

الفصل
العاشر

اضطرابات القلق

Anxiety Dis

المقدمة:

القلق خبره يمر بها كل إنسان بل أنه يعتبر من أكبر المشكلات التي تواجه الإنسان وإن كان كل من يشعر بالقلق لا يلجأ بالضرورة إلى الطبيب، وأهم ما يميز القرن العشرين سيطرة عوامل التطاحن لدرجة أن كثيراً من سكان العالم صاروا يعيشون في قلق مما دعى كثيراً من الباحثين إلى أن يطلقوا عليه عصر القلق.

**فالقلق ظاهرة عالمية فى الحضارات
الحديثة وشائعة فى كل تجارب الحياة
اليومية ومألوفة لكل فرد.**

كما أن تعقيدات الحضارة وسرعة التغير الاجتماعى والتفكك العائلى وضعف القيم الدينية والخلقية مع التطلعات المتباينة تولد الصراع وتفرض القلق عند كثير من الشبان والفتيات خاصة فى المرحلة الجامعية حيث يرتفع مستوى قلقهم على مستقبلهم المهنى والزواجى.

وكلنا نخبر فى نفسه ما تعنيه أعراض القلق من علامات جسمية ونفسية تزول أسبابها المعروفة وقلما ينجو منها أحد. ولكن هناك نوع آخر من القلق تتعدد صورته وتختلف مظاهره وهو يصيب الإنسان دون سبب وجيه أو واضح وينتهى به المطاف إلى عجز بالغ يعوقه عن القيام بأعبائه الوظيفية والاجتماعية وهذا ما نسميه القلق المرضى.

وكان قديماً يلقى اللوم على المصاب أو من حوله من أفراد الأسرة ولكن أثبت العلم الحديث دلائل تشير إلى أن هذا الاضطراب ينشأ عن اضطرابات فى كيموايات المخ مضافاً إليه ما يعترى المريض من اختلال فى السلوك والتعلم من تجارب الحياة وما يتعرض له من ضغوط البيئة من حوله.

ويعتبر القلق هو المحور الذى تدور حوله غالباً معظم الاضطرابات النفسية ويكمن وراءه أساليب التوافق وما قد يرتبط به من اختلال فى الوظائف العضوية وكذلك العلل النفسية.

كما أنه يعتبر لب الصحة النفسية فهو أساس جميع الاضطرابات النفسية وأساس جميع الإنجازات الإيجابية فى الحياة فهو أساس لكل اضطرابات السلوك واختلالات الشخصية ولكنه فى نفس الوقت المطلق لكل الإنجازات البشرية العادية المألوفة أو الإبداعية أو الابتكارية الجديدة على حد سواء.

المعنى اللغوى للقلق

من قلقَ والقلق الانزعاج ويقال بات قلقاً وأقلقه غيره ويقال قلق الشئ قلقاً فهو قلق ومقلق.

(يوسف خياط - نديم مرعشلى ١٩٧٠)

المعجم الوسيط: القلق من قلق وقلق قلقاً لم يستقر على حال واضطرب وانزعج فهو قلقاً، والقلق حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث & المقلق: الشديد القلق.

فى الموسوعة العربية: القلق حالة نفسية غير سارة من التوتر العصبى تدل على أن المريض يتوقع خطراً فى اللاوعى ويحدث عندما لا يستطيع المرء أن يتخذ إجراءً إيجابياً تجاه هذا الخطر أما بمجابهته أو بالفرار منه. (شفيق غربال ١٩٧٢)

القلق عند علماء المسلمين

عند الغزالي (١٩٦٧): تألم فى القلب وإحترقه بسبب توقع مكروه فى المستقبل وقسمه إلى:

الخوف العادى وهو الخوف من الله مقروناً بالرجاء فيه وهو صفة حميدة يجب أن يتحلى بها المسلم حيث يدفعه ذلك إلى العمل الصالح والتوبة فى الدنيا.

الخوف المفرط وهو خوف يخرج الإنسان إلى اليأس والقنوط ويمنعه من العمل وقد يسبب له الضعف والمرض وزوال العقل.

وقد أشار (ابن حزم ١٩٦١) إلى أن أهم خبرة نفسية مؤلمة ولقد قال إن أشد الأشياء على الناس الخوف والهم والمرض والفقر وأهمها إيلاًماً للنفس الهم لفقد الحب وتوقع المكروه ثم المرض والخوف ثم الفقر.

ولقد حث رسول الله ﷺ المسلمون على التحلى بالخوف من الله قائلاً:

«إنى لأخشاكم لله وأتقاكم له» ونهى عن الخوف المفرط وحثهم على ترك الجزع والقنوط والاتجاه إلى الأمل والرجاء فى الله وكان محمد ﷺ يستعيز بالله قائلاً (اللهم إنى أعوذ بك من الهم).

ومما سبق فالقلق عند علماء المسلمين نوعين:

❶ قلق عادى وهو الخوف من الله مقرون بالرجاء فيه (القلق الموضوعى).

❷ قلق عصابى وهو خوف زائد يمنع الإنسان من العمل.

ويعرفه أحمد عكاشة (١٩٨٩) هو شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفظ والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبى اللا إرادى يأتى فى نوبات تتكرر فى نفس الفرد مثل السحبة فى الصدر أو الفراغ فى المعدة أو الصداع أو كثرة الحركة.

من العرض السابق للتعريفات يتبين لنا إن معظم هذه التعريفات تكاد أن تجمع على أن القلق يتضمن:

- عدم ارتياح نفسى وجسمى.
 - قد ينتج عن سبب غامض أو معلوم المصدر (القلق الموضوعى).
 - يظهر أثره فى صورة أعراض نفسية وأعراض جسمية واضطراب إجتماعى.
 - قد ينتج القلق عن عدم الشعور بالدفء والعاطفة وقد ينتج عن النقد الموجه من البيئة الخارجية وقد ينتج عن اضطراب فى البيئة المحيطة
 - أن له مستويات متعددة من القلق البسيط إلى القلق الحاد.
- تُصنف اضطرابات القلق إلى:
- ١- نوبات الهلع بدون رُهاب الأماكن المتسعة Panic Disorder Without Agoraphobia.
 - ٢- نوبات الهلع مع رُهاب الأماكن المتسعة Panic Disorder With Agoraphobia.
 - ٣- رُهاب الأماكن المتسعة بدون تاريخ اضطراب الهلع Agoraphobia Without History of Panic Disorder.
 - ٤- اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder.
 - ٥- الرُهاب الاجتماعى Social Phobia.
 - ٦- الرُهاب النوعى Specific Phobia.
 - ٧- اضطراب الوسواس القهري Obsessive-Compulsive Disorder.
 - ٨- اضطراب الكرب الحاد Acute Stress Disorder.
 - ٩- اضطراب اكرب ما بعد الصدمة (بعد الرضح) Post-traumatic Stress Disorder.

١٠ - اضطراب القلق نتيجة للحالات الطبية العامة Anxiety Disorder

.Due to a General Medical Condition

١١ - اضطراب القلق الناتج عن المخدرات Substance-Induced Anxiety

.Disorder

١٢ - اضطراب التأقلم المصاحب بعلامح القلق . Adjustment Disorder

.With Anxious Features

النظريات المختلفة فى تفسير القلق

(١) النظرية البيولوجية

رغم أن العديد من الناقلات العصبية (Neuro transmitters) يظهر أنها تلعب دوراً فى حدوث القلق إلا أن النور أدرينالين (N E) مستمر فى أخذ الدور الأعظم من الاهتمام والأبحاث.

فوجد أن تنبيه الجسم الأزرق (Locus Ceruleus) الذى يحتوى على أكثر الخلايا التى تفرز النور أدرينالين نشاطاً تؤدي إلى ظهور استجابات سلوكية مشابهة للتي تحدث أثناء نوبات الخوف أو الهلع.

ففى دراسة شيرنى وآخرون Charney1992 باستخدام اليوهيمين (Yohimbine) والكلوندين (Clondine) والأول يعمل على قفل المستقبلات النور أدرينالينية ألفا ٢ قبل الشبكية والثانى يعمل على تنبيهها وذلك لدراسة دور النور أدرينالين فى مرضى الهلع فوجد أن المجموعة التى تناولت اليوهيمين ظهر فيها الهلع وزاد نشاط النور أدرينالين مع تبدل فى إستجابة هرمون النمو عند التنشيط بالكلوندين.

وهذه الدراسة دعمت فرضية أن اختلال نشاط الجسم الأزرق مع خلل فى إفراز النور أدرينالين يؤدي إلى ظهور القلق والهلع.

وهناك دليل آخر على تأثير الخلل في وظيفة النور أدرينالين يؤدي إلى ظهور القلق أن مرضى القلق لديهم نقص في وظيفة المستقبلات الأدرينالينية الطرفية (Peripheral adrenergic receptors).

كما لوحظ تورط خلل المحور الهيبوثلامى النخاعى الكظرى في مرض القلق أو الاكتئاب المختلط بالقلق.

كما أن عامل الكورتيكوتروپين المنطلق C.R.F. (Corticotropine factor release) يوحى بوجود رابطة بين الجهاز المناعى والجهاز النور أدرينالينى في القلق حيث أنه يزيد من إنطلاق الخلية العصبية النور أدرينالينية في الجسم الأزرق وهذا يزداد مع القلق كما لوحظ أن C.R.F. لا يظهر مختلاً في مرضى الهلع ولا يتغير بواسطة العلاج مع البرازولام (Alprazolam)

وفي المراجع الحديثة حاول (Fesrarese et al 1993) إيجاد العلاقة بين (GABA) الجابا والجهاز المناعى فأظهر دور مثبطات الـديازيبام المرتبطة (Diazepam binding inhibitors) وهذا دعم الدلائل التى تقول بوجود علاقة بيولوجية للقلق وبين ناقلات الجابا والمحور الهيبوثلامى النخاعى الكظرى عند الاستجابة للضغط (stress)

وظهر دور السيروتونين في اضطراب القلق والهلع عندما نجحت مجموعة مثبطات أخذ السيروتونين إنتقائياً (SSRIs) في علاج الاضطرابين كما لوحظ أن اضطراب القلق يتحسن مع استخدام مستقبلات HT1A⁵ المشارك agonist.

(٢) نظريات مدرسة التحليل النفسى

نظرية فرويد Freud

يعتبر فرويد رائد مدرسة التحليل النفسى وهو أول من بحث موضوع القلق

بحثاً مستفيضاً واستطاع أن يفتن إلى أهمية العمليات العقلية اللاشعورية في حياة الإنسان.

وقد كان لفرويد في دراسة القلق نظريتان:

الأولى: عام (١٩١٦-١٩١٧) وفسر فيها القلق على أساس أنه حينما تمنع الرغبة الجنسية من إتخاذ طريقها الطبيعي إلى التفريغ أو الإشباع فإن الطاقة اللبيدية تتحول إلى طاقة فسيولوجية بحتة.

والملاحظ في هذه النظرية أنه جعل القلق عملية فسيولوجية وليست عملية نفسية ولم ينسب إليه دوراً في تكوين العصاب لأنه كان يعتقد أن العصاب يحدث أولاً ثم يساعد العصاب على كبت الرغبة وعندما تكبت الرغبة الجنسية تتحول الطاقة الجنسية إلى قلق بطريقة فسيولوجية.

ولكنه في نظريته الثانية أسقط رأيه الأول وأكد أن القلق هو الذى يؤدي إلى كبت الرغبات الجنسية كما توصل إلى أن القلق العصابى هو العامل المسبب لنشأة الأعراض العصابية وهو رد فعل لخطر غريزى يشعر الإنسان بالعجز أو الخوف من العقاب وهنا أكد فرويد على أن كلا من القلق العصابى والقلق الموضوعى رد فعل لحالة خطر والفرق بينهما أن الأول يرجع لخطر غريزى داخلى بينما الثانى فيرجع لخطر خارجى معروف.

ونجد أنه على رأى النظرية الثانية لفرويد قد ظهر أثر البيئة في إصابة الشخص بالقلق فسواء مثلت هذه البيئة عائق عن تحقيق الدفعة الغريزية أو مثلت له خطر خارجى معروف ففي كلتا الحالتين يرجع لها الدور الرئيسى في نشأة القلق.

نظرية أوتورانك Ottorank

تؤكد على أهمية دور الأم في حياة الطفل بصفة خاصة حيث إهتمت بما يسمى

(صدمة الميلاد) وأعتبرتها أساساً لنظرية جديدة في التحليل النفسى، فقد أهتم بانفصال الطفل عن أمه وعن تلك الحالة الأولية اللذيذة في الرحم فهو يؤكد على ما يسمى بالفردوس المفقود لحظة خروج الوليد من رحم الأم. لذلك يسبب الميلاد صدمة شديدة للوليد وهو فضلاً عن ذلك يتضمن خطر فسيولوجى وينشأ عن هذه الخبرة المؤلمة الشعور الأول بالقلق وهو ما أطلق عليه القلق الأولى وهو الناتج عن الانفصال عن الأم وأى انفصال فيما بعد يتسبب فى نشأة وظهور القلق كالفطام أو الذهاب إلى المدرسة أو الزواج.

