**محاضرة القلق**

تمهيد : القلق من أكثر الاضطرابات النفسية عرضة للتغيير التصنيفي :

في القرن 18 اقترح الطبيب النفسي الاسكتلندي كولن ( Cullen ) مصطلح **العصاب** على أعراض القلق و الاضطرابات الجسمية و اضطرابات التفكك« dissociative disorders »..و هو يرى أن"**العصاب اضطراب عضوي سببه خلل في الجهاز العصبي يؤدي إلى تصرفات عصبية» nervous  »غريبة و شاذة**".

مع بداية القرن 20 بدأت وجهة النظر **الطبية العضوية** تتغير تدريجيا لتحل محلها وجهة نظر فرويد **العضوية النفسية**، الذي احتفظ بالتسمية "العصاب" ولكنه لم يرجعه إلى أسباب عضوية و إنما إلى شيء **نفسي** هو **القلق** فمتى هددت الذكريات و الرغبات المكبوتة بالظهور على مستوى الشعور يحصل القلق ليكون **'إشارة إنذار**"إلى الأنا ..و ما السلوك العصابي إلا تعبير عن القلق أو دفاع ضده.

تم قبول هذه النظرية لعقود و اعتمدتها التصنيفات الطبية ،(التصنيف الطبي الامريكيDSM2اعتبره **كصنف مرضي** و جعل من القلق الخاصية الأساسية المميزة له و يعبر عنه بشكل مباشر أو عن طريق الحيل الدفاعية . ...**أما التصنيف البريطاني ICD8** فقد ميز بين ثلاثة أصناف من الاضطرابات العقلية : الذهان – العصاب – التخلف العقلي .

**إذن شكل القلق العامل الأساسي في التشخيص الفارقي بين العصابي و الذهاني**

عارض السلوكيون العصاب كمصطلح و كمفهوم مستندين إلى عدم القدرة على ملاحظة أعراضه دائما أولا ثم انه قائم على أساس استدلالي ، و عليه فالنظام التصنيفي الثابت لا يمكن أن يقوم على الاستدلال أو الاستنتاج لأنهما يختلفان من منظور إلى آخر.

هناك اعتراضات أخرى اعتمدت على **صعوبة قياس القلق** بدقة كونه حالات مختلفة : **ذاتية** و **استثارة فيزيولوجية** و **اضطراب ذهني أو معرفي** .و قياس هذه الحالات قد لا يكون منسجما فقد يتعارض قياس احدهم مع الآخر ..و بالتالي فلا وجود لأداة قياس ثابتة و التي من دونها لا يمكن التمييز الشخصي . و على هذا الأساس قامت جمعية الطب النفسي الأمريكية بإسقاط مصطلح العصاب ضمن طبعتها الثالثة " DSM3" و استبداله بمصطلح "AnxietyDisorders" اضطرابات القلق و بالتالي فالتسمية تحرر نفسها من المحددات النظرية و التطبيقية المفروضة عليه .

القلق باعتقاد البعض تنبيه يدفع لأنماط سلوكية معينة ، و يعتبره آخرون استجابة او ردة فعل لضغوط داخلية أو خارجية ، فيما يصفه آخرون على انه حالة أو condition .

كان "فرويد" يقسم العصابات إلى نوعين : العصابات **الحالية** و هي عصاب الحصر ( أو**القلق** ) و **الوهن العصبي** و العصاب المراقي (الهيبوكوندريا ) ،

و النوع الثاني العصابات النفسية التي يصنفها إلى صنفين :

\*/ العصابات النفسية التحويلية : الهستيريا ، العصاب الرهابي ، العصاب الوسواسي القسري .

\*/ العصابات النرجسية : العصابات النفسية النرجسية التي توافق النفاسات المعروفة

أما التقسيم النموذجي المدرسي للأعصبة فيشمل :

-/ عصاب **الحصر** و هو شكل قاعدي يكون فيه الحصر و **القلق** منتشرين دون موضوع محدد.

-/ العصاب **الرهابي** :ينتقل فيه **الحصر** إلى موضوع أو موقف محددين.

-/ العصاب **الهستريائي** : ينتقل فيه الحصر النفسي إلى **الجسد** ، التحول الجسدي.

-/ العصاب **الوسواسي القسري** : ينتقل فيه الحصر إلى **سياقات فكرية نفسية قسرية و سلوكيات متعلقة** بها.

**تعريف القلق** هو :" حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض، وأعراض نفسية جسمية. ويرى أيضًا أن القلق غالبًا ما يكون عرض لبعض الاضطرابات النفسية إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هى نفسها اضطرابًا نفسيًا أساسيًا. وهذا هو ما يعرف باسم (عصاب القلق) (القلق العصابي) (رد فعل القلق) وهو أكثر حالات العصاب شيوعًا. كما إن خبرات القلق تظهر بأشكال مختلفة جدًا"

* القلق إذن **عرض** مشترك في جميع الأمراض النفسية والأمراض العقلية؛ إلا أنه في عصاب القلق **أظهر** الأعراض **وأكثرها** بروزا، فهو **أشد** عنفًا، **وأطول** بقاء، **وأكثر** تعطيلا للفرد. ويختلف هذا العصاب عن غيره من الأعصبة 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.
* استجابة انفعالية لخطر يخشى من وقوعه يكون موجهًا للمكونات الأساسية للشخصية.ليس هناك اتفاق حول مفهوم القلق النفسي؛ ولعل السبب يكمن كونه داخلي المصدر غير مفهوم

ميز سبيلبرجر« Speilbergerl بين قلق الحالة و قلق السمة حيث أوضح " أن القلق حالة انفعالية تتصف بأحاسيس طارئة من التوتر و الإدراك و العصبية المصحوبة بنشاطات من الجهاز العصبي الذاتي ( اللارادي) و يختلف قلق الحالة من حيث حدوثه عبر الزمن كدالة من الإجهاد الذي يلازم الفرد . أما قلق السمة فيشير إلى فروق فردية مستقرة في نوعية القلق ، بمعنى أن الناس يختلفون في استعدادهم للقلق أو نزعتهم نحو إدراك مدى واسعا من المثيرات أو المواقف المهددة و على هذا يرى أن مرتفعي قلق السمة ينظرون إلى العلاقات الاجتماعية كمهددات .....كما يحتاج هؤلاء إلى مدة زمنية أطول للعودة إلى وضعيتهم قبل الاستجابة .

و تم تعريف قلق الحالة على أنه " الاستجابة الانفعالية التي تظهر على الفرد الذي يدرك موقفا محددا على انه خطر عليه شخصيا ، أو مخيف ، بغض النظر عن وجود أو عدم وجود شيئ حقيقي يمثل ذلك الخطر "

قلق السمة " على انه الاختلافات الفردية المستقرة نسبيا بخصوص القلق ، الناتجة عن الاستعدادات لإدراك مدى واسعا من المواقف المثيرة على أنها خطر أو تهديد ، و النزعة نحو الاستجابة لها .

أيا ما كان القلق: إحساسا ، استجابة ، نمطا نفسي ، دافعا ، سمة فله أربعة أبعاد متداخلة : فيسيولوجية ، وجدانية ، معرفية و سلوكية تشكل مظاهر أو أعراض القلق .

**2/ أعراض(مظاهر) اضطراب القلق :**

يرتبط القلق بمجال واسع من الأعراض تكون على المستوى الجسمي والمستوى المعرفي والمستوى السلوكي؛ ولذا توجد هناك مجموعة أعراض ومكونات مهمة في القلق، ويمكن تلخيص الأعراض الإكلينكية للقلق النفسي فيما يلي:

* 1. **/ الأعراض النفسية**

فمن المظاهر النفسية لعُصاب القلق، حالة دائمة من الضيق **والتوجس** الهائم الطليق مهما صارت الهموم حوله سيرًا حسناً. 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 أرقأ، 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 أخر، فإذا به لا ينتبه إلى جزء فقط مما يدور حوله .

