

القلق عند المصابين بالصرع



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران -2- محمد بن أحمد
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والأرطوفونيا
شعبة علم النفس
تخصص علم النفس الكلينيكي



مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس العيادي

القلق عند المصابين بالصرع
دراسة عيادية لحالتين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بوهران Jean craft

تحت إشراف الأستاذة:

بيلامي عواطف

الطالبة :

بولحية فريدة

السنة الجامعية: 2024/2023

شكر و عرفان

بسم الله الرحمن الرحيم ، و الحمد لله رب العالمين الذي منحنا القدرة و سخر لنا الطاقة و وهبنا العقل للبحث و التدبير و إنجاز دراستنا . هذا اليوم العظيم كان أمس حلما لطفلة صغيرة خطت أولى خطواتها في درب العلم و رحلة التعلم التي لم تكن بالسهلة ، ولكن بفضل الله تعالى و رضا الوالدين و الأساتذة الكرام كلهم بدون استثناء استطعت اليوم أن أقف أمام حضرتكم و تقديم هذا العمل المتواضع الذي يحمل في طياته معلومات و أفكار اجتهدت طيلة السنة في جمعها بالرغم من الصعوبات التي واجهتها و لكنها الآن لا تكاد أن ترى أو تذكر ، يحمل هذا البحث بين صفحاته الكثير من اليأس و الرغبة في الانسحاب ، تبلل بدموع العجز و عُطر بالأمل و المثابرة و الاجتهاد ، استثمرت كل ما أملك من جهد و طاقة من أجل إتمامه ، لدى يعود الشكر الكبير إلى الأستاذة الجميلة السيدة **عواطف بيلامي** مؤطرتي على صبرها علي وتفهمها لوضعي ، الشكر العظيم لجنتي في الأرض **أمي** ، عرفان و تقدير للعظيم **لأبي** ، شكر خاص إلى ملهمتي **My muse** و منبع استمراري في الحياة حبيبتي **أختي** . ويا روح قلبي و سندي في الحياة **My solid rock** شكرا لتحمل عنادي و تدمري و تحفيزي لإتمام هذا العمل .

ملخص

قمنا في هذا العمل بدراسة متغيرين هما القلق و هو اضطراب نفسي و الصرع و هو مرض عضوي من أجل معرفة مدى تأثير القلق عند مرضى الصرع و هل يساهم القلق في ظهور النوبات الصرعية، تلك هي تساؤلات اشكاليتنا و انطلقنا من فرضيات متمثلة في مستوى القلق مرتفع أو منخفض لدى مرضى الصرع و يساهم القلق في حدوث نوبات الصرع أولا يساهم في حدوثها .

و لهذا استخدمنا في بحثنا المنهج العيادي بأدواته من ملاحظة، دراسة حالة والمقابلة النصف الموجهة بالإضافة إلى اختبار فحص الهيئة العقلية و مقياس تايلور وهذه المنهجية المتبعة هي الأنسب وفقا لعينة الدراسة .

تمثلت عينة الدراسة في حالتين ذكر(35 سنة) و أنثى (18 سنة) تم تشخيصهم بمرض الصرع ، بعد استخدام المنهج العيادي بأدواته توصلنا إلى أن مستوى القلق عند مرضى الصرع مرتفع جدا ، إذ يصاحب مرض الصرع الاضطراب النفسي – القلق – فمرضى الصرع هم في حالة خوف و قلق من التعرض للنوبات و الاغماءات، وشدة النوبات القلقية تتسبب في فرط الشحنات الكهربائية و بالتالي التعرض للنوبة الصرعية ، إذن يساهم القلق في حدوث نوبات الصرع .

الكلمات المفتاحية: القلق ، الصرع .

Anxiety in epilepsy patients

Summary

In this work we studied two variants , **anxiety** which is a psychological disorder and **epilepsy** which is an organic disease in order to determine whether anxiety has an effect on the occurrence of epileptic seizures ,and this lead to the problematic's questions. Therefore we put our theories which measures levels of anxiety whether it's low or high in epilepsy patients and if anxiety contributes to the occurrence of epileptic seizures or not .

For this reason, we used the clinical approach in our research with its tools such as observation, case studying and a semi-directed interview, plus a mental status examination test and Taylor's scale for anxiety .

The study sample consisted two cases - a 35yo male / and - a 18yo female—who were diagnosed with epilepsy .

Upon analyzing the data collected through our clinical approach and its tools we concluded that epileptic patients suffers from high levels of anxiety .

Patients have a constant fear of experiencing a seizure which is contributes significantly to their anxiety . the unpredictable nature of seizures which can occur at any time and place without a warning is a major source of anxiety for many individuals with epilepsy .

The worry and anticipation of having seizures can trigger anxiety attacks, which may lead to excessive electrical charges in the brain, ultimately resulting a seizure ,therefor anxiety has an inmpact on epilepsy patients .

Key words : Anxiety .Epilepsy.

الفهرس

- شكر و عرفان.....(أ)
- ملخص الدراسة بالعربية.....(ب)
- ملخص الدراسة بالانجليزية.....(ت)
- فهرس المحتويات.....(ج)
- مقدمة.....(1)

الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة

- 1.الإشكالية.....(3)
- 2.الفرضيات.....(4)
- 3.أهداف البحث.....(5)
- 4.أهمية البحث.....(5)
- 5.التعاريف الإجرائية.....(5)
- 6.الدراسات السابقة.....(6)

الفصل الثاني : القلق

تمهيد

- 1.المنظور التاريخي لمفهوم القلق الاجتماعي.....(10)
- 2.تعريف القلق.....(11)
- 3.تعريف عصاب القلق.....(13)
- 4.ولادة القلق.....(14)
- 5.أنواع القلق.....(15)
- 6.صور متعددة للقلق.....(18)
- 7.القلق والمفاهيم المرتبطة به.....(18)
- 8.تصنيف القلق.....(20)
- 9.النظريات النفسية المفسرة للقلق.....(21)
- 10.أسباب القلق.....(26)
- 11.أعراض القلق.....(28)
- 12.اللوحة السريرية للقلق.....(29)

القلق عند المصابين بالصرع

13. الأشكال الجسدية للقلق (32)
14. التشخيص التفريقي للقلق (32)
15. المرضية النفسية الكمية للقلق..... (32)
16. اختلال في وظائف المخ تؤدي إلى العديد من المشاكل النفسية . (35)
17. المرتكزات العصبية – التشريحية، العصبية – الفيزيولوجية والكيميائية الحيوية للقلق..... (36)
18. علاج القلق (36)
19. خلاصة الفصل (38)

الفصل الثالث : الصرع

تمهيد

1. لمحة تاريخية عن مرض الصرع (40)
2. تعريف الصرع..... (41)
3. أنواع الصرع..... (43)
4. نوبات الصرع وكيفية حدوثها (48)
5. أسباب الصرع (49)
6. ما الذي يسبب نوبة الصرع؟..... (53)
7. أعراض الصرع..... (54)
8. التشخيص (56)
9. التشخيص الحديث للصرع..... (56)
10. هل كل حالات فقدان الوعي أو الحركات اللاإرادية صرع؟..... (57)
11. العلاج (57)
12. العلاجات الاجتماعية للصرع . (59)
13. من هو الطبيب المتخصص في علاج مرض الصرع؟..... (63)
14. العناية التمريضية بمرضى الصرع . (63)
15. الإسعافات الأولية لنوبات الصرع . (64)
16. المضاعفات المحتملة للصرع . (66)
17. نسبة الانتشار . (66)
18. هل الصرع وراثي؟..... (66)
19. شخصية المريض بالصرع . (67)
20. السلوك المتعلق بنوبة الصرع . (68)

القلق عند المصابين بالصرع

21. السلوك غير المتصل بالصرع (68)
22. الأعراض و الاضطرابات النفسية المصاحبة للصرع (68)
23. دلالة العلاقة بين الصرع و المرض النفسي (69)
24. فيزيولوجية الصرع (69)
25. اضطرابات الجسم والمخ التي تساهم في الإصابة بالصرع (70)
26. نشاط الدماغ أثناء النوبة (71)
27. النظرية العصبية البيولوجية (72)
28. النظرية النفسية الدينامية (72)
29. الفرق بين نوبات كل من الصرع و الهستيريا (73)
30. مآل مرض الصرع (73)
31. التأثير الاجتماعي (74)
32. سوء فهم العامة (74)
33. الإنجازات الأكاديمية (75)
- خلاصة الفصل..... (75)

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

تمهيد

(1) المنهج المستخدم :

1. منهج البحث (77)
- (أ) تعريف المنهج العيادي (77)
- (ب) الأدوات المستخدمة:
1. دراسة الحالة (77)
2. الملاحظة العيادية..... (77)
3. المقابلة (المقابلة النصف موجهة مع دليل المقابلة النصف موجهة)..... (77)
- (ج) الاختبارات و المقاييس (78)
1. اختبار فحص الهيئة العقلية للدكتور قويدرة نصره (رحمه الله) (78)
2. مقياس تايلور للقلق (79)

(2) العينة..... (80)

(3) الدراسة الاستطلاعية : (80)

- (أ) أهداف الدراسة الاستطلاعية..... (80)

القلق عند المصابين بالصرع

- (81).....(ب) حدود الدراسة الاستطلاعية
- (81).....(ج) مواصفات عينة الدراسة .
- (81).....(4) الدراسة الأساسية
- (82).....(أ) الحدود الزمانية و المكانية
- (82).....(ب) معايير اختيار الحالات
- (82).....(82) خلاصة الفصل

الفصل الخامس : عرض ومناقشة النتائج

- (84).....1. عرض الحالة.
- (88).....2. عرض نتائج الاختبارات و المقاييس.
- (90).....3. تحليل النتائج
- (97).....4. مناقشة الفرضيات.
- (98).....5. الاستنتاج العام.

خاتمة

قائمة المصادر و المراجع .

قائمة الملاحق :

- (106).....1. مقياس تايلور للقلق.
- (108).....2. دليل أسئلة المقابلة النصف الموجهة
- (110).....3. المخطط الكهربائي للمخ للحالة 01
- (111).....4. تقرير IRM

مقدمة

القلق عند المصابين بالصرع

لم يعد مفهوم الصحة يقتصر على غياب المرض فقط بل شمل مفهومها في مجمله كل ما هو عضوي حيوي و ما هو نفسي وسلوكي المرتبط بسلوكيات الفرد مع نفسه و استجاباته لمحيطه وتأثره ببيئته .

إن البيئة التي نعيش فيها في الوقت الراهن و ما تحتويه من كثرة هموم ومشاكل وتنافس و نظرا لزيادة ضغوطات الحياة بصفة مستمرة، والسعي الدائم وراء المثالية و الكمال و المتاعب التي تواجهنا بصفة كبيرة يوميا، تجعل الفرد يصارع في ميادين عديدة كالدراسة والعمل والمشاكل العائلية وغيرها، وهذا ما يسبب له توتر وقلق دائما و نتيجة لذلك ازداد ظهور عدد من الأمراض

و الاضطرابات المرتبطة بالصحة النفسية ، تحدث هذه الاضطرابات نتيجة إختلالات شديدة في كيمياء الجسم نتيجة لضغوط نفسية حادة أو مستمرة، وتظهر على شكل ردود أفعال عضوية في أحد أجهزة الجسم .

عندما يكون الجسم و النفس سليمين فالمرء يشعر بالأمن و الاطمئنان، و في حالة الإصابة بأي مرض فإنه سيؤدي إلى اختلال في توازنه الجسدي و النفسي و خاصة إذا كان مرضا خطيرا و مزمن كالصرع .

و يُعرف الصرع أنه مرض شائع يصيب الإنسان في أي مرحلة من مراحل العمر ، يواجه الأشخاص المصابين به صعوبات و مشكلات مختلفة ترافقهم معظم حياتهم و لها أثر نفسي عظيم عليهم.

يتميز هذا المرض بنشاط كهربائي غير طبيعي في الدماغ يسبب نوبات أو سلوكيات وأحاسيس غير معتادة وأحيانا حالات فقدان للوعي، وغالبا ما يعاني المصابون بالصرع من أمراض مصاحبة مثل الاكتئاب والقلق .

فالقلق يعد من الانفعالات النفسية ينعكس تأثيرها المباشر على الفرد ، والانفعال يصل إلى قمة الشدة بشكل يتلاءم مع الموقف و يختفي إذا ما واجهه الفرد وتغلب عليه لكن عندما يصبح انفعال شديدا أو مزمن ومستمر فإن التوازن البيوكيميائي للجسم يضطرب بشكل خطير ويظهر هذا الاختلال المستمر في شكل اضطراب جسدي، والدراسة الحالية تهدف إلى إبراز علاقة ظهور القلق عند المصابين بمرض الصرع و قُسمت هذه الدراسة إلى جانبين النظري و التطبيقي ، فالأول يتكون من ثلاثة فصول و الثاني من فصلين .

انطلقنا في بحثنا هذا بمقدمة، ثم الفصل الأول في إشكالية و فرضيات ،التعريف الإجرائي للمفاهيم و بعض الدراسات السابقة .

شمل الفصل الثاني تعريف القلق بأنواعه و صورته و الأسباب المؤدية إليه مع ذكر طرق العلاج ، أما الفصل الثالث فقد خصصناه لمرض الصرع و به نبذة تاريخية حول المرض بالإضافة إلى بعض التعريفات، و التطرق إلى كيفية حدوث النوبات مع التشخيص، كما أشرنا إلى أنواع الصرع وأسباب حدوثه في الأخير العلاج و الفصل الرابع يوضح موضع المخ بين الصرع و القلق .

الجانب التطبيقي يتكون من الفصل الأول فيه المنهج المتبع و أدوات البحث المتمثلة في دراسة الحالة ،مقابلة البحث العيادية نصف الموجهة، الملاحظة العيادية ، اختبار فحص الهيئة العقلية

ومقياس تايلور و الفصل الثاني يشمل عرض محتوى المقابلات ونتائج الاختبارات و المقاييس ثم مناقشة النتائج المتوصل إليها، وأخيرا الاستنتاج العام للدراسة .

الفصل الأول الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية

يعرف علم النفس على أنه دراسة علمية للسلوك والتفكير والشخصية والعقل، أي دراسة شاملة عن الإنسان بهدف فهم السلوك وتفسيره والتنبؤ به والتحكم فيه ، يتفرع إلى عدة فروع من بينها علم النفسي العصبي **Neuropsychologie** والذي يعرف في وقتنا الحالي تطورا كبيرا وسريعا، حيث يُعرف على أنه العلم الذي يقوم بدراسة العلاقة بين السلوك والمخ، أو هو دراسة العلاقة بين وظائف المخ من ناحية والسلوك من ناحية أخرى ، ويعد علم النفس العصبي الإكلينيكي أحد المجالات التي يتم فيها تطبيق هذه المعرفة في المواقف الإكلينيكية الخاصة ببعض المشكلات (مجدى ، 2010 ، ص171)

يهتم علم النفس العصبي بالدرجة الأولى على دراسة الدماغ البشري الذي يعتبر المسؤول عن الوظائف الحيوية ويشرف على كل ما يحدث في حياة الإنسان . يتواجد داخل الجمجمة ويدير نشاط الجهاز العصبي به خلايا عصبية مخصصة بالتلقي والتطور والنقاط المعلومات من خلال إشارات كهربائية كيميائية . والدماغ كعضو من أعضاء الجسم هو كذلك عرضة للإصابات والأمراض الراجعة لأسباب مختلفة والتي تؤدي إلى اضطرابات واعتلالات تؤثر على الصحة الجسدية والنفسية للإنسان .

حيث يعرف **نوربير سلامي (2001)** المرض على أنه انحراف في الصحة ناجم عن عجز العضوية عن أن تقاوم عدوانا خارجيا وتعيد التوازن المفقود، أو أن تحل نزاعا سيكولوجيا " (وجيه ، 2001 ، ص2362)

ومن بين الأمراض التي تصيب الجهاز العصبي والدماغ تحديدا هو مرض الصرع حيث يعرف على أنه خلل في الجهاز العصبي يكون في نوبات أو دُوار أو أعراض تصيب المرء على فترات غير منتظمة وقد يقع أرضا ويصاب بالتنج العضلي كما يفقد وعيه (الربيعي ، 2018، ص03) ويعتبر الصرع حالة مرضية غير نادرة يظهر من خلال نوبات مفاجئة ومتكررة . لقد بينت **لينا فارس (2000)** ان هذا المرض يضع ضغطا كبيرا على المصاب وينتج عنه عجز لفترة مؤقتة تسبب القلق والخوف والسخرية مما يستدعي الانزواء والعزلة وفقدان الثقة بالنفس وفي حالات أخرى عدم السعادة وعدم القدرة على ضبط العواطف وبالتالي إلى العدوانية التي يمكن فهمها على أنها نوع من سوء التكيف .

هذا المرض غير معدي وأصحابه يمتلكون ذكاءا طبيعيا عادة بحيث يمكنهم الانخراط في المدارس والجامعات ومتابعة مهتم كغيرهم من الأشخاص لكن مع مراعاة إعلام من حولهم عن حالتهم لكي يحسنوا التصرف اذا حدثت النوبة أمامهم . (الربيعي ، 2018 ، ص 05)

والصرع حالة عصبية تحدث من وقت لآخر ، و هو اختلال وفتي في النشاط الكهربائي الطبيعي للمخ، حيث ينشأ النشاط الكهربائي الطبيعي للمخ من مرور ملايين الشحنات الكهربائية البسيطة من بين الخلايا العصبية في المخ وأثناء انتشارها إلى جميع أجزاء الجسم ، وهذا النمط الطبيعي من النشاط الكهربائي من الممكن أن يختل بسبب انطلاق شحنات كهربائية شاذة منقطعة لها تأثير كهربائي أقوى من تأثير الشحنات العادية، ويكون لهذه الشحنات تأثير على وعي الإنسان وحركة جسمه وأحاسيسه لمدة قصيرة من الزمن وهذه التغيرات الفيزيائية تسمى تشنجات صرعية ولذلك يسمى الصرع أحيانا بالإضطراب التشنجي (مجدى، 2010، ص225)

حسب ما يعرف عن الصرع . المصاب به له آليات نفسية و فيزيولوجية و عصبية معينة، حيث يغلب لديه الشعور بفقدان السيطرة وذلك راجع إلى عدم القدرة على التنبؤ بالنوبات – متى وأين تحدث النوبة - ورد فعل الآخرين تجاهها وهذا مايربك المريض ويشعره بالتوتر والقلق وهو من أكثر الاضطرابات شيوعا المصاحبة لمرض الصرع .

و القلق كما يصوره علماء التحليل النفسي ويتفق معهم في ذلك علماء النفس المعاصرون ما هو إلا نذير بأن هناك شيئا سيحدث من شأنه أن يهدد أمن المكان أو يخل بتوازنه وطمأنينته . ولهذا توحى الملاحظات العامة بسلوك الناس بأن القلق هو الاستجابة التي تغلب عليهم عندما يجد واحد منهم نفسه مقبلا على شيء هام أو خطير، ولهذا فمن الطبيعي أن نجد أن القلق يزداد عندما يكون الشخص ضحية لأزمة صحية أو كارثة مادية أو تحت تأثير أشياء تهدد أمنه أو حياته او في المواقف الاجتماعية المتأزمة (عبد الستار، 2002 ،ص 08)

يعرف أحمد عكاشة (1995) القلق بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو السحبة في الصدر، أو ضيق في التنفس، أو الشعور بنبضات القلب أو الصراع أو كثرة الحركة ... الخ (مصطفى، 2012،ص329) .

يحتل القلق مكانة بارزة في علم النفس الحديث ، وهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية و العرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية ، بل في أمراض عضوية شتى، فهو محور العصاب وأبرز خصائصه، كما أنه السمة المميزة لعديد من الاضطرابات السلوكية والذهان " .

والقلق حالة مرضية تتسم بالشعور بالتوجس المصحوب بعلامة جسمية تشير إلى فرط نشاط الجهاز الذاتي، ويختلف القلق عن الخوف بأن الأخير يمثل استجابة لسبب معروف (مصطفى، 2012 ص33) .

ومن خلال ما تطرقنا إليه نطرح التساؤلات التالية :

- ما هو مستوى القلق عند المرضى المصابين بالصرع ؟
- هل يساهم القلق في حدوث نوبات الصرع ؟

2.فرضيات الدراسة :

1.2 الفرضيات :

- مستوى القلق مرتفع لدى مرضى الصرع .
- مستوى القلق منخفض لدى مرضى الصرع .
- يساهم القلق في حدوث نوبات الصرع .
- لا يساهم القلق في حدوث نوبات الصرع .

3. أهداف البحث :

من دواعي اختيار موضوع البحث :

- معرفة مدى تأثير القلق عند مرضى الصرع .
- درجة القلق عند الأفراد المصابين بالصرع
- إذا يساهم القلق في حدوث نوبات الصرع أم لا .

4. أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في تسليط الضوء على الحالات المصابة بمرض الصرع المصاحب للقلق، كون هذين الأخيرين كثيري الانتشار في المجتمع الجزائري في عصرنا الحالي وغالبا ما يساء فهم المرض و تفسيره .

- معرفة ما إذا كان القلق يؤثر على مرض الصرع أي معرفة العلاقة بين المتغيرين .
- معرفة حقيقة هذا المرض وكيف يؤثر على معاش الفرد و محيطه
- مدى تأثير القلق على المصابين بالصرع و كيف ويغير مجرى حياتهم .
- التصرف المناسب أمام شخص يمر بنوبة صرع و التفريق بينها و بين نوبة القلق .

5. التعاريف الإجرائية :

- **الصرع:** اضطراب نشاط خلايا الدماغ يؤدي إلى نوبات تتميز بفقدان الوعي، الارتجاجات والتشنجات اللاإرادية.
- **القلق :** حالة من عدم الإرتياح والتوتر الشديد الناتج عن خبرة إنفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد دون أن يعرف السبب الواضح لها.

6. الدراسات السابقة :

01/ الدراسات السابقة حول الصرع:

- 1- **دراسة برانهام:1926** قد توصلت هذه الدراسة إلى انعدام الثبات العاطفي و العناد و القوة هي مظاهر رد الفعل كما أنهم سريعي البكاء و التهيج و الخجل و الشعور بعدم الثقة
- ب - **دراسة فرويد: 1928** قد توصلت إلى أن النوبة الصرعية هي صراع بين الهو و الأنا الأعلى و النوبة هي بمثابة انتحار يعكس عجز الأنا عن التوفيق بين الهو و الأنا الأعلى
- ج - **دراسة بلاك: 1998** تؤكد هذه الدراسة على افتراض وجود صلة ايجابية بين التكامل العام للمخ مع وظيفة تحقيق الذات و قد سميت بالعلاقة الارتباطية الايجابية.
- د - **دراسة كيمان و لوريو: 1975** قد اهتمت هذه الدراسة بدراسة عينة تتكون من 20 تلميذ صرعي ، و لاحظنا على الصعيد النفسي بالخصوص عدائية عند التلاميذ إذ لا يستطيعون التحكم فيها مما تدفعهم إلى الاعتداء على زملائهم و تنسم بالعنف و الاندفاع.
- هـ - **دراسة بير كلارك : 1930- 1919** قد وجدت أن النوبة الصرعية هي تفريغ كلى للرجبات الجنسية العدائية المكبوتة
- و - **دراسة هندريك: 1940** فسر خلل النوبة على أنها انتهاء القلق الذاتي و تفريغ من خلال الجهاز العصبي المركزي يحل محله تفريغ للضغوطات الشديدة (رزقي ،واضح، 2012، ص10)

02/الدراسات والبحوث التي اهتمت بدراسة القلق لدى مرضى الصرع:

في نطاق تلك الدراسات أجرى،كلاري وسنفلّي وهمبرجر (Clary, Snively & Hamberger, 2018) دراسة بهدف تحديد طبيعة العلاقة بين أعراض القلق، وموضع النوبة الصرعية لدى عينة من مرضى الصرع الراشدين في ضوء بعض العوامل الديموغرافية، والإكلينيكية، وتكونت عينة هذه الدراسة من 540 مريضاً بالصرع مقسمين إلى 242 من الذكور، و 297 من الإناث، وتكونت أدوات هذه الدراسة من قائمة الأعراض المرضية، ومقياس وكسلر لذكاء الراشدين، ومقياس جودة الحياة لمرضى الصرع، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى ارتفاع معدلات القلق لدى 250 مريضاً بنسبة % 46.1 من عينة هذه الدراسة، منهم 46 مريضاً بنسبة % 18.4 من المرضى ذوي القلق المرتفع لم يكن لديهم اكتئاب، وأن 26% فقط من مرضى القلق المرتفع كانوا يتناولون الأدوية المزيل للقلق"، كما أوضحت النتائج – باستخدام تحليل الانحدار اللوجستي البسيط وجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع معدلات القلق لدى مرضى الصرع؛ وكل من الإصابة بالاكتئاب، والإصابة بالصرع مجهول السبب، أو الصرع البؤري، وبصفة خاصة صرع الفص الصدغي الإنسي، ووجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع معدلات القلق؛ وانخفاض المستوى التعليمي، وكذلك ارتفاع معدلات القلق لدى من كان لهم تاريخ سابق لإصابات في الرأس، ومن كانوا يتناولون أكثر من نوع من الأدوية المضادة للصرع، ولدى المصابين بالصرع البؤري في الجانب الأيسر، أو الجانبين معاً. (مصطفى، 2023، ص121)

كما أجرى، (فام وساورو وباتين وويب وفيسست وبولك و جيتي Fiest, Bulloch & Jetté, Wiebe Patten, Pham, Sauro) دراسة بهدف معرفة، وتقدير مدى انتشار اضطراب القلق لدى مرضى الصرع، وتحديد العوامل المرتبطة به، وتكونت عينة هذه الدراسة من 250 مريضاً بالصرع، 53.2% منهم كانوا من الإناث، وتكونت أدوات هذه الدراسة من مقياس القلق، والاكتئاب في المستشفى، واستبانة صحة المريض ذات البنود التسعة، والمقياس الكلي لتقييم شدة الصرع"، والمقياس الكلي لتقييم الإعاقة، ومقياس جودة الحياة "النسخة المختصرة"، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى شيوع، و انتشار اضطرابات القلق لدى 40% من المشاركين في هذه الدراسة، والاكتئاب لدى 24.1%، والقلق، والاكتئاب معاً لدى 43.59% من عينة الدراسة، كما أوضحت النتائج أن أكثر أعراض القلق شيوعاً لدى مرضى الصرع كانت: الأفكار المقلقة، والشعور بالخوف، والتوتر، و أن أقلها انتشاراً كان: الشعور بالمغص"، كما أوضحت النتائج أن أكثر من نصف المشاركين في هذه الدراسة بنسبة 51.8% ممن يعانون من اضطراب القلق، لم يكن لديهم اكتئاب، كما أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع المستوى التعليمي لدى مرضى الصرع؛ وانخفاض نسبة القلق لديهم، و وجود علاقة ارتباطية بين الإصابة بالقلق؛ وكل من شدة الصرع، ودرجة الإعاقة المرتبطة بالنوبات الصرعية، والآثار الجانبية للأدوية المضادة للصرع، وانخفاض جودة الحياة لديهم، و وجود علاقة ارتباطية بين زيادة احتمالات الإصابة

بالقلق؛ وكل من الإصابة بالإكتئاب، والآثار الجانبية للأدوية المضادة للصرع، والتدخين، وتعاطي العقاقير المحظورة"، كما أوضحت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية بين الإصابة بالقلق، وكل من النوع، والحالة الوظيفية، وتعاطي الكحول، ونوع النوبات الصرعية، ووجود فروق جوهريّة بين مرضى الصرع المصابين، وغير المصابين بالقلق في شدة النوبات الصرعية لديهم، وفي درجة الإعاقة المرتبطة بالنوبات. (مصطفى، 2023، ص122)

كما قام كل من دابله وجونيجا وسينغ وبالالا (Dabla, Juneja, Singh&Bala),2020) بإجراء دراسة بهدف معرفة، وتحديد معدل انتشار كل من القلق، والاكتئاب، والتفكير الإبتحاري، والسلوك الإبتحاري لدى مرضى الصرع، وتكونت عينة هذه الدراسة من 100 مصاب بالصرع مقسمين إلى 70 من الذكور، و 30 من الإناث، وكانت أعمارهم تزيد عن 18 عاماً بمتوسط عمر 26.87 وانحراف معياري 8.27 ، وتكونت أدوات هذه الدراسة من مقياس القلق، والاكتئاب في المستشفى، ومقياس كولومبيا لتصنيف درجة خطورة الانتحار ، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن معدلات انتشار الاكتئاب بين مرضى الصرع كانت بنسبة 60%، بينما كانت معدلات انتشار القلق بنسبة 70%، والأفكار الإبتحارية بنسبة 42%، والسلوك الإبتحاري بنسبة 3% بين مرضى الصرع، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الإصابة بهذه الأمراض النفسية المصاحبة؛ وكل من: النوع في اتجاه الإناث، والمدة الأطول للإصابة بالصرع، وزيادة معدل تكرار النوبات، والإصابة بصرع الفص الصدغي، والصرع غير المنضبط، والصرع المقاوم للأدوية، وتناول أكثر من نوع من الأدوية المضادة للصرع، كما أشارت النتائج إلى ارتفاع معدلات القلق، والاكتئاب لدى مرضى صرع الفص الصدغي مقارنة بغيرهم من غير مرضى صرع الفص الصدغي.(مصطفى، 2023، ص123)

- اتضح من خلال الدراسات السابقة أن الصرع مرض يربط بين المخ و المشاعر فالنوبات الصرعية ناتجة عن شدة الموجات الكهربائية في أعصاب الدماغ فهذه النوبات هي عبارة عن تفرغ للمكبوتات الناجمة عن اللا شعور أو الغضب أو القلق، حيث يرتفع معدل القلق لدى المصابين بالصرع عن غيرهم من الأفراد .

الفصل الثاني القلق

يسمى العصر الحالي بعصر القلق Age of Anxiety، فالقلق أصبح هو السمة السائدة لدى الأطفال والكبار والشيوخ فنحن جميعاً قلقون. وترجع هذه التسمية (عصر القلق) إلى أسباب عديدة ودوافع شتى حيث يقع اضطراب القلق Anxiety Disorders من وجهة نظر علم النفس المرضي في القلق من الاضطراب النفسي ويعتبر القلق بمثابة العرض الجوهري المشترك في تلك الاضطرابات النفسية بل وفي أمراض عضوية متنوعة، وهو أكثر فئات العصاب شيوعاً إذ يكون من 30-40% من الاضطرابات العصابية تبعاً للتصنيفات المبكرة ويجمع الباحثون على أن القلق هو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية، وأصبح القلق حجر الزوايا في كل من الطب النفس جسمي psychosomatic ونظرية الطب النفسي .

القلق من أكثر الاضطرابات الانفعالية انتشاراً في مرحلة الطفولة المبكرة حيث يمكن القول أنه عصاب الطفولة ففي معظم حالات الاضطراب لدى الأطفال نجد أن الطفل يعاني من القلق والقلق خبرة إنسانية لها قيمة بقائية، حيث يعمل القلق كنظام تحذيري يساعد المرء على تعبئة طاقته لمواجهة أية مخاطر في الواقع الخارجي مما يعني ان المستويات المعقولة من القلق لها قيمة بقائية ووقائية تحمي الطفل وتحميه من الخطر، بينما المستويات المرتفعة من القلق تؤدي إلى توقع مستمر للخطر والشر مما يؤدي إلى خلل معرفي وانفعالي كما أن المستويات المنخفضة من القلق ترتبط بالتباعد واللامبالاة لدى الطفل مما يعني الفشل في الدراسة والحياة (مصطفى، 2012، ص328-329).

يمثل القلق المرتبة الأولى بين الأمراض المنتشرة في هذا العصر ، والقلق هو نوع من المشاعر الإنسانية الأساسية مثل الفرح والحزن والخوف ، وهو شعور بالتوتر والترقب والإحساس بالخطر وعدم الأطمئنان .

القلق يحضر الإنسان لمواجهة الحياة اليومية ويجعله مستعداً بشكل أفضل للابتعاد عن المخاطر وإتقان تصرفاته وأعماله المتنوعة ، والحياة اليومية تواجه الإنسان بمواقف تتطلب الجهد . لكن المشكلة تكمن عند زيادة كمية القلق واستمراره لفترة طويلة وهنا يعتبر القلق مرضاً لأنه يعطل الإنسان ويرهقه .

يوصف العصر الحديث بعصر القلق لأنه يتصف بالتغيرات السريعة والمفاجئة ، وفيه أزمات اجتماعية واقتصادية عديدة متنوعة . (حجازي، 2012، ص34) .

لقد تعددت المصطلحات والأوصاف التي استخدمت في الدراسات النفسية لوصف القلق الاجتماعي Social Anxiety ومن أهمها الفوبيا الاجتماعية Social Phobia والخوف الاجتماعي والمخاوف الاجتماعية والرهاب الاجتماعي والخجل الاجتماعي shyness وقلق التقييم الاجتماعي والقلق الاجتماعي الغيري Hetero social anxiety مع الجنس الآخر .

والحقيقة أن مفهوم القلق الاجتماعي، كما يفضل ان يشار إليه بالفوبيا الاجتماعية، تم تقديمه رسمياً في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الثالث الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية عام 1980 وتم تعريفه على انه اضطراب منفصل ومختلف عن اضطرابات القلق، وأن المخاوف المرضية تتعلق بنوع دقيق من المخاوف النوعية أو المحددة . وأن الفوبيا الاجتماعية تختلف عن اضطراب الشخصية التجنبية. (حسين، 2009، ص42).

01-المنظور التاريخي لمفهوم القلق :

يرجع ظهور مصطلح المخاوف المرضية (الفوبيا) في أصله إلى كلمة إغريقية تعني الرعب والخوف، حيث كان الإغريق في العصور القديمة يعتقدون أن الإله فوبوس Phobos يستدعي الخوف والرعب لدى أعدائهم، ولذلك كانت تسمى العديد من المخاوف لديهم بالفوبيا. ومن الوجهة التاريخية تم وصف القلق الاجتماعي والتجنب الاجتماعي والخجل مبكراً منذ أيام العالم «هيبوقراط» Hippocrates وان مصطلح الفوبيا الاجتماعية أول ما قدم كان على يد «جانيت Janet» في عام (1903)، وذلك لوصف المرضى الذين يخافون من كونهم محل وموضع ملاحظة من الآخرين، مثل الخوف من الكلام والكتابة أمام الآخرين، وفي عام (1930) استخدم «تشيلدر» Schilder مصطلح العصاب الاجتماعي Social Neurosis لوصف المرضى ذوي الخجل الاجتماعي الشديد، ومع ظهور العلاج السلوكي (1950) وعقب أعمال «جوزيف وولبي» المبكرة عن التحصين التدريجي كفنية علاجية سلوكية ازداد اهتمام رواد العلاج السلوكي بدراسة المخاوف المرضية، وقد بدأت دراسة القلق الاجتماعي كنوع مختلف ومميز عن اضطرابات القلق الأخرى على يد «ماركس» Isaac Marks عالمة الطب النفسي البريطانية في عام 1966، وقد حظيت هذه الفكرة باعتراف وتقدير رابطة الطب النفسي الأمريكية، ولذلك في عام (1980) تم إدراج الفوبيا الاجتماعية في الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية على الرغم من أن تعريفها في ذلك الوقت كان مقصوراً على الخوف في موقف أداء اجتماعي واحد يسبب الضيق والكدر للفرد، وكان الأفراد ذوو القلق الاجتماعي كثيراً ما يتم تشخيصهم تحت اضطراب الشخصية التجنبية، ولكن هذا المعيار والمحك التشخيصي للفوبيا الاجتماعية ثم توسيعه في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الثالث المعدل عام (1987) بالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الرابع (1994)، وحيث إن الفوبيا الاجتماعية قبل صدور الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الثالث عام 1980 كانت تعتبر نوعاً من القلق، فإنها لهذا السبب لم تحظ باهتمام الباحثين على عكس اضطرابات القلق الأخرى مما دفع ذلك بعض الباحثين والعلماء مثل «ليبويتز» Libowitz (1985) إلى وصف القلق الاجتماعي بأنه اضطراب القلق المهمل Neglected anxiety disorder وذلك لأنه لم يحظ بالدراسة الإمبريقية مقارنة باضطرابات القلق الأخرى مثل اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المتسعة والمخاوف النوعية، ولكن في السنوات والعقود الماضية تزايد الاهتمام بدراسة أسباب القلق الاجتماعي وطبيعته وعلاجه، ويرجع هذا الاهتمام في جزء منه إلى إدراك حقيقة أن هذا الاضطراب يمثل مشكلة مهمة في الصحة النفسية حيث ترتفع معدلات انتشار اضطراب القلق الاجتماعي وتصل إلى حوالي 13% بين الأفراد ويؤثر بشكل سلبي على مختلف جوانب حياتهم، وقد حظي اضطراب القلق الاجتماعي باهتمام كبير من البحث والدراسة، مما أدى ذلك إلى وجود عدد ضخم من الدراسات، وتم تحديده وتعريفه بشكل دقيق يتضمن الخوف وتجنب المواقف التي يكون فيها الفرد عرضة للتقييم السلبي من الآخرين، حيث يكون في هذه المواقف الاجتماعية المخيفة محل ملاحظة وإمعان للنظر فيه من الآخرين، وأصبح هذا الاضطراب يصنف كأحد اضطرابات القلق، وذلك وفقاً لتصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الرابع 1994 وبعد ذلك أجريت العديد من الدراسات وذلك للتمييز بين هذا الاضطراب عن اضطرابات القلق الأخرى، وذلك على مستوى القياس والعوامل المسببة له والأنواع الفرعية (حسين، 2009، ص43).

القلق عند المصابين بالصرع

ا- لغة : قلق – قلقا – اضطرب و انزعج فهو قلق و هي قلقة و مقلاقة وأقلقه أي أزعجه .

ب في معجم التحليل النفسي:

هو إحباط الهو في حاجته الحيوية أو التقييد الأنا بعد الإشباع الأخلاقية .

ج-أما هورني فيعرفه :

على انه عبارة عن خبرات مهددة لأمن الفرد ناشئة عن أحداث أو مواقف مؤلمة تبدأ منذ المراحل الأولى لنشأة الطفل

و منها تضارب مشاعر الوالدين نحو تفضيل أحد إخوانه عليه أو رفضهم له أو إنزال عقاب غير عادل أو السخرية منه .

د-أما فرويد فيقول انه :

نوع من الانفعال المؤلم يكتسبه الفرد ويكون خلال المواقف التي يصادفها فهو يختلف عن بقية الانفعالات غير سارة كالشعور بالإحباط أو الغضب أو الغيرة لما يسببه من تغيرات جسمية داخلية يحس بها الفرد و أخرى خارجية تظهر على ملامحه بوضوح .

ه-أما سبيلبرجر SPILBERGER:

يعرف القلق على انه مجموعة من الأعراض تتراوح في شدتها في إبداء علامات الدهشة و الاستغراب و الذعر و التوتر و الضيق .

و. أما من الناحية النفسية :

فهو رد فعل لخطر غريزي يشعر أمامه الإنسان بالعجز أو الخوف من العقاب .

ي. أما المعجم الموسوعي للتحليل النفسي :

هو حالة وجدانية التي يستشعرها الأنا إزاء الأخطار و لها مظاهرها الفيزيولوجية مثل : ضيق التنفس، تزايد ضربات القلب ، الدوخة ، الصفرة ، الصداع الدوار و القيء والإسهال .

ز .أما موسوعة الطب النفسي :

القلق هو الذي لا يعلم له سبب و يجعل الشخص عاجز على أن ينام أو يأكل أو يتصرف في الحياة كما ينبغي و يسيطر عليه الخوف و الترقب و يفرع لسماع أقل صوت مفاجئ .

ح- تعريف دائرة المعارف الأمريكية :

هو حالة انفعالية يشعر خلالها الفرد بالارتباك و التردد و الاضطراب و الخوف الشديد نتيجة إثارة في الجهاز العصبي اللاإرادي. (رزقي،واضح،2012،ص24).

