



جامعة بلحاج بوشعيب - عين تموشنت
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر في علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي



القلق وعلاقته بنوبات الهلع لدى المرأة العاملة دراسة لحالتين من عين تموشنت

تحت إشراف الأستاذة
د. مقداد أميرة

من إعداد وتقديم الطالبة:
أكل إحسان

تاريخ المناقشة: 2026/06/15

نوقشت علنا أمام اللجنة المكونة من:

أ.مقداد أميرة	أستاذ محاضر -أ-	مشرفا
أ.بن عيسى رحال نوال	أستاذ محاضر -ب-	مناقشا
بن رجيل محمد	أستاذ محاضر -ب-	رئيساً ومقررا

السنة الجامعية 202/2026



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

التصريح الشرفي

الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لانجاز بحث علمي
(القرار رقم 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها)

أنا الممضي أسفله،
الطالب (ة): أحمد احسان
الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 1138916639 الصادرة في تاريخ: 2018-06-03
دائرة: جسام بوحسن ولاية: عين تموشنت
والمسجل بكلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية
قسم: العلوم الاجتماعية
شعبة: علم النفس تخصص: علاج
والمكلف بإنجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي، الموسومة بعنوان:

القلق وعلاقته بنوبات الهلع لدى المراهقات
العاهلة

أصيح بشرفي أن ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقية المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في انجاز مذكرة
الماستر المذكورة أعلاه.

عين تموشنت في: 26/06/2020

امضاء المعني



الترخيص بإيداع مذكرة الماستر

اسم الأستاذ(ة) المشرف(ة): الأستاذة هناد آف مسرت
مذكرة التخرج في الماستر الموسومة: الخلق وعلاقته بنوحيات الملع
لبنى المرأة العاملة
دراسة لبحاليت من عند تموشنت
من انجاز الطالب (بين):
إدراك اجسامان 1

2

ميدان: العلوم الاجتماعية

شعبة: علم النفس

تخصص: علم النفس العمادي

أشهد أن الطالب(بين) قد قام(ا) برفع كل التحفظات المطلوبة من طرف لجنة المناقشة،
بإمكانه(ها) إيداع النسخة الالكترونية المصححة على مستوى المستودع الرقمي لجامعة عين تموشنت.

عين تموشنت في: 30 جويلية 2020

امضاء رئيس اللجنة

الاسم واللقب: بن رحيل محمد
[Signature]

امضاء المشرف

الاسم واللقب: [Signature]

[Signature]

تأشيرة رئيس القسم



سني احلي
رئيس قسم
العلوم الاجتماعية

شكر وعرفان

"قال رسول الله ﷺ: من لم يشكر الناس لم يشكر الله"

الحمد لله الذي أنار لنا درب العلم والمعرفة، وأعاننا وفقنا علماً كما لهذا العمل المتواضع، والذي نحمده كثير أو نشكره
فضلنا على نعمي لت
يلا شخصي.

أقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى أستاذتي الفاضلة الدكتورة مقداد أميرة، التي لم تخل علي بالتوجيه،
والنصح، والدعم المستمر طوال فترة إنجاز هذا العمل؛ فقد كانت نعم السند والموجه المشرف الذي قادني
لإتمام هذه الدراسة على أكمل وجه.

كما أتوجه بخالص الشكر والتقدير إلى كل من ساعدني من قريب أو من بعيد، وسهّل علي خطوات هذا
العمل الميداني، وأخص بالذكر الحالات التي تعاونت معي بكل ثقة وصبر. إلى كل هؤلاء، أقول لكم شكراً جزيلاً
وجزاكم الله عني كل خير.

إهداء

إلى من كل مسيتي بلحب والدعم، وسند عمري وزوجي الغالي، الذي كان لي خير رفيق وعون طوال فترة دراستي، وتحمل معي كل الضغوطات خطوة بخطوة.

إلى نبع الحنان والدينا العزمين، عائلتي الغالية التي لولا دعواتها ورضاها لما وصلت إلى ما أنا عليه اليوم، وأهلي وكل من يحملني الحب في قلبه.

أهدي هذا العمل المتواضع إليكم جميعاً

فهرس المحتويات

شكر وعرفان

إهداء

فهرس المحتويات

ملخص الدراسة

مقدمة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

الإشكالية

فرضيات الدراسة

أهداف الدراسة

التعاريف الإجرائية للدراسة

أهمية الدراسة

الدراسات السابقة

الفصل الثاني: القلق

تمهيد

1. نبذة تاريخية عن القلق

2. مفهوم القلق

3. فيسيولوجية القلق

7	4.سيكولوجية القلق
8	5.نظريات المفسرة لقلق
3	6.أنواع القلق
5	7.أعراض القلق
6	8.مستويات القلق
7	9.أسباب القلق
0	10.علاج القلق
1	خلاصة
2	الفصل الثالث : نوبات الهلع
2	تمهيد
3	1.تعريف نوبات الهلع
4	2.النظريات المفسرة لنوبات الهلع
7	3.الأشكال العيادية لنوبات الهلع
9	4.الأسباب و العوامل المهيئة للإصابة بنوبات الهلع
0	5.معايير تشخيص حسب DSM: 5
1	6.التشخيص الفارقي
3	7.المنبئات المنذرة بوجود نوبات هلع
4	8. علاج نوبات الهلع
5	الخلاصة

١6	الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية
١6	تمهيد
١7	1. الدراسة الأساسية
١7	2. منهج الدراسة
١8	3. أدوات الدراسة
١9	4 مقياس الهلع
١1	5. الحدود المكانية و الزمانية
١2	الخلاصة
١4	الفصل الخامس: عرض الحالات
١4	الحالة الأولى
١5	جدول المقابلات مع الحالة
١6	ملخص المقابلات العيادية مع الحالة ب.د.
١6	تحليل المقابلات
١9	التشخيص التصنيفي للحالة (ب.د.) وفق معايير DSM:5-
١2	نتائج مقياس بيك للقلق (beck) للحالة ب.د.
١4	نتائج اختبار قياس الهلع للحالة ب.د. ((Scale Disorder Panic
١5	إستنتاج يجمع بين نتائج المقابلات و المقياسين (مقياس نوبات الهلع ومقياس القلق)
١6	الحالة الثانية
١6	معلومات عن الحالة

٧٨	جدول المقابلات
٧٨	ملخص المقابلات
٧٩	عرض وتحليل المقابلات
٨٣	التشخيص التصنيفي للحالة (س. ص) وفق معايير 5DSM-
٨٦	نتائج مقياس نوبات الهلع للحالة (س. ص)
٨٩	نتائج مقياس بيك للقلق (beck) للحالة (س. ص)
٩٠	إستنتاج يجمع بين نتائج المقابلات والمقياسين (مقياس نوبات الهلع ومقياس القلق beck)
٩١	مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات
٩٣	مناقشة نتائج الفرضية العامة
٩٥	مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الاولى
٩٦	مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية
٩٧	مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثالثة
٩٨	مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الرابعة
١٠٣	خاتمة
١٠٥	قائمة المصادر والمراجع
١٠٩	الملاحق

ملخص الدراسة

تبحث هذه الدراسة في دور قلق السمة في تشكيل الخبرة الذاتية لنوبات الهلع لدى المرأة العاملة، هدفت إلى الكشف عن العلاقة الديناميكية بين القلق كسمة مستقرة في الشخصية وظهور نوبات الهلع في ظل ضغوط الواقع وصراع الأدوار الأسرية والمهنية. ولتحقيق هذا الهدف، تم الاعتماد على المنهج العيادي القائم على "دراسة الحالة" نظراً لملائمته لعمق الظاهرة، وتكونت عينة الدراسة من حالتين (02) من النساء العاملات اللواتي يعانين من أعراض اضطراب الهلع، حيث جرى اختيارهن بطريقة "قصديّة" عيادية بناءً على معايير محددة تناسب موضوع البحث. وقد استعانت الطالبة في جمع البيانات بأدوات عيادية وسيكومترية تمثلت في: المقابلة العيادية نصف الموجهة، الملاحظة السلوكية الفاحصة، مقياس بيك للقلق، ومقياس نوبات الهلع. وقد أسفرت الدراسة عن تحقق الفرضية الرئيسية بالكامل؛ حيث أثبتت النتائج الإكلينيكية والسيكومترية أن القلق كسمة مستقرة في الشخصية (والذي تشكل نتيجة ظروف تنشئة مبكرة كالإهمال العاطفي أو الحماية المفرطة) يمثل الأرضية النفسية الهشة التي تفاعلت مع ضغوط الواقع المهني والأسري والصدمات الحياتية، مما أدى في النهاية إلى تفجير نوبات الهلع بظواهرها الجسدية الحادة (كالاختناق وضيق التنفس) وتمثلاتها المعرفية الكارثية (كالخوف من الموت أو فقدان العقل) وفق معايير الدليل التشخيصي الخامس DSM-5.

الكلمات المفتاحية: قلق السمة، نوبات الهلع، الخبرة الذاتية، المرأة العاملة.

Abstract

This study investigates the role of **trait anxiety** in shaping the subjective experience of **panic attacks** among working women. It aims to uncover the dynamic relationship between anxiety as a stable personality trait and the manifestation of panic attacks under the pressures of reality and the conflict between familial and professional roles. To achieve this objective, a **clinical case study approach** was adopted due to its suitability for exploring the depth of the phenomenon. The study sample consisted of two (02) working women suffering from symptoms of panic disorder, selected through a **purposive clinical sampling method** based on specific criteria relevant to the research topic. The researcher utilized both clinical and psychometric tools for data collection, including: semi-structured clinical interviews, diagnostic behavioral observation, the Beck Anxiety Inventory (BAI), and a panic attack scale. The study fully confirmed the main hypothesis; clinical and psychometric results demonstrated that trait anxiety—developed as a result of early upbringing conditions such as emotional neglect or overprotection—serves as the fragile psychological foundation that interacted with professional/familial pressures and life traumas. This ultimately triggered panic attacks, characterized by acute somatic symptoms (such as suffocation and dyspnea) and catastrophic cognitive representations (such as the fear of death or losing one's mind), in accordance with the criteria of the **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)**.

Keywords: Trait Anxiety, Panic Attacks, Subjective Experience, Working Woman.

مقدمة

مقدمة

يعتبر الجهاز النفسي الإنساني بنية دينامية معقدة، تسعى دوماً للحفاظ على حالة من التوازن والانسجام الداخلي في مواجهة المثيرات البيئية والصراعات اللاشعورية المتواترة. ومع تسارع وتيرة الحياة المعاصرة وتزايد حجم الضغوط السيكوسوشيولوجية، واجه الفرد تحديات جمة وضعت آلياته الدفاعية وتوافقه النفسي على المحك. وتبرز المرأة العاملة في سياق المجتمعات الحديثة كأحدى الفئات الأكثر عرضة للاستثارة النفسية والفسولوجية المستمرة؛ إذ يضعها موقعها الحياتي أمام متطلبات مركبة وتراكمت ناتجة عن "صراع الأدوار" بين الالتزامات المهنية ومسؤولياتها الأسرية والاجتماعية الكلاسيكية. هذا التجاذب المستمر بين أدوار متعددة وغالباً ما تكون متناقضة، يؤدي تدريجياً إلى إنهاك طاقة "الأنا" وتآكل خطوط دفاعها النفسي، مما يحول الساحة النفسية للمرأة العاملة إلى بيئة عيادية خصبة لظهور تجليات عصابية متنوعة، يأتي في طليعتها اضطراب القلق ونوبات الهلع.

إن القلق النفسي (Anxiety) يمثل القاسم المشترك والأرضية الأساسية لمعظم الاضطرابات العصابية. وفي حقل علم النفس العيادي، لم يعد يُنظر إلى القلق كونه مجرد استجابة انفعالية آنية أو عابرة للمواقف المهددة، بل هو بنية معقدة تتداخل فيها الأبعاد المعرفية، الوجدانية، والسلوكية والبيولوجية. وهنا تبرز الأطروحة الكلاسيكية والحديثة التي تميز بين القلق كسمة ((Trait Anxiety باعتبارها بنية مستقرة ومتجذرة في نمط الشخصية يجعل العتبة النفسية للاستثارة منخفضة، وبين القلق كحالة ((State Anxiety بوصفه تفاعلاً حاداً ومؤقتاً مع المثيرات الضاغطة الراهنة. عندما تقتقر الأنا إلى مناعة نفسية كافية جراء

أساليب التنشئة والإحباطات المبكرة، يصبح القلق كسمة بمثابة "الهشاشة النفسية الصامتة" التي تنتظر أي صدمة واقعية لتفجر الجهاز النفسي وتخرجه عن توازنه الفسيولوجي والسيكولوجي.

وتصل هذه اللوحة العيادية إلى ذروتها الانفجارية والدراماتيكية من خلال ظهور نوبات الهلع (Panic Attacks). والهلع عيادياً ليس مجرد خوف مكثف، بل هو "زلزال سيكوسوماتي" مفاجئ يدهم المرأة العاملة دون إنذار مسبق، متجلباً في أعراض فسيولوجية حادة كخفقان القلب، الاختناق، والدوخة الفظيعة، ومصحوباً بتمثيلات معرفية كارثية متمحورة حول "الخوف من الموت الوشيك" أو "فقدان السيطرة الكلية على العقل". من المنظور العيادي المعرفي، تتغذى هذه النوبات من حلقة مفرغة (Vicious Cycle)؛ حيث تقوم المرأة بتفسير المؤشرات الجسدية العادية أو التوترات البسيطة تفسيراً تضخيمياً مرعباً، مما يؤدي إلى استنفار كامل للجهاز العصبي المستقل، ليتحول التوتر العابر سريعاً إلى أزمة حادة تستدعي سلوكيات تجنبية وانسحابية قهرية كبديل دفاعي لحماية الذات.

إن الحاجة إلى فهم هذه الدينامية السيكلوجية المعقدة في البيئة المحلية هي ما يسوغ هذا البحث العيادي؛ فرغم التراكم النظري الذي حاول تفسير الهلع من زوايا بيولوجية صرفة أو معرفية معزولة، تظل المكتبة العيادية بحاجة ماسة إلى دراسات "تكاملية عميقة" تعتمد على منهج دراسة الحالة (Case Study)، لكونه المنهج الأرقى الذي يتيح للباحث العيادي تفكيك "الخبرة الذاتية" للمرأة، والغوص في تاريخها النفسي والانفعالي، والصدمات المتراكمة ومكبوتاتها اللاشعورية التي صاغت معالم اضطرابها الحالي.

وانطلاقاً من هذه الرؤية العيادية الشاملة، تم تقسيم هذا العمل المتواضع إلى شقين متكاملين؛ جانب نظري وجانب تطبيقي عيادي:

- **الفصل الأول (الإطار العام للدراسة):** وتم فيه رصد الإشكالية المحورية للبحث وصياغة الفرضيات السريرية وتحديد أهداف وأهمية الدراسة، بالإضافة إلى ضبط المفاهيم والتعاريف الإجرائية للمتغيرات (القلق، نوبات الهلع، المرأة العاملة).
- **الفصل الثاني (الخلفية النظرية والاشتقاق السيكلوجي للمتغيرات):** وينقسم إلى محورين جوهريين؛ خصص المحور الأول لدراسة سيكلوجية القلق، فيزيولوجيته، ومظاهره، وتفسيراته عبر مختلف المقاربات السيكلوجية (التحليلية، السلوكية، والمعرفية). بينما تعمق المحور الثاني في اضطراب نوبات الهلع، محدداته، محركاته العيادية، ونماذجه المفسرة (خاصة نموذج بيك وكلاارك وبارلو المعرفي) والتشخيص السريري وفق معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5.
- **الفصل الثالث (الإجراءات المنهجية للدراسة):** وفيه تم تفصيل الخطوات الميدانية للبحث، بدءاً من الدراسة الاستطلاعية إلى الدراسة الأساسية، مع شرح المنهج العيادي المعتمد، وتحديد خصائص عينة الدراسة، ووصف الأدوات والتقنيات العيادية المستخدمة في جمع البيانات كمقاييس القياس النفسي (مقياس بيك للقلق ومقياس نوبات الهلع) جنباً إلى جنب مع المقابلة العيادية المتعمقة والملاحظة السلوكية الفاحصة.
- **الفصل الرابع (عرض وتحليل الحالات ومناقشة النتائج):** وهو قلب الدراسة النابض، حيث تم فيه استعراض اللوحات العيادية للحالات وتحليل تاريخهن المرضي والنفسي والاجتماعي، وعرض نتائج القياس النفسي وتفسيرها تفسيراً تكاملياً، لينتهي الفصل بمناقشة عامة وشاملة للفرضيات على ضوء المعطيات العيادية والدراسات السابقة المعاصرة، تلتها خلاصة عامة ومجموعة من التوصيات والاقتراحات السريرية والوقائية.

إن هذه الدراسة، في جوهرها، لا تسعى فقط لإثبات أرقام أو إحصاءات، بل تهدف إلى تقديم فهم عيادي متكامل وعميق يُنصت للصرخة السيكولوجية الصامتة الكامنة وراء نوبة الهلع لدى المرأة العاملة، محاولةً فتح آفاق جديدة للتدخل الإرشادي والعلاجي الذي يراعي الخصوصية الثقافية والمهنية للمرأة في بيئتنا الجزائرية.

الفصل الأول: الإطار العام لِلدراسة

الإشكالية

تعد المرأة نصف المجتمع و أساس تماسكه ، حيث تساهم في تربية الأجيال و بناء العلاقات داخل الأسرة و خارجها ، كما تعيش المرأة اليوم في ظل تغيرات سريعة و متطلبات متعددة ، مما يجعل حياتها مليئة بالتحديات المختلفة و تتنوع أدوارها بين الجانب الأسري و الاجتماعي و الأمر الذي يتطلب منها التكيف المستمر مع مختلف الظروف ، فالمرأة تواجه ضغوطاً نفسية متعددة تجعلها أكثر هشاشة تجاه اضطرابات القلق الذي ينتج عنه نوبات هلع، الأمر الذي يستدعي دراسة هذه العلاقة وتبرز المرأة العاملة كواحدة من الفئات الأكثر تأثراً بهذه الاضطرابات، نظراً لما تواجهه من ضغوط مضاعفة ناتجة عن محاولة التوفيق بين التزاماتها المهنية ومسؤولياتها الأسرية، وهو ما يضع جهازها النفسي تحت استثارة مستمرة. إن هذا الضغط المهني والاجتماعي غالباً ما يتخذ شكل "صراع أدوار" يؤدي بدوره إلى تآكل آليات الدفاع النفسي، مما يجعل المرأة العاملة بيئة خصبة لظهور أعراض عصابية متنوعة.

ومن بين هذه الاضطرابات، يحتل **القلق** مكانة مركزية، حيث لم يعد يُنظر إليه كاستجابة إنفعالية بسيطة تجاه المواقف الضاغطة، بل كبنية تتداخل فيها الأبعاد المعرفية والبيولوجية. حيث يُعد القلق من الظواهر النفسية الأساسية التي رافقت الإنسان منذ القدم، حيث يشكل إستجابة إنفعالية طبيعية تجاه المواقف الضاغطة أو المهددة، غير أن تحوله إلى حالة مزمنة أو مفرطة يجعله يدخل ضمن إطار الاضطرابات النفسية التي تستدعي الدراسة والتشخيص والتدخل العلاجي. وقد حظي مفهوم القلق باهتمام واسع في مختلف الإتجاهات النظرية، خاصة في مجال علم النفس العيادي، نظراً لتداخله مع العديد من الاضطرابات النفسية، حيث لم يعد يُنظر إليه كاستجابة إنفعالية بسيطة، بل كبنية دينامية متداخلة الأبعاد. وتزداد هذه الإشكالية

تعقيداً عندما ترتبط بظهور "نوبات الهلع" (Panic Attacks)، والتي تمثل الذروة الانفجارية للإضطراب النفسي. إن طرح هذه العلاقة في سياق سيكولوجية المرأة يستوجب الغوص في التراكم المعرفي الذي حاول تفسير لماذا تبدو "الأنا" الأنثوية أكثر عرضة لهذا النوع من التفكك اللحظي أمام القلق.

(Freud, 1926, p. 136)&(Zvolensky et al., 2016,p.79)

تبدأ ملامح هذه الإشكالية من التمييز الكلاسيكي الذي وضعه (Spielberger, 1972) بين القلق كسمة (Trait) والقلق كحالة (State). حيث تشير الدراسات المعاصرة، ومنها دراسة (Nolen-Hoeksema, 2012)، إلى أن المرأة تمتلك "عتبة استثارة" منخفضة تجاه المثيرات المقلقة نتيجة لعمليات "الإجترار الفكري" (Rumination) وذلك من خلال تكرار الأفكار السلبية وعدم البحث عن حل و إستبدالها بأفكار إيجابية إعادة البناء المعرفي التي تميز أسلوبها المعرفي في مواجهة الضغوط. هذا القلق كسمة، عندما يتلاقى مع ضغوط بيئية حادة، يتحول إلى "قلق حالة" مكثف يفقد معه الجهاز النفسي قدرته على التصريف المتوازن، مما يمهد الطريق لظهور الهلع.

كما شكّل القلق محوراً أساسياً في النظرية التحليلية، حيث اعتبره Freud إشارة إنذار تنبه الأنا إلى خطر داخلي ناتج عن صراع بين مكونات الجهاز النفسي، خاصة بين الهو والأنا الأعلى، حيث يرى أن القلق يظهر عندما تعجز الأنا عن التوفيق بين هذه القوى المتصارعة (Freud, 1926, p. 132). و عندما ينفجر القلق المكبوت أو تزداد شدته تظهر نوبات الهلع وهي راجعة لحالات لاشعورية أو مكبوتات يفشل الأنا من تحقيقها في الواقع فتخرج على شكل أليات دفاعية

وقد تطور هذا المفهوم لاحقاً ليأخذ أبعاداً جديدة في ظل المقاربات المعرفية والسلوكية، حيث يرى aron beck أن القلق يرتبط بأنماط التفكير السلبية والتفسيرات الكارثية للأحداث، إذ يميل الأفراد القلقون إلى تضخيم التهديدات وتقليل قدرتهم على المواجهة (Beck, 1976, p. 56). كما يؤكد albert ilis أن القلق ينتج عن معتقدات لا عقلانية يتبناها الفرد حول ذاته والعالم (Ellis, 1962, p. 78).

وفي هذا الصدد، قدم (Barlow, 2002) في نظريته حول "الضعف النفسي والبيولوجي العام" تفسيراً يربط بين التاريخ النمائي للفرد وظهور الهلع؛ حيث يرى أن النساء اللواتي نشأن في بيئات تتميز بعدم القدرة على التنبؤ بالأحداث يطورن "حساسية مفرطة للقلق" (Anxiety Sensitivity). وتدعم هذه الأطروحة دراسة (Zvolensky et al., 2016, p. 78) التي استثمرت في تحليل العلاقة الارتباطية بين الحساسية البدنية والهلع، مؤكدة أن الخوف من الأعراض الجسدية للقلق هو المحرك الفعلي لنشوب النوبة. فالمسألة هنا ليست في القلق بحد ذاته، بل في "الموقف السيكولوجي" من القلق، وهو ما يفسر لماذا تتحول نوبة القلق العادية عند بعض النساء إلى نوبة هلع مرعبة، بينما تظل عند الآخرين مجرد توتر عابر.

ومن منظور المذهب المعرفي، ركزت دراسات رائدة مثل دراسة (Clark & Salkovskis, 1988) على دور "التفسير الكارثي" للمؤشرات الجسدية. إذ تذهب هذه الدراسة إلى أن المرأة المصابة بنوبات الهلع تقع في "حلقة مفرغة" (Vicious Cycle)؛ فالتسارع البسيط في نبضات القلب نتيجة القلق العادي يُفسر ذهنياً على أنه "نوبة قلبية وشيكة" أو "فقدان كلي للعقل"، مما يزيد من حدة القلق، وهو ما يؤدي بالضرورة إلى انفجار النوبة. وبالإسقاط على الدراسات العربية، نجد أن دراسة (العتيبي، 2019، ص91) قد أكدت أن المخططات المعرفية السلبية لدى المرأة تساهم بنسبة كبيرة في التنبؤ بوقوع نوبات الهلع، خاصة في

المجتمعات التي تفرض قيوداً سيكوسوشيولوجية تمنع المرأة من التعبير اللفظي عن القلق، مما يدفع "بالتعبير الجسدي" (Somatization) للواجهة كبديل قسري.

علاوة على ذلك، لا يمكن فصل القلق عن الخلفية البيولوجية والهرمونية للمرأة. فقد أشارت دراسة (Yonkers et al., 2014) إلى أن التغيرات في مستويات "البروجسترون" و"الإستروجين" ترتبط ارتباطاً وثيقاً بزيادة النشاط في "اللوزة الدماغية" (Amygdala)، وهي المركز المسؤول عن إستجابة الخوف في الدماغ. هذا "الإستعداد البيولوجي" يتفاعل مع "القلق الوجودي" والضغط الحياتية لخلق بيئة خصبة لنوبات الهلع. وهنا تظهر الفجوة في الدراسات السابقة؛ فبينما ركزت أغلب الأبحاث على الجانب البيولوجي الصرف أو المعرفي الصرف، تقتصر المكتبة العيادية إلى دراسات "تكاملية" تشرح كيف يتوسط "القلق كسمة" العلاقة بين التغيرات النوعية في حياة المرأة وظهور الهلع كإستجابة نهائية.