من الأعراض النفسية لاضطراب القلق هي:الخوف الشديد، وتوقع الأذى والمصائب، وعدم القدرة على التركيز والانتباه، والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والاكتئاب والعجز وعدم الثقة بالنفس، وفقدان الطمأنينة.

أما زهران (1977م) 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 وشرود الذهن واضطراب قوة الملاحظة وضعف القدرة على العمل والانتاج والانجاز وسوء التوافق الاجتماعي وسوء التوافق المهني**، وقد يصل الحال إلى السلوك العشوائي غير المضبوط. عموما يمكن ايجاز الاعراض النفسية للقلق في الآتي :

\* الشعور بالتوتر العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل .

\* والعصبية والتوتر العام وعدم الاستقرار والشعور بعدم الراحة .

\* والحساسية النفسية الزائدة ، فيصبح شعور المريض مرهفا جدا .

\* وسهولة الاستثارة والهياج ، وعدم الاستقرار .

\* والمخاوف العامة غير المحددة والتي قد تصل إلى درجة الفزع ( أي يكون الفرد خائفا ولكنه لا يعرف لماذا ، ويكون لديه شعور أن شيئا ما سيحدث ولكنه لا يعرف ما هو ) .

\* والشك والارتباك والتردد في اتخاذ القرارات .

\* والهم والاكتئاب العابر .

\* والتشاؤم والانشغال بأخطاء الماضي وكوارث المستقبل .

\* وتوهم المرض ، والإحساس بقرب النهاية والخوف من الموت .

\* واضطراب النوم والأرق ، والأحلام المزعجة والكابوس

**2-2/ الأعراض الجسمية الفسيولوجية : :** وتنشأ من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ، ومن ثم تزيد نسبة الأدرنالين والنورأدرنالين في الدم ( مع تنبيه الجهاز السمبتاوي ) ، ومن ثم يظهر كل من :

\* الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة .

\* وتوتر العضلات وآلام عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر

\* و النشاط الحركي الزائد .

\* واللازمات العصبية الحركية .

\* والتعب والصداع المستمر الذي لا يهدئه الأسبرين .

\* وتصبب العرق بغزارة ، وعرق الكتفين وارتعاش الأصابع .

\* تنميل وخدار في الأطراف .

\* وشحوب الوجه .

\* وسرعة النبض والخفقان .

\* وسرعة ضربات القلب ، والإحساس بالنبضات في كل مكان ، في رأسه ، وفي مخه ، مما يجعله في حالة ذعر من احتمال حدوث انفجار في المخ ، والذي لم يحدث بالطبع . كذلك يشعر المريض ببعض ضربات القلب غير المنتظمة .

. **وقد يخطئ المريض فيظن** أن ما يشعر به من خوف نتيجة طبيعية لاضطراب حالته الجسمية، بل قد يخطئ الطبيب نفس الخطأ.وغالبًا ما يصحب عُصاب 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.

زيادة على 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.

عموما يشمل القلق الكثير من الأعراض الجسمية مثل:الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة وتوتر العضلات والازمات العصبية الحركية وارتعاش الاصابع وشدة الحساسية للصوت والضوء،. قد يصاحب القلق أزمات قلبية أو صعوبة التنفس أو الجوع الشديد و هو ما يظهر لاحقا في شكل شره.

ينتظم السلوك بنشاط الجهاز العصبي المركزي و لذلك من المستحيل عزل الارتباطات المعرفية و السلوكية بشكل تام ..مع ذلك يمكننا الوقوف على ثلاث ارتباطات سلوكية : استجابات سلوكية تجنبية.(كما في حال الفوبيا ).استجابات سلوكية نمطية ( كما في الطقوس القسرية تحريك اليدين او الرجلين او ... )...تناسق حركي ضعيف أي ضعف التناسق و التآزر الحركي .

3/ **الاتجاهات النظرية المفسرة لاضطراب القلق :**

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. أمازهران (1977م) فيصرح بتفسير النظرية التحليلية كون فرويد (Freud) يرى الربط بين القلق وبين إعاقة (اللبيدو) من الإشباع الجنسي الطبيعي وجود عقدة أوديب أو عقدة الكترا وعقدة الخصاء.

يكون القلق حسب فرويد على ثلاثة أشكال : قلق الواقع حيث يتعرض فيه **الأنا** إلى تهديد من خطر خارجي ، و القلق **الأخلاقي** الذي يتعرض فيه الأنا إلى التهديد بعقوبة من **الأنا الأعلى** بسبب التفكير أو القيام بأفعال ممنوعة أو محرمة، و أخيرا القلق العصابي الذي يتعرض فيه **الأنا** إلى تهديد من دوافع الهو غير الشعورية و غير المقبولة التي تحاول الزهور على مستوى الشعور أو السلوك . و هو المصر الرئيس للعصاب .

أما أدلر فيرى أن القلق النفسي ينشأ نتيجة لشعور الشخص بأنه ناقص في نظر نفسه فيزيد **شعوره بعدم الأمن**، ومن ثم ينشأ لديه القلق. ويشتمل **مفهوم القصور** (المصدر العضوي، وأيضًا القصور بمعناه المعنوي الاجتماعي)؛ أي أن الفرد يستطيع أن يعيش بدون أن يشعر بالقلق إذا حقق هذا الانتماء إلى المجتمع الذي يعيش فيه.

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

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**بصدمة الميلاد** (1977م).

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 العداء الحرمان منم عطف الشخص الذى اعتدى عليه.

**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 **أنَّ للقلق استجابة مكتسبة** قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم تعميم الاستجابة .

يؤكد ايزنك على الاستعداد الوراثي أي أن الشخص يرث النزعة الانفعالية و هو بذلك يجمع بين افتراضات تكوينية وراثية و أخرى شرطية يقول " حسب نظريتي فان الحالة المخيفة المرعبة (Fearfulness) تقاس كما لو كانت بعدا في الشخصية دالا على العصابية ، و أنها ترتبط شرطيا بشكل وثيق ببعد الانبساط-الانطواء . و هكذا يكون الناس الذين هم بمستوى عال في كل من العصابية و الانبساطية أكثر استعدادا للاضطرابات العصابية و القلق بسبب ردود فعلهم القوية إزاء الخوف و قدرتهم على تكوين استجابات شرطية قوية .

يرى السلوكيون أن أسباب القلق تكون خارجية و عدوا القلق حالة جرى اشتراطها كلاسيكيا بتنبيهات خارجية ، و القلق عندهم مرتبط بالخوف و متفرعا منه عن طريق عمليات متعاقبة من الربط ، تنتهي بنسيان المصدر الأولي الذي أصار الخوف ، و يظل الشعور به مع غموض مصدره ، و هذا الشعور هو الذي ندعوه القلق .

فقد قام السلوكيون بتحليل السلوك إلى وحدات من المثير والاستجابة، والقلق في التصور السلوكي يمدنا بأساس دافعي للتوافق، مادام أننا نخبره كخيرة 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

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 للقلققد ترتبط بزيادة الانتباه الاختياري نحو المثيرات المهددة.

