

أنماط متنوعة من السلوك الغير سوي  
(القلق، الخوف، الذعر، الوسواس القهري)

إعداد

مريم زيد زيدان العمري

٢٠١٤

المحتوى	رقم الصفحة
أولاً: المقدمة.....	٢
ثانياً: اضطراب القلق.....	٥
ثالثاً: اضطراب الخوف.....	٢٢
رابعاً: أوجه الشبه والاختلاف بين القلق والخوف والمخاوف.....	٣٦
خامساً: اضطراب الذعر.....	٤٠
سادساً: اضطراب الوسواس القهري.....	٤٨
سابعاً: العلاج الديني.....	٥٩
ثامناً: الخاتمة والتوصيات.....	٦٤
تاسعاً: المراجع.....	٦٥

## أولاً: المقدمة

### ١. مشكلة الدراسة

لقد تعقدت الحياة في عصرنا الحالي؛ نظراً لزيادة متطلباتها وتغيير أسلوب الحياة تغييراً واضحاً، تاركاً وراءه اتساع في العلاقات الاجتماعية وتعقيدها؛ حيث يدخل الفرد في صراعات وتفاعلات كثيرة تضمنت العديد من التحديات وضغوط الحياة؛ مما ساهم في تعرض البعض لإحباطات وصراعات متكررة، مما دعى لسيطرة التوتر والقلق على كثير من الأشخاص.

ويعتبر تحديد أنماط السلوك السوي والغير سوي (المضطرب) حجر الأساس لمن يعمل أو يهتم بالصحة النفسية؛ حيث إن هذا التحديد ليس بالأمر السهل، ومما لا شك فيه أن لدراسة الانماط المتنوعة من السلوك الغير سوي كالقلق والخوف والهلع والوسواس القهري، أهمية قصوى في عصرنا الحالي؛ فقد أثارت مشكلة القلق اهتماماً علمياً قوياً. وذلك ليس فقط في أوساط علم النفس وبصورة خاصة فرويد وإنما كذلك اهتمام الفلسفة (الوجودية بشكل خاص) والدين وعلم الاجتماع والاخلاق والطب النفسي والفزيولوجيا (رضوان، ٢٠٠٧م).

ويرى حسين (٢٠٠٩م) أن المخاوف المرضية الفوبيا (Phobia) بصفة عامة تحت مجموعة الاضطرابات العصائبية، التي تشتمل على القلق والاكتئاب العصابي والعصاب القهري والهستريا، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. كما وبينت بعض الدراسات أن انتشار الرهاب (الخوف المرضي) يبلغ ٥,٤ % حتى ١٣,٤ % وفي حين أكدت دراسات أخرى أن نسبتها تصل إلى ٢٠% من الحالات العصائبية (عبدالله، ٢٠١٢م). هذا واسفرت نتائج دراسة غنايم ومنصور (٢٠١٢م) على أن معدلات أنتشار اضطرابات القلق كانت على النحو التالي: القلق المعمم ٣٨,٧٠ %، والفوبيا الاجتماعية ٤٥,١٦ %، المخاوف المحددة ٤٨,٣٨ %.

كما أن المخاوف تمثل النقطة الأولى والبداية الحقيقية في كثير من الحالات، التي تعاني من الأمراض العصابية "النفسية"، والأمراض الذهانية "العقلية"، بمتابعة تؤدي في النهاية إلى ظهور الاضطرابات النفسية والأخرى العقلية (هولفي، ٢٠١١م).

يعد اضطراب الوسواس القهري من أكثر الاضطرابات النفسية إلامًا، حيث يتميز بمجموعة من الأفكار الوسواسية القهرية، التي تنتاب على ذهن الفرد بشكل اضطراري متسلط لا يستطيع التخلص منها رغم محاولات الفرد المتكررة لمقاومة هذه الأفكار والتخلص منها دون فائدة (الكفوري، ٢٠٠٦م).

كما إنه هناك اختلافات كثيرة في طبيعة الشخصية بين الأسوياء، ليس من السهل معرفة أسبابها. كما أنه ليس من السهل معرفة أسباب الانحراف الذي يحدث في الشخصيات المضطربة فيجعلها تصبح كذلك. أحيانًا يمكن معرفة الأسباب بالملازمة التامة للحالة المضطربة، كما وتتعدد طرق العلاج النفسي، وتتعدد أبعاده حسب تعدد مدارسه ونظرياته؛ بحيث مهما تعددت أبعاد العلاج النفسي، ومهما اختلفت طرقه، فإنها جميعًا تتكامل وتسعى إلى تحقيق أهداف العلاج النفسي، والفرق بينها هو فرق في الدرجة، وليس في النوع (سرى، ٢٠٠٠).

وفي هذه الدراسة الحالية سنتناول أنماط متنوعة من السلوك الغير سوي، مثل: القلق، الخوف، الذعر، الوسواس القهري؛ من حيث مفهومها، أعراضها، أسبابها، أنواعها، طرح نماذج من دراسات الحالة أو تجارب شخصية، علاجها، وتمريض المريض بالمرض النفسي ووضع الخطة السليمة لعلاجها. وأخيرًا سنتلقي الضوء على العلاج الديني (الإسلامي) -بصفة عامة لكل هذه

الأنماط المتنوعة من السلوك الغير السوي؛ من حيث مفهومه وأسباب وأعراض الاضطرابات السلوكية من منظوره؛ وذلك من خلال الاستناد إلى نتائج الدراسات السابقة.

## ٢. أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية طرح أنماط متنوعة من السلوك الغير سوي؛ من خلال محاولة الإجابة عن الأسئلة التالية:

- ما مفهوم القلق وأعراضه وأنواعه وأسبابه، وعلاجه، وتمريضه، وأمثلة عليه؟
- ما مفهوم الخوف وأعراضه وأنواعه وأسبابه، وعلاجه، وتمريضه، وأمثلة عليه؟
- ما مفهوم الذعر وأعراضه وأنواعه وأسبابه، وعلاجه، وتمريضه، وأمثلة عليه؟
- ما مفهوم الوسواس القهري وأعراضه وأنواعه وأسبابه، وعلاجه، وتمريضه، وأمثلة عليه؟
- ما العلاج الديني للأنماط المتنوعة من السلوك الغير سوي؟

## ٣. منهج الدراسة

نُفذت الدراسة الحالية وفق المنهج الوصفي، بالاعتماد على الادبيات السابقة، الذي يصف ويُفسّر تلك الأدبيات المتعلقة بأنماط السلوك الغير سوي؛ من خلال دعم الحجج البحثية بدلائل من نتائج الدراسات السابقة؛ وبناء عليه ستهتم هذه الدراسة بكل من الاضطرابات السلوكية التالية: القلق، الخوف، الذعر، الوسواس القهري.

## ثانياً: اضطرابات القلق

### ١. مفهوم اضطراب القلق

عرف زهران (١٩٧٧م) القلق بأنه: حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض، وأعراض نفسية جسمية. ويرى أيضاً أن القلق غالباً ما يكون عرض لبعض الاضطرابات النفسية إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أساسياً. وهذا هو ما يعرف باسم (عصاب القلق) (القلق العصابي) (رد فعل القلق) وهو أكثر حالات العصاب شيوعاً. كما إن خبرات القلق تظهر بأشكال مختلفة جداً. محتملاً أن كل الناس تقريباً قد عانوا لمرة واحدة من القلق أو الفزع، كما هو الحال في المواقف الخطيرة كالامتحان، أو الانتقال من بيئة إلى أخرى (رضوان، ٢٠٠٧).

ويعرف العيسوي القلق (١٩٩٢م) بأنه: تلك الأمراض التي تنشأ عن أسباب نفسية واجتماعية بما في ذلك الضغوط، والصراعات والأزمات والحرمان والقسوة، ولكن أعراض هذه الأمراض تتخذ شكلاً جسيماً، وتعرف باسم الأمراض السيكوسوماتية أو النفسجسمية أو النفسفيزيولوجية، ومن أظهرها الاضطرابات السيكوسوماتية للقلق، وهي: السمنة، تصلب الشرايين، ضغط الدم المرتفع، البول السكري، الصداع النصفي، بعض الأمراض الجلدية، بعض أمراض الفم والأسنان؛ قرحة المعدة؛ قرحة القولون.

كما صرح راجح (٢٠٠٩م) بأن القلق عرض مشترك في جميع الأمراض النفسية والأمراض العقلية؛ إلا أنه في عصاب القلق أظهر الأعراض وأكثرها بروزاً، فهو أشد عنفاً، وأطول بقاءً، وأكثر تعطيلاً للفرد. ويختلف هذا العصاب عن غيره من الأعصاب في أنه يخلو من الحيل الدفاعية التي تمتص القلق وتخفف من وطأته كالأعراض الجسمية في الهستيريا التحولية أو الوسواس

والاندفاعات القهرية في العصابة الوسواس، لذا فالمصاب بهذا المرض يكون تحت رحمة القلق مباشرةً دون دفاع؛ لذا يعد هذا المرض محاولة (خائبة) وليس مجرد محاولة (شاذة) لخفض قلق المريض.

كما وعرفه الرفاعي (١٩٨٢م) بأنه: استجابة انفعالية لخطر يخشى من وقوعه يكون موجهاً للمكونات الأساسية للشخصية. ليس هناك اتفاق حول مفهوم القلق النفسي؛ ولعل السبب يكمن كونه داخلي المصدر غير مفهوم (راجع، ١٩٦٤م).

ويتمركز الخوف والرعب والوسواس القهري حول القلق، ويُعرف القلق على أنه انفعال يتميز بالشعور من خطر متوقع وكرب وتوتر واثارات مهيجة للجهاز العصبي. كما أنه هناك العديد من مسببات نتائج القلق، ولها طرق عدة لتعامل الناس مع هذا الانفعال وسنركز في هذا الجزئية على الاستجابات غير السوية للقلق الحاد وسنستخدم مصطلحات القلق والخوف بطريقة متبادلة (دافيدوف، ١٩٨٣م).

### لماذا ينمو القلق غير المتناسق مع الحياة ويكدرها عند بعض الناس فقط؟

يفترض أصحاب نظرية التحليل النفسي أن مخاوف الفوبيا تعكس صراعات لا شعورية متمركزة بصورة عميقة حول الجنس والعدوان. هذا ويقترح البحث العديد من الاحتمالات البديلة، فمثلاً قد يكون لدى الأفراد ذوى الجهاز العصبي السريع الاستجابة للمخاطر استعداداً لاكتساب الفوبيا واضطرابات القلق المتعلقة بها. كما أن الصفات الوراثية تؤثر على سهولة إثارة الجهاز العصبي الذاتي وعدم عودته الى حالته الطبيعية وعلى حده الإستجابة. كما أن للخبرات المزمنة المثيرة للقلق الحاد كالمعارك أثناء الحرب أثرها في ردود الفعل العنيفة من قبل الجهاز العصبي

(دافيدوف، ١٩٨٣م). كما ذكر فرويد إنه توجد علاقة وثيقة بين القلق والكبت الجنسي، وبين

الحرمان والتهديد بالخصاء الذي يثير القلق في المرحلة القضيبية (سرى، ٢٠٠٠م).

أما أصحاب النظرية السلوكية قاموا على تحليل السلوك إلى وحدات من المثير والاستجابة،

والقلق في التصور السلوكي يمدنا بأساس دافعي للتوافق، مادام أننا نخبره كخبرة غير سارة وأي

خفض للقلق ينظر إليه كهدف له أهمية، كما ينظر إلى القلق أيضًا باعتباره يمدنا بأدلة تستثير

ميكانيزمات متعددة للتوافق، فالتعلم الشرطي الكلاسيكي عند بافلوف يمدنا بتصور عن اكتساب

القلق؛ من خلال العصاب التجريبي (الخالدي والعلمي، ٢٠٠٩م).

أما أصحاب النظرية المعرفية يرون أن الشعور بالتهديد دورًا هامًا في ظهور القلق؛ لأن

التهديد يؤدي إلى تحيز الانتباه وانحرافه، حيث أن هذه المتحيزات وانحرافها والعمليات المعرفية

تساهم في استمرار حالة القلق، كما أن قابلية الفرد للقلق قد ترتبط بزيادة الانتباه الاختياري نحو

المثيرات المهددة (عبد العال، ٢٠٠٨م).

## ٢. أعراض (مظاهر) اضطراب القلق

إن القلق الانفعالي قوامه الخوف، فمن الطبيعي أن تتجلى في هذا العُصاب المظاهر

النفسية والجسمية للانفعال الخوف (راجح، ٢٠٠٩م)؛ أي أن القلق يرتبط بمجال واسع من

الأعراض تكون على المستوى الجسمي والمستوى المعرفي والمستوى السلوكي؛ ولذا توجد هناك

مجموعة أعراض ومكونات مهمة في القلق، ويمكن تلخيص الأعراض الاكلينيكية للقلق النفسي فيما

يلي:



## ■ الأعراض النفسية

فمن المظاهر النفسية لعُصاب القلق، حالة دائمة من الضيق والتوجس الهائم الطليق مهما صارت الهموم حوله سيرًا حسنًا. هذا التوجس الدائم يجعل الفرد بطبيعة الحال عاجزًا عن تركيز انتباهه واتخاذ القرارات الرشيدة، أو يعمل بالفعل على إن يحل به هذا الخطر المتوقع منه حتى يرتاح من عذاب الانتظار. وأيضًا إن أوى إلى مضجعه لم يجد راحة بل وجد أرقًا، وإذا به اخذ يستعرض أخطائه الحقيقية والموهومة، القريبة والبعيدة، ويتحسر على ما فات. حتى إذا ما اضطره الإعياء إلى النوم جثمت على صدره أحلام الكابوس، ومن أعراضه النفسية أيضا الشعور بالإرهاق، فترى المريض يتصرف كما لو كان متعبًا أو ليست لديه طاقة كافية لمواجهة الموقف، أو كأنه مشغول بشيء آخر، فإذا به لا ينتبه إلى جزء فقط مما يدور حوله (راجح، ٢٠٠٩م) (عبدالله، ٢٠١٢م).

أما فهمى (١٩٦٧م) فيرى أن من الأعراض النفسية لاضطراب القلق هي: الخوف الشديد، وتوقع الأذى والمصائب، وعدم القدرة على التركيز والانتباه، والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والاكنتاب والعجز وعدم الثقة بالنفس، وفقدان الطمأنينة، والرغبة في الهروب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة، والخوف من الإصابة بأحد الأمراض. أما زهران (١٩٧٧م) فأكد على ما يشتمل القلق من أعراض نفسية مثل: القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل. وتوهم المرض والاحساس بقرب النهاية والخوف من الموت وضعف التركيز وشروود الذهن واضطراب قوة الملاحظة وضعف القدرة على العمل والانتاج والانجاز وسوء التوافق الاجتماعي وسوء التوافق المهني، وقد يصل الحال إلى السلوك العشوائي غير المضبوط. ويضيف إبراهيم (١٩٨٠م) أن من

أعراض القلق العصابي ما يتبناه القلقين من أفكارًا متطرفة، وغير واقعية ويميلون إلى نقد الذات الشديد.

