

مقياس إرشاد الحالات الخاصة

ماستر 1 : السداسي 2

المحاضرة: 1

1-اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)

الأستاذة : فارس أم هاني

السنة الدراسية 2020/2019

مدخل

أكدت دراسة فونتانا وآخرين إن السبب في الشروع بالانتحار بين أفراد عينة مؤلفة بين 2251 جنديا من المشاركين في حرب الفيتنام ، أرجع إلى أن الاضطرابات النفسية كانت العامل الرئيسي وراء حالات الشروع بالانتحار .

ان التعرض للحادث الصادم يؤدي إلى الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة الذي يؤدي بدوره إلى الشروع إلى الانتحار، والواقع أن الفترة ما بين الحرب العالمية الأولى والحرب العالمية الثانية شهدت ماسي كثيرة عن آثار الحروب وهذا ما دعا الاختصاصيين الإكلينكيين والخبراء العسكريين إلى اعتبار ان الانهيارات النفسية للجنود الأمريكيين في الفيتنام أظهرت أعراض الاضطراب لدى أكثر من ثلث الجنود العائدين ،ولعل هذه الأعراض النفسية المرضية التي صاحبت حرب الفيتنام هي التي بلورت مفهوم الإضراب الشدة بعد الصدمة ولم يقتصر اهتمام الباحثين على ناحية الحروب ،بل هناك أحداث أخرى ساهمت في تطور البحث في اضطراب الضغوط التالية للصدمة بمثل كوارث طبيعية ،حوادث العنف والاعتداءات.... حيث ظهرت في نفس الفترة تقريبا أعراض عند النساء اللواتي تعرضن إلى الاعتداءات تشبه إلى حد كبير أعراض قدامى محاربي الفيتنام، بالرغم من الاختلاف الكبير بين نوعية الأحداث الصدمية ،هذه الأعراض تتمثل في الخوف ، القلق ، إعادة تذكر الحدث الصدمي .

1- تعريف الصدمة النفسية:

* **تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الاختصار العلمي DSM 1991)** تحدد الجمعية الأمريكية للطب العقلي بدقة في تعريفها للصدمة الظروف التي تنتجها ،ويعبر عن هذه الأخيرة بالاختلال في التوازن الانفعالي لدى الفرد أو عجز في السيطرة على انفعالاته ،وترى أن الصدمة النفسية تحدث عندما يعيش الفرد او يشاهد أو يواجه حدثا يتضمن تهديدا فعليا بالموت، أو الجروح الخطيرة، أو تهديد بفقدان السلامة الجسدية، أو بخطر احد الأقارب أو الأصدقاء، أو بتدمير سكن، أو باكتشاف جثة أو جريح، وتكون استجابته بالخوف والرعب والعجز وفقدان التحكم.

2- تعريف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

PTSD و هي اختصار لكلمة " post-traumatic stress disorder" وقد تمت ترجمتها إلى العربية تحت اسم " اضطراب ما بعد الصدمة"، أو القلق ما بعد الصدمة وهي عبارة عن مجموعة أعراض اضطرابات القلق في ما بعد الصدمة وهي كالتالي: صعوبة في النوم، قلة التركيز، الغضب الزائد، المبالغة في الارتجاف، اليقظة المفرطة وتكون مرتبطة بأحداث تثير أو ترمز للصدمة¹

3- نظريات الصدمة النفسية:

نجد عدة نظريات تفسر اضطراب ما بعد الصدمة، حيث تناولته من زوايتها ومن الإطار المرجعي الذي ركزت عليه في تفسيره مما يجعلنا نتعرف على عدة أبعاد للصدمة النفسية:

3-1 نظرية التحليل النفسي:

الصدمة حسب التحليل النفس "هي إثارة مفرطة ناتجة عن حادث عنيف يؤدي إلى اضطرابات في استخدام الطاقة". حيث ترجع هذه النظرية أسباب العصابات إلى التجارب الصدمية الماضية في حياة الفرد، حيث في انها ترى أنه لا يمكننا الحديث عن الصدمة إلا من خلال قابلية التأثير الخاصة بالفرد المصدوم، وإذا وفرت الشروط الموضوعية من اجل الحديث عن الصدمة بمعناها الكامل لأنه وحتى تكون للحدث قيمة صدمية يجب أن تكون هناك:

أولاً: شروط نفسية خاصة يجد فيها الفرد نفسه خلال هذا الحدث الصدمي كما في حالة التنويم المغناطيسي.

-حالات تشبه التنويم (الذهول +دهشة) ذات معنى نفسي.

ثانياً: قد تكون حالة من أمر واقع وظروف اجتماعية أو مهنية تعيق الاستجابة الملائمة

ثالثاً: قد تكون هذه الشروط صراعاً نفسياً يمنع الشخص من إكمال التجربة التي وقعت له في شخصيته الواعية.

¹B.Dorayet, clouzoum ,le traumatisme dans le psychisme et la culture, ERES,1997

- عدم إكمال التجربة بشكل واع وبعث جزء من التجربة إلى صراع داخلي.²

3-2 النظرية البيولوجية:

حاول بعض الباحثين أن يربطوا اضطراب ما بعد الصدمة بعمل الدماغ وما يطرأ عليه من تبديلات كيميائية وبيولوجية ووظائفية ويرى **vanderkhole 1984** أن الصدمة تؤدي إلى اضطراب في وظيفة الدماغ وبعض أعضاء الجسم.

3-3 تناول النفس جسدي السيكوسوماتي:

يشير مارتين ويرى أن الصدمة المبكرة تعتبر بمثابة عنصر مؤدي إلى خلل في التنظيم ونقطة بداية الأمراض نفسالجسدية، إذ أن خلل التنظيم بالوظائف النفسية يحدث بسبب أحداث صدمية تتجاوز قدرات الفرد على الإرصان العقلي، فالإرصان العقلي هو العمل الذي ينجزه الجهاز النفسي في السياقات المختلفة بقصد السيطرة على المثيرات التي تنقل إليه، ويستخلص هذا العمل في مكاملة الإثارات في النفس وإقامة صلات تواصل فيما بينهم.³ ويؤكد مارتين ان الصدمة النفسية تقاس حسب كميتها ونوعيتها وليس حسب طبيعة الحادث الذي أثارها، بحيث يرى ان هذه الوضعية تؤدي الى تشكيل قوتان متصارعتان في ما بينهم الأولى تثير الصدمة، والثانية تحاول التخفيف من هذه الآثار وتفرغها.

كما يضيف إن مفهوم الصدمة ينحصر فقط على الصدمات الخارجية الظاهرة إلى أحداث معينة (كالحداد مثلاً)، إذ يختلف بعدها النفسي من فرد لآخر. إذن فالصدمة تعمل على عرقلة التنظيم العام عند نقاط ومحاور التطور أثناء المرحلة التطورية فهي تعارض التنظيم العام وبالتالي تفسده وهذا ما يسمى بالاختلال. وتؤكد هذه النظرية أن الأنا بواسطة كل أجزائه يكون مسؤولاً على التصدي للصدمة وفشله يؤدي إلى إحداث خلل، وهذا ما يظهر في الحالات النفس الجسدية.

² - جان لابلاش و.ج.ب. بونتاليس: معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة: مصطفى حجازي، ط 2 بيروت 1987

³ Seligman martin thr amiricanp, Sychalogist, Lorned helplessness théry, 1976

3-4 النظرية السلوكية:

يرجع أصحاب النظرية السلوكية هذا الإضطراب إلى ألم الميكانيزمات الأساسية للتعلم، ومنها نجد الإشرط الكلاسيكي والإشرط الإجرائي كعاملين أساسيين لتوصيف هذا الاضطراب ،حيث أن السلوك لحالة الضغط ما بعد الصدمة يعتبر كمركز لتطوير استجابة الصدمة،وهي الوضعية المربعة التي تثير رد فعل وجداني وقلق واضطراب على المستويات الثلاث :

-المستوى السلوكي.

-المستوى الفزيولوجي.

-المستوى المعرفي.

وهذه الوضعية تحتوي على عدة متغيرات لنوع الحادث الصادم،مكانه،طريقة حدوثه،...الخ وعندما تجتمع هذه الأخيرة كلها يكون الحادث الصادم على شكل إشرط كلاسيكي،أي كل مثير يعطي استجابة،كما أن الإشرط الكلاسيكي حسب سكينر والذي يأخذ بعين الاعتبار التعميم.

3-5 التيار المعرفي:

ترمي هذه النظرية بالأهمية الإدراك والمعنى الذي يعطيه الفرد عن الحدث الصادم،والذي يتوقف على نظرة الشخص إلى ذاته وعالمه،ونعني بهذا كل ما يمس القيم والمعتقدات والنماذج المعرفية التي يتبناها والتي تميز الفرد عن غيره، و مما لا شك فيه أن الصدمة تزعزع هذه البنيات الشخصية.

فالدماغ هو عبارة عن تجمع من العقد التي تعالج المعلومات المرتبطة على شكل شبكة منظمة ومنتسلسلة لجمع وتخزين المعلومات والمعارف والانفعالات والسلوكيات، وتتفاعل حسب نوع و درجة وقوة المثير ففي حالة تعرض الفرد لصدمة نفسية فان الحذر واليقظة يصبحان في نشاط مستمر وكل معلومات جديدة ترفع ميكانيزم الدفاع المسؤول عن الكف والذي يكون في الاستثارة ،وتكون نشيطة عند الأفراد المصدومين نفسيا حيث تكثر تدفق

استجابات الحذر والانتباه المفرط ومن ثم استعداد الفرد لوجود الخطر وهذا ما يجلبهم في
تأهب مستمر وبالتالي يصاحب هذا التأهب عدة تغيرات وجدانية ومعرفية سلوكية .⁴

⁴ غسان يعقوب، 1999، سيكولوجية الحروب والحوادث ودور العلاج النفسي، ط1، دار الفرابي ، بيروت .لبنان

مقياس إرشاد الحالات الخاصة

ماستر 1 : السداسي 2

المحاضرة: 2

1-اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)

الأستاذة : فارس أم هاني

السنة الدراسية 2020/2019

1) أعراض اضطراب ما بعد الصدمة : (حسب جمعية الطب النفسي الأمريكية)

عادة ما تبدأ الأعراض في خلال ثلاثة أشهر من الحدث ولكن يمكن أن يبدأ متأخراً أيضاً، ولتيم تشخيص المريض باضطراب ما بعد الصدمة يجب أن تتوافق أعراضه مع المعايير التي وضعتها الجمعية الأمريكية لعلم النفس؛ وبحيث يكون الشخص تعرض لتهديد بالموت أو إصابة خطيرة أو عنف جنسي سواءً بشكل مباشر أو إذا كان شاهده، أو حدث لشخص يحبه كثيراً.

