

العلاج المعرفي- السلوكي لحالة رهاب اجتماعي نوعي؛

رهاب الإملاء

د. محمد نجيب أحمد الصبوة

أستاذ علم النفس الإكلينيكي في قسم علم النفس

كلية العلوم الاجتماعية- جامعة الكويت

الملخص:

الرهاب والقلق الاجتماعي من الاضطرابات النفسية التي تنتشر بين المراهقين والشباب، ولكن هذه الحالة من الحالات المرضية النادرة، لأنها تمثل نمطاً محدداً من الرهاب. لم يرد كثيراً إلى عيادتي الخاصة. هو رهاب الإملاء Dictation phobia يعاني منها طفل في سن التاسعة وثمانية أشهر. وانطلقنا في تحديد مشكلات الحالة وصياغتها Case conceptualization من نموذج كلارك Clark وويلز Wells النظري. وكشفت النتائج الناجمة عن التدخل بالعلاج المعرفي- السلوكي، قبل العلاج وبعده، وطوال فترة المتابعة التي امتدت إلى ستة أشهر، عن تحسن شديد، ووجود فعالية وتأثير قوي لهذا الأسلوب العلاجي، خاصة إذا استرشدنا بنموذج كلارك وويلز. كذلك انتهت نتائج الدراسة إلى أن هذا النموذج يمكن الامتداد به من علاج اضطرابات القلق لدى الشباب والراشدين إلى علاجها لدى الأطفال والمراهقين.

Cognitive - behavioral therapy of specific social phobia:
Dictation phobia

Mohammed N. Al-Sabwah

Department of psychology - College of social sciences

Kuwait University

Abstract

The aim of this study was to evaluate the theoretical model of social phobia (dictation phobia) (Clark & Wells, 1997) and test the efficiency of Cognitive - Behavioral therapy for experimental individual clinical case versus control single case, and its effectiveness from the social point of view. A specific type of social phobia - dictation phobia - was the main and unusual treatment problem in the cognitive behavioral therapy for a 9-year and 8 months- old schoolboy. For case formulation and treatment rationale, the social phobia model by Clark and Wells was used. A four standard questionnaires ; social phobia, avoidant behavior, negative evaluating, and the depression of children were used. Experimental - control case design with repeated measures of assessment (pretreatment, post treatment, and 6 months follow-up) was used. The significant improvement was shown by experimental clinical participant at post treatment and at a 6 months follow- up. No improvement was shown by control participant at post treatment and at 6 months follow- up. The post treatment assessments and follow-up assessments revealed clear positive treatment efficacy and effectiveness with social phobia among children and overall social functioning. The results were discussed in terms of previous studies and some personal and social factors.

مقدمة:

إن اضطراب القلق الاجتماعي والرهاب الاجتماعي Social phobia اضطراب يتصف بالخوف التفافمي من التعرض للمواقف الاجتماعية التي تتضمن أشخاصاً آخرين يصوبون أنظارهم لبعض الأطفال أو المراهقين، ويعد الرهاب الاجتماعي من المشكلات الطبية النفسية المنتشرة بين الأطفال والمراهقين، خاصة الذين يعانون من القلق الشديد والاضطرابات المزاجية، وعلى الرغم من أن بداية المعاناة من اضطراب الرهاب الاجتماعي تكون في الطفولة المتأخرة ومرحلة المراهقة المبكرة، فإن الغالبية العظمى منهم لا يتم تشخيصهم إلا بعد سنوات عديدة، وربما لا يبدأون ممارسة العلاج النفسي بجدية إلا في مرحلة الشباب؛ ولذلك يجب في هذه الحالة الجمع بين العلاجين: المعرفي - السلوكي والطبي (Mancini, Ameringen, Bennett, patterson & Watson, 2005).

وتشير بعض الدراسات والبحوث العلمية الأخرى إلى أن «اضطراب الرهاب الاجتماعي Social phobia والقلق الاجتماعي Social anxiety، من الاضطرابات النفسية التي تظهر في مرحلة مبكرة من العمر، من ستة أعوام إلى اثني عشر عاماً» (Ahzens-Eipper and Hoyer, 2006)، ويستمر تفاقم هذا المرض وتطوره في أثناء مرحلة المراهقة وبدايات سن الشباب إذا لم يتم علاجه مبكراً. «وغالباً ما يحدث تداخل أو تفاعل بين القلق الاجتماعي وارتقاء المهارات الاجتماعية Social skills، والتوافق في أداء الأدوار الاجتماعية خاصة في السياقات الاجتماعية، كالمدرسة، والنادي، وتشكيل جماعات النشاط كالرحلات والنشاط الثقافي والخطابة، بحيث يمكننا التنبؤ من القلق الاجتماعي بحالة الرهاب الاجتماعي في سني العمر المبكرة» (Kessler, 2003)، ومن ثم يسهل علاجها قبل أن تتفاقم، وهذا هو ما حدث بالضبط مع الحالة المرضية التي نعرض لعلاجها المعرفي - السلوكي في هذا البحث.

تشير البحوث العلاجية إلى أن برامج التدخل المعرفي السلوكي تعد برامج علاجية فعالة ومؤثرة في علاج اضطرابات القلق بشكل عام لدى الأطفال، إلا أن هذه البحوث لم تحسم فعاليتها في علاج الرهاب الاجتماعي لديهم أو لدى المراهقين (Vandertoorm & Ferdinand, 2004)، ولذلك أجريت دراسة بهدف معرفة أي نوع من العلاج النفسي الاجتماعي الذي يجب استخدامه لعلاج اضطرابات القلق بصفة عامة لدى الأطفال والرهاب الاجتماعي لديهم بصفة خاصة. وراجعت الدراسة البحوث العلاجية التي كان هدفها تقويم فعالية العلاج المعرفي السلوكي بكل أنواعه، في علاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال، والرهاب الاجتماعي، والخاوف البسيطة، واضطراب القلق المعمم. وأشارت النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي كان فعالاً ومؤثراً في ثماني عشرة دراسة لعلاج اضطرابات القلق لدى الأطفال بما في ذلك الرهاب الاجتماعي، بغض النظر عن اختلاف أساليبه (كالعلاج المعرفي السلوكي الجمعي في مقابل العلاج المعرفي السلوكي الفردي، وسواء تكامل مع تدريب الوالدين أم لم يتكامل، وسواء أكان في العيادات الخاصة الخارجية أم داخل المستشفيات، وسواء أكان معه علاج طبي أم لم يكن). وأوصت الدراسة بضرورة البدء عند علاج الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال بالعلاج المعرفي السلوكي (Vandertoorm & Ferdinand, 2004).

وراجع هذا البحث الأدلة الواقعية التي تؤيد كفاءة العلاج المعرفي السلوكي وفعاليتها من حيث كونه علاجاً لاضطرابات القلق النفسي بما فيه الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال والمراهقين، وإلى أي درجة يستطيع هذا النمط من العلاج النفسي منع ظهور هذا المرض في بدايات الشباب وما بعده، سواء تم تقديم هذا العلاج بصورة جماعية أم بصورة فردية، أم داخل العلاج الأسري، وسواء اختلف مكان العلاج (كتقديمه بالعيادات الملحقة بالمدارس والجامعات أم بالعيادات الخاصة، أم بعيادات الأحياء والمقاطعات). وأشارت النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي الفردي له فعالية في علاج مخاوف الأطفال والمراهقين أشد جوهرية من العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي، ونتائجه بالعيادات الخاصة أفضل جوهرية منها بالسياقات والعيادات الأخرى، كما أن فعاليتها تزيد جوهرية في علاج الرهاب الاجتماعي إذا تكامل مع العلاج الطبي، ويستفيد منه الأطفال ذوو الرهاب الاجتماعي الشديد بالمقارنة بأقرانهم ذوي الرهاب الاجتماعي البسيط (Albana & Kendall, 2002). كما أشارت النتائج إلى أنه إذا تم علاج الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال باستخدام العلاج المعرفي - السلوكي أو العلاج التوفيقى متعدد المحاور، فإنه لن يظهر لديهم، ولن يعاودهم مرة أخرى في سني المراهقة والشباب.

وعلى الرغم من إشارة كثير من البحوث العلمية إلى أهمية علاج الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال والمراهقين والشباب في بداياته المبكرة؛ لأن العلاج النفسي يكون مؤثراً وفعالاً، فإن البحوث والدراسات العلاجية للحالات الفردية التي تستهدف العلاج المعرفي- السلوكي للرهاب الاجتماعي تعد نادرة إلى حد ما. كما أن البحوث العلاجية التي تستخدم العلاج المعرفي- السلوكي الفردي Individual cognitive- Behavior therapy. وليس العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي Group cognitive - Behavior therapy. لمرضى الرهاب الاجتماعي من الأطفال تعد أشد ندرة، كما سنرى في فقرة عرض الدراسات السابقة. كذلك لم نجد إلا دراسة واحدة تكاد تكون متطابقة إلى حد كبير مع دراستنا هذه، هي التي انطلقت في العلاج المعرفي- السلوكي من نموذج كلارك وويلز، وحاولت الاستزادة منه في علاج الأطفال الذين يعانون من القلق الاجتماعي، أو الرهاب الاجتماعي، أو كليهما. والملاحظة الأخيرة التي تشكل دافعاً أساسياً لإجراء هذه الدراسة أن العلاج المعرفي- السلوكي، استرشاداً بنموذج كلارك وويلز. كما يطبق في التدخل العلاجي في الإنتاج الفكري النفسي الأجنبي. يستخدم بصورة جماعية، وليس مع الحالات الفردية. ومن ثم كان أحد أهداف هذا البحث تجريب العلاج المعرفي- السلوكي وفقاً لنموذج كلارك وويلز على حالات فردية من المرضى النفسيين، وليس على مجموعات مرضية منهم.

نموذج كلارك وويلز (1995)؛

ظهر النموذج المعرفي للرهاب الاجتماعي Cognitive model of social phobia على يد كلارك عام 1995، في فصل تم نشره في مصنف Handbook تم تحريره لمعرفة كل المتغيرات المرتبطة بكل من الرهاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي لدى الشباب بشكل أساسي، وليس لدى الأطفال والمراهقين، وعالجت فصول هذا المصنف الرهاب الاجتماعي من حيث قضاياها التشخيصية، وطرق قياسه وتقويمه من قبيل أساليب التقرير الذاتي كالاختبارات والاستفتاءات questionnaires والمقابلات التشخيصية Diagnostic interviews، وأساليب المشاهدة العيادية، وجداول المراقبة الذاتية Self-observational schedules، ومقاييس التقرير الذاتي scales Self-report من قبل الآخرين للحالة، كالأهل والأقارب والأصدقاء، والقياس النفسي الفيزيولوجي كالأعراض البدائية على الجسم وأجهزة التنفس والهضم، ومن حيث علاجه علاجاً نفسياً أو علاجاً طبياً أو كليهما إذا دعت الضرورة لذلك.

ويرى كلارك وويلز أن الرهاب الاجتماعي يستثيره حدث أو موقف تفاعل اجتماعي. كموقف الإملاء وسط مجموعة من التلاميذ في السياق المدرسي وفقاً لعميلنا هذا. ويسمى هذا الحدث البيئي أو الموقف الاجتماعي مثيراً منشطاً Trigger، من شأنه أن ينشط مجموعة من الافتراضات Assumptions أو المخططات المعرفية Cognitive schema السلبية، وهذا أمر ينتج عنه إدراك سلبي للبيئة الاجتماعية، بحيث يدركها الطفل أو المراهق أو الشاب، أو حتى الراشد والمسن، على أنها بيئة اجتماعية خطيرة وتبعث على الشعور الشديد بالتهديد والخوف والهلع، ومن ثم تبدأ هذه الافتراضات والمخططات المعرفية في إفراز مجموعة كبيرة من المعتقدات الخاطئة ومن الأفكار الآلية السلبية Negative beliefs and automatic thoughts من قبيل: «أنا لا قيمة لي اجتماعياً، ويكرهني الآخرون، وأنا فاشل، وأنا لست مثل زملائي الآخرين في الفصل؛ لأنني ضعيف في الإملاء، أنا سأقع في كثير من الأخطاء مهما كانت سهولة قطعة الإملاء، أنا سأحصل على درجات قليلة، وقد أرسب بسببها، إن أسأتني سيحتقرونني بسبب ضعفي في الإملاء، إن والذي سيغفانني بسبب ضعفي في الإملاء، وسيحتقرانني لأنني لست كزملائي في الإملاء». ويترتب على ما سبق ظهور قدر من التصلب المعرفي نظراً لاعتقاد الفرد (طفلاً أو مراهقاً أو شاباً) بأنه لن يتحسن ولن يستطيع التغيير إيجابياً، واعتقاده بأن هذا الاضطراب سيستمر ولا علاج له، وينجم عن ذلك مرحلة معرفية جديدة؛ إذ يتعامل المريض بالرهاب الاجتماعي. في هذه الحالة. مع ذاته ويدركها على أنها شيء اجتماعي، وليست موضوعاً اجتماعياً يجب توقيره واحترامه، ويحدث تعميم هذه الأعراض المعرفية والمزاجية على كل السياقات الاجتماعية، فيبدأ المريض في إدراك ذاته على أنها منتقدة من قبل الآخرين ومحبطة لهم، وأياً كان هؤلاء الآخرون: أهل وأقارب أو جيران أو أصدقاء أو زملاء أو مدرسون إلى آخره، ومن ثم تبدأ الأعراض المزاجية في الظهور، وأبرزها القلق المختلط بالكآبة، والشد والخوف الذي قد يصل إلى حد الضرع، والروع، والخوف من تقويم الآخرين له سلبياً.

ونتيجة لتفاعل كل من الأعراض المعرفية والمزاجية، فينشأ كثير من الاضطرابات السلوكية،

كالانسحاب الاجتماعي، واهتزاز الألفاظ والكلام، وارتعاش اليدين وارتجاف الجسم، وجفاف الحلق، وسرعة التنفس، والضغط الشديد على القلم عند الكتابة، والاهتمام الشديد بالأخطاء وحدوثها أكثر من الاهتمام بالكتابة الصحيحة والتركيز على ما ينطقه المعلم. وبالطبع هناك تفاعل متبادل بين مكونات هذا النموذج وبعضها بعضاً، ومن ثم فإنه مع مرور الوقت تقوى هذه الأعراض وتشتد وتزداد رسوخاً إذا لم يتم علاجها في الوقت المناسب. (راجع شكل (1) صياغة حالة جورج ومشكلاته) طبقاً للنموذج الذي اقترحه كلارك (1995) وطوره ويلز (1997).

