

تمهيد :

إن الاهتمام بدراسة القلق ليس وليد الحاضر، بل تعود دراسته إلى فترة بعيدة فلقد كانت ومازالت هذه الظاهرة تشغل بال الكثير من المشتغلين في ميدان علم النفس عامة وميدان علم النفس المرضي بوجه خاص لما لها من آثار مباشرة على اختلال الوظيفة النفسية أو الجسمية أو كلاهما والقلق هو لب كل المتاعب النفسية التي يعاني منها الإنسان، ويدفع به إلى المواقف الحرجة إلى أن يتصرف بصورة تزعجه وتزعج غيره ، ويعتبر القلق من الأمراض العصبية الشائعة كما نجده مصاحباً لكل الأمراض العصبية و الذهانية على السواء ويؤدي القلق بمختلف مستوياته وفي درجات متفاوتة إلى فقدان التوازن النفسي ، وهذا ما سيتم التطرق له في هذا الفصل .

1 - مفهوم القلق :

1 4 - المعنى اللغوي :

القلق : لغة : قلق الشيء حركه .

قلق : قلقا : اضطرب وانزعج ، القلق المضطرب والمنزعج (المنجد الأبيدي ، 1967، ص 815) .

1 2 - المعنى الاصطلاحي :

عرفه حامد عبد السلام زهران : قائلا القلق هو حالة من التوتر الشامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ، ويصاحبها خوف غامض و أعراض نفسية وجسدية ، كما أنه شعور شاق متعلق سوءا بوضعية صدمية حالية ، أو أنه متعلق بانتظار خطر أتي من موضوع غير محدد (حامد عبد السلام زهران ، 1997 ، ص 484) .

أما مزوز بركو : فيقول أن القلق هو شعور بالتوتر لا يدرك صاحبه مصدره أو علته ، وهو داخلي المصدر و أسبابه لا شعورية و غير معروفة و لا مبرر لها ، وهذا التوتر و الضيق يعيق التوافق و الإنتاج والتقدير والسلوك العام (مزوز بركو، 2014 ، ص 124) .

أما فرويد : عرفه بأنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان فيسبب له كثيرا من الضيق و الألم (مُجد إبراهيم الفيومي ، 1985 ، ص 60) .

وعرفه العالم كرويل : بأنه عبارة عن ألم داخلي يسبب الشعور بالتوتر ويمثل قوة دافعة قد تكون

بناءة أو مدمرة ، ويتوقف ذلك على درجة شعور الفرد بوقوع الشر وعلى مدى أو حجم

التهديد (عبد الرحمان العيسوي ، 1988 ، ص 72) .

وعرفه صمونيل حبيب : أنه حالة وجدانية تمتلك الإنسان و ترتبط بشيء غير واضح قد

يكون موجود أو غير موجود ، تسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم (صمونيل حبيب ، د

س ، ص 9) .

أما قاموس علم النفس لنوبارسيلامي : أن القلق هو إحساس صعب مصحوب باضطراب

عميق وبانزعاج كبير ناتج عن تأثير عام لخطر كبير محدد ووشيك يبقى الفرد أمامه ضعيفا

وهادئا هذه الحالة تترافق مع تغيرات عصبية و فيزيولوجية مثلما نلاحظها عند الانفعالات

الحادة منها التعرق ، الارتجاف ، اضطراب في الرؤية ، جفاف الحلق وسرعة نبضات القلب ،

والدوخة فالقلق يمكن أن يكون ناتجا عن مشاكل ظاهرية (منصورى مصطفى ، 2010 ،

ص 32) .

أما مسرمان فعرفه : بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال الصراعات والدوافع

ومحاولات الفرد لتكيف (مصطفى فهمي ، 1987 ، ص 199) .

أما جمال زكي : فيرى أن القلق في معناه العلمي يدل على إحدى الحالات الانفعالية التي

تصاحب الخوف من المستقبل ، وتؤدي إلى الضيق وعدم الرضا الذي يعوق التفكير الصحيح

ويعوق العمليات العقلية الأخرى (جمال زكي ، 1967 ، ص 14) .

