أداة فرز اضطراب الهلع

Panic Disorder Screening Tool

منهجية متكاملة لتكميم الخبرات الإكلينيكية وفق علم التقويم والقياس النفسي

إعداد

أ.مها خماس السعد

أ.د. هشام فتحي جاد الرب

الكويت /2025

المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
المقدمة	3
الخلفية النظرية	4
ما هي العلاقة التبادلية بين علم النفس الإكلينيكي وعلم التقويم والقياس النفسي؟.....	4
ما هو اضطراب الهلع؟	5
ما هي نوبة الهلع وما هي أعراضها؟.....	5
هل لنوبة الهلع أنواع؟	6
كم من الوقت تستغرق نوبة الهلع؟	7
كيف فسر الباحثين والعلماء أسباب حدوث اضطراب الهلع؟	7
كيف يتم تشخيص اضطراب الهلع؟.....	9
ما هو دور العوامل الثقافية في ظهور أعراض نوبة الهلع لدى المصاب باضطراب الهلع؟	11
كيف يمكن وصف مسار اضطراب الهلع؟	11
ما هي العوامل المهيئة للإصابة باضطراب الهلع؟	11
هل تقتصر نوبة الهلع على اضطراب الهلع؟	12
ما الأمراض والاضطرابات التي ترافق اضطراب الهلع؟.....	16
كيف يمكن أن يتعامل الاختصاصي الأكلينيكي مع:.....	17
احتمالية ترافق اضطراب الهلع مع اضطرابات أخرى؟	
احتمالية حدوث نوبة الهلع في الاضطرابات نفسية وعدد من الأمراض الجسدية؟	
ما هو الفرز؟	17
متى يستخدم الفرز وما هي خصائصه؟	17
ماذا يجب أن يعرف الاختصاصي الإكلينيكي عن صدق أداة الفرز؟.....	18
ما هي المفاهيم المرتبطة بمفهوم الدقة؟	18
الجانب العملي	20
أداة فرز اضطراب الهلع	20
إعداد الأداة	21
تحكيم الأداة	21
العينة الاستطلاعية	22
صياغة سيناريوهات أداة فرز اضطراب الهلع	24
الخصائص السيكو مترية	28
ثبات الأداة	28
أدلة الصدق.....	29
أولا: صدق المحكمين (انظر تحكيم الأداة).....	
ثانيا: الصدق المرتبط بمحك	29
ثالثا: صدق التكوين الفرضي	29
تعليمات التطبيق	31
تصحيح أداة فرز اضطراب الهلع؟.....	33
قائمة المراجع.....	34

المقدمة:

يشهد علم النفس الإكلينيكي تطوراً سريعاً ومتلاحقاً جعله أحد مجالات علم النفس الذي يرتبط بمجالات علم النفس الأخرى ارتباطاً يدعم تطوره وازدهاره وأحد تلك المجالات مجال القياس و التقويم النفسي فجاءت فكرة إعداد أداة فرز اضطراب الهلع في أذهان المؤلفان من خلال قناعتهما بأهمية تأكيد وإبراز العلاقة التبادلية فيما بين علم النفس الإكلينيكي وعلم القياس والتقويم النفسي للقيام بالأدوار المنوطة بالاختصاصي الإكلينيكي والباحث في مجال القياس والتقويم بالشكل الأمثل والذي يحقق الفائدة المرجوة للفئة المستفيدة وإثراء المجتمع العلمي بالمعرفة الإكلينيكية المُدعمه بالدلائل القياسية. وهذا في الوقت الذي لم تتوفر فيه أداة قياسية يمكن أن تساعد الاختصاصي الإكلينيكي في المجتمعات العربية لتشخيص اضطراب الهلع، والذي يعد من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا ليس فقط في البلدان العربية و إنما حول العالم.

حرصنا في هذا العمل أن نقدم تلخيصاً يتضمن أهم ما جاء في بحث صدق أداة فرز اضطراب الهلع لدى مراجعي مراكز الصحة النفسية في الكويت - كأول رسالة ماجستير تتناول اضطراب الهلع بشكل تفصيلي في جامعة الكويت - من معلومات نظرية وتحديث بعض المعلومات وعرضها بشكل بسيط يسهل فهمه والرجوع إليه عند حاجة المهتمين والطلبة والمشتغلين في الميدان.

سيجد القاريء معلومات جوهرية حول اضطراب الهلع لاعتباره اضطراب تتداخل فيه العديد من القضايا الإكلينيكية يندر طرحها ودراستها في الأوساط العلمية العربية، فعرضنا جانب نظري مكون من مجموعة أسئلة وإجاباتها التفصيلية التي استمدت من المراجع المتخصصة والدراسات والمقالات العلمية. فبدأنا بسؤال عن العلاقة بين علم النفس الاكلينيكي وعلم القياس والتقويم النفسي ثم أسئلة عن اضطراب الهلع ونوبة الهلع وأعراضها وأنواعها ثم النظريات المُفسرة فالمحكات التشخيصية لاضطراب الهلع وطرحنا مسألة العوامل الثقافية وعلاقتها باضطراب الهلع ومساره والعوامل المهيئة للإصابة. وعرجنا على التشخيص الفارق كإجراء إكلينيكي هام، كما تناولنا الاضطرابات المرافقة لاضطراب الهلع وفي نهاية الخلفية النظرية أسئلة تتعلق بعلم القياس والتقويم النفسي، حيث فصلنا في عرض طبيعة الفرز ومتى يُفترض استخدامه وخصائصه والتفاصيل الهامة التي يجب أن يعرفها الاختصاصي الممارس عن أداة الفرز.

أما الجانب العملي فيتضمن توضيح لمدى الحاجة لأداة فرز اضطراب الهلع والهدف منها وكيفية أعدادها، مرفق فيه الخصائص السيكومترية للأداة القياسية وتعليمات التطبيق وطريقة التصحيح. إذ يأمل المؤلفان استفادة الباحثين والدارسين والاختصاصين بكل من المعلومات النظرية، والإجراءات البحثية وكيفيه الإجراءات العملية في الممارسة الإكلينيكية

الخلفية النظرية

ما هي العلاقة التبادلية بين علم النفس الإكلينيكي وعلم التقويم والقياس النفسي؟

إن الإنسان بكل ما يحمله من سمات شخصية وقدرات عقلية وجوانب انفعالية هو جوهر الدراسة في علم النفس الإكلينيكي. بل بات معروفا بين الاختصاصين إن الإنسان بصحته، واضطرابه النفسي - كاضطراب الهلع - أو العقلي هو محور اهتمام بحوث ودراسات اختصاصي علم النفس الإكلينيكي.

والاختصاصي النفسي الإكلينيكي هو الشخص الذي يستخدم الأسس والتكنيكات والطرق والإجراءات السيكولوجية بقصد فهم ديناميات شخصية الفرد وتشخيص مشكلاته بالتنبؤ احتمالات تطور حالته(مليكه،2010). ويتفق العلماء والدارسين على إن أهم الأدوار والمهام التي يقوم بها الاختصاصي الإكلينيكي هي التقييم والتشخيص (ترول ،2007؛العتيبي،2011؛ لعربي، 2019؛ مليكه،2010)، بل يمكن القول إن التقييم هو عنصرا أساسيا في تشكيل الهوية المهنية للاختصاصيين الإكلينيكيين (ترول، 2007). وللحصول على التقييم السليم لابد من استخدام الأدوات والإجراءات الموضوعية التي تساعد في تحقيق الغرض المطلوب بحرفية ومهارة(مليكة،2010) ومن أمثلة تلك الأدوات والإجراءات المقابلة والملاحظة والاختبارات بأنواعها، وهنا تبرز العلاقة الوثيقة بين علم النفس الإكلينيكي وعلم التقويم والقياس النفسي(السعد،2016).

إن الاختبار السيكولوجي سواء كان أداة فرز - كأداة فرز اضطراب الهلع مثلا- أو قائمة أو استخبار فإنه ييسر دراسة دائرة واسعة من السلوك في وقت قصير نسبيا(مليكه،2010) ولا يمكن لأي إكلينيكي الحصول على أي اختبار يمكن الانتفاع به، إلا عن طريق أعمال وبحوث ودراسات اختصاصي التقويم والقياس النفسي، واسهاماته من خلال تصميم وبناء اختبارات ومقاييس جديدة ومتنوعة وتطوير المقاييس والاختبارات المتوفرة، والتوصل إلى صيغ رياضية واحصائية توضح العلاقات القائمة بين المتغيرات الإكلينيكية من جانب والعوامل المتعلقة بأدوات القياس وخصائصها السيكو مترية من جانب آخر(علام،2000).

إن المسلمة الأساسية في عملية القياس النفسي أن الفرد يختلف عن غيره من الأفراد في أبعاد معينة ، يمكن تعريفها وقياسها، والاختبارات النفسية مصممة بوجه خاص لوضع قيم رقمية لهذه الفروق ووصفها(الأنصاري،2000،ص34)، وهذا يتسق مع عملية التقييم النفسي – كأحد أدوار الاختصاصي الإكلينيكي - التي تجرى لمعرفة الفروق بين العميل وغيره من الأفراد- الفروق في السمات أو الانفعالات أو السلوكيات- وتقدير تلك الفروق للوصول إلى مجموعة من الاستنتاجات والدلالات التشخيصية التي تقود إلى معرفة الأعراض التي يحتمل ظهورها لدى العميل في المستقبل(السعد،2016).

ونضيف في مسألة العلاقة بين الاختصاصي الإكلينيكي واختصاصي التقويم والقياس النفسي التعاون المتبادل من الجانبين في تصميم أدوات قياسية جديدة عن طريق تجميع خبرة ومهارة الإكلينيكي في التشخيص وكيفية وكم الأسئلة التي يمكن أن تطرح بناء على نظام التصنيف الذي يعتمد عليه- DSMأو ICD كأشهر الأنظمة التصنيفية- وكيفية التحقق من وجود المحكات

التشخيصية لدى العميل، باستخدام المنهج الفئوي وتقديمها بشكل منظم لاختصاصي التقويم والقياس النفسي ، ليكون دوره القيام بالصياغة المتوافقة مع المنهج الفئوي عن طريق تصميم بنود يمكن أن تعطي تقديرا كميا محددا وفقا للخصائص السيكومترية السليمة للمنهج البعدي، وبذلك يمكن للمنهجين أن يكمل بعضهما الآخر(السعد،2016).

وسعى المؤلفين لتقديم منهجية متكاملة لكيفية إعداد أداة فرز اضطراب الهلع – كأداة قياسية – من خلال تكميم الخبرات الإكلينيكية، والمحكات التشخيصية لاضطراب الهلع وصياغتها بأسلوب سلسل وتقنينها وفق المنهج العلمي المتبع في التقويم والقياس النفسي.

ما هو اضطراب الهلع؟

اضطراب الهلع Panic Disorder هو أحد اضطرابات القلق ويمكن تعريفه على إنه اضطراب يتميز بتكرار حدوث نوبات هلع غير متوقعة خلال شهر واحد على الأقل بحيث تصل النوبات إلى ذروتها خلال 10 دقائق ويتبع كل نوبة خوف وقلق من تكرارها، أو خوف وقلق من متضمناتها وعواقبها، كما قد تحصل تغيرات جوهرية في سلوك الفرد، على أن لا تكون تلك النوبات ناتجه عن سوء استخدام المواد والعقاقير الطبية ولا تكون ناتجة عن حالة طبية عامة، كما لا يمكن إدراج تلك النوبات ضمن أي اضطراب نفسي آخر(Arck, & Craske, 2008).

ما هي نوبة الهلع وما هي أعراضها؟

تمثل **نوبة الهلع Panic attack** السمة الأبرز لاضطراب الهلع (Rboland,2005) وهي فترة منفصلة تتسم بالخوف والرعب وعدم الراحة مصحوبة بأربعة أعراض على الأقل من بين 13 عرضا من الأعراض الجسمية والمعرفية وتكون النوبة ذات بداية مفاجئة تتطور بسرعة الى أقصى حد لها في غضون عشر دقائق وغالبا ما تكون مصحوبة بإحساس بخطر محدق وحافز قوي للهرب (الرشيدي وآخرون ،2001، ص108). وعادة يتم التحقق من وجود اربع أعراض أو أكثر- وليس أقل- من الأعراض التالية الذكر لتمييز نوبة الهلع.

وقد حدد الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 (APA, 2013)، **13 عرض لنوبة الهلع** وهي على النحو التالي:

1- تسارع نبضات القلب.
2- التعرق.
3- الارتعاش أو الرجفة.
4- الإحساس بقصر النفس.
5- الإحساس بالاختناق.
6- ألم بالصدر أو عدم الراحة.
7- الخوف من فقدان التحكم بالنفس أو التعرض للجنون.
8- الشعور بالدوار وعدم الثبات أو الإغماء.
9- الشعور باختلال الإحساس بواقع.
10- الخوف من الموت.
11-الإحساس بالخدار أو التنميل.
12- الإحساس بالاحترار أو القشعريرة.
13- آلام في المعدة.

وتجدر الإشارة إلى إنه قد تظهر أعراضا فسيولوجية أخرى لم تدرج في DSM-IV(السعد،2016) في بعض الثقافات مثل الصداع، البكاء ، طنين الأذن وآلام في الرقبة عنها وهذه الأعراض عادة

لا تؤخذ في الاعتبار عند تقييم نوبة الهلع (Abdul-jabbar,2019 Black,&Andreasen,2014).

كما إن نوبات الهلع بأعراضها قد تماثل بعض المتلازمات الطبية التي قد يكثر شيوعها في السياقات الطبية وخاصة الرعاية الأولية (Sansone, & Sansone, 2009; Tunnell,Corner,Roque,Kroll,Ritz& Meuret,2024) ومراكز الطوارئ الطبية (Black,&Andreasen,2014) إلا إنه يجب الانتباه إلى أن جميع أنواع نوبات الهلع تشترك في بنية ثابته من الانزعاج والكثافة والشدة التي تجعلها فترة منفصلة، ولا تكون أعراضها مصاحبة لأي اضطراب عضوي كما إنها تكون متكررة دون تفاقم للأعراض بالشكل المعروف في الأمراض الجسدية (Sansone, & Sansone, 2009).

