

” فاعلية مدخل العلاج بالواقع في تخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركيا ”

د/ فتحي رزق العشري

• المستخلص:

هدف البحث إلى تحديد فاعلية مدخل العلاج بالواقع في تخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركيا. وتضمنت عينة البحث (٤٠) من المراهقين المعاقين حركيا بدور الرعاية الاجتماعية بمحافظة كفرالشيخ والغربية في مجموعتين (ن=٢٠ تجريبية – ن=٢٠ ضابطة)، بمتوسطي عمر زمني (١٥.٠٥) للمجموعة التجريبية و(١٤.٩) للمجموعة الضابطة. وقد أشارت أهم نتائج البحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي على مقياس الفوبيا الاجتماعية لصالح القياس البعدي عند مستوى (٠.٠٠١) مع وجود حجم تأثير قوي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية، حيث كان الفرق دالا عند مستوى (٠.٠٠١) مع وجود حجم تأثير قوي كذلك. كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتبقي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية؛ حيث كانت قيمة "ت" غير دالة إحصائيا عند مستوى (٠.٠٠١). وقد نوقشت نتائج البحث وقدمت التوصيات والمقترحات.

Abstract

This study aims to determine the effectiveness of the reality therapy approach in alleviating social phobia among physically disabled adolescents. The study sample included 40 physically disabled adolescents in social care homes in Kafir El-Sheikh and Gharbiya governorates, Egypt. The study sample consisted of two groups (n = 20 treatment - n = 20 control) whose chronological age averages (15.05 years) for the treatment group and (14.9 years) for the control group. The most important results indicate that, for the treatment group, there are statistically significant differences between mean scores of the before-treatment and the mean scores of after-treatment at the level of (0.001) on the social phobia scale, with a strong size effect. The results also indicate that there are statistically significant differences between the mean scores of the treatment and control groups in favor of the treatment group on the social phobia scale, at the level of (0.001) with a strong size effect as well. Finally, the results indicate that, for the treatment group, there are no statistically significant differences between the mean scores of the participants on the after-treatment and follow up tests on the social phobia scale; where the value of the "t-test" were found to be statistically not significant at the level of (0.01). The study results were discussed and recommendations were provided.

• المقدمة ومشكلة البحث:

تعد قضية ذوي الاحتياجات الخاصة في أي مجتمع من القضايا المهمة التي تتعلق بتقدم الأمة وتنميتها؛ ولهذا فقد خصصت الأمم المتحدة في كل عام يوماً للمعاقين وهو الثالث من ديسمبر، وذلك في إطار وضعها لمشكلة المعاقين في مصاف المسائل الاجتماعية الكبرى، التي ينبغي على العالم مواجهتها بالتحليل والضمه والتوعية الحكومية والجماهيرية.

فلم يكن المعاقون بأوفر حظاً من العاديين في أوجه الرعاية والعناية والاهتمام بل إن النظرة للأطفال المعاقين منذ أقدم العصور اتسمت بطابع غير أنساني، واختلقت هذه النظرة من عصر لآخر تبعا لمجموعة من المعايير والمتغيرات، ويشير كثير من الباحثين إلى أن أغلب المصادر التاريخية توثق معاناة المعاقين في جميع العصور الماضية من النظرة المتدنية نحوهم، وذلك من جراء القواعد والقوانين الظالمة التي جعلت منهم هدفا للتعبير عن الدوافع والنزعات العدوانية في المجتمع نتيجة للخوف والجهل من جهة، ونقصان المعلومات من جهة أخرى (السيد فهمي، ٢٠٠٨، ١٣).

وفي العصر الحاضر ازداد الاهتمام بقضية المعاقين؛ لأنها قضية متعددة الجوانب والأبعاد، وقد تمتد لتطال المجتمع كله بشكل أو بآخر؛ فهي تعتبر مشكلة تربوية وصحية وتأهيلية ومهنية، تحتاج إلى مساعدة أفراد هذه الفئة في تأدية الواجب نحو المجتمع، وهناك العديد من العلماء قد حث وشجع المعاقين على المشاركة في بناء المجتمع. (رائد محمد أبو الكاس، ٢٠٠٨، ١٨٨)

ويختلف هؤلاء المعاقون كثيراً في الدرجة التي يعبرون بها عن انفعالاتهم ومشاعرهم تلقائياً خلال ما يظهرون من تعبيرات الوجه أو نبرات الصوت؛ فمنهم من يتسم بالتلقائية والصدق في التعبير عن انفعالاته ومشاعره ويتمتع كذلك بالحيوية والحركة، ومن ثم يكونون أكثر قدرة على التأثير الاجتماعي عند التفاعل بأسلوب المواجهة، ومن الناحية الأخرى هناك من الأشخاص من لا تعبر وجوههم أو حركاتهم عما يمرون به من انفعالات، كما لا يمكنهم التعبير عن مشاعرهم بتلقائية حتى في أكثر المواقف إثارة للانفعال، ومن ثم لا يتوقع أن يكونوا قادرين على التأثير الاجتماعي في الآخرين.

وقد بينت نتائج دراسة أسامة عبد الحميد إبراهيم (٢٠١١) أن الأفراد داخل المؤسسات يميلون للعدوانية وسرعة الغضب والخوف من أشياء لا تستدعي الخوف وآخرين يميلون للبكاء لعدم توافر التوجيه الاجتماعي اليومي لمواكبة آلام الحياة والتواصل مع الآخرين؛ لذلك يجب علينا أن ننظر إلى هؤلاء الأفراد الذين تحتويهم مشاعر السلبية والغضب والانفعال الشديد ونتفهم مدى حاجاتهم إلى خدمات إرشادية لمواجهة ما يعانون من مشكلات نفسية وسلوكية.

وقصور أحد الأعضاء يعد عاملاً فعالاً في النمو النفسي للفرد؛ حيث إن هذا الشعور بعينه هو الذي يدفع الفرد إلى بذل المزيد من الجهد لتعويض هذا القصور، وتعويض العضو القاصر عادة ما يحدد أسلوب حياة الفرد والطريقة التي يهدف بها الفرد إلى تحقيق السيطرة على ذاته (عاطف الكيلاني، ١٩٩٤، ٤)، وتعتبر الإعاقة الحركية من الإعاقات التي لا تحظى إلا بالقليل من الاهتمام، وبخاصة في مرحلة مهمة من مراحل النمو وهي مرحلة الشباب؛ فهذه الفئة في حاجة إلى التوافق مع المجتمع المحيط بها، بما يحقق قدراً من التفاعل المستمر بينها وبين المجتمع المحيط بصورة لا تؤدي إلى الإضرار بالفرد وتكامله، أو الإضرار بالبيئة الخارجية واستقرارها (سامي هاشم، ١٩٩٨، ٧٥).

لذا يسعى البحث الحالي إلى اختبار فاعلية مدخل العلاج بالواقع في تخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركيا

• مشكلة البحث:

يشكل المعاقون حركياً فئة ليست بقليلة من مجموع الأفراد المعاقين في المجتمع؛ بما يجعلها تستحق الاهتمام لما تمتلكه من قدرات وإمكانات من أجل تحقيق التنمية للمجتمع ككل، والنهوض بالمعاق كجزء من هذا المجتمع، ليس فقط من خلال إتاحة ما يحتاجونه من خدمات خاصة، بل عبر توفير الظروف النفسية والاجتماعية المناسبة لهم أيضاً؛ وذلك لتمكينهم من وضع أهداف للمستقبل والعيش لتحقيقها، وتغيير نظرتهم للحياة إلى نظرة يحدها الثقة والأمل والطموح، ووضع مفهوم إيجابي عن ذاتهم، والتمكن من التقدير الموضوعي لها، خاصة وأن فقدان الحركة يؤدي عادة إلى أن يعيش الفرد في عالم محدود خاص به، بالإضافة إلى وجوده في محيط اجتماعي عادة ما يشعره بالعجز، وقلة الشأن، وعدم التقبل المباشر أو غير المباشر؛ مما يجعله يخفض من تقديره لذاته؛ وبالتالي تتأثر صورته عن ذاته، كما أن احتياجاته للمساعدة الدائمة من الآخرين تشعره بضربة قاسمة إما أن تؤدي به إلى ظهور الاعتمادية، وبالتالي عدم التحكم في أموره والسيطرة عليها، وفشله في اتخاذ القرارات أو تحديده لأهدافه، وإما أن تصبح الإعاقة بمثابة الدافع للتحدي وإثبات الذات وتحقيق الطموح والالتزام بالقيم والتحكم في الظروف الخارجية.

ومن الثابت أن هناك علاقات مترابطة بين الخصائص الاجتماعية واللغوية والحركية والانفعالية التي تخلفها الإعاقة؛ فالجانب اللغوي يؤثر على الجانب الاجتماعي، كما أن الجانب الحركي يؤثر على الجانب الانفعالي، وكل منهما يتأثر بالجانب الاجتماعي؛ فحدوث اضطراب في أحد الجوانب يؤثر بالسلب على الجوانب الأخرى مما ينعكس بالسلب على رؤية الفرد لذاته، وقدرته على التحمل، والالتزام بالأهداف التي يحددها لنفسه، وتحديه للمشكلات، ومواجهتها والتحكم في العوامل الخارجية.

وتشير الدراسات السابقة إلى أن فئة المعاقين حركياً من أكثر الفئات رفضاً للتأقلم الاجتماعي، وأكثر تعرضاً للاضطرابات والضغط النفسي مقارنة بالعاديين، بالإضافة إلى الإحباط الشخصي وعدم القدرة على الالتزام وتحدي الإعاقة، وعدم القدرة على الاتصال المتبادل وتكوين علاقات اجتماعية، كما أن فقدان الحركة يؤدي إلى سوء التكيف، وأن هناك سمات شخصية غير سوية تنمو في شخصيه المعاق في كثير من الأحيان مثل الانسحاب الاجتماعي وعدم الشعور بالفاعلية الذاتية العالية (وليد هندي، ٢٠٠٧؛ محمد السيد، ١٩٩١).

وإذا كانت بعض الدراسات قد أكدت وجود علاقة بين الفوبيا الاجتماعية وومراهقين من ذوي الإعاقة بصورة عامة (Cowden, 2010; Essau, Conradt,) (Petermann, 1999; Fehm, Beesdo, Jacobi, & Fiedler, 2008) فقد أكدت دراسات أخرى (George & Lydiard, 1994; Oberlander, Schneier &)

(Liebowitz, 1994) على وجود أعراض الفوبيا الإجتماعية جنباً إلى جنب مع الإعاقة الحركية؛ مما يشير إلى إمكانية وجود علاقة بين الإعاقة الحركية والفوبيا الاجتماعية، ومن هنا كان اهتمام الباحث بالكشف عن العلاقة بين برنامج العلاج بالواقع، كأحد مداخل العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavioral Therapy، ومدى قدرته على تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً.

وتتمثل مشكلة البحث في الآتي:

- ◀ ما فاعلية مدخل العلاج بالواقع في تخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً؟
- ◀ ما مدى استمرارية فاعلية مدخل العلاج بالواقع في تخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً؟

• أهداف البحث:

- ◀ تحديد فاعلية مدخل العلاج بالواقع في تخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً .
- ◀ التعرف على مدى استمرارية فاعلية مدخل العلاج بالواقع في تخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً.

• أهمية البحث:

• الأهمية النظرية:

- ◀ تقديم مجموعة من التوصيات للتخفيف من حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً، ولفت الانتباه للأثار السيئة المترتبة على ذلك.
- ◀ ندرة الدراسات العربية التي تناولت التخفيف من حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً.
- ◀ أهمية البرامج الإرشادية بالواقع في الحد من العديد من الفوبيا الاجتماعية التي تؤذي الطلاب المعاقين حركياً.

• الأهمية التطبيقية:

- ◀ التعرف على تأثير برنامج إرشادي بالواقع في محاولة تقليل حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً.
- ◀ قد تفيد هذه الدراسة المهتمين بشئون الطفل المعاق في مصر وخاصة المؤسسات الخاصة بالمعوقين في مختلف مجالات الإعاقة.
- ◀ تفيد نتائج الدراسة الحالية في بناء برامج إرشادية جديدة للتعامل مع المراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ◀ تقديم العديد من التوصيات التربوية في ضوء ما تسفر عنه نتائج الدراسة الحالية والتي قد تمكن الأخصائيين الاجتماعيين من التعامل مع المراهقين المعاقين حركياً.

• مصطلحات البحث

• فاعلية Effectiveness:

هي "مدي النجاح الذي يحققه البرنامج بدرجة مرضية، عندما يستخدمه أولئك الذين اعد من اجلهم، ويقاس بأثره في الدارسين عند طريق الاختبارات والمقاييس". (أحمد اللقائي، وعلى الجمل، ٢٠٠٣، ٤١)

ويعرف إجرائيا على أنه مدي فاعلية البرنامج، بعد تطبيقه، من خلال الاختبارات التي أعدت لذلك ومن خلال نتائجهم يبرز مدي فاعلية البرنامج من خلال قياس أثره علي نحو ما تقدم.

• برنامج Program:

هو "مجموعة من المواد التعليمية التي قد تكون علي شكل مناهج دراسية، أو مجموعة كتابات أو قراءات تحدد للتلاميذ، مصحوبة بوسائل تعليمية وأنشطة متنوعة، وتحدد لهذا البرنامج فترة زمنية محددة، وقد يدرس المتعلم بعض هذا البرنامج داخل المدرسة وبعضها عن طريق الدراسة المنزلية المستقلة" (أحمد اللقائي، وعلى الجمل، ٢٠٠٣، ٤١).

• العلاج بالواقع Reality Therapy:

هو عملية علاجية تمكن الفرد من اكتشاف حاجاته غير المشبعة، وتحديد ما ينتج عن ذلك من مشكلات على المستويين الشخصي والاجتماعي، ثم مساعدته لتكوين مجموعة من الصور الذهنية الإيجابية لما يريده بطرق مشروعة، وتقويم سلوكه لتحقيق تلك الصور وفق قدراته وحسب إمكانيات البيئة حوله، ومساندته ليضع خططا قابلة للتنفيذ، تتيح له مجموعة من البدائل يمكن أن يأخذ منها ما هو أنسب لتحقيق تلك الصور. (حسام محمود ذكي، ٢٠١١، ٢٥)

• الفوبيا الاجتماعية "Social Anxiety Disorder" Social Phobia:

تعرف إجرائيا على أنها انفعال سلبي يسبب الضيق ينشأ من مؤثرات خارجية مؤلمة، وإذا تكررت هذه المؤثرات فإن الفرد يخاف منها ويتعد عنها، مع سرعة ضربات القلب، وسرعة التنفس، وزيادة إفراز العرق، وزيادة الشد في العضلات.

• المعاق حركيا Motor Impaired:

المعاق: هو كل فرد غير قادر على أن يحيا حياة طبيعية كالآخرين نتيجة قصور أو عجز وراثي أو بيئي في واحدة أو أكثر من وظائفه العقلية والحسية والحركية فتحد من مشاركته أقرانه اجتماعياً وأكاديمياً ومهنياً وصحياً وتربوياً وترفيهياً فيؤثر في سماته الشخصية من الناحية الانفعالية ومستوى طموحه. (رامي أسعد إبراهيم نتيل، محمد وفائي علاوي الحلو، ٢٠٠٧، ٨٨١)

المعاق حركياً: هو من أصيب بخلل أو عجز في أحد أو مجموع أطرافه العلوية أو السفلية والتي تحد من مشاركته الآخرين بفقدته لوظائفها الحركية سواء بشكل جزئي أو كلي. (رامي أسعد إبراهيم نتيل، محمد وفائي علاوي الحلو، ٢٠٠٧، ٨٨١)

• الإطار النظري :

• العلاج بالواقع:

يستند هذا الاتجاه إلى دراسة الظاهرة في الواقع الملموس دون إصدار أحكام مطلقة، كما يعني بدراسة الظاهرة في ضوء السياق الاجتماعي، وليس في عزلة، ويبحث في كل العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والنفسية والسياسية التي تؤثر في الظاهرة، وهذا يساعد الباحث على أن يكون أكثر إدراكاً لأبعاد الظاهرة محل الدراسة، والتعرف على كل العوامل المؤثرة فيها (محمد يسري دعبس، ١٩٩١، ١٠).

فقد قام ويليام جلاسر William Glasser - المرشد النفسي الأمريكي بابتكار وتطوير أسلوب العلاج بالواقع بمنصف الستينات واستمرت أساليبه ونظرياته بكافة تطبيقاتها واسعة النطاق في التطور وإثبات الكفاءة والفاعلية. وهو ينظر إلى العلاج بالواقع على أنه أسلوب استشاري يتعلم فيه الأفراد كيفية إدارة حيواتهم واتخاذ الخيارات والقرارات الأكثر فاعلية وكيفية تطوير وتقوية قدرتهم على التكيف مع الضغوط والمشكلات الحياتية. وممارسة العلاج بالواقع تعتبر عملية مستمرة ودائمة تتكون في الأساس من مكونين شديدي الأهمية: العمل على خلق بيئة ثقة متبادلة واستخدام التقنيات التي تساعد الشخص في اكتشاف ما يرغبه فعلاً، وذلك على العكس مما يقوم بفعله أنياً، والعمل على إيجاد وبناء مخطط جديد لاستيفاء هذه الحاجة على نحو أكثر فاعلية في المستقبل. (Kim, 2009)

وينظر روبرت وبولدينج Robert Wubbolding إلى العلاج بالواقع على أنه أسلوب عملي للمرشد ويتضمن المكونات التالية:
◀ سؤال العميل عن حاجاته، ومساعدته على تحديد أهدافه من العلاج، وأهدافه في الحياة عموماً.
◀ سؤال العميل عما يقوم بفعله حالياً.
◀ تشجيع العميل على إجراء تقييم ذاتي بشأن فاعلية وملاءمة سلوكياته.
◀ التركيز على أهمية الالتزام.