وفي هذا السياق، توصلت دراسة McLean et al. إلى أن النساء يظهرن معدلات أعلى من القلق وإضطرابات الهلع، ويرتبط ذلك بأساليب التنشئة الإجتماعية التي تشجع على التعبير الإنفعالي وتزيد من القابلية للقلق (McLean et al., 2011, p. 103). كما أكدت دراسة Nolen-Hoeksema أن النساء أكثر عرضة للإجتزار المعرفي، وهو ما يزيد من شدة القلق وإستمراريته (Nolen-Hoeksema, 2000, p. 176).

أما في البيئة العربية، فقد أظهرت دراسة عبد الخالق وجود علاقة إرتباطية دالة بين القلق ونوبات الهلع لدى عينة من النساء، حيث تبين أن إرتفاع مستوى القلق يسهم في زيادة إحتماالية ظهور نوبات الهلع

(عبد الخالق، 2010، ص 112). كما توصلت دراسة الخزاعي إلى أن النساء اللواتي يعانين من قلق مرتفع أكثر عرضة لتجربة نوبات هلع متكررة (الخزاعي، 2015، ص 89)

إن هذه الدراسة الحالية تنطلق من فرضية عيادية مفادها أن نوبة الهلع ليست مجرد إضطراب في الجهاز العصبي المستقل، بل هي "صرخة سيكولوجية" ناتجة عن تراكم القلق غير المصرف. وبناءً على ما تقدم من دراسات، تتبلور مشكلة البحث في محاولة الإجابة على التساؤل الرئيسي التالي:

كيف يسهم القلق، بأبعاده المختلفة، في تشكيل نوبة الهلع لدى المرأة؟ وهل يمكن إعتبار القلق كسمة هو المتنبي الجوهرى بحدوث "الهلع المتكرر" في ظل المتغيرات العيادية الراهنة؟

التساؤلات الفرعية

- هل يسهم القلق، خاصة في بعده كسمة مستقرة في الشخصية، في تشكيل الخبرة الذاتية لنوبات الهلع لدى المرأة، ويُعد عاملاً أساسياً في ظهور الهلع المتكرر في تفاعل مع المعطيات العيادية الخاصة بالحالة.
- كيف يمكن فهم العلاقة بين القلق ونوبات الهلع في ضوء التاريخ الشخصي والنفسي للحالة؟
- ما طبيعة نوبات الهلع التي تعاني منها الحالة (من حيث الشدة، التواتر، والسياق)؟

فرضيات الدراسة

- الفرضية الرئيسية

يسهم القلق، خاصة في بعده كسمة مستقرة في الشخصية، في تشكيل نوبات الهلع لدى المرأة، ويُعد عاملاً أساسياً في ظهور الهلع المتكرر في تفاعل مع المعطيات العيادية الخاصة بالحالة.

- الفرضيات الفرعية

- يشكل القلق كسمة أرضية نفسية مستمرة تجعل المرأة أكثر قابلية لظهور نوبات الهلع بشكل متكرر.
- تتحدد الخبرة الذاتية لنوبات الهلع من خلال التفاعل بين القلق بأبعاده المختلفة والتاريخ النفسي والإنفعالي للحالة.
- يعبر تكرار نوبات الهلع عن قلق داخلي غير مُعبر عنه بشكل كافٍ على المستوى النفسي.
- تؤثر العوامل العيادية الراهنة، مثل الظروف الأسرية وأساليب التكيف، في شدة العلاقة بين القلق ونوبات الهلع، حيث قد تزيد من حدتها أو تخفف منها.

أهداف الدراسة

- فهم الكيفية التي يظهر بها القلق لدى المرأة موضوع الدراسة، خاصة من حيث كونه سمة مستقرة أو حالة آنية.
- تحليل طبيعة نوبات الهلع التي تعيشها الحالة من حيث الشدة، التكرار، والسياق الذي تظهر فيه.
- الكشف عن العلاقة بين القلق ونوبات الهلع من خلال دراسة التجربة الذاتية للحالة.
- توضيح دور القلق كسمة في تكرار نوبات الهلع لدى المرأة.
- التعرف على تأثير القلق كحالة في زيادة شدة نوبة الهلع وتضخمها.
- تحليل إرتباط نوبات الهلع بالتاريخ النفسي والإنفعالي للحالة.

- إبراز دور العوامل العيادية (الأسرية، الإجتماعية، وأساليب التكيف) في تفسير ظهور نوبات الهلع.
- الوصول إلى فهم عيادي شامل يساعد على تفسير الهلع المتكرر لدى الحالة.

التعاريف الإجرائية للدراسة

- القلق

هو حالة انفعالية داخلية تعيشها الحالة، تتميز بالشعور بالتوتر والخوف غير المحدد، ويُفهم في هذه الدراسة من خلال ما تعبّر عنه الحالة في المقابلات العيادية، وما يظهر في سلوكها وانفعالاتها، إضافة إلى نتائجها في الأدوات العيادية المستعملة.

- نوبات الهلع

هي حالات مفاجئة من الخوف الشديد تعيشها الحالة، تظهر في شكل أعراض جسدية ونفسية حادة (مثل تسارع القلب، الإختناق، الخوف من الموت)، ويتم تحديدها من خلال وصف الحالة لتجربتها، وتحليل السياقات التي تظهر فيها هذه النوبات.

وهي الدرجة المتحصل عليها في مقياس نوبات الهلع المعتمد في هذه الدراسة وحسب تطابق الأعراض الملاحظة على الحالة مع الأعراض المذكورة في 5DSM.

- المرأة العاملة

يقصد بالمرأة العاملة في هذه الدراسة، كل أنثى تمارس نشاطاً مهنيّاً مستمراً ومأجوراً في إحدى المؤسسات (العمومية أو الخاصة)، حيث تلتزم بجدول زمني محدد ومسؤوليات إدارية أو ميدانية، وتواجه في سياق ذلك ضغوطاً مهنية أو صراعاً في الأدوار الإجتماعية.

أهمية الدراسة

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من كونها تتناول موضوعاً يقع في صميم الإهتمامات الحديثة لعلم النفس العيادي، حيث يمثل كل من القلق ونوبات الهلع من أكثر الإضطرابات النفسية انتشاراً وتعقيداً، خاصة لدى فئة النساء. وتتبع الأهمية النظرية لهذه الدراسة من سعيها إلى تعميق الفهم العلمي لطبيعة العلاقة بين هذين المتغيرين، في ظل التباين الواضح بين الإتجاهات النظرية المختلفة، حيث ترى بعض المقاربات أن القلق يمثل عاملاً مهيباً لظهور نوبات الهلع، بينما تعتبره مقاربات أخرى نتيجة لها أو جزءاً من حلقة تفاعلية معقدة (Barlow, 2002, p. 91).

كما تساهم هذه الدراسة في إثراء النقاش العلمي حول الفروق الفردية في الإستجابة للقلق، خاصة لدى المرأة، حيث تشير الأدبيات إلى أن النساء أكثر عرضة للإضطرابات القلقية نتيجة لتداخل عوامل بيولوجية ونفسية وإجتماعية، مثل التغيرات الهرمونية، والحساسية الإنفعالية المرتفعة، والضغوط المرتبطة بالأدوار الإجتماعية (McLean et al., 2011, p. 105). ومن هذا المنطلق، فإن التركيز على المرأة كفئة للدراسة يمنح هذه الأخيرة بعداً نوعياً يساهم في سد فجوة واضحة في البحث العربي.

أما من الناحية التطبيقية، فإن هذه الدراسة تكتسي أهمية كبيرة في مجال التشخيص العيادي، حيث يمكن أن تساعد نتائجها الأخصائيين النفسيين على التمييز بين القلق كعرض عام ونوبات الهلع كاضطراب

نوعي، مما يساهم في تحسين دقة التشخيص ووضع خطط علاجية أكثر فعالية. كما أن فهم العلاقة بين القلق ونوبات الهلع يمكن أن يساهم في تصميم برامج علاجية تستهدف خفض مستوى القلق، وبالتالي الوقاية من تطور نوبات الهلع أو الحد من تكرارها (Clark, 1986, p. 465).

إضافة إلى ذلك، تبرز أهمية هذه الدراسة في بعدها الوقائي، حيث يمكن أن تساهم في الكشف المبكر عن الحالات المعرضة لخطر الإصابة بنوبات الهلع، خاصة لدى النساء اللواتي يعانين من مستويات مرتفعة من القلق، مما يسمح بالتدخل المبكر قبل تفاقم الحالة. كما يمكن أن تفيد نتائجها في إعداد برامج إرشادية وتوعوية تهدف إلى تعزيز الصحة النفسية لدى المرأة، وتحسين قدرتها على مواجهة الضغوط الحياتية (Lazarus & Folkman, 1984, p. 143).

وأخيرًا، تكتسب هذه الدراسة أهميتها من كونها تندرج ضمن سياق البحث في البيئة الجزائرية، التي لا تزال في حاجة إلى دراسات ميدانية معمقة في مجال اضطرابات القلق، خاصة تلك التي تراعي الخصوصيات الثقافية والاجتماعية، مما يجعل هذه الدراسة إضافة علمية يمكن أن تفتح آفاقًا لبحوث مستقبلية أكثر تخصصًا.

دوافع إختيار الموضوع

تتمثل دوافع إختيار هذا الموضوع فيما يلي:

- الدوافع الموضوعية

- **تزايد انتشار الظاهرة :** الرغبة في دراسة اضطراب نوبات الهلع الذي أصبح يسجل معدلات مرتفعة لدى فئة النساء ، خاصة في ظل ضغوط الحياة المعاصرة.
- **خصوصية المرأة العاملة :** الحاجة إلى فهم الكيفية التي تتفاعل بها الضغوط المهنية مع البنية النفسية للمرأة، وتأثير ذلك في ظهور نوبات الهلع.
- **سد الفجوة البحثية :** قلة الدراسات العيادية التكاملية التي تجمع بين الجانب المعرفي والبيولوجي والإجتماعي لتفسير الهلع لدى المرأة العاملة في البيئة المحلية.
- **أهمية التشخيص المبكر :** المساهمة في توفير إطار عيادي يساعد الأخصائيين على التمييز بين القلق العام ونوبات الهلع النوعية لتحسين جودة التدخل العلاجي.
- **الخلفية الثقافية والاجتماعية :** دراسة تأثير القيود السيكوسوسولوجية وأساليب التنشئة الاجتماعية على كيفية تعبير المرأة العاملة عن قلقها جسدياً.

– الدوافع الذاتية

- **الإهتمام الأكاديمي :** الرغبة في تعميق البحث في مجال علم النفس العيادي، وتحديدًا في دينامية اضطرابات القلق التي تشكل جوهر التخصص.
- **الخبرة الميدانية :** ملاحظة تكرار حالات نوبات الهلع لدى النساء خلال فترة التربص الميداني (التربص العيادي) ، مما أثار التساؤل حول الأسباب النفسية العميقة الكامنة وراء ذلك.
- **التوجه المهني :** السعي نحو تطوير مهارات في الفحص النفسي وإجراء المقابلات العيادية المتخصصة مع المرأة العاملة لفهم تجربتها الذاتية مع القلق والهلع.

- المسؤولية الاجتماعية : الرغبة في تسليط الضوء على الصحة النفسية للمرأة العاملة والمساهمة في إعداد برامج إرشادية وتوعوية تعزز من قدرتها على مواجهة الضغوط الحياتية.

صعوبات الدراسة

- حساسية موضوع نوبات الهلع وصعوبة إسترسال بعض الحالات في وصف تجربتهن الذاتية بدقة.
- تحفظ بعض النساء العاملات في الكشف عن إضطرابهن النفسي خوفاً من المجتمع أو التأثير على صورتهم المهنية.
- صعوبة التوفيق بين مواعيد المقابلات العيادية والالتزامات المهنية والأسرية للمرأة العاملة.
- ندرة المراجع التي تتناول "الدينامية النفسية" للمرأة العاملة الجزائرية التي تعاني من نوبات الهلع بشكل خاص.
- تداخل الأعراض الجسدية لنوبة الهلع مع مؤشرات بيولوجية وهرمونية أخرى، مما يتطلب دقة عالية في الفحص العيادي.
- صعوبة ضبط العوامل الأسرية والإجتماعية الضاغطة التي تتدخل كمتغيرات وسيطة في علاقة القلق بالهلع.

الدراسات السابقة

أ-الدراسات العربية

1. أجرت بومدين (2021) دراسة هدفت إلى الكشف عن علاقة صراع الأدوار (المهنية والأسرية) بالقلق النفسي لدى المرأة العاملة في قطاع الصحة بالجزائر. تكونت العينة من (80) ممرضة وطبيبة، وطبقت عليهن الباحثة مقياس القلق ومقياس صراع الأدوار من إعدادها. واستخدمت المنهج الوصفي التحليلي، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة قوية بين زيادة ضغوط العمل وارتفاع مستويات القلق، كما تبين أن النساء اللواتي يعانين من صراع أدوار حاد هن الأكثر عرضة للأعراض العصبية.
2. أجرى عبد الخالق (2010) دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين القلق ونوبات الهلع لدى عينة من النساء. اشتملت العينة على (120) امرأة، واستخدمت الباحثة مقياس القلق ومقياس شدة نوبات الهلع. وباعتماد المنهج الوصفي، خلصت الدراسة إلى أن ارتفاع مستوى القلق يسهم بشكل مباشر في زيادة احتمالية وتكرار ظهور نوبات الهلع، كما وجدت فروقاً دالة في مستوى القلق لصالح النساء اللواتي يواجهن ضغوطاً حياتية مستمرة.
3. أجرى الخزاعي (2015) دراسة هدفت إلى إستقصاء اضطرابات القلق وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من المراجعات للعيادات النفسية. تكونت العينة من (150) امرأة، وطُبق عليهن مقياس اضطرابات القلق. وأظهرت النتائج أن النساء اللواتي يعانين من قلق "كسمة" مرتفع هن أكثر عرضة لتجربة نوبات هلع متكررة وحادة مقارنة بغيرهن، كما أشارت الدراسة إلى تأثير هذه العلاقة بمستوى الدعم الاجتماعي المتاح للمرأة.
4. أجرت العتيبي (2019) دراسة هدفت إلى معرفة دور المخططات المعرفية السلبية في التنبؤ بوقوع نوبات الهلع لدى المرأة. طبقت الدراسة على عينة من النساء العاملات وغير العاملات، واستخدمت مقياس

بيك للقلق. وأوضحت النتائج أن التفسيرات الكارثية للمؤشرات الجسدية تساهم بنسبة كبيرة في نشوب النوبة، خاصة في البيئات التي تفرض قيوداً سيكوسوشيولوجية تمنع التعبير اللفظي، مما يؤدي إلى "السمتنة" (Somatization).

5. أجرى منصور (2018) دراسة هدفت إلى بحث العلاقة بين التوافق المهني والإضطرابات العصابية لدى العاملات في المؤسسات الإدارية. تكونت العينة من (100) عاملة، وإستخدم المنهج الوصفي الارتباطي. وأظهرت النتائج أن عدم الإستقرار في البيئة المهنية يؤدي إلى رفع مستويات القلق، وهو ما إرتبط في حالات عديدة بظهور أعراض هلع مفاجئة نتيجة للتراكم الإنفعالي وعدم القدرة على تصريف القلق بشكل متوازن.

ب- الدراسات الأجنبية

6. أجرت دراسة McLean et al., 2011 دراسة هدفت إلى تحليل الفروق الجنسية في إضطرابات القلق والهلع. شملت العينة مراجعات لبيانات سريرية واسعة، وإستخدم الباحثون المنهج التحليلي المقارن. وخلصت النتائج إلى أن النساء يظهرن معدلات أعلى من القلق وإضطرابات الهلع، ويعود ذلك إلى تداخل عوامل التنشئة الإجتماعية التي تشجع على الحساسية الإنفعالية المرتفعة وضغوط الأدوار الإجتماعية.

7. أجرت دراسة Nolen-Hoeksema, 2012 دراسة هدفت إلى بحث دور "الإجتراح الفكري" (Rumination) في إستمرارية القلق لدى المرأة العاملة. طبقت الدراسة على عينة من النساء يواجهن ضغوطاً مهنية، وإستخدمت مقاييس الإستجابة المعرفية. وأظهرت النتائج أن أسلوب الإجتراح يقلل من "عتبة الإستثارة" تجاه المثيرات المقلقة، مما يجعل المرأة أكثر عرضة للدخول في نوبة هلع عند مواجهة ضغوط بيئية حادة.

8. أجريت دراسة **Yonkers et al, 2014**، دراسة هدفت إلى إستقصاء الخلفية البيولوجية والهرمونية

للقلق لدى النساء. إستخدمت الدراسة المنهج التجريبي والعيادي برصد مستويات الهرمونات ونشاط الدماغ. وأكدت النتائج أن التغيرات في مستويات البروجسترون والإستروجين ترتبط بزيادة النشاط في "اللوزة الدماغية" (المركز المسؤول عن الخوف)، مما يخلق إستعداداً بيولوجياً يتفاعل مع ضغوط الحياة ليؤدي إلى الهلع.

9. أجرى **Barlow, 2002** دراسة في إطار نظريته حول "الضعف النفسي العام" هدفت إلى فهم

حساسية القلق (Anxiety Sensitivity). ركزت الدراسة على التاريخ النمائي للحالات العيادية. وتوصلت إلى أن النساء اللواتي نشأن في بيئات غير قابلة للتنبؤ يطورن خوفاً من الأعراض الجسدية للقلق، وهو ما يعد المحرك الفعلي لنشوب نوبة الهلع وتحول التوتر العابر إلى نوبة مرعبة.

10. أجريت دراسة **Clark & Salkovskis, 1988** دراسة هدفت إلى تحليل دور "التفسير الكارثي"

للمؤشرات الجسدية في إشعال نوبات الهلع. إعتمدت الدراسة على المقابلات العيادية والملاحظة. وأثبتت النتائج أن النساء المصابات بالهلع يقعن في "حلقة مفرغة" (Vicious Cycle)، حيث يتم تفسير تسارع ضربات القلب الناتج عن قلق العمل كخطر وشيك (نوبة قلبية)، مما يزيد من حدة القلق ويؤدي لإنفجار النوبة.

التعقيب على الدراسات السابقة

بعد عرضنا لمجموعة الدراسات السابقة، العربية منها والأجنبية، يمكننا تقديم رؤية نقدية ومنهجية

شاملة على النحو التالي :

1. من حيث المحتوى والأهداف:

أجمعت الدراسات السابقة على وجود إرتباط وثيق بين القلق كسمة وإضطراب الهلع، حيث أكدت دراسات (أحمد محمد عبد الخالق، 2010) و(قاسم حسين الخزاعي، 2015) أن إرتفاع منسوب القلق يعد ممهداً أساسياً لنشوب النوبة. كما ركزت الدراسات الأجنبية مثل دراسة (Barlow, 2002) ودراسة (McLean et al., 2011) على الأبعاد البيولوجية والحساسية الإنفعالية التي تجعل المرأة أكثر عرضة لهذا النوع من التفكك اللحظي أمام القلق.

2. من حيث المنهج والأدوات:

إعتمدت أغلب الدراسات السابقة على المنهج الوصفي الإرتباطي، وإستخدمت مقاييس كمية مثل مقياس (Spielberger) للقلق ومقاييس نوبات الهلع وفق المحكات التشخيصية لـ DSM. وقد وفرت هذه الأدوات معطيات إحصائية هامة حول إنتشار الظاهرة.

3. أوجه التشابه والإختلاف مع الدراسة الحالية:

- أوجه التشابه: تتفق الدراسة الحالية مع التراث البحثي في التأكيد على الدور الجوهرى للقلق كسمة في التنبؤ بالهلع، وفي التركيز على فئة النساء كأكثر الفئات تضرراً.
- أوجه الاختلاف: تتميز الدراسة الحالية عن سابقتها بتحديد لها لفئة "المرأة العاملة" كمتغير محوري، والإنتقال من التفسير العام إلى التفسير الخاص الذي يربط بين ضغوط العمل، صراع الأدوار، وإنفجار نوبات الهلع.

الفجوة البحثية

من خلال ما سبق عرضه، تبرز الفجوة البحثية في النقاط التالية التي تسعى دراستك لسدها:

● **نقص التناول العيادي المتخصص :** أغلب الدراسات العربية تناولت القلق والهلع كمتغيرات إحصائية

جافة، بينما تقتصر المكتبة العيادية إلى دراسات "حالة" معمقة تشرح **الدينامية النفسية للمرأة العاملة**

الجزائرية وكيفية تصريفها للقلق في بيئة العمل.

● **إغفال السياق المهني :** لم تركز الدراسات السابقة (مثل دراسة بومدين ومنصور) بشكل كافٍ على

"التفسير الكارثي" للمؤشرات الجسدية الناتج تحديداً عن "الإجهاد المهني"، وهو ما سنعالجه في هذا

البحث.

● **الحاجة إلى مقارنة تكاملية :** تسعى الدراسة الحالية لتجاوز الفجوة بين الجانب المعرفي (التفسيرات

الكارثية) والجانب البيولوجي (الحساسية البدنية) والجانب الاجتماعي (العمل)، لتقديم فهم عيادي

شامل يفسر لماذا تظهر النوبة في سياق مهني معين دون غيره.

إن ما يميز بحثنا الحالي هو محاولة الإجابة على تساؤل لم تجب عليه الدراسات السابقة بوضوح:

كيف يتحول "القلق المهني" اليومي لدى المرأة العاملة إلى "صرخة سيكولوجية" في شكل نوبة هلع؟ وبذلك

ننتقل بالبحث من مجرد إثبات العلاقة الارتباطية إلى فهم المعنى العيادي والدينامي لتكرار هذه النوبات.

الفصل الثاني: القلق

تمهيد

يعتبر القلق من المواضيع المهمة في علم النفس لأنه شائع في حياة الإنسان اليومية، خاصة مع كثرة الضغوط والتحديات التي يواجهها الفرد، ويظهر القلق في مواقف مختلفة سواء في الدراسة أو العمل أو العلاقات الإجتماعية، مما يجعله أمرا يستحق الإهتمام والدراسة، كما أن فهم هذا الموضوع يساعد على معرفة تأثيره على نفسية الفرد وسلوكه، لذلك، أصبح القلق من أكثر الظواهر التي يهتم بها الباحثون في الوقت الحالي، وفي هذا الفصل سوف نتعرف أكثر عن القلق.

1. نبذة تاريخية عن القلق

تعود الجذور الأولى للقلق مع الإنسان البدائي، حيث كانت الحيوانات الضخمة المفترسة تشكل له مصدر تهديد وبالتالي قلق مستمر على حياته وفي العصر الحالي أصبح القلق ظاهرة مرضية يصاب بها الأفراد بمستويات مختلفة وذلك بسبب عدم الإشباع البيولوجي والنفسي الناتج عن العوائق البيئية والشخصية المتداخلة والمنتشرة في هذا العصر.

وفي نواحي القرن 18 إهتم الباحثون بوضع مفهوم لقلق من أبرزهم الفيلسوف "كركغارد" من الأوائل من حاولوا وضع مفهوم القلق وذلك في كتابه مفهوم القلق.

في عام 1895 جاء "فرويد" بعصاب القلق وهو أول من تصنيفات القلق والتي إشملت على عصاب القلق الهستيريا، عصاب الوسواس، عصاب الخوف وفي كتابه مقدمة في التحليل النفسي أوضح الفرق بين القلق الموضوعي والقلق المرضي فالأول هو قلق طبيعي يعتبر بمثابة إنذار لمواجهة خطر خارجي حقيقي فهو نتاج عن غريزة البقاء، أما الثاني فأصله جنسي بحيث يتحول الليبيدو إلى قلق عندما لا يتم تشبيع نزوة

ينظر في التصور الفريدي إلى القلق على أنه إشارة تنبه إلى وجود خطر داخلي أو خارجي، وقد إستمر هذا الفهم وإمتد ضمن التوجه التجريبي في تفسير القلق، حيث ظهر بشكل واضح في أعمال "بيني" من خلال طرحه السيكومتري لمفهوم القلق، حيث سعى إلى الجمع بين الجوانب العيادية والتجريبية من أجل تحديد مفهوم أكثر دقة له. وفي هذا الإطار، استخدم مصطلح الخوف للدلالة على القلق، وإعتبره شعورا غير عقلاني تجاه خطر قد يكون خياليا أو واقعا لكنه غير محتمل الحدوث.

وفي عام 1930 حاول "واتسون" تقديم تصور للقلق من خلال دراسته لظاهرة الخوف، حيث إعتبره واحدا من الإنفعالات الثلاثة الأساسية لدى الطفل، كما ربط في تفسيره لمسار تطور الخوف، من إرتباطه بمواضيع عامة إلى إرتباطه بمواضيع خاصة، بالتصور الفرويدي الذي قدمه "فرويد" حول الخوف.

كما تعد أعمال كل من 1948 Miller و 1939 Mowrer إمتدادا لأعمال Watson، حيث أعتبر القلق إستجابة مشروطة تنشأ عن وضعية مؤلمة، مع التركيز على مفهوم التوتر، إذ تعد الإستجابة الأولية لعلامة الخطر إستجابة ضمنية تتجلى في حالة من التوتر يمكن تسميتها بالقلق، وقد ساهم هذا التصور في تطور الدراسات التي إهتمت بالمؤشرات الفيزيولوجية للقلق (بن عبد الله، 2014، ص ص. 44-46).