**أما أنصار التوجه الاجتماعي المعرفي فيتم تعلم القلق و الخوف بأربع طرق :**

* بالخبرة المباشرة للألم
* بالخبرة البديلة بمراقبة شخص آخر يعاني من الألم .
* بالتعلم الرمزي ( قراءات عن أخطار او سماع قصص عن خطر العقرب مثلا ).
* بالمنطق الرمزي ( اذا كانت العقارب خطيرة و تعيش في الصحاري فان الصحراء خطيرة )

**3/أنواع اضطراب القلق: اختلفت أنواع القلق حسب التصنيفات التي أعطيت له**

أولا / صنف القلق إلى أربعة أصناف، وهي:

1. القلق**الموضوعي العادي**، الذي يكون مصدره خارجيًا وموجودًا فعلًا. وأحيانًا يُطلق عليه اسم **القلق الواقعي** أو القلق الصحيح أو **القلق السوي**، وهو يحدث في مواقف الخوف من فقدان شيء ما.
2. حالة القلق (Anxiety state) أو **القلق العصابي**، وهو **داخلي المصدر** وأسبابه **لا شعورية** مكبوتة غير معروفة ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه ويعوق التوافق والانتاج والسلوك العادي.
3. القلق**العام** (Free- floating)، الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجد القلق غامضًا وعامًا وعائمًا.
4. القلق **الثانوي**، وهو القلق كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية الاخرى؛ حيث يعتبر القلق عرضًا مشتركًا في جميع الأمراض النفسية تقريبًا.

**ثانيا** / صنف القلق إلى نوعين فقط، هما كالأتي:

1. القلق الموضوعي (Objective Anxiety): وهذا النوع يقترب من الخوف؛ لأن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن المريض، ومن أمثلته، شعور الفرد بالقلق (الخوف) مثلًا إذا ما اقتربت منه سيارة مسرعة أثناء سيره في الطريق.
2. القلق المرضى أو العصابي (الحصر)(PathologicalAnxiety&AnxietyNeurosis)أما هذا النوع فإنه لا يدرك المصاب به مصدره أو سببه، إنما يشعر بحالة من الخوف الغامض الغير محدد.

ثالثا / صنف القلق إلى نوعين : :

1. قلق عادي (سوي): وهوالقلق العام الذي يمر به كل الناس خلال حياتهم اليومية مثل: قلق الأم نحو مرض وليدها، وقلق الشخص الذي يتوقع مقابلة معه في وظيفة أو دراسة، وقلق الطالب قبل الامتحان...الخ.
2. القلق **المرضي** (العصابي): هو الخوف المزمن دون مبرر موضوعي يطبع الشخص بطابعه مع وجود أعراض نفسية وجسمية شديدة متنوعة، وسماه بعضهم القلق الهائم أو الطليق؛ أي **أن القلق العصابي هو محور الاضطرابات العصابية جميعها (كالمخاوف والوساوس والهلع..)**

**4/علاج اضطراب القلق**

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

**العلاج النفسي**

يرى زهران (1977م) بأن العلاج النفسي يكون **بهدف** تطوير شخصية المريض وزيادة بصيرته **وتحقيق** التوافق باستخدام التنفيس والايحاء **والاقتناع** والتدعيم والمشاركة الوجدانية والتشجيع وإعادة الثقة في النفس **وقطع** دائرة المخاوف المرضية والشعور بالأمن. وأن التحليل النفسي يفيد في إظهار الذكريات المطمورة وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور

أي أن العلاج والإرشاد النفسي يساعدالمريض 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 .

**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 . .....العلاج البيئييتمثل العوامل البيئة ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل، وتخفيف الضغوط ومثيرات التوتر .

**العلاج الكيمائي**

ويستخدم في حالات القلق الشديد المزمن، ويعتمد على اعطاء المريض بعض العقاقير التي تخفض من حدة القلق والتوتر العصبي.

**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.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**محاضرة الخوف الفوبيا**

1/ تعريف : يعرف 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 يتملكه ويحكم سلوكه، ويصاحبه القلق والعصابية والسلوك القهري"

و يرى علماء النفس بأن الشخصية قبل المرض تتسم 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... كما وتلعب الإزاحة دورًا ديناميًا فعالًا في الخواف؛ حيث تزاح المهددات الداخلية إلى مهددات خارجية إزاحة لا شعورية.

**2/ النظريات المفسرة للخواف /للرهابات :**

**2-1/المدرسة التحليلية** : يرى علماء النفس التحليليون أن الفوبيا ما هي إلا ردود أفعال مزاجية مرتبطة بالقلق فهم يفترضون أن الخوف يتحول لا شعوريًا من موقف مثير للقلق إلى شيء غير ضار إطلاقا.و يجمع أنصار الديناميات النفسية و التحليل النفسي بان الفوبيا عبارة عن دفاعات ضد القلق الناجم عن كبت دوافع غير مقبولة . و أن الآلية التي يعمل بها تكون بتحويل موضوع آو موقف مخيف إلى موضوع آخر ، و انه بتحويل هذا القلق يبقي الفرد آو يحافظ على المصدر الحقيقي اللاشعوري ..و قد توص لذلك من دراسته لحالة الطفل هانز و التي استنتج من خلالها ان الفوبيا تنجم عن آلية نقل تستهدف تجنب بروز حالة صراعية بحيث ينقل القلق كعرض جوهري من المضمون الراعي المتعلق بالتناقض بين رغبة و منعها الى موضوع او موقف يمثلان هذا المضمون بشكل رمزي

2-2/**المدرسة السلوكية** : 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،

فالفوبيا ناتجة عن استجابات متعلمة ناتجة عن مواقف حياتية تتطور بالاشتراط الكلاسيكي ثم الاجرائي عن طريق الخبرة الشخصية أو بالنمذجة أو بملاحظة سلوك الآخرين "

فالاضطلااب 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.

**2-3/ المدرسة المعرفية :** من جهتهم يؤكد أنصار المدرسة المعرفية أن للرهابيين تحيزات معرفية تتعلق بتضخيم المثيرات المهددة الداخلية آو الخارجية ، او بسبب المعتقدات الخاطئة التي يفسرون من خلالها استجاباتهم الفيسيولوجية بحيث يدركون زيادة معدل ضربات القلب مثلا على انه تهديد يضاعف من حدة القلق مما يدخلهم في دائرة مغلقة ( تفسير خاطئ لاحساس جسمي قلق يزيد من الحالة ( زيادة معدل ضربات القلب ) يقود لفكرة كارثية (التضخيم) الموت

**3/أعراض الخوف :**

1. القلق والتوتر؛ مما يُشير بأن القلق من اعراض الخوف.
2. ضعف الثقة بالنفس.
3. الاجهاد، والصداع والاغماء وخفقان القلب وتصبب العرق والتقيؤ والام الظهر والارتجاف واضطراب الكلام والبوال أحيانا.
4. السلوك التعويضي مثل: النقد والسخرية والتحكم وتصنع الوقار والجرأة والشجاعة.
5. الأفكار الوسواسية، والسلوك القهري.
6. الامتناع عن بعض مظاهر السلوك العادي. ويصبح الخواف عائقًا معجزًا.

**4/أنواع اضطرابات الخوف: ( رهابات النزعة القسرية او الوساوس الرهابية )**

صنفت ) الفوبيا (Phobia) إلى صنفين، هما:

\*/الفوبيا الهستيرية، وترجع إلى انطلاق خوف مكبوت.

\*/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 والثعابين والحيوانات والحرائق .

**3/ الفرق بين الخواف و القلق :**

1. الفروق في الناحية الفسيولوجية وتتلخص في الآتي:

في الخوف يلاحظ:

-نقص في ضغط الدم وضربات القلب.

-ارتخاء في العضلات مما يؤدى أحيانًا إلى حالة اغماءه.

في القلق الشديد يلاحظ:

-زيادة في ضغط الدم وضربات القلب.

-توتر في العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة في الحركة .

1. الفروق في الناحية السيكولوجية وتتلخص في الآتي:

-من حيث السبب فحالة القلق يكون مجهولًا، أما في الخوف يكون معروفًا.أي أن سبب الخوف يكون معروفًا دائمًا وهذا لا يتوافر في حالات القلق .

