

[٢]

فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي
في تخفيض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة
من طالبات المرحلة الإعدادية

د. هديل خالد مصطفى أبو قورة	أ.د. محمد درويش محمد
جامعة عمان العربية	أستاذ بجامعة القاهرة
قسم علم النفس التربوي والإرشاد	قسم الإرشاد النفسي
النفس والتربية الخاصة	

فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في تخفيض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طالبات المرحلة الإعدادية

د. هديل خالد مصطفى أبوقورة^{*}، أ.د. محمد درويش محمد^{**}

مخلص:

هدفت هذه الدراسة إلى تطوير برنامج إرشادي سلوكي معرفي واستقصاء فاعليته في تخفيض الفوبيا الاجتماعية لدى طالبات الصفين التاسع والعاشر في مدارس الكلية العلمية الإسلامية-الجبيهة، (ن=١٢) ممن حصلن على الربيع الأعلى على مقياس الدراسة للفوبيا الاجتماعية (إعداد الباحثان) بعد التحقق من صدقه وثباته، حيث خضعن لبرنامج إرشادي جمعي مكون من ١١ جلسة، موزعة على ستة أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً، مدة كل جلسة تتراوح من (٦٠-٩٠) دقيقة بمتوسط ٧٥ دقيقة، تم فيها تطبيق استراتيجيات تدريبية سلوكية معرفية، بإعطاء التعليمات، ولعب الدور، والنمذجة، والتغذية الراجعة، والاسترخاء، بالإضافة إلى التعاطف واستبدال الأفكار اللاعقلانية بأخرى عقلانية. وقد أظهرت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي في تخفيض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة الدراسة واستمرار هذه الفاعلية طوال فترة متابعة (ثلاثة أسابيع). وقد فسرت هذه النتائج في ضوء أدبيات البحث ومن ثم الخروج بمجموعة من التوصيات تمثلت في إجراء المزيد من الدراسات حول الفوبيا الاجتماعية ضمن متغيرات وعينات

^{*} جامعة عمان العربية- قسم علم النفس التربوي والإرشاد النفسي والتربية الخاصة.

^{**} أستاذ بجامعة القاهرة- قسم الإرشاد التربوي.

أخرى، والإستفادة من برنامج هذه الدراسة وتطبيقه في المدارس والعيادات والمراكز الإرشادية، علاوة على التحقق الإمبريقي من البنية العملية لمقياس الدراسة للفوبيا الاجتماعية في البيئة الأردنية.

المقدمة:

الخوف حالة انفعالية طبيعية تشعر بها كل الكائنات الحية، طالما كانت درجته في الحدود المعقولة غير المتطرفة والالتحول إلى حالة مرضية من مؤشرات الفزع والهلع التي تلم بالشخص، ومن ثم يدرك العالم كمكان خطر أو مهدد يتطلب مراقبة مستمرة حثيثة بحيث يفسر المثيرات الطبيعية بشكل خاطئ على أنها مثيرات سلبية، وفي المقابل يتم تجنب المثيرات الإيجابية ومن ثم الموقف ككل (Asbahr And Kendall, 2008).

وعليه تعد الفوبيا الاجتماعية (Social Phobia) المسماه "بالقلق الاجتماعي" أو "الخوف الاجتماعي" أو الرهاب الاجتماعي أحد أنواع الخوف المرضي غير المنطقي أو المعقول الذي يبعد الفرد عن المشاركة في الحياة الاجتماعية، وينعكس ذلك على تقديره لذاته وأدائه للذين غالباً ما يكونان متدنيين بشكل ملحوظ، ومن ثم التفكير، أحياناً في الانتحار أو الإفراط في استعمال المهدئات، والإصابة بأمراض القلب والصداع وألم الظهر نتيجة التوتر المستمر.

وتشير الأدبيات التربوية أن الفوبيا الاجتماعية عادة ما تبدأ خلال مرحلة مبكرة من العمر أي في مرحلة المراهقة أو الطفولة المتأخرة، ونادراً ما تبدأ بعد سن العشرين. ويزداد هذا الاضطراب المدرج ضمن الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV) باضطراب مع تعقد الحياة الاجتماعية، حيث يحتل حالياً المرتبة الثالثة من حيث الانتشار مقارنة بالاضطرابات النفسية ويحتل المرتبة الأولى مقارنة باضطرابات القلق، وتختلف نسبة الانتشار من بلد لآخر وفقاً لعدة متغيرات، ولكنها في

الأغلب نسبة مرتفعة إلى حد ما، وخصوصاً لدى الإناث مقارنة بالذكور (Furrmark, 2000).

وتكمن خطورة هذا الاضطراب في استمراريته لفترة طويلة من حياة الفرد، حيث ينتقل عبر المراحل العمرية المختلفة، إذا لم يحسن التعامل معه وعلاجه أو تخفيف آثاره كنتيجة للتشويه الإدراكي للواقع، والتوقعات السلبية والتمركز حول الذات، والتفكير الذاتي المستقطب.

وعليه فقد جاء العلاج المعرفي السلوكي في مقدمة الأساليب التداخلية للتخفيف من آثاره السلبية بديلاً ونفسياً (محمد، ٢٠٠٤ وبني مصطفى، ٢٠٠٤)، حيث يهدف إلى تخفيض مستوى القلق في المواقف الاجتماعية، بالإضافة إلى السيطرة على الإدراك السلبي المسبب للمعتقدات اللاعقلانية المشوهة مع إعطاء أهمية بالغة إلى تطوير المهارات الاجتماعية ورفع مستوى تقدير الذات. ويتم ذلك من خلال عدد من الأساليب والتقنيات الإرشادية السلوكية المعرفية مثل أسلوب إعادة البناء المعرفي، وأسلوب الاسترخاء، بالإضافة إلى تدريب الشخص الذي يعاني من الفوبيا الاجتماعية على المهارات التوكيدية ومهارات الاتصال الاجتماعي ولعب الدور.

ومما سبق يتضح أن الفوبيا الاجتماعية اضطراب نفسي له آثار واضحة على الفرد سواءً على الصعيد النفسي والجسدي والانفعالي والاجتماعي، وما يرافقها من خلل معرفي في معالجة المعلومات وإدراكها، مما يقتضي التدخل المباشر من خلال البرامج الإرشادية، وتحديدًا البرامج المستندة إلى النظرية السلوكية المعرفية لما أظهرته من تفوق على الأساليب الإرشادية الأخرى من حيث الفاعلية في تخفيض أعراض الفوبيا الاجتماعية، وبناء عليه فإن الدراسة الحالية بصدد تطوير برنامج

إرشادي سلوكي معرفي واستقصاء فاعليته في تخفيض الفوبيا الاجتماعية لدى الطالبات، نظراً لوجود برامج إرشادية محدودة تستند إلى النظرية السلوكية المعرفية، وبالتالي افتقار المنطقة العربية وتحديد المحلية إلى برنامج إرشادي سلوكي معرفي.

مشكلة الدراسة:

بالرغم من وجود العديد من الدراسات التداخلية لخفض الفوبيا الاجتماعية إلا أنه يؤخذ عليها الخلط بين الذكور والإناث في عينة واحدة على الرغم من أن كثيراً من الباحثين أوضحوا فروقاً بين الجنسين وذلك في اتجاه الإناث Mcevoy, 2007؛ ملص، ٢٠٠٧؛ والمصري، الريالات، ٢٠٠٩، وإحساساً بهذه المشكلة دعت الحاجة إلى أهمية إجراء بحوث أخرى في هذا المجال تراعى ذلك. والدراسة الحالية ما هي إلا خطوة على هذا الطريق وخاصة في البيئة الأردنية حيث ندرة الدراسات في حدود علم الباحثان.

فرضيات الدراسة:

الفرض العام للدراسة والذي ينص على " لا يحقق البرنامج المقترح نسبة فاعلية تفوق نسبة الحد الأدنى المقبول لحجم الأثر فيما يتعلق بتخفيض الفوبيا الاجتماعية. وقد اشتق من هذا الفرض العام الفرضيان الفرعيان التاليان:

- **الفرض الفرعي الأول:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية في كل من التطبيق القبلي والبعدي.

- -الفرض الفرعي الثاني: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية في كل من التطبيق البعدي والتتبعي (ثلاثة أسابيع).

التعريفات النظرية والإجرائية:

البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي:

Cognitive Behavioural Counselling (Programme)

التعريف المفاهيمي: البرنامج الإرشادي هو برنامج مخطط ومنظم يتضمن خدمات إرشادية مباشرة وغير مباشرة فردية وجماعية لجميع من تضمهم المؤسسة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي، والقيام بالإختيار الواعي، وتحقيق التوافق النفسي داخل المؤسسة وخارجها (زهران، ١٩٨٠، ص: ٤٤٠).

ويعرف إجرائياً بمجموعة من الإجراءات والاستراتيجيات الإرشادية المعتمدة على النظرية السلوكية المعرفية المبنية على مفاهيم بيك وألبرت أليس:

- كإعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring): الذي يتمثل بتعديل الاعتقادات والاتجاهات السلبية والتحريفات المعرفية بحيث يصبح الفرد واعياً بالتفكير غير التوافقي لديه وإكسابه المهارة لمقاومة هذه الاعتقادات والأفكار السلبية (حسين، ٢٠٠٩: ٢٠٦).
- الاسترخاء (Relaxation) أسلوب للتخلص من التوتر والقلق والخوف واكتساب خبرات السيطرة على التوترات وعلى أعضاء الجسم.
- التدريب على المهارات التوكيدية (Assertiveness): تتمثل بتدريب الأفراد في المواقف التي تستدعي القلق على التعبير اللفظي وغير

اللفظي عن انفعالاتهم بطريقة إيجابية ومقبولة اجتماعياً (حسين, ٢٠٠٩, ص: ٢١٧).

• لعب الدور (Role Playing): حيث يقوم المسترشدون بتمثيل كيفية تفاعلهم مع الآخرين كي تثار عواطفهم, وبالتالي يقوم المرشد باستخدام هذه المشاعر ليبين للمسترشد الأفكار اللاعقلانية التي تقف وراءها (الزيود ٢٠٠٨, ص: ٢٦٧).

• النمذجة (Modeling): أسلوب إرشادي يقوم على عرض نموذج للمسترشد يؤدي السلوك المطلوب عرضه (الشناوي, ١٩٩٦, ص: ٣٧٣)

• التغذية الراجعة Feed Back: إعلام المسترشد بمعلومات عن سير أدائه بشكل مستمر, لمساعدته في تثبيت ذلك الأداء, إذ كان يسير في الاتجاه الصحيح, أو تعديله إن كان بحاجة إلى تعديل.

• الواجبات المنزلية (Home Work): عدد من المهمات التي يطلب المرشد من المسترشد القيام بها بين الجلسات الإرشادية, تساعد في تحقيق الهدف المنشود.

• الفوبيا الاجتماعية (Social Phobia):

التعريف المفاهيمي: هو خوف مفرط غير منطقي من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية التي قد يتعرض الفرد فيها لتفحص الآخرين, ويجعله يتصرف بطريقة تسبب له الشعور بالخزي والارتباك أو يظهر أعراضاً للقلق تسبب في معاناته من الخزي والارتباك (American Psychiatric Association, 2000, P: 450).

وتعرف إجرائياً بالدرجة الكلية التي تحصل عليها المفحوصه على مقياس الفوبيا الاجتماعية من إعداد الباحثان والمستخدم في الدراسة الحالية.

• الطالبات (Students):

طالبات المرحلة الإعدادية في مدارس الكلية العلمية الإسلامية- الجببية، والتي تتراوح أعمارهن (١٥-١٦) بمتوسط ١٥,٥.

أهمية الدراسة:

• الأهمية النظرية:

تناولت الدراسة الحالية مجال الفوبيا الاجتماعية لدى طالبات الصفين التاسع والعاشر اللواتي في مرحلة المراهقة، وهي من المجالات المهمة التي تحتاج مزيداً من الجهد نظراً لندرة البحوث التي تناولت هذا الموضوع وخاصة في البيئة الأردنية، بالتالي فقد تضيف هذه الدراسة بعض المعلومات إلى رصيد المعرفة في المجال وخاصة في البيئة المحلية.

• الأهمية التطبيقية:

توفر هذه الدراسة أداتين: برنامج إرشادي سلوكي معرفي لخفض الفوبيا الاجتماعية مستند إلى النظرية السلوكية المعرفية، وكذلك مقياس الفوبيا الاجتماعية يمكن الاستفادة منهما في أبحاث قادمة من قبل الباحثين الآخرين، علاوة على العيادات النفسية والمراكز الإرشادية والعاملين في مجال التربية من أخصائيين نفسيين ومرشدين وتربويين.

حدود ومحددات الدراسة:

• حدود الدراسة:

تتحدد نتائج الدراسة بما يأتي:

- الحدود البشرية: اقتصرَت هذه الدراسة على طالبات الصف التاسع والعاشر الإعدادي.
- الحدود المكانية: مدارس الكلية العلمية الإسلامية- الجبهة فرع البنات.
- الحدود الزمانية: تم تطبيق هذه الدراسة في الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي ٢٠١١-٢٠١٢.