الدراسات السابقة:

فيما يتعلق بالعلاج المعرفي - السلوكي للرهاب الاجتماعي لدى الأطفال، سنعرض فيما يلي للدراسات المتاحة لنا التي استخدمت العلاج المعرفي السلوكي الجماعي Group cognitive Behavior therapy، سواء أكان تفصيلياً أم مختصراً، ثم التي استخدمت العلاج المعرفي - السلوكي الفردي، ولم نجد - في هذا الصدد - سوى دراستين فقط.

1. دراسات العلاج المعرفي - السلوكي الجماعي للرهاب الاجتماعي:

أجريت هذه الدراسة لعلاج مجموعة من الأطفال تراوحت أعمارهم بين 8 سنوات و11 سنة، كانوا جميعاً يعانون من الرهاب الاجتماعي وفقاً للمحكات التشخيصية الواردة في الدليل الإحصائي والتصنيفي للاضطرابات النفسية (DSM-IV) الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي، وكان عددهم 23 طفلاً، تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين: الأولى كانت المجموعة التجريبية (ن=12)، وكانت الثانية مجموعة قائمة الانتظار الضابطة. وخضعت المجموعتان لفحص بالمقابلة التشخيصية، تحدد على أساسه خط الأساس، ثم تلقت المجموعة العيادية التجريبية علاجاً معرفياً سلوكياً جمعياً لمدة ثلاثة أسابيع، تكون من التريية النفسية Psychoeducation، والاستراتيجيات المعرفية Cognitive strategies، والتعرض السلوكي التخيلي Imaginal، ثم التعرض المباشر في الحياة In vivo. وأشارت النتائج إلى وجود تحسن جوهري بعد انتهاء العلاج وطوال فترة المتابعة التي استمرت لمدة ثلاثة أسابيع أخرى، حيث انخفض القلق الاجتماعي والخوف من تقويم الآخرين سلبياً، والانسحاب الاجتماعي، كمكونات للرهاب الاجتماعي جوهرياً بعد العلاج بالمقارنة بمستواها قبل العلاج، كما انخفض الاكتئاب بشكل جوهري بعد العلاج عنه قبل تلقي العلاج، وهذا أمر يشير إلى كفاءة العلاج المعرفي - السلوكي الجماعي. كذلك أشارت التقارير اللفظية للأطفال المرضى وكذلك تقارير من آبائهم إلى أنهم قد تحسّنوا تماماً، ولم يعودوا يعانون من مواجهة الآخرين، كما أشارت إلى وجود فروق جوهريّة بين المجموعتين: التجريبية العيادية، والضابطة على كل مقاييس الرهاب الاجتماعي والقلق والاكتئاب، وكل ما يتصل بالرهاب الاجتماعي من أعراض مرضية. وتخلص الدراسة إلى أن التدخل بالعلاج المعرفي - السلوكي قصير المدى للأطفال الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي يتسم بالفعالية والكفاءة والتأثير الإيجابي (Gallagher, Rabian & McCloskey, 2004).

وأجرى مجموعة أخرى من الباحثين المعالجين دراسة على خمسين طفلاً ومراهقاً تراوحت أعمارهم بين 7 سنوات وأربع عشرة سنة، تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين: إحداهما كانت المجموعة التجريبية العيادية (25 طفلاً ومراهقاً) في مقابل المجموعة الضابطة على قائمة الانتظار. وتم تحديد خط الأساس لدى كلتا المجموعتين، ثم تلقت المجموعة العيادية برنامجاً للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي التكاملية The integrated cognitive - behavioral therapy program؛ لأنه ضم عدداً من الأساليب العلاجية، هي: التدريب على المهارات الاجتماعية، والتعرض التخيلي والمباشر التدريجي، والتعديل المعرفي للأفكار، واستراتيجية المواجهة والتصدي، وتوكيد الذات، والتحدّي المعرفي، بالإضافة إلى تدريب آباء المجموعة العيادية، وعدم تدريب آباء المجموعة الضابطة للإشراف على الأطفال للقيام بواجباتهم العلاجية المنزلية. وأشارت النتائج إلى أن المجموعة التجريبية قد تحسّنت تحسناً جوهرياً في كل أعراض الرهاب الاجتماعي وما يتصل بها من مظاهر معرفية ومزاجية وسلوكية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، سواء أكان ذلك في أثناء العلاج أم كان بعده طوال فترة المتابعة التي استمرت لمدة سنة كاملة، علماً بأن العلاج كان طويل المدى حيث استمر ثلاثة أشهر بواقع جلسة لمدة ثلاث ساعات أسبوعياً. ولكن تبين أنه لم يكن لإشراف الآباء دور جوهري في معدلات التحسن، علماً بأن كثيراً من البحوث الأخرى تشير إلى أن تحسن الأطفال يزداد جوهرياً إذا كان هناك تكامل بين العلاج المعرفي السلوكي، وتدريب الآباء

على الإشراف على أبنائهم عند تنفيذهم لواجباتهم المنزلية العلاجية، كما أن نسب الانتكاس تقل إلى حد كبير بحيث تكاد تنعدم بينهم (Spence, Donovan & Brechman- Toussaint, 2000).

. وفحصت هذه الدراسة تأثير انخفاض المعاناة من الرهاب الاجتماعي مع مرور الوقت على تحسن الأداء المدرسي والكفاءة الاجتماعية عبر برنامج تكاملي للعلاج المعرفي- السلوكي تم تطبيقه على أربعين طفلاً يعانون من الرهاب والقلق الاجتماعي، تراوحت أعمارهم بين ستة أعوام وثلاثة عشر عاماً. وأشارت النتائج إلى أنه بانخفاض حدة القلق والرهاب الاجتماعي لدى الأطفال جوهرياً يتحسن جوهرياً أداء الأطفال مدرسياً، وتتحسن جوهرياً الكفاءة الاجتماعية، وفقاً لمقاييس الرهاب والقلق الاجتماعي، وتقديرات المدرسين لأداء الأطفال وكذلك آباؤهم، وهذا أمر يشير إلى كفاءة العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي في علاج القلق والرهاب الاجتماعي لدى الأطفال والمراهقين (Wood, 2006).

وفي دراسة حاولت اختبار قدر فعالية العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي لدى عشرة أطفال (5 ذكور و5 إناث) يمثلون مجموعة مرضى الرهاب الاجتماعي في مقابل عشرة أطفال (5 ذكور و5 إناث) يمثلون المجموعة الضابطة، تراوحت أعمارهم جميعاً بين 9 سنوات و12 سنة. وبالطبع تم تقويم أعراض الرهاب الاجتماعي، وما يرتبط به من مظاهر مرضية أخرى قبل العلاج وفي أثناءه وبعده وطوال فترة المتابعة التي استمرت ثلاثة أشهر مثلها في ذلك مثل فترة العلاج. وكان يتم تقديم العلاج بواقع جلسة أسبوعياً لمدة ثلاثة أشهر مدتها ساعتان إلى ثلاث ساعات. أشارت النتائج إلى انخفاض أعراض الرهاب والقلق الاجتماعي جوهرياً لدى المجموعة التجريبية بعد العلاج وطوال مدة المتابعة بالمقارنة بها قبله، كما انخفضت جوهرياً لدى المجموعة التجريبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة. ولم تعد المواقف الاجتماعية، ولا الخوف من تقويم الآخرين لهم سلبياً، يهددهم. كما لوحظ أن معدل التحسن ازداد لدى كل من الذكور والإناث بالدرجة نفسها، ولم تحدث أي انتكاسات طوال مدة المتابعة؛ ولقد أمدتنا هذه الدراسة بدليل علمي يشير إلى تأثير العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي وفعالته في علاج الأطفال ذوي الرهاب والقلق الاجتماعي (Melfsen, Osterlow, Beyer & Florin 2003).

وراجعت هذه الدراسة تسعة بحوث بأسلوب التحليل البعدي Meta-analysis لفحص الحالة الراهنة للعلاج المعرفي- السلوكي الجمعي عند الأطفال والمراهقين ذوي الرهاب الاجتماعي. وأشارت النتائج إلى أنه على الرغم من قلة عدد البحوث التي تم مراجعتها، فإنها تشير إلى الفعالية الجوهرية لأساليب العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي التكاملي في خفض حدة الرهاب الاجتماعي بشكل جوهري. كما أشارت إلى استقرار هذه النتائج وثباتها في البحوث التي تمت مراجعتها جميعاً. ولكن هذه المراجعة لم تكشف لنا عن الفروق بين أساليب العلاج المعرفي- السلوكي وغيره من العلاجات النفسية الأخرى من حيث كفاءتها وتأثيرها في تخليص الأطفال والمراهقين من الرهاب والقلق الاجتماعي. وانتهت هذه المراجعة إلى خلاصة مؤداها أن أساليب العلاج المعرفي- السلوكي على اختلاف مشاربيها تعد أساليب فعالة في علاج الرهاب والقلق الاجتماعي لدى الأطفال (Kremberg & Mitte, 2005).

وحاولت هذه الدراسة فحص الفروق العلاجية لدى المراهقين الذين يعانون من الرهاب والقلق الاجتماعي، التي تختلف باختلاف قدراتهم على الإفصاح Disclosure عن الكرب النفسي الشديد وفقاً لتحديده بمقابلة تشخيصية مقننة. تكونت العينة من 171 طفلاً ومراهقاً تراوحت أعمارهم بين 8 سنوات و15 سنة، وكانت تشخيصاتهم المبدئية إما الرهاب الاجتماعي أو الانسحاب الاجتماعي، أو قلق الانفصال، أو القلق المعمم. وقبل العلاج تم فحص الأطفال وآبائهم مستقلين عن بعضهم بعضاً باستخدام المقابلة التشخيصية لاضطرابات القلق السابق ذكرها، لتحديد التشخيص النهائي لكل طفل ومراهق على حدة. واعتماداً على أحكام الآباء حول حالة أبنائهم من حيث قدرتهم على الإفصاح عن درجة الكرب النفسي، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متعارضتين، إحداهما ذات درجة مرتفعة في القدرة على الإفصاح عن كربهم النفسي، والأخرى ذات درجة منخفضة في هذه القدرة. كما تم تحديد أعراض الرهاب الاجتماعي ومظاهره بأساليب التقدير الذاتي التي أجاب عنها الآباء والمدرسون والأطفال. (وكان أهمها اختبار قلق الأطفال، وقائمة سلوك الأطفال، وقائمة الرهاب الاجتماعي). وأشارت النتائج بشكل عام إلى أن درجة القدرة على التعبير عن المعاناة من الكرب النفسي تعد متغيراً معدلاً لنتائج العلاج المعرفي- السلوكي للرهاب

والقلق الاجتماعي، وقلق الانفصال والقلق المعمم. وعلى الرغم من استفادة كلتا المجموعتين من العلاج النفسي فإن الأطفال ذوي الكرب الشديد، وذوي القدرة الأعلى في الإفصاح عنه، كانوا أكثر استفادة بشكل جوهري من العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي أو الفردي بالمقارنة بالأطفال ذوي الكرب المنخفض وذوي القدرة الأدنى في الإفصاح عنه (Panichelli-Mindel, Flannery-Schroeder, Kendall, & Angelosante, 2005).

2. دراسات العلاج المعرفي- السلوكي الفردي للرهاب الاجتماعي لدى الأطفال؛

أجريت الدراسة الأولى في هذا المحور على طفلة تعاني من الرهاب الاجتماعي، عمرها خمس سنوات. والمهم في هذه الحالة أن أعراض الرهاب الاجتماعي تم اكتشافها مبكراً، على عكس معظم الذين لا يتم اكتشاف الرهاب الاجتماعي لديهم حتى يدخلوا في مرحلتها المراهقة والصبا أو الشباب المبكر. وتم خضوعها لبرنامج علاجي معرفي سلوكي معدل فردي تضمن أساليب التعلم العلاجي، والتربية النفسية، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وإعادة البناء المعرفي Cognitive restructuring، والتدريب على الاسترخاء التدريجي أو التصاعدي، والتعرض التخيلي، مع تعديله ليتم من خلال قصص قصيرة يتم تخيل المواقف الاجتماعية المهددة التي ترد فيها. وكانت إجراءات العلاج تجري بشكل فردي بواقع جلسة أسبوعياً، مع إشراف والدها عليها في تنفيذها للواجبات المنزلية حتى لا تفقد مكاسبها العلاجية، ويحدث مزيد من التراكم العلاجي بين الجلسات. وأشارت النتائج إلى تحسن الطفلة تحسناً جوهرياً بالمقارنة بمعاناتها قبل تلقيها العلاج المعرفي السلوكي الفردي.

ولأسف فعلى الرغم من تطويع العلاج المعرفي السلوكي للإجراءات الفردية، فإن الدراسة وقعت في خطأين منهجيين، هما: عدم وجود حالة فردية ضابطة لتمثل أساس المقارنة للوقوف على فعالية العلاج وتأثيره، وكذلك عدم وجود فترة متابعة تصل إلى ضعفي مدة العلاج، كما تشير إلى ذلك الأسس العلمية والمنهجية. ومن ثم يجب النظر إلى نتائج هذه الدراسة بنوع من الحذر على الرغم من التحسن الشديد لدى الطفلة والفروق الجوهرية بين حالتها قبل العلاج وبعده (Miller & Feeny, 2003).

أما الدراسة الثانية في هذا المحور فقد عالجت طفلاً يعاني من نوع محدد من الرهاب الاجتماعي هو «رهاب الإملاء Dictation phobia»، عمره أحد عشر عاماً، وهي حالة شبيهة بالحالة التي نشرنا نتائجها في هذا البحث، لاتباعنا الأساليب العلاجية نفسها. يرى الباحث الرهن أن هذه حالة رهاب اجتماعي غير معتادة، تمت صياغة مشكلاتها ومنطق العلاج المعرفي- السلوكي الفردي انطلاقاً من نموذج كلارك وويلز الذي عرضنا له في مقدمة هذا البحث. وتم علاجها علاجاً قصيراً عبر ثلاث جلسات علاجية من دون الاستعانة بإشراف من الوالدين. وأشارت نتائج العلاج إلى أن هذا الطفل تحسن تحسناً جوهرياً في كل أعراض الرهاب والقلق الاجتماعي، كما تحسنت قدرته على الكتابة والإملاء، وتحسنت درجاته وتقديراته في كل المقررات المدرسية مع مرور الوقت، وتحسنت الكفاءة الاجتماعية وتقديره لذاته وفعاليتته الذاتية، وأصبحت لديه القدرة على المواجهة والتفاعل بإيجابية مع الآخرين.

