

أثر استعمال أسلوب إزالة التحسس في علاج الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعة

د.علي محمود كاظم

كلية التربية / صفي الدين الحلي
الخلاصة

أثر استخدام أسلوب إزالة التحسس في علاج الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعة تكاد تجمع الأدبيات والدراسات السابقة التي بحثت في ميدان الصحة النفسية وميدان علم النفس التربوي، عن علاقة سمات شخصية المدرس وإعداده ومدى تأهيله وحجم ثقافته بمستوى تحصيل الطلبة من جهة، وأثر ذلك في نمو شخصيتهم كونه يشكل احد النماذج التي يمكن ان يتأثر بها الطلبة بشكل كبير جدا من حيث تقليدهم لها من جهة أخرى. لكن في بعض الأحيان يمكن ان تكون هذه الشخصية من الضعف مما يجعل صاحبها غير قادر على القيام بأداء واجبه على الوجه الأكمل، مما يجعل سلوكه يعتريه الخوف والارتباك والخجل. وعندما يرتبط الخوف مع مواقف الأداء أو التفاعل الاجتماعي ينتج عنه توتر شخصي شديد أو نقص وظيفي. وقد يكون سبب ذلك انه ان البعض من هؤلاء الطلبة يعانون من احد الاضطرابات النفسية وهو الرهاب الاجتماعي، ولهذا السبب تتفق الدراسات السابقة على ان الرهاب الاجتماعي يمكن ان يسبب عجز أو ضعف في الشخصية، إذ يعبر المرهوبين اجتماعيا عن معاناة جسمية وتعطيل في أدائهم الدراسي والمهني والاجتماعي مستقبلا. وتظهر مؤشرات الضعف ذات دلالة إحصائية لديهم، إذ يعبر (83%) من هؤلاء أن مخاوفهم تلك تثبط الوظيفة الدراسية وتمنعهم من التكلم في الصف الدراسي. ولعلاج هذه النوع من الحالات قام الباحث ببناء برنامج علاجي باستعمال أسلوب إزالة التحسس في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة. وهو برنامج علاجي يتضمن ست جلسات علاجية بمعدل جلسة واحدة أسبوعيا، وبعد أخذ آراء مجموعة من الخبراء في علم النفس والطب النفسي، طبق البرنامج على عينة من طلبة الجامعة مؤلفة من (19) طالبا وطالبة يعانون من اضطراب الرهاب الاجتماعي وفق تشخيص مقياس جاسم(2000) للرهاب الاجتماعي، بعدها وزعوا بطريقة عشوائية إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة. وللمكافئة بين المجموعتين استخدام الباحث اختبار t. test لعينتين مستقلتين واختبار مربع كاي. وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، قام الباحث بتحليل النتائج باستعمال اختبار t. test لعينتين مستقلتين حيث أظهرت النتائج وجود دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية (على مقياس الرهاب الاجتماعي في استجابة القلق، واستجابة تجنب الموقف، وعلى مقياس تقدير المعاناة الذاتي). وفي ضوء النتائج وضع الباحث عدد من التوصيات والمقترحات.

الفصل الأول الإطار العام للبحث

مشكلة البحث

أهمية البحث والحاجة إليه:

أهداف البحث:

فرضية البحث:

حدود البحث:

تحديد المصطلحات:

مشكلة البحث

تعد مشكلة البحث من أهم النقاط الأساسية للبدء في البحث في أي ميدان من ميادين البحث العلمي، إذ منها يبرز الغرض الأساسي لدراسة الموضوع الذي يروم الباحث دراسته. ومشكلة البحث الحالي وهي انتشار الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعة بناء على النتائج التي توصلت إليها دراسة (هلال وكاظم، 2009) التي قام بها الباحث وزميله. والتي كان من أهمها هو ارتفاع درجة الرهاب الاجتماعي لدى البعض منهم أثناء زيارتهم خلال فترة التطبيق (هلال وكاظم، 2009 ص 279-298)، كما لاحظ الباحث وبناء على كونه احد التدريسين في الجامعة انتشار الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة وخاصة عند ما يطلب من البعض من الطلبة تقديم محاضرة أمام زملائه، وربما يكون سبب الخوف والتردد والارتباك في أداء طلبة كلية التربية عند التطبيق هو ان البعض منهم يعاني من الرهاب الاجتماعي والذي هو أحد الاضطرابات النفسية التي عادة ما تكون منتشرة بكثرة خاصة في هذه الفئة العمرية (15-25) سنة (Antony & Barlow, 1997, P.1039) (Antony, 1997, P.826). فقد أشارت دراسة (العبيدي 1991)، إلى نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي بشكل عام هو (12,55%) وأيدت دراسة

(الكبيسي والعبدي 1994) نتيجة الدراسة السابقة (العبدي, 1991, ص 140), (جاسم, 2000, ص 3). ويتجلى هذا الاضطراب بشكل واضح في المواقف الاجتماعية مما يعيق التفاعل والاتصال الاجتماعي السليم مع الآخرين, ويؤثر على صحة الفرد النفسية الذي يعني تبيد لطاقته وإهدار لها في مسارب لا تعود عليه ولا على مجتمعه إلا بالضرر حتى لا يبقى للنفس البشرية من طاقة تساعد على تأدية وظائفها بكفاية عالية تماما كالمرض الجسمي الذي يصيب الفرد فيبدد طاقته الجسمية, بحيث لا يقوى على أداء الواجبات المطلوبة منه (طه, 1987, ص 61).

أهمية البحث والحاجة إليه:

يمكن ان نتلمس الصحة النفسية للفرد من خلال العلاقة بينها وبين درجة التفاعل الاجتماعي للفرد مع الآخرين, فهي ذات أهمية خاصة وذلك لظهور مدارس فكرية تحاول تفسير الاضطرابات النفسية على أساس التفاعل الاجتماعي للفرد مع المجتمع (جلال, 1986, ص 52). وان الصحة النفسية تتمثل بتوافق الفرد, وإنها حالة تدل على مستوى فاعلية الفرد التي هي قدرته على التفاعل والتأثير في الجماعة وقدرته على التعامل الفعال الناجح. وذلك يدل على حسن توافقه ومن ثم يكون مؤشرا على صحة نفسية سليمة (عبد الغفار, ب. ت. ص 19). ان توافق الفرد اجتماعيا يقصد به عقد علاقات اجتماعية طيبة تتسم بالتسامح والتعاون والإيثار, فاضطراب الحياة الاجتماعية والعلاقات الإنسانية مرهون باضطراب الحياة الانفعالية كضعف الثقة بالنفس والقلق والخوف (راجح, 1977, ص 558). وعندما يرتبط الخوف مع مواقف الأداء أو التفاعل الاجتماعي ينتج عنه توتر شخصي شديد أو نقص وظيفي. وكان الباحثون والمعالجون السريريون يتجاهلون حالة الرهاب الاجتماعي على الرغم من انه حالة مرضية لكن كثيرا ما كان يتغاضى عنه أو يهمل بالرغم من كونه أحد اضطرابات القلق الرئيسة, لذا ذكر لأول مرة في المراجعة الثالثة للمرشد الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية (Juster, 1995, p.821 & Heimberg) يمثل الرهاب الاجتماعي صورة كاريكتورية لتلك الأفضلية التي يضعها مجتمعنا المعاصر للجاذبية الاجتماعية, وكراهية الاستهجان الاجتماعي وفقدان الشعبية. من شأن هذه التأكيدات والتشديدات الاجتماعية ان ترغم الفرد على مجارات الجماعة والانصياع لمعاييرها (بيك, 2000, ص 186). علما ان ازدياد الاهتمام به جاء بعد ان أظهرت الدراسات السابقة أنه شائع الانتشار حاليا, إذ تدل نسب انتشاره المرتفعة على انه يعد ثالث اضطراب نفسي بشكل عام (Antony & Barlow, 1997, p.1037) ويشكل رهاب المواقف الاجتماعية (25%) من بين الرهوبات التي درست في عقد الثمانينات, في العيادات السريرية الكندية كما أشارت لذلك دراسة (Solyom, et. al. 1986) والعيادات السريرية الهندية مثل دراسة (Raguram & Bhide, Marks, 1987, pp.363-364) (1985). والدراسات السابقة اهتمت به كونه من الاضطرابات التي تحدث مشكلات كثيرة في السيطرة الاجتماعية ما بين الأفراد (Cook, 1988, p. 734). والسبب في ذلك ان الرهاب الاجتماعي يرتبط بمستوى من نقص الوظيفة بسبب التأثير المباشر للاضطراب في قدرة الفرد للتفاعل مع المواقف الاجتماعية والعملية, وهذا المستوى من النقص وعدم القدرة يكون شديد لدرجة يرى بانه كالاضطرابات المزمنة الأخرى مثل الاكتئاب (Montgomery, 1997, p.3-9). ولهذا السبب تتفق الدراسات السابقة على ان الرهاب الاجتماعي هو عجز أو ضعف في الشخصية, إذ يعبر المرهوبين اجتماعيا عن معاناة جسمية وتعطيل في وظائفهم الدراسية والمهنية والاجتماعية. وتظهر مؤشرات الضعف ذو دلالة إحصائية لديهم, إذ يعبر (83%) من هؤلاء أن مخاوفهم تلك تثبط الوظيفة الدراسية وتمنعهم من التكلم في الصف الدراسي, أو الالتحاق بالنوادي, أو الفرق الرياضية, أو التنظيمات الطلابية, أو تمنعهم من الحصول على درجات أفضل بسبب عدم المشاركة في المناقشات الصفية, ويشعر (92%) منهم ان أدائهم المهني كان ضعيفا بشكل كبير, ووجود نقص واضح في تطورهم في العمل, وفي تقويم وظائفهم الاجتماعية, وعبر (69%) عن مخاوف تمنعهم من المشاركة في الأحداث الاجتماعية التي تتصل بأعمالهم. وهكذا فإن الرهاب الاجتماعي يتضح من حيث كونه أحد الاضطرابات النفسية الذي يؤثر في قيام الفرد بأداء وظيفته في الحياة (Dacan, et. al., 1986, p.391).

ولذلك فان المصابين بهذا الاضطراب يتعرضون إلى عواقب صعبة في مختلف المجالات الاجتماعية مثل فقدان الفرص التربوية والمهنية, على الرغم من ان ذكاءهم وتفوقهم ربما يكون بمستوى عال, لذا فهم أقل احتمالية للحصول على تدريب مناسب لتحديد الفرص الوظيفية المناسبة ونجاحهم فيها (Boerne & Moller, 1988, p. 107). لذا فان الكثير من هؤلاء الأفراد ليس لديهم أصدقاء, والكثير منهم غير قادرين على الزواج, وتحطم الروح المعنوية لديهم. وهذه الحالة قد يترتب عليها العديد من المشاكل الاجتماعية إذ ان البعض منهم قد يندفع إلى الإفراط (سوء استعمال) في تناول الكحول واضطراب المزاج (Liebowitz & Barlow, 1997, p. 1216) إن القلق الاجتماعي البسيط يكون طبيعيا وحتى مفيدا, لكن الرهاب الاجتماعي الشديد يكون معطلا للفاعليات كلها, فهو حالة من المخاوف المحيرة لعدد من الناس الذين ليس لديهم القدرة على الكلام أو اظهار أنفسهم في المجالس العامة, فقد تصيبهم رعشة عند البدء بالكلام, وخير مثال على ذلك (ديموستين Demosthenes) وهو من أشهر

خطباء اليونان كان يعاني هذه الحالة قبل ان يدرب نفسه على تجاوزها (Marks, 1987, p. 362). ويمكن ان يتضح الرهاب الاجتماعي في تعطيل النشاط كما في حالة (ابقراط) Hippocrates الذي كان يعاني خجلا وريبة وتهيبا، وكان يحب الظلام في حياته ولم يكن يتحمل النور أو الجلوس في الأماكن المضاءة لهذا لم تتسع أعماله. علما ان الرهاب الاجتماعي يبدأ عادة تدريجيا ويصيب الذكور والإناث على حد سواء وتكون البداية بين سن الخامسة عشرة والخامسة والعشرين (Marks, 1987, p. 97), أي في أثناء مدة المراهقة المتأخرة عندما يكون الوعي الاجتماعي والتفاعل مع الآخرين يتخذ أهمية كبيرة أكثر من الحد الطبيعي ((Davison & Neal, 1974, pp. 134-136. فضلا عن ان حالات الرهاب الاجتماعي تزداد شدة بزيادة عمر المراهق، فقد أشارت دراسة (Kraemer, et. al 1998). لعينة مكونة من (2242) طالبا وطالبة ولمدة أربع سنوات أظهرت النتائج ان (22,3%) من هؤلاء تطور لديه الرهاب الاجتماعي (Kraemer, et. al.1998,p.1308), علما ان الاضطرابات النفسية في تزايد سريع ومستمر في هذه الفترة خاصة وان هذه المرحلة هي مرحلة تطور شخصية الفرد بجانبها الفيزيولوجي والنفسي الذي يقود إلى الأنوثة أو الرجولة الكاملة، وان أي فشل أو تعثر في هذه المرحلة في اكتساب هوية الشخصية المستقلة، وفي ضمان الاتجاه الصحيح الذي يحقق له المكانة الملائمة في المجتمع سواء أكان ذلك بالعمل أم الزواج أو الدراسة والمهنة، فإن هذا الفشل سيخلق في نفسه شعور اليأس والإحباط، والنقص وفقدان الثقة في النفس، وهذه المشاعر تؤخر أو تعيق أو تعطل بشكل دائم إمكانية وصوله إلى حالة من التخلص من صراعات المراهقة والاندماج المسئول في المجتمع (كمال، 1983، ص 640-650). بما من شك ان كثير من العلاقات الاجتماعية تتطلب اتصالا نشطا بالآخرين. ولهذا فان العلاقات الاجتماعية السليمة تحتوي على مزيج من الانفعالات المتنوعة ففيها الغضب واللوم والضيق أحيانا، وتبادل مشاعر الحب والود والإعجاب أحيانا أخرى، ومن المعروف ان قدرة الفرد القلق والخائف على تبادل هذه المشاعر تقل في المواقف الاجتماعية نتيجة لما يؤدي إليه القلق من قيود وعجز (إبراهيم، 1994، ص 434-435). إذ ان اضطرابات القلق ومنها الرهاب الاجتماعي كما أشارت لذلك دراسة كل من (Rubin, et. al 1990) و (Francis, 1990) تتعارض مع نمو مهارات اجتماعية ملائمة وان هذا النقص في الوظائف وفي إقامة العلاقات الاجتماعية المناسبة سواء مع الزملاء أو الأفراد الآخرين يزيد من التقويم السلبي للذات، وبالنتيجة تكون مشاركتهم محدودة في النشاطات الاجتماعية السائدة (Holt, et. al., 1995, p.649), والبعض منهم عادة ما يصبحوا كتومين بصورة شبة تامة وقليلي الكلام ويفضلون العزلة والعيش بعيدا عن مراقبة الناس لهم، وهذا النمط من السلوك عادة ما يسمى عدم الكفاءة الاجتماعية أو النقص الاجتماعي، ولهذا السبب توصل المهتمين بهذا الموضوع ان المهارات الاجتماعية ترتبط بنجاح العمل في كافة المجالات بشكل كبير (Bryant & Trower, 1974,p.20), (Chadseyruch, 1992, pp.405-418)

