الاضطرابات النفس جسمانية

obeikandl.com

منذ ثلاثينات القرن العشرين تم الفصل بين الاضطرابات النفسية والجسدية والاضطرابات النفسجسمية، ونشأ هذا القسم (النفس جسماني) من خلال الإرتباط بين المحللين النفسيين الألمان المهاجرين إلى أمريكا وبين الطب النفسي الأمريكي.

وقد قام الطب النفس جسماني ببحث العلاقات النفسية الجسدية بطرق تحليلية نفسية، وقد تم ذلك في البدء على الحالات الفردية من خلال المقابلات والمحاولات الفيزيونفسية، وقد اتجه البحث نحو خصوصية سمات الشخصية. وقد إحتل السؤال التالي مركز الصدارة في الأبحاث الجاريه: هل هناك بنية شخصية خاصة يملكها كل مرضى الربو، كل مرضى القلب، كل مرضى القولون، كل مرضى القرحة....الخ؟

واشتهرت في هذا المجال ف. **دنبار** (F. Dunbar,1943) التي أرادت بحث شخصية مرضى الذبحة الصدرية في أربعينيات القرن العشرين، فاكتشفت الشخصية ذات الإستعداد العالي للحوادث، وبرز أيضا **غلاتسيل** (Glatzel, 1945) الذي صمم نموذج شخصية القرحة، الذي ما زال تأثيره حتى اليوم.

وتيمان (Thieman,1985) بطرحه لشخصية الربو الشعبي. إلا أن الحدود بين بناء الشخصية تلك لم تكن واضحة حتى أن فرضية خصوصية الشخصية لم تستطيع الصمود، فقد كانت جامدة بطرحها، لدرجة أنها لم تستطيع الصمود أمام ملاحظات تبدل المرض على سبيل المثال. ومن هنا اتجه اهتمام البحث في الاضطرابات النفس جسمية إلى مواقف الصراع النوعية فيما يتعلق بنشوء الاضطرابات النفس جسمية.

فقد درست مراحل نمو الشخصية التي طورها التحليل النفسي (الفمية

والشرجية والقضيبية) في علاقتها بمنظومة العضو المصاب، وهنا تم بحث التثبيت في هذه المراحل أو الكنوص إليها، وهنا وجد المرء أن جهاز الهضم مثلا على علاقة بوظائف التقبل / الرفض وبوظائف الإخراج/ الإبقاء، وقد طرح السؤال التالي إلى أي مدى يمكن أن يتعلق الاضطراب النفس جسمي بالتثبيت أو بالنكوص إلى مجالات الوظائف هذه وبعمليات تحرير أو إطلاق الدافع هذه؟ إلا أن هذه الجهود حول خصوصية الصراعات بقيت دون نجاح أيضاً.

وقد حاول **ألكسندر** (Alexander, 1951) تفسير خصوصية الصراع من خلال طابعي العدوانية/ الحاجة للتعلق والنموذج الأساسي الإعاشي السيمبثاوي / نظير السيمبثاوي في علاقتها باضطرابات نفس جسمية محدده، وتعتبر هذه المحاولة ذات قيمة كبيرة وهي قريبة جدا من التصورات الراهنة.

والاضطرابات النفس جسمية أكثر شيوعا في المجتمعات الصناعية.وتمثل نسبة ٤٠٪ في أمريكا.وتلعب العوامل النفسية دورا مهما في كل الاضطرابات النفس جسمية المعروفة،وغالبا ما يصاحبها اضطراب على المحور الأول (اضطرابات القلق) على الأغلب. أو أحد اضطرابات الشخصية على المحور الثاني.

تعريف الاضطرابات النفس جسمانية

١- تعريف الموسوعة البريطانية:

يعّرف المرض النفسي - الجسمي بأنه الإستجابة الجسمية للضغوط الانفعالية التي تأخذ شكل اضطرابات جسمية مثل إرتفاع ضغط الدم والذبحة الصدرية وتقرّح القولون والتهاب المفاصل وغيرها.

٢- تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO):

إن الخاصية الأساسية للاضطرابات الجسمية نفسية المنشأ، هي الشكوى

المتكررة لأعراض بدنية، مع السعي المستمر لإجراء فحوصات طبية، بالرغم من تأكيد الأطباء بعدم وجود أساس جسمي لهذه الأعراض.

٣- تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي العقلي (APA):

هي نمط من الشكاوى الجسمية المتعددة والمتكررة، تكون أعراضها واضحة سريرياً قبل سن الثلاثين، ولا يمكن تفسيرها على أنها ناجمة من عوامل مرضية جسمية.

في ضوء ذلك يتبين وجود إختلافات في إسم المصطلح، إذ كان المتداول هو (Psychosomatic) مصحوباً بكلمة « أمراض Diseases » بينما المتداول حالياً (Somatoform) وتعني (جسمية الشكل أو المظهر) (Body - Like) مصحوباً بكلمة « اضطرابات Disorders ». وهناك إتفاق على أنها اضطرابات عضوية متعددة أو متنوعة، وأنه يصعب على التشخيص الطبي تحديد عامل مرضي جسمي لها. فيما هنالك اختلاف حول دور العوامل النفسية فيها. فمنهم من يعطيها دوراً جزئياً، بينما الغالبية تمنحها كامل الدور في حدوث هذه الاضطرابات.

وعليه نخرج من التعريفات بالآتي:

هي مجموعة من الاضطرابات تظهر على المصابين بها أعراض جسمية حقيقية في غياب وجود سبب عضوي ظاهر، في عضو أو أكثر، ولا يجد لها الطبيب عاملاً مرضياً عضوياً مشخصاً بيقين ثابت، فتعزى أسبابها إلى عوامل نفسية. وهي غير الأمراض المتعمدة التي يصطنعها الفرد للحصول على منفعة معينة، وغير الشكاوى الجسمية التي ليست لها أسباب محددة مثل التعب المزمن.

تصنيف الاضطرابات النفس جسمانية

(١) الاضطرابات التنفسية (Respiratory D).

- الربو الشعبي.(B.Asthma)

- فرط التنفس (Hyperventelation.

(٢) اضطرابات القلب والأوعية الدموية (CVD).

- الصداع النصفي (Migraine)
- ارتفاع ضغط الدم (Hypertension)

(٣) الاضطرابات المعدي معوية (Gastroint.D.).

- قرحة المعدة (peptic U.).
- قرح القولون (Ulcerative Colitis).
- حرقان القلب (Heart Burn).

(٤) اضطرابات الجلد Skin D.

- التهاب الجلد العصبي Neurodermatosis)).
- جفاف الجلد (Hyperhydrosis).

أشهر الاضطرابات جسدية الشكل في الطب النفسي

(١) اضطراب التجسيد.

(٢) اَضطراب التحول

(٣) اضطراب توهم المرض.