وفي هذا الإطار ينظر المرشد بالواقع إلى الإرشاد على أنه عملية تعليم وتعلم تركز على وجود حوار منطقي بينه وبين المسترشد، وهذا يتطلب أن يكون المرشد نشطاً من الناحية الكلامية، ويسأل العديد من الأسئلة حول الموقف الراهن لحياة المسترشد واعياً بسلوكه وأن يصدر أحكاماً تقويمية وأن يبني خططا للتغيير. (مفتاح محمد عبد العزيز، ٢٠٠١، ١٠٣)

ومن وجهة نظر العلاج بالواقع فكل شخص يحتاج لعلاج أو إرشاد نفسي يعاني من قصور أساسي واحد هو أنه غير قادر على تلبية حاجاته الأساسية وتعكس حدة الأعراض درجة عدم قدرة الفرد على تلبية احتياجاته والتي يعبر عنها من خلال قرحة المعدة أو الصداع النصفي مثلاً، ولكن أياً كانت الأعراض فإنها تختفي عندما يتم تلبية احتياجات الفرد. ويجب أن ندرك أنه مهما بدا

سلوك الفرد غير منطقي وغير معقول لنا فإن لهذا السلوك معنى عند الفرد نفسه. وفي سعيهم غير الناجح لتلبية احتياجاتهم، وأيا كان السلوك الذي يختارونه؛ فإن جميع المرضى يشتركون في أنهم جميعا يرفضون الواقع الذي يعيشونه، وفي كل الأحوال يكون إنكار جزء أو كل الواقع عاملا مشتركا بين الجميع، ويصبح العلاج ناجحا عندما يتوقف العميل عن إنكار الواقع، ويدرك أن عليه أن يلبي احتياجاته في إطار هذا الواقع، وبالتالي فإنه لا يكفي أن يساعد العميل على مواجهة الواقع فحسب، بل يجب أن يتعلم كيفية تلبية احتياجاته في إطار هذا الواقع. (Glasser, 2000)

وفي هذا الإطار يمكن النظر إلى الفوبيا الاجتماعية إما أنها محاولة للهروب من المسؤولية أو نتيجة عدم القدرة على تحمل مسؤولية القيام بالفعل الصحيح أو عدم القدرة على إشباع الحاجات الأساسية. (نور الدين طه السنباري، ٢٠٠٧، ٣٧)

• المفاهيم الأساسية للعلاج بالواقع:

• الدافعية Motivation:

تنظر طريقة العلاج بالواقع إلى أن كل الناس يجب أن يوجدوا شعوراً عما يكونون، وعليهم أن يتعرفوا على أو يعرفوا أنفسهم كأفراد لهم أهمية واستقلالية وفردية، وقد أطلق جلاسر على هذه الحاجة الأساسية مفهوم الهوية identity (هوية النجاح - هوية الفشل) والتي تعتبر أساسية مثل أي حاجة فسيولوجية كالطعام والماء والهواء، إنها الحاجة أو المطلب الوحيد لكل البشر. ويضيف جلاسر أن الناس يحملون دافعا داخليا لتحقيق هوية نجاح غير أن هذه الهوية الخاصة بالنجاح تتطلب الوفاء بحاجتين أساسيتين هما: الحاجة لتبادل الحب أي أن يمنح الحب ويتلقاه، والحاجة إلى الشعور بالأهمية، ويتطلب إشباع هاتين الحاجتين الإندماج مع الآخرين، وفي الواقع أن الإندماج هو الطريق الوحيد لهوية النجاح. كما يصفه جلاسر وزونين. الجزء المكمل للكائن وهو القوة الداخلية الحافزة التي تحكم كل السلوك (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٤١)

• المسؤولية Responsibility:

يري المرشدون أنه كلما كان الأفراد أكثر مسئولية كانوا أكثر صحة نفسية، وأن السلوك المسئول هو الذي تنتج عنه الصحة النفسية، وأن التعاسة والمعاناة الشخصية هي نتيجة لعدم المسئولية وليست سببا لها، كما أن قبول المسئولية تتطلب من الأفراد مواجهة الواقع، من خلال التركيز على السلوك الراهن باعتباره جزءا من الواقع، وهكذا فإن المسئولية مفهوم أساسي في العلاج بالواقع، ويعرفها جلاسر " بأنها قدرة الإنسان على إشباع حاجاته وأن يفعل ذلك بطريقة لا تحرم الآخرين من القدرة على إشباع حاجاتهم " ولتوضيح ذلك نقول بأن: الإنسان المسئول يعطي الحب ويأخذ الحب. كما أن الإنسان المسئول يفعل ما يعطيه الإحساس بقيمة الذات عند نفسه وأن له قيمة عند الآخرين، ولديه الدافع نحو السعي وربما يتحمل الحرمان للوصول لقيمة الذات هذه، وتشتمل المسئولية أيضا على المحاسبة حيث ينظر إلى الناس على أنهم محاسبون عن سلوكهم الشخصي ومسئولون عن الوفاء بحاجاتهم الشخصية بصرف

النظر عن الظروف المختلفة، ولا يمكن استخدام الظروف الخاصة بالماضي أو العوامل الموجودة في الحاضر أو سلوكيات الآخرين كأعذار للتصرفات الشخصية (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٨، ٢٢١)، وبذلك فإن العلاج بالواقع يساعد الناس على أن يواجهوا الواقع بحيث يمكنهم أن يحلوا مشكلاتهم عن طريق القيام بسلوك أكثر مسئولية.

• الواقع Reality :

يرى جلاسر أن قبول المسئولية يتطلب من الأفراد أن يواجهوا الواقع، وهذا يتطلب منهم أن يدركوا العالم الحقيقي وأن يفهموا أن حاجاتهم يجب إشباعها في إطار القيود التي يفرضها العالم عليهم، ويكون الاهتمام الرئيسي على السلوك الحاضر باعتباره جزءاً من الواقع لأنه واحد من الحقائق المشاهدة والصلبة في العالم الواقعي، أما الشاعر فهي أقل ملامسة ومن ثم فإن جلاسر يرى أن الواقع يملئ علينا أن نركز في الإرشاد على السلوك وليس على الشاعر كما يرى أيضاً أن السلوك يمكن أن يحدث له تغير قبل الشاعر. وبالإضافة إلى السلوك الحاضر ينظر إليه على أنه جزء في تعريف الواقع وأنه ليس بوسعنا أو مقدورنا أن نغير الماضي، ومحاولات فهم هذا الماضي تجعلنا نبتعد عن واقع الحاضر؛ ومن هنا فإن المرشد بالواقع يصر على أن يواجه المسترشدون الواقع وبمعنى آخر أن يواجهوا الواقع بحيث يمكنهم أن يحلوا مشكلاتهم الشخصية عن طريق القيام بسلوك أكثر مسئولية. (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٤٦)

• الصحيح (الصواب) :

يعتقد جلاسر أن هناك مقياساً أو معياراً مقبولاً ومنتقياً عليه تقريباً يقاس به السلوك، والسلوك يعتبر صحيحاً إن كان يفي بهذا المقياس ويعتبر خطأ إن لم يقس به (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٤٧) كما يرى أنه لكي نكون جديرين بالاحترام لابد أن نلتزم بمعيار سلوكي نرضى عنه، وكما فعل ذلك يجب أن نتعلم أن نصح أنفسنا عندما نرتكب الخطأ وأن نشيب أنفسنا إذا فعلنا الصواب، وإذا لم نقيم سلوكنا أو بعد تقييمه - لم نعمل على تحسينه إذا جاء دور هذه المعايير، فإننا لن نشبع حاجتنا لكي نكون جديرين بالاحترام وسوف نعاني بشدة كما يحدث عندما نفشل في أن نحب أو أن نحظى بالحب. إن الأخلاقيات والمعايير والقيم أو السلوك الصحيح والخاطيء ترتبط كلها بشكل وثيق بإشباع حاجتنا لتقدير الذات وتعد جانباً ضرورياً في العلاج بالواقع. (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٤١)

• الحاجات الإنسانية الأساسية Basic Human Needs :

إن الحاجة إلى الحياة والبقاء والتكاثر هي بيولوجية أساسية، ومن الأمثلة على الوظائف المحكومة عن طريق تلك الأبنية التنفس والهضم والعرق وتنظيم ضغط الدم، وتحدث هذه الوظائف بصورة آلية دون أدنى تفكير شعوري واع. وهناك أربع حاجات نفسية أخرى وهذه الحاجات هي الحاجة إلى الانتماء والتي تتضمن الحاجة إلى الأصدقاء، الأسرة، الحب، والحاجة الثانية هي الحاجة إلى القوة والمقدرة وتتضمن تقدير الذات، والاعتراف والتقدير من قبل الآخرين

والمنافسة والحاجة الثالثة هي الحاجة إلى المرح والترفيه والتي تتضمن اللعب والضحك والتعلم والإبداع – والحاجة الرابعة هي الحاجة إلى الحرية في الاختيار وهذه الحاجات النفسية الأربع تتطلب توازنا دقيقا في التأثير المتبادل أو التفاعل إذا لم يكن الناس في أقصى درجات الضبط والتحكم في حياتهم، فإذا ما هيمنت إحدى الحاجات، فإن الحاجات الأخرى سوف تهمل مما يؤدي إلى افتقاد الضبط أو التحكم. (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٤٨)

• العالم المتميز Quality World :

كل منا يعي جيدا بأننا ندرك العالم الحقيقي real world والحياة كل بطريقته ونظن أن الآخرين يدركون العالم بالكيفية التي لدينا أيضا، ولكن لا يوجد اثنان يدركانه بنفس الطريقة والكيفية، يعيش المتفائل والمتشائم في نفس العالم وكذلك العاقل والمجنون الكل يحيا في عالم واحد، ولكن كل يدرك العالم بطريقته، وقد يكون البعض مما نراه أو ندركه قريبا من إدراك الآخرين ولكنه أيضا هذا البعض لا يكون بنفس الكيفية التي لدينا.

وتوضح نظرية الاختيار أن السبب في إدراكنا لمعظم الحقائق بشكل مختلف عن الآخرين هو ما يُعرف بالعالم المهم أو الفريد إلى كل منا وهذا ما يسمى بالعالم المتميز quality world وهو العالم الشخصي الصغير لكل إنسان، فكل إنسان يبدأ في تكوين ذاكرته بعد فترة قليلة من ولادته، ويواصل تكوينها في كافة مناحي الحياة، وهي تُكوّن من مجموعة صغيرة من الصور المحددة التي يتم تصورها أو تخيلها، ويتم إشباع هذه الصور من خلال واحدة أو أكثر من الحاجات الأساسية، وهذه التصورات تصنف في ثلاثة أصناف:

- ◀◀ الناس الذين غالبا نريد أن نكون معهم.
- ◀◀ الأشياء التي غالبا نريد امتلاكها أو تجربتها.
- ◀◀ الأفكار أو المعتقدات التي تحكم معظم سلوكنا. (عبد السلام عبد الغفار، ١٩٩٦، ٩٥-٩٩)

• العالم المدرك The Perceived World :

وهو على النقيض من العالم المتميز فهو العالم الحقيقي حيث يعرفه جلاسر بأنه الطريق الوحيد من خلاله ندرك العالم الحقيقي ويكون ذلك عبر نظامنا الإدراكي perceptual system والمعلومات عن هذا العالم الواقعي تأتي لنا عبر نظامنا الحسي sensory system (السمع – البصر – الِشم – اللمس – التذوق) وهذه الحواس يمر من خلالها النظام الإدراكي بدءا بما أسماه جلاسر منقي المعلومات الكلية total knowledge filter (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٨، ٢٢٥)

• مركز الضبط Locus of Control :

في نظرية الضبط (التحكم) نجد أن كل السلوكيات بما فيها السلوك سيء التكيف عبارة عن محاولة لضبط الإدراكات أو التحكم فيها، ومع ذلك يؤدي السلوك سيء التكيف إلى افتقاد الضبط الفعال لإدراكاتنا، ومن ثم افتقاد الضبط الفعال لحياتنا؛ لذا يؤكد جلاسر أن الناس يختارون البؤس والشقاء

والألم لأنفسهم مثل الاكتئاب أو القلق أو الشعور بالذنب، إلى أن يتحكموا في الغضب ويضبطوه، وذلك لجعل الآخرين يساعدهم، والتحكم في الآخرين، ولتبرير عدم استعدادهم أو رغبتهم في عمل شيء أكثر فاعلية.

ويضيف جلاسر أنه بدلاً من أن يكون الناس في حالة اكتئاب أو قلق أو شعور بالذنب فإنهم ينشغلون بالاكتئاب أو القلق أو الشعور بالذنب، وهناك أمثلة أخرى قليلة على سلوكيات الشعور وهي اجترار الألم والصداع والصداع النصفي والوسوسة، وسلوكيات الشعور عبارة عن نتيجة لمحاولة الحصول على التحكم والضبط على حياتنا وعلى الرغم من أن هذه السلوكيات تقدم بعض الضبط إلا أنها ليست فعالة على المدى الطويل.

كما أشار روتر إلى أن الأفراد الذين يهيمنون على مصائرهم ولديهم الشعور بالمسئولية الاجتماعية عما يحدث لهم، فهم أفراد ذوو توجه داخلي بينما الأفراد الذين يعتقدون أنهم تحت رحمة القدر وأنهم لا يتمتعون بالمسئولية الكاملة عما يحدث لهم فهم أفراد ذوو توجه خارجي. ويقصد بهذا المفهوم أن هناك أفرادا يعززون نجاحهم إلى مجهوداتهم الداخلية أو إلى القوى الخارجية. (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤-٥٦)

• مكان المقارنة The Comparing Place:

مكان المقارنة ذلك يعني به جلاسر هو العملية التي تحدث باستمرار في المخ أثناء تعاملنا مع الحياة حيث نكون في حالة مقارنة مستمرة حول ما نريده (الصور العقلية - العالم النوعي) مع ما نحصل عليه (العالم المدرك) وعندما يكون كلاهما متشابه، أو على نحو ملائم إلى حد كبير، نكون في حالة جيدة، أما عندما لا يكون هناك تلاؤم فربما نشعر بدرجة من الإحباط، وذلك يكون اعتماداً على درجة أهمية الصورة الموجودة في عالمنا النوعي بالنسبة إلينا.

ويشبهه جلاسر مكان المقارنة ذلك بكفتي الميزان؛ فعندما يكونان في حالة من التوازن balance حينئذ يكون ما نريده هو ما نحصل عليه، وعندئذ نستمر في القيام بما نفضل، أما عندما تكون كفتا الميزان في حالة عدم توازن فإننا نشعر حينئذ بإشارة إحباط، ويكون لدينا الحافز لتصرف على النحو الذي سوف يساعدنا بشكل أكبر للحصول على ما نريد.

• السلوك الكلي Total Behavior:

يركز العلاج بالواقع على أربعة جوانب من السلوك الكلي للشخص وهي:

- ◀ العمل أو الفعل (الأشياء التي يقوم بعملها)
- ◀ التفكير (أي الأفكار وما تقوله لنفسك)
- ◀ الشعور (الغضب، الفرح)
- ◀ والجانب الفسيولوجي (مثل التنفس - التقيؤ).

ونظراً لتداخل تلك الجوانب معاً؛ فإنه إذا ما تغير جزء فإن الكل يتغير تبعاً لذلك. وفي العمل الإرشادي يركز العلاج بالواقع على أجزاء السلوك الكلي التي يستطيع الفرد أن يختار تغييرها: العمل أو الفعل الحالي والتفكير الحالي

ويتم تجنب الماضي وذلك لأن السلوك الماضي لا يمكن أن يتغير. ويؤكد جلاسر على أن العمل والفكر يكونان تحت سيطرتنا مباشرة، وأن هذه المكونات نركز عليها عندما نمارس العلاج بالواقع، فنحن لدينا سيطرة على سلوكنا الكلي : تفكير، عمل، شعور، وظائف الأعضاء. (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٥٨-٥٩)

وقد يعتقد البعض أننا في بعض الأحوال لا نملك السيطرة تماماً على أفكارنا حيث إنها تكون مركزة نحو بعض الأفكار والتي لا نستطيع الكف عن التفكير المتكرر repetitive thoughts فيها، ويرى جلاسر بأننا في هذه نحن الذين نختار هذه الأفكار بكامل إرادتنا؛ حيث إنها تشبع بعض الجوانب فينا مثل البؤس والحزن.

ويرى جلاسر بأننا نملك اختيار كافية أفعالنا من خلال السلوك الكلي هذا، وليس شرطاً أن يكون هذا الاختيار سارا أو وحيداً دائماً، ولكنه على الأقل هو الأفضل في الوقت الحالي، كما أن الإنسان يسلك بشكل ما للهروب من بعض المشكلات التي تواجهه فقد يختار الاكتئاب لأنه يرى فيه حلاً أفضل من العمل على مواجهة وحل المشكلة.

وفي هذا الصدد فإن جلاسر يرفض تماماً كلمة مكتئب depressed ويرشح بدلاً منها اختيار للاكتئاب choosing to depress حيث يرى أن الإنسان يختار بنفسه هذا الاكتئاب؛ فالإكتئاب عند جلاسر ليس بشدته ولا بمدته ولكنه اختيارنا فهو شأنه شأن كافة سلوكياتنا نختاره بأنفسنا، ولكنه ليس اختياراً مباشراً مثل اختيار المشي أو الكلام، ولكنه اختيار غير مباشر مثل كافة مشاعرنا فمثلاً مشاعر البهجة والسرور وأيضا الألم هي مشاعر اختيارية، ولكن بشكل غير مباشر، لكنها في النهاية لا زالت اختيارية. (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٨، ٢٢٧)

• التعلم Learning :

يحدث التعلم خلال حياة الفرد كلها، ويعتبر مفهوماً محورياً ومركزياً في العلاج بالواقع؛ فنحن ليس إلا ما فعله وإلى مدى كبير، نحن ليس إلا ما نتعلم أن نفعله، والهوية تصبح عبارة عن دمج كل السلوكيات المتعلمة وغير المتعلمة؛ أي أن العلاج بالواقع يستند إلى مسلمات أساسية أهمها:

« السلوك إما صحيح أو خطأ (حسب المعايير السلوكية). »

« المشكلات جميعاً سببها نقص القدرة على إشباع الحاجات الأساسية مما يؤدي إلى المعاناة. »

« الحاجات الأساسية والعمل على إشباعها. »

« الإرشاد جزء من العملية التربوية. »

وبذلك يمكن أن نلخص المفاهيم الرئيسية للعلاج بالواقع فيما يلي :

« العلاج بالواقع موجه بمفاهيم نظرية الضبط. »

« نعلم أفضل البدائل للحصول على الرغبات والحاجات. »

« نعلم العمل أنه ليس ضحية للأحداث الماضية ولكن ليس لديه سيطرة. »

« نساعد العميل على فهم الخيارات المتوفرة لإحداث التغيير. »

- ◀ التركيز على الأعراض مثل الاكتئاب.
- ◀ نقترح على العميل قراءة كتب جلاسر في نظرية الضبط ومناقشة تطبيق ذلك في الحياة اليومية.
- ◀ نسأل العميل " هل تحصل على ما تريد من خلال ما تعمله الآن؟".
- ◀ نعمل خطط للمستقبل.
- ◀ نشجع العميل لعمل أشياء تكسبه خبرات نجاح. (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٦١)

• أسس العلاج بالواقع :

• بناء العلاقة الشخصية والثقة الإرشادية

يقول جلاسر بأنه عادة ما تكون أول مراحل الإرشاد هي أصعب المراحل؛ وهذه المرحلة تكون لتحقيق الاندماج وفيها يصبح المرشد مندمجا مع العميل حتى يستطيع العميل البدء في إشباع حاجاته، ويكون ذلك من خلال مجموعة من الإرشادات التي ينبغي أن يتبعها المرشد وهي:

- ◀ تقبل المرشد للمريض كما هو في البداية دون نقد له.
- ◀ أن يكون المرشد إنسانا مسئولا بدرجة كبيرة، ويكون قويا وحساسا وقادرا على إشباع حاجاته.
- ◀ أن يقاوم طلب العميل التعاطف معه، أو تبرير أفعاله مهما كانت درجة إلحاح العميل.
- ◀ أن يكون المرشد على استعداد لمناقشة بعض إنجازاته الشخصية حتى يرى العميل أن الأشياء التي تبدو مستحيلة يمكن أن تحقق بالرغم من وجود بعض الصعوبات أحيانا.
- ◀ يجب ألا يكون المرشد منعزلا عن العمل، أو متعاليا، أو يظهر سخرية من معتقدات العميل، أو يشير إلى عدم أهميتها أيا كانت.
- ◀ أن يتحمل المرشد النقد من جانب المرضى الذين يعمل على مساعدتهم.
- ◀ على المرشد أن يشارك العميل وجدانيا، ولدرجة ما يتأثر بمشكلات العميل وحتى أن يعاني معه.
- ◀ على المرشد أن يستكشف حياة العميل ويتحدث عن آفاقه ويوسع مجال اهتمامه ويجعله يتجاوز مشكلاته في رؤيته للحياة.
- ◀ على المرشد بالواقع أن يهتم بالسلوك أكثر من الاتجاهات؛ فعند الاندماج مع العميل يبدأ المرشد في توضيح الجوانب غير الواقعية في سلوك العميل.
- ◀ يجب على المرشد أن يعلم العميل أن الإرشاد ليس موجها بشكل أساسي نحو إسعاده، وأن الإنسان لا يستطيع أن يكون سعيدا ما لم يكن مسئولا عن تصرفاته.
- ◀ الاهتمام بجميع جوانب حياة العميل ومناقشتها وربط المناقشة بسلوكه كلما أمكن.
- ◀ مساعدة العميل على اختيار سلوكيات تحسن العلاقة الحالية لديه؛ وهذا يعني تحسين قدرة العميل على العثور على المزيد من الحب والانتماء والقوة والحرية والمتعة. (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٤٥)

• التركيز على السلوك بدلاً من المشاعر:

يقوم العلاج بالواقع على فكرة مؤداها أن البشر لديهم سيطرة محدودة على مشاعرهم وأفكارهم، وأنهم بوسعهم أن يضبطوا سلوكهم وتصرفاتهم بصورة أسهل من قدرتهم على ضبط تفكيرهم وشعورهم؛ فالعميل أو المسترشد عندما يأتي للمسترشد لا يقول له: (أخبرني عما أشعر به)، ولكنه يقول: (أخبرني ماذا أفعل)؛ ولذلك فإن المرشد بالواقع يهتم بالتركيز على السلوك أكثر، وأن يجعل المرضي على وعي بما يقومون به في الواقع، ولا يعني ذلك أن المشاعر ليست هامة، ولكن إذا كان الناس يتصرفون إزاء بعضهم البعض بطريقة واعية ومسئولة فإنه ينتج عن ذلك بشكل غير مباشر أن تتكون مشاعر طيبة ترتبط بهذه العلاقة؛ فالمشاعر الطيبة تعتبر مؤشراً على وجود علاقة طيبة (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٨، ٢٣٥).

