

## الصحة والمرض النفسي

### إعداد زعتن نور الدين

#### الصحة النفسية:

إن للصحة النفسية مفاهيم ومعان كثيرة، متجاوزة في ذلك المفهوم الكلاسيكي الذي كان يرى في الصحة مجرد خلو الإنسان من الأمراض، بل تعداه إلى الحالة التي يكون فيها قادراً على الأداء بكفاءة وفعالية وإيجابية واكتفاء، وكذا الإحساس بالسعادة. يعرف عبد السلام زهران 2005 الصحة النفسية بأنها حالة دائمة نسبية، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً (شخصياً وانفعالياً واجتماعياً) مع نفسه ومع بيئته، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وامكانياته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام (ص09).  
الصحة النفسية تجعل الفرد قادراً على معاملة الناس معاملة واقعية لا تتأثر بما تصوره له افكاره واوهامه عنهم كما يحدث عند المريض النفسي، حيث تلعب الصحة دوراً هاماً في كل مجال من مجالات المجتمع مثل التعلم والصحة والاقتصاد والسياسة... الصحة النفسية هي نوع من التوافق الكلي والتعامل بين الوظائف النفسية المختلفة، يكون الشخص لديه القدرة على مواجهة الأزمات والضغط والإحباطات النفسية الطبيعية التي تواجهه مع إحساسه وشعوره الإيجابي بالسعادة والكفاية) (القوصي 1980 ص03).

#### صفات الصحة النفسية

- يقول عبد الستار ابراهيم (2003) انه ليس ثمة اتفاق في الحقيقة بين الدارسين و المعالجين المختلفين حول قائمة الصفات التي تستتبعها عملية الصحة النفسية أو السلوك السليم ، ولكننا يمكن مع ذلك أن نستخلص عدداً من الأوصاف لا يثور حولها جدل كثير في أن من يتصف بها يعتبر على الأقل على قدر لا بأس به من الصحة النفسية و النضوج :
- الوعي بالذات ، وتقبل النفس مع وجود إحساس متميز بالهوية و الذاتية .
  - القدرة على النمو و التطور بالشخصية ، و القدرة على تعديل الأخطاء و جوانب القصور النفسي و العقلي و الاجتماعي .
  - قدرة عالية للتصرف بإتساق في مختلف المواقف دون تصلب .
  - القدرة على التصرف بصورة مستقلة ، وإتخاذ القرارات الشخصية الهامة بقدر ملائم من الاستقلال و الإكتفاء الذاتي .
  - الإدراك الجيد غير المشوه للواقع ، بما في ذلك الوعي الواقعي بالإمكانيات الشخصية و القدرات الذاتية ، والإحساس بمشاعر الآخرين و دوافعهم ، وحاجاتهم .
  - قدرة عالية على ضبط البيئة الخاصة بالفرد ، والسيطرة عليها بشكل يسمح له و يمكنه من حل المشكلات التي يواجهها .
  - أداء أعماله و واجباته بشكل ملائم .
  - المقدرة على التوافق للعمل و المهنة ، أو بتعبير آخر يتصف بالفاعلية في أداء الدور ، أو الأدوار الاجتماعية التي يواجهها .

- أداء أعماله وواجباته بشكل ملائم .
  - المقدرة على التوافق للعمل و المهنة ، أو بتعبير آخر يتصف بالفاعلية في أداء الدور أو الأدوار الاجتماعية المتوقعة منه .
  - القدرة على التعبير عن المشاعر .
  - القدرة على الدخول في علاقات اجتماعية دافئة و إيجابية تكون مقبولة من الشخص نفسه و غير مرفوضة أو مستهجنة من الآخرين .
  - الاستبصار بالذات أو بمشكلات الشخصية بما فيها من نقاط ضعف أو قوة .
  - قدرة على توظيف الإمكانيات الفردية لتحقيق النفس و الأهداف .
  - ضبط الانفعالات السلبية الهدامة كالقلق ، و العدوان و الاكتئاب و المخاوف التي لا معنى لها .
  - وهناك أخيرا قدرة الشخص على أن يتبنى لنفسه فلسفة عامة في الحياة تسمح له بأن يتصرف بكفاءة و نجاح يتناسبان مع إمكانياته ، وأن يوظف تفكيره لتحقيق التوافق بجوانبه الثلاثة السابقة الاجتماعية و السلوكية و النفسية .
- ولسنا نقصد من وضع هذه الصفات أن نستعرض قائمة مفصلة لما نعتبره سلوكا ناضجا أو سليما .
- ونحن لا نذهب إلى أن هذه الصفات تمثل كل ما يعتبر سليما ، وإنما ركزنا على أهمها ، وعلى العناصر البارزة في السلوك السوي كما قد يتفق عليها المعالجون النفسيون بمدارسهم المختلفة ، ونحن نؤمن عن يقين بأن أي معالج نفسي مهما اختلفت النظرية التي يتبناها سيجد في هذه القائمة صفة أو أكثر يطمح أن يراها في مريضه ، ويعتبرها مقياسا في علاج مرضاه ، ومقياسا لتحقيق الصحة النفسية .

### **المرض النفسي: Mental Illness**

هنالك عدة تعاريف للمرض النفسي وذلك راجع لاختلاف المنطلقات الفكرية والمدارس النفسية التي يتبعها الباحثون. و يمكن تعريف المرض النفسي بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية ، نفسي المنشأ ، يبدو في صورة أعراض نفسية و جسمية مختلفة و يؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي و يعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه .

و المرض النفسي أنواع و درجات ، فقد يكون خفيفا يضىف بعض الغرابة على شخصية المريض و سلوكه ، وقد يكون شديدا حتى قد يدفع المريض إلى القتل أو الانتحار ، و تتباين أعراض المرض النفسي تباينا كبيرا من المبالغة في الأناقة إلى الانفصال عن الواقع و العيش في عالم الخيال .

ويتوقف علاج المرض النفسي على نوعه و مداه و حدته ، وتعالج بعض الحالات بزيارات منظمة لأحد المعالجين النفسيين بينما تحتاج بعض الحالات إلى العلاج في المستشفى ، و الأمراض النفسية كثيرة و منتشرة و يزيد عددها عن حالات شلل الأطفال و مرض القلب و السرطان مجتمعة ، ولم يعد المرض النفسي الآن وصمة عار كما كان سابقا بعد أن أخذ كل مرض طريقه نحو العلاج و الشفاء .

