



الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

دراسة انتشار اضطراب القلق المعمم عند عينة من طلاب الشهادة الثانوية والمقارنة مع انتشاره في عينة من طلاب
الثاني الثانوي في مدارس مدينة السويداء

**A Study of Prevalence Of Generalized Anxiety Disorder In A Sample Of Secondary Certificate Students
And Comparing With Its Prevalence In A Sample Of Second Secondary Students In Swaida City Schools**

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا التخصصية في الأمراض النفسية ، أعد في قسم الأمراض الباطنة

إعداد

د. عصام هائل الحجلي

برئاسة

أ. رائد أبو حرب

إشراف

م. د. ثائر حيدر

تصريح

أنا عصام هايل الحلبي أقدم هذا البحث لنيل شهادة الماجستير في الطب النفسي وأصرح على مسؤوليتي الكاملة أن العمل المقدم فيما يلي من إنتاجي بالكامل ، وكل المعلومات المستقاة من مصادر أخرى فيه مسندة إلى أصحابها بكل دقة ، وأن الاقتباسات الحرفية من أعمال أخرى _إن وجدت_ لا تتجاوز الحجم الأدنى الضروري للاقتباس ، ومبينة بوضوح بحصرها بين علامات تنصيص (..) ومسندة صراحة إلى مصادرها.

إلى كل من زرع بذرة في أرض الإنسانية الجديدة..

وكل من ذرف دمة لتسقي تربتها..

إلى كل الأصدقاء والأحباء الذين نشروا العطر في دربي..

وكل العقبات التي زينت طريقي..

أساتذتي الأفاضل..رفاق الدرب..زوجتي الغالية..أهلي..وكل من
كانوا شموعاً و شمساً تنير في زمن الظلام..

أهدي هذا العمل المتواضع..

عصام

شكر للمدرس الدكتور ثائر حيدر الذي تفضل بالإشراف على رسالتي ولم يتوانى عن تقديم كل ما يجب لإنجاز هذه الرسالة..

شكر للأستاذ يوسف لطيفة رئيس الشعبة النفسية..

شكر للدكتور غيث صالح على كل ما قدمه من محبة وعطاء..

شكرا لكل الزملاء في الشعبة النفسية الذين ساهموا بوصولي
لنهاية هذه المرحلة.. كنان.. رواد.. أيهم.. مضر.. وكل الآخرين

فهرس

- 1- الخلفية وأهداف البحث
 - a. الخلفية
 - b. أهداف البحث
- 2- القسم النظري
 - a. مفهوم القلق
 - i. القلق عبر التاريخ
 - ii. أنواع اضطرابات القلق
 - b. اضطراب القلق المعم
 - i. الوبائيات
 - ii. الأسباب والآلية المرضية
 1. عوامل وراثية
 2. عوامل عصبية
 - a. الجهاز الودي النورأدريناليني
 - b. المحور الوطائي النخامي
- القطري
 - c. اللوزة
 - d. جهاز التثبيط السلوكي
 - e. جهاز BNZ و GABA
 - f. نواقل أخرى
3. عوامل اجتماعية
 - a. الحوادث الراضة والشدة النفسية
 - b. التربية
4. العوامل النفسية الديناميكية
 - iii. الأعراض السريرية
 - iv. المعايير التشخيصية وفق DSM-5
 - v. المعايير التشخيصية وفق ICD-10
 - vi. الأمراض المرافقة

vii. التشخيص التفريقي

1. أمراض نفسية
2. أمراض جسدية
3. أدوية

c. التطور والانداز

d. العلاج

i. العلاج النفسي

ii. العلاج الدوائي

1. SSRIs

2. SNRIs

3. BNZ

4. TCA

5. Buspirone

6. Pregabalin

7. أدوية أخرى

8. خطة العلاج

-3. العلاقة المتبادلة بين القلق والدراسة

-4. القسم العملي

a. الفرضيات ومراحل العمل

b. الدراسة الاحصائية

i. وصف العينة

ii. الدراسة الاحصائية التحليلية

c. النتائج

d. المناقشة

e. التوصيات والمقترحات

-5. الملحقات

a. معايير DSM_V التشخيصية.

b. الموافقة المستنيرة.

c. الاستبيان.

-6. المراجع

الخلفية وأهداف البحث

يختبر كل البشر القلق على شكل شعور منتشر غير سار وإحساس غامض بالتوجس يترافق غالبا مع أعراض انباتية كالصداع والتعرق والخفقان وضيق النفس وانزعاج في الجهاز الهضمي وعدم القدرة على الجلوس أو الوقوف طويلا ,تتنوع هذه الأعراض وتختلف كثيرا بين الأشخاص(1).

يعد اضطراب القلق المعمم (GAD) generalized anxiety disorder مرضا منتشرا عند حوالي 5% من البشر عبر الدراسات المختلفة, (1) وفي عيادات القلق المتخصصة يشكل ربع الحالات المراجعة (1).

يعتبر هذا الاضطراب شائعا في عيادات الصحة العامة حيث يترافق مع زيادة طلب الخدمات الطبية, (2) حيث وجدت دراسة في شمال أوروبا أن 4.1-6% من الرجال و 3.7-7.1% من النساء المراجعين لهذه العيادات قد شخص لهم (3). GAD.

يبلغ عدد المرضى الذين لهم اضطراب قلقي في الولايات المتحدة الأمريكية حوالي 12.3 مليون مريض خلال الفترة 1997-1998 وبمعدل 1.5 % من مجمل المرضى في جميع العيادات(4) . يبدأ الاضطراب بالعادة في نهاية المراهقة أو بداية البلوغ (1) حيث يصادف في الأعمار المتوسطة والشباب أكثر من الكهولة ,وينتشر عند النساء ضعف انتشاره عند الرجال(5) .

تعتبر صعوبات التفكير ومشاكل التركيز من الأعراض الموصوفة في اضطراب القلق المعمم وتدخل في معايير تشخيص المرض في DSM وفي ICD.

وفيما يخص علاقة اضطراب القلق مع الظروف الدراسية فقد قامت العديد من الدراسات بتقصي علاقة انتشار القلق مع التحصيل الأكاديمي حيث وجدت دراسة على طلاب الطب والهندسة في الهند أن القلق يؤثر بشكل سلبي على التحصيل العلمي لدى الطلاب(6)

وأثبتت دراسة نيجيرية على طلاب كليات التمريض أن القلق يترافق مع انخفاض مستويات التحصيل العلمي لديهم.(7) .

بينما لاحظت دراسة Stutler في جامعة Northern Colorado أن التحصيل العلمي ترافق بشكل عكسي مع مستويات القلق فقط عند المستويات الأكاديمية المنخفضة ولم يوجد هذا الترافق عند المستويات الأكاديمية المتوسطة أو العالية(8).

أما فيما يخص العلاقة العكسية التي تبحث تأثير الظروف الدراسية على انتشار القلق فلم نجد أي دراسة تبحث في هذا الموضوع ،وقد يكون السبب عائداً لتوافق تطور المناهج مع المستوى العلمي للطلاب في البلدان المتطورة وعدم وجود الدراسات والأبحاث المناسبة في البلدان الأقل تطوراً.

خلال عملنا العيادي في مشفى المواساة راجعنا عدد من طلاب الشهادة الثانوية بشكاية نقص في التركيز وتشتت في التفكير وصعوبات دراسية ، وعند مقابلتهم السريرية لاحظنا تحقيقهم معايير تشخيصية لاضطراب القلق المعمم ،ومن هنا تساءلنا عن مدى تأثير الشهادة الثانوية على الطلاب المصابين بهذا الاضطراب ، وقررنا القيام بهذه الدراسة لتحديد هذا التأثير ،ومن خلال ذلك يمكننا المساهمة في الدعم النفسي للطلاب ومع العلاج الدوائي عند اللزوم سيستطيع الطالب تطوير تحصيله العلمي وتجاوز ضغوطات هذه المرحلة.

: هدف مشروع البحث

- 1- دراسة نسبة انتشار القلق المعمم عند عينة من طلاب الثاني الثانوي.
- 2دراسة نسبة انتشار القلق المعمم عند عينة من طلاب الشهادة الثانوية.
- 3- دراسة علاقة وجود اضطراب القلق المعمم بسنة الشهادة الثانوية.
- 4 دراسة علاقة انتشار القلق المعمم ب:

a.الجنس

b.الفرع الثاني (علمي أو أدبي).

c.الوضع الاقتصادي.

d.التدخين

القسم النظري

مفهوم القلق

القلق عبر التاريخ

يعتبر القلق جزءا من السلوك الانساني الطبيعي وقد يكون من الصعب تحديد النقطة التي تتحول فيها سمة القلق إلى اضطراب قلق معمم لذلك فإن الجمعية الأمريكية للطب النفسي لا تعتبر القلق مرضا إلا اذا سبب تعطلا وظيفيا ومهنيا(9).

يختبر كل البشر القلق ويوصف بشعور منتشر ,غير سار , وإحساس غامض بالتوجس يترافق غالبا مع أعراض انباتية autonomic كالصداع والتعرق والخفقان وضيق النفس وانزعاج في الجهاز الهضمي وعدم القدرة على الجلوس أو الوقوف طويلا ,تتنوع هذه الأعراض وتختلف كثيرا بين الاشخاص(1).

يعتبر القلق بالحقيقة إشارة تنبيه فهو يحذر من خطر وشيك يمكن أن يحدث لكي يسمح لنا باتخاذ تدابير تحمي من هذا الخطر ,الخوف إشارة مشابهة أيضا ,لكن ينبغي علينا التمييز بين القلق anxiety والخوف fear فالخوف استجابة لخطر خارجي معروف وواضح ومحدد أما القلق فهو استجابة لتهديد غير معروف وداخلي وغامض(1).

ينبها كلاً من القلق والخوف للأخطار الداخلية والخارجية ,ومن وجهة نظر أخرى يمكن اعتبار القلق استجابة تكيفية طبيعية منقذه للحياة وتحذر من التهديد بضرر جسدي أو ألم أو عجز أو عقوبة محتملة أو خذلان في الاحتياجات الجسدية والنفسية ,وتجعلنا نأخذ الخطوات الضرورية لمنع هذا التهديد أو التخفيف من عواقبه وهذا يتطلب تأهبا وزيادة نشاط من الفعالية الجسدية والانباتية (الودية ونظيرة الودية وهذه الفعالية تجعل الشخص يفعل بعض الأمور ليخفف من الخطر المحيط كمثال الطالب الذي يعكف على التحضير الشاق لامتحان" فعل جسدي وعقلي " خوفا من الرسوب" الخطر (1)"لذلك كما أسلفنا فإن القلق ليس مرضيا في كل الحالات وهناك استجابات قلقية طبيعية يمارسها البشر.

وجد القلق قديما عبر العصور وقد حذفه الأطباء في العصور القديمة من قائمة الأمراض العقلية ربما لأنه منتشر بين البشر, ففي العصور اليونانية القديمة عرفت كلمات مثل (mania الهوس) , paranoia (الزورانية) , hysteria (الهستيريا) , melancholia (السوداوية) بمعان مشابهة تقريبا للتي نستخدمها حاليا ولكن لم يعرفوا كلمة Anxiety أما في العصور اليونانية اللاحقة فقد استخدمت كلمة anisuchia التي تعني غير هادئ للتعبير عن القلق.

استخدم الرومان في العصر القيصري كلمة anxietas التي تعني الخوف الشديد والذعر ولكن هذه الكلمة لم تدرج أبدا في اللغة الطبية القديمة. لم يشر إلى القلق كمرض مستقل في عصر النهضة مثلا في كتاب Burton الشهير "Anatomy Of Melancholy" (1621) "لا وجود للقلق وبدلا من ذلك اعتبرت التظاهرات السريرية له أمراضا مختلفة حيث اعتبر ضيق النفس في القلق نوعا من الاضطراب الرئوي دعي butterflies in the stomach والدوام dizziness المرافق نوعا من الدوار vertigo متعلق بخلل في الاذن الوسطى , ولكنه ألمح لوجود اتصال محتمل بين الاضطرابات الجسدية والعقلية (10) .

عرفت نوب الهلع قديما أيضا ولكن الدراسة الطبية الأولى لهذه الحالة كانت في القرن الثامن عشر والتي قام بها (11) Le Camus في بداية القرن التاسع عشر صنف الهلع من "الجنون الأحادي monomanias" الذي كان يتضمن اضطرابات في التفكير أكثر من اضطرابات المشاعر , إلى أن جاء Westiphal (1872) الذي وصف رهاب الساح وأكد على أهمية مشاعر القلق في تظاهراته السريرية (12) .

لطالما خلط القلق الذي نعرفه اليوم مع السوداوية Melancholia حتى العصور الوسطى وعصر النهضة (10). إلى أن جاء فرويد Freud الذي صنف الحالات ذات الأعراض القلقية تحت اسم جديد منفصل :عصاب القلق (12). anxiety neurosis.

احتوى عصاب القلق الذي وصفه فرويد الرهابات phobias ونوب الهلع panic attacks وصنف الرهابات إلى نوعين: رهابات شائعة common وهي الخوف من أشياء تجلب الخوف بالعادة (الظلام أو المرتفعات ،) و رهابات خاصة specific التي تحدث بمواقف لا تستدعي خوف الناس الطبيعيين مثل رهاب الأماكن المفتوحة" يختلف بالطبع عن تفسيرنا الحالي للرهابات الخاصة(12) "

قسم فرويد فيما بعد هذه المجموعة من الاضطرابات إلى قسمين أبقى على الأول اسم عصاب القلق anxiety neurosis وهو الذي تضمن بشكل رئيس الاضطرابات ذات الأعراض النفسية للقلق ، أما القسم الثاني الذي سماه عصاب الهستيريا Neurosis hysteria فوصف الاضطرابات ذات الأعراض الجسدية ، وقال أن المسبب لكلا الحالتين هو الصراعات الجنسية الداخلية ثم قبل فيما بعد عددا آخر من الأسباب بحلول العام 1930 اعتبر معظم الأطباء النفسيين أن طيفا واسعا من الحوادث الرضاة نفسيا يمكن أن تسبب عصابا قلقيا.

اقترحت النظرية السلوكية في الستينيات تصنيفا مختلفا للرهابات إلى ثلاثة أقسام: رهابات بسيطة Simple phobias, ورهاب اجتماعي Social phobia, ورهاب الساح Agoraphobia حيث تختلف هذه الأنواع بالإضافة لأعراضها في سنين الإصابة بها، تبدأ البسيطة في الطفولة ، والاجتماعي في المراهقة ، ورهاب الساح في سنين الكهولة الأولى .(13) لوحظ في نفس الوقت تعنيد الرهابات المترافقة مع نوب هلع على العلاج السلوكي واستجابتها الجيدة للعلاج الدوائي بـ imipramine (14) ،سرعان ما صنف هذه الحالات تحت عنوان اضطرابات الهلع ، وهذا ما أفضى لاحقا إلى التصنيف لاضطراب القلق المعم generalized anxiety disorder واضطراب القلق الرهابي phobic anxiety disorder واضطراب الهلع(12) panic disorder.

استقلت فيما بعد خلال البحوث الطبية النفسية والتصنيفات المتتالية عدة اضطرابات كانت تعتبر سابقا من اضطرابات القلق لتصبح اضطرابات مستقلة مثل الاضطرابات التفارقية Dissociative والاضطرابات النفس جسدية Psychosomatic واضطرابات التجسيد Somatization والتحويل Conversion وداء المراق hypochondriasis ومؤخرا الوسواس القهري. Obsessive compulsive disorder

أنواع اضطرابات القلق

تتضمن النسخة الأخيرة الصادرة عام 2013 من الدليل الاحصائي والتشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-5 عدة تصنيفات لاضطرابات القلق وهي(5) :

- 1- قلق الانفصال : Separation anxiety Disorder وهو القلق المرضي المثار بابتعاد او انفصال الشخص عن شخص آخر متعلق به.
- 2- الصمت الانتقائي : Selective mutism وهو عدم القدرة على الكلام في موقف اجتماعي محدد مع القدرة على الكلام في بقية المواقف.
- 3- الرهابات الخاصة : Specific phobia وهي الخوف المفرط والقلق لمواقف محددة (مثل الطيران , الحيوانات , الأماكن العالية)...
- 4- القلق الاجتماعي : Social anxiety disorder وهو القلق في المواقف الاجتماعية التي يخاف المريض من التدقيق عليه والسخرية منه خلالها (لقاء محاضرة , مقابلة الغرباء.....)
- 5- اضطراب الهلع : Panic disorder وهو تكرار لنوب ذعر شديدة غير متوقعة .
- 6- رهاب الساح : Agoraphobia وهو خوف المريض من التواجد في مكان يصعب إسعافه فيه اذا أصابه مكروه أو خوفه من حدوث شيء مخرج له عند تواجده هناك(وحيدا في المنزل , الأماكن المغلقة , الساحات والتجمهرات.....)
- 7- اضطراب القلق المحدث بمادة أو دواء : Substance/Medication induced anxiety disorder وهو نوب الهلع أو الأعراض القلقية المتعلقة بالانسمام أو الانسحاب من دواء أو مادة تسبب سوء الاستخدام.

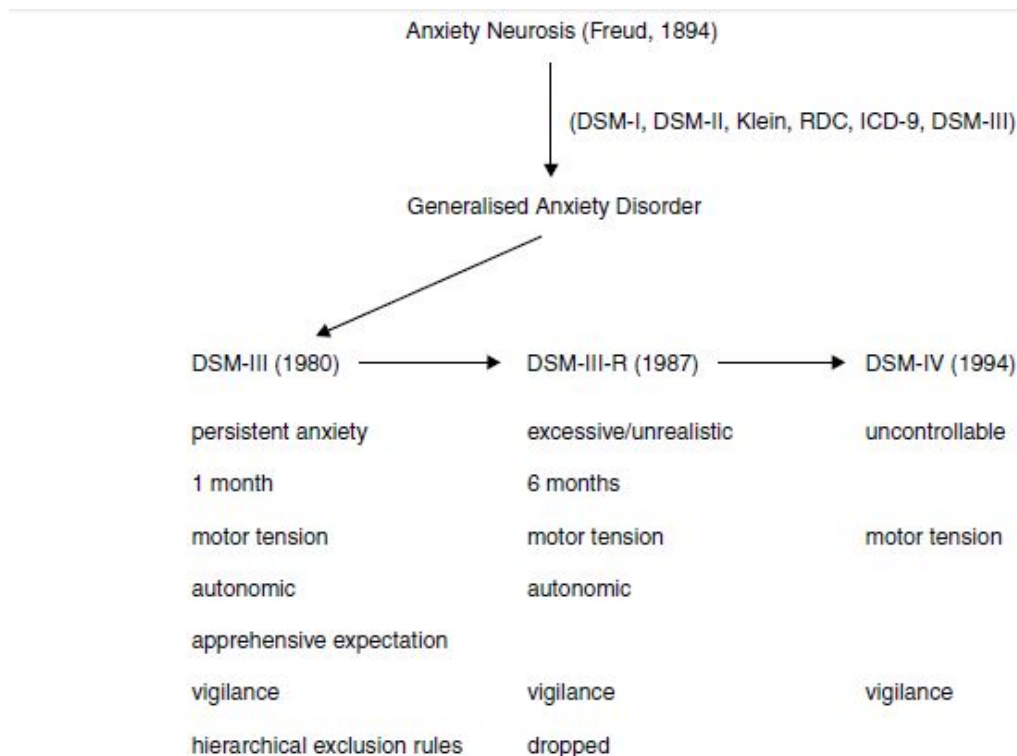
8- اضطراب القلق المتعلق بحالة طبية أخرى Anxiety disorder due to another medical condition: وهو الاضطراب القلبي الناتج بشكل مباشر عن مرض جهازى آخر) ورم القوائم مثلاً(....

9- اضطراب القلق المعمم Generalized anxiety disorder: وهو موضوع دراستنا هذه ويتضمن خوف المريض الدائم من اشياء غامضة وتوجسه المستمر والمزمن وعدم قدرته على التحكم بقلقه أو منعه من التأثير على حياته الشخصية(5).

اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety Disorder

ظهر اضطراب القلق المعمم ك تصنيف مستقل في النسخة الثالثة من الدليل التشخيصي والاحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-III المطبوع في عام 1980 واعتبر حينها كأعراض متبقية residual لاضطرابات القلق الأخرى ,حيث احتوى التصنيف مجموعتين من اضطرابات القلق :الرهابية Phobic state والمتضمنة الرهابات العامة والخاصة ,والقلقية Anxiety statesالمتضمنة اضطراب الهلع واضطراب القلق المعمم والوسواس القهري ,ووصف GAD بأنه يتضمن شعورا مستمرا ومعمما من القلق الذي يتظاهر بشكايات مستمرة لمدة شهر واحد على الأقل ,وقسمت أعراضه إلى أربع مجموعات :فرط الفعالية الانباتية ,والتوتر العضلي ,والتوجس Apprehension, والحذر والانتباه ,وللتشخيص يجب أن يعاني المريض من أعراض مختلفة بثلاث مجموعات على الأقل(15).

أدرج GAD كاضطراب رئيسي في النسخة المعدلة من ذلك التصنيف DSM-III-R عام 1990 وذلك نتيجة الملاحظات السريرية المتتالية عن كون أعراضه قد تكون موجودة بشكل مستقل وبمعزل عن أي اضطراب قلق آخر ,وتطلب تشخيص الاضطراب وجود ستة على الأقل من ثمانية عشر عرضا ولمدة ستة أشهر على الأقل(15) المخطط في الأسفل(15).



مخطط يوضح التغير الزمني للمعايير التشخيصية لاضطراب القلق المعمم

بلغت نسبة انتشار اضطراب القلق المعمم خلال الحياة lifetime prevalence في الولايات المتحدة الأمريكية من (16-17) 5.1% إلى 11.9% (18).

أبدت الدراسات الوبائية في أوروبا أن نسبة انتشار GAD خلال سنة واحدة 12-month prevalence كانت (19) 1.7-3.4 % وخلال كامل الحياة كان (20) 3.4-5.9%

يعتبر القلق المعمم واحد من أشيع الاضطرابات في عيادات الصحة العامة ويطرأ مع زيادة طلب الخدمات الطبية (21) حيث وجدت دراسة في شمال أوروبا أن 4.1-6% من الرجال و 3.7-7.1% من النساء المراجعين لهذه العيادات قد شخص لهم GAD. (22)

بلغت نسبة الانتشار في الصين (23) 5.1% وفي إيران (24) 7.2% وفي المغرب (25) 4.3%

ينتشر اضطراب القلق المعمم عند النساء ضعف انتشاره عند الرجال ويصادف في الأعمار المتوسطة والشباب أكثر من الكهولة (5).

لم نجد أي دراسة تشير لنسبة انتشار اضطراب القلق المعمم في سوريا.

الأسباب والآلية المرضية: etiology

يعتبر سبب اضطراب القلق المعمم غير معروف بعد , حيث يصيب مجموعات متباينة من الأشخاص .

يصعب في بعض الأحيان تمييز القلق الطبيعي من المرضي حيث كما أسلفنا تعتبر بعض مستويات القلق تأقلمية وطبيعية وبالتالي أيضا يصعب علينا تمييز العوامل المسببة البيولوجية من العوامل النفسية الاجتماعية , وأغلب الظن أنها تعمل معا وتؤثر في وقت واحد لتعطي الصورة السريرية للاضطراب (1).

العوامل الوراثية Genetic factors

وجدت دراسة استخدمت معايير DSM-III للقلق المعمم أن نسبة انتشاره كانت أعلى بخمس مرات عند أقارب الدرجة الأولى للمصابين (26) وبالنقيض وجدت دراستان على التوائم أن معدلات الإصابة بـ GAD لم تختلف بين توائم المصابين سواء كانوا أحاديي البويضة monozygotic أو ثنائيي البويضة dizygotic (27-28) ووجدت دراستان وجود توريث مشترك بين اضطراب القلق المعمم واضطرابات المزاج (29-30) مما سبق تطورت النظرة الحالية التي تقول بأن العوامل الوراثية تلعب دورا محدودا في حدوث اضطراب القلق المعمم بالمقارنة مع اضطرابات المزاج (31).