وهكذا فإن جلاسر يرى أنه من خلال التغيير في سلوكنا يتم التغيير في مشاعرنا؛ حيث إن المشاعر والسلوك يدخلان معا في حركة دائرية كل منها يؤثر في الآخر، ولكنه يعتقد أن السلوك هو بداية هذه الدائرة؛ فمن خلال ما نفعّل نتسبب لأنفسنا في مشاعر التعاسة والاكتئاب والتي نختارها بأنفسنا، وبالتالي فإن مشاعر التعاسة تلك تؤثر على سلوكنا مرة ثانية، أي أنك لكي نغير ما نشعر به فإنه ينبغي أن نقوم بتغيير ما نفعله.

• التركيز على الأفعال وتجنب مناقشة الأسباب :

لذا يجد الباحث أنه في العلاج بالواقع نادرا ما نسأل عن السبب، ولكن السؤال المعتاد يبدأ بماذا؛ أي ما الذي نفعله؟ وليس لماذا؛ أي لماذا نفعّل ذلك؟ فلماذا تشير إلى أسباب السلوك وهي في الماضي. وحتى يصبح العميل مسئولا فإنه لن يستطيع أن يغير سلوكه ويتصرف بشكل مختلف عندما يعرف السبب؛ فكل أسباب العالم لن تؤدي بدمن الخمر إلى التوقف عن تناولها، ولكن التغيير سوف يحدث فقط عندما يشبع احتياجاته وعندها تصبح الأسباب غير مهمة لأن الحاجة لشرب الخمر سوف تكون قد اختفت.

• الحكم على السلوك (التقييم) Evaluation

يجب على المرشد بالواقع أن يطرح السؤال التالي على العميل: هل ما تقوم به صواب أم خطأ؟ أو هل تتحمل المسئولية؟ وفي الإرشاد النفسي فإن تقوية إحساس العميل بأن سلوكه الحالي خطأ أو غير مسئول يعتبر دافعا قويا نحو التغيير الإيجابي، وعندما نوضح للمريض بأن ما نفعله ربما يكون خطأ بدلا من مساعدته في البحث عن أعداء، وبالتالي فإن جلاسر يرى ضرورة إكساب المرشد للعميل القدرة على رؤية سلوكه والحكم عليه وتقييمه؛ حتى يكتسب القدرة على تقويم سلوكه بعد هذا التقييم، ولكن بدون أي تأثيرات خارجية، أو فرض من قبل أي شخص؛ كي يكون هذا التعديل السلوكي نابعا منه، ومن خلال رغبته في التغيير إلى الأفضل. (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٤٣)

• التخطيط Planning :

نظرا لأن العملاء الذين نساعدهم في العلاج بالواقع تكون لديهم بالفعل هويات فشل، وذلك كجزء من مفهوم الذات لديهم، فإنه يستتبع ذلك أن

هؤلاء المسترشدين سيكونون بحاجة إلى تحقيق نجاحات لكي يحققوا هويات نجاح؛ لأن مزيداً من الفشل (الذي قد يتحقق منذ تنفيذ خطة غير مناسبة) سوف يؤدي إلى تعميق هوية الفشل (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٨، ٢٣٨).

وهذه الخطة يجب أن تكون :

- ◀ بسيطة simple؛ أي سهلة الفهم وتكون واقعية.
- ◀ سهلة التحقيق attainable، وتتضمن اتجاهها جديداً لشكل الأداء في الأوقات التي سوف تتم فيها وبشكل واقعي.
- ◀ قابلة للقياس measurable؛ لكي يستطيع العميل النظر للوراء ويقول: نعم أنا فعلت هذا أو لم أفعل ذلك وبالتالي تكون التغييرات قابلة للملاحظة.
- ◀ تتضمن تأثيراً فورياً ومباشراً immediate and involved؛ وذلك حتى يشعر العميل بمردود فعل سلوكياته.
- ◀ منظمة controlled؛ حيث يجب أن تؤدي من قبل العميل نفسه وليس اعتماداً على الآخرين.
- ◀ محددة التفاصيل.
- ◀ يجب أن تبدأ بسرعة قدر الإمكان.
- ◀ يجب أن تكون قابلة للإحلال؛ بمعنى أنها إذا فشلت يكون لدى المرشد القدرة على أن يفكر في خطة أخرى مع العميل. (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٨، ٢٣٧)

• عدم تقبل الأعذار : Accept No Excuses :

إن المرشد الذي يتقبل الأعذار ويتجاهل الواقع أو يسمح للمريض بأن يعزي تعاسته الراهنة إلى أحد الوالدين أو إلى اضطراب انفعالي، يجعل العميل يشعر بتحسين مؤقت على حساب التهرب من المسؤولية، وبذلك يعطي العميل تحذيراً نفسياً لا يختلف عن الأحاسيس نفسها التي يمكن أن يكون العميل قد أحسها من خلال تعاطيه للكحول أو الأقراص المخدرة قبل استشارة المرشد، وعندما يتلاشى تأثير ذلك ويواجه الواقع ثانية فإنه يفقد الثقة في المرشد وفي الطب النفسي؛ ولذا فإن على المرشد ألا يغض أي عمل غير مسئول للمريض، وعليه أن يقاوم طلب العميل للتعاطف معه وتبرير أعمال مهما كانت درجة إلحاحه أو تهديده وأن يكون على استعداد لمشاهدة العميل وهو يتألم إذا كان ذلك سيساعده على تحمل المسؤولية. (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٤٩)

• استبعاد العقوبة No Punishment أو النقد Criticizing أو اللوم Blaming أو التوبيخ.

حيث إنه يعلم الضرر ما لا يحب أن يفعله ولا يعلمه ما يحب أن يفعله، أي أنه لا يؤدي إلى السلوك المرغوب ولكنه يكف السلوك غير المرغوب فقط (حامد عبد السلام زهران، 1997)، كما أن استخدام عبارات النقد والتجريح مثل (كنت أعلم أنك لن تقوم بهذا) أو (انظر : ها أنت قد عدت لذلك من جديد) فإن هذا الأسلوب من السخرية من شأنه أن يساعد على ترسيخ هوية الفشل لديه. (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٨، ٢٤٠)

• **الصبر Be Patient وعدم الاستسلام Never Give Up** :

يجب الصبر والمثابرة وعدم الاستسلام من الطرفين (المُرشد والعميل) حتى يتحقق الهدف، وحتى إذا فشلت الخطة أيضا فيجب المثابرة والمحاولة مرة أخرى. (حامد زهران، ١٩٩٧، ١٢).

وبالتالي فإن دور المرشد في العلاج بالواقع أكبر من دوره في الإرشاد بالتحليل فالمرشد هنا لا يتوخى أن ينصت إلى المريض وهو يتذكر الماضي بالتداعي، ولا ينتظر أن يحول إليه المريض اتجاهاته ومشاعره نحو الشخصيات المهمة في حياته كأمه وأبيه وأخوته. وإنما هو يوثق علاقته بالمريض وينفعل لما ينفعل به حتى يشعر المريض أنه والمرشد شخص واحد، ومن ثم يناقشه في تصرفاته بحرية، وينصت إليه المريض، ويتعلم منه، ويشجعه المرشد لا بوصفه متلق للعلاج، ولكن كشخص له فاعليته وإمكانياته وعزمه، وهو لا يشرع له ولكن يدمغه إلى أن يستبصر واقع، وأن يجرب طرقا جديدة في السلوك، وأن يعي قيما جديدة ويحاول باستمرار أن يقترب من الناس وتكون له بهم علاقات من نوع ما، وبمقدار ما يشعر أنه يعطي وأنه قد صار محبوبا منهم بمقدار ما يعرف أنه على حق فيما يفعل. وإذا تعلم أنه لن يأخذ إلا عندما يعطي، ولن يحب إلا إذا أحب، فيحاول أن يغير من سلوكه وأن تكون له أهداف مغايرة، وأن يعيش الواقع بفاعلية وإيجابية وبطريقة أفضل، ولن يتنى ذلك كله إلا إذا كان المرشد معلما للمريض وليس مجرد محلل نفسي. (عبد المنعم الحفني، ١٩٩٩، ٢٩٨)

• **الفوبيا الاجتماعية Social Phobia** :

لا يستطيع أي إنسان أن يعيش حياته دون أن يتعرض للتوتر في وقت من الأوقات، فكل منا يكون أحيانا قلقا إزاء موقف معين أو مشكلة ما، وأحيانا يؤدي هذا التوتر إلى الشعور بالخوف أو القلق أو الخجل أو الفوبيا، وهذا الشعور بمثابة عاطفة سلبية مكبوتة تنشأ بسبب خوف الإنسان من موقف معين يسبب له إحراجا أمام الآخرين، وتحتاج منا محاولة العلاج والمساعدة قدر الإمكان.

• **مفهوم الفوبيا الاجتماعية:**

تعددت مفاهيم الفوبيا، فهي " نوع من خوف دائم من وضع أو موضوع شخصي أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان غير مخيف بطبيعته ولا يستند إلى أساس واقعي، ولا يمكن ضبطها أو التخلص منها أو السيطرة عليها، ويعرف المريض أن هذا الفوبيا الاجتماعية غير منطقية أو ليس له ما يبررها، ورغم هذا فإن الفوبيا الاجتماعية تملكه وتحكم سلوكه ويصاحبها القلق والعصابية والسلوك القهري (حامد عبدالسلام زهران، ١٩٨٧، ٤١٧).

ويعرف عبدالعزیز القوصي الفوبيا الاجتماعية بأنها حالة انفعالية داخلية طبيعية يشعر بها الإنسان في بعض المواقف، ويسلك فيها سلوكا يبعده عن مصادر الضرر، وأما الفوبيا الاجتماعية الكثيرة المتكررة الوقوع لأية مناسبة فتسمى خوفا شادا أو خوفا مرضيا Phobia (عبدالعزیز القوصي: ١٩٨١، ٣١٦)

ويري عبدالباسط خضر أن انفعال الفوبيا الاجتماعية هو حالة إنفعالية طبيعية في الإنسان يستثار خارجيا بالرؤية والسمع والإحساس بالمصدر المخيف، أو داخليا باسترجاع أو التفكير في المصدر المخيف (عبدالباسط خضر، ١٩٩٤، ١٣٩)

أما (محمود عبدالرحمن حمودة، ١٩٩١) فيعرفها بأنها الخوف من الخزي أو الارتباك في موقف عام، وينشأ عن ذلك خوف ثابت من المواقف التي يتعرض فيها الشخص لإمكانية نقد الآخرين.

ويشير "معجم ماكميلان" (Sutherland, 1991, 411) أنها خوف مزاج وهي أي شكل من أشكال الرهاب، وتعنى الخوف من فعل شئ معين في المواقف الاجتماعية.

ويعرفها (أحمد متولي عمر، ١٩٩٣، ٥) بأنها حالة من القلق الاجتماعي التي تظهر في مواقف التفاعلات بين الأشخاص، ويتصف فيها الفرد بالخلج الشديد خوفاً من أن يكون ملاحظاً من الآخرين، وخوفه أيضاً من أن يقيم بطريقة سلبية منهم، وينقص المهارات الاجتماعية، وتتولد لديه أفكار سلبية بخصوص الموقف الذي هو فيه، وتظهر عليه بعض العلامات السيكوفسيولوجية الدالة على عدم الراحة كتصيب العرق واحمرار الوجه وورشة الجسم.

ويعرفها (Davidson et al., ١٩٩٣، ٤٢٣) بأنها خوف مستمر وغير منطقي مرتبط بالوجود مع أناس آخرين.

ويعرفها (Lucas, ١٩٩٤, 645) بأنها خوف شديد ينتاب الشخص ويجعله مرتبكاً ويشعره بالخزي عندما يقع تحت تفحص الآخرين.

أما (Anderson & Lambert, 1995, 503) فيعرفان الفوبيا الاجتماعية بأنها خوف مستمر ومستديم من المواقف الاجتماعية، أو مواقف الأداء، والتي يتعرض فيها الأفراد للتفحص، حيث يخشون من التصرف بطريقة تعرضهم للشعور بالإحراج أو الإذلال، ويتم تجنب مواقف الأداء أو المواقف الاجتماعية التي يهابها الفرد نتيجة لذلك، أو يتم تحملها بقدر كبير من الضيق والقلق الشديد.

ويعرفها (Rapee & Heimberg, 1997, 43) بأنها خوف مستمر من المواقف المشتملة على تفاعل اجتماعي أو أداء اجتماعي، أو المواقف التي يكون فيها الإنسان تحت تفحص الآخرين.

وينظر (Chavira & Stein, 1999) إلى أن الفوبيا الاجتماعية تتضمن الخوف الزائد من الملاحظة أو التفحص في موقف الأداء أو التفاعلات الاجتماعية P فغالبا ما يخشى الأفراد ذوو الفوبيا الاجتماعية التحدث في المواقف العامة، الذهاب للحفلات، المبادرة ببدء المحادثات، تناول الطعام أمام الآخرين.

وهذا ما يؤكد (Rowa et al., ١٩٩٩) من أن الفوبيا الاجتماعية تتسم بعدة سمات منها دافعية قوية من جانب الفرد لتكوين انطباع إيجابي عند الآخرين، وتوقعه بأنه سيسلك سلوكا غير ملائم عند مقابلة موقف اجتماعي معين، واعتقاده بأنه سوف يعاني من نتائج تسبب له الضيق بعد هذا الموقف، بالإضافة إلى ميله لرؤية نفسه من منظور الآخرين الذين يلاحظونه.

ومن تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical

Manual for mental disorders (DSM-IV, 2000, 450) بأنها خوف مميز ومستمر من المواقف الاجتماعية، أو مواقف الأداء، التي تتضمن إحراجا أو شعورا بالإحراج، ويؤدي التعرض لتلك المواقف إلى استجابة قلق فورية.

ويذكر (Brunello et al., 2000, 65) أن الفوبيا الاجتماعية تعتبر من اضطرابات القلق التي تتميز بالخوف في المواقف الاجتماعية.

ويتفق (Faravelli et al., 2000) و (Furmark et al., 2000) و (Stein & Walker, 2000) في أن الفوبيا الاجتماعية ترتبط بالمواقف الأدائية مثل التحدث في الأماكن العامة (إلقاء الخطب)، وتليها التفاعلات الاجتماعية اليومية مثل حضور حفلة ما، أو التحدث أمام رئيس العمل. وقد وجد أن التحدث في الأماكن العامة (إلقاء الخطب) من الأكثر الأمثلة للفوبيا الاجتماعية، تليها التفاعلات الاجتماعية اليومية مثل (الدخول في حجرة ما يوجد فيها أشخاص لا نعرفهم، المحادثة أمام الآخرين، ومقابلة الغرباء).

وتذكر (أمال إبراهيم الفقي، ٢٠٠١، ٥١) في تعريفها للفوبيا الاجتماعية علي أنها ذلك النمط من السلوك الذي يتسم بالخوف غير المنطقي، المرتبط بالمواقف الاجتماعية المتعددة والمطلوب من الفرد التفاعل معها بإيجابية، ولكنه ينسحب منها أو علي الأقل يتجنبها؛ حتى يبتعد عن الشعور بالإحباط، وأحيانا ما يرتبط ذلك السلوك بدلالة لا شعورية داخل الفرد.

ويضيف (Ruth et al., 2001, 132) أن الفوبيا الاجتماعية تتسم بخوف ملحوظ ومتواصل من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية، والتي فيها يخاف الفرد من التصرف بصورة مربكة أو مقلقة من شأنه. وبالإضافة إلى الخوف من احتمال القيام بارتكاب خطأ ما، أو أن يبدو الشخص غير جذاب أو غير كفاء ظاهريا، نجد أن هؤلاء الذين يعانون من الفوبيا الاجتماعية يخافون في الغالب من إظهار الأعراض التي قد تفسر علي أنها علامات للقلق مثل تصبب العرق، الارتعاش، احمرار الوجه، ولعل هذا الأمر ليس فقط بسبب افتراضهم أن الآخرين سوف يلاحظون هذه الأعراض فحسب، ولكنهم سوف يستخدمونها من أجل التوصل إلى استنتاجات تتعلق بخصائص شخصياتهم؛ فعلي سبيل المثال قد يعتقد الذين يعانون من الفوبيا الاجتماعية أنهم إذا ما لاحظهم الآخرون أثناء احمرار وجوههم فسوف يكونون عنهم انطبعا سلبيا، وقد يصفوهم بأنهم قلقون، أو ضعفاء، أو أغبياء.

ويشير (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ١٦٢) إلى أن الفوبيا الاجتماعية هي حالة خوف المريض من الظهور أمام الناس خوفا من النقد والارتباك، ولهذا فهو يتجنب مثل هذه المواقف.

لذلك يمكن القول أن الفوبيا الاجتماعية هي خوف غير منطقي من المواقف الاجتماعية التي قد يتعرض فيها الفرد للنقد والإحراج من قبل الآخرين، مما يدفعه إلى تجنب مثل هذه المواقف، أو مواجهتها مع وجود توتر شديد، وظهور أعراض مثل احمرار الوجه، التلعثم، إفراز العرق.

• أنواع الفوبيا:

تنقسم استجابة الخوف طبقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV، ٢٠٠٠)؛ كما أوردها (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ١٦٤.١٥٩) كالآتي:

- ◀ فوبيا الخلاء (الساحة أو الأماكن المفتوحة) : Agoraphobia
- ◀ فوبيا محددة (منفرد): Specific (Isolated) Phobia
- ◀ فوبيا اجتماعية: Social Phobia، وهي محور البحث الحالي:

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية. وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد. وقد يظهر علي شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد، أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول ويكون المريض مقتنعا أن واحدة من هذه المظاهر الثانوية هي مشكلته الأساسية وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع، وهي أكثر أنواع الفوبيا انتشارا وتتراوح نسبة انتشارها بين ٨- ١٠٪ من مجموع الشعب، وثبتت زيادة النسبة بين الشباب العربي والمصري.