ولكن لم تستخدم هذه الدراسة حالة ضابطة أساساً للمقارنة بينهما في النتائج قبل تلقي العلاج المعرفي السلوكي الفردي وبعده، كما أن هذه الدراسة كانت تقريراً وصفيّاً لعلاج الحالة، وليست بحثاً تجريبياً لعلاج الحالة. وعلى الرغم من أن النتائج قد أشارت إلى فعالية العلاج انطلاقاً من الدرجات على مقاييس التقرير الذاتي ومن وجهة نظر المعالجين، فإنها لم تشير إلى تأثيره effectiveness من وجهة نظر المدرسين والوالدين، أو من وجهة نظر أساليب التقدير الذاتي للطفل (Ahrens-Eipper & Hoyer, 2006). وسنحاول في دراستنا هذه تفادي مثل هذه الأخطاء المنهجية.

تعقيب عام على الدراسات السابقة؛

أشارت مراجعة الباحث الرهن للدراسات السابقة إلى وجود طرازين من العلاج للرهاب والقلق الاجتماعي، هما العلاج المعرفي السلوكي الجمعي، والعلاج المعرفي السلوكي الفردي، وقد يقتصر النوعان على أساليب العلاج المعرفي السلوكي فقط، وقد تتكامل هذه الأساليب مع علاجات نفسية أخرى. كما أشارت المراجعة إلى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في علاج الرهاب والقلق الاجتماعي لدى الأطفال والمراهقين وبدايات الشباب، والراشدين، ولكن قليل جداً من هذه الدراسات هو الذي استخدم العلاج المعرفي- السلوكي الفردي لدى الأطفال الذين يعانون من

الرهاب الاجتماعي، كما أن الدراسات التي استخدمت العلاج الفردي لم تسترشد بنموذج كلارك وويلز المعاصر الذي يسترشد به كثير من الباحثين المعالجين النفسيين الآن في علاج الرهاب الاجتماعي. كذلك وقعت بعض الدراسات السابقة في بعض الأخطاء المنهجية، أهمها: عدم استخدام مجموعة أو حالة فردية ضابطة أساساً للمقارنة بالمجموعة أو الحالة العيادية التجريبية التي تلقت العلاج، حتى نقف على فعاليته وتأثيره بدقة، وعدم متابعة العلاج بعد مدة انتهائه لفترة تصل - على الأقل - إلى ضغني فترة العلاج حتى نستطيع تحديد نسب الانتكاس ومعدلاته (Miller & feeny, 2003; Ahrens-Eipper & Hoyer, 2006). ومن ثم فإن دراستنا هذه ستسترشد بنموذج كلارك وويلز والامتداد بتطبيقاته من علاج الشباب والراشدين إلى علاج الأطفال والمراهقين، كما أنها ستحاول تفادي الوقوع في الأخطاء المنهجية السابقة.

مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة الراهنة في الإجابة عن السؤالين الآتيين:

- (1) ما قدر التحسن لدى الحالة التجريبية بالمقارنة بالحالة الضابطة قبل العلاج المعرفي - السلوكي الفردي وبعده وطوال مدة المتابعة لمدة ستة أشهر اعتماداً على التقدير النفسي العيادي؟
- (2) وهل هناك آثار إيجابية للعلاج المعرفي - السلوكي الفردي في علاج رهاب الإملاء لدى الحالة التجريبية في مقابل الحالة الضابطة، من وجهة النظر الاجتماعية (الوالد ومعلم اللغة العربية)؟

فروض الدراسة:

- (1) معدلات التحسن لدى الحالة التجريبية أعلى جوهرياً منها لدى الحالة الضابطة بعد تقديم العلاج المعرفي - السلوكي الفردي وطوال مدة المتابعة اعتماداً على التقدير النفسي العيادي.
- (2) هناك آثار إيجابية جوهرياً للعلاج المعرفي - السلوكي الفردي في علاج رهاب الإملاء لدى الحالة التجريبية في مقابل الحالة الضابطة، من وجهة النظر الاجتماعية (الوالد ومعلم اللغة العربية).

المنهج والإجراءات:

استخدمت هذه الدراسة المنهج التجريبي، حيث كانت التجربة العلاجية Therapeutic Trail هي أداة جمع البيانات، فهي دليل على كفاءة العلاج المعرفي - السلوكي الفردي وتأثيره في علاج حالة الطفل جورج من الرهاب الاجتماعي. وفي هذه التجربة كان المتغير المستقل هو جلسات العلاج المعرفي - السلوكي الاثنى عشر، بينما كان المتغير التابع هو الرهاب الاجتماعي المتمثل في «رهاب الإملاء»، من حيث كونه موقفاً اجتماعياً مخيفاً ومهدداً بشكل مرضي لجورج.

التصميم التجريبي:

استخدمت الدراسة تصميم القياس القبلي البعدي التجريبي المتكرر للحالة التجريبية والضابطة. ووفقاً لمقتضيات هذا التصميم الذي اقترحه «ألان كازدين» (Allan Kazdin, 1998) ضمن تصميمات الحالة الفردية التجريبية، كان لا بد من وجود حالة تجريبية هي الطفل جورج الذي قدمنا له العلاج المعرفي - السلوكي الفردي لعلاج الرهاب الاجتماعي، بالإضافة إلى حالة سعيد الذي كان على قائمة الانتظار وهو حالة ضابطة. أجرينا لهما قياسات على كل أعراض الرهاب الاجتماعي ومظاهره العيادية ثلاث مرات على مدى أسبوعين، وحصلنا على متوسط الأداء لدى كل حالة منهما على حدة، فأمكننا تحديد خط الأساس Baseline لديهما (المتغيرات التابعة وهي الخوف الاجتماعي والتجنب والتقويم السلبي) قبل التدخل العلاجي الذي قدمناه لحالة جورج ولم نقدمه لحالة سعيد وهي حالة ضابطة، ويرمز لهذا التصميم كما يأتي:

حالة تجريبية (جورج) قياس قبلي (ق1) التدخل العلاجي، قياس بعدي متكرر (ق2)

حالة ضابطة (سعيد) قياس قبلي (ق1) لا يوجد تدخل علاجي، قياس بعدي متكرر (ق2)
(Kazdin, 1998, p.97).

وصف الحالة التجريبية والحالة الضابطة (صياغة الحالة):

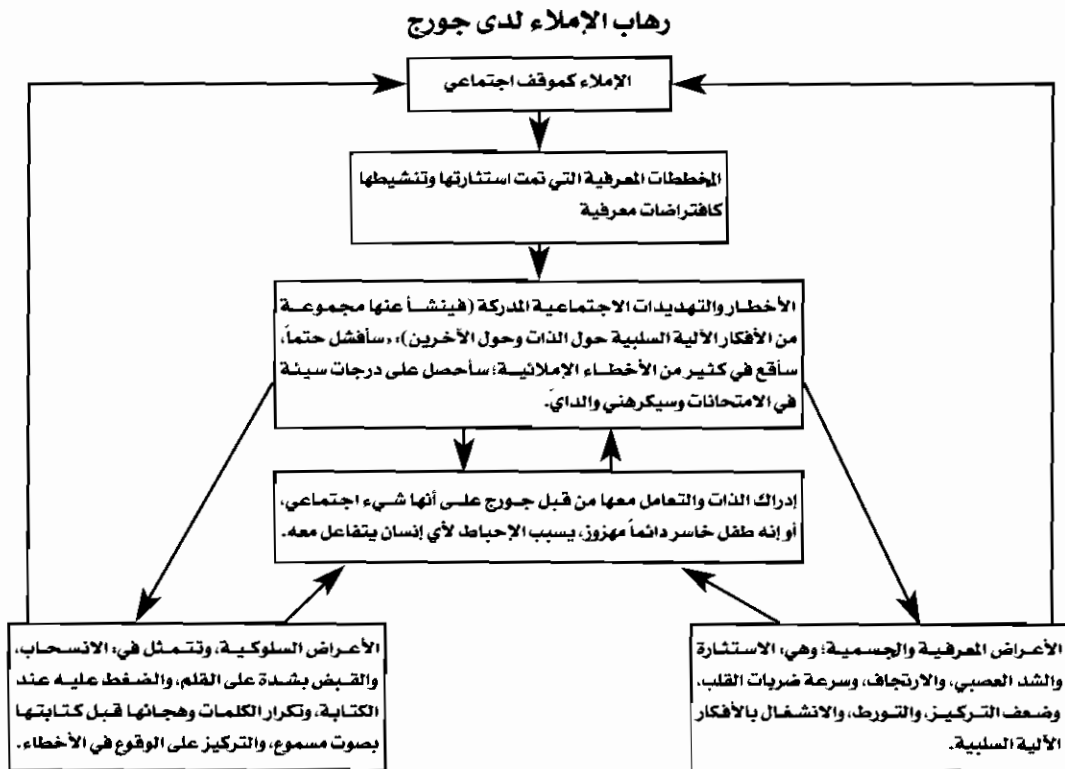
جورج هو الطفل الذي قمنا بعلاجه في عيادة الباحث الخاصة، يبلغ من العمر تسعة أعوام وثمانية أشهر عند حضوره لتلقي العلاج النفسي من مخاوفه أو رهابه الاجتماعي. وكان أصغر إخوته الثلاثة الذين كانوا يعيشون معه ومع والديه أسرة متماسكة ومساندة لأبنائها، وكان والداه في الخمسينات من العمر. وكان قد مر بأول نوبة رهاب اجتماعي وهو في عمر الثامنة (الصف الثالث الابتدائي)، وهو الآن في الصف الرابع الابتدائي. وقد ذكر والداه أنه منذ أن كان عمره أربع سنوات، كان يبدو متوتراً ومشدوداً عندما يقوم بزيارتنا الأهل والأقارب، ويزداد توتره عندما يزورنا أشخاص غرباء لا يعرفهم، ولكنه كان يختلط بأقرانه من أبناء الجيران، وكان يشعر بالأمان الشديد، وهو مع والديه وإخوته. ولا توجد مشكلات مطلقاً في ذهابه للروضة، ثم للمدرسة منذ أن التحق بها، ولم يرفض الذهاب إليها مطلقاً بسبب ذهابه مع إخوته إليها (لديه اثنان من إخوته، ذكر وأنثى يكبرانه بالمدرسة ذاتها)، ولكن مع بداية الدراسة بالفرقة الرابعة، بدأت تظهر عليه علامات الخوف عند ذهابه صباحاً للمدرسة بصفة عامة، وحضور حصص الإملاء بصفة خاصة، ثم بدأ الشكوى بشكل متكرر من الواجبات المنزلية التحريرية، ومن مواقف الإملاء في المدرسة وفي المنزل، وفي أي سياق آخر للدروس الخصوصية، شكوى تصل إلى حد البكاء، وتظهر علامات فسيولوجية واضحة عليه، كصفرة الوجه تلي حمرة فيه، وارتعاش، وسرعة في ضربات القلب، وانسحاب وخوف شديد عند أي حوار من قبل الأب والأم حول دروس الإملاء، ثم قل عدد أصدقائه كثيراً، وبدأ يخاف جداً من أساتذة اللغة العربية ودروسها. وكان يكره المقابلات ولقاء معلميه الذين لا يعرفهم. وذكر لي جورج أنه «لا يستطيع التركيز على شرح معلم اللغة العربية، ومن ثم لا يفهم كثيراً مما يشرحه بسبب انشغاله بخوفه من أن يطلب أن يخرج ويكتب على السبورة أي جملة، أو الإجابة عن أي سؤال كتابة». ويقول «عند بدء أية حصة ورؤية المعلم أو أي زميل من زملائه وهو يبدأ في الكتابة تجعله في حالة من الرعب الشديد، وتبدأ تنتابه أفكار كثيرة لا يستطيع دفعها عنه من كثرة ترددها عليه»، من قبيل: «أنا فاشل في الإملاء، إنني سافشل أمام زملائي إذا طلب مني المعلم كتابة أي جملة على السبورة. سافشل في كتابتي الإملاء لأنني لا أسمع ما يعلّمه المعلم. إنني ضعيف التركيز. سيأخذ عني والداي فكرة سيئة لأنني إنسان فاشل. سأعجز عن الكتابة في البيت. أخاف من الواجبات المنزلية التحريرية. أخاف من والدي إذا أراد أن يملئ علي قطعة أو نصاً من النصوص. سيعنفني والدي على أخطائي الإملائية العديدة. سأحصل على درجات ضعيفة. سيعيرني أصدقائي بسبب ضعفي في الإملاء». وعند حوارني معه بدت عليه (وجهه وجسمه) أعراض فسيولوجية عديدة، أهمها صفرة الوجه، وارتعاش خفيف باليدين، وجفاف بالحلوق (حسب تقريره اللفظي)، وسرعة التنفس، وتلملم، وارتعاش، وخوف من أن يراه الآخرون على هذه الحالة. وبدأ يشكو من هروب أصدقائه منه، وأنه يبكي كثيراً، وعند الكتابة كان يضغط بشدة على القلم، وكان يبدو عصبياً وقلقاً ومشدوداً، كان يقوم بتهجية الحروف بصوت مسموع وهو يكتب أية كلمة، ويبدو كأنه يقاوم شيئاً شديداً، وأحياناً يبدو كأنه يتلو على نفسه كلمات أو تعليمات. ولما سألتها ماذا يقول، ذكر أنه يرفع صوته بكلمات تشجيعية حتى يستطيع التركيز على ما يسمعه من كلمات وجمل حتى يتمكن من كتابتها. وبالطبع فإن انشغاله بأفكاره الآلية، أضعف تركيزه في تحصيل دروس الإملاء واللغة العربية، وزاد من انسحابه الاجتماعي، والخوف من تقويم أساتذته وزملائه ووالديه له سلبياً، واختلط رهابه الاجتماعي ببعض أعراض الاكتئاب، وأصبحت مواقف الاختبارات التحصيلية تشكل منبهات شديدة التهديد بالنسبة إليه. كان يقع بسبب ذلك في كثير من الأخطاء عند الإجابة عن أسئلة أي امتحان، وبدأت تقديراته تقل إلى حد ما طوال ستة أشهر قبل حضوره للعلاج. ومع ذلك كان يلقي مساندة قوية من إخوته ووالديه، وكان يحبهما بشدة وكذلك إخوته، وكان مرتفع الذكاء (115 نقطة ذكاء)، وما زالت شخصيته متماسكة، وكان يبدو متحدياً، ويريد التخلص من هذه المعاناة بشكل كبير.