هل لنوبة الهلع أنواع؟

يرى عدد من الباحثين مثل (Arch,&Craske,2008; Barlow,2002; Brlow,&Durand,2012; Sonsone,&sonsone,2009; Sarp et al. 2010; Yetes,2009) إمكانية تصنيف نوبات الهلع إلى أنواع مختلفة عن بعضها، آخذين في الاعتبار بعض المؤشرات الإكلينيكية التي يمكن أن تميز بين تلك الأنواع. بل من الملاحظ أن اتجاه الدراسات الحديثة ليس فقط لتحديد أنواعاً لنوبة الهلع بل دراسة مدى إمكانية تحديد أنواع فرعية يمكن إدراجها تحت فئة تصنيف اضطراب الهلع بناء على أنواع نوباته، كما لوحظ تفاوت الباحثين باعتمادهم على الأساس المستخدم في التصنيف(السعد،2016). وفيما يلي بعض الأنواع التي درسها الباحثين:

- نوبة الهلع المتوقعة Expected Panic attack.
- نوبة الهلع الليلية :Nocturnal Panic attack.
- نوبة الهلع الكاملة full panic attack.
- نوبة الهلع المحدودة Limited symptom attack.
- الهلع دون خوفNon-fearful panic attack.
- نوبة الهلع المعرفيةCognitive panic attack.
- نوبة الهلع التنفسي Respiratory panic attack subtype.
- نوبة الهلع القلبية Cardiac panic attack.
- نوبة الهلع الوعائية Vestibular panic attack.
- نوبة الهلع المعوي Gastrointestinal panic attack (السعد،2016).

إن تعدد أنواع نوبة الهلع المقترحة يرجع لطبيعة نوبة الهلع كظاهره غير متجانسة الأعراض. وذلك حين تظهر أعراضا مرتبطة بأحد الأجهزة البيولوجية للجسم، الجهاز التنفسي أو الجهاز الهضمي مثلاً، عندئذ تسمى النوبة باسم الجهاز البيولوجي المتمركزة الأعراض فيه. ويتضح

للباحثة مما سبق ذكره إنه لا يوجد تصنيف محدد لنوبة الهلع إنما اختلف الباحثون في كيفية تقسيم أنواع نوبات الهلع وقد يرجع ذلك إلى الخلفيات العلمية التي يستند عليها الباحثين(السعد،2016).

كم من الوقت تستغرق نوبة الهلع؟

من المتعارف عليه بين الاختصاصين أن مدة نوبة الهلع تكون عدة دقائق فمنهم يرى إنها قد تستمر بين 5 إلى 10 دقائق (Arck&Crask,2008). ومنهم من يرى انها قد تطول لتصل إلى 10 أو 20 دقيقة، ويندر أن تستمر أكثر من ذلك.

كيف فسر الباحثين والعلماء أسباب حدوث اضطراب الهلع؟

الاتجاه النفسي الديناميي:

يهتم أتباع هذا التوجه بإلقاء الضوء على منشأ اضطرابات الهلع كأحد الأعصبة النفسية المتشعبة ، فهم يرون أن القلق هو منشأ كل عصاب أو كما يرى "فرويد" أن القلق هو المادة الخام الأولية لجميع الأعصبة النفسية (عزب،2009) فمن خلال نظريته البنيوية التي تنظم النفس على أساس ثلاث أنظمة هي الهو ، الأنا ، الأنا الأعلى؛ يرى فرويد أن القلق انفعالا ينتمي الى الأنا ويعمل بوصفه إشارة تنبيهية للأنا الى الخطر الداخلي، وهو خطر ينبع من صراع نفسي داخلي بين الحوافز الغريزية من الهو والتحديات التي يفرضها الأنا الأعلى (الرشيدي وآخرون ،2001).

الاتجاه الفسيولوجي:

يفسر الهلع من خلال الاتجاه الفيزيولوجي على وجود أساس فيزيولوجي نوعي وليس على إنه رد فعل لمنبهات غير نوعية باعثة على الضيق والكدر(الرشيدي وآخرون ،2001، ص141).

تعرض **نظرية انخفاض مستوى "جابا"** مجال آخر من البحث في الأساس الفيزيولوجي لاضطراب الهلع ، يتعلق بما تم اكتشافه حديثا فيما يتعلق ب"مستقبلات البنزوديازيباين" في الدماغ. وترتبط هذه المستقبلات بمستقبلات الناقلات العصبية لحامض جاما- الأمينية الزبدية، ويؤدي حصر "البنزوديازيباين" داخل مستقبلات "البنزوديازيباين" في الدماغ الى تيسير عمل الناقلات العصبية "جابا" (الرشيدي وآخرون ،2001).

وقد تبين من نتائج بعض التجارب أن استخدام مواد مكافئة عكسية لهذه المستقبلات وهي حامض بيتا- الكربوليك ، قد تسبب في إحداث زملة أعراض القلق الحاد حينما جرى إعطاء هذه المواد لحيوانات التجارب المعملية أو لأشخاص عاديين متطوعين، ويذهب هؤلاء الباحثين إلى أن ذلك هو ما يحدث لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع واضطراب القلق المعمم، حيث تتغير حساسية هذه المستقبلات، وتختل وظيفة مستقبلات "البنزوديازيباين"(المرجع السابق،ص148)

كما ركزت الدراسات البيولوجية على دور **الموضع الأزرق** في المخ**Locus ceruleus** في حدوث نوبات الهلع، حيث يُعتقد أن الموضع الأزرق هو المصدر الرئيسي للناقل العصبي

"نوربينفرين" في المخ، وهذا الناقل له دور رئيسي في استثارة الجهاز العصبي السمبتاوي(Hollander,& Simeon, 2008) حيث تستثار نوبة الهلع عند الاستثارة البسيطة لهذا الموضع من خلال دائرة الخوف، وهي أجزاء من المخ تنشط عند الشعور بالخوف (كرينك، جونسن، نئيل، وديفسن، 2015).

الاتجاه المعرفي السلوكي:

يرى تايلور (Taylor,2000) إن نقطة البداية التي يفسر بها هذا التوجه سبب إصابة بعض الأفراد باضطراب الهلع هي **الحساسية للقلق**Anxiety Sensitivity. ويشير هذا المفهوم إلى مجموعة من الاعتقادات تتضمن النظرة للقلق على أنه خطر ومؤذي من عدة جوانب، اجتماعية ونفسية وجسدية، وهذه الاعتقادات بدورها تتحول إلى الخوف من الإحساسات الجسمية التي تحدث داخل الجسم، كما يكون الفرد بحالة يمكن أن تشبه الترقب المستمر لأي عرض جسدي ومن ثم الاستثارة الكلية للجهاز العصبي. وهذا يقود إلى نشوء نوبة الهلع، حيث تصدر عنهم استجابات مفجعة ومؤلمة شديدة مما يشير الى استقرار القلق في شخصياتهم، كأحد سمات شخصياتهم الاساسية ونمط التفكير المأساوي الذي يُميز تفكيرهم مما يجعل هؤلاء الأفراد ضحايا اضطراب الهلع لا محالة(Craske, & Brlow, 2007)

وهناك عدد من المنظرين أمثال "Barlow"و" "Clark الذين اقترحوا النماذج التي تعتمد على الجوانب النفسية والبيولوجية فتسمى بالنماذج **"البيونفسية** "Biopsychological (بلحسيني،2014) وتؤكد هذه النماذج بأهمية الاستجابات النفسية لمجموعة من الإحساسات الفسيولوجية، حيث يكون النظر لاضطراب الهلع على إنه نوع من الخوف من إحساس جسمي معين مرتبط بنوبات الهلع(كراسك، بارلو، 2002)، ويظهر بوضوح هنا دور جهاز الاستجابة للطوارئ(بلحسيني،2014؛ كراسك، وبارلو، 2002 (Arch, &,Craske,2008; Caldirola et al.,2010 ويقصد به الجهاز العصبي السمبتاوي- ويسمى أيضا **جهاز الكر والفر**-Fight flight system- وفيما يلي نذكر شرحا لآلية عمل ذلك الجهاز عند حدوث نوبة الهلع:

يرى كل من "بارلو" و "راون" إن الطبيعة الصدمية لنوبة الهلع الأولى - التي قد تنشأ نتيجة لضغوط الحياة الناتج عن الاستعداد الفسيولوجي للإصابة – والتعلم الراسخ الذي يتلوها يرجع إلى مفهوم تعلم الخوف من الإحساسات الجسمية والذي اسمته "رزران" (في: كراسك، وبارلو،2002)**التشريط الباطني**Interoceptive conditioning وهو نوع من التشريط مقاوم نسبيا للانطفاء كما إنه لا شعوري، بمعنى إن استجابات الخوف التي تم اشراطها باطنيا لا تعتمد على الشعور الواعي للإشارة المثيرة، ومن ثم فإن نوبات الهلع قد تبدو وكأنها تعمل دون إشارات منبهة أو دون مقدمات، بينما تستثار في الحقيقة بالتذبذب الدقيق في حالة الجسم، وبالتالي أي احساس جسمي يدركه المخ على انه مشابه للذي حدث أثناء نوبة الهلع فإنه يرسل إشارات لقسم الأعصاب المعروف بالجهاز العصبي المستقل Atonomic nervous system وذلك الجهاز له قسمان : الجهاز العصبي السمبتاوي وهو جهاز الكر والفر كما ذكرنا ، والجهاز العصبي البار سمبتاوي(المرجع السابق).

وجهاز الكر والفر فإما أن يكون خامدا أو نشطا بمعنى إنه عندما ينشط تستجيب أعضاء مختلفة في الجسم ، وهذا الذي يفسر حدوث أكثر من عرض خلال نوبة الهلع الواحدة مثل التعرق أو ضيق التنفس وآلام لمعدة، وتسارع نبضات القلب وكلها أعراض في حقيقتها حيوية لحفظ سلامة الجسم فعلى سبيل المثال فإن سرعة عمق التنفس يحدث للحصول على المزيد من الأكسجين لكي يستعد الجسم للعمل، وعلى الرغم من ذلك فأن المشاعر الناتجة عن هذه الزيادة في التنفس يمكن أن تتضمن الإحساس بالاختناق أو آلام بالصدر، ومن الآثار التي تحدث لزيادة التنفس، التناقص الفعلي في إمدادات الدم للمخ ، وعلى الرغم من قلة هذا التناقص، وإنه غير مؤذي للجسم إلا إنه يسبب بعض الإحساسات غير الضارة ولكنها مزعجه، كعدم ووضح الرؤية، الارتباك والشعور بالدوار أو الدوخة(كراسك، وبارلو،2002).

نموذج الكفاءة الذاتية:

يمثل نموذج كفاءة الذات أحد النماذج الحديثة نسبيا التي تفسر سبب القلق، آتى به "باندورا" وهو أن اعتقادات الفرد المنخفضة حول مدى قدراته في التعامل مع التهديدات المحتملة هي سبب إثارة كل من القلق و**السلوك التجنبي** فالناس يتجنبون المواقف والأنشطة المنفرة والمزعجة ليس لأنها مقلقة، بل لأنهم يعتقدون في عدم قدرتهم على التعامل مع الجوانب السلبية والمهددة في الموقف ويؤكد "باندورا" أن الناس يتجنبون المواقف التي يعتقدون بعدم قدرتهم في التكيف معها قبل الاستثارة الفسيولوجية المصاحبة للقلق. مما يوضح أن دور اقتناع الفرد بفاعليته الذاتية في مواجهة الأخطار المحتملة هي المسئولة عن اطلاق مشاعر القلق والهلع بما يتضمنه من تغيرات في الجهاز العصبي(Bandura, 1998).

كيف يتم تشخيص اضطراب الهلع؟

بما إن النوبة الهلعية هي المحور الذي تدور حوله مخاوف وقلق من يعاني اضطراب الهلع – كما سبق أن أشرنا- و نظرا لطبيعة نوبة الهلع والأعراض المتغايرة التي تحدث خلالها فإنه من المهم جمع المعلومات الكافية التي تتعلق بنوع تلك الأعراض ومدى شدتها، ومدى تأثيرها على سلوك العميل وفيما إذا كان العميل يظهر عليه القلق التوقعي وسلوكيات التجنب التي تُعزى لنوبة الهلع.

ولكل ذلك فإنه ينبغي أن يتضمن قياس وتشخيص اضطرب الهلع طرق التقييم الذاتي وطرق الملاحظة واستخدام الأجهزة المختبرية، ولا توجد طريقة بعينها أفضل من الأخرى، بل تكامل الطرق الثلاث (Antony& Barlow 2010).

إن حدوثها لا يكفي لوصف اضطراب الهلع واعتماد تشخيصه، بل يمكن تشخيص اضطراب الهلع بالتحقق وجود المحكات التشخيصية من تكرار نوبة الهلع وفجائيتها وهذان الأمران يعدان أول محكين من المفترض أن يتم التأكد من وجودهما لدى الفرد، على أن يعقب نوبة الهلع شهرا واحداً على الأقل يشعر خلاله الفرد بهم وضيق وتوجس من احتمالية ظهور المزيد من النوبات، أو هم وضيق من متضمنات نوبة الهلع، أو خوف وقلق لما قد يحدث من أعراض هلعية - مثل تزايد نبضات القلب والتعرق أو الارتعاش والشعور بالاختناق- يراها الفرد المصاب باضطراب الهلع بانها نذير لخطر محدق سيؤدي بحياته، الأمر الذي قد يسبب تغيرات سلوكية إزاء نوبة الهلع فتؤثر تلك التغيرات السلوكية على كافة الجوانب الحياتية للمصاب (بلحسيني,

(Yates,2009;2014). ويضاف إلى المحكات التشخيصية لاضطراب الهلع عدم وجود مسببات فسيولوجية مثل التأثر الناتج عن تعاطي المخدرات أو العقاقير، وعدم وجود حالة طبية عامة أو أي اضطراب عضوي وعدم وجود أي اضطراب نفسي آخر(Perna,2012).

ونوضح مسألة فجائية حدوث نوبة الهلع بأن الحدوث المفاجئ لنوبة الهلع، يعني أنها قد تحدث أثناء مزاولة الفرد لأي نشاط خلال يومه – مشاهدة التلفاز أو قيادة السيارة أو الجلوس في السينما – مما يسبب في إرباكه وانزعاجه الشديد، حيث إنه لا يوجد أي سبب واضح لما يحدث من أعراض، الأمر الذي يعمق إحساسه بالخطر، خاصة في حال حدوث نوبة الهلع الأولى (Yates, 2009) فيهرع الفرد إلى طوارئ أي مستشفى اعتقادا منه بانه على حافة الهاوية أو الموت لذا فإن الخوف من المؤشرات التشخيصية الهامة (Marcks,Weisberg, & Keller, 2009).أما الخوف من فقدان السيطرة على النفس فهو أمر شائع لدى المصابين باضطراب الهلع فمع تكرار حدوث نوبات الهلع المتفرقة على فترات زمنية قد تقصر لدى بعض الأفراد، وقد تطول عند البعض الآخر، يتحول الخوف من الموت إلى الخوف من فقدان السيطرة على النفس أو الخوف من الإصابة بالجنون(Rachman, & Silva, 2004).

