

مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة
الرهاب الاجتماعي

**A Comparison of Rational Emotive Behavior Therapy with Social
Skills Training in the Treatment of Social Phobia**

فرنسيس شاهين*، وعبد الكريم جرادات**

Francis Shahin & Abdul-Kareem Jaradat

*مدارس البطريركية اللاتينية، الاردن

**قسم علم النفس الإرشادي والتربوي، كلية التربية، جامعة اليرموك، الأردن

بريد الكتروني: a.m.jaradat@yu.edu.jo

تاريخ التسليم: (٢٠١١/١٠/١٨)، تاريخ القبول: (٢٠١٢/٥/٢٨)

ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الطلبة المراهقين. وتكون مجتمع الدراسة من ٣٢٠ طالباً وطالبة في الصفوف من التاسع إلى الثاني عشر وهم من التابعين لمدرسة البطريركية اللاتينية في الكرك/الأردن. وقد طُبِّق عليهم مقياسان أحدهما لقياس الرهاب الاجتماعي والآخر لقياس قلق التفاعل الاجتماعي. وبناء على درجاتهم على هذين المقياسين تم اختيار عينة الدراسة التي تكونت من ٤٥ طالباً وطالبة، تم تقسيمهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات، مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة، حيث تكونت كل مجموعة من ١٥ طالباً وطالبة. وقد تلقت إحدى المجموعتين التجريبيتين برنامج علاج عقلاني انفعالي سلوكي، بينما تلقت الأخرى برنامج تدريب على المهارات الاجتماعية. أما المجموعة الضابطة فلم تتلق أي برنامج علاجي. وأظهرت نتائج الدراسة أن كلا من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية كان أكثر فاعلية من عدم المعالجة في تخفيض الرهاب الاجتماعي وقلق التفاعل الاجتماعي وكانت الفروق دالة احصائياً ($\alpha = 0.05$). ولم تختلف فاعلية أي من الأسلوبين العلاجيين باختلاف الجنس ولم يوجد بينهما فروق ذات دلالة احصائية ($\alpha = 0.05$).
(الكلمات المفتاحية: الرهاب الاجتماعي، قلق التفاعل الاجتماعي، العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، التدريب على المهارات الاجتماعية).

Abstract

The present study aimed to compare Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) and Social Skills Training (SST) in the treatment of social phobia among a sample of adolescent students. The population of the study consisted of 320 students in grades from ninth to twelfth at the Latin Patriarchate School in Al-Karak, Jordan. These students were administered a social phobia scale and a social interaction anxiety scale. Based on their scores on the two scales, forty five students were identified as socially phobic. These students were randomly assigned to three groups (15 per each), two experimental groups and one control group. One of the experimental groups received rational emotive behavior therapy, while the other received a training program on social skills. As for the control group, students in this group did not receive any treatment. Results showed that the REBT and SST were both significantly more effective ($P < 0.05$) than no treatment in reducing social phobia and social interaction anxiety. There were no significant gender differences ($P > 0.05$) in the effectiveness of the treatment methods. (Keywords: Social Phobia, Social Interaction Anxiety, Rational Emotive Behavior Therapy, Social Skills Training).

المقدمة

يُعد الرهاب الاجتماعي (Social Phobia) حالة مرضية مزعجة، تؤدي إلى شل حركة الفرد المريض وإلى الشعور بمراقبة الآخرين له. إن هذا الخوف أكبر بكثير من الشعور العادي بالخجل الذي يحدث عادة في التجمعات. وبالتالي فإن الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي قد يضطرون لتكييف حياتهم من خلال تجنب أية مناسبة اجتماعية تضعهم أمام أعين الآخرين.

والرهاب الاجتماعي مرض ملازم للفرد من شيء غير مخيف في الأصل، وهذا الخوف لا يستند إلى أساس وجنور واقعية، ولا يمكن للفرد الذي يعاني من الرهاب الاجتماعي أن يسيطر على هذا الخوف بالرغم من قناعته وإدراكه بأن هذا الخوف غير منطقي، ومع ذلك، فإنه يقتحم حياته ويسيطر على سلوكه، ويسبب له الشعور الشديد بالخوف من موقف لا يثير عند الآخرين هذا الشعور نفسه، مما يجعله يشعر بانعدام الثقة بنفسه، وضعف الشخصية والوحدة والخجل، وبالتالي فإن هذا المرض يحتوي اضطرابات وظيفية نفسية المنشأ لا يوجد معها اضطرابات جوهرية في إدراك الفرد للواقع (المالح، ١٩٩٣). ويمكن لهذا الخوف أن يكون شديداً لدرجة أنه يتدخل في الأداء المهني أو الممارسات الاعتيادية الأخرى للفرد الذي يعاني من الرهاب

الاجتماعي. حيث يتمحور في أن يلاحظ الآخرون عليه أعراض قلقه من ارتجاف وتعرق أو يتصرف بطريقة إذلال وإحراج لنفسه.

