

أسباب اضطراب الهلع بين قوة التنظيم البيولوجي والنفسي

د/ وردة بلحسيني

د/ محمد سليم خميس

جامعة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر)

الملخص:

يعتبر اضطراب الهلع حالة استثارة تتكون من عدة نوبات من الذعر، أو الخوف الشديد، والتي تظهر فجأة توججها أعراض جسدية، ومعرفة تتصاعد لولبيا لتشعر صاحبها بأنه مشرف على الموت أو الجنون. ويذكر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR,2000) أن الدراسات الوبائية عبر أنحاء العالم تشير إلى شيوع معدل ظهور اضطراب الهلع بنسبة بين (1,5%) إلى (3,5%).

ولقد استأثر النموذج البيولوجي في البداية بتفسير هذا الاضطراب بافتراض وجود متلازمة ذات أسباب مرضية عضوية موروثية، وخواص علاجية كيميائية محددة، إلا أن بروز الثورة المعرفية في نطاق علاج اضطرابات القلق قدمت نماذجاً نظرية خلاقة اعتبرت كشفاً علمياً لأنها قدمت تفسيراً قوياً وعلاجاً فعالاً لاضطراب الهلع.

وعليه يسهم هذا المقال في توضيح اضطراب الهلع و سيرورة النظريات المفسرة له مبرزاً مكامن القوة في كل نظرية، مما يسمح بوضع تصور دقيق للعمل العلاجي للأخصائي الإكلينيكي.

الكلمات المفتاحية : اضطراب الهلع ، النموذج البيولوجي ، اضطرابات القلق ، التناول المعرفي

Abstract:

Panic disorder is a state of excitability which consists of several attacks panic or extreme fear, that suddenly appear powered by somatic and cognitive symptoms increases inspirally to make you death or madness. The fourth and revised diagnostic manual (DSM-IV-TR,2000) shows that epidemiological studies around the world show the propagation rate of emergence between panic disorder (1.5%) (3.5%).

The biological model presented at the beginning, an interpretation of this condition by assuming the presence of a syndrome of reasons related to pathological reasons and organic inherited properties and specific clinical treatment. However, the emergence of a cognitive revolution in the treatment of anxiety disorders has provided theoretical models predicted which was considered as a scientific discovery because it presented an explanation and an effective treatment for panic disorder.

This article contributes to the classification of panic disorder and theories that explain the process highlighting the contributions of each theory, which allows for a precise conception of the therapeutic action of clinical specialist.

Key words : Panic disorder , biological model , anxiety disorders, cognitive Approach

مقدمة:

يعتبر اضطراب الهلع أحد اضطرابات القلق، حيث لم يسبق وصفه كمشكلة قلق نوعية إلى غاية ظهور الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-III,APA,1980)، وتتشكل الملامح البارزة لهذا الاضطراب من نوبات هلع متكررة فجائية ومنقطعة، تظهر كاستجابة سلوكية للإحساسات الجسمية المثيرة للخوف، إذ ترتبط هذه النوبات في الأغلب بالأعم بإدراك الخطر أو التهديد وتسارعا في نشاط الجهاز العصبي المستقل.

وتظهر نوبات الهلع في معظم اضطرابات القلق الأخرى (على سبيل المثال: المخاوف الاجتماعية، المخاوف المحددة، اضطراب الضغوط التالي للصدمة)، كما تظهر كذلك في اضطرابات المزاج. وهو ما يتطلب عملاً دقيقاً لتحديد الدلالات التشخيصية الفارقة لاضطراب الهلع.

وعادة ما يسبق ظهور اضطراب الهلع مثيرات متعددة، إذ يذكر حوالي (72%) من المرضى تقريباً (Craske et al, 1990) وجود توترات غير محددة حول وقت تعرضهم لأول نوبة هلع، بما في ذلك التوترات الشخصية والجسمية، مثل: الخبرات السلبية مع العقاقير والأمراض، أو حدوث وفاة في العائلة، وفي جميع الأحوال لا يختلف عدد التوترات عن العدد الذي يحدث سابقاً على بداية الحالة في الأنواع الأخرى من اضطرابات القلق (كراسك وبارلو، 2002، 10).

وتكون بداية اضطراب الهلع إما حادة أو مزمنة، وعادة ما يكون مصحوباً باضطرابات إكلينيكية أخرى، كما أن أكثر من نصف مرضى اضطراب الهلع يستوفون المحكات التشخيصية لاضطرابات الشخصية التجنبية أو الاعتمادية. وسنعرض في السطور الموالية تعريفات الهلع ومعايير التشخيصية، والتفسيرات المتباينة، والمتنافسة لتحديده، وتعيين العوامل المسهمة في ظهوره وعلاجه.

1. مفهوم وطبيعة اضطراب الهلع: يتبدى اضطراب الهلع في صورة مخاوف شديدة تصل إلى درجة الرعب (الذعر) تظهر بشكل مفاجئ توجبها أعراض فيزيولوجية متسارعة، تغذيها إحساسات مفزعة بفقد السيطرة، أو الخوف من الموت، ثم تتبدد وتنتهي في غضون عدة دقائق، تاركة وراءها خوفاً وقلقاً متزايداً من إمكانية تكرار هذه الحالة بأعراضها المفاجئة، مما يظهر لديه عجزاً واضحاً في الأداء الوظيفي الاجتماعي المهني.

ولقد عرفَ عبد المنعم الميلادي اضطراب الهلع بأنه نوبات متكررة من القلق الحاد والشديد يشعر فيها الإنسان أنه على شفا الموت أو يكاد أن يفقد عقله ويصاب بالجنون، وأنه قد يفقد السيطرة على نفسه، تستمر هذه النوبة أقل من ساعة و تكون غير متوقعة ، فهي تحدث فجأة ثم تبدأ في التحسن تدريجياً وتخفّ ، و قد يصاب بها الشخص عدة مرات كل أسبوع دون أن يكون لها سبب عضوي (الميلادي، 2004، 105).

ويعني الحدوث المفاجئ - عامة - أن الهلع سوف يبلغ ذروته خلال عشر دقائق، برغم أن بارلو وزملاءه (1994) يرون أن محك الخمس دقائق قد يكون أفضل في إظهار الطبيعة الحقيقية لاستجابة الإنذار في الهلع. ويعد التحديد الواضح لفجائية النوبة ضرورياً لتمييز الهلع عن حالات القلق الأخرى (ميركر، 2006، 155).