العوامل العصبية neurobiological mechanisms

تتشترك مجموعة متنوعة من العوامل التشريحية والكيميائية والغدية والفزيولوجية ضمن الجهاز العصبي في الآلية المرضية للقلق , واستنتجت معظم هذه المعلومات من الدراسات على الحيوانات واستجابتها للشدة حيث تعتبر الدراسات العصبية لدى المصابين بـ GAD المجراة على الانسان محدودة جدا , وفيما يأتي سنحاول توضيح بعض الآليات التي تتدخل في الاحساس بالقلق.

تتداخل الطرق الودية في دور الخوف واليقظة وتلعب دورا في الاستجابة للتهديد والخطر, ولكن دورها في حالات القلق المستمرة غير واضحة. تبدو مستويات الكاتيكولامينات عند الراحة لدى المصابين بالقلق المعمم طبيعية, ويبدون استجابة تحت طبيعية لحصر أو تنبيه مستقبلات a_2 الأدرنجية مع تناقص كثافة هذه المستقبلات في الصفحات الدموية, وهذه الموجودات قد تدعم وجود تنظيم نازل *down regulation* لمستقبلات a_2 وذلك استجابة للمستويات العالية من النورأدرنالين (31).

وتماشيا مع هذه النتائج الكيميائية يبدي قياس الفعالية الجسدية للجهاز الانباتي مثل معدل التنفس والنبض والضغط الدموي لدى المصابين بـ *GAD* نتائج طبيعية أثناء الراحة مع استجابة ضعيفة وأحيانا متطولة للمنبهات المتعلقة بالشدة, *stress*, وهذه النتائج قد تشير إلى تناقص استجابة الجهاز العصبي الانباتي عند المصابين بـ *GAD*. (31).

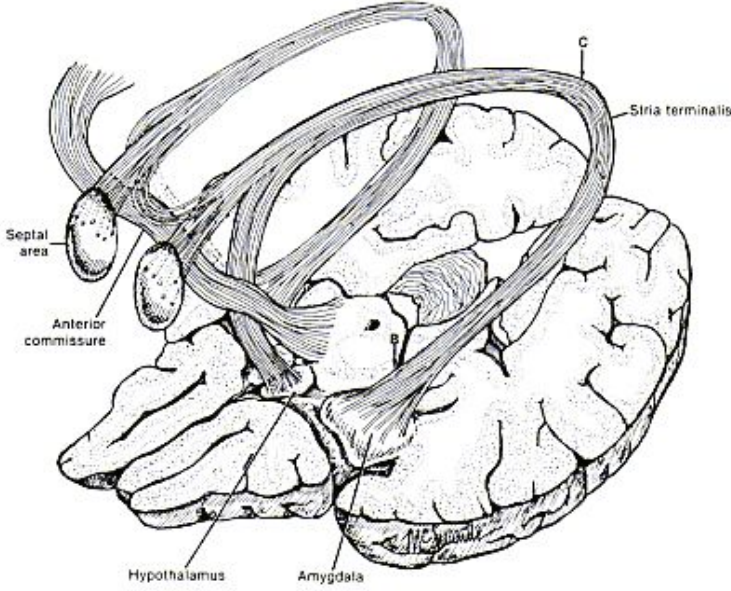
2- المحور الوطائي النخامي الكظري *The hypothalamic-pituitary-adrenal axis*

يشارك المحور النخامي الوطائي الكظري والكورتيزول في ردود الفعل على الشدة حيث يخضع هذا المحور لتأثيرات متعددة, السيطرة الأولية عن طريق افراز العامل المحرض للستيروئيدات القشرية *corticotrophin-releasing factor CRF* من الوطاء الذي يؤثر على النخامي لتفرز *ACTH* الذي يحرض الغدة الكظرية لإنتاج الكورتيزول ويمارس الكورتيزول الجهازى المعطى تلقيا راجعا سلبيا على عمل النخامة وأيضا على مستقبلات الحصين. *hippocampus*.

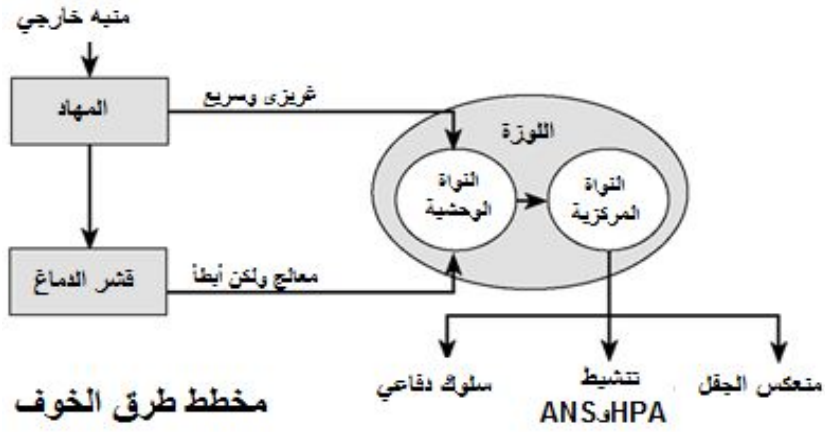
أدى التعرض المديد للشدة أو للستيروئيدات الخارجية لدى الفئران إلى انقاص المستقبلات الستيروئيدية في الحصين لذلك تناقص التلقيح الراجع بالكورتيزول. أظهرت هذه الحيوانات انخفاض الافراز في اختبار التثبيط بالدكساميتازون واستجابة أطول أو أكبر للشدة.

لوحظ تناقص الافراز في اختبار التثبيط بالدكساميتازون عند حوالي ثلث المصابين بـ (32) GAD ويمكن أن يكون هذا الانخفاض في التنظيم الطبيعي لإفراز الكورتيزول أحد الآليات التي تؤدي من خلالها الشدة النفسية المزمنة أو المتكررة قلقاً مستديماً (31).

3- اللوزة: amygdala



أثبت LeDoux وزملاءه الدور المحوري الذي تلعبه اللوزة في توسط ارتكاس الخوف، حيث أنها المسؤولة عن كشف التهديدات المحتملة للكائن واستدعاء مجموعة من الاستجابات الدفاعية (موضحة أسفلاً في الشكل)، ومن خلال اتصالها مع الوطاء تفعل الجهاز العصبي الودي والمحور الوطائي النخامي الكظري، وتتواسط من خلال الألياف العصبية الممتدة إلى المنطقة الرمادية في الدماغ الأوسط Midbrain الاستجابات الدفاعية السلوكية كاستجابة "قاتل أو أهرب" عند مواجهة خطر، ومن خلال ارتباطها بالتشكيل الشبكي يمكن أن تعزز منعكس الذهول أو الجفل startle الدفاعي (33-34).



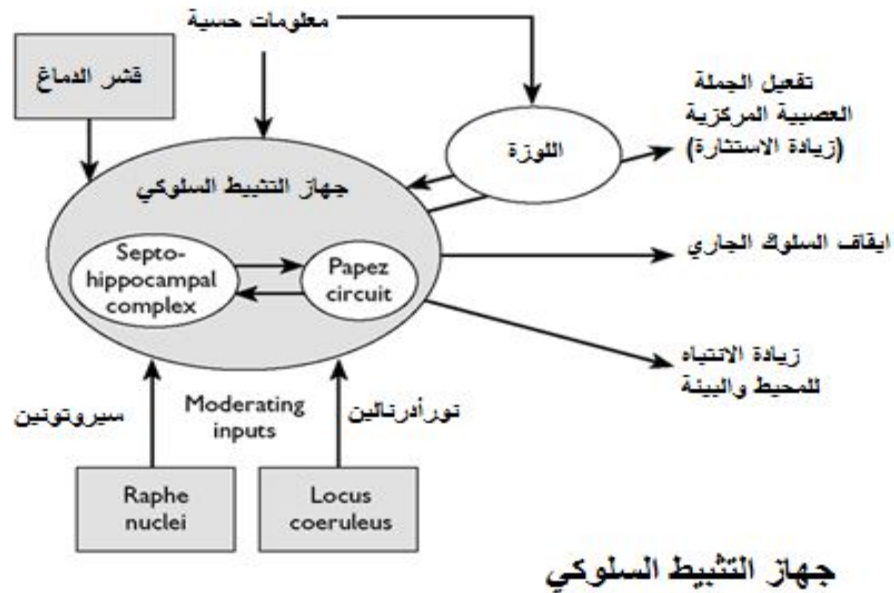
4- جهاز التثبيط السلوكي behavioral inhibition system

افترض Gray عام 1982 أن الجهاز جانب الحصين *septohippocampal system* هو المسؤول بالاشتراك مع نواة بابيتز *Papez circuit* بالتوسط في شعور القلق وكذلك عن التأثيرات الرئيسة للأدوية المضادة للقلق (35) ودعا هذا الجهاز بجهاز التثبيط السلوكي لأنه حالما يتنشط هذا الجهاز فإنه يقطع السلوك الذي نقوم به ويزيد يقظتنا وانتباهنا للأخطار القادمة من المحيط (31).

وفقا لملاحظات Gray يتلقى جهاز التثبيط السلوكي المعلومات حول المحيط من القشرة الحسية عن طريق الفص الصدغي وتشكيلات الحصين، ويطابق هذه المعلومات مع التوقعات المسبقة المخزنة في نواة بابيتز وينسقها أيضا مع مصلحة الكائن الحالية، وعندما يحدث خلل في التطابق أو توقع حدوث مكروه يتنشط هذا الجهاز مما ينتج مجموعة استجابات عاطفية وسلوكية متوافقة مع القلق (31).

يتفعل هذا الجهاز بالتأثير التصاعدي للنورأدرينالين والسيروتونين على القشر جانب الحصين وهذا ما يشرح آلية عمل بعض الأدوية، توفر اللوزة أيضا مدخلات لنظام التثبيط السلوكي ويمكن أن تحول مخرجاته إلى الوطاء والجهاز الانباتي، وبالتالي تحدث الاستثارة القلقية، مما سبق نستنتج أن التفعيل المستمر لجهاز التثبيط السلوكي قد يكون مسؤولا عن عدد من تظاهرات

GAD. (31)

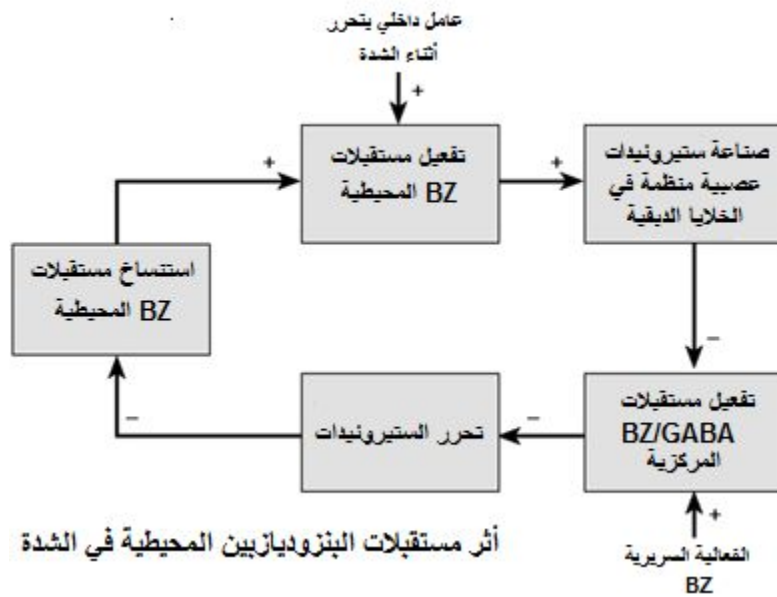


5- جهاز البنزوديازيبين: *GABA The benzodiazepine-g-amino butyric acid system*

يعتقد أن التأثير المضاد للقلق القوي لمركبات البنزوديازيبين يتوسط بمواقع تعارف للبنزوديازيبينات *benzodiazepine recognition sites* متوضعة بمعدات على مستقبلات *GABA* من النمط A في الجملة العصبية المركزية وعندما يرتبط البنزوديازيبين بمكانه يعدل شكل مستقبل *GABA* فراغيا وبالتالي يعزز تأثير (*GABA*) المثبط على النقل العصبي، تفعيل هذه المستقبلات أيضا يكبح المحور الوطائي النخامي الكظري وبالتالي ينقص مستويات الكورتيزول (31).

تمتلك البنزوديازيبينات بالإضافة لهذه المستقبلات المركزية مستقبلات خارج الجهاز العصبي المركزي (مستقبلات محيطية) يعتقد أنها تتداخل في اصطناع الستيروئيدات، لا يزال دور هذه المستقبلات غامضا في تأثير البنزوديازيبينات الحال للقلق، فمن ناحية ترتبط ببعض الأدوية مثل (*Diazepam*) ومن الناحية الأخرى ليس لديها ألفة لبعضها الآخر (*Clonazepam*). لوحظ انخفاض عدد هذه المستقبلات في الخلايا الدموية لدى المصابين بـ *GAD* وعودتها لعددتها الطبيعي عند العلاج بمركبات البنزوديازيبين، كذلك لوحظ اختلاف عددها كارتكاس للشدة النفسية حيث ارتفع في الكرب الحاد وانخفض في الكرب المزمن (31).

قدم Rocca تفسيراً لهذه التغيرات حيث لاحظ أن مستقبلات البنزوديازيبين الطرفية في الخلايا الدبقية *glial cells* تتحكم في إنتاج السيترونييدات العصبية التي تعمل على تعديل حساسية مستقبلات GABA من النمط A، وهذا التأثير هو معاكس تماماً للتأثير السريري للبنزوديازيبينات حيث ينقص الأثر المثبط لجهاز GABA، وافترض أن عاملاً داخلياً يتحرر من الخلايا الدبقية أثناء الشدة يبدأ دورة من الأحداث التي ذكرناها (36). المخطط في الأسفل



يكون الأثر الفعلي لهذه الحوادث هو زيادة تحرر السيترونييدات القشرية بشكل مطول وذلك تؤدي لحدوث تنظيم نازل *down regulate* على مستقبلات BZ المحيطة وهو ما ينقص عددها المشاهد عند مرضى GAD(36)

إن إعطاء البنزوديازيبينات سوف يقطع هذا الطريق عند نقطة مستقبلات GABA مما يخفض مستويات الكورتيزول وبالتالي يزداد اصطناع مستقبلات البنزوديازيبين المحيطة(31).

6- نواقل عصبية أخرى

أظهر المصابون بـ GAD مستويات منخفضة من السيروتونين في المشبك العصبي (37) كذلك فالأثر العلاجي للأدوية السيروتونينية (SSRIs, Venlafaxine, Buspirone) معروف وموثوق في علاج GAD مما افترض خلافاً في تنظيم السيروتونين عند المصابين (31).

تتداخل أيضاً مركبات كولي سيستوكينين (*Cholecystokinin neuropeptides (CCK-4 and CCK-8S)*) في استجابات الاستثارة والخوف (38) بطريقة غير معروفة تماماً ولكننا نعرف أن هذه المركبات تتداخل في عدة نواقل و طرق مؤثرة في استجابة القلق مثل الجهاز النورأدريناليني، والوطائي النخامي الكظري، والبنزوديازيبينات، GABA، والسيروتونين (31).

عوامل اجتماعية وبيئية:

أشارت دراسات التوائم أن أكثر من 70% من التباين في المسؤولية عن سبب اضطراب GAD كان بسبب عوامل بيئية واجتماعية (39).

1- الحوادث الرضاة والشدة النفسية: Stressful life events

وهذا ما وجدته عدة دراسات، حيث وجدت دراسة أن معدل انتشار GAD كان أعلى بثمان مرات عند الرجال الذين تعرضوا لأربعة عوامل رضاة أو أكثر خلال عام بالمقارنة مع الذين تعرضوا لأقل من ثلاثة عوامل (40). وجد أيضاً أن التعرض لحدث راض كبير واحد قد أدى لزيادة نسبة وقوع GAD بمقدار ثلاث مرات عند الرجال والنساء (31). ترافقت عوامل رضاة متعددة مع ازدياد نسب الحوادث مثل الوفاة المبكرة لأحد الوالدين (41)، الاغتصاب أو العنف (42)، ومشاكل العلاقات الزوجية والعائلية المستمرة (43).

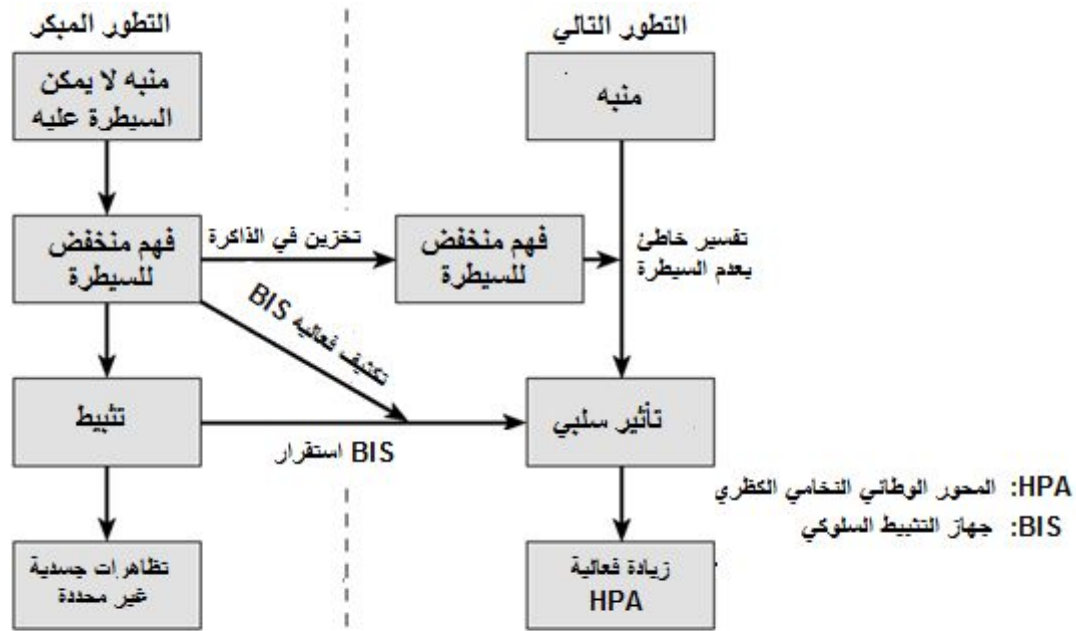
ناقشت دراسات واسعة النطاق تأثيرات العوامل البيئية في تطور القلق والمشاعر السلبية الأخرى عند الأطفال، قالت نظرية التعلق attachment بأن الآباء أو موفري الرعاية الأساسية يقومون بوظيفة هامة في التطور عن طريق توفير قاعدة آمنة، وخلل هذه القاعدة سيؤدي إلى القلق والتوجس والاعتمادية في الحالات الخفيفة وإلى الاكتئاب في الحالات الشديدة(31).

تعتبر علاقة الطفل مع والديه والقدرة على منحه إحساسا بالسيطرة على الأحداث جانبا هاما، والفرد الذي لا يحصل على خبرات كافية مبكرة من هذا الإحساس بالسيطرة سيطور إحساسا بعدم الفعالية والذي قد يؤهب لتطور مجموعة من الحالات الانفعالية السلبية الممتدة ومن ضمنها GAD (31).

يلعب عاملان تربويان دورا مهما في منح الطفل فرص الإحساس بالسيطرة وهما الاستجابة لجهود الطفل في المشاركة وتشجيع الطفل على اكتشاف المحيط والاستفادة منه، ومن شأن أسلوب التربية المعتمد على التحكم الشديد ببيئة الطفل (الحماية الزائدة) overprotection -المقرونة مع نقص الدفاء والتفاعل مع الطفل ستؤدي لحرمانه من هذه الفرص، وذلك سيؤدي إلى تطور القلق(31).

لوحظ بالتوافق مع ما شرحناه من قبل أن أمهات الأولاد الصغار القلقين في مرحلة ما قبل المدرسة هن أكثر انتقادا وتدخلا، وأقل استجابة لأطفالهن مقارنة بأمهات غير القلقين، (44) وجدت كذلك معدلات أعلى للقلق عند البالغين أصحاب التربية زائدة الحماية وقليلة الاهتمام(45).

قالت إحدى النظريات أن العلاقة بين التداخلات التربوية المبكرة والتطور اللاحق للقلق والاكتئاب تتوسط بتشكل ما يسمى الهشاشة المعرفية cognitive vulnerability وهي الإحساس بعدم القدرة على السيطرة على حوادث الحياة المستقبلية(الشكل في الأسفل(46)).



نموذج تطور الهشاشة المؤهب للقلق والاكتئاب

العوامل النفسية الديناميكية Psychodynamic Theories

أنت مفاهيم فرويد عن القلق بعد قيامه بتقسيم البنى النفسية إلى ثلاث أجهزة متفاعلة نفسياً وهي: (الأنا) ego التي تتواسط بين الغرائز والاحتياجات البدائية والمحظورات الاجتماعية من جهة مع الواقع من جهة ثانية، (والأنا العليا) Superego التي تمثل المحظورات التربوية والاجتماعية (والهو) id التي تمثل الدوافع والغرائز الأولية. (اعتبر فرويد القلق بمثابة إشارة للأنا حول خطر ما) في شكل دافع لاواع ينشأ عن الهوى، وفي حال وقوعه يشكل خطراً على الأنا ويؤدي لعقوبة من الأنا العليا أو العالم الخارجي.

يمكن للأنا وفق هذا النموذج تفعيل آليات الدفاع (defense mechanisms) كالكبت repression لمنع حدوث الرغبة المحرمة عن طريق منع التعبير عنها أو منع المواقف التي يمكن أن يعبر فيها عن هذه الرغبة. يجب أن ينجح الكبت إلى اللاوعي في احتواء الرغبات وعند فشله تظهر أعراض القلق. تكون هذه العملية لاواعية أي أن الأشخاص لا يدركونها وبالتالي فإن تعزيز البصيرة للصراعات اللاواعية عن طريق التفسير interpretation والتقنيات الأخرى يجب أن يؤدي للشفاء وهو فحوى العلاج وفق نظرية التحليل النفسي (9) psychoanalytic.

طور سوليفان (Sullivan 1892- 1949) نظريته عن القلق مرتكزا على أهمية العلاقات الشخصية حيث اعتبر أن المشاعر بما فيها القلق هي أشكال من التواصل الاجتماعي، ووفق هذا يعتبر القلق تعبيراً عن الشعور بعدم الأمان في العلاقات مع الآخرين، على سبيل المثال الأم التي تحس بعدم الأمان في أداء دورها تكون قلقة أمام طفلها والطفل يقوم فيما بعد بتمثل قلقها فيصبح قلقاً أيضاً (9).

قدم Bowlby و Klein تفسيراً آخر للقلق حيث اعتبروا أنه خوف من فقدان التغذية أو من التعرض للأذى (9).

أمن كوهت Kohut أن الإنسان يسعى للوصول والحفاظ على احساس متماسك بالذات، حيث يطور الناس احساسهم هذا منذ الصغر عن طريق تمجيد idealization الأشخاص المهمين كالوالدين والتفاعل الإيجابي معهم، وقال إن عدم كفاية هذه التجارب يمكن أن يؤدي إلى القلق (الخوف من التفكك) وفقدان الشخصية المتماسكة (9).

التظاهرات السريرية

تتضمن التظاهرات الرئيسية لـ القلق التوجس المستمر والشديد والخوف المترافقان مع عدد من الأعراض الفيزيولوجية مثل التوتر العضلي motor tension وزيادة الفعالية الانباتية autonomic hyperactivity بالإضافة للحذر الدائم. permanent vigilance.

يجب أن يكون القلق شديدا لدرجة تداخله مع جوانب أخرى من حياة الشخص, ويجب أن تحدث الأعراض في أغلب الأيام وخلال ستة أشهر .