ويعرفه علي ماضي : القلق بأنه استجابة تتميز بمشاعر الخوف و الخشية و التوتر الفيزيولوجي ، فلا يعود الفرد القلق قادرا على التركيز و التفكير بوضوح (منصوري مصطفى ، 2010 ، ص 32) .

أما صالح حسن الداھري : يرى أن القلق حالة نفسية ، تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدهده وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فسيولوجية (صالح حسن الداھري ، 2005 ، ص 90) .

2 -الفرق بين القلق و الخوف :

هناك أوجه شبه بين كل من القلق والخوف ، فأعراض القلق تشبه أعراض الخوف و رغم هذا فهناك فروق بينهما يمكن أن نلخصها فيما يلي :

1-2 - الفروق من الناحية الفيزيولوجية :

✓ في الخوف الشديد نلاحظ نقص في ضغط الدم وضربات القلب وارتخاء في العضلات مما يؤدي أحيانا إلى إغماء .

✓ في القلق الشديد نلاحظ زيادة في ضغط الدم وضربات القلب وتوتر في العضلات مع

تحفز وعدم استقرار وكثرة في الحركة (مجدي أحمد مُجدد عبد الله ، 2000 ، ص ص 149 - 150) .

2-2 - الفروق من الناحية السيكلوجية :

- ✓ من حيث السبب أو الموضوع فهو في حالة القلق يكون مجهولا أما في حالة الخوف فيكون معروفا .
- ✓ من ناحية التهديد في القلق يكون داخلي وفي الخوف يكون خارجيا .
- ✓ القلق من ناحية التعريف يكون غامضا أما الخوف فهو محدد .
- ✓ في القلق يكون الصراع موجودا بينما لا يوجد الصراع في الخوف .
- ✓ في القلق تكون المدة مزمنة أما في الخوف فتكون المدة حادة (خليل فرحة ، 2000 ، ص 115) .

3 - النظريات المفسرة للقلق :

اختلفت نظريات علماء النفس في تفسيراتها للقلق ، وذلك لكون مفهومه شديد التركيب و تكوينه النظري متشابكا مع غيره من التكوينات ، ومن النظريات التي عملت على فهم وتفسير القلق نجد :

3-1 - نظريات التحليل النفسي :

نظرية فرويد : يعتبر فرويد في طليعة الذين حاولوا تفسير مضمون القلق وذلك في إطار نظريته في التحليل النفسي ، فقد جعل القلق شيئا يمكن الشعور به كحالة مؤثرة ، لأن القلق حسب رأيه يستثار نتيجة لوجود عوائق اتجاه الغريزة الجنسية وتحول الليبدو إلى حالة مزعجة (مصطفى غالب ، 1983 ، ص 11) .

ولفرويد في هذا موقفان متباينان ، فقد وجد عام 1916 أن ثمة علاقة بين القلق والحرمان ، وأن مشاعر القلق تنشأ بسبب كبت الدوافع الجنسية أو إحباطها أو عدم إشباعها فحينما تمنع الرغبة الجنسية من الإشباع تتحول الطاقة الجنسية (الليبيدو) إلى القلق ، ففي هذه الحالة يكون القلق نتيجة الكبت و **فرويد** في الموقف الأول اعتبر أن صدمة الميلاد هي باكورة المصادر التي تبعث القلق في نفس الفرد فصدمة الميلاد تشتمل على سلسلة من المشاعر المؤلمة التي نتجت عن تغيير بيئة الطفل بسبب ميلاده وهذه الصدمة نتجت عن انفصال الطفل عن أمه واستقلالها عنه ولقد ربط **فرويد** بين القلق والليبيدو باعتباره مكونا من مكونات الشخصية ، وفسر ذلك بقوله انه عندما يكون الفرد في حالة استثارة جنسية قوية ، ولا يجد إشباعا لها ينتج عن ذلك بعد فترة أن تختفي الاستثارة ويحل محلها مشاعر القلق في صورة فرع ، وكلما كانت هذه الاستثارة الجنسية قوية وكلما حرمت ولم يتمكن صاحبها من إشباعها أدى ذلك إلى ظهور أعراض القلق بصورة عنيفة ، ومعنى ذلك أن القلق ماهو إلا صورة جديدة تبحث عن الاستثارة الجنسية غير المشبعة .