إن حالات القلق مجموعة مختلفة من المظاهر البدنية والعقلية الراجعة إلى خطر حقيقي تحدث على

فترات أو بصورة مستمرة، ويكون القلق عاماً، وقد يصل إلى حد الهلع، وقد تكون الأعراض الأخرى مثل الأعراض الوسواسية الهستيرية موجودة ولكنها لا تسود الصورة الإكلينيكية. (منظمة الصحة العالمية، 1982، ص48)

ويعرف أحمد عكاشة (1998) القلق بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو السحبة في الصدر، أو الضيق في التنفس، أو الشعور بنبضات القلب أو الصراع، أو كثرة الحركة... الخ).

إن قلق الأطفال يختلف عن قلق الراشدين، وذلك بسبب عدم نضج الأطفال واعتماديتهم وخبراتهم المحدودة في الحياة، بالإضافة إلى تعرضهم لتغيرات كثيرة قد تمثل ضغوطاً بالنسبة لهم (الالتحاق بالحصانة، بداية دخول المدرسة، عودة الأم إلى العمل، الانتقال إلى منزل جديد، وفاة أحد الوالدين، سوء العلاقة بين الوالدين... الخ) مما قد يؤدي إلى شعور الطفل بالقلق والعجز.. .

ويعرف أحمد عبد الخالق (1994) القلق بأنه شعور عام بالخشية أو تهديداً غير معلوم المصدر، مع شعور بالتوتر والشر، وخوف لا مسوغ.

من الناحية الموضوعية، وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغاً فيها لمواقف لا تمثل خطراً حقيقياً، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالباً كما لو كانت تمثل خطراً ملحاً أو مواقف تصعب مواجهتها. يحتل القلق مكانة بارزة في علم النفس الحديث، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية، والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية، بل في امراض عضوية شتى، فهو محور العصاب وأبرز خصائصه، كما أنه السمة المميزة للعديد من الاضطرابات السلوكية والذهان.

والقلق حالة مرضية تتسم بالشعور بالتوجس المصحوب بعلامات جسمية تشير إلى فرط نشاط الجهاز العصبي الذاتي، ويختلف القلق عن الخوف بأن الأخير (أي الخوف) يمثل استجابة لسبب معروف. (مصطفى، 2012، ص330)

ويترافق القلق عموماً بتظاهرات جسدية متنوعة، وهذه الحالة يمكن أن تظهر في سياق أية آفة نفسية متميزة. وبما أن القلق يرتبط بمختلف أحداث الحياة، لذلك فمن المهم في كل حالة تقييم المدلول النفسي المرضي لأن الاستجابات العلاجية تتعلق به إلى حد بعيد. هذا، وإن التمييز التقليدي بين الضيق والقلق لا يبدو ضرورياً.

بالنسبة للبعض يعبر الفرق بين المصطلحين عن درجتين مختلفتين لحالة واحدة؛ وبالنسبة للبعض الآخر، يمثل التعارض بين الشعور الذي يعيشه الشخص (القلق) والإحساس العضوي (الضيق). وفي الواقع فإن المصطلحين يشيران إلى ظاهرة واحدة.

ويعتبر القلق عرضاً إنذارياً عاماً، له أوصاف نظرية متعددة، ولكن سواء انطوت تلك الأوصاف على مفاهيم فلسفية أو نفسية فيزيولوجية أو نفسية ديناميكية، فإن مفهوم الصراع يلعب دوراً ممرضاً أساسياً. (مطيع، 2001، ص69)

- هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلى رمزى قد يحدث ، ويصحبها خوف

غامض وأعراض نفسية جسمية.

ورغم أن القلق غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أساسياً . وهذا هو ما يعرف باسم عصاب القلق أو القلق العصابي أو استجابة القلق (رد فعل القلق) .

وهو أشيع حالات العصاب ومن أشيع الاضطرابات النفسية عموماً فهو يمثل من 30-40% من الاضطرابات العصبية . وهو أكثر انتشاراً لدى الإناث منه لدى الذكور ويظهر كثيراً في الطفولة والمراهقة وسن القعود والشيخوخة . (شاذلي، 1999، ص112) .

03/تعريف عصاب القلق :

يعرف (ريم، وسومرفيل) العصاب علي أنه: نمط من أنماط السلوك غير التوافقي المصحوب بمستوي عالي من القلق.

كما يعرف الاتحاد الأمريكي للطب العقلي عصاب القلق علي أنه: «العصاب الذي يغلب عليه القلق ومشاعر الخوف المصحوبة ببعض الأعراض الجسمية ويختلف القلق العصابي عن القلق الطبيعي وعصاب الخوف بسبب ظهور الأول في أي وقت دون أن يكون هناك سبب لذلك، في حين يحدث الأخيران في المواقف الطبيعية التي تمثل نوعاً من الخطورة».

ويشير التعريف الأخير إلي أن الشخص يكون قلقاً معظم الوقت، في حالة عصاب القلق، دون وجود سبب خارجي طبيعي يستدعي ظهور القلق أو الخوف وبينما يحدث القلق الطبيعي و عصاب الخوف في حالة وجود ما يبعث على الخوف أو في حضور مثير معين، فإن الشعور بالقلق يصبح مسألة دائمة الحدوث بدون سبب في حالة عصاب القلق بحيث يبدو الشخص مشغول الفكر ومتوتر الأعصاب وشديد الحساسية مع الشعور بعدم القدرة علي التركيز والشكوى من الأرق وقلة النوم. ويرى جماعة التحليل النفسي أن للقلق العصابي أسباباً نفسية وبأنه لا ينشأ من فراغ، وترجع أسباب القلق في نظرهم إلي المشاعر الخفية التي ترتبط بالأفكار والنوازع المخيفة أو ذات الطبيعة العدوانية، ومجمل الأفكار الحبيسة التي يعمل الفرد علي كبتها، وعادة ما يعاني الشخص من القلق إذا لم يحدث الكبت بشكل تام. ويستخدم بعض العلماء السلوكيون مصطلح «الخوف، للتعبير عن القلق لعدم قبولهم بالتعامل مع المفاهيم أو الأفكار غير المباشرة، في حين يفرق علماء النفس التقليديون بين الخوف والقلق. فبينما يشير الخوف إلي استجابة الفرد للمواقف الواقعية المثيرة للخوف، فإن القلق يمثل الخوف من أشياء غير واقعية أو غير حاضرة أو مجهولة الأسباب. ويرى العلماء السلوكيون بأن الخوف هو استجابة متعلمة طبقاً للإشراط الكلاسيكي حسب ما تشير به نظريات التعلم. وقد استطاع عالم النفس (واطسن) البرهنة علي ذلك عن طريق تعليم طفل عمره أحد عشر شهراً الخوف من فار أبيض عن طريق إقران رؤية الفار بصوت مرتفع ومزعج. ولما كان الفار لم يثر أية مخاوف بمفرده في البداية فقد أطلق عليه اسم «المنبه / أو المثير المحايد، أما بعد اقتران المنبه المحايد بالصوت المزعج (المنبه. المنبه غير الشرطي)، فقد أصبح يثير المخاوف في نفس الطفل، وبالتالي فقد أصبح يعمل كمنبه / مثير الشرطي.

وتعتبر الصورة السابقة عما يسمى بالإشراط الكلاسيكي غير أنه اتضح أن كثيراً من ردود أفعالنا لا نتعلمها بتلك البساطة وإنما هناك أساليب أخرى نتعلم الخوف بواسطتها وأهمها المشاهدة أو الملاحظة . فكثير من الناس تخشي الثعابين أو العقارب وتخافها حتى ولو لم تر احدها حياً طوال حياتها أو تقترب منه. ويصاحب القلق عادة شعور غير سار بالتوتر وعدم الراحة

والصرع، وسرعة الغضب مع شدة الخوف، بالإضافة إلي ردود الأفعال العضوية مثل زيادة معدل النبض والتنفس و ارتفاع ضغط الدم. ويعمل القلق أحيانا كمؤشر للأخطار التي قد يتعرض لها الشخص بسبب دوافعه الفطرية. فإذا كان الشخص غير راض عن الطريقة التي يتم بها إرضاء تلك الدوافع، فإن القلق يحدث في تلك الحالة ويقود إلى الاعتماد علي وسائل الدفاع لنفسية التي في حوزة الشخص. فإذا كان الشخص واعيا بوجود القلق ولكنه لا يعرف سببه أو مصدره فقد يبدو عليه الانزعاج من أبسط الأمور الحياتية كما قد يتعرض للكوابيس والأحلام المزعجة أثناء النوم أو الشعور العام بالاضطراب والترفزة وعدم الرضي بشكل عام. ويظهر القلق أحيانا كمؤشر علي وجود مخاوف داخلية وهو ما يسمى بقلق الانفعال. وينشأ هذا النوع بسبب المخاوف التي تعتري الفرد عند شعوره بالهجر أو في حالة فقد أحد أحبائه أو أقربائه من ذوي المكانة الخاصة لديه، ويظهر هذا النوع غالباً في حالات الأفراد من ذوي الاعتماد علي الغير. ويربط بعض العلماء بين هذا النوع من القلق وبين المخاوف التي تصيب الأطفال عندما يدخلون المدرسة لأول مرة. (القدافي، 2011، ص207-209).

04/ولادة القلق:

بعد سيغموند فرويد، ثابر العديد من المؤلفين على دراسة الظروف التي يتطور فيها القلق عند الطفل، فأظهر «كلاين»

و«سبيتز» بصورة خاصة أن القلق يشكل جانباً مكملاً للتطور النفسي الطبيعي، وأن ظهوره المتأخر، في سن البلوغ، يجب أن يفسر وكأنه تكرر لقلق الطفولة الأولى المرتبط بالإحباطات المبكرة الشديدة أو المديدة بصورة خاصة.

فالقلق المرضي الذي يشاهد عند العصابي مثلاً، له في الواقع عدة ميزات خاصة، فهو غير مزمن، وظروف حدوثه عبارة عن مواقف تبدو مرضية فقط عندما تأخذ شكل إحباطات قديمة متكررة. إن مثل هذه الإحباطات تكون قد فعلت لتوها، على الصعيد التخيلي، تجارب مؤلمة مبكرة؛ وهكذا فإن القلق يولد تصوراً خيالياً لصرع غير واع ينهيه حدث لا يعتبر إلا فرصة لظهور القلق، وليس سبباً حقيقياً له.

وهذا الاستعداد المسبق للقلق، أي الميل للتفاعل بناء على تخيلات الإحباطات الأولى، يتبع أصلاً من اضطراب اعترى العلاقات الأولى للشخص مع العالم الخارجي؛ والقلق المرضي لا يعدو كونه انتكاساً لبعض أنواع القلق الطفولية،

وتؤكد الدراسات النفسية التحليلية المعاصرة على الظهور المبكر للقلق مثل: صدمة الولادة، قلق الشهر الثامن، والوضع الاكتئابي في النصف الثاني من السنة الأولى من العمر.

ومن ناحية أخرى، فإن الموقف الأول الخطير في الحياة هو الولادة، حيث يفصل الطفل عن أمه، ويتميز هذا الموقف بفيض من التنبيهات الخارجية المولدة لتوترات عديدة تؤثر على العضوية.

ويمكن اعتبار التغيرات الفيزيولوجية عند الولادة بأنها النموذج الجدي الأول للقلق؛ ولكن القلق الذي يشعر به الطفل ويعيشه، يظهر في وقت متأخر، كما أن التعبير عن القلق الكامن الناجم عن التجارب الحيوية الأولى لا يتطور إلا في سياق السنة الأولى من العمر. (مطبع، 2001، ص89).

ويرى «سبيتز» أن ردود فعل الطفل في الشهر الرابع من العمر عندما يكون أمام شخص غريب،

تختلف عن ردود الفعل البسيطة على الخوف والتي تطورت من قبل وارتبطت بالذاكرة بتجربة غير محببة. وفي هذه السن يظهر انفعال مزعج من نوع جديد يفسر وكأنه رد فعل على الإدراك النفسي الداخلي للشخص الغريب .

إن رؤية الشخص الغريب تكرر، في الحقيقة، غياب الأم الذي يعيشه الطفل الوليد وكأنه حتمي لا يعوض، لأن الطفل لا يزال أسير إدراكاته الحالية، وهذه التجربة هي المحرك الحقيقي للقلق، لأنه يمكن الشعور به في هذه السن، حيث تكون المعالم الأولى «للأنا» موجودة، وبالتالي فإن عدداً من المواقف التي يعيشها الطفل كالهجر، أو فقدان المحبة أو إصابة في وحدته الجسدية، ستكون كلها فرصة ناجمة للقلق.

وردود الفعل هذه تظل غالباً عرضية، فالطفل يتوصل تدريجياً للسيطرة على نفسه وتشكيل دفاعات قوية ضده. فإذا ما تعرض الطفل لخوف نهاري فسوف يتغلب عليه، بشكل مقنع، حيث يبدي صعوبة في النوم وهذياناً أو هياجاً نهائياً أو عادات مألوفة في النوم. كما يمكن أن يحل الخجل محل القلق أمام الشخص الغريب .

أن النشاط المفرط بدرجات متفاوتة والمصطبغ بالعوانية يمكن أن يعوض عن القلق الأولي .

وفي مواضع أخرى، فإن الطفل يتعلم معالجة قلقه بالقيام بأفعال متكررة و إرادية للمواقف المتعلقة في علاقاته وأعبائه، وعلى العكس فإن الإحباطات المتكررة وإخفاق المحاولات المبدولة للسيطرة على القلق، تؤدي إلى تكريس القلق بشكل مزمن ، حيث يكون فيما بعد مصدراً للبنية العصابية للشخصية، ويلاحظ هذا التطور في أعقاب الحرمان العاطفي المبكر المديد. فالافتقار العاطفي هو في الواقع مصدر القلق .

ويعتبر البعض أن القلق الناجم عن الحرمان العاطفي له وظيفة دماغية، حيث أنه يشير إلى إطلاق سلوك موجه لوضع نهاية لهذا الإحباط (الحرمان العاطفي).

ويعتبر آخرون أن القلق تعبير مباشر عن الازدواجية الانفعالية: إذ يرون أن القلق ينجم عن الوجود المشترك، في اللاشعور، لاندفاعات جنسية ولجهاز اندفاعي أساسي آخر يميل إلى التخريب (غريزة الموت). ويجب على «الأنا» أن يعمل على إبعاد هذا القلق وتحويله إلى عدوانية. وفي هذا المنظور، فإنه لا يمكن دفع العدوان المتمثل برد فعل على الإحباط، لأنه يدل على حاجة أساسية. وعندما يتم تثبيط العدوان بتطوير الشعور اللاواعي بالذنب، فإن القلق يتطور ويتسع نطاقه إلى حد بعيد (مطبع، 2001، ص90).

05/أنواع القلق :

يصادف القلق في ظروف نفسية مرضية مختلفة، وهو يتسرب إلى مختلف الأمراض النفسية بشقيها العصابي والنفاسي، كما يمكن أن يكون رد فعل مرضي بشدته أو بحدته على بعض أحداث الحياة اليومية كمرض عضوي أو صدمة نفسية شديدة، ولكن الأعراض السريرية للقلق يمكن أن تظهر دون أن يكون بالإمكان اعتبارها مرضية، وعندئذ نكون أمام نوع من القلق العادي، والذي هو في الحقيقة شعور قريب من الخوف. (مطبع، 2001، ص75)

(أ)قلق طبيعي : مثل القلق من المجهول ، وقلق الامتحانات ، وقلق المقابلات الشخصية المتعلقة بالعمل .

ب) قلق مرضي : مثل القلق من مرض معين، وهذا النوع من القلق يحتاج إلى مراجعة الطبيب .

وهناك مجموعة من الاضطرابات النفسية تسمى اضطرابات القلق أو نوبات القلق الحادة (Panic Disorder أو الوسواس القهري (Disorder Compulsive Obsessive) مثل الخوف من الأماكن المفتوحة والخوف من الحيوانات (حجازي، 2012، ص34)

01.القلق العادي :

القلق في الحقيقة تجربة مبتذلة، على شكل ارتباك يحس به الشخص بخصوص صحة أحد المقربين منه، أو على شكل خوف قبل مواجهة موقف صعب .

وهذا الانفعال الذي ينطوي على توقع مزعج مترافق بأفكار ازدرائية تشاؤمية، يعتبر ظاهرة عادية جداً؛ فكل واحد منا يشعر يوماً بالتعبير العضوي للقلق: تسرع القلب ، الرجفة، جفاف الفم، كرة في البلعوم، عدم ارتياح معدي أو معوي، تكرار التبول.

وهذا القلق الذي يسهل تفسيره والمتوافق مع الموقف، يختلف بالتأكيد من شخص لآخر، وله دور مشابه لدور الخوف العادي أمام موقف ينطوي على خطر حقيقي، فهو يضع العضوية في حالة تأهب، ويرفع من مستوى يقظتها .

وتعتبر درجة معينة من القلق مفيدة وتحسن مستوى الأداء. وهناك نشاطات عديدة تعتبر متعة وتسليات، كبعض أنواع الرياضة، رغم أنها تكمن في البحث عن الخطر واللعب مع الخوف الذي تسببه؛ وهما خطر حقيقي وخوف موضوعي، كونهما يصححان عنصرى إثارة و متعة.

ودون شك، فإن اللعب مع القلق بجرعات خفيفة، يجعل القلق مألوفاً ويساعد على تجاوزه، ومهما يكن من أمر، فإن القلق الذي نصفه بأنه عادي، مألوف، ويمكن ضبطه، وهو يتوافق مع الموقف، ويهدأ بطريقة سريعة ومتوقعة .

02.القلق الارتكاسي :

القلق الارتكاسي قلق مرضي يختلف عن القلق العادي بشدته وطول مدته، والصدمة السببية يمكن أن تكون موقفاً مفجعاً فردياً أو جماعياً، أو موقفاً شخصياً يعيشه الشخص وكأنه لا يحتمل. وسوف نستعرض تباعاً، في سياق القلق الارتكاسي: القلق الارتكاسي الحاد، القلق الارتكاسي الناجم عن الخوف المديد، والقلق الارتكاسي الناجم عن الإحباطات الانفعالية، والقلق الارتكاسي الناجم عن الآفات العضوية (القلق الحيوي. (مطبع، 2001، ص76)

03.القلق الارتكاسي الحاد : وكانت قد وصفت مشاهدة العرضية الاشدتادية في إطارين :

• عصابات الخوف (عصاب الحرب، ردود الفعل على الحوادث المختلفة، الغرق).

• ردود الفعل التالية للزلازل.

وسرعان ما تظهر الأعراض بعد الحدث المسبب، وغالباً ما تتميز اللوحة السريرية بوجود اختلاط عقلي مؤقت، وحالة حلمية مرعبة نهائية و ليلية بصورة خاصة، وهي تجدد على شكل أحلام مقلقة الموقف الأولي المسبب للصدمة، ويرد الشخص أحياناً على الموقف بحالة هياج نفسي حركي، مع صراخ، حركات غير متوافقة، تعابير انفعالية عنيفة، هروب، وأحياناً أخرى يشله الخوف ويكون في حالة تثبيط ذهولية «ساكناً، صامتاً، هامداً»، ويكون القلق شديداً في هذه الحالات، ويترافق بتظاهرات

جسدية قلبية - تنفسية بصورة خاصة، وأخرى هضمية أو عصبية، ولكن تطور هذه الارتكاسات غالباً ما يكون سريعاً وإيجابياً، لكن الأعراض الانفعالية والجسدية قد تستمر عدة أسابيع أو عدة شهور.

ووفقاً لشخصية الفرد السابقة (قبل الصدمة)، ليس من المستبعد أن نلاحظ تطورات معقدة ذات طابع رهابي أو هستريائي. وأخيراً يجب اعتبار هذه الارتكاسات الحادة محصلة لحدث حيوي راهن، وعتبة انفعالية أو قلق عميق منخفض الشدة. وهي تطرح مسألة الدور المرض المتبادل بين العامل المطلق للقلق والبنية التحتية للشخصية .

04.القلق الارتكاسي الناجم عن الخوف المديد:

كما شوهد عند ضحايا الاضطهاد العرقي والسياسي في الحرب العالمية الثانية ، حيث لوحظ وجود قلق مماثل تماماً لعصاب الضيق الذي يعقب الخوف المديد، وترتبط شدة هذه الحالات بخطورة المعاناة التي يعيشها الشخص، وتغذي هذه الانتكاسات ذكريات واعية تفاقمت بتكليف من نمط رهابي ، وترتكز على اضطراب في البيئة النفسية اللاوعية ، وتجدر الإشارة إلى الدور الهام لعدم الأمان الذي يتحكم بعلاقة الشخص بالآخرين في موقف مرضي دائم، ويمكن لهذه الاضطرابات أن تتطور بشكل مزمن مع وهن نفسي ، لا مبالاة، عدم استقرار واجترارات اكتئابية كما يمكن مصادفة اضطرابات عصبية لا إرادية في كثير من الأحيان.(مطيع،2001،ص78)

05.القلق الارتكاسي الناجم عن الاحباطات الانفعالية :

ان فقدان اي علاقة انفعالية يمكن أن يؤدي إلى حالة من القلق، ويفسر حدوث القلق المفاجئ بتنشيط قلق الانفصال الطفولي من جديد. ويستمر القلق ما دامت الخسارة الانفعالية لم يتم التعرف عليها ودمجها بشكل واع أو غير واع كما هي. وقد وصفت بعد مناسبات الحداد، ردود فعل غالباً ما ترتبط بالقلق أكثر من ارتباطها بالاكئاب الحقيقي الذي يتأخر ظهوره المحتمل. ونعثر في ردود الفعل المرضية الخاصة بالمواقف الانفعالية، على تهيج قلبي وفرط نشاط حركي وشعور مضني بالتوتر ، يرتبط إرادياً بمحاولات تجنب الذكرى المؤلمة. إن شدة ومدة رد الفعل تتعلقان دون شك، بتنظيم شخصية الفرد، ولكن حالة الضيق تكون دائمة في البداية وتمتد على شكل نوبات متقطعة خلال عدة شهور.القلق الارتكاسي الناجم عن الآفات العضوية :يمكن لأية أداة عضوية أن تؤدي إلى حالة من القلق الذي يعتبر رد فعل على خطر ؛ وهذه حالة الآفات الطبية أو الجراحية الحادة، وخاصة عندما يكون الألم شديداً .

ولكن هناك آفات جسدية مختلفة تظهر من خلال حالات القلق المعزولة،تتصف بأعراض نوعية، وتظاهرات قلقية تعيق التعرف على الآفة العضوية المسببة ، وهذا ما يحصل في حالات فرط النشاط الدرقي، وهبوط سكر الدم والعديد من الآفات الوعائية وخاصة التاجية منها. وفي الحقيقة فإن بعض الاضطرابات التاجية عند العصائيين و5% من احتشاءات العضلة القلبية تتظاهر سريرياً بطبيعة قلقية حصراً. وهناك آليتان يمكن أن تدخلا في لعبة (القلق - رد الفعل) للآفات الجسدية :

● المدلول الرمزي للمرض في البنية النفسية، وهكذا فإن كل آفة جسدية، وإن كانت سليمة، يمكن أن تكون لها آثار قلقية وخاصة عند المسنين ذوي الهشاشة العضوية.

● الصدى المباشر لبعض الآفات على المراكز الدماغية، الشبكية، والدماغية المتوسطة، حيث يكون القلق كثير الحدوث في الآفات الوعائية وآفات الجذع الدماغية والأشكال البصلية والتصلب الجانبي الضموري، وتنازرات باركنسون والآفات الصرعية.(مطيع،2001،ص79)

- 06.القلق الواقعي :** يكون مصدره خارجي و يحدث هذا الخوف من فقدان شيء ما .
- 07.القلق العصابي :** هذا الشخص لا يستطيع أن يعرف سبب الشعور بالقلق و هو غامض المعالم ويتميز بالخوف من المجهول و يبقى الفرد متعلقاً بأي شيء خارجي .
- 08.القلق الآلي :** جاء به فرويد و يعتبره رد فعل للفعل الذي يسببه الفرد عند وجوده في وضعية صدمة .
- 09.القلق الأخلاقي :** هو إحساس بالذنب نتيجة الخطر القادم من الغير و هو خوف موضوعي من عقوبة مثلاً الوالدين
- 10. القلق الثانوي :** هذا القلق له دور بالإنداز بالخطر بحيث يستجيب الفرد بأساليب جديدة من التوافق لكن في حالات ارتفاع درجة هذا القلق فإنه يتسبب في فشل هذه الأساليب .
- (رزقي ،واضح،2012،ص25) .

06/صور متعددة للقلق :

القلق في معظم الأحوال هو أحد الانفعالات الطبيعية التي يمكن أن يشعر بها أي إنسان إذا تعرض لموقف ما يستدعي هذا الانفعال ، وهو استجابة طبيعية فيها اعداد وتهيئة للإنسان لمواجهة الأخطار ، وتجربة القلق هنا لهذه شعور وانفعال طبيعي تماماً إذا كانت تتناسب مع الموقف أو الشيء الذي تسبب في هذا القلق .

لكن هذا الانفعال الطبيعي إذا كان بقدر مبالغ فيه يزيد عن المتوقع ، أو إذا استمر لمدة طويلة أكثر مما يجب ، فتكون هنا في مواجهة حالة القلق النفسي المرضى ، وهو شعور غير مرغوب بعدم الارتياح مصحوب بالخوف وبعض المظاهر البدنية مثل التوتر ، والانقباض ، وضيق الصدر ، وخفقان القلب، وتصيب العرق و يصاحب ذلك بعض العجز عن أداء الأعمال اليومية بالدورة المعتادة ، كما يؤثر القلق على قدرة الفرد على التكيف والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين .

ويختلف الناس في الطريقة التي يستجيبون بها لانفعال القلق ، فبينما تكون المظاهر الرئيسية للقلق لدى بعض الناس لهذه العصبية الزائدة والخوف وعدم القدرة على التركيز، هناك أيضاً من يظهر القلق لديه في صورة اضطراب في دقات القلب ، وخفقان وشحوب ، في الوجه وبرودة في الأطراف، وكل هذه نتيجة لتأثير القلق على القلب والدورة الدموية ، وهناك أيضاً من تظهر عليه علامات القلق في صورة قيء و غثيان وألم في المعدة وإسهال ، وفي هؤلاء الناس يكون الأثر الرئيسي للقلق على المعدة والجهاز الهضمي ، وفي بعض الناس يكون ضيق الصدر ، والتنفس السريع هو العلامة التي تبدو في حالة القلق ، كما أن القلق في نسبة من المرضى يتم التعبير عنه في صورة توتر عضلي ، وتقلصات ، وارتعاش في الأطراف .(الشربيني،2015،ص16،17).

07/القلق والمفاهيم المرتبطة به :

●**القلق السوي والقلق المرضي:** في الغالب يكون السوي خارج المنشأ وهو الذي يخبره الفرد في الأحوال الطبيعية كرد فعل للضغط النفسي أو الخطر، أي عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئاً يهدد أمنه وسلامته.

أما القلق المرضي فهو داخلي المنشأ ولذا فهو خوف مزمن من دون مبرر موضوعي مع توفر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير، فهو قلق مرضي Morbid يسمى أحياناً بالقلق

الهائم الطليق Free Floating Anxiety ، والقلق المرضي هو العرض المشترك والظاهرة الأساسية والمشكلة المركزية في كل الاضطرابات العصابية. (مصطفى ،2012،ص330)

● **القلق والوسواس القهري:** وجود علاقة ما بين القلق واضطراب الوسواس القهري تتمثل في:

ا. إن القلق هو الأساس في اضطراب الوسواس القهري والدليل أنه في العلاج بالغمر ومنع الاستجابة يحدث انطفاء أو تلاشي من الخوف أو القلق الشرطي.

ب. هناك علاقة ما بين القلق وحدوث كل من التفكير الوسواسي والتفكير القهري، وإن مريض الوسواس يفوز لديه (عامل القلق) ولذا لا يستطيع أن يمنع نفسه من تكرار السلوك.

ج. إن القلق تقل حدته حين يقوم مريض الوسواس بتكرار أو تنفيذ الفعل القهري.

● **القلق والخوف:** إن القلق خوف محبوس لا يستطيع أن ينطلق في مجراه الطبيعي كالهروب أو الاختفاء أو الهجوم، فهو انفعال مؤلم نشعر به حين لا يستطيع أن نفعل شيئاً حيال موقف مخيف يتهددنا بالخطر. أما الخوف فهو انفعال يجعل الإنسان قادراً على الهروب أو الاختفاء أو الهجوم على الموقف المهدد.

يصاحب القلق الشديد تغيرات فسيولوجية تتمثل في زيادة في ضغط الدم، وضربات القلب، وتوتر العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة أما الخوف الشديد فيصاحبه تغييرات فسيولوجية تتمثل في الانخفاض ضغط الدم وضربات القلب وارتخاء في العضلات مما يؤدي أحياناً إلى حالة إغماء.

● **قلق الاحتضار:** يحدث نتيجة للخوف من هذه (العملية غير المنتهية) وما يتنازع الشخص

من أمل في ألا يكون هذا هو المرض الأخير أو اليأس والقنوط من الشفاء... وقد يعزى هذا القلق إلى بعض الاعتقادات الدينية المتصلة بخروج الروح من الجسد وما يستلزمه خروجها من حشجة وكرب ومشقة وهلع.

● **قلق الموت:** هو استجابة انفعالية مكدره، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه. (مصطفى ،2012،ص331)

● ويمكن اعتبار القلق انفعالا مركبا من الخوف وتوقع التهديد والخطر ويختلف القلق عن الخوف العادي فيما يلي :-

القلق خوف داخلي من مجهول فلا ينتبه الفرد إلى مصدره عادة ويتم على مستوى شعوري أما الخوف فيكون من أمور خارجية معروفة المصدر يواجهها الفرد على مستوى الشعور .

يبقى القلق غالبا رغم زوال مثيره الأصلي طالما يتناوله الفرد بالدراسة والتحليل ،الخوف فيزول بزوال مثيره .

قد ينشأ القلق كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع ، أما الخوف فينشأ كرد فعل لوضع مخيف قائم فعلا .

يعاني المريض بالقلق من الصراعات أما في حالة الخوف العادي فلا توجد صراعات . (شاذلي ،1999،ص113) .

القلق عند المصابين بالصرع

08/تصنيف القلق : يصنف القلق إلى:

1.القلق الموضوعي العادي :

ويطلق عليه أحيانا اسم القلق الواقعي أو القلق الصحيح أو القلق السوي وهذا النوع من القلق اقرب منه إلى الخوف حيث يكون مصدره خارجيا وموجودا فعلا ، ومن أمثلته القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد أو امتحان أو بالصحة أو الإقدام على الزواج أو انتظار نبأ هام أو الانتقال إلى بيئة جديدة أو وجود خطر قومي أو عالمي أو من حدوث تغيرات اقتصادية أو اجتماعية .

02.القلق العصابي :

يكن مصدره داخل الفرد نفسه ، لكنه لا يعرف له أصلا أو يجد له مبررا موضوعياً أو سببا صريحا واضحا فهو خوف أسبابه مكبوتة لاشعورية ، انه قلق هائم طليق غامض .

أن القلق العصابي لا يميز العصابين فقط بل هو لدى العاديين أيضاً وان كان لا يتحكم في حياتهم ويسيطر عليهم كما هو الحال لدى العصابين والقلق العصابي يعوق التوافق والإنتاج والتقدم .

03.القلق الخلفي أو الذاتي :

يخشى الإنسان ضميره ويخاف منه عند قيامه أو محاولته القيام بعمل يخالف العرف أو التقاليد أو القانون كما يخاف الإنسان انطلاق دوافعه الجنسية والعدوانية حين تنجح للإشباع . أن القلق الخلفي يعانیه الفرد كأحاسيس ألم أو خجل عند الأنا ويكون مصدره كامنا في تركيب الشخصية كما هو في القلق العصابي ، إنه صراع داخل النفس وليس صراعا بين الشخص والعالم الخارجي .
(شاذلي - 1999 ، ص113، 114)

تصنيفات اضطرابات القلق العام في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

01. اضطرابات القلق العام Anxiety Disorders : وتشمل تلك الاضطرابات الفئات الاضطرابية الآتية:

ا. المخاوف الشاذة Phobias

ب. القلق العام Generalized Anxiety .

ج. اضطراب الهلع Panic Disorder

د. اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder .

هـ. اضطراب لانعصاب التالي للصدمة Post-Traumatic Disorder .

و. اضطراب القلق غير المصنف في مكان آخر S.O.Anxiety Disorder .

02. الاضطرابات جسدية الشكل Somatoform Disorder : وتتضمن تلك الاضطرابات :

ا اضطراب الجسد Disorder Somatisation .

ب. اضطراب جسمي الشكل وغير متميز .

ج اضطراب التحول Disorder Cooverion

القلق عند المصابين بالصرع

د. اضطراب الألم Pain Disorder

ه.توهم المرض Hypochondriasis

و. اضطراب التوهم بتشوه الجسم.

ز. اضطراب جسمي الشكل غير مصنف في مكان آخر. (مصطفى،2012،ص331)

03. الاضطرابات الانشاقية Disorder Dissociative: وتضمن هذه الفئة الاضطرابات التالية:

ا. النساوة الانشاقية Dissociative Amnesia

ب. الشرود الانشاقية Dissociative Fugue

ج. اضطراب الهوية الانشاقية Identity Dissociative

د. اضطراب اختلال الأنية.

ه. الاضطراب الانشاقية غير مصنف في مكان آخر
Dissociative Disorder Not
Otherwise Specified

04. اضطراب المزاج Mood Disorders: وتتضمن هذه الفئة الاضطرابات الآتية :

ا. نوبة الاكتئاب العظمي Major Depressive Episode: وتشمل بدورها اضطرابين :

01. عسر المزاج Dysthmic .

02. الاضطراب الاكتئابي غير المصنف في مكان آخر.

ب. الاضطراب ثنائي القطب Bipolar Disorder: وتضم بدورها فئتين هما:

01. المزاج الدوري أو المتناوب Cyclothymic

02. الاضطراب ثنائي القطب غير المصنف في مكان آخر (مصطفى،2012،ص332).

09/النظريات النفسية المفسرة للقلق:

01-القلق في التحليل النفسي :

يعتبر فرويد رائد مدرسة التحليل النفسي من أوائل من تحدثوا عن القلق في علم النفس بل و يرى البعض أن هذا المفهوم لم يشيع استخدامه عندما شاع في كتابات فرويد حيث يعود الفضل إليه في توجيه علماء النفس إلى الدور الهام الذي يلعبه القلق في حياة الإنسان. (رزقي، واضح،2012،ص26) .

لقد تطور المفهوم النفسي التحليلي للقلق، بشكل تدريجي، منذ أن وضع فرويد نظريته النفسية الديناميكية؛ وتمت متابعة هذا التطور من خلال التحليل النفسي المعاصر الذي رمت دراساته المتميزة إلى تحديد مصدر القلق، والأشكال التي يظهر بها عند الطفل، وقد أجري هذا البحث في اتجاهات عديدة منها:

- مراقبة ردود الفعل على الإحباطات المبكرة .

• تحليل الأشكال الأساسية للعلاقات الانفعالية الأولية.

- دراسة تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في بناء الشخصية .

وضع فرويد مفهوم عصاب القلق في عام ١٨٩٣، ورأى أن الصراع الأساسي ينجم عن غياب الإشباع الاندفاعي، وأن القلق هو نتيجة التغير الذي يطرأ على الهياج الناجم عن الاندفاع الجنسي عندما لا يجد مخرجاً طبيعياً؛ وربط تشكل العصاب الرهابي، والهستريائي والوسواسي بالعقد اللاواعية في مرحلة الطفولة.

وبقي القلق، عند فرويد، على علاقة هامة بالحياة الاندفاعية الجنسية .

كذلك اعتبر فرويد أن المخاوف العصابية، حول الممارسة الجنسية، والشعور بالذنب حيال الاندفاعات الجنسية، كل ذلك بوسعه توليد القلق، دون أن يكون من الضروري الاستناد إلى حدث معين.

وهكذا، فإن فرويد يفسر القلق وكأنه نتيجة لكبت أطلقه صراع قائم بين «الأنا» والقطب الاندفاعي من الشخصية «الهو»؛ وبذلك قلب فرويد الاقتراح السابق الذي كان يعتبر القلق مصدراً للكبت وليس نتيجة له. وأشار فرويد إلى أن القلق علامة خطر تعبر عن عدم الرضا أو الانزعاج وأن له نوعين متميزين:

01-القلق الموضوعي: وهو القلق أمام خطر حقيقي، ويمكن اعتباره ظاهرة عادية، ولو أنه يشكل رد فعل رديء التكيف أو غير فعال؛ وهو بالنتيجة شعور قريب من الخوف الناجم عن خطر خارجي.

02-القلق العصابي: وهو القلق الغريزي الذي يحس به الشخص أمام خطر داخلي وله شكلان:

- يتمثل الشكل الأول بخطر ينجم عن رغبة لاواعية يدركها «الأنا» وكأنها بمثابة تهديد له.

- بينما يكمن الشكل الآخر في المحظورات التي يفرضها «الأنا الأعلى» على القطب الاندفاعي من الشخصية «الهو»، والتي ينبغي على «الأنا» مجابتهها. (مطبع، 2001، ص87).

ورأى فرويد، كذلك، أن وظيفة القلق تتمثل في إطلاق دفاعات لحماية وحدة «الأنا» المهددة وأن حل الصراعات المختلفة يتم عبر الآليات الدفاعية اللاواعية للأنا الأعلى» كالكبت الذي يتحرك تحت تأثير علامة القلق الإنذارية .

وبين فرويد أنه عندما ترهق هجمات القلق الشديد الدفاعات الاعتيادية، فإن الوسيلة الأخيرة التي يلجأ إليها «الأنا» تكمن في تشكيل أعراض سريرية عصابية ، بغية التصدي للأعباء القلقية المتزايدة. وهذا المفهوم للعرض العصابي، كمحاولة متفاوتة الفعالية لإبعاد القلق الناجم عن الصراع، هو أساس النظرية النفسية التحليلية للصراعات. (مطبع، 2001، ص88)

عرف (فرج طه وآخرون، 1993) القلق بأنه حالة من الخوف والتوتر تصيب الفرد وتوجد ثلاثة أنواع من القلق يمكن أن ترد بسهولة لعلاقات الأنا بالعالم الخارجي، والهو، والأنا الأعلى وهي:

أ. **القلق الواقعي (الموضوعي) Anxiety Realistie**: ويعنى وجود سبب موضوعي موجود في العالم الخارجي بسبب القلق.

ب، **القلق العصابي Neurotic Anxiety**: والذي ينتج تحت وطأة الدفعات الغريزية من جانب الهو.

ج. **القلق الأخلاقي Moral Anxiety**: وهو قلق نتيجة خطر داخلي من جانب الأنا الأعلى.

اما ادلر **Adler** فيرى أن القلق شأنه شأن بقية الأمراض النفسية والعقلية وينجم عن محاولة الفرد التحرر من الشعور بالدونية أو النقص ومحاولة الحصول على شعور بالتفوق. وأشار فرويد إلى أن القلق هو محور الصراع العصابي، وأن القلق هو العامل الرئيسي للعصاب.

وأشارت **كارين هورني** إلى أن الشعور بعدم الأمن النفسي يؤدي إلى القلق الأساسي **Basic Anxiety** وقد أطلقت عليه القلق الأساسي لأنها أساس القلق ولأنه ينشأ في المرحلة الأولى من حياة الطفل نتيجة لاضطراب العلاقة بين الطفل ووالديه، وترى هورني ان القلق يرجع إلى الشعور بالعجز والعدوان والعزلة، وهدف العوامل ناشئة عن الشعور بعدم الأمن النفسي. (مصطفى 2012 ص 334).