-في القلق يكون التهديد داخلي، بينما في الخوف يكون خارجيًا.أي أن مصدر الخوف خارجي دائمًا بعكس القلق، الذي يكون مصدره داخلي .

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

-القلق من حيث التعريف يكون غامضًا، بينما الخوف يكون محددًا.

-مدة القلق تكون مزمنة، بينما الخوف فتكون حادة .

-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

عموما يمكن تلخيص دلك في الآتي :

**أنه من الناحية الفسيولوجية** فإن الخوف يصحبه نقص شديد في ضغط الدم وضربات القلب وارتخاء العضلات ، مما يؤدي إلى حالة من الإغماء ، وذلك في حالة الخوف الشديد . أما القلق النفسي فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب وتوتر في العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة في الحركة .

**من الناحية السيكولوجية فإن الفرق يكمن في الأتي :**

هو أن الخوف سببه معروف ، وتهديده خارجي ، وتعريفه محدد ، والصراع فيه غير موجود ، ومدته حادة .. أما القلق فسببه مجهول ، وتهديده داخلي ، وتعريفه غامض ، والصراع فيه موجود ، ومدته مزمنة

ولكن أحيانا القلق يسبب الاكتئاب كموظف صغير مسئول عن الخزينة ، ودوما يخشى من ضياع النقود ، فيصاب بالقلق ، ولكن قد يقلل القلق من تركيزه ويشتت انتباهه ن فيغري بعض الآخرين بسرقته ، فتظهر عليه علامات الاكتئاب ...

عصاب القدر Fate Neurosis و العصاب الخلطي Mixed Neurosis

.........................................................................................................

**محاضرة الهستيريا**

**نبدة تاريخية عن الاضطراب :**

ساد الاعتقاد لدى فلاسفة اليونان و على رأسهم هيبوقراط أن هناك علاقة بين الأعراض الهستيرية و الصعوبات الجنسية . و قد كان "سورانوس" أول من انتقد فكرة تحرك الرحم و أكد على الرغبة في الإنجاب. أما " Gallien " فقد اقترح النظرية النطفية للهستيريا حيث يعتقد أن الدم تم إفساده عن طريق تراكم السائل المنوي ..و أن هذه الزيادة ناتجة عن الامتناع الجنسي للهستيريين . بالمقابل اعتقد قدماء المصريين و ان سبب الاضطراب ناجم عن تجول الرحم في جسم المرأة .

في العصور الوسطى اعتقد الفلاسفة و الكهنة أن المرض سببه أرواح شريرة . في القرن 17 استبعد هذا التفسير بعد إعلان شارلز طبيب الملك هنري الثاني أن المرض يصيب الجنسين ، و ان مصدره المخ و ليس الرحم أو الروح الشريرة. و كان مسمر " Franz Anton Mesner 1734-1815" رائد استخدام التنويم المغناطيسي مع الهستيريا . بحلول القرن 19 كان شاركو أول من درس العصابات النفسية ، و ارجع الهستيريا إلى ضعف في الجهاز العصبي ( مستبعدا بذلك الأسباب النفسية ) ، ثم جاء بعده تلميذه جانيه" P .Janet"الذي أرجع الاضطراب لاسباب نفسية. و اعتقد بأن الأعراض ناتجة عن تغلب اللاشعور على الشعور .

من جهته استخدم سيجموند فرويد مصطلح الهستيريا التحويلية و قد نظر للأعراض الهستيرية على أنها تعبير عن الطاقة الجنسية المكبوتة أو الشاذة ، فالصراع الجنسي النفسي يتحول إلى اضطرابات جسمية .

أما "بافلوف " فقد ارجع المرض إلى ضعف في القشرة المخية و بالتالي سيطرة المراكز التحت قشرية لاحتوائها على مراكز الأفعال المنعكسة المتسببة في الأعراض.

**تعريف الهستيريا** : Hysteron »" كلمة ااغريقية تعني الرحم .

**عرفها فرويد و بروير** بأنها "عبارة عن عوارض دفاعية تحدث نتيجة ضغط الدوافع المكبوتة في اللاوعي و تحاول التنفيس عن نفسها بأي طريقة قد تترجم للجسد "

أو هي اضطراب غير إرادي في الوظائف الحركية الحسية أوالذاكرية يعبر عن صراعات عصابية و يرتبط بحاجات لا شعورية عند المصاب .أو هي عصاب يتحول فيه الصراع النفسي للجسد .

نصل إلى أن الهستيريا اضطراب جسدي الشكل يتجلى على شكل خلل لا إرادي يمس الأعضاء ذات التعصيب اللارادي تنتج عن صراعات نفسية داخلية المنشأ.و يعتبر جدب الانتباه آو الهروب مكسبا ثانويا .

**2/ اعراض الهستيريا**

تأخذ أشكالا مختلفة يمكن تقسيمها إلى ثلاث مجموعات :

الأعراض التحويلية :

\*اضطراب الجهاز الحسي مثل فقدان الإحساس الجلدي أو بعضه .

\*الصمم في أذن واحدة أو اثنتين .

\*العمى الهستيري .

\*فقدان حاسة الشم أو التذوق الهستيري .

\*الشعور بآلام و أوجاع مختلفة الدرجة في أي جزء من أجزاء الجسم .

أعراض الجهاز الحركي :

\*الارتجافات المختلفة : و تمس الأيدي و الأرجل و الجدع و الرأس و تأخذ شكل النوبات ، و ليست لها صفة الارتجافات العضوية كارتعاش مرض الباركنسون مثلا أو رعشة تسمم الغدة الدرقية .

\*الغصة الهستيرية :تكاد تقتصر على الإناث و تتخذ صورة الإحساس بوجود شيء ما في البلعوم يؤدي إلى صعوبة البلع و الأكل عامة .

\*فقدان الصوت : حيث من الممكن أن يفقد المصاب القدرة على استخدام الحبال الصوتية إلا انه يستطيع السعال إذا طلب منه ذلك ، و هذا ما يناقض وظيفة الحبال الصوتية مما يدل على الآلية النفسية الهستيرية في الموضوع كما أنفحوص الحنجرة و الحبال تؤكد انتفاء الإصابة العضوية .

\*إطباق الأجفان التشنجي : ( الغمز).

الأعراض الباطنية :

\*الغثيان و القيء .

\*الصداع الهستيري .من ابرز مواصفاته حدوثه في مناسبات نفسية أو اجتماعية يتوفر فيها عنصر الكسب و النفع الشخصي ( الصداع الشديد يمنع الطالب من دخول الامتحان )

\*الحمل الكاذب .

**3/ أنواع الهستيريا :**

3-1/الهستيريا التحويلية : يتحول القلق هنا إلى أعراض وظيفية في أعضاء أو أجزاء من الجسم بدلا من الإحساس به في مجال الشعور .إما بشكل منتشر و عام كما في عصاب القلق ، أو بشكل محدد كما يحدث في الرهابات المختلفة ، و يختار العضو المعني من تلك الأعضاء التي تغطى بواسطة الجهاز العصبي الحسي الحركي و من أمثلة ذلك نجد العمى و فقدان الأحاسيس الزائفة و الشلل و الاتاكسيا ( الخلجات او اللزمات ) ،و غالبا ما يظهر المريض قلة في الاهتمام أوهدوءا نفسيا غير مبال فيما يتعلق بهذه الأعراض . ومن أعراضها ( الشلل الهستيري – اضطرابات الكلام أشهرها " أفونيا " و تعني فقدان القدرة على الكلام ، و هناك أيضا عرض الخرس حيث يعجز المريض عن الكلام و لكن يكح بشكل عاد / الصمم او العمى الهستيري –

3-2/ الهستيريا الانشقاقية :

يتميز هذا النوع بمجموعة متنوعة من الانشقاق المؤقت في السلوك العادي مصحوبا بتغير ظاهر في حالة الوعي ، فحين يكون القلق عارما فانه يحدث انشقاقا لبعض جوانب و وظائف الشخصية عن بعضها ، و قد يكون الانشقاق عميقا لدرجة التغير في هوية المريض و الأعراض التي نقابلها في هذه الحالة هي :

-النسيان المرضي –الهياج (الهروب) –التجوال الليلي –ازدواج الشخصية و تعددها . و في بعض الأحيان قد يكشف الانشقاق عن صفة ذهانية مما قد يهدد بإحداث تفكك في الشخصية و بالتالي يعتبر هذه الحالات من ضمن الذهاناتالموقفية و التفاعلية المزمنة . و من أعراض الهستيريا الانشقاقية ما يلي :

\* فقدان الذاكرة : النسيان الكلي آو الجزئي للأحداث الماضية .