وهنا تتجلى مهمة العلاج النفسي الذي يهدف إلى تعليم الناس كيف يكونوا أسوياء لا يعانون من المخاوف التي لا معنى لها ومن المطبات الانفعالية التي تعوق القدرة على التفكير السليم، وتحقيق الذات والطمأنينة. وان الشخص الذي يتمكن من التغلب على مخاوفه سيتوسع نطاق الصحة النفسية أمامه وستكون ثقته بنفسه عالية وستتغير أفكاره غير المنطقية عن طبيعة أعراضه (إبراهيم، 1994، ص 90، 116) لذا تتجلى أهمية البحث الحالي بأنه سلط الضوء على أحد الأمراض الاجتماعية والذي حاول فيه الباحث توظيف الجانب النظري بشكل تطبيقي، إذ يرى الباحث انه أن الأوان لننتقل إلى الجانب التطبيقي لعلم النفس، فقد ورثنا من أسلافنا في هذا الاختصاص الكم الهائل من التنظير ابتداء من النظريات المتعددة في علم النفس - لا يبالغ الباحث بالقول ان علم النفس يكاد يكون أكثر العلوم الحبلية بالنظريات والمدارس الفكرية المتعددة، وربما سبب ذلك انه من أكثر ميادين العلم التي يمكن تتحمل وجهات النظر فضلا عن كونه يدرس مواضيع متداخلة وبالتالي كل موضوع يمكن النظر إليه من أكثر من جهة، فضلا عن انه من العلوم الحديثة بالمقارنة مع باقي العلوم الأخرى - إلى دراسة العلاقات بين المتغيرات المختلفة مرورا بدراسة الميول والاتجاهات وبناء المقاييس الشخصية والتشخيصية، ولو أجرينا إحصائية لهذه الأعمال النظرية قد لا نبالغ ان قلنا إنها تزيد على (90%) بالمقارنة مما قدم في مجال التطبيق لهذا الاختصاص. والباحث لا يقصد من ذلك ان البحث في الجانب النظري لهذا العلم قد انتهى، بل ان الباب لازال مفتوحا على مصراعيه. إذا نحن اليوم بأمس الحاجة إلى إبراز الجانب التطبيقي لعلم النفس. ويرى الباحث أننا اليوم إزاء مسؤولية تاريخية يكمن ان نضع لها نحن البدايات الأولى، فكما ورثنا من أسلافنا الجانب النظري والذي أشبع بحثا، وأصيب بالتحمة، وللأسف الجزء اليسير جدا من الجانب (التطبيقي) العملي. لذا يجب ان نعمل على ان يرثنا من يأتي بعدنا الجانب التطبيقي لعلم النفس. ولنبدد الفكرة التي يعرفها أغلب الناس عن علم النفس فهم يرددون مقولة تقول ((ان علم النفس يقول الكثير لكنه يفعل القليل)). وهذا الرأي ليس اجتهادا من الباحث بل

هو دعوة لتطبيق ما توصلت إليه الفروع النظرية في علم النفس من نظريات وقوانين في ميادين علم النفس التطبيقية المختلفة. أما الجانب الثاني لأهمية البحث فإنه يركز على الطالب الذي سيكون مدرس المستقبل أي سيكون نموذجاً يحتذى به طلبته، وعليه أصبح لزاماً أن يكون هذا النموذج بالمستوى الجيد بدلاً من يكون نموذجاً ضعيف الشخصية ينعكس سلباً بشخصيته في أداءه وعلى مدى تقمص طلبته له، لأن هذه المهنة تتطلب قابلية وقدرة شخصية مختلفة بالمقارنة مع بقية المهن.

أهداف البحث:

يستهدف البحث الحالي إلى :

1. بناء برنامج علاجي باستعمال أسلوب إزالة التحسس.
2. التعرف على اثر البرنامج العلاجي في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعة.

فرضية البحث:

يحاول لبحث الحالي التحقق من الفرضية الآتية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية التي تخضع للبرنامج العلاجي والضابطة التي لا تخضع للبرنامج العلاجي في خفض الرهاب الاجتماعي.

حدود البحث:

يقنصر البحث الحالي على عينة من طلبة كلية التربية قسم العلوم التربوية والنفسية للمرحلة الثالثة والرابعة في جامعة بابل قوامها (19) طالباً وطالبة، للعام الدراسي (2009-2010).

تحديد المصطلحات:

إزالة التحسس Desensitization

1. ويسمى في المعجم النفسي الطبي بـ (إبطال الحساسية، إزالة التحسس، إبطال الاستحساس) (ريبير، ريبير، 2008، ص183).
2. عرفه المالح (1995): وهو أحد الأساليب العلاجية السلوكية من خلال التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للخوف والقلق (المالح، 1995، ص146).
3. هو علاج سلوكي يتوجه إلى زيادة التعرض تدريجياً للأوضاع التي قادت إلى حدوث نوبات الذعر في الماضي أو الخوف من أي موقف ((2009) www.go.microsoft.com69157 .

التعريف الإجرائي:

وهو عبارة عن تمارين يقوم المفحوص بالتدريب عليها في ستة جلسات علاجية وبمعدل جلسة واحدة أسبوعياً تستغرق الجلسة الواحدة عشر دقائق ثم تزداد في كل جلسة إلى أن تصل إلى (30) دقيقة في آخر جلسة وهي السادسة.

الرهاب الاجتماعي: Social Phobia

1. ويسمى في المعجم النفسي الطبي، بالخوف الاجتماعي، أو الفوبيا الاجتماعية (ريبير وريبير، 2008، ص621).
2. تعريف منظمة الصحة العالمية (World Health Organization (WHO 1992): وهو اضطراب قلق عام غالباً ما يبدأ في مرحلة المراهقة يتركز خوفهم حول إمعان نظر الآخرين فيهم، مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية. وهو شائع لدى الرجال والنساء (WHO, 1992, PP. 136).
3. تعريف دويدار (1994) وهي مخاوف تبدأ سريرياً في أثناء مدة المراهقة وتدور حول الخوف من النقد أو الاختيار ومنها الخوف من الظهور أو المواجهة أو من مقابلة الجنس الآخر أو من التقاء الأعين أو من الوقوع في الخطأ أمام الآخرين أو من اكتشاف الآخرين لضعف في الفرد، وكلها مخاوف تؤدي بالمريض إلى ارتعاش اليدين وتصيب العرق واحمرار الوجنتين وأحياناً الغثيان (دويدار، 1994، ص311).
4. تعريف (Antony, 1997) هو اضطراب يتميز بازدياد الخوف وتجنب شخص آخر أو مجموعة أكبر أو أداء على وضع يتضمن الكلام في مكان عام، والالتقاء بأناس جدد، وتناول الطعام أو الكتابة أمام الآخرين وحضور الحشود الجماعية، وينتبه الناس للرهاب نمطياً ويكونوا قلقين بخصوص احتمالية أن الآخرين سيقومونهم بسلبية أو يلاحظون أعراض الرهاب الاجتماعي لديهم (Antony, 1997 P.826).
5. تعريف (Clarke & Mattick, 1998) هو قلق وخوف الشخص من أن يقوم بنشاطات معينة (تناول الطعام والشراب، الكتابة، استخدام دورات المياه، والعمل والسفر) ويكون فيه ملاحظ من قبل الآخرين مما يسبب بظهور علامات التوتر عليه بشكل واضح مثل احمرار الوجه والتوتر الجسمي (Clarke & Mattick, 1998, P.458).

التعريف الإجرائي:

وهو الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الرهاب الاجتماعي على ان لا تقل عن (61) في استجابته على القلق في الموقف, و(59,25) في استجابته على تجنب الموقف.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الرهاب الاجتماعي في التصنيف الطبي:

تصنيف منظمة الصحة العالمية (WHO. ICD-10, 1992)

انتشار الرهاب الاجتماعي

أسباب الرهاب كما فسرتها النظريات النفسية

1. العوامل الأسرية والثقافية والاجتماعية
 2. نظرية التحليل النفسي
 3. نظريات التعلم
- النظرية السلوكية
النظرية المعرفية

استنتاج

علاج الرهاب الاجتماعي

1. العلاج الدوائي
2. العلاج النفسي الاجتماعي
1. التدريب على المهارات الاجتماعية
2. أساليب التعرض
- ج.العلاج المعرفي
- ٤.التدريب على الاسترخاء

الإطار النظري (حاول الباحث ان يختصر به كثيرا لأنه بحث ترقية وليس رسالة ماجستير أو أطروحة دكتوراه وأيضا بسبب قيود النشر في المجالات العلمية)

الرهاب الاجتماعي في التصنيف الطبي:

تصنيف منظمة الصحة العالمية (WHO. ICD-10, 1992)

ورد الرهاب الاجتماعي في التصنيف العالمي (ICD-10), ضمن مجموعة F4:

F4: Neurotic, Stress Related and Somatoform Disorders

ومن مجموعتها الفرعية اضطرابات القلق الرهابي (Phobic Anxiety Disorders) التي تشمل:

1. اضطرابات المجال Agora Phobia وتتضمن:
 1. من دون اضطراب الرعب Without Panic Disorder
 2. مع اضطراب الرعب With Panic Disorder
2. الرهاب الاجتماعي Social Phobia
3. الرهاب المحدد (المنفصل) Specific Phobia

وجاء في هذا التصنيف ان الرهاب الاجتماعي Social Phobia يبدأ عادة في مرحلة المراهقة ويظهر على شكل خوف من إمعان نظر الناس الآخرين مما يدفع الفرد إلى تجنب المواقف الاجتماعية, وهو على العموم موجود بالتساوي لدى الرجال والنساء. والمواقف التي يتجنبها الفرد مثل تناول الطعام في الأماكن العامة, أو الكلام بشكل عام وعلني, أو مقابلة (مواجهة الجنس الآخر), أو ينتشر ليطضمن أكثر المواقف الاجتماعية خارج نطاق الأسرة مثل الخوف من التقيؤ علانية أمام الآخرين اضطرارا, أو ربما تكون نظرة المجابهة (التحدي) بشكل مباشر وشديد خاصة في بعض الحضارات. ولذا فإن واحد من أهم المعايير التي يعتمدها هذا التصنيف في تشخيص الرهاب الاجتماعي هو تجنب المواقف الاجتماعية بصورة واضحة (WHO, 1992, PP. 136-137).

انتشار الرهاب الاجتماعي

أشارت الدراسات السابقة إلى زيادة انتشار الرهاب الاجتماعي في الوقت الحاضر عما هو عليه سابقاً. فقد أشارت إحصائيات دليل التشخيص الطبي للأمراض النفسية الرابع الذي تصدره جمعية الأطباء النفسانيين الأمريكية ((DSM-IV إلى انه ينتشر بنسبة (3-13%). وأن معدل المصابين بالرهاب الاجتماعي من مراجعي العيادات الخارجية هو بين (10-20%) من الأفراد الذين لديهم اضطرابات قلق (APA, 1994, P. 181, Koch, et. al., 1997, P. 414)). أما في البلاد العربية فتشير ملاحظات العدد من الأطباء النفسانيين ان الرهاب الاجتماعي منتشر بنسب أكبر مما هو عليه في الدول الأجنبية، علماً أنه لا توجد دراسات ميدانية تؤكد ذلك (جاسم، 2000، ص 35)، لكن تدل إحصائيات مراكز الطب النفسي الحكومية والخاصة والعيادات النفسية ان الرهاب الاجتماعي ينتشر بين هؤلاء المراجعين بنسبة تتراوح بين (8-13%) وأشارت إحصائيات مستشفى الملك فيصل التخصصي وإحصائيات مركز الأبحاث في الرياض عام (1987) ان الرهاب الاجتماعي ينتشر بنسبة (13%) من مجموع المراجعين لهذه المؤسسات (المالح، 1995، ص 106). وفي المجتمع العراقي أشارت دراسة (العبيدي 1991) إلى أنه ينتشر بنسبة (12,55%) - وكما هو موضح في فقرة مشكلة البحث في الفصل الأول.

أسباب الرهاب كما فسرتها النظريات النفسية

1. العوامل الأسرية والثقافية والاجتماعية

تعد الأسرة للمؤسسة الأولى التي يخضع لتأثيرها الفرد في أي مجتمع على اختلاف أنواعه ومكانه. ولهذا يرى البعض من المهتمين بالرهاب الاجتماعي ان للعوامل الأسرية أثراً مهماً في نشوء العديد من حالاته. فقد أشار العديدين من المصابين به ان طفولتهم كانت غير سعيدة وانهم عانوا من الحرمان النفسي والمادي وكانت علاقتهم بوالديهم يسودها البرود العاطفي، فضلاً عن عدم التقبل والرفض من الأهل. وهذه الذكريات تسهم عادة في تكوين مشاعر النقص كما تؤدي إلى ازدياد مشاعر الإحباط والعدوانية والتوتر وعدم الرضا عن النفس (المالح، 1995، ص 133). وقد سبق وأشارت لذلك دراسة (Berger, et. Al. 1989, P.57). كذلك تسهم المعاملة القاسية التي يتعرض لها الأبناء من الآباء في ظهور الرهاب الاجتماعي فقد أشارت دراسة (Raslan & Chaleby, 1990) إلى ان نسبة (53%) من الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي في الحضارة العربية إلى انهم تعرضوا إلى الإساءة الانفعالية والجسدية من والديهم، فضلاً عن خبرات الأحداث السلبية الماضية (Raslan & Chaleby, 1990, PP.112-113). وليس فقط المعاملة القاسية يمكن ان تكون أحد أسباب الإصابة بالرهاب الاجتماعي، بان الحماية الزائدة ومراقبة الأهل الشديدة وانتقاداتهم وتوجيهاتهم المتكررة وعدم رضاهم عن السلوك المعتاد للطفل مما زاد من فرض الكثير من القيود على سلوك الطفل وعدم منحة فرصة كافية للنمو زاد من شعوره بالخوف والارتباك عند القيام حتى لو كان بسيطاً، وكذلك يؤدي التوتر الأسري والمشاكل بين الأبوين إلى زيادة الشعور بالقلق مما يسهم في زيادة تشكيل السلوك التجنبي لدى الطفل (جاسم، 2000، ص 63)، أيضاً تسبب الأساليب المعاملة الوالدية غير الصحيحة في تثبيت الخوف من المواقف الاجتماعية مثل إطلاق الصفات والنوعت على الطفل أو المراهق كأن يسمى بأنه خجول أو ضعيف أو انه لا يتكلم مما تزيد من تقييد الفرد وبالتالي يصعب عليه تجاوزها فضلاً عن التعليمات والقواعد التي يجب عليه ان يتبعها في المواقف الاجتماعية مما تضعف قدرته على التعبير التلقائي عن نفسه فتزيد من شعوره بالقلق والخوف وضعف الثقة بالنفس وبالتالي كثرة تجنبه للمواقف الاجتماعية (المالح، 1995، ص 133-138). هذا يتساق مع ما أشارت إليه دراسة (Frude, 1998) من ان كثرة النقد يساعد على تشكيل السلوك التجنبي والذي هو أحد الأعراض المميزة للرهاب الاجتماعي (Frude, 1998, P. 27).

2. نظرية التحليل النفسي

تفسر هذه النظرية الرهاب الاجتماعي على انه نتيجة للصراعات التي تتركز على الموقف الأوديب الذي لم يحل في فترة الطفولة، ولدى البالغين بسبب الدافع الجنسي الذي يستمر بمعاناة شديدة خوفاً من سفاح المحارم وهذه النزعة تثير سبباً للقلق وهي خاصية الخوف من الخصاص، وبعد ذلك ينذر هذا القلق الأنا للسعي في الكبت والحفاظ على هذا الدافع بعيداً عن الظهور إلى حالة الوعي والتفريغ. ولكن عندما لا يكون الكبت ناجحاً بالكامل فيكون من الضروري للأنا البحث عن دفاعات إضافية، ولدى المصابين بالرهاب الاجتماعي دفاعات تظهر من استجابة الرهاب المبكرة خلال مرحلة الطفولة الأولى من الصراع الأوديب، ففي البداية تستعمل الإزاحة وهذه تعني ان الصراع الجنسي يحول أو يزاح من الشخص الذي استدعى الصراع إلى موضوع أو موقف أقل علاقة أو أهمية بالموضوع أو الموقف الأصلي. وهذا ما جعل أصحاب التحليل النفسي يفترضون وجود صلة غير مباشرة بين مصدر الخوف من جهة والمحتوى للخوف الذي يخبره المريض من جهة أخرى. فالشخص في زعمهم يقوم بإزاحة Displacement خوفه الحقيقي إلى موضوع خارجي ما (حميد غير مؤد) ففي حالات الرهاب يقول

فرويد(1933) هو تحويل الخطر الداخلي إلى خطر خارجي مثال على ذلك تلك المرأة التي تكن في نفسها خيالات بغاء لاشعورية، وحيث ان هذه الخيالات المحرمة تثير القلق فأنها تقوم بتحويل (إزاحة) خوفها من ان تصبح عاهرة إلى خوف آخر أكثر قبولاً من المجتمع، فتعاني من رهاب الشارع(بيك، 2000، ص180-181 فضلاً عن ذلك فأن الموقف أو الموضوع يكون لمثل هذا المريض قادراً على إبعاده بواسطة هذه الآلية الدفاعية فضلاً عن دفاعات التجنب التي تمكنه من الهرب والتخلص من القلق الشديد (Liebowitz & Barlow, 1995, P. 1041, Antony & Barlow, 1997, P.1213). ويرتبط هذا القلق أو الخوف بتهديد الذات في تكوينها وقدرتها ضد مصادر السلطة والقوة. وفي حال التعبير عن هذه الرغبات في المواقف الاجتماعية فأن القلق والتوتر ينتابه عن إمكانية مثل هذا التعبير في احتمالية عدم قبوله من ضميره ومن الآخرين، ونتيجة لتزايد القلق والتوتر تظهر أعراض الرهاب الاجتماعي بصفتها حلاً لتجنب تلك المواقف إلى تسبب القلق والتوتر(جاسم، 2000، ص69). ومن الآراء الأخرى التي قدمتها هذه النظرية في تفسيرها للرهاب الاجتماعي هو ان الإنسان يسقط ضميره القاسي الشديد المتطرف على الآخرين، ونظراً لشدة هذا الضمير وتعذيبه للإنسان ولنفسه ولتخطيمه المستمر فأن القلق الناتج عن ذلك كبير ويصعب احتماله وسبب ذلك ان الضمير جزء من الإنسان نفسه والصراع معه قد يبلغ درجة لا تطاق ولذلك فإنه يسقط على الآخرين كثيراً من محتويات ضميره هو وطريقته القاسية اللاذعة في انتقاد نفسه، فهو يعتقد ان الآخرين يتهامسون عليه أو يسخرون منه أو ينتقدونه عند مقابلتهم أو عند الحديث أمامهم (المالح، 1995، ص126).

