الاضطرابات التالية للصدمة وعلاقتها ببعض المخاوف المرضية
لدي عينة من الأسوياء ومرضي الصدمات

دكتور / حسن السيد عزيز الموسوي
أستاذ مشارك – قسم علم النفس
كلية التربية الأساسية

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى فحص الفروق بين الجنسين لدى عينة الأسوياء و كذلك عينة المرضى في متغيرات الدراسة و هي : الاضطرابات التالية للصدمة و المخاوف العامة والمخاوف الاجتماعية و مخاوف الأمكان الواسعة المفتوحة ، أيضاُ فحص العلاقة بين متغيرات الدراسة لدى عينتي الدراسة (الأسوياء و المرضى) ، و التعرف إلى البنية العاملية لمتغيرات الدراسة لدى عينتي الدراسة كل على حدة ، هذا و قد أجريت الدراسة على عينة استطلاعية تكونت من (54) من طلاب الجامعة الأسوياء مناصفة بين الذكور و الإناث ، و تكونت عينة المرضي من (54) من مرضى اضطراب الصدمة مناصفة بين الذكور و الإناث ، أما الدراسة الأساسية فقد تكونت من (104) من الطلاب الأسوياء من الجنسين ، وتكونت عينة المرضي من (104) من الجنسين ، وقد أسفرت النتائج عن وجود فروق بين الجنسين من الأسوياء في متغيرات : المخاوف الثلاثة (المخاوف العامة ، المخاوف الاجتماعية ، مخاوف الأماكن الواسعة) ، و النتائج نفسها فيما يخص عينة المرضى ، و كانت الفروق لمتوسط الإناث أعلى، و كشفت النتائج عن ارتباطات جوهرية موجبة بين جميع متغيرات الدراسة لدى الجنسين من عينة المرضى ، و نفس الارتباطات لدى عينة الأسوياء من الجنسين ، فيما عدا متغيرات الاضطرابات التالية للصدمة ، و فيما يتعلق بالبنية العاملية لمتغيرات الدراسة بالنسبة لعينة الأسوياء ، فقد تم استخراج عامل واحد مباشر هو عامل اضطراب القلق ، أما عينة المرضى ، فقد تم استخراج عاملين متعامدين هما : عامل المخاوف المرضية ، وعامل الاضطرابات التالية للصدمة ، و قد نوقشت النتائج على ضوء أدبيات التخصص في مجال علم النفس المرضي والإكلينيكي والدراسات السابقة.

Post - traumatic stress disorders (PTSD) and its relationship with some phobias among a sample of normal and trauma patients

Abstract:

This study aimed to examine the differences between the two sexes in a normal sample, as well as a sample of patients in the study variables which are: post-traumatic stress disorders(PTSD) and (general phobia and social phobia and agoraphobia, it is also examining the relationship between the variables of the study in the samples of the study (normal and patients) and to identify the factorial structure in the study samples each separately, this and the study has been conducted on an exploratory sample consisted of 54 normal university students divided equally between males and females, and consisted of (54) of the patients with traumatic disorder equally divided between males and females, and the basic study consisted of (104) of the normal students of both sexes, and the sample of patients (104) of both sexes, and the results have resulted in the existence of gender differences in the normal sample in the variables: the three phobias(general phobia, social phobia and agoraphobia) , and the same results with respect to the sample of patients, higher female average were resulted, and the results revealed significant positive links among all study variables in both sexes of the sample of patients, and the same correlations among a sample of both sexes, except for the post traumatic stress disorders variables, and with respect to the factorial structure variables of the study for the normal sample one factor, has been extracted directly that is anxiety disorder factor. As for the sample of patients, two orthogonal factors have been extracted which are: phobia factors, post-traumatic stress disorders, and the results have been discussed in the light of the literature in the field of psychopathology and clinical and previous studies.

الاضطرابات التالية للصدمة وعلاقتها ببعض المخاوف المرضية لدي عينة من الأسوياء ومرضي الصدمات

Post – traumatic stress disorders (PTSD) and its relationship with some phobias among sample of normal and trauma patients

دكتور / حسن السيد عزيز الموسوي
أستاذ مشارك – قسم علم النفس
كلية التربية الأساسية

مقدمة

لا شك من أن أي فرد قد تعرض في حياته لبعض الصدمات ، والتي شكلت لدينا بعص أنماط السلوك مع بعض الخبرات السيئة ، وقد كان لهذه الصدمات تأثيراً كبيراً ، وأصبحت تشكل العديد من الضغوط في مجالات مختلفة لحياة الإنسان من مثل : الجوانب النفسية والعقلية والاجتماعية والصحية ...الخ ، ومع الوقت يتعرض الفرد للكثير من الأعراض التي تتضمن القلق والمخاوف ، وهذه الأعراض هي : الأعراض التالية للصدمة ، وهي السبب المباشر الذي دفع الباحث للاهتمام بدراسة هذا الموضوع .

ومن ثم تكمن أهمية دراسة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات كالقلق و المخاوف في ما يترتب علي ذلك ، من الاهتمام بالجانب التطبيقي حيث يتعين تقديم برامج علاجية للتخفيف من حدة القلق والمخاوف العامة و المخاوف الاجتماعية بخاصة ، و بذلك نساعد في خفض حدتهم و بالتالي تحسين توافق الأشخاص النفسي و الاجتماعي وزيادة معدلات الصحة النفسية (علي و زايد ، 2012).

كما تعد الأحداث الصدمية من الأسباب الرئيسة المؤدية للإصابة بالاضطرابات التالية لهذه الأحداث الصدمية Post - Traumatic Stress Disorders ، مثل المواقف الخطرة التي تقع خارج نظام الخبرة الإنسانية العادية ، من مثل : الكوارث

الطبيعية كالزلازل والفيضانات ، والكوارث التي يصنعها الإنسان كالحروب والحوادث النووية والحوادث المفجعة كحوادث السيارات وسقوط الطائرات والأيذاء الجسدي ، ويحتاج الشخص الذي تعرض لهذه الأحداث إلي جهوداً كبيرة ومدة طويلة لكي يستعيد تكيفه ، لذلك يجب الاهتمام بعلاج الاضطرابات التالية للصدمية التي يعاني منها الفرد(حسن 2004، ص 29) .

وتمثل اضطرابات ما بعد الصدمة الكثير من المعاناة لدى الفرد ، ويصبح سهل الاستثارة ، أي يمكن ترويعه بسهولة ، أو يكون الفرد فاقد الحس وغير مبالٍ بما حوله ، ويتصرف بحدة وانفعال ويفقد اهتمامه بالأشياء ، التي كان يستمتع بها ، ويصبح عدوانياً وعنيفاً في بعض الأحيان ، وقد كشفت نتائج الدراسات عن أن اضطرابات ما بعد الصدمة ترتبط بأعراض من ضمنها شعور الفرد بالذنب لبقاءه حياً بعد الحادث (Stratta &et al , 2014). كما أشارت النتائج عن وجود علاقة موجبة بين اضطرابات ما بعد الصدمة وأعراض القلق والاكتئاب (ماجدة محمود ، 2008) .

كما أنه في دراسة مسحية أجريت علي عينة تكونت من (1932) فرداً من الجنسين في أسبانيا ، حيث هدفت إلي الكشف عن معدلات أنتشار اضطرابات المخاوف ، خلال (12) شهراً قبل إجراء الدراسة المسحية ، وأسفرت النتائج عن وجود نسب من المخاوف علي النحو التالي : المخاوف العامة ، و مخاوف الأماكن الواسعة والمخاوف الاجتماعية (Caraveo-Anduaga,2000) .

بالإضافة إلي أن المخاوف الاجتماعية أحد اضطرابات القلق وهي تتميز بالخوف المفرط من التقييم السلبي واختلفت معدلات الانتشار بين (19% - 20.4٪) في مستويات مختلفة من الشدة الاجتماعية ، وتقدر نسبة أنتشار المخاوف الاجتماعية في السويد (15.6%) . وارتبطت المخاوف الاجتماعية أكثر بالإناث ، وانخفاض مستوي التعليم ، واستخدام الأدوية النفسية ، وعدم وجود الدعم الاجتماعي ، وانخفاض

مستويات التواصل الاجتماعي (Furmark, T. , 2000) وتعد أسباب ونسب أنتشار المخاوف من دواعي دراسة هذا الموضوع أيضا .

كما أن القيء ظاهرة عالمية ، ولكننا لا نعرف إلا القليل عن الأسباب المرضية لفوبيا القئ (SPOV) خلال فترة ذكريات الطفولة والسيرة الذاتية ، ففي دراسة أجريت علي مجموعتين: (أ) مجموعة من مرضي فوبيا القئ (ن = 94) ، و(ب) وتكونت المجموعة الضابطة من (ن = 90) ، وذكرت عينة مرضي فوبيا القئ أن لديهم خبرات سيئة ومؤلمة في مرحلة الطفولة مع القئ . وكانت بداية ظهور المشكلة مع ذكريات الآخرين عن التقيؤ. وأشاروا إلى كثير من ذكريات القيء المرتبطة بأحداث الحياة الشخصية والصحية أو أحداث الحياة العاطفية السيئة .(Veale,D.,Murphy,P.,Ellison, N., Kanakam, N& Costa,A., 2013)

وقد تم الاعتماد علي الأدلة التشخيصية ، حيث تشخص الاضطرابات التالية للصدمة والكرب الحاد فقط ، عندما يتعرض الفرد لصدمة ما ، وعلى هذا النحو فإن معايير هذه التشخيصات تتضمن سبب الأعراض ، حيث تتباين بصورة حادة بالنسبة لبقية قائمة الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ، حيث تعتمد التشخيصات على الأعراض تماما (جونسون و كرنج و نيل و دافيسون ، 2015 ، ص 420) . وهذا ما تم الاعتماد عليه عندما تضمنت عينتي الدراسة للعينة المرضية والتي تم تشخيصها بأنها تعاني من الاضطرابات التالية للصدمة بالإضافة إلي كون كل هذه المتغيرات تصنف ضمن اضطرابات القلق ، وقد كان هذا هو محمور اختيار هذا الموضوع للبحث .

الاضطرابات التالية للصدمة

بداية نقول أن المعنى الأصلى للكلمة اليونانية Trauma هو جرح أو ضرر بالجسم ، واليوم نستعمل عبارة " صدمه نفسيه " لوصف وضع يمر فيه الشخص حدثا صعبا (رضوان ، 2006) ، ويمكن تعريف الاضطرابات التالية للصدمة بأنها : الاضطرابات الذي يتعرض فيه الشخص لحدث يواجه فيه الموت الفعلى أو التهديد به او جرحاً خطيراً أو التهديد الجسمى للذات أو الآخرين ، وتتضمن استجابه الفرد الشعور بالخوف الشديد أو العجز أو الفزع وتحمل كريات متعاقبة مقتحمه أليمه ، ويحاول الفرد تجنب النشاطات والأماكن أو الناس التى تثير ذكريات هذه الصدمة ، مع صعوبة التركيز والحذر الزائد ، ويؤدى ذلك إلى العجز فى المجالات النفسية الاجتماعيه والمهنية(Poli&Sbrana ,2003) .

ويعرف الباحث الاضطرابات التالية للصدمة بأنها أحد اضطرابات القلق وفقاً لتصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس ، حيث تظر محموعة من الأعراض بعد فترات زمنية معينة وبعض التصورات الذهنية ، التي تسيطر علي الأفكار ممن تؤثر علي سلوك الفرد ، وتظهر هذه الأعراض في صور من الخاوف والقلق والاكتئاب ، وتزيد الأعراض أكثر عندما لايستطيع الفرد السيطيرة علي حياته .