أشهر الاضطرابات جسدية الشكل في الطب النفسي

توهم المرض (Hypochondriasis)

يعّرف بأنه اضطراب جسمي المظهر يقوم فيه الفرد بتفسير التغيرات الجسمية البسيطة التي تحدث له بأنها دليل على مرض خطير سيصاب به.

obeikandl.com

ويتميز هذا الاضطراب بأن المصاب به ينشغل بشكل مفرط بصحته، ولديه قلق متزايد بشأن إصابته بأمراض بدنية، كما أنه يشكك بوسائل أو أدوات التشخيص التي يستعملها الأطباء وأحيانا يظن أن مرضه من النوع النادر الذي يصعب تشخيصه حتى على أحدث الأجهزة المتطورة ، ولهذا يسمى أيضاً بالوسواس المرضي.

والصفة الأساسية في المصابين بهذا الاضطراب، أنهم بالرغم من تأكيد الأطباء بأنه لا توجد لديهم أمراض حقيقية، فأنهم يشككون في الأطباء ولا يقتنعون بتشخيصهم، ولهذا يبقى المصاب بهذا الاضطراب يراجع الأطباء بحثاً عن طبيب يقول له بأنه مصاب بالمرض الذي يشكو منه.

والمصابون بتوهم المرض لا يعانون بالضرورة من ألم أو وجع بدني بقدر ما يبالغون في تفسير أية علاقة ولو كانت خفيفة عن تغير في الجسم أو في الصحة. وهذا الاضطراب غالباً ما يصاحب اضطرابات نفسية أخرى لاسيما القلق والاكتئاب.

وتشخصه الجمعية الأمريكية للطب النفسي، بأن صورته الأساسية تتضح في الآتي:

١- يكون إنشغال الفرد ومخاوفه محددا بإصابته بمرض حقيقي، في ضوء تفسيره لعرض جسدي معين.

٢- يستمر إنشغاله هذا على الرغم من التقارير الطبية المطمئنة.

٣- يسبب له إنشغاله هذا حزنا جليا، أو خللا اجتماعيا ومهنياً، أو اضطرابات في مجلات أخرى.

٤- تستمر مدة الاضطراب لستة أشهر في الأقل.

وينبغي الانتباه إلى أن (توهم المرض) هو غير (الوسواس القهري). فالأول يصنف في فئة الاضطرابات الجسمية المظهر، فيما يصنف الثاني، ضمن اضطرابات القلق. وبالرغم من وجود تداخل بينهما فإن المصابين بهما يعيشون في خوف من إيذاء الذات. وكلهم ينزعجون من إقتحام أفكار متطفلة تدخل عنوة في ذهن المريض، ولا يمكن السيطرة عليها. والفرق أن المصابين بتوهم المرض ينشغلون بفحص بدنهم (عضو أو أكثر) فيما

يكون إنشغال المصاب بالوسواس القهري بأفكار تقتحم ذهنه (وساوس) أو إلحاحات متكررة للقيام بأعمال (قهرية) مثل التأكد من غلق الباب لعشر مرات أو أكثر في الليلة الواحدة.

البداية والإنتشار

ينتشر توهم المرض بنسبة (٣-١٤٪) من المرضي، بالتساوي تقريبا بين الرجال والنساء، ويظهر غالبا في العقدين الرابع والخامس من العمر.

العلاج:

تعالج الحالة عادة من قبل الطبيب العام، لأن المريض يرفض التحويل للطبيب النفسي، لكن قلة من هؤلاء يقبلون العلاج لدى الطبيب النفسي الذي يعمل في مستشفى عام أو ضمن فريق من الأطباء الباطنيين.

ويستفيد المريض عادة من **العلاج النفسي الجماعي** ولا يستفيد من العلاج الفردي الذي يهدف إلى دعم أو إيجاد الإستبصار في الحالة. أما العلاج الجماعي فإنه يوفر له الدعم الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي الذي يحتاجه.

إن هدف الطبيب يجب أن يكون العناية بالحالة، لا شفاءها. وأن يعلم الطبيب أن للمريض أسباباً نفسية واجتماعية لهذا العرض، وأن هذا العرض هو مجرد تعبير

عنها. ولذلك لا يجب أن يكون أسلوب الطبيب جدياً في التحري والفحوصات ولا غير مكترث أيضاً، مثل: ليس لديك أي مرض، إنها مجرد حالة نفسية«. تجرى له الفحوصات اللازمة غير الجراحية (non-invasive) **ويعطى أدوية وعلاجات ليس لها أعراض جانبية** مثل قرب الماء الساخن، العلاج الطبيعي المراهم، الفيتامينات...

عادة ما يثابر المريض على السؤال عن التشخيص، ولا يُنصح بأن يعطي تشخيصاً، كما أنه لا يفيد شرح العلاقة بين الحالة النفسية والأعراض، وإنما يفضل أن يعطي الطبيب وصفاً أو تفسيراً غير محدد مثل التوتر العضلي... أو غير ذلك.

تستعمل **الأدوية** اذا كانت الحالة ناشئة عن مرض نفسي آخر مثل القلق أو الاكتئاب أما اذا كانت الحالة عابرة أو ناجمة عن موقف معين مثل مرض أو موت أحد الأقارب فإنه يفضل عدم إعطاء أدوية، لأن ذلك يجعل المريض يشعر أنه مريض فعلاً فتطول الحالة تبعاً لذلك.

اضطراب التحويل

(Conversion Disorder)

يعّرف هذا الاضطراب بأنه فقدان أو تغيّر في الوظيفة الجسمية بدون وجود سبب بدني ظاهر. بمعنى أن الفرد يظهر عليه فقدان في جهازه الحركي أو الحسي أو تغير في الوظائف الفسيولوجية لعضو أو أكثر من أعضاء جسمه، في غياب وجود سبب بدني أو عضوي واحد.

وأشهر صور هذا الاضطراب: الشلل بأنواعه (شلل يد، رجل، إصبع...)، العمى الجزئي أو الكلي، الصعوبة في الكلام، فقدان السمع الجزئي أو الكلي، وما إلى ذلك.

إن المصطلح الأول لهذا الاضطراب هو «الهستيريا Hysteria» وله تاريخ طويل

يرجع إلى إيبوقراط، ونظريته المعروفة بأن هذا المرض يصيب المرأة حصراً بسبب جفاف رحمها. ومفردة « Hysteria » تعني بالإغريقية رحم المرأة.

وعلى الرغم من نسب إكتشاف « الهستيريا » للإغريق هو الشائع، إلا أن الحضارة المصرية كانت قد أكتشفت ذلك قبل الإغريق، وتحديداً في عام (١٩٠٠ ق. م). وأن حكماء الفراعنة حددوه بأنه يصيب المرأة التي يكون رحمها محروماً من الرطوبة، ويشكو من اليبوسة. وأن إيبوقراط أخذ هذا التفسير وتبناه وأطلق عليه أسم «Hesteria» الذي يعني رحم المرأة «Uterus» بالإغريقية. ولإعتقاد إيبوقراط بأن هذا الاضطراب يصيب المرأة التي « فاتها الزواج ، فأنه أوصى بالزواج بوصفه أفضل وسيلة علاج. غير أن هذه النظرية فقدت مصداقيتها مع بداية القرن التاسع عشر.