<u>وحدد الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5 APA, 2013) المحكات التشخيصية لاضطراب الهلع فيما يلي:</u>

أ- تكرار حدوث نوبات الهلع غير المتوقعة التي تصل الى ذروتها في غضون دقائق بحيث تظهر أربع اعراض على الأقل من أعراض نوبة الهلع.

ب- أن تحدث نوبة هلع واحدة على الأقل يعقبها شهر واحد (أو أكثر) يظهر خلاله واحد (أو أكثر) مما يلي:

- هم وضيق مستمر إزاء احتمالية ظهور نوبات إضافية للفرد، أو الشعور بالضيق من متضمنات النوبة أو عواقبها (مثل فقدان القدرة على التحكم بالنفس).

- تغير جوهري في السلوك متعلقا بالنوبة وتدهور في الأداء المهني والأكاديمي والاجتماعي.

ج- لا تعزى نوبات الهلع الى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لمادة من مواد العقاقير أو المخدرات أو لحالة طبية عامة.

د- نوبات الهلع لا يمكن إدراجها في تشخيص اضطراب نفسي آخر، مثل الرهاب الاجتماعي أو الرهاب النوعي أو اضطراب الوسواس القهري أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة أو اضطراب قلق الانفصال (pp. 208-209).

ويتم الاهتمام عادة عند تشخيص اضطراب الهلع، بالتحقق من وجود **المؤشرات التشخيصية** المرتبطة باضطراب الهلع والتي تعطي صورة أوضح وأدق عن اضطراب الهلع مثل التجنب الرهابي وبعض السلوكيات التي يشعر الشخص معها بالأمان في حال تعرضه لنوبة هلع، والمؤشرات المعرفية الت تتمثل بالاعتقاد الراسخ بأن ما يشعر به الشخص من أعراض هو بداية

الكارثة التي ستحدث بشكل غير متوقع، والاعتقاد بان ما يحصل معه هو بداية الجنون، في حين تظهر الأعراض الانفعالية على شكل العصابية و العسر المراج، والقلق التوقعي(السعد،2016).

ما هو دور العوامل الثقافية في ظهور أعراض نوبة الهلع لدى المصاب باضطراب الهلع؟

من الأمور المهمة التي لاحظتها المؤلفة الأولى خلال القراءة المتعمقة للصورة الإكلينيكية لاضطراب الهلع، ضرورة الانتباه إلى مسألة العوامل الثقافية التي تؤثر في الأعراض التي تظهر على العميل وذلك عند البحث عن المحكات والمؤشرات التشخيصية – خلال اجراءات التقييم- فقد تختلف الأعراض وتتفاوت فيما بين الأفراد بحسب المجتمع الذين ينتمون إليه بمعنى قد تشيع أعراض لنوبة الهلع في مجتمع، ويمكن أن تختفي في مجتمع آخر وتظهر اعراض مختلفة عنها (Abdul-jabbar,2019; Black,&Andreasen,2014; Good,& Hinton,2009; Tunnell et al.,2024)- كما سبق إن أشرنا في الإجابة على سؤال ما هي نوبة الهلع - وبطبيعة الحال هذا سيؤثر على كيفية عرض المصاب لمعاناته من الأعراض، فقد يُركّز على بعض الأعراض غير المذكورة صراحة في انظمة التصنيف ولكنها قد تعبر عن نوبة الهلع. يجب على الإكلينيكي أن يدرك الاختلافات العرقية والاجتماعية فيما بين الأفراد والتي من شأنها أن تؤثر على طبيعة الاضطراب فيتم الاستعانة بالأدوات القياسية المقننة وفق المجتمع، والاهتمام بعدد من المتغيرات مثل العمر، ومستوى التعليم، والنوع ،والخلفية الأسرية، والعادات والتقاليد، واللغة، والمعتقدات الدينية والجوانب الروحانية، والتطبع بثقافة أجنبية. ولعل من أكثر المتلازمات شيوعا في بعض المجتمعات والتي تصنف ضمن اضطراب الهلع هي: متلازمة" ataques de nervios" لدى الجالية الكاريبية في أمريكا(Good,& Hinton,2009)، ومتلازمة الرياح الزائدة"kyol goe, wind overload" التي تسمى أيضا متلازمة "Sore neck" في كمبوديا، ولدى المهاجرين من فيتنام إلى أمريكا، ومتلازمة "susto" في المجتمع اللاتيني في أمريكا أيضا.(Antony, & Barlow,2010; Barlow,& Durand,2012)

كيف يمكن وصف مسار اضطراب الهلع؟

عادة تبدأ نوبة الهلع الأولى لاضطراب الهلع ما بين نهاية فترة المراهقة وبداية العشرينيات من العمر، وتكون مزمنة مع احتمالية حدوث كمون في الأعراض لفترات متفاوتة تختلف فيما بين الأفراد (Abdul-jabbar,2019)

ما هي العوامل المهيئة للإصابة باضطراب الهلع؟

1- النوع حيث الإناث أكثر عرضة للإصابة.
2- العمر 18- 20(Ahmed,& Kakamad,2024).
3- إصابة أقارب من الدرجة الأولى (خاصة الأم) باضطراب الهلع.
4- الضغوطات ومشكلات عائلية أو اقتصادية. (Abdul-jabbar,2019;Ahmed,& Kakamad,2024)

هل تقتصر نوبة الهلع على اضطراب الهلع؟

تشير الكتب العلمية (APA,2013) والأبحاث النفسية(Ahmed,& Kakamad,2024; Caldirola,D et. al 2016) والملاحظات الإكلينيكية (الرشيدي وآخرون،2001) إلى إمكانية حدوث نوبة الهلع في مختلف الاضطرابات النفسية وبعض الأمراض العضوية. وهذا يؤكد أهمية **التشخيص الفارق** هنا، حيث تأكيد تشخيص اضطراب الهلع واستبعاد أي اضطراب آخر(الغرير،العاصي،2011).

وفيما يلي بعض الفقرات التي توضح كيف يمكن للاختصاصي الإكلينيكي التحقق من تشخيص اضطراب عميله على إنه اضطراب الهلع؟

يؤكد فريق عمل DSM-5 إنه لاعتماد تشخيص اضطراب الهلع لابد من تعرض الفرد لنوبة هلع كاملة وغير متوقعة مرة واحد على الأقل. أما إن اقتصرت نوبات الفرد على النوبات المحدودة فإنه يفترض أن يشخص **باضطراب القلق غير المحدد النوعية** (APA,2013).

وفقا لما يراه الإكلينيكيين إنه يمكن التمييز بين اضطراب الهلع واضطراب القلق المعمم في تحديد فيما إذا كان العميل أظهر معاناة شديده من القلق المصاحب فقط لنوبة الهلع ففي هذه الحالة يكون التشخيص اضطراب الهلع فقط . أما إذا أظهر العميل معاناة من القلق المستقل عن أي معاناة من اضطرابات نفسية أخرى وكان منصبا بشكل أساسي على أحداث الحياة اليومية- مثال القلق على الأمور المادية- فيكون التشخيص هنا اضطراب القلق المعمم(براون، أوليري، وبارلو،2002). ونذكر مقارنة قام بها "رابي" وزملاءه (في: ميركر,2005) للأعراض التي ذكرها المشخصين باضطراب القلق المعمم وأعراض مجموعة أخرى تعاني اضطراب الهلع ووصل إلى إن الثمانية الأعراض الآتية أكثر شيوعاً لدى الفئة الأخيرة: 1-فقدان الإحساس 2-الدوار 3-الإغماء 4- تبدد الواقع 5-ضيق التنفس 6-الخوف من الموت، أو الخوف من الجنون وفقدان السيطرة على النفس.

ومن المهم أن يلاحظ الإكلينيكي إنه لابد من التمييز بين اضطراب الهلع و**اضطراب رهاب الأماكن المفتوحة**، فعادة لا يعتمد التشخيص باضطراب الهلع إذا كان القلق مرتبط بالوجود في أماكن يصعب الهرب منها في حال حدوث نوبة الهلع، واذا اقتصر حدوث نوبة الهلع في تلك الأماكن، ففي هذه الحالة يكون التشخيص اضطراب رهاب الأماكن المفتوحة(APA,2013).

وللتفريق بين اضطراب الهلع و**قلق الانفصال** يرى الإكلينيكيين إنه لابد التأكد من عدم ارتباط القلق ونوبة الهلع بالانفصال عن الوالدين أو أحدهما أو القائم بالرعاية أو أي شخص مقرب، لتأكيد اضطرب الهلع، ولكن إذا كان الضيق والكدر الملحوظ وحدوث نوبة الهلع إزاء الانفصال عن أحد الوالدين أو أي شخص مقرب فإن التشخيص الأكثر ترجيحا هو اضطراب قلق الانفصال.

أما بالنسبة للتمييز بين اضطراب الهلع و**الرهاب النوعي** فإن المحك الأساسي هنا هو عدم وجود أي مثير خارجي – موضوع أو موقف – يثير نوبة الهلع. كما يجب الانتباه إلى عدم وجود السلوك الإحجامي التجنبي- لهذا المثير حينئذ يمكن اعتماد تشخيص باضطراب الهلع (الرشيدي وآخرون،2001).

وبالمثل يكون التفريق بين اضطراب الهلع و**اضطراب القلق الاجتماعي** عن طريق تحديد السياق التي تظهر فيه النوبة، فهل هي مرتبطة بالمواقف الاجتماعية وحضرة الآخرين واحتمال التعرض للحرج؟ وهل القلق هنا يكون ناتجا لتوقع الشخص لتعرضه لنوبة مستقبلية أثناء التفاعلات الاجتماعية؟ كما يجب التأكد فيما إذا كان السلوك التجنبي موجه للابتعاد عن المواقف الاجتماعية تفاديا لأعراض نوبة الهلع والقلق المصاحب لها؟ فإذا كانت الإجابة عن هذه التساؤلات بلا فإنه يمكن اعتماد تشخيص اضطراب الهلع(سليمان،2009).

قد يلاحظ القائم بالتشخيص وجود أعراض اكتئابيه لدى الفرد مما يعوق الوصول إلى التشخيص الأدق ، وتحديداً فيما إذا كان الفرد يعاني من **اضطراب الاكتئاب الرئيسي** أم اضطراب الهلع(DeGeorge,Grover,Streeter,2022;Hollander,Simeon,2008; Katon,2006; Rachman & Silva, 2004) وهنا ينبغي الانتباه إلى مسألة أن الأفراد المصابين بالاكتئاب يظهرون أعراض نوبات الهلع هذا من ناحية ، و من ناحية أخرى فإن مرضى اضطراب الهلع إن لم يتم علاجهم بالشكل السليم وفي الوقت المناسب فأنهم عرضه لأن تظهر لديهم الأعراض الاكتئابية كآثار لنوبات الهلع. كما يمكن أن يلاحظ تعطل وارتباك في الحياة اليومية للفرد، فيفقد القدرة على الاستمتاع الطبيعي بالحياة وأحداثها (Hollander & Simeon, 2008; APA,2013).ومما يزيد تعقيد الوضع – التشخيص الفارق- هي حقيقة أن بعض الدراسات أظهرت أن مرضى اضطرابات القلق لهم تاريخ أسري متزايد من معاناة اضطرابات المزاج. وعموما فإن اضطراب الهلع يصبح معقدا أكثر بظهور الاكتئاب الرئيسي كمرض ثانوي لاضطراب الهلع أو كمرض مصاحب له (Hollander & Simeon, 2008).

وعلى الرغم من أن التفريق بين اضطراب الهلع والاكتئاب الرئيسي قد يرهق أكثر الاختصاصيين حنكة إلا إن النقاط الآتية يمكن أن تُوصّل الى التشخيص الفارق الدقيق:

- المصابين باضطراب الهلع لا يظهروا أعراض الخمول Vegetative Symptoms كما يحدث لدى مرضى الاكتئاب، كما إن مرضى اضطراب الهلع قد يعانون من قلة النوم لكن لا تظهر لديهم **ظاهرة التغير النهاري**(Hollander& Simeon, 2008) التي تشير الى تزايد شدة الأعراض في الفترة الصباحية ثم تحسنها تدريجيا أثناء اليوم حتى تقل حدتها مساءاً (الأنصاري,2014).

- لا يفقد المصابين باضطراب الهلع الشهية للأكل.

- المزاج المتقلب غير شائع لدى مرضى اضطراب الهلع، كما أنهم لا يفقدوا قدرتهم على الاستمتاع بالأشياء الممتعة بل يمكن إمتاعهم، وهذا بعكس مرضى فئة الاكتئاب الرئيسي.

- مراحل تفاقم الأعراض تختلف فيما بين اضطراب الهلع والاكتئاب ، ففي اضطراب الهلع تكون أعراض القلق سابقه للمزاج المتقلب، ويلاحظ أن المرضى يستطيعون تذكر حدوث أول نوبة، وميلهم التدريجي الى الشعور بالضيق والضجر من الحياة ورفضها حتى يصلوا الى الاكتئاب والسلوك الانتحاري أحيانا، في حين يعاني مرضى الاكتئاب من الانزعاج والانسحاب، ثم تظهر أعراض القلق لاحقا. (انظر الاضطرابات المصاحبة) (Hollander,& Simeon, 2008).

لا يشخص اضطراب الهلع في حال إساءة استخدام العقاقير والمخدرات وبعض المواد، فالتسمم الناتج عن تعاطي منبهات الجهاز العصبي المركزي مثل الإمفيتامين والكافيين(الرشيدي وآخرون، 2001 (Barlow,2002; والكوكايين والقنب الحشيش(APA,2013; Barlow,2002). والمرجوانا (APA,2013)والانسحاب عن مثبطات الجهاز العصبي المركزي مثل الكحوليات و الباربيتيورات(الرشيدي و آخرون، 2001 (Barlow,2002;قد تكون بمثابة عوامل مهيئة لحدوث نوبات هلع. ومع ذلك إذا استمرت نوبات الهلع في الحدوث خارج نطاق استخدام مادة العقار أو المخدر لفترة طويله بعد انتهاء تأثيرات التسمم أو الانسحاب فينبغي أن يضع في الاعتبار تشخيص تلك الحالة على إنها اضطراب الهلع(الرشيدي وآخرون، 2001).

وينبغي تمييز اضطراب الهلع عن **الاضطرابات السيكوسوماتية**، حيث يسبب الاضطراب الأخير معاناة جسدية وعدم راحة لا يمكن اكتشاف سببها مخبريا. كما ان الآلام والأعراض الجسمية عادة لا تحدث على شكل نوبة لفترة مؤقته وإنما تكون أكثر ثباتا واستمراراً(Hollander& Simeon, 2008).