كما تعد الاضطرابات التالية للصدمة واضطراب الصدمة الحاد تفاعلان من التفاعلات العنيفة للصدمة ، ويحدث الكرب الحاد في أول أربعة أسابيع بعد الصدمة ، ويستغرق كرب ما بعد الصدمة أكثر من (4) أسابيع بعد الصدمة ، ويمكن تشخيص كرب ما بعد الصدمة والكرب الحاد فقط بين الأفراد الذين تعرضوا لصدمات عنيفة (جونسون و كرنج و نيل و دافيسون ، 2015 ، ص ص 431 – 432) .

ويمكن القول أن المرضى الذين ينشغلون دائماً بافكار تتضمن عواقب مأساوية تتزايد لديهم غالباً تلك الأفكار مع تزايد القلق ونوبات الهلع، و تتفق هذه النتيجة مع ما أشار اليه "الخواجا" Khawaja و آخرون (1993)، و "أحمد" Ahmad و آخرون (1992) (البناء ، و عبد الخالق، و مراد ، 2006) . وقد تساعد العوامل

الوقائية الفرد في التوافق مع الصدمات العنيفة بصورة أكثر ملائمة ، ويوجد كذلك عاملين مهمين بصفة خاصة ، وهما الذكاء المرتفع والمساندة الاجتماعية بوصفهما من العوامل المساهمة في التوافق (جونسون و كرنج و نيل و دافيسون ، 2015 ، ص 430) .

كما أن تكرار الاضطرابات التالية للصدمة نتيجة الأحداث الحياتية ، وزيادة معدلات الضغوط في العصر الحالي ، أدي إلي التوسع في الأعراض من خلال المعايير الواردة في التشخيصي والإحصائي الخامس (Levin, A.P,. Kleinman , S.B & Adler,J.S,2014) .

وقد تكون العوامل العصبية والحيوية من مسببات الاضطرابات التالية للصدمة من مثل : قرن آمون Hippocampus والهرمونات ، حيث تبين أن الاضطرابات التالية للصدمة ترتبط بتنشيط أكبر للوزة المخية وتنشيط قليل لقشرة الفص الجبهي الإنسي ، كما كشفت دراسات تصوير المخ عن أن من بين الذين يعانون من الاضطرابات التالية للصدمة ، تبين صغر حجم قرن آمون لديهم مقارنة بالذين لا يعانون من الاضطرابات التالية للصدمة ، كما أن شدة الصدمات ليست وحدها الأكثر تأثيراً ، بل يجب أن نأخذ في الاعتبار طبيعة الصدمة ، فالصدمات التي تحدث بفعل البشر تكون أكثر خطورة في إحداث الاضطرابات التالية للصدمة مقارنة بالكوارث الطبيعية ، فمثلا حالات الاغتصاب والخبرة القتالية والإساءة والاعتداء جميعها ترتبط بخطر أكبر من خطر الكوارث الطبيعية ، فربما أن هذه الأحداث أكثر ألما لأنها تتحدى أفكاراً عن البشرية كمحبة للخير (جونسون و كرنج و نيل و دافيسون ، 2015 ، ص 428) .

وعامة تنتمي كل من الاضطرابات التالية للصدمة (PTSD) والفوبيا (Phobia) إلى اضطرابات القلق الأكثر شيوعا ، وبالتالي يجب ضرورة الحد من هذه الأعراض

لدي المرضى الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة والفوبيا . (De Quervain , D, J.F.& Margraf , J,.2008).

ويمكن إيجازالمعايير التشخيصية للاضطرابات التالية للصدمة طبقا للدليل الشخيصي والإحصائي الرابع المعدل DSM-IV-TR ، في التعرض لحادث صادم يسبب خوفا أو عجزا أو رعبا ، وأثناء أو بعد الحادث يواجه الفرد بعض الأعراض الفصامية ، وتكرار مواجهة الحادث ، فأنه يكشف من وجوده في الأحلام والأفكار، أو في التفاعل المكثف في أفكار الفرد ، مع شعور الفرد بالخدر أو عدم القدرة على تذكر الحادث ، بالإضافة إلي الإثارة المتزايدة ، أو أعراض القلق الشديد التي تحدث خلال الشهر الأول بعد الصدمة ، أما المعايير التشخيصية للاضطرابات التالية للصدمة طبقا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 ، تتضمن التعرض للموت الحقيقي أو لخطر الموت أو التعرض لإصابة خطيرة أو للانتهاك الجنسي بطريقة أو أكثر ، إضافة إلي مواجهة الحادث شخصيا أو مشاهدة الحدث ، العلم بأن الموت العنيف أو الموت العارض أو التهديد بالموت بالقرب من آخر ، أو مواجهة تعرض متكرر أو شديد لتفاصيل منفرة عن الحادث أو الأحداث وليس من خلال التعرض لوسائل الإعلام ، وبدء ظهور (8) أعراض أو تزداد ، سوءا على الأقل منذ وقوع الحادث الصدمي مع استمرار الأعراض ، بالإضافة إلي ظهور ذكريات متكررة قهرية تطفلية للحادث الصادم ، أو لعب الأطفال المتكرر والذي يتضمن بعض جوانب الحادث الصدمي ، مع أحلام متكررة مؤلمة مرتبطة بالحادث الصدمي ، بالإضافة إلي تفاعلات منفرة (مثل تكرار صور الماضي) حيث يشعر الفرد وكأن الحادث الصدمي يتكرر أو إعادة تمثيل الصدمة لدي الأطفال أثناء اللعب .

وذلك مع حزن أو ألم نفسي مكثف أو طويل ، أو تفاعل فيسيولوجي عند التعرض لأفكار متعلقة عن الحادث الصدمي ، وعدم القدرة علي مواصلة مواجهة الأحداث الإيجابية ، كما يظهر إحساس متغير بحقيقة أحد المحيطين أو الفرد نفسه

، كأن يري الفرد نفسه من منظور شخص أخر بأنه في حالة ذهول ، وعدم القدرة على تذكر جانب مهم من من الحادث الصدمي ، والتهرب من الذكريات الداخلية والخارجية الخاصة بالأحداث الصدمية ، وظهور اضطراب النوم ، والسلوك الهياجي ، مع الاستجابة المبالغ فيها للأحداث الحياتية اليومية ، والاهتزاز أو انعدام الراحة المصاحبة بالإضافة إلي مشكلات التركيز (جونسون و كرنج و نيل و دافيسون ، 2015 ، ص ص 423 – 424) .

أما فيما يتعلق بعلاج الاضطرابات التالية للصدمة ، فقد كشفت الدراسات التي اهتمت بعلاج الاضطرابات التالية للصدمة عن أهمية العلاج بمضادات الاكتئاب والعلاج بالحوارات بين المريض والمعالج أو ما يسمي بالعلاج عن طريق المحادثة ، وتبين عدم وجود علاجات مثالية ، ولكن العلاج عن طريق إعادة البناء المعرفي والسلوكي من العلاجات المهمة في تخفيف حدة الاضطرابات التالية للصدمة (Zhiging & et al , 2012). وفي علاج الاضطرابات التالية للصدمة تبين فاعلية البرامج الأثرائية في العلاج بالأردن (جبريل ، 2013) .

كما افترض أن ضبط مستوي السكر قد تمنع استرجاع ذاكرة الأحداث الصدمية ، وبالتالي الحد من الأعراض لدي المرضى الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة وكذلك الفوبيا . وتم علاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة بجرعة منخفضة من الكورتيزول لمدة شهر واحد ، وكانت النتيجة انخفاض أعراض الذكريات المؤلمة دون أن تسبب أي آثار جانبية ضارة ، وعلاوة على ذلك وجدنا دليلا على وجود تأثير لفترة طويلة من العلاج بالكورتيزول في تثبيط استرجاع أثر ذاكرة الصدمات ، وبالتالي تقلل من الأعراض حتى بعد انتهاء فترة العلاج ، لدي المرضى الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي أيضا ، ومن ثم قد يكون الكورتيزول وضبط مستوي السكر مناسبا لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة (De Quervain , D, J.F.& Margraf , J,.2008).

تعريف المخاوف المرضية

تشترك اضطرابات القلق في خاصية الخوف والقلق الزائدين ، فضلاً عن عدد من الاضطرابات السلوكية ، والخوف Fear استجابة انفعالية لتهديد حقيقي أو متوهم ، في حين أن القلق هو توقع التهديد في المستقبل (عبد الخالق ، 2015 ، ص 511) .

ويمكن تعريف المخاوف العامة بأنها الخوف المرضي أحد الاضطرابات العصابية وهو خوف شاذ من موضوع ما نتيجة رؤيته أو حتى تصوره والاحتكاك به ويستجيب الفرد له أما بالهرب أو التجمد (السكون) ، وهي مخاوف قد لايجد الفرد سببا ومبررا كافيا لها ، ويصاحبها مجموعة من التغيرات الداخلية من مثل : الفيزيولوجية والكيميائية أو الخارجية المشاهدة من تعبيرات الوجه ولا يرتد الفرد إلى حالته الطبيعية إلا بعد تجنبه للمثير المسبب للخوف (كريم ، 2014 ، ص38-39) . ويمثل مرضى المخاوف المرضية حوالي 20% من مجموع مرضى العصاب ويحدث بنسبة أكبر لدى المراهقين وصغار الراشدين والخواف أكثر انتشارا لدى الإناث منه لدى الذكور.(محمد,2008,ص118) . ويعرفها الباحث بأنها انفعال غير سار يتضمن مجموعة من المثيرات التي لا تخيف الشخص السوي ، وتأتي مصحوبة ببعض الأعراض النفسية والفسيولوجية ، وتزول أعراض الخوف بزوال مثيراته ،وتتباين هذه المثيرات بتباين المرحلة النمائية والبيئية التي ينتمي إليها الفرد .

جوانب انفعال الخوف : اذا حللنا انفعالا كالخوف مثلا فإن هناك ثلاثة جوانب يمكن ملاحظتها ودراستها دراسة علمية وهي :

أ- جانب شعوري ذاتي يخبره الشخص المنفعل وحده ، ويختلف من انفعال لآخر.

ب-جانب خارجي ظاهر يشتمل على مختلف التعبيرات والحركات والإنفعالات والأوضاع والإيماءات... الخ

ج- جانب فيزيولوجي داخلي من مثل خفقان القلب وتغير ضغط الدم وافراز الغدد الصماء وتغير النشاط الكهربائي في الدماغ .