و هناك فرق بين المرض النفسي و السلوك المرضي ، فالسلوك المرضي سلوك عابر يلونه الاضطراب الذي يشاهد كأحد أعراض المرض النفسي ، فقد نشاهد السلوك الهستيري لدى شخص سوي ، وقد نشاهد السلوك الهوسي لدى شخص عادي ، وهذا

يختلف عن الشخص المريض بالهستيريا أو الفرد المريض بالهوس .(زهران 2005 ص10)

يشير عبد الستار 2003 إلى ان هناك ثلاث خصائص تصف السلوك المرضي و الاضطراب النفسي : وينقلنا هذا إلى الحديث عما نسميه بالتصرفات أو السلوك الشاذ و المضطرب ، بعبارة أخرى ، ماهي هذه الأنواع من السلوك التي قد نطلق عليها بلا تردد صفة المرض النفسي ؟ توجد ثلاثة خصائص يتشابه فيها المرضى النفسيون قد توجد جميعها في بعض حالات المرض العقلي أو بعضها ، وهي:

1- سلوك بعض المرضى النفسيين يوصف من وجهة نظر المحيطين بهم بالخروج عن المألوف من التصرفات الشائعة البشر ، ولهذا يوصف السلوك المرضي بالشذوذ ، أي عدم الشيعو بالمعنى الإحصائي بعبارة أخرى فتصرفاتهم لا تكون مفهومة فهما جيدا من قبل المحيطين بهم ، كما أن استجاباتهم للآخرين و للمواقف الاجتماعية التي يمرون بها تختلف ولا تكون ملائمة أو مقبولة من وجهة النظر الخارجية و تدخل بعض الأعراض التي تصف بعض المرضى العقليين بشكل خاص كالهلاوس الإدراكية ( مثلا سماع أصوات لا يسمعها الآخرون أو مشاهدة كائنات او بشر لا يراهم الآخرون ) ضمن هذا العنصر من عناصر وصف السلوك المرضي ، لكن هذا المحك في وصف السلوك المرضي يجب تناوله بحذر ، لأن كثيرا من تصرفات بعض المبدعين و العباقرة تتسم أيضا بأنها غير مألوفة و غير عادية ، دون أن توصف بالمرض العقلي أو الجنون ، لهذا لا بد من إضافة محكات أخرى لوصف السلوك المرضي و لتمييزه عن سلوك المبدعين أو العباقرة

2- يتصف المرض النفسي و العقلي بعدم التوافق أي أن سلوك المريض النفسي و طرق تفكيره و استجابته للأمور لا تتفق و قوانين التوافق .  
فأنماط التفكير و أساليب التفاعل مع الآخرين و أنواع السلوك التي تشيع بينهم و التي لا تحقق لهم ولا لمن حولهم السعادة و الرضا ، تعتبر أكثر بكثير مما هي عليه بين من نطلق عليهم أصحاء .

3- المريض النفسي ألو العقلي عادة ما يجد صعوبة في أداء الأدوار الهامة في حياته كعامل أو موظف أو طالب أي أنه يتصف بعدم الكفاءة .

4- فنحن مثلا نتوقع من الطالب العادي أنه يستطيع التركيز ، وقادر على تذكر المعلومات التي يحصلها من دراسته ، ويفكر أو يتحدث بطريقة متماسكة ، ويستطيع أن يتحكم في مشاعره و أنواع السلوك الضارة بأدائه في النشاطات المدرسية أو الامتحانات و غيرها من أنواع النشاط المطلوبة منه لرعاية نفسه صحيا و نفسيا ، أما المريض النفسي فيعاني من صعوبات في بعض هذه النشاطات أو كلها .

### - تصنيف السلوك اللاسوي :

يشر السيكولوجيون و المختصون في هذا المجال حسب (عشوي 2016) إلى وجود عدة تصنيفات للسلوك المرضي ، من أشهر هذه التصنيفات تصنيف المنظمة العالمية للصحة عام 1966 ، وتصنيف الجمعية الطبية النفسانية الأمريكية عام 1968 و كذلك تصنيف نفس الجمعية سنة 1994 ، و يعرف تصنيف هذه الجمعية المعتمد عليه كثيرا في التشخيص و العلاج ب

DSM-iv(The Diagnostic and statistical of Mental Disorders (DSM))

و هو التصنيف المعتمد في الولايات المتحدة في تشخيص الاضطرابات العقلية وعلاجها و الحصول على التأمين بناء على استعماله من طرف المختصين  
اما الدباغ ( 1983 ) فقد أورد تصنيفا يجمع بين الصنفين المذكورين .  
وينبغي أن نشير قبل إيراد تصنيف الدباغ أن المنظمة العالمية للصحة قد أصدرت سنة 1991 التصنيف العاشر للأمراض النفسية و العافية تحت عنوان (( التصنيف العالمي العاشر للإضطرابات العقلية و السلوكية )) و قد أورده الدكتور أحمد عكاشة في مصنفه الهام ((الطب النفسي المعاصر)) سنة 1992 .  
وكذلك يوجد تصنيف (كربلين 1913 Kraepelin) والذي تبنت خطوخته العريضة جمعية علم النفس الأمريكية، ويمكن بمقتضاه تحديد خمسة أنواع رئيسية من الأمراض النفسية والعقلية:

1- الأعصاب (العصابات)، 2- الذهان العضوي ، 3- الذهان الوظيفي، 4- اضطرابات الشخصية، 5- التخلف العقلي.

### 1-العصاب :

العصاب مصطلح أو مفهوم يطلق على فئة من الأشخاص الذين نسميهم عصابيين، وهم يتميزون بأن اضطراباتهم ذات علاقة رئيسية بوجود اضطراب في الوظائف الانفعالية. بعبارة أخرى، العصابيون أشخاص يتسمون بسهولة الانفعال، وتغساء، تسيطر عليهم بعض الأعراض المحددة، كالخوف من بعض الموضوعات الاجتماعية أو الخارجية التي لا تمثل في الظروف العادية ضررا شديدا له، أو الخوف الشديد من المرض الجسمي، مما يصغ حياتهم دائما بعدم الاستقرار والتهديد، وتوقع الشر عندما لا يكون هناك شر. لكن العصابيين في العادة يستطيعون مواصلة نشاطاتهم العادية في كل مجالات العمل أو الأسرة بالرغم من الفيود الداخلية التي يفرضونها على أنفسهم. والعصابيون يختلفون عن يطلق عليهم مرضى الأعصاب. فمن مرضى الأعصاب تعود شكاوهم النفسية ومعاناتهم إلى اصابات عضوية في الجهاز العصبي بما فيها المخ والأعصاب، أما في حالات العصاب فتكون الشكاوى النفسية من مصادر غير محددة عضويا أي أنها ليست نتيجة لأسباب عضوية مباشرة معروفة.

حسب عبد السلام زهران (2005) فإن العصاب هو اضطراب وظيفي في الشخصي بين العادي و بين الذهان و هو حالة مرضية تجعل حياة الشخص العادي أقل سعادة ، واعتبر البعض صورة مخففة من الذهان .