يتجلى التوتر العضلي بطريقة شائعة بالرجفان shakiness والتملل والصداع. وتتجلى زيادة الفعالية الانباتية بضيق النفس والتعرق الزائد والخفقان والأعراض الهضمية. ويستدل على الحذر بالتهيج ومشاعر الاستغراب والذهول.(1)

تتجاوز مخاوف المصابين بالقلق المعمم نطاق المخاوف التي تميز الاضطرابات الأخرى, مثلا مرضى اضطراب الهلع يقلقون من قدوم نوب الهلع, ومرضى الرهاب الاجتماعي يقلقون من المواقف التي تتضمن احتكاكا اجتماعيا مع الآخرين, ومرضى الوسواس القهري يقلقون من وسواسهم, أما مرضى القلق المعمم فيخافون بطريقة أعم وأوسع وغير محددة بهذا الشكل.(47).

يراجع المرضى المصابون باضطراب القلق المعمم عيادات الطب الباطني أو العام للمساعدة في التخلص من الأعراض الجسدية ونادرا ما يوضع تشخيص محدد لهذه الشكاوي, يقبل بعض المرضى تشخيص اضطراب القلق المعمم والالتزام بعلاجه المناسب ولكن بعضهم الآخر يطلبون استشارات طبية إضافية وينتقلون بين الأطباء لأجرائها(1).

يمكن أن تحدث كل الأعراض الخاصة بالقلق في GAD ويمكن أن نصنفها بالمجموعات التالية:

(12)

- القلق والتوجس : worry and apprehension أي صعوبة التحكم بالمخاوف واستمرارها لوقت طويل بالمقارنة بالناس الأصحاء ,تكون بالعادة هذه المخاوف منتشرة وغير محددة كما أسلفنا من قبل.
- الاستثارة النفسية : psychological arousal ويمكن الاستدلال عليها بالتهيج ,irritability ومشاكل التركيز ,والحساسية للضجيج ,يشكو بعض المرضى من اضطراب في الذاكرة هوي بالحقيقة اضطراب في التركيز.
- فرط الفعالية الانبائية : autonomic overactivity وهي التي تفسر التعرق والخفقان وجفاف الفم وعدم الارتياح الهضمي والدوار.
- التوتر العضلي : muscle tension وهو مسؤول عن التملل والرجفان وصعوبة الاسترخاء والصداع وآلام الكتفين والظهر.
- فرط التهوية : hyperventilation الذي قد يسبب الدوار وتنميل الأطراف والشعور بضيق النفس بشكل تناقضي.
- اضطرابات النوم : sleep disturbances والتي تتضمن صعوبة الدخول بالنوم وتقطع وقت النوم وعدم الحصول على الراحة الكافية فيه والأحلام السيئة.
- أعراض أخرى :تتضمن التعب وبعض الأعراض الاكتئابية والوساوس وتبدد الشخصية , depersonalization وتكون بشكل عابر غير مسيطرة على الصورة السريرية بالعادة(12).

سنورد فيما يلي المعايير التشخيصية المتبعة في أكبر تصنيفين عالميين وهما تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-5 والتصنيف العالمي للأمراض ICD-10.

المعايير التشخيصية وفق: DSM-5

- A. قلق مفرط ومخاوف (توجس ، (يحدث خلال معظم الأيام خلال ستة أشهر على الأقل حول عدد من النشاطات) العمل ، المدرسة ، الأداء).
- B. يجد الشخص صعوبة في التحكم في قلقه.
- C. يترافق القلق بثلاثة أو أكثر من الأعراض الستة التالية) تحدث أكثر من أن لا تحدث خلال الأشهر الستة الأخيرة).
- فقط عرض واحد عند الأطفال
- a. عدم الارتياح والتملل وسهولة الاستثارة.
- b. سهولة التعب.
- c. صعوبة التفكير أو بقاء الذهن فارغاً.
- d. التهيج.
- e. التوتر العضلي.
- f. صعوبات النوم(صعوبة الدخول أو البقاء نائماً ، أو نوم غير كافي).
- D. يسبب القلق أو أعراضه الجسدية تعطلا ملحوظا في الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو الوظائف المهمة الأخرى
- E. لا يعتبر الاضطراب نتيجة لتأثيرات نفسية لمادة ما(دواء او إدمان)أو حالة طبية أخرى(فرط نشاط درق أو حالات قلبية صدرية أخرى.)
- F. لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل في سياق مرض نفسي آخر(5) .

المعايير التشخيصية وفق: ICD-10

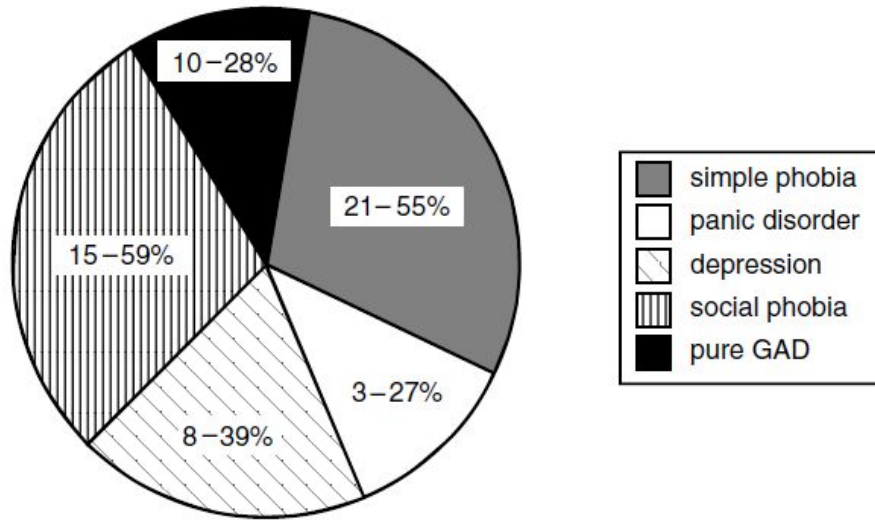
- A. وجود قلق واضح وتوتر ومشاعر التوجس حول أنشطة ومشكلات الحياة اليومية ولمدة ستة أشهر على الأقل
- B. وجود أربعة أعراض على الأقل من الأعراض الاثنان والعشرون التالية ويجب أن يكون أحدها على الأقل متعلقا بفرط الفعالية الانباتية
- a. فرط الفعالية الانباتية: الخفقان أو مشاعر هبوط في القلب أو تسارع ضربات القلب، التعرق، الرجفان، جفاف الفم (غير المسبب بالأدوية أو بالتجفاف)
- b. أعراض في الصدر والبطن: صعوبة التنفس، شعور الاختناق، ألم الصدر، الغثيان أو عدم الارتياح الهضمي.
- c. أعراض عقلية: الشعور بالدوار، عدم الاستقرار، الاغماء أو خفة الرأس، تبدد الشخصية أو تبدد المحيط، الخوف من فقدان السيطرة أو الجنون، فقدان الوعي، الخوف من الموت.
- d. أعراض عامة: هبات حارة وباردة، خدر أو احساس بالتميل.
- e. أعراض التوتر: التوتر عضلي أو آلام عضلية، التملل وعدم القدرة على الاسترخاء، غصة في الحلق أو صعوبة في البلع.
- f. أعراض أخرى غير مصنفة: ارتكاس مضخم للمفاجآت الصغيرة، مشاكل في التركيز بسبب القلق والتوتر، التهيج المستمر، وصعوبة النوم(31)

الأمراض المرافقة

يترافق اضطراب القلق المعمم بشكل كبير مع عدة أمراض نفسية أخرى وبشكل رئيسي مع اضطرابات القلق الأخرى أو اضطرابات المزاج وهذا الترافق يتدخل في مداخلتنا التشخيصية وفي العلاج والانداز أيضا(15).

وجد (48) Yonkers في دراسة على مجموعة من المرضى الذين يعانون من القلق لمدة تتجاوز الستة أشهر أن نسبة 87% من المرضى المشخص لهم حاليا اضطراب القلق المعمم قد عانوا في سوابقهم تشخيصا لاضطراب قلق آخر, وأن 83% منهم مصابين باضطراب قلق حالي.

وجدت دراسة أخرى أجراها Brawman و Mintzer على المرضى القلقين أن أكبر معدلات الترافق مع GAD كان مع اضطراب الهلع والرهاب الاجتماعي, بالإضافة لذلك عانى حوالي ثلث المرضى من اضطراب اكتئابي ويوضح الشكل أدناه نتائج دراستهما على مرضى القلق(49).



نسب ترافق القلق المعمم مع الأمراض النفسية الأخرى

تعتبر أيضا اضطرابات عسر المزاج dysthymic disorder و الاضطرابات المتعلقة بتعاطي المواد substance related disorder من المرافقات الشائعة لاضطراب القلق المعمم(1).

التشخيص التفريقي

يختلط GAD مع عدد من الاضطرابات النفسية والعضوية ,حيث يمكن أن تحدث أعراض القلق تقريبا في كل الاضطرابات النفسية ,ويمكن أيضا اختلاط الشكايات الجسدية المتعددة مع عدة أمراض عضوية , (12) سنحاول فيما يلي مناقشة التشخيصات التفريقية الشائعة لاضطراب القلق المعمم.

الأمراض النفسية

الاكتئاب

يعتبر القلق عرضا شائعا عند مرضى الاكتئاب ,وبالعادة يتضمن اضطراب القلق المعمم بعض الأعراض الاكتئابية .بالعادة نضع التشخيص بالاعتماد على سيطرة الأعراض وعلى بدئها ,ومن الأخطاء التشخيصية الشائعة التباس اضطراب القلق المعمم مع الاكتئاب الشديد الهياجي agitated الذي يمكن أن لا نفع فيه بسؤال المريض القلق عن الأعراض الاكتئابية والتفكير الانتحاري(12).

الفصام

يشكو في بعض الحالات المرضى المصابين بالفصام من أعراض القلق قبل ظهور الأعراض الأخرى يمكن تجاوز هذه المشكلة في التشخيص بسؤال المرضى القلقين عن سبب قلقهم حيث يستجيب الفصاميون بإجابات غير معتادة ممكن أن تدلنا على وجود تفكير توهمي(12).

العتة

يمكن أن يكون القلق أول تظاهرات العتة ويمكن التشخيص بينها بتحري الخلل في الذاكرة الذي لا يحدث في اضطراب القلق ,يجب التفريق مع اضطرابات الانتباه والتركيز التي قد يعبر عنها المريض على أنها اضطراب في الذاكرة ,لذلك يقتضي التشخيص فحص الذاكرة عند كل المرضى متوسطي وكبيري العمر الذين يشكون من أعراض القلق(12).

قد تحدث بعض الأعراض التي تشبه القلق لدى المرضى الذين يتعاطون الكحول أو حالات القلق, والتي تكون بالعادة ناتجة عن سحب المادة وليست دالة على اضطراب قلقي, يجب السؤال صراحة عن تعاطي المواد ويجب ملاحظة أن الأعراض عند المرضى الذين يتعاطون الكحول مثلا تكون أسوأ في الصباح بسبب فطام الليل عن الكحول(12).

أمراض جسدية

• أمراض قلبية : اللانظميات القلبية , انسداد الصمام التاجي , مشاكل

الشريين الاكليلية , قصور القلب

• أمراض غدية : قصور الغدة الدرقية , فرط نشاط الغدة الدرقية , نقص السكر.

• أمراض عصبية : صرع الفص الصدغي , أمراض العصب الدهليزي.

• أمراض صدرية : الربو , نقص الأكسجة , فرط التهوية , الصمة الرئوية ,
أمراض الرئة الانسدادية.

• أخرى : بورفيريا , كارسينويد , الذئبة الحمامية الجهازية , البيلاغرا(31).

أدوية قد تتداخل مع GAD.

• أدوية نفسية : مضادات الاكتئاب , مضادات الذهان , حالات القلق كأعراض سحب لها , (الديسلفرام

• أدوية صدرية : شادات مستقبلات B , موسعات القصبات.

• أدوية قلبية : مضادات اللانظميات , خافضات الضغط.

• أدوية عصبية : مضادات الاختلاج , مضادات الأستيل كولين , دوبا.

• أدوية أخرى : التيروكسين , الصادات الحيوية , مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية ,

الأدوية المضادة للسرطان(31).

التطور والإنذار

من الصعب تحديد سن الإصابة بالاضطراب بدقة حيث يصرح معظم المرضى أن أعراضهم قديمة جدا ولا يستطيعون تحديد بدء لها.

يطلب المرضى بالعادة الاستشارة بخصوص هذه الأعراض في العشرينات من العمر ,يراجع حوالي ثلث المرضى الأطباء النفسيين ,ويشاهد قسم كبير من المصابين في عيادات أخرى كالداخلية والقلبية والصدرية والهضمية سعيا للتخلص من الأعراض الجسدية للقلق(1).

ومن الصعب أيضا التنبؤ بالإنذار الحقيقي للاضطراب بسبب تشاركه العالية مع اضطرابات نفسية أخرى ,لكن يمكن القول أن GAD هو حالة مزمنة وقد تستمر طوال الحياة اذا لم يتم التدخل المناسب عليها.(1) .

قدم مركز جامعة هارفرد للقلق معلومات عن إنذار GAD من خلال مراقبة مرضى يعالجون من الاضطراب خلال فترة ثلاث سنوات ,كان متوسط الإصابة بالاضطراب هو عمر 21 حوالي ثلث المرضى لم يتزوجوا أبدا و 17% منهم كانوا منفصلين أو مطلقين , كانت نسب البطالة أعلى عند المرضى و حوالي 37% منهم احتاجوا مساعدات مالية.(31)

تأتي أفضل النتائج العلاجية لاضطراب القلق المعمم من المشاركة بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي والمقاربات الداعمة(1).

1- العلاج النفسي للقلق:

معظم التداخلات النفسية على اضطراب القلق المعمم هي تداخلات معرفية سلوكية cognitive-behavioral وموجهة للبصيرة insight oriented والداعمة(1). supportive

أثبتت الدراسات الحديثة نجاعة المقاربات المعرفية السلوكية على اضطراب القلق المعمم سواء على المدى القصير أو طويل الأمد(1).

تقتضي المعالجة المعرفية معالجة الخلل المعرفي المفترض، ويستهدف العلاج السلوكي الأعراض الجسدية مباشرة، التقنيات الأساسية المستخدمة هي الاسترخاء relaxation و الارتجاع الحيوي biofeedback. وتشير الأدلة إلى أن دمج الأساليب المعرفية والسلوكية معا في العلاج هو أكثر فعالية من الاستخدام المفرد لاحداها. يوفر العلاج النفسي الداعم الراحة والطمأنينة وهناك شك في فعاليته على المدى الطويل(1).

يركز العلاج النفسي الموجه للبصيرة على اظهار الصراعات النفسية اللاواعية وتحديد نقاط قوة الأنا، ego، وذكرتها فعاليتها في عدد من تقارير الحالة ولكن هناك قلة في الدراسات المحكمة الكبيرة التي تدعم هذا الرأي(1).

يؤكد النموذج السلوكي behavioral model في GAD على عاملين الأول هو الفروقات الفردية في الاستثارة arousal، والثاني هو الخبرات المقترنة مع نتائج سلبية. ووفق هذا النموذج ترتبط الأحداث أو المثيرات عبر التشريط conditioning بالقلق. تتضمن المداخلات السلوكية على هذا النموذج تقليل الاستثارة عن طريق الاسترخاء relaxation، ثم اقران الاسترخاء

بالمنبه المسبب للاستثارة ,ثم زيادة التعرض للعامل المثير دون الهرب ,ثم توكيد الاستجابة(50) .

أكد النموذج المعرفي السلوكي لـ GAD على أهمية أفكار القلق(أكثر من صور القلق)وتكون هذه الأفكار مختبرة كأفكار متوافقة مع الأنا ولكنها مرتبطة مع توقع نتائج سلبية ,وبشكل أكثر تحديدا يشعر المصابون بـ GAD بتهديدات غير موجودة أو مبهمة وذلك يجعلهم يتوقعون نتائج سلبية وهذه التوقعات غالبا ما تكون شديدة(50).

أشار Borkovec أن مرضى GAD يعتقدون أن الخوف بحد ذاته سوف يسبب لهم عواقبا سلبية(المرض أو الجنون)وأن هذا القلق لا يمكن السيطرة عليه ,ورغم ذلك فأنهم مقتنعون أيضا أن هذا القلق يحميهم لذا من الصعوبة التخلي عنه(50).

ويفسر نموذج آخر القلق على أنه عدم تسامح مع حالات الشك ,حيث أشار Dugas, Ladouceur, Freeston إلى أن القلقين لا يتسامحون مع الأمور غير اليقينية مما يجعلهم يستمرون بالقلق نحوها(والبحث عن حلول افتراضية)إلى أن تخف مستويات شكوكهم , وهذا البحث عن الحل الأمثل الذي هو فوق مستوى اليقين سيقود إلى الفشل مما يفاقم القلق ويجعل الشخص يحاول البحث عن حل أمثل آخر وهكذا.(50)...

يقوم التداخل المعرفي على كسر الحلقات المفرغة لهذه النماذج مما يؤدي لتخفيض مستويات القلق(50) .

2- العلاج الدوائي

يجب أن توضع خطة العلاج الدوائي لاضطراب القلق المعمم بعناية مفرطة وذلك لأن الاضطراب يغلب عليه الازمان كما ذكرنا سابقا .الأدوية المستخدمة هي بالدرجة الأولى

البنزوديازيبينات Benzodiazepine والمثبطات قبط السيروتونين الاصطفائية SSRIs والبوسبيرون Buspirone والفينلافاكسين Venlafaxine وبعض مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة

كالأميرامين(1) Imipramine

يتضمن العلاج الدوائي لـ GAD أسواطاً علاجية من 6 أشهر إلى سنة، إلى أن بعض الدراسات تشير أنه يجب أن يكون علاجاً طويل الأمد وقد يستمر طوال الحياة، حيث ينكس 25% من المرضى خلال أول شهر من إيقاف الدواء وحوالي 60-80% خلال العام الأول من الإيقاف(1).

سنستعرض فيما يلي هذه المجموعات الدوائية بشيء من التفصيل:

المثبطات النوعية لعود التقاط السيروتونين. Selective serotonin reuptake inhibitors

أحدث اكتشاف هذه المركبات ثورة في علاج الاكتئاب وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى حيث أنها مركبات فعالة وقليلة الآثار الجانبية مقارنة مع الأدوية الأقدم مثل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة TCA ومثبطات(1) MAOIs. monoamine oxidase

وهي عبارة عن ستة مركبات. escitalopram, citalopram, , sertraline, paroxetine, fluvoxamine, fluoxetine. يوضح الشكل جانبا البنية الكيميائية لها(1).

أثبتت الدراسات فعالية كل من escitalopram (-56-57-58) Sertraline (54-55) Paroxetine (51-52-53) في علاج اضطراب القلق المعمم.

الجرعات الدوائية اليومية(1)

Fluoxetine من 20-80 ملغ.

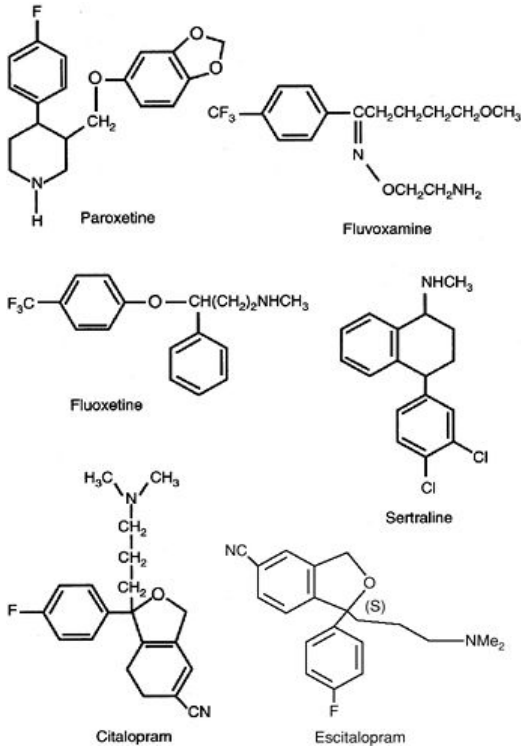
Sertraline من 25 - 200 ملغ.

Paroxetine من 20 - 50 ملغ.

Fluvoxamine من 50 - 300 ملغ.

Citalopram من 20-40 ملغ يوميا.

Escitalopram من 10-20 ملغ يوميا.

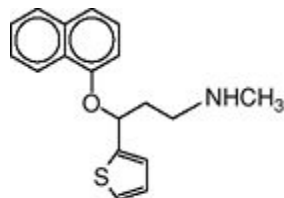


- 1- اضطراب الوظيفة الجنسية :وهي التأثيرات الأشيع تتضمن تأخر القذف أو غياب الرعشة أو نقص الرغبة الجنسية.
- 2- هضمية :وهي تأثيرات شائعة لهذه المركبات وتتضمن الغثيان والإقياء والاسهال والقهم وعسر الهضم ,والامساك ,و يفسر حدوثها بالتأثير مستقبلات السيروتونين 5HT3.
- 3- الصداع وهو متحمل ومقبول بالعادة ويمكن السيطرة عليه بأدوية الصداع التقليدية.
- 4- التهيج ومفاومة القلق : وخصوصا في الأسابيع الأولى ومع الفلوكسيتين بالخاصة.
- 5- الأرق والتهدة : وهي تختلف حسب المركب المستخدم الفلوكسيتين أكثر المركبات ترافقا مع الأرق والباروكسيتين الأكثر ترافقا مع التهدة وباقي المركبات متفاوتة التأثير.
- 6- نوب الاختلاج وهي نادرة ولكنها موصوفة وخصوصا مع الجرعات العالية.
- 7- الأعراض خارج الهرمية :نادرة ولكنها موصوفة.
- 8- التأثيرات المضادة للكولين :جفاف فم ,امساك ,نعاس وخصوصا مع الباروكسيتين(1).

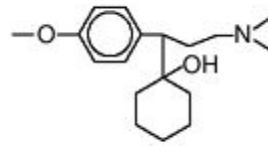
مثبطات عود التقاط السيروتونين والنورادرناين serotonin noradrenaline reuptake inhibitors

(SNRIs) :

وتتضمن مركبين هما venlafaxine و duloxetine وهي مضادات اكتئاب بالدرجة الأولى أثبتت الدراسات فعاليتهما في علاج اضطراب القلق المعم أيضا(59-60-61-62-63)



Duloxetine



Venlafaxine

الجرعة الدوائية

تتراوح الجرعة الدوائية الفعالة للفينيلافاكسين بين 75-375 ملغ يوميا(1)

والدولوكسيتين بين 60-120 ملغ يوميا(1)

الآثار الجانبية

يمكن أن تحدث بعض هذه الاضطرابات مع استخدام SNRIs: الغثيان والنعاس وجفاف الفم والدوخة والامساك والوهن والقهم وبعض التهيج وعدم وضوح الرؤية واضطرابات القذف والانتصاب، والتعرق(1).

أدى تعاطي الفينيلافاكسين إلى ارتفاع الضغط الدموي عند بعض المرضى وترافق بشكل واضح مع الذين يتناولون جرعات عالية أكثر من 300 ملغ باليوم، شوهد هذا الأثر عند الدولوكسيتين ولكن بمقدار أقل(1).

البنزوديازيبينات: benzodiazepine (BNZ)

يفسر التأثير مضاد القلق للبنزوديازيبينات بتفعيلها لجهاز GABA حيث لها تأثير سريع مهدئ وحال للقلق وبالتالي تستخدم بكثرة في تدبير الأرق والهياج والقلق، لـ BNZ أيضا تأثير مضاد للاختلاج ومرخي عضلي(1).