• محددات الدراسة:

تتمثل محددات الدراسة في الأدوات التي أعدها الباحثان (مقياس الفوبيا الاجتماعية) و(البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي)، ومدى توافر الخصائص السيكومترية فيها، وتتمثل محددات الدراسة كذلك في إمكانية تعميم نتائج الدراسة على المجتمعات المشابهة لمجتمع الدراسة، ومدى تمثيل العينة لمجتمعها، وتتمثل في مدى صدق استجابات أفراد العينة على المقياس.

الإطار النظري والدراسات ذات الصلة:

أولاً: الإطار النظري

مفهوم الفوبيا الاجتماعية:

مصطلح الفوبيا هو مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية (Phobos) والتي تعني الخوف والرعب. وترجع البدايات الأولى لتناول الفوبيا

الاجتماعية منذ عهد هيبوقراط (Hippo Crate) حيث وصف حالة شخص عانى من الخجل، فكان يرتبك ويتلعثم أثناء حضوره أمام الناس، وكان مصاباً بعيوب بالنطق أدت إلى شعوره بالنقص عَمَّ إلى خوف من الآخرين (المالغ، ١٩٩٥، ص:١٥).

وفي الخمسينيات قام العالم جوزيف ولبي (Joseph Wolpe) بتتمية تقنية تقليل الحساسية التدريجي (Systematic Desensitization) والذي أثرى من خلالها العلم حول الفوبيا الاجتماعية والعلاج السلوكي، وفي العام ١٩٦٠ دعى الطبيب النفسي إسحاق ماركس (Isaac Marks) إلى فصل الفوبيا الاجتماعية عن أصناف أو أنواع الفوبيا الأخرى، ولكن لم يؤخذ ذلك في عين الاعتبار في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية والعقلية الذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM,II) والذي صدر عام ١٩٦٥، وإنما حدثت النقلة النوعية في الدليل التشخيصي الثالث الذي صدر عام (١٩٨٠) حيث تم إدراج الفوبيا الاجتماعية فيها كاضطراب مستقل يصف الخوف من المواقف الأدائية والاجتماعية (Furmark, 2000).

في عام ١٩٨٥ أجرى العالم ليبوتز (Liebowtiz) والعالم همبرغ عدد من الدراسات وفرت فهماً أفضل لطبيعة الفوبيا الاجتماعية ومسبباتها وأساليب التغلب عليها (Antony, 1997). وعندما ظهر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية والعقلية عام ١٩٩٤ (DSM,IV)، أدرجت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association) القلق الاجتماعي كمصطلح مرادف للفوبيا الاجتماعية (Furmark, 2000). وظهرت

مصطلحات عربية مرادفة عديدة مثل: الرهاب الاجتماعي، المخاوف الاجتماعية، الخوف الاجتماعي.

ومنذ ذلك الوقت أصبح هناك العديد من الدراسات التي ركزت على الفوبيا الاجتماعية كموضوع بحثي مهم خرجت بنتائج أثرت المجال. وكما تعددت الدراسات، تعددت تعريفات الفوبيا الاجتماعية، وأشارت معظمها إلى أن الفوبيا الاجتماعية:

- أحد أنواع المخاوف المرضية التي تتمثل بخوف مبالغ وغير منطقي.
- يبدأ هذا الخوف عادة في مرحلة المراهقة.
- تتمثل الفوبيا الاجتماعية بخوف وقلق من تفحص وتقييم الآخرين.
- يظهر التجنب كمكون سلوكي للفوبيا الاجتماعية، وعدد من الأعراض الجسدية كمكون انفعالي لها.
- وجود أنماط فرعية ومتعددة للفوبيا الاجتماعية، وعموما هنالك فرعين أساسيين وهما: الفوبيا الاجتماعية العامة (Generalized Social Phobia) والفوبيا الاجتماعية المحددة (Specific Social Phobia).
- تؤثر الأعراض على روتين حياة الفرد وأدائه.

ومما سبق تعرف الباحثة الفوبيا الاجتماعية أنها خوف مفرط وغير منطقي من المواقف الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين، يبدأ عادة في مرحلة المراهقة، ويؤثر هذا الخوف على حياة الفرد ويحول دون مزاولته لحياته الطبيعية، حيث يجبر الفرد على الابتعاد عن الحياة والتفاعل مع الآخرين خوفاً من أن يتعرض للتفحص أو التقييم السلبي من قبل الآخرين.

تشخيص الفوبيا الاجتماعية:

المحكات التشخيصية للفوبيا الاجتماعية:

أولاً: المحكات التشخيصية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية والعقلية الذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorder).

تمثلت المحكات التشخيصية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع (DSM-IV-TR) للفوبيا الاجتماعية بما يأتي:

١. الخوف من واحد أو أكثر من مواقف الأداء أو المواقف الاجتماعية، حيث يكون الشخص معرضاً لإمكانية التفحص من قبل الآخرين، ويخاف من أنه سيتصرف بطريقة تؤدي إلى إهانته أو الارتباك.

٢. إن التعرض لمواقف الأداء الاجتماعي الذي يخاف منها الشخص يحدث استجابة قلق مباشرة، وقد تتخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بظرف معين.

٣. يدرك الشخص أن الخوف الذي لديه غير منطقي ومبالغ به.

٤. يتم تجنب مواقف الأداء أو المواقف الاجتماعية المثيرة للخوف أو ربما يتحملها بالرغم من شعوره بالقلق والألم.

٥. يؤثر التجنب أو القلق المتوقع في المواقف الأدائية بشكل واقعي في النشاطات اليومية الإعتيادية من الناحية الأكاديمية والوظيفية والاجتماعية.

٦. أن لا يكون الخوف أو التجنب ناجماً عن آثارٍ فسيولوجية مباشرة لعقار أو حالة طبية عامة، ولا يفسرها اضطراب نفسي آخر بشكل أفضل (مثال: اضطراب الهلع، اضطراب قلق الانفصال، اضطراب تنشوء صورة الذات، أو اضطراب الشخصية الفصامية).

٧. إذا وجد اضطراب نفسي آخر أو حالة طبية عامة (مثال: التأتأة، مرض باركنسون، فقدان الشهية العصبية) فإن الخوف أو التجنب لا يكون مرتبطاً به.

(American Psychiatric Association, 2000, P: 456)

المحكات التشخيصية وفقاً للتصنيف العالمي للاضطرابات:

The International Classification of Diseases (ICD10)

لقد أدرج الدليل العاشر لمنظمة الصحة العالمية (ICD,10) الفوبيا الاجتماعية وحتى يكون التشخيص واضحاً أدرج بعض المعايير التي لا بد أن تستوفى، وهي:

• أ- يجب أن تكون الأعراض النفسية أو المرتبطة بالجهاز العصبي اللاإرادي أعراضاً تمثل مظهرًا أساسيًا للقلق وليست أعراضاً ثانوية لشيء آخر مثل الأوهام أو الأفكار الوسواسية.

• ب- يجب أن يظهر القلق أو يكبت في مواقف إجتماعية معينة.

• ج- يجب أن يتم تجنب المواقف المرهوبة كلما كان ذلك ممكناً.
(Who, 1992, P: 137)

التشخيص الفارق Differential Diagnosis:

ترتبط الفوبيا الاجتماعية بعدد من الاضطرابات والمشكلات النفسية، ومن الضروري التمييز بين هذه الاضطرابات من خلال

التشخيص الدقيق والحصول على تاريخ واضح للأعراض وتطورها للوصول إلى التحديد الدقيق لها والإجراءات الإرشادية اللازمة. ومن الاضطرابات أو المشكلات التي تتشابه مع الفوبيا الاجتماعية في بعض الأعراض: الخجل، الإكتئاب، اضطراب الشخصية التجنبية، اضطراب الشخصية الفصامية.

- الفوبيا الاجتماعية والخجل (Social Phobia And Shyness):

إن الخجل ظاهرة نفسية واجتماعية ومشكلة سلوكية تتضمن الخوف من التقييم السلبي والاهتمام بالإنطباعات التي يتركها الفرد لدى الآخرين، بالإضافة إلى تجنب المواقف الاجتماعية، فهي مشكلة مشابهة إلى حد ما الفوبيا الاجتماعية، توصلنا العديد من الدراسات إلى وجود تشابه بالأعراض الفسيولوجية لكل من الخجل والفوبيا الاجتماعية، حيث تتمثل الأعراض بشكل عام باحمرار الوجه، والتعرق، إضافة إلى سرعة خفقان القلب وتشنج العضلات وارتفاع ضغط الدم الانقباضي.

أما فيما يتعلق بالاستجابة السلوكية، بينت الدراسة وجود اختلاف بين الخجل والفوبيا الاجتماعية في درجة التجنب للمواقف الاجتماعية حيث يزداد التجنب بشكل ملحوظ عند الفوبيا الاجتماعية مقارنة بالخجل، بالرغم من وجود خوف من التقييم السلبي وإدراك سلبي للمواقف الاجتماعية بشكل متشابه عند كل من المصاب بالفوبيا الاجتماعية والشخص الخجول، مع اختلاف الأثر السلبي لكل منهما على الروتين اليومي لحياة الفرد (Turner, Beidel, And Townsley, 1990).

- الفوبيا الاجتماعية ونوبة الهلع مع فوبيا الأماكن الواسعة:

Social Phobia & Panic Disorder With Agoraphobia

تعرّف نوبة الهلع أنها فترة من الخوف والإنزعاج الشديد، يرافقها عدد من الأعراض، مثل: ألم صدري، تعرق، إرتعاش؛ وتظهر عادة متزامنة مع عدد من الاضطرابات، ومن هذه الاضطرابات: رهاب الساح (فوبيا الأماكن الواسعة) والفوبيا الاجتماعية. ويتميز رهاب الساح بنوبة هلع وتجنب عدد من الأماكن أو المواقف خوفاً من ظهور نوبات هلع مفاجئة، وخوفاً من عدم القدرة على الهروب أو تلقي مساعدة في هذه المواقف (American Psychiatric Association, 2000)، وهذه المواقف التي قد يتم تجنبها قد تكون إجتماعية، ولكن سبب تجنبها هو الخوف من ظهور نوبة هلع أمام الآخرين، على العكس من الفوبيا الاجتماعية والتي تظهر نوبة الهلع فيها خوفاً من تقييم الآخرين أو التعرض للإهانة (Seligman, 1998).

- الفوبيا الاجتماعية والإكتئاب: Social Phobia and Depression

يتشابه كل من الإكتئاب والفوبيا الاجتماعية في الانسحاب والتجنب الاجتماعي، ولكن ما يميز التجنب في الفوبيا الاجتماعية هو ارتباطه بالخوف من الإمعان والتفحص من الآخرين، أما التجنب والانسحاب عند الإكتئابيين يكون بسبب نقص الدافعية ونقص الاهتمام والاستمتاع بالأنشطة (Antony, And Swinson 2000).

- الفوبيا الاجتماعية واضطراب الشخصية التجنبية:

Social Phobia And Avoidant Personality Disorder

تتميز الشخصية التجنبية بسمات مشابهة إلى حد كبير الفوبيا الاجتماعية حيث يشعر الفرد بعدم الكفاية الاجتماعية وفرط الحساسية

للتقييم السلبي، وإلى حد ما أظهرت الدراسات أن الاختلاف بين الفوبيا الاجتماعية واضطراب الشخصية التجنبية هو الشدة فقط، في حين ميّزت بعض الدراسات أن اضطراب الشخصية التجنبية تبدأ منذ مراحل عمرية مبكرة مقارنة بالفوبيا الاجتماعية, Chavira, Steiny And Malcarne, (2002).

- الفوبيا الاجتماعية واضطراب القلق العام:

Social Phobia And Generalize Anxiety Disorder

يندرج كل من الفوبيا الاجتماعية واضطراب القلق العام ضمن اضطرابات القلق، ويتسم القلق العام بانشغالٍ وقلقٍ حول عدد من الأحداث والأنشطة، ولا يستطيع الفرد السيطرة على هذا القلق، وبترافق مع شعوره بالتعب وصعوبة التركيز واضطراب الأكل والنوم، بحيث يؤثر على حياة الفرد، ويتشابه اضطراب القلق العام مع الفوبيا الاجتماعية بوجود القلق وتشابه بعض الأعراض الفسيولوجية، بالإضافة إلى التأثير على حياة الفرد وأدواره وكفاءته. ولكن النقطة الفارقة بين القلق العام والفوبيا الاجتماعية، أن القلق العام هو قلق لا يرتبط بموقف محدد حيث قد يظهر بالمواقف الاجتماعية ولكن يتعدها إلى مواقف أخرى. (Seligman, 1995)

- الشخصية الفصامية Schizoid Personality Disorder:

يتسم الفرد الذي يعاني من الشخصية الفصامية بالانطواء والانعزال عن الآخرين، ولكن هذا الانعزال لا يؤثر عليه سلباً فهو راضٍ عنه ولا يريد الاختلاط بالآخرين، في حين الفرد الذي يعاني من الفوبيا الاجتماعية يرغب بتخطي مخاوفه ومخالطة الآخرين (المالحي، ١٩٩٥).