أما **يونغ YANG**: رغم انفصاله عن فرويد لكنه بقي متأثراً بفكره و يشير انطلاقاً من نظريته فلاشعور الجمعي المؤكد للتأثير الخبير اللاشعورية الموروثة من الأجيال السابقة كأساس لتكوين الشخصية و أيضاً أساس للقلق فالفرد في موقف مهدد لكيانه يجعله ينسى كل خبراته الحضارية و حصيلته الثقافية و يترد إلى بعض التصرفات الغير المعقولة فالإنسان في حياته العادية لا يشعر بتأثير الأشباح و لكنه إذا مر بجوار القبر ليلا فانه ينتابه مشاعر الخوف و القلق لأنه قد حدث نوع من الغزو من محتويات اللاشعور الجمعي .

- أما **رانك RANK**: تناول القلق باعتباره ناتجا عن رغبة الفرد في التمييز أو التفرد و خوفه من الانفصال عن ارتبط به و اعتبر خبرة الانفصال بالميلاد صدمة تسبب للطفل القلق أولي يشبه القلق الأصلي عند فرويد و بالتالي نرى ان رانك فسر جميع حالات القلق على أساس قلق الميلاد حيث ان الانفصال عن الأم هو الصدمة التي تثير القلق الأولي .

واعتمادا على ما سبق فانه يمكن القول أن التحليليون يربطون ظهور اضطرابات النفسية و منها القلق بخبرات الفرد المؤلمة المعيقة لنمو سليم كنتيجة لسيطرة بعض الرغبات المكبوتة من جانب و لضعف نمو الأنا الفاعل القادر على تكيف في المقابل . (رزقي، واضح، 2012، ص26) .

02- القلق في السلوكية :

أما أنصار المدرسة السلوكية فيرون أن القلق هو اتجاه انفعالي أو شعور ينصب على المستقبل، ويتميز بتناوب أو امتزاج مشاعر الرعب والأمل.

●القلق من الإحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد.

●بمجرد المرور بخبرة (سارة أو مؤلمة) فإنها تتحول إلى استجابة مشروطة ترتبط (عن طريق التعميم) بمواقف أخرى أقل شدة وإحباطاً وإحداثاً للضغط النفسي.

• يتم تعلم القلق من خلال التوحد بالوالدين، او تقليد أنماط القلق الخاصة بهما (على سبيل المثال نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا)

• يرتبط القلق بالمؤثرات (بالمثيرات) الطبيعية الخارجية المخيفة مثل الخوف من الحوادث أو التعرض لها، ثم ينقل من خلال مثير آخر من خلال الفعل الشرطي فيؤدي ذلك إلى ظهور الفوبيا لذا لا عجب أن نجد القلق هو المركز والمنطلق الأساسي خلف كافة أنواع الاضطرابات العصبية. (مصطفى 2012 ص 333) .

يركز السلوكيون إجمالاً على عملية التعلم و يؤكدون بأن الإنسان يتعلم القلق و الخوف و السلوك المرضي كما يتعلم السلوك السوي .

يركز **WATSON** واطسن على أن عملية التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي و المثير الطبيعي و بالتالي يستجيب الفرد لظاهرة تتم عن طريق اقتران الخوف و القلق و يصبح الخوف من المؤثر الشرطي دافعاً مكتسباً و عن

طريق مبدأ التعميم في تعلم الخوف أو القلق و يلاحظ أن المثيرات الشبيهة لتلك التي تعلم الخوف أو القلق و يلاحظ أن المثيرات الشبيهة لتلك التي تعلم الكائن الحي أن يخاف أو يقلق منها و الأكثر شبيهاً بها هي أكثر الإثارة للقلق أو الخوف .

و من الواضح أن القلق في النظرية السلوكية تقوم بعمل مزدوج هو دافع من ناحية و مصدر لتعزيز من ناحية الأخرى و من الممكن تلخيص وجهة النظر السلوكية في القلق بأنه استجابة اكتسبت نتيجة اقتران المثير المحايد بمثير يؤدي إلى استجابة خوف و قد تم هذا الاقتران في ماضي الفرد (رزقي، واطسن، 2012، ص 26) .

03- القلق لدى المعرفيين :

يشير **كلارك وآخرون. Clark, et al** إلى أن خبرات الطفولة المؤلمة تجعل الطفل يكون صيغة سلبية إجمالية عن الذات **self-Negative** تظهر في تركيز الطفل انتقائياً وتخيله وترديده للأفكار التي تتضمن توقعاً للمخاطرة والتهديد، مما يجعله يحرف كل الخبرات التي يمر بها في اتجاه التوقع المستمر للخطر، فيصبح الخوف من الخطر كامن الموقف، أو خطراً قادماً من المستقبل، وهذا التوقع المستمر للخطر يتدخل في تقييم الفرد للمواقف المثيرة للقلق تقيماً موضوعياً فهو يبالغ في تقدير الخطر الكامن في الموقف، ويقلل من قدرته على مواجهة هذا الخطر، مما يجعله في حالة قلق مستمر، وهذا جعل **بيك Beck** يعتقد أن توقع الكوارث وتوجس الفرد هو مؤشر هام ذو دلالة للتنبؤ بالقلق. (مصطفى 2012 ص 334) .

04-القلق في النظرية الوجودية :

بدأ الحديث عن القلق مع بداية ظهور الفلسفة الوجودية بقول **كيركيجارد KEARKIGARD** أحد مؤسسي هذه الفلسفة : ان اختيار يجيز إلى المخاطرة و المخاطرة بطبعها تؤدي إلى القلق على إمكانيات عامة و قلق من الوجه الذي اختاره الإنسان فهذا قلق من و هذا قلق على و هذا شبيه بالدوار الذي يصيب الإنسان حينما ينظر في هاوية.

• يرى **MAY** و **ROLO** : أحد رواد هذا الاتجاه في الولايات المتحدة أن القلق جزء من وجود الإنسان و القلق ليس خوف من شيء موضوعي بل يعبر عن شعور غامض و خوفاً ما من مهددات الوجود .

• يرى فرانكل **FRANKL** : أن القلق الوجودي يكمن وراء القلق العصابي و القلق الوجودي هو الخوف من الموت و في نفس الوقت الخوف من الحياة ككل انه ناتج عن ضمير يشعر بالذنب اتجاه الحياة أو الإحساس بعد تحقيق الشخص إمكانيته القيمة كما يرى أن القلق ازداد كثافة في عصرنا الحاضر و في هذه الثقافة التنافسية بسبب افتقادنا للقيم الرئيسية في مجتمعنا و الاغتراب و العزلة الشخصية. (رزقي، واضح، 2012، ص26)

05-القلق في النظرية الإنسانية :

تمثل امتداد لنظرية الوجودية لذا يرى الإنسانيون أن القلق هو الخوف من المستقبل و ما قد يحمله من أحداث تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته و لهذا فان المثير الأساسي للقلق كما يرون هو فشل الفرد في تحقيق أهدافه و فشله في اختيار أسلوب حياته و خوفه من احتمال حدوث الفشل في أن يحيى الحياة التي يريدها و انه هو الكائن الوحيد الذي يدرك انه سوف يموت يوما و في أي لحظة .

• يرى كل من ماسلو و روجرز **MASLOU ROGERS**: إن الكائنات الحية البشرية تهتم بالنمو بدلا من عمليتها على تجنب احباطات أو إعادة التوازن و على هذا الاعتقاد وضع النظرية الشهيرة حول هرم الحاجات إلا أن عدم تحقيق هذه الحاجات قد يؤدي إلى القلق و يقول روجرز: إن الإنسان يشعر بالقلق حين يجد التعارض بين إمكانياته و طموحاته إي إن القلق يحدث عندما تكون هناك تعارض بين ما يعيشه الفرد و بين مفهوم الذات.

06-القلق في النظرية النفسية الدينية :

ترى هذه المدرسة أن القلق يرجع إلى الخطيئة "الذنب و الإثم " اي الى الشعور بارتكاب خطأ انتهك فيه الشخص مبادئ الخلق و الدين .

و إن هذا الشعور يهدد "الأنا الخلقية " و هو الأمر الذي يجعل صاحبها يعيش قلق دائم مستمر حيث تعرف هذه النظرية بنظرية "الخطيئة في العصاب "، حيث أن القلق حسب هذا المفهوم يحدث على النحو التالي عندما يقوم الفرد بأعمال كان يتمنى أن لا يقوم بها يشعر بالندم على أعمال مارسها الفرد فعلا و هذا ما ذهب إليه كيركيجار **KEARKIGARD**: في تعريفه للقلق حيث ذكر أنه: انفعال فطري مغروس في الإنسان منذ بدئ الخليقة كما ذهب إلى أن القلق يؤدي إلى الخطيئة والخطيئة تؤدي إلى القلق و لا يمكن التغلب على ذلك إلا عن طريق الإيمان بالله .

(رزقي، واضح، 2012، ص27) .

07-النظريات الاجتماعية - الثقافية للقلق:

يرى فرويد أن الظواهر الاجتماعية والثقافية هي نتائج التطور النفسي الفردي، وأن التكيف الاجتماعي لا يتم إلا إذا حصل كبت غريزي، وعلى هذا فإن القلق الناجم عن الصراع، والكبت الذي يطلقه القلق بيدوان كضرورتين مطلقتين. إن القلق والكبت يمثلان، في الواقع، الطريقة الوحيدة التي تسمح بتعديل القوى الاندفاعية التي تهدد بشكل دائم بتفكيك المجموعة الاجتماعية. هذا المفهوم الفرويدي للقلق الفردي، كأساس ضروري للجماعة البشرية، كان قد تطور، إلى حد بعيد، فيما بعد.

فقد عكس عدد من المؤلفين هذه العلاقة بين الفرد والمجتمع، معتبرين، على العكس، أن البنية النفسية الفردية هي نتاج الوسط الاجتماعي والثقافي المحيط به. إن وجهة النظر هذه تزيد من أهمية الدور الذي تلعبه الثقافة في تحديد معالم الشخصية. (مطبع، 2001، ص90)

ويرفض البعض النظرية الفرويدية، ويرون أن القلق لا ينجم عن صراع المخصي، فهو كالعوانية، ظاهرة ثانوية تمثل رد فعل على الإحباطات الناجمة عن ضغوط الاجتماعية. أما الصراع الأساسي فهو الذي يضع «الأنا» في مواجهة الضغوط الاجتماعية و الثقافية، وهذه الضغوط تمثل إحباطات متكررة تؤدي عند الفرد، إلى شعور بالغضب وعوانية متميزة و هكذا فإن ردود الفعل هذه التي لا يقبلها المجتمع ، يجب أن تكبح و هذا هو الكبت المولد للقلق .

هذا، ويرى بعض المؤلفين المعاصرين أن الطفل يكسب في وقت مبكر قلقاً أساسياً، ذلك أنه من الحاجات الأساسية للطفل الشعور بالأمان والدعم والإقرار به من قبل محيطه، وبالتالي فإن بوسع كل استهجان أن يغذي القلق لديه، ولذلك فإن الطفل وهو يسعى جاهداً لتجنب القلق، يتصرف بطريقة تضمن له المحبة والتفهم، الأمر الذي يتطلب منه، بشكل إرادي، العمل على التقيد بما ينتظر منه، فيقوم بكبح ميوله المتصارعة مع المعايير الثقافية، كما أن الإحباطات التي يعانها الطفل تكون مصدر عدوانية ينبغي عليه كبتها لينجب التأنيب والمخاطرة بفقدان محبة الآخرين له، وهذه الخطة تغذي قلقاً دائماً يزيد من إمكانية الإصابة المرضية .

ويرى آخرون أن القلق نتيجة مباشرة للكبت الذي يمليه المجتمع، والعصابات ترتبط بالتوترات الجنسية المتركمة التي لا ترافق بالإشباع الغريزي، وتصبح العدوانية، في هذا الإطار، رد فعل العضوية إزاء عدم إشباع حاجة حيوية، بينما يتمثل الكبت الجنسي في بنية المجتمع الحديث، حيث نلاحظ أن الزواج الأحادي، ونظام الأبوة يحافظان عند الطفل على جو من التعلق العاطفي وعلى شعور بالخشية والخضوع، أما التأنيب الأوديبى القلق، فهو ظاهرة محتملة الوقوع ولكنها لا تلاحظ في مجتمعاتنا إلا كنتيجة للسلطة المفرطة لشخصية الأب . (مطبع،2001،ص91)

10/أسباب القلق:

أشارت نتائج البحوث إلى أن الأسباب و إن كانت موضوعية و مثيرات داخلية فإنها تختلف إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة و فيما يلي ذكر أسباب القلق :

01 - الاستعداد الوراثي :

- تعد الوراثة من أهم المسببات التي تؤدي إلى القلق ، حيث تؤكد بعض الأبحاث الحديثة اثر العوامل الوراثية في ظهور القلق و من تلك الأبحاث التي أجريت على التوائم حيث تبين ان التشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي و الاستجابة للمنبهات الخارجية و الداخلية بصورة متشابهة يؤدي ظهور أعراض القلق لدى التوأمين .

كذلك أظهرت دراسات لأسر ان 15 % من الأبناء و الإخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض كما ان سيمات القلق ظهرت في 14% من حالات و قديكون ذلك مؤشر إلى أن الوراثة تلعب دورا كبيرا في استعدادات لإصابة بمرض القلق .(رزقي ،واضح،2012،ص25)

- لقد وجد نويزا وآخرون Noyes,etal (1987) نسبة تكرار عالية لاضطراب القلق بين الأفراد الذين تربطهم معاملة قرابة، وتوضح الأبحاث التي تمت على التوائم المتماثلة أو المتشابهة الذين ينحدرون من آباء لديهم قلق ارتفاع نسبة القلق لدى التوائم المتماثلة بما يوحي بفكرة تأثير هذا الاضطراب بالعوامل الوراثية. (مصطفى 2012،ص334) .

في إطار معارفنا الحالية، يبدو الافتراض بوجود دور للعوامل الوراثية مقبولاً، بنفس الطريقة التي تقبل فيها الدور الذي يلعبه كل من الوسط المحيط بالشخص، ومصدر القلق في إطلاق هذا الاضطراب

القلق عند المصابين بالصرع

واستقراره .

وقد أجري تقييم لأدوار مختلف العوامل بخصوص القلق البسيط المعزول، في نطاق دراسة عند التوائم، فتبين أن نسبة توافق الحالات العصابية كانت 41% عند التوائم الحقيقية و 4% عند التوائم الكاذبة . (مطبع، 2001، ص87).

02- العوامل البيولوجية :

ا. زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي ولا سيما الشق السيمبثاوي.

ب، زيادة إطلاق مواد الكاتيكول أميدي Catecholamines في الدم.

ج. ارتفاع نسبة نواتج أيض النور أدرينالين.

د. انخفاض تركيز حامضي (جاما بيوتريك) مما يؤدي الى زيادة نشاط الجهاز العصبي المركزي .

ه. ازدياد ناقل السيروتونين العصبي بسبب القلق، وازدياد نشاط الدوبامين المرتبط بالقلق .

و. ظهور بؤرة زشطه في الفص الصدغي

ز. ازدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل . (مصطفى 2012، ص334)

03- العمر :

تعد المرحلة العمرية أحد العوامل التي تؤثر في نشأة القلق حيث يزداد القلق مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة

و كذلك ضموره لدى المسنين فيظهر القلق لدى الأطفال بأعراض مختلفة عنه لدى الراشدين ، فيكون الخوف لدى الأطفال على شكل خوف من الظلام و من الحيوانات أما القلق في المراهقة فيكون بشكل الشعور بعدم الأمن و الخجل و عادة تضعف أعراض القلق في مرحلة النضج لتظهر في مرحلة سن اليأس و الشيخوخة .

04- الاستعداد النفسي العام :

حيث انه تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق و من ذلك الضعف النفسي العام و الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض ظروف البيئة بالنسبة لمكانة الفرد و أهدافه و التوتر النفسي الشديد و الشعور بالذنب و الخوف و تعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة كما يؤدي فشل الكبت إلى القلق و ذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو طبيعة الخوف و تعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة كما يؤدي فشل الكبت إلى القلق و ذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو طبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة

05 - العوامل الاجتماعية : حصر هذه تعتبر العوامل الاجتماعية من المثير الأساسي للقلق و لا شك إن الأسباب أمر مستحيل لتعددتها و تشعب جوانب الحياة المقلقة خاصة في عصر اتسم بالقلق و تشمل هذه العوامل مختلف الضغوط الحضارية و الثقافية و الأزمات الحياتية و البيئية المشبعة بعوامل الخوف و الحرمان و الوحدة و عدم الأمن واضطراب الجو الأسري و تفكك الأسرة و أساليب التعامل الوالدية القاسية و الفشل في الحياة .

- أما فرويد فقد ارجع سبب القلق "إلى إعاقة الليبدو من حاجته لإشباع جنسي".
- أما رانك " فيرجعه إلى صدمة الميلاد (رزقي، واضح، 2012، ص25)

06-مواقف الحياة الضاغطة : ومطالب ومطامح المدنيه المتغيرة والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم والحرمان وعدم الأمان ، واضطراب الجو الأسرى والوالدان العصائيان القلقان وعدوى القلق وخاصة من الوالدين .

07-مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة ، والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة وغيرها واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين .

08-والمراهقة ، والإرهاق الجسمي والمرض .

09-عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات .

10-الطفولة المبكرة وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة و الصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والفشل اقتصاديا أو زواجيا أو مهنياً .. الخ والحلول الخاطئة وكثرة المحرمات الثقافية . (شاذلي 1999، ص115، 116)

11-عدم الشعور بالأمن : ولقد أرجع أدلر **Adler** القلق وعدم الشعور بالأمن إلى شعور الطفل بالقصور والعجز العضوي والبدني والقصور المعنوي والاجتماعي. (مصطفى 2012، ص335) .

11/أعراض القلق :

● **01-أعراض جسمية :** تظهر هذه الأعراض على أعضاء متعددة جدا فتشمل القلب و ارتفاع ضغط الدم كما تشمل الجهاز الهضمي و التنفسي فيشعر المصاب القلق و الضيق في التنفس أو السرعة و يشعر باضطراب معوي معا قد يحدث غثيان أو إسهال أو إمساك و الجهاز العضلي يتأثر كذلك فيحدث تقلصات عضلية مؤلمة في الساقين و الذراعين و الألام في الصدر بالإضافة إلى إحساس جلدي بالحرارة و التعرق و التتميل و كذلك برودة الأطراف و اضطرابات في النوم و الصداع و فقدان الشهية و تجدر الإشارة إلى انه كلما زادت حدة القلق زادت هذه الأعراض و تعددت .(رزقي، واضح، 2012، ص25).

● وتشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة وتوتر العضلات والنشاط الحركي الزائد والأزمات العصبية الحركية والصداع المستمر وتصبب العرق ، وعرق الكفين وشحوب الوجه وسرعة النبض وآلام الصدر وارتفاع ضغط الدم واضطراب التنفس وعسره والشعور بضيق الصدر والدوار والغثيان والقي والإسهال وعسر الهضم وفقد الشهية

● واضطراب النوم والأرق والأحلام المزعجة واضطراب الوظيفة الجنسية (شاذلي، 1999، ص116) .

02 - الأعراض النفسية : أولها الخوف و هو مقترن تماما مع القلق و قد يتجاوز إلى خوف مفرط حيث يشتد القلق و يصاب المريض بالتوتر و التهيج العصبي و سرعة الانفعال و الغضب و يفقد الشهية للطعام و يتوقع الأذى و المصائب و عدم الطمأنينة و الرغبة في الهرب عند مواجهة موقف من مواقف الحياة بالإضافة إلى هذا كله تحدث للقلق بعض الأعراض العقلية مثل : ضعف التركيز ، كثرة النسيان و الأوهام المرضية الجسمية و في حالات حادة ينتاب المريض الشعور بالفصال في الجسد

عن البيئة و انفصال الذات عن الجسد.(رزقي، واضح،2012،ص25).

- وتشمل القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل والعصبية والتوتر العام وعدم الاستقرار والحساسية النفسية الزائدة وسهولة الاستشارة والهيّاج والشك والارتياب والتردد في اتخاذ القرارات والهم
- والاكتئاب العابر والتشاؤم والانشغال بأخطاء الماضي وتوهم المرض وضعف التركيز وشروذ الذهن وضعف القدرة على العمل والإنتاج ورسوء التوافق الاجتماعي وسوء التوافق المهني وقد يصل الحال إلى السلوك العشوائي غير المضبوط. (شاذلي،1999،ص117) .

03- الأعراض السيكوسوماتية : يقصد بذلك الأمراض العضوية التي تنشأ نتيجة سبب معاناة القلق النفسي و الانفعالات الشديدة كما يقصد بذلك الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض إلى حالات القلق النفسي و التوترات الشديدة فمثل هذه الحالات يكون علاج القلق و الانفعالات أساسيا لشفاء المريض و من أجل صحته العامة و من أهم هذه الأمراض :

ارتفاع ضغط الدم،ذبحة الصدرية ،جلطة الشرايين التاجية للقلب، الربو الشعبي ،الروماتيزم ،البول السكري ،قرحة المعدة الخ .

04-الأعراض الرئيسية للقلق حسب DSM4 :

يصنف الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية الخواص الرئيسية للقلق كما يلي :

- التوتر الحركي كما يدل عليه أن يصبح الفرد قفازا و متحفزا متغيرا فجأة
- مرتجفا -مرتعدا غير قادر على الاسترخاء
- النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي أو المستقل كما يظهر ذلك في الدوار أو الدوخة والقلب المتسارع و زيادة إفراز العرق
- توقع الشر و ترقب ما يخيف و يتضح ذلك في اشتراك الأفكار .
- التيقظ و التحفز وزيادة الانتباه.(رزقي، واضح،2012،ص25).

12/اللوحة السريرية للقلق :

يوجد ثلاثة أشكال سريرية للقلق: نوبة القلق الاشتدادية، حالة القلق المزمنة، والأشكال الجسدية للقلق.

01-نوبة القلق الاشتدادية :

تشكل نوبة القلق لوحة سريرية لافتة للنظر بغناها وشدتها التي يشعر معها المريض بالأعراض ويعبر عنها، ويكون بدء النوبة عنيفاً؛ فيغدو المريض مرتعاً للشعور بالخوف شديد وغامض بأن واحد، ويكون في حالة انتظار لكارثة وشيكة الوقوع دائماً. إنه يخشى بطريقة حادة وغامضة وقوع خطر لا يتمكن من تحديده. وفي بعض الحالات فإن هذا القلق المنتشر العائم يجد مرتكزاً متشبت به: كالخوف من الموت مثلاً، والذي يثيره الشخص انطلاقاً من ألم جسدي؛

وفي حالات أخرى الخوف من الجنون المرتبط بانطباع يتكون لدى الشخص بعدم قدرته على مراقبة

أفكاره، ذاكرته، أو قدراته التعبيرية. (مطبع، 2001، ص69)

وهذا الشعور بالبلبلة والذعر يجتاح الوعي ويغذي اجترارات فكرية إزدرائية؛ ويعبر الشخص عن أسفه بخصوص الماضي وعند خوفه وتشاؤمه المتعلق بالمستقبل أو عن شعوره المؤلم بضعفه وقلة شأنه.

ويدل المظهر العام والسلوك الحركي على الحالة القلقية الحادة: فالوجه شاحب يتصبب عرقاً، وملامحه تدل على الإنهاك؛ والمريض تارة يبدو مثبطاً، واهن القوى، يشله الخوف، وتارة أخرى يكون متهيجاً، مضطرباً مع صيحات وبكاء وردود فعل عنيفة لأقل تنبيه. ويمكن في بعض الحالات أن يؤدي الهياج إلى تظاهرات عدوانية عنيفة أو ردود فعل هروبية (الهرب القلبي).

- وترافق نوبة القلق أعراض جسدية ثابتة عملياً، ويمكن أن تكون في المقام الأول من حيث الأعراض، مشكلة المحور الأساسي لهذه النوبة. فالمريض يعاني من شعور بالاختناق والانقباض في صدره، أو يحس بالآلام أمام القلب، يضيق نفسه، وتنقبض حنجرتة، فيصبح تنفسه سريعاً غير منتظم، وأحياناً ربوي الشكل، كما يتسرع نبضه ويرتفع توتره الشرياني. وغالباً ما تلاحظ عند الشخص غثيانات بلاقياءات، إسهال، تكرار التبول، كما أن التظاهرات العصبية ليست نادرة كالارتعاشات، عدم التناسق الحركي، نوبات من اختفاء الساقين، فرط الارتكاسية العظمية- الوترية، انطباع الضباب البصري، الإحساس الموضع أو المنتشر والالام المختلفة، وفي بعض الحالات، يمكن لهذه الاضطرابات أن تدعو للتفكير، لأول وهلة، بأفة جسدية عضوية، ومع ذلك فإن الشعور بالخوف، والحالة القلقية التي يعيشها المريض يسمحان، بشكل عام، بربط هذه الأعراض بمصدرها النفسي.

02-الحالة القلقية المزمنة:

أن القلق المزمن أو القلق العميق يؤدي، على نطاق ضيق، إلى ظهور الملامح الأساسية لنوبة القلق الاشتدادية من جديد، وللقلق المزمن مظهران متميزان .

● **فعلى الصعيد النفسي :** القلق حالة توترية مؤلمة؛ فهو يتمثل بتقرب وبشعور مسبق لتهديد مبهم يؤدي إلى شعور دائم بعدم الأمان. إن القلق العائم، الذي لا موضوع له يجتاح الكيان النفسي ويجعل من أكثر الأحداث بساطة، مصادر تهديد حقيقية ويرتكز القلق على الماضي الذي ينظر إليه المصاب بطريقة إزدرائية في إطار اجترارات مطبوعة بالأسف، هذا القلق يجعل الحاضر غير مؤكد، والمستقبل مشكوكاً فيه. وكل حدث الذي ينشط من جديد هذه الحالة من التوتر المضني الذي يعانيه الشخص ويبحث عنه؛ وأقل ألم مثلاً يغدو مؤسراً لمرض خطير، ولكن بسرعة تضع هذه الفرضية نفسها موضع شك، لتحل محلها مخاوف تشاؤمية. والشخص القلق، وهو يشك بكل شيء، غير قادر على اتخاذ أبسط القرارات و تحقيق هدف حده، لأن كلا من الاصطلاحات المتعلقة بذلك، يشعر به الشخص وكاله خطير وضار، وترتبط بالشك الدائم الذي يجتاح المصاب مشاعر عديدة بالإخفاق، وعدم الكفاءة والدونية. ومشاعر التردد، وعدم الأمان هذه، تترافق بحالة دائمة من التوتر العضوي والنفسي. ويؤدي فرط الانفعالية إلى عدم استقرار المزاج، وردود فعل على التوترات الخارجية ذات حدة متزايدة. (مطبع، 2001، ص70)

● **أما على الصعيد الجسدي :** فيعتبر القلق مسؤولاً عن العديد من التظاهرات الوظيفية، وهذا التناذر النفسي اللاإرادي يشمل الاضطرابات التنفسية، الهضمية، البولية، العصبية، ويعتبر منشؤها موضع شك عندما تكون التظاهرات النفسية للقلق واضحة سريريا. وفي المقابل، فإن

التشخيص يكون صعباً في الأشكال الجسدية المقنعة للقلق حيث أن الأعراض الجسدية الشديدة تقريبا تهيمن على اللوحة السريرية .

13/الأشكال الجسدية للقلق :

01-التظاهرات القلبية التنفسية:

يشكو المريض من ضيق تنفسي حاد بدرجات متفاوتة، ربوي الشكل مع خفقان وآلام حول القلب، ولكن هذه الأعراض ليست الصفة الأساسية العميقة للذبحة الصدرية خلف القص؛ وبالإضافة لذلك فهي لا تتعلق بالجهد. ويبين الفحص غالباً وجود نبض سريع غير مستقر ، احتداد قلبي وانخفاض التوتر الشرياني ولا يظهر مخطط القلب الكهربائي عادة أية اضطرابات، إذا لم تكن هناك بعض خوارج الانقباض. ويمكن أن تلاحظ في حالات نادرة اضطرابات خفيفة في عودة الاستقطاب البطينية (تسطح أو اتساع في موجات T، تغير في مستوى ST) ولكن هذه العلامات تختفي عند إجراء اختبار الجهد. كما تلاحظ عادة تغيرات دورانية محيطية تؤدي إلى نوبات من التوسع والانقباض الوعائي. وتشاهد الاضطرابات القلبية التنفسية في 90% من الحالات. (مطبع، 2001، ص71)

02- الاضطرابات الهضمية:

وتشاهد في 50% من الحالات، وتتمثل بحس ثقل بطني، غثيانات، تشنجات قولنجية، جفاف الفم، بلع الهواء.

03-الاضطرابات البولية:

وهي عبارة عن آلام بطنية حوضية، آلام كيسية، مع أو بدون تكرار التبول.

04- الاضطرابات العصبية:

وتتلخص غالباً في حالة من فرط التهيج العصبي - العضلي (ردود فعل حادة واسعة النطاق، فرط التوتر العضلي، تظاهرات تركزية الشكل) ونلاحظ : شبه دوار (غير دوراني)، هروب الساقين، صداعات مختلفة، تعرق اشتداد. ويضطرب النوم فنلاحظ صعوبة في النوم ترتبط بالإجترارات القلقية، كما تكون نوعية النوم رديئة، ويمكن أن تلاحظ أحلام مقلقة، كوابيس واستيقاظات ليلية متكررة. وفي بعض الحالات يلاحظ فرط في النوم، ولكن هذا النوم المتزايد لا يؤدي وظيفته الترميمية، ويدعي الشخص القلق غالباً إحساس بتعب متفاوت الشدة.

14/التشخيص التفريقي للقلق :

تؤدي الأعراض الجسدية للقلق إلى صعوبة تشخيصية مزدوجة، إذ لا بد من استبعاد الآفات العضوية، والحالات الاكتئابية ذات الأعراض الجسدية .

01-الآفات العضوية:

إن الاضطرابات الجسدية للقلق، عندما تكون معزولة، يمكن أن تقود إلى تشخيص حالة إسعافية عضوية. وحسب الحالة يمكن أن نفكر بالربو، الذبحة الصدرية، احتشاء العضلة القلبية أو بحالة بطن جراحية . (مطبع، 2001، ص72)

ويستند التشخيص قبل كل شيء إلى فحص عضوي دقيق، في جو من الهدوء والابتعاد عن تهويل الموقف، وللفحص، في الواقع، فائدة مزدوجة، فهو من ناحية عمل على تهدئة الحالة القلقية، ومن

ناحية أخرى يساعد على توجيه التشخيص. إن غياب العلامات العضوية المرضية، والكشف عن السوابق المماثلة، ووجود حالة قلقية يعيشها المريض ينبغي أن تجنبنا الفحوص المتعددة، التي قد تزيد نتائجها من الاهتمامات القلقية للشخص بدلاً من تطمينه . (مطبع،2001،ص73)

إن الأهمية الدقيقة للمخطط العضوي اللازم لوضع التشخيص يتعلق بكل حالة خاصة، فالقلق والحالة العضوية يمكن أن يتواجدا في طرفين مختلفين:

● فبعض ردود الفعل القلقية لها منشأ عضوي.

● والأشخاص الذين يعانون من القلق المزمن ليسوا بمأمن من الأعراض الجسدية .

02- الأشكال الجسدية للحالات الاكتئابية :

وهنا تكمن المشكلة التشخيصية الرئيسية التي تطرحها الحالات القلقية : فبعض الحالات الاكتئابية تتميز بأعراض جسدية مهيمنة بل معزولة، وهذه الحالات يجب التعرف عليها لأنها ترتبط بأسلوب علاجي خاص، فالأدوية المضادة

للقلق الموصوفة بمفردها لشخص مصاب بالاكتئاب، تخاطر في الواقع بإخفاء القلق دون شفاء الاكتئاب، ومع طول المدة تخاطر بتفاقم حالة اليأس والميول الانتحارية . ومن جهة أخرى، فإن مضادات الاكتئاب، على الأقل بعض منها، تزيد من مستوى القلق وخطر الهجمة الانتحارية، ولهذا فلا يجب استخدام هذه المضادات في حالات القلق البسيطة.

إن الحالة الاكتئابية يسهل التعرف عليها، عندما تترافق بعلامات التباطؤ النفسي الحركي (حركات نادرة وبطيئة، قلة الإجابات واختصارها، بطء التفكير والكلام)، وبفقدان الاندفاع الحيوي (الشعور بالتعب الشديد، اللامبالاة، عدم القدرة على القيام شيء)، ويكون المزاج عندئذ اكتئابياً بوضوح (حزن، تشاؤم، عدم الرضا عن الذات، أفكار الشعور بالدونية، قلة الشأن والشعور بالذنب).

ولكن العديد من الحالات الاكتئابية لا تترافق بتباطؤ نفسي حركي، و من المرجح أن يحل محل هذا العرض الأخير هياج، بصورة خاصة عندما يكون القلق المرافق شديداً.

وأخيراً، فإن الاضطرابات الجسدية يمكن أن تكشف عن حالة اكتئابية بنفس القدر الذي تدل فيه على حالة قلقية. وفي هذه الحالات، يعتبر، من الضروري، ان تعرف كيف نفرق المزاج الاكتئابي الحقيقي عن الاجترارات الازدرائية التشاؤمية الغامضة للأشخاص القلقين الذين يهيمن عندهم الشك والقلق بدلاً من الحزن العميق.

كما أن حالات القلق المزمن لا تؤدي إلى فقدان الاندفاع الحيوي، ولا اللامبالاة، ولا الانخفاض الشامل للنشاط العام والعمليات الذهنية . (مطبع،2001،ص74) .

15/المرضية النفسية الكمية للقلق:

في حالات التشخيص الصعبة، بصورة خاصة، يستعان بالاختبارات النفسية القياسية، سواء الاختبارات العقلية أو الإسقاطية أو المقاييس التقييمية، وبصورة عامة، فإن استخدام وسائل التقييم يسمح باقتراب كني من المرضية النفسية التي تبدو مفيدة لمتابعة تطور الأعراض أثناء تطبيق

المعالجة النفسية، ونميز، في هذا الصدد، المقاييس التقييمية الموجهة لتحديد مرضية نفسية عامة والتي تتضمن مقياساً أو أكثر للقلق، والمقاييس المركزة بصورة خاصة على القلق. ومن بين الوسائل الهامة للتقييم نذكر مقياس (ويروغاتيس) الذي يقيم بصورة خاصة الأعراض العصبية .

كما يجب أن نميز من بين المقاييس النوعية المقاييس الهادفة إلى تحديد سمة القلق (مثلاً القلق المزمن لا يتغير إلا بشكل محدود جداً مع مرور الزمن) من المقاييس الأخرى التي ترمي لتقدير شامل لشدة القلق.

ولتقييم سمة القلق يستخدم مقياس **مينزوننا** متعدد الأطوار (I.P.M.M)؛ وهو يسمح بمطابقة عدة عوامل متميزة كالاكتئاب القلبي، والهياج القلبي، والأعراض الجسدية للقلق.

أما لتقييم الحالة الفلجية، فقد تبين أن مقاييس موجزة وبسيطة يمكن الوثوق بها لكونها تسمح بمتابعة التطور السريري للمرض أثناء المعالجة بشكل مرضي، كمقياس هاملتون الذي يقيم القلق العصبي، ولكنه لا يستخدم المرافق

العديد من الآفات النفسية، ويمكن استخدام اختبارات عقلية لتقييم القلق بشكل مباشر. وعملياً هناك ميل لاستخدام طرق غير مباشرة تقيم القلق من خلال التغيرات النوعية التي يحملها القلق للأداء الذي يديه الشخص في سياق الاختبار، وأخيراً، فإن الطرق الإسقاطية لدراسة الشخصية يمكن استخدامها لتمييز القلق المرضي المعزول عن الأعراض الاكتئابية، ومن هذه الطرق اختبار الإدراك الشعوري الأساسي TAT (مطبع، 2001، ص75).

16/اختلال في وظائف المخ تؤدي إلى العديد من المشاكل النفسية:

في أبحاث ودراسات للمخ ترتبط بالطب النووي تسمى SPECT وهي (حساب الرسم السطحي لانبعثات فوتون واحد باستخدام الكمبيوتر (photon-Single Emission Computed tomography) ، هذه الدراسات تقوم بقياس تدفق الدم في المخ وأنماط النشاط الأيضي، ومن خلالها أصبح لدى العلماء الآن وسائل بصرية يمكن من خلالها رؤية أنماط المخ التي ترتبط بسلوكيات مثل: **القلق، والميل للإحباط، والتشتت، والغف، والوسواس.**

ووجود دليل مادي على ظواهر ينظر إليها في الغالب على أنها نفسية صرفة أحدث ثورة في أسلوب ممارسة الطب النفسي. وأصبح في مقدور المريض وأسرته أن يروا المشكلة التي يعاني منها في المخ، مما يجعله أكثر قابلية واستجابة للعلاج. كما أصبح لدى الأطباء معلومات أكثر تمكنهم من اتخاذ قرارات علاجية أكثر فاعلية للحالات المعقدة، بالإضافة إلى توعية العامة بآثار الإدمان، وإصابات الرأس، وآثار التفكير السلبي على المخ.

يقول الدكتور **دانيال ج أمين** المختص بالطب النفسي، عندما كان يعمل في مستشفى الطب النفسي في (فيرفيلد)، شرق سان فرانسيسكو، قام الدكتور **جاك بالدي** المختص في الطب النووي بزيارة المستشفى، وألقى محاضرة عن تصوير "سبيكت". هذه الأبحاث والدراسات في الطب النووي تفي بقياس مستويات تدفق الدم والنشاط داخل المخ. وقد قام الدكتور **بالدي** بعرض صور لوظائف المخ لأشخاص يعانون من الخبل والإحباط والشيزوفرينا، أو إصابات بالمخ، وقارن هذه الصور بصور للمخ الطبيعي، قبل وبعد العلاج، مما يعني أن العلاج بالأدوية أدى إلى تغيير في الوظائف المادية للمخ. (حجازي، 2012، ص37)

ويضيف دكتور أمين، لقد رأيت بعيني أنماط المخ التي توضح وجود شذوذ يؤدي إلى مشاكل

سلوكية، وإن إصلاح الشذوذ في وظائف المخ يمكن أن يغير حياة الأشخاص، بل وأرواحهم. فقد بدأت الكثير من الحالات التي لم تكن الوظائف المادية للمخ، فهناك مفهوم بسيط للغاية، وهو: عندما يعمل مخك بصورة جيدة ولا يمكنك أن تعمل بشكل أفضل والعكس صحيح. معنى هذا المفهوم الجديد أن هناك أجزاء عديدة من المخ تؤثر على سلوكنا. ويمكن تحديد مواطن الداء في المخ وتقديم العلاج المناسب. وهكذا من خلال هذه الأبحاث والفحوصات تغيرت المفاهيم الأساسية عن الناس والشخصية وحرية الإرادة.

بعد تحسين الوظائف المادية للمخ من خلال استخدام الأدوية وأنظمة التغذية والتدريبات النفسية المركزة، أصبح لدى الأشخاص الذين كانوا لا يستجيبون للتغيير قدرة على تبني سلوكيات ومهارات جديدة، وأصبح نشاط مخهم إيجابياً فعالاً، كما أصبح لديهم قدرة أكبر على التغيير على الرغم من أن الرغبة في التغيير كانت متوفرة ولديهم قبل ذلك. وهكذا إذا لم يؤدي المخ وظائفه كما ينبغي، فسيكون من الصعب أن تنجح أي ناحية من حياتك، سواء في علاقاتك، أو في عملك، أو في دراستك، أو في شعورك بذاتك، أو حتى في مشاعرك ووعيك الروحي. فالخطوة الأولى للتقدم والنجاح هي أن تفهم أنماط عمل المخ وتعمل على تفعيلها لأقصى درجة ممكنة في البداية أن تفعل معدات ووظائف المخ ودوراته الكهربائية وبعد ذلك بالبرامج الإيجابية والبناء التي تريدها. (حجازي، 2012، ص39).

