

جامعة قاصدي مرباح ورقلة  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم: علم النفس وعلوم التربية



مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي

الميدان: العلوم الاجتماعية

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة: بوزيان مريم

بن قطاية جهينة

بعنوان:

مستوى اضطراب الهلع لدى عينة من مرضى متلازمة القولون

العصبي بمدينة ورقلة

نوقشت وأجيزت علنا بتاريخ:

2023/06/14

أمام لجنة المناقشة المكونة من الأساتذة:

الصفة	الجامعة	الدرجة العلمية	الإسم واللقب
رئيسا	جامعة ورقلة	أستاذ التعليم العالي	خالد بوعافية
مشرفا ومقررا	جامعة ورقلة	أستاذ محاضر أ	الحاج قدوري
مناقشا	جامعة ورقلة	أستاذ محاضر ب	طارق صالح

الموسم الجامعي: 2023/2022

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# الإهداء

نحمد الله تعالى الذي قدرنا على شرب جرعة ماء من هذا العلم الواسع، فالعلم لا يتم إلا بالعمل، فقليل من

العلم

أهدي هذا العمل المتواضع إلي التي تحملت عناء التسعة أشهر دون ان تمل ولا تذلل والتي كانت معنى

الحنان والحب

والتفاني، إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها سر بلسم جراحي إليك " يا أمي " الغالية، والي من علمني

العطاء بدون

انتظار ومن كان لي سنداً طول حياتي ومن علمني وتعب على تربيتي إلي " أي " الكرم، أدامكما الله تاجا

على رأسي

# شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين نبينا محمد وعلى آله وصحبه إلى يوم الدين

نتوجه بتسجيل أعمق آيات الشكر والعرفان إلى الأستاذ المشرف " قدوري الحاج " لتوجيهاته ومنحنا الكثير من علمه ووقته وجهده، كما نتوجه بالشكر الجزيل إلى كل أساتذتنا الكرام بقسم علم النفس وعلوم التربية وإلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل المتواضع

## فهرس المحتويات:

الصفحة	العنوان
I	إهداء
II	شكر وتقدير
III	فهرس المحتويات
IV	قائمة الجداول
V	قائمة الاشكال
VI	قائمة الملاحق
VII	ملخص الدراسة
أ-ب-ج	مقدمة
الفصل الاول : تقديم موضوع الدراسة	
05	إشكالية الدراسة
07	تساؤلات الدراسة
08	فرضيات الدراسة
08	أهمية الدراسة
09	أهداف الدراسة
09	المفاهيم الإجرائية لمتغير الدراسة
10	حدود الدراسة
الفصل الثاني : اضطراب الملح لدى مرضى متلازمة القولون العصبي	
14	تمهيد
14	أولاً: اضطراب الملح
14	تعريف اضطراب الملح
15	مكونات اضطراب الملح
16	ألية حدوث اضطراب الملح
17	مستويات اضطراب الملح
19	العوامل المهينة للإصابة باضطراب الملح
19	الأشخاص المهيين للإصابة باضطراب الملح
20	معدلات انتشار اضطراب الملح
21	النظريات المفسرة لاضطراب الملح
24	الأشكال العيادية لاضطراب الملح

25	أعراض اضطراب الملح
27	تشخيص اضطراب الملح
28	علاج اضطراب الملح
40	الإسعافات الأولية لنوبة الملح
41	ثانيا: متلازمة القولون العصبي
41	تعريف متلازمة القولون العصبي
42	ألية حدوث متلازمة القولون العصبي
44	وظيفة متلازمة القولون العصبي
44	أمراض متلازمة القولون العصبي
45	أنواع متلازمة القولون العصبي
45	مدى انتشار متلازمة القولون العصبي
46	أسباب متلازمة القولون العصبي
48	مكونات متلازمة القولون العصبي
50	أعراض متلازمة القولون العصبي
	تشخيص متلازمة القولون العصبي
53	علاج متلازمة القولون العصبي
57	ثالثا: اضطراب الملح لدى مرضى متلازمة القولون العصبي
57	تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية
59	تعريف اضطراب الملح لدى مرضى متلازمة القولون العصبي
59	شخصية المريض بمتلازمة القولون العصبي
60	اقتراحات علاجية لمتلازمة القولون العصبي
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية	
63	تمهيد
63	الدراسة الاستطلاعية
63	الهدف من الدراسة الاستطلاعية
63	عينة الدراسة الاستطلاعية
63	أداة الدراسة
64	الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة
66	الدراسة الأساسية
66	التذكير بفرضيات الدراسة
66	منهج الدراسة

66	وصف مجتمع الدراسة الأساسية
7	إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية
68	الأساليب الإحصائية
الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج	
70	تمهيد
70	عرض ومناقشة وتفسير نتائج التساؤل الأول
72	عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى
74	عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية
75	عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة
77	الإستنتاج العام
77	الإقتراحات
78	قائمة المراجع
86	الملاحق

### فهرس الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	صفحة الجدول
1	توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية	63
2	نتائج قياس صدق الأداة	64
3	نتائج حساب ثبات الأداة	65
4	توزيع عينة الدراسة الأساسية	67
5	نتائج التساؤل الأول	70
6	نتائج الفرضية الأولى	72
7	نتائج الفرضية الثانية	74
8	نتائج الفرضية الثالثة	75

### فهرس الأشكال:

رقم الشكل	عنوان الشكل	صفحة الشكل
1	تطور نوبات الهلع	17
2	دور التجنب في استمرار القلق	36
3	أسلوب السهم النازل	38

### فهرس الملاحق:

رقم الملحق	عنوان الملحق	صفحة الملحق
1	استبيان اضطراب الهلع الأصلي	87
2	استبيان اضطراب الهلع بعد التعديل	88
3	نتائج الدراسة باللغة الأجنبية	89

## ملخص الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى كشف عن مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي ، لعينة من مرضى القولون العصبي بمدينة ورقلة ، وللبحث في حيثيات الموضوع اتبعنا المبادئ النظرية والخطوات التطبيقية للمنهج الوصفي وجمع البيانات تم استخدام مقياس اضطراب الهلع، وبعد تطبيقه على عينة الدراسة المكونة من (120) مريض ومريضة تحصلنا على مجموعة من البيانات الكمية وبعد معالجتها احصائيا تم التوصل إلى النتائج التالية:

- مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي مرتفع
  - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي تعزى لمتغير السن
  - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي تعزى لمتغير الجن
  - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي تعزى لمتغير مدة المرض
- وقد تم تفسير ومناقشة النتائج وفقا للإطار النظري والدراسات السابقة، وفي الأخير قدمنا ملخصا للنتائج ومقترحات
- الكلمات المفتاحية :** اضطراب الهلع، متلازمة القولون العصبي .

## Abstract :

The current study aims to explore the level of anxiety disorder among patients with irritable bowel syndrome in the city of Ouargla. To investigate the subject, we followed the theoretical principles and practical steps of the descriptive approach. To collect data, an anxiety disorder scale was used. After its application to a study sample of 120 male and female patients, we obtained a set of quantitative data that were statistically processed. The following results were obtained:

- The level of anxiety disorder among patients with irritable bowel syndrome is high.
- There are no statistically significant differences in the level of anxiety disorder among patients with irritable bowel syndrome attributed to the age variable.
- There are statistically significant differences in the level of anxiety disorder among patients with irritable bowel syndrome attributed to the gender variable.
- There are statistically significant differences in the level of anxiety disorder among patients with irritable bowel syndrome attributed to the duration of the disease variable.

The results were interpreted and discussed according to the theoretical framework and previous studies. Finally, a summary of the results and recommendations were provided.

- **Keywords:** Anxiety disorder, Irritable bowel syndrome.

القلق مصطلح يستخدم للدلالة على شعور طبيعي يختلج الناس لدى مواجهة تهديد معين أو خطر أو ارهاق، عندما يشعر الشخص بالقلق، يبتابه بشكل خاص شعور بالغضب والانزعاج والتوتر، وقد تكون مشاعر القلق نتيجة تجارب قد تتمثل في خسارة وظيفة أو إنهيار علاقة عاطفية أو مرض خطير أو حادث كبير أو وفاة شخص قريب.

وعلى كل حال لا يمكن إلغاء الانفعال كليا فكل انسان معرض في حياته للعديد من الضغوطات، حيث يعتبر الضغط النفسي ظاهرة انفعالية طبيعية للإنسان ويعد عنصرا من الحقائق اليومية إلى درجة اعتباره مصدرا لعدة أمراض أو أعراض، لقد زاد الاهتمام بإضطرابات القلق بشكل كبير في السنوات القليلة الماضية مع ملاحظة أن اضطرابات القلق هي الأكثر شيوعا بحيث تتميز باستجابات لا إرادية مثل: زيادة سرعة النبض، ارتفاع ضغط الدم وغيرها من الأعراض الجسدية. (الأفصري، 2002، 18)

ويعتبر اضطراب الهلع من بين اضطرابات القلق الأكثر شيوعا وتأثيرا على جوانب حياة الإنسان النفسية والجسمية، حيث يعرف "سيرفانت **Servant**" هذا الاضطراب بأنه نوع من القلق الذي يشعر الإنسان فيه بنوبات متكررة من الخوف والذعر الشديد التي تأتي من الحين إلى الآخر، ومن الممكن حدوثها مرة كل يوم، وتصل أحيانا إلى عدة مرات باليوم الواحد تتمثل أعراض هذه النوبات في خفقان القلب، الإحساس بالاختناق، الدوخة وعدم الاستقرار، وقد جلب هذا المرض إهتمام الباحثين لما يخلفه من عواقب وخيمة في حياة المصاب به والتي تصل لحد حرمانه من الإستقلالية بفعل عدم قدرته على التنقل أو حتى الخروج من بيته

وبالتالي يطور أعراضا إكتئابية أساسها تدني تقدير الذات وفقدان الثقة بالنفس والإنعزال، فقدان التركيز وإضطرابات الوظائف الحيوية إلى جانب إختلال الشخصية برمتها كما يعود إهتمام الباحثين بهذا المرض إلى ارتفاع احتمالات إرتباطه بالإكتئاب، الإنتحار، تعاطي المخدرات، الأدوية والكحول، كما يرتفع احتمال إرتباطه بإضطرابات القلق الأخرى. (Goudreau, 2004, 02)

وقد ذكرت إيلين (2005) أن مرض متلازمة القولون العصبي (IBS)، أو كما يعرف بمتلازمة تهيج الأمعاء، من أكثر الأمراض الجسدية انتشارا التي تصيب الجهاز الهضمي والتي تتأثر بالضغوط النفسية من بينها القلق، إذ تبلغ نسبة انتشاره عالميا (11%)، فهو مرض من أمراض العصر، ويرتبط بالأعصاب اللاإرادية، وهو من أكثر أعضاء الجسم تعرضا وانعكاسا للتوتر، فهو المترجم الفوري للغة العصبية والنرفزة، وقد تتزايد هذه الأعراض عند العرب، نظرا لطبيعة الأكل المليء بالدهون، والعادات الغذائية المضطربة. وقد كثرت في هذه الأيام شكاوى الناس من بعض الأمراض العضوية التي تسببها الضغوط النفسية، لما للجانب النفسي من تأثير في الجانب الجسدي، والعكس صحيح أيضا، فالأمراض النفسية والجسمية التي تصيب بعض الأفراد ناتجة عن القلق والانفعالات النفسية، وخاصة الأفراد الذين يتحكمون بالانفعالات الزائدة، لذلك تظهر التحكمات الزائدة بالانفعالات على شكل أمراض جسمية ونفسية. (منسي، 2001)

وقد ذكر (Selye, 1981) أن الحزن والغضب يسبب شعورا بالضعف في عضلات الجسم، وخمود في الطاقة، ومن المعروف أنه عندما يواجه الجسم خطرا مفاجئا، فإن الدماغ يحفز الغدة الكظرية على إفراز الأدرينالين، فيضخ بالدم، الأمر الذي يرفع ضغط الدم، ويزيد من معدل دقات القلب، ويرفع نسبة السكر في الدم، فيعطي الجسم القوة والسرعة والقدرة الإضافية على التحمل، ويمكن لهذا أن ينقذ حياة الفرد في الحالات الطارئة. كما أن التعرض المستمر إلى القلق بشكل ما كما في المشكلات الزوجية والمادية،

أو المشكلات المتعلقة بالعمل، يضعف من قدرة الجسم على المواجهة، ومن مستوى حصانته ضد الأمراض، ويؤثر في تثبيت حركة الأمعاء أيضا مسببا الإصابة بالقولون العصبي، عند إصابة به تظهر حركة القولون على شكل تقلصات متشنجة تدفع الطعام بسرعة وتسبب الألم، أو تكون ساكنة تامة تتيح فرصة لتخمير الطعام والانتفاخ مسببة غازات كثيرة، ومن الأعراض الأخرى الآلام المبرحة في البطن، وقد تمتد إلى الصدر والظهر، ولهذا فإن أعراض القولون العصبي تتشابه مع عدة أمراض، وهذا الأمر يزيد من خوف وقلق مرضى القولون العصبي فتشابهه مع أعراض الزائدة الدودية. وربما تتشابه مع أمراض القلب بسبب آلام الصدر. ويشكو مريض القولون العصبي من ضيق في التنفس، وتسارع ضربات القلب. وفي حالة وجود هذه الأعراض يتطلب الأمر جهدا كبيرا لإقناع المريض بخلوه من أمراض القلب، وقد تتشابه أعراض القولون عند النساء بأمراض نسائية أخرى، مثل داء بطانة الرحم. (Spiller & Camille, 2002)

وعليه جاءت الدراسة الحالية لتبحث عن " مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي " ولتناول هذا الموضوع، تم اقتراح الخطة المنهجية لدراسة الموضوع بشقيه النظري والتطبيقي والتي تضم مايلي:

**الجانب النظري والذي يضم فصلين هما:**

**الفصل الأول:** تقديم موضوع الدراسة: واشتمل على: تحديد إشكالية الدراسة، تساؤلاتها، فرضياتها، تحديد أهمية هذه الدراسة و أهدافها، وكذلك التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة

**أما في الفصل الثاني:** خصص لاضطراب الهلع والقولون العصبي وضم هذا الفصل ثلاث مطالب هي:

**المطلب الأول:** تعرضنا إلى دراسة اضطراب الهلع تعريفه وبعد ذلك أنواعه، مكوناته، آلية حدوثه والأشخاص المهتمين للإصابة به، معدلات انتشاره ومستوياته، أسبابه، وأعراضه والأشكال العيادية وبعده التشخيص كما تطرقنا إلى أهم النظريات المفسرة له وفي الإخير العلاج والاسعافات الأولية لنوبه الهلع

**المطلب الثاني:** يخص القولون العصبي حيث تم التطرق الى تعريفه وبعد ذلك وظيفته، أنواعه ومكوناته، آلية حدوثه، إضافة إلى مدى انتشاره، وأسبابه، العوامل التي تزيد من حدة أعراضه، الأعراض، التشخيص والتشخيص الفارقي، وأخيرا علاجه

**المطلب الثالث:** يخص جانب اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي حيث تطرقنا الى تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية، وتعريف اضطراب الهلع لدى مرضى القولون العصبي، وشخصية المريض بالقولون العصبي، واقتراحات علاجية لاضطراب الهلع لدى مرضى القولون العصبي

**أما الجانب الميداني: والذي يضم فصلين هما:**

**الفصل الثالث:** الإجراءات الميدانية للدراسة وتضم حزئين:

**أولا: الدراسة الاستطلاعية:** والذي تم فيها عرض لأهم خطوات الدراسة الإستطلاعية، مع وصف لعينيتها والأداة المستخدمة فيها، وكذا تحديد بعض الخصائص السيكومترية لها.

**ثانيا: الدراسة الأساسية:** وتم في هذا الجزء التذكير بفرضيات الدراسة، وكذا المنهج المستخدم فيها، ووصف لعينيتها وكذلك الأساليب الإحصائية المستخدمة

---

الفصل الرابع: تم عرض وتحليل ومناقشة وتفسير لنتائج فرضيات الدراسة، الاستنتاج العام، الخاتمة- المراجع- الملاحق

# الفصل الأول:

## تقديم موضوع الدراسة

1. إشكالية الدراسة

2. تساؤلات الدراسة

3. فرضيات الدراسة

4. أهمية الدراسة

5. أهداف الدراسة

6. التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة

7. حدود الدراسة



1- إشكالية الدراسة :

في زمن تطور التكنولوجيا الهائل يواجه الفرد منا الكثير من الضغوط والتحديات ، وكذا تعدد المسؤوليات التي بدورها أثرت على صحته النفسية والجسدية ، بحيث تميز عصرنا الحالي بما يسمى "عصر القلق" وهي السمة السائدة التي تميز حياتنا كون القلق " عبارة عن حالة انفعالية تتميز بالخوف مما يحدث في المستقبل، وهي خصائص مختلف الاضطرابات النفسية" (أبو حطب وآخرون , 2013, 14)

فقلقنا مرتبط بمستقبلنا المجهول، وكل هذا من شأنه أن يعيق قدرتنا على التوازن النفسي السليم، إضافة إلى كون هذا يؤدي بنا للتعرض للأمراض العضوية ، ومن هنا يتبين لنا مدى الترابط والتلازم الذي يجمع بين الجانب النفسي و الجسدي وهذا ما يعرف في علم النفس بالأمراض النفس جسدية وهي تضم فئة كبيرة من الأمراض،

ويرى **جوندرن Gendron (2013)** أن حالة القلق تختلف حسب شدته، تبدأ من المهم البسيط . انشغال البال- إلى غاية

الربح والهلع، كما تختلف مدة الإحساس بين هجمة القلق، وحالة الحصر الشديد). (Y.Gendron, 2013,03)

إن وبائيات انتشار اضطرابات القلق على مستوى قارتي أوروبا وإفريقيا أسفرت إلى أنه ينتشر بشكل أكثر وأشد في مرحلة المراهقة من سن 13 إلى 17 سنة وذلك بنسبة 7.7% ويقل عند البالغين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18 إلى 64 سنة، بنسبة 6.6% وأضافت هذه الدراسة على أن اضطرابات القلق لدى النساء يبلغ ضعف معدل انتشار لدى الرجال .

وجاءت دراسة **رمضان إيمان (2022)** بأن القلق واضطرابات القلق حالة انفعالية أولا حيث تكون نتيجة لتعرضه لخطر بالبيئة المحيطة به وقد تكون منشأة داخليا كما أنه تحذير بيولوجي نفسي يصاحبها مشاعر خوف شديدة ويصاحبها أيضا شكاوي سرعة في ضربات القلب وزيادة التعرف وتغيرات على مستوى الوظائف المعرفية تتمثل في تشوه الإدراك نتيجة حالة القلق الشديد والخوف الشديد التي يعاني منها الفرد

وقد صنف **dsm5** مجموعة اضطرابات القلق ونذكر منها مايلي :

- 1) اضطراب قلق الانفصال.
- 2) اضطراب قلق الاجتماعي.
- 3) رهاب الساح.
- 4) اضطراب الهلع.
- 5) اضطراب القلق المعمم ..... الخ

يتفق العديد من الباحثين أن اضطراب الهلع هو الأكثر عنفا والأقوى شدة من بين جميع اضطرابات القلق، فحسب **بارلوفي (2002)** أنه الأكثر تكلفة لا من ناحية الشخصية ولا الاقتصادية، لما يخلفه من ضرر ماديو معنوي. (

( D.H.Barlow,2002 :p328 ; Barlow&M.M.Antony,2010 : 141 )

وهذا ما دفع الكثير من الباحثين إلى دراسة هذا الموضوع لما يخلفه من آلام نفسية وفيزيولوجية حادة كما يجد من قدرات الفرد وذلك عن طريق السلوك التجنبي.

ويكون هذا الاضطراب فجائياً، على شكل نوبات ذعر حادة تصيب الفرد بعد فترة من الإجهاد كموت شخص عزيز أو إصابته بمرض، كما أن أحداث التخرج والطلاق أو الزواج يمكن أن تؤدي إلى ظهور الاضطراب. (مارتن، راندي، 2008، 17) و تبلغ نسبة انتشار اضطراب الهلع في الدول العربية 40% من السكان، وبمعدل 5 أفراد من المجتمع مصابون به والنساء أكثر عرضة من الرجال حسب إحصاءات الدول الغربية بنسبة الضعف إلى 3 أضعاف وربما كانت سرعة تقلبات المزاج المرأة والجانب النفسي لها سبب في ذلك..

يتوجه المصابون عادة في بداية الاضطراب إلى العيادات والأطباء المختصين بعلاج أمراض القلب بسبب معاناتهم من آلام في الصدر وتزايد ضربات القلب، بينما يذهب آخرون إلى الأخصائيين في أمراض الجهاز العصبي. (سارة، 2000، 62) وقد بينت بعض الدراسات إلى أن النساء أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب مقارنة بالرجال، حيث يشكل عدد النساء ما بين (1.5-2مرات) عدد الرجال. (بلحسيني، 2014، 49)

ذكرت دراسة بلحسيني وردة وخميس سليم (2017) أنه عادة ما يسبق ظهور اضطراب الهلع مثيرات متعددة وإذ يذكر حوالي (72%) من المرضى تقريباً وجود توترات غير محددة حول وقت تعرضهم لأول نوبة هلع بما في ذلك التوترات الشخصية والجسمية .

وقد أصبح من المسلم به أن الضغوط النفسية بشكل عام تجعل الإنسان عرضة للإفهام العصبي، والوقوع فريسة للاضطرابات النفسجسمية. (Bem, 1990, 184)

وهذا ما يسمى بالاضطرابات السيكوسوماتية أي الأمراض ذات المنشأ النفسي حيث أن الأمراض الشائعة التي لها علاقة باضطراب الهلع هي أمراض الجهاز الهضمي ، على سبيل الذكر الإسهال عند الأطفال ، التهاب الكبد ، متلازمة القولون العصبي ، جرثومة المعدة ..... .

وتشير بعض الدراسات أن أغلب الاضطرابات النفسية التي تتمثل في القلق و الإحباط و الاكتئاب يتواجد عند المصابين بأمراض سيكوسوماتية. وهذا ما وقع عليه تأكيد دراسة المومني فواز (2016) بأن أكثر نتائج الدراسات التجريبية للأثار الفسيولوجية السلبية من الضغوط النفسية عن وجود علاقة ارتباطية بين أحداث الحياة الضاغطة والعديد من الأمراض الجسمية مثل الذبحة الصدرية، وأمراض الشريان التاجي، وآلام البطن المفاجئة، وعسر الهضم والإسهال، وضغط الدم والقولون العصبي.

وجاءت دراسة (stephanie.m 2022) أن الاضطرابات النفسية بشكل عام وأن اضطرابات القلق بشكل خاص تشيع لدى المرضى الذين يعانون من متلازمة القولون العصبي وأكدت أن أعراض القولون هي تعبير عن مشاكل نفسية في صورة سلوكيات مرضية وكذا عن صراعات نفسية بحيث تنتج حالة توتر وخوف شديد وهذا ما يسمى بالأمراض النفس جسدية ونسبة انتشارها ما بين ( 85 - 75%) بين الأفراد ومن بين تلك الأمراض القولون العصبي ونسبة انتشاره (26.1%) من نسبة الكلية وبذلك قد احتل أعلى نسبة انتشار بين تلك الأمراض.(سعد وآخرون، 2014، 187)

ولقد أكدت دراسة فرانسيس كريدو وآخرون (2005)، أن الأفراد في سن 18-65 سنة المشخصون بمتلازمة القولون تستمر لديهم الأعراض لأكثر من ستة أشهر، وكثير ممن يزورون عيادات أمراض الجهاز الهضمي في الولايات المتحدة الأمريكية، أن أغلبهم لديهم تاريخ سابق من الاضطرابات النفسية وذلك بنسبة 50-60%، يساهمون في زيادة طلب المساعدة الطبية وقد بينت دراسة (claude.marchand.2015)، أن اعتلال متلازمة القولون العصبي هو أحد نتائج اضطراب الهلع بحيث تكون المشكلة في حساسية الأمعاء، إضافة على أنها تزعج المرضى كثيرا وتنتشر بشكل كبير في العقد الثالث والرابع من العمر وذلك بنسبة 33% وكما أكدت أيضا على أن الإجهاد النفسي يعتبر عامل رئيسي في تطور المرض.

ويجمع الأطباء والمختصون في الجزائر في هذا المجال أن القلق وتعكر المزاج أكثر تأثير في القولون من تناول الطعام بصفة عشوائية، وفي ذات السياق يقول الدكتور " سحنون جمعي" أن مرض القولون العصبي قد عرف في الآونة الأخيرة انتشارا لا سابق له بين الجزائريين، فنسبة الجزائريين الذين يعانون من أمراض القولون بلغت 40% بشكل تقريبي ويرجع محدثنا الأمر لعدة أسباب أغلغها عصبية. (مقدم، 2013، 1)

وفي دراسة توماس روبرز (1998) أثبتت أن أعراض القولون العصبي تزداد حدة عند هجوم نوبة الهلع وأضاف أن أغلب مرضى متلازمة القولون العصبي لديهم تاريخ نفسي .

و هناك علاقة وطيدة بين الحالة النفسية ومرض القولون العصبي فالمرضى الذين يعانون من اضطراب القلق يوجد عندهم القولون العصبي بنسب أكبر من الأشخاص الآخرين. (العمادي، 2008، 2)

ونظرا لكون متلازمة القولون العصبي يمكن أن تعرقل بشكل خطير الأنشطة المهنية والدراسية والاجتماعية للذين يعانون منه، نتيجة تعرضهم للقلق المستمر وإصابتهم باضطراب الهلع، ومن هذا المنطلق يعتبر هذا البحث الحالي محاولة للكشف عن مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي

### 2-تساؤلات الدراسة:

1. ما مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي؟
2. هل توجد فروق في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي باختلاف السن؟
3. هل توجد فروق في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي باختلاف الجنس؟
4. هل توجد فروق في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي باختلاف مدة المرض؟

### 3-فرضيات الدراسة:

1. توجد فروق دالة احصائيا في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي باختلاف السن
2. توجد فروق دالة احصائيا في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي باختلاف الجنس
3. توجد فروق دالة احصائيا في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي باختلاف مدة المرض

### 4-أهمية الدراسة :

وتتضح الأهمية العلمية لهذه الدراسة أنها تساهم في الزاد العلمي للمكتبة العربية حيث تقدم مساعدة في معرفة آخر المستجدات للدراسات المسحية حول علاقة اضطراب الهلع بالأمراض العضوية وأمراض الجهاز الهضمي خاصة، والذي أثبتته العديد من الدراسات حول وجود علاقة بين الاضطرابات النفسية كالقلق و الاكتئاب والأمراض العضوية، كما تكمن أهمية هذه الدراسة في إضافة نتائج جديدة في مجال البحث العلمي بالنسبة لموضوع الدراسة خاصة و علم النفس عامة، و قد اختصت هذه الدراسة بتسليط الضوء على مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي

وبالنسبة للأهمية العملية لهذه الدراسة تتبين لنا من خلال المساهمة الميدانية التي تساعد بها العيادات النفسية والأخصائيين وكذا الطب العام والمتخصصين وذلك بالجمع بين المجال النفسي والطبي بالمساهمة في المستقبل ببرمجة أساليب علاجية فعالة وخدمات الرعاية الصحية خاصة بمرضى القولون وأيضا للحد من الانتشار الخطير لهذه الأمراض والآثار النفسية التي تعكسها ومن التقديمات التطبيقية للمجال العلمي والطبي هي اكتشاف أساليب علاجية جديدة تجعل من احتمالية الانتكاسة ضئيلة

### 5-أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:

1. الكشف عن وجود مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي.
2. معرفة الفروق في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي وذلك باختلاف عامل السن
3. معرفة الفروق في اضطراب الهلع لدى متلازمة القولون العصبي وذلك باختلاف الجنس
4. معرفة الفروق في اضطراب الهلع لدى متلازمة القولون العصبي باختلاف مدة المرض
5. إثراء المكتبة العربية بالمعلومات المعرفية والميدانية في مجال الصحة النفسية

### 6-المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة :

يعتبر التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة من الأمور المهمة ، فتحديد المصطلحات يسمح بتوضيح ما يرد في الدراسة ومن ثم سهولة التحليل والتفسير

### 1.اضطراب الهلع:

وهي حالة عصبية انفعالية تتجسد في عدة أعراض حسب الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM5)، وتكون عبارة عن نوبات هلع متكررة غير متوقعة، تتمثل بعض الأعراض في : (خفقان ودقات القلب الشديدة، تعرق وارتعاش وأحاسيس بقصر النفس، وخوف من فقدان السيطرة أو الجنون، خوف من الموت، قلق مستمر أو خوف حول هجمات إضافية من الهلع، تغيير كبير لسوء سلوك التكيف له صلة بهجمات الهلع)(بلحسيني، 2014، 29) ويعبر عليه بالدرجة التي يتحصل عليها المريض بالقولون العصبي على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية

### 7-حدود الدراسة :

تمثلت حدود هذه الدراسة(مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي)فيما يلي :

الحدود الزمنية: تمثلت حدود الدراسة في مدة إجراء هذا البحث و دامت من نوفمبر 2022، إلى ماي 2023

الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة الميدانية في المستشفيات ولاية ورقلة و العيادات الطب العام والعيادات الخاصة بنفس الولاية

الحدود البشرية: تمثلت في مرضى متلازمة القولون العصبي حيث بلغ عددها 120 مريض والتي تواجدت في العيادات الخاصة ومستشفى محمد بوضياف ورقلة .

