وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية
شعبة علم النفس

عنوان المذكرة:

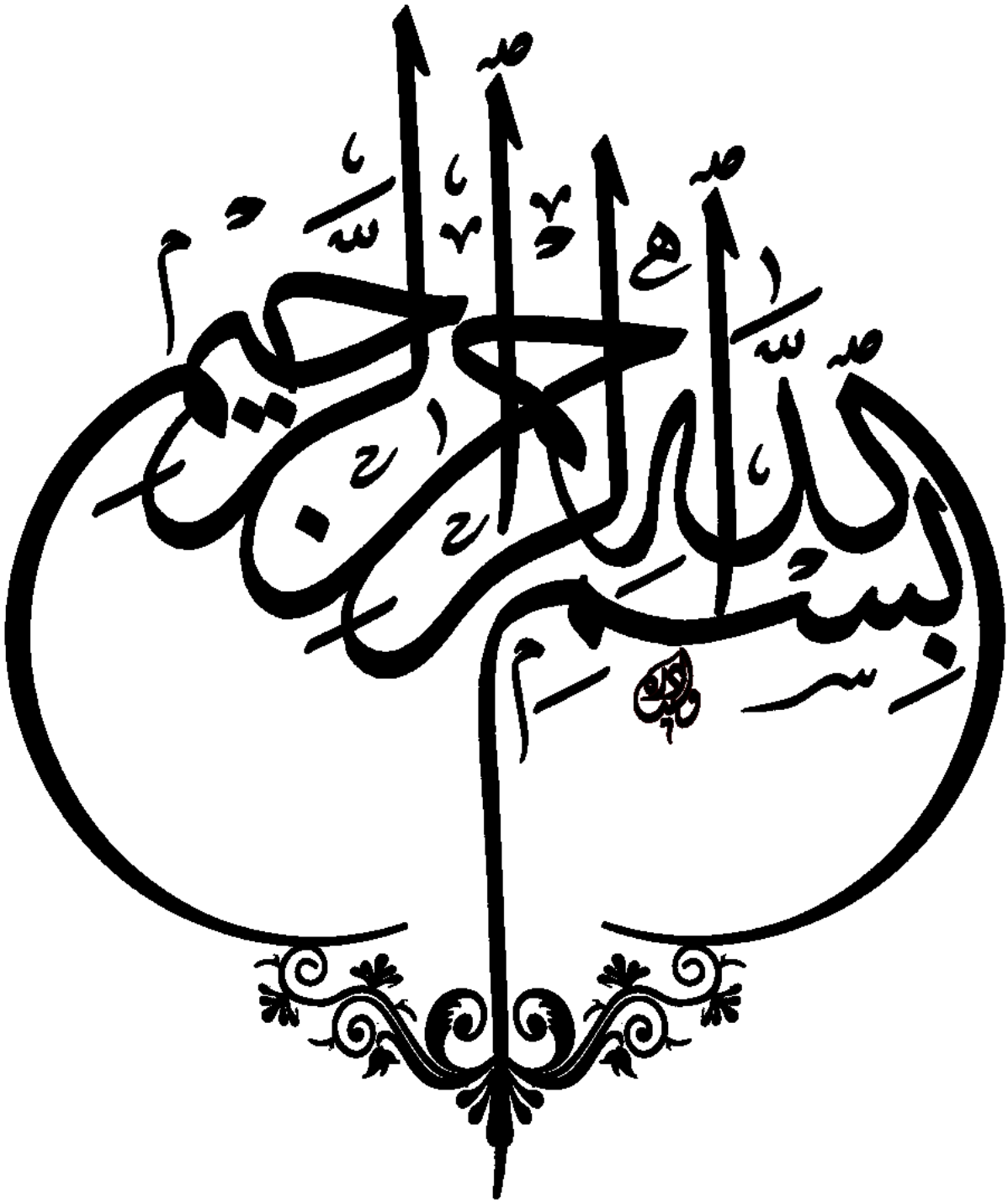
# الإضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة
## دراسة ميدانية بجامعة محمد خيضر بسكرة

مذكرة تخرج مكملة لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالب (ة):
- بثينة فريح
- فطيمة غيبوب

إشراف الأستاذ(ة):
* جعفر صباح

السنة الجامعية 2024/2023


بسم الله الرحمن الرحيم

## دعـــاء:

باسمك اللهم نخوض دروبا جديدة ونكمل بناء أحلامنا

نسألك تسييرا وفتحا وحسن طريق

ونتيجة تنشر فينا فرحا عظيما

وباسمك اللهم تشرق شمسنا وبك المعونة والهداية والسداد

باسمك اللهم شغفي وحلمي يودان أن يلتقيان

# شكر وعرفان:

ربي اوزعني ان اشكر نعمتك التي انعمت علي وعلى والدي"

الحمد والشكر لله رب العالمين الذي وفقنا لإنهاء هذا الطريق بكل كد وصبر ومثابرة وعزيمه

إلى معلم البشرية ومنبع العلم نبينا محمد صلى الله عليه وسلم الذي اخرجنا من الظلمات الى النور

عرفانا منا على كل ما قدموه من مساعدات اتقدم بالشكر لكل من:

الأستاذة الفاضلة "جعفر صباح" على تفضلها بالإشراف على هذا البحث و نحن نكن لها كل التقدير والاحترام لما بذلته من جهود من أجلنا، وتوجيهاتها القيمة التي قدمتها وعلى الثقة التي وضعتها فينا، و التي كانت حافزا لإتمام هذا العمل.

كما لا ننسى أن نتقدم بالشكر لكل أساتذتنا الأفاضل بقسم علم النفس العيادي جامعةمحمد خيضر بسكرة أعمدة علم النفس: كل بإسمه وجميل وسمه ولقبه الذي يستحق ويحب.

ولكل من ساعدنا من قريب او بعيد

# إهداء

بقلوب يفيض بالامتنان وعينين تدمعان شوقًا وحبًا، أهدي هذا العمل المتواضع:

إلى من ارتبط رضاهما برضا الله تعالى، وخصهما الله عز وجل بذكره الكريم في كتابه الحكيم: "وَلَا تَقَلَ لُهُمَا أَفٍ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا"

والديّ الكريمين بلقاسم فريح ووردة فريح أطال الله عمرهما أنتم نبراسٌ يُضيء دربي، وسندٌ أعتمد عليه في خطواتي،، وملاذٌ آمن من صخب الحياة.

لكم مني جزيل الشكر والتقدير على

حنانكم الذي غمرني منذ نعومة أظفاري.

تربيتكم الصالحة التي غرست فيّ مكارم الأخلاق والقيم النبيلة.

تضحياتكم الجسيمة من أجل توفير حياة كريمة لي.

دعمكم المتواصل لِمسيرتي الدراسية وشغفكم بِنجاحي.، أدعو الله أن يجزيكم خير الجزاء وأن يُديم عليكم الصحة والعافية.

إلى من هم أغلى من الروح على قلبي، أخوتي وأخواتي وأزواجهم والملائكه الصغار: عمورة، وائل، أنس، ليان، ليليان، كريم إسلام، آدم .

أنتم سندٌ وعونٌ في كلّ خطوة من خطواتي،أشكركم على محبتكم الصادقة ودعمكم المتواصل. فأنتم كنوزٌ ثمينةٌ في حياتي، أدعو الله أن يُسعدكم ويحفظكم من كلّ سوء.

إلى روح أختي الغالية حفيظة، رحمها الله وأسكنها فسيح جناته. ذكراكِ ستظلّ خالدةً فيا دائما.

إلى كلّ من ساهم في إنجاز هذا العمل المتواضع:

من العائلة والأقارب والأصدقاء والصديقات

أشكركم من أعماق قلبي

أنتم خير معينٍ لي في مسيرتي، أدعو الله أن يُكافئكم خير الجزاء.

هذا العمل هو ثمرة جهودي المتواضعة، أقدمه لكم بِكلّ حبّ وتقدير، عسى أن ينال إعجابكم.

مع خالص الشكر والتقدير والامتنان.

**بثينة فريح**

# إهداء

من قال أنا لها  نالها

بعد مسيرة دراسة دامت سنوات حملت في طياتها الكثير من الصعوبات والمشقة والتعب ،ها أنا أقف اليوم  على عتبة تخرجي أقطف ثمار تعبي و بكل فخر، فاللهم لك الحمد حتى ترضى ولك الحمد إذا رضيت ولك الحمد بعد الرضى الحمد الله الذي وفقنا على إتمام هذا العمل

أهدي هذا العمل الى والدي حفضهم الله والى إخوتي وأخواتي وكل الأهل والى كل الأصدقاء والزملاء وكل من ساندني وشجعني لإتمام هذه المسيرة الى كل أساتذتي جزاكم الله خير الجزاء

وختاما اسال الله أن يكون هذا العمل مفيدا لغيرنا فإذا أصبنا فمن الله وإذا اخطأ فمن أنفسنا

**فطيمة غيبوب**

**ملخص الدراسة:**

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن الإضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة محمد خيضر –بسكرة– بفرعيها (مركزية، شتمة) وفي مختلف كلياتها، ( علوم اجتماعية وإنسانية، علوم والتكنولوجيا، العلوم الدقيقه وعلوم الطبيعه والحياة، التسيير والإقتصاد الآداب واللغات والحقوق والعلوم السياسية ) ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام المنهج الوصفي على عينة مكونة من 156 طالب وطالبة من جامعة محمد خيضر بسكرة باستخدام مقياس الاعراض المعدلة،(Symptoms check List 90-Revised SCL-90-R)وقد أسفرت نتائج الدراسة على وجود مجموعة من الإضطرابات النفسية عند طلبة جامعة محمد خيضر بسكرة المتمثلة في:(الإعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، والفوبيا والذهان وايضا الإكتئاب).

**Abstract**

The current study aimed to detect psychological disorders among students at the University of Biskra Mohamed Kheider in its two branches (Central، chetma) and in its various faculties،such as (Social and human sciences، science and technology، exact sciences، natural and life sciences، management and economics، arts، languages، law and political sciences) .

To achieve this goal the descriptive analytical method was used on a sample of 156 male and female students from the University of Mohamed Kheider in Biskra using the approved symptom scale، Symptoms. check List 90-Revised (SCL-90-R) The results of the study revealed the presence of a group of psychological disorders among students represented in: (physical symptoms، Obsessive-compulsive disorder، interpersonal sensitivity، anxiety، phobia، psychosis، and also depression).

**فهرس المحتويات**


| الموضوع | الصفحة |
|---|---|
| البسملة | .... |
| الدعاء | .... |
| شكر وعرفان | ... |
| الإهداء | .... |
| ملخص الدراسة | .... |
| فهرس المحتويات | .... |
| فهرس الجداول | .... |
| فهرس الأشكال | .... |
| **مقدمة** | أ |
| **الإطار النظري** | |
| **الفصل الأول: الإطار العام للدراسة** | |
| 1- إشكالية الدراسة | 05 |
| 2- تساؤلات الدراسة | 09 |
| 3- دوافع اختيار موضوع الدراسة | 09 |
| 4- أهمية الدراسة | 09 |
| 5- أهداف الدراسة | 09 |
| 6- حدود الدراسة | 10 |
| 7- المفاهيم الإجرائية للدراسة | 10 |
| 8- الدراسات السابقة | 11 |
| 9- التعقيب على الدراسات السابقة | 14 |
| **الفصل الثاني: مدخل مفاهيمي لمتغيرات الدراسة** | |
| **أولا: الاضطرابات النفسية** | **17** |
| 1- مفهوم الإضطراب | 17 |
| 2- مفهوم الإضطرابات النفسية | 17 |

| | |
|---|---|
| 3- أسباب ظهور الاضطرابات النفسية | 19 |
| 4- النظريات المفسرة للاضطرابات النفسية | 20 |
| 5- التصنيفات العالمية للاضطرابات النفسية | 24 |
| 6- طريقة تشخيص الاضطرابات النفسية | 29 |
| **ثانيا: أنواع الاضطرابات النفسية** | 31 |
| 1- الإضطربات السيكوسوماتية (الأعراض الجسمانية) | 31 |
| 1-1- مفهوم الإضطربات السيكوسوماتية | 31 |
| 1-2- معايير تشخيص الإضطربات السيكوسوماتية وفقا لـ DCM 5 | 33 |
| 1-3- أسباب ظهور الإضطربات السيكوسوماتية | 33 |
| 1-4- النظريات المفسرة للإضطربات السيكوسوماتية | 35 |
| 2- الوسواس القهري | 36 |
| 2-1- مفهومالوسواس القهري | 36 |
| 2-2- معايير تشخيص الوسواس القهري وفقا لـ5 **DSM** ) | 37 |
| 2-3- أسباب ظهور الوسواس القهري | 38 |
| 2-4- النظريات المفسرة الوسواس القهري | 38 |
| 3- الحساسية التفاعلية | 39 |
| 3-1- مفهومه الحساسية التفاعلية | 39 |
| 4- الاكتئاب | 40 |
| 4-1- مفهوم الإكتئاب | 40 |
| 4-2- معايير تشخيص الإكتئاب حسب APA | 40 |
| 4-3- أسباب ظهور الإكتئاب | 41 |
| 4-4- النظريات المفسرة للإكتئاب | 41 |
| 5- القلق | 42 |
| 5-1- مفهوم القلق | 42 |
| 5-2- معايير تشخيص وفقا لـ5 **DSM** | 43 |
| 5-3- أسباب ظهوره القلق | 44 |

| | |
|---|---|
| 4-5- النظريات المفسرة للقلق | 45 |
| 6- العداوة | 47 |
| 6-1- مفهوم العداوة | 47 |
| 6-2- معايير تشخيص العداوة | 48 |
| 6-3- أسباب ظهور العداوة | 48 |
| 6-4- نظريات المفسرة للعداوة | 49 |
| 7- الفوبيا | 50 |
| 7-1- مفهوم الفوبيا | 50 |
| 7-2- معايير تشخيص الفوبيا DSM 5 | 50 |
| 7-3- أسباب ظهور الفوبيا | 51 |
| 7-4- النظريات المفسرة للفوبيا | 52 |
| 8- البارانويا | 53 |
| 8-1- مفهوم البارانويا | 53 |
| 8-2- معايير تشخيص البارانويا وفقا لـDSM5 | 53 |
| 8-3- أسباب ظهور البارانويا | 54 |
| 8-4- النظريات المفسرة للبارانويا | 54 |
| 9- الأعراض الذهانية | 55 |
| 9-1- مفهوم الذهانية | 55 |
| 9-2- أعراض الذهانية | 55 |
| 9-3- أسباب الذهانية | 56 |
| 9-4- النظريات المفسرة الذهانية | 56 |
| **خلاصة الفصل** | 57 |
| **الجانب الميداني** | |
| **الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة** | |
| **تمهيد** | 59 |
| 1- منهج الدراسة | 59 |

| | |
|---|---|
| 2- عينة الدراسة | 59 |
| 3- أدوات الدراسة | 59 |
| 3-1- مقياس الأعراض المعدلة SCL-90-TR | 63 |
| 3-2- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة | 66 |
| 3-3- الأساليب الإحصائية المستخدمة للدراسة | 68 |
| **خلاصة الفصل** | 69 |
| **الفصل الرابع: عرض ومناقشة نتائج الدراسة** | |
| **تمهيد** | 71 |
| **أولا:** عرض نتائج التساؤل | 71 |
| **ثانيا:** مناقشة نتائج التساؤل | 72 |
| **ثالثا:** استنتاج عام | 79 |
| التوصيات والإقتراحات | 81 |
| **خاتمة** | 83 |
| **قائمة المراجع** | 85 |
| **الملاحق** | 92 |


## فهرس الجداول

| رقم الجدول | عنوان | الصفحة |
|---|---|---|
| 01 | يمثل توزيع عينة الدراسة حسب الجنس | 60 |
| 02 | يمثل توزيع عينة الدراسة حسب المستوى | 60 |
| 03 | يمثل توزيع عينة الدراسة حسب السن | 61 |
| 04 | يمثل توزيع عينة الدراسة حسب الكلية | 62 |
| 05 | جدول يمثل أبعاد المقياس | 64 |
| 06 | يوضح درجات وبدائل المقياس ( SCL-90) | 66 |
| 07 | الصدق التميزي لأبعاد مقياس الصحة النفسية SCL-90-R على أفراد العينة | 67 |
| 08 | معاملات الإرتباط بين أبعاد مقياس الصحة النفسية SCL-90-R وبين الدرجو الكلية للمقياس | 67 |
| 09 | يمثل قيمة ثبات الفاكروماخ | 68 |
| 10 | يوضح توزيع إستجابات أفراد العينة على قائمة الإعراض المعدلة 90R-SCL. | 71 |


## فهرس الأشكال


| رقم الشكل | عنوان | الصفحة |
|---|---|---|
| 01 | يوضح أنواع الصراع | 24 |
| 02 | يمثل توزيع عينة الدراسة حسب الجنس | 60 |
| 03 | يمثل توزيع عينة الدراسة حسب المستوى | 61 |
| 04 | يمثل توزيع عينة الدراسة حسب السن | 62 |
| 05 | يمثل توزيع عينة الدراسة حسب الكلية | 63 |

# مقدمـــــة

## مقدمة

إن الإضطرابات النفسية ليست ظاهرة حديثة فما عاشه الإنسان من ظروف قاسية كالحروب والكوارث والأمراض وتبعاتها الكثيرة هي أولى العوامل التي ساهمت في ظهور العديد من المشكلات الصحية النفسية ومنها الإضطرابات النفسية والتي تعرفها الجمعية الامريكية لعلم النفس (ApA): (على أنها حالات تختلف في شدته، وتؤثر على افكار الفرد ومشاعره وسلوكه ،وتعقيه عن أداء وظائفه الحياته بشكل طبيعي)، ولم تكن هذه الآخيرة يوما عصرية او حديثة أو حكرا على مجتمعات متخلفة او متقدمة، وإنما وجدت منذ ظهور الإنسان على وجه الأرض، أي منذ القدم وطغت وزادت حدتها مع مرور العصور والسنوت، وتسللت الى كل فئات المجتمع الى أن وصلت الى النخبة المثقفة، وهي طلبة الجامعة.

وهذه الحقيقة أكدها (غانم، 2006) في ذكره لبعض الدراسات والإحصائيات التي تؤكد مدى الإنتشار الواسع للإضطرابات النفسية في الأوساط الجامعية وتحديدا عند طلبة الجامعات ،حيث تقدر بعض هذه الدراسات نسبة الإضطرابات النفسية كالآتى: عدد المصابين بالإضطراب الإكتئاب في العالم اليوم تصل نسبتهم إلى 7% ،كما أكدت تقارير منظمة الصحة العالمية إن حالات الإنتحار تقدر بحوالي 800ألف حالة كل عام ،كما يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن عدد المصابين بالإضطرابات النفسية يتراوح ما بن 30-35%من عدد سكان أي دولة ،كما يقرر مركز الخدمات الصحية في أحدى الجامعات الإنجليزية إن 4%من الرجال و 5%من النساء يعانون من أعراض إضطرابات نفسية أو ذهانية لفترة قصيرة أثناء حياتهم الدراسية، في دراسة مسحية على خمسة الآف أمريكي وجد أن 4% منهم كانوا يعانون من الإضطراب المزمن و11% يشعرون بالإكتئاب النفسى والتعاسة، و11%ت متلكهم مخاوف من الإنهيار العصبي بين لحظة وأخرى، و2%صادفتهم مشكلات احتاجت لتدخل علاجي أما نسبة الذهان فهى تصل إلى أكثر من 1% في المجتمع ، كما أن النساءأكثر عرضه للإصابة بالأمراض النفسية مقارنة بفئة الرجال، وكبار السن يتزايد لديهم الإضطراب أيضا بمقارنتهم بالصغار في جوانب معينة من الإضطرابات النفسية كالإكتئاب وفى مسح إجتماعي لحالات الفصام المزمن فى مناطق (غانا) الافريقية، وجد إن نسبة الفصاميين تصل إلى9% من عدد السكان في مقابل 1%من عددالسكان في دول أوروبا وأمريكا ،عليه فإن الإنتشار الواسع لهذه الإضطرابات النفسية له آثار على الأفراد بصفة عامة إذ تُعدّ الأمراض النفسية من بين العوامل الرئيسية التي تُساهم في تراجع الصحة العامة، حيث تؤدي إلى ازدياد حالات الانتحار، وتعاطي المخدرات، والإدمان على الكحول، والأمراض المزمنة.

وتأثر الاضطرابات النفسية على قدرة الأفراد على العمل بشكلٍ فعّال، ممّا يُؤدّي إلى انخفاض الإنتاجية الاقتصادية.

ايضا يمكن ان تُكلّف الاضطرابات النفسية المجتمعات مبالغ طائلة بسبب تكاليف العلاج والرعاية الصحية، وفقدان الإنتاجية، والاعتماد على الرعاية الاجتماعية، قد تُؤدّي ايضا إلى مشاكل في العلاقات الاجتماعية، ممّا قد يُؤدّي إلى العزلة والوحدة.، قد تؤدي ايضا الى إنتشار العنف والجريمة في مجتمعات ويتمثل أثرها على الطلبة الجامعيين بصفة خاصة في ،ضعف التحصيل الدراسي التسرب الدراسي ،قد تُؤدّي

الاضطرابات النفسية إلى مشاكل سلوكية لدى الطلبة، مثل العدوانية، والتنمّر، وسوء السلوك في الفصل، ايضا قد تخلف ايضا المشكلات الصحية والعاطفية وإن دراسة الإضطرابات النفسية تساعد على فهم احتياجات الطلبة بشكل أعمق، بما في ذلك احتياجاتهم التعليمية والعاطفية والسلوكية.

وبمعرفة هذه الإحتياجات ،يمكن للمعلمين والمختصين بتقديم الدعم المناسب لهم، سواءً من خلال تعديلات في المناهج الدراسية أو استراتيجيات تعليمية مخصصة أو خدمات إرشادية ودعم نفسي. كما يمكن أن تُقلل دراسة الإضطرابات النفسية من تأثيرها السلبي على تحصيل الطلبة الدراسي،وتعزيز صحتهم النفسية، وتحسين المجتمع ككل، وتطوير المعرفة العلمية.وعليه فقد شملت الدراسة على جانبين جانب نظري وجانب ميداني تضمن:الفصل الأول: إطارا عاما للدراسة حيث تضمن إشكالية عامة طرح فيها التساؤل الرئيسي للدراسة ،كذلك ذكر فيها دواعي إختيار موضوع الدراسة ،و أهمية وأهدافها ،ثم الإشارة لحدود الدراسة والمفاهيم الإجرائية لها، ختمنا هذا الفصل بالدراسات السابقة والتعقيب عليها .

الفصل الثاني كان عبارة عن مدخل مفاهيمي للمتغيرات الأساسية للدراسة بحيث تضمن شقين :أولا :الإضطرابات النفسية (مفهوم الإضطراب و الإضطرابات النفسية ،أسبابها ،النظريات المفسرة لها ،اهم التصميفات العالمية لها ،طريقة تشخيصها ) ثانيا: أنواع الإضطرابات النفسية (وفق للإضطرابات التي ذكرت في قائمة الأعراض المعدلة scl-90-R. (الإضطرابات السيكوسوماتية ،الوسواس القهوي، الحساسية التفاعلية ،الإكتئاب، القلق، العداوة، الفوبيا، البارانويا، الذهان ) كل هذه الأنواع قمنا بالتفصيل فيها بذكر (تعريفات لها، أسباب حدوثها، اهم النظريات المفسرة لها ،معايير تشخيصها وفقا لdsm)

الفصل الثالث: تضمن الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية تمت الإشارة للمنهج المتبع في الدراسة، كذلك حدود وعينة الدراسة، والأدوات المستخدمة (وصفها ،ذكر خصائصها السيكومترية)

واخيرا ذكر اهم الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة للوصول إلى الأهداف المرجوة من الدراسة في الفصل الرابع والأخير تم عرض نتائج التساؤل ومناقشتها ووضع إستنتاج عام للدراسة، وقد إنتهت الدراسة بذكر اهم الإقتراحات والتوصيات، كذلك المراجع المعتمدة في إعداد الرسالة وأخير الملاحق.

# الإطار النظري

# الفصل الأول:

# الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- تساؤلات الدراسة

3- دوافع اختيار موضوع الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- أهداف الدراسة

6- حدود الدراسة

7- المفاهيم الإجرائية للدراسة

8- الدراسات السابقة

9- التعقيب على الدراسات السابقة

**1. إشكالية الدراسة:**

يُعد مفهوم "الإضطرابات النفسية" حديثًا نسبيًا في علم النفس، حيث ظهر كبديل لمصطلح "المرض النفسي" الذي كان يحمل دلالات سلبية مكنت من نعت الأفراد. المصابين بها بالمجانين وإعطاءهم وصم إجتماعي خاص بهم .لكن هذا التطور ساهم في تقبل المجتمع بشكل أفضل للأشخاص الذين يعانون من مشكلات نفسية، وفتح المجال أمام فهم أعمق لطبيعة هذه الإضطرابات .إذ تعرف هذه الأخيرة من طرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) على أنّها "حالات تختلف في شدتها، وتُؤثّر على أفكار الفرد ومشاعره وسلوكه، وتُعيقه عن أداء وظائفه الحياتية بشكلٍ طبيعي،وأيضا منظمة الصحة العالمية (WHO): تُشير إلى الإضطرابات النفسية على أنّها "حالات تُؤثّر على الصحة العقلية، ممّا يُؤدّي إلى تغيّرات في التفكير والمزاج والسلوك." (ICD-11)،وكذلك المعهد الوطني للصحة العقلية (NIMH): يُعرّف الإضطرابات النفسية على أنّها "مشكلات صحية تُؤثّر على تفكير الفرد ومشاعره وسلوكه، وتُعيقه عن أداء وظائفه الحياتية بشكلٍ طبيعي."وتعتبر الإضطرابات النفسية عبارة عن حالات من سوء التوافق النفسي أو الجسدي مع البيئة إذ يظهر على الاشخاص المصابون بها مجموعة من الأعراض تشمل (أعراض عاطفية:كالحزن والخوف والقلق والإحباط والشعور بالذنب والشعور بالوحدة ،كذلك أعراض سلوكية نذكر منها الإنسحاب من الأنشطة الإجتماعية والتغيرات في أنماط النوم والأكل، السلوك العدواني وأحيانا التفكير في الإنتحار، أيضا هناك أعراض جسدية تشمل الأرق والتعب وفقدان الشهية وآلام المعدة والصداع .) وتختلف كل هذه الأعراض بإختلاف نوع الإضطرابات، فالقلق مثلا :الذي يعرف "هو عبارة عن حالة مزاجية سلبية تتصف بأعراض جسمية ونفسية مثل التوتر الجسمي والخشية من المستقبل، وهو ميزة بارزة لكثير من الإضطرابات النفسية وخصوصا الإضطرابات النفسية التي تسمى بإضطرابات العصاب **(محمد، 2018 :08)**." يحمل مجموعة من أعراض تتمثل في :ضيق، تململ، العصبية، التوتر، أما عن الإضطرابات السيكوسوماتية التي تعرف بأنها: "حالات مرضية تتأثر فيها وظائف الجسم بشكل سلبي بسبب العوامل النفسية". (غانم، 2015: 48" فتحمل أعراض كالألم والضيق الذي ينتج عن مشاعر الإختلال الوظيفي الجسمي، آلام المعدة والشعب الهوائية وأمراض الشرايين المتصلة بالقلب وحساسية الجلدية ،وكذلك الوسواس القهري الذي عرفه لابلانش ( 1973 )"أن الوسواس القهري على أنه قوة داخلية حيث يشعر الفرد نفسه مرغما بهذه القوة الداخلية على أن يفعل، وعليه أن يفكر على هذا النحو ويناضل بدأ هذه القوة(عجيمة، مكي 2021:369)" الذي يحمل مجموعة من الأعراض الإكلينيكية تتمثل في أفكار ودوافع قهرية و الأفعال التي يعاني منها الفرد والتي لا تقاوم وتبدو غريبة بالنسبة له وغير مرغوب فيها، كذلك نضيف الحساسية التفاعلية التي تعكس مجموعة من الأعراض المتمثلة في مشاعر القصور والتوقعات

السلبية والإحساس بالنقص خاصة في حالة المقارنة بالآخرين أيضا بخص الذات والإنزعاج والضيق أثناء التفاعلات مع الآخرين (البحيرى،2009: 15) أيضا إضطراب الإكتئاب الذي عرفهBeck et burns(1987) "بأنه أحد الإضطربات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن الشديدوفقدان الحب وكراهية الذات والشعور بالتعاسة، وفقدان الأمل، عدم القيمة،نقص النشاط والإضطراب المعرفي المتمثل في النظرة السلبية للذات، إنخفاض تقديرها وتشويه المدركات مع تحريف الذاكرة وتوقع الفشل مع نقص الفاعلية العقلية".(غربي،2018: 75)الذي يحمل مجموعة من الأعراض والمؤشرات الإكلينيكية التي هي المزاج اليأس، علامات الإنسحاب، وعدم الإهتمام بالأنشطة، نقص الدافعية ،كذلك تعرف العداوة لدى مورفي ألبيرت:أن السلوك العدواني إستجابة فيها إصرار تغلب على العقبات التي تقف في سبيل تحقيق رغبات الأطفال.( علي،أحمد،2012: 15).وتتميز بجملة من المؤشرات الإكلينيكية وتتمثل في :3فئات من سلوك الإعتداء، الأفكار، المشاعر، الأفعال، دوافع تحطيم الاشياء، التوترات المزاجية التي لايمكن للفرد السيطرة عليها ،كذلك تعرف الفوبيا بأنها "الفوبيا هي خوف فجائي مفرط من موضوع معين يقابل بالأحجام المستمر والإنسان الذي يعاني من هذا الإضطراب، يعرفه أن خوفه غير متناسب مع الخطر الذي يستشعره (**العبيدي، 2013 :275**).

وتحمل أعراض إكلينيكية تتمثل في الخوف ذا الطبيعة المرضية وغير المبرر التوتر، أما عنالبارانويا :"يفسر دكتور ألفت حقي البارانويا هي إضراب وظيفي جزئي للقوى العقلية، تحتفظ الشخصية فيه بباقي صفاتها السليمة وقد يحدث هذا الاضطراب بدرجة من التطرف في الجزئية بحيث يمر وغير ملحوظ إلى نهاية حياته أحيانا. (أزر، 2017: 87)" والتي تحمل مجموعة من أعراض تتمثل في التفكير الهذائي، العداء والشك، والإرتياب و المركزية والضلالات.، وفقدان استقلال الذات والشعور بالعظمة، ونختم هذه الأنواع بإضطراب الذهان الذي عرفهزهران (2005)"على أنه إضطراب عقلي خطير وخلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطربا، ويعوق نشاطه الإجتماعي.

" والذي يحمل مجموعة من المؤشرات الإكلينيكية التي تميزه عن باقي الإضطرابات كالهلاوس السمعية والبصرية وإذاعة الأفكار والتحكم الخارجي في الأفكار وتبلد المشاعر .

إن كل هذه الإضطرابات النفسية مست جميع فئات المجتمع عامة ومنها الطالب الجامعي إذ تؤثر عليه بشكل كبير وتؤدي إلى صعوبة في التركيز على الدراسة، وإنخفاض الدافع الأكاديمي وفقدان الإهتمام بالدراسة وأيضا تؤثر على علاقة الطالب بالآخرين (أصدقاءه، مدرسيه) كذلك تخلق عند الطالب مشاكل في الصحة الجسدية كالأرق والتعب وفقدان الشهية ،إضافة إلى أنه من المحتمل أن تخلف عنده أفكار إنتحارية ومحاولات الإنتحار .تعيق هذه الإضطرابات تكيف الطالب الجامعي مع البيئة الجامعية والمجتمعية كونه لا

يتمتع بالصحة النفسية السليمة .كل هذا ينتج عن أسباب وعوامل كثيرة من بينها عوامل أكاديمية: الضغط الدراسي وعبء المهام الدراسية المتراكمة،الخوف من الفشل في الإمتحانات ،الشعور بعدم القدرة على مواكبة الدراسة،صعوبة التركيز والتذكر. أيضا التنافس الأكاديمي:أي مقارنة الطالب نفسه بالآخرين. والشعور بالدونية وعدم الكفاءة،الخوف من عدم تحقيق توقعات العائلة والمجتمع. وأيضامشكلات التعلم:كصعوبات في القراءة أو الكتابة أو الرياضيات وإضطرابات نقص الإنتباه وفرط النشاط، .