\*اضطرابات الإدراك و المعرفة كان يشعر المصاب بأنه يتواجد في المكان للمرة الأولى رغم معرفته المسبقة به لذلك يشعر بأنه غريب .

\*التجوال و التشرد –السير أثناء النوم -ازدواج الشخصية .

**3/الاضطرابات العصبية الانباتية** : كثيرة المشاهدة و يدعمها الاضطراب الوظيفي لهذا الجهاز الحساس لدى الهستريائي :

-تشنجات العضلات الملساء و المسرات : التشنجات المريئية التي تمنع التغذية . الاقياءات الشديدة ، التشنجات التنفسية .السعال العصبي .

-انتفاخ البطن و الحمل الهستريائي الكاذب

-الاضطرابات الوعائية الحركية و التنظيم الحراري كحالات الابتراد و الازرقاق و الودمة تحت الجلد و التعرق.

-تشاهد أحيانا أعراض ارتدادية من النوع النفسي تتمثل في الجنون الهستريائي و تتظاهر مثل الفصام إلا أن المريض لا يفقد الاتصال بالعالم الخارجي بل يظل مرتبطا به خاصة في إظهار أعراضه كما انه يكون على مسافة من هذيانه.

**سمات الشخصية الهستيرية :**

\*عدم النضج الانفعالي : عدم الثبات في العاطفة مع السطحية الانفعالية و الحساسية الانفعالية لأتفه الأسباب يؤثر على الجانب العلائقي بعدم القدرة على الحفاظ على العلاقات و قلة الصبر .

\*الانبساط في المزاج .\*الأنانية و حب الظهور .

\*القابلية للإيحاء، حب الذات و التذبذب في السلوك، التناقض و اللامبالاة ، الاعتماد الزائد على الآخرين ، عدم القدرة على تحمل المسؤولية ، المبالغة في التعبير عن الانفعالات .

**إشكالات التشخيص و التشخيص الفارقي للهستيريا :**تتميز الهستيريا بأنها "المقلدالأعظم" لجميع الأمراض لذلك لا بد من الحذر و التحري إذ أن الأخطار الطبية كثيرة و وخيمة في هذا المجال خصوصا على المستوى العضوي لذلك لا بد من مراعاة بعض القواعد التي تسمح بتمييز الأعراض و التظاهرات الهستريائية عن الأعراض و الآفات العضوية و منها :

* أن السمات الخاصة للتظاهرات الهستريائية لا تتوافق مع المعطيات التشريحية المعروفة كما أنها تتطور بشكل متبدل و متناقض بينما لا تكشف اضطرابات موضوعية بالفحص السريري .أما الاضطراب أو العجز الوظيفي فلا يكون متطابقا مع السببية الظاهرة .كما أن الأعراض يمكن أن تنتقل بالعدوى الايحائية كما يمكن أن تزول مؤقتا بالإيحاء .
* لا يجب أن نهمل أن الهستيريا تتواجد أحيانا مع اضطرابات عضوية أو آفات مرضية قديمة تثبت بشكل وظيفي .كما أن الهستيري معرض للإصابة بأي مرض أو آفة عارضة .
* لا يجب الاكتفاء بالتشخيص الأولي بل يجب إجراء فحص عضوي و عصبي كامل ، كذلك إجراء الفحوص المتممة الملائمة كالاختبارات النفسية و تخطيط الدماغ الكهربائي ، و من الآفات العضوية الشائعة الالتباس مع الهستيريا : الصرع الصدغي ، الأورام الدماغية ، التصلب اللويحي ، و بعض الأمراض الاستقلابية كالبورفيريا ، و هبوط السكر بالدم ، و نقص البوتاسيوم بالدم و هبوط كلس الدم .

المنشأ المرضي و الآليات النفسية للهستيريا : كان جانيه أول من قدم تفسيرا ديناميكيا نفسيا للنشوء الهستريائي ، فاعتبره نتاجا لضعف التحليل و التركيب النفسيين السويين ، و تضييقا في مجال الوعي بحيث يوجد لدى المريض نزوع إلى تجزؤ الشخصية . كما انه بفعل هبوط التوتر النفسي يميل في حالة شبه تنويمية إلى آلية نفسية تتظاهر فيها أفكار و صور ثابتة يعيشها بشدة و يحققها على جسده .

أما" بروير "فقد توصل إلى أن الإيحاء ليس خارجيا بل يتأتى من بنية نفسية باطنية هي اللاشعور..فالتظاهرات الهستيرية هي تعبير رمزي لنزعات مكبوتة تراجعت للاشعور بفعل صراعات نفسية تعود إلى الطفولة تتمحور حول الأزمة الاوديبية ..بحيث يشكل العرض الهستيري في مرحلة لاحقة توفيقا بين الرغبة و التحريم و بين مبدأ اللذة و مبدأ الواقع ، بحيث يحقق العرض الرغبة بشكل مقنع عبر آليات نفسية كالتكثيف و النقل و التبادل و التماهيات ، و من خلال ذلك يتم تجاوز القلق المرافق للرغبة الأصلية المقصاة..و قد ظل فرويد حائرا أمام هذه القفزة من النفسي إلى الجسدي و علل آلية التحول بأنها تحدث عندما يوجد توافق بين الاستعدادات الجسدية و الصراع النفسي .. .

**4/ الآليات البيو-عصبية للهستيريا : أشارت الأبحاث في هذا المجال إلى الآتي :**

اقترح بيير جانيت أن اضطراب التحويل هو عجزفي الانتباه الانتقائي نحو الأعراض مرضية. و شدد على التشابه الموجود بين التفكك بعد الصدمة النفسية و التغيرات الحاصلة في الوعي بفعل التنويم ، و بالمفهوم التحليلي فإن التحول conversion «  عبارة عن تحويل للانفعالات الخطيرة (العدوان – الغضب -. الإثارة الجنسية ....) إلى عرض جسدي يمثل تسوية ما بين الوجدانات غير المرغوب فيها و الدفاع ضده . اقترح لودويغ أن "تثبيط انتقائي للتحفيزات الواردة في القشرة المخية" يعمل في الهستريا لاستبعاد وظيفة جسدية من الوعي.

اعتبر جيم ميلر C. Miller Fisher فيشر اعتبر الهستيريا بمثابة وهم للإعاقة الجسدية مع عدم وجود بصيرة. من جهته ابلغ فلور هنري Flor-Henry et al15عن وجود خلل و ظيفي معرفي un dysfonctionnement cognitive »" في الفصوص الجبهية و بالنصف الكروي الخلفي الأيمن . و قد كان التدهور اكثر شدة على مستوى النصف الكروي المهيمن (الايسر ) و ادى الى عدم الدقة اللفظية و التناقض العاطفي والمعالجة الخاطئة للإدراك الجسدي الذاتي الشبيه بالشيزوفرينيا.