الحدود الموضوعية: تمثلت في التالي :

اضطراب الملح لدى مرضى متلازمة القولون العصبي هو المتغير التابع للدراسة الحالية .

أداة القياس تمثلت في اختبار اضطراب الملح من جامعة الملك سعود .

المنهج المتبع في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي

## الفصل الثاني:

### اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي

تمهيد

أولاً : اضطراب الهلع .

1. تعريف اضطراب الهلع
2. مكونات اضطراب الهلع
3. آلية حدوث اضطراب الهلع
4. مستويات اضطراب الهلع
5. العوامل المهيمنة للإصابة باضطراب الهلع
6. الأشخاص المهيئين للإصابة باضطراب الهلع
7. معدلات انتشار اضطراب الهلع
8. النظريات المفسرة لاضطراب الهلع
9. الأشكال العيادية لنوبات الهلع
10. أعراض اضطراب الهلع
11. تشخيص اضطراب الهلع
12. الإسعافات الأولية لاضطراب الهلع

ثانيا: القولون العصبي

1. تعريف متلازمة القولون العصبي

2. آلية حدوث متلازمة القولون العصبي

3. وظيفة القولون العصبي

4. أمراض القولون العصبي

5. أنواع متلازمة القولون العصبي

6. مدى انتشار متلازمة القولون العصبي

7. أسباب متلازمة القولون العصبي

8. مكونات القولون العصبي

9. أعراض متلازمة القولون العصبي

10. تشخيص متلازمة القولون العصبي

11. علاج متلازمة القولون العصبي

ثالثا: اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي

1. تعريف الاضطرابات السيكومترية

2. تعريف اضطراب الهلع لدى مرضى القولون العصبي

3. شخصية المريض بمتلازمة القولون العصبي

4. اقتراحات علاجية لمتلازمة القولون العصبي

### تمهيد:

يعتبر اضطراب الهلع أحد أشد أنواع اضطرابات القلق الأكثر انتشارا و خطورة من بين الاضطرابات الأخرى ، بحيث أنه يعاني ثلث الناس من نوبات الهلع من حين لآخر.

إذ يجعل الشخص في خوف دائم من حدوث نوبات الهلع، ومن الممكن أن أن يربك هذا الخوف حياة الشخص، ويثير بدروه مزيدا من نوبات الهلع ، لأثر على الجوانب النفسية والجسمية للإنسان ويعتبر من وجهة نظراطب البسيكوسوماتي المسبب الرئيسي للكثير من الأمراض البسيكوسوماتية أشهرها أمراض الجهاز الهضمي وخاصة القولون العصبي، إذ يتأثر هذا الأخير كثيرا بالضغوطات النفسية خاصة القلق، فهو مرض العصر إذ تبلغ نسبة انتشاره عالميا (11%)، حيث يرتبط بالأعصاب اللاإرادية وهو من أكثر أعضاء الجسم تعرضا وانعكاسا للتوتر، فهو المترجم الفوري للغة العصبية والنرفزة.(إيلين، 2005)

وانطلاقا من سبق سوف يتم التطرق في هذا الفصل إلى اضطراب الهلع والقولون العصبي في ثلاث مطالب، في المطلب الأول سنتعرض الى دراسة اضطراب الهلع تعريفه، مكوناته، آلية حدوثه بالإضافة إلى عرض العوامل المساعدة على ظهوره ونسب انتشاره، والتفسيرات النظرية لاضطراب الهلع، وأخيرا علاجه ومجموعة من الإسعافات الأولية عند ظهور النوبة، أما في المطلب الثاني سندرس القولون العصبي من ناحية تعريفه، وظيفته، أنواعه ومكوناته، بالإضافة إلى مدى انتشاره ، أسباب نشأة القولون العصبي ثم أعراضه، و أخيرا التشخيص والتشخيص الفارقي ثم العلاج، في المطلب الثالث سنقوم بدراسة اضطراب الهلع لدى مرضى القولون العصبي وفيه سنعرض مفهوم الأمراض البسيكوسوماتية، ثم تعريف اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي، شخصية المريض بالقولون العصبي، واقتراحات علاجية لاضطراب الهلع لدى مرضى القولون العصبي

## أولا : اضطراب الهلع

### 1. تعريف اضطراب الهلع:

تعددت تعريف اضطراب الهلع باختلاف الباحثين والمختصين، ولكنها اتفقت على أنه نوع من أنواع اضطرابات القلق ، وفي مايلي عرض موجز لعدد من هذه التعاريف:

#### ➤ التعريف اللغوي للهلع:

قيل الهلع من الجزع وقلة الصبر ، وقيل: هو أسوأ الجزع وأفحشه ، هلع يهلع هلعاً وهلوعاً فهو هلع وهلوع ، ومنه قول هشام بن عبد الملك لشبة بن عقيل حين أراد أن يقبل يده: مهلاً يا شبة فإن العرب لا تفعل هذا إلا هلوعاً وهلوعاً : جزوع حريص . والهلع : الحزن ، تيمية. والهلع: الحزين. وشح هالع: محزن . وفي التنزيل: {إن الإنسان خلق هلوعاً} ، قال معمر والحسن : هو الشره ، وقال الفراء أعراض جسدية تصاحبها أعراض معرفية مثل الخوف من فقدان السيطرة . (الميلادي، 2004، 105) ويعني الحدوث المفاجئ -عاماً- أن الهلع سوف يبلغ ذروته خلال عشر دقائق، برغم أن بارلو وزملاؤه (1994) يرون أن محك الخمس دقائق قد يكون أفضل في إظهار الطبيعة الحقيقية لاستجابة الإنذار في الهلع. وبعد التحديد الواضح لفجائية النوبة ضروريا لتمييز الهلع عن حالات القلق الأخرى. (ميركر، 2006، 155)

ويرد في تعريف معجم علم النفس والطب النفسي أن اضطراب الهلع حالة من القلق العصبي ، تتميز بتكرار للنوبات الهلعية المفاجئة ، وتكون إحساسا بالرعب والتوجس الحاد ، تصاحبه أعراض مثل الدوار وصعوبة التنفس ومشاعر عدم الواقعية أو الخوف من الموت (جابر ، كفاي، 1988، 167)

أما مارتن أنطوني وراندي ماك كاب (2008) فيعرفان اضطراب الهلع بأنه حالة قلق يتعرض لها الأفراد على حين غرة، من دون أي حافز سبب جلي، يمكن أن تحدث عدة مرات في اليوم، كما يمكن أن تكون متقطعة فتحدث مرة في الشهر ، يخاف الأشخاص المصابون بالاضطراب الهلعي من نوباتهم ، ويقلقون بشأن موعد النوبة التالية ، وبشأن العواقب المحتملة للنوبات ( مثل احتمال الموت أو فقدان السيطرة أو الإصابة بالجنون، أو التقيؤ أو الاسهال أو الإغماء). كما أنهم يغيرون سلوكهم ليتكيفوا مع النوبات أو لكي يحولوا دون حدوثها.

ومن جهة أخرى يرى كل من دايفيد بارلو ومايكل كراسك (2002) أن الهلع خوف متعلم من احساسات جسمية معينة ، يرتبط بنوبات من الذعر كاستجابة سلوكية لتوقع هذا الإحساس الجسمي ، وتكون نوبات الهلع غير متوقعة، وترتبط دائما بالإلحاح للهرب وإدراك الخطر.

ويرى حسين فايد (2004) أن اضطراب الهلع هو حالة من الخوف الشديد التي تستمر لعدة دقائق وأحيانا ساعة ، بحيث يختبر المريض مجموعة من الأحاسيس والأفكار مثل إحساس بدوخة أو آلام بالصدر أو شعور بالحرارة أو البرودة الشديدة ، وتحدث هذه النوبات بطريقة فجائية لا تفسر لها.

وتشير فوقية رضوان (2004) إلى أن نوبات الهلعتتميز بأنها متكررة الحدوث ، وأنها لا تعود إلى حالة طبية أو استخدام مادة معينة ، تكون متبوعة بفترة من الضغط النفسي والاعتلال الوظيفي.

ويعرف الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع (DSM IV TR) نوبة الهلع على أنها "مرحلة محددة، مفاجئة ومعاودة لخوف أو رعب، مصحوبا غالبا بالشعور بحدوث كارثة مدمامة. أثناء حدوث النوبة تظهر مجموعة من الأعراض كإحساس بانقطاع الأنفاس، زيادة دقات القلب، آلام في الصدر، الإحساس بالغرابة والاختناق والخوف من أن يصبح الفرد مجنونا أو أن يفقد التحكم بالذات". (American psychiatric Association, 1992/1993 :493)

لم يختلف الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس (DSM V) (American psychiatric Association, 2012 / 2013 : 208) في تعريفه لنوبة الهلع على ما سبقه: " نوبة الهلع هي ارتفاع مفاجئ خلال دقائق، والذي يكون مصحوبه بمجموعة من الأعراض الجسدية والمعرفية، والتي يظهر فيه على الأقل أربعة أعراض من أعراض الهلع".

ومن خلال عرض التعاريف السابقة نجد أنها تتفق جميعها في أن اضطراب الهلع يتمثل في نوبات فجائية من القلق الحاد والخوف الشديد لا يمكن التنبؤ بها والتي تحفز ردود أفعال جسمانية شديدة، وتستمر النوبة عدة دقائق وأحيانا تصل إلى ساعة ، وتظهر أثناء النوبة عددا من الأعراض الفيزيولوجية والمعرفية، تحدث نتيجة لتفاعل بين الأفكار والأحاسيس الجسدية المتفاوتة من شخص لآخر ، مع عدم وجود أي سبب يعود الى سوء استخدام مادة معينة أو حالة طبية. (مخلوئي، 2015، 29)

### 2. مكونات اضطراب الهلع:

يحدث الهلع نتيجة لتفاعل ثلاث مكونات رئيسية وهي:

#### 1. المكون البدني:

وهو يشمل كل الأعراض البدنية التي تصيب جسم المريض عندما يشعر بالذعر مثل الدوار وتسارع دقات القلب أو خفقان القلب وألم في الصدر وضيق في التنفس، وشعور بالاختناق وغيرها من الأعراض التشخيصية، ويجدر الإشارة في هذا الصدد الى أن العديد من الأشخاص يتوجهون الى وحدة الطوارئ لاعتقادهم أنهم يعانون من مرض خطير.

#### 2. المكون المعرفي :

ويشمل كل الأفكار التي تخطر على بال المريض، مثل التكهينات السيئة بإمكانية فقدان السيطرة أو المعتقدات حول عدم قدرة المريض على التكيف، أو صور العواقب الكارثية للنوبة مثل الإغماء في العمل، أو القلق حول ملاحظة هذه السلوكيات أو الأعراض البدنية التي يحس بها.

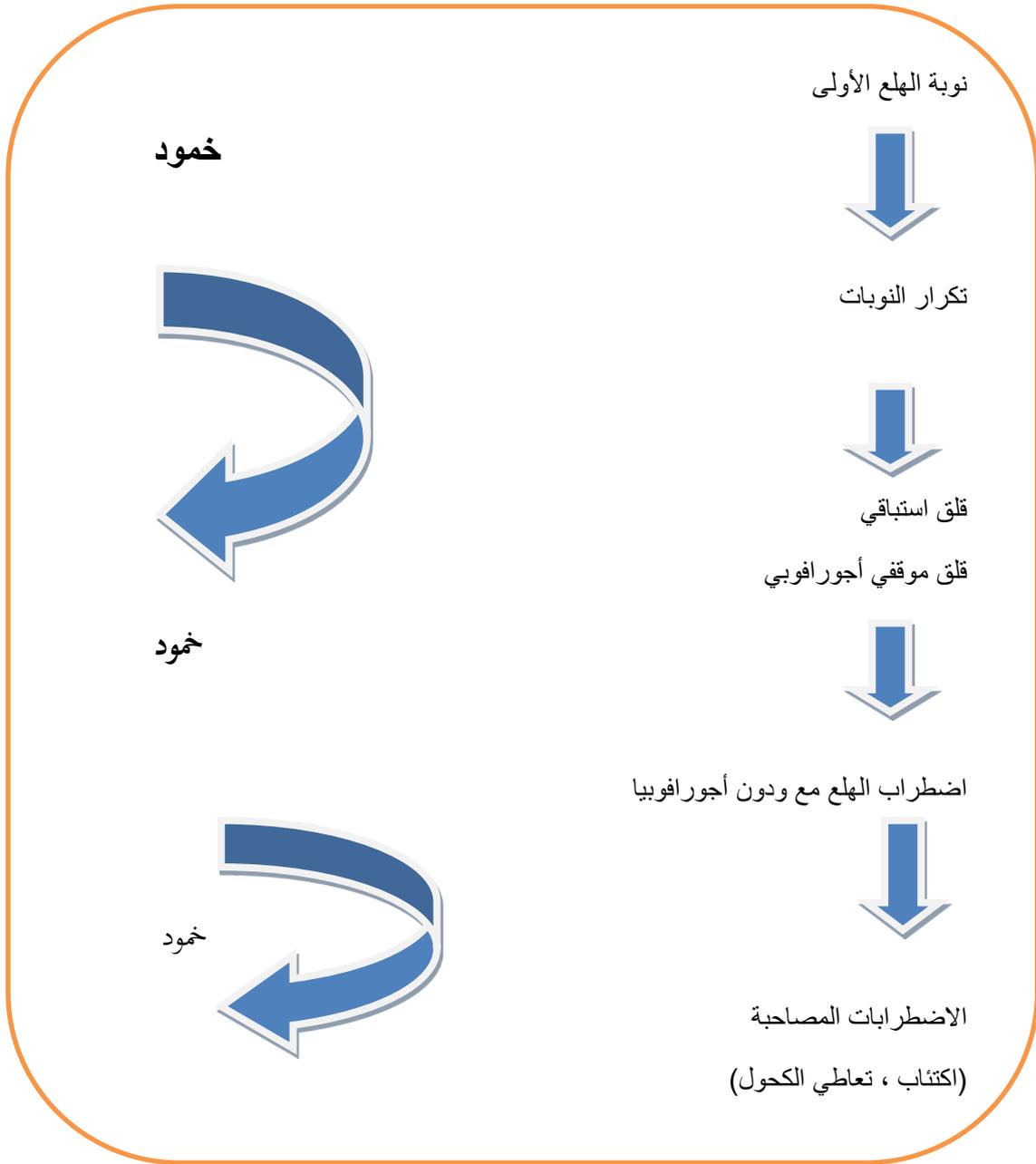
#### 3. المكون السلوكي:

ويشمل كل ما يفعله المصاب عندما يشعر بالهلع وما يفعله لتجنب هذا الشعور. مثلا الهروب أو إلغاء المشاريع، أو حمل أشياء معينة تولد لديه الشعور بالأمان وحتى استخدام الكحول والمخدرات. (مخلوئي، 32، 2015-33)

وفي الأخير نشير إلى أن هذه المكونات تتفاعل مع بعضها البعض، بحيث أن ملاحظة الفرد مثلا لمكون سلوكي مثل زيادة دقات القلب، سوف تحفز لديه عددا من الأفكار ، وهذا ما يدفعه إلى القيام باستجابة سلوكية للهروب تفادي هذه المشاعر والمخاوف. (أنطوني، مكاب، 2008، 43)

#### 4. آلية حدوث اضطراب الهلع:

تظهر نوبة الهلع الأولى وتستثار نتيجة تغير طفيف في الحالة الجسمية، حيث تبدو كأنها حدث دون مقدمات، مما يسبب توجسا وانتظارا. ويؤدي تكرار النوبات إلى قلق مزمن وقلق مرتبط بالموقف (أجورافوبيا) والذي يؤدي بدوره إلى تقييد الشخص داخل اضطراب الهلع مع أو بدون أجورافوبيا، مضافا إليه سلسلة من الاضطرابات المرافقة، وفقدان للوظيفة واختلالات أسرية. والشكل الموالي يوضح تطور نوبة الهلع حسب (M,2011 , Delbrouck):  
بلحسيني ، 2014، 40)



الشكل رقم (1) تطور نوبات الهلع نقلا عن (Delbrouk M, 2011 , 164)

5. مستويات اضطراب الهلع:

نماذج مقاييس اضطراب الهلع:

أكد كل من بيك وجرينبرج (Beck & Greenberg, 1988) أنه يمكن تقييم معتقدات الهلع والمخاوف بواسطة

مقياس (استبيان) نطبقه على مرضى الفوبيا، وتبدو المعتقدات متضمنة عدة موضوعات أساسية:

- القابلية للتعرض للخطر (أنا معرض للخطر)

- التصعيد (سوف تتفاقم تلك الأعراض إلى شيء أسوأ)
- العجز عن التكيف ( لا أستطيع التحكم في الأعراض أو التكيف مع المشكلة بمفردي)

### 1. مقياس جون كوترو:

ولقد قدم كوترو (1993) مقياسا لتقييم المخاوف ونوبات الهلع واضطراب القلق العام (PPAG1993) généralisée (Échelle Dévaluation des phobies, attaques de panique et anxiété)

وهذا المقياس يتضمن أربعة أبعاد أساسية:

- فوبيا-1- (مقدر من 0 إلى 8 تبعاً للقلق)
  - فوبيا -2- (مقدر من 0 إلى 8 تبعاً للقلق)
  - تكرار النوبات الهلعية (مقدر من 0 إلى 8 بحسب عدد نوبات الهلع التي حدثت خلال الأسبوع الماضي السابق للتقييم)
  - قلق عام (مقدر من 0 إلى 8 حسب القلق الذي يشعر به في الأسبوع السابق للتقييم)
- ( بلحسيني، 2014، 87 )

### 2. مقياس الهلع لحسين فايد:

قام حسين فايد (2007) ببناء مقياس للهلع يتناسب مع البيئة العربية، فقد طبقه على عينة من المجتمع المصري بلغت ( 160 ) طالبا وطالبة تراوحت أعمارهم بين (18) و(22) سنة، بمتوسط عمري مقداره (13، 20) سنة، وانحراف معياري مقداره (1,78) سنة وقد تكون المقياس من (30) بندا، في البداية حذف منها سبعة بنود بعد عرضه على مجموعة من المحكمين، فأصبح طول المقياس (23) عبارة عدلت وصيغت بطريقة مبسطة، بعد حساب الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس تراوحت معاملات الارتباط بين ( 21,0 ) و ( 65,0 ) وقد تم حذف بندين ليصبح المقياس مكونا من (21) فقرة.

### 3. مقياس الدلالات الإكلينيكية التشخيصية للهلع لزينب شقير (2005):

لبناء مقياس الهلع قامت زينب شقير بالخطوات التالية:

أ. تم صياغة (48) عبارة لقياس الهلع. وذلك بناء على معايير ( DSM -1994, IV).

ب. وبعد حساب خصائصه السيكومترية ( صدق وثبات ) أصبح المقياس يتشكل من (30) فقرة تمثل ستة عوامل هي:

1. العامل الأول: العامل العام للهلع...

2. العامل الثاني: عامل الأعراض السوماتوسيكولوجية

3. العامل الثالث: المظاهر الانفعالية

4. العامل الرابع: الأعراض الفيزيولوجية والجسمية

5. العامل الخامس: قلق الموت بنوده

6. العامل السادس: المظاهر السلوكية العدوانية

## 6. العوامل المهيئة للإصابة باضطراب الهلع:

هناك العديد من العوامل يمكن أن تفجر نوبة الهلع، والأمر يختلف من شخص إلى آخر، فبالنسبة لعدد كبير من الحالات لا توجد عوامل مفجرة واضحة ومحددة، حتى وإن كانت هناك بعض الدراسات أكدت على العوامل المتعلقة بتأثيرات الحوادث الصدمية التي عاشها الشخص في الطفولة وبالضبط التي لها علاقة بقلق الانفصال. (Pollak MH, et al, 1992) ويمكن أن نذكر من بين العوامل المهيئة ما يلي:

- وجود مشكلات علائقية (الطلاق مثلا)
- مشكلات فقدان أو المرض
- استخدام الكحول أو المخدرات
- بعض المواقف المثيرة للقلق مثل ( وسائل النقل الجماعي، الطائرة، الزحام)
- الاستخدام أو التوقف المفاجئ لبعض الأدوية بشكل خاص مضادات الاكتئاب

## 7. الأشخاص المهيئين للإصابة باضطراب الهلع:

من الممكن أن يمارس الكثير منا بنوبات هلع خلال حياتهم وقد أكدت دراسة كسلر وآخرون (kessler RC, et al 2006) أن (21) شخصا من بين (100) شخص يمكن أن يعايشوا خبرة نوبة الهلع في حياتهم بينما يمكن أن يطور واحدا من بين (100) شخص اضطراب هلع. (بلحسيني، 2014، 49) ويمكن أن نذكر هنا أنواع الأشخاص الذين يمكن أن يصابوا بنوبات هلع:

- ❖ النساء يشكل عددهن ما بين (1,5 - 2) مرات عدد الرجال
- ❖ الشباب بين (15 - 20)
- ❖ الأشخاص الذين لديهم سوابق عائلية متعلقة باضطراب الهلع
- ❖ الأشخاص الذين لديهم شخصية قلقة
- ❖ الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب أو اضطرابات القلق

## 8. معدلات انتشار اضطراب الهلع:

إن الاضطراب الهلعي هو حالة واسعة الانتشار نسبيا، تصيب حوالي (3,5%) من عامة الناس في فترة من فترات حياتهم، فمثلا إذا أجرىتم عملية حسابية ستبينون أنها تصيب زهاء عشرة ملايين أمريكي. ويكون حوالي الثلثين من الأشخاص الذين يصابون بالاضطراب الهلعي من النساء. كما أن النساء اللواتي يعانين من اضطراب هلعي معرضات أكثر من الرجال للإصابة بنوبات الذعر، وبرهاب الأماكن المفتوحة. (أنطوني، كاب، 2008، 16)

فقد أجرى كارلبرجوزملاؤه (Carlbring et col, 2002) دراسة على عينة عشوائية قوامها (1000) مشارك من الجمهور العام في السويد تراوحت أعمارهم بين (16-79) سنة، وأوضحت النتائج أن معدل انتشار اضطراب الهلع المصاحب للخوف من

الأماكن الواسعة، وغير المصاحب له معا (2,2%)، كما لوحظ ارتفاع معدل الانتشار لدى الإناث بنسبة (5,6%) بالمقارنة إلى (1,0%) لدى الذكور.

كما يشير **دلبروك (Delbrouck M, 2011)** أن نسبة الظهور سنويا بالنسبة لنوبات الهلع تتراوح بين (3- 5,6%) في المجتمع العام (3,8% فرنسا)، أما تقدير النسبة السنوية لاضطراب الهلع مع أو بدون الأجورافوبيا هي (0,7%)، وعادة في نهاية المراهقة وبداية سن الرشد (30%) من العملاء، والذين يظهرون نوبات هلع متكررة يطورون اضطراب الهلع. (Delbrouck M, 2011, 162).

كما أكد **حسان المالح (1995)** بأن (1-2%) من الناس لديهم اضطراب نوبات الهلع والتي تتكرر حوالي أربع مرات في الشهر على الأقل ونسبة أكبر لديهم نفس الاضطراب ولكن بنسبة أقل.

وفي نفس السياق يشير **إيهاب كمال (2008)** أن (1-2%) من الأفراد يعانون سنويا من هذا العرض المرضي وتظهر الدراسات وجود تاريخ مرضي داخل العائلة مما يدل إلى أن بعض الأشخاص قد يكونون أكثر ميلا للإصابة به.

ويتبين هنا أن نسبة انتشاره أكثر من التوقعات السابقة، هذا ما أكدته دراسة أحمد عكاشة وإن اختلفت نسبة الوبائيات إذ وصلت إلى حوالي (15-20%) من المرضى يعانون اضطراب الهلع. (غانم، 2006، 65)

وأوضحت العديد من البحوث أن حوالي من (10 إلى 12%) من الجمهور العام قد تعرضوا لخبرة الهلع من خلال نوبة واحدة على الأقل خلال العام الماضي (أو اثني عشر شهرا السابقة)

يضاف الى ذلك أن نوبات الهلع قد تظهر في أنواع أخرى من الاضطرابات مثل: اضطرابات القلق

(بأنواعها وتصنيفاتها المختلفة) واضطرابات المزاج (بتصنيفاتها المتعددة). (غانم، 2008، 65)

ان معدلات الانتشار لاضطراب الهلع بين المرضى العياديين مرتفعة جدا حيث يشخص اضطراب الهلع (10%) من الحالات الذين يتقدمون للعلاج النفسي، وبالنسبة للمجموعات الإكلينيكية، وليست السيكاترية معدل الانتشار يتراوح بين (10-30%).

(APA, 2003, 501)

### 9. النظريات المفسرة لاضطراب الهلع :

اختلفت أسباب نوبة الهلع حسب النظريات المفسرة لنوبة الهلع ونذكر منها:

#### 1. النظريات البيولوجية:

تتجه هذه النظرية الى وجود اختلافات بيولوجية بين الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الهلع، وبين هؤلاء الذين لا يعانون منه. وقد اكتشف الباحثون وجود فروق مستمرة في العديد من أنظمة الناقلات العصبية الخاصة بالجهاز العصبي المركزي، وهي الأجهزة التي تتولى نقل الرسائل العصبية عبر أجسامنا، وفي الواقع فإنه يبدو أن العمليات الجسمية التي تنبها إلى المعلومات الواردة، وتساعدنا على معالجتها، وترشد ردود فعلنا عليها، تتخذ مستوى عال من الاثارة لدى المصابين باضطراب الهلع وبعبارة أخرى، يمكننا القول بأنه يبدو أن الأشخاص المصابين باضطراب الهلع لديهم جهاز عصبي يتسم بشدة الحساسية

وارتفاع مستوى ردود الفعل به، الأمر الذي يجعل الأحداث المثيرة للقلق والضغط تولد ردود فعل جسمانية قوية. (بيكفيلد، 2004، 18)

وتعتمد التفسيرات العضوية على عدة عوامل أهمها:

### 2. العوامل الوراثية:

لقد انصب العلماء بشكل جاد على تحديد أثر العوامل الجينية بالنسبة لاضطرابات القلق، حيث وجود في عدة دراسات أن الاضطرابات يظهر عند أقارب المرضى بشكل أكبر، وأنه كلما زادت مستويات القرابة البيولوجية بالشخص المصاب ازداد احتمال ظهور المرض.

لا تعتبر الفروق البيولوجية بين المصابين بالهلع وبين الذين لم يصابوا به بالضرورة دليلاً قاطماً على أن ثمة فروقاً جينية (وراثية) بين المجموعتين، وإن كان هناك في الحقيقة بعض المؤشرات التي تشير إلى احتمالية وجود عامل وراثي كامن وراء هذه الفروق. وقد أكدت بعض الدراسات الأصل الوراثي لاضطراب الهلع باعتبار أنه إذا أصيب واحد أو اثنان من التوائم المتماثلين بنوبات الهلع، فإن (31%) من التوائم الآخرين يصابون بها أيضاً، ولكن إذا أصيب بها واحد أو اثنان من التوائم غير المتماثلين، فإن أحداً من التوائم الأخرى لا يصاب بها. كما أن أكثر مما يزيد على نصف المرضى باضطرابات الهلع لديهم أقرباء يعانون اضطراب القلق، أو إدمان الكحوليات. (سيليجمان، 2004، 75)

كما تأكد أن (25%) من أقارب الدرجة الأولى للمريض المصاب باضطراب الهلع لديهم نفس الاضطراب، كما تصل إصابة التوائم وحيدة البيضة إلى خمسة أضعاف ثنائية البيضة. (المالغ، 1995، 31) وفي دراسة لنعمان سرحان و علي (2006) وجد أن نسبة انتشار اضطراب الهلع كان أكثر عند أقارب الدرجة الأولى للمرضى بنسبة (14,9%) مقارنة بأقارب الدرجة الأولى للأصحاء بنسبة (3,1%).

