

توهم المرض لدى عينة من الأطفال
Hypochondria disorder for sample of
children

إعداد

وحيد السيد فضل يوسف

باحث ماجستير

إشراف

أ. د / محمد حسين سعد الدين الحسيني

أستاذ علم النفس

كلية الآداب - جامعة المنصورة

المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة المنصورة

المجلد التاسع - العدد الثالث

يناير ٢٠٢٣

توهم المرض لدى عينة من الأطفال

Hypochondria disorder for sample of children

□*وحيد السيد فضل يوسف

يعتبر الرهاب الاجتماعي (القلق الاجتماعي المرضي - أو - الخوف الاجتماعي المرضي) من الاضطرابات النفسية الواسعة الانتشار. فقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن نسبة الانتشار تتراوح من ٧: ١٤ بالمئة في المجتمعات الغربية وغيرها. وهو في حقيقته اضطراب مزمن ومعتل في آن واحد، ولكنه قابل للعلاج، ولعل أحد أشهر العلاجات النفسية التي أثبتت نجاحها مع هذا الاضطراب النفسي هو العلاج المعرفي السلوكي. ويظهر عند الإناث بصورة أكبر منه عند الذكور بنسبة تتراوح ما بين ٢: ١.

كما أنه يظهر في الغالب في مرحلة الطفولة والمراهقة، كما أشارت بعض الدراسات أنه قد يترافق مع اضطرابات القلق الأخرى والاكتئاب، أيضاً قد يظهر بسبب سوء استعمال المواد الإدمانية والكحوليات، ومن أبرز سمات هذا الاضطراب هو القلق والارتباك والذعر من مواقف التفاعل الاجتماعي، حيث يعاني المصابون به خوفاً شديداً ومزمناً من نظرات الآخرين ومن التقييمات السلبية التي قد يطلقها عليهم الآخرين - من وجهة نظرهم كما يعتقدون - إضافة إلى الخوف الشديد والحساسية الزائدة من أن تتسبب تصرفاتهم في

*باحث ماجستير

الإحراج لهم. كل هذا بدوره يؤثر على أعمالهم ومختلف الأنشطة والأعمال اليومية لديهم.

وبالرغم من الوعي والإدراك الكامل عند المرضى بأن خوفهم غير منطقي وغير مبرر؛ إلا أنهم لا يستطيعون السيطرة والتغلب عليه. كما أن المرضى به يتحسبون للمواقف التي سوف يتعرضون لها في المستقبل، فقد يظل المريض قلقاً ومتوتراً قبل حدوث الموقف لأيام أو أسابيع قبل حدوث الموقف المخيف من وجهة نظره.

كما قد يتحدد الرهاب الاجتماعي بنوع واحد من المواقف مثل التوتر والخوف من الحديث أمام الغرباء أو الفرع من تناول الطعام أو دخول دورات المياه أمام الآخرين. كما أن القلق قد يكون معمماً في مختلف المواقف الاجتماعية التي يتصادف فيها وجوده مع الآخرين. فهذا الاضطراب في حقيقته اضطراب معطلا للفرد، فقد يمنعه من الذهاب للعمل أو استكمال الدراسة لعدة أيام؛ كأن المريض يعزل نفسه ويحبسها في عنق زجاجه لا يخرج منها. وكما تبين في الإطار النظري أن هؤلاء المرضى يجدون صعوبات في ابتداء الصداقات - أو - حتى المحافظة عليها، ويصاحب هذا الاضطراب العديد من الأعراض الفسيولوجية.

وزبدة القول أن هذا الاضطراب النفسي من الاضطرابات المبددة لطاقات الفرد والمعتلة لجميع أنشطة الفرد؛ فهو كما أشرنا سالفاً يحبس صاحبه في عنق الزجاج؛ فيجعله منسحباً منعزلاً خائفاً من الآخرين لا يشاركونهم، ولا يستطيع التعبير عن نفسه - أو - حتى التحدث أمام الآخرين، لاعتقاده المريض أنهم

يضعونه تحت المجهر، فيقيمون تصرفاته بشكل سلبي، مما يؤثر على أداءه المهني أو الدراسي.