هذه الجوانب ليست جوانب منفصلة أو ينتج بعضها عن بعض بل استجابات متكاملة تصدر عن الإنسان بأسره من حيث هو وحدة نفسية جسمية. (كريم ، 2014 ، ص 31 -32) .وقد تفسر المخاوف الشاذة علي أساس الإشتراط التقليدي ، ولا ينظر إلي المخاوف الشاذة علي أنها مؤشر لبعض أنواع الاضطراب الكامن ، ولكن ينظر لها علي أنها مجرد نتاج لتزامن أمرين : حالة انفعالية عنيفة مع منبه مخيف ، وأي منبهات محايدة بسيطة أو معقدة ، تؤثر في الفرد في الوقت الذي تثور لديه استجابة الخوف ، حيث يجعل هذا المنبهات تكتسب القدرة علي إثارة الخوف بعد ذلك (عبد الخالق ، 2015 ، ص 514) . ويوجد كذلك ما يسمي اضطرابات القلق الرهابي phobic anxiety disorders حيث تشتمل أساساً رهاب الخلاء والرهاب الاجتماعي والرهاب النوعي (الأنصاري ، 2004)

بداية يري الباحث أن هناك تداخل كبير بين المخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعي ، حيث تتضمت المخاوف الاجتماعية في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع مصطلح المخاوف الاجتماعية ، منضمن تصنيف اضطرابات القلق ، في حين تم تعديل المصطلح في الدليل التشخيصي وإحصائي الخامس ، وتم طرح مصطلح القلق الاجتماعي بدلا من الفوبيا الاجتماعية ، لذا سوف نوضح ذلك فيما يلي :

أن اضطراب القلق الاجتماعي عبارة عن خوف غير واقعي شديد ومتواصل ، وهو خوف من المواقف الاجتماعية التي يمكن أن يجد الفرد نفسه فيها أمام أفراد غرباء يتفحصونه ، أو من مجرد التعرف إلي هؤلاء الغرباء ، بالرغم من أن هذا الاضطراب كان يسمى في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الرابع ، والرابع المعدل بالمخاوف الاجتماعية social phobia ، إلا أن الدليل التشخيصي

والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس ، قد استخدم مصطلح "اضطراب القلق الاجتماعي" لكونه اسما يلائم هذا الاضطراب أكثر من الاسم السابق ، وذلك لأن المشكلات التي يسببها هذا الاضطراب عادة ما تكون أكثر أنتشارا ، وأكثر إعاقة للحياة الطبيعية ، من المشكلات التي تسببها حالات المخاوف المرضية الأخرى ، والمصابون باضطراب القلق الاجتماعي ، عادة ما يحاولون تجنب المواقف التي يمكن أن يكونوا فيها موضع تقييم ، أو يمكن أن تظهر خلالها علامات القلق عليهم ، أو يمكن أن تخرج منهم تصرفات غير لائقة من خلال تفاعلهم مع الآخرين ، وكثيرا ما يخاف المصاب من احمرار وجهه بشدة أو إفراز العرق بغزارة خلال تلك المواقف ، ويمكن أن يصاب الفرد بالقلق الشديد عند الحديث أو الظهور أمام الأفراد ، أو عند تناول الطعام في الأماكن العامة ، أو عند استخدام المراحيض العامة ، أو عند الانخراط في أي نشاط في حضور مجموعة من الناس (جونسون و كرنج و نيل و دافيسون ، 2015 ، ص 351) . وقد كشفت الدراسات عن أن مرضى القلق الاجتماعي يتجنبون أي مواقف اجتماعية ، ولا يشاركون في أي عمل جماعي حتى لو كان هذا العمل من الأعمال التطوعية (Femida & Ram, 2009).

وفي التصنيف العالمي العاشر للأمراض العقلية و السلوكية الصادر عن منظمة الصحة العالمية قد عُرفت المخاوف الاجتماعية بأنها "الخوف من الملاحظة و التدقيق من قبل الآخرين لتصرفات الفرد من مثل الأكل أو التحدث أمام الآخرين، مما يؤدي إلي تجنب المواقف الاجتماعية" (راشد ،2011 ، ص 65) . خوف أو انزعاج ملحوظ من التعرض للتفحص الاجتماعي أو الحملقة وإطالة النظر إلي الفرد ، والتعرض إلى مسببات القلق الذي يؤدي إلى التقييم السلبي وتجنب المواقف المزعجة أو تحملها بقلق شديد ، علي أن تستمر الأعراض على الأقل لمدة (6) شهور (جونسون و كرنج و نيل و دافيسون ، 2015 ، ص 351) .

كذلك تُعرف المخاوف الاجتماعية بأنها سلسلة متصلة من الشدة والأعراض التي ترتبط بعدد متزايد من المخاوف المرتبطة مع الكثير من المواقف الاجتماعية المثيرة للخوف بالنسبة للفرد ، والتي تؤدي إلي اضطراب الشخصية وتزيد من الأنطوائية حيث يبدو أن هناك تداخل بينهما(Karlsson , B , 2013) . كما تعرف المخاوف الاجتماعية بأنها مخاوف شاذة تظهرعند قيام الشخص بالحديث في المناسبات أو قاعات الدرس أو مواجهة مجموعة من الناس ، وفي المواقف التي يشعر فيها الشخص أنه تحت المجهر ، وأن الكل ينظر إليه ، فيخاف أن يظهر عليه الخجل ، أو الخوف من أن يخطيء أو يتلعثم مما يؤدي به للارتجاف والخفقان وضيق التنفس وجفاف الحلق والتعرق... الخ . وعندما تحدث هذه الأعراض في موقف ما فإن المرء يخاف ويتجنب تلك المواقف . مما يزيد من مخاوفه ويضعف ثقته بنفسه ، فيجعله عرضة لهذه المشاعر في المستقبل مما يزيد الحالة سوءاً وتعقيداً . (http://ar.wikipedia.org)

وتعرف أيضا "المخاوف الاجتماعية بأنها : عبارة عن أعراض انفعالية إكلينيكية من مثير غير مخيف وواقعياً ، و يندرج تحت اضطرابات القلق فهو لا يتضمن تهديداً فعلياً أو خطراً واقعياً علي حياة الفرد ، و هو أيضاً غير موضوعي ، و غير عقلاني ، و غير تكيفي للفرد" (أبو زيد ، 2008 ص 33) .

وبذلك نجد أن مصطلح المخاوف الاجتماعية يستخدم في حالة الخوف الواضح والمستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية ، أو الحالات التي يتعرض فيها الشخص للناس غير المألوفين ، أو عندما يدقق فيه الآخرين ، حيث يتصرف الأفراد المصابين بالمخاوف الاجتماعية المرضية عند تعرضهم للمواقف المثيرة للمخاوف الاجتماعية ، بطريقة من شأنها أن تكون محرجة أو مهينة لهم ، وبالتالي يخضعون للتقييم السلبي ، في كثير من الحالات من مثل التحدث أمام الجمهور، و التفاعلات

الاجتماعية اليومية مع من حولهم ، مثل حضور حفلة أو التحدث إلى صاحب العمل ، وهم في كثير من الأحيان شديدي الحساسية للنقد ، ويعانون من الشعور بالنقص) Rief , W & Sommer ,G,2013,P1-2)

أما بالنسبة لأنتشار المخاوف الاجتماعية ، فقد تراوحت نسبة انتشارها ما بين (8 – 10%) من تعداد السكان ، و تزيد النسبة بين الشباب العربي ، و تشير نتائج المسح الوبائي الذى أجري حديثاً في الولايات المتحدة إلي أن نسبة انتشار اضطرابات القلق تصل إلي (8 – 14 %) . أما القلق العام فقد كانت نسبته ما بين (1 – 3 %) من حجم السكان (أحمد عكاشة ، طارق عكاشة ، 2010) . وهذه الزيادة في أنتشارها ، يمكن أن نرجع ذلك إلي أن المخاوف الاجتماعية تعد مصدراً من مصادر القلق بالنسبة للمجتمع ككل ، وبالنسبة للفرد خاصة ، وذلك لأن أحد أسباب أنتشارها هي الاضطرابات التالية للصدمة والأحداث الصدمية ، والتي حدثت أثناء وجود الفرد بين الناس ، حيث أزدات وبخاصة لدي من يعانون من بعض الاضطرابات من مثل : مشاكل الصحة العقلية والاكتئاب الرئيسي وتعاطي والأحداث الصادمة ، ومن ثم يعد التشخيص المبكر أمراً حتمياً لمواجهة هذه الاضطرابات (Chhabra , V., Bhatia, M ., Gupta, S ., Kumar, P & Srivastava , S , 2009).

أما مصطلح مخاوف الأماكن المفتوحة أو فوبيا الساحة أو فوبيا الخلاء أو رهاب الأماكن الواسعة فإن أصله يرجع إلي الكلمة اليونانية "Agora " بمعنى السوق (marketplace) ، وتعني القلق من الأماكن التي تسبب الحرج أو صعوبة الهروب إذا حدثت أعراض القلق ، وعادة ما تكون المواقف مخيفة عندما تكون أماكن فيها حشود ومزدحمة مثل : الساحات والأسواق والمراكز التجارية ، ودور العبادة ، وفي بعض الأحيان تكون هذه المواقف من الصعب الهروب منها من مثل : القطارات ، الكباري ، والرحلات ذات المسافات الطويلة ، كما أن الكثير من مرضى مخاوف الأماكن المفتوحة يعجزون عن ترك منزلهم ، والقليل منهم يستطيع ، لكن مع المعاناة

والمشقة الشديدة (جونسون و كرنج و نيل و دافيسون ، 2015 ، ص ص 355 – 356) .

هذا ويزعم البعض أن "بندكيت" قد استخدمت مصطلح الأعراض الصاحبة للخوف من الأماكن الواسعة ، في كتابات الطب النفسي منذ عام (1800) ، وذلك لوصف ما يطلق عليه " بدوار المكان "(Carmin & Pollard,1996, p 43) . ولكن تم استخدام مصطلح فوبيا الاماكن الواسعة Agoraphobia لأول مرة وبصورة موثقة علي يد "ويستفال" Westphal في عام (1871) ، معبراً عن عدم القدرة علي المشي في الشوارع والميادين ، وذلك تجنباً لما قد يسفر عنه من أعراض القلق الشديد الناتج عن التواجد أو المشي في مثل هذه الأماكن لمدة ما (Edelman, 1992, p109)

كما أنه ليس من المعروف كثيراً عن نسب انتشار مخاوف الأماكن المفتوحة ، للتعامل بعض الدراسات مع هذا الاضطراب بوصفه أحد أنماط اضطراب الهلع ، ولكن من الواضح أن مخاوف الأماكن المفتوحة ترتبط مع اضطرابات واضحة تظهر في الحياة اليومية ، ولكن الدراسات المتعددة تؤكد تأثيرات مخاوف الأماكن المفتوحة في نوعية الحياة بدرجة أشد ، مما هو ملاحظ في اضطرابات القلق الأخرى (جونسون و كرنج و نيل و دافيسون ، 2015 ، ص 356) .

كما أن البيانات المستمدة من الدراسات المسحية الوبائية التي أهتمت بالاضطرابات السيكياترية بالولايات المتحدة الأمريكية ، وبخاصة فيما يتعلق بمخاوف الأماكن الواسعة ، تقدم دليلا قوياً على أن مخاوف الأماكن الواسعة ، ليست نتيجة نوعية لاضطراب الهلع كما هو مشاع في الولاييات المتحدة الأمريكية (Pollack, Smoller, Scott, &Rosenbaum2002, p 240) . أما فيما يتعلق بالمكونات المعرفية لاضطراب الهلع المصاحب لمخاوف الأماكن الواسعة ، يتمثل في ارتباط أفكار المرضي بمعتقداتهم عن أنها تؤدي في النهاية إلي نوبات الهلع ،والتي يتأذي

منها الفرد كثيراً ، و تتباين المعارف المرتبطة بالهلع بصورة كبيرة بين الافراد (White & Barlow, 2002 , p 342)

ومن أهم أعراض الخوف من الاماكن الواسعة ، هي تجنب الأماكن العامة من مثل : الميادين والساحات ، السفر و بخاصة عبر وسائل المواصلات العامة ، وترتبط هذه الأعراض احياناً بالوحدة (Rachman, 1998, p 115) . أما فيما يتعلق بالدليل التشخيصي والإحصائي الخامس لمخاوف الأماكن المفتوحة : تبين أن هناك الكثير من الأعراض الخاصة بالخوف من الأماكن المفتوحة ، لكن توجد بعض الأعراض الرئيسة والتي إذا وجدت يمكن أن نشخص الحالة بهذا الاضطراب ، ومن هذه الأدلة التشخيصية : الخوف والقلق الشديد من موقفين على الأقل لصعوبة الهروب أو تلقي المساعدة عند حدوث أعراض شديدة من القلق مثل أن يكون المريض خارج المنزل لوحده ، السفر من خلال وسائل النقل ، أو يكون في أماكن مفتوحة مثل الأسواق ، والجراجات " مواقف السيارات " ، أو أماكن مغلقة مثل المحلات ، والمسارح ، ودور العرض ، أو الانتظار في طابور أو في زحام ، وهذه المواقف تستدعي الخوف أو القلق ، وتجنب هذه المواقف المزعجة أو تحملها تصيب الفرد بقلق شديد ، ويجب أن تستمر هذه الأعراض على الأقل لمدة (6) شهور (شيرل جونسون و آن كرنج و جون نيل و جيرالد دافيسون ، 2015 ، ص 355) .