أمامارتن و راندي (2008) فقد عرفا اضطراب الهلع بأنه حالة قلق يتعرض خلالها الأفراد إلى نوبات ذعر على حين غرة، من دون أي حافز أو سبب جلي. وفي بعض الحالات تكون النوبات متقطعة نسبياً (ربما مرة كل بضعة شهور)، ولكن قد تحدث أيضاً عدة مرات في اليوم. وبالإضافة إلى ذلك، 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 الإصابة بالإسهال أو الإغماء). كما أنهم يغيرون سلوكهم لكي يتكيفوا مع النوبات أو لكي يحولوا دون حدوثها:

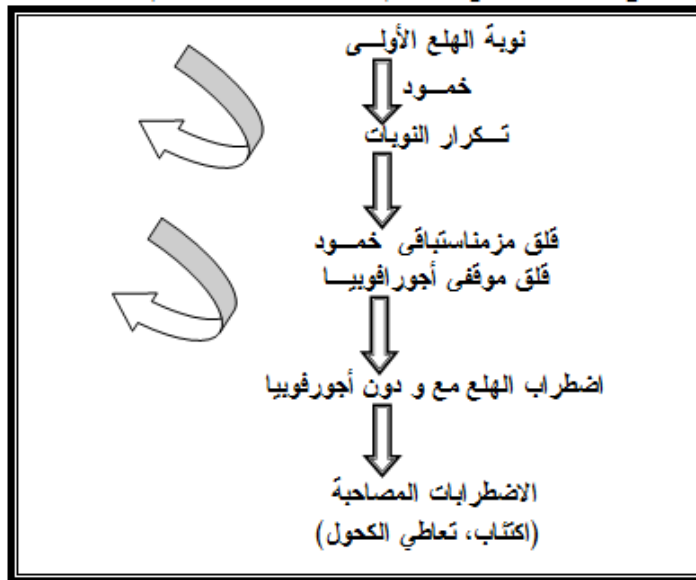
- حمل الأدوية أو المال أو الهاتف الخليوي أو أي جهاز النداء أو الماء أو أدوات السلامة الأخرى.
- تجنب بعض النشاطات (مثل التمارين الرياضية والجماع) التي تحفز أعراضاً شبيهة بأعراض الذعر أو الإثارة الجسدية.
- الإصرار على اصطحاب رفيق عند مغادرة البيت.
- احتساء الكحول لمقاومة الإحساس بالخوف.

- تجنب الكافيين أو الكحول أو مواد أخرى.
- فحص النبض أو ضغط الدم غالبا.
- الانتهاء عن الأعراض (مثلا بقراءة كتاب أثناء الانتقال في قطار أو حافلة).
- الحاجة الدائمة إلى معرفة مكان الزوج/الزوجة.
- الجلوس قرب أقرب مخرج في صالة السينما أو المطعم (مارتن و راندي، 14، 2008).

ويرى كرينغ وآخرون أن اضطراب الهلع يتميز بنوبات متكررة من الهلع لا ترتبط بمواقف محددة، والقلق حيال الإصابة بالمزيد من نوبات الهلع. ونوبة الهلع عبارة عن نوبة مفاجئة من التوجس الشديد والرعب والشعور بقرب الأجل، تصاحبها أعراض مثل صعوبة التنفس، وخفقان القلب، والغثيان، وآلام الصدر، والشعور بالاختناق الناتج عن انسداد الحلق، أو انسداد الفم والأنف، والدوار، والعرق، والارتعاش. ومن بين الأعراض الأخرى التي يمكن ظهورها خلال نوبة الهلع تبدد الشخصية (إحساس الفرد بأنه خارج جسده) وتبدد الواقع (إحساس الفرد بأن العالم غير حقيقي)، والمخاوف من فقد السيطرة على النفس ومن الجنون أو حتى من الموت (كرينغ وآخرون، 353، 2016).

وبالنظر إلى التعريفات السابقة نجد أن الخوف عادة في اضطراب الهلع يكون من حدوث النوبة أي من احتمال الإصابة مرة أخرى بنفس الحالة، وليس الخوف من الموقف أو الشيء في حد ذاته، وهو الأمر الذي يترك وراءه انشغالا شديدا بإمكانية تكرار النوبة.

2. تطور اضطراب الهلع: تظهر نوبة الهلع الأولى وتستتار نتيجة تغير طفيف في الحالة الجسمية، حيث تبدو كأنها حدثت دون مقدمات، مما يسبب توجسا وانتظارا. ويؤدي تكرار النوبات إلى قلق مزمن وقلق مرتبط بالموقف (أجورافوبي) 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 (Delbrouck M, 2011):



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

3. معايير تشخيص اضطراب الهلع: عندما نتحدث عن تشخيص اضطراب الهلع فلا بد من الإشارة إلى أنه كان في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع مرتبطاً مع اضطراب الخوف من الأماكن الواسعة، إذ لا يمكن تشخيص أي منهما ككيان مرضي قائم بذاته، وهما بذلك لا يملكان رموزاً تشخيصية كل على حدا.

لكن الدليل التشخيصي في طبعته الخامسة (DSM-5,2013) قد فصل اضطراب الهلع عن اضطراب الخوف من الأماكن الواسعة، وتعامل معهما كاضطرابين مستقلين، يتم تمييز كل منهما بشكل مستقل.

معايير تشخيص اضطراب الهلع وفق (DSM-5,2013):

حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (2013) المعايير التشخيصية لاضطراب الهلع مشار إليه في (الحمادي، 2015، 173) والتي نعرضها فيما يلي:

A 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.

(1) خفقان، دقات القلب الشديد، أو تزايد سرعة القلب.

(2) تعرق.

(3) ارتعاش أو ارتجاف.

(4) أحاسيس بقصر النفس أو الاختناق.

(5) شعور بالغصص.

(6) ألم أو انزعاج صدري.

(7) غثيان أو تلبك في البطن.

(8) الإحساس بالدوار أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الإغماء.

(9) قشعريرة أو أحاسيس بالحرارة.

(10) مذل أو تشوش الحس (إحساسات بالتميل أو بالوخز).

(11) تبدد الواقع (إحساسات باللاواقعية) أو تبدد الشخصية (أن يكون الشكل منفصلاً عن ذاته).

(12) خوف من فقدان السيطرة أو الجنون.

(13) خوف من الموت.

ملاحظة: قد تشاهد أعراض ثقافية محددة (مثلاً طنين، آلام الرقبة والصداع والصراخ أو البكاء الخارجة عن السيطرة). لا ينبغي أن نعتبر مثل هذه الأعراض أحد الأعراض الأربعة المطلوبة). **B** واحدة على الأقل من الهجمات تلاها شهر (أو أكثر) لأحد أو لكل ما يلي:

1- قلق مستمر أو خوف حول هجمات إضافية من الهلع أو حول عواقبها (مثلاً فقدان السيطرة، الإصابة بنوبة قلبية، "يصبح مجنوناً").

2- تغيير كبير في السلوك وعدم التوافق متعلق بنوبات الهلع (مثلاً السلوكيات تهدف إلى تجنب حصول نوبات الهلع مثلاً تجنب الحالات غير المألوفة).

C لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً إساءة استخدام عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى (مثلاً فرط نشاط الدرق، واضطرابات قلبية رئوية).

D لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر (مثلاً هجمات الهلع لا تحدث فقط كاستجابة للمواقف الاجتماعية المرهوبة، كما في اضطراب القلق الاجتماعي، وليس كاستجابة للأشياء أو الحالات المرهوبة المحددة، كما

في الرهاب النوعي، وليس استجابة للوساوس، كما في الوسواس القهري، وليس كاستجابة لما يذكر بالأحداث المؤلمة كما في اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وليس كاستجابة للانفصال عن شخص متعلق به، كما في اضطراب قلق الانفصال.