انتشار الفوبيا الاجتماعية والسمات الخاصة بالعمر والجنس والحالة الاجتماعية:

- انتشار الفوبيا الاجتماعية: The Prevalence of Social Phobia:

وفقا لجمعية القلق الاجتماعي (Social Phobia/Social Anxiety Association) تحتل الفوبيا الاجتماعية المرتبة الأولى من حيث الانتشار مقارنة باضطرابات القلق الأخرى والمرتبة الثالثة انتشاراً مقارنة بجميع الاضطرابات النفسية المدرجة ضمن الدليل التشخيصي الرابع (DSM, IV). وترى العديد من الدراسات أن الفوبيا الاجتماعية ظاهرة شديدة الانتشار، بالرغم أن معدلات انتشارها تختلف من دولة لأخرى ومن دراسة لأخرى (عبد الرحمن، ٢٠٠٠). على الصعيد المحلي أشارت إحصائية (ملص، ٢٠٠٧) أن الفوبيا الاجتماعية تنتشر في الجامعة الأردنية لدى عينة مكونة من (٩٤٤) طالباً وطالبة بما نسبته (٩.٣٪). بينما أشارت دراسة أخرى في جامعة الإسراء الخاصة أن نسبة انتشار الفوبيا الاجتماعية بلغت (٥.٠٣٪) لدى عينة مكونة من ١٦٢ طالباً و ٢٣٤ طالبة (المصري، رياضات، ٢٠٠٩). وعربياً أشارت إحصائية منظمة الصحة العالمية (World Health Organization) في دراسة أجرتها على المجتمع اللبناني أن نسبة الانتشار للفوبيا الاجتماعية بلغت (١.١٪) في العينة الكلية. (Karam, Mneimneh, Karam, Fayyad, Nasser, Chatterji, and Kessler, 2006)

وفي جامعة دمشق بلغت نسبة الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب السنة الثالثة (٥.٩٨٪). أما في الدول الغربية فقد أشارت دراسة هدفت لمعرفة انتشار الفوبيا الاجتماعية في السويد أن نسبة انتشار (١٥.٣٪)

(Furmark, Tillfors, Everrz, Marteinsdottir, Frdrikson, and, Gefvert, 1999) وفي دراسة أخرى أجريت في بعض الدول الغربية لمعرفة نسبة انتشار الفوبيا الاجتماعية أظهرت النتائج أن النسبة تبلغ ٤.٤٪ (Ohayon, Schatzberg, 2010).

ويرى فورماك (Furmar, 2002) أن الاختلاف في نسبة الانتشار يرجع إلى عدد من العوامل منها اختلاف منهجية الدراسة والمحكات التشخيصية، بالإضافة إلى طرق التقييم المعتمدة في الدراسة، واختلاف الضغوط الثقافية والبيئية واختلاف المتغيرات الديمغرافية المدرجة في الدراسة.

العمر وبداية الفوبيا الاجتماعية:

تشير بعض الدراسات أن ظهور الفوبيا الاجتماعية يبدأ عادة في سن المراهقة (Seligman, 1995)، حيث تتميز هذه المرحلة بازدياد الوعي الذاتي والدقة في تقييم الذات، ويزداد فيها تأثير مفهوم الذات على الفرد، ويزداد تأثير الآخرين على صورة الذات (زهران، ١٩٩٩).

الفروق بين الذكور والإناث في الفوبيا الاجتماعية:

هدفت الكثير من الدراسات الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في الفوبيا الاجتماعية، ولكن تباينت نتائج الدراسات بين تساوي الانتشار لدى كل من الذكور والإناث، وبين إزدياد نسبة انتشارها عند الإناث بدرجة أعلى من الذكور. لكن معظم الدراسات أكدت على وجودها بدرجة أكبر عند الإناث (Mcevoy, 2007).

وفي دراسة حول الفروق الجندرية في الفوبيا الاجتماعية أوضحت النتائج أن نسبة الانتشار عند الإناث أكثر وخاصة في عدد من المواقف (التحدث مع السلطة، المواقف الأدائية، الدخول إلى غرفة مليئة بالأشخاص معارضة الآخرين). (Turk, Heimberg, Orsillo, Holt, Gitow, Street, Schneier, and Liebowtiz, 1998).

أما على صعيد الوطن العربي فأشارت العديد من الدراسات أن الانتشار عند الإناث بشكل أكبر من الذكور مثل دراسة (ملص، ٢٠٠٧) ودراسة (المصري وآخرون، ٢٠٠٩)، وربما يعود ذلك إلى المورثات الاجتماعية، واختلاف المعاملة التي يتلقاها كل من الذكر والأنثى، وتفضيل الذكور على الإناث ومنحهم حقوقاً أوسع من الإناث. بالإضافة إلى ذلك طرق تنشئة الذكور التي تشجعهم على المبادرة وعدم الإفراط في التعبير عن انفعالات الحزن والبكاء (حسين، ٢٠٠٩).

مكونات الفوبيا الاجتماعية:

تتكون الفوبيا الاجتماعية من ثلاثة مكونات أساسية، وهي:

١- المكون المعرفي.

٢- المكون السلوكي.

٣- المكون الانفعالي

أولاً: المكون المعرفي:

إن الأفراد الذين يعانون من الفوبيا الاجتماعية يظهر لديهم اهتمام زائد ومبالغ به حول تصورات الآخرين لهم، كيف يقيمونهم، يدركونهم، ويظهر لديهم عادة تقدير متدنٍ للذات، حيث يدركون أنفسهم غير أكفاء،

وبالإضافة إلى ذلك يضعون لأنفسهم توقعات ومعايير أداء مرتفعة (Leary And Kowalski, 1995)، والفرد يخشى ويخاف الفشل، وهذا الخوف والتوتر يقود الفرد إلى مشاكل أداء فعلية (ملص، ٢٠٠٧).

وأظهرت العديد من الدراسات أن الفرد القلق اجتماعياً يبدأ بالتكهّن قبل الدخول إلى الموقف الاجتماعي حول ما يمكن أن يحدث في الموقف الاجتماعي، وكيف سيتصرف أثناءه، مما يرفع الوعي الذاتي لديه أثناء وجوده الفعلي بالموقف المثير للخوف، ويؤثر ذلك سلباً عليه حيث تبدأ الأفكار السلبية تدور في ذهنه حول ذاته والآخرين. وتستمر الأفكار السلبية، وحتى بعد انتهاء الموقف، يبدأ بتذكر الموقف بتفاصيله بشكل سلبي (Furmark, 2000).

وتوصلت بعض البحوث أن الفرد الذي يعاني من الفوبيا الاجتماعية يظهر لديه خلل في بعض عمليات معالجة المعلومات كالانتباه والذاكرة والتفسير (النفسية، ٢٠١٠)، حيث يركز الفرد على المثيرات السلبية ويتذكرها، ويفسر المثيرات المحايدة أنها سلبية.

ثانياً: المكوّن الانفعالي:

تولد الفوبيا الاجتماعية لدى الأفراد الذين يعانون منها عدداً من الأعراض نتيجة القلق والخوف من التقييم (حسين، ٢٠٠٩)، حيث يستثار الجهاز العصبي المركزي للفرد، وتظهر استجابة الكر والفر، وقد تترافق معها أعراض فسيولوجية، وزيادة هرمون التوتر الذي تفرزه الغدة النخامية (Stein, Torgrud And, Walker, 2000) ومن الأعراض التي تظهر:

١- احمرار الوجه.

- ٢- زيادة سرعة التنفس أو صعوبته.
 - ٣- زيادة التعرق.
 - ٤- توتر العضلات وانقباضها.
 - ٥- الشعور بالدوار.
 - ٦- الشعور بالوخز والنممة.
 - ٧- ارتفاع ضغط الدم أو هبوطه.
 - ٨- برودة الأطراف.
 - ٩- الارتجاف أو الخفقان.
 - ١٠- صداع.
 - ١١- جفاف الحلق.
- ويظهر عادة عدد من الأعراض ولا تظهر مجتمعة.

ثالثاً: المكوّن السلوكي:

يتمثل الجانب السلوكي من الفوبيا الاجتماعية بالسلوكيات التي يلجأ إليها الفرد بهدف محاولة التحكم في الموقف وخفض مستوى القلق لديه، ومن هذه السلوكيات سلوكيات التجنب للموقف الاجتماعي، ونقص المهارات الاجتماعية وكذلك السلوكيات الآمنة (حسين، ٢٠٠٧).

وبالإضافة إلى ذلك قد يُظهر الفرد الذي يعاني من الفوبيا الاجتماعية سلوكيات غير ملائمة في المواقف الاجتماعية تدعّم القلق والتجنب لديه (Farmark, 2000).

تفسير النظرية السلوكية والمعرفية للفوبيا الاجتماعية:

(١) العوامل المعرفية:

تقوم النظرية المعرفية على فكرة أساسية مفادها أن بعض الأفراد يظهرون تحيزاً سلبياً أثناء تفسير أحداث معينة، وهذا التحيز يساهم في تطوير تشوهات معرفية (كوري، ٢٠١١). حيث أن الطريقة التي يفكر بها الفرد هي التي تحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية والتوافق النفسي والاجتماعي لدى الفرد (حسين، ٢٠٠٩). فإذا فسّر الفرد موقف ما على أنه خطر ومهدد سيُشعر بالقلق وقد يتجه نحو التجنب والهرب (عبدالله، ٢٠١٢). ومن هنا فسّرت المدارس المعرفية الفوبيا الاجتماعية أنها تتطور بسبب الأفكار السلبية والتشويهات المعرفية والأحداث الذاتية السلبية، بالإضافة إلى الطريقة التي نفكر بها في المواقف الاجتماعية (Kendall, And Asbahr, 2008).

فالفوبيا الاجتماعية تبدأ بالتطور لدى الفرد عندما يبدأ بتطوير سلسلة من الافتراضات التي تتمحور حول وجود معايير أداء مرتفعة يضعها الفرد لنفسه مثل (لا بد أن أبدو ذكياً...)، بالإضافة إلى تطوير معتقدات شرطية تتعلق بالعواقب المترتبة على سلوك معين مثل: (عندما أخالف رأي فلان لن يتكلم معي ثانية...)، وهذه الافتراضات تقود الفرد إلى إدراك المواقف الاجتماعية على أنها مهددة وتقوده إلى تنبؤ الفشل والإخفاق في مواقف الأداء الاجتماعي (Clark, 2001).

وقد أظهرت العديد من الدراسات أن الفرد القلق اجتماعياً عندما يعتقد أنه في خطر الانتقاد والتقييم السلبي من الآخرين فإنه يحوّل تركيزه لرصد ذاته ومراقبتها، وبذلك يجمع المعلومات ويستخدمها لتصوير ذاته

كما يراها الآخرون، وهذا الرصد يساهم في بناء الصورة السلبية للذات (حسين، ٢٠٠٩)، ويدعم ذلك أن الفرد القلق اجتماعياً يميل إلى جمع الإشارات من المحيط والآخرين في المواقف الاجتماعية، ويفسرها بشكل سلبي مثل: (غياب التواصل البصري المستمر دليل رفض من الآخر) (Clark, 2001).

الفرد القلق اجتماعياً يميل في المواقف الاجتماعية إلى القيام ببعض السلوكيات التي تهدف إلى منع الخطر المتوقع أو تقليله، وقد تكون بعض هذه السلوكيات عمليات عقلية مثل: (التذكر، التقدير، المقارنة)، ومن خلالها يحاول الفرد إخفاء الأعراض المصاحبة للفوبيا الاجتماعية التي تظهر عليه (Clark, 2001). ولكن هذه السلوكيات تلعب دوراً هاماً في استمرار الفوبيا الاجتماعية لأنها تزيد من الوعي الذاتي (حسين، ٢٠٠٩)، فالفرد كثير التعرق نتيجة التوتر يضم قبضة يده أو يلبس جاكيت لإخفاء تعرقه، وهذا يزيد من مراقبة ذاته ويزيد من التوتر والقلق والخوف من التقييم وربما يصبح ملقاً للآخرين أكثر.

وفي المدارس المعرفية يستخدم مجموعة كبيرة من الفنيات المعرفية التي تساعد الفرد على السيطرة على الفوبيا الاجتماعية، حيث تركز هذه الأساليب على إعادة البناء المعرفي والتثقيف حول المشكلة، بالإضافة إلى الواجبات المنزلية (Antony, 1997).

٣) العوامل السلوكية:

تقوم المدارس السلوكية على مبدأ أساسي، وهو: أن السلوك متعلم يكتسبه الفرد من المحيط سواء أكان سلوكاً سلبياً أم سلوكاً مضطرباً، وبالتالي فإن السلوك يمكن تعديله أو تغييره (أبو أسعد، عربيات،

٢٠٠٩) وبما أن سلوكيات الفرد جميعها متعلمة ومكتسبة فإن المخاوف المرضية وتحديداً الفوبيا الاجتماعية وفقاً للسلوكيين سلوك مكتسب أو متعلم.

وهذا السلوك أكتسبه الفرد من خلال ارتباط شرطي خاطئ، تم بارتباط مثير غير شرطي عدة مرات مع مثير شرطي، مما أكسبه خاصية المثير الشرطي، وأصبح لديه القدرة على إحداث الاستجابة الشرطية (حسين، ٢٠٠٩).

وعندما يحدث ارتباط شرطي ويُنتج الفوبيا الاجتماعية والخوف من المواقف الاجتماعية، فإن الفرد يستجيب بتجنب الموقف الاجتماعي، وإذا وجد أن التجنب خفف التوتر والقلق في الموقف، أي أنه حصل على إثابة لسلوك التجنب، فإنه التجنّبيزداد لتخفيفه التوتر والقلق (حسين، ٢٠٠٩).