و أعراض العصاب تمثل رد فعل الشخصية أمام وضع لا تجد له حلا بأسلوب آخر ، أي أنه يمثل المظهر الخارجي للصراع و التوتر النفسي و الخلل الجزئي في الشخصية .  
و العصاب ليس له علاقة بالأعصاب ، وهو لا يتضمن أي نوع من الاضطراب التشريحي أو الفيسيولوجي في الجهاز العصبي ، وكل ما في الأمر اضطراب وظيفي دينامي انفعالي نفسي المنشأ يظهر في الأعراض العصابية ، وهناك فرق بين العصاب neurosis و المرض العصبي nervousdisases حيث المرض العصبي اضطراب جسمي ينشأ عن تلف عضوي يصيب الجهاز العصبي مثل الشلل النصفي و الصرع ، ومن ثم يفضل استخدام مصطلح العصاب النفسي . Psychoneurosis  
من أهم وأشهر العصابات القلق والاكتئاب. لذا فإن المؤلف يقوم بالتفصيل فيهما كما يلي:

## أولا القلق:

يرجع رسوخ استعمال مفهوم القلق في علم النفس إلى سيغموند فرويد (Freud, 1894) حين فصل عصاب القلق عن مجموعة أمراض الوهن العصابي، واعتبر القلق أساس كل الأمراض العصابية وهو في نظره الظاهرة الأساسية والمشكلة الرئيسية في العصاب، ويُعرفه على أنه (هو حالة الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الفرد ويسبب له الكثير من الانقباض والضييق والألم) (تر. نجاتي، 1989 ص 03)، أي أن القلق سببه مجهول يؤثر على الفرد فيسبب له حالة من التثنت وعدم الاطمئنان .

ويعرفه فخري الدباغ (1983) بأنه: (شعور عام مبهم بالخوف والتوجس والتوتر، دون إدراك لمصدر الخوف، ويكون مصحوب بأحاسيس جسمية تتكرر بين الحين والآخر يشكل في الصدر أو التنفس أو تسرع في نبضات القلب) (ص 96) .

ويعرفه احمد عكاشة على انه: (شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الأحاسيس الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي الإرادي) (ص 134) .

أما راجح أحمد عزت فيعرفه: (القلق حالة من الانفعال يشير إلى وجود خطر داخلي أو خارجي شعوري أو لاشعوري يهدد الذات وجوهره فيه، الانتظار والتوقع والعجز عن الهرب، والقلق انفعال مركب من الخوف والألم وتوقع الشر) (1993 ص 18) .

أما زهران حامد عبد السلام (1977) فيرى أن القلق: (حالة توتر شامل ومستمر نتيجة تحديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصطحبها خوف و أعراض تنفسية وجسمية متنوعة) (ص 397) .

إن مجموع التعاريف السابقة تعطي تصوراً واضحاً ودقيقاً لمصطلح القلق من جوانب مختلفة ويمكن إن نعطي تعريفاً آخرأً ملخصاً وشاملاً للقلق بالقول أن القلق: "حالة انفعالية غير سارة ثابتة نسبياً، تتشكل لدى الفرد نتيجة للتهديد، قد يكون داخلياً وقد يكون خارجياً، ويتميز بالتوتر نتيجة الشعور بذاك التهديد، وان توقع الخطر قد يكون له مبرراته في الواقع الموضوعي كما يمكن أن يكون ذاتياً متوهماً، وترافق هذه الحالة أعراض جسمية مزعجة وسلوكيات سلبية" .

قد يُطرح إشكال في التفرقة بين الخوف والقلق، لكن معرفتنا التامة بأنهما عادة ما يكونان وحدة ملتصقة، وأن شعور الفرد بالخوف يكون مثلاً عندما يجد سيارة مسرعة في اتجاهه في وسط الطريق يختلف تماماً عن شعوره بالخوف والقلق عندما يقابل بعض الغرباء الذين لا يستريح لرؤيتهم، كذلك من الناحية الفسيولوجية (فالخوف الشديد يُصاحبه نقص في ضغط الدم، وضربات القلب و ارتخاء في العضلات، مما يؤدي أحياناً إلى حالة إغماء، أما القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب، وتوتر بالعضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة.

ونستطيع تلخيص الاختلاف السيكولوجي بين القلق والخوف في الجدول التالي:

جدول يوضح الاختلاف السيكولوجي بين القلق والخوف:

موضع الاختلاف	القلق	الخوف
السبب أو الموضوع التهديد	مجهول داخلي	معروف خارجي

التعريف	غامض	محدد
الصراع	موجود	غير موجود
المدة	مزمنة	حادة

## 2- أنواع القلق :

للقلق أنواع لا بد من التطرق إليها للفرقة بين القلق العادي السوي و القلق اللاسوي الباثولوجي والتي يُفصل تعريفهما من خلال مايلي:

**أ-القلق الموضوعي :** هو قلق مؤقت تسببه مواقف معينة تصدر من الواقع و من ظروف الحياة اليومية و يمكن معرفة مصدره و حصر مسبباته لأنه يكون غالباً محدوداً في الزمان والمكان ينتج عن أسباب خارجية معقولة كأن يتوقع الفرد فقدان أي شيء أو أي شخص محبب لديه أو قلق متعلق بالشروع في عمل جيد و يطلق عليه أحياناً اسم " القلق الواقعي" أو "القلق السوي" والذي يعرفه أحمد عزت راجح (1933) بأنه الخوف من مثير خارجي كخوفنا من موت شخص عزيز علينا و خوف الأم على ابنها الغائب , وللخوف ما يبرره في هذه الحالة لكنه ليس خوفاً بالمعنى الدقيق لأننا لا نستطيع أن نفعل حياله شيئاً ( ص 169 بتصرف) , وهذا القلق جزء منه هو مفيد للإنسان لأنه يجعله أكثر انتباهاً واستعداداً لمواجهة الظروف الطارئة والمواقف التي تهدد أمنه وسلامته وتوازنه الحيوي فهذا النوع يتمثل في تلك المشاعر التي تنتاب الإنسان عندما يتوقع حدوث أشياء مكروهة تهدده أو تهدد شخصاً عزيزاً عليه، كما أن هذا القلق يحفز الإنسان على أن يُقدر الموقف و يُحلل الأسباب ويزن ما تتطلبه الظروف الطارئة ويزيد من طاقته وحماسه واستعداداته لمجابهة الخطر أو الهروب منه، ويتعرض الناس لهذا النوع من القلق يومياً في حياتهم العادية عندما يواجهون تجارب مُزعجة أو مشاكل تهدد أمنهم.