نظرية أدلر Adler

يرجع أدلر القلق إلى أنواع التربية التى يتلقاها الطفل فى أسرته وقد إستخدم مفهومه عن القلق من إستنتاج المشاعر فقد أكد على أن إستنتاج المشاعر يمكن أن يظهر بواسطة العوامل الاجتماعية والتفاعل الإجتماعى مع المجتمع.

ووجد أدلر أن القلق ترجع نشأته إلى طفولة الإنسان حيث كان المريض يشعر بالقصور الذى ينتج عن عدم الشعور بالأمن وقد حدد أدلر مفهوم القصور فى بادئ الأمر بأنه القصور العضوى ثم ذهب بعد

ذلك فعمم هذا القصور حتى شمل القصور بمعناه الإجتماعى أو المعنوى وقد بين أن هذا القصور ترجع إليه نشأة القلق.

نظريات الفرويديين الجدد

١ - نظرية كارين هورنى (Karen horney)

قامت بإرجاع القلق الأساسى لدى الفرد إلى العوامل الثقافية وكذلك إلى اضطراب العلاقة بين الوالدين والأبناء.

وتذهب هورنى إلى أن هناك ثلاثة اتجاهات أساسية مختلفة تمثل الأساس للصراع الداخلى وهم الاتجاه أو التحرك نحو الناس والتحرك بعيداً عن الناس والتحرك ضد

الناس. فالعصاب في نظر هورنى هو تعبير عن اضطراب العلاقات الإنسانية وعلى هذا فالقلق عندها نتاج إجتماعى ناتج عن البيئة الاجتماعية للإنسان.

وتضيف هورنى أن القلق يرجع إلى ثلاثة عناصر رئيسية وهى الشعور بالعجز والشعور بالعداوة والشعور بالعزلة فتقول أنه مهما كانت مظاهر القلق وأشكاله فإنها تنبع من مصدر واحد هو شعور الفرد بأنه عاجز وضعيف ولا يفهم نفسه ولا الآخرون وأنه يعيش وسط عالم عدائى ملئ بالتناقض.

٢- نظرية أريكك فروم E. From

يذهب إلى أن مبعث القلق هو ذلك الصراع بين حاجة الفرد إلى التقرب من والديه وبين حاجته إلى الإستقلال عنهما. هذا الصراع النموذجى يلخص ديناميكية العلاقة بين الفرد ووالديه منذ صغره فحينما يحاول الإستقلال يشعر أنه ضعيف الإمكانات فى مواجهة مسئوليات حياته وغير قادر على تحمل المسئولية.

وفى سبيل تحقيق إستقلاله عن والديه لا يستطيع إنفعالياً أن يواجههما بالعداء أو بالعدوان عليهما ومن ثم يضطر إلى كبت مشاعر العداوة والعدوان حفاظاً على العلاقة الطيبة التى تربط بينهما وإذا حاول الطفل أن يبرز إمكانياته أو تحقيق أى تقدم فى حياته أو حتى التفكير فى ذلك فإنه يشعر بالقلق لأنه يستشعر من ذلك تهديداً لعلاقته الطيبة مع والده.

٣- نظرية سوليفان Sullivan

يرى أن القلق له جذور فى عدم إستحسان الناس المهمين فى عالم العلاقات الشخصية المتداخلة للطفل واتجاهات الناس نحو الطفل لها أثرها الشديد فى اتجاهات الطفل نحو نفسه لأن ذات الطفل تتكون من التقديرات التى تنعكس على ذاته وأول تقدير من الطفل لنفسه يأتى من أفكار ومشاعر الآخرين نحوه

ولذلك يعطى وزناً لعلاقات الطفل بالآخرين وخاصة الأم التى تعطى وتشبع حاجاته المادية وحاجاته للأمن وأن شخصية الطفل تتكون من خلال هذه العلاقات الاجتماعية كما أن تنشئة الطفل الاجتماعية وتربيته وتعليمه تتلخص فى إكتساب الطفل لبعض العادات والأعمال التى يستحسنها الوالدان والإبتعاد عن بعض الأعمال التى يستحسنها.

وعلى ذلك ينشأ القلق وهذا من شأنه أن يدفع الطفل إلى الإنتباه إلى أنواع السلوك الذى ينال الإستحسان حتى يستطيع دائماً التمتع بحالة الإنشراح وتجنب القلق.

وعلى ذلك فالقلق فى إطار النظرية التحليلية أحد الأربعة الآتية:

قلق الغرائز **Id anxiety**: ويشار به إلى عدم الراحة الأولية المبهمة الذى ينتاب الطفل عندما يشعر أنه مربك بإحتياجات ومثيرات يشعر معها بأنه عاجز ويسبب له فقد التحكم.

قلق الانفصال **Separation anxiety**: ويعزى إلى مرحلة قبل أوديبية ولكن الطفل أكبر من السابقة ويخاف من فقد الحب أو أن يصبح منبوذاً من والديه وإذا فشل فى ضبط نفسه وتوجيه نزعاته فى التطابق مع قيمهم ومتطلباتهم.

قلق الخضاء **Castration anxiety**: وهو غير الطفل فى الموقف الأوديبى المصحوب بخيالات ومخاوف الخضاء المرتبط بنمو نزعاته الجنسية وقد يتكرر لدى البالغ فى شكل مرضى.

قلق الأنا الأعلى: وهو نتيجة مباشرة للنمو النهائى للأنا الأعلى الذى يميز حل العقدة الأوديبية.

الخلاصة:

نجد أن هناك اتفاقاً بين فرويد وكل من هورنى وفروم وسوليفان على أهمية العلاقة بين الفرد والمجتمع وأن تهديد هذه العلاقة يثير القلق في الفرد ولكن الخلاف بين فرويد والباحثين ينحصر في طبيعة الدوافع التي تهدد العلاقة بينما نجد فرويد يهتم بالدوافع الجنسية أكثر من إهتمامه بغيرها من الدوافع الأخرى ويعتبرها أهم ما يهدد علاقة الفرد بالمجتمع فإن هؤلاء الباحثين الآخرين لا يعلقون أهمية تذكر على الدوافع الجنسية فترى هورنى أن الدوافع العدوانية الخطر الرئيسى

الذى يهدد علاقة الفرد بالمجتمع، بينما يرى فروم وسوليفان أن الرغبة في إثبات إمكانيات الفرد في الاستقلال من أهم ما يثير القلق، أما عند أدلر فيعتبر القلق متضمناً للإحساس بالدونية ومن ثم الدفاع بالتعويض فتعويض موضوعي في الحالة السوية وتعويض ذاتي عند العصابى.

(٣) النظريات السلوكية المفسرة للقلق

يرى أصحاب نظرية التعلم أن القلق هو خوف مكتسب فمصدر القلق لديهم يكمن خارج الفرد نفسه متمثلاً في المواقف المختلفة التي يتعرض لها فهم يرون أن القلق يتم تشريطه تشريطاً كلاسيكياً لعدد من المثيرات الخارجية وبما أن القلق والخوف مكتسب فإنه يمكن إبطاله عن طريق إعادة التشريط وفي هذا يرى دولا رد وميللر (Dollar- Miller) أن القلق دافعاً مكتسباً أو قابلاً للإكتساب وهو يرتبط بفكرة الصراع الإنفعالى الشديد ولكن الصراع هنا شعورياً وينتج عنه القلق من خلال التطبيع الإجتماعى فالطفل يقلقه احتمال فقدان حب والديه وحتى يتخلص الفرد من القلق الناشئ عن الصراع الإنفعالى فإنه يلجأ إلى الحيل الدفاعية.

كما يرى رواد السلوكية ومن بينهم شافر (Shaffer) أن القلق المرضى إستجابة مكتسبة قد ينتج عن القلق العادى تحت ظروف أو مواقف معينة ثم تعمم الإستجابة بعد ذلك وقد ذكر أمثلة للمواقف العادية التى يمكن أن تؤدى إلى القلق منها مواقف ليس فيها إشباع فقد يتعرض

الفرد منذ طفولته لمواقف يحدث فيها خوف وتهديد ولا يصاحبها تكيف ناجح ويترتب على ذلك على مثيرات إنفعالية أهمها عدم الارتياح الإنفعالى وما يصاحبه من توتر وعدم استقرار

أما مفهوم وولبى (Wolpe) عن القلق فيعتبره من أهم الاستجابات الفطرية لدى الكائن الحى وهو السبب الكائن وراء تعلم جميع العادات السيئة والاضطرابات السلوكية ويعتبر وولبى القلق كالخوف تماماً فهو إستجابة فردية لمثير ما فى مواجهة الإستثارة الضارة المؤذية.

(٤) النظرية الوجودية

يرى أصحاب هذا المذهب الذى هو مزيج بين المذهب الوجودى والمذهب الإنسانى فى علم النفس أن القلق هو الخوف من المستقبل وما قد يحمله هذا المستقبل من أحداث قد تهدد وجوده وإنسانيته وبهذا يختلف أصحاب هذا الاتجاه اختلافاً جذرياً مع المدرسة السلوكية والتحليلية كما يرون القلق ينشأ من إدراك الفرد بحتمية النهاية ووعيه بأنه يعيش حياة ليس فيها ما يستطيع أن يؤكد حدوثه وأن المستقبل قد يأتى معه من الأحداث ما قد يهدد الفرد وحيثما يتوقع الفرد ينشأ القلق بحيث تصبح أى محاولة لتفسير القلق فى ضوء الماضى محاولة غير كافية ومضللة.

ويرى سورين كير كجارد (Soren Kierkgard) أبو الفلسفة الوجودية أن

كل شخص يعرف أنه مهما عاش حياة طويلة ومنتجة أنها تنتهي بالموت ومهما كان المستقبل مفعماً بالأمل والسعادة فعلى المدى البعيد لا يوجد سوى القبر يومئ ويشير. وأن هذه الأنواع من التأملات

أساساً للقلق الطبيعي الوجودى الذى لا يمكن التخلص منه. وأن القلق الوجودى لا يمكن تفسيره أو إنكاره ولا بد من مواجهته بشجاعة وقبوله وعندئذ يستطيع الفرد الإستمرار فى الحياة رغم عبأ القلق الوجودى.

كارل روجرز (Rogers) يؤكد أن الفرد يسعى دائماً للمحافظة على حالة من التجانس بين مفهومه لذاته وإدراكه للخبرة ويشعر الفرد بالتهديد عندما لا يتطابق مفهومه لذاته مع خبراته الفعلية، يفترض روجرز أنه من المحتمل أن يشعر الفرد بالتهديد عندما لا تتطابق خبراته مع مفهومه لذاته وكان غير واع فإنه يصبح عرضة للقلق واضطرابات الشخصية.

(٥) نظرية القلق الدافع Drive anxiety

ذهب كل من جانيت تايلور (J.Taylor) وسبنس (Spence) إلى أن القلق دافع منشط للتعليم Energizing drive للتعليم وأتفقا مع نظرية «هل» فى التعليم على أنه كلما زاد القلق الدافع زاد الأداء والتعلم، وافترضوا فى نظرية القلق الدافع أن الطالب فى مواقف التعلم يشعر بالقلق وهذا الشعور ينمى لديه الدافع للتعلم لتقليل القلق والشعور بالإرتياح فالقلق من وجهة نظرهم صفة حسنة يجب أن ننميتها عند الأبناء لأنها تدل على الدافع للتعلم فكلما زاد القلق نما الدافع للتعلم وتحسن.

لا يعنى هذا تسليمنا بأن المصدر الأساسى للدافعية هو القلق فالدوافع قد تنتج من مصادر إيجابية كثيرة منها حب الإستطلاع والميل والقدرة وغيرها حتى

وإن كان المصدر الأصلي للدافع يرتبط بتخفيض القلق

فمن الممكن أن يتولد أثناء حدوث النشاط الذى أثاره القلق دوافع أخرى إيجابية تصبح بمرور الوقت العامل الأساسى فى توجيه النشاط. (فاديه كامل ١٩٩٣)

وهناك دراسات كثيرة تناقضت نتائجها مع هذا الاتجاه وتوصلت إلى أن القلق ليس دافعاً ولا يدل على وجود الدافع للتعلم لأنه عامل تصدع وتفكك فى شخصية الإنسان يفسد دوافعه ويشتت طاقاته. (وجدان الكحيمى ١٩٨٤)

وقد أشارت معظم الدراسات إلى وجود ارتباط سالب بين القلق والتحصيل والتذكر وأداء العمليات الحسابية ومن أهم هذه الدراسات ماندلر (Mandler) وساراسون (Sarason) وزملائهما فى جامعة بيل الأمريكية الذين رفضوا نظرية القلق الدافع وقالوا بنظرية (القلق فى مواقف الامتحان) والتى أشارت إلى أن الطالب فى مواقف الإمتحان إما أن يظهر دوافع لإنجاز العمل (Task drives) فيتحسن أدائه ويحصل على درجات مرتفعة. أو يظهر دوافع القلق (Anxiety drives) وينشغل بها فيسوء أدائه فيحصل على درجات منخفضة ويتولد قلق الاختبار فى عمر مبكر نتيجة لاتجاهات المعلمين والوالدين والأطفال والآخرين وهو شائع لدى جميع الطلاب ومما سبق نجد أن تايلور وسبنس يريان أن شعور الطالب بالقلق صفة حسنة تدفعه للحصول على درجات مرتفعة بينما يرى ماندلر وساراسون أن شعوره بالقلق يجعله ينشغل بقلقه أكثر من إنشغاله بالإجابة على أسئلة الإمتحان فيحصل على درجات منخفضة ولقد تأثرا بالدرسة التحليلية فى رؤيتهم أن القلق ينشأ فى الطفولة من خلال مواقف التربية التى يشعر فيها الطفل بالتقويم من والديه ومدرسيه وغيرهم من الراشدين المحيطين بهم.