● بناءا على ما تقدم، فإن القلق مر بتطور كبير من مجرد شعور مرتبط بالخطر عند الإنسان البدائي إلى موضوع علمي دقيق تمت دراسته من عدة إتجاهات، كما ساهم العديد من الباحثين مثل فرويد وواتسون في تفسيره كل حسب نظريته، مما ساعد على توسيع فهمه وبالتالي يمكن القول إن القلق ظاهرة معقدة تم تفسيرها بطرق مختلفة عبر الزمن، وهذا ما يبرز أهميته في الدراسات النفسية.

2. مفهوم القلق :

يعد القلق من أكثر المصطلحات شيوعا في مجال علم النفس عموما، وفي كتابات الصحة النفسية بشكل خاص، ويعتبر القلق النفسي من أكثر الإضطرابات النفسية إنتشارا، حيث يحتل المرتبة الأولى من حيث الشيوع بين مختلف الأمراض النفسية، كما يجب التمييز بين القلق الطبيعي الذي يعد إستجابة طبيعية ومطلوبة في بعض المواقف، وبين القلق المرضي الذي يتجاوز الحدود الطبيعية (صغير، د ت، ص. 129).

تعددت وجهات النظر حول مفهوم القلق فيعرفه "زهران بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية ويمكن إعتبار القلق إنفعالا مركبا من الخوف وتوقع التهديد والخطر" (حماد، 2012، ص.23).

"كما يرى دولارد و ميللر أن القلق مشاعر بغیضة متشابهة نوعا ما للخوف الذي يصدر بدون تهديد خارجي واضح و قد يكون القلق حالة سيكولوجية أولية، أو عرضا لمرض جسمي أو حالة مرضية » (الساسى، 2010، ص.74).

"يعرفه موسى بأنه إستجابة إنفعالية تتمثل في شعور غامض على شكل توقع عقاب أو حدوث أمر خطير وهو يشبه الخوف في الكثير من أعراضه، لكنه يمتاز عنه بأنه الخوف من المجهول ولا أساس له في الواقع لأن إشارات تأتي من داخل الفرد لإرتباطه بنزعات سبق أن عوقب عليها عندما كان طفلا وإرتبطت بالألم الذي يتوسطه إكتساب القلق" (الساسى، 2010، ص.74).

"ويعرفه معجم وبستر على أنه إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية ويتصف بعلامات فيسيولوجية مثل القلق والتوتر وإزدیاد نبضات القلب وذلك بسبب الشك في طبيعة التهديد وشك الفرد في قدرته على التعامل مع تهديد بنجاح" (صغير، د ت، ص.130).

"ويعرفه شاذلي بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية" (عوض الله، 2008، ص.31).

هو خبرة إنفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بالخوف أو التهديد من شيء ما دون أن يستطيع تحديده بشكل واضح , و غالبا ما تصاحب هذه الحالة مجموعة من التغيرات الفسيولوجية مثل: زيادة عدد

ضربات القلب، و ارتفاع ضغط الدم، و الغثيان، و فقدان الشهية، و زيادة معدل التنفس، و الشعور بالإختناق، وصعوبة النوم , كما قد يترافق القلق مع توتر عضلي، و زيادة في النشاط الحركي، و إحساس بالتعب العضلي، إضافة إلى شعور عام بصعوبة في التفكير و التنظيم، و فقدان القدرة على التحكم فيما يقوم به الفرد من أفعال(ابوفاخرة , 2021,ص.245).

● بناء على ما تقدم، القلق حالة إنفعالية معقدة تتضمن شعورا بالتوتر والخوف غير الواضح، كما أنه يظهر في شكل أعراض نفسية وجسدية تؤثر على تفكير الفرد وسلوكه وتوازنه العام، لذلك يمكن إعتباره استجابة نفسية قد تكون طبيعية أو تتحول إلى حالة مرضية إذا تجاوزت الحد المقبول.

3. فيسيولوجية القلق :

ينشأ القلق النفسي نتيجة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي و الباراسمبثاوي، مما يؤدي إلى إرتفاع مستوى الأدرينالين و النورأدرينالين في الدم، و تظهر علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي في إرتفاع ضغط الدم و تسارع ضربات القلب، و جحوظ العينين، و تحريك السكر من الكبد و زيادة نسبته في الدم، إضافة إلى شحوب الجلد، و زيادة التعرق، و جفاف الحلق، وأحيانا ارتجاف الأطراف مع تعمق التنفس، أما مظاهر نشاط الجهاز الباراسمبثاوي فتتمثل في كثرة التبول، و الإسهال، وزيادة حركة الأمعاء، إلى جانب اضطرابات الهضم و الشهية و النوم.

ومن الناحية الفسيولوجية، يتميز القلق بإرتفاع مستوى الإنتباه و اليقظة حتى في أوقات الراحة، حيث لا تتخفف الأعراض رغم إستمرار التعرض للإجهاد، و ذلك بسبب صعوبة التكيف لدى مرضى القلق ,ويعد الهيپوثالاموس المركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي، و المسؤول عن التعبير عن الإنفعالات

ويرتبط بشكل مستمر بالمخ الحشوي الذي يمثل مركز الإحساس بالإنفعال، كما يتصل بقشرة المخ لتلقي التعليمات المتعلقة بالتكيف مع المنبهات الخارجية ، و من خلال هذا الترابط العصبي المستمر بين قشرة المخ والهيپوثالاموس والمخ الحشوي، يتم التعبير عن الإنفعالات والإحساس بها.

وتعمل هذه الدائرة العصبية عبر سيالات وشحنات كهربائية وكيميائية، حيث تلعب النواقل العصبية مثل السيروتونين، و النورأدرينالين، و الدوبامين دورا أساسيا في ذلك، إذ تكون نسبتها مرتفعة في هذه المراكز مقارنة بباقي أجزاء المخ، إلى جانب وجود الأستيل كولين في قشرة المخ ، و تشير النظريات الحديثة إلى أن معظم الإضطرابات النفسية و العقلية ترجع إلى خلل في توازن هذه النواقل العصبية، مما يدعم إمكانية التأثير في الإنفعالات، خاصة القلق و الإكتئاب، من خلال إعادة هذا التوازن، كما يحدث عند إستخدام الأدوية المضادة للقلق و الإكتئاب.

كما أن العلاج بالصدمات الكهربائية قد يسهم في إحداث تغييرات على مستوى الشحنات الكهربائية وبالتالي النواقل العصبية، وفي بعض الحالات الشديدة قد يتم اللجوء إلى تدخلات جراحية لقطع بعض الألياف العصبية بين قشرة المخ والهيپوثالاموس والمخ الحشوي بهدف تقليل حدة الإنفعالات. ورغم التركيز هنا على القلق كإضطراب أولي، إلا أنه قد يظهر أيضًا كعرض ثانوي في العديد من الإضطرابات النفسية والعقلية والجسمية (عوض الله، 2008، ص ص 35-36).

- بناءا على ما تقدم، فإن القلق النفسي ليس مجرد شعور عابر، بل هو نتيجة إضطراب في عمل الجهاز العصبي والمواد الكيميائية في الدماغ، هذا الخلل يؤدي إلى ظهور أعراض جسدية ونفسية مستمرة ويجعل الشخص في حالة توتر ويقظة دائمة، كما أن الدماغ، خاصة الهيپوثالاموس، يلعب

دورا مهما في تنظيم هذه الإنفعالات، لذلك فإن علاج القلق يعتمد على إعادة التوازن داخل الجسم لتخفيف الأعراض وتحسين الحالة النفسية.

4. سيكولوجية القلق :

يعد القلق القاسم المشترك بين معظم الإضطرابات النفسية، وهو حالة إنفعالية يشعر بها الفرد عندما يتهدد أمنه أو يواجه خطرا، أو يتعرض للإهانة، أو يفشل في تحقيق هدف، أو يجد نفسه في موقف ضاغط وصراعي، لذلك يعتبر القلق من أكثر المفاهيم شيوعا في علم النفس عامة، وفي مجال الصحة النفسية بشكل خاص، ورغم ذلك، لم يكن هذا المصطلح متداولاً بشكل واسع قبل ثلاثينيات القرن الماضي، ويعزى إنتشار إستخدامه إلى سيغموند فرويد الذي وظفه في محاضراته التمهيدية وخصص له أحد مؤلفاته.

كما يعد القلق من المفاهيم التي تحظى بإجماع نسبي بين مختلف المدارس النفسية، حيث يتفق الباحثون على مظاهره وأعراضه بشكل عام، وهو خبرة إنفعالية غير سارة يشعر بها الفرد عند التعرض لمثير مخيف أو موقف إحباطي أو صراعي، وغالبا ما تصاحبها أعراض فسيولوجية خاصة في الحالات الحادة مثل تسارع ضربات القلب، وزيادة التنفس، وإرتفاع ضغط الدم، وفقدان الشهية، وزيادة التعرق، وإرتعاش الأطراف، وقد يؤثر ذلك أيضا على إدراك الفرد لما يحيط به في موقف القلق (عوض الله, 2008, ص.36).

- بناءا على ما تقدم، فإن القلق يعد حالة نفسية شائعة ومشتركة بين مختلف الإضطرابات النفسية، تظهر عند تعرض الفرد لمواقف تهدد أمنه أو تسبب له ضغطاً أو إحباطاً، كما أنه ليس مجرد شعور داخلي، بل يرتبط بأعراض جسدية وفسيولوجية واضحة مثل تسارع ضربات القلب والتعرق والإرتجاف، ويتضح أيضا أن الإهتمام العلمي بالقلق تطور منذ بدايات القرن العشرين خاصة مع

سيغموند فرويد، وبالتالي فإن القلق يمثل تجربة إنفعالية معقدة تؤثر في الجوانب النفسية والجسدية للفرد.

5. نظريات المفسرة لقلق:

1.5 نظرية التحليل النفسي:

يرى سيغموند فرويد أن القلق هو حالة من الخوف غير الواضح أو الغامض، يختلف عن الخوف العادي الذي يكون له مصدر محدد ومعروف وقد حاول فرويد تفسير القلق من خلال عدة تفسيرات، حيث إعتقد في البداية أن عدم الإشباع الجنسي وعدم تفريغ الطاقة النفسية التي سماها "الليبيدو" يؤدي إلى تحول هذه الطاقة إلى قلق بطريقة فسيولوجية.

كما رأى أن القلق العصابي ينتج عن كبت الرغبات وخاصة الجنسية منها، حيث تتحول هذه الرغبات المكبوتة إلى طاقة نفسية تسبب القلق، والذي يعتبر بدوره عاملاً أساسياً في ظهور الإضطرابات العصابية لاحقاً، طور فرويد نظريته للقلق، فإعتبره في الأصل رد فعل لحالة خطر، ويظهر عندما يواجه الإنسان مواقف تهديد أو صدمة.

ويرجع أصل القلق عند فرويد إلى الصدمة الأولى في حياة الإنسان، أي لحظة الولادة والانفصال عن الأم حيث تعد هذه التجربة أول مصدر للشعور بالألم والإنفعال الجسدي والنفسي، ومع نمو الطفل، يتطور القلق لديه، خاصة مع تعلقه الشديد بأمه بإعتبارها مصدر الأمان والإشباع لكل حاجاته، مما يجعل عجزه عن تلبية رغباته سبباً رئيسياً في إستمرار القلق لديه (ابوفخارة، 2021، ص. 251).

- بناء على ما تقدم، فإن فرويد يرى أن القلق يبدأ من تجارب الإنسان الأولى مثل الانفصال عن الأم عند الولادة، حيث يشعر بعدم الأمان، كما أن كبت الرغبات وعدم إشباعها قد يزيد من هذا القلق ومع نمو الطفل وتعلقه بأمه كمصدر للأمان، فإن عدم تلبية حاجاته يجعل شعور القلق يستمر ويزداد وبالتالي فالقلق عند فرويد مرتبط بالتجارب المبكرة والصراعات النفسية داخل الإنسان.

52. نظرية السلوكية:

تنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على أنه سلوك مكتسب من البيئة التي يعيش فيها الفرد، حيث يتشكل من خلال آليات التعلم كالتدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي. وتختلف هذه النظرة عن المدرسة التحليلية، إذ لا يؤمن السلوكيون بوجود دوافع لاشعورية أو ديناميات نفسية داخلية، كما أنهم لا يعتمدون تقسيم الشخصية إلى الهو والأنا والأنا الأعلى، بدلاً من ذلك، يفسر السلوكيون القلق في إطار التعلم الشرطي الكلاسيكي حيث يمكن لمثير محايد أن يقترب بمثير أصلي مثير للخوف، فيكتسب تدريجياً نفس خصائص، وبمرور الوقت يصبح هذا المثير الجديد قادراً على استدعاء إستجابة الخوف، رغم أنه في طبيعته الأصلية لا يثير مثل هذا الشعور (محمد، 2018، ص.11).

لا تختلف نظرية سكينر كثيراً عن التفسير القائم على الإشتراط الكلاسيكي، حيث يرى أن السلوك بشكل عام، بما في ذلك السلوك غير السوي والمرضي، هو نتيجة تعرض الفرد لخبرات مثيرة للقلق تم تعزيزها بطريقة جعلتها تتحول إلى مثيرات قوية ومستمرة مرتبطة بالإضطرابات النفسية

ومع تطور النظرة إلى مفهوم القلق داخل المدرسة السلوكية، حاول السلوكيون الجدد تجاوز الطرح الضيق لواطسون، من خلال إدخال العمليات العقلية كعوامل وسيطة بين المثير والاستجابة، وهو ما ساهم في توسيع فهم السلوك الإنساني (الساسي، 2010، ص.80).

- بناء على ما تقدم، فإن المدرسة السلوكية ترى أن القلق سلوك متعلم ينتج عن إرتباطات شرطية بين المثيرات والاستجابات، ويتعزز من خلال الخبرات التي يمر بها الفرد. كما تؤكد هذه المقاربة أن السلوكيات غير السوية، بما فيها القلق، يمكن تفسيرها في ضوء التعلم والتدعيم دون الحاجة إلى افتراض دوافع لاشعورية. ومع تطور هذا الإتجاه، تم إدخال بعض العمليات العقلية كعوامل وسيطة لفهم أعمق للسلوك. وبالتالي يمكن القول إن القلق في المنظور السلوكي هو نتيجة تفاعل الفرد مع بيئته وتجاربه المكتسبة.

3.5 النظرية المعرفية:

شكل علم النفس المعرفي إتجاها مهما في علم النفس المعاصر، حيث أثر في عدد من المنظرين من مدارس مختلفة مثل سوليفان في المدرسة التحليلية وباندورا في المدرسة السلوكية، وقد تعددت توجهات هذا الإتجاه وتنوعت أهدافه، خاصة في تفسير القلق والاضطرابات النفسية.

ويعد جورج كيلي من أبرز العلماء الذين ركزوا على دور المعرفة الإنسانية في تفسير الشخصية سواء في حالة السواء أو الإضطراب، حيث يرى أن الأحداث يمكن تفسيرها بطرق متعددة، وأن القلق قد ينشأ نتيجة هذه التفسيرات المختلفة، كما يؤكد أن الإنسان يبني توقعاته للأحداث المستقبلية، وأن القلق يرتبط أساسا بعملية التوقع والخوف مما قد يحدث في المستقبل.

أما بيك فيرى أن القلق هو إنفعال ناتج عن تنشيط أفكار الخوف المرتبطة بتقدير وجود خطر محتمل ويلاحظ أن الشخص القلق يميل إلى تفسير المواقف بشكل سلبي، مع تكرار التفكير في موضوعات الخطر وصعوبة تقييمها بشكل موضوعي، وهذا يؤدي إلى تعميم المثيرات المقلقة، بحيث يصبح الفرد يدرك معظم المواقف على أنها مهددة، كما ينشغل ذهنه بشكل مستمر بالأفكار السلبية، مما يقلل من قدرته على التركيز في مثيرات أخرى داخلية أو خارجية، ويجعله يميل إلى تضخيم الأخطار المحتملة والمبالغة فيها (الساسبي، 2010، ص ص 88-89).

- بناء على ما تقدم، فإن النظرية المعرفية تفسر القلق على أنه ناتج عن طريقة تفكير الفرد وتفسيره للأحداث فالشخص القلق غالبا ما يتوقع الخطر ويركز على الجوانب السلبية، كما أن الأفكار تلعب دورا أساسيا في ظهور القلق واستمراره، لذلك يمكن القول إن القلق يرتبط بطريقة التفكير أكثر من إرتباطه بالموقف نفسه.

54. نظرية كارل يونغ :

يذهب يونج إلى أن القلق هو إستجابة نفسية تحدث عندما تتسلل إلى وعي الفرد أفكار وصور غير عقلانية مصدرها اللاشعور الجمعي، ويفسر القلق عنده على أنه خوف من سيطرة هذه المحتويات البدائية غير المنطقية التي بقيت من مراحل الإنسان الأولى، في حين يسعى الإنسان عادة إلى تنظيم حياته بطريقة عقلانية ومنظمة، وبالتالي فإن ظهور هذه المحتويات غير المعقولة يشكل تهديدا لإستقرار الفرد النفسي مما يؤدي إلى إثارة مشاعر القلق والخوف من الذات.

ويفسر يونج هذا الغزو اللاشعوري بأن الفرد في المواقف المهددة قد يفقد قدرته على الإعتماد على خبراته وثقافته، فينحرف نحو سلوك غير عقلاني، فعلى سبيل المثال، قد لا يشعر الإنسان بالخوف في حياته اليومية العادية، لكنه عند المرور بمكان مخيف أو في ظروف معينة قد تظهر لديه مشاعر قلق مفاجئة نتيجة تنشيط محتويات من اللاشعور الجمعي (زعر، 2010، ص ص 07-08).

● في ضوء ما سبق، يرى يونج أن القلق هو نتيجة ظهور محتويات غير عقلانية من اللاشعور الجمعي إلى وعي الفرد، مما يسبب له شعورا بالخوف وعدم الإستقرار النفسي، كما يحدث هذا القلق خاصة في المواقف المهددة التي قد تضعف قدرة الفرد على التفكير العقلاني، وبالتالي فإن القلق عند يونج يرتبط بتداخل الخبرات البدائية مع وعي الإنسان في لحظات الضعف النفسي.

55. النظرية الفيسيولوجية :

تفسر أعراض القلق بأنها ناتجة عن زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، سواء السمبثاوي أو الباراسمبثاوي مما يؤدي إلى ارتفاع إفراز بعض المواد الكيميائية في الدم مثل الأدرينالين و النورأدرينالين، و ينتج عن تنشيط الجهاز السمبثاوي ظهور أعراض مثل: ارتفاع ضغط الدم، زيادة ضربات القلب، جحوظ العينين إرتفاع مستوى السكر في الدم، شحوب الجلد، التعرق، جفاف الحلق، و تسارع التنفس، كما أن تنشيط الجهاز الباراسمبثاوي يرافقه ظهور أعراض أخرى مثل إضطرابات الهضم، الإسهال، التبول، زيادة الحركة المعوية إضافة إلى إضطراب في الشهية و النوم ، و قد ساهم اكتشاف مستقبلات البنزوديازيبين في توضيح الآليات البيوكيميائية المرتبطة بالقلق، حيث تبين دور الجهاز اللمبي والناقلات العصبية مثل السيروتونين في ظهور نوبات القلق والهلع ، كما تشير بعض الدراسات إلى أن العوامل الوراثية تلعب دورا في ظهور القلق، حيث

يلاحظ في كثير من الحالات وجود تاريخ عائلي مماثل، مما يدل على تداخل الإستعداد الوراثي مع ظروف التنشئة في تطور هذا الاضطراب (الساسى، 2010، ص.92).

- بناءا على ما تقدم، يتضح أن القلق له أساس بيولوجي يتمثل في إضطراب نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي وما يرافقه من تغيرات فسيولوجية وكيميائية في الجسم، كما تلعب بعض النواقل العصبية والجهاز اللمبي دورا في ظهور أعراض القلق ونوبات الهلع، إضافة إلى ذلك، قد تتداخل العوامل الوراثية وفي زيادة قابلية الفرد للإصابة بالقلق، وبالتالي فإن القلق ظاهرة معقدة تجمع بين العوامل البيولوجية والوراثية.

6. أنواع القلق:

61. القلق الموضوعي:

هو قلق مؤقت ينشأ نتيجة مواقف معينة من الواقع و ظروف الحياة اليومية، ويمكن تحديد أسبابه بسهولة لأنه يكون غالبا محدودا من حيث الزمان و المكان ، و ينتج هذا النوع من القلق عن أسباب خارجية منطقية مثل: توقع فقدان شخص عزيز أو شيء مهم، أو القلق عند البدء في عمل جديد، ويطلق عليه أيضا القلق الواقعي أو القلق السوي ،و قد عرفه أحمد عزت راجح بأنه الخوف من مثير خارجي، مثل :خوف الإنسان على شخص عزيز عليه أو قلق الأم على ابنها الغائب، حيث يكون لهذا الخوف ما يبرره في هذه الحالة ويعد هذا النوع من القلق إستعدادا طبيعيا يساعد الفرد على مواجهة الظروف الطارئة و المواقف التي تهدد أمنه و سلامته و توازنه ، فهو شعور يظهر عند توقع حدوث أمور غير مرغوبة، مما يدفع الإنسان إلى تحليل الموقف و تقدير أسبابه و التفكير في كيفية التعامل معه، كما يزيد من درجة الإنتباه والإستعداد لمواجهة

الخطر أو تجنبه، ويتعرض الإنسان لهذا النوع من القلق بشكل يومي في حياته العادية عند مواجهة مشكلات أو مواقف مزعجة تهدد إستقراره ، كما أنه لا يعد خوفا بالمعنى المرضي، لأنه يرتبط بمواقف يمكن التعامل معها أو الإستعداد لها ، و يعتبر هذا القلق في جزء منه مفيدا، لأنه يساعد الفرد على زيادة اليقظة والانتباه و الإستعداد (زعتري، 2010، ص.18-19).

2.6 القلق العصابي:

يفسر القلق العصابي بأنه قلق ناتج عن صراع داخلي بين رغبات مكبوتة داخل اللاشعور وبين ما يسمح به الوعي والقيم الإجتماعية، لذلك يشعر الفرد بقلق مستمر وكأنه في حالة إنذار، فيحاول الأنا أن يدافع عن نفسه لمنع هذه الرغبات من الظهور.

ويختلف هذا القلق عن القلق العادي لأنه لا يرتبط بموقف خارجي واضح، بل يكون مصدره داخلي، ويظهر بشكل توتر وخوف غير مبرر أو مبالغ فيه مقارنة بالواقع، وله عدة أشكال، فقد يكون قلقا عاما يشعر فيه الفرد بخوف غامض دون سبب محدد، أو مخاوف شديدة من أشياء معينة لا تثير الخوف عند الآخرين، أو قلقاً يظهر على شكل خوف من تكرار نوبات أو أعراض مرضية سابقة (حماد، 2012، ص ص.25-26).

- بناءا على ماتقدم، فإن القلق ينقسم إلى نوعين رئيسيين: قلق موضوعي مرتبط بمواقف خارجية واضحة ويعد استجابة طبيعية ومؤقتة تساعد الفرد على التكيف، وقلق عصابي ناتج عن صراعات داخلية ويتميز بأنه غير منطقي أو مبالغ فيه، كما أن القلق العصابي قد يظهر بأشكال مختلفة مثل القلق العام أو المخاوف المرضية أو قلق الهوس، وبالتالي فإن الفرق الأساسي بينهما يكمن في مصدر القلق وطبيعته.

7. أعراض القلق :

71. أعراض جسدية : وتشمل هذه الأعراض : تسارع أو زيادة ضربات القلب، نوبات من الدوخة أو الإغماء، تنميل في اليدين أو الذراعين أو القدمين، غثيان أو اضطرابات في المعدة، الشعور بألم في الصدر، فقدان السيطرة على الذات، التعرق الزائد الذي لا يرتبط بالحرارة أو المجهود البدني، زيادة نبض القلب أثناء الراحة، أحلام مزعجة، إضافة إلى التوتر الزائد (حماد، 2012، ص. 28).

72. أعراض نفسية : وتتمثل في نوبة من الهلع المفاجئ، الإكتئاب و ضعف الأعصاب، الإنفعال الزائد، ضعف القدرة على الإدراك و التمييز، النسيان، اضطراب التفكير، إضافة إلى زيادة الميل نحو العدوانية (حماد، 2012، ص. 28).

- بناء على ماتقدم، يتضح أن القلق يظهر من خلال مجموعة من الأعراض الجسدية والنفسية التي تؤثر على الفرد بشكل متكامل، حيث تشمل الأعراض الجسدية اضطرابات في وظائف الجسم مثل: ضربات القلب والتنفس والهضم، بينما تتمثل الأعراض النفسية في اضطراب التفكير والإنفعال وضعف التركيز، وبالتالي فإن القلق لا يقتصر على جانب واحد، بل يؤثر على الجسم والنفس معاً ويعكس حالة من التوتر وعدم الإتزان لدى الفرد.

8. مستويات القلق:

1.8 المستوى المرتفع:

يستطيع الفرد في الحالة الطبيعية التمييز بين المثيرات الضارة وغير الضارة، لكن عند إرتفاع القلق قد تضعف هذه القدرة، مما يؤدي إلى ضعف التركيز والانتباه، وسرعة التهيج، وظهور سلوك غير منظم أو عشوائي. كما يتأثر تنظيم السلوك بشكل سلبي، فيلجأ الفرد إلى أساليب غير مناسبة للتعامل مع المواقف المختلفة (الساسى، 2010، ص.101).