أما سعيد فكان يمثل الحالة الضابطة، وكان عمره عشر سنوات، ويشكو من الرهاب الاجتماعي بشكل عام وليس من «رهاب الإملاء»، وكان بالصف الرابع الابتدائي. وكان يعاني من كل أعراض الرهاب الاجتماعي ومظاهره، ومن بعض أعراض الاكتئاب. وكان يضاها جورج «الحالة التجريبية» في متغيرات الذكاء (111 نقطة ذكاء)، وكان تحصيله حسناً إلى جيد جداً، وكان من أسرة متماسكة كذلك ومساندة له، وكان يريد التخلص من معاناته، وكان اتجاهه إيجابياً نحو العلاج والمعالج، ولكنه ظل على قائمة الانتظار طوال فترة هذه التجربة (ستة أشهر)، ثم قام

الباحث الراهن بعلاجه من الرهاب الاجتماعي، وهو الآن مثل جورج في الصف الثاني الإعدادي، ويتمتع بكفاءة اجتماعية واضحة وبإدابة للعيان؛ لأنه من الخطأ الأخلاقي ألا يتم علاجه بعد انتهاء التجربة العلاجية.

صياغة مشكلات الحالة التجريبية طبقاً لنموذج كلارك وويلز:

لم يجد الباحث صعوبة حينما قام بتطبيق مكونات نموذج كلارك وويلز على مشكلات حالة جورج المرضية لتحديد مشكلاته المعرفية والانفعالية، والاجتماعية، والسلوكية، علماً بأنه يطبق للمرة الأولى في البيئة العربية والمصرية. في حدود علم الباحث. على الأطفال والمراهقين. وفقاً لهذا النموذج يمكن تحديد المخططات Schema المعرفية التي تفسر منشأ الرهاب الاجتماعي، وما ينتج عن هذه المخططات المعرفية الخاطئة من أفكار آلية سلبية واعتقادات خاطئة تدور حول الذات وعلاقة جورج بالآخرين. وتسبب هذه الأفكار الآلية السلبية بدورها مجموعات ثلاث من الزملات المعرفية والانفعالية، والاجتماعية، والجسمية والفسولوجية، التي تشكل في مجموعها في النهاية الأهداف العلاجية الكبرى، وما ينبثق عنها من أهداف علاجية فرعية وقصيرة المدى. ويمكن تلخيص حالة جورج في الشكل (1) الآتي:



شكل (1) صياغة مشكلات جورج المرتبطة برهابه الاجتماعي طبقاً لنموذج كلارك وويلز (1995) ثم وويلز منفرداً (1997)

المشكلات الكبرى كأهداف علاجية طويلة المدى، وما ينبثق عنها من مشكلات فرعية.

(1) المخططات المعرفية الخاطئة وما ينتج عنها من اعتقادات خاطئة وأفكار آلية سلبية تدور حول الذات والآخرين (مواقف التفاعل الاجتماعي) والمستقبل، وضعف التركيز والمشكلات الاجتماعية والشخصية كالخوف من تقويم الآخرين سلبياً، والانسحاب والتجنب، وفقد الأصدقاء، وضعف التواصل الاجتماعي.

(2) ما ينتج عن المخططات المعرفية الخاطئة من تغيرات انفعالية سلبية كالخوف والرهاب، وتغيرات عضوية كالعصبية والشد والارتجاف وجفاف الحلق، وسرعة ضربات القلب، والاستثارة.

(3) المشكلات السلوكية: التلعثم في النطق، والاستمرار في هجاء الكلمات عند الإملاء أو الكتابة بشكل عام، والضغط بشدة على القلم عند الكتابة، وتكرار الكلمات بصوت مرتفع.

وصف الأدوات:

استخدمنا في هذه الدراسة العلاجية نوعين من الأدوات النفسية،

(أ) أدوات للفحص والتقدير النفسي لأغراض تحديد اضطرابات الخوف الاجتماعي ومظاهره، وهي: مقياس الخوف كمؤشر للرهاب الاجتماعي، وكانت معاملات ثباته بطريقة ألفا كرونباخ، وإعادة الاختبار على التوالي 0.84 ، 0.81، ومعامل صدقه بالمحك الخارجي [قائمة اكتئاب الأطفال (الصبوة، 1998)] 0.72، ومقياس الخوف من التقويم السلبي، وكانت معاملات ثباته وصدقه بالطرق السالفة الذكر ذاتها على التوالي، 0.87، 0.83، والصدق 0.74، ومقياس تجنب السياقات والمواقف الاجتماعية، وكانت معاملات ثباته وصدقه على التوالي (الثبات، 0.93 و 0.88) وكان صدق التعلق بمحك خارجي هو مقياس توكيد الذات للأطفال (الصبوة، محمد نجيب، 2000) . 0.82، وتراوحت الدرجات عليه بين صفر وست وثلاثين درجة، وعدد بنوده 12 بنداً، لكل بند مقياس شدة ذو ثلاثة بدائل. وكلها كانت من إعداد الباحث. وقائمة اكتئاب الأطفال، واعتمدنا عليها كمحك خارجي، ووسيلة لتقدير بعض أعراض الاكتئاب وحدتها الناتجة عن الرهاب الاجتماعي لدى الحالة.

(ب) وأدوات أخرى يتم استخدامها في أثناء تقديم العلاج المعرفي السلوكي، وهي: جداول المراقبة الذاتية لرصد نتائج العلاج ودرجات التحسن في المشكلات السلوكية، ومدرج الخوف من السياقات والمواقف الاجتماعية، والمقابلة التمهيدية للعلاج، والمقابلة العيادية لتحديد أعراض الرهاب والقلق الاجتماعي، ومقياس التقدير الذاتي لتحديد شدة الرهاب، ومستوى الخوف. وجدول إعادة البناء المعرفي للأفكار الآلية السلبية، وفيما يلي عرض للمجموعة الثانية من الأدوات التي تم استخدامها في جمع البيانات في أثناء العلاج وقبله وبعده.

جدول (1) المراقبة الذاتية أسبوعياً قبل العلاج وبعد انتهائه وفي أثناء المتابعة (قبل العلاج)

الأعراض اليوم	استخبارات الرهاب الاجتماعي			قائمة بيك للاكتئاب	الراحة النفسية قبل العلاج - بين الجلسات (صفر - 10)	التقدير الذاتي للرهاب الاجتماعي*	
	الخوف	التجنب	التقويم السلبي			الخوف	التجنب
السبت	22**	20	21	23	2	9	8
الأحد	21	23	25	27	صفر	8	7
الاثنين	20	24	20	32	1	7	9
الثلاثاء	21	21	25	21	1	9	8
الأربعاء	22	25	24	24	صفر	8	7
الخميس	19	22	23	18	3	10	8
الجمعة	23	21	22	22	صفر	9	9

* بالإضافة إلى الاستخبارات الموضوعية التي طبقناها، استخدمنا مقياس التقدير الذاتي لدرجة معاناة جورج من كل مكون من مكونات الرهاب الاجتماعي على مقياس شدة تتراوح درجاته بين صفر وعشر درجات قبل العلاج وفي أثناءه، وبعد انتهائه وطوال فترة المتابعة.

** الدرجات داخل كل الجدول بما فيها جدول (1) عبارة عن مثال لكيفية ملء هذه الاستمارات، وليست بيانات تم تحليلها، على الرغم من أنها تمثل أحد القياسات المتكررة قبل العلاج.

جدول (2) صحيفة يومية للمراقبة الذاتية لأعراض الرهاب الاجتماعي والاكنتاب على مقاييس للتقدير الذاتي تتراوح درجاتهم بين صفر وعشر درجات

فترة التقدير النفسي للرهاب الاجتماعي	الاكنتاب	الرهاب الاجتماعي			الأعراض		
		التقويم السلبي	التجنب	الخوف			
أثناء المتابعة	قبل العلاج	بعد العلاج	19	19	22	20	اليوم بالساعة
			19	21	18	19	8 ص
			23	18	19	22	9
			18	20	23	18	10
			19	18	8	19	11
			19	20	22	18	12
			18	18	9	19	م
			17	19	18	17	2
			18	22	19	18	3
			17	19	18	17	4
			18	18	17	18	5
			19	24	22	21	6
			25	26	24	22	7
			24	23	21	20	8
			21	21	22	19	9
			23	19	20	19	10
			19	18	19	20	11

ويتم تدريب كل من الحالة (جورج) ووالده على ملء جداول المراقبة الذاتية لأعراض فحص وتحديد حدة الأعراض، ودرجات التحسن في أثناء العلاج وبعده، وفي أثناء المتابعة.

جدول (3) مدرج الخوف والرهاب الاجتماعي للمواقف الاجتماعية المهددة لجورج

م	المواقف الاجتماعية	فترة التقدير النفسي	الخوف	التجنب	التقويم السلبي
1	سماعي لبعض زملاء أو الأباء أو المدرسين يتحدثون حول دروس الإملاء. (4) *	قبل العلاج	22	23	23
		بعد العلاج	11	9	10
		أثناء مدة المتابعة	12	11	12
2	رؤية أحد زملاء أو أحد إخوتي وهو يكتب حلولاً تحريرية لواجباته المنزلية المدرسية. (4)	قبل العلاج	23	24	23
		بعد العلاج	10	10	11
		أثناء المتابعة	10	9	10
3	رؤية أحد إخوتي أو أحد زملائي وهو يكتب ما يملي عليه في البيت. (4)، (5)	قبل العلاج	21	25	26
		بعد العلاج	9	10	11
		أثناء المتابعة	10	11	10
4	عندما تقترب حصة الإملاء. (5)	قبل العلاج	24	25	24
		بعد العلاج	12	11	12
		أثناء المتابعة	11	12	9
5	عندما يتم تكليفي بواجبات تحريرية منزلية. (5)، (6)	قبل العلاج	21	22	24
		بعد العلاج	14	12	13
		أثناء المتابعة	11	10	11
6	عندما يدخل الفصل أستاذ اللغة العربية. (5)	قبل العلاج	23	24	25
		بعد العلاج	11	12	13
		أثناء المتابعة	10	14	11
7	عندما يدور حوار حول الإملاء بيني وبين والدي أو والدتي أو أحد إخوتي. (6)، (7)	قبل العلاج	22	21	23
		بعد العلاج	10	11	10
		أثناء المتابعة	11	12	11
8	عندما يطلب مني أحد إخوتي كتابة ما سيمليه علي. (6)، (7)، (8)	قبل العلاج	19	20	22
		بعد العلاج	10	9	10
		أثناء المتابعة	10	10	11
9	عندما أنظر إلى زملائي في الفصل وهم يكتبون بثقة ما يمليه علينا المعلم. (6)، (7)، (8)، (9)	قبل العلاج	18	21	22
		بعد العلاج	11	10	13
		أثناء المتابعة	12	11	12
10	عندما أفكر في فشلي في الإملاء وما سأحصل عليه من درجات. (8)، (9)، (11)	قبل العلاج	19	22	23
		بعد العلاج	13	12	14
		أثناء المتابعة	11	12	9
11	عندما أقارن بين درجاتي ودرجات أحد إخوتي أو أحد زملائي في دروس الإملاء. (9)، (10)، (11)	قبل العلاج	20	19	22
		بعد العلاج	11	10	11
		أثناء المتابعة	9	11	13
12	عندما أقوم بكتابة الإملاء في الفصل بعد سماع صوت المعلم وهو يملي علينا النص. (10)، (11)	قبل العلاج	22	21	23
		بعد العلاج	9	10	11
		أثناء المتابعة	11	10	12

* يشير الرقم إلى الجلسة التي تم علاج الموقف فيها.

وقد استخدمنا هذا المدرج الذي يبدأ بأقل المواقف إثارة للرهاب الاجتماعي بمكوناته الثلاثة، وينتهي بأشدها إثارة له في إزالة الحساسية من الخوف، وهو الأسلوب العلاجي السلوكي المعروف باسم التسكين المنظم. كما استخدمناها في تدريب جورج على التعرض التخيلي لها، ثم التعرض المباشر لها في واقع حياته الفعلية بالمدرسة وبالمنزل، ومع زملائه، ومع معلمي اللغة العربية. وكانت درجات التقدير الذاتي لكل متغير من المتغيرات المرضية تتراوح بين صفر وعشر درجات.

وبالإضافة إلى ما سبق استخدمنا:

المقابلة التمهيدية، وجمعنا منها مجموعة مهمة من المعلومات تكاملت مع تاريخ الحالة، ونتائج اختبارات الرهاب الاجتماعي، وفقاً لإجابة جورج عن هذه الأسئلة: ما قدر تأثير كل موقف من المواقف الاجتماعية التي يضمها هذا المدرج وفقاً لكل مكون من مكونات الرهاب الاجتماعي قبل العلاج؟، وإلى أي مدى أصبح جورج يعاني من الرهاب الاجتماعي «رهاب الإملاء» قبل العلاج؟، وإلى أي مدى يصبح جورج مرعوباً من كل موقف من المواقف الاجتماعية؟، وإلى أي مدى يمكنه تجنب كل موقف من هذه المواقف قبل العلاج؟، وإلى أي مدى كان اهتمامه منصباً على الخوف من تقويم الآخرين له سلبياً في كل موقف من المواقف الاجتماعية؟.

وقد اتفقت مع جورج ووالده الذي كان متعاوناً تماماً مع المعالج، على أن هدف العلاج المبدئي سيكون قدرتنا بالتعاون معاً على مواجهة هذه المواقف الاجتماعية المهددة له، وتقليل الخوف من مواقف الإملاء وما يدور حولها من تفاعلات اجتماعية بينه وبين معلميه وزملائه وإخوته ووالديه، في البيئة الاجتماعية المدرسية والمنزلية باستخدام أسلوب التسكين المنظم Desensitization، والتعرض التخيلي والتعرض المباشر Direct exposure في الحياة الاجتماعية، ثم نستخدم العلاج المعرفي بأسلوب تفنيد الأفكار الآلية السلبية Negative automatic thoughts التي تدور حول الذات، والآخرين، والمستقبل العلمي له. وانتهينا من المقابلة العيادية الأولى إلى تحديد هذه القائمة من الأفكار الآلية السلبية: «أنا لا قيمة لي، أنا فاشل وإخوتي أفضل مني، أنا ضعيف في الإملاء وزملائي أفضل مني، مهما كانت سهولة كلمات الإملاء سأقع في كثير من الأخطاء، سأرسب هذا العام بسبب الإملاء، سيحتقرني معلم اللغة العربية بسبب فشلي، إن والدي وإخوتي سيكرهونني بسبب فشلي في التحصيل، لست متأكداً من نجاحي في السنوات المقبلة، لا مستقبل لي بين إخوتي، مهما حاولت فسأفشل في كل حاجة».