ولما كانت البنية المعرفية هي حجر الزاوية في نشأة هذا الاضطراب، فقد عمد الباحث إلى تصميم برنامجا علاجيا يركز على النظرية المعرفية بفنياتها وتكنيكاتها المتعددة، إضافة إلى النظرية السلوكية بمختلف أساليبها، قد يساعد في خفض حدة ووطأة هذا الاضطراب على عينة من مرضى البهاق الذين يعانون من ويلات هذا الاضطراب نظرا لما يعانون به من تشوهات جلدية.

يُعد الشعور بالتوتر والقلق في بعض المواقف الاجتماعية أمراً شائعاً، حينما يشعر الفرد أنه بؤرة أو محور الانتباه، ولكن هذا القلق لا يكون شديداً إلى الدرجة التي تعيق القدرة على أداء المهام المطلوبة منه في ذلك الموقف، بل يعزز هذا القلق أداء الفرد بحيث يزيد اليقظة والتركيز لديه، ولكن من يعانون من اضطراب الرهاب الاجتماعي يشعرون بقلق شديد عند مواجهة هذه المواقف، وقد يقومون بتجنبها لأن التعرض لها يكون أمراً مؤلماً.

ويرى كل من (علي سيد ومحمد خليل: ٢٠١٤، ٢٦٧، ٢٦٨) أن الرهاب الاجتماعي هو هذا الخوف الشديد من ملاحظة الآخرين، يفسد حياة أولئك المرضى، وهو نوع من الخجل الغير مبرر، وقد تكون الأعراض من الشدة بحيث تعطل الحياة اليومية. وقد يكون سببا في قلة -أو - بالأحرى عدم وجود علاقات اجتماعية. كما أغلب مرضى الرهاب الاجتماعي يظهرون اضطرابات مصاحبة، فما بين ٧٠ إلى ٨٠% من مرضى الرهاب الاجتماعي يظهرون اضطرابات أخرى، مثل الخوف من الأماكن الفسيحة، واضطراب الاكتئاب الرئسي، والفوبيا الخاصة، واضطراب سوء استخدام الكحوليات. كما أظهرت

الأبحاث وجود مكونات معرفية وسلوكية وفسولوجية في هذا الاضطراب وأنها تتفاعل معا، وقد أظهرت الدراسات فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى الرهاب الاجتماعي.

ويذهب (محمد غانم: ٢٠١٨، ٣٧) إلى أن الرهاب الاجتماعي ما هو إلا قلق من التقييم السلبي للذات ويتجلى ذلك في مواقف التفاعل الاجتماعي. كما اضطراب نفسي ناجم عن نقص المهارات الاجتماعية وتدنى في تقدير الذات.

مما سبق يتبنى الباحث تعريف (طه حسين) والذي يرى أن الفوبيا الاجتماعية عبارة عن الخوف الشديد من التصرف أمام الآخرين، ومن أن يكون الفرد محل ملاحظة ومراقبة وتدقيق من قبل الآخرين من أهم سمات ذلك الاضطراب النفسي.

يرى البعض (حسان المالح) أن هناك العديد من الدراسات العيادية تؤكد انتشار الرهاب الاجتماعي بصورة أكبر بين الطبقات المثقفة والميسورة مادياً، وما يرتبط ذلك بتوفر الإمكانيات المادية والمعنوية والثقافية.

وينتشر هذا العُصاب بصورة أكبر في دول العالم الثالث وبالتحديد في المجتمعات النامية؛ لعل السبب في ذلك يرجع إلى أهمية دور الفرد وآراءه، وفرص التعبير عن ذاته، بشكل عام أقل احتراماً وبروزاً بالمقارنة بالمجتمعات الغربية (حسان المالح: ١٩٩٥، ١٠٣ - ١٠٥).

كما تشير إحدى الدراسات التي أجراها المعهد الوطني للصحة النفسية على مدى ستة أشهر، أن معدل انتشار الرهاب الاجتماعي يتراوح ما بين (٩،٠ % إلى ١٧،٧ %) لدى الرجال، ويتراوح ما بين (١،٥ % إلى ٢،٦ %) لدى النساء. وينبغي أن ننوه إلى أن هذه الدراسات قد طبقت محكات الطبعة الثالثة

من الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والتي تضمنت فقط الأفراد الذين يعانون من قلق أداء مهن بعينها. ومن ثم فإن نسبة الانتشار ربما تصبح أكثر ارتفاعا إذا ما طبقت الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (ديفيد بارلو ٢٠٠٥، ٢٣٢-٢٣٣).