**ب-القلق المرضي:** هو عادة الذي يلزم الشخص مدة طويلة ودرجته مرتفعة ,ويُستدل عليه عادة من سلوك صاحبه أو أسلوب حياته، وقد لا يشعر المصاب بآثاره إلا شعوراً غامضاً وبعد فترة طويلة، والقلق المرضي غامض غير محدد المعالم تختلف شدته وعمقه من شخص لآخر ،ويجهل الإنسان في الغالب مصادر قلقه ولا تأتي تصرفاته وردود أفعاله جواباً على عوامل أو مسببات معينة بل تهديدات غامضة وشاملة ل، هذا يلاحظ أن رد الفعل يكون بطريقة عشوائية ، وأن السلوك يكون عادة فوضوياً لا يقضي على القلق بل قد يزيد في سيطرته وتمكنه ، وبينما يتعرض المرء للقلق العادي في فترة محدودة ثم يختفي عنه نجد أن القلق المرضي يصبح غالباً سلوكاً ملازماً لصاحبه الذي يشعر أنه مغلوب على أمره يسبح في بحر من الحيرة والشكوك والتردد والغموض غير قادر على اتخاذ القرارات بسهولة ، ويعتبر هذا النوع من القلق مرضياً لأنه يترك أثراً سلبية ويحدث تغيرات هامة في حياة الإنسان فالمصاب به لا يذوق طعم الاطمئنان والهدوء بل هو عصبي لأمرٍ تافهة و يشعر بالرعب أحياناً أمام حوادث بسيطة فهو يعيش في حالة استثارة وتحفز مستمر من القلق، ومن تلك المواقف قلق الامتحان ، القلق الاجتماعي ، قلق الموت وكذلك القلق الذي يأتي حين الإقدام على عملية جراحية الذي هو حالة من الاضطراب الفكري الوجداني أمام الخطر المحقق بالجسد وربما بالحياة نتيجة للعملية الجراحية ويتضخم هذا الاضطراب عندما تكون الجراحة بمثابة الخيار الوحيد أمام المريض لكي يتجنب خطر حالة مرضية يعانيتها و بهذا فإن المريض يختار الجراحة كأفضل الأمرين ولكن بعد أن تكون معاناته من قلق الموت خلال الفترة الفاصلة بين معرفته بإصابته -التي تشكل خطراً على حياته -وبين قراره الخضوع للجراحة(السبع كبريال، 1995، ص51)، ولقد وصف لنا رياض أحمد

النبلسي (1993) مظاهر القلق التي تجتاح المريض قبل الجراحة وذلك من خلال دراسة أجراها على 800 مريض في مستشفى (TAPOLCA) ووجد أن نسب أهم الاضطرابات النفسية والجسدية في الليلة السابقة للعملية تتوزع كالتالي: (خوف غامض 96% - الخوف من الموت 32%- رفض العملية 24%- التوتر النفسي 100%- صعوبات النوم 66%- الكآبة 20%- ارتجاج الأطراف 55%- صعوبات التنفس 73%- تسارع دقات القلب 60% تعرق القلب 60% - تعرق اليدين 65%- الصداع 45% - ارتفاع الضغط 40% أوجاع هضمية 28%)، (1993 ص 32)، إن حداً منخفضاً من قلق ما قبل العملية الجراحية مبرر لأنه نابع من معرفة المريض لضرورة تعريض جسمه لاعتداء بهدف الشفاء

إن اضطرابات القلق تعتبر من الاضطرابات الانفعالية التي تدخل في دائرة العصاب وهي تتدرج في زملة أعراض القلق وهي كلها أشكال للقلق ولكنها تختلف من حيث النوع، ولقد أورد دليل التشخيص الإحصائي الرابع DSM4 العديد من الاضطرابات تحت زملة اضطراب القلق وهي كما يلي:

### 1-نوبة الذعر أو الهلع (panic attack) :

وتبدو المظاهر الإكلينيكية لهذه النوبة أو الهجمة في شكل خوف شديد أو حالة من عدم الارتياح مصحوبة بأربعة إلى ثلاثة عشر عرضاً بدنياً و معرفياً، وتفاجئ النوبة الفرد وتنمو بسرعة حتى تصل إلى الذروة في خلال عشرة دقائق، وغالباً ما يصاحبها إحساس بالغضب والاستياء وحاجة ملحة للهروب والأشخاص الذين يشكون من حالة الذعر هذه يصفون خوفهم بصورة شديدة ويعتقدون بأنهم سوف يموتون ويفقدون السيطرة ويصابون بسكتة قلبية أو ربما يصابون بالجنون وتكون لديهم الرغبة الملحة في تلاشي هذه الهجمة الشرسة من نوبة الذعر، ويمكن أن تحدث هذه النوبة مع العديد من اضطرابات القلق مثل (اضطرابات الذعر، الخوف الاجتماعي، المخاوف المحددة، اضطراب ما بعد الصدمات وحالات الكرب الحاد...) لذا ينبغي الأخذ بعين الاعتبار أن هذه النوبة قد تكون قائمة بذاتها أو أنها أحد أعراض اضطرابات القلق الأخرى.

### 2-الخوف من الأماكن الواسعة (الاجورا فوبيا agoraphobia):

وهو الخوف من التعرض لنوبة ذعر في مكان أو موقف يكون الهروب منه صعباً أو مُحرجاً أو إمكانية المساعدة غير متاحة إذا ما حدثت له نوبة الذعر أو إذا طاردهته مخاوف طارئة، لذا فإن الأشخاص المصابين بهذا النوع من الرهاب يتجنبون التعرض للمواقف التي تسبب رعبهم أو أنهم يصطحبون آخرين لمساندتهم، ويختلف هذا النوع من الخوف عن الرهاب الاجتماعي الذي ينحصر في المواقف الاجتماعية بأن هذا الخوف يحدث في مواقف معينة مثل أن يكون المرء وحيداً خارج منزله أو أن يكون المرء داخل ازدحام، أو أثناء السفر في سيارة أو حينما يكون المرء داخل المصعد، وإذالم تتم معالجة هذا النوع من الرهاب، فإنه يمكن أن يصبح هذا المصاب منعزلاً ويلتزم البيت ولا يخرج منه أو يحرم نفسه القدرة على السفر والعمل والواجبات المفروضة عليه خارج المنزل.

### 3) - اضطراب الذعر أو الفزع (panic disorder):

يتعرض الشخص في هذا الاضطراب إلى نوبات غير متوقعة من الخوف الشديد والذعر مرة كل أسبوع، وتكون هذه النوبة شديدة تتبعها فترة هدوء يتوقع الفرد المصاب خلالها أن تصيبه نوبة في أي وقت، وتستمر النوبة حوالي خمس دقائق إلى عشر دقائق يشعر فيها المريض بالانزعاج والتوتر والخوف وتزداد ضربات القلب وتحدث صعوبة في التنفس وضيق في الصدر أو ألم به، كما يحدث شعور بالإغماء أو دوخة إضافة إلى أعراض

أخرى،) ويشعر المريض بأن نهايته قد اقتربت ويخاف خوفاً شديداً من أنه سيموت وفي حالاتٍ أخرى يشعر المريض أنه سيفقد عقله أو لا يستطيع السيطرة على نفسه وتصرفاته، وهكذا فإن نوبة الهلع مُزعجة و مؤلمة ومُخيفة يضطرب خلالها الشخص وتظهر عليه علامات التوتر و الانزعاج وهو يحاول أن يهدئ نفسه أو يسرع بطلب العون ممن حوله أو من الأطباء وهذا ما يعبر عنه مصطلح الهلع والخوف الشديد)(المالِح حسان،1995،ص29)، وتظهر النوبة الأولى أثناء عمل اعتيادي أو أنها تظهر بعد موقف يدعو إلى الخوف أو الرعب مثل حادث ما أو فقدان عزيز ويمكن للنوبة أن تتكرر في اليوم أو أن تطول لمدة ساعة أو أكثر في بعض الأحيان، ونظراً لشدة النوبة وإزعاجها فإن المريض يتوقع حدوثها فيما بعد ،ويبقى خائفاً مُتفحصاً لنفسه عن أعراضها وهذا بحد ذاته يمكن أن يؤدي إلى نوبة ثانية.