بالإضافة إلى ما سبق، فإن النظرية السلوكية تعطي أهمية للتعلم بالملاحظة، فالسلوك أحياناً يتم اكتسابه من خلال ملاحظة نموذج حي وبناءً عليه فإن الفوبيا الاجتماعية قد يكتسبها الأبناء من خلال ملاحظة الأبوين أو الأقرباء عندما يقومون بتجنب المواقف الاجتماعية، ويصرحون بمخاوفهم أمام أبنائهم.

وقد يلعب نقص المهارات الاجتماعية دوراً مهماً في تطور الفوبيا الاجتماعية بالرغم من تضارب نتائج الدراسات حول أثرها، فالنقص في المهارات الاجتماعية والجهل بها يساعد على استمرارية الفوبيا الاجتماعية والتجنب الاجتماعي (Festa, And Ginsburg 2011).

الإرشاد السلوكي المعرفي:

إن الإرشاد السلوكي المعرفي منهجاً إرشادياً حديثاً نتج عن الدمج بين الإرشاد المعرفي والإرشاد السلوكي بفنياته المتعددة، ويتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد: معرفياً، وانفعالياً، وسلوكياً، وذلك من خلال التأثير في عمليات التفكير المشوهة لدى المسترشد، وتعليمه طرقاً أكثر ملاءمة للتفكير المنطقي المقبول للصحة النفسية، كما يستخدم فنيات أخرى مساعدة كالاسترخاء ولعب الدور والتدريب على المهارات الاجتماعية والواجبات المنزلية (شمسان، ٢٠٠٧).

فنيات تخفيض الفوبيا الاجتماعية:

- إعادة البناء المعرفي:

ويتم إعادة البناء من خلال تقييم الأفكار الآلية بطرح أسئلة على المسترشد لتقييم الأفكار الآلية، وتحديد أثرها في النواحي السلوكية والجسمية والانفعالية، حيث يتم ذلك بطريقة غير مباشرة، ومع سير الجلسات الإرشادية يبدأ المرشد بالتوضيح التشويهي المسيطر على بعض الأفكار الآلية من خلال البحث عن الأدلة التي تؤكد الفكرة أو تدحضها والبحث عن تفسيرات بديلة، ويتم عادة البدء بالأفكار الآلية الأكثر تأثيراً على الفرد وسلوكه وروتين حياته، ومع مرور الجلسات يبدأ المسترشد باكتساب نموذج في تقييم الأفكار الآلية مما يتم طرحه في الجلسات الإرشادية حتى تصبح مهارة لديه (بيك، ٢٠٠٠)، وبعد تحديد الأفكار الآلية وتدريب المسترشد التعرف عليها يتم الانتقال إلى تقييم أثرها واستجابة الفرد لها، حيث يدرب المسترشد على السجل اليومي للأفكار

الآلية. (Daily Record of Dysfunctional/ Thoughts) وهي عبارة عن ورقة تساعد المسترشد أن يستجيب بشكل أكثر فعالية للأفكار الآلية (Beck, 1995). وكذلك تعديل المعتقدات من خلال تحديدها واتخاذ قرار حول تعديلها، وبعدها ينتقل المرشد إلى تثقيف المسترشد حولها وتغيير المواقف والأدوار إلى هيئة إفتراضات، حيث يتم إختبار إيجابيات وسلبيات المعتقدات وأخيراً تشكيل معتقدات جديدة. (بيك، ٢٠٠٠).

– التدريب على المهارات التوكيدية:

أسلوب من الأساليب السلوكية المعرفية تهدف إلى مساعدة الأفراد على التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم ومعتقداتهم وإتجاهاتهم بطريقة مناسبة، وكذلك الحصول على الحقوق والتعبير عنها (أبو أسعد، وآخرون ٢٠٠٩).

فالتدريب على السلوك التوكيدي يعمل على خفض القلق لدى المسترشد من خلال خطوات عديدة يتخللها لعب الدور، التدريب على اللغة التوكيدية، الواجبات المنزلية، نبرة الصوت، التنفس. بحيث تساعد المسترشد على ممارسة الأدوار على نحو توكيدي (حسين، ٢٠٠٧).

– النمذجة:

النمذجة هي طريقة أو أسلوب سلوكي يشتمل قيام نموذج تعليم الفرد كيف يقوم بسلوك معين والطلب منه تقليد ما شاهده (القمش، المعاينة ٢٠٠٧). ومن خلال هذا الأسلوب يتم تقديم عرض للسلوك أمام الفرد، وإعطاء ملاحظات حوله، وكذلك تحسين وتعديل الأداء من

خلال إعطاء تغذية راجعة وزيادة الدافعية بتعزيز السلوك الذي تمت نمذجته وتقليل مستويات التوتر (الزيود، ٢٠٠٨).

- الإسترخاء:

إن الإسترخاء هو مساعدة الفرد الوصول إلى حالة في الإسترخاء العضلي، ويعتمد على أحداث تواترات عضلية للجسد من خلال شد العضلات لفترة ثم إرخائها (ضمرة، ٢٠٠٧) ويتم البدء من خلال اخييار مكان مناسب وهادئ والبدء، ثم الطلب من المسترشد الجلوس على الكرسي ويسند ظهره إليه ثم يغمض عينيه، وبالتناوب يقوم بقبض العضلات وإرخاؤها مع التنفس بشكل عميق ثم هادئ (كوري، ٢٠١١) ويتم التسلسل من الرأس الوجه، الرقبة الكتفين، الظهر، الصدر، وأخيراً الأطراف (أبو أسعد، عريبات، ٢٠٠٩)، ويفضل في الجلسة الأولى للإسترخاء ان يطبق المرشد الإسترخاء كنموذج للمسترشد ليلاحظه (الشناوي، ١٩٩٦)

وهناك عدد من الأساليب للتدريب على الإسترخاء منها التدريب من خلال التنفس العميق، التدريب من خلال الإسترخاء التخيلي، ولا بد أن يصل الفرد لمرحلة من التعلم تجعله قادراً على الإسترخاء لوحده (ضمرة، ٢٠٠٧).

- بناء مدرج التجنب:

الأفراد عادة لا يواجهون الموقف دفعة واحدة بل يشعرون بالتوتر تدريجياً، وفقاً للموقف المثير له. وبالتالي لابد التعرف على كافة التفاصيل المرتبطة بالموقف المثير للخوف والقلق، ولابد ترتيب الهرم وفقاً لمشاعر المسترشد ودرجة الخوف من الموقف. ويطلق على وحدات

الخوف في هرم التجنب (وحدات عدم الراحة Subjective Units Of Discomfort) وتشير درجة الصفر إلى حالة إسترخاء تام وتشير درجة ١٠٠ الحالة التامة من التوتر والخوف (ضمرة، ٢٠٠٨).

- فنية صرف الانتباه:

تستخدم فنية صرف الانتباه بهدف صرف إنتباه المسترشد عن الأعراض التي يشعر بها، لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً، ويكون هذا الأسلوب من خلال عدد من الأساليب مثل التركيز على شيء محدد ووصفه بالتفصيل لنفسه، الوعي الحسي من خلال ملاحظة البيئة المحيطة بالفرد بإستخدام الحواس (النظر، السمع، الذوق، اللمس، الشمس)، التمرينات العقلية (القيام بتمرينات عقلية مثل العد العكسي، تذكر أسماء وفق تصنيف محدد)، الذكريات والخيالات السارة (أي تذكر المواقف السارة بقدر من الوضوح) (Corey, 2001).

- الواجبات المنزلية:

تعد الواجبات المنزلية جزء أساسي في الإرشاد السلوكي المعرفي، فكل عملية إرشادية مستندة للإرشاد السلوكي المعرفي لابد أن تتضمن الواجبات المنزلية لما لها أثر على التحسن (Kendall, And Asbahr, 2000)، وتتم من خلال العلاقة التعاونية بين المرشد والمسترشد لتحقيق أهداف الجلسة ومحتوياتها. وخلال تحديد الواجب المنزلي لابد الأخذ بعين الإعتبار سمات المسترشد (القدرة على القراءة والكتابة، الدافعية، الإستعداد للإلتزام، مستوى تأثير المشكلة عليه)، وعادة في الجلسات الأولى يقترح المرشد الواجب المنزلي ومع تقدم الجلسات

يطلب المرشد من المسترشد اقتراح واجب منزلي، ومن الضروري في نهاية جلسة أن يذكر المرشد بالواجب المنزلي (Beck,1995).

الدراسات السابقة ذات الصلة:

الدراسات العربية:

أجرى (دبابش، ٢٠١١) دراسة بعنوان فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقدير الذات، هدفت إلى استقصاء فاعلية البرنامج في القياس البعدي والتتبعي، وأثر البرنامج على تقدير الذات، حيث تكونت عينة الدراسة من ٢٤ طالباً من الملتحقين بمدارس خالد الحسن الثانوية بمحافظة خان اليونس تم اختيارهم بالاعتماد على مقياس القلق الاجتماعي (إعداد محمد السيد عبد المقصود، وهانم عبد المقصود)، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين تجريبية وضابطة وأظهرت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض القلق الاجتماعي بالإضافة إلى أثره في رفع مستوى تقدير الذات وفقاً لمقياس تقدير الذات (ترجمة وتعريب الحميدي الضيدان).

ولمعرفة مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في خفض حدة كل من الرهاب الاجتماعي لدى المترددين علي العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف، أجرى (الغامدي، ٢٠٠٩) دراسة اشتملت على عشرين فرداً ممن تتراوح اعمارهم بين (١٨-٤٥)، ممن يعانون من الرهاب الاجتماعي وفقاً للتشخيص الطبي والنفسي، وتم قياس درجة الرهاب الاجتماعي بالاعتماد على مقياس القلق الاجتماعي (ترجمة وتعريب محمد السيد عبد الرحمن، هانم عبد المقصود، ١٩٩٤)، ولأغراض

الدراسة قام الباحث ببناء استمارة دراسة الحالة وبرنامج علاجي سلوكي معرفي مكون من ١٣ جلسة علاجية، وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعة تجريبية مكونة من ١٠ أفراد خضعوا للعلاج السلوكي المعرفي وإلى مجموعة ضابطة مكونة من ١٠ أفراد خضعوا للعلاج الدوائي فقط، وأظهرت النتائج: وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطي درجة الرهاب الاجتماعي للتطبيق القبلي والبعدي لدى مجموعة العلاج السلوكي المعرفي (المجموعة التجريبية الثانية) لصالح التطبيق القبلي، بالإضافة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجة الرهاب الاجتماعي للتطبيق البعدي والتتبعي لدى مجموعة العلاج السلوكي المعرفي (المجموعة التجريبية الثانية)، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجة الرهاب الاجتماعي لدى مجموعة العلاج السلوكي المعرفي (المجموعة التجريبية الثانية) والعلاج الدوائي (المجموعة الضابطة الثانية) في مرحلة التطبيق البعدي.

وفي دراسة قامت بها (شمسان، ٢٠٠٤) حول أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في مرضى الرهاب الاجتماعي هدفت الدراسة إلى الكشف عن الرهاب الاجتماعي لدى أفراد العينة وفقاً لمتغيري الجنس والعمر، وكذلك تحديد مستويات الرهاب الاجتماعي لدى أفراد العينة (عالي-متوسط-منخفض) بالإضافة إلى بناء برنامج علاجي يستند إلى النظرية السلوكية المعرفية والكشف عن أثره.

بلغت عينة الدراسة ٢٠ طالبة جامعية من ذوات الدرجات المرتفعة على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي طورته الباحثة لأغراض البحث، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية، تضم كل مجموعة عشرة طالبات، أظهرت النتائج ما يأتي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجات الرهاب الاجتماعي (في القياس القبلي).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة في متوسط درجات الرهاب الاجتماعي قبل التطبيق وبعده.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الرهاب الاجتماعي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الرهاب الاجتماعي بين المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الرهاب الاجتماعي بين المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي.

وأجرى (خليل، ٢٠٠٤) دراسة حول مدى فاعلية العلاج العقلاني والانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الرهاب الاجتماعي لدى المعلمين واشتملت الدراسة على ٣٦ فرد مقسمين إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، استخدم الباحث الأدوات الآتية: مقياس الفوبيا الاجتماعية من إعداد الباحث، مقياس الأفكار اللاعقلانية لذوى الفوبيا الاجتماعية من إعداد الباحث، ومقياس المهارات التوكيدية، وبرنامجاً للعلاج العقلاني الانفعالي والتدريب على المهارات التوكيدية من إعداد الباحث. أسفر البحث عن مجموعة من النتائج أبرزها: وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الفوبيا الاجتماعية والأفكار اللاعقلانية، كما أظهرت

ارتباطاً سالباً بين الفوبيا الاجتماعية والمهارات التوكيدية، وأثبتت الدراسة فاعلية كل من البرنامج العقلانالانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة الدراسة ولم تظهر الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبيتين، كما أظهرت نتائج المتابعة وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد مجموعة العلاج العقلاني الانفعالي على مقياس الفوبيا الاجتماعية بعد التطبيق ودرجاتهم بعد مرور شهر عليه، كما أظهرت أيضاً نتائج المتابعة وجود فروق بين متوسطي درجات أفراد مجموعة التدريب على المهارات الاجتماعية بعد التطبيق مباشرة، ودرجاتهم بعد مرور شهر على مقياس الفوبيا الاجتماعية.