وكذلك التعرض للأعراض التالية لأكثر من شهر (1 شهر)

وبحسب الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM5) أن اضطراب ما بعد الصدمة يتم تشخيصه وفقاً للمحكات التالية:

A. التعرض للموت الفعلي أو التهديد بالموت أو إصابة خطيرة أو العنف الجنسي عبر واحد أو أكثر من الطرق التالية :

1- التعرض مباشرة للحدث الصادم.

2- المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين

3- المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو لأحد الأصدقاء المقربين

4- التعرض المكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم

B. (وجود واحد أو أكثر) من الأعراض المقترحة التالية المرتبطة بالحدث الصادم) والتي بدأت بعد الحدث الصادم :

1- الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية عن الحدث الصادم .

2- أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم

3- الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية وخارجية والتي

ترمز أو تشبه جانباً من الحث الصادم

4- ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه

الحدث

C. تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم ،وتبدأ بعد وقوع الحدث كما يتضح في

واحدة او كليهما مما يلي:

1- تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة' والأفكار ،أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم

2-تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية ،والتي تثير الذكريات المؤلمة والأفكار ،أو المشاعر عن حدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم D. التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، والتي بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم ، كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي:

1- عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم.

2-المعتقدات السلبية الثابتة والمبالغ بها أو توقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات ،أو الآخر ،أو العالم.

3-المدركات الثابتة ،والمشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه /نفسها أو غيرها

4-الحالة العاطفية السلبية المستمرة،على سبيل المثال : الخوف ،الرعب والغضب.

5-تضاءل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة .

6-مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين.

7-عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية، مثل عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا أو مشاعر المحبة.

E. تغيرات ملحوظة في الاستثارة وردود الفعل المرتبطة بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم ،كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي :

1-سلوك متوتر ونوبات الغضب والتي عادة ما يعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي اتجاه الناس أو الأشياء.

2-التهور أو السلوك التدميري للذات.

3-التيقظ المبالغ فيه.

4-استجابة عند الجفل مبالغ فيها.

5-مشاكل في التركيز.

6-اضطراب النوم .

F. مدة الاضطراب معايير (E,D,C ,B) أكثر من شهر واحد.

G. يسبب الاضطراب إحباطا سريريا هاما أو ضعفا في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

H. لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة مثل (الأدوية والكحول) (أو حالة طبية أخرى) ¹.

أما في دراسة DAVIDSON سنة 1986 فقد أحصى نسب الأعراض التي تظهر على الحالات التي تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة ، والتي تطلق لها الباحث غسان كالتالي: ²:

النسبة	العـرض
%100	الأفكار والصور الدخيلة
%88	استجابة الإجفال
80%	الأرق واضطراب النوم
%79	الحذر والاحتراز الشديد
65%	التجنب
%46	الابتعاد عن الناس
%56	ضعف الرغبة والاهتمام
%58	تدني القدرة على التركيز
%9	الشعور بالذنب

(2) تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة:

أولا : الاختبارات التقليدية: والتي ترقى له عدة اختبارات مثل اختبار وكسلر والروشاخ ومينسوتا متعدد الأوجه والتي حددت لنا البنود والمعايير التي من شأنها إن تشخص لنا حالات الاضطراب ما بعد الصدمة والتي يمكن الإطلاع عليها في المرجع أدناه الصفحة 87

1 - الحمادي أنور، 2015 خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخاص للاضطرابات العقلية DSM5 ، ط1، الدار العربية للعلوم ناشرون بيروت

2 - غسان يعقوب، 1999، سيكولوجية الحروب والحوادث ودور العلاج النفسي، ط1، دار الفرابي ، بيروت .لبنان

ثانيا: الاختبارات والاستبيانات:

هناك عدد لا بأس به من الاختبارات والاستبيانات الخاصة بمقياس اضطراب ما بعد الصدمة. وهذه الاختبارات عملية ومختصرة و سهلة التطبيق وهي تعتمد على معايير جمعية الطب النفسي الأمريكية وفي آخر طبعاتها ونشير إلى أهمها

1- اختبار **VISI**: وهو اختبار وضعه WILSON et KRAUSS عام 1981 وقد تمت مراجعته سنة 1989 وقد وضع هذا الاختبار لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة لدى الجنود المشاركين في الحروب ،وقد أظهر هذا الاستبيان صدقا وثباتا مقبول جدا.

2- اختبار **TCIS**: وقد وضع هذا الاختبار سنة 1990 من طرف DNASKY وزملاءه ويذكر أن هذا الاختبار لقي قبولا من حيث انه يقيس الاستجابات المعرفية والانفعالية بطريقة دقيقة بخلاف الاختبارات الأخرى التي تركز على العوارض .

3- اختبار **DAVIDSON** : وضعه الباحث دافيدسون 1998 و يتكون المقياس لقياس

تأثير الخبرات الصادمة من 17 بند تماثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكية. و يتم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاثة مقاييس فرعية وهي:

-استعادة الخبرة الصادمة و تشمل البنود التالية 1,2,3,4,17.

-تجنب الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية 5,6,7,8,9,10,11

-الاستثارة وتشمل البنود التالية 12,13,14,15,16

و يتم حساب النقاط على مقياس مكون من 5 نقاط (من صفر-4) و يكون سؤال

المفحوص عن الأعراض في الأسبوع المنصرم. و يكون مجموع الدرجات للمقياس

136 نقطة.

أثبت المقياس مصداقيته فالكثير من الدراسات السابقة تناولت هذه المسألة وأعطت نتائج جد

مقبولة ميدانيا الاتساق الداخلي

3-1 حساب درجة كرب ما بعد الصدمة:

يتم تشخيص الحالات التي تعاني من كرب ما بعد الصدمة بحساب ما يلي:

-واحد (1) عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة.

- (2-3) أعراض من أعراض التجنب.

(2) عرضين من أعراض الاستثارة.

3- علاج اضطراب ما بعد الصدمة

إذا تم تشخيص حالة اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، يتم التكفل بالحالة حسب الإطار المرجعي والنظريات المفسرة له كما يلي :

1- العلاج السلوكي المعرفي: حيث تركز هذه النظرية في علاجها على تعديل السلوك وذلك بعدة تقنيات منها ما يشجع على تذكر الحدث الصادم والتعبير عن المشاعر حيال ذلك. هذا ما يمكن أن يساعد الحالة على إزالة الحساسية للصدمة وتقليل الأعراض. كما يمكن التدريب على الاسترخاء والتحكم بالانفعالات من التقليل من الأعراض وإطفائها تدريجيا ضمن بروتكول علاجي سلوكي تستعمل فيه عدة أساليب فردية وجماعية ضمن مجموعات الدعم حيث يمكنك مناقشة المشاعر مع أشخاص آخرين لديهم اضطراب ما بعد الصدمة.

2- علاج التحليل النفسي : والذي تتبناه مدرسة التحليل النفسي والذي تستخدم فيه عدة تقنيات عيادية مثل : التنويم المغناطيسي والتداعي الحر كما يمكن فيه صرف بعض لأدوية: مثل مضادات الاكتئاب، الأدوية المضادة للقلق والتي تساعد على النوم، لتقليل تكرار الأفكار المخيفة ومساعدة الحالة في الحصول على بعض الراحة.

الأعمال الموجهة :

- تطرق إلى أي حالة من حالات اضطراب ما بعد الصدمة وكيفية تشخيصها ومراحل العلاج التي مرت بها حتى الخروج من هذه الصدمة .
- حاول تطبيق اختبار DAVIDSON (موجود على صفحة PSYCHO DZ) على أفراد وقم بقراءات لنتائج المقياس .

ترسل الأعمال المطلوبة على إيميل الأستاذة التالي :

o.fares@univ-dbkm.dz



جامعة الجيلاي بونعامة-خميس مليانة –
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
2019-2020 السداسي الثاني

الموضوع

الإدمان

الأستاذ المحاضر

الاسم واللقب	الرتبة	الكلية	البريد الالكتروني
فارس أم هاني	MCB	العلوم الإنسانية والاجتماعية	o.fares@univ-dbkm.dz

الطلبة المعنيين

الكلية	القسم	السنة	التخصص
العلوم الإنسانية والاجتماعية	العلوم الاجتماعية	ماستر 1	علوم التربية : ارشاد وتوجيه

الأهداف التعليمية المرجو تحقيقها :

عزيزي الطالب بعد إطلاعك على هذه المحاضرة عن موضوع الخوف المرضي ستكون قادرا على :

1. التعرف على الإدمان .
2. أهم النظريات المفسرة للإدمان .
3. الطرق العلاجية لمشكلة الإدمان .