### ■ الأعراض الجسمية الفسيولوجية

فقد الشهية للطعام، وتقبض القلب وخفوقه وارتفاع ضغط الدم، مع شحوب وغثيان وعرق وارتجاف الأطراف هذا إلى كلال في البصر، ودوار شديد، مع كثرة التبول واسهال وانتفاخ في البطن، وعصة في الحلق وعدم استقرار حركي إنه شخص يكابد حالة فزع مزمن. وقد يخطئ المريض فيظن أن ما يشعر به من خوف نتيجة طبيعية لاضطراب حالته الجسمية، بل قد يخطئ الطبيب نفس الخطأ. وغالبًا ما يصحب عصاب القلق (توهم المرض) وهو الانشغال الزائد بأمراض يوهم المريض نفسه أنه مصاب بها في حين أنه صحيح سوي، أو الاهتمام الزائد بأعضاء الجسم وأجهزته حين تضطرب اضطرابًا خفيفًا لا يستحق كل هذا الانزعاج. وكثيرًا ما يدعى الشخص القلق المرض عن قصد أول الأمر ثم لا يلبث أن يعتقد بأنه مريض (لا تتمارضوا فتمرضوا فتموتوا) (راجع، ٢٠٠٩م).

ويضيف فهمي (١٩٦٧م) بعض الأعراض الجسمية الفسيولوجية مثل: برودة الأطراف، اضطرابات معدية، سرعة ضربات القلب، اضطرابات في النوم، الصداع، اضطرابات في التنفس، اتساع حدقة العين، الاضطراب في عملية الاخراج والتبول. أما زهران (١٩٧٧م) اختلف في تحديد ما يشمل القلق من أعراض جسمية مثل: الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة وتوتر العضلات والازمات العصبية الحركية وارتعاش الاصابع وشحوب الوجه وشدة الحساسية

للصوت والضوء، (عبدالله، ٢٠١٢م). وأضاف الداھري (٢٠٠٨م) أنه قد يصاحب القلق أزماٲ قلبية أو صعوبة التنفس أو الجوع الشديد.

والجدير بالذكر أن أكثر أعراض القلق العضوية تكراراً وحدوثاً، خفقان القلب، رعشة، التوتر، التحسب والترقب، مما يؤدي إلى تغيرات عضوية في جسم الإنسان مغيره في وظائف الجسم.

### ٣. أسباب اضطراب القلق

عند توضيح الأسباب التي تؤدي إلى نشأة القلق نذكر خلاصة الآراء النظرية في تفسير القلق، ثم نتائج البحوث والدراسات الحديثة عن القلق.

#### ❖ الاتجاهات النظرية في تفسير القلق النفسي العصابي

١. يرى فرويد أن القلق النفسي ينشأ نتيجة للتعارض والصراع بين مطالب الهو (قوة الغرائز)، ومطالب الأنا الأعلى (قوة المعايير الأخلاقية). وعجز الأنا عن التفريق بينهما؛ ويرجع ذلك إلى خبرات الطفولة وخاصة عقدة الخوف من فقدان العضو التناسلي، والشعور بالذنب الذي يحيط بالرغبات الجنسية. أما زهران (١٩٧٧م) فيصرح بتفسير النظرية التحليلية كون فرويد (Freud) يرى الربط بين القلق وبين إعاقة (الليبدو) من الاشباع الجنسي الطبيعي وجود عقدة أوديب أو عقدة الكترا وعقدة الخصاء.

٢. أما أدلر فيرى أن القلق النفسي ينشأ نتيجة لشعور الشخص بأنه ناقص في نظر نفسه فيزيد شعوره بعدم الأمان، ومن ثم ينشأ لديه القلق. ويشتمل مفهوم القصور (المصدر العضوي، وأيضاً القصور بمعناه المعنوي الاجتماعي)؛ أي أن الفرد يستطيع أن يعيش

بدون أن يشعر بالقلق إذا حقق هذا الانتماء إلى المجتمع الذي يعيش فيه (عثمان، ٢٠٠١م).

٣. ويرى هندرسون أن القلق النفسي ينشأ بسبب تعرض الفرد لمواقف إحباطيه متكررة تؤدي إلى صراع نفسي ثم قلق.

٤. بينما يرى رانك أن القلق النفسي ينشأ بسبب عملية الولادة القاسية، وانفصال الطفل عن عالمه المليء بالأمن، ودخوله عالمًا مليئًا بالضجة والضوضاء؛ حيث تسمى بعقدة الميلاد (١٩٧٧م).

٥. ومن وجهة نظر كارن هورني أن القلق النفسي ينشأ نتيجة الصراع بين رغبة الطفل في احترام الوالدين لاعتماده عليهم ولأنهم مصدر الحنان والعطف، وبين رغبته في التمرد عليهما؛ بحيث يعجز الطفل عن حل هذا الصراع مما يؤدي إلى كبت العدوان في نفسه، ثم تصبح هذه الاستجابة عادة يقابل بها كل خطر يواجهه، فيميل إلى الانصياع والمسالمة خوفًا منه أن يترتب على العداة الحرمان من عطف الشخص الذي اعتدى عليه.

٦. أما رأى المدرسة السلوكية الجديدة، يشير إلى أن القلق المرضى ما هو إلا استجابة مكتسبة تنتج عن:

○ تعرض الفرد لمواقف وظروف معينة مثل تعرض الفرد لمواقف ليس فيها اشباع

مثل التعرض لمواقف خوف أو تهديد مع عدم التكيف الناجح لها؛ أي أن للقلق

استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم

تعميم الاستجابة بعد ذلك (زهران، ١٩٧٧م).

○ إشراف الوالدين في حماية الأطفال، فتكون النتيجة شعور الأطفال بالخطر عند تعرضهم لمواقف خارجية بعيداً عنهم.

○ الضعف العام في الجهاز العصبي، والخطأ في التركيب العضوي (فهى، ١٩٦٧م).

٧. ويرى بودلسكي ان أساس القلق هو إدراك الفرد بأن حياته محدودة ولا بد أن تنتهى بالموت مما يهدد خطته المستقبلية (يونس، ١٩٦٦م).

ومن وجهة نظر الباحثة أن أغلب أسباب القلق تعود إلى عوامل وظيفية أي غير عضوية.

#### ❖ نتائج الأبحاث والدراسات الحديثة في القلق

- (١) إن نسبة القلق في النساء تزيد عنها في الرجال.
- (٢) أن السن لها علاقة بنشأة القلق؛ تبعاً لحالة الجهاز العصبي فيزيد المرض في الطفولة نتيجة لعدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة (عبدالله، ٢٠٠٠م).
- (٣) أن أهم أسباب القلق، تعود إلى استعداد وراثي، واستعداد نفسي (الضعف النفسي العام)، ومواقف الحياة الضاغطة، ومشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة، والتعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصادياً أو عاطفياً أو تربوياً)، الطرق الخاطئة لتجنب الحمل، ووجود عقدة أوديب (زهران، ١٩٧٧م). وهذا ما أكدته كذلك عكاشة (١٩٨٨م) بأن الوراثة تلعب دوراً هاماً وأساسياً في الاستعداد لهذا المرض.

ولعبدالله (٢٠١٢م) وجهة نظر مخالفة بأنه عموماً لا يوجد حتى الآن تفسير قاطع وواضح حول آليه حدوث نوبة الهلع وحول سبب الخلل العضوي الكامن وراءها؛ ولكن الدراسات الحديثة

تبشر بفهم أعمق وأوضح لماهية القلق وأسبابه، خاصة وأنه الانفعال الجوهرى والأساسى فى كل الاضطرابات النفسية (العصبية).

#### ٤. أنواع اضطراب القلق

يعد القلق سمة لا مفر منها فى الطبيعة الإنسانية والمشكلة الأساسية التى يجب أن تتعامل معها العملية التطويرية، ونجد فرويد ميز بين القلق الحقيقى (الواقعى)، والقلق العصبى، والقلق الأخلاقى (انجلىر، ١٩٩٠م)؛ وأكد الخالدى والعلمى (٢٠٠٩م) على أنه لأبد من أن نفرق بين القلق السوى والقلق المرضى أو العصبى. وبناء على ما تقدم ستعرض الدراسة وجهة نظر أكثر من باحث فى أنواع القلق، مع استنتاج التشابه والاختلاف بين وجهات النظر تلك. حيث صنف زهران (١٩٧٧م) القلق إلى أربعة أصناف، وهى:

(١) القلق الموضوعى العادى، الذى يكون مصدره خارجياً وموجوداً فعلاً. وأحياناً يُطلق عليه اسم القلق الواقعى أو القلق الصحىح أو القلق السوى، وهو يحدث فى مواقف الخوف من فقدان شىء ما.

(٢) حالة القلق (Anxiety state) أو القلق العصبى، وهو داخلى المصدر وأسبابه لا شعورية مكبوتة غير معروفة ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه ويعوق التوافق والانتاج والسلوك العادى.

(٣) القلق العام (Free- floating)، الذى لا يرتبط بأى موضوع محدد بل نجد القلق غامضاً وعاماً وعائماً.

٤) القلق الثانوي، وهو القلق كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية الاخرى؛ حيث يعتبر

القلق عرضاً مشتركاً في جميع الأمراض النفسية تقريباً.

أما فهمي (١٩٦٧م) فقد صنف القلق إلى نوعين فقط، هما كالآتي:

١) القلق الموضوعي (Objective Anxiety): وهذا النوع يقترب من الخوف؛ لأن مصدره

يكون واضح المعالم في ذهن المريض، ومن أمثلته، شعور الفرد بالقلق (الخوف) مثلاً إذا

ما اقتربت منه سيارة مسرعة أثناء سيره في الطريق.

٢) القلق المرضي أو العصابي (الحرص) (Pathological Anxiety & Anxiety

Neurosis) أما هذا النوع فإنه لا يدرك المصاب به مصدره أو سببه، إنما يشعر بحالة

من الخوف الغامض الغير محدد.

بينما ذكر عبدالله (٢٠١٢م) أن للقلق نوعان هما:

١) قلق عادي (سوي): وهو القلق العام الذي يمر به كل الناس خلال حياتهم اليومية مثل:

قلق الأم نحو مرض ولدها، وقلق الشخص الذي يتوقع مقابلة معه في وظيفة أو دراسة،

وقلق الطالب قبل الامتحان...الخ.

٢) القلق المرضي (العصابي): هو الخوف المزمن دون مبرر موضوعي يطبع الشخص

بطابعه مع وجود أعراض نفسية وجسمية شديدة متنوعة، وسماه بعضهم القلق الهائم أو

الطلق؛ أي أن القلق العصابي هو محور الاضطرابات العصابية جميعها (كالمخاوف

والوساوس والهلع..)

ونلاحظ هنا اتفاق (فهمى، ١٩٦٧م) و (زهران، ١٩٧٧م) و (عثمان، ٢٠٠١م) و (الخالدي والعلمي، ٢٠٠٩م) و (عبدالله، ٢٠١٢م) على أنواع القلق (الموضوعي، والعصابي). و اضاف كل من عثمان (٢٠٠١م) والخالدي والعلمي (٢٠٠٩م) ما أطلقه فرويد على القلق الموضوعي من مسميات أو أنواع فرعية تتدرج منه، وهي القلق الواقعي (Real Anxiety)، القلق الحقيقي (True Anxiety)، القلق السوي (Normal Anxiety). وذكر أنه بالنسبة للقلق العصابي فميز فرويد بين ثلاثة من أنواعه الفرعية، وهي: القلق الهائم الطليق، ويقصد به القلق المتعلق بأية فكرة مناسبة أو شيء خارجي. أما قلق المخاوف المرضية هو عبارة عن مخاوف تبدو غير معقولة ولا يستطيع المريض تفسيرها وتتعلق بشيء خارجي؛ مما يشير وكأن اضطراب الخوف نوع من أنواع القلق العصابي، أما النوع الثالث هو قلق الهستيريا ويقصد به من وجهة نظر فرويد نوع من القلق يبدو واضحًا في بعض الأحيان وغير واضح في أحيان أخرى.

## ٥. أمثلة على اضطراب القلق (دراسات حالة)

### ▪ حالة جين

التي تبلغ من العمر ٣٢ عامًا ولزالت عزباء ولقد انفصلت عن روجر من توها بعد علاقة دامت لعامين. فقد كانا يناقشان مسألة الزواج. ولكن روجر انتابه الخوف من الفكرة وطفح الكيل بجين منه. فقد شعرت بعدم رغبتها في الانتظار إلى ما لا نهاية حتى يجمع روجر زمام أمره ويعقد النية على الزواج؛ ولذا فقد قررت إنهاء العلاقة. وهي تعلم أنها اتخذت القرار الحكيم ولكنها الآن قلقة وتحديث نفسها قائلة: هل سأعثر يوماً على شخص يستطيع الالتزام تجاه مسألة الزواج وهل سيمكنني إنجاب الأطفال؟ إنها تجلس في شقتها ليلاً تتناول الكعك وتشاهد المسلسلات الكوميديّة (ليهى، ٢٠١٠م).



## ■ حالة براين

الذي يبلغ من العمر ٤٥ عامًا. وهو لم يقدم إقراره الضريبي منذ لعامين. إنه يجلس بالبيت وحيدًا ناعنًا نفسه بالفشل إذ كان من الغباء ألا يقدم إقراره الضريبي طوال هذه الفترة. ويتخيل رجال المباحث الفيدرالية وهم يقتحمون عليه منزله ويعتقلونه ويكبلونه بالأصفاد إن براين يدرك في عقله المنطقي أنه لم يرتكب جرماً فقد احتجز أحد العاملين لديه الضرائب وتأخر هو في تقديم إقرار بها فحسب وأسوأ التبعات قد لا تتعدى سداد غرامة لا أكثر ولا أقل ولكن كلما جلس وشرع في حساب ضرائبه تقلصت عضلات معدته وتسارعت الأفكار في عقله وغلب عليه شعور غامر بالخوف ولكي يتجنب مثل هذا الشعور يقوم بتشغيل التلفزيون على شبكة الترفيه والبرامج الرياضية ويحدث نفسه قائلاً: سأنتظر لوقت أنسب (اليهي، ٢٠١٠م).

## ■ حالة سلوى

سلوى فتاة عمرها ١٩ سنة، كانت كبرى أفراد أسرتها المكونة من خمسة أفراد. حضرت للمعالج النفسي تشكو من الأرق ومن نوبات الإغماء التي ما تكاد تفيق منها حتى يصيبها شعور بالقيء، وذكرت الفتاة أن هذه النوبات قد بدأت منذ تسعة أشهر، وأنها صارت تخشى من أن يتأثر قلبها نتيجة تلك النوبات. ومن خلال دراسة الحالة وتحليلها تبين أن الفتاة كانت تعمل كثيرًا (مدة ١٥ ساعة) دون أي فترة راحة أو حتى لا تنام لمدة تزيد عن أربع ساعات. وأحوالها المادية صعبة إضافة لمشكلات أسرية. وتبين أن والدتها تعاني من مرض قلبي وكذلك جدتها، مما دفعها للتفكير بأن ما تعانيه من اضطراب قلبي خلال النوبة؛ ربما يرجع لعوامل وراثية. لقد تضافرت العوامل السابقة جميعها محدثة نوبات الهلع عندها (عبدالله، ٢٠١٢م).

## ▪ حالة ديان

ديان كانت على وشك أن تبلغ الأربعين من عمرها في الشهر القادم ولقد خضعت لفحص طبي شامل منذ أسبوعين ولم يكن هناك ما يشوبها. ولكنها تشعر أن ثمة خطأ يعيب صدرها وتشرع في محادثة نفسها هل هو السرطان وعلى الرغم من أن الطبيب أكد لها أن صحتها جيدة جدًا إلا أن ديان تعرف أنها المرء لا يستطيع أن يتحرى الحذر طوال الوقت مهما حاول. منذ ستة أشهر ظنت ديان أنها مصابة بمرض التصلب الضموري الجانبي واطمأنت عندما علمت أنها لا تعاني من أية مشاكل عصبية خطيرة فيما عدا حالة سيئة من التوتر العصبي إن ديان على يقين من حقيقة مخاوفها؛ على الرغم من أن كل من حولها ينصحونها باستشارة طبيب نفسي (ليهى، ٢٠١٠م).