وفي كتابه الأخير لم يعد **فرويد** يؤكد على الخبرات التي تنتج عن صدمة الميلاد باعتباره العامل الوحيد والأساسي للقلق وقد أكد على وجود مواقف خطيرة تهدد الفرد في مراحل نموه المختلفة ، فمثلا خوف الطفل من فقدان حب أمه والخوف الناشئ من تهديد بالاختصاص والخطر الناشئ عن تهديد الذات ، وقد جعل **فرويد** في نظريته الأخيرة أن القلق هو الذي يؤدي إلى الكبت (مصطفى غالب ، 1983 ، ص ص 36 - 37) .

➤ نظرية كارن هورني : ترى أن هناك ثلاث عوامل أساسية في حالة القلق وهي

الشعور بالعجز والشعور بالعداوة والشعور بالانفراد والعزلة وتؤكد على أن واقع الحياة التي يعيشها الطفل يساعد على تكوين القلق بصفة تدريجية ، حيث تقول هورني أنه مهما تكن مظاهر القلق وأشكاله فهي تنبع من مصدر واحد وهو شعور الفرد بأنه عاجز وضعيف حيث لا يفهم نفسه ولا يفهمه الآخرون ، وأنه يعيش في وسط عدائي ملئ بالتنافس وكانت هورني أكثر تأكيد وإصرار لأهمية القيم والمعايير الاجتماعية وأثرها في تكوين الشخصية ، وتؤكد على أنواع الصراع الذي يرتبط بالقيم والمعايير الاجتماعية المتعارضة لذا يجد الفرد صعوبة كبيرة في التوفيق بين الاتجاهات المتعارضة ، فيعيش في صراع بين هذه الاتجاهات مما يزيد من مشاعر القلق لديه (مصطفى فهمي ، 1987 ، ص ص 203 - 204) .

➤ نظرية أدلر : يرى أدلر أن القلق النفسي ترجع نشأته إلى طفولة الإنسان الأولى كأن

يشعر الفرد بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالأمن ، وقد حدد أدلر مفهوم القصور في بادئ الأمر بأنه القصور العضوي ثم ذهب بعد ذلك فعمم هذا القصور حتى شمل القصور معناه المعنوي والاجتماعي ، بحيث جعل أن القلق أساسه القصور العضوي والقصور المعنوي أو المواقف القاسية (مُجَّد إبراهيم الفيومي ، 1985 ، ص 107) .

والمقصود بنظرية القصور العضوي في نظر أدلر أن هذا القصور يصيب أحد أعضاء

جسمه إما نتيجة لعدم استكمال نموه وتوقفه أو لعدم كفايته التشريحية أو الوظيفية أو بسبب

عجزه عن العمل ولقد بين أدلر على أن التغير الذي يحدث في وظائف الأعضاء القاصرة في

الجسم ، يدل على وجود علاقة بين الشعور بهذه القصور والنمو النفسي ، فاعتقد أن وجود أحد الأعضاء القاصرة يؤثر دائما على حياة الشخص النفسية ، لأنه ناقص في نظر نفسه فيزيد شعوره بعدم الأمن ، ومن ثم ينشأ القلق النفسي ،

ويضيف أدلر أن نوع التربية التي يتلقاها الطفل في أسرته أيام طفولته لها أثر كبير في نشأة القلق عنده (مصطفى فهمي ، 1987 ، ص 203) .

نظرية ماي : القلق عند ماي هو توجس يصحبه تهديد لبعض القيم التي يتمسك بها الفرد وتعتقد أنها أساسية ، وترى ماي أن للقلق أساسين هما الاستعداد الفطري والأحداث الخاصة التي تستحضر القلق عن طريق التعلم بأنواعه المختلفة ، وأن استجابة القلق تكون سوية إذا كانت متناسبة مع الخطر الموضوعي ، والخوف عند ماي عبارة عن استجابة متعلمة لخطر محلي لا يشكل تهديد للقيم الأساسية للفرد (فاروق السيد عثمان ، 2001 ، ص 22) .