وما أراه أنهم خلطوا بين الخوف الطبيعي (القلق الموضوعي) وهو محفز للنجاح، والقلق المرضي وهو المعوق لأداء كل الإلتزامات.

(٦) الصورة المعرفية لاضطراب القلق (cognitive model of anx).

ترى النظريات المعرفية أن الأطفال مع الوقت يتكون لديهم مزاعم أو خطط معرفية ثابتة ومنظمة عن البيئة والخبرات وهذه المزاعم تلعب دوراً ديناميكياً في تنظيم سلوك هؤلاء الأطفال وعمليات تكوين المعلومات (Information processing) وأى تشوه في هذا يؤدي إلى ظهور القلق.

وأن المثيرات غير المحببة تؤدي إلى سلوك توافقي (Adaptive behavior) وأن التشوه المعرفي يمنع الإستجابة الشعورية والسلوك الطبيعي وهذا يؤدي إلى قوالب (Schema) شبة جامدة وغير صحيحة مما يؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات ومنها القلق.

وأعراض القلق التي تحدث كنتيجة لهذا التشوه المعرفي قد تظهر ويمكن التعرف عليها في بعض الأطفال أو تظل مخفية حتى تستثار بواسطة الضغوط.

تشخيص اضطراب القلق العام

الصورة الإكلينيكية للقلق: تشمل أعراض التوتر العضلي وأعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل وأعراض الخوف والحذر وأعراض أخرى:

١- أعراض التوتر العضلي: الإرتجاف، الرعشة، رفه العضلات، الشعور بالإهتزاز، آلام العضلات، عدم الإستقرار، سرعة الإجهاد.

٢- أعراض زيادة النشاط العصبي المستقل: وتشمل كرشة النفس والشعور بالإختناق وزيادة ضربات القلب والعرق وبرودة الأطراف وجفاف الحلق والدوخة وخفة الرأس والغثيان والإسهال وسخونة الوجه وكثرة

التبول وغصة الحلق وسدة الزور.

٣- أعراض الخوف والحذر: مثل الخضة وصعوبة التركيز والأرق وسرعة الإستشارة وفي المراهقين يأخذ شكل القلق والترقب فيما يتعلق بالإنجاز الدراسي والرياضي والاجتماعي.

٤- أعراض مصاحبة: عادة تكون أعراض اكتئابه خفيفة أو أعراض هلع ولكن ليست لها علاقة باضطراب القلق العام.

البداية: في أي سن وإن كانت تغلب في العشرينات والثلاثينات.

المسار: قد يكون مزمنًا ومن مضاعفاته حدوث نوبات هلع (٢٥٪) أو إدمان العقاقير المهدئة.

المواصفات الشخصية.. طبقاً للدليل الإحصائي التشخيصي الرابع DSM IV

(١) وجود قلق شديد وتوقع مكروه حول إثنان أو أكثر من ظروف الحياة لمدة ٦ شهور أو أكثر وتكون الأعراض في أغلب الأيام.

(٢) يجد الشخص في نفسه صعوبة في السيطرة على القلق.

(٣) يشترط وجود ثلاثة أعراض أو أكثر من الستة الآتية (على أن لا تكون من بينها أعراض تحدث فقط خلال نوبة الهلع)

١- توتر العضلات.

٢- عدم الاستقرار.

٣- سرعة الشعور بالإجهاد.

٤- صعوبة التركيز.

٥ - اضطراب النوم.

٦ - سرعة الاستشارة.

(٤) إذا وجد اضطراب آخر على المحور الأول فلا يكون القلق مترتباً عليه.

(٥) أن بسبب القلق أو الأعراض الجسدية إنزعاجاً ملحوظاً أو خللاً وظيفياً أو اجتماعياً.

(٦) أن لا يكون الاضطراب بسبب الأثر الفسيولوجي لمادة أو حالة مرضية جسمية.

القياسات النفسية

مقياس هاميلتون للقلق Hamilton anx.scale

يقيس الشكاوي المعرفية والجسدية للقلق، ويستخدم بواسطة الطبيب، ويتكون من ١٤ بند، وتوجد نسخة معدله تحتوي على ٦ بنود فقط بعد استبعاد بنود الاكتئاب والجسده، ويصح من صفر: ٤ بدرجة كلية ٥٦ وتعتبر ١٤ درجة فاصلة.

مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب Hospital anx.and dep.scale

يستخدم بواسطة أطباء الأقسام المختلفة، وهو ذاتي التقدير ويركز على الشكاوي النفسية ويتكون من ١٤ بند والدرجة الفاصلة ١١، وهو متميز في التشخيص.

اختبار مستشفى نيدل سكس Middlesex hospital Q

يقيس ٦ بعاد (القلق، الرهاب، الوسواس، الجسده، الهستيريا، الاكتئاب) ويتكون من ٤٨ عبارة، ويتميز بالبساطة والسرعة في التطبيق.

الرهاب

مقدمة:

إن الله سبحانه وتعالى خلق الإنسان وفيه غريزة الخوف... فالخوف من حيوان مفترس أو من نشوب حريق يعتبر خوف طبيعي يدفع الإنسان لحماية نفسه، كما أن الخوف والقلق بالقدر المعقول من الإمتحان يدفع الطالب للإجتهد والمذاكرة حتى يجتاز الإمتحان والخوف هنا من أمور تستحق الخوف أي هو الخوف الذي يساعد على الإنجاز وإستمرارية الحياة.

وهناك نوع آخر من الخوف فيه يقوم الشخص بتعميم الخوف من موقف معين للخوف من كل ما يتعلق بالموقف ومن هنا ينشأ الخوف الذي يعلم الشخص عدم جدواه وعلى الرغم من معرفته التامة لذلك ألا أنه يستطيع التحكم والسيطرة على هذا الخوف وهو ما يسمى بالرهاب.

ويمكن التعرف على هذا الخوف غير الطبيعي عندما نجد أن الإستجابة للخوف:

- ❶ غير متناسبة مع الموقف.
- ❷ لا يمكن تفسيرها منطقيا.
- ❸ لا يستطيع الفرد التحكم فيها إراديا.
- ❹ تؤدي للهروب وتجنب الموقف المخيف.

من أنواع الرهاب الشائعة «الأجورافوبيا» أو الخوف من التواجد في مكان عام يشعر فيه المرء بأنه لا يمكنه الهروب منه. أما «الأكروفوبيا» فهي الخوف من المرتفعات، و«الكلوستروفوبيا» الخوف المرضي من الاماكن المغلقة، بعض الناس يشعرون بخوف شديد من حيوانات معينة أو الدم أو غيرها.

ويعتبر الرهاب الاجتماعي من أشهر أنواع الرهاب والتي تصيب الشباب خاصة.

الرهاب الاجتماعي

هو خوف وإرتباك وقلق يداهم الشخص عند قيامه بأداء عمل ما (قولاً أو فعلاً) أمام مرأى الآخرين أو مسامعهم، ويؤدي به مع الوقت إلى تفادي المواقف والمناسبات الاجتماعية.

معدل انتشار الاضطراب

يوجد الاضطراب في حوالي ١٠٪ من الناس (واحد من كل عشرة أفراد) وهؤلاء يرهبون المناسبات الاجتماعية مما يؤثر سلباً على حياتهم الاجتماعية والتعليمية والعملية وعلاقاتهم الشخصية بصورة كبيرة.

البداية:

يبدأ عادة حالة الرهاب الاجتماعي أثناء فترة المراهقة ويرى (٢٦٪) من مرضى الرهاب عموماً أن أعراض الاضطراب ظهرت لديهم أيام الطفولة، وأن (٢٨٪) في سن البلوغ، و (٤٦٪) ظهرت في المراهقة كما ورد في دراسة سعودية أن (١٣٪) من المترددين على المستشفى يعانون من الرهاب من مجموع حالات الاضطراب العصبي التي ترد إلى العيادات الخارجية بمستشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض وبينت بعض الدراسات الأخرى الحديثة أن انتشار الرهاب يبلغ من (٤، ٥٪) إلى (٤، ١٣٪) وفي حين أكدت بعض الدراسات أن نسبته تصل إلى (٢٠٪) من الحالات العصبية ولكن هناك اختلاف في النسب إذا ما نظرنا إلى أشكال الرهاب فبعضها أكثر انتشاراً من بعضها الآخر. فالرهاب الاجتماعي مثلاً يشكل ما نسبته (٧٠٪) إلى ٨٠٪ من حالات الرهاب الموصوفة والمعروفة مسبقاً لدى المتخصصين.

ويحدث الرهاب بنسبة أكبر لدى الأطفال والمراهقين وصغار الراشدين والرهاب أكثر لدى الإناث منه لدى الذكور، وإذا لم يعالج فقد يستمر طوال الحياة وقد يؤدي إلى مضاعفات أخرى كالاكتئاب واضطرابات القلق الأخرى أو الإدمان.

تشخيص الرهاب الاجتماعي:

لتشخيص الرهاب الاجتماعي كمرض وليس كعرض من أعراض مرض نفسي أو جسدي آخر يجب تواجد أحد الأعراض التالية:

- ١ - خوف ملحوظ وقوي من واحدة أو عدة مواقف اجتماعية حيث يتواجد المريض تحت نظر غرباء.
- ٢ - التواجد في الموقف الاجتماعي الذي يخشاه ينتج عنه بصفة دائمة قلق شديد قد يصل إلى حالة هلع.
- ٣ - المريض يدرك أن ما يحصل له من خوف هو مفرط وغير مبرر.
- ٤ - التجنب الملحوظ للتواجد في الأماكن أو المواقف التي قد تزيد قلقه.
- ٥ - تأثير هذا السلوك الإنطوائي على محيطه الاجتماعي والعملي بصفه واضحة مما يتسبب له في الآلم نفسية أو يؤدي إلى إستعمال مواد مهدئة.
- ٦ - هذا الرهاب ليس ناتجاً عن مرض عضوي أو نفسي أو إستعمال مواد طبية.
- ٧ - وجود على الأقل واحد من الأعراض الجسمية السالف ذكرها في القلق العام.

أعراض الرهاب الاجتماعي

هناك أعراض للرهاب ذات طابع نفسي، وأخرى ذات طابع جسدي وأعراض ذات طابع اجتماعي

فمن أهم الأعراض الإكلينيكية التي تظهر على مريض الرهاب أعراض فسيولوجية (جسدية) مترافقة مع الرهاب مثل الإجهاد والصداع ، وتصبب العرق أثناء الشعور بالخوف أو الرهاب. الارتجاف وبرودة الأطراف، اضطراب الكلام. خفقان القلب وسرعة التنفس أو ضيق التنفس. التقيؤ والشعور بالدوار، الألم في البطن أو الظهر أو الشعور بالإغماء.

ومن أهم الأعراض النفسية نقص الثقة في النفس، والشعور بالنقص والدونية، عدم الشعوب بالأمن، التردد وصعوبة اتخاذ قرار، الجبن وتوقع الشر، الإحتراس الشديد والمبالغة في الحماية، الاندفاع أحياناً وسوء التقدير، الإرتباك والشك المبالغ فيه، الإمتناع عن بعض مظاهر السلوك العادي، السلوك التعويضي.

وهناك أعراض ذات طابع اجتماعي مثل الإنسحاب الاجتماعي والعزلة، سوء التوافق الأسري والزواجي، ضعف القدرة على الإنتاج والعمل وعدم القدرة على تكوين علاقات وصدقات شخصية.