Benzodiazepine	R1	R2	R3	R7	R2'
Alprazolam	Fused triazolo ring		-H	-Cl	-H
Chlordiazepoxide	-	-NHCH ₃	-H	-Cl	-H
Clonazepam	-H	=O	-H	NO ₂	-Cl
Diazepam	-CH ₃	=O	-H	-Cl	-H

تختلف مركبات البنزوديازيبين بنصف عمرها وببدء تأثيرها وذلك ضروري لمعرفة عدد الجرعات التي ينبغي إعطاؤها للمريض.(1)

تمتص هذه المركبات بشكل جيد من الطريق الهضمي وبعضها متوافر أيضا بشكل وريدي مثل ... Diazepam , midazolam, lorazepam وعن الطريق العضلي من المثبت فقط فعالية لكل من

lorazepam و(1).Midazolam

يوضح الجدول في الأسفل بعض مركبات البنزوديازيبين المستخدمة في علاج حالات القلق(64)

نصف العمر بالساعات	بدء التأثير بعد جرعة فموية	الجرعة المعادلة mg	جرعة البالغ mg	الدواء
12-15	Intermediate	0.5	0.5-4	Alprazolam
			0.5-6 once daily	Alprazolam extended release [◇]
18-50	Intermediate	0.25-0.5	0.5-4	Clonazepam
10-14	Intermediate	1	0.5-6 0.5-4 (hypnotic)	Lorazepam
5-15	Intermediate	15-30	30-120 15-30 (hypnotic)	Oxazepam
30-100	Intermediate	10	5-100	Chlordiazepoxide
50-100	Rapid	5	4-40	Diazepam
36-200	Rapid	7.5	7.5-60	Clorazepate
30-200	Slow	15	10-60	Prazepam [§]

البنزوديازيبينات المستخدمة في علاج القلق

التأثيرات الجانبية

يعتبر النعاس من أشيع التأثيرات الجانبية عند استخدام البنزوديازيبين كحال للقلق ويصيب حوالي 10% من الأشخاص لذلك ينصح المرضى بالحذر أثناء القيادة أو القيام بالأعمال الخطرة .
التأثيرات الجانبية الأخرى هي من الرنح) ataxia أقل من 2% من المرضى , (الدوام) dizziness أقل من 1% ويمكن أن يؤديان إلى سقوط ورضوض خصوصا عند الكبار في العمر(1) .

يمكن أن تحدث اضطرابات خطيرة مثل النعاس الشديد وزوال التثبيط الاجتماعي وحتى التثبيط التنفسي عند مشاركة BNZ مع الأدوية المهدئة الأخرى مثل الكحول(1).

يعالج التثبيط التنفسي الناتج عن فرط جرعة البنزوديازيبينات بـ Flumazenil وهو المضاد النوعي لها(1).

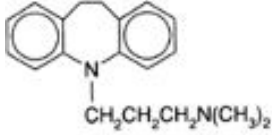
ظواهر التحمل والاعتماد والسحب

عندما تستخدم مركبات BNZ لفترات قصيرة (أسابيع) وجرعات متوسطة فإنها لا تسبب أيا من المتلازمات السابقة(1).

يعتمد ظهور هذه الظواهر على فترة تناول البنزوديازيبين وعلى جرعته وكيفية إيقافه ونصف عمر المركب , تكون بالعادة أعراض السحب على شكل قلق وتهيج وتعرق وتعب مع صداع ورجفانات وأرق وضعف عام , ويمكن أن يترافق الإيقاف السريع لهذه المركبات بمتلازمة حادة تتضمن التوهيمات والتخليط الذهني والاختلاج(1).

يعتبر الإيقاف التدريجي هو القاعدة في سحب مركبات البنزوديازيبين لتفادي التأثيرات الخطيرة سابقة الذكر , وإذا كان المريض يتناول مركبات نصف عمرها قليل فالقاعدة تحويله لمركبات أطول في نصف العمر ثم إيقافها بالتدريج(1).

وهي من الأدوية القديمة في الطب النفسي حيث استخدمت منذ الخمسينيات في علاج الاكتئاب واضطراب القلق(1).



Imipramine

تتضمن هذه الزمرة الدوائية مجموعة من الأدوية مثل imipramine, clomipramine, amitriptyline, nortriptyline وغيرها

تراجع استخدام هذه الأدوية حديثا لصالح المركبات الأحدث مثل SSRIs و SNRIs لكونها أكثر أمانا وأقل تأثيرات جانبية ,حاليا

يستطب دواء واحد منها في علاج GAD وخصوصا المترافق مع اضطراب هلع أو اكتئاب ,وهذا الدواء هو(65).imipramine

الجرعة:imipramine

تتراوح الجرعة اليومية بين (150-300) ملغ(1)

التأثيرات الجانبية(1):

◆ تأثيرات مضادة للكولين :جفاف فم وامساك..

◆ التهدئة

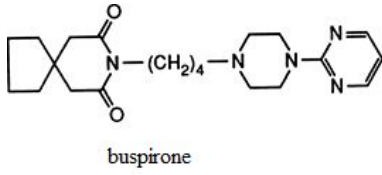
◆ انخفاض الضغط الانتصابي

◆ تخفيض العتبة الصرعية

◆ مشاكل كهربائية في القلب(تطاول QT, تسارع ضربات القلب ,تسطح T, زحول.ST)

توجد هذه التأثيرات بشكل عام في كل مركبات TCA وقد تكون شديدة ومزعجة لدرجة إيقاف الدواء عند حدوثها.

أثبتت عدة دراسات فعالية buspirone في انقاص أعراض القلق عند مرضى GAD وكان هذا التأثير مماثلاً لتأثير BNZ ومن غير خطر الاعتماد (66).



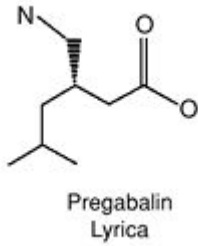
لا يؤثر Buspirone على جهاز GABA فلا يسبب التهدئة التي تسببها مركبات BNZ ولكنه يمارس تأثيره بقليل لمستقبلات السيروتونين

(1). 5-HT_{1A}

الجرعة العلاجية:

5ملغ ثلاث مرات يوميا كجرعة بدئية ويمكن الوصول لجرعة يومية 60 ملغ(1).

بريغابالين Pregabalin



وهو دواء مضاد للاختلاج بالأصل أثبتت الدراسات السريرية فعاليته في علاج GAD (67-68).

الجرعة

الجرعة الابتدائية 50 ملغ ثلاث مرات وصولاً إلى 100 ملغ ثلاث مرات. الجرعة العظمى 600 ملغ يوميا(1).

التأثيرات الجانبية:

أشيع التأثيرات الجانبية للدواء هي الدوام والنعاس وتشوش الرؤية ووذمة في الأطراف والنسالة(1).

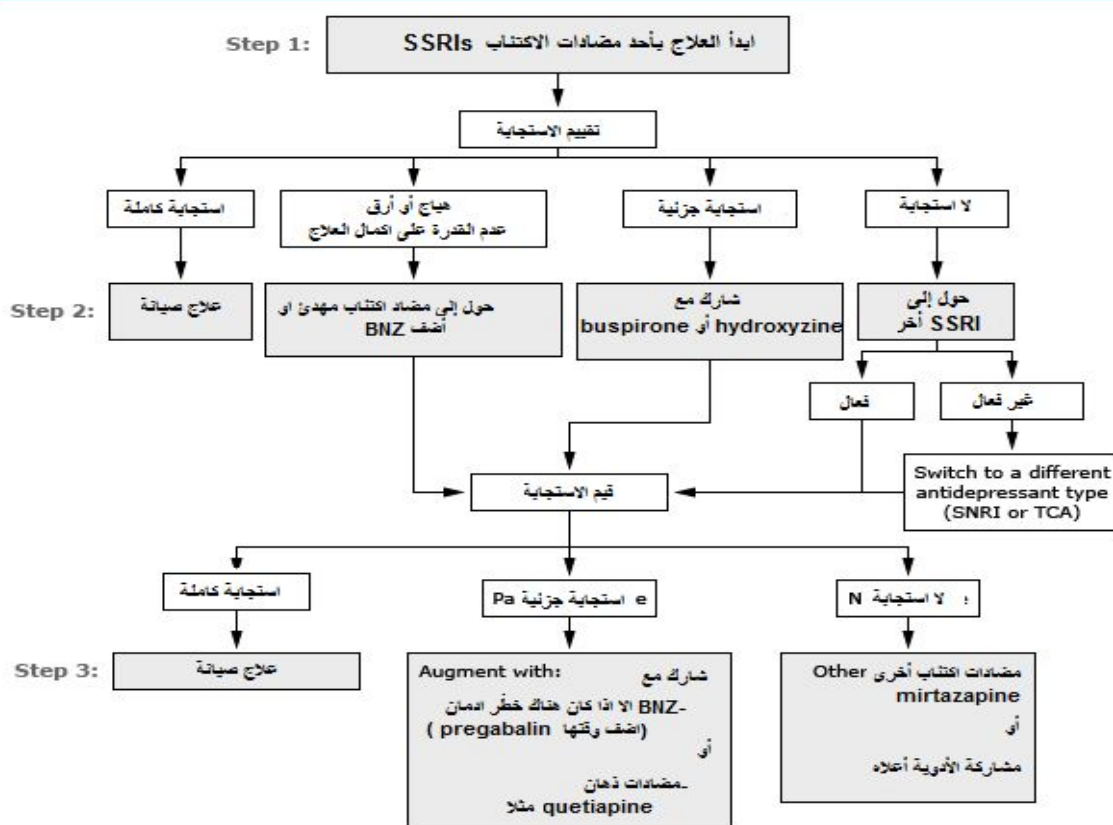
أدوية أخرى

يمكن استخدام أدوية أخرى مثل Mirtazapine (69) و Hydroxyzine (70) ومضادات الزهان مثل Quetiapine (71) في حال فشل الأدوية السابقة.

خطة العلاج

يوضح الشكل في الأسفل خطة العلاج الدوائي لاضطراب القلق المعمم وفق خطوات متتالية (72)

خطة العلاج الدوائي لاضطراب القلق المعمم



العلاقة المتبادلة بين القلق والدراسة

أثبتت الدراسات أن القلق يضعف الأداء المعرفي وخصوصاً عندما يتطلب هذا الأداء مقدارا عالياً من الانتباه(73).

تعتبر نظرية التحكم بالانتباه attentional control theory النظرية الأحدث في هذا المجال والتي تقول أن القلق يضعف كفاءة جهاز توجيه الانتباه (goal-directed attentional system) الانتباه الفاعل الذي نستطيع توجيهه إلى أي أمر نريده (ويزيد مدى معالجة المعلومات القادمة من جهاز المنبهات الخارجية) stimulus-driven attentional system الانتباه المنفعل تجاه الأخطار القادمة من العالم المحيط(74).

أي أن القلق ينقص التحكم بالانتباه ويزيد الحساسية للمنبهات الخارجية مما يؤدي للتشتت.

وقد قامت العديد من الدراسات في الأدب الطبي _لسنا بصدد ذكرها هنا_ تثبت تأثير القلق على التحصيل الأكاديمي فكلما ازداد القلق تراجع التحصيل الأكاديمي.

كما تحدثت العديد من الأبحاث والدراسات عن مفهوم قلق الامتحان والذي تظهر أهميته من أهمية المواقف التي يتعرض لها الفرد في المجتمع فالالتحاق بالجامعة والحصول على وظيفة مناسبة في المجتمع ماهي إلا نماذج من المواقف التي يمر بها الفرد والتي لا يحصل عليها إلا بعد اجتيازه الاختبارات الخاصة به وقد يعني هذا ضرورة تعرض الفرد لبعض من الاختبارات يتخذ على ضوء نتائجها بعض القرارات الهامة في الحياة.

وفي وقت أصبحت نتائج درجات الطلاب في الامتحانات هي الهدف الأساسي لتقييم التعليم وتحديد المستقبل العلمي والعملي لهم لدرجة جعلت الأمر يبدو وكأن مستقبل وسعادة ورفاهية الأجيال تعتمد بطريقة مباشرة على الدرجات التي يحصلون عليها فأصبح تحصيل الطالب وما يتأثر به من متغيرات هي الشغل الشاغل للباحثين في مجال علم النفس التربوي وغيرهم.

ويعتبر قلق الامتحان وهو شكل من أشكال المخاوف المرضية عاملاً هاماً من العوامل المعيقة للتحصيل الأكاديمي من الطلبة في مختلف مستوياتهم الدراسية والدوافع أن الكثير من الدراسات قد استندت إلى هذا الأثر السلبي للقلق على التحصيل.

وعلى سبيل المثال لا الحصر على الفكرتين السابقتين أورد مثال على كل منهما ، فقد أشار سويت عام 1968م إلي أن الكثير من طلاب الجامعة يفشلون في دراساتهم بسبب عدم قدرتهم علي مواجهة الامتحانات التي يتقدمون لها وما يصاحب هذا الموقف من قلق واضطراب يؤثر في قدرة الطلاب علي التكيف المناسب مع موقف الامتحان(75).

بينت دراسة تركية في جامعة Bursa عام 2010 وشملت حوالي 4850 طالبا وطالبة أن حالات القلق موجودة لدى 29.6% من الطلاب المشاركين وأن سمة القلق موجودة لدى 36.7% منهم , ووضحت الدراسة عددا من الموضوعات المثيرة للقلق عند الطلاب(75).

مما سبق نلاحظ مقدار شيوع القلق عند الطلاب وترافقه مع مستويات أكاديمية أدنى ومدى تأثير قلق الامتحان على النتائج النهائية.

أما فيما يخص موضوعنا في هذه الدراسة فقد ارتأينا إجراء دراسة معاكسة لما طرح سابقاً ، حيث أن فكرة الدراسة تقوم على دراسة تأثير وجود منهاج دراسي صعب على حدوث قلق عند الطلاب ، ونظراً لأن العقبة الأصعب في حياة طلابنا الدراسية هي الشهادة الثانوية لما يحمله منهاجها من قفزة من حيث الكم والنوع في المحتوى العلمي ، وباعتبارها سنة حرجية في تحديد المستقبل المهني والعلمي والاجتماعي والاقتصادي فقد قمنا بإجراء الدراسة على عينة من طلاب الشهادة الثانوية لدراسة نسبة انتشارالقلق لديهم ،وحتى يتم تحديد علاقة ذلك مع وجود الشهادة كعامل مسبب للقلق ،كان لابد من أخذ عينة أخرى من طلاب الثاني الثانوي باعتبار هذا السن هو الأقرب من حيث الوعي والنضج إلى العينة الأساسية.

القسم العملي

الفرضيات ومراحل العمل

الفرضية البحثية:

- 1- ينتشر اضطراب القلق المعمم بين طلاب الشهادة الثانوية بنسبة قابلة للقياس الاحصائي.
- 2- هناك علاقة ذات دلالة احصائية بين وجود اضطراب القلق المعمم وسنة الشهادة الثانوية.

السؤال البحثي:

ما هي نسبة انتشار اضطراب القلق المعمم عند طلاب الشهادة الثانوية؟ وهل هناك علاقة بينه وبين وجود الشهادة الثانوية؟

أهداف الدراسة:

- 1- دراسة نسبة انتشار القلق المعمم عند عينة طلاب الثاني الثانوي.
- 2- دراسة نسبة انتشار القلق المعمم عند عينة طلاب الشهادة الثانوية.
- 3- دراسة علاقة وجود اضطراب القلق المعمم بسنة الشهادة الثانوية..
- 4- دراسة علاقة انتشار اضطراب القلق المعمم بـ

a. الجنس

b. الفرع الثانوي (علمي أو أدبي)

c. الوضع الاقتصادي

d. التدخين

نمط الدراسة:

الدراسة وصفية مقطعية من نموذج المقطع المستعرض cross-sectional descriptive study لعينة عشوائية.

مكان الدراسة:

عينة من المدارس الثانوية في مدينة السويداء.

زمن الدراسة :

بدأنا الدراسة في شهر كانون ثاني 2015.

معايير الاشتمال:

- ❖ طالب في الثاني الثانوي أو الشهادة الثانوية.
- ❖ وافق على الدخول في البحث طواعية.

معايير الاستبعاد:

- ❖ طلاب الشهادة الثانوية الراسبين (قد يكون القلق أقل أو أكثر لديهم كونهم خاضوا تجربة الامتحان سابقاً أو رسبوا)
- ❖ طلاب الثاني الثانوي الراسبين (قد يكون القلق أكبر لديهم خوفاً من الرسوب ثانية.)
- ❖ الطلاب الذين لديهم أمراض نفسية مشخصة سابقاً.
- ❖ الطلاب غير الموافقين على الدخول في البحث.

خطوات العمل

قمنا باختيار العينة الطلابية التي ستشارك في الدراسة وتم توزيع الاستبيانات عليهم و شرح مبررات البحث والفائدة منه وأخذت الموافقة الطبية المستنيرة على الاشتراك فيه ثم تم جمع الاستبيانات بعد الانتهاء من الإجابة عليها وتفرغها في الجداول المناسبة وأجريت الدراسات الإحصائية المناسبة.

تضمن الاستبيان المصمم لهذه الدراسة:

- 1- استبيان المعلومات الديموغرافية (من الباحث) (موجود في الملحق آخر الدراسة).
- 2- استبيان القلق المعمم وفق معايير النسخة الخامسة من الدليل الاحصائي والتشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-V مترجم من الباحث) (موجود في الملحق آخر الدراسة).

لتقليل الانحياز قمنا باختيار عينة عشوائية من مجموعتين متساويتين من الطلاب (الثاني الثانوي والشهادة الثانوية) موزعة على الجنسين وعلى الفرعين العلمي والأدبي وبمجموع عينة كلي 600 طالب. حصل على ثمان مجموعات للاعتيان يتم التمثيل عشوائيا منها وبعدد معين في كل مجموعة بحسب الظروف المتاحة:

(ذكور ثاني ثانوي علمي _ ذكور ثاني ثانوي أدبي _ إناث ثاني ثانوي علمي – أناث ثاني ثانوي أدبي _ ذكور شهادة ثانوية علمي _ ذكور شهادة ثانوية أدبي _ إناث شهادة ثانوية علمي _ إناث شهادة ثانوية أدبي).

حصلنا على أسماء المدارس من مديرية التربية وقمنا بكتابة اسم كل مدرسة على ورقة مفردة بحيث يكون هناك مجموعة أوراق لمدارس الذكور ومجموعة أوراق لمدارس الإناث ، وقمنا بالسحب العشوائي لورقتين من كل مجموعة بحيث نحصل على اسمي مدرستين للذكور ومدرستين للإناث ، وتم استبعاد المدارس المختلطة لتسهيل الاعتيان ، وكانت المدارس المختارة:

(ثانوية نايف جربوع وثانوية شقيب أرسلان للذكور) و (ثانوية عصام حرب وثانوية ممدوح نصار للإناث).

وقمنا بكل مدرسة بالاطلاع على قوائم أسماء الطلاب والطالبات فيها وأخذنا كسر اعتيان 1\3 بحيث نختر من كل ثلاثة أسماء اسم يوزع عليه الاستبيان .

بعد جمع الاستبيانات تم إدخال المعلومات الإحصائية وتم إلغاء 12 استبيان لعدم احتوائها المعلومات المطلوبة.

لذلك يكون حجم العينة الفعلي الذي تمت الدراسة عليه هو 588 طالبا وطالبة.

تم اجراء الدراسة الاحصائية المناسبة باستخدام القوانين والجداول الإحصائية المناسبة عند مجال ثقة 95% ومستوى الدلالة $P < 0,05$

الدراسة الاحصائية

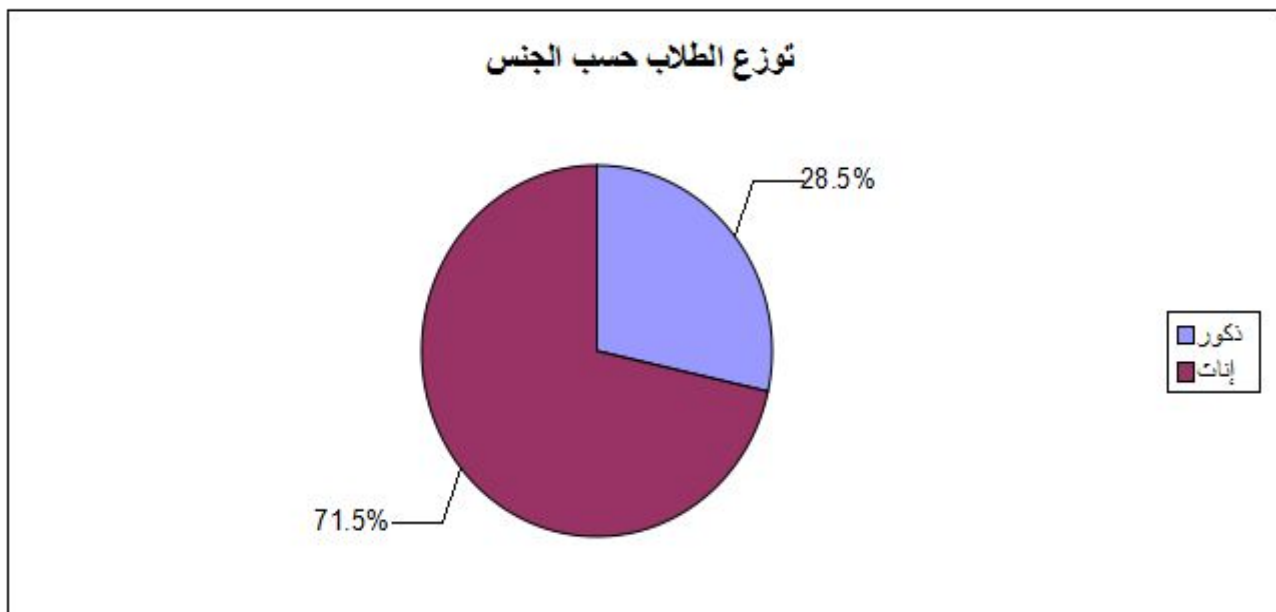
أولاً - وصف العينة:

عينة البحث مؤلفة من 588 طالباً وطالبة من طلاب الشهادة الثانوية والثاني الثانوي ،وقد كان توزع الطلاب في العينة وفقاً للجنس والسنة الدراسية والفرع الذي يتبع له الطالب كما يلي:

1- توزع طلاب عينة البحث وفقاً لجنس الطالب:

توزع طلاب عينة البحث وفقاً لجنس الطالب.