كما لاحظت الباحثة على بعض الطالبات -من خبرتها كمعلمة- أو المقربات منها أن منهن من تستخدم حيل دفاعية كمسكنات للتقليل من التوتر والقلق، وهي التي يطلق عليها في علم النفس بالحيل الهروبية أو الخداعية أو الاستبدالية، ومن وجهة نظر الباحثة أنها ليست معالجة ناضجة. كما أنه لا بد من التلذذ الروحي بقيمة الدين. ويمكن استخدام أحد طرق العلاج التالية الذكر، مع مراعاة أن لكل حالة نفسية أو حالة اضطراب سلوكي متغيرات ومؤثرات ودواعي وظروف يجب أن تُؤخذ بعين الاعتبار.

## ٦. علاج اضطراب القلق

عُولج القلق بإعتباره أكثر الامراض النفسية استجابة للعلاج -على حسب الحالة- كالآتي:

### العلاج النفسي

وأكثر ما يستخدم العلاج النفسي المباشر؛ بحيث يعتمد على التفسير والتشجيع والإيحاء والتوجيه والاستماع إلى صراعات المريض ومحاولة حلها. وقد لا يستخدم العلاج النفسي لأنه يحتاج إلى الوقت والجهد والمال، ويقتصر استخدامه على الحالات الشديدة المزمنة التي تتطلب في علاجها التضحية بالوقت والمال والجهد (عكاشة، ١٩٨٨م). أما زهران (١٩٧٧م) صرح بأن العلاج النفسي يكون بهدف تطوير شخصية المريض وزيادة بصيرته وتحقيق التوافق باستخدام التنفيس والإيحاء والافتتاح والتدعيم والمشاركة الوجدانية والتشجيع وإعادة الثقة في النفس وقطع دائرة المخاوف المرضية والشعور بالأمن. وأن التحليل النفسي يفيد في اظهار الذكريات المطمورة وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور (انجلر، ١٩٩٠م)؛ أي أن العلاج والإرشاد النفسي يساعد المريض على التكيف والتعامل مع القلق، بحيث يحاول تبديل السلوك الغير منطقي. ويهدف إلى تقوية (أنا) المريض باعتبارها الجزء المسيطر على حفزات (الهو) أو المنسق بينها وبين ضوابط الأنا العليا، وأثناء إظهار الذكريات والأحداث المكبوتة الأنفة الذكر، تُحدد أسباب القلق النفسية الذهنية في اللا شعور ونقلها إلى حيز الشعور ويتم ذلك عن طريق (التداعي الحر) الذي يسمح فيها المريض بالتعبير عن كل ما يجول في ذهنه من أفكار مهما كانت قيمتها وطرحها أمام المعالج وكذلك عن طريق تفسير الأحلام حتى يصل المريض إلى الاستبصار (الداهري، ٢٠٠٨م).

## العلاج البيئي والاجتماعي

ويعتمد على أبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي أو الصدمة الانفعالية التي سببت القلق، وأحيانًا يتطلب الأمر تغيير الوضع الاجتماعي سواء العائلي أو في العمل (عكاشة، ١٩٨٨م). ويرى زهران (١٩٧٧م) بأن العلاج البيئي يتمثل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل، وتخفيف الضغوط ومثيرات التوتر (الداهري، ٢٠٠٨م).

## العلاج الكيميائي

ويستخدم في حالات القلق الشديد المزمن، ويعتمد على اعطاء المريض بعض العقاقير التي تخفف من حدة القلق والتوتر العصبي (عكاشة، ١٩٨٨م).

## العلاج بالكهرباء

لا يستخدم إلا في حالات القلق التي يصاحبها أعراض اكتئابية شديدة. ويعتمد على تعريض المريض لصدمة كهربائية معينة تعيد تنظيم المواد الكيميائية والهرمونات العصبية، التي تصل بين قشرة المخ والهيپوثلامس (عكاشة، ١٩٨٨م).

## الارشاد العلاجي والارشاد الزوجي

حل مشكلات المريض وتعليمه كيف يحلها ويهاجمها دون الهرب منها (زهران، ١٩٧٧م).

## العلاج بالجراحة

يستخدم في الحالات التي لا تشفى بالوسائل العلاجية السابقة ويعتمد على قطع الألياف الخاصة بالانفعال الشديد تلك الموصلة بين الفص الجبهي بالمخ والثلاموس (عكاشة، ١٩٨٨م).

## العلاج الطبي

يكون للأعراض الجسمية المصاحبة وتطمين المريض أنه لا يوجد لديه مرض جسيمي واستخدام المسكنات مثل الباريتيورات (Amytal) والمهدئات مثل ستيلازين (Stelazine) والعقاقير المضادة للقلق مثل ليبريوم (Librium) (زهرا، ١٩٧٧م)؛ وذلك عند عدم استجابة أو استفادة المريض من العلاج النفسي أو أنواع العلاجات السابقة، فإن المعالج يعتمد للعلاج الطبي عن طريق الأدوية.

## العلاج السلوكي

يرتكز العلاج على استخدام طريقة النمذجة في تدريب الفرد على المهارات المطلوبة وذلك بهدف إكساب الفرد العديد من السلوكيات الملائمة والفعالة للتعامل مع المواقف، وارتباطاً بهذه النقطة يعد نموذج نقص المهارات من النماذج النظرية السلوكية الأخرى، التي تفسر ظهور القلق لدى الأفراد (حسين، ٢٠٠٩م).

كما يرى ليهي (٢٠١٠م) أن من أسوأ الأساليب للتعامل مع القلق، هي: التماس الطمأنينة من الآخرين، محاولة وقف تدفق أفكارك، جمع المعلومات، التحقق من الأمر؛ مراراً وتكراراً، تجنب المشقة، تخدير أحاسيسك عن طريق تعاطي المسكرات، أو المخدرات، أو الإفراط في الأكل، الإفراط في الإعداد، ممارسة سلوكيات الأمان، المحاولة الدائمة لترك انطباع رائع، إطالة التأمل والتفكير في الأمور مراراً وتكراراً، التماس اليقين، رفض تقبل حقيقة أنه من الطبيعي أن تراودك أفكار جنونية.

## ٧. تمرير المريض بالقلق ووضع الخطة السليمة لعلاج

- (١) علاج المريض اليومي لمنع القلق الإضافي (Additional Anxiety) والذي يمكن أن ينتج عن إمكانية حجز المريض بالمستشفى.
- (٢) تقليل العوامل التي تؤدي إلى زيادة القلق أثناء العلاج.
- (٣) منع أي احتمال للإصابة بمرض عضوي خلال الملاحظة التمريضية.
- (٤) مساعدة المريض لفهم العلاقة بين القلق والأعراض الجسمية ( Somatic Symptoms) المصاحبة له.
- (٥) مساعدة المريض على التعامل مع حالة القلق عن طريق الاسترخاء وتدريبه عليه.
- (٦) ضرورة وجود علاقة متعاونة بين الممرضة والمريض.
- (٧) تعزيز الراحة النفسية والجسمية للمريض (عبدالله، ٢٠٠٠م).

بعد تناول الدراسة للقلق بشيء من التفصيل، كونه تتمركز حوله أغلب الأمراض العصبية، التي كان أول مكتشف لها "سيجموند فرويد" ستتجه الدراسة لعرض بعض أنواع اضطرابات القلق العصبي كاضطراب الخوف، الذي يمكن تسميته بال "Phobia"، واضطراب الذعر، واضطراب الوسواس القهري.

## ثالثاً: اضطرابات الخوف

### ١. مفهوم اضطراب الخوف

يعرف زهران (١٩٧٧م) الخوف بأنه: "خوف مرضي دائم من وضع أو موضوع (شخص أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان) غير مخيف بطبيعته، ولا يستند إلى أساس واقعي، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه، ويعرف المريض أنه غير منطقي ورغم هذا فإن هذا الخوف يمتلكه ويحكم سلوكه، ويصاحبه القلق والعصابية والسلوك القهري" (ص ٤١٧ - ٤١٨)، (الداهري، ٢٠٠٨م).

الفوبيا (Phobia) هي خوف فجائي مفرط من موضوع معين، أو موقف معين يقابل بالإحجام المستمر، والإنسان الذي يعاني من هذا الاضطراب يعرف أن خوفه غير متناسب مع الخطر الذي يستشعره؛ ولكنه يفقد قدرة السيطرة على هذه المشاعر (دافيدوف، ١٩٨٣م).

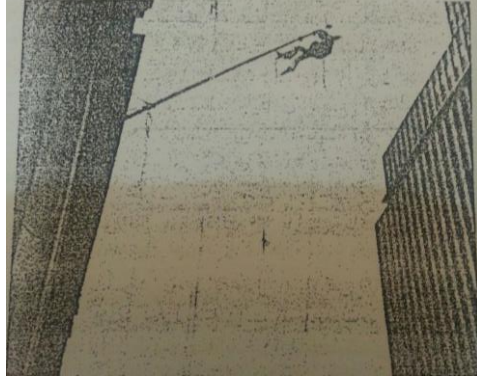
بينما عرفها حسين (٢٠٠٩م) بأنها عبارة عن خوف مرضي دائم من موقف أو موضوع أو شخص أو مكان ما، وأن هذه الأشياء غير مخفية في طبيعتها ولا يستند فيها الخوف على أساس منطقي بل يكون غير واقعي وغير معقول ويجعل الفرد يستجيب بطريقة غير مقبولة لا تتناسب مع التهديد الفعلي والحقيقي للموقف أو الموضوع المخيف، ولا يمكن ضبطها أو التحكم فيها أو التخلص منها بسهولة، وتؤدي إلى التجنب والهروب من الموقف المخيف حتى يتخلص الفرد من قلقه، وهذا ما يجعله يشعر بالوحدة والخجل من نفسه وبتهم ذاته بالجبن وضعف الثقة بالنفس (عبدالله، ٢٠١٢م).

ومن ناحية أخرى عرف راجح (١٩٦٤م) المخاوف الشاذة أو الفوبيا بأنها: خوف مرضي من شيء معين أو فعل معين لا يثير الخوف في العادة عند أغلب الناس، فهو خوف دائم لا يعرف

الفرد له سبباً أو مبرراً موضوعياً كما لا يستطيع ضبطه والسيطرة عليه بالإدارة، (الخالدي والعلمي، ٢٠٠٩م).

وبصفة عامة نجد أن وجهة نظر أصحاب مدرسة التحليل النفسي تتمثل في البحث عن حاجات أو رغبات معينة، قام الطفل بكتبها، ثم إسقاطها إلى الخارج، ثم إزاحتها أو نقلها إلى شيء آخر. فالطفل يشعر بالكراهية تجاه والديه، ثم يجد أن ذلك شعوراً غير مقبول فيكتبته ثم ينسب الطفل أو يعزو هذه الكراهية للوالدين (هولفي، ٢٠١١م).

ولك ان تلاحظ انه الكثير من هذه الظواهر غير ضار للدرجة التي يتعلم الافراد مسبقاً ان يخشوها. أنظر شكل (١).



شكل (١)

إن الأشياء المتعلقة باضطرابات القلق أشياء خطيرة، فالخوف من الارتفاع الشاهق مثال بارز، فكل البشر تقريباً يكسبون خوفاً من الارتفاع الشاهق في حياتهم المبكرة كما تعلمنا من تجارب المنحدرات البصرية.



ويعتقد كثير من العلماء السلوكيين حالياً أن مخاوف التعجيل بالبقاء، كتلك التي أماننا مبرمجة داخل الأفراد خلال ميكاتيزمات تطوريه، وليس من المفهوم لماذا يطور بعض الناس مخاوف عدم القدرة (دافيدوف، ١٩٨٣م).

وفي دراسة مسحية أجراها علماء النفس في نيوانجلاند، وجدوا أن حوالي ١٥ مليون أمريكي يعانون من الفوبيا ولكن نسبة قليلة (حوالي ٤٤٠٠٠) هم الذين يعانون من مخاوف حادة تسبب إعاقة لهم. ويعتبر الأفراد المصابون بالفوبيا مضطرين حينما تؤدي بهم إلى العجز وعدم المسايرة كما هو في الحالة التالية:

### ولكن كيف يتطور اضطراب الخوف؟

يرى علماء النفس التحليليون أن الفوبيا ما هي إلا ردود أفعال مزاجية مرتبطة بالقلق فهم يفترضون أن الخوف يتحول لا شعورياً من موقف مثير للقلق إلى شيء غير ضار إطلاقاً.

ويرى علماء النفس السلوكيون أن الفرد يتعلم فوبيا القلق بطريقة مباشرة؛ لأن المخاوف يمكن اكتسابها بالاستجابة الشرطية وذلك حينما ترتبط المثيرات المحايدة قبل التشريط بأشياء وصور وأفكار مثيرة للقلق، كما يمكن تعلم السلوك الإحجامي بطرق عديدة، وقد تشكل المخاوف سلوك الأفراد، ويمكن استخدام أساليب معينة لتجنب الخوف؛ وذلك بسبب نجاحها في مواقف سابقة. ويمكن أيضاً تقوية أي سلوك من شأنه إبعاد مشاعر القلق الكريهة وذلك عن طريق مبادئ التشريط الإجرائي على الرغم من النتائج على المدى الطويل قد تكون معوقة (دافيدوف، ١٩٨٣م).

وهذا ما أكد عليه فهمي (١٩٦٧م) بأن هذا المرض هو نوع من التعلم الشرطي - ارتبطت فيه أحداث الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي والطبيعي؛ ونظرًا لأن هذه العلاقة لا تكون واضحة في الغالب، في ذهن الفرد؛ لهذا يستجيب لمؤثرات المثير الشرطي دون أن يعرف العلاقة بينهما، من هنا جاء جهله بالأسباب. ولما كان التعلم الشرطي يتميز بأن العلاقة فيه بين المثير الأصلي، والمثير الشرطي، لا يلزم أن تكون واضحة في ذهن المتعلم، كان من الممكن أن يستجيب المريض لمؤثرات شبيهة للمثير الشرطي، دون أن يعرف العلاقة بين هذه المثيرات والمثير الأصلي (هولفي، ٢٠١١م)، (العيسوي، ١٩٩٢م). ومن رأي الباحثة أن الخوف استجابة لمثير معين موجود في اللاوعي للفرد، تخرج على شكل نوبات من القلق.

هل هناك دليل من البحوث يؤيد التحليل السلوكي؟

يسجل قليل من الناس أنهم اكتسبوا اضطرابات الخوف بطريقة مباشرة خلال الخبرات المحدثة للخوف. ومن ناحية أخرى يقول الكثير من الأفراد المصابين بالفوبيا أنهم يعايشون تأملات مثيرة للقلق عند مواجهتهم لمواقف مخيفة، فالشخص الذي يعاني من القلق بخصوص السفر عن طريق الجو قد تراوده الهواجس والتساؤلات التالية في أثناء هذه المرحلة.

ما هذه الضوضاء؟ المحركات تتعطل، من المحتمل أن تتحطم الطائرة. لن أكمل الرحلة وتستمر العمليات المعرفية من هذا النوع؛ مما يؤدي إلى تفاقم الفوبيا (دافيدوف، ١٩٨٣م). كما يري الداھري (٢٠٠٨م) أنه: يمكن أن نحدد عدة جوانب للتأثيرات التي تحدثها الضوضاء في السلوك، مثل:

## أولاً: التأثيرات الفسيولوجية

وتتضح في النواحي التالية:

- فقدان السمع، الذي يحدث في حالة الارتفاع الشديد للصوت.
- الصحة البدنية، وهي تتأثر بازدياد الاستثارة والضغط الناتجين من التعرض للمستويات العالية من الضوضاء.
- الصحة العقلية، إذا كان التعرض للضوضاء المرتفعة يؤدي إلى زيادة النشاط الفسيولوجي المميز لحالات الضغط والشدة.