وقد قام (اللاذقاني، ١٩٩٥) بدراسة هدفت إلى تطوير برنامج إرشاد جمعي لمعالجة القلق الاجتماعي، واستقصاء فاعليته في خفض القلق الاجتماعي بين طلاب التدريب المهني، حيث اشتملت الدراسة على ٥٠ طالباً من طلاب مركز التدريب المهني القويسمة ممن حصلوا على أعلى درجات على مقياس القلق الاجتماعي تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، إحتوت كل مجموعة ٢٥ طالباً، حيث تم إخضاع المجموعة التجريبية إلى برنامج إرشاد جمعي مكون من عشر جلسات موزعة على عشرة أسابيع بواقع جلسة أسبوعية تم فيها تطبيق استراتيجيات وأساليب تدريبية بإعطاء التعليمات ولعب الدور والنمذجة والتغذية الراجعة والتعزيز الاجتماعي والوظائف البيئية واستبدال الأفكار اللاعقلانية بأفكار عقلانية. وأظهرت النتائج وجود أثر ذو دلالة إحصائية للمعالجة على خفض مستوى القلق الاجتماعي لدى طلاب المجموعة التجريبية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) وهذا يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض القلق الاجتماعي، بالإضافة إلى

ذلك تبين وجود أثر للمعالجة على مستوى القلق الاجتماعي بعد توقف البرنامج لمدة أسبوعين.

وأجرى عمر في عام ١٩٩٣ دراسة (المشار إليها في شمسان, ٢٠٠٤), بعنوان التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة, هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج السلوكي المعرفي والتدريب على المهارات الاجتماعية منفردين أو مجتمعين في تخفيف الفوبيا الاجتماعية وأثر البرنامج بعد فترة متابعة مدتها شهرين ونصف, حيث اشتملت عينة الدراسة على (٣٦) طالبا تم تقييمهم وفقا لدرجاتهم على عدة مقاييس مثل الخوف من التقييم السلبي ومقياس تقدير الذات ومقياس المهارات الاجتماعية. حيث تم تقسيم العينة إلى ست مجموعات وأظهرت النتائج فاعلية واستمرارية البرنامج السلوكي المعرفي والتدريب على المهارات الاجتماعية, حيث خفضاً الفوبيا الاجتماعية بدرجة ذات دلالة إحصائية كما أثر إيجابياً في الجوانب المعرفية والسلوكية والمعرفية, وكذلك أظهرت النتائج فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية منفردة في تحسين الجوانب السلوكية المرتبطة بالفوبيا الاجتماعية في حين أخفقت في تحسين الجوانب المعرفية المرتبطة بها.

الدراسات الأجنبية:

أجرى أدركا (Aderka, 2011) دراسة حول فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في تخفيض الفوبيا الاجتماعية في المجموعات الكبيرة, وتكونت عينة دراسته من ٢١٢ فرد ممن يراجعون العيادات العامة في تل أبيب, تم توزيعهم إلى عشرة مجموعات علاجية مكونة من ١٧-٢٤

مشارك، وتم إخضاعهم لقياسات قبلية ومتوسطة وبعدية وتتبعية على مقياسي ليبوتز للقلق الاجتماعي ومقياس بيك للإكتئاب، لقياس أثر البرنامج المكون من ١٨ جلسة أسبوعية متضمنة أساليب التعرض وإعادة البناء المعرفي والتعرض والتدريب على المهارات الاجتماعية، بالإضافة إلى التنقيف حول الفوبيا الاجتماعية، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية العلاج السلوكي المعرفي للمجموعات الكبيرة في تخفيض الفوبيا الاجتماعية.

وقام كل من بلانكو وهمبرغ وشنير وفريسكو، تشن وترك وفيرمس واروين وشميدت وجستر وكامبيس دراسة (Blanco, Heimberg, Schneier, Fresco, Chen, Turk, Vermes,, Erwin Schmidt, Juster, and Campeas, 2010) هدفت مقارنة كل من العلاج الدوائي والعلاج الوهمي والعلاج السلوكي المعرفي وكذلك الدمج بين العلاج الدوائي والعلاج السلوكي المعرفي، تم فيها اختيار عينة مكونة بين ١٢٨ فرد تتراوح اعمارهم بين (١٨-٦٥) بالاستناد إلى مقياس ليبوتز للفوبيا الاجتماعية، وتم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعات علاجية خضعت إلى أربعة معالجات (العلاج الدوائي، العلاج الوهمي، العلاج السلوكي المعرفي، الدمج بين العلاج الدوائي والعلاج السلوكي المعرفي) وتكونت الجلسات من ١٢ جلسة مدة كل جلسة ساعتين ونصف، وأظهرت النتائج أن الدمج بين العلاج السلوكي المعرفي والدوائي له الفاعلية الأكبر في تخفيض الفوبيا الاجتماعية، وأظهرت النتائج أن العلاج الدوائي له فاعلية اكبر من العلاج الوهمي.

وقد قام جيل وزملاؤه (Gil, Carrillo, And Meca, 2010) دراسة حول فاعلية العلاج السلوكي المعرفي للفوبيا الاجتماعية حيث تم

مراجعة الدراسات التي تناولت أساليب التعرض والدراسات التي تناولت أسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية، بالإضافة إلى الدراسات التي تفحصت أسلوب إعادة المعرفة الهيكلية، والدراسات التي تناولت أسلوب الاسترخاء والدراسات التي دمجت بين الأسلوبين السابقين وتم الاقتصار على الدراسات التي أجريت على المجتمع الإسباني في الفترة بين (١٩٨٠-١٩٩٤) والتي اعتمدت على مفهوم الفوبيا الاجتماعية المدرج ضمن الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV) و (ICD) حيث بلغ عددها ٣٤ دراسة. وأظهرت النتائج إلى أن العلاج السلوكي المعرفي فعال للفوبيا الاجتماعية حيث كانت درجة القياس البعدي (٧٧)، ودرجة قياس ما بعد المتابعة (٩٥). بالإضافة إلى ذلك بينت الدراسة أن أساليب التعرض وأساليب إعادة الهيكلة المعرفية وأسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية متكافئة من حيث فاعليتها.

وفي دراسة قام بها ميكفوي (Mcevoy, 2007) حول فاعلية العلاج الجمعي السلوكي المعرفي للرهاب الاجتماعي في العيادات المجتمعية، اشتملت على ١٥٣ فردا يعانون من الرهاب الاجتماعي حيث أكمل البرنامج (١٢٥ من ١٥٣) فرد تم اختيارهم بناء على عدة مقاييس وهي: مقياس الرهاب الاجتماعي حيث يحتوي على وصف لمواقف يكون فيها الشخص محور الاهتمام الآخرين، بالإضافة إلى مقياس التفاعل والقلق الاجتماعي، ومقياس بيك للإكتئاب، ومقياس تعاطي الكحول. بدأت الإجراءات الخاصة بالتشخيص في المقابلة التقييمية من الطبيب النفسي والأخصائي النفسي وتم فيها تطبيق مقياس التشخيص المركب المنبثق عن الدليل التشخيصي الرابع وبعد ذلك تم أخذ موافقات خطية

من العينة وتطبيق مقياس الرهاب ومقياس التفاعل الاجتماعي ومقياس بيك وتم تكرار ذلك في آخر يوم من البرنامج.

أما فيما يتعلق في البرنامج الإرشادي فتكون من سبع جلسات وفي كل جلسه مجموعه من المشاركين يتراوح عددهم من (٥-٩)، وبعد تطبيق البرنامج توصل الباحث إلى عدة نتائج وأهمها:

١- هناك فاعلية للعلاج السلوكي المعرفي للرهاب الاجتماعي في العيادات المجتمعية للصحة النفسية وخصوصاً مع الحالات الشديدة.

٢- البرنامج الجمعي أدى إلى رفع مستوى حضور الجلسات وأوضحت الدراسة أن النساء أكثر تسرباً من الرجال في الجلسات الإرشادية.

٣- نسبة الأشخاص الذين أكملوا كان من الكبار في السن أكثر من الصغار وربما يعود ذلك إلى أنه كلما عانى الفرد فترة أطول من الرهاب الاجتماعي شكل ذلك لديه حافزاً لتحمل صعاب البرنامج السلوكي المعرفي.

٤- الأشخاص الذين كانت درجاتهم عالية على مقياس بيك للاكتئاب أظهروا تحسن أكثر على المقياس نفسه بعد تطبيق البرنامج مقارنة ببقية أفراد العينة.

وقام هيرت ووزملاؤه (Herbert, Gaudiano, Rheingold, Myers, Dalrymple and Nolan, 2005) بدراسة هدفت إلى مقارنة فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في خفض أعراض الفوبيا الاجتماعية، مع العلاج السلوكي المعرفي المدمج مع التدريب على المهارات الاجتماعية ولأغراض الدراسة تم الإعلان من خلال وسائل الإعلام المجتمعية عن الحاجة لمشاركين في دراسة علاجية في عيادة جامعة

أوربون للعلوم الصحية حيث شارك ٦٥ فرد مشخص بالفوبيا الاجتماعية، ٤٩ فرد بينهم كان لديه اضطراب الشخصية التجنبية كاضطراب مرافق حيث تم تطبيق مقابلة إكلينيكية مقننة حسب تصنيف الدليل التشخيصي الرابع (DSM,IV) (الفوبيا لإجتماعية واضطراب الشخصية التجنبية) لكل مشارك لأغراض التقييم من قبل أخصائيين نفسيين يحملون درجة الدكتوراه ولأغراض الدراسة تم تطبيق مقياس قلق الفوبيا الاجتماعية (SPAI) ومقياس بيك للإكتئاب ومقياس الخوف (المخصص لقياس التجنب في المواقف الاجتماعية) بالإضافة إلى مختصر مقياس التقييم السلبي. تم توزيع أفراد العينة إلى مجموعات علاجية في كل مجموعة (٦-٤) أفراد حيث تم إخضاع عدد من المجموعات إلى العلاج السلوكي المعرفي والمجموعات الأخرى تم إخضاعها إلى العلاج السلوكي المعرفي المدمج مع التدريب على المهارات الاجتماعية، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية كلا من العلاج السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية، ولكن الفاعلية أكبر في الدمج بين العلاج السلوكي المعرفي، مع التدريب على المهارات الاجتماعية.

وهدف دراسة تايلور التحليلية (Taylor, 1996) إلى مقارنة فاعلية عدة أساليب علاجية للفوبيا الاجتماعية حيث تضمنت الدراسة ٢٥ دراسة تناولت كل من أساليب التعرض، إعادة الهيكلة المعرفية، التدريب على المهارات الاجتماعية، العلاج الوهمي، قائمة الإنتظار، والدمج بين التعرض وإعادة الهيكلة المعرفية. وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية كل من أسلوب التعرض وأسلوب إعادة الهيكلة المعرفية وأسلوب الدمج بينهما بالإضافة إلى أسلوب العلاج الوهمي والتدريب على المهارات الاجتماعية مقارنة بقائمة الإنتظار. وكانت نسبة إنسحاب

المشاركين من جميع الأساليب السابقة متكافئة، وكذلك أظهرت الدراسة أن أسلوب التعرض وأسلوب إعادة الهيكلة المعرفية لهما فاعلية أكبر من العلاج الوهمي، بالإضافة إلى تكافؤ فاعلية الدمج بين أسلوب التعرض وأسلوب إعادة الهيكلة المعرفية، والتدريب على المهارات الاجتماعية مع العلاج الوهمي.

في دراسة تحليلية قام بها شامبلز وفيسك (Chambless And Feske, 1995) بهدف مقارنة فاعلية كل من أسلوب التعرض والعلاج السلوكي المعرفي في علاج الفوبيا الاجتماعية تضمنت عينة الدراسة اثنا عشر دراسة تناولت فاعلية العلاج السلوكي المعرفي للفوبيا الاجتماعية، حيث تراوحت عدد الجلسات فيها (٥-١٦) وتسعة دراسات تضمنت أسلوب التعرض، وتراوحت عدد الجلسات فيها (٦-١٦). حيث إعتمدت جميع هذه الدراسات على المعايير التشخيصية للفوبيا الاجتماعية المدرجة في الدليل التشخيصي الثالث، وأظهرت النتائج تكافؤ فاعلية كل من الأسلوبين في علاج الفوبيا الاجتماعية مع عدم وجود أثر لعدد الجلسات لفاعلية الأسلوب.

واستهدف بحث قام به هامبرج وسلزمان وهول وبلندل (Heimberg, Solzman, Holt And Blendell, 1993) مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي الجمعي للرهاب الاجتماعي بعد فترة متابعة مدتها تتراوح بين (٤.٥ - ٦.٢٥) سنة، حيث اشتملت عينة الدراسة ١٩ فرداً من أصل ٤٩ ممن خضعوا لبرنامج إرشادي سلوكي معرفي مسبقاً لمدة ١٢ أسبوعاً في كل أسبوع جلّسه واحدة مدتها ساعتين وتم تقسيم العينة على مجموعات في كل مجموعه من (٤-٧) أفراد.