82. المستوى المتوسط :

تتميز إستجابات القلق في المواقف الحياتية المختلفة بالجمود وضعف مرونة السلوك، مع فقدان السيطرة عليه، مما يجعل الفرد بحاجة إلى بذل جهد أكبر للحفاظ على سلوك مناسب ومتوازن (الساسى، 2010، ص.101).

83. المستوى المنخفض:

تكون حساسية الفرد تجاه الأحداث الخارجية مرتفعة، ويشار إلى هذا المستوى بحالة إنذار تدل على إقتراب الخطر، مما يزيد من درجة الإستعداد والانتباه لديه لمواجهة أي تهديد محتمل في البيئة المحيطة (الساسى، 2010، ص.101).

- بناءا على ماتقدم، يتضح أن القلق يتدرج عبر مستويات مختلفة تتراوح بين المنخفض والمتوسط والمرتفع، حيث يؤثر كل مستوى بشكل مختلف على سلوك الفرد وقدرته على التكيف، فالمستوى

المنخفض يرتبط بحالة إنذار واستعداد، بينما يؤدي المستوى المتوسط إلى ضعف مرونة السلوك في حين يسبب المستوى المرتفع اضطراباً واضحاً في الانتباه والتنظيم السلوكي.

9. أسباب القلق:

91. الوراثة :

تشير بعض الدراسات إلى وجود تشابه في إستجابة الجهاز العصبي اللاإرادي لدى التوائم عند التعرض للمنبهات الداخلية والخارجية، مما يدل على دور العوامل الوراثية في القلق، كما أظهرت الدراسات العائلية أن حوالي 15 % من أبناء وإخوة الأشخاص المصابين بالقلق يعانون من نفس الإضطراب.

وفيما يخص التوائم المتشابهة الناتجة عن بويضة واحدة، فقد تصل نسبة الإصابة بالقلق إلى 50، % بينما يعاني حوالي 65 % منهم من بعض سمات القلق، أما في حالة التوائم غير المتشابهة الناتجة عن بويضتين مختلفتين، فإن نسبة القلق تنخفض إلى حوالي 4% وتظهر سمات القلق بنسبة أقل بكثير (ابوفخارة, 2021, ص. 249).

2.9 الأسرة:

تعد الأسرة الوحدة الأساسية للنمو وإكتساب الخبرة، فهي الخلية الإجتماعية التي ينشأ فيها الفرد وتتولى رعايته وتربيته خاصة في سنواته الأولى، لذلك فإن دور الوالدين في التنشئة يعتبر أساسياً، سواء في حماية الأبناء من الإضطرابات النفسية أو في دعم نموهم السليم بشكل عام (ابوفخارة, 2021, ص. 250).

3.9 السن :

يؤثر عامل السن في ظهور القلق، خاصة عندما يكون الفرد في مرحلة عمرية تسمح له بالتكيف الجسدي أو العقلي مع متطلبات الحياة، مثل مرحلة الطفولة و الشيخوخة، ففي الطفولة و مع عدم نضج الجهاز العصبي، يظهر القلق بشكل أكبر، أما في الشيخوخة فيزداد نتيجة ضعف الوظائف الجسدية و النفسية ويأخذ القلق عند الأطفال أشكال مختلفة مقارنة بالراشدين، مثل: الخوف من الظالم أو الغرباء أو الحيوانات أو الخوف من البقاء وحدهم، و قد يظهر أيضا في صورة أحلام مزعجة أو فرع ليلي ، أما في مرحلة المراهقة، فيرتبط القلق غالبا بالشعور بعدم الأمان و الحرج الاجتماعي، خاصة في المواقف التي تتطلب التفاعل مع الآخرين أو مع الجنس الآخر، وفي مرحلة النضج تقل أعراض القلق نسبيا، بينما قد تعود لارتفاع في سن الشيخوخة بسبب زيادة القابلية النفسية و الجسدية لهذا الإضطراب(ابوفخارة،2021،ص.249).

4.9 العوامل الشخصية :

تلعب العوامل الشخصية دورا مهما في ظهور القلق، حيث لاحظ الباحثون أن الأفراد الذين يتمتعون بتقدير منخفض للذات أو يمتلكون مهارات تكيف ضعيفة يكونون أكثر عرضة لظهور أعراض القلق مقارنة بغيرهم كما أن التجارب الحياتية التي يمر بها الفرد قد تزيد من حساسيته وتجعله أكثر قابلية للإصابة بالقلق (ابوفخارة،2021،ص.250).

- بناءا على ماتقدم، إن القلق له عدة أسباب متداخلة مثل الوراثة، والأسرة، والسن، والعوامل الشخصية وتختلف درجة القلق من شخص آخر حسب هذه العوامل، لذلك فالقلق لا ينتج عن سبب واحد بل عن مجموعة عوامل تؤثر في الفرد.

10. أسباب وقوع المرأة في القلق:

يمكن تلخيص أسباب القلق عند المرأة في عدة جوانب مترابطة:

101. الجانب النفسي الاجتماعي:

تتعلم المرأة منذ الصغر الاعتماد على الرجل في إتخاذ القرار، لذلك قد تجد صعوبة عند تحمل المسؤولية وحدها، مما يزيد من شعورها بالقلق (حماد، 2012، ص.29).

102. الجانب الغريزي :

تمتلك المرأة إستعدادا طبيعياً للقلق، ويزداد هذا الشعور خاصة عند الأمومة وتحمل مسؤولية رعاية الطفل وحمايته (حماد، 2012، ص.29).

103. الجانب المجتمعي:

تعدد الأدوار التي تقوم بها المرأة مثل الزوجة والأم والعاملة يسبب لها ضغوطا نفسية كبيرة، مما يزيد من إحتمالية تعرضها للقلق (حماد، 2012، ص.30).

104. الجانب الفيسيولوجي:

التغيرات الهرمونية المرتبطة بالدورة الشهرية أو الحمل أو الولادة، إضافة إلى بعض الاختلافات في وظائف الدماغ، قد تجعل المرأة أكثر حساسية للإنفعال وبالتالي أكثر عرضة للقلق (حماد، 2012، ص.30).

- بناءا على ماتقدم، إن قلق المرأة ينتج عن مجموعة من العوامل المتداخلة، تشمل الجانب النفسي الاجتماعي، والغريزي، والمجتمعي، إضافة إلى العوامل الفسيولوجية، حيث تتفاعل هذه الجوانب مع

بعضها لتزويد من قابلية المرأة للقلق وفق ظروفها الحياتية والبيولوجية، وبالتالي فإن القلق عند المرأة ليس نتيجة سبب واحد، بل هو حصيلة تفاعل عدة عوامل.

11. علاج القلق :

يعالج القلق من خلال عدة طرق متكاملة تشمل العلاج النفسي، و العلاج البيئي الإجتماعي، والعلاج الطبي فالعلاج النفسي يعتمد على الأساليب المعرفية السلوكية التي تهدف إلى تخفيف الأعراض باستخدام تقنيات مثل الإسترخاء و الإيحاء و التوجيه، كما يمكن اللجوء إلى العلاج التحليلي الذي يركز على دراسة تاريخ الحالة و الصراعات النفسية و الرغبات المكبوتة، أما العلاج البيئي الإجتماعي فيتمثل في إبعاد المريض عن الظروف أو الأماكن التي تثير لديه القلق، في حين يشمل العلاج الطبي إستخدام الأدوية و أحياناً العلاج بالصدمات الكهربائية في الحالات الشديدة، خاصة عندما يكون القلق مصحوباً بالعقاير بأعراض حادة (حسناوي، 2025، ص.114).

- بناء على ما تقدم، فإن علاج القلق يعتمد على عدة طرق متكاملة، منها العلاج النفسي الذي يساعد على تخفيف الأعراض وفهم أسبابها، والعلاج البيئي الإجتماعي الذي يهدف إلى تقليل العوامل المسببة للقلق، إضافة إلى العلاج الطبي الذي يستخدم في الحالات الشديدة، وبالتالي فإن التعامل مع القلق يكون من خلال مزيج من هذه الأساليب حسب حالة الفرد وشدة الأعراض.

خلاصة

في الختام، يمكن القول إن القلق ظاهرة نفسية معقدة وشائعة في حياة الإنسان، تتعدد أسبابها بين عوامل وراثية ونفسية وإجتماعية وفسولوجية، كما أنه يظهر بأشكال ودرجات مختلفة ويؤثر على سلوك الفرد وصحته النفسية والجسدية، وقد حاولت مختلف النظريات تفسيره من زوايا متعددة، مما يبين أهميته في الدراسات النفسية، لذلك فإن التعامل مع القلق يحتاج إلى فهم جيد له وإتباع طرق علاج مناسبة حسب حالة كل فرد

الفصل الثالث : نوبات

الهلع

تمهيد

تعد نوبات الهلع من الظواهر النفسية المهمة التي حظيت بإهتمام واسع في علم النفس، نظرا لانتشارها و تأثيرها الواضح على حياة الأفراد ، فهي تظهر بشكل مفاجئ و مكثف، و تتميز بشعور قوي بالخوف أو الإنزعاج الشديد دون وجود خطر حقيقي، مما يجعلها تجربة مزعجة و مربكة للشخص ، كما يمكن أن تحدث في مواقف مختلفة، سواء في أماكن عامة أو أثناء القيام بأنشطة يومية عادية، و هو ما يزيد من قلق الفرد و تجنبه لبعض المواقف، لذلك فإن فهم نوبات الهلع يساعد على إدراك طبيعتها و أعراضها وتأثيرها على السلوك، مما يجعل دراستها أمرا ضروريا، وفي هذا الفصل سنتعرف بشكل أعمق على نوبات الهلع.

1. تعريف نوبات الهلع

يشير DSM-5 إلى أن نوبات الهلع هي نوبات مفاجئة من الخوف الشديد أو الذعر تصيب الفرد دون توقع مسبق، حيث يشعر خلالها بعدم إرتياح كبير و خوف مفرط ، و تظهر هذه النوبة على شكل موجة سريعة تصل ذروتها في دقائق قليلة، و خلالها يعاني الشخص من مجموعة من الأعراض المزعجة كما يمكن أن تحدث هذه النوبات سواء كان الفرد في حالة قلق أو حتى في حالة هدوء (صبوة و اخرون, 2017, ص.621)

عرف عبد المنعم الميلادي اضطراب الهلع بأنه نوبات متكررة من القلق الشديد و الحاد، يشعر خلالها الفرد بخوف قوي قد يجعله يعتقد أنه يفقد السيطرة على نفسه، و قد يصل به الأمر إلى الإحساس بإقترب الموت أو الإصابة بالجنون و تحدث هذه النوبات بشكل مفاجئ وغير متوقع، ثم تبدأ في التراجع تدريجيا حتى تختفي و تتميز نوبات الهلع بأنها قصيرة المدة، حيث تستمر أقل من ساعة، ويمكن أن تتكرر عدة مرات في الأسبوع، دون وجود سبب عضوي واضح يفسر حدوثها(بلحسيني و خميس, 2017, ص.16).

عرف حسين فايد الهلع بأنه الخوف من المجهول، مع إختلال الأنية و الإدراك بالواقع، إضافة إلى ظهور أعراض نفسجسمية، و تبعات فسيولوجية وسلوكية مصاحبة لنوبات الهلع، إلى جانب الخوف من الموت(دودو, 2025, ص.551).

- بناءا على ما تقدم،إن نوبات الهلع هي حالة نفسية مفاجئة تتميز بخوف شديد و غير متوقع يصاحبه اضطراب في الإدراك و أعراض جسدية و نفسية قوية، و قد يشعر فيها الفرد بفقدان السيطرة أو

الخوف من الموت, كما أنها نوبات قصيرة المدة لكنها قد تتكرر, و تؤثر على الحالة النفسية والسلوكية للشخص بشكل واضح, حتى دون وجود سبب عضوي مباشر.

2. النظريات المفسرة لنوبات الهلع:

21. النظرية البيولوجية:

تشير الدراسات إلى أن الجينات لها دور في اضطراب الهلع، حيث يرى أنصار هذا الإتجاه أن العامل الوراثي يساهم في ظهوره ، خاصة عند وجود عوامل بيئية مساعدة , و قد بينت بعض الدراسات أنه إذا كان أحد التوائم المتماثلين مصابا بإضطراب الهلع، فإن احتمال إصابة التوأم الآخر يكون مرتفعاً، بينما يكون أقل عند التوأم غير المتماثل، مما يدل على أهمية العامل الوراثي, كما أظهرت الدراسات وجود تشابه بين التوائم في إستجابات الجهاز العصبي اللاإرادي تجاه المنبهات الداخلية و الخارجية، حيث تتراوح نسبة التوافق بين التوائم المتماثلة بين 50 و65%، في حين تنخفض بشكل كبير عند التوائم غير المتماثلة لتصل إلى 4% فقط ,و قد أشار فايد (2004) إلى أن نسبة الإصابة بإضطراب الهلع لدى أقارب الدرجة الأولى تتراوح بين 7 و15%، بينما ترتفع عند التوائم المتماثلة لتصل إلى 80-90% وتنخفض عند التوائم غير المتماثلة إلى 10-15%، مما يؤكد دور الوراثة في نشأة هذا الإضطراب(همام,2022,ص ص.749-750).

بناءً على ما تقدم، إن النظرية البيولوجية تؤكد أن اضطراب الهلع لا يعود فقط للعوامل النفسية، بل تلعب الوراثة دوراً مهماً في ظهوره، خاصة عند وجود إستعداد جيني لدى الفرد , كما أن الدراسات التي تناولت التوائم و أقارب الدرجة الأولى توضح أن نسبة الإصابة ترتفع عند وجود روابط وراثية قوية.

22. النظرية الفسيولوجية:

توصل العلماء من خلال دراسة أدمغة الأشخاص المصابين بإضطراب الهلع إلى وجود خلل في عمل الجهاز العصبي، بالإضافة إلى نشاط زائد في بعض مناطق الدماغ المرتبطة بالخوف و الذعر , وقد أشار Lundervold و Buermann (2008) إلى أن هذا الإضطراب يرتبط بخلل في النواقل العصبية مثل: السيروتونين والنورأدرينالين , كما أوضح Change وآخرون (2003) أن الأعراض الجسدية لنوبات الهلع تحدث نتيجة تنشيط الجهاز العصبي، خاصة الجهاز السمبثاوي و الباراسمبثاوي المسؤولين عن الاستجابات اللاإرادية في الجسم , و يرى العديد من الباحثين أن منطقة الهيبوثالاموس في الدماغ تلعب دورًا مهمًا في تنظيم الإنفعالات، و أن أي خلل في كيمياء الدماغ أو في المواد العصبية يمكن أن يؤدي إلى ظهور أعراض نوبات الهلع , لذلك يمكن القول إن اضطراب الهلع لا يرتبط فقط بعوامل نفسية، بل أيضًا بعوامل بيولوجية داخل الدماغ (همام, 2022, ص.750).

بناء على ما تقدم، إن النظرية الفسيولوجية تفسر إضطراب الهلع على أنه ناتج عن خلل في عمل الجهاز العصبي و كيمياء الدماغ، خاصة في المواد و النواقل العصبية المسؤولة عن تنظيم الإنفعالات , كما أن نشاط بعض مناطق الدماغ يزيد عند حدوث النوبة، مما يؤدي إلى ظهور الأعراض الجسدية .

23. النظرية المعرفية:

إن نوبة الهلع لا تحدث فقط كخوف مفاجئ، بل هي نتيجة تفسير خاطئ و مبالغ فيه لأحاسيس جسدية عادية , فالشخص الذي يعاني من حساسية عالية للقلق قد يفسر تسارع ضربات القلب أو ضيق التنفس على أنها علامة لمرض خطير مثل :أزمة قلبية أو فقدان السيطرة على عقله، و هذا ما يجعله يدخل في دائرة من الخوف المتزايد الذي يزيد بدوره من الأعراض الجسدية و يؤدي إلى الهلع , ووفق نموذج بيك

وإيمري فإن نوبات الهلع تنتج عن تنشيط غير صحيح لنظام الإنذار في الجسم، بسبب أفكار ومعتقدات سلبية مخزنة تجعل الشخص يرى العالم كأنه خطر، فيبدأ بتضخيم أي إحساس جسدي و يستخدم حديثاً داخلياً مخيفاً مثل: "سأمت الآن" مما يؤدي إلى فقدان السيطرة و ظهور النوبة، أما نموذج كلارك فيشرح أن هناك دائرة مفرغة تبدأ بمثير داخلي أو خارجي، ثم إحساس بالخطر، يليه قلق، ثم ظهور أعراض جسدية، وبعدها يأتي التفسير الكارثي لهذه الأعراض مما يعيد الدورة بشكل أقوى ، بينما يضيف نموذج بارلو أن هناك عوامل أخرى

مثل :الإستعداد الوراثي و الضغوط الحياتية، و أن أول نوبة قد تحدث كإنذار كاذب نتيجة ضغط نفسي، و بعدها يصبح الشخص في حالة ترقب و خوف دائم من تكرار النوبة مما يزيد من إحتمال حدوثها مرة أخرى (بلحسيني و خميس، 2017، ص.23-27).

بناءً على ما تقدم،إن النظرية المعرفية تفسر نوبات الهلع على أنها نتيجة أفكار و تفسيرات خاطئة للأحاسيس الجسدية العادية، حيث يؤدي تضخيم هذه الأحاسيس إلى دخول الشخص في دائرة من الخوف و القلق المتزايد و مع تكرار هذا النمط من التفكير، تصبح نوبات الهلع أكثر إحتمالاً للحدوث و الإستمرار.

24. النظرية السلوكية:

يرى هذا الإتجاه أن نوبة الهلع تبدأ من موقف عادي (محايد)، لكنه يرتبط بالخوف عندما يتعرض الفرد فيه لقلق شديد، فيتحول إلى مثير للهلع بفعل التعلم الشرطي، فحسب هوفمان (2012)، إذا حدثت نوبة هلع في موقف معين، فإن هذا الموقف يرتبط بها، و عند المرور به مرة أخرى أو بموقف مشابه، قد تعود النوبة من جديد، كما أن المثيرات التي تستدعي الهلع قد تكون خارجية مثل الحوادث و المشكلات الحياتية،

أو داخلية مثل الإحساسات الجسدية كخفقان القلب، و يرى نورالدين (2010) أن اضطراب الهلع ينتج عن تعلم خاطئ من البيئة، حيث تصبح أعراضه استجابات متعلمة وفقا لمبادئ الإشراف الكلاسيكي (همام، 2022، ص ص 751-752).

بناء على ما تقدم، إن النظرية السلوكية تفسر نوبات الهلع على أنها سلوك متعلم، حيث يرتبط الخوف بمواقف أو إحساسات معينة بسبب تجارب سابقة، و مع تكرار هذا الارتباط تعود النوبات من جديد، خاصة مع إستمرار التجنب، مما يساهم في بقاء الإضطراب وتفاقمه.

3. الأشكال العيادية لنوبات الهلع

1.3 نوبات الهلع غير المتوقعة :

بدء نوبة الهلع غير مصحوبة بوضعية منشطة، سواء كانت داخلية أو خارجية، إذ تكون مفاجئة و تلقائية و غير منتظرة (بلغالم، 2017، ص.90).

2.3 نوبات الهلع المرتبطة بالوضعيات :

تظهر عند التعرض لمواقف منشطة أو متوقعة، و تحدث بطريقة ثابتة و آنية مثلا في الخوف الإجتماعي، تحدث نوبة الهلع عندما يريد الفرد التحدث أمام الآخرين (بلغالم، 2017، ص.90).

3.3 نوبات الهلع المدعمة من طرف الوضعيات:

لا تكون نوبة الهلع ثابتة مثل النوبات المرتبطة بوضعيات معينة، و لا تظهر بالضرورة عند التعرض المباشر للموقف، بل قد تأتي بشكل آني مثلا في بعض الحالات، قد لا تحدث نوبة الهلع أثناء قيادة الفرد لسيارته، و إنما تظهر بعد نصف ساعة من التوقف عن القيادة (بلغالم، 2017، ص.91).

4.3 نوبات الهلع ليلية (أثناء نوم) :

تحدث نوبة الهلع أحيانا أثناء النوم، حيث يجد الفرد نفسه في حالة من الذعر و زيادة في النشاط الفيزيولوجي دون وجود منبه واضح للحالة، مثل كابوس أو حلم (بلغالم، 2017، ص.91).

4.5 نوبات الهلع محدودة الأعراض:

تحدث نوبة الهلع في غياب خطر حقيقي، أي خلال فترة زمنية غير محددة أو عند الشعور بالراحة الشديدة، لكنها تتضمن على الأقل ظهور أربعة أعراض من أعراض الهلع (بلغالم، 2017، ص.91).

6.4 نوبات غير محددة إكلينيكيًا

هي نوبات هلع تظهر بشكل مفاجئ، و قد تحدث أحيانا في وضعيات مختلفة، وتكون ناتجة عن ضغوط، وتكون على الأقل مصحوبة بالخوف أو القلق ذي الطابع النفسي أو التقييمي (بلغالم، 2017، ص.91).

بناءً على ما تقدم، إن نوبات الهلع ليست نوعاً واحداً، بل لها أشكال عيادية متعددة تختلف حسب ظروف ظهورها، فقد تكون مفاجئة و غير متوقعة، أو مرتبطة بمواقف معينة، أو حتى تظهر أثناء النوم، كما أنها قد تختلف من حيث شدة الأعراض و عددها. وهذا يدل على أن نوبة الهلع حالة معقدة و متغيرة.

4. الأسباب و العوامل المهيئة للإصابة بنوبات الهلع:

1. غالباً ما تبدأ نوبات الهلع عند شعور الشخص بالقلق الصحي أو الأسري أو المالي، أو نتيجة الضغوط والإجهاد المتراكم عبر سنوات مثل: مشاكل العمل و إجهاد المهنة، و في بعض الأحيان يعاني بعض الأشخاص من الهلع بسبب مخاوف صحية مفرطة، أو بعد سماع خبر وفاة مفاجئة لشخص قريب، أو نتيجة الخوف من الأمراض الخطيرة أو الأخطاء الطبية، كما يمكن أن تحدث النوبات أحياناً بسبب الحمل، أو إنقطاع الطمث، أو إستهلاك كميات كبيرة من الكافيين، أو انخفاض نسبة السكر في الدم، أو الإصابة بالفيروسات. جميع هذه العوامل قد تساهم في ظهور نوبات الهلع، إضافة إلى دور المشاعر المكبوتة التي تحتاج إلى التعبير عنها أو التخلص منها، وقد تحدث النوبة الأولى بشكل مفاجئ ودون سبب واضح، وفي بعض الحالات قد تظهر نوبات الهلع أثناء :

- نوم الشخص (الضعيف، د، ت، ص. 03).
- إنتهاء العلاقات
- مشاكل فقدان أو المرض
- إستخدام الكحول أو المخدرات
- بعض المواقف المثيرة لقلق
- الإستخدام أو التوقف المفاجئ لبعض الادوية (الضعيف، د، ت، ص. 03).

بناءً على ما تقدم، تتعدد أسباب نوبات الهلع بين عوامل نفسية مثل: القلق والضغط والمشاكل الأسرية والعملية، وعوامل جسدية مثل: الحمل وانخفاض السكر أو الكافيين، إضافة إلى صدمات أو مخاوف صحية، كما توجد عوامل مهينة تزيد من احتمال حدوثها مثل: فقدان العلاقات استخدام الكحول أو المخدرات، بعض المواقف المقلقة، أو التوقف المفاجئ عن أدوية معينة

5. معايير تشخيص حسب : DSM 5

نوبات هلع متكررة و غير متوقعة و هجمة الهلع هي عبارة عن إندفاع مفاجئ للخوف الشديد او الإنزعاج الشديد ويمكن ان تصل في غضون دقائق إلى الذروة و خلالها تحدث أربعة أو أكثر من الأعراض :

- خفقان و دقات قلب شديدة
- تعرق
- إرتعاش أو إرتجاف
- أحاسيس بقصر النفس أو الإختناق
- الشعور بغصة في الحلق
- ألم أو إنزعاج صدري
- غثيان أو تلبك في البطن
- الإحساس بالدوار أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الإغماء
- قشعريرة أو أحاسيس بالحرارة
- تشوش الحس

- تبدد الواقع أو تبدد الشخصية
- خوف من فقدان السيطرة أو الجنون
- خوف من الموت

واحدة على الأقل من الهجمات تليها شهر أو أكثر لأحد أو اثنين مايلي:

- قلق مستمر أو خوف حول هجمات إضافية من الهلع أو حول عواقبهما
- تغير كبير لسوء سلوك التكيف على صلة بهجمات الهلع

لا يعزى الإضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل إساءة إستعمال دواء أو مادة)، أو إلى حالة طبية أخرى (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية أو إضطرابات قلبية أو رئوية)

لا يتم تفسير الإضطراب بشكل أفضل بإضطراب عقلي آخر , فمثلا في إضطراب القلق الإجتماعي تحدث نوبات الهلع فقط كرد فعل للمواقف الإجتماعية المرهوبة، وفي الرهاب تكون إستجابة مرتبطة بأشياء أو حالات محددة مخيفة (الحمادي, د, ت, ص ص. 167-168).