3-2 - النظرية السلوكية :

يشير الاتجاه السلوكي في تفسير القلق إلى أن القلق أو الخوف هما مكتسبان من خلال الاشتراطات أو العمليات التعليمية الأخرى وهذا الخوف المكتسب يولد السلوك الهروبي أو التجنبي وبالتالي يعتبر هذان السلوكان سلوكان ناجحين لأنه يكتسب التعزيز من خلال خفض مستوى القلق أو الخوف ، ويعتبر ايزنك أن استجابة القلق هي نتيجة أحداث صادمة أو سلسلة من الصعوبات المتتالية تشمل على رد فعل عصبي لاإرادي ، على افتراض بأن المثيرات العصبية السابقة تصبح متصلة من خلال ردود أفعال مرتبطة بالقلق تأخذ

خصائص الدافعية من خلال محاولات خفض التوتر والقلق المتمثلة في الهروب والتجنب وأن الهروب والتجنب الذي يتبع خفض القلق يصبح قويا (صالح حسن الداھري ، 2005 ، ص 93) .

3-3 - النظرية الفيزيولوجية :

يعتقد أصحاب هذه النظرية أن الانفعال والتوتر يولدان مع تغيرات جسمية وفيزيولوجية ، وحسب هذه النظرية القلق يحدث نتيجة زيادة ملحوظة في نشاط الجهاز العصبي الإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي فتزيد بذلك نسبة الأدرينالين والنورأدرينالين في الدم من تنبيه الجهاز السمبثاوي ، فتزيد بذلك نسبته ، فيرتفع ضغط الدم وتزيد ضربات القلب وتزيد نسبة السكر في الدم ، مع شحوب في الجلد وزيادة إفراز العرق وجفاف الحلق مع كثرة التبول ، ولقد تبين أصحاب هذه النظرية من أطباء وعلماء وباحثين فيزيولوجيين أن مركز الانفعالات موجودة في الدماغ وبالضبط على مستوى النواة اللوزية التي تعمل باتصال مع الهيبوتلاموس ومركز الارتسام التي تتلقى التعليمات الانفعالية من طرف النواة اللوزية ثم يعمل على تكيفها

ومعالجتها مع المنبهات الخارجية على مستوى مناطق مختلفة من القشرة المخية)

مصطفى غالب ، 1983 ، ص 15) .

فهذه النظرية ركزت في تفسيرها للقلق على العوامل الفيزيولوجية والافرازات التي تحدث

في جسم الإنسان والتي تؤثر على الدماغ وبالتالي تثير أعراض القلق المختلفة .

3-4 - النظرية المعرفية :

حسب هذه النظرية فان الاضطراب الانفعالي هو خبرة ناتجة بالطريقة التي تفسر بها الأحداث التي يتعرض لها الفرد ، فهذه الأحداث ربما تمس نقاطا محددة غير محصنة لتستخرج التصورات المرتبطة بالمخاوف لاحقا ، إن الأنواع المحددة من الانفعالات تعتمد على التفسير محدد لمحتوى الحدث (المزاج الشخصي ، وقت حدوثه ، خبرات الشخص السابقة) فان هذا يعني أن الحدث نفسه سوف يثير عواطف وانفعالات مختلفة لدى الأفراد المختلفين أو أحيانا عواطف مختلفة لدى الفرد نفسه ضمن مواقف مختلفة (صالح حسن الداھري ، 2005 ، ص 93 - 93) .

4 - أعراض القلق :

هناك أعراض كثيرة ومختلفة للقلق وتصنف هذه الأعراض إلى :

4-1 - الأعراض الجسمية :

- ❖ اضطراب نشاط القناة الهضمية.
- ❖ زيادة سرعة ضربات القلب وضخ الدم بعنف .
- ❖ الشعور بالغثيان أو الإسهال (عبد الكريم الحجاوي ، 2004 ، ص 289) .
- ❖ قلة إفراز اللعاب.
- ❖ قلة الدم المندفع من الجلد مما يسبب الشحوب .
- ❖ اتساع حدقة العين والشعور بالألم في الصدر .
- ❖ تنميل في اليدين أو الذراعين أو القدمين.