كيف تتكون خبرات الرهاب

أن الخوف من المشاعر الأولى التي يتعلمها الإنسان في حياته، ويكاد يكون الوسيلة الأولى التي يعبر بها الإنسان عن توجهاته وشكل إنفعالاته بعد ولادته، وكذلك من المشاعر والإنفعالات الأولى التي يكتسبها ويتعلمها الإنسان، ويمارسها طوال حياته ، ويبدأ رد الفعل الذي يعبر عن الخوف بالظهور بشكل كبير وواضح بعد العام الأول من ميلاد الإنسان حيث يعبر عن ذلك بأشكال من السلوك التجنبي والبكاء ، والهروب ، والغريب في هذا الموضوع تحديد أن الخوف يزرعه الوالدين في نفوس الأبناء بطريقة عفوية وفطرية أثناء التربية الحياتية ليس كرهاً للإبن بالطبع بل حرصاً عليه وخوفاً من وقوعه في إصابات أو كدمات، ثم يأتي العامل الآخر المساعد في تعلم الخوف وهو تجارب الألم حيث يبدأ الطفل في خوض

تجارب قد تسبب له الألم مثل تجربة النزول من علو بسيط ثم السقوط على الأرض والشعور بالألم من هذه التجربة تولد لدى الطفل الخوف من العلو وهكذا تبدأ محاولات التجربة والخطأ تفرض أحكامها على الإنسان، وتظهر الأحكام التي قد تكون جيدة وقد تكون سيئة ثم يأتي بعد ذلك دور المحاكاة والتقليد لأشخاص آخرين يحاولون التوخي والحذر مثل مشاهدة الطفل لوالدته حين تستخدم الوسائل الوقائية في الإمساك بالأشياء الساخنة، ويتعلم الطفل هنا من المشاهدة شيئاً رمزياً يعبر عن خطر محتمل، وقد يشاهد في هذه اللحظة تجربة سيئة تحدث للألم مثل الشعور بحرارة نار الفرن فيدرك الشيء الخطر من مجرد تعابير الوجه، ووردود الفعل السلوكية التي تبديها الأم لكن عندما يتطور هذا الخوف مع الإنسان إلى أشياء لا مبرر منها مثل الخوف من الناس أو الخوف من ركوب الطائرة فهنا يكون الإنسان قد دخل في دائرة الخوف غير الطبيعي أو غير المبرر الذي ينشأ عادةً من عدة أسباب في مقدمتها الأسباب الوراثية ثم تأتي التجارب الحياتية والصدمات فمثلاً الذي يتعرض لموقف تتعرض فيه الطائرة لمطب هوائي قوي قد يتكون لديه شعور بالخوف من ركوب الطائرة بل قد لا يركب طائرة مرة أخرى فهذا الحدث كتجربة حياتية يؤدي إلى نشوء اضطرابات نفسية تسمى بالمخاوف الشاذة (Phobias).

الأسباب المحتملة:

(١) الوراثة: تري الدراسات انتشاره في عائلات محددة، انتشاره في التوائم المتماثلة أكثر من غير المتماثلة، وجود الاضطراب في أحد الأبوين يرفع من نسبة ظهوره بين الأبناء.

(٢) طريقة التربية:

قد يظهر الاضطراب بسبب قهر السلطة الوالدية التي لا تشجع الابن على التعبير عن مشاعره، وأحاسيسه بل إن بعض الثقافات تعتبر أن تجرؤ الابن الصغير

على الحديث أمام الكبار يعتبر نوع من إساءة الأدب فضلاً عن القمع والقسوة في التعامل والتربية ، والاهانة والإذلال التي يتعمد بعض الآباء إيقاعها على الأبناء.

لماذا تحدث الأعراض؟

المصاب بالرهاب الاجتماعي يخاف من أن يخطئ أمام الآخرين فيتعرض للنقد أو السخرية أو الاستهزاء، وهذا الخوف الشديد يؤدي إلى إستثارة قوية للجهاز العصبي اللا إرادي حيث يتم إفراز هرمون يسمى «النورأدرينالين» بكميات كبيرة تفوق المعتاد مما يؤدي إلى ظهور الأعراض البدنية على الإنسان الخجول في المواقف العصبية.

أشهر المواقف التي تظهر فيها الأعراض

- التقدم للإمامة في الصلاة الجهرية.
- إلقاء كلمة أمام الطابور الصباحي في المدرسة.
- التحدث أمام مجموعة من الناس لم يعتد الشخص عليهم.
- المقابلات الشخصية والامتحانات الشفوية.

مضاعفات الرهاب الاجتماعي

- ❖ جعل الشخص سلبياً ومبتعداً عن المشاركة في المواقف والمناسبات الاجتماعية.
- ❖ يمنعه من تطوير قدراته وتحسين مهاراته.
- ❖ يمنعه من إقامة علاقات اجتماعية طبيعية.
- ❖ يؤدي به إلى مصاعب حياتية، وصراع نفسي داخلي.
- ❖ قد يؤدي إلى مضاعفات نفسية مثل الإنطواء والاكتئاب والقلق العام والإدمان.

القياسات النفسية:

قائمة مسح المخاوف schedule fear survey

يتكون من ١٠٨ بند تتضمن المخاوف الشائعة (المواجهة، الموت، الضوضاء، الجنس، الطب، السفر، الارتفاعات والعمق، الحيوانات، متنوعة) ويكون التقدير من صفر: ٤، وهو سهل الاستخدام.

علاج حالة الرهاب:

الخطوة العلاجية في معالجة الرهاب الاجتماعي تشتمل شقين
الأول: العلاج الدوائي ومن أهم الأدوية المستخدمة مشتقات البنزوديازيبين
وبعض مضادات الاكتئاب. ومضادات اليبتا.
الثاني: العلاج النفسي الذي لا يقل أهمية، بل هو الأفضل في معالجة مرضى
الرهاب الاجتماعي خاصة إذا صاحبه العلاج الدوائي، وأكثر
المدارس العلاجية شهرة في هذه الحالات هو العلاج السلوكي المعرفي.

نصائح لمريض الرهاب الاجتماعي

١- أدرك هذا الأمر مبكراً قبل أن يستفحل، ويصبح متأصلاً صعب العلاج
٢- تدرج في مقابلة الآخرين والتحدث أمامهم بصوت مرتفع، ويمكن أن تبدأ
بمجموعة صغيرة ممن تعرفهم وتحضر كلمة قصيرة تحضيراً جيداً وتدريب
على إلقائها مسبقاً ثم تلقيها عليهم وتكرر ذلك، ومع كل مرة تزيد من عدد
المستمعين لك حتى تزداد ثقتك بنفسك ويصبح الأمر شيئاً طبيعياً بالنسبة
لك

٣- تعلم المهارات التي تمنعك من الوقوع في الحرج في المواقف الطارئة
٤- مفتاح التغلب على الخجل الاجتماعي هو تحدي الأفكار الخاطئة التي

- تسيطر على الذهن عند التعرض للمواقف الاجتماعية فإذا تمكن الإنسان من تحدي تلك الأفكار والتغلب عليها فسوف يتصرف تلقائياً بصورة طبيعية
- ٥- تعلم وتعرف بعمق عن هذه الحالة.
- ٦- تقبل واعترف بأنها مشكلة حقيقية، لأن الرهاب الاجتماعي ليس نوعاً سيئاً من الخجل ولكنه حالة مرضية ويجب أن نتعامل معها بجدية.
- ٧- لا تعتبر الحالة المرضية خطأ لأحد معين وتلقي باللوم عليه أو على نفسك.
- ٨- ارجع إلى الطبيب المختص في حالة عدم قدرتك على التعامل مع حالتك المرضية
- ٩- شجع نفسك من بداية العلاج وأظهر تقديرك وإعجابك لنفسك بأي تحسن يطرأ مهما كان قليلاً.
- ١٠- في المنزل حاول أن تواصل حياتك اليومية بشكل طبيعي بقدر الإمكان ولهذا ولا تقبل أن تكيف حياتك لتتمشى مع مخاوفك وقلقه.

رهاب الأماكن المتسعة Agoraphobia

تكون فيه أعراض القلق النفسية و/ أو الجسدية غير ناتجة عن أفكار ضلاليو (وهامية) Delusional Thoughts أو أفكار وسواسية Obsessive Thoughts، وتكون مُقيدة بمواقف أو بأماكن يصعب الهروب منها أو يكون مُخرجاً مما يؤدي إلى تجنبها، مثل الأماكن المزدحمة، الأماكن العامة، السفر بعيداً عن المنزل أو السفر وحيداً. عادة ما يبدأ في العمر من ٢٠ - ٤٠ سنة ويكون مُرتبط بنوبة هلع أولية. ويُمكن أن يُصاب المريض بنوبة هلع في المواقف أو الأماكن التي يخشاها. يخشى المريض من الإغماء أو فقد السيطرة في الأماكن المزدحمة أو بعيداً عن المنزل أو في المواقف التي يكون الهرب منها صعباً، لهذا يُفضل البقاء في المنزل حيث أنه يعلم بأنه لن يُصاب بأعراض القلق.

اضطراب الوسواس القهري

يذكر سليم حسن حكاية الكاهن المصري القديم حقانخت الذي كان يكتب رسائل لابنه يعدُّ ويحصّر فيها كل شيء حتى حبات القمح وحبات الشعير التي تنتجها حقوله وتجذ من يحكي لك عن السيدة ماكبث بطلة مسرحية شكسبير من القرن السابع عشر حيث كانت تعاني من بعض الأفعال القهرية ، ويعتبر أوبزيشان Obsession أول من سمي المرض في الغرب باسمه الحالي، وجاء كارل فيستفال الذي يعتبر أول من وصف المرض بدقة على أنه من اضطراب في التفكير وليس المشاعر كما كان يظن قبل ذلك.

وللمسلمون باعٌ طويلٌ في هذا الاضطراب، ولقد كتب عدد من العلماء في الوسواس مثل الإمام الجويني في كتابه التبصرة في الوسوسة، والإمام النووي في المجموع شرح المذهب، وأبو حامد الغزالي في كتابه إحياء علوم الدين، والإمام ابن الجوزي في كتابه تلبس إبليس، وكذلك الإمام ابن القيم في كتابها غاثة اللفهان من مصايد الشيطان.

كما ورد ذكره عند قدماء الأطباء الاغريق،، ولكن لم يعرف حديثاً إلا عندما وصف طبيب فرنسي اسمه أسكوريل مريضة مصابة بمرض الوسواس القهري،، وكان ذلك في عام ١٨٣٨ وقد وصف بشكل دقيق اعراض الوسواس القهري رغم أنه لم يطلق على هذا الاضطراب اسم الوسواس القهري.

ما هي أعراض مرض الوسواس القهري:

يتضمن مرض الوسواس القهري عادة أن تكون هناك وساوس وأفعال قهرية، على الرغم من أن المصاب بمرض الوسواس القهري قد يعاني في بعض الأحيان من أحد العرضين دون الآخر. ويجب أن نلاحظ أن معظم الوسواس القهرية لا تمثل

مرضاً... فهناك طقوس معينة (مثل الأغاني التي تُغنى قبل النوم، وبعض الممارسات الدينية) والتي تعتبر جزءاً من الحياة اليومية والتي تلقي ترحيباً من الجميع. وكذلك المخاوف العادية مثل الخوف من العدوى بمرض ما والتي قد تزيد في أوقات الضغط العصبي كأن يكون أحد أفراد الأسرة مريضاً أو على وشك الموت فلا تعتبر مثل هذه الأعراض مرضاً ما لم تستمر لفترة طويلة، وتصبح غير ذات معنى، وتسبب ضغطاً عصبياً للمريض أو تحول دون أداء المريض للواجبات المطلوبة أو تتطلب تدخلاً طبياً.

اعراض الوسواس القهري

الأعراض والتصرفات السلوكية المرتبطة بمرض الوسواس القهري مختلفة وواسعة المجال. والشيء الذي يعتبر مشتركاً بين هذه الأعراض هو السلوك العام الغير مرغوب فيه أو الأفكار التي تحدث بشكل غالب متكرر عدة مرات في اليوم. وإذا استمرت الأعراض بدون علاج، فقد تتطور إلى درجة أنها تستغرق جميع ساعات الصبحو الخاصة بالمريض.

ويتكون الاضطراب من جزئين رئيسيين:

١ - الوسواس المسيطر Obsessions: وتتميز بأربعة أشياء:

- ☉ فكرة معينة تسيطر على التفكير.
- ☉ هذه الأفكار لا تكون لها صلة بالمشاكل التي يتعرض لها المريض.
- ☉ محاولة مجاهدة النفس لتجاهل هذه الأفكار ونسيانها وعدم تكرار الفعل مما يشكل ضغط نفسى عليه (حيث يدرك مريض الوسواس أن هذه الأفكار لا أساس لها من الصحة بعكس مريض الفصام الذى يعتقد بصحة أفكاره).

• يعى المريض تماماً بأن هذه الأفكار نابغة منه هو وليس لأى شخص آخر دخل بها.

٢- الفعل الإجبارى (القهرى) Compulsions:

• تكرار هذا الفعل لعدة مرات على الرغم من رغبة المريض بإيقاف هذا الفعل إلا أن الرغبة لتكرار الفعل أقوى منه مثل تكرار غسيل اليدين عدة مرات على الرغم من نظافتها أو تكرار عد رقم معين وإعادته فى العقل لمرات عديدة دون ضرورة لذلك.