يتأثر الإدراك بشدة بالعواطف و بحالات الدافعية و التي تعمل على لفت الانتباه للمثيرات البارزة .تتضمن الكثير من المعالجات قبل الشعورية للمثيرات الانفعالية روابط ( اتصالات ) ما بين الامجدالا– الحصين – الجزيرة و بين القشرة الحزامية و المحجرية و التي تعمل على ربط حالات الانفعال بالإدراك و الذاكرة ..و يُنظَر إلى النصف الكروي الأيمن من الدماغ كمكان للشبكات العصبية التي تسترعي الانتباه إلى الفضاء الداخلي و الخارجي للفرد ، إلى المخطط الجسدي ، و الهوية الذاتية .و يرتبط الضرر على مستوى شبكة الاتصالات بالفص الكروي الأيمن باضطراب العاطفة و الإحساس كما ترتبط باللامبالاة.anosognosia and neglect ة قد تكون هذه اللامبالاة الجميلة " La belle indifférence" نوعًا ثانويًا من الإهمال المرتبط بالخلل في النصف الأيمن من الدماغ.بحيث يقوم هذا الخير بتحويل (نقل ) تأثيرات سلبية للخبرة الانفعالية تؤكد هذه الملاحظات فرضية داماسيو حول الهستيريا كونها تتضمن خريطة مضطربة لحالة الجسم .

الدراسات العصبية فيما يخص الهستيريا قليلة تعتمد على حالات باعراض مختلفة و لكنها تجمع على وجود تغيرات مختلفة في نشاط بعض المناطق القشرية و التحت قشرية و التي تكمن خلف الاضطراب التحويلي خاصة القشرة الجبهية و الجدارية المهاد و العقد القاعدية ..و يبقى قصور او ضعف الفص الكروي الايسر في حال الهستيريا مثار جدل ...

d’autres auteurs ont constaté une incidence plus élevée de déficits moteurs et sensoriels du côté gauche chez les patients présentant un trouble de conversion, impliquant donc l’hémisphère droit

و قد افترضت دراسة اعتمدت على )fMRI) الى أن الاضطراب التحويلي يعكس عدم فاعلية وظيفية ناتجة عن الكبح النشط للمعالجة الحسية الجسدية من قبل المناطق اللمبية المتعلقة بالعاطفة و الانتباه .

و في دراسة أخرى اعتمدت على positron emissiontomography (PET)لرصد التدفق الدموي الدماغي لدى مصاب بشلل هستيري أسفرت عن زيادة التدفق الدموي بالمنطقة الجبهية -المحجرية و القشرة الحزامية و قد لاحظ الباحثين أن لهاتين المنطقتين علاقة بكبح الاستجابات الحركية غير الملائمة ..و بما أن القشرة الأمامالجبهية الجانبية الظهرية اليسرى تتدخل في تخطيط و انتقاء الأنماط الحركية فقد تم تفسير الاضطراب الوظيفي لدى المرضى على انه شذوذ في المكونات العليا للإرادة.

و تدعم نتائج هذه الدراسات فرضية التثبيط الأمام جبهي للقشرة الحسية الحركية و يقترح أن الشلل التنويمي ( بالتنويم المغناطيسي ) يمكن أن يكون نموذجا جيدا للشلل الهستيري ...توفر هذه الدراسات من جهة أخرى تفسيرا بديلا ففي مقابل تثبيط القشرة الحسية الحركية من قبل المناطقالحوفية ، ويمكن أن يحدث فصل للقصد عن الوعي على مستوى الانتباه متسببا في عمى نفسي بالإحساس و الحركة شبيها بanosognosie

الفرضية القائلة إن اضطراب التحويل ناتج عن إعادة تنظيم ديناميكية للدوائر العصبية التي تربط بين الإرادة والحركة والإدراك و قد يحدث هذا الانقطاع في النظام الشبكي في مرحلة التخطيط الحركي ما قبل الواعي ، كيفية الانتباه المتخصص ، أو بالعمل الشبكي الجبهي – الجداري الايمن الذي يسمح بالتعرف على الذات و بالحفاظ على الارتباط العاطفي بالوعي بالذات .

يعكس تنشيط القشرة الحزامية الأمامية أثناء الشلل التحويلي الهستيري الخذر الهستيري انتباه مفرط للألم أو موضع تنتقل فيه المدخلات الحوفية المثبطة إلى القشرة الحركية. فقد تكون هذه القشرة بمثابة المراقب الخفي الذي يعكس نشاطه الوعي الشعوري بالصراع القائم بين العمل المنشود و النتائج .

**باقي النظريات المفسرة للاضطراب بإمكان الطالب الاطلاع عليها في مراجع اخرى .**

............................................................................................................................................................

**محاضرة الفصام**

**تمهيد** : ترجع الافكار الاولية للعلاقة بين الغدة الصنوبرية و النواتج السيكاترية للفيلسوف ديكارت ، بحيث اعتبرها مقرا للتفكير المنطقي ، و مصدرا لعلاقة الروح بالجسد.

عام 1857 وصف الطبيب النفسي الفرنسي "هورل" تناذرا مرضيا نفسيا يصيب صغار السن (المراهقين خصوصا ) و يتبع تطورا وخيما ، و أطلق عليه تسمية العته الباكر ، و اعتبره نتاجا لتنكس إرثي ، في عام 1874 فصل الطبيب النفسي الألماني كوهلبوم التناذر الجمودي كوحدة مرضية مستقلة و كان قد بدأ دراسة الهيبيفرينيا (الخبل العقلي –خبل البلوغ ) عام 1863 و استكملها مع تلميذه هيكر الذي فصل هذا التناذر معتبرا اياه نفاسا شبابيا عام 1871 .

سنة 1891 وصف الطبيب النفسي الروسي (كورساكوف) حالة نفاسية ذات بدء حاد و تطور وخيم أسماها " الديسنويا" بينما قدم الطبيب الفرنسي "هانيان " وصفا دقيقا للحالات الهذيانية المزمنة التي يتطور بعضها الى تنكس نفسي شامل وخيم " العته المتبلد '

قام الالماني كريبلين بجمع " خبل البلوغ "(مورل –هيكر ) و التناذر الجمودي لكوهلبوم و العته الزوراني (مانيان) تحت تسمية العته المبكر مرجعا سببها إلى اضطراب استقلابي .. حيث طرح المفهوم لأول مرة على عام "1898" تحت تسمية الخرف المبكر ضمن فعاليا المؤتمر التاسع و العشرين للعلاج النفسي في هيدلبيرغ ، فقد قسم الذهان إلى نوعين مختلفين هما الأمراض الاكتئابية–الهوسية و الخرف المبكر.

إلا أن الأبحاث اللاحقة أثبتت أن هذه التناذرات لا تنتهي غالبا بالعته بل تتبع تطورات متباينة كما لا تنحصر بشكل مطلق في صغار السن مما زعزع تصنيف كريبيلين

عارض يوجين بلولر عام 1911 المصطلح بشدة كون المرض يظهر في الكثير من الأحيان بعد مرحلة الشباب هذا من جهة و من جهة أخرى غالبية المرضى لا يتطور معهم الاضطراب فبعضهم يبقى على حاله سنة بعد أخرى و البعض الآخر يتحسن وضعه عكس ما اعتقد سابقه إن الشفاء ميئوس منه .. و كان قد انطلق من منهجية مختلفة في دراسته لتلك التناذرات و انتهى إلى أن الاضطراب الرئيس فيها يتمثل في التفكك النفسي و اقترح تسمية السكيزوفرينيا أي الانفصام الذهني .

**1/تعريف الفصام :** اضطراب عقلي يتميز بتفكك العمليات الفكرية و الانفعالية . يظهر بصورة عامة على شكل هلاوس سمعية أو ضلالات و اوهام غريبة و اختلال في اللغة و التفكير .