هذا وقد كشفت الدراسات العصبية الحيوية التي تم فيها استخدام التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني لدراسة مادة السيروتونين في الدماغ ، والتفسير الفسيولوجي هنا يؤكد أن الاختلال الهوموني في السيروتونين تؤدي إلي المخاوف ، حيث تبين أنه من مثبطات الخوف ، بالإضافة إلي العلاج المعرفي السلوكي والعقاقيرى (Furmark, T. , 2000) .

دراسات سابقة

فيما يلي سوف نعرض لبعض الدراسات السابقة :

قد أجريت دراسة على عينة مكونة من (351) من الضحايا الذين تعرضوا إلي الاغتصاب والاعتداءات الجنسية في أوروبا ، وفقاً إلي الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس(DSM-5) ، ومن ثم تعد هذه الأحداث من الاضطرابات الصدمية والتي تؤدي إلي الاضطرابات التالية للصدمة ، وأسفرت النتائج عن درجات مرتفعة ومستويات متباينة علي مقاييس القلق والاكتئاب والغضب والعداء وصعوبات في النوم ، وقد تم استخلاص أربعة مستويات من الاضطرابات التالية للصدمة وهي : الخفيفة والمعتدلة والعالية والتفككية الانفصالية (Armoura , C ,. Elklitb , A ,. Lauterbachc , D ,. Elhaid , J.D 2014).

. حيث هدفت الدراسة التعرف إلي ما إذا كانت المخاوف الاجتماعية (SP) أو اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) من منبئات ضعف الإدراك الاجتماعي ، مقارنة مع العينة غير الإكلينيكية " الأسوياء " ، وهل يرجع ضعف الادراك الاجتماعي إلى اضطرابات القلق ؟. وتم فحص وتحليل نتائج أربعين من الدراسات السابقة عن طريق التحليل الاحصائي ماوراء التحليل mentalizing ، وأجريت الدراسة علي (1417) من مرضى القلق و (1321) من الأسوياء. وتشير النتائج إلى ظهور ضعف الإدراك الاجتماعي لدي الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة كما يلاحظ ضعف الإدراك الاجتماعي لدي مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية (Plana,I., Lavoie,M.A., Battaglia,M&. Achim,A.M., 2014)

وكشفت دراسة تركية أجريت علي عينة من النازحين من الكوارث الطبيعة ، أن اضطرابات ما بعد الصدمة في الأسابيع والأشهر الأولي تظهر في مشاعر الخوف والذكريات المزعجة والأعراض الجسدية واضطرابات بالنوم ، وهو وضع طبيعي ، وقد تختفي الأعراض بدون مساعدة مهنية ، ويحتاج الفرد للعلاج في حالة استمرار الأعراض (Alaban & et al , 2012).

كذلك كشفت نتائج دراسة أجريت في سلطنة عُمان ، عن وجود فروقاً واضحة بين ما يسمى برد فعل التوتر الحاد الناتج عن الحدث الصدمي ، والذي يمكن أن يحدث في فترة وجيزة ،ويهدف إلى ضمان البقاء على قيد الحياة وبين اضطرابات ما بعد الصدمة التي تؤدي إلى أضرار مستديمة لدى المصابين ، كما أوضحت نتائج الدراسة أن هناك احتمال تطور الصدمة النفسية في مرحلة الطفولة إلى اضطرابات أخرى لاحقاً مثل اضطراب الشخصية الحدية (منى بحراني وعبدالفتاح خواجة ، 2012) .

وفي دراسة هدفت إلي فحص الأعراض الإكلينيكية للاضطرابات المصاحبة للمخاوف الاجتماعية ، حيث أجريت الدراسة علي عينة تكونت من (87) مريضاً من مرضي المخاوف الاجتماعية ، تراوحت اعمارهم ما بين (16 – 58) عاماً ، وأسفرت النتائج عن أن (51.7%) من المرضى لديهم اضطرابات نفسية مصاحبة للمخاوف الاجتماعية ، حيث وجد أن (126%) من المرضي يعانون من اضطرابات الهلع و (10.3%) يعانون من مخاوف الأماكن الواسعة (Gokalp, Tukel, Solmaz, Demir & Kiziltan, 2001) .

وفي دراسة أجريت على عينة تكونت من (770) فرداً ، كانوا يعانون من القلق الاجتماعي ، حيث كشفت نتائج هذه الدراسة عن أن الأفراد الذين كانوا يعانون من القلق الاجتماعي وبدرجة مرتفعة ، قد عانوا من اضطرابات أخرى من مثل : الرعب الأبوي ، و الخوف من الأماكن المزدحمة ، و الخجل ، و كشف الباحثون عن أن هذه الاضطرابات كانت مرتبطة بالقلق الاجتماعي ، كما أن القلق الاجتماعي كان أعلي عند الإناث المراهقات عن الذكور ، و أوصى الباحثون بضرورة الاهتمام بدراسة القلق الاجتماعي و ما يرتبط به من مشكلات و اضطرابات (Hayward, Wilson, Lagle, Kreamer, Killen, and Taylor , 2006)

ودراسة أخري أجريت علي عينة مكونة من (58) فرداً ، منهم (38) من الإناث وتراوحت اعمارهم ما بين (18 – 38) عاماً ، وأسفرت نتائجها عن أن الأفراد ذوي القلق و المخاوف الاجتماعية ، غالباً ما يكون لديهم أفكاراً غير مرغوب فيها و لديهم تصورات سلبية عن الذات ، وهذا قد جعلهم عازفين دائماً عن المشاركة في المناسبات الاجتماعية (Joshua, &Richard, 2007) .

كما أن الأفراد ذوي القلق و المخاوف الاجتماعية كان لديهم أفكاراً سلبية تلقائية ، و نظرة سلبية للذات و العالم و المستقبل ، و وكشفت هذه النتيجة من خلال دراسة أجريت على عينة تكونت من (55) شخصاً ، من المرضي الذين يعانون من القلق والمخاوف الاجتماعية ، وسبق لهم تلقي العلاج من اضطراب القلق و المخاوف الاجتماعية (Hope, Burns, Hayes, Herbert, &Warner, 2010) .

كما أجريت دراسة على (59) طالباً من طلاب الجامعة ، حيث كشفت نتائج هذه الدراسة عن أن الطلاب الذين يعانون من المخاوف الاجتماعية ، قد كانوا يميلون إلى تجنب الظهور في المواقف الاجتماعية ، و ظهر لديهم تقييم سلبي عن ذاتهم ، كما بدوا قلقين دائماً وأكثر أنشعالاً بسبب تقييم الآخرين لهم ، و كان لديهم صعوبة في الأقتراب من أساتذتهم عند طرح أي سؤال ، كما أوضحت الدراسة خطورة المخاوف الاجتماعية ، بسبب أن الأشخاص الذين كانوا يعانون من المخاوف الاجتماعية، كان لديهم درجات مرتفعة من اضطرابات الصحة النفسية (Donald .& Michael , 2007)

وفي دراسة أجريت على (52) شخصاً بهدف معرفة تأثير أثنين من العوامل المعرفية هما : الخوف من التقويم السلبي ، و الأسلوب المعرفي الظاهر ، على افتراض أنهما من منبئات القلق الاجتماعي ، و تم تحديد الأفراد على هذين العاملين ، و أسفرت النتائج عن أن الأفراد الذين كان لديهم درجات مرتفعة علي هذين العاملين ، لديهم درجات مرتفعة القلق الاجتماعي (Haikal &Ryan, 2010) .

كما هدفت دراسة أجريت علي عينة من مرضي القلق والمخاوف الاجتماعية تكونت من (5353) ، وكان نسبة عينة الإناث حوالي (54%) ، و العينة السوية تكونت من (5317) وكان نسبة عينة الإناث حوالي (75 %) ، أما عينة المرضى فقد كانوا يخشون من تعرضهم للتقييم السلبي من قبل الآخرين ، مما جعلهم يتصرفون بطرق تبدوا محرجة لهم ، و يتجنبون التواجد مع الآخرين ، وقد جعلهم هذا في حالة من الحزن و الأسى ، مع شعورهم بالدونية الاجتماعية ، كما أنهم كانوا يتجنبون النقد من قبل الآخرين ، وكشفت الدراسة عن فروق بين الذكور و الإناث ، وكانت الفروق الجوهرية لعينة الاناث . أما العينة السوية فلم يظهر فيها أي فروق بين الذكور و الاناث على متغيري القلق و المخاوف الاجتماعية (Nicholas et al.,2009) .

وقد أجريت هذه الدراسة على عينة قصدية ، قوامها (440) من طلاب جامعة الكويت من الجنسين ، أجابوا على ثلاثة مقاييس : الخوف من الأماكن المتسعة ، و الخوف الاجتماعي ، و المعارف الاجتماعية ، و حصلت الإناث على متوسط أعلى جوهرياً من الذكور في الدرجة الكلية ، و غالبية بنود مقياس الخوف من الأماكن المتسعة و مقياس الخوف الاجتماعي . و كان معدل انتشار الخوف من الأماكن المتسعة (0.45%) للذكور و (6.4%) للإناث ، و كانت الارتباطات جوهرية موجبة بين المقاييس الثلاثة لدى الجنسيين (0.44% – 6.1%) (أحمد محمد عبد الخالق و حياة خليل البناء ، 2006) .

في دراسة أجريت في ألمانيا ، أسفرت نتائجها عن أن معدل انتشار مخاوف الأماكن الواسعة قد بلغ (3.5%) لدى عينة من الجمهور العام ، حيث تراوح المدى العمري لها ما بين (14 – 24) عاماً ، كما أن معظم من يعانون من مخاوف الأماكن الواسعة ، لم يكن لديهم تاريخ سابق أو خبرات سابقة في الإصابة بنوبات الهلع (Hayward .,Killen, & Taylor, 2003)

كذلك من الدراسات الوبائية التي أجريت في فرنسا على الجمهور العام حيث تكونت العينة من (1878) فرداً من الجنسين ، بمتوسط أعمار (18) عاماً ، وكشفت النتائج عن أن معدل انتشار مخاوف الأماكن الواسعة لدى عينة الذكور كان بمقدار (3.7%) وكان معدل أنتشار مخاوف الأماكن الواسعة لدى عينة الإناث بمقدار (9.9%) ، كما كشفت النتائج عن وجود ارتباط بين كل من المخاوف الاجتماعية ومخاوف الأماكن الواسعة ، و اضطراب القلق و الاكتئاب (Lepine & Lellouch, 1995)

ونجد بعد عرض لبعض الدراسات السابقة نلاحظ أن نتائجها قد كشفت عن أن الإناث أكثر قلقاً وخوفا من الذكور ، وكذلك في أعراض الاضطرابات التالية للصدمة ، كما أن القلق الاجتماعي والمخاوف الاجتماعية مصطلحان في حالة تشابه من حيث الأعراض والأسباب ، كما أن بعض الدراسات قد ربطت فوبيا الأماكن المرتفعة مع نوبات الهلع ، كذلك تتزايد معدلات أنتشار الاضطرابات التالية للصدمة والمخاوف العامة والمخاوف الاجتماعية ومخاوف الأماكن الواسعة وبخاصة لدي عينة المراهقين .