• يحاول المريض أن يتخلص من هذه الأفكار بصفة مستمرة وكلما أجبر نفسه على إيقاف هذا الفعل يتعرض لضغط نفسى عنيف مما يؤدى به إلى معاودة الفعل مرة أخرى.

بعض الأعراض والتصرفات قد تشمل على الآتي:

• التأكد من الأشياء مرات ومرات مثل التأكد من إغلاق الأبواب والأقفال والمواقد... الخ.

• القيام بعمليات الحساب بشكل مستمر «فى السر» أو بشكل علني أثناء القيام بالأعمال الروتينية.

• تكرار القيام بشيء ما عدداً معيناً من المرات. عدد مرات الاستحمام أو الغسيل.

• ترتيب الأشياء بشكل غاية فى التنظيم والدقة بشكل غير ذي معنى لأى شخص سوى المصاب بالوسوسة.

• الصور التي تظهر فى الدماغ وتعلق فى الذهن ساعات طويلة وعادة ما تكون هذه الصور ذات طبيعة مقلقة.

• الكلمات أو الجمل غير ذات المعنى التي تتكرر بشكل مستمر في رأس الشخص.

• التساؤل بشكل مستمر عن «ماذا لو»؟

• تخزين الأشياء التي لا تبدو ذات قيمة كبيرة كأن يقوم الشخص بجمع القطع الصغيرة من القتل ونسالة الكتان من مجفف الثياب.

• الخوف الزائد عن الحد من العدوى كما في الخوف من لمس الأشياء العادية بسبب أنها قد تحوي جراثيم.

ملحوظة: مريض الوسواس القهري يعي تماماً أن هذه التصرفات غير طبيعية طوال فترة مرضه، تستغرق هذه التصرفات أكثر من ساعة يومياً أو تزيد مما يسبب ضياع الوقت ويؤثر على أنشطة الحياة اليومية.

الصور المشهورة للاضطراب

١ - وسواس الأفكار: سيطرة فكرة معينة على ذهن المريض وغالباً ما تكون فكرة غير مقبولة كسيطرة مقطع من بيت شعر أو نغمة موسيقية أثناء الصلاة أو العمل، أو الفكرة التي تسيطر على الأم من أن ابنها المسافر في خطر أو أن الأبواب غير مقفلة أو صنابير المياه غير محكمة، أو أنبوبة الغاز بها تسرب.

٢ - وسواس الصور: سيطرة صور معينة على ذهن المريض بشكل مستمر أو متكرر وغالباً ما تكون صور عنيفة حوادث سيارات، جثث، قتل، دماء، ورغم علم المريض بعدم وجودها إلا أنها تطارده في كل الأوقات.

٣ - وسواس الإجترار: تسيطر على المريض أسئلة متكررة لا يستطيع الإجابة عنها كسيطرة (من خلق الله؟) لماذا أكل آدم التفاحة؟. ولماذا نعيش؟، لماذا نموت؟، لماذا أبي هذا وليس غيره؟، أسئلة لا نهاية لها والمريض لا يستطيع الإجابة عنها أو

التخلص منها.

٤- وساوس الإندفاعات: وهي إندفاعات قهرية تسيطر على المريض فيشعر برغبة جامحة نحو القيام بأعمال لا يرض عنها ويحاول مقاومتها إلا أنها تسيطر عليه بإلحاح وقوة، كالكفز من أمام سيارة، أو القيام بأعمال مشينة كالغناء في المسجد، أو التعري أمام الناس في الشارع.

٥- وساوس الطقوس الحركية: وهي من أكثر الأعراض الوسواسية شيوعاً وهي القيام بحركات مستمرة متكررة نتيجة رغبة جامحة تسيطر على المريض للقيام بهذه الطقوس ظناً منه أنها ستخلصه من إلحاح أفكاره المسيطرة عليه، فمثلاً قد يعتقد أن يديه ملوثة فيبدأ في غسلها بالماء والصابون عدة مرات ويعود ويغسلها مرة أخرى، أو إستغراقه لوقت طويل في الحمام (ليتوضأ للعصر يحتاج ساعة أو أكثر)، (للغسل يحتاج ٣ / ٤ ساعات)، ترتيب المطبخ ودولاب الملابس بشكل دقيق ومنظم جداً جداً (القمصان في اتجاه، الجوارب في اتجاه ... القمصان كل لون في اتجاه ...).

البداية:

يمكن أن يبدأ اضطراب الوسواس القهري في أي سن بداية من مرحلة ما قبل المدرسة وحتى سن النضج (عادة ما يبدأ في سن الأربعين). وقد أبلغ حوالي نصف المصابون بالوسواس القهري أن حالتهم قد بدأت خلال الطفولة. وللأسف لا يتم تشخيص حالة الوسواس القهري في وقت مبكر. وفي المتوسط يذهب مرضى الوسواس القهري إلى ثلاثة أو أربعة أطباء ويقضون أكثر من تسعة أعوام وهم يسعون للعلاج قبل أن يتم تشخيص حالتهم بشكل صحيح.

وقد وجدت الدراسات كذلك أنه في المتوسط يمر ١٧ عاماً منذ بداية المرض قبل أن يتلقى الأشخاص المصابون بالوسواس القهري العلاج الصحيح.

المال:

- تميل أعراض الوسواس القهري إلى التراجع والضعف مع مرور الوقت (يحدث لحوالي ١٠٪ إلى ٢٠٪ من المرضى). وبعضها لا يعدو كونه بعض المخاطر الخفيفة التي لا تعيق التفكير والعمل.
- تتحسن حالة ٨٠٪ من المصابين بمرض الوسواس القهري بشكل كبير مع تناولهم العلاج المناسب من العلاج الطبي والعلاج السلوكي. وقد تحدث حالات انتكاس أو عودة إلى السلوكيات والأفكار غير المرغوبة
- يعاني حوالي ٦٠ - ٩٠٪ من المصابين بمرض الوسواس القهري من حالة اكتئاب واحدة على الأقل في أحد مراحل حياتهم.

معدل الانتشار

ظل اضطراب الوسواس القهري حتى سنة ١٩٨٣ يعتبر اضطراباً نادراً، فكانت التقديرات القديمة تشير إلى نسبة خمسة من بين كل عشرة آلاف شخص أي بنسبة ٠,٠٥٪ وكانت هذه التقديرات تعتمد على دراسات أجريت في الخمسينات والستينات من القرن الماضي، وفي دراسة إنجليزية نشرت في عام ١٩٧٤ كانت نسبة وجود اضطراب الوسواس القهري في مرضى العيادات النفسية ١٪ وفي نزلاء المستشفيات النفسية اختلفت النسبة ما بين ١,٠٪ و ٤,٠٪ وذلك حسب الدراسات المختلفة، وأما عن نسبة المرض في عامة الشعب فكانت نفس النسبة القديمة التي وُزعت من سنة ١٩٥٣ أي خمسة في كل عشرة آلاف نسبة مقبولة إلى حد بعيد.

وأشارت دراسات أخرى أنه حيث يمثل ما بين ٢٪ و ٣٪ أي من شخصين إلى ثلاثة من كل مائة شخص، كما أن الدراسات المسحية أو الوبائية التي أجريت على

عامة الشعب الأمريكي وبالتحديد الدراسة التالية:

(National Institute of Mental Health "NIMH" ECA Epidemiologic Catchment Area Study) وغيرها من الدراسات المسحية التي أجريت على الشعوب الغربية الأخرى في عدة بلدان أثبتت بوضوح أن اضطراب الوسواس القهري يوجد بين الناس بنسب تتراوح ما بين ٣٥ و ٦٠ ضعفاً للنسب القديمة، حيث وصلت معدلات الانتشار الحياتية لاضطراب الوسواس القهري إلى ٢, ٤-١, ٢٪ في الدراسة الأمريكية وفي دراسة أخرى وصلت النسبة إلى ٨, ٢٪.

وأمام هذه النتائج كان هناك احتمال لتفسير الفرق الكبير بين نتائج الدراسات القديمة والدراسات الحديثة، وهو أن الكثير من حالات اضطراب الوسواس القهري يعيشون في المجتمع دون أن يذهبوا للطبيب النفسي ولذلك أظهرتهم الدراسات التي أجريت على عامة الشعب وليس على مرضى العيادات النفسية.

وقد يفسر هذا:

(١) أن الأعراض التي يتسم بها اضطراب الوسواس القهري في كثير من الحالات تبدو شبة طبيعية في نظر المريض وفي نظر أهله لسبب بسيط هو أنها تمتد من صفات محمودة اجتماعياً وبالتالي لا تستدعي في نظر غالبية الناس العرض على الطبيب النفسي.

ومما يعزز هذا التصور أن فترة ليست بالقصيرة عادة ما تمر بين بدء معاناة المريض وبين عرضه على الطبيب النفسي.

(٢) ميل الكثيرين من مرضى الوسواس القهري إلى إخفاء معاناتهم خوفاً من أن يعتبرها الناس مجنوناً أو دليلاً على الكفر أو ضعف الإيمان» في حالة المرضى المتدينين» أو ضعف الشخصية أو غيره.

(٣) عدم اكتشاف اضطراب الوسواس القهري من جهة الطبيب العام أو المتخصص في غير الطب النفسي رغم لجوء المريض لطلب العلاج من آثار الوسواس القهري مثل أطباء الجلد (النظافة والتهاب اليدين) والباطنة (القولون والشك في خروج الريح).

ويتساوى في نسبة الإصابة الذكور مع الإناث، وإن كان في الذكور يظهر بمرحلة الطفولة وعادة ما يكون مصحوباً بمرض النشاط الزائد ونقص الإنتباه.

أسباب الوسواس القهري

لا توجد أسباب معروفة للإصابة بالوسواس القهري وإن وجد العلماء علاقة بين الإصابة بالمرض والأسباب الآتية في بعض المرضى ومنها:

(١) الوراثة:

لم يتم التعرف على جينات معينة يؤدي وجودها إلى مرض الوسواس القهري، ولكن الأبحاث تشير أن الجينات تلعب دوراً في تطور هذا المرض في حالات كثيرة. فمرض الوسواس القهري الذي يظهر في السن المبكر (مرحلة الطفولة) يمتد في عائلات بأكملها (وفي بعض الأحيان يكون مرتبطاً بأعراض مرضية نفسية أخرى). وعندما يكون الوالدان مصابان بمرض الوسواس القهري، تزيد بنسبة طفيفة أخطار أن يصاب الأبناء بهذا المرض في المستقبل، على الرغم من أن الخطر يبقى كماثاً. وقد يمتد مرض الوسواس القهري في عائلات بأكملها.

١٠٪ من أقارب المرضى المصابين بهذا المرض يعانون من نفس المرض، ويصاب حوالي ٥ - ١٠٪ من الأقارب بأعراض خفيفة ترتبط بهذا المرض. وإذا كان كل من الأبوين يعاني من المرض، فإن الخطر يتضاعف، وتكون النسبة حوالي ٢٠٪ في المتوسط.

(٢) العدوى Infections: ورد في بعض الحالات الإصابة بالوسواس القهري عقب الإصابة بالعدوى البكتيرية المعروفة بـ streptococcal infection Group A حيث يرى بعض العلماء أن الإصابة بالـ PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection) وكذلك في بعض الحالات المصابة بفيروس الهربس .Herpes simplex.

ذ(٣) عوامل بيولوجية:

وجود خلل في وظائف الأنوية القاعدية والدليل وجود الأعراض القهرية عند المرضى المصابين بالصرع الحركية ومرض توريت. كذلك اتضح أن التداخل الجراحي الذي يفصل الأنوية القاعدية للدماغ عن الفص الجبهي للدماغ له تأثير شفائي على حالة الوسواس القهري.

تشير الأبحاث إلى أن مرض الوسواس القهري يتضمن مشكلات في الاتصال بين الجزء الأمامي من المخ (المسئول عن الإحساس بالخوف والخطر) والتركيبات الأكثر عمقاً للدماغ (العقد العصبية القاعدية التي تتحكم في قدرة المرء على البدء والتوقف عن الأفكار).

ذ(٤) عوامل فسيولوجية:

الخلل في وظائف السيروتونين:

وجاء ذلك من الدلائل على فعالية دواء clomipramine وهو مضاد للاكتئاب يعمل بشكل رئيسي على السيروتونين وتحسن مرضى الوسواس القهري عليه ولكن لا تزال هناك شكوك حول كون السيروتونين هو العامل الوحيد.

أن التركيبات الدماغية السابق ذكرها تستخدم الناقل العصبي الكيميائي

«سيروتونين». ويُعتقد أن مرض الوسواس القهري يرتبط بنقص في مستوى السيروتونين بشكل أساسي.

✍ الخلل في وظائف الدوبامين:

ويستدل على ذلك من كون متلازمة توريت يرافقها الوسواس القهري في ٣٠٪ من الحالات وكذلك فإن إعطاء المنبهات العصبية مثل الامفيتامين يزيد من أعراض الوسواس القهري.