1. ومما سبق ذكره من دراسات وعلى الرغم من تباين النسبة المذكورة والمتعلقة بمعدل الإصابة باضطراب بين أقارب مرضى الهلع فإنه لا يمكن إنكار الجانب الجيني والذي هو الأساس هذا الاضطراب. (بلحسيني، 2014، 59)

### 2. العوامل الكيميائية:

وغير بعيد عن العوامل الجينية فحص العلماء مخ المصابين باضطراب الهلع بحثاً عما يمكن أن تحمله الكيمياء العصبية من معلومات تفسر الاضطراب لديهم، فوجد أن لديهم ثمة اختلال في النظام الذي يسبب الشعور بالخوف، بالإضافة إلى أن الفحص المقطعي لانبعاث الالكترونات (PET)، والذي يعد إحدى طرق قياس كمية الدم والأكسجين التي تستخدمها الأجزاء المختلفة من المخ، يشير إلى أن معدل تدفق الدم لدى المرضى الذين أصيبوا بالهلع بعد حقن مناطق المخ لديهم بمادة للكينات والأكسجين أكبر منه عند هؤلاء الذين لم يصابوا بالهلع. (سيليجمان، 2004، 75)

كما وجد أن المرضى الذين لديهم تاريخ مرضي لنوبات الهلع عند حقنهم في مجرى الدم بلكينات الصوديوم، إحدى المركبات الكيميائية التي تؤدي عادة إلى صعوبة في التنفس، وخفقان في القلب، قد أدت إلى إصابة حوالي (60 إلى 90%) من هؤلاء المرضى بنوبة الهلع في غضون دقائق من ذلك، وفي تجارب ضابطة تم إجراؤها، تبين أن الأفراد الذين ليس لديهم تاريخ مرضي في الإصابة بالهلع نادراً ما يصابون بهذه النوبات حتى بعد حقنهم باللكينات. (سيليجمان، 2004، 75)

كما تشير إحدى النظريات العضوية الى وجود حساسية خاصة في جذع الدماغ لغاز ثاني أكسيد الكربون، وهي حساسية مزمنة تؤدي الى فرط التنفس المزمن وقد تبين بالتجربة أنه إذا كان هواء الغرفة مشبعاً بغاز أكسيد الكربون بنسبة 5 % فإن ذلك يؤدي إلى حدوث نوبة هلع عند الأشخاص المهيين لهذا الاضطراب. (المالح، 1995، 35)

### 3. العوامل الفيزيولوجية:

ومن الناحية التشريحية أوضحت الدراسات أن هناك ثلاثة مواقع أساسية في المخ هي المسؤولة عن تنظيم القلق عند الانسان وهي:

- منطقة الجبهة الأمامية
- الغدة اللوزية
- منطقة ما تحت المهاد في منطقة تحت القشرة المخية

فعند تعرض الانسان لانفعال ما، يبدأ المخ في التعامل مع هذا الانفعال بواسطة القشرة قبل الجبهة الأمامية، والتي تقوم بالتقييم المعرفي لهذا الضغط، ثم ينتقل العمل الى الغدة اللوزية التي تعمل على توليد استجابة الخوف، بعد ذلك يحدث تنبيه لغدة ما تحت المهاد أو الهيبوثلاموس، والتي تعمل على تنظيم الانفعالات والوظائف الأساسية للأحشاء، فهي المسؤولة عن استجابات الانفعالية والسلوكية المتكاملة. (Lundervold et al, 2008).

ونظراً لأن الأمراض الجسمية التي تصاحب القلق تأتي نتيجة استثارة الجهاز العصبي الذاتي بشقيه السيمبثاوي والباراسيمبثاوي وهما تحت تنظيم وسيطرة الهيبوثلاموس، فإن هذا الأخير يعد أحد المناطق المسؤولة عن الانفعال عامة والقلق خاصة. (عبد القوي، 1995)

وعلى الرغم من أنه خلال العقدين الماضيين تجمعت عدة أدلة لتدعيم التفسير النظري البيولوجي لاحتمالية تطوير أعراض نوبات الذعر واضطراب الهلع، حيث حظيت دراسات الجانبي الوراثي باهتمام خاص لتؤكد العامل الجيني بين أقرباء الدرجة الأولى حيث أقرباء المرضى باضطراب الهلع معرضون بمعدل ثلاثة أضعاف من غيرهم للإصابة بهذا الاضطراب، كما تم التأكيد على دور الناقلات العصبية في الدماغ

والتي لها دور في اضطراب الهلع مثل ناقلات السيروتونين.

كما قدمت الدراسات التشريحية أدلة على أن هناك مناطق معينة في الدماغ تكون ناشطة بشكل خاص لدى مرضى اضطراب الهلع، وتبعاً للإثباتات السابقة ذكرها فقد كانت العلاقات المفضلة تعتمد على إعطاء مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، بالإضافة إلى العقاقير المؤثرة على زيادة السيروتونين في المشابك العصبية.

أن هذه الأدلة التي حملتها الدراسات في هذا الاطار النظري ليست مطلقة، فمن الصعب الوصول الى استنتاجات محددة حول علاقة الدماغ باضطراب الهلع، وذلك بسبب تضارب النتائج، كما أن العلاجات الكيميائية على الرغم من سرعة نتائجها إلا أنها على المدى البعيد أقل دواماً، ويمكن للمريض أن يتعرض للانتكاسة بعد التوقف عن تناول الأدوية، هذا بالإضافة الى جملة من المضاعفات.

(بلحسيني، 2014، 61)

### 2. النظريات السلوكية:

ترجع هذه النظريات اضطرابات القلق عامة واضطراب الهلع خاصة إلى التعلم الاشتراكي الذي يلعب دورا أساسيا في اكتساب الاضطراب، كما لم تغفل هذه المقاربة الى العضوية التي تلعب هي الأخرى دورا هاما في تنشيطه، فالنوبات التلقائية [أو بحدوث حادث صادم] تحدث بدورها استجابات شرطية وبتكرار الموقف يصبح المثير لا شرطي شرطيا، وبهذه الطريقة يمكن أن تتحكم مجموعات معقدة من المثيرات الداخلية والخارجية في كل من الهلع و السلوك التجنيبي ، كما تفيد نظريات التعلم السلوكي لأسباب اضطراب الهلع أن ازدياد دقات القلب مثلا مرتبط بحدوث الخطر الشديد مهما كان سبب هذا الازدياد ويؤدي ذلك الى ارتباط الخوف والقلق بالظرف المؤلم وبالتالي توقع الخطر، هذان الأخيران اللذان تغذيهما العوامل الاجتماعية العامة والتربوية أثناء الحروب والكوارث والاضطرابات الاجتماعية وأحوال الحياة وتناقضاتها وتغيراتها الحادة إضافة للتنافس الشديد والتربية القاسية والحرمان مما يزيد من حساسية الجهاز العصبي والنفسي لإشارات الخطر وهذا يزيد من حدوث نوبات الهلع. (المالح، 1995، 32)

فإذا أصابت الشخص نوبة هلع في موقف معين فإنه يرتبط شرطيا بهذه النوبة، بحيث إذا ما دخل الفرد في نفس الموقف مجددا فإن نوبة الهلع سوف تعاوده، وقد تكون المثيرات التي تعمل على استدعاء حالة الهلع خارجية كما هو الحال بالنسبة لقيادة سيارة على الطريق السريع، أو الوقوف في صف أو داخلية متعلقة بالإحساسات الجسمية.

وتفترض نظريات التعلم المعاصر للانطفاء أن الاشتراط يحدث عندما شكل المشاركون تمثيلات للاماعات ذات الصلة ( المثيرات الشرطية، والمثيرات غير الشرطية)، والسياقات الموقفية، وعندما يكتسبون معلومات عن الارتباط بين هذه الاماعات والمواقف (Myers & Davis, 2002). هذه الارتباطات من الممكن أن تكون مثيرة ( تنشيط تمثيل معين، ينشط تمثيلا آخر)، أو كابحة ( تنشيط تمثيل معين يكبح تنشيط تمثيل آخر). ( هوفمان ، 2012، 63)

وانطلاقا من هذه التفسيرات السلوكية تم عرض أكثر التقنيات تأثيرا في العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق وهو التعرض الذي يصوب نحو العرض السلوكي الأبرز في اضطرابات القلق وهو التجنب، حيث يؤدي التعرض إلى اجبار المريض على إعادة تقييم التهديد الحقيقي للموقف، مما يسمح بتعديل الخبرة الانفعالية ويعزز من الشعور بالتحكم في الموقف، وفي الاستجابة الانفعالية. (بلحسيني، 2014، 63)

### 3. النظرية المعرفية:

تفسر هذه النظرية اضطراب الهلع بأنه نتاج لتفسير خاطئ وكارثي للأحاسيس الجسدية، والتصورات التي تأتي بسرعة وعفوية والتي تبدو منطقية في وقتها، كما أن ميل المصابين إلى التنبيه للأعراض نتيجة لخوفهم وقلقهم من نتائج النوبة المقبلة يؤدي إلى تفسير أحاسيس من المرجح أنها عادية على أنها تشير إلى مرض خطير و كارثة. (أنطوني، مكاب، 2008، 20)

## 10. الأشكال العيادية لنوبات الهلع:

### نوبات الهلع غير المتوقعة:

يكون فيها بدء نوبة الهلع غير مصحوبة بوضعية منشطة أكانت داخلية أو خارجية، بمعنى أنها تأتي بشكل مفاجئ وتلقائي غير منتظر. (APA, 1992/1993, 495)

### نوبات الهلع المرتبطة بالوضعيات:

هي النوبات التي تحدث بطريقة ثابتة وآنية حين تعرضها للوضعيات المنشطة أو توقع الوضعية مثلاً: في الخوف الاجتماعي تحدث نوبة الهلع عندما يريد الفرد التكلم أمام الآخرين. (APA, 1992/1993 , 495)

### نوبات الهلع المدعمة من طرف الوضعيات:

تشبه نوبات الهلع المرتبطة بالوضعيات إلا أنها ليست ثابتة، مرتبطة بالمتغير ولا تحدث بالضرورة آنية لتعرض الوضعيات مثلاً: قد لا تحدث نوبة الهلع عندما يكون الفرد يقود في سيارته، ففي بعض الأحيان تحدث نوبة الهلع بعد نصف ساعة من التوقف عن القيادة. (APA, 1992/1993 , 495)

### نوبات الهلع الليلية (أثناء النوم):

تحدث أحياناً أثناء النوم عندما تحدث للفرد حالة من الرعب أو زيادة النشاط الفيزيولوجي الحاد أثناء النوم بدون منبه بديهي للحالة مثلاً: حلم أو كابوس. (Beck & Clark, 2010 , 181)

### نوبات الهلع محدودة الأعراض:

تحدث في فترة زمنية غير محددة أو عند الشعور بعدم الراحة الشديد والتي تحدث في غياب أي خطر حقيقي ولكن تظهر فيها على الأقل أربعة أعراض من أعراض الهلع. (Beck & Clark, 2010 , 182)

### نوبات غير محددة اكلينيكيًا:

عبارة عن نوبات هلع تحدث بالصدفة في المجتمع العام، والتي تحدث أحياناً في الوضعيات الناجمة عن الضغوطات نفسية أو تقييمية، والتي تكون مصحوبة على الأقل مع الخوف أو القلق من الهلع. (Beck & Clark, 2010 , 182)

### نوبات هلع مع خواف الأماكن المفتوحة:

هي نوبات الهلع التي تكون مصحوبة بالخوف من وضعية أو مجموعة من الوضعيات والمواقف أو الأماكن المفتوحة والتي تكون مصحوبة بالتجنب و الإصابة بنوبة الهلع حين التعرض للموقف أو الوضعية المخيفة، وخاصة عندما يكون الفرد بمفرده دون مرافق وهذا الشكل من نوبات الهلع يندرج تحت نوبات الهلع المرتبطة بالوضعيات. (APA , 1992/1993 , 506)

### نوبات الهلع غير المصحوب بخواف الأماكن المفتوحة:

هي نوبات الهلع التي لا تحدث جراء المتغير خوافي أو تعرضها لوضعية خوافية ما، ولا تكون مصحوبة بوضعية منشطة أكانت داخلية أو خارجية بمعنى أنها تأتي بشكل مفاجئ وتلقائي غير منتظرة والتي تندرج تحت نوبات الهلع غير المتوقعة. (APA, 1992/1993 , 506)

### خواف الأماكن المفتوحة غير مسبوق بنوبة الهلع:

إن الفرق بين خواف الأماكن المفتوحة غير المسبوق بنوبة الهلع وخواف الأماكن المفتوحة مع نوبة الهلع بغياب سوابق نوبة هلع أو معاودة نوبة الهلع. التجنب في خواف الأماكن المتوحة غير مسبوق بنوبة الهلع ناجم عن الخوف من فقدان القدرات أو تراجعها أو الشعور بالخزي الناجمة عن أحد أعراض نوبة الهلع المترتبة. (APA, 1992/1993, 497)

### 11. أعراض اضطراب الهلع:

هناك أربعة أبعاد لأعراض اضطراب الهلع وهي: أبعاد جسدية، أبعاد معرفية، نفسية، انفعالية وسلوكية:

#### 1. البعد الجسدي:

هو متنوع ومرتبطة بفرط في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي أو النبائي:

- **على المستوى القلبي الشرياني:** هجمة قلبية، زيادة ضربات القلب وتسارعها، اضطراب ثانوي في إيقاع القلب خاصة عثرات القلب التي تعطي انطباع لدى الحالة أن قلبها سوف يتوقف، آلام في القفص الصدري قرب القلب التي تعطي انطباع أن هناك انسداد وعائي في القلب، ارتفاع الضغط الدموي الوريدي، ارتفاع حرارة الجسم، تعرق. (J.Goulet et al, 2013)
- **على المستوى التنفسي:** إحساس بالاختناق أو تقطع النفس مما يؤدي إلى زيادة النشاط التنفسي المفرط الذي يحدث مجموعة من الأعراض على جميع مستويات الجسد تظهر كالتالي: صعوبة في التنفس مع الشعور بنقص الهواء، الشعور بخفة الرأس (خال) مع شعور بالدوخة، ألم في الرأس، الشعور بالدوار، نظرة ضبابية، الشعور باللاواقعية أو الإحساس بنفي الذات، رطوبة في اليد، زيادة بدرجة الحرارة، وخز بالأطراف مع الشعور بالتخدر، تقلص عضلي، تشنج، آلام في الصدر، زيادة في ضربات القلب مع تعثر القلب. (J.Goulet et al, 2013)
- **على المستوى العصبي/ الحسي:** دوخة أو دوران، عدم الراحة، فقدان التوازن، الشعور بالإغماء، تشوش الحس، ارتجاف وارتعاش، صفير أو طنين. (J.Goulet et al, 2013)
- **على مستوى الجهاز الهضمي والبولي:** إحساس بوجود كرة في الحنجرة أو المعدة، آلام في البطن، صعوبة في ابتلاع الطعام، آلام في البطن، الشعور بالغثيان، تقيؤ، اسهال، غزارة البول. (J.Goulet et al, 2013)
- **على المستوى العصبي/ العضلي:** انشداد وانقباض عضلي أحيانا مؤلم، ارتجاف أو ارتعاش عضلي، تعرق، زيادة حرارة الجسد. (J.Goulet et al, 2013)

#### 2. البعد المعرفي:

الشخص الذي يشعر بجميع هذه الأعراض الفيزيولوجية وليس لديه أي معلومة متعلقة بسببها في معظم الحالات مما يؤدي إلى انشغال البال والقلق البالغ في خطورتها فيصبح الفرد يعاني من:

- انشغال بال وقلق غير مبررة عند حدوث نوبة الهلع: الخوف من معاناة جراء نوبة قلبية، الاغماء، الموت، الاختناق، فقدان التحكم... الخ، هذه الانشغالات المشتركة تزيد في شدة الأعراض وحتى في الأعراض الفيزيولوجية التي أحدثتها، حيث تكون مجموعة من الأفكار الأتوماتيكية مثل: ستحدث لي نوبة، سأفقد الوعي. (J.Goulet et al, 2013)

- هذه الانشغالات تحدث بدورها خوفاً مبالغاً فيه متعلقاً بحدوث نوبات هلع أخرى مرتبطة بالوضعيات التي حدثت فيها نوبات سابقة، ففي الأصل هي عبارة عن قلق والمعرفة المسبقة "الخوف من الخوف" والتي تجعل الشخص هشاً وضعيفاً قبل أن يواجه الموقف بذاته، فتصبح هذه الأفكار ومثبته للأعراض كما تزيد من حدة العوامل الانفعالية والسلوكية. (J.Goulet et al, 2013)
- أفكار القلق عامة متمركزة نحو المستقبل، تقلق الحالات بسهولة حول ذاتهم أو الآخرين، فالنشاط المعرفي والفكري للحالة يضع تأويلات كارثية نحو المواضيع والوضعيات أو الخسارة المحتملة: الخوف من حدوث مرض خطير، حادث مميت، أو فقدان التحكم في القدرات الذاتية. (J.Goulet et al, 2013)
- الاضطرابات المعرفية وكف مجرى الأفكار يحدث تراجع في القدرات في القدرات والكفاءة لدى الحالة فتعيق مهاراتها الاجتماعية، المهنية، والتعليمية أو التكوينية. (J.Goulet et al, 2013)

### 3. البعد السلوكي:

القلق أحياناً يكون قوياً أثناء حدوث نوبة الهلع إلى درجة الهروب من الوضعية الخوافية والتي يجعلها مسؤولة على النوبة، هذا الهروب أثناء حدوث النوبة يدعى "التجنب"، والتجنب عبارة عن سلوك التفاعلي أو التخلي على مواجهة الوضعية الخوافية، فاختيار التجنب يكون من أجل حل مشكل القلق أو "الخوف من الخوف"، حيث أن الشخص قد يجد نفسه معاقاً أمام الوضعية. J.Goulet (et al, 2013)

يحدث القلق كفاً في النشاط السلوكي للحالة، فتصبح الحالة عاجزة على أداء نشاطاتها بوجه سليم مما يؤدي إلى تراجع قدراتها السلوكية، قد تكون أحياناً مخفية تحت حالة من التهيج المشوش، أو ظهور سلوكيات قد تكون عدائية. (J.Goulet et al, 2013)

### 4. البعد النفسي الانفعالي:

تعتبر نوبة الهلع حالة انفعالية مؤلمة، حادة وشديدة، تعبر عن الإحساس بعدم الراحة والضغط الداخلي المرتفع، حيث تشعر الحالة بحالة من الخوف الشديد الذي يعتري وجدانها ويأثر سلباً على حالتها النفسية والانفعالية. (J.Goulet et al, 2013)

تعيش الحالات التي تعاني من نوبات هلع حادة أحياناً الإحساس بنفي الذات "الإحساس أنه غريب على ذاته أو جسده" و/أو نفي الواقع "الشعور أن العالم الخارجي غير مألوف أو غريب". (J.Goulet et al, 2013)

### 12. تشخيص اضطراب الهلع:

وضع الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس (APA, 2012/2013, 208-209) أربعة محاكات لاضطراب الهلع هي:  
أ. نوبات هلع متكررة غير متوقعة. هجمة الهلع هي اندفاع مفاجئ للخوف الشديد أو الانزعاج الشديد والتي تصل إلى الذروة في غضون دقائق، وخلال هذا الوقت تحدث أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية:  
ملاحظة: يمكن أن يحدث الاندفاع المفاجئ من حالة هدوء أو حالة قلق.  
➤ خفقان، دقات القلب الشديدة، أو تزايد سرعة القلب.

- التعرق
- ارتعاش أو ارتجاف.
- أحاسيس بقصر النفس أو الاختناق.
- الشعور بألم أو انزعاج بالقفصصدي.
- الشعور بالغثيان أو تلبك في البطن.
- الإحساس بالدوار أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الاغماء.
- قشعريرة أو أحاسيس بالحرارة.
- إحساسات بالتنميل أو بالخز.
- تبدد الواقع (إحساسات بالالواقعية) أو تبدد الشخصية (أن يكون الشخص منفصلا عن ذاته)
- خوف من فقدان السيطرة أو الجنون.
- خوف من الموت.

ملاحظة: يمكننا ملاحظة أعراض متعلقة بالثقافية الخاصة للأفراد (مثلا: إحساس سمعي كالطنين أو الصفير، آلام الرقبة والصداع والصراخ أو البكاء الخارجة عن السيطرة). لا يمكن أن نعتبر مثل هذه الأعراض أحد الأعراض الأربعة المطلوبة ب. خلال شهر أو أكثر على الأقل أن تكون أحد النوبات مصحوبة بواحدة من الاثنين أو كلتا مايلي:

1- قلق مستمر أو ، فقدان السيطرة ، خوف حول هجمات إضافية من الهلع أو حول عواقبها (مثلا: "يصبح مجنونا ، الإصابة بنوبة قلبية")

2- السلوكيات تهدف إلى تجنب ، تغير كبير لسوء سلوك التكيف على صلة بهجمات الهلع (مثلا: السلوكيات التجنبية المتعلقة بنوبة الهلع كتجنب النشاطات أو الوشعيات المماثلة)

ج. لا يُعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة معينة (مثلا: تناول المخدرات والأدوية ) أو الوضعيات الطبية أو المرضية (مثلا: اضطرابات قلبية رئوية ، فرط نشاط الدرق )

د. ألا تكون هجمة الهلع ناجمة عن اضطراب عقلي آخر (مثلا: ألا تحدث نوبة الهلع كنتيجة لاضطراب القلق الاجتماع [ الخواف الاجتماعي]، أو كاستجابة لمواضيع خوافية مثل الخواف الخاص، أو استجابة للوسواس كاضطراب الوسواس القهري، أو كاستجابة للأحداث الصادمة كاضطراب قلق ما بعد الصدمة، أو كاستجابة لقلق الانفصال).

### 13. علاج اضطراب الهلع:

تعددت العلاجات المختلفة التي قدمت لمرضى اضطراب الهلع ما بين العلاجات الدوائية (وما زالت تقدم)، وما بين العلاجات النفسية خاصة العلاج المعرفي السلوكي، وإن هذا النوع من العلاج قد حقق العديد من محاور النجاح، وقد شفي تماما ما بين (50% إلى 80%) من هؤلاء المرضى، إلا أننا يجب أن ننوع من أساليب العلاجات النفسية خاصة، وأن الهلع قد يأتي مرافقا لرهاب الأجورافوبيا أو دونه. (غانم، 2008، 68)

### 1. العلاج الدوائي:

تعد الأدوية ثلاثية الحلقات (Antidépresseurs Tricycliques) واحدة من مضادات الاكتئاب التي أجريت عليها دراسة جيدة لعلاج الهلع، وهذا ببساطة لكونها المجموعة الأكثر فاعلية في علاج ذلك، وتشتمل بعض الأدوية المعينة في مجموعة الأدوية ثلاثية الحلقات على أدوية فعالة لمعالجة الهلع مثل إميرامينوكولومبرامين (أنفرانيل). (Ballenger JC, 1994)

والدواء الثالث فينيلزين (نارديل) من مجموعة من مضادات الاكتئاب التي تسمى الماو (IMAO) مثبط أكسيديزالأمين الأحادي الذي يكون فعالا في علاج الهلع، ويقترح الاستخدام التحليلي والدراسة غير المنظمة أن مضادات اكتئاب أخرى من هاتين المجموعتين قد تكون فعالة في معالجة الهلع، وتشتمل هذه المضادات على دسبرامين (نوربرامين) ونورتريتيلين (باميلور) من مجموعة الأدوية ثلاثية الحلقات وتراينيلسيبرومين (بارنيت) من مجموعة مثبطات أكسيديزالأمين الأحادي.

وتطورت حديثا مضادات اكتئاب جديدة، والتي من شأنها التأثير في نظام السيروتونين للمخ (معظمها

" مثبطات محددة لإعادة استعمال السيروتونين" أو ال(SSRIS) وسرعان ما مثلت اختيارا أولا. كدواء لعلاج الاضطرابات التي تنتج عن الهلع، وترتبط فعالية تلك الأدوية التي تستخدم في علاج الرعب بالأدوية القديمة، ولا تسبب مشكلات تتعلق بالأعراض الجانبية، وبعض النماذج من تلك الأدوية ( التي رتب عن طريق الاسم التجاري لأنه أكثر شيوعا)، وهي زولوفت، باكسيل، بروزاك لوفوكسوايفيكسور. (بيكفيلد، 2004، 170)

في كل الحالات فإن استخدام علاج معتمد على مضادات الاكتئاب في حالة اضطراب الهلع يستلزم البدء بمقادير ضعيفة، وتصعيدها تدريجيا، وذلك لتجنب تفاقم أعراض القلق في بداية العلاج. (Ballenger JC, 1994)

ويستخدم في علاج اضطراب الهلع عقاربنزوديازيبين (Benzodiazépines) لمدة تتراوح بين (6) أشهر وسنة، وبعد حوالي (8) أسابيع يصبح من الضروري تقييم إذا ما كان العلاج قد عمل على تخفيض النوبات، والفعالية تكون بالاستخدام المشترك للعلاج النفسي و العلاج الدوائي، والتحذير الواجب هنا هو احتمالية اعتماد المريض النفسي الجسمي لعقاربنزوديازيبين. (Delbrouck M, 2011, 167)

وعلميا يمكن القول أن الأدوية من نوع (IRS) فلوفوكسمينسوترالين (Fluvoscamine, Sertraline) تمثل العلاج الأنسب على المدى البعيد في علاج الهلع، وهو الذي يتم وصفه باعتباره اختبارا أولا في العلاج الكيميائي لاضطراب الهلع. (بلحسيني، 2014، 95)

### 2. العلاج المعرفي السلوكي:

يمثل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على اضطراب الهلع مجالا جديدا من تلك المجالات التطبيقية لهذا الأسلوب العلاجي على الاضطرابات المختلفة، حيث كان يقتصر من قبل على علاج الهلع إذا ما صوحت بفوبيا الأماكن الواسعة على اعتبار أنه يوجه في الأصل إلى الفوبيا، في يستخدم العلاج بالعقاقير لعلاج نوبات الهلع في حد ذاتها، ومن ثم أعتبر غير ضروري إذا لم يصاحب الهلع بفوبيا، أما الآن فقد أصبح يستخدم مع نوبات الهلع سواء صاحبها فوبيا الأماكن الواسعة أو لم تصاحبها، ولم يلق العلاج المعرفي السلوكي نجاحا مثلما وجد بالنسبة للهلع. (محمد، 2000، 198)

تبدأ الاستراتيجيات المعرفية للهلع بتوسيع نموذج بيك Beck المعرفي الخاص بالاكئاب (Beck, Shaw, Rush, Emry, 1979) ليشمل القلق والهلع ويركز العلاج المعرفي على تصحيح التقييمات الخاطئة المتعلقة بالإحساسات الجسمية، باعتبارها مصدر تهديد، وتطبق الإستراتيجيات المعرفية بمشاركة الأساليب السلوكية، على الرغم من افتراض أن الميكانيزم الفعال في التغيير يكمن في الحقل المعرفي. (بارلو، 2002، 44)

ويرجع نجاح العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب الهلع قياسا بغيره من أنواع العلاج النفسي الأخرى إلى أنه يتغير وفقا لتركيزه على الجانب المعرفي أو الوجداني، أو السلوكي فيتعامل بالتالي مع اضطراب الهلع بشكل شامل، حيث يتناول ما يلي:

1. نوبات الهلع نفسها بأعراضها المعرفية والوجدانية والجسمية.
2. القلق المتوقع والذي يعرف بالخوف من الخوف
3. فوبيا الأماكن الواسعة والتي غالبا ما تصاحبه بدرجات متفاوتة
4. مفهوم اليأس الذي يتطور مع تطور الهلع، والذي قد يؤدي في أغلب الأحيان إلى اكتئاب ثانوي.

### 1.2. تطبيق العلاج المعرفي السلوكي:

عمليا يتم تطبيق العلاج المعرفي - السلوكي في سياق يمتد عبر عدة جلسات يتراوح بين (10-20) جلسة فردية أو جماعية، ويتضمن عدة مراحل:

- ❖ التشخيص العيادي والتحليل الوظيفي
- ❖ مقابلة التقييم باستخدام الاختبارات وسلام التقدير
- ❖ التعليم النفسي وإرساء عقد العلاج
- ❖ التدخل العلاجي
- ❖ تقويم النتائج في نهاية العلاج

وهناك عدة عناصر مهمة في عملية التكفل:

- العلاقة العلاجية النوعية (الدفء والتعاطف ...)
- العمل وفق " هنا والآن" مهم مع عدم إهمال ماضي المريض
- بنية الجلسات جدا عملية وتتضمن:

- ✓ ملخص الجلسة السابقة
- ✓ إتمام الأنشطة
- ✓ اختيار موضوع وتحليله
- ✓ واجبات منزلية للأسبوع القادم
- ✓ الملاحظة الذاتية والتقييم الذاتي

-المقابلات تكون عادة أسبوعية وتدوم بين 30-45 دقيقة

-مدة العلاج تدوم حوالي أربعة أشهر موما

### 2.2. استراتيجيات التدخل:

- تقنيات التحكم ( للتعامل مع ردود الفعل الفيزيولوجية)
- تقنيات التعرض للمواقف المقلقة ( العمل على مستوى السلوك)
- تقنيات إعادة البناء المعرفي ( العمل على مستوى المعارف)

### 1.2.2. تقنيات إدارة نوبة الهلع:

#### أ. التعليم النفسي:

إن العلاج المعرفي السلوكي هو علاج تعليمي، يركز أساساً على التعليم النفسي، بمعنى أن النموذج المعرفي وعمله التغير يتم تقديمهما للعميل. وينصب التركيز في هذا الجزء على تعليم العميل كل شيء عن اضطرابه، خاصة عندما تؤدي أفكار ومعتقدات العميل حول اضطرابه إلى معاناته من الكرب النفسي (بالمر وآخرون، 2008، 85)

كما تفيد عملية تثقيف المريض حول الظروف التي يحدث فيها الإغماء لمساعدته في إعادة تفسير الأحاسيس التي يشعر بها بين الحين والآخر من خلال تلطيف الصورة المخيفة لأعراض القلق وشرح وظيفته الطبيعية في مساعدة الفرد على التكيف. وبإمكان المعالج في هذا الخصوص أن يشير مثلاً إلى أن مشكلة المريض تكمن في الخوف من الأعراض التي يشعر بها: في النظر إليها كشيء يهدد الصحة النفسية أو الصحة الجسمية.