4. معدلات انتشار اضطراب الهلع: إن السمة الأساسية لاضطراب الهلع هي النوبات المتكررة من الخوف الشديد، والتي لا تقتصر على موقف بعينه، وتكون فجائية. والدراسات الوبائية لهذا الاضطراب أوضحت عموم انتشاره ولكن بنسب متباينة.

فقد أجرى كارلبرج و زملاؤه (Carlbring et col,2002) دراسة على عينة عشوائية قوامها (1000) مشارك من الجمهور العام في السويد تراوحت مدة 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.

و في نفس السياق يشير إيهاب كمال أن (1-2%) من الأفراد يعانون سنوياً من هذا العرض المرضي و تظهر الدراسات وجود تاريخ مرضي داخل العائلة مما يدل إلى أن بعض الأشخاص قد يكونون أكثر ميلاً للإصابة به (كمال، 2008).

كما أوضحت دراسات أخرى أن من بين (2% إلى 5%) من الجمهور العام قد انطبقت عليهم محكات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الأماكن المفتوحة، يضاف إلى ذلك أن نوبات الهلع قد تظهر في أنواع أخرى من الاضطرابات مثل: اضطرابات القلق (بأنواعها وتصنيفاتها المختلفة) واضطرابات المزاج (بتصنيفاتها المتعددة) (غانم، 2006، 65). ويكون 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. ويكون التطور في معظم الحالات الإكلينيكية مزمنًا يتصاعد ويتنازل (APA, 2003,501).

5. النظريات المفسرة لاضطراب الهلع:

1.5. النظريات البيولوجية: إن النظريات البيولوجية التي تنظر إلى اضطراب الهلع على أنه متميز عن الأنواع غير الهلعية من القلق، وباعتباره يرجع إلى فروق في العمليات البيولوجية أنجزت كما هائلاً من البحوث، خاصة التجارب التي تحاول استثارة الهلع في المعمل. وليس من المستغرب أن يكون العلاج المفضل لدى المتخصصين ذوي التوجه البيولوجي هو العلاج بالأدوية النفسية (ميركر، 157، 2006).

وقد أكدت هذه النظريات على 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 الإثارة 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 جسمية قوية (بيكفيلد، 2004، 18).

وتعتمد التفسيرات العضوية على عدة عوامل أهمها:

1. الوراثة: لقد انصب العلماء بشكل جاد على تحديد أثر العوامل الجينية بالنسبة لاضطرابات القلق، حيث وجود في عدة دراسات أن الاضطراب 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 قاطعاً على أن ثمة فروقا 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 هلع، 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، 75، 2004).

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 (المالح، 1995، 31).

وفي دراسة **نعمان سرحان** وجد أن نسبة انتشار اضطراب الهلع كان أكثر عند أقارب الدرجة الأولى للمرضى بنسبة (14.9 %) مقارنة بأقارب الدرجة الأولى للأصحاء بنسبة (3.1 %) (نعمان سرحان ، حيدر علي، 2006، 2).

ولقد ذكر حسين فايد أن حوالي (15%-75%) من الأقارب من الدرجة الأولى لمرضى الهلع يصابون بالاضطرابات، وبالمقارنة فإن معدل إصابة التوائم المتماثلة هو (80%-90%) و (10%-15%) من التوائم غير المتماثلة. أما الأساس الجيني لرهاب الأماكن الواسعة فيعد أقل وضوحاً برغم أن هناك تقارير تشير إلى أن (20%) من الأقارب لديهم نفس الاضطراب (فايد، 2004، 272).

وعلى الرغم من تباين النسبة المذكورة سالفاً، والمتعلقة بمعدل الإصابة بالاضطراب بين أقارب مرضى الهلع إلا أنه في النهاية لا يمكن إنكار الأساس الجيني لهذا الاضطراب.

إن الدراسات تشير إلى أن قابلية التوريث تتراوح ما بين (20%) إلى (40%) في حالة الرهاب واضطراب القلق العام، واضطراب الكرب التالي للصدمة، وتصل إلى (50%) في حالة اضطراب الهلع (Hettama, Neal, & Kendler, 2001).

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 اللكتات والأكسجين أكبر منه عند هؤلاء الذين لم يصابوا بالهلع (سيليجمان، 75، 2004).

كما وجد أن المرضى الذين لديهم تاريخ مرضي لنوبات الهلع عند حقنهم في مجرى الدم بلكتات 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 هلع 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 باللكتات (سيليجمان، 2004، 75).

كما تشير إحدى النظريات العضوية إلى وجود حساسية خاصة في جذع الدماغ لغاز ثاني أكسيد الكربون ، وهي حساسية مزمنة تؤدي إلى فرط التنفس المزمن وقد تبين بالتجربة أنه إذا كان هواء الغرفة مشبعًا بغاز أكسيد الكربون بنسبة 5% فإن ذلك يؤدي إلى حدوث نوبة هلع عند الأشخاص المهيئين 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 الإنسان، وهي:

• المنطقة الجبهة الأمامية.

• اللوزة AMYGDAL.

• منطقة ما تحت المهاد في منطقة تحت القشرة المخية.

فعند تعرض الإنسان لانفعال ما، يبدأ المخ في التعامل مع هذا الانفعال بواسطة القشرة قبل الجبهة الأمامية، والتي تقوم بالتقييم المعرفي لهذا الضغط، ثم ينتقل العمل إلى 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 الاستجابات الانفعالية والسلوكية المتكاملة (Lundervold et al, 2008).

ونظرا 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).

إذا يمكن التحدث هنا عن مجموعة من أجزاء المخ التي تدعى دائرة الخوف (Fear Circuit) والتي تتضمن اللوزة كأحد الأجزاء المهمة في تلك الدارة، والتي تبدي نشاطا استثنائيا لدى الأشخاص المصابين بالقلق عموما. وعلى الرغم من أنه خلال العقدين الماضيين تجمعت عدة أدلة لتدعيم التفسير النظري البيولوجي لاحتمالية تطوير أعراض نوبات الذعر واضطراب الهلع، حيث حظيت دراسات الجانب 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، وتبعا للإثباتات السابق ذكرها فقد كانت العلاجات المفضلة تعتمد على إعطاء مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، بالإضافة إلى العقاقير المؤثرة على زيادة السيروتونين في المشابك العصبية.

إلا أن هذه الأدلة التي حملتها الدراسات في هذا الإطار النظري ليست مطلقة، فمن الصعب الوصول إلى 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 دواما، ويمكن للمريض أن يتعرض للانتكاسة بعد التوقف عن تناول الأدوية، هذا بالإضافة إلى جملة من المضاعفات.

عموما فإن اضطرابات القلق ترتبط بالخلل في منظومة السيروتونين (Chang, Cloak, & Ernst, 2003) ومستويات النوربينفرين الأعلى من المعدل الطبيعي (Geraciotti, Baker, Ekhtor, et al., 2001).

وعليه فإن النظريات التي تعتمد على التفسير الكيميائي تؤكد على أن الخلل في كيمياء المخ المتعلق بمستويات بعض المواد يسهم بشكل كبير في ظهور نوبات الهلع.