وللوصول إلي تشخيص صحيح يجب أن تستوفي كل الشروط التالية:
◀ يجب أن تكون الأعراض، سواء النفسية أو تلك الخاصة بالجهاز العصبي اللارادي، أعراضا أساسية للقلق وليست أعراضا ثانوية مثل ضلالات أو أفكار وسواسية.

- ◀ يجب أن يقتصر القلق ويغلب في مواقف اجتماعية معينة.
- ◀ يتم تجنب المواقف الفوبياوية (مصدر الفوبيا) كلما كان ذلك ممكنا.

وعند التشخيص الفارق كثيرا ما تبرز فوبيا الخلاء والاضطرابات الاكتئابية مع والفوبيا الاجتماعية، أما في الحالات الشديدة فقد تشابه النتيجة النهائية من بقاء المريض بالمنزل مع مضاعفات فوبيا الخلاء، وإذا كان التمييز بين الحالتين صعبا جدا، يعطي التفضيل لتشخيص فوبيا الخلاء. وبالرغم من شيوع الأعراض الاكتئابية إلا أنه لا يجب استخدام تشخيص الاكتئاب إلا إذا أمكن التعرف بوضوح علي وجود زملة أعراض اكتئابية خالصة.

• تصنيف الفوبيا الاجتماعية:

يذكر (Chavira & Stein, 1999) أن الفوبيا الاجتماعية تصنف إلى الفوبيا الاجتماعية المعممة Generalized Social Phobia، وهي تشير إلى هؤلاء الأفراد الذين يخشون معظم المواقف الاجتماعية، والفوبيا الاجتماعية الخاصة Social Circumscribed Phobia والتي تشير إلى هؤلاء الأفراد الذين يعانون من الخوف من مواقف معينة وليس كلها.

وهذا ما يؤكد (Wells, 1997, 2) من أنه في الـ DSM-IV تم تصنيف الفوبيا الاجتماعية إلى الفوبيا الاجتماعية المحددة Specific Social Phobia والفوبيا الاجتماعية المعممة، وتتركز الفوبيا الاجتماعية المحددة في مواقف

معينة مثل إلقاء حديث أمام العامة، إمضاء الفرد لإسمه أمام الآخرين، أو تناول الطعام أمامهم، أما الأفراد الذين لديهم مخاوف متعددة ومتسقة مثل الخوف من معظم أنماط الاتصال الاجتماعي مع الآخرين فإنه يتم تصنيفهم على أن لديهم نمط الفوبيا الاجتماعية المعممة.

ويشير (Antony & Barlow, 1997) إلى أن العديد من الدراسات التي فحصت الفروق بين هذين النمطين قد وجدت أن الأفراد الذين يعانون من الفوبيا الاجتماعية المعممة دائماً ما يكونون أصغر سناً وأقل تعليماً، وأقل احتمالاً في الحصول على وظيفة مقارنة بالأفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية الخاصة، كما أن الفوبيا الاجتماعية المعممة ترتبط أكثر بالاكئاب والقلق، والضيق العام والخوف من التقويم السلبي، وهو النمط الأكثر خطراً وفيه يخشى الفرد من أغلب المواقف والتفاعلات الاجتماعية. أما النمط المحدد من الفوبيا الاجتماعية غالباً ما يتضمن الخوف من الأداء العام Fear of Public Performance أو التحدث عندما يكون تحت ملاحظة الآخرين وتفحصهم.

وهذا ما تؤكدته نتائج دراسة (Stopa & Clark, 2000, 255) من أن الأفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية المعممة يميلون نحو تفسير الأحداث الغامضة بطريقة سلبية، كما أنهم كانوا أكثر ميلاً إلى التهويل، والنظر إلى الأحداث السلبية غير الغامضة وذات المستوى السلبي الخفيف على أنها كارثة.

وللتأكد من وجود فروق بين الفوبيا الاجتماعية من النمط العام، والفوبيا الاجتماعية من النمط الخاص، فقد قام (Heimberg et al., 1990, 172) بتقسيم المرضى المعدين للعلاج من الفوبيا الاجتماعية إلى مجموعتين: ٣٥ مريضاً بالفوبيا الاجتماعية من النمط العام، و٢٢ مريضاً بالفوبيا الاجتماعية التي تتمثل في الخوف من التحدث أمام جمهور، وتم مقارنة هاتين المجموعتين على مجموعة من مقاييس تقرير ذاتي: سلوكية ومعرفية، ومقاييس فسيولوجية. وقد أظهرتا عدداً من الاختلافات الهامة؛ نوضحها فيما يلي:

فعلى مقاييس التقرير الذاتي؛ حصل مرضى الفوبيا الاجتماعية من النمط العام على درجة أكبر من مرضى فوبيا التحدث أمام جمهور في كل من: التجنب الاجتماعي والضغط، والخوف من التقييم السلبي، والقلق العام، والاكئاب. ويشير همبرج ١٩٨٨ أن هذه النتائج هي نفس النتائج التي توصل إليها (تيرنر وزملاؤه ١٩٨٦) عند مقارنة كل من مرضى التجنب ومرضى الفوبيا الاجتماعية. وعلى العكس من النتائج السابقة، فقد جاء قياس معدل ضربات القلب لصالح مرضى فوبيا التحدث أمام جمهور؛ ففي النمط العام كانت الزيادة عن المعدل الطبيعي طفيفة أثناء الاختبار السلوكي، حيث كانت الزيادة ٤ نبضات في الدقيقة، أما مرضى فوبيا التحدث أمام جمهور فقد أظهروا ارتفاعاً شديداً في معدل ضربات القلب في بداية الاختبار السلوكي، حتى وصل إلى ٢٠ نبضة في الدقيقة عن المعدل الطبيعي.

واستناداً إلى النتائج السابقة، يري (أحمد متولي عمر، ١٩٩٣، ٣٠) أن كلا النمطين من مرضى الفوبيا الاجتماعية أظهر اختلافاً في أنماط القصور، فبينما

أظهر مرضى الفوبيا الاجتماعية من النمط العام عجزاً أكبر في الوظائف الاجتماعية ككل، وأيضا في المقاييس السلوكية فإن مرضى فوبيا التحدث أمام جمهور (الفوبيا النوعية) قد أظهروا زيادة أكبر على المقاييس الفسيولوجية، مما يوحي بتشوهات معرفية أكبر من مرضى الفوبيا الاجتماعية من النمط العام. وتلك الفروق بين النمطين، لا تنفي حقيقة أن المرضى في كلا النمطين يعانون قصورا في الجوانب السلوكية، والمعرفية، والفسيولوجية. كما توضح هذه النتائج أيضا أن معايير الفوبيا الاجتماعية من النمط العام هي نفسها معايير اضطراب التجنب.

• تشخيص الفوبيا الاجتماعية :

حدد (التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية والسلوكية العاشر International Classification of Disease ICD-10، ١٩٩٢) أن النمط العام من هذا الاضطرابات يتضمن الخوف من جميع المواقف الاجتماعية وتظهر أعراض اضطرابات الشخصية التجنبية، وتحدد معايير التشخيص كما يلي:

◀ ضرورة أن تكون الأعراض النفسية والسلوكية أو المستقلة هي أعراض قلق وليست أعراض ثانوية لأي اضطراب آخر مثل الوسواس القهري.

◀ يجب أن يكون هذا القلق مرتبطا ومسيطرا على بعض المواقف الاجتماعية.

◀ أن يكون المظهر السائد هو تجنب المواقف المثيرة للخوف.

أما الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية في إصداره الرابع (DSM- IV، ٢٠٠٠) قد حدد ثمانية معايير تعد محكمات لتشخيص الفوبيا الاجتماعية وهي :

- ◀ وجود خوف مستمر من المواقف الاجتماعية، أو مواقف الأداء، التي قد تتضمن إخراجا أو شعورا بالحر.
- ◀ يثير التعرض للموقف الاجتماعي، أو مواقف الأداء، استجابة قلق فورية.
- ◀ يعترف المراهقون وال كبار الذين يعانون من هذا الاضطراب جيدا أن خوفهم هذا مبالغ فيه وغير معقول، وبالنسبة للأطفال فلا يدركون أن خوفهم مبالغ فيه، فصي غالب الأحوال يتم تجنب موقف الأداء أو الموقف الاجتماعي، وقد يتم في بعض الأحوال تحمله مع بعض الرعب.
- ◀ تجنب مواقف الأداء، أو المواقف الاجتماعية المخيفة، أو تحملها مع قدر كبير من القلق أو الكدر.
- ◀ يجب أن يكون التجنب أو الخوف أو التوقف عن مواجهة المواقف الاجتماعية متداخلا بصورة واضحة مع أداء الفرد في الحياة اليومية، والأداء الوظيفي، أو الحياة الاجتماعية، أو في حالة ما إذا كان الفرد مضطربا ومتخوفا من أن تناله الفوبيا.
- ◀ يجب استمرار هذه الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل بالنسبة للأفراد الأقل من (١٨) سنة قبل تشخيص الفوبيا الاجتماعية.
- ◀ يجب ألا يكون الخوف أو التجنب راجعا إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة ناتجة عن مادة معينة، أو حالة طبية عامة، وألا يتم تحليله على أنه راجع إلى

اضطراب نفسي آخر (مثل اضطراب الخوف، اضطراب قلق الانفصال، اضطراب مستمر في النمو، اضطراب الشخصية الفصامية).
 « أما إذا وجد اضطراب آخر من هذه الاضطرابات أو تواجدت حالة طبية عامة أثناء التشخيص مثل التهتهة، مرض باركنسون، اضطراب فقدان الشهية العصبي؛ فإن الخوف أو التجنب لا يجب قصره على التأثيرات الاجتماعية فقط.

وفي الحالات الحادة تتفاعل هذه المعايير مع اضطراب هجوم الفزع في المواقف الاجتماعية المخيفة، وقد يكون احمرار الوجه أو الوجنتين أكثر تمييزاً للفوبيا الاجتماعية. ويجب أن يتداخل الخوف أو التجنب من الروتين اليومي والأداء العادي للفرد، وكذلك مع أدائه الأكاديمي أو الوظيفي، أو مع الأنشطة والعلاقات الاجتماعية، أي أن الفرد يجب أن يشعر بالضيق والتوتر تجاه الخوف من تعرضه لمثل هذه المواقف التي يخشاها ويتجنبها؛ فعلى سبيل المثال الشخص الذي يخشى التحدث لا يمكن تشخيصه على أنه يعاني من الفوبيا الاجتماعية إذا كان هذا السلوك غير متواجد بصفة دائمة في العمل، أو حجرة الدراسة، كما أن الشخص قد يكون غير مكترث بهذا ولا يشعر بأي توتر أو خوف من أن تكون لديه هذه الفوبيا الاجتماعية.

وهكذا فإنه توجد نقاط اتفاق وكذلك نقاط اختلاف بين (التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية والسلوكية العاشر ICD-10، ١٩٩٢) و (الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية في إصداره الرابع DSM-IV، ٢٠٠٠)؛ حيث إن هناك اتفاقاً واسعاً بينهما في معايير تشخيص الفوبيا الاجتماعية، كما أن هناك اختلافاً بينهما فيما يتعلق بالتشخيص التفاضلي بين الفوبيا الاجتماعية والفوبيا من الأماكن العامة؛ حيث يقترح ICD-10 أنه إذا كان الفرق بين الفوبيا الاجتماعية والفوبيا من الأماكن العامة صعباً، فالأسبقية يجب أن تعطى إلى الفوبيا من الأماكن العامة، بينما DSM-IV يفرق بين الشرطين على أساس خوف الحالات الاجتماعية. بكلمة أخرى، إذا كان الخوف من وجود فحص من قبل الآخرين في حالة اجتماعية معينة، أو مجموعة من الحالات الاجتماعية؛ فإن أسبقية التشخيص تعطى للفوبيا الاجتماعية.

ويركز (Jackson & Stanley, 1987, 83) في تشخيص الفوبيا الاجتماعية على التشخيص الفارق؛ والذي يتم فيه التمييز بين الفوبيا الاجتماعية والاضطرابات الأخرى التي تشترك معه في كثير من الأعراض مثل الفوبيا الاجتماعية الأخرى والخجل واضطراب الشخصية التجنبي Avoidant Personality Disorder وتؤكد الدراسات على ضرورة أن يوضع في الاعتبار خصائص شخصية المريض عند رسم الإستراتيجية العلاجية.

• المعانوقن حركياً :

إن المفهوم الرائد "التربية الخاصة" الذي يقع على كل لسان، وبخاصة في الوسط التربوي، أصبح اليوم من المصطلحات غير المحببة التي يفضل استبدالها بالمصطلح "ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة". فالتربية الخاصة تفهم على

أنها تربية معزولة للأفراد الذين يعانون من تأخر تربوي بسبب إعاقات واضحة، عقلية أو جسدية، في مؤسسات مغلقة كمصحات أو مدارس خاصة، أي خارج التعليم العادي. أما المصطلح الجديد أو المستحدث، فإنه يضم في طياته مجموعة أكبر من الأفراد الذين يعانون من تأخر تربوي لأسباب تتعدى الإعاقات الشائعة، وهذه الأسباب على ما يبدو تمنع تطور الفرد الطبيعي. وهذه المجموعة (ذوو الاحتياجات التربوية الخاصة) تحتاج إلى دعم إضافي من المدرسة التي عليها تبني منهجية تربوية جديدة تساعد في التعامل مع الاحتياجات التربوية للطلاب، سواء في مجال القوى العاملة أم التجهيزات التقنية (عبدالمطلب القريطي، ٢٠٠٥)

وتعد الإعاقات الجسمية من بين فئات ذوي الاحتياجات الخاصة والتي تعرف بأنها قصور وظيفي أو خلل عضوي موضوعي يؤثر على أداء الفرد في ظروف معينة، ويحتاج إلى تدخل علاجي أو حتى تعديلات في البيئة (صالح الوقفي، ٢٠٠٣). وتضم الإعاقات الجسمية قائمة واسعة من الحالات التي تختلف حدتها ونوع التدخل المطلوب لعلاجها، مصنفة إلى إعاقات عصبية وإعاقات عضلية وعظمية، وتحدث الإصابة إما أثناء الحمل وإما أثناء الولادة أو بعدها.

◀ الإعاقات العصبية، وهي تعود إلى تلف أو ضرر يحدث في جهاز الأعصاب المركزي والحبل الشوكي، ومن المعروف أن جهاز الأعصاب المركزي هو الأساس في أداء الجسم لوظائفه، وبالتالي الأفراد المصابون بهذا الخلل يعانون من مشاكل وصعوبات في القدرة على التعلم، إضافة إلى المشاكل والاضطرابات الحركية. ومن هذه الإعاقات؛ اضطرابات الإدراك الحركي، واضطرابات اللغة والكلام، واضطرابات تشنجية كالصرع وضمور أو ارتخاء العضلات، والشلل الدماغي، ومشكلات حسية- حركية، والاستسقاء الدماغي والعمود الفقري المفتوح.

◀ الإعاقات العضلية العظمية، وهي خلل يصيب الجسم ويؤثر على حركته ووظائفه لأسباب غير عصبية مثل التهاب العظام، وعدم نضوج العظام، وانحناء العمود الفقري، والقدم الملتوية، وخلع الورك، والأطراف المشوهة، والتهاب المفاصل والشفة المفتوحة (السيد فهمي، ٢٣، ٢٠٠٨).

• مفهوم الإعاقة الحركية:

تعددت المفاهيم المقدمة للإعاقة الحركية؛ فتعرفها (أمل خليفة، ٢٠٠٦، ١٨٩) بأنها "إصابة أو عجز أحد أجزاء الجسم وبدرجات متفاوتة تحد من استخدام أجزاء الجسم وتحول دون الحركة والقدرة على الانجاز بشكل مستقل ويحتاج إلى خدمات خاصة ومعينات".

بينما يعرفها (فاروق الروسان، ٢٠٠٧) بأنها "حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي، بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية برامج خاصة. ويندرج تحت ذلك التعريف العديد من مظاهر الاضطرابات الحركية منها: حالات الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري ووهن أو ضمور العضلات والتصلب المتعدد والصرع... الخ".

ويعرفها (السيد فهمي، ٢٠٠٨، ١٨) بأنها "عجز الفرد عن الحركة والتنقل في سهولة ويسر مع طلب العون في بعض الأحيان، سواء أكان عن طريق الغير أم عن طريق أدوات مساعدة؛ بسبب اعتلال الجهاز الحركي على وجه الخصوص، والجهاز البدني على وجه العموم؛ مما قد يتطلب زيادة في العبء والاعتماد على بعض أجهزة البدن الأخرى أو أعضائها التي تتعطل هي الأخرى عن القيام بالدور المنوط بها بسبب استخدامها كعوامل مساعدة في الحركة.

ومن العرض السابق لتلك المفاهيم يتضح أن ذوي الإعاقة الحركية هم:

- ◀ هؤلاء الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ◀ أنهم يعانون من إعاقة تمثل قصورا أو نقصا في وظيفة من وظائف الجسم، والتي تنتمي إلى أحد أجهزة الجسم، مثل الجهاز العصبي أو العضلي أو المفصلي.
- ◀ لا تقتصر الإعاقة الحركية على إصابة الإنسان بالشلل؛ بل توجد إصابات أخرى تتعلق بتلك التي تحدث في الأعصاب.
- ◀ هم هؤلاء الأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدة الآخرين في تدبير بعض أمور حياتهم.
- ◀ هم هؤلاء الأشخاص الذين لا يستطيعون القيام بوظائف الحياة اليومية العادية.
- ◀ هم هؤلاء الأشخاص الذين من تؤثر إعاقتهم فيهم بحسب وقت إصابتهم بها ودرجتها.

ومما سبق يمكن تعريف المعاقين حركياً على أنهم "الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي كالشلل والبتير"، وتقتصر الدراسة الحالية على فئة الشلل والبتير لانتشارها بين طلاب المدارس ومراكز التأهيل.

• - نسبة الإعاقة الحركية:

تختلف نسبة الإعاقة الحركية من مجتمع إلى آخر تبعاً لعدد من العوامل الوراثية، ثم العوامل المتعلقة بالوعي الصحي والثقافي، وكذلك المعايير المستخدمة في تعريف كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية، هذا بالإضافة إلى العوامل الطارئة والحروب والكوارث... الخ (فاروق الروسان، ٢٠٠٧، ٢٣)؛ لذا فليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقات الجسمية في مجتمع ما؛ ذلك أن الإعاقات الجسمية متباينة جداً، والتعريفات المستخدمة لها متباينة هي الأخرى.

ويلاحظ أن نسبة انتشار الإعاقات الجسمية قد تغيرت في الأعوام القليلة الماضية؛ فهي قد ازدادت بدلاً من أن تنخفض. وتعزى هذه الزيادة إلى عوامل مختلفة من أهمها تطور الخدمات التشخيصية والعلاجية للأمراض المزمنة والإعاقات العصبية والصحية. فعلى الرغم من أن تحسن مستوى الخدمات الطبية جعل إمكانية الوقاية من الأمراض المزمنة وعلاجها أفضل حالاً مما

كانت عليه في الماضي إلا أنها من جهة أخرى تحافظ على حياة الأطفال المصابين والذين كانوا يموتون مبكرا جدا في الماضي. (منى الحديدي، جمال الخطيب، ١٩٩٧، ٦٥).