ولوضع القلق في مكانه الطبيعي يوضح المعالج للمريض أن القلق عبارة عن طاقة منحها الله للإنسان لكي تساعد على الهرب من مواقف الخطر الحقيقية، وتساعد على حل المشكلات التي تعترضه، وأن الجسم يوقف القلق عندما يحس بانتهاء الحاجة إليه. (المحارب، 2000، 267)

يتم من خلال التعليم النفسي تقديم معلومات كافية عن الهلع، إضافة إلى ما يرتبط به من قلق وفوبيا الأماكن الواسعة، وأسباب الاضطراب وطبيعته وكيفية المواجهة، ويمكن في هذا الصدد تقديم مكتوبة كالكتيبات مثلاً تتضمن مثل هذا الموضوع. (محمد، 2000، 200)

#### ب. إعادة التدريب على التنفس:

الكثير من مرضى الهلع لديهم فرط التنفس، لذا تفترض بعض النظريات أن عدم السواء في التنفس، وفرط التنفس يسببان أعراض الهلع (Klein, 1993, Ley, 1985) على سبيل المثال، افترض لبي (Ley) أن فرط التنفس المزمن يؤدي إلى الهلع، وافترض كلين (Klein) أن الهلع هو نتاج نظام الاستجابة المنبهة للاختناق الحساس.

إذ ينتج عن التنفس تبادل الأكسجين وغاز ثاني أكسيد الكربون، والجسم تحديداً حساس للمستويات المتغيرة من ثاني أكسيد الكربون، ونتيجة لفرط التنفس، يصبح الدم قلوي (وليس حمضي)، وتنكمش الأوعية الدموية وتنقص نسبة الأوكسجين المحمول عبر الدم إلى الأنسجة، بما في ذلك المخ، الأمر الذي يؤدي إلى أعراض فرط التنفس مثل الدوار، الدوخة، الإغماء، والشعور بفقدان الوعي. (هوفمان، 2012، 97)

فقد اختبر عديد من الباحثين كفاءة أسلوب إعادة التدريب على التنفس، حيث أن (50%) إلى (60%) من الهلعيين يصفون أعراض إفراط في التنفس بوصفها مشابهة لأعراض نوبات هلعهم، ومن الجدير بالملاحظة على الرغم من ذلك، أن البحوث الحديثة

أظهرت أن تقارير أعراض الإفراط في التنفس لا تعبر بشكل صحيح عن إفراط ذي طبيعة فيزيولوجية في التنفس، ف(50%) فقط من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع يظهرون انخفاضاً حقيقياً في مقدار ثاني أكسيد الكربون، في نهاية الشهيق والزفير، خلال نوبات الهلع (Hibbert&Pilsburay, 1988 ; Hornsveld, Garssen, Fiedeldi, Dop and Van, 1990) (Spiegel, 1990) (بارلو، 2002، 40)

وطريقة إعادة التدريب على التنفس تكون فعالة في علاج نوبات الهلع والأعراض الجسمية للقلق، وهذه الطريقة أعدها كلارك و آخرون (1985) وهي باختصار تتضمن جعل المريض يتنفس بسرعة وعمق لمدة ثواني قليلة، وملاحظة أثر التنفس السريع وتقدير درجة الشبه بينها وبين الإحساسات الناتجة عن نوبات الهلع أو الخوف، وإذا كان التشابه قويا يوجه المريض إلى نتيجة مؤداها أن التنفس السريع يسهم في ظهور الأعراض، وعندئذ يتعلم أسلوب ضبط التنفس، أي يتحكم في التنفس السريع، وإذا فشل أسلوب زيادة سرعة التنفس يمكن إثارة الأحاسيس بوسائل أخرى يجعل المرضى يركزون على صور عقلية أو الاهتزاز أثناء الجلوس أو النظر إلى صورة مثيرة، ويتم تدريبهم مثلا على استراتيجيات المواجهة، فالتحكم في معدل التنفس يعمل على استعادة المريض للسيطرة على نفسه وعلى القلق. (عبد العظيم، 2007، 282)

### ■ تدريب عملي:

هذا التدريب - والذي تم اقتباسه من شريط " نيك ماسي " 1993 - Breath of Life - تم تصميمه خصيصاً للأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع، فعندما يشعر أغلب الناس بالهلع، يكون لديهم ميل للهات، والتقاط الأنفاس للداخل والاحتفاظ بها، ومن ثم يأخذون أنفاساً قصيرة غير عميقة تفشل في إفراغ رئتهم، مما يؤدي إلى الشعور بلامتلاء، والشعور بأنك لا تستطيع الحصول على هواء كاف، وهذا الشعور - بأنك لا تستطيع الحصول على هواء كاف - لا يتجاوز كونه مجرد وهم، أو عاقبة بسيطة لعدم إفراغ رئتيك. وعلى الرغم من أنك في الواقع تحصل على قدر كبير من الهواء فإن تنفسك يصبح أسرع وأسرع، وفي النهاية تصل إلى مرحلة الإصابة بفطرت التهوية، والذي سوف يؤدي على الأرجح إلى نوبة الهلع، وفيما يلي الخطوات الخمس البسيطة لتدريب التحكم في التنفس:

- قم بالزفير أولاً: عند ظهور أولى إشارات العصبية أو الهلع، وظهور أول بادرة قلق بشأن عرض فيسيولوجي قد يصيبك، قم بإفراغ رئتيك من الهواء بالكامل.
- قم بالشهيق والزفير من خلال أنفك: إن الشهيق من خلال أنفك سيؤدي ألياً إلى إبطاء تنفسك ويمنع فطرت التهوية.
- تنفس بعمق إلى داخل بطنك: قم بوضع إحدى يديك على معدتك، والأخرى على صدرك، تنفس بحيث تتحرك اليد التي تضعها على معدتك، بينما تظل الأخرى التي على صدرك شبه ساكنة، وبتوجيه التنفس بعمق إلى الداخل بطنك، تقوم بتمديد حجابك الحاجز وإرخاء عضلاتك المشدودة التي تسبب لك شعورك بعدم القدرة على التنفس.
- قم بالعد أثناء التنفس: قم بالزفير أولاً، ثم خذ نفساً للداخل من خلال أنفك، وعد، واحد ... اثنان ... ثلاثة " توقف لثانية، ثم أزر النفس الذي أخذته من خلال فمك وعد، واحد ... اثنان ... ثلاثة ... أربعة"، حيث إن عملية العد تحميك من التنفس السريع المصاحب للهلع تأكد من أن زفيرك أطول دوماً بمقدار نبضة من شهيقك، فسوف يضمن لك هذا إفراغ رئتيك بين كل نفس تأخذه.

• أبطئ تنفسك بقدر نبضة: خذ نفسا للداخل وعد، واحد ... اثنان ... ثلاثة ... أربعة ... خمسة ". كما هو الحال دائما اجعل زفيرك أطول بمقدار نبضة من شهيقك دائما. (ماكاي، ديفيز، فانينج، 2010، 120)

ويستطيع المريض أن يطبق ذلك مرتين في اليوم لمدة (10) دقائق، إن تجربة فرط التهوية الإرادية المتبوعة بتحكم سريع معتمد على تخفيض سرعة التنفس يساعد العميل على التحكم في فرط التهوية، والأعراض المترافقة معه، ولكن ذلك لا يساعد كثيرا المرضى الذين لا يتأثرون كثيرا بعرض فرط التهوية.

ج. تقنية فاجال (Vagale. T) للتعديل القلبي:

هذه التقنية هي طريقة بسيطة والتي تهدف لتخفيض ضربات القلب، والتي تزداد أثناء نوبات الهلع، وتتضمن تعليم العميل الاستجابة القلبية البطنية.

من أجل ذلك نطلب من العميل أن يحقق خلال (3) إلى (5) ثوان ضغط عالي بطني وذلك بنفخ البطن، وهذا ما يؤدي إلى تخفيض سريع لنبضات القلب، ونكرر ذلك عدة مرات خلال الجلسة. وهذه التقنية يمكن أن تستعمل بالتوافق مع التعرض الحي، وهي تسمح للمريض التحكم في بعض ردود الفعل الفيزيولوجية لنوبة الهلع، وبالتالي استرجاع ثقته في القدرة على التحكم في نوباته.

### 2.2.2. الاسترخاء:

يذكر عبد الستار إبراهيم أن الاسترخاء توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للقلق، والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري، أو حتى النوم، لأنه ليس من النادر أن نجد شخصا ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة، لكنه لا يكف مع ذلك إبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوي والحركي، مثل عدم الاستقرار الحركي والتقلب المستمر، والذهن المشحون بالأفكار والصراعات. (إبراهيم، 1993، 155)

ويذكر أوست (Ost, 1988) نتائج إيجابية لاستخدام الاسترخاء العضلي التدريجي للتحكم في نوبات الهلع، حيث تحقق تخلص كامل منها لدى مجموعة طبق عليها هذا الأسلوب ( ن=8) وتخلص 100 % منهم من نوبات الهلع بعد 14 جلسة مقارنة ب: 71,7 % لمجموعة أخرى ( ن=8) لم يستخدم معها هذا الأسلوب، وبالإضافة إلى ذلك كانت نتائج المجموعة الأولى مستقرة خلال مرحلة متابعة ( استمرت لمدة 19 شهرا تقريبا بعد انتهاء العلاج)، بينما ظل تأثير العلاج مستمرا لدى 57% من أفراد المجموعة الثانية، وقد صنف كل أفراد مجموعة الاسترخاء العضلي التدريجي في فئة أصحاب أفضل نتيجة نهائية في المتابعة، مقارنة ب 25% من المجموعة الأخرى.

وتقنية الاسترخاء الأكثر أهمية هنا هي تقنية الاسترخاء المتصاعد لجاكوبسون، ويتضمن التدريب على الاسترخاء ممارسة العميل للتوتر على مستوى العضلة ثم إرخائها واحدة بعد الأخرى حسب كل مجموعة، إلى أن يصبح العميل قادرا على الاسترخاء و الإحساس بالراحة.

والنوع الثاني الخاص بشوتز ويتمثل في التحرير من توتر مباشرة بشكل تصاعدي باستخدام التلميحات الذاتية.

### 3.2.2. التعرض للمواقف المثيرة للقلق:

#### العلاج بالتعرض (Exposure Therapy):

يعتقد أكثر المصابين بالقلق المزمن أو الحاد بأن قلقهم في مستوى مرتفع، إلا أن القلق يحدث عادة في موجات. فإذا أيقن المريض أن القلق له بداية وقمة ثم يبدأ في التناقص فإذا المريض يصبح أقدر على التعامل مع القلق بنجاح أكبر. فمثلا قد يتعين على المريض أن يصمد في موقف اجتماعي إلى أن تمر موجة القلق وتنتهي. (لويس، 1994، 241)

وهذا هو المبدأ الذي تستند عليه طريقة التعرض، إذ تفترض أن القلق يتدن بدخول العميل وبقائه في موقف القلق حتى تزول رغبته في تجنب هذا الموقف. وفي هذه الطريقة يقوم المريض بتعرض نفسه للمثيرات أو المواقف التي كان يخاف منها أو يتجنبها، ويمكن أن يكون التعرض بالمواجهة الفعلية في الحياة الواقعية، أو بالمواجهة التخيلية وفي الحالة الأخيرة يطلب من المريض أن يتخيل نفسه أمام المثير الذي يخافه (كالعناكب) أو في موقف مثير للقلق (كالتحدث أمام الجمهور) وإجمالاً يمكن أن تعرف هذه الطريقة بأنها التعرض المتكرر والممتد - سواء واقعياً أو باستخدام التخيل - وذلك لمنبهات ليست مؤذية من الناحية الموضوعية، ولكنها مخيفة للمريض، وذلك بهدف تقليل قلقه.

ويقترح عدد من الباحثين خصائص معينة يجب توافرها في العلاج بالتعرض لكي يحقق الفائدة القصوى للمريض:

- يجب أن يكون التعرض لمدة طويلة لا قصيرة
- يجب أن يتكرر التعرض حتى تتم إزالة الخوف / القلق
- ينبغي أن يتنبه المريض للمثير الذي يخاف منه، وأن يتفاعل معه بأكبر قدر ممكن.

وفي حالة استخدام التعرض الميداني والتعرض التخيلي معا في الجلسات العلاجية يفضل البدء بالتعرض التخيلي ثم التعرض الميداني، ومن ناحية أخرى لا يفضل استخدام التعرض التخيلي في حالات خاصة منها: عندما يعجز المريض على تحديد الأفكار المثيرة للقلق، وأيضاً عندما يعاني المريض من اضطرابات في القدرة على التخيل أو التذكر.

### 1.3.2.2. أنواع التعرض:

#### أ. تقليل الحساسية التدريجي Systematic Desensitization:

لقد استمد هذا الاجراء بناء على تجارب بافلوف (Pavlov) في الاشراف الكلاسيكي والبحوث التي أجريت للكشف عن العلاقات بين المثيرات والاستجابات الشرطية وغير الشرطية. إذ طور وولي (Wolpe) في أواخر عام (1950) استراتيجية تقليل الحساسية التدريجي وذلك بهدف خفض مستوى القلق، ويعتمد هذا الاجراء على مبادئ الاشراف المضاد حيث توصل وولي إلى أن أعراض القلق قد تنخفض أو تنشط بدرجة جيدة عن طريق التخيل ثم يعرض المسترشد مباشرة وبشكل تدريجي لاستجابة الاسترخاء العضلي وهذه العملية تسمى بتقليل الحساسية التدريجي. (الدحاحة، سليمان، 2008، 5)

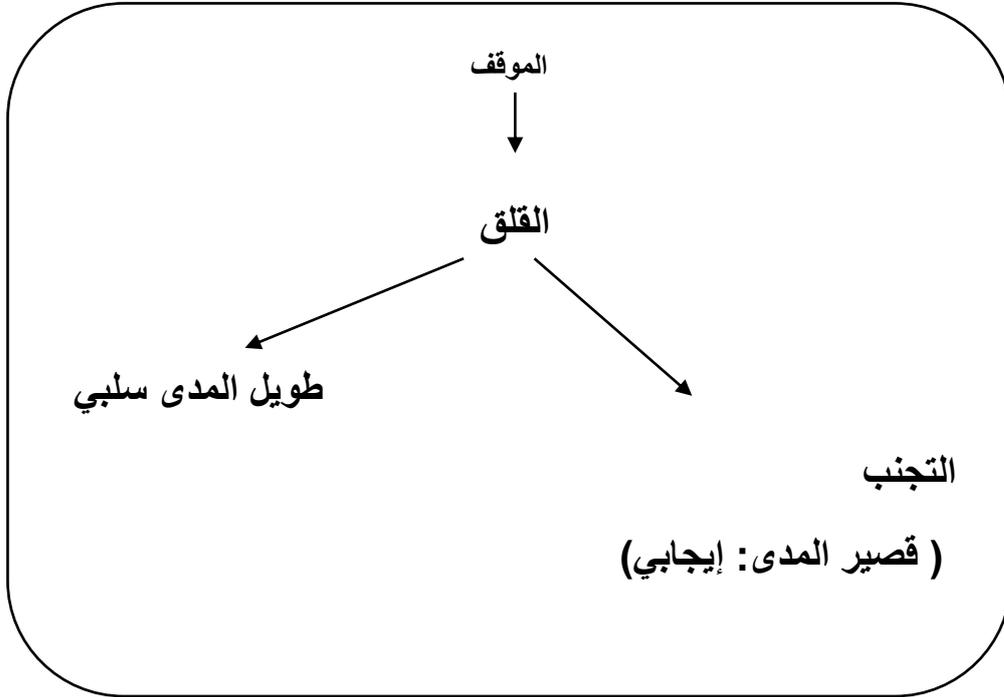
وتعتبر عملية تقليل الحساسية التدريجي المرحلة الثالثة في طريقة الكف بالنقيض بعد إعداد مدرج القلق، وتدريب المريض على الاسترخاء كاستجابة مضادة لحالة القلق وما شابهها، وملخص هذه العملية هو أن المعالج يضع المريض في حالة استرخاء تام ثم يقدم له المثيرات الموجودة على مدرج القلق، أو يطلب من المريض تخيل هذه المثيرات حيث يضمن المعالج دائماً أنه إذا قدم المثير، أو قام

## الفصل الثاني: اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي

المريض بتخيله يكون ما يستثيره من قلق أو خوف أضعف قوة من استجابة الاسترخاء التي اختارها المعالج حيث يستطيع المعالج القيام بعملية كف تدريجي للقلق الضعيف ويبدأ المعالج بأقل المثيرات شدة وينتهي بأكثرها شدة وإثارة والمريض في حالة استرخاء. ويمكن أن المعالج لتحديد شدة المثيرات أجهزة التغذية الراجعة الحيوية أو بعض المقاييس الفيزيولوجية، ويرى ولي أن تخيل أو تصور المثيرات الباعثة على الخوف والقلق لا يقل فاعلية عن مواجهتها بشكل مباشر كما في الواقع، وعملية التحصين المنظم تبدأ عادة بعملية التخيل أو التصور للمشهد المثير للقلق. وفي المراحل الأخيرة من العلاج يطلب من المريض مواجهة المثيرات الواقعية وهذا ما يسمى المواجهة العلاجية المباشرة أو المشاركة الفعالة. (زراد، 2005، 197)

### ب.التعرض المتصاعد الحي أو المتخيل:

إن التعرض هو طريقة لمساعدة العميل لمواجهة مواقف القلق التي كان يتجنبها ظنا منه أن عملية التجنب ستحميه من مشاعر القلق المرعبة، وقد اعتبر هوفمان أن التجنب يؤدي إلى انخفاض القلق، وهي نتيجة إيجابية قصيرة المدى ولكن على المدى البعيد يكون للتجنب نتائج سلبية، وذلك أن الفرد يمر بخبرة القلق في كل مرة يواجه فيها الموقف مستقبلا، لأنه لم يعط الجسم فرصة للتكيف مع الموقف، و معرفة أن الموقف أو الشيء ليس بهذا المستوى من الخطورة، لذا فإن التجنب يؤدي إلى الحفاظ على القلق، إذ أن الفرد في كل مرة يواجه فيها الموقف فإنه يشعر بقلق متزايد إلى أن يبدأ في التجنب ليهدي من مستوى هذا القلق.



### الشكل (2) يوضح دور التجنب في استمرار القلق

التعرض استراتيجية تدخل فعالة بشكل كبير في معالجة اضطرابات القلق قبل إجراء ممارسات التدخل، ينبغي أن يحدد المعالج النفسي الإلماعات المثيرة للخوف في حالة اضطراب الهلع، فإن الإلماعات-غالبا- هي الأعراض الجسمية، وفي حالة المخاوف المرضية من الأماكن لواسعة، فإن الإلماعات عي المثيرات الموقفية لذلك يمكن أن نميز هنا نوعين من التعرض: التعرض الباطني - التعرض الحي أو المتخيل للمثيرات الخارجية

عند الإعداد لعملية التعرض تقوم بترتيب المواقف التي يخافها المريض ويحاول تجنبها، وعادة يتم تشكيل حصيلة من (10-15) حدث من الأقل صعوبة إلى أعلى صعوبة بحسب تقدير العميل على سلم من (0-10) . ويتم الانتقال من موقف إلى آخر دون أن يستخدم العميل أيا من سلوكيات التجنب (مثل سلوكيات الأمان)، إذ ينبغي تشجيع المرضى على البقاء في الموقف إلى غاية تناقص مستوى التوتر لديهم. وينبغي أن تكون الممارسات متكررة، ويتم التخطيط لها مسبقاً، وأن تتراوح بين ساعة وساعتين.

### ج. التعرض الباطني:

الهدف من التعرض الباطني، وهو الهدف نفسه من التعرض للمنبهات الخارجية المثيرة للخوف، هو مقاطعة أو إضعاف الترابط مؤشرات جسمية محددة والاستجابات الالهلية، والأساس النظري للتعرض الباطني يقوم على اخماد أو إطفاء الخوف، في ضوء الصيغة المفهومية لنوبات الهلع، باعتبارها ردود أفعال تشريطية، أو إنذاراً متعلماً للمؤثرات الجسمية البارزة (Barlow)، و يستخدم التعرض الباطني من خلال إجراءات تؤدي إلى احداث احساسات ذات طبيعة هلعية حقيقية، مثل: تدريبات الأوعية الدموية للقلب، واستنشاق ثاني أكسيد الكربون ، أو الجلوس في مقعد دوار، والإفراط في التنفس ، ويتم التعرض باستخدام نموذج متدرج. (بارلو، 2002، 44)

في الغالب إن أول وسيلة وقع عليها الاختيار هي أسلوب زيادة سرعة التنفس الذي ابتدعه كلارك وآخرون (Clarck)، وباختصار تتضمن الطريقة جعل المريض يتنفس بسرعة وعمق لمدة دقيقتين وملاحظة أثر التنفس السريع، وتقدير وجه الشبه بينهما وبين الإحساسات الناتجة عن نوبة الخوف، وإذا طان التشابه قويا، يوجه المريض إلى نتيجة مؤداها أن التنفس السريع يسهم في ظهور الأعراض وعندئذ يتعلم أسلوب ضبط التنفس، أي يتحكم في التنفس السريع، وعندما يلاحظ المرضى أن عملية بسيطة غير دائية يمكن أن تنتج إحساسات خوف فأنهم يميلون لتصحيح إرجاعهم الأعراض إلى مآسي طبية ونفسية معوقة. (بيك، 2002، 57)

### 4.2.2. التقنيات المعرفية:

تتضمن هذه الاستراتيجية تعليم الناس كيف يصبحون أكثر وعياً بإفكارهم المضطربة، وكيف يدققون في الإثباتات المرتبطة بتلك الأفكار. وتهدف إعادة بناء المعرفة إلى تحويل أنماط التفكير المضطربة إلى أفكار أكثر توازناً ومنطقية تستند إلى تدقيق شامل في كل الإثباتات (بدلاً من التركيز فقط على الأدلة التي تدعم الأفكار المضطربة)

### 1.4.2.2. تحديد المعتقدات المضطربة:

الأفكار الآلية تمثل تيار الأفكار، والصور الذهنية، اللتين تصاحبان الفرد بشكل ثابت وهو يتقدم عبر حياته اليومية العادية، أما الأفكار الآلية السلبية فهي تلك الأفكار والصور التي تستثير الانفعالات السلبية وغير الملائمة، مثل القلق، والاكتئاب، وتكون هذه الأفكار بشكل عام في البداية مقبولة من العميل على أنها أفكار واقعية وصادقة، لكن لا توجد أدلة موضوعية تؤيدها. (كوروين، رودل، بالمر، 2008، 123)

وهناك نوعان من المعتقدات التي تقف خلف الأفكار الآلية زهما المعتقدات المحورية، والمعتقدات الوسيطة، وهناك عدة طرق لمساعدة العميل لتحديد معتقداته السلبية نذكر منها:

### أ. سجل الأفكار:

يهدف سجل الأفكار إلى عزل المواقف المثيرة للقلق، والانتفاعات السلبية، والحوارات الداخلية التي ترافقها ويتم التدريب عليها من قبل المعالج داخل الجلسات العلاجية ويوفر لنا سجل الأفكار إمكانية الوصول إلى الأفكار الآلية للمريض وتقييم قدرته على ذلك بمجرد تبسيط هذه الأفكار من قبل المعالج، حيث يطلب المعالج من العميل تعبئة سجل الأفكار بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والخوف، والأعراض الجسدية والأفكار التي تصاحب كل ذلك. ونضع هذه المعلومات أساساً لتسجيل مدى تكرار نوبات التوتر، أو أي أعراض جسدية أخرى ويساعد المعالج على معرفة مصادر ومظاهر القلق لدى المريض، كما تساعد هذه المراقبة الذاتية المريض على رؤية متابعه بشكل مختلف وتحديد مشكلته بأسلوب سلوكي متعلم، ويتم استخدام هذه المعلومات من قوائم المراقبة الذاتية في الجلسة العلاجية كأساس للنقاش، فهذه الوسيلة تعد وسيلة ناجحة وذلك في تزايد السلوكيات المرغوب فيها وتناقص السلوكيات غير المقبولة عندما يتم مراقبتها. (عوض، 2001، 114)

### ب. أسلوب السهم النازل: ( Downward Arrow Technique )

يبدأ هذا الأسلوب بالتعرف على التفكير الآلي وبدلاً من مناقشة هذا التفكير أو الفكرة، يتم تشجيع المريض على مستوى التفكير لديه، واستكشاف هذا التفكير بسؤال " ماذا يعني لو أن هذا التفكير صحيح؟" ، وهذا بدوره سيؤدي إلى ظهور افتراض شرطي ( قواعد شرطية) تأخذ شكل " لو .... إذا". (بلحسيني، 2014، 113)

هذه القواعد تحدد الظروف والنتيجة الانفعالية المختلفة وظيفياً:

مثال: لوفقدت وظيفتي إذا سأفقد احترام الناس لي



النتيجة الانفعالية المختلفة وظيفياً



الظروف

### ج. اقتراح مخطط يربط بين مختلف الأفكار الآلية:

حدد بيك وزملاؤه عملية عامة لتحديد المعتقدات السلبية تمر بثلاث مراحل:

- يحدد العميل الأفكار الآلية ويكتبها .
  - يتم استنباط المخططات العامة من هذه الأفكار
  - يتم صياغة قواعد أساسية أو الفروض التي يتبناها العميل عن حياته
- ومن خلال تحليل سجل الأفكار ( المشار اليه) يمكن للشخص أن يكتشف أن لديه إعتقاداً أساسياً مثل " أنا لا أستحق التقدير " أو " أغلب أعمالي لا قيمة لها" ، وعندئذ يمكن تسجيل هذه المعتقدات وكتابتها تهيئداً لمرحلة التعديل والتغيير. (بلحسيني ،

(2014 ، 114)

### د. تكملة الجمل:

وهو أسلوب مباشر نسبيا حيث يطلب من العميل أن يكمل سلسلة من الجمل تبدأ بكلمة واحدة وقد قدم باديسك ( Padesky, 1994) الأمثلة التالية: " أنا ..."، " الناس ...."، " العالم ....".

حيث يمكن من خلال ذلك التعرف على معتقدات العميل حول نفسه وحول الآخرين و حول العالم والبيئة والمستقبل في شكل تعبير مباشر واع عن الأفكار التي تدور في ذهن الشخص ومعتقداته الذاتية ، وهذا يسمح بملاحظتها وعيا ومن ثم تعديلها. هـ.تقديم الجمل الأولى من الفروض:

يمكن أن ينظر إلى الفروض على أنها تشمل جملتين، إحداهما فعل الشرط، والأخرى جواب الشرط كالآتي: ( إذأ ... إذن.....)، وقد استخدم بيك (1995)، أحد أشكال إكمال الجمل بأن يعطي الجملة الأولى أو فعل الشرط لأحد الفروض ، ويطلب من العميل أن يذكر جواب الشرط أو الجملة الثانية لهذا الفرض. (كوروين، رودل ، بالمر، 2008، 130) وتعتبر هذه الطرق وغيرها نماذج لكيفية عمل المعالج والمريض لكشف وتحديد المعتقدات المضمره ، والتي تجعل المريض في حالة وعي كامل بما ، حتى يتمكن من تعديلها فيما بعد ، وإن كان مجرد وعيه بما تعد خطوة فعالة وأساسية في العلاج المعرفي.

### 2.2.4.2. تعديل المعتقدات الخاطئة:

إن جوهر العلاج المعرفي السلوكي مبدأ مؤداه أن الأفكار هي التي توجه السلوك وتستثير الانفعالات ، حيث أننا نقوم بتحليل مستمر للمعلومات الواردة إلينا من الداخل أو الخارج ، والأفكار تمثل نتيجة معالجة تلك المعلومات ، حيث أن العمليات المعرفية تقوم بتصنيف وتقييم وتنظيم المعلومات ذات المعنى والمهمة فهي من يقوم بفك شفرة الواقع ، وكذلك المشاعر الداخلية للفرد ولكن عملية المعالجة هذه قد تتضمن أخطاء وتشويهات. (Christophe André , 2005, 17) إن التفكير المشوه يؤدي إلى بعث مشكلات نفسية عديدة، ويعتمد المعرفيون في هذا الأمر إلى إعادة صياغة أفكار المريض التلقائية السلبية، بحيث يشجع المريض على البحث عن جوهر اعتناقه لهذا التفكير سيء التكيف وغير المنطقي وذلك من خلال عدة طرق منها:

### أ.الحوار السقراطي:( الاكتشاف الموجه)

إن استخدام التساؤل كجانب أساسي علاجي أصبح هو السمة الرسمية للعلاج المعرفي السلوكي ، وتعديل المعتقد السلبي هو الأساسي والأداة المهمة في العلاج، حيث يوجه المعالج العميل لأن يختبر معتقد على مواقف محددة ونوعية. وعبر هذه العملية يمكن للمعالج أن يقود العميل إلى دليل قيم حيث يمكن تنفيذ المعتقد في موقف بعينه . (كوروين وآخرون، 2008، 139) ويعتبر الاكتشاف الموجه عملية مستمرة من بداية العلاج إلى نهايته يتم من خلالها فحص الفروض باستخدام الأسئلة بدلا من التحدي المباشر لأفكار العميل واعتقاداته. ويوجد شكل خاص من منهجية الاكتشاف الموجه يسمى تقنية الأسئلة الثلاثة ، حيث يتم طرح ثلاث أسئلة محددة تساعد العميل على مراجعة أفكاره السلبية وهذه الأسئلة هي :

1- ماهي الدلائل على معتقدك؟

2- كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضا؟

3- إذا كان ذلك صحيحا ، ماذا يعني لك؟

تسمح هذه العملية بتوجيه تنبيه العميل الى جوانب من تفكيره كانت غائبة عنه، والتقويم الموضوعي لاعتقاداته وأفكاره بدلا من التلقائية والاعتباطية في التفكير.