وهنا فإننا لا نملك إلا أن نجتهد في البحث عن نظريات يمكن أن تقدم لنا تفسيرات تتبني عليها علاجات أكثر أمناً أولاً، وأكثر فعالية واستمرارية ثانياً.

2.5. النظرية السلوكية: تسلم هذه النظرية بأن حادثاً محايداً يصبح مرتبطاً بالخوف، وذلك بأن يقترن بمنبه يعد - بطبيعته - مثيراً للضيق أو القلق، وعن طريق عملية ارتباطيه (إشراط تقليدي) تكتسب الموضوعات الحسية بالإضافة إلى الأفكار والصور المتخيلة القدرة على إحداث الضيق. وفي المرحلة الثانية في سير الأعراض تتطور استجابات الهرب أو التجنب لتقلل من القلق أو الضيق الذي تثيره منبهات شرطية مختلفة، وتستمر هذه الاستجابات بسبب نجاحها في تخفيض القلق، ونتيجة للتعميم الشامل فإن كثيراً من المواقف المثيرة للخوف لدى الوسواسيين القهريين لا يمكن تجنبها بسرعة أو بشكل مباشر. ويعد السلوك التجنبي السلبي - وكذلك السلوك الذي يستخدمه مريضى الخوف الشاذ - غير فعال في السيطرة على القلق، فتنطور عندئذ أنماط التجنب النشطة في شكل سلوك يتخذ صورة طقوس معينة (عبد الخالق، 2002، 279).

بطريقة مشابهة بمجرد أن ينتاب شخص ما نوبة هلع في سيارته على سبيل المثال فمن المحتمل أن يؤدي مجرد جلوسه خلف دفة القيادة إلى الإثارات العاطفية والبدنية المرتبطة بالقلق، فقد أصبح جهاز الإنذار في جسده مشروطاً بالسيارة وكل الأشياء الموحية المرتبطة بها، مثل: المناظر والروائح والأصوات.

و تقيد نظريات التعلم السلوكي لأسباب اضطراب الهلع أن ازدياد دقات القلب مثلاً مرتبط بحدوث الخطر الشديد مهما كان سبب هذا الازدياد ويؤدي ذلك إلى ارتباط الخوف والقلق بالظرف المؤلم وبالتالي توقع الخطر، هذان الأخيران اللذان تغذيهما العوامل الاجتماعية العامة والتربوية أثناء الحروب والكوارث و الاضطرابات 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 شرطياً بهذه النوبة، بحيث إذا ما دخل الفرد في نفس الموقف مجدداً 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 يكون 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 تمثيلاً آخر)، أو كابحة (تنشط تمثيل معين يكبح تنشيط تمثيل آخر) (هوفمان ، 2012 ، 63).

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

وتعتمد قوة التأثير السلوكي هنا كلما كانت هناك العديد من مواقف التجنب في الخوف من الأماكن الواسعة حينها يصبح التعرض من أهم المكونات منفعة وفاعلية، وحتى في غياب مواقف التجنب (في الأجورافوبيا) فإن تدريبات التعرض في اضطراب الهلع تركز على الأنشطة، والمواقف التي تستثير الأعراض الجسمية المهددة، والتي تساعد في تفسيرها. وهنا يفرض التدخل السلوكي نفسه في اضطراب الهلع من حيث التفسير والعلاج.

3.5. النظريات المعرفية: أصبح للنظريات التي تؤكد التأثيرات المعرفية تأثيرا كبيرا حاليا في علاج المخاوف الاجتماعية (Butler, 1989)، والقلق العام، واضطرابات الهلع (Carck et al, 1988)، وتؤكد هذه النظريات حساسية الناس المتخوفين والمستهدفين للهلع للمؤشرات المنبئة بالخطر، وتفسر هذه الخبرات باعتبارها سلوكا معرضا للتهديد، يؤدي إلى تفاقم القلق بعد ذلك. والذي يؤدي بدوره إلى أعراض يستجيب لها العميل بقدر أكبر من القلق (ليندزاي وبول، 2000، 171).

تقدم النظرية المعرفية طيفا واسعا من النماذج المفسرة لاضطرابات القلق والتي لاقت دعما تجريبيا جيدا، وقبل التطرق إلى هذه النماذج نخرج على مفهوم حساسية القلق باعتباره مفهوما معرفيا، وعاملا حاسما في نشوء القلق، ومفهوما مركزيا في المنظومة المعرفية لاضطراب الهلع، وهو يعرف في التراث النظري النفسي المرضي على أنه خاصية ثابتة تولدها خبرات متنوعة تعمل على تشكيل معتقدات بأن هناك عواقب مؤدية لمختلف الإحساسات والمثيرات.

مفهوم حساسية القلق:

اتساقا مع النظريات المعرفية للقلق، فإن مفهوم حساسية القلق يضع سوء التقدير المعرفي باعتباره عاملا حاسما في نشأة القلق، حيث يؤدي سوء تأويل الإحساسات البدنية إلى دائرة شريرة يؤدي فيها التأويل الخاطئ إلى زيادة القلق كاستجابة مخيفة لاستثارة تزيد من نفس الأعراض التي تشكل بؤرة الخوف، وقد تتخذ هذه العملية طريقا لولبيا لتؤدي في نهاية الأمر إلى هلع تام كخوف يتغذى على نفسه (فايد، 264، 2004).

وتتمثل حساسية القلق كمفهوم معرفي خاصية ثابتة نسبيا لدى الأفراد، وتكون موجودة لديهم بنسب متفاوتة (حسب الفروق الفردية).

فالأفراد ذوي حساسية القلق المرتفعة قد يعتقدون أن قصر النفس دلالة على الاختناق، أو أن سرعة ضربات القلب تشير إلى نوبة قلبية، بينما يخبر الأفراد ذوي حساسية القلق المنخفض هذه الإحساسات باعتبارها غير سارة، ولكنها غير مهددة (Schmidt et al, 1998).

وفي هذا السياق حاول ماك نالي (Mc Nally, 1990) التعرف على أي العوامل المهيأة لتطويع نوبة هلع، وقد اقترح مفهوم الحساسية للقلق الذي يتضمن الاستجابة بأعراض القلق بسبب التأويلات الكوارثية. ولقد استطاع أن يظهر أن مؤثر حساسية القلق يعد أحسن عامل مهئ لنوبات الهلع (Cottrausc J, 2001, 41).

ففي دراسة زيتلين وماك نالي (Zetilin & Mc Naly, 1993) وجدا فيها أن مرضى الهلع يحصلون على متوسط درجات في حساسية القلق أكبر وبشكل جوهري من مرضى الوسواس القهري، كما حصل مرضى الهلع على متوسط درجات في حساسية القلق أكبر وبفرق جوهري من عينات مختلطة من اضطرابات قلق أخرى. وفي دراسة طويلة لمالر وريس (Maller & Reiss, 1992) أجريت على طلاب الجامعة (151) فقد توصلا بعد ثلاث سنوات إلى أن (23) فردا من ذوي حساسية القلق المرتفعة خبروا نوبات هلع، وأن (4) أربعة أشخاص منهم خبروا نوبات هلع للمرة الأولى خلال فترة السنوات الثلاث، وأن (3) ثلاثة منهم كان لديهم حساسية قلق مرتفعة من قبل.