**2/ النظريات المفسرة للاضطراب :**

**2-1/ النظرية البيوعصبية العصبية :**

عدم التوازن الكيميائي :في مادة الدوبامين حيث توصل العلماء إلى أن مرضى الفصام يعانون من زيادة في نشاط الخلايا الدوبامينية كما أكدت الدراسات المعتمدة على الرنين المغناطيسي أن مرضى الفصام يعانون من صعوبة واضحة في التنسيق و الربط بين نشاط أجزاء الدماغ المختلفة .كما سجلت الدراسات امتداد بطيني واضح في أدمغة الفصاميين في مقابل ضمور جبهي خاصة منطقة التفكير .

و الجدير بالملاحظة أن بعض الأمراض العضوية تظهر أعراضا إكلينيكية شبيهة بالفصام كأورام الفص الجبهي الصدغي ، و هبوط نسبة السكر في الدم و زهري الجهاز العصبي ما يرجح الفرضية البيوعصبية في الإصابة بالاضطراب .

و عن تأثير النظم التعديلية افترض " Martin &Freedman, 2007 " علاقة بين التعديل الكوليني و الفصام بحيث يتسبب الخلل التعديلي الكوليني في اضطراب موجات غاما لدى الفصاميين بالفص الصدغي تحديدا الأمر الذي يفسر الهلاوس السمعية لدى هؤلاء.(المرجع لمن يهتم بالتفسير البيوعصبي للاضطراب)

Lee, Jung Hoon,2016,

**Disrupted cholinergic modulation can underlie abnormal gamma rhythms in schizophrenia and auditory hallucination.**

إضافة إلى التدخل الواضح للميلاتونين . عموما يمكن أن نتحدث عن مجموعة من العوامل المساهمة في المرض بدل العلاقات السببية و هي :

\*/ بيئية اجتماعية

\*/ وراثية جينية

\*/ تأثير شخصية ما قبل المرض .

\*/ تأثير البنية

\*/ اضطرابات في كيمياء الدماغ.

\*/اضطرابات وظيفية في الجهاز العصبي.

**2-2/ النظرية النسقية للفصام**  : تعتمد على فكرة الرابطة المزدوجة و ينشأ الفصام نتيجة تعرض الطفل أثناء نموه لمؤثرات شديدة من الوالدين تتميز بالترابط المزدوج .

سنة 1927 درس باتيستون الأنثروبولجي الشهير قضية قاطعي الرؤوس في غينيا الجديدة ووقف على اهمية استجابة الافراد التي تؤدي الى تغيير جدري في سلوكهم و اطلق بعدها ما اسماه الرابطة المزدوجة La double contrainte ، و هي تؤكد على وجود نمط من الاتصال المتناقض يلعب دورا هاما في ظهور المرض ومن خلال ملاحظته للكيفية التي يتواصل بها المرضى مع أباءهم و الام تحديدا و طور ما سمي لاحقا بما وراء الاتصال.La métacommunication

La façons dont il est possible de communiquer sur une communication " و من هنا جاءت فكرته الشهيرة الرابطة المزدوجة ليخلص في نهاية المطاف الى ان اضطرابا خطيرا كالفصام يمكن ان ينتج عن اضطرابات التواصل ، لم يكن الامر بالسهل على الممارسين العيادين لتقبل فكرة كهذه .

اعتقد Don Jackson أن المريض هو انعكاس لنسق مريض ، و ان الأعراض تهدف في حقيقتها لحماية النسق فقد لاحظ مع زميله Jay Halley خلال تعاملهما الطويل مع الفصاميين ان خفض الأعراض لدى فرد من العائلة يكون في الغالب مصحوبا بظهورها لدى فرد آخر .اي ان للعرض وظيفة وقائية تحول لاحقا ليصبح مؤشرا دالا على وجود أزمة أو رغبة في التطور و النمو.

سمحت هذه الابستمولوجيا النسقية بتجاوز القراءة الخطية التي تكون الأعراض فيها مرتبطة بصدمة أو صراع من الماضي المخزن في اللاشعور او مرتبطة بخلل عضوي إلى الكشف عن قراءة دائرية تركز على أهمية التأثير المتبادل في سلوك الافراد .

تستند كل مكتسبات الطفل من تفكير و منطق و سلوك على ما يتم تصفيته من حقائق و مما يشوبها من خلط و تداخل و تشويش و تكتسب هذه القدرة من سلوك الوالدين فمتى كان هذا العالم مشوشا يشوبه السلوك الغامض نشا ما يسمى بالترابط المزدوج و من ثم لا يستطيع الطفل تنظيم عالمه و بالتالي يصبح عرضة للفصام . فالرابطة المزدوجة ما هي الا املاءات متناقضة غير لفظية تعبر و بقوة عن عدم نضج الوالدين انفعاليا و تجعل الطفل في حيرة من امره بخصوص السلوك الانسب فقد يكون عرضة للعقاب في كل الحالات فيتعلم ان لا يفعل شيئا و يسلك بطريقة مبهمة و سلبية تملصا من العقاب فاضطراب التفكير و السلوك و الانفعال في مرضى الفصام هو استمرار لاكتساب هذا النوع الترابط المزدوج من الوالدين و ان الاضطراب ما هو الا عملية دفاعية ضد طلبات مستحيلة و للهرب من العقاب.

**3/ أعراض الفصام :**

**3-1/ اضطراب التفكير :**

\*/ اضطراب التعبير عن التفكير : من الاعراض المميزة للمرض يظهر **في قلة و عدم ترابط الافكار** و استمراريتها بحيث يشعر المصاب و كأن افكاره تتطاير من رأسه ، و **يجد صعوبة في ايجاد المعاني** لذلك يلجأ للتفصيلات التافهة التي تضعف تركيزه ما يقود **لامتزاج الواقع بالخيال** فيبدو تفكيره شبيها بما يحدث في الاحلام . **كما تنعدم لدى المريض القدرة على التجريد** و بسبب الغموض الواضح في التفكير غالبا ما يتجه المرضى للدراسات الغيبية و الفلسفة .

**3-2/ اضطراب مجرى التفكير :**

\*/ توقف التفكير حيث يتوقف المريض عن التفكير اثناء حديثه ثم يبدا الكلام في موضوع آخر و هذا يختلف عن بطء و كف التفكير الذي يظهر في مرضى الاكتئاب ( تفكير بطيء لكن الافكار منتظمة )

\*/ ضغط الافكار : يشعر المريض بتسابق الافكار في رأسه مما يعجزه على الافصاح عنها فيبدأ في إسقاط ذلك على غيره و أنهم لا يفهونه و لا يكترثون لآلامه .

توقف و ضغط الأفكار من الأعراض المميزة لمرض الفصام .

اضطراب التحكم في التفكير :

\*/ سحب أو الحرمان من الأفكار و بالتالي يشكو المريض من الفراغ الفكري و من ثم لا يستطيع التركيز \*/ إدخال الأفكار : عكس السابق

\*/ اضطراب محتوى التفكير : يصبح المريض أسير اعتقاداته الخاطئة و وساوسه و يؤول جميع أنواع السلوك تبعا للضلالات التي تحتل تفكيره .

**3-2/ اضطراب الوجدان :**

أ/ قوة الانفعال : يظهر المرض في بدايته على هيئة تأخر الاستجابة الانفعالية ثم تبلد في الانفعال ثم التجمد الانفعالي فينعدم لدى المريض تجاوبه بالعطف و الحنان مع المحيطين به و آخرها اختفاء القدرة الانفعالية تماما مع الجمود العاطفي .

\*/ عدم التجاوب الانفعالي : لان الفصامي يعاني من التبلد الانفعالي يصعب عليه إيجاد الألفة مع الاخرين .

