بالشخص المقرب أو الشخص نفسه عند الانفصال إن حدث هذا الانفصال.
- صعوبة النوم دون وجود الشخص المقرب وكذلك رؤية كوابيس متكررة.
- أعراض عضوية تتضمن شكوى من آلام في البطن وغثيان أو صداع، التي قد تحدث أو لا تحدث في الواقع.
- التجنب والرفض والتردد والسلوك المعاكس في محاولة لتجنب وقوع الانفصال.

الارتباط العصبي

تشير الأدلة الأولية إلى أن ازدياد نشاط لوزة المخيخ قد يترافق مع أعراض اضطراب قلق الانفصال. إضافة إلى أن هناك ارتباطاً بين العيوب الخلقية في مناطق الفص البطني والظهري من الفص الجبهي باضطرابات القلق لدى الأطفال.

المسببات

العوامل التي تسهم في الاضطراب تشمل تفاعل كثير من العوامل البيولوجية والمعرفية والوراثية والبيئية والسلوكية، إضافة إلى حالة الطفل المزاجية.

العوامل البيئية الملاحظة عادة تشتمل على سلوك الوالدين في التربية. ومن الأمثلة الدالة على أن السلوك التربوي عامل مسهم في الإصابة باضطراب قلق الانفصال:

1. برودة عاطفة الوالدين وتثبيط الاستقلال الذاتي لدى الطفل.
2. حالات تعلق بالوالدين أو مقدمي الرعاية، وقد ثبت أن أساليب التعلق المضطربة والمتزعزعة تولّد مشاعر الضعف والخوف من الوحدة والقلق المزمن.
3. موضع السيطرة - إن هذه الظاهرة تتمحور حول أفكار الطفل وقدرته على التحكم في بيئته الخاصة.
4. السلوكيات الوالدية المفرطة أو التطفلية - إن هذا الأسلوب التربوي قد يثبط من استقلال الطفل، ويفرض المزيد من التبعية الأبوية.

ويمكن أن يؤثر مزاج الطفل أيضاً في الإصابة باضطراب قلق الانفصال، وقد تتم الإشارة إلى السلوكيات الخجولة والجمانة باسم (الحالات المزاجية المكبوتة سلوكياً) التي قد تواجه الطفل القلق عندما يكون في مكان غريب، أو يقابل شخصاً غير مألوف.

اضطرابات القلق من الانفصال في المحيط التعليمي

وكما هو الحال مع الاضطرابات الأخرى، فإن الأطفال المصابين بهذا النوع من الاضطرابات يواجهون عقبات أكثر في المدرسة من أولئك غير المصابين بأي اضطرابات. ووجد أنهم يواجهون صعوبات أكبر فيما يخص التكيف مع الأجواء المدرسية والتحصيل الدراسي أكثر من أقرانهم. وفي بعض الحالات الحادة للمصابين بالمرض، قد يظهر الأطفال نوازع تخريبية داخل غرفة الصف، وقد يرفضون الذهاب إلى المدرسة نهائياً، وتشير التقديرات إلى أن ما يقرب من 75% من الأطفال المصابين بهذا النوع من الاضطراب يواجهون بنوع من الرفض من المدرسة. وذلك يسלט الضوء على مشكلة خطيرة، ألا وهي تخلف المزيد من الأطفال عن الالتحاق بالدورات الدراسية الذي بدوره يؤدي إلى وضع عقبة في وجه قدرتهم على العودة إلى المدرسة. ومن ضمن المشكلات التي تظهر على المدى القصير، والناجمة عن رفض البيئة الأكاديمية لهم، ضعف أدائهم الأكاديمي أو تراجعهم، والانعزال عن أقرانهم، والصراع داخل أسرهم.

معايير التشخيص

يصاب كثير من الرضع والأطفال في المراحل العمرية الأولى بقلق الانفصال؛ كونهم بدؤوا بالتأقلم مع محيطهم، وينظر إلى هذا النوع من القلق كمرحلة نمو طبيعية ابتداء من أشهر الطفولة المبكرة وحتى سن الثانية، وأشارت بعض المصادر إلى أنه لا يمكن إعطاء تشخيص دقيق إلا بعد سن الثالثة. ومن الممكن تشخيص القلق من الانفصال على أنه اضطراب إذا ما عبر عن حالة القلق التي تصيب الطفل في حال انفصاله عن المنزل أو شخص متعلق به بشكل مفرط، وإذا كان مستوى القلق يفوق الحد المقبول لمستوى نمو الطفل وعمره إضافة إلى تأثيره في حياته اليومية سلبياً.

