



جامعة الجيلالي 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	ماجستير 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 التشخيصية 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 الخشاء 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 الإشراف 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.
- يشتد 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 وذكاء 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 والذاكرة... وحتى يحدث التغيير على مستوى الأفكار فلا يستطيع تقديم فكر مترابط يعول عليه وربما إلى تفكير طفلي، بل تأتي غير منسقة وربما 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 وإذا ما اشتد الخوف فإنه يخرط في سلسلة من الانفعالات الشديدة وقد 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.