بناء على ما تقدم, من خلال معايير DSM-5 يتضح أن إضطراب نوبات الهلع يتمثل في نوبات متكررة و غير متوقعة من الخوف الشديد ترافقها أعراض جسدية و نفسية متعددة , كما يستمر تأثيرها بعد النوبة من خلال القلق المستمر أو تغير السلوك، مع ضرورة إستبعاد أن تكون ناتجة عن مرض عضوي أو إضطراب نفسي آخر.

6.التشخيص الفارقي:

1.6 الرهاب الاجتماعي:

الأفراد الذين يعانون من نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء قد يتجنبون المواقف الاجتماعية أو الأداء ليس بسبب الخوف من التقييم السلبي أو الإحراج، و إنما خوفا من حدوث نوبة الهلع نفسها، و على الرغم من أن كلا من مرضى الرهاب الاجتماعي و مرضى نوبات الهلع قد يعانون من نوبات هلع، إلا أن هذه النوبات في الرهاب الاجتماعي تكون مرتبطة بالمواقف الاجتماعية المتوقعة أو أثناء التعرض لها مباشرة أما في اضطراب نوبات الهلع، فيجب أن يكون هناك على الأقل تاريخ لنوبة غير متوقعة، بالإضافة إلى نوبات أخرى لا ترتبط بالمواقف الاجتماعية فقط ، كما أن محتوى الأفكار في الرهاب الاجتماعي يتمحور حول الخوف من الإحراج و التقييم السلبي من الآخرين، بينما في نوبات الهلع يتمحور حول مخاوف كارثية مثل: الإصابة بأزمة قلبية أو الموت أو فقدان السيطرة، كذلك فإن كلا الحالتين يظهر فيهما القلق الجسدي، لكن أعراض الرهاب الاجتماعي تكون أكثر وضوحا للآخرين مثل: إحمرار الوجه، الرجفة وجفاف الحلق، في حين أن أعراض نوبات الهلع تكون مثل: الدوخة، خفقان القلب، ألم الصدر، صعوبة التنفس فقدان الإحساس، و أحيانا الإغماء(الصبوة و اخرون,2017,ص ص.622-623).

62. اضطراب القلق المحدد و غير المحدد:

في هذه الحالة لا يمكن اعتبارها نوبات هلع كاملة، لأنه لم يثبت توفر الشرط الأساسي وهو حدوث النوبة بشكل مفاجئ وغير متوقع، لذلك يجب التوقف عن وصفها كنوبات هلع(الصبوة و اخرون,2017,ص.623).

6.3 اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى:

في هذه الحالة لا يمكن إعتبارها نوبات هلع كاملة، لأن الشرط الأساسي للتشخيص غير متوفر، وهو أن تحدث النبوة بشكل مفاجئ ودون توقع، لذلك لا ينبغي وصفها كنوبات هلع (الصبوة و اخرون, 2017, ص. 623).

4.6 نتائج علاج اضطراب القلق:

هناك مجموعة من المنشطات و المواد التي تؤثر على الجهاز العصبي، مثل الكوكايين و الأمفيتامينات والكافيين و الكحول وبعض المواد البروتينية، حيث يمكن أن تؤدي هذه المواد إلى زيادة القلق والتوتر والشعور بالذعر والفوضى، و مع ذلك، لا يصح مطلقا تشخيص هذه الحالات على أنها نوبات هلع، لأنها ناتجة عن تأثير مباشر للمواد على الجسم وليس اضطرابا نفسيا مستقلا (الصبوة و اخرون, 2017, ص. 623)

بناءا على ما تقدم، فإن التمييز بين نوبات الهلع و الإضطرابات الأخرى مهم جدا، لأن بعض الحالات مثل: الرهاب الإجتماعي أو القلق الناتج عن مرض أو مواد منشطة قد تشبهها في الأعراض، لكن نوبات الهلع الحقيقية تتميز بأنها تحدث فجأة و دون توقع، بينما الحالات الأخرى تكون مرتبطة بسبب واضح أو موقف معين، لذلك يجب التشخيص بدقة حتى يتم تحديد العلاج المناسب لكل حالة.

7. المنبئات المنذرة بوجود نوبات هلع:

توجد عوامل منذرة و منبهة لحدوث نوبات الهلع، و تتمثل فيما يلي:

1.7 عوامل إنفعالية : مثل القلق و المخاطرة، و المشاعر السلبية، و العصبية، و الحساسية الشديدة للإنفعال، و تعد هذه العوامل الإنفعالية من أهم الأسباب التي قد تؤدي إلى ظهور نوبات الهلع(الصبوة و اخرون,2017,ص.624).

2.7 العوامل البيئية : تشير بعض الدراسات حول الإعتداء الجسدي على الأطفال إلى أنها قد تؤدي إلى نوبات الهلع , كما يعد التدخين من العوامل البيئية الخطيرة المنذرة والمساهمة في ظهور نوبات الهلع إضافة إلى ذلك، فإن التعرّض لمواقف صادمة مثل: الموت أو فقدان شخص عزيز، أو مشاهد الدفن يمكن أن يحفز ظهور نوبات الهلع لدى بعض الأفراد المعرضين لها(الصبوة و اخرون,2017,ص.624).

3.7 عوامل فسيولوجية وراثية : رغم أن العوامل الوراثية و الفسيولوجية لا تعد مسؤولة بنسبة 100% عن حدوث نوبات الهلع و قد أظهرت الدراسات أن نوبات الهلع قد تكون أكثر شيوعا لدى الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي مع الإكتئاب و اضطراب ثنائي القطب (الصبوة و اخرون,2017,ص.624).

بناء على ما تقدم، فإن نوبات الهلع لا تنتج عن سبب واحد فقط، بل هي نتيجة تداخل عدة عوامل مثل :الإنفعالات القوية، و الظروف البيئية الصادمة، إضافة إلى الإستعداد الوراثي و الفسيولوجي هذه العوامل مجتمعة تزيد من احتمال ظهور نوبات الهلع لدى بعض الأفراد دون غيرهم.

8.علاج نوبات الهلع:

إضطراب الهلع يعد من أكثر إضطرابات القلق إنتشارا، و هو إضطراب مزمن قد يتطور تدريجيا عند الفرد، و يشكل عبئا نفسيا كبيرا إذا لم يتم علاجه , كما يؤثر بشكل واضح على جودة حياة الشخص، وقد يسبب له تأثيرا إقتصاديا و إجتماعيا أيضا.

ويشير هيندريكس (2001) إلى أن نسبة نجاح العلاج المبكر تتراوح بين 70% إلى 90% من الحالات كما يساعد العلاج في تقليل تطور الإضطراب إلى مراحل أكثر تعقيدا، و تؤكد الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2010) أن الهدف من العلاج لا يقتصر فقط على تقليل شدة الأعراض، بل أيضا على خفض القلق وتحسين الأداء اليومي و العودة إلى المستوى الطبيعي.

كما يوضح كيم (2019) أهمية الدمج بين الجوانب البيولوجية و النفسية والسلوكية والاجتماعية في فهم وعلاج إضطراب الهلع، من أجل بناء نموذج علاجي شامل ، و يضيف أنه إذا لم تتحسن الحالة خلال 6 إلى 8 أسابيع من العلاج، يجب إعادة تقييم التشخيص و خطة العلاج (همام، 2022، ص ص. 752-753).

بناءا على ما تقدم،إن علاج نوبات الهلع ممكن و فعال خاصة إذا تم التدخل مبكرا، حيث يساعد في تقليل الأعراض و تحسين حياة الفرد ، كما أن نجاح العلاج يعتمد على الجمع بين عدة جوانب (نفسية، بيولوجية، وسلوكية)، مع ضرورة متابعة الحالة و إعادة تقييمها عند الحاجة.

الخلاصة

في الختام يمكن القول،إن نوبات الهلع هي إضطراب نفسي يظهر بشكل مفاجئ على هيئة خوف شديد مع أعراض جسدية و نفسية مزعجة، و قد يؤثر سلبا على حياة الفرد ، كما أنها لا تنتج عن سبب واحد بل عن تداخل عوامل نفسية و بيولوجية و سلوكية، و تختلف أشكالها و أسبابها من شخص لآخر، مما يتطلب تشخيصا دقيقا للتمييز بينها و بين إضطرابات أخرى ، ورغم ذلك، فإن علاجها ممكن وفعال خاصة عند التدخل المبكر مع المتابعة المستمرة.

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

تمهيد

بعد عرض الجانب النظري سنتطرق في هذا الفصل الى الإجراءات المنهجية للدراسة حيث سيتم توضيح مختلف الخطوات التي تم إتباعها من أجل إنجاز هذا البحث، بداية من الدراسة الإستطلاعية وصولاً إلى الدراسة الأساسية، مع عرض المنهج المعتمد، وأدوات جمع البيانات، بالإضافة إلى تحديد حدود الدراسة وعينتها وخصائصها.

1. الدراسة الأساسية

تمثل الدراسة الأساسية المرحلة الفعلية من البحث، حيث تم فيها إعتقاد المنهج العيادي على حالتين من النساء العاملات، و تم تطبيق أدوات الدراسة عليهما من أجل جمع المعطيات المتعلقة بالقلق و علاقته بنوبات الهلع، بهدف التحقق من صحة الفرضيات المطروحة في الدراسة، و التأكد من مدى توافقها مع ما تم ملاحظته ميدانياً.

2. منهج الدراسة

يعد المنهج الأساس الذي يعتمد عليه الباحث في الدراسة، و هو عبارة عن مجموعة من القواعد والخطوات المنظمة التي يتبعها لدراسة مشكلة معينة، و يهدف هذا المنهج إلى الوصول إلى نتائج علمية دقيقة من خلال جمع البيانات و تحليلها باستعمال أدوات وتقنيات مناسبة تتماشى مع طبيعة المنهج المستخدم في البحث (المحمودي، 2019، ص.15).

وقد تم الإعتماد في هذه الدراسة على المنهج العيادي (دراسة حالة) كونه الأنسب في دراسة العلاقة بين القلق ونوبات الهلع عند النساء العاملات، لأنه يسمح بالتعمق في الحالات المدروسة وفهمها بشكل دقيق و شامل.

ويعرف المنهج العيادي بأنه أسلوب بحث يُستخدم لدراسة الحالات الفردية بشكل معمق و شامل، بهدف فهم الإضطرابات النفسية التي يعاني منها الفرد، و تحليل خصائصه و سلوكياته الخاصة، و يعتمد

هذا المنهج على مجموعة من الأدوات مثل: المقابلة العيادية، و الملاحظة، و الإختبارات النفسية، وذلك للحصول على معلومات دقيقة تساعد في فهم الحالة بشكل أفضل (سي موسى، 2009، ص.48).

أما دراسة الحالة فهي منهج يعتمد على تنظيم وتحليل المعلومات التي يتم جمعها حول الفرد و البيئة التي يعيش فيها، و هي عبارة عن دراسة دقيقة و شاملة لوضعية الفرد، تهدف إلى فهم المشكل الذي يعاني منه والأسباب التي أدت إلى ظهوره، مثل مشكلات عدم التكيف ، كما تسمح بتحليل معطيات الفرد و بيئته المحيطة بشكل معمق، مما يساعد على فهم سلوكه بطريقة أوضح، باعتبارها تعكس جانباً من خبرته الذاتية و ظروفه الخاصة (متولي، 2016، ص.22).

إن المنهج العيادي بتقنية دراسة الحالة يعد الأنسب لدراسة موضوع القلق و علاقته بنوبات الهلع عند النساء العاملات، لأنه يسمح بالتعمق في الحالات المدروسة و فهمها بشكل شامل و دقيق من مختلف الجوانب النفسية و البيئية، لذلك تم الإعتماد على هذا المنهج في هذه الدراسة لملاءمته لطبيعة الموضوع و أهدافه.

3. أدوات الدراسة

1.4 المقابلة العيادية

المقابلة تعتبر الأداة الأساسية في الفحص النفسي، و يطلق عليها أحياناً سيدة أدوات الفحص النفسي وهي عبارة عن تفاعل منظم بين شخصين هما الفاحص و المفحوص، حيث يحاول الفاحص من خلالها أن يثير لدى المفحوص مجموعة من الإستجابات، هذه الإستجابات قد تكون واضحة وصريحة أو غير مباشرة و ضمنية، و ذلك بهدف الوصول إلى فهم أفضل للحالة سواء في التشخيص أو العلاج، و بالتالي فإن المقابلة

تقوم على علاقة تواصل تساعد الفاحص على جمع معلومات دقيقة حول المفحوص (خياط, 2016, ص 23-24).

2.4 الملاحظة العيادية

يقصد بها أن يقوم الفاحص بتوجيه إنتباهه بشكل كامل، بحيث يستخدم جميع قدراته الحسية و الإنفعالية والمعرفية، و أحيانًا حتى الجوانب الروحية لديه، من أجل ملاحظة والتقاط كل ما يصدر عن الشخص المفحوص من معلومات أو إشارات , سواء كانت هذه الرسائل مقصودة أو غير مقصودة، و صريحة أو ضمنية، و ذلك أثناء مواقف مختلفة، سواء كانت طبيعية أو مهياة مسبقًا بهدف الدراسة أو الفحص (خياط, 2016, ص 25).

5 مقياس الهلع

1.3.4 وصف المقياس

المقياس من تأليف الأستاذ حمدي عبد الله عبد العظيم، و هو أخصائي الإرشاد النفسي بالتربية و التعليم و باحث في علم النفس التطبيقي , يتكون المقياس من مجموعة من الفقرات عددها 32 فقرة تتناول الأعراض الجسدية و النفسية و المخاوف المرتبطة بنوبات الهلع، مثل: الخوف من الموت المفاجئ، ضيق التنفس، الخوف من الأماكن المغلقة أو السفر، و الشعور بفقدان السيطرة (عبد العظيم, 2013, ص 208-210).

2.3.4 طريقة التصحيح وتفسير النتائج:

يتم التصحيح من خلال إعطاء درجات محددة لكل إجابة ثم جمعها كالتالي:

أ- توزيع الدرجات:

- إجابة (دائماً): تحصل على (3) درجات.
- إجابة (أحياناً): تحصل على (2) درجتين.
- إجابة (أبداً): تحصل على (1) درجة واحدة.

ب- تفسير الدرجة الكلية

بعد جمع الدرجات لجميع الفقرات (من 1 إلى 32)، يتم تفسير النتيجة وفقاً للمجموع الكلي كما يلي:

- من (33 إلى 48 درجة): مؤشر على أنك لم تصب بالهلع.
- من (49 إلى 64 درجة): لديك نوع من الهلع الذي لا خطورة منه عليك.
- من (65 إلى 80 درجة): أنت بحاجة إلى إعادة نظر في وضعك، ومحاولة معرفة الأسباب، وتحتاج إلى استرخاء (10 دقائق يومياً) ومساعدة المقربين.
- من (81 إلى 96 درجة): أنت بحاجة ماسة لمراجعة الطبيب النفسي فوراً (عبد

العظيم، 2013، ص. 210).

4.4 مقياس بيبك للقلق:

1.4.4 وصف المقياس:

هو مقياس تقرير ذاتي يتكون من 21 فقرة مصممة لتقييم شدة أعراض القلق لدى البالغين و المراهقين تصف الفقرات أعراضاً متنوعة للقلق، حيث يركز المقياس بشكل أساسي على الأعراض الجسدية مثل: التنميل، و التعرق، و الشعور بالاختناق و الأعراض النفسية/الذاتية مثل: الخوف من فقدان السيطرة العصبية

, تم تطويره خصيصاً ليكون قادراً على التمييز بين القلق و الاكتئاب، حيث تم إستبعاد الأعراض التي قد تتداخل مع مرض الاكتئاب(Beck et al, 1988, p. 895))

2.4.4 طريقة التصحيح:

يطلب من المفحوص تقييم كل عرض من الأعراض الـ 21 على مقياس مدرج من 0 إلى 3 كالتالي:

- لا ابدا (0)
- بشكل خفيف لا تزعجني كثيرا (1)
- بشكل متوسط مزعج في بعض الاحيان (2)
- بشكل شديد مزعج كثيرا (3)

يتم جمع الدرجات التي حصل عليها المفحوص في جميع الفقرات ,تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين 0 و 63 درجة إذا كانت الدرجة الكلية مابين 0 و21 قلق منخفض بين 22 و35 قلق متوسط إذا كانت الدرجة الكلية 36 فما فوق فهو قلق كبير غالبا ما يستحق الإنتباه (Beck et al, 1988, p. 895))

5.الحدود المكانية و الزمانية

1.5 الحدود المكانية:

تم إجراء الدراسة بثانوية مهاجي محمد الحبيب بعين الاربعاء ولاية عين تموشنت.

2.5 الحدود الزمانية

تم إجراء الدراسة خلال الفترة الممتدة بين 04 مارس إلى 10 أفريل 2026

6. عينة الدراسة و خصائصها

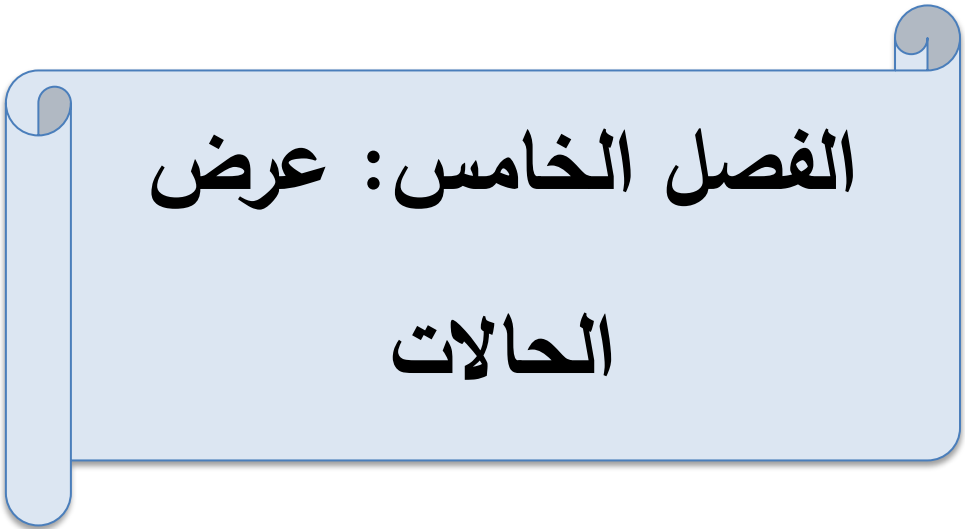
تكونت عينة دراسة من حالتين تتراوح أعمارهم بين 35 و 38 سنة والجدول الموالي يبين الخصائص الخاصة بكل حالة.

الجدول رقم (01) يوضح مواصفات حالات الدراسة

الحالات	الاسم	السن	المهنة	الحالة الاجتماعية	المستوى الاقتصادي
الحالة الاولى	ب.د	38 سنة	مستشارة التوجيه	متزوجة	متوسط
الحالة الثانية	س.ص	35 سنة	مشرفة تربوية	متزوجة	متوسط

الخلاصة

يمثل هذا الفصل أهمية كبيرة في البحث لأنه يوضح الطريقة العلمية التي تم بها إنجاز الدراسة و خطواتها بشكل منظم و دقيق، بدءا من الدراسة الإستطلاعية وصولا إلى الدراسة الأساسية، كما يبرز المنهج العيادي و الأدوات المستخدمة في جمع البيانات مثل المقابلة و الملاحظة ومقاييس القلق و الهلع مما يضمن دقة النتائج و موضوعيتها، بالإضافة إلى ذلك، يساعد تحديد حدود الدراسة و عينتها في فهم سياق البحث بشكل أفضل.



الفصل الخامس: عرض الحالات

الحالة الأولى

البيانات الأولية

الاسم : ب.د

الجنس : أنثى.

المستوى الدراسي : جامعي (ليسانس) موظفة في قطاع التربية (مستشارة التوجيه و الإرشاد المدرسي)

السن : 38 سنة.

الحالة الاجتماعية : متزوجة ولها 3 أولاد.

الحالة الاقتصادية : متوسطة.

الأمراض الوراثية : ضغط الدم (الأب والجدة).

المعلومات الأسرية

الأب : على قيد الحياة.

عمره الآن : 70 سنة.

المهنة : شرطي متقاعد.

الحالة الصحية: يعاني من آلام في المفاصل

الأم : على قيد الحياة.

عمرها الآن : 65 سنة.

المهنة : معلمة.

الحالة الصحية : مصابة بارتفاع ضغط الدم.

شبكة الملاحظة

البنية المورفولوجية : تتميز الحالة بقصر القامة وذات بنية جسمية بدنية، لون الشعر أسود ولون العينين أسود.

ملامح الوجه : سمراء البشرة، يظهر عليها التعب في الوجه وتظهر عليها ملامح الحزن.

المظهر الخارجي : امرأة أنيقة جداً تهتم بمظهرها كثيراً.

النشاط الحركي : قليلة الحركة، كثيرة النوم.

جدول المقابلات مع الحالة

جدول رقم يوضح المقابلات مع الحالة

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	متوسط توقيت المقابلة	مكان المقابلة	هدف المقابلة
01	09/03/2026	30 دقيقة	مكتب مستشارة التوجيه	جمع البيانات الأولية حول الحالة وبناء علاقة فاحص مفحوص مع الحالة
02	10/03/2026	45د	////////	معرفة الحالة النفسية والإجتماعية للحالة و
03	15/03/2026	40	////////	معرفة الأعراض النفسية التي تعاني منها الحالة
04	16/03/2026	1 ساعة	////////	تطبيق إختبار القلق
05	19/03/2026	1 ساعة	////////	تطبيق مقياس نوبات الهلع

ملخص المقابلات العيادية مع الحالة ب.د:

تم إجراء سلسلة من أربع مقابلات عيادية مع الحالة في المؤسسة التربوية التي تعمل بها، حيث بدأت بمقابلة إستكشافية لجمع البيانات الأولية، وبناء الثقة، وملاحظة سلوكياتها العامة وملاحظتها خلال الفحص العيادي. تلا ذلك مقابلة ثانية للتعمق في فهم التاريخ الماضي للحالة، وإستكشاف طبيعة نموها وعلاقتها بالوالدين وقلقها الدائم على صحة والدها. وفي المقابلة الثالثة، تم التركيز على تحديد طبيعة الصدمات النفسية التي تعرضت لها، وخاصة صدمة وفاة صديقتها المقربة قديماً، مع تطبيق مقياس بيك للقلق. أما الجلسة الرابعة هدفت بشكل مباشر إلى تطبيق مقياس نوبات الهلع ورصد الأعراض الجسدية الراهنة كخفقان القلب وضيق التنفس، مما أتاح تكوين رؤية شاملة حول تطور إضطرابها وسبل التدخل المناسبة. وإختتمت هذه اللقاءات بالمقابل الأخيرة التي هدفت إلى إعلام الحالة بنتائج المقياسين وتقديم جملة من الإرشادات والنصائح.

تحليل المقابلات:

كشفت المقابلات العيادية التي أجريت مع الحالة "ب.د" عن بنية نفسية مثقلة بصراعات قديمة تجد صداها في أعراضها الحالية. من خلال سردها لتاريخها وأهم الأحداث في حياتها، تبين أن الحالة عاشت نوعاً من "الإهمال العاطفي" في طفولتها؛ فرغم إستقرار الأسرة، إلا أن غياب الأم المعلمة وإنشغالها المهني خلق فجوة وجدانية، حيث صرحت الحالة بمرارة قائلة: "ماما كانت مشغولة بزاف بالخدمة، حتى كي كنت نتعب نفسياً ما كانتش تحس بيا.. توكلنا غايا تلبسنا خير من الناس بصبح عمرها ماسقستني واش راني نحس". هذا الحرمان العاطفي دفعها منذ الصغر لتبني "النجاح الدراسي" كدرع دفاعي ووسيلة وحيدة لجلب

الإنبتاه ونيل الرضا الوالدي، وهو ما يفسر وصولها لمستوى جامعي، وكأنها كانت تحاول تعويض النقص العاطفي بالتفوق الأكاديمي. هذا يُعتبر عامل خطر نفسي-إجتماعي غير محدد يمكن أن يساهم في هشاشة نفسية لاحقة.

وعند الغوص في التاريخ الصدمي، يظهر حادث وفاة صديقتها كمنعطف حاسم حطم شعورها بالأمان الوجودي، فالحالة كانت تستبطن تمثلاً طفولياً يعزل الموت عن عالم الصغار، وصدمتها بقولها: " ما كنتش نتصور بلي الموت تجي للصغار كما حنا كنت حاسبة غير شوابين لكبار المرضى ليموتو". إن هذا الحدث أدى إلى نشوء ما يمكن تسميته بـ "القلق الكامن" الذي لم يجد له مساراً للتفريغ.