ذلك لأنهم يعتقدون أن مثل هذه الأعراض تنذر بأزمة بدنية وشيكة الحدوث وارتباك عام، أو انهيار عقلي، وعلى النقيض من ذلك، نجد أن الأفراد ذوي حساسية القلق المنخفضة ينظرون إلى مثل هذه الإحساسات باعتبارها غير ضارة (Stewart & al, 2001, 344).

وبهذا ظلت التفسيرات المعرفية تتأثر لتوضيح كيف تلعب العوامل الإدراكية الدور البارز في اضطراب الهلع حتى وإن كان ذلك يأخذ سياقات مختلفة تمثلها في نماذج أساسية نوضحها فيما يلي:

1. نموذج بيك وإمري (1985):

لقد وصف بك وإمري (Beck & Emery, 1985) نموذجاً للقلق ينشط فيه جهاز الاستجابة للطوارئ، بواسطة إدراك الفرد للخطر. فقد تطور ذلك (الجهاز) بشكل يغري بالبقاء في وجه الخطر العضوي الحقيقي، عن طريق إعداد الفرد للعدوان أو الهروب (الكر والفر) أو منعه من الحركة بشكل مفاجئ (إغماء، تجمد). ولكن الاستجابة للطوارئ في حد ذاتها يمكن أن تحذر الفرد، وتولد في الجسم شعوراً بالاضطراب وخللاً إدراكياً (معرفياً) طارئاً، ولذا: تعتبر في حد ذاتها مصادراً للخطر تظهر في صورة: سرعة ضربات القلب، شعور بالدوار أو الضعف، إحساس بالزيف، واضطرابات أخرى... وعندما تنشط الاستجابة للطوارئ- كما في حالة الهلع- يزداد الخوف والقلق بشكل سريع، ويتلشى التفكير المنطقي وتميل التجربة المرعبة إلى زيادة الخوف، وتعرض المصاب لمزيد من الأعراض، وتتسأ حلقة مفرغة من التوقعات المخيفة والأعراض المرعبة.

ويصف الشكل الموالي النظرية المعرفية لتفسير المخاوف ونوبات الهلع حسب بيك وإمري (Beck & Emery, 1985):



الشكل رقم (2) (Cottrausc J, 2001, 40)

وفي حالة اضطراب الهلع تميل الإحساسات المرتبطة بالقلق (مثل الدوار، سرعة ضربات القلب، صعوبة التنفس، الشعور بالاختناق)، بالإضافة إلى تغيرات عضوية وعاطفية أخرى لا يستطيع الفرد تفسيرها، تميل لأن تصبح هدفاً للتفسيرات الخاطئة. وعندما تحدث إحساسات الخوف، تتحفز أفكار وصور المصائب: ماذا يكون الحال لو إنسد حلقي تماماً؟ إنني قد أختنق حتى الموت، إن الدنيا تبدو غامضة ومضحكة، لا بد أن أكون قد أصابني الجنون... ويمكن أن تستثار استراتيجيات التكيف المنحرفة: "ألم في الصدر- لا بد أنها أزمة قلبية هذه المرة! يفضل ألا أبقى بمفردي"- وتميل الأفكار والصور (كما يقرر النموذج) إلى زيادة القلق، مما يوسع الدائرة المفرغة من الخوف والأعراض... علاوة على ذلك، فإن الاعتقاد بأن الأعراض تنبئ عن الفواقع مما يسهم في زيادة التبعية (الرهابية)، وتجنب الاختلاط بالناس (بيكوآخرون، 1989، 55).

وبهذا يكون بيك (Beck, 1988) قد وصف نموذجاً للهلح يثير فيه إدراك الفرد للخطر نسق الاستجابة الطارئ، ويعمل هذا النسق على تحقيق البقاء للفرد في مواجهة خطر فيزيقي (مادي) حقيقي، وذلك بإعداده للعدوان أو الهرب (القتال أو الإسراع بالابتعاد)، أو منعه من الحركة المفاجئة (الإغماء أو التجمد في مكانه). إلا أن الاستجابة الطارئة في حد ذاتها قد تعمل كمنبه للفرد، حيث تعمل على تجميع الإحساسات الجسمية المضطربة والاختلالات الوظيفية المعرفية العابرة، والتي يمكن للفرد أن يدركها على أنها مصادر للخطر، وعندما تثار الاستجابة الطارئة يتزايد الخوف والقلق

بشكل سريع يقل معه التفكير العقلاني، وتبدأ حلقة مفرغة من التوقعات المفرغة والأعراض المخيفة (محمد، 196، 2000).

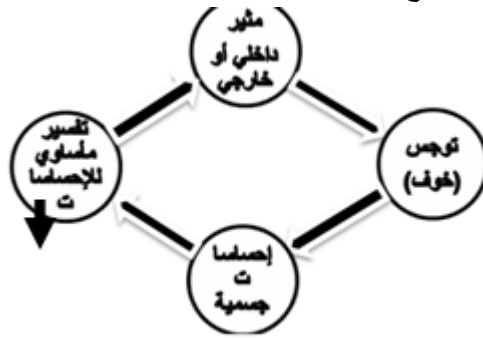
ويؤكد بيك أن العامل الذي يؤدي إلى التصاعد اللولبي للقلق، هو الطريقة التي يفسر بها المريض حالته الوجدانية البغيضة (أي حالة قلق)، فهو يتفحص هذه الاستجابة الوجدانية ويؤولها ويعطيها معنى، تماماً مثلما يفعل إزاء أي مثير من المثيرات الخارجية، وحيث أنه اعتاد أن يربط القلق بالخطر، فإنه يقرأ قلقه كإشارة خطر. ومن ثم تنشأ حلقة مفرغة أخرى: فالتفكير المحتوي على معنى الخطر يولد قلقاً، والتغذية الراجعة لمشعرات القلق تؤدي إلى مزيد من الفكر الباعث على القلق. ويخطر للمريض: " أنا أشعر بالقلق، إذا لابد أن الموقف خطير بالفعل " (بيك، 2000، 164). عن طريق الاستدلال الانفعالي تتغذى المعتقدات اللاكيفية التي من خلالها يتم التعامل مجدداً مع أنواع المثيرات الداخلية أو الخارجية.

2. نموذج كلارك (Clarck, 1986):

وهو نموذج معرفي لتفسير الهلع، والذي يفترض أن نوبات الهلع تنتج من التفسير الكوارثي لأحاسيس جسمية معينة مثل سرعة ضربات القلب، ضعف التنفس، والاختناق.