### ب.العلاج بالدور المحدد:

وهي عملية يتم من خلالها تشجيع العميل على أن يتصرف بطريقة مخالفة لمعتقداته غير المساعدة ، حيث يسمح هذا بالتغير في المعتقد ومن ثم تغير السلوك ، وبمجرد تحديد أحد المعتقدات المساعدة البديلة الذي يوافق عليه العميل ، سيؤدي هذا إلى تحديد عدة طرق يمكن أن يسلك بها أو يتصرف بها لو كان هذا المعتقد الجديد حقيقي في الواقع وصادق حيث يجب أن تتناسب أفعاله وتصرفاته مع المعتقد الجديد، ويتم إدخال هذه العملية ضمن التمرين ، يقوم العميل بتبني الدور المتسق مع المعتقد المساعد الجديد كمهام بين الجلسات . (كوروين، رودل، بالمر، 2008، 142)

### ج.أداء الدور:

يسميه بيك (1995) " أداء الدور العقلاني الانفعالي " ، ويقوم العميل في البداية بتمثيل دور تنبيه المعتقدات السلبية بينما يقوم المعالج بدور تنبيه المعتقد الايجابي لنقطة مقابلة لها، ثم بعد ذلك يقوم العميل بأداء الدور الذي قام به المعالج بنمذجته، وفي هذه تقنية يتم استخدام أسلوب " الكرسي الفارغ" من قبل العميل للتعامل مع بقية أفكاره مستقلا عن المعالج. (بلحسيني، 2014، 117)

## 13. الإسعافات الأولية لنوبة الهلع:

لقد قدمت لنا دينيس بيكفيلد خطة متكاملة عن كيفية تقديم الإسعافات الأولية لمرضى اضطراب الهلع، والذي يمكن أن نتبع خطواتها كالآتي:

1. اجلس واستنشق نفسا ببطئا وعميقا، وليأخذ أربع ثوان على الأقل تتنفس خلالها من الأنف، و أربعا أخرى على الأقل في الزفير من خلال شفتيك المضمومتين كما لو كنت تريد الصفير بهما. استمر في ذلك لعدة دقائق مع الحرص حينها على أن تكون في حالة استرخاء
2. تخيل مشهدا باعنا على الاسترخاء باستخدام جميع حواسك وضع نفسك في هذا المشهد المتخيل
3. تذكر الأوقات التي تعاملت خلالها بنجاح مع مواقف شبيهة، أو شعرت أثناءها أنك ناجح ومتحمل للمسؤولية، حاول استعادة المشاعر التي مررت بها آنذاك
4. ركز اهتمامك على " قطع النوبة" وحاول قطع أفكارك لمأساوية حول الكوارث التي تتخيل حدوثها لك ، وأعد التركيز على الكائنات الجمادية المحيطة بك، محاولا التدقيق في تفاصيل كل كائن تقع عليه عينك
5. حاول التنفيس عن أفكار القلق لديك من خلال إدراك أن نوبات هلعك لن تلحق بك أي أذى ، وأنها ليست مصدر خطورة عليك ولا تعني أن بك مسا من الجنون مهما كانت حدة مشاعرك
6. تخيل شخصا يحوز ثقتك ، ويصدقك ويهتم بما فيه خير لك ، و الآن تخيل أن هذا الشخص معك وأنه يقدم لك الدعم
7. تذكر أن نوبة الهلع التي هي بمثابة نظام إنذار طبيعي لجسمك فقط ، قد تأتي حينما لا يكون ثمة داع لها. قل لنفسك: " إن هذا مجرد خطأ بسيط ، فالأمر لا يبعث على الخطر"

8. استقطع بعض الوقت للراحة وحاول أن تهدئ من إيقاع الحياة حولك وهدئ من إيقاع أنفاسك ، وأفكارك المتلاحقة ، وكذلك جسمك كله من منبت رأسك إلى أخمص قدميك ، ثم بعد ذلك استأنف بهدوء نشاطك الذي سبق النوبة من جديد

9. إسأل نفسك عن "شعورك" قبيل حدوث أولى علامات النوبة . وحاول أن تستعيد هذه المشاعر، نعم قد تكون هذه المشاعر مؤلمة ، إلا أن إدراكها يمكن أن يكون سبيلا لاحتواء نوبات الهلع

10. ثناء باتناؤبا عميقا، وحاول شد جسمك و تمديده من الرأس إلى القدم ، والآن يمكنك مضغ قطعة من العلك ( اللبان ) في بطء وتركيز

11. أشغل نفسك بمهمة تستنفذ طاقتك ، اشرع في أداء عمل معقد ، استمع لبرنامج مفضل عندك ، اتصل هاتفيا بصديق ، حاول التركيز على ما يحدث حولك لا ما يحدث بجسمك. وعلى ما يحدث في الوقت الحاضر لا ما سيحدث مستقبلا

12. حمس نفسك وتعهد أمامها ألا تدع الهلع يستولي عليك ، فأنت تستحق أن تكون أفضل مما أنت عليه

13. إذا كانت هناك سعة في المكان فتجول فيه بعض لوقت

14. مارس العد التنازلي من الرقم 20 ومع كل رقم تخيل صورة لشخص تحبه أو شيئا تسعد به أو يبعث على تهدئتك

15. قم إلى الصلاة أو توجه بدعاء إلى الله ، وحاول أن تستدعي إيمانك وتركن إليه

16. ذكر نفسك أن نوبة الهلع دائما ما تكون ذات نهاية دائما

( بيكفيلد ، 2004 ، د.ص )

### ثانيا : متلازمة القولون العصبي

#### 1.. تعريف القولون العصبي

عرفه حسن منصور(2009)على أنه آخر أجزاء القناة الهضمية فمن المعروف أن الجهاز الهضمي يبدأ بالفم، فالبلعوم، فالمرى، و المعدة، ثم الأمعاء الدقيقة لينتهي القولون والمستقيم و فتحة الشرج .

وجاء تعرف حسن حميدة(2013)هو ذلك الجزء الذي يبدأ بانتهاء الأمعاء الدقيقة و ينتهي بالمستقيم و يتكون من ثلاثة أجزاء رئيسية و هي القولون الصاعد و القولون المستعرض و القولون النازل و القولون السيني زيادة على ذلك المصران الأعور(الأمعاء الغليظة ) كأجزاء من قولون الأساسية في القناة الهضمية و جهاز الإخراج.

كما عرفه ديفيدسون( 2005) القولون أو ما يعرف بالأمعاء الغليظة هو جزء من الأمعاء الذي يصل بين الأمعاء الدقيقة والمستقيم و يبلغ طوله 5 أقدام ووظيفته الأساسية امتصاص الماء والغذاء والأملاح من الطعام المهضوم جزئيا القادم من الأمعاء الدقيقة.

و من ناحية أخرى هو خلل في وظيفة القولون نتيجة لزيادة حساسية أمعاء مرضى القولون العصبي والمسؤول عن هذه الحساسية الزائدة هو العصب الحائر مما يؤدي إلى أعراض في الجهاز الهضمي، مثل الانتفاخ وسوء الهضم وسوء

الإخراج(ديفيدسون،2005،155)

تعريف الموسوعة البريطانية: (أنه الاستجابة الجسمة للضغوط الانفعالية التي تأخذ شكل اضطرابات الجسمة). (أبو النيل، 1984، 36)

عرفه مؤسس بأهم مرض مزمن ويسبب ألم و انتفاخ، غازات، مخاط، طبعه متقلب أما إمساك أو إسهال أو إمساك يعقبه نوبات إسهال وتقلصات غير عادة ولا يوجد اختبار فعلي أو بيوكيميائي للمرض وفي هذا المرض فإن فحوصات المختبر تكون طبيعية إلا أن القولون لا يعمل بكفاءة، لذا فإن الأطباء يطلقون عليه (مرض وظيفي, Disorder Functional) (المومني، عمارين، 2016، 191).

وجاء حسن (2001) بتعريف أنه أكثر الاضطرابات الوظيفية انتشارا وهو مرض مزمن تتميز أعراضه هي الإمساك أو الإسهال أو الاثنين معا في تناوب. والتقلصات وامتلاء البطن بالغازات ووجود المخاط في البراز من دون وجود سبب عضوي واضح وهو مرتبط بالضغوط والتوتر والقلق وترجع أسبابه إلى عوامل نفسية وغالبا ما يصيب الإناث أكثر من الذكور ويحدث غالبا في سن النضج ويختلف عن القولون العضوي

### تعريف متلازمة القولون العصبي أو متلازمة الأمعاء المتهيجة:

هي اضطرابات هضمية وظيفية شائعة للغاية و هي تعرف باضطرابات في وظيفة المعى مع غياب إمرضية بنيوية إن متلازمة المعى الحساس هي اضطراب معوي وظيفي يكون فيها الألم البطني مترافقا مع التغوط أو هي تبدل في العادة المعوية مع مظاهر اضطراب التبرز و الانتفاخ. (زحاف، 2015، 69)

### 2. آلية حدوث متلازمة القولون العصبي:

لم تكن الفسيولوجيا المرضية لمتلازمة القولون المتهيج معروفة من قبل، فكان يعرف عنه المرض غير القابل للتفسير، ليأتي بعدها العلم ويفند هذه الاعتقادات بوضع مجموعة من التفسيرات التي يُعتقد بأنها المسؤولة عن حدوث هذا المرض، كما يلي:

#### محور المعدة والدماغ:

توجد مناطق في قشرة الدماغ مسؤولة عن الإحساس في القناة الهضمية وهي المنطقة الحسيّة والعاطفية (الانفعالية) والفص الجبهي، حدوث أي اختلال في هذه المناطق من الدماغ مع وجود محفزات داخلية أو خارجية مثل الضغوطات النفسية؛ يؤدي إلى إرسال إشارات عصبية حسية زائدة إلى الأمعاء ينتج عنها ألم بالمعدة.

#### البكتيريا النافعة بالأمعاء:

توجد بعض الدراسات التي تشير إلى اختلاف بكتيريا أمعاء الأشخاص المصابين بمتلازمة القولون المتهيج عن الأشخاص غير المصابين بها. إن استعمال المضادات الحيوية بشكل مفرط يؤدي إلى تغير في بكتيريا الأمعاء النافعة، وقد ينتج عن هذا التغير متلازمة القولون العصبي.

#### عدوى الجهاز الهضمي:

يؤدي وجود عدوى بكتيرية أو فيروسية بالجهاز الهضمي إلى حدوث تغيرات مثل زيادة نفاذية جدار الأمعاء وتغيير بالبكتيريا النافعة الموجودة، هذه التغيرات تحفز الجهاز المناعي حيث تفرز الخلايا المناعية cytokines وهي جزيئات تساهم في إتمام الاستجابة المناعية. تعمل السيتوكينات على تغيير الإشارات العصبية الموجودة بالجهاز الهضمي مثل الإحساس والحركة و الإفرازات الهاضمة، مما يؤدي إلى تطور أعراض متلازمة القولون المتهيج.

### الانقباضات العضلية بالأعضاء:

تحدث إختلالات في كهربائية العضلات المبطنة للأعضاء فينتج عنه انقباضات عضلية متكررة في الأمعاء الدقيقة والغليظة متسبباً بألم في المعدة و تغيرات في عادات الإخراج سواء الإسهال أم الإمساك.

### الضغوطات النفسية في الصغر:

وجدت دراسة سعودية حديثة نشرت في مجلة Cureus عام 2022، أن 64% من الأشخاص المصابين بمتلازمة القولون المتهيج عاشوا في طفولتهم تجارب سلبية كان لها الأثر بتطور المرض وشدة أعراضه فيما بعد؛ مثل العنف الأسري، والإهمال العاطفي و الجسدي، والعنف الجنسي. والسبب وراء ذلك أن هؤلاء الأشخاص لديهم استجابة زائدة عن الحد الطبيعي لأي تغيرات تحدث في الجهاز الهضمي بسبب ما تعرضوا له من ضغوطات نفسية في صغرهم، وذلك عن طريق هرمونات تفرزها غُد تحت المهاد، و النخامية، والكظرية.

### العامل الجيني:

أوضحت الأبحاث أن نسبة حدوث متلازمة القولون العصبي عند التوائم المتماثل أعلى منها عند التوائم غير المتماثل، فقد وُجد عدد من الطفرات الجينية التي تلعب دور في آلية حدوث المرض، ومنها:

-وجود تغيرات في الجينات على الكروموسوم رقم 9 المسؤولة عن وظيفة الكثير من قنوات الأيونات داخل الخلايا بالإضافة إلى التسبب بخلل في الجهاز العصبي اللاإرادي داخل الجسم.

-طفرات في الجين المسؤول عن تحطيم بعض السكريات في الأمعاء (sucrase-isomaltase gene).

-طفرة في الجين (SCN5A) وهو المسؤول عن تصنيع قنوات الصوديوم داخل العضلات المبطنة للأمعاء المهمة في عملية الانقباض والانبساط فينتج عن هذه الطفرة خلل في عمل هذه العضلات.

### عوامل الخطورة:

توجد العديد من الأبحاث التي تدرس مدى ارتباط عوامل معينة بتطور المرض وأعراضه للمساعدة في تصوره وفهمه بشكل أفضل، ومن العوامل التي ظهر ارتباطها القوي بمتلازمة القولون المتهيج ما يلي:

الضغوطات النفسية مثل القلق والاكتئاب

الإناث

العمر ما دون الـ 40 عاماً

التدخين

شرب الكحول بشكل متكرر

(<https://japacademy.org/2023/>متلازمة-القولون-المتهيج-العصبي)

### 3. وظيفة القولون:

يعد القولون الجزء الأخير من القناة الهضمية، حيث يتلقى خليط الطعام من الأمعاء الدقيقة بعد مروره بصمام يفتح في اتجاه واحد، و تقع بالقرب من طريق الدخول هذا الزائدة الدودية، و حينما يصل ما تبقى من خليط الطعام إلى الأمعاء الغليظة، تكون معظم العناصر الغذائية قد تم امتصاصها بالفعل منها.

فالقولون لا يقوم بالهضم، لذا فهو لا يفرز أية عصارات هاضمة . و لكنه ينتج مخاطا يساعد على تيسير مرور بقايا الطعام.

## الفصل الثاني: اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي

و تقوم الأمعاء الغليظة بامتصاص الماء من الخليط، حيث يغمر جسمك الغذاء المبتلع بالماء و العصارات الهاضمة و اللعاب. و الشخص البالغ يمر لقولونه يوميا نحو جالونين نصف من السوائل. ويتم امتصاص نحو 80% من هذه السوائل عن طريق القولون ليعود إلى الجسم، و تذكر أن الماء يكون نحو 90% من حجم الدم، كما أن الماء يكون نحو 70% من جسمك لهذا يحتاج الجسم دائما للمزيد من الماء. و تتقلص الفضلات. ، الموجودة بقولونك، و توجد بعض البكتيريا النافعة في القولون بشكل طبيعي، حيث ينتزع بعضها فيتامين(K-ك) من بقايا الطعام و ترسله لتيار الدم، و البعض الآخر ينتج فيتامين (B-ب) و لكن ليس بكميات كبيرة

بمرورها عبر القولون يستمر فقدان الفضلات للماء فيقل حجمها، حيث يشكل الماء نسبة 60% من حجمها و الباقي يكون عبارة عن قشور الفاكهة و البذور و الألياف و الخلايا المتهدمة. و البطانة القديمة التي تخلصت منها القناة الهضمية، و تساعد الألياف التي تتناولها على أن يظل قولونك مملوءا، و هذا يجعله يعمل بكفاءة، و تساعد الألياف أيضا على تليين البراز لينتقل بشكل أيسر خلال ذلك الأنبوب

و بنفس الحركات التي تقوم بها الأمعاء الدقيقة لدفع الغذاء قدما، تحدث التقلصات اللاإرادية و في القولون أيضا، و لكنها لا تحدث هنا بشكل مستمر و إنما يتم ذلك عند الحاجة لدفع الفضلات على امتداد القولون البالغ طوله خمسة أقدام.

حينها تدخل الفضلات منطقة المستقيم الذي يبلغ طوله قدما واحدة، تمدد جدران المخزن الذي يكون عادة فارغا، ، فيستثير هذا رغبة الفرد في التخلص من فضلاته و الشرج هو النهاية القصوى للقناة الهضمية، و هي عضلة عاصرة و عادة ما تكون مغلقة بإحكام معظم الوقت، و يرخيها الفرد عند حاجته للتبرز

أي باختصار وظيفة القولون ببساطة امتصاص الماء و التخلص من الفضلات و السموم البكتيرية و غيرها و المساهمة في امتصاص بعض الفيتامينات و المعادن و يعتبر الأطباء الأوروبيون القولون الرئة الثالثة و ذلك لقدرته على امتصاص 70% من الأوكسجين الداخلى إليه أثناء الجراحة (زحاف، 2015، 66-67)

### 4. أمراض القولون:

وقد ذكر العمادي(2008) تصنيفات تصنيف القولون إلى أمراض عضوية و أمراض غير عضوية فالعضوية هي التي تنتج من سبب عضوي قد يكون في جدار القولون أو خارجه أو داخل تجويفه كأورام القولون، التهابات القولون الجرثومية (بكتيري أو طفيلي) التهابات القولون التقرحية و من الأورام توجد الأورام الحميدة، زوائد القولون، التسمم الغذائي، ديدان القولون ، أمراض القولون الحادة ( التهابات الزائدة الدودية و انسداد الأمعاء و قصور شرايين القولون)، أمراض الشرج و المستقيم ( البواسير، الناسور، الشرج، الخراج) و أخرى غير عضوية أي وظيفية كالقولون العصبي

### 5. أنواع متلازمة قولون العصبي:

وفي حالة القولون العصبي تكون حركة القولون على شكل تقلصات متشنجة تدفع الطعام بسرعة وتسبب الألم، أو تكون ساكنة تامة تتيح فرصة لتخمير الطعام والانتفاخ مسببة غازات كثيرة.

ويتكون القولون العصبي من أربعة أنواع للقولون العصبي :

(1) **القولون العصبي مع الإمساك:** يسمى الإمساك المزمن، تكون فيه الحركة بطيئة تؤدي إلى امتصاص كمية كبيرة من السوائل، وبالتالي حدوث الإمساك

(2) **القولون العصبي مع الإسهال:** الإسهال المتكرر، حيث تتحكم حركة القولون في كمية السوائل التي يمتصها الجسم، فعندما تكون حركة القولون سريعة تدفع الطعام بسرعة، وتمنع من امتصاص السوائل بشكل جيد مما يسبب الإسهال.

(3) **القولون العصبي الأمعاء المختلطة:** حيث يكون الاضطراب في البراز عندا للمريض إسهال متكرراً تارةً، وإمساكاً مزماً تارةً أخرى.

(4) **ألم في البطن، وكثرة الغازات، دون اضطرابات في الإخراج:** فهو غير شائع، يشكو فيه المريض من ألم في البطن، وكثرة الغازات، ولا يعاني من اضطراب في الإخراج  
(المومني، 2016، 189)

### 6. مدى انتشار متلازمة القولون العصبي:

تصيب متلازمة القولون العصبي حوالي شخصاً واحداً من أصل خمسة أشخاص في الدول الصناعية وهناك عدد أكبر من الأشخاص الذين يعانون على الأقل من احد أعراض المرض .

وقد أظهرت دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أنه في عام واحد، كان حوالي 70% من السكان يعانون من المشاكل ذات صلة بالخلل الوظيفي للأمعاء، مثل أوجاع البطن أو الإمساك أو الإسهال

جدير بالذكر أن ثلاثة أرباع الذين يعانون من أعراض متلازمة المعى الحساس لا يستشيرون الطبيب على الرغم من إن نصف الذين يتوجهون إلى قسم العيادات الخارجية المخصص للمشاكل المعوية في المستشفى المصابون به كما تشير الدلائل إلى إن نصف المصابين بمتلازمة القولون العصبي ممن نراهم في العيادات ، يعانون من الأعراض الكآبة والقلق إما في المملكة المتحدة فيعاني حوالي ثمانية ملايين شخص من متلازمة القولون العصبي ، ويتغيب كل واحد من هؤلاء 17 يوماً في السنة عن العمل تقريباً .

ما يكلف الدولة مبلغ 500 مليون جنيه سنويا ، أو ما يعادل التغيب عن العمل في الولايات المتحدة الأمريكية، فيصل إلى 14,8 مقارنة ب 8,7 ممن لا يعانون من أعراض هذه المتلازمة . وفي الحقيقة يقارب تصنيف متلازمة القولون العصبي الزكام من حيث إنها السبب الأساسي الذي يؤدي إلى التغيب عن العمل بداعي المرض . يتساوى شيوع أعراض متلازمة القولون العصبي بين النساء والرجال ، ولكن النساء يستشيرون أطباءهن بخصوص هذه الأعراض أكثر من الرجال . علماً إن حوالي نصف المصابين بمتلازمة القولون العصبي يشعرون بأعراض قبل بلوغ سن 35 ، كما تتراوح أعمار 40% منهم ما بين 35-

50 عاماً. تخف هذه الأعراض عادة مع التقدم بالعمر ولكن البعض يحتبرونها في مرحلة متقدمة من أعمارهم ويكون الأطباء عادة أكثر حذراً في تشخيص متلازمة القولون العصبي لدى الأشخاص المتقدمين بالعمر فهم لا يخلصون إلى تشخيصهم بالإصابة بمتلازمة القولون العصبي إلا بعد استبعادهم وجود أمراض أخرى قد تصيب الأمعاء. (كيران , مورياتي. 2013. 3-4)

### 7. أسباب متلازمة القولون العصبي :

ومع تقدم العلوم الطبية بدأ الخبراء في إيجاد تفسيرات مادية للاضطرابات التي لم يكن لها سبب بيولوجي معروفا سابقا ، فعلى سبيل المثال ، كانت الحالات مثل الصرع ومرض الزهايمر والصداع النصفي تعتبر من الاضطرابات الوظيفية ، ولكن من المعروف الآن أن لها أساس فيزيائي أو كيميائي حيوية قابلة للقياس ، وكشفت الأبحاث الحديثة عن تفسير محتمل واحد على الأقل لأعراض القولون العصبي وهو التهاب في الجهاز الهضمي ، يؤدي إلى رد فعل تحسسي موضعي في الأمعاء . وقد أوضح د. روتنبرغ وهو مدير قسم حساسية والمناعة في المركز الطبي لمستشفى الأطفال في مدينة سينسيناتي بولاية أوهايو الأمريكية ، أن العدوى يمكن أن تعطل مؤقتا طبقة الخلايا التي تبطن الأمعاء بشكل طبيعي ، مردفاً أن هذه الخلايا تشكل حاجزاً يمنع امتصاص البروتينات المسببة للحساسية في الأطعمة وعندما يتم اختراق هذا الحاجز يمكن أن يصبح الناس غير مرتاحين مع الأطعمة التي تسبب لهم في السابق أي مشكلة ( . حافظ ، 2001 )

### ومن لعوامل الرئيسية نجد :

. نشاط غير طبيعي في العضلات وأعصاب القولون

. حساسية مرتفعة في الأمعاء

. عدوى في الجهاز الهضمي

. الحمية الغذائية عدم تحمل او حساسية من الطعام

(كيران ج, مورياتي .ت , هلا امان الين 2013,30).

### وهناك أسباب أخرى:

أولها: وجود خلل عصبي أو عضلي، يؤثر في الحركة الدودية للأمعاء،

ثانياً: إن الأعصاب في أعضاء البطن تتميز بحساسية مفرطة تجعل المصاب بالقولون العصبي أكثر انتباهاً وأسرع تفاعلاً مع نوبة الألم

ثالثاً: إن مادة السيروتونين التي تفرز في المشابك العصبية، تجعل خلايا الدماغ والجهاز العصبي تتبادل العمل في ما بينها، وتقدر

نسبتها الطبيعية في الدماغ (5%) وفي الأمعاء (95%) وفي حالة زيادة التوتر والقلق والاكتئاب يزداد إفراز هذه المادة، فتتراكم كميات

كبيرة منها في الأمعاء مسببة أعراض القولون العصبي

يقول الأطباء بأن جدران القولون يحتوي على خمس ملايين من الخلايا العصبية التي تصل مباشرة مع الجهاز المركزي، ففي حالة

تعرض الشخص لاضطرابات نفسية والتي تؤثر بدورها على الجهاز العصبي فترى نتيجة هذا التأثير في الاضطراب الذي يحدث

لأعصاب القولون والتي هي مسؤولة عن حركته فتختل هذه الحركية ويظهر ما يظهر من أعراض، إضافة إلى تناول غذاء غير منتظم

وغير خاضع للحمية الصحية. (كيران، 2013 ، 140).

## الفصل الثاني: اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي

وقد ذكر منسي (2001) أن للانفعالات الشديدة آثاراً سيئة على الأعصاب المسؤولة عن الجهاز الهضمي، ويؤدي ذلك إلى زيادة إفراز حامض الهيدروكلوريك داخل المعدة، مسبباً قرحة المعدة، ومعيقاً لعمليات الهضم، كما أن زيادة إفراز الحامض تسبب قرحة القولون التي تظهر على شكل إسهالات متكررة، أو إمساك مزمن أو على شكل تلبك بالأمعاء.

### 8. العوامل التي تزيد من حدة أعراض متلازمة القولون العصبي:

قد يكون للعديد من العوامل دور في تحديد مدى حدة أعراض متلازمة القولون العصبي، فالبعض منها يعود للمرض بحد ذاته، والبعض الآخر يتأثر بظروف فردية و هي تتضمن:

#### ● شخصيتك:

- عوامل نفسية
- القلق بشأن مرضك
- ضعف قدرتك عن الإفصاح عن مشاعرك
- مستوى التوتر
- الاكتئاب، القلق و نوبات الذعر

#### ● الشكل الذي تتخذه حالتك:

- مزمن (طويل الأمد)أو متقطع
- أعراض غير اعتيادية
- الأعراض التي تصعب السيطرة عليها

#### ● ظروفك:

- ظروف اجتماعية متزدية
- مواقف أقاربك وأصدقائك
- التعرض للاعتداء الجنسي في الطفولة
- الرضا الشخصي والعملية
- المكاسب الاقتصادية جراء الإصابة بالمرض
- التحقيقات الطبية والعلاج

(كيران ج, مورياتي .ترجمة هلا أمان الدين، 2013،، 28).

#### ● يجب تجنب بعض الاطعمة:

في مراجعة مجلة "غامما" الطبية ذكر . د مايكل كاميلري تخصصي أمراض الجهاز الهضمي في مايو كلينيك ، أن وجود نوع محدد من البكتريا يمكنه أن يقلل الاكتئاب ويحسن نوعية الحياة لمرضى متلازمة القولون العصبي .

## الفصل الثاني: اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي

لذا أشارت بعض الأدلة ألى أن تناول منتجات تحتوي على البريبايوتيك قد تكون خيارا علاجيا آخر للتعامل مع البكتريا التي تسكن الأمعاء على الرغم من النتائج محددة ، ويمكن للمرض أيضا تقليل أعراضهم عن طريق تجنب الأطعمة أو المشروبات التي يبدو أنها تسبب التهيج لهم ، وأهمها:

. القمح والأطعمة الأخرى المحتوية على الغلوتين

. منتجات الألبان

. الفواكه الحمضية

. الفاصوليا والملفوف والخضروات المسببة للغازات

- المشروبات الغازية

. الأطعمة الحارة أو الدهنية

. القهوة

ويجد بعض المرضى ارتياحا كبيرا من إتباع نظام غذائي صارم يقضي على جميع النشويات والسكريات القابلة للتخمر ، ثم إضافة طعام واحد تدريجيا في كل مرة ، لتحديد أي منها يسبب الأعراض من الأفضل تجنبه .