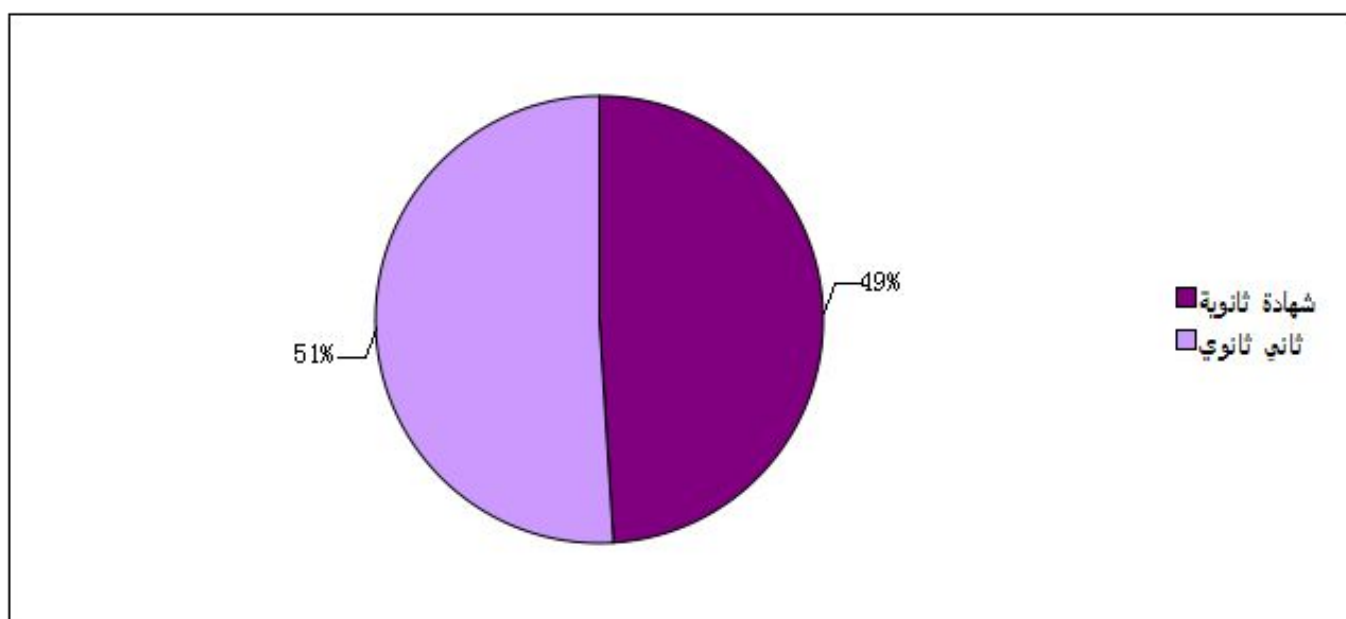
النسبة المئوية	عدد الطلاب	جنس الطالب
28.5	168	ذكر
71.5	420	أنثى
100	588	المجموع



2_ توزيع طلاب عينة البحث وفقاً للسنة الدراسية (ثاني ثانوي\شهادة ثانوية):

السنة الدراسية	عدد الطلاب	النسبة المئوية
شهادة ثانوية	288	49
ثاني ثانوي	300	51
المجموع	588	100

توزيع طلاب العينة وفقاً للسنة الدراسية

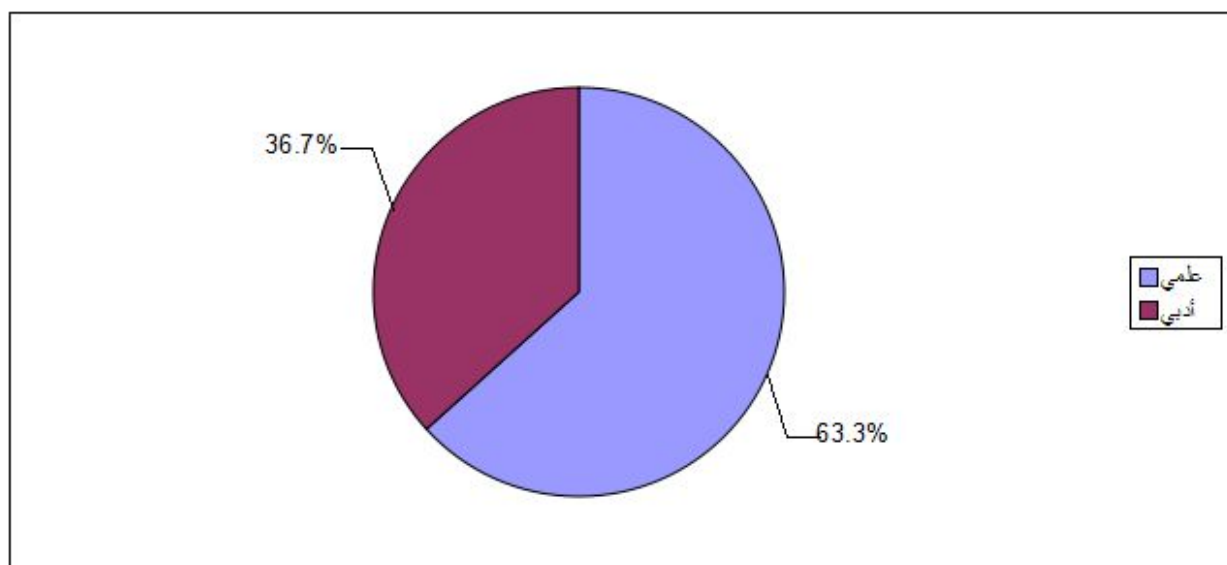


3_توزيع طلاب عينة البحث وفقاً للفرع الدراسي (علمي\أدبي)

توزيع طلاب عينة البحث وفقاً للفرع الدراسي

الفرع	عدد الطلاب	النسبة المئوية
علمي	372	63.3
أدبي	216	36.7
المجموع	588	100

توزيع طلاب عينة البحث وفقاً للفرع الدراسي



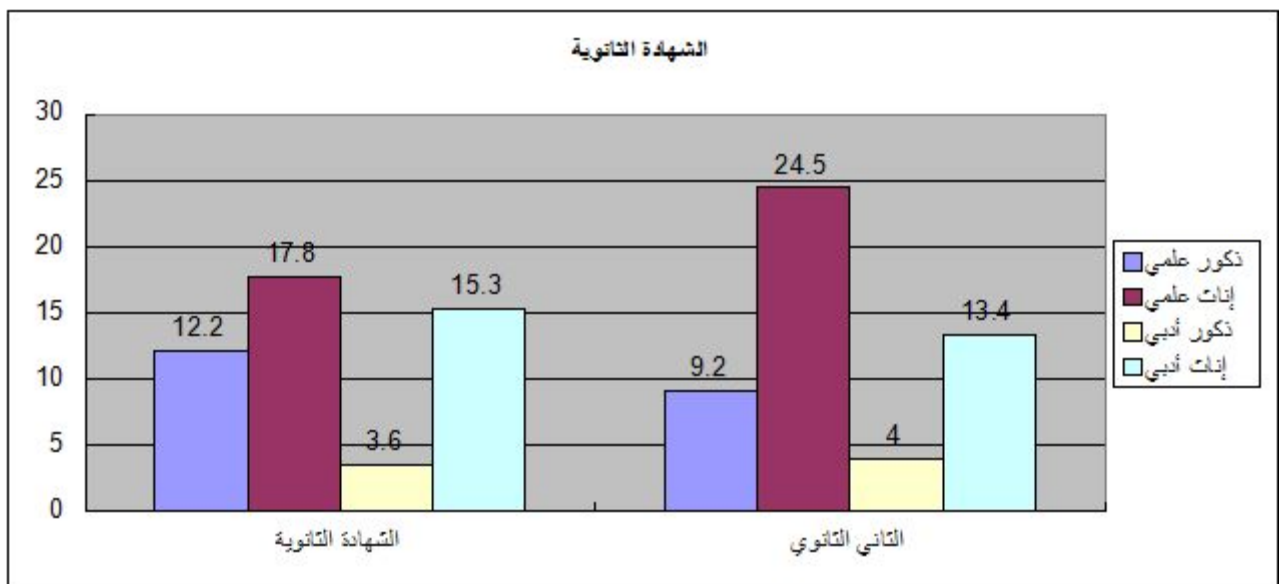
4_توزع طلاب عينة البحث وفقاً للجنس والسنة الدراسية والفرع:

	الفرع الأدبي		الفرع العلمي			
	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	
المجموع						
112	91	21	177	105	72	الشهادة الثانوية
104	80	24	195	144	51	الثاني الثانوي
216	171	45	372	249	123	المجموع

5_توزع طلاب عينة البحث وفقاً للجنس والسنة الدراسية والفرع بالنسبة المئوية:

	الفرع الأدبي		الفرع العلمي			
	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	
المجموع						
18.9%	15.3%	3.6%	30%	17.8%	12.2%	الشهادة الثانوية
17.4%	13.4%	4%	33.7%	24.5%	9.2%	الثاني الثانوي
36.3%	28.7%	7.6%	63.7%	42.3%	21.4%	المجموع

التمثيل البياني لتوزع نسب الطلاب على السنتين الدراسيتين بفئاتهم المختلفة:



ثانياً - الدراسة الإحصائية التحليلية:

تم الاستقصاء عن بعض الخصائص والعادات الشخصية للطالب (الوضع الاقتصادي للطالب ، عادة التدخين).

وتم قياس حدوث اضطراب القلق المعمم وفق معايير DSM_V المعتمدة على المقابلة السريرية وتم تعبئة جدول مناسب بالمعطيات يتوافق مع المعايير التشخيصية (سنورده لاحقاً) ، وتم حساب شدة القلق (خفيف ،متوسط، شديد) عن طريق جدول آخر مشابه لطريقة الحساب بمقياس GAD7 سنورده كذلك) وذلك لكل طالب وطالبة من طلاب العينة:

الجدول المقابل لمعايير تشخيص القلق السريرية وفق DSM-V مع العلامات الموافقة لكل خيار:

خلال الستة أشهر الأخيرة:	أبداً	أيام قليلة	أكثر من نصف الأيام	تقريباً كل يوم
تشعر بالخوف وكأن شيئاً سيئاً سوف يحدث	0	1	2	3
غير قادر على التحكم بمخاوفك وقلقك	0	1	2	3
تشعر بالتململ الدائم والصعوبة في الراحة وسرعة الغضب	0	1	2	3
صعوبة في التفكير أو بقاء الذهن فارغاً	0	1	2	3
تتعب بسرعة	0	1	2	3
تجد صعوبة في النوم	0	1	2	3
عند التوتر يحدث توتر عضلي أو خفقان أو ضيق نفس الخ	0	1	2	3
يؤدي القلق إلى تعطيلك عن واجباتك ومهامك	0	1	2	3

كيفية تحديد شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم في عينة البحث بشكل مشابه لمقياس GAD7

قيمة معدل اضطراب القلق المعمم على المقياس	شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم وفقاً للمقياس	الإصابة باضطراب القلق المعمم
من 0 حتى 9	لا يوجد قلق	غير مصاب باضطراب القلق المعمم
من 10 حتى 14	اضطراب قلق معمم خفيف	مصاحب باضطراب القلق المعمم
من 15 حتى 19	اضطراب قلق معمم متوسط الشدة	
من 20 حتى 24	اضطراب قلق معمم شديد	

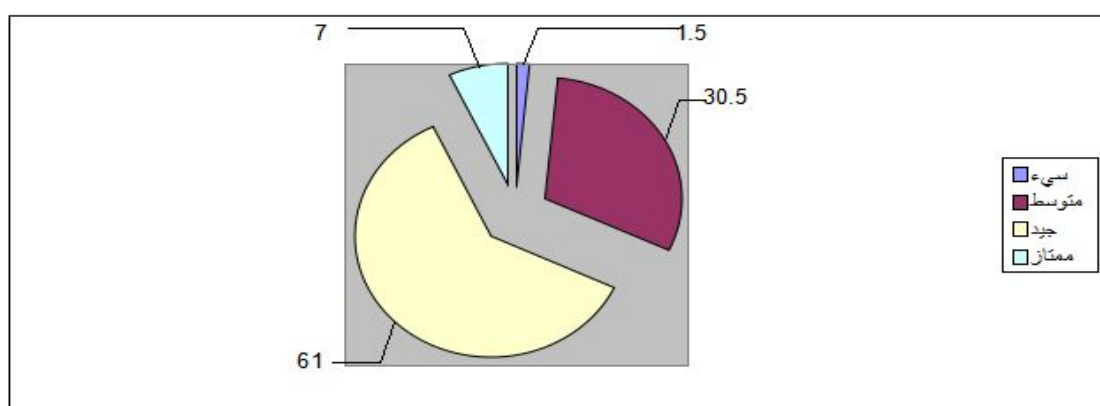
ثم تمت دراسة انتشار الإصابة باضطراب القلق المعمّم وتمت دراسة العلاقة بين الإصابة با لقلق المعمّم وكل من المتغيرات الأخرى المدروسة في عينة البحث وكانت نتائج التحليل كما يلي:

دراسة بعض الخصائص الشخصية للطلاب في عينة البحث:

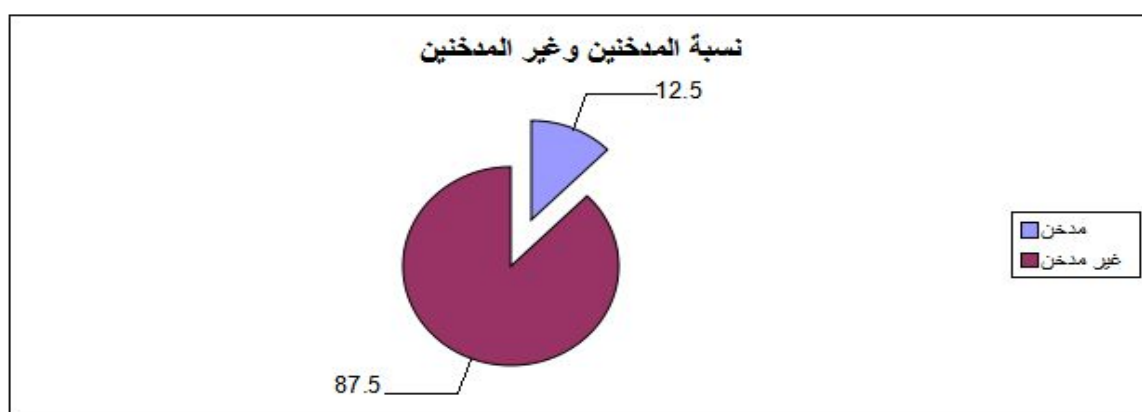
نتائج الاستقصاء عن بعض الخصائص الاجتماعية والشخصية للطلاب في عينة البحث.

المتغير المدروس	الفئة	عدد الطلاب	النسبة المئوية
الوضع الاقتصادي للطلاب	وضع اقتصادي سيئ	9	1.5
	وضع اقتصادي متوسط	180	30.5
	وضع اقتصادي جيد	360	61
	وضع اقتصادي ممتاز	39	7
	المجموع	588	100
عادة التدخين	غير مدخن	515	87.5
	مدخن	73	12.5
	المجموع	588	100

مخطط يمثل النسبة المئوية لنتائج الاستقصاء عن الوضع الاقتصادي للطلاب في عينة البحث.



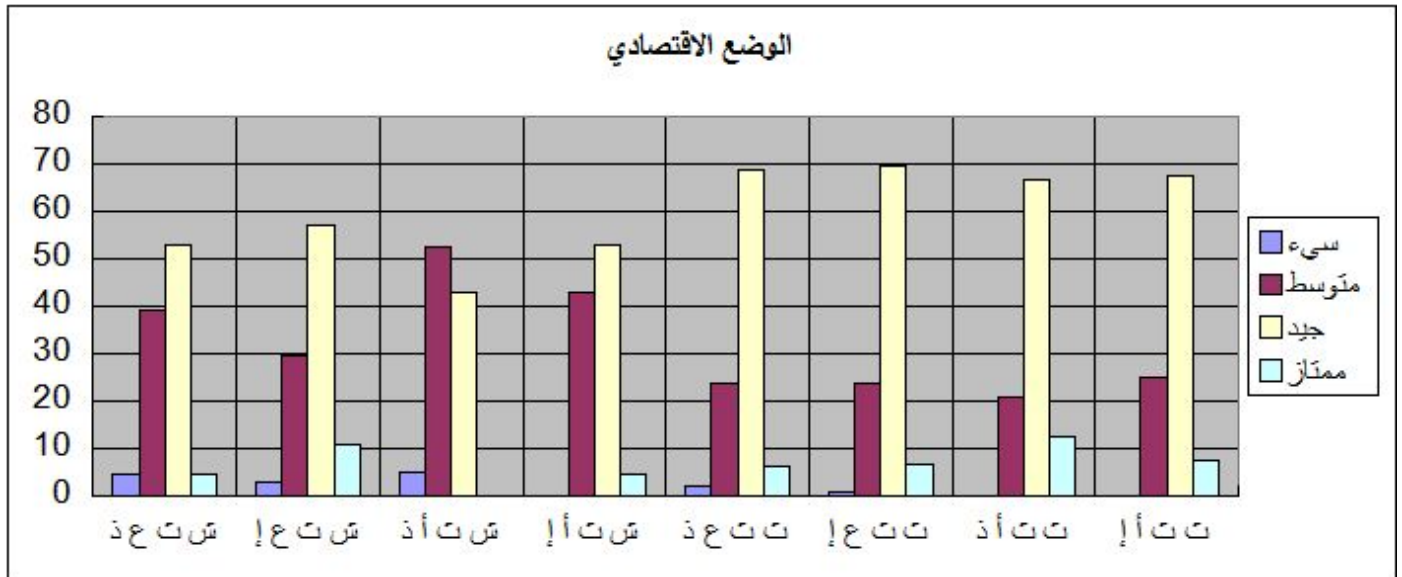
مخطط يمثل النسبة المئوية لنتائج الاستقصاء عن عادة التدخين للطلاب في عينة البحث.



دراسة وتوزيع الوضع الاقتصادي بحسب فئات الطلاب:

نتائج الاستقصاء عن الوضع الاقتصادي بحسب فئات الطلاب ضمن العينة

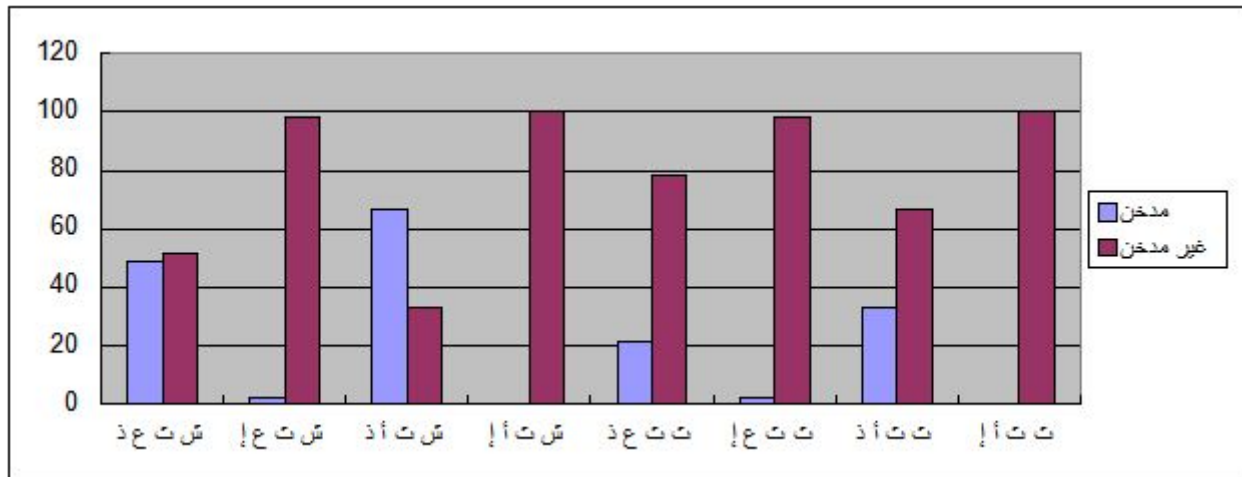
النسبة المئوية					عدد الطلاب					الفئة \ الوضع الاقتصادي
المجموع	ممتاز	جيد	متوسط	سيء	المجموع	ممتاز	جيد	متوسط	سيء	
100	4.2	52.7	38.9	4.2	72	3	38	28	3	شهادة ثانوية علمي ذكور
100	10.5	57.1	29.5	2.9	105	11	60	31	3	شهادة ثانوية علمي إناث
100	0	42.9	52.3	4.8	21	0	9	11	1	شهادة ثانوية أدبي ذكور
100	4.4	52.7	42.9	0	91	4	48	39	0	شهادة ثانوية أدبي إناث
100	5.9	68.6	23.5	2	51	3	35	12	1	ثاني ثانوي علمي ذكور
100	6.3	69.4	23.6	0.7	144	9	100	34	1	ثاني ثانوي علمي إناث
100	12.5	66.7	20.8	0	24	3	16	5	0	ثاني ثانوي أدبي ذكور
100	7.5	67.5	25	0	80	6	54	20	0	ثاني ثانوي أدبي إناث
					588	39	360	180	9	المجموع



دراسة وتوزع عادة التدخين بحسب فئات الطلاب:

النسبة المئوية			عدد الطلاب			الفئة \ عادة التدخين
المجموع	غير مدخن	مدخن	المجموع	غير مدخن	مدخن	
100	51.4	48.6	72	37	35	شهادة ثانوية علمي ذكور
100	98	2	105	103	2	شهادة ثانوية علمي إناث
100	33	67	21	7	14	شهادة ثانوية أدبي ذكور
100	100	0	91	91	0	شهادة ثانوية أدبي إناث
100	78.4	21.6	51	40	11	ثاني ثانوي علمي ذكور
100	98	2	144	141	3	ثاني ثانوي علمي إناث
100	67	33	24	16	8	ثاني ثانوي أدبي ذكور
100	100	0	80	80	0	ثاني ثانوي أدبي إناث
			588	515	73	المجموع

النسبة المئوية لتوزع عادة التدخين على فئات الطلاب

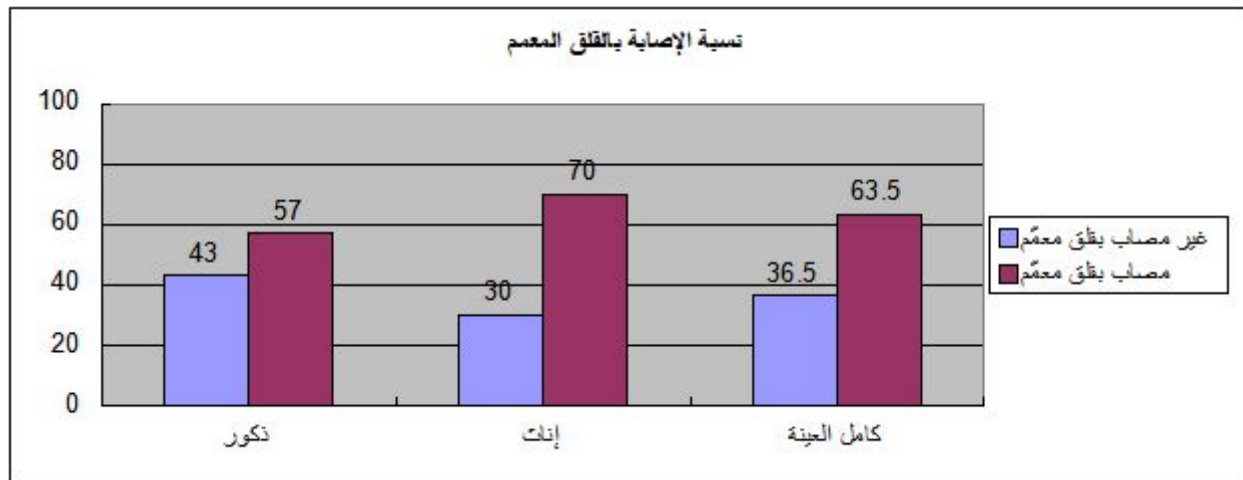


دراسة انتشار الإصابة باضطراب القلق المعمّم في عينة البحث:

نتائج الاستقصاء عن الإصابة باضطراب القلق المعمّم في عينة البحث وفقاً لجنس الطالب.

النسبة المئوية			عدد الطلاب			جنس الطالب
المجموع	مصاب بقلق معمم	غير مصاب بقلق معمم	المجموع	مصاب بقلق معمم	غير مصاب بقلق معمم	
100	57	43	168	96	72	ذكر
100	70	30	420	294	126	أنثى
100	63.5	36.5	588	390	198	طلاب عينة البحث كاملة

الإصابة باضطراب القلق المعمّم في عينة البحث وفقاً لجنس الطالب.



تأثير جنس الطالب على الإصابة باضطراب القلق المعمّم في عينة البحث:

تم إجراء اختبار Chi-Square لدراسة دلالة الفروق في تكرارات الإصابة باضطراب القلق المعمّم بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث في عينة البحث كما يلي:

نتائج اختبار Chi-Square لدراسة دلالة الفروق في تكرارات الإصابة باضطراب القلق المعم بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث في عينة البحث.

