

الفصل الثالث : الاضطرابات العصابية

العصاب *Neurosis*

العصاب هو اضطراب وظيفي في الشخصية بين العادي وبين الذهان وهو حالة مرضية تجعل حياة الشخص العادي أقل سعادة، ويعتبره البعض صورة مخففة من الذهان (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٨٠).

معدلات انتشار الاضطرابات العصابية لدى العاديين يوضح الجدول التالي هذه المعدلات جدول (١)

يوضح معدلات انتشار اضطرابات القلق لدى العاديين

اضطرابات القلق	مدي الحياة	انتشار الاضطرابات خلال ١٢ شهر
اضطراب الفزع	٪٤.٧	٪٢.٧
اضطراب القلق المعمم	٪٥.٧	٪٣.١
اضطراب الهلع غير المصحوب بالأجورافوبيا	٪١.٤	٪٠.٨
مخاوف محددة	٪١٢.٥	٪٨.٧
اضطراب الوسواس القهري	٪١.٦	٪١
اضطراب قلق الانفصال	٪٥.٢	٪٠.٩
اضطراب القلق الاجتماعي	٪١٢.١	٪٦.٨

(Kessler et al ., 1994 ;Kessler et al ., 2005-A)

وتبلغ معدلات انتشار الاضطرابات النفسية لدى أفراد المجتمع والتي تم تشخيصها

في أي سنة حوالي كانت ٪٢٠ (Reigier et al ., 1993).

والاضطرابات العصابية أكثر شيوعاً بين النساء ، وفي مرحلة الطفولة تكون متساوية لدى كل من الذكور والإناث ، ويحدث تمايز يكون أكثر شيوعاً بين الإناث مع بداية مرحلة المراهقة ، والكثير من الاضطرابات العصابية في الطفولة تكون محددة بالسن علي سبيل المثال فوبيا الحيوانات دائماً تبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة ، بينما فوبيا الخوف من الأماكن المتسعة تكون نادرة الحدوث قبل مرحلة الرشد ، والكثير من الاضطرابات العصابية سوف تختفي قبل بداية مرحلة الرشد:

(Rosenhan & Seligman , 1989 , 530)

معدلات انتشار الاضطرابات العصائية لدي ذوي الاحتياجات الخاصة يبيدي المتخلفون عقليا مستويات مرتفعة من انتشار الاضطرابات النفسية، (1979, Craft) (146). فنسبة انتشار الاضطرابات النفسية لدي المتخلفين عقليا تتراوح ما بين ١٠٪ إلى ٦٠٪ (King et al., 1997).

والاضطرابات النفسية لدي الأطفال المتخلفين عقليا تكون مماثلة أو مشابهة لما وجد لدي أقرانهم العاديين (Voelker; Gelder et al., 1983, 686; & Goldsmith, 2002; Sovner, 1986) لدي المتخلفين عقليا بمقدار الضعفين مقارنة بالعاديين (Rutter et al., 1970-B; Nezu, 1991) وحوالي ٢٥٪ من الأفراد المتخلفين عقليا يعانون من الاضطرابات العصائية: الاكتئاب، واضطرابات القلق (Menolascino, 1988) وأجريت دراسة روتروا آخرون (Rutter et al., 1970-A) علي عينة يبلغ عددها ٥٩ متخلفا عقليا وتراوحت أعمارهم ما بين ٩-١٠ سنوات، وخلصت نتائجها إلي أن نسبة ٢٣.٦٪ من العينة يعانون من اضطرابات نفسية مميزة. وفي عينة كبيرة بلغ حجمها ٣٠.٥٧٨ من المتخلفين عقليا انتهت نتائج دراسة جيكبسون (Jacobson, 1982) إلي أن معدلات انتشار الاضطرابات النفسية لدي المتخلفين عقليا بلغت ١١.٦.

أما دراسة جيلبرج وآخرون (Gillberg et al., 1986) فقد أجريت علي عينة بلغ عددها ١٤٦ متخلفا عقليا، تراوحت أعمارهم ما بين ١٣-١٧ سنة وانتهت نتائج الدراسة إلي أن ٧.٩٪ لديهم اضطرابات المسلك. أما دراسة أيفرسون، وفوكس (Iverson & Fox, 1989) فقد أجريت علي عينة بلغ قوامها ١٥٦ متخلفا عقليا، بمتوسط عمري (٢١) سنة، وانتهت نتائج الدراسة إلي أن ٣٥.٩٪ صنّفوا علي أنهم مضطربين نفسيا. وأجريت دراسة جيكبسون (Jacobson, 1990) علي عينة بلغ قوامها ٤٢.٤٧٩ طفلا وراشدا، وخلصت نتائجها إلي أن ٢٠٪ من العينة الكلية يعانون من اضطرابات نفسية، و٢.٩٪ لديهم اضطرابات نفسية، وبلغ الذين يعانون من العصاب والذهان ٤.٣٪، ١.٤٪ علي الترتيب.

واستنتج رايس (Reiss, 1994) من نتائج دراسته التي أجريت علي عينة بلغ حجمها ٩٦٨ فردا متخلفا عقليا تراوحت أعمارهم ما بين ٦-١٨ سنة، إلي أن الأفراد المتخلفين عقليا يخبرون مدي واسع من الاضطرابات النفسية تبلغ حوالي ثلاث أضعاف وجودها في المجتمع عامة.

وانتهت نتائج دراسة جونسون وآخرون (Johnson et al., 1995) في عينة من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة إلى انتشار عدم الإذعان أو الطاعة والعدوان ، واضطرابات قصور الانتباه/النشاط الزائد ADHD في الأطفال المتخلفين عقليا شديدي وعميقي الدرجة مقارنة بالأطفال المتخلفين عقليا خفيفي ومتوسطي الدرجة. كما أن المتخلفين عقليا يكونون أكثر عرضة للنشاط الزائد ، ومشاكل الضبط الاندفاعي (Coe & Matson, 1993) واضطرابات الانسحاب. و ADHD تكون شائعة الحدوث بين التلاميذ المتخلفين عقليا في المدارس الابتدائية (Fee et al., 1994) وسلوك التنميط ، وإصابة الذات (Johnson et al., 1995) ويشير كينج إلى افتراض مفاده " أن إصابة الذات تربي في المتخلفين عقليا شديدي وعميقي الدرجة من الممكن أن تكون قهرية في طبيعتها" (King, 1993).

وقد وجدت معظم الدراسات ارتفاع ملحوظ في معدلات انتشار الاضطرابات النفسية في المرضى المتخلفين عقليا المقيمين بالمستشفيات مقارنة بالمتخلفين عقليا المقيمين في المجتمع ، وأن هناك علاقة دالة بين شدة التخلف العقلي والاضطرابات النفسية (Borthwick –Duffy & Eyman, 1990) . ويمكن تفسير ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات النفسية لدى المتخلفين عقليا في الآتي:

- ❖ المتخلفون عقليا معرضون بدرجة كبيرة للإصابة بالاضطرابات النفسية ، وبالمشكلات السلوكية . وهذه الاضطرابات تنجم عن ارتفاع عوامل الضغوط أو الإرهاق التي يتعرض لها المتخلفين عقليا في مجتمعاتنا (سامر جميل ، ٢٠٠٧ ، ٤٨١).
- ❖ افتقار المتخلفين عقليا للقدرة علي حل المشكلات التي تعترضهم في حياتهم ، وقصور في المهارات الاجتماعية ، وفي مهارات التواصل (Costello, 1982).
- ❖ ينحدر غالبية المتخلفين عقليا من بيئات اجتماعية واقتصادية وثقافية متدنية ، وتنتشر فيها المنازعات والخلافات الأسرية ، فضلا عن استخدام أساليب تنشئة خاطئة (Szymanski, 1988)
- ❖ اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي ، وانخفاض القدرات التكيفية مع الآخرين (Eaton & Menolascino , 1982; Russell & Tanguay , 1981).

والاضطرابات النفسية المقررة لدى الأفراد التوحديين كانت الاكتئاب والحركة الزائدة ، وعدم الانتباه ، والعدوان ، واضطراب الوسواس القهري والخوف ، والقلق المعم (*Gadow et al ., 2004 ; Ghaziuddin et al ., 1998 ; Kim et al ., 2000 ; Lecavalier et al ., 2006 ; Leyfer et al ., 2006*) وآخرون (*Morgan et al , 2003*) إلى انتشار الاضطرابات النفسية في عينة من الراشدين المتخلفين عقليا والتوحديين ، وقد وجد أن اضطرابات الاكتئاب كانت الأكثر شيوعا .
أما عن معدلات انتشار الاضطرابات العصابية لدى الأفراد المعوقين سمعيا فقد أسفرت نتائج دراسة دينمارك والدريدج (*Denmark & Eldridge , 1969*) إلى أن ٣٢.٩٪ من العينة البالغ عددها (١٧٠) معوقا سمعيا تم تشخيصهم علي أنهم يعانون من الاضطرابات النفسية .

أما نتائج دراسة شليزير وميدو (*Schlesinger & Meadow , 1972*) فقد انتهت إلى أن ٣١٪ من الطلاب المعوقين سمعيا من العينة البالغ قوامها (٥١٢) وتراوحت أعمارهم ما بين ٥-١٦ سنة يعانون من اضطرابات نفسية .
وأسفرت نتائج دراسة فريمان وآخرون (*Freeman et al ., 1975*) إلى أن الوالدين والمعلمين قدروا عينة من الأطفال الصم البالغ عددها (١٢٠) وتراوحت أعمارهم ما بين ٥-١٥ سنة علي أنهم يعانون من اضطرابات نفسية ، وانتهت نتائج دراسة إيد وجندرسون (*Eide & Gundersen , 2004*) إلى وجود ارتباط ايجابي بين درجة فقد السمع ومشكلات الصحة النفسية المقررة ، وارتباط سلبي بين درجة فقد السمع وجودة الحياة . وكلما زادت درجات فقد السمع ، زادت الاضطرابات النفسية بين المعوقين سمعيا (*Clausen , 2003*) .

ويعزي ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات النفسية لدي المعوقين سمعيا إلى أن أساليب التنشئة الاجتماعية الأسرية الخاطئة ، والمتمثلة في تقديم الحماية الزائدة والإهمال والتجاهل والعقاب والرفض الاجتماعي ، واتجاهات هؤلاء الأطفال نحو أنفسهم، واتجاهات الآخرين نحو هذه الإعاقة تلعب دورا في إحداث مشاكل اجتماعية لديهم إذا كانت هذه الاتجاهات سلبية ، والعكس صحيح فقد يعاني أفراد هذه الفئة من الخجل والانطواء والعزلة والإحباط والفشل والاكتئاب والقلق والتهور وقلّة توكيد الذات والعدوانية، ويتصفون بعدم قدرتهم علي ضبط انفعالاتهم ، أو حل مشكلاتهم ، أو الاستقلالية عن الآخرين (*سعيد حسني ، ٢٠٠٢-أ ، ١١٦*) .

يعاني الراشدون المعوقون بصريا من اضطرابات نفسية اجتماعية (Davis et al 1995). وانتهت نتائج دراسة باسست (Bast , 1971) إلي أن المعوقين بصريا يبدون اضطرابات نفسية مضطربة .

إن اتجاهات الناس المحيطين بأصحاب هذه الإعاقة إذا كانت ايجابية نحوهم فإن نموهم الاجتماعي والانفعالي سوف يكون أفضل مما سيكون عليه إذا كانت اتجاهات من حولهم اتجاهات سلبية ، إن مفهوم الكيف عن ذاته واتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين مما لا شك فيه سوف تتأثر بهذه الاتجاهات إن رفض وتجاهل وعقاب وحرمان هؤلاء الأطفال من قبل ذويهم يؤثر في نموهم الاجتماعي والانفعالي يقودهم إلي بعض الأمراض النفسية كالإكتئاب أو العدوان أو الانعزال ، والانغلاق علي الذات ، وقد تتأثر ثقتهم بأنفسهم (سعيد حسني ، ٢٠٠٢-أ ، ١٠٠) .

يبدى ذوي صعوبات التعلم ارتفاع ملحوظ في مستويات الاضطرابات النفسية فلديهم مفهوم ذات متدني ، وهم أقل قبولا اجتماعيا ، وهم أكثر قلقا من أقرانهم بدون إعاقات (Bender , 1987 ; Bladow , 1982; Margalit & Shulman , 1986)

كما أسفرت نتائج دراسة هوي وآخرون (Hoy et al ., 1997) إلي ارتفاع مستويات الاضطرابات النفسية لدي الإناث عنه لدي الذكور ذوي صعوبات التعلم. والاضطرابات النفسية لدي ذوي صعوبات التعلم بدرجات خفيفة تكون مماثلة لعادي الذكاء ، وبين ذوي صعوبات التعلم متوسطي وشديدي الدرجة فإن هناك أنواع محددة من الاضطراب تكون بشكل خاص متكررة . وأفضل التقديرات المتاحة تشير إلي أن معدلات انتشار الاضطرابات النفسية لدي ذوي صعوبات التعلم تتراوح ما بين ٣٠ إلي ٤٠٪ (Gelder et al ., 1998 , 869).

ويعزي هذا إلي الاتجاهات السلبية من قبل الآخرين للطفل ذوي صعوبات التعلم ، وهم كذلك يعانون من ضعف القدرة علي التركيز ، ولديهم قابلية عالية للتشتت، وضعف المثابرة علي أداء النشاط ، وصعوبة نقل الانتباه من مثير إلي آخر أو من مهمة إلي أخرى (يوسف القريوتي وآخرون ، ١٩٩٨ ، ٢٥٠).

وتنتشر الاضطرابات الانفعالية لدي الأفراد الموهوبين فقد أسفرت نتائج دراسة سكور (Schauer , 1976,471) إلي أن الأطفال الموهوبين يعانون من اضطرابات انفعالية وعدم استقرار انفعالي.

وترتفع معدلات انتشار الاضطرابات النفسية لدي المعوقين بدنيا فقد أسفرت نتائج دراسة كينج وآخرون (King et al ., 1990) عن ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات النفسية لدي المعوقين بدنيا مقارنة بأقرانهم غير المعوقين بدنيا. أما نتائج دراسة روتر (Rutter et al ., 1976) فقد انتهت إلي أن انتشار الاضطرابات النفسية

مرتفع بمقدار الضعفين لدي المعوقين بدنيا مقارنة بما وجد لدى السكان. كما تزداد مخاطر الاضطرابات الانفعالية لدي الأفراد المصابين بأمراض مزمنة إلي أربع أضعاف انتشارها لدي أترابهم غير المعوقين (Turner & Beiser, 1990).

ترتبط الخصائص الانفعالية بمفهوم الذات لدي الأطفال المضطربين كلاميا ولغويا ونظرتهم إلي أنفسهم وكذلك نظرة الآخرين إليهم ، لذلك تظهر لدي هؤلاء الأطفال مظاهر القلق ، والإحباط ، والشعور بالذنب ، والعدوان ، والانسحاب علي سلوك هؤلاء الأطفال ، وذلك بسبب ارتباط أعراضهم الظاهرة باللغة ، وتظهر هذه الأعراض نتيجة معاملة الآخرين لهم مثل الحماية الزائدة من قبل الأسرة (صالح حسن ، ٢٠٠٥ ، ١١٧-١١٨).

أعراض العصاب

- ١- القلق الظاهر أو الخفي والشعور بعدم الأمن ، وزيادة الحساسية والتهيجية ، والمبالغة في ردود الفعل السلوكية ، وعدم النضج الانفعالي ، والاعتماد علي الآخرين ، والإحباط والصراع.
- ٢- اضطراب التفكير والفهم بدرجة بسيطة وعدم القدرة علي الأداء الوظيفي الكامل ، ونقص الانجاز ، وعدم القدرة علي استغلال الطاقات إلي الحد الأقصى .
- ٣- الجمود والسلوك التكراري ، وقصور الحيل الدفاعية ، وأساليب التوافق.
- ٤- التمرکز حول الذات ، والأنانية واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية.
- ٥- بعض الاضطرابات الجسمية المصاحبة نفسية المنشأ (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٨٣).

تشخيص العصاب

هناك فروق بين العصاب وبين المرض العصبي ، فالعصاب لا يتضمن تلفا في الجهاز العصبي ، ولا يرجع إلي اضطراب فسيولوجي تشريحي ولكنه اضطراب وظيفي ديناميكي المنشأ ، ويظهر في الأعراض العصابية ، بينما المرض العصبي يعد اضطرابا جسميا تشريحي أو تلفا في الجهاز العصبي مثل الشلل النصفي أو الشلل الرباعي الذي يصيب اليدين والرجلين (صالح حسن ، ٢٠٠٨ ، ٢١٦).

ويجب الاهتمام بالتشخيص الفارقي بين العصاب وبين الحالات الحدية وبينه وبين الذهان ، وبينه وبين ردود الأفعال العادية للتوتر. لا بد لتشخيص العصاب من مقابلة شاملة مع المريض ، وأخذ تاريخ كامل للحالة ، ويجب تطبيق الاختبارات ، والتعرف علي خصائص وسمات الشخصية العصابية لدي المريض الذي تتعامل معه (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٨٣).

هناك فروق مميزة بين الاضطرابات العصبية والذهانية يمكن توضيحها في
الجدول التالي :
جدول (٢)

يوضح أهم الفروق بين العصاب والذهان

الذهان	العصاب
يفقد المريض صلته بالواقع ولا يتأثر به.	يعيش المريض في عالم الواقع.
تتفكك الشخصية تفككا قد يكون تاما.	تحتفظ الشخصية بتماسكها إلي درجة كبيرة.
توجد هلاوس وهذات واضحة في أغلب الحالات	لا توجد هلاوس وهذات.
يسيطر اللاشعور علي الشعور.	يبقي الشعور مسيطرا .
يفقد المريض بصيرته، ولا يدرك أنه مريض ولا يطلب العلاج.	يحتفظ المريض ببصيرته ويدرك أنه مريض ويطلب العلاج.
عدم إدراك لسوء التوافق وسيادة مشاعر اللامبالاة.	إدراك كامل لسوء التوافق ومعاناة شديدة لذلك.
الصلة بالواقع مضطربة ، وقد تكون مقطوعة كلية.	محاولة الهروب من الواقع المؤلم أو تجنبه.
تتعطل الأنا عن القيام بمعظم وظائفها.	تقوم الأنا ببعض وظائفها بكفاءة.
يتشتت في الكلام ويبدو مضطربا .	لا يتغير الكلام بطريقة ملحوظة.
التفكير مشوش ، ويتميز بوجود أو هام وضلالات.	يفكر قليلا ويشارك ولكن يبدو مشغولا وسواسا.
اضطرابات شديدة إلي حد الهياج.	تضطرب الانفعالات إلي حد ما.
مضطربة ولا يصل إلي الإدراك السليم دائما.	إدراك الأمور سليم إلي حد كبير.
التوجيه يكون متدني ، أو غائب.	التوجيه إلي الأخر والمكان والزمن سليم .
يؤدي نفسه أو الآخرين ، يتطلب رعاية خاصة أو الإقامة بالمستشفى .	ستمر في أداء عمله ومتفاعل اجتماعيا.
(عبد الرؤوف ثابت ، ١٩٩٣ ، ١١٦) (علاء الدين كزافي ، ١٩٩٠ ، ٢٢٦)	
(سيد صبحي ، ٢٠٠٣ ، ٢٦٨) (Hilgard et al ., 1975 , 469)	

أسباب العصاب

الأسباب الوراثية تكون نادرة الحدوث. والشخص العصابي يطور أنماط سلوكية معينة ، ويتجنب إلي حد ما مواجهة المشاكل والتعامل معها بطريقة ايجابية ، ويبقى الفرد في حالة من القلق الشديد أو يلجأ إلي ميكانزمات الدفاع إذا وجد صعوبة في إيجاد حلول واقعية لفض القلق والتوتر.

ويرجع نموذج التحليل النفسي العصاب إلي مراحل النمو في الطفولة حيث يتم تثبيت للطاقة النفسية في المراحل الفمية أو مرحلة التدريب علي النظافة ، بينما تري المدرسة السلوكية أن العصاب ما هو إلا عادات سلوكية خاطئة تم تعلمها نتيجة للتعزيز(صالح حسن ، ٢٠٠٨ ، ٢١٦).

وينظر ألبورت إلي العصابي أو الذهاني الذي لديه استعداد فطري للنمو الطبيعي علي أنه أعلق كنتيجة للتأثيرات المرضية في الطفولة ، والفشل في مواجهة المشاكل الهامة بواسطة استخدام حيل الدفاع النفسي في حماية ذاته ، كما أنه محكوم بواسطة دوافع لا شعورية ، معقدة ، نرجسي ولديه تثبيت عند مستوي طفولي ، وكنتيجة لذلك فإن الشخص المريض هو شخص متمركز حول ذاته ، ولديه خوف من تحقيق التوازن المطلوب لتكوين علاقات ذات معنى في حياته (محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ٣٢٨).

وقد يرجع العصاب إلي الإحباط والصراعات النفسية التي يعاني منها الفرد ومشكل الحياة المستمرة ، والصدمات التي يتعرض لها الفرد ، والعلاقات المضطربة بين أعضاء الأسرة كلها ، وأساليب التنشئة الخاطئة من قبل الوالدين إزاء الطفل.

علاج العصاب

يعتبر العلاج النفسي الفعال ، فيفيد العلاج بالتحليل النفسي والعلاج السلوكي ، والعلاج النفسي التدميمي . والعلاج النفسي الجماعي والاجتماعي . والعلاج الطبي باستخدام العقاقير الطبية المناسبة لكل اضطراب.
اضطرابات القلق Anxiety Disorders

يعتبر القلق من الأمراض العصابية الشائعة ، إلا أنه يعتبر سمة رئيسة في معظم الاضطرابات ، نجده بين الأسوياء في مواقف الأزمات ، كما نجده مصاحباً لكل الأعراض العصابية والذهانية علي السواء ، ويرى كثير من المفكرين أن القلق هو سمة العصر الحديث بأزماته وطموحاته ومنافساته الحادة ، وقد يكون هذا صحيحاً، لكن مع هذا نجد أن الحالات الشديدة من القلق توجد في كافة المجتمعات (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٤، ٢٣-٢٤).

تعريف القلق

من البديهي أن تتباين وجهات النظر التي تناولت مفهوم القلق إلى حد كبير، نظراً لكونه مفهوم معقد التركيب ، وهو عرض جوهري مشترك في الاضطرابات النفسية ، بل في أمراض عضوية شتى ، ومن الممكن أن نعدد وجهات النظر التالية التي تناولت مفهوم القلق علي النحو التالي :

يعرفه (فرويد ، ١٩٨٣ ، ١٣) علي أنه : " حالة من الخوف الشديد الذي يمتلك الإنسان ، ويسبب له كثير من الكدر والضيق والألم".

يعرفه (سبيليرجر وآخرون ، ١٩٩٢ ، ٦) القلق بأنه : " انفعال غير سار وشعور مكدّر بتهديد أو هم مقيم ، وعدم راحة أو استقرار مع الإحساس بالتوتر الشديد ، وخوف دائم لا يمر موضوعي له ، وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، مع استجابة مسرفة لمواقف لا تتضمن خطراً حقيقياً ، والاستجابة لمواقف الحياة العادية كما لو كانت ضرورات ملحة أو طوارئ".

ويميز سبيليرجر وزملاؤه بين حالة القلق وسمة القلق: فتشير حالة القلق" إلى خبرة وقتية متغيرة ومرحلية متعلقة بشعور الفرد بأنه مضطرب هنا والآن كما في موقف الامتحان ، أما سمة القلق فتشير " إلى ميل أو تهيؤ أو سمة ثابتة نسبياً في الشخصية".

ويعرفه تومب (Tomb, 1995, 82) بأنه : "حالة من الخوف الشديد غير المبرر يؤدي بالفرد إلى الألم ، والشعور بالكدر والضيق ويصاحبه غالباً أعراض نفسية وجسمية"

ويعرف (عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٨ ، ١٢١) القلق بأنه : " حالة انفعالية مركبة غير سارة تمثل ائتلافاً أو مزيجاً من مشاعر الخوف المستمر ، والفزع والرعب ، والانقباض ، والهم نتيجة توقع شرو شيك الحدوث ، أو الإحساس بالخطر والتهديد من شيء ما مبهم وغامض يعجز المرء عن تمييزه أو تحديده علي نحو موضوعي " .

ويعرف كل من (عبد الستار إبراهيم ، وعبد الله عسكر ، ١٩٩٩ ، ٥٤ ، ٥٥) القلق بأنه: "اضطراب من الاضطرابات الانفعالية التي تدخل في دائرة العصاب ، وهو جزء

من الحياة البشرية ، أو هو أحد لوازم الوجود ، لذا فالقلق بمثابة الحرص علي الحياة ، وهو رغبة في الحياة إذ تزيد آليات العمل النفسية حين ينتابها شعور غامض بالخطر".

ويعرفه (أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٠ ، ٣٦ - ٣٧) بأنه : " شعور بخوف غامض مجهول المصدر وتوتر داخلي ، وعدم القدرة علي الاسترخاء والاستقرار وصعوبة التركيز مع مشاعر مصاحبة بعدم الأمن ، والاستغراق في أحلام اليقظة".

ويعرفه (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ١٣٤) بأنه: " شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر ، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ، ويأتي في نوبات متكررة ، مثل: الشعور بالفراغ في فم المعدة أو السحبة في الصدر ، أو ضيق في التنفس ، أو الشعور بنبضات القلب أو الصداغ أو كثرة الحركة.....الخ".

وبناء علي ما سبق يمكن تعريف القلق علي أنه : " خبرة وجدانية غير سارة يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر والضيق والكدر والترقب وعدم الاستقرار ويصاحبها أعراض جسمية متباينة".

ويمكن تعريف سمة القلق بأنها تشير إلى: " استعداد ثابت نسبيا يهيئ الفرد إلى إدراك العالم باعتباره مصدرا للخطر ، وهذا الاستعداد يظل كامنا حتى تحفزه مواقف معينة مهددة فتنشط حاله القلق ، والتي تشير إلى خبرة انفعالية مؤقتة يشعر خلالها الفرد بالتوتر والتوجس ، وتحدث تغيرات جسمية متباينة لمواجهة هذا التهديد".

وظيفة القلق

١- إشارة إنذار ، صورة هيئة مستأنسة لقلق الذعر تنذر بالخطر حتى يستعد للمواجهة ، فالقلق هو الباعث الأساسي للدفاع.

٢- القلق هو المادة الخام التي تصنع منها الأعراض المرضية كوسائل دفاعية وإشباعات جزئية في نفس الوقت (أمن وإشباع معا).

٣- القلق وإن كان تعبيرا عن الصراع من حيث ما ينطوي عليه من خطر فهو في نفس الوقت وسيلة جزئية للإفراغ وخاصة في حالة الانغمار لصالح مخيم (١٠٣-١٠٤).

تصنيفات القلق

يمكن تصنيف القلق إلي ما يلي :

١- القلق الموضوعي : هو خبرة انفعالية مؤلمة تنتج عن إدراك مصدر خطر في البيئة التي يعيش فيها الفرد ، وهناك وجود موضوعي لمصدر هذا الخطر مما يثير القلق (فرويد ، ١٩٨٣ ، ١٢) .

٢- **القلق العصابي** : ينشأ القلق العصابي نتيجة شعور بعدم الأمن جاء من مواقف بيئية ضاغطة بصورة خفيفة أو حتى آمنة أحيانا ، ويرى الفرد العصابي الموقف الخارجي أكثر خطورة مما هو عليه بالفعل ذلك لأنه يهدد الدفاع العصابي الذي يحميه (كوفيل وآخرون، ١٩٨٦، ١٥٧).

٣- **حالة القلق وسمة القلق**: يقسم سبيلبيرجر وآخرون القلق إلى حالة القلق وسمة القلق. ٤- يصنف القلق إلى القلق العام الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجد القلق غامضا وعائما وغائما ، والقلق الثانوي الذي يوجد كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى (حيث يعتبر القلق عرضا مشتركا في جميع الأمراض النفسية تقريبا (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٨٥).

٥- يصنف القلق وفقا لتصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (2000, DSM-IV-TR) إلى اضطرابات الهلع الأورافوبيا (الخوف من الأماكن العامة) ، المخاوف المرضية النوعية المخاوف الاجتماعي ، اضطراب القلق المعم ، اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات ، الوسواس القهري المتسلط، اضطرابات القلق التي لا ترجع إلى حالة طبية عامة أو إساءة استخدام عقار.

وتناول فيما يلي أهم تصنيفات القلق وفقا لـ (DSM -IV- TR , 2000)

١- اضطرابات الفرع أو الهلع Panic

المبالغة في شدة الخوف ، وكثره تكراره يمكن أن تعوق عملية النمو ، فالطفل الذي يكثر من البكاء ، والانسحاب ، والانكماش ، والاحتجاج واستجداء المساعدة والاتصاق بالوالدين لا يمكن أن يكون في طريقه إلى تنمية الكفاءة ، والاستقلال اللذين يتطلبهما بعد ذلك في مراحل العمر التالية (محمد عماد ، ١٩٨٦ ، ٢٤٩ ، ٢٥٠).

والهلع عبارة عن نوبات من الخوف والقلق الشديدين المصحوبين بأعراض جسمية ومعرفية والتي تحدث فجأة ، وتبدأ نوبات الهلع بدون إنذار وتبلغ الذروة خلال عشرة دقائق ، وتتميز النوبات بوجود استثارة تلقائية لا إرادية مثل الألام في الصدر ، والتنميل ، والشعور بوخز خفيف ، والقشعريرة ، والغثيان ، والتقيؤ والدوخة . وأما الأعراض المعرفية فتشتمل على مشاعر غير واقعية ومنفصلة عن الذات ، والخوف من الموت ، والإصابة بالجنون (Cheng & Myers , 2005, 117).

معدلات انتشار اضطرابات الهلع

تبلغ نسبة انتشار اضطرابات الهلع ٢.٣٪ (Comer , 1998 ,198) وتبلغ نسبة انتشار هذا الاضطراب علي مدار الحياة ما بين ١٪ إلي ٥٪ (Grant et al ., 2006) ، وتبلغ معدلات انتشار هذا الاضطراب في الدراسات الحديثة ما بين ١.٤ إلي ٢٠.٥٪ (Birchall et al ., 2000 , 235) أما نتائج دراسة كاتون وآخرون (Katon et al ., 1986) فقد قدرت معدلات الانتشار بـ١٣٪ في عينة تتألف من (١٩٥) مريض ، ونسبة ٢٠.٥٪ علي مدار الحياة، كما وجدوا أن المرضي باضطراب الهلع لديهم مخاطر متزايدة للاكتئاب الأساسي ، والفوبيات ، والسلوك التجنبي.