3. نظريات التعلم

هذه النظرية ترى ان سلوك الفرد هو مجموعة تعلماته المختلفة نتيجة استجابته لمثيرات البيئة المحيطة به سواء كان هذا التعلم سوياً أو لا سوياً، فقد يتعلم أمراضه وطريقته الشاذة في استجابته للبيئة ويتم ذلك تدريجياً ومبكراً في حياة الإنسان إلى ان يتحول سلوكه الشاذ ومرضه إلى عادة وأسلوب حياة ... فإذا كانت عادة الإنسان ان يواجه مواقف الحياة بطريقة شاذة ومبالغ فيها انفعالياً قلنا أنه يعاني من الخوف أو القلق(إبراهيم، 1994، ص57). وهذه النظرية تقدم نموذجين لتفسير الرهاب، هما:

1. انموذج المرحلتين لمورر Mowrer s Tow-Stage Model:

المرحلة الأولى تتضمن عملية اشتراطات كلاسيكية عن طريق المنبهات الطبيعية السابقة التي ترتبط بالمنبهات المضادة لكي تصبح المنبهات الطبيعية محركة للخوف. على سبيل المثال: الخوف من الكلاب ربما يتطور لدى الفرد بعد ان يتعرض لعضة الكلب.

أما المرحلة الثانية فأنها تعتمد على مبادئ الأشرط المؤثرة لتفسير استمرارية الرهاب. وعلى وفق هذا الأنموذج فأن الرهبات تستمر عن طريق نتائج التعزيز السلبي في تجنب الموضوع المرهوب. وبكلام آخر فأن التجنب يمنع الأعراض المزعجة من الحدوث(جاسم، 2000، ص71).

2. سبيل راشمان في نشو الخوف: Rashman s Pathways to Fear Development:

أقترح راشمان ثلاثة سبل لنشو الرهاب، وهي:

الأول: يعرف بالاشترط المباشر والذي يتضمن نمطياً وجود خبرة الألم أو الرعب جراء الموقف أو الموضوع الذي يسبب الرهاب. مثلاً: الاهانة أمام مجموعة من الناس.

الثاني: يعرف باكتساب البدائل والذي يتضمن مشاهدة بعض الأحداث الصادمة أو رؤية أحد ما يتصرف بخوف عند وجوده في الموقف أو الموضوع الذي يسبب الرهاب، مثلاً تطور الخوف من الكلام في الأماكن العامة لدى أحدهم بعد رؤية فرد آخر يتضايق من التعرض للجمهور.

الثالث: يمكن ان تتطور المخاوف من خلال الأساليب التعليمية والإعلامية، مثلاً تطور مخوف الطيران عند تكرار سماع تحطم الطائرات في نشرات الأخبار، وبالمثل قد تتطور المخاوف لدى الأطفال من الارتفاعات إذا تكرر تحذير أمه له من مخاطر الوجود قرب الأماكن العالية، وكذلك لمواقف الرهاب الاجتماعي عند تحذيره من الناس الآخرين وما يشكوه من مصدر تهديد له، وهذا يوضح ان العوامل الشخصية والأساليب الوالدية ربما يكون لها دوراً مهماً في نشو الرهاب الاجتماعي.(Antony & Barlow, 1997, P.1043)

النظرية السلوكية

يفترض ولبى (Wolpe1969) ان كل رهاب إنما ينشأ بالشكل التالي:

أولاً: يطراً حدث مخيف ويولد قلقاً، ويوجد مثير (منبه) آخر (محايد) إبان أو قبيل الحدث المخيف.
ثانياً: يصبح المثير المحايد مرتبطاً بالفعل من خلال هذا التداعي العارض.

ثالث: فيما بعد يصبح الشخص قلقا في وجود المثير (المحايد), أي يعاني من رهاب هذا المثير, وهذا ما يسمى الأشرط الطارئ Accidental Conditioning (بيك, 2000, ص 180). أي ان هذه النظرية ترى إذا تعرض الفرد إلى موقف اجتماعي مزعج فانه يتعلم ان هذا الموقف أو ما يشابهه من المواقف سيكون مؤلما ومزعجا. وبهذه الطريقة ينشأ الرهاب الاجتماعي أي بعد تعرض الفرد إلى تجربة سلبية أمام الآخرين سببت له تلثم أو خفقان شديد في القلب أو رعشة أو انتقاد ولم يستطع ان يتخلص من ذكرى ذلك الموقف مما جعلها تؤثر سلبا في نفسيته وحياته. وبعض الأفراد ممن مروا بهذه التجربة القاسية لازالوا يتذكرونها والبعض الآخر لا يتذكرونها, ومع ذلك فان التذكر ليس شرطا ضروريا لان هذه النظرية تفترض ان الإنسان قد مر بتجارب ربما تكون شديدة وذكرها قد زالت من الذاكرة ولكن تراكمات الصدمات والتجارب المؤلمة يؤدي إلى نشؤ سلوك تجنبى فضلا عما يرافقه من خوف وقلق من الموقف المثير للألم. ومن الفرضيات السلوكية الأخرى ان المرضى المصابين بالرهاب الاجتماعي يحدث لديهم حساسية خاصة اتجاه الأعراض الجسمية المرافقة للقلق وقد اعتادت أجهزة أجسامهم وجهازهم العصبي على تلك الحساسية, مما نتج عن ذلك انهم قد تعلموا ان مواقف اجتماعية معينة ترتبط بزيادة في التوتر والقلق وهم بالتالي يخافون تلك المواقف ويتجنبونها ولا يجابهونها قدر المستطاع. ولهذا أشارت دراسة (Kagan, et. al. 1995) ان تجنب تلك المواقف يسبب حالة من التثبيط Inhibition السلوكي والذي ساعد على ذلك هو حساسية بنية الجسم التي نشأت من جراء التعرض إلى تلك المواقف وما تعرض له الفرد من تجربة مخيفة أو مؤلمة لكن محصلة ذلك هو تشكل عادة سلوكية معينة اعتاد الفرد بموجبها إلى القيام بسلوك معين تجاه تلك المواقف (Beidel, et. al., 1995, P.527).

النظرية المعرفية

يرى أتباع هذه النظرية ان العوامل المعرفية ذات أهمية خاصة في الرهاب الاجتماعي ولهذا السبب فان الدراسات الحالية تبحث في التشويش المعرفي لهذا الاضطراب والنتائج السلوكية لهذا التشويش استنادا إلى الأنموذج المعرفي Cognitive Model الذي اقترحه (Beck, Emery & Greenberg, 1985) وبموجب هذا الأنموذج فان المرهوبين اجتماعيا يصبحون قلقين عندما يتوقعون أو يشاركون في المواقف الاجتماعية لأنهم يكبحون أفكارهم إلى تؤدي بهم إلى التنبؤ بأنهم سيتصرفون بطريقة تكون نتائجها الرفض أو فقدان المكانة. وفي أي وقت يمكن ان تطلق هذه الأفكار المتعلقة بالتقويم الاجتماعي السلبى وتظهر سلسلة من الحلقات المفرغة التي يتواصل فيها الرهاب الاجتماعي والتي تكون بالشكل الآتي:

1. تصبح الأعراض الجسمية والسلوكية للقلق أسبابا إضافية في إدراك الخطر والقلق (مثلا الاحمرار الذي يفسر دليلا على ان أحدا ما يخدع شخصا آخر).
2. يصبح المرهوبين اجتماعيا مشغولين بالبال بأفكارهم السلبية, وهذا الانشغال يتعارض مع قابليتهم في التعامل مع الإشارات الاجتماعية الذي يؤدي إلى التدهور الموضوعي في الأداء, وعلى سبيل المثال التصرف بدفء أقل ربما يؤدي بعد ذلك إلى سلوك ودي أقل من الآخرين ومن ثم يعزز جزئيا المخاوف (الرهابية).

3. توجيه الانتباه نحو رسائل إشارات التهديد عندما لا يكون هناك انشغال بالمحاور الذاتية.

ومن الممكن ان يلاحظ المرهوبين اجتماعيا بشكل خاص سلوكهم وسلوك الآخرين والذي يفسر على انه دليل على تهديد للفرد والنتيجة النهائية هي الخوف من التقويم الاجتماعي السلبى. ولهذا ما أيدته الدراسات السابقة فقد أشارت دراسة (Lucock & Salkovskis, 1988) انه عند مقارنة الأسوياء مع المرهوبين اجتماعيا فهم يغالون في تقدير احتمالية وقوع الأحداث الاجتماعية السلبية على احتمالية وقوع الأحداث الاجتماعية الايجابية, وكذلك وجدت دراسة (Beidel & Larkin, 1986) ان المرهوبين اجتماعيا أكثر سلبية وأقل ايجابية في الجانب المعرفي مقارنة بغير المرهوبين, ووجدت دراسة (Hope, et. al., 1990) ان الذين يعانون الرهاب الاجتماعي تلازمهم انتقائية كلمات التقويم الاجتماعي السلبى. وهذا يتساق مع ما سبق وأشارت إليه دراسة (Butler, 1985) ان الأوجه المعرفية لدى المصابين بالرهاب الاجتماعي ترتبط بالخوف المركزي من التقويم السلبى من الآخرين, فضلا عن انهم يمتلكون مهارات اجتماعية أقل عند مقارنتهم بغير المرهوبين في سلسلة من المهمات السلوكية (Clark & Stopa, 1993, P. 255-257), (Butler, 1985, P. 652) ولهذا السبب فان النظرية المعرفية ترى ان المصابين بالرهاب الاجتماعي انهم ليسوا خائفين من موقف معين أو من شيء في حد ذاته, بل من عواقب وجودهم في ذلك الموقف أو اتصالهم بذلك الشيء. فعلا سبيل المثال الشخص الذي لديه رهاب المرتفعات يشير إلى انه خائف من السقوط, والشخص الذي يعاني من الرهاب الاجتماعي يفيد بأنه خائف من أنه سوف يرفض أو يقلل من قيمته الآخرين, ونظرا لهذه الأفكار السلبية المتسلطة على فكر المصاب بالرهاب

الاجتماعي يشعر الطالب في نفسه بالتوتر والضعف أثناء إلقاء كلمة أو القيام بأداء نشاط معين أمام مجموعة من زملاءه مما يجعله يجد صعوبة في التركيز أثناء حديثه(بيك, 2000, ص 187,181).

استنتاج

أنماط السلوك المختلفة سواء كانت مقبولة اجتماعيا أو غير مقبولة, ليس من السهل ان نعزو أي منها إلى سبب واحد دون آخر, بل هي نتيجة نهائية لتداخل وتفاعل عدة أسباب أو متغيرات, وان كان أحد تلك الأسباب أكثر تأثيرا في ظهورها من الأسباب الأخرى. ولكن حتى لو صح ذلك, لا يمكن ان نعزو ذلك السلوك إلى سبب واحد فقط. فعلى سبيل المثال, الرهاب الاجتماعي على تفسيرات وجهة نظر المهتمين بالعوامل الثقافية والأسرية والبيئية, فان من الطبيعي ان يكون للثقافة والبيئة وطبيعة التنشئة الاجتماعية أثرا كبيرا في نشوئها وتطورها, ولذلك نجد الأفراد في الريف يكون الرهاب الاجتماعي شائع لديهم أكثر مما هو لدى الأفراد الذين يقطنون في المدينة وتحديدا في الأحياء الشعبية بسبب كثرة أفرادها وكثرة الاختلاط فيما بينهم, لكن في بعض العوائل لا يسمح للأطفال بالاختلاط مع أقرانهم وبالتالي سيكون البعض من هؤلاء عرضة للإصابة بالرهاب الاجتماعي مستقبلا. ومن وجهة النظر المعرفية يلاحظ انه من الطبيعي ان يشعر الفرد بالخوف من القيام بأداء نشاط معين في موقف اجتماعي ما لأنه يدرك تماما وفق ما لديه من خبرة سابقة في التعامل مع تلك المواقف, فأن ذلك من شأنه ان يزيد من خوفه الاجتماعي أو من اعتقاده انه ربما سيقع في خطأ عند القيام بذلك السلوك مما يجعله في موقف سخرية من الآخرين, أي أنه خائف من ما سيترتب على سلوكه من نتائج وخيمة فهو يعتقد خطأ أنه لا يمتلك خبرة سابقة أو انه غير قادر على القيام بذلك السلوك أو النشاط أمام الآخرين. لكن في نفس الوقت لا يمكن ان نتجاهل أو نلغي أثر الخبرات السابقة التي تعرض لها الفرد في وقت سابق في حياته (كما هو الحال في تجارب فترة الطفولة) والتي جعلته يدرك ان من الأفضل ان يزيح خوفه من شيء معين أو موقف ما, كما ترى نظرية التحليل النفسي إلى شيء آخر خشية من انه اذا كشف عن خوفه بشكل مباشر ربما سيترتب على ذلك عقوبة قاسية. لذا فان من الأفضل ان يزيحه إلى شيء لا يترتب عليه عقوبة. وعلى وفق ما ترى نظرية التعلم ان الإنسان يتعلم من خلال الخبرات التي يتعرض لها سواء كان التعلم سويا أو غير سويا إلا ان كلا النمطين من التعلم يمران بنفس معادلة (المثير — الاستجابة) وبمساعدة التعزيز تتقوى تلك الاستجابة, وبنفس الوقت تعلم الفرد من تجنبه لذلك الموقف الحصول على فائدة معينة وهي مثلا انه يتجنب الموقف الذي يسبب له رهاب وبالنتيجة لم يتعرض إلى الألم والتوتر الذي يمكن ان يواجهه فيما لو تعرض لذلك الموقف. ومن الطبيعي جدا ان الكثير من تعلمتنا فيما نكره, أو نحب, أو نخاف. كانت قد اقترنت بمثيرات معينة سواء كان الاقتران بمثيرات سلبية أو ايجابية. لكن كل ذلك لا يجري مع كائن بايولوجي بلا عقل بل مع كائن خلاق مبدع يستطيع ان يتعلم ويستفاد من تجاربه السابقة لا كائن بايولوجي أشبه بالآلة يستلم ويستجيب بدون تمثيل لما يستقبل لكي يستجيب وفقا للموقف الاجتماعي أو وفقا لطبيعة إدراكاته التي تتأثر إلى حد كبير بطبيعة تجاربه وتعلماته السابقة, ولذا فهو كما يقول بيك Beck وهو احد علماء النفس المعرفيين (... فالإنسان ليس رهين تفاعلات كيميائية أو نزوات عمية أو انعكاسات آلية لمثيرات بيئية, بل هو كائن عرضة للتعلم الخاطئ وللأفكار الانهزامية ولديه القدرة أيضا على تصحيحها.... بيك, 2000, ص 16)