وترى (آمال باظة) أن هذا الاضطراب النفسي لا يقتصر على مجتمع دون الآخر أو ثقافة دون الأخرى، ويؤكد بعض العلماء أن هذا الاضطراب يمثل (٢٥%) من جميع حالات الخواف المرضى (آمال عبد السميع باظة : ٢٠٠٣، ٥٤).

وقد دلت دراسة أمريكية في (١٩٨٢)، والتي أجريت في ثلاث مدن أمريكية، أن انتشار الرهاب الاجتماعي خلال ستة أشهر هو حوالي (٢%) من السكان، وتدل إحدى الدراسات أن (٨%) من المرضى الذين يشكون من حالات الخوف في مشفى (المودزلى) للطب النفسي في لندن لديهم حالات من الفوبيا الاجتماعية (عبد الله السبيعي: ٢٠٠٦، ٥٤).

وقد ظهر جليا في العديد من الدراسات أن الفوبيا الاجتماعية تنتشر بين الإناث بصورة أكثر من الذكور، تتراوح هذه النسبة ما بين (٣) من الإناث إلى (٢) من الذكور، وترتفع المعدلات بشكل ملحوظ عند الأطفال، وغير المتزوجين والأقل تعليما، وبين الأفراد الذين ليس لديهم عمل ثابت، وكذلك من يعانون من مستوى اجتماعي واقتصادي منخفض. كما يرتبط الرهاب الاجتماعي باضطرابات السلوك والتقديرية الضعيفة والأداء المتدني في العمل والصحة البدنية المعتلة. (مجدي الدسوقي: ٢٠٠٤، ١١-١٢)

وتشير الدراسات إلى أن نسبة انتشار اضطراب الرهاب الاجتماعي تتراوح بين (٧% - ١٤%) في أغلب المجتمعات، وهو اضطراب مزمن، ومعتل للحياة الاجتماعية، ولكنه قابل للعلاج؛ كما أنه يترافق مع اضطرابات القلق الأخرى والاكنتاب (Piling, et al., 2018). أكدت دراسة أخرى حديثة على أن نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي تتراوح من ٧: ١٤ بالمئة في المجتمعات الغربية وغيرها وأن أي إنسان معرض في وقت ما من حياته للإصابة به، وتتراوح نسبة الإصابة حوالي ٩% من النساء، و٧% من الرجال. إلا أن الرجال قد يظهر لديهم اضطراب أشد منه وهو اضطراب الشخصية التجنبية Avoidant personality disorder.

مما تقدم يرى الباحث أنه من الصعوبة بمكان، تحديد نسبة انتشار هذا العُصاب؛ فلا يوجد أحد منا بمأمن منه، فكل منا معرضاً للإصابة به في أي لحظة أو في أي مرحلة عمرية لأي سبب من الأسباب. كما أن نسبة انتشاره تتفاوت بين المجتمعات وكذلك بين طبقات المجتمع الواحد. ومن أبرز العوامل التي تجعل من الصعب تحديد نسبة انتشاره بدقة هو أنه قد يترافق مع اضطرابات القلق الأخرى والاكنتاب. أيضاً قد يظهر بسبب سوء استعمال المواد الإدمانية والكحوليات إلى غير ذلك.

ولقد جاء أول تصنيف للفوبيا الاجتماعية بظهور الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي الإحصائي الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (D S M III)، وعرفه بأنه الموقف الاجتماعي الذي يتعرض فيه الشخص لملاحظة وتفحص من قبل الآخرين، ثم اتسع هذا المفهوم بظهور النسخة المعدلة من الدليل التشخيصي الثالث ليشمل الأفراد الذين لديهم مخاوف تمتد لمدى واسع من