بعد عرض بعض من الدراسات السابقة وبعد عرض الأطر النظرية ، يمكن صياغة الفروض كما يلي :

1 – توجد فروق دالة إحصائياً بين الجنسين من الأسوياء في متغيرات الدراسة .

2 – توجد فروق دالة إحصائياً بين الجنسين من مرضي اضطرابات الصدمة في متغيرات الدراسة .

3 – يوجد ارتباط موجب بين متغيرات الدراسة لدي العينات الأربع الأسوياء والمرضي من الجنسين .

4 – تختلف البنية العاملية لمتغيرات الدراسة باختلاف العينة .

مشكلة الدراسة

تهتم هذه الدراسة بمجموعة من المتغيرات التي أزداد شيوعها في العصر الراهن ، نتيجة للظروف التي تمر بها الأمم علي مختلف ألسنتها ، بالإضافة إلي التغيرات السريعة في كافة المجالات الحياتية من مثل : المجالات النفسية والمهنية والاقتصاية والاجتماعية والصحية والسياسية والتقنية والمعلوماتية ، فهناك حياة غير مستقرة بها العديد من الصراعات علي مستوي الفرد والأسرة والمجتمع ككل .

كل هذا أدي إلي ظهور مجموعة من المؤشرات الموضوعية والذاتية التي جعلت العالم وكأنه علي فوهة بركان متأججة ، وقد نال النصيب الأكبر من هذه المؤشرات مجتمع البشر ، وتباينت قدرات الإنسان علي تحمل ما يحدث من حوله ، حتي أصبحت الحياة بالنسبة له غير آمنة ، ليعاني من المشقة ، وكشفت الأحداث الحياتية عن زيادة معدلات الاضطرابات وبخاصة اضطرابات القلق ، والتي اهتم الباحث بها ، وهي : الاضطرابات التالية للصدمة والمخاوف العامة والمخاوف الاجتماعية ومخاوف الأماكن الواسعة علي عينات من الأسوياء والمضي من الجنسين .

ومن ثم تتداخل هذه الدراسة ضمن بعض فروع علم النفس مثل : علم النفس المرضي والإكلينيكي ، وعلم نفس الشخصية ، وعلم نفس الأزمات ، وعلم النفس الصحي .

كما أن الهدف من هذه الدراسة هو الإجابة عن التساؤلات الآتية :

1 – ما الفروق الجوهرية بين الجنسين من مرضي الاضطرابات التالية للصدمة في متغيرات : الاضطرابات التالية للصدمة والمخاوف العامة و المخاوف الاجتماعية ومخاوف الأماكن الواسعة ؟

2 – ما الفروق الجوهرية بين الجنسين من الأسوياء في متغيرات : الاضطرابات التالية للصدمة والمخاوف العامة و المخاوف الاجتماعية ومخاوف الأماكن الواسعة ؟

3 – ما طبيعة الارتباط بين الاضطرابات التالية للصدمة والمخاوف العامة و المخاوف الاجتماعية ومخاوف الأماكن الواسعة لدي كل عينة علي حدة ؟

4 – ما العوامل المستخلصة من تحليل استجابات عينتي الأسوياء والمرضي علي متغيرات الدراسة كل عينة علي حدة ؟

هدف وأهمية الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلي فحص الفروق بين الجنسين من الأسوياء والمرضي ، كذلك التعرف إلي العلاقات المتبادلة بين متغيرات الدراسة ، هذا بالإضافة إلي التعرف إلي البنية العاملية لمتغيرات الدراسة لدي العينات الكلية من الأسوياء والمرضي ، كل عينة علي حدة ، وتكمن اهمية هذه الدراسة في كونها تهتم بدراسة أحداث الحياة والتي أصبحت تمثل عائقاً تكيفياً ، في عصر الضغوط النفسية ، هذا بالإضافة إلي الصراعات الكثيرة والتي يعاني منها هذا الجيل ، والصراعات لم تكن فقط داخل الفرد بل أصبحت بين الدول وداخلها ، وظروف الحياة اليومية أيضا ، مع أنتشار عديد من المشكلات منها : زيادة معدلات العنوسة والطلاق وتشرد الأبناء وزيادة مستويات الجرائم ، والأزمات الاقتصادية والبطالة ، وضغوط العولمة وإدمان المخدرات والكحوليات والأنترنت وآفة الأرهاب وغيرها الكثير ممن يعاني منها الفرد في الألفة الثالثة ، وأصبحت المستشفيات والعيادات النفسية ضرورة ملحة للأستشفاء النفسي ، وذلك للزيادة المطردة في الاضطرابات النفسية ، وبخاصة الذين يعانون من الاضطرابات التالية للصدمة ، وهي العينة الأساسية في هذه الدراسة .

هذا بالإضافة إلي أن هذه الدراسة قد أهتمت بمجموعة من المتغيرات التي تندرج تحت اضطرابات القلق ، وهي الاضطرابات التالية للصدمة والمخاوف ومنها : المخاوف العامة والمخاوف الاجتماعية ومخاوف الأماكن الواسعة المفتوحة ، والمتغيرين الأخيرين بهما بعض المشكلات ، حيث يربط البعض بين فوبيا الأماكن الواسعة ونوبات الهلع والبعض ينفي وجود هذه العلاقة ، أما المتغير الثاني وهو

المتغير الحائر بين القلق الاجتماعي والفوبيا الاجتماعية ، وكذلك ارتباط متغير فوبيا الأماكن الواسعة مع نوبات الهلع ثم أنفصالهما عن بعض في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس ، وهذا في حد ذاته يعطي البحث اهمية مضاعفة مع المخاوف العامة والاضطرابات التالية للصدمة ، والتي تنتشر نسبة وجودها لدي الإنسان بصورة مطردة . هذا وقد أجريت الدراسة علي عينات سوية وأخري مرضية ممن يعطي الدراسة اسهامات أكثر نظراً لصعوبة الحصول علي عينات مرضية وصعوبة التعامل معهم .

المنـــهج والإجراءات :

المنـــهج :

تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي المقارن لأنه المنهج المناسب لاختبار تساؤلات وفروض مشكلة الدراسة .

العينـــة :

أجريت هذه الدراسة علي عينات تكونت من (268) من الجنسين المرضي والأسوياء علي النحو التالي :

1 – تكونت العينة الأساسية الأولي من مرضي الاضطرابات التالية للصدمة والتي تم سحبها من بعض العيادات النفسية بالكويت (ن=104) بواقع (52) من الذكور ، (52) من الإناث .

2 – تكونت العينة الأساسية الثانية من طلاب الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب الأسوياء (ن=104) بواقع (52) من الذكور ، (52) من الإناث .

3 – تكونت عينة حساب الثبات والصدق من (60) من الأسوياء ومرضي الاضطرابات التالية للصدمة ومن الجنسين ، بواقع (15) من الذكور الأسوياء ، (15) من الإناث الأسوياء ، (15) من الذكور المرضي ، (15) من الإناث المرضي .

ثبات وصدق أدوات الدراسة

تم تطبيق أدوات الدراسة في موقف قياس جمعي ، وهذه الأدوات هي : مقياس الاضطرابات التالية للصدمة ومقياس المخاوف العامة ، ومقياس المخاوف الاجتماعية ومقياس الخوف من الأماكن الواسعة وجميعها من أعداد الباحث ، وفيما يلي عرض لثبات وصدق أدوات الدراسة :

ثبات "ألفا كرونباخ" تم حساب ثبات مقاييس الدراسة باستخدام الأتساق الداخلي " ألفا كرونباخ " ، وتراوحت معاملات ألفا ما بين (0.901 – 0.976) وهي معاملات مرتفعة تعطي مؤشرات جيدة لثبات المقاييس ، وأجري الثبات علي العينة الاستطلاعية كما في جدول (1) .

جدول (1)

معاملات ألفا كرونباخ لمتغيرات الدراسة " ن = 60 "

المتغيرات	معاملات ألفا	المتغيرات	معاملات ألفا
الاضطرابات التالية للصدمة	0.976	مخاوف الأماكن المفتوحة	0.931
المخاوف العامة	0.963	المخاوف الاجتماعية	0.901

الصدق التمييزي تم حساب الصدق التمييزي لمقاييس الدراسة ، للتعرف علي قدرة المقاييس علي التمييز بين عينة مرضي الاضطرابات التالية للصدمة وعينة الأسوياء ، ومن جدول (2) نلاحظ وجود فروق دالة إحصائياً في جميع مقاييس الدراسة عند مستوي دلالة (0.001) والفروق للمتوسط الأعلي لعينة مرضي الاضطرابات التالية للصدمة ، ويعد هذا مؤشرا جيدا للصدق التمييزي لمقاييس الدراسة .

جدول (2) الفروق بين مرضي الاضطرابات التالية للصدمة

والأسوياء من الجنسين في متغيرات الدراسة (ن=60)

المتغيرات	عينة الذكور (ن=30)		عينة الإناث(ن=30)		" ت "	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الاضطرابات التالية للصدمة	32.70	13.62	76.70	6.61	15.310	0.001
المخاوف العامة	61.53	16.38	80.66	15.61	4.768	0.001
مخاوف الأماكن المفتوحة	31.60	11.53	59.56	20.56	6.764	0.001
المخاوف الاجتماعية	119.90	28.77	170.43	42.27	5.892	0.001

عرض ومناقشة النتائج

عند اختبار صحة فرض الدراسة الأول ، تم الاعتماد علي اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات ، حيث استخرجت قيمة "ت" بين الجنسين من الأسوياء ، وأسفرت النتائج كما هو مبين في جدول (3) عن:

– لا توجد فروق بين الجنسين في متغير الاضطرابات التالية للصدمة لدي عينة الأسوياء .

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغيرات : المخاوف العامة " عند مستوي دلالة 0.001 "

ومخاوف الأماكن الواسعة "عند مستوي 0.05 " والمخاوف الاجتماعية " عند مستوي دلالة

"0.05" ، والفرق جوهري لمتوسط درجات عينة الإناث الأعلي .

جدول (3)

الفروق بين عينة الأسوياء من الجنسين في متغيرات الدراسة

	عينة الذكور (ن=52)	عينة الإناث(ن=52)		

المتغيرات	م	ع	م	ع	" ت "	الدلالة
الاضطرابات التالية للصدمة	39.2500	15.54610	41.2115	16.7371	0.666	0.508
المخاوف العامة	59.8846	15.67020	71.4423	16.0274	3.729	0.000
مخاوف الأماكن المفتوحة	29.2308	10.07154	34.3462	13.7563	2.110	0.05
المخاوف الاجتماعية	123.0577	30.50452	137.1538	31.0268	2.479	0.05

وحُسبت قيمة "ت" لدلالة الفروق بين الجنسين من المرضي في متغيرات الدراسة ، وأسفرت النتائج كما هو مبين في جدول (4) عن ما يلي :

– لا توجد فروق بين الجنسين في متغير الاضطرابات التالية للصدمة من المرضي .