✍ اثر الغدد الصماء:

أظهرت دراسات متعددة زيادة الأعراض عند سن البلوغ وقبل الطمث الشهري عند الفتيات.

(٥) النظريات النفسية

النظرية التحليلية:

تحدث فرويد عن ثلاثة من الحيل النفسية الدفاعية في مرضي الوسواس القهري وهي:

١ - العزل Isolation

٢ - الإبطال Undoing

٣ - التكوين العكسي Reaction Formation

فأما العزل فيعني عزل الفكرة عن ما يرتبطُ بها من مشاعر وإندفاعات بحيثُ يتمُّ كبتُ المشاعر والإندفاعات في لا وعي الشخص بينما تبقى الفكرةُ بلا مشاعر في وعيه.

وأما الإبطال فهو ما ينتجُ من عدم نجاح العزل أو نجاحه جزئياً بحيثُ يكون

هناك خوف لا واع عند الشخص من خروج المشاعر والاندفاعات إلى الوعي فهو يفعل فعلاً قهرياً بحيث يمنع به أو ينقض أو يلغي ما يحس به على مستوى اللاوعي من خروج للمشاعر إلى الوعي وما قد ينجم عن ذلك.

وأما الحيلة الدفاعية الأخيرة وهي التكوين العكسي فيرى فرويد أنها لا تكون مسئولة عن الأعراض المباشرة أي الوسواس أو الأفعال القهرية وإنما تكون مسئولة عن السمة العامة التي يلاحظها المحلل النفسي في اضطراب الوسواس من تناقض صارخ بين اندفاعات اللاوعي والتصرفات التي يفعلها المريض واعياً.

وكل ما سبق يرجع إلى التثبيت عند الشق السادي من المرحلة الشرجية للنمو النفسي الجنسي ألا وهي الفترة التي نتعلم فيها النظافة والتقيد بالنظام الاجتماعي لأول مرة في حياتنا، وعندما يكبر الشخص الذي يحمل تاريخ نموه النفسي فترة تثبيت عند هذه المرحلة ويتعرض لضغوط نفسية في أي مرحلة من حياته تظهر عليه أعراض المرض التي ترتبط بشكل أو بآخر باستعادة معاناته النفسية القديمة وتكون هي أعراض الوسواس القهري.

المدرسة السلوكية:

بافلوف وهو رائد المدرسة السلوكية الغربية في علم النفس كان يرى أن المريض الرهابي الوسواسي Phobic-Obsessive Patient يتميز بحساسية عالية لكل أنواع الأفكار الوسواسية التي تحدث للناس جميعاً لكنهم يستطيعون وقفها بمجرد اعتبارها غير هامة أو لا قيمة لها بينما المريض الرهابي الوسواسي لا يستطيع ذلك بسبب وجود خلل في القدرة على تثبيط Impairment of Inhibition ما لا قيمة له من الأفكار أو الأفعال.

كما أنه يفسر الطقوس القهرية بنفس الطريقة ويضيف أيضاً تفسيره للسلوك

الاجتنابي سواءً في مريض الوسواس القهري أو مريض الرهاب بنفس الطريقة فاجتنابُ المثير المزعج يؤدي إلى تقليل القلق المصاحب للمواجهة ويعززُ السلوك الاجتنابي نفسه بالتالي، كما أنه يقلل من فرصة المريض لتغيير إعتقاده عن قدرته على مواجهة الشيء أو عن كون الشيء غير مخيفٍ أو مضرٍ كما يظن، ونفس الكلام ينطبقُ على إصرار مريض الوسواس القهري على ممارسة طقوسه القهرية وخوفه أو اجتنابه لعدم ممارستها.

(٦) عوامل التنشئة الاجتماعية والنفسية:

- ❶ الأم المثالية جداً والمبالغة في نظافة الطفل ونظام حياته كأنه بالمسطرة (بالمليمتر).
- ❷ أساليب التشدد في تدريب التحكم في المخارج لدى الطفل في السنوات الأولى للعمر.
- ❸ الأحقاد والميول العدائية المكبوتة المغذية للشعور بالذنب والخطيئة
- ❹ إفتقاد الأمان النفسي وخاصة بسبب الطلاق العاطفي داخل الأسرة وغياب الحوار والصراحة بين أفراد الأسرة الواحدة.
- ❺ كثرة النقد للطفل ولسلوكه، أو وصم الطفل بكل الأخطاء والعيوب والقصور.
- ❻ العلاقات المحدودة للأباء وعدم إتاحة الفرصة للأبناء للتعبير الإنفعالي.
- ❼ تأنيب الضمير والصراع النفسي المصاحب لممارسة العادة السرية.
- ❽ الأسرة المسيطرة على زمام الأمور في كل كبيرة وصغيرة في حياة الأطفال دون تقدير للطفل وحياته ومفهومه عن ذاته.

٤ - الظروف المحيطة بالشخص Interpersonal relationship: أحياناً تؤثر

الظروف المحيطة بالشخص أو تعرضه لموقف معين في إصابته بالوسواس القهري وإن لم يثبت بعد مدى العلاقة بين النشأة والإصابة بالمرض.

الفحوصات:

بمعرفة التاريخ المرضي للحالة وذلك عن طريق سؤال المريض عدة أسئلة من خلالها يمكن تشخيص المرض، وقد قام العالم Yale-Brown بوضع مجموعة من الأسئلة فيما يعرف بـ (Yale-Brown obsessive compulsive) scale Y- (BOCS) وهو يستخدم لتقويم شدة المرض، ويتكون من ١٠ بنود من حيث الوقت المستهلك ودرجة الضيق ومحاولات المقاومة ودرجة الإعاقة ودرجة التحكم فيها، وتصحح من صفر: ٤، والدرجة الفاصلة ١٦، وهو سهل الاستخدام.

قائمة مودسلي للوسواس القهري Moudsly obs.-comp. inventory

يتكون من ٣٠ بند مركزا على الغسيل والمراجعة والتكرار والبطء والتشكك. الرنين المغناطيسي الوظيفي على المخ FMRI في حالة الإصابة بالوسواس القهري تزداد كمية الدم الواردة للمخ في منطقة الفص الجبهي المسئول عن العاطفة.

تحاليل للتأكد من العدوي.

العلاج:

ويشمل العلاج ٣ أشياء هم: العلاج الدوائي Pharmacotherapy، العلاج السلوكي Behavioral therapy، العلاج الجماعي Group therapy.

أولاً: العلاج الدوائي Pharmacotherapy:

وذلك عن طريق استخدام مضادات الاكتئاب ويحتاج المريض إلى استخدام نوع واحد من مضادات الاكتئاب، وفي الحالات الشديدة يستخدم أكثر من نوع مع

بعض، ويبدأ أثر العلاج في الظهور بعد حوالى من ٦-١٠ أسابيع من العلاج المنتظم.

ثانياً: العلاج السلوكى Behavioral therapy:

يتم العلاج السلوكى بمساعدة الأخصائى النفسى فيما يعرف بالعلاج الإدراكى (Cognitive behavioral therapy (CBT وذلك عن طريق تعريض المريض للمؤثر الذى يدفعه لتكرار الفعل مع محاولة تقليل تكرار الفعل تدريجياً مثال ذلك اذا كان المريض معتاد على غسل يده ٤٠ مرة فيغسلها ٢٠ ثم ١٠ ثم ٥ مع ترك المكان عقب هذا العدد ومحاولة الإسترخاء بعدها وعدم العودة مرة أخرى حتى يتخلص المريض من هذا السلوك تدريجياً، مع عمل تمارين للإسترخاء Relaxation techniques

علاجات أخرى

التدخل الجراحى وذلك عن طريق وضع مجال كهربائى على مناطق معينة بالمخ وذلك بغرض تنظيم كهرباء المخ فى هذه المنطقة وتنظيم كهرباء المخ فى هذه المنطقة وإيقاف أى شحنات زائدة.

تعريض المخ لمجال مغناطيسى للعمل على تنظيم كهرباء المخ Transcranial magnetic stimulations وذلك دون اللجوء إلى الفتحة الجراحى.

من الطرق التى تتم تجربتها استخدام Stereotactic technique فيما يعرف ب Stereotactic placement of bilateral lesion in the anterior cingulate cortex، وقد حققت هذه الطريقة نجاح حيث حدث تحسن كلى فى ٢٧٪ من الحالات التى تمت التجربة عليها وأظهر ١٧٪ تحسن جزئى.

كيف تستطيع الأسرة المساعدة

يشعر معظم أفراد عائلات المصابين بالحبيرة والإحباط. فهم لا يعرفون ما يمكن أن يفعلوه لمساعدة المريض القريب إلى نفوسهم. إذا كانت صديقاً أو فرداً من عائلة مصاب فرداً منها بمرض الوسواس القهري فيجب أن تعرف كل شيء عن المرض وعلاجه وأسبابه. وفي نفس الوقت تأكد من أن الشخص المصاب يعرف هذه المعلومات.

ويجب أن نعلم أن المشاكل العائلية لا تسبب مرض الوسواس القهري، ولكن رد فعل الأسر يمكن أن يؤثر على المرض... مثلاً يمكن أن تتأثر الأعراض المرضية بوجود مشاكل داخل الأسرة. وكذلك يمكن أن تؤثر طقوس الأفعال القهرية على الأسرة بشكل سيئ، وفي العادة يكون من الضروري على العائلات أن تذهب للعلاج النفسي مع المريض. فيمكن للمعالج النفسي أن يعلم العائلة كيف يمكنها التخلص من الأعمال القهرية في خطوات بسيطة متدرجة وبموافقة المريض.

وفي العادة فإن التعليقات السلبية والنقد الموجه للمريض تجعل الحالة أكثر سوءاً، بينما يمكن أن تحسن العائلة الهادئة المساندة من حالة المريض.

❶ إذا كان المريض يرى في محاولتكم المساعدة تدخلاً غير مرغوب فيه فتذكر أن مرضه هو الذي يتحدث.

❷ حاول أن تكون متفهماً وصبوراً في معاملتك مع المريض لأنها الوسيلة الأفضل للتخلص من الأعراض المرضية. كذلك لا يساعد المريض كثيراً أن تأمره بالتوقف عن أعماله القهرية.

❸ حاول أن تركز على الجوانب الإيجابية في حياته. ويجب أن تتوقف عن توقع الكثير منه.

- ❶ لا تقم بحث المريض بشدة للتوقف عن الوسوسة. تذكر أن المريض يكره مرض الوسواس القهري أكثر مما تكرهه أنت.
- ❷ عامل الأشخاص المصابين بشكل طبيعي بمجرد شفائهم ولكن كن حذرًا عند الإحساس بحدوث أعراض انتكاس في الحالة.
- ❸ إذا بدأ المرض في الانتكاس مرة أخرى للمريض فيجب أن تلاحظ ما يفعله المصاب... قم بالإشارة إلى التصرفات التي تمثل الأعراض الأولى بشكل يجعل المريض يحس أنك تهتم به، فهذا يحدث تغييرًا كبيرًا في شخصية المصاب.

اضطراب الهلع

أول من وصفها الطبيب «داكوستا» حيث كانت تصيب الجنود أثناء الحرب الأهلية الأمريكية، وكذلك وصفها سيجموند فرويد (١٨٥٦-١٩٣٦) وهي حالة تتميز بتفاعل القلق والخوف مع سرعة ضربات القلب وسرعة التنفس وضيق الصدر.

نوبة الهلع: هي فترة من الخوف الشديد أو الإنزعاج تظهر فيها ٤ أو أكثر من الأعراض التالية بشكل فجائي لتبلغ ذروتها في خلال ١٠ دقائق:

⦿ سرعة ضربات القلب.

⦿ العرق.

⦿ الارتجاف.

⦿ الإحساس بضيق النفس.

⦿ آلام في الصدر.

⦿ غثيان.

⦿ الإحساس بالدوار.

⦿ الشعور بأنه مجنون.

⦿ خوف من الموت.

⦿ هبات حرارة.

⦿ شعور بالبرودة.

غالباً ما يترافق هذا الاضطراب مع الخوف من الإصابة بنوبات أخرى وما يترتب عنها من نتائج. هذه النوبات تتميز بأنها فترات هلع سريعة، متكررة وعفوية

وتحدث من دون اي سبب متوقع. وهي تدوم عادة من ربع ساعة إلى ٣٠ دقيقة وأحياناً ساعات. لكن هذه الحالة نادرة جداً. ما تتميز به هذه النوبات هو انها تكون غير متوقعة في بداية المرض ولا تحصل في ظروف تستدعي الخوف عادة أو في أوضاع يكون فيها المريض محط أنظار الآخرين. أثناء النوبات يشعر المريض بأن كارثة ستحدث ويرافق هذا الشعور نشاط زائد في الجهاز العصبي الودي.