علاج الرهاب الاجتماعي

الرهاب الاجتماعي كغيره من الاضطرابات النفسية تعددت طرائق العلاج النفسي التي استعملت لمساعدة الأفراد الذين لغرض التخلص منه أو تقليله إلى أدنا حد ممكن. وتعددت طرائق العلاج هو نتيجة حتمية لتباين الأطر النظرية التي فسرت أسباب نشوئه. ولذا نج العلاج السلوكي, والعلاج المعرفي, والعلاج الدوائي, والعلاج بالتحليل النفسي. ... الخ. وهي على النحو الآتي:

1. العلاج الدوائي Pharmacotherapy

وهذه الطريقة في العلاج ليست جديدة اذ ان العلاج الدوائي قد أصبح شائع الاستعمال في علاج الرهاب الاجتماعي منذ العقد الماضي. مثل مجموعة العقاقير المسماة (SSRIs) Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, ومضادات الكأبة الثلاثية (Dyck, 1996), (MAOIs) Monoamine Oxidize Inhibitors. وفي إحدى الدراسات تمكن الباحثين من خلال تجربتين على عينة من المصابين بالرهاب الاجتماعي. وقد قارنت هاتان الدراستان بين علاج التعريض exposure therapy والعلاج بالعقاقير الطبية بواسطة عقار ال ("بنزوديازيبين") سوية, مقابل علاج التعريض لوحده لدى المصابين بحالتي الذعر ورهبة الخلاء. وتوصل الباحثون من هاتين الدراستين, إلى ان العلاج بالتعريض, يمكن ان يكون فعالا للمصابين بحالات الذعر ورهبة

الخلاء، عند مقارنته بطريق العلاج بالعقاقير مثل عقار "بنزوديازيبين" (www.go.microsoft.com69157) وعلى الرغم من ذلك فإن الدليل على تأثير العلاج الدوائي محدود، بل تشير الدراسات السابقة إلى عودة الاضطراب بعد الانقطاع عن العلاج، على العكس تماما من استخدام طرائق علاجية أخرى مثل أساليب التعريض والعلاج المعرفي والعلاج بالتدريب على المهارات الاجتماعية فهذه الوسائل أكثر فعالية في القضاء على أعراض الرهاب الاجتماعي مما يجعلها أكثر ديمومة (Klieser & Wurthmann, 1992, P91-92). وسبب ذلك واضح جدا وهو ان العلاج الدوائي ساعد على القضاء على الأعراض أي منع ظهور الأعراض سواء كانت جسمية أم نفسية، لكنه لم يعالج الأسباب، فما دامت الأسباب كامنة داخل الفرد، فأنها يمكن ان تظهر على الفرد عند وجوده في أي موقف يسبب له رهابا اجتماعيا، فضلا عن أن العلاج النفسي الاجتماعي هو أكثر فعالية في العلاج خاصة مع حالات الرهاب الاجتماعي كما أشارت لذلك دراسة (Marks, 1995, P.25)، لاسيما وان أي علاج دوائي مهما كانت جرعه قليلة فان له بعض التأثيرات السلبية الجانبية Side effects

2. العلاج النفسي الاجتماعي Psycho-social Treatment

يعتمد هذا النوع من العلاج عدة وسائل وهي على النحو الآتي:

1. التدريب على المهارات الاجتماعية Social skills Training

وتستهدف هذه الطريقة التشجيع المباشر لاستعمال تعبيرات مقبولة اجتماعيا للأفكار والمشاعر ولذلك فإن الخطوة الأولى هي تحليل سلوك المريض في حالة التعبير الوجيه واتصال النظر والهيئة (الوقوف أو الجلوس)، ونغمة الصوت واكتشاف ما يقوله في المواقف الاجتماعية ومساعدة المريض على إجراء مواجهات اجتماعية مع الآخرين (Gath, et. Al. 1997, P. 362). ومن المعروف ان التدريب على المهارات الاجتماعية هي إحدى الطرائق السلوكية المعرفية التي استعملت في علاج العديد من الاضطرابات النفسية ومنها الرهاب الاجتماعي، سواء باستخدامها لوحدها أو عند الجمع بينها وبين طرائق علاجية أخرى، فقد أشارت دراسة (Dyck, 1996) ان الجمع بين هذه الطريقة والعلاج المعرفي والعلاج بالتعريض يكون ذا فاعلية أثر مما لو استخدمت هذه الطريقة لوحدها (Dyck, 1996, P. 65) وقد أشارت دراسة (Kaiser, et. Al. 1990) والتي اعتمدت عينة مؤلفة من (78) من المراجعين للعيادة الخارجية النفسية، ان طريقة التدريب على المهارات الاجتماعية كانت أفضل في العلاج عند مقرنتها بطريقة الاسترخاء (Kaiser, et. Al. 1990, P.181). وأشارت دراسة جاسم (2000) التي اعتمدت طريقة التدريب على المهارات الاجتماعية لعينة مؤلفة من (22) من المصابين بالرهاب الاجتماعي حيث خضعوا لبرنامج علاجي لمدة ستة أسابيع وبمعدل جلسة واحدة أسبوعيا، وبعد ان قسموا إلى مجموعة تجريبية خضعت للعلاج بطريقة التدريب على المهارات الاجتماعية ومجموعة ضابطة من دون علاج. وبعد انتهاء مدة البرنامج أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية (جاسم، 2000، ص 150-162). وتستخدم طريقة التدريب على المهارات الاجتماعية ليس فقط في علاج الرهاب الاجتماعي، لكن أيضا تستخدم في علاج المكتئبين والحوليين، والأفراد الذين يشعرون بالوحدة، والذين يشعرون بالغضب وذلك من خلال ملاحظة سلوك أفراد آخرين ومحاولة تطبيقها في مواقف اجتماعية متعددة مما يعزز الثقة لدى هؤلاء الأفراد على تطبيقها بشكل مستمر (Myers, 1996, P. 186) (عبيد، 2008، ص360).

2. أساليب التعرض Exposure Strategies

وهي أحد الأساليب العلاجية السلوكية. ويعني التعريض Exposure للمواقف المثيرة للخوف والقلق، وقد يكون التعرض تدريجيا بواسطة إزالة التحسس Desensitization (ويسمى في مصادر أخرى سلب الحساسية أو وقف الحساسية) أو مباشرة بواسطة الغمر Flooding. وقد تم تقديم هذا النوع من العلاج كجزء من حركة علمية واسعة تعرف باسم العلاج السلوكي، والذي أسهمه فيه علماء أمثال، Rachman Eysenc; and Wolpe, Chesser Meyer Beech, والذي يشمل مجموعة من التقنيات والأساليب الفنية لعلاج الاضطرابات النفسية (عيسوي، 1984، ص317-318)، ويعود الفضل في وضع اللبنة الأولى لهذا العلاج إلى علم النفس جوزيف ولبى J. Wolpe وهو من جنوب أفريقيا منذ أواخر الخمسينات والذي اسماها إستراتيجية الإزالة المنظمة للحساسية Systematic Desensitization، وذلك بقصد تقليل حدة القلق، وتعمل طريقة إزالة الحساسية من خلال قيام كل من المعالج والمريض بتجميع سلسلة من الأحداث التي من شأنها إثارة الضيق والمخاوف، ولهذا فإن الآلية التي تعتمدها هذه الطريقة هي بتعرض المريض وبشكل تدريجي للمواقف التي تكون مصدر خوف له (دافيدوف، 1988، ص707-708)، ونجح هذا الأسلوب في علاج حالات الخوف والذعر المبالغ فيه، كذلك الألم والاكتئاب (عبيد، 2008، ص361-362). إزالة التحسس تعد احد الطرق الفعالة لعلاج الرهاب المرضى، القلق النفسي فضلا عن الخوف، ولذلك فهي واحدة من التقنيات الأكثر استخداما لدى جوزف ولبى J.

Wolpe, ويعدها ولبي من الإجراءات العملية الهامة التي استخدمها لإطفاء استجابات الخوف والقلق. تلك الطريقة لا تحتوي على جعل الشخص يواجه ما يخافه مره واحده مثلما يحدث في العلاج بالواجهة و في هذه الحالة تقسم المواجهة إلى مراحل عديدة و يدرّب الشخص على اجتيازها خطوه خطوه. كلما نجح الشخص في التغلب على مرحله ينتقل إلى الأخرى حتى ينتهي به الحال ان يقضى على خوفه (2009) (www.go.microsoft.com69157), (خير الزراد, 2008, ص117).

ولهذا يتضمن العلاج بالتعريض إعادة التقرب من المواقف المثيرة للقلق حتى لا يظهر بشكل واسع. ومن خلال إعادته يتعلم المرضى ان توقعاتهم المخيفة لم تكن صحيحة على الرغم من مواجهتهم للموقف (Antony, 1997, P. 1054 & Barlow). ومن الدراسات التي استعملت هذه الطريقة في العلاج هي دراسة كل من لانج ولازوفيك بإجراء تجربة لعلاج فوبيا الخوف من الأفاعي لدى (24) طالبا جامعيا, وبعد ان قسم العينة إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة, جرى تعريض المجموعة التجريبية من خلال عدة جلسات إلى الأفاعي حية ولكن غير ضارة وكان يطلب منهم ان يتخيلوا بتزايد تدريجي مواقف مخيفة تحتوي على الأفاعي. وفي نهاية التجربة توصل الباحث إلى أفراد المجموعة التجريبية تحسنا بشكل جوهري مقارنة بالمجموعة الضابطة (عيسوي, 1984, ص320). كذلك فان دراسة (Butler, 1984) استخدمت هذه الطريقة في علاج رهاب المواقف الاجتماعية, وتوصلت نتائجها ان العلاج بالتعريض كان فعالا في علاج الرهاب (Butler, 1984, P. 642). ويمكن الجمع بين طريقة العلاج بواسطة إزالة التحسس وأساليب علاجية أخرى, ففي دراسة (Barlow & Heimberg, 1988) استعملت أساليب العلاج بالتعريض والتدريب على المهارات الاجتماعية وتطبيق الاسترخاء لعلاج عينة من الأفراد يعانون من الرهاب الاجتماعي والذين لديهم نقص في الخبرة. وتوصلت الدراسة ان التعريض كان عنصرا مركزيا في العلاج الناجح (Barlow & Heimberg, 1988, P. 27-37). وفي دراسة (Turner, 1994) جمع الباحث بين العلاج بواسطة العقاقير الطبية باستخدام Atenolol لعينة من (72) مريضا, وبعد توزيعهم على المجموعة التجريبية والضابطة. أظهرت النتائج ان التحسن حصل وبنسبة (89%) للمجموعة التي استعمل معها العلاج بالتعريض وبشكل دال إحصائيا, مقارنة بالتحسن الذي حصل للمجموعة التي استعمل معها العلاج الدوائي فقد كانت نسبة التحسن (27%) (Woody, et. al. 1986, P. 381-390). وفي دراسة (Mersch, 1995) أخضع (34) مريضا للعلاج بالتعريض للواقع, وأسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية, والعلاج العقلائي الانفعالي. وتوصلت الدراسة ان الدمج في هذه الأساليب العلاجية لم يكن مفيدا, بينما كان العلاج بالتعريض كان مفيدا جدا وذو تأثير طويل الأمد (Mersch, 1995, P. 259). وعند مقارنة ثلاثة طرائق علاجية سلوكية في علاج الرهاب الاجتماعي, وهي: طريقة إزالة التحسس Desensitization وطريقة الغمر Flooding وطريقة التدريب على المهارات الاجتماعية على عينة من (30) فردا تتراوح أعمارهم بين (19-51) عاما من المصابين بالرهاب الاجتماعي. أظهرت النتائج ان كل الطرائق العلاجية الثلاث كانت ذات مفيدة وذو أثر واضح في التحسن (Shaw, 1979, P. 220-223). وفي دراسة أخرى استخدمت طريقة إزالة التحسس, وتقنيات التعديل المعرفي, وطريقة التدريب على المهارات الاجتماعية على عينة من (541) فردا تتراوح أعمارهم بين (16-65) عاما, من المصابين بالرهاب الاجتماعي فأظهرت النتائج ان طريقة إزالة التحسس أكثر كانت أكثر نجاحا في العلاج مقارنة بالطرائق الأخرى (Keroack, 1987, P. 152-178). وأشارت دراسة (Woody, et. al. 1994) ان طريقة إزالة التحسس مناسبة في علاج المرهوبين اجتماعيا سواء كانت حالة رهاب بسيطة أو معقدة أي عندما تكون حالة الرهاب مرافقة لحالة مرضية أخرى (Woody, et. al. 1994, P. 553-555).

5. العلاج المعرفي Cognitive Therapy

يركز العلاج المعرفي على تعديل أفكار المريض عن نفسه وعن الآخرين من خلال المناقشة والحوار والتدريب على التفكير بطريقة ايجابية وواقعية ويجري تحديد أخطاء التفكير و التوصل إلى الافتراضات الأساسية المرضية لدى المرضى من خلال الجلسات العلاجية ويعد التضخيم Magnification أحد الأخطاء الأساسية في التفكير, فضلا عن التصغير والاستنتاج الانتقائي, وأيضا التعميم والتفكير الحدي المتطرف سلبيًا أو ايجابيا فالمرضى يضخم أخطاه ويجعل للآخرين صفات قاسية شديدة وانتقادية ولا يرى فيهم التفهم والتشجيع والمساعدة كما يرى نفسه ضعيفا وناقصا من خلال المبالغة في فهمه لنقاط ضعفه ومن ناحية أخرى يقلل من نجاحاته وقدراته ويعد تصرفاته الجيدة وأعماله انها لا تستحق الثناء أو التقدير كما انه يلجأ إلى التعميم السريع في فهمه للآخرين أو لنفسه بعد فشله في أحد المواقف. وتجري مناقشة الأحداث اليومية التي يمر فيه المريض ومعرفة

تعليقاته السلبية ومحاولة استبدال ذلك باحتمالات أخرى ايجابية تفسر تفسيراً عقلياً، ومن الافتراضات الأساسية الشائعة في تفكير المصابين بالخوف الاجتماعي التي تحتاج إلى التعديل من خلال العلاج المعرفي والمناقشة ان الإنسان يجب ان يكون دفاعياً يتلقى نظرات الناس الهجومية والحادة ويحاول ان يحمي نفسه ويسترها وهذا التشبيه يعني ان الاحتكاك مع الناس هو نوع من الحرب والصراع والمريض يأخذ دائماً موقع الدفاع من دون التفكير واثبات شخصيته ورغباتها وحقوقها ولذلك فهو يستسلم بسهولة ويهرب أمام قوة الخصم ويعتقد انه سيكون الخاسر ولا يمكن له ان يغلب في إحدى المناقشات أو الزيارات التي يجتمع فيها مع عدد من الأشخاص مثلاً وهو يفضل الصمت أو الهروب على المواجهة وعلى إمكانية تعرضه للإحباط أو الخسارة (المالح، 1995، ص 149-150). ومن التقنيات المعرفية الحديثة في العلاج هي التدريب على الانتباه Attention Training إذ ازداد التركيز على الانتباه بشكل مباشر في السنوات الأخيرة لاكتشاف الاعتلالات النفسية المشتركة أو المتداخلة وعلاجها (Tedlow, et. al. 1997) إذ تعد القدرة على تركيز الانتباه أكثر المهارات أهمية لتطوير القدرات النفسية فعندما نركز انتباهنا على محادثة أو فعالية ما تكون مشاركتنا بنسبة (100%) ولكن معظمنا لا يفعل ذلك (هوفمان، ب. ت. ص. 31-32)، واستخدمت طريقة الانتباه المركز على الذات Self-Focused Attention أيضاً في علاج المصابين بالرهاب الاجتماعي لان الانتباه المركز على الذات يرتبط بالنقص في الأداء الاجتماعي وزيادة في القلق الاجتماعي وأفكار متكررة بشكل كبير في نقد الذات في أثناء المواقف الاجتماعية. وهدفت الدراسة إلى تحديد تغيرات الارتباطات في مواقف التركيز على الذات طوال مدة العلاج السلوكي المعرفي، وقد أظهرت النتائج نقص دال في الانتباه المركز على الذات ووجود انخفاض واضح في الأحكام السلبية عن الذات. وكذلك كانت من النتائج التي توصلت إليها الدراسة انخفاض القلق لدى المصابين برهاب قلق الكلام، وهو أحد رهاب التكلم في المواقف الاجتماعية العامة (Glass, et. al. 1997 P. 117-129)