يرى "هيلر" وآخرون إنه على الرغم من شيوع فكرة الموت واستقرارها في عقل ذوي اضطراب الهلع وقت حدوث النوبة، وبالرغم من توجسهم من الإصابة بمرض ما وشعورهم ببعض الأعراض الخاصة به، إلا إن اضطراب الهلع يختلف عن **اضطراب توهم المرض**(عزب،2005). ويوضح "والتر" Walter إنه للوصول لتشخيص يفرق بين توهم المرض واضطراب الهلع لابد من الأخذ بالاعتبار الاختلاف الأساسي بين الاضطرابين المرتبط بالمسار الزمني للتفسيرات الخاطئة، حيث يُفسِر المصابين باضطراب الهلع حدوث الإحساسات الجسمية على إنها إشارة الى الكارثة- الموت أو فقدان- التي يخافون من حدوثها الفعلي أو إنها على وشك الحدوث، بينما يعتقد اعتقادا راسخا المصابين بتوهم المرض بان مرضهم ينمو بشكل تدريجي وسيصبح خطيراً خلال فترة زمنية طويلة (سليمان،2009).

في حين يختلف **اضطراب الوسواس القهري** عن اضطراب الهلع بأن نوبات الهلع في الاضطراب الأول مرتبطة بأفكار متكررة واقتحاميه ومكدرة تؤدي بالشخص إلى أداء سلوكيات أو أفعال متكررة لخفض القلق ونوبة الهلع(الرشيدي وآخرون، 2001، ص 109).

إن حدوث نوبة الهلع أمر متوقع لدى المصابين **باضطراب الضغوط التالية للصدمة** (سليمان،2009) لذا فإنه يتوجب على الإكلينيكي البحث عن وجود الحدث الصادم الذي سبق حدوث أول نوبة هلع بمعنى سؤال العميل فيما إذا كان تذكرهُ لذلك الحدث الصادم يثير نوبة الهلع لديه، فإذا أقر العميل بعدم وجود حدث من مثل هذا النوع فإن التشخيص المعتمد حينئذ يكون اضطراب الهلع(بلحسيني،2014).

قد تظهر نوبات هلع كنتيجة فيزيولوجية لبعض الحلات الطبية حيث تشخص على إنها حالة قلق أي اضطراب القلق الذي يعزي الى حالة طبية عامة(Charney,2005;DeGeorge,Grover,Streeter,2022; Hollander,& Simeon,2008; Katon,2006; Stein& Sareen,2014)، وسنورد في الفقرات الآتية شرحا مختصرا لأهم الحلات الطبية التي تسبب نوبات هلع:

تعد **اضطرابا ت الغدة الدرقية – فرط نشاط الغدة الدرقية** Hyperthyroidism **وثبوط نشاط الغدة الدرقية** Hypothyroidism مرافقه للقلق ، لذا يجب على كل المرضى الذين يعانون القلق الخضوع لفحص نشاط الغدة الدرقية . ويجب الانتباه إلى أن اضطرابات الغدة الدرقية قد تعمل كمثيرات مهيئة لاضطراب الهلع، حيث تبين من خلال الملاحظات الإكلينيكية أن نوبات الهلع ق قد تستمر حتى بعد العلاج والسيطرة على إفرازات الغدة. مما يحتم وضع برنامج علاجي خاصا للتعامل مع نوبات الهلع وعلاج اضطراب الهلع. كما إن **الغدد الجارات الدرقية** Hyperparathyroidism تحدث نوبات تماثل نوبة الهلع وإجراء تحليل مخبري لنسبة الكالسيوم في الدم ممكن أن يساعد في تأكيد اضطراب الهلع واستبعاد الاضطراب في الغدد الجارات درقية. (Hollander & Simeon,2008 ; DeGeorge,Grover,Streeter,2022)

وكما هو شائع في الوسط العلمي فإن نوبة الهلع قد تظهر لدى المصابين بأمراض القلب وهبوط. (Alreybah,2022;Caldirola, et al.,2016; Tunnell et al.,2024) **الصمام المترالي** Mitral valve prolapse هو أحد اضطرابات القلب التي تظهر فيه نوبات هلع تتضمن زيادة خفقان القلب وألم في الصدر والشعور بالإنهاك. إلا إن النوبات الهلعية الكاملة نادر حدوثها، وهذا أمر يجب وضعه في الاعتبار عند التشخيص. كما ان عمل فحص طبي للتحقق من وضع الصمام المترالي أمر يفيد للتشخيص الفارق واستبعاد اضطراب الهلع. وعند الحاجة لتحديد سبب النوبات التي يعاني منها الفرد إذا كانت نتيجة اضطراب الهلع أم بسبب **الذبحة الصدرية** Ischemic heart disease أو عدم انتظام ضربات القلب Arrhythmia (Caldirola et al.,2016; DeGeorge,Grover,Streeter,2022; Hollander,& Simeon,2008) فإنه لابد من عمل رسم القلب الكهربائي فإذا كانت نتيجة هذا الفحص تبين سلامة القلب فإن التشخيص عندئذ يكون اضطراب الهلع. (Hollander,& Simeon,2008; Katon,2006)

ويعد **ورم خلايا الكروماتين القاتمة** Pheochromocytoma أحد الأمراض التي تُحدِث نوبات هلع، فقد يعاني المريض تحديداً هبات حرارية أو الإحساس بالإحترار وارتجاف وقلق. وقد أشارت احد الدراسات الى ان هؤلاء المرضى يمكن أن تنطبق علهم الأعراض الجسدية لنوبة الهلع، ولاستبعاد تشخيص اضطراب الهلع لابد من فحص عينة من "البول" Urine لمدة 24 ساعة لتحديد مستوى الكاتكلامين الأيضي وتركيزه بحيث تكون النتيجة تزايد مستواه. كما إن عدم شعور الفرد بالخوف والذعر أثناء النوبة وعدم إحساسهم بالقلق حيال نوبات مستقبلية يساعد في استبعاد تشخيص اضطراب الهلع(Stein & Sareen,2014).

أما **مرض العصب الدهليزي** Vestibular nerve فهو من الأمراض التي تحدث نوبة هلع لدى المصاب، ويغلب في تلك النوبة الشعور بالدوار، بشكل لا يمكن للفرد السيطرة عليه، ولاستبعاد ذلك المرض وتأكيد اضطرب الهلع لابد من استشارة اختصاصي طب الأنف والحنجرة Otolaryngological (Hollander,& Simeon,2008).

ما الأمراض والاضطرابات التي ترافق اضطراب الهلع Co morbidity؟

أشار "Davies"وآخرون (1999) الى أن المتلازمة التي تعرف باسم **متلازمة زيادة سرعة التنفس** Hyperventilation عادة ترافق الأفراد المصابين باضطراب الهلع، ويذكر"Davies" إن هذا يتفق مع الوصف الذي قدمه " Klein" (In: Davies,et al,1999)خلال فترة الثمانينات وهو إن زيادة سرعة التنفس تعد سمة من سمات نوبات الهلع. كما يرى "Davies" أنه قد يترافق ارتفاع ضغط الدم لدى المصابين باضطراب الهلع وزيادة سرعة التنفس.

ويقرر الأفراد المصابين باضطراب الهلع أنهم يعانون من مشاعر مستمرة أو متقطعة أحيانا من القلق الذي لا يرتكز على أي موقف أو حدث نوعي. و يصبح آخرون في حالة زائدة من ارتقاب الشر أو الخطر إزاء تبعات الأنشطة والخبرات اليومية، و خاصة المتعلقة بالصحة الجسدية أو متعلقة بالانفصال عن شخص محبوب أو أشخاص محبوبين. فعلى سبيل المثال غالبا يتوقع الأفراد المصابون باضطراب الهلع وقوع نتيجة مأساوية من مجرد وجود أعراض جسمية بسيطة أو آثار جانبية بسيطة لعلاج طبي (على سبيل المثال، الاعتقاد بأن الصداع يدل على وجود ورم في الدماغ أو أزمة ارتفاع ضغط الدم). ومثل هؤلاء الأفراد يكونوا كذلك أقل تحملا بكثير للآثار الجانبية للعلاجات الطبية، و يحتاجون بصفة عامة الى طمأنة مستمرة وتوكيد لكي يواصلون تناول الأدوية المقررة لعلاجهم. وفي حالة الأفراد الذين لم يلقوا علاجا لاضطراب الهلع أو الذين أُسيء تشخيصهم، يؤدي بهم اعتقادهم بأنهم يعانون مرضا غير معروف يهدد حياتهم الى قلق مزمن يسبب الوهن والارتباك. ويحدث اضطراب الاكتئاب الأساسي بنسبة 5-65% لدى الأفراد ذوي اضطراب الهلع، ويقدر إن الاكتئاب يسبق بداية اضطراب الهلع لدى حوالي ثلث الأفراد الذين يعانون هذين الاضطرابين. أما الثلثين الباقين فيحدث الاكتئاب ملازما لبداية اضطراب الهلع أو تاليا له (الرشيدي وآخرون ،2001).

وتشير الوكالة الأوربية للأدوية الى ان اضطرابات الرهاب واضطراب الاكتئاب الأساسي تترافق مع اضطراب الهلع ، وعادة يلجأ هؤلاء الأفراد الى التردد على عيادات الرعاية الأولية طلبا للعلاج اعتقادا منهم إنهم يعانون مرضا جسديا، مما يؤثر سلبا على القيام بأنشطة الحياة والعلاقات الاجتماعية الأمر الذي يكون سببا لسوء استخدام المواد والعقاقير الطبية.(European Medicines Agency,2005)

كما يرى كل من "بيمش وجرانول وبيلكاستور" (في: سليمان،2009، ص457) أن النوبات الهلعية التي يتسم بها اضطراب الهلع تؤثر وبشكل شديد على جودة حياة الفرد مؤدية إلى اضطرابات صحية معقدة، ويشمل ذلك مخاطر متزايدة من الإصابة بالاكتئاب، والاعتماد على المواد المخدرة.

ويوافقهم " بيل" (2011) في شأن الاعتماد على المواد المخدرة حيث يرى أن محاولة المصابين باضطراب الهلع لعلاج أنفسهم ذاتيا يجعلهم يلجئون الى سوء استخدام الكحوليات والمخدرات الأمر الذي يؤدي الى اعتبار سوء استخدام العقاقير والإدمان من الاضطرابات المصاحبة لاضطراب الهلع، و من جانب آخر فإن نسبة التعرض للاكتئاب قد تصل الى 50% وتصل نسبة التعرض لاضطراب رهاب الأماكن المفتوحة الى 30% ونسبة التعرض للرهاب

الاجتماعي تصل الى 20% أما التعرض للرهاب النوعي تكون بنسبة10-20% واضطراب القلق المعمم يصل إلى 25%. كما يرى (DeGeorge,Grover,Streeter,2022; Gottschalk et al., 2016) أن الاضطراب الأكثر ظهوراً لدى المصابين باضطراب الهلع هو الاكتئاب، الأمر الذي يحتم البحث عن وجود عوامل بيولوجية لكلا الاضطرابين.

ونلخص الاضطرابات الأكثر مصاحبة أو مرافقةً لاضطراب الهلع كما يلي:

1.الإكتئاب 2.اضطراب سوء استخدام المواد 3. متلازمة سرعة التنفس

كيف يمكن أن يتعامل الإختصاصي الأكلينيكي مع:

إحتمالية ترافق اضطراب الهلع مع اضطرابات أخرى؟

إحتمالية حدوث نوبة الهلع في الإضطرابات نفسية وعدد من الأمراض الجسدية ؟

إن ظهور نوبة الهلع في عدد من الاضطرابات النفسية والعدد من الأمراض الجسدية كما سبق إن أشرنا، وعدم اقتصارها على اضطراب الهلع وترافق اضطراب الهلع مع اضطرابات أخرى يحتم تحري الدقة في تقييم اضطراب الهلع من خلال **عملية الفرز** (Antony, & Barlow,2010) التي من الممكن أن تكون عن طريق أي أداة قياسية، أو أي أسلوب للتقرير الذاتي، أو أداة ورقية أو اختبار يطبقه الاختصاصي على العميل(السعد،2016).

ما هو الفرز ؟

إن الهدف من دراسة الخصائص السيكومترية لأي أداة قياسية هو تحديد فيما إذا كان المقياس يساعد الاختصاصي في الوصول إلى القرار الدقيق(Antony,Barlow,2010) وبشكل خاص عندما يتطلب الأمر قرار فاصل في وجود أو عدم وجود الاضطراب النفسي(Okem,Ogbonna,2013)، بمعنى فرز الأفراد، والفرز عملية سريعة وتقريبية (مليكه،2010) ويمكن القول أن الفرز هو الخطوة الأولى في التقييم الإكلينيكي، أي التشخيص المبدئي وتتبعه الإجراءات الأخرى لتأكيده أو رفضه.

متى يُستخدم الفرز وما هي خصائصة؟

تستخدم عملية الفرز عادة في السياقات التي يتعرض فيها الاختصاصي – سواء الإكلينيكي أو طبيب العائلة في الرعاية الأولية – إلى عدد كبير من المراجعين بمختلف أنواع الاضطرابات، فتكون الحاجه ماسة إلى وجود أداة دقيقة تساعد في الوصول إلى القرار الصحيح، بأقل جهد ووقت ممكن (Herr,Williams,Benjamin, & Mcduffie, 2013).

ولعل من الخصائص التي يفترض توفرها في أداة الفرز: أن تكون محددة الهدف، وكمثال تهدف إلى معرفة وجود أعراض الاكتئاب أو وجود هلاوس ، أن تكون مختصرة البنود وتوفر الوقت، وتوجه الباحثين حاليا إلى توفير سؤال واحد أو سؤالين فقط للفرز (Reme,Lie, &Eriksen,2014) سهلة الاستخدام لا تحتاج إلى جهد، وسلسة مشوقه في التطبيق فقد تكون صياغة بنودها بسيطة مناسبة للمجتمع الذي ستستخدم فيه، فلا تستخدم اللغة أو المصطلحات العلمية، كما يفترض أن تكون أداة الفرز دقيقة في نتائجها.

ماذا يجب أن يعرف الإختصاصي الإكلينيكي عن صدق أداة الفرز؟

إن صدق أداة الفرز يكمن في مدى **الدقة Accuracy** التي تتميز بها، حيث تعرف الدقة بإنها قدرة الأداة القياسية في التفريق بين الذين يعانون من الاضطراب – أي اضطراب كان – والأسوياء(Baratloo,Hosseini,Negida,& ElAshal, 2015).