وأيضا قد تكون التغيرات في مستويات هرمونات الجسم خلال مرحلة المراهقة والشباب.تأثير على الحالة المزاجية والسلوك.أو ربما وجود تاريخ عائلي من الاضطرابات النفسية. قد يزيد من خطر الإصابة بها.أيضا مشاكل عاطفيةمثل الحزنوالشعور بالوحدة والتعرض للإساءة،قلة الثقة بالنفسعند الطالب يولد لديه إضطرابات نفسية عديدة والشعور بعدم القيمة أو عدم الكفاءة،الخوف من الفشل أو النقد. وايضا صعوبة توفير تكاليف الدراسة والمعيشة، العمل بدوام جزئي لتغطية النفقات، الشعور بالقلق من المستقبل المالي، كل هذه العوامل تؤدي إلى ظهور الإضطرابات عند الطالب الجامعي وتفاقمها عند طلبة الجامعة وفي هذا الصدد قام العديد من الباحثين في مجال علم النفس بدراسة حول هذا الموضوع، منها دراسة العيسوي سنة 1992 التي هدفت إلى دراسة مدى إنتشار الإضطراب النفسي على مجالات الفوبيا والهستيريا والإكتئاب، وتوهم المرض والوساوس والقلقوعلاقتها بالجنس والمستوى الدراسي والتخصص على عينة من طلبة جامعة الاسكندرية قوامها (420) طالباوطالبة باستخدام مقياس أعده الباحث وتوصلت الدراسة إلى أن الإناث أكثر إصابة من الذكور فيجميعالإضطرابات، وأن طلبة السنة الأولى أكثر إصابة في هذه الإضطرابات باستثناء، توهم المرض والوساوسفكان طلبة السنة الرابعة الأكثر إصابة بهذين الاضطرابين، بينما قام حسين 1997 بدراسة هدفت إلى معرفة حجم الإضطرابات النفسية بين أوساط طلبة جامعة اليرموك، وعلاقتها بمتغيرات الجنس والتخصص والمستوى الدراسي لعينة مكونة من 735 طالبا وطالبة، استخدم الباحث مقياس كراون كرسب للخبرة العصبية والذي يتكون من 48 فقرة موزعة على أبعاد المجالات التالية (القلق والمخاوف والوساوس والإكتئاب والهستيريا والنفسجيمية)، وأظهرت النتائج أن هناك أثرا لمتغير الجنس حيث إن الذكور أكثر إضطرابا من الإناث باستثناء مجال المخاوف، وأن هناك أثر لمتغير المستوى الدراسي على جميع مجالات المقياس باستثناء مجال القلق، حيث أظهرت النتائج أن طلبة السنة الثانية هم الأكثر إضطرابا، كما أظهرت النتائج أن طلبة الكليات الأدبية أكثر إضطرابا من طلبةالكليات العلمية، ووجد أن نسبة الأفراد الذين يعانون من الإضطرابات النفسية العالية بين أفراد العينة بلغت 21% وهينسبةعالية،في حين أجرى نيدرمورستونورونستاد 2006 ،Erdrum، Rustoen&Ronestad دراسة فيالنرويج هدفت إلى الكشف عن أثر بعض المتغيرات الديمغرافية مثل:

الجنس، والحالة الاجتماعية، ومكان الولادة، ومستوى تعليم الأب على الشعور بالضيق والقلق النفسي لدى الطلبة الجامعيين في النرويج، حيث طبق مقياس الصحة العامة على عينة مكونة من (1750) طالبا وطالبة. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ليست قوية بين كل من الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الولادة ومستوى تعليم الأب وبين الشعور بالضيق والقلق النفسي،وفي نفس السياق أشارت دراسة الطوالبة ومحادين (2013) إلى الكشف عن الفروق في الإضطرابات النفسية للطلبة المتميزين عندما كانوا في المدرسة العادية ومقارنته بوضعهم النفسي في مدرسة التميز، وفي مجالاته، وهي: القلق، والجهد الدراسي المبذول، والتكيف، والدافعية والإنجاز، والانضباط المدرسي والتعاون والفروق التي تعزى لجنس الطلبة والمرحلة الصفية فيها. قام الباحثان ببناء مقياس الاضطرابات النفسية العام، ومجالاته لدى الطلبة المتميزين قبل التحاقهم بمدرسة المتميزين، وبعد التحاقهم بها واختيرت العينة بطريقة عشوائية من طلبة الصفين السابع والعاشر وبلغ عدد أفرادها (135) طالبا من مدرسة الملك عبد الله الثاني للتميز في محافظةالزرقاء الأردن، وطبق عليها مقياس الإضطرابات النفسية أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات الإضطرابات النفسية العام، وفي مجالات القلق والدافعية والإنجاز، والانضباط المدرسي والتعاون، لصالح وضع الطلبة المتميزين في المدرسة العادية. كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلبة الذكور والإناث باستثناء مجال الدافعية والإنجاز، الذي كان لصالح الذكور، أما متغير المرحلة الصفية فقد أظهر أن له تأثيرا في الإضطرابات النفسية العامة، وفي المجالات كلها، ولصالح طلبة الصف السابع باستثناء القلق الذي انخفض لدى طلبة الصف العاشر .

بينما كانت دراسة عمر موسى محاسنة وآخرون (2018) بالأردن حول الإضطرابات النفسية لدى طلبةالجامعة التي هدفت إلى التعرف على الإضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي بالاعتماد على أداة جمع البيانات والمعلومات (الاستبانة)، وتكونت عينة الدراسة من (1110) طالب وطالبة منطلبة جامعة البلقاء التطبيقية وجامعة الحسين بن طلال، وتم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية الطبقية. وأظهرت النتائج أن الطلبة لديهم الإضطرابات النفسية الآتية (المرتابة، الانعزالية، الفصامية، النرجسية، الهستيرية التجنبيةالاعتمادية الوسواسية، العدائية السلبية بدرجة متوسطة، حيث جاءت اضطرابات الشخصية الانعزالية بأعلى متوسط حسابي بلغ (2،13)، في حين جاءت اضطرابات الشخصية الهستيرية بأدنى متوسط حسابي بلغ (188)، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر كل من متغير النوع الاجتماعي، ومكان السكن، ومتغير الالتحاق بالدراسة الأكاديمية على كل من الإضطرابات التالية الشخصية المرتابة الشخصية الفصامية، الشخصية الاعتمادية، وكانت الفروق لصالح الموقف السلبي على إضطرابات الشخصية المرتابةواستكمالا للدراسات السابقة حول الإضطرابات النفسيةسنحاولتسليط الضوء على شريحة مهمة

في المجتمع ممن يتم إعدادهم كإطارات المستقبل وهم طلبة،الجامعة لاسيما في مرحلة مفصلية وهي المرحلة الجامعية التي يتبلور فيها مسارهم المهني والأكاديمي محاولين الكشف عن الاضطرابات النفسية التي قد تعيق أدائهم العلمي والاجتماعي وتنعكس سلبا على مسارهم الأكاديمي وتكيفهم الجامعي وهذا يدفعنا لطرح التساؤلات التالية:

2-ما هي الاضطرابات النفسية الشائعة لدى طلبة جامعة محمد خيضر بسكرة؟

**3- دوافع اختيار موضوع الدراسة:**

**أ. دوافع ذاتية:**

- الشعور بأهمية الموضوع وضرورة البحث فيه.
- الرغبة في التعرف على الاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة عن قرب.

**ب. موضوعية:**

- الاهتمام بموضوع الاضطرابات النفسية نظرا لتأثيراته السلبية على الطالب الجامعي وخاصة على تحصيله الدراسي.

**4- أهمية الدراسة:**

تتجلى اهمية الدراسة فيما يلي :

- تسليط الضوء على أهم مؤشرات الإضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة محمد خيضر بسكرة
- تبيان نوع الإضطرابات النفسية الأكثر انتشارا بين طلبة جامعة محمد خيضر بسكرة
- المساهمة في توعية المسؤلين عن مدى إنتشار الاضطرابات النفسية عند طلبة الجامعة وأهمية نشر الثقافة النفسية وتشجيع الطلبة على طلب المساعدة النفسية خاصة وأن الجامعة تتوفر على مركز خاص للمساعدة النفسية .

**5- أهداف الدراسة:**

الكشف عن الإضطرابات النفسية ومؤشراتها عند طلبة جامعة محمد خيضر بسكرة.

**6- حدود الدراسة:**

**أ. الزمانية:**

تم تحويل القياس الكترونيا يوم 06 فيفري 2024، وتم البدء في توزيعه عبر تطبيق (Messenger) يوم 08 فيفري 2024 في نفس اليوم تم استقبال إجابات الطلبة عبر تطبيق (Google Drive)، بعد الوصول إلى الحد المطلوب من الاجابات تم غلق الردود يوم 28 فيفري 2024.

**ب. المكانية:**

تم إجراء هذه الدراسة على مستوى جامعة محمد خيضر بسكرة عبر مختلف الكليات .

**ج. البشرية:**

ينحصر المجال البشري للدراسة في مجتمع الطلبة المكون من156 طالب وطالبة الذين ينتمون لكليات مختلفة (العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم التكنولوجية، الآداب واللغات، العلوم الدقيقة وعلوم الطبيعة والحياة، العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، الحقوق والعلوم السياسية)، ومن مختلف المستويات (1، 2، 3 ليسانس) (1، 2 ماستر) و الذين أجابوا على أداة الدراسة .

**7- المفاهيم الإجرائية للدراسة:**

1. **الاضطرابات النفسية:** :هي أعراض إنما نفسية – سلوكية محددة تحديدا إكلينيكيا دقيقا، تظهر على شخصية الفرد، وترتبط ارتباطا وثيقا بالضغوط التي يتعرض لها في حياته الحاضرة، مثل الوفاة الصادمة والألم المبرح والعجز أمام ظروف الحياة ومواجهة العقبات المستعصية. (قاسم صالح-2015: 37).

وتعرف إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها الطالب الجامعي بعد إجابته على مقياس SCL-90-R (الأعراض المعتمدة للاضطرابات النفسية).

2. **الطالب الجامعي أو الطلبة الجامعيون:**

**تعريف الطالب الجامعي:**

"هو المتلقي أو المرسل إليه الذي يسعي كل من الأستاذ وواضع المنهاج إلى مخاطبته والتأثير فيه باتجاه معين وفي زمن محدد وبكيفية مرسومة بغية تحقيق أهداف مقصودة "(مكناسي،2021: 614)

هم مجموعة من الأفراد يدرسون في جامعة محمد خيضر بسكرة (الوسط- شتمة) كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، كلية العلوم الدقيقة والحياة، كلية التسيير والاقتصاد، كلية العلوم والتكنولوجية، كلية الآداب واللغات للعام الدراسي (2023-2024).

**3. الأعراض:**

هي مؤشرات أو علامة معينة تعبر عن وجود خلل أو اضطراب قد تكون مباشرة أو غير مباشرة. استنادا إلى مقياس SCL.

**8- الدراسات السابقة:**

قام كل من: ايزنبرج وجولاست وجولبرستين وهفنر Golberstein&Hefner ،Gollus، 2007 بدراسة على عينة عشوائية من طلبة الجامعة لتقويم حالات اضطراب القلق والاكتئاب ومن أجل التوصل إلى النتائج المرجوة تم تطبيق مقياس خاص بالإكتئاب وآخر خاص بالقلق أما عن المنهج فتم إختيار المنتج الوصفي أشارت نتائجها إلى أن من طلبة البكالوريوس يعانون من اضطراب القلق15،6 والاكتئاب، بينما (13 من طلبة الدراساتالعليا يعانون من اضطراب القلق والاكتئاب، أما نسبة الذين يفكرون في الانتحار فكانت(2%) من الطلبة، وجميع هؤلاء الطلبة يعانون من اضطرابات عقلية خطيرة.

أجرى تلفورز وفير مارك (2007) .Tilfors&Furmark دراسة في السويد حول الرهاب الاجتماعي والسلوك الإنطوائي وغيرها من المتغيرات الديمغرافية، حيث طبق مقياس الرهاب الاجتماعي على عينة اختيرت عشوائياً مكونة من (753) من طلبة الجامعة في السويد. أشارت نتائج الدراسة إلى أن (16) من طلبة الجامعة يعانون من الرهاب الاجتماعي مقارنة مع (15%) من عامة المجتمع، بينما (84%) من طلبة الجامعة لا يعانون من الرهاب الاجتماعي. كما أن الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي هم طلبة انطوائيون وذوو تحصيل متدن، بينما الطلبة الذين لا يعانون من الرهاب الاجتماعي
هم طلبة اجتماعيون وذوو تحصيل مرتفع. كما أشارت النتائج إلى أن نسبة الطلبة الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي لا تختلف عن نسبة عامة المجتمع الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي.

دراسة احمد الشريفين وتغريد حجازي ونضال الشريفين (2011) بجامعة اليرموك بالأردن حول القدرة التنبؤية لبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية والديمغرافية في أعراض الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة اليرموك: دراسة ميدانية. هدفت الدراسة إلى الكشف عن المتغيرات المتنبئة في أعراض الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة اليرموك باستخدام أسلوب تحليل الانحدار المتعدد المتدرج، ولتحقيق هدف الدراسة طبق مقياس الأعراض المرضية المقنن من قبل الشريفين والشريفين على عينة تكونت من (630) طالباً وطالبة اختيروا عشوائياً من طلبة جامعة اليرموك المسجلين في الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي 2013/2012، أشارت نتائج الدراسة إلى أن الدرجة المعيارية التائية لجمع أعراض الاضطرابات تراوحت بين (49.14 – 51.55) ووفقاً للمعايير الموضوعة، فإن جميع الاضطرابات لدى طلبة جامعة اليرموك لا تحتاج لتدخل علاجي، كما وُجدت فروق ذات دلالة إحصائية (a =0.05) تعزى للجنس ولصالح الذكور على أعراض اضطراب التجسد والاكتئاب والحساسية التفاعلية. وأسهمت جميع المتغيرات إسهاما ذا دلالة إحصائية في تفسير التباين في أعراض الاضطرابات النفسية. وفي ضوء ذلك استخلصت معادلات تحليل الانحدار الخطي المعيارية التي يمكن بوساطتها التنبؤ بالاضطرابات النفسية المختلفة لدى طلبة جامعة اليرموك.

دراسة **ماكوري ودانيال وجولدين وسانتا وكورت وساترينر** (2012) أجروا دراسة حول مستوى الصحة النفسية والإصابة بالاضطرابات النفسية وتوقع السلوك الانتحاري وانخفاض مستوى التحصيل الأكاديمي لدى

طلبة الجامعات تكونت عينة الدراسة من (5689) طالبا وطالبة من مختلف الطلبة في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث طبقت العديد من المقاييس الخاصة بالكشف عن الاضطرابات النفسية والسلوك الانتحاري، أشارت نتائج الدراسة إلى أن أقل من نصف عينة الدراسة (49،3%) من الطلبة كانت لديهم مؤشرات ايجابية ولم تظهر عليهم أعراض الإصابة بالاضطرابات النفسية، وأن الإصابة بالاضطرابات النفسية كانت متنبئ بالسلوك الانتحاري وانخفاض مستوى الأداء الأكاديمي.

وفي نفس السياق أشارت دراسة **الطوالبة ومحادين** (2013) إلى الكشف عن الفروق في الاضطرابات النفسية للطلبة المتميزين عندما كانوا في المدرسة العادية ومقارنتهم بوضعهم النفسي في مدرسة التميز، وفي مجالاته وهي:القلق، الجهد الدراسي المبذول، التكيف، الدافعية والإنجاز، والانضباط والتعاون المدرسي، والفروق التي تعزى لجنس الطلبة والمرحلة الصفية فيها. قام الباحثان ببناء مقياس الاضطرابات النفسية العام، ومجالاته لدى الطلبة المتميزين قبل التحاقهم بمدرسة المتميزين، وبعد التحاقهم بها.واختيرت العينة بطريقة عشوائية من طلبة الصفين 07 و10 وبلغ عددها (135) طالبا من محافظة الزرقاء– الأردن، وطبق عليها مقياس الاضطرابات النفسية، وأشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات الاضطرابات النفسية العام، وفي مجالات القلق والدافعية والإنجاز والانضباط المدرسي لصالح وضع الطلبة المتميزين.

دراسة **عمر محاسنة وآخرون** (2018) بالأردن حول الاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة. هدفت الدراسة التعرف على الاضطرابات لدى طلبة الجامعات باستخدام المنهج التحليلي بالاعتماد على أداة جمع البيانات والمعلومات (الاستبانة)، وتكونت عينة الدراسة من (1110)طالباً وطالبة من طلبة جامعة البلقاء التطبيقية وجامعة الحسين بن طلال، وتم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية الطبقية، وأظهرت نتائج الدراسة أن الطلبة لديهم الاضطرابات النفسية الآتية: (المرتابة، الانعزالية، الفصامية، النرجسية، الهستيرية، التجنبية الاعتمادية، الوسواسية، العدائية السلبية) بدرجة متوسطة حيث جاءت اضطرابات الشخصية الانعزاليةبأعلى متوسط حسابي بلغ (2.13)، في حين جاءت اضطرابات الشخصية الهستيرية بأدنى متوسط حسابي بلغ (1.88)، كما وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر كل من متغير النوع الاجتماعي، ومكان السكن، ومتغير الالتحاق بالدراسة الأكاديمية على كل من الاضطرابات التالية: الشخصية المرتابة، الفصامية، الاعتمادية، بالإضافة إلى أن الاضطرابات النفسية تؤثر سلباً على تكيف الطلبة، وينعكس ذلك على تدني التحصيل وعدم الاهتمام بالدراسة والعزلة الاجتماعية والمشاكل المجتمعية كالعنف.

دراسة **فايزة بلخير** (2022)، بجامعة أحمد زبانة– غليزان حول الاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية (الجنس والتخصص). هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق في

الاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة حسب متغير الجنس (ذكر، أنثى) والتخصص (علوم اجتماعية وإنسانية، علوم والتكنولوجية) ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي على عينة مكونة من 135 طالب وطالبة من جامعة احمد زبانة غليزان بالجزائر، ينتمون إلى كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية وكلية العلوم والتكنولوجية باستخدام مقياس كورتل للاضطرابات النفسية والجسمية، فأسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق بين الجنسين في الاضطرابات النفسية ووجود فروق في الاضطرابات النفسية ببعدية الخوف والشك وفرط الحساسية لصالح طلبة العلوم الاجتماعية والإنسانية.

دراسة غالي مريم (2014) بجامعة وهران حول الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة دراسة مقارنة بين كلية العلوم الإجتماعية وكلية العلوم والتكنولوجيا دراسة وصفية بحيث هدفت هذه الدراسة إلى قياس الصحة النفسية ومعرفة مستوياتها والفروق بين الطلبة الجامعة من خلال أبعادها والتي شملت الأعراض الجسمانية، الإكتئاب الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، العداوة، الفوبيا في ضوء ثلاثة متغيرات: الجنس، التخصص الدراسي، الإقامة الجامعية) وذلك بإتباع المنهج الوصفي التحليلي المقارن، وللقيام بهذه الدراسة التحليلية المقارنة إعتمدت الباحثة في دراستها على مقياس الصحة النفسية والمتكون من (66) فقرة تقابلها خمسةبدائل بحيث وزعت الباحثة المقياس على عينة قدرت ب (213) طالب (ة) مقسمة إلىعينتين فرعيتين شملت الأولى مجموعة طلبة علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا(108)، أما الثانية فشملت طلبة علوم و التكنولوجيا (105) ولتحليل البيانات الأوليةالمسترجعة من عند الطلبة استخدمت الباحثه البرنامج الإحصائي للعلوم الإجتماعية (spss) وذلكعن طريق الأساليب الإحصائية التالية:

النسبة المئوية، المتوسطات الحسابية، الإنحراف المعياري، إختبار (ت) لعينتين مستقلتين).

وتوصلت إلى النتائج التالية:

– معظم الطلبة المبحوثين يتجاوز مستوى الصحة النفسية لديهم المتوسط، ومنهم من يفوقذلك بحيث بلغت نسبتهم ككل ( 87،78) يقابلها (187) طالب (ة) وهذا ما يؤكد إعتدالمستوى الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة تبعا لمتغير الجنسولصالح الإناث، أما فيما يخص الفروق بين الأبعاد فهناك فروق ذات دلالة إحصائية في كلمن الأبعاد التالية: (الأعراض الجسمانية، الإكتئاب الوسواس القهري، الحساسيةالتفاعلية، القلق، العداوة، الفوبيا) ما عدا بعد العداوة.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة تبعا للإقامةالجامعية ولصالح الطلبة ذوي الإقامة الداخلية، أما فيما يخص الفروق بين الأبعاد فهناكفرق في كل من بعد القلق وبعد الخوف ولصالح الطلبة ذوي الإقامة الداخلية أيضا.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة تبعا للتخصصالدراسي ولصالح طلبة علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، أما فيما يخص الفروق بينالأبعاد حسب التخصص الدراسي فهناك فروق في كل من الأبعاد التالية: ( الأعراضالجسمانية، القلق، الخوف ولصالح طلبة علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا .

ولقد إنتهت الدراسة بجملة من الإقتراحات والتوصيات.

حيث قام تران و زملائه (2017) بدراسة تأثير إدمان الإنترنت والأنشطة عبر الإنترنت على جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQOL) لدى الشباب الفيتنامي، قارنت هذه الدراسة أيضا تواتر القلق والاكتئاب والإدمان الآخر للشباب الفيتنامي مع إدمان الإنترنت وبدون إدمان الإنترنت، وأجريت هذه الدراسة على 566 شابًا فيتناميًا (7،56 إناث، 3،43 ذكور)، تتراوح أعمارهم ما بين (15) و (25) عاما، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة المقطعية أن 221 % من المشاركين عانوا من إدمان الإنترنيت كان المشاركون مع إدمان الإنترنت أكثر عرضة لمشاكل الرعاية الذاتية، وصعوبة في أداء الروتين اليومي، والمعاناة من الألم وعدم الراحة والقلق والاكتئاب من غير المدمنين.

دراسة أناند Anand(2018) حول محاولة لاستكشاف سلوك استخدام الإنترنت بين عدد كبير من طلاب الطب عبر مراكز متعددة وارتباطها بالضيق النفسي في المقام الأول الاكتئاب، حيث أسفرت الدراسة الى ان الإدمان على الانترنيت أعلى لدى الطلبة الذكور الذين يقيمون في مساكن مستأجرة، مع وجود علاقة موجبة بين الاكتئاب والإدمان .

**09- التعقيب على الدراسات السابقة:**

من خلال عرض الدراسات السابقة والتي تم الاعتماد عليها حيث عملت في تحديد المسار الذي تبنيناه طيبة مدة انجاز هذه الدراسة وتمثلت في:

**أوجه التشابه:**

اعتمدت الدراسة الحالية على مقياس الاعراض المعدلة،(SCL-90-R)وهذا يتفق مع العديد مع الدراسات السابقة:

نجد جل الدراسات تناولت الاضطرابات النفسية مثل دراسة أحمد الشريفين وتغريد حجازي ونضال الشريفين(2011) والطوالبة ومحادين( 2018)وعمر محاسنة واخرون (2018)وفايزة بلخير (2022)

اتفقت الدراسات السابقة مع دراستنا في إستخدام المنهج الوصفي .

إعتمدت الدراسات السابقة على عينة البحث من طلبة الجامعة هناك دراسات تناولت وجود اضطرابات نفسية لدى طلبة الجامعة .

**أوجه الاختلاف:**

هناك دراسات تناولت الصحة النفسية مثل دراسة غالي مريم (2014) ودراسة ماكوري ودانيال وجولدين وسانتا وكورت وساترينذر(2012) التي اختلفت جزئيا حيث تناولت مستوي الصحة النفسية والإصابة بالإضطربات النفسية.

# الفصل الثاني: مدخل مفاهيمي الدراسة

**أولا: الاضطرابات النفسية**

1- مفهوم الإضطراب

2- مفهوم الإضطرابات النفسية

3- النظريات المفسرة للاضطرابات النفسية

4- أسباب ظهور الاضطرابات النفسية

5- التصنيفات العالمية للاضطرابات النفسية

6- طريقة تشخيص الاضطرابات النفسية

**ثانيا: أنواع الاضطرابات النفسية**

1- الأعراض الجسمانية (الجسدية)

2- الوسواس القهري

3- الحساسية التفاعلية

4- الاكتئاب

5- القلق

6- العداوة

7- الفوبيا

8- البارانويا

9- الأعراض الذهانية

**تمهيد:**

يتضمن هذا الفصل تعريفا للاضطرابات النفسية وكل ما يخص من معلومات حولها من (تعريف، أسباب، أنواع ونظريات مفسرة، تصنيفات وطريقة تشخيص لها) وذلك بهدف تعزيز الوعي بشأنها وإزالة الصورة النمطية المسيئة للأشخاص الذين يعانون منها. كذلك لنشر فكرة إن الاضطراب النفسي اضطراب حقيقي معترف به له نظرياته وأعراضه وحتى سبل التخلص منه وأنواعه، لا علاقة للجن والسحر والقوى الغيبية والخرافات في ذلك وإنما هناك أطر علمية تأكد تدخل العديد من الأسباب والعوامل لحدوثه.

**أولا: الاضطرابات النفسية:**

**1- مفهوم الإضطراب:**

إن كلمة إضطراب مشتقة من الفعل إضطراب: أي تبرج وماج وضرب بعضه ضربا، و إضطرب الأمر إختل و إضطراب في كذا أي ضجر واضطراب في أموره أي تردد وارتبك **(بوعود، 2014 :30)**.

تعني كلمة إضطراب وجود مجموعة من الأغراض الإكلينيكية المعروفة أو سلوك في أغلب الأحيان يكون مرتبطا بالضبط النفسي ويتدخل مقصود، كل ذلك يكون دائما على مستوى الفرد وغالبا على مستوى الجماعة أو مجموعة اجتماعية ( **الطهراوي، 2009: 30** ).

الإضطراب: هو الحركة في غير انتظام أو هو خفة تصيب الإنسان لشدة فرح أو سرور **(نصيب، 2015: 09)**.

نستنتج أن االإضطراب هو عدم الإنتظام والإختلال في السلوك والتفكير والمشاعر .

**2- مفهوم الإضطرابات النفسية:**

ظهرت العديد من التعريفات والتي من بينها:

هويت (1968): الحالة التي يكون فيها الشخص المضطرب فاشل إجتماعيا وغير متوافق في سلوكه، وفقا لتوقعات المجتمع الذي يعيش فيه إلى جانب جنسه وعمره **(صالح، 2009 :49)**.

الينا (2005): حالة نفسية تصيب تفكير الإنسان أو مشاعره أو حكمه على الأشياء أو سلوكه وتصرفاته إلى حد تستدعي التدخل لرعاية هذا الإنسان وعالجته في سبيل مصلحة الخاصة **(صالح، 2014: 51 )**.

كما يعرفها العجمي (2015): على أنها إضطرابات التي تتضح حينما يسلك الفرد سلوكا منحرفا بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه، بحيث يكون هذا السلوك متكررا باستمرار **(سحيم، 2021: 313)**.

الاضطراب النفسي يعرف بمفاهيم مختلفة مثل: معاناة سوء التحكم بالذات، ضرر وإعاقة، صلابة لا منطقية، مجموعة من الأمراض انحراف إحصائي **(بوعود، 2014: 31)**.

يعرف الدليل الشخصي الإحصائي الخامس (PSM5) الذي أصدرته جمعية الطبي النفسي الأمريكية سنة 2013 الإضطراب النفسي بأنه: مجموعة أعراض مرضية تغير عن خلل كبير يصيب الفرد على مستوى الإدراك أو التوازن العاطفي أو السلوك والتي تعكس اختلالا في السيرورات النفسية أو البيولوجية أو النمائية الكامنة وراء أدائه النفسي، ويوافق الإضطراب النفسي عموما اختلالات وصعوبات تؤثر على العلاقات الاجتماعية للمصاب وعلى مساره المهني أو الدراسي **(بلخير، 2023: 65)**.

المرض النفسي هو مجموعة من الانحرافات التي لا تنجم من حيث السبب عن علة عفوية أو تلف في تركيب المخ فهو مرض ليس جسيما أو عفويا من حيث المنشأ ولكنه قد يسبب أمراض جسمية **(الطهراوي، 2009: 35)**.

– الإضطراب النفسي هو محاولة شاذة للتخلص من صراعات واضطرابات وتستهدف حلا لأزمة نفسية ومحاولة تجنب قلق أو إيقافه، وهي محاولة قد تفلح في هدفها هذا يقدر قليل أو كبير، أو تكون محاولة نائبه لا تجدي في خفض القلق بل تزيده شدة وإصرار **(عطوف، 1981: 29)**.

الإضطراب النفسي ليس له سبب عضوي، فلا يحدث بسبب خلل أو تلف في الأعضاء أو الجهاز العصبي أو نحوه على خلاف المرض العصبي، إلا أنه قد يكون له انعكاسات بدنية (عضوية) على المصابين به **(نصيب، 2015: 17)**.

الاضطراب النفسي ليس جسميا أو عضويا من حيث المنشأ ولكنه قد يسبب في أمراض جسمية بل هو اضطراب في وظيفة الشخصية ويمكن أن نعزز وذلك إلى الإنفعالية أو الإعتزال في العلاقة بين الأب والأم، مما يسبب قلق دائما ينشأ من القلق أمراض نفسية من ضمن هذه الأمراض الهستيرية والحساسية والاكتئاب والوسواس... **(العبيدي، 2023: 338)**.

ومنه نستنتج أن الإضطرابات النفسية هي ذلك النوع من العلة أو حالة نفسية أو إعاقة أو إنحراف أو الذي يصيب الفرد فيصبح في صورة شاذة غير مألوفة كل هذا يتضح عندما يسلك الفرد سلوكا لا تكيفيا وغير متوافق مع المعايير الإجتماعية المتعارف عليها في المجتمع الذي ينتمي إليه مما يسبب له ألم وضيق وعدم قبول نفسه ومجتمعه وعدم التفاعل مع الأخرين أو هو إختلالات جسيمة في التفكير والمشاعر والسلوك .

**3– أسباب ظهور الاضطرابات النفسية:**

أ– أسباب الإضطرابات النفسية

1- أسباب استعدادية :

نماذج النمو الطفولية :

يرى حلمي مليحي (2000) بأن علاقة الأب بالإبن الغير الموفقة هي اولى الأسباب التي تمنح للطفل محددات في تكوين ردود أفعال عصابية فهذه العلاقات تولد للطفل مشاعر الصراع والتقييمات الخاطئة للبيئة يطلق عليها (عقدة اوديب)

كذلك ذكر حلمي المليحي (2000) ان الجو الطفولة الذي يكثر فيه الحرمان والقسوة والعقاب يخلق لدى الطفل حالة من اللأمن و الخوف، وعند نبذ الآباء لأبناءهم يخلق لدى الطفل نزعه عدوانية هذه النزعه لا يمكن للطفل أن يعبر عنها خوفا من فقدان الحب او الإنتقام هذا ما يؤدي الى القلق والعدوان .