٤. التدريب على الاسترخاء Relaxation Training

أشارت أدبيات علم النفس السريري انه مفيد في علاج مجموعة واسعة من الأمراض النفسية والأمراض الجسدية الناجمة عن الضغوط النفسية (George & Jeffery, 2002, P.175) Psychological Stress وهذا الأسلوب قدمه أي جاكوبسن E. Jacobson يتعلم فيه الفرد كيف يرخي مجموعات عضلية بصورة قائمة على الفرض ان الاسترخاء العضلات أسلوب مؤثر خاصة وانه يؤدي بالنتيجة إلى تراخي الانفعالات، ويستخدم هذه الأسلوب في مختلف طرائق العلاج (ريبر وريبر، 2008، ص 551). وبعض المعالجين عندما يريدون علاج الرهاب الاجتماعي يحاولون الجمع بين الاسترخاء وطرائق علاجية أخرى، فهم أولاً يستخدمون طريقة الاسترخاء للمصابين أثناء الراحة، وأثناء تعريض الأفراد للموقف الاجتماعي (وهو طريقة علاجية) الذي يسبب لهم الرهاب، واستخدام طريقة علاجية أخرى هي التدريب على المهارات الاجتماعية وهذه أحد الطرائق العلاجية التي استخدمتها دراسة (Las Goran, 1981) وقد اعتمدت هذه الدراسة على عينة من (40) المصابين بالرهاب الاجتماعي، تتراوح أعمارهم بين (20-60) سنة، وأستعمل في هذه الدراسة اختبار التفاعل الاجتماعي المصور بالفيديو، و في نفيس الوقت استعمل جهاز لقياس نبضات القلب (ردود الأفعال الفسيولوجية). وبعد ذلك قسمت العينة عشوائياً إلى مجموعتين، المجموعة الأولى خضعت للتدريب على المهارات الاجتماعية، والمجموعة الثانية خضعت لتمارين الاسترخاء. وبعد انتهاء التجربة أظهرت النتائج ان الجمع بين أسلوب الاسترخاء والتدريب على المهارات الاجتماعية كان مفيداً، إذ ان ساعد على خفض أعراض الرهاب الاجتماعي للمصابين، لكن وجدت فروق دالة إحصائية في انخفاض ردود الأفعال الفسيولوجية الجسمية في خفض القلق لدى المجموعة التي خضعت لتمارين الاسترخاء مقارنة بالمجموعة التي خضعت للتدريب على المهارات الاجتماعية. ولهذا أشارت دراسة (Boer, 1997) إلى أهمية الجمع بين التدريب على المهارات الاجتماعية و التدريب على الاسترخاء في علاج الرهاب الاجتماعي (Boer, 1997, P. 799).

الفصل الثالث

إجراءات البحث

- مجتمع البحث
- عينة البحث
- أداة البحث
- البرنامج العلاجي

- أولاً: التصميم التجريبي
 ثانياً: عينة البرنامج العلاجي
 ثالثاً: إجراءات التوزيع العشوائي
 رابعاً: أخلاقيات البحث
 خامساً: إجراءات بناء البرنامج العلاجي
 سادساً: الوسائل الإحصائية

لتحقيق أهداف البحث الحالي كان لا بد من تحديد مجتمع البحث واختيار العينة وإعداد مقياس لقياس متغير البحث الحالي، فضلاً عن تحديد الأساليب الإحصائية الملائمة لتحليل البيانات والخروج بالنتائج، ولذلك فإن هذا الفصل يتضمن عرضاً للمنهجية والأساليب التي استعملت في إعداد أداة البحث وفقاً للإجراءات العلمية المتبعة في بناء المقاييس فضلاً عن إجراءات اختيار العينة وجرى ذلك على الصورة الآتية:

يتضمن مجتمع البحث طلبة الجامعة البالغ عددهم (6750) طالباً وطالبة على وفق إحصائيات شعبة تسجيل كلية التربية/ صفي الدين الحلي للعام الدراسي (2009 – 2010).
عينة البحث

اختار الباحث عينة عشوائية من طلبة المرحلة الثالثة والرابعة من قسم العلوم التربوية والنفسية/ كلية التربية، وبلغ عدد أفراد العينة (123) طالباً وطالبة. مقسمة إلى (62) من الإناث و(61) من الذكور، والذين تتراوح أعمارهم بين (20- 23) سنة. وبلغت نسبة العينة (0,9%) من مجتمع البحث، وكما موضح في (جدول 1).

جدول (1) يوضح توزيع أفراد العينة على وفق المرحلة الدراسية

المرحلة	الذكور	الإناث	المجموع
الثالثة	37	32	69
الرابعة	24	30	54
المجموع	61	62	123

أداة البحث:

تبنى الباحث مقياس (جاسم، 2000) لقياس الرهاب الاجتماعي. والذي يتألف من (32) فقرة ووضعت أمام كل فقرة استجابتين: الأولى تمثل شدة القلق التي يشعر بها الفرد أثناء وجوده في الموقف، والثانية تمثل درجة تجنبه لذلك الموقف، وفي الحالتين وضعت الاستجابة على البديل على شكل تدرج خماسي الدرجة من (0-4) لكل استجابة. ففي الاستجابة للقلق في الموقف كانت: لا يوجد (صفر)، خفيف (1)، متوسط (2)، شديد (3)، شديد جداً (4). وفي استجابة تجنب الموقف كانت كذلك: لا يوجد (صفر)، قليل (1)، متكرر (2)، كثيراً (3)، كثيراً جداً (4). وبهذه الحالة تحسب درجتان للمفحوص هما: درجة القلق في الموقف، ودرجة تجنب ذلك الموقف وعن طريق جمع درجات استجابته لجميع فقرات المقياس وبذلك يكون مجموع الدرجة الكلية لكل استجابة هي (128) في الحالتين (جاسم، 2000، ص 100). وبعد ذلك قام الباحث بعرضها على مجموعة من الخبراء من أساتذة التربية وعلم النفس والطب النفسي لمعرفة مدى صلاحيتها لقياس الرهاب الاجتماعي (ملحق 1).

أ. الصدق Validity

يشير قطامي وآخرون (2001) بأن الصدق هو أن يقيس الاختبار أو المقياس ما أعد لقياسه (قطامي وآخرون، 2001، ص 520) وقام الباحث باستخراج الصدق الظاهري (Face Validity) ويعد المقياس صادقاً إذا ما بدا أنه يقيس ما يفترض أنه يقيسه، أي مدى ملائمة الاختبار للخاصية المراد قياسها فإنه يتمتع بالصدق الظاهري (Kline . 1979 . p. 8).

وقد تحقق ذلك في المقياس الحالي من خلال عرض المقياس (ملحق 1) على مجموعة من الخبراء * المتخصصين في علم النفس والطب النفسي كان عددهم (8) خبراء. وقد كانت جميع ملاحظات الخبراء لصالح المقياس حيث لم يطلبوا إحداث أي تغييرات أو رفض لأي فقرة من فقرات المقياس، باستثناء بعض التعديلات اللغوية على الفقرة الثامنة (ملحق 2)، وربما يكون سبب ذلك أن معد المقياس (جاسم 2000) كان قد عرضه على (20) خبيراً منهم (9) خبراء أساتذة في علم النفس، و(11) استشارياً في الطب النفسي (جاسم، 2000، ص 98-99).

ج. الثبات Reliability

يعد الثبات من الخصائص الأساسية الأخرى في بناء الاختبارات والمقاييس التربوية والنفسية، إذ أشار كيرلنجر Kerlinger إلى أنه يعد بمثابة غياب نسبي لأخطاء القياس، وأن المقياس يمكن الاعتماد عليه، وأنه مستقر ومنسق، كما أن له القدرة على التنبؤ، فضلا عن أنه دقيق في قياسه (Kerlinger, 1973: 429). واستخرج الباحث الثبات لهذه الأداة بطريقه إعادة الاختبار. هو تطبيق الاختبار نفسه مرة ثانية، وذلك للتعرف على مدى استقرار الدرجات أو ثباتها، حيث طبق الاختبار مرة ثانية بعد مرور (15) يوما من التطبيق الأول على عينه مؤلفه من (30) طالبا وطالبة. قسمت إلى (15) من ذكور و(15) من الإناث، وان هذه الفترة وان حدث تغير في الحالة النفسية للطالب فأنها لاتصل إلى حد إن الطالب قد عدل سلوكه تماما، لان آثار هذا السلوك لا يمكن إن تختفي تماما بعد مرور أسبوعين. وبالإستعانة بمعامل ارتباط بيرسون بلغ معامل الثبات (0,89) وهو معامل ارتباط عالي يمكن الاعتماد عليه (عودة والخليلي, 1988, ص146).

البرنامج العلاجي

أولاً: التصميم التجريبي للبحث

استعمل الباحث تصميم متغير مستقل واحد ذي المجموعتين المستقلتين One Independent Variable لان البحث الحالي يدرس متغير مستقل واحد وهو البرنامج العلاجي لإزالة التحسس التدريجي. وفي هذا التصميم شروط المعالجة لا تقل عن شرطين. لهذا تشكل مجموعتين مختلفتين من الأفراد، تكون إحدى المجموعتين هي المجموعة الضابطة والتي تأخذ القيمة (صفر)، والمجموعة الأخرى هي المجموعة التجريبية التي تطبق عليها القيمة الأخرى للمتغير المستقل (وهو البرنامج العلاجي)، والذي يستمر على مدى ستة جلسات علاجية. وبعد ذلك يقاس السلوك في المتغير المعتمد للمجموعتين ثم تحصل المقارنة، فان كان للمتغير المستقل أثر ستحصل فروق بين المجموعتين في المتغير المعتمد (مايرز, 1990, ص165). وكما موضح في الشكل(1).

* أسماء الخبراء (رتبت الأسماء وفق الدرجة العلمية والحروف الأبجدية)

- 1- أ. د. عمران جاسم الجبوري كلية التربية / جامعة بابل
- 2- أ. د. فاهم حسين الطريحي كلية التربية / جامعة بابل
- 3- أ. د. فرحان عبيد كلية التربية / جامعة بابل
- 4- أ. م. د. حاتم جاسم كلية التربية / جامعة بابل
- 5- أ. م. د. تركي خباز البيرماني كلية التربية / جامعة بابل
- 6- أ. م. د. حسين ربيع حمادي كلية التربية / جامعة بابل
- 7- أ. م. د. كاظم عبد نور كلية التربية / جامعة بابل
- 8- الطبيب أزهر العلاق اختصاصي الطب النفسي. مركز بابل لتأهيل المعوقين. وزارة الصحة.

		البرنامج العلاجي Treatment						
		الأسبوع مجموعة تجريبية(EG)						
Week	N=10	6	5	4	3	2	1	
	الاختبار القبلي							
	Post test							
							الاختبار البعدي	
							Pre test	

		من دون علاج Treatment No						
		الأسبوع مجموعة ضابطة(CG)						
Week	N=1	6	5	4	3	2	1	

حيث ان:

(N(Number: عدد المفحوصين

(EG(Experimental Group): المجموعة التجريبية التي خضعت للعلاج بواسطة إزالة التحسس

(CG(Control Group): المجموعة الضابطة لم تخضع للعلاج

شكل(1)

التصميم التجريبي للبحث

ثانياً: عينة البرنامج العلاجي

وبعد تطبيق المقاس على العينة ظهر ان عدد الطلبة الذين شخصوا على أنهم يعانون من الرهاب الاجتماعي كان (19) , بواقع (9) من الذكور و (10) الإناث ممن تتراوح أعمارهم بين (20-23) سنة وبمعدل (21,5) سنة. وهم بذلك يقعون ضمن الفئة العمرية التي يبدأ فيها اضطراب الرهاب الاجتماعي, إذ تشير الأدبيات ان معدل العمر الذي يظهر فيه الرهاب الاجتماعي هو (19) سنة مقارنة بأنواع الرهاب الأخرى (Ascher.1987 P. 281), إذ بموجب هذا المقياس ان كل من يحصل على درجة (61) فما فوق على استجابة القلق في الموقف, والدرجة (59,25) على استجابة تجنب الموقف يكون ضمن فئة الأفراد المصابين بالرهاب الاجتماعي, فكل مفحوص يحصل على هاتين الدرجتين فأعلى يعد مصابا بالرهاب الاجتماعي (جاسم, 2000, ص116).

ثالثا: إجراءات التوزيع العشوائي

ان تصميم المجموعات المستقلة يتطلب توزيع الأفراد عشوائيا بين شرطي المعالجة, وهذا يعني أن كل فرد في العينة له فرصة متساوية مع غيره في ان يوضع في أي من شروط المعالجة. وأفضل وسيلة لتحقيق العشوائية في توزيع الأفراد هو باستخدام جداول الأرقام العشوائية (مايرز, 1990, ص 148 و 166). وبهذه الطريقة وزع الباحث المفحوصين بين شرطي المعالجة وكما هو موضح في الجدول (2).

الجدول (2)

يوضح التوزيع العشوائي لأفراد العينة بين شرطي المعالجة

المجموع	الإناث		الذكور		الشرط العلاجي
	المرحلة الرابعة	المرحلة الثالثة	المرحلة الرابعة	المرحلة الثالثة	
9	3	2	2	2	المجموعة التجريبية (EG)
10	3	2	3	2	المجموعة الضابطة (CG)
19	6	4	5	4	المجموع

رابعا: أخلاقيات البحث

يعد الاهتمام بالجانب الأخلاقي من أهم الضوابط التي يتطلبها إجراء أي بحث من البحوث, لكن الاهتمام بهذا الجانب له أهمية خاصة في البحوث التجريبية, لان نتيجة التجربة مهما كانت فائدتها وقيمتها العلمية لا تضاهي أي ضرر يمكن ان يتعرض له الأفراد في التجربة حتى لو كان بسيطاً (مايرز, 1990, ص136). ولذا قام الباحث بعد أن حصل على مجموعة الأفراد الذين شخصوا على أنهم يعانون من الرهاب الاجتماعي بالالتقاء مهم وناقش معم فكرة البرنامج العلاجي, وان ما يعانونه هو حالة يمكن أي فرد ان يصاب بها والشئ الايجابي في هذه الحالة هي انها يمكن ان تتماثل للعلاج فيما إذا لو أراد الفرد ذلك. وانتم لديكم الحرية الكاملة في الاشتراك في البرنامج العلاجي, ولا يمكن لأحد ان يجبركم على ذلك مها كانت الأسباب, وفي الوقت نفسه لديكم الحرية الكاملة في الانسحاب من البرنامج العلاجي متى شئتم ذلك. كذلك من أخلاقيات البحث التجريبي بعد الاتفاق مع المفحوصين هو اطلاع المشتركين بالتجربة على تفاصيل الإجراءات التي ستجري خلال الجلسات العلاجية والتي ستستمر لمدة ستة أسابيع وبمعدل جلسة واحدة أسبوعياً وكما هي موضحة في البرنامج العلاجي. وكذلك من الجانب الأخلاقي قام الباحث بتطبيق البرنامج مع أفراد المجموعة الضابطة بعد انتهاء تطبيق البرنامج مع المجموعة التجريبية. بعد ان طلب منه ذلك أفراد المجموعة الضابطة.

خامسا: إجراءات بناء البرنامج العلاجي

بعد اطلاع الباحث على الأدبيات والدراسات السابقة التي جرى استعراضها في فقرتي التفسيرات النظرية لأسباب الرهاب الاجتماعي, وطرائق علاجه. قام الباحث ببناء البرنامج العلاجي (ملحق/3), وهو على النحو الآتي:

1. هدف البرنامج:

1. الهدف العام للبرنامج: تدريب المفحوص على تمارين معينة لتعديل سلوكه حتى يستطيع مواجهة المواقف الاجتماعية العامة.
2. الهدف الخاص للبرنامج: معرفة فاعلية البرنامج في علاج الرهاب الاجتماعي.