❖ زيادة نشاط الغدد الدرقية (إيهاب الببلاوي ، 2001 ، ص 36) .

4-2 - الأعراض النفسية :

- نوبة من الهلع التلقائي .
- الانفعال الزائد والتردد في اتخاذ القرار (عبد الرحمان الوافي، 2009، ص 252).
- الاكتئاب وضعف الأعصاب .
- عدم القدرة على الإدراك والتمييز .
- نسيان الأشياء وسهولة الاستشارة .
- اختلاط التفكير وتوقع الأذى والمصائب .
- زيادة الميل إلى العدوان (فاروق السيد عثمان ، 2001 ، ص 30) .

4-3 - الأعراض النفسجسدية :

وتتمثل فيما يطلق عليه بالأمراض السيكوسوماتية ، أي تلك الأمراض العضوية التي يسببها القلق أو يلعب دورا هاما في نشأتها ، أو في زيادة أعراضها ، كالذبحة الصدرية ، الربو الشعبي ، جلطة الشرايين التاجية ، روماتيزم المفاصل ، البول السكري ، قرحة المعدة والقولون العصبي ، الصداع النصفي وفقدان الشهية العصبي .

5 - أنواع القلق :

إن دراسة القلق تساعدنا في تحديد نوع القلق الذي نريد الكشف عنه لأن دراسة القلق بشكل عام لا يؤدي إلى نتائج دقيقة ومحددة فالقلق أنواع ودرجات تختلف حسب

طبيعة الفرد ونوعه وسنه ، كما ترتبط طبيعة القلق بالظروف البيئية التي ينشأ فيها الفرد ويمكن تصنيف القلق تبعاً لأسس مختلفة .

1-5 - القلق الموضوعي (العادي) :

القلق الموضوعي تجربة انفعالية مؤلمة تنجم عن خطر قادم من الخارج والقلق قد يكون أمراً عادياً بمعنى أن الإنسان يخاف من بعض الموضوعات القائمة في البيئة كالخوف من الظلام (فيصل مُجد خير الله الزراد ، 1984 ، ص 88) .

حيث ينبع هذا الأخير من الواقع ومن الظروف الحياتية اليومية ويمكن معرفة مصدر مسبباته لأنه يكون غالباً محدداً في الزمان والمكان وينتج عن أسباب خارجية واقعية معقولة كما أنه مفيد للإنسان حيث يجعله أكثر انتباهاً واستعداداً لمواجهة الظروف الطارئة والمواقف التي تهدد أمنه وتوازنه الحيوي .

2-5 - القلق العصبي :

هو خوف غامض غير محدد وغير مفهوم لا يستطيع الشخص الذي يشعر به أن يعرف سببه (أنس عبد وشكشك ، 2009 ، ص 30) .

القلق هنا يكون داخلي المصدر وأسبابه لاشعورية مكبوتة غير معروفة ، ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه وهذا القلق يعوق التوافق والإنتاج والتقدم والسلوك العادي (مصطفى فهمي ، 1987 ، ص 200) .

ويميز فرويد ثلاثة أنواع من القلق العصابي :

1 - **القلق الهائم الطليق** : وهو حالة خوف عام شائع طليق مستعد لأن يتعلق بأية فكرة

مناسبة وهو يتربص بأية فكرة لكي يجد مبررا لوجوده وهو يؤثر في أحكام الفرد ويؤدي

إلى توقع الشر وتسمى هذه الحالة بالقلق المتوقع والأشخاص المصابون بهذه الحالة يتوقعون

دائما أسوأ النتائج ويفسرون كل ما يحدث لهم كأنه نذير سوء (أنس عبد وشكشك ،

2009 ، ص 21) .

2 - **قلق المخاوف المرضية** : هو عبارة عن مخاوف تبدو غير معقولة ، ولا يستطيع المريض أن

يفسر معناها ، وهذا النوع من القلق يتعلق بشئ خارجي معين ، فهو ليس خوفا معقولا

، كما أننا لا نجد عادة ما يبرره ، وهو ليس خوفا شائعا بين جميع الناس (فاروق السيد

عثمان ، 2001 ، ص 21) .