وبعد أن تم اختيار العينة بعد انقضاء فترة المتابعة، تم مقابلة الأفراد من قبل مقيم مستقل جمع خلالها: المعلومات الديمغرافية، وإن كان الفرد قد التحق بجلسات نفسية في الفترة الماضية، بالإضافة إلى مدى تعارض الخوف مع الحياة اليومية وفق مقياس يتراوح (٠-٤). وبعد ذلك تم تطبيق عدد من المقاييس، وهي: مقياس التجنب الاجتماعي، مقياس الخوف من التقييم السلبي، استبيان الخوف، مقياس بيك للإكتئاب، استبيان رد الفعل نحو العلاج، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العلاج السلوكي المعرفي الجمعي والمجموعة التي تلقت أنواع أخرى بناء على درجة المقيم المستقل والمقاييس السلوكية. بالإضافة إلى أن الأفراد الذين تلقوا علاج جمعي سلوكي معرفي ظهر لديهم حديث إيجابي مع الذات بشكل أكبر، ووفقا للتقرير الذاتي فإن الأفراد الذين تلقوا علاج سلوكي معرفي حافظوا على التطور بينما لم تحافظ المجموعة الأخرى بعد فترة المتابعة.

في دراسة قام بها هيمبرغ، دوج وهوب، كيندي، زولو، وبيكر (Heimberg, Doge, Hope, Kennedy, Zollo and Becker, 1990) لمقارنة فاعلية العلاج السلوكي المعرفي للرهاب الاجتماعي والعلاج الوهمي (Placebo)، بالاعتماد على مقياس شدة الفوبيا وقائمة الأفكار الالوية، ومقياس التفاعل الاجتماعي بالإضافة إلى التقرير الذاتي. حيث تضمنت الدراسة ٤٩ مريضا قسموا إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، تضمنت جلسات المجموعة التجريبية التي تعرضت إلى العلاج السلوكي المعرفي (التعرض للمواقف المقلقة، إعادة البناء المعرفي للأفكار الخاطئة، الواجبات المنزلية)، أما المجموعة الضابطة فقد تعرضت إلى محاضرات ومجموعات دعم وأظهرت النتائج أن كلتا

المجموعتين تحسنت خلال (٣-٦ أشهر) ولكن المجموعة التجريبية أظهرت تحسناً أكبر وقلقاً أقل وأظهرت درجة عالية من الأفكار الإيجابية.

موقع الدراسة الحالية من الدراسات ذات الصلة:

مما سبق عرضه من دراسات يتضح ثمة اتفاق عام بين نتائجها على فاعلية التدريب على البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي في تخفيض الفوبيا الاجتماعية، وإن كان يؤخذ عليها الخلط بين الذكور والإناث في عينة واحدة على الرغم أن كثيراً من الباحثين أوضحوا وجود فروق بين الجنسين - وذلك على اتجاه الإناث Mcevoy, Turk, Heimberg, Orsillo Holt, Gitow, Street, 2007؛ Schneier, and, Liebowtiz, 1998؛ المصري، الريالات، ٢٠٠٩؛ ملص، ٢٠٠٧.

من هنا كانت أهمية إجراء بحوث أخرى في هذا المجال تراعي ذلك والدراسة الحالية ما هي إلا خطوة على هذا الطريق وخاصة في البيئة الأردنية.

ومهما يكن من أمر فإن هذه الدراسات كانت بمثابة نبراس إهتدى به الباحثان آنذاك في الدراسة الحالية تحديداً ومضياً بها عبر خطواتها المتتالية وخاصة في صياغة الفرضيات وإعداد الأدوات، بالإضافة إلى الأساليب والعينات الإرشادية المستخدمة.

الطريقة والإجراءات:

يشتمل هذا الفصل وصفاً لمنهج الدراسة ولمجتمع الدراسة وعينتها، وكذلك وصفاً للإجراءات التي تمت لبناء أدوات الدراسة، مقياس الفوبيا الاجتماعية والبرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي وعرضاً للأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات.

منهج الدراسة:

إستخدم الباحثان المنهج شبه التجريبي باستخدام تصميم المجموعة الواحدة (One Shot، علاوة على المنهج الوصفي الارتباطي (Descriptive Correlative Method) الذي يقدم وصفاً للظواهر والأحداث، وتقديم بيانات عن خصائص العينة، ودراسة العلاقة بين متغيرين والتعبير عنهما كمياً.

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من طالبات الصف التاسع والعاشر والحادي عشر في مدارس الكلية العلمية الإسلامية- الجبيهة التابعة لمديرية التعليم الخاص البالغ عددهن (١٧٢) طالبة المسجلات في الفصل الدراسي الثاني من العام ٢٠١١-٢٠١٢، موزعين على ثلاث شعب للصف الأول الثانوي والبالغ عددهن (٥٠)، وثلاث شعب للصف العاشر والبالغ عددهن (٦٢) وشعبتين للصف التاسع والبالغ عددهن (٦٠) وتتراوح أعمارهن ما بين (١٥-١٧) جدول (١).

جدول (١)

وصف مجتمع الدراسة

الصف	الشعبة	العدد	الصف	الشعبة	العدد
التاسع	أ	٣٠	العاشر	ج	٢١
التاسع	ب	٣٠	الأول الثانوي	علمي	١٧
العاشر	أ	١٨	الأول الثانوي	أدبي	٧
العاشر	ب	٢٣	الأول الثانوي	معلوماتية	٢٦
المجموع					١٧٢

عينة الدراسة:

تم اشتقاق عينة الدراسة بطريقة قصدية ممن يقعن ضمن الربع الأعلى لمقياس الفوبيا الاجتماعية والبالغ عددهن إثنا عشر طالبة (ن=١٢) من طالبات الصفين التاسع والعاشر، حيث بلغت نسبتها (١٤.٣%) من أفراد مجتمع الدراسة، وتم استبعاد طالبة من الصف الأول الثانوي، كونها الطالبة الوحيدة تخصص أدبي التي وقعت ضمن هذا الربع من شعب الأول الثانوي الثلاثة وكنوع من المجانسة، ويبين جدول (٢) توزيع أفراد عينة الدراسة.

الجدول (٢)

توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا للصفوف المدرسية

الصف	العدد	الصف	العدد
التاسع أ	٢	العاشر أ	٢
التاسع ب	٤	العاشر ب	٤
المجموع			١٢

أدوات الدراسة:

استخدمت الدراسة أداتين: مقياس الفوبيا الاجتماعية، والبرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي وسيتم عرضهما على النحو الآتي:

أولاً: مقياس الفوبيا الاجتماعية:

قيست الفوبيا الاجتماعية لدى طالبات المرحلة الإعدادية باعتبارها (خوفاً مفرطاً وغير منطقي من المواقف الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين يبدأ عادة في مرحلة المراهقة، ويؤثر هذا الخوف على حياة الفرد، ويحول دون مزاولته لحياته الطبيعية، حيث يجبر الفرد على الابتعاد عن الحياة والتفاعل مع الآخرين خوفاً من أن يتعرض للتفحص أو التقييم السلبي من قبل الآخرين)، باستبانة تقدير ذاتي ثلاثية التقدير (دائماً، أحياناً، أبداً).

وقد استخدم هذا الأسلوب لتفادي ما يترتب أحياناً على الاختبار الجبري من تزيف أو عزوف عن الإجابة، تتكون في صورتها النهائية من عشرين فقرة بحيث تكون درجة المفحوصة الكلية عليها تساوي مجموعة هذه الرتب الثلاث، وارتفاع الدرجة يكون دائماً في اتجاه الصفة المقيسة، ويتراوح مدى الدرجات بين (٢٠-٦٠) درجة، والاستبانة يمكن تطبيقها بطريقة فردية أو جمعية وهي غير محددة بزمان محدد، ولكن الإجابة على فقراتها لا يتعدى ربع ساعة خلاف وقت توزيع وكتابة البيانات الخاصة بالمفحوص.

وقد اعتمدت الدراسة في بنائها على نتائج استبانة مفتوحة عن أهم الاستجابات التي تعبر عن الفوبيا الاجتماعية من منظورنا الثقافي مكونة

من ثلاثين فقرة. تم تطبيقها على عينة استطلاعية مماثلة لعينة البحث الأصلي (ن=٤٠)، بالإضافة إلى آراء بعض أساتذة علم النفس والقياس النفسي والخبراء في الإرشاد النفسي (ن=١٧)، وعلى ما توصلت إليه أبحاث التراث، ومقاييسه من خصائص ومكونات مثل الدليل التشخيصي الرابع (The Diagnostic And Statistical Manual) ومقياس ليبووتر للقلق الاجتماعي (Libeowitz Social Anxiety Scale)، ومقياس الفوبيا الاجتماعية (Social Phobia Inventory) Developed By The Department Of Psychiatry And Behavioral Sciences Of Duke University, Herbert, Gaudiano, Rheingold Myers, Dalrymple And Nolan, (Taylor, 1996, 2005).

وقد تم حساب خصائصها القياسية (الصدق والثبات) على عينة خارج عينة البحث وذلك على النحو التالي:

- الصدق:

وتم ذلك بعدة طرق منها:

(١) صدق المحكمين:

حيث كانت أقل نسبة اتفاق مقبولة لا تقل عن ٨٠%.

(٢) الصدق البنائي:

وتم ذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية وكانت قيمة هذه المعاملات تتراوح ما بين (٠.٨٢٨-٠.٢١٧)، وهي معاملات مقبولة، وعليه فقد تم حذف خمس فقرات حيث جاءت معاملات ارتباطها ضعيفة.

جدول (٣)
معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية
(N=36)

معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة
٠.٥٥٠**	١٣	٠.٥٨٨**	١
٠.٥٧٨**	١٤	٠.٧٣٣**	٢
٠.٤٨٤**	١٥	٠.٨٢٣**	٣
٠.٥٦١**	١٦	٠.٧٤٧**	٤
٠.٣١٤**	١٧	٠.٦١٣**	٥
٠.٤٠١**	١٨	٠.٤٧٩**	٦
٠.٧٩١**	١٩	٠.٣٤٥**	٧
٠.٦٧٦**	٢٠	٠.٢٨٣**	٨
٠.٥٤٨**	٢١	٠.٥٨٣**	٩
٠.٢١٩	٢٢	٠.٦٩٠**	١٠
٠.٧٧٦**	٢٣	٠.٣٢٤**	١١
٠.٥٥٣**	٢٤	٠.٥٣٣**	١٢
٠.٥٩٧**	٢٥		

** دالة عند مستوى (٠.٠١)

* دالة عند مستوى (٠.٠٥)

٣) الصدق التلازمي:

وتم ذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين متوسط الدرجات على المقياس (ن=٤٠) ومقياس ليوتز تعريب (أبوجدي، ٢٠٠٤) كمحك نظراً لتقنيته لعينة مماثلة لعينة البحث الحالي في البيئة الأردنية، فكان قيمة هذا المعامل (٠.٧٩٦) وهو معامل مقبول.

– الثبات:

وتم ذلك بطريقتين هما ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) والتجزئة النصفية (Split Half Reliability) فكانت قيمة هذه المعاملات تتراوح ما بين (٠.٨٧١ – ٠.٩١٨) بعد تصحيح الطول وجميعها معاملات مقبولة، ويوضح ذلك جدول (٤).

جدول (٤)

معاملات ثبات مقياس الفوبيا الاجتماعية

(N=36)

الطريقة	معامل الثبات
ألفا كرونباخ	٠.٩١٥
التجزئة النصفية	٠.٨٧١

ثانياً: البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي:

يهدف إلى خفض الفوبيا الاجتماعية لدى أفراد المجموعة التجريبية من خلال التدريب على بعض الفنيات والمهارات والاستراتيجيات السلوكية المعرفية المستمدة من النظرية السلوكية المعرفية (إعادة البناء المعرفي، الاسترخاء، التوكيدية، التنقيف، النمذجة، لعب الدور).

وقد تم تطبيق البرنامج على (١٢) طالبة من طالبات الصف التاسع والعاشر من مدارس الكلية العلمية الإسلامية، ممن وقعن درجاتهن على مقياس الفوبيا الاجتماعية ضمن الربع الأعلى والمستخدم في الدراسة، بعد التأكد من صدقه وذلك من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين (ن=١٠).

وقد استغرق تنفيذ البرنامج (١١) جلسة بواقع جلستين في كل أسبوع مدة كل جلسة (٦٠-٩٠) بمتوسط (٧٥) دقيقة، وقد عقدت الجلسات بصورة جماعية في بيئة الطالبات المدرسية وفقاً للخطوات التالية (ملحق، ٧)، (جدول، ٥).

وقد تم تقييم البرنامج من خلال مقارنة نتائجه القبلية بالبعدية بالتتبعية (متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية المستخدم في الدراسة).