المتغيران المدروسان = الإصابة باضطراب القلق المعم × جنس الطالب				
عدد الطلاب	قيمة Chi-Square	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة المقدر	دلالة الفروق
588	8.929	1	0.003	توجد فروق دالة

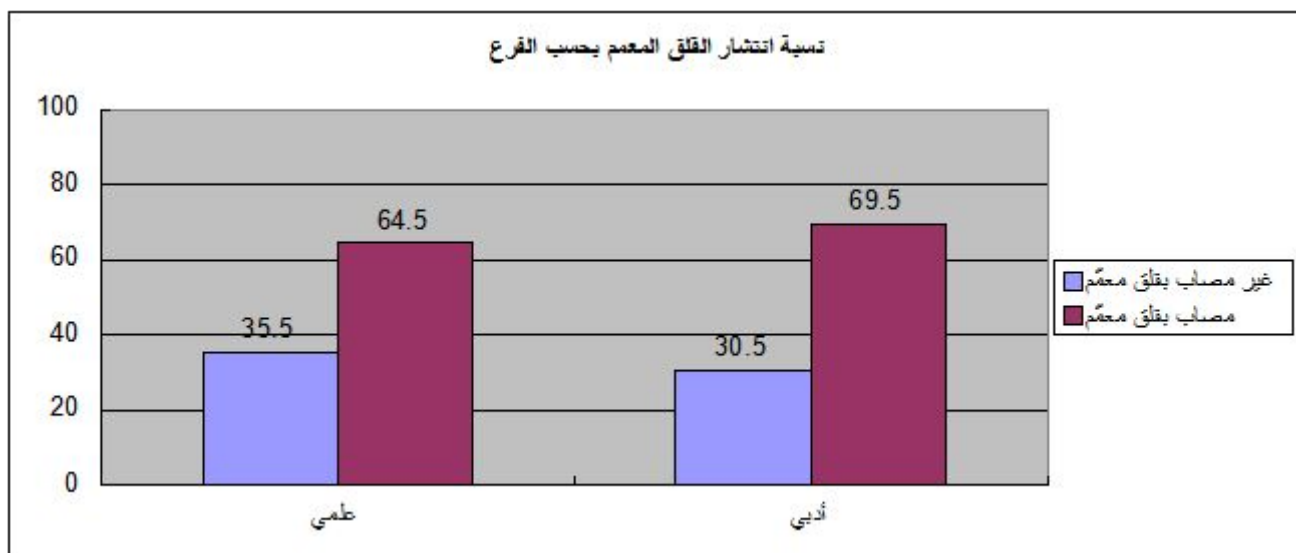
يُلاحظ في الجدول السابق أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05 أي أنه عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات الإصابة باضطراب القلق المعم بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث في عينة البحث، وبدراسة جدول التكرارات والنسب المئوية الموافق يُلاحظ أن نسبة الإصابة باضطراب القلق المعم في مجموعة الذكور كانت أصغر منها في مجموعة الإناث في عينة البحث.

- انتشار اضطراب القلق المعم في عينة البحث وفقاً للفرع الدراسي (علمي/أدبي)

نتائج الاستقصاء عن الإصابة باضطراب القلق المعم وفقاً للفرع الذي يتبع له الطالب.

عدد الطلاب			النسبة المئوية		الفرع
غير مصاب بقلق معم	مصاب بقلق معم	المجموع	غير مصاب بقلق معم	مصاب بقلق معم	
132	240	372	35.5	64.5	علمي
66	150	216	30.5	69.5	أدبي
198	390	588			المجموع

النسبة المئوية للإصابة باضطراب القلق المعم وفقاً للفرع الذي يتبع له الطالب.



تأثير فرع الطالب على الإصابة باضطراب القلق المعمم:

تم إجراء اختبار Chi-Square لدراسة دلالة الفروق في تكرارات الإصابة باضطراب القلق المعمم بين مجموعة الفرع الأدبي ومجموعة الفرع العلمي في عينة البحث كما يلي:

نتائج اختبار Chi-Square لدراسة دلالة الفروق في تكرارات الإصابة باضطراب القلق المعمم بين مجموعتي الفرع العلمي والفرع الأدبي في عينة البحث.

المتغيران المدروسان = الإصابة باضطراب القلق المعمم × فرع الطالب				
عدد الطلاب	قيمة Chi-Square	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة المقدر	دلالة الفروق
588	1.482	1	0.3	لا توجد فروق دالة

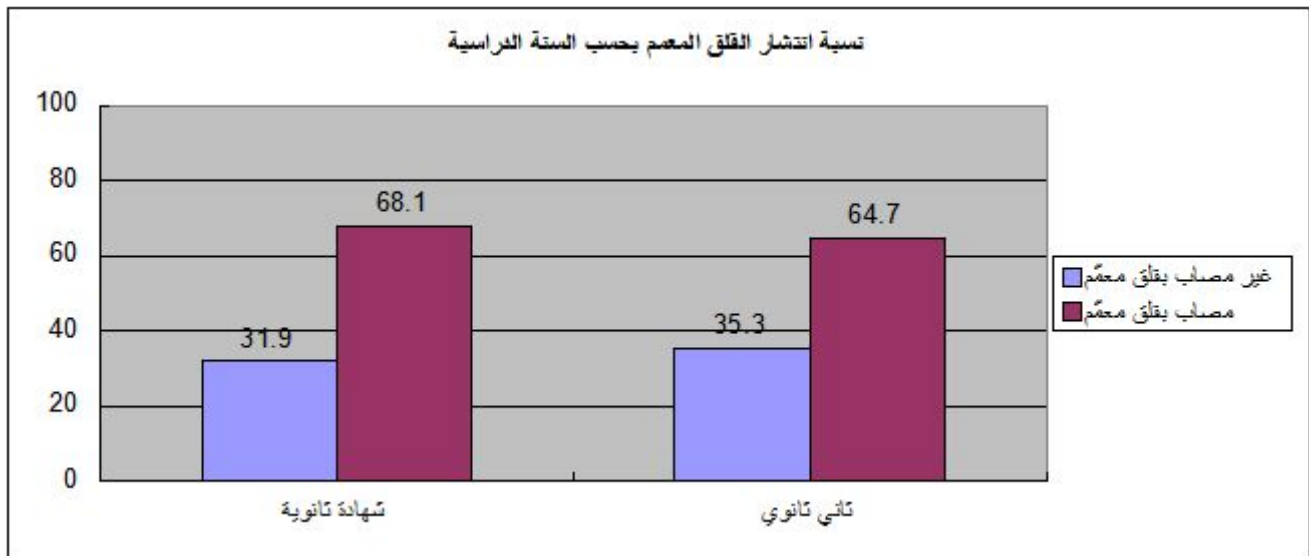
يُلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة، 0.05 أي أنه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات الإصابة باضطراب القلق المعمم بين مجموعة الفرع العلمي ومجموعة الفرع الأدبي في عينة البحث، وبدراسة جدول التكرارات والنسب المئوية الموافق يُلاحظ أن نسبة الإصابة باضطراب القلق المعمم في مجموعة الفرع الأدبي مساوية تقريباً لنسبة الإصابة في الفرع العلمي في عينة البحث.

انتشار اضطراب القلق المعمّم في عينة البحث وفقاً للسنة الدراسية للطلاب:

نتائج الاستقصاء عن الإصابة باضطراب القلق المعمّم في عينة البحث وفقاً للسنة الدراسية للطلاب.

النسبة المئوية			عدد الطلاب			السنة الدراسية
المجموع	مصاب بقلق معّم	غير مصاب بقلق معّم	المجموع	مصاب بقلق معّم	غير مصاب بقلق معّم	
100	68.1	31.9	288	196	92	شهادة ثانوية
100	64.7	35.3	300	194	106	ثاني ثانوي
			588	390	198	المجموع

النسبة المئوية للإصابة باضطراب القلق المعمّم وفقاً للسنة الدراسية للطلاب



- تأثير السنة الدراسية للطالب على تكرارات الإصابة باضطراب القلق المعمم:

تم إجراء اختبار Chi-Square لدراسة دلالة الفروق في تكرارات الإصابة باضطراب القلق المعمم بين مجموعة طلاب الثاني الثانوي ومجموعة طلاب الشهادة الثانوية في عينة البحث كما يلي:

نتائج اختبار Chi-Square لدراسة دلالة الفروق في تكرارات الإصابة باضطراب القلق المعمم بين مجموعة الطلاب الشهادة الثانوية ومجموعة طلاب الثاني الثانوي

المتغيران المدروسان = الإصابة باضطراب القلق المعمم × السنة الدراسية للطالب				
عدد الطلاب	قيمة Chi-Square	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة المقدر	دلالة الفروق
588	0.761	1	0.85	لا توجد فروق دالة

يُلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة 0.05 أي أنه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات الإصابة باضطراب القلق المعمم بين مجموعة طلاب الشهادة الثانوية ومجموعة طلاب الثاني الثانوي في عينة البحث.

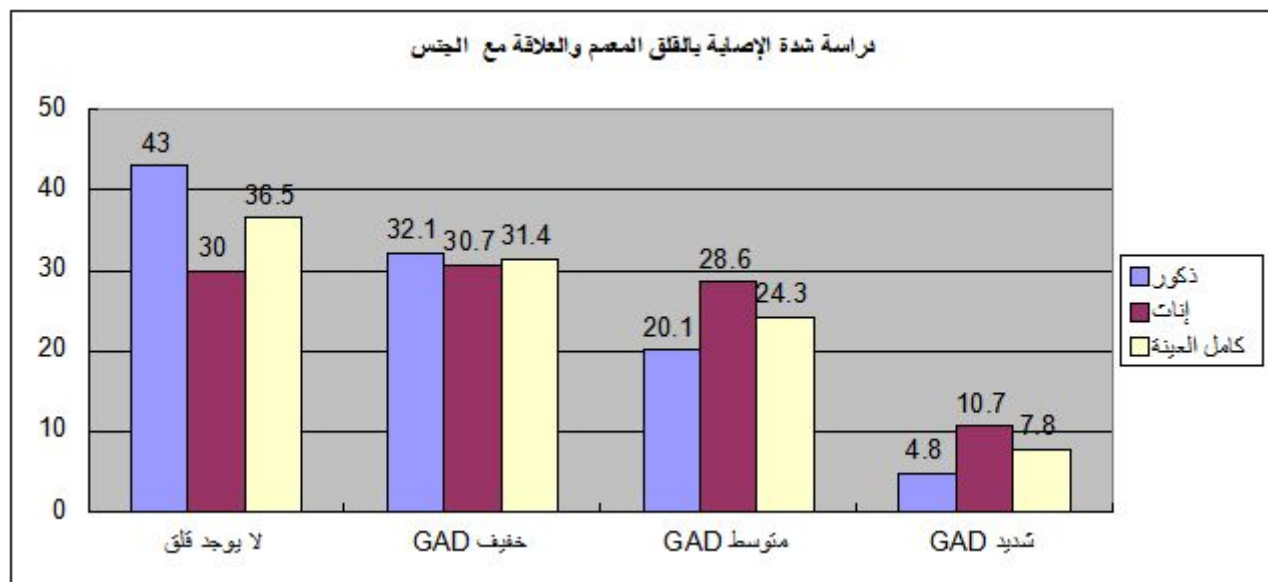
دراسة شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد في عينة البحث:

- شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المحدد في عينة البحث وفقاً لجنس الطالب:

نتائج الاستقصاء عن شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المحدد في عينة البحث وفقاً لجنس الطالب.

النسبة المئوية					عدد الطلاب					جنس الطالب
المجموع	اضطراب قلق معمم شديد	اضطراب قلق معمم متوسط	اضطراب قلق معمم خفيف	لا يوجد قلق	المجموع	اضطراب قلق معمم شديد	اضطراب قلق معمم متوسط	اضطراب قلق معمم خفيف	لا يوجد قلق	
100	4.8	20.1	32.1	43	168	8	34	54	72	ذكر
100	10.7	28.6	30.7	30	420	45	120	129	126	أنثى
100	7.8	24.3	31.4	36.5	588	53	154	183	198	عينة البحث كاملة

النسبة المئوية لنتائج الاستقصاء عن شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المحدد في عينة البحث وفقاً لجنس الطالب.



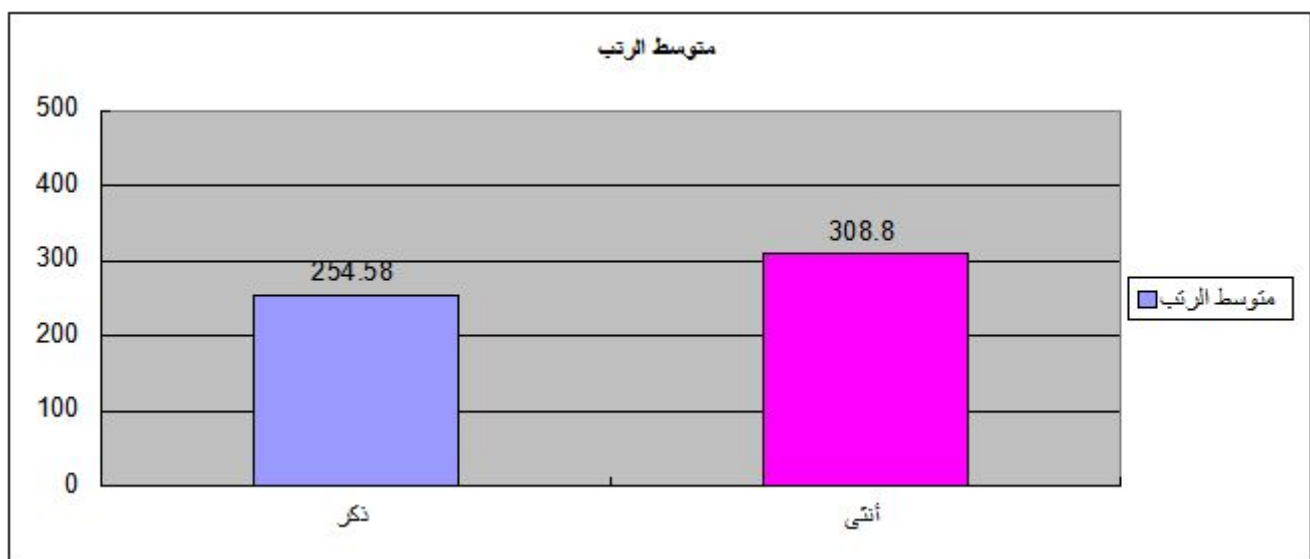
تأثير جنس الطالب على تكرارات شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد في عينة البحث:

تم إجراء اختبار Mann-Whitney U لدراسة دلالة الفروق في تكرارات شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد في الدراسة بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث في عينة البحث كما يلي:

نتائج اختبار **Mann-Whitney U** لدراسة دلالة الفروق في تكرارات شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث في عينة البحث.

المتغير المدروس	جنس الطالب	عدد الطلاب	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
شدة الإصابة بالقلق المعمم حسب المقياس المعتمد في البحث	ذكر	168	254.58	29272.5	0.000	<u>توجد فروق دالة</u>
	أنثى	420	308.8			

يُلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05 أي أنه عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث في عينة البحث، وبدراسة قيم متوسطات الرتب نستنتج أن شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد في مجموعة الذكور كانت أقل منها في مجموعة الإناث في عينة البحث.

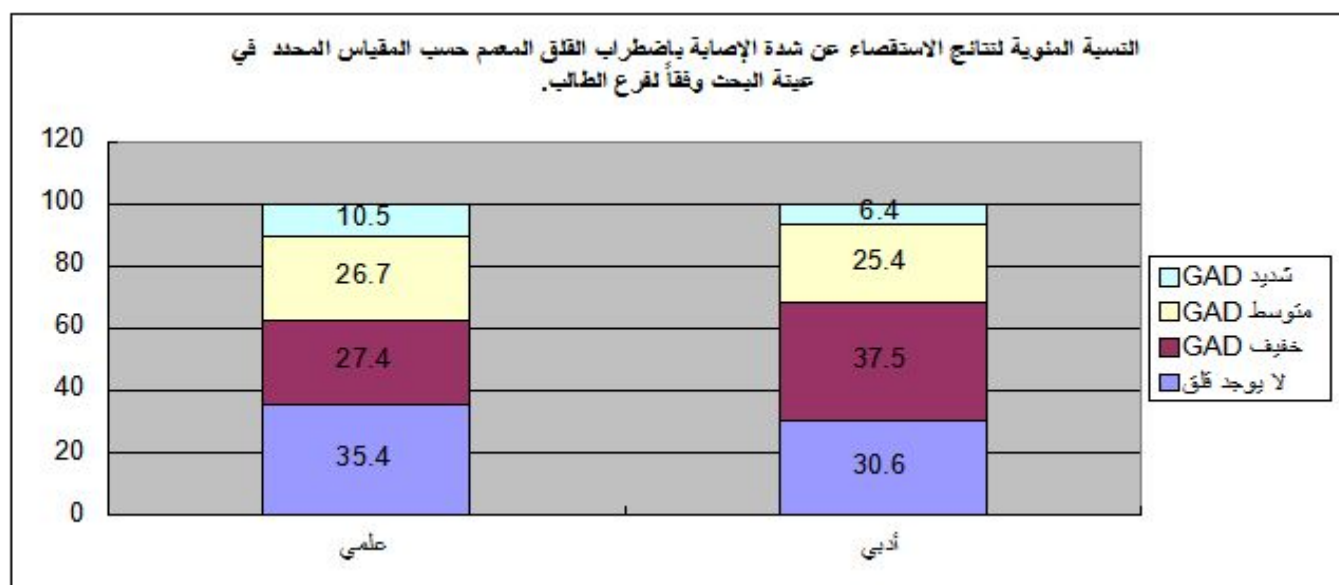


متوسط الرتب لشدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد في عينة البحث وفقاً لجنس الطالب.

دراسة شدة الإصابة باضطراب القلق المعم حسب المقياس المحدد في عينة البحث وفقاً لفرع الطالب:

نتائج الاستقصاء عن شدة الإصابة باضطراب القلق المعم حسب المقياس المحدد في عينة البحث وفقاً لفرع الطالب

النسبة المئوية					عدد الطلاب					فرع الطالب
المجموع	اضطراب قلق معمم شديد	اضطراب قلق معمم متوسط	اضطراب قلق معمم خفيف	لا يوجد قلق	المجموع	اضطراب قلق معمم شديد	اضطراب قلق معمم متوسط	اضطراب قلق معمم خفيف	لا يوجد قلق	
100	10.5	26.7	27.4	35.4	372	39	99	102	132	علمي
100	6.4	25.4	37.5	30.6	216	14	55	81	66	أدبي
100	9	26	31.4	33.6	588	53	154	183	198	كامل العينة



النسبة المئوية لنتائج الاستقصاء عن شدة الإصابة باضطراب القلق المعم حسب المقياس المحدد في عينة البحث وفقاً لفرع الطالب.

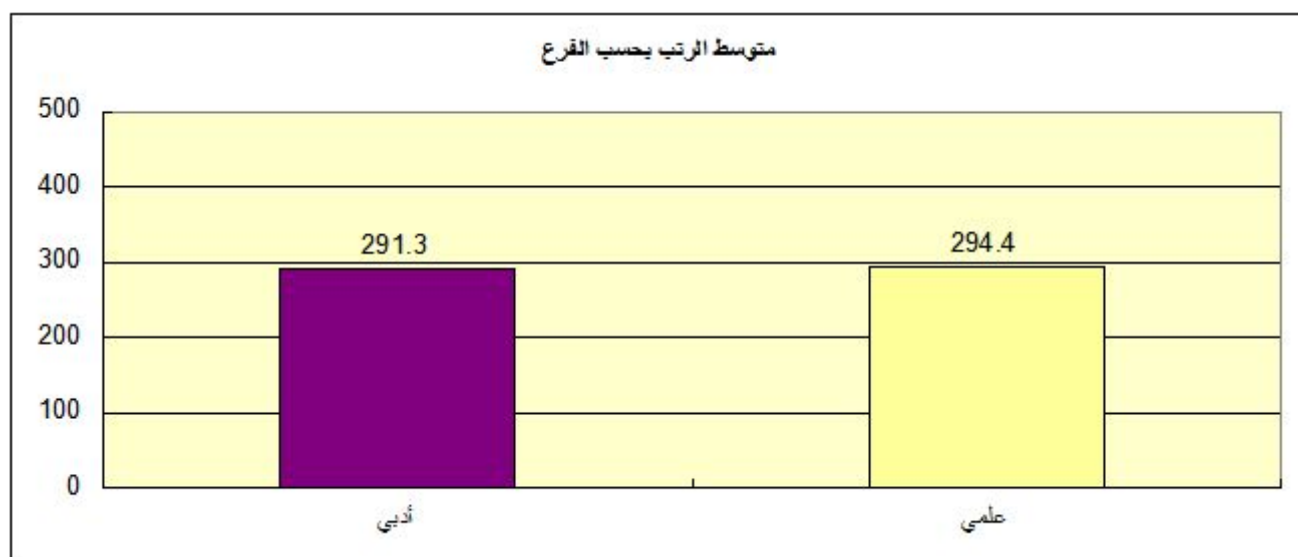
- دراسة تأثير فرع الطالب على تكرارات شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد في عينة البحث:

تم إجراء اختبار Mann-Whitney U لدراسة دلالة الفروق في تكرارات شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد في الدراسة بين مجموعتي الفرع العلمي والفرع الأدبي في عينة البحث كما يلي:

نتائج اختبار Mann-Whitney U لدراسة دلالة الفروق في تكرارات شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد بين مجموعتي الفرع العلمي والفرع الأدبي في عينة البحث.

المتغير المدروس	فرع الطالب	عدد الطلاب	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
شدة الإصابة بالقلق المعمم حسب المقياس المعتمد في البحث	أدبي	216	291.3	40198	0.723	لا توجد فروق دالة
	علمي	372	294.4			

يُلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة 0.05 أي أنه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد بين مجموعة الفرع العلمي ومجموعة الفرع الأدبي في عينة البحث.

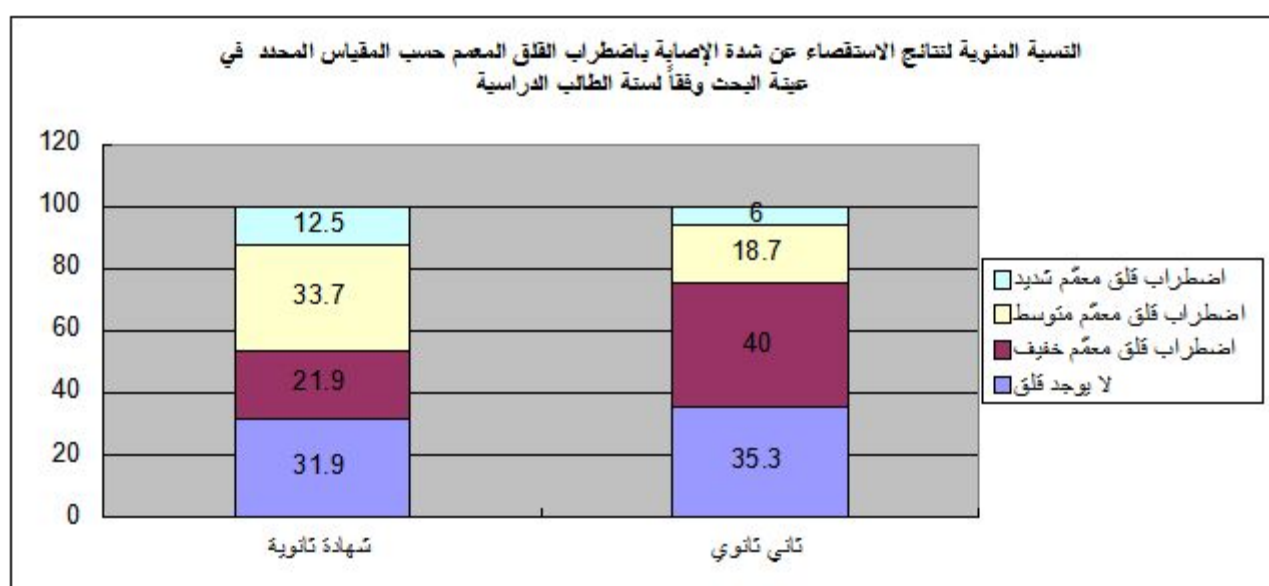


مخطط يمثل متوسط الرتب لشدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد في عينة البحث وفقاً لفرع الطالب.