وترتفع معدلات انتشار هذا الاضطراب في الإناث ضعفين أو ثلاث أضعاف انتشاره في الذكور ، والفروق في معدلات الانتشار بين السلالات يكون محدود ويزداد في المطلقين أو المنفصلين وينمو بصورة شائعة في الراشدين صغار السن:

(Sadock & Sadock , 2003 , 599)

وتتراوح نسب المصابين باضطراب الهلع غير المصحوب بالأجورافوبيا بين ١.٥ - ٣.٥٪ من المجموع الكلي للسكان ، أما إذا اقترن اضطراب الهلع بالأجورافوبيا فقد ترتفع النسبة إلي أكثر من ٥٪ من المجموع الكلي للسكان كما يشبه الهلع القلق فكلاهما أكثر شيوعا في النساء من الرجال ، وغالبا ما يحدث المرض مع نهاية المراهقة وحتى منتصف العقد الرابع (محمد السيد ، ٢٠٠٠- أ ٢٣٥).

المحكات التشخيصية لنوبات الهلع (DSM-IV-TR , 2000)

يميز الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية المحكات التشخيصية لنوبات الهلع في فترات منفصلة من الخوف الشديد يتطور أربعة أو أكثر من الأعراض الآتية تطورا مفاجئا ، وتصل إلي أقصاها خلال عشرة دقائق وهي علي النحو التالي :

١- خفقان ، زيادة معدل ضربات القلب.

٢- تصبب العرق.

٣- الارتعاش.

٤- الإحساس بصعوبة التنفس.

٥- الإحساس بالاختناق.

٦- ألام بالصدر.

٧- ألام بالبطن.

- ٨- شعور بالدوخة.
 ٩- فقدان الإحساس بالواقع والانفصال عن الذات.
 ١٠- الخوف من التحكم في ذاته أو أن يصبح مجنون.
 ١١- الخوف من الموت.
 ١٢- تنمية وإحساسات بوخز خفيف.
 ١٣- قشعريرة أو تدفق وتوارد الدم إلي الوجه.

المحكات التشخيصية لاضطراب الهلع غير المصحوب بالأجور افوبيا:
 (DSM-IV-TR, 2000)

- أ- كل من ١، ٢
- ١- تكرار نوبات الهلع غير المتوقعة.
- ٢- لمدة شهر أو أكثر علي الأقل احدي النوبات تحدث لواحدة أو أكثر من الأعراض التالية:
 أ- وجود انشغال مثابر ومستمر متعلق بحدوث نوبات أخرى.
 ب- الانزعاج من محتوى النوبة أو عواقبها مثلا (فقد القدرة علي التحكم في الذات ، أو حدوث نوبة قلبية ، أو الخوف من الجنون).
 ج- تغير جوهري في السلوكيات المرتبطة بالنوبات.
 ب- غياب الخوف المرضي من الأماكن العامة.
 ج- نوبات الهلع لا تعزي إلي التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لمادة أو عقار مثل (تعاطي العقار أو المخدر أو علاج طبي دوائي أو حالة طبية عامة مثل فرط نشاط الغدة الدرقية.
- د- نوبات الهلع لا تفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر مثل الخواف الاجتماعي (مثلا يحدث عند التعرض للمواقف الاجتماعية المخيفة) والمخاوف المرضية المحددة (مثلا يحدث عند التعرض لموقف مخيف محدد) أو اضطراب الوسواس القهري (مثلا يحدث عند التعرض للقدارة بالنسبة لشخص يعاني وسواسا من التلوث) أو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (مثلا يحدث عند التعرض لمثيرات مرتبطة بضغوط شديدة) أو اضطراب قلق الانفصال (مثلا يحدث عند الاستجابة للتواجد بعيدا عن المنزل أو ذوي القرابة الوطيدة أو الوثيقة).
- بعض الملاحظات الهامة عن نوبات الهلع
- ١- لا تختلف نوبة الهلع عن أي رد فعل طبيعي من جانب الجسم تجاه الخوف ولكنها تحدث في موقف عادي .

٢- في نوبات الهلع يصبح رد فعل جسمك تجاه الخوف أكثر حساسية وتسهل استثارته.
٣- إن المشاعر في حد ذاتها ليست خطيرة، ولا تشير إلي معاناتك من أية مشكلة صحية خطيرة.

٤- يمكن أن تظهر مشاعر الهلع ، وتستمر بسبب الأفكار المثيرة للقلق ، وزيادة معدل التنفس وتجنب مواجهة المواقف التي تؤدي إلي القلق (تريثور باول ٢٠٠٥، ٤٥) .

التشخيص الفارقي لاضطرابات الهلع

التشخيص الفارقي لنوبات الهلع معقد نتيجة لحقيقة عدم وجود علاقات حاسمة بين نوع النوبة الهلعية والتشخيص مثال ذلك أنه علي الرغم من أن تعريف اضطراب الهلع يتطلب أن تكون بعض نوبات الهلع غير متوقعة ، إلا أن الأشخاص الذين تنطبق عليهم محكات هذا الاضطراب كثيرا ما يتعرضون لنوبات مسبوقة وبالأخص في فترة متأخرة من الاضطراب ، يضاف إلي ذلك أن النوبات الهلعية لا تحدث بالضرورة فور التعرض للمثير، وقد تظهر في بعض الأوقات في أنواع معينة من المخاوف أو المخاوف الاجتماعية (مايكل كراسك ، ديفيد هارلو ، ٢٠٠٢ ٦-٧).

يحتاج اضطراب الهلع إلي التمييز بينه وبين نوبات الخوف الحاد التي تحدث كجزء من اضطرابات الرهاب . وقد تكون نوبات الهلع ثانوية لاضطرابات اكتئابية ، خاصة بين الرجال وإذا استوفيت في نفس الوقت المعايير التشخيصية لاضطراب اكتئابي، فإنه لا يصح أن يشخص اضطراب الهلع باعتباره التشخيص الرئيس (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ١٥٣).

أسباب اضطرابات الهلع

أ- الوراثة : لوحظ أن حوالي (١٥-٧٥٪) من أقارب مرضي اضطراب الهلع من الدرجة الأولى يصابون بالمرض ، وأن معدل إصابة التوائم المتماثلة هو (٨٠-٩٠٪) أما الأساس الجيني لرهاب الأماكن المتسعة فهو أقل وضوحا رغم وجود تقارير تشير إلي أن (٢٠٪) من أقارب المرضى من الدرجة الأولى قد يصابون بنفس الاضطراب (عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٧٢)

ب- الاختلافات الفسيولوجية بين العاديين ومرضي اضطراب الهلع فالعديد من التفاعلات الدوائية والفسيولوجية مثل المعدل المرتفع لاستنشاق ثاني أكسيد الكربون يهيج الهلع لدي المرضى.

ج- وجود ميكانزمات محددة لنشاط المخ تم التعرف عليها في مرضي الهلع حيث وجد باستخدام المسح بانبعثات البوزترون(بأشعة جاما) وجود فروق بين نشاط المخ لدي المرضى الذين تم حقنهم بلاكتينات الصوديوم والذين لم يتم حقنهم به ، وفي حالة وجود نوبة الهلع وقبل الحقن باللاكتينات فإن المرضى الذين مروا بنوبات هلع لتوهم أظهروا معدل مضطرب لاحتراق الأكسجين ، ويحدث ذلك في منطقة محددة في المخ تعرف باسم التلافيفة المناظرة لقرن آمون *Parahippocampal Gyrus* (محمد السيد، ٢٠٠٠- ٢٣٧٧).

د- ردود فعل اضطرابات الهلع تخبر فقط من خلال الأفراد الذين يسيئون التفسير ويكون رد فعلهم شديد للأحداث الفسيولوجية ، وسوء التفسير من قبل الفرد لإحساساته الجسمية العادية علي أنها تمثل أذي لهم .
وعالبا ما يلجأ أولئك الذين يعيشون نوبات الهلع التلقائية إلي استخدام الصور الوصفية لنقل خبراتهم للآخرين ، وهي خبرات تبلغ من شدة الحيوية درجة تترك أثرا دائما في الذهن في كثير من الأحيان (شيهان ، ١٩٨٨ ، ٥١).

علاج اضطرابات الهلع

١- العلاج الطبي (الدوائي): اليمبرامين *Imipramine* البرازولام *Alprazolam* الزانكس *Xanax* ويجب أن تستمر الأعراض لمدة ستة أشهر إلي سنة بعد الشفاء ، ثم يتوقف العلاج تدريجيا ، وإذا عادت الأعراض يعاد إعطاء العلاج ثانية (عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٧٥).

٢- العلاج المعرفي : يقوم العلاج المعرفي علي تصحيح التقييمات الخاطئة المتعلقة بالإحساسات الجسمية ، باعتبارها مصدر تهديد ، وتطبيق الاستراتيجيات المعرفية بمشاركة الأساليب السلوكية ، علي الرغم من افتراض أن الميكانزم الفعال في التغيير يكمن في الحقل المعرفي (مايكل كراسك ديفيد هارلو ، ٢٠٠٢ ، ٤٠).

٣- العلاج السلوكي : يتم استخدام الاشرط المضاد حيث يتم تعريض المريض للموقف المسبب للرهاب ، كما يفيد العلاج بالاسترخاء حيث يكتسب المريض مهارة استخدام المؤشرات الدالة علي التحكم والضبط.

٢- الأجورافوبيا (الخوف من الأماكن العامة ، أو الخلاء ، أو الأماكن المتسعة) *Agoraphobia* يدعي المرضى في العادة بأنهم مصابون بالخاوف المرضية من الأماكن العامة عندما يكتسبون عددا كبيرا من المخاوف المرضية ، ويكونون رهائن البيت ويرجع أصل

كلمة أجورافوبيا إلى كلمة إغريقية هي أجور *Agora* وتعني الخوف من السوق أو مكان التجمع (شيهان ، ١٩٨٨ ، ٧٦).

ويتجنب المريض الخروج بمفرده ، والذهاب إلى الأسواق ، وقيادة السيارة بمفرده بعيدا عن المنزل ، والذهاب إلى الأماكن المزدحمة مثل المسرح ، والسينما أو الأماكن المفتوحة ، وتناول الطعام في المطاعم أو استخدام المواصلات العامة:
(Taylor & Arnow , 1988 , 183)

معدلات انتشار الأجورافوبيا

يعاني ما بين ٢.٧-٥.٨٪ من الراشدين من هذا الاضطراب ، حيث أن بدايته غالبا ما تكون في العقد الثالث أو الرابع من العمر ، كما أن النساء أكثر عرضة للإصابة به من الرجال (محمد السيد ، ٢٠٠٠-٢٤٣).

المحكات التشخيصية لاضطراب الأجورافوبيا (الخوف من الأماكن العامة)
(DSM-IV-TR , 2000)

أ- قلق من التواجد في أماكن أو مواقف يصعب الفرار منها أو تكون مربكة أو لا تتوافر فيها المساعدة لمواجهة أحداث غير متوقعة ، أو مواقف مساعدة أو مهينة لنوبة هلع أو تكون محدثة لأعراض تشبه الهلع ، والمخاوف المرضية من الأماكن العامة تتضمن مجموعات من المواقف التي تتضمن أن يكون الفرد وحيدا خارج المنزل ، أو أن يكون في حشد أو يكون واقفا في طابور أو أن يكون فوق كوبري ، أو يكون مسافرا في أتوبيس أو قطار أو سيارة.

لاحظ أنه : عند تشخيص المخاوف المرضية المحددة يجب مراعاة ما إذا كان التجنب محدد بعدد قليل من المواقف المحددة ، أو المخاوف المرضية الاجتماعية إذا كان التجنب مرتبط بالمواقف الاجتماعية.

ب- هذه المواقف يحاول الفرد تجنبها (مثلا: التقليل من السفر) أو يمكنه تحملها بطريقة ما مع أسي نفسي بين أو مع قلق من حدوث نوبة هلع أو أعراض تشبه الهلع، أو تتطلب تواجد مرافق).

ج- القلق أو خوف التجنب المرضي لا يعزي أو يفسر بطريقة جيدة باضطراب عقلي آخر(مثل الخواف الاجتماعي مثلا حيث يحدث تجنب محدود للمواقف الاجتماعية بسبب الخوف من الارتباك ، أو فوبيا محددة مثل تجنب محدود لمواقف منفردة مثل ركوب المصاعد ، أو اضطراب الوسواس القهرية مثل تجنب القدرة لدي شخص ما

مع وساوس تتعلق بالتلوث ، اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات مثل تجنب
مثيرات مرتبطة بحادث ضاغط شديد أو اضطراب قلق الانفصال مثل تجنب الفرد
الابتعاد عن المنزل أو الأقارب.

التشخيص الفارقي لرهاب الأماكن المتسعة

**يجب أن نتذكر أن بعضا من مرضي رهاب الأماكن المتسعة يشعرون بقليل من
القلق لأنهم قادرين دائما علي تجنب الموقف مصدر الرهاب. أما في حالة وجود أعراض
أخرى كالاكتئاب ونوبات الهلع ، واضطراب الأنبة ، والأعراض الوسواسية والرهاب
الاجتماعي ، فذلك لا يلغي التشخيص شرط ألا تهيمن تلك الأعراض علي الصورة
السريية، ومع ذلك فإذا كان الشخص مكتئبا فعلا بشكل ملحوظ حين بدأت أعراض
الرهاب في الظهور ، عندئذ يصبح تشخيص نوبة اكتئابية هو التشخيص الأساسي الأكثر
ملائمة ، ويشيع ذلك في الحالات التي تبدأ متأخرا (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ١٦١).**

أسباب حدوث الأجورافوبيا

تسري الأجورافوبيا في أسر معينة ، وخاصة بين أقارب المرضي من الإناث وقد
وصلت نسبة مخاطر هذا الاضطراب إلي ٣٢٪ من أقارب الدرجة الأولى كالأبوين في حين
كانت ١٥٪ بين الأفراد من مجموعات ضابطة غير مصابة بالقلق تعد النماذج الأسرية
لدي مرضي الأجورافوبيا نماذج أسرية أو زوجية مرضية كما يقترح النموذج
المعرفي/السلوكي في تفسير نوبات الهلع أنه بمجرد حدوث نوبة هلع أو قلق ، فإن المريض
يحاول تفادي الموقف الأصلي المسبب للنوبة والمواقف المرتبطة به ، وتؤدي حالة التجنب
للمواقف المحرصة للقلق إلي نوع من التعزيز السالب ويساعد أعضاء الأسرة والأصدقاء علي
بقاء واستمرار هذا السلوك التجنبي من خلال تحملهم طواعية لمسئوليات المريض (محمد
السيد ، ٢٠٠٠-أ ، ٢٤٤).

**ويفسر الخوف من الأماكن العامة لتجمع الناس بأنه خوفا من الاعتماد علي
النفس أو الاستقلالية ، ومن أن يفكر الشخص لنفسه ويعيش حياة اجتماعية يلتقي فيها
بالآخرين تكون له بهم علاقات فيها ، والمنافسة والخصام ، والمساومة وهي من أمور الحياة
اليومية ، والمريض يهرب لذلك لأنه نشأ في الأهل في كنف أم استأثرت به ، وكفلت له
الرعاية الكاملة فكانت تفكر له وتحدد علاقاته بالناس وعاش مطمئنا في حمايتها ، فلما
كبر واضطر إلي ممارسة الحياة بعيدا عنها صارت تأتيه هذه النوبات كلما كان عليه أن
يواجه الناس علي مسئوليته (عبد المنعم الحفني ، ١٩٩٥ ، ٥٤٢-٥٤٣).**

علاج الأجورافوبيا

يمكن علاج الأجورافوبيا علي النحو التالي :

- ١- يجب أن تتعرف علي ما يحدث حولك جيدا.
- ٢- يجب أن تتعلم أن يكون لديك بعض التحكم في أعراض القلق ، وذلك باكتساب مهارات جديدة مثل الاسترخاء ، وتدريبات التحكم في التنفس وتحويل الانتباه ، والحديث الايجابي مع النفس.

٣- عليك المواجهة التدريجية للمواقف التي كنت تتجنبها (تريثور باول ٢٠٠٥ ، ٥٨).

٣- مخاوف مرضية محددة *Specific Phobias*

تحدث المخاوف المرضية المحددة والتجنب في استجابة للتعرض لمواقف أو موضوعات محددة ، والمخاوف المرضية تتضمن الخوف من : الحيوانات والعواصف ، والكباري ، والتقيؤ ، أو الخوف من الأماكن المرتفعة ، والخوف من الرعد ، والظلام ، والطيران ، والأماكن المغلقة ، والمراحيض العامة ، ومنظر الدم والخوف من السير في الأنفاق ، والأصوات المرتفعة .

والملاحح الرئيسية في استجابة المخاوف المرضية تكون في نمو القلق المباشر أو في الشدة ، والأطفال من الممكن أن يظهروا نوبات هلع مع استتارة فسيولوجية عندما يتعرضون للخوف من موضوعات أو مواقف محددة ، فعلي سبيل المثال خوف الأطفال من الكلاب بتكرار فهم يصرون علي البقاء في المنزل إذا كان لدي الجيران كلاب ، كما أن المخاوف المرضية تتداخل مع العلاقات الاجتماعية (Cheng & Myers , 2005 , 116)
وفي المخاوف المحددة فإن الأفراد يبديون مخاوف لا عقلانية وحادة من موضوعات

أو مواقف محددة ويحاولون تجنبها بدرجة كبيرة (Bogels & Phares, 2008, 568)
والأطفال العاديين في عمر سنة أو سنتين يخافون من الانفصال عن الوالدين ، والخوف من الجروح والغرباء والأصوات المرتفعة والحيوانات والغرف المظلمة والبيئات الجديدة (Morris & Kratochwill , 1983, 1998). وفي مرحلة المدرسة الابتدائية يعانون من القلق والخوف من الكائنات الخارقة للطبيعة ، والجروح البدنية ، والأصوات المرتفعة ، وفي المرحلة المتوسطة والعليا هناك المخاوف المرتبطة بالصحة ، والفشل الأكاديمي ، والخوف الاجتماعي وهذه المخاوف تستمر في مرحلة الرشد:

(Barrios & Hartman, 1997)

ويمكن تناول بعض هذه المخاوف علي النحو التالي:

١- الخوف من التغيير

يعد الانتقال من مكان إلي آخر، والسفر، ومقابلة أشخاص جدد من الأمور التي تكون ممتعة أو مخيفة، فالطفل إذا دخل مكان جديد عليه وصادف فيه خبرة سببت له ضيقاً أو ألماً، فقد يعمل علي تجنب هذا المكان أو أي مكان أخري يكون جديداً عليه، فالأطفال جميعاً يتجنبون الناس أو المواقف التي سببت لهم ضيقاً يوماً ما، ولكن من الأطفال من يطغي عليه الشعور بالقلق يكون لديهم ذاكرة تصويرية دقيقة تمكنهم من ملاحظة أقل تغيير يطرأ علي ما يحيط بهم من أشياء أو أشخاص، فتبديل بسيط في الأثاث، أو تغيير لباس تعود علي رؤيته علي شخص كبير، كل هذه تسبب في الأطفال تشككا من ضرراً أو ضيقاً سيحلق بهم (هيلين روس، ١٩٨٦، ٣١).

٢- الخوف من الحمامات أو المراحيض

الخوف المرضي من التواجد في الحمامات والمراحيض، وكثيراً ما نلاحظه لدي الأطفال والمرضي بالسواسوس القهريّة، ويفسرونه بالخوف من السقوط في فوهة المرحاض، أو أن يكون بها عفريت أو ما شابه ذلك يشدهم بمجرد تجردهم وجلوسهم، وقد ينسبون ما بهم إلي الخوف من التلوث أو العدوى أو الخوف من التعري (عبد المنعم الحفني، ١٩٩٥، ٥٤٧).

٣- الخوف من الحشرات والحيوانات

قد يبدو من الغريب أن الطفل الذي يلعب في أمان مع كلب أليف ضخم يرتعب من فلة زاحفة لا تكاد تري بالعين أو من نحلة تطن، وغالباً ما يرتبط الخوف من الحشرات بالخوف من المجهول، ومما لا يمكن التنبؤ به (ب.ب. ولان، ١٩٩١، ١٧٤).

والخوف من الحيوانات مثل القطط، أو الكلاب، والعنكبوت، والصراصير منتشر بين الأطفال فيلاحظ أن بعض الأطفال يخاف من الكلاب سواء كانت أليفة أو ضارة فلا يقربونها، وقد يرتعدون خوفاً لرؤيتها، ويقال عن هذا الخوف أنه موضوعي إذا لم يكن الطفل ألف منظر هذا الحيوان من قبل، أو كان الكلب مخيف المنظر فعلاً، وقد يتطور الخوف من الحيوانات إلي الخوف من شكل الفراء والمعاطف المصنوعة منه، ثم الخوف من الطيور نتيجة منظر الريش عليها (زكريا الشربيني، ٢٠٠٢، ١٠١).

٤- الخوف من الإصابة

يعد الخوف من الأذى والإصابة شائعاً لدي جميع الكائنات البشرية وكثيراً من قلق الأطفال يتركز حول أجسامهم، فنجد أن خوف الطفل من عيادة الطبيب أو المستشفى يوضح الجهد الذي يبذله الطفل في الابتعاد عن كل ما يسبب له الضرر، فلعله يكون قد حدث له ما يؤلمه في مثل هذه الأماكن ذات مرة أو قد يكون حدث لشخص آخر

يعرفه ، لذا فهو يعمل دائما علي تجنب هذه الأماكن ، وقبل أن يتمكن الطفل من الكلام يستمد الأمن والطمأنينة في عيادة الطبيب بين ذراعي أمه ، ومن نعمة صوتها المهدئة فوجود الأم هام جدا كلما تعرض الطفل للألم (هيلين روس ، ١٩٨٦ ، ٥٢ ، ٥٩).

والشعور بالألم والخوف من الألم يختلفان ، فالشعور بالألم يرتبط بالدرجة الأولى بالناحية الجسمية ، أما الخوف من الألم فإنه يرتبط بالدرجة الأولى بالناحية النفسية فهو يخزن الخبرات التي مر بها أو قل أن تلك الخبرات الجسمية تنعكس علي صفحات وجدانه وتترسب هناك ، بحيث تأتي له حصيلة خبرية تتعلق بمفهوم الألم فهو لا يحس فقط بالألم بل أنه يشكل له مفهوما في ذهنه (يوسف ميخائيل ، ١٩٩٠ ، ٧٩).

ويصف بيرى المرآة التي تظهر سلوكيات الإصابة ، والهلع ، والتقيؤ كرد فعل للخوف من السفر باستخدام الأتوبيس (Perry, 1990).

٥- الخوف من الظلام

الخوف من الظلام ينتشر انتشارا شديدا بين الأطفال ، ويعتبر خوف الطفل من الظلام بدرجة معقولة خوفا طبيعيا ، لأنه يجعله يعيش في الجهول ، فلا يمكنه التعرف علي ما حوله ، فيخاف الاصطدام بشيء أو الإصابة من شيء ما يعترضه أما الخوف المبالغ فيه من الظلام لارتباطه بذكريات مخيفة فإنه خوف مرضي لا يستند إلي أساس واقعي ، ولا يمكن ضبطه أو التحكم فيه (ملاك جرجس ، ١٩٧٧ ، ٢٣).

وقد يرتبط الخوف من الظلام في ذهن الأطفال بالعفاريت والشياطين واللصوص وهذا أمر طبيعي في مرحلة الطفولة ، لكن إذا تعدي هذا الخوف الحدود المعروفة يصبح أمرا شادا ، وقد يرجع الخوف من الظلام إلي خوف الأهل من الظلام ، وفي هذه الحالة تنتقل العدوى عن طريق الإيحاء ، يضاف إلي ذلك عملية التخويف التي يمارسها الأهل والأخوة الكبار بطريقة المداعبة ، وخاصة أثناء الظلام ، فالطفل في هذه الحالة شديد التهيب لانتقبال أي فكرة عن الأشياء المخيفة والافتناع بها (محمد أيوب ، ١٩٩٤ ، ١٠٣).

والأطفال الذين يرفضون النوم في الميعاد قد يتصنعون الخوف من الظلام سببا لذلك ، لأنهم لا يحبون أن يتركوا المرح الذي يجدونه في مصاحبه الكبار وقد يكون لدي الطفل مخاوف حقيقية ، فالظلام في نظرهم هو المكان الذي تكمن فيه المخاوف في انتظارهم، فهم يشعرون بأنهم يخافون شيئا ما قد يصيبهم في الظلام (هيلين روس، ١٩٨٦، ٢٣) . وقد يرتبط الخوف من الظلام في ذهن الأطفال بالعفاريت والشياطين واللصوص وهذا أمر طبيعي في مرحلة الطفولة ، لكن إذا تعدي هذا الخوف الحدود المعروفة يصبح

أمرا شادا ، وقد يرجع الخوف من الظلام إلي خوف الأهل من الظلام ، وفي هذه الحالة تنتقل العدوى عن طريق الإيحاء ، يضاف إلي ذلك عملية التخويف التي يمارسها الأهل والإخوة الكبار بطريقة المداعبة ، وخاصة أثناء الظلام ، فالطفل في هذه الحالة شديد التهيب لاستقبال أي فكرة عن الأشياء المخيفة والافتناع بها (محمد أيوب ، ١٩٩٤ ، ١٠٣) .

الخوف من الأماكن المرتفعة

تتضح مظاهر الخوف المرضي من التواجد في ارتفاعات كبيرة أو التطلع منها إلي أسفل فإن المريض يفزع إذا تطلع من نافذة عالية ، وتضعف ساقاه عن حمله ويرتعش ، وقد يشعر بالدوار ويغشي عليه ، وتفسر بعض الحالات بأن الهلع أو الخوف الذي يتتاب المريض هو في الواقع خوف من دوافعه التدميرية ويثبت التحليل النفسي أن هذا الخوف عند البعض هو خوف من رغبات لا شعورية في الانتحار أو في إلحاق الأذى بالنفس بسبب مشاعر ذنب مكبوتة (عبد المنعم الحفني ، ١٩٩٥ ، ٥٦١-٥٦٢) .

٧- الخوف من المدرسة

يتولد الخوف من المدرسة عن إجبار الطفل علي الذهاب إلي المدرسة مخاوف لا عقلانية وقلق حاد ، ويصاب الطفل بنوبة فزع ، وقد يصرخ ويلتصق بأمه عندما يدخل المدرسة لأول مرة ، ويظهر أعراض جسمية أليمة ، وحادة متنوعة بسبب رفضه الذهاب إلي المدرسة ، ويتسم أداءه الأكاديمي بالتأخر ، وتكون علاقاته مضطربة مع أقرانه ، واتجاهات سلبية نحو المدرسة (Mcdonald & Sheperd, 1976, 291-292) .

ويرفض الطفل الذهاب إلي المدرسة حيث تكون أمهاتهم متسامحات أو أنهن تميلن إلي التدليل الزائد ، وتتغاضين عن غياب الطفل المتكرر ، رغم علمهن ، فهناك من الآباء من يتسامح مع الطفل عندما يبقى في المنزل لفترات طويلة بعيدا عن المدرسة (Cleland & Swartz , 1982 , 292) .

٨- الخوف من الوحدة

إن ترك الطفل بمفرده يعد أسوأ شيء يمكن أن يحدث للطفل ، وذلك لأن حصوله علي ما يحتاج إليه من طعام بل ووجوده في حد ذاته يتوقف علي الرعاية الأبوية ، والأمر الذي يلزم التأكيد علي أهميته بكل إلحاح ، هو أنه بالرغم من أن الأبناء يستهجنون سلوك الطفل كل حين وآخر ، فإنهم يجب ألا يستهجنوا الطفل نفسه إطلاقا أو يهددوه بتركه بمفرده (ب. ب. ولان ، ١٩٩١ ، ١٤٦-١٤٧) .

٩- الخوف من الموت

يخاف أغلب الأطفال من الموت فإذا فوجئ الطفل بموت عزيز لديه وكان يعيش في أسرة يخاف أحد الكبار فيها من الموت خوفا واضحا ومعروفا فإن وفاة القريب أو العزيز تهز شعور الطفل بالأمن والطمأنينة ، خصوصا لو كان من توفي والده أو والدته وشعر أثر الوفاة بنقص في الرعاية ، والحماية التي كان يلقاها عندئذ نجد أن الطفل يشعر أن الموت قد يحدث له بل يتوقعه ويخاف منه وقد يستمر هذا الخوف لعدة سنوات (ملاك جرجس ، ١٩٧٧ ، ٤٢).

وموت الشخص الكبير الذي يحبه الطفل والذي يعتني به ، وإهماله وهجرانه لشخصه ، وهو لا يستطيع أن يقاوم هذه الأفكار الحزينة ، لذا فهو يدفنها في أعماق ذاته حيث تنمو أحيانا وتنفجر بعد زمن إذا ما صادف الطفل ضغطا قويا من الخارج حتى ولو حدث ذلك متأخرا عند بلوغه (هيلين روس ١٩٨٦ ، ٤٠).

وعالم النفس إريك فروم يقيم تعارضا بين النزوع نحو الحياة والنزوع نحو الموت ، ولكن لا علي أساس بيولوجي أو غريزي كما فعل فرويد مثلا بل علي أساس سيكولوجي أو أخلاقي ، وهو يرى أن النزوع نحو الحياة نزوع ايجابي إنتاجي بناء ، بينما النزوع نحو الموت نزوع سلبي تخريبي هدام ، ولهذا تراه يقرن النزوع نحو الحياة بمعاني القوة والمحبة ، والخير ، والفضيلة ، بينما تراه يقرن النزوع نحو الموت بمعاني العنف والكراهية والشر والرذيلة (مصطفى غالب ، ١٩٩١ ، ٧٧).

ويبدو الخوف من الموت واضحا في حالات الحروب ، وخاصة بين الجنود الذين يرسلون إلي ميدان القتال ، وهو شائع بين الناس عامة (محمد نجاتي ، ٢٠٠١ ، ٧٥-٧٦).

١٠- المخاوف الوهمية

تنبع المخاوف الوهمية من قدرات الطفل الإدراكية غير الكافية ، وغالبا ما يسيء الطفل تأويل الأحاديث الأبوية التي يسترق سمعها ، فأحيانا يقول الآباء أشياء مخيفة في وجود الطفل كما لو كان غير موجود ، أو كان أصما ، ومع ذلك فإن معظم المخاوف الوهمية لدي الأطفال تعد من نتاج تطورهم العقلي (ب. ب. ولمان ، ١٩٩١ ، ٢٠١-٢٠٢).

وانتهت نتائج دراسة فاندينبرج (Vandenberg , 1993) إلي أن مخاوف الأطفال العاديين تختلف تبعا للعمر الزمني ، وقد قرر هؤلاء الأطفال وجود مخاوف أقل تتصل بال مخلوقات الوهمية.