ومع أن اضطراب التحويل أكثر شيوعاً بين النساء، فإن نسبة كبيرة من الرجال أصيبوا به خلال الحربين العالميتين. كما أنه ظهر على الجنود العراقيين الذين شاركوا في الحرب العراقية الإيرانية خلال السنوات (١٩٨٠ - ١٩٨٨). وعلى الجنود الأمريكيين في حرب الكويت عام (١٩٩١)، وعليهم في العراق عام (٢٠٠٤) وما بعده.

البداية: يبدأ عادة في سن المراهقة أو بداية الرشد، ومساره عادة قصير وتتكرر النوبات، وقد يصبح مزمنا في ٢٥٪ من المرضي.

الإنتشار: ينتشر اضطراب التحول بين مرضي المستشفيات العامة بنسبة ٥-١٦٪، وفي المجتمع قد تصل النسبة إلى ٢٥٪، وهو أكثر إنتشارا بين الإناث (٢-٥ أضعاف الرجال)، الطبقات الاجتماعية الفقيرة، الأميات، الدول الفقيرة.

التشخيص:

- وجود عرض أو أكثر أو قصور في الأداء الحركي أو الحسي يوحي بحالة عصبية أو طبية عامة.
- الأعراض بدأت أو تفاقمت بعد صراع نفسي أو تحت وطأة الضغوط.
- العرض أو القصور لا يستحدث عن قصد أو تلفيق.
- لا يمكن تفسير العرض كمرض عضوي أو بسبب تعاطي أو إنسحاب مادة.
- العرض أو القصور ليس جزء من اضطراب نفسي أخر أو جزء من اضطراب التجسيد.

العلاج:

تشفى معظم الحالات **بالإيحاء** في فترة قصيرة، ومن الضروري أن تزول الأعراض قبل أن يحصل المريض على المكاسب الثانوية التي تجعل العرض يتجه نحو المرض المزمن. وبعد فحص طبي دقيق يقال للمصاب أنه لا يوجد مرض خطير والحالة سوف تتحسن وتزول أو أنها في الواقع بدأت بالتحسن، ولا يقال أن لاشيء عندك وأن الحالة ما هي

إلا حالة نفسية لأن ذلك يزيد الأعراض سوءاً. ويعطي الطبيب بعد ذلك إهتماماً لمعرفة الظروف النفسية للمريض والأحداث الحاضرة في حياته وما يشعر به تجاهها.

وقد يفيد **التنويم المغناطيسي أو التنويم بالـ** amobarbital في معرفة ما لم يستطع أن يبوح به المريض، ويستعمل الإيحاء لإزالة الأعراض. كما أن تعبير

المريض بالكلام عن مشاكله يغني عن التعبير عنها بالأعراض الجسمية وبالتالي زوالها في أغلب الأحيان، وإذا عرفت المشكلة وأمكن حلها تزول الأعراض عادةً.

وفي الحالات التي يرافقها القلق يمكن استعمال **الأدوية المضادة للقلق** لفترة قصيرة.

وبعد عام ٢٠٠٠ تم إضافة نوعين آخرين مميزين هما: **اضطراب التجسيد واضطراب الألم** (somatization and pain disorders). ويظهر في هذين الاضطرابين أعراض فسيولوجية ناشئة عن قلق أو كرب أو ضيق نفسي.

اضطراب التجسيد
Somatization Disorder

أطلق على هذه الحالة اسم الهستيريا ومتلازمة بريكيت Briquets syndrome فيما مضى، وهي تتميز بالشكوى من أعراض جسدية متعددة ومتكررة على مدى سنوات عدة، وعادة ما تكون الحالة قد درست وأجريت لها فحوص متعددة ولم يستدل على وجود أي مرض عضوي يمكن أن يفسرها.

البداية: عادة ما يبدأ المرض قبل سن الثلاثين ويأخذ مألا مزمناً أومتموجاً في شدته. وقليلاً ما يشخص هذا المرض عند الذكور، فهو حالة أكثر شيوعا لدي الإناث حيث تبدأ عادة بأعراض تتعلق بالطمث في سن المراهقة.، وفى الصيف والربيع أكثر من الشتاء والخريف، لكنه يتأثر بحرارة الجو أو الرطوبة بقدر ما يتأثر بالحالة النفسية للشخص. وهو من أكثر الاضطرابات انتشارا في البلدان العربية.

وفي اضطراب التجسيد (الجسدنة) تظهر على المصاب به أعراض جسمية

متعددة ومتكررة، وشكاوى بدنية لها تاريخ طويل من المراجعات الطبية من دون العثور على سبب عضوي لها. وفي حالات يتم إجراء عمليات جراحية كثيرة لا طائل من ورائها. وكثيرا ما يصاحب هذا الاضطراب اختلال طويل المدى في السلوك الاجتماعي والشخصي والأسرى وفيه يشكو المريض أو المريضة بطريقة دراماتيكية، أو طريقة مبالغ فيها وغامضة وقد يراجع عدة أطباء في وقت واحد، وعادة ما يشكو من الأعراض التالية: الدوخة، الصداع، الم الظهر، الم الطمث، الم البطن، البرود الجنسي والضعف العام....

ويصاحبه

كثيراً ما يصاحب هذه الأعراض حالة القلق أو الاكتئاب أوالشخصية الهستيرية. **ويختلف** هذا عن الاضطراب التحويلي Conversion Disorder بأن الثاني يتعلق بعرض واحد أو عرضين فقط ولا يصبح مزمناً في أغلب الأحيان.

التشخيص:

- وجود تاريخ مرضي لشكاوي جسمانية متعددة قبل سن الثلاثين وتظل لعدة سنوات ويترتب عليها خلل اجتماعي ووظيفي مع البحث عن سبب طبي.
- يصاحبة أربعة أعراض ألم في أماكن مختلفة، عرضان خلل في الجهاز الهضمي، عرض جنسي أو تناسلي، عرض عصبي كاذب.
- لا يمكن تفسير العرض كمرض عضوي أو بسبب تعاطي أو إنسحاب مادة. أو في حالة وجود مرض عضوي فإن الأعراض الموجودة تكون أعلي كثيرا مما هو متوقع في مثل هذه الحالة.
- العرض أو القصور ليس جزء من اضطراب نفسي أخر أو جزء من اضطراب التجسيد.

ملحوظة: في حالة عدم توافر عدد الأعراض السابقة يسمي (اضطراب جسدي الشكل) وهو الأكثر شيوعا.