وهناك جزء مهم جداً في عملية تشخيص اضطراب القلق من الانفصال، وذلك يتضمن فهمًا كاملاً للأعراض، كما تظهر على الطفل. وعلى الطبيب بدوره أن يلاحظ أموراً عدة عند التشخيص ألا وهي سلوكيات الطفل ومدة القيام بها وسياق وقوعها وشدتها، مع الأخذ في الحسبان أي عوامل مسهمة أخرى. من التشخيصات المشابهة لقلق الانفصال اضطرابات عدة تعرف باسم الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental Disorders كما يتشابه الفصام في الأطفال معه، فنجد في تلك الحالات أن الطفل يخاف من البعد عن يرعاه، لكن عادة ما يكون هذا الخوف بسبب تلك الاضطرابات، وليس لإصابته بقلق الانفصال كاضطراب مستقل.

الاكتئاب في الأطفال غالباً ما يصاحبه قلق الانفصال

من الاضطرابات التي قد تتشابه (اضطراب المسلك conduct disorder) ويمكن الرجوع إليه بالتفصيل في الموقع، نتيجة اتفاقهما في أمر، وهو عدم استجابة الطفل لمطلب الوالدين في أمور عدة منها الذهاب إلى المدرسة لكن التمييز بينهما بسيط، فالطفل الذي يعاني اضطراب المسلك يرفض الذهاب إلى المدرسة ليس خوفاً من ترك المنزل لكن ليمضي الساعات في الشوارع أو اللعب أو غيرها، ولا يزعجه أبداً أمر البعد عن المنزل.

لذا نقول: إن رفض المدرسة من الأمور المعتاد رؤيتها في الأطفال الذين يعانون قلق الانفصال، لكنها ليست قاصرة عليه، فقد نجدها في غيرها من اضطرابات الأطفال السلوكية وال نفسية.

ويتشابه مع قلق الانفصال باقي اضطرابات القلق الأخرى مثل اضطراب القلق العام أو الهلع أو رهاب الأماكن المفتوحة.

العلاج

يحتاج المريض إلى أشكال عدة من صور العلاج مثل العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي، إضافة إلى التدخل النفسي الاجتماعي الموجه للأسرة وتقديم التثقيف الصحي لهم للتعرف إلى طبيعة المرض، ولماذا ينشأ وكيف يعالج؟

يعتمد العلاج الدوائي على مجموعة مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية SSRIs وقد ثبت أمان وفعالية عقار فلوفوكسامين في علاج قلق الانفصال، وفي دراسة على عدد كبير من الأطفال الذين يعانون قلق الانفصال خضعوا للعلاج بعقار فلوفوكسامين كانت نسبة التحسن 76% وبالطبع لم يظهر تأثير الدواء المبدئي قبل أسبوعين من انتظامهم على الدواء بجرعة 50 - 250 جم يومياً، ويلزم انتظام الطفل على الدواء مدة لا تقل عن 6 أشهر.

وفي دراسة حديثة تم استخدام عقار فلوكستين بجرعة 20 مجم، فوجد أنه آمن وفعال على الأطفال الذين يعانون هذا الاضطراب، لكن مع بعض الآثار الجانبية مثل الصداع واضطراب المعدة.

وعامة، فإن أدوية مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية مثل (فلوكستين، فلوفوكسامين، سيرترالين، باروكستين، سيتالوبرام، أسيتالوبرام) أثبتت فعالية وأماناً في علاج اضطرابات القلق في الأطفال، وإن هناك أدوية أخرى مثل عقار دايفن هيردامين (بينادريل) من الممكن استخدامه لعلاج اضطرابات النوم المصاحبة للقلق، ويمكن استخدام أدوية البنزوديازيبين مدة قصيرة لا تتعدى أسبوعين إلى أربعة أسابيع لعلاج القلق في الأطفال. لكن العلاج الدوائي هو الخيار الثاني في العلاج ليأتي العلاج المعرفي السلوكي في المقام الأول.

العلاج المعرفي السلوكي CBT

هو الخيار الأمثل لعلاج اضطرابات القلق بصفة عامة وقلق الانفصال بصفة خاصة، فقد ثبتت فاعليته في علاج كثير من اضطرابات القلق. يحتاج الطفل إلى أن يتم تدريبه على تمارين الاسترخاء، وعندما يتقنها ستكون سلاحًا يستخدمه وقت الحاجة.