17//المرتكزات العصبية – التشريحية، العصبية – الفيزيولوجية والكيميائية الحيوية للقلق :

01-المعطيات العصبية – التشريحية والعصبية – الفيزيولوجية:

قادت التمهيدات التشريحية والفيزيولوجية، في البداية، عدداً من الباحثين إلى تحديد مركز عصبي للقلق، فقد رأى «بريسو» أن مركز القلق يقع في البصلة السيسائية، وفي أعقاب التجارب التي أجريت على الحيوانات تباعاً، في هذا الإطار، افترض أن مركز القلق يقع في المادة الشبكية (الممتدة من البصلة السيسائية إلى ما تحت السرير البصري)، ومن خلال هذه التجارب فقد اعتبر أن للقشرة الدماغية بعض النوبات الرمادية الواقعة تحتها تلعب دوراً هاماً في القلق: فقد لوحظ أن تخريب الفص الصدغي، والنواة اللوزية، وتلفيف حسان البحر يؤدي إلى اللامبالاة على العكس فإن تنشيط الفص الصدغي وبعض نويات السرير البصري يؤدي إلى سلوك عدواني. وأخيراً فقد تم إيضاح دور بعض مناطق القشرة الدماغية الجبهية في القلق، من خلال نتائج الجراحة النفسية الانتقائية، الفعالة في العديد من حالات القلق الخطيرة المعندة على جميع المعالجات المعروفة. ولكن النماذج النفسية الفيزيولوجية المختلفة الخاصة بهذه التجارب لا يمكن تعميمها على القلق عند الإنسان، لأننا نجهل، في الحقيقة، فيما إذا كان يوجد عند الحيوان ما يعادل القلق عند الإنسان. ولكن على الرغم من هذه التحفظات، فإن عدة مفاهيم تبدو صحيحة حالياً: فلا يوجد مركز للقلق، وإنما هناك دائرة تكاملية للانفعالات؛ وفي هذه الدائرة، فإن الجهاز العصبي يلعب دوراً أساسياً، وهذه البنية العصبية على علاقة وثيقة بالقشرة الدماغية ومنطقة ما تحت السرير البصري والدماغ المتوسط.

02-المعطيات الكيميائية الحيوية :

لقد تأكد حالياً دور بعض البنى العصبية المركزية في تكامل الانفعالات في الحياة النفسية للشخص، وفي كل حالة توتر يزداد إفراز مركبات الكاتيكولامين (الدوبامين، الأبيدنيفرين، النورإبينفرين)، ويؤدي ذلك إلى تسرع القلب، زيادة نتاجه وقبض وعائي محيطي.

وبشكل مبسط، يزداد إفراز الأدرينالين عندما يجابه الشخص موقفاً توترياً يتعذر تخطيه، في حين يزداد إفراز النور أدرينالين، بصورة انتقائية، عندما يكون بوسع الشخص تجاوز التوتر.

ويبقى التوازن بين هرموني الأدرينالين والنور أدرينالين تحت تأثير الجهاز العصبي اللاإرادي، متغيراً إلى حد بعيد وفقاً لظروف الحياة اليومية.

هذا، وإن مختلف المعالم الفيزيولوجية والكيميائية الحيوية التي ترتبط بتغيراتها بمستوى القلق، تبدو كلها تحت تأثير استقلاب الأمينات الدماغية وبصورة خاصة الأدرينالين.

وقد استطاع (سوليراك) تمييز نوعين من اليقظة :

● مستوى اليقظة الأساسي؛ ويقع تحت تأثير المادة الشبكية المنشطة الصاعدة، ومنطقة ما تحت السريير البصري، والنواة اللوزية، وهو أدرينالي الفعل.

● مستوى اليقظة الموضوعي؛ ويقع تحت تأثير الجهاز الشبكي البصري وهو كوليني الفعل؛ أما دور السيروتونين وبعض الحموض الأمينية مثل حمض غاما - أمينو - بوتيريك فلا يزال غامضاً الآن. (مطبع، 2001، ص85).

03- المعطيات النفسية الفيزيولوجية:

تتغير معالم فيزيولوجية عديدة في سياق الحالات القلقية، ومعظم هذه التغيرات تدل على تنبيه متزايد للبنى الدماغية التي تضمن ضبط اليقظة والانتباه، ويلاحظ من بين هذه التغيرات تسرع في التواتر القلبي والتنفسي، وارتفاع التوتر الشرياني وعدم استقراره، وازدياد الصيبب الدموي العضلي، كما يظهر التخطيط الدماغية الكهربيائي فعالية متزايدة. وقد أشير حديثاً إلى اضطرابات أخرى مثل ارتفاع تركيز النور أدرينالين ومستقبله (P6.H.M) في السائل الدماغية الشوكي وفي الدم، مما يدل على فرط الأداء في البنى الدماغية النور أدرينالية الفعل. (مطبع، 2001، ص86)

18/ علاج القلق:

بالرغم من صعوبة علاج القلق إلا انه من أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج، إذ يمكن علاجه بإزالة الأسباب التي أدت إليه و يمكن أن يعالج بالأساليب التالية :

01- العلاج النفسي :

هنا يحاول المعالج إيجاد علاقة وثيقة وودية مع المريض ليتمكن من التعبير والترويح عن نفسه أو التنفيس عن مشاكله ثم الكشف عن صراعات المكبوتة من خلال سلسلة اللقاءات و الأحاديث و تفسير الأحلام ثم محاولة إفهام المريض بحقيقة و جذور القلق الذي يعانیه و دفعه لشفاء برفق وبالتشجيع و التوجيه و الإيحاء الغير مباشر. (رزقي، واضح، 2012، ص35)

- يساعد على الإسراع في علاج القلق العام مدى قدرة الفرد على الاستبصار بمشكلته واقتناعه الذاتي بأسبابها الحقيقية ويزيد من سرعة العلاج الكشف المبكر لحالات القلق لدى الأطفال، والإرشاد والتوجيه النفسي لعلاج مشكلات الفرد ومساعدته على تعديل سلوكه وتعديل بينته وتنمية قدراته الخاصة. (مصطفى، 2012، ص335).

- بهدف التطوير في شخصية المريض وزيادة بصيرته وإعادة الثقة في النفس وقطع دائرة المخاوف المرضية . ويفيد التحليل النفسي في إظهار الذكريات المطمورة وتحديد أسباب القلق الدفينة

في اللاشعور وتنفيس الاشرط المرضى المتعلق بالقلق وللقضاء على الأزمات العصبية الحركية، وتفهم المناقشة والشرح والتفسير وكشف الأسباب ودينامياتها وشرح الجهاز العصبي والتغيرات الفسيولوجية المصاحبة للقلق. (شاذلي، 1999، ص117)

02-العلاج الاجتماعي :

إن اضطرابات القلق الاجتماعي اضطراب يتصف بالخوف التفاهمي من التعرض لمواقف اجتماعية التي تتضمن أشخاص آخرين معا ينشأ عنها الكثير من الاضطرابات السلوكية كالانسحاب الاجتماعي و اهتزاز الألفاظ و الكلام و ارتعاش اليدين و ارتجاف الجسم و جفاف الجلد و سرعة التنفس فيعد دراسة حياة المريض و ظروفه المختلفة يمكن تشخيص مصادر القلق إن وجدت و العمل على التخلص منها بتغيير الوضع العائلي أو المحيط الاجتماعي أو ظروف العمل الغير المناسبة وكل ما من شأنه سيئ للفرد .

03- العلاج السلوكي :

يتم تدريب الفرد المريض على الاسترخاء لأجل إزالتها و إضعاف القلق و يعرض المريض إلى المثبرات التي تسبب له القلق أو الخوف إما بشكل تدريجي حتى يعتاد على مواجهتهما فما يسمى بتقليل الحساسية التدريجي أو دفعه واحدة دون السماح له بالهروب و يسمى هنا أسلوب "الإفاضة "

04- العلاج بالاسترخاء :

ذلك بالتعامل مع الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة للقلق حيث يتم تدريب الفرد على الاسترخاء العضلي التام عبر تعليمات تعطى له من قبل المعالج و تقدم على شد و رخي مجموعات من العضلات من أعلى الرأس إلى اخفض القدمين مع الإيحاء المستمر له بالارتياح

05- العلاج بالعقاقير:

تعتمد على استخدام المهدئات الحديثة والتي يستخدمها الأطباء النفسانيون خاصة في حالة القلق الشديد لتهدئة المريض و إراحته قبل العلاج النفسي و الاجتماعي. (رزقي، واضح، 2012، ص35)

الديازيبام (الفاليوم)، التوفرانيل (مضاد الاكتئاب)، الالبرازولام (زاناكس)، البارنات، بيوسبار، الأيندرال، الكلومبيرامين، الفلوكزتين. . (مصطفى، 2012، ص335)

06- العلاج بالصدمة الكهربائية :

عندما يتم استعمال الكهرباء في علاج القلق إذ يكون ذا تأثير سيئ و عكسي على أن حالات القلق المزمنة و المصحوبة باكتئاب شديد قد تحتاج أحيانا إلى الجلسات الكهربائية .

07- العلاج المعرفي :

تهدف إلى تغيير المعتقدات الموجودة لدى الفرد و التي تسبب له مشاعر القلق و استبدالها بأخرى عقلانية أكثر واقعية بدرجة أعلى عبر تعديل الحديث الذاتي فبدلا من أن يقول : أنا متوتر يتم تعليمه أن يقول مثلا أنا بخير و أشعر بالراحة. (رزقي، واضح، 2012، ص36)

08-العلاج بالتحليل النفسي: يعد العلاج بالتحليل النفسي هو أحد الوسائل الهامة في علاج القلق حيث يساعد على تقوية الأنا للمريض باعتبارها الجزء المسيطر على تحفيزات الهو المنسق بين متطلبات الهو وضوابط الأنا الأعلى. (مصطفى، 2012، ص335) .

09-العلاج البيئي : أي تعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل و تخفيف أعباء المريض وتخفيف الضغوط البيئية ومشيرات التوتر والعلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والصدقات والموسيقى والعلاج بالمعمل .(شاذلي، 1999،ص118).

خلاصة الفصل

القلق عبارة عن حالة تظهر على شكل توتر شامل ومستمر نتيجة شعور الفرد بعدم الراحة والاستقرار، تعددت الأسباب والعوامل المسببة للقلق من أهمها الاستعداد الوراثي والعوامل الاجتماعية والعوامل النفسية والعوامل الفيزيولوجية والأسباب الجسمية. كما صنف القلق إلى عدة أنواع منها القلق الموضوعي والقلق الخلقى والعصابي والمرضي.

للقلق أعراض كثيرة تدل عليه فمنها النفسية ، الجسمية و السيكوسوماتية .يختلف علاج القلق حسب الفرد وحسب شدة القلق ، إذ يمكن علاج القلق بعدة طرق من بينها العلاج النفسي والعلاج السلوكي والعلاج بالعقاقير .

الفصل الثالث الصرع

الفصل الثالث : الصرع

تمهيد

يعتبر الصرع اضطراب عابر ومعاود في وظائف المخ، ينجم عن حدوث انفراغات discharges متوافقة في عصبونات القشرة، وتؤدي هذه الانفراغات إلى فقد الوعي أو إلى اضطراب حركي أو

حسي أو نفساني، وقد يرافقها اضطراب في الجملة المستقلة أيضاً، قد يؤدي هذا الانفراج إلى فقد الوعي فقداً فورياً أو إلى تبدل في الفكر أو الإحساسات أو إلى أذية الوظيفة النفسية، أو إلى حركات اختلاجية .

01/لمحة تاريخية عن مرض الصرع:

يعتبر الصرع من أقدم الأمراض التي تصيب الإنسان ذو جذور تاريخية عميقة إذ ما علمنا انه قد ظهر في العصر الإغريقي و قد أصيب به شخصيات بارزة مثل : **قيصر و اسكندر الرابع و نابليون** و قد سمي بمرض العظماء و كان الاعتقاد في ذلك العصر بان مرض الصرع هو مرض مقدس إذ تزور الآلهة جسم الإنسان في حين كان هناك اعتقاد بأن المرض هو عقاب لخطايا الوالدين و اعتقد ان المصاب بالصرع تستحوذ عليه أرواح شريرة ، و على هذا الأساس ظهرت علاجات ذات طابع الطقوس أشهرها عملية ثقب الجمجمة للتخلص من الأرواح الشريرة .
و في العصور الوسطى تطور مفهوم الصرع على ما كان عليه إذ اعتبر انه علة ناجمة عن اضطراب عمل الدماغ و الأعصاب المحركة مما ينتج عنه شذوذ في السلوك أما في العصر الحديث فلا شك أن جانب كبير من الصرع العضوي في أساسه

يرجع لتزايد الضغط على داخل الجمجمة أو أية علة فيزيولوجية أخرى فمثلا هذه الإصابة للمخ شائعة في نوبات الصرع الأكبر و الدليل على عضوية هذا الجانب من الصرع يثبتته بوضوح كون مثل هذه النوبات يمكن افتعالها في المريض بصدمات الأنسولين و المترazol و تشير هذه الطبيعة العضوية في جوهرها النوبات تساؤل علم النفس و لكنها تمثل أساسا في مجال علم و جراحة الأعصاب .
(رزقي، واضح، 2012، ص، 67).

لقد بين **حكمت فريجات (2000)** ان الصرع معروف منذ العصور القديمة وكان يطلق عليه أسماء عديدة منها داء هرقل لان الإمبراطور الروماني كان مصاباً به وكذلك أطلق عليه الداء الإلهي والداء المقدسي والداء الهابط ونظراً للدهشة المفزعة التي تنتاب الشخص الذي يشاهد ما يجري للمصاب بنوبة الصرع فقد أطلقوا عليه اسم ابليسيا وهي كلمة إغريقية تعني المسكة أو الصرعة ومن الأسماء التي أطلقت على الصرع أيضاً أم الصبيان النقطة القرينة التكريزة الثمرة و أطلق عليه الرومان داء الكوميشيا .

والكوميشيا تعني اجتماع شعبي واسع يتم فيه مناقشة أمور الدول السياسية والاقتصادية والقانونية والاجتماعية فهو يشبه مجلس الأمة حالياً وذلك بسبب انقضااض الاجتماع وهلع الحاضرين عند حدوث نوبة صرعية لأحد الحاضرين بالاجتماع .

أن أول ذكر صريح للمرض ورد في قانون **حمورابي** في القرن الثامن عشر قبل الميلاد حيث نص على أن :- من أشتري عبدا وثبت فيما بعد أنه مصاب بالصرع خلال شهر من شرائه فيحق له أن يعيد العبد إلى صاحبه ويسترد الثمن الذي دفعه .

وكان الصرع يتصف بالأسطورية والخرافية فيعزوه الناس لأسباب ميتافيزيقية (غيبية) والنظرة للمصاب في ذلك الوقت تجمع بين التقدير والاحترام من ناحية وبين الخشية منه من ناحية أخرى بسبب اعتقادهم أن رأس المصاب قد استوطنته روح ذات قوة خارقة وهي قد تكون روحاً ربانية أو روحاً شيطانية وهذا ما أعطى للمصاب الهيبة والخشية والقدسية وكان الاعتقاد بان المصاب بالصرع يكون مسكون أو مركوب من جن او شيطان او روح شريرة دخلت إلى المخ حتى أن بعض المصادر العلمية تقرر أن الثقوب الموجودة في الجمجمة وجدت ليخرج منها الشيطان وحتى القرن التاسع عشر

الميلادي ظل الناس بما فيهم الأطباء يعزونه لأسباب تتعلق بالنزوات والشهوات وتعاطي المخدرات وعلى العموم القيام بأي عمل لا أخلاقي وتعتبر نوبة الصرع نوعاً من الجنون يصفه الأطباء ضمن الأمراض العصابية وهي جزء من الأمراض العقلية وما زال الخلط بين الصرع والأمراض العقلية سائداً في الأوساط الشعبية حتى يومنا هذا .

وفي هذا يشير **الحلبي** أنه يصاب في بريطانيا شخص واحد بين كل منتهي شخص بداء الصرع وتتساوى نسبة الإصابة عند الجنسين الصرع داء وراثي ولكن خطر إصابة الطفل الذي يعاني أحد والديه من الصرع لا تزيد نسبتته عن واحد من أربعين وتزداد هذه النسبة لتصبح واحداً من عشرين إذا كان والدا الطفل كلاهما مصاب بالصرع وهو أكثر انتشاراً في مرحلة الطفولة والمراهقة .

لقد بين **حبيب (2010)** أن الآن مرض الصرع من الأمراض الشائعة نسبياً وتتراوح نسبة الانتشار في المجتمعات ما بين (5-7) حالة في كل 1000 فرد وقد يصيب الإنسان في أي مرحلة من مراحل العمر من الولادة وحتى سن الشيخوخة . (الربيعي، 2018، ص02)

ويعتبر الصرع من الأعراض المعروفة منذ الأزمنة القديمة ، وقد قام **سقراط** بوصف الاضطراب وسماه ، بالمرض المقدس ، كما تناوله بالحديث كل من **جالينوس** و**الطبيب المسلم ابن سينا** . (القذافي ، 1999 ، ص 224)

02/تعريف الصرع:

ا. **حسب المنجد** : صرع : صرع صرعا و صرما و مصرعاه طرحه على الأرض صرع صرعه شديدا .

الصرع: جمع اصرع و صروع " طب " علة تمنع الأعضاء النفسانية عن أفعالها .

ب -حسب موسوعة علم النفس :

هو مظاهر مرضية حادة و عابرة تحصل بشكل مفاجئ فتبرر كلمات اللازمة و النوبة .

تعبير هذه المظاهر عن تفريغ المفاجئ و المفرط لمجموعة من العصابات قد تقل او تكثر، إن تنوع الأزمات الصرعية كبير و الأزمات المعقدة تتوافق مع تفريغ مجمل للجهاز العصبي المركزي

ج -حسب الموسوعة النفسية :

هو اضطراب يصيب صاحبه بالتشنج و فقدان القدرة على الإحساس أو الشعور يؤدي إلى حدوث نوبات يختل فيها نشاط المخ .

د -حسب معجم علم النفس و التحليل النفسي :

هو أحد الأمراض العضوية التي تصيب المخ تتميز بأنه اضطراب في النشاط الكيميائي الكهربائي للمخ و قد ينتج من عوامل وراثية أو سبب بعض الأمراض المعدية التي ترتفع فيها درجة حرارة الفرد ارتفاعا كبيرا أو سبب إصابات التي تصيب المخ أو سبب بعض أمراض الجهاز العصبي و المخ فتكون احد العناصر المرضية التي تصاحبها و يعتبر من أقدم الأمراض التي عرفها المصريون القدماء و العرب و اليهود.

هـ - حسب قاموس علم النفس :

هو تقلص في احد أجزاء الجسم بدون فقدان الشعور و إصابة مناطق حركية في المخ .

و -معجم الطب النفسي و العقلي :

هو خلل في الجهاز العصبي يتجلي في نوبات و ادوار أو أعراض تصيب المرء على فترات غير منتظمة فيقع أرضاً و يصاب بالتشنج العضلي كما يفقد وعيه حادة و يخرج الزبد من فمه و هناك درجات من الصرع كبير و صغير .

ر- حسب ذخيرة علوم النفس :

مرض نازل و واقع اضطراب في الجهاز العصبي يكشف عن نفسه في نوبات و شديدة على فترات غير منظمة يندرج في الوقت الحالي ضمن لفظ المجموعات أعراض ارتجافات - فالداء الأكبر أو الصرع الغيبيوي يحد بنوبة او صورة الصرع تبدأ النوبة عقب تحذير أو نذير منقلب بصرخة مفاجئة خشنة يتبعها على الفور سقوط و فقدان الوعي بعد ذلك تظهر انقباضات عضلية اهتزازية فتوتيرية تصلبية بصفة عامة و عض اللسان و انعدام البول تنتهي النوبة باغماء .

(رزقي، واضح، 2012، ص، 69).

ويقصد بالصرع مرض دماغي Brain disease يمتاز بإتيان المريض بعض السلوك التشنجي أو الاهتزازي أو الارتعاصي .

ولقد أمكن عن طريق دراسة موجات المخ، تمييز تلك موجات عند المرضى منها عند الأسوياء. ولقد اكتشف الموجات بيرجير منذ أكثر من 30 عاماً. كذلك وجد أن هناك 0.5% من أفراد المجتمع مصابين بالصرع . فهناك عدد من أفراد المجتمع يتعرضون لنوبات تشنجية تؤثر في شخصياتهم و سلوكهم و تعرض حياتهم للخطر (عيسوي، 1991، ص 297) .

- هو اضطراب عصبي و جسمي يصيب صاحبه بالتشنج و فقدان القدرة على إحساس بنوبات مرضية متكررة يختل فيها نشاط المخ و يتميز بفقدان الوعي في نوبات الأكثر حده.

(رزقي، واضح، 2012، ص 10)

و يعرف الصرع بأنه : اضطراب متكرر للوعي مصحوب بقلب و تهديم للجهاز العصبي الاتونومي المستقل وحركات تشنجية أو اضطرابات نفسية وقد تختلف نوبة الصرع من برهة قصيرة و من اضطراب الوعي إلى فترة طويلة قاسية وفي نصف عدد المرضى تقريبا فان نوبات الصرع يسبقها تحذير من نوع ما يعرف بالعبير aura .

كما يعرف على انه تغير عادي ومفاجئ في وظائف الدماغ يحدث تغييرا في حالة الوعي لدى الإنسان، وهذا التغير ينجم عن نشاطات كهربائية غير منتظمة وعنيفة في الخلايا العصبية في الدماغ، ويبدأ وينتهي تلقائيا.

هو حالة عصبية تحدث من وقت لآخر اختلال و قتي في النشاط الكهربائي الطبيعي للمخ نتيجة انطلاق شحنات كهربائية شاذة متقطعة لها تأثير كهربائي أقوى من تأثير الشحنات العادية. (طلحة، 2014، ص 21) .

يعرف الدكتور وليام ليلوكس " الصرع علي أنه : اضطراب دائم الحدوث في النشاط الكيميائي

القلق عند المصابين بالصرع

الكهربائي للمخ ، ويبدو على شكل عرض معقد مصحوب بفقدان الوعي ، وتشوش الجهاز العصبي المستقل ، وحدوث الحركات اللاإرادية ،

ويعرف كل من دافيسون ، ونيل " (DAVISON and NEAL) الصرع على أنه مجموعة من الاضطرابات التشنجية التي تحدث بسبب اضطراب الجهاز العصبي المركزي .

ويمكن تعريف الصرع بشكل آخر على أنه تغير في الحالة الشعورية للشخص مصحوب بتغيرات فجائية في توازن النشاط الكهربائي بالمخ .

ويلاحظ بأن تعريف الصرع يمكن أن يعتمد على الأسباب وحدها فقط أو يقتصر على ذكر الأعراض. وقد اعتمدت بعض التعريفات السابقة على الاثنين معا . (القذافي، 1999، ص 224).

03/أنواع الصرع:

●الصرع الأولي :

قد تكون له أسباب وراثية ويقسم إلى نوعين:

أ -الصرع العام أو الكبير .

ب-الصرع الخفيف أو الصغير .

●الصرع الثانوي :

ويقسم إلى نوعين أيضاً:

أ -الصرع الجاكسونى Jacksonian epilepsy .

ب- صرع الفص الصدغي والجانبى Frontal And Temporallobe Epilepsy (مجدي، 2010، ص228).

و تعرف أنواع النوبات كالتالي :

-النوبة الكبرى : (الصرع الكبير) Le grand mal

وفيه يحدث نشاط كهربائي شاذ في نصفي الدماغ ويكون متماثلا في كلا الجانبين من الدماغ، وتشمل هذه النوبات النوبة المعروفة باسم النوبة الصرعية الكبرى التي تعد من أكثر نوبات الصرع شيوعا وخطورة وإخافة للناظرين .

تنقسم مراحل هذه الحالة إلى :

أ)مرحلة النذير:

وهي إحساس غير مألوف ينتاب المريض لينذره باقتراب حدوث النوبة الصرعية عنده وقد يكون ذلك

الإحساس داخلياً أو خارجياً مثل: إحساسات غريبة في الصدر... آلام هضمية... تغير في طعم الفم والخلق... أو يحدث عنده ظاهرة: عدم التحق من أصل الأشياء، تبدد الشخصية ظاهرة سبق المشاهدة، أو ظاهرة عدم المشاهدة، أو حالة من الهياج والضياع بدون إدراك لما يقوم به من أفعال فقد يؤدي يخرّب أو يرتكب جريمة، صدور صرخة قوية تسبق حدوث النوبة الصرعية .

ب)مرحلة الاختلاجات:

بعد وقوع المريض أرضاً بسبب فقدة الوعي يحدث له اهتزاز بالأطراف واختلاج في العضلات بحيث تكون عضلات الرقبة هي المتأثرة أولاً ومكان الاهتزاز من الجسم يعتمد على مكان الإصابة في الدماغ.

تستمر هذه الحالة من 3-1 دقائق قد يحدث للمريض من جرائها مضاعفات جسمانية متنوعة إذا لم تتخذ الاحتياطات المتبعة لحمايته ولكنه يعرض لسانه أحياناً ويحدث عنده تبول لا إرادي.

ج)مرحلة الغيبوبة:

يفقد المريض وعيه بشكل كامل حتى بعد انتهاء مرحلة الاختلاجات لمدة بسيطة ويتغير لونه فيميل إلى الأزرق لقلة الأوكسجين الداخل لجسمه بسبب الاختلاجات الحادة في العضلات وقد تستمر مرحلة الغيبوبة طويلاً إذا تعرض المريض لنوبات صرعية متكررة ومتقاربة . وهي حالة تحدث غالباً بسبب انقطاع المريض عن استعمال أدويته المضادة للصرع وتعتبر حالة خطيرة قد تتطور ليصبح المريض في غيبوبة Coma مما يستوجب إعطاؤه عناية طبية مستعجلة وإبقاء ممرض خاص بجانبه لملاحظة شاملة .

وقد تستمر مرحلة الغيبوبة طويلاً، إذا تعرض المريض لنوبات صرعية متكررة ومتقاربة وهي حالة تحدث غالباً بسبب انقطاع المريض عن استعمال أدويته المضادة للصرع .

د)مرحلة الإفاقة:

يستعيد المريض وعيه تدريجياً بعد أن يكون قد نام نوما عميقاً لمدة ربع ساعة أو تزيد ويلاحظ عليه في هذه المرحلة الإرهاق والتعب واحمرار في العينين، ويكون مشوش الفكر وكلامه غير مفهوم في البداية، ويشكو من الصداع ولا يدري ما الذي حصل له أو يتذكر شيئاً من تصرفاته التي سبقت النوبة الصرعية . (مجدي،2010،ص234)

02-النوبة الصغرى (الصرع الصغير): Le petit mal:

هي عبارة عن غيبوبة تحدث لمدة قصيرة، تستمر أقل من نصف دقيقة ولكنها تتكرر أكثر من نوبة الصرع الكبرى حيث يمكن أن تحدث 100 مرة في اليوم الواحد.(بن طلحة،2014،ص23) .

وهو ناتج عن توقف مفاجئ لعمل خلايا القشرة المخية ويظهر على شكل نوبات قصيرة من الدوار أو التوقف المفاجئ عن العمل وجمود في الحركة أو اهتزاز في الجفون أو تحريك غير إرادي للشفتين أو حدوث لحظات من التيه والسرхан قد تكون مصاحبة بشحوب الوجه وغالباً ما تمر هذه النوبات دون أن يلاحظها الآخرون ويعود بعدها المريض لحالته الطبيعية.(مجدي2010،ص234)

03- نوبات بسيطة (صرع جاكسون):

هذا النمط من النوبات الصرعية هو صرع وجهي وسمي بهذا الاسم نظراً لأن جاكسون (هو طبيب مشهور في المخ والأعصاب) قد فسر هذه النوبة و قد ركز الأشعة على القشرة الحركية للمخ حيث،

تبدأ النوبة و من أعراضها انقباض عضلي معين من الجسم، لكن بعد الحركية للمخ حيث، تبدأ النوبة و من أعراضها انقباض عضلي معين من الجسم، لكن بعد ذلك تنتشر وتتابع و تشتت باقي العضلات، وغالبا ما تحدث النوبة لدى صغار السن .

04- نوبات معقدة:

هي التي يفقد الإنسان وعيه عند حدوثها وتشمل :

(ا) النوبة الصرعية الحسية الحركية :

وتتمثل في ظهور أعراض حسية حركية الهالوس الحسية البسيطة كالدغدة و الطنين في الأذنين، وحركية كتوقف النطق فيما يتعلق بالصوت.

(ب)نوبة صرع الفص الصدغي:

تنجم هذه النوبة عن تلف في الفص الصدغي في الدماغ، وتحدث لدى الأطفال دون السادسة من العمر وفي العادة تستمر لبضع ثوان، وتتصف النوبة النفسية الحركية، بنشاطات حركية غير هادفة تحدث بشكل متكرر مثل المضغ، أو تلمط الشفاه، أو فرك اليدين أو الرجلين ولأن الفرد لا يفقد الوعي ولا يسقط على الأرض، فهذه النوبة غالبا مما يساء تفسيرها فتعامل بوصفها نوبات غضب أو اضطرابات نفسية ذهانية.(بن طلحة، 2014،ص 23) .

وهو الصرع الذي يكون بسبب إصابة الدماغ في أحد الصدغين وتأتي على ثلاث مظاهر مختلفة وهي إما :

• حدوث نوبة خفيفة بدون فقدان الوعي.

• حدوث حالة من النسيان بدون تشنجات.

• حدوث النوبة مصحوبة بتشنجات.(مجدي،2010،ص235)

(ج)نوبة صرع الفص الأمامي:

تتصف بان نوباتها صرعية ذات مدة قصيرة تتحول النوبة بعد بدئها لتصبح عامة مع وجود أو عدم وجود خلط أو تشوش محدود في الوعي بعد النوبة، ولهذا النوع مظاهر حركية يمكن ملاحظتها فقد تكون توترية أو تتعلق بهيئة الشخص أو إيماءات آلية معقدة كذلك قد يتكرر وقوع المريض على الأرض، في هذا النوع من الصرع يبين تخطيط المخ المأخوذ من فروة الرأس أثناء النوبة أن هناك تفريغ كهربائي على جانبي المخ من عدد من الفصوص. (بن طلحة، 2014،ص 23)

05-النوبات الأخرى :

تشمل النوبات ذات العلاقة بالحمى وهذه النوبات غالبا ما تختفي عند الطفل في سن السادسة وعندما تكون المعلومات حول نوبة الصرع غير متوفرة أو غير واضحة تسمى النوبة بالنوبة غير المصنفة .

إن معرفة نوع الصرع قد يكون دليل على المسبب للحالة، وقد يعطينا احتمالات عن تغير الحالة، فهو يسمح بالتدخل العلاجي الأنسب ويسهل على الطبيب اختيار الدواء المناسب.

(بن طلحة، 2014،ص 26) .

قسم كروفورد ومارشال (2005) المرض إلى :-

أولاً : نوبات الصرع العام :

هناك ست أنواع رئيسية من نوبات الصرع العام التي دائما ما تسفر عن سقوط الحالة المرضية وانهيارها فجأة نتيجة تأثير المخ بأكمله وكان هذا السقوط أو الانهيار بمثابة العرض الضروري على مر عصور طويلة لتشخيص الإصابة بالصرع حيث ما زال النظر إلى السقوط المرتبط بالنوبات التوتيرية الارتجاجية على أنه دليل الإصابة بالصرع وهي :

01- نوبات الغياب الصرعي Absence Seizures :

تتضمن هذه الحالة فقدان الوعي لثوان قليلة رغم احتمال استمرار هذه النوبة لما يصل إلى عشرون ثانية وقد تحدث هذه النوبات بمعدل العشرات أو المئات من المرات في اليوم الواحد وقد يرتبط ذلك ببعض الحركات اللاإرادية القليلة مثل غمز العين وحركات المضغ أو تحريك الرأس وتحدث هذه النوبات بصورة مريضة للغاية لدرجة انه لا يشعر بها المريض أو الأشخاص المحيطون به . وهذه النوبات من النوع الذي لطالما يخطئه الجميع باعتباره حالة من أحلام اليقظة أو عدم الانتباه ويكون الشخص المعرض لهذا النوع من النوبات في حالة من اللاوعي بالأشياء والأفراد من حوله لكنه سريعا ما يعود إلى الوعي الكامل بعد هذه النوبة وعادة ما تبدأ هذه النوبات في مرحلة الطفولة .

02-نوبات الصرع التشنجي العضلي myoclonic seizure :

وتشمل هذه النوبات على الحركة الاهتزازية والتشنجات المفاجأة في أية عضلة بالجسم ويشير اسم هذا النوع من النوبات الى ارتجاف العضلة بشدة ولذلك التأثير نفسه رغم تأثيره على الذراعين أو القدمين وأحيانا الرأس فعلى سبيل المثال قد يبسط الشخص ذراعيه فجأة بسبب التشنجات أو يهز رأسه سريعا وسريعا ما تنتهي نوبة الصرع بعد أن تستمر لثانية واحدة فقط . وقد تحدث نوبة الصرع التشنجي العضلي بطريقة مستقلة بذاتها أو في خضم غيرها من نوبات الصرع العام الأخرى وعلى الفور سيسترد الفرد وعيه في ثوان قليلة ، يسترد عافيته بصورة سريعة ولا يتبع نوبة الصرع هذه الشعور بالنعاس أو الخمول ومن المتوقع أن تحدث هذه النوبة أكثر من مرة في اليوم .

03-نوبات الصرع الخاملة / المعجزة عن الوقوف / اللاحركية Atonic or Astatic or Akinetic Seizures :

تشمل هذه النوبات على فقدان مؤقت ومفاجئ للسيطرة على العضلات مما يجعل الشخص يسقط فجأة على الأرض بسبب ضعف القدرة الحركية وعادة مما يحمل هذا النوع من نوبات الصرع اسم نوبات السقوط Drop attacks لأنها تسبب ذلك السقوط المفاجئ بمجرد بدايتها لدى الشخص المصاب . وهذه النوبة تستمر لثوان قليلة ويؤدي هذه السقوط المفاجئ إلى بعض الجروح والكدمات في الرأس والوجه والبعض من الأشخاص البالغين والأطفال الذين يعانون من هذه النوع من الصرع حيث تلجا هذه الفئة إلى ارتداء خوذة خاصة لحماية الوجه والجمجمة ذلك لان احتمال أن تقع هذه النوبات أكثر مره في اليوم الواحد دون إمكانية السيطرة عليها . (الربيعي، 2018، ص06)

04-نوبات الصرع التوتيرية Tonic Seizures :

تشمل هذه النوبات على الشعور بالتيبس المفاجئ في الأطراف أو الجسم بأكمله مما يسبب السقوط على الأرض سريعا وعادة ما تستمر هذه النوبات بين خمس وعشر ثوان .

05-نوبات الصرع الارتجاجية Seizures Clonic :

هذا النوع من النوبات يحدث عندما تنقبض العضلات بصورة متكررة وبشكل منتظم بحيث ترتجف القدمان أو الذراعان أو الجسم بأكمله في بعض الأحيان ويستمر هذا النوع لفترة تتراوح بين نصف دقيقة ودقيقتين أو ما يزيد عن ذلك في بعض الأحيان .

06-نوبات الصرع التوتيرية . الارتجاجية Seizures Clonic – Tonic :

تتضمن هذه النوبات الشعور بالتقلص العام في كل عضلات الجسم مما يدفع المريض نحو السقوط على الأرض ونتيجة لتقلص العضلات حول الرئة يندفع الهواء إلى الخارج بصورة لا إرادية مما يسبب إطلاق صرخة قوية التي يطلق عليها صرخة الصرع Epileptic cry . البعض يظن أن صرخة الصرع تتماثل مع حالة السقوط لأنها أحد الأعراض الرئيسية لحالة الصرع ومن أعراض هذه النوبات أن يطبق المريض على أسنانه وفكيه الى أن تتوقف عملية التنفس بشكل مؤقت مما يجعل الشخص يتحول إلى اللون الأزرق وقد يصاب المريض بنوبة من التعرق الشديد وسيلان اللعاب مع فقدان السيطرة على المثانة كل هذا يؤدي الى حالة من التوتر الشديد الحاصل في نوبة الصرع والذي يستمر نحو دقيقتين ثم ينتقل المريض بعد ذلك إلى وضع التنشج خاصة القدمين والذراعين بصورة منتظمة وقد يتبع ذلك أن يستلقى المريض فاقد الوعي بالإضافة إلى صعوبة التنفس ثم يعود إلى حالة الإدراك بشكل تدريجي . ومن الشائع هنا أن يتعرض المريض إلى حالة من الإرباك والإرهاق والغضب الشديد والإصابة بألم في العضلات أو الصداع بعد النوبة مباشرة والتي تستمر فيما يتراوح بين دقيقتين وثلاث دقائق .

ثانيا :- نوبات الصرع الجزئي (البؤري) Partial / focal Seizures :

يتضح من خلال هذه الاسم أن هذا النوع يبدأ من أجزاء معينة من المخ رغم إمكانية انتشار الضرر الناتج عبر المخ بالكامل فتتحول النوبة إلى نوع ثانوي من أنواع نوبات الصرع وقد يتضمن الصرع الجزئي أو البؤري focal seizures-partial تغيرات في حالة الوعي أو الحركة أو المشاعر وطبقاً لمدى التأثير الواقع على وعي المريض تقسم نوبات الصرع الجزئي أو البؤري إلى :-

01-نوبات الصرع الجزئي البسيطة Simple partial seizures :

تؤثر نوبات الصرع الجزئي البسيطة على جزء دقيق في المخ ابتداء من أحد النصوص الأربعة الموجودة في أحد شطريه لكنها لا تؤثر على وعي الشخص أو إدراكه وعلى الرغم من ان المريض لا يستطيع التحكم في تحركاته أو السيطرة على ما يعاني من تشنجات يظل في هذا النوع من النوبات واعياً بما يحدث ومدرك تمام الإدراك بما يقوله أو يقال له. غالباً ما تشتمل نوبات الصرع الجزئي على أعراض غريبة مثل عدم وضوح رؤية الأشياء المحيطة من حيث الحجم والشكل أو تخيل وجود بعض الأشياء أو الأشخاص غير الموجودين وقد يسمع بعض الأصوات المتداخلة غير الواضحة أو تنتابه مشاعر بأن الخبرات السابقة في حياته تكرر نفسها في الوقت الحالي ومن ناحية أخرى قد تتحول الأشياء المحيطة المألوفة من قبل إلى أشياء غير معروفة تماماً كما يشعر المصاب بإحساس غريب في المعدة أو على الجلد وقد تؤثر نوبة الصرع الجزئي البسيطة على المشاعر الخاصة فقد تسبب مثلاً الشعور بالخوف والرعب واقتراب الموت والغضب أو المتعة . وقد يطلق على هذا النوع من النوبات اسم النوبات الحسية البسيطة للصرع الجزئي .

أن نوبات الصرع التي تبدأ في الفص الجداري (parietal lobe) تنتج نوعاً من الوخز الضعيف في الذراعين أو القدمين أو الشعور بوخز أشياء عالقة مثل الإبرة أو المسمار أسفل احد أجزاء

الجسم . (الربيعي، 2018، ص07)
أما في حالة تدخل الفص القفوي (Occipital lobe) فينتج عنه بعض الاضطرابات البصرية.
أما الفص الجبهي (Frontal lobe) يشمل على بعض الحركات مثل خبطة مفاجئة بالجسم وتحرك
القدمين بشكل مشابه لحركة ركوب الدرجات وتوتر شديد في الذراع أو حتى الخبرات السابقة
والهلوسة وشدة الخبرات اليومية .
بينما الفص الصدغي (Temporal lobe) فإن النوبات الخاصة به من أشهر النوبات حيث تشمل
على معظم التغيرات المعقدة الحاصلة في الوعي ومنها مشاعر الخوف ووهم الصياح أو الركض
بعيداً.