دراسة شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المحدد في عينة البحث وفقاً لسنة الطالب الدراسية :

نتائج الاستقصاء عن شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المحدد في عينة البحث وفقاً لسنة الطالب الدراسية :

السنة الدراسية	عدد الطلاب				النسبة المئوية			
	لا يوجد قلق	اضطراب قلق معمم خفيف	اضطراب قلق معمم متوسط	اضطراب قلق معمم شديد	المجموع	لا يوجد قلق	اضطراب قلق معمم خفيف	اضطراب قلق معمم متوسط
الشهادة الثانوية	92	63	97	36	288	31.9	21.9	33.7
الثاني الثانوي	106	120	56	18	300	35.3	40	18.7
كامل العينة	198	183	153	54	588	33.6	31.1	26.1



النسبة المئوية لنتائج الاستقصاء عن شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المحدد في عينة البحث وفقاً لسنة الطالب الدراسية :

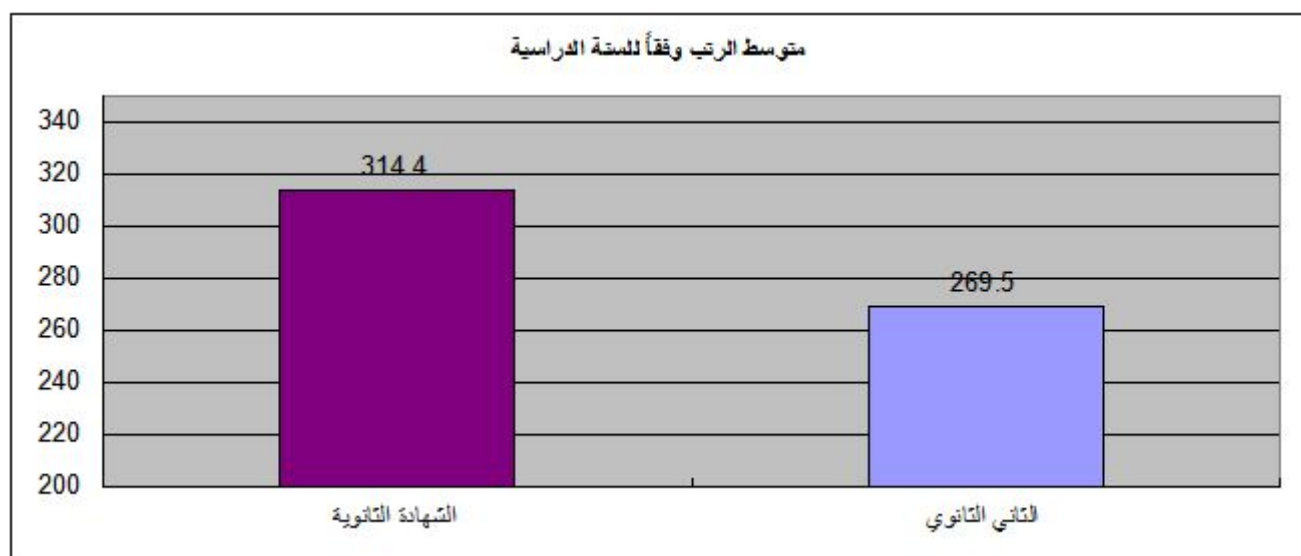
- دراسة تأثير السنة الدراسية للطلاب على تكرارات شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد في عينة البحث:

تم إجراء اختبار Mann-Whitney U لدراسة دلالة الفروق في تكرارات شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد في الدراسة بين مجموعتي الثاني الثانوي والشهادة الثانوية في عينة البحث كما يلي:

اختبار *Mann-Whitney U* لدراسة دلالة الفروق في تكرارات شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد بين طلاب الثاني الثانوي والشهادة الثانوية في عينة البحث.

المتغير المدروس	السنة الدراسية	عدد الطلاب	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد	الشهادة الثانوية	288	314.4	36308.6	0.001	<u>توجد فروق دالة</u>
	الثاني الثانوي	300	269.5			

يُلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر من القيمة 0.05 أي أنه عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد بين مجموعة الطلاب الثاني الثانوي ومجموعة طلاب الشهادة الثانوية في عينة البحث .



متوسط الرتب لشدة الإصابة باضطراب القلق المعمم حسب المقياس المعتمد في عينة البحث وفقاً للسنة الدراسية للطلاب.

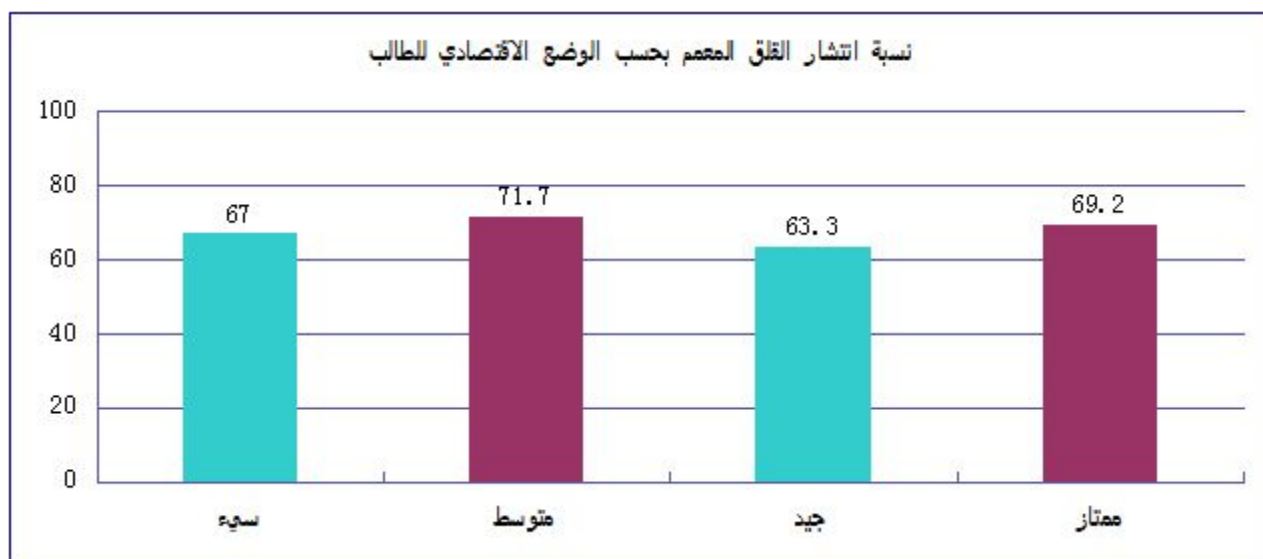
دراسة العلاقة بين الإصابة باضطراب القلق المعمّم والوضع الاقتصادي وعادة التدخين في عينة البحث:

- العلاقة بين اضطراب القلق المعمّم والوضع الاقتصادي وعادة التدخين :

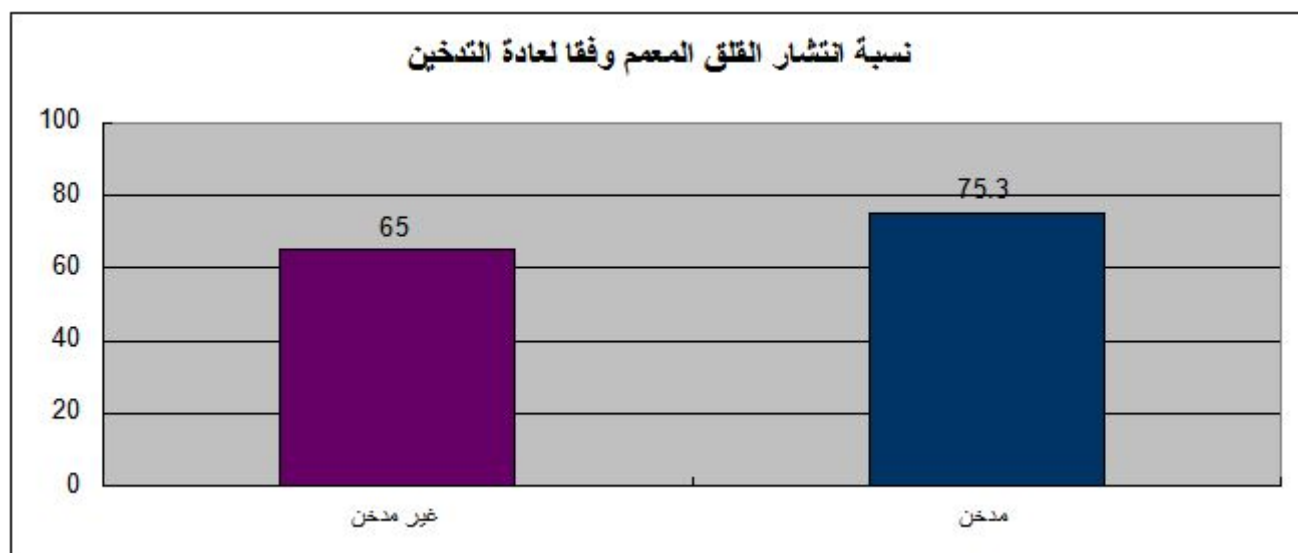
العلاقة بين الإصابة باضطراب القلق المعمّم والوضع الاقتصادي وعادة التدخين للطلاب في عينة البحث

المتغير المدروس	الفئة	عدد الطلاب			النسبة المئوية	
		غير مصاب بقلق معمم	مصاب بقلق معمم	المجموع	غير مصاب بقلق معمم	مصاب بقلق معمم
الوضع الاقتصادي للطلاب	وضع اقتصادي سيئ	3	6	9	33	67
	وضع اقتصادي متوسط	51	129	180	28.3	71.7
	وضع اقتصادي جيد	132	228	360	36.7	63.3
	وضع اقتصادي ممتاز	12	27	39	30.8	69.2
عادة التدخين	غير مدخن	180	335	515	35	65
	مدخن	18	55	73	24.7	75.3
	المجموع	198	390	5		

النسبة المئوية للإصابة باضطراب القلق المعمّم وفقاً للوضع الاقتصادي للطلاب في عينة البحث.



النسبة المئوية للإصابة باضطراب القلق المعمّم وفقاً لعادة التدخين في عينة البحث.



- تأثير كل من الوضع الاقتصادي وعادة التدخين على تكرارات الإصابة باضطراب القلق المعمّم
تم إجراء اختبار Chi-Square لدراسة دلالة الفروق في تكرارات الإصابة باضطراب القلق المعمّم بين
مجموعة المدخنين ومجموعة غير المدخنين في عينة البحث كما يلي:

نتائج اختبار Chi-Square لدراسة دلالة الفروق في تكرارات الإصابة باضطراب القلق المعمّم بين مجموعتي المدخنين وغير المدخنين في
عينة البحث.

المتغيران المدروسان = الإصابة باضطراب القلق المعمّم × عادة التدخين عند الطلاب				
عدد الطلاب	قيمة Chi-Square	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة المقدرّة	دلالة الفروق
588	3,04	1	0.07	لا توجد فروق دالة

يُلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بقليل من القيمة 0.05 أي أنه عند مستوى الثقة 95% لا
توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات شدة الإصابة باضطراب القلق المعمّم حسب المقياس المعتمد
بين مجموعة المدخنين وغير المدخنين في عينة البحث.

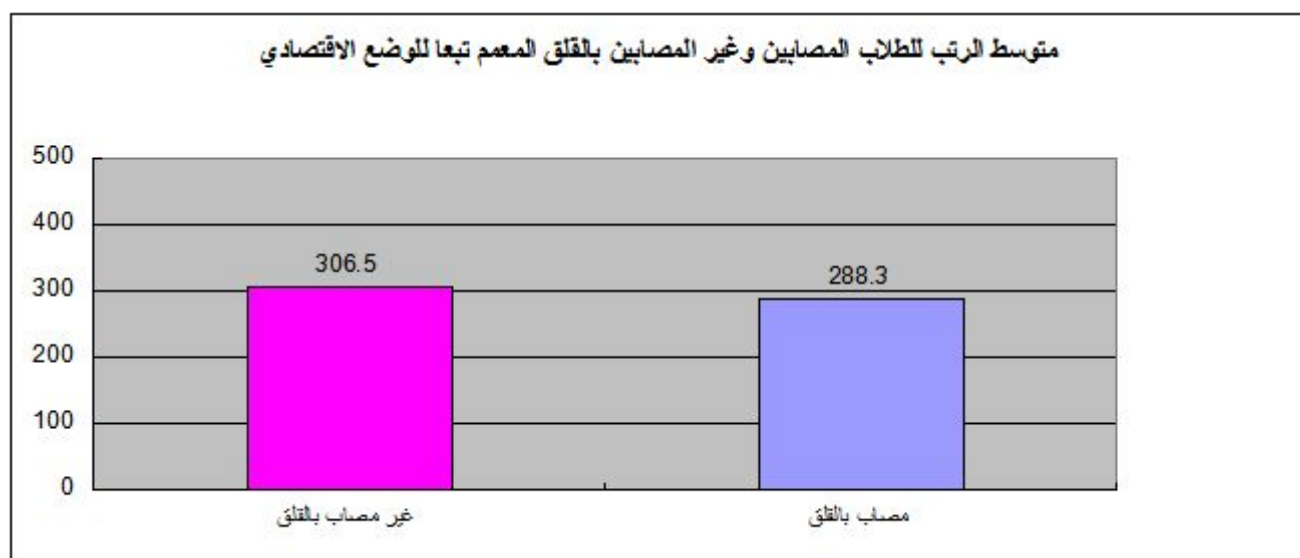
- دراسة العلاقة بين الإصابة باضطراب القلق المعمّم والوضع الاقتصادي للطلاب في عينة البحث:

تم إجراء اختبار Mann-Whitney U لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة الوضع الاقتصادي للطلاب بين مجموعة الطلاب غير المصابين باضطراب القلق المعمّم ومجموعة الطلاب المصابين باضطراب القلق المعمّم في عينة البحث كما يلي:

نتائج اختبار Mann-Whitney U لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة الوضع الاقتصادي للطلاب بين مجموعة الطلاب غير المصابين باضطراب القلق المعمّم ومجموعة الطلاب المصابين باضطراب القلق المعمّم في عينة البحث.

المتغير المدروس	الإصابة باضطراب القلق المعمّم	عدد الطلاب	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة U المعيارية	دلالة الفروق
درجة الوضع الاقتصادي للطلاب	غير مصاب باضطراب القلق المعمّم	198	306.5	36229.5	34793.8	لا توجد فروق دالة
	مصاب باضطراب القلق المعمّم	390	288.3			

يُلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة U المحسوبة أكبر من قيمة U المعيارية ، أي أنه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات درجة الوضع الاقتصادي للطلاب بين مجموعة الطلاب غير المصابين باضطراب القلق المعمّم ومجموعة الطلاب المصابين باضطراب القلق المعمّم في عينة البحث.



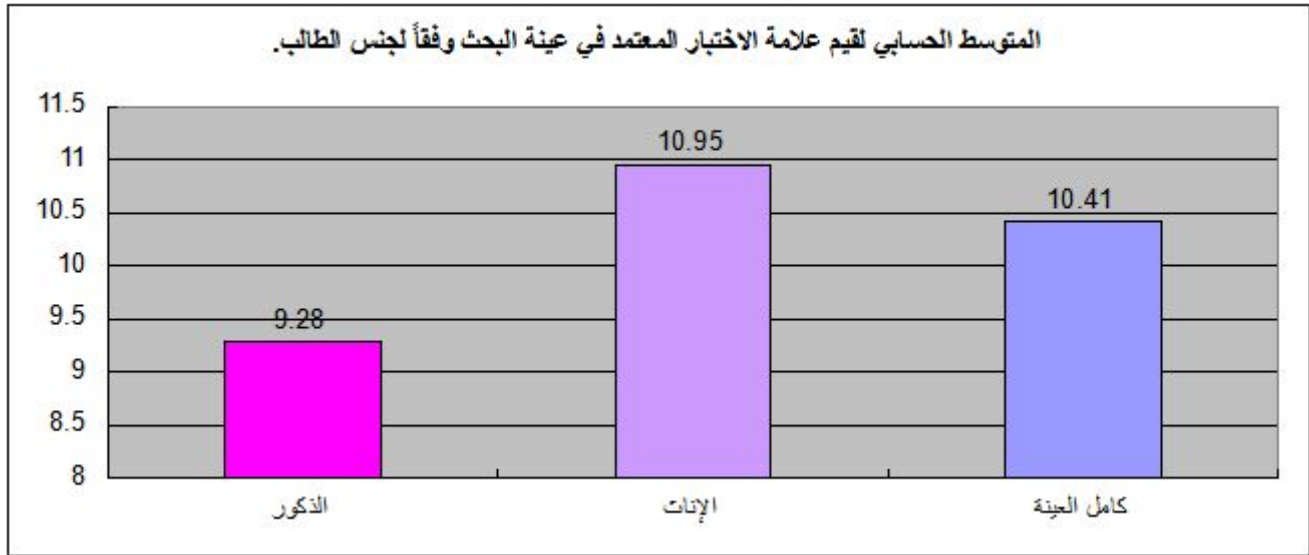
متوسط الرتب لدرجة الوضع الاقتصادي للطلاب في عينة البحث وفقاً للإصابة باضطراب القلق المعمّم.

دراسة علامة الاختبار المعتمد في عينة البحث:

- المتوسط الحسابي لقيم علامة الاختبار المعتمد في عينة البحث وفقاً لجنس الطالب:

جدول يبين الحد الأدنى والحد الأعلى والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لقيم علامة الاختبار المعتمد في عينة البحث وفقاً لجنس الطالب.

المتغير المدروس	جنس الطالب	عدد الطلاب	الحد الأدنى	الحد الأعلى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
علامة الاختبار	ذكر	168	0	24	9.28	5.1
	أنثى	420	0	24	10.95	4.75
	عينة البحث كاملة	588	0	24	10.41	4.88



المتوسط الحسابي لقيم علامة الاختبار المعتمد في عينة البحث وفقاً لجنس الطالب.

- دراسة تأثير جنس الطالب على متوسط قيم علامة الاختبار المعتمد في عينة البحث:

تم إجراء اختبار STUDENT T للعينات المستقلة لدراسة دلالة الفروق في متوسط قيم علامة الاختبار المعتمد بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث في عينة البحث كما يلي:

نتائج اختبار *STUDENT T* للعينات المستقلة لدراسة دلالة الفروق في متوسط قيم علامة الاختبار المعتمد بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث في عينة البحث.

المتغير المدروس	قيمة t	درجات الحرية	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري للفرق	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
علامة الاختبار	-6.423	586	-1.67	0.26	0.000	توجد فروق دالة

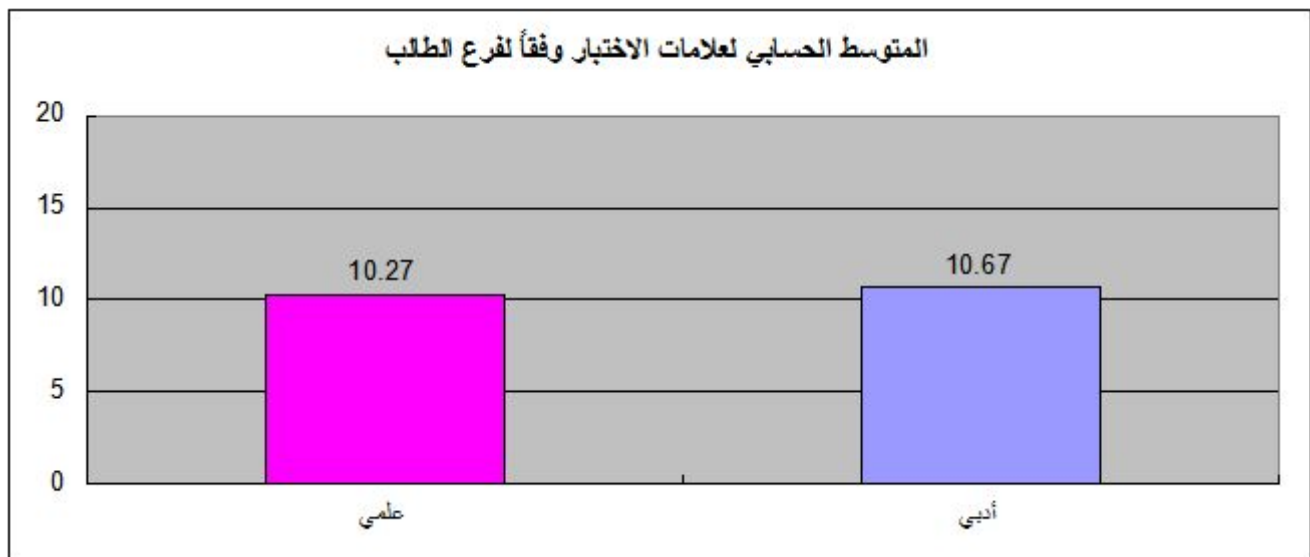
يُلاحظ في الجدول السابق أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05 أي أنه عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط قيم علامة الاختبار المعتمد بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث في عينة البحث، وبما أن الإشارة الجبرية للفرق بين المتوسطين سالبة نستنتج أن علامة الاختبار في مجموعة الذكور كانت أصغر منها في مجموعة الإناث في عينة البحث.

- المتوسط الحسابي لقيم علامة الاختبار في عينة البحث وفقاً لفرع الطالب:

الحد الأدنى والحد الأعلى والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لقيم علامة الاختبار في عينة البحث وفقاً لفرع الطالب.

المتغير المدروس	فرع الطالب	عدد الطلاب	الحد الأدنى	الحد الأعلى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
علامة الاختبار	علمي	372	0	24	10.27	5.01
	أدبي	216	0	24	10.67	4.78

المتوسط الحسابي لقيم علامة الاختبار في عينة البحث وفقاً لفرع الطالب.



- دراسة تأثير فرع الطالب على متوسط قيم علامة الاختبار المعتمد في عينة البحث:

تم إجراء اختبار STUDENT T للعينات المستقلة لدراسة دلالة الفروق في متوسط قيم علامة الاختبار المعتمد بين مجموعتي الفرع العلمي والفرع الأدبي في عينة البحث كما يلي:

نتائج اختبار **STUDENT T** للعينات المستقلة لدراسة دلالة الفروق في متوسط قيم علامة الاختبار المعتمد بين مجموعتي الفرع العلمي والفرع الأدبي في عينة البحث.

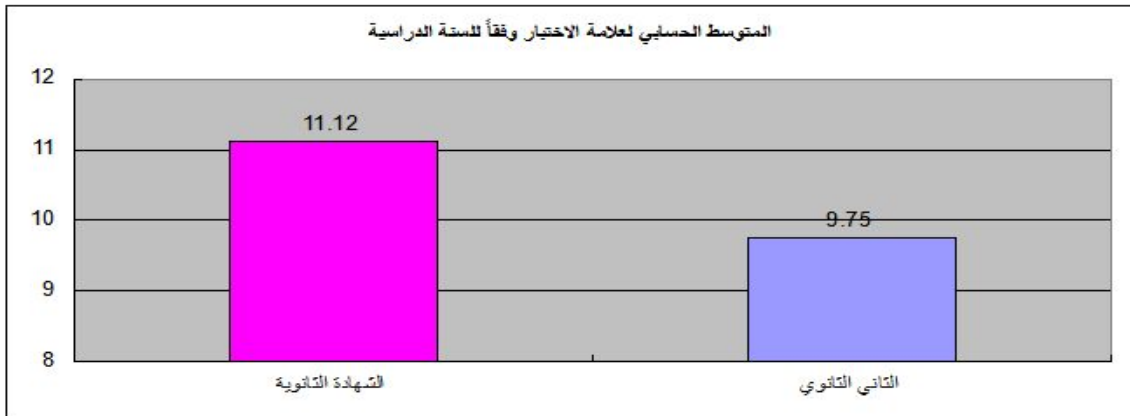
المتغير المدروس	قيمة t المحسوبة	درجات الحرية	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري للفرق	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
علامة الاختبار	1.538	586	0.4	0.26	0.735	لا توجد فروق دالة

يُلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة 0.05 أي أنه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط قيم علامة الاختبار المعتمد بين مجموعتي الفرع العلمي والفرع الأدبي في عينة البحث ، ونلاحظ أن علامة الاختبار في مجموعة الفرع العلمي قريبة جداً من العلامة في مجموعة الفرع الأدبي في عينة البحث.