وحيث إن أشكال الإعاقات الحركية تختلف باختلاف نوعها ودرجتها؛ فنجد الشلل الدماغي ومصابي الحوادث والكوارث وشلل الأطفال وحالات البتر، ونظرا لما تتمتع به حالات الشلل والبتر من نسبة انتشار واسعة تصل إلى ٣٤٪ تقريبا من مجمل المصابين بالإعاقة الحركية، فإن الدراسة الحالية تهتم بهاتين الفئتين (حالات البتر والشلل). (فاروق الروسان، ٢٠٠٧، ٢٥)

• تصنيف الإعاقات الحركية :

• أولاً: الإعاقات البدنية الناجمة عن إصابة الجهاز العصبي المركزي ويتفرع منها :

◀ الشلل المخي

◀ تشقق العمود الفقري

◀ إصابة الحبل الشوكي

◀ الصرع

◀ استسقاء الدماغ

◀ شلل الأطفال

◀ التصلب المتعدد للأنسجة العضوية

• ثانياً: الإعاقات البدنية الناجمة عن حدوث عاهات بالهيكل العظمي وتضم:

◀ بتر الأطراف و/أو تشوهها

◀ الحنف

◀ تصلب عظام الورك

◀ تشوه مكونات العظام

◀ التهاب عظام المفاصل

◀ الخلع الخلقي (الولادي) للفخذين

◀ التهاب المفاصل

◀ التهاب المفاصل الروماتيزمي

◀ الشفة المشقوقة، الشق الحلقي

◀ الجنف (ميل العمود الفقري إلى أحد الجانبين)

◀ الكساح

• ثالثاً: الإعاقات البدنية الناجمة عن إعطاب في العضلات وتضم نوعين رئيسيين هما:

◀ ضمور العضلات

◀ ضمور العضلات الشوكية

• رابعاً: الإعاقات البدنية الناجمة عن عوامل مختلطة وتضم:

◀ الأطفال المقعدون (الأشكال المتعددة للقعاد)

◀ عيوب عظمية شائعة

◀ تشوه الوجه

- ◀◀ الكوريا (أو الرقاص)
 - ◀◀ المصابون في الحوادث والحروب والكوارث الطبيعية وإصابات العمل
 - ◀◀ الجنام
 - ◀◀ الإصابات الصحية:
 - ✓ الأزمة الصدرية "الربو"
 - ✓ التليف المراري/ الكبدي CF
 - ✓ اضطرابات القلب
 - ✓ مرض السكر "السكري"
 - ✓ متلازمة داون "المنغولية"
 - ◀◀ النشاط الزائد
 - ◀◀ الأصابع الملتصقة والزائدة
 - ◀◀ النقرس (داء الملوك). (السيد فهمي، ٢٠٠٨، ٢٩ - ٣٢).
- وفي ضوء التصنيفات السابقة يؤكد الباحث على أن الدراسة الحالية سوف تقتصر على حالات البتر والشلل.
- **الأسباب الرئيسية للإعاقات الحركية:**
- من الأسباب الرئيسية المعروفة للإعاقات الحركية كما تري (منى الحديدي، جمال الخطيب، ١٩٩٧) ما يلي:
- ◀◀ نقص الأكسجين عن دماغ الطفل سواء في مرحلة ما قبل الولادة، أو في مرحلة الولادة، أو مرحلة ما بعد الولادة. وقد ينجم نقص الأكسجين عن التفاف الحبل السري حول عنق الجنين، أو اختناق الأم أثناء الحمل، أو فقر الدم، أو انسداد مجرى التنفس لدى الطفل، أو انفصال المشيمة قبل الموعد أو حدوث نزيف فيها، أو إصابة الطفل بالاضطرابات الرئوية الخطيرة، أو انخفاض مستوى السكر في دم الطفل، أو الغرق وغير ذلك.
 - ◀◀ العوامل الوراثية والتي تنتقل من الآباء إلى الأبناء إما على شكل صفة متنحية أو صفة محمولة على الكروموسوم الجنسي.
 - ◀◀ عدم توافق العامل الريزيوس بين الوالدين.
 - ◀◀ تعرض الأم الحامل للأمراض المعدية كالحصبة الألمانية مثلاً.
 - ◀◀ تعرض الأطفال للأمراض المعدية مثل التهاب أغشية السحايا أو التهاب المخ.
 - ◀◀ الاضطرابات التسممية الناجمة عن تناول المواد السامة مثل الرصاص أو تناول العقاقير الطبية بطريقة غير مناسبة.
 - ◀◀ إصابة الأم الحامل باضطرابات مزمنة مثل الربو أو السكري أو اضطرابات القلب أو تسمم الحمل.
 - ◀◀ تعرض الأم الحامل للعوامل الخطيرة مثل سوء التغذية، والتدخين، والأشعة السينية.
 - ◀◀ الخداج حيث إن عدم اكتمال مرحلة الحمل، أو ولادة الطفل ووزنه أقل من العادي، يعتبران من العوامل المسؤولة عن عدد غير قليل من الإعاقات الجسمية.

◀ صعوبات الولادة ومنها الولادة القيصرية، والولادة السريعة جداً أو البطيئة جداً والوضع الغير طبيعي للطفل.
◀ إصابات الرأس الناجمة عن السقوط من أماكن مرتفعة، والحوادث داخل البيت أو خارجه.

وقد اتفق كل من (رشاد موسى، ٢٠٠٨؛ السيد فهمي، ٢٠٠٨؛ سميرة أبو الحسن، ٢٠٠٧) على أن أهم أسباب الإعاقة الحركية تتمثل في:

◀ العوامل الوراثية: حيث تشمل الحالات التي تنتقل من جيل إلى آخر عبر الجينات الوراثية المحملة على الكروموسومات في الخلايا.

◀ العوامل البيئية: نتيجة لعدم توافر الظروف الصحية الملائمة، وتنقسم إلى:

- ✓ عوامل تحدث قبل الولادة وأثناء الحمل: ومن أهمها:
 - إصابة الأم بأمراض خطيرة مثل المرض الكلوي المزمن والبول السكري.
 - تعرض الأم لحالة تسمم الحمل نتيجة لارتفاع ضغط الدم.
 - اختلاف عامل الزيزوس RH ووجوده لدى الطفل موجب والأم سالب.
 - سوء تغذية الأم الحامل.
 - إدمان الأم للمشروبات الكحولية والمخدرات.
 - إصابة الأم ببعض الأمراض كالحصبة الألمانية والسل والزهري.
 - تعرض الأم للأشعة.
 - تناول العقاقير والكيماويات.

✓ عوامل تحدث أثناء الولادة: ومن أهمها:

- ولادة أطفال مبتسرين.
- استخدام آلات حادة أثناء الولادة.
- تأخر وصول الأكسجين إلى مخ الجنين.
- وضع الجنين أثناء الولادة.

✓ عوامل تحدث بعد الولادة: ومن أهمها:

- الحوادث التي تؤدي إلى إصابة الفرد بالتلف المخي وكذلك حوادث الزلازل والحروب.
- شرب الطفل للأدوية والعقاقير الضارة.
- تناول المواد الكيماوية السامة.
- سوء تغذية الطفل.

وفي ضوء ما سبق يمكن التأكيد على أن هناك عوامل وراثية وأخرى بيئية مسئولة عن حدوث الإعاقة الجركية على الرغم من تصنيفاتها المتعددة، وقد يكون العامل منفرداً أو مجتمعاً مع غيره كسبب لحدوث هذه الإعاقة.

• خصائص المعاقين حركياً:

تختلف الخصائص الشخصية للمعوقين حركياً تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة الحركية ودرجتها، وقد تكون مشاعر القلق والخوف والرفض والعدوانية والانطوائية والدونية من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية، وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية الشخصية بمواقف الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية. (فاروق الروسان، ٢٠٠٧، ٣٤)

وقد اتفق كل من (رشاد موسى، ٢٠٠٨؛ السيد فهمي، ٢٠٠٨؛ سميرة أبو الحسن، ٢٠٠٧) على أن أهم خصائص المعاقين حركيا تتمثل في:

- **الخصائص النفسية، وتضم:**
 - ◀ تزايد الشعور بالنقص وعدم تقدير الذات.
 - ◀ تزايد الشعور بالعجز والميل نحو الاعتماد على الآخرين.
 - ◀ افتقاد الشعور بالأمن والطمأنينة والشعور بالقلق والخوف.
 - ◀ عدم الاتزان الانفعالي وتزايد مستوى العدوانية والميل إلى الاستعلاء أحياناً.
 - ◀ الإسراف في استخدام الميكانيزمات والحيل الدفاعية كالنكوص والكبت والطرح والإسقاط.
 - ◀ الميل إلى الانطواء والعزلة والانسحاب.
 - ◀ الشعور بالاكتئاب والخوف.
 - ◀ عدم الرضا عن الذات وانخفاض تقدير الذات وتشوه صورة الجسم.
 - ◀ تزايد مشاعر الذنب
 - ◀ تزايد مستوى الاعتمادية.
- **الخصائص الجسمية، وتضم:**
 - ◀ اضطراب نمو عضلات الجسم التي تشمل اليدين والأصابع والقدمين والعمود الفقري.
 - ◀ عدم القدرة على التوازن والجلوس والقعود.
 - ◀ عدم مرونة العضلات المصابة بالعجز بسبب الروماتيزم والكسور والضمور.
 - ◀ الوهن والضعف العقلي.
 - ◀ افتقاد التآزر في الحركات.
 - ◀ الحاجة إلى المساعدة بالأطراف الصناعية والعكاز وغيرها.
 - ◀ نقص في تآزر حركات الجسم.
- **الخصائص الاجتماعية والسلوكية، وتضم:**
 - ◀ مشكلات عادات الطعام واضطرابات الأكل المختلفة.
 - ◀ الإفراط في البدانة وفقدان الشهية.
 - ◀ وجود مشاكل في النوم.
 - ◀ وجود مشاكل في التبول وضبط المثانة والأمعاء.
 - ◀ وجود مشاكل في النظافة.
 - ◀ عدم القدرة على المشاركة المجتمعية بشكل فعال.
 - ◀ المعاناة من نظرة المجتمع السلبي لهم.
- **الخصائص التربوية والتعليمية، وتضم:**
 - ◀ مشكلات في الانتباه وتشتته.
 - ◀ صعوبة في التركيز والتذكر والاسترجاع والحفظ.
 - ◀ التعلم ببطء وصعوبة.
 - ◀ صعوبة في التنقل والوصول إلى المدرسة أو الفصل الدراسي.

• **مشكلات المعاقين حركياً:**

مما يلاحظ اتفاق نتائج العديد من الدراسات حول أهم المشكلات التي يعاني منها المعاقون حركياً، وقد اتفق كل من (وجدي بركات، ٢٠١٠؛ رشاد موسى، ٢٠٠٨؛ السيد فهمي، ٢٠٠٨) على أن أهم مشكلات المعاقين حركياً تتمثل في:

• **المشكلات النفسية:**

ينتاب المصاب بالبتير الكثير من المشاعر النفسية السلبية التي تؤثر عليه وعلى توافقه مع من حوله، ومن أهم المظاهر النفسية ما يلي:

- ◀ رفض قبول المصاب بالبتير لذاته الجديدة ومقاومته لواقعه الجديد.
- ◀ الشعور بالنقص وانتقاص قيمته لذاته سواء كما يراها هو أو كما يراها فيها المحيطون أو كما يتمنى أن يراها.
- ◀ ظهور مشاعر جديدة كنتيجة لحدوث البتير (في بعض الأحيان) كالشعور بالذنب لاعتقاد البعض بأن ذلك انتقام السماء لخطأ ارتكبه الفرد.
- ◀ كما قد يكون هناك ميل من جانب المصاب بالبتير للنكوص لسلوك الاعتماد على الغير.

◀ يحاول المصاب بالبتير (في كثير من الأحيان) استخدام ميكانزمات للهروب من الواقع المؤلم الذي يثير قلقه وتوتراته كالتعويض والإسقاط والإنكار فيبدو في ظاهره شبح الطرف المبتور أو توهم وجود الطرف المبتور.

◀ قد يخلق المصاب بالبتير لنفسه بعض المشكلات عندما ينكر وجود فرق بينه وبين الأشخاص الآخرين إذ أنه في هذه الحالة سيرفض كل مساعدة تقدم له.

• **المشكلات الجسمية ومشكلات استخدام الأجهزة التعويضية:**

يحصل الفرد من خلال الوظائف التي تؤديها له أعضاؤه وأطرافه على إشباع معين، كما تؤدي هذه الأعضاء ووظائف للإنسان كالإمسك بالأشياء، أو الحركة وسهولة النقل؛ مما يضي عليه شعوراً بالرضا، كما أن الإنسان بكامل أعضائه يستطيع ممارسة النشاط البدني، ومزاولة الرياضة والهوايات، والقيام بالرحلات وغيرها، إلا أن الإنسان المصاب بالبتير لأحد أعضائه أو أكثر من عضو فإنه يفقد وظيفة من وظائف هذا العضو ولا يستطيع الحصول على الإشباع لما ذكر سابقاً من نشاط حركي للإنسان وبالتالي لا يستطيع أداء هذه الواجبات وبالتالي فإنه يجد أمامه أحد الحلول التالية:

- ◀ أن يتجنب القيام بالنشاط أو العمل.
- ◀ أن يعوض العضو المبتور عن طريق استغلال الأطراف المتبقية لديه بأقصى طاقة بدنية ممكنة.
- ◀ يؤدي الوظيفة بالاستفادة من الطرف الصناعي الذي يحل محل الطرف المبتور.
- ◀ ويحتمل أن يستخدم المصاب بالبتير الحلول الثلاثة البديلة في فترات متفاوتة، ويتوقف ذلك على الموقف الذي يواجهه.

• **المشكلات الاجتماعية:**

ويقصد بالمشكلات الاجتماعية المواقف التي تضطرب فيها علاقات الفرد بمحيطه داخل الأسرة وخارجها خلال أدائه لدوره الاجتماعي، أو يمكن أن نسميها مشكلات سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية الخاصة لكل فرد وتضم (الأسرية . الترويحوية . العلاقات الاجتماعية . العمل) ويمكن أن نوجزها في:

• **المشكلات الأسرية:**

لقد أصبح من المتفق عليه أن إعاقة أي فرد هي إعاقة لأسرته في نفس الوقت مهما كانت درجة الإعاقة ونوعها منذ أن اعتبرت الأسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة التوازن وهو المستوى الأمثل للعلاقات الأسرية الايجابية التي تتميز بالتساند والتكامل والاستمرار. ووضع المعوق في أسرته لابد وأن يحيط علاقاتها بقدر غير يسير من الاضطراب، صغيرا كان أو كبيرا، زوجا كان أو زوجة، ذكرا كان أو أنثى، طالما كانت إعاقته تحول دون كفايته في أداء دوره الاجتماعي كاملا داخل الأسرة، وافتقار المعوق لأداء دوره بشكل بالضرورة عبئا على أدوار الآخرين فضلا عن ردود الأفعال السلبية لعجزه عن هذا الأداء.

كما أن سلوك المعوق المسرف في الغضب أو القلق أو الحساسية أو الاكتئاب أو حتى الابتهاج تقابل بسلوك مسرف بدوره في الشعور بالذنب أو الشعور بالحيرة وبالقدر الذي تهدد حالة الإعاقة سلامة المعوق وبالقدر الذي يزيد من الحماية الزائدة والمسرفة من المحيطين به، وهو الأمر الذي يقلل من توازن الأسرة وتماسكها، وأثر ذلك على قيام الأسرة بوظيفتها الطبيعية نحو تنشئة باقي أبنائها. كما تلعب بعض العادات دورا آخر في زيادة مشاكل الأسرة حينما ترجع الإعاقة إلى أسباب وراثية لتثير منازعات واضحة أو مقنعة بين الزوجين.

وأكثر المشكلات الأسرية حده هي تلك المشكلات المرتبطة بالإصابة المفاجئة لرب الأسرة وعائلها، وما يترتب على ذلك من آثار على مستوى معيشتها، واضطراب علاقاتها، أو الإصابة المفاجئة للابن الوحيد الذي انتظرته طويلا وما قد يحيط بهذه الإصابة من ظروف يحمل أحد الأبوين الآخر مسئوليتها، وليزيد بالتالي من مشاعر الذنب والاكتئاب.

• **المشكلات الترويحوية:**

تؤثر الإعاقة على قدرة المعوق على الاستمتاع بوقت الفراغ سواء بالنشاط الترويحي الذاتي أو بالنشاط الترويحي السلبي؛ فممارسة المعوق لأي نوع من أنواع النشاط يتطلب طاقات خاصة قد لا تتوافر عنده، كما أن أجهزة الترويح العامة معدة أساسا للأصحاء، فضلا عن العقبات التي تصادف المعوق عند ارتياد أماكن الترويح أو الحدائق العامة والأندية وما شابه ذلك.

• **مشكلات العلاقات الاجتماعية:**

تمثل جماعات الصداقة حاجة أساسية للفرد خاصة في المراحل الأولى من العمر وأثر علاقات الصلحة المباشرة على النمو الاجتماعي السليم وبالقدر الذي تتجانس فيه سمات أعضاء الجماعة بالقدر الذي يتحقق لكل عضو فيها النمو والشعور بالسعادة ومن ثم يقوم شعور المعوق بالمساواة مع زملائه وعدم شعور

هؤلاء بكفائته لهم يؤدي إلى اتجاهات سلبية لينكمش المعوق على نفسه وينسحب من هذه الجماعات.

• **مشكلات العمل:**

قد تؤدي الإعاقة إلى ترك المعوق لعمله أو إلى تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد فضلا عن المشكلات التي تترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملائه أو مشكلات أمانة وسلامته فالعمل إنتاج بأجر والإنتاج الزائد أجر مرتفع بل طريق إلى تولي مناصب رئيسية في العمل وكسب مكانه اجتماعية مرموقة عن طريق العمل ومن ثم كان أثر الإعاقة أثرا مزدوجا على الدخل والمكانة معا.

• **المشكلات الاقتصادية:**

تتسبب الإعاقة عن طريق البتر في كثير من المشكلات الاقتصادية بالنسبة للشخص المصاب بالبتر، وبالنسبة لأسرته ولمجتمعه، ويمكننا إيجاز أهم هذه المشكلات فيما يلي:

◀◀ قد يكون المصاب بالبتر هو العائل الوحيد للأسرة؛ وبالتالي يفقد هو وأسرته مصدر رزقه.

◀◀ تتطلب عملية العلاج نفسها وإجراء الجراحات إذا لزم الأمر أموالا طائلة؛ سواء لدفع تكاليف الإقامة في المستشفيات أو أجور الأطباء أو ثمن الدواء.

◀◀ تسبب إقامة المصاب بالبتر في المستشفى لفترة طويلة لتلقي العلاج إلى تعطله إجباريا عن العمل؛ وبالتالي يرهق ميزانية الأسرة.

◀◀ قد يؤدي هذا الموقف بالأسرة إلى الاستدانة، أو إلى بيع بعض ممتلكاتها لمواجهة نفقات الإصابة بالبتر، وما يترتب عليه من مشكلات تعطله عن العمل لفترة طويلة.

◀◀ قد تحول الإصابة بالبتر دون أداء الفرد لعمله السابق لإصابته بالطريقة التي كان يؤديه بها، أو إلى عدم قدرته نهائيا على أداء هذا العمل، مما يتطلب تأهيله لعمل آخر، وهذا يتطلب وقتا ومالا يزيد من الأعباء الاقتصادية للأسرة.