02-نوبات الصرع الجزئي المعقدة (Complex partial Seizures) :

يؤثر هذا النوع من النوبات على وعي أو إدراك المصاب بشكل فعال وقد يحدث أن تتحول نوبة
الصرع الجزئي البسيطة وبصورة سريعة إلى أجزاء والتي تؤثر على الوعي وتتحول إلى نوبة صرع
جزئي معقدة .

وتقع نوبات الصرع الجزئي المعقدة في بعض الأحيان دون سابق إنذار وتشير نوبة الصرع الجزئي
المعقدة الى تلك الحالة التي ينتشر فيها النشاط الكهربائي إلى مدى بعيد في المخ بحيث يكون المصاب
غير مدرك للإحداث من حوله أثناء النوبة وهذا النوع من النوبات يكون في شكل نوبة من الدوار أو
أداء سلسلة من الحركات التي لا يتحكم فيها المريض مثل تحديق العين والمضغ وشد الملابس أو
الترجل في المنطقة المحيطة والتحول إلى حالة من الحيرة أو الدرقة .

وتستمر هذه النوبة حوالي دقيقة أو دقيقتين وأن المريض لا يستعيد الوعي الكامل بالأشياء المحيطة
إلا بعد فترة من الوقت . (الربيعي، 2018، ص08)

04/نوبات الصرع وكيفية حدوثها :

الصرع هو مرض معروف قديم الزمان ويأتي نتيجة لاضطرابات مفاجئة في نمط الموجات الكهربائية
الصادرة عن عمل خلايا القشرة المخية وما تسببه من زيادة مفاجئة في إفرازات بعض خلايا الدماغ
الكهربائية لتصيح في حالة توتر وهياج وهذه بدورها تؤثر على الخلايا من حولها وتزداد نسبة
الإفرازات الكهربائية التي تشل عمل الدماغ وتفقد السيطرة على الجهاز العصبي فيقع المصاب
وتحدث عنده الأعراض التالية:

- فقدان الوعي والذاكرة Loss of consciousness and memory .
- اضطراب في الفكر والمزاج Disturbance of thought and temprament .
- اضطراب في الإحساس وحدوث هلاوس Sensory disturbances (مجدي، 2010، ص227).

النوبة لها أهمية كبيرة على معاش الفرد.

الزمن : إن الفرد المصاب بالصرع يعيش انقطاع في سيرورته حيث ليس بإمكانه تحديد أهمية زمن
النوبة.

إن التعبير الكلامي و بالذات خصوصيات اللغة و شكلها مؤشر لطبيعة وجود الفرد .

قبل فقدان الوعي هناك بعض المرضى الذين يشعرون بقدم النوبة "إنها" "épileptique L'aura"

في الحقيقي ظاهرة مهمة تستحق الدراسة و البحث انه معاش خاص جدا يسبق النوبة تجري في جو غريب «يجب التأكيد خاصة على الظواهر النفسية لـ "Aura" بالخصوص المعاش الحالم "الإحساس بالغربة مع الشعور بأنه قد سبق له أن رأى ذلك الشيء» .

إن كلمة "فقدان" أساسية في معاش المصاب بالصرع 'فقدان الوعي فقدان الحدود و فقدان العلاقات. و هذا المعاش هو الذي يؤدي إلى سلوكيات اكتئابية . (بن عمارة ،2011،ص56) .

05/أسباب الصرع :

عندما نتكلم عن مرض الصرع الجانب العضوي يأخذ مكانه من الحديث. في بادئ الأمر نطرح الأسباب الورمية و الصدمات. نجد كذلك الأسباب التعفنوية الشريانية و أخيرا أسباب ناتجة عن التسمم. في عدد كبير من الحالات لا نجد سببا محددًا للنوبة هنا نتكلم عن الصرع الأساسي. « سواء من الجانب العيادي أو من الجانب الفيزيولوجي المرضي' من الصعب أن نقول أن آفة الصرع ناجمة عن سيرورة واحدة ذات مفاهيم متعددة أو هي نتاج سيرورات متعددة بإمكانها أن تكون السبب في ظهور النوبة»

ان وجود أسباب نفسية مؤدية إلى إحداث نوبة الصرع معروفة من الجميع ،الأسباب متباينة و وصفت منذ القدم و الأسباب تبقى متباينة.

مهما كان محتواها و مفهومها فبمقدورنا أن نفهم أن الاقتصاد النفسي يتدفق بسبب كمي عاطفي لم يتمكن من الانضمام الفرد يجد نفسه فجأة في واقع يفرض عليه مواجهة احد الهوامات التي لا يستطيع حلها.

فرويد (Freud) كان أول من أعطى تفسيراً للنوبة في مؤلف له عن دوستفكي سنة 1929، حسب فرويد الفرد المصاب بالصرع يحاول حل صراع بين الأنا الأعلى السادي و الأنا المازوخي «فرويد يعتبر رد الفعل الصرعي هو في خدمة العصاب»، بعد هذه المقاربة النفسية العديد من المحللين النفسيين اقترحوا عدة تفسيرات للنوبة مثل كارينار (kardiner) شيلدر (Schelder) 'فليشال (Fenichel) قرينسون (Greenson) كوفيلو (Covello) فحسب هؤلاء العلماء فان النوبة الصرعية تقترب مما يسمى بـ «نوبة العاطفة» (affect'd crise) .

(بن عمارة ،2011،ص50) .

توجد نسبة هامة من حالات الصرع يكون سببها إصابة تحدث في النشرة المخية لكن الغالبية العظمى من الحالات يبني السبب غير معروف و هناك من ترجع إلى استعداد الوراثي لكن الانتقال الوراثي لمرض الصرع من جيل إلى آخر ليس من الأمور المؤكدة إذ فان مرض الصرع ناتج عن عدة أسباب التي تنقسم إلى النقاط التالية :

01- الأسباب البيولوجية الفيزيولوجية :

إن أهم الأسباب التي نجدها عند المصاب بمرض الصرع كالاتي :

- الصدمات الدماغية لاسيما تلك التي تحدث أثناء الولادة ، الجروح الدماغية المثارة تصيب

الصرع العام و ذلك بنسبة مرتين على ثلاث.

● الأورام الحميدة أو الخبيثة للمخ و التي تثير الاستسقاء ، الموضعي الضغط على المخ بداخل القنص الدماغي.

● الالتهابات الخطيرة للمخ السحايا .

● النزيف المخي السحائي و خاصة أثناء الولادة أو مباشرة بعد الولادة .

● بعض التشوهات المخية .(رزقي ،واضح،2012،ص،71).

● الصدمات التي تصيب الدماغ إثر حادث سيارة أو سقوط أو ضربة قوية على الرأس.

● تصلب الشرايين في المخ أو جلطة تصيب الشرايين فتؤدي إلى تلف مناطق دماغية محددة .

● تعسر الولادة مما يستلزم استعمال آلة حادة لسحب المولود، وهذه الآلة تسبب ضغط قوي على الرأس.

● التهاب في أعصاب المخ.(طلحة،2014،ص25)

و هناك بعض الباحثين يعتقد أن اللحاء وحده مسؤول عن النوبات أو مصدرها و البعض الآخر يقول ان المرحلة تشنجية الاهتزازية تلتج من الحاء الداخلي و إن المرحلة التقلصية التوتيرية تتبع من الانوية القاعدية و البعض الآخر يعتقد إن النخاع الشوكي هو مصدر النوبات و هناك من يعتقد ان كل جزء من أجزاء المخ مسؤول عن الصرع و من هنا يمكننا استنتاج نظريات أساسية للعمليات العصبية :

● ١- نظريات التهيج :

التي تقول ان النوبات الصرعية بسببها تهيج القشرة المخية تعتبر أن القشرة المخية قادرة على قطع ما يكفي من ألياف الترابط لوقف الانتشار السري لاثارات العصبية و يجعلها تسلك طريقا غير سوي و هو الطريق القصير مما يؤدي إلى التفريغ الانفجاري .

● نظرية الانفجار :

هي تذهب إلى أن النوبة الصرعية تصدر عن تغيير شامل و منتشر للنسيج المخ و لا تعتمد على انتشار الاثارات العصبية على التغيرات الأيضية المفاجئة .

إضافة إلى هذه الأسباب هناك أسباب أخرى مسؤولة عن الصرع كإصابات الرأس الجلطة الدموية المنتقلة داخل المخ ، التهاب الأغشية المخيةالخ.

02-الأسباب النفسية :

برى معظم الباحثين أن النوبة الصرعية هي نتيجة التراكم اللاشعوري للانفعالات الحادة و المتكررة والتي يصاحبها ألم و هزات وجدانية و جسدية و التي تؤدي في آخر الأمر إلى انفجار و التعبير عن نفسها بصورة صرع.

و في دراسة لتحليل النفسي القائلة بان النوبات الصرع تمثل فاعلية الرغبات الجنسية و تعريف الانفعالات المكتوبة بقوة في العدوانية و التحطيم فان للعوامل الانفعالية دور فعال في حدوث النوبة الصرعية إذ نتيجة لتراكم اللاشعوري لانفعالات الحادة العنيفة كالغضب و الحقد و الكراهية و الرغبة

في الانتقام تؤدي إلى التفريغ المفاجئ المتفجر على شكل النوبة صرعية و هكذا نجد العوامل النفسية تمثل عوامل معجلة للنوبات الصرعية . (رزقي ، واضح، 2012، ص71).

03- الأسباب الوظيفية:

هي التي تحدث نتيجة أمراض تصيب أعضاء في الجسم غير المخ.

- تعاطي الكحول بنسبة عالية ولمدة طويلة.
 - نقص أو زيادة السكر والأملاح في الدم وبالتالي نقصها في المخ.
 - نقص في زيادة الأوكسجين في المخ سببها فقر الدم أو أمراض التنفس.
 - توقف في عمل القلب .
 - حساسية مفرطة للضوء مثلا من خلال مشاهدة التلفزيون لمدة طويلة.
 - ارتفاع حاد ومتكرر في درجة الحرارة فوق 41° عند الانفعال.
- مما سبق نستنتج انه في اغلب الحالات لا يمكننا معرفة السبب الحقيقي للصرع، ولكن يكمن السبب الرئيسي في وجود إصابة أو تلف في الدماغ أو في الكيماويات العاملة في التوصيل بين الخلايا العصبية ببعضها البعض. (طلحة، 2014، ص25) .
- تتعدد الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بمرض الصرع ونلاحظ أن هذا المرض تتضافر فيه الأسباب ولا يمكن أن نعزوه إلى عامل واحد يمكن تحديده فقد تكون إصابات الرأس أو نقص الأوكسجين للمولود أثناء الولادة سبباً في إصابة جهاز التحكم في النشاط الكهربائي بالمخ، وإن كانت هناك أسباب أخرى مثل أورام المخ —والأمراض الوراثية، والتسمم بالرصاص والالتهابات السحائية والمخية... وفيما يلي بعض العوامل الأخرى التي تكون سبباً في الإصابة:
- حدوث جلطة أو نزيف في الدماغ.
 - الحمى المحلية .
 - وجود بؤرة تكون خلقية أو تآكل في خلايا المخ أو نتيجة لعوامل ترسبية مثل:
 - التوتر النفسي الشديد والتغير في الحالة العاطفية.
 - النقص الحاد في أوكسجين الدماغ أو النقص الشديد في أكسيد الكربون في خلايا الدم بسبب الإرهاق الشديد ونشاط حركة الزفير وزيادة قلوية الدم .
 - زيادة نسبة الماء بالجسم والتسمم الكحولي.
 - نقص نسبة السكر أو الكالسيوم .
 - بعض الأمراض كالتهاب الأذن الوسطى والتهاب السحايا.
 - خلل أبيض.

- الأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل مثل الحصبة الألمانية وغيرها .
 - بعض الأمراض الوراثية، وهناك ارتباط بين الوراثة وحالات الصرع الأولى فقط، فقد أوضحت الدراسات أن نسبة حدوث الصرع تصل إلى نسبة 6% في حالة إصابة أحد الوالدين وإلى 12 ٪ إذا كان كلا من الوالدين مصاباً به.
 - ودائماً ما ينظر للصرع على أنه من أمراض الطفولة وأن كان من الممكن ان يحدث في أي سن من سنين العمر، ويلاحظ أن حوالي 30 ٪ من الحالات الجديدة من الصرع تحدث في سن الطفولة خصوصاً في الطفولة المبكرة وفي سن المراهقة . (مجدي،2010،ص228).
- لقد أشار حبيب (2010) الى إن أسباب مرض الصرع هي :-

04-عوامل ذاتية :

معظم المصابين بالصرع لا يوجد عندهم أي مرض بالجهاز العصبي وتكون الفحوصات الجسدية والمختبرية سليمة وتسمى هذه الحالة بالصرع الذاتي Idiopathic Epilepsy وتشكل نسبة 75% من حالات الصرع . وتكون طبيعة بعض خلايا المخ في هذه الحالات ذات قابلية أو أكبر من المعدل الطبيعي دون وجود سبب مباشر .

05-عوامل مكتسبة :

وهي العوامل التي تؤدي الى تلف بعض خلايا المخ مسببة تليفه Scaring وتصل نسبة الإصابة الى 25% من حالات الصرع . ومن هذه العوامل :

- نقص الأوكسجين والاختناق خاصة عند الأطفال أثناء الولادة .
- إصابات الدماغ بسبب الحوادث المختلفة (كحوادث الطرق) .
- حدوث نزيف في المخ أو تجلط في الأوعية الدموية في المخ .
- الإصابات بالتهابات المخ (Encephalitis) .
- الإصابات بالتهابات السحايا (Meningitis)
- أورام المخ (Tumors Brain) وهي نادراً ما تكون مسبباً لحالة الصرع .
- التشوهات الخلقية في أنسجة المخ .

ويشير أبو حاتم (2006) الى أن الإصابة بهذا المرض في معظم الحالات غير معروفة السبب ولكن توجد عوامل تساعد على حدوث نوباته مثل إصابات الرأس والأورام والتسمم الناتج عن الرصاص وبعض العوامل الوراثية لها دخل أيضا في ذلك الى جانب بعض الأمراض المعدية .

في هذا يشير كردوفورد ومارشال (2005) أن الإصابة قد ترجع إلى بعض الأسباب المؤقتة مثل الحمى الشديدة أو صدمة الرأس حيث تكون نوبات الصرع الناتجة عن السببين السابقين من النوع المؤقت وهذا يعني أن اختفاء السبب المؤقت لها يعقبه أيضاً اختفاء حالة الصرع (الربيعي،2018،ص07) .

06/ما الذي يسبب نوبة الصرع؟ :

القلق عند المصابين بالصرع

يتعرف بعض الأشخاص على الأشياء أو المواقف التي تسبب نوباتهم. بعض من أكثر المشغلات المعروفة شيوعًا هي:

- قلة النوم
- مرض أو حمى.
- ضغط.
- الأضواء الساطعة أو الأضواء الساطعة أو FLASH
- الكافيين ، انسحاب الكحول أو الكحول ، الأدوية ، أو العقاقير غير المشروعة.
- تخطي وجبات الطعام أو الإفراط في تناول الطعام أو مكونات غذائية معينة.
- انخفاض شديد في نسبة السكر في الدم.
- إصابة بالرأس.
- تحديد المحفزات ليس بالأمر السهل دائمًا. حادثة واحدة لا تعني دائمًا أن شيئًا ما هو المحفز. في كثير من الأحيان ، تؤدي مجموعة من العوامل إلى حدوث نوبة.
- هناك طريقة جيدة للعثور على المحفزات الخاصة بك وهي الاحتفاظ بمفكرة النوبات. بعد كل نوبة ، لاحظ ما يلي:
- اليوم والوقت.
- ما هو النشاط الذي شاركت فيه.
- ماذا كان يحدث من حولك.
- مشاهد أو روائح أو أصوات غير عادية.
- ضغوط غير عادية.
- ماذا كنت تأكل أو كم من الوقت مضى منذ أن أكلت.
- مستوى إجهادك وكيف نمت جيدًا في الليلة السابقة.
- يمكنك أيضًا استخدام دفتر النوبات لتحديد ما إذا كانت أدويةك تعمل أم لا.
- لاحظ كيف شعرت قبل النوبة وبعدها مباشرة ، وأي آثار جانبية.

● أحضر المذكرة معك عند زيارة الطبيب. قد يكون مفيدًا لطبيبك إذا كان تعديل أدويةك أو استكشاف علاجات أخرى ضروريًا أو أصبح ضروريًا. (Pietrangelo, Yetman, 2022, P06)

● تدخل بعض العناصر التي يمكنها استثارة الخلايا العصبية (النيرونات) وإطلاق شحناتها الكهربائية ، ومن ذلك مادة السكر في الدم بشكل حاد (HYPOGLYCEMIA).

● قد تؤدي بعض الأمراض التي تصيب المخ إلى حدوث النوبة ، مثل ضيق الشرايين ، والأورام ، والإصابة بالزهري ، بسبب استئثارها لبعض الخلايا ودفعها إلى إطلاق شحناتها الكهربائية .

● قد تساهم الضغوط الحياتية والمشاكل اليومية في حدوث النوبة الصرعية .

ويشير بعض العلماء إلى وجود ثلاثة أنواع من نوبات الصرع. بينما يقسمه بعضهم إلى أربعة أنواع ، وتختلف النوبة الصرعية في طبيعتها وفي المدة الزمنية التي تستغرقها ابتداء من النوبة العابرة التي لا تتعدى فقدان الوعي لفترة قصيرة من الوقت تستمر لثوان معدودة ، ولا يمكن ملاحظتها سواء بواسطة المريض أو الأشخاص الآخرين ، وانتهاء بالنوبات الصرعية التي تتميز بالاضطراب الحركي وبظهور التشنجات. (القذافي ، 1999 ، ص 224)

06/أعراض الصرع:

من خلال مشاهدات نوبة الصرع هناك نوعان من الإعراض التي تظهر على المصاب وعلى أساسها يتم تصنيف الصرع إلى الصرع العام (30% من الحالات) والصرع الجزئي (70% من الحالات) وما يحدث أثناء النوبة الصرعية يختلف بشكل أساسي في كل نوع . ففي بعض النوبات لا يحدث للمريض إلا فقدان الوعي بشكل مفاجئ وقد يصاحب ذلك أو لا يصاحبه اختلاجات عضلية شديدة في اليدين أو القدمين أو كل عضلات الجسم أو قد يظهر لدى المريض بمجرد نظرة زائغة أو قد يمر المريض بهلوسة أو يحدث له خداعات بصرية أو تظهر لديه انفعالات شديدة دون سبب واضح كما يمكن ان تحدث كل هذه الأعراض مجتمعة . (الربيعي،2018،ص08)

01-أعراض النوبة الكبرى :

- فقدان الوعي .
- تصلب عضلي عام .
- كثرة الإفرازات اللعابية .
- غيبوبة واسترخاء عضلي وقد يحدث معه تبول أو خروج البراز .
- غالباً ما يكون هناك تقيء
- ارتباك عند اليقظة.
- لا يحتفظ المصاب بأي ذكرى من النوبة .
- مدة النوبة (4 أو 3) دقائق لكن أحياناً يمكن انتظار (20) دقيقة قبل الرجوع إلى الحالة الأصلية .
- احتقان في الوجه والرقبة يتحول إلى ازرقاق .
- بعد انتهاء النوبة يرتخي الجسم ويعود الشخص إلى وعيه رويداً رويداً (الربيعي،2018،ص08) .
- صراخ المريض قبل فقدان الوعي.

- سقوط المريض على الأرض إذا كان في حالة جلوس أو وقوف.
- تشنجات اهتزازية عنيفة على مستوى حركة الأطراف.
- عض اللسان نتيجة لضغط الفكين وتوقف التنفس لحظياً.
- انقباض العضلات وزرقة المريض.
- خروج وغاوي لعابية من الفم.
- تبول المريض لا شعورياً.

02- أعراض النوبة الصغرى:

- الغيبية حيث يبدأ الشعور معلقاً خلال بعض الثواني وللطفل نظرة مبهمّة ثابتة حتى يظن أنه يحلم أو شارد.
- صرع خفيف (مرض ماكس فريدمان) ويظهر فيه فقدان مفاجئ وقصير المدة مع توتر عضلي.
- رمع عضلي ويعني ذلك اهتزازات مفاجئة في مدة قصيرة جداً في العضوين العلويين من الجانبين عادة. (بن طلحة، 2014، ص26)

03- أعراض النوبة الجزئية المعقدة :

- فقدان طرفي للاتصال مع الواقع .
- آلية وتلقائية المصاب حيث يقوم بثلاث تحركات بدون هدف ويتمم ويظهر حركات المضغ لا يحتفظ المصاب بأي ذكرى من النوبة .
- مدة النوبة من ثوان إلى ثلاث دقائق.
- يستعيد المصاب الوعي بالأشياء المحيطة ولكن بعد فترة من الزمن
- يظهر بشكل نوبة من الدوار أو أداء سلسلة من الحركات . (الريبيعي، 2018، ص08) .

04- أعراض النوبات الأخرى:

أ) أعراض النوبة البسيطة:

- محافظة المصاب على اتصاله بالواقع مع إحساس المصاب بالغم والخوف.
- (بن طلحة، 2014، ص26)
- يعاني من مشاكل متفرقة مثل صعوبة في الكلام بطريقه سليمة وتقلصات وارتعاش الأعضاء.
- مشاكل في الحواس شم وذوق ومختلف الحواس .
- مشاكل في المعدة .

- إحساس بالغم والخوف .

• مدة النوبة من ثوان إلى ثلاث دقائق . (الربيعي،2018،ص08)

الأعراض بعد النوبة :

عندما تتوقف النوبة، قد يُعاني المرضى من صداع وألم في العضلات وأحاسيس غير مألوفة وتخليط ذهنيّ وتعب شديد، وتُسمى هذه التأثيرات اللاحقة حالة ما بعد النوبة بالنسبة إلى بعض المرضى، يُكون جانب واحد من الجسم ضعيفاً بعد النوبة، ويستمر الضعف لفترة أطول من النوبة (اضطراب يُسمى شلل تود Todd paralysis).

لا يتذكر معظم المرضى ما الذي حدث في أثناء الاختلاج (حالة تسمى فقدان ذاكرة ما بعد النوبة). (Bola،2020)

07/التشخيص :

يتم تشخيص الصرع بعد فحص المريض فحصاً اكلينيكياً شاملاً وبعد تدقيق وملاحظة مستمرة للنوبات والاستماع لملاحظات من لهم علاقة مباشرة ودراية بالمريض والكيفية التي تحدث فيها تلك النوبات وتسلسل أعراضها وهناك بعض الفحوصات التي يمكن الاستعانة بها لتأكيد التشخيص وليس لنفيه مثل:

- التخطيط المخ الكهربائي (eeg) Electro encephalography وذلك لتسجيل النشاط الكهربائي للمخ ، أو تسجيل الاشارات الكهربائية للخلايا العصبية على هيئة موجات كهربائية .

- مسح الدماغ Brain Scan .

• أشعة للرأس Skully-Ray (أشعة مقطعية/ رنين مغناطيسي) وذلك للبحث عن وجود أي إصابات بالمخ والتي من الممكن أن تؤدي إلى الصرع . (مجدي،2010،ص236).

08/التشخيص الحديث للصرع:

في بعض الأحيان يتأثر مستوى الطالب الضعيف دراسياً بعد تشخيص حالته بأنها صرع وبدء استخدام العلاج. حيث يتطلب علاج الصرع حرصاً في اختيار نوع الدواء ومقياس الجرعة. ففي بعض الأحيان يؤدي تعديل طفيف على الدواء إلى حدوث تأثيرات كبيرة مثل: النعاس والكسل وتقلب المزاج وشعور عام بعدم الراحة، ولكن بعد استقرار الحالة وتكيف المريض مع العلاج الجديد فإن ذلك في الغالب يؤدي إلى تحسن في الأداء . (مجدي،2010،ص251).

إذا كنت تشك في إصابتك بنوبة صرع ، فاستشر الطبيب في أسرع وقت ممكن. يمكن أن تكون النوبة من أعراض مشكلة طبية خطيرة.

- سيساعد تاريخك الطبي وأعراضك طبيبك في تحديد الاختبارات التي ستكون مفيدة. سيعطونك على الأرجح فحصاً عصبيّاً لاختبار قدراتك الحركية وأدائك العقلي.
- لتشخيص الصرع ، يجب استبعاد الحالات الأخرى التي تسبب النوبات. من المحتمل أن يطلب

القلق عند المصابين بالصرع

الطبيب تعداد دم كامل (CBC) وكيمياء الدم .

● يمكن استخدام اختبارات الدم للبحث عن:

● علامات الأمراض المعدية.

● وظائف الكبد والكلية.

● مستويات السكر في الدم .

يمكن أن تكشف اختبارات التصوير الأورام والتشوهات الأخرى التي يمكن أن تسبب النوبات قد تشمل هذه الاختبارات:

● الأشعة المقطعية.

● التصوير بالرنين المغناطيسي.

● التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET).

● التصوير المقطعي المحسوب بانبعث فوتون

واحد. (Pietrangelo, Yetman, 2022, P09)

09/هل كل حالات فقدان الوعي أو الحركات اللاارادية صرع؟

هناك الكثير من الأمراض التي تتشابه مع الصرع مثل الغشي، وهو الدوخة الناتجة عن رؤية منظر مزعج أو عند الإحساس بالألم، كما يحدث عند سحب الدم من بعض المرضى أو اضطرابات القلب. كما أن الصداع النصفي – الشقيقة- خاصة عند صغار السن يمكن أن يلتبس مع الصرع عند الكبار.

تلتبس أمراض شرايين الدماغ، ونقص التروية المؤقت، وبعض أمراض النوم كالحركات اللاإرادية أو النوم المفاجئ، أو الأمراض النفسية وخاصة النوبات غير الحركية التي تحدث عند بعض المرضى أثناء الانفعال النفسي الشديد التي تتشابه كثيراً مع الصرع. ويجب ألا ننسى أن هبوط السكر واضطرابات الأملاح في الدم وبعض الأدوية والمشروبات الكحولية والمخدرات تؤدي أيضاً إلى أعراض تتشابه مع الصرع . (مجدي، 2010، ص227).

10/العلاج :

يتم العلاج عن طريق استعمال الأدوية المضادة للصرع حيث الهدف من استعمال هذه الأدوية هو التحكم بالنوبات الصرعية والحصول على أكبر قدر من الفائدة العلاجية والتقليل من الأعراض الجانبية لها وذلك بإعطاء المريض الجرعة العلاجية حسب نسبة الدواء في الدم ونادراً ما تلجأ للجراحة كعلاج للنوبات الصرعية المتكررة .

تشمل أدوية الصرع الشائعة ما يلي:

● ليفيتيراسينام (كبيرا)

● لاموتريجين (لاميكثال)

● توبيراميت (توباماكس)

● حمض الفالبرويك (ديباكوت)

● كاربامازيبين (تيجريتول)

● إيثوسكسيميد (زارونتين)

تتوافر هذه الأدوية بشكل عام في شكل أقراص أو سائلة أو قابلة للحقن ويتم تناولها مرة أو مرتين يومياً. سيصف طبيبك في البداية أقل جرعة ممكنة ، والتي يمكن تعديلها حتى تبدأ في العمل. يجب أن تؤخذ هذه الأدوية بانتظام وكما هو موصوف. (Pietrangelo, Yetman, 2022, P12)

وعلاج العقاقير هو الخيار الأول والأساسي. وهناك العديد من العقاقير المضادة للصرع. وهذه العقاقير تستطيع التحكم في أشكال الصرع المختلفة . (مجدي، 2010، ص235)

والمرضى الذين يعانون من أكثر من نوع من أنواع الصرع قد يحتاجون لاستخدام أكثر من نوع من أنواع العقاقير ذلك بالرغم من محاولة الأطباء الاعتماد على نوع واحد من العقاقير للتحكم في المرض. ولكي تعمل هذه العقاقير المضادة للصرع يجب أن نصل بجرعة العلاج لمستوى معين في الدم حتى تقوم هذه العقاقير بعملها في التحكم في المرض كما يجب أن نحافظ على هذا المستوى في الدم باستمرار ولذلك يجب الحرص على تناول الدواء بانتظام والالتزام الكامل بتعليمات الطبيب المعالج لأن الهدف من العلاج هو الوصول إلى التحكم في:

● **الفينوباريتون Phenobarbitone** وهو الأفضل والأكثر انتشاراً وهو لا يستعمل للصرع الصغير وقد يؤدي إلى التعود عليه وإذا انقطع المريض عن استعماله فجأة تحصل له نوبة الصرع الكبير.

● **الفينيتون phenytoin** وهو يمثل الركن الأساسي في علاج مختلف أنواع الصرع ما عدا الصرع الصغير وخاصة إذا كانت نسبة وجوده في الدم مستقرة .
Controlled phenytoin blood level .

ومن اعراضه الجانبية فقدان السيطرة على المشي، فقر الدم، تضخم باللثة Gumhyperplasia وظهور أعراض جلدية .

● **الفاليوم Valium** يعطى بالوريد لوقف تتابع النوبات الصرعية ومن ميزاته استعادة المريض لوعيه بعد توقف النوبات خلافاً لبعض الأدوية التي كانت تعطي سابقاً مثل البرالديهيد Paraldehyde حيث يبقى المريض في نوم عميق حتى بعد توقف النوبات الصرعية المتتالية.

هناك بعض الحالات التي قد يستدعي علاجها جراحياً مثل الفص الجانبي إذا لم يمكن السيطرة عليه بالعقاقير وتسمى العملية الجراحية بـ Temporal lobectomy . شريطة أن يكون الفص الثاني سالمًا ويقوم بأداء وظائفه اللازمة وإلا فإن المريض سيكون عرضة لتدهور مستمر في قدراته الذهنية والوصول لمرحلة الخرف Dementia . (مجدي، 2010، ص236)

11/العلاجات الاجتماعية للصرع :

01-من المنظور الإسلامي :

هي وسائل الوقاية و العلاج هو الابتعاد عن المحرمات و هي الأصل في كثير من المشكلات ذلك ان

الشعور بالذنب و الإثم في ساعات المرض والضعف قد يكون له اثر مدمر و الإيمان القوى بالله تعالى يجعل المرء في كل الأحوال

يسموا فوق الأمة و معاناته و ينظر إليها على أنها ابتلاء من الله يتعين عليه مواجهته بالصبر ووجهة النظر الإسلامية بالنسبة للعلاج من كل ما يصيب الإنسان من أمراض يوضحها الحديث الشريف الذي يأمر بالتداوي قال صلى الله عليه و سلم " **تداووا ولا تتداووا بحرام** " رواه داود.

يرى عماد الدين ابن أثير بان الصرع يستدعي الرقية بذكر الله و أسماءه الحسني و التوسل إليه بمنع الضرر و رفع الأذى بقوله : " الرقية العودة التي يرقى بها أصحاب الآفة الحمح الصرع و غير ذلك من الآفات " . حيث تعتمد على قوة الإيمان بالله لشفاء عبده .

العلاج بالجراحة :

تستدعي بعض حالات الصرع إلى أجزاء جراحة و إجرائها يجب نتبع الخطوات و يجب توفر الأعراض التالية :

للقيام بالجراحة يجب أن تكون النوبة الصرعية بؤرية أو لاحائية جزئية بكل البراهين اللازمة من خلال اكلينكية دقيقة EEG .

● يجب أن يكون مقر الصرع البؤري في منطقة سهلة البلوغ جراحيا و هذا حتى لا تسبب الجراحة في آثار جسمية دائمة

● يجب أن تكون النوبة خطيرة تتسبب في عدم التكيف السيكولوجي الاجتماعي العائلي و التمريض و هذا رغم العلاج بالدواء دائما .

● إذا كان سبب النوبة جراحي في حد ذاته و يكون سهل البلوغ إلى الورم في بدايته دون آثار وخيمة أو أورام التهابية .

● إن النوبات الأكثر خطورة لا تستطيع أن تكون جراحية لأنها غالبا ما تظهر الإصابة و تكون منتشرة و متطورة في الغشاء المخي فالأورام لا يمكن مداوتها بالوسائل المعروفة إلى الآن و كذلك الأورام الخبيثة و إننا يمكن القيام بعمليات الجراحية لتخفيف الضغط و الأخذ عينه للتأكد من نوع الورم أما الأورام الأقل خبثا فيمكن بنجاح بالعمليات الجراحية مثل الأورام السحاي و أورام العصب السمعي و الغدة النخامية. (رزقي، واضح، 2012، ص79)

العلاج بالدواء :

هناك قائمة طويلة تضم أسماء العقاقير المضادة للصرع و يمكن الاختيار منها و عملية الاختيار هذه تخضع لكثير من المعايير الطبية تتعلق بنوع النوبات و استجابة المريض ، كما ضبط الجرعة المناسبة لكل حالة أمر هام حسب العمر و الوزن و من المفضل عادة استخدام نوع واحد من الدواء لكن قد يتطلب الأمر استخدام أكثر من دواء واحد لعلاج المريض حتى تتم السيطرة على النوبات .

و حين نشرع في التفكير في استخدام الدواء لسيطرة على نوبات الصرع فان علينا أولا بإعداد المريض بشرح الأهداف المتوقعة في هذا الدواء و المدة التي سوف يستغرقها العلاج فلا بد أن يشعر المريض بأهمية العلاج و أن يتعاون المريض باستخدام العلاج له أهمية كبرى ، حيث يفشل العلاج في بعض الحالات بسبب رفض المريض و مقاومته و من هنا كانت أهمية ما نتحدث عنه من تهيئة المريض قبل البدء في العلاج .

القلق عند المصابين بالصرع

١ - قائمة العقاقير المستخدمة لعلاج أنواع الصرع :

النوبات الكبرى Grand Mal :

1 فينوبال بيتال لومينال

2 فينتوين أبا نيوتين

3 كاربامازيبين نجريتول

4 فالبروان

5ديباكين

***النوبات الصغرى Petit Mal :**

1 ألكسميد

2 فالبروات ديباكين

زارونتين

Phenobarbital Luminal

Epanutin

Phenytoin

Tegretol Carbamazepine

Depakine acid Valproic (رزقي، واضح، 2012، ص80)

***النوبات الجزئية المركبة Complex Partial :**

- كاربا مازيبين تجريتول

Zarontin Cthosuscimid

Depakine cid a Valproic

بوروتن

يكتال

توباماكس

نوبات النفضة و الاهتزاز و التوتر: Chonic - Tonic- Nychnic

Tegretol Carbamazepine

- كلونازيبام ريفوتريل – ابتريل

- ديازيبام فاليوم

أنواع أخرى من مضادات الصرع في النوبات مختلفة :

Rivotril Clonazepam

Diazepam Valium

Neurontin Gabapentine

Lamictal Lamotrigine

Topamasc Topiramate

(رزقي، واضح، 2012، ص81) Topiramate

أما الحالة الصرعية فان علاجها يتطلب عناية خاصة فالمريض هنا يكون فاقد الوعي وتداهمه النوبات واحدة بعد الأخرى و هو في حالة غيبوبة و يجب علاج مثل هذه الحالات داخل مستشفيات حيث أن الأدوية هنا تعطي عن طريق الحقن بالوريد مع احتمال الحاجة إلى الأوكسجين لاستنشاق و الملاحظة الدقيقة لان المريض قد يفقد حياته من تأثير إجهاد النوبات المتواصلة .

(رزقي، واضح، 2012، ص82)

ب - الآثار الجانبية للدواء :

● جميع الأدوية لها بصفة عامة بجانب التأثير العلاجي بعض الآثار الجانبية غير المرغوبة و يكون على المريض أن يدفع ضريبة استخدام أي دواء لعلاج أمر معين باحتمال هذه الأعراض الجانبية و هذا ينطبق على كل الأدوية تقريبا فقرص الأسبرين مثلا الذي يتناوله أي منا مباشرة حين يشعر بصداغ له عدد كبير من الآثار الجانبية غير المرغوبة يفوق في تنوعها الفائدة العلاجية المنتظرة منه أي انه يشفى شيء واحد و يتسبب في اضطراب الأشياء أخرى عديدة و هذا ينطبق على أدوية الصرع أيضا و على كل العقاقير التي تعمل على الجهاز العصبي و التي تستخدم في علاج الأمراض العصبية و النفسية ، لكن ما يحدث عادة نقوم بالموازنة بين الفائدة المرجوة و الضرر المتوقع و تتراوح الآثار الجانبية لأدوية الصرع بين الطح الجلدي الذي ينشأ عن زيادة الجرعة و اضطراب بالمعدة مع بداية استخدام الدواء و بعض الأعراض الجانبية في وظائف الجهاز العصبي و اضطراب الاتزان و التركيز و كذلك قد تتأثر مكونات الدم فيصاب المريض بالأنيميا و تشكوا بعض السيدات من ظهور شعر في الوجه و تورم اللثة بتأثير لاستخدام الدواء . (رزقي، واضح، 2012، ص83)

4- العلاج النفسي :

و هو يعمل على مساعدة المريض على مواجهة المرض و تحمل النوبات و تحسين الحالة بالتوجيه والإرشاد النفسي و مساعدته على استبصار بمشكلة و ما يترتب عليها من مشاكل و أضرار خاصة مساعدته على تحقيق التوافق الشخصي و الاجتماعي بفض صراعاته النفسية إلى جانب تغيير اتجاهات الوالدين و المجتمع الخاطئ نحو الصرع و مرضاه حتى يمكن تخفيف حدة المشكلة لمرض الصرع .

كما انه لا يمكن للعلاج الكيميائي أن يعطي نتائج المطلقة لشفاء المريض بالصرع و الدليل هو انه انقطع الصريع عن تناول الدواء تتكرر لديه النوبات الصرعية بصفة حادة و لقد لاحظنا أن بعض المصابين يعانون من تكرار النوبات الصرعية رغم تناولهم الدواء و هذا ما يدل على أهمية الجانب النفسي . (رزقي، واضح، 2012، ص84) .

5 - العلاج الغذائي :

أغلب النوبات الصرعية من الممكن علاجها عن طريق استخدام الأدوية الطبية المضادة للتشنج. وهناك نوع من الغذاء يسمى «الغذاء الكيتوني»، وهو نوع من الغذاء يحتوي على نسبة عالية من الدهون ونسبة منخفضة من السكريات. يستخدم كعلاج للذين يعانون من النوبات الصرعية المتكررة وهذا النوع من العلاج يحتاج إلى نظام غذائي دقيق وصارم ومن الصعوبة الاستمرار في استخدامه لأنه يتطلب وزن وتقدير كل نوع من الطعام المستهلك . كما أن هذا النوع من الغذاء غير صحي لأنه يحتوي على كميات كبيرة من الدهون وكميات قليلة من السكريات وذلك قد يؤدي إلى ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم وزيادة القابلية لسرعة النزف وانخفاض مستوى السكر بالدم وحدوث حصوات الكلى وبالرغم من أن هذا النوع من النظام الغذائي لا يعتبر من الخطوط الأولى في العلاج إلا إنه قد يكون مفيد جداً في بعض الحالات التي لا تستجيب للعلاج الدوائي أو الحالات التي لا تتحمل الآثار الجانبية لهذه العقاقير. (مجدي،2010، ص 245) .

ملاحظة: ينصح بوصف الغذاء الذي يحتوي على زيوت و دهنيات بكثرة و كاربوهيدرات وبروتينات بقلّة و ذلك لان تكون مادة الكيتون Ketone الناتجة عن احتراق غير كامل لدهون لها تأثير مهدئ على الخلايا العصبية لاسيما في الأطفال . بالإضافة لذلك فان تخفيض كمية السوائل المعطاة لمريض الصرع احد الوسائل الفعالة في العلاج. (رزقي، واضح،2012،ص84)

12/عمل أدوية الصرع :

العلاج الأول للصرع هو دواء مضاد للنوبات. تم تصميم هذه الأدوية للمساعدة في تقليل تواتر وشدة النوبات. لا يمكنهم إيقاف النوبة التي هي قيد التقدم بالفعل ، وهم ليسوا علاجاً للصرع . تمتص معدتك هذه الأدوية، ثم ينتقلون عبر مجرى الدم إلى عقلك. أنها تؤثر على الناقلات العصبية بطريقة تقلل من النشاط الكهربائي الذي يؤدي إلى النوبات

قد تشمل بعض الآثار الجانبية المحتملة:

- تعب
- دوخة
- الطفح الجلدي
- ضعف التنسيق
- مشاكل في الذاكرة

● تشمل الآثار الجانبية النادرة والخطيرة الاكتئاب والتهاب الكبد أو الأعضاء الأخرى. (Pietrangelo, Yetman, 2022, P10-11).