## ثانياً: التأثيرات السلوكية

أن الضوضاء قد تؤدي إلى زيادة الاستثارة، والضغط والشدة، وتضييق الانتباه، وتقييد السلوك، هذا الأثر السلبي للضوضاء يتوقف على حجم الضوضاء، مقدرة الفرد على التنبؤ بها، وإدراكه لإمكانية التحكم فيها، وإذا تضافرت عوامل أخرى بجانب الضوضاء، مثل درجة تعقيد العمل أو المهمة وخصائص شخصية الفرد وغير ذلك من العوامل، كان للضوضاء آثاراً معطلة أو محبطة لفاعلية سلوك الفرد (الداهري، ٢٠٠٨م).

## ٢. أعراض (مظاهر) اضطراب الخوف

حدد زهران (١٩٧٧م) أعراض الخوف ومن أهمها ما يلي:

(١) كل أنواع المخاوف المرضية مثل الخوف المرضي من: الخوف، الجنس، النساء،

الاعماق، الاماكن الواسعة.....الخ.

(٢) القلق والتوتر؛ مما يُشير بأن القلق من اعراض الخوف.

٣) ضعف الثقة بالنفس.

٤) الاجهاد، والصداع والاعياء وخفقان القلب وتصيب العرق والتقيؤ والام الظهر والارتجاف

واضطراب الكلام والبول أحياناً.

٥) السلوك التعويضي مثل: النقد والسخرية والتحكم وتصنع الوقار والجرأة والشجاعة.

٦) الأفكار الوسواسية، والسلوك القهري.

٧) الامتناع عن بعض مظاهر السلوك العادي. ويصبح الخوف عائناً معجزاً.

وبالنسبة للأطفال فنجد أن الطفل المصاب بالفوبيا الاجتماعية عادة ما يتلجج ويحمر وجهه وأذناه، ويختفي البعض خلف المقاعد أو الستائر أو المناضد عند مواجهة الغرباء بالرغم من أنهم طبيعيون جداً بين ذويهم داخل المنزل، ويصبح الطفل منسجماً اجتماعياً مرتباً خجولاً عندما يكون في صحبة أناس غير مألوفين له، ويصبح قلقاً عندما تفرض عليه الظروف أن يتفاعل مع غرباء وعندما يكون قلقه الاجتماعي شديداً، يصمت لدرجة يظن معها أنه لا يستطيع الكلام رغم مهاراته الكلامية الطبيعية (حمودة، ١٩٩١م). بينما يرى زهدان (١٩٧٧م) بأن الشخصية قبل المرض تنسم بالعصابية، والتطرف في الأنانية، والتمركز حول الذات، والانطواء والتشاؤم والخجل والجبن. ويجب ملاحظة أن الخوف في حالة القلق العصابي يختلف عن الخوف في حالة الخوف المرضي (فهيمى، ١٩٦٧م).

### ٣. أسباب اضطراب الخوف

يمكن أن يكون للمخاوف مبرراً عندما تستنثار في ظروف وأحوال نجد فيها تهديداً حقيقياً لنا، أما المخاوف التي لا مبرر لها ولا أساس لها فهي تلك، التي تستنثار وتظهر في ظل ظروف وتحت شروط لا نجد فيها هذا التهديد (هولفي، ٢٠١١م).

كما يرى زهران (١٩٧٧م) بأن الخوف يرجع لعدة أسباب وعوامل، وهي:

(١) تخويف الأطفال، وعقابهم، والحكايات المخيفة التي تحكى لهم، والخبرات المريرة القاسية التي يمرون بها.

(٢) الظروف الأسرية المضطربة (الشجار والانفصال والطلاق والعطف الزائد والحماية الزائدة والوالدان العصبيان).

(٣) خوف الكبار وانتقاله عن طريق المشاركة الوجدانية والإيحاء والتقليد.

(٤) القصور الجسمي، والقصور العقلي، والرعب من المرض.

(٥) الفشل المبكر في حل المشكلات.

(٦) الشعور بالإثم وما يرتبط به من خواف.

(٧) يرجع اصحاب المدرسة السلوكية الخواف إلى التعلم الشرطي كما يحدث في حالة خبرة

مخيفة وقعت في الطفولة (المثير الأصلي للخوف وارتباطه بمثير شرطي).

(٨) وقد يكون الخواف دماغياً ليحمي المريض من رغبة لا شعورية مستهجنة، جنسية أو عدوانية في الغالب.

(٩) كما وتلعب الازاحة دوراً دينامياً فعلاً في الخواف؛ حيث تزاح المهددات الداخلية إلى مهددات خارجية ازاحه لا شعورية.

١٠) أما بالنسبة للأطفال يبدو أنه ليس من السهل تحديد أسباب مخاوف ورهبات الأطفال فقد أشارت بعض الدراسات لطبيعة الخوف أو الميل له المتواجدة عند الأطفال بطبيعتهم؛ مما يشير إلى لعب الفروق في الطباع دورًا كبيرًا في نشوء الخوف. كما ويتحدد المزاج بالوراثة. وبالفعل تظهر اضطرابات القلق في أسر معينة أكثر من غيرها. وتأثر الطفل بالبيئة التي يعيش فيها طبيعي؛ حيث أظهرت بعض الأبحاث ان الأطفال يتبنون مخاوف والديهم كالخوف من الكلاب والحشرات والبرق (رضوان، ٢٠٠٧)، (هولفي، ٢٠١١م). كما وحددا الخالدي والعلمي (٢٠٠٩م) مجموعة من أسباب الخوف عند الأطفال وهي:

- الخبرات السلبية مثل تعرض الطفل لهجوم كلب فهو يعمم هذه الخبرة.
- الحماية الزائدة أو القسوة والتسلط.
- غياب الأم وترك الطفل دون رعاية.
- استماع الطفل إلى قصص مخيفة وأفلام مرعبة.
- الحساسية الزائدة: يختلف الأطفال في استجاباتهم لمصادر الخوف والقلق.

#### ٤. أنواع اضطراب الخوف

حيث صنف راجح (١٩٦٤م) الفوبيا (Phobia) إلى صنفين، هما:

- (١) الفوبيا الهستيرية، وترجع إلى انطلاق خوف مكبوت.
- (٢) الفوبيا الوسواسية، وترجع إلى خوف الفرد من عواقب رغباته المحظورة (الجنسية والعدوانية).

وترتبط (الفوبيا) بمثيرات عديدة ومتنوعة تعمل على إحداثها مثل الأماكن الشاهقة والمناطق المغلقة والزحام والوحدة والألم والعواصف ورؤية الدم والجراثيم والظلام والمرض والسخرية والتعابين

والحيوانات والحرائق ( دافيدوف، ١٩٨٣م). وهذا ما يؤكد فهمي (١٩٦٧م) بأن من أنواع استجابات المخاوف المرضية: الخوف من المرتفعات، والخوف من الأماكن المفتوحة، والخوف من القوط، والخوف من الزهور، والخوف من الناس، والخوف من الماء، والخوف من البرق، والخوف من الرعد، والخوف من الأماكن المقلقة، والخوف من الكلاب، والخوف من الحصان، والخوف من السحالي، والخوف من الساعة، والخوف من الميكروبات، والخوف من الجسد الميت، والخوف من العدد، والخوف من الظلام، والخوف من النار، والخوف من الحيوان (عبدالله، ٢٠١٢م)، (إبراهيم، ١٩٨٠م)، (العيسوي، ١٩٩٢م). ومما سبق نلاحظ لأن هناك اتفاق على أغلب أنواع المخاوف.

بينما يرى هولفي (٢٠١١م) أن الخوف نوعان رئيسيان هما:

الأول: الخوف الطبيعي: وهو الخوف من الأشياء الضارة الذي يدفع بالإنسان إلى الحذر والحيطه من هذه الأشياء لتجنب ضررها.

الثاني: الخوف غير الطبيعي: وهو الخوف المتكرر الوقوع من الأشياء الضارة، أو الغريبة إلى الحد الذي يجعله مشكلة تحتاج إلى تأمل وعلاج.

وهناك نوع من المخاوف تدعى بالمخاوف المرضية من الظلام، وهي من وجهة نظر مدرسة التحليل النفسي يمكن أن تمثل خوفاً من الغوايه؛ حيث يستطيع الشخص أن يفعل أي شيء يرغب فيه، دون أن يراه أحد، وفي الوقت نفسه يمكن أن يمثل خوفاً من توقع العقوبة على هذا الفعل أو هذه الرغبة؛ حيث يمكن أن تقع عليه العقوبة دون أن ينفذه أحد، فالخوف من الظلام هو

في حقيقة الأمر خوف من الوحدة، ويمكن أن تمثل المخاوف المرضية من الظلام من ناحية أخرى خوفاً من الغواية والعقوبة معاً (الطيب وآخرون، ١٩٨٣م).

يرى السلوكيون، فيما يختص بالمخاوف المرضية من الظلام، أنه عندما يخيم الظلام حول المرء، تقل قدرته على ملاحظة الأخطار، كما يضعف اتصاله بحلفائه الذين يمكنه الاعتماد عليهم، ففي الظلام تتألف المخاوف: الخوف من غير المألوف والخوف من الوحدة، لذا يربط السلوكيون بين هذين الخوفين والخوف من الظلام تمتد جذوره في أرض الطفولة، كما أنه لا يختفى تماماً وإنما يتخذ صوراً متبانية ويؤثر في الطفل بطرق مختلفة في ظروف مختلفة (هولفي، ٢٠١١م).

كما وحددا الخالدي والعلمي (٢٠٠٩م) مجموعة من أعراض الخوف عند الأطفال وهي: طفل متردد، يلتصق بالكبار ويبكي كثيراً ويبيدي حركات عشوائية توحى بالهرب من شيء، تتأثر شهيته والطفل الخائف يأكل قليلاً غير واثق من نفسه.

وعلى الجانب الآخر، لوحظ أن عبدالله (٢٠٠٠م) له رأى مختلف بأنه: يجب بأنه عدم التفرع في تشخيص حالات الخوف المرضي، لأنها تظهر مصاحبة لأمراض عدة منها:

(١) القلق وتسمى فوبيا القلق أو القلق الخوفي (Phobic Anxiety).

(٢) الفصام، وبالذات فصام المراهقة.



## ٥. أمثلة على اضطراب الخوف (دراسات حالة)

### ▪ حالة مارتا

جبلت (مارتا) على الخوف من البقاء بمفردها بالمنزل منذ نعومة أظافرها حيث كانت تدور مناقشات الأسرة حول جرائم السرقة والقتل والاعتصاب. الأمر الذي أثر فيها بالشعور بالخطر الكامن وعدم قدرتها على فعل شيء، ولم تتخلص مارتا في شبابها من هذا الخوف وبدأ الرعب يملكها، وبدأت تثير المتاعب بعد أن بدأ زوجها يتسلم عمله ليلاً، وعلى الرغم من محاولاتها المتكررة للبقاء في المنزل بمفردها إلا أنها رأت خيالات وصوراً غريبة تتملكها في المساء، وفي الوقت الذي كانت تبحث فيه مارتا عن العلاج كانت تقضي معظم فترات النهار في عمل ترتيبات لقضاء فترة الليل مع الأقارب والأصدقاء والجيران أي أن الفوبيا كانت تلعب دوراً كبيراً في توجيه حياة مارتا.

### ▪ حالة هانز

كان هانز الصغير الذي يبلغ من العمر خمس سنوات يخشى أن يعضه حصان؛ لذلك فهو لا يرغب في الخروج من المنزل. وعندما لاحظ الأب ذلك عرضه على فرويد الذي استنتج أن الطفل كان يحب أمه ويرغبها لجانبه؛ ولكنه كان يخاف منافسة الأب خشية أن يقوم بأخطائه. وهكذا رأى فرويد أن قلق الصراع الأوديبي تحول لا شعورياً إلى فوبيا الحصان (دافيدوف، ١٩٨٣م).

## ■ حالة هيتى

كانت (Hetty) فتاة مجعدة الشعر يعلو وجهها نمش، وتبلغ من العمر سبعة عشر عامًا كانت مودعة في أحد أجنحة المستشفى، فقد كانت تعاني على مدى ستة أشهر على ما يبدو من شكل من أشكال رقصة الفيتاس (St. Vitus Dance) وهو مرض يصيب الجهاز العصبي ويتميز بالحركات التشنجية الاهتزازية (Jerky movements)، لقد كانت هيتى غير طبيعية ليس فقط فيما يتعلق بقيامها بحركات تشنجية ارتعاشية؛ ولكن أيضًا فيما يتعلق بحركات مؤخرتها وذراعيها ورأسها، التي كانت تتلوى كحركات الثعبان، وقد تحسنت حالة الفتاة بشكل ملحوظ باستخدام أدوية مسكنة ومهدئة، ولكن بسبب الحركات الملتوية، لم يكن أطباؤها متأكدين من أن تشخيصهم كان صحيحًا. ويومًا أخبرت هيتى طبيبها النفسي بأنها تحلم غالبًا وكأنها تسبح في بحيرة صوب في اتجاه رجل على شاطئ بعيد لا تستطيع الوصول إليه، وقد اقترح المحلل النفسي، الذى كتب له طبيب هيتى بأن يقدم لها تأويل حلمها، وما إن قدم الطبيب تأويل حلم هيتى لها إلا وانتابتها حالة من حرات مرتجفة أسوأ مما كانت عليه في أي مرة سابقة وظلت كثيرًا على هذا الحالة حتى غادرت المستشفى إلى مستشفى آخر بعد ذلك بأسبوعين.

## ■ حالة سهام

سهام فتاة جامعية عمرها ١٩ سنة تعاني من رهاب غريب وهو الخوف من عيون الناس، فهي لا تستطيع النظر إلى عيون صديقاتها أو الناس في الشارع. وعندما تخاطب أحدًا لا تنظر إلى عينيه مباشرة؛ لأنها إن فعلت تشعر بحالة غامضة من الخوف المسيطر، وكثيرًا ما كانت تحلم أحلامًا مزعجة ترى فيها أشخاص ينظرون إليها بعيون جاحظة مخيفة. وبعد التحليل وخلال

الجلسات العلاجية، استطاعت أن تتذكر الحادثة التي مرت بها في السابق من عمرها حين كانت في زيارة لعمتها كفيفة البصر، وفي حينها دخلت الفتاة غرفة عمها خلسة ولم يكن يوجد أحدًا وأخذت تعبت بمحتوياتها. فتحت أحد أدراج الدولاب بالغرفة، فإذا بها ترى عينين براقنتين تنظران إليها في الظلام من داخل الدرج لم ترى وجهًا وإنما عينين فقط، وقد تملكها الخوف وخرجت مسرعة. وقد خافت أن تقص هذه القصة على عمها أو أحد أفراد أسرتها خوفًا من عقابها لدخولها بلا استئذان (عبدالله، ٢٠١٢م).

### ■ حالة نابليون

تكاد لا تصدق أن نابليون القائد العسكري الجسور، والذي هز عروشًا وأسقط ممالك غير خريطة العالم، كان يخاف خوفًا شديدًا وشاذًا ومستمرًا من القبط (Achromphobia) مع أن القبط بالنسبة للسواد الأعظم من الناس ليست مصدرًا للخوف والهلع ولا تتضمن خطرًا يهدد حياة الناس ولذلك يطلق بعض الناس على هذا اصطلاح فوبيا نابليون إشارة إلى خوفه من القبط (العيسوي، ١٩٩٢م).

## ٦. علاج اضطراب الخوف

مما سبق نلاحظ أن هناك اختلاف بين مسببات المخاوف، فهي عضوية أم غير عضوية، وبناء على معرفة ذلك سنختار العلاج المناسب للحالة، وهذا ما يؤكد عبدالله (٢٠٠٠م) بأن العلاج يعتمد على سببه الأول: نفسي، أو عقلي، أو عضوي.