وإن الخوف شعور طبيعي لدى الأفراد، بل لدى جميع الكائنات الحية، وكل فرد يستجيب لهذا الشعور بطريقة مختلفة، ولكن ربما يزيد الخوف عن حده الطبيعي، فيصبح عندئذ مرضاً، وهو ما يطلق عليه "الرهاب". وهناك تعريفات عديدة لمفهوم الرهاب الاجتماعي. فقد عرفه أدلر (١٩٨٢، P. ٣٩)، بأنه "كل ما أطلق عليه عقدة النقص، وأنه السبب في إرادة الهرب هو الخوف من الهزيمة". وقد عرفته الرفاعي (١٩٨٥) بأنه "نقص في التوكيدية بمعنى أن الشخص غير التوكيدي يساوي تماماً مريض الفوبيا الاجتماعية (الرهاب الاجتماعي) لأن القاسم المشترك بينهما هو نقص المهارات الاجتماعية وضعف الذات". وعرفته منظمة الصحة العالمية (WHO, 1992, 136) بأنه: "اضطراب قلق عام غالباً ما يبدأ لدى الأفراد في مرحلة المراهقة إذ يتركز خوفهم حول إمعان الآخرين بالنظر فيهم، ويحدث أثناء تواجدهم في المجتمعات الكبيرة، مما يؤدي بالفرد إلى تجنب المواقف الاجتماعية ويكون شائعاً لدى الرجال والنساء". أما الجمعية الأمريكية النفسية (APA, 1994) فقد عرفته بأنه: "خوف دائم وواضح من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو من أداء نشاط اجتماعي، والتي يكون فيها الشخص مكشوفاً أو معرضاً للأفراد غير المألوفين، أو من إمعان الآخرين نظرهم فيه، وهذه المخاوف تجعله يتصرف بطريقة محرجة أو يظهر علامات أو أعراض القلق". (ص ٤١٦).

ويشير فاو (Faw, 1990) إلى أن مظاهر الرهاب الاجتماعي عند المصاب بهذا الاضطراب كثيرة ومتنوعة، فقد يخاف المرء من أن يتكلم أمام الآخرين، خوفاً من أن يتعرض للنقد أو للسخرية أو الاستهزاء، وهذا الخوف الشديد يؤدي إلى استثارة قوية للجهاز العصبي اللاإرادي مما يؤدي إلى زيادة إفراز هرمون الأدرينالين بكميات كبيرة تفوق المعدل الطبيعي، وهذا يؤدي إلى ظهور أعراض بدنية عند الإنسان الخجول في معظم المواقف العصبية. ومن أشهر هذه المواقف إلقاء كلمة أمام الطلبة في الطابور الصباحي، التحدث أمام مجموعة من الناس لم يعتد الشخص عليهم، المقابلة الشخصية مع أحد الأشخاص، الامتحانات الشفوية التي يجريها المعلم في المدرسة.

ويمكن إدراج الأسباب الآتية لنشوء الرهاب الاجتماعي بوصفها أسباب يسود الاتفاق عليها بين معظم الباحثين:

أولاً: العوامل الأسرية

تعتبر الأسرة النواة الأولى التي تتشكل فيها شخصية الطفل، وينشأ ويكتسب استجاباته واتجاهاته وميوله وعاداته وتقاليده فيها، وتنعكس العلاقة الاجتماعية داخل الأسرة بشكل مباشر على الرهاب الاجتماعي كتدليل الطفل بطريقة زائدة والرعاية المفرطة للطفل والتي تسلبه حقه الطبيعي في عدم الاعتماد على ذاته. كذلك التسلط والسيطرة في التربية تفقده عنصر المبادرة وتجعله غير قادر على التوافق مع متطلبات الحياة الاجتماعية (مخيمر، ١٩٨٧). ويؤكد القوصي (١٩٨١) أن بعض الأهل يفرضون على أبنائهم سلطة جائرة ويرغمونهم على طاعتهم دون أي

حوار بينهم. وقد يستخدمون طريقة أخرى من خلال الاستهتار في قوله ولغته مما يفقد الطفل حينها الثقة بنفسه.