معدلات انتشار المخاوف المرضية المحددة

الأولاد والبنات تكون مخاوفهم متساوية وعلى الأقل نصف الأطفال عندهم مخاوف عامة مثل الخوف من الكلاب والظلام والرعد والأشباح ، بينما ١٠٪ من الأطفال عندهم مخاوف خطيرة إن المخاوف مألوفة عند الأطفال في سن (٢-٦) سنوات وبين سن (٢-٤) يخافون من الحيوانات والعواصف والظلام والغرباء (شيفر ، مليمان ، ٢٠٠٦ ، ٩٢) .
وقد انتهت نتائج دراستي أوست (Öst , 1987 ; 1991) إلي أن المخاوف المرضية من الحيوانات تكون في عمر ٧ سنوات ، والمخاوف المرضية من رؤية الدم تكون في ٩ سنوات ، والمخاوف المرضية من الأسنان في عمر ١٢ سنة ، بينما المخاوف المرضية من الحزن تكون بين ٧ -٩ سنوات . ومعدلات انتشار المخاوف المحددة تبلغ ذروتها في المرحلة ما بين ١٠-١٤ سنة (Burke et al ., 1991) .

وقد انتشار المخاوف المرضية المحددة بنسبة ٢.٤٪ للأطفال فوق سن الحادية عشرة من العمر (Anderson et al ., 1987) بينما كانت ٣.٦٪ للأعمار ما فوق (١٥) سنة وقد قدرت نسب انتشار اضطراب القلق الزائد ، والقلق المعم وقلق الانفصال ، والمخاوف المرضية المحددة في حوالي ٥٪ من الأطفال ، وقدر نسب انتشار الخوف الاجتماعي ، واضطراب الهلع ، واضطراب التجنب في الأطفال بأقل من ٢٪ (Costello & Angold, 1995) وقد وجدت المخاوف المحددة بدرجة دالة مع الفوبيا الاجتماعية فكانت نسبتها (٧.٢) ومع قلق الانفصال فكانت نسبتها (٤.٧) (Lewiston et al ., 1997) .

المحكات التشخيصية للمخاوف المرضية المحددة (DSM-IV-TR, 2000)

أ- خوف متابر أو متواصل وواضح ، مبالغ فيه وغير منطقي يحدث بسبب وجود أو توقع موضوع أو موقف محدد (الطيران أو المرتفعات أو الحيوانات أو الحزن أو رؤية الدم) .

ب- التعرض للمثيرات الباعثة علي الخوف المرضي مما يولد عادة ، وبشكل متباين استجابة قلق مباشرة ، والتي قد تأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بموقف أو يهيئها موقف لنوبة هلع .

لاحظ أنه : من الممكن أن يعبر الطفل عن خوفه من خلال البكاء أو نوبات الغضب أو التجمد .

ج- الفرد يعرف أن الخوف مبالغ فيه أو أنه غير معقول .

لاحظ أنه : هذه السمة ربما تكون غائبة عند الأطفال.

د- المواقف التي تثير المخاوف المرضية يمكن تجنبها أو تحملها مع الإحساس بالآسي النفسي والقلق الشديد .

هـ- التجنب أو التوقعات المقلقة أو الآسي النفسي في المواقف المخيفة يعطل بدرجة دالة المهام الروتينية العادية للفرد ، والمهام الوظيفية والأكاديمية والأنشطة الاجتماعية أو العلاقات مع الآخرين ، أو حدوث آسي نفسي يدور حول ما يشعر به مخاوف مرضية.

و- في الأفراد الأقل من ١٨ سنة تستمر هذه الأعراض مدة ٦ أشهر علي الأقل.

ز- القلق أو نوبات الهلع أو خوف التجنب المرضي المتعلق بموضوعات محددة أو مواقف لا تعزى علي نحو جيد باضطراب عقلي آخر مثل(اضطراب الوسواس القهري حيث الخوف من القذارة لدي شخص ما يعاني من وساوس من التلوث) أو اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة مثل (تجنب الفرد المثيرات المتعلقة بضغوط شديدة) أو اضطراب قلق الانفصال مثل(مثل عدم الذهاب إلي المدرسة أو تجنبها) أو الخواف الاجتماعي مثل (تجنب المواقف الاجتماعية بسبب الخوف من الارتباك) واضطراب نوية الهلع مع فوبيا الأماكن العامة أو الفوبيا من الأماكن العامة بدون تاريخ من اضطراب الهلع).

التشخيص الفارقي للمخاوف المرضية المحددة

عادة ما يلاحظ غياب أعراض نفسية أخرى ، علي العكس من رهاب الخلاء أو الرهاب الاجتماعي ، وإذا وصل الاقترناع بالمرض إلي شدة اليقين الضلالي ، عندئذ يستخدم تشخيص اضطراب ضلالي(أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ١٦٤).

أسباب حدوث المخاوف المرضية المحددة

تتوافر عدة من الاتجاهات والنماذج التي تفسر نشأة المخاوف علي النحو التالي:
١- الاتجاه الحيوي في تفسير المخاوف

يفسر سيلجمان , 1971 Seligman المخاوف علي أنها استعداد وراثي Preparedness فالكائنات العضوية لديها استعداد أو تهيؤ وراثي لنشوء وتطوير بعض المخاوف بحيث تكون أكثر تأهباً للاستجابة لها بالمقارنة من الآخرين ، فقد هيئتنا نشأتنا السابقة لكي نخاف من الأشياء أو المواقف التي ارتبطت لدينا بالخطر فتعلمنا الخوف منها ومحاولة الابتعاد عنها بغرض المحافظة علي بقاء النوع .

٢- الاتجاه السيكودينامي

الفوبيا هي طريقة لنقل القلق العصابي من داخل النفس وبطريقة لا شعورية إلى مصدر خارجي محدد أو موقف معين (محمد السيد ، ٢٠٠٠ - ٢٤٩٩).

قد أفاد فرويد أن الخوف من الخيل والعربات أو الحجارة ليس منطقياً إلا أن الصبي خائف ، وعلي ذلك فربما يكون خائفاً من شيء آخر ، ومهما يكن "هذا الشيء الآخر" فلا بد أن يكون السبب الرئيس للخوف (فورجيوني وآخرون ٢٠٠٥ ، ٤٧).

ويبري أدلر أن الفوبيا ربما تعبر عن رغبة في الأمان ، كالمرأة التي تخاف الخروج إلى الشارع بمفردها تحتاج إلى زوجها لأن يكون بجانبها حتى يشعرها بالأمان (محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ١٨٣).

٣- اتجاه أصحاب نظرية التعلم

أ- نظرية الاشرط الكلاسيكي

أجري واطسن مؤسس السلوكية وريينر *Watson & Rayner* دراسة للخوف علي الطفل ألبرت ، كان ألبرت في شهره الحادي عشر عندما قام العالمان السلوكيان "واطسون وراينر بتعريضه لفأر أبيض ، لم تثر رؤية الفأر في البداية أي مشاعر بالقلق أو الخوف لدي ألبرت إلي أن قام العالمان بتقريب الفأر حتى يصبح في متناول ألبرت الذي مد يده اليسري يلمس الفأر ببراءة ، وفي هذه اللحظة أطلق المجرّبون صوتاً عالياً حاداً من خلف رأس ألبرت عندها قفز الطفل فزعاً مشيحاً برأسه وجسمه كله عن الفأر ، تكرر هذا الإجراء ، وبمرور الوقت تحول مشهد الفأر المحايد إلي مصدر للخوف الشديد عند الطفل ، وبعد سبع مرات من تعريض الفأر مقروناً بهذا القرع بدأ ألبرت يصرخ وعمم خوفه نحو كل الأشياء ذات الفراء كالأرانب (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٨٠ ، ٧٧).

ويعد عمل واطسون هام لأنه غير النظرة إلي علاج الخوف من النموذج الطبي كالذي استخدمه فرويد إلي نموذج التعلم ، ونموذج التعلم أفضل في كثير من النواحي فهو يشتمل علي افتراضات أقل حيث لا توجد حاجة لافتراض أسباب خفية ، وهو يشرح الظاهرة مباشرة أكثر منه بصورة غير مباشرة أو رمزية كما في منحي فرويد (فورجيوني وآخرون ، ٢٠٠٥ ، ٤٩).

ب- نظرية الاشرط الإجرائي

يؤدي التعلم الشرطي الإجرائي إلي تكوين بعض الاستجابات الفوبية فقد أشار جرازيانو وآخرون (Graziano et al , 1979, 806) إلي دور التعزيز الاجتماعي المتمثل في الانتباه والالتفاف من جانب الوالدين لسلوك الطفل من الممكن أن يكون مصدراً هاماً

لتكوين المخاوف لدي أطفالهم ، فالأطفال من الجائز أو من المحتمل أن يتعلموا الخوف من خلال ملاحظة آبائهم أو من خلال ملاحظة أشخاص آخرين مهمين في حياتهم والذين يكافئون السلوك المخيف لديهم.

ج- نظرية العاملين *Two-factor theory*

تعتبر نظرية مورر (*Mower*) دمجاً للاشتراط الكلاسيكي والإجرائي فهي تتضمن عاملين : يشير العامل الأول إلي أننا نتعلم الخوف من وجود المثير المخيف من خلال عملية الاشتراط ، ويشير العامل الثاني إلي أن خفض الخوف والقلق يكون من خلال الهروب وتجنب الموقف المثير ، وهذا يؤدي إلي حدوث تحسن وتجنبك للموقف المخيف يؤدي إلي خفض المخاوف وهذا يمثل مكافأة (*Houston et al ., 1979 , 570*).

د- نظرية التعلم بالملاحظة

يعتقد عالم السلوك ألبرت بندورا أنه يمكن التعلم مباشرة من خلال ملاحظة الآخرين أو ما يسمى التعلم بالنيابة أو العوض ، وأن التعلم بالملاحظة يختصر عملية التعلم فيشير إلي أنه إذا كان علي الفرد أن يعتمد كلية علي أفعاله ليتعلم ، فإن معظمنا لن يعيش عملية التعلم (لندا . دافيدوف ، ١٩٩٧ ، ٢٣٨).

هـ- النظرية المعرفية

للنظرية المعرفية دورا هاما في تفسير السلوك الفوبي ، والتي تم صياغتها من خلال المعالجين السلوكيين المعرفيين ، والعديد من الدراسات التي أجريت علي اختبار هذه النظرية أشارت في مجملها إلي أخطاء في التفكير مثل تكوين الاتجاهات السلبية للذات ، والمعتقدات اللاعقلانية ، وفي ضوء هذه الرؤية تسبق الأفكار الخاطئة السلوك الفوبي (*Emmelkamp, 1985 , 351*).

و- النموذج الثقافي الاجتماعي

النقد والتوبيخ الزائد ربما يقود الأطفال إلي الشعور بالخوف يشعر الأطفال بأنهم لا يمكن أن يعملوا شيئا بشكل صحيح ويبدون بأنهم يتوقعون النقد ولذلك فإنهم يخافون ويتذللون، إن التهديد المستمر علي الأخطاء يقود إلي الخوف والقلق (شيفر، مليمان، ٢٠٠٦، ٩٦). من ناحية أخرى فإن العوامل الثقافية قد تلعب دورا بارزا في حدوث المخاوف ، فالوضع التقليدي للمرأة يشير إلي أن مكانها المفضل هو البيت وأن الأب يمثل دورا المسيطر في الأسرة، وكذلك تلعب الأدوار الجنسية التي تعزز وجود المخاوف لدي الإناث في حين أن

الرجال في المجتمع يحرم عليهم أن يظهرُوا خوفهم ، لأنهم مجبرون علي الانصياع للضغوط الاجتماعية التي تتطلب المواجهة (O'sullivan , 1996 , 287).

علاج المخاوف المرضية المحددة

العلاج السلوكي

تعتبر المخاوف المحددة واحدة من أكثر المشاكل النفسية التي تقبل العلاج بفعالية

لاسيما باستخدام الفنيات السلوكية (Taylor & Arnow , 1988 , 260-261).

ويمكن عرض بعض هذه الفنيات علي النحو التالي :

أولاً : الفنيات التي تعتمد علي الاشرط الكلاسيكي

1- فنية التخفيض المنتظم للحساسية:

يفضل استخدام فنية التخفيض المنتظم للحساسية والتي تستمد جذورها من

التجارب التي أجراها وولي في العمل في أعوام (١٩٥٠، ١٩٥٢، ١٩٥٨) في علاج المخاوف

حيث وجد تجريبياً أن استجابات القلق تكون مقاومة بدرجة كبيرة للعمليات السوية

للانطفاء (Wolpe, 1990 , 150-151). وتتضمن هذه الفنية ثلاث مراحل رئيسية علي

النحو التالي :

Relaxation الاسترخاء (أ)

يستثير الموقف المخيف عددا من الاستجابات الجسمية مثل التوتر العضلي ،

والعرق ، تزايد ضربات القلب ، والتنفس ، وأعراض أخرى والغرض من هذا الأسلوب هو

إبدال الاستجابات الخائفة باستجابات الاسترخاء (فور جيوني وآخرون ، ٢٠٠٥ ، ٨٨).

من الثابت أن الزيادة الشديدة في التوتر العضلي تتوقف أساساً علي شدة

الاضطرابات الانفعالية ، خاصة عندما يواجه الفرد بمشكلات تتعلق بتوافقه وأن التوتر

العضلي الشديد لا يساعد بل يضعف قدرة الكائن علي التوافق والنشاط البناء ، والإنتاج ،

والكفاءة العقلية ، ويعرف الاسترخاء بالمعني العلمي : بأنه توقف كامل لكل الانقباضات

والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر (عبد الستار إبراهيم ١٩٨٠ ، ١٠٤).

ويرجع عدم استخدام الاسترخاء مع الأطفال إلي صعوبات تكمن في انخفاض

قدرة المريض علي الاسترخاء ، والشعور بالقلق نتيجة فقدان الضبط المرتبط بالاسترخاء ،

والعجز عن التخيل البصري أو العجز عن ضبطه، وفي حالة المرضى الذين يعجزون عن

استخدام التخيل البصري ، فإنه لا يمكن استخدام هذا الأسلوب ، وقد يعدل إلي إزالة

الحساسية في مواقف حية ، حيث تكون المنبهات المثيرة للخوف متاحة تحت ظروف مضبوطة ، فقد تعرض حيوانات أو موضوعات صغيرة علي مسافات تزداد قريبا من المريض بالتدريج خلال استرخائه (لويس مليكه ، ١٩٩٠ ، ٥٣-٥٤).

(ب) بناء المدرج الهرمي للمخاوف *The Construction of Hierarchies*

يقرر "ولبي" (Wolpe , 1990, 160-161, 182) أن بناء مدرج هرمي يبدأ في نفس الوقت مع تدريب الاسترخاء ، ويقوم المعالج بتصنيف مخاوف المريض في ثيما أو موضوع ، ويكون هناك أكثر من ثيما ، ويستطرد قائلا : أنه ليس من الضروري أن يخبر المريض كل المواقف الموجودة في القائمة ، ولكن يمكن توجيه السؤال التالي : إذا واجهتك مثل هذه المواقف هل أنت متوقع القلق ؟

ويشير ولبي إلي أن المعالج قد يجد نفسه بدون تقدم ملحوظ في العلاج بسبب أن قائمة المدرج الهرمي للمخاوف أو القلق لم تكن صحيحة في بنائها أو أن المحتوى الشائع للمخاوف كان خطأ .

(ج) إقران المثبرات الباعثة علي القلق في المدرج الهرمي والاستجابة

البديلة للقلق (الاسترخاء)- evoking Relaxation and Anxiety-
Counter Posing Stimuli From The Hierarchies

بعد الانتهاء من إعداد المدرج الهرمي للمخاوف ، تبدأ الجلسات العلاجية الأولى من التحصين ، فإن المريض الذي قد جري بالفعل تدريبه علي الاسترخاء يتم تنويمه مغناطيسيا ونطلب إليه أثناء غشيته التنويمية أن يسترخي بأعمق ما يمكن ، ثم نخبره بأننا سوف نطلب منه أن يتخيل عددا من المشاهد التي سوف تبدو نابضة بالحياة ، فإذا شعر بالانزعاج من أي مشهد يكون عليه أن يرفع يده كإشارة ، ثم بتقديم أضعف المشاهد من المجموعات المدرجة ، الواحد بعد الأخر ولدة تتراوح في العادة من ثانية إلي ثلاث ، ورفع اليد اليسري ، وعندما يكون الحكم بأن عددا كافيا من المشاهد قد أعطي للمريض يتم إيقافه من غشيته التنويمية ويطلب منه أن يذكر كيف كان وضوح المشاهد ، وإن أي مشهد منها قد أثار لديه الانزعاج ، وفي الجلسة الثانية من التحصين يتم تقديم البند الذي يليه صعودا في المدرج (حسام الدين ، ١٩٨١ ، ١١٨-١١٩).

ويشترط في استخدام أسلوب التخفيض المنتظم للحساسية ما يلي :

- ١- أن لا تعود المخاوف المرضية علي الشخص بأي مكاسب أساسية أو ثانوية.
- ٢- أن تكون مخاوف الشخص محصورة في المواقف التي تثيرها وليست بسبب عوامل اجتماعية أخرى.

٣- أن يكونوا من المنتفعين بفائدة الأسلوب (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٨٠ ، ٩٦).

٢- إزالة الحساسية الاتصالية *Contact Desensitization*

والأسلوب الأعظم نفعا في العلاج السلوكي هو أسلوب إزالة الحساسية *Systematic Desensitization* للموقف أو الموضوع أو الشيء الذي يثير انفعال الفوبيا (علي كمال ، ١٩٨٨- ، ١٩٤-١٩٥) .

وإزالة الحساسية الاتصالية منهج يجمع بين إزالة الحساسية في مواقف حية وبين النمذجة ، ويسمى أحيانا النمذجة بالمشاركة أو النمذجة مع المشاركة الموجهة ، والجمع بين إزالة الحساسية والنمذجة يزيد من قوة تأثير هذا المنهج الذي أعدته ريتير *Riter* ويتكون من ثلاث خطوات رئيسية:

- ١- يلاحظ العميل النموذج يقترب من موضوع الخوف .
- ٢- يساعد النموذج العميل في الاقتراب من الموضوع .
- ٣- يتوارى النموذج تدريجيا ، كلما زاد اقتراب العميل من موضوع الخوف (لويس مليكه ، ١٩٩٠ ، ٥٩) .

٣- المعالجة بالإفاضة (الإغراق أو الغمر) *Flooding , Implosion Therapy*

وهي طريقة يتم فيها التعرض السريع للمريض في مواجهة ما يفزعه بدون مقدمات من التزاخي أو التدرج. وفي هذه الفنية فإنه يتم حدوث انطفاء من خلال غياب التعزيز العادي للمريض الذي يتمثل في السلوك التجني ، حيث يتجنب المريض الموقف المفزع ويهرب منه (*Kroger & Fezler , 1976 , 72*)

٤- التعرض المتدرج *Graded Exposure*

رغم كفاءة وفعالية فنية الغمر ، إلا أن مرضي كثيرين يرفضونه لما يسببه من شعور بعدم الراحة ، كما أنه قد يكون من غير الحكمة الاستعانة بهذا الأسلوب في الحالات التي يشكل فيها خطرا غير مأمون العواقب ، منها حالات أمراض القلب ، أو الحالات شديدة الاضطراب سيكولوجيا ، والتي يفجر فيها استخدام أسلوب الذهان ، والبدل الأكثر فعالية للغمر مع تجنب استثارة قلق شديد هو التعرض المتدرج (لويس مليكه ، ١٩٩٠ ، ٦٥) .

ثانيا : الفنيات الإرشادية التي تعتمد علي نموذج الاشرط الإجرائي

في السنوات الحديثة أظهرت فنيات الاشرط الإجرائي فعاليتها في إزالة الكثير من السلوكات غير المرغوبة ، ويتطلب الاشرط الإجرائي أن تحدد بدقة السلوك المستهدف الذي نرغب في تعديله ، واستخدام استراتيجيات التدخل العلاجي ، وبناء الخط القاعدي ، وكذلك إدارة التعزيز (الثواب ، العقاب) (*Kroger & Fezler , 1976 , 320*) .

الفنيات الإرشادية التي تعتمد علي الاشرط الإجرائي هي :

التعزيز Reinforcement

إن الجوائز المادية ستكون نافعة جدا ، ويمكن تحديد سبب الخوف وزمانه ومكانه. وكون الطفل قادرا علي تحمل جزء من ذلك الموقف يجب مكافأته عليه والكثير من الأطفال يتمتعون بكسب الجوائز عندما يريدون إظهار كم هم شجعان مثلا فإذا قالوا مرحبا لغريب فإنهم يكسبون ٥ نقاط ، وإذا أجابوا علي التليفون فإنهم يكسبون ١٠ نقاط وإذا ما تحدثوا مع أناس مختلفين فإنهم يحرزون المزيد من الجوائز التي يمكن استبدالها بالألعاب (سعيد حسني ، ٢٠٠٢-ب ، ٩٠).

وقد استخدم التعزيز بأشكاله في علاج المخاوف المرضية لدي الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة بنجاح فعلي سبيل المثال تشير ديفني ونلسون (Devany & Nelson , 1986 , 527-528) إلي أن نجاح فنيات من قبيل : التشكيل ، والتخيل ، والتقليد تعتمد بشكل أساسي علي احتمالية تعزيز الاستجابة ونجد أن بعض الأطفال المتخلفين عقليا الذين لا يستجيبون بصورة فعالة للأحداث الاجتماعية أو المعززات الاجتماعية مثل أقرانهم الأسوياء ، فهؤلاء الأطفال يحتاجون إلي معززات مادية لكي يمكنهم تعلم سلوكيات مرغوبة.

وقد استخدم سوزن ودانيل (Susan & Daniel , 1975) التعزيز الإيجابي في علاج طفل متخلف عقليا لتشجيعه علي استخدام المراض ، ونظافة نفسه ، وقد استطاع الطفل المتخلف عقليا استخدام المراض بنجاح من خلال هذا الأسلوب.

الاقتصاد الرمزي أو بونات أو فيش التعزيز Taken Reinforcement

تعتبر البونات معززات ذات طابع خاص فهي تشتمل علي جميع نقاط أو عملات معدنية أو قطع بلاستيكية ملونة أو بطاقات أو ما شابه ذلك ، بحيث يمكن لمن يجمع عددا معيناً منها أن يستبدل بها معززات أخرى مثل الطعام أو الهدايا ، أو فرصة الاشتراك في نشاط أو رحلة (محمد محروس ، محمد السيد ١٩٩٨ ، ٣٣٣).

ويتميز التعزيز باستخدام الاقتصاد الرمزي من وجهة نظر أيلون وأرزين أنه يسمح بعبور فترة التأجيل التي تحدث بين ظهور الاستجابة المرغوبة وظهور المدعم ، وبالتالي يؤدي إلي تبلور الاستجابة ، وتأكيدا بقوة ، ويسمح بتدعيم الاستجابة في أي وقت تحدث فيه فوراً ، ويسمح بظهور سلاسل من الاستجابات القابلة للتدعيم دون تشتيت أو بتر ناتج عن ظهور المدعم ، ويساعد هذا الأسلوب علي تقوية فاعلية المدعم الذي تتأثر قوته للتشبع بالنزبه ، أو لتفضيل الفرد لمدعم دون الأخر ، ويكتسب قيمة واقعية أكبر

من المدعمات الأولية المباشرة لأنه يمكن تطبيقه علي جماعات أكبر (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٤، ٤٨٠).

ومن الدراسات التي أجريت في هذا الإطار دراسة مانسدورف (Mansdorf, 1976) حيث تم بنجاح علاج امرأة متخلفة عقلية ذات إعاقة عقلية خفيفة الدرجة كانت تعاني من مخاوف ركوب السيارة ، والسفر بعيدا عن المؤسسة ، وقد استخدم في هذه الدراسة أسلوب التحصين المنهجي المعدل الذي يتكون من مزيج من فنية التعزيز الرمزي وبناء مدرج هرمي للمخاوف.

ثالثا: الفنيات الإرشادية السلوكية التي تعتمد علي نموذج التعلم بالملاحظة.

تري هذه النظرية أن كثيرا من الأطفال يتعلمون من خلال الملاحظة ونقل سلوك الآخرين إذا هم أتيح لهم ملاحظة هذا السلوك المنمذج يعزز (Ambron, 1981, 19). والمخاوف في الأطفال مثل التي توجد لدي الراشدين تستجيب بصورة أفضل للعلاجات السلوكية ولاسيما استخدام النمذجة ، حيث يتم تعريض الأطفال وتشجيعهم علي التقليد واستخدام النمذجة علي أن تكون تلك النماذج شيقة ، وجذابة ، وخالية إلي حد بعيد من الخوف ، إن استخدام النمذجة يمكن الأطفال أن يتغلبوا علي مخاوفهم (Rosenhan & Seligman, 1989, 532).

وقد استخدمت الفنيات التي تعتمد علي التعلم بالملاحظة بنجاح لدي كل من الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة فعلي سبيل المثال نجح كل من جاكسون وهوبر (Jackson & Hooper, 1981) في علاج امرأة متخلفة عقلية كانت تعاني خوفا شديدا من الكلاب باستخدام النمذجة ، وأمكنها أن تقترب من الكلب ولمسه.

٤- الخوف الاجتماعي Social Phobia

الخوف الاجتماعي مخاوف مرضية مستمرة وحادة ولا عقلانية (Bruce & Saeed, 1991) ويحدث للمريض الارتباك والشعور بالإحراج من تلك المواقف (سمير بقيون، ٢٠٠٧، ٧٠). ويتجنب مرضي الخوف الاجتماعي المواقف الاجتماعية لأنهم يخشون تدقيق وإمعان الآخرين فيهم ، ويقومون أنفسهم بطريقة سلبية ، والخوف من الآخرين يبدو بصور مختلفة فعلي سبيل المثال : تجنب بعض المرضي التحدث في الأماكن العامة حيث يشعرون بارتعاش أيديهم ، أو صعوبة في إصدار الأصوات كما يتجنب هؤلاء المرضي تناول الطعام في الأماكن العامة، فقد يجدون صعوبة في بلع الطعام (Taylor & Arnow, 1988, 230).

كما أنهم ينسحبون من أنشطة المجموعة ، وهم يتشبثون بالراشدين المألوفين لهم ، وفي المدرسة يكون الرعب والخوف من الإجابة علي الأسئلة ، ويذوقون علي صمتهم عندما يسألهم المعلم ، ويخشون القراءة أمام الفصل ، وزملائهم يسخرون أو يستهزئون منهم ، لأنهم يرفضون الذهاب معهم إلي الحفلات (Cheng & Myers , 2005, 116).

والطفل المصاب بالخوف الاجتماعي عادة ما يتلجج ويحمر وجهه وأذناه ويختفي البعض خلف المقاعد أو الستائر أو المناضد عند مواجهة الغرباء بالرغم من أنهم طبيعيين جدا بين ذويهم داخل المنزل . ويصبح الطفل منسجما اجتماعيا مرتبكا خجولا عندما يكون في صحبة أناس غير مألوفين له ، ويصبح قلقا عندما تفرض عليه الظروف أن يتفاعل مع غرباء ، وعندما يكون قلقه الاجتماعي شديدا قد يصمت لدرجة يظن معها أنه لا يستطيع الكلام رغم أن مهاراته الكلامية طبيعية (محمود حمودة ، ١٩٩١ ، ١٨٩).

ومن المرجح بصفة خاصة أن تسبب هذه المخاوف المرضية نوبات الدوخة والإغماء المنذر ، وعدم التوازن ، واستغراب الواقع والاختناق (شيهان ، ١٩٨٨ ، ٧٣) ويرى ماركس (Marks, 1969, 74) أن النضج يلعب دورا مهما في بروز المخاوف من الغرباء ، فالطفل الرضيع يظهر خوفا واضحا في وجود أشخاص غرباء عنه .

وفي هذا الصدد يشير أمبرون (Ambron , 1981 , 153) إلي أن الخوف لدي الطفل الرضيع مرتبطا بالخوف من الغرباء نتيجة لاتصالهم بهم ، فيبدي الطفل الرضيع خوفا شديدا من رؤية بالغ غريب عنه في حالة وجود والديه بجانبهم ، ويظهرون أمارات الحملقة ، ويركزون أعينهم في خوف منهم ، ويظلون بدون حركة لفترة قصيرة ، وهم علي هذه الحالة يبكون ويصرخون خوفا وفزعا وقد يلتصقون بأبائهم في خوف ، ويزداد الخوف من الغرباء بدرجة كبيرة عندما يكون الارتباط بين الطفل ووالديه وثيقة ، ويتأثر الخوف من الغرباء بالمركز وموقع الطفل في أسرته ، فيظهر الطفل الأول مخاوف حادة من الغرباء ، وتؤثر عملية الاتصال بين الطفل ووالديه في قدرة الطفل علي التعامل مع الغرباء بفعالية .

معدلات انتشار الخواف الاجتماعي

تبلغ معدلات انتشار الخواف الاجتماعي ١٣٪ (Compton et al ., 2000) وتبلغ هذه المعدلات علي مدار الحياة ٣ ، ١٣٪ ، ويبلغ انتشاره خلال سنة واحدة في عينات مجتمعية ٧ ، ٩٪ ، وتبلغ نسب انتشار الخواف الاجتماعي في المجتمعات الأوربية ما بين ٧٪ إلي ١٣٪ . ويحدث الخواف الاجتماعي في المرحلة العمرية الواقعة ما بين ١١ - ١٩ سنة ،

وبداية حدوثه في مرحلة الرشد منخفض جدا فقد بلغت ٤-٥ لكل ١٠٠٠ حالة سنويا وهذه الحالات الجديدة تكون ثانوية لاضطرابات أخرى هي اضطراب الهلع ، واضطراب الاكتئاب الأساسي . وهو أكثر انتشارا بين الإناث عن الذكور، وأن ٨٥٪ من المرضى بالخوف الاجتماعي يخبرون صعوبات أكاديمية ومهنية تتضح من خلال عجزهم عن مقابلة المطالب الاجتماعية للأمان واستمرارية العمل والعلاقات مع الآخرين (Bruce & Saeed, 1991; Furmark, 2002; Nelson et al., 2000; Neufeld et al., 1999) **المحكات التشخيصية للخوف الاجتماعي (DSM-IV-TR, 2000)**

أ- خوف متابر وواضح أو مميز لواحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو العملية يتعرض فيها الشخص لأشخاص غرباء أو غير مألوفين له أو احتمال إمعان النظر فيه من قبل الآخرين ، ومخاوف الفرد من أنه قد يتصرف بطريقة (أو يظهر أعراض القلق) مريكة ومخجلة .

لاحظ أنه : في الأطفال يجب أن تتوافر أدلة علي الطاقة الملائمة للسن في إنشاء علاقات اجتماعية مع الأشخاص المألوفين ، وأن القلق يجب أن يحدث في محيط الأقران ، وليس فقط في التفاعلات مع الراشدين.

ب- التعرض للمواقف الاجتماعية الخيفة بشكل ثابت أو دائما تقريبا يثير أو يولد القلق الذي من الممكن أن يأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بموقف أو يهيئ لها موقف.