4)- الفوبيا المحدودة (أو المخاوف البسيطة): يعد المظهر الأساسي لهذا النوع من الخوف أو اضطرابات القلق في انحصاره في كون الخوف أو القلق محددًا بموضوع ما أو موقف ما والذي يستدعي حالة من القلق المباشر للتعرض لموضوع الخوف ، وقد يأخذ هذا الخوف شكل الذعر أو الفزع ولكنه لا يُشخص على أنه اضطراب فزع، (وهو يقتصر على مواقف شديدة التحديد، مثل الاقتراب من حيوانات ، أماكن مرتفعة ، الطيران ، الرعد ، الظلام، الأماكن المغلقة ، و التبول أو التبرز في مراحيض عامة ... وغيرها، وعلى الرغم من أن الموقف المثير محدود إلا أن التعرض له قد يثير رعباً كما في حالات رهاب الخلاء أو الرهاب الاجتماعي)(عكاشة أحمد 1976،ص 163)، والأشخاص الذين يعانون من الرهاب البسيط يعرفون بأن خوفهم مبالغ فيه ولكنهم لا يستطيعون التغلب على مشاعرهم .

5)-الخوف الاجتماعي أو اضطراب القلق الاجتماعي ( social phobie ) : (هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين ،مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد أو غثيان أو رغبة شديدة في البول ويكون المريض مقتنعاً أن واحدة من هذه المظاهر الثانوية هي مشكلته الأساسية)(أحمد عكاشة.1976،ص 161)، وتميز هذا الخوف الاجتماعي بالقلق الشديد و الإحساس بعدم الارتياح المرتبط بالخوف من الإحراج أو التحقير من طرف الآخرين في مواقف تتطلب الاستجابة المتوازنة ومن الأمثلة على المواقف التي تثير الخوف الاجتماعي مقابلة الناس ، القيام بخطاب أمام جمع من الأشخاص ، والتعامل مع شخصيات مرموقة وذات منصب عالٍ يومعظم المصابين به يحاولون تجنب المواقف التي تثير الخوف أو يتحملون هذه المواقف، وهم يشعرون بالضغط العصبي الشديد ، ويتم تشخيص هذا الاضطراب إذا كان الخوف أو التجنب يعرقلان بشكل كبير حياة ومصالح الفرد المصاب أو يضايقه بشكل شديد، وأهم مظاهر الاضطراب النفسي المصاحبة لهذا الخوف هو الحساسية الزائدة للانتقاد أو التقييم السلبي ، أو الرفض وصعوبة توكيد الذات ، وانخفاض تقدير الذات، وربما تكون المهارات الاجتماعية لهؤلاء المصابين ناقصة وعندهم ضعف في التواصل البصري مع وجود علامات ملحوظة للقلق مثل برودة اليدين الارتجاف مع الصوت المتحشرج .

6)-اضطراب الوسواس القهري (Obsessive compulsive Discorder) : إن المظاهر الأساسية لاضطراب الوسواس القهري يتكون في تكرار الوسواس أو الأفعال القهرية والتي تكون مفرطة بحيث تستغرق وقتاً طويلاً (تأخذ أكثر من ساعة في اليوم) أو تسبب المضايقة والارتباك مع تعطل واضح في الأنشطة المعتادة ، ويسبب هذا



الاضطراب الإرهاق النفسي والقلق وتعطيل إنتاجية الفرد ويدفعه لصرف الكثير من الطاقة و يتحمل الكثير من الأعباء و الألام كي يخفي حالته ووساوسه لأنها قد تؤدي به إلى الجنون أو الشذوذ حسب اعتقاده , أما تلك الأفكار القهرية فيمكن تصنيفها إلى خمسة فئات:

1- أفكار تتعلق بالتلوث و الطهارة(القدارة,المكروبات, اتساخ اليدين...)  
2-أفكار تتعلق بالأموال العدوانية(الخوف من الإيذاء بسكين , قول كلمات بذيئة واصطدام وقتل إنسان بريء بسيارته...).

3-أفكار تتعلق بالأموال الجنسية:(أفكار حول زنا المحارم و الأطفال,الاعتصاب...و غيرها )

4-أفكار تتعلق بالحاجة إلى الدقة والتماثل في جميع المجالات:( تعديل الصور والصفوف, تناسق الألوان أو الثياب أو الأثاث....)

5-أفكار تتعلق بالحاجة إلى التأكد و التثبيت مثلا في الأمور الدينية عدد ركعات الصلاة و الوضوء و غلق الأبواب و الكهرباء, الغسل...)

وهذه الأفكار تميل إلى حدوثها بشكل إجباري وقهري حول موضوع معين، مع الأخذ في الاعتبار أن الراشدين الذين يعانون هذا الاضطراب يدركون أن وساوسهم واندفاعهم القهري مفرط ومبالغ فيه وغير عقلائي, بينما يختلف الأطفال في إدراك ذلك حيث تعوزهم القدرة المعرفية للحكم على معقولية ما يفعلونه.

7-اضطراب ما بعد الصدمات (Post traumatique stress discorder):

يظهر هذا الاضطراب كرد فعل متأخر أو ممتد زمنيا لحدث أو إجهاد ذي طابع صدمي عنيف وقع للفرد وسببت له أو لغيره الخطر أو الجرح أو الألم المادي أو المعنوي أو التهديد بالإصابة بعاهة جسمية أو حتى مشاهدة هذه المواقف الصدمية , أو مجرد التعرف على مثل هذه الصدمات و نتائجها و السماع بإصابة أحد أعضاء الأسرة بها وما إلى ذلك ،(وتتضمن الأعراض النمطية نوبات من اجترار الحادث من خلال ذكريات احتمالية ) ارتجاجات زمنية) مع أحلام وكوابيس والتي تحدث على خلفية مستمرة من الإحساس بالخدر و التبلد الانفعالي والانفصال على الآخرين وعدم التمتع مع تجنب النشاطات والمواقف التي قد تذكره بالحادث , وعادة ما يكون هناك خوف وتجنب لرموز تذكر المصاب بالحادث الأصلي ,كما يكون هناك عادة حالة فرط يقظة ونشاط بالجهاز العصبي الإرادي وتعزيز لرد فعل انفعالي)( عكاشة أحمد 1976, ص 191).

وينبغي أن تتضمن استجابة الفرد للأحداث الشعور بالخوف الشديد والعجز أو الهلع وتكون لدى الأطفال متضمنة للتفكك والتوتر والخبل أو الهياج , والعرض الرئيسي ينبغي أن يستمر لأكثر من شهر وأن يشكل هذا العرض محنة أو ارتباكاً في الوظائف الاجتماعية والعمل والنشاطات المهمة للشخص .