العلاج:

ليس علاج هذه الحالة سهلاً، ويجب أن نعلم أن الألم الذي تعاني منه المريضة هو حقيقي ونحاول أن نوضح لها منذ البداية أن الهدف هو أن تتعلم كيف **تتكيف** مع الألم وليس الشفاء منه. هذا ولأن الحالة اتخذت اتجاهاً مزمناً فلا مانع من إعلام المريضة أن سبب الحالة نفسي ويجب أن تأخذ ذلك في الإعتبار. وتعطي المريضة الحد الأدنى من **العلاجات أو المداخلات التشخيصية**. فيما تعالَج الحالات المصاحبة مثل الاكتئاب أو القلق العام حسب ما سبق.

الألم ذو المنشأ النفسي
Psychologenic Pain Disorder
Somatoform Pain Disorder

الشكوى الرئيسية في هذه الحالة هي ألم شديد شبه متواصل، ولا يمكن إرجاعه إلى سبب عضوي أو آلية فيسيولوجية كما هي الحال مثلاً في الصداع التوتري الذي يمكن إرجاع سببه إلى التشنج في عضلات الرأس. يحصل هذا الألم في كثير من الأحيان في ظروف توحي بأنه مرتبط بمشاكل اجتماعية أو صراعات نفسية، أدت إلى حصول المريض على الدعم والإهتمام الأسري أو الطبي من المحيط ولم يكن ليحصل على ذلك بطريقة أخرى. والحق أن الألم لا يحصل بتخطيط من المريض أو وعي منه وإلا اعتبر احتيالاً.

الأعراض المصاحبة:

قد يصاحب هذه الحالة اضطرابات **حسية** (parasthesias) أو تشنج عضليٌّ وتكرار زيارة الأطباء وعدم فعالية المسكنات وطلب إجراءات جراحية من الاطباء،

ويلعب المريض دور الشخص العاجز.

وعادة ما يرفض المصاب أي تفسير نفسي لألمه. وكثيراً ما يكون له تاريخ سابق لأعراض تحويلية (conversion disorder). وقد **يصاحب** الحالة أعراض اكتئابية خاصة الأرق والفقدان الكامل للقدرة على الإستمتاع (unhedonia).

الإنتشار: أكثر الاضطرابات إنتشارا في ممارسة الطب، في الإناث ضعف الذكور، وينتشر في العقد الرابع والخامس وفي الطبقات الفقيرة.

المال

عادة ما يتخذ مألاً مزمناً قد يطول إلى عدة سنوات ويكون مزعجاً للمريض وأهله، ويؤدي إلى عجز وظيفي في كثير من الأحيان. وبعض الحالات تشفى بالعلاج النفسي.

العلاج:

تستعمل أساليب العلاج النفسي **التدعيمي**، ولا تفيد عادة الأساليب المعتمدة على الاستبصار.

أما بالنسبة **للأدوية** فلا جدوى من استعمال المسكنات والمهدئات، وإنما تستعمل الأدوية **المضادة للاكتئاب** بجرعة أقل منها في حالة الاكتئاب.

نماذج لأشهر الاضطرابات الألم جسدي الشكل:

(١) الشقيقة (الصداع النصفي)

تعريفها:

هي صداع حاد متكرر ويصيب جهة واحدة من الرأس وبالرغم من أنه مزعج كثيراً إلا أنه لا يعد من الأمراض الخطيرة.

obeikandl.com

أسبابها:

- هموم والمشاكل والأحزان.
- بعض أنواع الروائح.
- بعض أنواع الإشعاعات الضوئية، والأجبان، والشيكولاتا.

أعراضها:

- غثيان.
- ألم شديد في جهة واحدة من الرأس.
- ألآم في البطن.
- إصفرار في لون جلد المصاب.
- القيىء.
- اضطراب في النظر.
- اضطراب في الوضع العام للمصاب.

العلاج الطبي:

١- الإبتعاد عن المسببات المذكورة أعلاه.

٢- مسكنات وأدوية خاصة للنوبات يصفها فقط الطبيب.

العلاج البديل[موافق عليه طبيا].

١- نقع الزعتر ثم وضع ١٠ غرام منه مع ٢٠٠ غرام من الماء وغليهما معآ وشربه(٣ مرات يومياً).

٢- نحضر أوراق العكوب ونأخذ مقادر ملعقة ونغليها مع كأس من الماء ونشربه(٣ مرات يومياً).

obeikandi.com

الصداع التوتري Tension Headaches

إن الألم الناتج عن صداع التوتر يعد واحدا من أكثر الأعراض شيوعا التي يعاني منها الإنسان، ولا يعلم الأطباء سبب صداع التوتر. وهناك أناس كثيرون لا يعانون من نوبات صداع التوتر إلا بشكل متقطع، بينما يعاني منه آخرون بشكل يومي تقريبا أو مرتين أو أكثر أسبوعيا.

عادة ما ينشأ صداع التوتر مع منتصف العمر، ويستمر جيئة وذهابا لعدة سنوات. وهو يصيب الرجال والنساء بنسبة متساوية.

الأعراض:

الإحساس الطبيعي في حالات الصداع عبارة عن ضيق أو ضغط مستمر، وغالبا يأتي في شكل رباط ضيق يحيط بالرأس. وغالبا ما يبدأ الصداع في أواخر النهار وقد يستمر لبضع دقائق أو أيام أو شهور بل وسنين. وقد لا يكون الألم ملحوظا إلا بالكاد أو حادا أو يقع بين هذا وذاك. وقد ترتفع شدته فجأة وتختفي فجأة. والضيق الذي يسببه قد يجعل من الصعب معه النوم غير أنه عادة لا يكون من الشدة بحيث يصيب الشخص بالأرق.

الفحوصات:

لتحديد سبب النوبات بدقة، من المفيد أن نحتفظ بأجندة، ندون فيها أنماط وأحداث تجعل الصداع يبدأ.

إجراء اختبارات النظر أو فحص الجيوب الأنفية لتحديد الأسباب المحتمله.

الأشعة المقطعية على المخ إذا إحتاج الأمر.

خيارات العلاج:.

لا يوجد علاج لصداع التوتر، لكن الألم يمكن تسكينه بأدوية مسكنة مثل

الأسبرين والبروفين.

وأكثر من يصابون بصداع التوتر المصابون بالاكتئاب أو القلق، ولهذا فإن معالجة الضغوط أو التعامل معها أو علاج الاكتئاب قد يكون مفيدا في هذه الحالة.

استخدام مضادات الاكتئاب، حتى إذا لم يكون الشخص مصابا باكتئاب.

وتجيب نوبات صداع التوتر للتدليك، أو الدش الساخن أو البارد، أو الاسترخاء والغذاء السليم، والراحة والرياضة.

الاضطرابات الإنشقاقية (Dissociative Disorders)

(العصابات الهستيرية/نوع الإنشقاق)

(Hysterical Neuroses/ Dissociative Type).

الظاهرة الرئيسية في هذه الحالات هي اضطراب أو تغير في الوعي أو الذاكرة أو ادراك الهوية(identity) ومن هذه نذكر:

١ – **اضطراب تعدد الشخصية** Multiple Personality Disorder.