البداية والمال:

تقدر نسبة الإصابة بنوبات الهلع بعد أن تزايد إنتشارها مؤخراً بحوالي ١٢٪، بينما تتراوح الإصابة باضطراب الهلع في أفراد الشعب من ٢-٥٪ من الناس من مختلف الأعمار، وتحدث الحالة في النساء بنسبة تصل إلى ٢-٣ ضعف نسبة الإصابة في الرجال، ورغم أن الحالة قد تصيب صغار السن من الأطفال والمراهقين والشباب، وكذلك كبار السن، إلا أن أعلى معدلات حدوثها في سن ٢٥ عاماً، ويتفاوت تكرار هذه النوبات من شخص إلى آخر.. فبينما تحدث في بعض الناس عدة مرات في اليوم الواحد فإن نسبة أخرى قد تحدث لديهم للنوبات عدد قليل من المرات كل عام، وتسبب هذه الحالات آثار متفاوتة قد تصل إلى حد الإعاقة الكاملة لبعض الناس فلا يمكنهم القيام بأعمالهم أو واجباتهم الأسرية والاجتماعية، وقد تمتنع الإصابة للشخص من الخروج من بيته. يصيب السيدات غالباً عند التواجد خارج المنازل في الأسواق أو الأماكن العامة.

وقد تكون مصحوبة بحالة أخرى يطلق عليها فوبيا الأماكن العامة وهي حالة نفسية تصيب الأشخاص غالباً عند التواجد خارج المنازل مثل في الأسواق أو الأماكن العامة.

وتتكرر النوبات على فترات تتراوح من أشهر إلى سنوات وغالباً ما تحصل عدة مرات أسبوعياً.

العوامل التي تساعد على ظهور الاضطراب:

إهتم الأطباء النفسيون بالتوصل إلى العوامل المحتملة المسببة لحالات الهلع، والكيفية التي تحدث بها النوبات، وقد سارت الأبحاث في اتجاهين أولهما البحث عن عوامل نفسية مثل الضغوط والصدمات ومواقف الحياة الأليمة التي يؤدي التعرض لها إلى حدوث نوبات الهلع، ويتمثل الاتجاه الثاني في البحث عن عوامل بيولوجية تؤثر على وظائف الجهاز العصبي وكيمياء المخ بما يؤدي في النهاية إلى حدوث هذه النوبات.

(١) **العوامل البيولوجية** يعتمد هذا الرأي على دراسة التغيرات التي تصيب وظائف المخ وكيمياء الجهاز العصبي التي تصاحب نوبات الهلع، فوجد ارتباط الهلع ببعض العوامل أهمها:

١- **الوراثة:** يبدو أن لهذا الاضطراب جذور وراثية، حيث وجد أن ٦٠٪ من المرضى لديهم أقرباء يعانون من هذا الاضطراب، كما وجدت الدراسات أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الهلع فإن أقاربهم من الدرجة الأولى يكونون عرضة للإصابة بهذا الاضطراب أكثر من أربع إلى سبع مرات من الأشخاص العاديين. وهذا يشير إلى أن للوراثة دوراً في الإصابة بهذا الاضطراب..

٢- كما وجد أن هناك علاقة بين الهلع والاكتئاب. فالواقع أن نصف المرضى الذين تتنابهم نوبات هلع يعانون من الاكتئاب أيضاً. وان هذا الاكتشاف دفع البعض إلى القول بأن نوبات الهلع شكل مختلف من مرض الاكتئاب.

٣- **اختلال الأحماض الأمينية:** وخصوصاً بعض المواد الطبيعية التي تقوم بتنظيم الإيقاع بين خلايا المخ في المراكز التي تسيطر على الإنفعالات والسلوك، وهناك ثلاث مواد متورطة في ذلك وهي النورأدرينالين والسيروتينين، والجابا

حيث أثبتت الأبحاث أن لها علاقة مباشرة بنوبات الهلع.

٤- زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي (الودي، السيمبثاوي): الذي ينظم بعض وظائف أجهزة الجسم الأخرى مثل القلب والجهاز التنفسي والعضلات وغيرها، حيث وجد أنه يكون في حالة نشاط زائد مع نوبات الهلع.

٥- عوامل بيولوجية: ترتبط نوبات الهلع بوجود تدلي في صمام القلب المترالي، وتغيرات في الجهاز العصبي تم الكشف عنها عن طريق الفحص بأشعة الرنين المغناطيسي.

٦- إصطناع الهلع: أجريت تجارب بحقن بعض المواد مثل لكتات الصوديوم أو اليوهيمين أو استنشاق ثاني أكسيد الكربون. مما أدى إلى حدوث نوبات هلع مصطنعة في الأشخاص الذين لديهم استعداد الإصابة بهذه الحالة، وكل ذلك من شأنه أن يؤيد أثر العوامل العضوية في هذا المرض الغامض بالإضافة إلى العوامل النفسية.

٧- العوامل النفسية فقد ثبت أن نسبة كبيرة من المرضى الذين يعانون من نوبات الهلع لديهم تاريخ مرضي سابق لبعض الصعوبات النفسية التي تتمثل في صدمات أو مواقف خوف ورعب تعرضوا لها في مراحل العمر السابقة خصوصاً في فترة الطفولة.

التفسير الفسيولوجي لنوبات الهلع:

☛ القلق إستجابة للخطر أو التهديد. ويسلك الإنسان أمامه بطريقة (الكر أو الفر: المواجهة أو الهرب). ولذا، فالهدف من القلق: حماية الكائن الحي.

☛ عند إدراك أو توقع خطر، يرسل المخ إشارات إلى الجهاز العصبي المستقل (الجهاز العصبي السمبثاوي هو جهاز الكر والفر، الذي يطلق الطاقة،

ويضع الجسم في وضع الانطلاق).

● والجهاز السمبثاوي حين يعمل يعمل بكامل طاقته أو يخمد بكامله ، وهذا يفسر أن لأغلب النوبات الهلعية أعراضاً متعددة وليس عرضاً واحداً.

● يرسل الجهاز السمبثاوي مادتين كيميائيتين: الأدرينالين والنورادرينالين من الغدة الكظرية في الكليتين للاستمرار في النشاط.

● يتوقف نشاط الجهاز السمبثاوي بإحدى طريقتين: إما بواسطة مواد كيميائية أخرى في الجسم تواجه الأدرينالين والنورادرينالين أو من خلال الجهاز الباراسمبثاوي الذي يقوم بتأثير عكسي للجهاز السمبثاوي.

● وهذه الرسائل الكيائية للجهاز السيمبثاوي تحتاج إلى بعض الوقت حتى تدمر، وبالتالي؛ فحتى بعد عبور لحظات الخطر، وبعد توقف جهازك العصبي السمبثاوي عن الإستجابة، يحتمل أن تظل المريض شاعراً بالإستشارة والقلق بعض الوقت لأن المواد الكيميائية ما زالت طليقة في جهازه العصبي.

● يؤدي النشاط في الجهاز العصبي السمبثاوي إلى زيادة معدل ضربات القلب وقوتها، للإسراع بتدفق الدم وبالتالي تحسن وصول الأكسجين إلى الأنسجة والتخلص من المواد الزائدة فيها. ويفسر ذلك معاناة مريض الهلع من سرعة ضربات القلب.

● يعاد توجيه الدم بعيداً عن الأماكن التي لا تحتاجه من خلال تضيق الأوردة الدموية؛ فيؤخذ الدم بعيداً عن الجلد وأصابع اليدين والقدمين فيبدو الجلد شاحباً بارداً، وهو مفيد في أنها لو تعرضت للجرح فلاحتمال ضعيف في أن تنزف هذه المناطق لدرجة تؤدي إلى الموت. ويتجه الدم إلى

العضلات الكبرى مثل عضلات الفخذين والتي تساعد الجسم على الإستعداد للعمل.

❶ الإفراط في التنفس، مما يؤدي إلى ضيق أوردة دموية معينة في الجسم، ويتناقص الدم المتجه إلى المخ، مما يسبب الدوار وانقطاع النفس وغشاوة الرؤية.

التفسير المعرفي:

من الملاحظ أن التفسير الفسيولوجي لاضطراب الهلع يركز على نتائج «الشعور بالقلق»؛ مما يؤدي إلى إستنفار أجهزة الطوارئ في الجسد، بينما يركز التفسير المعرفي على «أخطاء الإرجاع» إذ حين يجد المريض أعراض الهلع، يرجعها إلى أمراض جسدية تؤدي في الغالب إلى الموت، ثم يدخل في دائرة مغلقة، فأخطأه المعرفة تؤدي إلى إستشارة جهازه العصبي (جهاز الطوارئ)، ومؤشرات إستشارة الجهاز العصبي تؤكد توقعاته المعرفية، مما يزيد صلابته.

ولهذا يكون العلاج المعرفي مع العلاج الدوائي بالغي الفائدة، إذ يخفف العلاج الدوائي من الآثار الفسيولوجية، بينما يغير العلاج المعرفي البنية المعرفية.

العلاقة بين اضطراب الهلع والأمراض والاضطرابات الأخرى:

❶ ٣٠-٥٠٪ من المرضى المترددين على أطباء القلب، والذين لا يوجد بهم أدلة كافية على مرض في الشرايين التاجية يعانون من اضطراب الهلع.

❷ توجد علاقة واضحة بين اضطراب الهلع واضطرابات نفسية أخرى أهمها الاكتئاب، وسوء استعمال المواد مثل الكحول والمهدئات، ومحاولات الإنتحار (حوالي ٢٠٪).

❸ يصاحب اضطراب الهلع في حوالي ١٥ - ٢٠٪ حالات تدلي الصمام

الميتزالي، وهو اضطراب خلقي لا يسبب خطورة، ولكن عادةً ما يعتقد مريض الهلع أن السبب هو القلب.

• كثيراً ما يكون الهلع مصحوباً برهاب الأماكن المتسعة؛ ولعل سبب ذلك: عدم توقع نوبات الهلع، والخوف من مفاجأتها له في موقف لا يمكنه التحكم فيها.

النشخيص:

لكي يكون التشخيص أكيداً يجب أن تحدث عدة نوبات شديدة (٣ - ٤ نوبات) من قلق الجهاز العصبي المستقل خلال شهر:

- ١ - في ظروف تخلو من خطر موضوعي.
- ٢ - لا يجوز أن تقتصر النوبات على مواقف معروفة أو قابلة للتنبؤ بها.
- ٣ - يجب أن توجد فترات خالية نسبياً من القلق بين النوبات.

القياسات النفسية: مقياس شدة الهلع panic dis.severity scale مقياس ذاتي لتقدير شدة النوبة، ويتكون من ٧ بنود (التكرار والكرب والأوجاع المصاحبة وتوقع حدوث القلق أو المكروه والتجنب والآثار)، ويصح من صفر: ٤ بدرجة كلية ٢٨، ويستخدم في متابعه العلاج.

وسائل العلاج:

العلاج الدوائي:

يمكن السيطرة على النوبات بشكل فعال من خلال استخدام:

- ١ - مضادات الاكتئاب الثلاثية (tricyclic antidepressants): هذه الأدوية قديمة وشائعة وقد أثبتت فعاليتها في حالات مماثلة. وأكثر أنواع الأدوية أهمية هي: كلوميرامين وإميرامين (Imipramine & Chlomipramine)

٢- مثبطات أكسيداز أحادي الأمين (monoamine oxidase inhibitors): وهي فئة فعالة من الأدوية: غير أن هناك بعض المحاذير في استعمالها فلا يجب تناولها مع غيرها من فئات الأدوية أو مع بعض أنواع من الغذاء.

٣- مثبطات إعادة إنتقاء السيروتونين: جيل جديد من الأدوية تؤثر في تركيز مادة السيروتونين يؤدي إلى نتائج إيجابية سريعة عند استخدامه مثل السيترالين (لوسترال).

٤- استخدام المظمنات الصغري (Benzodiazepine) مثل الألبرازولام Alprazolam (زانكس) الديازيبام diazepam، (فالينيل). وأظهرت معظم الأبحاث فاعلية الجرعات العالية من البنزوديازيبينات (٦-١٠) ملجم/ يوم من البرازولام

تمتاز بالبداية والتأثير السريع كما أن التحسن الحاصل باستخدامها يكون أكبر من التحسن الحاصل باستخدام مضادات الاكتئاب (antidepressants) في الأسابيع الأربعة أو الخمسة الأولى من المعالجة، إلا أنها تفقد تفوقها بعد الأسبوع الخامس.

يؤدي الاستخدام طويل الأمد للبنزوديازيبينات وخاصة بالجرعات العالية إلى ظهور الاعتماد (dependence)، التحمل (tolerance)، تفاعلات السحب (withdrawal reactions) عند إيقاف الدواء، زيادة الغضب والسلوك العدواني (anger/hostility)، اختلال معرفي (cognitive impairment)، والتأثيرات الجانبية الأخرى المعروفة.