كما يؤدي التوتر الأسري والمشكلات التي تحدث بين الأبوين إلى خلق جو من القلق لدى الطفل، ويساهم ذلك الجو في زيادة السلوك الانسحابي لدى الطفل، كما أن تفضيل الأسرة للذكور دون الإناث قد يؤدي إلى الشعور بالدونية لدى الإناث، مما يساعد على انتشار الرهاب بين الإناث أكثر منه لدى الذكور (المومني وجرادات، ٢٠١١). كما أن تشجيع الذكر على أن يكون أبياً لا يقبل الضيم ولا يتسامح في العدوان الذي يقع عليه، ولا يفرط في البكاء أو الحزن للتعبير عن مشاعره، في حين انه من الطبيعي على الأنثى أن تسامح وأن تجهش بالبكاء وأنها الأضعف في كثير من المواقف، وبسبب ذلك قد يترسخ السلوك القوي لديه على حساب الأنثى التي تصبح خائفة ومتردة (الرفاعي، ١٩٨٥).

ثانياً: أسباب حضارية – ثقافية

لقد أثبت علماء الانثروبولوجيا الإنسانية أن الحضارة والثقافة والبيئة الاجتماعية ذات أثر بالغ في تكوين الشخصية، وعليه فإن القيم تعد أطراً مرجعية تحدد نسق استجابة الأفراد تجاه مجتمعهم لكي يحقق التوافق الاجتماعي والتمسك بالمسالك السوية للأفراد داخل مجتمعاتهم. فإن ما قد تراه بعض المجتمعات من سلوكيات تمثل ظاهرة مرضية تستحق العلاج، تراه مجتمعات أخرى بأنها سلوكيات سوية تستحق التدعيم لحدوثها (مخير، ١٩٨٧).

ثالثاً: أسباب وراثية وجسمية

يعتقد بعض الباحثين أن هناك اضطراباً داخلياً أساسياً يرتبط بالتكوين الجسدي والخلقي للإنسان جوهره الاستعداد الوراثي للإصابة بالقلق الذي يهيئ لظهور حالات القلق الحاد والخوف من الأماكن والرهاب الاجتماعي. وقد أجريت دراسة في النرويج عام (١٩٨٩) على (٩٥) من التوائم المتماثل بينت فيها ان التوائم المتماثلة تشترك بنسبة أكثر من التوائم غير المتماثلة في مظاهر الرهاب الاجتماعي، ومن هذه المظاهر الرجفة والتوتر وعدم القدرة على بلع الطعام مع الغزباء وأن يكون الإنسان موضع مراقبة الآخرين (عبد الرحمن، ٢٠٠٠).

تشخيص الرهاب الاجتماعي

أولاً: الرهاب الاجتماعي وفقاً لتصنيف الجمعية الأمريكية النفسية (APA)

كانت الجمعية الأمريكية للطب النفسي أول من ضمن مصطلح الرهاب الاجتماعي في مصطلحاتها العلمية عام (١٩٨٠) وذلك في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM III)، ثم أعادت تصنيفه في النسخة المعدلة للدليل الثالث (DSM III-R)، وكذلك في الدليل الرابع (DSM IV) عام (١٩٩٤)، وكذلك في النسخة المعدلة للدليل الرابع. وقد وضعت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) معايير تشخيصية للرهاب الاجتماعي وهي:

١. استمرار الخوف من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية التي يتعرض فيها الفرد إلى وجود أشخاص غرباء غير مألوفين، أو عندما يمعن أحد المشاهدين بالشخص المريض، فإنه قد يتصرف بطريقة مربكة أو محرجة أو بطريقة يبين فيها أعراض القلق عنده.
 ٢. التعرض للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعي يولد القلق بشكل ما ويأخذ نوبة ذعر أو خوف مرتبط بموقف معين.
 ٣. يشعر الشخص المصاب بالرهاب الاجتماعي أن الخوف مبالغ فيه وغير منطقي وربما به زيادة عن الوضع الطبيعي، علماً بأن هذه الظاهرة تغيب عن ذهن الأطفال.
 ٤. يتم تجنب المواقف الاجتماعية أو الأدائية المثيرة للقلق أو تحملها بشكل ما مع مزيد من القلق والخوف الشديدين.
 ٥. التجنب والقلق النفسي في المواقف الاجتماعية يعطل بوضوح النظام الروتيني العادي للفرد في حياته اليومية، كما يعطل الأداء الوظيفي أو الأكاديمي أو الأنشطة الاجتماعية أو العلاقات الاجتماعية.
 ٦. الأفراد الذين تقل أعمارهم عن الثامنة عشرة يجب أن يكون لديهم دوام الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل.
- ثانياً: الرهاب الاجتماعي وفقاً لتصنيف منظمة الصحة العالمية (WHO) وذلك في إصدارها للدليل العاشر (ICD 10)**
- إن وصف الدليل العاشر لمنظمة الصحة العالمية للرهاب الاجتماعي يتشابه إلى حد ما مع الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع (DSM-IV) (Brown, Barlow, & Liebowitz, 1994).
- ووفقاً للدليل العاشر لمنظمة الصحة العالمية، ولكي يكون التشخيص واضحاً ينبغي أن يستوفي الشروط الآتية:
١. يجب أن يحصر القلق أو يسود في مواقف اجتماعية محددة.
 ٢. يجب أن تكون الأعراض النفسية أو المرتبطة بالجهاز العصبي اللاإرادي أعراضاً تمثل مظهراً أساسياً للقلق وليست أعراضاً ثانوية لشيء آخر مثل الأوهام أو الأفكار الوسواسية.
 ٣. يجب تجنب المواقف المرهوبة كلما كان ذلك ممكناً (عكاشة، ١٩٩٨).