الظاهرة الأساسية في هذه الحالة هي وجود شخصيتين أو أكثر ضمن الشخص الواحد.

ومفهوم الشخصية هنا أنها نمط من الإدراك والتفاعل والتفكير بالمحيط وبالنفس وله ثبات نسبي، ويعبر عنه في المواقف الشخصية أو الاجتماعية الهامة. وفي بعض الحالات الكلاسيكية لهذا الاضطراب يوجد شخصيتان أو أكثر تختلف عن بعضها في: نمط السلوك ومخزون الذاكرة والعلاقات الاجتماعية. وفي حالات أخرى قد تتشابه في بعض هذه الأمور مثل وجود ذكريات واحدة أو نمط واحد من العلاقات الاجتماعية... ويكون الإنتقال من شخصية لأخرى عادة فجائياً خلال ثواني أو دقائقو. يحدث نتيجة ضغوط اجتماعية أو نفسية أو أحداث لها معنى

خاص عند المصاب. كما يمكن أن يحصل الإنتقال إذا حدث صراع بين الشخصيتين وأثناء التنويم المغناطيسي أو التنويم بالـ amobarbital.

وفي بعض الحالات تعي الشخصية الواحدة وجود الشخصيات الأخرى، وقد تكون العلاقة معها صداقة أو زمالة أو عداء، وأحياناً لا تعي أي

شخصية وجود الأخرى وفي الوقت الواحد لا يوجد غير شخصية واحدة تتفاعل مع المحيط. وعند التقدم للعلاج فان شخصية واحدة فقط تتقدم للعلاج. وكل شخصية تشعر أن هناك وقتاً ضائعاً لا تتذكره.

ومثال على ذلك: أفلام مثل بئر الحرمان،امرأة وخمسة رجال.

وفي كل مرة تنكر الشخصية وجود الشخصية الأخرى ولا تتذكرها. ومن هنا يجيء معنى الإنشقاق في الوعي كأن الوعي منقسم إلى حجرتين متفارقتينdissociated لا تعلم حجرة الوعي الأولى عن ما في الثانية وبالعكس.

المظاهر المصاحبة:

قد تكون إحدى الشخصيات متكيفة مع المحيط الاجتماعي وموظفة أو متزوجة والأخرى مريضة نفسياً ولا تعمل. وقد أظهرت بعض الدراسات أن شخصيات مختلفة في نفس الشخص تختلف فسيولوجياً وفي نسبة الذكاء وفي التجاوب مع الأدوية وحتى في استخدام النظارات بقياسات مختلفة. ويمكن أن تختلف الشخصيات في العنصر: أوروبي، أفريقي، آسيوي أو العمر، وفي الجنس (ذكر أو أنثى)... الخ. ولها أسماء مختلفة وقد تعرف شخصية بوجود الشخصيات الأخرى وتتحدث معها وتلعب دور الحامي لها.

البداية والمآل:

تبدأ هذه الحالات دائماً تقريباً في الطفولة وتأخذ مآلاً مزمناً، إلا أن التغير من

شخصية لأخرى يقل في تكرره مع الزمن. وهو أكثر شيوعا بين الإناث.

العوامل المهيأة:

أشارت دراسات كثيرة إلى أن سبب هذا الاضطراب هو حصول حدث صدمي عاطفي شديد(emotional trauma) في الطفولة غالباً ما يكون ذا طبيعة جنسية.

العلاج:

يلجأ الطبيب في هذه الحالة **إلى العلاج النفسي الفردي** طويل الأمد والذي يهدف إلى إكتشاف الشخصيات المختلفة وتشجيعها لأن تعي الواحدة وجود الأخرى.

كما ويهدف إلى إكتشاف الذكريات المؤلمة المرتبطة بالحالة، ويعمل على تفريغ الشحنة الانفعالية منها (catharsis) خاصة في ما يتعلق بالطفولة. إن سير العلاج قد يكون صعباً وقد تظهر مواقف مثيرة للقلق عند الطبيب والمريض، وخاصة إذا ظهرت شخصية عدوانية أو شخصية ميالة للانتحار. لذا يكون الإدخال الؤقت للمستشفى ضرورياً لدعم العلاج.

٢- **الشُّراد النفسي** (Psychogenic Fuge):

الظاهرة الأساسية في هذه الحالة هي السفر المفاجئ وغير المتوقع بعيداً عن البيت، أو موقع العمل. مع تبني شخصية جديدة وعدم القدرة على تذكر الشخصية الأصلية.

وقد يحدث ايضاً شعور بالإرتباك والتوهان (disorientation). وعندما تزول هذه الحالة لا يتذكر المصاب الأحداث التي جرت أثناء فترة الشُّراد. واذا وجد مرض نفسي من منشأ عضوي فإنه لا يتم تشخيص هذه الحالة وإنما يُلجأ إلى

المرض هذا لتفسير الحالة.

في بعض الحالات يتبنى المصاب شخصية متكاملة بجميع أبعادها ،وقد تكون متناقضة مع شخصيته السابقة، فقد يصبح اجتماعياً منطلقاً متحرراً من القيود رغم أنه معروف عنه الهدوء والتحفظ، ويتخذ إسماً جديداً وسكناً جديداً وصداقات جديدة. ولا يشك فيه أي شخص بأنه مختل عقلياً. ولكن معظم حالات الشُّراد لا تصل إلى هذا الحد ولا تتجاوز السفر لفترة مؤقتة يتجنب فيها المريض الإحتكاك مع الناس. ولا تكون الشخصية متكاملة، ومن حين لآخر قد يتخللها نوبة عدوانية على الآخرين أو الممتكات، لكن تصرفات المصاب تظهر هادفة أكثر منها في حال المصاب بفقدان الذاكرة النفسي (psychogenic amnesia).

البداية والمآل:

قد يحدث في أي سن، وتنشأ هذه الحالة عادة بعد إستعمال مكثف للكحول، لكنها تأتي بصورة نموذجية بعد التعرض لصدمة نفسية كبيرة مثل الشجار الزواجي/ الطرد من المنزل، معركة حربية أو كارثة طبيعية. وعادة لا تطول الحالة أكثر من ساعات أو ايام، ويكون السفر غير بعيد. ونادراً ما تطول لعدة أشهر وتتضمن سفراً لآلاف الأميال ولبلاد كثيرة. وتشفى هذه الحالة بسرعة ونادراً ما تتكرر

(اضطراب الصورة الذهنية لشكل الجسم) اضطراب التشوة الوهمي للجسم Body Dysmorphic Disorder

إن الظاهرة الرئيسية لهذا الاضطراب هي الانشغال الزائد للمصاب بعيب متخيل في مظهره بالرغم من أن مظهره طبيعي. وأغلب الشكاوى تدور حول وجود التجاعيد في الوجه بكثرة الشعر في الوجه، ووجود البقع على الجلد، شكل الأنف، شكل الفم، شكل الفكين والحاجبين وتورم الوجه. وأقل من ذلك

حدوث شكاوى شكل اليدين أو القدمين أو الثديين أوالخلف، وأي جزء آخر تناسلية مثل شكل وحجم القضيب... الخ..