المواقف الاجتماعية. ثم جاء في عام ١٩٩٤ النسخة الرابعة (D S M I V) من الدليل التشخيصي للرهاب الاجتماعي والذي اعتبره خوفا من الخزي والارتباك في المواقف الاجتماعية -أو- مواقف الأداء أمام الأشخاص غير المألوفين، بحيث يكون عرضة للتفحص من قبل الآخرين، وتم وضع معايير تشخيصية تميزه عن اضطراب الشخصية التجنبية "الاجتنابية" Avoidant Personality Disorder، وفي عام ٢٠١٣ ظهرت النسخة الخامسة من الدليل التشخيصي الإحصائي D S M 5، الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي American Psychology Association، والذي عرف الرهاب الاجتماعي بأنه "الخوف الملحوظ والمستمر من موقف واحد - أو - أكثر من المواقف الاجتماعية والتي يتعرض فيها الفرد للتقييم من قبل الآخرين، حيث يحاول أن يتصرف بطريقة محرجة - أو - تظهر عليه أعراض القلق بحيث يراها الآخرين ويفسرونها بشكل سلبي، ونتيجة لذلك ينسحبون من المواقف الاجتماعية.

وقد وضعت له عدة معايير تشخيصية وهي كالتالي:

- خوف ملحوظ ودائم من واحد - أو - أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء حيث تكون الشخصية أمام أشخاص غير مألوفين له - أو - يكون عرضه للتفحص من قبل الآخرين.
- التعرض للموقف الاجتماعي المرهوب يثير القلق بصفة دائمة تقريبا، وقد يأخذ هذا القلق شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف أو متوقفة عليه.
- يدرك الفرد أن الخوف غير معقول.
- يتجنب الشخص المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء المرهوبة وإلا فهو يتحملها على مضض.

- يؤدي التجنب - أو - التوقع القلق أو الكرب في المواقف الاجتماعية أو موقف الأداء إلى إعاقة ملحوظة للوتيرة الحياتية الطبيعية للفرد - أو - لأدائه المهني أو الدراسي أو أنشطته أو علاقاته الاجتماعية، - أو - يعاني الفرد ضيقا شديدا لوجود هذا الخوف لديه.
- بالنسبة للأفراد تحت سن الثامنة عشر بحيث لا تقل المدة (مدة الاضطراب) عن ستة أشهر.
- لا يكون الخوف أو التجنب ناتجا عن التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لإحداث المواد "عقار - إدماني - دواء" لمرض جسمي عام، ولا يمكن تعليقه بوصفه اضطرابا نفسيا آخر "مثل اضطراب الهلع المصاحب أو اضطراب التشوه الوهمي للجسد أو اضطراب النمو الشامل - أو - اضطراب الشخصية الشيزوفرينية.
- في حالة وجود مرض جسمي عام أو اضطراب نفسي آخر يتعين ألا يكون الخوف هو المعيار "أ" متعلقا به، فلا يكون الخوف مثلاً هو من "التأتأة" أو من الارتجاف كما في مرض باركنسون أو إظهار سلوك غذائي شاذ في مرض فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي (American Psychology Association, 2013: 202).

ويرى بعض الباحثين (ناصر المحارب: ٢٠٠٠، ٣٢٢) أن هناك بعض العوامل المعرفية والسلوكية تعمل على تطور واستمرار الرهاب الاجتماعي يمكن إيضاحها في النقاط التالية:

١- الأفكار والسلوكيات التي تسبق الدخول في المواقف الاجتماعية: حيث يتكون الخوف لدى مريض الرهاب الاجتماعي من خلال خبراته المبكرة

عدد من الافتراضات السلبية التي توجه سلوكياته تجاه المواقف الاجتماعية.

٢- ما يحدث داخل الموقف الاجتماعي: أن الافتراضات التي سبق وأن تم تشكيلها قبل الموقف الاجتماعي هي من ينشط أثناء الموقف برنامج القلق الذي يشمل مختلف الأعراض الجسمية "مثل تزايد وسرعة ضربات القلب واحمرار الوجه ورعشة الأطراف.. إلخ"، مما يدفع المريض إلى الاعتصام والتمسك بسلوكيات الأمان، في محاولة منه لتأمين نفسه من مواقف التهديد.

٣- ما يحدث بعد تفادي أو حتى الدخول في الموقف الاجتماعي: حيث يقوم المريض بمراجعة ما حدث خلال موقف التفاعل الاجتماعي، مما يؤدي إلى بروز مشاعر القلق، والإدراك السلبي للذات، ويبدو له الموقف الاجتماعي سلبياً وسيئاً أكثر مما يبدو عليه في حقيقته، وهذا يبرر استمرار شعور المريض بالخزي حتى بعد زوال مصادر القلق.