◀◀ بعد إجراء البتر للفرد فإنه يحتاج إلى أجهزة تعويضية معينة؛ حتى يتمكن من الحركة وأداء دوره، وهي تتكلف أموالا كثيرة، فضلا عن استمرار إلى تغيير هذه الأجهزة؛ سواء لعدم مناسبتها للعضو المصاب بعد فترة من الزمن، أو تلفها.

• **الدراسات السابقة :**

• **دراسات وصف الفوبيا الاجتماعية لدى المعاقين حركيا :**

هدفت دراسة دولار (Dolar, 1999) إلى فحص علاقة أبعاد صورة الجسم بالأم الأطراف الوهمية لدى حالات البتر. وتكونت عينتها من (٤٣) من مبتوري الأطراف، ممن هم في المدى العمري من (١١ - ٢٣) سنة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة بين استراتيجيات مواجهة ألم المرض مع الذين يعانون من البتر، كما أن الأشخاص الذي يعانون من بتر أطرافهم مع الشعور بالألم الوهمي لديهم مفهوم سلبي لصورة أجسامهم.

وفي الإطار نفسه اتجهت دراسة يتزر وآخرين (Yetzer et al., 2003) إلى فحص مفهوم الذات وصورة الجسم والظوبيا الاجتماعية لدى مرضى إصابات النخاع الشوكي وبدون بتر الأطراف السفلية. وتكونت عينة الدراسة من (٢٦) من مرضى إصابات النخاع الشوكي، وبدون بتر الأطراف السفلية، بمدى عمري (١٧.١٣) سنة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود مشكلات نفسية لدى الأفراد مرضى إصابات النخاع الشوكي وبدون بتر الأطراف السفلية، وتدني في مفهوم الذات وصورة الجسم والظوبيا الاجتماعية.

وقد درست أيضاً (وفاء القاضي، ٢٠٠٩) صورة الجسم ومفهوم الذات في علاقتهما بقلق المستقبل وبعض المتغيرات الديمجرافية (الجنس . الحالة الاجتماعية . وجود أبناء أم لا . مكان البتر. سببه ومدة الإصابة) لدى حالات البتر بعد الحرب. وتكونت عينة الدراسة من (٢٥٠) فرداً تم انتقائهم عشوائياً بمدى عمري (١٣-١٧) سنة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل وكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة، ولم تظهر النتائج أية فروق ترجع إلى النوع أو الحالة الاجتماعية أو وجود أبناء من عدمه أو مكان البتر أو سبب البتر أو مدة الإصابة بالبتر، وذلك فيما يتعلق بقلق المستقبل، ومفهوم الذات، وصورة الجسم.

أما دراسة لالكيهان (Lalkhen, 2001) فقد اتجهت نحو محاولة فهم سلوك الأفراد المراهقين المعاقين بالشلل الدماغى، وتقديرهم لذاتهم في بيئة غير المعاقين (البيئة العادية) من خلال تسجيل وتحليل استجاباتهم التلقائية. وتكونت عينة الدراسة من (٤٩) من المراهقين المعاقين بالشلل الدماغى بمدى عمري (١٣-١٧) سنة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن التغيرات التي تحدث في فترة المراهقة مرتبطة بتغيرات في مفهوم الذات والقلق، وأن خبرة الجسد والإحساس به عامل فعال ومهم في مفهوم الذات عند المراهقين المعاقين جسدياً، وفي حين يتم الإحساس بالجسد كمفهوم واضح وغير طيِّع وغير معتمد عليه، فإنه يتم النظر إليه كعامل معيق يحدُّ من ممارسة النشاط البدني، وكمعيق للعلاقة مع العالم الخارجي.

وهكذا فإن فترة المراهقة، في ظل الإعاقة، تسهم بشكل فعال في تكوين هوية المراهق المعاق حركياً، نظراً لطبيعة الاضطرابات التي تحدث له خلال هذه الفترة. ومن خلال مواجهته الكثير من مواقف الإحباط وخيبات الأمل يدرك المراهق المعاق حركياً أنه من خلال تواصله مع غير المعاقين والتعامل معهم سوف تنمو قدراته وكفاياته، وسوف يشعر بتقديره لذاته، أما المراهق المعاق الذين يحرم من فرص الاندماج والانخراط مع أقرانه العاديين، ويحرم من حرية الاختيار واتخاذ القرار بشكل مستقل؛ فإنه يكون غير قادر على تنمية وتطوير الإحساس بتقدير الذات والثقة بالنفس وخفض القلق، ولذلك فإنه سيكون أقل مشاركة في الحياة العامة وتكوين علاقات مع الآخرين في المجتمع.

• دراسات تناولت العلاج السلوكي المعرفي والفوبيا الاجتماعية

يشكل العلاج السلوكي المعرفي، بما فيه العلاج بالواقع، مدخلا مهما في الدراسات التي تناولت الفوبيا الاجتماعية، وفي هذا الإطار فإن هناك ثلاث مراجعات مهمة استخدمت التحليل العائلي review meta-analysis لفحص الدراسات التي تناولت تأثير العلاج السلوكي المعرفي في علاج الفوبيا الاجتماعية أو التخفيف من حدتها.

فقد فحص (Feske & Chambless, 1995) نتائج ١٥ دراسة، بعد استبعاد الدراسات التي تناولت الجانب المعرفي فقط، تناولت العلاج السلوكي المعرفي وتأثيره في علاج الفوبيا الاجتماعية. وقد أسفرت نتائج هذا التحليل العائلي عن أن التدخلات السلوكية المعرفية التي تتم في مجموعات تمثل علاجا فعالا للفوبيا الاجتماعية كما أنها تشكل علاجا مهما أيضا لكل من الاكتئاب والقلق بصورة عامة.

وكذلك قام تايلور (Taylor, 1996) بمراجعة نتائج ٢٤ دراسة تجريبية تضمنت ٤٢ محاولة لعلاج الفوبيا الاجتماعية، وقد أسفرت تحليل مدي حجم التأثير effect size لكل دراسة من هذه الدراسات عن أن المجموعات التجريبية تفوقت على المجموعات الضابطة علي مقاييس الفوبيا الاجتماعية المستخدمة، كما أشار التحليل التتبعي إلي استمرار تفوق المجموعات التجريبية على الرغم من أن معظم المشاركين في هذه الدراسات قد تعرضوا لعلاجات أخرى خلال فترات التتبع. وتدعم نتائج هذا التحليل العائلي الاستنتاج بأن العلاجات السلوكية المعرفية هي علاجات فعالة للفوبيا الاجتماعية.

وفي الإطار نفسه، وبعد مراجعة ١٦ دراسة حول العلاج السلوكي المعرفي، أشارت نتائج التحليل العائلي في دراسة (Gould et al., 1997) إلي أن التعرض Exposure (الجانب السلوكي)، سواء كان منفردا أو متحدا مع الجانب المعرفي Cognitive ، يعتبر مدخلا أكثر فاعلية في علاج الفوبيا الاجتماعية من مجرد إعادة التشكيل المعرفي Cognitive Restructuring وحده.

وهكذا فإن نتائج الدراسات التحليلية السابقة تشير باتساق إلي فاعلية التدخلات السلوكية المعرفية (ومنها مدخل العلاج بالواقع) في إطار العلاج النفسي للفوبيا الاجتماعية، كما أن العلاج السلوكي وحده يبدو فعالا سواء أكان منفردا أم مصحوبا بالجانب المعرفي، أما فيما يتعلق باستخدام الجانب المعرفي وحده فإن متوسط أحجام التأثير يشير إلي أنه أقل تأثيرا من الجانب السلوكي، كما أن الأدبيات الحالية تشير بإجماع إلي ضرورة استخدام الجانب السلوكي في علاج الفوبيا الاجتماعية.

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة يتضح ما يلي:
◀ ندره الدراسات والبحوث التي تناولت الفوبيا الاجتماعية مع المراهقين المعاقين حركيا في إطار ما اطلع عليه الباحث.
◀ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي والاجتماعي.

- ◀ وجود مشكلات نفسية لدى الأفراد مرضى إصابات النخاع الشوكي وبدون بتر الأطراف السفلية وتدني في مفهوم الذات وصورة الجسم.
- ◀ فاعلية البرنامج التدريبي في تحسين صورة الجسم ورفع تقدير الذات لدى المعاقين حركيا ذوي الشلل النصفي السفلي.
- ◀ فاعلية المدخل السلوكية المعرفية في علاج الفوبيا الاجتماعية بصورة عامة.

وتتمثل أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة في:

- ◀ إعداد الإطار النظري والمرجعي للدراسة.
- ◀ تحديد أدوات قياس متغيرات الدراسة.
- ◀ تحديد فروض الدراسة
- ◀ اختيار عينة الدراسة، وتحديد حجمها.
- ◀ تحديد إجراءات الدراسة والمنهج المستخدم.
- ◀ بناء مقياس الفوبيا الاجتماعية
- ◀ تفسير النتائج وصياغة البحوث والتوصيات المقترحة.

• فروض الدراسة:

تتمثل فروض الدراسة في الآتي:

- ◀ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي على مقياس الفوبيا الاجتماعية لصالح القياس البعدي
- ◀ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الفوبيا الاجتماعية لصالح المجموعة التجريبية
- ◀ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي على مقياس الفوبيا الاجتماعية.

• منهج البحث:

تضي الدراسة الحالية بمتطلبات المنهج شبه التجريبي، حيث تقوم الدراسة الحالية بالتحقق من " فاعلية برنامج للعلاج بالواقع للتخفيف من حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركيا "

• عينة البحث :

حيث تم اختيار عينة البحث كالآتي:

قام الباحث باختيار عينة الدراسة من المراهقين المعاقين حركياً بمحافظة كفرالشيخ؛ حيث ضمت (٤٠) من المراهقين المعاقين حركيا بدور الرعاية الاجتماعية بمحافظة كفرالشيخ ومحافظة الغربية في مجموعتين :

- ◀ المجموعة التجريبية : بمتوسط عمر زمني ١٥,٠٥ سنة وانحراف معياري ١,٤٦٠٩

- ◀ المجموعة الضابطة: بمتوسط عمر زمني ١٤,٩ سنة وانحراف معياري ١,١٦٥٣.

وتم اختيار العينة وفق الخطوات التالية:

خطوة (١)

اختيار الباحث دور الرعاية الاجتماعية، ونوادي تحدي الإعاقة، حيث اختار الباحث المراهقين المعاقين حركياً (بتر - شلل) أو الاثنين معا وكان العدد (٤٧) مراقباً ومراقبة

خطوة (٢)

بتطبيق مقياس الفوبيا الاجتماعية على عينة كلية مبدئية قوامها (٤٧) مراقباً ومراقبة، تم استبعاد (٥) مراقبين لعدم اكتمال إجاباتهم على المقياس، وأصبح بذلك حجم العينة (٤٢) من المراهقين المعاقين حركياً

خطوة (٣)

تم تطبيق مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، ولم يتم استبعاد سوى اثنين لانخفاض مستواهم الاقتصادي والاجتماعي بدرجة ملحوظة مما دعا الباحث إلى استخدام هذا المقياس وأصبح بذلك حجم العينة (٤٠) مراقباً ومراقبة تم تقسيمهم إلى مجموعتين - المجموعة التجريبية - المجموعة الضابطة
ن = ٢٠ ن = ٢٠

شكل (١) سحب عينة الدراسة

وقد روعى تكافؤ أفراد مجموعتي الدراسة من المراهقين من حيث العمر الزمني، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، بالإضافة إلى متغيرات الدراسة (مقياس الفوبيا الاجتماعية)، كما هو موضح بالجدول (١):

جدول (١) : دلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني والمستوى الاجتماعي الاقتصادي والفوبيا الاجتماعية

المتغير	المجموعة	ن	م	ع	ح.د	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العمر الزمني	التجريبية	٢٠	١٥.٠٥	١.٤٦٠٩	٣٨	١.٣١٦	غير دالة
	الضابطة	٢٠	١٤.٩	١.١٦٥٣			
المستوى الاجتماعي والاقتصادي	التجريبية	٢٠	٣٧.٩	٤.٩٣	٣٨	١.٢١٢	غير دالة
	الضابطة	٢٠	٣٦.٣	٣.٢٤٦			
الفوبيا الاجتماعية	التجريبية	٢٠	١٩.٧٥	١.٧٧٣٣	٣٨	٠.١٣١	غير دالة
	الضابطة	٢٠	١٩.٦	١.٣٩١٧			

يتضح من الجدول (١) عدم وجود أي فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات المراهقين المعاقين حركياً في القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني والمستوى الاجتماعي الاقتصادي والفوبيا الاجتماعية، لعدم وصول قيم "ت" لحد الدلالة المقبولة إحصائياً.

• ثانياً : أدوات البحث :

• استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (*) : إعداد/ عبدالعزيز الشخص (٢٠١٢):

• وصف المقياس

تم استخدام هذه الأداة في الدراسة الحالية بغرض تحقيق التكافؤ بين المجموعات علي متغيرات الدراسة، وأجري عبدالعزيز الشخص دراسة استطلاعية

(*) اختبار منشور بمكتبة الأنجلو المصرية: القاهرة.

وأعد مقياس جمع البيانات عن الحالة الاجتماعية / الاقتصادية لبعض الأسر في ضوء الأبعاد المتضمنة للدراسة، وبلغ عدد الأسر في العينة (٥٧٥٠) أسرة من القاهرة الكبرى، وتم اختيار عينة عشوائية قوامها (٥٧٠) أسرة، وتم الاطلاع علي تصنيف الوظائف في بعض المصالح الحكومية والجهاز المركزي للتنظيم والإدارة، وحساب متوسط دخل الأسرة بالنسبة للعينة العشوائية المختارة، ويمتد من (١٠ جنيهات إلى ٢٠٠٠ جنية)، واتبع في المقياس تصنيف مستويات الأبعاد المستخدمة في تحديد المستوي الاجتماعي / والاقتصادي علي أساس:

- ◀ بعد الوظيفة أو المهنة (للجنسين) تسعة مستويات
- ◀ بعد مستوي التعليم (للجنسين) ثمانية مستويات
- ◀ بعد متوسط دخل الفرد في الشهر (سبع فئات)

• **تقدير الدرجة وطريقه تطبيقها:**

يطبق الاختبار فردياً أو جماعياً، وتكون أقل درجة على الاختبار (٧) وأعلى درجة (٧٦).

• **الثبات والصدق :**

تم تحويل البيانات الخاصة بالمؤشرات المستخدمة في تقدير المستوي الاجتماعي / الاقتصادي إلي تقديرات رقمية وذلك بإعطائها درجات تساوي رقم المستوي الموجود بها، وتم استخراج معامل الارتباط المتعدد (٢) فوجد ٠,١١١٩، وبإيجاد الجذر التربيعي له أصبح ٠,٣٣٥ وهو دال إحصائياً عند مستوي دلالة ٠,٠١

وتم استخراج قيمة الثابت (أ) وكذلك معاملات المتغيرات المكونة المستوي الاجتماعي / الاقتصادي، وذلك باستخدام طريقة المتغير الوهمي Dummy Variable حيث لا تدعو الحاجة إلي استخدام محك خارجي في حساب المعادلة التنبؤية.

• **مقياس الفوبيا الاجتماعية للمراهقين المعاقين حركياً (*) إعداد/ الباحث :**

• **الهدف من المقياس :**

تحديد درجة الفوبيا الاجتماعية للمراهقين المعاقين حركياً.

• **وصف المقياس :**

يتكون المقياس من (٢٠) عبارة تقيس جميعها الفوبيا الاجتماعية، وقد صيغت عبارات المقياس بلغه سهلة وبسيطة وواضحة بحيث تكون الإجابة عن طريق الشخص ذاته " نوع من التقدير الذاتي "، فصي تعليمات الاختبار يطلب من المراهق أن يختار إجابة واحدة من ثلاث بدائل على مقياس متدرج:

لا	أحياناً	دائماً
٠	١	٢

والعكس بالنسبة للعبارات السالبة.

(*) انظر ملحق رقم (١).

- **خطوات إعداد المقياس :**
- ◀ اطلع الباحث على العديد من التعريفات المختلفة (الفوبيا الاجتماعية . المخاوف . القلق) والتي قدمت في الأبحاث الأجنبية والأبحاث العربية الواردة في فصل الدراسات السابقة . كما سبق عرضها.
- ◀ تطرق الباحث للعديد من المقاييس التي تقيس الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين، منها:
- ✓ مقياس الفوبيا الاجتماعية إعداد/ صبحي عبدالفتاح الكفوري (٢٠٠٢).
- ✓ مقياس القلق للأطفال إعداد/ فيولا الببلاوي (١٩٨٧).
- ✓ مقياس القلق إعداد/ حسيب محمد حسيب (٢٠٠٤).
- ✓ مقياس الوجدانات الموجبة والسالبة إعداد/آمال عبدالسميع باظه (٢٠٠٥).
- ◀ تم وضع المقياس في صورته الأولية بعد أن أعدّه الباحث في (٢٠) عبارة تقيس جميعها الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركيا من خلال تقدير المراهق لذاته، حيث تم عرض المقياس في صورته الأولية على (١٠) من أعضاء هيئة التدريس (✳) العاملين في حقل الصحة النفسية وعلم النفس، حيث طلب الباحث منهم تحديد العبارات التي قد تكون غير مفهومة أو غير واضحة بالنسبة للفئة العمرية المطبق عليها المقياس، بالإضافة إلى حذف أو إعادة صياغة ما يروونه غير ملائم أو غير مناسب للمراهقين المعاقين حركيا.
- **الكفاءة السيكومترية للمقياس :**
- اختار الباحث عينة الصدق والثبات وتتكون من (٢٥) من المراهقين المعاقين حركيا، وقد قام الباحث بتقدير الدرجة الكلية للمقياس. وقد تم تطبيق هذا المقياس على المراهقين المعاقين حركيا، وقد أكد الباحث عليهم ضرورة تعاونهم وصدق أدائهم.
- **صدق المقياس :**
- **صدق الحكمين:**
- تم استخدام صدق الحكمين وذلك بعرض المقياس في صورته الأولية، مع تعريف للفوبيا الاجتماعية محور البحث، على (١٠) محكمين من هيئة التحكيم من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس؛ حيث أدلى جميع السادة المحكمين بنسبة موافقة (١٠٠٪) على جميع عبارات المقياس باستثناء عبارتين تم تعديلهما لعدم ملائمتها لعينة الدراسة؛ حيث طلب منهم تحديد:
- ◀ مدي دقة صياغة بنود المقياس.
- ◀ صحة اللغة وملاءمتها للمراهقين.
- ◀ مدي سلامة ووضوح تعليمات المقياس.
- ◀ ما إذا كانت العبارة الواحدة تشتمل علي أكثر من مضمون؛ أي هل هي مركبة؟
- ◀ إضافة ما ترون سيادتكم أضافته أو تعديله.

(*) انظر ملحق رقم (٢).