و في بعض الحالات يكون فعلاً هناك عيب خفيف لكن ويكون إهتمام الشخص مبالغاً فيه جداً. وقد يكون إعتقاد المصاب جازماً ولا يمكن اقناعه بأي وسيلة بأنه غير صحيح، وعندها يُسمى توهماً delusion. وكان هذا يسمى Dysmorphophobia إلا أنه سُمّي في DSMIV اضطراب التوهم – النوع الجسمي Delusional Disorder - Somatic subtype.

ويصاحب هذا: مراجعة الشخص المعني لأطباء التجميل وأطباء الجلد بهدف السعي لتصحيح العيب المتخيل. كذلك يكثر وجود حالة الاكتئاب والشخصية الوسواسية، كما يكثر تجنب الشخص لكثير من المواقف الاجتماعية والوظيفية بسبب قلقه على رد فعل الناس لهذا العيب في شكله،

وتختلف شدة الحالة بين أن يعتقد الشخص أنه غير جذاب أو أنه مثير للقرف والإشمئزاز، ومن الحالات ما يعتقد صاحبها أن جسمه يصدر رائحة كريهة ولا يوجد سبيل إلى إقناعه بغير ذلك، ولهذا يفرط في إستعمال العطور والأدوية المضادة للعرق..

البداية:

تبدأ الحالة عادة في سن المراهقة أو أوائل سن العشرينات وتستمر لعدة سنوات ، وقد تُجرى له مداخلات جراحية غير ضرورية.

الانتشار:

هذه الحالة منتشرة أكثر مما كان يظن سابقاً.

العلاج :

من الصعب علاج المصابين بهذه الحالة، لأنهم يرفضون مساعدة الطبيب

النفسي ولا يتبعون التعليمات في أخذ العلاج، بل يرفضونه في كثير من الحالات مع أن هناك علاجاً يمكن أن يخفف عنهم المعاناة ويريحهم من هذه الحالة مثل الـ Pimozide والذي يزيل الشحنة الانفعالية المرافقة لفكرة العيب الجسدي فيصبحون غير مهتمين بالموضوع رغم أن الفكرة تبقى موجودة وقد يُستعمل (Trifluperazine)، وفي حالة توهم الرائحة الكريهة تفيد الأدوية المضادة للاكتئاب أيضاً.

النظريات المفسرة للاضطرابات النفس جسمية:

تتعدد وجهات النظر في تفسير الاضطرابات الجسمية المظهر (السيكوسوماتية)

(١) **نظرية التحليل النفسي** ترى أن كل اضطراب نفسي ما هو إلا نتيجة صراع إنفعالي لا شعوري. وأن الاضطرابات النفس جسمية (Somatoform Disorders) تظهر على حسب فرويد - مع ضعف الأنا بسبب الطاقة التي يستهلكها في عملية الصراع. ويشير الكسندر، إلى أن هذه الاضطرابات تحدث نتيجة صراع نفسي دينامي يجعل من كل عقدة معينة مرتبطة بمرض معين. فعقدة **الإعتماد** (Dependency Conflict) تولد قرحة المعدة، وعقدة **الفراق** عن ألام تولد الربو. وأطلقت هيلين دوتش مصطلح عصاب العضو (Organ Neurosis) في إشارة منها إلى أن العضو المصاب إذا كان تعرض إلى أذىً نفسي في مرحلة الطفولة، فأنه يصبح في مرحلة الرشد موضوع إنفعال. وهناك من يرى أن هذه الاضطرابات ناتجة بسبب الخوف من التعبير بشكل صريح عن الحالات الإنفعالية، أو عن توترات يصعب التخفيف عنها.

ومع تعدد وجهات النظر داخل خيمة المنظور النفسي الدينامي، فأنها تتفق على أن الضغوط النفسية وخبرات الطفولة الصادمة تحدث تأثيرها في جانبين من حياة الفرد: الجانب الجسمي، في شكل أمراض من قبيل:

القرحة، والربو، وأمراض القلب التاجية، والجانب الغنفعالي في شكل القلق والاكتئاب والفزع.

(٢) **النظرية السلوكية**: يفترضون أن حدوث الاضطرابات (السيكوسوماتية) تحدث بسبب التعزيز، إما بزيادة الإنتباه نحو إستجابات معينة أو بخفضها. فالأطفال يمكن أن يكونوا عرضة للإصابة بهذه الاضطرابات إذا شاهدوا أحد أفراد العائلة يلقى تعزيزاً على إظهاره أو شكواه من آلام بدنية. وهناك من يشير إلى ما يسمى بمفهوم **إعاقة الذات** (Handcaping - Self). مثل: الشخص الذي يخشى التحدث أمام جماعة معينة أنه مصاب بالتهاب في حنجرته لكي لا يلام على أدائه الضعيف في الحديث.

(٣) **النظرية المعرفية**: لديهم أكثر من تفسير. فهم يرون أن المصابين بهذه الاضطرابات الجسمية يركزون إنتباههم بشكل مفرط في عمليات فسيولوجية داخلية. ويحولون الإحساسات الجسمية الطبيعية (Normal) إلى أعراض من الألم والوجع والكرب، تدفعهم إلى مراجعات طبية غير ضرورية بهدف العلاج. وهناك دليل حديث نسبياً يفترض أن الأفراد المصابين بهذا النوع من الاضطرابات لديهم معيار خاطئ بشأن الصحة الجيدة. فهم ينظرون إلى الصحة الجيدة على أنها خالية تماماً من أي أعراض أو آلام جسمية حتى لو كانت طفيفة، وهو معيار غير واقعي بالطبع.

(٤) **النظريات البيولوجية**

ويرى أصحاب هذا المنظور أن المصابين بهذه الاضطرابات قد يكون لديهم استعداد وراثي، من قبيل أن جهازهم العصبي يتصف بسرعة استجابة « رد فعل » ذاتية عالية.

ومنذ أكثر من أربعة عقود تقريباً بدأ الباحثون الكشف عن روابط جديدة بين الضغوط وأمراض كان يعتقد أنها ذات منشأ فسيولوجي خالص مثل أمراض القلب واللوكيميا، وتوصلوا إلى فرز نمط من الشخصية أطلقوا عليه (Type A Personality) يتصف صاحبه بنزعة تنافسية متعددة الأوجه، يسعى إلى الإنجاز السريع، ولديه إحساس بنفاد الصبر، يستثار بسهولة، ويكون عدائياً. وهو أكثر الأشخاص عرضة للإصابة بارتفاع ضغط الدم وأمراض الشريان التاجي. وهنالك نمط ثالث أكثر حداثة هو (type C Personality)، وجد عند الذين لديهم إستعداد للإصابة بالسرطان.