ومن أمثلة التفسير الكوارثي شخص صحيح يرى سرعة ضربات القلب كدليل على أزمة قلبية محتملة، تشير الدائرة المفرغة للنموذج المعرفي إلى أن العديد من المثيرات الخارجية، أو المثيرات الداخلية (الأحاسيس الجسمية، الأفكار أو التصورات) تستثير حالة من الخوف المرتقب إذا كانت هذه المثيرات قد تم النظر إليها أو اعتبارها تهديداً. من المفترض أن هذه الحالة تصاحبها أحاسيس جسمية مخيفة، والتي تزيد من الخوف المرتقب، وحدة الأحاسيس الجسمية إذا ما تم تفسيرها بطريقة كوارثية (Clarck D, 1986).

وتتطوي هذه التفسيرات المأساوية على إدراك أن هذه الإحساسات أكثر خطراً مما هي عليه فعلاً، وخصوصاً اعتبار هذه الإحساسات مؤشراً على قرب حدوث معضلة جسمية أو عقلية، والشكل الموالي يوضح كيف يقع الفرد فريسة دائرة مغلقة تجعله حبيس اضطراب الهلع.



الشكل رقم (3) يوضح الحلقة المفرغة التي يقع فيها مريض اضطراب الهلع (المحارب، 2000، 264)

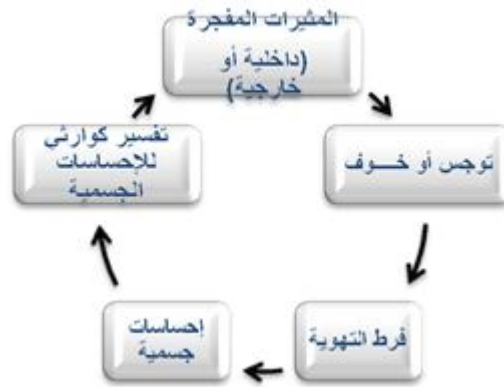
ولقد أبلغ المرضى أن حالة الهلع التي يصابون بها تنتج عن تأويلهم الخاطئ لأعراض القلق المتصاعد -على أنها أعراض نوبة قلبية، أو حالة جنون أو إشراف على الموت، كما أبلغوا أن القلق نفسه قد يتسبب في ضيق التنفس، وآلام في الصدر، تسيل العرق. لذا فعندما يؤولون تلك الأحاسيس والأعراض الجسمانية العادية على اعتبارها نوبة قلبية وشيكة، فإنها تصبح أكثر وضوحاً وسفوراً، وذلك لأن إساءة التأويل قد حولت حالة القلق التي انتابهم إلى حالة من الرعب والهلع، وهكذا تتواصل تلك الدائرة المفرغة حتى تؤدي إلى نوبة هلع عاتية (سيلجمان، 80، 2004).

وبهذا المنطق أجاب عالم النفس البريطاني دافيد كلارك، عن كيف يتعرض الناس إلى نوبات هلع غير متوقعة حيث اعتبر أنهم يفسرون بطريقة خاطئة وكوارثية الأحاسيس الجسدية التي تكون آمنة تماماً في الحقيقة، إذ إن مجرد

الظن بأن الكلاب خطيرة يمكن أن يؤدي إلى الهلع والخوف عند رؤية الكلاب. والظن بأن أعراضاً بدنية معينة مثل تسارع دقات القلب والدوار وضيق التنفس هي أعراض خطيرة، يمكن أن يؤدي إلى الهلع والخوف كلما عانى الشخص من تلك الأعراض، وبالطبع فإننا جميعاً يمكن أن نعاني من تلك الأعراض من حين إلى آخر لأسباب ليست خطيرة البتة. وإذا كنت تخشى تلك الأعراض أو تفسرها على أنها دليل على الخطر فمن المنطقي أن تخاف وتهلع عند حدوثها (مارتن و راندي، 20، 2008).

ولقد أكد كلارك وسالكوفيسكس على التفاعل بين العوامل النفسية والبيولوجية، فنوبة الهلع لا توصف بأنها عفوية ولكنها تمثل نتاج نهائي لتفاعل مركب من الإحساسات الجسمية الأولية (مثل تزايد ضربات القلب) والعمليات الانفعالية- المعرفية، ومن استجابة المريض.

وفي شكل ثريا (Illustre) يظهر لنا المخطط الموالي أن نوبة الهلع لها أصول ذات طبيعة نفسية وبيولوجية.



الشكل رقم (4) مخطط تطور نوبة الهلع حسب كلارك وسالكوفيسكس

نقلا عن (Huber w,1993,76)

ومن هنا يرى كلارك أنه إذا كانت إساءة التفسير المأساوي للأحاسيس الجسمية هي السبب وراء نوبات الهلع، فإن تغيير هذا الأسلوب في التفكير كفيل بأن يشفي من تلك الاضطرابات، وكان هذا العلاج الجديد على حد وصفه مباشراً ومختصراً.

3. نموذج بارلو (Barlow, 2000): لقد حظي المنحى النفسي البيولوجي لبارلو (Barlow, 1988) باهتمام متزايد، وحيث تصاغ النوبة الهلعية الأولى نظرياً في ضوء هذا المنحى باعتبارها إخفاً في منظومة الخوف تحت مواقف الحياة المثيرة للتوتر لدى أولئك الأفراد ذوي الاستعداد للإصابة. وطبيعة القابلية الفيزيولوجية للإصابة ما زالت حتى الآن موضوعاً للتساؤل، وهي تفسر على أقل تقدير باعتبارها استجابة مفرطة، أو أنها جهاز عصبي مستقل غير مستقر. (Crowe, Pauls, Noyes, & Slymen, 1983; Moran, & Andrews, 1985, Torgersen, 1983) ويصاغ مفهوم القابلية النفسية للإصابة باعتباره مجموعة من المعتقدات المحملة بالخوف، والتي تدور حول الإحساسات الجسمية (قد تعني سرعة ضربات القلب ذبحة صدرية، أو أنا ضعيف لدرجة أنني لا أستطيع التحكم في انفعالاتي) وحول العالم بصفة عامة (تجري الأحداث بطريقة خارجة عن التحكم)، وتبدو مفاهيم عدم القدرة على التحكم والحساسية للقلق (Reiss, Peterson, Gursky & McNally, 1986) مركزية في المنظومة المعرفية لاضطراب الهلع، واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة.

ويحتمل أن تكون خبرات الحياة المتعلقة بتطور مثل هذه المنظومات قد تضمنت تحذيرات من أشخاص ذوي أهمية للفرد، تتعلق بمخاطر عضوية وعقلية من بعض الإحساسات الجسمية المعينة (أشخاص مثل الوالدين مفرطي

الحماية) أو أحداث الحياة السلبية والجوهرية غير المتوقعة، والتي لا يمكن التحكم فيها (مثل فقدان الوالدين) (بارلو وآخرون، 14، 2002).