لاحظ أنه : في الأطفال من الممكن أن يتم التعبير عن القلق من خلال البكاء، أو نوبات الغضب أو بالتجمد أو الهروب من المواقف الاجتماعية. ج- يعرف الشخص أن الخوف مبالغ فيه ، وأنه غير معقول أو منطقي. مع ملاحظة أن هذه الخاصية ربما تكون غائبة في الأطفال.

د- يتم تجنب المواقف الاجتماعية أو العملية الخيفة ، أو أنها تكون محتملة بشكل ما مع مزيد من الآسي والقلق النفسي .

ه- التجنب أو التوقعات القلقة أو الآسي النفسي في المواقف الاجتماعية والعملية الخيفة تتدخل بدرجة واضحة وتكون معطلة للمهام الروتينية الاعتيادية للفرد ، والمهام الوظيفية والأكاديمية والأنشطة الاجتماعية أو العلاقات الاجتماعية مع الأخرى ، أو وجود انزعاج بين من حدوث خواف.

و- في الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ١٨ سنة تستمر الأعراض لمدة ٦ أشهر علي الأقل.

ز- الخوف أو التجنب لا يعزى إلي التأثيرات الفسيولوجية المباشرة (مثل تعاطي علاج طبي أو سوء استعمال مادة أو عتار) أو حالة طبية عامة ولا يفسر باضطراب عقلي آخر مثل اضطراب الهلع مع أو بدون الخوف المرضي من الأماكن العامة ، أو اضطراب قلق الانفصال أو اضطراب تشوه الجسم ، أو اضطراب نمائي شامل أو اضطرابات الشخصية الفصامية.

ج- إذا توافرت حالة طبية أو اضطراب عقلي آخر فإن الخوف في محك (أ) يكون غير مرتبط به مثلا الخوف ليس من اللجاجة أو الارتعاش كما في مرض باركنسون أو في السلوك الشاذ للأكل كما في فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي.

التشخيص الفارقي

بالرغم من أن أعراض كل من الرهاب الاجتماعي ونوبات الهلع المصحوبة بالخوف من الأماكن الفسيحة تكون شديدة التداخل والتشابه . إلا أنه يمكن التمييز بينهما ففي نوبات الهلع تكون مرتبطة بالخوف من الأماكن العامة حيث يتم اختبارها علي أنها تلقائية علي الأقل بعض الوقت ، بينما الفوبيا الاجتماعية تكون مرتبطة بحالات محددة (Taylor & Arnow , 1988, 230) ويعتمد التمييز بين الرهاب الاجتماعي واضطرابات الشخصية الهذائية بشكل أساسي علي قدرة الشخص في النظر إلي أن نوايا الآخرين لا يمكن أن تكون نوايا حقد عليه (هوب ، هيمبرج ، ٢٠٠٢ ، ٢٣٧).

وفي التحفظ الاجتماعي السوي : حيث يكون الأطفال فيه بطيئين في عمل علاقة مع الناس الغرباء ، ولكن بعد وقت قصير يمكنهم الاستجابة للتفاعل مع الرفاق. وفي اضطراب قلق الانفصال يتركز حول الانفصال عن البيت أو عن شخص مرتبط به. وفي اضطراب القلق العام حيث يكون القلق غير مرتبط بالاحتكاك بالغرباء. وفي الاضطراب الاعتمامي ونوبات الاكتئاب الأساسي حيث يكون الانسحاب الاجتماعي موجودا ولكن لا يرتبط بمواقف التجنب. وفي اضطراب التأقلم المصحوب بانسحاب يرجع لضغوط نفسية اجتماعية حديثة ويظل لأقل من ستة شهور (حمود حمودة، ١٩٩١ ، ١٩٠-١٩١).

أسباب الخواف الاجتماعية

تلعب العوامل الوراثية دورا معتدلا في نمو المخاوف المرضية الاجتماعية في كل من الأطفال والراشدين ، وحددت نتائج الدراسات حدوث معدلات مرتفعة من الخواف الاجتماعي بين أفراد الأسرة الذين يعانون منها (Fyer, 1993; Fyer et al ., 1995) ويقرر كيندلر وآخرون (Kendler et al ., 1992) أن الوراثة تسهم بنسبة دالة في حدوث

الخوف الاجتماعي بلغت ٠.٣١ في عينة من التوائم الأنتوية بلغ قوامها (٢١٦٣) وأن الوراثة تلعب دورا واضحا في حدوث الفوبيا وكذلك العوامل البيئية. ويشير نيكولز Nichols إلى أن هؤلاء المرضى لديهم حساسية غير عادية للنقد ، وتقويم الذات منخفض ، وأفكار جامدة فيما يتعلق بالسلوك الاجتماعي (Taylor & Arnou , 1988, 243) ويرتبط الخوف الاجتماعي بتشوهات وتجزيات في تجهيز المعلومات الاجتماعية ، والأفكار ، والاتجاهات ، والمعتقدات (Clark & McManus, 2002) . والأساليب التي تتخذها الأم في تربية طفلها يكون لها تأثير واضح في حدوث الخوف الاجتماعي علي سبيل المثال الحماية الزائدة (Rapee & Spence , 2004) كما تؤثر أحداث الحياة السلبية علي حدوث الخوف الاجتماعي مثل الطلاق ، والاضطرابات النفسية الودية ، وانهيار الزواج ، والصراع الأسري والإساءة الجنسية (Chartier et al , 1996 ; Stein et al ., 1999 ; Magee , 1999 ; Kessler et al ., 1997 ; , 2001) .

علاج الخوف الاجتماعية

١- يستخدم دواء الفينيلزين (Phenelzine) في علاج الرهاب الاجتماعي بالإضافة إلي دواء البروبرانول (Propranolol) والأدوية المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقات ، ويتم استخدام العلاج النفسي مع العلاج الدوائي وذلك بفنية التحصين التدريجي (عبد الكريم المجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٦٥) كما استخدم إعادة امتصاص السيروتونين في علاج الخوف الاجتماعي (Zaider & Heimberg , 2003) Serotonin Reuptake Inhibitors .
٢- تعلم كيفية التحكم في القلق والهلع من خلال تدريبات الاسترخاء ، والتحكم في زيادة معدل التنفس ، والعلاج التدريجي في مواجهة المواقف المثيرة للخوف الاجتماعي ، ويتطلب تعريض المريض لجلسات تتراوح بين ١٦- ٢٤ جلسة بالعلاج السلوكي المعرفي والتي تتضمن التدريب علي المهارات الاجتماعية وإعادة البناء المعرفي (Bruce & Saeed , 1991) والتي ينتج عنه تغيير أنماط التفكير والمعتقدات الخاطئة والمغلوطه . والعلاج السلوكي المعرفي الجمعي للرهاب الاجتماعي والذي يتكون من ثلاثة عناصر أساسية هي (١) التعرض المباشر للمواقف الشبيهة بالمواقف المثيرة للخوف والرهاب الاجتماعي (٢) إعادة صياغة الأفكار معرفيا (٣) واجبات منزلية محددة للتعرض للمواقف المثيرة للخوف في الحياة الاجتماعية الواقعية (هوب ، هيمبرج ، ٢٠٠٢ ، ٢٥١) ، (Zaider & Heimberg , 2003) .

٣- العلاج السيكودينامي (العلاج التعبيري المساند) وقد طور هذا النوع من العلاج ليبورسكي (Luborsky, 1984) وهذا العلاج قصير المدى ويستغرق ٢٥ جلسة علاجية، وطويل المدى يتراوح ما بين شهر إلى عدة سنوات ، ويفترض ليبورسكي أن التهيو البيولوجي النفسي الاجتماعي يلعب دورا هاما في انتقاء الأعراض ، وهذا النوع من العلاج يركز علي تناول لب العلاقات الصراعية المرتبط بأعراض المرض ، ومن ثم وضع الأهداف العلاجية ، والتدخلات التفسيرية لتحسين استبصار المريض ، وتدخلات المساندة لمساعدة المريض للتغلب علي الخواف الاجتماعي ، وقد نجح (Leichsenring et al., 2007) في علاج الخواف الاجتماعي باستخدام هذا الأسلوب.

٤- العلاج الأسري : علي الوالدين تدعيم الثقة بالنفس عند الطفل ، وهذه الثقة لا يمكن بناؤها عن طريق عمل أغلب الأشياء للطفل أو بإنقاذه بسرعة في المواقف العادية البسيطة أو بتدليله ، ولكن بتعريفه بانجازاته ونجاحاته وخلق مواقف تسد ثغرات فقدان الثقة التي لحقت بالطفل من قبل . كما ينبغي علي الوالدين تحاشي توجيه النقد للطفل ولا داعي لتصويب الأخطاء أو اللوم أمام الآخرين ، وعدم تذكيره بأوجه فشله بل يجب جذب انتباهه كي يري ويلمس بنفسه كم هو ناجح في أشياء للاعتزاز بها (حسن مصطفي ، ٢٠٠٣- ، أ ، ٣٤٩) .

وفي هذا الصدد انتهت نتائج دراسة ماتسون (Matson , 1981) إلي علاج الخواف الاجتماعي لدي ثلاثة متخلفات عقليا يبدن نفورا متزايدا من رؤية أو محادثة أو مجرد الاقتراب من أشخاص راشدين غير مألوفين لهم. وتم استخدام الفنيات التالية (النمذجة بالمشاركة ، والتدريب ، والتكرار وأسلوب التعرض بالمواجهة في الواقع ، والمعززات الرمزية والغذائية) .

٥- اضطراب القلق المعمم *Generalized Anxiety Disorder*

تعريف القلق المعمم

يعرف القلق المعمم علي أنه "التوتر وانشغال البال لأحداث عديدة لأغلب اليوم ، ولمدة لا تقل عن ستة أشهر ويكون مصحوبا بأعراض جسدية كتوتر العضلات ، والشعور بعدم الطمأنينة، وعدم الاستقرار، وبضعف التركيز، والشعور بالإعياء وهذه الأحاسيس كثيرا ما تؤثر علي حياة المريض الأسرية والاجتماعية والعملية" (سمير بقيون ، ٢٠٠٧ ، ٧١) .

ويبدي الأطفال قلقاً متزايداً لا عقلاني عن الأحداث المستقبلية مثل القلق عند دخول المدرسة ، والتغيرات في الأعمال الروتينية الأسرية ، والأحداث الاجتماعية ، والحالة الصحية للأسرة (Strauss , 1994) .

معدلات انتشار اضطرابات القلق المعمم

تقترح الدراسات المسحية للمجتمع أن نسبة انتشار اضطرابات القلق المعمم بين الراشدين تتراوح ما بين ٣-٥٪ ، وغالبا ما يبدأ اضطرابات القلق المعمم في مرحلة الرشد المبكرة بين ١٥ - ٢٥ سنة ، ولكن المعدلات تستمر في الزيادة بعد سن ٣٥ سنة ، وهذا الاضطراب أكثر انتشاراً لدى الذكور عنه لدى الإناث فتبلغ معدلات انتشاره علي التوالي (Puri et al ., 2002 , 202, Kessler et al ., 2005-B) (١: ٢)

المحكات التشخيصية للقلق المعمم (DSM-IV-TR, 2000)

أ- قلق وانشغال متزايد (توقع كدر أو شر) يدور حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل الأداء في العمل أو المدرسة ، ويحدث في معظم الأيام ولدة لا تقل عن ٦ أشهر.

ب- يجد الفرد صعوبة في التحكم أو ضبط قلقه أو انشغاله هذا.

ج- القلق والانشغال يكونا مصحوبين بثلاث أو أكثر من الأعراض الستة التالية :

لاحظ أنه : لتشخيص الاضطراب في الأطفال يكفي بوجود عنصر واحد.

١- عدم الاستقرار أو الضجر أو أنه علي وشك السقوط أو علي حافة الخطر أو في حالة نفسية قلقة .

٢- الشعور بالتعب والإرهاق بسهولة.

٣- صعوبة التركيز.

٤- سهولة الاستثارة أو سرعة الغضب .

٥- التوتر العضلي .

٦- اضطرابات النوم (صعوبة الدخول في النوم ، أو الاستغراق في النوم والشعور بالضجر وعدم الاستقرار ، أو يكون النوم غير مريح أو مشبع) .

د- تركيز القلق والانشغال لا يقتصر علي أعراض اضطراب المحور (١) فعلي سبيل

المثال القلق أو الانشغال لا يكون حول اضطراب الهلع كما في اضطراب الهلع

أو حدوث ارتباك في وسط حشد من الناس كما يحدث في الفوبيا الاجتماعية ،

أو يكون معرضاً للتلوث كما في اضطراب الوسواس القهري أو كونه بعيداً عن منزله

كما في قلق الانفصال ، أو زيادة وزنه كما في حالة فقدان الشهية العصبي أو من

شكوى بدنية متعددة كما في الاضطرابات ذات الصورة البدنية أو من حدوث مرض

خطير كما في حالة توهم المرض ، أو قلق وانشغال لا يعزبان بشكل قطعي أثناء اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة.

هـ- القلق أو الانشغال أو الأعراض البدنية تحدث ألم نفسي إكلينيكي أو عجز في الأداء المهني أو الاجتماعي أو أي جوانب أخرى هامة.

و- الاضطراب لا يعزى إلي تأثيرات فسيولوجية أو عقار أو حالة طيبة عامة مثل زيادة إفراز الغدة الدرقية ، ولا يحدث بشكل خاص أو قطعي أثناء اضطراب المزاج أو اضطراب ذهاني أو اضطراب نمائي شامل أو منتشر .

التشخيص الفارقي

✓ اضطرابات القلق المعمم: يجب أن يتم تمييزها عن الاضطرابات النفسية الأخرى لاسيما القلق ، ومن الأمراض البدنية التي تعطي أعراضا متشابهة.

✓ الاكتئاب : الاكتئاب غالبا يميز عن اضطراب القلق من خلال الشدة المفرطة للأعراض الاكتئابية المرتبطة بأعراض القلق ، ومن خلال ظهور أعراض القلق قبل الاكتئاب في اضطرابات القلق المعمم ، وهذه الأعراض يتم الحصول عليها من المريض أو من خلال المحيطين به.

✓ الفصام : المرضي بالفصام يشتمون من القلق قبل أن يكشفون عن أعراض أخرى من الفصام (Gelder et al ., 1999 , 107).

أسباب اضطرابات القلق المعمم

١- تلعب العوامل الجينية : Genetic Factors دورا في حدوث القلق المعمم فقد وجد هذا الاضطراب في الأقارب من الدرجة الأولى (Hettema et al ., 2001).

٢- المنظور الاجتماعي الثقافي : The Sociocultural Perspective طبقا للنظريات الثقافية الاجتماعية فإن اضطراب القلق المعمم يكون أكثر احتمالا أن يتطور في الأفراد الذين يواجهون بضغوط مجتمعية ، والمواقف التي تنذر بخطر حقيقي ، وأن الأفراد في البيئات المهدة يكونون أكثر احتمالا أن يطورون التوتر والقلق.

٣- المنظور السيكودينامي : The Psychodynamic Perspective أشار فرويد إلي تفسير القلق المعمم عندما ميز بين ثلاث أنواع من القلق الحقيقي الواقعي والقلق العصابي والقلق الأخلاقي . في النوع الأول نحن نخبر القلق الواقعي عندما نواجه بخطر خارجي حقيقي ، ونخبر القلق العصابي عندما نمنع بتكرار من خلال الوالدين

أو الظروف من التعبير عن دفعات الهو ونخبر القلق الأخلاقي عندما نعاقب أو نههد للتعبير عن دفعات الهو (Comer , 1998 , 161-163).

٤- أحداث الحياة السلبية المبكرة : Early Life Events ترتبط اضطرابات القلق المعم بالتعلق غير الأمن بين الطفل ووالديه في مرحلة الطفولة وفي مرحلة الرشد فإن هذا يتطور إلي معتقدات عن العالم علي أنه مكان للخطر ، وخبرات الطفولة الصدمية تكون لها تأثيرات كبيرة علي الأداء السلوكي والنفسي ، وكذلك حالات الانفصال الوالدي ، ونقص فرص التفاعلات الاجتماعية (Safren et al ., 2002).

علاج القلق المعم

من الأفضل تقليل وصف الأدوية المضادة للقلق المعم قدر الإمكان بسبب طبيعة المرض المزمنة ، مما يتطلب وضع خطة للعلاج بدقة ، وتعتبر مجموعة البنزوديازيبين Benzodiazapines حاليا هي المجموعة المفضلة في معالجة القلق المعم علي أن تعطي عند الحاجة أو تعطي لفترة محدودة ثم توقف ، وتستخدم المهدئات العظمي Antipsychotics بجرعات صغيرة في علاج القلق ، كما تستخدم مقفلا مستقبلات البيتا الأدرينالية مثل دواء البروبرانولول Propranolol والأدوية المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقات (عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٩٣).

واهتمت الدراسات المبكرة لعلاج اضطرابات القلق العام باختبار وتقييم مدي فعالية أو كفاءة العلاجات النفسية المتصلة بالاسترخاء العضلي العميق . كما ينبغي أن يركز العلاج علي الاستقلالية ، وتقدير الذات ، والسلوك المناسب للمرحلة العمرية (Bernstein et al ., 1997).

كما أن المزاوجة بين العلاج المعرفي الطلي غالبا ما تكون أكثر فعالية من أي منهما بمفرده في خفض الاضطرابات النفسية والفسولوجية المصاحبة للقلق المعم (محمد السيد ، ٢٠٠٠-٢٦٣).

اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات (PTSD) Posttraumatic Stress Disorder اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات هو اضطراب يحدث لدي الشخص بعد تعرضه لصدمة أو حادث شديد لا تستوعبها خبرة الشخص المعتادة ، ويتأثر بأعراض خاصة بعد تعرض لصدمة بعينها .

معدلات انتشار اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات

تتراوح معدلات انتشار اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات في الراشدين ما بين ١ إلى ١١.٢٪ (Klein & Alexander, 2009) وانتهت نتائج دراسة خميس (Khamis,

2005) إلى أن معدلات انتشار الاضطراب في مجموعة من الأطفال الفلسطينيين بلغ عددهم (1000) طفل وتراوحت أعمارهم ما بين 12-16 سنة إلى أن (54.7%) من العينة يخبرون علي الأقل صدمة واحدة طوال حياتهم ، وأن (34.1%) يعانون من اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات . وتشير الدراسات الحديثة عموماً إلي أن نسبة انتشار الاضطراب في المجتمع تتراوح ما بين 2 إلي 15% (Sadock & Sadock, 2003) ومعدلات انتشار اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة متساوي تقريباً بين الذكور والإناث (Breslay, 2002) مع أن الإناث يطورون هذا الاضطراب بعد حدوث الصدمة بمعدل مرتين مقارنة بالذكور (Stein et al., 2000).

المحكات التشخيصية أسباب اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات وفقاً (DSM-IV-TR, 2000).

1- يتعرض الشخص لحادث صادم يتوافر فيه ما يلي :

1- يخبر الشخص أو يشاهد أو يواجه حادث يتضمن الموت أو التهديد به أو إيذاء كبير أو تهديدا للتكامل الجسمي للذات أو الآخرين.

2- تكون استجابة الشخص متضمنة علي خوف حاد أو عجز أو رعب.

لاحظ أنه : في الأطفال يكون تعبيرهم عن ذلك من خلال السلوك المتفكك غير

المنتظم والمتسم بالتهيج .

ب- يستمر إعادة معيشة الحدث الصادم بوحدة أو أكثر من الطرق التالية :

1- ذكريات مؤلمة مقحمة ومتكررة للحادث تشتمل علي التخيلات والأفكار والادراكات. وفي الأطفال صغار السن يتم التعبير عنها في صورة ألعاب متكررة تحدث أو تقترن بثيما أو عناصر من الصدمة.

2- أحلام مؤلمة متكررة للحادث وفي الأطفال من الممكن قد تكون هناك أحلام مفزعة ومخيفة بدون محتوى محدد.

3- يتصرف ويشعر الفرد كما لو كان الحادث الصادمي قد عاد من جديد (يتضمن إحساس بإعادة معيشة للخبرة ، والهلاوس ، والخداعات ، والنوبات الهستيرية التفككية بما في ذلك تلك التي تحدث عند (الإفاقة أو التسمم).

4- ألم نفسي حاد أو التعرض إلي تلميحات أو علامات داخلية أو خارجية ترمز أو تشبه جانبا أو مظهرا من الحادث الصدمي.

5- عودة للنشاط الفسيولوجي عند التعرض للتلميحات أو العلامات الداخلية والخارجية التي ترمز أو تشبه جانبا أو مظهرا من الحادث الصدمي.

ج- التجنب المستمر للمثيرات ذات الصلة بالحادثة الصدمي مع لا مبالاة فيما يتصل بالاستجابة العامة (لم تكن موجودة قبل الصدمة) ، ويستدل علي ذلك بثلاثة أو أكثر من العلامات الدالة التالية :

- ١- يبذل الفرد جهودا لتجنب الأفكار أو المشاعر أو التحدث عن الصدمة.
 - ٢- يبذل الفرد جهودا لتجنب الأنشطة والأماكن والناس التي تستثير الذكريات عن الحادث الصدمي .
 - ٣- العجز عن استدعاء جانب هام من الحادث الصدمي.
 - ٤- انخفاض واضح في الاهتمام أو المشاركة في أنشطة ذات أهمية.
 - ٥- الشعور بالانفصال أو الجفاء في التعامل مع الآخرين.
 - ٦- مدي مقيد من الانفعال (مثل العجز عن أن تكون لديه مشاعر للحب).
 - ٧- إحساس متشائم أو مقتضب عن المستقبل (مثل أن يتوقع عدم قدرته علي الحصول علي مهنة أو يتمكن من الزواج ، أو أن يعيش حياة طبيعية).
 - د- أعراض مثارة أو مستمرة من الاستثارة المفرطة (لا توجد قبل الصدمة) ويمكن الاستدلال عليها من خلال مؤشرين أو أكثر من التالي :
 - ١- صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه.
 - ٢- سرعة التهيج والاستثارة وانفجار الغضب .
 - ٣- اليقظة المفرطة .
 - ٤- صعوبة التركيز.
 - ٥- استجابة فزع مبالغ فيها.
 - هـ- مدي الاضطراب (الأعراض في ب ، ج ، د) تدوم لأكثر من شهر .
- وينتج عن الاضطراب ألم إكلينيكي دال في الجوانب الاجتماعية ، والمهنية أو غيرها من المجالات الأداء الهامة .

حدد إذا كان :

- اضطراب حاد : إذا كانت مدة الأعراض أقل من ثلاثة شهور.
- اضطراب مزمن : إذا كانت مدة الأعراض ثلاثة شهور أو أكثر.
- مع بداية متأخرة : إذا كانت الأعراض حدثت بعد وقوع الصدمة بستة أشهر علي الأقل.

• القلق أو الاكتئاب أو الاضطراب العقلي العضوي يجب وضع هذه التشخيصات بنظر الاعتبار إذا حدثت بعد وقوع حادث صادم ، اضطراب التأقلم يكون الحادث الصادم في هذا الاضطراب أقل شدة وتستوعبه خبرة الإنسان المعتادة ، ولا يحدث معاشية للحادث مع غياب الأعراض المميزة لاضطراب انضغاط ما بعد الصدمات(عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٨٧-٢٨٨).

أسباب اضطراب انضغاط ما بعد الصدمات

١- تكاد ترتبط العوامل الوراثية بقوة بجميع أعراض الاضطراب. وبينت الأبحاث الحديثة أن انضغاط ما بعد الصدمات له أسبابا بيولوجية مختلفة فبمقارنتهم بمجموعات مرضية أخرى ، وجد أن لديهم مستوي مرتفع من مجموعة هرمونات الكاتيكولامين Catecholamine (الأدرينالين والنورأدرينالين) والتي تعرف بهرمونات الطوارئ أو الضغوط حيث تعد الجسم لمواجهة المواقف الطارئة ، كما يبدون مستوي منخفض عن المتوسط في بقية الهرمونات وخاصة الكورتيزول الذي يعد أهمها في عملية التمثيل الغذائي ، وكنتيجة لذلك فإن نسبة الكاتيكولامين ضعف نسبة الكورتيزول لدي مرضي انضغاط ما بعد الصدمة بصفة خاصة دون بقية مجموعات مرضي القلق أو المجموعات التشخيصية الأخرى(محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ ، ٢٦٩).

٢- الأحداث الصدمية الشديدة مثل حوادث السيارات أو الكوارث الطبيعية تكون معجلة حدوث هذا الاضطراب ، والمخاطر التي يتعرض لها الفرد قبل حدوث الصدمة مثل التعرض لحوادث متعددة في الماضي ، أو المخاطر التي تعزي إلي سمات الشخصية مثل العصائية أو الانطوائية ، أو الذين لديهم أمراض نفسية. وهناك مخاطر أثناء الحادث مثل درجة التعرض للحادث الصدمي (الشدة والمدى) ، والخبرات المخيفة التي تترتب علي رؤية شخص ميت أو مصاب بجروح ، والمخاطر التي تلي الحادث الصدمي مثل مدي الإصابة البدنية جراء الحادث الصدمي (McFarlane, 2000; Maes, 2001 Maes et al ., 2001).

٣- انتهت نتائج سلمن(Solomon , 1995) إلي وجود ارتباط دال بين أحداث الحياة الضاغطة و(PTSD). وأشارت نتائج دراسة موزر وآخرون (Moser et al ., 2007) إلي وجود ارتباط دال بين المعارف السلبية عن الذات وشدة (PTSD).

العلاج

استعملت مضادات الاكتئاب لعلاج هذا الاضطراب ، ومن طرق العلاج السلوكي المعرفي تستخدم فنية التعريض التخيلي ، كما يمكن استخدام فنيات أخرى تقوم علي المساندة الذاتية للأشخاص المصابين بانضغاط ما بعد الصدمة، ويعد نوعا من المساندة العلاجية حيث تشارك مجموعات من الأفراد في مناقشات غير رسمية حول المشكلة مما يساعد علي زيادة فهم لمشكلته وزيادة ثقته بنفسه(محمد السيد ، ٢٠٠٠ - أ، ٢٧٢).

الوسواس القهري Obsessive Compulsive

تعريف الوسواس القهري
يعرف أنتوني وآخرون (Antony et al., 1998,4) الوسواس علي أنه:
" أفكار مثابرة أو مستمرة ، واندفاعات ، وتخيلات تحدث بصورة متكررة وتخبر علي أنها اقحامية وغير مناسبة ، وينتج عنها الإحساس بالآسي"
ويعرف (أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٨٧) القهر علي أنه: " سلوك حركي أو عقلي يتخذ شكلا متكررا ، وفي معظم الحالات يشعر الفرد بأنه مدفوع إلي تنفيذ الفعل القهري ، وذلك حتى يخفض أو يمنع الضيق أو الكرب الذي يصاحب الوسواس ، أو حتى يمنع حادثا معيننا مفزعا أو موقفا مروعا .

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV-TR, 2000) فتعرف الوسواس علي أنها: " أفكار ، واندفاعات ، وتخيلات متكررة ومستمرة وتحدد علي أنها مقحمة وغير مناسبة ، وينتج عنها الشعور بالآسي النفسي الواضح"
وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV-TR , 2000) القهر علي أنه: "سلوكات متكررة أو تصرفات عقلية ، الهدف منها يكون منع حدوث أو خفض حدة الآسي النفسي ، ولا يكون مصدر للمتعة " .

واقترح الفكرة التسلطية لوعي المريض ينتج كما كبيرا من القلق ، ثم إن مقاومة هذه الفكرة في حد ذاتها تسبب القلق ، والفشل في طردها من الوعي يضاعف القلق وهو ما يحدث أيضا في حالة الأفعال القهرية ، فمنع المريض لنفسه من تكرار الفعل القهري يولد كما كبيرا من القلق ، واستسلامه لتكرار الفعل يقلل من نسبة ذلك القلق ، ولوحتى لفترة وجيزة ، المهم أن القلق يحيط بالأفكار التسلطية وبالأفعال القهرية (وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣ ، ٢٩٤) .

ويؤثر الوسواس القهري تأثيراً سلبياً على الفرد ، فإن استهلاك الوقت في القيام بهذه الطقوس يمنع المبادأة ، والمثابرة في إنجاز الأهداف ، ويشعره بالتوتر والآسي ، والخجل والارتباك في علاقاته مع الآخرين (Masellis et al ., 2003) .
وخلصت نتائج دراسة أكديد وآخرون (Akdede et al ., 2005) إلى أن اضطراب الوسواس القهري يؤثر سلباً على جودة الحياة . ويترب على هذا السلوك الانسحاب من العلاقات الاجتماعية . والعجز عن إكمال الأنشطة اليومية الضرورية في الحياة (Gelder et al ., 1999 , 121 ; Hwang et al ., 1998) .

أنواع الوسواس القهري

ويمكن تقسيم أنواع الوسواس على التالي:
أ- أفكار وسواسية :

* الأفكار الوسواسية : تكون كلمات أو أفكار أو معتقدات يتم التعرف عليها من خلال المريض ، مثل إقحام الأفكار في عقل المريض ، ويحاول المريض التخلص منها.
* الاجترارات الوسواسية : أفكار وأسئلة ومناقشات داخلية لا يمكن الإجابة عليها ولذلك يظل المريض في جدال مستمر لا ينتهي حولها ، وفي الاجترارات فهناك سلسلة من العمليات المبررة التي تبدأ بإقحام الأفكار.
* المخاوف المرضية : تكون مرتبطة بصورة وثيقة بالأفكار ، والاندفاعات والطقوس الحركية.

* اندفاعات وسواسية التي تحت المريض على القيام بأعمال غالباً تكون عنيفة (Gelder et al., 1999, 120)
ب - أفعال قهرية :

يعرف فورست وهارلت (Frost & Harlt , 1996) سلوك التخزين أو تجميع الأشياء Hoarding علي أنه " تجميع أو تكديس الأشياء ، أو الفشل في إقصاء أو استبعاد عدد كبير من الممتلكات غير المفيدة عن مكان المعيشة . ويصبح سلوك التكديس مشكل عندما يعوق أو يعرقل الأداء اليومي للفرد (Lane et al ., 1989; Thomas, 1997) كما أن له تأثيرات سلبية على المتخلفين عقلياً الذين يعيشون في أوضاع حاشدة لأنه يتدخل في العلاقات مع الأقران وكذلك العاملين (Lane et al, 1989) .

مظاهر التخزين

- ١- صعوبة اتخاذ قرارات متصلة بالتخلص من بعض الأشياء.
- ٢- جلب مواد يبدو أنها عديمة النفع إلي المنزل.