أدوية الصرع قد تحدث تشوهات :

خلصت دراسة أجرتها منظمة لحماية حقوق المستهلك في لندن أن السيدات الحوامل المصابات بالصرع يمكن أن يؤذين أجنتهن من خلال تعاطي الأدوية المعالجة لنوبات الصرع وقال تقرير منظمة

(Health Watch) أن هذه العفاقير يمكن أن تزيد من فرص تشوهات الجنين بما فيها انشطار العمود الفقري. وأشار التقرير إلى دراسة أجريت على مجموعتين من الحوامل المصابات بالصرع، تلقت أولاهما فقط نصائح حول الحمل وقالت الدراسة التي أجريت في عيادة متخصصة في بيرمنجهام أنه من بين 59 سيدة مصابة بالصرع لم يتلقين نصائح طبية، أنجبت 11 سيدة أطفالاً مشوهين، في حين أن 90 سيدة ممن تلقين مثل هذه النصائح لم تنجب أي منهن طفلاً مشوهاً. (مجدي، 2010، ص237)

أهمية الانتظام في العلاج:

أصبح من الممكن اليوم علاج مرض الصرع بنجاح وذلك بواسطة الأدوية المانعة للنوبات الصرعية. ولكي يكون العلاج فعالاً يتطلب ذلك تعاون من المرضى، وهذا يعني أنه على المصاب بالصرع تناول أدويته كل يوم في الموعد المحدد له من قبل الطبيب. كما يجب عليه الحرص في تحديد مواعيد تناول الطعام، والقسط الذي يحتاجه من النوم، وقد يسبب تناول الأدوية بعض الخمول. ولذلك فإن بعض المرضى في بعض الأحيان يتمردون على علاجهم وذلك بتجاهل بعض الجرعات أو أخذ جرعات أقل من الموصوفة لهم .

وقد يتوقف المصابون بالصرع أحياناً عن تلقي العلاج كلياً، الأمر الذي قد يعرضهم للخطر (الإصابة بالصرع المستمر) وهي مجموعة نوبات متواصلة (مجدي، 2010، ص249)

13/ من هو الطبيب المتخصص في علاج مرض الصرع؟

أطباء الأمراض العصبية والنفسية وأطباء الأطفال وجراحي الأعصاب وأطباء الأمراض الباطنية، كل أولئك الأطباء يستطيعون علاج حالات الصرع.

أما الحالات المستعصية في العلاج فإن علاجها يكون في أقسام الأمراض العصبية في المستشفيات العامة أو الجامعية أو في الأقسام العصبية في المستشفيات الخاصة.

ويجب التنبيه إلى أن الصرع مرض ذات أساس عصبي لا ينتقل بالعدوى من شخص لآخر – وإنما السبب الأساسي يكون واحد من العوامل التي تؤثر على عمل المخ . ويلاحظ أن الصرع عادة ما ينظر إليه على أنه من أمراض الطفولة، وإن كان هناك فترة زمنية يكثر فيها حدوث الصرع وهي سن الخامسة والستين من العمر. (مجدي، 2010، ص239)

14/ العناية التمريضية بمرضى الصرع:

● يجب تشجيعه وتأهيله لممارسة ما يتعلق بأمور حياته بشكل اعتيادي مع التركيز على ضرورة بناءه علاقات جيدة وثقة متبادلة بينه وبين الآخرين .

● تعليمه ليدرك ماهية مرضه بفهم و إدراك ليستمر باستعمال الدواء بأوقاته دون انقطاع وتفسير كل ما يتعلق بالعلاج وأعراضه وتبليغه بمراجعة طبيبه المعالج و طبيب الأسنان بشكل دوري .

● تشجيعه بالتواجد في الأماكن العامة دائماً.

● تفادي التعرض لحالات الإمساك ، وعدم استعمال الملابس الضيقة والأحزمة...

● اخذ الحيطة والحذر أثناء تواجده في الأماكن الخطرة أو بالقرب منها مثل الأماكن المرتفعة

والسلام والنار أو أثناء السباحة أو قيادة المركبات والدراجات أو أثناء قيامه بأعمال ميكانيكية داخل مصنع وذلك لحماية نفسه من الأضرار التي قد تحدث له. وعليه خلع الأسنان الاصطناعية قبل النوم .

- زيارة الحمام لتفريغ المثانة قبل النوم أيضاً.
- تقديم العناية التمريضية الشاملة في حالة تعرضه لغيبوبة لجروح أو كسور أو أية مضاعفات أخرى سواء كان ذلك أثناء حدوث النوبة الصرعية أو بعدها .
- تأمين ما يلزم من أجهزة طبية لاسعافة ومسكه بثبات من الفك والمفاصل حتى لا يحدث له أضرار من جراء الاهتزازات والتشنجات الحادة .
- عمل جميع الفحوصات اللازمة وكتابة ملاحظات دقيقة وإعطاء وصف دقيق لكيفية حدوث النوبة الصرعية وقت حدوثها مدتها نوعية الاهتزازات .
- الأعراض التي نتجت عنها مثل: عض اللسان- الجروح - التبول اللاإرادي والمكان الذي حصلت فيه.
- عدم أخذ توقيعه على أية أوراق رسمية بعد نوبة الصرع وذلك لأن مستوى الوعي عنده غير مكتمل.(مجدي،2010،ص238) .

15/الإسعافات الأولية لنوبات الصرع :

- نوبات الصرع في الغالب محزنة ومرعبة وتستمر لدقائق معدودة ولكنها لا تتطلب علاجاً من قبل خبير و يجب إتباع الآتي :
- عليك التزام الهدوء انك لا تستطيع وقف النوبة عندما تبدأ ودعها تستغرق مدتها .
 - أو بمعنى أدق لا تحاول أن تتحكم في حركات المريض.
 - لا تحاول إيقاظه ولا تحاول إعطاؤه أي دواء أثناء النوبة .
 - إذا كان المصاب لا يزال واقفا حاول وضعه على الأرض بهدوء وتوسيع ملابسه .
 - حاول منع اصطدام رأسه أو جسمه بشئ صلب أو حاد أو ساخن ولكن لا تحاول التدخل في حركاته.
 - حاول لف رأسه إلى الجانب حتى يخرج اللعاب من فمه.
 - لا تقلق إذا بدأ المصاب يتوقف عن التنفس للحظات.
 - لا تضع أي شئ بين أسنانه .
 - عندما تنتهي الحركات دعه ليأخذ قسطاً من الراحة أو ينام إذا رغب في ذلك .
 - لا ضرورة لاستدعاء الطبيب إلا إذا كانت النوبة متبوعة بنوبة أخرى أو استمرت أكثر من عشرة دقائق.

• عليك إشعار الوالدين بحدوث النوبة.

• كثيراً من الأشخاص تستمر حياتهم عادية بعد النوبة ولكن اذا وجدت المريض مرهقاً أو ضعيفاً أو مضطرباً عليك اصطحابه للبيت وتهنئه روعة قدر استطاعتك .
(مجدي، 2010، ص238) .

كيف تساعد شخص أصيب بنوبة صرع ؟

• لا تحاول أن تثبت الشخص في مكانه أو التقلب من جهة إلى أخرى وحاول فقط أن تقيّد حركته إذا وجدت أنها ستعرضه للأذى كان يكون قد وقع بقرب النار مثلاً .

• لا تدخل شيئاً بالقوة بين أسنانه لمنع عن عض لسانه فقد تكسر له سناً أو تلحق الأذى بفمه .

• أبعد عنه الأشياء القريبة التي قد تلحق به الأذى .

• بعد أن تتوقف التشنجات أمسح الزبد المتراكم فوق فمه وتأكد من خلو مجرى تنفسه من اي عائق واجعله في وضعية استعادة الوعي .

• إذا استمرت النوبة المرضية أكثر من حوالي ثلاث دقائق أو تكرر حدوثها فوراً اطلب المساعدة الطبية

• اذ استسلم المريض للنوم بعد انتهاء النوبة دعه ينام بدون إزعاج .

• جهز له ملابس نظيفة وجافة إذا كان قد بلل ثيابه أو لوثها أثناء النوبة .

• لا تحتاج النوبات البؤرية أو نوبات الغيبية لأي تدخل ما لم يكن المريض معرضاً لخطر داهم.

• راقبه فقط إلى أن يستعيد وعيه وتذكر أنه يجهل تماماً ما حدث وقد يظهر عليه الارتباك والضياع طمئنه وأبقى معه إلى أن يستعيد صلته بما حوله ويعود إلى سابق عهده .

(الربيعي، 2018، ص11)

التحديات والفجوات في رعاية المصابين بالصرع :

تصل نسبة المصابين بالصرع الذين يمكنهم أن يعيشوا حياة خالية من النوبات إلى 70% في حال علاجهم بالأدوية المضادة لنوبات الصرع. وتمثل أدوية الخط الأول المضادة للنوبات (فينوباربيتال وفينيتوين وكاربامازيبين وحمض الفالبرويك) استخداماً للموارد الصحية شديد الفعالية من حيث التكاليف، وتكون التكاليف السنوية للعلاج بدواء فينوباربيتال منخفضة وتبلغ قيمتها 5 دولارات أمريكية لكل شخص، وكل أدوية الخط الأول مدرجة في قائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية . ومع ذلك، تبلغ نسبة الفجوة في العلاج (النسبة المئوية للمصابين بالصرع الذين لا تعالج نوباتهم علاجاً ملائماً في وقت معين من الزمن) 75% في البلدان المنخفضة الدخل حسب التقديرات وتكون أعلى بكثير في المناطق الريفية مقارنة بالمناطق الحضرية، وقد تنشأ فجوة واسعة في العلاج عن اقتران عدم توفر القدرات في نظم الرعاية الصحية بتوزيع الموارد غير العادل وتدلى مستوى الأولوية الممنوحة لرعاية المصابين بالصرع، الطفولة والمراهقة . (الربيعي، 2018، ص06) .

16/ المضاعفات المحتملة للصرع :

تعطل نوبات الصرع النشاط الكهربائي للدماغ ، مما قد يؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على أجزاء

كثيرة من الجسم. تشمل المضاعفات المحتملة للصرع ما يلي:

- صعوبة التعلم (حوالي 20 بالمائة مصدر موثوق للأشخاص المصابين بالصرع لديهم إعاقة ذهنية ، وفقاً لمقالة بحثية عام 2018)
- إصابة من السقوط أثناء النوبة.
- إصابة أثناء تشغيل السيارة أو الآلات.
- اكتئاب.
- تلف في الدماغ من نوبات طويلة وغير خاضعة للسيطرة.
- الاختناق بالطعام أو اللعاب.(Pietrangelo, Yetman, 2022, P07)

17/نسبة الانتشار :

ولقد دلت الدراسات والأبحاث بأن للوراثة دور في الإصابة بالصرع وتبين بأن 50% من الأطفال الذين يولدون من أبوين مصابين بالصرع عرضة للإصابة. وأن 70% في التوأم الذي يخلق من بويضة واحدة .

ولنا أن نذكر بأن نسبة الإصابة العامة بين السكان وهو 0.5% - 5% من المرضى المؤمنين في مستشفيات الأمراض النفسية. هم من مرضى الصرع الذين يعانون من أعراض نفسية مصاحبة.(مجدي، 2010، ص230) .

18/هل الصرع وراثي؟

حدد الباحثون لأول مرة الجينات المرتبطة بالصرع في أواخر التسعينيات ، وفقاً لمؤسسة الصرع منذ ذلك الحين ، اكتشفوا أكثر من 500 جينة يُعتقد أنها تساهم في تطورها. ترتبط بعض الجينات بأنواع معينة من الصرع. على سبيل المثال ، غالباً ما يعاني الأشخاص المصابون بمتلازمة دريفت من تغيرات غير طبيعية في جين SCN1A.

لا تنتقل جميع الجينات المرتبطة بالصرع عبر العائلات. تتطور بعض الطفرات الجينية عند الأطفال حتى لو لم تكن موجودة في أي من الوالدين. هذه تسمى "طفرات دي نوفو".

تكون بعض أنواع الصرع أكثر شيوعاً لدى الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي ، ولكن معظم الأطفال المصابين بالصرع لا يصابون بالصرع بأنفسهم. وفقاً لمؤسسة الصرع ، حتى إذا كان لدى الطفل والد أو شقيق مصاب بالصرع ، فإن احتمالية إصابته بالحالة بحلول سن الأربعين لا تزال أقل من 5 بالمائة.

تكون فرص الإصابة بالصرع أعلى إذا كان أحد الأقارب يعاني من صرع عام بدلاً من صرع بؤري. إذا كان والدك يعاني من الصرع لسبب آخر ، مثل السكتة الدماغية أو إصابة الدماغ ، فلن يؤثر ذلك على فرص إصابتك بالنوبات.

يمكن أن تسبب بعض الحالات النادرة ، مثل التصلب الحدبي والورم العصبي الليفي ، النوبات. يمكن أن تسري هذه الظروف في العائلات. قد تجعل الجينات أيضاً بعض الأشخاص أكثر عرضة للنوبات من المحفزات البيئية.

(Pietrangelo, Yetman, 2022, P05)

19/ شخصية المريض بالصرع :

لقد كان هناك محاولات في مطلع هذا القرن لتحديد شخصية مريض الصرع، ففي خلال (1914) حاول كلارك P.L. أن يقدم لنا وصفاً لشخصية مريض الصرع ولقد حدد سمات الشخصية الصرعية في السمات الأربعة الآتية :

● الشذوذ أو الانحراف أي البعد عن العادي المؤلف .

● فقر الانفعالات .

● شدة الحساسية Hypersensitivity .

● الجمود وعدم المرونة وعدم القدرة على أن يغير الفرد من اتجاهاته .

وتبعاً لرأي كلارك فإن هذه السمات تميز شخصية المريض قبل تعرضه للنوبات الصرعية، أما وجهة النظر في الوقت الحاضر فتتمثل في وجود اتفاق على أن هذه السمات قد توجد فعلاً في عدد معقول من مرضى الصرع ولكنها، على القليل في نسبة ما منهم تكون كنتيجة للصعاب السيكولوجية التي يجدها المريض في محاولة التكيف النفسي وليست هذه السمات سبب في حدوث المرض أي أن هذه السمات تنتج عن المرض وليست هي سببه .

ويحدث أحياناً أن الإصابة أو الجرح في المخ يسبب التشنج و تسبب أيضاً الضعف العقلي، ولكن حتى هؤلاء المرضى من الممكن أن يحققوا التكيف الذي يحققه ضعاف العقول العاديين أي ضعاف العقول غير المصابين بالصرع. وبالنسبة لغالبية مرضى الصرع الذين يمتلكون ذكاء متوسطاً أو فوق المتوسط فإنهم يتمتعون بشخصية متكيفة، وإن كان هذا لا يمنع بطبيعة الحال من إصابة مريض الصرع كغيره من الناس بكثير من الاضطرابات الوظيفية التي تصيب جميع الناس من أصحاب المستويات المختلفة من الذكاء

ولقد أصبح الآن، بفضل استخدام المتابعة والعلاج النفسي، من الممكن أن ينمي الفرد شخصية سوية مقبولة بالنسبة للعالم الخارجي، لأن العقاقير أصبحت قادرة على التحكم في اضطرابات التشنج . ولكن المشكلة الباقية هي توعية المجتمع لكي يقبل مرضى الصرع (عيسوى، 1991، ص307) .

إن الدراسات التي أقيمت على مرضى الصرع بينت أن هناك سمات للفرد المصاب بهذا المرض لنوع شخصية المصاب بالصرع والتأثير النفسي يتوقف على نوع النوبة، ترددها، أقدميتها، الأدوية، معاش المرض، رد فعل المحيط وأخيراً إمكانيات الاندماج المهني (بن عمارة، 2011، ص54) .

20/ السلوك المتعلق بنوبة الصرع :

أحد الأنواع من النوبات الصرعية نوبة تدعى النوبة الصرعية الجزئية المركبة (Complex Partial Seizure)، ينتج عنها سلوك تلقائي والذي يفسر خطأ بسهولة كفعل متعمد أو قد يتم التعامل معه بطريقة تؤدي للنزاع. وهذا النوع من النوبات الصرعية هو أكثر الأنواع شيوعاً بين المراهقين والبالغين. وقد يبدأ هذا النوع بحملقه يتبعها حركات مضغية في الفم وشد الثياب. ويتوقف المصاب فترة مؤقتة ويدخل في سلسلة من الحركات اللاإرادية واللاشعورية، وقد يمشي يجرى أو يصرخ أو يضرب حتى لو نظر إليهم كرد فعل عند ذكرهم أسمهم خلال النوبة الصرعية ويبقى المصاب بعيداً عن الإحساس بما يحيط

به، وفيما بعد قد لا يتذكر ما قد جرى له، سلوك كهذا قد يؤخذ من قبل الآخرين ويفسر بأنه استفزاز متعمد أو فعل ناتج عن استخدام الكحول أو المخدرات . ولو حاول شخص الإمساك بالمصاب خلال فترة النوبة قد يتعرض للضرب كرد فعل غير إرادي ويسجل هذا على المصاب كسوء سلوك. ومن الممكن تفادى رد الفعل هذا بتوجيهه بأسلوب لطيف. لذلك فمن المهم للأخصائي الاجتماعي أن يعرف بأن هذه المشكلة التي يواجهها المصاب قد تكون نتيجة نوع من النوبات الصرعية التي قد يكون المريض مصاباً بها. (مجدي، 2010، ص253).

21/ السلوك غير المتصل بالصرع:

يمر أحياناً المصاب بالصرع بفترة وجيزة من الاندفاع والتهور والعدائية والتي قد يساء فهمها بأنها نوع آخر من أنواع النوبة الصرعية والغالبية العظمى من هذه التصرفات ليس لها علاقة بالصرع، ولعدم إدراك حقيقة مشكلة التحكم بالتصرفات والخلط بينها وبين النوبة الصرعية من شأنه أن يؤخر الرجوع إلى استشاري أو اتخاذ الأساليب الأخرى من العلاج والتي قد تساعد في تخطي هذه المشكلة. (مجدي، 2010، ص255).

22/ الأعراض و الاضطرابات النفسية المصاحبة للصرع :

استكمالاً لعلاج الصرع فإنه لا بد من الأخذ بعين الاعتبار بالحالة النفسية المصاحبة له وما يحدث للمريض من اضطرابات في السلوك والانفعالات التي تصبح مع الزمن جزءاً من شخصيته Epileptic personality مما يستوجب إدخاله المستشفى لتقديم الرعاية النفسية والعلاجية اللازمة.

ومن الأعراض النفسية الظاهرة عند مرضي الصرع ما يلي : القلق... الشك... كثرة الشكوى... الأنانية... القسوة... الكذب... الرغبة في إيذاء الغير... المشاكسة... التبدل العاطفي والذهني... البطء في فهم الكلام... وتكرار ما يقوله... أما في الحالات الشديدة التي يستمر فيها الصرع منذ طفولة المريض غالباً ما تؤدي إلى ما يشبه حالة المعاق .

وإذا لم يعالج المريض الذي يشكو من الصرع الكبير فيمكن أن يؤدي إلى حالة شبة الفصام الهذائي بمعنى أن تحدث عنده معتقدات وهمية وأحياناً هلاوس سمعية (مجدي، 2010، ص235) .

إن الإضرابات النفسية مثل اضطرابات المزاج و عصاب القلق و التوتر و الأمراض الذهنية و مرض نقص الانتباه و فرط الحركة و التوحد لدى الأطفال من الأمراض التي كثيراً ما تصاحب الصرع . بالرغم من أنه من المعتاد اعتبار هذه الحالات النفسية مضاعفات الصرع إلا أن هناك علاقة ثنائية الاتجاه بين الصرع و هذه الأمراض و لذلك فإن مرضى الصرع أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بهذه الأمراض ، كما أن مرضى اضطرابات المزاج و عصاب القلق و نقص الانتباه و فرط الحركة هم أيضاً أكثر عرضي من غيرهم للإصابة بالصرع .

هذه العلاقة ثنائية الاتجاه تعضض من وجود أسباب مشتركة و في بعض الحالات يوجد حال بنوي أو وظيفي في الجهاز العصبي ، لذلك فإن الكشف عن هذه الأسباب المشتركة قد يؤدي إلى معرفة الأسس العصبية البيولوجية لهذه الأمراض .

إن وجود اضطرابات نفسية مصاحبة للصرع له تأثير كبير على استجابة المريض لعلاج الصرع ، فقد أشارت الدراسات الوبائية إلى أن المرض النفسي أكثر شيوعاً لدى مرضي الصرع مقارنة بغيرهم من السكان .

فالدراسات التي اعتمدت على الملفات و المجالات الطبية أشارت إلى أن معدلات انتشار المرض

النفسي في مرضى الصرع متباينة للغاية و هذا بسبب عدم دقة البيانات الخاصة بالمرضى أما الدراسات التي اعتمدت على المقابلة الإكلينيكية أشارت إلى معدلات أعلى لكن بالرغم من ذلك فإن معدل الانتشار في الدراسات التي تمت في العيادات الطبية كانت مرتفعة مقارنة بالمسح السكاني نظرا للميل لاعتبار هؤلاء المرضى أكثر مرضا من غيرهم الخلاصة أن نسبة حدوث الاضطرابات النفسية في مرضى الصرع مرتفعة بغض النظر عن الوسيلة التي يتم القياس بها .

كما يؤثر وجود هذه الأمراض على استجابة المريض لمضادات الصرع، خاصة بسبب الأعراض الجانبية للأدوية التي تؤثر على جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى . فمثلا في دراسة (Tellez, 2007 et Al zenteno) وجد أن ثلث مرضى الصرع يعانون من الاكتئاب أو القلق ، و واحد من كل أربعة مرضى يعاني من أفكار انتحارية ، و نصف هؤلاء المرضى يعاني من ضعف في الانتباه و القدرات المعرفية. (بيريز ،ت.صالح،2014، ص06)

23/ دلالة العلاقة بين الصرع و المرض النفسي :

- وجود المرض النفسي لدى مرضى الصرع يؤدي الى زيادة المشاكل النفسية و الاجتماعية (مثل التمييز و الإعاقة) .
- نوبات الصرع المتكررة تزيد من احتمال حدوث المرض النفسي .
- الاضطرابات النفسية تزيد من القابلية لحدوث الصرع .
- الصرع و الاضطراب النفسي كلاهما يحدث نتيجة لخلل عضوي أو إصابة في الجهاز العصبي .
- الدراسات الوبائية تشير أيضا إلى أن التاريخ المرضى الاكتئاب قد يزيد من احتمالية الإصابة بالصرع من أربع إلى سبع أضعاف ، في حين أن وجود الصرع يزيد من احتمال حدوث الاكتئاب ، يشير ذلك إلى وجود علاقة ثنائية الاتجاه بين الصرع و الاكتئاب (بيريز ،ت.صالح،2014، ص07) .

24/ فيزيولوجية الصرع :

إن المخ يتكون من الخلايا العصبية و يبلغ عددها من 15 إلى 20 مليار خلية عصبية و هذه هي الوحدات التركيبية و الوظيفية التي يقوم كل منها بعمل محدد في تنسيق مع بعضها البعض و هذه جميعا تزدهم في حيز ضيق محدود فكيف إذ تقوم كل منها بوظيفتها دون فوضى أو تداخل ، ذلك إعجاز من صنع الخالق سبحانه و تعالى .

أما كيف يتم التفاهم و التناسق بين هذه المليارات من الخلايا حتى لا يحدث تضارب في ما يصدر عنها من إشارات فإن ذلك يتم عن طريق انتقال المؤثرات فيما بين الخلايا العصبية في اتجاهات محدودة وفق نظام دقيق و ذلك عن طريق مواد كيميائية طبيعية يفرزها المخ و تسمى الموصلات العصبية ، و ينتج عن ذلك انتشار موجات كهروكيميائية هي في الواقع شحنات كهربائية دقيقة تعطي إشارة تنتقل في اتجاهات معينة لأداء وظيفة ما ، و ليس ما نراه من تشنجات حركية و عصبية في حالات الصرع سوى خلل يعترى طريقة انتشار هذه الشحنات الكهربائية و موضعها و شدتها و يؤدي في النهاية إلى حدوث نوبة الصرع (رزقي ،واضح، 2012، ص77) .

ومن خصائص هذا المرض أيضاً ظهور اضطرابات في نمط موجات المخ Wave pattern-Brain . ولقد اكتشف بيرجر Berger هذه الاضطرابات منذ أكثر من ثلاثين عاماً فقد اكتشف النشاط الكهربائي للمخ

The electrical Activity of the brain وعن طريق استخدام بعض الأجهزة الخاصة تم التعرف على بعض الأنماط المحددة لموجات المخ عند الأسوياء من الناس، وكذلك عند مرضى الصرع . ووجد أن لكل طائفة أنماطاً معينة من هذه الموجات ،موجات مرضى الصرع تختلف عن موجات الأسوياء من الناس وموجات الشخص النائم غير موجات الشخص المتيقظ .

ولقد وجد أن هناك حوالي 01% من مجموع السكان يمكن وصفهم بحالة الصرع بينما هناك حوالي 10% من السكان لديهم حالة الاضطراب في موجات المخ المشار إليها سابقاً والمعروف باسم Dysarrhythmia والتي هي خاصية من خواص مرضى الصرع وتعني وجود اضطراب في نسق موجات المخ وعدم انتظام هذا النسق Disturbance of irregularity of rhythm

ولكن تسجيلات جهاز قياس موجات المخ المسمى (EEG) phalography Electroence (صعب التفسير ، وتحتاج إلى خبرة و تدريب واسع حتى يتمكن الأخصائي الإكلينيكي من معرفة دلالتها و معناها ، ولكن على كل حال يكشف الجهاز عن نمط موجات المخ The rhythm of the brain waves لمرضى الصرع ويستطيع أن يميزها عن مثيلاتها عند الأسوياء من الناس .

وهناك وجهة نظر في أسباب الصرع مؤداها أن أعراضه الحقيقية تظهر عند الأشخاص الذين ورثوا الاضطراب في الموجات والذين حدث لهم إلى جانب هذا الاستعداد الوراثي حدث لهم جرح أو تحطيم في المخ ومعنى هذا أن تضافر الاستعداد الأصلي مع الأحداث البيئية هو المسئول عن حالة الصرع.(عيسوى،1991،ص298)

25/اضطرابات الجسم والمخ التي تساهم في الإصابة بالصرع :

عندما يتوفر لدى الإنسان الاستعداد الطبيعي للإصابة بالصرع، فإن بعض الاضطرابات التي تحدث بالمخ يمكن أن تتحول إلى عوامل مسببة لحدوثه . فالتغيرات التي تعترى حياة الشخص أثناء تكوينه وهو مازال جنينا ، بالإضافة إلى العوامل المحيطة به داخل الرحم ، والإصابات التي تحدث في مرحلة الولادة ، والاختناقات ، واستخدام المواد الطبية في التخدير ، وباقي العوامل الأخرى ذات العلاقة يمكن أن تلعب دوراً هاماً في هذا المجال، خاصة وأن المخ في بداية مرحلة التكوين يكون غصا وقليل الحماية وعرضة للإصابات الحساسة . يضاف إلى ذلك أن التعرض للإصابة بالعدوى في مرحلة ما بعد الولادة مثل التهاب الأغشية التي تحيط بالمخ، و الأورام ، و أعراض الشيوخوخة ، و تصلب الشرايين .(القذافي،1999،ص232) .

كما يعرف الصرع بأنه عارضا يعكس اضطرابات متكررة في النشاط الطبيعي للدماغ نتيجة وجود شحنات كهربائية مفاجئة في الدماغ تختلف من حيث الموقع والكمية والشكل .وفي هذا الصدد العديد من الدراسات حول الصرع لدراسة متغيرات متعددة نذكر منها دراسة جير وهام سنة (1935) من خلال دراسة أجراها على عينة تتكون من 132 مريضا بالصرع منهم نزلت مراكز العلاج بالعمل أما الآخرون فهم من ضعفاء العقول، حيث اهتم بالصرع ضعفاء العقول وان 53% من الحالات يميز بها على أن الاستجابات الأصلية منخفضة بنسبة 0% في حين أن 34% من الحالات هي من النوع المنبسط فتوصل جير وهام إلى أن الاستجابات الخيالية التي تتميز بالحركة أما نمط الخبرة فهو من نوع مضغوط بنسبة 86% من الحالات في حين نسبة 18% من الحالات هي من النوع المنبسط .

تتجسد قيمة عمل **جير وهام** في انه أشار إلى أن تقارير الصرعي تختلف من مريض إلى آخر ومن ثمة شخصية مرضى الصرع لا تقتصر على نمط واحد. (طلحة، 2014، ص04).

أشار **كوف لونكسفي** دراسة قدمها عام (1941) في نيويورك حول أسباب الصرع إلى أن الباحثين يعتقدون بعد عدة بحوث أن اللحاء المخي هو مصدر النوبات، واعتقد البعض أن المرحلة التقلصية التوتيرية تنبع من الأنوية القاعدية.

بينما ذهب **بلاك** في دراسته (1958) إلى تفسير بمصطلح التحليل النفسي عن طريق افتراض وجود ارتباط ايجابي بين التكامل العام للمخ ووظيفة الذات وبمقتضى هذه النظرية فان التلف العضوي للمخ قد ينتج عن إصابات منتشرة أو موجات غير مخية وغير سوية فإذا لم يكن الاضطراب المخي عام وشدة تنتج العلامات الاندفاعية والقهرية و الوسواسية ولا يدعي **بلاك** ان هذه التغيرات عبارة عن علاجات مرضية لتشخيص الصرع و يعترف انه مازال ولا يزال بحاجة المزيد من البيانات.

كما توصل **بتروفسكي و كلاي**(1948) الى وجود مجموعة من العوامل التي تميز الصرع و تتمثل في النمطية، الدقة المتناهية، تسمية الألوان، تأخر زمن الرجوع كما أشار **بتروفسكي** إلى بعض العلامات التي تميز الاستجابات العصائية. كما قام **بتروفسكي** بدراسة أخرى على عينة مكونة من 25 مريض بالصرع من ذوي الذكاء العادي وكانت المجموعة الضابطة 25 مريضاً عصابياً واستطاع استخلاص 14 علامة من تقريره بواسطتها تم التمييز بين المصابين والمصابات بالأمراض العضوية وأمراض القشرة المخية منها (زمن الاستجابة، تسمية الألوان، التكرار. الشعور بالعجز الفكري، البلبلة الذهنية و الحيرة). وتوصل **بتروفسكي** إلى انه إذا استخدم 8 علامات أو أكثر كمعيار لتشخيص الصرع أمكنه ان يشخص 80% من حالات الصرع تشخيصاً صحيحاً واستخلص إلى ان نتائجه تشير إلى ما يمكن تسميته بالشخصية الصرعية، كما أشار إلى ان علاماته تساعد في التمييز بين الصرع و الهستيريا. حيث أن إصابة الطفل بالصرع قد ينعكس سلباً على حياته بسبب المعاناة الصحية. (طلحة، 2014، ص05).

26/ نشاط الدماغ أثناء النوبة:

تخطيط كهربية القلب هو تسجيل للنشاط الكهربائي في الدماغ، وهو إجراء بسيط وآمن، وينطوي على تثبيت حوالي 20 قطباً كهربائياً لاصقاً على فروة الرأس، ويجري تسجيل نشاط الدماغ تحت ظروف طبيعية، ثم يجري تعريض المريض إلى منبهات مختلفة، مثل الأضواء الباهرة أو الوميضية، وذلك في محاولة لتحريض النوبة. في أثناء النوبة، يتسارع النشاط الكهربائي في الدماغ، ويُنتج نموذجاً لموجة متعرجة، وتساعد هذه التسجيلات لموجات الدماغ على التعرف إلى اضطراب الصرع، حيث تكون للأنواع المختلفة من الاختلاجات نماذج مختلفة من الموجات. (Bola، 2020).

27/ النظرية العصبية البيولوجية :

تقوم هذه النظرية على أساس التكامل بين كل من الجانب العصبي الكيميائي، والجانب العصبي التشريحي؛ لتفسير أسباب انتشار اضطرابات القلق لدى مرضى الصرع، ويركز الجانب العصبي الكيميائي للنظرية على الاختلالات في أنظمة الناقلات العصبية (السيروتونين، والنورأدرينالين، والدوبامين، وجابا)، وبصفة خاصة في الجهاز الخوفي، وخصوصاً الجسم اللوزي؛ حيث إن اختلال توازن السيروتونين - غالباً - ما يرتبط بكل من: اضطرابات الصرع، والقلق، كما يلعب

النظام الدوباميني دوراً في بادئة نشاط الاضطراب في مراكز المخ، وتكوين الاضطرابات الانفعالية بما فيها اضطرابات القلق، كما أن وجود أي خلل في الناقل العصبي المثبط جابا، هذا الناقل العصبي الرئيسي في الجهاز العصبي المركزي؛ ربما يكون مسؤولاً عن انتشار اضطرابات القلق لدى مرضى الصرع، بينما يركز الجانب العصبي التشريحي للنظرية على دور النواة اللوزية، والنواة المركزية، وقرن آمون؛ في انتشار اضطراب الخوف، والقلق لدى مرضى الصرع، وهناك الكثير من الأدلة التجريبية، والإكلينيكية التي تؤكد على أهمية كل من اللوزة المخية، والنويات المركزية على التحديد؛ في حدوث الخوف، والقلق لدى مرضى الصرع؛ حيث يعمل التحفيز المتكرر لهذه المنطقة خلال مسار نوبات صرع الفص الصدغي على زيادة استثارة هذه المنطقة التي تتجلى في أعراض اضطرابات القلق، ومن الناحية الإكلينيكية، فإن التحفيز الكهربائي المباشر للجزء الأيمن من اللوزة المخية يثير المشاعر السلبية لدى الفرد مثل الخوف، والقلق، والحزن، بينما تحفيز الجزء الأيسر من اللوزة؛ قد يؤدي إلى إثارة المشاعر السارة، أو غير السارة لدى الفرد، كما تفترض هذه النظرية أن اختلاف حجم اللوزة المخية بشقيها الأيمن والأيسر؛ يعكس النمط السائد لمعالجة المعلومات الانفعالية لدى الفرد فعلى سبيل المثال يرتبط القلق الرهابي بزيادة حجم اللوزة، بينما يرتبط القلق الذهاني، وسرعة الانفعال، والعدوانية؛ بانخفاض حجم اللوزة . (عاطف، أحمد، 2023، ص117)

28/ النظرية النفسية الدينامية :

تستند النظرية النفسية الدينامية على آراء علماء النفس حول دور العوامل النفسية في إحداث النوبات الصرعية، ويعتبر كل من: القلق، والإجهاد أحد أهم هذه العوامل المثيرة للنوبات الصرعية، وترى نظرية فرويد للتحليل النفسي أن القلق ما هو إلا رد فعل لمثير واقعي في البيئة الخارجية يدركها الأنا على نحو مهدد وخطير، وتكون وظيفة القلق هنا بمثابة إعداد الفرد لتجنب هذا الخطر، وحماية الأنا من هذا التهديد سواء بالقضاء عليه، أو بتجنبه، أو بإتباع أساليب دفاعية إزاءه، وترى النظرية النفسية الدينامية أن الصراعات اللاشعورية التي لا يمكن تجاوزها نفسياً تؤدي إلى مزيد من القلق، والتوتر اللذان قد يؤدي إلى مزيد من النوبات الصرعية. ومن المهم في المجال الإكلينيكي التفريق بين نوبات الصرع العضوي، و نوبات الصرع نفسية المنشأ، والنوبات غير الصرعية (عاطف، أحمد، 2023، ص118)

29/ الفرق بين نوبات كل من الصرع و الهستيريا :
ينبغي التأكيد هنا على ضرورة التفريق بين تشنجات النوبات الصرعية و النوبات الهستيرية فأعراض هذين المرضين تشترك بعلامات جد قليلة كما تؤكد ذلك أعراضها الرئيسية :

01 - النوبة الصرعية:

- في الغالب تحصل بدون أسباب و عوامل نفسية .
- تكون مصحوبة بأعراض هاجسية تتخذ شكل إنذار صرعي

- التشنجات الصرعية تستمر من 2 ثواني إلى دقيقتين
 - بؤبؤ العين لا يستجيب للضوء و ترف العينان ويصاحب ذلك تبول لاإرادي و تغطوط قسري .
 - الأزمة الصرعية لا يمكن وقفها أو إزالتها مهما تكررت المحاولات الخارجية .
 - نسيان تام لفترة الأزمة الصرعية
 - بعد النوبة مباشرة يحصل نزييف معوي و انبساط في الأذرع و تضيق حدقتا العينين .
- (رزقي ، واضح، 2012، ص، 74)

02-النوبة الهستيرية :

- تحصل مقترنة بأسباب و عوامل نفسية و هذه قاعدة مطردة.
- انعدام مثل هذه الأعراض .
- التشنجات الهستيرية تستمر من 10 دقائق إلى عدة ساعات .
- انعدام مثل هذه الأعراض .
- يمكن وقفها أو التقليل منها بالعلاج النفسي .
- قد يحصل نسيان جزئي .
- لا شيء من هذه الأعراض يحصل بعد انتهاء النوبة الهستيرية (رزقي ، واضح، 2012، ص75).

30/مآل مرض الصرع:

في الكثير من الأحيان يتغلب الأطفال على مرضهم وفي العديد من الحالات يتغلبون على هذا المرض حين يصلون سن البلوغ، ولكن في بعض الحالات يستمر الصرع مدى الحياة . ولا توجد اى وسيلة للتنبؤ بما يحدث في كل حالة فردية، وإذا كانت النوبة تغيب ثم تعاود الطفل لعدة سنوات فمن المحتمل أن يقرر الطبيب إيقاف الدواء ليرى أثر ذلك ، فإذا حدث أن عاودت الطفل النوبة فلا داعي للقلق والخوف لأنه في كل الأحوال يمكن التحكم في المرض مرة أخرى وذلك:

- بالعودة لاستعمال العقاقير المضادة للصرع.
- والمحافظة على مواعيد نوم منتظمة .
- وتجنب التوترات - والمجهودات الشاقة .
- والاتصال المستمر بالطبيب المعالج . (مجدي، 2010، ص238)

31/التأثير الاجتماعي :

تتفاوت التأثيرات الاجتماعية للصرع بين مصاب وآخر. كما أن إفراط الوالدين في حمايته والخوف عليه قد يؤثر على ثقته بقدراته ، وربما يؤدي ذلك إلى استغلال احتمال إصابته بنوبة صرع للحصول على مطالبه في البيت .

ويعتبر هذا النموذج من النماذج الهدامة من جهات عدة، إلا أنه ولحسن الحظ ومكن التغلب عليها عن طريق لقاءات تتم بين الأخصائي الاجتماعي و المريض ، وأهله، كذلك يستطيع الأخصائي الاجتماعي أن يساعده وعائلته على أدراك المسؤوليات الخاصة به والتي من شأنها أن تقوده إلى النجاح أو الفشل في الحياة.

وفي بعض الأحيان يحاول المصاب إخفاء الحالة أو قد يعتمد إلى التصرف بشكل عدائي مع المحيطين به. وربما يقرر أن يبدأ برفض الآخرين قبل أن يرفضوه مما قد يؤدي إلى نقص في قدراته ومهاراته الاجتماعية وذلك لقلة اتصاله بالمجتمع. كما أن قلة احترامه وتقدير لنفسه تنعكس في اللامبالاة، ومن جهة أخرى فإن الأعراض الجانبية للدواء تؤدي إلى بطئ في قدرته على الحديث مما يجعله يزداد بعداً عن بقية الناس. (مجدي،2010،ص250).