الحدث المفاجئ في المرحلة المتوسطة (وفاة الصديقة بحادث سير): حيث كانت الحالة تحكي عن معاناتها بعد تلقي خبر موت صديقتها فكانت الحالة لاتنام ليلا تظل تبكي طيلة الليل دون علم أمها تقول أنها كانت تذهب للمتوسطة متعبة شاحبة اللون يسبب عدم النوم و التفكير الزائد كانت تقول أن صديقتها تأتيها في المنام حتى لو غفوت قليلا حتى أنها كانت تمنع نفسها من النوم خوفا من رأيها في الحلم تقول أنها أصبحت لديها عقدة من الموت كانت قبل أن تتفرج ولو فلم أو مسلسل حتى تتأكد أنه لا يوجد شخصية تموت في الفلم فقدت شغف الحياة خائفة من الموت الذي كانت تستبعده عند الصغار حتى أصبحت تنتظره يأتي في أي لحظة حيث كانت تصف الحالة أنها كانت تعتقد أن الموت "يحدث فقط للكبار والمرضى". هذا الاعتقاد السابق تحطم فجأة، مما أحدث صدمة معرفية-إنفعالية. أصبحت تخاف من كل بنت أسمها مثل صديقتها المتوفاة. يمثل هذا الحدث أول مرة تواجه فيها الحالة الموت بشكل مباشر ومفاجئ لشخص في مثل سنها. في علم النفس العيادي، هذا يُصنف ك حدث ضاغط صادم يمكن أن يؤدي إلى اضطراب التكيف أو أرضية لظهور اضطراب القلق لاحقاً. بالرغم من هذا لم تقم بإظهار معاناتها لوالديها ولم ينتبهو لحالتها

النفسية تقول الحالة أنها واصلت حياتها وكانت تدرس بجد وتخرج صراعها الداخلي في الدراسة كتنفيس ونجحت و إلتحقت بالجامعة و توظفت ثم تزوجت بعد ذلك وكونت اسرة .

أما علاقتها بالدها، فتبدو قلقة ب "قلق فقدان" المعمم؛ فهي تحبه كثيراً لكنها تتجنب الكلام أمامه عندما يشتكي من الألم، قائلة: "منحملهش نشوف بابا يتوجع، نولي نرجف ونخرج من الغرفة". هذا الهروب العيادي ليس جفاءً، بل هو عجز عن المواجهة المتجسد في مرض الأب، وهو ما يعيد إيقاظ جرح الصديقة.

إن الحالة اليوم تعيش حالة من "توقف الزمن النفسي" عند لحظة الصدمة، فرغم زواجها وإنجابها ونجاحها المهني، إلا أن الطفلة المصدومة بداخلها ما تزال تبحث عن "الأمان المفقود" الذي انعدم يوم انشغلت عنها الأم ويوم غيب الموت صديقتها، مما جعل حياتها الراهنة مجرد "انتظار قلق" لما تخبئه الأقدار، في ظل غياب تشخيص عضوي يطمئن روعها الوجودي.

السنوات اللاحقة (الجامعة والعمل والزواج): ورغم تحقيقها نجاحاً دراسياً ومهنياً (مستشارة توجيه)، بدأت أعراض جسدية غير مفسرة طبياً تظهر تدريجياً، ثم تطورت إلى نوبات هلع واضحة. يلاحظ في المسار أن شدة النوبات زادت مع المسؤوليات (العمل، الأمومة)، ومع تقدم والدها في السن وزيادة شكواه الجسدية.

يتجلى هذا الصراع بوضوح في التناقض بين صورتها الخارجية كمستشارة توجيه أنيقة وناجحة، وبين "الإنهيار الداخلي" الذي يظهر في المقابلة.

التشخيص التصنيفي للحالة ب.د وفق معايير DSM-5:

بعد فحص الأعراض الإكلينيكية للحالة، يتبين أن الحالة تستوفي المعايير التشخيصية لاضطراب الهلع

(Panic Disorder) كالتالي:

المعيار (A): وجود نوبات هلع متكررة وغير متوقعة

يتحقق هذا المعيار عند وجود (4 أعراض) فسيولوجية أو نفسية على الأقل أثناء النوبة، وبالإسقاط على

الحالة نجد أنها تعاني من:

- خفقان وتسارع ضربات القلب: عبرت عنه بـ "ارتعاش القلب" وربطته بدقات ساعة الموت.
- الإحساس بالدوار وعدم الثبات: حصل على الدرجة القصوى في المقياس، وهو ما يسبب لها "الانهيار الداخلي".
- أحاسيس بقصر النفس أو الاختناق: سجلت استجابة "دائماً" في مقياس الهلع، مع شعورها بـ "حالة حرب مع الخوف".
- قشعريرة أو أحاسيس بالحرارة: ظهر بوضوح في نتائج مقياس بيك كعرض جسدي.
- خوف من فقدان السيطرة أو الجنون: ظهر من خلال "التفسير الكارثي" للمثيرات الجسدية وخوفها من "التبهدل" أمام الناس.
- الخوف من الموت: تصريحها الصريح "هذه هي الساعة الأخيرة" عند كل نوبة.

الحالة تستوفي هذا المعيار بوجود أكثر من 6 أعراض حادة تصل لذروتها في دقائق معدودة.

المعيار (B): استمرار الهجمات متبوعة بشهر أو أكثر من القلق أو تغير السلوك يتحقق هذا المعيار من خلال مظهرين أساسيين في الحالة:

- **قلق الترقب:** تعيش الحالة في "انتظار قلق" دائم وتحفز مفرط ، حيث تترقب النوبة القادمة معتبرة أي إشارة جسدية نذيراً بالموت.

- **لجوء الحالة إلى "الانسحاب الاجتماعي" وتجنب "العراس والناس" لحماية صورتها الناجحة من الإنهيار أمام الآخرين.**

وبالتالي فإن المعيار مستوفى؛ حيث تحولت حياة الحالة إلى "حلقة مفرغة" من التجنب والهروب.

المعيار (C): لا يعزى الاضطراب لتأثيرات مادة أو حالة طبية

- أكدت المقابلة والنتائج أن الحالة تتردد على الأطباء بشكل ملفت للبحث عن سبب عضوي لآلام الصدر والغثيان دون جدوى، مما يثبت غياب أي تشخيص طبي يفسر هذه الأعراض، وأن منشأها نفسي صدمي خالص.

المعيار (D): لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر

- نوبات الهلع لدى الحالة ليست مرتبطة بمواقف اجتماعية معينة فقط، بل هي نوبات "تكرارية لا شعورية" لصدمة وفاة الصديقة، ولا تقتصر على الهواجس الوسواسية أو أعراض تشوه الجسم.

تطبيق مقياس القلق:

م	فقرات الاختبار:	3	2	1
1	يسيطر علي الخوف من الوحدة و الليل			
2	أكون مليحيا بين النوبات.		02	
3	أشعر بالخوف من الموت المفاجئ.		02	
4	تحدث نوبة الخوف لدي فجأة.		02	
5	تتصاعد النوبة ذروتها خلال 10 دقائق.	03		
6	يستمر الاضطراب لمدة ساعات معينة.		02	
7	أشعر بأن النوبة تمر علي كأنها دهر.		02	
8	لا اعرف مصدر هذا النوع الشديد من الخوف.	03		
9	أتردد علي الطبيب المعالج بشكل ملفت للانتباه.	03		
10	أصيب بالغثيان والدوار.	03		
11	أشعر بالألم في الصدر.	03		
12	أحس بتتميل في الأطراف.			
13	أشعر باضطرابات معوية.		02	
14	أصاب بعدم الاتزان.		02	
15	أشعر بالاختناق.	03		
16	يسيطر علي الخوف من الموت.		02	
17	تزداد ضربات قلبي بشكل مقلق.		02	
18	أشعر بصعوبة التنفس.		02	
19	أعاني من صعوبة في الكلام.		02	
20	يسيطر علي الخجل.			01
21	أعاني من اضطراب في الذاكرة.			01
22	أعرق كثيرا.			01
23	تزداد حركتي للتخلص من هذا الخوف.			01
24	أصاب باضطرابات في النشاط بشكل عام.	03		
25	أقع مغشيا علي.			01
26	يسيطر علي الخوف من الأماكن الواسعة.			01
27	أخاف الخروج من البيت و السفر بكل انواعه		02	
28	أعاني من الخوف من الاتصال بالآخرين.	03		
29	يهاجمني الاضطراب المفاجئ.	03		01
30	أعاني من كثرة التبول.			
31	يسيطر علي الخوف من فقدان الحماية والأمان.		02	01
32	تحدث نوبة الخوف لي في أوقات معينة.		02	

عرض وتحليل نتائج مقياس بيك للقلق (beck) للحالة ب.د.:

درجة 38 على مقياس beck للقلق تعني قلق شديد جدًا هذا يعني أن الحالة تعاني من أعراض قلق مستمرة ومعطلة للحياة اليومية، وليس مجرد توتر ظرفي.

1. الأعراض الجسدية :

نلاحظ من خلال النتائج أن الأعراض التي حصلت على الدرجة القصوى (3 درجات) هي أعراض فسيولوجية بحتة (وهن الساقين، الدوار، فقدان التوازن). هذه الأعراض تعني أن القلق تحول إلى أعراض جسدية واضحة يتحكم فيها الجهاز العصبي المستقل. شعور "فقدان التوازن" قد يكون مرتبطًا بالخوف من الإغماء، وهو عرض شائع في نوبات الهلع. وجود هذه الأعراض بدرجة قصوى يدل على أن الحالة تعيش في حالة تأهب بدني دائم .

2. الجانب المعرفي والانفعالي:

حصول بنود مثل (الخوف من حدوث الأسوأ، الخوف من الموت، الخوف من فقدان السيطرة) على درجات متوسطة إلى مرتفعة، يؤكد وجود "توقعات كارثية" ثابتة لدى الحالة. الأعراض تشير إلى وجود تفسير كارثي للإحساسات الجسدية الطبيعية. عندما تشعر الحالة بخفقان القلب، تفسره على أنه "بداية الموت"، وليس كاستجابة طبيعية للقلق. هذا النمط من التفكير يُسمى في علم النفس العيادي "كارثي" وهو محدد رئيسي لاستمرار نوبات الهلع.

حيث يتم تفسير أي إشارة جسمية بسيطة (خفقان، تنمل) على أنها نذير بكارثة وشيكة، مما يغذي حلقة مفرغة من القلق الذي لا ينتهي.

تطبيق مقياس نوبات الهلع:

مقياس بيك للقلق (BAI)
(ترجمة إلى العربية: فرحات بوزيان)

ستجد في الأسفل مجموعة من الأعراض الشائعة للقلق. قم من فضلك بقراءتها بعناية ثم تحديد مدى معاناتك/انزعاجك من كل عرض خلال الشهر الأخير حتى اليوم الحالي، وذلك من خلال وضع دائرة على الرقم المناسب أمام كل عرض.

لا أبداً	بشكل خفيف لا يزعجني كثيراً	بشكل متوسط مزعج في بعض الأحيان	بشكل شديد مزعج كثيراً	
0	1	2	3	تخدر/وخز/ تنمل
0	1	2	3	الإحساس بالحرارة
0	1	2	3	وهن في الساقين
0	1	2	3	عدم القدرة على الإسترخاء
0	1	2	3	الخوف من حدوث الأسوء
0	1	2	3	الدوار أو الدوخة
0	1	2	3	خفقان القلب بقوة أو بسرعة
0	1	2	3	فقدان التوازن
0	1	2	3	الشعور بالرعب أو الخوف
0	1	2	3	التوتر و العصبية
0	1	2	3	الإحساس بانسداد الحلق
0	1	2	3	ارتعاش اليدين
0	1	2	3	الارتجاف الجسدي و فقدان الثبات
0	1	2	3	الخوف من فقدان السيطرة على الذات
0	1	2	3	صعوبة في التنفس
0	1	2	3	الخوف من الموت
0	1	2	3	الفرع
0	1	2	3	عسر في الجهاز الهضمي
0	1	2	3	الإغماء أو الشعور بالإغماء الوشيك
0	1	2	3	احمرار الوجه
0	1	2	3	التعرق (البارد أو الساخن)

عرض وتحليل نتائج اختبار قياس الهلع للحالة ب.د. (Panic Disorder Scale):

الدرجة الكلية المحسوبة (66 درجة) تضع الحالة في فئة الإضطراب الحاد والمزمن، وهي درجة مرتفعة جداً تعكس تغلغل نوبات الهلع في النسيج اليومي لحياة الحالة.

تحليل البنود :

1. زمن وصول النوبة إلى الذروة (أقل من 10 دقائق):

الحالة اختارت "أحياناً". هذا مطابق تماماً لمعيار DSM-5 لنوبات الهلع. الذروة السريعة ولو أنها تحدث أحياناً إلا أنها تجعل الحالة تشعر بعدم السيطرة الكامل، مما يزيد من الخوف من النوبة نفسها.

2. شدة الخوف من الموت وفقدان السيطرة خلال النوبة:

درجات قصوى. هذا يدل على أن الحالة تعيش كل نوبة وكأنها "حالة طوارئ حقيقية تهدد الحياة"، وليس مجرد قلق.

3. الخوف من الخروج من البيت والسفر:

درجة مرتفعة . هذا عرض أساسي لبداية الخوف من الأماكن المفتوحة (agoraphobia). الحالة تربط بين الفضاء الخارجي وإحتمال حدوث نوبة هلع، وتجنب الخروج لحماية نفسها من الإحراج أو من عدم القدرة على الوصول إلى المساعدة.

إن التردد على الطبيب بشكل ملفت يعكس عدم استبصار الحالة بالمنشأ النفسي لاضطرابها في البداية، وهو محاولة معرفة المعاناة عبر البحث عن سبب عضوي (آلام الصدر، الغثيان)، وكأنها تبحث عن طمأنة خارجية لعجزها الداخلي عن إستدخال فكرة الموت .

إستنتاج يجمع بين نتائج المقابلات و المقياسين beck للحالة ب.د:

أظهر النتائج القياس النفسي حالة من التأزر المرضي بين مستويات القلق ونوبات الهلع،. تحصلت الحالة في مقياس بيك للقلق (38 درجة) واختبار نوبات الهلع (66 درجة). فالحصول على 38 درجة في مقياس القلق يضع الحالة في فئة "القلق الشديد"، وهو ما يمثل "القاعدة الوجدانية" أو الأرضية المهيأة التي يتغذى منها الاضطراب، وهذا ما تبين مع نتائج المقابلات حيث تسيطر الأعراض الفسيولوجية (الدوار، فقدان التوازن) على الحالة. ويتكامل هذا المؤشر مع الدرجة المرتفعة في مقياس الهلع (66 درجة)، والتي تعكس وصول القلق إلى ذروته الانفجارية في شكل نوبات حادة ومزمنة بشكل مفاجئ وتصل لذروتها في أقل من 10 دقائق.

وتشير نتائج الربط بين هذه الأرقام إلى أن الحالة تعيش في حلقة مفرغة؛ فدرجات القلق المرتفعة تؤكد وجود حالة من "الاستنفار البيولوجي" الدائم وتأثر الجهاز العصبي (السمبثاوي والباراسمبثاوي)، مما يجعل عتبة التحمل النفسي منخفضة جداً أمام المثيرات. وهذا ما يفسر لماذا تظهر نوبات الهلع بحددة 66 درجة، حيث تجد هذه النوبات طريقاً مهيأً بفعل "التربق القلق" المستمر أألخوف من المجهول. إن التداخل بين "الخوف من الموت" و"الشعور بالاختناق وآلام الصدر" يعكس "توقف الزمن النفسي" لدى الحالة عند لحظة الصدمة التاريخية (وفاة الصديقة)، بحيث لم تعد الأعراض مجرد استجابات فيزيولوجية، بل هي "إعادة

تمثيل " لحظي للصدمة. وبذلك، فإن التكامل الإحصائي بين الدرجتين (38 و66) يثبت انتقال الحالة من مرحلة القلق كسمة إلى مرحلة "العجز الوظيفي" والانسحاب الاجتماعي، حيث تهاوت دفاعاتها النفسية التقليدية أمام إجتياح لأعراض السيكوسوماتية، مما يجعل الحاجة إلى تدخل عيادي أمراً حتمياً لإعادة بناء التوازن المفقود.

الحالة الثانية

- الاسم : س. ص
- الجنس : أنثى
- السن: 35 سنة
- المستوى الدراسي : جامعي (ليسانس لغة ألمانية).
- المهنة : مشرفة تربوية.
- الحالة الاجتماعية : متزوجة، لها ولد وبنت.
- الحالة الاقتصادية : متوسطة.
- السوابق المرضية : لا يوجد.
- الأمراض الحالية : قلق ونوبات هلع.
- الأمراض الوراثية : فقر الدم (بالنسبة للجد والجدة).

ثانياً : المعلومات الأسرية

- الأب : (65 سنة) ، عامل حر ، حالته الصحية جيدة،

- الأم : (60 سنة) ، موظفة بالبلدية، تعاني من ضغط الدم،

ب- تحليل شبكة الملاحظة العيادية

من خلال المعاينة الميدانية والعيادية، تم رصد المؤشرات التالية:

- **البنية المرفولوجية والمظهر العام:** تتميز الحالة بنحول جسدي واضح وشحوب في البشرة، وهو ما يترجم حالة الاستنزاف الطاقوي التي تمر بها. ويلاحظ إهمال واضح للمظهر الخارجي، وهو مؤشر عيادي هام يدل على انخفاض تقدير الذات (Self-esteem) وتحويل الاهتمام الكامل من "الأنثى" إلى "موضوع المرض" (مرض الزوج والهلع)، على عكس الحالة الأولى التي كانت تعتمد الأناقة كدفاع.
- **السلوك الحركي واللفظي:** يطغى على الحالة سمة "الجمود القلق"؛ فهي قليلة الحركة والكلام، جبهتها مشدودة بشكل دائم (Muscle tension) كدليل على الاستنفار الذهني، مع تجنب التواصل البصري (خفض العينين نحو الأرض)، مما يعكس شعوراً بالعجز أو "الخزي المرضي" من حالتها الراهنة.
- **الحالة الانفعالية:** مزاج متقلب يميل نحو الاكتئاب (نوبات بكاء)، مع سيطرة واضحة لـ "قلق التوقع" المرتبط بالمستقبل والوحدة.

جدول المقابلات

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	المدة	الهدف من المقابلة	مكان إجراء المقابلة
01	17/03/2026	35 دقيقة	جمع أكبر قدر من البيانات الأولية مع كسب ثقة الحالة	بيت والديها

02	24/03/2026	45دقيقة	بناء الثقة مع الحالة والتعرف على التاريخ النفسي والاجتماعي	بيت والديها
03	03/04/2026	50دقيقة	معرفة جميع الأعراض النفسية التي تعاني منها الحالة وتحليلها إضافة إلى تطبيق مقياس القلق	بيت والديها
04	10/04/2026	60دقيقة	تطبيق مقياس نوبات الهلع	بيت والديها

جدول رقم يوضح جدول مقابلات مع الحالة

ملخص المقابلات

تم إجراء سلسلة من المقابلات العيادية مع الحالة "س. ص" في بيت والديها، حيث بدأت بمقابلة إستكشافية مدتها 35 دقيقة لجمع البيانات الأولية وملاحظة السلوكيات العامة. تلا ذلك مقابلة ثانية استغرقت 45 دقيقة للتعمق في فهم التاريخ الماضي للحالة وتقييم وضعها النفسي والجسدي الراهن. وفي المقابلة الثالثة التي استمرت 50 دقيقة، تم التركيز على تحديد طبيعة الأزمة النفسية التي تعاني منها والعمل على تخفيف حدة نوبات الهلع التي تمر بها الحالة، مما أتاح تكوين رؤية شاملة حول تطور اضطرابها وسبل التدخل المناسبة. خلال المقابلة الرائعة قمنا بتطبيق كل من مقياس نوبات الهلع ومقياس القلق. وإختتمت هذه اللقاءات بالمقابل الأخيرة التي هدفت إلى إعلام الحالة بنتائج المقياسين وتقديم جملة من الإرشادات والنصائح.

عرض وتحليل المقابلات

تحليل التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة

من خلال المقابلات العيادية التي أجريتها مع الحالة "س. ص"، تبرز أماننا لوحة عيادية معقدة تتداخل فيها معطيات الماضي "المدلل" بصدمات الحاضر "المفاجئة". نشأت الحالة في بيئة أسرية أحاطتها برعاية استثنائية كونها الابنة الوحيدة والأولى، وهو ما صرحت به الحالة في المقابلة العيادية بقولها: "كنت الطفلة المدللة، والديا كانوا يوفروني كل شيء نحبو". ورغم كونه يبدو إيجابياً، إلا أنه عيادياً حرم الأنا لدى الحالة من بناء "مناعة نفسية" كافية لمواجهة إحباطات الواقع؛ فالحالة استبطنت صورة عن العالم بأنه مكان آمن ومسخر لخدمتها، وهو ما جعلها تنجح دراسياً وتصل لتخصص اللغة الألمانية بجامعة وهران، محققة جزءاً من طموحها الأكاديمي. إلا أن المسار النفسي للحالة اتخذ منحى مغايراً تماماً بعد الزواج، حيث انتقلت من مرحلة "الاعتمادية الوالدية" إلى مرحلة "المسؤولية الأسرية" والعيش مع أهل الزوج، وهنا بدأ الصدام العنيف مع الواقع؛ فالانتقال من سعة التدليل إلى ضيق العيش المشترك والضغط العائلي أدى إلى توليد ضغط نفسي صامت لم تكن الحالة مهيأة لمواجهة، مما أفرز نوعاً من "الانهيار الدفاعي" أمام تعدد الأدوار الاجتماعية كزوجة وكثة وموظفة. إن عملها كـ "مشرفة تربوية" بات يفرض عليها ممارسة "الضبط والرقابة" خارجياً، بينما هي داخلياً تشعر بفقدان الضبط على حياتها الخاصة، مما خلق صراعاً مريراً بين صورتها المهنية وصورتها الذاتية المهتزة التي تآكلت دفاعاتها أمام الاحتكاك اليومي بالمسؤوليات.

وتمثل نقطة التحول المركزية في التاريخ المرضي للحالة في صدمة "مرض الزوج" بمرض مناعي، وهي التي اعتبرت الحالة "الصدمة الوجودية الكبرى"، فبالنسبة لشخصية اعتمادية تستمد أمانها من الآخر، تم استبطان مرض الزوج كـ "تهديد مباشر للبقاء" وليس مجرد عارض صحي. تصف الحالة تلك الفترة بصعوبة بالغة، حيث كانت تتردد معه على المستشفيات، وهناك ظهرت أولى بوادر الانهيار النفسي عبر "نوبات الإغماء" المتكررة التي لا يمكن اعتبارها مجرد تعب جسدي، بل هي هروب لا شعوري من مواجهة مشهد

ضعف الزوج الذي كان يمثل لها "السند" البديل عن الوالدين. ومن هنا بدأت "المعاناة الحقيقية" كما تسميها الحالة حيث انفجر القلق في شكل نوبات هلع حادة (دقات قلب سريعة، ضيق تنفس، خوف مفاجئ من السقوط)، وهي أعراض تعبر في جوهرها عن "إسقاط جسدي" لرعب الوحدة وقلق الانفصال ، فالموت هنا لا يمثل نهاية الوجود بقدر ما يمثل "رعب الفراغ" ومواجهة الحياة دون حماية، مما أدى بها إلى فقدان الوزن الملحوظ وتدهور حالتها الصحية العامة. ومن خلال "شبكة الملاحظة العيادية"، نلمس بوضوح كيف "يتكلم الجسد" نيابة عن النفس؛ فالحالة التي كانت مدللة وأنيقة، أظهرت أثناء المقابلة بنية نحيفة وشحوباً واضحاً مع إهمال ملحوظ للمظهر الخارجي، وهو ما يفسر عيادياً بأنه "تخلٍ عن الأنوثة" وتوجيه لكل الطاقة النفسية نحو موضوع المرض والقلق. كما أن "الجبهة المشدودة" وخفض عينيها نحو الأرض أثناء الحديث يعبر عن انكسار الأنا أمام مسؤوليات تفوق قدرتها على الاحتواء، معبرة عن ذلك بقولها: "خاف نبقى وحدي ومسؤولية الدراري واعرة عليا."

" هذا الانهيار النفسي دفع الحالة نحو دائرة "الانسحاب القسري" ورهاب الساحة الاجتماعي، فهي تتقادى المناسبات ليس رغبة في العزلة، بل خوفاً من "الفضيحة المتمثلة في الإغماء أو الموت أمام الناس، مما يمس بصورتها كـ "مرأة طبيعية" تجاهد لإخفاء معاناتها. إن هذا الجهد المستمر في "التمثيل الاجتماعي لاستعادة السيطرة الظاهرية أدى بها إلى "استنزاف طاقي" حاد، يفسر قلة حركتها وكلامها أثناء المقابلة، حيث تستهلك طاقتها بالكامل لمجرد البقاء متماسكة حيث تقول "نوبات الهلع والفتها ولات صحبتي". إن ترددها المستمر على الأطباء العضويين وتلقيها لتفسيرات غامضة حول حالتها زاد من شعورها بالاغتراب والضياع، بينما الحقيقة العيادية تؤكد أنها تحت الصدمة المرتبطة بمرض الزوج، حيث يعيد جسدها تمثيل صدمة المستشفى. وفي الختام، يمكن القول إن جذور

اضطراب الحالة "س. ص" تعود إلى "الحماية المفرطة" التي منعت نضج دفاعات الأنا، مما جعل أي تهديد للسند يبدو وكأنه تهديد للحياة ذاتها، لتصبح الأعراض السيكوسوماتية التي تعاني منها (الأرق، خفقان القلب، فقدان الوزن) مجرد رسائل تعبر عن رعب الوحدة، وتجعلها تعيش في "انتظار قلق" لمصير مجهول تخشاه الطفلة المصدومة بداخلها.