-هناك بعض الدلائل وإن كانت غير قطعية بأن وفات والدة الطفل في مراحل مبكرة من حياته تكون لها الاثر في زيادة إحتمال تعرض الطفل للإكتئاب .(مبيض .2006: 19)

**الأسباب الحيوية:**

**الإضطرابات الوراثية:** يقصد بها الإنتقال الحيوي من خلال المورثات (الجينات )من الوالدين إلى الأولاد .كالأمراض. التي تنتقل عبر الوراثة مثل :التشوهات الخلقية، ضعف القابلية للتعلم، اضطراب قوة الدوافع **إضطرابات الفيزيولوجية:** وتتمثل في: خلل اجهزة الجسم، البلوغ الجنسي و الزواج، سن القعود ،الشيخوخة .(علي ،2010 :45)

**الأسباب البيئية:**

بحيث تأثر عوامل البيئة والوسط الإجتماعي الذي يتحرك فيه الفرد في تشكيل ونمو شخصيته وتحديد آليات دفاعه النفسي عن طريق نوع التربية، فإذا فشل الفرد في مقابلة الضغوط والمطالب التي تسود في البيئة الإجتماعية التي يعيش فيها وخاصة إإذا ما زاد بينهما من تناقضات ساء توافقه النفسي وأدى ذلك الى المرض النفسي .(عباس،1994 :66)

**الأسباب النفسية:**

**التناقض الوجداني:** كالحب والكراهية، الشعور بالأمن والقلق،التحرر والشعور بالذنب.

**الضغوط النفسية:** المنافسة ومطالب التربية و التعليم والمطالب المهنية ومطالب الزواج.

الإعداد غير الكافي للمراهقة او للرشد او للشيخوخه: جسميا، عقليا اجتماعيا، انفعاليا

**مفهوم الذات السالب:** سوء التوافق النفسي عدم الثبات الإنفعالي الإنسحاب والحساسية صعوبة إقامه صداقات، عدم توافق الشخصية .(زهران .2005: 121)

**الحرمان:** انعدام الفرصه لتحقيق دافع أو اشباع حاجه رغم وجودها ويكون إما حيويا او نفسيا .(علي .2010: 49)

**4- النظريات المفسرة للأضطرابات النفسية:**

**4-1- النظريات الأولية:**

**نظرية كريبلين:** ذكر (العيسوي ،2001) ان كريبلين إعتمد في تفسيره للإضطرابات النفسية على الجانب البيولوجي بحيث إعتبر انها ناتجه عن مرض دماغي ولم يولي إهتمامه بالجانب النفسي والعمليات النفسية الداخلية (لا شعور/الصراعات ) ركز في تفسيره على الجانب العضوي فقط .قام كريبلين بتقسيم الإضطرابات إلى:

1 العته المبكر: هو اضطراب نميزه من خلال أعراضه والتي تتمثل في هلاوس ضلالات وتبلد انفعالي

2الجنون الدوري أو جنون الهوس: ذهان تنتاب فيه المريض نوبات حزن وفرح .

يرى (روزنهان، سيلجمان 1995)Rosenhan and seligman

أن الإضطرابات النفسية ترجع أساسا الى سوء الأداء الوظيفي أو عجز كيميائي عضوي تشريحي وأكد أن الإضطرابات النفسية تشبه الإضطرابات العضوية لذى يجب أن تعالج علاج عضوي طبي، وأكد أيضا على ان الأسباب الكامنه وراء الإصابة بالإضطرابات النفسية هي اضرابات بيو كيميائية و إضطرابات في تركيبة الدماغ، فحدوث الفصام هو نتيجة زيادة الدوبامين، وإضطرابات الذاكرة تحدث بسبب عطب في أجزاء الخ المسؤولة على التخزين .

**نظرية بيار جانيه:**

أشار (الطهراوي، 2009) الى ان هذه النظرية تقوم على فكرة ان التوازن النفسي يصل الى حدا طبيعيا عند الإنسان وذلك بواسطة مستوى معين من التوتر النفسي، وينتج السلوك العصابي عند نفاذ طاقة الحفاظ على ذلك المستوى من التوتر مما يؤدي الى ضعف الطاقه النفسية وبالتالي تعزل بعض الافكاروالخبرات عن الشخصية وتصبح غير منسجمه معها، وخارجه عن التنظيم الكلي للشخصية مما ينتج عند الشخص اعراض معينه: مثل سير اثناء النوم، فقدان الذاكرة، الرعشه .

أقر بيار جنيه ان كل فرد منا لديه طاقه نفسية معينه إذا حافظ عليها تمتع بالصحه النفسية وإذا نفذت تلك الطاقه يصبح في خطر مهدد إما بإنهيار عصبي او اعراض إضطراب نفسي .

**4. 2- النظريات التحليلية:**

**1- نظرية التحليل النفسي:** ذكر (الطهراوي، 2009) ان نظرية التحليل النفسي هي نظرية تطورت في فيينا مع سيجموند فرويد والذي لاحظ بعد علاجه للكثير من المرضى ظاهرة الشلل الهستيري وبدأ بعلاجها بطرق مختلفه اذ وجد انه ليس هناك اي سبب عضوي لهذا المرض فلجأ الى إستخدام عده طرق علاجيه اخرى تتمثل في التداعي الحر والتنويم المغناطيسي وتحليل الاحلام ولاحظ ان هناك تحسن عند الحالات .تتلخص هذه النظرية في وجود ثلاث أجزاء في الإنسان الهو والأنا والأنا الاعلى، فالهو: يمثل الحاجات البيولوجية الأولية للشخص كالأكل، النوم، والجنس، ولا عقل لها تفكر به، تطلب من الشخص حاجاتها بإلحاح وخاصه الحاجات الجنسية لكن بأشكال مختلفة، فالهو قائم على مبدأ اللذه فقط وتحقيقها وتحديدا اللذه الجنسية، اما الأنا:هو عبارة عن مدركات الشخص للواقع من حوله وتسعى لتحقيق التوازن بين الحاجات والواقع وما يمكن تحقيقه وما لا يمكن تحقيقه، أما الأنا الأعلى فهو ضمير الإنسان ويحدد ما يجوز ومالا يجوز فهو الذي يضغط على الأنا بتحديد طلبات الهو إما بالموافقه **او** الرفض أو الموازنه .

تفسر هذه النظرية ان حدوث الإضطراب النفسي ينتج عن ضعف الأنا في التوفيق بين الهو والأنا الأعلى وعجزها عن إحداث التوازن بين متطلبات كل منهما، مما ينتج عن ذلك سيطرة الأنا الأعلى فيقسو الإنسان على نفسه ويكبت رغبات الهو، وإما بسيطرة الهو فيصطدم الإنسان بالواقع .

**-نظرية يونغ:**

يرى (كارل غ يونغ 1997)ان الحياة تتكون من طاقات مختلفه وهذه الطاقات لا تقتصر لا تقتصر على الجنس فقط إنما هي ذخيره كبيرة من الغرائز الحياة كلها، وان اللاشعور الذي تحدث عنه فرويد هو اللاشعور الفردي ليلتقي باللاشعور الجمعي او السلالي الذي يحتوي على ذخيرة بشرية من عادات تقاليد .قسم يونغ الشخصية الى نمطين :نمط منبسط وآخر منطوي ولكل نمط صفاته وتنشأ الإضطرابات النفسية من الصراع والإلحاح الكائن بين النمطين عند محاولة تبني النمط صفات النمط الآخر .

**نظرية أدلر:**يرى (دويدار 1986) ان الفرد أدلر إنفصل عن فرويد ويونغ وكون ما يعرف بعلم النفس الفردي وإعتبر ان الطاقه الدافعه للإنسان ليس جنسية وإنما هي إرادة وحب السيطرة، وأن الشعور بالنقص يدفع للتعويض من اجل الحصول على القوة والمكانه .فإذا إستطاع الإنسان التعويض زال عنه الشعور بالنقص وإعتمد التعويض كآليه دفاعية وتعززت ثقته بنفسه، وعاد توازن شخصيته واما إذا فشل في إيجاد التعويض المناسب تحول الشعور بالنقص الى عقدة النقص وهذا ما يؤدي الى الامراض النفسية بشكل عام والعصاب بشكل خاص

**النظريات النفسية غير التحليلية:**

هي مجموعة من النظريات التي لا تتبع في تفسيرها للإضطراب النفسي على التوجه التحليلي:

-نظرية أدولف ماير السيكولوجية:وتسمى بالنظرية النفسية البيولوجية ترى ان الامراض النفسية عبارة عن إستجابات شاذة ركزت هذه النظرية في تفسيرها على الوظائف السيكو بيولوجية في عملية التكيف مع البيئة وإعتبرت ان المرض النفسي لا نستطيع تفسيره بعامل واحد كما قال كريبلين بل هناك العديد من العوامل المتفاعله مع بعضها البعض ليحدث لنا الإضطراب النفسي كالوراثة وفترة الحمل والرضاعه والطفولة وطرق التربية والخبرات .وعليه فإن هذه النظرية تمزج بين الإنسان العضوي والبيولوجي والنفسي والإجتماعي والتربوي .(الطهراوي ،2009 :48)

النظرية السلوكية: ذكر (بلان،2015)ان هذه النظرية تقوم على مبادئ رئيسية لحضت كما يلي:

السلوكيات المضطربة مكتسبة: يرى المنظور السلوكي أن اضطرابات الصحة النفسية هي سلوكيات مكتسبة تمامًا مثل أي سلوكيات أخرى، وذلك من خلال التعلم والتفاعل مع البيئة.

التعلم بالتدعيم والعقاب: تفسر النظرة السلوكية اكتساب هذه السلوكيات من خلال مبادئ التعلم، مثل الإشراط الإيجابي (المكافأة) والإشراط السلبي (العقاب).

فهم السلوكيات المضطربة: يعتقد أنصار هذا المنظور أنه من خلال فهم كيفية اكتساب هذه السلوكيات، يمكننا فهم الاضطرابات النفسية بشكل أفضل.

تغيير السلوكيات المضطربة: ينصب التركيز على تغيير السلوكيات المضطربة بدلاً من التركيز على الشخصية ككل.

التدخلات السلوكية: تُستخدم تقنيات مثل التعزيز السلوكي، وإعادة الهيكلة المعرفية، والعلاج بالتعرض، بهدف تغيير السلوكيات غير المرغوب فيها.

الأسباب العضوية: مع ذلك، يعترف المنظور السلوكي أيضًا بدور العوامل البيولوجية والعضوية في بعض الأضطرابات النفسية، ويسعى إلى دمج العلاجات السلوكية مع العلاجات الطبية عند الحاجة.

النظرية العقلانية الإنفعالية: اشار (بلان،2015) الى افكار علماء هذه النظرية وتفسيرهم للإضطرابات النفسية في قوله :

يرى ألبرت أليس أن الاضطرابات النفسية لا تنجم عن الأحداث الخارجية بحد ذاتها، بل عن التفسيرات غير العقلانية التي يعطيها الفرد لهذه الأحداث.

يمتلك الإنسان استعدادًا فطريًا لاكتساب الأفكار العقلانية وغير العقلانية.

تتأثر أفكار الفرد بـ الظروف الاجتماعية وحواره الداخلي.

لدى الإنسان قدرة على التفكير بشكل عقلاني وتجنب الاضطرابات النفسية.

**نموذج ABC:**

(A) ActivatingEvent:حدث واقعي يواجهه الفرد، مثل فقدان وظيفة أو نهاية علاقة.

(B) BeliefSystem: تفسيرات الفرد للحدث، مثل "أنا فاشل" أو "لا أحد يهتم بي".

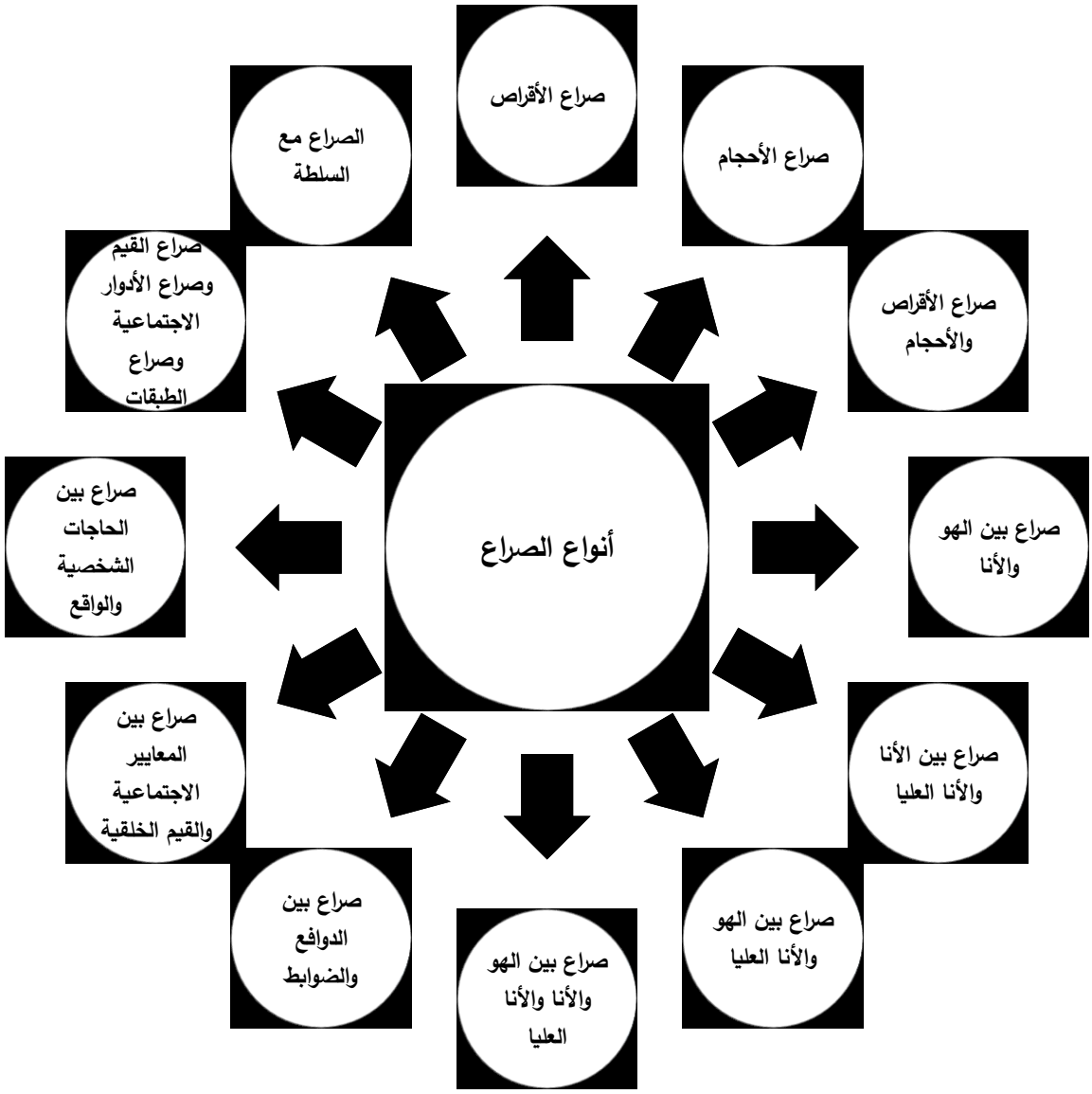
(C) EmotionalBehavioralConsequence:ردود الفعل العاطفية والسلوكية للفرد، مثل الحزن والقلق أو الانسحاب من الأشطة الاجتماعية.

النقاط الرئيسية:

الحدث (A) ليس هو السبب المباشر للاضطراب (C)، بل التفسيرات (B) التي يعطيها الفرد للحدث.

- لدى الفرد اختيار تبني تفسيرات عقلانية أو غير عقلانية للأحداث.
- تركز النظرية على تغيير تفكير الفرد كعلاج للاضطرابات النفسية.
- تُعد نظرية ألبرت أليس من أهم النظريات المعرفية السلوكية في علم النفس.
- تُستخدم هذه النظرية في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، مثل القلق والاكتئاب.
- تركز النظرية على مسؤولية الفرد عن أفكاره وسلوكه.
- هل لديك أي أسئلة أخرى حول نظرية ألبرت أليس العقلانية الانفعالية.

**الصراع** :هو العمل المتزامن للدوافع أو الرغبات المتعارض أو المتبادلة وينتج عن وجود حاجتين لا يمكن إشباعهما في وقت واحد .وتتلخص أنواع هذا الصراغ في المخطط التالي:




**الشكل رقم 1: أنواع الصراع .**

**المصدر: علي، 2010، ص47**

**5- التصنيفات العالمية للاضطرابات النفسية:**

يوجد حاليا تصنيفان مهمان يعتمد عليه المختصين النفسانيين في تعريف وتشخيص وتحديد الإضطرابات النفسية، وهما:

الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات النفسية:

الدليل التشخيصي الاحصائي للإضطرابات النفسية الإختصار العلمي(DSM)وهو دليل تصدره جمعيه الطب النفسي الامريكية ،ويعد الان المرجع الاول في العالم في تصنيف الامراض النفسية من اكثر الأدوات التشخيصية التي تستخدم في تشخيص الإكتئاب والفصام واضطراب التوحد وغيره من الأضطرابات،ويستعمل الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات النفسية في جميع انحاء العالم من قبل الاطباء والباحثين،فضلا عن شركات التامين وشركات الأدوية وصانعي السياسات وقد ظهر هذا التصنيف لأول مره عام 1934،ثم اجريت عليه عمليه تعديل وتقنيح عام 1968. ثم اجريت عليه عمليه تعديل اخرى عام 1980 الا ان اخر اصدار للجمعية كان عام 1994 في نشرتها الرابعة،وقدإنتظمت به الأعراض النفسيةوالعقلية في عدد من المحاور والتصنيفاتوهي:

**أولا: المحاوروهي كالتالي:**

-**المحور الاول:** يتضمن كل الفئات المرضية ما عدا اضطرابات الشخصيه،لذا المحور الاول والثاني ينتظم داخلهما تصنيف السلوك الشاذ،وينفصل المحور الاول والثاني للتأكيد من وجود اضطرابات لمده طويله على سبيل المثال-الشخص الذي يتعاطى هيروين يمكن ان يصنف تحت المحور الاول،وعند الاستمرار في التعاطي لمده طويله يصنف تحت المحور الثاني.

-**المحور الثاني:** ويندرج تحته مؤشرات كلينيكية للأسبابالطبية والتي يعتقد انها تتعلق بالإضطراب العقلي،مثل السلوك الشاذ المصاحب لمرض البول السكري

-**المحور الثالث:** ويتضمن المشكلات السيكوالإجتماعيةوالبيئية التي تساهم في الإضطراب وتشمل المشكلات المهنية والاقتصادية، وصعوبات التفاعل الشخصي مع أعضاء الأسرة، ومشكلات متنوعة في المجالات الحياتية الأخرى

-**المحور الرابع:** ويتضمن مؤشرات كلينيكية، والنشرة للمستوى الحالي لأداء لشخص الذكي في في مجالات الحياة المختلفة والعلاقات الاجتماعية والأداء المهني والشغل و وقت الفراغ

**ثانيا:نظام التصنيف المتعدد المحاور:**

ويتضمن هذا النظام عدد من المحاور، وهي

**-المحور الاول: يتضمن الزملات- الأعراض- المرضية الآتية**

1_إضطرابات تشخص عادة في الطفولة المبكرة و الطفولة المتأخرة والمراهقة

2-إضطرابات الوعي الهذيان اختلال عقل كل سيان والاضطرابات المعرفية

3- الإضطرابات متعلقة بالتعاطي

4- الفصام والإضطرابات الذهنية الأخرى

5-الإضطرابات المزاجية

6-إضطرابات القلق

7- إضطرابات التفكك( انفصالية)

8- إفتراضات جنسية

9- إضطرابات الأكل

10-إضطرابات النوم

11- إضطرابات ذات شكل الجسمي

12-إضطرابات التحكم الاندفاعي الذي لا تصف في موضوع آخر

**المحور الثاني: ينتظم تحته اضطرابات الشخصية وهي:**

أ- الشخصية البارنويدية

ب-الشخصية الفصامية

ج-الشخصية المضادة للمجتمع

د-الشخصية البينية

هـ- الشخصية الهستيرية

ز-الشخصية النرجسية

ح-الشخصية التجنبية

ط-الشخصيةالمعتمدة

ي-الشخصية الوسواسية

**المحور الثالث: يتضمن الشروط الطبية العامة.**

**المحور الرابع يتضمن المشكلات السيكو اجتماعية والبينيةوهي:**

أ.مشكلات ترتكز على الجماعة علاقة الطفل بالوالدين

ب.مشكلات تتعلق بالبيئة الاجتماعية

ج.مشكلات تتعلق بالبيئة التعلمية

د.مشكلات مهنية

هـ.منزلية

و. اقتصادية

و. مشكلات خاصة بخدمات الرعاية الصحية

ح. مشكلات تتعلق بالتعامل مع النظام القانوني

ط. مشكلات سيكو اجتماعية أخرى

**المحور الخامس يتضمن مقياسا لتقدير الأداء الإجمالي :**

وذلك باعتبار أن الأداء النفسي والاجتماعي والمهني يقع على متصل الصحة المرض العقلي فصيلة ولا يتضمن هذا المقياس الخلل في الأداء كمؤشر بمحددات بينية واجتماعية. ويشتمل على مستويات الآتية:

**1. المستوى الأول :(100 /91)**أداء الفرد جيد على مستوى واسع من المناشط المختلفة، ويتحكم في المواقف الحياتية ويلجأ إليه الآخرين في احتياجاتهم( أي أن الفرد به العديد من الخصائص الإيجابية ولكن لديه أعراض مرضية)

**2.المستوى الثاني:(81/90)**يوجد لدى الفرد الحد من الأعراض (قلق معتدل مثل قلق الامتحان) مع السلامة وأداء جيد في كل المجالات، له اهتمامات وينغمس في مدى واسع من المناشط، وله تأثير إجتماعي يكون فيه راض عن حياته، ولا توجد لديه إلا المشكلات العرضية.

**3.المستوى الثالث :(71/80)**وجد أعراض مرضية ولكنها برة ومتوقعة كردود فعل الان عصابات بس هيك واجتماعية وهي ليست من خلال بسيط في الأداء الوظيفي والاجتماعي أو المدرسي.

**5.المستوي الخامس:(51/60)**توجد أعراض مرضية بدرجة متوسطة مثل عاطفة سطحية،وهلع مفاجئ،أوصعوبات متوسطة في الأداء الاجتماعياو المهنية او المدرسي (عدم وجود اصدقاء وعدم القدرة على الاحتفال بالعمل).

**6.المستوى السادس:(41/50)**توجد أعراض شديدة مثل التفكير الانتحاري، والسلوكيات القهرية، أو أي خلل شديد في الأداء الاجتماعي أو المهني أو المدرسة.

**7. المستوى السابع :(31/40)**يوجد بعض الخلل في مستوى الاتصال بالواقع مثل حديث لا منطقي أو مبهم أو غير متناسب، أو خلل شديد في مجالات كثيرة مثل العمل أو المدرسة أو العلاقات الأسرية، أو في الحكم على الأمور والتفكير والمزاج( شخص مكتئب مبتعد عن الأصدقاء )، إهمال الأسرة، عدم القدرة على العمل، ضرب الطفل المتكرر للأطفال الأصغر سنا.

**8.المستوى الثامن:(21/30)**تأثر السلوك بدرجة كبيرة زلات والهلاوس، والخلل الشديد في التواصل والحكومة (الانشغال بأفكار الانتحارية، وانفعال وتصرفات غير مناسبة "مخجلة "وزع في قادرة على الأداء في معظم المجالات الحياة كقضاء اليوم في السرير بدون عمل).

**9.المستوى التاسع:(11/20)**توجد خطورة في الأعراض كالأضرار بالذات والآخرين،مثل المحاولات الانتحارية مع التوقع الغير منطقي للموت، التهيج و العنف النهيج الهوسي وعجز من حين لآخر عن الاحتفاظ بأدنى حد من الشخصية والبدنية مثل التلوث بلبراز ،والخلل الزائد في التواصل الاجتماعي مثل التفكك او الصمت الدائم

**10.المستوى العاشر:(1/10)**الخطر الدائم من الأزرار الشديد بالذات والآخرين كالعنف المتكرر أو عدم القدرة التامة بالاحتفاظ بالحد الأدنى من الصحة العامة( الفعل الانتحاري الجاد)(عبد الرحيم صالح علي ،2014،ص126،127،128،129،130،).

**التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة**

هو تصنيف تقوم منظمة الصحة العالمية بنشره، واختصاره العالميICD، ويتم فيه تصنيف الأمراض والأعراض والعلامات والمسببات على شكل شفرات تتكون من 6أرقام، فكل مرض( أو مجموعة الأمراض ذات العلاقة) موصوف بكود( رمز)فريد ويستند هذا الدليل على إحصاءات الوفيات والمرضى، وينشر بشكل دوري كل عشر سنوات وهو حاليا في طبعته10، المعروفة بالتصنيف الدولي للأمراضICD10–وهذا التصنيف مترجم إلى 42 لغة، ويوجد عنه إصدارات معدلة حسب احتياجات الدول مثل: كندا أستراليا وروما والفلبين..وغيرها ويحتوى ICD–10ثلاث أجزاء:

الجزء الأول التصنيف الأساسي

الجزء الثاني دليل استخدام

الجزء الثالث الفهرس الأبجدي

على العموم تصنف الاضطرابات النفسية في المراجعة العاشرة على وفق آخر تصنيف وصادر عام 1992 كالآتي:

1–الإضطرابات العقلية والسلوكية الخرف بأنواعه..

2– الإضطرابات التي تظهر بسبب استعمال العقاقير التسمم الحاد

3– الفصام

4– إضطرابات المزاج الهوس اضطراب وجداني ثنائي القطب

5– إضطرابات هو صعوبة مخاوف وساوس

6- ظواهر سلوكية تتصل بإصدار عبات فيزيولوجية و جسمية واضطرابات الأكل

7-إضطرابات النوم التي لا تتصل بأمراض عضوية مثل أرق

8-إضطراب الوظائف الجنيسة الذي لايتصلبامراض عضوية

8- إستيرادات عقلية وسلوكية في مرحلة النفاس

9- إضطرابات غير مصنفة في مكان آخر

10- إساءة استعمال عقاقير لا تسبب الإدمان

12- إضطرابات الشخصية عند البالغين

13- إضطربات شخصية خاصة مثل الشخصية السيكوباتية

14- إضطربات شخصية تختلط فيها الاعراض

15-تغيرات مستديمة في الشخصية لا ترجع إلى إصابات تغيرات بعد كوارث

16- إضطرابات العادات اضرام النار والسرقةالمرضية

18- إفتراضات في التفاصيل الجنسية

19- إضطرابات خاصة في التطور والميول الجنسية

20-إضطراباتأخرى في الشخصية والسلوك

21-والتخلف العقلي بسيط

22-إضطرابات النمو أنا النفسي خاصة في الكلام واللغة

23-إضطرابات انفعالية وسلوكية تبدأ في الطفولة والمراهقة مثل استراب فرط الحركة والنشاط الزائد.

**6 . طريقة تشخيص الإضطرابات النفسية:**

**معنى التشخيص النفسي:** يقصد بالتشخيص في الطب معرفتكم وكيف المرض الذي يعاني منه المريض وذلك عن طريق فحص الأعراض واستنتاج الأسباب وجمع الملاحظات وتكاملها و وضعها في فئة معينة ثم إطلاق اسم مرض معين على نوعية الأعراض والتشخيص في الطب العقلي.

**تعريف التشخيص:** يمكن تعرف تشخيص نفسي على أن هو تلك العملية التي يقوم بهاالسيكولوجي،ويهدف من خلالها جمع الديانات والمعلومات عن الفرد ليعالجها خاصة تمكنه من ان يرسم صورة متكاملة الشخصية هذا الفرد ،وتتضمن وصفا دقيقا لقدراته وامكاناته ،ومشكلاته واسبابها وذلك بهدف وضع تصور واستراتيجية معينه لحظه عمل تلائم تنفيذها مع هذا الفرض

**أهمية تشخيص:**

عن طريق التشخيص يمكن تحديد نوع المشكلة وأهميتها ومدى خطورتها عن طريق التشخيص المبكر تكون فرصة العلاج أفضل يمكن نقل كم هائل من المعلومات من خلال تشخيص واحد تساعد في تحديد أنواع العلاجات التي يحتمل أن تكون لها فعالية أكثر من غيرها.

**أهداف التشخيص:**حدد الرواف 2015 أهداف التشخيص كالتالي:

- تحديد العوامل المساعدة للاضطراب
- التمييز بين الافتراض العضوي والوظيفي
- الكشف عن الاستجابة للاضطراب
- تقوم درجة العجز العضوي والوظيفي
- تقدير درجة الاضطراب في مدى وعمق
- التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب
- تحديد الأسس التي ينبغي عليها اختيار منهج علاج معين (صالح،2014: 140)

**أدوات التشخيص:**

**1- أولا المقابلة الإكلينيكية**

تعتبر المقابلة الوسيلة الأولية الأساسية في الفحص والتشخيص،وهي علاقة إجتماعية مهنية وجها لوجه بين المعالج والمريض في جو نفسي أمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع معلومات لازمة، أي أنها علاقة فنية حساسة يتم فيها تفاعل إجتماعي هادف وتبادل معلومات وخبرات ومشاعر وإتجاهات و يتم فيها التساؤل عن كل شيئ وتتم المقابلة بين المعالج وبين المريض ومن يتصل بهم أو يهمهم أمره من أهله وأقاربه وأصدقائه وجيرانه وزملائه، يجب الإعداد الجيد للمقابلة بما يضمن أن تكون نتائجه مثمرة، ويجب أن يتيح المعالج الفرصة الكاملة للمريض للتعبير عن نفسه وأن يكون حسن الاصغاء ويجب أن تخلو المقابلة من الأمر والنهي و الإيحاء وإستعجال المريض أو إكمال حديثه، وأن لا تتخذ صورة التحقيق

**2الملاحظة الإكلينيكية:**

لا نستطيع الحصول على جميع المعلومات المطلوبة من خلال المقابلة فقط فلابد من الحصول على معلومات أزيد عن طريق الملاحظة أو المعاينة تلك التي تنصب على ما فعل الشخص أكثر منإنصبابها على ما يقول أنه يفعل، فقد تكشف عن المعلومات التي لا يريد المريض الإفصاح عنها أو تلكالتي يعجز عن التعبير عنها لفظيا وإن كانت الملاحظة تتم أيضا خلال عملية المقابلة،فالفاحص يلاحظسلوك المريض وطريقة الإستيعاب وردود أفعاله وتغيرات وجهه وحركاته ولوازمه ومدى طاعته وعصيانه كما يلاحظ هندامه ومظهره الخارجي، وما قد يوجد به من عاهات ظاهرة ومظهره الفيزيقي وسماتهالسلوكية والمهارة في الملاحظة الإكلينيكية

أساسية في العمل التشخيصي فقط ولكنها أساسية أيضا في ترشيد العلاج سواء كان فرديا أو جماعيا أو عن طريق اللعب ...

**3دراسة الحالة:**

يعتب دراسة الحالة وسيلة أو أسلوب لجمع المعلومات التي يتم جمعها بكافة الوسائل عن المريض،وهي تحليل دقيق للموقف العام للمريض ككل، وبحث شامل لأهم خبرات المريض،وهي صورة لتقديم مجمعة شاملة للشخصية ككل بهدف تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتنضيمها وتلخيصها ووضع وزن إكلينيكي لكل منها.

**4الإختبارات والمقاييس النفسية:**

تعتبر الإختبارات والمقاييس النفسية من أهم وسائل جمع المعلومات وهي كثيرة ومتنوعة في المجال العيادي، نذكر منها: إختبارات لقياس الذكاء والقدرات والإستعدادات والتحصيل واختبارات لقياس الشخصية والميول والقيم والإتجاهات والتوافق والصحة النفسية ...الخ وتتنوع الإختبارات والمقاييبين التحريرية وغير اللفظية والفردية والجماعية واختبارات ومقاييس القوة والسرعة والأداء .