يقترح هذا النموذج مستويات مختلفة من الأسباب:

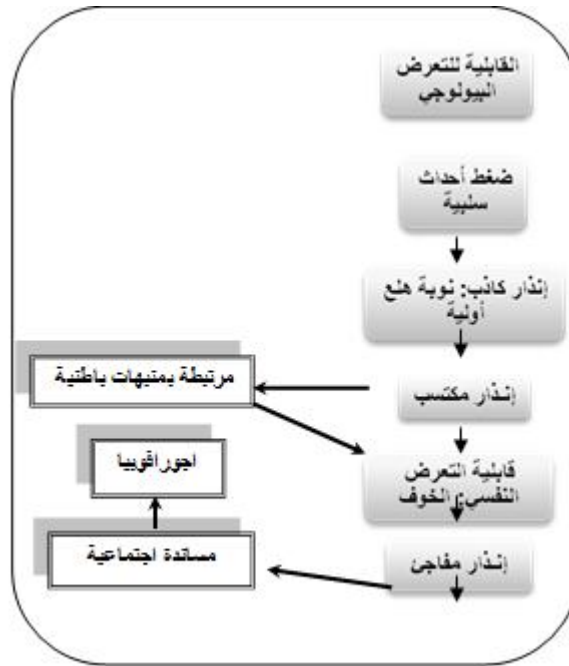
1. الاستهداف البيولوجي الوراثي، والذي لا يفسر إلا جزئياً الأصل الجيني لنوبة الهلع والخوف من الأماكن الواسعة (Kender et col, 1992).

2. أحداث الحياة هذه القابلة للاستهداف يقوم بتنشيطها خلل في السلوك الذي تحدثه مواقف الحياة السلبية.

3. استجابة الضغط: إنذار حقيقي، الحدث يتبعه استجابة ضغط منتشر والذي يحفز النظام الهرموني.

4. الاستهداف النفسي: والذي يمثل مجموعة معتقدات محملة بالخوف أين يسود الاعتقاد بعدم القدرة على التحكم والضبط، ويشعر المريض أنه غير قادر وضعيف.

والشكل الموالي يوضح نموذج القابلية للاستهداف الذي وصفه بارلو.



الشكل رقم (5) نموذج بارلو 1988 لاضطراب الهلع نقلا عن (Cottraux J, 2001, 42)

وبهذا فإن النماذج المعرفية للهلع تؤكد على الدور الذي يلعبه الميل الثابت لإساءة تفسير الإحساسات الجسمية، أو رؤية أعراض القلق على أنها أكثر خطورة مما هي عليه فعلاً، فالتفسيرات المأساوية الخاطئة المتكررة لجمل من قبيل (أنا أموت)، (سوف أصاب بالجنون)، على سبيل المثال تؤدي إلى زيادة في شدة الأعراض الجسمية، والتي تؤدي إلى نوبة هلع. وتركز العلاجات المعرفية على تحديد هذه التفسيرات الخاطئة، وتقدم تفسيرات غير مأساوية أخرى للإحساسات الجسمية، وتختبر مصداقية التفسيرات الجديدة، والتعرض للإحساسات المخيفة، أو في حالة رهاب الخلاء للمواقف المخيفة المرتبطة بنوبات الهلع السابقة (ميركر، 158، 2006).

مناقشة:

على الرغم من قوة التنظير الذي طرحته النظريات البيولوجية في بداية البحث عن أسباب اضطراب الهلع مع أو بدون الأجوارفوبيا، وتقديهما لأدلة تجريبية تثبت ذلك، سواء من حيث الاستقاء النظري لشرح المفهوم أو العلاجات الدوائية التي تم تجربتها على مرضى اضطراب الهلع، والتي كان لها مفعولا في التخفيف من معاناة هؤلاء المرضى، إلا أن النماذج المعرفية قد ملأت معظم الفراغات التي كان الباحثون ينظرون إليها ويعتبرونها قصورا واضحا في تفسير هذا الاضطراب، وقدمت تسلسلا لكيفية ظهور نوبة الهلع بما لا يدع مجالا للشك أن النماذج النفسية بدت أكثر إقناعا من غيرها.

فمثلا عندما يصاب الفرد بالذعر فإن ضربات قلبه تزداد، وإذ يشعر بذلك يظن أنه سيتعرض لنوبة قلبية، وهذا بدوره يجعله أكثر قلقا، الأمر الذي يزيد من خفقان قلبه، مما يزيد من يقينه بتعرضه لنوبة قلبية، فيبدأ بالتالي في الإحساس بالذعر والهلع، ويأخذ العرق يتصبب من وجهه، ويصاب بالغثيان، وباحتباس النفس، وهي كلها أعراض الهلع المعروفة، إلا أنها بالنسبة للفرد تأكيد لها جس الإصابة بنوبة قلبية، بينما حقيقة الأمر أن نوبة هوجاء من نوبات الهلع قد أصابته، والسبب وراءها هو التأويل الخاطئ لأعراض القلق على أنها أعراض موت محقق.

وهذه النظرية النفسية يمكنها أن ترد على معظم الأدلة البيولوجية بصورة جيدة.

- حيث ينجم عن الحقن بلكتات الصوديوم الإصابة بحالة الذعر، لأنها تزيد من سرعة ضربات القلب، كما أنها تسبب الأحاسيس الجسمية التي يخطئ الفرد في تأويلها بدوره على أنها كارثة توشك أن تحل به.
- يمكن القول بأن حالات الهلع في جانب من جوانبها ذات أصل وراثي - تتدخل فيها العوامل الوراثية - وذلك لأن الأحاسيس الجسمية الملحوظة مثل خفقان القلب في نشأتها وراثية، وليس لأن الهلع نفسه وراثي بشكل مباشر.
- مناطق الدماغ التي تحول دون تهدئة أو تخفيف حدة القلق نشطة، وذلك لأن هذا النشاط هو في حد ذاته عرض من أعراض الهلع.
- يحد تعاطي العقاقير من الإحساس بالهلع، وذلك لأنها تخفف من حدة الأحاسيس الجسمية التي تؤول على أنها أزمت قلبية (سيلجمان، 1976، 2004).

وهذا النموذج يفسر النجاح المبدئي في العلاج الدوائي لأن أي علاج يقلل من تكرار التقلبات الجسمية يقلل أيضا من المثيرات الممكنة لنوبة الهلع.

ومع ذلك متى يتم سحب العلاج الدوائي فمن المحتمل أن ينتكس المريض إلا إذا كانت ميول المريض نحو تفسير الأحاسيس الجسمية بطريقة كوارثية قد تغيرت أيضا (هوفمان، 1991، 2012).

أي أن العلاج و المكاسب العلاجية طويلة المدى لا يمكن أن تتأتى في هذا الإطار إلا بتدخل معرفي يعدل من التفسير الكوارثي للأحاسيس الجسمية التي يخبرها المريض وقت النوبة.

وبغض النظر عن ما ذكرته الدراسات التتبعية حول المفعول الجانبي لتعاطي الأدوية النفسية في هذا السياق، وخاصة العامل السمي وعامل الاعتمادية الذي يمكن أن ينتج عن تعاطي الأدوية، وخاصة بالنسبة لاضطراب الهلع فإن الخطورة تتمثل في أن نوبات الهلع ستعود بمجرد وقف الدواء (Michelson and Marchione, 1991)، ويستطيع بعض العملاء أن يطوروا نوبات هلع إذا وجدوا أنه عليهم مثلا ترك المنزل دون تناول الدواء (ليندزاي وبول، 2000، 213).