الأسباب المستخلصة

- نشأة الحالة كإبنة وحيدة ومدللة جداً مما جعل بناءها النفسي هشاً وعاجزاً عن تحمل الصدمات.
- الحماية الوالدية المفرطة التي منعت الحالة من تطوير آليات دفاعية ناضجة لمواجهة الواقع.
- الإصطدام المفاجئ بمسؤوليات الزواج والعمل والعيش مع أهل الزوج بعد حياة الدلال.
- مرض الزوج بمرض مناعي الذي مثل "الحدث الصدمي" المفجر لنوبات الهلع.
- تمثل مرض الزوج كتهديد بالوحدة وفقدان السند الوحيد في الحياة.
- تجربة المستشفى الأليمة التي كرست آلية "الإغماء" كوسيلة للهروب من الواقع.
- سيطرة قلق الانفصال والرعب من مسؤولية الأولاد في حال فقدان الزوج.
- التفسير الكارثي للأعراض الجسدية (مثل خفقان القلب) واعتبارها نذيراً بالموت الوشيك.
- السلوك الانسحابي وتجنب المناسبات الاجتماعية خوفاً من الإغماء أمام الآخرين.
- الاستنزاف الطاقي الناتج عن محاولة إخفاء المعاناة لتبدو "امرأة طبيعية".
- التردد المستمر على الأطباء العضويين مما عزز لديها وهم المرض المجهول.
- غياب التفريغ الانفعالي للصدمات المتراكمة مما أدى لانفجارها جسدياً.

الأعراض المستخلصة

- تسارع حاد ومفاجئ في ضربات القلب عند التفكير في المرض أو المستقبل.
- نوبات إغماء متكررة خاصة في الأماكن المرتبطة بالمرض (مثل المستشفيات).
- ضيق في التنفس وشعور بالاختناق يتزايد خلال فترات الليل.
- دوار وعدم توازن جسدي يولد خوفاً من السقوط المفاجئ.
- شحوب واضح في البشرة مع إجهاد بدني مزمّن يظهر على ملامح الوجه.
- فقدان ملحوظ في الوزن نتيجة فقدان الشهية والقلق المستمر.
- اضطرابات شديدة في النوم وصعوبة في الاسترخاء نتيجة التيقظ المفرط.
- نوبات بكاء لا إرادية تعكس حالة الإستنزاف النفسي والمزاج المتقلب.
- سيطرة الأفكار السوداوية والتوقعات الكارثية حول موت الزوج أو فقدان السيطرة.
- الإنسحاب من التجمعات الاجتماعية وتجنب حضور المناسبات العامة.
- بذل مجهود عصبي كبير لإخفاء الأعراض أمام الآخرين لتبدو كأنسانة طبيعية.
- برودة في الأطراف أو تنميل يظهر غالباً عند بداية نوبة الهلع.
- جبهة مشدودة وتوتر عضلي دائم يعكس حالة الترقب والقلق الوجودي.

التشخيص التصنيفي للحالة (س. ص) وفق معايير DSM-5

بعد مقارنة الأعراض الإكلينيكية للحالة مع معايير اضطراب الهلع (Panic Disorder)، نجد ما يلي:

المعيار (A): وجود نوبات هلع متكررة وغير متوقعة

- **تحقق الشرط:** الحالة تعاني من هجمات مفاجئة تصل للذروة في دقائق.
- **الأعراض المستوفاة (أكثر من 4 أعراض):**
 1. خفقان وتزايد سرعة القلب: سجلت فيه الدرجة القصوى في مقياس بيك.
 2. الغصابة بعدم الإتزان: سجلت فيه الدرجة القصوى في مقياس الهلع (الفقرة 14).
 3. الإحساس بالدوار وعدم الثبات أو الإغماء: سجلت فيه درجة "مزعج كثيراً".
 4. مذل (تميل أو وخز): سجلت إصابته به في مقياس بيك.
 5. خوف من الموت: سجلت فيه "دائماً" في مقياس الهلع (الفقرة 3).

المعيار (B): استمرار الهجمات لشهر أو أكثر مع قلق الترقب

- **تحقق الشرط:** تعيش الحالة "تيقظاً مفرطاً" وترقباً دائماً للنوبة القادمة، كما سجلت "دائماً" في فقرة "تكرار النوبة في أوقات معينة". كما أنها غيرت سلوكها بشكل واضح (التجنب والانسحاب الاجتماعي) لتفادي النوبات أمام الناس.

المعيار (C): لا يعزى الاضطراب لمادة أو حالة طبية

- **تحقق الشرط:** من خلال التاريخ العيادي، تبين أن الفحوصات الطبية للحالة سليمة (كانت تتردد على الأطباء العضويين دون جدوى)، والأعراض بدأت مباشرة بعد صدمة مرض الزوج وليس بسبب عقار أو مرض عضوي.

المعيار (D): لا يفسر الاضطراب بمرض عقلي آخر

- **تحقق الشرط:** الأعراض لا تحدث فقط في المواقف الاجتماعية (قلق اجتماعي) أو بسبب وساوس، بل هي نوبات "غير متوقعة" مرتبطة بدينامية "قلق الانفصال" عن الزوج.

تطبيق مقياس نوبات الهلع

الفصل الخامس: عرض الحالات

رقم	الوصف	1	2	3
1	يسيطر علي الخوف من الوحدة والليل			
2	أكون قلقا بين الموابات.			
3	أشعر بالخوف من الموت المفاجئ.			
4	تحدث نوبة الخوف أدني جهاز.			
5	تتصاعد اللوية ذروتها خلال 10 دقائق.			
6	يسيطر الاضطراب لمدة ساعات معينة.			
7	أشعر بأن اللوية تمر علي كاحلي ذهرا.			
8	لا أعرف مصدر هذا النوع الشديد من الخوف.			
9	أتردد علي الطبيب للعلاج بشكل ملفت للاهتمام.			
10	أصاب بالقلق والذوار.			
11	أشعر بالام في الصدر.			
12	أحس بتميل في الأمواف.			
13	أشعر باضطرابات معينة.			
14	أصاب بعدم الاتزان.			
15	أشعر بالاختناق.			
16	يسيطر علي الخوف من الموت.			
17	تزداد ضربات قلبي بشكل مقلق.			
18	أشعر بصعوبة التنفس.			
19	أعاني من صعوبة في الكلام.			
20	يسيطر علي الخجل.			
21	أعاني من اضطراب في الذاكرة.			
22	أعرق كثيرا.			
23	تزداد حركتي للتخلص من هذا الخوف.			
24	أصاب باضطرابات في التشاؤم بشكل عام.			
25	أقع مغشيا علي.			
26	يسيطر علي الخوف من الأماكن الواسعة.			
27	أخاف الخروج من البيت و السفر بكل أنواعه.			
28	أعاني من الخوف من الاتصال بالآخرين.			
29	يهاجمني الاضطراب المفاجئ.			
30	أعاني من كثرة التبول.			
31	يسيطر علي الخوف من فقدان الحماية والأمان.			
32	تحدث نوبة الخوف لي في أوقات معينة.			

نتائج مقياس نوبات الهلع للحالة س ص

من خلال تطبيق المقياس على الحالة "س. ص"، سجلت الحالة درجة كلية بلغت 65 درجة. وبالرجوع إلى مفتاح التصحيح المعتمد، تقع هذه الدرجة ضمن الفئة الثانية (80 - 65 درجة). يشير هذا التصنيف عيادياً إلى أن الحالة تعاني نوعاً من الهلع المرتفع الذي يدل في مفتاح التصحيح المعتمد إلى أن الحالة بحاجة إلى إعادة نظر في وضعها ومحاولة معرفة السبب في ذلك الهلع". وتعكس هذه النتيجة عيادياً وجود ضغط نفسي حاد ناتج عن صدمات نفسية لا تزال آثارها نشطة ، مما جعل وتيرة النوبات ترتفع لتصل إلى هذه الدرجة التي تستوجب التدخل لخفض حدة التوتر.

تفسير نتائج مقياس نوبات الهلع : Panic Disorder

من خلال تفحص بنود مقياس نوبات الهلع فحصلت الحالة على درجة كلية بلغت 65 درجة وهي درجة مرتفعة. بالرجوع إلى مفتاح التصحيح، نجد أن هذه الدرجة تضع الحالة في فئة تتطلب "إعادة نظر في وضعها ومحاولة معرفة السبب في ذلك الهلع".، وعيادياً، سجلت الحالة أعلى الدرجات (دائماً) في العبارات التي تمس جوهر "الأمان والوحدة"، حيث تظهر سيطرة تامة لـ "خوف الوحدة والليل" (الفقرة 1)، وهو ما يفسر نكوصها لمرحلة الإعتماذية الطفولية بعد صدمة مرض الزوج. كما سجلت درجة قصوى في "الخوف من الموت المفاجئ" (الفقرة 3) و"عدم الإلتزان" (الفقرة 14)، مما يشير إلى أن الجهاز النفسي للحالة لم يعد قادراً على احتواء قلق الانفصال، فقام بتحويله إلى رعب جسدي حاد. إختيارها لدرجة "أحياناً" في فقرة "تكرار النوبة في أوقات معينة" (الفقرة 32) يؤكد وجود تيقظ مفرط وترقب دائم للهجوم الصدمي القادم. أما إجابتها بـ "أحياناً" على "اخاف من الخروج من البيت والسفر بكل أنواعه" (الفقرة 27) و"الخوف من فقدان الحماية"

(الفقرة 31)، فدلالته العيادية تشير إلى أن الهلع هو هلع "ارتباطي" يتذبذب بوجود السند أو غيابه. إن هذه الدرجة (65) تثبت أن الحالة تعيش اجتراراً للصدمة، حيث أصبحت النوبة وسيلة تعبيرية عن عجزها عن مواجهة مسؤولياتها الجديدة كأم وزوجة في ظل مرض السند.

تطبيق مقياس القلق

Beck Anxiety Inventory (BAI) مقياس بيوك للقلق

(ترجمة إلى العربية: فرحات بوزيان)

ستجد في الأسفل مجموعة من الأعراض الشائعة للقلق. قم من فضلك بقراءةتها بعناية ثم تحديد مدى معاناتك/الزعاجك من كل عرض خلال الشهر الأخير حتى اليوم الحالي، وذلك من خلال وضع دائرة على الرقم المناسب أمام كل عرض.

لا أبداً	بشكل خفيف لا يزعجني كثيراً	بشكل متوسط مزعج في بعض الأحيان	بشكل شديد مزعج كثيراً	
0	1	2	3	تضيق أو خنق / تامل
0	1	2	3	الإحساس بالحرارة
0	1	2	3	وهن في الساقين
0	1	2	3	عدم القدرة على الإسترخاء
0	1	2	3	الخوف من حدوث الأسوء
0	1	2	3	التوار أو النوبة
0	1	2	3	خفقان القلب بقوة أو بسرعة
0	1	2	3	فقدان التوازن
0	1	2	3	الشعور بالرعب أو الخوف
0	1	2	3	التوتر و العصبيه
0	1	2	3	الإحساس بالتسدد الملق
0	1	2	3	ارتعاش اليدين
0	1	2	3	الإرتجاف الجسدي و فقدان الثبات
0	1	2	3	الخوف من فقدان السيطرة على الذات
0	1	2	3	صعوبة في التنفس
0	1	2	3	الخوف من الموت
0	1	2	3	الفرع
0	1	2	3	عسر في الجهاز الهضمي
0	1	2	3	الإغماء أو الشعور بالإغماء الوشيك
0	1	2	3	صرار الوجه
0	1	2	3	ترقق (البارد أو الساخن)

عرض نتائج مقياس بيك للقلق (beck) للحالة س ص

بناءً على تطبيق مقياس **beck** للقلق على الحالة "س. ص"، أظهرت نتائج تطبيق حصولها على درجة كلية بلغت **40 درجة**. وبالرجوع إلى مفتاح التصحيح المعتمد في هذه الدراسة، نجد أن هذه العلامة تتجاوز عتبة الـ **36 درجة**، مما يضع الحالة ضمن فئة "قلق كبير غالباً ما يستحق الانتباه". وتعكس هذه النتيجة عيادياً أن الحالة تعيش نوعاً من التوتر النفسي المرتفع الذي بدأ يخرج عن نطاق السيطرة العادية، وهو ما يستوجب التدخل العيادي لخفض حدة هذا القلق والتركيز على مسبباته المرتبطة بالظروف الصدمية التي تمر بها.

تفسير نتائج مقياس القلق للحالة

بالنظر إلى مقياس **beck** للقلق، حصلت الحالة على درجة كلية بلغت **40 درجة**. وحسب مفتاح التصحيح المعتمد، تشير هذه النتيجة إحصائياً إلى أن قلق الحالة يقع ضمن نطاق مرتفع يستوجب الرعاية والمتابعة، ولكنه لم يتطور بعد إلى مستوى التدهور المرضي الشديد والمزمن. ومن خلال تفحص استجابات الحالة على بنود المقياس، نلاحظ تركزاً كثيفاً للدرجة القصوى (بشكل شديد ومزعج كثيراً) في الأعراض المتصلة بفقدان السيطرة وعدم الثبات الجسدي. إن اختيار الحالة للدرجة القصوى في بنود مثل "وهن في الساقين" و"فقدان التوازن" يعكس عيادياً حجم التعب الجسدي والفكري الذي تعاني منه جراء الضغوط المتراكمة؛ فتقل المسؤوليات اليومية بعد مرض الزوج جعلها تشعر بعجز واقعي عن التكيف، وهو ما ظهر حركياً في عدم قدرتها على الصمود أو الشعور بالاستقرار الجسدي والنفسي.

كما أن تقييمها لأعراض "خفقان القلب" و"الفرع" و"الخوف من حدوث الأسوأ" بالدرجة القصوى، يؤكد أن الحالة تعيش في حالة من استعداد وتيقظ والتحفز المستمر. فالجهاز العصبي لديها أصبح يشغل وكأنه في حالة طوارئ دائمة، حيث تسيطر عليها أفكار وتوقعات تشاؤمية حيال المستقبل، وتفسر أي إشارة جسدية بسيطة تفسيراً تضخيمياً يولد لديها خوفاً حاداً من الموت المفاجئ. وفي مقابل ذلك، يلاحظ عيادياً اختياري الحالة لدرجات منخفضة جداً أو منعدمة في بنود أخرى مثل "ارتعاش اليدين" أو "التعرق"، مما يدل على أن القلق هنا ليس توتراً عشوائياً أو عاماً، بل هو "قلق مركز" بشكل مباشر حول الوظائف الحيوية المرتبطة بسلامة الجسد والبقاء (كالقلب والتنفس والتوازن). إن الدرجة (40) توضح لنا في النهاية أن التوتر لدى الحالة "س. ص" قد تجاوز مظاهره الفكرية العادية ليتحول إلى استجابات جسدية صريحة؛ حيث ترمز الدوخة وفقدان السيطرة الحركية إلى اهتزاز شعورها بالأمان والدعم الذي كان يوفره لها وجود الزوج قبل إصابته بالمرض.

إستنتاج يجمع بين نتائج المقابلات والمقياسين beck

تحصلت الحالة س.ص في مقياس نوبات الهلع درجة كلية بلغت 65 درجة مرتفعة، ويتكامل هذا المؤشر بشكل مباشر مع حصولها على 40 درجة في مقياس بيك للقلق، وهي علامة تتجاوز عتبة الـ 36 درجة لتصنف عيادياً ضمن فئة "قلق كبير غالباً ما يستحق الانتباه"، مما يؤكد أن الحالة تعيش درجة مرتفعة من الإستثارة والتحفز الفسيولوجي الذي بدأ يخرج عن نطاق السيطرة المعتادة.

وهذا ما تبت مع نتائج المقابلات أن التوتر لدى الحالة قد تجاوز مظاهره الفكرية ليصبح استجابة ومظهراً جسدياً صريحاً؛ إذ يعكس تمركز الدرجات القصوى في بنود "وهن الساقين" و"فقدان التوازن"

و"الدوخة" حجم العجز عن التكيف والوقوف بثبات أمام متطلبات الواقع ومسؤولياته الصعبة بعد مرض الزوج، الذي كان يمثل بالنسبة لها مصدر الدعم والأمان الأساسي. إن سيطرة "خوف الوحدة والليل" والأفكار المتصلة بـ "الموت المفاجئ والاختناق" تبين بوضوح حالة التيقظ المعرفي والفيسيولوجي المفرط حيث أصبح جهازها العصبي في حالة طوارئ مستمرة وتوقع دائم لحدوث النوبة القادمة. ورغم أن مجموع درجات القلق (40) يوضح أن الاضطراب لم يصل بعد إلى مرحلة التدهور المزمن، إلا أن تركيز الأعراض حول الوظائف الحيوية (مثل خفقان القلب وضيق التنفس) يؤكد وجود قلق حاد متمحور حول سلامة الجسد والبقاء. وبذلك، تثبت هذه الدرجات المتكاملة (65 و 40) أن الأعراض الحالية وسلوكيات التجنب والانسحاب من المواقف الاجتماعية أصبحت بمثابة رد فعل على عدم قدرة الحالة على إدارة مسؤولياتها الجديدة بمفردها، مما يجعلها في مساس الحاجة إلى برنامج تدخل عيادي يهدف إلى خفض حدة هذا الإستنفار، وتعديل الأفكار الكارثية المرتبطة بالمرض، وتدريبها على مهارات الإسترخاء ومواجهة ضغوط الواقع الحالية.

إستنتاج عام

وبناءً على التحليل العيادي للحالة الأولى (ب.د)، نجد أن مجموع درجاتها في مقياس بيك للقلق الذي بلغ 38 درجة يترجم وجود قلق شديد مستقر كسمة. هذا القلق نشأ من "الإهمال العاطفي" وانشغال الأم عنها في الطفولة، مما جعلها تستبطن مخططاً معرفياً بأن الأمان مشروط بالجهد والتفوق. هذا القلق الكامن جعل عتبة تحملها النفسي منخفضة، وعندما اصطدمت بصدمة عنيفة ومفاجئة كوفاة صديقتها المقربة في حادث سير خلال المرحلة المتوسطة، تحطم تمثيلها حول أمان العالم. هذا التفاعل بين سمة القلق والصدمة التاريخية صاغ خبرتها الذاتية الحالية للهلع؛ فأصبحت النوبة لديها (التي بلغت شدتها 66 درجة) تظهر في شكل استجابات فيسيولوجية حادة وتفسيرات كارثية متمحورة حول الجسد (كالدوخة، والإحساس بالحرارة،

والترقب (الخوف المفرط)، حيث تفسر تسارع ضربات القلب بأنه نذير بـ "ساعة الموت". وتقاوم هذا التفاعل عيادياً في الحاضر مع ضغوط عملها كمستشارة توجيه ومرض والدها وتقدمه في السن، مما جعلها تلجأ لسلوكيات التجنب والانسحاب من المناسبات الاجتماعية خوفاً من نظرة الآخرين وحكمهم.

وفي نفس السياق، نجد أن الحالة الثانية (س.ص) قد حصلت على 40 درجة في مقياس القلق 65 درجة في مقياس الهلع. سمة القلق هنا لم تتشكل من الحرمان، بل من النقيض تماماً، وهو "الحماية المفرطة والدلال الزائد" في الصغر كونها الابنة الوحيدة المدللة التي يُوفر لها كل شيء. هذا الأسلوب النمائي منعها سلوكياً من تطوير مهارات مواجهة المشكلات والاعتماد على الذات. وعندما انتقلت إلى بيئة راهنة ضاغطة ومختلفة (الزواج، العيش مع أهل الزوج، والعمل كـ "مشرفة تربوية")، عجزت منظومتها المعرفية عن التكيف مع تعدد الأدوار. وجاءت صدمة مرض الزوج وتجربة المستشفى الأليمة لتمثل المثير المفجر؛ وبما أن تاريخها انفعالي اعتمادي، فقد تفاعلت سمة القلق مع صدمة مرض السند، لتتشكل خبرتها الذاتية للهلع في صورة "رعب من الوحدة والليل" (الفقرة 1 في المقياس) وخوف من فقدان الحماية (الفقرة 31)، وتجلي هذا التفاعل سلوكياً في نوبات الإغماء المتكررة والهروب الحركي من الواقع، مع تدهور وزنها وشحوب وجهها الذي رصدته شبكة الملاحظة العيادية، ولجوءها للتجنب الاجتماعي والتردد المستمر على الأطباء العضويين.

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها على ضوء الفرضيات

الفرضية الرئيسية: "يسهم القلق، خاصة في بعده كسمة مستقرة في الشخصية، في تشكيل الخبرة الذاتية لنوبات الهلع لدى المرأة، ويُعد عاملاً أساسياً في ظهور الهلع المتكرر في تفاعل مع المعطيات العيادية الخاصة بالحالة."

بناءً على المناقشة السابقة للأبعاد المعرفية والسلوكية والملاحظات العيادية الراهنة والتاريخية، نستنتج أن الفرضية الرئيسية العامة للدراسة قد تحققت بالكامل على أرض الواقع عيادياً وقياسياً. إن القلق كسمة مستقرة في الشخصية لا يعمل بمعزل عن محيط الحالة، بل يمثل "الأرضية الهشة" التي تتفاعل ديناميكياً مع الصدمات والظروف الراهنة لتنتج نوبات هلع متكررة تختلف في تفاصيل خبرتها الذاتية من امرأة لأخرى.

تتكامل هذه النتيجة وتتفق مع الدراسات السابقة التي بحثت في هذا التداخل؛ حيث تتفق مع دراسة **عبد الخالق (2010)** ودراسة **الخزاعي (2015)** في أن النساء اللواتي يملكن سمة قلق مرتفعة يواجهن احتمالية أكبر لتكرار نوبات الهلع الحادة، خاصة في ظل غياب المساندة أو وجود ضغوط حياتية مستمرة. كما تتطابق جزئياً مع دراسة **بومدين (2021)** ودراسة **منصور (2018)** اللتين أكدتا أن ضغوط الأدوار الاجتماعية والمهنية وعدم الاستقرار في البيئة الراهنة يسرعان من وتيرة ظهور الأعراض الجسدية والعصابية لدى المرأة نتيجة للتراكم الانفعالي العاجز عن التعبير اللفظي.

ومن جانب الدراسات الأجنبية، نجد سنداً قوياً في دراسة **(McLean et al., 2011)** التي أرجعت ارتفاع معدلات الهلع لدى النساء إلى تداخل التنشئة مع ضغوط الأدوار، ودراسة **(Nolen-Hoeksema, 2012)** التي بينت أن أسلوب الاجترار الفكري للضغوط يقلل من عتبة الاستثارة الفسيولوجية ويفجر الهلع. كما تدعم دراسة **(Clark & Salkovskis, 1988)** ودراسة **(Barlow, 2002)** النتائج بشكل مباشر من خلال إثبات أن حساسية القلق الناتجة عن التنشئة والبيئات غير القابلة للتنبؤ تجعل المرأة تقع في "حلقة مفرغة"، حيث تفسر المؤشرات الجسدية (كخفقان القلب والدوخة) تفسيراً كارثياً مميتاً، وهو تماماً ما حدث للحالتين **(ب.د) و(س.ص.)**.

ولتأكيد هذا التفاعل الديناميكي بين سمة القلق والخبرة الذاتية للهلع من علم النفس العيادي ، نستحضر قول العالم آرون بيك ((Beck, 1985) في كتابه المشترك حول اضطرابات القلق ونظريتها المعرفية: "إن سمات الشخصية القلقة تحتوي على مخططات معرفية كامنة حول الخطر والضعف، وهذه المخططات لا تنشط إلا عندما تواجه الحالة أحداثاً صدمية أو ضغوطاً بيئية راهنة تشبه في معانيها الصدمات القديمة، مما يؤدي إلى تشويه إدراك المثيرات الجسدية وتفسيرها ككارثة وشيكة الموت" (Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Basic Books, p. 64*). وفي إيضاح حساسية القلق والضعف النفسي العام، يذكر العالم ديفيد بارلو (Barlow, 1985, p. 215) في مؤلفه حول القلق واضطراباته :

"إن نوبة الهلع المتكررة ليست مجرد خلل فسيولوجي مفاجئ، بل هي الذروة الانفجارية لاستعداد نفسي مسبق (قلق السمة) نشأ في التاريخ النمائي للحالة نتيجة بيئات تربوية غير متوازنة، بحيث يتفاعل هذا الاستعداد مع الأحداث الضاغطة الراهنة ليخلق تيقظاً فسيولوجياً مفرطاً يجعل الجسد في حالة طوارئ دائمة خوفاً من فقدان أو الموت"

و في سياق دور أساليب التكيف الخاطئة والحلقة المفرغة في صيانة الأعراض، يؤكد العالمان كلارك وسالكوفسكيس ((Clark & Salkovskis, 1988) في أبحاثهما العيادية:

"إن استمرار نوبات الهلع وتكرارها يتحدد بالأسلوب الذي يفسر به المريض أعراضه الجسدية؛ فحين يفكر المريض لآليات مواجهة ناضجة ويتبنى السلوك التجنبي والانسحاب من المواقف، فإنه يمنع نفسه من اختبار حقيقة الأعراض، مما يزيد من قلق الترقب ويجعل الخبرة الذاتية للنوبة أكثر رعباً وتكراراً مع كل مثير ضاغط

جديد"

مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى

- **نص الفرضية:** "يشكل القلق كسمة أرضية نفسية مستمرة تجعل المرأة أكثر قابلية لظهور نوبات الهلع بشكل متكرر."