3 - **قلق هستيريا** : ومن المعروف أن الأعراض الهستيرية هي الرعشة والإغماء وخفقان القلب

وصعوبة التنفس ، إن مثل هذه الأعراض تسمى معادلات القلق حيث يظهر فيها القلق

بصورة واضحة (أنس عبد وشكشك ، 2009 ، ص ص 30 ، 31) .

3-5 - القلق الخلقى والإحساس بالذنب :

ينشأ القلق الخلقى والإحساس بالذنب نتيجة لإحباط دوافع الذات العليا ، وإن

الإحساس بالذنب شأنه شأن القلق العصابي يمكن أن يحدث في صور مختلفة في صور قلق

عام متشعب دون وعي بالظروف التي صاحبه ، أو في صورة مخاوف أو في صورة قلق متعلق

بأعراض العصاب نفسها (مصطفى فهمي ، 1987 ، ص 200) .

والقلق الأخلاقي يرجع أصلاً إلى خوف موضوعي ، وهو الخوف من عقوبة الوالدين (والطفل يتعلم ذلك خلال تربيته) والقلق الأخلاقي يرتبط مع القلق العصبي طالما أن العداء موجه نحو الأنا الأعلى ، وينشأ هذا الارتباط بسبب ما يفرضه الأبوان من نظام يوجه على نطاق واسع ضد التعبير عن الرغبات الجنسية والعدوانية (فيصل مُجد خير الله الزراد ، 2000 ، ص ص 53 - 54) .

5-4 - القلق الوجودي :

في هذا النوع من القلق تملك الشخص مشاعر بأن الحياة عبث لا قيمة لها ويفقد إحساسه بقيمة كل ما يفعله وهو أيضاً كغيره من أنواع الاضطرابات الانفعالية مثل اضطرابات وجدانية كالإحساس بالملل والفراغ ومشاعر الاكتئاب المتقطع ، ومن الناحية الفكرية تسيطر على الأشخاص أفكار بأن الحياة لا معنى لها ولا ضرورة لها ، أما من الناحية السلوكية يصبح الأشخاص غير مكترئين للقيام بأي نشاط أو أن يمضي في حياته ويغلب في القلق الوجودي الاكتراث وغياب المشاعر القوية ، وفقدان الإحساس بوجود أي معنى للحياة ومن أبرز العلماء الذين تكلموا عن القلق الوجودي " ألبرت كامو " و " جان بوك ساتر " و " آرثر ميلر " .

للتذكير لا تشهد العيادات النفسية من المرض القلقين الوجوديين بسبب مشاعر الاكتراث الحادة ، ولأن هذه الحالات يتم تشخيصها على أنها اكتئاب نفسي (عبد الستار إبراهيم ، 1994 ، ص 403) .

6- أسباب القلق :

تتعدد أسباب القلق ومن أهمها ما يلي :

6-1- الأسباب الوراثية :

أثبتت نتائج الدراسات التي أجريت على التوائم المتماثلة تشابه الجهاز العصبي

الإرادي واستجابته للمنبهات الخارجية والداخلية ، كذلك أوضحت دراسة العائلات أن

15 % من أبناء و اخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض ، وقد وجد كل من سيلتر و

شيلدر أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل إلى 50 %، وقد اختلفت النسبة في التوائم

غير المتشابهة فوصلت إلى 4 % فقط .

وهكذا يتضح أن للعامل الوراثي دورا هاما في الاستعداد للإصابة بمرض القلق حيث

أن الفرد يولد بالاستعداد الوراثي في جهاز العصبي للقلق النفسي وتظهر أعراض المرض عند

تعرضه لإجهاد أو شدة الانفعالات ، أو حالات الإحباط ، أو فقدان الأمن النفسي (أديب

مُجد الخالدي ، 2006، ص 201)

6-2- الأسباب النفسية :

إن الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة

لمكانة الفرد وأهدافه بسبب القلق إضافة إلى الضعف النفسي العام والتوتر الشديد ،

الصددمات النفسية ، الشعور بالعجز ، الذنب ، الخوف من العقاب وتوقعه ، زيادة إلى عوامل

متعلقة بالحياة العامة كالمشاكل المالية والمهنية و العائلية فهي من المسؤوليات التي تفوق تحمل