الاتجاهات النظرية المفسرة للرهاب الاجتماعي

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة، لوحظ أن هناك العديد من الاتجاهات النظرية المفسرة لإصابة الفرد باضطراب الرهاب الاجتماعي. وفيما يلي عرض لبعض النظريات المفسرة لهذا الاضطراب:

١. نظرية التحليل النفسي (Psychoanalysis Theory)

ترى هذه النظرية وفقاً لفرويد مؤسسها، ان الرهاب الاجتماعي هو دفاع عن التوتر الذي ينشأ عن الهو (ID)، حيث يحل هذا التوتر محل الخوف ويتحول الى خوف من موقف ما او شيء له صلة رمزية به. فالرهاب الاجتماعي هو أسلوب دفاع الانا (Ego) لمواجهة مشكلة حقيقية، والاثار السلبية التي تواجهها صراعات الطفولة (Davison, Neale, & Kring, 2004).

٢. النظرية السلوكية (Behavioral Theory)

تبلور مفهوم هذه النظرية على يد كل من ولبي ولازاربوس وواطسون وسكينر وغيرهم (العيسوي، ١٩٩٩). حيث اهتم كل منهم بدراسة التجارب المؤلمة التي يتعرض لها الفرد خلال حياته. وقاموا باستعمال مفاهيم بسيطة تعتمد على التعليم والتعلم الاشرطي والتعزيز والنتائج المترتبة على سلوك معين (القطان، ١٩٨٠). تفسر هذه النظرية الرهاب الاجتماعي على انه سلوك مكتسب وذلك من خلال الاشرط الكلاسيكي او الاجرائي او من خلال التعلم، حيث يؤدي تكرارها الى زيادة شدتها (عبد الله، ٢٠٠١).

٣. النظرية المعرفية (Cognitive Theory)

ركزت هذه النظرية على افكار الانسان عن نفسه وعن الآخرين وعن المستقبل، ويرى اصحابها ان السبب الاساسي للرهاب الاجتماعي لدى الفرد يكمن في طريقة تفكير الانسان حول نفسه حيث ينظر الى ذاته نظرة سلبية عقيمة لا انجاز فيها، وانه غير مقبول من الآخرين وبذلك فانه يضخم نقاط ضعفه وقصوره ويعطي انطباعاً للآخرين عن اهمية ارائهم ويحاول ارضاءهم بآية وسيلة.

واكتشف إليس (Ellis) والعديد من الباحثين ان تلك الافكار اللاعقلانية التي يفكر بها الفرد المصاب بالرهاب الاجتماعي تشكل جزءاً اساسياً من اضطرابه. ومن هذه الافكار ما يجول في ذهنه بانه انسان مرفوض ومنبوذ من قبل الآخرين وان وجوده عبء عليهم وان كلامه لا فائدة له، وان الآخرين يلاحقونه بانتباههم وامعان النظر فيه كي يسخروا منه. ويقوم العلاج المعرفي على استبدال تلك الافكار السلبية بافكار ايجابية مقبولة (ابراهيم، ١٩٨٣، ص ١٥٤).

الأساليب العلاجية للرهاب الاجتماعي

يشير عراقي (١٩٨٧) إلى تنوع وتعدد أساليب العلاج للرهاب الاجتماعي ويتوقف العلاج على نوع الرهاب وطبيعته ودرجته، ومن هذه الأساليب:

- أسلوب العلاج السلوكي: ويقوم هذا الأسلوب على إطفاء الشعور بالخوف عن طريق الممارسة السلبية أو الإغراق أو الكف المشترك، ويعتبر هذا النوع من أكثر أنواع العلاج ملائمة، وأكثرها فعالية، وحتى يحقق هذا العلاج النجاح، لا بد من توفر شروط من أهمها: موافقة المريض على العلاج، وتحديد واضح وموضوعي للمشكلة، ووجود استراتيجيات انتقائية يختار المعالج السلوكي منها ما يناسب المرض وتتضمن الأساليب السلوكية كل من التعرض، وأسلوب الاسترخاء، وتوكيد الذات. كما استخدم ولبي أسلوب تقليل الحساسية التدريجي لموقف المثير: بحيث تكون لديه ثقة في الشيء الذي يخاف منه، وفي هذه الحالة يجب العمل على استرخاء المريض وتقبله للشيء، ثم يقدم للمريض المثير تدريجياً مع الإيجاء والتعزيز. ومع التكرار يتعلم المريض الاطمئنان للذي يخافه.
- أسلوب العلاج المعرفي: يعتمد هذا الأسلوب على حقيقة أن الانفعالات وسلوك الفرد ناتجة عن الطريقة التي يفكر بها الإنسان ويبني عليها اتجاهاته ومذركاته وفرضياته التي تطورت مع الخبرة. ويركز هذا الأسلوب على تعديل أفكار المريض عن نفسه وعن غيره من خلال المناقشة والحوار والتدريب على التفكير بطريقة إيجابية وواقعية، ويعتبر التضخيم أحد الأخطاء الأساسية في التفكير. فالمريض يضخم أخطاءه ويجعل للآخرين صفات قاسية وشديدة، ولا يرى فيهم التفهم والتشجيع بل يرى نفسه ضعيفاً وناقصاً من خلال المبالغة في فهمه لنقاط ضعفه. ومن ناحية أخرى يقلل من نجاحاته وقدراته وتصرفاته الحميدة في مجالات أخرى وأن سلوكياته لا تستحق الشكر والتقدير والثناء.
- أسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية: ويعتمد هذا الأسلوب على أن الأفراد ذوي القلق الاجتماعي يكون لديهم قصور ونقص في المهارات والسلوك مثل ضعف اتصال العين وضعف مهارات المحادثة، وهذا يستثير استجابات سلبية من الآخرين نحوهم ويجعلهم يشعرون بالقلق في التفاعلات الاجتماعية، وهذا يشير إلى وجود نقص في المهارات الاجتماعية لديهم. ومن هنا فإن الأفراد الذين يعانون من ضعف في بناء العلاقات الاجتماعية فإنهم يظهرون مشكلات نفسية ويميلون إلى الانسحاب والتجنب والشعور بالعزلة والنبذ، ومن هنا تأتي أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية.
- أسلوب الإفاضة: وهو عكس أسلوب تقليل الحساسية التدريجي حيث يُعرض المريض لأكثر المواضيع إثارة حتى ينكسر لديه الوهم، ولكن لهذا الأسلوب آثار سلبية ولا يمكن استخدامه مع جميع الحالات.

— أسلوب العلاج الدوائي: يعتمد هذا الأسلوب على استعمال العقاقير في إزالة أو تخفيف الوهم والفرع قبل حدوثه، ويستخدم هذا الأسلوب مع بعض الحالات.

الدراسات السابقة

اختبرت دراسات عديدة مدى فاعلية برامج علاجية مختلفة في تخفيض الرهاب الاجتماعي، فقد قام ميرش وإيميلكامب وليبس (Mersch, Emmelkamp & Lips, 1991) بدراسة هدفت إلى اختبار فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تخفيض الرهاب الاجتماعي. وتكونت عينة الدراسة من ٥٧ مريضاً بالرهاب الاجتماعي. وقد تم قياس الرهاب الاجتماعي لديهم بعد ١٤ شهراً من القياس البعدي. وعند مقارنة الأسلوبين، لم يُظهر أي منهما تفوقاً على الآخر.

وأجرى ميرش (Mersch, 1995) دراسة هدفت إلى بحث مدى فاعلية برنامج قائم على التعرض الواقعي (in vivo) وبرنامج تكاملي يشتمل على العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية والتعرض الواقعي في معالجة ٣٤ مريضاً في الرهاب الاجتماعي. وأظهرت النتائج أنه عند مقارنة المجموعتين التجريبيتين مع المجموعة الضابطة، تبين أن كلا البرنامجين العلاجيين كانا فعالين. وكانت النتائج مغايرة للتوقعات، إذ أن المنهج التكاملي لم يتفوق على التعرض الواقعي وحده. كما أن الفاعلية طويلة الأجل لكلا البرنامجين العلاجيين كانت جيدة بشكلٍ متساوٍ.