أظهرت المعطيات العيادية والسيكومترية المستخلصة من المقابلات العيادية مع الحالتين وأدوات القياس النفسي المطبقة تأكيداً صحة هذه الفرضية؛ حيث تبين أن نوبات الهلع لا تنشأ من فراغ، بل تتأسس فوق أرضية نفسية مهياة ومثقلة بالتوتر المتجذر في بنية الشخصية. وقد كشف الفحص العيادي للحالات أن سمة القلق تمثل "القاعدة الوجدانية" والهشاشة البنيوية التي تشكلت جراء ظروف التنشئة الاجتماعية المبكرة (سواء المرتبطة بالإحباطات الناتجة عن الحرمان والإهمال العاطفي، أو المرتبطة بالحماية الزائدة والدلال المفرط). هذا النمط من التنشئة يمنع الأنا من تطوير آليات دفاعية مرنة، ويجعل العتبة النفسية للاستثارة منخفضة جداً، مما يحول القلق من مجرد حالة عابرة إلى سمة شخصية مستمرة تضع الجهاز العصبي في حالة تحفز دائم. وعند اصطدام الحالات بضغوط الواقع وعجزهن عن التكيف، تنفجر هذه السمة الكامنة لتظهر في شكل نوبات هلع حادة ومتكررة.

تتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة **الخزاعي (2015)**، والتي أثبتت أن النساء اللواتي يمتلكن مستويات مرتفعة من قلق السمة يظهرن قابلية أعلى لتجربة نوبات هلع متكررة وحادة مقارنة بغيرهن نتيجة لضعف مرونة الشخصية وقصور آليات التكيف. كما تتوافق مع دراسة **عبد الخالق (2010)** التي خلصت

إلى أن ارتفاع مستوى القلق في الشخصية يسهم بشكل مباشر في زيادة احتمالية وتكرار ظهور نوبات الهلع عند مواجهة الضغوط الحياتية المستمرة.

ومن الدراسات الأجنبية، تدعم هذه النتيجة دراسة (Barlow, 2002) في إطار نظريته حول "الضعف النفسي العام"، حيث يرى بارلو أن البيئات النمائية غير القابلة للتنبؤ أو القائمة على الحماية المفرطة والجفاف العاطفي تمنع الفرد من تطوير مهارات التحكم والسيطرة، وترسخ لديه حساسية عالية تجاه المثيرات، مما يجعله مستعداً سلوكياً ومعرفياً لنشوب الهلع. ويؤكد بارلو ((Barlow في نموذج العيادي أن هذا الاستعداد النفسي والبيولوجي المتمثل في التحفز المزمن يعمل كمغناطيس يجذب المثيرات المقلقة، بحيث تصبح نوبة الهلع هي الذروة الانفجارية لسمة القلق الكامنة في الشخصية عندما تتعرض لضغوط تفوق قدرتها على الاحتواء النفسي.

مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية

- نص الفرضية : "تحدد الخبرة الذاتية لنوبات الهلع من خلال التفاعل بين القلق بأبعاده المختلفة والتاريخ النفسي والإنفعالي للحالة".

أثبتت النتائج العيادية التي توصلنا إليها أن الخبرة الذاتية لنوبة الهلع (أي الطريقة الشخصية التي تعيش وتفسر بها المريضة نوبتها) ليست متطابقة بين الحالات، بل هي بناء نفسي يتشكل بحسب التاريخ الصدمي والوجداني الخاص بكل فرد. فقد كشفت الدراسة أن الصدمات المحورية القديمة والمكبوتة في التاريخ الإنفعالي للحالات تعمل كإطار مرجعي لا شعوري يعطي النوبة معناها الخاص. فحينما يصطدم الجهاز النفسي بصدمة واقعية راهنة تفوق قدرته الدفاعية، فإن القلق بأبعاده المعرفية والجسدية يتجه مباشرة نحو

صياغة أعراض الهلع لتتوافق مع طبيعة الصدمة القديمة؛ فتنحول الخبرة الذاتية للهلع عند بعض الحالات إلى أعراض جسدية تربط الاستثارة الفسيولوجية (كخفقان القلب وضيق التنفس) بالخوف من الموت، بينما تتجه عند حالات أخرى نحو "هلع ارتباطي" يتمحور حول رعب الوحدة، فقدان السند، والاضطرار لمواجهة المسؤوليات الصعبة بمفردها.

تتقاطع هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (McLean et al., 2011) التي أشارت إلى أن تداخل عوامل التنشئة الاجتماعية وضغوط الأدوار تساهم في صياغة الفروق الفردية والحساسية الانفعالية لدى النساء، وتحدد طريقة تعبيرهن عن المعاناة النفسية. كما تتفق مع دراسة العتيبي (2019) التي أوضحت أن المخططات المعرفية السلبية والتفسيرات الكارثية للمؤثرات الجسدية تساهم بنسبة كبيرة في تشكيل معالم النوبة وتوجيهها نحو "الجسنة" بناءً على التاريخ الانفعالي والقيود السيكوسوسولوجية المحيطة بالمرأة والتي تمنعها من التعبير اللفظي السليم، فيصبح الجسد هو المترجم الوحيد للصدمة.

ويؤطر العالم المعرفي آرون بيك ((Beck هذه النتيجة في أطروحته الشهيرة حيث يقول: "إن الأفراد لا يتأثرون بالأحداث في حد ذاتها، بل بالأسلوب والمعنى الذي يصفونه على هذه الأحداث بناءً على مخططاتهم المعرفية القديمة". وهذا يوضح جلياً كيف أن التاريخ الصدمي والاعتماد على القديم هو الذي يوجه التفسيرات المعرفية الحالية، ويجعل كل حالة تعيش نوبة الهلع وتفهمها بطريقة ذاتية متفردة.

مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثالثة

- نص الفرضية: "يعبر تكرار نوبات الهلع عن قلق داخلي غير مُعبر عنه بشكل كافٍ على المستوى النفسي."

أكدت نتائج القياس النفسي والملاحظة العيادية المباشرة صدق هذه الفرضية بشكل واضح؛ حيث تبين أن تكرار نوبات الهلع يمثل مؤشراً عيادياً على عجز الأجهزة الفكرية والمعرفية للحالات عن استيعاب واحتواء التوتر المتراكم، مما يضطر هذا القلق المحبوس للظهور عبر قنوات فسيولوجية وجسدية كبديل عن التصريف اللفظي. لقد أظهرت الحالات تفوقاً واضحاً في الأعراض الجسدية والحركية الحادة (مثل الدوار، الاختناق الشديد، التتميل، وفقدان التوازن والشهية، وصولاً إلى حالات الإغماء التلقائي). يعود هذا التكرار الكثيف للنوبات إلى تبني الحالات لآليات دفاعية قائمة على الكبت، والمقاومة، ومحاولة الظاهر بالتماسك التام أو التفوق المهني لإخفاء القلق الكامن، مما يؤدي إلى استنزاف كلي لطاقة "الأنا" النفسية والجسدية. هذا الاستنزاف بدا واضحاً من خلال شبكة الملاحظة في الشحوب، والإرهاق، وإهمال المظهر الخارجي؛ حيث تكلم الجسد بوضوح نيابة عن الصراع النفسي الداخلي الذي عجز اللسان عن ترميزه والتعبير عنه بشكل كافٍ.

تتوافق هذه النتائج مع دراسة منصور (2018) التي أثبتت أن عدم القدرة على تصريف التراكم الانفعالي الناجم عن ضغوط البيئة بشكل متوازن يؤدي حتماً إلى انفجاره في شكل أعراض هلع ومظاهر جسدية مفاجئة. وتدعمها أيضاً دراسة (Nolen-Hoeksema, 2012) التي ركزت على أسلوب "الاجترار الفكري" لدى المرأة، مبينة أن حبس المشاعر واجترار الأفكار المقلقة باستمرار يؤدي إلى خفض عتبة الاستثارة الفسيولوجية، مما يجعل الجسد في حالة استنفار دائم ويعجل بتحول التوتر المكبوت إلى أعراض هلع حركية وجسدية واضحة كبديل عن التفريغ النفسي اللفظي.

رابعاً: مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الرابعة

- نص الفرضية: "تؤثر العوامل العيادية الراهنة، مثل الظروف الأسرية وأساليب التكيف، في شدة العلاقة بين القلق ونوبات الهلع، حيث قد تزيد من حدتها أو تخفف منها."

كشف الفحص العيادي للحالتين أن العوامل والظروف الراهنة تلعب دور "الوقود" والركيزة الأساسية التي تزيد من حدة نوبات الهلع وتضمن استمراريتها؛ حيث ارتبطت شدة النوبات وتكرارها بشكل مباشر بالصدمات الراهنة وضغوط الواقع المعاش، وأبرزها "صراع الأدوار" الحاد لدى المرأة بين التزاماتها المهنية الحساسة وبين مسؤولياتها الأسرية والاجتماعية. هذا الضغط الراهن يجدد مخاوف فقدان القديمة ويفجر الأزمات. وعلاوة على ذلك، فإن أساليب التكيف الخاطئة التي اعتمدتها الحاليتين -مثل التجنب السلوكي، الانسحاب من المناسبات الاجتماعية خوفاً من حدوث النوبة أمام الآخرين، ومراقبة نبضات الجسد، والتردد المستمر على الأطباء العضويين للبحث عن طمأنينة واهية- قد ساهمت بشكل مباشر في إدخال الحالات داخل حلقة مفرغة حافظت على بقاء الاضطراب وزيادة حدته بدلاً من التخفيف منه.

تتفق هذه النتيجة تماماً مع ما توصلت إليه دراسة بومدين (2021) في البيئة الجزائرية، والتي أكدت وجود علاقة ارتباطية موجبة قوية بين صراع الأدوار (المهنية والأسرية) وارتفاع مستويات القلق والتعرض للأعراض العصبية والجسدية لدى المرأة العاملة نتيجة لزيادة الضغوط. وتدعمها بقوة دراسة (Clark & Salkovskis, 1988) التي أثبتت عيادياً دور "الحلقة المفرغة" في استمرار الهلع، حيث تتدخل الظروف الراهنة وأساليب التكيف الخاطئة (مثل التجنب ومراقبة الذات) في جعل المريضة تفسر أي استثارة فسيولوجية ناتجة عن التعب أو ضغط العمل كدليل على كارثة وشيكة، مما يضخم القلق ويفجر النوبة ويحافظ على استمراريتها.

ويؤكد العالمان كلارك وسالكوفسكيس ((Clark & Salkovskis في نموذجهما المعرفي للهلح أن "صيانة واضطراب الهلع وتفاقمه لا يعود فقط للصدمة التاريخية الأولى، بل يرجع بالأساس إلى آليات التكيف الراهنة المستعملة كالسلوك التجنبي والتحفز المستمر ومراقبة نبضات الجسد، وهي آليات تعمل كعوامل استمرار تدعم الاضطراب وتمنع تلاشيته تلقائياً".

الخاتمة

خاتمة

في ختام هذه الدراسة الميدانية، يمكننا القول إن قلق السمة ونوبات الهلع لدى المرأة العاملة هما عبارة عن اضطراب نفسي حقيقي يتطلب منا فهماً عيادياً عميقاً. ومن خلال المنهج العيادي القائم على دراسة الحالتين، وباستعمال المقابلة العيادية والملاحظة السلوكية ومقاييس بيك للقلق والهلع، تمكنا من التأكد من صدق الفرضية الرئيسية للدراسة؛ حيث تبين أن القلق كسمة ثابتة ومستقرة في الشخصية، والذي تشكل نتيجة ظروف وتربية مبكرة كالحماية المفرطة أو الإهمال العاطفي، يمثل الأرضية النفسية الهشة التي جعلت المرأة أكثر عرضة للمرض. وعندما واجهت هاتان الحالتان ضغوط الواقع، مثل صراع الأدوار بين العمل والبيت أو الصدمات الحياتية كمرض شخص عزيز أو وفاته، تفجرت لديهن نوبات الهلع بظواهرها الجسدية الحادة كخفقان القلب والاختناق، وتمثلاتها المعرفية القائمة على الأفكار الكارثية مثل الخوف من الموت أو فقدان العقل وفق معايير الدليل التشخيصي DSM-5. وبناءً على هذه النتائج، نوصي بضرورة الاهتمام بالصحة النفسية للمرأة العاملة، وفتح آفاق جديدة لتقديم الدعم النفسي لها داخل المؤسسات، وخاصة من خلال برامج العلاج المعرفي السلوكي التي تساعد على تعديل هذه الأفكار المخيفة وتدريب الحالات على أساليب تكيفية إيجابية لمواجهة ضغوطات الحياة اليومية والمهنية

التوصيات والاقتراحات

- ضرورة توفير خلية إصغاء ومتابعة نفسية داخل المؤسسات والإدارات التي تشهد ضغطاً مهنيّاً كبيراً، لمساعدة المرأة العاملة على التنفيس الانفعالي وتفريغ شحنات القلق أولاً بأول.

- إعداد برامج إرشادية وعلاجية تركز على "العلاج المعرفي السلوكي" للحالات التي تعاني من الهلع، من أجل تدريبهن على مهارات الإسترخاء العضلي والتنفس العميق للتحكم في الأعراض الجسدية فور ظهورها.
- التركيز على الجانب المعرفي للحالات عبر توعيتهن بآلية حدوث نوبة الهلع، وإعادة البناء المعرفي للأفكار الكارثية (مثل الخوف من الموت أو الجنون) لتجنب الدخول في حلقة الهلع المفرغة.
- توجيه النصائح للمرأة العاملة بضرورة تنظيم الوقت وتوزيع الأدوار والمسؤوليات، والإهتمام بالصحة الجسدية والنوم الكافي لتقليل حدة "صراع الأدوار" وتخفيف هشاشتها النفسية.
- إشراك المحيط الأسري (كالزوج أو العائلة) في تقديم الدعم الاجتماعي والعاطفي للمرأة، مما يقلل من شعورها بالإرهاك ويعزز قدرتها على مواجهة الضغوط.

عناوين مقترحة للباحثين والطلبة مستقبلاً

- من أجل إثراء المكتبة الجامعية وتعميق البحث في هذا التخصص، نقترح العناوين التالية للدراسات القادمة:
1. استراتيجيات التكيف مع ضغوط العمل وعلاقتها بنوبات الهلع لدى المرأة العاملة.
 2. فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من حدة نوبات الهلع لدى عينة من النساء العاملات.
 3. دور الدعم الاجتماعي كمتغير وسيط بين قلق السمة وظهور اضطراب الهلع لدى المرأة.
 4. صراع الأدوار وعلاقته بالمرونة النفسية لدى المرأة العاملة في المجتمع الجزائري.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية

1. أيت قني، سعيد نعيمة. (2023). العلاج بالتقبل والالتزام من المقاومة والسيطرة إلى التقبل والانفتاح من أجل التصرف الأفضل - دراسة حالة تعاني من نوبات الهلع مع تجربة التفكير. مجلة المعيار، (3)27
2. الأنور، الحمادي. (د.ت). معايير DSM-5-TR.
3. الخزاعي، قاسم حسين. (2015) اضطرابات القلق وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية. عمان: دار المسيرة.
4. الضيف، رملة يوسف. (د.ت). نوبات الهلع وكيفية التعامل معها [كتيب إرشادي]. المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية.
5. الميلادي، عبد المنعم. (2004) الأمراض والاضطرابات النفسية. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
6. بن عبد الله، فوزية. (2014). اضطراب القلق العام: الإشكالية والمفهوم. حوليات جامعة قالمة للعلوم الاجتماعية والإنسانية، (9)، 43.
7. بن علي، وسام. (2023) دور التكفل النفسي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المراهقين محاولي الانتحار: دراسة عيادية لحالتين بمستشفى بن زرحب بعين تموشنت [رسالة ماجستير، جامعة بلحاج بوشعيب - عين تموشنت].
8. بلحسيني، وردة، وخميس، محمد سليم. (2017). أسباب اضطراب الهلع بين قوة التنظير البيولوجي والنفسي. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (31)، 15-20.
9. ثامر، يوسف. (2023). الأخطاء المنهجية في الدراسات الاستطلاعية. المجلة الجزائرية لبحوث الإعلام والرأي العام، (1)6، 16-23.
10. خياط، خالد. (2016). مبادئ ومنهجية دراسة الحالة. مجلة أبحاث نفسية وتربوية، (8)، 7-40.

11. دودو، صونية. (2025). أثر تقنية الاسترخاء في التخفيف من حدة نوبات الهلع لدى طالبات كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة المسيلة. *مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية*، 10(1)، 544-562.
12. زعتر، نور الدين. (2010) سلسلة الأمراض النفسية (01): القلق.
13. صغير، جميلة. (د.ت). القلق لدى المرأة العاملة في قطاع التعليم: بين الواقع المهني والقيم الاجتماعية. *مجلة القبس للدراسات النفسية والاجتماعية*، (2)، 126.
14. عبد الخالق، أحمد محمد. (2010) القلق: أسبابه، أعراضه، وعلاجه. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
15. عبد العظيم، حمدي عبد الله. (د.ت). موسوعة الاختبارات والمقاييس: *Tests & Scales Battery* (القسم الأول). دار أمجاد للنشر والتوزيع.
16. عوض الله، يوسف مصطفى سلامة. (2008) التدخين وعلاقته بمستوى القلق وبعض سمات الشخصية للأطباء المدخنين في قطاع غزة [رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة].
17. لرينونة، محمد يزيد، وحسناوي، ياسمين. (2025). التوظيف النفسي - القلق والاكتئاب - لدى مرضى سرطان القولون: دراسة حالة. *مجلة دراسات في علم النفس الإجرام، الأسرة والمجتمع*، 104.
18. محمد، مواهب الرشيد إبراهيم. (2018). القلق لدى طالبات كلية التربية بالزلفي وعلاقته ببعض المتغيرات (دراسة مقارنة بين قسمي الدراسات الإسلامية والتربية الخاصة). *المجلة الإلكترونية الشاملة متعددة المعرفة لنشر الأبحاث العلمية والتربوية (MECSJ)*، (5).
19. منتصر، صلاح فتحي أحمد، ومحمد، تجيب أحمد الصبوة، والنابعة، فتحي محمد سعيد. (د.ت). كفاءة برنامج معرفي-سلوكي وتأثيره في تحسين أعراض حالات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء.
20. نجوان، عباس محمد همام. (2022). برنامج قائم على نظرية التدافع للتقليل من حدة اضطراب الهلع جراء فيروس كورونا لدى طالبات كلية التربية للطفولة المبكرة وأثره على النهوض الأكاديمي لديهن. *المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة*، (2)، 9.
21. نؤارة، تواتي، وعبد الكريم، مأمون. (د.ت). اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المتعرضين للاعتداء الجنسي: دراسة ميدانية لثلاث حالات بولاية الوادي. *المجلة الجزائرية للطفولة والتربية*، 145-150.

ثانياً : المراجع باللغة الأجنبية

1. **American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
2. **Barlow, D. H.** (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
3. **Beck, A. T.** (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
4. **Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A.** (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.
5. **Clark, D. M.** (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–470.
6. **Ehlers, A.** (1993). Interoception and panic disorder. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15(1), 3–21.
7. **Freud, S.** (1926). *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. London: Hogarth Press.
8. **Lacan, J.** (1962). *Le Séminaire, Livre X: L'angoisse*. Paris: Seuil.
9. **Lazarus, R. S., & Folkman, S.** (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
10. **McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G.** (2011). Gender differences in anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 28(2), 102–117.
11. **Mineka, S., & Zinbarg, R.** (2006). A contemporary learning theory perspective on anxiety disorders. *American Psychologist*, 61(1), 10–26.
12. **Nolen-Hoeksema, S.** (2000). The role of rumination in depressive and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511.
13. **Spielberger, C. D.** (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
14. **World Health Organization.** (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO.
15. **Barlow, D. H.** (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press, 2nd Edition, p. 215
16. **Clark, D. M., & Salkovskis, P. M.** (1988). *Cognitive treatment of panic attacks*. In *Cognitive therapy in clinical practice*. Harper & Row, p. 121



الملاحق

الملحق رقم 1 : دليل المقابلة

المحور الأول: البيانات الأولية للحالة

1. هل يمكنك تقديم تعريف شامل لنفسك (السن، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية)؟
2. كيف تصفين وتيرة حياتك اليومية والمسؤوليات المنوطة بك؟
3. كيف تصفين طبيعة علاقتك بالوسط الأسري والاجتماعي المحيط بك؟
4. كيف نقضين أوقات فراغك، وما هي الأنشطة التي تمنحك شعوراً بالراحة؟

المحور الثاني: القلق كسمة عامة في الشخصية

1. هل تميلين عادةً إلى القلق في أغلب مواقف حياتك، حتى البسيطة منها؟
2. متى بدأت تشعرين أن القلق أصبح رفيقاً دائماً لك أو جزءاً من هويتك؟
3. هل تصفين نفسك بأنك "شخصية قلقة" منذ الصغر أم هو أمر مستجد؟
4. كيف يؤثر هذا القلق المزمن على نظرتك لذاتك وعلى فاعليتك اليومية؟

المحور الثالث: القلق كحالة آنية واستجابة ظرفية

1. ما هي المواقف أو المثيرات المحددة التي ترفع منسوب التوتر لديك حالياً؟
2. ماذا يحدث في عالمك الداخلي (أفكار، مشاعر) عندما تشتد حدة القلق؟
3. كيف يتفاعل جسدك مع لحظات القلق الشديدة قبل وصولها لمرحلة الهلع؟
4. ما هي التفسيرات التي تضعينها لمواقف القلق المفاجئة التي تمرين بها؟

المحور الرابع: وصف وخصائص نوبة الهلع

1. هل يمكنك وصفي لي أول نوبة هلع تعرضت لها بدقة (المكان، الزمان، الشعور)؟
2. ما هي الأعراض الجسدية الأكثر حدة التي تسيطر عليك أثناء النوبة؟
3. هل يرافق النوبة شعور بفقدان السيطرة، أو خوف من الموت، أو الجنون؟

4. كيف تصفين وتيرة تكرار هذه النوبات (فجائية أم مرتبطة بمواقف محددة)؟

المحور الخامس: الخبرة الذاتية والمعنى العيادي للنوبة

1. ماذا تمثل لك نوبة الهلع في حياتك؟ وكيف تفهمين "رسالتها"؟
2. كيف تشعرين تجاه ذاتك وتجاه جسدك فور انتهاء النوبة؟
3. هل تعتقدين أنه هناك "فائدة" أو "تغييراً" (حتى لو سلبياً) حدث في تعامل الآخرين معك بسبب النوبات؟
4. لو كانت نوبة الهلع شخصاً، ماذا تعتقدين أنها تحاول أن تقول لك؟

المحور السادس: التدخل الهرموني والفسولوجي (خصوصية هذا الوضع لدى المرأة)

1. هل تلاحظين زيادة في حدة القلق أو ظهور النوبات في فترات مرتبطة بالدورة الشهرية؟
2. هل عانيت من اضطرابات في النوم، الشهية، أو نشاط الغدد تزامناً مع ظهور النوبات؟
3. هل مررت بمراحل فسيولوجية كبرى (حمل، ولادة، سن يأس) كان لها أثر في تحريك القلق؟
4. كيف تصفين علاقتك بجسدك وتغييراته الحيوية، وهل تشعرين أنه "يخذلك" أثناء النوبة؟

المحور السابع: العلاقة التحولية (من القلق إلى الهلع)

1. هل تشعرين بوجود "مرحلة انتقالية" أو تساعد تدريجي للقلق قبل انفجار النوبة؟
2. كيف يتحول الشعور بالتوتر العادي إلى شعور بالرعب والهلع في نظرك؟
3. هل يستمر القلق معك (كخوف من وقوع نوبة أخرى) بعد انتهاء الأعراض الجسدية؟

المحور الثامن: التاريخ النفسي والنمائي (الجذور الدفاعية)

1. كيف كانت طبيعة الجو الانفعالي في طفولتك وعلاقتك بالوالدين؟
2. هل تعرضت لتجارب فقدان، انفصال، أو صدمات نفسية في مراحل مبكرة من حياتك؟
3. هل هناك حضور لاضطرابات القلق في التاريخ العائلي (الأب، الأم، الإخوة)؟

المحور التاسع: أساليب التكيف والنسق الدفاعي

1. ما هي الوسائل التي تعتمدين عليها (ذاتياً) لمحاولة السيطرة على القلق؟
2. هل تميلين لتجنب أماكن، أشخاص، أو أنشطة معينة خوفاً من مداومة النوبة؟
3. هل طلبتِ مساعدة متخصصة، وكيف كانت تجربتكِ مع العلاج (نفسي أو دوائي)؟

المحور العاشر: التوقعات، الاستبصار ومآل الحالة

1. كيف تقيمين وضعكِ النفسي الحالي في ظل هذه النوبات؟
2. ما هي تصوراتكِ لمستقبلكِ الشخصي والمهني في حال استمرار أو زوال هذه الحالة؟
3. ماذا يعني لكِ مفهوم "الشفاء التام"؟ وكيف تتخيلين حياتكِ بدونها؟

الملحق رقم 2 : مقياس القلق

Beck Anxiety Inventory (BAI) مقياس بيك للقلق

ستجد في الأسفل مجموعة من الأعراض الشائعة للقلق، قم من فضلك بقرائتها بعناية ثم تحديد مدى مواءمته/انزعاجك من كل عرض خلال الشهر الأخير حتى اليوم الحالي، وذلك من خلال وضع دائرة على الرقم المناسب أمام كل عرض.

[illegible]