### 9.العوامل السيكولوجية في حالة متلازمة القولون العصبي:

لا شك أن الغذاء يلعب دورا رئيسيا في حياة الطفل الرضيع و أنه يشعر باللذة و المتعة و السعادة من خلال تلقي الطعام وابتلاعه عن طريق الفم أو بلعوم أو القناة الهضمية، با إن الطفل يتصل بعالمه الخارجي عن طريق الامتصاص والابتلاع والتبرز وعندما تضطرب علاقته مع أمه يبدي الطفل إحباطه في شكل القيء والإمساك و الإسهال وغيرها من الاضطرابات الهضمية ولقد كان " فرويد" العالم الذي أكد الطبيعة الشهوانية للمناطق الفموية والشرجية في الرضيع فلقد أكد أن الإحساس باللذة يربط بالمنطقة الفموية ثم بعد ذلك بالمنطقة الشرجية في ووفقا لنظرية "فرويد" يعد تعبير العداوة عن نفسها في الرضيع عن طريق العض وفي الحياة فيما بعد عن طريق القرحة حيث يتحول العض إلى الداخل أما الإسهال فيعبر عن السخاء أما الإمساك فيعبر عن الإرتقاء أو المحافظة أو البخل أو التقدير ويتصل بهذا المجال أي المجال الهضمي السمنة وقرحة المعدة والقولون. ( العيسوي، 1994، 8)

### 10.مكونات القولون العصبي:

هو آخر أجزاء القناة الهضمية فمن المعروف أن الجهاز الهضمي يبدأ بالفم، فالبلعوم، فالمرىء، و المعدة، ثم الأمعاء الدقيقة لينتهي القولون و المستقيم و فتحة الشرج.

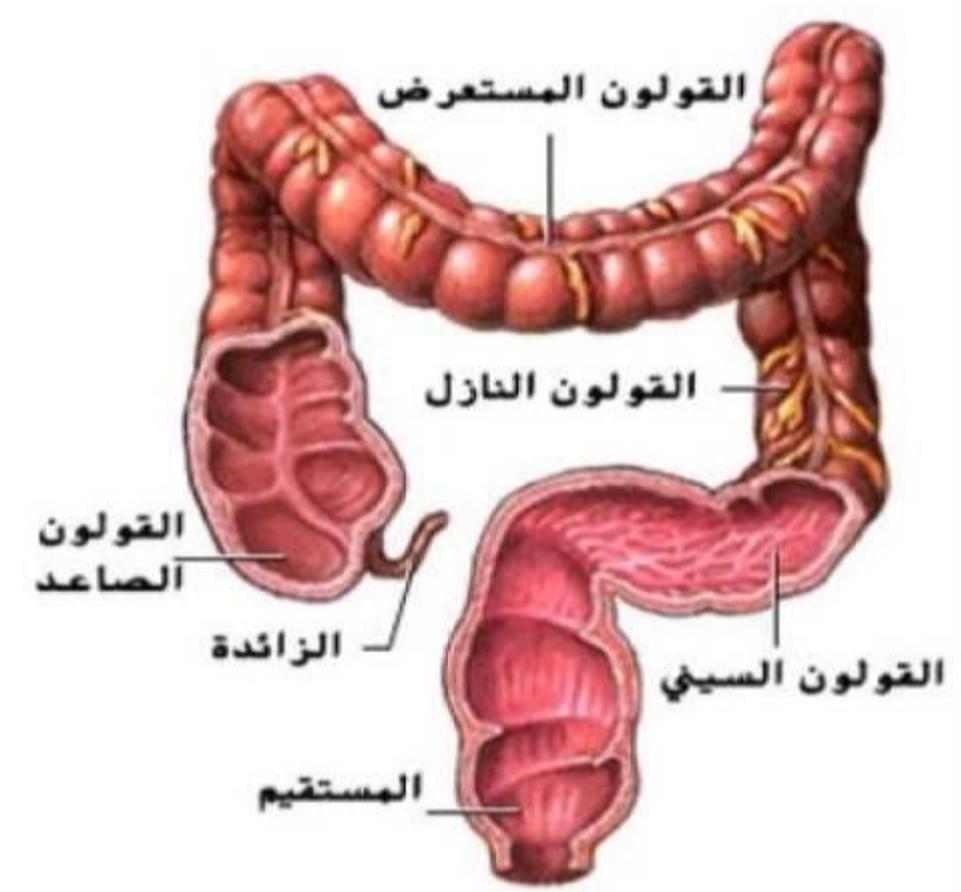
( منصور، 2005. 05 )

ويتكون القولون العصبي من :

وقد صنفتها كل من حسن حميدة (2013) وحسن منصور (2005) إلى 5 مكونات هي:

## الفصل الثاني: اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي

1. **القولون الصاعد:** و هو يشغل يمين البطن، و يتصل القولون الصاعد من أسفله بالزائدة الدودية، ويطلق عليه "الأعور" لأن لها فتحة واحدة تفتح في تجويف القولون، أي يمتد من الأمعاء الغليظة (المصران الأعور)، الى السطح السفلي النصف الأيمن للكبد، و ينحني إلى جهة اليسار، ليكون الزاوية اليمنى للقولون التي تسمى بالانثناء الكبدي.
2. **القولون المستعرض:** وهو يعبر البطن من الجانب الأيمن إلى الأيسر، تحت الكبد و المعدة. أي يمتد من الانثناء الكبدي للقولون في الناحية اليمنى بمسافة تقدر بحوالي 45 سنتمتر إلى جهة اليسار، حيث ينتهي في الانثناء الطحالي في الجانب الأيسر للبطن.
3. **القولون الهابط أو النازل:** ويشغل الجانب الأيسر من البطن. أي يمتد من الطبقة المزدوجة القصيرة من الصفاق ، التي يتصل بواسطتها القولون بالجدار الخلفي للبطن.
4. **الأمعاء الغليظة (المصران الأعور):** و هو الجزء الذي يتصل مباشرة بالمعي الليفي للأمعاء الدقيقة، و توجد في مؤخر الأمعاء الغليظة الزائدة الدودية يوجد بها نسيج لمفاوي وظيفته هي تصفية البكتيريا و الفيروسات المتكونة داخلها، و تكوين المناعة اللازمة ضدها داخل الجسم.
5. **القولون السيني:** و يشبه في شكله حرف (S) و هو عبارة عن استمرار للقولون النازل أمام الحافة الحوضية طوله يبلغ -25 83 سنتمتر، و يستمر إلى الأسفل في المستقيم أمام الفقرة العجزية الثالثة.



الشكل رقم (1) توضح مكونات القولون العصبي

## 11. أعراض متلازمة القولون العصبي:

بما أن متلازمة القولون العصبي (SII) هي اضطرابات وظيفي متكرر ومعايير التشخيص محددة على أساس الأعراض وعدم وجود سبب عضوي واضح

الأعراض في متلازمة القولون العصبي غير محددة لأنه يمكن للجميع أيضا أن يشعر بها في بعض الأحيان وأبرز خبراء القولون العصبي المزمّن والمتكرر وضعوا معايير التشخيص المقترحة على أساس تواتر الأعراض  
قد تختلف الأعراض من شخص لآخر هناك ثلاثة أنواع رئيسية:

1. إمساك مؤلم

2. إسهال

3. إمساك مؤلم وإسهال في وقت واحد، يصحبهما وجع في البطن

الإمساك:

يعرف العديد من الأطباء الإمساك بأنه فشل الفرد في أن يخرج فضلاته لمدة ثلاثة أيام أو أكثر. (كونينغام، 2009، 87)  
الإسهال:

يعني الإصابة بتبرز مائي رخو لأكثر من ثلاث مرات في اليوم قد يصاب المريض أيضا بمغص وتبطل بطن وغثيان وبجاجة ملحّة للتبرز. ([WWW.mufasser.com](http://WWW.mufasser.com))

الألم: هو إشارة إلى أن شيئا ما ليس على ما يرام، وهناك العديد من المصطلحات لوصف ذلك:

ألم حاد: يدوم لوقت قصير

مزمّن: طويل الأمد

وظيفي: تسبب به عدم قيام عضو ما أو جهاز ما بوظيفته كالمعتاد

عضوي: هو حصيلة مرض ما

باطني: يتم الشعور به في البطن

رجيع: يتم الشعور به في مكان مختلف عن منشئه. (كيران، مورياني، ترجمة هلا أمان الدين، 2013، 22)

- إضافة إلى الغازات: الغازات المعوية ظاهرة موجودة لدى الناس جميعا، وتأتي من مصدرين الهواء الذي يتلعه المرء، وتفكك الأغذية الغير مهضومة بفعل بكتيريا موجودة في الأمعاء الغليظة.

❖ وأكثر المعايير استخداما هي التي وضعها "مانينغ وزملائه" ومعايير روما

معايير مانينغ :

وهي الأم في البطن تزول مع التبرز، انتفاخ البطن، خروج مخاط من فتحة الشرج، إحساس بعدم التفريغ الكامل مع التبرز، يكون البراز ليئا مائلا لسيولة أثناء نوبة الألم ( بقيون، 152، 2007 )

- الم و البراز أكثر مرونة يرافقه الألم

- تغوط أكثر ويرافقه ألم
- ألم يخف بعد حركة الأمعاء (التغوط)
- انتفاخ مرئي (الشعور بالانتفاخ)
- مخاط في المستقيم .
- الشعور بعدم التغوط في الكثير من الأحيان

### معايير روما :

أوضحت هذه المقاييس أنه يتم تشخيص الإصابة بمتلازمة القولون العصبي عندما يشعر أحدهم بألم في بطنه لمدة لا تقل عن 12 أسبوع خلال الإثني عشر شهرا الماضية، ويزول الألم بعد الضغوط .

ووفقا لمقاييس روما تعزز ظهور مزيد من الأعراض فالذين يكون الإمساك هو العارض الأساسي لديهم فقد تقل حركة أمعائهم عن ثلاث مرات في الأسبوع ويكون البراز صلبا أو كثير الكتل ،أما الذين يكون لديهم الإسهال عارضهم الأساسي :فقد تزيد حركة أمعائهم عن ثلاث مرات ويكون البراز رخو أو رطبا.(كيران , 2013, 18 )

- ❖ يزول الألم بعد التغوط .
  - ❖ يتراقق الألم مع حدوث تغير في تواتر التغوط .
  - ❖ يتراقق الألم مع تغير في نوع (مظهر ) البراز .
- (زحاف ،77-76،2015،)

وهناك أعراض أخرى لمتلازمة القولون العصبي تتضمن:

حدوث إجهاد خلال حركة الأمعاء

التعجل ( الاضطراب إلى الإسراع إلى المراض بسبب حركة الأمعاء)

الشعور بأن حركة الأمعاء غير منجزة بالكامل

مرور المادة المخاطية أو مادة لعابية لزجة مع البراز

الشعور بامتلاء البطن أو النفخة أو التورم. ( زحاف، 2015، 77)

بالإضافة إلى هذه الأعراض الألم وتغير عادات الأمعاء، هناك عدد من الأعراض المعوية الأخرى التي قد تكون موجودة مع متلازمة القولون المتهيج وتشمل انتفاخ البطن، التجشؤ، بالإضافة إلى الغثيان، وأصوات الأمعاء ملحوظة.(زحاف، 2015، 78)

### 12.تشخيص متلازمة القولون العصبي:

فيما يتعلق بالتشخيص فإن القولون العصبي عبارة عن اضطراب وظيفي يصعب اكتشافه عضوياً، إذ لا يوجد خلل في تركيبته، ويصعب أيضاً تشخيصه من خلال فحص الدم، أو الأشعة السينية(x-ray) وعلى الجانب الآخر، فإنه يتطلب فحوصات أخرى مثل التنظير (Endoscopy) ولهذا فإن عملية تشخيص القولون العصبي تعد مكلفة لاستثنائه من إمكانية وجود أمراض أخرى. (ACG, 2014 )

## الفصل الثاني: اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي

تمت صياغة نموذج الأعراض المميزة للألم البطني وتبدل العادات المعوي على شكل تصنيف دولي لاضطراب القولون العصبي وهذه المعايير هي:

- أعراض مستمرة لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر وتكون متواصلة ومعاودة.
- ألم ومغص بطني ينفرج بتغو ط أو يرافق مع تواتر التبرز أو قوامه.
- اضطراب التبرز خلال (25%) من الوقت على الأقل
- تبدل الحركة المعوية المعوية
- توجد سلسلة من لاضطرابات الحركية لكن ولا واحدة منها تكون مشخصة . المرضى الذين لديهم الإسهال هو العرض المسيطر بدون مجموعات من أمواج تقلصيه صائمية سريعة و عبور معوي سريع(شاهين,2014, 203)

### المعايير السريرية متلازمة القولون العصبي :

. ألم في البطن متكرر أو الم شديد

- يترافق عادة باضطرابات الأمعاء :

أ- الإسهال

ب- الإمساك

ت- التناوب بين الإسهال و الإمساك

- أن يكون حاضر لمدة لأتقل عن 3 أشهر أو أكثر

- يشخص بعدد من الفحوصات المناسبة لاستبعاد :

أ- مرض التهاب القولون

ب- عدم تحمل اللاكتوز أو سوء امتصاص

ت- الطفيليات المعوية

ث- أمراض نادرة أخرى

أعراض يجب اتخاذها بعين الاعتبار أثناء التشخيص :

- كبار السن

- خسارة الوزن

- نزيف المستقيم

- فقر الدم الناجم عن نقص الحديد

- الإصابة بالأمراض التي تصيب الثدي لدى النساء

- الإسهال الليلي

(Stephanie M. Moleski .2022)

### التشخيص الفارقي :

الأمراض التي يمكن الخلط بينها وبين متلازمة المعى الحساس في الكثير من الأحيان:

1. عم تحمل اللاكتوز
2. الإسهال الناجم عن الأدوية
3. متلازمة ما بعد استئصال المرارة
4. تعاطي المليينات
5. الأمراض الطفيلية(مثل : الجيارديات)
6. التهاب الأمعاء أو التهاب المعدة الحمضي
7. التهاب القولون المجهري
8. متلازمة فرط نمو بكتيريا الأمعاء الدقيقة
9. مرض اضطرابات الهضمية
10. الإسهال الصفراوي
11. مرض الأمعاء الالتهابي المبكر .

(Stephanie M. Moleski .2022)

وتعد بعض الأطعمة من المثيرات للقولون العصبي، ومنها الثوم والبصل، والمشروبات الغازية، والأطعمة المقلية، والقهوة والشاي، والتوابل والبهارات، والبقوليات (الحمص، العدس) والملفوف، والملوخية، والبادنجان، والتعرض للتيارات الهوائية الباردة، وتناول وجبة كبيرة غير معتادة، وشرب الحليب(المومني، 2016، ص290)

### 13. علاج متلازمة القولون العصبي :

ذكر الحشاش (2010) في دراسته أن ليس هنالك علاج محدد حتى الآن للقولون العصبي، وعلى الرغم من ذلك، هناك محاولات وخطوات جادة للتحكم في الأعراض المصاحبة له، فمعظم المصابين بالقولون العصبي يستطيعون التحكم بالأعراض المصاحبة له من خلال التعامل مع الضغوط المحيطة بهم وتغيير نظامهم الغذائي، وتناول الأدوية عند اللزوم

#### العلاج بالعقاقير :

ويتفق معظم الأطباء على ضرورة استخدام الأدوية عند تفاقم الأعراض، ففي بعض الأحيان كالسفر على سبيل المثال ينصح باستخدام عقار Loperamide، لوبيرامين وفي حالات الإسهال المتكرر، و يستخدم عقار Immodium، إيموديوم و يوصف Laxatives في حالة الإمساك المزمن، ويوصف دواء Atropine، الأتروبين و Propantheline بروميد البروبانثيلين اللذان يساعدان على التحكم في تقلصات عضلات القولون قبل تناول الوجبة، إلى جانب المهدئات أو الأدوية التي تقلل من سرعة مرور الطعام داخل الأمعاء (.المومني وآخرون)2016،290،وقد يصف الطبيب أدوية تشتمل على الألياف أو المسهلات إذا كان هناك إمساك، وينصح الأطباء المرضى بإتباع حمية مناسبة، تشتمل على تناول أغذية غنية بالألياف مثل الخضراوات

والفواكه، وتجنب الأغذية المثيرة للقولون، وينصح الأطباء بممارسة الرياضة وخاصةً رياضة المشي، لأن الرفاهية وقلة الرياضة تساعدان على الإصابة بالقولون العصبي، وتناول الردة أو ما يعرف بنخالة القمح، لأنها تأتي بمفعول جيد في تنظيم حركة القولون، كما أن تناول ملعقة يوميا قبل الأكل يساعد على التخلص من الإمساك، والتقليل من تكون الغازات، والانتفاخ المؤذي وغير المريح، وهناك أنواع من قشرة القمح تأتي على شكل أقراص تباع في الصيدلية للتخلص من الإمساك والتبرز بشكل طبيعي (منصور) 2009، ويستخدم العلاج البروبيوتيك (Probiotic) وهي بكتيريا تشبه الكائنات الحية الدقيقة التي توجد في الجهاز الهضمي، وهذه توجد عندما تؤخذ بكميات كبيرة وتحديداً Bifid bacteria، فإنها تحسن من أعراض القولون العصبي، وتوجد بشكل تركيبات معينة على شكل أقراص، وعلى شكل مساحيق، وتوجد في بعض الأطعمة كاللبن، ويعتبر البروبيوتيك من المكملات الغذائية والطبية البديلة (المومني وآخرون) 2016,291.

### العلاج النفسي لمتلازمة القولون العصبي :

ومن العلاجات النفسية، تمارين التنفس العميق، وتمارين الأفكار السلبية، وتمارين التخيل والاسترخاء العضلي التدريجي التي تهدف إلى محاولة تعليم الناس التكيف مع ضغوط الحياة اليومية، بأقل قدر ممكن من السلبية إلى أنفسهم على مستوى الوعي، فقط يحملون الأمور أكثر مما تحمل، أو قد يببالغون في تقييم الأمور، وربما يزيدون من الضغط النفسي من خلال مفاهيمهم الخاطئة، ونظرتهم الخاطئة للأمور، وبناء على هذه الجلسات المتكررة للعلاج فقد تمكنهم تدريجياً من الاستجابة على نحو أكثر إيجابية لمسببات الضغط النفسي في حياتهم اليومية (المومني، 2013، 291)

### العلاج بالإسترخاء:

يعتبر هذا العلاج من بين أكثر أنواع العلاجات النفسية بساطة، يمكنك تعلمه بكل سهولة ويتضمن ما يلي:

#### . الاسترخاء التصاعدي :

تقوم تقنية الاسترخاء التصاعدي على تقليص بعض العضلات، حيث تمكن الحلقات "ضغط - إرخاء" من تحسين الشعور بالفرق بين الضغط وغياب الضغط، يمكن اكتساب هذه الكفاءة من تحديد الضغط في منطقة معينة، كما يمكن للفرد خلق بعض الظروف المساعدة على الاسترخاء وهي إيجاد مكان هادئ، خلع الملابس الضيقة، الامتداد في وضعية مريحة وضبط الإثارة.

#### تعليمية الاسترخاء التصاعدي :

نضع مجموعة عضلية تحت الضغط ونقوم بإرخائها بعد ذلك، ينبغي أن ننتبه في نفس الوقت إلى الشعور بالضغط مقارنة بالارتخاء، تمتد كل مجموعة من 5 إلى 7 ثواني، نكرر العملية مرتين في كل مجموعة عضلية قبل المرور إلى مجموعة عضلية موالية، يمكن للفرد أن يهمل مرحلة الضغط، وذلك للتركيز فقط على مرحلة الاسترخاء عند اكتساب الكفاءة والتجربة، وتجدر الإشارة إلى أنه يمكن تسجيل توجيهات الاسترخاء التدريجي في شريط سمعي على شكل تخلص من الملابس الضيقة، عدم تقاطع الرجلين، أخذ شهيقا عميقا والتخلص منه عن طريق زفير بطيء، ارفع ذراعيك ومدّها أمامك، شدد قبضتك، سجل الضغط غير المريح في اليدين والأصابع وحافظ على الضغط مدة 5 ثواني أخرى، سجل كيف يخرج الضغط، يخرج إرخاء كلي لليدين بعد 5 ثواني أخرى، سجل كيف يخرج الضغط ليفسخ المكان للإحساس بالراحة والاسترخاء، ركز على الاسترخاء التام ليديك لمدة 10 إلى 15 ثانية.

## الفصل الثاني: اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي

نتقل من مجموعة عضلية إلى أخرى حتى نصل إلى إرخاء جميع عضلات الجسم، كما يمثل التنفس الصحيح إحدى العناصر الأساسية التي تمكن من تحقيق الاسترخاء، نقوم بالشهيق القصير حوالي ثانية حتى يمتلئ الصدر، نكتم التنفس حوالي 5 ثواني، ثم إخراج الزفير ببطء في حوالي ثواني مع التفكير أثناء ذلك في كلمة الاسترخاء والهدوء، وتكرار العملية 5 مرات على الأقل حتى يتمكن من تحقيق المزيد من الارتخاء العميق في كل مرة، بالإضافة إلى تقنيات علاجية أخرى (عزولي، مدواي، 2020-2021، 42) الارتجاع البيولوجي:

يعتمد هذا النوع من العلاج على إدراك الإشارات المختلفة التي تدل على وجود خلل وظيفي للجسم وتعام كيفية تصويبها، وتستخدم هذه الطريقة بشكل شائع لعلاج حالات السلس والإمساك يهدف العلاج إلى جعل الشخص أكثر استشعاراً بأحاسيس المستقيم من أجل تفادي أي إجهاد غير ملائم، كما يوفر لك شرحاً مفصلاً حول كيفية عمل جسمك في حالته الاعتيادية ويساعدك على إعادة تشكيل وظيفة أمعاؤك. العلاج بالتنويم المغناطيسي:

يستخدم التنويم المغناطيسي لاستحداث حالة من الاسترخاء، ومن ثم التأثير في حركة وأحاسيس دفيئة غير اعتيادية للقناة الهضمية. في العلاج يقوم المعالج بتنويم الحالة مغناطيسياً لجعلها قادرة أكثر على السيطرة على أعراض القلق، وذلك بالاستفادة مما سبق أن تعلمته خلال الجلسات العلاجية، ويعتمد النجاح بشكل كبير على مدى اهتمام المعالج بعلاج متلازمة القولون العصبي. (زحاف، 2015، 82-83)

### العلاج النفسي الحيوي (الديناميكي):

ويعتمد المعالج هنا على التقييم النفسي، اختبار مينوسوتا المتعدد الأوجه للشخصية، أو ما يسمى العلاج النفسي الديناميكي / الحيوي لفترة وجيزة، وهو أن يتحدث المريض مع الطبيب لفترة وجيزة، قد تكون مرة كل أسبوع لمدة شهرين، بهدف اكتشاف وتحديد العوامل الإرادية التي قد تكون لها صلة بأعراض القولون العصبي، ومحاولة مساعدة المريض في استحضار تلك العوامل، إلى جانب الوعي للوصول إلى فهم أفضل لها، وإحكام السيطرة على تلك العوامل. (المومني، 2016، 291)

### العلاج السلوكي- الإدراكي:

يرتكز العلاج السلوكي- الإدراكي على افتراض أن متلازمة القولون العصبي لدى البعض علاقة بالطريقة التي يتفاعلون بها مع ما يحدث في حياتهم اليومية، ويساعد العلاج السلوكي-الإدراكي على إدراك نماذج التفكير والتصرف السلبية، كما يشجع العلاج أيضاً على تغيير طريقة تفسير الأحاسيس والوظائف الجسدية عبر رؤيتها بشكل مختلف ولذا يجب عدم اعتبارها أعراض مرض تحتاج إلى علاج، بل كأنها تعابير القلق التي تترافق مع أحداث حياتية معينة، ويتمثل العلاج بشكل أساسي في تمرين على تحديد المسائل وحلها، وهو ما يسمح لك بالتحلي بحس أكبر بالسيطرة على زمام الأمور. (زحاف، 2015، 82)

وقد ذكرت زحاف أميرة (2015) في دراستها بينت فيها أن معظم الدراسات التي تجرى على العلاج السلوكي، العلاج النفسي أو العلاج بالتنويم المغناطيسي تظهر أن فترة علاج بسيطة تؤدي إلى حدوث تحسن في أعراض متلازمة القولون العصبي بنسبة 60

## الفصل الثاني: اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي

و70%، كما تبين أن أكثر الأفراد تحسنا هم اليافعون الذين سبق لهم أن تعرضوا لأعراض كلاسيكية لفترة قصيرة من الوقت. وعلى أي حال فإن حوالي 15-20% من المصابين لا يستفيدون على الإطلاق من العلاجات النفسية.

### طرق علاجية أخرى لتخفيف من حدة متلازمة القولون العصبي :

اضطراب القولون العصبي من الأمراض المزمنة التي يتوجب عليك التعايش معها بدلا من إضاعة الوقت في البحث عن الشفاء منها ومن أمثلة التعايش معها ما يلي :

- تناول وجبات منتظمة ومتوازنة وتجنب الأطعمة الغنية بالدهون.
- تناول كمية كبيرة من الماء.
- المداومة على الرياضة فهي تشد العضلات وتحافظ على الوزن وتضبط إيقاع القولون، كالمشي لمدة نصف ساعة لفائدة البطن والظهر مما يساعد على إخراج الغازات من الجسم.
- تناول ست وجبات صغيرة في اليوم بدلا من ثلاث من وجبات كبيرة.
- تعلم كيف تتعامل مع الإجهاد النفسي والضغط.
- تجنب الإمساك باستخدام ملينات معتمدة على الألياف.
- زيارة الطبيب في حالات ظهور أعراض أخرى غير المعتادة في حالات اضطراب القولون العصبي.
- عدم تناول أي عقار إلا بمشورة الطبيب والخضوع للفحص الكامل بغرض استبعاد أمراض أخرى.
- شرب الشاي الأخضر بالنعناع أو شرب البابونج.
- المحافظة على قسط كافي من النوم من ستة إلى عشر ساعات، وتفادي النوم لمدة طويلة يزيد الشعور بالإجهاد النفسي.
- حاول إخراج الهواء من فمك (صادق, 2013, 05)

ويمكن لبعض الزيوت العطرية إرجاء العضلات وتقليل الألم الناتج عن التشنجات مثل زيت النعناع هو الأكثر استخداما في فئة الزيوت .

(Stephanie M. Moleski .2022)

### مسار علاجي جديد لمتلازمة القولون العصبي :

في وصف هذا البحث المثير للاهتمام، أشار د. روتنبرغ إلى أن هذا البحث وغيره من الأبحاث ذات الصلة تشير إلى أمراض الجهاز الهضمي الشائعة، مثل القولون العصبي وآلام البطن الوظيفية، وقد تكون اضطرابات حساسية ناجمة عن الطعام.

وكتب الباحثون في دراسة أجريت هذا العام أن مثل هذه النتائج تلمح إلى «احتمالات جديدة» لعلاج متلازمة القولون العصبي واضطرابات آلام البطن المشابهة، ما يعطي الأمل للأشخاص الذين يعانون من متلازمة القولون العصبي.

وقد تكون هذه العلاجات هبة بالنسبة لـ 10 إلى 15% من البالغين في الولايات المتحدة الذين يعانون من هذا المرض، أو غيره من الحساسيات الغذائية التي تؤدي إلى اضطرابات في الجهاز الهضمي بعد تناول الوجبة.

وقال روتنبرغ إن الاحتمالات العلاجية تشمل جرعات عالية من مضادات الهيستامين لمواجهة حساسية المرضى، بالإضافة إلى العلاجات المستهدفة التي تسد مسارات الحساسية.