(١) من ملامح العلاج التحليل النفسي الكشف عن الاسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة والمعنى

الرمزي للأعراض، وتصريف الكبت، وتنمية بصيرة المريض، وتوضيح الكبت وتنمية

بصيرة المريض وتوضيح الغريب وتقريبه من أدراك المريض والفهم الحقيقي والشرح والاقناع والإيحاء، وتكوين عاطفة طيبة نحو مصدر الخوف.

(٢) العلاج السلوكي الشرطي وكف الارتباط بين المخاوف وذكرياتها الدفينة وقطع دائرة المثبر والخوف والسلوك وفك الاشرط والتعرض لمواقف الخواف نفسه مع التشجيع والمنافسة والاندماج وربط مصادر الخواف بأمر سارة محببة والتعويد العادي في الخبرة الواقعية السارة غير المخيفة ومنع استثارة الخواف

(٣) وأما العلاج الجماعي والتشجيع الاجتماعي، وتنمية التفاعل الاجتماعي السليم الفاضح.

(٤) العلاج البيئي وعلاج مخاوف الوالدين وعلاج الجو المنزلي، الذي يجب أن تسوده المحبة والعطف والهدوء والثبات والاتزان والحرية وعلاج الوالدين والاقارب في حالة عدوى الخواف.

(٥) علاج الأمراض المصاحبة للخواف الرئيسي وخاصة إذا كانت تعرقل حياة المريض وتعوق توافقه الاجتماعي بشكل واضح (زهران، ١٩٧٧م).

من الاساليب الخاطئة في علاج الخواف، القيام بدفع الطفل إلى مصدر الخواف من أجل الاعتياد عليه، وتجاهل حالة الخواف وعدم تقديرها وهذا يؤدي إلى تفاقمها، وعدم الصبر على الطفل وإعطائه الوقت اللازم للتغلب على مخاوفه وعلاجه (الخالدي والعلمي، ٢٠٠٩م).

## ٧. تـمـريـض المـريـض بالمخـواف، ووضـع الخـطـة السـليـمة لعـلاجه

(١) مساعدة المريض على التغلب على حالة الخواف، وتجنب المواقف المخيفة.

(٢) إقامة رسم توضيحي، توضح عليه أقل وأكثر أسباب وحالات القلق للمريض.

(٣) ضرورة تعليم المريض كيفية الاسترخاء العضلي.

٤) زيادة تفاعل المريض مع المحيطين به، ومع المجتمع خارج المنزل لزيادة إحساسه بالأمان وعدم الخوف (عبدالله، ٢٠٠٠م).

#### رابعاً: أوجه الشبه والاختلاف بين القلق والخوف والمخاوف

بعد مراجعة الأدبيات في موضوع القلق والخوف، لوحظ أن هناك من تعامل معهما بالتبادل بينهما، أي مترادفَيْن. وهناك من فرق بينهما؛ مثل زهران (١٩٧٧م) الذي فرق بين الخوف العادي والقلق كالآتي:

الخوف العادي	القلق
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ خوف من أمور خارجية يواجهها الفرد على مستوى الشعور ويعرف مصدرها.</li> <li>○ يزول بزوال مثيره.</li> <li>○ ينشأ كرد فعل لوضع مخيف قائم فعلاً.</li> <li>○ لا يوجد صراع.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ لا يكون الفرد منتبهاً إلى مصدره عادة (على مستوى لا شعوري، خوف داخلي من مجهول)</li> <li>○ يبقى غالباً رغم زوال مثيره الاصلية طالما لم يتناوله الفرد بالدراسة والتحليل.</li> <li>○ قد ينشأ كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع.</li> <li>○ يوجد صراعات.</li> </ul>

وهناك محاولات عديدة لتحديد العلاقة بين الخوف والقلق من قبل الباحثين فهناك من يرى أن هناك أوجه شبه بين كل من القلق والخوف، فأعراض القلق تشبه أعراض الخوف ورغم هذا فهناك فروق بينهما يمكن أن نلخصها فيما يلي:

أ- الفروق في الناحية الفسيولوجية وتتلخص في الآتي:

في الخوف يلاحظ:

○ نقص في ضغط الدم وضربات القلب.

○ ارتخاء في العضلات مما يؤدي أحياناً إلى حالة اغماءه.

في القلق الشديد يلاحظ:

○ زيادة في ضغط الدم وضربات القلب.

○ توتر في العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة في الحركة (عبدالله،

٢٠٠٠م).

ب- الفروق في الناحية السيكولوجية وتتلخص في الآتي:

○ من حيث السبب فحالة القلق يكون مجهولاً، أما في الخوف يكون معروفاً. أي أن

سبب الخوف يكون معروفاً دائماً وهذا لا يتوافر في حالات القلق (حسين،

٢٠٠٩م).

○ في القلق يكون التهديد داخلي، بينما في الخوف يكون خارجياً. أي أن مصدر

الخوف خارجي دائماً بعكس القلق، الذي يكون مصدره داخلي (حسين، ٢٠٠٩م).

○ يكون الصراع في القلق موجود، بينما في الخوف غير موجود.

○ القلق من حيث التعريف يكون غامضاً، بينما الخوف يكون محددًا.

- مدة القلق تكون مزمنة، بينما الخوف فتكون حادة (عكاشة، ١٩٧٧م)
- والخوف يعتبر استجابة انفعالية منطقية إزاء تهديد حقيقي، أما القلق فهو استجابة انفعالية غير منطقية إزاء تهديد متخيل للفرد.
- الخوف والقلق يعتبران استجابة لموقف خطر ويسهمان في حدوث حالة من التوتر وعدم الاستقرار يصاحبها تغيرات جسيمة، وقد يكون الخوف بداية لوجود القلق، كما أن القلق والخوف يدعوان الفرد للدفاع عن الذات (حسين، ٢٠٠٩م).

أما الخوف والقلق عند الأطفال: يلاحظ أن كل الأطفال يخافون من موضوعات ومواقف محددة. كما أنه جزءاً من هذه المخاوف واقعية وملموسة وتحمي الطفل من التعرض لمخاطر، كالسيارات في الشوارع ومن الارتفاعات العالية....الخ. فالقلق أو الخوف مفيد وطبيعي بوصفه ردة فعل إنذار سريعة ولا شعورية. وأيضاً هناك فائدة أخرى للقلق أو الخوف إذ أ للقلق أو الخوف إذ أنه يشكل إشارة إنذار تحذر العضوية وترفع من الانتباه.

ومن ناحية أخرى فرق الباحثين بين القلق والخوف، كما ويرون أنه حين يكون للهم والقلق والانزعاج والتوتر محتوى ملموساً، أي عندما يوجد خطر فعلي واضح ومحدد يقود إلى رفع احتمال القيام بردة فعل التجنب أو الهروب فإننا نتحدث عن الخوف، أما عندما لا يمكننا تحديد مصادر الخطر بدقة ومن ثم لا يكون بإمكان الفرد القيام بتصرفات تهدف إلى مواجهة الخطر فإننا نتحدث عن القلق (رضوان، ٢٠٠٧م).

كما يرى حسين (٢٠٠٩) أن علينا أن نفرق بين كل من الخوف والمخاوف والقلق، فهناك بعض الباحثين يعتبرون هذه المفاهيم شيئاً واحداً دون وجود أدنى تفرقة بينهم، في حين أن هناك باحثين آخرين يرون وجود فروق واختلافات بينها، وهذا الاختلاف يكمن في العلامات المحددة لكل منهما، ففي حالة القلق تكون علاماته أو مثيراته غير معروفة لدى الشخص بينما في حالة الخوف يعرف سبب الخوف لديه.

ومن رأي الباحثة أنه هناك ارتباط بين الخوف والقلق وقد تكون العلاقة علاقة طردية؛ ولكنهما مختلفان وقد يؤديان إلى بعضهما، فمن يقلق قد يؤدي به إلى الخوف المرضي، ومن يخاف بطبعه قد يؤدي به إلى القلق المرضي. وهذا ما يؤكداه الدايري (٢٠٠٨م) بأنه: يصعب وجود القلق بدون خوف أو الخوف بدون قلق.

أما الفرق بين الخوف والمخاوف فيكمن في أن الخوف يكون من شيء يسبب الخوف فعلاً للفرد، وهو استجابة انفعالية تدفع الفرد إلى تجنب المثيرات المخفية أو قد يكون حيلة دفاعية يلجأ إليها الفرد للدفاع عن نفسه بقصد إزاحة القلق الداخلي الناجم عن الفكرة أو الموقف المثير للخوف لديه. أما في حالة المخاوف فإن الخوف يكون سببه معروفاً فالفرد الذي يخاف من شيء معين يدرك مصدر الخوف لديه إلا أن هذا الشيء أو المثير المسبب للخوف في هذه الحالة لا يسبب الخوف بطبعه، فضلاً عن أن الخوف الناتج عنه لا يتناسب كماً وكيفاً مع هذا المثير المسبب للخوف. وخلاصة القول، إن الخوف هو خوف طبيعي ومنطقي، أما المخاوف فهي مخاوف غير منطقية، ويعتبر القلق الاجتماعي (الفوبيا الاجتماعية) هو أحد أنواع المخاوف المرضية (حسين، ٢٠٠٩م).



ومن رأي الباحثة بالنسبة للفرق بين الخوف والمخاوف أُؤيد من فرق بينهما فالخوف إلى مرحلة معينة يكون طبيعياً، مطلباً أحياناً لإنجاز الأفضل، أما إذا تعدى هذا الحد فإنه من وجهة نظري يتحول إلى مخاوف مرضية قد تعيق الفرد عن اتخاذ القرارات المهمة في حياته، وتعوق إنجازات وتقدمه في الحياة بصفه عامة.

## خامساً: اضطرابات الذعر

### ١. مفهوم اضطراب الذعر

يعتبر اضطراب الهلع مشكلة صحية خطيرة في كثير من الحالات التي يمكن علاجها بنجاح، على الرغم من أنه لا يوجد علاج معروف، وتعتبر من الاضطرابات النموذجية المميزة لشكل حاد وشديد من اضطرابات القلق، ألا وهي اضطرابات الهلع (Panic disorders) وكأنها تفاجئ المريض دون سابق إنذار. وعادة ما تستمر هذه النوبات بين خمسة إلى عشرين دقيقة ويندر أن تستمر لساعة (رضوان، ٢٠٠٧م). ويضيف الخالدي والعلمي (٢٠٠٩م) أن الهلع (Panic) يتسم بنوبات معاودة من الذعر والهلع، تتصف ببداية فجائية لخوف عنيف وخشية أو رعب.

كما ويعرف الذعر بحلقة من الخوف الشديد أو الخوف المفاجئ ومدته قصيرة نسبياً، وهجمات الذعر عادة ما تبدأ فجأة وتبلغ ذروتها في غضون ١٠ دقائق، وتقع أساساً على مدى ٣٠ دقيقة. وهذه الهجمات يمكن أن تكون قصيرة بقدر ١٥ ثانية، أو يمكن أن يكون دوري ويستمر لفترة ممتدة، وفي بعض الأحيان ساعات غالباً ما سوف يتعرض المصابين بشكل أكبر للقلق الاستباقي بين الهجمات. ويختلف تأثير نوبة الهلع من شخص لآخر. ولا سيما الذين يعانون من أول مرة، وكثير ممن يعانون من نوبات الهلع، معظمهم لأول مرة، يخشون أن تكون صدمة قلبية أو انهيار

عصبي. بنوبة ذعر وقد قيل أن تكون واحدة من معظم التجارب مكثف مخيفة ومؤسفة وغير مريحة لحياة الفرد (Wikipedia, 2012).

لُوحظ أن الأفراد المصابين باضطراب الذعر (Panic disorder) أو عُصاب القلق (anxiety) -كما كانوا يسمونه قديمًا- يعيشون في نوبات قلق (أو ذعر). وهي في الغالب نوبات فجائية تبدأ بإحساس شديد بالرعب لا يمكنهم تفسيره أو السيطرة عليه، وتكون هذه النوبة مصحوبة بصعوبة في التنفس ورعشة وغيثيان وإفرازات زائدة للعرق واضطراب معدل ضربات القلب وغيرها من علامات التوتر (دافيدوف، ١٩٨٣م)؛ مما يشير لربط مؤلفة الكتاب بين اضطراب الذعر وعُصاب القلق وكأنهما اسمان لنفس المرض.

## ٢. أعراض (مظاهر) اضطراب الذعر

ويميل الأفراد المصابون بهذه الاضطرابات إلى الظهور بمظهر القلق المستمر وابداء ردود افعال زائدة تجاه أقل الضغوط، ويطلق على القلق من هذا النوع اسم القلق الحر العائم (floating-free) لأنه لا يمكن اقتفاء أثر أسبابه الجذرية. كما أن التوتر العضلي والاضطرابات الهضمية والصداع كلها من المظاهر الجسمية المصاحبة لهذا الاضطراب. وينتاب الأفراد المصابون بهذه الحالة قلق شديد بخصوص هذه النوبات والضغوط الأخرى إلى الحد الذي يتدخل فيه هذا القلق في تركيز هؤلاء الأفراد ونومهم فيصابون بالأرق والتعب والتوتر المزمن، الأمر الذي يقلل من فعالية نشاط هؤلاء الأفراد ويؤدي بهم إلى قلق أكثر ينتهي غالبًا بالإكتئاب أيضًا -يقال أن حوالي ١٠ مليون يعانون من هذا الاضطراب- وقد يحاول أمثال هؤلاء الأفراد الهروب من مشكلاتهم عن طريق السكر وإدمان العقاقير وتجنب المواقف التي تحدث لهم نوبات في مثيلاته.

ويمكن إضافة بعض الأعراض المهمة، مثل: شعور هائل بالخوف والرعب وذلك دون أن يعرف المريض مصدرًا لهذا الخوف، ويصاحبه خفقان وسرعة وعنف ضربات القلب، لدرجة تجعل الشخص يعتقد أنه أُصيب بنوبة قلبية حادة، وتصبب العرق وتحدث رعشة في الجسم، ويصاب بالغثيان والدوخة وآلام في الصدر، متمثلة في الجسم والأطراف وعدم اتزان، وشعور هائل بالخوف من احتمال الموت. صعوبة في الكلام والنطق واضطراب في الذاكرة ويتحرك الشخص من مكانه بحثًا عن مخرج من حالة الهلع، وقد يغمى عليه (٢٠١٢، www.majless.com).

### ٣. أسباب اضطراب الذعر

لا يوجد سبب واحد لاضطراب الهلع ، ولكن هناك شيء واحد مؤكد هو وقد وجد أن اضطرابات الهلع لتتشغيل في الأسر، وهذا قد يعني أن الوراثة تلعب دورًا قويًا في تحديد الجهة التي سوف تحصل عليه. كما تم العثور في الوجود كشرط المشارك الموهوسين الذين يعانون من اضطرابات وراثية كثيرة. ويعتقد أيضًا أن العوامل النفسية والأحداث المجهددة في الحياة، والتحويلات الحياة، والبيئة، والتفكير في الطريقة التي تبالغ ردود الفعل الجسدية عادية نسبيًا لتلعب دورًا في ظهور اضطرابات الهلع. غالبًا ما تسبب في الهجمات الأولى الأمراض الجسدية، والإجهاد الرئيسية، أو بعض الأدوية. فربما الناس الذين يميلون إلى الإفراط في تحمل مسؤوليات تطوير نزعة تعاني نوبات الذعر (٢٠١٢، www.news-medical.net).