والأرجح أن معظم حالات الاضطرابات النفس جسمية (Somatoform Disorders) يتوافر فيها إستعداد وراثي (أو جيني). وأن الذي يظهرها هو أساليب التنشئة الأسرية، وأساليب تعامل الآخرين. فإذا كان الطفل الذي يشكو من مرض جسمي يحظى في حينه باهتمام زائد ورعاية مفرطة (يأخذه والداه إلى أكثر من طبيب لحالة مرضية عادية) مصحوبة بتعاطف وجداني من الجيران والأقارب، والأصدقاء وزملاء العمل فيما بعد، فأنه يكون مرشحاً للإصابة بهذا النوع من الاضطرابات، لاسيما في أوقات الأزمات النفسية.

ومن أشهر النظريات البيولوجية:

✍ **نظرية الضعف البدني** (Somatic weakness)

تري أن هناك عضو من أعضاء الجسم يتميز بالضعف لأسباب وراثية، أو بسبب سوء التغذية، أو أمراض الطفولة، وبالتالي يكون أكثر عرضة للتوتر.

✍ **نظرية رد الفعل النوعي** (Specific Reaction)

تري أن البشر مهيئين وراثيا للإستجابة للتوتر من خلال ردود أفعال مفرطة في

أجهزة معينة مثل المعدة أو الشرايين، وبالتالي يؤدي ذلك إلى حدوث الاضطراب.

نظرية التطور والارتقاء.

تري أنه يحدث إلتباس لدي الشخص في التفرقة بين الإستجابة للأخطار المهددة للحياة، وبين الإستجابة للأخطار النفسية (يعمل الجهاز السيبمثاوي في كليهما) .

الخلاصة:

لا توجد نظرية وحيدة لتفسير الاضطراب وعلينا يجب تبني وجهه النظر متعددة العوامل (multifactorial) ، ولابد من أخذ الإستعداد الوراثي والبيولوجي في الإعتبار، وكذلك خصوصية الإستجابة للضغوط النفسية، وطرق تفسيرنا للأحداث (الفشل كارثة، الفشل محفز).

* * *

obeikandl.com

المراجـــع

أولا: المراجع العربية

- **إبراهيم**(عبد الستار) (١٩٩٨) الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث، عالم المعرفة، الكويت.
- **أبو هندي** وائل (٢٠٠٣): الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي، عالم المعرفة إصدار يونيو ٢٠٠٣ عدد ٢٩٣.
- **إسماعيل** على ٢٠٠٧، العنف الأسري الأسباب والعلاج، النهضة المصرية، القاهرة.
- **إسماعيل** على وآخرون ٢٠٠٧، العلاقة بين إساءة المعاملة أثناء الطفولة ونوع الاضطراب النفسي في المرضى المترددين على عيادة الأمراض النفسية في مستشفى الحسين الجامعي، المجلة المصرية للطب النفسي.
- **السعدني** مصطفى (٢٠٠٢):تاريخ اضطراب الوسواس القهري بمنطقة الشرق الأوسط، بحث مقبول للنشر في مجلة كلية الآداب، جامعة الإسكندرية٢٠٠٢.
- أسعد وجيه (٢٠٠١): **ترجمة المعجم الموسوعي في علم النفس، منشورات وزارة الثقافة السورية، دمشق.**
- الشناوي **محمد، (١٩٩٤)، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب، القاهرة.**
- **القوصي** عبد العزيز (١٩٧٥):أسس الصحة النفسية، دار النهضة العربية، القاهرة.
- **المدني** (عادل) **وإسماعيل** (على) وآخرون ٢٠٠٧، العلاقة بين العنف والصحة النفسية والإنجابية في عينة من الأطفال والسيدات بمنشية ناصر بالقاهرة، بحث منشور بمؤتمر الإسكندرية للطب النفسي.
- جبل **فوزي،(٢٠٠٠)، صحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.**
- حسن **سليم (١٩٩٢): تاريخ مصر القديمة، الجزء الثالث؛ الدولة الوسطى. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.**
- حمودة **محمود ٢٠٠٧، أمراض النفس.**
- حمودة محمود ٢٠٠٧، أسرار النفس.
- دوتيش **هيلين، محاضرات في التحليل النفسي والعصاب، ترجمة فرج أحمد فرج، مكتبة**

openkanoi.com

الأنجلو الفرنسية، القاهرة (و.ث).

- **رياض سعد (٢٠٠٢)**، الاضطرابات النفسية للأطفال والمراهقين التشخيص، الوقاية والعلاج، دار الكلمة للنشر والتوزيع، المنصورة.
- **ريتشارد م. سوين**، ترجمة: أحمد عبدالعزيز سلامة، كتاب علم الأمراض النفسية والعقلية.موقع الكاشف مايو ٢٠٠٧.
- **زهران** حامد (٢٠٠١):علم النفس النمو، عالم الكتب، القاهرة.
- **زهران** حامد (٢٠٠١):الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة، عالم الكتب، القاهرة.
- زهران **حامد (١٩٧٨)**:الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثانية، عالم الكتب، القاهرة.
- **زهران** حامد (١٩٧٣): الوقاية من المرض النفسي، مجلة الصحة النفسية، القاهرة.
- عبد الخالق **أحمد (١٩٩١)**: أصول الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية.
- عبد الغفار **عبد السلام (١٩٧٦)**: مقدمة في الصحة النفسية، دار النهضة العربية، القاهرة.
- **فرويد** سسيجموند، الموجز في التحليل النفسي، ترجمة سامي محمود على وعبد السلام الخفاش، دار المعارف، القاهرة (و.ت).
- **كفافي علاء (٢٠٠٣)**، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة.
- **كمال** على، النفس إنفعالاتها وأمراضها، دار واسط، بغداد، ١٩٨٨م، ص٦٣.
- **مخيمر** صلاح (١٩٧٩): المدخل إلى الصحة النفسية، الطبعة الثالثة، مكتبة الانجلو المصرية.
- **منصور** طلعت (١٩٩٢)الشخصية السوية، مجلة عالم الفكر، مجلد ١٣، الكويت.
- **موقع** طبيب دوت كوم ٢٠٠٧