وفي المقابلة العيادية أجاب جورج عن أسئلة بطارية الاستخبارات الأساسية، وهي: قائمة اكتئاب الأطفال، وتتراوح الدرجات عليه بين صفر و39 درجة، وتتسق الدرجة من 15 إلى 21 التي حصل عليها مع درجات مرضى الرهاب الاجتماعي من الأطفال الذين يخضعون للعلاج بهذا البرنامج (Etlng, Hope, & Heinberg, 1992). كما حصل على إحدى وعشرين درجة على مقياس التجنب الاجتماعي، وتتراوح الدرجات عليه بين صفر و28 درجة (سبع بنود ذات بدائل أربعة)، وتدور درجات أطفال الرهاب الاجتماعي عليه حول 18 درجة. وحصل على 25 درجة على مقياس التقويم السلبي لسلوكه الاجتماعي، ومتوسط أطفال الرهاب الاجتماعي على هذا المقياس هو 2.24 درجة في البيئة المصرية [وتتراوح الدرجات عليه بين صفر و27 درجة (تسعة بنود ذات مقياس شدة ثلاثي الدرجات)]، وحصل على 21 درجة على مقياس الخوف الاجتماعي، وتدور درجات أطفال الرهاب الاجتماعي عليه حول 19 درجة، وتتراوح الدرجات عليه بين صفر و24 درجة (ثمانية بنود ذات مقياس شدة ثلاثي الدرجات).

كذلك استخدمنا أسلوب الاسترخاء بالتنفس breath relaxation والاسترخاء العضلي العميق deep muscle relaxation لعلاج الأعراض الفسيولوجية والشد العضلي والعصبية والارتجاف إلى آخره، وهي تمثل الهدف العلاجي الطويل الثاني وما ينبثق عنها من أهداف علاجية فرعية.

ويقتضي التدريب على الاسترخاء تعليم المريض كيفية الاسترخاء بالتنفس العميق بعد أن نشرح المقصود بهذا المفهوم، ونقوم بأداء الدور أمامه، والفائدة العلاجية المترتبة عليه. كما يقتضي التدريب على الاسترخاء العضلي العميق، تعليم جورج التمييز بين إحساسات الشد والاسترخاء في كل مجموعة عضلية في أثناء ممارسة التدريب، علماً بأن عدد المجموعات العضلية ست عشرة مجموعة. وكان الهدف العلاجي النهائي من التدريب التمييزي على الاسترخاء، زيادة قدرة المريض على اكتشاف مصادر الشد العضلي وعلاماته مبكراً، بجانب تيسير انتشار الاسترخاء

سريعاً على كل هذه المجموعات العضلية. وبعد الانتهاء من تدريب كل مجموعة عضلية على حدة على ممارسة الاسترخاء، تستخدم أساليب تعميق الاسترخاء. على أنها مهارة يجب تعلمها. في أثناء عمليات التأثير والإيحاء، متضمنة التنفس البطيء (مثال ذلك: التنفس البطيء مع تكرار كلمة استرخ، بهدوء مع خروج الزفير ببطء) (براون وأوليري، 2002، 402-403).

أما قائمة الأعراض الفسيولوجية التي قمنا بعلاجها باستخدام الاسترخاء بالتزاوج مع كل موقف من المواقف الاجتماعية المخيفة لجورج، وكذلك التقدير الذاتي لكل عرض فيها على حدة على مقياس شدة تتراوح درجاته بين صفر وعشر درجات، فيعرض الجدول الآتي لها:

جدول (4) الأعراض الفسيولوجية التي تم علاجها بالاسترخاء بنوعيه والتقدير الذاتي لها قبل العلاج وبعده وفي فترة المتابعة

م	الأعراض الفسيولوجية تحت العلاج بالاسترخاء	التقدير الذاتي على مقياس شدة يتراوح بين صفر إلى عشرة	قبل العلاج	بعد العلاج	أثناء المتابعة
1	الارتجاف (بالساقين والذراعين)	8	9	3	3.5
2	الشد العضلي	9	9.5	2	2
3	التلمل	7	7.5	2	2.5
4	الأرق	8	9	2	2.5
5	ضيق التنفس	6	7	1	1
6	خفقان القلب	8	9	2	3
7	الدوار	7	8	صفر	صفر
8	آلام في البطن	9	9	1	صفر
9	نوبات العصبية	10	10	3	3
10	آلام في البلع	9	9	صفر	1

وأخيراً استخدمنا العلاج المعرفي بالإضافة إلى العلاج السلوكي الذي عرضنا أدوات جمع بياناته في الفقرات السابقة. ويتسق المكون المعرفي في برنامجنا العلاجي لحالة جورج، مع الإجراءات العلاجية المعرفية التي وضعها بك Beck وامري (1985) Emery.

في بداية الجلسة العلاجية، يزود جورج بعرض وافٍ لطبيعة المعارف والإدراكات المسببة للرهاب الاجتماعي (من قبيل مفهوم الأفكار الآلية السلبية، وطبيعة المواقف الاجتماعية المثيرة للخوف وللرعب والرهاب الاجتماعي والكرب النفسي، والأسباب التي تقف خلف الأفكار الآلية السلبية المسؤولة عن استمرار رهابه الاجتماعي). ولأن جزءاً من المقدمة تنصب على الأسس والمعتقدات التي يتصدى لها العلاج المعرفي، فإن عناية خاصة توجه إلى جورج، بحيث نضمن أنه قد فهم أن هذا النوع من العلاج المعرفي يتم استخدامه في علاج الرهاب الاجتماعي، وأن تأويلاته المعرفية المشوهة للمواقف الاجتماعية وسوء إدراكه لها، وليست السياقات الاجتماعية نفسها، هي السبب أو هي المسؤولة عن الخبرات الانفعالية المزاجية السلبية كاستجابات لهذه المواقف الاجتماعية. ولذلك فإنه من خلال المواقف التي يعرضها المعالج النفسي، مثلها في ذلك مثل المواقف الاجتماعية التي يوردها جورج، ويعيد بعضها عليه المعالج بطريقة مضمونها الحماسة والدافعية، تتشكل الخطوة الأولى من خطوات العلاج المعرفي، بل هي أهم خطواته على الإطلاق؛ لأنها تساعد جورج في إدراك أنه لا بد أن يكون قادراً على تحديد التفسيرات والتنبؤات المحددة التي يتوصل إليها بنفسه، لكي يكون في وضع يمكنه من إيقاف هذه الأفكار الآلية السلبية والمعتقدات الخاطئة بشكل فعال.

ووفقاً لما يقوم به بك وامري (1985)، يقوم جورج والمعالج النفسي الراهن بتحديد الأفكار السلبية عن طريق أساليب علاجية محددة أهمها، أسلوب تساؤلات المعالج، مثال ذلك، ما الذي حدث في هذا الموقف الاجتماعي (موقف الإملاء، أو خروجك للكتابة أمام زملائك على السبورة)، بحيث أصبحت خائفاً بل ومرعوباً بهذا الشكل؟، وأسلوب التصور أو التخيل العقلي، بأن نطلب من

جورج أن يغمض عينيه، ويتخيل كل موقف من هذه المواقف الاجتماعية بكل تفاصيلها على أنها وسيلة لحصولي على مزيد من المعلومات الإضافية من أجل استرجاع الأفكار الآلية السلبية التي حدثت في كل موقف من المواقف الاجتماعية. هذا بالإضافة إلى قائمة الأفكار الآلية التي حصلنا عليها من أسلوب المقابلة العيادية الذي وصفناه سابقاً.

وتم تدريب جورج على استخدام جداول المراقبة الذاتية المعرفية للأفكار (راجع جدول (5) القادم)، ليعرف كيف يراقب أفكاره الآلية كلما صادفه موقف اجتماعي مهدد، أو كلما ازداد خوفه الاجتماعي إذا طرأت على ذهنه إحدى أفكاره الآلية، وكان المعيار الكمي الذي يبدأ عنده المراقبة الذاتية للأفكار، هو مقياس التقدير الذاتي لما يشعر به من خوف أو رهاب، وهو ثلاث أو خمس درجات من عشرة. وكنا نبدأ من درجة منخفضة من درجات الرعب (أقل من خمس درجات)، حتى يبدأ جورج مراقبة أفكاره مبكراً، ليعرف أن الموقف الاجتماعي بذاته ليس سبباً في رهابه، أما السبب فهو أفكاره الآلية السلبية ومعتقداته الخاطئة حوله. ولمزيد من توليد الدافعية داخل جورج لملء جداول المراقبة الذاتية الخاصة بالأفكار الآلية السلبية، على أنه واجب منزلي، كنت أعلمه أن يطرح على نفسه هذا السؤال، إذا شعر بزيادة الخوف الاجتماعي داخله، فيردد بنوع من الحوار الذاتي Self-dialouge غير المسموع حتى لا يلفت نظر الآخرين إليه، «لقد زاد خوفي وما زال يزداد في الدقائق العشر الأخيرة، بحيث أصبحت شدته تتراوح بين درجتين وخمس أو ست درجات، فما الذي يمكنني التفكير فيه حتى أعرف سبب هذه الزيادة؟ كذلك كنت أعلمه مراقبة تقلباته المزاجية وزيادة العصبية والشد العضلي؛ لأنها من أهم الفرص التي لا ينبغي ضياعها من دون تحديد الأفكار الآلية السلبية التي طرأت على ذهنه، وهي الأفكار التي يجب تناولها على أنها فروض قابلة للاختبار وليست حقائق، وفيما يلي جدول (5) الذي يعرض للأفكار الآلية السلبية التي تم علاجها بالعلاج المعرفي؛ لأنها كانت أحد أبرز أسباب رهابه الاجتماعي، مستخدمين أسلوب تنفيذ الأفكار ودحضها.

جدول (5) الأفكار الآلية السلبية المثيرة للرهاب الاجتماعي (رهاب الإملاء) إعادة البناء المعرفي

أثناء المتابعة		قبل العلاج المعرفي			
درجة الراحة النفسية (صفر-10)	درجة الرهاب (صفر-10)	الأفكار البديلة الإيجابية	درجة الرهاب	الفكرة الآلية السلبية	الموقف الاجتماعي المثير
3	2	الإملاء موقف لا يحدد قيمتي إنني أفضل منهم هي مقررات أخرى	10	أنا لا قيمة لي (4)*	حوار حول الإملاء
1	1	سيخلصني العلاج من هذه الفكرة وسأتصدى لها وتغيرها	9	إخوتي أفضل مني لأنني فاشل (4)	الكتابة على السبورة أمام زملائي
3	3	سأواصل التدريب والتعلم حتى أصبح أفضل من زملائي	8	زملائي أفضل مني بسبب ضعفي في الإملاء (5)	المقارنة بين درجاتي ودرجات زملائي أو إخوتي في الإملاء
2	2	كل إنسان يخطئ ولكن المهم أن يتعلم من خطئه	7	سأقع هي كثير من الأخطاء مهما كانت سهولة قطعة الإملاء (6)	انتظار درس الإملاء
1	1	ما دامت أسرتي تساندني سيكون النجاح حليفي	8	سأرسب في امتحاناتي بسبب فشلي في التحصيل (7)	رؤية المعلم وهو يملئ قطعة الإملاء
1	1	(هذه مجرد أمثلة للأفكار البديلة الإيجابية التي كان يتعلمها جورج ليبتكر مثلها)	7	لا مستقبل لي بين أسرتي (8)	رؤيتي لزملائي وهم يكتبون الإملاء
1	2		8	لست متأكداً من نجاحي في السنوات القادمة (8)	رؤية زميلي يكتب على السبورة
2	1		9	مهما حاولت سأفشل في كل الأمور (9)	تدريب والدتي لي على إجادة الإملاء
2	1		10	سيكرهني والدي بسبب حصولي على درجات سيئة (9)	حوار مع والدي حول حل واجباتي تحريرياً.

* يشير الرقم إلى الجلسة التي تم علاج الفكرة الآلية بها.

وبناء على بيانات هذا الجدول ستتم المقارنة بين درجات الرهاب الاجتماعي لدى جورج قبل العلاج المعرفي - السلوكي وبعد انتهائه وفي أثناء مدة المتابعة، كما ستتم المقارنة بينه وبين الحالة الضابطة التي تعاني من الاضطراب نفسه، ولكنها لم تعط علاجاً بل بعض جلسات التفريغ مرة كل أسبوعين، لنستنتج كفاءة العلاج المعرفي - السلوكي وتأثيره الفعال في علاج الرهاب الاجتماعي متمثلاً في رهاب الإملاء لدى جورج علاجاً فردياً على مدى برنامج يتكون من اثنتي عشرة جلسة، بواقع جلسة واحدة أسبوعياً. وفيما يلي عرض جدول «أعمال جلسات العلاج المعرفي - السلوكي» الذي اتبعناه في علاج هذه الحالة.

جدول أعمال جلسات العلاج المعرفي - السلوكي الفردي

لرهاب الإملاء لدى جورج (الحالة التجريبية)

الجلسة الأولى:

- . تقديم تعريف مختصر ودقيق لما نعنيه بالرهاب الاجتماعي.
- . وصف النموذج النظري للرهاب الاجتماعي لمعرفة طبيعته وكيف ينشأ داخلنا.
- . عرض لجدول المراقبة الذاتية بكل أنواعها وبيان أهمية الواجبات المنزلية.
- . تحديد الواجب المنزلي الأول المتمثل في ملء جدول المراقبة الذاتية الخاص بتحديد درجات الخوف الاجتماعي، والتجنب، والتقويم السلبي، ودرجة الاكتئاب.