1- مقدمة

تعد مشكلة الإدمان من المشاكل العويصة التي تهدد المجتمعات ،خاصة فئة الشباب حيث أصبحت ظاهرة غير مسيطر عليها ،وتعرف تزايد مستمر وتهدد كيان الأسرة نظرا

لاننتشارها المريع أوساط الشباب خاصة ،فلا يكاد يخلو حي أو شارع إلا ويسجل حالة من حالات الإدمان ،والتي تتطلب عملا محترفا وعمل مستمرا من طرف المختص النفسي لمديد المساعدة لحالات الإدمان وإخراجه من هذا الوباء الخطير لما ينجر عنه من مهلكة نفسية وجسدية للشخص المدمن وكذلك تضرر محيطه الأسري وكذلك البيئي له . فما هو الإدمان وما هي أعراضه وخطوات علاجه

2- تعريف الإدمان :

الإدمان:(Addiction)

هو حالة دورية أو مزمنة تلحق الضرر بالفرد والمجتمع, وتنتج من تكرار عقار طبيعي أو مصنع ويتميز برغبة قهريّة أو ملحة تدفع المدمن للحصول على العقار والاستمرار في تعاطيه وبأي وسيلة مع زيادة الجرعة . ويطلق عليه الاعتماد على المواد المخدرة والحاجة إليها بشكل دوري ومنتظم.

أسباب الإدمان:

3- إن للإدمان أسبابه المتعددة ودوافعه المتباينة , ولما كانت ظاهرة الإدمان ليست مقصورة على تخصص ما دون الآخر , ولما كان للظاهرة إبعادها البيولوجية العضوية والسيكولوجية والاجتماعية والبيئية , فإننا نتوقع في ضوء ما أسلفنا ان تتعدد الأسباب والدوافع والتي يمكن ان نستعرضها من خلال استعراض النظرات العملية المختلفة.

أولا النظرية السلوكية والإدمان :

لقد تباينت تفسيرات النظرية السلوكية لظاهرة الإدمان وان اتفقوا جميعا على انه عادة شريطة تكونت في ضوء التعزيزات القانونية والأولية المختلفة ,

*تفسير روتر:

ينظر روتر للعقاقير والمخدرات (المهبطة , المنشطة, عقاقير الهلوسة) على أنها جميعا مثيرات وان تعاطي الفرد لها يمثل الاستجابة وهذه هي الخطوة الأولى لتكوين العادة – إلا أن التعاطي (الاستجابة) يكون مصحوبا بانتشار وهذا الانتشاء يعمل بمثابة تعزيز حيث يندفع المتعاطي لتعاطي العقار أو المخدر أيا كان نوعه او مسماه.

وعموما فان المهدئات وبخاصة الأفيون يكون مصحوبا بتغير آخر يمثل في الخوف في آثار الإقلاع عن تناول المخدر, وبحيث إن الفرد إذا خبر الامتناع عدة مرات نشأ عنده نمط من الاستجابة وهو التجنب الشرطي, وهكذا ينشأ الإدمان كعادة ونمط سلوكي يصعب تغييره , وهذا ما أكدت عليه التجارب التي أجريت سوء على الإنسان أو الحيوان , إذ أن الحصول على النشوة كاستجابة يمكن أن تلعب دور الدافع , والمثير إلى الإدمان والتعود وهذا أقوى بكثير من عامل خوف الامتناع. وهذه نظرة روتر احد إعلام المدرسة السلوكية.

فالمخدرات والمواد المسكرة تجعل المدمن بعيدا عن واقع وما فيه من الألم و الأحزان , وتجعله يسبح في خيالات وأحلام خالية من أي توتر وهذا الإحساس الجميل والخيال المريح يعمل كتعزيز موجب فيدفع المدمن لمحاولة العيش في ظلال كل ما هو مريح ومستحب حتى ولو كان ذلك في عالم الأحلام. فالشخص خلال تعاطيه المخدر يغيب عن وعيه ومن ثم يقوم ببعض المرفوض والمستهجن , وهذا تعزيز سالب يمكن أن يدفعه للهروب عبر تناول المخدرات.

خلاصة القول أن الإدمان من وجهة النظرية السلوكية يعتبر نوعا من أنواع التعلم الخطأ, فالإدمان سلوك تشريطي والتخلص منه لا يتم إلا من خلال تكوين أربطة شرطية مثمرة وتعويضية.

ثانيا: التحليل النفسي والإدمان:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الإدمان وتحليله لا يتم إلا بالإجابة على الأسئلة التالية هل يسعى المدمن للمخدر للتخلص من القلق والاكتئاب ؟ أم انه يسعى من وراء لتحقيق رغبة في النشوة وتحقيق اللذة؟ وهل يسعى للمخدر بعد أن خسر هدفا أو موضوعا فيصبح المخدر السبيل الوحيد لتحقيق الهدف ؟ وتؤكد الإجابات على هذه الأسئلة أن علاقة المدمن ببيئته ليست على درجة من التواصل والانسجام فعلاقته

بالموضوع تشكو تصدعا. ولا شك أن ثمة عوامل تدفع المدمن لتعاطي المخدرات, فهو في حاجة إلى الأمن والطمأنينة ثم الحاجة لإشباع الجنسي.

ويؤكد أنصار هذا المدرسة على حقيقة سلوكية هامة مفادها (أن كل مدمن للمخدرات بتعاطي للمخدرات, وليس كل من بتعاطي المخدرات يكون مدمنًا)

و تشير الدراسات التحليلية أن الشخص المدمن للمخدرات أصبح كذلك نتيجة للإحباط الذي واجهه في طفولته فالإدمان ما هو حسبهم إلا إفرازه للمواقف المجتمعية الضاغطة, واستجابة للتأثير الكيميائي للمخدر فان متغير شخصية الفرد ومدى قابلية واستعداد أبنية هذه الشخصية وبخاصة البناء الوجداني للإدمان , وهذا التغير الأخير هو الدافع الدينامي الحقيقي الذي يجعل الفرد مدمنًا

ويؤكد التحليل النفسي أن الشخصية المدمنة قابلة للإحباط, فهي لا تستطيع تحمل المواقف المشحونة بالتوترات ولا تطبيقها فتسعى منها للهروب فتجد في ظلال المخدر والذي من خلاله يتحقق ما عجزت عن تحقيقه دونه .

4- أساليب الكشف المبكر عن الإدمان:

لعل الكشف المبكر من أهم الإجراءات الوقائية المتقدمة والتي ينبغي الأخذ بها . يمكن أن نبلور هذا المؤشرات وتلك الأغراض على النحو التالي :

-يميل المدمن إلى الانطواء والعزلة عن الآخرين وإهماله لنفسه.

-يخيم على المدمن الكسل والضعف وفقدان الشهية.

-انه يتصرف بعدم النضج الانفعالي فلا قل الأسباب يثور ويبكي وكذلك لأتفه الأسباب يضحك وينبسط.

-يميل للكذب والمبالغة في توظيف الحيل الدفاعية, وبعضهم لا يمانع من السرقة فهي سبيله للحصول على ثمن المخدر .

5- خطوات العلاج:

ولعلاج المدمن ينبغي إتباع الخطوات التالية:

1- لقد تعاطى المدمن المخدر في مناخ اجتماعي معين يصطحبه رفاق معينون, فالسلوك نشأ في رحاب المناخ ما فلا بد من تغير معالم هذا المناخ .

2- يمكن توظيف العلاج النفسي بمستويات المختلفة سواء كان العلاج فردياً أو اجتماعياً أو علاجاً اسرياً

3- تأهيل فرق العلاج في مراكز خاصة لهذه العلاجات وتزويدهم بأحدث فنيات العلاج , فوجود المدمن في مكان خاص يخضع للرقابة من شأنه أن يحول دون وصوله للمخدر عبر أصدقاءه أو ذويه, كما ينبغي إشراك الأسرو والمحيط الداعم بضرورة التعاون مع أعضاء الهيئة العلاجية التمريرية.

4- إن من أهم خطوات العلاج مساعدة المدمن على مقاومة غياب العقار وتحمل مشاق ألم المنع من التعاطي, و التي تختلف من فرد لآخر وكذلك حسب العقار المدمن عليه حتى ظهور الأعراض الإنسحابية له .

المراجع :

- 1- عايد علي الحميدان الشمري ، 2003 ، أهوال المخدرات في المجتمعات العربية.دراسة ميدانية من واقع القصص واقعية- العوامل والآثار برامج الوقاية- ط 1 ، منشأة المعارف بالإسكندرية.مصر
- 2- رشاد أحمد عبد اللطيف ، 1999 ، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية .دار النشر . المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية،مصر



جامعة الجيلاي بونعامة-خميس مليانة -
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
2019-2020 السداسي الثاني

الموضوع

الإكتئاب

الأستاذ المحاضر

الاسم واللقب	الرتبة	الكلية	البريد الالكتروني
فارس أم هاني	MCB	العلوم الإنسانية والاجتماعية	o.fares@univ-dbkm.dz

الطلبة المعنيين

الكلية	القسم	السنة	التخصص
العلوم الإنسانية والاجتماعية	العلوم الاجتماعية	ماستر 1	علوم التربية : ارشاد وتوجيه

الأهداف التعليمية المرجو تحقيقها :

عزيزي الطالب بعد قراءتك لهذه المحاضرة 1 من موضوع الاكتئاب ستكون قادرا على :

1. التعرف على مفهوم الاكتئاب (قديما وحديثا) .

2. نسبة الانتشار للإكتئاب بين الأفراد .

3. أهم النظريات المفسرة للإكتئاب.