- **صدق الحكم الخارجي:**
تم حساب معامل الارتباط بين المقياس الحالي ومقياس الفوبيا الاجتماعية إعداد/صبيحي الكفوري (٢٠٠٢) وجاء معامل الارتباط ٠,٧٩، وهو دال عند مستوى ٠,٠١.
- **ثبات المقياس:**
- **طريقة التطبيق وإعادة التطبيق:**
حسب الباحث معامل الثبات بطريقة التطبيق وإعادة تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية (ن=٢٥) بفارق زمني (١٥) يوماً وكان معامل الثبات مساوياً ٠,٨٤، وهو دال عند مستوى ٠,٠١.
- **الثبات بمعادلة ألفا كرونباخ:**
باستخدام معادلة ألفا كرونباخ توصل الباحث إلى معامل ارتباط (٠,٧٩) وهو دال عند مستوى ٠,٠١.
- **الاتساق الداخلي:**
حيث جاءت النتائج كما بالجدول (٢):
- **اتساق المفردة مع البعد الذي تنتمي إليه:**

جدول (٢): اتساق كل مفردة مع الدرجة الكلية على مقياس الفوبيا الاجتماعية

مقياس الفوبيا الاجتماعية		مقياس الفوبيا الاجتماعية	
معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة
٠,٨٧	(١١)	٠,٧٥	(١)
٠,٦٧	(١٢)	٠,٥٧	(٢)
٠,٦٢	(١٣)	٠,٨١	(٣)
٠,٧٧	(١٤)	٠,٧٢	(٤)
٠,٧٦	(١٥)	٠,٧١	(٥)
٠,٧٤	(١٦)	٠,٩٢	(٦)
٠,٦٥	(١٧)	٠,٦٩	(٧)
٠,٦١	(١٨)	٠,٧١	(٨)
٠,٦٨	(١٩)	٠,٨١	(٩)
٠,٧٤	(٢٠)	٠,٦٥	(١٠)

وعلى ذلك يكون الباحث قد تأكد من صدق وثبات المقياس بطرق كثيرة ومتنوعة؛ مما يجعل استخدامه مناسباً وملائماً.

- **برنامج العلاج بالواقع:** (إعداد الباحث)
العلاج بالواقع واضح وذو معنى بالنسبة للعملاء أو المرضى والمرشدين والطلاب، وذلك لأنه يؤكد على الارتباط والاندماج الشخصي والمسئولية، والنجاح والتخطيط الإيجابي والفعل أو العمل، إلا أن عملية المساعدة إنسانية بطبيعتها في أنها تستهدف السلوكيات الخاصة بالمشكلة، وليس الشخص نفسه.
- **أهداف البرنامج:-**
 - ◀ تخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من المراهقين المعاقين حركياً.
 - ◀ تعليم أفراد المجموعة الإرشادية طرقاً وأساليب سلوكية واقعية وناجحة لإشباع حاجاتهم طوال فترة حياتهم كمنهج وأسلوب حياة.

« أن يتدرب الأفراد على استحداث حوارات بديلة للحوار الذاتي الخاطئ.
« أن يتعرف ويستنتج أفراد المجموعة الإرشادية أن المشكلات والاضطرابات والمعاناة سببها الفشل في الحاجات الأساسية.

• أهمية البرنامج :

تتضح أهمية البرنامج الحالي (العلاج بالواقع) من أهمية العلاج بالواقع ذاته حيث يعتبر أسلوبا علاجيا متميزا للأمراض النفسية. ويساعد هذا البرنامج أفراد العينة على أن يتعاملوا مع مشكلاتهم النفسية من الفوبيا الاجتماعية بواقعية أكثر؛ وذلك حتى يستطيعوا التفاعل الاجتماعي بشكل إيجابي؛ مما يساعدهم على التكيف.

• الوسائل المستخدمة :

- « المحاضرة.
- « المناقشة والحوار.
- « النمذجة.
- « الاسترخاء.
- « التقييم.
- « النكتة أو الفكاهة.
- « استخدام القصة كأسلوب للتخفيف عنهم في بعض المواقف.
- « حل المشكلة.
- « الاندماج.

• مراحل تطبيق (تنفيذ البرنامج) :

يشتمل هذا البرنامج على عدد من الجلسات للتخفيف من حدة الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من المراهقين المعاقين حركيا. وسوف يتم تطبيق البرنامج على مراحل :

• المرحلة التمهيديّة (بداية البرنامج) :

« اختيار العينة من المراهقين المعاقين حركياً.

« إقامة علاقة بين المرشد والعميل (تعارف).

« تعريف أفراد العينة بأهداف البرنامج.

• المرحلة التنفيذية (تطبيق البرنامج).

ويتم من خلالها مساعدة أفراد العينة على التغلب على القلق والاكتئاب والحزن والخوف وذلك من خلال التركيز على الواقع الحالي من خلال الاندماج مع أفراد العينة.

• مرحلة التقييم (تقييم البرنامج) :

ويتم في هذه المرحلة التعرف على ما حققه برنامج العلاج بالواقع في خفض حدة الفوبيا الاجتماعية من خلال القياس البعدي، ومقارنة نتائج أفراد المجموعة التجريبية بنتائج أفراد المجموعة الضابطة.

• مرحلة المتبوع :

وفي هذه المرحلة يتأكد الباحث من نجاح البرنامج في التخفيف من حدة الفوبيا الاجتماعية لأفراد المجموعة التجريبية، وذلك بعد فترة زمنية تصل إلى شهرين يطبق فيها القياس البعدي.

وفيما يلي ملخص لجلسات البرنامج:

جدول (٣) : ملخص جلسات برنامج العلاج بالواقع

الجلسة	العنوان	الهدف	الغنيات	الزمن بال دقائق (٤٠.٣٥)
١	الجلسة الاستثنائية والتعارف	- تحقيق قدر مناسب من التعارف بين الباحث والمراهقين المعاقين حركياً. - تحقيق الألفة بين الباحث والمراهقين المعاقين حركياً، وبين المراهقين بعضهم البعض. - تقديم بعض الاعتبارات الأدبية والأخلاقية للبرنامج. - الاتفاق على تحديد مواعيد الجلسات القادمة.	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي - حل المشكلات	(٤٠.٣٥)
٢	التهيئة للبرنامج	- تعريف المراهقين المعاقين حركياً بالأسس التي يقوم عليها البرنامج وأهدافه. - الاتفاق على مواعيد الجلسة الثانية وما بعدها.	- المحاضرة والمناقشة. - الواجب المنزلي.	(٤٠.٣٥)
٣	مدخل إلي العلاج بالواقع	- تعريف المراهقين المعاقين حركياً بسبب وجودهم داخل الجماعة العلاجية. - تعريف المراهقين المعاقين حركياً بأهمية العلاج بالواقع.	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - الاندماج - التعزيز - التقييم	(٤٠.٣٥)
٤	ضرورة العلاج بالواقع	- تعريف المراهقين المعاقين حركياً بأهمية العلاج بالواقع. - تعريف المراهقين المعاقين حركياً بضرورة العلاج بالواقع.	- المحاضرة والمناقشة. - الواجب المنزلي. - النمذجة - حل المشكلات - التعزيز.	(٤٠.٣٥)
٥	التدريب على الاسترخاء	- التدريب على الاسترخاء الكامل للجسم ككل.	- المحاضرة والمناقشة - الاسترخاء - النمذجة - الواجب المنزلي	(٤٠.٣٥)
٦-٧	التعريف بالفوبيا الاجتماعية	- تعريف المراهقين المعاقين حركياً بمعنى الفوبيا الاجتماعية	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - استخدام القصة - التعزيز.	(٤٠.٣٥)
٨	تكوين إرادة قوية وقتل الفوبيا الاجتماعية	- أن يدرك المراهق المعاق حركياً ماهية القدرة على تقوية الإرادة. - أن يقيم المراهق المعاقين حركياً العناصر الأساسية للقدرة على الإرادة.	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي - حل المشكلات - النمذجة - الاندماج	(٤٠.٣٥)
٩	القدرة على اتخاذ القرار	- يعرف المراهق المعاق حركياً على ماهية اتخاذ القرار. - يدرك المراهق المعاق حركياً ما هي الخطوات التي يتبناها حتى يصل إلى القرار المناسب. - يخرج المراهق المعاق حركياً ولديه القدرة على اتخاذ القرار.	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - النمذجة. - التعزيز. - النتيجة - حل المشكلات.	(٤٠.٣٥)
١٠	التعاون ومساعدة الآخرين	- يعرف المراهق المعاق حركياً على ماهية التعاون ومساعدة الآخرين. - يكتب المراهق المعاق حركياً عائد مهارة التعاون ومساعدة الآخرين.	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - الاندماج - حل المشكلات - التعزيز.	(٤٠.٣٥)
١١	التدريب على الاندماج مع الآخرين	- تعريف المراهق المعاق حركياً كيفية التدريب على الاندماج مع الآخرين	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - الاندماج - التقييم - التعزيز.	(٤٠.٣٥)
١٢	التدريب على تأكيد الذات	- تعريف المراهق المعاق حركياً بكيفية التدريب على تأكيد الذات	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي.	(٤٠.٣٥)

الجلسة	العنوان	الهدف	الفنيات	الزمن بال دقائق
			<ul style="list-style-type: none"> - التقييم - التعزيز. 	
١٤ - ١٣	المرح والفكاهة بلا قيود	<ul style="list-style-type: none"> - يكتسب المراهقين المعاقين حركياً روح المرح والفكاهة بلا قيود للتغلب على الحزن والكآبة 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - الاندماج - حل المشكلات. - التعزيز. 	(٤٠:٣٥)
١٥	التدريب على مهارة حل المشكلات	<ul style="list-style-type: none"> - يتعرف المراهق المعاق حركياً مهارة حل المشكلات. - يتمكن المراهق المعاق حركياً من معرفة العوامل التي لابد من توافرها في تجارب حل المشكلات - يخرج المراهق المعاق حركياً وعنده القدرة على مواجهة المشكلات. - يحل كل مراهق من المراهقين المعاقين حركياً مشكلة صادفت زميله. 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - حل المشكلات - الاندماج - التعزيز. 	(٤٠:٣٥)
١٦	التدريب على تحسين التواصل مع الآخرين	<ul style="list-style-type: none"> - تعريف المراهقين المعاقين حركياً كيفية التدريب على التواصل 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - الاندماج - التعزيز. 	(٤٠:٣٥)
١٩ - ١٧	تحديد العوامل المؤدية للوجدان أنواعها وصورها	<ul style="list-style-type: none"> - تعريف المراهقين المعاقين حركياً بالعوامل المؤدية للوجدان السالب 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - استخدام القصة - النمذجة. 	(٤٠:٣٥)
٢٠	التدريب على التخلص من الفوبيا الاجتماعية	<ul style="list-style-type: none"> - تعريف المراهقين المعاقين حركياً كيفية التصدي لمشكلة الفوبيا الاجتماعية 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة. - الواجب المنزلي. - استخدام القصة - الاندماج - حل المشكلات - التعزيز 	(٤٠:٣٥)
٢١	تخلص من الفوبيا الاجتماعية بقوة وعزيمة	<ul style="list-style-type: none"> - تعريف المراهقين المعاقين حركياً بفكرة لاعقلانية " اعتقد ان هناك خطراً يهددني، ويجب أن أكون على استعداد دائم لمواجهة" 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - التعزيز. - حل المشكلات 	(٤٠:٣٥)
٢٢	مواجهه الفوبيا الاجتماعية من خلال مواقف حية	<ul style="list-style-type: none"> - تعريف المراهقين المعاقين حركياً كيفية مواجهة الفوبيا الاجتماعية 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - حل المشكلات - لعب الدور. 	(٤٠:٣٥)
٢٣	الاكتئاب والقلق والفوبيا الاجتماعية : أسبابه - أنواعه - أضراره	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف على أنواع الاكتئاب وأنواع القلق. - التعرف على خطورة الاكتئاب والقلق وأضرارهما. - التعرف على أسباب القلق والاكتئاب والفوبيا الاجتماعية. 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة - الحوار 	(٤٠:٣٥)
٢٤	التفكير والانفعال والسلوك والفوبيا الاجتماعية	<ul style="list-style-type: none"> - توضيح العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك. - تعريف المراهقين بالأفكار السلبية التي ترتبط بالاكتئاب والقلق والانفعالات الناتجة عنها 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة. - التعزيز 	(٤٠:٣٥)
٢٥	تحديد الأفكار الكامنة وراء الإحساس بالاكتئاب والقلق والفوبيا الاجتماعية	<ul style="list-style-type: none"> - تحديد الباحث الأفكار الكامنة وراء الإحساس بالاكتئاب والقلق. 	<ul style="list-style-type: none"> - الوصي بالتفكير 	(٤٠:٣٥)
٢٦	التعبير للأحسن نحو	<ul style="list-style-type: none"> - تعريف المراهقين المعاقين حركياً بفكرة لاعقلانية " اعتقد انه لا يمكن إحداث أي تغيير أو تجديد في أي مجال، فالحيوة مملّة ورتيبة" 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - الاندماج - التعزيز. 	(٤٠:٣٥)
٢٧	مواجهة المواقف المثيرة للقلق والاكتئاب بمقلدية	<ul style="list-style-type: none"> - تحديد المعتقدات الخاطئة وذلك بهدف تحديدها وإرشاد المراهقين المعاقين حركياً لتفاديها. - مساعدة المراهقين المعاقين حركياً على مواجهة الانفعال السلبى الناتج عن الفوبيا الاجتماعية 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة. - الواجب المنزلي. - النمذجة. - الاندماج - حل المشكلات 	(٤٠:٣٥)

الجلسة	المنوان	الهدف	الفنيات	الزمن بال دقائق (٤٠:٣٥)
٢٨	تحديد المواقف المؤدية للقلق والفوبيا الاجتماعية	- تعريف المراهقين بالعوامل المؤدية للقلق والاكنتاب والفوبيا الاجتماعية	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - النمذجة.	(٤٠:٣٥)
٢٩	التدريب على المراقبة الذاتية	- تدريب المراهقين المعاقين حركيا على رؤية متابعهم وَاكْتِتَابِهِمْ بِشَكْلٍ مُخْتَلَفٍ، مِمَّا يَشْجُهُمْ عَلَى الْمَحَاوَلَةِ لِلتَّعْدِيلِ وَعَلَى أَنْ يَكُونَ كُلُّ مِنْهُم مَوْضُوعًا مَعَ نَفْسِهِ	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - حل المشكلات	(٤٠:٣٥)
٣٠	الخاتمة	- الإثناء على من التزم بالجلسات مع إحرارز تقدم مستمر وتوزيع شهادات التقدير. - تطبيق الأدوات بعديا على المراهقين المعاقين حركيا	- المحاضرة والمناقشة. - التعزيز	(٤٠:٣٥)

• خطوات البحث:

- مر اعداد هذا البحث بالخطوات الآتية:
- ◀ الاطلاع على أدبيات تربوية ونفسية تناولت متغيرات الدراسة الحالية من خلال البحوث والدراسات السابقة، وأيضاً الإطار النظري من البحث الحالي بغرض الاستفادة منها في بناء البرنامج وإعداد الإطار النظري الخاص بالمراهقين المعاقين حركيا والفوبيا الاجتماعية.
 - ◀ تقنين أدوات البحث الحالي والقيام بدراسة استطلاعية.
 - ◀ تطبيق مقياس الفوبيا الاجتماعية على المراهقين المترددين على نادي الإرادة والتحدي بـ كـفـرـالـشـيـخ لاختيار العينة، ثم قام الباحث بعمل نفس تلك الخطوات على المراهقين المترددين على نادي الإرادة والتحدي بطنطا لاختيار المجموعة الضابطة والتي لن تتلقى البرنامج.
 - ◀ تطبيق البرنامج في الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي ٢٠١١/٢٠١٢م من شهر يناير حتى شهر أبريل.
 - ◀ تطبيق الأدوات المستخدمة في الدراسة، وذلك بعد تطبيق البرنامج (القياس البعدي) على المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. ثم اجراء القياس التتبعي بعد شهر ونصف من التطبيق البعدي.
 - ◀ مناقشة النتائج وتفسيرها والتحقق من قبول أو رفض فروض البحث.
 - ◀ تقديم بعض التوصيات والمقترحات التربوية في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة.

• النتائج:

• نتائج الفرض الأول:

- ينص الفرض على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي على مقياس الفوبيا الاجتماعية لصالح القياس البعدي.
- ولاختبار صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية، وقد تم استخدام اختبار "ت" للعينات المرتبطة للتحقق من وجود فروق بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لنفس أفراد المجموعة، كما يلي:

جدول (٤) دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الفوبيا الاجتماعية

المتغير	القياس	ن	م	ع	د.ح	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	حجم الأثر
الفوبيا الاجتماعية	البعدي	٢٠	١٩,٧٥	١,٧٧٣٣	١٩	٢٠,٣٦٩	٠,٠٠١	قوي
	التبعية	٢٠	٩,٦٥	٠,٩٨٨١				

يتضح من الجدول (٤) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث كانت الفروق دالة عند مستوى (٠,٠٠١) على مقياس الفوبيا الاجتماعية لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل؛ لذا جاء حجم تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع قويا، وبذلك يتم قبول الفرض الموجه.

• نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الفوبيا الاجتماعية لصالح المجموعة التجريبية " .

وقد تم استخدام اختبار "ت" للعينات غير المرتبطة للتحقق من وجود فروق بين المجموعتين (التجريبية . الضابطة) في القياس البعدي، ويتضح ذلك في الجدول (٥):

جدول (٥) : اتجاه الفرق بين متوسطات درجات القياس البعدي لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الفوبيا الاجتماعية

المتغير	القياس	ن	م	ع	د.ح	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	حجم الأثر
الفوبيا الاجتماعية	التجريبية	٢٠	٩,٦٥	٠,٩٨٨١	٣٨	١٩,٥٣	٠,٠٠١	قوي
	الضابطة	٢٠	٢٠,١٤	١,٠٤٣				

يتضح من الجدول (٥) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية، حيث كان الفرق دالا عند مستوى (٠,٠٠١) على مقياس الفوبيا الاجتماعية في الاتجاه الأفضل؛ لذا جاء حجم تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع قويا، ويتضح من ذلك قبول الفرض الموجه.

• نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعية على مقياس الفوبيا الاجتماعية " .

ولاختبار صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب متوسطات درجات القياسين البعدي والتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية، وقد تم استخدام اختبار "ت" للعينات المرتبطة للتحقق من وجود فرق بين متوسطات درجات القياسين لنفس أفراد المجموعة، ويتضح ذلك في الجدول (٦):

جدول (٦) : اتجاه الفرق بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية

المتغير	القياس	ن	م	ع	د.ح	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	حجم الأثر
الفوبيا الاجتماعية	البعدي	٢٠	٩.٦٥	٠.٩٨٨١	١٩	٠.٧٤	غيردالة	ضعيف
	التتبعي	٢٠	٩.٤٧٧	١.٠٤٣				

يتضح من الجدول (٦) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية، ويتضح من ذلك قبول الفرض الصفري.

• تفسير نتائج البحث:

وجد الباحث أن يقوم بتفسير النتائج كلها معاً نظراً لعدم إمكانية فصل النتائج وفق كل فرض على حده.

تتفق الدراسة الحالية مع دراسات كل من وفاء القاضي (٢٠٠٩)، و (George & Lydiard, 1994; Oberlander, Schneier & Liebowitz, 1994; Yetzer et al., 2003) فيما يتعلق بوجود الفوبيا الاجتماعية لدى المعاقين حركياً، وأن التدخل العلاجي بالإرشاد أو التدريب يمكنه التخفيف من حدة تلك الفوبيا الاجتماعية، وهو ما تشير إليه نتائج الدراسة الحالية حيث إن تخفيف الفوبيا الاجتماعية في المجموعة التجريبية يرجع إلى فاعلية البرنامج. عبر جلساته. من خلال إمداد المراهقين بمؤشرات للتكيف والتوافق، الأمر الذي يساعد المراهق المعاق حركياً على التواصل الجيد، وإمكانية إيجاد حوار مشترك بينه وبين الآخرين، وهو الأمر الذي جعله يشعر بأنه إنسان له كيان وله قيمة في المجتمع، ونما لديه إحساس بأن الكلمة التي ينطقها، أو يشير بها، لها قيمة ولها مدلول معين يتفهمه الآخرون، وبالتالي يصبح الحوار إيجابياً بناءً.