وطبقًا للنظرية الفرويدية يحاول الأنا منع الهو من التعبير عن رغباته المتعلقة عادة بالجنس أو العدوان في المواقف الخطرة التي يجب أن يعاقب فيها، فيتولد القلق من هذا الصراع اللاشعوري بين الأنا والهو؛ ولأن الفرد لا يستطيع الهروب ولا يستطيع كذلك تحقيق رغبات الهو ودوافعه ولا يستطيع مواجهة هذا الصراع -لأنه لا شعوري- فإن الصراع يستمر وبالتالي يستمر القلق. وعلى النقيض من ذلك، يرى علماء النفس السلوكيون أن اضطراب الذعر شبيه باضطراب

الفوبيا مفترضين أن اكتساب عنصر القلق في اضطراب الرعب يتم بنفس طريقة اكتساب المخاوف العادية بواسطة الإستجابة الشرطية. وقد ينتقل القلق الى المواقف الأخرى عن طريق تعميم المثير حتى يصبح القلق سائداً وقد يتعلم الفرد استجابة الاحجام أو الابتعاد من خلال الملاحظة أو الخبرة الشخصية. ويعتقد أنه يعزز عن طريق تقليل القلق على الأقل على المدى القصير، وقد تنمو هذه الحالة مع أفراد معينين كما هو في حالة نشاط الجهاز العصبي الزائد في اضطراب الخوف بسبب العوامل الوراثية أو الضغوط ( دافيدوف، ١٩٨٣م).

#### ٤. أنواع اضطراب الذعر

على الرغم من أن النوبات الأولى هذه تبدو بدون أسباب، إلا أنها غالباً ما تظهر في أوقات التحول أو الأزمات: في أثناء الطلاق أو فقدان علاقة أو عندما يترك الإنسان منزل الوالدين من أجل الالتحاق بالدراسة في مكان آخر على سبيل المثال (رضوان، ٢٠٠٧م).

قد تواجه الشخص نوبة ذعر أو نوبات متكررة في اليوم الواحد، بعد أن يكون الشخص سعيداً وبصحة جيدة، أو قد تحدث أيضاً نوبات الذعر كجزء من اضطراب مصاحب مثل الرهاب او الاكتئاب (٢٠١٢، www.nafsany.cc).

## ٥. أمثلة على اضطراب الذعر (دراسات حالة)

### ▪ حالة سو

سو فتاة جامعية في الحادي والعشرين من عمرها حديثة الزواج كانت تعاني من نوبات اضطراب الذعر لمدة عام، وبمجرد أن رأت تلك الفتاة المعالج النفسي بدأت تتزايد ضربات القلب عندها وصار تنفسها صعباً وتفصت يداها بالعرق الغزير وتقلصت عضلات معدتها وشعرت بالخجل المحموم؛ وعلى الرغم من أنها مرت بأمثال تلك النوبات من قبل إلا أنها شعرت بأنها على مشارف الموت. إلا أن سو كانت تدرك ادراكاً كاملاً في لا شعورها بأنها اذا جلست وأغمضت عينيها واستراحت فإنها ستعود إلى وضعها الطبيعي في غضون ساعة.

وكانت أول نوبة رعب حدثت لسو حين مغادرتها لإستاد كرة قدم مكتظ بالزحام والحادث الوحيد السابق على ذلك والذي يمكن الربط بينه وبين النوبة الأولى هو رد فعلها حينما كانت تشاهد فيلمًا تلفزيونيًا مرعبًا عن حريق شب في أحد النوادي الليلية حيث حاصرت النيران ثلاثين شخصًا قتلوا جميعاً، وكانت النوبة الثانية التي مرت بها سو أثناء جدال بينها وبين زوجها عما إذا كان عليها أن ترتدي فستانًا أو بنطلونًا في حفلة عائلية. ولم تتذكر سو أي تفاصيل بخصوص النوبة الثالثة أو الرابعة أو أي نوبات أخرى مرة بها..

أما الآن فكانت النوبات تعترئها كل يوم خاصة إذا عارضها أي فرد وكذلك إذا قابلت غرباء. وكذلك عند قيادتها لسيارتها في المرور المزدهم وأثناء توجيهها إلى المجالات التجارية المزدهمة، وبدأت سو في الفترة الأخيرة تتجنب الأماكن التي تكررت فيها تلك النوبات؛ وبالتالي كانت تقضي معظم وقتها بمنزلها، ولم تكن تغامر بالاختلاط بالعالم إلا طلبًا للنجدة، ولم يجد

أي من الأطباء الكثيرين الذين ترددت عليهم سو أي عيوب طبية فيها، وأخيراً أشاروا عليها باللجوء إلى عيادة الطب النفسي ( دافيدوف، ١٩٨٣م).

## ■ حالة هيثم

كان هيثم يقود سيارة، وفجأةً يتعرض لنوبة هلع، وقد وصف لي شخص يُعاني من اضطراب الهلع بأنه مرةً كان يقود سيارته وفجأةً شعر ببداية نوبة الهلع. أوقف سيارته على جانب الطريق، لم يستطع فعل أي شيء، وبقي مُنتظراً أن يتوقف تنفسه ويموت، لم يستطع أن يتصل بأي شخصٍ، بل بقي في خوفٍ شديد، وضربات قلبه تزداد سريعةً وقوةً، وتنفسه يزداد سرعةً ويشعر بصعوبةٍ في التنفس والعرق بلل ملابسه وتفكيره يتجه إلى فكرةٍ واحدةٍ فقط وهي أنه سوف يموت، وبقي في أوج هذه المشاعر لأكثر من عشرة دقائق، وبعد ذلك شعر بأن الأمور تسير نحو الهدوء، فبدأ تفكيره ينحو تجاه الهدوء، بعد أن بدأت ضربات قلبه تعود إلى الطبيعية وتنفسه يُصبح طبيعياً، وبدأت فكرة الموت تخبو لديه. بعد دقائق أخرى شعر بأنه أصبح مُعافاً وإن الأعراض النفسية والجسدية تلاشت، تنفس الصعداء وأدار محرك سيارته وواصل سيره بهدوء، رغم أنه كان قلقاً من أن تعود إليه نوبة هلع أخرى، لذلك ذهب مباشرةً إلى منزله بدلاً من المكان الآخر الذي كان ينوي الذهاب إليه. قصة هذا الرجل، هي قصة أكثر الأشخاص الذي يُعانون من اضطراب الهلع، حيث تتناوب نوبات الهلع فجأةً دون إعطاء أي إشارةٍ بأن هذه النوبة في طريقها. ولذلك يعيش الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الهلع من خوفهم الكبير من اصابتهم بنوبة هلع في مكانٍ عامٍ أو في موقفٍ غير مناسب أن يراه عامة

الناس، وبذلك يُهدد اضطراب الهلع حياة من يُعانون منه، ويُعيق حياتهم في كثير من الشؤون العامة في حياتهم العملية والعلمية والاجتماعية.

## ■ حالة سالم

شخص مشغول سالم بأمور الحياة اليومية كقراءة كتاب أو حضور مسرحية، عندما يبدأ قلبه فجأة بالطرق؛ ولا يعود قادراً على التنفس؛ ويشعر بالدوار؛ ويشعر بالدوخة وبأنه سيغمى عليه؛ ويكون مقتنعاً بأنه لا بد وأن يموت. وغالبا ما يتم إسعاف الأشخاص الذين يعانون من نوبة هلع إلى المستشفيات؛ حيث لا يتم إيجاد أي مشكلة جسدية لديهم. ويعودون مطمئنين بعد ذلك للمنزل، غير أنهم يعاودون بعد أيام أو أسابيع من نوبة مشابهة (رضوان، ٢٠٠٧).

## ■ حالة معتز

معتز أستاذ جامعي كان يُعاني من اضطراب الهلع، فأثر ذلك على حياته العملية والعملية والاجتماعية. فأصبح لا يستطيع قيادة سيارة، ويشعر بقلقٍ شديد عندما لا يكون السائق في المنزل، وأصبح لا يذهب إلى الصلاة في المسجد إلا في أضيق الحدود ويكون معه دواء يخفف نوبات الهلع فيما لو حدثت له نوبة، وأحياناً يُغادر المسجد خوفاً من أن تصيبه نوبة هلع. وكذلك حياته العلمية كأستاذ جامعي تأثرت كثيراً بسبب عدم مشاركته في الأنشطة الاجتماعية لخوفه من تعرّضه لنوبة هلع أمام الجماهير ولذلك انعزل اجتماعياً وأصبح يعيش حياة صعبة بسبب هذا الاضطراب المُزعج والذي سوف نواصل الحديث عنه من حيث العلاج وكيفية التعايش معه.

## ٦. علاج اضطراب الذعر

اضطرابات الهلع يعتبر اضطراب تعطيل محتمل؛ ولكن يمكن السيطرة عليها ومعالجتها بنجاح؛ لأن من الأعراض الشديدة التي تصاحب اضطراب الذعر، قد يكون مخطئاً أنها لمرض مهدد للحياة المادية مثل أزمة قلبية. وهذا المفهوم الخاطئ غالباً ما يؤدي إلى تفاقم أو يطلق هجمات في المستقبل. وأشارت سرى (٢٠٠٠م) إلى استخدام علاج التحليل النفسي في حالات العصاب مثل اضطرابات الذعر (الهلع).

يرى رضوان (٢٠٠٧م) أن علاج الذعر يمر بثلاثة مراحل هي: أولها المعالجة الدوائية، وهو استخدام الأدوية المخصصة لعلاج هذه الامراض وقد تطورت هذه الأدوية في العقود الأخيرة بشكل كبير ولقد اثبتت فعاليتها الكبيرة في علاج نوبات الهلع والقلق والاكتئاب والوسواس والرهاب وغيرها من الامراض والأدوية هذه مثل السير وكسات أو السيبراليكس أو البروزاك وغيرها (www.nafsany.cc, ٢٠١٢).

ثم تأتي الخطوة الثانية من خلال استخدام الأساليب العلاجية السلوكية والسلوكية المعرفية، وفي هذه العلاجات يتعلق الأمر في البداية بتعليم المريض على مراقبة أو ملاحظة قلقه وتقديم معلومات له حول هذا القلق، وفي هذا المرحلة يتم إرشاد المريض لاكتشاف الحلقة المفرغة للقلق واستغلالها لصالحه. أما الخطوة الثالثة من العلاج تتم إجراء وقاية من الانتكاسات الممكنة (رضوان، ٢٠٠٧م).



## سادساً: اضطرابات الوسواس القهري

### ١. مفهوم اضطراب الوسواس القهري

الوسواس فكرة متسلطة أو شعور ملازم أو انحياز قسري يحاصر المريض ويضيق عليه، فلا يستطيع أن يتخلص منه مهما بذل من جهد ومهما حاول اقتناع نفسه بالعقل أو المنطق (راجح، ١٩٦٤م)، (راجح، ٢٠٠٩م)، (عبدالله، ٢٠١٢م). ولزهران (١٩٧٧م) وجهة نظر في عصاب الوسواس القهري؛ حيث يرى أن الوسواس فكر متسلط، والقهر سلوك جبري يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلزمه ويستحوذ عليه ويفرض نفسه عليه ولا يستطيع مقاومته، رغم وعي المريض وتبصره بغرابته وسخفه ولا معنوية مضمونة وعدم فائدته، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه ويشعر بالحاح داخلي للقيام به. والوسواس القهري عادة متلازمان كأنهما وجهان لعملة واحدة.

كما واطاف الداھري (٢٠٠٨م) بأنه لا غرابة أن تظهر على المريض الوسواس القهري أعراض الإرهاق والتعب؛ لكثرة ما يبذل من طاقة في الوسواس وفي مقاومته، وبالرغم من بقاء الفكرة الوسواسية التي تشغل بال المريض كما هي نفسها بدون تغيير، أو قد تختفي لتحل محلها فكرة وسواسية أخرى. وقد تعود الفكرة الوسواسية الأولى، وهكذا وقد تجتمع أكثر من فكرة وسواسية في نفس الوقت.

كما وتراه مدرسة التحليل النفسي بأنه حيلة دفاعية ضد أفكار لا شعورية غير مقبولة وغير محتملة، فانشغال الذهن بأشياء تافهة يمنع الأفكار المؤلمة من اقتحام الشعور أو يكون تكويناً عكسياً ضدها، كقلق الوالد الزائد على طفله الذي يكرهه الوالد لا شعورياً (راجح، ٢٠٠٩م).

أما المدرسة السلوكية فتراه بأنه يرجع للارتباط بين الوسواس والقلق، وبين الأفعال القهرية والشعور بالراحة المؤقتة؛ بحيث يكون السبب وجود زيادة في نشاط المخ لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري.

أما النظرية المعرفية فإنها تؤكد على أن الوسواس ظاهرة طبيعية، ولكن الفرق بين العاديين ومرضى اضطراب الوسواس القهري يكمن في طريقة تقييم هذه الأفكار. وذلك من خلال مبالغة المصابين بالوسواس القهري في توقع الخطر، بمعنى المبالغة في كل أعراض الوسواس القهري (بشرى والظاهر، ٢٠٠٩م)؛ مما يشير إلى إن أعراض الوسواس القهري موجودة في أغلب الناس الذين يهتمون بإتقان أعمالهم وحريصين على الكمال والدقة... الخ؛ ولكن الفرق يكمن في المبالغة والتكرار الزائد عن الحد الطبيعي للأفعال.

ويمكن تعريفه تعريفاً مفصلاً، كونه مرض عصابي يتميز بالآتي:

- ١) وجود أفكار واندفاعات أو مخاوف أو طقوس حركية مستمرة.
- ٢) يقين المريض بتفاهة هذه الوسواس وعدم معقوليتها، وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام.
- ٣) محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوسواس وعدم الاستسلام لها.
- ٤) إحساس المريض بسيطرة هذه الوسواس وقوتها عليه مما يترتب عليه شلله الاجتماعي وآلام نفسية وعقلية شديدة (عكاشة، ١٩٨٨م).

كما يرى الأفراد الذين يعانون من الوسواس القهري أن أفكارهم وتصرفاتهم مريضة وغير عقلانية؛ ولكنهم يجدون، قلقاً حاداً إذا كبحوا جماح خاطر أو التصرف الذي يطرأ عليهم. ويؤيد

البحث الفكرة القائلة بأن الوسواس والقهر تقلل من القلق، فهي تمحو ولو مؤقتًا. الأفكار أو الدوافع المثيرة للخوف.

ويقوم الكثير من الأفراد الأصحاء نفسيًا ببعض هذه التصرفات كغسل الأطباق بعد العشاء أو التأكد من أن الباب مغلق ليلاً، ويعايش معظم الناس العاديين أفكارًا متكررة فقد تمر بالذهن بصورة مستمرة كلمات أغنية معينة، وقد يفكر بطريقة متكررة في ملحوظة أثيرت في تقرير أو حجمه، أو اعتراض، أو حفل تتشوق إليه. وعلى كل فإنه ينظر إلى الوسواس والقهر على أنهما أشياء (عُصابية) حينما لا يخدمان غرضًا بناءً وحينما يكونان مصدر كآبة في الحياة، ونسبة الذين يعانون من الوسواس القهري إلى الأفراد العصائبيين تتراوح ما بين ١٢ و ٢٠ في المائة (دافيدوف، ١٩٨٣م).

كما صرح راجح (٢٠٠٩م) بأن: المعرضون للإصابة بالوسواس هم من شبوا على عقدة ذنب ومن شجعوا على العناد المسرف في الطفولة ثم كبت هذا العناد لديهم كبتًا عنيفًا بالعقاب والتهديد. ومن صفاتهم التزمت والمغالاة في المراجعة والتدقيق والاهتمام بالصغائر والشكليات. يفتخرون من التصرف والمرونة ويفضلون أن يروا الطريق أمامهم محدد المعالم واضح الخطوط. والوسواس أكثر الأعصبة استعصاء على العلاج، لذا يسمى سرطان الأمراض النفسية.