ومن الشروط التي يجب توفرها في الإختبارات و المقاييس الصدق الثبات- التقنين-الموضوعية-سهولة الإستخدام . ويتطلب إجراء ها مراعات بعض الأمور الأساسية مثل: إختبار أنسبها حسب الحالة، وحسن إختبار الأخصائي الذي يقوم بإجرائها وتفسير نتائجها وإثارة دافعية المريض لأخذها في مكان ومناخ نفسي مناسب . (زهار،37:2017 )

**ثانيا: أنواع الاضطرابات النفسية:**

**1- الإضطربات السيكوسوماتية (الأعراض الجسمانية)**

**1-1- مفهومالإضطربات السيكوسوماتية**

إن مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية في القاموس العلمي الصغير تعنيالاضطرابات العضوية ذات المصدر النفسي larroussdelamedicineوحسب نوباغ سيلامي فإن مصطلح "بسيكوسوماتيك" يعني طب شامل يهتم بالروح والجسد معا.

أما في اللغةالانجليزية فيترجم هذا المصطلح إلى "psychsomatic" وتعرفها الانسكوبيديا البريطانية بأنها الاستجابات الجسمية للضغوط الانفعالية والتي تأخذ شكل اضطراب جسميأما قاموس علم النفس فيعرفها بأنها الظاهرة النفسيةاللاسوية - المرضية والظروف الجسمية أو البدنية .(الوحيدي، عامر ،2022 :9)

**- تعريف الإضطرابات السيكوسوماتية:**

– إن مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية في القاموس العلمي الصغير تعنيالاضطرابات العضوية ذات المصدر النفسي، larroussdelamedicine وحسب نوباغ سيلامي فإن مصطلح "بسيكوسوماتيك" يعني طب شامل يهتم بالروح والجسد معا.أما في اللغةالانجليزية فيترجم هذا المصطلح إلى "psychsomatic"

" وتعرفها الانسكوبيدياالبريطانية "بأنها الاستجابات الجسمية للضغوط الانفعالية والتي تأخذ شكل اضطراب جسمي"

أما قاموس علم النفس فيعرفها بأنها الظاهرة النفسيةاللاسوية – المرضية والظروف الجسمية أو البدنية.(الوحيدي، عامر ،2022 :9)

الإضطرابات السيكوسوماتية على أنها: "حالات مرضية تتأثر فيها وظائف الجسم بشكل سلبي بسبب العوامل النفسية". (غانم، 2015: 48

– ويعرف العالمان (فابيان .ل .روك ود كوستيلو الأمراض السيكوسوماتية بأنها مجموعة الأمراض التيتصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه وتكون من الجدة والإصرار بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي – المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيفحدتها» .(عطوف، 1988 :31)

وفي الأخير نستنتج أن أغلب التعريفات للاضطرابات السيكوسوماتية تتفق على الأبعاد المهمة المشتركة التي ذكرتها.وتشمل هذه الأبعاد:

الترابط بين العقل والجسد: تُشير الاضطرابات السيكوسوماتية إلى أن العقل والجسد يتفاعلان مع بعضهما البعض بشكل عميق. فالعوامل النفسية، مثل التوتر والقلق والاكتئاب، يمكن أن تؤثر على وظائف الجسم، مما يؤدي إلى ظهور أعراض جسدية.

**أعراض جسدية بدون سبب طبي:** في حين أن الأعراض الجسدية للاضطرابات السيكوسوماتية حقيقية ومزعجة، إلا أنه لا يمكن تفسيرها من خلال العوامل الطبية التقليدية. ففحوصات الجسم والاختبارات المعملية تأتي سلبية عادةً.

**دور العوامل النفسية:** تلعب العوامل النفسية، مثل التوتر والقلق والاكتئاب، دورًا رئيسيًا في تطوير الاضطرابات السيكوسوماتية. يمكن لهذه العوامل أن تؤثر على الجهاز العصبي والجهاز المناعي والجهاز الهرموني، مما يؤدي إلى ظهور أعراض جسدية.

ومن أمثلة الاضطرابات السيكوسوماتية:

**الصداع:** يمكن أن يكون الصداع ناتجًا عن التوتر أو القلق.

**قرحة المعدة:** يمكن أن تؤدي التوترات النفسية إلى تفاقم القرحه المعدية .

**1-2- معايير تشخيص الإضطرابات السيكوسوماتية وفقا لـ DSM5**

يرتكز تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية في الدليل التشخيصي على العلامات العيادية التالية:

- واحد أو أكثر من الاعراض الجسدية المؤلمة والتي تؤدي الى تعطل كبير في الحياة اليومية.A

- افكار، مشاعر أو سلوكيات مفرطة متصلة بالأعراض الجسدية او المخاوف الصحية المرتبطة بها كما تتجلى Bبواحد على الاقل مما يلي:

1- افكار غير متناسبة مستمرة حول خطورة اعراض الشخص.

2- استمرار مستويات القلق المرتفعة حول الصحة او الاعراض.

3- الوقت والطاقة المفرطين والمخصصين لهذه الاعراض او المخاوف الصحية.

- على الرغم من ان عرضا جسديا واحدا قد لا يكون حاضرا باستمرار، فالحالة العرضية تبقى ثابتة (عادة أكثر من 6 أشهر).

تحديد ما إذا كانالالم.مع الم مسيطر (سابقا) اضطراب الالم هذا المحدد هو للأفراد الذين تنطوي اعراضهم الجسدية غالبا علىتحديد ما إذا كانمستمر: يتميز المسار المستمر بالأعراض الحادة، ضعف ملحوظ، ومدة الطويلة (أكثر من 6 اشهر)

تحديد الشدة التالية

خفيف واحد فقط من الاعراض المحددة في المعيار يتم الوفاء بها.

متوسط: يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الاعراض المحددة في المعيار.

شديد يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الاعراض المحددة في المعيار، بالإضافة الى تواجد شكاوى جسدية متعددة او عرضجسدي واحد شديد جدا(الحمادي ،2020: 124).

**1_3أسباب ظهورالإضطربات السيكوسوماتية**

أسباب رئيسية للاضطرابات السيكوسوماتية:أشارت (طراد، 2021 ) إلى فكرة أن فهم العوامل المسببة للإضطرابات السيكوسوماتية أمرًا معقدًا، حيث تتداخل فيها العديد من العوامل النفسية والجسدية والبيئية.

**1. الضغوط النفسية والإحباطات:**

تُعدّ الضغوط النفسية والإحباطات من أهم مسببات الاضطرابات السيكوسوماتية. فعندما يتعرض الفرد لمستويات عالية من الضغط أو يمر بتجارب مُحبطة، فإن ذلك يُؤثّر على قدرته على التكيف والتوازن، ممّا قد يُؤدّي إلى ظهور أعراض جسدية.

وتشمل بعض الأمثلة على الضغوطات المُسببة للاضطرابات السيكوسوماتية:

فقدان الوظيفة أو التعرض لمشاكل مالية.

الموت أو المرض في العائلة.

المشاكل الزوجية أو العائلية.

التعرض للعنف أو الصدمات النفسية.

الشعور بالوحدة أو العزلة.

**2. ضعف آليات التكيف:**

تلعب آليات التكيف دورًا هامًا في كيفية تعامل الفرد مع الضغوطات، وتشمل بعض آليات التكيف الصحية:

- التحدث إلى صديق أو فرد من العائلة.
- ممارسة الرياضة.
- تقنيات الاسترخاء مثل التأمل أو اليوغا.
- طلب المساعدة المهنية من طبيب نفسي أو معالج.

أمّا ضعف آليات التكيف، فيُمكن أن يُؤدّي إلى:

- الكبت.
- الإدمان.
- السلوكيات العدوانية.
- الأكل بنهم أو فقدان الشهية.

**3. الاستعداد الوراثي:**

أظهرت بعض الدراسات أنّ بعض الأشخاص قد يكونون أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية من غيرهم بسبب عوامل وراثية.

ويمكن أن تلعب العوامل الوراثية دورًا في:

- استجابة الفرد للضغوطات.
- قدرته على التعبير عن مشاعره.

- كفاءة آليات التكيف لديه.

من المهم ملاحظة أنّ هذه العوامل الثلاثة غالبًا ما تتفاعل مع بعضها البعض لتُؤدّي إلى ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

ولذلك، فإنّ علاج هذه الاضطرابات يتطلب نهجًا شموليًا يُعالج العوامل النفسية والجسدية والبيئية.

**1_4النظريات المفسرة للإضطرابات السيكوسوماتية :**

**نظرية الفرويدية :**

إن العديد من المفاهيم السيكوسوماتية في الطب النفسي المعاصر ترجع إلى فرويد الذيتؤكد نظرياته في التحليل النفسي على دور العوامل النفسية في إظهار بعض الاستجاباتالتحولية مثل الشلل والعمى الهيستيرى ولقد قامت المدرسة الفرويدية الحديثة بدراسةنظريته الأساسية وقدم النموذج الأولي لها ساندور فرنشير SandorFerenczi الذياستخدم النظرية لتوضيح بعض الأمراض مثل قرحة القولون.

ولقد اهتمت مدرسة التحليل النفسي بالديناميات والتفاعل بين القوى الثلاث الهو و الآنا والآنا الأعلى ويؤكد أصحاب هذا التوجه على ثلاثة مبادئ أساسية و هي:

1- مبدأ الحتمية النفسية أى معظم سلوكنا محدد ولا يتم اختياره بحرية، بل هو محددبواسطة طبيعة قوى نفسية.

2- إن هذه القوى تعمل بشكل لا شعوري.

3- إن هذه القوى تتأثر بخبرات الطفولة (فيصل، 2000 :77)

**- النظرية السلوكية**

يفسر السلوكيون الاضطرابات السيكوسوماتية من اهتمامهم العرض وليس بالمعنى الرمزي للعرض المرض) فوجهوا اهتمامهم بصورة خاصة الى العوامل الموقفية بدلا من الفروض الغيبية. لذلك اعتبر بعضهم أن الاضطراباتالسيكوسوماتية عبارة عن اشتراط أي تعلم شرطي، فقد افترض أن الإنسان قد يكون لديه أصلا حساسية من الغبار ،وعن طريق عملية تعميم المثير يصبح أي شيء مرتبط بالغبار حتى رؤيته أو مجرد التفكير فيه يثير النوبات الربوية،فيفترضون أن الاضطرابات السيكوسوماتية تحدث بسبب التعزيز، إما بزيادة الانتباه نحو استجابات معينة أو بخفضها.الأطفال مثلا يمكن أن يكونوا عرضة للإصابة بهذه الاضطرابات إذا شاهدوا أحد أفراد العائلة يلقى تعزيزا على إظهاره أوشكواه من آلام، بدنية، وكذلك الارتباط بين المرض والمكافأة عند المريض نفسه، فالمريض يعامل معاملة خاصة فيهاالرعاية والاهتمام، إذا المرض يحقق له مكاسب ويؤدي ذلك

لحدوث التعزيز وميل المريض إلى التكرار وفقا للمبدأ القائلأن الاستجابة المعززة هي التي تثبت في خبرة الإنسان.(العيسوي، 2000، :-225)

**نظرية ألكسندر من مدرسة نيويورك:**

لقد افترض ألكسندر Alexandre أن كل اضطراب سيكوسوماتي يعكس نمطا معينا منالصراعات اللاشعورية، معتقدا أن كل شكل من أشكال الاضطرابات السيكوسوماتية تعبر وترمز إلى نوع من الصراع الذي يؤدي إلى حدوث حالة تثبيت عند المرحلة السابقة لقد استشهد بمفهوم S. Freud للنكوص مشيرا إلى أن المرضى السيكوسوماتيين يمرون بصراعات مرضية في طفولتهم و تصبح مثبتة عند هذه المرحلة و تلح و تعيد نشاطها و تصبح فعالة لدى المريض (عطوف ،1988،:64)

**2 الوسواس القهري:**

**2_1- مفهوم الوسواس القهري:**

يعرف لا بلانش( 1973) أنوسواس القهري على أنه قوة داخلية حيث يشعر الفرد نفسه مرغما بهذه القوة الداخلية على أن يفعل، وعليه أن يفكر على هذا النحو ويناضل بدأ هذه القوة(بن عجية، مكي 2021،: 369).

مفهوم الوسواس القهري يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الوساوس بأنها أفكار مقاومة أو معتقدات أو دفاعات قهريةيخيرها الشخص على أنها مقتحمة وغير ملائم، وتسبب قلقا ملحوظا وشعوربالكرب ( اليوسف نجلا2014،: 332)

يري (kormet،2010،7):اضطراب الوسواس القهري المعروف أكثر بإسم الوسواس القهري هو مرض أو اضطراب عصبي نفسي شائع يتميز بالوساوس والأفعال القهرية أوكي دي هما و بتغيير نوعية الحياة خاصة من حيث التفاعلات الاجتماعية والأنشطة والهواجس والأفعال المقيدة

وتعرف الهواجس من خلال وجود أفكار مستمرة ومتكررة والشكوك والصور والرغبات التي لا يمكن كبتها تسبب الضيق والقلق لدى المريض .

وبهذا فالوسواس والافعال القهرية من الإضطرابات النفسية التي تشكل خطر على سلامة الصحة لنفسية والعقلية،كونه مجموعة من الافكار المتسلطة على سلوكات المضطرب مما تشكل عائق كبير في حياته.

**2_2- معايير تشخيص الوسواس القهري وفقا لـ DSM. 5**

-وجود إما وساوس أو أفعال قهرية أو كليهما:

1-أفكار واندفاعات أو صور متكررة وثابتة فصيلة تختبر في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها مقتحم متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد قلقا أو إحباطا ملحوظا

2-يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تجسيدها بأفكار أو أفعال أخرى أي بأداء فعل قهري

**2-1- تعرف الأفعال القهرية**

1- سلوكيات متكررة مثل غسل اليدين، الترتيب، التحقيق أو أفعال عقلية (مثل الصلاة فصيلة العد، تكرار الكلمات بصمت)والتي يشعر المريض أنه ساق لأدائها استجابة بوسواس فصيلة أو وفق لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

2- سلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل إحباط أو القلق أو منع حادث أو موقف فضيع، يبدو أن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع وتقليل الإحباط أو القلق، أو من حادث أو موقف فظيع، أما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي مصممة لتجسيد أو منعه أو أنها مفرطة

**ملاحظة:**الأطفال الصغار قد لا يكون قادرا على التعبير عن أهداف هذه السلوكات أو الأفعال القهرية

تكون الوساوس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت تستغرق أكثر من ساعة يوميا مثلا أو تسبب إحباطا سريريا هاما أوزع في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أوغيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى

C- أعراض الوسواس القهري لا تعزل التأثيرات الفيزيولوجية لمادة مثلا إساءة استخدام عقار، دواء أول حالة طبيعية أخرى

D-لا يفسر إضطراب بشكل أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر على سبيل المثال المخاوف المفرطة كما في إضطراب القلق المعمم، الانشغال بالمظهر كما في اضطرابالاكتناز نتف الشعر، كما في هوس نتف الشعر(اضطراب نتف الشعر)نزع الجلد، كما هو الحال في( إضطراب نزع الجلد) النمطية، كما هو الحال في اضطراب الحركة النمطية، طقوس سلوك الأكل كما هو الحال في إضراب الأكل، الانشغال بالمواد بالمقامرة كما هو الحال في إضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد، الانشغال بوجود مرض، كما هو الحال في اضطراب قلق المرض، الاندفاعات أو التخيلات الجنسية، كما هو الحال في إضطراب الولع الجنسي، الاندفاعات كما هو الحال في إضطرابات السلوك والسيطرة على الانفعالات ،واخيرا الذنب كما هوالحال في اضطراب الاكتئابي الجسيم،زرع الأفكار أو الانشغالات التوهمية، كما في طيف الفصام أو الاضطرابات الذهنية الأخرى، أو أنماط متكررة من السلوك كما في اضطراب طيف التوحد .

تحديد ما إذا كان

– مع بصيرة جيدة أو مناسبة :يدرك الفرد بشكل مؤكد اوبشكل محتمل أنا معتقدات الوسواس القهري ليست صحيحة أو انها قد تكون غير صحيحة

–مع فقرة البصيرة: يظن الفرد أن معتقدات الوسواس القهري صحيحة على الأرجح

–مع غياب البصيرة، معتقدات وهمية يكون فرد مقتنعا تماما بأن معتقدات الوسواس القهري صحيحة حدد ما إذا كان.

– متعلقة بالعرات: لدى الفرد تاريخها لي أو سابق الاضطراب العرة.(الحمادي، 2020: 181)

**2_3– أسباب الوسواس القهري :**

إن الإصابة بالوساوس والأفكار والأفعال القهرية لم يحدد من طرف وجهة محددة، في تعدد الإصابات أكد على تعدد الأسباب والعوامل التي لا يمكن حصرها في:

–وجود مجموعة من السمات تجعل الشخص أقل تحكما وأكثر ضعفا بحيث يصبح فريسةلأفكاره الوسواسية وأفعاله القهرية والنتيجة زيادة المرض من حيث شدته ونوعه ونتيجة النهائية أن المريض يدخل في دائرة مرضية.

–عوامل سلوكية يكتسبها المصاب بعد التكرار المتوازن للأفعال وسلوكات أو طقوس معينة بغيته التخفيف من درجة القلق والتوتر الذي تسببه الفكرة الوسواسية.

– أسباب عضوية متعلقة بالجانب العصبي ك إنخفاض في مادة السيروتونين على مستوى النواقل العصبية أو وجود إستعداد وراثي متعلق بالجينات والذي يتوارثه الأبناء عن الآباء والأجداد.(بن عجيمة، مكي،2021 :370)

**2–4– النظريات المفسرة للوسواس القهري:**

**النضرية السلوكية:**

ترى (التركي،2017) أن السلوكيين فسرو إضطراب الوسواس القهري في ضوء نضرية التعلم في المبادئ التي تفسر السلوك السوي هي نفسها التي تفسر السلوك الغير السوي، والوسواس القهري شانه شأن أي سلوك يتشكل عن طريق التعلم من البيئة تحت الشروط التدعيم.

وبالتالي فإن الأفكار الوسواسية هي أنماط جديدة يمكن تعلمها حيث لها القدرة على إثارة القلق،والافعال القهرية مرتبطة بهاته الأفكار بحث يجد الفرد نفسه مرتبطا بالافكار وسواسية تجعلة قلق اذا لم يتم فعل مايزيل عنه هذا القلق، ويصبح الفعل مرغما به لتخلص من هذا القلق، حيث يصبح الفعل ثابتا من خلال التعلم.

ذكرت (منقوشي، كروم ، 2023 )جملة من النظريات فسر من خلالها اضطراب الوسواس القهري فصاغ ذلك في مايلي :

**النضريةالمعرفية:**تفسر حدوث إضطراب الوسواس القهري كما يلي :

أن التشوه في مخططات التفكير يؤدي إلى نشأة الأفكار المقتحمة لدى المصاب باضطراب الوسواس القهري ويمكن توضيحه هذا النموذج من خلال المفاهيم التالية:

– ترجمت الأفكار الطبيعية بأنها غير طبيعية وخطيرة أي أن الأفكار التي نجدها عند المصاب بإضطراب الوسواس القهري هي أفكار عادية لدى عامة الناس

– مشاعر مبالغ فيها تتعلق بالمسؤولية والشعور بالذنب يفسر الأحداث بشكل مبالغ ويتوقع الأسواق والشعور بالتقصير منه في استخدام كل طاقته لمنع خطر قد تهدده أو يهدد من حوله

– استجابات انفعالية مكرهة الشعور بالقلق، الخوف، الهلع...

**النموذجالجيني:**أشارت (منقوشي، كروم، 2023) الى تفسير النموذج الجيني للوسواس القهري ولخصته كما يلي :

أن إظطراب الوسواس القهري ينتقل عبر جينات أي أن الاستعدادالببولوجي الذي يولده الفرد يجعله أكثر عرضة للاضطرابوأكدت ذلك العديد من الدراسات إلى أن أظهرت نسبة جينية معقدة للاضطراب الوسواس القهري أي أن المرض لا يتعلق بمرض جيني في حد ذاته بل بهشاشة جينية.

**3- الحساسية التفاعية:**

**3-1- مفهومالحساسية التفاعية:**

تركز على مجموعة من أعراض الأساسية: مشاعر القصور والإحساس بالنقص خاصة في حالة المقارنة مع الآخرين، ويتميز الأشخاص ذو المستوى عالي من الحساسية التفاعلية ببعض الذات والانزعاج وعلامات الضيق أثناء التفاعلات بينهم وبين الآخرين، التوقعات السلبية بشأن الاتصال التفاعلي **(البحيري، 2005، 08).**

**4- الإكتئاب:**

**4_1 تعريف الإكتئاب:**

يعرفه حامد زهران بأنه حالة من الحزن الشديد والمستمر ينتج عن الظروف المحزنة الأليمة أو تعبير عن الشيء المفقود، بإمكان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لذلك (علي، 2020 :145)

عرفهBecketburns|(1987) بأنه أحد الإضطربات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن الشديدوفقدان الحب وكراهية الذات والشعور بالتعاسة، وفقدان الأمل، عدم القيمة،نقص النشاط والإضطراب المعرفي المتمثل في النضرية السلبية للذات، انخفاض تقديرها وتشويه المدركاتمع تحريف الذاكرة وتوقع الفشل مع نقص الفاعلية العقلية.(غربي، 2018: 75)

المعهد الأمريكي للصحة العقلية :يعرف الاكتئاب بأنه هي عبارة عن خلل في سائر الجسم والأفكار والمزاج ويؤثر على نظرة الإنسان لنفسه ولما حوله من أشخاص وما يحدث من أحداث بحيث يفقد المريض توازنه الجسدي النفسي والعاطفي .

أما وفي نفس السياق قدمت منضمة الصحة العالمية في تصنيفها الدولي العاشر (IcD10) تعريفا للإكتئاب بأنه:إنخفاض مزاج المريض وفقر اهتماماته،وعدم تمتعه بما يبهج الاخرين،وتفاوت كل واحدة مت تلك الأعراض في كل نوبة بين البسيط ووالمتوسط والشديد لذالك تتفاوت درجة الأعراض من وقت لأخر في الشخص الواحد أثناء نوبة الإكتئاب وتتخلص هذه الأعراض في هبوط القدرة علي التركيز وانحطاط تقديرالمريض لذاته وثقته بنفسه ،ومعانته من الإحساس بالذنب،والشعور بعدم أهميته والتشاؤم ،والتعب،أو إنعدام القوةوالتفكير في إيذاء نفسه بما فيه إقامه على الإنتحار ،الأرق الشديد والنوم ثم إنعدام الشهية(بلحسيني،الامام، 2019:149)

وعموما يمكن النظر علي أن الإكتئاب هو خبرة كلية تتمثل في تدني المزاج،لا يدرك الفرد مصدرها على الرغم من أنها تنجم عن خبرات أليمة وأحداث إنفعالية مؤثرة قد مرت به.

**4_2. معايير تشخيص الإكتئاب حسب apa:**

لقد جاء في تقرير الجمعية الأمريكية للطب النفسي عن الاكتئاب الأعراض الأكثر شيوعا على مستوى النفسي والتي تتمثل فيما يلي:

1- وجود شعور عميق من الحزن

2- فقدان ملحوظ للاهتمام بما هو محيط أو فقدان متعب الأنشطة

أما بالنسبة للأعراض الأكثر شيوعا على المستوى البدني فهي تتمثل في ما يلي

تغيرات في الشهية التي تؤدي إلى مكسب أو خسارة الوزن والتي لها علاقة باتباع نظام غذائي

1-فقدان الطاقة أو زيادة التعب

2-الارق او اطالة النوم والتهيج

3-الشعور بالذنب

4- صعوبات في التفكير والتركيز واتخاذ القرارات

5-خاطرت الموت والانتحار أو محاولات الانتحار.(حمودة، 2020 :152)

**4_3أسباب الإكتئاب:**

وفقا للاتحاد الفرنسي للطب النفسي أسباب او عوامل الإكتئاب تتمثل في شكل مبسط في ثلاث محاورأساسية، بيولوجية، نفسية،وإجتماعية:

الإكتئاب شائع بشكل خاص عند النساء،غير المتزوجين والأرامل، الأشخاص الذين عانوا من الحداد الحديث أو الأحداث المجهدة،فالإكتئاب هو أكثر شيوعا في المرضى الذين يعانون من ظروف جسدية خطيرة أو مزمنة، أو من فقدان الإستقلاليةأو يعانون من العجز الحسي .

التغيرات في نمط الحياة، الإنفصال،الحداد،وفقدان الروابط والادوار العائلية والإجتماعية، أو على العكس الأدوار الجديدة،كل هذا تعتبرعوامل تساهم في في نشأة الإكتئاب.

وتشير الدرسات العائلية والبيولوجية إحتمال تورط العوامل الوراثية في الإكتئاب الشديد وكذا تغيرات النشاط والتمثيل الغذائي للناقلات العصبية مع التقدم في السن، كما يبدو أن التغيرات الهرمونية العصبية تؤثر على المزاج، في الواقع أظهرت بعض الدراسات وجود علاقة إيجابية بين زيادة إفراز الكورتيزول وجود الإكتئاب.(شهيد،2016 :40).

**4_4- النظريات المفسرة للاكتئاب:** أشارت (كنز، 2019 )الى تفسير نظريتين للإكتئاب هما

-النظرية البيولوجية: أن النظرية البيولوجية تفسرالإكتئاب على النحو التالي:

أن الخبرات الانفعالية تؤثر على أن النشاط الكيميائي للدفاع، وبالتالي في المشاعر والأفكار والسلوك تتغير تبعا للتغيرات الكيميائية في الدماغ وإن الخلايا العصبية أو نقص المقدار المنقول أو المسحوب من المادة الكيميائية أو أي خلل وظيفي في عمل الخلايا الاستقبال كلها عوامل تساهم في بشكل أساسي في الإصابة بالاكتئاب

-النظرية المعرفية:أن النضرية المعرفية تفسر الإكتئاب على النحو التالي:

بيك أكد على وجود أربع مكونات رئيسية للاكتئاب تتمثل في

1- المكونات المعرفية:تتضمن الشعور بالعجز واليأس

2- المكونات الدفاعية :تتمثل في فقدان الدفاعية والاعتماد على الشعور بالسرور والبهجة

3-المكونات الإنفعالية: تتضمن عدم القدرة على الشعور بالسرور والبهجة

4- المكونات الجسدية: تبرز في أعراض الأرق وفقدان الرغبة الجنسية و سرعة الإجهاد أما سليجمان يرى أن السبب الرئيسي للاكتئاب هو توقع الفرد حلول أحداث سيئة وعدم قدرته على مواجهتها.

_النظرية السلوكية:تري (غربي، 2009) أن الاكتئاب ينجم عن تدني مستوى التدعيم الإيجابي وارتفاع مستوى الخبرات السلبية يمكن تفسيره من خلال مفهومي التعزيزو الاشراط.وانطلاقا منانضرية الاشراط بين الباحثين أن غياب أحداث سارة ايجابية في المحيط تفقد الفرد فعاليته،وبالتالي يميل الي الخمول والحزن،وغياب التعزيز قد يكون سبب في فقدان سلوك كان مدعما ومعززا.

-النظرية العقلانية الإنفعالية :تري(بن محمد،2009)أن الإكتئاب ماهو إلا حصيلة لتفكير غير عقلاني وغير منطقي،والتفكير الغير منطقي ينشأمن التعلم أو لاستعدادته البيولوجية،حيث يري أيليس صاحب النظرية أن الاضطربات الانفعالية ومن بينها الإكتئاب لا تنشأمن الخبرات أو الأحداث المنشطة وإنما من الأفكار التي يعتقدها الناس حول هذه المواقف والأحداث

**5- القلق:**

**5-1- مفهوم القلق:**

القلق هو عبارة عن حالة مزاجية سلبية تتصف بأعراض جسمية ونفسية مثل التوتر الجسمي والخشية من المستقبل، وهو ميزة بارزة لكثير من الاضطرابات النفسية وخصوصا الاضطرابات النفسية التي تسمى باضطرابات العصاب **(مواهب، 2018 :08)**.

يعرفه عكاشة (2003) بأنه " شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإداري، ويأتي في نوبات متكررة مثل: الشعور (بالإفراغ في فم المعدة) أو (السحبة في الصدر) أو (ضيق الصدر) ".

يعرفه سرحان (2014) على أنه " حالة انفعالية نفسية يتداخل فيها الخوف ومشاعر الرهبة والحذر والرعب والتحفز موجهة نحو المستقبل أو الظروف المحيطة ".

وفقاً لما ذكره قدوري (2017) مستنداً إلى معجم "علم النفس والطب النفسي، 1990":

يُعرّف القلق بأنه شعور عام بالفزع والخوف من شرّ مرتقب وكارثة توشك أن تحدث. ينشأ هذا الشعور كردة فعل لتهديد غير محدد، غالباً ما يكون ناتجاً عن صراعات لاشعورية ومشاعر عدم أمان ونزعات غريزية ممنوعة تنبع من داخل النفس.

في كلتا الحالتين، سواء كان مصدر القلق داخلياً أو خارجياً، يقوم الجسم بتعبئة إمكانياته لمواجهة هذا التهديد. حيث تتوتر العضلات ويتسارع التنفس ونبضات القلب.

**5-2- معايير تشخيص وفقا لـ DSM5**

1. قلق زائد وانشغال (توقع توجسي) يحدث أغلب الوقت لمدة ستة أشهر على الأقل حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل الأداء في العمل أو المدرسة أو الجامعة).
2. يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال.
3. يصاحب القلق والانشغال ثلاثة (أو أكثر من الأعراض الستة التالية) مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت لمدة الستة أشهر الأخيرة.

**ملاحظة:** يكفي عنصر واحد عند الأطفال.

- تململ أو شعور بالتقييد أو بأنه على الحافة.
- سرعة التعب.
- صعوبة التركيز أو فراغ العقل.
- استثارة
- توتر عقلي.
- اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائماً أو النوم المتململ واللامُرضي).

4. يسبب القلق أو الانشغال القلق أو الأعراض الجسدية إحباطا مهماً سريرياً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة من الأداء.
5. لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً أساة استخدام عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى (مثلاً فرط نشاط الغدة الدرقية)
6. لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر كالقلق أو الانشغال حول حصول هجمات الهلع في اضطراب الهلع، التقييم السلبي. كما في اضطراب القلق الاجتماعي، العدوى والوساوس الأخرى كما في الوسواس القهري. وما يذكر بالأحداث المؤلمة كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة وليس الانفصال عن شخص متعلق به كما في اضطراب الانفصال (**الحمادي، 2022: 173**).

**5-3- أسباب ظهور القلق:**

أشار (أبو فاخرة ،2021)الى مجموعة من الاسباب الكامنه وراء ظهور القلق ولخصها فيما يلي :

**1.الوراثة:** تراثٌ بيولوجي يُشكل استعدادناوان هناك دراسات اكدت، على وجود ترابط وثيق بين القلق والعوامل الوراثية. فلوحظ تشابه ملحوظ في استجابة الجهاز العصبي اللاإرادي للمنبهات الداخلية والخارجية لدى التوائم، مما يدعم وجود استعداد جيني لبعض اضطرابات القلق.

وتُظهر الدراسات العائلية أن 15٪ من آباء وإخوة مرضى القلق يعانون من نفس الاضطراب. وتزداد احتمالية الإصابة بالقلق بين التوائم المتشابهة من نفس البويضة لتصل إلى 50٪، بينما تنخفض النسبة إلى 30٪ لدى التوائم غير المتشابهة.

**2. السن:** مراحل الحياة وتأثيرها على القلق

يُلقي الضوء على دور العمر في تشكيل مستويات القلق. ففي مرحلة الطفولة، قد يظهر القلق في هيئة خوف من الظلام، الغرباء، الحيوانات، أو الوحدة. بينما يرتبط القلق في مرحلة المراهقة بعدم الأمان الاجتماعي والخجل،وتميل أعراض القلق إلى الاستقرار في سن النضج، لتعود وتظهر مجددًا في الشيخوخة مع ازدياد احتمالية الإصابة باضطرابات القلق.