8- الاضطراب الحاد للكروب أو الضغوط (Acute stress discorder):

والمظهر الرئيسي لاضطراب الكروب هو تطور خصائص القلق والانشقاق والأعراض الأخرى التي تحدث خلال شهر بعد التعرض لصدمة ضاغطة عنيفة, وكنتيجة للاستجابة للحدث الصادم فان الأعراض الانشقاقية تتطور لدى الفرد حيث تتناقص الاستجابة العاطفية ويجد الصعوبة في معايشة خبرات الاستمتاع ويشعر باستمرار بالذنب حتى بمتابعة العادية لمهام حياته، وربما يعاني المريض من نقص في التركيز و الشعور بالانفصال عن جسمه , وإدراك العالم على أنه وهم أو غير حقيقي مثل الحلم , أو الشعور بتزايد صعوبة تذكر أي تفاصيل من الأحداث الصادمة بالإضافة إلى ذلك فان عرضا على الأقل من الأعراض الحادثة في اضطراب ما بعد الصدمة يكون موجودا مثل معاودة

الأحداث الصادمة أو الأفكار أو الصور المرتبطة بها في الذاكرة و الأحلام مع صعوبة النوم و عدم الاستقرار ونقص التركيز والاحتراس الشديد والاستجابة المبالغ فيها لأي أمر مزعج، وعموما ينتهي الاضطراب على الأقل في يومين و على الأكثر في أربعة أسابيع ويحدث في غضون أربعة أسابيع من وقوع الصدمة .  
(9)-اضطراب القلق العام:

إن المظهر الأساسي لتشخيص حالة القلق العامة هي القلق المفرط(توقع الخوف أو ترقبه)(ويطلب تشخيص هذا الاضطراب النفسي وجود عدد كاف من الأعراض ولمدة ستة أشهر على الأقل, ومن هذه الأعراض ما يتعلق بالجهاز العضلي مثل الشعور بالرجفة و التوتر العضلي و الألام ومنها ما يتعلق بالجهاز العصبي الذاتي مثل تسرع نبضات القلب وجفاف الحلق و التبول المتكرر,ومنها ما يتعلق بالاحتراس و الترقب الذهني مثل ضعف التركيز و العصبية)(المالغ حسان،1995،ص29)، ويتصف هذا الاضطراب بالقلق المستمر و المبالغ فيه والضغط العصبي حيث من السهل إثارتهم ويعانون من الأرق والارتعاش والإنهاك والصداع .

(9)-اضطراب القلق نتيجة الإصابة بحالة طبية عامة:

يعد المظهر الرئيسي لتشخيص حالات القلق الناتجة عن وجود اضطرابات طبية عضوية، وتكون أعراض اضطرابات القلق نتيجة لهذا الخلل العضوي، وهناك معايير لتشخيصه وهي:

أ- ظهور القلق، نوبات الذعر، الوسواس في اللوحة الإكلينيكية  
ب- وجود تاريخ مرضي من خلال الفحص البدني أو التحاليل المعملية تؤكد أن هذه الأعراض  
نتيجة لحالات عضوية .

ج-لا ينتمي الاضطراب لأي اضطرابات عقلية أخر مثل:(اضطراب التوافق مع القلق حيث تكون الضغوط المسببة للقلق مجرد حالات طبية أو عضوية عامة) .  
د- لا يحدث الاضطراب أثناء فترة الهذاء .

هـ- يسبب القلق في هذه الحالة دلالات إكلينيكية على اختلال الوظائف الاجتماعية و العمل و المجالات الأخرى.

(10)- اضطراب القلق الناتج عن تعاطي المواد المؤثرة نفسياً أو أي مواد مشابهة:  
ويشكل المظهر الرئيسي لهذا في كون القلق يكون نتيجة لتعاطي المخدرات أو الكحول أو عقاقير دوائية أخرى لها تأثير نفسي مباشر، أما معايير التشخيص فهي:

أ- ظهور القلق، نوبات الذعر، أو الوسواس القهري على اللوحة الإكلينيكية .  
ب- وجود تاريخ واضح من خلال الفحص البدني أو التحاليل المعملية أو إما (1) أو (2) من الآتي :

(1)- تتطور الأعراض في المعيار (1) خلال أو في غضون شهر واحد من التسمم الدوائي أو خلال فترة الأعراض الانسحابية .

(2)- يرتبط الاضطراب مرضياً باستعمال المواد المؤثرة نفسياً.  
ج - لا يعد الاضطراب ضمن اضطرابات القلق التي لا يحدثها تعاطي أي مواد مؤثرة نفسياً.

د - لا يحدث الاضطراب أثناء طور الهذاء .

هـ - يسبب الاضطراب ارتباكاً إكلينيكياً واضحاً في الوظائف الاجتماعية والعمل أو أية ميادين أخرى تتطلب الصحة النفسية (P199 American Psychiatric Association، 1994)

#### 4- أسباب القلق :

أصبح الانتشار الواسع للقلق في عصرنا الحالي يشكل ظاهرة ملموسة في كل المجتمعات تقريباً، حيث يصيب القلق جميع الطبقات والفئات صغارا وكبارا، نساءً ورجالاً، الأغنياء منهم و الفقراء مما يدل على أن أسباب القلق وعوامله متنوعة، و فيما يلي سنحاول عرض أهمها:

يرجع كثير من علماء النفس خاصة أصحاب مدرسة التحليل النفسي، أصل نشوء القلق إلى حالات أربع عاشها حسبهم كل فرد في ماضيه، وهي:

أ- صدمة الميلاد : الذي هو النموذج البدائي للقلق وهو صراع من أجل البقاء وهو التجربة الأولى التي يوضع فيه الإنسان فجأة أمام تغيير أساسي لمحيطه، وتتوقف فيه مسألة حياته على جملة من ردود أفعال حيوية متصلة بهذه الوظيفة وبهذه التجربة الأولى تتكون المخاوف الأولى.

ب- صدمة الفصام: انه حصر الفصام، وهو الخوف الذي يستدعيه الانفصال عن الموضوعات التي يرى المرء أنها جوهرية لحياته، يعيش الطفل بعد صدمة الميلاد بقليل - أي الفترة التقليدية للرضاعة - في حال الانفصال عنها خوفاً من عدم استطاعته على إبقاء السعادة والاطمئنان والأمن، والمتمثل في الالتحام بأمه.

ج- عقدة الاخفاء: ويرى أصحاب الدراسة التحليلية أنها تأتي فيما بعد مع الانفعالات الجنسية الطفلية وهو خوف من عقاب الوالدين بسبب التفكير الجنسي انه الشعور بالألم نتيجة التفكير في تملك أحد الأبوين من الجنس الآخر وهذه العقدة هي المسئولة عن كثير من الذنب اللاشعوري .

د- التنشئة الاجتماعية : إن القلق الناشئ عن التنشئة الاجتماعية هو خوف من النبذ من طرف المجتمع انه قلق الأنا الأعلى، بسبب الخوف من عدم القدرة على الاستجابة للمتطلبات الثقافية للأبوين والمجتمع.