– توجد فروق دلة إحصائيا عند مستوي (0.001) في متغبرات : المخاوف العامة ومخاوف الأماكن الواسعة والمخاوف الاجتماعية ، والفرق لمتوسط درجات الإناث الأعلي .

جدول (4)

الفروق بين مرضي الاضطرابات التالية للصدمة من الجنسين في متغيرات الدراسة

المتغيرات	عينة الذكور (ن=52)		عينة الإناث(ن=52)		" ت "	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الاضطرابات التالية للصدمة	75.673	10.013	75.404	6.639	0.174	0.862
المخاوف العامة	73.154	16.169	90.039	9.138	6.479	0.000
مخاوف الأماكن	55.904	22.082	71.154	12.755	4.509	0.000

المفتوحة						
المخاوف الاجتماعية	151.192	41.804	195.923	19.717	7.235	0.000

كما نلاحظ من جدول (5) ما يلي :

- أن الارتباط بين الاضطرابات التالية للصدمة ومتغيرات : المخاوف العامة ، ومخاوف الأماكن الواسعة ، والمخاوف الاجتماعية لم يكن ذات دلالة إحصائية لدي عينة الذكور من الأسوياء الاضطرابات التالية للصدمة .
- أن الارتباط موجب وذات دلالة إحصائية بين مقاييس المخاوف الثلاثة لدي عينة الذكور من الأسوياء الاضطرابات التالية للصدمة .

جدول (5)

المصفوفة الارتباطية لمتغيرات الدراسة لدي عينة الذكور الأسوياء (ن=52)

المتغيرات	الاضطرابات التالية للصدمة	المخاوف العامة	مخاوف الأماكن المفتوحة	المخاوف الاجتماعية
الاضطرابات التالية للصدمة	.			
المخاوف العامة	0.065	.		
مخاوفالأماكن المفتوحة	0.055	0.888(**)	.	
المخاوف الاجتماعية	0.147	0.773(**)	0.886(**)	.

نلاحظ من جدول (6) ما يلي :

- أن الارتباط بين الاضطرابات التالية للصدمة ومتغيرات : المخاوف العامة ، ومخاوف الأماكن الواسعة ، والمخاوف الاجتماعية لم يكن ذات دلالة إحصائية لدي عينة الإناث من السويات الاضطرابات التالية للصدمة .
- أن الارتباط موجب وذات دلالة إحصائية بين مقاييس المخاوف الثلاثة لدي عينة الإناث من السويات الاضطرابات التالية للصدمة .

جدول (6)

المصفوفة الارتباطية لمتغيرات الدراسة لدي عينة الإناث من السويات (ن=52)

المتغيرات	الاضطرابات التاليةللصدمة	المخاوف العامة	مخاوفالأماكن المفتوحة	المخاوف الاجتماعية
الاضطرابات التالية للصدمة	-			
المخاوف العامة	0.104	-		
مخاوف الأماكن المفتوحة	0.080	(*)0.301	-	
المخاوف الاجتماعية	0.038	(**0.522	(**)0.523	-

نلاحظ من جدول (7) ما يلي :

- أن الارتباط ذات دلالة إحصائية بين الاضطرابات التالية للصدمة ومتغيرات : المخاوف العامة ، ومخاوف الأماكن الواسعة ، والمخاوف الاجتماعية لدي عينة الذكور من المرضي .
- أن الارتباط موجب وذات دلالة إحصائية بين مقاييس المخاوف الثلاثة لدي عينة الذكور من المرضي .

جدول (7)

المصفوفة الارتباطية لمتغيرات الدراسة لدي عينة الذكور المرضي (ن=52)

المتغيرات	الاضطرابات التالية للصدمة	المخاوف العامة	مخاوف الأماكن المفتوحة	المخاوف الاجتماعية

الاضطرابات التالية للصدمة	.			
المخاوف العامة	0.312(*)	.		
مخاوف الأماكن المفتوحة	0.352(**)	0.570(**)	.	
المخاوف الاجتماعية	0.491(**)	0.496(**)	0.490(**)	.

نلاحظ من جدول (8) ما يلي :

- أن الارتباط ذات دلالة إحصائية بين الاضطرابات التالية للصدمة ومتغيرات : المخاوف العامة ، ومخاوف الأماكن الواسعة ، والمخاوف الاجتماعية لدي عينة الإناث المريضات
- أن الارتباط موجب وذات دلالة إحصائية بين مقاييس المخاوف الثلاثة لدي عينة لدي عينة الإناث المريضات .

جدول (8)

المصفوفة الارتباطية لمتغيرات الدراسة لدي عينة الإناث المريضات (ن=52)

المتغيرات	الاضطرابات التالية للصدمة	المخاوف العامة	مخاوف الأماكن المفتوحة	المخاوف الاجتماعية
الاضطرابات التالية للصدمة	.			
المخاوف العامة	0.486(**)	.		
مخاوف الأماكن المفتوحة	0.370(**)	0.333(*)	.	
المخاوف الاجتماعية	0.487(**)	0.775(**)	0.460(**)	.

لاختبار صحة الفرض الرابع تم تحليل الدرجات الكلية لمتغيرات الدراسة لدي كل من عينة الأسوياء الكلية (ن = 104) والعينة المرضية الكلية (ن = 104) ، كل عينة علي حدة ، وبالنظر إلي جدول (9) نلاحظ ما يلي :

جدول (9)

العوامل المستخرجة من تحليل متغيرات الدراسة لدي العينة السوية والمرضية

العوامل / المتغيرات	عامل عينة الأسوياء	عوامل العينة المرضية	
		العامل الأول	العامل الثاني
الاضطرابات التالية للصدمة	0.703	0.016	0.990
المخاوف العامة	0.822	0.927	0.013
مخاوف الأماكن المفتوحة	0.734	0.933	0.009
المخاوف الاجتماعية	0.861	0.938	0.069
الجذر الكامن	2.449	2.611	1.002
تباين العامل	%61.235	%.65.27	%25.313
التباين الكلي	%61.235	%90.313	

- تم استخراج عامل واحد مباشر من تحليل استجابات عينة الأسوياء الكلية
- تراوحت تشبعات العامل المباشر ما بين (0.307–0.861) ، بجذر كامن مقداره (2.449) ، ونسبة تباين (61.235%) وهو عامل موجب يمكن تسميته " عامل اضطراب القلق .
- تم استخراج عاملين متعامدين بطريقة الفاريماكس من تحليل استجابات العينة المرضية .

- تراوحت تشبعات العامل الأول ما بين (0.016 – 0.938) بجذر كامن مقداره (2.611) ونسبة تباين بمقدار (65.270%) ،وهو عامل قوي موجب يمكن تسميته " عامل المخاوف "
- تراوحت تشبعات العامل الثاني ما بين (0.009 – 0.990) وبجذر كامن مقداره (1.002) ونسبة تباين بمقدار (25.042 %) ويمكن تسميته " عامل الاضطرابات التالية للصدمة " ، وكانت نسبة التباين الكلي بمقدار (90.313 %) وهي نسبة مرتفعة
- بذلك نجد أن الفرض الرابع قد تحقق حيث اختلفت العوامل المستخرجة من العينة السوية والعينة المرضية ، وهي نتيجة منطقية ، نظراً للتباين الواضح في خصائص العينتين .

بالنظر إلي النتائج التي أسفرت عنها الدراسة نلاحظ :

- ظهرت فروق جوهرية بين الذكور والإناث من الأسوياء في متغيرات : المخاوف العامة ، والمخاوف الاجتماعية ، ومخاوف الأماكن الواسعة ، وكان الفروق لمتوسط الإناث الأعلي .
- لم تظهر فروق جوهرية بين الذكور والإناث الأسوياء في متغير الاضطرابات التالية للصدمة .
- ظهرت فروق جوهرية بين الذكور والإناث من الأسوياء في متغيرات : المخاوف العامة ، والمخاوف الاجتماعية ، ومخاوف الأماكن الواسعة ، وكان الفروق لمتوسط الإناث الأعلي .
- لم تظهر فروق جوهرية بين الذكور والإناث الأسوياء في متغير الاضطرابات التالية للصدمة .

- لم تسفر النتائج عن أي ارتباط جوهري بين الاضطرابات التالية للصدمة والمخاوف ، لدي كل من الذكور والإناث الأسوياء .
- أسفرت النتائج عن ارتباط جوهري بين متغيرا الخوف لدي كل من الذكور والإناث من الأسوياء .
- أسفرت النتائج عن ارتباط جوهري بين متغيرات الدراسة جميعها مع بعض لدي كل من الذكور والإناث من المرضي .
- أسفرت النتائج عن استخلاص عامل عام مباشر من تحليل استجابات عينة الأسوياء الكلية في متغيرات الدراسة وتم تسمية العامل بعامل اضطرابات القلق .
- أسفرت النتائج عن استخلاص عاملين متعامدين من تحليل استجابات العينة الكلية من المرضي علي متغيرات الدراسة ، وتم تسمية العامل الأول بعامل المخاوف ، والعامل الثاني بعامل الاضطرابات التالية للصدمة .

بهذ النتائج قد تحقق الفرض الأول والثاني والثالث جزئياً ، وتحقق الفرض الرابع كلياً ،وبذلك قد حقق البحث الأهداف والاهمية التي أجري البحث من أجلها . وسوف نفسر النتائج علي ضوء نتائج الدراسات السابقة وأدبيات علم النفس كا يلي :

فقد كشفت نتائج دراسة أجريت في كينيا عن أن الشخص يمكن أن يصاب باضطراب ما بعد الصدمة ، حتى إذا حدث ذلك الحدث الصادم من شخص يحبه مثلاً ، حيث يعاني من انفعالات من مثل : الخوف أو الحزن أو الغضب ، والإناث أكثر من الرجال (Misigo & et al ,2011).

كما أن الاضطرابات التالية للصدمة لايصاب بها المرضي فقط ولكنها تؤثر في الأسوياء أو عينة الأصحاء كذلك ، حيث كشفت نتائج دراسة أردنية عن أن اضطراب ما بعد الصدمة لا ينشأ بسبب عدم الاستقرار النفسي ، لأن الأصحاء نفسياً

يمكن أن تنشأ لديهم اضطرابات ما بعد الصدمة ، كما أنها ليست تعبيراً عن الفشل أو الخلل ولكنها تشكل استجابة صحية ورد فعل مناسب إزاء الحدث (يونس ، 2013).

هذا وقد أتفقت نتيجة دراسة أجريت في جنوب أفريقيا ، فيما يتعلق بارتباط الاضطرابات التالية للصدمة مع الاضطرابات العصابية ، حيث أجريت الدراسة علي عينة تعرضت إلي سقوط أحد المباني في الجامعة ، مما تسبب في وفاة مجموعة من الطلاب ، حيث تبين أن اضطرابات ما بعد الصدمة تبدأ في أوقات مختلفة تبعاً لطبيعة الشخص ، وأسفرت النتائج عن أن اضطراب ما بعد الصدمة يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب وإدمان الكحول ، كما يمنع الفرد من ممارسة أنشطته اليومية و علاقاته الاجتماعية (Gon & et al , 2013) . وكشفت النتائج عن أتفاق أخر مع نتائجنا وبخاصة لدي عينة المرضي ، حيث ظهرت علاقة جوهرية بين الاضطرابات التالية للصدمة وكل من أعراض العصابية والقلق والاكتئاب لدى عينة من ضحايا العبارة (محمود ، 2008) .