ويتعرض المصابون بالصرع وأسرهم في عدة أماكن في العالم للوصم والتمييز بسبب المفاهيم الخاطئة والمواقف السلبية المحيطة بالمرض التي تشمل الاعتقاد أن الصرع مرض ناجم من الشيطان أو مرض معد، ويؤدي الوصم إلى انتهاك حقوق الإنسان والاستبعاد الاجتماعي، وفي بعض السياقات، قد لا يسمح للأطفال المصابين بالصرع بالذهاب إلى المدرسة في حين أن البالغين منهم قد لا يتمكنون من إيجاد فرص عمل مناسبة أو من الزواج،ويمكن أن ينطوي الصرع على أعباء مالية لا يستهان بها إضافة إلى آثاره الاجتماعية(الربيعي،2018،ص09)

32/ سوء فهم العامة :

المصابون بالصرع عليهم أيضاً التعامل مع حقيقة أن معظم الناس لا يدركون مدى ما تقدم إليه العلم في العلاج وفهم طبيعة الصرع. فكثيراً من الناس مازالوا متمسكين بتفسيرات خاطئة عن داء الصرع. على سبيل المثال يعتقد كثير من الناس أن سبب المرض هو سبب وراثي، وفي الواقع فإنه من الممكن حدوث المرض بطرق عديدة وخصوصاً من خلال إصابات الرأس، ويعتقدون أيضاً أن الشخص المصاب بالصرع هو شخص مصاب بمرض عقلي أو متخلف عقلياً، وهذا اعتقاد خاطئ لأن كلا منهما يعد حالة منفصلة.

فان العامة يعتقدون إن قدرات المصابين بالصرع أقل من غيرهم .كما يخافون من التقاط العدوى أو الإصابة بشئ جراء نوبة تشنج، أو أن الشخص المصاب تحدث له النوبة في أي وقت وهذا غير صحيح. والحقيقة أن هناك 50% على الأقل من المصابين بالنوبات الصرعية - وقد يصل إلى 85% - من الممكن أن يحصل لهم تحكم تام وطويل الأمد وكامل وذلك باستخدام العلاج المتوفر حالياً. وهذا يعني مرور أشهر أو حتى سنوات من غير حدوث نوبة صرعية من أي نوع.

33/ الإنجازات الأكاديمية :

الإصابة بالصرع في حد ذاتها ليست عائقاً في طريق تحقيق إنجازات أكاديمية عالية. فهناك العديد من الكتاب والصحفيين والأساتذة والمحامين وحتى العلماء، ممن هم مصابون بالصرع ولم يكن هذا ليقفل من قدراتهم الفكرية أو يثبط من إنجازاتهم الأكاديمية بها في اعتباره عندما يكون الانجاز أقل من المتوقع. (مجدي،2010،ص250-251).

خلاصة الفصل

الصرع مشكلة عالمية تصيب من 2% إلى 3% من سكان العالم، 75% من الحالات تبدأ قبل سن المراهقة ينتج الصرع عن أسباب وراثية، أسباب بنوية، أسباب وظيفية، أو أسباب غير معلومة، بالإضافة إلى إصابة المخ أثناء الحمل و الولادة وأمراض الأوعية الدموية و إصابات الرأس وهي الأسباب التي من الممكن تفادي معظمها .

ويمكن تمييز نوعين من الصرع : الصرع الأكبر **Grand Mal**، والصرع الأصغر **Petit Mal**، يمتاز الصرع الأكبر، أو على القليل في نسبة كبيرة منه، بأن تسبق النوبة منه علامات منبئة توحى بحدوث الحالة، منها الشعور بالاكثئاب و الحزن ، و الشعور بعدم الارتياح ، و تغيرات سريعة في المزاج ، ووجود وخز في الأطراف و تنميلها ، الأطراف و تنميلها، وتغيرات تطراً على الوجه مثل تغير اللون والملامح و حدوث اضطرابات في الجهاز التنفسي ، و يلاحظ أن هذه الأعراض هي عينها التي تصاحب المريض أثناء النوبة نفسها .

إن تحسن حالة مريض الصرع مرتبط بالأسباب التي أدت إلى حدوث الصرع و العلاج المبكر و المستمر و من المعروف أن 75% من مرضى الصرع يستطيعون أن يعيشوا حياة طبيعية إذا تم علاجهم و رعايتهم بالشكل المطلوب .

من المؤكد أن الاضطرابات النفسية في المرضى الذين يعانون من الصرع الذي يصعب علاجه أكثر شيوعاً من المرضى الذين يعانون من الصرع الذي يتم التحكم فيه جيداً . هذه المشاكل هي في الأساس اضطرابات مزاجية (عاطفية). ومع ذلك ، فهذه اضطرابات يكون عرضها السريري خاصاً و يصعب تصنيفها وفقاً للمعايير المستخدمة عادةً .

إن الصرع مرض يحتاج للعلاج بدقة لأنه يؤثر على النواحي الطبية والعاطفية والاجتماعية والنفسية للمريض، أنه مرض قابل للعلاج وفي الكثير من الأحيان تنتهي النوبات في الكبر. كذلك في بعض الحالات قد تستمر النوبات طوال العمر.

وأغلب الحالات من الممكن التحكم فيها عن طريق العلاج الدوائي، ولكن هذا العلاج يحتاج إلى تنظيم الجرعة بدقة حتى نستطيع التغلب على النوبات ، كذلك يجب أن يوضع المصاب تحت الملاحظة لمراقبة حدوث أي مشاكل سلوكية أثناء استخدام العلاج، أن العلاقة المستمرة مع الطبيب المعالج لها تأثير جيد جداً على تحسن مريض الصرع بأي ظرف طارئ.

الفصل الرابع الإجراءات المنهجية

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية

تمهيد:

في هذا الفصل سيتم التعرض إلى منهجية البحث المتمثلة في تقديم المنهج المتبع في هذه الدراسة، و تعتبر الإجراءات المنهجية للبحث المتبعة من طرف الباحث كفيلة للوصول إلى أهداف البحث، و ذلك من خلال جملة من الوسائل تتمثل في الأدوات التي يعتمد عليها الباحث للحصول على معطيات من الميدان بغية التحقق الموضوعي من الفرضيات و ذلك ضمن منهجية كل دراسة ذات قاعدة صحيحة.

01/ منهج البحث :

بغية الوصول إلى الحقيقة والكشف عن الظاهرة المراد دراستها بكل دقة و موضوعية يستند الباحث في البحث العلمي على منهج يتبعه، لهذا اعتمدنا في دراستنا على استعمال أساليب ووسائل إكلينيكية تناسب الحالات المدروسة والتي تركز على الملاحظة العيادية والمقابلة و اختبار فحص الهيئة العقلية.

إن طبيعة الدراسة التي تم القيام بها تتطلب المنهج العيادي ، و ذلك بهدف دراسة علاقة القلق بمرض الصرع.

(أ) المنهج العيادي : هو دراسة إكلينيكية يعتمد على دراسة الحالات الفردية، يستخدم عدة وسائل و تقنيات منها :المقابلات و الملاحظات العيادية لجمع المعلومات التي تسمح للمختص تحديد و فهم وضعية المريض ومعاناته و أعراضه. و من ذلك اقتراح التشخيص و التقييم و نوع الكفالة العلاجية التي تتوافق مع الحالة بمعنى التشخيص ، العلاج و التنبؤ .(لرينونة،2015،ص38).

(ب) دراسة الحالة : هي عبارة عن تقرير شامل يعده الأخصائي ، و يحتوي على معلومات و حقائق تحليلية و تشخيصية عن حالة العميل الشخصية و الأسرية و الاجتماعية و المهنية و الصحية، و علاقة كل الجوانب بظروف مشكلته و صعوبات وضعه الشخصي ، و دراسة الحالة ليست خيارا منهجيا بل هي خيار لما يمكن دراسته و ترى على أنها إستراتيجية بحثية تعد بطريقة شاملة تتضمن : التصميم و أساليب جمع البيانات و مداخل نوعية لتحليل البيانات .(فكري ، 2020 ،ص21)

(ج) المقابلة النصف الموجهة : تعرف بأنها مجال متسع أمام الباحث لكي يوجه ما يراه مناسباً من حديث و أسئلة وفق استجابات الفرد الحالية و أن يلاحظ تصرفاته و انفعالاته و حركاته و إشارات مما يعطي له مذهباً لجمع تفاصيل دقيقة عن شخصية العميل .(دهان،2018،ص55) .

مكنتنا المقابلة نصف الموجهة من الإلمام بجميع الجوانب الأساسية المتعلقة بعينة الدراسة كونها الأمثل أين قمنا بجمع المعطيات المطلوبة للدراسة من خلال تقديم أسئلة المحاور و الإجابة عليها من قبل الحالات و هي و الأنسب و ذلك لضيق وقت المقابلات .

وقد احتوت المقابلة على 04 محاور متكاملة فيما بينها وتمثلت في:

• المحور الأول:

وهو محور البيانات الشخصية ، يتضمن الأسئلة التالية:الاسم، اللقب، السن،المستوى الدراسي، تاريخ بداية المرض .

• المحور الثاني:

وهو محور الحالة المرضية، نهدف من خلاله إلى معرفة تطور الحالة المرضية للمصاب أي كيفية ظهور المرض، ومدى تقبله له ويتضمن هذا المحور 10 أسئلة .

• المحور الثالث:

وهو محور الجانب العائلي، الحياة الأسرية والاجتماعية، ويهدف إلى معرفة تأثير الأسرة والمجتمع ككل على الناحية النفسية للمصاب ، يشمل هذا المحور سؤالين .

• المحور الرابع:

وهو محور نظرة المريض للمستقبل، يهدف إلى معرفة مدى تأثر المريض بمرضه، وهل لديه ما يطمح إليه في المستقبل، يتضمن المحور سؤالين .

(د) الملاحظة العيادية: هي أداة لجمع البيانات او المعلومات حول السمات أو السلوك الذي يراد قياسه، تقوم على مشاهدة هادفة بموجب إجراءات منظمة لموضوع أو سلوك معين قصد فهمه وتفسيره. (رجوح، 2017، ص44).

(و) الاختبارات و المقاييس :

01-اختبار فحص الهيئة العقلية للدكتور قويدرة نصره (رحمه الله):

يتركز هذا الاختبار على الملاحظة المباشرة لمجموعة السلوكيات العفوية اللفظية منها والحركية ويتم فحص الهيئة العقلية خلال عرض المريض لمشكلاته النفسية وإعطاء التفسيرات التي يراها مهمة ويعتمد فحص النظام العقلي على المحاور التالية :

● السلوك العام :

المظهر، اللباس، النظافة، التعبير، السلوك العام خلال الحديث، السلوك خلال الفحص، الانطلاقات في الحديث، تغيرات السلوك الحركية، مؤشرات القلق كالارتجاف، الاضطراب الحركي، التنفس السريع، الاستشارة والاستجابات الحركية غير المراقبة .

● النشاط العقلي:

الإجابة، التكرار الآلي وشروذ الذهن .

● المزاج والعاطفة :

الاستجابات العاطفية للشخص خلال المقابلة، الاكتئاب، القلق، البلادة، تضخم الأنا، الإحساس بالذنب، احتقار الذات، نزعة الانتحار .

● محتوى التفكير:

محتوى التعبير، التلقائية في الإجابات، انشغالات تمييز الذات، توهم المرض، العدوانية الموجهة نحو الآخرين، أفكار العظمة والاضطهاد

● القدرة العقلية :

التوجيه الزماني والمكاني، الانتباه الذاكرة الحديثة والبعيدة، الحساب، القراءة، الكتابة، الفهم، المعارف العامة والذكاء

● الاستبصار والحكم:

القدرة على التكيف بوضع علاقة بين إمكانية المفحوص على استيعاب مشكلة والظروف التي ساهمت في ظهور المشكل، مدى درجة استيعابه للسلوكيات المتكررة وميزات شخصيته،

القلق عند المصابين بالصرع

أسلوب مقاومة المرض، مراقبة الاندفاعية، المخططات السابقة لمواجهة المشكلة هل كانت ناجحة لتقويم الحكم.
(قداوي، 2015، ص42)

02-المقياس :

مقياس تايلور للقلق إعداد/ د. جانيت تايلور

تعريف القلق: يعرف القلق بأنه انفعال مركب من الخوف وتوقع الشر والخطر أو العقاب.

نبذة عن المقياس:

مشتق من اختبار مينيسوتا للشخصية المتعدد الأوجه ويتكون المقياس من (50) عبارة تقيس القلق الصريح.

طريقة التطبيق:

• يطبق المقياس على الأشخاص البالغين من (10) سنوات فأكثر.

• من بين الـ (50) عبارة هناك (10) عبارات عكسية تصحح بشكل مختلف وهي (50.48.38.32.29.22.20.17.13.03)

• كل عبارة أمامها بديلين (نعم ، لا) يتم اختيار من بينهما الإجابة المناسبة .

طريقة التصحيح:

• (نعم) تأخذ درجة واحدة (لا) تأخذ صفر.

• والعبارات العكسية (نعم) تأخذ صفر (لا) تأخذ درجة واحدة.

• ثم يتم جمع الدرجات وتصنف وفقاً للجدول التالي:

الدرجة	الشدة
16-00	قلق منخفض جدا
19-17	قلق منخفض (طبيعي)
24-20	قلق متوسط
29-25	قلق فوق المتوسط
+60-30	قلق مرتفع .

التعليمة :

ضع علامة (x) أمام الإجابة التي تنطبق عليك (نعم / لا)

أجب على كل الأسئلة من فضلك...

02/العينة : يعرفها موريس أنجرس أنها مجموعة فردية من عناصر مجتمع البحث، كما أنها ذلك الجزء من المجتمع التي يجري اختيارها وفق قواعد وطرق علمية بحيث تمثل المجتمع تمثيلاً صحيحاً (در، 2017، ص313).

(أ) عينة الدراسة : قمنا باختيار عينة فردية قصدية مصابة بالصرع و تعاني من القلق و هي حالتين :

الحالة الأولى : أنثى – 17 سنة – سنة أولى جامعي .

الحالة الثانية : ذكر-35 سنة- ليسانس حقوق- عون حماية مدنية .

(ب) الدراسة الاستطلاعية :

بعد التعمق في موضوع الدراسة من الجانب النظري كان لابد من إثرائه و محاولة إثبات أو نفي فرضيات البحث و ذلك من خلال القيام بدراسة استطلاعية في الميدان و التي كانت بالمؤسسة العمومية للصحة بوهان **jean kraft** . أين تم الاحتكاك بطبيبة الأعصاب و الأخصائية النفسانية و اللتان قامتا بتوجيهنا و تزويدنا بالعديد من المعلومات حول القلق و مرض الصرع . وجدنا صعوبة في إيجاد العينة المناسبة للدراسة و ذلك راجع إلى رفض العديد من المصابين اللجوء إلى العلاج النفسي و يكتفون بالعلاج الدوائي أو الرقية الشرعية ، كما صادفنا بعض الحالات سنها غير مناسب للدراسة كالأطفال من سن سنة واحدة إلى غاية خمس سنوات أو الطاعنين في السن الذين رفضوا إجراء المقابلات معنا ، و عليه وجدنا حالتنا الدراسة بعد بحث طويل ثم لجأنا إلى المستشفى الجهوي للأمن الوطني و الاطلاع على حالات مرضى الصرع مع طبيب الأعصاب و الذي تم تحويله فيما بعد إلى CMS بواجهة البحر . قمنا كذلك بزيارة عيادة خاصة لطبيب عصبي نفسي مع الحالة -01- مرتين من أجل التزود بمعلومات عن مرض الصرع و علاقته بالقلق .

(أ) أهداف الدراسة الاستطلاعية :

- ✓ البحث في موضوع الدراسة
- ✓ اكتساب خبرتين علمية و مهنية
- ✓ الاطلاع على الجانب الميداني و سيرورته
- ✓ مواجهة المخاوف و التحكم في القلق
- ✓ اكتساب معلومات من قبل الأخصائيين الممارسين

(ب) حدود الدراسة الاستطلاعية :

بالمؤسسة العمومية للصحة الجهوية بوهان **jean kraft** فرع تابع للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية واجهة البحر بها عدة مصالح طبية و إدارية متنوعة متوفرة لخدمة المواطنين مجاناً يومياً ليلاً و نهاراً من بين أقسامها وهو مكان التربص

-المؤسسة العمومية للصحة الجوارية- واجهة البحر، فرع جان كرافت -

الخدمات التي يقدمها الفرع :

القلق عند المصابين بالصرع

- العلاج النفسي الفردي
- العلاج الأسري
- الفحص الطبي
- الاستشارة و التوجيه الأبوي
- العلاج الأرتو فوني
- مجموعات الحوار و المناقشة
- المرافقة الاجتماعية

يتكون فريق العمل التابع للصحة العقلية من :

- الطبيب الرئيسي أخصائي في العلاج الأسري
- أخصائي علم النفس العيادي
- مرافقة اجتماعية
- أخصائية ارطوفونيا
- ممرضة
- عون استقبال

العنوان : 04 شارع جان كرافت –ميرامار – وهران .

(ج) مواصفات عينة الدراسة :

- انتقاء حالتين مشخصتين بمرض الصرع

(3) الدراسة الأساسية :

تم الاعتماد على المنهج الإكلينيكي لأنه الأنسب لموضوع البحث و لما له خصائص تخدم الموضوع للوصول إلى هدف الدراسة . بالاعتماد على دراسة الحالة كون العينات فردية فهي الأنسب للبحث ولتطبيق الاختبارات و المقاييس المذكورة

(أ) الحدود الزمانية : بداية المقابلات بشهر ماي 2023 بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بوهران jean kraft ، إلا أن الساعات المرخصة لنا من طرف عملنا لم تكن كافية و متناسبة مع مواعيد الحاليتين و لم نتمكن من مواكبة الحصص بالمؤسسة لدى لجأنا إلى إجراء المقابلات في الخارج بالمكتبة العمومية .

تمثلت الدراسة في 13 حصة بمعدل نصف ساعة للحصة .
إلا أن الحالة الأولى تمت متابعتها من شهر ديسمبر 2022 كونها ابنة زميل في العمل .

(ب) معايير اختيار الحالات : تمثلت العينة في حالتين 02

الحالة 01: أنثى 18 سنة أصيبت بالصرع في مرحلة الطفولة

الحالة 02: ذكر 35 سنة أصيب بالصرع في سن الرشد .

خلاصة الفصل :

عرفنا في هذا الفصل العينتين المختارتين و السبب في ذلك مع تقديم مكان التربص الذي مكننا من جمع بعض المعلومات لفائدة البحث و الاطلاع على الجانب الميداني في فترة قصيرة

الفصل الخامس

عرض، تحليل

ومناقشة النتائج

تمهيد

في هذا الفصل قمنا بعرض الحالات بشكل مفصل و تقديم نتائج الاختبارات و المقاييس مع تحليل نتائجها و مناقشة الفرضيات .

01/ عرض الحالة :

• الاسم و اللقب : ب.ي.

• الجنس : أنثى .

• السن : 18 سنة .

●المستوى الدراسي : سنة أولى جامعي.

●عدد الإخوة و الأخوات : 01 (أنثى)

●رتبة الحالة بين الإخوة : الثانية .

"ب.ي" أنثى تبلغ 18 سنة عزباء تعيش رفقة والدتها و أختها الكبرى ،الأب و الأخت موظفين و الأم حرفية . تحصلت "ب،ي" على البكالوريا سنة 2022 سجلت بجامعة وهران 02 محمد بن أحمد -بلقايد- شعبة لغات أجنبية ،تخصص لغة انجليزية ، أصيبت بمرض الصرع سنة 2006.

الحالة الأولى :

ظهرت الأعراض الأولى للمرض خلال مرحلة طفولة الحالة بسن الثانية في فترة حمل الأم واجهت صعوبات و مشاكل صحية خاصة في الشهر السابع تعرضت لـنزيف حاد و هبوط رأس الجنين إلى أسفل الحوض و الذي كان سيؤدي إلى ولادة مبكرة في الأسبوع 30 أين خضعت إلى علاج طبي من أجل ولادة طبيعية بالشهر التاسع ، وزن الحالة عند ازديادها 2.5كغ ذات جسم ضعيف، تم نصح الأم من قبل الأطباء بالعناية الشديدة بالمولودة و وقايتها من الميكروبات .

بسن الثانية دخل الأب إلى المنزل الأسري في حالة هلع حاملا "ب .ي" بين يديه فاقدة للوعي و لا تستجيب تم أخذها إلى الاستعجالات الطبية بمستشفى وهران أين تلقت إسعافات أولية لخفض درجة حرارتها 40° .

بدأت النوبات الصرعية خلال المرحلة العمرية ما بين السنة الثانية إلى غاية الخامسة أين تم تشخيص الحالة بمرض الصرع من قبل طبيب الأعصاب ،خضعت إلى علاج دوائي TEGRETOL و الذي كانت له آثار جانبية واضحة كالغياب ، فقدان التركيز ، قلة الاستيعاب أو الاستجابة لمختلف التنبيهات، خمول و نعاس دائمين، تم تغيير العلاج إلى DEPAKINE و الذي يُعطى كعلاج وقائي للنوبات المرتبطة بالحمى .

توقفت النوبات بسن السادسة لكن التشنجات اللاإرادية 'Les tics' لم تختف و هي " حركات لاإرادية،سريعة ومتكررة" تمثلت في رعشات اليد المتكررة ،هز الرأس ، رمش بشكل متكرر،مع غياب لبضع ثوان .

تقول الحالة في المرحلة الابتدائية : " معلمين العربية اللي قرآوني ماكانوش ييغوني خاصة في مادة الرياضيات كنت نطول باش نفهمها و هما يتقلقو يضربوني بصح معلمين الفرنسية ماكاش عندي مشكل معاهم" .

كما أنها تعرضت للتنمر من قبل زملائها التلاميذ و نشرا لإشاعات بأنها ممسوسة بسبب هزات الرأس اللاإرادية و تقول في هذا : " كنت عاقلة بزاف كانوا يحقروني بصح في المتوسطة تعلمت نفرض نفسي و ندافع على روعي "

اكتسبت عدة صداقات خلال فترة المراهقة (12 سنة -15 سنة)، كانت اجتماعية جدا و تحب التفسح مع الأصدقاء أما العلاقة مع الأسرة مضطربة نوعا ما بسبب طلاق الأبوين و في شجار دائم مع أختها الكبرى .

قامت الحالة بتغيير مظهرها الخارجي عدة مرات في المرحلة الثانوية ، لم تعد تتلق صعوبات دراسية و حبها في تعلم اللغات الأجنبية كان حافظا لها ، مارست عدة هوايات مختلفة كالرياضة kick-boxing، والغناء ، و تعلم الغيتار بمدرسة الموسيقى بوهرا ن ، كتابة القصص و نشرها في المواقع تعلم لغات جديدة، ألعاب الفيديو و الترحلق على اللوح ، لكن لم تحترف في أي واحدة منها و سرعان ما تمل و تتركها .

تقوم "ب.ب" بتربية القطط و الاعتناء بها فهي متعلقة بها جدا ، كذلك في هذه الفترة تحسنت علاقتها بأسرتها.

خلال السنة النهائية من الطور الثانوي ظهرت بعض الأعراض في الحالة كالغثيان و رؤية ضبابية غير واضحة إثر تعرضها لضربات الشمس ، بالإضافة إلى فقدان الوعي الجزئي و الدوار في حالة الغضب و القلق.

اجتازت امتحان البكالوريا في ظروف عادية مع قلق طفيف كأى ممتحن في السنة النهائية و نجحت فيه.

بجويلية 2022 خرجت "ب.ب" لمشاهدة افتتاحيات ألعاب البحر المتوسط رفقة أسرتها بساحة أول نوفمبر أين كانت الشاشات الضخمة ذات الأشعة القوية و إضاءات الشوارع الملونة الساطعة جدا مع حشد غفير و الذي جعلها في حالة قلق و انزعاج و تضاييق كما نشب شجار بينها و بين أختها في طريق العودة ، عند دخولها إلى المنزل تفاجئت ب وفاة قطها الذي كانت متعلقة به جدا ، بدأت بالبكاء الشديد ثم الصراخ " ماما مارانيش نشوف، ماما مانيش قادرة تتنفس ... غادي نموت " التفت الأسرة حولها وضعوها على السرير في محاولة لتهدئتها ، تعرضت لأول نوبة صرع منذ 12 سنة تمثلت في فقدان كلي للوعي ، ارتعاش طفيف بأطراف الجسم ،تم نقلها إلى طبيب الأعصاب بمستشفى وهران CHU عند وصولها بدأت بالإفاقة تدريجيا و لكن غير قادرة على النطق تعرضت لـ "حبسة " . لم تستجب في بادئ الأمر و لم تع بما يدور حولها .

بعد مرور ساعة وبمساعدة الأم و الأخت تحت إشراف الطبيب استعادت الحالة الكلام تدريجيا و الذي كان عبارة عن همس في أذن الأم و إشارة إلى نافذة القاعة تقول (ماما راني نشوف "مينو" يدور برا، ما ماتش مزاله حي) في حالة من الهلوسة و اضطراب زمني /مكاني تستفسر : "وين راني ؟ فاش جينا ؟ شعال وأنا طايحة ؟)

بعد أن استرجعت و عيها كليا عادت إلى المنزل و غطت في نوم عميق من شدة التعب جراء النوبة . تم فحص الحالة لدى طبيب الأمراض العصبية في عيادة خاصة و إجراء EEG الذي أظهر وجود فرط شحنات كهربائية بالدماغ ، و نوبات شد الوجه +الرمع العضلي(كما هو موضح في التقرير المرفق بالملاحق) تم وصف دواء lamotrigine بجرعة 50mg/1cp matin لمدة ثلاثة أشهر .

ثم Lamogine 100mg/1cp/matin

و Lamotrigine 50mg/1cp/matin

القلق عند المصابين بالصرع

و Taloprex 10mg/1cp/ le soir لمدة شهر .

لكن النوبات تكررت عدة مرات و بشدات متباينة مع ارتجاجات و غيابات ، و نوبات قلق متعددة و اكتئاب حينها قام الطبيب بتغيير الجرعة و إضافة الأدوية التالية لمدة شهر :

Lamogine 200mg/1cp/matin

Anafranil 10mg 1cp/le soir

Largactil 5gouttes 01fl

Coblamine 1amp/bu tous les 02jrs

Zanitra 1cp/matin

Vit D 1amp/mois

Magnésium 1cp/j

تعرضت الحالة في بداية السنة الجامعية بشهر سبتمبر أثناء المحاضرات و في الحرم الجامعي و مع ارتفاع درجة الحرارة إلى نوبات صرع متكررة مصحوبة بنوبات قلق، اتصلت عيادة الجامعة بالأهل لإخطارهم و تم نقلها بسيارة الإسعاف إلى المستشفى و لبعد المسافة بين البيت و الجامعة و خوف الأسرة على ابنتهم تم تجميد السنة الدراسية بملف طبي.

تدهورت صحة الحالة حيث عانت من مغص شديد جراء تناول الدواء على السابعة صباحا قبل الأكل، ظهرت عليها أعراض الخمول، التعب، فقدان الشهية، الأرق ، حساسية اتجاه الضوء و إضاءة الكاميرا .
FLASH

أصبحت تفضل العزلة و الانطواء لا تغادر البيت إلا للطبيب و إن اضطرت للذهاب لمكان ما يجب أن يكون شكلها مرتب، نظيف، متناسق كما أنها تتنبه لأدق التفاصيل بمظهرها، في الخارج تصاب بنوبة قلق و تشعر أن الجميع ينظر إليها و يلاحظون رعشات يدها أو اهتزاز رأسها .
قليلة الكلام و نوبات غضب شديدة ، قلة الاستجابة و نقص الوعي و تكرر النوبات بمعدل ثلاث أو أربع مرات في اليوم ، تباينت مدة النوبة من ثلاث إلى عشرون دقيقة مصحوبة بارتجاجات و غياب عن الوعي، قبل النوبة تصاب الحالة بصداخ ، فشل ، فقدان التركيز و قلة الانتباه مع رؤية ضبابية ، الشعور بالقلق و الحزن، أما بعد النوبة تستعيد طاقتها و قدرتها الجسدية و يعود استيعابها تدريجيا .
خلال هذه الفترة لوحظ على الحالة ميلها إلى كل ما هو GORE و مشاهد دموية . ازدادت حدة نوبات الغضب المصحوبة بالصراخ و تهديد أفراد الأسرة (الأخت) في شجار بينهما قامت "ب.ي" بحمل المقص و التهديد به . تعترض لكل ما يقال لها و أن الأسرة لا تراع شعورها و لا أحد يفهم مرضها أو ما تعانيه .

رفضت في البداية العلاج النفسي إلا أن وصل بها الأمر إلى تهديد الآخرين و كثرة العزلة و الانطواء و التفكير بالانتحار و عليه بدأت في العلاج النفسي .

تقول الحالة " أمن غير les crises و القلق اللي مكنتش نعرف كيفاش نتحكم فيهم في البداية ، الصرع بدلي حياتي بشكل كبير، حبست الدراسة لمدة سنة ، إنعزلت عن المجتمع ، و لي غادنتي كي أمرني الطبيب نبعد على فلاش الكاميرا و أنا نبغي التصوير ، و ثاني حدد لي ساعات اللعب في البلايستيشن بسبب "crises d'épilepsie photosensible"

القلق عند المصابين بالصرع

بشهر نوفمبر 2022 غيرت الأسرة طبيب الأعصاب و الذي فسر التصرفات العدوانية و تغير السلوك واضطراب المعدة بجرعات الدواء الموصوفة من قبل الطبيب السابق ، منع الأدوية الأخرى و أبقى على :

Lamotrigine Beker 25 mg/4cp/jour حافظ على نفس الجرعة و قسمها على أربع مرات في اليوم كي لا تؤثر على الحالة أعراض انسحاب الدواء فجأة و بشكل كبير و من ثم خفضها تدريجيا .

كما طالب بإجراء L'IRM (كما هو موضح في التقرير المرفق بالملاحق) و الذي أوضح سبب النوبات المتمثل في (جرح/ إصابة تحت القشرة الجدارية اليسرى) UNE LESION

SEQUELLAIRE SOYS CORTICAL PARIETALE GAUCHE الناتجة عن حمى شديدة في

الطفولة مع إمكانية شفائها

و سيظهر ذلك في فحص IRM المقبل بشهر نوفمبر 2023 - يتطلب مرور سنة كي يعاد إجراءه .
بفضل وعي الأسرة و إتقانها للإسعافات الأولية اللازمة أثناء النوبة و التي تمثلت في الخطوات التالية:

-الانتباه إلى مؤشرات الخطر (أعراض ما قبل النوبة)

- الحرس على إمساك "ب.ي" حين يغمى عليها كي لا تقع على رأسها أو تصب جسمها .

- حملها و وضعها في الفراش على ظهرها .

- خفض إضاءة المكان .

- التحدث معها بنبرة عادة دون الصراخ كي تبتق واعية ، مع طرح الأسئلة السهلة لرؤية مدى استجابتها كمثال عن الام (ي ! راكي تسمعي فيا ؟ الا راكي تسمعي رمشي عينيك) .

- إن استجابت للأمر ، يطلبون منها أن تتبع طريقة تنسهم بوتيرة معينة (نفس عميق من الأنف و زفير من الفم)

وهذا كي يتفادوا ضيقة الصدر واسترخاء عضلات الفك كي لا تؤلمها أسنانها فيما بعد .

- يواسونها و يقللون من خوفها كمثال (ي ! ماتخافيش بنتي رانا معاك ، ماكان والو)

- الحرص على مناداتها باسمها طيلة النوبة .

-عدم إمساك أطرافها و رأسها لمنعها من الارتجاج بل تركها حرة كي تفرغ الشحنات .

- عدم صفعها أو خضها كي تستفيق

- عدم فتح أعينها بيدهم

- بعد أن تستفيق يأمرونها بالبقاء مستلقية قليلا لاجتناب الصداع .

- عندما تسأل عن مدة و شدة النوبة يجيبون أنها كانت خفيفة و لم تدم طويلة ، و هذا أثر على نفسياتها

بشكل جيد إذ لاحظوا أثره في تناقص شدة النوبة في كل مرة و تحسنت نفسياتها مع الوقت .

و بالدعم النفسي الأسري مع العلاج النفسي و تغيير الجرعات و خفضها تم ملاحظة تغييرات في الحالة كاسترجاع الشهية و زيادة في الوزن ، انتظام النوم ، مزاج هادئ و غياب نوبات الغضب و قلة نوبات الصرع بمعدل مرة في الشهرين أو ثلاثة أشهر في بداية العلاج الجديد أما الآن فلم تتعرض إلى نوبات صرع و التعرض للشمس أو الإضاءة الساطعة لا تسبب لها انزعاج كما من قبل و لكن دائما ما تكون حذرة و تتفادى ما يؤذيها كالمشي تحت الظل و ارتداء القبعات ، ابتعدت عن هوسها بالقصص و الصور الدموية ،صارت اجتماعية و تخرج رفقة أصدقائها بشكل طبيعي ، تحسنت علاقتها بأسرتها بشكل جيد ، عادت لممارسة هواياتها المفضلة و تبنت قطين، أصبحت تساعد بأعمال المنزل كذلك تقدم دروس خصوصية في اللغة الانجليزية لتلاميذ الابتدائي و ترغب في مواصلة دراستها بالجامعة .

02/ عرض نتائج الاختبارات و المقاييس :

01/ اختبار فحص الهيئة العقلية لقويدر نصر الله (رحمه الله) :

- (أ) الاستعداد و السلوك العام : "ب.ي" طويلة القامة ، لها هالات سوداء تحت العين ، تهتم بمظهرها الخارجي جدا و تعتني بنظافتها بشكل مفرط ، تظهر عليها اللامبالاة و الجمود ، خمول واضح و عدم الرغبة في التواجد بالمكان ، التأفف و الشعور بالضجر ، القلق و الارتجاف .
- (ب) النشاط العقلي : قليلة الكلام و بطيئة الاستجابة ، التواصل البصري عندها ضعيف ، مشتتة الانتباه ، قليلة التركيز .
- (ت) محتوى التفكير : واعية بحالتها النفسية ، تراودها أفكار غير عادية و غريبة ، العدوانية الموجهة نحو الآخرين .
- (ث) القدرات العقلية : مرت بحالة غياب أثناء المقابلات ولها صعوبة في التلقي و مواكبة الأسئلة .
- (ج) المزاج و العاطفية : مزاج كئيب و مضطرب ، القلق شديد ، احتقار الذات، نزعة الانتحار .
- (ح) الحكم و الاستبصار : عدم القدرة على التكيف مع المرض ، لها نظرة تشاؤمية و سوداوية ، و لا رغبة لها في الحياة .

02/ مقياس القلق لتايلور:

بعد المقابلة العيادية قمنا مباشرة بتطبيق المقياس أين قامت الحالة بالإجابة على بنود مقياس القلق لتايلور و تحصلت على النتيجة الموالية :

الدرجة	الشدة	النتيجة
16-00	قلق منخفض جدا	
19-17	قلق منخفض (طبيعي)	

قلق متوسط	24-20
قلق فوق المتوسط	29-25
قلق مرتفع . ✓	+60-30
-40 -	

/اختبار فحص الهيئة العقلية لقويدر نصر الله (رحمه الله) :

- أ) الاستعداد و السلوك العام : تتمتع الآن "ب ي" بصحة جيدة تظهر عليها زيادة في الوزن بشكل صحي ، اختفاء الهالات السوداء ، بشوشة و مبتسمة ، مظهر أنيق و نظيف بدون إفراط أو مبالغة ، سلوك نشط .
- ب) النشاط العقلي : استجابة جيدة مع انتباه ، تواصل بصري ، التركيز في الكلام .
- ت) محتوى التفكير : واعية بحالتها النفسية و أكثر وعيا بمرضها و كيف تتعامل معه، تراودها أفكار عادية و طموحة .
- ث) القدرات العقلية : مواكبة الأسئلة و معرفة ما يدور حولها ، فضولية فيما يخص حالتها ، ذاكرة جيدة .
- ج) المزاج و العاطفية : مزاج عادي ، قلق منخفض ، زيادة الثقة في النفس ، اكتئاب منخفض .
- ح) الحكم و الاستبصار : القدرة على التكيف مع المرض ، استيعاب الظروف التي ساهمت في ظهور المرض و كيفية اجتنابها ، نظرة مستقبلية متفائلة.

02/مقياس القلق لتايلور:

بعد المقابلة العيادية قمنا مباشرة بتطبيق المقياس أين قامت الحالة بالاجابة على بنود مقياس القلق لتايلور و تحصلت على النتيجة الموالية :

الدرجة	الشدة	النتيجة
16-00	✓ قلق منخفض جدا	-13 -
19-17	قلق منخفض (طبيعي)	
24-20	قلق متوسط	
29-25	قلق فوق المتوسط	
+60-30	قلق مرتفع .	

03/ تحليل النتائج :

بعد استخدام أدوات المنهج العيادي خلال المقابلات التي أجريت مع الحالة و تتبعها طيلة السنة توصلنا إلى أن "ب.ي" التي شخصت بمرض الصرع في السنة الثانية من عمرها و الذي كان بسبب حمى شديدة و التي سببت لها تشوه طفيف على مستوى القشرة الدماغية ، و هو سبب حدوث أول نوبة صرعية ، استمرت النوبات الى غاية سن السادسة ثم توقفت بعد ذلك لكن الارتجاجات و الارتعاشات

اليديوية و اهتزاز الرأس لم يتوقفوا، ظهر المرض مرة ثانية في فترة المراهقة حين كانت تمر بتغيرات فيزيولوجية كالبلوغ و بداية الحيض الذي يؤثر في الحالة النفسية واضطراب المزاج نتيجة التذبذب الهرموني للاستروجين و البروجستيرون و دورهم في تغيير مستويات النواقل العصبية التي تعرف بالسيروتونين و الدوبامين و نتيجة العلاقة بين التغيرات الهرمونية و مستوى النواقل العصبية هي تغيير المزاج و الحالة النفسية لدى المرأة و عليه تزداد حدة النوبات خلال الدورة الشهرية .

مرت بتغيرات نفسية أيضا كالبحت عن الهوية *Quête d'identité* الذي تتبين في تغيير المظهر الخارجي عدة مرات و المحاولة في إيجاد ذاتها حيث مارست العديد من الهويات لكن لم تستمر فيها. أقامت العديد من الصداقات المختلفة كي تندمج في المجتمع و لكن غالبا ما ينتهي الأمر بالخذلان هذا ما أثر على نفسياتها خاصة خلال فترة المرض و تسبب في الانعزال والانطواء هذا جعلها تشعر بالإحباط و فقدان اللذة بالإضافة إلى سيطرة الأفكار التشاؤمية والنظرة السوداوية و الحزن و الضيق و القلق خاصة .

التأثير النفسي بسبب ما يصاحب المرض من ارتعاشات اليد و الرأس *Les tics*- واضح جدا، الأمر الذي يدخلها في حالة قلق و توتر و الخجل من ملاحظة الناس للارتعاشات ، حين تكون في الخارج ودرجة الحرارة مرتفعة و/أو اكتظاظ الشوارع أو الأماكن التي هي بها تشعرها بالانزعاج فتخشى أن تأتيتها نوبة صرع و تتعرض للأذى الجسدي .