يعتقد فرويد أن القلق ما هو إلا صورة جديدة نتجت عن الاستثارة الجنسية غير المشبعة، أما أدلر (A.Adler) فيرى أن القلق النفسي ترجع نشأته إلى طفولة الإنسان الأولى حيث يشعر الإنسان بالقصور الناتج عن الشعور بعدم الأمن وهذا القصور قد يكون عضوياً أو معنوياً أو اجتماعياً، وتلتقي "هورني Horney" مع أدلر في بعض مصادر القلق وهي تُرجع تلك المصادر إلى ثلاثة عناصر هي: 1- الشعور بالعجز 2- الشعور بالعزلة، 3- الشعور بالعداوة، وترى أن العناصر السابقة تنشأ بدورها عن الأسباب التالية: 1- انعدام الدفء العاطفي في الأسرة والشعور بالنبذ، 2- المعاملات الأسرية السيئة، 3- البيئة وتعقيداتها و تناقضاته.

أن اتجاه التحليل النفسي (يشدد على دور العمليات النفسية الديناميكية و التنبيه الداخلي بالعضوية وهذا الاتجاه لا يشدد على دور العوامل العصبية والبيولوجية للقلق، وإنما يعتبره تهديداً موجهاً إلى الأنا ويحدث بسبب المواقف وما فيها من مثيرات مهددة (واقعية أم متخيلة) وخاصة في مرحلة الطفولة حيث تعتبر صدمة الميلاد أهم خبرة قلق يمر بها الفرد في حياته) (عبد الله، محمد قاسم، 1999، ص53).

ترى المدرسة السلوكية أن القلق استجابة مكتسبة تتم وتتكون ضمن ظروف ومواقف معينة، ثم يُعمم الفرد هذه الخبرة لمواقف أخرى مشابهة حيث إن تنشئة الطفل المتضمنة

تربيته وتعليمه تتضمن بعض المواقف التي تؤدي إلى الاستحسان والعطف، وينشأ عنها شعور بالاطمئنان والارتياح بينما يؤدي بعضها الآخر إلى الاستهجان وعدم الرضا وينجم عنه شعور بعدم الارتياح وهنا يتولد القلق، فترى الطفل مدفوعاً إلى الانتباه إلى أنواع السلوك التي تجلب الاستحسان وإلى التي تجلب الاستهجان حتى يستطيع تجنب القلق، ومع الأسف فإن هذا يساعد على تقاوم و اشتداد القلق أو على الأقل إلى الصعوبات في العمليات النفسية .

إن "سشنفر Schaeffer" وهو من أصحاب المدرسة السلوكية الجديدة يؤكد على أن القلق استجابة مكتسبة قد تنتج عن الخوف العادي، تحت ظروف أو موافق معينة ثم تعمم هذه الاستجابة فيما بعد، فقد يحدث أن يتعرض الطفل لموقف فيه تخويف أو تهديد ولا يصاحبها تكيف ناجح ويترتب عن ذلك مثيرات من أهمها عدم الارتياح الانفعالي وما يصاحبه من توتر وعدم الاستقرار.

كذلك من مصادر القلق تبني المرء معتقدات خاطئة أو متناقضة غير ايجابية سواءً فيما يتعلق بذاته أو بالمحيطين به أو بمستقبله، أو أن له نمط تفكير سلبي أو تشاؤمي أو تهويلي (تضخيم الأمور) فالمدرسة المعرفية ترى أن مصدر القلق هو فكرة خاطئة وأن أساس العلاج هو تصحيح تلك الأفكار لتكون أفكار ايجابية وصحية.

لقد أثبت العلم إن للوراثة تأثيراً في ظهور القلق، فقد أثبتت دراسات التوائم تشابه الجهاز العصبي الإرادي واستجابته للمنبهات الخارجية والداخلية، كذلك أوضحت (دراسة العائلات أن 15% من آباء وإخوة حول مرضى القلق أنهم يعانون من المرض نفسه، وقد وجد سلسترو وشليدز (1962-1969) أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل إلى 50% وأن حوالي 65% يعانون من بعض سمات القلق، وقد اختلفت نسبة من التوائم غير المتشابهة فوصلت إلى 4% فقط، أما سمات القلق فظهرت في 13% من الحالات، ولذا فالوراثة تلعب دوراً مهماً في الاستعداد للمرض وتزيد نسبة أعراض القلق في النساء عنها في الرجال) (عكاشة أحمد، 1976 ص 138).

وللسن أثره في نشأة القلق كون المرض يزيد مع عدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة وكذلك ظهوره لدى المسنين، فيظهر القلق في الأطفال بأعراض تختلف عن الناضجين فيكون في هيئة خوف من الظلام والغرباء والحيوانات أو تظهر في هيئة أحلام مزعجة أما في المراهقة فيأخذ القلق مظهراً آخر من الشعور بعدم الاستقرار والحرج الاجتماعي والتلعثم، وتقل أعراض القلق في سن النضوج لتظهر ثانية في سن اليأس والشيخوخة حيث يزيد استعداد الفرد لظهور هذا المرض. (نفس المرجع، ص 139).

كذلك من أسباب القلق، الضعف النفسي العام والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي ومواقف الحياة الضاغطة المختلفة ومشكلات الطفولة والمراهقة والصدمات المختلفة.

### 5- الأعراض الإكلينيكية للقلق:

ينتاب القلق الإنسان بشكل نوبات حادة عنيفة وأنه يتكرر ويلازمه لفترة طويلة تتناوب مع نوبات حادة أخرى لا تصل درجة النوبات العنيفة، والأعراض الإكلينيكية للقلق هي كما يلي:

1- نوبات القلق الحادة وتظهر بشكل مفاجئ، يشعر المصاب فيها بالتوتر وعدم الارتياح وبأنه يتوقع حدثاً سيئاً أو شراً مستطيراً، وتزداد حساسيته لتوافه الأمور، ويتصاعد في وجدانه شعور الخوف والرغبة ويكون القلق الحاد بالأشكال التالية:

أ- نوبة الانهيار الحاد (Acute anxiété fit) وتكون مصحوبة بحالة من القلق والهلع والخوف الحاد (panic state) والتوتر الشديد، واضطراب حركي عضلي وعدم

القدرة على السكون واتساع الحدقتين وشحوب الوجه والجلد , وارتجاف الأطراف والوجه والشفاه , وقد يصرخ المريض ويبكي ويفتح فمه طلباً للهواء , ويجف الحلق وتنهار قوى المريض , وقد يسقط على الأرض مغمياً عليه فتبدوا النوبة و هي أشبه بالصرع .

ب- حالة الرعب (terror state): وهنا يزداد التوتر الحركي و يصل إلى شبه الجمود وعدم الحركة والارتجاف وانصباب العرق البارد وعدم قابليته للكلام أو الصراخ لكن الرعب والفرع يدفعان بالمصاب إلى الهرب و الاندفاع و الجري دون هدف وهي شبيهة بحالة (صدمة القنابل) عندما يندفع المحارب كالأعمى جرياً وربما باتجاه العدو مصدر الخطر.

ج- تناذر القلق الاعيائي(Anxiété exhaustion): وهو إعياء ناتج عن القلق الحاد الذي يستغرق أياماً فيشعر المصاب بإرهاق عام , وبرود في التعبير وتبلد في العواطف وبطئ فكري وسلوك آلي ثقيل, وتلازم الحالة هذه فترة أرق قد تستعص على العقاقير المنومة القوية ويحدث إعياء القلق في الأزمان العامة والمصائب كالزلازل والنكبات والفيضانات والحرائق .