الجلسة الثانية:

- . مراجعة فهم نموذج الرهاب الاجتماعي.
- . مراجعة جدول المراقبة الذاتية لتحديد درجات الخوف والتجنب والتقويم السلبي والاكتئاب على مدى أسبوع، وأخذ متوسطه وانحرافه المعياري لدى الحالتين، (التجريبية والضابطة).
- . مناقشة المكون الفسيولوجي للرهاب الاجتماعي وما يتضمنه من أعراض.
- . مناقشة العوامل التي تسبب المعاناة من اضطراب القلق والرهاب الاجتماعي.
- . تحديد الواجب المنزلي، وهو ملء الصحائف اليومية لمراقبة أعراض الرهاب الاجتماعي والاكتئاب، وشرح كيفية ملئها لوالد جورج لمساعدته على ملئها يومياً، وعلى مدى أسبوع.

الجلسة الثالثة:

- . مراجعة نماذج المراقبة الذاتية والصحائف اليومية.
- . مناقشة علاقة المجموعات العضلية بالأفكار والمشاعر والسلوك الاجتماعي.
- . ممارسة الاسترخاء التنفسي في أثناء الجلسة مع الاستعانة بشريط تسجيل تلفازي، لمساعدته على الممارسة بالمنزل.
- . تحديد الواجب المنزلي وهو ملء جدول المواقف الاجتماعية المهددة له في المنزل وفي المدرسة بمساعدة والده، وممارسة الاسترخاء التنفسي يومياً خمس مرات.

الجلسة الرابعة:

- . مراجعة نماذج المراقبة الذاتية للمواقف الاجتماعية المثيرة للرهاب الاجتماعي، وممارسة الاسترخاء التنفسي.
- . ممارسة الاسترخاء العضلي العميق وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء.
- . تعريف جورج بدور الأفكار الآلية والمعتقدات الخاطئة في استمرار رهابه الاجتماعي، مع علاج فكرة أو اثنتين من الأفكار التي ذكرها جورج. (1، 2).

- تدريبه على مقاومة تجنب المواقف الاجتماعية بمزيد من التعرض المباشر لها، مع تديد حوار ذاتي مضمونه، ما أقصى ما يمكن أن ينتج عن التعرض لها وما أفسادها بالطبع لن أموت، ومن ثم يجب ألا أكون جباناً، وأتحمل هذه المخاوف حتى تزول (المواقف 1، 2).

- تحديد الواجب المنزلي، وهو المراقبة الذاتية لدرجات الخوف والتجنب، وممارسة الاسترخاء التنفسي والعضلي العميق.

الجلسة الخامسة:

- مراجعة للمراقبة الذاتية، ونتائج ممارسة الاسترخاء على اختفاء بعض الأعراض الفسيولوجية، ودرجة التحسن فيها وفقاً لمقياس التقدير الذاتي، ودرجة تحسن التعرض المباشر للمواقف الاجتماعية وعدم تجنبها (1، 2، 3).

- تدريب جورج على ثماني مجموعات عضلية بالاسترخاء العضلي التمييزي.

- تدريبه على تنفيذ فكرتين من الأفكار الآلية والنظر إليها على أنها فروض، وليست حقائق ثابتة لا تقبل التغيير، ووضع أفكار إيجابية بديلة، ورؤية ما يترتب على ذلك من تحسن إيجابي في أبعاد الرهاب الاجتماعي، والخوف والتجنب والتقويم السلبي، وفي الأعراض الاكتئابية، وفي السلوك الاجتماعي. (2، 3).

- تحديد الواجب المنزلي، وهو استمرار ممارسة الاسترخاء التمييزي، والتعرض المباشر لمزيد من المواقف الاجتماعية (4، 5، 6)، وتنفيذ فكرة آلية أخرى بمساعدة والده (لم ترد هذه الفكرة في الجلسات العلاجية).

الجلسة السادسة:

- مراجعة جداول المراقبة الذاتية، ونتائج ممارسة الاسترخاء التمييزي، والتعرض المباشر، وتنفيذ الأفكار الآلية، مع رصد التحسن من وجهة نظر جورج على مقاييس التقدير الذاتي لأبعاد الرهاب الاجتماعي، والأعراض الاكتئابية، والسلوك الاجتماعي.

- تدريب جورج على ثماني مجموعات عضلية أخرى، مع التركيز على عضلات الوجه والرقبة والبطن والساقين بالاسترخاء العضلي التمييزي.

- تدريبه على فكرتين آليتين أخريين، وتسجيل درجة التحسن في أبعاد الرهاب الاجتماعي، والاكتئاب، والسلوك الاجتماعي، وفقاً لمقاييس التقدير الذاتي، من وجهة نظر جورج ومن وجهة نظر والده. (الفكرتان 3، 4).

- تدريبه على التطمين المنظم (مدرج الخوف والرهاب الاجتماعي) لمواجهة المواقف الاجتماعية (7، 8، 9)، وعلى التعرض المباشر في الحياة الاجتماعية بالمنزل والمدرسة.

- تحديد الواجب المنزلي، وهو الاستمرار في ممارسة الاسترخاء التمييزي، والتعرض المباشر للمواقف الاجتماعية المهددة (5، 6، 7)، وتسجيل المزيد من الأفكار الآلية وتنفيذها. (4)

الجلسة السابعة:

- مراجعة جداول المراقبة الذاتية، ونتائج ممارسة الاسترخاء العضلي التمييزي، ونتائج تنفيذ الأفكار الآلية على أبعاد الرهاب الاجتماعي والاكتئاب، والسلوك الاجتماعي.

- مزيد من التدريب على الاسترخاء التمييزي على المجموعات العضلية للوجه والبطن.

- التدريب على فكرة آلية سلبية جديدة، وتسجيل التحسن على مقاييس التقدير الذاتي من وجهة نظر جورج ووالده. (الفكرة 5).

- التدريب على أسلوب التطمين المنظم لمواجهة بعض المواقف الاجتماعية المهددة الجديدة (7، 8، 9).

- تحديد الواجب المنزلي، وهو الاستمرار في ممارسة الاسترخاء العضلي التمييزي، والتعرض المباشر للمواقف نفسها في السياق الأسري وفي المدرسة، وبين إخوته وزملائه.

الجلسة الثامنة:

- مراجعة جداول المراقبة الذاتية، ونتائج ممارسة الاسترخاء والتطمين المنظم، وتقنييد الأفكار والتعرض المباشر.
- التدريب على الاسترخاء العضلي العميق لعضلات البطن والساقين.
- التدريب على التطمين المنظم للمواقف الاجتماعية المهددة لجورج (8، 9، 10)، بالإضافة إلى التعرض المباشر لها في السياق الأسري والمدرسي، وفي الفصل.
- تقنييد فكرتين آليتين جديدتين بأسلوب بك وامري ذاته. (الفكرتان 6، 7).
- تحديد الواجب المنزلي، وهو الاستمرار في ممارسة الاسترخاء التمييزي والتطمين المنظم، والتعرض المباشر للمواقف الاجتماعية، وتسجيل فكرة آلية جديدة وتقنيدها.

الجلسة التاسعة:

- مراجعة جداول المراقبة الذاتية، ونتائج ممارسة الاسترخاء التمييزي والتطمين المنظم، والتعرض المباشر، وتقنييد الأفكار الآلية السلبية على أبعاد الرهاب الاجتماعي (الخوف والتجنب والتقويم السلبي)، والاكثاب، والسلوك الاجتماعي، وقدر التحسن فيها من وجهة نظر جورج ووالده.
- مزيد من ممارسة الاسترخاء لعضلات الوجه والرقبة والساقين.
- التدريب على التطمين المنظم للمواقف الاجتماعية المهددة لجورج (9، 10، 11)، بالإضافة إلى التعرض المباشر عليها في دروس الإملاء بالمدرسة وبالمنزل، وتسجيل تحسن الدرجات في الإملاء، وفي الواجبات التحريرية.
- تقنييد فكرة آلية جديدة بطريقة بك وامري، وتسجيل درجات التحسن في الاكثاب، وفي السلوك الاجتماعي. (الفكرة 6).
- تحديد الواجبات المنزلية، وهي مراقبة أي أفكار آلية جديدة، والاستمرار في ممارسة الاسترخاء التمييزي والتطمين المنظم، والتعرض المباشر للمواقف الاجتماعية (10، 11، 12) في السياق الأسري والمدرسي بين زملاء ومعلمي اللغة العربية وخاصة في أثناء دروس الإملاء، ونتائج التحسن في أبعاد الرهاب الاجتماعي.

الجلسة العاشرة:

- مراجعة نتائج ممارسة الاسترخاء العضلي والتطمين المنظم للمواقف الاجتماعية المهددة، والتعرض المباشر لها في الحياة الأسرية والمدرسية، وطريقة تقنييد الأفكار الآلية، من وجهة نظر جورج ووالده.
- مزيد من إتقان ممارسة الاسترخاء التنفسي والعضلي التمييزي على المجموعات العضلية للجزء الأعلى من الجسم (الدماغ والرقبة والوجه والذراعين والصدر)، والتطمين المنظم للمواقف الاجتماعية المتبقية في المدرج (11، 12)، والتعرض المباشر لها في مواقف الإملاء بالمنزل وبالمدرسة، وعند أداء الواجبات المدرسية تحريراً أمام إخوته وزملائه.
- تقنييد الفكرة الآلية السلبية الأخيرة، وأي أفكار أخرى سجلها جورج، وتسجيل التحسن في أبعاد الرهاب الاجتماعي، وفي الاكثاب، وفي السلوك الاجتماعي في كل السياقات الاجتماعية، وفي كل مستوياته، مع والديه، وإخوته، وزملائه بالمدرسة، ومعلميه بشكل عام، ومعلمي اللغة العربية بصفة خاصة، وعند الكتابة على السبورة أمام زملائه.
- تحديد الواجبات المنزلية، وهي تسجيل درجات التحسن في أبعاد الرهاب الاجتماعي (الخوف والتجنب والتقويم السلبي)، وفي الأعراض الاكتئابية، وفي السلوك الاجتماعي، ومراقبتها، والاستمرار في ممارسة الاسترخاء وتقنييد الأفكار والتعرض المباشر للمواقف الاجتماعية المهددة لجورج، وتقديره لدرجة تهديدها له، والتقدير الذاتي من قبل الوالدين

لكل أعراض الرهاب الاجتماعي على مقياس شدة تتراوح درجاته بين صفر وعشر درجات، لكل عرض على حدة. وتسجيل درجات التحسن من وجهة نظر المعلمين، وبعض زملاء جورج باستخدام المقياس نفسه، على أن يقوم بهذه المهمة والده.

الجلسة الحادية عشرة:

- مراجعة كل نتائج علاج الرهاب الاجتماعي بأساليب الاسترخاء والتطمين المنظم والتعرض المباشر (الأساليب العلاجية السلوكية)، وتفنيد الأفكار الآلية السلبية بطريقة بك وامري (1985). وهو العلاج المعرفي لتعديل البناء المعرفي والمخططات المعرفية المشوهة التي تعد أحد أسباب استمرار المعاناة من الرهاب الاجتماعي.

- التدريب من أجل إتقان مهارات مواجهة المواقف الاجتماعية المهددة والتغلب عليها باستمرار توظيف أساليب الاسترخاء والتطمين المنظم والتعرض المباشر، وتفنيد الأفكار الآلية السلبية.

- يقوم جورج بتنفيذ خمسة أفكار آلية سبق له التدريب عليها، والتصدي لخمس مواقف اجتماعية كانت شديدة التهديد له مسبقاً (8، 9، 10، 11، 12)، وتسجيل درجات الخوف منها والتجنب حتى يرى قدر تحسنه، ويحاول ألا يفقد أي مكسب من مكاسبه العلاجية.

- يقوم بالاسترخاء العضلي التمييزي للمجموعات العضلية الست عشرة، وتقدير درجات التحسن في كل الأعراض الفسيولوجية على مقياس التقدير الذاتي لكل منها على حدة.

- تحديد الواجب المنزلي، ويكمن في كتابة ثلاث قطع من الإملاء، إحداها يملئها عليه والده، والثانية يملئها والدته، والثالثة يملئها أخوه الأكبر، وتسجيل الدرجات بعد تصحيحها بنفسه، وإذا كانت درجات ممتازة يفخر بنفسه أمام أسرته. ويطلب من معلمه أن يملئ عليه نصاً، ويكتبه على السبورة أمام زملائه، وإذا حصل على درجة مرتفعة يقول لنفسه بنوع من الحوار الذاتي «لست أضعف من زملائي، ولست فاشلاً، إنني مثل زملائي، وربما أصبح أفضل منهم في المستقبل إذا حرصت على الاستفادة مما تعلمته من العلاج المعرفي - السلوكي لرهاب الإملاء، هو موقف اجتماعي كان سخيماً، وكاد أن يدمر مستقبلي». ويطلب من معلمه أن يقول له أمام زملائه بعد تحسنه «أصبحت مثلهم».

الجلسة الثانية عشرة والأخيرة:

- ممارسة كل الأساليب العلاجية المعرفية - السلوكية التي تعلمها جورج؛ لأنها جعلته يتحسن كثيراً (متوسط تقديراته للتحسن 8.7 درجات من عشرة)، ومتوسط تقديرات والديه له (ثمانى درجات من عشرة)، ومتوسط تقديرات معلميه كان 7 سبع درجات ونصف الدرجة من عشرة. هذا عن مؤشر الآثار الإيجابية لهذا البرنامج العلاجي. أما عن كفاءته، فسنعرض له في فقرة عرض النتائج.

- الاتفاق مع جورج ووالده على أن يتلقى خلال الشهر التالي لانتهاج العلاج جلسة علاجية كل أسبوعين، ثم بعد شهر كامل، ثم الاتصال بالهاتف إذا حدثت أية انتكاسة طوال فترة المتابعة، ويتلقى جلسة أخيرة في نهاية فترة المتابعة التي استمرت ستة أشهر، أي: ثلاثة أضعاف فترة العلاج التي استمرت شهرين، ونحصل عبرها على قياس أخير لأبعاد الرهاب الاجتماعي (الخوف والتجنب والتقويم) والاكتمال لدى جورج، ولدى سعيد. كما نحصل من والديه على تقدير ذاتي، لقدرة تحسن جورج في أبعاد الرهاب الاجتماعي والسلوك الاجتماعي في المنزل وفي المدرسة خاصة عند مواجهته لدروس الإملاء وأداء الواجبات المدرسية التحريرية.