2. محتويات البرنامج:

يتضمن البرنامج ست جلسات علاجية يدرّب فيها المفحوص على إلقاء المحاضرة (لعب الدور) بالاستعانة بأسلوب إزالة التحسس, وبمعدل جلسة واحدة أسبوعياً, علماً ان أدبيات علم النفس السريري تشير إلى ان العلاج في هذا النمط من الأساليب العلاجية يمكن ان يكون يومياً أو أسبوعياً مما يساعد على التقدم الملموس وعلى منع العادة العصبية من الانتكاس (Relapse) (الزراذ, 2008, ص205).

وبعد ان يوزع المفحوصين عشوائيا بين المجموعة التجريبية والضابطة, يجري تطبيق الاختبار القبلي وهو مقياس الرهاب الاجتماعي(ملحق/2) ومقياس شدة المعاناة (ملحق/4) (وهو من مقياس التقدير الذاتي), على المفحوصين في المجموعتين. ثم بعد ذلك تبدأ جلسات البرنامج العلاجي مع المجموعة التجريبية.

الجلسة الأولى: وتتضمن الخطوات الأساسية التي سوف يبدأها الباحث مع المفحوصين, وهي:

1. الترحيب بالمجموعة.
2. الاتفاق على موعد الجلسات من حيث الزمان والمكان.
3. مقدمة عن البرنامج تتضمن تعريف طريقة التعرض. Exposure وهي التعرض للمواقف المثيرة للخوف والقلق, وقد يكون التعرض تدريجيا بواسطة إزالة التحسس Desensitization أو الغمر Flooding . والتعرض هو أحد الأساليب العلاجية السلوكية التي ستساعدهم على ان يكونوا أكثر ثقة بالنفس وأكثر فاعلية في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين. وسيعتمد الباحث طريقة إزالة التحسس, إذ ان هذه الطريقة في هذا النوع من السلوك هي أفضل من طريقة الغمر كونها ستعتمد التعرض التدريجي في تدريب الطلبة على إلقاء المحاضرة بدلا من أن يلقي الطالب المحاضرة كاملة من دون تدريب مسبق, ففي هذا النوع من العلاج عادة ما يبدأ المعالج بأقل المثيرات شدة وينتهي بأكثرها شدة وإثارة (الزراد, 2008, ص179) ولهذا قام الباحث بالاستفادة من هذا الجانب من خلال تقديم المفحوص في الجلسة التدريبية يبدأ بالوقوف وتقديم المحاضرة لفترة وجيزة تبدأ من عشر دقائق ثم تزداد تدريجيا من جلسة إلى أخرى حتى نهاية البرنامج .
4. توضيح ما هو مطلوب من المفحوصين في كل جلسة علاجية, وما مطلوب من واجبات بيتية (سيكون الواجب البيتي هو تقديم ملخص مكتوب للمحاضرة التي سيقدمها الطالب في الجلسة القادمة, وهكذا لكل جلسة تدريب حتى آخر جلسة تدريبية).
5. بعد ان يحدد الباحث الموضوع الذي سيقدمه المفحوصين في المحاضرة, يطلب الباحث من أفراد المجموعة التجريبية تهيئة أنفسهم للمحاضرة التي سيقدمها كل فرد خلال جلسة التدريب.

الجلسة الثانية: وتتضمن:

1. يطلب الباحث من المفحوص الملخص (وهو الواجب البيتي) عن المحاضرة التي سيلقيها أمام الطلبة, إذ في نهاية كل جلسة ستحدد المحاضرة المطلوب من المفحوص تحضيرها للجلسة القادمة. ويحضره معه قبل كل جلسة علاجية.
2. يطلب من كل مفحوص ان يتدرب على إلقاء المحاضرة من خلال لعب الدور في البيت, باعتباره جزءا من برنامج الإزالة المنظمة للحساسية (دافيدوف, 1984, ص708), ثم يطلب منه ان يؤديها في القاعة الدراسية لمدة عشر دقائق فقط, وحدد الوقت بعشر دقائق لان الأدبيات الخاصة بهذه النوع من العلاج تشير إلى ان المشهد يجب يقدم خلال فترة تمتد من (5-15) دقيقة (الزراد, 2008, ص204), ولان البرنامج ذو تدريب تدريجي سيكون في هذه المحاضرة كل أفراد المجموعة التجريبية واقفين معا أمام الطلبة, لان وجودهما مجتمعين معا يقلل من شعورهم بالقلق, إذ أشارت الدراسات السابقة ان الأفراد يفضلون البقاء مجتمعين معا في حالة الخوف أو القلق (مايرز, 1990, ص103). الباحث (مدرس المادة) سيكون واقف معهم بخط مستقيم حتى لا يشعر المفحوص انه ينظر إليه من أجل تقليل حالة الشعور بالخل. وفي هذه الأثناء يقوم الباحث بتسجيل الملاحظات عن كل مفحوص خلال أداءه للمهمة المطلوبة منه, وهكذا لجميع المفحوصين.
3. عقد لقاء بعد ان تنتهي كل محاضرة لغرض مناقشة الملاحظات التي دونها الباحث عن كل مفحوص. وذلك من أجل تنبيهه لتعديل بعض الأخطاء التي يحتمل انه وقع بها عند إلقاء المحاضرة. وهنا سنتناقش هذه الملاحظات مع أفراد المجموعة التجريبية فقط بعيدا عن زملائهم الآخرين تجنباً للإحراج. وبالوقت نفسه تقديم التعزيز له عن ما قدمه من نشاط. وهنا سيكون التعزيز بمثابة تغذية مرتدة, وذلك لان معرفة النتائج هو أساسي لتطوير الأداء وتحسينه, ويجب ان تركز التغذية المرتدة على السلوك أكثر من تركيزها على الفرد وتركز على السلوكيات التي تعلمها في أثناء الجلسة أو من تعلم الجلسات السابقة, وكذلك تركز على الايجابيات, ولهذا السبب فهي نافعة لانها تعطي فرصة للمفحوص من أجل تقديم الأفضل في المحاضرة القادمة (جاسم, 2000, ص141).

4. الاتفاق على الواجب البيتي للجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة: وتتضمن:

1. سيطلب من المفحوصين تقديم الواجب البيتي وهو ملخص المحاضرة التي سيلقيها.

2. لعب الدور وهو إلقاء المحاضرة أيضا لمدة عشر دقائق. في هذه المحاضرة يقوم كل اثنان فقط من المفوضين بتقديم المحاضرة, ثم اثنان آخران, وهكذا لجميع أفراد المجموعة التجريبية. أيضا سيكون مدرس المادة (الباحث) واقفا بموازاة المفوضين لغرض تجنب الإحراج, ويدون الملاحظات عن أداء كل فرد من المفوضين.
3. عقد لقاء بعد ان تنتهي المحاضرة (أي الإجراءات السابقة نفسها في الفقرة ثالثا من الجلسة الثانية).
4. الاتفاق على الواجب البيتي للجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة:

1. سيطلب من المفوضين تقديم الواجب البيتي.
2. لعب الدور وهو إلقاء المحاضرة أيضا لمدة خمسة عشر دقيقة. في هذه المحاضرة يقوم كل مفوض لوحده في إلقاء المحاضرة. وهكذا لجميع أفراد المجموعة التجريبية. أيضا سيكون مدرس المادة (الباحث) واقفا بموازاة الطالب لغرض تجنب الإحراج, ويدون الملاحظات عن أداء كل فرد من المفوضين.
3. عقد لقاء بعد ان تنتهي المحاضرة (أي الإجراءات السابقة نفسها في الفقرة ثالثا من الجلسة الثانية).
4. الاتفاق على الواجب البيتي للجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة:

1. سيطلب من المفوضين تقديم الواجب البيتي.
2. لعب الدور وهو إلقاء المحاضرة ولكن لمدة عشرون دقيقة. في هذه المحاضرة يقوم كل مفوض لوحده في إلقاء المحاضرة. وهكذا لجميع أفراد المجموعة التجريبية. لكن في هذه المحاضرة سيكون مدرس المادة (الباحث) واقف وسط الطلبة أي بمواجهة المفوض ويدون الملاحظات عن كل فرد من المفوضين.
3. عقد لقاء بعد ان تنتهي المحاضرة (أي نفس الإجراءات السابقة في الفقرة ثالثا من الجلسة الثانية).
4. الاتفاق على الواجب البيتي للجلسة القادمة.

الجلسة السادسة وهي الأخيرة:

1. سيطلب من المفوضين تقديم الواجب البيتي.
2. لعب الدور وهو إلقاء المحاضرة أيضا ولكن لمدة ثلاثون دقيقة. في هذه المحاضرة أيضا سيقوم كل مفوض لوحده في إلقاء المحاضرة. وهكذا لجميع أفراد المجموعة التجريبية. أيضا سيكون مدرس المادة (الباحث) واقف وسط الطلبة أي بمواجهة المفوض, ويدون الملاحظات عن كل فرد من المفوضين.
3. عقد لقاء بعد ان تنتهي المحاضرة (أي نفس الإجراءات السابقة في الفقرة ثالثا من الجلسة الثانية).
4. تقديم الشكر والاحترام للمفوضين لالتزامهم بالوقت وحضور جلسات التدريب. بعد ذلك يجري إبلاغ المجموعتين التجريبية والضابطة لأجراء الاختبار البعدي لتقويم مدى فاعلية البرنامج. من خلال:

1. إعادة تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي مرة ثانية على كلا المجموعتين.
2. إعادة تطبيق مقياس شدة المعاناة التي يشعر بها المفوض.

إجراءات تقويم البرنامج:

1. من خلال تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي(ملحق/2) قبل البدء بالبرنامج العلاجي (الاختبار القبلي) وإعادة تطبيقه بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي (الاختبار البعدي) لمعرفة أثر البرنامج في التقليل من الاضطراب.
2. تطبيق مقياس شدة المعاناة التي يشعر بها المفوض. قبل البدء بالبرنامج العلاجي (الاختبار القبلي) وإعادة تطبيقه بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي (الاختبار البعدي), وجاء اعتماد الباحث على هذا المقياس لان معظم المعالجين يعتمدون في ذلك على التقدير الشخصي للمريض نفسه (الزراد, 2008, ص204), ولاشك في ذلك ان المريض هو أكثر واحد يمكن ان يتحسس مدى ما يشعر به من تحسن في حالته المرضية, أو عدم حدوث تغير فيما يشعر به من معاناة. ويحتوي هذا المقياس على تدرج من (صفر-- 4) وتمثل هذه التقسيمات الخمسة شدة المعاناة. إذ يمثل (الصفر) عدم وجود معاناة, ويمثل رقم (1) معاناة بسيطة, ويمثل الرقم(2) معاناة متوسطة, ومثل الرقم (3) معاناة شديدة, ويمثل الرقم (4)

معاناة شديدة جدا. (Al-Kubaisy & Marks, 1992, P. 14). وذلك لمعرفة مدى التحسن الذي يشعر به المفحوص كما يقدره هو من خلال تقديره لمقدار ما يشعر من انخفاض شدة معاناته.

4. صلاحية البرنامج:

بعد أن أتمت بناء البرنامج (ملحق/3) عرضه الباحث على مجموعة من الخبراء * في علم النفس والطب النفسي، لغرض الحكم على صلاحيته وإبداء آراءهم فيه وإجراء التعديلات المناسبة. وبعد الاطلاع على ملاحظات الخبراء أتضح ان البرنامج مناسب في جميع محتوياته ما عدا إحداث تعديل واحد على مدة الجلسة التدريبية الثانية والتي كانت مدتها خمس دقائق، فقد عدلت إلى عشر دقائق، وكما موضح في الجدول(3).

جدول(3) يوضح نسبة اتفاق الخبراء على محتويات البرنامج

ت	الموضوع	صالحة	غير صالحة	الملاحظات
1	عدد جلسات التدريب: ست جلسات.	100%		
2	مدة البرنامج: ستة أسابيع. بمعدل جلسة تدريبية واحدة أسبوعياً.	100%		
3	مدة جلسة التدريب.	10%	90%	زيادة مدة الجلسة الثانية (5) دقائق
4	إجراءات تقويم البرنامج: 1. مقياس شدة المعاناة. 2. مقياس الرهاب الاجتماعي	100%		
5	محتوى كل جلسة	100%		

5. إجراءات ضبط التجربة:

التجربة الجيدة هي التجربة الخالية من حالة التداخل أو الخط Confounding (مايرز، 1990، ص124) ولغرض التخلص من هذه الحالة و تحييد أثر المتغير المستقل قام الباحث بضبط المتغيرات الدخيلة المؤثرة في التجربة، وذلك من خلال إجراء تكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة للمتغيرات الديموغرافية والسريية التي يمكن أن تتداخل مع المتغير المستقل وتؤثر على النتائج، وهي على النحو الآتي:

1. المتغيرات الديموغرافية

وهي العمر، الجنس، الحالة الزوجية، المستوى الدراسي. وهي من المتغيرات الدخيلة التي يمكن أن تتداخل مع المتغير المستقل وتؤثر على النتائج ومن ثم على إمكانية التعميم، إذا لم تحييد تأثيرها. وقد عدت المجموعتان متكافئتان في هذه المتغيرات لان عينة البحث الحالي أفرادها هم من الفئة العمرية نفسها، أما من حيث متغير الجنس فقد كان عددهم متساوي بين المجموعتين. أما متغير الحالة الزوجية فان أفراد عينة البحث كانوا جميعاً غير متزوجين. أما المستوى الدراسي فكان متكافئاً للمجموعتين. لان العينة جميعها كانت من طلبة الجامعة.

* أسماء الخبراء (رتبت الأسماء وفق الدرجة العلمية والحروف الأبجدية)

1. أ. د. عمران جاسم الجبوري/ طرائق تدريس. كلية التربية / جامعة بابل
2. أ. م. فاهم حسين أطريحي/ علم النفس التربوي. كلية التربية / جامعة بابل
3. أ. م. فرحان عبيد/ طرائق تدريس. كلية التربية / جامعة بابل
4. أ. د. مهدي محمد عبد الستار/ علم النفس التجريبي. كلية التربية / جامعة ديالى
5. أ. د. يوسف حمه صالح/ علم نفس الشخصية كلية التربية. /جامعة صلاح الدين
6. أ. م. د. تركي خباز البيرماني/ اختصاصي تربية. كلية التربية / جامعة بابل
7. أ. م. د. حاتم جاسم/ اختصاصي تربية. كلية التربية / جامعة بابل
8. أ. م. د. حسين ربيع حمادي/ علم النفس. كلية التربية / جامعة بابل
9. أ. م. د. كاظم عبد نور/خبير في تشخيص المتميزين. كلية التربية / جامعة بابل
10. الطبيب أزهر العلاق اختصاصي الطب النفسي. مركز بابل لتأهيل المعاقين/ وزارة الصحة

2. المتغيرات السريية:

وهي شدة القلق ومقدار تجنب الموقف على وفق مقياس الرهاب الاجتماعي، ومقياس تقدير شدة المعاناة، ولاختبار دلالة الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في هذه المتغيرات، استخدم الباحث الاختبار التائي لعينتين مستقلتين t. test والجدول(4) يوضح ذلك:

جدول (4)

يوضح الاختبار الثاني لعينتين مستقلتين لمعرفة تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات السريرية، عند مستوى دلالة (0,05)، ودرجة حرية (17).

القيمة التائية الجدولية	القيمة التائية المحسوبة	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		المتغيرات السريرية
		انحراف معياري	وسط	انحراف معياري	وسط	
2,11	0,51	8,37	87	15,8	87,8	قلق الموقف الاجتماعي
=	0,5	12,75	80,44	16,4	81,3	تجنب الموقف الاجتماعي
=	0,97	0,74	2,8	0,95	3,2	شدة المعاناة

يتضح من الجدول (4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، مما يدل على ان المجموعتين متكافئتين في المتغيرات السريرية.