كما تعد المخاوف الاجتماعية أحد اضطرابات القلق وهي تتميز بالخوف المفرط من التقييم السلبي واختلفت معدلات الانتشار بين (19% - 20.4٪) في مستويات مختلفة من الشدة الاجتماعية ، وتقدر نسبة أنتشار المخاوف الاجتماعية في السويد بمقدار (15.6%) . كما ارتبطت المخاوف الاجتماعية أكثر بالإناث ، وانخفاض مستوي التعليم ، واستخدام الأدوية النفسية ، وعدم وجود الدعم الاجتماعي ، وانخفاض مستويات التواصل الاجتماعي (Furmark, T. , 2000) . أيضا كشفت دراسة أخري عن وجود علاقة إيجابية بين القلق ، و المخاوف الاجتماعية و كل من الأفكار التلقائية و التصورات السلبية للذات و العالم و المستقبل (Eun-Jung, 2005) .

وكشفت دراسة صينية عن أن اضطراب ما بعد الصدمة يعتبر اضطرابا يصاب به الذين عاشوا أو شهدوا أحداثاً صدمية مثل : الحروب والأعاصير والاغتصاب ، حيث يظهر الخوف بعد زوال الصدمة ، كما أنه يسبب بعض المشكلات من مثل :

رؤية الكوابيس والشعور بالوحدة ونوبات الغضب والشعور بالقلق والإحساس بالذنب والحزن ، ويعتبر القلق العرض الرئيس ، وعلاجه يخفف من اضطرابات ما بعد الصدمة (Liu & et al , 2013) .

كما أنه عند تحليل العلاقة ما بين أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة والشخصية لدى مجموعة من الطلاب في الصين الناجين من إحدى الصدمات التي تمثلت في أحد الزلازل ، أوضحت نتائج تلك الدراسة أن اضطرابات ما بعد الصدمة تحدث بشكل متفاوت بين الأفراد وذلك وقوفاً على العديد من العوامل منها : التعرض لصدمة مماثلة من قبل فعندئذ تكون تلك الأعراض طفيفة عن من تعرض للصدمة لأول مرة،و أوضحت نتائج الدراسة أيضاً إلى أن الشخصية القوية ميالة للتأقلم مع الصدمات بطريقة أو بأخرى وتجاوز تلك الاضطرابات والرجوع مرة أخرى الحياة الطبيعية(Yanje & et al ,2010) .

و أوضحت نتائج التي أجريت علي عينة من الصين كذلك عن أن الشخص الذي يعاني من اضطرابات ما بعد الصدمة تبدأ لديه الاضطرابات في غضون ثلاثة أشهر من الحادث الصدمي ، وقد تظهر تلك الاضطرابات بعد عدة سنوات أيضاً حيث يشعر الشخص وكأنه يعيش الحادث مرة أخرى وهذا ما يسمى بمصطلح الترجيع ، ويعتقد بأن الحادث الصادم يحدث ثانية بالفعل .(Yu & et al ,2011)

يشير مصطلح التكيف النفسي إلى إخضاع الفرد للتكيف مع أمور حياته بما فيها العوامل المسببة لتلك الصدمات ، ويميل الإنسان عند إحداث عملية التكيف النفسي إلى الشعور بالراحة وبالتالي يؤدي ذلك إلى خفض تلك الأعراض الخاصة باضطرابات ما بعد الصدمة (محمد ،2010). كما يؤدي القلق و المخاوف الاجتماعية إلي فشل الفرد المستمر في التعامل الإيجابي مع البيئة الاجتماعية ، مما يؤدي إلي شعور دائم باليأس و ما يصاحبه من اختفاء التوقعات الإيجابية ، مع

ظهور أفكار سلبية لا تتمشي مع المواقف التي يمر بها الفرد (Thomas &Robert, 1995;Myers,1996) .

ونري أنه من الطبيعي أن تؤثر الاضطرابات التالية للصدمة في التوافق النفسي والحياة الطبيعية السوية ، وهذا ما كشفت عنه النتائج ، حيثتبين وجود علاقة سلبية بين اضطراب ما بعد الصدمة و الدافعية للإنجاز والهناء النفسي والإجتماعى (طه ، 2012) .كما أنه تبين وجود علاقة موجبة بين ظهور اضطراب ما بعد الصدمة ودور الدعم الاجتماعي ، حيث أن تلك الاضطرابات قد اختفت تدريجياً نتيجة للدعم الاجتماعي المقدم عن طريق الأسرة وعن طريق المدرسة أيضا (شراير ، 2012) .

وقد تبين أن البرامج التدريبية القائمة على مهارات التفكير تؤدي إلي إخراج الطاقة الكامنة وتخفض من اضطرابات ما بعد الصدمة وتساهم في تنمية أساليب التفكير الإيجابية لهؤلاء الذين نجوا من الأحداث الصدمية (Force , 2013) . وفي أندونسيا تم تبني مجموعة من الاستراتيجيات في مراحل مختلفة فيما بعد إعصار تسونامي ومنها : المرونة والإيمان،و مشاركة الآلام ،والتوغل في الأمر ،والأسى الشخصي والحزن العام لعلاج الاضطرابات التالية للصدمة (Ekanayake & et al).,2013)

ومما لاشك فيه أن القلق الاجتماعي و اضطرابات المخاوف الاجتماعية يعتبرا من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً و يعاني كثير من الأفراد من هذا الاضطراب ، و هذا ما أوضحته دراسات (David et al., 2001; Walker, Kjernusted, 2000) . حيث تمثل نسبة مرضي الخوف الاجتماعي حوالي (18,3 %) من مرضي اضطرابات القلق ، كما يؤثر القلق الاجتماعي علي حوالي خمسة ملايين من البالغين الأمريكان سواء من الرجال أو النساء (موسي،2011) .

وتعد الافكار و المعتقدات السلبية و استمرارها دليل على استمرار الخوف ، مما يؤدي الى القلق و الخوف الشديدين ، وبذلك يصبح الفرد أكثر اعتماداً على

الآخرين (البناء، و عبد الخالق، و مراد، 2006) . كما تبين من دراسة أجريت علي عدد من الجنود الأمريكيين الذين خدموا في العراق، أن رد الفعل ما بعد الصدمة يصبح أسوأ كلما كانت التجربة أخطر وأكثر دموية ومفاجئة وغير متوقعة ومستمرة لفترة طويلة ومن صنع الإنسان (بدري وآخرون ، 2012)

كما قد تشكل الثقافة خطر كرب ما بعد الصدمة ، كما أن الثقافة قد تشكل أنواع الأعراض التي تلاحظ في كرب ما بعد الصدمة ، فنوبة الضحك المعروفة أصلا في " بورتريكو " تتضمن أعراضا بدنية ومخاوف من أن تتحول لاضطراب عقلي عقب الكرب العنيف (شيرل جونسون و آن كرنج و جون نيل و جيرالد دافيسون ، 2015 ، ص ص 425 – 426) .

كما يبدأ عادة اضطراب القلق الاجتماعي في بداية مرحلة المراهقة ، وذلك عندما تبدأ التفاعلات الاجتماعية ذات الأهمية ، على سبيل المثال ، تبدأ الأعراض في البروز الأولى أثناء الطفولة ، وبدون العلاج يصبح اضطراب القلق الاجتماعي اضطراباً مزمناً لذا يجب الأنتياه إليه جيداً (جونسون و كرنج و نيل و دافيسون ، 2015 ، ص 352) .

وتفسر الاضطرابات التالية للصدمة وفق المدرسة السلوكية علي ضوء العوامل البيئية و أهمية التعلم بنوعيه الكلاسيكي والأجرائي، أي تحديد السلوك بنوعيه السوي وغير السوي وهما يخضعان لقوانين التعلم (صالح ، 2002 ، ص72) ، حيث أكدت النظرية السلوكية علي أن الأعراض التالية للصدمة تحدث عندما ترتبط استجابة التوتر والقلق بمثيرات ومنبهات مرتبطة بصدمات نفسية (عبد الرحمن ، 2000 ، ص268) .

يفترض أنصار العلاج المعرفي أن الأشخاص الذين يعانون من القلق الاجتماعي ، يسيطر عليهم ما يسمى بتشوه الوعي الادراكي وهو ما يسمي بالافكار

السلبية ، لانهم ينساقون تجاه معتقداتهم حول ذواتهم ، و هذا لا يحدث عند الأشخاص منخفضي الدرجة في القلق الاجتماعي ، لان لديهم الوعي بالادراك المحكم و بصرف النظر عن ملاحظة الآخرين لهم ، و على الرغم من ذلك يرى علماء النفس من أنصار التيار الاجتماعي ، أن ما انخفاض القلق الاجتماعي يجعلهم أكثر سيطرة على الوعي بادراكهم ، والذي يأتي من ادراكتهم لذواتهم (Ediger, 2006) .

وبالتالي من كل ما سبق نجد أن مجتمعنا الكويتي قد عاني كثيرا من الاضطرابات الصدمية ، وبخاصة عدوان العراق علي الكويت في 2 أغسطس 1990 ، ممن ترك وراءه أرثاً من الأعراض التالية للصدمة ، وقد دفع ذلك الباحثين والمؤسسات البحثية والجامعة في إجراء الأبحاث التي اهتمت بهذا الموضوع ، بالإضافة إلي الندوات والمؤتمرات ، كما أن هذا العصر يشكل أرضا خصبة لأجراء مثل هذه الأبحاب علي المستوي العربي والعالمي .

حيث الزيادة المطردة للضغوط والكوارث الطبيعية وغير الطبيعية ، وزيادة نسب أنتشار هذه الاضطرابات ، والتداخل الثقافي الذي أفرازته السوشيال ميديا ومواقع التواصل الاجتماعي ، كما أن العوامل التي تُحدث هذا الاضطراب تتنوع ما بين عوامل نفسية وعوامل جسمية حيث تشكل العوامل النفسية الشعور بالخوف الناجم عن تذكر الأحداث .

بينما العوامل الجسمية الناجمة عن اضطرابات ما بعد الصدمة تتعلق بإفراز هرمونات معينة مثل هرمون الإدرنالين وذلك من أجل تحفيز الجسم ، ويكون مستوى هذا الهرمون عالياً في الدم في حالة اضطرابات ما بعد الصدمة ، وهذا يؤدي إلى شعور الإنسان بالتوتر والقلق و الخوف واضطرابات النوم ، كل هذا يدعونا إلي الاهتمام الأكبر بالأسراع بعلاج هذه الاضطرابات قبل أن تصبح من أسباب الاختلالات النفسية المؤثرة في الوقت الراهن والأجيال القادمة

المراجـــع

- ابوزيد ، مدحت عبدالحميد (2008) . علم نفس الطفل"الخوف و الرهاب لدى الاطفال" ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
- الأنصاري ، بدر محمد (2004) . القلق لدي الشباب في بعض الدول العربية : دراسة ثقافية مقارنة ، دراسات نفسية ، (14) ،3، ص ص 337 – 370 .
- بحراني ، منى عبد الله و خواجة ، عبد الفتاح محمد (2012). إضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى طلبة جامعة السلطان قابوس في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية ، مجلة العلوم التربوية والنفسية ، المجلد الثالث عشر ، العدد الثاني ، جامعة البحرين ، يونيو 2012، ص 91–118.
- البناء ، حياة و عبد الخالق ، محمد احمد و مراد ، صلاح (2006) . القلق الاجتماعي و علاقته بالتفكير السلبي التلقلئي لدى طلاب من جامعة الكويت ، دراسات نفسية، 16(2) ، 291– 312.
- جبريل ، موسى عبد الخالق ومحمد ، أسماء عبد الحسين (2013) . أثر برنامج علاجي في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات في الأردن .
- جونسون، شيرل و كرنج ، آن و نيل، جون و دافيسون، جيرالد (2015) . علم النفس المرضي : الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الخامس – الطبعة الثانية عشر ، ترجمة : أمتثال هادي الجويلة و فاطمة سلامة عياد و هناء شويخ و ملك جاسم الرشيد و نادية عبداله الحمدان ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