1. مفهوم الاكتئاب:

تشير كلمة الاكتئاب في اللغة العربية إلى شدة الحزن والهم، كئيب والكآبة تعني تغير النفس وانكسارها¹ ، وتشير الكآبة في معانيها على كل من: الغم وسوء الحال والانكسار من الحزن واكتئب فهو كئيب ومكتئب أي بمعنى حزن، ينشق اسم الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كأب، ويشير هذا الفعل إلى سواد اللون² ويعرفه أيضا السيد فهمي في المرجع أدناه بأنه: " اتجاه انفعالي باثولوجي أحيانا ينطوي على شعور بعدم الكفاية، وبفقدان الأمل وفي بعض الأحيان يكون ساحقا ،ويصعبه عموما انخفاضاً في النشاط الجسمي والنفسي ".
 أما الباحث بشير معمرية³ يشير أن الاكتئاب مصطلح يستخدم لوصف مزاج أو أعراض أزمة أو أعراض لاضطرابات وجدانية، وتشمل الحالة المزاجية للاكتئاب الشعور باليأس والكآبة والحزن وانقباض الصدر، كما تتمثل الأعراض في مجموعة الشكاوى التي تتجمع في جملة تشير إلى سلسلة عريضة من الاختلال النفسي الحيوي الذي يتغير بحسب التكرار والشدة والمدة، ويعد الاكتئاب مشكلة من المشكلات التي تعوق الفرد عن توافقه وتطوره، ويتجسد الاضطراب الانفعالي في عدم القدرة على حب مع كراهية الذات إلى درجة تصل إلى التفكير في الموت والانتحار، ثم الإقدام الفعلي على الانتحار ويتمثل الاضطراب المعرفي في انخفاض تقدير الذات وتشويه المدركات واضطرابات الذاكرة وتوقع الفشل في كل المحاولات واستشعار خيبة الأمل في الحياة وعدم القدرة على التركيز الذهني، ويظهر الاضطراب البدني في إضراب الشهية للطعام واضطراب النوم وكثرة البكاء، وتناقص الطاقة والشعور بالإجهاد.
 أما إنجرام **Ingram** يعرف الاكتئاب بأنه: " اضطراب وجداني يتسم بانحرافات وجدانية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى".⁴

1-- السيد فهمي ، 2009 ، علم النفس الصحة ، دار الجامعة الجديدة ، الإسكندرية ، مصر

2- الرازي محمد ، 1967 ، مختار الصحاح ، دار الكتاب العربي ، بيروت.

3- بشير معمرية ، 2009 ، دراسات نفسية في الذكاء الوجداني ، الاكتئاب ، المكتبة المصرية ، ط1، مصر

4 -Marie louise pierson(2008): Rénaitre après la dépression, Eyrolles, Paris.

II. نسبة انتشار الاكتئاب:

يعد الاكتئاب مرض نفسي شائع في المجتمعات حيث يعتبر وحسب الكثير من الباحثين ثاني اضطراب سيكولوجي انتشارا بعد القلق العصبي، ونسبة المعاناة به تصل عند كل شخص إلى 20 % سنوياً، وأكدت العديد من الدراسات أن النساء أكثر عرضة للاكتئاب من الرجال بثلاثة أضعاف، وهذا في مختلف المجتمعات وهذا فقط فيما يسمى بالاكتئاب أحادي القطب إلى أنهم يتساوون مع الرجال في شكاوى المعاناة لما يصطلح عليه الحالات المزاجية ثنائية القطب.

فقد عانى كثير من المشاهير من الاكتئاب منهم أبراهام لينكولن والملكة فيكتوريا وونستون شرشل الذي أطلق على حالة الاكتئاب التي ألمت به "بالكلب الأسود" وهذه بعض النقاط التي تلخص حقيقة انتشار الاكتئاب كما وضعها الدكتور كوام مكنزي⁵ :

- تعاني امرأة من أصل أربعة نساء على الأقل من الاكتئاب في حين يصيب الاكتئاب رجلا من بين كل عشرة رجال.
- يشخص الأطباء سنويا مليوني حالة اكتئاب في المملكة المتحدة.
- كمعدل عام، يعاين كل طبيب في المملكة المتحدة يوميا مريضا واحدا يعاني من الاكتئاب.
- يصيب الاكتئاب الفئات العمرية كافة.
- تعاني الشبابات من الاكتئاب أكثر من الشباب.
- يعاني الرجال الكبار في السن من الاكتئاب أكثر من النساء المتقدمات في العمر.

النظريات المفسرة للاكتئاب:

لقد حاولت العديد من النظريات السيكولوجية إعطاء تفسير للظاهرة الاكتئابية وهذا وفق الخلفية النظرية التي تركز عليها، وبالرغم من أن لكل منها إسهاما ملحوظا في شرح جوانب متعددة

⁵- كوام مكنزي ترجمة زينب منعم 2013 ، الاكتئاب ، دار المؤلف ، الرياض .المملكة العربية السعودية

من ميكانيزم الاكتئاب إلا أنه تبقى كل نظرية تشير إلى جانب من جوانب هذا الاضطراب مما يمكن الباحث الإمام به وتشكيل نظرة شاملة حوله ،من أهم النظريات المفسرة للاكتئاب ما يلي:

1. **نظرية التحليل النفسي:** يرجع سيجموند فرويد Sigmund Freud الاكتئاب إلى الخبرات الفموية لدى الطفل التي عاشها إما بإشباع حاجاته أو بعدم إشباعها،ومن ثم قد تنمو اعتمادية متزايدة في تقدير الذات لديه ،حيث يرى أن الشخص المكتئب يشعر دائما بأنه مهدد بتفجير شديد لعدوانيته ويصل خوفه ذروته من عدوانيته التي يراها في المستوى اللاشعوري ،فهو يكتئب ليس لمجرد فقدان بل لأنه لم يستطع أن يحفظ الموضوع من فقدان ،أي أنه لا يحب الموضوع في ذاته ولا لذاته ،بل لأنه بحاجة إليه لكي يحتفظ باتزانته من حيث تنظيم دفاعاته الغريزية ،فالعلاقة بين الاكتئابي وموضوعه تتسم بالنرجسية. ويلاحظ في تفسير فرويد للاكتئاب أنه ينتج عن فقد لاشعوري بينما يكون الحزن العادي فقد شعوري. و في نفس السياق فسر كل من كارل أبراهام CARL ABRAHAM وميلاني كلين MELANIE CLEIN الاكتئاب على أنه هو نتيجة فشل في تحقيق الإرضاء النفسي والحصول على الحب والتقبل أو هو نتيجة خبرات مؤلمة مر بها الفرد في الطفولة الأولى و خزنها في اللاشعور.

2. **النظرية الوراثة⁶:**

يرى أنصار التفسير الوراثي أن هناك انتقال للاكتئاب عبر الأجيال ،وهذا ما يلاحظ عند دراسة الأسر التي تتميز بوجود حالات متعددة لمرضى الاكتئاب ،ومن خلال الدراسات النفسية فقد تبين زيادة نسبة الاكتئاب في أسرة المريض يزيد بمقدار ثلاث أضعاف عن الأسر العادية وهذا ما يؤكد العامل الوراثي في الاكتئاب كما يلاحظ أيضا ارتباطه ببعض الإضرابات النفسية التي لديها استعداد للإصابة بالاكتئاب ،كما أن هناك علاقة بين الاكتئاب وأمراض نفسية أخرى كالقصور والصرع والإدمان والتخلف العقلي،وفي هذا المجال نجد الأطباء النفسيين حين يقومون بفحص حالات الاكتئاب لابد أن يجمعوا معلومات حول الوالدين والأجداد والإخوة والأبناء وكل أقارب المريض.

⁶- <https://acofps.com/> موقع أكاديمية علم النفس ، 9 فبراير 2009 مقال : الاكتئاب ونظرياته .

وبالرغم من صعوبة تحديد العلاقة الدقيقة بين العامل الوراثي والاكنتاب إلا أن البحث في مجال الاكنتاب ثنائي القطبية قد كان أكثر نجاحا بسبب وضوح المعايير التشخيصية وتشير دراسات التوائم إلى أن التركيب الوراثي يلعب دورا مهما في نمو الاضطراب الاكنتابي ثنائي القطبية. لكن تشير هذه الدراسات أيضا إلى وجود اختلافات بين التوائم والتي تعني بالضرورة وجود عوامل أخرى، بمعنى أن المورثات الجينية هي مسؤولة جزئيا فقط عن المرض. إذن لا بد أن تلتقي وتصطبغ بعوامل نفسية واجتماعية أخرى توجهها إلى المرض أو إلى الصحة.

3. النظرية البيوكيميائية:

يقوم أساس هذه النظرية على محاولة إيجاد تغيرات بيوكيميائية في المواد العصبية الناقلة التي ربما تكون مسؤولة عن تطور الاستجابة الاكنتابية وظهورها، وقد اكتسب هذا التفسير أهمية كبيرة في السنوات القليلة الماضية مع تقدم الوسائل الجديدة لفهم آلية عمل الدماغ (التصوير بالرنين المغناطيسي) حيث كشفت بعض الدراسات عن ارتباط الاكنتاب بتغيرات في وظيفة بعض الخلايا لدى مقارنة مجموعات من المكتئبين وغير المكتئبين، حيث كشفت عن نشاط أقل في بعض مساحات دماغهم مما يفعل الأشخاص غير المكتئبين.

4. النظرية السلوكية:

ينظر للاكنتاب في المدرسة السلوكية على أنه سلوك مكتسب من البيئة، بفعل سلسلة من الارتباطات بين المنبهات المختلفة، فالتفسير قائم أساسا على ضوء التعميم المفرط للقاعدة السلوكية "منبه واستجابة"، فالفرد المكتئب يبالغ في الاستجابة مثال على ذلك أن المكتئب يفقد الاهتمام بمدى واسع من الأنشطة، ويفقد الشهية ويقل اهتمامه بالجنس، وينخفض تقديره لذاته ردا على منبه معين كفقدان وظيفة مثلا.

وفي وقت مبكر فسر سكرن ولا ازروس Skinner and Lazarus 1968 الاكنتاب على أنه نتيجة لانخفاض التدعيم الايجابي، فالناس المكتئبون وفقا لهذه النظرية ينسحبون من الحياة لأنهم ليس لديهم حوافز ليكونوا أكثر نشاطا، فبدون التدعيم المشتق من اهتمام الآخرين يكون هناك احتمال أن يصبح الفرد مكتئبا وينخفض في النشاط عندما يفقد التعزيز⁷

7 - بودحوش نصر الدين، 2016/2015، أثر برنامج علاجي في التخفيف من حدة الأعراض الاكنتابية لدى المصابين بالعم، رسالة ماجستير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة وهران 2.