- ٣- يصبح المنزل مملوء بأكوام أو مجموعات من الأشياء.
- ٤- يكره الشخص أن يلمس الآخرون ممتلكاته.
- ٥- يجد الشخص نفسه عاجزا عن التخلص من أشياء.
- ٦- يعتقد الآخرون بأن المجموعات التي يحتفظ بها الشخص ومقتنياته عديمة النفع (أحمد عبد الحائق، ٢٠٠٢، ٩٦).
- وفي سلوك المراجعة تظهر هذه الطقوس المرتبطة بالأدوات الكهربائية وعلق الأبواب، وهذه الأنماط الفرعية تتصف بالشك، وعدم الحسم للذين يكونا في سلوك المراجعة أعلي مما وجد في سلوك النظافة ويستغرق وقت أطول، ويتطور ببطء، ويستدعي بعض المقاومة الداخلية ومصحوب بالتوتر والقلق (Rachman, 2002, 627).
- وبعض الطقوس يكون لها ارتباط سهل الفهم مع الأفكار الوسواسية التي تسبقها فعلي سبيل المثال غسل الأيدي المتكرر يتبع الأفكار عن التلوث الطقوس الأخرى ليس لها هذا الارتباط أو الصلة علي سبيل المثال ترتيب الأشياء بطريقة محددة، والفرد من الممكن أن يشعر أنه مجبر علي تكرار هذه الأفعال عدد معين من المرات، فإذا حدث ما يعيق هذه السلسلة المتعاقبة، فإنه يبدأ التكرار من البداية (Gelder et al, 2006, 197).
- ج- أفكار وأفعال قهرية مختلفة وهي الأكثر شيوعا وهي تشمل الأفكار والصور والانذفاعات، واجترار الأفكار، والمخاوف القهرية، والطقوس الحركية (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ١٧٠-١٧٤)، والخوف من عدوي التلوث، والغسيل المتكرر (Lane et al, 1997; Thomas, 1989; al., والأذى، والجوانب البدنية والدينية (Stahl, 2000, 337).
- وهناك الوسواس العدوانية والجنسية، والوسواس المرتبطة بالبطء والتأكد، والدقة (Parkin, 1997) وقد أشارت نتائج دراسة (Rheume et al., 2000) إلي أن الدقة تكون منبئاً للميل للوسواس القهري في عينات غير إكلينيكية.

معدلات انتشار الوسواس القهري

تتراوح معدلات انتشار الوسواس القهري ما بين ١٪ إلى ٤٪ (Flament et al., 1988; Heyman et al., 2003; Hyman & Pedrick, 2005; Masi et al., 2001; Osborne, 1998) ونسبة ٨٠٪ من الأفراد يعانون من الوسواس والقهر معا، و٢٠٪ يعانون من الإصابة بالوسواس والقهر كلا علي حدة (Dumont, 1996).

وتلثي الأفراد يكون بداية حدوث الاضطراب لديهم مبكرا ويتراوح ما بين ٢٠-٢٥، وهؤلاء الذين يبدون طقوس المراجعة يكون في وقت مبكر (١٨ سنة)، (Puri et al., 2002).

219). وبداية الوسواس في مرحلة الطفولة يتباين بصورة كبيرة مع وجود دليل علي أن الأطفال في مرحلة الطفولة أعمار ٣ أو ٤ سنوات يطورون هذا الاضطراب: (Geller et al ., 1998 ; Stewart et al ., 2004) والذكور في مرحلة ما قبل البلوغ يكونون أكثر احتمالا من الإناث في تطوير هذا الاضطراب ، وتبلغ النسبة ٣ : ٢ لكل من الذكور والإناث علي الرغم من أن النسب المقررة في مرحلة المراهقة تكون متساوية بين الذكور والإناث:

(Geller et al ., 1998; Swedo et al ., 1989)

والقهر من الممكن أن يحدث بدون وسواس ، وكذلك الوسواس يمكن أن يحدث بدون قهر (Wever & Rey , 1997) والوسواس التي تحدث بدون قهر تميل إلي أن تكون أكثر شيوعا في مرحلة المراهقة من مرحلة الطفولة (Geller et al ., 2001) بينما حدوث القهر بدون وسواس يميل إلي أن يكون أكثر شيوعا في الأطفال (Swedo et al ., 1989) .

أسباب الوسواس القهري

تتعدد أسباب الوسواس القهري فالمدخل البيولوجي يركز علي أن تطور الوسواس القهري يكون استجابة للاستعداد البيولوجي (Dinn & Haris, 1999) علي الرغم من أن الأساس البيولوجي لا يزال غير معروف بدرجة دقيقة (Stahl , 2000 , 337) .

وفي هذا يلعب العامل الوراثي دورا مهما في زيادة معدلات حدوثه بين الأقارب من الدرجة الأولى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري وبين التوائم المتشابهة أكثر من التوائم الأخوية (غير المتماثلة) (Fadem & Simring , 1998 , 79) .

فهو يبلغ في التوائم المتماثلة (٣٢-٦٣٪) عنه في التوائم غير المتماثلة (٧٪) وإن كانت بعض الدراسات قد أشارت إلي غير ذلك ، وتكون العوامل الوراثية أكثر وضوحا في الحالات التي يبدأ فيها ظهور الأعراض قبل سن الرابعة عشرة ، كما أن نسبة الإصابة بالوسواس القهري في أفراد عائلة المريض أعلي منها في أفراد المجتمع العاديين حيث وصلت إلي ٣٥٪ في الأقارب من الدرجة الأولى مقارنة بنسبة ١٪-٣٪ في أفراد المجتمع العاديين (وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣ ، ٥٦) .

وقد أوضح المسح بانبعثات البوزترون عند مقارنة مرضي الوسواس القهري بعينة ضابطة أن هؤلاء المرضي لديهم معدل مرتفع للتمثيل الغذائي للجلكوز في الفص الأمامي للمخ والممر الحزامي الذي يربط الفص الأمامي بالأنوية القاعدية كما وجد أن زيادة معدل التمثيل الغذائي للجلكوز ترتبط بحدة الوسواس القهري وتبدي بعض مناطق المخ في

مرضى الوسواس القهري أنشطة شاذة اعتمادا علي نقص السيروتونين الذي يعد أحد الناقلات العصبية (محمد السيد ، ٢٠٠٠ - أ ٢٧٨-٢٧٩) .

ويشير سويدو (Swedo , 2002) إلي أن بعض حالات الوسواس القهري وبعض الاضطرابات الأخرى تنشأ من وجود عدوي سبحية طفلية تدمر النوى أو العقد القاعدية Basal Ganglia والبنائات المرتبطة بها. وهي مسئولة عن التحكم الحركي الأساسي ، والتحكم بالمعارف وهذه البنائات تستقبل الإسقاطات القادمة من معظم المناطق تقريبا في اللحاء ، وترسلها بالتالي إلي اللحاء الأمامي (جون ر. أندرسون ، ٢٠٠٧ ، ٤٨) .

ويشير (وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣ ، ١٥٠) إلي أن الوسواس القهري ينتج من زيادة معدلات النشاط في قشرة المخ الحجاجية الأمامية والموجودة خلف الحاجبين والمسئولة عن إدراك الخوف والخطر. كما يظهر رسم المخ الكهربائي (جهاز تخطيط كهربائية الدماغ) سرعة دخول المريض في نوم حركة العين السريعة Decreased Rapid Eye Movement (Fadem & Simring , 1998 , 79) .

ويشير (عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ١٦٧) إلي احتمال وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ ، وتسبب هذه البؤرة حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو اندفاعا وتستمر هذه الدائرة الكهربائية في نشاطها رغم محاولة مقاومتها ، تماما كما تتعطل الاسطوانة وتتكرر النغمة نفسها ، وتستمر إن لم يحركها الفرد إلي نغمة أخرى .

وتشير فرضية نقص السيروتونين Serotonin والذي يعد أحد أهم الناقلات العصبية أن أكثر العقاقير تأثيرا وفعالية (الكلومبرامين) في علاج حالات الوسواس القهري ترفع أو تزيد من نسبته (Stahl , 2000 , 339) . وبالرغم من ذلك كانت الدراسات التي اهتمت بفحص تأثير السيروتونين علي الوسواس القهري حاسمة فقد وجد ارتباط بين التحسن في أعراض اضطراب الوسواس القهري وانخفاض في عمليات الأيض للسيروتونين (زرجز ، فوا ، ٢٠٠٢ ، ٤٨٧) .

ويرجع الوسواس القهري كما تري نظرية التحليل النفسي إلي اضطراب في المرحلة الشرجية في تكوين شخصية الطفل (Puri et al . 2002 , 220) وقسوة رقابة الأنا الأعلى للفرد ، ولكل تصرفاته مما يخلق لديه الوسواس والشك في عدم قدرته علي التحكم في تصرفاته ومراقبتها (محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤ ، ٢٠٣) .

وعصاب الوسواس القهري يعكس السيطرة الكاملة للقلق والافتقار البين لتقدير المرء لذاته ، والذي ينتج عن عدم النجاح الواضح في إقامة العلاقات

البيشخصية ، وتتكون عمليات الأمان الناتجة من أفكار وأحداث وقتية تبدلت لا شعوريا إلى السلوك المثير للقلق ، وينظر سوليفان إلى عصاب الوسواس القهري علي أنه يتشابه في جوانب عدة منه مع الفصام وعادة ما يمثل سببا (مقدمة) أو نتيجة لهذا الشكل من الأمراض الذهانية(محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ٢٦١) .

كما تلعب حيلتي الإلغاء والعزل دورا هاما في الوسواس القهري ، (Esman, 2001)
(321 حيث يقوم الفرد بسلوك قهري يلغي ما قام به فعلا وكان غير مقبول شخصيا أو اجتماعيا، وأما العزل يتم تطويق الانفعالات والاندفاعات المثيرة للقلق وتسعي لعزلها ونحاول كبتها ، وحفظ الفرد من هذا القلق ، إذا نجحت هذه الحيلة جزئيا فقط ، وكان العزل غير كامل ، فإن بواقى هذه الانفعالات ، وفلول تلك الاندفاعات تتسلل مسببة الفكر الوسواسي والسلوك القهري (حامد زهران ٢٠٠٥ ، ٥١١) .

ويشير أدلر إلى أن السلوك القهري والأفكار القهرية يمكن أن تعبر عن المعادة أو الكراهية أو الخصومة كما يحدث عندما تنجح امرأة غير سعيدة في إثارة زوجها بأن تقضي أيام كاملة في تنظيف منزلها (محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ١٨٢) .

ويعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن الوسواس يمثل مثيرا شرطيا للقلق وإذا ارتبط الفكر الوسواسي بمثير غير شرطي للقلق فإنه يصبح أيضا مثيرا للقلق(حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٥١١) .

وفي السلوك القهري يجاهد الفرد لخفض حدة القلق والشعور بالآسي الناتج عن الأفكار الوسواسية من خلال القيام بسلوك معين ، وخفض حدة القلق يعزز هذا السلوك القهري (Frost & Steketee , 2002).

أما النموذج المعرفي: فقد قدمت عدة تفسيرات معرفية لأعراض الوسواس القهري فيري كار ، ١٩٧٤ أن مرضي الوسواس القهري لديهم توقعات عالية غير عادية للنتائج السلبية ، وأنهم يبالغون في تقدير النتائج السلبية لعدد من الأفعال والتصرفات. وهو يذكر أن محتوى الوسواس يتضمن نمط مبالغة في الاهتمام والقلق الموجود لدي الأفراد العاديين بالصحة والموت ورفاهية الآخرين والجنس وما شبه ذلك. ويرى أن مصادر قلق واهتمام مرضي الوسواس القهري مماثلة لمصادر قلق واهتمام مرضي اضطراب القلق العام ، ومخاوف الأماكن المفتوحة والمخاوف الاجتماعية . وفي هذا يتفق تفسير كار مع ما قدمه بيك Beck, 1976 والذي يرى أن محتوى الوسواس يرتبط بالخطر في شكل شك أو تحذير

ولا يفرق كلا التفسيرين بين الوسواس المرتبطة بالتهديد والأفكار المرتبطة بالتهديد لدي مرضي المخاوف (زرجز ، فوا ، ٢٠٠٢ ، ٤٨٢).

ويرجع الوسواس القهري إلي التشويه المعرفي (Rachman & Shafran , 1999) وضو الشعور المتضخم للمسئولية الشخصية من الممكن أن يكون مرتبط بدرجات مرتفعة من الشعور بالضمير الحي ، وبتكريس الوقت للعمل ، والإحساس الحاد من الالتزام الاجتماعي ، وبالتالي فإن إقحام الأفكار يترتب علي ذلك (Salkovskis et al ., 1999, 1060).

كما انتهت نتائج دراسة كولز وهورنج (Coles & Horng , 2006) علي عينة من طلاب الجامعة بلغ قوامها (٣٧٧) إلي أن المعتقدات تنبئ بأعراض الوسواس القهري. بينما تشير نتائج دراسة ستيتشمن وودي (Szechtman & Woody , 2004) إلي أن الاضطراب الوظيفي في المعتقدات لا يلعب دورا هاما في حدوث أعراض الوسواس القهري. وتظهر نظرية رتشان أن سلوك المراجعة يحدث عندما يعتقد الأفراد أنهم يتحملون مسئولية كبيرة ، ويعملون علي وقاية الآخرين من الإصابة بالأذى ، فإنهم يشعرون بعدم الثقة بأن التهديد المدرك بشكل كافي تم استبعاده أو خفضه في محاولتهم للتيقن من غياب أو استبعاد الأذى يلجئون إلي تكرار عمليات المراجعة (Rachman , 2002, 629).

كما أن جمود التفكير لدي الأفراد يؤدي إلي استمرار أعراض الوسواس القهري (Schullz & Searleman , 2002) كذلك فإن فكرة الشعور بالآسي تستجلب من خلال محتوى إقحام الأفكار ، وإدراك الفرد الذاتي لها (Rowa & Purdon , 2003).

وانتهت نتائج دراسة نوردال وستايلز (Nordahl & Stiles , 1997) إلي أن الحماية الزائدة ، وانخفاض مستوي الرعاية الوالدية ترتبط ايجابيا بحدوث الوسواس القهري. وخلصت نتائج دراسة باركر وآخرون (Parker et al ., 1997) إلي عدم وجود ارتباط دال بين الوسواس القهري ومستويات مرتفعة من الحماية الزائدة والضبط. كما أن الضبط الزائد للانفعالات ، قمع الطفل وحرمانه من التعبير عن ذاته ، وخاصة أسلوب الأهل في تدريب الطفل علي الطهارة والإخراج والنظافة في مرحلة الطفولة عجز الآباء عن خلق جو المرح والضحك ، بل ومعاقبة الطفل إذا فعل ذلك ، يدفعه إلي أن يمتص أوامر الأهل ونواهيهم بصورة شديدة جدا لدرجة أن كل حياة الطفل أصبحت لاستهداف رضاء الوالدين وموافقتهم مما يدفع الطفل للانخراط في سلوك سحري وطقوسي (محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ٣٠٤).

كما أن الخبرات المبكرة للأمهات اللائي يتصفن بالوسواس من المتوقع أن ينقلن الميل للأعراض الوسواسية لأطفالهن من خلال التعلم الاجتماعي (Gelder et al ., 1999, 122) .
وانتهت نتائج دراسة كرومر وآخرون (Cromer et al ., 2007) إلي ارتباط دال إحصائياً بين أعراض الوسواس القهري وأحداث الحياة اليومية.

الدلائل التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري

يجب أن تتوافر أعراض وسواسية أو أفعال قهرية ، أو كلاهما في أغلب الأيام لمدة أسبوعيين مستمرين علي الأقل ، وتتميز الأعراض الوسواسية بالميزات التالية :

(١) يجب إدراك أنها أفكار المريض ، أو نزواته الخاصة .
(٢) يجب أن تكون هناك فكرة ، أو فعل واحد علي الأقل لا يزال المريض يحاول مقاومته دون نجاح .

(٣) يجب ألا تكون الفكرة أو تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدراً للمتعة (لا يعتبر مجرد تخفيف التوتر أو القلق متعة)

(٤) يجب أن تكون الأفكار أو التصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج (وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣ ، ٦٧-٦٨) .

وفي الطب النفسي يوصف فعل ما بأنه قهري إذا توافرت فيه الشروط التالية :
١- أن يحس المريض بأنه مرغم علي فعل معين يراه بلا جدوى ، أو زائداً عن الحد الطبيعي.

٢- أن يحاول المريض منع نفسه من تكرار هذا الفعل ، ولكنه دائماً ما يفشل بسبب ما يعتريه من ضيق وتوتر.

٣- أن تكون الاستجابة للأفعال القهرية بنوعيتها الحركي أو العقلي من قبل المريض من أجل منع أو إنقاص المعاناة المصاحبة للامتناع عن فعلها أو من أجل منع حدوث مكروه (وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣ ، ٥٦) .

التشخيص الفارقي

* تظهر الأعراض القهرية بكثرة مع الأمراض العضوية مثل الحمى المخية ويعد إصابات الفص الصدغي في المخ ، وكذلك اضطراب العقد القاعدية مثل الشلل الاهتزازي، والرقص الروماتزمي، واللوازم العصبية (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ١٨٢) .

* وتثار مشكلة أخري في التشخيص تتعلق باضطراب التشوه الوهمي للجسد والخصائص الأساسية لهذا الاضطراب ، هي الانشغال الشديد بتشوه تخيل في المظهر، وهنا أيضاً إذا كان هناك وساوس أو دفعات قهرية موجودة لدي مريض

اضطراب التشوه الوهمي للجسد ، تشخص الحالة بأنها اضطراب وسواس قهري(زرجز، فوا ، ٢٠٠٢ ، ٤٨٠).

* اضطرابات الأكل أو السلوك الجنسي أو المقامرة المرضية أو الإدمان فعندما يندمج فيها الشخص بشدة قد يشار إليها بأنها فعل قهري ، ولكن هذه الأنشطة ليست أفعالاً قهرية حقيقية ، لأن الشخص يحصل علي لذة من أي منها ، وقد يرغب في مقاومتها بسبب نتائجها الضارة فقط ، وكذلك الحال في هوس السرقة(عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٨٤).

ويكون من المفيد إكلينيكيًا أن نميز بين القهري في مريض الوسواس القهري والسلوك الاندفاعي لهؤلاء الذين يظهرون قدرة منخفضة علي الضبط ومقاومة أقل مثل هؤلاء الأفراد يعانون من اضطرابات الأكل أو السيكوباتية(Puri et al ., 2002 , 219) .

* وفي نوبة الاكتئاب الأساسي قد توجد وسواس غير حقيقية(مثل الأفكار التشاؤمية) ولكن لا توجد مواصفات الاكتئاب التشخيصية(عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٨٤).

وكثيرا ما يعاني مرضي اضطراب الوسواس من أعراض اكتئابية ، كما أن المرضي الذين يعانون من اضطراب اكتئابي متكرر قد يكتسبوا أفكارا وسواسية أثناء نوبات الاكتئاب ، وفي كلتا الحالتين تكون الزيادة أو النقصان في شدة الأعراض الاكتئابية مصحوبة بتغيرات موازية في شدة الأعراض الوسواسية (محمد سعيان ، ٢٠٠٣ ، ١٢٨) .

وتوجد الوسواس في أكثر من خمس حالات الاضطرابات الاكتئابية وأيضا في الفصام ، ولذلك فإنه من المهم بناء تشخيص دقيق لأن الاضطرابات الاكتئابية مع الوسواس غالبا تستجيب جيدا للعلاج بمضادات الاكتئاب. كما يجب التمييز بين الهذاء والوسواس القهري ، ففي الهذاء يفقد المريض الاستبصار ويؤمن المريض بصحة الأفكار وأنها حقيقية علي عكس مريض الوسواس القهري الذي يكون لديه استبصار بحالته (Gelder et al ., 1999 , 122 ; Puri et al ., 2002 , 219).

كما أن النسبة العالية لاضطرابات القلق الأخرى وأعراض القلق بين مرض الوسواس القهري يعقد تشخيص اضطراب الوسواس القهري ، فعلي سبيل المثال يتسم اضطراب القلق العام بالقلق الشديد ، وهذا القلق يختلف عن الوسواس في أن القلق يكون شديدا حول ظروف الحياة الواقعية ، ويخبره الشخص علي أنه مرغوب ومناسب ، وعلي

النقيض فإن محتوى الوسواس غالبا ما يكون غير واقعي ، يخبرها الشخص علي أنها غير مناسبة ، وفي بعض الحالات يعكس محتوى الوسواس أحداثا ، يمكن أن تحدث في الواقع ، إلا أنه في مثل هذه الحالات يبالغ الشخص بدرجة كبيرة في احتمالات هذا الحدث (علي سبيل المثال احتمال الإصابة بالسرطان نتيجة للتعرض العادي للكيميائيات المستخدمة في المنازل) (زرجز ، فوا ، ٢٠٠٢ ، ٤٧٩) .
وقد ينظر إلي القلق علي أنه من أسباب الوسواس الرئيسية ، والبعض ينظر إليه علي أنه نتيجة للوسواس ، وقد وجد أن مريض الرهاب ومريض الوسواس ينتشر لديهما المخاوف المرضية المرتبطة بالقدارة ، وانتقال العدوى وهذا ما يدفعهما إلي تجنب هذه المثيرات (محمد سغان ، ٢٠٠٣ ، ١٢٧ ، ١٣٠) .

علاج الوسواس القهري

١- العلاج الدوائي

تتوافر ثلاث أنواع من العقاقير أثبتت فاعليتها في علاج حالات الوسواس القهري كما أن لها خاصية زيادة الموصل العصبي السيروتونين: الكلوميبرامين Clomipramine وهو من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات قد أثبتت فاعلية في تحسن حالة المرضى بالوسواس القهري ، ولكن الجرعات العالية من هذا العقار تحدث آثار جانبية ، والعقاقير الأخرى هي أقل فاعلية من عقار الكلوميبرامين هي : بروزاكين Paroxetine والعقارين الآخرين هو الفلوكسيتين Fluoxetine والفلوفوكسمين Fluvoxamine .

العلاج بالجراحة النفسية

الجراحة النفسية هي نوع خاص من جراحة المخ فهي أيضا بديل متاح وبخاصة للحالات الشديدة من المرض . والإجراء الجراحي المستخدم حاليا يسمى الاستئصال الطوقى ، ويتلخص في تدمير مسافة تتراوح بين ٢ ، و ٣ سم من المادة البيضاء في الطوق (منطقة في المخ قريبة من الجسم الجاسئ) ولكن النتائج بعيدة عن أن تكون حاسمة ، ويجب النظر إلي التدخل الجراحي علي أنه الملاذ الأخير (أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٣٥٠) .

العلاج بالتحليل النفسي

من خلال تمكين المريض من أن يتعرف إلي الصراع الكامن عن طريق إبطال كبت الصراع اللاشعوري ، مع تحليل متعمق للدفاعات الوسواسية القهرية وإن كانت العديد من الدراسات التي تناولت مدي شفاء الوسواس القهري باستخدام العلاج بالتحليل النفسي قد أثبتت كفاء أقل (أحمد عبد الخالق ٢٠٠٢ ، ٣٢٢-٣٢٣) .

العلاج السلوكي

بعد عقد سلسلة من اللقاءات فإن المريض تتضح أعراض مرضه ، فيمكن استخدام الجلسات الاسترخائية ، واستخدام فنية التحصين التدريجي ، (Okasha , 1977) (147) كما يمكن استخدام فنية إيقاف التفكير Thought Stopping وتعتمد هذه الفنية علي الاقتران بين الفكرة الوسواسية والنطق بصوت عالٍ "قف" بعد ذلك يتم خفض الصوت تباعا حتى يصل إلي النغمة العادية التي تعود عليها المريض (محمد سغان ، ٢٠٠٣ ، ١٤٢-١٤٣).

ويستخدم العلاج بالسلوك وسيلة تسمى "إعاقة الاستجابة" لمعالجة سلوك الوسواس القهري ، وهي عبارة عن تدخل خارجيا يحول بين الوسوسة والسلوك القهري الذي يتبعها حيث يتم تقييد المريض جسديا للحيلولة دون تنفيذ السلوك القهري ، ويمكن استخدام "منع الاستجابة التدريجي" وهو لا يحاول كسر الارتباط كله مرة واحدة ، وبدل ذلك يحاول المريض أن يؤخر وقت القيام بالسلوك القهري وذلك لكسر الدائرة الارتباطية بين المثير الوسواسي والاستجابة القهرية (فورجيوني وآخرون ، ٢٠٠٥ ، ١٤٠-١٤١).

المزاوجة بين العلاج السلوكي والعلاج بالعقاقير

تناولت دراسات قليلة تأثيرات الجمع بين العلاج بالسيروتونين مع التعرض مع منع الاستجابة فقد درس ماركس وآخرون ، ١٩٨٠ تأثير المزاوجة بين الانبيرامبين والعلاج السلوكي علي أربعين مريضا بالوسواس القهري وقد وجد تأثير كبير للعلاج السلوكي وتأثير إضافي بسيط للعلاج بالعقاقير بعد العلاج مباشرة . ولأن فترة العلاج بالعقاقير فقط كانت قصيرة (٤ أسابيع) لم يتيسر تقويم كفاءة العلاج بالعقاقير فقط (زرجز ، فوا ، ٢٠٠٢ ، ٤٩٥).

وانتهت نتائج دراسة (سعاد البشر ، صفوت فرج ، ٢٠٠٢) إلي التحقق من فعالية العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة في علاج حالات السلوك الوسواسي القهري ، المتمثل في النظافة والاعتسال. ورغم فعالية العلاج الدوائي ، الذي أظهر تحسنا واضحا هو الآخر ، إلا أن القيمة الحقيقية للعلاج السلوكي تتمثل في أنه يوفر للمريض استبصارا جيدا بطبيعة الاضطراب ، ويزوده بآليات ومهارات يتعامل بها مستقبلا مع احتمالات الانتكاس ، ويشعره بالاجابية والمشاركة الإرادية الواعية في الخطة العلاجية ، ويوضح كل هذه المتغيرات في الاعتبار مقابل الحلول الكيميائية (الدوائية) وآثارها الجانبية وسلبية المريض في تلقيها وتكرار العودة لها مع كل انتكاسة ، تصبح للعلاج السلوكي أفضلية واضحة .

العلاج الديني

ينطلق العلاج الديني الموجه للوسواسي من الآية الكريمة :-

(وَمَا يَزْعَمَنَّكَ مِنَ الشَّيْطَانِ نَزْغٌ فَاسْتَعِذْ بِاللَّهِ إِنَّهُ سَمِيعٌ عَلِيمٌ)
(الأعراف: ٢٠٠)

وعليه فإن توجيه هذا الفرد إلي ذكر الله ، سواء بالاستماع إليه في مجالس استماع القرآن الكريم ، تلك المجالس التي تتطلب أدابا خاصة كالطهارة : طهارة البدن والثوب والنفس ، والخشوع والتوجه إلي الله والتفكير في معاني كلامه أو تلاوة القرآن الكريم في مجالس التلاوة. كما أن توجيهه إلي أداء الصلاة بما فيها من تلاوة وخشوع وحركات ، وبما تحمله من توجه مباشر إلي الله سبحانه وتعالى حيث يدعو الإنسان المضطرب ويطلب منه العون ، وتوجيهه إلي الصيام والزكاة وغير ذلك من العبادات الإسلامية يمكن أن يكون عوناً له في التخلص من وسواسه (محمد عودة ، كمال مرسي ، ١٩٩٤).

ويشير كل من تيسمان وكاي ولييرمان ، (Tasman , Kay ,Lieberman , 1997) إلى متطلبات البرنامج العلاجي الناجح علي النحو التالي:

١- الفهم التشخيصي الشامل Comprehensive Diagnostic Understanding

٢- نمو أو تطوير أهداف لعلاج Developing Goals of Treatment

٣- تطوير أولويات العلاج Developing Treatment Priorities

٤- مراقبة وضبط نتائج العلاج Monitoring Treatment Results

٥- تجنب العلاج غير المحدد Avoidance of Indefinite Treatment

٦- تعاون الفريق العلاجي Team Collaboration

اضطرابات القلق لدي العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة

اضطرابات القلق تؤثر في نسبة ٢٠٪ من الأفراد فوق سن ١٨ سنة وإكلينيكيًا فإن

اضطرابات القلق تتوزع بالتساوي بين الذكور والإناث ، وإن كانت في عينات الوبائيات تكون الإناث أكثر من الذكور (Cheng & Myers , 2005 , 117).

يطور الأفراد المتخلفين عقليا اضطرابات القلق (Reiss, 2000). واضطرابات

القلق منتشرة لدي الراشدين المتخلفين عقليا والعادين (Allen & Elizabeth , 1989).

وأظهرت نتائج دراسة جارفيد (Garfield , 1963 , 594) ارتفاع مستوي القلق لدي

المتخلفين عقليا مقارنة بالعادين ، وأن هذه المستويات المرتفعة من القلق لدي المتخلفين

عقليا سوف تؤثر تأثيرا بالغا علي أداء المتخلفين عقليا. وأجريت دراسة جوستاسن

(Gostason , 1985) علي عينة بلغ قوامها ١١٥ متخلفا عقليا ما بين ٢٠-٦٠ سنة ، وانتهت نتائجها إلي أن ٢,٦٪ يعانون من اضطرابات القلق.

وأما دراسة رايس (Reiss , 1990) فقد انتهت نتائجها إلي أن نسبة انتشار القلق لدي المتخلفين عقليا كانت ٣١٪. وغالبية الدراسات التي أجريت علي المتخلفين عقليا قررت فقط انتشار اضطرابات القلق لدي المتخلفين عقليا بنسبة ٦٪ (Ballinger et al ., 1991) و٦,٣٪ (Crews et al ., 1994) .

وأجريت دراسة روجا وآخرون (Rojah et al ., 1993) علي عينة بلغ قوامها ٨٩,٤١٩ وانتهت نتائجها إلي أن ٠,٣٪ من العينة يعانون من القلق.

أما دراسة ديكر وكوك (Dekker & Kook , 2003) فقد أجريت علي عينة بلغ قوامها ٤٧٤ طفلا متخلفين عقليا تراوحت أعمارهم ما بين ٧-٢٠ سنة منتظمون في المدارس ، وأسفرت عن أن ٣٨,٦٪ يعانون من القلق . وفي عينة مكونة من ٢٦٤ طفلا يعانون من إعاقات عقلية ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٥-١٥ سنة خلصت نتائج دراسة إميرسون (Emerson , 2003) إلي أن نسبة انتشار القلق لدي المتخلفين عقليا تكون ٨,٧٪.

ويشير كليلاند (Cleland , 1978 , 38) إلي أن إدراك الخطر ومحاولة تجنبه يظهر في عمر مبكر من حياة الفرد ، ويصاحب هذا الإدراك خوفا شديدا ويظهر للأطفال المتخلفين عقليا خوفا مرضيا من الارتفاعات ، وذلك لارتباطه لديهم بالخوف من السقوط أو الوقوع الذي يفضي إلي الموت ، ويحاولون الابتعاد قدر الإمكان عن الذهاب إلي الأماكن المرتفعة لكي يبقوا علي قيد الحياة .

وانتهت نتائج دراسة ديرفنسكي وفاندنبرج (Derevensky, 1979 ; Vandenberg , 1993) إلي انتشار المخاوف التالية : الخوف من الحيوانات والناس ، والأشباح ، والآلات ، والموت ، والخوف من الإصابة بجروح لدي عينات من المتخلفين عقليا وذوي صعوبات التعلم ، والعاديين . وتتضاعف نسبة الخوف من الحيوانات لدي الإناث مقارنة بالذكور.