## ٢. أعراض (مظاهر) اضطراب الوسواس القهري

كما ولُوحظ أن أغلب كتب علم النفس العيادي (الإكلينيكي) تعتمد في وصف أعراض الوسواس القهري على ما يلاحظه الأطباء النفسيين أثناء معالجة ودراسة الحالات المرضية النفسية. حيث أن أغلب أعراض هذا المرض تتسم بطابع التفكير وعقاب الذات. فالإسراف في غسل اليدين يقترن عادة بخوف شاذ من القذارة والتلوث مما يمكن تفسيره بأن هذا الاغتسال تطهير رمزي لدوافع ورغبات آثمة مكبوتة، وبذا يكون الاغتسال حيلة تكفيرية للتخفيف من شعور خفي بالذنب أما عقاب الذات فيبدو في أن المصابين بهذا العصاب يميلون إلى حرمان أنفسهم من مباحج الحياة. أو يسرفون في إقامة الشعائر والعبادات أو ينسحبون من الحياة وينقطعون للتسك (راجح، ٢٠٠٩م). وكذلك وتتضمن أعراض الوسواس القهري أيضاً التردد والحيرة وعدم القدرة على اتخاذ القرار بسرعة أو في الوقت المناسب، وكذلك الارتباب والشك الزائد في نوايا الآخرين، والمثالية ونشدان الحق والتمسك المتصلب بالفضيلة والقيم، والالتزام الصارم بالقواعد والمعايير والرغبة الشديدة في الكمال (رضوان، ٢٠٠٧م).

أما الخالدي والعلمي (٢٠٠٩م) فحددا أعراض الوسواس القهري كالآتي:

- ١) سيطرة فكرة معينة على المريض كأن يعتقد بأنه إنسان قدر.
- ٢) الاندفاع والرغبة الجامحة القهرية للقيام بعمل ما كغسل اليدين باستمرار.
- ٣) القيام بحركات معقدة وطقوس حركية معينة كأن يغسل اليد اليسرى قبل اليمنى.
- ٤) كذلك من أعراض الوسواس أيضاً المخاوف المرضية والخوف من المرض.
- ٥) الشعور بعدم الطمأنينة.
- ٦) شعور بعدم الكفاية في علاقاته بالآخرين.

٧) يغلب عليه أن يكون كثير العناية بالتفصيلات.

٨) لا يقبل بسهولة الانحراف عن مخطط معروف أو مقبول.

### ٣. أسباب اضطراب الوسواس القهري

ويعتقد علماء التحليل النفسي أن الوسواس والإجبار أمور تؤرق الأفراد الذين يثبتون عند المرحلة الشرجية بسبب التدريب العنيف على كيفية أداء عملية الإخراج ويفترض أن تنشأ المشكلة .  
خلال صراع لا شعوري بين الهو والأنا؛ حيث يستخدم الأنا الوسواس والقهر كميكانزمات دفاع لفض النزاع.

فالأنا الخاص بالفرد الذي يعاني من وسواس النظافة قد يلجأ إلى استخدام التكوين الضدي، وذلك بإخفاء الدافع الأصلي عن الذات والتعبير بدافع عكسي؛ وذلك لمقاومة دوافع الهو للتلوث وبالمثل قد يستخدم الأنا تصرفات معينة كطقوس العد للتفكير عن رغبات مكرهه كدوافع الهو لممارسة الاستمنااء وبالتالي يلغيها أو يقف ضدها ( دافيدوف، ١٩٨٣م). ليست الوسواس كلها نتيجة علة واحدة، كما لا تخدم غاية واحدة، فهناك أسباب وتفسيرات مختلفة للوسواس القهرية نجلها فيما يأتي:

#### أولاً: العوامل الوراثية والبيئية

كان "فرويد" أول من صور تفاعل العوامل الوراثية مع العوامل البيئية، خاصة الاجتماعية وصراع هذه مع تلك، وأثر ذلك في تكوين الشخصية ونموها، كما بين كيف تنشأ سمات الشخصية وكيف تتغير وكيف تتحرف نتيجة لهذا التفاعل والصراع، وهكذا تتميز نظريته في الشخصية عن غيرها من النظريات بأنها لم تقنع بوصف سمات الشخصية بل حاولت تفسير نشأتها. يرى فرويد

أن للشخصية جوانب ثلاثة هي "الهو" و"الأنا" أو الذات و "الأنا الأعلى" أو الذات العليا (راجع، ٢٠٠٩م).

كما ودلت الدراسات على أن العامل الوراثي يلعب الجانب الأهم في نشأة الوسواس القهري، ومن الأدلة على ذلك: أنه وُجد أن أولاد المرضى بالوسواس القهري يعانون من نفس المرض، وكذلك الأخوة والأخوات وباقي أفراد العائلة كانوا يعانون من الشخصية القهرية؛ حيث اظهرت البحوث أن ثلث أباء المرضى، ١/ ٥ أبناءهم لديهم أعراض وسواسية (راجع، ١٩٦٤م). وهناك دراسة أخرى كشفت عن التاريخ العائلي لمرضى الوسواس القهري في مصر يظهر في ٢٦ مريضاً من ٨٤ حالة أي حوالي ٣٠% وهي نسبة قريبة من النسب الأخرى بلاد العالم (عكاشة، ١٩٨٨م).

ومن ناحية أخرى يرى عبدالله (٢٠٠٠) أن أغلب الدراسات تدل على أهمية البيئة التي ينشأ فيها الوسواسي، وإن كان أثرها أقل من أثر الوراثة، كما أن لأسلوب التربية الصارم المتمثل في أنظمة محددة تقوم على النظام والاستقامة والنظافة والتمسك بالمعايير الخلفية الجامدة والسلوك الناهي عن الانجراف، كل هذه تعتبر عوامل تؤدي إلى حدوث حالات الوسواس القهرية.

كما ويرى فرويد: أن هذا المرض ينشأ بسبب خبرة جنسية مكبوتة فتسبب ظهور الأعراض الوسواسية والنكوص إلى المرحلة الشرجية السادية؛ وبالتالي تتصف شخصية المريض بنفس سمات الشخصية التي تتصف بحب النظام والنظافة والتدقيق؛ بحيث يرى المريض أنه بخروجه عنها تهديداً لأمنه (راجع، ١٩٦٤م).

أما بافلوف يشير رائه إلى وجود خلل في العلاقة بين جهازي الإشارة الأول والثاني وسيطرة الثاني. وبالتالي اضطراب العلاقة بين القشرة المخية وطبقات ما تحت القشرة (١٩٧٧م).

### ثانياً: أسباب فسيولوجية

هذا وقد تُسهم العوامل الفسيولوجية في سلوك الوسواس القهري فقد أثبتت الدراسات التي أجريت على التوائم أن الوراثة تؤثر في الاضطراب، والأفراد الذين يعانون من اعراض الوسواس القهري تبدو عليهم مشكلات نيروولوجية؛ فربما تكون لديهم خاصية معينة في الجهاز العصبي تدفع بهم إلى التأمل المستمر وإذا كان لأمثال هؤلاء الأفراد ردود فعل ذات قلق مفرط تجاه الضغوط فإنهم عرضة لأن يتطور عندهم اضطراب الوسواس القهري.

ويفترض علماء النفس السلوكيون أن الوسواس والأفكار القهرية أمور تكتسب عن طريق مبادئ التعزيز حيث يكتشف الفرد صدفة أن أداءه لعمل معين أو مروره بفكره معينة يمحو الأمر المكدر عنده ويقلل من قلقه؛ وبالتالي ففي كل مرة يثار فيها الخوف يحل هذا التصرف المشتت للخوف محل الخوف نفسه لا شعورياً وعن قصد إلى أن يأخذ الوسواس والقهر في النهاية شكلاً تلقائياً (دافيدوف، ١٩٨٣م).

هناك من الشواهد والملاحظات ما يؤكد احتمال نشأة المرض على أساس فسيولوجي منها:

- (١) ظهوره في الأطفال بطريقة غير عادية؛ حيث لم يكتمل نضج الجهاز العصبي.
- (٢) وجود اضطرابات في رسام المخ الكهربائي لهؤلاء المرضى وبطريقة متكررة.
- (٣) ظهور مع بعض أمراض الجهاز العصبي مثل: الحى المخية، والصراع النفسي الحركي.

كما أنه هناك اختلاف في الآراء بالنسبة لتفسير هذا الأساس الفسيولوجي؛ حيث ذهب البعض إلى وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، وتسبب هذه البؤرة حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو اندفاعًا، وتستمر هذه الدائرة رغم مقاومة الفرد لها (عبدالله، ٢٠٠٠).

كما اضاف (الخليدي ووهبي، ١٩٩٧م) أن من أسباب الوسواس القهري عند الأطفال ما يلي:

- خبرات الطفولة القائمة على التشدد في أساليب النظافة.
  - موت أحد الوالدين.
  - تربية قاسية.
  - وجود عامل عضوي بيولوجي وفيزيولوجي.
- ونستطيع إضافة أسباب وتفسيرات لاضطراب الوسواس القهري كالأسباب العصبية أو العضوية.

#### ٤. أنواع اضطراب الوسواس القهري

إن الفرد الذي يعاني من اضطراب الوسواس القهري هو شخص تطغي عليه الوسواس - وهي هواجس متكررة غير مرغوبة- أو تصرفات قهرية -وهي أعمال طقوسية غير مرغوبة ومتكررة- وقد تمت دراسة عن طريق المقابلة لنحو اثنين وثمانين من مرضى الوسواس القهري أوضحت أن أفكار وسلوك هؤلاء الأفراد تختلف بدرجة ما ويمكن تصنيفها بالطرق التالية.

##### (١) شكوك وسواسيه

وهي قلق مستمر يتعلق بإكمال انجاز مهام معينة كغلق الباب.

##### (٢) التفكير الوسواس



وهي سلسلة لا متناهية من الأفكار تتمركز في الغالب حول حدث مستقبلي (كانت إحدى السيدات الحوامل تتأمل على هذا النحو: إذا كان ما سأنجبه ولدًا فإنه سوف يطمح في مستقبل عظيم قد يتطلب منه الابتعاد عني؛ ولكنه قد يبقى العودة إلى فماذا افعل إذن لان .....).

### (٣) دوافع وسواسية

تحريض على أداء أعمال متنوعة تمتد من العمل التافه الى جريمة القتل.

### (٤) مخاوف وسواسية

القلق من فقدان التحكم في النفس أو أداء شيء محرج - كالحديث عن مشكلة جنسية مثلاً.

### (٥) الصور الوسواسية

صور ثابتة لحدث يتصور الانسان أنه رآه قريباً.

### (٦) الاستسلام القهري

القيام بأعمال تقترحها الهواجس الوسواسية كتفتيش الجيوب بصورة متكررة بحثاً عن وثيقة.

### (٧) التحكم في القهر

استخدام أساليب مشتتة كالعِد للتحكم في الهواجس التي لا يمكن الموافقة عليها (ليندا دافيدوف،

١٩٨٣م).

## ٥. أمثلة على اضطراب الوسواس القهري (دراسات حالة)

### ▪ حالة يزيد

يزيد صبي عمره (١١) سنة اتبع نظامًا ثابتًا في الطقوس التسلطية قبل أن يأوي إلى فراشه؛ لينام فكان يخبر أمه بتفصيل دقيق بجميع حوادث اليوم الذي مرت فيه كما كان يصر على أن لا يكون على سجادة الغرفة أي قصاصة من الورق أو أي نفاية وأن يكون سريره ملتصقًا بالحائط وتستقر ثلاثة كراسي بالجانب الآخر وتوضع الوسائد في نظام معين ثم يركل برجله عددًا ثابتًا من المرات ويميل إلى جانب واحد وينام (الخالدي والعلمي، ٢٠٠٩م).

### ▪ حالة هدى

هدى طالبة في المرحلة الثانوية لديها طقوس معينة تقوم بها عند فترات الأكل سواء في المدرسة أو المنزل أو أي مكان تذهب إليه كالمطاعم أو الحدائق، فهي تقوم بغسل يديها تكررًا ومرارًا، وتقوم في كل مره بعد غسلها بتعقيمها، وعند سقوط أي أداة من أدوات الأكل فإنها تقوم بغسلها كثيرة، أو تستبدلها في لا تأكل بها بعد وقوعها في الأرض أبدًا.

### ▪ حالة هشام

هشام شاب متزوج ثقافته جامعية في مهنة فنية ذكر بأن مرضه بدأ منذ عدة سنوات على شكل مخاوف من الجنون تعاوده بين الحين والآخر فإذا راودته هذه المخاوف أصيب بارتجاف وحالة تشبه الإغماء مع الزمن زالت هذه المخاوف وحل محلها الحالة المرضية التي يصفها بقوله: "عندما أقوم بعمل يتعلق بمهنتي أقوم بمراجعتة عدة مرات أنا أشعر بعدم الحاجة إلى ذلك لكنني

مجبر عليه ثم إنني المسؤول عن رعاية أخواتي وفي الليل لا أطمئن إلا إذا أقفلت الأبواب وأطفأت المدفأة ثم أعيد تفقدها مرتين أو ثلاثة مرات أو أكثر ومع هذا لا أطمئن تمامًا إلا إذ أخذت أخي الأصغر بعد تفقدها معي ومتى صعد لينام سألته مرتين أو أكثر إذا كان قد أطفأها هذا وإنني في كل حالة متأكد بأنني أطفأتها؛ ولكن هذا الشيء المسيطر علي يضطرنني أن أعاود لاعتقادي بأنه خطأ وغير طبيعي وكلما حاولت كلما زاد شعوري بضرورة التكرار " (الخالدي والعلمي، ٢٠٠٩م).

## ٦. علاج اضطراب الوسواس القهري

يريا الخليدي ووهبي (١٩٩٧م) أن علاج الوسواس القهري يتم بتخفيف حدة التوتر للمصاب وكشف العوامل المكبوتة والرموز ومواجهة التزمت في شخصية المصاب وكشف العوامل المكبوتة والرموز ومواجهة التزمت في شخصية المصاب بالحصر القهري كذلك بالأسلوب السلوكي على اعتبار أن الحصر عادة خاطئة كذلك العلاج البيئي والاجتماعي والعلاج الدوائي (أدوية مهدئة).

كما أشارت سرى (٢٠٠٠م) إلى استخدام علاج التحليل النفسي في حالات العصاب مثل اضطرابات الوسواس القهري. ويرى فريق من الباحثين (١٩٩٣م) أن العلاج السطحي، مع أنه كاف في بعض الأحيان، يمكنه أم يتم بالمهدئات وعلاجات الاسترخاء. وليس ثمة علاج أساسي، إلا علاج التحليل النفسي، فإذا كان العصاب غير قديم جدًا فإن الإنذار يكون مناسبًا على وجه العموم؛ ولكن العلاج طويل، من أربع سنوات إلى خمس.

## ٧. تمرير المريض بالوسواس القهري، ووضع الخطة السليمة لعلاجها

(١) مساعدة المريض على تقليل مشاعر القلق. وإكسابه السيطرة على تصرفاته الفجة.

٢) مساعدة المريض على التعبير عن مشاعره.

٣) الاتصال مع عائلة المريض ومساعدتهم (عبدالله، ٢٠٠٠).