وفى هذا الصدد يؤكد بعض العلماء (طاهر عمار: ٢٠٠٦، ١٤٤) أن هناك بعض العقبات تعيق مرضى الرهاب من التخلي عن تلك المعتقدات الخاطئة وبالتالي استمرار دائرة الخوف والقلق الاجتماعي، كما يلي:

- التركيز الشديد على الذات: فعندما يفكر هؤلاء المرضى بأنهم عرضة للتقييم السلبي من قبل الآخرين، فإنهم يركزون انتباههم إلى الملاحظة والمراقبة الذاتية التفصيلية لأنفسهم، وبالتالي يزداد عندهم الوعي باستجابات القلق المفزعة المخيفة.

- **سلوكيات التأمين Safety Behaviors**: وهى سلوكيات تهدف إلى خفض التعرض للتقييم السلبي، وتشتمل على العديد من أنواع السلوك مثل وضع اليد على الوجه، النظر في ساعة اليد،.. إلخ.
- **القلق الذي يحدث للمريض خلال الموقف الاجتماعي**: وهو في حقيقته يرجع إلى المبالغة والتهويل من الخوف من التقييم السلبي من الآخرين له، وعواقبه عليه، مما يؤدي إلى تقصير شديد في الأداء في المواقف الاجتماعية؛ نتيجة انشغاله المفرط برصد ومراقبة ذاته وأدائه، وتركيزه على سلوكيات الأمان، وبالتالي يكون أدائه يكون شاذا غير مألوف.
- **معالجة ما قبل وما بعد الحدث**: وترتكز على قلق التوقع قبل الموقف أو الحدث الاجتماعي، وكذا الاجترارات التي تحدث بعد الموقف الاجتماعي.

(طاهر عمار: ٢٠٠٦، ١٤٤)

ويشير إندرسون (Endersons, 2006: 53) إلى أن مريض الرهاب الاجتماعي قد يُصاب بالارتباك إذا تحدث إلى جمع من الناس - أو - حتى لمجرد إلقاء كلمة أمام حشد بسيط من الناس، أو الجلوس مع الآخرين على مائدة الطعام، خوفا من أي تصرف خاطئ قد يصدر عنه، الأمر الذي قد يؤدي إلى النظر إليه باحتقار -حسب اعتقاده المريض- مما يقلل من قيمته أمام الآخرين.

فالرهاب الاجتماعي عبارة عن قلق اجتماعي شديد غير تكيفي، يجعل المريض خائفا من العلاقات الاجتماعية، ويعمل على تجنبها. في حين نرى أن القلق الاجتماعي التكيفي يُعتبر عاديا ولا يمثل أية مشكلة؛ إلا إنه إذا أصبح مرضيا، فإنه يتسبب في عواقب ضارة للمريض (معاناة نفسية، الانعزال، الفشل

أو انخفاض المستوى في العمل أو الدراسة... إلخ)، وغالبا ما يتضمن الرهاب الاجتماعي إحساسا بالعار والخجل والخوف "من أن يكتشف الآخرون أننا سيئون أو ضعفاء" هذا الخجل الشديد والمقنع، يكون في الخلفية (أي لا يظهر مباشرة)، حيث إن القلق الاجتماعي هو الذي يمكن ملاحظته بوضوح أكثر، هذا الخجل هو المحرك الأساسي للرهاب الاجتماعي (سيريال بوفيه: ٢٠١٩، ١٣١، ١٣٢).

ويشير (Faytout & Swendsen, 2009: 14) إلى أن مرضى الرهاب الاجتماعي عادة ما يُعبرون عن خوفهم من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين. وهذا ما يدفعهم إلى تجنب الدخول في علاقات اجتماعية مع الآخر. ولكن على النقيض، فهم يُخبرون حالة انفعالية جيدة في وجود المقربين منهم، كأفراد العائلة والأصدقاء.