ما هي المفاهيم التي ترتبط بمفهوم الدقة؟

يرتبط مفهوم الدقة بعدد من المفاهيم هي :

- إيجابي صحيح(True Positive(TP وهي أن تشير أداة الفرز إلى جود الاضطراب و يكون العميل بالفعل لديه الاضطراب.
- إيجابي خاطيء(False Positive(FP وهي أن تشير أداة الفرز إلى وجود الاضطراب ، إلا إن العميل ليس لديه الاضطراب.
- سلبي صحيح(True Negative(TN وهو أن تشير أداة الفرز إلى عدم وجود الاضطراب، ويكون بالفعل الاضطراب غير موجود لدى العميل.
- سلبي خاطئ(False Negative(FN وهو أن تشير أداة الفرز إلى عدم وجود الاضطراب، على الرغم من وجود الاضطراب لدى العميل(Eusebim, 2013).

تحديد المفاهيم السابقة يتوقف على ما يطلق عليه الدارسين في القياس والتقويم **درجة القطع** Cutoff point أو Cutoff value وهي درجة يحددها اختصاصي القياس أو مصمم الأداة القياسية على الأداة نفسها، و يتم معرف نسبة الإيجابي الصحيح والإيجابي الخاطئ، أو السلبي الصحيح والسلبي الخاطئ للأفراد بناء على درجاتهم فيما إذا كانت فوق/تحت درجة القطع(Eusebim, 2013) .

أن درجة القطع لأداة الفرز تحدد وفقا لاعتبارات معينة مثل، مدى خطورة الخطأ في اتخاذ قرار التشخيص، الأمر الذي يتطلب تحديد كل من الحساسية Sensitivity والخصوصية Specificity . أما الحساسية فهي المدى أو المستوى الذي قد تصل إليه أداة القياس في اكتشاف الذين يعانون من الاضطراب بالفعل، ويعبر عنها في نسبة مئوية، في حين تشير الخصوصية إلى المدى أو المستوى الذي تصل إليه أداة القياس في استبعاد الذين لا يوجد لديهم الاضطراب فعليا (Baratloo,Hosseini,Negida, & ElAshal,2015).

ويرى الباحثين انه لابد من المواءمة بين نسبة الحساسية ونسبة الخصوصية ، بمعنى اختيار درجة قطع بحيث تمثل الدرجة الأعلى في الحساسية والخصوصية معا (Antony,& Barlow, 2010) ونوضح ذلك من خلال المثال التالي:

- درجة قطع 2 تكون عندها الحساسية بنسبة 50% والخصوصية بنسبة 95%.
- درجة قطع 4 تكون عندها الحساسية بنسبة 80% والخصوصية بنسبة 44%.
- درجة قطع 3,3 تكون عندها الحساسية بنسبة 87% والخصوصية بسنبة 85%.

فيكون الاختيار الأمثل هو درجة قطع 3,3 .

ويرى المؤلفين أن التحقق من الحساسية والخصوصية التي تتميز بها أي أداة فرز يمكن أن يعد أحد طرق حساب الصدق التمييزي لتلك الأداة . فمن خلالهما يمكن للإكلينيكي أن يميز بين اضطرابين مختلفين. ويمكن أن يميز بين وجود الاضطراب من عدم وجوده.

إن المستوى المثالي لأي أداة فرز هو أن تكون كلا الحساسية والخصوصية بنسبة 100% إلا إن ذلك أمر يصعب تحقيقه في الواقع، بل من الممكن أن تعد نسبة الحساسية والخصوصية مقبولة إذا تراوحت بين 70% إلى 80% وذلك لمجتمع الراشدين(AAP,2010) ويمكن ان يقال أن النسبة مرتفعة إذا تجاوزت 90%. ولإتمام حساب الحساسية والخصوصية فإنه يتم رسم منحنى خاصية المشغل المتلقي Receiver Operating Characteristics(ROC) Curve حيث يعرض درجات القطع وما يقابلها من الحساسية والخصوصية، كما يوضح المنطقة تحت المنحنى Area Under the Curve (AUC) فكلما كانت تلك المنطقة متسعة كلما ارتفعت دقة أداة الفرز. ويوضح علماء الإحصاء العلاقة بين دقة التشخيص الناتج من أداة الفرز والمنطقة تحت المنحى من خلال أربع مستويات (Zhu,Zeng, & Wang, 2010) نعرضها في الجدول (1).

الجدول (1): مستويات دقة التشخيص القائمة على المنطقة تحت المنحنىAUC

المنطقة	دقة التشخيص
0,7-0,6	ضعيف
0,8 -0,7	جيد
0,9-0,8	جيد جدا
1-0,9	ممتاز

الجانب العملي

أداة فرز اضطراب الهلع

جاء الاهتمام بإعداد أداة فرز اضطراب الهلع من واقع الزيارات الميدانية[1] التي قامت بها المؤلف الأول أثناء إعداد اطروحة كجزء من متطلبات التخرج لدرجة الماجستير- حيث لوحظ ما يلي:

الملاحظة الأولى: شيوع نوبات الهلع لدى مراجعي العيادات النفسية وتزايد أعداد المصابين باضطراب الهلع حيث قُدر اضطراب الهلع على إنه الفئة المرضية الأكثر انتشارا بعد الاكتئاب وذلك وفقا لما ذكره اختصاصي العيادة النفسية التابعة لمنطقة حولي الصحية ، في حين قدر عدد الملفات المشخصة باضطراب الهلع في مكتب الإنماء الاجتماعي بـ25 ملف .

الملاحظة الثانية: إن العمل في تلك العيادات – إجراءات التشخيص Diagnosis والعلاج – تكون تحت إشراف اختصاصي طب العائلة وذلك بعد تحويل اختصاصي الرعاية الأولية مرضاهم إلى العيادة النفسية إن دعت الحاجة لذلك. ولوحظ أن هؤلاء الاختصاصيين يحتاجون إلى مزيد من التوعية عن اضطراب الهلع وكيفية اكتشافه وتشخيصه بالشكل السليم والانتباه إلى احتمالية ظهور نوبات الهلع في كثير من الاضطرابات النفسية وعدد من الاضطرابات العضوية- كما سنوضح هذه المسألة في الصفحات التالية من هذه الدارسة - مما قد يربك القائم بالتشخيص.

الملاحظة الثالثة: إن النظام المستخدم في العيادات النفسية ومركز الكويت للصحة النفسية ومكتب الإنماء الاجتماعي في تشخيص اضطراب الهلع هو النظام التصنيفي- الفئوي Categorical - من خلال الاعتماد على المحكات التشخيصية (انظر التشخيص) الواردة في DSM-5 و ICD-10. مع عدم وجود أي مقياس نفسي يمكن الاستعانة به ليساعد في اتخاذ القرار الإكلينيكي المناسب وهو الذي يتمثل في استخدام النظام البعدي Dimensionalفي التشخيص. على الرغم من أن التوجه البحثي الحديث استنتج أن النظامين- الفئوي والبعدي - لهما أهمية علمية كبيره تختلف من تشخيص اضطراب لآخر (Avenevoli, Knight, Kessler,&Merikangas,2008)،

[1] الزيارات الميدانية شملت العيادات النفسية- التابعة لوزارة الصحة- ومقابلة القائمين بالإشراف على تلك العيادات ومركز الكويت للصحة النفسية و مكتب الإنماء الاجتماعي .

ولعل ما يبرر هذه الأهمية في تشخيص اضطراب الهلع الصعوبات التي تواجه تشخيصه في المجتمع الكويتي. وتلخيصاً لما سبق فأن مشكلة تشخيص اضطراب الهلع في الكويت تتمثل في تدخل غير الإكلينيكيين في تشخيص الاضطراب لاسيما اختصاصي طب العائلة. وعدم وجود أداة قياسية مقننة تتميز بقدر جيد من الصدق تساعد في الوصول للتشخيص الدقيق لاضطراب الهلع.

فكان الهدف من أعداد أداة فرز اضطراب الهلع هو توفير أداة فرز للتشخيص المبدئي لاضطراب الهلع، يمكن أن يستخدمها أطباء العائلة في سياق الرعاية الصحية الأولية، كما يمكن أن يستفيد منها الاختصاصي الإكلينيكي في حال الحاجة للتشخيص المبدئي لاضطراب الهلع.

إعداد الأداة:

لإعداد أداة فرز اضطراب الهلع قام المؤلفان بالخطوات التالية:

1- بحث ودراسة الجانب النظري لاضطراب الهلع والقراءة المتعمقة لعلم **"السيمبتولوجي" Symptomatology** والمحكات التشخيصية إضافة إلى المؤشرات التشخيصية والاطلاع على التعريفات المقترحة لاضطراب الهلع بالاعتماد على مصادر عده مثل:(بلحسيني، 2014؛ سليمان، 2009؛ عزب، 2009) ومن المصادر الأجنبية التي استخدمت أيضا (APA, 2013; APA,1994; Barlow, 2002; Craske & Barlow, 2008; Craske et al., 2010; Rachman & Silva, 2004) .

2- تجميع وحصر طرق تشخيص اضطراب الهلع وطرق قياس شدته باستخدام مختلف الأدوات القياسية والمقاييس المتعلقة باكتشاف وفرز اضطراب الهلع وكأمثلة لذلك: مقياس الدلالات الإكلينيكية التشخيصية للهلع (شقير، 2005)، واختبار فرز الفزع (السبيعي، 2008)، ومقياس شدة اضطراب الهلع (Shear et al.,1997)، والتقرير الذاتي لاضطراب الهلع (Newman, Holmes, Zuellig, Kachin, & Behar, 2006).

3- من خلال الخطوتين السابقتين قام المؤلفان بصياغة بنود أداة الفرز، عن طريق اختيار أفضل البنود المتوافقة مع المحكات التشخيصية في DSM-5 واعادة صياغتها لتتوافق مع عينة هذه الدراسة المستمدة من الثقافة الكويتية. وتم تجزئة البنود إلى جزئيين، الجزء الأول يمثل تأكيد حدوث نوبة الهلع وتم صياغة بنوده لتمثل أعراض نوبة الهلع المذكورة في DSM-5 لتكون الإجابة على هذا الجزء بوضع علامة (√) أمام البند الذي يمثل العرض الذي حدث للفرد. وكان عدد البنود في هذا الجزء 13 بنداً. أما الجزء الثاني فيشمل بنودا تمثل المحكات التشخيصية والمؤشرات التشخيصية لاضطراب الهلع وكانت عدد البنود في هذا الجزء 11 بنداً يجاب عليهم بالاختيار بين بديلين (نعم أولا) وبنداً واحد كان بصيغة السؤال المفتوح، فمجموع البنود في هذا الجزء كان 12 بنداً. وبهذا تكونت أداة الفرز في صورتها الأولية من (25) بند.

<u>تحكيم الأداة:</u>

تم عرض الأداة في صورتها الأولية على (20) من الأساتذة المتخصصين في علم النفس الإكلينيكي من قسم علم النفس كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفسي التربوي بكلية التربية وقسم الطب النفسي من كلية الطب وجميعهم أعضاء هيئة تدريس بجامعة الكويت، بالإضافة إلى

متخصصين من قسم الطب النفسي جامعة المجلس الصحي في مدينة "سوانزي"، والاختصاصيين والاستشاريين في مركز الكويت للصحة النفسية، واختصاصيين مركز الإنماء الاجتماعي، وكلية التربية الأساسية. عند عرض الأداة على الأساتذة السابق ذكرهم بغرض تحكيمها، أرفقت الأداة بتعريف لاضطراب الهلع والمحكات التشخيصية وفقا لـ DSM-5، وشرح مبسط لبعض بنود الأداة وفئات الإجابة مع التأكيد بأن الأداة ليست من أساليب التقرير الذاتي وإنما من المفترض أن اختصاصي طب العائلة هو من يقوم بتطبيقها في حال الحاجة لذلك أو أي اختصاصي يحتاج الى القيام بفرز للمصابين باضطراب الهلع. اجريت التعديلات المقترحة بعد الحصول على تلك المقترحات من (14) اختصاصي، حيث حذفت بعض البنود وتم نقل وإعادة ترتيب بعض البنود وإعادة صياغة بعضها الآخر، كما تم إعادة صياغة فئات الإجابة، وتم تحديد أجزاء الأداة بشكل أكثر وضوحا كالأتي: الجزء (أ) الذي يشمل البيانات الديموغرافية وأصبح عدد البنود فيها 4 بنود والبند الرابع أُدرج تحته 13 بنداً فرعياً، والجزء (ب) اشتمل على (14) بنداً.

وبعد إجراء التعديلات المقترحة تم عرض الصورة الثانية من أداة فرز اضطراب الهلع على 3 من المحكمين 2 من جامعة الكويت و1 من جامعة "سوانزي"، حيث أبدى كل منهم آرائه وتعليقاته مع اقتراح مزيد من التعديلات التي اجريت فعلا مع الأخذ بالاعتبار ملاحظات المؤلف الثاني - كمتخصص بالقياس والتقويم النفسي والتربوي - فيما يتعلق بالجانب السيكومتري للأداة ، ومن ثم تم التوصل إلى الصورة الثالثة (قبل النهائية) للأداة.

العينة الإستطلاعية :

طبقت الصورة الثالثة من أداة فرز اضطراب الهلع على عينة استطلاعية من مرضى اضطراب الهلع، وهي عينة مستقله عن العينة الأساسية للدارسة المستخدمة في التحقق من صدقها وثباتها، وكانوا من مراجعي مركز الكويت للصحة النفسية، والعيادة النفسية في مركز الرميثية الصحي، والعيادة النفسية من مركز القيروان الصحي، والعيادة النفسية من مركز أشبيليه الصحي، والعيادة النفسية من مركز الخالدية الصحي. وتكونت هذه العينة من (20) مراجعاً (9) من الذكور و(11) من الإناث تراوحت أعمارهم بين (18-50) سنة بمتوسط عمري (30.94) عاماً وانحراف معياري(9.52). حيث طبقت المؤلفة الأداة على أفراد العينة من مراجعي مركز الكويت للصحة النفسية تطبيقا فردياً، ونظرا لاستهداف هذه الدراسة لتوفير أداة فرز لاضطراب الهلع تساعد اختصاصي طب العائلة في فرز واكتشاف اضطراب الهلع لدى مراجعي العيادات النفسية في مراكز الرعاية الأولية كما سبق إن وضحنا ، فقد تم الاستعانة بأطباء العائلة المشرفين على العيادات النفسية في المراكز النفسية السابقة الذكر ليقوموا بالتطبيق الفردي على أفراد العينة الاستطلاعية، وقد طلبت المؤلفة من الأطباء قراءة تعليمات التطبيق وقراءة البنود والاستفسار عن أي بند يحتاج إلى توضيح قبل البدء في التطبيق وذلك حتى يألفوا قراءة البنود واستخدام الأداة، كما شرحت لهم أهمية حضورها لجلسة التطبيق. وبحضور المؤلفة لجلسة التطبيق تم جمع كل الملاحظات التي أثارها أفراد العينة وتعليقاتهم حول البنود، وتحققت فائدة العينة الاستطلاعية من خلال ما يلي:

- الوصول لتصور عام لكيفية تطبيق الأداة من قبل اختصاصي طب العائلة ومدى وضوح تعليمات التطبيق ومدى فائدتها العملية حيث تمت مناقشتها مع الأطباء. كما تم تجميع ملاحظاتهم

حول البنود، ومدى وضوح الصياغة ومدى سهولة استخدام الأداة. وبدا على أطباء العائلة الاهتمام في موقف التطبيق إضافة إلى طرح الأسئلة على المؤلفة واقتراح الآراء المتعلقة بالجانب الشكلي والضمني للأداة.