وأسفرت نتائج دراسة ستيرنلشيت (Sternlicht , 1979) إلي أن المخاوف لدي عينة مكونة من ٢٢ راشدا متخلفا عقليا خفيف الدرجة كانت من الحيوانات ، والظواهر الخارقة للطبيعة وكانت تمثل ٥٦٪ من المخاوف المقررة لديهم ، بينما كانت المخاوف المرتبطة بالإصابات البدنية والضغوط النفسية تشكل ٣٢٪ من المخاوف المقررة.

والخوف من الإصابة لدي الطفل المتخلف عقليا تولد لديه شعورا بالألم فعندما يصاب أحد الأطفال نجد أن أقرانه يصرخون أحيانا ، ويكون ، ويبتعدون عن المصاب ، ولوحظ أنهم يخشون الذهاب إلي طبيب الأسنان لما يسبب ذلك من ألم مبرح ، ولوحظ كذلك أنهم يهرعون إلي المدرس في حالة إصابة أحدهم ويخبروه في حالة خوف شديد.

وأشارت نتائج دراسة دف وآخرون (Duff et al ., 1981) إلي أن الراشدين المتخلفين عقليا البالغ عددهم(٢٠) متخلفا عقليا حددوا مخاوف دالة مقارنة بالعاديين من الرعد ، والبرق ، والمقابر ، وعبور الطريق ، والنار ، والخطف والميكروبات والجراثيم. وأسفرت نتائج دراسة نوفوسل (Novosel, 1984) إلي أن الخوف من الظلام كان الأكثر انتشارا في عينة تتألف من ٥٩ راشدا متخلفا عقليا.

وانتهت نتائج دراسة كنج وآخرون (King et al , 1994) إلي حصول المتخلفين عقليا علي درجات مرتفعة في المخاوف مقارنة بالمجموعات الثلاث (العاديين - ضعاف السمع - المكفوفين) وعدد أكبر من المخاوف المرضية ، وقرروا وجود مخاوف تتصل بالخوف من الإصابة ، ومخاوف تتصل بالخوف من الظلام والجروح ، والخوف من المجهول ، والحيوانات الصغيرة ، وكانت الإناث أكثر خوفا من الذكور.

وخلصت نتائج دراسة بيكرسجيل وآخرون (Pickersgill et al., 1994) إلي أن المخاوف لدي المتخلفين عقليا كانت أكثر شدة مقارنة بالعاديين ، وكانت أعلي في الخوف من الخلاء (الخوف المرضي من الأماكن الواسعة) والخوف من العدوان ، والجنس ، والحيوانات. مثل الخوف من الكلاب (Lindsay et al ., 1988).

وانتهت نتائج دراسة جالون وآخرون (Gullone et al ., 1996) إلي أن المتخلفين عقليا خفيفي ومتوسطي الدرجة والبالغ عددهم(١٨٧) وعينة من الأسوياء البالغ عددهم (٣٧٢) لديهم مستويات مرتفعة من المخاوف مقارنة بالأسوياء ، ويعانون من الخوف من الظاهر الخارقة للطبيعة ، والخوف من النحل ، والسحالي .

أما دراسة ديكر وكوت (Dekker &Koot , 2003) فقد أجريت علي عينة من الأطفال المتخلفين عقليا بلغ قوامها (٤٧٤) طفلا ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٧-٢٠ سنة منتظمون في المدارس ، وأشارت نتائج الدراسة إلي أن ٢١.٩٪ لديهم مخاوف محددة ، و٢.٥٪ يعانون من قلق الانفصال .

ومن خلال فحص (٦) من الراشدين المتخلفين عقليا انتهت نتائج دراسة راتي(Ratey et al ., 1989) إلي أن أربعة منهم كانوا يعانون من اضطرابات القلق المعم.

وبالرغم من وجود صعوبات في تحديد الوسواس القهري لدى المتخلفين عقليا بسبب القصور المعرفي، وصعوبات في الاتصال (Bodfish & Madison, 1993) إلا أن رايس (Reiss, 2000) تري أن المتخلفين عقليا يطورون الوسواس القهري . ويرى كرافت (Craft) (1979, 145) ، أن القلق والوسواس وحالات التوتر لدي المتخلفين عقليا تكون أكثر تشابها مع ما هو مقرر لدي العاديين .

وانتهت نتائج دراسة فيتشيلو وآخرون (Vitiello et al ., 1989) والتي أجريت علي عينة من الراشدين المتخلفين عقليا المقيمين بالمؤسسات البالغ عددهم (٢٨٣) مريضا متخلفا عقليا ، إلي أن حوالي (١٠) متخلفين عقليا من العينة الكلية يعانون من الوسواس القهري .

وأسفرت نتائج دراستي كل من (Brown & Meszaros , 2007; Wincze et al 2007) . عن أن سلوك التجميع أو التكديس ينتشر لدي المتخلفين عقليا. علامات التوتر التي تظهر لدي المتخلفين عقليا في العدوان الموجة نحو الذات والآخرين ، والممتلكات ، فإن السلوك القهري عندما يتم إعاقته ، أو إيقافه غالبا يكون دليل علي وجوده لدي الراشدين المتخلفين عقليا (Vitiello et al ., 1989) .

ماثيو (١٣) سنة متخلف عقلي في مستوي شديد ، وأصم جزئيا و لا يستطيع الكلام ويعاني من الوسواس فهو يصر علي القيام بأشياء بالطريقة التي يريدها دائما علي نفس النحو فالنوافذ في المنزل لا يمكن فتحها أو غلقها بصورة تامة ، ولكن يتعين فتحها لحوالي ثلاث بوصات ونفس الطريقة بالنسبة لكل نوافذ المنزل ، وإذا خرجت العائلة فإنه يتعين أن تسلك دائما نفس الطريق وإذا ما جلس أفراد العائلة معا في المساء تعين أن يجلس كل منهم في وضع مستقيم ، ويضم ركبتيه معا ويدير رأسه إلي اليمين قليلا ، ولا يسمح لهم بوضع ركلة علي الأخرى ، أو الكلام أو قراءة جريدة ، فإذا ما حاول أحدهم أن يقوم بشيء لا يتفق مع وساوسه فإنه يلقي بنفسه علي الأرض في نوبة غضب فظيعة ، ويخرب معظم ما في المنزل (لويس مليكه ، ١٩٩٨ ، ٦٧) .

تعزي المخاوف لدي المتخلفين عقليا إلي أن العالم أكثر خطورة بالنسبة لهم مثل عبور الطريق ، كما أن المهارات اللغوية المتدنية ينتج عنها صعوبات جمة في مناقشة وتفسير استبعاد هذه المخاوف عندما تنشأ. ويفترض أن تأثيرات الخبرات الفاشلة الممتدة تكون شاملة ، وهناك احتمالية أن تؤدي إلي حدوث القلق لدي المتخلفين عقليا (Ollendick & Ollendick , 1983) وتعرض المتخلفين عقليا إلي مزيد من خبرات الفشل

والحرمان الاجتماعي يفضي إلي ارتفاع معدلات القلق المقررة (Balla & Zigler , 1979) وانتهت نتائج دراسة لي ثين (Levine , 1985) إلي أن المتخلفين عقليا يعانون من مستويات مرتفعة من القلق الموقفي تحت تأثير الظروف الضاغطة.

بالرغم من تجاهل دراسة المخاوف والقلق والوسواس لدي الأطفال التوحديين في التراث ، إلا أنه قد جرت محاولات لعلاج حالات الفوبيا من ركوب الأتوبيس (Luiselli , 1978) . فقد قام كل من ماتسون ولف (Matson & love , 1990) بتدريب أمهات الأطفال التوحديين علي تدريب أطفالهم علي عدم الخوف من الخروج ، أو الذهاب إلي الحمام للاغتسال. وأسفرت نتائج دراسة راب (Rapp et al., 2005) إلي نجاح علاج مراهقة توحدية علي الاستحمام في حوض السباحة .

وانتهت نتائج دراسة ماتسون ولف (Matson & Love , 1990) إلي أن الأطفال التوحديين يكونون أكثر خوفا من العواصف الرعدية ، والأماكن المظلمة والتواجد في حشود ، والغرف المظلمة أو المغلقة ، والذهاب إلي النوم في الظلام والأماكن المغلقة .

وانتهت نتائج دراسة جرين وآخرون ، كيم وبيليني (Green et al ., 2000; Kim et al ., 2000; Bellini, 2004) إلي ارتفاع معدلات انتشار القلق واضطراب الهلع ، وقلق الانفصال ، والقلق الاجتماعي لدي الأطفال التوحديين مقارنة بأقرانهم العاديين .

وانتهت نتائج دراسة كيم وآخرون (Kim et al ., 2000) إلي أن ١٣.٦% من الأطفال التوحديين يحصلون علي درجات مرتفعة علي مقاييس القلق المعمم.

كما أشارت نتائج دراسة جلت وآخرون (Gillot et al., 2001) إلي أن الأطفال التوحديين في المستويات المرتفعة سجلوا درجات مرتفعة علي مقاييس القلق مقارنة بذوي إعاقات التعلم والعاديين ، وكذلك الوسواس القهري ، وقلق الانفصال ، ومخاوف من الإصابات البدنية ، واضطراب الهلع ، وإلي ارتفاع السلوك القهري ، والتكرار ، والطقوس ، والسلوك النمطي .

ينتشر القلق لدي المعوقين سمعيا (Robinson , 1978) فقد قرر بولارد (Pollard , 1994) أن ٣.٨٪ من الصم في مقابل ٢.٣٪ من السكان كانوا يعانون من القلق. أما ديجل (Daigle , 1994) فقد وجد اضطرابات القلق في الصم تبلغ ٤٪ في مقابل ١٪ للأفراد العاديين.

وانتهت نتائج دراسة كينج وآخرون (King et al ., 1989) إلي عدم وجود فروق بين الصم البالغ عددهم ١٣٨ طفلا ومراهقا وتراوحت أعمارهم ما بين ٨-١٦ سنة ، ومجموعة العاديين البالغ عددهم ١٣٤ طفلا ومراهقا في نفس المرحلة العمرية في الدرجة

الكلية للمخاوف ، ووجود فروق دالة إحصائيا بين الجنسين فقد سجلت الإناث درجات مرتفعة علي قائمة المخاوف مقارنة بالذكور ، وكانت أكثر المخاوف شيوعا كانت من الجهول ، والموت ، والخطر ، والفشل ، والنقد والفشل في الامتحان ، والحصول علي درجات متدنية ، والإصابة ، والحيوانات الصغيرة .

وأسفرت نتائج دراسة كينج(King et al ., 1994) إلي أن كل من المعوقين سمعيا والعاديين يعبرون عن مخاوفهم من المثيرات الخطيرة المحتملة ، لكنهم يتباينون في نوعية المخاوف ، فالعاديين يخافون من الفشل والنقد ، بينما المعوقين سمعيا أكثر خوفا من الأشياء غير المألوفة ، والإصابة ، والحيوانات الصغيرة .ومعدلات انتشار السلوك الطقوسي والوساسي لدي الأفراد المعوقين سمعيا شائع بينهم(Kitson &Fry , 1990) .

ينتاب المعوقين بصريا المخاوف ، وعدم الشعور بالأمن من حين لآخر(سعيد حسني ، ٢٠٠٢-أ ، ١٠٠) . وانتهت نتائج دراسة هاردي (Hardy , 1966, 81) إلي أن المراهقين المكفوفين الأكبر سنا يعانون من قلق مرتفع مقارنة بالمراهقين الأصغر سنا .

وأسفرت نتائج دراسة ماسترو وآخرين(Mastro et al ., 1985) إلي أن المعوقين بصريا يعانون من قلق الحالة وقلق السمة . وقد قررت نتائج دراسة ويلهيم (Wilhelm , 1989) عدم وجود فروق دالة بين درجات الإعاقة البصرية في المخاوف والقلق .

إن المعوق بصريا أكثر من أقرانه المبصرين عرضة للقلق خاصة في مرحلة المراهقة نظرا لعدم وضوح مستقبله المهني والاجتماعي ، وما يواجهه من صعوبات في تحقيق درجة عالية من الاستقلالية والتي يسعى لها جميع المراهقين في العادة ولا يعني ما سبق أن المعوقين بصريا يطورون سلوكا عصابيا أكثر من غيرهم (يوسف القريوتي وآخرون ، ١٩٩٨ ، ٢٠٧) .

أما عن اضطرابات القلق لدي ذوي صعوبات التعلم فقد أسفرت نتائج دراسة كولنيل (Cullinan et al ., 1981) عن أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يظهرون القلق ، والانسحاب ، والاكتئاب . وأشارت نتائج دراسة فيشر وآخرون (Fisher et al ., 1996) إلي ارتفاع معدلات انتشار قلق الحالة وقلق السمة لدي الأفراد ذوي صعوبات التعلم .

واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تكون مقررة في الأفراد ذوي صعوبات التعلم ، كما أن اضطراب الوسواس القهري يكون أيضا أكثر تكرارا لديهم مقارنة بالسكان (Gelder et al ., 1998 , 872) .

وينتشر القلق لدي الموهوبين فقد أسفرت نتائج دراسة فورسايف (Forsyth , 1987) عن أن الموهوبين أكثر قلقا من أقرانهم غير الموهوبين. وتنتشر المخاوف لدي الموهوبين فقد أسفرت نتائج دراسة تيبى (Tippey 2006) عن انتشار المخاوف لدي عينة من الموهوبين بلغ عددهم (٢٨٧) ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٧-١٠ سنوات ، وكانت أهم المخاوف لدي الموهوبين الخوف من : الاختطاف ، والتهديد بالسلاح ، والقتلة ، والموت ، واقتحام لص المنزل وأن تصدمه سيارة ، والايدين .

وتنتشر المخاوف لدي المعوقين بدنيا فقد انتهت نتائج كينج وآخرون (King et al 1990) .، إلي أن المعوقين بدنيا يخافون من الفشل والنقد ، والمجهول ومن الحيوانات الصغيرة ، والإصابة ، ومن الخطر ، والموت ، ومخاوف طبية مثل الذهاب إلي المستشفى ، ورؤية الناس الموتى ، وإعطاء الحقنة ، والذهاب إلي طبيب الأسنان ، والخوف من رؤية الدم ، والإينات قررن درجات مرتفعة من المخاوف مقارنة بالذكور .

ومن خلال فحص متآني لعدد من الدراسات يشير لينز وآخرون (Lenze et al ., 2001) إلي أن هناك ارتباط ايجابي بين اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب والإعاقة فكل منهما يؤثر في الأخر ويتأثر به ، وأن هناك ارتباط جوهري بين اضطرابات القلق والاكتئاب والمعوقين بدنيا .

أما عن اضطرابات القلق لدي المضطربين كلاميا ولغويا فقد انتهت نتائج دراسة بولدشتين ، كريج (Bloodstein , 1995; Craig , 2000) إلي وجود ارتباط دال بين اللججة واضطرابات القلق . كما انتهت نتاج نتائج دراسة هانكوك وآخرون (Hancock et al ., 1998) إلي أن الأفراد المتلجلجين يعانون من مخاوف ترتبط بالتواصل مع الآخرين.

أعراض القلق

اضطرابات القلق تكون أكثر شيوعا وتقابل بتكرار في مستشفيات الأمراض النفسية ، والكثير من المرضى لا يشكون من القلق ، ولكن يطلبون المساعدة من واحد أو أكثر من الأعراض البدنية للقلق (Gelder , et al ., 1999, 104).

وتلعب الحياة الانفعالية دورا بالغ الأهمية في حياة الأفراد ، فالانفعالات لا تضيف فقط السعادة إلي خبرات الطفل اليومية وتدفعه إلي السلوك والنشاط بل أيضا يمكن أن تكون مصدرا للإعاقة بالنسبة له . عن تأثير الانفعالات علي الحالة الجسمية للطفل قد تكون خطيرا وبصفة خاصة عندما تكون هذه الانفعالات قوية ومتكررة ، ومن ثم

فإن تأثير الانفعالات علي عمليات الهضم والنوم وغيرها التي تنتج عن التوتر الانفعالي قد تكون ذات أثر هدام علي النمط الجسمي للطفل (فتحي السيد عبد الرحيم ، ١٩٩٠ ، ١٣٩-١٤٠).
وهذه الأعراض يمكن توضيحها في الآتي:

١- أعراض جسمية فسيولوجية وهي : برودة الأطراف ، وتصيب العرق واضطرابات معديّة ، وسرعة ضربات القلب ، واضطرابات في النوم ، والصداع وفقدان الشهية ، واضطرابات في التنفس (مصطفى فهمي ، ١٩٩٥ ، ١٥٩).

كما يشعر المريض بالرغبة المستمرة في التبول وقد يصاحب ذلك آلام في المثانة ، وضعف الانتصاب وسرعة القذف من أهم أعراض القلق ، ومن أبرز أعراض الألم ، ألم عضلي أي ناشئ من توتر العضلات ، وقد يشعر بها المريض في صدره أو ظهره أو رقبته أو يديه وقدميه (عادل صادق ، ٢٠٠٣ ، ٣٧).

٢- أعراض معرفية: تتمثل في التفكير القلق المضطرب ، واضطرابات في الانتباه وفي القدرة علي إيجاد تفسيرات معرفية منطقية وفي كل مكونات الذاكرة Beck , 1976 .

٣- أعراض انفعالية : كالخوف من فقدان السيطرة علي النفس أو الموت.

٤- أعراض سلوكية: تتجلي في مواقف الخوف كالهروب بسبب الخوف أو تجنب موقف محرج (سامر جميل ، ٢٠٠٧ ، ٢٦٣). ويؤثر القلق تأثيرا جوهريا علي الأداء الاجتماعي ، والأسري ، والأكاديمي - والقلق الحاد يمتد من ٣٠ دقيقة إلي يوم أو يومين ، وتكون شكوى الفرد من الشعور بالاختناق والخفقان ، والعرق ، والارتعاش (Gelder et al , 2006, 196).

تشخيص اضطرابات القلق

قبل تناول تشخيص اضطرابات القلق نشير إلي بعض الصعوبات التي نواجهها عند تشخيص الاضطرابات النفسية لدي العاديين وبشكل خاص لدي ذوي الاحتياجات الخاصة : وللتدليل علي هذه الصعوبات يمكن تناول تشخيص التخلف العقلي علي سبيل المثال .
احتياجات المتخلفين عقليا وفقا لرايس وآخرون Reiss et al ., 1982 تظل في كثير من الأحيان بدون مقابلة للأسباب التالية:

١- صعوبات في تشخيص الاضطرابات النفسية لدي المتخلفين عقليا.

٢- الميل إلى عزو أعراض الاضطرابات النفسية إلى المتخلفين عقليا بدلا من عزوها لاضطرابات منفصلة (Szymanski & King, 1999).

ويشير سوفينر 1986, Sovner إلى بعض الأخطاء التي يمكن حدوثها عند تشخيص الأمراض النفسية لدى المتخلفين عقليا علي النحو التالي :

٣- القناع النفسي الاجتماعي : من المعروف أن المتخلف عقليا يتميز بضعف المهارات الاجتماعية بصفة عامة ، يترتب علي ذلك أن المواقف والخبرات الاجتماعية المتراكمة تكون محدودة لديه ، يؤدي ذلك إلي أن الأعراض النفسية لا تبدو بنفس الوضوح والثراء الذي نراه لدي غير المتخلفين عقليا مما يتسبب في صعوبات أو أخطاء في تشخيص هذه الأعراض .

٤- التملك المعرفي : عندما يتعرض المتخلف عقليا لمواقف ضاغطة انفعاليا فإنه يستجيب لذلك بتدهور في الأداء الوظيفي العقلي ، قد يؤدي إلي بعض الأعراض الغريبة التي تؤثر علي الأداء ومن ثم علي دقة التشخيص وصحته.

٥- التحريف العقلي : يجد المتخلف عقليا صعوبة في إيصال مشاعره الداخلية نتيجة لنقص الذكاء وضعف القدرة اللغوية... الخ (في : محمد عبد الرازق ١٩٩٩ ، ٨٢).

ولهذا يشير كل من روس وأوليفر (Ross & Oliver, 2003) إلي الحاجة الماسة لتطوير وسائل تقويم مناسبة للاستخدام مع الراشدين المتخلفين عقليا شديدي وعميقي الدرجة والذين يعجزون عن التقرير الذاتي .
وعلي الطبيب أن يستقي المعلومات عن المتخلف عقليا من أكثر من مصدر للأسباب التالية:

- * غالبية الراشدين المتخلفين عقليا الذين يأتون إلي العيادة الخارجية يعانون من اضطرابات موقفية بسيطة داخل نطاق الأسرة (Craft , 1979, 144).
- * تأثيرات التخلف العقلي تقلل من القدرة علي التفكير المجرد ، والاتصال باستقلال ، وهذا ينشأ عن القصور في اللغة ، هذا يجعل من الصعب علي هذا الفرد أن يصف مشاعره وأفكاره (Sovner , 1986).
- * علينا أن نتذكر دوما أن المتخلفين عقليا غالبا يعانون من توترات ، وقلق أثناء مقابلتهم في العيادات الخارجية (Craft , 1979, 144).

وكجزء هام من الطريقة الإكلينيكية فإن الإحصائي النفسي عليه أن يقوم بما يلي :

- ١- تنمية مجموعة من الفروض الإكلينيكية المتنوعة عن مشكلات العميل .
- ٢- التقرير عن أنواع الملاحظات ، والاختبارات التي تكون ضرورية لفحص هذه الفروض الإكلينيكية.
- ٣- فحص العميل وتكرار الملاحظات (Cromwell , 1968 , 78).
- ٤- حساب نسبة الذكاء ، وتطبيق اختبارات الشخصية (Craft , 1979 , 144)
- ٥- عند مقابلة المتخلف عقليا فإنه من الضروري تقدير النمو المعرفي ومهارات الاتصال ، فاللغة الموجهة للمتخلف عقليا تكون واضحة ، وأن تكون محسوسة قدر الإمكان ، وأن يبتعد عن توجيهه الأسئلة التي يجاب عنها بنعم أو لا كما يكون علي دراية بأن المتخلف عقليا في أغلب المواقف يكررون الاختيار الأخير: (Szymanski & King, 1999)
- ٦- ينبغي أن يكون اختيار الأساليب الفنية لتقويم الشخصية لدي المتخلفين عقليا مبني علي اختيار الوسائل التي سوف تؤدي إلي أفضل المعلومات المناسبة لحل المشكلات . (Cromwell , 1968 , 78).
- ٧- علي الرغم من أهمية الاختبارات الإسقاطية لتقويم الشخصية ، إلا أن قيمتها محدودة لتقدير شخصية الأفراد المتخلفين عقليا (Cromwell , 1968 , 80). كما أن قوائم الشخصية الموضوعية (مثل : اختبار ضبط التحكم) تكون غالبا لها قيمة قليلة في تقويم الشخصية للأفراد المتخلفين عقليا . وهذه القوائم غالبا تكون مقننة للتنبؤ بأبعاد محكية وحيدة ، بينما تقويم الشخصية يتطلب من الإكلينيكي مسح البيانات التي تكون مرتبطة أو مناسبة لعدد كبير من الأبعاد . وهي تعتمد غالبا بصورة كبيرة علي التسهيلات اللفظية ، وتكون صادقة مع المتخلفين عقليا فقط عندما تطبق فرديا وشفهيا (Cromwell , 1968 , 81).
- ٨- الإفادة من تعبيرات الوجه عند التشخيص ، وفي هذا الصدد هدفت دراسة هتزونني وأورن (Hetzroni & Oren , 2002) إلي فحص تأثيرات مستوي الذكاء ومكان الإقامة علي قدرة الأفراد المتخلفين عقليا علي تحديد التعبيرات الوجهية ، واستخدم في ذلك ٦ تعبيرات وجهية هي السعادة ، الحزن ، الخوف الغضب ، الدهشة ، النفور أو الكراهية ، وانتهت نتائج الدراسة إلي أن التعبيرات الوجهية للأفراد المتخلفين عقليا خفيفي الدرجة كانت مرتفعة أكثر مما وجد في المتخلفين عقليا متوسطي

الدرجة ، وعدم وجود فروق جوهرية ترجع إلى مكان الإقامة ، والسعادة تكون سهلة التحديد ، أما الخوف والغضب يكونا أكثر صعوبة في التحديد.

٩- سبب الإحالة : هناك فروق جديرة بالملاحظة بين إحالة الأفراد العاديين والأفراد المتخلفين عقليا علي النحو التالي:

(أ) معظم الأفراد المتخلفين عقليا لا يأتون إلى الطبيب النفسي لأنهم يرغبون في ذلك وإنما يأتون برفقة أسرهم .

(ب) الطبيعة العامة للمشكلة الحالية: كالسلوك المزعج الذي يظهره المتخلف عقليا .

(ج) ما يتوقعه الفرد من الطبيب النفسي حيث يصف العقاقير الطبية وينبغي ألا ينظر إلى الطبيب النفسي علي هذا النحو ، فهو يقوم بالتقويم ووصف العلاج

المناسب (Szymanski & Wilska, 1997 , 625)

١٠- الملاحظات الإكلينيكية يجب أن يتم تفسيرها في ضوء الخبرات الحياتية للمريض والتعلم ، والفهم ، ومستوي الاتصال ، وبشكل محدد ينبغي علي الطبيب أن يقوم بالآتي:

(أ) التمييز بين السلوكات المناسبة للعمر ، وتلك التي تكون مرضية في أي عمر.

(ب) يجب الحذر عند التشخيص فلا ينبغي أن نبالغ أو نقلل ، كما يجب مراعاة أن ليس كل السلوكات التي تكون مزعجة للآخرين تكون تعبير عن اضطراب نفسي حقيقي .

(ج) يجب تقدير جوانب القوة والعجز والحاجة إلى المساندة والخدمات في كل مجال منفصل من أداء المريض ، وأيضا في البيئة (المجتمع والأسرة).

(د) استشارة الاختصاصيين في حالة الحاجة إليهم مثل : الاختصاصي في علم أمراض اللغة ، الإحصائي النفسي ، والاجتماعي ، طبيب الأمراض العصبية:

(Szymanski & Wilska, 1997 , 627)

١١- الاضطرابات النفسية لا تكون فحسب نتيجة الانحراف عما هو متوقع من الفرد في ضوء عمره ، أو المحتوي الثقافي الاجتماعي ، ولكن أيضا لسببين هامين هما : استمرارية مشكلة الفرد ، وأنها تعوقه وتؤثر سلبا علي المحيطين به:

(Rosenhan & Seligman , 1989 , 520)

١٢- عند مناقشة الفروق بين حالات التخلف العقلي وحالات المرض العقلي يجدر بنا أن نعتد اعتدادا كبيرا بحقيقة هامة هي أنه غالبا ما يكون الفصل بين احدي الحالتين والحالة الأخرى عند تشخيص الفرد الذي يكون متأثرا بكلتا الحالتين ، إلا أنه بالرغم من هذه الصعوبة توجد بعض المظاهر ذات الطبيعة الخاصة التي يمكن

التعرف عليها مما يساعد علي توضيح الفروق بين النوعين من الحالات العقلية المعوقة نعني التخلف العقلي والمرض العقلي (فتحي السيد عبد الرحيم ، ١٩٨١ ، ٦٥).
يجب العناية في التشخيص الفارقي لاضطرابات القلق بالفحص الطبي الدقيق والغرض من هذا استبعاد أي أمراض طبية يمكن أن تسبب هذه الأعراض إنه كثيرا ما يفترض المرض أن المشكلة "سيكوسوماتية" أو عصبية ليكتشفوا فيما بعد فقط أنها الأعراض الأولي لمرض طبي ، وهذا من شأنه أن يؤخر حصولهم علي العلاج المناسب المبكر ، ثم إن كثيرا من الأمراض الشائعة الغريبة ، ومن أمثلتها التسمم الدرقي ، وأورام الغدة فوق الكلية ، والصرع ، وبعض الأمراض المعدية كمرض البروسيلا ، قد تسبب أعراضا مثل تلك الأعراض التي ندها في مرض القلق (شيهان ، ١٩٨٨ ، ١٣٥).

التشخيص الفارقي لاضطرابات القلق في الأطفال يجب أن تتضمن مسح للحالة الجسمية في اضطرابات ADHD . واضطرابات القلق يعترتها صعوبة التمييز فالأطفال القلقون يبدون عدم الانتباه علي نحو مشابه للمحاكات الواردة في تشخيص قصور الانتباه/الحركة الزائدة ADHD ولكن أقل احتمالا أن يظهرن النشاط الزائد ، وسلوكات الاندفاعية ، والنشاط الزائد . وتاريخ القلق الحاد أو الشديد يكون من المحتمل مميزا أقوى لاضطراب القلق من ADHD وحوالي ١٥٪ إلى ٢٤٪ من الأطفال الذين لديهم قلق أيضا يقابلون محكات ADHD علي العكس حوالي ٢٥٪ من الأطفال بـ ADHD وجدوا أيضا لديهم اضطرابات قلق (Cheng & Myers , 2005 , 123) .

ومعظم الأطفال الذين لديهم اضطرابات اكتئابية أيضا يشتركون في نفس الأعراض مع الأطفال الذين يعانون من القلق تتضمن : الانسحاب الاجتماعي وقصور في عملية التركيز عن أنفسهم والمستقبل ، وسوء تنظيم اضطرابات النوم . وتكون اضطرابات القلق مرتبطة غالبا بمواقف أو موضوعات التي تدفع إلي الخوف والقلق ، بينما في الاضطرابات الاكتئابية يكون أكثر تلقائية ويتسم بالانتشار :

(Cheng & Myers , 2005 , 124)

ويوجد فروق بين القلق والخوف : فالقلق غامض بينما الخوف محدد يكون التهديد داخلي في حالة القلق أما في حالة الخوف فيكون خارجي ، يكون القلق مزمن أما الخوف فيكون حاد ، القلق لا يزول بزوال المصدر ، بينما الخوف يزول مع زوال المصدر (حامد زهران ، ٢٠٠٥) .

والصراع يكون موجود في القلق وغائب في الخوف ، ويكون المثير في القلق موجه لكيان الشخصية بكاملها ، أما في الخوف يكون موجه لجوانب محددة في القلق يشعر الفرد بالعجز عن المواجهة ، أما في الخوف يغيب مثل هذا الشعور (محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ١٧٥) وتكون الشخصية في القلق كما في حالة الخوف الشديد يصاحبه نقص في ضغط الدم وضربات القلب وارتخاء في العضلات أما في حالة القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب وتوتر بالعضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ١٣٤) .