ولهذه الأسباب تجمع الآراء في الكثير من دول العالم على تفوق المعالجة بمضادات الاكتئاب بالمشاركة مع المعالجة النفسية على البنزوديازيبينات في

اضطرابات الهلع، وأنواع الرهاب الأخرى. ومع ذلك يبدو من المعقول إستعمال البنزوديازيبينات لتغطية الفترة القصيرة الأولى من المعالجة إذا كان الرهاب شديداً ومعجزاً (disabling) وذلك بانتظار التأثيرات المتأخرة للمعالجات الأخرى.

علاوة على ذلك، قد يترافق الهلع مع وجود قلق عام وهنا يمكن إضافة علاج متقطع (intermittent) بالبنزوديازيبينات إلى مضادات الاكتئاب والمعالجة النفسية. كما لوحظ أن جرعة منخفضة من الميدازولام تؤخذ عن طريق الأنف (intranasal midazolam) عند العلامة الأولى للهلع يمكن أن توقف الهجمة، مما يفتح باباً جديداً لاستخدام البنزوديازيبينات في اضطراب الهلع. إلا أن مثل هذا الاستخدام يحتاج للدراسات التي تؤكد فعاليته وأمانه.

يحتاج العلاج الدوائي لحدوث استجابة جيدة حوالي ٨ - ١٢ أسبوعاً حتى تتوقف النوبات، وهنا يجب الاستمرار لمدة كافية (من ٨ - ١٢ شهراً) مع العلاج حتى يتحقق التحسن ولضمان عدم عودة الأعراض لهذه الحالة المزمنة حيث يحدث ذلك في نسبة ٦٠٪ من الحالات بعد التحسن.

(٢) العلاج النفسي بأشكاله المختلفة

العلاج المعرفي السلوكي: من أهم العلاجات المستخدمة والمفيدة، حيث يعيد تنظيم البنية المعرفية. ويؤدي فيها بعض التدريبات مثل التعرض التخيلي، ويكلف المريض ببعض الواجبات المنزلية، تدريبات التعرض في المواقف الحية، سواء بمعاونة المعالج أو على انفراد في البيئة الطبيعية. وفي العلاج يتم:

- ١ - إعادة تشكيل البنية المعرفية: يركز العلاج المعرفي على تصحيح التقييمات الخاطئة المتعلقة بالإحساسات الجسمية بإعتبارها مصدر تهديد، وتطبيق الإستراتيجيات المعرفية والسلوكية.

٢- إعادة التدريب على التنفس: في ضوء أن ٥٠٪ إلى ٦٠٪ من المصابين بالهلع يصفون أعراض إفراط التنفس بأنها مشابهة لأعراض نوبات الهلع؛ فإن تدريب المرضى على تنظيم التنفس يساعد في تقليل نوبات الهلع، وقد أجريت دراسات علمية عدة أثبتت ذلك.

٣- الإسترخاء العضلي: تتمثل أهمية الإسترخاء العضلي في أن المريض يقارن فيه بين العضو في حالة التوتر والعضو في حالة إرتخاء وراحة، ويخبر هذا الفرق بصورة واضحة عبر أعضاء الجسم المختلفة، ويتعلم المريض أنه قادر على جلب الإسترخاء لنفسه من خلال سلوكه.

٤- مراقبة الذات: هي محاولة للتعبير الموضوعي الدقيق عن الحالة (مثل: مستوى قلقي في الدرجة ٥، ولديّ أعراض رعشة، ودوار، وقد إستغرقت هذه النوبة ١٠ دقائق)، بدلاً من استخدام كلمات عامة فضفاضة مثل: أشعر بالرعب الشديد، هذه أسوأ لحظات عمري.. ويتم ذلك من خلال سجل لنوبات الفزع، يتابع من خلاله المريض ما يجري له في يومه.

٥- التعرض التدريجي: في نوع «الهلع الموقفي» أو «الهلع المصاحب لرهاب الساحة» يكون التعرض التدريجي للموقف المخيف وسيلة ملائمة للتخفيف من المخاوف. ويقاس النجاح في ذلك بالاستمرار في موقف التعرض حتى ينخفض القلق.

اضطراب كرب ما بعد الضغوط الصدمية

(Post-traumatic stress diroder (PTSD

تعتبر تجربة إختناق الرضيع أثناء الولادة، والتي يعقبها إدخاله للهواء إلى رئتيه للمرة الأولى، هي أولى تجارب القلق الإنساني. وهي تجربة يمر بها كافة البشر. وربما

فسرت هذه التجربة سبب الشعور بالإختناق لدى مواجهة الشخص لأزمات حادة.

ومع ذلك يبقى التفاعل مع الأزمات سمة فردية مميزة. فالأشخاص لا يتفاعلون بالصورة ذاتها أمام الأزمة الواحدة. إذ أن لكل منهم طريقته الخاصة في فهم الأزمة وتقدير أضرارها المحتملة. كما أن لكل منهم رصيده المعلوماتي المتعلق بالأزمة ونتائجها واحتمالاتها. والعلماء من جهتهم يشترطون تهديد الأزمة للحياة أو للإستمرارية حتى تتحول إلى صدمة نفسية. حيث يعرفون الصدمة على أنها أزمة تحمل هذه التهديدات. لكن هذا التعريف يربط الأزمة ومعها الصدمة، بنوعية مصادر التهديد والمواقف منها ومستوى فهمها وإدراك ماهيتها وأهدافها. لذلك درج الباحثون على تصنيف الصدمة وفق مصادر التهديد المؤدية لها على النحو التالي:

(١) الكارثة الطبيعية: مثل الزلازل والفيضانات والأعاصير والبراكين وغيرها.

(٢) الكارثة الاصطناعية: الناجمة عن رغبات عدوانية تستهدف إلحاق الأذى.

(٣) الكارثة المعنوية: وهي التي تصطدم بالمثل الأعلى للأناء، سواء على صعيد الفرد أو الجماعة، فتجعل من الموت الشخصي ملجأ للهروب من معاناة الكارثة. وهي تترجم بالإقدام على الانتحار الفردي أو الإيثاري الموجه لمصلحة الجماعة ونصرتها.

(٤) الكارثة الجسدية: حيث يمكن للجسد أن يكون مصدر التهديد (الإصابة بمرض مميت). كما يمكن للخوف من تهاوي قدرات العقل أو الجسد أن يشكل هذا المصدر.

هذا وتتفق ردود الفعل الكارثية فيما بينها بأعرض نفسية مشتركة. إذ يبدأ

التفاعل مع الكارثة بحالة من التخدير الحسي. وهي تمنع الفرد من إدراك حقيقة ما يجري وفهمه لفترة قصيرة. ليعقبها حالة عدم التصديق وهي ذات مظاهر هستيرية واضحة وتكون الهستيريا في هذه الحالة دفاعية (تعطي الفرصة للشخص كي يفرغ إنفعالاته وكي يستوعب الحدث الكارثي مستنفراً آلياته النفسية الدفاعية) لذلك يعتبرها العلماء علامة حياة. فهذه الهستيريا تقلل احتمالات التجسيد (تحول الإنفعالات إلى أمراض عضوية)...

وفي عام ١٩٨٠ تم الاعتراف لأول مرة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD)، وذلك في الصورة الثالثة من الدليل التشخيصي الإحصائي (Weiten، 1998، DSM-III، P.691 – Eysenk، 2000، P.534).

ويعود السبب الرئيسي في التعرف إلى هذا الاضطراب بالوصف الذي عليه الآن إلى الحرب الفيتنامية. فلقد لوحظ في السبعينيات من القرن العشرين على الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في حرب فيتنام. أعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، وذلك بعد مدة (من تسعة أشهر إلى ثلاثين شهراً) من تسريحهم من الخدمة العسكرية. وقد أثارت هذه الملاحظة دهشة الباحثين. فالتوقع هو حصول أعراض هذا الضغط أثناء المعركة أو بعدها بأيام، وليس بعد إنتهاء الحرب بسنتين أو ثلاث! بل إن قسماً من أولئك الجنود

ما يزالون يعانون أعراض هذا الاضطراب رغم مرور أكثر من ربع قرن على تلك الحرب، تقدر الدراسات عددهم بنصف مليون من الجنود الذين شاركوا فعلاً في حرب فيتنام (Weiten، 1998).

ومع أن وسائل الإعلام في الولايات المتحدة جعلت إنتباه الناس باتجاه ربط اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) بخبرات الحرب الفيتنامية، إلا أنه

لوحظ أن هذا الاضطراب يحدث إستجابة لحالات أخرى من الضغوط الحادة. وتوصلت بعض الدراسات إلى أنه يوجد في ٥ من كل ألف من الرجال، ١٣ من كل ألف من النساء، في المجتمع بشكل عام (Gleitman 1995-Weiten, 1998).

ولقد دفعت نتائج الدراسات هذه إلى التساؤل عن أنماط الضغوط الحادة غير الحروب والتي ينجم عنها اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. فوجد الباحثون أن السبب الأكثر شيوعاً بين النساء هو الاغتصاب الجنسي، إلى جانب أسباب أخرى مثل رؤية شخص ما يموت، أو يتألم من جرح بليغ، أو التعرض إلى حادثة خطيرة، أو اكتشاف خيانة زوجية. فيما كانت الأسباب الأكثر شيوعاً بين الرجال تعزى إلى خبرات المعارك أو رؤية شخص ما يحتضر. وأن هذا الاضطراب (PTSD) يكون شائعاً بين الناس عموماً الذين يتعرضون إلى الكوارث الطبيعية والبيئية مثل الفيضانات والزلازل والحرائق وحوادث القطارات والطائرات.

وهكذا أصبح هذا الاضطراب معروفاً بين الناس ومعترفاً به في التصنيفات الطبية النفسية، حيث وصفته الصورة المنقحة للدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-III-R - ١٩٨٧) بأنه «أي حادثة تكون خارج مدى الخبرة المعتادة للفرد، وتسبب له الكرب النفسي (Distress)» تكون إستجابة الضحية فيه متصفة بـ «الخوف الشديد، والرعب، والشعور بالعجز. فيما نبهت الصورة الرابعة للدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-IV - ١٩٩٤) إلى ضرورة التمييز بين اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) وبين اضطراب الضغط الحاد (Acute stress disorder). حيث يستعمل الثاني لوصف الحالة التي يكون فيها تماثل سريع للشفاء من ضغط الحادث الصدمي، فيما يستعمل اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PISD) لوصف الحالة التي لا يحصل فيها شفاء سريع من هذا الضغط..

اضطرابات القلق

الاضطراب	الأعراض الإكلينيكية	العلاج
اضطراب القلق العام	تعريفه: قلق شديد غير واقعي وتوقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول اثنان أو أكثر من ظروف الحياة. المدة: ستة شهور على الأقل. الصورة الاكلينيكية: أعراض نفسية العصبية - الأرق - نقص التركيز - الخوف والحذر. أعراض جسمية: قلب (زيادة ضربات القلب - خفقان - ارتفاع ضغط الدم - التنفسي) (نهجان - إحساس بالخنقة) الجهاز الهضمي (القابلية للترجيع - فقدان الشهية) الجهاز العصبي (الدوخة - الرعدة - توتر العضلات)	- علاج نفس تدعيمي (إيحاء - شرح طبيعة الأعراض) - علاج نفسى عميق تعديل في شخصية الشخص وزيادة مهاراته لمواجهة الضغوط - علاج اجتماعي - علاج سلوكي (تمارين الاسترخاء) - العلاج الدوائي - مضادات القلق - مضادات الاكتئاب
الهلع	تعريفه: نوبات متكررة من القلق الحاد والشديد لها بداية ونهاية.	العلاج الدوائي: مضادات القلق قصيرة

الاضطراب	الأعراض الإكلينيكية	العلاج
	المدة: من دقائق حتى ساعات - ٤ نوبات خلال شهر. الأعراض: ٤ أعراض من - الخوف الشديد أو الإحساس بالموت - الخفقان - النهجان - كرشة النفس - العرق - ألم المعدة أو الترجيع أو الغثيان. - الخوف من الموت أو الجنون. - الشعور بعدم الثبات.	المفعول. مضادات الاكتئاب. العلاج النفسي السلوكي المعرفي.
المخاوف	تعريفه: - الخوف من شيء محدد - الخوف من الأماكن المفتوحة Agoraphobia - الخوف من الأماكن المرتفعة Acrophobia - الخوف من الماء Hydrophobia - الخوف من الأماكن المغلقة Claustrophobia	العلاج الدوائي مثل: الهلع * العلاج السلوكي - التحصين التدريجي. - التعرض للمثير ومنع الاستجابة. * العلاج النفسي العميق.
الوسواس القهري	تعريفه: افكار أو قهورات غير هادفة وعن قصد وغير مرغوبة ويحاول تجنبها	العلاج دوائي * مضادات الاكتئاب خاصة الحديثة

الاضطراب	الأعراض الإكلينيكية	العلاج
	فلا يستطيع. اشهر الأنواع: غسل اليدين - تفحص الأبواب - العد - تكرار الكلمات.	* الصدمات المحدثه للتشنجات الكهربائية في حالة المحاولات الانتحارية - الاكتئاب الثانوى. العلاج السلوكى - العلاج النفسي العميق