الفرد كما أن الأمراض العضوية الحادة أو المزمنة تمهد الاستجابة للقلق الذي يواجه الفرد أو

لطبيعة الضغوطات الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة والصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والفشل اقتصاديا وروحيا ، لذا **فرويد** يعطي ثلاث عوامل كافية وهامة للشعور بقلق :

- الإحساس بالخطر الذي ينبه القلق .
- الإحساس بعدم القدرة على مواجهة القلق .
- الذكرى التي تتمثل في تذكر الشخص القلق كحالة مماثلة حدثت مرة أو عدة مرات.

3-6 - الأسباب الفيزيولوجية :

تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي الارادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي ، ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنور أدرينالين في الدم ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي زيادة العرق ، وجفاف الحلق أما ظواهر نشاط الجهاز الباراسمبثاوي فأهمها كثرة التبول ، والإسهال ويتميز القلق فزيولوجيا بدرجة عالية من اليقظة والانتباه المرضي في وقت الراحة ، والمركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي هو الهيبوثلاموس وهو مركز التعبير عن الانفعالات وكذلك فالهيبوثلاموس على اتصال بقشرة المخ لتلقي التعليمات منها لتكيف بالنسبة للمنبهات الخارجية (أديب مُجد الخالدي ، 2006 ، ص 199) .

بالإضافة إلى أسباب أخرى مثل :

- مواقف الحياة الضاغطة ومطالب الحياة المدنية واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة، والوالدان العصا بيان أو المنفصلان .

- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيوخوخة ومشكلات الحاضر التي تستحضر ذكريات الماضي والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان .
- التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصاديا أو عاطفيا أو تربويا) والخبرات الجنسية خاصة في الطفولة والمراهقة والتعب المرضي .
- عدم التطابق بين الذات المثالية بالذات الواقعية وعدم تحقيق الذات (صالح حسن الداھري ، 2005 ، ص 95) .
- الصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والفشل والكبت (عبد الرحمان الوائلي ، 2009 ، ص 252) .

7 - تشخيص القلق :

في التشخيص يجب العناية بالفحص الطبي الدقيق ، وتقييم الشخصية ودراسة الحالة ، وفي حالة وجود الأعراض الجسمية يجب عدم الخلط بين القلق والاضطرابات العضوية الأخرى أو الاضطرابات العصبية الأخرى مثل الهستيريا أو الاكتئاب .

ويلاحظ أن بعض المرضى يذكرون الأعراض الجسمية ولا يذكرون أي شيء عن الأعراض الانفعالية للقلق لاعتبارهم أن القلق مرض نفسي وهم يريدون أن يدفعوا عن أنفسهم أنهم مرضى نفسيون (حامد عبد السلام زهران ، 1997 ، ص 487) .

■ التشخيص الفارقي :

- يشخص اضطراب القلق العام في غياب اضطرابات الشخصية الانفعالية وغياب أعراض الاضطراب الوجداني بوجود قلق شديد وانقباض حول اثنين أو أكثر من ظروف الحياة لمدة ستة أشهر أو أكثر وكانت أعراض القلق واضحة في غالب الأيام ويتضمن التشخيص الفارق لاضطراب القلق العام كل الاضطرابات الطبية المسببة للقلق شريطة ألا يتعلق ب:
- بعض الأمراض الجسدية مثل حالات الارتجاع واضطراب الغدة الدرقية أو أورام فوق الكظرية ، والصرع وبعض الأمراض المعدية والاضطرابات العصبية .
 - الحالات السريرية التي قد تظهر بصورة متشابهة لأعراض القلق مثل التسمم الحاد ، أو الامتناع عن تعاطي المسكرات ، أو المنومات .
 - لا يكون الاضطراب عرضاً من أعراض اضطراب وجداني أو اضطراب ذهان الهوس الاكتئابي في صورته الحادة ، أو مرض الفصام وحالات الهذيان وأمراض الدماغ العضوية .
 - لا يكون عرضاً لاضطراب سيكوماتي نفس جسمية أو عصبية أو يكون عرضاً لمرض نفسي آخر كالهستيريا وتوهم المرض (سعيد جاسم الأسدي و عطاري مُجدَّ سعد ، 2012 ، ص 246) .