- حسن ، الحارث عبد الحميد (2004) . الاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية عند الاطفال و المراهقين – الكبار ، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي .
- دبابش ، علي موسى علي (2011) . فعالية برنامج ارشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية و اثره على تقدير الذات ، رسالة ماجيستير" غير منشورة " ، جامعة الازهر، غزة ، فسم علم النفس ، كلية التربية .
- سليمان، سناء محمد (2008) . الأمراض النفسية والأمراض العقلية ، القاهرة : عالم الكتب
- شراير، كوثر(2012) . المستقبل الدراسي كمؤشر ظهور اضطرابات ما بعد الصدمة و دور العوامل الأسرية و الدعم الاجتماعي في مقاومة الصدمة : دراسة عيادية لسبع حالات تعرضوا للإعتداء الارهابي أثناء الدراسة قبل خمس عشر *سنة*.(Doctoral dissertation, Université d'Alger2) .
- صالح ، قاسم حسين (2002) . اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ، العدد (58) ، مجلة الآداب – كلية الآداب ، جامعة بغداد .
- طه ، أحمد شعبان (2012) . العلاقة بين اضطرابات ما بعد الصدمة والتوجه نحو الإنجاز والهناء النفسي والإجتماعى لدى عينة من مصابي ثورة 25 يناير 2011, رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة المنيا، كلية الآداب ، قسم علم النفس .
- طه ، ايمان عبد الحليم (2004) . اثر اضطرابات ما بعد الصدمة على كفاءة بعض الوظائف المعرفية والتوافق النفسي والاجتماعي لدى عينة من

المصدومين ، رسالة دكتوراه " غير منشورة " جامعة القاهرة ، كلية الآداب ، قسم علم النفس ،.

- عبد الخالق ، أحمد محمد (2015) . أسس علم النفس ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية
- عبد الخالق، أحمد محمد و البناء ، حياة خليل (2006). الخوف من الاماكن المتسعة و علاقته بالخوف الاجتماعي و التفكير السلبي التلقائي ، دراسات نفسية ، 16،4، ص ص675-692.
- عبد الرحمن ، محمد (2000) . الدوافع النفسية ، مصر ، مكتبة مصر .
- عكاشة ، أحمد و عكاشة ، طارق (2010) . الطب النفسي المعاصر. ط 15، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- على ، ماجدة خميس و زايد ، احمد محمد احمد (2012) . الفروق بين مرتفعي و منخفضي القلق و المخاوف الاجتماعية في البأس و الافكار السلبية الآلية ، جامعة القاهرة : حوليات مركز البحوث و الدراسات النفسية ، 8،10 ، ص ص 1-90 .
- كُريم ، عادل شكري محمد (2014) . اضطرابات الخوف ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
- محمد، أسماء عبد الحسين (2010) . أثر برنامج علاجي في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة / وتحسين التكيف النفسي لدى عينة من المراهقين العراقين المقيمين في الأردن (Doctoral dissertation)

- محمود ، ماجدة (2008) . العلاقة بين الاضطرابات المصاحبة للصدمة وعلاقتها بأعراض القلق والاكتئاب، رسالة ماجستير " غير منشورة " ، كلية التربية، جامعة الأسكندرية.
- يونس، محمد محمود (2013) . علاقة انماط الجهاز العصبي بإضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى طلبة الجامعة الأردنية .

- Armoura , C ,. Elklitb ,A ,. Lauterbachc ,D ,. Elhaid , J.D (2014) . The DSM-5 dissociative-PTSD subtype: Can levels of depression, anxiety, hostility, and sleeping difficulties differentiate between dissociative-PTSD and PTSD in rape and sexual assault victims ? ., Journal of Anxiety Disorders ., 209 (3) 596–603.
- Balaban, H., Semiz, M., Şentürk, İ. A., Kavakçı, Ö., Cınar, Z., Dikici, A., & Topaktaş, S. (2012). Migraine prevalence, alexithymia, and post-traumatic stress disorder among medical students in Turkey. *The journal of headache and pain*, *13*(6), 459-467.
- Caraveo- Anduaga, J.J. (2000). Prevalence of phobic anxiety disorders in the adult population in Mexico City. Salud Mental, 23,10-19.
- Carmin, C.N., & Pollard, C.A(1996). Cognitive -behavioral treatment of agoraphobia. In C. Lindemann (Ed.) Handbook of the treatment of the anxiety disorder (pp.43-78). Northvale:Jason Arnoson.
- Chhabra , V., Bhatia, M ., Gupta, S ., Kumar, P & Srivastava , S (2009) . Prevalence of Social Phobia in school-going adolescents in an urban area, Delhi Psychiatry Journal, 12(1)

- David, J. K., Kenneth. A. K., Thomas D. L., Henry, J. H., John, H.G., Jonathan R. T., Davidson, M. D., Franklin , R.S., <urray, B. S., and Cindy, P. H., (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care, American Journal of psychiatry, 158(12), 2007-2015.
- De Quervain , D, J.F.& Margraf ,J (2008) Glucocorticoids for the treatment of post-traumatic stress disorder and phobias: A novel therapeutic approach , European Journal of Pharmacology , 583 (2–3) ,65–371.
- Donald, W. S. & Michael, M., (2007) . Social Phobia In College Students: A Development Perspective, Canada, The Haworth Press. Journal of College Student Psychotherapy, 22(2), 65-76.
- Edelmann, R.J. (1992). Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology. Chichster :Wiley.
- Ediger, J. R., Johnson, E., and Walker, J. R., (2006). Meta - perceptive accuracy in social anxiety, Poster presented at the Annual Meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Chicago, Dissertation Abstracts International, 67, 1203.
- Eun - Jung, K., (2005). The Effect of The Decreased on Anxiety and Negative Thoughts in Social Phobias . Korea, Anxiety Disorders. Journal of Anxiety Disorders, 19, 69-86.
- Femida, H. & Ram, A. C., (2009). The Rule of social Anxiety in Volunteering, USA, Wiley Periodicals, Inc. A wiley Company, 18(1), 41-58.
- Force, M. (2013). What are professors doing in the classroom that might attenuate learning issues that challenge students with Post Traumatic Stress Disorder? (Doctoral dissertation, CAPELLA UNIVERSITY).

- Furmark, T. (2000) . Social Phobia. From Epidemiology to Brain Function. Acta Universitatis Upsaliensis . Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences 97. 72 pp. Uppsala. ISBN91-554-4873-9.
- Gokalp, P.G., Tukel , R., Solmaz, D., Demir, T., & Kiziltan,E. (2001). Clinical features and co-morbidity of social phobics in Turkey. European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists ,2,115-121.
- Haikal, M. & Ryan, Y. H., (2010). The Effects Of Social Evolution and Looming Threat on Self-Attentional Biases and Social Anxiety . Journal of Anxiety Disorders in press, Corrected Proof.
- Hayward, C. M., Wilson, K. A., Lagle, K. M., Kraemar , H. C., Killen, J. D., and Taylor, B. K., (2006). The Developmental Psychopathology of Social Anxiety in Adolescents. USA. Psychiatry and Behavioral Science. Wiley-Liss, Inc. 1-7.
- Hayward, C., Killen, J.D., &Taylor, C.B. (2003). The relationship between agoraphobia symptoms and panic disorder in a non-clinical sample of adolescents . Psychological Medicine ,33,733-738.
- Hope, D.A., Burns, J.A. Hayes, S. A., Herbert, J. D., and warner, M.D., (2010). Automatic Thoughts and Cognitive Social Anxiety Disorder. USA. Drexel University Philadelphia, P.A. Original Article, 34, 1-12.
- Joshua, C. M., & Richard, E.Z., (2007) .Suppressing and Focusing on a Negative Memory in Social Anxiety: Effects on Unwanted Thoughts and Mood. USA, Elsevier LTD. Behavior Research Therapy, 45, 2836-2849.
- Karlsson , B(2013) . Social phobia among the elderly , Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg , Gothenburg

- Khawaja, N.G.,& Oei,T.P. (1998). Caastrophic cognitions in panic disorder with and without agoraphobia. Clinical Psychology Review, 3,341-563.
- Lepine, J-P., & Lellouch , J. (1995). Diagnosis and epidemiology of agoraphobia and social phobia. Clinical Neuropharmacology ,2, 515-526.
- Levin, A.P,. Kleinman , S.B & Adler,J.S (2014).DSM-5 and Posttraumatic Stress Disorder,J Am Acad Psychiatry Law 42:146–58 .
- LIU, Z. J., LU, N., & WANG, G. H. (2013). Influencing factors of post-traumatic stress reaction among primary school students after a flood disaster. Chinese Journal of School Health, 5, 017.
- Misigo, B. L., & Kodero, H. (2011). Post–Traumatic Stress Levels among Students Affected by Post-Election Violence in Uasin Gishu District, Kenya.Educational Journal of Behavioural Science, 1(1).
- Myers, D. G., (1996): Social psychology . New York, McGraw-Hill Companies.
- Nicholas Carleton, R.M., Kelsey, C.C., Grdon, J.G., Randi, E.M., Karen, R., and Martin M.A., (2009). Refining and Validating The Social Interaction Anxiety Scale and The Social Phobia Scale. Canada, University Toronto, Wiley-Liss, Inc. Depression and Anxiety, 26, 71-81.
- Plana,I., Lavoie,M.A., Battaglia,M&. Achim, A.M., (2014) . A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders ., Journal of Anxiety Disorders ., 28(2) PP 169–177 .
- Pollack, M.H., Smoller, J.W., Scott, E.L., & Resenbaum. J.F. (2002). Phenemology of panic disorder. In D.J. Stein & E.

Hollander (Eds.), Textbook of anxiety disorders (pp.237-246). Washington, DC:APA.
- Rachman, S. (1998). Anxiety. East Sussex :Psychology Press.
- Rief , W & Sommer ,G. (2003) . Cognitive Behavioural Treatment of
Social Phobia , Tag der mündlichen Prüfung
- Thomas, F.O., &Robert, E.E., (1995) . Abnormal psychology. U.S.A, Prentic-Hall, Inc., Asimon & Ashuster company.
- Veale, D., Murphy, P., Ellison, N., Kanakam , N& Costa, A(2013). Autobiographical memories of vomiting in people with a specific phobia of vomiting (emetophobia)., Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry., 44, 14–20.
- Walker, J. R., & Kjernusted , K. D., (2000). Fear. The Impact and Treatment of Social Phobia. Journal of Psychopharmacology, 14(2), 13-23.
- White, K. S., &Barlow , D. H. (2002). Panic disorder and agoraphobia. In D.H. Barlow (Ed.), Anxiety and its disorders (328-379). New York: Guilford.
- Yanjie, Y., Yuanyuan, Z., & Zhengxue, Q. (2010). Analysis on Correlation between the Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) and Personality of Adolescent Students. *China Journal of Health Psychology*, *12*, 033.
- YU, S. P., & YOU, Y. H. (2011). Post-traumatic Stress Disorder Symptom and Its Influential Factors Among High School Students in Yushu Area. Journal of Sichuan Normal University (Social Sciences Edition), 5, 009.
- Zhi-ging, W. A. N. G. (2012). The Entervention Model Study of Post-traumatic Stress Disorder on College Students. Journal of Gannan Normal University, 1, 023.