**3. الأسرة:** ملاذٌ أو منشأٌ للقلقتلعب الأسرة دورًا محوريًا في تشكيل صحتنا النفسية. فالأسرة المُستقرة والداعمة تُوفر بيئة آمنة تُقلل من مخاطر الإصابة بالقلق. بينما قد تُفاقم العوامل الأسرية مثل العنف، أو الإهمال، أو سوء المعاملة من احتمالية الإصابة باضطرابات القلق.

**4. الوضع الاجتماعي الاقتصادي:** ضغوطات الحياة اليوميةأن التحدياتالاقتصادية والاجتماعية تُشكل ضغوطات هائلة قد تُؤدي إلى القلق.

فزيادة معدلات الاستهلاك، والضغوط المادية، والسعي الدائم لتحقيق الكماليات، وازدياد متطلبات الحياة، كلها تُشكل عبئًا نفسيًا قد يُفضي إلى اضطرابات القلق.

وتُضاف إلى ذلك النكبات الاقتصادية، والفشل في الحياة الزوجية أو المهنية أو الأكاديمية،كعوامل مُسببة لاحتمالية الإصابة بالقلق.

وقد اضاف ايضا (ابو عيشة ،2017)مجموعه من الأسباب المؤديه القلق بطريقه مختصر وهي كالآتي:

**1. الضغوط المباشرة:**

- فقدان الوظيفة.
- الخلافات الزوجية أو العائلية.
- المشاكل المالية.
- التعرض للعنف أو الجريمة.

الكوارث الطبيعية.

**2. الضغوط غير المباشرة:**

- الصراع بين رغبات الفرد وقيمه أو واجباته.

- الشعور بالمسؤولية الكبيرة دون امتلاك القدرة على التحكم.
- التعرض للنقد أو الرفض بشكل متكرر.
- الشعور بالوحدة أو العزلة الاجتماعية.
- الضغوطات الأكاديمية أو المهنية.

**3. التغييرات المجتمعية والحضارية:**

- التطور السريع للمجتمع وتغيراته المتسارعة.
- الضغوطات الاجتماعية والاقتصادية.
- الشعور بعدم الأمان أو عدم الاستقرار.
- فقدان الهوية أو الانتماء.
- التعرض لمعلومات سلبية بشكل مستمر.

**ومنه نستنتج :**

أنّه لا يوجد سبب واحد محدد لاضطرابات القلق، بل عادة ما تكون ناتجة عن تفاعل بين العوامل البيئية والورائية والأسرية والإجتماعية و الحضارية ولا يعود ظهور القلق لسبب واحد دون غيره بل كل هذه الأسباب مساعدة على ظهور القلق بشكل واضح .

**5-4- النظريات المفسرة القلق:**

النظريات المفسرة للقلق: ذكر (زعتر، 2010) جملة من النظريات فسر من خلالها ظهور القلق ولخصها فيما يلي :

**النظرية المعرفية:**

يرى أصحاب هذه النظرية أن العمليات العقلية هي أساس التوتر في سلوك الأفراد والتفسيرات التي يقدمها الفرد لأسباب أفعاله تُنتج سلوكيات مختلفة وإن المصاب باضطراب القلق لديه تصورات ذهنية عن حادث خطير سيقع، وهذه التصورات تُؤدي إلى اضطراب التفكير والشعور بالخطر.

يتفاعل الدماغ بقوة مع هذا التهديد المفترضيُصاحب القلق تشويش ذهني وصعوبة في التفكير السليم.

**النظرية السلوكية:**

يرى أصحاب هذه النظرية أن القلق هو نتيجة التعلم الخاطئ من البيئةالقلق المرضي هو استجابة مكتسبة من القلق العادي في مواقف معينة، يتعمم القلق بعد ذلك ليصبح سلوكًا روتينيًاالقلق عند السلوكيين هو استجابة متعلمة وفقًا لمبادئ التعلم الإشراطييُحفز القلق الفرد على التوافق مع محيطهيُعد القلق خبرة سلبية يسعى الفرد

لتقليلها، يُقدم القلق أدلة تُساعد الفرد على التكيف مع المواقف، يتشكل القلق من خلال العصبي حسب التعلم الشرطي الكلاسيكي.

**النظرية الفسيولوجية :**

تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي. ومن ثم تزيد نسبة الادرينالين والنورادرينالين في الدم ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي ارتفاع ضغط الدم لدى الفرد، وتزايد ضربات القلب، وجحوظ العينين، وزيادة العرق، وجفاف الحلق، وأحياناً رجفة في الأطراف، وصعوبة في التنفس أما ظواهر نشاط الجهاز البارسمبثاوي فأهمها كثرة التبول والإسهال، ووقوف الشعر وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم. ويتميز القلق فسيولوجياً بدرجة عالية من الانتباه المرضي في وقت الراحة، مع بطء التكيف للكرب، أي أن الأعراض لا تقل مع استمرار التعرض للإجهاد، نظراً لصعوبة التكيف لدى مرضى القلق.( إيمان رمضان بشير، 2022 :15)

**نظرية فرويد:**

اشار الأستاذ (سعد الله ، 2009) الى نظرية فرويد وتفسيرها للقلق بطريقة مختصرة وكان طرحه كما بلي:

يعدّ سيغموند فرويد من أوائل من فسّروا ظاهرة القلق من منظور التحليل النفسي. يرى فرويد أنّ القلق ينشأ عن صراعٍ بين مكونات الجهاز النفسي، وهي:

**الهو:** يمثل الجزء البدائي من الشخصية، ويحتوي على الغرائز والرغبات المكبوتة.

**الأنا:** الوسيط بين الهو والعالم الخارجي، ويسعى لتحقيق التوازن بين رغبات الهو ومتطلبات الواقع.

**الأنا الأعلى:** يمثل المُثل والقيم الداخلية، ويُقيّم سلوك الفرد ويُصدر الأحكام الأخلاقية.

يعتقد فرويد أنّ القلق ينشأ عن ثلاثة أنواع من التهديدات:

**التهديدات الخارجية:** مثل الخطر الجسدي أو الفشل الاجتماعي.

**التهديدات من الهو:** مثل رغبات مكبوتة قوية تسعى للتعبير عن نفسها.

**التهديدات من الأنا الأعلى:** مثل الشعور بالذنب أو الفشل في تحقيق المُثل والقيم.

**آليات الدفاع:**يطور لأنا آليات دفاعية لحماية نفسه من القلق، ومن أهمّها:

**الكبت:** قمع الرغبات والأفكار المزعجة في اللاوعي.

**الإسقاط:** إلقاء اللوم على الآخرين بدلاً من تحمل المسؤولية عن المشاعر والأفكار المزعجة.

**الإزاحة:** تحويل القلق من مصدره الحقيقي إلى مصدر آخر أقلّ تهديدًا.

**التكوين:** تحويل القلق إلى أعراض جسدية.

**نظرية أ. أدلر: A. ADLER**

يرجع أدلر (1976) القلق إلى عقدة الشعور بالدونية أو عقدة القصور وقدكان في بداية الأمر يركز على القصور العضوي دون غيره ثم أصبح يشملهذا الشعور بالدونية القصور المعنوي أيضا والذي يتضمن المتغيراتالاجتماعية التي تؤثر على الطفل كالتربية والمعاملة الوالدية إلى غير ذلك منالمتغيرات الموجودة في البيئة الاجتماعية .(سعد الله، 2009 :249)

**6- العداوة**

**6_1مفهوم العداوة**

يستخدم مفهوم السلوك العدواني بمعاني مختلفة،لذا لايوجد تعريف واحد متفق عليه من جانب واحد متفق عليه من جانب واحد متفق عليه من جانب واحد لكل الباحثيننضرا لتعقيده،إلا أن الغالبية توصلوا إلي أن هذا السلوك يهدف الي إلحاق الضرر بالذات أو بالأخرين أو الممتلكات.(الحسيني،2018 :338)

يعرف باصbuss:العدوان على أنه سلوك يصدره الفرد لفضيا أو ماديا، أو صريحا أو ضمنيا مباشرا أو غير مباشر،ناشطا او سلبيانويترتب على هذا السلوك إلحاق أذى بدني او مادي او نقص للشخص نفسه صاحب السلوك أو للأخرين(صالح،2017 :27)

**بندور**:هو سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة إلى السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية الآخرين وهذا السلوك يعرف اجتماعيا على أنه عدوان.

**مورفي ألبرت:**أن السلوك العدواني إستجابة فيها إصرار تغلب على العقبات التي تقف في سبيل تحقيق رغبات الأطفال.( علي ،أحمد،2012:215)

**يعرفه جابر عبد الحميد جابر وعلى الدين كفافي:** بأنه سلوك مدفوع بالغضب والكراهية والمنافسة الزائدة، ويتجهويتجه إلي الإيذاء والتخريب أو هزيمة الأخرين ،وفي بعض الحالات على الحالات يتجه إلي الذات(عثمان،2018: 229)

من خلال مما سبق نجد أن السلوك االعدواني هو سلوك يلحق الضرر بنفس او بلاخر سواء كان ماديا أو معنويا

**6_2- معايير تشخيص العداوة:**

1- يبدأ السلوك العدواني بنوبة مصحوبة بالغضب والإحباط، يصاحب ذلك مشاعر منالخوف والقلق والخجل.

2- تتزايد نوبات السلوك العدواني نتيجة للضغوط النفسية المتواصلة أو المتكررة في بيئته.

3- الاعتداء على الأقران انتقاماً، أو بغرض الإزعاج باستخدام اليدين أو الأظافر.

4- الاعتداء على ممتلكات الغير والاحتفاظ بها أو إخفائها لمدة من الزمن بغرض الإزعاج.

5- يتسم الفرد في حياته اليومية بكثرة الحركة وعدم أخذ الحيطة لاحتمالات الأذى.

6- عدم القدرة على قبول التصحيح.

7- مشاكسة غيره وعدم الامتثال للتعليمات وعدم التعاون والحذر والتهديد اللفظي وغير اللفظي سيكولوجية العدوان والنظريات المفسرة له .

8- توجيه الشتائم والألفاظ النابية.(الزليطي،2014: 171)

**6_3أسباب ظهور العداوة:**

تكمن أسباب العدوان في الأتي:

1العدوان غريزة عامة موجودة لدي الإنسان لتفريغ الطاقة العدوانية الموجودة عنده ويجب التعبير عنها.

2العدوان سلوك متعلم، فيتعلمون هدا السلوك من خلال الخبرات التي يمدون بها في حياتهم.

3العدوان نتيجة حتمية بما يواجه الفرد من إحباطات متكررة وتؤدي إلي تنبيه السلوك لدي الفرد.

4عدم قدرة الأطفال على إدراك متى متى يشعرون بالإنزعاج أو الإحباطولا يستطيعون مرعاة المشاعرالأخرين إلا بعدأن ينفجرو في نوبة غضب شاملة

5إن معظم الاطفال الذين يأتون من أسر تستخدم العقاب وتسودها الخلافات مما يكتسبون صفات عدوانية ويمارسون سلوكا عدوانيا.(الزليطي،2014: 171 )

إذن العدوان سلوك فطري لدي الإنسان لتفريغ الطاقة العدوانية نتيجة الإحباطات التي يواجهها خلال حياته مما يدفعهم الي ممارسة سلوكات عدوانية

**6_4- النظريات المفسرة للعداوة:**

ذكر( وزنتي،2022 )أن النظرية الفيزيولوجية ونظرية تعلم الإجتماعي فسرتا السلوك العدواني كما يلي:

**النظرية الفيزيولوجية:** أن السلوك العدواني يظهر بدرجة أكبر عند الأفراد الذين لديهم تلف الجهاز العصبي( التلف الدماغي) حيث وجدت الدراسات بأنه كلما زادت نسبة هرمون التستيرون في الدم زادت نسبة حدوث السلوك العدواني.

**نظرية تعلم الاجتماعي:**

السلوك العدوانية تعلمه كنتائج لعمليات التفاعل الاجتماعي بحيث يكسب الأفراد هذا السلوك من خلال التقليد والنمذجة.

**النظرية الإنسانية او الأتجاه الأنساني:**

ذكر(الزليطي،2014)أنرائد الإتجاه (ابراهيم ماسلو) من خلال إطار الهرمي الشكل المتمثلة فالحاجات الفيسيولوجية ثم حاجات الامن والحاجات الاجتماعية وثم حاجات الأنا مثل احترام الذات والحاجات الاجتماعية ومن ثم حاجات الانا مثل إحترام الذات والحاجة إلي الإنجاز الذاتي مثل الإبداع والإبتكاروالتبصير.

كما يري الإخفاق أو الفشل في إشباع الحاجات الفيسيولوجية يمنع الفرد من تمني الحاجات اللاحقة،إلي الحاجات الإجتماعية وإشباعوالعنف والعدوان (هو سلوك يلجأ اليه الإنسان لتحقيق الحاجات الأساسية إذ ان السبب الأول في الإضطربات الشخصية والامراض النفسية هو الفشل في إشباع الحاجات الأساسية .

**النظرية السلوكية:**

ترى (الرواب،2022) أن السلوكيون يعتبرون ان العدوان شأنه شأن أي سلوك يمكن إكتشافه،كما يمكن تعديله وفقا لقوانين التعلم،ومن خلال الدرسات التي قامو بها أقرو بأن السلوك متعلم من البيئة،حيث أن الفرد يري السلوكات يكتسبها الفرد من خلال التعلم ثم يمارسها.

**نظرية الإحباط والعدوان:**

ذكر(صالح،2017)ان دولار وزملأه يرون أن تعرض الفرد للإحباط قد يستثير لديه، وأن السلوك العدواني ماهو إلا نتيجة حتمية للإحباط مما يؤدي غالبا الي السلوك العدواني كما نجد الكثير من الذين عانو من الإحباط يصدر عنهم سلوكات عدوانية.

**7- الفوبيا:**

**7-1- مفهوم الفوبيا:**

يعرفها جليفورد وآخرون: " الفوبيا هي خوف غير معقول لا يمكن تعليله في موقف ما لا يوجد حد للمنبهات التي تثير المخاوف المرضية عند خبرة بالغة للخوف وقعت في الطفولة، وخبرات حرجة كبتت وتطفو إلى سطح الذاكرة فيما بعد مسببة القلق " **(بطرس، 2008: 40).**

ويذكر محمدي (2000) أن الفوبيا يعرفها أيضا محمد عبد الظاهر: " أن الفوبيا هي خوف مستمر متطرف ذو طبيعة غير معقولة، وقد يتضمن توقعا مستمرا لموقف مخيف، وهو فكرة متسلطة وملحة وغير منطقية، إذ أن الشخص يعرف تماما أن هذا الموضوع أو هذا الموقف ليس بخطر حقيقي، وهذه الذاكرة

المتسلطة تجبر الشخص على أن يتجنب هذا الموضوع أو هذا الموقف ويبتعد عنه ومن ثم يسلك سلوكا قهريا ".

عرفت الفوبيا في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي على أنها " خوف شديد مرضي من موضوع أو موقف لا يستثير عادة الخوف لدى عامة الناص وأسويائهم، ومن هذا اكتسب صياغة الحرف كالخوف من الأماكن المفتوحة (**أسامة، 2012: 337**).

الفوبيا هي خوف فجائي مفرط من موضوع معين يقابل بالأحجام المستمر والإنسان الذي يعاني من هذا الاضطراب، يعرفه أن خوفه غير متناسب مع الخطر الذي يستشعره (**العبيدي، 2013 :275**).

الفوبيا هي نوع من اضطرابات القلق تتميز بالخوف الشديد والغير مبرر شيء معين، مما يؤدي إلى تجنبه بكل تكلفة (**القشاعلة، 2023: 275**).

**7-2- معايير تشخيص الفوبيا5 DSM**

خوف ملحوظ أو قلق حول شيء أو موقف محدد (مثلا: الطيران، المرتفعات، الحيوانات، أخذ حقنة، رؤية الدم).

ملاحظة: عند الأطفال الخوف أو القلق قد يعبر عنه بالبكاء، نوبة الغضب، التجمد أو التشبث.

يحرض دائما للتعرض لشيء أو الموقف الرهابي أو بخلاف ذلك قد يجري تحمله مع القلق أو خوف شديد (**الحمادي، 2022، ص164**).

-الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي والسياق الثقافي والاجتماعي.

-يكون الخوف القلق التجنب مستمر ويدون وبشكل نموذجي لستة أشهر أو أكثر.

-يسبب الخوف القلق التجنب إحباطي سريريا مهما أو انخفاضا في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء العامة الأخرى.

-لا يفسر الاختلال بشكل أفضل بأعراض مرض عقلي آخر متضمنا الخوف، القلق، التجنب لمواقف مترافقة مع أعراض شبيهة بالهلع أو الأعراض المعقدة الأخرى (كما في رهاب الساح) أشياء أو مواقف متعلقة بالوسواس (كما في اضطراب الوسواس القهري (**الحمادي، 2022: 295**).

**7-3- أسباب ظهور الفوبيا:**

ذكرت اغيات سالمة (2019) أن هناك أسباب عديدة بظهور هذا الاضطراب واختلف العلماء في طرحها فمنهم من أرجعها للوراثة فقال أن الآباء يورثون هذا الخوف إلى أبنائهم، حيث أن هناك أشخاص لديهم قابلية أكثر للإصابة بالخوف المرضي وهذه القابلية قد تكون أسبابها جينية، ومن العلماء من قال أن الخوف

المرضي وهذه القابلية قد تكون أسبابها جينية، ومن العلماء من قال أن الخوف المرضي خوف متعلم يتعلمه الإنسان خلال مرحلة التنشئة الاجتماعية أي أن أسبابه نفسية اجتماعية غالباً ما تكون صدمة نفسية سببتها خبرة سيئة أو حدث مخيف.

كما نوهت اغيات سالمة (2019) على أن أصحاب التحليل النفسي يرون أن سبب المخاوف يعود إلى الصراعات النفسية المكبوتة، فخشية عواقب الفعل هي التي تحمل الطفل على كبت كراهيته أو غيظه أو لذته خوفاً من العواقب، فالفرد ولأنه يخاف من غرائزه يجهل حقيقتها وبالتالي يحول قلقه نحو شيء رمزي.

أما عن المدرسة السلوكية وقد ذكرت اغيات سالمة (2019) أنهم يرون أن المخاوف هي عبارة عن استجابات سلوكية مكتسبة نتيجة لتجارب غير سارة، زاد في تضخيمها ردود أفعال المحيط أو نتيجة لعدم الآمان الذي يرجع إلى غياب الأم.

إن الظروف الأسرية المضطربة التي تسودها التوتر والمشاحنات المستمرة بين الأبوين، أو بين الإخوة تؤدي إلى شعور بعدم الأمان مما ينتج عن ذلك عدم القدرة على مواجهة المخاوف **(أغياب، 2019 :42)**.

تبقى أسباب المخاوف المرضية عديدة ومتعددة، فالبعض يرجعها إلى ظروف الحياة الحديثة الناتجة من جراء حركات التصنيع الكبرى، والبعض يراها كعصاب نفسي ناجم من خبرات الفشل والإحباط، والبعض يرجعها لأسباب وراثية ناتجة عن أسباب بيولوجية والبعض يرجعها إلى أسباب أسرية **(أغياب، 2019 :49)**.

**7-4- النظريات المفسرة للفوبيا:**

**نظرية التحليل النفسي:**

ترى مدرسة التحليل النفسي أن الخوف المرضي (الفوبيا) عبارة عن حيلة دفاعية لا شعورية حيث يحاول المريض عن طريقه- أي الخوف المرضي- عزل القلق الناشئ عن فكرة أو موضوع أو موقف معين مر به خلال حياته اليومية وتحويله إلى فكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي الذي غالبا ما يجهله المريض، وعلى الرغم من معرفة المريض غرابة خوفه إلا أنه لا يستطيع التحكم أو السيطرة على خوفه **(الزراد، 2005: 49)**.

يقول سيجموند فرويد في تفسير هذه المخاوف أنها عبارة عن مخاوف داخلية ذاتية أو مخاطر داخلية تحولت إلى مخاطر خارجية أو انتقال ما يشعر به الإنسان من قلق داخلي إلى قلق خارجي أقل خطورة من الشعور بالقلق أو الذنب الداخلي **(زغير، 2010: 206)**.

**النظرية السلوكية:**

يعتبر هذا الاتجاه المخاوف المرضية عبارة عن استجابة متعلقة- مكتسبة- تم تعلمها عن طريق عملية الاشراط وذلك بأن أصبح المريض يخاف من بعض الظروف التي اقترنت زمنيا بالمثير الأصلي وخاصة في مرحلة الطفولة، ونتيجة ذلك يكتسب المثير غير الطبيعي الشرطي عند بافلوف صفات المثير الطبيعي غير شرطي فأصبح بفعل ما يفعله **(الزراد، 2007: 47)**.

النظرية المعرفية:

ميز جوزيف ولي بين المخاوف العصابية التي ترجع إلى أسباب معرفية مكتسبة من البيئة أو المحيط وبين المخاوف الكلاسيكية المكتسبة عن طريق الاشراط، فقد وجد ولي أن الكثير من المخاوف العادية مرتبط بتهديدات واقعية تستند إلى أرضية فكرية أو معرفية يتم اكتسابها من قبل البيئة مثل الخوف من الأفاعي أو عيادة الأسنان بالرغم من أننا لم نتعرض إلى آلام حفر الأسنان أو إلى أذى الأفاعي... فالخوف هنا معرفي وقد يصل هذا الخوف العادي إلى الخوف العصابي المكتسب، ونحن نعرف أن المعلومات أو المعارف خاطئة أو ناقصة **(الزراد، 2007: 50)**.

أما المخاوف الكلاسيكية فهي التي نختبرها ونتعرض لها ميدانيا مثل: الخوف من ركوب العربات بعد حادث اصطدام، خوف الجندي من القتال من أهوال الحرب، وهذا النوع من المخاوف أكثر انتشارا **(الزراد، 2005: 51)**.

وتنظر هذه النظرية للمخاوف المرضية على أنها مجموعة من الأفكار أو المدركات غير الواقعية التي يحملها الفرد اتجاه موقف ما (موقف خرافي) **(الزراد، 2005: 51)**.

**8- البارانويا**

**8-1- مفهوم البارانويا:**

وتسمى ذهان الإضطهاد او الهذيان الإضطهادي أوجنون العضمة ويعرفها عطوف ياسين "بأنها حالة ذهانية وإضطراب وظائفي ويتصف بالأوهام والهذيانات والمعتقدات الخاطئة عن الإظطهاد أوالشعور بالعظمة او هذاء الجنس هذاء الغيرة والمشاكسة".(أحمد،2011 :24 )

يفسردكتور ألفت حقي البارانويا هي أضراب وظيفي جزئيللقوى العقلية، تحتفظ الشخصية فيه بباقي صفاتها سليمة وقد يحدث هذا الاضطراب بدرجة من التطرف في الجزئية بحيث يمر وغير ملحوظ إلى نهاية حياته أحيانا .

أما الدكتور عبد الحميد محمد الشاذلي فيعرفه :الهذاء( البارانويا )حالة مرضية ذهنية يميزها الأوهام اله ديانات والمعتقدات الخاطئة والجامدة عن العظمة أو الاضطهاد، وتكون الشخصية متماسكة رغم وجود

المرض ومنتظم نسبيا وعلى إتصال لا بأس به بالواقع ولا يوجد تغيير في السلوك العام ويطلق في بعض الأحيان على هذا المرض، " الجنون العاقل "حيث يبدو المريض منطقيا ومرتبا في كلامه ولكن هذا الكلام مبني على فكرة خاطئة وهو أنه عظيم و مضطهد ويمكن ظهور هذا الهذاء في منتصف العمر مرحلة الرشد ينتشربين المطلقين والمهاجرين(ازر،2017: 87)

ونستخلص بأن البرانويا هي حالة نفسية تتميز بوجود شكوك شديدة وغير مبررة فيما يتعلق بالأخرين والمصابين بلبرنويا يعانون من معتقادات غير واقعية إلي انهم يعتبرونها حقيقية

**8_2معايير تشخيص البرانويا وفقا DSM5**

– ارتياب وشك شامل في الآخرين بحيث تفسر دوافعهم على أساس من سوء النية يبتدأ هذا الارتياب منذ البلوغ الباكر ويبتدي في العديد من السياقات كما يستدل عليه بأربع أو أكثر من التالي

1–شبهات، دون أساس كافي، في أن الآخرين يستغلونه أو يرافقون به الأذى أه أو يخدعونه

2– منشغل بشكوك لا مسموع لها حول وفاء وإنتمائه الأصدقاء والزملاء.

3_يتردد بالوثوق في الآخرين بسبب الخوف غير المسموع من أن المعلومات تستخدم بشكل خبيث ضده

4–يستنبط من الملاحظات أو الأحداث البادئة إهانات وتهديدات خف

5– يحمل الضغائن بصورة متواصلة أي لا يصرح في الإهانات أو الأذيات أو الاحتقارات

6– يستشعر هجومات على شخصه أو سمعته لا تكون ظاهرة للآخرين وهو سريع الاستجابة بالغضب أو القيام بهجوم مضاد

7–لديه شكوك متكررة، دون مسموع فصيلة في إخلاص الزوج أو الشريك الجنسي

–B لا يحدث حصر أثناء سيرفس ان، أو الاضطراب ثنائي القدم أو الاضطراب بقى الاكتئاب مع مظاهر ذهنية، أو إضطراب ذهني آخر، ولا يعزل التأثيرات الفيزيولوجية مباشرة لحالة طبية أخرى

ملاحظة: إذا تحقق المعايير قبل بدء الفصام أضف (قبل المرض) مثال اضطراب الشخصية الزورانية (ما قبل المرض)(الحمادي، 2022: 432)

**8_3– أسباب ظهور البارانويا:**

يرجع زهران 1998 الأسباب إلى:

– الصراع النفسي الدائم بين الرغبات الفرد المكبوتة والخوف من الفشل في إشباعها لتعارضها مع المعايير الاجتماعية ومع القيام والمثل العليا ، مع الإحباط والفشل والإخفاق في معظم مجالات التوافق الإجتماعي

والإنفعالي، والإعتماد المفرط والزائد على حيل الدفاع النفسي وظهور هذه الحيل في شكل أعراض الهذاء، ومن أهم هذه الحيل :الإنكار والتبرير والتعويض والكبت والإسقاط

-خبرات الطفولة المؤلمة واضطراب الجو الأسري وسيادة التسلطية والنقد ونقص كفاية التنشئة الإجتماعية والفشل في تحديدمستوى طموح يتناسب مع القدرات

-تهديد أمن الفرد من خلال المنافسة أو الرفض أو الخزي والهزيمة

-خبرات الحياة الصادمة،والمشكلات التي تتمركز حول احترام وقيمة الذات والمكانة الإجتماعية

-المشكلات الجنسية وسوء التوافق الجنسي،العنوسة،وتأخر الزواج،والحرمانالجنسي.(وليم، 2019: 123)

**8-4 النظريات المفسرة للبرانويا:**

**تفسير البرانويا ضمن التحليل النفسي:**

ترى (ازر،2017)أن فرويد فسر البرنويا من خلال عقدة إديب، وذلك من خلال دراسته للحالة أحد المرضى لديه الذي كان يضهر لدية نزعة جنسية مثلية متخفية، حيث كان للمريض رغبة في جماع جنسي سلبي بشكل مسط على الأخرين، ولكون هذه المشاعر غير مقبلة ومنبوذة إجماعيا قام المريض بإنكارها ثم إسقاطها ومن هنا إفترض فرود حدوث الهذاء.

**تفسير ضمن نظرية المجتمع الزائف:**

ترى(أزار، 2017):أن هناك دراسات في علم الاجتماع أظهرت أن التعلم الدور الاجتماعي والتفاعل مع الجماعة يحمل فرد من الإضطرابات النفسية وفي غياب هذا الدور يظهر الاختلال غذائي، فالطفل الذي لم يكسب مهارات التفاعل الإجتماعي منذ الصغر يولد لديه عجز في الإتصال مما يؤدي إلى سلوك الغزال والتمركز على الذات وعدم فهم المحيط و منطق الحياة الإجتماعية والعلاقات الانسانية.

**9- الأعراض الذهانية:**

**9-1- مفهومالذهانية:**

هو اضطراب عقلي خطير يؤدي بصاحبه إلى تعطيل إدراكه واستيعابه وذاكرته وعجزه عن رعاية نفسه أي إلى الجنون، كما يصيب الشخصية والسلوك بالتفكك والاضطراب لذا يمنع المذهون من تكوين علاقة مع الآخرين، وهو لا يعني أنه مريض فهو فاقد الاستبصار وتأتيه هلوسات وهذاءات (**الحسيني، 2010: 03**).

يعرف زهران (2005) على أنه اضطراب عقلي خطير وخلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطربا، ويعوق نشاطه الاجتماعي.

**9-2- أعراض الذهان:**

يرى الحسني (2010) أن للذهان مجموعة من الأعراض وقد لخصها في:

1. اضطراب النشاط الحركي فإما يبدو على المريض البطء والجمود والحركات الشاذة، وإما يبدو عليه زيادة في النشاط وعدم الاستقرار والهياج والتخريب.
2. تأخر الوظائف العقلية اضطراب التفكير فتظهر غير مترابطة مشتتة. وتتشكل الأوهام مثل أوهام العظمة أو الاضطهاد أو الإثم أو الانعدام. ويظهر اضطراب الفهم بشدة واضطراب الذاكرة والإدراك مع وجود هلوسات بأنواعها البصرية والسمعية والشمية والذوقية واللمسية والجنسية. ويلاحظ اضطراب الكلام وعدم تماسكه وترابطه ولا منطقيته، واضطراب مجراه فقد يكون سريعاً أو بطيئاً أو متقطعاً، واضطراب محتواه حتى ليصبح في بعض الأحيان وكأنه لغة جديدة خاصة. وأحيانا يكون هناك انفصال كامل عن الواقع. وعدم استبصار المريض بمرضه يجعله لا يسعى للعلاج ولا يتعاون معه وقد يرفضه.
3. اضطراب الانفعال، فيبدو على المريض التوتر والتبلد وعدم الثبات الانفعالي والتناقض الوجداني والخوف والقلق ومشاعر الذنب الحادة. وقد تراود المريض فكرة الانتحار.
4. اضطراب السلوك بشكل واضح فيبدو شاذاً نمطياً انسحابياً، واكتساب عادات وتقاليد وسلوك تختلف وتبتعد عن طبيعة الفرد.

**9-3- أسباب الذهان:**

أسباب الذهان كثيرة جدا ولخصت فيمايلي:

أ. **أمراض الجهاز العصبي:** أورام الدماغ، الخرف، التصلب، مرض لايم، السفلس، مرض الزهايمر، مرض باركنسون، خلل في أملاح الجسم، انخفاض أو زيادة الكالسيوم، انخفاض المغنزيوم، انخفاض الفوسفات.

ب. **أمراض نفسية:** إصابات الدماغ، الفصام، الاكتئاب الشديد، التوتر الشديد، قلة النوم، التعرض لصدمات مريعة، توقف فجائي لبعض الأدوية (**الحسيني، 2010 :05**).

**9-4- النظريات المفسرة للذهان:**

**1- النظرية المعرفية:**

وفقا للمقاربة المعرفية فالأعراض الذهانية تنشأ نتيجة لإختلالات في معالجة المعلومات في الدماغأي إختلال في تحليل وتفسير المعلومات المرسلة، حيث يمكن أن يؤدي هذا الإختلال إلى إنحراف التفسيرات غير الصحيحة. وعليه يعتبر الذهان نتيجة لإضطرابات في المعالجة المعرفية مثلا: الإنتباه، التذكر، التفكير، التفسير. وتعتمد هذه العمليات على المعلومات المخزنة في الذاكرة والتجارب السابقة والمعرفة المكتسبة. ((صالح، زروالي، 2023، ص46).