- تجميع ملاحظات وآراء أفراد العينة حول مدى تقبلهم لموقف التطبيق، ووضوح البنود واقتراح بنود إضافية من خلال واقع اصابتهم بالاضطراب.

وبعد الانتهاء من التطبيق على العينة الاستطلاعية تم التوصل إلى :

- إجماع اختصاصي طب العائلة الذين ساهموا في التطبيق على أهمية وجود مثل هذه الأداة لتساعد في الوصول للتشخيص الدقيق ، كما إنها أداة شيقة الاستخدام سهلة التطبيق تتميز بتضمنها لأهم الجوانب التي تمكن من اكتشاف اضطراب الهلع بأقل جهد وأسرع وقت مقارنة بالأدوات التشخصية المتوفرة، وهذا يتفق مع ما يقترحه كل من(Christensen et al., 2011) من خصائص لأدوات الفرز الجيدة.

- تبين إمكانية تطبيق أداة فرز اضطراب الهلع على مراجعي العيادات النفسية في مراكز الرعاية الأولية، ومراجعي مركز الكويت للصحة النفسية – كجهة للرعاية الثانوية - حيث أظهر أفراد العينة الحماس للاستجابة على بنود أداة الفرز وتقبلهم لنوعية البنود بل ساهمت بنود الأداة بالتجاوب الجيد لأفراد العينة مع أطباء العائلة خلال زيارتهم الروتينية للعيادة. كما حبذوا تعرضهم لمثل هذه الأداة التي شملت بنود تمثل تفاصيل دقيقة عن معاناتهم باضطراب الهلع.

- كانت أحد ملاحظات المؤلفة الأولى أن استجابة المصابين باضطراب الهلع للبنود تكون أكثر سرعة مقارنة بالمصابين بالاضطرابات الأخرى، كما إنه لم يشر أياً من المصابين باضطراب الهلع إلى غموض أو عدم وضوح البنود إلا إن عددا من المصابين بالاضطرابات الأخرى طلبوا توضيح لبعض البنود.

- تبين ضرورة إجراء بعض التعديلات على تعليمات التطبيق وتعديلات أخرى على بنود أداة الفرز، ولعل أهم التعديلات التي أجريت على صياغة البنود هو تحويلها إلى اللهجة الكويتية حيث تم مناقشة هذا الأمر مع أثنين من اختصاصي طب العائلة وأحد استشاري مركز الكويت للصحة النفسية وأحد طالبات الدراسات العليا قسم علم النفس، وجميعهم كويتيون للتأكد من وضوح البنود باللهجة الكويتية، وبذلك تم التوصل إلى النسخة الأخيرة من أداة فرز اضطراب الهلع، وقد أرفقت المؤلفة تعليمات الأداة لأهيمه التقيد بها.

وفيما يتعلق بتنسيق محتوى الأداة وبنودها، وضعت بنود البيانات الديموغرافية في البداية. بحيث يكون ذكر الاسم والمهنة يرجع لرغبة المفحوص وذلك حفاظا على خصوصيته وسرية المعلومات التي سيذكرها.

يبدأ الجزء الأول وهو الجزء (أ) بعبارة الثلاثة الأشهر الأخيرة لتكون اجابة المفحوص في غضون هذه الفترة، وذلك خلاف ما تم تحديده في DSM-5 (حيث تم تحديد فترة شهر واحد لتشخيص الاضطراب)، إلا إن الأفراد من عينة الدراسة كانوا يتلقون العلاج النفسي أو العلاج الدوائي وبعضهم يتلقى العلاج النفسي والدوائي معا، مما قد يؤثر على تحسن الأعراض، بل وقد

تختفي أيضا خلال شهر. فذكر الثلاثة أشهر يساعد المفحوص للاستجابة على بنوده الأداة وفقا لتذكره لأعراض النوبات التي حدثت له في وقت سابق. كما تم تحديد هذه الفترة وليس أكثر حتى لا يكون زيادة طول الفترة الزمنية سببا في عدم قدرة الفرد على تذكر النوبة أو النوبات التي حدثت له.

ويشمل الجزء (أ) البنود من 1إلى 3 التي تمثل احتمال حدوث نوبة الهلع لأسباب عضوية، أما البنود 4 و5 تمثل نوبة الهلع و 13 عرض متوافق مع الأعراض المذكورة في DSM-5 ، أما الجزء الثاني هو الجزء (ب) ويشمل البنود 1 إلى 5 وهي تمثل المحكات التشخيصية لاضطراب الهلع ثم بنود المؤشرات التشخيصية وهي من البند رقم 6 إلى البند رقم 10، وينتهي هذا الجزء بالبنود التي تمثل التشخيص الفارق لاضطراب الهلع من البند رقم 11 إلى البند رقم 15، وبالإجابة على البند الأخير في الجزء (ب) يتم الانتهاء من تطبيق أداة فرز اضطراب الهلع.

صياغة سيناريوهات أداة فرز اضطراب الهلع:

كما سبق إن وضحنا في وصف أداة الفرز فإن بنود الأداة قد تم صياغتها بشكل يتسق مع المحكات التشخيصية الواردة في DSM-5 وما تشمله من الأعراض المحتملة لنوبة الهلع، كما كان الحرص على أن تخضع الأداة للتحكيم من قبل عدد من الاختصاصيين الإكلينيكيين حيث كان الهدف من ذلك هو أن تتضمن الأداة بنودا تمثل خبرة الإكلينيكيين- وما يستندون عليه من محكات تشخيصية في تشخيص اضطراب الهلع- يمكن أن تقدم لأطباء العائلة لتعينهم في فرز الذين يعانون من هذا الاضطراب واكتشاف المصابين به من بين مراجعيهم في مختلف المراكز التي تقدم الخدمات النفسية، وللوصول إلى الفائدة المرجوة من أداة الفرز فقد تم تجميع بعضا من بنودها في سيناريوهات اضطراب الهلع، ويمكن تعريف سيناريو اضطراب الهلع بانه سلسلة من البنود الواردة في أداة فرز اضطراب الهلع تم تجميعها لتستخدم كمجموعة مترابطة من البنود تسأل من قبل الفاحص تساعد في التشخيص المبدئي للمصابين باضطراب الهلع. ولتكوين هذه السيناريوهات – سنشير لتلك السيناريوهات باسم SCN إضافة إلى رقمة- تم عمل الآتي:-

- اقتراح جميع السيناريوهات البنود (1) و(2) و (3) من الجزء (أ) لتكون الإجابة عليها بـ(لا)، لاستبعاد نوبة الهلع الناتجة عن الإدمان، لاستبعاد الأسباب العضوية، فيزيد احتمال وجود اضطراب الهلع.

- اقتراح جميع السيناريوهات الإجابة (نعم) للبندين (1) و(2) من الجزء(ب)، حيث يمثل البند (1) المحك A من DSM-5 وهو حدوث نوبات هلع غير متوقعة، ويمثل البند (2) أحد احتمالات المحك B من DSM-5، الخوف من تكرار حدوث نوبات الهلع، ويرى الاختصاصيين في مجال تصميم أدوات الفرز لاضطراب الهلع إنه لابد من التحقق من هذين الأمرين للتشخيص المبدئي، كما يرى الإكلينيكيين إنه عند تقييم حالة العميل وتجهيز المعلومات الإكلينيكية يجب السؤال عن الحدوث غير المتوقع لنوبة الهلع والخوف من تكرارها. (Barlow, Durand, 2012; Madaan, 2008)

- مراعات قصر السيناريو لتوفير الوقت والجهد في الاستخدام وخاصة بالنسبة لغير الإكلينيكيين.(Mestre-pinto, 2014)

SCN 1

أ. الإجابة (نعم) أو(لا) للبند رقم (4) الذي يمثل جزء من المحك A في DSM-5. وهو حدوث نوبة الهلع، ومن الممكن أن يذكر العميل حدوث نوبة الهلع وقد يصعب عليه تمييزها كنوبة على الرغم من حدوثها وهذا يحتم السؤال عن حدوث أربعة أعراض متزامنة مع بعضها ، فتم اقتراح الأمر التالي.

ب. الإجابة بـ (نعم) للبند (5 -1) من الجزء (أ) الذي يمثل عرض تزايد ضربات القلب والإجابة بنعم للبند(5 -4) الذي يعبر عن ضيق الصدر أو الإجابة ب (نعم) للبند رقم (5 -9) الذي يمثل آلام بالصدر وعادة يربطها المصاب باضطراب الهلع باقتراب الأجل فيشعر بالخوف من الموت، والخوف من فقدان السيطرة على النفس وهي من أهم المؤشرات التشخيصية لاضطراب الهلع، والمتمثلة في البندين (5 -7) و (5 -10) لذا تم اقتراح الإجابة بـ (نعم) على البندين الأخيرين، وتم تحديد أربع أعراض لاستبعاد التشخيص باضطراب القلق غير المصنف.

SCN 2

أ. الإجابة (نعم) أو(لا) للبند رقم (4) الذي يمثل جزء من المحك A في DSM-5. وهو حدوث نوبة الهلع، ومن الممكن أن يذكر العميل حدوث نوبة الهلع وقد يصعب عليه تمييزها كنوبة على الرغم من حدوثها وهذا يحتم السؤال عن حدوث أربعة أعراض متزامنة مع بعضها ، فتم اقتراح الأمر التالي.

ب. وجود أربعة من الأعراض على الأقل من الجدول (أ) لتأكيد وجود نوبة الهلع الكاملة حيث إن عدم وجودها يرجح احتمال الإصابة بالقلق غير المصنف.

ج. وتم الاكتفاء بالإجابة ب (نعم) في البندين (1) و (2) من الجزء(ب) مراعاة لتقصير الوقت المطلوب لاستخدام السيناريو كما اشرنا سابقا.

SCN 3

أ. وجود البنود التالية من الجدول (أ) البند (5 -1) و الذي يمثل عرض تزايد ضربات القلب والبند (5 -4) الذي يعبر عن ضيق الصدر أو البند رقم(5 -9) الذي يمثل الام بالصدر وعادة يربطها المصاب باضطراب الهلع باقتراب الأجل فيشعر بالخوف من الموت، والخوف من فقدان السيطرة على النفس وهي من أهم المؤشرات التشخيصية لاضطراب الهلع، والمتمثلة في البندين (5 -7) و(5 -10) وتم تحديد أربع أعراض لاستبعاد التشخيص باضطراب القلق غير المصنف.

ب. تم اقتراح أما الإجابة (نعم) للبند (2) أو للبند (3) من الجزء (ب) حيث إن البند الأخير يمثل تأثير نوبة الهلع على الجانب الوظيفي والدراسي للعميل (بلحسني، 2014؛ كرينغ، جونسن، نئيل، وديفسن، 2015؛ Areach, & Craske, 2008).

SCN 4

أ. لأهمية مراعاة عامل توفير الوقت والاختصار كمميزات أي أداة فرز (Christensen et al.,2011) فإنه تم الاكتفاء بالإجابة (نعم) للبنود التالية من الجزء (ب)، (3) أو أحد البنود (4،5،6) وهي بنود تشير تأثر الجانب الوظيفي للعميل بسبب نوبة الهلع، أو التغيرات السلوكية الناتجة عن نوبة الهلع وتأثيرها على الجانب الاجتماعي والأسري للعميل

ب. اقتراح الإجابة بـ (نعم) في البندين (7) و (10) في الجزء (ب) وهي مؤشرات تشخيصية لاضطراب الهلع وهي تمثل الخوف من الموت والخوف من وجود مرض خطير سيسبب موته، وعادة تكون تلك المؤشرات التشخيصية واضحة لدى حديثي التعرض لاضطراب الهلع، فتم اقتراح تلك البنود لوجود مراجعين في عينة الدراسة حديثي التشخيص في اضطراب الهلع.

SCN 5

أ.تم اقتراح الإجابة (نعم) للبند (9) من الجزء (ب) الذي يمثل الخوف من فقدان السيطرة على النفس ، حيث إن المراجعين الذين لهم تاريخ سابق للإصابة باضطراب الهلع، قد يتحول خوفهم من الموت إلى الخوف من فقدان السيطرة على النفس(المرجع السابق).

SCN 6

أ. وجود البنود التالية من الجدول (أ) البند (5 -1) و الذي يمثل عرض تزايد ضربات القلب والبند (5 -4) الذي يعبر عن ضيق الصدر أو البند رقم (5 -9) الذي يمثل الام بالصدر وعادة يربطها المصاب باضطراب الهلع باقتراب الأجل فيشعر بالخوف من الموت، والخوف من فقدان السيطرة على النفس وهي من أهم المؤشرات التشخيصية لاضطراب الهلع، والمتمثلة في البندين (5 -7) و(5 -10) وتم تحديد أربع أعراض لاستبعاد التشخيص باضطراب القلق غير المصنف.

ب. الإجابة (نعم) في أحد / أو جميع البنود (3-4-5-6) في الجزء (ب) لأنها تمثل تأثير الاضطراب على حياة الفرد في مختلف الجوانب.

SCN 7

أ. وجود البنود التالية من الجدول (أ) البند (5 -1) و الذي يمثل عرض تزايد ضربات القلب والبند (5 -4) الذي يعبر عن ضيق الصدر أو البند رقم (5 -9) الذي يمثل الام بالصدر وعادة يربطها المصاب باضطراب الهلع باقتراب الأجل فيشعر بالخوف من الموت، والخوف من فقدان السيطرة على النفس وهي من أهم المؤشرات التشخيصية لاضطراب الهلع، والمتمثلة في البندين (5 -7) و(5 -10) وتم تحديد أربع أعراض لاستبعاد التشخيص باضطراب القلق غير المصنف.

ب. الإجابة (نعم) في البند (2) أو البند (3) من الجزء (ب) لأن البند الأخير يعبر عن تأثر الجانب الوظيفي للعميل.

ج. الإجابة (لا) في (11،12،13،14،15) لأنها تمثل اضطرابات أخرى قد تحدث خلالها نوبة الهلع.

SCN 8

أ. الإجابة (نعم) البند(4) من الجزء (أ) الذي يمثل حدوث نوبة هلع.