(II)- أما في القلق المزمن فهناك :  
أ- أعراض جسمية :

إن الأعراض الجسمية للقلق المرضي هي أكثر الأعراض انتشاراً حيث أن جميع أعضاء الجسم الداخلية مرتبطة بالجهاز العصبي الإرادي الذي يحركه الهيبتولاموس المتصل بمراكز الانفعال وقد يؤدي الانفعال إلى تنبيه هذا الجهاز وظهور أعراض عضوية في الجسم, كما أن المريض قد يكبت الانفعال ولا يظهر إلا الأعراض العضوية , وأهم هذه الأعراض :

- أعراض مرتبطة بجهاز القلب الدوري: مثل آلام عضلية فوق القلب أو في الناحية اليسرى من الصدر فرط الحساسية لسرعة كل من دقات القلب , ارتفاع ضغط الدم وغيرها

- أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمي : فقدان الشهية , عسر الهضم, صعوبات الأكل , صعوبة البلع الانتفاخ وأحياناً الغثيان والإسهال , أو الإمساك وألم في المعدة .

- أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسي: الشكوى من سرعة التنفس , النهجان والتنهيدات المتكررة, الشعور بضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء.

- أعراض مرتبطة بالجهاز العضلي والحركي: آلام عضلية في الساقين والذراعين والظهر والرقبة, الإعياء والإنهاك الجسدي , التوتر والحركات العصبية الرعشة والارتجاف في الصوت.

- أعراض مرتبطة بالجهاز البولي التناسلي: كثرة التبول, الإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة أو الاحتباس البولي , اضطرابات جنسية مختلفة.

- أعراض جلدية: غالباً ما يكون القلق النفسي عاملاً أساسياً في نشأة الكثير من الأمراض الجلدية كحب الشباب , الأكزيما , الصدفية , سقوط الشعر.

ب - الأعراض النفسية و أهمها:

- الخوف المبهم الذي لا مصدر له و لا مبرر ولا تفسير.

- حساسية سريعة , تهيج لأتفه الأسباب وربما النفور من الأصوات و الضوضاء .

- صعوبة في التركيز و النسيان و أحياناً اختلال الأنية, أي يشعر أنه قد تغير عن سابق عهده وأن العالم قد تغير من حوله.

- فقدان الشهية للطعام مع فقدان الوزن وحالات أخرى من السمنة.

- الأرق، اضطرابات النوم و الكوابيس .  
- الخوف من الجنون , وخاصة عندما تكون حالته مصحوبة بأعراض الحصر القهري قد تؤدي حالة القلق المزمن و المتكرر إلى الإعياء و الكآبة و القنوط , ولمحاولته الهروب من الواقع المرير قد يلجأ إلى الخمر وتناول العقاقير المنومة و المهدئة.  
ج - الأمراض السيكوسوماتية:

وهي الأمراض العضوية التي يُسببها أو يساعد في نشأتها القلق النفسي، وتزيد أعراضها بزيادة الشدة النفسية , وأهم هذه الأمراض: ارتفاع ضغط الدم , الذبحة الصدرية , جلطة الشرايين التاجية بالقلب الربو الشعبي , روماتيزم المفاصل, البول السكري, زيادة إفراز الغدة الدرقية, قرحة المعدة و الاثنى عشر, الصداع النصفي , فقدان الشهية العصبي وكذلك الأمراض الجلدية السابق ذكرها.

### خاتمة:

علم النفس بصفة عامة يدرس السلوك في سوائه وانحرافه . و علم النفس يخدم علم الصحة النفسية من خلال دراساته العلمية عن طريق الوقاية والعلاج , ويمكن النظر الى علم النفس على انه "علم صحة " حيث انه يقدم خدماته في مجال الصحة , وخاصة الصحة النفسية والعلاج النفسي , وان فروع علم النفس المرضي و علم النفس العلاجي و علم النفس التحليلي وما تتناوله من موضوعات ومجالات خير دليل على العلاقة بين علم النفس والصحة.

أننا من خلال هذه المحاضرات المبسطة والموجهة بالأساس لطلبة علم النفس سنة ثانية نكون بها قد قربنا الفهم قليلاً لطلبتنا من أجل فهم فرع علم النفس المرضي وأهم الاضطرابات العصابية(القلق والاكتئاب) والاضطرابات الذهانية(الفصام). أملين أن يسهل لنا الله إكمال العمل لشرح بقية الاضطرابات في كتيب لاحق خاص أو في عدد منقح من هذا الكتيب.

### قائمة المراجع:

- 1- أبو العلا، أحمد نصر الدين (2003): فسيولوجيا اللياقة البدنية، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1
- 2- أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2008): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج6، دار المعرفة الجامعية، السويس
- 3- خير الزراد، فيصل محمد(2000): الأمراض النفسية-جسدية، دار النفائس بيروت، ط1
- 4- جابر عبد الحميد جابر، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار النهضة العربية، القاهرة، 1984
- 5- الجوزية ، ابن القيم، عدة الصابرين وذخيرة الشاكرين، مؤسسة الرسالة، بيروت، ط1، 2005
- 6- الجوزية ، ابن القيم، مدارج السالكين، مؤسسة الرسالة، بيروت، ط2، 2003

- 7- العيسوي، عبد الرحمان (1990): الأمراض السيكوسوماتية في الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة العربية، بيروت.
- 8- عبد الستار، ابراهيم (1998): الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليبه علاجه، مطابع الرسالة، الكويت، ط3
- 9- عبد الستار، إبراهيم، و رضوى إبراهيم (2003): علم النفس أسسه ومعالمه، المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، ط1
- 10- عبد الستار، إبراهيم (2008): إنه من حقتك يا أخى: دليل فى العلاج السلوكى المعرفى لتنمية التوكيدية ومهارات الحياة الاجتماعية، دار الكاتب، مصر
- 11- عبد الستار، إبراهيم (2008ب): الاكتئاب والكدر، فهمه وأساليبه علاجه، دار الكاتب، مصر، ط02
- 12- الحجار محمد حمدي (1998): المدخل إلى علم النفس المرضى، دار النهضة العربية بيروت ط1
- 13- القوصي عبد العزيز (1980): اسس الصحة النفسية، مكتبة النهضة العربية القاهرة.
- 14- عبد الستار ابراهيم، العسكر عد الله (2012): علم النفس الإكلينيكي، مكتبة الأنجلو مصرية. القاهرة
- 15- عبد الستار ابراهيم، رضوى ابراهيم (2003): علم النفس أسسه، ومعالم دراسته، المكتبة الأنجلومصرية. القاهرة.
- 16- عشوي مصطفى (2016) علم النفس المعاصر، دار الأمة للطباعة النشر الجزائر.
- 17- غانم محمد حسن (د.س): الأمراض النفسية للشخصية، المكتبة المصرية، الإسكندرية. مصر