ولقياس فاعلية برنامج إرشادي جمعي صمم في علاج القلق الاجتماعي وفي خفض مستوى القلق الاجتماعي، فقد أجرى اللانقاني (١٩٩٥) دراسة بعنوان "أثر برنامج إرشادي جمعي قائم على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلي العاطفي في معالجة القلق الاجتماعي لدى عينة من طلاب مركز التدريب المهني بالقويسمة بالأردن". وتكونت عينة الدراسة من (٥٠) طالباً ممن حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس القلق الاجتماعي، وتم تقسيم العينة عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين: مجموعة تجريبية تكونت من (٢٥) طالباً وقد خضعت لبرنامج التدريب لخفض القلق الاجتماعي، ومجموعة ضابطة من (٢٥) طالباً لم يتلقوا أي إرشاد لخفض قلقهم. وأظهرت النتائج وجود أثر ذا دلالة إحصائية للبرنامج الإرشادي العلاجي في خفض مستوى القلق الاجتماعي لدى طلاب المجموعة التجريبية. كما أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الدرجات على مقياس القلق الاجتماعي للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي، ويدل هذا على تأثير البرنامج المستخدم في الدراسة.

وأجرى هاوج وزملاؤه (Haug et al., 2000) دراسة، بعنوان: "علاج الرهاب الاجتماعي في التطبيق العام: هل العلاج بالتعرض مجدٍ؟"، هدفت إلى الكشف عن أثر تدريب ممارسي علاج الرهاب الاجتماعي على مهارات علاج الرهاب الاجتماعي وحدها أو إلى جانب برامج علاجية أخرى على فعالية ممارستهم في تخفيض الرهاب الاجتماعي لدى المرضى. وقد تكونت عينة الدراسة من (٤٥) ممارساً تدربوا لمدة (٣٠) ساعة على تقييم المرضى الذين

يعانون من الرهاب الاجتماعي واستخدام العلاج التعرضي، ولتحقيق هدف الدراسة تم تقييم وتصوير آراء (٥) مرضى رهاب اجتماعي، وتصوير مراحل العلاج المختلفة كنموذج للعب الأدوار عند العمل بأسلوب تدريب المجموعات. وبعد جمع البيانات وتحليلها أظهرت نتائج الدراسة أن جميع المشاركين استطاعوا اجتياز البرنامج، كما أبدى الأطباء رضاهم عنه كونه كان مفيداً في خفض الرهاب الاجتماعي لدى المرضى، كما بينت نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي لوحده كان أفضل في التخفيف من حدة الرهاب الاجتماعي لدى المرضى الذين أجريت معهم المقابلات.

كما أجرى كاسبر وستين ولوفت و نيل (Kasper, Stein, Loft and Nil, 2005) دراسة، بعنوان: "اسيتالوبرام (Escitalopram) لمعالجة اضطراب القلق الاجتماعي"، هدفت إلى التعرف على وجود مجموعة من عقارات السيرونين التي تعتبر فعالة في علاج اضطراب القلق. والهدف منه قياس فعالية إمكانية استخدام الاسكتوبلام في علاج اضطراب القلق العام. وقد تم تقسيم مرضى القلق إلى مجموعتين الأولى وتشمل (١٧٧) شخصاً وشكلوا مجموعة ضابطة والثانية (١٨١) شخصاً، وتلقوا العلاج بنسبة (١٠-٢٠) ملغ لمدة ١٢ أسبوع وكان القياس على أساس تحول سلوك من مرحلة الأساس إلى سلوك ايجابي في النهاية على مقياس ليبيتيس لاضطراب القلق LSAS. وقد أشارت النتائج إلى وجود أثر دال إحصائياً لفعالية العلاج بالعقار لدى المجموعة التجريبية مقارنة مع الضابطة.

وقام أوتو وزملاؤه (Otto et al., 2000) بدراسة، بعنوان: "مقارنة بين فعالية الكلونازيبام (Clonazepam) والعلاج المعرفي السلوكي في معالجة الرهاب الاجتماعي"، هدفت إلى مقارنة أثر عقار اللونازيبام وعلاج المجموعات السلوكي المعرفي لعلاج الرهاب الاجتماعي، كما هدفت الدراسة إلى التعرف على المتنبئات بالاستجابات العلاجية المختلفة لدى المرضى. وقد تم استخدام دليل التشخيص المعياري الإحصائي للاضطرابات العقلية، ثم تمت مراجعة الأعراض المرضية لمجموعة من مرضى الرهاب الاجتماعي لتحديد شدتها وتكرارها بعد (٤، ٨، ١٢) أسبوعاً من العلاج. وقد أظهر المرضى في كلا الحالتين العلاج تحسناً ولم تظهر أية فروق بين حالات العلاج جميعها سوى ازدياد التحسن لمن تعاطوا العقار بعد (١٢) أسبوعاً من العلاج. كما ظهرت علاقة ارتباط سلبية بين العلاج وعودة ظهور الأعراض مما يشير إلى فاعلية هذين النوعين في علاج الرهاب الاجتماعي.