جدول (٥)

مكونات البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي

تسلسل الجلسات	موضوع الجلسة	عدد الجلسات	الفنيات المعرفية والسلوكية المستخدمة	الزمن
الأولى	تمهيد وتعارف	١	الحوار - المحاضرة - المناقشة الجماعية - الواجب المنزلي	٩٠ دقيقة
الثانية	✓ التثقيف حول الفوبيا الاجتماعية والنموذج السلوكي المعرفي	١	المحاضرة المبسطة - المناقشة والحوار - مراقبة الذات - التعزيز - الواجب المنزلي.	٩٠ دقيقة
الثالثة	مدرج الخوف والتجنب الشخصي	١	المحاضرة - الحوار - المناقشة الجماعية - الواجب المنزلي	٦٠ دقيقة
تسلسل الجلسات	موضوع الجلسة	عدد الجلسات	الفنيات المعرفية والسلوكية المستخدمة	الزمن
الرابعة	إعادة بناء الأفكار الالوية	١	الحوار - النمذجة - الاسترخاء - الواجب المنزلي - إعادة البناء المعرفي.	٩٠ دقيقة

تسلسل الجلسات	موضوع الجلسة	عدد الجلسات	الفنيات المعرفية والسلوكية المستخدمة	الزمن
الخامسة	إعادة البناء المعرفي	١	الحوار - صرف الانتباه - النمذجة - الواجب المنزلي.	٩٠ دقيقة
السادسة	الاسترخاء	١	المحاضرة - الحوار - النمذجة - المناقشة الجماعية الاسترخاء - الواجب المنزلي.	٧٥ دقيقة
السابعة	✓ التدريب على الاسترخاء.	١	الاسترخاء التدريجي - التعزيز - الواجب المنزلي.	٩٠ دقيقة
الثامنة	التوكيدية	١	النمذجة - الحوار - التعزيز - الواجب المنزلي - لعب الدور.	٩٠ دقيقة
التاسعة	التوكيدية	١	النمذجة - الحوار - التعزيز - الواجب المنزلي - لعب الدور	٩٠ دقيقة
العاشرة	التوكيدية	١	النمذجة - الحوار - التعزيز - الواجب المنزلي - لعب الدور	٩٠ دقيقة
الحادية عشر	مراجعة الجلسات السابقة	١	الحوار - التعزيز - المناقشة - تطبيق مقياس الفوبيا الاجتماعية.	٩٠ دقيقة

إجراءات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحثان بالخطوات الآتية:

- قام الباحثان بتطوير أدوات الدراسة بالرجوع إلى الأدب السابق.

- كما قام الباحثان بأخذ كتاب تسهيل مهمة من الجامعة وذلك من أجل تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة من طالبات مدارس الكلية العلمية الإسلامية ومدارس السابلة.
- تم إعداد أداة الدراسة والتحقق من دلالات صدقها وبناءها.
- قام الباحثان بتوزيع أداة الدراسة على العينة وذلك من خلال زيارة المدارس, حيث أوضحوا لهن أهمية الدراسة وأسلوب تنفيذها من خلال توضيح التعليمات شفهيًا بالإضافة إلى التعليمات المكتوبة.
- تم تفرغ إجابات عينة الدراسة على جهاز الحاسوب وتحليل البيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Pacge For Social Since SPSS.
- تطبيق البرنامج الذي استغرق (١١) جلسة طبقت بطريقة جماعية, مدة كل جلسة تتراوح من (٦٠، ٩٠) دقيقة, بمتوسط (٧٥) دقيقة على عينة الدراسة البالغ عددهن (١٢) طالبة ممن تقع درجاتهن ضمن الربيع الأعلى أي ممن حصلن على أعلى التقديرات في مقياس الفوبيا الاجتماعية بعد مجانستهن في بعض المتغيرات كما هو وارد في وصف العينة.
- أعيد تطبيق مقياس الفوبيا الاجتماعية والمستخدم في الدراسة على أفراد العينة بعد انتهاء البرنامج مباشرة وبعده بثلاث أسابيع "فترة متابعة" لتبين مدى فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة من جهة, ومعرفة معدل التحسن والانتكاس من جهة أخرى.

التصميم التجريبي:

إعتمدت الدراسة تصميم المجموعة الواحدة - لقياس قبلي - وقياس بعدي وتتبعي.

ويمكن التعبير عن تصميم البرنامج الحالي الشبه تجريبي كما يأتي:

G ; O1 X O2 - O3

G: المجموعة التجريبية

O1: القياس القبلي

X: تعني التدريب أو المعالجة (البرنامج).

: بدون معالجة (القياس التتبعي)

O2: القياس البعدي.

O3: القياس التتبعي

المتغير المستقل Independent Variable: البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي.

المتغيرات التابعة Dependent Variable: الفوبيا الاجتماعية.

المعالجة الإحصائية:

تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package For Social Sciences Spss) في إجراء التحليلات والاختبارات الإحصائية الآتية:

(١) الإحصاء الوصفي Descriptive Statistic: وذلك لعرض خصائص أفراد العينة ووصف إجاباتهم على أبعاد مقياس الفوبيا الاجتماعية حيث تم استخدام ما يلي:

- أ- المتوسط الحسابي: تم استخدامه كأبرز مقاييس النزعة المركزية لقياس متوسط إجابات المفحوصين على أسئلة الاستبانة.
- ب- الانحراف المعياري: تم استخدامه كأحد مقاييس التشتت لقياس الانحراف في إجابات أفراد العينة عن متوسطها الحسابي.

٢) الإحصاء الاستدلالي Inferential Statistic . وتم ذلك باستخدام:
 - القياس المتكرر لمتغير واحد للإجابة على فرضيات الدراسة.
 Onaway Treatment By Subjects, Repeated
 .Measurement
 - مربع ايتا η^2 باستخدام معادلة حجم التأثير.
 - الإحصاء اللابارامتري Nonparametric Statistic "اختبار
 ويلكوكسون Wilcoxon"
 "الفروق بين المجموعات المرتبطة".

٣) مستوى الدلالة α : تم اعتماد (٠.٠٥) كحد أعلى لمستوى الدلالة
 المعنوية، وعليه إذا كان مستوى الدلالة (٠.٠٥) فأقل فهذا يعني
 وجود علاقة ذات دلالة إحصائية أما إذا بلغ مستوى الدلالة أكبر من
 (٠.٠٥) فإنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية.

نتائج الدراسة:

يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي تم التوصل إليها من خلال
 تحليل البيانات الإحصائية التي تم جمعها من تطبيق أداتي الدراسة "
 مقياس الفوبيا الاجتماعية والبرنامج الإرشادي وذلك من خلال الإجابة
 على فرضيات الدراسة، وذلك على النحو الآتي:
 الفرض العام للدراسة والذي ينص على: " لا يحقق البرنامج
 المقترح نسبة فاعلية تفوق نسبة الحد الأدنى المقبول لحجم الأثر فيما
 يتعلق بتخفيض الفوبيا الاجتماعية.

للإجابة على هذه الفرض تم استخدام القياس المتكرر لمتغير واحد
 Onaway Treatment By Subjects, Repeated
 Measurement جدول^(١).

جدول (٦)

دلالة الفروق بين مجموعات البحث التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية باستخدام القياس المتكرر لمتغير واحد
(ن = ١٢)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	ف	الدلالة
القياسات	٥٩٣.٠٦	٢	٢٩٦.٥٢	١٢٨.٠٥	دال عند ٠.٠١
بين الأفراد	٥٢٨.٢	١١			
الخطأ	٥٠.٩٤	٢٢	٢.٣١		
الكلية	١١٧٢.٢	٣٥			

ف الجدولية (٢، ٢٢، ٠.٠١) = ٥.٧٢

يتضح من الجدول (٦) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠.٠١ بين متوسطات درجات الأفراد في القياسات الثلاثة، مما يشير إلى عدم قبول الفرض العام للدراسة، وقبول الفرض البديل والذي ينص على أن "البرنامج المقترح يحقق نسبة فاعلية تفوق نسبة الحد الأدنى المقبول لحجم الأثر فيما يتعلق بتخفيض الفوبيا الاجتماعية".

ولقياس حجم الأثر - أي النسبة بين التباين الكلية الذي يمكن تفسيره بالمتغير المستقل أو المعالجة تم حساب مربع إيتا باستخدام معادلة حجم التأثير جدول (٧).

جدول (٧)
مربع إيتا، وحجم الأثر للبرنامج لمقياس
الفوبيا الاجتماعية

المقياسين القبلي والبعدي	درجات الحرية	قيمة ت	مربع إيتا	حجم التأثير
المجموعة التجريبية	١١	١٦.٣٥	٠.٩٦	كبير جداً

ويوضح جدول (٧) أن ٤% تقريبا من التباين الكلي لدرجات المجموعة التجريبية يرجع إلى تأثير البرنامج، حيث بلغت (٠.٩٦) وتلك النسبة المئوية تعبر عن تأثير كبير للبرنامج، حيث زادت عن (٠.٤).

حيث أن "التأثير الذي يفسر حوالى (٠,٠١) من التباين الكلى يدل على تأثير متوسط، والتأثير الذي يفسر حوالى (٠,٠٦) من التباين الكلى يعد تأثيراً كبيراً، وذلك ما اقترحه (Cohen, 1977, 1988) فى (خطاب، ٢٠٠٩: ٦٦٨).

النتائج المتعلقة بالفرض الفرعي الأول، والذي ينص على: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية في كل من التطبيق القبلي والبعدي.

للإجابة على هذا الفرض تم استخدام اختبار "ويلكوكسون Wilcoxon" الفروق بين المجموعات المرتبطة".

جدول (٨)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في كل من القياسين القبلي والبعدي على مقياس الفوبيا الاجتماعية (ن=١٢)

الدلالة	إحصاء الاختبار	البعدي > القبلي		البعدي < القبلي		المقياس
	Z	متوسط الرتب	العدد	متوسط الرتب	العدد	
٠.٠١	٣.٠٥	٦.٥٠	١٢	٠.٠٠	٠	الفوبيا الاجتماعية

وحيث إن قيمة (Z) من الجدول السابق (٨) أكبر من (١,٩٦) معيار الدلالة عند مستوى (٠,٠٥)، (٢,٥٨) معيار الدلالة عند مستوى (٠,٠١)، مما تشير إلى رفض الفرض الفرعي الأول وقبول الفرض البديل والذي ينص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية في كل من التطبيق القبلي والبعدي. وذلك في اتجاه البعدي.

النتائج المتعلقة بالفرض الفرعي الثاني، والذي ينص على: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية في كل من التطبيق القبلي والتبعي.

للإجابة على هذا لفرض تم استخدام اختبار "ويلكوكسون Wilcoxon" الفروق بين المجموعات المرتبطة".

جدول (٩)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في كل من القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الفوبيا الاجتماعية. (ن=١٢)

المقياس	البعدي < التتبعي		البعدي > التتبعي		إحصاء الاختبار	الدلالة
	العدد	متوسط الرتب	العدد	متوسط الرتب		
الفوبيا الاجتماعية	٢	٥.٠٠	٨	٥.٦٣	١.٧٨	X

وحيث أن قيمة (Z) من الجدول السابق (٧) أقل من (١,٩٦) معيار الدلالة عند مستوى (٠,٠٥)، وعليه فقد تم قبول الفرض الصفري الثاني والذي ينص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية في كل من التطبيق البعدي والتتبعي.

مناقشة النتائج:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى طالبات المرحلة الثانوية. وفيما يأتي مناقشة للنتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية للبيانات وذلك في ضوء الإطار النظري للدراسة ونتائج الدراسات والبحوث ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية.

أوضحت نتائج الدراسة الحالية فاعلية البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى أفراد المجموعة التجريبية واستمرار هذه الفاعلية طوال فترة متابعة. جدول (٩, ٧, ٨)، وتتفق هذه

النتيجة مع نتائج كثير من الدراسات مثل عمر، ١٩٩٥؛ سمشان، ٢٠٠٤؛ الغامدي، ٢٠٠٩؛ ودراسة اللانقاني، ١٩٩٥؛ واتفقت مع عدد الدراسات الأجنبية Heimberg, Doge, Hope, Kennedy, Zollo Taylor, ؛ Chambless And Feske, 1995؛ And Becker, 1990 Herbert, Gaudiano, Rheingold, Myers, Dalrymple؛ 1996 2000 Spence, Donvan, ؛ Aderka, 2011؛ And Nolan, 2005 And Brechman، حيث أوضحوا فاعلية الإرشاد السلوكي المعرفي في خفض الفوبيا الاجتماعية.

ويمكن تفسير هذا في ضوء ما تم ممارسته من أساليب وطرق خلال الجلسات الإرشادية المكونة للبرنامج. أول هذه الطرق إعادة البناء المعرفي Restructuring من خلال مواقف تدريبية مختلفة حيث تم تحديد الأفكار والاعتقادات الخاطئة والسلبية لدى أفراد المجموعة التجريبية والتي تكمن وراء الخوف والتوتر، والقيام بتعديلها واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية وإيجابية مما ساهم بتغيير المكون المعرفي للفوبيا الاجتماعية. وثاني هذه الطرق الاسترخاء Relaxation لتغيير المكون الانفعالي، حيث تم تدريب المشاركات على الاسترخاء العضلي من خلال شد وإرخاء مجموعة من العضلات على نحو متعاقب مع ملاحظة الاختلاف بين الشعور بالتوتر والاسترخاء، مما ساهم على خفض مستوى التوتر وحدته.