وحدثا ركزت النظريات السلوكية على عمليات أكثر تعقيدا كمفسرات للاكتئاب، هذه العمليات تضمنت التركيز على أحداث الحياة الضاغطة كمؤثر في ظهور الاكتئاب، ولقد قام وينج Wing وبينجتون Bebbington سنة 1985 بدراسة هذه التغيرات، ويهتم هذا الاتجاه بدراسة العلاقة بين التوافق الانفعالي للناس والأحداث التي تحدث في حياتهم فالأحداث الضاغطة قد تستثير اضطرابات وتوترات ما بعد الصدمة PTSD ، بينما الأحداث التي تتضمن فقداناً مثل الترميل قد تستثير نوبات اكتئابية أساسية وسنين من الضيق والكر النفس كما بينته العديد من البحوث.

ويشير سيلقمان في نموده العجز المتعلم 1975 أن العجز المؤدي للحالة الاكتئابية يأتي نتيجة اعتقاد الفرد بأن النتائج غير المرغوبة وغير المحتملة أو الغير المتوقعة ليس بإمكانهم تعديلها أو تغييرها، فتعمم هذه التجربة لنواحي الحياة في المعاش اليومي للفرد وبالتالي يتم اكتساب وتعلم عجزا متعلما يضي للحالة الضعف والانتكاسة المؤدية للاضطرابات الاكتئابية.

5. النظرية المعرفية :

يركز هذا النموذج على العمليات العقلية المصاحبة للضغط النفسي وذلك بهدف الوقوف على كيفية عمل العقل عند تعرض الفرد للضغط وتحديد مستوى فهمه للمعلومات المعروضة عليه أو التي يجب عليه التعامل معها في هذا الظرف.

إن الكيفية التي يتعامل بها العقل مع المعلومات تشكل إحدى الركائز التي يقوم عليها هذا المنظور .إن التفسير المعطى للضغط النفسي من قبل هذا النموذج هو أنه نتيجة عدم قدرة الفرد على الاندماج والتفاعل بشكل جيد وناجح مع الموقف أو الظرف الذي يمر به. وتفترض النظرية المعرفية أن هناك عمليتين وسيطتين بين الضغط والنتائج التكيفية المتصلة به وهما التقدير المعرفي والتعامل.

ويمثل هذا الاتجاه ريتشارد لا زروس Richard Lazarus حيث اهتم هذا الأخير بالتقييم الذهني ورد الفعل من جانب المواقف الضاغطة وبين أن الضغط يحدث نتيجة للتفاعل بين الفرد والبيئة المحيطة , كما أكد على الحكم على الموقف المواجه، فالموقف الذي يكون مصدر إزعاج لشخص ربما لا يكون كذلك لشخص آخر حيث يرتبط ذلك بشخصية الفرد في نوعية رد الفعل للمواقف الحياتية وعن التقدير أو التقييم المعرفي يشير ريتشارد لا زروس و زملاؤه (1984)

إليه باعتباره المنحى المعرفي في المواجهة وهو العملية العقلية التي يتم من خلالها كيفية تقدير الفرد للموقف. حيث يحدد مستوى التقدير مستوى الضغوط واستراتيجيات المواجهة الفردية أو التي تميز الفرد أو سمات شخصيته، وهناك نوع من التقديرات الأولية والثانوية.

أما التقدير الأولي يتم عندما يقوم الفرد بتقييم شعوري للموقف، هل يسبب أذى؟ أو أنه فقدان؟ أم أنه تهديد؟ أم تحدي؟

يبدأ التحول بصورة غير عادلة لكنه يبدأ ايجابيا وتشير الضغوط إلى مثل هذا التقييم المبدئي. إن مصادر الشخص أو علاقاته تصبح ايجابية مع تقييم الضغوط.

ويعود التعامل مع التقييم المبدئي الأذى /الفقدان ،التهديد / التحدي إلى الفرد وعوامل الموقف ويوضح ذلك الأهمية البالغة للعوامل الشخصية والتي تشمل المعتقدات والتعاملات وأن المعتقدات قد تقدم للشخص أشياء غير واقعية. كما أن التقييم المبدئي ليس بالضرورة.

الاختبارات والقياس لحالات الإكتئاب:

مقاييس واختبارات الإكتئاب : يعتبر أسلوب القياس النفسي لحالات الإكتئاب من التطبيقات الحديثة حيث نجد في تراث علم النفس القديم الكثير من الوسائل التي تم استخدامها في الماضي مثل علم الفراسة ، وقراءة الكف ، والتنجيم لتحديد بعض صفات الشخصية والحالة المزاجية ومعظم هذه الأساليب لا تستند في الغالب إلى أي أساس علمي و أصبحت حالياً مجرد وسيلة للتسلية.

أما القياس النفسي للإكتئاب بمفهومه الحديث فإنه يتضمن تطبيق اختبارات ومقاييس موضوعية يتم إخضاعها لخطوات كثيرة قبل أن يبدأ استخدامها وتتميز بدرجة عالية من الصدق والثبات ، أي أنها تقيس بالفعل وجود الإكتئاب وشدته كما أنها تعطي معلومات عن حالة عند تطبيقها حول أعراض الإكتئاب ، ومن هذه الاختبارات والمقاييس ما يمكن تطبيقه بواسطة المريض نفسه بأن نطلب منه الإجابة علي مجموعة من الأسئلة ، ومنها ما يتطلب أن يقوم الطبيب أو الباحث النفسي بتوجيه الأسئلة إلى المريض وتسجيل استجابته لها ، وفي بعض الحالات الشديدة من الإكتئاب يجد الأطباء صعوبة في تطبيق هذه الوسائل حيث يرفض المريض التعاون أو الإدلاء بأي معلومات وفي بعض الأحيان لا يكون لدى المريض أي استعداد لسماع هذه الأسئلة أو الإجابة عن أي منها ، وهنا يجب تأجيل الاختبارات إلى وقت آخر، ومن مقاييس الإكتئاب يوجد ما هو مختص ومفيد كما يوجد المقاييس والقوائم الطويلة ، ومنها ما تم تصميمه للتأكد من وجود الإكتئاب ، كما أن منها ما يدل علي شدة ودرجة الإكتئاب ، في بعض المقاييس يمكن الاستدلال علي خصائص معينة من جوانب شخصية المريض وهناك ما يعرف بالاختبارات الإسقاطية Projective ومن أمثلتها:

- اختبار نقطة الحبر والمعروف باسم اختبار " رورشاخ " : وهو ببساطة يعني وضع نقطة من الحبر علي ورقة حتى تكون شكلاً عفويًا ثم يطلب الفاحص من المريض أن يصف الشكل الذي تكون ومن خلال إجابته يتم تحليل شخصيته ، ومن الاختبارات أيضا ما يعتمد علي تحليل الرسوم والكتابة العفوية التي يضعها الشخص علي الورق حيث يركز انتباهه في أمور أخرى ، وتظهر ما بداخل نفسه من صراعات نفسية.

من أمثلة اختبارات الإكتئاب الأخرى: من أكثر مقاييس الإكتئاب انتشاراً مقياس " هاملتون Hamilton " ومقياس " بك Beck " ، وعدد آخر من المقاييس التي يمكن من خلالها التعرف علي طبيعة حالة الإكتئاب وشدتها ، وهنا نقدم بعض النماذج من الأسئلة التي يحتوي عليها مقياس " بك " الذي يضم 21 مجموعة من العبارات التي تصف مشاعر مختلفة ويطلب من الشخص الذي يخضع للاختبار أن نضع العلامة أمام العبارة المناسبة من كل مجموعة والتي تنطبق على حالته ، ويضم الاختبار مجموعات من العبارات حول الشعور بالحزن والهم ، والتشاؤم من المستقبل والشعور بالسخط وعدم الرضا ، والتردد في اتخاذ القرارات ، وفقدان الاهتمام بكل شيء مثل فقدان الرغبة الجنسية ، كما يضم الاختبار أيضا مجموعات أخرى تسأل عن أعراض الإكتئاب المختلفة مثل الشعور بالإخفاق ، والفشل ، وانخفاض تقدير الذات ، والشعور بالذنب ، وخيبة الأمل ، والتفكير في إيذاء النفس ، والبكاء بصورة متكررة ، والضيق ، وسرعة الاستثارة ، واضطراب نمط النوم ، والشعور بالتعب والإجهاد ، وفقدان الشهية للطعام ، ونقص الوزن ، والانشغال علي الصحة بصورة مرضية ، وهذه مجموعة من العبارات تصف مشاعر مختلفة ، كما ترى فإن هذه العبارات قد وضعت علي شكل مجموعات.

11 - علاج الإكتئاب : إن هدف العلاج هو مساعدة الأشخاص المصابين بالإكتئاب لكي يشعروا أنهم على طبيعتهم أكثر بحيث يستطيعون أن يتقدموا في مسيرة حياتهم في بعض الحالات، يمكن أن يساعد العلاج على التخفيف من الأعراض النفسية والجسدية التي لدى المرضى على كل حال ، عندما لا تزول

الأعراض بشكل تام يكون هناك خطر متزايد بأن يرجع الإكتئاب , ولا أحد يجب أن يطمئن بكونه يشعر أنه أفضل حالا بقليل فقط ببذل العناية المناسبة يمكن للمصابين بالإكتئاب أن يتحسنوا بشكل كبير وأن يعودوا إلى المضي في حياتهم المنتجة من جديد, إن العثور على طبيب مختص موثوق به وتصميم خطة علاج من أجل شريكك ، والتي قد تشمل العلاج بالمحادثة أو المشاركة في مجموعات داعمة أو تناول دواء ما أو مزيج من المعالجات بشكل أو خطوة في المضي نحو الشفاء,