8 - علاج القلق :

يعتبر القلق من أكثر الاضطرابات النفسية الانفعالية استجابة للعلاج ومن أهم

الأساليب المتبعة في علاج القلق ما يلي :

1-8 - العلاج النفسي :

بهدف تطوير شخصية المريض وزيادة بصيرته وتحقيق التوافق باستخدام التنفيس والإيحاء والإقناع والتشجيع وإعادة الثقة في النفس وقطع دائرة المخاوف المرضية والشعور بالأمن ويفيد التحليل النفسي في إظهار الذكريات المطمورة وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور وتنفيس الكبت وحل الصراعات الأساسية (صالح حسن الداھري ، 2005 ، ص 96).

2-8 - العلاج السلوكي :

ينطلق العلاج السلوكي من مسلمة ترى أن القلق يحدث نتيجة اشراط خبرة حدثت في الماضي ، تثير القلق ولذلك فان جهد المعالج السلوكي ينصب على فك هذا الاشرط ، حيث يتم تدريب المريض على عملية الاسترخاء والقيام بتمارين التنفيس البطني ، ومواجهة المنبه المثير للقلق بدرجات متفاوتة من الشدة ، إلى أن يتمكن المريض من مواجهة الموقف المثير للقلق دون ظهور أعراضه .

3-8 - العلاج الكيميائي :

ويستخدم في حالات القلق الشديد المزمن، ويعتمد على إعطاء المريض بعض العقاقير التي تخفف من حدة القلق والتوتر العصبي (مجدي أحمد مُجَدَّ عبد الله، 2000، ص 156). ويعتمد العلاج الكيميائي في حالات القلق العصبي على استخدام العقاقير المسماة بالمهدئات الصغرى ، ويتم كذلك علاج الأعراض المصاحبة مثل الأرق وفقدان الشهية .

ويجب عدم الإسراف في استخدام العقاقير المهدئة حتى لا يحدث إدمان لدى المريض لهذه العقاقير .

4-8 - العلاج البيئي والاجتماعي :

ويعتمد على إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي أو الصدمة الانفعالية التي سببت القلق ، وأحيانا يتطلب الأمر تغيير الوضع الاجتماعي سواء في العائلة أو في مكان العمل (مجدي أحمد مُجَدَّ عبد الله ، 2000 ، ص156).

5-8 - العلاج الكهربائي :

لا يطبق على كل الحالات التي تعاني من القلق وإنما يطبق فقط على حالات القلق العصبي المصحوب بأعراض اكتئابية (فيصل مُجَدَّ خير الزراد ، 1984 ، ص 89) . ويعتمد على تعريض المريض لصدمة كهربائية تعيد تنظيم المواد الكيميائية والهرمونات العصبية التي تصل بين قشرة المخ والهيوثالاموس .

6-8 - العلاج الجراحي :

في حالة فشل الأساليب السابقة يلجأ إلى العمليات الجراحية ، وتجرى في حالات نادرة من القلق ، كحالة القلق التي تكون مصحوبة بالتوتر الشديد والاكتئاب ، تتم هذه العملية في المخ لتقليل من شدة القلق وذلك عن طريق قطع الألياف الخاصة بالانفعال في المخ الحشوي ، إذ بقطعها تتوقف الدارة الكهربائية والعصبية والكيميائية الخاصة بالانفعال (فيصل مُجَدَّ خير الزراد ، 1984 ، ص 89) .

وهناك طرق أخرى في علاج القلق مثل :

- العلاج عن طريق الرياضة .
- العلاج بالمياه الساخنة .
- العلاج عن طريق مشاهدة الأفلام .

خلاصة :

من خلال كل ما استعرضناه في هذا الفصل فان القلق من المواضيع المهمة والواسعة والعميقة والخطيرة إلا أن البعض من الناس لا يرون فيه إلا عنصرا بسيطا يمكن تداركه وهذه بالتأكيد فكرة خاطئة عند العامة لأن القلق يلعب دورا هاما في تأزم مختلف الأمراض.