كما أن العلاج بالواقع طريقة فعالة ومثمرة في تخفيف الفوبيا الاجتماعية. ففي إطار الدراسة الحالية، تلقى أفراد المجموعة التجريبية بعض المهارات الاجتماعية لتعديل الفوبيا الاجتماعية لديهم. وذلك من خلال جلسات البرنامج المختلفة، حيث كان المشاركون يقومون بأداء أدوار متباينة، وذلك باستخدام الفنيات الموجودة في البرنامج. وأيضاً من خلال هذا البرنامج تم تشجيع المراهقين المعاقين حركياً على التعبير عن أنفسهم وعن مشاعرهم، ومساعدتهم دائماً على إنجاز المهام المطلوبة منهم، وتنمية ثقتهم بأنفسهم وتشجيعهم على إقامة حوارات مع الآخرين.

لكن الباحث لاحظ في بداية التعامل مع المشاركين نفورهم تجاه الاشتراك في برامج تربوية أو علاجية أو إرشادية مهما كان الهدف منها؛ وربما يرجع ذلك إلى أن غالبية أفراد العينة لديهم شعور بالإعاقة وأنهم حالات للتجارب، فهم غالباً ما يرفضون التعامل مع أي أفراد من خارج النادي؛ وذلك لأنهم يشعرون دائماً أن كل من يتعامل معهم سوف يفشي أسرارهم على الملأ، وذلك يعود إلى كثرة الأبحاث القائمة عليهم، ولأنهم يومياً يتعرضون لطلاب معاهد الخدمة

الاجتماعية الذين يتدربون سنوياً في هذه الأماكن ويكتبون الأبحاث أمامهم؛ مما يشعرهم أنهم غير المجتمع الذي يعيشون فيه وأنهم في وضع سيئ، فهم منبوذون حتي من أسرهم على حد تعبيرهم.

وفي بداية الأمر أخذ الباحث فترة يجلس معهم دون إظهار أي نوع من الأوراق حتي لا يشعروا بنفور منها، ثم بدأ في التحدث إليهم بشكل عام عن الحياة، وعن النادي، وهوايتهم وأنشطتهم الرياضية والبطولات، وكيف أنهم يقضون يومهم منذ استيقاظهم وحتى نومهم، ولاحظ الباحث أن أكثر ما يعانون منه مشكلات خاصة، وهذا يحزنهم أكثر من حزنهم على فراق ذويهم. وبدأ الباحث باستخدام الفنيات مع المراهقين المعاقين حركياً بشكل فردي لا جماعي؛ لأنهم يرفضون أن يظهروا عيوبهم وأخطاءهم أمام الآخرين، وأمام بعضهم البعض، ولا يتحدثون إلى الباحث إلا إذا خرج كل فرد من الغرفة، واضطرر الباحث لاستخدام أكثر من فنية في جلسة واحدة مثل فنية المناقشة والحوار وفنية حل المشكلات.

ومع مرور الوقت اعتاد أفراد العينة على الباحث؛ وبدأوا في الانتباه إلي البرنامج والتفاعل مع جلساته وفنياته المختلفة، فقد كان للفنيات المستخدمة في البرنامج دور واضح في خفض حدة الفوبيا الاجتماعية، ثم بعد مرور الوقت لاحظ الباحث أن هناك تفاوتاً بين استجابات أفراد العينة؛ فهناك من أثر فيه البرنامج تأثيراً واضحاً، وهناك من تأثر ولكن ليس بشكل كبير، ولكن حدث هناك تغيير في سلوكه بعد استخدام البرنامج.

وقد كان لاستخدام فنيات المناقشة والحوار وحل المشكلات الفضل الأكبر في جعل المشاركين من أفراد المجموعة التجريبية يتفاعلون مع الباحث بشكل سلس وسهل، وذلك في إطار مناقشة فكرة "المسئولية" وتحملها؛ فقد كان من الملاحظ عليهم أنهم يرفضون تحمل ولو جزء من المسئولية؛ فالمسئولية عندهم تقع على أفراد العائلة الذين تسببوا في وجودهم في هذا المكان، ويعددهم عن حياتهم التي كانوا فيها من قبل، وأنهم في النهاية مجبرون على التواجد هنا في دور الرعاية لأنه ليس هناك من بديل لذلك. ومن هنا كان لابد من تشجيع هؤلاء المشاركين ومساعدتهم على التعرف على كيفية التغلب على مشاعر الفوبيا الاجتماعية؛ وذلك بتبصيرهم بمفهوم التواصل الجيد ومساعدتهم على تقبل فكرة تحمل ولو جزء من المسئولية كخطوة أولى لتطوير علاقاتهم الاجتماعية.

ويرى الباحث أن المراهقين المعاقين حركياً كانوا في أمس الحاجة لمثل هذه البرامج (المجموعة التجريبية)، حيث ركز البرنامج على الأهداف التي صاغها الباحث في الجلسات الإرشادية والمرتبطة بشكل مباشر، وبخاصة تشجيع المراهقين المعاقين حركياً على تنمية الثقة بالنفس، وتنمية بعض المهارات الاجتماعية؛ مثل : مهارات التعاون، وتنمية بعض المهارات اللغوية.

بالنسبة للمجموعة التجريبية: يرجع الباحث هذه النتيجة إلى استخدام العديد من الفنيات؛ فقد ساعد البعض منها في التقليل من حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المعاقين حركياً، منها:

« الواجب المنزلي: وهي الذي يكلف بها الأفراد بعد الانتهاء من كل جلسة، ويتم مناقشة هذه الواجبات المنزلية في جلسات البرنامج التالية. وذلك بهدف مساعدتهم على ممارسة المهارات المتعلمة في جلسات البرنامج. وقد قام الباحث بمراجعة كل واجب أداءه المشاركون في بداية كل جلسة جديدة للوقوف على ما أنجزه المراهقون من تقدم.

« المحاضرة والمناقشة: وهي إحدى الأساليب الهامة التي تساعد المراهقين المعاقين حركياً لفهم طبيعة الموقف المسبب للوجدان السالب والتواصل من أجل حلول مرضية، مما تكسبهم خبرة تمكنهم من تعديل اتجاهاتهم.

« لعب الدور: أحد التكنيكات القائمة على نشاط الأعضاء ويهدف هذا التكنيك إلى إتاحة الفرصة للتنفيس الإنفعالي وتحقيق التوافق والتفاعل السليم، ويهتم لعب الدور بتمثيل مشكلات يعاني منها معظم أعضاء الجماعة.

« النمذجة: تستند إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج، حيث تعطى للشخص فرصة لملاحظة نموذج، ويطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج.

« التعزيز: وفيه تتم إثابة المراهق على السلوك السوي المرغوب؛ مما يعزز ويدعمه ويثبته ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك أو الموقف.

« حل المشكلات: من خلال عرض الموضوع في صورة مشكلة، أو موقف صعب يواجهه الإنسان، وتتطلب إجراءات للتغلب على هذه المشكلة، وقد تصعب هذه الإجراءات على بعض الأفراد مما يتطلب تدريبهم عليها.

وإجمالاً:

« تم توظيف تلك الفنيات داخل البرنامج بما يمكن المراهق من التغلب على الضوبيا الاجتماعية لديه.

« استعان الباحث بتدريبات لمواقف حياتية، وحركات الجسم التي يعبر بها عن الأفكار؛ كحركات الكتفين، ورفع الحجاب، والتعبيرات المختلفة للوجه والأيدي.

« الرغبة الواضحة في نظرات المشاركين (في المجموعة التجريبية) في التفاعل مع الباحث، في المواقف الاجتماعية المتضمنة في البرنامج، وإقبالهم على البرنامج بكل اهتمام.

« مراعاة أن ارتفاع الضوبيا الاجتماعية لدى الأفراد المعاقين حركياً قد يؤدي إلى:

- ✓ انخفاض فرصتهم للتوافق مع المجتمع.
- ✓ مضاعفة إحساس الفرد بأنه معاق.
- ✓ خفض معدلات نمو الذكاء الاجتماعي.

أما عن استمرارية فاعلية العلاج بالواقع؛ فقد كان لتقديم الأنشطة والخبرات التربوية الفردية والجماعية للمعاقين حركياً، وأهمية الدور الأساسي لهم في المشاركة، والتركيز على تفاعلهم مع بعضهم البعض في أنشطة اللعب

الحر، إضافة إي الواجبات المنزلية، أثر في استمرار الاحتفاظ بالتحسن في متغيرات الدراسة إلى ما بعد فترة التتبعي، وبالتالي يكون البرنامج المستخدم قد حقق أحد الأهداف الأساسية لبرامج تعديل السلوك بشكل عام.

في حين حرمت المجموعة الضابطة من كل ذلك؛ وبالتالي لم يتحسن أداؤها.

• ثالثاً : توصيات وبحوث مقترحة :

• لتوصيات التربوية :

فى ضوء ما سبق يقدم الباحث مجموعة من التوصيات التربوية ومنها ما يلي:

« تبصير معلمى المراهقين المعاقين حركياً بطرق التعامل السوية التي يمكن أن تساعد في زيادة الوجدانات الموجبة.

« ضرورة الاهتمام بإقامة الأنشطة المختلفة داخل الفصل الدراسي.

« عقد دورات تدريبية للمعلمين فى المدارس للتوعية بالإعاقة الحركية وتبصيرهم بأليات مساعدة المراهقين المعاقين حركيا علي التكيف مع الواقع.

« عمل زيارات مستمرة لمدارس العاديين، وتبادل تلك الزيارات، الأمر الذي يساعد على إقامة حوارات مع المعاقين حركيا وبالتالي يساعد على تحسين الأنا عندهم.

• بحوث مقترحة :

يقترح الباحث بعض البحوث:

« فاعلية برنامج إرشادي لخفض الجنوح لدى المراهقين المعاقين حركياً.

« فاعلية برنامج التدخل المبكر فى تحسين التوافق لدى المراهقين المعاقين حركيا.

« دور بعض الفنيات العلاجية في تخفيف الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين حركيا.

« بعض العوامل النفسية والاجتماعية المنبئة بالوجدانات الموجبة لدى المعاقين حركيا والعاديين.

• المراجع :

— أحمد الفقاني، وعلي الجمل (٢٠٠٣). معجم المصطلحات التربوية المعرفة في المناهج وطرق التدريس، القاهرة، عالم الكتب.

— أحمد حسين أحمد الشافعي (١٩٩٣). القلق ووجهة الضبط لدى الأطفال المعاقين بصريا والعاديين. رسالة ماجستير. كلية البنات، جامعة عين شمس.

— أحمد فهمي عكاشة (٢٠٠٣). الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

— أحمد متولي عمر (١٩٩٣). مدي فعالية التدريب علي المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة طنطا.

— أسامة عبد الحميد إبراهيم حمودة (٢٠١١). فعالية برنامج إرشادي انتقائي لتخفيف الوجدانات السالبة لدى عينة من أطفال دور الرعاية الصحية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ.

- آمال إبراهيم عبدالعزيز الفقي (٢٠٠١). فاعلية السيكدوراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال. رسالة دكتوراه، كلية التربية جامعة الزقازيق - فرع ينها.
- أمل كرم خليفة (٢٠٠٦). التعلم عن بعد من وجهة نظر الطلاب المعاقين بصريا وحركيا بجامعة الإسكندرية، مجلة كلية التربية بالإسكندرية، مج (١٦)، ع (١)، ص ص ١٨١ - ٢٢٣.
- بدر محمد الأنصاري (٢٠٠٤). القلق لدى الشباب في بعض الدول العربية. دراسة ثقافية مقارنة، مجلة دراسات نفسية، مج (١٤)، ع (٣)، ص ص ١٤٥ - ١٥٩.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٨٧). التوجيه والإرشاد النفسي، القاهرة، عالم الكتب.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب.
- حسام محمود ذكي على (٢٠١١). فعالية العلاج بالواقع لتنمية فعالية الذات الاجتماعية لدى عينة من الطلبة المتأخرين دراسياً بكلية التربية جامعة المنيا، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة المنيا.
- رامى أسعد إبراهيم نثيل، محمد وفائي علاوي الحلو (٢٠٠٧). السمات المميزة لشخصيات المعاقين سمعياً وبصرياً وحركياً في ضوء بعض المتغيرات، مجلة الجامعة الإسلامية، سلسلة الدراسات الإنسانية، المجلد الخامس عشر - العدد الثاني، ص ص ٨٧٥ - ٩٢٤.
- رائد محمد أبو الكاس (٢٠٠٨). رعاية المعاقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
- رشاد على موسى (٢٠٠٨). علم نفس الإعاقة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- سامي محمد هاشم (١٩٩٨). دراسة لبعض العوامل المحددة للتوافق مع الإعاقة لدى المعوقين جسدياً، مجلة كلية التربية بالزقازيق، مج (١٣)، ع (١) ص ص ٧٣ - ١١٤.
- سميرة أبو الحسن (٢٠٠٧). سيكولوجية الإعاقة ومبادئ التربية الخاصة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- السيد فهمي على (٢٠٠٨). الإعاقات الحركية بين التشخيص والتأهيل وبحوث التدخل: رؤية نفسية الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة للنشر.
- صالح الوقفي (٢٠٠٣). أساسيات التربية الخاصة، الأردن، دار العبدلي.
- صمويل تامر بشري (٢٠٠٤). الاكتئاب والعلاج بالواقع، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبدالباسط متولي خضر (١٩٩٤). دراسة انفعال الخوف في القران الكريم، مجلة كلية التربية بالزقازيق، العدد ٢٣، مايو ١٩٩٤.
- عبدالسلام عبدالغفار (١٩٩٦). مقدمة في الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة العربية.
- عبدالعزيز الشخص (٢٠١٢). استمارة المستوى الاجتماعي - الاقتصادي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبدالعزيز القوصي (١٩٨١). أسس الصحة النفسية، ط ٩، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبدالمطلب أمين القريطي (٢٠٠٥). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، القاهرة، دار الفكر العربي.
- عبدالمنعم الحضني (١٩٩٩). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة، مكتبة مدبولي.
- فاروق فارع الروسان (٢٠٠٧). سيكولوجية الأطفال غير العاديين: مقدمة في التربية الخاصة، عمان، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع.
- محمد السيد عبدالرحمن (١٩٩١). نظريات الشخصية. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- محمد محروس الشناوي (١٩٩٨). العلاج السلوكي الحديث: أسسه وتطبيقاته، القاهرة، دار قباء للنشر والتوزيع.
- محمد يسري دعيبس (١٩٩١). أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة، دراسة انثربولوجية مقارنة، القاهرة، دار النشر الملتقى المصري للابحار والتنمية.
- مفتاح محمد عبدالعزيز (٢٠٠١). علم النفس العلاجي: اتجاهات حديثة، القاهرة، دار قباء.

- منى الحديدي وجمال محمد الخطيب (١٩٩٧). مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، عمان، دار اشراق.
- نور الدين طه السنباري (٢٠٠٧). العلاج بالواقع كأسلوب إرشادي لتخفيض الضغوط الناتجة عن الاعاقة لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.
- وفاء محمد القاضي (٢٠٠٩). قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، بغزة: فلسطين.
- وليد فتحي هندي (٢٠٠٧). صورة الجسم لدى الأطفال المعاقين جسمياً، دراسة سيكومترية كLINيكية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Anderson, E., & Lambert M. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 9, 503-514.
- Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1997). Social and specific phobias. In A. Tasman, J. Kay, & J.A. Lieberman (Eds.), *Psychiatry* (pp. 1037-1059). Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.
- Rowa, K., Antony, M., & Swinson R. (1999). “Cognitive features of social phobia. *CNS Spectr*, 4(11), 30-41.
- Brunello, N., Den Boer, J., Judd, L., Kasper, S., Kelsey, J., Lader, M., & Wittchen, H. (2000). Social Phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 60 (1), 61-74.
- Chavira, D. A., & Stein, M. B. (1999). The shyness spectrum. *CNS Spectrums*, 4, 20–29.
- Cowden, P. (2010). Social anxiety in children with disabilities. *Journal of Instructional Psychology*, 37 (4), 301-305.
- Davidson, J., Potts, N., Richichi, E., Krishnan, R., Ford, S., Smith, R., & Wilson, W. (1993). Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 423-428.
- Dolar, C. (1999). Body image and their relationship to the parties to the pain of amputation. *Journal of Psychosomatic Research*, 67 (4) 657-665.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831 - 843.

- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, et al. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psychiatry*, 15, 17-24.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F. & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: Prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 257-265.
- Feske, U., & Chambless, D.L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Furmark, T., Tillfors, M., Stattin, Ekselius, L., & Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychological Medicine*, 30, 1335-1344.
- George, M., & Lydiard, R. (1994). Social Phobia Secondary to Physical Disability. *Psychosomatics*, 35 (6), 520-523.
- Gould, R.A., Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M.W., & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
- Glasser, W. (2000). *Reality therapy in action*. New York: HarperCollins.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990). Comparison of generalizes social phobia and public speaking phobia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.
- International Classification of Mental and Behavioral Disorder10 (1992). I.C.D.10. World Health Organization, Division of Mental Health, Geneva,1992. F40.1 Social Phobia.
- Jackson, H. J. & Stanley, R.O. (1987). The missing factors: influences in choice of treatment strategies. *Australian journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 15 (2), 83-91.
- Kim, J. (2009). Effectiveness of reality therapy program for schizophrenic patients. *International Journal of Reality Therapy*, 25, 36-39.
- Lalkhen, Y. (2001). A phenomenological understanding of self-esteem in physically disabled adolescents in a non-disabled environment. In partial fulfillment of the requirements for the degree of DPhil (Psychotherapy). University of Pretoria. South Africa.

- Lucas, R. A. (1994). A comparative treatment outcome study of social phobia. Dissertation Abstract International, B 54, P. 6465.
- Oberlander, E., Schneier, F., & Liebowitz, M. (1994). Physical Disability and Social Phobia. Journal of Clinical Psychopharmacology, 14 (2), 136-143.
- Sutherland, S. (1991). Macmillan dictionary of psychology. London: Macmillan Reference.
- Rapee, R., & Heimberg, R. (1997): A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behaviour Research and Therapy, 32 (8), 741-756.
- Ruth, D., Antony, M., & Swinson, R. (2001): Interpretations for anxiety symptoms in social phobia. Behavior Research and Therapy, 39, 129-138.
- Stein, M., & Walker, J. (2000): Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Finding from a community survey. Archives of General Psychiatry, 57, 1046-1052.
- Stopa, L., & Clark, D. (2000). Social phobia and interpretation of social events. Behaviour Research and Therapy, 38, 273-283.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27, 1-9.
- Wells, A. (1997). Cognitive therapy of anxiety disorders a practice manual and conceptual guide. Chichester: J. Wiley & Sons.
- Yetzer, E., Schandler, S., Root, T., & Turnbaugh, K. (2003). Self – concept and body image in persons who are spinal cord injured with and without lower limb amputation. SCI Nurs, 20 (1), 18-23.