1- 11العلاج النفسي: ويتضمن جلسات علاجية فردية أو جماعية يضم عدة أساليب , و المشكلة الرئيسية في استعمال أي دواء لعلاج الكآبة أنها تتطلب وقتا من 4 إلى 6 أسابيع لتبدأ مفعولها وفي أحيان كثيرة لا يظهر أي تحسن من جراء استعمال دواء معين فيضطر الطبيب إلى تجربة نوع آخر من الدواء ولكن في كل الأحوال الدواء وحده لن يكون له مفعولا إذا لم يتم محاولة لحل المشاكل والتوترات الخارجية أو بعض الصفات في شخصية الإنسان فعلاج الكآبة هو مجهود جماعي يشارك فيه الطبيب والباحث الاجتماعي والمريض نفسه الذي من المفروض أن يكون دوره قياديا هناك عدة أنواع من العلاج النفسي وأهمها:

1-العلاج السلوكي المعرفي : هو أحد طرق العلاج النفسي الذي يستعمل في الكثير من الأمراض النفسية مثل الكآبة والقلق وتعكر المزاج الثنائي القطب وحالات نفسية أخرى ويستند على مساعدة المريض في إدراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية بهدف تغييرها إلى أفكار أو قناعات ايجابية أكثر واقعية وستعمل هذا النوع من العلاج بصورة متزامنة مع الأدوية المستعملة لعلاج الكآبة , أحد أهم أعراض مرض الكآبة هو التفكير السلبي ونقد الذات وعدم الأيمان بالقدرات الشخصية وعدم الأيمان باحتمالية التحسن والشعور بان وجود الشخص أو عدمه سوف لن يغير من الأمور شيئا وهنا تكمن الفكرة الأساسية في هذا النوع من العلاج حيث يتم بصورة تدريجية على هيئة جلسات تكون فردية أحيانا وجماعية في أحيان أخرى بإقناع المريض أن ما يشعر به من إحباط وسوداوية ما هو إلا أعراض لمرض لا يختلف عن أي مرض آخر فعندما يصاب الشخص بأي إلتهاب على سبيل المثال فان هناك جراثيم معينة سبب هذا الإلتهاب والتي ينتج عنه أعراض مختلفة مثل الحمى فعلى نفس المنوال توجد للأمراض النفسية أسبابا معينة ومن أهمها تخلخل في نسبة الناقلات العصبية مثل السيروتونين في الدماغ وهذا التخلخل يؤدي إلى ظهور أعراض مثل الخمول وعدم الثقة بالنفس فهذه الأعراض إذن هي أعراض مؤقتة لمرض معين له أسباب وعلاج وليست طباع متأصلة في شخصية الإنسان , تبدأ بعد ذلك عملية استبدال تدريجي للمشاعر السلبية بأفكار ايجابية وواقعية فعلى سبيل المثال استبدال فكرة "أنا لا أصلح لأي شيء" بفكرة "أنا أحس بإنني لا أصلح لشيء لكوني مريضا" وستعمل أيضا طريقة سؤال الشخص بان يذكر مجموعة من النقاط الإيجابية عن نفسه وفي معظم الحالات لا يتمكن الشخص المصاب بالكآبة من ذكر أية نقطة ايجابية نظرا للطبيعة التشاؤمية للمرض فيقوم المحل النفسي بمساعدة المريض بتكوين قائمة من النقاط الإيجابية الحقيقية الموجودة في الشخص مبتدأ بأشياء بسيطة مثل "أنا أحب أطفالي" , وهذه المهمة ليست بالسهلة أو السريعة ويعتمد تأثيرها على العديد من العوامل بدءا من المريض إلى الظروف الإجتماعية المحيطة به إلى تناوله للأدوية بصورة منتظمة إلى قدرات ومدى إخلاص المحلل النفسي أو الطبيب النفسي.

2-العلاج الإيقاعي الشخصي المتناسق : هو أحد طرق العلاج النفسي الذي يستعمل في الكثير من الأمراض النفسية مثل الكآبة والقلق وتعكر المزاج الثنائي القطب وحالات نفسية أخرى ويستند على مساعدة المريض في العيش بتناغم مع الأشخاص القريبين والمحيطين بالشخص مثل أفراد العائلة بواسطة تشخيص الأساليب الغير المرنة التي يستعملها شخص معين في تعامله مع الآخرين إما نتيجة لأعراض بعض الأمراض النفسية أو نتيجة لصفات متأصلة في شخصية الإنسان , ويكمن أهمية هذا العلاج بكونه

يستهدف عوامل التوتر الخارجية ومن ضمنها العلاقات الشخصية التي تلعب في بعض الأحيان دورا كبيرا في تسبب نوبات الكآبة فيقوم المحلل النفسي أو الطبيب النفسي باستطلاع الطرق الغير السليمة التي يستعملها الشخص عندما يواجه توترا خارجيا فهناك على سبيل المثال طرق غير سوية قد يستعمل من قبل البعض مثل اللجوء إلى الكحول لمواجهة المشاكل أو الإنفعال الشديد والصراخ عند حدوث خلافات وهنا يلعب المتخصص النفسي دورا في تثقيف الشخص فالإنسان في حالة الإنفعال والقلق وحسب قوانين جسمية ثابتة سوف يستقبل اقل كمية من الدم إلى خلايا الدماغ حيث يتم ضخ كمية أكبر من الدم إلى أطراف جسم الإنسان ليساعده إما في الدفاع عن نفسه أو الهرب لإنقاذ حياته وهنا فأي كلمة أو قرار يتفوه به الشخص في لحظة الإنفعال هذه تكون غير موضوعية ويقوم المختص النفسي بمساعدة الشخص في تكوين قائمة بالمواقف التي تسبب انفعالا أو إحباطا في ذلك الشخص ويقوم بتمرين الشخص على استعمال طرق أكثر فعالية مثل تجنب اتخاذ القرارات في لحظة العصبية أو الإبتعاد عن الموقف أساسا أو مساعدة الشخص في تحليل سبب كون ظاهرة معينة عامل إحباط من الأساس , ويفضل في مثل هذا النوع من العلاج أن يتم في حضور الأشخاص الذين يتعايشون مع المريض بصفة يومية مثل أفراد العائلة أو الزملاء في العمل والفكرة النهائية هي مساعدة جميع الأطراف في تحديد العوامل التي تسبب التوتر ومساعدتهم على انتهاج أساليب عملية لحل هذه الخلافات.

3- العلاج العائلي : هو إحدى طرائق العلاج النفسي الذي يستعمل في الكثير من الأمراض النفسية مثل الإكتئاب والقلق وتعكر المزاج الثنائي القطب وحالات نفسية أخرى ويستند على مساعدة المريض في حل مشاكله مع أفراد عائلته بدل إلقاء اللوم على أفراد العائلة , يلتقي المختص النفسي عادة مع شخصين أو أكثر من نفس العائلة في كل جلسة ويرجع بدايات هذا النوع من العلاج إلى المعالجة النفسية فرجينيا ساتير Virginia Satir حيث بدأت منذ الستينيات بالتركيز على دور المشاكل الأسرية في الأمراض النفسية و يتم التركيز في هذه الجلسات على الوسائل المستخدمة بين الأزواج أو أفراد العائلة الواحدة في حوارهم فيما بينهم و لا تهتم بالتحليل العميق لجذور هذه الوسائل الغير السوية المستخدمة فالهدف الرئيسي هنا هو معرفة وتنظيم ما يحدث بين أفراد العائلة وليس ما يدور في ذهن كل فرد في العائلة بمعزل عن الأفراد الآخرين , من خلال الجلسات يستمع المختص النفسي إلى شكوى ومعاناة أفراد الأسرة ويقوم أيضا خلال استماعه إلى ملاحظة كيفية الحوار والتعامل بين الأشخاص الموجودين في الجلسة ويتم مساعدة الأفراد في إيجاد حلول للمشاكل الرئيسية التي تهدد ترابط الأسرة كوحدة واحدة وهذه مهمة صعبة على أرض الواقع لأن أي مشكلة تحدث في العائلة لها أسباب متعددة مثل الوضع الإقتصادي للأسرة والصحة النفسية لأفراد الأسرة ولهذا فان مجرد حضور هذه الجلسات مع عدم حل المشاكل الأخرى ستكون عديمة الجدوى ولكن الفكرة هنا تكمن في تثقيف أعضاء الأسرة بالجلوس فيما بينهم والتحدث بصراحة ووضع جدول لخطوات معينة قد تؤدي في المستقبل إلى تحسين قدراتهم الذاتية على الحوار بدون استعمال وسيط خارجي.

2- 11 العلاج الدوائي : فيما يلي قائمة بالأدوية التي استعملت تاريخيا في علاج الكآبة بدءا من أقدم أنواع الأدوية علما انه في الوقت الحالي تستعمل الأدوية التي ترفع من نسبة مادة السيروتونين كعلاج أولي:

-مضادات للإكتئاب ثلاثي الحلقات Tricyclic antidepressant وتتضمن مثل هذه الأدوية كأميترينتالين و كلوميبرامين و ديسيبرامين و اميرامين ولكنها لها أعراض جانبية كثيرة مثل تسارع نبضات القلب والدوخة وجفاف الأغشية المخاطية في الفم و أعراض جانبية أخرى وان كانت ما تزال واسعة الانتشار.

-الأدوية التي ترفع نسبة مادة السيروتونين وتعتبر هذه الأدوية من أكثر الأدوية المستعملة في الوقت الحاضر وتكمن فكرتها في منع إعادة امتصاص السيروتونين الذي يعتبر أحد الناقلات العصبية و بالتالي ازدياد نسبتها ومن الأنواع الشائعة لهذه النوع من الأدوية بروزاك و باكسيل و زولوفت و أدوية أخرى مثل افيكسور و ريمرون و ترازودون و بروبون و هذه الأدوية لا تنتمي إلى الفصائل الثلاثة المذكورة. -أدوية خاصة بعلاج نوع الإكتئاب المرضى المسمى ب (إكتئاب متلصص) , وكذا الدهون غير المشبعة والمنخفضة الكولسترول ومجموعة فيتامينات (B) تبين أن لها القدرة على التأثير على الحالة المزاجية لما لها من تأثير على زيادة امتصاص وسائط نقل الإشارة الكيماوية في المخ ، حيث أظهرت التجارب إلى أن السمك و الزيوت التي تحتويها وخصوصا الحمض الدهني أوميغا 3 بمساعدتها في التخلص من الإكتئاب. -اليثيوم : يستخدم في نوبات الهوس و الإكتئاب البعيد المدى. وتعمل هذه الأدوية على تحسين و إستعادة الإلتزان الكيماوي المصاحب لمرض الإكتئاب والحالة المزاجية للمريض.