ب. وجود البنود التالية من الجدول (أ) البند (5 -1) و الذي يمثل عرض تزايد ضربات القلب والبند (5 -4) الذي يعبر عن ضيق الصدر أو البند رقم (5 -9) الذي يمثل الام بالصدر وعادة يربطها المصاب باضطراب الهلع باقتراب الأجل فيشعر بالخوف من الموت، والخوف من فقدان السيطرة على النفس وهي من أهم المؤشرات التشخيصية لاضطراب الهلع، والمتمثلة في البندين (5 -7) و(5 -10) وتم تحديد أربع أعراض لاستبعاد التشخيص باضطراب القلق غير المصنف.

ج. الإجابة (نعم) في البند (3) لأنه يعبر عن تأثر الجانب الوظيفي للعميل، أوالبنود (4,5,6) التحقق من وجود التغير السلوكي وتأثر الجوانب الاجتماعية في حياة العميل.

د. إضافة إلى الإجابة بـ(لا) في البنود (11،12،13،14،15) لأنها تمثل اضطرابات أخرى قد تحدث خلالها نوبة الهلع.

SCN 9

أ. الإجابة (نعم) للبند رقم 4 من الجزء(أ).

ب. وجود 4 أعراض من الجدول(أ).

ج. الإجابة (نعم) أحد البندين(2،3) والأخير الذي يمثل تأثر الجانب الوظيفي لدى العميل.

SCN 10

أ. الإجابة بـ (نعم) في البنود التالية من الجدول (أ) البند (5 -1) و الذي يمثل عرض تزايد ضربات القلب والبند (5 -4) الذي يعبر عن ضيق الصدر أو البند رقم (5 -9) الذي يمثل الام بالصدر وعادة يربطها المصاب باضطراب الهلع باقتراب الأجل فيشعر بالخوف من الموت، والخوف من فقدان السيطرة على النفس وهي من أهم المؤشرات التشخيصية لاضطراب الهلع، والمتمثلة في البندين (5 -7) و(5 -10) وتم تحديد أربع أعراض لاستبعاد التشخيص باضطراب القلق غير المصنف.

ب. الإجابة بـ (نعم) للبند (2) أو البند (3) من الجزء (ب) لأنه يعبر عن تأثر الجانب الوظيفي للعميل.

ج.الإجابة بـ(نعم) للبند (10) لأنه يمثل أحد الملامح التشخيصية لاضطراب الهلع.

SCN 11

أ. الإجابة (نعم) في البند (2) أو (نعم) في البند(3) من الجدول (ب) الذي تأثر الجانب الوظيفي أو الإجابة نعم في البند (5) الذي يمثل التجنب الرهابي.

ب. الإجابة (نعم) البند (10) الذي يمثل سوء التفسير للإحساسات الجسمية.

ج. الإجابة (نعم) في البند (11) لأنه يمثل اضطراب القلق المعمم الذي يرافق اضطراب الهلع كما يرى الباحثين في مجال الاضطرابات المصاحبة (Arack, & Crask, 2008; بلحسيني،2014).

SCN 12

أ. الإجابة (نعم) للبند رقم 4 من الجزء (أ).

ب. وجود 4 أعراض من الجدول (أ).

ج. الإجابة (نعم) للبند (3) من الجزء (ب) من الذي يمثل تأثر الجانب الوظيفي لدى العميل أو الإجابة (نعم) بندين على الأقل من البنود(4،5،6) وذلك لتأكيد التغير السلوكي وتأثر الجانب الاجتماعي والأسري.

د. إضافة إلى اقتراح الإجابة (نعم) لأحد البندين (7،10) من الجزء (ب) اللذان يمثلان أهم المؤشرات التشخيصية.

ه. اقتراح الإجابة (نعم) للبند (11) من الجزء (ب) الذي يمثل اضطراب القلق المعمم كاضطراب مرافق.

سيناريو الإكتئاب :

قام المؤلفان بصياغة سيناريو لغرض استخدامه في التحقق من الصدق التمييزي لأداة الفرز، من خلال التمييز بين المصابين بالاكتئاب والمصابين باضطرابات القلق ويتضمن ذلك السيناريو ما يلي:

أ. الإجابة "لا" في البند رقم(4) من الجزء (أ) لاستبعاد حدوث نوبة هلع.

ب. اختيار أقل من 4 أعراض من جدول الجزء (أ) لاستبعاد حدوث نوبة هلع كاملة.

ج. الإجابة (نعم) في(3) بنود في الجدول (ب).

الخصائص السيكومترية:

ثبات الأداة:

قام المؤلفان بحساب الاتساق الداخلي للبنود وذلك عن طريق استخراج معامل "ألفا لكرونباخ" الذي وصل إلى (0.85) وكان ذلك بعد تطبيق واحد، وكما هو معروف أن معامل الثبات الذي يزيد عن (0.70) يعد مقبولا في مقاييس الشخصية (الأنصاري، 2014) وعليه فإن معامل ثبات الأداة يعد مقبولا.

أدلة الصدق:

أولا: صدق المحكمين(انظر تحكيم الأداة).

ثانيا: الصدق المرتبط بمحك:-

الاتفاق في التشخيص باستخدام الأداة مع التشخيص الاكلينيكي:

تم اختيارعشرة أفراد من العينة الأساسية، لتطبيق المقابلة الإكلينيكية غير المقننة – وبذلك تكون هذه العينة عينة متاحة - حيث قام الدكتور شنودة أنور شفيق –طبيب مسجل طب نفسي- بإجراء المقابلة غير المقننة دون اطلاعه على التشخيص الموضح في ملف المراجعين الذين تم مقابلتهم[2] لتأكيد التشخيص وفي حال اختلاف تشخيص من يقوم بالمقابلة والتشخيص في ملف المراجع فإنه يتم استبعاده من العينة، إلا إنه في هذه الدراسة اتفق تشخيص القائم بالمقابلة مع تشخيص بملف المراجع، فلم يتم استبعاد أياً من أفراد العينة، ومما يجدر ذكره إن التشخيص في ملف المراجع هو المحك الأساسي **Gold standard** (السعد، 2016).

ثالثا: صدق التكوين الفرضي:

1-الصدق التمييزي:

إن صدق أداة الفرز يكمن في مدى الدقة Accuracy التي تتميز بها، حيث تعرف الدقة بإنها قدرة الأداة القياسية في التفريق بين الذين يعانون من الاضطراب – أي اضطراب كان – والأسوياء، و**دقة أداة** الفرز ترتبط بمفهومي الحساسية والخصوصية **(**Baratloo, Hosseini, Negida,& ElAshal, 2015)، بل إن الحساسية و الخصوصية يعدان أحد طرق حساب الصدق التمييزي لأداة الفرز، فمن خلالهما يمكن للإختصاصي الإكلينيكي أن يميز بين اضطرابين مختلفين ، ويمكن أن يميز بين وجود لإضطراب من عدم وجوده. لذا فقد تم حساب كلا من الحساسية والخصوصية لكافة سيناريوهات التي استمدت من أداة الفرز إضافة إلى حساب مدى الدقة التي يمكن الوصول إليها من خلال كل سيناريو. وقد تراوحت الحساسية فيما بين سيناريوهات أداة الفرز بين (56%) إلى (96%)، أما الخصوصية فتراوحت بين (54%) إلى (95%). والجدول (2) يعرض الحساسية والخصوصية للسيناريوهات المقترحة في هذه الدراسة إضافة إلى المنطقة تحت المنحنى ومستوى الدقة.

[2] وهذا إجراء بحثي يستخدم في الدراسات والبحوث العالمية المشابهة لمنهجية هذه الدراسة(السعد،2016)

جدول (2): الحساسية والخصوصية والمنطقة تحت المنحنى ومستوى الدقة

لكل السيناريوهات اضطراب الهلع

السيناريو	الحساسية	الخصوصية	AUC	Accuracy
SCN1	%56	%86	0,67	0,64
SCN2	%62	%72	,68	0,65
SCN3	%96	%72	0,84	0,90
SCN4	%72	%86	0,79	0,76
SCN5	%88	%68	0,78	0,83
SCN6	%88	%68	0,78	0,83
SCN7	%62	%86	0,74	0,69
SCN8	%64	%77	0,70	0,67
SCN9	%59	%95	0,77	0,95
SCN10	%80	%86	0,83	0,82
SCN11	%93	%54	0,69	0,80
SCN12	%83	%72	0,78	0,80

تم تظليل السيناريوهات أرقام (3)، و(12)، و(10) لتمثيلهم أعلى مستويات الحساسية مع مستوى متوافق من الخصوصية. وتم الاهتمام بمستوى مرتفع من الحساسية بشكل خاص – وليس الخصوصية- لاعتبار أن الأداة تهتم باكتشاف اضطراب الهلع وهو الذي يتم الوصول إليه من خلال الحساسية.

وكأحد طرق حساب الصدق التمييزي لأي أداة قياسية هو التحقق من قدرة تلك الأداة للتمييز بين مجموعتين مختلفتين، ولمعرفة مدى قدرة أداة الفرز للتمييز بين فئة المصابين باضطراب الهلع وفئة المصابين بالاكتئاب- لاعتبار أن القلق واضطراباته قد يتداخل مع الاكتئاب وليس هذا فحسب بل إن القلق من أكثر الاضطرابات مصاحبا للاكتئاب - فقد حسبت النسبة المئوية للاتفاق بين التشخيص الفعلي والتشخيص الذي بينته أداة الدراسة فوصلت نسبة الاتفاق إلى(87%). حيث تم تشخيص (14) مراجع على إنهم مصابين بالاكتئاب من أصل(16). وللتمييز بين المصابين باضطرابات القلق والمصابين بالاضطرابات النفسية الأخرى (الوسواس القهري، والاضطرابات التالية للصدمة) حسبت النسبة المئوية للاتفاق بين التشخيص الفعلي والتشخيص الذي بينته أداة الدراسة فوصلت نسبة الاتفاق إلى(94%). وهذا يعني إن أداة فرز اضطراب الهلع قادرة على التمييز بين اضطرابات القلق واضطراب الاكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى.

2- الإرتباط بمقياس فاعية الذات:

وفقا لدراسة كل من (السعد، 2016؛ Casey, Oei, Newcombe, & Kenardy, Bouchard el at., 2007 ; Newcombe, 2004 Casey,Oei, 2004) فإن العلاقة فيما بين فاعلية الذات واضطراب الهلع هي علاقة ارتباطية سالبة. وهذا يسوغ التحقق من صدق اداة فرز اضطراب الهلع عن طريق الارتباط بين الدرجة على مقياس شدة اضطراب الهلع والدرجة على استخبار فاعلية الذات في السيطرة على نوبات الهلع(السعد،2016). للتحقق من ذلك تم تطبيق استخبار الفاعلية الذاتية للسيطرة على نوبات الهلع ومقياس شدة اضطراب الهلع على عينة الدراسة ، وقد توصلت الدراسة الحالية إلى ارتباط سلبي قيمته (-0,676) بين استخبار الفاعلية الذاتية للسيطرة على نوبات الهلع ومقياس شدة اضطراب الهلع.

تعليمات التطبيق:

فيما يلي بعض النقاط التي يجب الإلمام بها من قبل الاختصاصي الذي سيطبق الأداة لتساعد في الاستخدام الأمثل لها والوصول للهدف المرجو منها ألا وهو استخدامها كأداة فرز تساعد اختصاصي مراكز الصحة النفسية في الكويت في تشخيص اضطراب:

- يفضل أن يقوم اختصاصي مراكز الصحة النفسية بتطبيق أداة الفرز على المفحوص.

- تم صياغة بنود أداة الفرز اللهجة الكويتية وذلك لتكون الأداة سهله في تطبيقها من قبل الاختصاصي و لتكون مفهومة للمفحوص ، وبالتالي الحصول على نتائج أكثر دقة.

- تم استخدام عبارة "خوف شديد" بدلا من كلمة "هلع" في بنود الأداة كلها لتكون أكثر وضوحا للمفحوص.

- تتكون أداة فرز اضطراب الهلع من جزئين، الجزء(أ) والجزء (ب).

- يجب البدء في تطبيق القائمة بحسب ترتيب الأجزاء فلكل منهم غرض لا يمكن الحصول عليه إلا بعد إنهاء الجزء السابق له. وسنعرض أهم التعليمات الخاصة بكل جزء فيما يلي:

- يجب أن يوضح الفاحص أن الإجابة على جميع البنود يجب أن تتم وفقا للثلاث الأشهر الأخيرة السابقة للتطبيق، ومهم جدا أن يُذّكر الفاحص المفحوص بذلك حتى نهاية التطبيق.

تعليمات الجزء (أ):

- يتضمن الجزء (أ) أسئلة لاستبعاد أي أسباب عضوية أو دوائية قد تسبب نوبة الهلع.

- البند رقم (1) للتحقق من أن المفحوص لا يتناول أي عقار طبي قد يسبب نوبة الهلع.

- البند رقم (2) للتحقق من إن المفحوص لا يتناول أي نوع من المخدرات التي قد تسبب نوبة هلع، ويمثل هذا البند أحد المحكات التشخيصية لاضطراب الهلع.

- البند رقم (3) للتحقق من المفحوص لا يعاني من أي مرض عضوي قد يسبب حدوث نوبة هلع، مثل الضغط أو السكر أو أمراض الغدة الدرقية عدم انتظام دقات القلب أو أمراض القلب أو وروم

خلايا الكروماتين القاتمة ويمكن أن يوضح الاختصاصي تلك الأمثلة للمفحوص، ويمثل هذا البند أحد المحكات التشخيصية لاضطراب الهلع.

البند رقم (4) للتحقق من حدوث نوبة الهلع للمفحوص فيجب أن يتم التأكيد على أن التوتر والانزعاج والخوف الشديد حدث خلال فترة قصيرة تتراوح مابين الدقيقة إلى 10 دقائق تقريبا مع الأخذ بالاعتبار بأنه قد توجد حالات نادرة تستمر فيها نوبة الهلع لأكثر من 10 دقائق.

البند رقم (5) للتحقق من حدوث نوبة كاملة (حدوث 4 أعراض)مرة واحدة على الأقل حيث إن اقتصار النوبات التي تحدث للمفحوص على النوبات المحدودة يستبعد تشخيص اضطراب الهلع ويقرب التشخيص باضطراب القلق الغير مصنف. يجب التأكيد للمفحوص أن هذه الأعراض تحدث مجتمعة خلال النوبة التي تم اختيارها كأشد أو أكثر النوبات إزعاجا له. ومن المفترض أن يؤكد الفاحص أن الأداة تقيم نوبة الخوف أو نوبات الخوف التي تحدث للمفحوص ، على أن يذكّره خلال التطبيق كاملا بذلك.