ومما سبق يتضح أن الدراسة الحالية أهتمت بدراسة اضطراب القلق، وكذلك بدراسة بعض الاضطرابات التي تتحد من القلق، كاضطراب الخوف، واضطراب الذعر، واضطرابات الوسواس القهري؛ من عدة محاور وهي: المفهوم، والأعراض، والأسباب، والأنواع، وأمثلة متمثلة في دراسات حالة على مختلف الاضطرابات الأنفة الذكر، وأخيرًا العلاج وطريقة التمريض مع التركيز على العلاج النفسي الطبي بمختلف مدارس، مثلًا المدرسة التحليلية، والمدرسة السلوكية، ولم نعرض العلاج الإسلامي سابقًا؛ ونظرًا لما لهذا العلاج من أهمية كبرى وأثر في معالجة أغلب الاضطرابات التي تعود لمنشئ غير عضوي -خصوصًا- بكل نجاح، مما أستدعى أفراد محور للعلاج الديني الإسلامي كالآتي:

## سابعًا: العلاج الديني (الإسلامي) لكافة الأنماط المتنوعة من السلوك الغير سوي

### ١. مفهوم التدين

يعتبر التدين من الظواهر النفسية الاجتماعية، التي وجدت مع الإنسان منذ الأزل، وتعد ظاهرة أساسية في حياة الشعوب. ترجع أصولها إلى عوامل واقعية داخل المجتمعات. كما أهتم الإنسان بالدين كسبيل للوقاية والعلاج من الأمراض النفسية والجسدية والتغلب على القلق والخوف والذعر والوسواس القهري ومناشدة السعادة والرضا عن الحياة (بارون، ٢٠٠٨م).

التدين: أو الالتزام الديني هو: المداومة والاستمرار من العبد في اتباع منهج الدين عقيدة وعمل بامتثال الأوامر واجتناب النواهي، والالتزام الديني قد يعني الاهتمام الفعلي والحقيقي بالدين والإخلاص فيه، وارتباط الفرد بممارسة الطقوس والشعائر الدينية ( موسى، ١٩٩٩م).

أما التوجه الديني: مدى قابلية الفرد أو رفضه لموضوع الدين عن طريق استجاباته اللفظية أو الكتابية أو الموقفية، وهو تنظيم النفسية للفرد، مستمدة من آثار خبرته الماضية (الطائي، ١٩٩٢م). كما يعرفه موسى (١٩٩٩م) بأنه ما يقوم به الفرد المتدين من ممارسات دينية تتبع من إيمان عميق بالله تتمثل في العبادات والمعاملات والأخلاق في محاولة إرضاء الله، وتحسين علاقته بالآخرين.

## ٢. أعراض (مظاهر) الاضطرابات السلوكية من منظور ديني

غير أنه من الممكن أن يُعتمد على المؤشرات أو الأعراض الآتية للحكم بوجود الاضطراب السلوكي من ورأي الدين ومن أهم مظاهر التالية:

(١) الانحراف، حيث يتضمن الانحراف: الاذيان، والمخدرات، والزنا، والسرقه، والتمرد،

واللذة المحرمة.... الخ . فالقضية ليست مرض نفسي إنما السلوك المضطرب هو الذي

ينحرف عن السلوك السوي وعن العادات والتقاليد إلى اخره.

(٢) الشعور بالآثم: والخطيئة والذنب نتيجة ما ارتكبه من أثم وذنوب، لأن بداية العلاج

النفسي هو أن يدرك الفرد أنه أخطأ (الشوريجي، ٢٠١٢م).

### ٣. أسباب الاضرابات السلوكية من منظور ديني

المسلم يمرض بالمرض النفسي كغيره من البشر، وذلك لجملة أسباب:

- (١) أنه إنسان والإنسان معرض للمرض الجسماني والنفسي؛ لأن المرض أحد مخلوقات الله وأسبابه سبحانه وتعالى في تكيف هذا الكون وضبطه، فكم خلال المرض يموت بعض البشر؛ ومن خلال وجود المرض يرتزق بعض البشر، ومن خلال وجود المرض يتعب بعض الأفراد، سواء كانوا مرضى أو من أهل المرضى.
- (٢) أن المرض النفسي كغيره من الأمراض له أسبابه الجسمية البيولوجية وأسبابه النفسية وأسبابه الاجتماعية ويتعرض المسلم لهذه الأسباب كغيره من البشر.
- (٣) أن الوسائل الدفاعية التي تقي من المرض ومن بينها الإيمان بالله لا تكفي وحدها للوقاية تمامًا من المرض النفسي ولذلك يحدث المرض النفسي للمسلم - فلو نجحت وسائل الوقاية تمامًا لاختفى المرض من الحياة ولتغير قاموس الكون.
- (٤) أن كثير من الأمراض النفسية في المرض النفسي تتعرض للوظائف النفسية المعرفية والوجدانية والسلوكية وهي في هذا تختلط بالعمليات الإيمانية التي تتعرض لنفس الوظائف وعندما تحدث الأعراض النفسية للمؤمن يتصور أنها نتاج العملية الإيمانية ويصعب على الطبيب النفسي أن يحكم في مثل هذه المواقف المتداخلة.

## ٤. علاج الاضطرابات السلوكية من منظور ديني

العلاج النفسي الديني ككل العلاجات النفسية بمثابة عملية يشترك فيها المعالج

والمريض معًا وتيسير خطوات العلاج الديني على أساس:

الاعتراف: وهو يتضمن شكوى النفس طلبًا للغفران - وكثيرًا ما يستعمل الفرد الوسائل الدفاعية اللاشعورية مثل الإنكار والإسقاط والتحويل أو التبرير وغيرها كي يخفف التوتر الذي ربما ينتج عن الشعور بالذنب والخطأ، وعلى المعالج أن يحلل ذلك بكل دراية في الوقت المناسب وبالصيغة المناسبة؛ لذا فاعتراف المريض يزيل مشاعر الخطيئة والإثم ويخفف من عذاب الضمير فيطهر النفس المضطربة ويعيد إليها طمأنينتها. ولذلك يجب على المعالج مساعدة المريض على الاعتراف بخطاياهم وتفريغ ما بنفسه من مشاعر الإثم المهددة، على أن يتقبل المعالج ذلك في حياد، ويتبع الاعتراف الرجوع إلى الحق والفضيلة والتوازن النفسي السليم مع الذات.

التوبة: وهي تناشد المغفرة وتمثل أمل المخطئ الذي تحرر من ذنوبه فيشعر الفرد بعدها بالتفريغ النفسي والانفراج. والتوبة كما يقول الغزالي (في إحياء علوم الدين) لها أركان ثلاثة: علم وحال وفعل، فالعلم هو معرفة ضرر الذنب المخالف لأمر الله، والحال هو الشعور بالذنب، والفعل هو ترك الذنب والنزوع نحو فعل الخير. ويقول رسول الله ﷺ: "التائب حبيب الرحمن والتائب من الذنب كمن لا ذنب له" ومن هنا نفهم مدى أهمية الالتجاء إلى هذه المفاهيم كي يعالج العصابي "المسلم" من صراعاته والمكتئب من يأسه وتذنيب ذاته وكذلك السيكوباتي من تكرار أعماله العدوانية الشنيعة وذنوبه المتكررة.

الاستبصار: ومعناه الوصول بالمريض إلى فهم أسباب شقائه ومشكلاته النفسية وإدراك الدوافع التي أدت به إلى حالته المضطربة وفهم ما بنفسه من خير وشر، وتقبل المفاهيم الجديدة مستقبلاً بصدق ورحب، ويعني هذا نمو الذات البصيرة. وقال تعالى في هذا الصدد: {يَلِإ�ِ الْإِنْسَانِ عَلَىٰ نَفْسِهِ بَصِيرَةٌ}.

اكتساب اتجاهات وقيم جديدة: ومن خلال ذلك يتم تقبل الذات وتقبل الآخرين والقدرة على تحمل المسؤولية وعلى تكوين علاقات اجتماعية مبنية على الثقة المتبادلة والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين، وكذلك اتخاذ أهداف واقعية وإيجابية والحياة مثل القدرة على الصمود والعمل المثمر والإنتاج.

وهكذا تتم تنقية الضمير (الأنا الأعلى) كسلطة داخلية أو رقيب نفسي على السلوك ويتم تطهير النفس وإبعادها عن الرغبات المحرمة والا أخلاقية والا اجتماعية ويستقيم سلوك الإنسان بعد أن تتبع السيئات الحسنات فتمحوها وقال تعالى: {وَأَقِمِ الصَّلَاةَ طَرَفِي النَّهَارِ وَزُلْفًا مِّنَ اللَّيْلِ إِنَّ الْحَسَنَاتِ يُذْهِبْنَ السَّيِّئَاتِ ذَلِكَ ذِكْرَىٰ لِلذَّاكِرِينَ} وقال تعالى: {يَا أَيُّهَا النَّفْسُ الْمَطْمَئِنَّةُ ارجعي إلى ربك راضية مرضية، فادخلي في عبادي وادخلي جنتي} (kenanaonline.com, 2012).



## ثامناً: الخاتمة والتوصيات

لُوحظ إجماع أغلب الباحثين على أن القلق الغير سوي (المرضي) يظهر في أشكال متعددة منها: الخوف (الفوبيا)، نوبات الهلع، اضطرابات الوسواس القهري. وتتميز الدراسة الحالية عن غيرها من الدراسات السابقة، بوقوفها على هذه الأنماط المتنوعة من السلوك الغير سوي، ومناقشتها من حيث المفهوم والأعراض والأسباب والأنواع والأمثلة والعلاج والتمريض؛ حيث خرجت الدراسة بأهم التوصيات التالية:

- يوصى بمزيد من الدراسات والبحوث حول انتشار الاضطرابات السلوكية لدى فئات عمرية مختلفة.
- الحاجة إلى برامج تدريبية إرشادية لتنمية الاتجاهات الإيجابية لدى مضطربي السلوك.
- يرجى تأسيس برامج علاجية أو إرشادية على المداخل المعرفية والنفسية والسلوكية؛ لتعديل ودحض هذه الاضطرابات السلوكية.
- قيام برامج إرشادية توعوية للوالدين؛ بغرض التعرف على الأنماط المتنوعة للاضطرابات السلوك وأسبابها وكيفية علاجها.
- تعزيز الصلة بين العبد وربّه، فكلما زادت هذه الصلة كلما قلت اضطرابات السلوك.

## المراجع

### أولاً: مراجع عربية

- ابراهيم عبدالستار. (١٩٨٠). العلاج النفسي الحديث: قوة للإنسان. الكويت: عالم المعرفة.
- انجلر باريرا. (بلا تاريخ). مدخل إلى نظريات الشخصية. (ترجمة: فهد، عبدالله دليم ١٩٩٠).
- بارون خضر عباس. (٢٠٠٨). التدخين وعلاقة بالصحة النفسية لدى المراهقين الكويتيين. المجلة التربوية، العدد ٨٨.
- بشرى صمويل تامر، و الظاهر عبدالله محمد. (٢٠٠٩). مجلة كلية التربية- جامعة الإسكندرية، المجلد التاسع عشر العدد (٣).
- الخليدي عبدالمجيد، و وهبي كمال حسن. (١٩٧٧). الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال. بيروت: دار الفكر العربي.
- حسين، سلامة عبدالعظيم؛. (٢٠٠٤). ضمان الجودة و الاعتماد في التعليم. الرياض: دار الصولتية للتربية.
- حمودة، محمود. (١٩٩١). الطفولة والمراهقة: المشكلات النفسية والعلاج. القاهرة: مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال.
- الخالدي، عطا الله فؤاد؛ العلمي، دلال سعد الدين (٢٠٠٩). الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق. عمان: دار الصفاء.
- راجح أحمد عزت. (١٩٦٤). الأمراض النفسية والعقلية: أسبابها وعلاجها وآثارها الاجتماعية. القاهرة: دار المعارف.
- راجح، أحمد عزت. (٢٠٠٩). أصول علم النفس. عمان: دار الفكر.

رضوان، سامر جميل. (٢٠٠٧). الصحة النفسية (المجلد ط٢). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

زهران، حامد عبدالسلام. (١٩٧٧). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط٢. القاهرة: دار المعارف.

الرفاعي نعيم. (١٩٨٢). العيادة النفسية والعلاج النفسي. دمشق: مطبوعات جامعة دمشق.

دافيدوف، ليندا (١٩٨٠). مدخل علم النفس. (ترجمة: سيد الطواب؛ محمود عمر؛ نجيب خزام، ١٩٨٣)

الداهري صالح حسن. (٢٠٠٨). أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية: الأسس والنظريات. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

سرى، إجلال محمد. (٢٠٠٠). علم النفس العلاجي (المجلد ط٢). القاهرة: عالم الكتب.

الشوريجي، أبو المجد (٢٠١٢). محاضرة تعليمية.

عبدالعال السيد محمد عبدالمجيد. (٢٠٠٨). القلق: مفهومه - تفسيره. مجلة كلية التربية - جامعة المنصورة، العدد ٦٨ - الجزء الأول.

عبدالله، مجدى أحمد. (٢٠٠٠). علم النفس المرضى: دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب. قناة السويس: دار المعرفة الجامعية.

عبدالله، محمد قاسم. (٢٠١٢). مدخل إلى الصحة النفسية. عمان: دار الفكر.

عثمان فاروق السيد. (٢٠٠١). القلق وإدارة الضغوط النفسية. القاهرة: دار الفكر العربي.

عكاشة أحمد. (١٩٨٨). الطب النفسي المعاصر (المجلد ٧). القاهرة: الأنجلو المصرية.

العيسوي عبدالرحمن محمد. (١٩٩٢). علم النفس الإكلينيكي. الدار الجامعية.

غنايم، عادل صلاح محمد؛ مصطفى، أسامة فاروق؛ منصور، السيد كامل الشربيني. (٢٠١٢).

بعض اضطرابات القلق والاكتئاب وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية لدى التوحديين. مجلة

كلية التربية بالزقازيق، الصفحات ٢٠٧ - ٢٨٦.

الطائي نزار. (١٩٩٢). الاتجاه نحو الدين وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى عينة من الطلبة

الجامعيين في دولة الكويت. (حوليات كلية الآداب، المحرر) العدد ١٢.

الطيب محمد عبد الظاهر، داود عزيز حنا، والعيدي ناظم هشام. (١٩٩١). الشخصية بين السواء

والمرض. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

فريق من الباحثين (بلا تاريخ). علم النفس وميادينه ممارسة علم النفس ونقده. (ترجمة وجية أسعد،

١٩٩٣). دمشق: دار المتحدة.

فهيم مصطفى. (١٩٦٧). علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: مكتبة مصر.

الكفوري صبحى عبدالفتاح. (٢٠٠٦). الأفكار اللاعقلانية ورؤية الذات لدى مرضى الوسواس

القهري والعاديين من طلاب الجامعة "دراسة مقارنة".

ليهى، روبرت (٢٠١٠). علاج القلق سبع خطوات لمنع القلق من إعاقة حياتك. ترجمة مكتبة

العبيكان.

موسى رشاد. (١٩٩٩). علم نفس الدعوة بين النظرية والتطبيق. الإسكندرية: المكتب العلمي

للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

هولفي، جوسيه. (١٩٨١). المخاوف: الاكتساب والعلاج. (ترجمة: عبدالرحمن سيد سليمان،

٢٠١١). القاهرة: عالم الكتاب.

يونس انتصار. (١٩٦٦). السلوك الإنساني. الإسكندرية: المكتب المصري الحديث.

## ثانياً: مراجع الكترونية

[http://www.news-medical.net/health/Panic-Disorder-Causes-\(Arabic\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Panic-Disorder-Causes-(Arabic).aspx)

<http://ar.wikipedia.org/wiki>

<http://www.nafsany.cc/vb/showthread.php?t=52011>

<http://www.majales.com/vb/showthread.php?t=38707>

<http://kenanaonline.com/users/ahmedkordy/posts/125194>