وأجرت جونسون (Johnson, 2007) دراسة، بعنوان: "مقارنة العلاج السلوكي المعرفي الجماعي واستهلاك الكحول أو عدم استهلاكه لخفض القلق الاجتماعي لدى المدمنين على الكحول"، هدفت إلى تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي الجماعي (CBGT) لخفض الرهاب الاجتماعي واستهلاك الكحول لدى مجموعة من الملتحقين ببرنامج (Basics) العلاجي، وقد تكونت عينة الدراسة من (١٥) فرداً يعانون من الرهاب الاجتماعي ويصنفون بأنهم من مستهلكي الكحول بكثرة، وتلقى (٦) مشاركين ستة جلسات بواسطة العلاج السلوكي المعرفي وبرنامج (Basics)، بينما تلقى (٩) مشاركين العلاج المعرفي السلوكي فقط ضمن ستة جلسات أيضاً، وبعد انتهاء العلاج خضع المشاركون لمقياس قلق التفاعل الاجتماعي (SIAS).

وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خفض الرهاب الاجتماعي وخفض استهلاك الكحول لصالح العلاج المعرفي السلوكي وبرنامج (Basics) معاً مقابل العلاج المعرفي السلوكي وحده.

وللتحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، أجرى ستودارد (Stoddard, 2007) دراسة، بعنوان: "تطوير وتقييم حالة فردية للعلاج السلوكي المعرفي المكثف للرهاب الاجتماعي"، هدفت إلى الكشف عن مدى فاعلية العلاج ضمن ست جلسات لعلاج الرهاب الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من (٥) مرضى في إحدى مراكز علاج القلق، تم تشخيصهم بأنهم يعانون من الرهاب الاجتماعي. وقامت الدراسة على أسلوب الحالة الفردية ضمن سلسلة من المراحل المتعددة. وتم تقييم المخرجات باستخدام التقارير الذاتية المتعددة ومقاييس العلاج السلوكي المعرفي والجوانب النفسي للرهاب الاجتماعي والقلق والاكتئاب. وبينت نتائج الدراسة أن (٤) من أصل (٥) أظهروا تحسناً بشكل متوسط كاستجابة لهذا الأسلوب العلاجي، وأن (٣) منهم أظهروا مستوى التحسن نفسه بعد ثلاثة شهور من المتابعة، ووصل اثنان من المرضى إلى درجة مرتفعة من الشفاء في نهاية العلاج، وقد لوحظ أن ازدياد ثقة المرضى بأنفسهم مع مرور الوقت، مما يشير إلى فاعلية أسلوب الحالة الفردية في العلاج السلوكي المعرفي.

وأجرت بوهجافارا وتيلارنتا (Pohjavaara & Telaranta, 2005) دراسة في فنلندا هدفت إلى الكشف عن "اثر أسلوب التنظير العصبي (Endoscopic Sympathetic) في علاج الرهاب الاجتماعي". وتكونت عينة الدراسة من (١٦٤) مريضاً يعانون من رهاب اجتماعي لفترة تزيد عن خمسة سنوات وتلقوا علاجاً طبياً أو نفسياً تقليدياً. ولتحقيق أهداف هذه الدراسة خضع المشاركون للتنظير العصبي الداخلي، وتم تقييم شدة المرض وأعراضه باستخدام مقياس ديفيدسون المختصر للرهاب الاجتماعي، وتم تقييم رضا المرضى عن حياتهم في الشهور (١٢.٦.١) على التوالي. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هذه الطريقة استطاعت التخفيف من رهاب المراقبة وقلق الأداء والإحراج، بينما زادت حالة الانتباه لدى المرضى، كما أن هذه الطريقة ساعدت المرضى في التخلص من التأتأة وارتجاف اليدين والرأس واحمرار الوجه، وأدت إلى ازدياد رضا المرضى عن حياتهم في جميع الفترات التي تمت متابعتهم بها مما يدل على فاعلية هذا الأسلوب العلاجي.

أجرى روسنتال (Rosenthal, 2009) دراسة، بعنوان: "اثر استخدام الانترنت والسعي للعلاج على الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي"، هدفت إلى الكشف عن حجم استخدام الانترنت وارتباطه بالرهاب الاجتماعي. وقد بلغ عدد أفراد العينة (١٢٥) مشاركاً. وبينت نتائج تحليل الارتباط وجود علاقة ايجابية دالة بين حجم استخدام الانترنت والدرجات على مقياس ليبونيز. وتؤكد هذه النتائج أن الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي يستخدمون الانترنت كوسيلة لزيادة التفاعل الاجتماعي بعيداً عن أي جهد للحصول على العلاج.