ويؤكد كل من (Lipsitz & Schneier: 2000, 34) أن هذا الخوف الغير مُبرر ما هو إلا مرض دائم ملازم للفرد، من شيء غير مخيف، ولا يستند إلى أساس منطقي رصين أو واقعي، ولا يمكن السيطرة عليه من قبل الفرد؛ رغم أدركه التام أنه غير حقيقي، ومع ذلك يعتريه هذا الاضطراب ويتحكم في جميع سلوكياته.

بينما يرى كل من (Blanco, et al., 2012 & Davidson., 2000: 87) أن هذا الاضطراب النفسي المزمن يجعل الفرد يهدر الكثير من طاقاته في مجال العلاقات الاجتماعية، مما يجعله مُنسحبا لا يُشارك الآخرين، ولا يستطيع التعبير عن نفسه، مما يؤثر بالسلب على أدائه المهني وذلك نظرا لتدني قدراته وطاقته.

مما سبق يرى الباحث أن هذا الاضطراب النفسي ينشأ نتيجة الوعي المفرط بالذات والانشغال الزائد بتقييم الآخرين مع الاعتقاد الراسخ لديه بأنها سلبية (أي هذه التقييمات)، مما يدفع المريض إلى العزلة وعدم الظهور أمام الآخرين أو حتى المشاركة في المواقف التي تتطلب حد أدنى من التفاعل كالمناسبات الاجتماعية كالأعياد إلى غير ذلك. فالرهابي الاجتماعي كمن يضع نفسه بين المطرقة والسندان.

وبالتالي فإن هذه الفئة من العصائيين يتعرضون لسلسلة من المشكلات والخسائر النفسية والصحية؛ أضف إلى ذلك الخسائر المادية والمهنية الناجمة عن تعرضهم لمشكلات ومضايقات في العمل، لذا يسعى الباحث لخفض حدة ووطأة هذه المعاناة من خلال تقديم برنامج علاجي معرفي سلوكي يركز على مبادئ كل من النظرية المعرفية والنظرية السلوكية.

المراجع

- ١- اجبارة تلاحمة (٢٠١٧): فاعلية برنامجيين إرشاديين في خفض درجة الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة المرحلة الأساسية العليا في مدارس دُورًا، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الخليل.
- ٢- حسان المالح (١٩٩٥): الخوف الاجتماعي "الخجل" دراسة علمية للاضطرابات النفسية، مظاهره، أسبابه، طرق علاجه، الطبعة الثانية، مجلد ١، دار الإشرافات، القاهرة.
- ٣- مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٤): مقياس الرهاب الاجتماعي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٤- ميرفت عبد الحميد الصفتي (٢٠١٨): الرهاب الاجتماعي وعلاقته ببعض المتغيرات الأكاديمية في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينة من طلبة جامعة الأزهر الشريف، مجلة الدراسات الإنسانية، العدد الحادي والعشرون.
- ٥- هايدي عبد الحميد محمد الغزاوي (٢٠١٧): الرهاب الاجتماعي لدى الأبناء، المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال، جامعة المنصورة، المجلد الرابع، العدد الأول.
- ٦- وردة بلحسيني (٢٠١١): أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، كلية العلوم الإنسانية، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر.

٧- دعاء دسوقي (٢٠١٧): فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى الطلاب المكفوفين في محافظة الخليل، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخليل.

٨- أحمد غزو، قاسم سمور (٢٠١٥): فاعلية برنامجين إرشاديين لخفض أعراض اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى طلاب السنة الأولى جامعة اليرموك .

٩- خديجة عمر محمد الحارثي (٢٠٠٣): فاعلية برنامج عقلائي انفعالي سلوكي في خفض درجة الرهاب الاجتماعي، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس.

- 10- Lipsitz, J., Schneier F.,(2000): Social phobia, Epidemiology and Cost of illness, **pharmacconomics**, 18, (58).
- 11- Blanco, c. brugdon, l. scheier, f. liebowiyyz, m (2012): the evidence "based pharma cology of social anxiety disorder" the international **journal of neuropsychology – pharmacology**, 16 (1), 235 – 249.
- 12- Faytout m, swenfsen, j (2009): phobia social et vie quatiodenne, **journal detherpie comporternmental et cognitive**, v 19 m n 3: 89 – 92
- 13- American psychiatric assoctation (2013): **diagnostic statistical manual of meral disorders**, (5th ed). Washington.