ومن الأساليب التي أضافت للبرنامج الإرشادي وفاعليته التدريب على المهارات التوكيدية Assertivness التي ساعدت المشاركات على التعبير اللفظي وغير اللفظي بصورة أكثر فاعلية، بحيث أصبح أكثر قدرة على السلوك بطريقة توكيدية تحترم فيها ذاتها وتحترم الآخرين

وتعبر عن مشاعرها واعتقاداتها بطريقة جيدة. وكذلك لعب الدور (Role Playing) من خلال تمثيل بعض المواقف الاجتماعية كما لو كانت تحدث بالفعل مما ساعد المشاركات على تعلم سلوكيات إجتماعية والتدرب على الحلول الممكنة في مواقف إجتماعية معينة وما رافق الجلسات من تعزيز ساعد على رفع تقدير الذات. وعليه فقد ساهمت الفنيات المستخدمة فيإثراء البرنامج بالإضافة إلى كونه إرشاد جمعي، حيث ساهم ذلك في تشكيل دعم للمشاركات وساعدهن للتعلم من خبرات الآخرين خلال سياق الجلسات الإرشادية، مع زيادة مستوى الراحة النفسية لديهن نتيجة إدراكهن أن ما يمرن به يمر به أفراد آخرون، وكل ذلك شجّع الطالبات التعبير عن مشاعرهن اتجاه المشكلة، والالتزام بالبرنامج الإرشادي لما يشكله الإرشاد الجمعي في ضغوط للالتزام بالجلسات والواجبات المنزلية.

كل ذلك فيما يتعلق بتفوق المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي عنه في القبلي، أما استمرار هذه الفاعلية طوال فترة المتابعة (ثلاثة أسابيع)، فمرجعه إلى عملية التطبيع الإجتماعي لأننا الخاصة بالمفحوصة، حيث استمرت لديها تعديل الأفكار وزاد الوعي الذاتي، الحديث الإيجابي، وامتد أثر ما تعلمته من مهارات إسترخاء وتوكيد ذات إلى ما بعد الانتهاء من البرنامج. إذ إن العملية الإرشادية ساعدت على أن تكتسب المشاركات صورة إيجابية عن الذات تمثلت في مواجهة المواقف الاجتماعية دون تجنبها أو الخوف في تقييم الآخرين فيها. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج كثير من الدراسات التي أوضحت استمرار فاعلية الإرشاد السلوكي إلى ما بعد فترة متابعة مثل دراسة عمر، ١٩٩٣؛ اللانقاني، ١٩٩٥؛ دراسة شمسان، ٢٠٠٤؛ خليل، ٢٠٠٤؛

ودراسة الغامدي، ٢٠٠٩؛ وتتفق هذه الدراسة مع عدد من الدراسات الأجنبية.مثلAderka,2011؛ Spence,Donvan, And 2000.,Brechman

التوصيات:

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج البحث الحالي توصي الباحثة بما يأتي:

- ١- إجراء دراسات جديدة على عينات مماثلة ومن فئات عمرية أخرى.
- ٢- الاستفادة من البرنامج الإرشادي السلوكي سواء في المدارس أو المراكز الإرشادية أو العيادات.
- ٣- إعداد برنامج تأهيل شامل للمرشدين في المدارس لتزويدهم بالمهارات اللازمة لاكتشاف الفوبيا الاجتماعية، والتعامل معها بالإضافة إلى تزويدهم بالخبرات اللازمة لإرشاد أولياء الأمور إلى طرق التفاعل البناءة التي تساعد في بناء الثقة بالذات لدى أبنائهم وقدرة على التفاعل مع الآخرين.
- ٤- إجراء دراسة مسحية للتعرف على مدى انتشار الفوبيا الاجتماعية في المملكة الأردنية الهاشمية وما يتعلق بها من عوامل للعمل على وضع خطة بناء على المعطيات.
- ٥- تكثيف الحصص الإرشادية في المدارس وطرح فيها موضوعات تتعلق بالمهارات الحياتية كالتدريب على التواصل الفاعل ومهارات توكيد الذات.
- ٦- إجراء دراسة للبناء العاملي لمقياس الفوبيا الاجتماعية المستخدم في الدراسة وحساب خصائصه القياسية في البيئة الأردنية.

المراجع:

- أحمد أبو أسعد، وأحمد أحمد وعربيات، أحمد (٢٠٠٩). نظريات الإرشاد النفسي والتربوي، الأردن: دار المسيرة.
- أرون بيك، أرون (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والإضطرابات الإنفعالية، (ترجمة عادل مصطفى)، بيروت: دار النهضة للنشر بيروت.
- جلال ضمهر، جلال (٢٠٠٨). الإتجاهات النظرية في الإرشاد، الأردن: دار الصفاء.
- جيرلد كوري، جيرلد (٢٠١١). النظرية والتطبيق في الإرشاد والنفسي، ترجمة سامح الخفش، الأردن: دار المسيرة.
- حامد الغامدي، حامد (٢٠٠٩). فاعلية العلاج المعرفي لبعض إضطرابات القلق. مجلة علم النفس، ٨٢ (٧-١٩).
- حامد زهران، حامد (١٩٩٩). علم نفس الطفولة والمراهقة، القاهرة، عالم الكتب.
- حسان المالح، حسان (١٩٩٥). الخوف الإجتماعي (الخل)، دراسة علمية للإضطراب النفسي "مظاهره أسبابه وطرق"، دمشق: دار الإشراقات.
- راضية شمسان، راضية (٢٠٠٤). برنامج علاجي معرفي سلوكي من مرضى الرهاب الإجتماعي دراسة نفسية تجريبية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة صنعاء، اليمن.
- رضوان علي بني مصطفى، رضوان علي (٢٠٠٤). الإضطرابات النفسية، عمان: دار المسيرة.
- زينب ملص، زينب (٢٠٠٧). العلاقة بين الرهاب الإجتماعي وتقدير الذات لدى عينة من طلاب الجامعة الأردنية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

- طه عبد العظيم حسين (٢٠٠٧). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات، الاسكندرية: دار الوفاء لنديا الطباعة.
- طه عبد العظيم حسين (٢٠٠٩). استراتيجيات إدارة الخجل والقلق الإجتماعي، الأردن: دار الفكر.
- عبد العزيز النفيسة، عبد العزيز (٢٠١٠). تأثير القلق الإجتماعي والإكتئاب على بعض العمليات المعرفية، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.
- عبد الله خليل ، عبد الله (٢٠٠٤). مدى فاعلية العقلاني الإنفعالي والإنفعالي في خفض الرهاب الإجتماعي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أسيوط، مصر.
- علي دبايش، علي (٢٠١١). فعالية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من القلق لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقديم الذات، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة الأزهر، غزة.
- علي ماهر خطاب، علي ماهر (٢٠٠٩). الإحصاء الإستدلالي في العلوم النفسية والتربوية والإجتماعية، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- محمد السيد عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠٠٠). علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب الأعراض- التشخيص)، القاهرة: دار قباء.
- محمد اللذقاني، محمد (١٩٩٥). أثر برنامج إرشاد جمعي قائم على التدريب على المهارات الإجتماعية والتدريب العقلي العاطفي في معالجة القلق الإجتماعي. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الاردن.

- محمد المصري، محمد وفليحان ريلات، فليحان (٢٠٠٩). مدى إنتشار الرهاب الإجتماعي بين طلبة الجامعة في الجنسين في الأردن، مجلة جامعة التربية جامعة كفر شيخ، ٤، ١٦١-٢٠٠.
- محمد جاسم محمد، محمد جاسم (٢٠٠٤). مشكلات الصحة النفسية، أمراضها وعلاجها، عمان: دار الثقافة للنشر.
- محمد محروس الشناوي، محمد محروس (١٩٩٦). العملية الإرشادية، القاهرة: دار غريب.
- مصطفى القمش، مصطفى و خليل المعاينة، خليل (٢٠٠٧). الإضطرابات السلوكية والإنفعالية، الأردن: دار المسيرة.
- نادر فهمي الزيود، نادر فهمي (٢٠٠٨). نظريات الإرشاد والنفسي، الأردن: دار الفكر.
- Aderka, Idan (2011), Cognitive Behavior Therapy For Social Phobia In Large Groups. International Journal of Cognitive Therapy, 4(1), 92-103.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (4th Ed), Washington, Dc.
- Antony, M and Swinson, R. (2000), Phobic Disorder and Panic in Adult: A Guide to Assessment and Treatment, (1sted). Washington, Dc: American Psychiatric Association.
- Antony, Martin (1997).Assessment And Treatment of Social Phobia, Can J Psychiatry, 42,826-834.
- Beck, Judith (1995). Cognitive Therapy: Basics and Beyond, the New York: Guilford Press.
- Blanco, C. Heimberg, R. Schneier. F. Fresco, D. Chen, H.Turk,C. Vermes, D.Erwin,B.

- Schmidt, A. Juster, H., Campeas, R. and Liebowitz, M. (2010). A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(3):286-295.
- Calrk, David (2001), A Cognitive Perspective On Social Phobia. In: Crozier, R. Alden, L, International Hand Book Of Social Anxiety, John Wiley and Sons.
 - Chambless, D. and Feske, U. (1995), Cognitive Behavioral Versus Exposure Only Treatment for Social Phobia. *Journal of Behavior Therapy*, 26:695-720.
 - Chavira, D. Steiny, M. And Malcarne, V. (2002), Scrutinizing the Relationship between Shyness and Social Phobia. *Journal of Anxiety Disorder*, 16: 585- 598.
 - Corey, Gerald (2001). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, Wadsworth Book Cole Thomson Learning.
 - Festa, C. Ginsburg, G (2011), Parental and Peer Predictors of Social Anxiety in Youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 24(3):291-306.
 - Furmark, M. Tiffors, M. Everz, M. Mateinsdottir, I. Frdrikson, M. and Gefvert, O (1999). Social Phobia in General Population: Prevalence and Sociodemography Profile. *Soc Psychiatry Epildemid*, 105: 416-424.
 - Furmark, Tillford, (2000), *Social Phobia: From Epidemiology to Brain Function*. Acta Universitatis Upsaliensis Comprehensive Summaries

Of Uppsala Dissertations From The
Faculty Of Social Sciences 97,Uppsala.

- Furmmark T (2002), Social Phobia: Overview Of Community Surveys. Acta Psychiatrica Scandinavica, 105(2):84-93.
- Gil, P. Carrillo, X. And Meca, M. (2001), Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment in Social Phobia: A Meta-Analytic Review. Psychology in Spain, 5(1):17-25.
- Heimberg R. Doge, C. Hope. D, Kennedy, C. Zollo, L. And Becker, R. (1990), Cognitive Behavioral Group Treatment for Social Phobia: Comparison with a Credible Placebo Control. Cognitive Therapy and Research, 19(1): 1-23.
- Heimberg R.G. Salzman, D. Holt C.S And Blendell, K (1993), Cognitive Behavioral Group Therapy For Social Phobia Effectiveness At 5 Year Follow.
- Herbert, J. Gaudiano, B. Rheingold, A. Myers, V. Dalrymple, K. And Nolan, E. (2005), Social Skills Training Augments The Effectiveness Of Cognitive Behavioral Group Therapy For Social Anxiety Disorder. Behavior Therapy, 36:125-138.
- Hope, D. Burns, J. Hayes, S. Herbert, J and Warner, M. (2010), Automatic Thoughts and Cognitive Restructuring in Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder. Cognitive Therapy and Research, 34: 1-12.
- Karam, Elie G. Mneimneh, Zeina N. Karam, Aimee N. Fayyad, John A, Nasser Soumana C. Chatterji, Somnath, And Kessler Ranald (2006), Prevalence And Treatment Of Mental Disorder In

Lebanon: A national Epidemiological Survey. World Health Organization, 367: 100-106.

- Kendall P, And Asbahr, F.R (2008), Cognitive-Behavioral Therapy In Social phobia. Rev Bras Psiquiatr. 30(2): 96-101.
- Leary, M. R., and Kowalski, R. M (1995).Social Anxiety. New York: Guilford Press.
- Lucock, M and Salkovskis, P (1988), Cognitive Factor In Social Anxiety And Its Treatment. Behavior Research and Therapy, 25: 297-302.
- Mcevoy, Peter (2007), Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Phobia in a Community Clinic. Behavior Research and Therapy, 45: 3030-3040.
- Ohayon, M. Schatzberg, A. (2010), Social Phobia and Depression: Prevalence and Co Morbidity.Journal Of Psychosomatic Research,68(3):235-43.
- Seligman, Linda,(1998).Selective Effective Treatment, John Welly And Sons.
- Sten, M. Torgrud, L and Walker, J (2000), Social Phobia Symptoms, Subtype and Severity. Arch General Psychiatry, 57: 1046-1052.
- Stopa,l and clarck, D (1993), Cognitive processes in Social phobia. Behavior research and therapy 31.5255-267.
- Taylor, Steven (1996), Meta-Analysis of Cognitive Behavioral Treatment for Social Phobia. Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry, 27:1-9.
- Turk, C. Heimberg, R. Orsillo, S. Holt, C. Gitow, A. Street,L. Schneier,F. And Liebowtiz, M (1998), An Investigation Of Gender

Differences In Social Phobia. Journal Disord, 213, 209-223.

- Turner, S.Beidel, D. And Townsley, R.(1990), Social Phobia: Relationship To Shyness. Behavior Research \and Therapy, 28. (6:497-505.
- World Health Organization (1992), the International of Mental and Behavioral Disorder Clinical Description and Diagnostic Guide Line (ICD 10), Geneva: World Health Organization.