أما الفرق بين الخوف والفوبيا Fears & Phobia فالخوف حالة انفعالية طبيعية تشعر بها كل الكائنات في بعض المواقف ، فتظهر في أشكال متعددة الدرجات تتراوح بين مجرد الهلع والرعب ، وكلما كانت درجة الخوف في الحدود المعقولة كان الإنسان سويا يتمتع بالصحة النفسية ، وأمكنه أن يسيطر بعقله علي مخاوفه (ملاك جرجس ، ١٩٧٧ ، ٢٩) . والفوبيا مخاوف لاعقلانية وحادة والتي تكون مرتبطة بصورة مباشرة بأحداث أو مواقف محددة" (Sarafinc, 1986) .

ويصف ماركس المخاوف المرضية (Marks, 1969) علي النحو التالي :

١- غير متناسبة مع متطلبات الموقف.

٢- يصعب تفسيرها.

٣- بعيدة عن الضبط والتحكم الإرادي.

٤- تؤدي إلي تجنب الموقف الخيف.

أما ميللر وآخرون (Miller et al ., 1974) فيرون أن الفوبيا تتصف بما يلي :

١- تستمر لفترة زمنية طويلة.

٢- لا تكيفية.

٣- لا تكون محددة بزمن أو مرحلة.

أسباب القلق

تتعدد أسباب القلق فهناك تأثير العامل الوراثي علي ظهور اضطرابات القلق حيث تكرر مرتفع من الاضطراب وجد في أقارب من الدرجة الأولى للمريض والتوائم تسجل أيضا مساندة أن اضطرابات القلق تكون علي الأقل جزئيا محددة وراثيا :

(Sadock & Sadock , 2003 , 595)

ويشير أيزنك إلي وجود تنبؤين هامين : يشير التنبؤ الأول إلي أن الوراثة تسهم

بنسبة تتراوح ما بين ٥٠ إلي ٦٠٪ من الفروق الفردية في كل أبعاد الشخصية بينما يشير

التنبؤ الثاني إلي أن الفروق الفردية في قلق السمة والعصابية تقدر بحوالي ٣٥٪ (Eysenck, 2000 , 463).

الوراثة وكيمياء المخ : هناك نوعان من الناقلات الكيميائية : منبهة ومهدئة ، ويعمل الجهاز العصبي في توافق بالمنبهات والمهدئات حسب ما يتطلبه الحال ، وما يحدث في اضطراب القلق أن المنبهات لخطأ وراثي تتفوق وتتحكم في المهدئات فيبقى الجهاز العصبي متنبها ، ومتوترا دائما (عبد الرؤوف ثابت ١٩٩٣ ، ١٩٥) .

وتشير مدرسة التحليل النفسي إلي أن القلق منشؤه التعارض بين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع ، وهذا التعارض يؤدي إلي الإحباط ، وتتفاوت شدة القلق تبعاً لتغلب " الذات" علي الإحباط ومساريتها للواقع (انتصار يونس ، ١٩٨٥ ، ٣٩٢) .

وأشار فرويد إلي أن خوف الطفل هانز من الأحصنة نتج عن عقدة أوديب أو من إزاحة الخوف من والده إلي الحصان ، ويرى فرويد أن القلق إشارة لكي تقوم بعمل اللازم ضد ما يهددها ، وكثيرا ما يكون المهذب هو الرغبات المكبوتة في اللاشعور . وهنا إما أن تقوم الأنا بعمل نشاط معين يساعدها في الدفاع عن نفسها وإبعاد ما يهددها ، وإما أن يستفحل القلق حتى تقع الأنا فريسة للمرض النفسي (حنان عبد الحميد ، ١٩٩٥ ، ١١٠) .

والقلق عند فروم وسوليفان ينتج من سعي الفرد إلي الاستقلالية والتجديد مع أنه يشعر بالأمن في التبعية وضمن القطيع (صلاح مخيمر ، ١٩٧٩ ، ١٠٥) .

بينما تري هورني أن القلق ينشأ في مرحلة الطفولة عندما يشعر الطفل بالعجز عن مواجهة التهديدات في العالم الخارجي ، ونظرا لشعور الطفل بالعجز فإنه في حاجة إلي والديه اللذان يمدانه بالحماية والإشباع ، والآباء المحبين للطفل يمدونه بالحماية ولكن بطريقة شاذة ، ولا مبالاة ، أما الآباء الراضين تتسم ردود فعلهم بالحدة إزاء مشاعر الطفل وإحساسه بالعجز والضعف (Morgan et al ., 1986 , 587) .

ويري أدلر أن القلق النفسي ترجع نشأته إلي طفولة الإنسان الأولي حيث كان المريض يشعر بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالأمن ، ويرى أصحاب هذه المدرسة أن القلق المرضي استجابة مكتسبة قد ينتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك (مصطفى فهمي ، ١٩٩٥ ، ١٦٠-١٦١) .

ويفسر أوتوراثك القلق علي أساس الصدمة الأولي وهي صدمة الميلاد فانفصال الوليد عن الأم هو الصدمة الأولي التي تثير لديه القلق الأولي ، فالطعام يثير لدي الطفل القلق لأنه يتضمن انفصالا عن ثدي الأم ، (عطا الله فؤاد ، دلال سعد ، ٢٠٠٩ ، ٧٨) .

أما النظرية السلوكية فقد ركزت على الاشراف الإجرائي وضو الاستجابات الفوبية ، فالاقتران بين الخبرات الباعثة على القلق مع رؤية الحصان مصاب أو يسقط سوف تؤدي إلى الخوف من الحصان (Cheng & Myers , 2005, 119).

ويري السلوكيون أن القلق في الأصل قد يكون مرتبطا بالخوف ومتفرعا منه عن طريق عمليات متعاقبة من الربط ، تنتهي بنسيان المصدر الأولي الذي أثار الخوف ، ويظل الشعور به مع غموض مصدره ، وهذا الشعور هو الذي ندعوه بالقلق (قاسم حسين ، ٢٠٠٨ ، ١٧٩).

وفي النموذج المعرفي فإن المريض يميل إلى المغالاة في تقدير الخطر واحتمالية وقوع الأذى في الموقف ، ويميل إلى التقليل من قدراته على مواجهة التهديد المدرك للهناك النفسي والبدني (Sadock & Sadock , 2003 , 594).

وأرجع أيزنك Eysenck , 1997 القلق إلى العمليات المعرفية وأن الخبرات الانفعالية للقلق تبني في ضوء أربعة مصادر للمعلومات على النحو التالي :

- ١- تعتمد بشكل كبير على الموقف والتقدير المعرفية المرتبطة به (مصدر خارجي).
 - ٢- تبني على النشاط الفسيولوجي (مصدر داخلي).
 - ٣- تبني على المعرفة المرتبطة بالأحداث المستقبلية الممكنة.
 - ٤- تتوقف على المعلومات المستمدة من السلوك الخاص بالفرد على سبيل المثال الفرد الذي يتحدث للجمهور ، ويصبح على دراية بأن يدها تهتز ، والكلام يكون مفكك غير مترابط ، من الممكن أن يؤدي ذلك إلى ارتفاع مستويات القلق لديه.
- والأفراد الذين يعانون من قلق مرتفع وميكانزمات دفاعية أقل يكون لديهم تحيزات معرفية تقوهم إلى المبالغة ، والتضخيم لحجم التهديدات المستمدة من المصادر الأربعة السابقة ، أما الأفراد الذين يعانون من قلق منخفض وميكانزمات الدفاع لديهم مرتفعة يكون لديهم تحيزات معرفية يؤدي بهم إلى تقليل لحجم التهديدات المستمدة من المصادر الأربعة السابقة (Eysenck, 2000 , 463, 465). ويشير بيك وكلارك إلى أن اضطرابات القلق ترجع إلى خبرات التعلم السابقة (Beck & Clark, 1988).

وتشير نظرية التداخل المعرفي سارسن ، سارسن ، بيرس Cognitive Interference , 1990 (Sarason , 1984 ; Sarason, Sarason Pierce) إلى أن حالة الذات غير المناسبة لأداء المهمة تتداخل مع التجهيز المرتبط بها ، وتعوق الأداء . ويرى أنصار هذه النظرية أن المستويات المرتفعة من القلق تؤدي إلى أن حالة الفرد تكون غير ملائمة لأداء المهمة ، وعندئذ تتداخل مع الأداء المعرفي وتري أن مكونات الذاكرة العاملة

لاسيما (التكرار الصوتي ، والضبط التنفيذي المركزي يكونا أكثر حساسية لهذا التداخل الصوتي(15, 1997, Coy) .

وقد أصبح من الحقائق المسلم بما أن ضغوط البيئة قوة تسبب القلق وفي الغالب يوجد نوعين : النوع الأول الضغط المباشر الذي تسببه الأشياء التي تختل في البيئة : حين يتعرض الإنسان للتهديد ، أو يفقد وظيفته ، أو يواجه الطلاق ، والوالد الذاهل الباحث عن طفله المفقود. والنوع الثاني من القلق فهو مرتبط بالصراع حين تتصارع قوتان متضادتان (شيهان ، ١٩٨٨ ، ١٢٤-١٢٥) .

والسبب الرئيس للقلق هو انعدام الشعور الداخلي بالأمن عند الطفل عدم الثبات في معاملة الطفل سواء كان المعلم في المدرسة أو الأب في البيت واللذان يتصفان بعدم الثبات في معاملته ، واللذان يكونان سبب آخر في القلق عنده النقد من الرفاق والراشدين للأطفال يجعلهم يشعرون بالقلق والتوتر ، تقليد الآباء في الغالب ما يكون الأطفال قلقين كتاباتهم فالآباء القلقون يجب أن يكون لهم أطفال كذلك (شيفر ، مليمان ، ٨٥ ، ٢٠٠٦-٨٦) .

فأبناء الأب القلق قلقون : إذ يتعلم الأطفال القلق من والديهم ، وتتطور لديهم هذه المشاعر أثناء حالات الإشباع والتنشئة الاجتماعية ، إذ يرضع الطفل مع ما يرضع من حليب ، يرضع خصائص والديه (عبد الرحمن عدس ، نايفة قطامي ٢٠٠٢ ، ٢٧٢) (Bogeles & Phares , 2008).

والحرمان العاطفي ورفض الطفل يؤدي إلي عجزه عن وزن وتقدير الآخرين واضطراب علاقاته الاجتماعية مما يؤثر في تقديره لذاته وينمي عنده الشعور بالقلق وعجز الفرد عن تحقيق ذاته الذي يتمثل في استخدام مواهبه ومهاراته في الوصول إلي أهدافه وإشباع رغبته يشعره بالدونية والفراغ النفسي الأمر الذي يعرضه للقلق الشديد (انتصار يونس ، ١٩٨٥ ، ٣٩٢) .

كما تلعب النمذجة ، والحماية الزائدة ، وتدعيم التجنب ، والتفسيرات الوالدية الخاطئة ، والصراعات الزوجية دورا هاما في نشأة واستمرار القلق لدي الأبناء (Bogeles (540 , 2008 , Phares & وتوقعات الكبار من الأطفال في أن تكون انجازاتهم هامة وغير ناقصة تشكل مصدرا من مصادر القلق عندهم ويأتي قلق الأطفال بسبب عدم قيامهم بالعمل المطلوب منهم بشكل تام (سعيد حسني ، ٢٠٠٢ - ب ، ٧٥) .

علاج القلق

قبل أن نتناول علاج القلق والاضطرابات النفسية الأخرى يجب التنويه علي

بعض النقاط الهامة التي يجب أخذها في الاعتبار علي النحو التالي:

(١) التشخيص الشامل : لا ينبغي أن يتم تشخيص الاضطراب وفقا لمعلومات غير دقيقة أو غير كافية ثم وصف العلاج مثل استخدام مضادات الاكتئاب ، ولكن يجب فهم كل العوامل ذات المنشأ في حدوث الاضطراب .

(٢) تطوير وتنمية أهداف العلاج : يجب توسيع الأهداف الخاضعة للعلاج مثل الأهداف العليا أو القصوي مثل علاج الاكتئاب ، وعلاج الأهداف المتوسطة مثل تحسين حالة الأرق ، وخفض حدة الهيجان أو الانفجار العدواني.

(٣) تنمية أولويات العلاج : فيمكن استخدام المعالجة اليدوية البارعة في العلاج ، فإذا كانت غير ناجحة يمكن إعطاء العقاقير الطبية.

(٤) مراقبة نتائج العلاج : بسبب تعدد الاختصاصات فمن الممكن أن تكون البيانات غير متسقة ، وهذا يتطلب استخدام مقاييس محددة للمتابعة.

(٥) يجب تجنب مفهوم العلاج المطلق أو المبهم : ينبغي أن يستمر العلاج حتى يتبين أنه أثبت أو يرهن علي فاعليته من خلال النتائج المقاسة .

(٦) تعاون الفريق العلاجي : يجب تعاون الفريق العلاجي مثل: الأسرة الطبيب ، الإخصائي النفسي والاجتماعي ... الخ . (Szymanski & Wilska, 1997 , 630).

أولا : العلاج الطبي

استخدام عقار ألبرازولام Alprazolam وهي نصف مليجرام ثلاث مرات يوميا ،

وتؤخذ بعد الانتهاء من كل وجبة ، واستخدام عقار فينيلزين Phenezine فإن الجرعة

المبدئية هي ١٥ مليجرام يوميا ثم تزداد الجرعة بمعدل ١٥ مليجرام كل ثلاثة أيام أو أربعة

وبعد أن تصل الجرعة إلي ١٥ مليجرام ثلاث مرات يوميا نزداد كل أسبوع بمعدل ١٥

مليجرام إلي أن تظهر بعض الآثار الايجابية الشائعة النمطية (شيهان، ١٩٨٨، ١٦٦-١٦٧).

ولا مانع من استعمال المنومات ، وبعض مشتقات "البزوديازيبين" تستعمل

كمنومات مثل "الموجدون ، والروهيبنول ، والنريميسون(عادل صادق ، ٢٠٣ ، ٤٢).

ثانياً : العلاج الجراحي

توجد بعض الحالات النادرة من القلق النفسي المصحوبة بالتوتر الشديد والاكْتئاب والتي لا تتحسن بالعلاج النفسي والكيميائي أو السلوكي ، والتي تشمل حياة المريض اجتماعياً هنا نلجأ إلي العملية الجراحية في المخ ، لتقليل شدة القلق والتوتر ، ويتم قطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والثلاموس ، أو تقطع الألياف الخاصة بالانفعال الموجودة في المخ الحشوي ، وبقطع هذه الألياف توقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال. وأحياناً ما يتم كي هذه المراكز كيميائياً أو كهربائياً (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ١٥٠-١٥١).

ثالثاً : العلاج التأملي Meditation

الطريقة التأملية من الطرق القديمة التي تكثر ممارستها في الحضارات الشرقية وهي مزيج من التأمل وضبط النفس وتمارس في طقوس فردية أو جماعية وقد دلت معظم الأبحاث علي أن الطرق التأملية ذات فائدة ، فهي تعطي الممارس لها الهدوء العقلي والاسترخاء الجسمي ، وهذه النتائج لا تأتي بسبب محتوى التأمل وإنما بسبب أسلوبه ، وفي السنوات الأخيرة انتقل هذا الأسلوب من الشرق إلي الغرب ، وأجريت أبحاث عديدة لتقرير ما يحدث فعلاً أثناء الجلسة التأملية من التغيرات الفيزيولوجية في الجسم ، والنتائج الايجابية التي تحدث في التأمل تشبه إلي حد كبير النتائج الايجابية التي تحدث في عدة وسائل أخرى للاسترخاء مثل التدريب الذاتي والنهي المتبادل(علي كمال ، ١٩٨٨-١ ، ١٨٦).

رابعاً : العلاج السلوكي

بالاسترخاء التدريجي للعضلات تتلاشي شيئاً فشيئاً آثار النشاط الذهني والاضطرابات الانفعالية . وإن هذه الحالات الانفعالية لا تبرز إلي الوجود عند الاسترخاء التام لأعضاء الجسم (مصطفى فهمي ، ١٩٩٥ ، ٣٥٩).

ويقوم الاسترخاء علي الفرض العام الذي صاغه وولبي أنه: " إذا أمكن إحداث استجابة كامنة للقلق في حضور منبهات مثيرة للقلق ، فإن ذلك من شأنه أن يضعف الرابطة بين هذه المنبهات وبين استجابات القلق (وولبي ، ١٩٨٥ ، ٣٢١). ويفيد الاسترخاء في علاج حالات القلق من خلال ما ينتجه من تأثيرات فسيولوجية مضادة للقلق ، ويزيد من انسياب الدم في الجهاز العصبي الطرفي Peripheral ويخفض من ضربات القلب(Kaplan & Sadock , 1998, 912).

ويقيم ولي نظرية كاملة في العلاج النفسي تقوم علي إرخاء العضلات إرخاء عميقاً (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤ ، ١٥٣).

وعادة ما يستخدم أسلوب الاسترخاء كأسلوب علاجي مستقل أو مصاحب للعلاج بطريقة الكف بالنقيض عندما نحتاج إلي خلق استجابة معارضة للقلق والتوتر عند ظهور المواقف المهددة . ويعتمد أسلوب الاسترخاء علي بديهية فسيولوجية معروفة ، فالقلق والخوف والانفعالات الشديدة عادة ما تكون تعبيراً عن وجود توترات عضوية وعضلية ، ولهذا فإن الطفل في حالات الخوف والانفعال يستجيب بزيادة في الأنشطة العضلية فتتوتر العضلات الخارجية لتكون حركات لاإرادية مثل اللوازم (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٣ ، ٧٥-٧٦) .

ويتعلم المريض أن يشد عضلاته ثم يقوم بعملية استرخاء لها ، والتعليمات من الممكن أن يتم تسجيلها ويقوم بها المريض في المنزل ، وحوالي ٦ ساعات تكون مخصصة لتدريبات الاسترخاء ، وفي بعض الحالات الإيحاء لتسهيل عملية الاسترخاء أو يمكن أن يطلب من المريض أن يتخيل المشاهد وهو مسترخي (369 ، Phares, 1988). ومعظم النماذج العلاجية المستخدمة مع العاديين يمكن تطويعها للاستخدام في علاج ذوي الاحتياجات الخاصة (Russell , 1985 , 118) .

وقد استخدم هذا الأسلوب مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فعلي سبيل المثال - أظهرت نتائج دراسة ميرانتي وفريدمان (Miranti & Freedman , 1991) أهمية استخدام الاسترخاء لعلاج حالات القلق لدي الأفراد المتخلفين عقلياً . وآباء الأطفال الذين يعانون من قلق الانفصال يحتاجون إلي تنمية رؤية مشتركة مع الفريق المعالج علي مقدمات أعراض الانفصال وأنواع التداخلات الفعالة (Cheng & Myers , 2005 , 125) والعلاج السلوكي للقلق يتضمن الفنيات التالية : التعرض ، التحصين المنهجي ، النمذجة (Werry & Wollersheim, 1991).

خامساً: العلاج الأسري

يهدف العلاج الأسري إلي تقويم منظومة الأسرة من حيث تحديد جوانب الكفاءة والأنماط التفاعلية الأسرية غير السوية مثل (الضبط الزائد ، الحماية الزائدة ، الصراع) ، ومعظم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق يعاني آباؤهم أيضاً من القلق. ويتطلب استمرارية الاضطراب الوظيفي لأنماط الأسرة تغيير الأنماط غير التكيفية وتحقيق الضبط الوالدي (Cheng & Myers , 2005 , 127). واستخدام تكتيكات إعادة البناء المعرفي ، وتحسين العلاقات بين الطفل ووالديه ، ومنع حدوث الانتكاسة (Ginsburg & Schlossberg , 2002).

ويكمن للوالدين أن يسهموا بدور فعال في علاج قلق أطفالهم من خلال النمذجة ، والتشجيع ، والضبط ، والمساندة ، وتدعيم التجنب ، والتفسيرات الوالدية الصحيحة ، وصدق الانفعالات ، والانفعالات المعبر عنها ، وسلوك التعلق ، وخفض حدة الصراع الزوجي ، والاضطرابات النفسية الوالدية (Bogels & Phares , 2008,540).

ويتطلب العلاج أن تكون الأم أقل لجوءاً للحماية الزائدة إزاء الطفل ، وأكثر تشجيعاً للاستقلالية ، وتشجيع تضمين الوالدين مع أبنائهم لاسيما في حالة الطلاق أو المشاكل الزوجية المزمنة من الممكن أن تكون هامة لمنع أطفالهم من نمو القلق : (Bogels & Phares , 2008,553)

ويؤثر غياب الوالدين علي تحقيق الفوائد المرجوة من العلاج فقد أظهرت نتائج دراسة (Duhig et al ., 2002) إلي أن حوالي ٤١٪ من الجلسات العلاجية للقلق ، والمشكلات الانفعالية للأطفال لم يكن الوالدان مشتركين فيها. وانتهت نتائج دراسة ميندلوتيز وآخرون (Mendlowitz et al ., 1999) إلي أن تضمين الوالدين في البرامج العلاجية للقلق أظهرت تحسنا واضحا في خفض حدة القلق لدي أبنائهم .

سادسا : العلاج الجشطلتي

يركز هذا العلاج علي خبرة الفرد الواعية بذاته وبيئته ، ويتم ذلك باستخدام بعض الفنيات مثل فنيات المقعد الخالي ، حيث يجلس المريض علي مقعد وأمامه مقعد خال يتخيل جلوس شخص آخر عليه ، ويبدأ في حوار تخيلي مع الشخص .

سابعا : العلاج البيئي

يعتمد العلاج البيئي علي تعديل العوامل البيئية التي تؤثر في المريض مثل : تغيير نوع العمل ، وتعديل البيئة الأسرية من حيث اتجاهاتها نحو المريض وإرشاد أفراد الأسرة لتغيير أنماطهم السلوكية بما يساعد المريض علي الشفاء (صالح حسن ، ٢٠٠٨ ، ٢٧١) .
بعض الإرشادات العامة لمدرسي التربية الخاصة للتغلب علي اضطرابات القلق :
١- تقديم الواجبات التعليمية السهلة قبل تقديم الواجبات الصعبة في المواقف التعليمية.

٢- حاول أن يكون النجاح هو محور الموقف التعليمي ، وبالتالي حاول منع الفشل .

٣- قدم المواد التعليمية بتسلسل منطقي (جيستن وآخرون ، ١٩٩٤ ، ٢٧) .

الهستيريا Hysteria

استخدم لفظ " هستريا " لأول مرة في مؤلفات أبوقراط (٤٦٠ ق.م) واشتق هذا اللفظ من الكلمة اليونانية " هسترا " والتي تعني الرحم لأن الفكرة الشائعة في ذلك الوقت

أن هذا المرض لا يصيب إلا النساء بسبب تحركات الرحم داخل جسم المرأة ، وقد أوضحت المخطوطات الإغريقية علاقة الهستيريا بالحرمان الجنسي والتغيرات العضوية التي تحدث في الرحم (محمد عودة ، كمال مرسي ١٩٩٤ ، ١٩٣ - ١٩٤).

وقد أنكر الأطباء النفسيون حديثا اصطلاح الهستيريا واستعاضوا عنه باصطلاح التحول Conversion والانشقاق Dissociation بينما بعض الأطباء ينكر وجود الهستيريا كمصنف خاص بذاته ، ويعتقد أن الأعراض الهستيرية ما هي إلا أعراض لاضطرابات نفسية أو عضوية متجمعة لم يتبين بعد حقيقة أسبابها (عبد الرؤف ثابت ، ١٩٩٣ ، ٢١٣).

وقد وضعت الهستيريا (الاضطراب التحولي والاضطرابات الانشقاقية) في التصنيف DSM-IV-TR تحت الاضطرابات ذات الصورة الجسمية والانشقاقية.

وفي الاستجابة التحولية تتحول المتاعب النفسية من قلق واكتئاب وإحساس بالضغوط والصراعات إلي عرض عضوي. أما في الاستجابة الانشقاقية يكون الأساس أيضا هو الهروب فهو يهرب من كل جسمه ومن كل نفسه ، لينفصل أو ينشق عنهما ويتحول إلي إنسان آخر لا يعرف شيئا عن الإنسان الأول ، وكأنه ولد من جديد ، أو كأنه بعث من جديد تحت اسم جديد وهوية جديدة وأن ليس له علاقة بالشخص القديم (عادل صادق ، ٢٠٠٣ ، ٨٤).

والأعراض الانشقاقية تكون أكثر تعقيدا وتأخذ أشكالا قابلة للفهم معبر عنها بفهم المريض للمرض (Gelder et al ., 1998 , 872).

والهستيريا في نظر الناس هو: الشخص المهزوز الغير ثابت الذي ينخرط فجأة في البكاء مثلا بلا سبب واضح ، ثم يعود بعد ذلك إلي عمله ، وكأن شيئا لم يحدث أو الذي ينفعل انفعالا شديدا لشيء تافه ، أو نحو ذلك . وتكون هذه النوبات مصحوبة بحركات وإشارات تخرجه عن الصورة المألوفة التي تلتزم حدود الوقار والاحترام (إبراهيم وجيه ، ١٩٧٤ ، ٧٨).

وفي الهستيريا فإن المصاب لا يهيم كثيرا أن يخلص من مرضه ، وكثيرا ما يقف عن السعي وراء العلاج ، إن حالته طريقة من طرق التكيف أمام أخطار قلق لحق صراعا شديدا ، إنه يخلص من قلقه بالإصابة التي يوقعه فيها لاشعوريا. إن اتصاله بالواقع لا يصيبه عطل هام ، ووضعه العام يظل في مستوي يتيح له مواجهة ما يريد مواجهته من جوانب الحياة اليومية (عطا الله فؤاد ، دلال سعد ٢٠٠٩ ، ٧٨-٧٩).

ومهدف أعراض الهستيريا إلي التخلص من التوتر والقلق الناتج عن دوافع ونزعات مكبوتة في اللاشعور ، ولكن كثيرا ما يؤدي ظهورها إلي توتر شعوري ويقع الفرد في صراع

بين رغبته الشعورية في التخلص من هذه الأعراض وبين رغبته اللاشعورية في التخلص من هذه الأعراض وبين رغبته اللاشعورية في الاحتفاظ به (انتصار يونس ، ١٩٨٥ ، ٣٩٠) .

معدلات انتشار الهستريا

حدوث الاضطرابات التحولية في الطفولة تتنوع بين الدراسات بسبب اختلاف الناس ، واختلاف المحكات التشخيصية . وفي معظم الدراسات يتنوع الحدوث ما بين ٥٠ ، ٥٪ إلى ١٠٪ وهذه الاضطرابات تكون أكثر شيوعا ثلاث مرات لدى المراهقين بخلاف ما قبل عمر المراهقة (حسن مصطفى ، ٢٠٠٣-أ ، ٣٩٣) .

وتتباين نسبة انتشار الاضطراب وتتراوح ما بين ١١-٣٠ لكل مائة ألف في عينة من المجتمع العام ، أما نسبتها بين المراجعين للعيادات الخارجية بين ١-٣٪ كما يشيع بين سكان الريف وخاصة ذوي المستويات الاقتصادية الاجتماعية المتدنية ، والأشخاص الذين ليس لديهم معلومات عن المفاهيم النفسية والطبية ، وقد يصيب الاضطراب الأطفال دون العاشرة (محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ ، ٤٦٨) .

وتوجد الأعراض الهستيرية بين الأشخاص غير الناضجين والمنخفضين في الذكاء . والهستريا تظهر في مستويات تربوية مختلفة إلا أنها تكثر في الأوساط التي يكثر فيها الجهل والخوف من المجهول والسحر وتأثير الأرواح وما إلى ذلك كما أن نسبة انتشارها في الإناث ضعف نسبتها في الذكور (عطا الله فؤاد ، دلال سعد ، ٢٠٠٩ ، ١٩٠) .

أعراض الهستريا

رد الفعل التحولي يظهر هذا النوع من الهستريا في صور غريبة والأعراض البدنية تكون بلا أساس عضوي ، وهؤلاء الأفراد الذين يعانون من هذا النوع يصابون بالشلل في الأيدي أو الأرجل وبالعمى والصرم ، هم من الممكن أن يفقدون الإحساس في أحد أجزاء الجسم (Kagan & Haveman , 1991, 365) .

والأعراض الهستيرية فناع تلبسه الغرائز المرفوضة والشهوات المنبوذة والأفكار المردولة والعواطف المشبوهة ، والأعراض الهستيرية أيضا فناع تلبسه المشاعر الحقيقية ، ولكنها مشاعر مرفوضة تماما أن تبدو كما هي وإلا أحرقت الدنيا وأحرقت أيضا صاحبها مثل مشاعر الكراهية والمشاعر العدوانية ، إذ كيف يطيق العقل الواعي أن يجعل صاحبه يعي أنه إنسان يحمل كراهية في قلبه ويحمل عدوانا في صدره ، كيف يطيق أن يجعل صاحبه يعي ويدرك ويرى نفسه بهذه الصورة الكريهة ، ولهذا فهو يرفض هذه المشاعر

وينكرها فيتعلقفها العقل الباطن ولكنه لا يقضي عليها لأنها حقيقة ، ولا بد من التعبير عنها ولهذا يحورها في صورة رمزية(عادل صادق ، ٢٠٠٣ ، ٧٥).

ولذلك نجد أن المريض الهستيرى الذي يتردد علي احدي العيادات النفسية غير قادر أن يذكر الأسس التي أدت إلي تكوين العرض أو حتى مجرد التعرف علي أن العرض قد نبع من مخاوف معينة نتيجة لأحداث أو ظروف معينة مر بها(مصطفى فهمي ، ١٩٩٥ ، ٨٨).
ويمكن تقسيم أعراض الهستيرى علي النحو التالي :
أ- الأعراض الحسية.

١- العمى الهستيرى .

يشعر الفرد بألم شديد في عينيه ويعجز عن الكتابة لأشياء أو موضوعات أو واجبات لا يريد كتابتها ، أو قد يكون استجابته لفقدان البصر كما يبدو علي الشخص أن يري صورتين أو أكثر لفرد واحد ، وتتصف العناصر أمامه بالضبابية ، وعدم الوضوح لعدم رغبته في التعامل معها ، والعمى الهستيرى يحدث فجأة بعد صدمة انفعالية شديدة يرغب الفرد لاشعوريا في عدم تذكرها أو رؤيتها فيفقد البصر(أديب محمد، ٢٠٠٦ ، ٢٢٩).

ويمكن تمييز هذه الحالة عن حالة فقد البصر العضوي أو ضعفه ، بمراقبة المريض ، إذ نجده يبصر في مواقف دون مواقف أخرى ، فبينما لا يري الشخص الذي يقف أمامه ، أو بينما لا يري باب الغرفة ، نجده يتبن طريقة إلي الباب ويخرج من الغرفة بدون أن يتعثر في شيء أو نجده يغمض عينيه إذا اقتربنا منه شيئاً (إبراهيم وجيه، ١٩٧٤ ، ٨٤) .
فتاة في الرابعة عشرة من عمرها كانت البنت الوحيدة بين عائلة كبيرة من الأولاد الذكور ، وكانت يقف علي عاتقها جميع الأعباء المنزلية ، أنها كانت ترفض عملية غسل الأطباق والقيام بأعمال التنظيف ، وكانت تعود كل يوم من مدرستها وليس لديها أية رغبة في أداء هذه الأعمال ، مما دعا أمها ذات يوم إلي تعنيفها فردت عليها بحدة فانهالت الأم عليها بصفعة شديدة علي وجهها وعلي الفور أصبحت الفتاة عمياء وهذا المثال يدل علي التجاء الفرد إلي حل مشاكله عن طريق الهرب إلي لون ما من ألوان العجز . وبوجه عام فإنه في حالة الفرد الذي يعاني من الهستيرى يلاحظ عدم وجود أخطاء عضوية لديه .
وعندما يتم حل الصراع سيختفي هذا العجز(مصطفى خليل ، ١٩٨٣ ، ٢٦٧) .