***

openkanal.com

ثانيا : المراجع الأجنبية

- Asberg,M. (1991): Introduction: Obsessive Compulsive Disorder. In: Jenike ،M. A. ،Asberg ،M (Ed) Understanding Obsessive Compulsive Disorder (pp.11-16) Toronto: Hans Huber Publishers.
- Attiullah N., Eisen J. L., Rasmussen S.A. (2000): Clinical Features of Obsessive-Compulsive Disorder. Psychiatric Clinics of North America. Volume 23 , Number 3 , September 2000
- Ballenger JC, Burrows GD, DuPont RL, et al. 1988.Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: from a multicenter trial. Arch Gen Psychiatry; 45: 413-22.
- Baer L (1994): Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. J Clin Psychiatry Suppl 55:18-23.
- Esquirol ،E. (1838): Des Maladies Mentables. Paris. France.
- Gray JA. 1987,The neuropsychology of emotion and personality. In: Stahl SM, Iversen SD, Goodman ED, editors. Cognitive neurochemistry. Oxford: Oxford University Press, 1987; 171-90.
- Jenike ،M. A. (1998): an overview of Obsessive Compulsive Disorder. In: Jenike ،M. A. ،Baer،l. ،Minichiello ،W. (Ed) OCD practical management. (pp. 3-11) St Louis. Mosby. 3rd edition.
- Jo Lynne Mullins and LeeAnn Christian, The effects of progressive relaxation training on the disruptive behavior of a boy with autism, 5777 W, Century Blvd., Suite 675, Los Angeles, CA 90045.
- Lader M. 1987, Long-term benzodiazepine use and psychological functioning. In: Freeman H, Rue Y, editors. The benzodiazepines in current clinical practice. International Congress and Symposium Series, Royal Society of Medicine Services. London and New York, 1987; 55-69.
- Lagrone, T. Jeffrey and C. Ferguson1988 , Effects of education and relaxation training with essential hypertension patients. Journal of Clinical Psychology 44 (1988), pp. 271–276
- Laughlin ،H. P. (1967): The Obsessive Compulsive reactions ،In: the neuroses (pp 307-375).
- Leckman J, Grice D, Boardman J, et al (1997): Symptoms of OCD. Am J Psychiatry 154:911-917.
- Leckman JF, Walker DE, Goodman WK, et al (1994): "Just right" perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome. Am J Psychiatry 151:675-680.
- Lewis A. J. (1936): Problems of Obsessional Illness. Proceedings of the Royal Society of Medicine، 29 ،325-336."Quoted from Asberg ،M. (1991)"
- Lindsay, M. Fee, A. Michie and I. Heap 1994, The effects of cue control relaxation on adults with severe mental retardation. Research in Developmental Disabilities 15 (1994), pp. 425–437
- Luiselli, D. Marholin, D. Steinman and W. Steinman1979 , Assessing the effects of relaxation training. Behavior Therapy 10 (1979), pp. 663–668
- Marks IM, O'Sullivan G. 1989, Anti-anxiety drug and psychological

treatment effects in agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders. In: Tyrer P, editor. Psychopharmacology of anxiety. Oxford: Oxford University Press, 1989; 196-242.

- Marriott S, Tyrer P. 1993, Benzodiazepine dependence: avoidance and withdrawal. Drug Saf 1993: 9: 93-103.
- Norton, J. Holm and W. McSherry 1997, Behavioral assessment of relaxation: The validity of a behavioral rating scale. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 28 (1997), pp. 129–137.
- Noyes R, DuPont RL. Pecknold JC. et al. 1988 Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial: II. Patient acceptance. side effects and safety. Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 423-8.
- Nutt DJ, Glue P. 1989, Clinical pharmacology of anxiolytics and antidepressants: a psychopharmacological perspective. Pharmacol Ther 1989; 44: 309-34.
- Pecknold JC. Swinson RP. Kuch K, et al. 1988, Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial. III. Discontinuation effects. Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 429- 36.
- Pollack MH. 1990, Long-term management of panic disorder. J Clin Psychiatry 1990; 51: 11-3.
- Poppen Behavioral relaxation training and assessment (2nd ed ed.),, Sage, Thousand Oaks, CA (1998)
- Poppen and J. Maurer1982 , Electromyographic analysis of relaxed postures. Biofeedback and Self Regulation 7 (1982), pp. 491–498.
- Prichep, L. S., Mas, F., Hollander, E., Liebowitz, M., John, E. R., Almas, M., DeCaria, C. M. and Levine, R. H., (1993): Quantitative EEG (QEEG) subtyping of OCD. Psychiatric Res., 50(1):25-32
- Rasmussen S, Eisen J (1994): The epidemiology and clinical features of OCD. Psychiatric Clinics North Am. 15:743-758,
- Rizley R, Kahn RJ, McNair DM, et al1986,. A comparison of alprazolam and imipratnine in the treatment of agoraphobia and panic disorder. Psychopharmacol Bull 1986; 22: 167-72.
- Sheehan DV, Coleman JH, Greenblatt DJ, et al 1984. Some biochemical correlates of panic attacks with agoraphobia and their response to a new treatment. J Clin Psychopharmacol; 4: 66-75.
- Tesar GE. 1990 High-potency benzodiazepines for short-term management of panic disorder: the CIS experience. J Clin Psychiatry 1990; 51: 4-10.
- To and Chan 2000., Evaluating the effectiveness of progressive muscle relaxation in reducing the aggressive behaviors of mentally handicapped patients. Archives of Psychiatric Nursing 14 (2000), pp. 39–46.
- Tyrer P. 1989, Choices of treatment in anxiety. In: Tyrer P. editor. Psychopharmacology of anxiety. Oxford: Oxford Medical Publications. 1989; 255-82.
- Tyrer P. 1987, Benefits and risks of benzodiazepines. In: Freeman H, Rue Y, editors. The benzodiazepines in current clinical practice. London: Royal Society of Medicine Services, 1987; 3-12

❊ ❊ ❊

المؤلف في سطـور

- مدرس للطب النفسي والأعصاب بطب الأزهر، استشاري تدريب وتنمية.
- حاصل على بكالوريوس الطب والجراحة ١٩٩٦، ماجستير الطب النفسي والأعصاب ٢٠٠١، وأخيرا درجة الدكتوراه في الطب النفسي ٢٠٠٥.
- لديه العديد من الخبرات في مجال التدريب والتنمية البشرية وخاصة في مجالات التواصل الإنساني، العمل الجماعي، العلاقات التبادلية، التفكير، إدارة الوقت، القيادة، حل الصراعات، النوع الاجتماعي، أطفال الشوارع، والأيتام، حقوق الإنسان، والعنف ضد المرأة والطفل.
- عمل مع العديد من الهيئات الدولية والمحلية
- لديه اهتمام خاص بالمرأة والطفل، حيث قام بعمل ثلاث دراسات في هذين المجالين حتي الآن.
- صدر له كتاب العنف الأسري الأسباب والعلاج مكتبة الأنجلو المصرية.
- مقدمة في فسيولوجيا النفس، مقدمة في الطب النفسي، مكتبة العباسية.
- صدر له بالاشتراك مع آخرين كتاب حقوق الطفل في الإسلام (اليونسيف)، يوميات مراهق (الهيئة الانجيلية).
- صدر له الجنس متعه وحياة،الضغوط النفسية(القاتل الخفي)، مكتبة داراليقين ٢٠٠٨.
- صدر له العديد من الأدلة التدريبية في المجالات المختلفة

***

obeikandl.com