### ثالثا: اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي.

#### 1. تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية :

لقد تباينت التعريفات التي تناولت مفهوم . الاضطرابات السيكوسوماتية وتنوعت حسب التخصصات والإتجاهات النظرية، ولكف عموما مصطلح "سيكوسوماتي" مشتق من اللغة اليونانية و يتكون من كلمتين "psyche" : وهو (العقل ، الروح، النفس) و "soma" و تعني ( الجسد ) في العصور القديمة، كانت كلمة "psyche" تعني "الروح أو العقل " ومؤخر أصبحت تشير إلى السلوك وتعني " soma " جسم الكائن الحي (Nisar &Srivastava 2018). في اللغة العربية يطلق على مصطلح "سيكوسوماتي" (نفس-جسمي) وقد تختصر الكلمة إلى (نفسجسمي) وما تجدر الإشارة إلى أن بعض الباحثين قد ميزوا بين الحالات المرضية التي تبدأ بعوامل جسمية أو عضوية و تؤدي إلى اضطرابات نفسية، قد تسبب بدورها اضطرابات عضوية وظيفية تؤثر في التوازن العضوي لمفرد وهذه يطلق عليها اسم(جسمي-نفسى) Somato Psychic وبين الحالات المرضية التي تبدأ العوامل النفسية وتحدث اضطرابات عضوية وهي أشد خطورة من الحالات الأولى. وما ييمنا بالنسبة ألالاضطرابات السيكوسوماتية التأكيد على دور العامل النفسي في أحداث خلل العضوي (الزراد , 2000, 20 )

أما مفهوم . الشمولية Holism انبثق عن النموذج متعدد العوامل للمرض الذي اقترحه أنجل (1977) و الذي فيه تتفاعل آليات على المستوى الخلوي والنسجي والعضوي والبيئي لحدوث المرض، ودعاه بالنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial model للمرض والصحة. و تشترك فيه طائفة واسعة من العلوم يرى " كتاب " Knapp (1985) نقال عن "ولمان" Wolman (1988)، أن مصطلح السيكوسوماتية يعتره بعض الغموض، حيث عادة ما تكون هناك عوامل نفسية تعمل كمسببات لبعض الأمراض غير السيكوسوماتية و في علاج المرضى، بغض النظر عن طبيعة مرضيهم . ويعتبر إن مجال السيكوسوماتية ثلاث مداخل مختلفة : (1) نظرية للعلاقة بين العقل والجسم , (2) نظرية أمراض معينة (3) تقنية علاجية تتألف من أساليب طبية ونفسية . ويعرف السيكوسوماتية كل من "روبنس وجرينكر " Grinker and Robbins (1953) بأنها مدخل مفاهيمي للعلاقات ليست بالضرورة نظرية فسيولوجية أو نفسية جديدة أو نفسية أو منهج علاجي جديدة للمرض

أكد "ليبوسكي" Lipowski (1985) على الحاجة إلى التمييز بين السيكوسوماتية كعلم والسيكوسوماتية كمدخل لممارسة الطب وأنشطة الاستشارية . فالسيكوسوماتية هي علم يدرس العلاقة بين الظواهر النفسية والظواهر البيولوجية لدى البشر , في حين أن الطب وأنشطة الاستشارات الصحية مختلفة وليست بالضرورة مجالا ذو توجه نظري . كما شدد "ليبوسكي" على دور " الطب النفسي التواصلي " Liaison Psychiatry باعتباره فرعا محمدا من الطب النفسي يهتم بالتشخيص والعلاج والوقاية من الجوانب النفسية للأمراض الجسدية . (تواقي إبراهيم , 2021 . 10 )

تعرفها دائرة المعارف البريطانية "بأنها استجابات جسمية للضغوط الانفعالية، تأخذ شكل اضطرابات جسمية مثل الربو وقرحة المعدة وضغط الدم والتهابات المفاصل و قرحة القولون وغيرها ( شقير , 2002 , 23 )

#### 2. تعريف اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي :

## الفصل الثاني: اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي

يبدو أن أعراض متلازمة القولون العصبي و نوبة الهلع مختلفان ولكن في الواقع فان وقت حدوثهما واحد ولانفصلنا في اغلب الأوقات ويعتقد أن كل من متلازمة القولون العصبي ونوبة الهلع ناتجة على اقل جزئيا عن خلل في استجابة الإجهاد الطبيعي للجهاز العصبي المركزي والتي تشمل أحيانا استجابة (القتال / الهروب )

فمثلا أثناء نوبة الهلع يتفاعل الجسم كما لو كان في خطر شديد تشمل الأعراض الشائعة مايلي :

خفقان في القلب , التعرق الشديد , الارتجاف ....

فالمرضى المصابون بمتلازمة القولون العصبي يواجه كل هذه الأعراض إضافة إلى أعراض متلازمة القولون العصبي (الأم في البطن , إسهال .... )

(barbara bolen .2022)

### 3. شخصية مريض بمتلازمة القولون العصبي :

حسب "فرويد " تمتاز شخصية هذا المريض بالبؤس والعدوان المقنع قناعا رديئا وبالتشاؤم وعدم النضج والطفيلية، وتعمل الضغوط فيما بعد على استجابة الصراع والنكوص إلى مناطق المستوجبة ومن ثم قرحة القولون(العيسوي , 1994 , 84 )

### 4. اقتراحات علاجية لاضطراب الهلع لدى مرضى القولون العصبي :

استراتيجيات التعامل مع حالة (نوبة الهلع أو متلازمة القولون العصبي) واحدة مفيدة أيضا مع الحالة الأخرى (متلازمة القولون العصبي أو نوبة الهلع ) وبمجرد فهمك للقواسم المشتركة بينهما تتعلم كيفية التعامل معهما وقد تتمكن من إدارة كليهما في نفس الوقت

وذلك بالجمع بين الأساليب النفسية والأساليب الطبية

مثل : طرق الاسترخاء

التقليل من الأطعمة ذات الحموضة العالية و إتباع الإرشادات الغذائية

وممارسة الرياضة

التفريغ الانفعالي ..... الخ

(barbara bolen .2022)

### تمارين التنفس :

بما أن الزفير(الذي يخرج منه صوت) يتصاحب مع الاسترخاء والانطلاقية، يكون هذا مفيد استخدام هذا النشاط الطبيعي الإيقاعي لزيادة القدرة الاسترخائية، ومن المشاهد إن معظم الناس يأخذون وقتا أطول في عملية الشهيق عن الزفير، وهنا نسعى إلى أن تعكس الآية فنجعل الشهيق يأخذ نصف وقت الزفير بل وحتى التوقف لفترة قصيرة جدا لنبقي الحجاب الحاجز في حالة استرخاء للحظة قبل الشهيق مرة ثانية، ومن خلال وعيك لجسديك ستلاحظ مشاعر الاسترخاء في الصدر خلال الزفير يخرج الهواء من معدتك بينما يتحرك صدرك قليلا، ولنعلم هذه الطريقة دع يدك الأيسر ترتفع قليلا بينما يكون التنفس من البطن أكبر فترتفع

## الفصل الثاني: اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي

---

يدك اليمنى ارتفاعاً أكبر من الأيسر، مارس تمرين الزفير لأطول مدة من البطن عدة مرات يومياً (عرزولي، مدواي (2021) 47 (

الجانب الميداني

## الفصل الثالث

### الإجراءات الميدانية للدراسة

#### تمهيد

#### الدراسة الاستطلاعية

1. الهدف من الدراسة الاستطلاعية

2. عينة الدراسة الاستطلاعية

3. أداة الدراسة الاستطلاعية

4. الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة الاستطلاعية

#### الدراسة الأساسية

1. التذكير بفرضيات الدراسة

2. منهج الدراسة

3. وصف عينة الدراسة الأساسية

4. إجراءات تطبيق الدراسة

5. الأساليب الإحصائية



### تمهيد:

يتصف البحث العلمي الرصين بخطواته الدقيقة المنظمة، وبجودة الأدوات العلمية المستخدمة فيها، وكما جرت العادة تتبع كل فكرة نظرية تجربة ميدانية، وبالتالي بعد أن تطرقنا في الفصل السابق إلى أهم ما يتعلق بمتغيرات الدراسة سنتطرق في هذا الفصل إلى منهج الدراسة المستخدم، بالإضافة إلى طبيعة العينة وكيفية اختيارها وكذا أدوات البحث وخصائصها السيكمومترية، وأخيرا الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة، وكل ماله علاقة من طرق ووسائل لمعالجة المشكل المطروح وتدرس فرضيات البحث وتقيسها وتحولها إلى نتائج إحصائية ثم يتم مناقشتها وتفسيرها

الدراسة الاستطلاعية:

1. الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة في البحث العلمي نظرا لارتباطها بالميدان وهي دراسة استكشافية تسمح للباحث بالحصول على المعلومات الأولية حول موضوع بحثه. كما تسمح كذلك بالتعرف على الظروف والإمكانيات المتوفرة في الميدان ومدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث. ( العيسوي، 1998، 61 )  
تعتبر هذه المرحلة مرحلة تجريبية بقصد اختبار مدى سلامة الأدوات المستخدمة في البحث والتأكد من سلامة اللغة وابتعادها على الغموض والإيجاز. والتحقق من فقرات الأداة الشاملة لأهداف الدراسة

1.2. عينة الدراسة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية على عينة من مرضى القولون العصبي لكلا الجنسين، وشملت عينة الدراسة الاستطلاعية على (30) مريض تراوحت أعمارهم بين 13-86 سنة وتراوحت مدة المرض لدى عينة الدراسة الاستطلاعية ما بين شهر واحد إلى 20 سنة، وتم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة

الجدول رقم (1)

يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية والنسبة المئوية

النسبة المئوية	العدد	مدة المرض	النسبة المئوية	العدد	السن	النسبة المئوية	العدد	الجنس
73%	22	سنوات 5 اقل من	23%	7	26-13	60%	18	ذكر
16%	5	سنوات 6-10	63%	19	51-27	40%	12	أنثى
3%	3	سنة 11 أكثر من	13%	4	86-52	100%	30	المجموع

2.2. أداة الدراسة الاستطلاعية:

الأداة المستخدمة في دراسة "مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي" هو مقياس اضطراب الهلع ، تم ترجمته من طرف الاساتذة والباحثين في المملكة العربية السعودية وتكيفه على عينة من طلاب جامعة الملك سعود بالرياض وتم نشره في مجلة آن جين للطب النفسي في المملكة العربية السعودية يوم 2017/9/6، وهو عبارة عن أسئلة يتم الإجابة عنها بوضع (X) في الخانة التي تعبر عن إجابته التي تكون ب (نعم) أو (لا)، عدد أسئلة المقياس هي 15 سؤال، حيث تمثل في محورين المحور الأول احتوى على أسئلة عن نوبة الهلع ، أما بالنسبة للمحور الثاني دارت أسئلته حول الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة للاضطراب الهلع ، ومفتاح المقياس نقط كالتالي: نقطتان ل (نعم)، نقطة ل (لا) وتجمع النقاط لمعرفة مستوى الاضطراب

3.2. بعض الخصائص السيكومترية للأداة:

1. الخصائص السيكومترية للأداة الأصلي:

بلغت عينة المجتمع الأصلي للأداة قبل التعديل (731) من الجنسين ، بمتوسط العمر بمتوسط العمر 21-30 سنة .

وكانت نتائج الخصائص السيكومترية للأداة بأنه صادق بنسبة (0,696) وثابت عند (0,827)

## 2. الخصائص السيكومترية للأداة الدراسة الحالية :

اعتمدت الدراسة الحالية على حساب الصدق والثبات لأداتها، وفيما يلي وصف لإستعمال كل خاصية على حدى:

### أ. قياس الصدق بطريقة المقارنة الطرفية:

وقد تم إعتقاد الصدق التمييزي لقياس الصدق وذلك باستخدام طريقة المقارنة الطرفية و الجدول التالي يوضح نتائج ذلك :

### الجدول رقم (2)

يوضح نتائج اختبار "ت" لحساب صدق المقياس بطريقة المقارنة الطرفية

الفئات	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الفئة العليا	10	29.70	0.48	18	18.80	دالة عند مستوى 0.01
الفئة الدنيا	10	17.40	2.01			

من خلال الجدول رقم (2) نلاحظ أن نتائج المتوسط الحسابي للدرجات للفئة العليا قد بلغ (29.70)، في حين بلغ المتوسط الحسابي للدرجات للفئة الدنيا (17.40)، وقد بلغت قيمة (ت) T test للفروق بين متوسطي درجات الفئة العليا والفئة الدنيا (18.80)، وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0.01، بمعنى أنه توجد فروق بين متوسطي درجات الفئة العليا و الدنيا ويدل ذلك على صدق الأداة

### ب. قياس ثبات الأداة:

يقصد بالثبات مدى الدقة والاستقرار والاتساق في نتائج القياس، لو طبقت أداة القياس مرتين فأكثر على نفس الأفراد فسوف نتحصل على نفس النتائج. (معمرية، 2012، 284)، وقد تم حساب ثبات مقياس اضطراب الهلع على نوعين من طرق الحساب وفيما يلي وصف لها:

### 1. التجزئة النصفية:

وطبقا لهذه الطريقة يقسم الإختبار بعد تطبيقه في مرة واحدة إلى جزئين متبعين في ذلك مثلا التقسيم على أساس الفقرات الفردية والفقرات الزوجية، وبعد تطبيق الإختبار يتم حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات الأفراد في الجزئين. وتصحيح هذا المعامل يكون بإستخدام معادلة سييرمان براون وذلك للحصول على معامل الثبات ككل. (مزيان، 1999، 87) تم الاعتماد لحساب الثبات على طريقة التجزئة النصفية بعد تصحيح الإستجابات وإعطاء الدرجات ومن ثم تقسيم بنود الأداة إلى فردية وزوجية ثم حساب معامل الارتباط بين نتائج الأفراد في النصفين.

### 2. طريقة ألفا كرومباخ:

تم الاعتماد على طريقة ألفا كرومباخ، وذلك لإيجاد والتأكد من معامل الثبات لأداة الدراسة، وهذا ما يوضح الجدول التالي :

الجدول رقم (3):

يوضح نتائج حساب ثبات أداة الدراسة حسب معامل ألفا كرومباخ

المتبعة		طرق قياس الثبات		الأداة
النصفية		التجزئة	ألفا كرومباخ	مقياس اضطراب الملح
ر بعد التعديل	ر قبل التعديل	0.83		
0.83	0.71			

من خلال الجدول رقم (3) نلاحظ قيمة ثبات الأداة بطريقة معامل ألفا كرومباخ المحسوبة بلغت (0.83) وهي قيمة عالية تدل على ثبات الأداة ، وبحساب ثبات الأداة بطريقة التجزئة النصفية فإن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين بنود المقياس الفردية والزوجية بلغت (0.71) وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0.01 وهذه القيمة تدل على ثبات نصفي الاختبار ويتصحح قيمة الثبات بمعادلة سييرمان برون فإن قيمة الثبات لكل الاختبار بلغت (0.83) وهي قيمة عالية وتدلل على ثبات الأداة

## 2. الدراسة الأساسية :

يتم في هذا الجزء من الفصل التذكير بفرضيات الدراسة يليها منهج الدراسة ثم وصف عينة الدراسة كما تم التطرق إلى وصف أداة الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة فيها.

### 1. التذكير بفرضيات الدراسة:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الملح لدى مرضى متلازمة القولون العصبي وفقاً لمتغير السن
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الملح لدى مرضى متلازمة القولون العصبي باختلاف الجنس (ذكر/ أنثى)

3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الملح لدى مرضى متلازمة القولون العصبي باختلاف مدة المرض

### 2. منهج الدراسة:

تتبع كل دراسة أو بحث في المجالات الطبيعية والإنسانية والرياضية منهجاً معيناً، باعتبار أن طبيعة الموضوع تحدد المنهج المتبع تتبع دراستها وفق منهج معين. ( عبيدات، 1999، 34 )

والمنهج هو الطريقة التي ينتهجها الباحث لدراسة ظاهرة أو مشكلة ما ، وهو فن تنظيم صحيح لسلسلة من الأفكار العديدة ، إما من أجل الكشف عن حقيقة مجهولة ، أو من أجل البرهنة أو الإجابة عن أسئلة التي يثيرها موضوع البحث. (ريان، 2020، 36) إذ يعد المنهج الوصفي هو أحد المناهج الكمية المستخدمة في العلوم الإنسانية ، والذي يستخدم في دراسة الأوضاع الراهنة للظواهر من حيث خصائصها ، وأشكالها وعلاقتها ، والعوامل المؤثرة في ذلك ، وهذا يعني أن المنهج الوصفي يهتم بدراسة حاضر الظواهر والأحداث بعكس المنهج التاريخي الذي يدرس الماضي ، مع ملاحظة أن المنهج يشمل في كثير من الأحيان عمليات تنبؤ بمستقبل الظواهر والأحداث التي يدرسها ، أما هدفه الأساسي فهو فهم الحاضر لتوجيه المستقبل ، وذلك من خلال وصف

## الفصل الثالث الإجراءات الميدانية للدراسة

الحاضر بتوفير بيانات كافية لتوضيحه وفهم إجراءات المقارنة ، وتحديد العوامل وتطوير الاستنتاجات من خلال ما تشير إليه البيانات (سيبوكر، نجاحي، 2019، 46)

وبما أن موضوع هذه الدراسة يهدف إلى الكشف عن مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى القولون العصبي، تم اعتماد المنهج الوصفي الاستكشافي، وذلك باعتباره المنهج العلمي الأنسب مع طبيعة وأهداف البحث .

### 3. وصف عينة الدراسة الأساسية:

بعد القيام بدراسة الصدق والثبات للأداة تم تطبيقها على عينة تقدر ب(120) حالة تعاني من متلازمة القولون العصبي الذين أجابوا على الأداة وهم يمثلون عينة الدراسة من مختلف الجنسين ( ذكور/ إناث) تتراوح أعمارهم ما بين (13-86) سنة وأطول مدة مرض كانت 50 سنة

تم استرجاع جميع الإستمارات، موزعة حسب الجنس والسن ومدة المرض كما هو موضح في الجدول رقم (4):

#### جدول رقم (4)

يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية والنسبة المئوية حسب الجنس والسن ومدة المرض

الجنس	العدد	النسبة المئوية %	السن	العدد	النسبة المئوية %	مدة المرض	العدد	النسبة المئوية %
ذكر	48	%40	26-13	29	%24	اقل من 5 سنوات	70	%58
انثى	72	%59	51-27	66	%55	6-10 سنوات	27	%22
المجموع	120	100%	86-52	25	%20	أكثر من 11 سنة	23	%19

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4)، أن عدد الإناث بلغ (72)، أي ما يعادل 59%، بينما بلغ عدد الذكور (48) بنسبة 40%

كما نلاحظ أن العدد الإجمالي لأفراد العينة الذين يندرجون ضمن الفئة الأولى للسن (13-26) يبلغ (29)، ما يعادل 24%، بينما بلغ عدد أفراد الفئة الثانية (66) و الذين تتراوح أعمارهم ما بين (27-51) بنسبة 55%، أما الفئة الثالثة للسن (52-86) فقد بلغ عددهم (25) ما يعادل 20%

أما فيما يخص مدة المرض فقد بلغ عدد الفئة الأولى الأقل من 5 سنوات (70)، بينما بلغ عدد أفراد الفئة الثانية التي ما بين 6-10 سنوات (27)، أما الفئة الثالثة الأكثر من 11 سنة فقد بلغ عددهم (23)، أي ما يعادل نسبة (58%) و(22%) و(19%) بالترتيب.

### 4. إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية:

بعد إجراء الدراسة الإستطلاعية والتأكد من صدق وثبات أداة الدراسة، تم تطبيق الدراسة الأساسية على عينة من مرضى القولون العصبي، وقد بلغ عددهم الكلي (120) مريضا ومريضة، تتراوح أعمارهم بين (13-86) سنة، وتم اتباع الخطوات التالية:

1- جمع المادة النظرية المتعلقة بالإطار النظري والدراسات السابقة

2- إجراء الدراسة الإستطلاعية وهذا بتطبيق المقياس والتحقق من الخصائص السيكومترية لها

3- تطبيق الدراسة بتوزيع استبيان الدراسة على العينة الأساسية، وهذا بتوزيع 120 استمارة ثم تصحيح الاستبيان وفقا لمفتاح التصحيح

4- استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لاستخراج النتائج بالاستعانة ببرنامج SPSS

5- عرض النتائج ومناقشتها في ضوء نتائج الدراسات السابقة والإطار النظري

6- صياغة مقترحات في ضوء نتائج الدراسة

### 5. الأساليب الإحصائية :

ومن الخصائص المميزة في البحث في العلوم السلوكية استعمال الأساليب والأدوات الإحصائية للإجابة عن أسئلة البحث أو الفرضيات. (مزيان، 1999، 123) وقد اعتمدنا في دراستنا على الأساليب الإحصائية التالية بالإعتماد على برنامج SPSS: للإجابة على التساؤل الأول استخدمنا اختبار "ت" لعينة واحدة

اختبار "ت" لعينتين مستقلتين وتم استخدامه لقياس صدق الأداة وكذا لاختبار الفرضية الأولى

. تحليل التباين الأحادي لاختبار فرضيتان الثانية والثالثة

. ولقياس الثبات استخدمنا معامل الارتباط بيرسون

. ولتصحيح الثبات استخدمنا معادلة سييرمان برون

. ولتأكد من الثبات استخدمنا اختبار ألفا كرومباخ

## الفصل الرابع:

### عرض ومناقشة وتفسير النتائج

#### تمهيد

1. عرض ومناقشة وتفسير نتائج التساؤل الأول
2. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى
3. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية
4. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة

تمهيد:

بعدها قمنا بعرض الإجراءات المنهجية لدراستنا في الفصل السابق، سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض وتحليل النتائج المتحصل عليها

بعد تفريغ المقاييس والمعالجة الإحصائية لها

أولاً: عرض ومناقشة و تفسير نتائج التساؤل الأول:

عرض نتائج التساؤل الأول:

ينص التساؤل الأول على: "ما مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي؟"

بعد المعالجة الاحصائية لقياس مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي ، تم التوصل الى النتائج الموضحة في

الجدول الموالي :

جدول رقم(5) يوضح نتائج التساؤل الأول

مستوى الدلالة	قيمة ت	د ح	الانحراف م	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	ن	
دالة عند مستوى 0.01	7.23	119	3.60	22.5	24.88	120	مستوى الهلع

من خلال النتائج المبينة في الجدول يتضح أن المتوسط الحسابي لمستوى درجات الهلع عند عينة الدراسة بلغ (24.88) وهو أكبر من المتوسط الافتراضي الذي بلغ ( 22.5 ) وبلغت قيمة ت للفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الافتراضي لمستوى اضطراب الهلع ( 7.23 ) وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة

(0.01) ويدل ذلك على أن مستوى الهلع لدى عينة الدراسة مرتفع

مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الأول:

بعد قياس درجات مستوى الهلع لدى عينة الدراسة باستخدام الأسلوب الاحصائي اختبار " ت " T test لعينة واحدة، اتضح

من خلال عرض النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (5)، أن مستوى اضطراب الهلع لدى عينة الدراسة كان مرتفع

وتتفق هذه النتيجة مع الإطار النظري والعديد من نتائج الدراسات السابقة، التي تؤكد أن مستوى اضطراب الهلع مرتفع لدى مرضى

القولون العصبي، فنجد من بين هذه الدراسات دراسة المداح محمد (2022) قد توصلت إلى أن هناك مستوى مرتفع لقلق الموت

لدى المرضى المصابين بسرطان القولون ، وهذا باعتبار أن قلق الموت نوع فرعي خاص من اضطرابات القلق، مع الإشارة إلى أن

اضطراب الهلع يعد أحد اضطرابات القلق حسب تصنيف الدليل التشخيصي و الاحصائي الرابع (DSM4)، وأنه يعتبر مجموعة

من النوبات المتكررة من القلق الحاد والشديد. ( مخلوني، 2015، 56)

وكتوسع في الدراسات السابقة أجرى فواز أيوب المومني (2016) دراسة وضحت نتائجها أن مستوى القلق وانشغال البال لدى

مرضى القولون العصبي مرتفع، وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة أيضا مع نتائج دراسة سعد شاهين (2014) بعنوان قياس الضغوط

النفسية لمرضى القولون العصبي ودراسة زهران (1999) في وجود مستويات عالية من الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي

ولكن في المقابل وجدت بعض الدراسات التي كشفت نتائجها عن وجود مستوى منخفض لاضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة

القولون العصبي، من بينها دراسة فرانسيس كريدو و آخرون (2005)، التي وضحت نتائجها لوجود مستوى منخفض لاضطراب

الهلع لدى مرضى القولون العصبي.

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة الحالية نجد أنها توصلت إلى وجود مستوى مرتفع لاضطراب الملح لدى مرضى القولون العصبي، واعتمادا على دراسة عبد المعطي (2006) التي فسرت أن مرضى القولون يعانون من هذه الآلام بسبب ضغوط الحياة، وضغوط العمل المستمرة، وعدم وجود وقت كاف لأخذ قسط من الراحة والترويح عن النفس، فكل لديه مسؤوليات في البيت وفي العمل، لذا يعاني جميع المرضى من هذه الآلام، وبسبب اعتياد الموظفين في العمل على الروتين الخاطيء، سواء أكان في الجلوس أم في حل الأمور بطريقة سلبية، والبعد عن ممارسة الرياضة، كل ذلك يؤدي إلى ازدياد هذه الآلام بمستوى مرتفع.

كما أن تعرض الأشخاص للكثير من متاعب الحياة والتي تخزن في العقل الباطن على شكل صراعات نفسية، وتستهدف هذه الأخيرة العضو الهش في جسم الإنسان وتظهر في هيئة أمراض جسمية والتي تسمى بالأمراض السيكوسوماتية. وتشير مجموعة من الدراسات البيولوجية إلى أن التغيرات الفيزيولوجية الغير طبيعية في النواقل العصبية تلعب دورا في اضطراب الملح، بدليل أن ارتفاع مستويات النورابينيفرين في الدماغ قد يحرض نوبات الذعر.

أما النظرية السلوكية تشير إلى أن اضطراب الملح ناتج عن سوء التوافق مع الأحداث الحياتية، بمعنى أن لكل فرد حد معين من القدرة على تحمل الضغوط، إذا تجاوزها ظهرت عليه الاضطرابات النفسية و المشكلات السلوكية، وبالتالي حدوث نوبة الملح. (المالح، 1995، 32)

كما تبين النظرية المعرفية أن نوبة الملح هي عبارة عن تفسير خاطئ وكارثي للأحاسيس الجسدية تؤدي إلى زيادة الأعراض و بالتالي حدوث النوبة. وهي عبارة عن أفكار تلقائية عشوائية تظهر فجأة دون أي تخطيط وتبدو منطقية أثناء النوبة وإذا رجعنا إلى مكونات الملح نرى أنها عن تفاعل بين ثلاث مكونات رئيسية هي: مكون بدني/ معرفي / سلوكي، يمكن لأي منها التأثير على المكونات الأخرى، حيث أن الأفكار والتصورات تزيد من الأحاسيس الجسدية سوءا، والتي بدورها تحفز المزيد من الأفكار والمشاعر المضطربة، ومنها يتغذى المكون السلوكي التي تجعل المصاب في دائرة الملح.

كما تبين كثير من الدراسات أن المصابين باضطراب الملح يميلون إلى تنبيه المعلومات المتعلقة بالذعر، أيضا يفسرون تزايد دقات القلب على أنها دليل على كارثة أو مرض جسدي خطير، كما يمكن أن تكون تلك الأعراض طبيعية ولا توحى بوجود أي مرض. (أنطوني، 2008، 20-21 و 43)

وذكر فرانسيس (2005) أن الاضطرابات النفسية، تؤدي إلى تفاقم الألم وخلل في وظيفة الأمعاء وبالتالي يؤدي إلى تفاقم القلق بشأن مرض القولون و أعراضه الجسدية، ومنه قد تقلل من الدافع للأداء اليومي.

ثانيا: عرض و مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الأولى:

عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على:

-الفرضية الصفرية: " لا توجد فروق في مستوى اضطراب الملح لدى مرضى القولون العصبي باختلاف السن"

-الفرضية البديلة: "توجد فروق في مستوى اضطراب الملح لدى مرضى القولون العصبي باختلاف السن"

لاختبار الفرضية يتم استخدام تحليل التباين الأحادي

جدول رقم (6) يوضح نتائج الفرضية الأولى

مستوى الدلالة	قيمة ف	د ح	متوسط المربعات	مجموع المربعات	
		2	30.94	61.88	بين المجموعات
غير دالة	2.43	117	12.70	1486.48	داخل المجموعات
		119		1548.36	المجموع

من خلال الجدول الموضح لنتائج المعالجة الإحصائية لبيانات الفرضية الأولى فقد بلغت قيمة "ف" للفروق بين عينة الدراسة تبعاً لمتغير السن في مستوى اضطراب الهلع قد بلغت قيمته ( 2.43 ) وهي قيمة غير دالة، وبالتالي فإننا نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرضية الصفرية أي أنه لا توجد فروق في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى القولون العصبي باختلاف السن

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

وبعد المعالجة الإحصائية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي، تم التوصل إلى أنه " لا يوجد اختلاف في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى القولون يعزى لمتغير السن"، وبالتالي نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه "لا توجد فروق في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى القولون العصبي باختلاف السن"

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات، من بينها نجد دراسة **بوشيخي إبراهيم الخليل (2020)** التي كشفت نتائجها في عدم وجود اختلاف في مستوى القلق لدى عينة من مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير السن، وهذا ما أكدته دراسة **دافيدوف (1988)** أيضاً في عدم وجود اختلاف في مستوى الهلع بين الفئات العمرية.

و لكن في المقابل ظهرت دراسات تعارض نتائج الدراسة الحالية ، نذكر منها **الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس (DSM5)**، الذي أظهر أنه يوجد اختلاف في مستوى اضطراب الهلع يعزى لمتغير السن في الولايات المتحدة الأمريكية، وذلك أن متوسط العمر يتراوح بين 20-24 سنة، وأنه نادراً ما تحدث في مرحلة الطفولة حتى مرحلة المراهقة المبكرة، وعند البالغين تكون سمة العصبية هي السمة المميزة، تظهر في مواقف الضغط مثل المواقف الاجتماعية وهذه النوبات تكون غير متوقعة في هذه اللحظة التي يحدث فيها الموقف، وهذا يكون نتيجة تعرض الشخص للموقف بطريقة فجائية أو لعدم دخوله في هذه الحالة من قبل، بينما نوبات الهلع عند الأطفال يكون حدوثها أقل وذلك بسبب الصعوبات التي يواجهونها كأعراض الخوف التي تؤدي إلى ظهور أحد أنواع الرهاب

كما ذكرت دراسة **بلحسيني وخميس (2017)**، أن العمر الزمني لظهور اضطراب الهلع بشكل نمطي بين نهاية المراهقة ومنتصف الثلاثينيات، وتكون النوبات موزعة حيث يمكن أن تظهر أول نوبة في نهاية المراهقة والثانية بشكل أضعف في منتصف الثلاثينيات، وفي عدد قليل من الحالات تظهر في الطفولة، غير أن ظهورها في العمر بعد 45 سنة غير معتاد، إلا أنه يمكن أن يكون، أي يمكن أن يظهر.