كما يؤكد كوترو (Cottrausc J, 2001, 41) هناك العديد من الأدلة التجريبية لصالح النموذج المعرفي لنوبات الهلع، النموذج النفسي والعيادي هو بالتأكيد أكثر إقناعا من النموذج البيولوجي الصرف، لأنه يمكن استثارة نوبات هلع

باستخدام عوامل كيميائية مختلفة (الكثات، ثاني أكسيد الكربون، إزوبرينالين، كوليسيستوكينين)، أو بالتحكم تجريبيًا في متغيرات نفسية.

وفي الواقع فإن وهم التحكم الذي يمكن أن يمتلكه المريض أو لا يمتلكه يصبح عنصرًا نفسيًا أساسيًا للاستثارة الكيميائية لنوبة الهلع كما هو الحال بالنسبة لدراسة أجراها سندرسون الذي عرض 20 مريضًا لاستنشاق (5%) من (CO₂)، حيث قسمهم إلى مجموعتين، الأولى تتكون من (10) أفراد أخبروا أنه باستطاعتهم التحكم في بداية CO₂ بينما لا تملك المجموعة الثانية (10 أفراد) نفس الإمكانية وقد أسفرت النتائج عن تكرار نوبات الهلع للمجموعة الثانية أكثر بشكل جوهري من المجموعة الأولى.

وتؤكد هذه التجارب وغيرها دور العوامل النفسية (كمسببات) لاضطراب الهلع واستمراره وبالتالي فعالية التدخلات العلاجية النفسية التي تعتبر آمنة مقابل استخدام الأدوية في علاج هذا الاضطراب. فهناك شبه إجماع بين المعرفيين السلوكيين المهتمين باضطراب الهلع على اعتبار النموذج المعرفي لاضطراب الهلع الذي طوره كلارك (Clark, 1988)، والذي أظهرت نتائج العديد من الدراسات في هذا المجال فعاليته في علاج الهلع النموذج الأمثل وفقًا للمنظور المعرفي السلوكي.

وتبقى الدراسات مستمرة في هذا الإطار لمنح مرضى اضطراب الهلع إمكانية الفهم والتدخل العلاجي السريع والفعال للحد من معاناتهم.

المراجع:

- 1- الحمادي، أنور (2015): خلاصة الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية، بيروت، الدار العربية للعلوم ناشرون.
- 2- المالح، حسان (1995): القلق العام و نوبات القلق الحاد (الهلع)، الثقافة النفسية م6، ع 24، القاهرة، دار النهضة العربية.
- 3- المحارب، ناصر (2000): المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، دار الزهراء، الرياض.
- 4- الميلادي، عبد المنعم (2004): الأمراض و الاضطرابات النفسية، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة.
- 5- أنطوني، مارتن. ماك كاب، راندي (2008): 10 حلول بسيطة لعلاج حالات الذعر، ترجمة ميراى مكاري، بيروت، دار الكتاب العربي.
- 6- بارلو، ديفيد وآخرون (2002): مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية ترجمة صفوت فرج، القاهرة، الأنجلو المصرية.
- 7- بيبك، آرون (2000): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، بيروت، دار النهضة العربية.
- 8- بيبك، آرون. سكوت، جان. ويليامز، مارك (1989): العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، ترجمة حسن عبد المعطي القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- 9- بيكفيلد، دينيس (2004): كيف تسيطر على خوفك وتعود لحياتك من جديد، الرياض، مكتبة جرير.
- 10- سيليجمان، مارتن (2004): ما الذي يمكنك تغييره، الرياض، مكتبة جرير.
- 11- عبد الخالق، أحمد (2002): الوسواس القهري - التشخيص والعلاج - الكويت، مكتبة الكويت الوطنية.
- 12- عبد القوي، سامي (1995): علم النفس الفيزيولوجي، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- 13- علي، نعمان. علي، حيدر (2006): دراسة عائلية لاضطراب الهلع في العراق المجلة العربية للطب النفسي، عمان، م17 ع2.
- 14- غانم، محمد (2006): الاضطرابات النفسية و العقلية و السلوكية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 15- فايد، حسين (2004): علم النفس المرضي، الإسكندرية، حورس الدولية.
- 16- كريغ، آن. جونسون، شيري. نيل، جون. دافيدسون، جيرالد (2016): علم النفس المرضي، استنادا على الدليل

- التشخيصي والاحصائي الخامس، ترجمة الحويلة، أمثال وآخرون، القاهرة، الأنجلومصرية.
- 17- كمال، إيهاب (2008): ثلاثي الهزيمة (قلق . أرق . اكتئاب) ، ب/ط ، القاهرة، الدار الذهبية.
- 18- ليندزاي .س، بول.ج(2000): مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، الأنجلومصرية.
- 19- محمد، عادل (2000): العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، القاهرة، دار الرشاد.
- 20- ميركر، آن ماري (2006) اضطراب الهلع في روبرت ليهي: العلاج النفسي و المعرفي في الاضطرابات النفسية، ترجمة
جمعة، يوسف. محمد، الصبوة. القاهرة، إيتراك للطباعة و النشر.
- 21- هوفمان، إس جي(2012): العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، ترجمة مراد عيسى، القاهرة، دار الفجر.
- 22- American psychiatric Association, (2003): **Manuel diagnostique et statistique des teoubles mentaux**, Texte révisé Traduction J .D Guelfi et coll, Masson, Paris.
- 23- Chang,L., Cloak, C.C., & Ernst, T. (2003): **Magnetic resonance spectroscopy studies of GABA In neuropsychiatric disorders**, Journal of Clinical Psychiatry, 64(suppl.3), 7-14.
- 24- Clark,D(1986): **A cognitive Approach to panic**, Behavior Research and Therapy, 24, 461-470
- 25- Cottraux, J (2001) : **Les thérapies comportementales et cognitives**, Masson, Paris.
- 26- Delbrouck M (2011): **Psychopathologie, Manuel a l'usage du médecin et du Psychothérapeute**, de boeck, Paris.
- 27- Geraciotti, T.D., Baker, D.G., Ekhtor, N.N., West, S.A., Hill, K.K., Bruce, A.B., Kasckow, J.W. (2001): **CSH norepinephrine concentrations in posttraumatic stress disorder**. American Journal of Psychiatry, 15, 1227-1230.
- 28- Hettama, J.M., Neale, M.C., & Kendler, K.S. (2001): **A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of the anxiety disorders**. American Journal of Psychiatry, 158, 1568-1578.
- 29- Lundervold A, & Buermann M (2008) : **Effect off Behavioral Activation Treatment on Chronic Fibromyalgia Pain Replication and Extension**, International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. 4. 146-157.
- 30- Schmidt N, Lerew D, & Jackson R (1998) : **Anxiety Sensitivity and Pathogenesis of Anxiety and Depression ; Evidence for Symptom Specificity**, Behavior Research and Therapy, 36. 185-177
- 31- Stewart S, Taylor S, Jang K, Cox B, Watt M, Fedoroff I & Borger S (2001) : **Causal modeling of relations among learning history, anxiety sensitivity, and panic attacks**. Behavior Research and Therapy, Vol 39, 443-456.