**. النظرية السيكو دينامية المفسرة الذهان:**

من وجهة النظر التحليلية فان اعراض الذهان بما فيها الهذيان هي محاولات بناء علائقية مع الواقعوهذه العلاقة الجديدة التي يتبناها الفرد مرضية ولكنها ضرورية للشخص وتتم بطريقة لا شعورية وكان فرويديرى بان الاضطرابات الذهانية كالفصام مثلا عبارة عن صورة من صور النوكوص. فأنا الذهاني لا تكونقوية بالدرجة التي تسمح بالتعامل بنجاح مع متطلبات الهو أو الأنا الأعلى، فيحدث نكوص للمرحلة الفميةالمبكرة أي مرحلة التجزئة والمرحلة التلاحمية التي تتوحد فيها الذات بعد وكل ما هو خارجي يعتبره امتداد لذاته ما يؤدي لعدم اعترافه بالواقع، (صالح ، زروالي، 2023 :47)

**خلاصة الفصل:**

إن الإضطرابات النفسية، هي مجموعة واسعة من الحالات التي تؤثر على تفكيرك ومزاجك وسلوكك. يمكن أن تسبب ضيقًا كبيرًا وتجعل من الصعب على الفرد التعامل مع الحياة اليومية،على الرغم من شيوعها، إلا أنها لا تزال موضوعًا محاطًا بالوصمة، مما قد يمنع الناس من طلب المساعدة التي يحتاجونها.

وتختلف أعراض الاضطرابات النفسية اختلافًا كبيرًا اعتمادًا على نوع الاضطراب. فبعض الأعراض الشائعة تشمل: الشعور بالحزن أو القلق أو الغضب بشكل مفرط أو دون سبب التغيرات في الشهية أو النوم صعوبة التركيز أو اتخاذ القرارات الانسحاب من الأنشطة الاجتماعيةالشعور بالعدوانية أو التهيجالأفكار أو المعتقدات غير الواقعيةالهلاوس أو الأوهام،أما عن أسبابها فهي معقدة وغالبًا ما تكون متعددة العوامل. فبعض العوامل التي قد تلعب دورًا كالعوامل الوراثية إذ يمكن أن تزيد بعض الجينات من خطر الإصابة باضطراب نفسي.

اما عن كيمياء الدماغ فقد تؤدي الاختلالات في كيمياء الدماغ إلى أعراض الاضطرابات النفسية،يمكن ايضا ان تؤدي الأحداث الصعبة أو المؤلمة، مثل الاعتداء أو الإهمال، إلى زيادة خطر الإصابة باضطراب نفسي ، وايضا يمكن أن تلعب العوامل البيئية، مثل التعرض للسموم أو الإجهاد المزمن، دورًا في الإصابة بالاضطرابات النفسية،هناك العديد من النظريات التي تفسر ظهور الإضطرابات النفسية: النظريات البيولوجية التي تركز على دور العوامل البيولوجية، مثل الوراثة وكيمياء الدماغ، في الإصابة بالاضطرابات النفسية، وكذلك النظريات النفسية: التي تركز على دور العوامل النفسية، مثل الأفكار والمشاعر والسلوكيات، في الإصابة بالاضطرابات النفسية،كذلك النظريات الإجتماعيةوالتي تركز على دور العوامل الاجتماعية، مثل العلاقات والضغوطات الاجتماعية، في الإصابة بالاضطرابات النفسية.

وهناك ايضا نظريات تدمج كل هذه التفاسير يتم تشخيص الاضطرابات النفسية عادة من قبل أخصائي، مثل الطبيب النفسي أو المعالج النفسي. سيقوم الأخصائي بإجراء تقييم شامل، بما في ذلك مقابلة ومراجعة للتاريخ الطبي واختبارات نفسية. ويتم التشخيص بناءً على معايير محددة موجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)،هناك العديد من أنواع الاضطرابات النفسية المختلفة، ولكن بعض أكثر الأنواع شيوعًا تشمل: (القلق، الإكتئاب، العداوة، الفوبيا، الذهان، البارانويا، الوسواس القهري، الإضطرابات السيكوسوماتية).

# الفصل الثالث:

# الإجراءات المنهجية للدراسة

**تمهيد:**

بعدما تطرقنا إلى الجانب النظري بمختلف جوانبه، ســـوف نعرض الجانب الميداني كل ما يخص المنهج المتبع في الدراسـة لتوضـيح حدود الدراسـة و العينة المختارة والأدوات المسـتخدمة لجمع البيانات بما يحقق أهداف الدراسة

**1- منهج الدراسة:**

إن اختلاف المنهج يعتمد على طبيعة المشكلة البحثية المراد دراستها من طرف البحث والهدف الذي ستره من خلال بحثه العلمي من أجل الوصـول إلى الحقائق العلمية والمعارف . إذا أن اختيار منهج مناسـب يعصم الباحث من الخروج عن موضوع بحثه

- فالمنهج "هو أسـلوب للتفكير والعمل يعتمد هو الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضـها وبالتالي الوصـول إلى نتائج وحقائق معقولة حول ظاهرة موضوع الدراسة"( المحمودي، 2019: 35)

كما يعرف على أنه" الأسـلوب الذي يسـتخدمه الباحث في دراسـته لظاهرة معينة ولادي من خلاله يتم تنظيم الأفكار المتنوعة بطريقة تمكنه من علاج مشكلة البحث "(المحمودي، 2019، :35)

وقد تم اعتماد المنهج الوصــفي في هذه الدراســة نظرا لكونه منهج مناســب لبلوغ الهدف المرجو من الدراسة.

المنهج الوصفي يعرف على أنه الطريقة لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة، وتصوير نتائج التي يتم التوصل إليه على أشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها (المحمودي، 2019: 46).

**2- مجتمع الدراسة :** تمت الدراسة الميدانية بجامعة محمد خيضر بسكرة **و**تمثل مجتمع الدراسة في الطلبة الذينيزاولون دراســتهم في جامعة محمد خيضــرمن اختلاف الكليات والمســتويات(الجامعة المركزية والقطب الجامعي شــتمه كلية العلوم الاجتماعية، كلية الحقوق والعلوم الســياســية، كليته العلوم التكنولوجية، كلية الآداب واللغات، كلية العلوم الدقيقة والعلوم الطبيعية والحياة، كليات التسـييروالاقتصـاد) كان تطبيق مقياسـنا عن بعد وذلك كونه مقياس إلكتروني اعتمدنا توجيه على تطبيق Messageذلك بإرسـال مقياس إلى مجموعة الدراسة التي تخص طلبة من مختلف الكليات.

**3- عينة الدارسة:**

تم إختيار العينة بطريقة عشـوائية بسـيطة بتوزيع إسـتبيان إلكتروني على طلبة جامعة محمد خيضـر بسكرة البالغ وبلغت عينة الدراسة 156 طالب وطالبة ممن أجابوا على الإستبيان الالكتروني وهم مقسمين

الي جنسين( ذكر ، انثي) وخمس مستويات(1ـ2ـ3ليسانس،1ـ2 ماستر)والتى تتراوح أعمارهم من 18الى اكثر من 25سنة وإمتدت من شهر فيفري الي غاية ماي 2024

**خصـــائص عينة الدراســـة:**تتســـم عينة الدراســـة الحالية وهم طلبة جامعة محمد خيضـــر بســـكرة بفرعيها (مركزوشتمة) بعدة سمات وخصائص وهي موضحة في الجداول التالية:

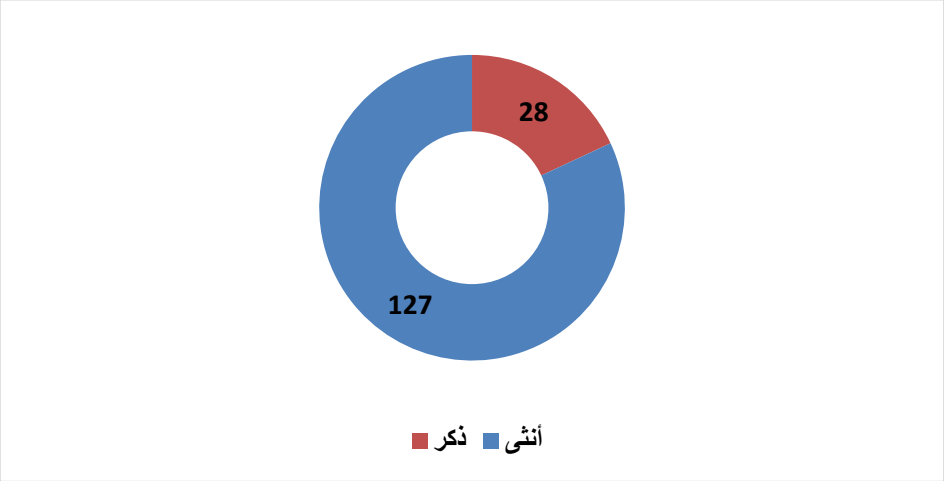
**جدول رقم (01):يمثل نوزيع عينة الدراسة حسب الجنس**

| الجنس | التكرار | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| ذكر | 28 | %18،1 |
| أنثي | 127 | %81،9 |

من إعداد الطالبتان بالإعتماد على برنامج SPSS

يوضح الجدول رقم أن نسبة الذكور تبلغ (18،1%) فيما بلغت نسبة الإناث( 81،9%)

**الشكل رقم (02): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب الجنس**



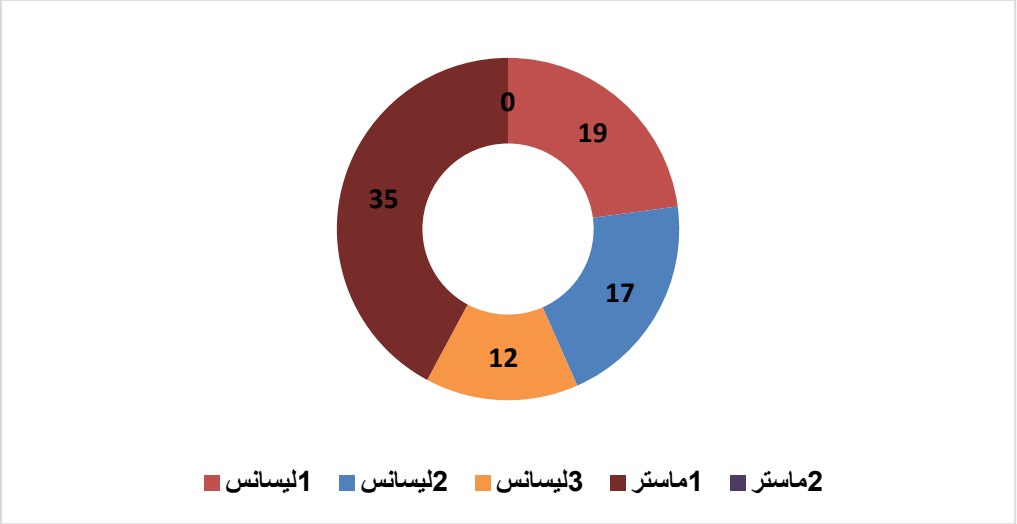

**جدول رقم(02): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب المستوى**

| المستوى | التكرار | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| 1ليسانس | 19 | %12،3 |
| 2ليسانس | 17 | %11 |
| 3ليسانس | 12 | %7،7 |
| 1ماستر | 35 | %22،6 |
| 2ماستر | 72 | %46،5 |

من إعداد الطالبتان بالإعتماد على برنامج SPSS

تبين من خلال الجدول رقم (02) أن نسبة طلبة 1ليسانس تبلغ 12،3% أما نسبة طلبة 2ليسانس تبلغ 11% أما طلبة 3ليسانس فتبلغ نسبتهم 7،7% أما عن طلبة 1ماستر فتبلغ نسبتهم 22،6% وطلبة 2ماستر ونسبة طلبة 2ماستر تبلغ 46،5%.

**الشكلرقم(03):** يمثل توزيع عينة الدراسة حسب المستوى



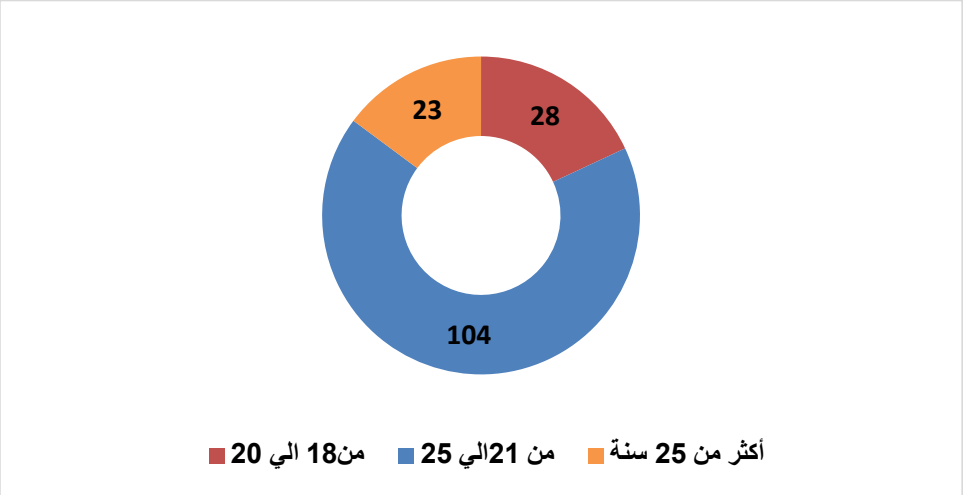

**جدول رقم (03): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب السن**

| السن | عددالطلبة | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| من18 الي 20 | 28 | %18،1 |
| من 21الي 25 | 104 | %67،1 |
| أكثر من 25 سنة | 23 | %14،8 |

من إعداد الطالبتان بالإعتماد على برنامج SPSS

تبين من خلال الجدول رقم أن اعمار الطلبة التي تتراوح اعمارهم من 18الى 20 بنسبة 18،1%ومن 21الى 25 بنسبة67،1% ومن 25 فأكثر بنسبة 14،8%

**الشكل رقم (04):** يمثل توزيع عينة الدراسة حسب السن



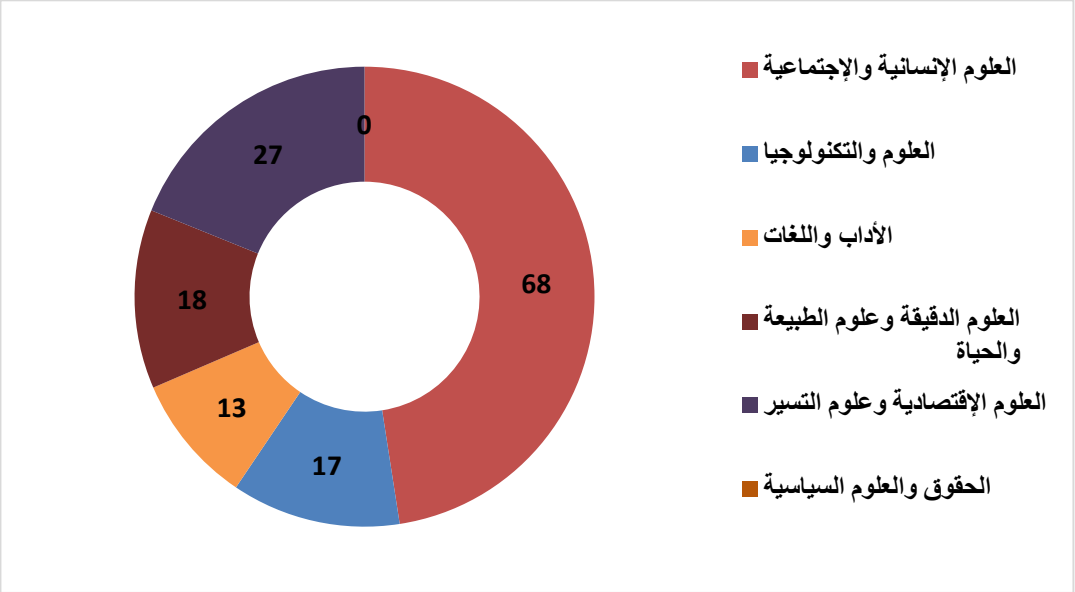

**جدول رقم (04): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب الكليات**

| الكلية | عدد الطلبة | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| العلوم الإنسانية والإجتماعية | 68 | %43،9 |
| العلوم والتكنولوجيا | 17 | %11 |
| الأداب واللغات | 13 | %8،4 |
| العلوم الدقيقة وعلوم الطبيعة والحياة | 18 | %11،6 |
| العلوم الإقتصادية وعلوم التسير | 27 | %17،4 |
| الحقوق والعلوم السياسية | 12 | %7،7 |

من إعداد الطالبتان بالإعتماد على برنامج SPSS

تبين من خلال الجدول رقم (04)أن نسبة الطلبة الذين قاموا بالإجابة على الإستبيان الإلكتروني من كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية قد بلغت نسبتهم 43،9%، أما عن طلبة كلية العلوم والتكنولوجيا قد بلغت نسبتهم 11%، أما عن طلبة الآداب واللغات فقد كانت نسبتهم 8،4%، ونسبة طلبة العلوم الدقيقة وعلوم الطبيعه و الحياة فقد بلغت 11،6%،أما عن طلبة كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير فقد بلغت نسبتهم 17،4%،ونسبة طلبة كلية الحقوق والعلوم السياسية بلغت 7،7%

**الشكل رقم (05): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب الكلية**




## 4- أدوات الدراسة:

إن أداة جمع البيانات هي وسيلة التي يستعين بها الباحث في جمع المعلومات التي لها صلة بموضوع بحثه ذلك أن وصـــول بحث للهدف المرجو يعتمد على مدى مصـــداقية الأداة ونجاعتها، وفي هذه الدراســـة ما الاعتماد على مقياس قائمة الأعراض المعدلة SCL-90-Rمن أجل تحقيق الأهداف والوصـــول إلى نتائج المرجوة.

### 4-1-مقياس الأعراض المعتمدة SCL-90-TR

كما عبد الرقيب أحمد البحيري( 2009) بإعداد الصـــورة العربية لهذه القائمة، ووضـــعها فيلأصـــل ديروجيتس،ليبمان،كوفي، تحت عنوان قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) SymptomschurchtistReuised90وهي قائمة تقدير إكلينيكي ذاتية التقدير لتشخيص الأعراض السلوكية لدى المرضـــى المترددين على العيادات النفسية وكذلك الأسـوياء المترددين على مراكز الإرشـاد النفسـي بالتربوي.

ثم ترجمة هذا المقياس أيضـا وتقنينه من طرف أ. دعبد العزيز موسـى محمد ثابت( أسـتاذ الطب النفسـي جامعة القدس مدير البرامج الأكاديمية في غزة مدير معهد الطفل فرع غزة رئيس شـعبة الطب النفسـي)قاك أيضـا أبو هين بتعريف المقياس، وتقنينه على البيئة الفلسـطينية وذلك بحسـاب صـدق المقياس ثم قام كل منسعود فطيمة بوزيعة الجزائر ود موس سميرة جامعة البليدة(2016) وستعشر بتعديل المق

**4-2-وصف المقياس:**

أن تتكون القائمة للأعراض المعدلة من (90) عبارة في صورة تقرير ذاتي خاص بالأعراض النفسية والعقلية، وقد تم تطويرها من خلال أبحاث السيكو مترية والإكلينيكية وقد صممت أساسا لتعكس أنماطا من الأعراض السيكاترية والطبية التي تعاني منها المرضىتم وضع كل عبارة من التسعين على مقياس مكون من خمس نقاط الإجابة حيث يبدأ المقياس بقطب مطلقا وينتهي بقطب دائما.

3-**ابعاد المقياس :**

تم توزيع التسعين عبارة على 9ابعاد لأعراض الأولية وهي كالتالي :

**الجدول رقم (05):جدول يمثل ابعاد المقياس**

| الرقم | مجالات المقياس | الرمز | المفهوم |
|---|---|---|---|
| 1 | الاعراض الجسمانية | S | Somatic symptoms |
| 2 | الوسواس القهري | OcD | Obsessive compulsive disorder |
| 3 | الحساسية التفاعلية | IN | international sensitivity |
| 4 | الاكتئاب | D | Depression |
| 5 | القلق | A | Ansciety |
| 6 | العدائية | H | Hostilities |
| 7 | قلق الخوف( الفوبيا). | PH | Phobia |
| 8 | البرانويا | P | Parnoid tdea |
| 9 | الذهانية | Y | Psychosis |
| 10 | الأعراض الإضافية | | |

**1-الاعراض الجسمانية** :تعكس العبارات هذا بعد الألم والضيق الذي ينتج من مشاعر الاختلال الوظيفي الجسمي بحيث أن هذه العبارات تصف ما يحدث في أعضاء الجسم التي تستثار بوسط الجهاز العصبي اللاإرادي، ك المعدة الشعوب الهوائية في الرئتين والجلد والشرايين المتصلة بالقلب كما تعكس الصداع وآلام الظهر والعبارة تدل على هذا البعد(1-4- 12- 27- 40- 42-- 48-49 -52- 53-56- 58-)

**2-الوسواس القهري:**تعكس العبارات المكونة بهذا البعد الأفكار والدوافع القهرية والأفعال التي يعاني منها الفرد التي لا تقاوم وتبدو غريبة بالنسبة لذاته وغير مرغوب فيها والعبارات تدل على هذا البعد(3-9-10-28-38-45-46-51-55-65)

**3-الحساسية التفاعلية:** تعكس عبارات هذا البعد مشاعر القصور و التوقعات السلبية والاحساس بالنقص خاصة في حالة المقارنة بالأخرين ,يتميز الأشخاص ذوي الحساسية التفاعلية ينقص الذات والإنزعاج والضيق أثناء التفاعل بينهم وليت الآخرين والعبارات العدالة على هذا البعد(6-21-34-36-37-42-61-69-73)

**4--الاكتئاب:** يعكس عبارات المصنفات تحت بعد الاكتئاب مجموعة من الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب وهي المزاج، اليأس، علامات الانسحاب، عدم الاهتمام بالأنشطة، نقص الدافعية، والعبارة تدل على هذا البعد (5-14-20-22-26-29-30-31-32-54-71-79)

**5--القلق:** يشمل هذا البعد على مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي عادة ما تكون مصاحبة للقلق الظاهر من الجهة الإكلينيكية مثل الضيق ,التململ ,العصبي ,التوتر والعبارات الدالة على هذا البعد(2-17-23-33-39-57-72-78-80-86)

-**العداوة:** هذا البعد هو بعد أساسي في قائمة يشمل على ثلاث فئات من سلوك الاعتداء، الأفكار، المشاعر، الانفعال مع السلامة بتخصص العبارات الرمزية أو مشاعر التبرع متوافق تحطيم الأشياء مثل الثورات المزاجية التي لا يمكن للفرد السيطرة عليها والعبارات دول على هذا البعد(11-24-23-27-74-81)

**7--قلق الخواف:**يعكس بعد هذا البعد أغراض إكلينيكية للقلق المخاوف أو خوف الأماكن متسعة في هذا البعد نجد الخوف لأ الطبيعي المرة دي والعبارة تدل على هذا البعد(13-25-47-50-70-75-82)

**8--البارانويا التخيلية:** أن عبارة هذا البعد ثم مت على أساس المميزات الأساسية للتفكير الغذائي فاصل ولقد وضع سوانسون وآخرون التفكير الإسقاطالعداء والشك. والارتياب والمركزية الضلالات . فقدان الاستقلال الذاتي والشعور بالعظمة في القائمة الأساسية لصفات البارانوية، والعبارات ال دل على هذا البعد(8-18-43-68-83-86)

**9-الذهانية:**أن هذا البعد تم تصميمه بهدم رحلات السلوكات الذهنية لدى المرضى المترددين على العبارات النفسية، بعد ما تم التحديد الشامل لسلوكات هؤلاء بعد ما تم التحديد الشامل لسلوكات هؤلاء الذهانين تم استخلاص عينة من الفصاميين ذي الاهمية في تشخيص الذهانية,ومن الاعراض المهمة نذكر علاوة سمية واذاعة ,الافكار , التحكم الخارجي في الافكار والعبارات التي تدل على هذا البعد (7-26-35-63-77-84-85-88-90)(البحيرى،2005: 13)

**10-االعبارات الإضافية:** ذكر إنه يوجد في قائمة الأعراض المعدلة 7 عبارات لا تصنف تحت أي من الأبعاد 9 الأساسية وهي ليست خاصة ببعد دون آخر بالرغم من عدم خضوعهم للمعايير الإحصائية إلى أنهم يعدون جزءا مهمة في القائمة والعبارات هي كتالي(19-60-44-64-66-59-89)

**جدول رقم (06):** يوضح درجات وبدائل المقياس ( SCL-90)

| البدائل | الدرجات | المعني |
|---|---|---|
| 0 | مطلقا | لا يوجد معاناة من المرض بتاتا |
| 1 | نادرا | بعض المعاناة ولكن غير منتظمة بدرجة قليلة |
| 2 | احيانا | معاناة على فترات منتظمة الي حد ما وبدرجة خفيفة او متوسطة |
| 3 | كثيرا | معاناة على فترات منتظمة وبدرجة اكثر من المتوسط |
| 4 | دائما | معاناة مستمرة وبدرجة قصوى |

**5-تعليمة المقياس** :يذكر البحيري (2009) تعليمة المقياس في قوله:

فيما يلي قائمة من المشاكل والشكاوي التي يعاني منها عامة الناس احيانا ،وامام كل مشكلة مجموعة من الارقام (0-1-2-3-4) حيث يمثل اقل رقم (0)عدم وجود مشكلة مطلقا، ويمثل الرقم(4) تواجد المشكلة او الشكوي بصورة دائمة اختر رقم واحد من الارقام المجودة على يسار المشكلة بحيث يصف معاناتك احسن وصف خلال الايام السبغ الماضية حتى اليوم ،ثم ضع دائرة حول هذا الرقم ،مع عدم اغفال الاجابة عن اي مشكلة ،ونضكر جيدا دائرة واحد حول الرقم الذي يصفك .واذا غيرت رأيك في الاستجابة امسح الدائرة وضع حول الرقم المناسب.

**4-3- الخصائص السيكومتريةللمقياس :**

تم تقنين المقياس البيئة الجزائرية على عينة من طلبة جامعة البليدة وجامعة المسيلة من طرف سعود فاطمة و خرموش سميرة في دراستهم الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية SCL-90-R وقد تم حساب الصدق باستخدام:

1- **صدق المحك ( الصدق التمييزي)**عن طريق مقارنة متوسطات درجات أفراد العينة 27 الدنيا و 27 العليا للتحقق من قدرة المقياس على التمييز بين المجموعتين بحساب المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري ثم حساب قيمة "ت" بين الطرفين ،وقد جاءت قيمة "ت" كلها دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين المجموعتين الطرفيتين والدرجة الكليةللمقياس ككل

2- **جدول رقم (07):** الصدق التميزي لأبعاد مقياس الصحة النفسية SCL-90-R على أفراد العينة

| العينة / الأبعاد | المجموعة العليا ن = 32 | | المجموعة الدنيا ن = 32 | | قيمة "ت" | مستوى الدلالة ت |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | متوسط الحسابي | الإنحراف المعياري | متوسط الحسابي | الإنحراف المعياري | | |
| الاغراض الجسمية | 14.50 | 6.66 | 13.06 | 6.36 | 23.84 | |
| الوسواس القهري | 18.84 | 6.13 | 16.90 | 5.06 | 30.02 | |
| الحساسية التفاعلية | 11.67 | 5.24 | 10.59 | 3.67 | 26.07 | |
| الإكتئاب | 21.31 | 8.51 | 17.18 | 6.55 | 24.75 | |
| القلق | 13.15 | 6.96 | 12.06 | 5.17 | 23.13 | *0.01 |
| العداوة | 7.93 | 4.00 | 5.84 | 3.63 | 20.65 | |
| قلق الخواف | 10.31 | 3.96 | 8.37 | 4.66 | 24.27 | |
| البارانويا | 9.34 | 4.36 | 7.56 | 3.14 | 22.59 | |
| الذهانية | 11.53 | 5.61 | 10.84 | 6.30 | 21.42 | |
| الدرجة الكلية | 133.65 | 43.32 | 132.12 | 39.69 | 33.15 | |

3- **صدق المفهوم :**بحساب معاملات الإرتباط بين أبعاد المقياس وكذلك الدرجة الكليةالإتساق الداخلي وكذا حساب قيم معاملات الإرتباط بين كل بند والدرجة الكليةللبعد الذي تنتمي إليه وحساب معاملات اللإرتباط بين كل بند والدرجة الكلية للمقياس.

**جدول رقم (08):** معاملات الإرتباط بين أبعاد مقياس الصحة النفسية SCL-90-R وبين الدرجو الكلية للمقياس

| الأبعاد | الأعراض الجسمانية | الوسواس القهري | الحساسية التفاعلية | الإكتئاب | القلق | العداوة | قلق الخواف | البارانويا | الذهيونية |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| الأغراض الجسمانية | | | | | | | | | |
| الوسواس القهري | **0.57 | | | | | | | | |
| الحساسية التفاعلية | **0.54 | **0.68 | | | | | | | |
| الاكتئاب | **0.59 | **0.68 | **0.64 | | | | | | |
| القلق | **0.58 | **0.56 | **0.58 | **0.67 | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| العداوة | 0.38** | 0.38** | 0.34** | 0.45** | 0.52** | | | | |
| قلق الخواف | 0.44** | 0.44** | 0.41** | 0.43** | 0.64** | 0.44** | | | |
| البرانويا | 0.40** | 0.56** | 0.53** | 0.49** | 0.52** | 0.55* | 0.57** | | |
| الذهنية | 0.55** | 0.47** | 0.58** | 0.53** | 0.63** | 0.30** | 0.37** | 0.40** | |
| الدرجة الكلية | 0.77** | 0.80** | 0.78** | 0.84** | 0.85** | 0.59** | 0.67** | 0.70** | 0.71** |

** مستوى الدلالة 0.01

وتم أيضا حساب الثبات:

**3- ثبات المقياس:**

**جدول رقم (09):**يمثل قيمة ثبات الفاكروماخ

| معامل الإرتباط | قيمة معامل ثبات الفاكروماخ |
|---|---|
| الفاكرومباخ | 0،89 |

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة الثبات قيمة مرتفعة ومنه نستنتج أن هذا المقياس يتمتع بثبات عالي .

**4-4- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:**

من أجل القيام بدراسة المشكلة البحثية لأي بحث علمي يقوم الباحث العلمي بإتباع مجموعة من الأساليب الإحصائية بهدف الحصول على نتائج دقيقة ويتم غختيار هذه الأساليب إستنادا الي إحتياجات الدراسة.

من أجل التأكد من صحة الفروض وللإجابة على التساؤلات إعتمدنا في دراستنا على:

**. برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية:**

يعتبر برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية (spss)science package statistical-

من أهم البرامج المستخدمة في تحليل البيانات البحوث والدراسات العلمية في مجال العلوم الإجتماعية (الخياط، 2010،ص376)

**الخلاصة:**

من أجل تحقيق أغراض البحث العلمي وإستيفاء دراستنا لكافة شروط المصداقية والأمانة العلمية تم التطرق في هذا الفصل الى الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية والإلمام بكافة العناصر المنهجية بدأمن المنهج المختار للدراسة الحالية وصولا الى الاساليب الإحصائية لبلوغ الهدف من الدراسة.