عرض النتائج ومناقشتها:

قبل عرض النتائج، توجد مجموعة من الاعتبارات يجب الإشارة إليها، أهمها أننا سنقوم بعرض النتائج طبقاً لما حصلنا عليه من درجات على مقاييس أو استخبارات الخوف والتجنب والتقويم السلبي كمكونات للرهاب الاجتماعي والاكتمال بعد استخدام حزمة الأساليب السلوكية علاجياً، وهي الاسترخاء والتطمين المنظم، والتعرض المباشر مرة، ثم بعد استخدام العلاج المعرفي بطريقة تفنيد الأفكار لدى بك وامري مرة أخرى. وسنقارن بين هذه النتائج لدى الحالة التجريبية (جورج) والحالة الضابطة (سعيد)، ثم سنقارن بين نتائج أداء جورج على الاستخبارات

الأربعة قبل العلاج وبعده وآخر فترة المتابعة، لاستنتاج قدر التحسن واستقراره على مدى ستة شهور على أنها مؤشر على كفاءة العلاج المعرفي. السلوكي الفردي انطلاقاً من نموذج كلارك وويلز الذي أشرنا إليه مسبقاً، في علاجه للرهاب الاجتماعي لدى الأطفال. وسنقوم بعرض نتائج مقياس التقدير الذاتي لكل مكون من مكونات «رهاب الإجماع الاجتماعي»، (الخوف الاجتماعي، وتجنب المواقف الاجتماعية المهددة، والتقييم السلبي لجورج من قبل الآخرين، والاكتماب في مقابل الراحة النفسية) قبل العلاج وبعده وفي أثناء المتابعة من قبل جورج وسعيد، ثم من قبل والده، ومعلم اللغة العربية، بهدف الوقوف على تأثير Effectiveness العلاج المعرفي. السلوكي الفردي من وجهة نظر المريض وأسرته ممثلة في والده، ومعلمه (مختلف السياقات الاجتماعية)، لثري الدلالة الاجتماعية لهذا العلاج. وسبب الوقوف على كلا المؤشرين لتحسن الرهاب الاجتماعي (رهاب الإجماع) لدى جورج، ما أشار إليه «الآن كازدين (1998) Kazdin، وتيموثي ترول (2004) Trull, T. من أنه ينبغي لتقييم نتائج العلاج النفسي أياً كان نوعه أن نحصل على تقدير كفاءته أو فعاليته efficacy من الناحية العلمية. المهنية، تحقيقاً لنموذج العالم. المهني باستخدام الاختبارات النفسية ذات الطبيعة التشخيصية وأية وسائل أخرى لجمع البيانات من قبيل المشاهدات (جداول المراقبة الذاتية للسلوك والمشاعر والأفكار والتقلبات المزاجية)، والمقابلات العيادية إلى آخره»، وهو ما اعتمد عليه الباحث الراهن لتحقيق هذا الهدف، بالإضافة إلى الاعتماد على «أساليب التقدير الذاتي من قبل المرضى، ومن قبل مصادر اجتماعية أخرى تمثل السياقات الحياتية للمريض، حتى نحصل على تأثير العلاج النفسي المستخدم من وجهة نظرهم، تحقيقاً للصدق الخارجي للعلاج النفسي والصدق البيئي الاجتماعي، وهو ما يعرف بتقدير تأثير العلاج النفسي من وجهة نظر المستفيدين منه» (pp. 292-293).

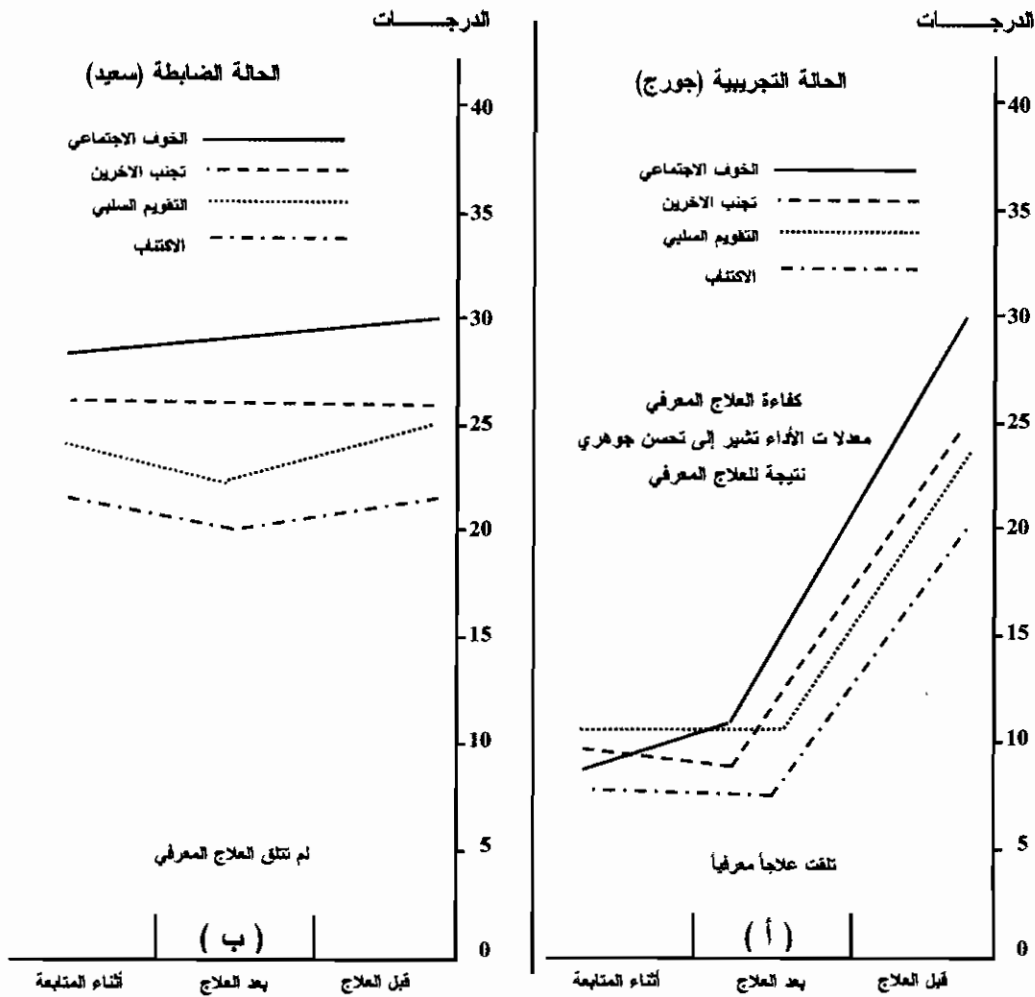
وهيما يلي سنعرض لنتائج هذه الدراسة العلاجية ومناقشتها، للإجابة عن السؤال الأول، «ما قدر التحسن لدى الحالة التجريبية بالمقارنة بالحالة الضابطة قبل العلاج وبعده وفي أثناء مدة المتابعة لمدة ستة أشهر اعتماداً على التقدير النفسي العيادي؟»، تعرض نتائج الجدول (6) تفاصيل هذه الإجابة.

جدول (6) التقدير النفسي العيادي لقدرة التحسن لدى الحالتين التجريبية والضابطة قبل العلاج المعرفي. السلوكي الفردي وبعده وفي أثناء المتابعة

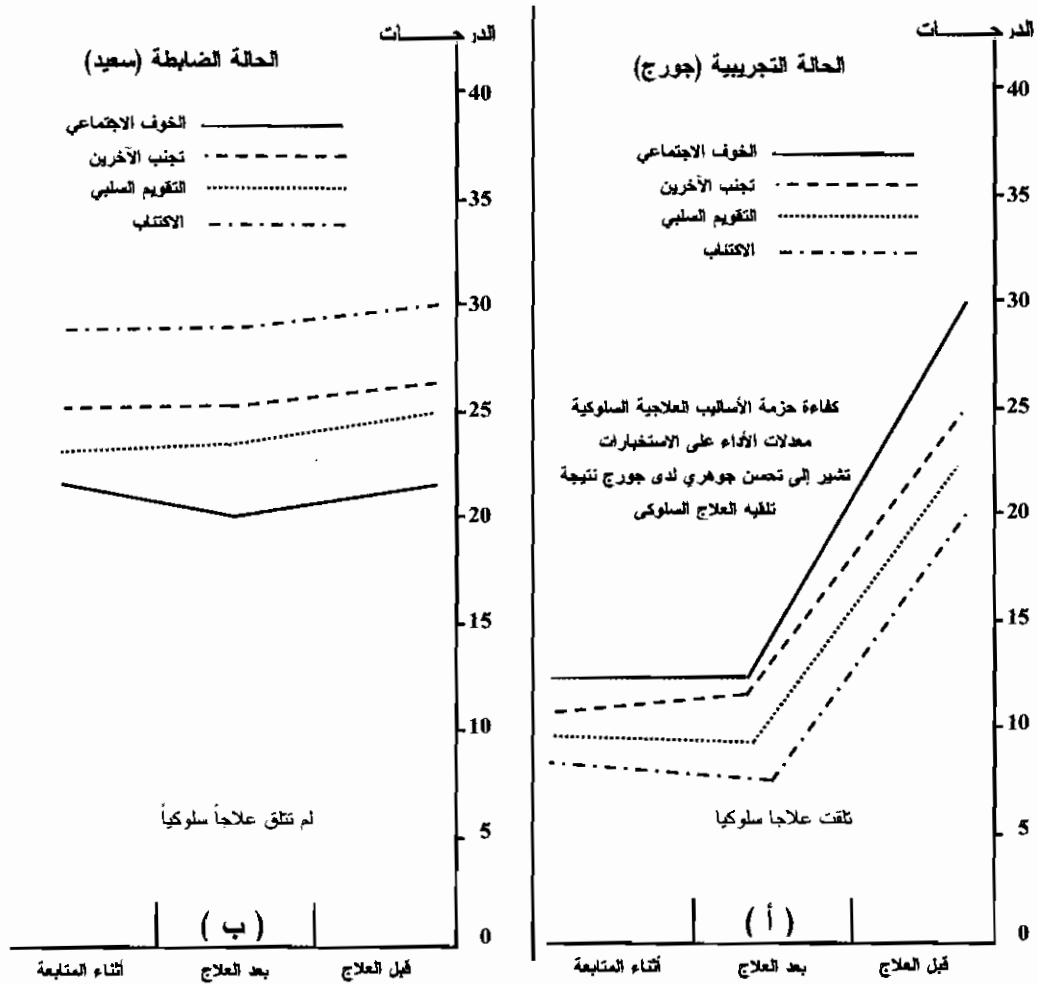
م	درجات التحسن		قدر التحسن لدى الحالتين			
	المقاييس		الحالة التجريبية (جورج)		الحالة الضابطة (سعيد)	
	قبل العلاج	بعد العلاج	قبل العلاج	بعد العلاج	قبل العلاج	بعد العلاج
1	21	6	7	22	21	22
2	23	9	9	25	23	24
3	25	7	10	26	25	27
4	31	11	8	30	29	28
ثانياً، حزمة الأساليب السلوكية العلاجية						
1	21	9	8	22	20	25
2	23	10	11	25	24	24
3	25	11	9	26	25	23
4	31	12	10	30	29	29
ثالثاً، وسيط التقدير الذاتي من قبل والده ومعلمه*						
1	10	2	1	8	7	8
2	9	1	صفر	9	10	9
3	9	1	1	10	9	10
4	10	3	1	10	10	9

* مقياس التقدير الذاتي لكل جانب تتراوح شدته بين صفر وعشر درجات.

بالنظر في الجدول (6) السابق وكذلك في الشكل (1) الخاص بمعدلات الأداء التي تشير إلى أداء الحالتين (أ الحالة التجريبية) و(ب الحالة الضابطة) على استخبارات الخوف على أنها مؤشر للرهاب الاجتماعي، وتجنب الآخرين خوفاً من التنغيم والتقويم السلبي من الآخرين وقائمة اكتئاب الأطفال، يتبين لنا أن النتائج تشير إلى وجود كفاءة للعلاج المعرفي وفعالية شديدة في علاج رهاب الإملاء، وهو أحد أنواع الرهاب الاجتماعي النوعية والنادرة في الوقت نفسه، فقد تراوحت الدرجات لدى الحالتين، التجريبية والضابطة على استخبارات الرهاب الاجتماعي الثلاثة قبل العلاج المعرفي الفردي، بين 21 و26 درجة، كما تراوحت بين 30 و31 درجة على قائمة اكتئاب الأطفال لدى الحالتين. وانخفضت بعد انتهاء العلاج المعرفي الفردي، وفي آخر قياس لفترة المتابعة التي استمرت ستة أشهر لدى جورج (الحالة التجريبية) لتتراوح بين 6 درجات وعشر درجات على استخبارات الرهاب الاجتماعي، وتراوحت على قائمة اكتئاب الأطفال بين 8 درجات و11 درجة، في حين ظلت درجات سعيد (الحالة الضابطة ب) كما هي تقريباً بعد العلاج المعرفي لفترة المتابعة؛ لأنه لم يتلق أية برامج علاجية، ولكن كانت تخصص له بعض جلسات الحوار والحديث العام في الأمور الثقافية، الأمر الذي يشير إلى فعالية العلاج المعرفي الفردي في علاج رهاب الإملاء.



شكل (1) معدلات الأداء على استخبارات الرهاب الاجتماعي (رهاب الإملاء) والاكتئاب لدى الحالتين، التجريبية والضابطة قبل العلاج المعرفي وبعده وفي أثناء المتابعة



شكل (2) معدلات الأداء على استخبارات الرهاب الاجتماعي (رهاب الإملاء) والاكتئاب لدى الحالتين: التجريبية والضابطة قبل العلاج السلوكي وبعده وفي أثناء المتابعة

وإذا نظرنا إلى النتائج العلاجية الخاصة بحزمة الأساليب السلوكية، وهي الاسترخاء والتطمين المنظم والتعرض المباشر في الحياة الاجتماعية للمواقف الاجتماعية المثيرة للتهديد لدى الحالتين: التجريبية (جورج) والضابطة (سعيد) الذي لم يتلق هذه العلاجات السلوكية) في الجدول ذاته (1)، وفي الشكل (2) السابق، نجد أن ما بهما من نتائج، يشيران إلى كفاءة العلاج السلوكي وفعاليتها في علاج رهاب الإملاء، خاصة إذا تكامل مع العلاج المعرفي. معنى ذلك أنه قد حدث تحسن جوهري كما لم يحدث أي انتكاس للحالة التجريبية على مدى ستة أشهر بعد انتهاء العلاج المعرفي - السلوكي الفردي. وبذلك تكون هذه الدراسة قد أجابت عن السؤال الأول.