- توضيح لبعض عبارات الجدول في الجزء(أ)

العرض رقم (1) راقع أو رقعة تعني تزايد نبضات القلب.

العرض رقم (4) نفسك مقطوع تعني قصر التنفس، أوصعوبة التنفس.

العرض رقم (5) يكش ينبك تعني القشعريرة .

العرض(6) تحس جنك في عالم غير حقيقي مو صح أو جنك في عالم ثاني تعني إختلال الإحساس بالواقع أو اختلال الآنية.

العرض(9) يمكن للفاحص أن يوضح آلام الصدر بكلمة ثقل بالصدر.

العرض (10) تحس انك بتموت تعني الخوف من الموت.

- العرض رقم (13) اللوعة تعني الغثيان.

- تعليمات الجزء (ب):

- البنود من (1-6) تمثل المحكات التشخيصية لاضطراب الهلع.

- البند (1) لتأكيد فجائية حدوث نوبة الهلع وأنها تحدث دون مقدمات لها، كما يساعد في التفريق بين نوبة الهلع التي تحدث ضمن الرهاب النوعي ((الفوبيا)) ونوبة الهلع التي تأتي ضمن اضطراب الهلع، ويمكن للاختصاصي أن يذكر أمثلة مثل الخوف من الدم أو الحشرات أو النار أو المخاوف من الحيوانات أو الأماكن المظلمة أو الأماكن الضيقة.

- البند رقم(2) يعبر عن القلق والخوف من تكرار حدوث نوبة الهلع.

- البند رقم(3،4) يجب للاختصاصي قراءة البند بما يناسب المفحوص بحسب وضعه المهني إن كان موظف ووضعه الدراسي إن كان طالب.

- البند رقم (5) يجب الأخذ في الاعتبار في هذا البند أن يذكر أمثلة للأماكن التي قد يتجنها المفحوص بحسب وضعه الاجتماعي والمهني إن كان موظف ووضعه الدراسي إن كان طالب والحالة الاقتصادية للمفحوص مما يؤثر على نوعية الأماكن الذي يذهب لها كالمسارح أو السينما أو المجمعات التجارية وما إلى ذلك.

- البنود من (7-10) تم صياغتها من الملامح التشخيصية لاضطراب الهلع.

- البند رقم (11) يساعد في التفريق بين اضطراب الهلع واضطراب القلق المعمم.

- البندين رقم (12،13) يساعدا في التفريق بين نوبة الهلع التي تحدث ضمن اضطرابات ما بعد الصدمة ونوبة الهلع التي تحدث ضمن اضطراب الهلع.

- البند رقم (14) يساعد في التفريق بين نوبة الهلع التي تحدث ضمن اضطراب الهلع ونوبة الهلع التي تحدث ضمن اضطراب الوسواس القهري. ويمكن إعطاء أمثلة أخرى للوسواس أو ذكر وسواس قهري صراحة للمفحوص في حال إمكانية فهمه لذلك.

- البند رقم (15) يساعد في التفريق بين نوبة الهلع التي تحدث ضمن اضطراب الهلع و نوبة الهلع التي تحدث ضمن الرهاب الاجتماعي.

تصحيح أداة فرز اضطراب الهلع:

أن وجود السيناريوهات المستخرجة من أداة فرز اضطراب الهلع يعد أمر يسهل الوصول إلى نتيجة أداء المفحوص، وبمعنى آخر فإن التحقق من حدوث البنود المذكورة في (SCN3) أو حدوث البنود المذكورة في (SCN12) لدى المفحوص يرجح الإصابة باضطراب الهلع لديه.

وفي حال الحاجة إلى استبعاد اضطراب الهلع فإنه يجب التحقق من حدوث (SCN8) وذلك لاعتبار ذلك السيناريو يمثل التشخيص الفارق لاضطراب الهلع.

ملاحظة هامة:

يجب أن ننوه إن تطبيق المقابلة التشخيصية يعد أمر هام لتشخيص الاضطرابات النفسية والتي أحدها اضطراب الهلع ، ويعد استخدام أداة فرز اضطراب الهلع **أحد إجراءات التشخيص** يهدف إلى الوصول إلى تشخيص مبدئي أقرب للدقة، لكنه لا يغنى عن المقابلة الإكلينيكية.

قائمة المراجع

الأنصاري، بدر محمد. (2014). *المرجع في مقاييس الشخصية*(ط2). الكويت: دار الكتاب الحديث.

الأنصاري، بدر محمد. (2000). *قياس الشخصية*. الكويت: دار الكتاب الحديث.

براون، ت، اوليردن، ت، وبارلو، د. (2002). اضطراب القلق. في ديفيد بارلو(محرر)، *مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي*(صفوت فرج، مترجم). (3- 111). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

بلحسيني، وردة رشيد.(2014). *اضطراب الهلع وثورة العلاج المعرفي السلوكي* (ط1). عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

بيل, آ. (2011). *الفوبيا الخوف المرضي من الأشياء والتغلب عليه* (عبد الحكيم الحزامي، مترجم).القاهرة: الدار الأكاديمية للعلوم.

ترول، ثيموثي. (2007). *علم النفس الإكلينيكي*. (فوزي شاكر طعيمة داود، حنان لطفي زين الدين، مترجم). عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

الرشيدي، بشير، منصور، طلعت، النابلسي، محمد، الخليفي، إبراهيم، الناصر، فهد، بورسلي، بدر، والقشعان، حمود. (2001). *سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية*. (ج. 9). الكويت: مكتب الإنماء الاجتماعي.

السبيعي، عبدالله. (2008). *التعامل مع اضطراب الفزع*. (ط.1). الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.

السعد، مها خماس.(2016). صدق أداة تشخيص اضطراب الهلع لدى مراجعي مراكز الصحة النفسية في دولة الكويت. رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة الكويت، الكويت.

شقير, زينب محمود. (2005). مقياس الدلالات الإكلينيكية التشخيصية للهلع(الفزع). القاهرة: دار الكتاب الحديث.

عزب، حسام الدين محمود. (2009). *فاعلية برنامج علاجي لاضطراب الهلع*.قُدم إلى المؤتمر السنوى الحادي عشر (الشباب من أجل المستقبل)، مصر.

العتيبي، فالح بن صنهات الدلبحي. (2011). *دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض*. رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

علام، صلاح الدين محمود. (2000). *القياس والتقويم التربوي والنفسي أساسياته وتطبيقاته وتوجيهاته المعاصرة* (ط.1). القاهرة: دار الفكر العربي.

الغرير، أحمد نايل، والعاصي، رياض نايل. (2011). *التشخيص النفسي* (ط.1). عمان: دار إثراء للنشر والتوزيع.

لعربي، فضيلة. (2019). *دور الأخصائي النفساني الإكلينيكي في مصلحة الاستعجالان دراسة ميدانية بمستشفى الأمومة و الطفولة لالة خيرة*. رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة عبدالحميد بن باديس مستغانم. الجزائر.

سليمان، نشوة عبد التواب حسين. (2009). سمات وأنماط الشخصية المنبئة باضطراب الهلع. *دراسات نفسية*، *19*(3)،451-494.

مليكه، لويس كامل. (2010). *علم النفس الإكلينيكي* (ط.1). عمان: دار الفكر.

ميركر، م. (2005). *دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية* (جمعة سيد يوسف ومحمد نجيب الصبوة، مترجم). القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

كرينغ، آنا ،.جونسن،شيري،. نئيل، جون,. و ديفسن، غرالد. (2015). *علم النفس المرضي*. (أمثال هادي الحويلة، فاطمة سلامة عياد، ملك جاسم الرشيد، نادية عبدالله الحمدان). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

Abdul-Jabbar, K. A. (2019). *An Easy Guide To Psychiatry*. (1th Ed). Doha: Dar Al Watad.

Ahmed, J. O. & Kakamad, K. K. (2024). Panic disorder: A review. *The Arab journal of Psychiatry.* 35(3), 21-27.

Alreybah, E. M. (2022). Prevalence and associated factors of panic disorder among medical Students in Abha University, abha, Saudi Arabia, 2020: Across-sectional study. *Journal of Health Sciences*. 6(4), 11544-11563.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Antony, M. M., & Barlow, D. H. (2010). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. (2ndEd).New York: the Guilford press.

Arck,J. & Craske, M. G. (2008). Panic disorder. In Craighead, W. E., Miklowitz, D. J. & Craighead, L. W.(2nd Ed.) *Psychopathology: history, diagnosis, and empirical foundations.* New York: Wiley.

Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R.C., & Merikangas, K.R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. In J.R.Z. Abela & B.L. Hankin (EDs.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 6- 320. New York: Guilford Press.

Baratloo, A., Hosseini, M., Negida, A., & El ashal, G. (2015). Part1:simple definition and calculation of accuracy, sensitivity and specificity. *Emergency*,(*3*), 1-2.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorder: the nature and treatment of anxiety and panic.*(2ndEd.). New York: the Guilford press.

Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2012). *Abnormal psychology an integrative approach.*(6thED). United States: Wadsworth cengage learning.

Black, D. W,&Andreasen, N. C. (2014). *Introductory Textbook of Psychiatry*. .(6thED). Washington: DC. American Psychiatric Puublishing.

Bouchard, S., Gauthier, J., Nouwen, A., Ivers, H., Vallieres, A., Simard, S,. & Fournier, T,. (2007).Temporal relationship between dysfunctional beliefs, self-efficacy and panic apprehension in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38* , 275-340.

Caldirola, D etal., (2016). Is there cardiac risk in panic disorder ? an apdated systematic review. *Journal of Affective Disorders,* (193), 38-49.

Christensen, H., Batterham, P. J., Grant, J. B., Griffiths, M.,& Mackinnon, A. (2011). Population study comparing performonce of prototypes for depression and anxiety with stander scales. *Medical research methodology*,11(154).

Craske, M. G.& Baerlow, D. H. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders.* (4Thed). New York: the Guilford press.

Craske, M. G. et al. (2010). Pnic disorder: A review of DSM –IV panic disorder and proposals for DSM-V. *Depression and anxiety.* (0), 1-20.

Csey, L. M., Oei, T. P.,& Newcombe, P. A. (2004). An integrated cognitive model of panic disorder: the role of positive and negative cognitions. *Clinical Psychology Review*. 24, 529-555.

Csey, L. M., Oei, T. P., Newcombe, P. A., & Kenardy, J. (2004). The role of catastrophic misinterpretation of bodily sensations and panic self-efficacy in predicting panic severity. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 325-340.

Davies, S.J el at. (1999,October). Association of Panic Disorder and Panic Attack with Hypertension. *The American journal of Medicine.* 107, 310-316.

DeGeorge, C.M., Grover, M., Streeter, G. S., (2022). Generalized Anxiety Disorder and panic disorder in Adults. *American Family Physician*,106,(2), 157-164.

European medicines agency. (2005, January20). *Guideline on clinical investigation of medicinal products indicated for the treatment of panic disorder*. Retrieved June 18,2013 from http://www.emea.eu.int

Eusebi, P. (2013). diagnostic accuracy measures. *Cerebrovasc dis*, (36), 267–272.

Gottschalk, M. G et al., (2016). Serum biomarkers predictive of depressive episodes in panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, (73), 53-62.

Good, B. J., & Hinton, D. E., (2099). Panic disorder in cross- cultural and historical perspective. In Devon E. Hinton & Byron J. Good (Ed.), *Culture and panic disorder*(5th Ed, pp.1-28)Stanford: Stanford University press.

Herr, N. R., Williams, J. W., Benjamin, S., Mcduffie, J. (2014). Does this patient have generalized anxiety or panic disorder?. *Clinical review& education*, Vol.312(1), 78-84.

Hollander. E., & Simeon. D. (2008). Anxiety disorders. In Robert E. Hals, Stuart C. Yudofsky, & Glen O. Gabbard (Ed.), *Text book of Psychiatry*(5th Ed, 505-607). Arlington: The American Psychiatric Publishing

Katon, W. (2006). panic disorder. *the new England journal of medicine,354*(22), 2361-2367.

Marcks, B. A., Weisberg, R. B.,& Keller, M. B., (2009). Psychiatric Treatment Received by Primary Care Patients With Panic disorder with and without Agoraphobia. *Psychiatric services*,Vol.60(6), 823-828.

Perna, G. (2012). Panic disorder: from psychopathology to treatment. *Journal of psychopathology*, (18), 82-91.

Madaan, V. M. (2008,Fall). Assessment of Panic Disorder Across the life Spain. *The journal of lifelong in psychiatry*, Vol VI(4), 438-444.

Mestre-pinto, J. l et al. (2014). Dual diagnosis screening interview to identity psychiatric comorbidity in substance uesrs: devolpment and validation of a brief instrument. *Eur addict res*, (*20*).41-48.

Okeh, U.M., & Ogbonna, L.N (2013). Statistical evaluation of indicators of diagnostic test performance. *American journal of bioscience*, 1(4), 63-73.

Newman, M. G., Holmes, M., Zuellig, A. R., Kachin, K. E.& Behar, E.(2006).The Reliability and Validity of the panic disorder self-report: anew Diagnostic Screening Measure of Panic Disorder. *Psychological Assessment* , *18*(1), 49-61.

Rachman, S., & Silva, P. D. (2004). *Panic disorder the facts*. (2ndED.). New York: Oxford University Press.

Rboland, A. (2005, August 5). *Panic disorder (panic disorder with or without agoraphobia, DSM-IV-TR#300.01,300.21).* Retrieved June 18,2013 from http://www.brown.edu.

Sansone, R. A., &Sansone, L. A. (2009). Panic disorder subtypes: deceptive somatic impersonators. *Psychiatry*, 6(8), 33-37.

Sarp, A., Arik, A. C., GÜz, H., Sahin, A. R., & Abanoz, Z. (2010). Possible subtypes of panic disorder. *Turkish journal of psychiatry*, 1-9 .

Shear, M. K et al. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *Am j psychiatry*, (154),1571-1575.

Stein, M. B., & Sareen, J. (2014). Anxiety disorders. In Robert E. Hales, Stuart C. Yodofsky, & Laura Weiss Roberts(Editor), *Textbook of psychiatry*. (6th ed. PP.391-429). Washington, DC: American Psychiatric Association

Tunnell, N. C., Corner, E. S., Roque, A. D., Kroll, J. L., Ritz, T, &Meuret, A. (2024). Biobehavioral approach to distinguishing panic symptoms from medical illness. *Frontiers in Psychiatry*, 1-21.

Yates, W. R. (2009). Phenomenology and epidemiology of panic disorder. *Annals of clinical psychiatry*, (21), 95-102.

Zhu, W., Zeng, N., & Wang, N. (2010). Sensitivity, specificity, accuracy, associated confidence interval and ROC analysis with practical SAS implementations. *Health care and life science*, 1-9.