ورجوعاً إلى الإطار النظري والدراسات السابقة، فسرت العديد من الدراسات عن وجود عوامل تعمل على جعل الشخص سريع التأثر نفسياً، وتتمثل هذه العوامل في الإدراكات، الإعتقادات والسلوكات التي يتعلمها الشخص منذ الولادة إلى غاية سن الرشد، كما تلعب دوراً هاماً في تحديد العلاقة التي تربط الشخص بالقلق، إذ أن الطفل في تلك المرحلة يتعلم الكثير من خلال ملاحظته

## الفصل الرابع: عرض ومناقشة وتفسير النتائج

للآخرين بحيث يقوم بتقليدهم إذ يتبنى نفس أنماط الاستجابة للقلق التي يصدرها أفراد عائلته، سواء كانت استجابة متوافقة أو غير متوافقة للقلق. (مهمل، 2014، 46)

وقد تجمعت عدد من الأدلة لتدعيم التفسيرات النظرية المختلفة لهذا الاضطراب، من بينها الجانب الوراثي، حيث تأكد أن أقرباء الدرجة الأولى لمرضى اضطراب الهلع معرضون بمعدل ثلاث أضعاف للإصابة بهذا الاضطراب ومن هنا يمكننا تفسير هذه النتيجة على أنها راجعة لكيفية استجابة الأفراد للمثيرات الخارجية والأفكار والتصورات على الأحداث الصادمة

ثالثاً: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على:

الفرضية الصفرية: "لا توجد فروق في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى القولون العصبي باختلاف الجنس"

الفرضية البديلة: "توجد فروق في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى القولون العصبي باختلاف الجنس"

لاختبار الفرضية يتم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين

جدول رقم (7) يوضح نتائج الفرضية الثانية

الجنس	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف م	د ح	قيمة ت	مستوى الدلالة
ذكور	48	23	4.19	115	-4.95	دالة عند مستوى 0.01
إناث	72	26.09	2.56			

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول أن المتوسط الحسابي لمستوى الهلع عند فئة الذكور قد بلغ (23) وهو أقل من المتوسط الحسابي لمستوى الهلع لدى الإناث والذي بلغ (26.56)، وقد بلغت قيمة "ت" للفروق بين متوسطي الذكور والإناث في مستوى الهلع (-4.95) وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبالتالي فإننا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، بمعنى أنه توجد فروق في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى القولون العصبي باختلاف الجنس.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

وبعد المعالجة الإحصائية باستخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، بينت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى

اضطراب الهلع لدى مرضى القولون العصبي باختلاف الجنس وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات التي تناولت نفس الموضوع، من بينها دراسة **سعد شاهين (2014)**، ودراسة **نعمان**

**سرحان، و علي حيدر (2006)** التي أفادت نتائجها أن معدل انتشار اضطراب الهلع لدى الإناث مرتفع مقارنة بمعدل انتشاره لدى

الذكور، وقد كشفت نتائج دراسة **أندروز وسلاذ (2002)** أن نسبة احتمال إصابة الإناث باضطراب الهلع ضعف نسبة احتمال

إصابة الذكور به (مخلوئي، 2015، 58)، ودراسة **كارلبرنج وزملائه (2002)**، على أن الإناث أكثر عرضة للإصابة باضطراب

الهلع من الذكور. (سرحان، علي، 2006، 2)

ولا تتفق الدراسة الحالية مع دراسة **فواز المومني (2016)** التي بينت أنه لا يوجد اختلاف في مستوى الضغوط النفسية تعزى لمتغير

الجنس، حيث أن الاضطرابات النفسية لا تزيد أو تقل أهمية بين الجنسين

## الفصل الرابع: عرض ومناقشة وتفسير النتائج

رابعا: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

نص الفرضية الثالثة على :

الفرضية الصفرية: " لا توجد فروق في مستوى اضطراب الملح لدى مرضى القولون العصبي باختلاف مدة المرض "

الفرضية البديلة: " توجد فروق في مستوى اضطراب الملح لدى مرضى القولون العصبي باختلاف مدة المرض "

و لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي

جدول رقم (8) يوضح نتائج الفرضية الثالثة

مستوى الدلالة	قيمة ف	د ح	متوسط المربعات	مجموع المربعات	
دالة عند مستوى 0.05	3.37	2	42.18	84.37	بين المجموعات
		117	12.51	1463.99	داخل المجموعات
		119		1548.36	المجموع

من خلال الجدول الموضح لنتائج المعالجة الإحصائية لبيانات الفرضية الثالثة فقد بلغت قيمة ف للفروق بين عينة الدراسة تبعاً لمتغير مدة المرض في مستوى اضطراب الملح (3.37)، وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي فإننا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، بمعنى أنه توجد فروق في مستوى اضطراب الملح لدى مرضى القولون العصبي باختلاف مدة المرض مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

وبعد المعالجة الإحصائية لنتائج الفرضية الثالثة باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي، بينت أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الملح تعزى لمتغير مدة المرض

ولقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة فواز المومني (2016)، بينت من خلالها أن مدة الإصابة بالقولون العصبي تختلف بين الأشخاص في مستوى اضطراب الملح، وتفسر هذه النتيجة بأن الذين مدة الإصابة عندهم أقل من خمس سنوات لم يعتادوا على المرض بعد. وبالتالي لا يأخذون الاحتياطات اللازمة كتجنب أنواع معينة من الأطعمة، أو تجنب تعرضهم إلى المواقف الضاغطة، كل هذه الأمور قد يجهلها المريض غير المشخص بعد، أما الذين تزيد مدة الإصابة لديهم على خمس سنوات فقد أصبحت لديهم خبرة بالمرض، وأصبحوا يتجنبون كل ما يثير القولون لديهم، وتعايشوا مع وضعهم الصحي بشكل أفضل من الذين مدة الإصابة لديهم أقل، لذا نجد أن هذه الفئة أقل من خمس سنوات متأثرة أكثر من غيرها بالضغط النفسية.

الخاتمة

تناولنا موضوع اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي باعتباره مرض سيكوسوماتي ، حيث تطرقنا في الجانب النظري الى اضطراب الهلع من حيث تعريفه، أسبابه، أعراضه ، تشخيصه وعلاجه ، اما القولون العصبي فقد تم تناولهتعريفه،أسبابه، تشخيصه وعلاجه، في المطلب الأخير تطرقنا إلى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي وذلك من تعريف اضطراب الهلع لدى مرضى القولون، شخيصه المصاب به، واقتراحات علاجية لاضطراب الهلع لدى مرضى القولون العصبي، في الجانب الميداني تم تطبيق الدراسة على عينة تقدر ب(120) من مرضى القولون العصبي الذين طبقت عليهم أداة الدراسة، وبعد المعالجة الإحصائية، وعرض ومناقشة النتائج المتحصل عليها تم التوصل إلى:

- مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي مرتفع
- لا توجد فروق في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي باختلاف السن
- توجد فروق في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي باختلاف الجنس
- توجد فروق في مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي باختلاف مدة المرض

#### الإقتراحات:

- انطلاقا من النتائج التي تم التوصل إليها يمكن اعتبار هذه الدراسة كبدائية لدراسات أخرى مدعمة نقترح منها:
- دراسة مشكلات نفسية أخرى عند مرضى القولون العصبي
- القيام بدراسات تجريبية تقوم على برامج ارشادية للتخفيف من المشكلات النفسية المرتبطة بالقولون العصبي
- ضرورة البحث عن العلاج العضوي بالتوازي مع العلاج النفسي للأمراض السيكوسوماتية
- ضرورة التكفل النفسي والمساندة الاجتماعية لمرضى القولون العصبي
- ضرورة توفير العلاجات الطبية المناسبة، للحد من اتجاه مرضى القولون العصبي نحو بعض الأدوية والخلطات التي لا تمت للعلاج بصلة والتي يكون منشأها النصب والاحتيال على المرضى من بعض الجهات
- القيام بجملة تحسيسية وتوعوية لمرضى القولون العصبي، لتعريفهم بطبيعة المرض وأسبابه والعوامل المؤثرة فيه وكيفية التعايش معه

## قائمة المراجع

الكتب:

1. إبراهيم عبد الستار. (1993). *العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث*. القاهرة: دار الفجر
2. ابو النيل. (1984). *الامراض السيكوسوماتية أمراض جسمية نفسية المنشأ*. ط1. مكتبة الخانجي.
3. الاقصري يوسف (2002). *كيف نتخلص من الخوف والقلق من المستقبل ؟*. ط1. القاهرة : دار اللطائف للنشر والتوزيع
4. أنطوني مارتن، راندي ماك كاب. (2008). *10 حلول بسيطة لعلاج حالات الذعر*. ترجمة ميري مكارى. بيروت: دار الكتاب العربي
5. أيلين ماجي. (2005). *ماذا تأكل إذا كنت مصابا بالقولون العصبي*. القاهرة: دار الفاروق للنشر والتوزيع
6. بارلوديفيدو آخرون. (2002). *مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاج تفصيلي*. ترجمة صفوت فرجو آخرون. ط 1. القاهرة: مكتبة لأنجلو مصرية
7. بقيون سمير. (2007). *الامراض العصبية*. ط1. الأردن: دار اليازوري.
8. بيكارون، (2000). *العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية*. ترجمة عادل مصطفى. بيروت: النهضة العربية للطباعة والنشر
9. بيكفيلد دينيس. (2004). *كيف تسيطر على خوفك وتعود لحياتك من جديد*. الرياض: مكتبة جرير
10. الحشاش وفاء. (2010). *متلازمة القولون العصبي*. الكويت: مركز تعريب العلوم الصحية
11. الحمادي أنور. (2014). *الدليل التشخيصي و الاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM5*. الدار العربية للعلوم
12. ديفيد دسون. (2005). *أمراض الجهاز الهضمي والبنكرياس*. ترجمة محمد القلا. سوريا: دار القدس للعلوم
13. رضوان فوقية. (2004). *الاضطرابات المعرفية والمزاجية تشخيص وعلاج*. القاهرة: دار الكتاب الحديث
14. زراد فيصل. (2005). *العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض*. بيروت: دار العلم للملايين
15. زهران حامد عبد السلام. (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. جامعة عين شمس، القاهرة
16. ستيفين بالمر، بيرنيكوروين، رودل بيتر. (2008). *العلاج المعرفي - السلوكي المختصر*. ترجمة محمود مصطفى. القاهرة: دار إيتراك

17. سيليجمان مارتن. (2004). *ما الذي يمكنك تغييره*. الرياض: مكتبة جرير
18. الشقير زينب. (2005). *مقياس الدلالات إكلينيكية التشخيصية للهلع*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية
19. الشناوي محمد، عبد الرحمان محمد. (1998). *العلاج السلوكي الحديث*. القاهرة: دار قباء
20. عادل محمد. (2000). *العلاج المعرفي السلوكي أساس وتطبيقات*. القاهرة: دار الرشد
21. عبد الخالق أحمد محمد. (1987). *أصول الصحة النفسية*. ط2. مصر: مدار المعرفة الجامعية
22. عبد العظيم طه حسن. (2007). *العلاج النفسي المعرفي*. ط1. الإسكندرية: دار الوفاء
23. عبيدات محمد وآخرون. (1999). *منهجية البحث العلمي*. عمان: دار وائل للطباعة والنشر
24. عكاشة أحمد، (2003)، *الطب النفسي المعاصر*، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية
25. عوض رقيقة. (2001). *ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة التشخيص والعلاج*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية
26. العيسوي عبد الرحمان. (1998). *النمو الإنساني الطفولة والمراهقة*. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع
27. العيسوي عبد الرحمان. (1994). *الأمراض السيكوسوماتية*. لبنان، دار النهضة العربية
28. العيسوي عبد الرحمان. (1998). *النمو الإنساني الطفولة والمراهقة*. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع
29. غانم محمد. (2006). *الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية
30. فايد حسين. (2001). *الاضطرابات السلوكية*. الإسكندرية: حورس الدولية
31. فايد حسين. (2008). *العلاج النفسي، أصوله - تطبيقاته - أخلاقياته*. القاهرة: دار طيبة
32. فايد حسين. (2004). *علم النفس المرضي*. الإسكندرية: حورس الدولية
33. فكري حسن منصور. (2009). *القولون العصبي مرض العصر*. القاهرة: دار الطلائع للنشر والتصدير
34. كراسك مايكل، ديفيد بارلو. (2002). *اضطرابات الرهاب الاجتماعي*. ترجمة صفوت فرج. القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية
35. كمال إيهاب. (2008). *ثلاثي الهزيمة (قلق - أرق - اكتئاب)*. القاهرة: الدار الذهبية

36. كونينغام شيت. (2009). دليل علاج القولون و أمراض المعدة والأمعاء. المملكة العربية السعودية: مكتبة

جرير

37. كيران ج، مورياتي. (2013). متلازمة القولون العصبي. ترجمة هلا أمان الدين. ط1. السعودية: دار المؤلف

38. لويس كامل مليكة. (1994). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع

39. المحارب ناصر. (2000). المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي. الرياض: دار الزهراء

40. مزيان محمد. (1999). مبادئ في البحث لنفسي والتربوي. ط1. الجزائر: دار الغرب للنشر والتوزيع

41. معمريه بشير. (2012). علم نفس الذات. ط1. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع

42. منسي حسن. (2001). الصحة النفسية. الأردن: دار الكندي للنشر والتوزيع

43. ميركر آن ماري. (2006). اضطراب الملح في روبرت ليهي: العلاج النفسي والمعرفي في الاضطرابات النفسية.

ترجمة جمعة يوسف، محمد صبوة. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر

44. الميلادي عبد المنعم. (2004). الأمراض والاضطرابات النفسية. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة

45. هوفمان، أس جي. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر. ترجمة مراد عيسى. القاهرة: دار الفجر

للتوزيع والنشر

#### القواميس:

46. ابن منظور. (1988). لسان العرب. بيروت: دار الأحياء. المجلد 11

47. أبو حطب فؤادو آخرون. (2003). معجم علم النفس والتربية. ج1. مصر: الهيئة العامة لشؤون المطابع

الأمريكية

48. عبد الحميد جابر، كفايي علاء الدين (1988). معجم علم النفس والطب النفسي. ط1. القاهرة: دار

النهضة العربي

#### الرسائل والمجلات:

49. رمضان إيمان. (2022-10). الألكسيسيميا وعلاقتها بالقلق وصورة الجسم لدى طالبات الجامعة. قسم

علم النفس. كلية الآداب. المجلد 32. العدد 116.

50. بلحسيني وردة، خميس محمد سليم. (2017). أسباب اضطراب الملح بين قوة التنظير والبيولوجي النفسي.

مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر). العدد 31.

51. بلغالم محمد. (2016-2017). *بناء برنامج علاجي معرفي ساوكيجماعي لخفض نوبات الهلع عند المصابين بفوبيا الأماكن المفتوحة*. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم النفس العيادي . كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان (الجزائر )
52. واتي عيسى إبراهيم. (2020/2021). *محاضرات في الاضطرابات السيكوسوماتية موجهة لطلبة السنة اولى ماستر علم النفس العيادي*. جامعة 8 ماي (1945 قالة) الجزائر
53. جعفر سندس ريان. (2019-2020). *مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين في دراسة عيادية لحالتين بمدينة بسكرة*. مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر علم النفس العيادي. كلية العلوم الإنسانية الاجتماعية. جامعة محمد خيضر. بسكرة (الجزائر .)
54. الدحادحة باسم، سليمان سعاد. (2008). *فعالية استراتيجية تقليل الحساسية التدريجي في خفض قلق الامتحان وتحسين مستوى التوافق النفسي لدى طلاب جامعة السلطان قابوس*. مجلة دراسات عربية في علم النفس. م 7. ع 1. القاهرة
55. سيبوكر ، اسماعيل الحاج عبد القادر ، نجلاء نجاحي. (2019/06/03). *أهمية المنهج الوصفي للبحث في العلوم الإنسانية*. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد 16 جامعة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر).
56. شاهين سعد حمادي الطاهر. خولة حسن حمود العبودي. (2014). *قياس الضغوط النفسية لمرضى القولون العصبي*. مجلة أبحاث ميتان ، جامعة البصرة . العدد 20 ، المجلد 10.
57. عامر عائشة. (2021-2022). *المعاش النفسي للأشخاص المصابين بمتلازمة القولون العصبي*. مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي. جامعة عبد الحميد بن باديس . مستغانم (الجزائر).
58. عززوي أمينة، مدواي منال. (2020/2021). *فعالية تقنية الاسترخاء لجاكسون في التخفيف من أعراض الرهاب الاجتماعي*. مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي . كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة ام البواقي (الجزائر).
59. علي نعمان، حيدر علي حيدر. (2006). *دراسة عائلية لاضطراب الهلع في العراق*. المجلة العربية للطب النفسي. المجلد 17. العدد 2. الأردن
60. عيسوي محمد الفيومي. (1997). *الأمراض السيكوسوماتية أمراض العصر، نشأتها وعلاجها*. مجلة الوعي الإسلامي. العدد 375. القاهرة

- 61.المالح حسان. (1995).القلق العام ونوبات القلق الحاد ( الهلع)، *الثقافة النفسية*. المجلد 6. ع 24. القاهرة: دار النهضة العربية
- 62.محمد عبد الحليم صادق. (2013). *الصحة النفسية لدى مرضى القولون المتمردين على مستشفياتولاية الخرطوم*.كلية الادب قسم علم النفس. لسودان
- 63.مخلوئي سمية.(2014-2015). *سمة التفاؤل وعلاقتها باضطراب الهلع غير المصاحب لرهابالأماكن المفتوحة لدى عينة من طلبة الجامعة*. مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في علم النفس العيادي. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. الجزائر
- 64.مهمل أسيا. (2013-2014). *فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من نوبات الهلع سلوك التجنب والأعراض المرضية لدى ذوي الإصابة باضطراب الهلع المصحوببرهاب المكان*. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة الجزائر2. الجزائر
- 65.المومني أيوب فواز. عمارين وسلام لاني . ( 2016-03-09). *الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات الطبية والديمغرافية*. المجلة الأردنية في العلوم التربويةالمجلد 12 العدد 3،

المراجع الأجنبية:

- 66.American psychatric Association, (1994), *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux*, 4<sup>ème</sup>édition DSM-IV Traduction J.D Guelfi et coll, Masson, Paris
- 67.American psychatric Association, (2001), *Diagnostic and Statistical*
- 68.American psychatric Association, (2003), *Mannuel diagnostique etstatistiques des troubles mentaux*, Texte révisé Traduction J. D Guelfi et Coll, Masson, Paris
- 69.André Christophe , (2005), *Les thérapies cognitives*, Bernet-Danilo,Meschers
- 70.By Barbara Bolen,*IrritableBowel Syndrome and Panic Attacks*, PhD  
Updated on January 22, 2022 Medically reviewed by Jay N. Yepuri, MD, MS
- 71.Delbrouck M, (2011), *Psychopathologie*, Manuel a l'usage du médecin et du psychothérapeute, de boeck , Paris

72. Edelman, R.J, (1992), **Anxiety, Theory**, research and Intervention in clinical and healthpsychology Chichester Wiley
73. Edelman, R.J, (1992), **Anxiety, Theory**, research and Intervention in clinical and healthpsychology Chichester Wiley
74. Engel, G. L. (1977). **The need for a new medical model: a challenge for biomedicine**. Science, 196 (4286), 129–136.
75. FRANCIS CREED, JOY RATCLIFFE (2005), **Outcome in severe irritable bowel syndrome with and without accompanying depressive, with and without accompanying depressive, panic and neurasthenic disorders panic and neurasthenic disorders**, BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY (2005), 186, 507–515, 186, 507–51
76. Goudreau, S, Hould, R, Labelle, R. (2004). **Etude de cas : Le trouble panique avec agoraphobie**. Maitrise en Psychologie. Université du Québec : Trois rivières
77. Lundervold A & Buermann M, (2008), **Effect of Behavioral Activation Treatment on Chronic Fibromyalgia Pain Replication and Extension**, International Journal of Behavioral Consultation and Therapy.  
Manual of disorders, Washington DC Author, 4th ed
78. Nisar, H., & Srivastava, R. (2001). **Fundamental concept of psychosomatic disorders: a review**. International Journal of Contemporary Medicine Surgery and Radiology ,3(1), 12–18.
79. Ost L G, (1988), **Applied relaxation vs progressive relaxation In the treatment of panic disorder**. Behavior Research and Therapy
80. Pollack M.H, Otto M. W. Rosenbaum J.F. Sachs G.S, (1992), **Personality disorders in patients with panic disorder association with childhood anxiety**, early trauma, comorbidity .
81. Selye, H. (1981). **Hormones & Stress of life**. USA, library of Congress
82. Spiller, M. & Camilleri, M. (2002). **Irritable Bowel Syndrome Diagnosis and Treatment**. USA. Mayo Clinic

83. Stephanie M. Moleski ,(2022), **MD , Syndrome de l'intestin irritable .**  
*Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University*
84. ACG: American Collage of Gastroenterology. (2014). **Probiotics for the treatment of adultgastrointestinaldisorders.** Retrieved: <http://patients.gi.org/topics/probiotics-for-the-treatment-of-adult-gastrointestinal-disorders/> 27/ May/ 2014
85. AlHadi AN, AlAteeq DA, Al-Sharif E, Bawazeer HM, Alanazi H, AlShomrani AT, et al. An Arabic translation, **reliability, and validation of Patient Health Questionnaire in a Saudisample.** Ann GenPsychiatry. 2017 Sep;16(1):32. Availablefrom: <https://doi.org/10.1186/s12991-017-0155-1>

المواقع الإلكترونية

86. ولاء حافظ، (2021-08-04). **حلول جديدة لعلاج مرضى القولون العصبي.** نيويورك تايمز .
87. <https://japacademy.org/2023> متلازمة-القولون-المتهيّج-العصبي
88. <https://www.alqabas.com/article/5858889-%D8%AD%D9%84%D9%88%D9%84-%D8%AC%D8%AF%D9%8A%D8%AF%D8%A9-%D9%84%D8%B9%D9%84%D8%A7%D8%AC-%D9%85%D8%B1%D8%B6%D9%89-%D8%A7%D9%84%D9%82%D9%88%D9%84%D9%88%D9%86-%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%B5%D8%A8%D9%8A>
89. THOMAS S. ZAUBLER and WAYNE KATON, (Received 29 August 1996;accepted 8 April 1997). PANIC DISORDER IN THE GENERAL MEDICAL SETTING, Journal of PsychosomaticResearch, Vol. 44, No. 1, pp. 25~.2. 1998 Copyright © 1998 Elsevier Science Inc. All rightsreserved. ELSEVIER
90. [www.3colon.com](http://www.3colon.com)-
91. [www.mufasser.com](http://www.mufasser.com)
92. إيمان مقدم. (2013). **0 4٪ من الجزائر يصابون من القولون العصبي.** يوم 14-5-2013 نشر في الفجر ([www.djzairess.com/alfadjer/244742](http://www.djzairess.com/alfadjer/244742))

93.حسن حميدة. ( 2013).متلازمة القولون العصبي 2013.05.09. على الساعة 06:47. المانيا ).

show.htm-action(-www.alrakoba.net/articles

94.عبد العزيز الشمراي واخرون. 6( سبتمبر )2017. " التحقق من صحة استبيان صحة المريض في عينة

سعودية " على الساعة 16:32 ، ان جين للطب النفسي

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28878812>.

95.محمد العمادي. د. إستشاريالجارحة العامة و السمرة، مقال لتجزبالقولونالعصبي (-[www.jamila-](http://www.jamila-qatar.com/june2008/PDF/2/4.PDF)

[qatar.com/june2008/PDF/2/4.PDF](http://www.jamila-qatar.com/june2008/PDF/2/4.PDF)

96.مكونات

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.almrscولونالعصبي>

al.com%2Fpost%2F3802&psig=AOvVaw0I3yBMv0Bvll4T970zjLUb&ust=168

4921181708000&source=images&cd=vfe&ved=2ahUKEwi6-

KzVkov\_AhWbmycCHbiWDpgQr4kDegUIARDEAQ

الملاحق



## استبيان صحة المريض - اضطراب الهلع (PHQ) – Panic Disorder

يشكل هذا الاستبيان جزءاً مهماً من عملية تقديم أفضل رعاية صحية ممكنة لك، وسنساعد إجاباتك في فهم المشكلات التي قد تعاني منها. الرجاء الإجابة عن كل سؤال بأكبر قدر من الصراحة إلا إذا طلب منك تغطية السؤال.

الاسم: \_\_\_\_\_ العمر: \_\_\_\_\_ الجنس: ذكر  أنثى  تاريخ اليوم: \_\_\_\_\_

الجزء الأول: أسئلة عن القلق:

لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أ- هل سبق أن مررت بنوبة قلق (أي أنك شعرت بالخوف أو الذعر فجأة) خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة؟ <b>إذا كنت الإجابة "لا" فتوقف عن الإجابة</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب- هل سبق أن حدثت لك قبل ذلك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج- هل تحدث لك بعض هذه النوبات فجأة بلا مقدمات (أي بمعنى أنها تحدث لك في مواقف لا تتوقع فيها الشعور بالتوتر أو عدم الراحة)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د- هل ترعجك هذه النوبات كثيراً أو تخشى حدوث نوبة أخرى لك؟

الجزء الثاني: فكر في آخر نوبة قلق مررت بها:

لا	نعم	
0	1	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أ- هل شعرت بضيق في التنفس؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب- هل شعرت بخفقان أو تسارع نبضات قلبك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج- هل ألمت صدرك أو شعرت بضغط عليه؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د- هل تعرقت؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هـ- هل شعرت وكأنك تختنق؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	و- هل مررت بنوبات حرارة أو برودة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ز- هل شعرت بالغثبان أو بتلبك في معدتك أو شعرت بألم ستصعب بالإنهال؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ح- هل أعصي عليك أو شعرت بدوخة أو عدم الإتزان؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ط- هل شعرت بوخزات أو تلميع في أجزاء من جسمك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ي- هل شعرت بالرعشة أو الارتجاف؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ك- هل خفت من أن تموت؟

استبيان اضطراب الهلع بعد التعديل

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

تخصص: علم النفس العيادي

قسم: علم النفس وعلوم التربية

استمارة استبيان

موضوع الدراسة: مستوى اضطراب الهلع لدى مرضى متلازمة القولون العصبي

الجنس: ذكر  أنثى

العمر:

مدة اكتشاف المرض:

أخي الفاضل ,أختي الفاضلة:

في إطار إنجاز مذكرة لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس العيادي بعنوان(مستوى الهلع لدى مرضى القولون العصبي) نرجو الإجابة بكل صراحة وموضوعية عن أسئلة الاستبيان الذي بين يديك خدمة للغرض العلمي الذي وضعت من اجله , وذلك بوضع العلامة (x) في المكان المناسب , وأحيطكم علما أن البيانات الموجودة في الاستبيان سرية ولا تستخدم إلا للغرض العلمي للبحث , وشكرا جزيلاً على تعاونكم

لا	نعم	الاسئلة
		1. هل سبق ان مررت بنوبة هلع (أي انك شعرت بالخوف أو الذعر فجأة) خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة ?
		2. هل سبق ان حدثت لك قبل ذلك ?
		3. هل تحدث لك هذه النوبات فجأة بلا مقدمات (أي بما أنها تحدث لك في مواقف لا تتوقعيها الشعور بالتوتر او عدم الراحة?)
		4. هل تزعجك هذه النوبات كثيرا او تخشى حدوث نوبة اخرى لك ?
		5. هل شعرت بالضيق في التنفس ?
		6. هل شعرت بالخفقان او تسارع نبضات القلبك ?

		7. هل المك صدرك او شعرت بضغط عليه ?
		8. هل تعرقت ?
		9. هل شعرت وكانك تختنق ?
		10. هل مررت بنوبات حرارة او برودة?
		11. هل شعرت بالغثيان او بتلبك في معدتك او شعرت بانك ستصاب بالاسهال ?
		12. هل اغمي عليك او شعرت بدوخة او عدم اتزان ?
		13. هل شعرت بوخزات او تنمل في اجزاء من جسمك ?
		14. هل شعرت بالرعدة او الارتجاف ?
		15. هل خفت ان تموت ?

الملاحق رقم (3)

نتائج الدراسة باللغة الانجليزية

### T-Test

#### One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	120	24.8833	3.60714	.32929

#### One-Sample Test

	Test Value = 22.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
الدرجات	7.238	119	.000	2.38333	1.7313	3.0354

نتائج الفرضية الأولى :

### Oneway

#### ANOVA

الدرجات

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	61.885	2	30.942	2.435	.092
Within Groups	1486.482	117	12.705		
Total	1548.367	119			

نتائج الفرضية الثانية :

### T-Test

#### Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	ذكور	48	23.0000	4.19957	.62603
	اناث	72	26.0972	2.56279	.30203

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)
الدرجات	Equal variances assumed	11.581	.001	-4.959-	118	.000
	Equal variances not assumed			-4.456-	64.694	.000

نتائج الفرضية الثالثة :

### Oneway

#### ANOVA

الدرجات

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	84.377	2	42.188	3.372	.038
Within Groups	1463.990	117	12.513		
Total	1548.367	119			