*وسائل أخرى للعلاج : 1 - الصدمات الكهربائية.

- 2التنويم المغناطيسي.

- 3الإيحاء.

خاتمة

الإكتئاب من الإضطرابات النفسية الشائعة , والتي لا يلتفت إليها الناس ولا المسئولون عن الرعاية الصحية , حيث تؤدي آثاره الخطيرة بالمرضى إلى حرمانهم من الاستمتاع بمباهج الحياة , وإغراقهم في مشاعر النقص التقدير والإحساس بالذنب دون مبرر وفي حالاته الشديدة قد تدفع المريض إلى الإنتحار , كما يعتبر الإكتئاب ثاني سبب من الأسباب التي تنقل كاهل العالم أجمع. و لا يسعنا في الأخير إلا أن نتمنى أن نكون قد وفقنا في إعداد هذا البحث المتواضع.

المراجع

– 1الكتب:

- 1حسين فايد , علم النفس العام , ط1 , مؤسسة للنشر والتوزيع , القاهرة , مصر, 2004.

- 2عبد الستار إبراهيم , الإكتئاب , المجلس الوطني للثقافة , الكويت, 1998.

- 3عبد القادر عبد المنعم الميلوي , الأمراض و الإضطرابات النفسية , مؤسسة شباب الجامعة , الإسكندرية , ط4, 2004.

- 4عبد الرحمن العيسوي , علم النفس الطبي , منشأة المعارف الإسكندرية.

- 5عبد الرحمن العيسوي , موسوعة مصطلحات علم النفس الحديث والتربية , الدار الجامعية , بيروت , لبنان, 1988.

- 6عزت عبد العظيم – سيكولوجية الإكتئاب – دار المريخ – 1985م.

- 7لطفى الشربيني , الإكتئاب المرض والعلاج , منشأة المعارف , الإسكندرية.

– 2المجلات:

- 8عريب عبد الفتاح غريب , المجلة المصرية للدراسات المصرية , عدد56 , المجلد 17 , ماي 2007.

- 9محمد عبد الهادي الجبوري , (قياس الإكتئاب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى أبناء الجالية العربية المقيمين في الدنمارك)) الأكاديمية العربية المفتوحة في الدنمارك/كلية الآداب والتربية: قسم العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية , 2010.

– 3الإنترنت:

10- <http://ar.wikipedia.org/wiki/> إكتئاب.

11- منظمة الصحة العالمية, بطاقة المعلومات- الإكتئاب . 2005. متوفرة في- http://www.who.int/mental_health/

12- منظمة الصحة العالمية. الصحة العقلية لمنظمة الصحة العالمية في الإقليم الأوربي. نشرة حقائق Euro/03/03+8 سبتمبر/ أيلول 2003 , متوفرة في موقع- <http://www.euro.who.int/document/med...re/fs0303e.pdf>

13- منظمة الصحة العالمية. الصحة العقلية لمنظمة الصحة العالمية في الإقليم الأوربي. نشرة حقائق Euro/03/03+8 سبتمبر/ أيلول 2003 , متوفرة في موقع- <http://www.euro.who.int/document/med...re/fs0303e.pdf>

15- منظمة الصحة العالمية. نشرة الحقائق – الإكتئاب . 2002. متوفر في

- <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index4.html>

16-نوبة_الإكتئاب_الكبرى. <http://ar.wikipedia.org/wiki/>
17 - <http://www.al3ez.net/vb/showthread.ph>



جامعة الجيلاي بونعامة-خميس مليانة –
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
2019-2020 السداسي الثاني

الموضوع

الخوف المرضي *la phobie*

الأستاذ المحاضر

الاسم واللقب	الرتبة	الكلية	البريد الالكتروني
فارس أم هاني	MCB	العلوم الإنسانية والاجتماعية	o.fares@univ-dbkm.dz

الطلبة المعنيين

الكلية	القسم	السنة	التخصص
العلوم الإنسانية والاجتماعية	العلوم الاجتماعية	ماستر 1	علوم التربية : ارشاد وتوجيه

الأهداف التعليمية المرجو تحقيقها :

عزيزي الطالب بعد إطلاعك على هذه المحاضرة عن موضوع الخوف المرضي ستكون قادرا على :

1. التعرف على مفهوم الخوف المرضي (الرُّهاب) .
2. أهم النظريات المفسرة للرهاب .
3. أهم المحكات التشخيصي للمرض حسب المعايير التشخيصية والإحصائية للاضطرابات النفسية. الطبعة الرابعة

I. مفهوم الرهاب

إنّ الخوف هو أحد الانفعالات والأحاسيس الطبيعية لدى الإنسان وهي إحدى المكونات الأساسية للوجود الإنساني، فالخوف الطبيعي هو الذي يرتبط بمثير حقيقي يستدعي هذه الاستجابة كنظام دفاعي يتطلب سلوكيات منظمة للتقليل من خطر هذا المثير الذي يقلق النفس إلا أنه في بعض الأحيان قد ينفلت التحكم ومسايرة هذا الانفعال من طرف الشخص وينتقل هذا الأخير من حالة طبيعية سوية إلى حالة مرضية أين يصبح الخوف هو المسيطر وهو المسير لكل الانفعالات الأخرى مما يؤدي إلى حالة اللاتوازن للجهاز النفسي لدى الفرد.

1- **تعريف الخوف:** "انفعال قوي غير سار ينتج عن الإحساس بوجود خطر ما و توقع حدوثه¹". فالخوف كما سبق الإشارة له هو انفعال طبيعي يصدر عن الشخص عند الإحساس بالخطر أو توقع حدوثه.

2- **تعريف الرهاب (phobie):** تدل كلمة الرهاب لغة والمشتقة من فعل "رهب" على الخوف الشديد، أما كلمة فوبيا فهي كلمة إغريقية مشتقة من phobos والتي تعني الرعب وقد اشتق منها هذا المصطلح مطلع القرن التاسع عشر وقد عرفه **سترينج** : "خوف شاذ، أو غير منطقي، أو غير عقلائي يمارسه الفرد كنوع من الدفاع ضد القلق وهو خوف مؤلم و حاد"²

يعرف في **موسوعة الطب العقلي** بأنه: "خبرة الخوف الزائد المستمر المتعلق بموضوع أو موقف لا يدل مصدره على خطر ما، ويزداد القلق لدى المريض عند الاقتراب من الموقف المخيف".

و هناك ثلاث مكونات رئيسية للمخاوف المرضية وهي:

* الانفعال المكتسب والمتكون ضمن الخبرة الذاتية من الخوف والقلق نتيجة الاحتكاك بموضوع مخيف.

* التغيرات الفيزيولوجية المرتبطة بالقلق وبهذا الخوف .

* نزعات أو ميول سلوكية لتجنبه أو الهرب منه.

II. النظريات المفسرة للرهاب:

I. مدرسة التحليل النفسي:

تري مدرسة التحليل النفسي أن المخاوف المرضية أساس جميع الحالات العصابية، وأن هذه المخاوف المرضية تحدث بسبب إسقاط أو إزاحة لبعض الرغبات أو الدوافع اللاشعورية على موضوعات أو مواقف خارجية لأن هذه الرغبات تثير قلقا داخليا لا يمكن تجنبه، لأن مصدره في الداخل وإذا نجح الفرد في إبدالها بموضوعات خارجية فإنه سيسقط هذه المخاوف عليها وستظهر في شكل مخاوف مرضية غير سوية. فقد كان فرويد أول من حاول تفسير نشأة الخوف المرضي، و هو يرجع الإصابة بالخوف الشاذ إلى الرغبات الجنسية اتجاه الوالد من الجنس المضاد لجنس الطفل أو الخوف من الخصاء عند الذكر.

كما أبرز فرويد تناوله الواضح والمباشر لمفهوم الرهاب في إطار بحثه عن عصابات الدفاع

¹ محمد خير أحمد الفوال ، ثقافة الخوف ، بحث مقدم إلى مؤتمر فيلا ديلفيا الدولي الحادي عشر ، كلية التربية جامعة دمشق ، سوريا 24 – 26 أبريل 2006

² المرجع السابق

مقارنا إياه بكل من الهيستيريا والوساوس. فقد أدرج الرهابات في مقاله عن "الوساوس والرهابات" 1895 ضمن السجل العصابي جاعلا الفرق بينهما يكمن في طبيعة وكيفية تصريف القلق الذي تحتويانه. ويرى أن هذا القلق في الرهابات المتمثل في الحالة الانفعالية يظهر على شكل حصر وخوف.³

II. السلوكية و نظرية التعلم:

أوضحت كثير من الدراسات من خلال هذه النظرية مثل دراسة "ليوتس" "اوست" " هوغال" "واطسون" "ايزنك" و "سيمندر"، أن الإشرط الكلاسيكي للخوف يحدث عندما يستدعي مثير مزعج يسبب الخوف في وجود مثير محايد، فيصبح هذا المثير المحايد سببا للخوف بصورة مستقلة عن المثيرات غير الشرطية.⁴ وقد سلم " واطسن" بثلاث أنماط ذات أهمية في الاستجابات المثيرة للعاطفة، وهي الخوف، الغضب، الحب، و فكرة الخوف ناتجة عن مثير بسيط يقع داخل ثلاث فئات وهي

➤ الضوضاء العالية.

➤ فقدان الأهل

➤ الارتباط الفيزيقي.