5. تطبيق البرنامج:

يتصف هذا النوع من العلاج (العلاج بالتعريض - نمط إزالة التحسس) بان يقوم المعالج بتعريض المفحوص للموقف الذي يسبب له القلق وبالنتيجة تظهر لديه استجابة التجنب للموقف الاجتماعي. وبما ان المفحوص يعني من هذا الموقف وهو القيام بأداء نشاط معين أمام الآخرين والخوف من إمعان نظر الآخرين فيه لهذا السبب قام الباحث بتدريب أفراد المجموعة التجريبية على تقديم نشاط معين أمام زملائهم من الطلبة، والنشاط هو التدريب على القيام بتقديم محاضرة طلب من كل مفحوص الاستعداد لها مسبقاً) وكما مر ذكره في الجلسات العلاجية). واستفاد الباحث من كونه مدرسا لمقرر الصحة النفسية للمرحلة الرابعة، ومقرر عام النفس التجريبي للمرحلة الثالثة، وان كلا المقررين نصابها ثلاث ساعات أسبوعياً، مما أتاح للباحث الفرصة الكافية لتدريب أفراد المجموعة التجريبية للمرحلتين. علما ان الباحث كان يقوم بتدريب أفراد المجموعة التجريبية أمام زملائهم الآخرين من الطلبة وأمام زملائهم أفراد المجموعة الضابطة، وذلك لتفادي تأثير المعالج، كون ان هذا التأثير يعد أحد المتغيرات الدخيلة التي تؤثر على نتائج التجربة(مايرز، 1990، ص 284).

6. إجراءات الاختبار البعدي:

بعد الانتهاء من تطبيق الجلسات العلاجية لابد من تقويم مدى فاعلية البرنامج، ولتحقيق ذلك قام الباحث بالإجراءات الآتية:

1. تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي على المجموعتين التجريبية والضابطة.
2. تطبيق مقياس شدة المعاناة (التقدير الذاتي لمعاناة كما يشعر بها المفحوص). على المجموعتين التجريبية والضابطة، إذ يقوم المفحوص بتأشير درجة معاناته على مقياس شدة المعاناة مرة ثانية بعد انتهاء البرنامج العلاجي، لغرض معرفة مدى انخفاض هذه المعاناة بعد خضوع المفحوص للجلسات العلاجية الستة.

وبعد ذلك تقارن نتائج الاختبار القبلي مع نتائج الاختبار البعدي لمعرفة فاعلية البرنامج العلاجي في خفض اضطراب الرهاب الاجتماعي.

سابعا: الوسائل الإحصائية Statistical Tools

1. الاختبار التائي لعينتين مستقلتين t. test
2. معامل ارتباط بيرسون لحساب ثبات مقياس الرهاب الاجتماعي (البياتي واثناسيوس، 1977، ص180، 260).

الفصل الرابع

نتائج البحث ومناقشتها

- عرض النتائج
- مناقشتها
- التوصيات
- المقترحات
- المصادر
- الملاحق
- الخلاصة باللغة الانكليزية

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصل إليها الباحث وهي على النحو الآتي:

الهدف الأول: بناء برنامج علاجي باستعمال أسلوب إزالة التحسس.

تحقق هذا الهدف من خلال الإجراءات التي قام بها الباحث في الفصل الثالث في الفقرة (خامسا المتعلقة بإجراءات بناء البرنامج العلاجي) فيعد أن قام الباحث ببناء البرنامج العلاجي ولمعرفة مدى صلاحيته وكفاءته، عرضه على مجموعة من الخبراء من عدة جامعات محلية في علم النفس وطرائق التدريس والطب النفسي. أصبح البرنامج العلاجي جاهزا للتطبيق.

الهدف الثاني: التعرف على اثر البرنامج العلاجي في علاج اضطراب الخوف الاجتماعي لدى طلبة الجامعة.

لغرض معرفة مدى فعالية البرنامج العلاجي في تخفيف الخوف الاجتماعي من خلال اختبار فرضية البحث الحالي وهي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية التي تخضع للبرنامج العلاجي و المجموعة الضابطة التي لا تخضع للبرنامج العلاجي في خفض الرهاب الاجتماعي.

ولاختبار لاختبار دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة استعمال الباحث الاختبار التائي t. test لعينتين مستقلتين، وظهرت النتائج الآتية، وكما هو موضح في الجدول (5).

جدول (5)

يوضح الاختبار لعينتين مستقلتين لاختبار دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات السريرية، (قلق الموقف الاجتماعي، تجنب الموقف الاجتماعي، شدة المعاناة) عند مستوى دلالة (0,01)، ودرجة حرية (17).

القيمة التائية الجدولية	القيمة التائية المحسوبة	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		المتغيرات السريرية
		انحراف معياري	وسط	انحراف معياري	وسط	
2,89	7,9	13,86	66,8	20,46	54,5	قلق الموقف الاجتماعي
=	7,98	17,5	69,8	18,35	53,9	تجنب الموقف الاجتماعي
=	4,12	0,56	2,9	0,65	1,5	شدة المعاناة

يظهر من جدول (5) على وفق إجراءات تقويم فاعلية البرنامج العلاجي، النتائج الآتية:

1. **قلق الموقف الاجتماعي على مقياس الرهاب الاجتماعي:** اختبرت صحة فرضية البحث في ضوء هذا

المقياس وقد ظهر وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة عند مستوى دلالة (0,01)، لصالح المجموعة التجريبية، إذ كانت القيمة التائية المحسوبة (7,9) وهي أكبر من القيمة الجدولية (2,89)، فقد انخفضت قيمة الوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (54,5) على مقياس الرهاب الاجتماعي بفعل البرنامج العلاجي بالمقارنة مع الوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (66,8) على نفس المقياس. وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية وقبول البديلة التي ترى بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج العلاجي والمجموعة الضابطة التي لم تخضع للبرنامج العلاجي.

2. **تجنب الموقف الاجتماعي على مقياس الرهاب الاجتماعي:** اختبرت صحة فرضية البحث في ضوء هذا

المقياس وقد ظهر وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة عند مستوى دلالة (0,01)، لصالح المجموعة التجريبية، إذ كانت القيمة التائية المحسوبة (7,98) وهي أكبر من القيمة الجدولية (2,89)، فقد انخفضت قيمة الوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (53,9) على مقياس الرهاب الاجتماعي بفعل البرنامج العلاجي بالمقارنة مع الوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (69,8) على نفس المقياس. وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية وقبول البديلة التي ترى بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج العلاجي والمجموعة الضابطة التي لم تخضع للبرنامج العلاجي.

3. **شدة المعاناة على مقياس التقدير الذاتي للمعاناة:** اختبرت صحة فرضية البحث في ضوء هذا المقياس

وقد ظهر وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة عند مستوى دلالة (0,01)، لصالح المجموعة التجريبية، إذ كانت القيمة التائية المحسوبة (4,12) وهي أكبر من القيمة الجدولية (2,89)، فقد انخفضت قيمة الوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (1,5) على مقياس التقدير الذاتي لشدة المعاناة بفعل البرنامج العلاجي بالمقارنة مع الوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (2,9) على نفس المقياس. وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية وقبول البديلة التي ترى بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج العلاجي والمجموعة الضابطة التي لم تخضع للبرنامج العلاجي.

ويمكن القول بشكل عام أن نتائج البحث أظهرت فاعلية البرنامج العلاجي في خفض الرهاب الاجتماعي من خلال المؤشرات التقييمية التي اعتمدت في تقويم مدى فاعلية البرنامج العلاجي سواء على مقياس الرهاب الاجتماعي أو على وفق التقدير الذاتي للمعانة كما يشعر بها الفرد نفسه. ونتيجة الدراسة الحالية جاءت متساوقة مع نتائج عدد من الدراسات السابقة منها على سبيل المثال دراسة (لانج ولازوفيك) لعلاج فوبيا الخوف من الأفاعي لدى طلبة الجامعة، ودراسة (Butler, 1984)، ودراسة (Barlow & Heimberg, 1988)، ودراسة ((Shaw, 1979, ودراسة (Keroack, 1987)) ودراسة (Woody, et. al. 1994). ويمكن تفسير ذلك من خلال النقاط الآتية:

1. تظهر النتائج مدى فعالية البرنامج في تخفيف الرهاب الاجتماعي وهذا يعني ان أفراد العينة لم يكن لديهم تدريب منظم مسبق -كما هو الحال مع البرنامج العلاجي الحالي- على مواجهة الموقف الاجتماعية التي يخشون مواجهتها، وهذا طبيعي لان كل فرد لا يستطيع أداء عمل معين قبل أن يحصل على تدريب أو إعداد مسبق. لكن كيف يمكن لأستاذ المادة أن يدرّب الطلبة على إلقاء المحاضرة في قاعة يتراوح فيها أعداد الطلبة بين (65) إلى أكثر من (100) طالب وطالبة في بعض القاعات؟
2. أو أن أفراد العينة كانت لديهم معتقدات خاطئة وهي انهم لا يستطيعون مواجهة الموقف الاجتماعية (مثل إلقاء محاضرة) أما انهم غير قادرين على ذلك أو خوفاً من يكونوا في موقف نقد واستهزاء الآخرين أو خوفاً من التقويم السلبي. وبالتالي فان مع 7 تقذات سلبية أو خاطئة من هذا النوع من شأنها أن ترفع من درجة القلق لديهم بحيث تكون كافية لجعلهم يتجنبون تلك الموقف.
3. أو يمكن تفسير ذلك من خلال الجمع بين السببين أعلاه (عدم وجود إعداد منظم مسبق والمعتقدات السلبية الخاطئة، وهذه كفيلة بنمو سلوك تجنب الموقف الاجتماعية التي يمكن أن يواجهوا فيها الآخرين. ولذا نرى الطلبة المطبقين قلقين جدا من زيارة المشرف لهم لأنه ليس لديه الإعداد الكافي وبنفس الوقت خوفاً من التقويم السلبي للمشرف.

التوصيات:

1. ضرورة قيام أساتذة الجامعة بتدريب الطلبة على إلقاء المحاضرات باستمرار ابتداءً من المرحلة الأولى وبشكل تدريجي وحتى المرحلة الأخيرة.
2. الاستفادة من البرنامج العلاجي في تدريب الطلبة اللذين يعانون من خوف شديد (خوف اجتماعي) من إلقاء المحاضرات أمام زملائهم.
3. من الضروري جدا ان يتضمن منهاج دورة طرائق التدريس التي يقيمها قسم العلوم التربوية والنفسية (لأساتذة الجامعة لغرض الترقية العلمية) محاضرات ان كيفية تدريب الطلبة بشكل تدريجي على إلقاء المحاضرات، مشابه لمحاضرة طرائق التدريس.

المقترحات:

1. إجراء دراسة مماثلة باستخدام البرنامج العلاجي الحالي مع طريقة أخرى وهي طريقة البرمجة العصبية اللغوية لعلاج الرهاب الاجتماعي.
2. دراسة مماثلة عن استخدام إزالة التحسس في علاج أنواع أخرى من الرهاب مثل رهاب الأماكن المزدحمة لان الباحث يعتقد ان الذي يخشى مواجهة المواقف الاجتماعية يحتمل أيضا انه يخاف الأماكن المزدحمة.
3. دراسة مقارنة بين البرنامج الحالي (إزالة التحسس) وطريقة التعرض المباشر (الغمر).

المصادر

1. إبراهيم، عبد الستار (1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث. أساليبه ومبادئ تطبيقه، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.
2. بيك، ارون (2000): العلاج والمعرفي ولاضطرابات الانفعالية، ط1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
3. البياتي، عبد الجبار توفيق واثنايوس، زكريا (1977): الإحصاء الوصفي والاستدلالي في التربية وعلم النفس، جامعة بغداد.
4. جاسم، أحمد لطيف (2000): بناء برنامج علاجي للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية للمصابين بالرهاب الاجتماعي. أطروحة دكتوراه غير منشورة كلية الآداب، جامعة بغداد.
5. جلال، سعد (1986): في الصحة النفسية. دار الفكر العربي، القاهرة.
6. خير الزراد، فيصل محمد (2008): العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض. دار العلم للملايين، بيروت لبنان.
7. دافيدوف، لندال (1984): مدخل إلى علم النفس، ترجمة الطواب، سيد، وعمر، محمود، وخزام، مجيد وأبو حطب فؤاد، الدار العربية للنشر والتوزيع، القاهرة.
8. دويدار، عبد الفتاح محمد (1994): في الطب النفسي وعلم النفس المرضي الإكلينيكي. دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.

9. راجح, أحمد عزت (1977): *أصول علم النفس*. المكتب العربي الحديث, القاهرة.
10. ريبير, آرثر أس و ريبير ايملي (2008): *المعجم النفسي الطبي*, ترجمة عبد العلي الجسماني و عمار الجسماني . الدار العربية للعلوم ,بيروت.
11. طه, فرج عبد القادر (1987): *المجمل في علم النفس والشخصية والأمراض النفسية* ط1, الدار الفنية للنشر والتوزيع, القاهرة.
12. عبد الغفار, عيد السلام (ب. ت.): *مقدمة في الصحة النفسية*. دار النهضة العربية القاهرة.
13. عبيد, ماجدة بهاء الدين (2008): *الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية* ط1, دار صفاء للنشر والتوزيع, عمان الأردن.
14. العبيدي, سعد خضير خلف (1991): *دراسة المخاوف المرضية (الرهاب) والعلاج المعرفي لها*. أطروحة دكتوراه غير منشورة كلية الآداب, جامعة بغداد.
15. عيسوي, عبد الرحمن (1984): *العلاج النفسي*. دار النهضة العربية للطباعة والنشر, بيروت.
16. عودة, احمد سلمان والخليلي, خليل يوسف (1988): *الإحصاء للباحث في التربية والعلوم الإنسانية*, دار الفكر للنشر والتوزيع, عمان الأردن.
17. كمال, علي (1983): *النفس, انفعالاتها, أمراضها, علاجها* ط3, دار واسط للدراسات والنشر والتوزيع, بغداد.
18. المالح, حسان (1995): *الخوف الاجتماعي*. دراسة علمية للاضطراب النفسي. مظهره, أسبابه, وطرق العلاج, ط2, دار الاشرافات للنشر والتوزيع, دمشق.
19. مايرز, ان (1990): *علم النفس التجريبي*. ترجمة خليل البياتي, كلية الآداب جامعة بغداد.
20. هلال, كريم فخري و كاظم, علي محمود (2009): *سلبيات التطبيق لدى طلبة المرحلة الرابعة في كلية التربية من وجهة نظر المشرفين التربويين والاختصاص والطلبة أنفسهم*. مجلة كلية التربية. جامعة بابل, العدد الثاني, المجلد الأول. ص 298-279.
21. هوفمان, أنيد (ب. ت.): *تطوير المهارات النفسية*. ترجمة فوزية ناجي الدفاعي, سلسلة كتاب الباراسيكولوجي (6), الدار الوطنية للنشر والتوزيع والإعلان, بغداد.
22. AL-Kubaisy, T. F. & Mark, I. (1992): *Role of exposure homework, in phobia reduction a controlled study*, Behavior Therapy, Vol. 23, 599-621.
23. American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (4th Ed) Washington, DC: American Psychiatric Association. Journal of Psychiatry. Vol. 42, 726-834.
24. Antony, M. M. (1997): *Assessment and treatment of social phobia*. Can.
25. Antony, M. M. & Barlow, D. H. (1997): *Social and specific phobias*. In Tasman, A. ; Kay, J. & Lieberman, J. A. Psychiatry, Philadelphia, PA: WB Saunders.
26. Beidel, D. C.; Yurner., S. M.; Syemberger, R. T. & Callon K. S. (1995): *Social phobia: An analysis of possible developmental factors*, Journal of Abnormal Psychology Vol. 104, No. 3, 526-531.
27. Berger, P.; Heimberg, R. G; Bruch, M. A. & Collins, T. M. (1989): *Social phobia and perception of early parental and personal characteristics, Anxiety Reaserch*, Vol. 2, 1, 57-65.
28. Boer, J. A. (1997): *Social phobia: Epidemiology, recognition and treatment*, British .Medical Journal, Vol. 315, No. 2.7. September, 796-800.
29. Boerner, R. J. & Moller, H. J. (1998): *Therapeutic Strategies for patients with social phobia*, International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, Vol. 2, 107-113.
30. Butler, G. (1984): *Exposure as a treatment for social phobia: some instructive difficulties*. Beha. Res. Ther., Vol. 23, No. 6, 651-657.
31. Chadseyruch, J. (1992): *Toward defending and measuring social skills in employment settings*, American Journal on Mental Retardation Vol. 96, No. 4, 405-418.
32. Clark D. M. & Stopa, L. (1993): *Cognitive Processes in social phobia, Behavioral Research therapy*, Vol. 31, No.3, 255-267.
33. Clarck, J. C. & Mattick. R. P. (1988): *Development and Validation of Measures of social phobia Scrutiny fear and social Interaction Anxiety*, Behavioral Research and therapy, 36, 455-470.
34. Cook, E. W. (1988): *Emotional imagery and the deferential diagnosis of anxiety*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 56, No. 5, 734-740.
35. Davidson, G. C. & Neal, J. M. (1974): *Abnormal Psychology, Experimental Clinical Approach*, Canada John Wiley & Sons, Inc.
36. Dyck, R. V. (1996): *Non-drug treatment for social phobia, International Clinical Psychopharmacology*, 11 (supp. 3), 65-70.
37. Frude, N. (1998): *Understanding abnormal Psychology*, New York, Black Well Publishers.
38. Gath, D.; Gelder, M.; Mayou, R. (1997): *Concise oxford textbook of Psychiatry*, New York, Oxford University Press, Inc.
39. George, S. E. & Jeffery, M. L. (2002): *A Clinical Guide to the treatment of the stress Response*, (2ed.), Kluwer A cadmic Plenum Publishers New York.
40. Glass, C. R.; Chambless, D. L. & Woody, S. R. (1997): *Self focused attention in the treatment of phobia*, Behavioral Research and therapy, Vol. 35, No.2, 117-129.
41. Heimberg, R. G. & Barlow. D. H. (1988): *Psychosocial treatment for social phobia*. Psychosomatics, Vol. 2, No.1, 27-37.
42. Heimberg, R. G. & Juster, H. R. (1995): *Social phobia, Longitudinal course and long- term outcome of Cognitive- behavioral treatment*, The Psychiatry Clinics of north America, Vol. 18, No. 4, Desmber, 821-841.
43. Holt, A. M. ; Marten, P. A. ; Albano, C. S.; Heimberg, R. G. & Barlow, D. H. (1995): *Cognitive- behavioral group treatment for social phobia in adolescents*, A preliminary study. The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 183, 649-656.
44. Kaiser, G.; Schroeder, H. K.; Hand, I.; Wlazlo, Z.; & Munchau, N. (1990): *Exposure in vivo vs social skill training for social phobia: long- term outcome and differential effect*, Behav. Res. Ther, Vol. 28, No.3, 181-193.
45. Keroak, J. (1987): *Les therapies behaviorales de lanxiete social (behaviorherapies for social phobia)*, Revue de Modification du compoment, Fab. Vol. 17, No. 3, 152-178.