طريقة التعلم (بالنموذج) من الوسائل الفعالة، فيقوم المعالج أو الوالدان بفعل الأمر الذي يراد أن يفعله الطفل كأن يتعرض المعالج لأمور يخافه الطفل، ومع تكرار ذلك أمامه ستقل رهبته.

تحتاج الأسرة إلى تعلم (كيف تتعامل مع الأزمات والطوارئ) دون الإصراف في التوتر والقلق، والأهم من ذلك هو التعرض التدريجي للمواقف المخيفة للطفل وتدرجياً يزول معها الخوف والقلق، هذا هو مبدأ العلاج.

الهدف من التعرض للمواقف أو الأشياء المخيفة (سواء كان ذلك تعرضاً حقيقياً أو تخيلاً) هو منح الطفل الفرصة لتعلم الجديد من المهارات التي تعينه على التأقلم مع تلك المواقف والحد من القلق الزائد وتعلم ذلك في جو آمن وتحت رقابة الوالدين؛ حتى يتمكن المريض من المضي قدماً.

يتعرض الطفل إلى الموقف المخيف بطريقة تدرجية بدءاً بالأسهل وصعوداً إلى الأصعب، ومع التغلب على الأسهل يكتسب الطفل بعض المهارات والثقة ما يشجعه لتكرار ذلك والقدوم على ما هو أصعب، ويعتمد قرار الانتقال إلى المستوى الأصعب على مقدار النجاح في المستوى السابق.

دور الأسرة في العلاج

إن للأسرة دوراً في ظهور الأعراض؛ لذا لن يغيب دورهم عند العلاج، فدور الأسرة في العلاج محور أساسي، لا بد أن يتعلم الآباء والأمهات كيفية ضبط النفس وقياس الأمور بمقاييسها الصحيحة وعدم تهويل الأمور وعدم الإسراف في تقدير الأخطار. دور الوالدين مهم جداً عند البدء في تنفيذ الخطة العلاجية، فيحتاج الأمر إلى قليل من الحزم والمثابرة عند التعامل مع سلوكيات الطفل المرفوضة.

من دعائم العلاج السلوكي مشاركة الأسرة في العلاج، فلا بد أن يتعلم الوالدان كيف يصبحان نموذجاً وقدوة فعالة لأطفالهم للتغلب على المواقف المخيفة التي عادةً ما يتجنبها الطفل خوفاً منها، وإذا اقترن العلاج الفردي للطفل مع مشاركة الأسرة في العلاج، فإن نتائج العلاج ستكون مرضية.

تم بحمد الله

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- بتروفسكي، أ. ف، وم. ج. ياروشفسكي. معجم علم النفس المعاصر. القاهرة: دار العالم الجديد، ط1، ترجمة حمدي عبد الجواد، سعد الفيشاوى، عبد السلام رضوان، 1996م.
- راجح، أحمد عزت. أصول علم النفس. القاهرة: المكتب المصري الحديث للطباعة والنشر، 1995م.
- فائق، أحمد فؤاد ومحمود عبد القادر. المدخل إلى علم النفس. القاهرة: الأنجلو المصرية، 1982م.
- خيرى، السيد محمد ومحمود الزياىدى. محاضرات في علم النفس الاجتماعى. القاهرة: مطبعة دار التأليف بالمالية مصر، ط1، 2009م.

- تركي، أمّنة عبد الله. دراسة دافعية الإنجاز. تطورها وتباينها وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بدولة قطر. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية البنات. جامعة عين شمس، 2008م.
- مكدونالدلادل، ر. قاموس مصطلحات علم النفس. دار النهضة العربية، ترجمة يوسف ميخائيل أسعد، 2009م.
- وف، رولان دور وفرانسوازابارو. موسوعة علم النفس. القاهرة: دار غريب للنشر، مجلد 21، 1972م.
- منصور، طلعت. الشخصية السوية. الكويت: مجلة عالم الفكر، ع2، مجلد13، 1982م.
- طه، فرج عبدالقادر. أصول علم النفس الحديث. القاهرة: دار المعارف، 2000م.
- طه، فرج عبدالقادر وآخرون. موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة: دار سعاد الصباح للنشر والتوزيع. 2011م.
- سويف، مصطفى وإبراهيم مذكور. معجم العلوم الاجتماعية. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب. 2000م.
- زيور، مصطفى رضوان وإبراهيم مذكور. معجم العلوم الاجتماعية. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب. 2012م.
- غيث، محمد عاطف. قاموس علم الاجتماع. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب. 1999م.