النظرية المعرفية:

تقوم المدرسة المعرفية على فكرة رئيسية هي أنّ الانفعالات التي يبديها الناس، إنما هي نتيجة لطريقة تفكيرهم. و وفقا لهذه الفكرة فإن النظرية تركز على الحساسية الكبيرة لدى الأشخاص الذين يعانون من الرهاب للإشارات المنبهة للخطر وتعتبر الأفكار التي يكونها الفرد عن نفسه والآخرين وعن الوقائع السبب الرئيسي للخوف. فالنموذج المعرفي يفترض أن الحالات المرضية المختلفة تتميز بمخططات معرفية محددة، فمثلا: الاكتئاب يرتبط بالمخطط السلبي للفشل والضياع والفراغ أما القلق فيتميز بالتهديد والتوجس والغضب و تتميز بالبارانويا بموضوعات تتعلق بالريبة والخوف من السيطرة ومؤامرات الآخرين.⁵

III. أعراض الخوف و خصائصه الإكلينيكية:

1- التغيرات الجسمية والفيزيولوجية:

³ عبد الرحمان سي موسي، محمود بن خليفة، علم النفس المرضي التحليلي و الإسقاطي، ديوان المطبوعات الجامعية، ج1، الجزائر 2010

⁴ 7- عادل شكري محمد الأمين، المخاوف المرضية، قياسها، تصنيفها وتشخيصها، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 2005.

⁵ - بلحسيني وردة، أثر برنامج معرفي - سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه، جامعة ورقلة 2010 - 2011.

● الخارجية

تتراوح بين تغيرات خارجية يمكن ملاحظتها كالتغير في ملامح الوجه، كاتساع عيني الخائف، تشتت نظراته وكذلك اصطكاك الأسنان ويقف الشعر، كذلك تغير لون البشرة والوجه والجسم إلى اللون الأصفر، وإذا اشتد الخوف واستمرت حالته لفترة طويلة فإن لون البشرة والأطراف يتحول إلى اللون الأزرق المشوب بالصفرة، كذلك الأطراف تصبح عشوائية أحيانا قد تنهار قوى الخائف فلا تستطيع رجلاه حمله فيرتمي على الأرض، ويحدث تغيير في الصوت فيعجز عن السيطرة على أجهزة النطق.

● الداخلية

- تغيرات في سرعة القلب والدورة الدموية فيزداد ضغط الدم في الحالات الحادة من الخوف يعمل القلب بسرعة تفوق طاقته.
-يشد التنفس وتضطرب سرعة الشهيق والزفير في بغض الحالات قد ينعكس الوضع فيكاد يتوقف التنفس.
-يتدفق هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدتان فوق الكليتان بشدة في الدم.
-حدوث نشاط كبير في الجهاز العصبي وفي الحالات التي يصل فيها الخوف إلى حد تضعف قدرة و ذكاء المخ بحيث قد يصل الأمر إلى حدوث شلل مؤقت أو مستمر.
-تحدث تقلصات عضلية في ردود الفعل الانعكاسية.

2- التغيرات المعرفية:

تضعف عدة عمليات معرفية عدة مثل الإدراك و الذاكرة ...و حتى يحدث التغيير على مستوى الأفكار فلا يستطيع تقديم فكر مترابط يعول عليه و ربما إلى تفكير طفلي ،بل تأتي غير منسقة و ربما يقول الخائف كلاما يعطي المعنى العكسي لما يقصده من معاني

3- التغيرات الوجدانية:

تتميز الحالة الوجدانية للإنسان عند الخوف بالتقلب وعدم الثبات الانفعالي فيكون متقلب بين العواطف المتعارضة، كذلك الشخص الخائف يتذبذب بين مشاعر الخوف والغضب وإن كان إلى الخوف أكثر و يفسر بأن هناك تداخلا بين انفعالين بحيث يظهر أحدهما في وجود الآخر متلازمين و إذا ما اشتد الخوف فإنه يخرط في سلسلة من الانفعالات الشديدة و قد يصيبه الإغماء وفقدان الوعي وقد تظهر أعراض هستيرية في أثناء سيطرة الخوف عليه.وقد يصاب ببعض الهلوسات البصرية والسمعية في صورة أشباح مخيفة تتربص به أو تهديدات يسمعها، وتكثر لدى الخائف الأحلام المزعجة المرتبطة بموضوعات خوف لا نهاية لها.

4- التغيرات السلوكية:

يتميز الخائف بضعف الإرادة وعدم فهم الأهداف فيظهر ذلك بعجزه عن النهوض بالأعمال المنوطة به أو حتى الإرادة المشلولة التي تظهر في العجز عن مجرد البدء في

أي عمل.

ويظهر لديه ضعف الأداء والإنجاز، فالخوف لا يحفز على الإبداع كما تصبح علاقاته الاجتماعية ضعيفة فيكون في حالة توجس وترقب والحرص عند التعامل مع الغير.

IV. التشخيص:

يعتمد تشخيص حالات الرهاب المحددة على مقابلة سريرية شاملة والمبادئ التوجيهية التشخيصية. يطرح الفاحص أسئلة حول الأعراض التي يعانيها المريض ويحصل على معلومات حول تاريخه الطبي والنفسي والاجتماعي. قد يستخدم/تستخدم المعايير التشخيصية والإحصائية للاضطرابات العقلية (DSM) الذي نشرته جمعية الطب النفسي الأمريكية.

1 - معايير تشخيص الرهاب DSM IV كما يلي :

تكون أهم المعايير الملاحظة التالية:

- وجود خوف مستديم من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء في الجماعة ، حيث يخاف الفرد من أن يتصرف بطريقة تثير انتباه وانتقاد الآخرين له، و أن يظهر عليه أعراض القلق (الرهاب الاجتماعي) . مع ملاحظة أنه بالنسبة للأطفال ينبغي أن تتوفر دلائل على مقدرتهم على إقامة علاقات اجتماعية بما يتناسب مع الأشخاص المألوفين أن يحدث القلق في مواقع تجمع الطفل مع أقرانه و ليس فقط في علاقاته مع البالغين.
- التعرض لأي موقف اجتماعي يثير لدى الشخص القلق على نحو ثابت تقريبا .و الذي قد يأخذ أحد أشكال نوبات الهلع.
- مع الملاحظة أنه بالنسبة للأطفال يجري التعبير عن القلق بالبكاء أو ثورات الغضب التجمد عن الحركة ،أو الانكماش و الإنسحاب من مواقف الاجتماعية مع الأشخاص غير المألوفين
- أن يدرك الفرد أن خوفه مبالغ فيه ، أو غير معقول مع الملاحظة أنه لدى الأطفال قد تكون هذه الصورة غائبة.

- يتم تجنب المواقف الاجتماعية التي يخاف منها الفرد، أو أن يتحملها بقلق أو ضائقة شديدة
- توقع القلق أو الضائقة في المواقف الاجتماعية أو الأدائية المخيفة بشكل بارز في الأنشطة الاعتيادية الطبيعية من حيث الأداء الوظيفي و المهني (الأكاديمي) أو الاجتماعي أو العلاقات الاجتماعية ،أو قد تكون الضائقة واضحة من حصول الرهاب.
- أن يكون هذا الخوف غير ناجم عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (سوء استخدام العقار ، تناول دواء)أو عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب قلق الانفصال أو اضطراب تشوه شكل الجسد أو اضطراب الشخصية الفصامية)⁶

⁶ - المرجع الرابع إلى المعايير التشخيصية و الإحصائية الرابع المعدل DSMIV ، الإضطرابات النفسية ، ترجمة تيسير حسون ، جمعية الطب النفسي الأمريكية ، دمشق 2004

V. علاج المخاوف المرضية:

1- العلاج التحليلي:

يهدف التحليل النفسي إلى الكشف عن الأسباب الحقيقية و الدوافع المكبوتة، والمعاني الرمزية للأعراض، وتعريف الكبت وتنمية بصيرة المريض، وتوضيح الغريب وتكوين عاطفة طيبة نحو مصدر الخوف وهذا يتم بالتداعي الحر وتفسير الأحلام والتنويم المغناطيسي.

كما يهدف العلاج التحليلي إلى التعرف الدينامي الذي أدى إلى ظهور الفوبيا، ومن الممكن أن تخف المخاوف الحديثة الظهور بالعلاج التحليلي القصير، ولكن من الضروري وضع برنامج علاجي شامل لعلاج المخاوف التي عاشت مع الفرد لفترة طويلة.

2- العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي عبارة عن مجموعة فاعلة جدا من الإجراءات التي تتضمن التقييم والتخطيط واتخاذ القرارات، وتوظيف التقنيات. كما يمارس المعالج فيه دورا فاعلا نشطا وداعما مستخدما طيفا واسعا من الفنيات بدأ بالتعليم النفسي والاكتشاف الموجه وصولا إلى لعب الأدوار والتعريض السلوكي الحي أو المتخيل، مما يساعد المريض على التعامل مع أنماط التفكير اللاتكيفي، وإخلال طرق التفكير أكثر عقلانية وأكثر توافقا.

كما يعتمد العلاج المعرفي السلوكي علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوءها مسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد من أفكار مشوهة واعتقادات لا عقلانية.

وهناك أدلة وافرة من مجموعة واسعة ومتنوعة من معالجات السلوكية والمعرفية على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والتي دلت على أنه المعالجة المفضلة للتعامل مع العديد من الاضطرابات، وقد أشارت أحجام لأثار لكل من العلاج العقلاني الانفعالي وتقليل الحساسية التدريجي، وتعديل السلوك، إلى أن العميل الذي يتلقى أيا من أشكال العلاج المعرفي السلوكي هذه سيكون أداءه الوظيفي أفضل على الأقل من أداء اللذين لم يتلقوا أية معالجة أخرى.

- إن الجلسات العلاجية التي تستغرق ساعتين من الزمن هي أكثر فعالية من جلسات متعددة ولكنها قصيرة المدى.

قبل المباشرة بالجلسة العلاجية يجب أن يعلم المريض المعالج ما يطلب منه من العمل و الموافقة على عدم رفض أي جانب من الجوانب العلاجية المطلوبة منه، وإلا فقد يهرب خلال الجلسة العلاجية وبالتالي يصعب إعادته مجددا إلى الدور العلاجي.