وفي محاولة للإجابة عن السؤال الثاني الذي طرحته هذه الدراسة وهو «هل هناك آثار effectiveness إيجابية للعلاج المعرفي - السلوكي في علاج رهاب الإملاء لدى الحالة التجريبية في مقابل الحالة الضابطة، من وجهة النظر الاجتماعية (الوالد والمعلم)؟»، يعرض الجدول (6) في الجزء الثالث من البيانات التي يعرضها بعنوان: التقدير الذاتي من قبل والد جورج ومعلمه في مقابل والد سعيد (الحالة الضابطة) ومعلمه، باستخدام وسيط التقديرات، فتبين أن تقديراتهما لخوف جورج من موقف الإملاء، وتجنبه للآخرين خوفاً من تنغيصهم لحياته، وخوفه من تقويمهم السلبي لأدائه وتفاعلاته الاجتماعية مع معلميه وزملائه وأفراد أسرته، ولحزنه البادي وضيقه الشديد من موقف الإملاء وما يحيط به من مواقف اجتماعية مهددة لتماسكه الشخصي والاجتماعي، في مقابل تقديرات والد سعيد (الحالة الضابطة) ومعلمه لرهابه الاجتماعي بكل مكوناته وما ينجم عنه من أعراض اكتئابية، نجد أن وسيط هذه التقديرات قبل العلاج كانت

مرتفعة للغاية ووصلت إلى ذروتها، ولكنها انخفضت بشكل حاد بشأن جورج (الحالة التجريبية) بعد تلقيه العلاج المعرفي- السلوكي الفردي، وظلت على ارتفاعها لدى سعيد (الحالة الضابطة)؛ لأنه لم يتلق هذا البرنامج العلاجي، كما أن والد جورج ومعلم اللغة العربية الذي يعلمه دروس الإملاء قد أقر وفقاً لتقديرتهما الذاتية لكل مؤشرات الرهاب الاجتماعي (رهاب الإملاء)، بأنه لم ينتكس طوال فترة المتابعة التي استمرت ستة شهور، الأمر الذي يشير إلى الآثار الإيجابية للعلاج المعرفي- السلوكي الفردي لرهاب الإملاء.

وبالنظر كذلك، في جدول (6) السابق، وشكل (1:1) وشكل (2:1)، فتبين أن قد حدث تغير إيجابي داخل الحالة التجريبية (جورج)، بمعنى أنه قد وجدت فروق بين سلوكه الاجتماعي قبل تلقيه العلاج المعرفي- السلوكي الفردي، وبعد انتهائه منه، وطوال مدة المتابعة وفي أثنائها، إذ لم ينتكس، ولم يعد يخف ولم يعد يهرب مواقف الإملاء، ولم تعد المواقف الاجتماعية التي يواجهها داخل الأسرة وفي المدرسة من زملائه ومعلميه، تسبب له أي نوع من التنغيص، بل على العكس أصبح يسعى إليها، لأنها تحقق له أقداراً من الراحة النفسية، كما إنه لم يعد يخشى تقويم الآخرين، ولم يعد هذا التقويم الذي أصبح إيجابياً من قبل أفراد أسرته ومعلميه وزملائه، يسبب له أي قدر من الاكتئاب والضيق والحزن.

على أية حال، إن الدراسة قد أجابت عن السؤالين اللذين كانت قد طرحتهما إجابة كاملة، وليست جزئية، حيث ثبت. وفقاً لما حصلنا عليه من بيانات واقعية ومن تقديرات ذاتية لبعض أفراد الأسرة والمعلمين الذين يقدمون دروس الإملاء للحالة المرضية. أن العلاج المعرفي- السلوكي الفردي، يتمتع بكفاءة مرتفعة، وله آثاره الإيجابية الفعالة في علاج هذا النمط النادر من رهاب الإملاء، وهو موقف اجتماعي يندرج ضمن الرهاب الاجتماعي.

وتتسق نتائج هذه الدراسة مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي استخدمت العلاج المعرفي- السلوكي الفردي لعلاج الرهاب الاجتماعي بصفة عامة، ورهاب موقف الإملاء كموقف اجتماعي بصفة خاصة (Ahzens-Epper & Hoyer, 2006; Miller & Feeny, 2003; Kremberg & Mitte, 2005). ولكن الفارق الأساسي بين دراستنا هذه والدراسات السابقة، أنها قد استخدمت العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي، ولم تهدف أي دراسة منها اختبار النموذج النظري الذي وضعه كلارك (1995)، وطوره ويلز (1997)، لتفسير منشأ الرهاب الاجتماعي وتفاقمه لدى الأطفال، في حين أن هذا النموذج قد تم اختباره لدى المراهقين والراشدين من الجنسين (Wello, 1997; Stangier, Heidenreich, Peitz, 2003; Lauterbach & Clark, 2003)، ولكن السؤال الذي يطرح نفسه، هل يمكن رد أو عزو هذه النتائج الإيجابية إلى العلاج المعرفي- السلوكي الفردي، أم أن هناك عوامل أخرى ساعدت على نجاحه؟ الإجابة، نعم هناك عوامل عديدة ساعدت على نجاح هذا العلاج النفسي، وهي: انطلاق هذا العلاج من نموذج نظري واضح، يمكن تحويله إلى إجراءات علاجية بسهولة، وهو نموذج كلارك وويلز في صياغة الحالة المرضية صياغة معرفية وسلوكية، يمكن على أساسها تحديد الأهداف العلاجية الكبرى طويلة المدى والفرعية بوضوح، ويمكن تحديد الأسلوب العلاجي قرين كل هدف فرعي أو مشكلة نفسية فرعية. وكذلك التعاون الشديد من قبل أسرة الحالة المرضية (جورج) في مساعدة المعالج في تنفيذ الابن للواجبات المنزلية العلاجية، وقد كان أحد الأسباب التي جعلت الباحث الحالي، وضع الحالة الضابطة (سعيد) على قائمة الانتظار، التعاون الضعيف من قبل والديه وإخوته بمساعدته ومساعدته، ولذلك فإنه عند علاجه بعد أن انتهت هذه التجربة العلاجية، قد أخذ زمناً أطول (ثلاثة شهور) في مقابل الحالة التجريبية التي أخذت لعلاجها شهرين فقط. كما كانت اتجاهات أسرة جورج (والديه وإخوته) ومعلميه بالمدرسة نحو العلاج النفسي والمعالج إيجابية إلى حد كبير، وكان لدى جورج دافعية مرتفعة طوال فترة العلاج والمتابعة للتخلص من معاناته، ودليل ذلك إنجازه للواجبات المنزلية العلاجية على الرغم من كثرة نوبات البكاء التي كان يعانيها، خاصة عند كتابة دروس الإملاء، وعند تدريبه على التعرض التخيلي في أثناء تطبيق أسلوب التطمين المنظم، وفي أثناء تدريبه على التعرض المباشر في الحياة الاجتماعية Direct exposure in social vivo.

وكان من أبرز العوامل التي ساعدت على نجاح هذا العلاج، حماسة الباحث- كاتب هذه السطور- لمرضاه وانشغاله الشديد بأخذ كل الأساليب لمساعدة مرضاه في التخلص- ولو جزئياً- من معاناتهم ومشكلاتهم النفسية، وكذلك حدة الرهاب الاجتماعي لدى جورج، وهذا أمر كان يدفعه للتخلص

من معاناته النفسية. وقد أشار بعض الباحثين إلى أن العلاج المعرفي - السلوكي الفردي تستفيد منه الحالات التي تعاني بشدة من الرهاب الاجتماعي بالمقارنة بالحالات ذات الرهاب الاجتماعي البسيط (هوب وهيمبرج، 2002، ص: 318).

ومما يجب الإشارة إليه في هذا السياق، العوامل التي تعوق العلاج المعرفي - السلوكي الفردي، وأهمها التفرقة الدقيقة بين القلق والرهاب الاجتماعي من ناحية، والحياء والخجل، والشخصية التجنبية، ونوبات الهلع التي تحدث في المواقف الاجتماعية من ناحية أخرى. إن الرهاب الاجتماعي، تنظر إليه كل الدوائر الطبية النفسية (عكاشة، 1998، ص: 237)، (American Psychiatric Association, DSM-IV, 1994)، على أنه فئة تشخيصية تصور فرداً ما - طفلاً أو مراهقاً أو راشداً - يصيبه الرهاب والفرع من مجموعة متنوعة أو متباينة من المواقف الاجتماعية والمهنية، بسبب توقعه نوعاً من الضعف في أداء مهنته وواجباته، أو بسبب خوفه من أن تبدو عليه أعراض القلق النفسية من قبيل الخزي والحيرة والريكة، وبعض الأعراض الفسيولوجية. ويشهد هذا الرهاب الاجتماعي في السياقات الاجتماعية، كالتدوات العامة والمحاضرات، خاصة إذا طلب من الفرد التعقيب على حديث أو حوار فرد آخر، ومن ثم فإن مرضى الرهاب الاجتماعي يتجنبون هذه المواقف خوفاً من التنغيص وتقويم الآخرين سلبياً لهم.

ومن العوامل المعوقة لنجاح العلاج المعرفي - السلوكي الفردي، فبالإضافة إلى معكوس كل عوامل النجاح التي أوردناها سابقاً، قدرة مريض الرهاب الاجتماعي على تخيل المواقف الاجتماعية في أثناء الجلسات، وقدرته على مواجهة هذه المواقف والتصدي لها بفعالية في سياق الحياة الطبيعية التي يعيشها، وقدرته على التفرقة بين مواطن الحياء والخجل التي تستحق الحياء، والمواقف الاجتماعية التي لا يصح الحياء والخوف والخزي منها، خاصة إذا كان المريض طفلاً غير ناضج اجتماعياً وانفعالياً. ومن ثم يجب على المعالج أن يقدم كل هذه الفروق في جلسات العلاج المعرفي - السلوكي الأولى، ضمن إيضاحه لطبيعة مرض القلق والرهاب الاجتماعي وكيفية مواجهته؛ فالحياء يسود أو يجب أن يسود في مواطن النهي حتى يمتنعنا من القيام بأنماط السلوك الاجتماعي المرفوضة شرعياً واجتماعياً، أما عند التفاعل الاجتماعي في قاعات الدرس حول موضوعات علمية وأدبية وغيرها، وعند طرح الأسئلة وتقديم إجابات عنها، والمطالبة بالحقوق، وتحمل المسؤوليات، فإن كل هذه المواقف الاجتماعية يجب ألا يكون حياءً فيها ولا خوف منها، ولا معاناة من الخزي أو العار أو الرهاب الاجتماعي، حتى لو قام الآخرون بتقويمنا، وحتى إذا وجهوا بعض الانتقادات إلينا، وحتى لو كان الذي يقوم بتقويمنا بعض رموز السلطة الاجتماعية والأدبية، كالأباء والمعلمين وإخوتنا الكبار. لقد أصبح جورج ماهر اجتماعياً، وتحسنت قدرته في الإلماء تحسناً جوهرياً.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

- الصبوة، محمد نجيب (1998). استخباراتوكيد الذات لدى الأطفال. الجيزة: مركز البحوث والدراسات النفسية.
- الصبوة، محمد نجيب (2000). قائمة اكتاب الأطفال. الجيزة: مركز البحوث والدراسات النفسية.
- عكاشة، أحمد (1998). الطب النفسي المعاصر (ط5). القاهرة: الأنجلو المصرية.
- هوب، دبرا، وهميرج، ريتشارد (2002). الرهاب والقلق الاجتماعي. (ترجمة) محمد نجيب الصبوة، في ديفيد هـ. بارلو (المحرر). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي (ص ص 271. 331). القاهرة: الأنجلو المصرية.

المراجع الأجنبية:

- Ahrens-Eipper, S. & Hoyer, J. (2006). Applying the Clark-Wells Model of social phobia to children: the case of a "dictation phobia". *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 34, 103-106.
- Alhano, A. & Kendall, P. (2002). Cognitive - Behavioral therapy for children and adolescents with anxiety disorders: clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 14, 2, 129-134.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, D. C.: Author.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Leibowitz, D. Hope, & F. Scheier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (69-93). New York: Guilford.
- Gallagher, H., Rabian, B., & McCloskey, M. (2004). Brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 4, 459-479.
- Kazdin, A. (1998). *Research Design in Clinical Psychology* (3rd ed.). New York: McMillan.
- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 19-27.
- King, N. J., Heyne, D., & Ollendick, T. H. (2005). Cognitive-behavioral treatments for anxiety and phobic disorders in children and adolescents: A review. *Behavioral Disorders*, 30, 3, 241-257.
- Kremberg, E. & Mitte, K. (2005). Cognitive-Behavioral Treatment of social phobia in children and adolescents: A review. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 34, 3, 196-204.
- Mancini, C., Ameringen, M., Bennett, M., Patterson, B. & Watson, C. (2005). Emerging treatments for child & adolescent social phobia: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, 14, 589- 607.
- Melfsen, S., Osterlow, J., Beyer, J., & Florin, I. (2003). Evaluation of a cognitive - behavioral training program for children with social anxiety. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 32, 3, 191-199.
- Miller, V. A. & Feeny, N. C. (2003). Modification of cognitive - behavioral techniques in the treatment of a five year- old girl with social phobia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 4, 303-319.
- Panichelli-Mindel, S., Flannery-Schroeder, E., Kendall, P., & Aleta, G. (2005). Disclosure of distress

- among anxiety - disorders youth: differences in treatment outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 4, 403-422.
- Rodebaugh, T., Holaway, R., & Heimberg, R. (2004). The treatment of social anxiety disorder, *Clinical Psychology Review*, 24, 7, 883-908.
- Spence, S., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia : The effectiveness of a social skills training - based cognitive - behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology*, 41, 6, 713-726.
- Stangier, U., Heidewich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive - Behavioral treatment of social phobia: individual versus group treatment. *Behavioral Research and Therapy*, 41, 991-1007.
- Vandertoorn, S., Ferdinand, R. (2004). Anxiety disorders in children: Which Type of psychosocial treatment has proved effective?. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 46, 3, 167-177.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Wood, J. (2006). Effect of anxiety reduction on ehildren's school performance and social adjustment. *Developmental Psychology*, 42, 2, 345-349.9.