- أبوهندي، وائل. نحو طب نفسي إسلامي. القاهرة: دار نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع، 2002م.
- السعدي، عبدالرحمن بن ناصر. الوسائل المفيدة للحياة السعيدة. المدينة المنورة، الجامعة الإسلامية، ط2، 1409هـ..
- الحجار، محمد. فن العلاج في الطب النفسي السلوكي. بيروت: دار العلم للملايين، 1990م.
- المالح، حسان. الطب النفسي والحياة. دمشق: دار الإشرافات، الكتاب الأول، ط2، 1997م.



ثانياً : المراجع الأجنبية

- 3- Psychology and you, An informal introduction, Julia Berryman and others, 3rd Edition, BPS Blackwell, U.K, 2006.
- Kaplan & Sadok, Synopsis of psychiatry, 10th edition.
- Oxford Textbook Of Psychiatry (2012).
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association.
- Jump up (2013) "Somatic Symptom Disorder Fact Sheet" dsm5.org. Retrieved April 8, 2014.
- Lipowski ZJ (1988). "Somatization: the concept and its clinical application". Am J Psychiatry 145 (11): 1358–68.
- Anxiety Attacks Versus Panic Attacks - Difference Between Panic and Anxiety Attacks". Panicdisorder.about.com. Retrieved 28 June 2013.
- Rogge, Timothy. "Panic disorder". MedlinePlus. Retrieved 21 January 2014.
- Patel, G; Fancher, TL (Dec 3, 2013). "In the clinic. Generalized anxiety disorder". Annals of internal medicine 159.
- "Panic Attacks and Panic Disorder: Symptoms, Causes, and Treatment". Helpguide.org. Retrieved 2013-05-08.
- National Institute of Mental Health. "How to get help for anxiety disorders". Retrieved 2008-04-18.
- Yardley L, Britton J, Lear S, Bird J, Luxon LM (May 1995). "Relationship between balance system function and agoraphobic avoidance". Behav Res Ther 33 (4): 435–9.
- M Sierra & G E Berrios (1999) Towards a Neuropsychiatry of Conversive Hysteria. Cognitive Neuropsychiatry 4: 267-287.
- Grant, JE (Aug 14, 2014). "Clinical practice: Obsessive-compulsive disorder". The New England journal of medicine 371 (7): 646–53.
- In The Clinic: Generalized Anxiety Disorder." Annals Of Internal Medicine 159.11 (2013).

المؤلف



سعدى موسى حسين الحانوتى من مدينة بيت لحم فى فلسطين

- تعلم فى مدارسها حتى الثانوية.
- بكالوريوس الطب والجراحة العامة بإمتياز من جامعة بافلوف / فى سانت بيتربرغ عام 1992م.
- عضو نقابة الأطباء الأردنية ونقابة الأطباء الفلسطينية.
- عمل فى المستشفيات الحكومية العامة وفى القطاع الخاص.
- إتحق بمستشفى الطب النفسى فى فلسطين / مستشفى تعليمى ومرتبطة أكاديمياً بالمجلس الطبى الأردنى عام 1994م.
- ساهم فى برنامج التدريب الطبى النفسى المستمر للمستشفى وتقل بين رئاسة أقسام المستشفى الحادة والمزمنة عدة أعوام.
- إتحق بمستشفى الرشيد للطب النفسى بالأردن تحت إشراف د.وليد سرحان ممثل الشرق الأوسط فى الجمعية العالمية للأطباء النفسيين عام 2000م.

- حصل على شهادة البورد الأردني بالطب النفسي/عمان عام 2001م.
- التحق للعمل مع وزارة الصحة السعودية عام 2002م / في مستشفى عفيف العام / الرياض (Liaison Psychiatry).
- نال درجة الدكتوراة بالطب النفسي بإعتراف الهيئة السعودية للتخصصات الطبية عام 2006م.
- تبوأ منصب المدير الطبي لمستشفى عفيف العام عام 2014م.
- يشارك في عدة مؤتمرات طبية ونفسية داخل المملكة وخارجها.
- يشغل حالياً رئيس قسم الطب النفسي في مستشفى عفيف العام / الرياض.