# الفصل الرابع

# عرض ومناقشة نتائج الدراسة

**تمهيد**

إنطلاقا من الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية بما فيها خطوات الدراسة، قمنا بجمع البيانات اللازمة ومعالجتها إحصائيا عن طريقة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية تبعا للأساليب الإحصائية المناسبة لفرضيات المقترحة، وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة الأساسية ومناقشتها وتفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

**أولا- عرض نتائجالتساؤلالعام:**

**جدول رقم (10):** يوضح توزيع إستجابات افراد العينة على قائمة الاعراض المعدلة SCL90

ن=156 عدد أفراد العينة بالأرقام

| الرقم | نوع الإضطراب | التكرار | النسبة المئوية |
|---|---|---|---|
| 01 | أعراض الجسمانيةS | 38 | %3،24 |
| 02 | الوسواس القهريOCD | 33 | %1،21 |
| 03 | الحساسية التفاعليةIN | 20 | % 8،12 |
| 04 | الإكتئابD | 16 | %2،10 |
| 05 | القلقA | 36 | % 0،23 |
| 06 | العدوانHOS | 30 | %2،19 |
| 07 | الفوبياpH | 17 | %8،10 |
| 08 | البرنوياP | 28 | %9،17 |
| 09 | الذهانPS | 26 | %6،16 |

**المصدر" SPSS25"**

بعد تفريغ إستجابات أفراد العينة البالغ عددهم 156.وتصحيح الإستجابات على قائمة الأعراض المعدلة Scl-90-R للأبعاد التالية:( الأعراض الجسمانية ،الوسواس القهري ،الحساسية التفاعلية،الإكتئاب،القلق،العدائية،الفوبيا،البرانويا،الذهانية) قمنا بجمع درجات عبارات كل بعد من الأبعاد المرضية الخاصة بكل فرد من افراد العينة وتم تقسيم تلك الدرجات على عدد فقرات البعد (بإستثناء العبارات الإضافية) كل هذا من أجل الحصول على الدرجة الخام للبعد أي درجة المعاناة من المرض ،وما قمنا به الحصول على الدرجة الخام هو أننا أخذنا جدول القيم التائية الخاص بالجنسين (انثى ،ذكر ) وتوصلنا لكل درجة خام القيمة التائية المقابلة لها .

إن القيم التائية هي من تحدد هل الشخص مصاب بالإضطراب أم لا وذلك بأنه إذا كانت القيم. التائية المقابلة الدرجة الخام 60فما فوق إعتبرنا أن الشخص مصاب بالإضطراب أما إذا كانت القيمة التائية المقابلة لهذه الدرجة الخام أقل من 60 كان الشخص خالي من الإضطراب .

تبين من نتائج خلال الجدول رقم الذي يوضح نتائج التكرارات والنسب المئوية لإستجاباتالطلبة أفراد العينة لقائمة اللأعراض المعدلة Symptoms check List-90-Revised (SCL-90-R)أن إستجابات أفراد العينة على الأبعاد جاءت بالترتيب التالي:

أولا الأعراض الجسمانية ثم القلق ، الوسواس القهري، العدوان البرانويا، الذهان والحساسية التفاعلية ثم الفوبيا و أخيرا الإكتئاب .

بالنسبة لتكرارات الأعراض الجسمانية Somatization بلغت 38 بنسبة مئوية 3، 24% ، الوسواس القهري obsessive-compulsiveفالتكرارات تقدر ب33 بنسبة مئوية 3، 21% .اما عن الحساسية التفاعلية interpersonalsensitivityفقد كان عدد تكرارات فيها يبلغ 20تكرار بنسبة مئوية تقدر ب8، 12% .الإكتئاب Dépression بلغت نسبة تكرارات فيه 16وبنسبة مئوية قدرت ب2، 10%،فيما قدرت تكرارات القلقAnxiety36 تكرار بنسبة مئوية تقدر ب23، 0% ،وبلغت تكرارات العداوة Hostility30بنسبة مئوية تقدر ب2، 19%، التكرارات على بعد الفوبيا phobicAnxiety يقدر ب 17 وبنسبة مئوية تقدر ب 8، 10% .اما إلبارانويا paranoidideationعدد تكراراتها 28تكرار بنسبة مئوية تقدر ب9، 17% ،واخيرا كان عدد تكرارات بعد الذهانpsychoticismتقدر ب26 تكرار بنسبة مئوية بلغت 6، 16%.و منه يتبين أن الإضطرابات الأكثر إنتشارا لدى أفراد العينة هي بالترتيب التالي الأعراض الجسمانية تليها القلق ، الوسواس القهري،العدوان ،البرانويا،الذهان والحساسية التفاعلية ثم الفوبيا وأخيرا الإكتئاب.

**ثانيا: مناقشة وتحليل نتائج الدراسة:**

من خلال نتائج الجدول رقم 10نلاحظ أن الإضطرابات النفسية المنتشرة لدى عينة الدراسية جاءت بالترتيب التالي : الأعراض الجسمانية تليها القلق الوسواس القهري العدوان البرانويا الذهان و الحساسية التفاعلية ثم الفوبيا و أخيرا الإكتئاب .

يمكن القول تتفق دراستنا مع دراسة احمد الشريفين وتغريد حجازي ونضال الشريفين (2011) بحيث أسفرت هذه الدراسة على وجود اضطرابات نفسية لدى طلبة الجامعة لكن هذه الإضطرابات لا تحتاج لتدخل علاجي إضافة الى دراسته الفروق وبعض المتغيرات الديمغرافية التي تساعد على ظهور الإضطرابات النفسية.

كما تتفق نتائج دراستنا تتفق مع دراسة الطوالبة ومحادين (2013) وذلك في وجود إضطرابات نفسية عند طلبة جامعة الأردن –الزرقاء كما انها تتفق ايضا مع دراسة محاسنة وآخرون (2018) فقد أظهرت نتائج هذه الدراسة ان الطلبة لديهم إضطرابات نفسية كثيرة ومتنوعه.

ايضا تتفق دراستنا مع دراسة فايزة بلخير (2022) فقد أسفرت نتائج هذه الدراسة على وجود إضطرابات نفسية عند طلبة جامعه إلا ان هذه الدراسة أضافت بعض المتغيرات المساعدة على ظهور الإضطرابات النفسية. ولا تتفق نتائج دراستنا مع دراسة ماكوري ودنيان وجولدين (2012) في ان هذه الدراسة توصلت الى وجود مؤشرات إيجابية ولم تظهر عليهم اعراض الإصابة بالإضطرابات النفسية

كما تتعارض دراستنا مع دراسة غالي مريم (2014) وذلك في ان نتائج دراستها اخذت منحنى إيجابي ووجدت ان الطلبة يتمتعون بصحه نفسية وقامت هذه الاخيرة بالمقارنه بين الطلبة في كليتينكان لدى طلاب علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا مستوى صحة نفسية أفضل من طلاب علوم والتكنولوجيا.كما أظهرت أظهرت فروق دالة إحصائية في أبعاد الأعراض الجسمانية والقلق والخوف لصالح طلاب علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

ويمكن أن نفسر ارتفاع درجات طلبة أفراد العينة على الاعراض الجسمانية somatisation بنسبة3،23% ، وتعود للأسباب مختلفة فالأعراض الجسمانية هي إنعكاس لعوامل متعددة منها العوامل الوراثية وطريقة العيش و نوعية الأكل وعدد ساعات النوم ومدى ممارستهم للنشاط الجسدي إظافة لتأثير العوامل النفسيةوالبيئية فطلبة الجامعة معرضون لمصادر ضغط متعددة أكاديمية إجتماعية أسرية إقتصادية ونفسية وفي هذه المرحلة هم معرضون بشكل كبير للضغوط الأكاديمية المتمثلة في الأعباء الدراسية خاصة لدى التخصصات التقنية ومتطلباتهاوالإمتحانات إظافة لتطلعاتهم المستقبلية والعوامل والحاجات النفسية المختلفة وهذا في غياب النشاطات الترفيهية وممارسة الرياضة لدى الأغلبية منهموالإستخدام المفرط للأجهزة الذكية لساعات متأخرة من الليل ، مما قد يرفع من نسبة القلق والتوتر والإرهاق لديهم والتي تظهر على شكل اعراض جسدية (كالصداع ،آلام المعدة ،الأرق) وقد تتطور لأمراض سيكوسوماتية مزمنة فحسب جالاتين : "هي امراض تنتج عن اسباب نفسية غالبا ما تلعب الضغوط النفسية دورا كبيرا في حدوثها، وان الالام النفسية تنعكس في حدوث مرض او أكثر في اجهزة الجسم المختلفة وان الامر في هذه الحالة لا يقتصر على جهاز من اجهزة الجسم دون غيره، بل قد يشمل الاضطراب والتلف جميع اجهزة جسم الفرد." (gallatin 1982:212 )فالصحة الجسدية للطلبة قد تتأثر بالحالة النفسية وما يشعرون به من إجهاد وقلق كالخوف من المستقبل والفشلالدراسي في ظل توقعات العائلة والمجتمع العالية ،وصعوبة تكيف بعض الطلبة مع البيئة الجامعية.وهي عوامل تحفز الجهاز السمبثاوي بشكل مستمر وتظهر في شكل أعراض الجسدية خاصة إذا كانت المناعة الجسدية منخفضة بسبب نمط العيش غير الصحي والأكل السريع الذي يحبذه الشباب عموما ... .

كما أن أرتفاع درجة القلق و قد تكون الأعراض الجسدية مرتبطة بارتفاع درجة القلق لدى أفراد العينة "فالقلق هو حالة إنفعالية غير سارة داخلية غير معلومة المصدر تزعج الفرد وتسبب له ضيقا وألما نفسيا من خلال ظهور أعراض جسمية كتصبب العرق فتزداد سرعة نبضات القلب بسبب إستثارة الجهاز العصبي الذاتي "( و كما هو معروف أن التحفيز المستمر لهذا الجهاز يؤدي إلى ظهور الأعراض السيكوسوماتية كالصداع و القولون العصبي و غيرها ( بلخيرفايزة ،2023 :65 ) ، و يمكن أن تتولد الإضطرابات السيكوسوماتية من الاجهاد النفسي الذي يمر به الطالب خلال مساره الدراسي بإعتبار الإجهاد النفسي كما يراه شاكر قنديل يشير إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد بكليته أو على جزء ،وبدرجة تحدث لديه إحساسا بالتوتر أو تشويها في تكامل شخصيته وهو ايضا حالة توتر لدى الفرد تتمثلفي وجود مثيرات بيئية أو صراعات داخلية يعايشها الفرد في مواقف وأوقات متباينة تسبب له جهدافسيولوجيا وسيكولوجيا، وقد تعيق سير حياته وتحد من

تكيفه السليم مع محيطه الاجتماعي، (بنين ، 2016 : 97)،كذلك قد ينجم عن إدمان الأنترنات والأجهزة الذكية مشكلات صحية عديدة ،كضعف الجهاز المناعي مما يجعل الطالب عرضة للإصابة بكثير من الامراض الجسدية ، فالجلوس لساعات طويلة أمام شاشة الكوميوتر يؤدي الى آلام في الظهر والعمود الفقري ،أيضا ركود في الدورة الدموية مما يؤدي الى حدوث جلطات دماغية وقلبية ،أيضا إن التعرض للإشعاعات المنبعثة من جهاز الكوميوتر يؤدي الى زيادة توتر القشرة المخية ،وهذا ما يؤدي الى قلقة الإنتباه ونقص التمييز ،وهذا ما إتفقت معه جزئيا دراسة كل من نسيمة طباس،خديجة ملال (2021) حول الإدمان على الإنترنات لدى الطلبة الجامعيين والآثار الصحية والنفسية والإجتماعية الناتجة عن ذلك بحيث كانت إحدى نتائج الدراسة ان هناك مشكلات جسدية ناتجة عن إدمان الأنترنات.

تبين أيضا من خلال إستجابات الطلبة أن نسبة القلق 0، 23 % من أفراد العينة يعانون من القلق وهو :"عبارة عن حالة مزاجية سلبية تتصف بأعراض جسمية ونفسية مثل التوتر الجسمي والجشية من المستقبل ،وهو ميزة بارزة لكثير من الإضطرابات النفسية " (محمد ،2018 :68) وأولى المؤشرات التي تظهر على الطالب الدالة نذكر ما أشار إليها الدليل التشخيصي والإحصائي Dsm: (صعوبة الشخص في السيطرة على الإنشغال ، تململ ،سهولة التعب ،صعوبة التركيز ،توتر عقلي ،اضطرابات النوم)

ويعد القلق من الإضطرابات المنتشرة بشكل كبير في عصرنا لتعدد مسبباته منها الوراثية والفزيولوجية ومنها النفسية والبيئية ، وبالتالي يمكن أن نعزو إضطرابات القلق لدى الطلبة لأسباب كثيرة منها و متنوعة من بينها العوامل الداخلية والخارجية منهاالصراعات الداخلية الموجودة لدى الشخص وهذه الفكرة التي أشار إليها سيجموند فرويد وذلك بأنه يرى أن القلق هو نتاج صراع بين الأنا والهو حيث يحاول الهو إشباع رغباته الغريزية ،بينما تحاول الأنا كبح هذه الرغبات بما يتوافق مع الواقع وتلعب العوامل الأسرية دورا هاما في إضطراب القلق كالمعاملة الوالدية الخاطئة والمناخ الأسري المتوتر والصراعات بين الوالدين هذا ما أشارت إلية كارن هورني في قولها : "أن القلق الأساسي يعود الى مرحلة الطفولة وطبيعة العلاقات التي تربط الطفل بوالديه وشعوره بعدم الأمن " .وفيما فسرت المدرسة السلوكية القلق بأنه استجابة مكتسبة تتم وتتكون ضمن ظروف ومواقف معينة ،ثم يعمم الفرد تلك الخبرة على مواقف أخرى مشابهة ،كذلك القلق يمكن أن يعتبر سلوك مكتسب من خلال التعلم والتفاعل مع البيئة تحت شروط التدعيم الإيجابي والسلبي .و للجانب الفيزيولوجي دور في حدوث القلق فمن المحتمل أن تنشأ أعراض القلق من زيادة نشاط الجهاز العصبي اللإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنورأدلينالين في الجسم ،وحسب النظرية الوراثية فإن الإستعداد للإصابة بالقلق ينتقل من الآباء الى الأبناء من خلال الجينات ،وتنوه هذه النظرية على أن الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بالقلق هم الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي للقلق لكن الى الآن لم يتم تحديد الجينات المسؤولة عن ذلك ،يمكن أيضا القول أن الضغوط النفسية والتناقضات الوجدانية والصراعات والحرمان الطفولي ومفهوم الذات السلبي كلها يمكن أن تعتبر أسباب أخرى تساعد على ظهور الإضطرابات النفسية ،إضافة إلى المشاكل الشخصية كالعلاقات المتوترة مع العائلة او الاصدقاء والشعور بالوحدة او العزلة الإجتماعية وإنعدام

الثقه بالنفس ،كذلك المشاكل المادية كالديون المالية وعدم القدرة على شراء المستلزمات الخاصة . ايضا المشاكل الأكاديمية كالآداء الدراسي الضعيف وصعوبة في الفهم والخوف من الرسوب وعدم التخرج مما يجعل الطالب في دوامة من القلق والتفكير الدائمين ،أيضا هناك اسباب اخرى كامنة وراء انتشار القلق بين الطلبة الجامعيين وهي عدم التكيف مع البيئة الجامعية ونمط التعليم الجديد إضافة إلى التغيرات في نمط الحياة اي الإنتقال الى مكان جديد والعيش مع الزملاء في السكن بعيد عن الأهل ، فعدم الأمان المادي والنفسي كلها عوامل بيئية مساعدة في ضهور القلق عند طلبة الجامعة كذلك ربما يمكن أن نعتبر إدمان الإنترنات والأجهزة الذكية إحدى العوامل المساعدة في ظهور إضطراب القلق وذلك عند متابعة الطالب الجامعي لقنوات سلبية ومخيفة ،وإدمانه على الأفلام إذ انه قد تظهر عليه أعراض القلق بمجرد تأخر عرض اي حلقة من الفيلم أو عند نفاذ شحن بطارية الهاتف الذكي أو عند إنقطاع الشبكة.

كما بينت نتائج الدراسة الحالية أن نسبة الوسواس القهري تقدرب 21.1٪ لدى الطلبة عينة الدراسة وهو أحد إضطرابات القلق المعمم وهذا يدل على ارتفاع درجة القلق الذي اتخذ شكل طقوس قهرية أو أفكار وسواسية بآليات معرفية وسلوكية مختلفة و يعرفه الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس الوساوس بأنها أفكار مقاومة أو معتقدات أو دفاعات قهرية يعتبرها الشخص على أنها مقتحمة وغير ملائمة وتسبب قلقا ملحوظا ولا شعوري بالكرب( عبدالحميد، 2014: 332)وحيث يحاول المصاب بتجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الإندفاعات أو الصور أو تجسيدها بأفكار أو أفعال أخرى بإعداد فعل قهري كما جاء في Dsm5ويمكن للأحداث الحياتية المسببة للتوتر والضغوط أن تؤدي إلى ظهور الوسواس القهري عند الطلبة، وذلك بأن يتعرض الطالب في أحد المراحل الحياتية لصدمة نفسية أو أحداث مجهدة مما يؤدي إلى إثارة أفكار وطقوس متكررة والتي تعمل على إثارة درجة القلق وهناك أسباب عضوية متعلقة بالجانب العصبي كإنخفاض في مادة السيرتونين على مستوى النواقل العصبية أو وجود إستعداد وراثي متعلق بالجينات والذي يتوارثه الأبناء عن الآباء والأجداد حيث يرى النموذج الجيني أن الوسواس القهري ينتقل عبر الجينات أي أن الاستعداد البيولوجي الذي يولده الفرد يجعله عرضة للإضطراب، أيضا من المحتمل ان يكون إدمان الإنترنات والأجهزة الذكية هو أولى الأسباب الكامنة وراء إصابة الطالب الجامعي بإضطراب الوسواس القهري ،وذلك بالإستخدام القهري للأنترنت والأجهزة الذكية الذي لايمكن السيطرة عليه ولقد أشار الى هذه الفكرة العالم "كاندل "وذلك في تعريفه للإستخدام القهري للأنترنات :" (على انه تبعية نفسية وإكراه على الرغبة في أن تكون متصلاً باستمرار، ووجود إهمال لأنشطة أو مسؤوليات أخرى، بالإضافة إلى الاتصال على حساب العلاقات الاجتماعية العادية، ومن ناحية أخربنسبة لبعد العداوة او العدائية منتشرة بين الطلبة وتتمثل أفراد العينة بنسبة 19,2%ومن العوامل الكامنة وراءذالك وهي :العوامل الشخصية اذ يواجه الطالب الجامعي العديد من الضغوط النفسية، مثل ضغوط الدراسة والإمتحانات والضغوط المالية والضغوط الإجتماعية وقد تؤدي هذه الضغوط الى تراكم الشعور بالغضب والإحباط ، ممايدفعهم إلى السلوك العدواني ، كما قد يواجه بعض الطلبة صعوبة في التواصل مع الآخرين بشكل فعال مما قد يؤدي إلى سوء الفهم والنزاعات قد يكون بعض الطلاب الذين يعانون من مشاكل صحية

نفسية مثل القلق اكثر عرضة للسلوك العدواني وكذلك الذين تعرضوا للعنف في الماضي للجوء الى السلوك العدواني لحل النزعات أيضا العوامل الإجتماعية دور في ظهور العداوة كما أن العدوان له أشكال مختلفة فهو ليس بدني فقط بل يشمل ماهو لفضي ومعنوي والإلكتروني والتي قد يمارسونها بأسماء مستعارة كمتنفس أو إنتقام او تهديد ذلك من أجل تفريغ الطاقة العدوانية حيث عرفه باص buss العدوان على أنه سلوك يصدره للفرد لفضيا أو ماديا أو صريحا أو لفضيا مباشرة أوغير مباشر ناشطا او سلبيا ويترتب على هذا السلوك وإلحاق الاذي بدني او مادي او نقص لشخص نفسه صاحب السلوك السوي و الاخرين (صباح215:2012)وكذلك العوامل البيئية فعند شعور الطلبة بعدم الأمان داخل الجامعة يجعلهم يلجأون للسلوك العدواني كذلك العوامل الأكاديمية دور في ظهور الإضطراب مثل المنافسة الشديدة والإحباط كما جاء في نظرية الإحباط والعدوان حيث ذكر (صباح،2017)أن دولار وزملأه يرون أن تعرض الفرد للإحباط قد يستثير لديه العدائية،وأن السلوك العدواني ماهو إلا نتيجة حتمية للإحباط مما يؤدي غالبا الي هذا السلوك ،كما نجد الكثير من الذين عانو من الإحباط يصدر عنهم مثل هذه السلوكات العدوانية

و قد بلغت نسبة الذهان في هذه الدراسة 6،16% فالذهان من الإضطرابات التي تؤثر على مسار الطالب الجامعي والذي عرفته الجمعية الأمريكية لعلم النفس: "بأنه حالة نفسية خطيرة تتميز بفقدان الإتصال بالواقع يمكن أن تشتمل الأعراض الهلوسة والأوهام والتفكير غير المنتظم والسلوكيات الغريبة " كما تبين من خلال إستجابات الطلبة على عبارات بعد البارانويا انهم مصابون أيضا بها بنسبة 17، 9% وهي حسب عطوف ياسين "أنها حالة من ذهانية وإضطراب وظيفي ويتصف بالأوهام والهذيانات والمعتقدات الخاطئة عن الإضطهاد أو الشعور بالعظمة أو هذاء الجنسي وهذاء الغيرة والمشاكسة (أحمد، 2011: 24 ) يمكن توضيح أن الذهان مرض عقلي والبارانويا جزء منه وإن إصابة الطالب الجامعي بمثل هذا الإضطراب يمكن ان يحدث له إعاقة كبيرة على مستوى المجالات ( التعليمية ،التربوية ،المهنية ،الإجتماعية) ، فالذهان يتميز بمجموعه من الأعراض قد تم الإشارة إليها من طرف ( غانم 2004) وهي : إضطرابات التفكير التي تشمل الهلوسة ونعني بها إدراك أشياء غير موجودة في الواقع ،الأوهام : وهي معتقدات خاطئة راسخة لا أساس لها من الصحة ،غير منطقية تماما ،صعوبة في ربط الأفكار كذلك إضطرابات في السلوك والإنسحاب الإجتماعي والإنعزال عن الآخرين وتجنب التفاعلات الإجتماعية .وأيضا إضطرابات المزاج وصعوبة التذكر والتركيز . البارانويا تتميز بجملة من الأعراض التي حددت من طرف الدليل التشخيضي والإحصائي الخامس منها : الشك في الأخرين ،التردد في الوثوق بالاخرين الحقد على الأخرين ،يرى نفسه عرضه للإستغلال من طرف الأخرين ،يمكن القول أن إصابة الطالب الجامعي بالذهان والبارانويا أمر معقد تتداخل فيه عدة عوامل نذكر منها : العوامل البيولوجية ، اذ تلعب الجينات دورا هاما في توريث الإستعداد للإصابة بالذهان ،فوجود أفراد في العائلةمصابون بالذهان يزيد من خطر إصابة الطالب بالذهان والبارانويا ،أيضا يمكن لإختلالات كيمياء الدماغ أن تلعب دورا في إصابة الطالب الجامعي بالذهان وذلك في وجود إختلالات في بعض المواد الكيميائية الموجودة في الدماغ مثل ( الدوبامين والسيراتونيين )أيضا يمكن للعوامل الإجتماعية والضغوط أن تكون هي

المسؤولة وراء إصابة الطالب بالذهان فقد يؤدي التمييز والعنف الى زيادة خطر الإصابة به كذلك الآفات الإجتماعية و الفقر والإحتياجات الإجتماعية ،أما عن العوامل النفسية فيمكن القول أن الصدمات النفسية والإهمال والعنف ،والتعرض للتحرش الجنسي والضغوطات النفسية مثل الضغوطات الدراسية والمشاكل الأسرية والمشاعر السلبية وضعف مهارات التأقلم كلها عوامل يمكن أن تساهم في إصابة الطالب الذهان والبارانويا .حيث تتفق الدراسة الحالية جزئيا مع دراسة ايزنبرج وجولاست وجولبرستين وهفنر ( 2007) حيث توصلت الي وجود إضطربات عقلية خطيرة داخل الوسط الجامعي.

وبالنسبة لبعد الحساسية التتفاعلية لدى الطلبة فقد بلغت نسبته 8،12% حيث عرفها (البحيري2005)بانها حالة يكون فيها الشخص المصاب بها حامل لأعراض معينة تتمثل في مشاعر القصور والإحساس بالنقص خاصةفي حالة المقارنة بالآخرين. ويتميز الأشخاص ذوو المستوى العالى من الحساسية التفاعلية ببخس الذاتSelf-depreciation ، والانزعاج ، وعلامات الضيق أثناء التفاعلات بينهم وبين الآخرين وتعد مشاعر الإنية الشخصية الذاتية الحادة والتوقعات السلبية بشأن الاتصالات التفاعلية مصادر مماثلة للضيق أيضاً،وتعد العوامل التي قد تسبب الحساسية التفاعلية عند طلبة الجامعة كثيرة متنوعة وتشمل الخوف والقلق: قد يكون الشخص المصاب بالحساسية التفاعلية يعاني من خوف وقلق مستمرين من الردود السلبية من الآخرين، مما يزيد من مشاعر الضيق والتوتر في التفاعلات الاجتماعية.كما أن تعرض الشخص لتجارب سلبية في التفاعلات الاجتماعية مثل التنمر أو الانتقادات اللاذعة قد يؤدي إلى تطوير حساسية تفاعلية بالآخرين.و نقص التواصل الفعال وعدم قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره واحتياجاته بشكل واضح، مما يجعله يعاني من تفاعلات اجتماعية غير مريحة إظافة إلى انعدام ال نقص الثقة بالنفس والتقدير الذاتي من العوامل التي تزيد من الحساسية التفاعلية، حيث يمكن للأفراد الذين يعانون من هذه المشكلة أن يستجيبوا بشكل سلبي للتفاعلات الاجتماعية ويشعرون بالقلق والضيق.وأيضا صعوبات التواصل: قد يواجه الشخص صعوبات في فهم تفاصيل التواصل الاجتماعي والتعامل معها بشكل فعال، مما يجعله يشعر بالحساسية في التفاعل مع الآخرين.

كما بينت النتائج وجود نسبة 8،10% من الطلبة المصابون بالفوبيا وهي :"نوع من إضطرابات القلق تتميز بالخوف الشديد وغير المبرر من شيء معين أو موقف معين ،مما يؤدي الى تجنبه بكل تكلفة "(القشاعلة ،2023 ' 42) وتتنوع أسباب إصابة الطالب بالفوبيا،لتشمل العوامل الوراثية والبيئية والخبرات الشخصية. يُعتقد أن بعض الأشخاص يكونون أكثر عرضة للإصابة بالفوبيا من غيرهم بسبب جيناتهم الوراثية .وتاريخ العائلة فإذا كان أحد أفراد العائلة يعاني من فوبيا، فهناك احتمال أكبر أن يصاب بها أحد أفراد العائلة الآخرين وتلعب العوامل البيئية كالأحداث المؤلمة أو المروعة، مثل التعرض للعنف أو الإهمال أو الكوارث الطبيعية دورا هاما في الإصابة بالفوبيا.كما أن التعرض المتكرر للخوف والمواقف المخيفة في الطفولة قد يطور فوبيا تجاه ذلك الموقف.و يمكن أن تؤدي ضغوطات الحياة، و المشاكل في المنزل أو الجامعة إلى الإصابة بالفوبيا،العوامل الشخصية: بعض الأشخاص يكونون أكثر عرضة للقلق والتوتر من غيرهم، مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالفوبيا.التفكير السلبي: يمكن أن تؤدي أنماط التفكير السلبي، مثل التركيز على الخطر أو

الإمكانيات السلبية، إلى الإصابة بالفوبيا.وتتفق نتائج الدراسة جزئيا في وجود إضطراب الفوبيا الرهاب الإجتماعي عند طلبة الجامعة بنسبة16%مع دراسة تلفورز وفير مارك (2007)حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن (16) من طلبة الجامعة يعانون من الرهاب الاجتماعي مقارنة مع (15%) من عامة المجتمع، بينما (84%) من طلبة الجامعة لا يعانون من الرهاب الاجتماعي. كما أن الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي هم طلبة انطوائيون وذوو تحصيل متدن، بينما الطلبة الذين لا يعانون من الرهاب الاجتماعي هم طلبة اجتماعيون وذوو تحصيل مرتفع. كما أشارت النتائج إلى أن نسبة الطلبة الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي لا تختلف عن نسبة عامة المجتمع الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي.

اما بنسبة لبعد الإكتئاب فقد بلغ لدى الطلبة عينة الدراسة 10.2% وقد جاءت نسبته الأقل بين الإضطرابات الأخرى وبالرغم من هذا وجب اخذ هذه النسبة بعين الإعتبار خاصة لدى الحالات الشديدة والتي قد تصل إلى حالة الإنتحار كما حدث مع إحدى طالبات الجامعة في السنوات الماضية .فالإكتئاب يعد من الاضطربات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن ينتج عن الظروف المحزنة والتعبير عن الشئ المفقود والشعور بالتعاسة وفقدان الاهتمام وعدم القيمة ونقص النشاط فالطالب يواجه خلال مساره الجامعية مجموعة من الضغوطات التي قد تعيق مساره العلمي التي قد تتمثل في أمراض او انفصال عن الاهل بنسبة للمتواجدين في الاقامات الجامعية وكذالك الضغوطات الدراسية والعوائق المادية وأيضا التغيرات في نمط الحياة،الانفصال،الحداد فقدان الروابط العائلية والاجتماعية والادوار الجديدة حيث يجد نفسه متحملا لمسؤليات لم يكن مكترثا بها من قبل ، وكذالك الافكار التي ترواد الطالب حول مستقبله ومساره العلمي وكل هذا تعبر عوامل تسبب الاكتئاب كذلكهناك عوامل وراثية قد تكون لها سبب في الاضطراب كالتغيرات الهرمونية العصبية التي تؤثر على المزاج حسبالنظريةالبيولوجية حيث اشارت (كنز 2019،) حيث أن الخبرات الإنفعالية تؤثر على النشاط الكيميائي للدماغ وبالتالي في المشاعر والأفكار والسلوك تتغير تبعا للتغيرات الكيمائية في الدماغ وأن الخلايا العصبية أو نقص المقدار المنقول او المسحوب من المادة الكيميائية او أي خلل وظيفي في عمل الخلايا يمكن أيضا ان يكون هناك سبب مشترك وراء إصابة الطالب الجامعي بمثل هذه الأنواع من الإضطرابات النفسية ،هو إدمانهم على الأنترنات والأجهزة الذكية و الجلوس عليها لساعات طويلة والإستخدام المفرط لها دون رقابة أو تنظيم .

فإصابة الطالب بالإكتئاب سببه قضاء أوقات طويلة في العوالم الإفتراضية وإهماله لواجباته وتهميشه لعلاقاته الإجتماعية ،مما يؤدي به الى الشعور باليأس والإحباط مما قد يتطور الى إكتئاب خفيف متوسط الى شديد ومضاعف ،وبالتالي قد يؤدي الى نتائج خطيرة من أبرزها الإنتحار .

وهذه الفكرة التي اشارت إليها دراسة ،تران وزملائه (2017) حيث قام بدراسة إدمان الإنترنات وعلاقته بجودة الحياة المتعلقة بالصحة النفسية ،لدى الشاب الفيتنامي بحيث أجرى تران وزملائه مقارنة بين الشباب المدمنين وغير المدمنين على الانترنت وتوصلت الدراسة الى ان 221%من الشباب المشاركين في العينة المدمنين يعانون من مشاكل الرعاية الذاتية وآلام وعدم الراحة والإكتئاب والقلق اكثر من غيرهم .وتتفق أيضا

دراسة أناند (2018)مع هذه الفكرة بحيث أجريت هذه الدراسة على طلبة الطب للكشف عن الضيق النفسي لديهم وخصصو ا الإكتئاب في المقام الأول ،حيث كانت هناك نتائج تدل على وجود علاقة موجبة بين إدمان الانترنات والإكتئاب.