٢- الصمم الهستيرى

الشخص الهستيرى المصاب بالصمم لا يرغب في سماع مالا يريده فهو لا يرغب في سماع أخبار تؤله وتضايقه . وحالة فقدان السمع يمكن تمييزها عن أعراض أمراض

الحواس الحقيقية بنفس الكيفية ، فقد السمع الهستيرى مثلا لا يحدث إلا أثناء اليقظة ،
ويزول أثناء النوم ، حتى أنه يمكن إيقاف المصاب به من نومه بمناداته باسمه فقط
(إبراهيم وجيه ، ١٩٧٤ ، ٨٥) .

٣- فقدان حاسة الشم

يصاب الفرد بفقدان حاسة الشم حتى لا تجد نفسه مضطرا لشم روائح تستثيره ،
ولا تظهر علامات عضوية علي الأنف عند إجراء الفحص الطبي وإن فقدان هذه الحاسة
نتيجة رغبة لاشعورية لدي المريض في شم الروائح التي تذكره بأحداث تنبعث منها روائح
منفرة له (أديب محمد ، ٢٠٠٦ ، ٢٢٩) .

٤- الخدار والتنميل وفقدان الحس التحولي

الصفة السريرية لهذا العرض التفارقي هي فقد الشخص إحساسه في مناطق
معينة في جلده فقد يكون له حدود واضحة لا تتوافق إطلاقا مع التوزيع التشريحي
للأعصاب الحسية في هذه المناطق ، وقد يترافق فقد الحس هذا بأحاسيس غريبة مثل
الإحساس بالوخز أو التنميل ، أو فقد بعض الأحاسيس دون البعض الآخر ، كأن يفقد فقط
الإحساس باللمس أو بالألم أو بالحرارة بشكل لا يمكن تعليله بأيّة إصابة عصبية
عضوية (محمد أحمد ، ٢٠٠٦ ، ٧٦) .

ب- الأعراض الحركية

١- الشلل الهستيرى

تظهر هذه الأعراض الجسمانية بشكل فجائي لا تسبقه شكوى المريض من أية علة
تتصل بعضو الجسم المصاب ، ومن أمثلة ذلك الجندي الذي يصاب بالشلل في أصابعه
عندما يصدر له الأوامر بإطلاقه النار في ميدان القتال ، ويرجع ذلك إلي وجود علة نفسية
أكثر منها عضوية (مصطفى فهمي ، ١٩٩٥ ، ٢١٦) .

٢- الارتعاشات

تصيب الهستيريا جزءا من أجزاء الجسم أو قد تشمل الجسم فينتفض كله وهي
تختفي عندما يكون المريض مشغولا أو منهمكا أو في عمل يهيمه ، وتكثر إذا تنبه لها.
وخاصة إذا كان هناك من يراقبه ومثلها التقلصات التي تظهر في عضلات الوجه أو حركة
الشفقتين أو انقباض احدي اليدين أو اهتزاز احدي الساقين أو الساقين معا ، أو نحو ذلك
(إبراهيم وجيه ، ١٩٧٤ ، ٨٣) .

٣- التقلصات الهسترية

لا يقصد بها التقلصات العادية التي نتعرض لها أحيانا ، والتي تحدث فجأة وتسبب شيئا من الألم والتي يسببها البرد الشديد والحرارة الشديدة أو الالتهاب الشديد ، إن التقلصات الهسترية تختلف عن سابقتها وهي تحدث نتيجة عوامل نفسية ، ومن أمثلتها : اعتقال عضلة الإصبع عند الكتاب وسببها أن شخصا ما اتخذ لنفسه الكتابة مهنة ولم تجد كتاباته قبولا ومن ثم فإنه يتعرض لبعض التقلصات في أصابعه تحول بينه وبين القيام بمهنته ، في حين أنه يستطيع استعمال أصابعه في أعمال أخرى دون أن تصاب هذه الأطراف بالتقلصات (مصطفى فهمي ، ١٩٩٥ ، ٢١٧) .

٤- فقدان الكلام

لهذا العرض المرضي مظهران :

١- فقدان القدرة علي الكلام بصوت مرتفع.

٢- فقدان القدرة علي الكلام كلية (مصطفى فهمي ، ١٩٩٥ ، ١٧٣).

يأتي فقد الصوت علي أثر نبأ مزعج نتيجة خوف شديد ، وعندها يفقد المريض القدرة علي الكلام تماما ، ويكتفي في معاملته للمحيطين به بالإشارات أو الكتابة في الوقت الذي لا تتأثر فيه قدرته علي تصريف شئونه بوجه عام وضعف الصوت أو انخفاضه يأتي بالمثل عقب مشادة أو عقب التعرض لحالة انفعالية حادة ، وعندها يبدأ المريض في الكلام بصوت منخفض للغاية أقرب إلي الهمس ، وهو يذهب فجأة كما يأتي فجأة ، مما يدل تماما علي أنه لا يرتبط بأية ناحية عضوية وظيفية (إبراهيم وجيه ، ١٩٧٤ ، ٨٣).

ج- الأعراض العقلية:

١- تشوش الوعي والهذيان

إن تشوش الوعي أو اضطراب الوعي تتفاوت درجاته فأحيانا يأخذ المريض بالهذيان في صورة كلمات غير مفهومه ويتكرر هذيانه فيتكلم لغة خاصة به مما يجعل الناس يعتقدون بتقمص أحد الأرواح الشريرة فيطلبون من نويه علاجه وطرد هذه الأرواح منه ، وقد يصل اضطراب الوعي إلي حالة السبات الهستيربي وفيما يتوقف المريض عن أي حركة ويصبح في حالة تأمل ذاتي وشعور بالراحة فيعيش في عالمه الخاص وكأنه متصل مع عالم آخر (أديب محمد ، ٢٠٠٦ ، ٢٣٩).

٢- فقدان الذاكرة Amnesia وهي نوعين :

أ- الكامل حيث ينسى الشخص كل شيء عن نفسه ، واسمه ، وعنوانه ومن أين أتى وأقاربه...الخ.

ب- فقدان تذكرواحداث معينة تتصل بحياته(مصطفي فهمي ، ١٩٩٥ ، ١٧٧).
ولا ينظر إلي فقدان الذاكرة علي أنه فقط النسيان ، إنها تكون عملية نشطة إنها تكون محوللوعلي ملامح غير سارة ، فترات من الذهول من الممكن أن تسبق فقدان الذاكرة ، والتي تميل إلي أن تكون منتقاة ومحدودة لعنصر محدد أو خبرة تهيجها أو تستثيرها ، وتقريبا معظم حالات فقدان الذاكرة تحدث لفترات زمنية أقل ، وبعض الحالات الأخرى قد تستمرلفترات زمنية طويلة (Okasha , 1977,119) .

وتتصل بحالات فقدان الذاكرة الحالة المعروفة باسم التشرذ والتجول Fugue ويسميتها البعض الضلال والطواف التائه ويحدث في حالة اليقظة و فيه ينسي المصاب هويته لفترة من الزمن ويهرب من مكان إقامته وموطنه الأصلي إلي مكان آخر ، فإذا ما انتبه فيه إلي نفسه تساءل أين هو وكيف وصل إلي ذلك المكان ، إن هروبه من مكان إقامته شكل من أشكال الهروب من الطرف القلق الذي يتضمنه ذلك المكان ونسيانه للماضي هو عملية الكبت وكثيرا ما يظهر في المكان الجديد غير مهتم بما كان عليه من قبل حتى يستفيق إلي ظرفه الجديد بتأثير مناسبة عارضة أو حادثة شديدة الأثر(محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ٣١٤) .

وتشبه حالات التجوال حالة أخري وهي تلك الظاهرة المرضية المعروفة باسم التجوال السباتي (تجوال أثناء النوم)التجوال النومي Somnambulism وهو شائع بين المراهقين ، محتمل الحدوث للأطفال والراشدين ، أكثر شيوعا بين الذكور عنه لدي الإناث والتجوال النومي ما هو إلا حلم حقيقي يشبع فيه المريض رغباته المكبوتة ، ويحل فيه كل مشكلاته المعلقة والتي يعاني منها فهي فتاة تقوم من نومها ، وترتدي فستانا معيننا ثم تخلعه وتضعه مكانه وتعود إلي نومها ، وبحث حالتها تبين أن هذا الفستان هو فستان أمها التي توفيت في حادثة أثناء عودتها من المستشفى التي كانت تعالج فيه الفتاة ، فالفتاة تشعر أنها السبب في موت أمها فتقوم بهذا السلوك في تجوالها النومي(عباس عوض ١٩٧٧ ، ٩٤-٩٥).

٣- ازدواج الشخصية Multiple Personalities

وهي من أكثر أنواع الاضطراب الهستيرى شدة ، وهي نوع من التجوال طويل الأمد فيه مبالغة ، يتقمص فيه الفرد شخصية أخرى وأحيانا أكثر من شخصية أي يصبح ثلاثة أشخاص مثلا. والتجوال عامة يمثل تفككا أكثر من الهستيريا التحولية (انتصار يونس ، ١٩٨٥ ، ٣٩١) .

وقد تعلم الشخصية الواحدة عن وجود شخصيات أخرى غيرها أو لا تعلم ولكن لا تتواصل احدي الشخصيتين مع ذكريات الشخصية الأخرى ، ولكن عندما يعود الشخص إلي شخصيته الحقيقية يعجب مما يحدث له ، وتنشأ هذه الحالة عن أسباب نفسية بحتة حيث يتقمص الشخص شخصية يقوم أثناءها بما لا يستطيع القيام به بشخصيته الحقيقية ، وقد يكون التحول من شخصية إلي أخرى فجائيا إثر حادث نفسي مؤلم أو فاجعة أو شدة ، كما يمكن أن يحدث هذا التحول أثناء جلسة علاج نفسي (محمد أحمد ، ٢٠٠٦ ، ٧٨) .

الأعراض العامة

المرض عند بداية المدرسة أو عند الامتحانات ، ردود الفعل السلوكية المبالغ فيها للمواقف المختلفة ، المرض بمرض عزيز مات به ، العرض كامتداد تاريخي لمرض عضوي سابق (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٥٠٠) .

التشخيص الفارقي للهستيريا

- ١- مريض الهستيريا لا يكشف عن الخوف والقلق والصراعات التي تصاحب المرض العضوي الحقيقي ، فالذي يصاب بالعمى أو الشلل الهستيرى فجأة لا تعتريه المشاعر ذاتها التي تعترى من يفقد بصره .
- ٢- الأعراض الهستيرية يمكن إزالتها عن طريق الإيحاء والتنويم المغناطيسي والتحليل النفسي في حين أن الأعراض الحقيقية لا تزول بهذه الطرق العلاجية (محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ٣١٧) .
- ٣- الاضطرابات العضوية للمخ مثل : تلف الفص الأمامي من الممكن أن يؤدي إلي زيادة كبيرة في الميل الطبيعي إلي إظهار الهستيريا ، وتصلب شرايين المخ والملاحع العابرة أو المؤقتة في الاضطرابات الدماغية الحادة ، والتشخيص الفارقي بين فقدان الذاكرة الهستيرى وفقدان الذاكرة العضوي تكون في أن الأولى تكون العودة للذاكرة فجائية ، كما أن البداية أيضا تكون فجائية (kasha , 1977, 119) .

٤- وهناك فروق مميزة بين الصرع الهستيرى والنوبات الصرعية التي هي نوبات فجائية لإرادية ، لا تتعلق بموقف الذات ، ولا تحدث استجابة لمثيرات خارجية ، بينما النوبات الهستيرية يندر حدوثها والمصاب منفردا ، لأنها عبارة عن التماس للمشاركة الوجدانية ، والنوبات الصرعية يصحبها فقدان كامل للشعور بينما النوبة الهستيرية لا يتأثر بها الشعور إلا تأثرا جزئيا ، وهذا يعلل كيف أن المصاب بالهستيريا يجتهد ألا يسقط سقوطا يؤدي إلي صعوبات بالغة ، بينما لا يقوم المصاب بالصرع بمثل هذه المحاولات (عبد الرحمن سيد ٢٠٠٤ ، ٩٧-٩٨) كما لا يقوم المصاب بالصرع بأية محاولات للدفع أو القبض ، وفي النوبات الهستيرية يصاحبها حدة انفعالية شديدة مقارنة بالمصاب بالصرع .

٥- الاضطرابات الاكتئابية يمكن أن توجد مع الأعراض الجسدية لدى الأطفال والمراهقين وعلي هذا فالاضطرابات التحولية يجب ألا يتم تشخيصها إذا كانت الأعراض يمكن إرجاعها لاضطراب آخر واضح .

٦- الاضطرابات الانفصالية تشير إلي اضطراب عصبي ، وقد تحدث مشتركة مع الاضطرابات التحولية ، وبعض الدراسات قد أشارت إلي إعادة تصنيف انقباضات (نوبات) التحول مع الاضطرابات الانفصالية ، وكلا التشخيصين للاضطرابيين يظهر لدي نفس الفرد.

٧- اضطراب التمارض وتصنع المرض وتشمل الإنتاج المقصود أو التظاهر وادعاء أمراض مزمنة وهي هامة للفرقة بينها وبين الاضطرابات الجسدية (حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ - أ ، ٣٩٦-٣٩٧) .

أسباب الهستيريا

نظرية العوامل البيولوجية

هناك بعض الأدلة علي أن الأعراض التحولية تترسب بواسطة الإثارة الزائدة عن الحد في قشرة الدماغ والتي بدورها تحرك إشارات إعاقاة تفاعلية عند اقتران الكروموسومات الصبغية في المسارات الحركية الحسية وهذه الإشارات المعوقة تنتج عن معلومات راجعة سلبية بين فصوص المخ. وهذه النظرية قدمت من أجل المساعدة علي تفسير العلاقة المتسقة بين أحداث التوتر وتقليل القلق وإنتاج الأعراض المرضية (حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ ، ٣٩٤ - أ) .

وتعد التفسيرات المقدمة من جانب النظرية السيكودينامية أقدم التفسيرات في هذا الشأن حيث يري فرويد أن أعراض مرض الهستيريا هي رمز الذاكرة لانطباعات أو تجارب صادمة في تاريخ حياة المريض ، وأن هذه الأعراض المرضية تخدم غرض التعويض علي النفس خشية من عودة هذه التجارب السابقة والمنسية والتي يكون عودتها للذاكرة ايذاء صادما للنفس ، ويرى أن أعراض الهستيريا تمثل حلا وسطا بين عاطفتين الأولى تهدف إلي تحقيق دافع الكيان الجنسي والثانية إلي إخماد هذا الدافع وكبحه(علي كمال ، ١٩٨٨- أ ، ٢١٥) وترجع إلي تغلب اللاشعور علي الشعور ، فيحدث انفصال لبعض عناصر المجال الشعوري كفكرة أو انفعال أو نمط من الحركات وتستقل عن بقية الشخصية ويعجز الفرد عن السيطرة عليها فتؤدي إلي ظهور الأعراض المختلفة(انتصار يونس ، ١٩٨٥ ، ٣٨٩).

وتري النظرية السلوكية أن الأشخاص ذوي الاضطراب التحولي يتبنون الأدوار الاجتماعية التي يتطابق فيها سلوكهم مع سلوك الأفراد الذين يعانون أعراضا مماثلة حدثت بسبب أمراض جسمية أو بمعنى آخر ، فالأشخاص ذوي الاضطراب التحولي يتصرفون كما يتصرف المرضى الحقيقيين ، وأن الأعراض التحولية ليست موجهة لا شعوريا ولا تتم بشكل لا شعوري (محمد السيد ، ٢٠٠٠ ، أ ، ٤٧١).

ويميل الكثيرون من علماء النفس إلي القول بأن الهستيريا تظهر عند أفراد لديهم قابلية للإصابة بها ، وترجع إلي ظروف تكوينهم وتنشئتهم الأولى وأن معالمها تظهر علي الطفل الذي يبدو حساسا سريع الانفعال لا يستطيع مواجهة أبسط المشكلات ، وتساعد علي الإصابة بها كذلك زيادة تدليل الطفل والاهتمام بأمره والحنو عليه بشكل مبالغ فيه ، يجعل اعتماده علي الغير عادة ضرورية تلازمه بقيه حياته (إبراهيم وجيه ، ١٩٧٤ ، ٨٥) .
تؤكد جهود المهتمين علي وجود ثمة عوامل نفسية مثل القلق ، والاكنتئاب والضغوط النفسية والصدمات النفسية والحرمان الحسي (أديب محمد ، ٢٠٠٦ ، ٢٤٠).

وتلعب العوامل الثقافية دورا دالا في اضطرابات التحول ، التغيرات التي تشبه أعراض التحول تعتبر جوانب شائعة في طقوس العلاج والأديان المحظورة ثقافيا ، عملية الوقوع بسبب تحول الوعي هو جانب لكثير من الأعراض المحددة ثقافيا(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ - أ ، ٣٩٤-٣٩٥).

علاج الهستيريا

- ١- العلاج الكيميائي لتخفيف حالات القلق والاكتئاب المصاحبة للأعراض الهستيرية ، ولا تعطي الصدمات الكهربائية لعلاج مرضي الهستيريا ، ولكن أحيانا خاصة في حالات الهذيان أو الغيبوبة الهستيرية ، نلجأ إلي صدمة واحدة لإنهاء العرض ، كذلك لا مكان لجراحة المخ في الأعراض الهستيرية.
- ٢- لا تعطي الصدمات الكهربائية لعلاج مرض الهستيريا ، ولكن أحيانا خاصة في حالات الهذيان أو الغيبوبة الهستيرية ، نلجأ إلي صدمة واحدة لإنهاء العرض ، ثم يبدأ العلاج النفسي بعد ذلك (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ٢٤٢).
- ٣- يستخدم التحليل النفسي في علاج الحالات التي يجد المعالج أنه من الضروري أن يلم فيها بحياة المريض وظروف تنشئته الأولى ، عندما يعتقد أن السبب يرجع إلي الظروف المحيطة ، ولا يرتبط بحوادث راهنة وإنما يرجع إلي فترة سابقة في حياة المريض (إبراهيم وجيه ، ١٩٧٤ ، ٨٦) وقد يستخدم الإخصائي التنويم الإيحائي لإزالة الأعراض ، ويلعب الإيحاء والإقناع دوران مهمان هنا.
- ٤- الإرشاد النفسي للوالدين والمراهقين ، وينصح بعدم تركيز العناية والاهتمام بالمريض أثناء النوبات الهستيرية فقط ، لأن ذلك يثبت النوبات لدي المريض (محمد جاسم ، ٢٠٠٩ ، ٣٧٩).

توهم المرض Hypochondriasis

هذه الفئة من المرضي يشغلهم باستمرار الخوف من اعتلال صحتهم رغم تأكيد الأطباء علي سلامة صحتهم ، كما أن هؤلاء المرضي يضخمون الاعتلالات البسيطة التي تصيب الكثير من الناس. وقد وضع توهم المرض في التصنيف DSM-IV-TR تحت الاضطرابات ذات الصورة الجسمية والانشقاقية.

معدلات انتشار توهم المرض

نسبة انتشار المرض في المجتمع العام غير معروفة علي وجه الدقة ، ولكن في الأوساط الطبية تقدرها بنسبة تتراوح بين ٤-٩٪ بين المرضي ، ويبدأ المرض في أي سن وخاصة بداية الرشد . ومعدل انتشاره متساوية تقريبا بين الجنسين ولكنه يكثر بين السيدات كبار السن وخاصة الأرامل منهم(محمد السيد ، ٢٠٠٠ - ٤٧٩ - ٤٨٠).

أعراض توهم المرض

- ١- التعب الجسمي المزمّن .
 - ٢- الثورة والتهيج وعدم الاستقرار .
 - ٣- العجز عن تركيز الانتباه في أي عمل محدد .
 - ٤- حدة المزاج أو توقع المزاج .
 - ٥- الكتابة وتغير المزاج .
 - ٦- تحليل الذات .
 - ٧- الشعور برثاء الذات .
 - ٨- الانتباه الزائد لوظائف الأعضاء الجسمية مع الشعور بالألم الوظيفي .
- ويطلق اصطلاح الألم الوظيفي علي تلك الآلام التي تصيب وظائف الأعضاء بينما تكون الأعضاء نفسها سليمة ، وما أن يؤكد الطبيب للمريض أنه لا يمكن أن يعاني من الألم في هذا الجزء الذي أشار إليه من جسمه ، إلا أن يبادر إلي القول بأن الألم قد تحول إلي جزء آخر من جسمه ، ويشير إليه من جديد وهكذا ، وكلما زاد الاهتمام بالألم كلما ازدادت حالة المريض سوءاً (عبد الرحمن العيسوي، ١٩٨٩، ١٦٨-١٦٩).

تشخيص توهم المرض

من النادر أن يظهر توهم المرض كعرض مستقل ، لكن الأغلب والأعم أن يظهر كعرض مرافق لاضطراب نفسي آخر مثل الاكتئاب ، كما في حالات اكتئاب سن القعود مثلاً. وفي بعض الأحيان يكون توهم المرض مجرد إضافة إلي مرض عضوي فعلي يجعل الأعراض مبالغاً فيها (حامد زهران ، ٢٠٠٥).

أسباب توهم المرض

إن الشخصيات المعزولة والمتمركزة حول الذات بشكل غير ناضج هي بصفة خاصة الميلالة لاستجابات توهم المرض . ويكشف لنا تاريخ الحياة دائماً عن عادة الاهتمام الزائد بالصحة وبالجسم . ويجب أن نلاحظ أيضاً نفس السمات في الآباء . واستجابة توهم المرض عبارة عن مرض في متوسط العمر ، يساعد عليه الشعور بالعجز عند الأشخاص ذوي

الاستعداد لهذا النوع من الاستجابة ، ويحصل المريض هنا كما في استجابة الضعف علي كسب ثانوي عن طريق جذب انتباه الآخرين له (كوفيل وآخرون ، ١٩٨٦ ، ١٥٧) .

العلاج

يتردد متوهمي المرض علي عدد كبير من الأطباء ، ومن تخصصات متباينة حتى أطلقت عليهم في الغرب مسميات عدة مثل المريض ذات الوجه المألوف أو المريض المناوب أو المريض المكروه ، ويرجع ذلك إلي عدم وجود علاج ناجح يخلصهم من هذه المشكلة فضلا عن أنهم يتجنبون زيارة الأطباء النفسيين لعدم اعترافهم بأن مرضهم له أساس نفسي ، وللتدعيم الجزئي الذي يحصل عليه من ترده علي أطباء الأمراض العضوية وخاصة خفض حدة القلق إلي حد ما وعادة ما تستخدم المهدئات مع ضرورة إفهام المريض بأن دور الأدوية مساعدا وليس شافيا ، كما يفضل المزاوجة بين العلاج الطبي والعلاج النفسي وخاصة العلاج السلوكي المعرفي أو العلاج الأسري والتدعيمي (محمد السيد ، ٢٠٠٠-٢٠٠١ ، ٤٨٣) .

النيوراستينيا : (الإرهاك النفسي) Neurasthenia

إن أول من أطلق اصطلاح (الإرهاك النفسي) علي مجموعة الأعراض المرضية التي تضمنها هذا المرض هو (بيرد) وذلك في عام ١٨٨٠ ، وكان أساس هذا مشتقا من فهمه لطبيعة المرض ، فقد كان يعتقد أن هذا المرض ينتج من الإجهاد الناتج عن وقوع الشخص في صراع لفترة طويلة من الزمن يستبد به فتتأثر تبعاً لذلك أعصابه بسبب التغيرات الكيميائية التي تحدث في الكائن الحي وتصيب أول ما تصيب الجهاز العصبي (مصطفى فهمي ، ١٩٩٥ ، ١٨٣) .

معدلات انتشار اضطراب الإرهاك النفسي

قلما نجد الإرهاك النفسي عند الأطفال ، إلا أن أعراضه تظهر في أواسط العمر ، وتزداد كلما اقتربنا من الكهولة بسبب التدهور الذي يحصل في العديد من الوظائف ، ويقل هذا التناذر كمرض مستقل ، ويكثر ظهوره كعرض لأمراض أخرى ، إنه يشيع بنسبة ٥٪ من مجموع السكان وحوالي ١٠٪ من مرضي العصاب ويكثر بين ربات البيوت اللواتي يشعرن بأنهن مهملات من قبل أزواجهن (محمد قاسم ، ٢٠٠٤ ، ٣٢٠-٣٢١) .

أعراض الإرهاك النفسي

يشمل الإرهاك النفسي علي الأعراض التالية :

✓ ضعف عام ، وشعور متواصل بالتعب ، والعرق ، وتخاذل تام ، واضطراب في حركة الذراعين ، والساقين .

- ✓ مشاعر القلق ، وحالات التوتر ، والضييق ، والشعور الدائم بالخوف .
- ✓ الصراع وهبوط ضغط الدم ، وضعف الثقة بالنفس ، وانخفاض الإحساس بالقيمة الذاتية .
- ✓ فقد الشهية الشديدة للطعام ويرافقها عسر هضم .
- ✓ الحساسية الشديدة للضوء ، وكذلك للأصوات حتى ولو كانت خفيفة كدقات الساعة ، أو ضرير الماء ، فهي منبهات تزعج المصاب وتكدر نمط حياته الاسترخائية الموصولة .
- ✓ حالات الصراع النفسي ، وكثرة الشكوى ، وزيادة التشكك بالآخرين والخجل الزائد ، وسرعة الملل والضجر ، والتمركز حول الذات (أديب محمد ، ٢٠٠٦ ، ٢٦٧) .

اضطرابات حسنوية وظيفية :

- ✓ خاصة بالهضم : ارتخاء الأمعاء وتقلصات المعدة ، ومغص معوي واضطراب في إفرازات المعدة والكبد فضلا عن الإمساك .
- ✓ خاصة بالأوعية الدموية : هبوط في ضغط الدم .
- ✓ ضعف جنسي : متفاوت وافتقاد الحساسية الجنسية .
- ✓ اضطرابات في التنفس : ضيق في التنفس والربو الكاذب (صالح حسن ، ٢٠٠٨ ، ٢٤٦) .
- ✓ ومن أهم الأعراض العقلية : التي تظهر علي المصاب بالإنهاد النفسي ضعف الذاكرة ، وما يترتب عليه من ضعف القدرة علي الاستدكار فالطالب المصاب بها يشكو عادة من عدم قدرته علي استدكار دروسه وأن المادة التي يذاكرها اليوم لا تبقى معه كثيرا ، بل سرعان ما ينساها ويزيد من حالته سوءا شعور بالإجهاد والملل الذي يصاحب هذه الحالة والذي يجعل من إقباله علي عملية المذاكرة في حد ذاتها عملية شاقة مرهقة لا تحقق نتيجة (إبراهيم وجيه ، ١٩٧٤ ، ٨٧) . وقد يظن البعض أن مثل هذه الحالة ناتجة عن العمل المستمر والإجهاد المتواصل فيقترحون الراحة للمريض وانصرافه عن القيام بأي عمل ، إلا أن هذا لا يؤدي إلي تحسن الحالة (سعد جلال ، ١٩٨٥ ، ٧٩٥) .

تشخيص الإنهاد النفسي

- يلاحظ أنه من النادر أن يظهر الإنهاد النفسي كعصاب مستقل ولكنه يظهر كإضافة لمرض نفسي أخر كما في الفصام البسيط أو الاكتئاب .

ويجب المفارقة بين الإنهاك النفسي والاكتئاب ، فالإنهاك النفسي يكون مستمرا والشكوى الأساسية هي الأعراض الوظيفية ، والاكتئاب أحد هذه الأعراض ويناقش المريض أعراضه ويتحدث عنها. ويجب المفارقة بين الإنهاك النفسي وبعض الاضطرابات العضوية الجسمية الأخرى مثل فقر الدم أو نقص الفيتامينات ، أو اضطراب الغدد الصماء ، واضطراب عمليات البناء والهدم في الجسم (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ، ٤٩٦) .

أسباب الإنهاك النفسي

يمكن تناول أسباب الإنهاك النفسي علي النحو التالي:

- ١- تعبير عن مشكلة أو صراع عاطفي لا يمكن حله بالطرق الطبيعية أو بشكل واقعي ، ويكون الشعور بالتعب والإجهاد هو الحل الوحيد الممكن لها (النظرية العاطفية).
- ٢- للعامل الوراثي أهمية لهذا الأمر ، والجو الذي يعيش فيه الطفل ، والتأكيد المستمر من والديه علي عدم إجهاد وإتعب نفسه مما يؤدي إلي بناء نفسي مستمر بالعجز عن القيام بالجهد(النظرية التكوينية).
- ٣- ينجم التحول العصبي عن هبوط في الفعالية العصبية في نقاط الانتقاء بين الخلايا العصبية(النظرية الفسيولوجية) (عطا الله فؤاد ، دلال سعد ٢٠٠٩ ، ٢٢٢-٢٢٣) وقد يكون في هذه النظرية إحياء للفكرة القديمة عن توفر أساس عضوي في الأعصاب يؤدي إلي الإنهاك العصبي ، علي أن البحث العلمي في هذه الناحية لم يتوصل بعد إلي نتيجة تدلل علي وجود خطأ فسيولوجي ثابت في أعصاب المريض المصاب بالإنهاك العصبي(علي كمال ١٩٨٨- أ ، ٢٧٤) .

علاج الإنهاك النفسي

يبدأ العلاج أولاً بالتأكد من خلو المريض من أي مرض عضوي قد يكون هو السبب فيما يشعر به من إجهاد وتعب ، ذلك أن كثير من الأمراض العضوية تشترك مع الإنهاك النفسي في أعراضها ، ولذلك يجب التأكد من ذلك من أول الأمر ، ويشتمل العلاج في العادة الناحيتين الجسمية والنفسية ، وذلك بالعمل علي راحة الجسم ، فينصح المريض بملازمة المنزل وعدم بذل أي مجهود والاكتفاء بالقراءات الخفيفة أو استماع إلي الموسيقى مع الاعتناء بتغذية المريض وبالأدوية المقوية والمنشطة إذا لازم الأمر(إبراهيم وجيه ، ١٩٧٤ ، ٨٩-٩٠) وضرورة تعامل المرشد مع الإنسان ككل متكامل يجب أن يصبح المرشد علي وعي وخبرة بكيفية تأثير الإعاقة علي جميع جوانب حياة الشخص المعوق .