استنادا على النظرية السلوكية المعرفية نرى أن تأثير التجارب السابقة للحالة يمددها بأفكار تؤدي بها للقلق ففي ارتفاع درجة الحرارة تخشى أن تصاب بالحمى و تمرض أما عن اكتظاظ الشوارع و كثرة الناس من حولها يسبب لها الاختناق و ضيق التنفس و فقدان الشعور بالأمان و تؤول نظراتهم إليها أنهم قد لاحظوا ارتعاشاتها و يرونها كشخص غير سوي و مختلف عنهم فتشعر بنقص الثقة في النفس و هذا راجع إلى تجاربها في الطفولة مما تعرضت له من تنمر من قبل زملائها بسبب المرض و لهذا نلاحظ شعورها بالغضب و محاولة تفرغ المكبوتات بالشجار مع أفراد الأسرة كونهم الوحيدين الذين تتعامل معهم فالرغبة بالانتقام تتضح في ميلها لكل ما هو عنيف من مشاهد دموية و قصص و أفلام من هذا النوع و رسومات تُعبر عن الغضب و الانتقام ، شعورها هذا ناجم عن عدم تقبلها للمرض و التغيير الذي طرأ على حياتها و عجزها عن تغيير الحدث بسرعة هذا ما سبب لها صدمة لدى أصبحت ترفض الواقع كآلية دفاعية وتمثلت في تغييرات الوعي و الهوية ثم اللجوء إلى أحلام اليقظة مما ضاعف شروذ الذهن و فقدان الانتباه و التواصل مع العالم الخارجي كون المحيط يشعرها بالقلق و يؤثر ذلك في الارتعاشات التي تزداد بشكل ملحوظ التي تنتج عن شحنات كهربائية شديدة بالدماغ و عليه تصاب بنوبة صرع .

جرعات الأدوية المفرطة لها تأثير كبير على الصحة الجسدية و النفسية للمصاب ، فأدوية الصرع قد تكون خطيرة إن لم توصف بدقة مع الأخذ بعين الاعتبار نفسية المريض ، في الوصفة الأولى أعطها الطبيب 04 أدوية ذات آثار جانبية حادة كآلام المعدة و المغص مع العلم أن القلق و الصرع يسببون هذا المغص قبل كل نبوة و بالدواء تضاعف الوجع خاصة في الفترة الصباحية فتستيقظ الحالة كل صباح وهي تتألم أثر هذا على نفسياتها لأن المعدة متصلة بالجهاز العصبي و أي خلل فيها يمس الجهاز العصبي وبالتالي الشعور بالغضب و رفض الطعام كآلية دفاعية فحسب تفكيرها كل ما يمر بالجهاز الهضمي هو ألم لهذا لاحظنا نقص الوزن و فقدان الشهية .

و في الأشهر الموالية أضاف في الوصفة 03 أدوية أي 07 أدوية ككل منها VIT-D وأدوية خاصة بالاكتئاب ، تدهورت الحالة النفسية عندها لأن كثرة الأدوية تعني أن المرض يتفاقم و لا مجال للشفاء بسرعة حسب رأي "ب.بي" لهذا رفضت كل الأدوية المضافة إلا دواء الصرع غير أن الجرعات كانت كبيرة جدا ذات آثار جانبية حادة .

لما قام الطبيب بتحديد Screen time hours كمنعها من الهاتف بعد الساعة السادسة مساء و هي معتادة على النوم بمشاهدة reels وغيرها سبب لها هذا اضطراب في النوم و أرق حاد ، و تحديد ساعات اللعب بـ PlayStation إلى ساعة واحدة في اليوم بالإضافة إلى تحذيرها من التعرض إلى فلاش الكاميرا لأن الإضاءة الساطعة تسبب لها نوبة صرعية و مع بقائها في البيت دون فعل أي شيء تحبه أصيبت بالإحباط و الاكتئاب الذي تسبب في تدهور حالتها الصحية و النفسية و ارتفاع درجة القلق و بالتالي كثرة النوبات خلال هذه الفترة .

أظهرت الاختبارات الأولى أن الحالة كانت تعاني من قلق مرتفع حسب مقياس تايلور بدرجة 40° وعانت من اضطراب في النوم – عبارة 01،02،05 - ،العصبية و العدوان تجاه الأهل في العبارة -04-، نقص الثقة في النفس والخوف من المجتمع في العبارتين – ، 48 ، 39،25،13-، غياب التركيز في العبارة-20- ، القلق الشديد في العبارات -02،36،26،29،24،21،09.

و حسب اختبار فحص الهيئة العقلية فإن الحالة تعاني من اضطراب في النوم بسبب الهالات السوداء البادية عليها ، تشعر بالتعب الدائم و الخمول كون النوبات تستنفذ طاقة الجسم ، شاردة الذهن و قليلة الاستيعاب الراجعين لآثار الدواء ، غير اجتماعية و تفضل العزلة ، يتضح عليها القلق و التوتر من خلال طريقة الكلام.

بعد قلق الأسرة على صحة ابنتهم و عدم ملاحظة أي تغيير حسن قرروا اعرضها على طبيب آخر أين حضرنا معها الفحص الطبي حينها قام بطلب إجراء IRM كأول خطوة لمعرفة سبب النوبات الصرعية و فيما يخص حالتها النفسية أرجعها إلى كثرة الدواء الموصوف و الجرعات الكبيرة لدى وصف نفس دواء الصرع و لكن مع إتباع خطة علاج لخفض الجرعات تدريجيا لأن من غير الممكن تغييرها و إنقاصها مرة واحدة فهذا خطير جدا على صحة الحالة .

و مع الجرعات الجديدة لوحظ تغير جذري على الحالة ، إذ حسب مقياس تايلور فدرجة القلق أصبحت 13° - قلق منخفض جدا – حيث انتظم نومها في -العبارة 01- التحكم في الغضب و غياب العصبية في - العبارة 04- عودة الشهية في -العبارة 12-، استرجاع الثقة في النفس في -العبارات 13،25،39،48- التركيز و الانتباه في -العبارة 20- أما عن القلق فيلاحظ انخفاضه في العبارات -02،31،36،38،45-.

اتبعت تعليمات الطبيب و المختص النفسي و تمكنت من التحكم في القلق بتمارين التنفس والاسترخاء مع عدم الاهتمام بالأشياء التافهة التي لا تستدعي أن تقلق من أجلها و فهم المرض أكثر و تقبله تدريجيا و التصرف الصحيح خلال النوبة الصرعية كاستلقائها أو جلوسها فوراً بعد الشعور بقدوم النوبة و محاولة بقائها واعية خلالها و التنفس الصحيح و خاصة عدم القلق و الخوف أثناء النوبة مكنها هذا من التحكم في المرض و عليه استعادت "ب.بي" شهيتها و اكتسبت بعض الوزن و انتظمت ساعات النوم بمعدل 08 ساعات في اليوم ، عادت لممارسة نشاطاتها المعتادة حيث لم تعد تصيبها الإضاءة الساطعة بنوبات الصرع و لا تجد مشكلة في الخروج من البيت لأن الارتعاشات اختفت بشكل شبه

القلق عند المصابين بالصرع

كلي وازدادت ثقتها في نفسها ، هذا التغيير أثر على صحتها النفسية بشكل جيد و أصبحت مرحة ونشطة .

01 / عرض الحالة :02:

دراسة الحالة :

•الإسم و اللقب : ل ، م

•الجنس : ذكر

•السن : 35 سنة

•المستوى الدراسي : ليسانس حقوق

•الوظيفة : عون حماية

● عدد الإخوة و الأخوات : 02 إناث

● رتبة الحالة بين الإخوة : 01 .

" ل، م " ذكر أعزب (35 سنة) عاش حياة طبيعية مع أفراد أسرته المتكونة من والدته وأختيه، توفي والده عندما كان في سن السابعة عشر مما اضطره إلى العمل و الدراسة كي يعيل أسرته ، تمتع بصحة جيدة و جسم رياضي و لياقة بدنية مكنته من الانضمام إلى سلك الحماية المدنية ، واصل دراسته بعد تخرجه من مدرسة الحماية المدنية بكلية الحقوق بوهران أصيب بمرض الصرع سنة 2020 .

الحالة الثانية :

في البداية لم يذكر المرض فقط اكتفى بالتحدث عن عمله و مهمات الإنقاذ العديدة بكل فخر . طبيعة عمل عون الحماية تتطلب جهد بدني كبير ، تركيز شديد ، يقظة تامة - سرعة البديهة و فطنة الأمر الذي يسبب ضغط كبير وقلق شديد على أعضائها يقول : " أحب عملي كثيرا و أراه صدقة جارية ترحمنا على روح والدي ، كان ليكون فخورا بي اليوم أو .. ما كنت عليه ، كنت الأفضل في فرقتي و أسرعهم، غالبا ما هنتت على أدائي " في الحمص المالية و بعد الأسئلة النصف الموجهة شرع في التحدث عن كيف و متى أصيب بالصرع ، والذي تزامن مع ظهور جائحة كوفيد 19 - أين اشتد الضغط على كل القطاعات النشطة الشاقة و خاصة الحماية المدنية الذين لم يتوقفوا عن العمل و كرسوا كل طاقتهم و وقتهم من أجل أداء واجبهم نحو المجتمع .

يقول : في بداية ظهور الجائحة و مع جهل العامة عن كيفية الوقاية من المرض - أغلبهم استهزأ بالأمر ولم يأخذه بجدية - ، هذا ما صعب علينا مهمتنا فنتيجة تصرفهم الطائش و عدم الاكتراث للأمر ارتفع عدد الإصابات و ... الوفيات أيضا "

مارس - ل.م- عمله بشكل جدي طيلة فترة الجائحة و انعزل عن أفراد أسرته حيث مكث بمقر الحماية، خشية أن يصيبهم بالعدوى و كونه رجل البيت و المعيل الوحيد لهم شعر بالإحباط و العجز. قضى جل يومه ببذلة الوقاية في سيارة الإسعاف من مقر الحماية إلى منزل المرضى ثم إلى المستشفى. يقول : في " أغلب الأيام نسيت تناول وجباتي ، أصابني الأرق و إن نمت لساعات أبقى متيقظا فقد تدوي صفارات الإنذار في أي لحظة ، عانينا أنا و زملائي من ضغط شديد ، ظهرت علي أعراض مختلفة لكنني تجاهلتها و وجهت كل اهتمامي نحو عملي " مع ارتفاع حصيلة المصابين ازداد الضغط على الحالة و تغيرت صحته الجسدية و بدأت في التدهور، عان نفسيا و تمثلت الأعراض التي ظهرت عليه في :الإرهاق الشديد ، صعوبة في النوم ، الأم المعدة، التعرق ، الارتجاف، سرعة التنفس و الغثيان المتكرر .

تسببت هذه الأعراض في خفض أدائه الوظيفي و بدأ في الشعور بالذنب . يقول : " قبل الجائحة معظم مهمات الإنقاذ التي قمت بها مع فريقي أغلبها ناجحة و تمكنا من إيصال المرضى إلى المستشفيات في الوقت المناسب لإسعافهم أو تقديم لهم الإسعافات الأولية بأنفسنا و لكن في وقت كورونا أشعر أن الأمر خرج عن سيطرتي ، الكثير من الحالات توفيت قبل وصولنا بلحظات أو توفوا في الطريق إلى

المستشفى ، هول المناظر البشعة في المستشفى الذي خصص للمصابين بالكوفيد سببت لي كوابيس في الليل بالرغم من شجاعتني و اعتيادي على أشبع المناظر ، إلا أن رؤية أشخاص كبار في السن و أباء في سن والذي رحمه الله يعانون من المرض و ملامحهم متغيرة كلياً ، ينتظرون جرعة الأكسجين و لا يجدون ..أثر في الأمر بشدة " .

بعد ما عايشه الحالة خلال تلك الفترة و عدم اعتنائه بصحته و زيادة الضغط و القلق ظهرت عليه أعراض أخرى تمثلت في : شرود الانتباه ، قلة التركيز ، وخز في الأطراف ، تصلب و/أو ارتعاش في اليد ، الصداع و الإحساس بحركة في الدماغ ، النسيان ، الارتباك غير المبرر . يقول : "ظننت في البداية أن الأعراض جراء التعب والإرهاق فقط ، ولكن ذات مرة في مهمة عمل شعرت بدوار شديد و رؤية ضبابية و فقدت الوعي ، أخبرني زملائي بعد تقديم الإسعافات اللازمة و استعادتي لوعيي أنني أصبت بنوبة صرع و ارتعش جسمي كلياً مع سيلان اللعاب ، هم معتادون على رؤية هذه الحالة و يعرفونها "

تعرض " ل.م" لأول نوبة صرع مما اضطره إلى أخذ عطلة مرضية لمدة شهرين ، خلال هذه الفترة تم تشخيصه بمرض الصرع من خلال اختبار EEG و بدأ في العلاج الدوائي TEGRETOL و ESCITALOPRAM BEKER 10mg

ظهر أن جده من والد كان مصاباً بالصرع أيضاً ، عندها لجأت والدته إلى العلاج الروحاني كالرقية لإبعاد العين و الحسد و طرد الأرواح لربما أصابه مس ،لم يقتنع بالفكرة و رفضها بعد ذلك مع مواصلة العلاج الدوائي فقط.

قام بتمديد عطلته المرضية إلى غاية ستة أشهر كي يتأقلم مع الدواء و الأعراض الجانبية المصاحبة له، كما أنه خاف من التعرض للنوبات أثناء العمل مرة ثانية ، لجأ إلى العلاج النفسي و جلسات الاسترخاء .التي ساعدت في التخفيف من القلق نوعاً ما لكن النوبات تكررت ، واصل العلاج و عاد إلى وظيفته مع تغيير ساعات العمل فبعد أن كانت 48/24 صارت نظام الـ08 ساعات بقاعة النجدة (الخط الساخن) و التي لا تتطلب الجهد البدني .

لازال يعاني من مرض الصرع و توابعه .توقف عن العلاج النفسي سنة2021 و عاد إليه بداية سنة 2022 و ذلك بسبب نوبات القلق و صعوبة النوم و نوبات الصرع .

02/عرض نتائج الاختبارات و المقاييس :

01/اختبار فحص الهيئة العقلية لقويدر نصر الله (رحمه الله) :

(خ) الاستعداد و السلوك العام : مظهره نظيف و عادي بسيط لم يبذل جهداً كي يتأنق ، يبدو عليه القلق و سلوكيات حركية لا إرادية كرمش العين و اهتزاز الرأس و ارتجاج اليد ، و التنفس السريع.

(د) النشاط العقلي : شرود الذهن ، استجابة بطيئة ،التوقف عن الكلام و تشتت الانتباه

(ذ) محتوى التفكير : انقطاع الأفكار ، أفكار الاضطهاد و الشعور بالدونية و التمييز ، تراجع الثقة في النفس

(ر) القدرات العقلية : صعوبة في الفهم نوعاً ما ، يأخذ وقتاً للاستجابة .

ز) المزاج و العاطفية : القلق ، الاكتئاب ، الإحساس بالذنب - البلادة - احتقار الذات .
س) الحكم و الاستبصار : صعوبة في التكيف و استيعاب المشكلة و التساؤل لما حدث له هذا ،
المحاولة في مقاومة المرض .

02/ مقياس القلق لتايلور:

بعد المقابلة العيادية قمنا مباشرة بتطبيق المقياس أين قامت الحالة بالإجابة على بنود مقياس القلق لتايلور و تحصل على النتيجة الموالية :

الدرجة	الشدة	النتيجة
16-00	قلق منخفض جدا	
19-17	قلق منخفض (طبيعي)	
24-20	قلق متوسط	
29-25	قلق فوق المتوسط	
+60-30	✓ قلق مرتفع .	-37-

03/ تحليل النتائج:

من خلال عرض الحالة و المقابلات التي أجريت مع الحالة 02 و باستعمال أدوات المنهج العيادي و تطبيق اختبار فحص الهيئة العقلية و مقياس القلق لتايلور توصلنا إلى أن "ل،م" له استعداد وراثي للإصابة بمرض الصرع لوجود حالة مصابة به في عائلته ، و نظرا لطبيعة عمله المشحونة بالضغط و عبء العمل و ثقل المسؤولية أي بيئة ملائمة للإصابة بالقلق و التوتر الشديدين ، مع انهكاه في العمل و تجاهله للأعراض و عدم اهتمامه بصحته ، تدهورت حالته النفسية و صحته الجسدية الأمر الذي ساهم في إصابته بمرض الصرع .

اتضحت معاناته من القلق في مقياس تايلور بدرجة 37 -قلق مرتفع جدا- أرق و اضطراب في النوم في العبارة -01،02،05- ، اضطرابات هضمية في العبارات -16،08،10،12- ، القلق الشديد و التوتر في العبارات-07،31،29،27،24،21،18،17،09،45،41،40-
الحساسية الزائدة في العبارات-30،34،43. قلة التركيز في العبارات -20،44- و نقص الثقة في النفس في العبارات -13،39- .

حسب فحص الهيئة العقلية اتضح أن الحالة لم يعد يهتم بصحته ولا يعتني جيدا بمظهره بالإضافة إلى شروده و قلة التركيز كل هذا راجع إلى حالته النفسية المتدهورة بسبب عدم تقبله للمرض و كيف آل به الأمر بعد أن كان شخصا نشطا و اجتماعيا ذو صحة جيدة .

عدم تأديته لعمله كما من قبل أثر عليه و جعله في حالة قلق دائم ،بالرغم من تعاطيه لأدوية الاكتئاب و أدوية الصرع إلا أن انقطاعه عن جلسات العلاج النفسي ورفضه للمرض و عدم استطاعته التحكم في نوبات القلق ، استمرت نوبات الصرع في الظهور .

04/ مناقشة الفرضيات :

- تنص الفرضية الأولى على أن " مستوى القلق مرتفع عند المصابين بالصرع " و للتحقق من ذلك قمنا باستخدام أدوات المنهج العيادي كالمقابلة النصف موجهة مع الحالتين و التي أظهرت أنهما يعانيان من القلق الشديد يتضح ذلك في إجابات محاور المقابلة إذ يتعرضون للقلق قبل حدوث النوبة و أثناءها و من خلال الملاحظة العيادية لاحظنا أن حالات الدراسة تظهر عليهم أعراض القلق النفسية و الجسدية كما ذكرت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع و عليه طبقنا اختبار مقياس تايلور لمعرفة شدة القلق والذي بين أن مستوى القلق عندهما مرتفع جدا كما هو موضح في نتائج هذا الاختبار ، و بالاستناد على الدراسات السابقة في دراسة (هندريك 1940) نستنتج أن النوبة هي انتهاء للقلق عبر تفرغ للضغوطات الشديدة و عليه ، تثبت صحة الفرضية الأولى أي أن مستوى القلق مرتفع عند المصابين بالصرع و ننفي الفرضية التي تنص على أن مستوى القلق لدى هؤلاء المرضى منخفض .

- و على ضوء الفرضية الثالثة التي تنص على أن " القلق يساهم في حدوث نوبات الصرع " بالاستعانة بالفصلين الثاني و الثالث و تحليل نتائج الحالات اتضح وجود علاقة ثنائية ارتباطية بين مرض الصرع و القلق فالأشخاص الذين يعانون من القلق هم أكثر عرضة للإصابة بالصرع كما في الحالة الثانية و الأشخاص المصابون بالصرع هم أكثر عرضة للإصابة بالقلق كما في الحالة الأولى .

إذن، الصرع يساهم في ظهور نوبات القلق عند الشخص المصاب به ، فعدم الشعور بالرضا ونقص الثقة في النفس و عدم تقبل المرض والخوف من الإغماء أو الوقوع و الإصابة بالأذى أو التعرض للسخرية من الغير يتسبب في نوبة قلق حادة لدى الحالة و التي تؤثر على الجهاز العصبي فيحدث فرط في تدفق الرسالة العصبية بالمخ وبالتالي زيادة الشحنات الكهربائية التي تسبب النوبات الصرعية .

بعد إثبات وجود علاقة بين الصرع و القلق و اتضح مدى تأثير هذا المرض على درجة القلق و كذلك لاحظنا التغيير الجذري و انخفاض النوبات ثم اختفائها لدى الحالة الأولى أي بعد أن خضعت للعلاج الدوائي و العلاج النفسي الذي مكنها من التحكم في نوبات القلق و عليه غياب النوبات الصرعية ، أما الحالة الثانية و عدم تقبله للمرض و انقطاعه عن العلاج النفسي و بالتالي لم يستطع التحكم في مستوى القلق لدى واصلت نوبات الصرع في الظهور .

و عليه نثبت صحة الفرضية التي تنص على مساهمة القلق في حدوث النوبات الصرعية و ننفي الفرضية الناصة على أن القلق لا يساهم في حدوث نوبات الصرع .

105/ الاستنتاج العام :

الهدف من البحث هو التحقق من صحة فرضيات الدراسة أو نفيها و الإجابة على الأسئلة ومن أجل ذلك كان لا بد من استعمال المنهج العيادي بأدواته و حاولنا جمع أكبر قدر من المعلومات عن متغيرات الموضوع في الجانب النظري بفضوله و ذلك لإثراء البحث و الاستناد على المعلومات من مصادر مختلفة أجنبية و عربية للوصول إلى الغاية المقصودة وللإجابة على اشكاليتنا "هل توجد علاقة بين مرض الصرع و القلق عند الشخص المصاب به ؟ "

بالاستناد على الدراسات السابقة و نتائج الاختبارات و تحليل المقابلات نرى وجود علاقة بين مرض الصرع و القلق عند الشخص المصاب به ، فلإصابة بمرض الصرع لا بد من وجود أسباب عضوية

أو استعداد وراثي و كما ذكرنا سابقا أن مرض الصرع يصاحبه اضطرابات نفسية كالاكتئاب و القلق و المصاب به يتعرض لنوبات قلق راجعة إلى ما يحدث خلال نوبة الصرع فتجد المريض في حالة توتر دائم و خوفه من تعرضه للنوبة الصرعية ، و لكن ضغط نوبة القلق يزيد من الاضطرابات الجسدية كضيق التنفس ،سرعة نبضات القلب ، الدوخة ، الغثيان و الصداع هذه تزيد من سرعة و شدة النشاط الكهربائي في الدماغ و بالتالي كثرة الارتعاش و الارتجاف تنتهي بنوبة صرع . للقلق أهمية كبيرة في حياة الشخص المصاب بالصرع، في أي مرض طبي قد يصاب الأشخاص بالقلق بعد تشخيص حالته لكن القلق يرتبط أيضا بالصرع بطرق أكثر تحديدا ، و يحدث ليس فقط كرد فعل على التشخيص ، و لكن أيضا كعرض من أعراض الصرع أو كأثر جانبي لأدوية النوبات. وعليه، أثبتنا وجود علاقة ارتباطية ثنائية بين مرض الصرع و القلق عند الشخص المصاب به.

خاتمة

خاتمة

يعد مرض الصرع من أقدم الأمراض العضوية المزمنة و لطالما تم تفسيره و تأويله بطرق خاطئة فمن الأرواح الشريرة إلى وضع مفتاح حديدي في اليد ، تبقى نظرة المجتمع إلى مرض الصرع أنه مرض خطير

و المصابون به موسومون على أنهم غير أسوياء و يتم اجتنابهم و تعريضهم للتحيز فكثيرا من أرباب العمل يرفضون توظيف شخص مصاب بمرض الصرع ، بالرغم من أن معظمهم يتمتعون بذكاء جيد و العديد من الشخصيات التاريخية الناجحة و العصرية تميزوا بمرض الصرع فكما سماه الإغريق "داء العظام" .

و الصرع غير محدد بفترة عمرية معينة بل يصيب الأشخاص في جميع الأعمار و هو من الأمراض غير المعدية ولكنه يكون ناتج عن حدوث اضطرابات في المخ سواء في فترة الحمل أو بعد الولادة أو في سن الرشد وهنا يكون ناتج عن عدم قيام المخ بعمله بشكل منظم . أعراض الصرع الأولية التي

تجعل الطبيب يشخص المصاب به أغلبها خصائص إدراكية حسية مثل خلل في حاسة الشم و الذوق ، السمع دون الإصغاء ، فقدان الانتباه و التركيز ،عدم الاستجابة للمحيط مع ظهور اضطراب في الحركة و كثرة الارتعاش و الشعور بالغثيان و ألام المعدة ،أما في الجانب النفسي فمرضى الصرع دائما ما يعانون من الاكتئاب و المزاج السيء.

و غالبا ما يتعرض مريض الصرع أثناء نوبته الصرعية إلى تصرفات خاطئة من قبل أشخاص يجهلون تقديم الإسعافات الأولية الملائمة مما يزيد الأذى للمصاب و يؤثر عليه نفسيا و على ذكر الجانب النفسي ، أكثر ما يأرق مرضى الصرع هو القلق و من أعراضه الشعور بالعصبية و الضغط العصبي، التوتر،الارتجاف

و الحبسة مع ضيق التنفس و التعب و ألم في البطن فالقلق هو الشعور بالخطر الوشيك و الذعر و في حالة مرضى الصرع هم في قلق مستمر ناجم عن الخوف من التعرض لنوبة الصرع و الشعور بعدم القدرة على التحكم في ذواتهم .يتسبب القلق في انعزال مرضى الصرع عن المجتمع و تفضيلهم البقاء في البيت أين يكونون أقل عرضة للخطر و محاطون بأفراد الأسرة الذين لهم فكرة عن كيفية التعامل مع النوبات الصرعية و تقديم الاسعافات الأولية الصحيحة ، إذ يخشى مريض الصرع أن يغمى عليه في الخارج و يقع على رأسه أو يتعرض للسرقة و اللمس أو العبث بأشيائه ، كذلك هم أكثر عرضة للغرق و حوادث المرور بسبب الغيابات المؤقتة التي تفقدهم القدرات الإدراكية الحسية و خلل في الانتباه للمحيط و المؤثرات الخارجية .

فئة كبيرة من أفراد المجتمع يجهلون ماهية المرض و كيفية التعامل معه بالرغم من أنه مرض غير نادر ومنتشر بكثرة لدى الفئات متوسطة الدخل، إلا أن تأويله غالبا ما يكون خاطئ و دائما ما يُلام مريض الصرع على تصرفاته غير المقصودة ففي حالات عدم الانتباه يتهمونه بالتكبر و تجاهلهم و عدم انتباهه إلى كلامهم بالرغم من أنه يسمع ما يقولون لكنه لا يصغي أو يفهم و يأخذ وقتا من أجل استعادته لإدراكه ، كذلك يأخذون تعكر مزاج مريض الصرع و قلقه بشكل شخصي حتى أنهم يتشاجرون معه بسبب ذلك غير مدركين أن سوء حالته النفسية ناجم عن ما يشعر به بسبب المرض و الألام الجسدية الحادة و ألام الرأس و لا دخل لهم في ذلك.

يؤثر القلق المستمر الى تدهور الحالة النفسية و الجسدية لمريض الصرع و نوبات القلق تعزي من ظهور نوبات الصرع لدى لابد من التحكم في هذا الاضطراب من خلال العلاج النفسي و جلسات الاسترخاء و التنفس.

قائمة المراجع و المصادر

قائمة المراجع

- بن طلحة أنيسة، (2014). الاضطرابات السلوكية و الانفعالية لدى الطفل المصاب بالصرع من خلال تطبيق اختبار رسم العائلة للويس كورمان ، كلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية ، قسم العلوم الاجتماعية ، شعبة علم النفس، جامعة محمد خيضر ، الجزائر .
- بن عمارة عائشة،(2011). مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المرضي للصرع، كلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية ، قسم العلوم الاجتماعية ، شعبة علم النفس ، جامعة أبي بكر بلقايد ، الجزائر .
- بيريز إدواردو باراجان ، ترجمة عالية عادل صالح (2014). الصرع و الحالات النفسية المرتبطة به، المكسيك .

- حجازي أحمد توفيق، (2012). *حياتك بلا اكتئاب أو قلق أو توتر* ، ط1 ، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع ، عمان.
- حسين طه عبد العظيم، (2009). *استراتيجيات ادارة الخجل و القلق الاجتماعي* ، ط1، دار الفكر، عمان .
- در محمد، (2017). *أهم مناهج و عينات و أدوات البحث العلمي*، مجلة الحكمة للداراسات التربوية و النفسية-مؤسسة كنوز الحكمة للنشر و التوزيع، ع09، الجزائر .
- دهان سهيلة، (2018). *الانتاج الاسقاطي لدى المرأة العاملة المتأخرة في الزواج*، جامعة محمد خيضر بسكرة - الجزائر.
- الربيعي عباس حسين مغير، (2018). *الصرع أسبابه و أعراضه و علاجه* ، كلية التربية الأساسية، قسم العلوم العامة جامعة بابل ، العراق .
- رجوح نسيمة، (2017). *المعاملة الوالدية و علاقتها بالتحصيل الدراسي* ، مذكرة تخرج لنيل الماستر، جامعة وهران 02، الجزائر .
- رزقي فاطمة، واضح أحلام، (2012) ، *المعاش النفسي للأسر أحد أفرادها مصاب بالصرع*، كلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية ، قسم العلوم الاجتماعية ، شعبة علم النفس ، جامعة عبد الحميد بن باديس ، الجزائر .
- سيلامي نوربير ، ترجمة وجيه أسعد، (2001). *المعجم الموسوعي في علم النفس*، الجزء الثالث، منشورات وزارة الثقافة في الجمهورية العربية السورية ، سوريا .
- شاذلي محمد عبد الحميد، (1999). *الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية* ، المكتب العلمي للكمبيوتر و النشر و التوزيع، مصر .
- الشقيرات محمد عبد الرحمن ، (2005). *مقدمة في علم النفس العصبي*، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط1 ، الأردن - الشرييني لطفي، (2015). *الدليل إلى فهم و علاج القلق* ، ط1، دار العلم و الإيمان للنشر و التوزيع ، مصر.
- عاطف أحمد محمد مصطفى، أحمد نرمين عبد الوهاب (2023) ، *العلاقة بين أعراض القلق و السلوك و الصحي لدى عينة من مرضى الصرع* ، مجلة الدراسات النفسية المعاصرة ، مج 05 ، ع01، 113-149، جامعة بني سويف، مصر.
- عبد الستار ، (2002). *القلق قيود من الوهم*، مكتبة الانجلو المصرية، مصر .
- عيسوى عبد الرحمن محمد، (1991). *علم النفس الفيزيولوجي دراسة في تفسير السلوك الإنساني* دار النهضة العربية للطباعة و النشر ، لبنان .

- فكرى لطيف متولي، (2020). *دراسة الحالة في علم النفس*، مكتبة الرشد ناشرون ، ط01، مصر .
- قداوي مريم وفاء، (2015). *الشعور بالذنب في علاقة الأم العازبة لطفلها* ، مذكرة تخرج لنيل الماجستير، جامعة وهران، الجزائر .
- القذافي رمضان محمد، (2011) *أساسيات الصحة النفسية*، المكتب الجامعي الحديث ، تونس.
- القذافي رمضان محمد، (1999). *علم النفس الفيزيولوجي*، المكتب الجامعي الحديث ، تونس .
- لرينونة يزيد محمد، (2015). *كتاب أبجديات علم النفس*، جسور للنشر و التوزيع، ط01، الجزائر .
- مجدي أحمد محمد عبد الاله، (2010). *أسس علم النفس العصبي الإنساني* ، ط1، دار المعرفة الجامعية، مصر .
- مصطفى أحمد عاطف محمد، (2023). *العلاقة بين أعراض القلق و السلوك الصحي لدى عينة من مرضى الصرع*، مج05، ع01، مارس113، 2023-149، مجلة الدراسات النفسية المعاصرة، جامعة بني سويف ، مصر .
- مصطفى أسامة فاروق، (2012). *مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية -أسباب ، تشخيص -* ، ط2، دار الميسرة للنشر و التوزيع و الطباعة ، عمان .
- مطيع رثيف سليمان، (2001). *الأمراض النفسية المعاصرة* ، ط1، دار النفائس ،لبنان .
- منظمة الصحة العالمية، (1982). *وكالة الأمم المتحدة المجلس التنفيذي ، الدورة السادسة والأربعون بعد المائة، البند 11 من جدول الأعمال المؤقت ، تقرير من المدير العام مت 146/12.*

المراجع الأجنبية :

-Bola Adamolekun ,(2020). *Trouble Epileptique*, University of tennessee health science centre,Merck & Co,Inc,Rahway ,NJ,MSD,USA .

-Ann Pietrangelo, Daniel Yetman (2022). *What Is Epilepsy?* Ed By Roman Gokhman , Medically Reviewed By Nancy Hammond , Edited By Nizam Khan (TechSpace) , Updated on February 14, 2022 <https://www.healthline.com/health/epilepsy> .

الملاحق

الملاحق

01/مقياس تايلور للقلق :

لا	نعم	العبارات
		1-نومي مضطرب ومنقطع .
		2-مررت بأوقات لم أستطيع أن أنام فيها بسبب القلق
		3- مخاوفي قليلة بالمقارنة بأصدقائي .
		4-أعتقد أنني عصبي أكثر من معظم الناس

القلق عند المصابين بالصرع

		5-تأتي كوابيس وأحلام مزعجة كل عدة ليالي .
		6-أعاني ببعض المتاعب في معدتي أحياناً .
		7- ألاحظ غالباً يدي ترتجف عند قيامي بعمل ما .
		8-أعاني من نوبات إسهال أحياناً .
		9-تثثير قلقي أمور المال و العمل .
		10- تصيبني نوبات من الغثيان .
		11-كثيراً ما أخاف من أن يحمر وجهي خجلاً .
		12-أشعر بالجوع في أغلب الأوقات تقريباً .
		13-أثق في نفسي كثيراً .
		14-أتعب بسرعة .
		15- الأنظار يجعلني عصبياً .
		16-أشعر بالإثارة لدرجة أنني لا أستطيع النوم.
		17-غالباً ما أكون هادئاً .
		18- تمر بي أوقات أشعر بعدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع أن اجلس طويلاً في مقعدي .
		19-لا أشعر بالسعادة في معظم الوقت .
		20- من السهل على أن أركز ذهني في عمل ما .
		21- دائماً ما أشعر بالقلق على شخص ما أو شيء ما طوال الوقت تقريباً .
		22-..... أتهيب الأزمات والشدائد .
		23- أريد أن أصبح سعيداً مثل الآخرين .
		24- كثيراً ما أجد نفسي أشعر بالقلق على شيء ما .
		25-أشعر غالباً وبشكل مؤكد أنه لا يوجد لي فائدة .
		26-أحياناً أشعر إنني أتمزق
		27-أعرق بسهولة وغزارة ، حتى في الأيام الباردة
		28-الحياة بالنسبة لي صعبة في أغلب الأوقات .
		29-...أشعر بالقلق مما يحتمل أن أقابله من حظ سيئ
		30-إنني حساس لدرجة غير عادية
		31-لاحظت أن قلبي يخفق بشكل سريع وأحياناً تنهيج أنفاسي
		32- لا أبكي بسهولة .
		33- خشيت أشياء أو أشخاص برغم من أنني أعرف إنهم لا يستطيعون أن يؤذوني .

القلق عند المصابين بالصرع

		34-لدي قابلية للتأثر بالأحداث التي تدور حولي تأثراً شديداً
		35-كثيراً ما أصاب بالصداع .
		36- أشعر بالقلق على أشياء لا قيمة لها .
		37-لا أستطيع أن أقوم بالتركيز في التفكير في شيء واحد .
		38- لا ارتبك بسهولة .
		39- اعتقد في بعض الأوقات أنني لا أصلح بالمرّة .
		40-أنا شخص متوتر جداً .
		- أحيانا ارتبك لدرجة تجعلني أتعرق بصورة تضايقتني .
		42- يحمر وجهي من الخجل بدرجة كبيرة عندما أتحدث مع أشخاص آخرين .
		43- حساسيتي أكثر من غالبية الناس .
		44- مرت عليا أوقات شعرت فيها بتراكم الصعاب وأنني لا أستطيع التغلب عليها .
		45-أكون متوتراً جداً أثناء قيامي بعمل ما .
		46-قدماي ويدي باردتان في العادة .
		47-في بعض الأوقات أحلم بأشياء أفضل أن احتفظ بها لنفسى .
		48-لا تنقصني الثقة بالنفس .
		49- أصاب بالإمساك أحياناً .
		50-لا يحمر وجهي نهائياً من الخجل .

02/ دليل أسئلة المقابلة النصف الموجهة :

الحالة الأولى :

المحور الأول:

الاسم و اللقب :

السن :

المستوى الدراسي:

المحور الثاني:

01 – كم كان عمرك عند إصابتك بمرض الصرع ؟

القلق عند المصابين بالصرع

- 02- ما هي الأعراض التي ظهرت لديك ؟
 - 03- متى بدأت نوبات الصرع ؟
 - 04- كيف تشعرين قبل نوبة الصرع ؟
 - 05- متى بدأت نوبات القلق ؟
 - 06- كيف تشعرين قبل نوبة القلق ؟
 - 07- بعد أن ظهر المرض من جديد ما الذي تغير في حياتك ؟
 - 08- هل لديك نفس الحالة المرضية في العائلة ؟
 - 09- ما هي طرق العلاج التي تلقيتها ؟
 - 10- ما هي الآثار الجانبية للدواء التي تجدين صعوبة في التعايش معها ؟
- المحور الثالث:

01- كيف هي علاقتك بأفراد أسرتك ؟

02- كيف علاقتك بالمجتمع ؟

المحور الرابع:

01- بعد ما مررت به طيلة السنة تقريبا ما هو شعورك الآن ؟

02- ما هي طموحاتك ؟

02/ دليل أسئلة المقابلة النصف الموجهة :

الحالة الثانية :

المحور الأول:

الاسم و اللقب :

السن :

المستوى الدراسي:

الوظيفة :

المحور الثاني:

- 01 – كم كان عمرك عند إصابتك بمرض الصرع ؟
 - 02- ما هي الأعراض التي ظهرت لديك ؟
 - 03- متى بدأت نوبات القلق ؟
 - 04- كيف تشعر أثناء نوبة القلق ؟
 - 05- بعد أن ظهر المرض ما الذي تغير في حياتك ؟
 - 06- كيف أثر المرض على نفسك ؟
 - 07- هل لديك نفس الحالة المرضية في العائلة ؟
 - 08- ما هي طرق العلاج التي تلقيتها ؟
 - 09- ما هي الآثار الجانبية للدواء التي عانيت منها؟
 - 10- هل جاء الدواء بنتيجة ؟
- المحور الثالث:

القلق عند المصابين بالصرع

- 01- كيف هي علاقتك بأفراد أسرتك ؟
02- كيف علاقتك بالمجتمع ؟
المحور الرابع :
01- ما هي طموحاتك ؟

03/المخطط الكهربائي للمخ للحالة 01

ELECTROENCEPHALOGRAMME

COMPTE RENDU
EEG

IDENTIFICATION

Nom et prénom : B. Y
Né (e) le : 01-12-2004
Adressé (e) par Dr. ...
Date de l'enregistrement : 28-06-2022
Patient (e) : bien coopérant (e)
Clinique : ATCD epilepsie actuellement crises bucco-facia + Myoclonie
Traitement : non
Enregistrement veille
Artefacts : _____

ANALYSE EEG

Rythme de base : alpha 12 c/s avec la présence de bouffées paroxystiques de brève durée
Organisation : bien structurée
Amplitude : faible de bas voltage (amplifiée)
Hyperpnée profonde : ne modifie pas le tracé
Réaction d'arrêt visuel (RAV) : moyenne
SLI : effet d'entraînement photomyogène

CONCLUSION

Tracé avec effet d'entraînement photomyogène et sans signe d'HIC ni d'asymétrie hémisphérique et avec irritation corticale.
Cordialement,



Age: 18Ans

Date :04/12/20220

COMPTE RENDU IRM CEREBRALE

RAPPEL CLINIQUE : s'épilepsie myoclonique

TECHNIQUE : Sagit T1flair, axiale T2flaire, axiale diffusions, Ax T2 FSE, AXIETE T, FSE , 3DTOF

RESULTATS :

- Absence d'anomalie de signal ou pondération T2 et flair.
- Absence d'anomalie diffusion
- Absence d'anomalie signal hippocampe
- Absence d'anomalie de signal de thalamique.
- Absence d'anomalie en fosse postérieure.
- Absence de signal du splenium.
- Absence malformation vasculaire en 3D TOF.
- On note la présente de lésion hypointense en sagittale et coronale en flair sous cortical gauche ne prenant pas le contraste après injection

CONCLUSION :

LESION SEQUELLAIRE SOUS CORTICALE PARIETALE GAUCHE .

Confraternellement