المتوسط الحسابي لقيم علامة الاختبار في عينة البحث وفقاً للسنة الدراسية التي يتبع لها الطالب:

الحد الأدنى والحد الأعلى والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لقيم علامة الاختبار في عينة البحث وفقاً لنوع الكليات التي يتبع لها الطالب.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الحد الأعلى	الحد الأدنى	عدد الطلاب	سنة الطالب الدراسية	لمتغير المدروس
5.01	11.12	24	0	288	الشهادة الثانوية	علامة الاختبار
4.98	9.75	24	0	300	الثاني الثانوي	



المتوسط الحسابي لقيم علامة الاختبار في عينة البحث وفقاً لسنة الطالب الدراسية.

◀ دراسة تأثير السنة الدراسية للطالب على متوسط قيم علامة الاختبار في عينة البحث:

تم إجراء اختبار STUDENT T للعينات المستقلة لدراسة دلالة الفروق في متوسط قيم علامة الاختبار بين مجموعة طلاب الشهادة الثانوية ومجموعة طلاب الثاني الثانوي في عينة البحث كما يلي:

نتائج اختبار **STUDENT T** للعينات المستقلة لدراسة دلالة الفروق في متوسط قيم علامة الاختبار بين مجموعة الطلاب الشهادة الثانوية ومجموعة طلاب الثاني الثانوي في عينة البحث.

المتغير المدروس	قيمة t المحسوبة	درجات الحرية	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري للفرق	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
علامة الاختبار	5.269	586	1.37	0.26	0.000	<u>توجد فروق دالة</u>

يُلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05 أي أنه عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط قيم علامة الاختبار بين مجموعة طلاب الشهادة الثانوية ومجموعة طلاب الثاني الثانوي ، ونلاحظ أن القيمة الجبرية لفرق المتوسطين موجبة فإن متوسط العلامة لمجموعة الشهادة الثانوية أكبر من متوسطها لمجموعة الثاني الثانوي.

النتائج:

- 1- تبلغ نسبة انتشار اضطراب القلق المعمم في العينة المدروسة 63.5 %
- 2- يختلف انتشار GAD بين الذكور 57% والإناث 70% اختلافات ذات قيمة احصائية.
- 3- بلغت نسبة المصابين باضطراب قلق معمم خفيف الشدة 34.1 % ومتوسط الشدة ، 24.3% وشديد 8.7% من مجمل العينة الكلية المشاركة في الدراسة.
- 4- توجد فروق ذات قيمة إحصائية في شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم بحسب الجنس ، حيث تزداد نسبة الإصابة بالقلق المتوسط الشدة والشديد عند الإناث مقارنة مع الذكور.
- 5- لا توجد فروق ذات قيمة احصائية في نسبة انتشار اضطراب القلق المعمم بحسب الفرع العلمي أو الأدبي.
- 6- لا توجد فروق ذات قيمة احصائية في شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم بحسب الفرع العلمي أو الأدبي.
- 7- لا توجد فروق ذات قيمة احصائية في نسبة انتشار اضطراب القلق المعمم بحسب السنة الدراسية (شهادة ثانوية 68.1% /ثاني ثانوي 64.7%)
- 8- توجد فروق ذات قيمة إحصائية في شدة الإصابة باضطراب القلق المعمم بحسب السنة الدراسية حيث يزداد معدل الإصابة بالقلق المتوسط والشديد بشكل ملحوظ عند طلاب الشهادة الثانوي بالنسبة لطلاب الثاني الثانوي ، بينما يزداد معدل الإصابة بالقلق الخفيف عند طلاب الثاني الثانوي.
- 9- لا توجد فروق بين نسبة انتشار GAD عند الطلاب المدخنين و نسبة انتشاره عند غير المدخنين.
- 10- لم تختلف نسبة انتشار GAD حسب الوضع الاقتصادي للطلاب المشاركين حيث كانت نسب انتشار القلق متقاربة كثيراً بين كافة درجات الوضع الاقتصادي.
- 11- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط قيم علامة الاختبار المعتمد في عينة البحث بالنسبة لجنس الطالب والسنة الدراسية حيث ازدادت عند الإناث وطلاب الشهادة الثانوية ، بينما لا توجد فروق في العلامة بالنسبة لفرع الطالب.

المناقشة:

بلغت نسبة انتشار اضطراب القلق المعمم في دراستنا 63.5% وهذه النسبة تعتبر عالية جداً بالنسبة لنسب انتشار القلق المعمم في المجتمعات العالمية ،ولكن يجب الأخذ بعين الاعتبار أن تلك الدراسات قائمة على شرائح عمرية مختلفة ومتنوعة أما دراستنا فقائمة على طلاب المرحلة الثانوية وهي تعتبر شريحة عمرية عالية العرضة لانتشار اضطراب القلق ، كما أن وجود الشهادة الثانوية قد يكون عاملاً مساهماً في ازدياد القلق سواء لطلاب سنة الشهادة الثانوية بحسب فرض الدراسة أو حتى لطلاب الثاني الثانوي بالإضافة لوجود واقع غير عادي ومجموعة أحداث ذات أثر راض نفسي في سوريا وقت إجراء الدراسة.

ومع ذلك يمكن أن تصبح هذه النسبة واقعية إذا اخذنا بعين الاعتبار إن الدراسة شملت اضطراب القلق الخفيف الذي زاد كثيراً من النسبة العامة للإصابة بالقلق وهذه الفئة تعتبر في كثير من الدراسات ضمن حدود السواء النفسي.

وكما أسلفنا في المقدمة لاتوجد دراسات عالمية أخرى تبحث في موضوع دراستنا لمقارنة نتائجننا معها ، ويعود السبب لاختلاف الأنظمة التعليمية في بلاد أخرى وعدم وجود ضغوط معتبرة للشهادة الثانوية لديهم ، إضافة لضعف المواد وكادر الدراسات في بلادنا حتى يتم طرح دراسات مماثلة.

أثبتت دراستنا أن هناك اختلاف في نسبة انتشار القلق المعمم بين الذكور والإناث حيث تزداد النسبة عند الإناث بشكل ملحوظ ، كما أن هناك اختلاف بين الجنسين في شدة الإصابة بالقلق حيث لاحظنا من خلال الدراسة أن نسبة القلق الخفيف متساو تقريباً بين الجنسين بينما تزداد نسبة القلق المتوسط والقلق الشديد عند الإناث بشكل واضح.

لم نجد أي فروقات في نسبة انتشار اضطراب القلق المعمم أو في شدته تبعاً لفرع الطالب العلمي أو الأدبي حيث تساوت تقريباً معدلات الإصابة والشدة بين طلاب الفرعين.

وفيما يخص الهدف الأساسي من دراستنا وهو تأثير وجود الشهادة الثانوية على ازدياد نسبة القلق وشدته ،فقد أثبتت الدراسة أنه لا توجد فروق في نسبة حدوث القلق بين طلاب الشهادة الثانوية وطلاب الثاني الثانوي ، ولكن توجد فروق واضحة في شدة الإصابة بالقلق ، فبينما تزداد نسبة القلق الخفيف عند

طلاب الثاني الثانوي ،تزداد بوضوح نسبة الإصابة بالقلق المتوسط والشديد عند طلاب الشهادة الثانوية ، ومن هنا يمكن القول أن الشهادة الثانوية تؤثر على ازدياد شدة القلق عند الطلاب ولا تؤثر على نسبة حدوثه.

لم نجد أي فروقات في ازدياد نسبة الإصابة بالقلق بين مجموعتي المدخنين وغير المدخنين ، كما لم نجد أي فروق تثبت وجود علاقة بين الوضع الاقتصادي للطلاب ووجود القلق لديه ، ولم نبحت في دراستنا العلاقة بين شدة القلق والتدخين أو شدة القلق والوضع الاقتصادي تجنباً للإطالة والدخول في التفاصيل التي تبتعد عن الهدف الأساسي من الرسالة.

المقترحات والتوصيات:

- 1- تثقيف طلاب المدارس وخاصة طلاب الشهادات عن اضطراب القلق من خلال ندوات وحوارات طلابية مع مختصين.
- 2- نصح الطلاب الذين يعانون من أعراض توتر وقلق مراجعة اختصاصي نفسي لتحديد السبب وعلاجه ,وهذا الأمر يجب أن يتم بالتعاون مع الجهاز الاداري والمدرسين في كل مدرسة.
- 3- القيام بورشات عمل لطلاب الشهادة الثانوية مطلع كل سنة دراسية. تتضمن معلومات عامة عن تقنيات إدارة الوقت وإدارة الضغط وغير ذلك من ورشات في التنمية البشرية ومهارات التعامل مع هكذا ظروف.
- 4- محاولة دمج أنشطة الاسترخاء relaxation بالأنشطة الرياضية المدرسية وذلك لما لها من أثر في تخفيف مستويات القلق.
- 5- تعليم الطلاب تقنيات التأمل والتدريب على ضبط النفس والتركيز على الهدف أطول مدة ممكنة.
- 6- محاولة القيام بدراسات مماثلة لهذه الدراسة لمعرفة معلومات تفصيلية أكثر عن مسببات القلق لطلاب المدارس عموماً والشهادة الثانوية خصوصاً ، والقيام بوضع الخطوات المناسبة لتحسين أداء الطلاب وخاصة لما تمتلكه سنة الشهادة الثانوية من حساسية خاصة في تقدير مستقبل الطالب ، ومنه الارتقاء في بناء الوطن والإنسانية.
- 7- محاولة التواصل مع المسؤولين عن تطوير المناهج و مسلك التربية والتعليم لوضع مناهج أكثر قرباً وفاعلية لوعي الطلاب واستثمار إمكانياتهم بالشكل الأمثل.
- 8- القيام بندوات تعليمية وتثقيفية حول سنة الشهادة الثانوية وما يتضمنه المنهاج مسبقاً ومالها من تأثيرات نفسية قد تحدث للطلاب وطمأنتهم لإمكانية تجاوزها بالشكل الأمثل.

الملحقات

(a) معايير التشخيص وفقاً لـ (DSM_V مترجم من قبل الباحث):

- (a) قلق مفرط ومخاوف (توجس) يحدث خلال معظم الأيام خلال ستة أشهر على الأقل حول عدد من النشاطات (العمل , المدرسة , الأداء)
- (b) يجد الشخص صعوبة في التحكم في قلقه
- (c) يترافق القلق بثلاثة أو أكثر من الأعراض الستة التالية (تحدث أكثر من أن لا تحدث خلال الأشهر الستة الماضية)
- فقط عرض واحد عند الأطفال:

- I. عدم الارتياح والتملل وسهولة الاستثارة.
- II. سهولة التعب.
- III. صعوبة التفكير أو بقاء الذهن فارغاً.
- IV. التهيج.
- V. التوتر العضلي.
- VI. صعوبات النوم (صعوبة الدخول أو البقاء نائماً , أو نوم غير كافي.)

- (d) يسبب القلق أو أعراضه الجسدية تعطلا ملحوظا في الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو الوظائف المهمة الأخرى
- (e) لا يعتبر الاضطراب نتيجة لتأثيرات نفسية لمادة ما (دواء أو إدمان) (أو حالة طبية أخرى) (فرط نشاط درق أو حالات قلبية صدرية أخرى.)
- (f) لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل في سياق مرض نفسي آخر.

(b) الموافقة المستنيرة التي وزعت على الطلاب المشاركين:

الموافقة المستنيرة:

نحن بصدد إجراء بحث علمي لمقارنة نسبة انتشار اضطراب القلق المعمم عند عينة من طلاب الثاني الثانوي و الشهادة الثانوية ، و ندعوك للمشاركة في هذا البحث ، و لك مطلق الحرية في قبول أو رفض ذلك ، لكن قبل أن تتخذ قرارك نرجو منك أن تقرأ بعناية المعلومات التالية:

- مشاركتك في الدراسة تعني أن تجيبنا على الاستبيان المرفق وموافقتك على إجراء المقابلة السريية مع الباحث.
- المعلومات الواردة في الاستبيان معلومات احصائية ولأهداف علمية بحثه ولا تأخذ الطابع الشخصي أبدا.
- المعلومات الواردة في الاستبيان تتسم بالسرية المطلقة.
- يمكنك ذكر اسمك في الاستبيان ويمكنك أن لا تذكره، أنت حر التصرف.

في حال موافقتك على الاشتراك يرجى التوقيع أدنى الورقة.

لقد قرأت المعلومات الواردة أعلاه ، و كانت لدي الفرصة لأطرح الاسئلة و حصلت على إجابات مقنعة و لذلك أعلن موافقتي على الاشتراك في الدراسة.

اسم المشارك.....

توقيع المشارك..... :

c) الاستبيان الذي تم توزيعه:

الاستبيان

استبيان المعلومات الديموغرافية:

- ❖ الاسم (في حال رغبتك في ذكره):
- ❖ العمر:
- ❖ الجنس : * أنثى
- ❖ السنة الدراسية: * ثاني ثانوي
- ❖ الفرع : * علمي
- * أدبي
- ❖ الوضع الاقتصادي: * سيء
- * متوسط
- * جيد
- * ممتاز
- ❖ التدخين: * مدخن
- * غير مدخن

:خلال الستة أشهر الأخيرة هل عانيت من المشاكل التالية؟ وبأي مقدار؟ الرجاء وضع علامة على الدرجة الموافقة

خلال الستة أشهر الأخيرة:	أبداً	أيام قليلة	أكثر من نصف الأيام	تقريباً كل يوم
تشعر بالخوف وكأن شيئاً سيئاً سوف يحدث				
غير قادر على التحكم بمخاوفك وقلقك				
تشعر بالتململ الدائم والصعوبة في الراحة وسرعة الغضب				
صعوبة في التفكير أو بقاء الذهن فارغاً				
تتعب بسرعة				
تجد صعوبة في النوم				
عند التوتر يحدث توتر عضلي أو خفقان أو ضيق نفس الخ				
يؤدي القلق إلى تعطيلك عن واجباتك ومهامك				

شكراً لتعاونكم مع أمنيّاتي لكم بالتوفيق..
د. عصام الحجلي

References

- 1- Sadock B. J, Sadock V. A. Anxiety disorders. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th Edition ,Lippincott Williams & Wilkins publishing,2007.
- 2- Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, et al. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. J Clin Psychiatry 2002; 63 Suppl 8:24.
- 3- Munk-Jørgensen P, Allgulander C, Dahl AA, et al. Prevalence of generalized anxiety disorder in general practice in Denmark, Finland, Norway, and Sweden. Psychiatr Serv 2006; 57:1738.
- 4- Harman JS, Rollman BL, Hanusa BH, et al. Physician office visits of adults for anxiety disorders in the United States, 1985-1998. J Gen Intern Med 2002; 17:165.
- 5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth Edition DSM-5, American Psychiatric Association, 2013.
- 6- Indoo Singh, AjeyaJha,,Anxiety, Optimism and Academic Achievement among Students of Private Medical and Engineering Colleges: A Comparative Study, Journal of Educational and Developmental Psychology,Anxiety, Canadian Center of Science and Education Vol. 3, No. 1; 2013.
- 7- Afolayan J. A. Bitrus Donald, Olayinka Onasoga and others. Relationship between anxiety and academic performance of nursing students, Niger Delta University, Bayelsa State, Nigeria. Advances in Applied Science Research;2013, Vol. 4 Issue 5, p25
- 8- Stutler, Douglas L.The interrelationship between academic achievement of college freshmen women and measures of anxiety and ability, ScholarsArchive@OSU 1973
- 9- Kay Jerald, Tasman Allen. Essentials of Psychiatry. John Wiley & sons publishing,2006.
- 10- Michael H. Stone, History of Anxiety Disorders: Textbook of Anxiety Disorders Second Edition, American Psychiatric Pub, 2009.
- 11- Errera, P. (1962). Some historical aspects of the concept, phobia. Psychiatric Quarterly 36, 325-36Sd
- 12- Cowen P., Harrison P., Burns T. Anxiety and obsessivecompulsive disorders. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press, 2012.
- 13- Marks, I. M. and Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset of varieties of phobia, American journal of psychiatry 123, 218-21
- 14- Klein, D. F. (1964). Delineation of tow drug-responsive anxiety symptoms. Psychopharmacologia 5, 397-408
- 15- Griez E. J. L., Faravelli C., Nutt D., Zohar J. Anxiety Disorders: An Introduction to Clinical Management and Research, Wiley & Sons Ltd,2001.
- 16- Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:355.Sd
- 17- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:593.Sd
- 18- Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, et al. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. Psychol Med 2008; 38:365.Sd

- 19- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21:655.Sd
- 20- Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15:357.
- 21- Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, et al. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 Suppl 8:24.
- 22- Munk-Jørgensen P, Allgulander C, Dahl AA, et al. Prevalence of generalized anxiety disorder in general practice in Denmark, Finland, Norway, and Sweden. *Psychiatr Serv* 2006; 57:1738.
- 23- Lee S, Ma YL, Tsang A. A community study of generalized anxiety disorder with vs. without health anxiety in Hong Kong , 2010 Elsevier.
- 24- Ahmadvand A, Sepehrmanesh Z, Ghoreishi FS. Prevalence of psychiatric disorders in the general population of Kashan, Iran, *Arch Iran Med*. 2012 Apr;15(4):205-9. doi: 012154/AIM.006.
- 25- Nadia Kadri, Mohamed Agoub, Samir El Gnaoui, et al., Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco, *Ann Gen Psychiatry*. 2007 Feb 10;6:6.We
- 26- Noyes, R., Clarkson, C., Crowe, R.R. A family study of generalized anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 1987.144, 1019–24.
- 27- Andrews, G., Stewart, S., Allen, R., et al. (1990). The genetics of six neurotic disorders: a twin study. *Journal of Affective Disorders*, 19, 23–9.
- 28- Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1085–9.
- 29- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., and Eaves, L.J. (1992). Generalized anxiety disorder in women: a population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 267–72.
- 30- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., and Eaves, L.J. (1992). Major depression and generalized anxiety disorder: same genes, (partly) different environments? *Archives of General Psychiatry*, 49, 716–22.
- 31- Michael G. Gelder, Juan José López Ibor, Nancy C. Andreasen , *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press, 2000.
- 32- Tiller, J.W.G., Biddle, N., Maguire, K.P., et al. (1988). The dexamethasone suppression test and plasma dexamethasone in generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 23, 261–70.
- 33- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: the mysterious underpinnings of emotional life*. Simon and Schuster, New York.
- 34- LeDoux, J. (1998). Fear and the brain: where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry*, 44, 1229–38.
- 35- Gray, J.A. (1982). *The neuropsychology of anxiety*. Oxford University Press, New York.
- 36- Rocca, P., Beoni, A.M., Eva, C., Ferrero, P., Zanalda, E., and Ravizza, L. (1998). Peripheral benzodiazepine receptor messenger RNA is decreased in lymphocytes of generalized anxiety disorder patients. *Biological Psychiatry*, 43, 767–73.
- 37- Brewerton, T.D., Lydiard, R.B., Johnson, M.R., et al. (1995). CSF serotonin: diagnostic and seasonal differences. In *New research abstracts of the 148th meeting of the American Psychiatric Association*, Abstract NR385:151. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- 38- Bradwejn, J., Koszycki, D., Couetoux du Tertre, A., et al. (1992). The cholecystokinin hypothesis of panic and anxiety disorders: a review. *Journal of Psychopharmacology*, 6, 345–51.

- 39- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., and Eaves, L.J. (1992). Generalized anxiety disorder in women: a population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 267–72.
- 40- Blazer, D., Hughes, D., and George, L.K. (1987). Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1178–83.
- 41- Torgersen, S. (1986). Childhood and family characteristics in panic and generalized anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 630–2.
- 42- Steketee, G. and Foa, E.B. (1987). Rape victims: post traumatic stress responses and their treatment: a review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 69–86.
- 43- Ben-Noun, L. (1998). Generalized anxiety disorder in dysfunctional families. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 115–22.
- 44- Dumas, J.E., LaFreniere, P.J., and Serketich, W.J. (1995). 'Balance of power': a transactional analysis of control in mother–child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 104–13.
- 45- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics in relation to trait depression and anxiety levels in a non-clinical group. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 13, 260–4.
- 46- Chorpita, B.F. and Barlow, D.H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3–21.
- 47- Sadock B. J, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition, Lippincott Williams & Wilkins publishing, 2009.
- 48- Yonkers KA, Warshaw MG, Massion AO, Keller MB (1996) Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 168(3): 308–313.
- 49- Brawman-Mintzer O, Lydiard RB, Emmanuel N et al. (1993) Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 150: 1216–1218.
- 50- Gabbard G. O, Beck J. S, Holmes J. Oxford Textbook of Psychotherapy, Oxford University Press, 2007
- 51- Mahe V, Balogh A. Long-term pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15:99.
- 52- Rickels K, Zaninelli R, McCafferty J, et al. Paroxetine treatment of generalized anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2003; 160:749.
- 53- Stocchi F, Nordera G, Jokinen RH, et al. Efficacy and tolerability of paroxetine for the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:250.
- 54- Brawman-Mintzer O, Knapp RG, Rynn M, et al. Sertraline treatment for generalized anxiety disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:874.
- 55- Dahl AA, Ravindran A, Allgulander C, et al. Sertraline in generalized anxiety disorder: efficacy in treating the psychic and somatic anxiety factors. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111:429.
- 56- Davidson JR, Bose A, Korotzer A, Zheng H. Escitalopram in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. *Depress Anxiety* 2004; 19:234.
- 57- Davidson JR, Bose A, Wang Q. Safety and efficacy of escitalopram in the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:1441.
- 58- Goodman WK, Bose A, Wang Q. Treatment of generalized anxiety disorder with escitalopram: pooled results from double-blind, placebo-controlled trials. *J Affect Disord* 2005; 87:161.
- 59- Lydiard RB. An overview of generalized anxiety disorder: disease state--appropriate therapy. *Clin Ther* 2000; 22 Suppl A:A3.

- 60- Allgulander C, Bandelow B, Hollander E, et al. WCA recommendations for the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *CNS Spectr* 2003; 8:53.
- 61- Baldwin DS, Polkinghorn C. Evidence-based pharmacotherapy of Generalized Anxiety Disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005; 8:293.
- 62- Carter NJ, McCormack PL. Duloxetine: a review of its use in the treatment of generalized anxiety disorder. *CNS Drugs* 2009; 23:523.
- 63- Carter CS, Krug MK. The functional neuroanatomy of dread: Functional magnetic resonance imaging insights into generalized anxiety disorder and its treatment. *Am J Psychiatry* 2009; 166:263.
- 64- Davidson JR. Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 Suppl 11:46.
- 65- Kapczinski F, Lima MS, Souza JS, Schmitt R. Antidepressants for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; :CD003592.
- 66- Chessick CA, Allen MH, Thase M, et al. Azapirones for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; :CD006115.
- 67- Lydiard RB, Rickels K, Herman B, Feltner DE. Comparative efficacy of pregabalin and benzodiazepines in treating the psychic and somatic symptoms of generalized anxiety disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010; 13:229.
- 68- Mula M, Pini S, Cassano GB. The role of anticonvulsant drugs in anxiety disorders: a critical review of the evidence. *J Clin Psychopharmacol* 2007; 27:263.
- 69- Schatzberg AF. New indications for antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 11:9.
- 70- Guaiana G, Barbui C, Cipriani A. Hydroxyzine for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; :CD006815.
- 71- Gao K, Muzina D, Gajwani P, Calabrese JR. Efficacy of typical and atypical antipsychotics for primary and comorbid anxiety symptoms or disorders: a review. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1327.
- 72- Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2010; 303:1921.
- 73- Derakshan, N and Eysenck M. W. Anxiety Processing Efficiency and Cognitive Performance New Developments from Attentional Control Theory. *European Psychologist* 2009; Vol. 14(2):168–176
- 74- Eysenck, M.W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M.G. Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*. 2007 May;7(2):336-53.
- 75- Ozen, Ercan, Irgil, Sigirli. Anxiety Prevalence and Affecting Factors Among University Students *Asia Pac J Public Health* January 2010 vol. 22 no. 1 127-133