**ثالثا: الإستنتاج العام:**

لا شك ان لهذا العالم تغيرات كثيرة تحدث وبطبيعة الحال بوجود مجموعة من المثيرات التي قد يكون سببها الإنسان مما يأثر ويتأثر بها ،حيث انه معرض لمجموعة من المدخلات التي تأثر على حياته وصحته النفسية والجسمية و العقلية مما يجعله غير مستقرا في حياته ، والإنسان يمر في حياته بعدة محطات ، ومنها نخص بالذكر المرحلة الجامعية التي قد تكون للطلبة محطة جديدة ونقطة انطلاقا لمستقبل يحدد مكانته الاجتماعية ، كما ان هذه المرحلة قد تكون مليئة بالأحداث والوقائع التي قد تعيق له هذا المسار من مشاكل واضطربات نفسية حيث تؤثر بشكل سلبي على تحصيله الدراسي بشكل كبير، وتقلل من قدرته على التركيز والاستيعاب وتعرقل قدرته على التذكر والادراك. بالإضافة إلى ذلك، تؤدي هذه الإضطرابات إلى انخفاض معنويات الطالب وزيادة مستوى القلق والتوتر، مما يؤثر سلباً على قدرته على مواجهة التحديات الدراسية.بشكل عام، يمكن أن تؤدي الإضطرابات النفسية إلى تأثير سلبي على أداء الطالب الجامعي ونتائجه الدراسية، وقد تؤدي في بعض الحالات إلى تراجع أدائه الدراسي وفشله في إكمال دراسته بنجاح. لذلك، من الضروري دعم الطلاب الذين يعانون من إضطرابات نفسية وتقديم الدعم النفسي والعلاج اللازم لهم لمساعدتهم على تحسين أدائهم الدراسي وتحقيق نجاحهم الأكاديمي. ولقد حاولنا من خلال دراستنا الميدانية الكشف عن الإضطرابات النفسية الموجودة لدى طلبة الجامعة ولتحقيق هذا الهدف تم تطبيق مقياس scl-90-R على عينة مكونة من 156طالب وطالبة يدرسون في كليات مختلفة منها (العلوم الانسانية و الاجتماعية ،كلية العلوم والتكنولوجيا ،كلية الآداب واللغات ،كلية العلوم الدقيقة وعلوم الطبيعه و الحياة ،كلية الحقوق والعلوم السياسية ،كلية الإقتصاد و العلوم التجارية) بجامعة محمد خيضر بسكرة (المركزية ،شتمة ) وتوصلنا الى وجود اضطرابات نفسية عند طلبة الجامعة بمختلف أبعادها(الأعراضالجسمانيةبنسبة 3،24،الوسواس القهري1،21 ،الحساسية التفاعلية 8،12،الإكتئاب2،10،القلق0،23،العداوة2، 19،الفوبيا 8، 10،إلبارانويا 9، 17،الذهان 6، 16.)كل هذه النسب العالية نوعا ما تحتاج إلى الوقوف وإعادة النظر حول الإهتمام بالطالب الجامعي وتوفير الظروف الملائمة له وذلك من خلال توفير خدمات الصحة النفسية:

-إنشاء عيادة نفسية داخل الجامعة: تقدم مساعدات للطلاب الذين يعانون من مشاكل نفسية.

-توفير الدعم النفسي: يسمح للطلاب بالتواصل مع أخصائي نفسية دون الحاجة إلى الحضور شخصيًا.

-تنظيم ورش عمل وفعاليات توعوية حول الصحة النفسية: تهدف إلى نشر الوعي بأهمية الصحة النفسية وكيفية التعامل مع المشاكل النفسية.

-تدريب أعضاء هيئة التدريس والموظفين على التعرف على علامات الاضطرابات النفسية: ليتمكنوا من تقديم الدعم الأولي للطلاب المحتاجين.

– خلق بيئة جامعية داعمة، وتعزيز التسامح والاحترام بين الطلاب: من خلال تنظيم فعاليات تهدف إلى تعزيز التنوع والاندماج. ،أيضا توفير مساحات آمنة للطلاب للتفاعل والتواصل الاجتماعي: مثل قاعات الدراسة المشتركة ونوادي الطلاب. ،تقديم برامج دعم أكاديمي للطلاب: مثل برامج الإرشاد الأكاديمي والدروس الخصوصية.

–تنظيم فعاليات رياضية وثقافية: تُساعد على تخفيف التوتر وتحسين الصحة النفسية للطلاب. تشجيع أسلوب حياة صحي وذلك بتوفير مرافق رياضية وترفيهية للطلاب: مثل صالات رياضية وحمامات سباحة وملاعب رياضية.

–نشر الوعي بأهمية التغذية السليمة والنوم الكافي وممارسة الرياضة: من خلال حملات توعوية وورش عمل.

–توفير خدمات طبية للطلاب: مثل عيادة صحية داخل الجامعة أو اتفاقيات مع مستشفيات قريبة.

تقديم برامج توعوية حول مخاطر المخدرات والكحول: لتعزيز الصحة النفسية والجسدية للطلاب. توفير فرص للتطوير الشخصي وذلك بتقديم برامج تدريبية وبرامج لتعزيز مهارات التواصل والقيادة لمساعدة الطلاب على التعامل مع الضغوطات بشكل أفضل. أيضاتوفير فرص للتطوع والعمل الاجتماعي: لتعزيز شعور الطلاب بالمسؤولية الاجتماعية وتعزيز ثقتهم بأنفسهم.

–تنظيم فعاليات ثقافية وفنية: تُساعد على تنمية مهارات الطلاب الإبداعية وتحسين صحتهم النفسية، بناء علاقات إيجابية بين الطلاب وأعضاء هيئة التدريس والموظفين ،خلق بيئة مفتوحة للتواصل والحوار: ليتمكن الطلاب من التعبير عن مشاكلهم دون خوف من الحكم عليهم.

–تشجيع التفاعل بين الطلاب وأعضاء هيئة التدريس والموظفين: من خلال فعاليات مشتركة وبرامج الإرشاد الأكاديمي.

–توفير فرص للطلاب للمشاركة في صنع القرارات المتعلقة بالجامعة: ليشعروا بأنهم جزء من المجتمع الجامعي.ويمكن القول أنه من خلال اتخاذ هذه الخطوات، يمكن للجامعة أن تلعب دورًا هامًا في حماية الطالب من الاضطرابات النفسية وتعزيز صحته النفسية.

**الإقتراحات والتوصيات :**

من خلال ما توصلنا إليه من نتائج سنحاول فيما يلي بالإدلاء ببعض الإقتراحات نذكر منها :

–إنشاء خلية إصغاء وإعلام تابعة لمركز المساعدة النفسية بهدف نشر الثقافة النفسية والتعريف بالصحة النفسية وأهميتها بالنسبة للطالب .

–إدراج مقياس مشترك بين كل التخصصات يساعد على نشر الثقافة النفسية والعقلية والجسدية،

–نرجوا ايضا من الأساتذة المتمكنين من المقاييس والإختبارات النفسية ان يقوموا بتطبيق بعضها على طلبة الجامعة وخاصة تلك المختصة بالكشف عن مؤشرات الإضطرابات النفسية.

–بالرغم من الأهداف المحققة من الدراسة الحالية غير ان موضوع دراستنا يحتاج إلى دراسات مستقبلية حول الإضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة لكن على ضوء متغيرات جديدة منها :

-المستوى الدراسي .
-نوع التخصص .
-أساليب المعاملة الوالدية .
-المناخ الأسري.

**خلاصة الفصل :**

بعد التطرق لعرض نتائج الدراسة الأساسية ومناقشة النتائج، ونكون قد توصلنا إلى تحقيق الأهداف المرجوة من دراستنا والتي نجملها في الآتي:

- معرفة ما إذا كان طلبة الجامعة يعانون من الإضطرابات النفسية إأبعادها:

(الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلقالعداوة، الفوبيا،الذهان، البارانويا

# خاتمة

## خاتمة

تعد المرحلة الجامعية من أهم المراحل التي يمر بها الطالب، لأنها مرحلة إنتقالية تحدد مستقبله وتزيد من كفائته العلمية والعملية حيث قد يواجه في هاته المرحلة مجموعة من المشكلات والإضطربات النفسية التي قد تعيق مساره الجامعي.

ولقد ارتأينا في هذا البحث التطرق لطبيعة وجود هاته اللإضطربات النفسية لدى الطالب الجامعي ,حيث قمنا بتوزيع الإستبيان على الطلبة وقاموا بالإجابة عليه بمختلف المستويات والجنسين الذين هم عرضة للإصابة بلإضطربات النفسية، بينما ذكرنا مجموعة من الأسباب التي قد تكون سبب في ظهور هاته الإضطربات المتمثلة في الضغوط الأكاديمية مثل : الخوف من الفشل بعد التوقع لتحصيل جيد، كما أن للتغيرات الشخصية قد تكون السبب وراء اصابة الطالب بالإضطرابات النفسية كأن يمر الطالب بمرحلة هامة في حياته ، الي أن ينتقل من البيئة المدرسية الي البيئة الجامعية ويواجه تغيرات جذرية في نمط حياته وعلاقاته الاجتماعية، ايضا رحلة الطالب للبحث عن هويته وسعيه الدائم للكشف عنها وتحديد مكانته الإجتماعية مما قد يسبب له صراعات نفسية كما أن العلاقات العاطفية الفاشلة التي قد تكون عابرة تسبب ألم نفسي مما يشكل له الإضطراب ,كما أن للعوامل البيولوجية دور في الإصابة بالإضطربات النفسية ذلك من خلال استعداده الوراثي ، فالجينات لها دور في ذلك ، كما أن التغيرات الهرمونية أيضا تسبب بعض التغيرات المزاجية والسلوكية ولا ننسى قلة النوم التي تؤدي الي الإصابة بالإضطرابات ، وخاصة فئة المقيمين الذين يجدون صعوبة بسبب الإزعاج والظروف الفيزيقية

وأخيرا نعزو إصابة الطالب الجامعي بالإضطربات النفسية الى عوامل نفسية ,مثل ضعف مهارات التأقلم مع الضغوط النفسية ,صعوبة التعبير عن المشاعرالسلبية,اضافة الىأنماط التفكير السلبي والتشاؤم والتوقع الدائم بحدوث خطر والانطواء والانعزال يزيدان من خطر الإصابة بالإضطرابات النفسية ايضا التعرض الى صدمات نفسية في مرحلة من مراحل حياته العمرية التى مر بها كصدمات الطفولة والتعرض للعنف بأنواعه، نضيف الى كل هذا أنه من المحتمل أن يكون للتدني إحترام الذات وعدم الثقة بالنفس عند الطالب وكذا إجهاده لنفسه مما يرفع من خطر الإصابة بالإضطرابات النفسية كالقلق والإكتئاب.

وبناء على المعطيات توصلنا في هذي الدراسة الي وجود إضطرابات نفسية لدى طلبة جامعة محمد خيضر بسكرة (مركزية، شتمة)بمختلف ابعادها(اعراض جسمانية,القلق,الوسواس القهري، العدوان ، البرانويا، الذهان، الحساسية التفاعلية، الفوبيا، الإكتئاب)

# قائمة المراجع

## قائمة المراجع

- أبو فاخرة ياسمين جميل حافظ نجية لخضري وهمان همام سارة عاصم رياض (2021) القلق وعلاقته بالطموح لدى طلاب المرحلة الثانوية مجلة دورية محكمة تصدر عن كلية التربية جامعة حلوان

أبو النيل محمود السيد (1994) الأمراض السكوسوماتية ط2 دار النهضة العربية بيروت لبنان

أبوعيشة محمد سمير (2017) نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بأعراض الإضطراب النفسي لدى مرضى السرطان بحث مقدم لنيل درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية كلية التربية في الجامعة الإسلامية غزة

أغيات سالمة (2019) المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الإبتدائية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي أطروحة مكملة لنيل شهادة الدكتوراء العلوم في علم النفس التربوي كلية العلوم الإجتماعية جامعة وهران 2

أزرونسيمة (2017) التكفل العلاجي بذوي الإضطرابات الهذائية المزمنة البارافرينيا البارانويا أطروحة مكملة لنيل متطلبات الحصول على شهادة الدكتوراء في علم النفس العيادي جامعة الجزائر 2

أحمد حسن(2012) المجرمون الشواذ من منظور علم النفس الإجرام مذكرة مكملة لنيل متطلبات الحصول على شهادة الماجستير في القانون الجنائي والعلوم الجنائية جامعة الجزائر

إسماعيل احمد محمد احمد ، جميل طهراوي (2009)الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس في الجامعة الاسلامية غزة

بوعود اسماء (2014) الإضطرابات النفسية بين السيكولوجيا الحديثة والمنظور الإسلامي مجلة قراءات الحراك النفسي العربي الإسلامي العدد

بلخير فايزة (2023) الإضطرابات النفسية لدى طلبة جامعه في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية مجلة التواصل المجلد 29العدد 1 جامعة احمد زابانه غليزان8

بطرس حافظ بطرس (2008) التكيف والصحة النفسية للطفل دار الميسر للنشر والتوزيع ط1 عمان

البحيري عبد الرقيب أحمد (2005) قائمة الأعراض المعدلة كراسة التعليمات كلية التربية جامعة أسيوط

بن محمد مي بت كمل (1429) إساءة المعاملة البدنية والغهمال الوالدي والطمئنية النفسية والإكتئاب لدي عينة من تلميذات المرحلة الإبتدائية بمدينة مكة المكرمة رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس تخصص علم النفس النمو جامعة ام القري السعودية.

بن عجية إبراهيم ، محمد مكي (2021) التوجه العلاجي من وجهة نظر المصاب بإضطراب الوسواس القهري مجلة الرواق للدراسات الإجتماعية والإنسانية المجلد 7 العدد1

بشير إيمان رمضان (2022) الإلكسيثيميا وعلاقتها بالقلق وصورة الجسم لدى طالبات الجامعة المجلة المصرية للدراسات النفسية المجلد 32 العدد116

التركية الاء عبد الرزاق (2017) الوسواس القهري وعلاقته بالضغوط النفسية و المهنية لدى الأطباء والممرضين في مشافي محافظة دمشق بحث مقدم لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي جامعة دمشق

شهيدة جبار (2016) الزمن الذاتي لدى المكتئب الحصري إسهامات اختبار الرورشاخ أطروحة مكملة لنيل شهادة الدكتوراء الثنائية في علم النفس العيادي و المرضي جامعة باريس، ديكارت / جامعة وهران2

حمودة حامدة علي بسمة (2020) الإكتئاب لدى الأطفال المجلة العلمية كلية التربية جامعة المنصورة المجلد 7العدد 2

الحسيني وفاء محمد (2010) الذهان جامعة شقراء المملكة العربية السعودية18

الحمادي أنور (Dsm5 –TR2022 )

دويدار عبد الفتاح (1994) في الطب النفسي وعلم النفس المرضي الإكلينيكي دار النهضة العربية بيروت

الرواب هدى إبراهيم (2022) تأكيد الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى طلاب المرحلة الثانوية في بلدية جنرور مجلة الأصالة العلمية محكمة العدد 2

الرشيدي بشير (2001) سلسلة تشخيص الإضطرابات النفسية مكتب الإنتماء الكويت.

زغير رشيد حميد (2010) سيكولوجيا النمو ط1 دار الثقافة للنشر والتوزيع الأردن

الزراد فصيل محمد خير (2005) الأمراض العصابية والذهانية والإضطرابات السلوكية ط1 دار القلم لبنان

زهار جمال (2017) معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية من وجهة نظر عينة من الأخصائين رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراء (ل م د ) في علم النفس المرضي المؤسساتي جامعة قاصدي مرباح ورقلة

زعتر نور الدين (2010) سلسلة الأمراض النفسية 1القلق ط2

الزليطي نجلة أحمد (2014) سيكولوجية العدوان والنظريات المفسرة له المجلة الجامعة المجلد 4 العدد1

زهران حامد عبد السلام (1977) الصحة النفسية والعلاج النفسي ط2عالم الكتاب القاهرة

زهران حامد عبد السلام (2005 )الصحة النفسية والعلاج النفسي عالم الكتاب القاهرة

السيد فهمي علي (2010 ) علم النفس المرضي درسات ونماذج لحالات ذات إضطربات نفسية وعلاجها جامعة المنصور الإسكندرية.

السحيم بدر عبد الله (2021) الإضطربات النفية وعلاقاتها بسمات الشخصية لدي الدارسين في كلية الحاسب جامعة القسيم المجلة الأكادمية للإبحاث والنشر العلمي الإصدار 22

سرحان علي محمد المحمودي(2019) مناهج البحث العلمي ط3 دار الكتب اليمن

سرحان وليد(2014) القلق دار النشروالتوزيع عمان

سعد الله الطاهر (2009)الإطار النضري لظاهرة القلق مجلة البحوث والدراسات العدد 7

سجموند فرويد (1987) الكف والعرض والقلق ترجمة محمد عثمان نجاتي دوان المطبوعات الجامعية

سعود فطيمة ،خرموش سميرة (2016) الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية scl-90-R جامعة لونيسي علي البليدة .مخبر تحليل المعطيات الكمية والكيفية العدد 4.

الشربيني لطفي (2001) موسوعة شرح مصطلحان النفسية انجليزي _عربي دار النهضة العربية بيروت لبنان .

صالح علي عبد الرحيم (2014) علم النفس الشواذ الإضطربات النفسية والعقلية دار الصفاء للنشر والتوزيع عمان

صالح سلسبيل،زروالي جيهان (2023) فعالية مقياس الشخصية لdsm في تشخيص الإضطربات الذهانية بلدى عينة سريرية مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي جامعة 8ماي 1945قالمة

صالح سمير عيسى (2017) اثر برنمج إرشادي يستند الي اللعب والفن في خفض السلوك العدواني لدي أطفال قرية الأطفالSOS في محافضة بيت لحم رسالة مقدم لنيل الماجستير في تخصص الإرشاد النفسي والتربوي جامعة القدس فلسطين.

طراد نفيسة (2021) علاقة نمط الشخصية (ا،ب) إستراتجيات المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية لدي عينة من الفريق الصحي مذكرة مقدمة لنيل شهادة الدكتورة الطوار 3 تخصص علم النفس المرضي المؤسساتي جامعة قاصدي مرباح ورقلة .

العبيدي محمد جاسم(2013) علم النفس الإكلينيكي دار الثافة للنشر والتوزيع ط3 عمان الأردن.

عطوف محمود ياسين(1981) علم النفس العيادي دار العلم بيروت .

عطوف ياسين (1988) الإضطربات السيكوسوماتية منشورات بحسون الثقافية بيروت لبنان.

عبد الغفار عبد السالم (2001) مقدمة في صحة النفسية دار النهضة العربية مصر .

العيسواي عبد الرحمان محمد (2001) الإسلام والصحة النفسية دار الراتب الجامعية بيروت

العيساوي عبد الرحمان محمد (2000) إضطربات نفسوجسمية دار الراتب الجامعية بيروت .

عباس فيصل (1994) اضواء على المعالجة النفسية (نظرية تطبيقية)دار الفكر البناني بيروت .

عطية محسن على (2009) البحث العلمي في التربية مناهجه وأدواته ووسائله الإحصائية دار المنهاج للنشر والتوزيع عمان الأردن.

عكاشة أحمد (2003)الطب النفسي المعاصر مكتبة الانجلو المعاصر.

علي عكلة سليمان،احمد جاسم سليمان،(2012) أشكال السلوك العدواني لتلاميذ بأعمار (12،11) سنة مجلة علبوم التربية الرياضية العدد 2.

غانم محمد حسن(2004) تمهيد لعلم النفس ،قسم علم النفس جامعة حلوان .

غانم محمد حسن (2011) الإضطربات النفسوجسمية دار غريب للطلاعة والنشر القاهرة مصر

غانم محمد حسن (2015) الدليل المختصر في الإضطربات السيكو ماتية مكتبة الأنجاو المصرية .

غربي باحت أمال (2018) فعالية برنامج السلوكي في التخفيف من الضغط والإكتئاب لدى مرضي الربو رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتورة دولة في علم النفس لبعيادي جامعة الجزائر 2ز

غالي مريم (2014) الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة مذكرة مكملة لنيل متطلبات الحصول على شهادة الماجستر في علم النفس وعلوم التربية جامعة وهران.

فيصل محمد (2000) الربط بين النفس والجسد النضرة الفرويدية للإضطربات السيكو سوماتية دار الكتب العلمية بيروت .

القشاعلة بديع (2023) المختصر في الإضطرابات النفسية دار النشر مركز السيكولوجي للنشر الإلكتروني فلسطين.

قدوري خليفة،حورية تارزولت عمروني (2017) قلق الإمتحان وعلاقته بفاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي أطروحة مكملة لنيل متطلمتطلبات الحصول على شهادة الدكتوراء العلوم في علم النفس جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

الخياط ماجد (2010) أساليب البحوث الكمية والنوعية في العلوم الإجتماعية دار الراية للنشر والتوزيع ط1الأردن.محمود

مجدي أحمد محمد (2000) علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والإضطراب دار المعرفة الجامعية القاهرة.

مصطفي أسامة فاروق (2012) مدخل الى الإضطرابات السلوكية والإنفعالية دار المسيرة للنشر والتوزيع ط2 عمان.

مكناسي أميرة صونيا قاسمي (2020) مشكلات البيداغوجيا وتأثيرها على التحصيل الأكاديمي لدى الطالب الجامعي، مجلة جامعة الأمير عبد القادر العلوم الإسلامية المجلد 34 العدد 2 قسنطينة الجزائر

منقوشي فاطمة (2023) سيكوباتولوجية التوظيف النفسي والإنتاج الإسقاطي لدى المصاب بإضطراب الوسواس القهري أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراء جامعة عين تموشنت تخصص علم النفس العيادي بلحاج بوشعيب.

مواهب الرشيد إبراهيم محمد (2018) القلق لدى طالبات كلية التربية وعلاقته ببعض المتغيرات المجلة الإلكترونية الشاملة متعددة المعرفة لنشر البحوث العلمية والتربوية (MEC SJ) العدد 5.

المليحي حليم(2000) علم النفس الإكلينيكي دار النهضة العربية بيروت لبنان ط1

مبيض مأمون (2006) المرشد في الأمراض النفسية وإضطرابات السلوك المكتب الإسلامي ط2 بيروت

محمد فتحي علي (2022) المخططات المعرفية اللاتكيفية والكفاءة الذاتية وعلاقتها ببعض الإضطرابات النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة مجلة كلية الآداب المجلد 3 العدد 57

النصيب إمان (2015)الإضطلربات النفسية وأثرها في أحكام الزواج والطلاق دراسة فقهية مقارنة مذكرة مكملة لنيل مطلبات الحصول على شهادة الماجستير في العلوم الإسلامية جامعة حمة لخضر الوادي.

وليم مدحت ينى (2019) خصائص رسوم المضطربين بالبارانويا لدى عينة من الجنسين في مرحلة المراهقة جمعية آسيا مصرالقاهرة

وزنتي محمد(2020) السلوك العدواني عند الطفل المهان مجلة اكاديمية دولية المجلد 7 العدد 2

الوحيدي عمار يوسف، زاهرة خالد عامر، (2022) أمراض الإضطرابات السيكوسوماتية من منظور علم النفس الجسدي مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية المجلد 10 العدد 4

يونغ كارل (1998) علم النفس التحليلي ترجمة نهاد خياط دار الحوار للنشر والتوزيع بيروت

اليوسف نجلاء عبد الحميد الفروق بين مرضى الوسواس القهري والأسوياء في المخططات المعرفية السلبية و القدرة على صنع القرار وحل المشكلات بحث مقدم لنيل شهادة

نسيمة طباس،خديجة ملال (2021)الإدمان على الإنترانات لدى طلبة الجامعة مجلة روافد المجلد 5العدد1

**المواقع:**

الجمعية الأمريكية لعلم النفس(APA)

https://www.apa.org/

منظمة الصحة العالمية(WHO)

https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

المعهد الوطني للصحة العقلية(NIMH)

https://www.nimh.nih.gov/

المراجع الأجنبية:

1- C.B. Pull، 1992، CIM10 "classification .31international des maladie، dixième revision، chapitre V(F): troubles mentaux et troubles du comportement، descriptions chimiques etdirectives pour le diagnostic (S.E) paris، masson:

2- Karam et el (2010)practice Guideline for the treatment of patients with obsessive compulsive Disorder.amorcon psychiatric compulsiveKaram et el (2010)practice Guideline for the treatment of patients with obsessive compulsive Disorder.amorcon psychiatric compulsive

3- Pratibha.P. Kane (2009) stress causing psychosomatic illness among nurse. Indian journal of occupational and environmental medicine. Volume:13.

4- Rosenhan، D.L. and Seligman، M.E.P. (1995)AbnormalPsychology. 3rd ed. New York: W.WNorton Company.

# قائمة الملاحق

**تعليمة المقياس:**

يوجد أمامكم عدد من المشكلات التي قد تعاني منها،الرجاء التكرم بالاجابة وذلك باختيار أحد الاجابات المناسبة لوجهة نظرك حول وجود هذه المشاكل خلالالأسبوع الماضي، يرجى اختيار الاجابة التي تنطبق عليك:

| العبارات | مطلقا | نادرا | أحيانا | كثيرا | دائما |
|---|---|---|---|---|---|
| 1الصداع | | | | | |
| 2سرعه الانفعال والاضطراب الداخلي | | | | | |
| 3وجود افكار او خواطر او الفاظ غير مرغوب فيها لا تفارق ذلك | | | | | |
| 4الشعور بالاعياء او الاغماء او الدوخه | | | | | |
| 5فقدان الاهتمام الجنسي او اللذه الجنسيه | | | | | |
| 6الشعور بالحساسيه اتجاه الاخرين | | | | | |
| 7الاعتقاد بان شخصا ما يستطيع السيطره على افكارك | | | | | |
| 8القاء اللوم على الاخرين في معظم متاعبك | | | | | |
| 9الصعوبة في تذكر الاشياء | | | | | |
| 10الإنشغال الزائد فيما الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقدرات والاهمال. | | | | | |
| 11الشعور بسرعه المضاعقه والاستثارة | | | | | |
| 12-الاحساس بالالام في القلب او الصدر | | | | | |
| 13-الشهور بالخوف في الاماكن المفتوحه والشوارع | | | | | |
| 14الشعور بالخمول او قله النشاط | | | | | |
| 15التفكير في انهاء حياتك | | | | | |
| 16سماع اصوات لا يسمعها الاخرون | | | | | |
| 17رعشه بالجسم | | | | | |
| 18الشعور بعدم الثقه في معظم الناس | | | | | |
| 19ضعف الشهيه للطعام | | | | | |
| 20البكاء بسهوله | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 21الشعور بالخجل او الاضطراب من الجنس الاخر | | | | | |
| 22الشعور بانك محبوس او مقيد للحركه | | | | | |
| 23رعب مفاجئ بدون سبب | | | | | |
| 24ثورات مزاجيه لا يمكن السيطره عليها | | | | | |
| 25الشعور بالخوف من ان تخرج من المنزل بمفردك | | | | | |
| 26لون نفسك على الاحداث التي تمر بك | | | | | |
| 27احساس بالام اسفل الظهر | | | | | |
| 28عدم القدره على اتمام اعمالك | | | | | |
| 29الاحساس بالوحده | | | | | |
| 30والاحساس بالانقباض | | | | | |
| 31القلق على اشياء مبالغ فيها | | | | | |
| 32الشعور بعدم الاهتمام بما حولك | | | | | |
| 33الشعور بالخوف | | | | | |
| 34الاحساس بان مشاعرك يمكن ان تجرح بسهولة | | | | | |
| 35الاعتقاد بان الاخرين يطلعون على افكارك الخاصة | | | | | |
| 36الشعور بان الاخرين لا يفهمونك او لا يتعاطفون معك | | | | | |
| 37الشعور بعدم صداقه الناس لك او انهم لا يحبونك | | | | | |
| 38-الاضطرار الى اداء اعمالك ببطء شديد حتى تتاكد من دقاتها | | | | | |
| 39الاحساس بضربات القلب أو زياده سرعتها | | | | | |
| 40الاحساس بالغثيان واضطراب المعده | | | | | |
| 41الاحساس بانك اقل من الاخرين (الشعور بالنقص) | | | | | |
| 42الشعور بالام في العضلات | | | | | |
| 43الشعور بان الاخرين يراقبونك أ ويتحدثون عنك | | | | | |
| 44صعوبه الاستغراق في النوم | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 45الاضطرار الى اعاده التاكد من افعالك (تعيد وتزيد) | | | | | |
| 46صعوبه اتخاذ القرارات | | | | | |
| 47الشعور بالخوف عند السفر | | | | | |
| 48الصعوبه في التقاط انفاسك | | | | | |
| 49الاحساس بنوبات من السخونه او البروده في جسمك | | | | | |
| 50الاضطرار الى تجنب اشياء او افعال او اماكن معينه لانها تسبب لك الاحساس بالخوف | | | | | |
| 51الاحساس بان ذهنك خالي من الافكار | | | | | |
| 52تنميل وشكشكه في اجزاء من جسمك | | | | | |
| 53الاحساس بان شيئا يقف في حلقك | | | | | |
| 54الاحساس بالياس من المستقبل | | | | | |
| 55صعوبه التركيز | | | | | |
| 56الشعور بضعف في اجزاء من جسمك | | | | | |
| 57الشعور بالتوتر انك مشدود داخليا | | | | | |
| 58الشعور بثقل في ذراعيك او رجليك | | | | | |
| 59التفكير في الموت | | | | | |
| 60الافراط في تناول الطعام | | | | | |
| 61الشعور بالإضطراب او الضيق عندما يتحدث الناس عنك او يراقبونك | | | | | |
| 62الشعور بان افكارك ليست من صنعك | | | | | |
| 63الاحساس بدافع ملح لأن تضرب أو تجرح أو تؤذي شخص معين | | | | | |
| 64الاستيقاظ من النوم في ساعات المبكره من الصباح | | | | | |
| 65الاضطرار الى تكرار نفس الافعال | | | | | |
| 66نوم مضطرب او غير مريح | | | | | |
| 67الشعور بدافع ملح لتكسير او تخريب الاشياء | | | | | |
| 68وجود افكارها ومعتقدات لديك لا يشركك فيها الاخرين | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 69الإحساس بالخجل والهيبة في وجود الآخرين | | | | | |
| 70الشعور بالضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق و السينما | | | | | |
| 71في وجود الاخرينالشعور بأن كل شيء عناء في عناء | | | | | |
| 72نوبات من الفزع بدون سبب معقول | | | | | |
| 73الاحساس بالضيق عند تناول الطعام او الشراب في مكان عام | | | | | |
| 74دخول في كثير من الجدال والمناقشات | | | | | |
| 75الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك | | | | | |
| 76الشعور بأن الآخرين لا يعطونك ما تستحق من ثناء وتقدير على أعمالك وإنجازاتك | | | | | |
| 77الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين | | | | | |
| 78الشعور بعدم الاستقرار لدرجه لا يمكنك الجلوس هادئا في مكان | | | | | |
| 79الشعور بانك عديم الاهمية | | | | | |
| 80الشعور بأن الأشياء المؤلوفة تبدو غريبة أو غير حقيقية | | | | | |
| 81نوبات من الصراخ أو قذف الأشياء | | | | | |
| 82الشعور بالخوف من الإغماء في الاماكن العامه | | | | | |
| 83الاحساس بان الناس سوف ياخذون فرصتك او مكانتك من ذلك | | | | | |
| 84افكار عن الجنس تسبب لك اضطراب شديد | | | | | |
| 85افكار تسيطر عليك بانك لابد ان تعاقب على ذنوبك | | | | | |
| 86الإعتقاد بأنك مدفوع اعمل أشياء معينة | | | | | |
| 87الاعتقاد بان هناك شيئا خطيرا قد حل بجسمك | | | | | |
| 88عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر | | | | | |
| 89الشعور بالذنب | | | | | |
| 90الإعتقاد بأن هناك تغيرا غريبا قد طرأ على أفكارك | | | | | |