أهم ما يميز الفصام هي الصعوبات العميقة و المعيقة في القدرة على التعرف على انفعالات الآخرين من خلال تعابير الوجه و نبرة الصوت ، تم التركيز خلال السنوات الأخيرة على الإدراك الاجتماعي كبعد مميز للضرر العصبي-المعرفي في الفصام و الذي يمكن ارتباطه بالصعوبات الكامنة وراء الوظائف الحسية . يفترض العديد من الباحثين أن هذه العمليات تنضج في المراحل الأولى من الحياة و أنها تعد suggesting that they may be especially effective as risk biomarkersفعالة بشكل خاص كعلامة خطر بيولوجية .

\*/ اضطراب الارادة : اهم ما يميز الاضطراب هو فقدان الارادة و عدم مقدرة المريض على اتخاذ القرارات و السلبية المطلقة في التصرفات و التي يبررها بأعذار واهية و احيانا يبررها بتحكم قوى خارجية في سلوكه . تتخلل هذه السلبية نوبات من العناد و التصلب و الجمود في الرأي .

اضافة الى الاعراض العامة الملاحظة على مرضى الفصام و هي الهلاوس و الضلالات او الهذاء و اضطرابات سلوكية كالتكلف الشاذ او النمطية ، و ضعف المهارات الاجتماعية

انواع الفصام :

1/ الفصام البسيط : يتميز هذا النوع باضطراب الانفعال و النشاط و قلة الهلوسة و ندرة الهذيان ، و يبدو ان ذلك راجع الى ما يظهر على الفرد من ضعف الوجدان و ضآلة التفكير . و بتقدم المرض يصبح الفرد متقلبا في عواطفه سريع الاستثارة ، تضعف قوته و دوافعه فلا يهتم بنقد الاخرين و لا بآراء الوالدين كما انه يفقد الاهتمام بالقيم الاخلاقية و بالناحية الجمالية . بعض المرضى قد يصبح جانحا او متشردا او منحرفا جنسيا . يتطور هذا النوع تدريجيا و لا يلاحظ الا اذا تقدم شوطا بعيدا حيث يظهر في اختلاف تفكير الفرد الذي يصعب عليه التعبير عن نفسه و لا يمكنه الاستمرار في أي حديث .

2/ الفصام الطفلي او الهيبيفريني : يطهر عادة في بداية المراهقة بطريقة غير واضحة . غالبا ما يكون المصابون بهذا المرض مثاليين غير متزنين انفعاليا . يصاحب هذا النوع من الفصام الشعور بالانقباض و الاستجابة الوجدانية السطحية غير الملائمة للموقف. كثيرا ما يضحك المريض بنوع من البلاهة ، و بدون أي سبب و يبدو ان ذلك راجع الى ان انفعالات المريض تتحول من الشعور الى اللاشعور فتتصل بالعقد و الرغبات المكبوتة . و عليه يمكن اعتبار الاضطراب الوجداني نوعا من تحويل العاطفة لا فقدانها

و يتميز المريض بهذا النوع من الفصام بعدم ترابط الكلام او تناسقه كما تظهر الهلوسات السمعية و البصرية و التي تمثل اسقاط النزعات غير المقبولة .. و تكثر الهذيانات غير المنتظمة و خاصة هذيان الشعور بالمرض فقد يعتقد المريض مثلا ان احدا يسحب دمه منه او فقد مخه او احد اطرافه .

يتميز سلوك المريض عموما بالطفلية من حيث التبرز و التبول و طريقة الاكل ، و تظهر الانسحابية الشديدة و يتمثل انفصام الشخصية بابرز معانيه.

3/ الفصام الكتاتوني : يظهر غالبا بين سن 15 و 25 . كثيرا ما يكون ظهوره بشكل حاد و نتيجة لاضطراب انفعالي شديد و احتمال شفائه اكثر من أي نوع آخر من انواع الفصام و لكنه اذا استمر طويلا قد يتحول الى فصام طفلي او اضطهادي . يأخذ الفصام الكاتاتوني مظهرين هما :

3-1/ تخشب كتاتوني : يجمد المريض جسميا و نفسيا فقد يجلس الساعات الطويلة ثابتا في مكانه دون اية حركة و لا يشعر هو الاخر بأية حركة من حوله و اذا ما وضع في وضع معين ثبت فيه دون مقاومة يمتنع عن الطعام و لكنه يأكل بشراهة اذا احس انه غير مراقب . يطيع الاوامر طاعة عمياء حتى و لو كانت نتائجها خطيرة و لا يخضع لمبادئ النظافة و بالرغم مما يبدو على المريض من عدم ادراكه لما يدور حوله الا انه احيانا يفوق من حالته و يحكي كل ما دار حوله بتفصيل مذهل . يتميز بالسلبية و احيانا يلجأ في انسحابه الى نوع من الغيبوبة التي تفصله تماما عن العالم .

3-2/ توتر كاتاتوني : يتميز بنشاط حركي عدواني غير منتظم غير مصاحب بأي تعبير انفعالي و غير متأثر باي مثير خارجي و لذلك يقوم المريض احيانا بأعمال عدوانية غير متوقعة . تكثر عنده اللزمات الحركية ، قليل النوم يرفض الطعام و يتناقص وزنه بسرعة و قد يصل الى حالة حادة من التوتر فينهار و يموت .

4/ الاضطهادية : لا يظهر الا بعد فترة طويلة و يكثر ظهوره ما بين نهاية المراهقة و سن الثلاثين و قبل المرض يتصف المريض بضعف العلاقات الشخصية و البرود /لا يتفق مع الغير في الرأي ، كثير الجدل و النقد اللاذع و المعارضة ، يقاوم أي ايحاء او سلطة و كثيرا ما تخفي استجاباته عداء داخليا .

بتقدم المرض تزداد اتجاهاته السلبية حدة ، و يضعف اتصاله بالواقع و يبدأ الهذيان الذي يعبر عادة عن الحاجات النفسية التي سببته و اهم ما يميز هذا النوع من الفصام وجود هذيان الاضطهاد كما يزهر هذيان المرض و الانقباض احيانا و بتطور المرض يصبح مضمون الهذيان اقل منطقية و يخضع المريض لقوة دفع غريبة و يصبح تعليله للأمور غامضا و لا منطقيا .

عموما تعتبر الاضطهادية نوعا من الاستجابة الاسقاطية الدفاعية النكوصية . و الجدير بالذكر ان هذا النوع من الفصام هو اكثر الانواع ذيوعا و اقلها احتمالا للشفاء .

و هنا قد نشير الى ان هناك تشابها بين الفصام الاضطهادي و البارانويا ، حيث ان الاثنين يتميزان بوضوح تسلط هذيان الاضطهاد ، و انهما يحدثان عادة للافراد الذين يتصفون بشدة الحساسية و بالعناد و التمركز حول الذات .

و هذا التشابه يؤدي احيانا الى الخلط بين الحالتين ، الا ان هناك فارقا هاما بينهما هو ان الفصام الاضطهادي يشمل جوانب الشخصية جميعها في حين ان البارانويا تتمركز حول الجانب الادراكي و لذلك يعتبر الهذيان فيها اوليا و أي مظاهر اضطراب اخرى تكون نتيجة له و متصلة به .

بمعنى ان البارانويا في اساسها اضطراب في الادراك و التفكير بتبلور حول هذيان الاضطهاد و يبدو المريض عاديا في نواحي سلوكه الاخرى الا ما يتصل بهذا الهذيان و الذي يبدأ بالشك المبالغ فيه و بشعوره انه مستغل من الاخرين . ثم يتطور الى هذيان منتظم الاضطهاد يتحول في غالبية الاحيان او يصاحب بهذيان العظمة