46. Kerlinger, F. N. (1973). *Foundations of Behavioral Research in Education and Psychology in University*. New York : Holt, Reinhart & Winston Co.
47. Klieser, E. & Wurthmann, C. (1992): *Treatment of, Anxiety Disorders, Fortschritte der neurologie psychiatrie*, Vol. 60, No.3, 91-103.
48. Koch, W. J.; Mclean, P. D. & Taylor, S. (1997): *Sensitivity of outcome measures for treatment of generalized social phobia, Assessment*, Vol. 4, No.2, 181-191.
49. Kreamer, H. C; Killen, J. D.; Hayward, C. & Taylor C. B.(1998): *Linking self – report childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia*, Journal of Amer. Acad.Child and adolesc Psychiatry, Des. 37, (12).1308-1316.
50. Liebowitz, M. R. & Barlow, D. H. (1997): *Specific phobias and social phobia*. in Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. Comprehensive Textbook of Psychiatry, I, Vol. 1, sixth edition, Baltimore, Maryland, U. S. A. Williams & Wilkins.
51. Locock, M. P. & Salcovskis, P. M. (1988): *Cognitive factors in social Anxiety and its treatment*, Behav. Res. Ther., Vol. 26, No. 4, 297-302.
52. Mark, I. M. (1987): *Fears, Phobias and Rituals Panic, Anxiety and Their Disorders*, Oxford, , Oxford University Press, Inc.
53. Mersch, P. P. (1995): *The treatment of social phobia: The differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy social skill training*, Behavioral Research therapy ,Vol. 33, No.3, March, 259-269.
54. Michelson, L. & Ascher, L. M. (1987): *Anxiety and disorders*, Cognitive- behavioral assessment and treatment, New York, The Guilford Press.
55. Montgomery, S. A. (1997): *Social phobia*. The need for treatment, International Clinical Psychopharmacology, Vol. 12, No. 6,3-9.
56. Myers, D. G. (1996): *Social Psychology*, fifth edition , , New York, The McGraw-Hill Co., Inc.
57. Raslan, A. W. & Chaleby, K. S. (1990): *Perceived parental attitude in social phobia patients*, Arab Journal of Psychiatry, Vol. 1, No.2, 112-117.
58. Shaw, P. (1979): *A Comprehensive of three therapies in the treatment of social phobia*, British Journal of Psychiatry, Vol. 134, 620-623.
59. Tedlow, J. R.; Uebelacker, L. A.; Mclean, N. E.; Alpert, J. E.; Nierenberg, A. A. & Fava, M. (1997): *Social phobia*, avoidant personality disorder and typical depression: Co. occurrence implication, Psychology Medicine, Vol. 27, No. 3, 627-633.
60. Turner, S. M.(1994): *Social phobia: A comparison of Behavior therapy and atenolol*, Journal of Consulting Clinical Psychology Vol. 62, No. 2, 350-358.
61. Woody, S. R.; Cooley, M. R. & Turner, S. M (1994): *Amulticomponent Behavioral treatment of social phobia: Social effectiveness therapy*, Behavioral Research and therapy ,32, 381-390.
62. *World Health Organization* (1992): *The International Classification of Mental and Behavioral Disorders Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, (ICD-10)*, Geneva, Switzeerland.
63. [www.go.microsoft.com./ Fwlink/?LinkId=69157](http://www.go.microsoft.com/Fwlink/?LinkId=69157) (2009).

الملاحق

(ملحق/ 1) استبانة آراء الخبراء والمحكمين

جامعة بابل
كلية التربية

قسم العلوم التربوية والنفسية

الأستاذ الفاضل الدكتور

المحترم

تحية طيبة

يروم الباحث بأجراء دراسة تهدف إلى (معرفة اثر استخدام أسلوب التعرض بإزالة التحسس لعلاج الرهاب الاجتماعي لدى طلبة كلية التربية المرحلة الرابعة لغرض إعدادهم للتطبيق. ويعرف الباحث الرهاب الاجتماعي على انه اضطراب يتصف بخوف الشخص من ان يمعن الآخرون بنظرهم فيه واعتقاده ان ذلك سيكون مريكا أو مخزيا عندما يتصل مع الآخرين. ونعني بأسلوب التعرض (إعادة التقرب من المواقف المثيرة للقلق حتى لا يظهر بشكل واسع. ومن خلال إعادته يتعلم المرضى ان توقعاتهم المخيفة لم تكن صحيحة على الرغم من مواجهتهم للموقف). وقد تبني الباحث مقياس جاسم (2000) لقياس الرهاب الاجتماعي. المكون من (32) فقرة. ونظراً لما تتمتعون به من خبرة في هذا المجال نأمل منكم أن تكونوا احد أعضاء اللجنة التحكيمية التي تقرر مدى صلاحية فقرات الاستبيان. علماً أن طريقة الإجابة ستكون على وفق مقياس التقدير الذاتي. كما موضح في المثال الآتي:

تجنب الموقف					القلق في الموقف					ت
كثيرة جدا	كثيرة	متكررة	قليلة	لا يوجد	شديدة جدا	شديدة	متوسطة	خفيفة	لا يوجد	
										ان تتكلم بحضور مجموعة من الناس
										إمعان نظر الآخرين فيك أثناء مواجهتك لهم

مع فائق التقدير والاحترام

الدكتور

علي محمود كاظم

ت	الفقرات	صالحة	غير صالحة	الملاحظات
1	ان تتكلم بحضور مجموعة من الناس			

2	تعرفك إلى الأشخاص الغرباء
3	معارضتك لري الآخرين
4	أداؤك لعمل تحت رقابة الآخرين
5	تعرضك للانتقاد من شخص ما أمام الآخرين
6	لقاؤك مع الجنس الآخر على انفراد
7	إعدادك البضائع المتضررة إلى بائعها
8	إمعان نظر الآخرين فيك أثناء مواجهتك لهم
9	ان تتحدث بصوت مسموع أمام الآخرين
10	تعاملك مع الغرباء في مواقف الحياة العامة
11	التخلص من إلحاح بعض البائعين
12	تناولك الطعام أو الشرب أمام الآخرين
13	ان أتحدث مع شخص على الهاتف بصوت مسموع أمام الآخرين
14	اشترائك في حوار معين مع مجموعة من الأصدقاء
15	مناقشتك صاحب المطعم على قائمة الحساب أو على نوعية الطعام
16	ان تكتب والآخرين ينظرون إليك
17	وجودك مع شخص آخر لا تعرفه في المصعد
18	مرافقتك الآخرين إلى الحفلات
19	ان تتحدث مع الأعلى منك في الدرجة الوظيفية
20	دخولك المرافق الصحية العامة تحت أنظار الآخرين
21	ان تبادر في محادثة الآخرين
22	مناداتك شخص آخر أمام الآخرين
23	ان تتعامل مع أشخاص أكبر منك سناً
24	ان تؤدي الصلاة أمام الآخرين
25	ان تحافظ على استمرار الحديث مع الآخرين
26	اقتراب الآخرين منك في المواقف العامة
27	ضياح حقك بسبب عدم مطالبتك به
28	الخوف من التقيؤ علانية أمام الآخرين وأنت مضطر لذلك
29	إلقاؤك محاضرة أو بحث أمام مجموعة من الناس
30	الخوف من احمرار وجهك عندما تكون مع الآخرين
31	حضورك المناسبات الاجتماعية مثل حفلات الزواج أو مجالس التعزية
32	الخوف من ارتجاف أطرافك أو ارتعاش عضلاتك عندما تكون ملاحظاً من الآخرين

(ملحق/2) المقياس بصيغته النهائية

عزيزي الطالب عزيزتي الطالبة
تحية طيبة

نتعرض في حياتنا اليومية إلى العديد من المواقف الاجتماعية، ونستجيب لها بأشكال مختلفة من السلوك تختلف تبعاً للفروق الفردية بيننا. فبعضنا يستجيب لها بصورة طبيعية، وبعضنا الآخر يشعر بالخوف أو القلق، ويتدرج القلق والخوف تبعاً لطبيعة الموقف والفروق الفردية، بينما يتجنب آخرون تلك المواقف. وفي الاستبانة الحالية توجد مجموعة من الفقرات التي تمثل مواقف اجتماعية مختلفة. يرجى قراءتها ووضع إشارة () أمام كل فقرة تحت مستوى البديل الذي تعتقد أنك تشعر به في حقل (القلق في الموقف الاجتماعي)، وكذلك في حقل (تجنب الموقف الاجتماعي). والمثال الآتي يوضح طريقة الإجابة:

تجنب الموقف				القلق في الموقف					ت	
كثيرة جداً	كثيرة	متكررة	قليلة	لا يوجد	شديدة جداً	شديدة	متوسطة	خفيفة	لا يوجد	
										ان تتكلم بحضور مجموعة من الناس
										إمعان نظر الآخرين فيك أثناء مواجهتك لهم

ت	الفقرات
1	ان تتكلم بحضور مجموعة من الناس
2	تعرفك إلى الأشخاص الغرباء
3	معارضتك لري الآخرين
4	أداؤك لعمل تحت رقابة الآخرين
5	تعرضك للانتقاد من شخص ما أمام الآخرين
6	لقاؤك مع الجنس الآخر على انفراد
7	إعدادك البضائع المتضررة إلى بائعها
8	إمعان نظر الآخرين فيك في أثناء مواجهتك إياهم
9	ان تتحدث بصوت مسموع أمام الآخرين
10	تعاملك مع الغرباء في مواقف الحياة العامة
11	التخلص من إلحاح بعض البائعين
12	تناولك الطعام أو الشرب أمام الآخرين
13	ان أتحدث مع شخص على الهاتف بصوت مسموع أمام الآخرين
14	اشترائك في حوار معين مع مجموعة من الأصدقاء
15	مناقشتك صاحب المطعم على قائمة الحساب أو على نوعية الطعام
16	ان تكتب والآخرين ينظرون إليك
17	وجودك مع شخص آخر لا تعرفه في المصعد
18	مرافقتك الآخرين إلى الحفلات

19	ان تتحدث مع الأعلى منك في الدرجة الوظيفية
20	دخولك المرافق الصحية العامة تحت أنظار الآخرين
21	ان تبادر في محادثة الآخرين
22	مناداتك شخص آخر أمام الآخرين
23	ان تتعامل مع أشخاص أكبر منك سناً
24	ان تؤدي الصلاة أمام الآخرين
25	ان تحافظ على استمرار الحديث مع الآخرين
26	اقتراب الآخرين منك في المواقف العامة
27	ضيق حقلك بسبب عدم مطالبتك به
28	الخوف من التقى علانية أمام الآخرين وأنت مضطر لذلك
29	إفواك محاضرة أو بحث أمام مجموعة من الناس
30	الخوف من احمرار وجهك عندما تكون مع الآخرين
31	حضورك المناسبات الاجتماعية مثل حفلات الزواج أو مجالس التعزية
32	الخوف من ارتجاف أطرافك أو ارتعاش عضلاتك عندما تكون ملاحظاً من الآخرين

ورقة الإجابة

الاسم:

ت	الجنس:			الكلية:					القسم:	
	لا يوجد	خفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جداً	لا يوجد	قليلة	متكررة		كثيرة
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										

(ملحق/3) البرنامج العلاجي بصورته الأولية

السيد الخبير المحترم
تحية طيبة ...

يروم الباحث ببناء برنامج علاجي لتدريب طلبة الجامعة من كلية التربية على إلقاء المحاضرة بالاستعانة بطريقة التعرض Exposure وذلك باعتماد أحد أساليب هذه الطريقة وهو إزالة التحسس Desensitization. ويعرف إزالة التحسس على أنه تعريض المفحوص للموقف الذي يسبب له الخوف أو القلق أو الارتباك بشكل تدريجي. وتستخدم هذه التقنية العلاجية مع الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي، مثل التحدث أمام الآخرين، التحدث مع الأعلى درجة وظيفية ... الخ. ويعرف الباحث الرهاب الاجتماعي على أنه اضطراب يتصف بخوف الشخص من أن يعين الآخرون بنظرهم فيه واعتقاده أن ذلك سيكون مربكاً أو مخزياً عندما يتصل مع الآخرين. يتضمن البرنامج ست جلسات تدريبية ولمدة ستة أسابيع. وبمعدل جلسة تدريب واحدة أسبوعياً يتدرّب فيها الطالب على إلقاء المحاضرة. ونظراً لما نتوسمه فيكم من خبرة ودراية واسعة في هذا المجال، نرجو منكم إبداء الملاحظات التي ترونها مناسبة بشأن البرنامج المقترح. وفي أدناه الجدول الخاص بملاحظاتكم الكريمة. بعد اطلاعكم على البرنامج المقترح:

ت	الموضوع	صالحة	غير صالحة	الملاحظات
1	عدد جلسات التدريب: ست جلسات.			

2	مدة البرنامج: ستة أسابيع, بمعدل جلسة تدريبية واحدة اسبوعيا.		
3	مدة جلسة التدريب.		
4	إجراءات تقويم البرنامج: 3. مقياس شدة المعاناة. 4. مقياس الرهاب الاجتماعي		
5	محتوى كل جلسة		

الدكتور

علي محمود الجبوري

ملاحظة:

تجنباً للتكرار فيما يخص محتويات البرنامج الأخرى (وهي: هدفا البرنامج ومضمون جلساته) لأنها قد ذكرت في الفصل الثالث الإجراءات سوف لن يكررها الباحث مرة ثانية في فقرة الملاحق