كما قام هايدمان (Heideman, 2008) بدراسة، بعنوان: "الدمج بين نظرية السلوك المعرفي مع علاج الكحول لتخفيف مشكلات تعاطي الكحول لدى عينة من طلاب الكليات الذين

يعانون من القلق الاجتماعي"، هدفت إلى الكشف عن فاعلية علاج جمعي لتعاطي الكحول واضطراب القلق الاجتماعي بين طلبة الكليات. وتم اختيار (١٤) من طلبة الكليات الذين يتعاطون الكحول بكثرة، حيث تم تحديد (٨) منهم كمجموعة ضابطة، و (٦) كمجموعة تجريبية تلقت علاجاً معرفياً سلوكياً وبرنامج مراقبة تعاطي الكحول لدى طلبة الكليات. وأشارت النتائج إلى أن المشاركين في علاج مراقبة تعاطي الكحول والعلاج المعرفي السلوكي أظهروا انخفاضاً أكبر في القلق الاجتماعي من المشاركين في المجموعة الضابطة. كما أشارت إلى انخفاض تعاطي الكحول لدى المجموعة التجريبية بشكل منخفض، خاصة في مجال الكم وتكرار التعاطي.

ولإظهار فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية أجرت لافوا (Lavoie, 2003) دراسة بعنوان "فاعلية التعرض للواقع والتدريب على المهارات الاجتماعية لدى المراهقين المصابين بالرهاب الاجتماعي". سعت هذه الدراسة إلى مقارنة فاعلية هذين النموذجين من العلاج لدى ١٦ مراهقاً يعانون من الرهاب الاجتماعي، تتراوح أعمارهم بين ١٤ و ١٨ سنة. وللقيام بهذه الدراسة، تم إجراء العديد من الجلسات المتتابعة للتعرض للواقع والتدريب على المهارات الاجتماعية خلال ١٢ أسبوعاً. وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التأثير العلاجي النفسي لكل من التعرض للواقع والتدريب على المهارات الاجتماعية.

من خلال استعراض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الرهاب الاجتماعي، يتبين أن جميع هذه الدراسات اقتصرت على إظهار مدى فاعلية الأساليب العلاجية الكيميائية والأساليب العلاجية الإرشادية في معالجة الرهاب الاجتماعي. حيث أظهرت كافة هذه الأساليب مدى التأثير الإيجابي في معالجة الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي.

وبالنظر إلى الدراسة الحالية فإنها تتميز عن الدراسات السابقة في التعرف على فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة المراهقين في المدارس المسيحية في الأردن، علماً بأن هذه هي الأولى من نوعها في مجال الرهاب الاجتماعي في المؤسسات التربوية المسيحية في الأردن. وقد تميزت بوجود مجموعتين تجريبيتين استُخدم مع كل مجموعة أسلوب علاجي مختلف.

مشكلة الدراسة

يعد الرهاب الاجتماعي أحد الاضطرابات النفسية المنتشرة عالمياً وبين المراهقين على الخصوص، وكثير منهم ما يشكو من أعراضها، فقد تكون شديدة ومعطلة لعلاقة المراهق مع غيره، مما يؤثر في حياته المستقبلية. إضافة إلى التأثيرات النفسية العديدة التي تواجهه من إرهاب نفسي واكتئاب وبأس وحزن يؤدي به إلى خلق علاقات اجتماعية محددة تسبب له الرعب والهلع محاولاً تجنبه، مما يؤثر على وظيفته كفرد وطريقة حياته وتطلعاته المستقبلية. ويشير الأدب النظري إلى ندرة الدراسات العربية التي حاولت أن تختبر فاعلية أسلوب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب

الاجتماعي. وهذا ما يبرر إجراء الدراسة الحالية لاختبار فاعلية هذين الأسلوبين على عينة من المراهقين.

هدف الدراسة وفرضياتها

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة المراهقين من الجنسين في مدارس الأمانة العامة للمؤسسات التربوية المسيحية في الأردن. وتحديدا حاولت الدراسة الحالية اختبار الفرضيات التالية:

١. توجد فروق ذات دلالة احصائية ($\alpha \geq 0.05$) لصالح المجموعتين التجريبيتين في معالجة الرهاب الاجتماعي، مقارنة مع المجموعة الضابطة.
٢. توجد فروق ذات دلالة احصائية ($\alpha \geq 0.05$) لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت التدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي، مقارنة بالمجموعة التجريبية التي تلقت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.
٣. توجد فروق ذات دلالة احصائية ($\alpha \geq 0.05$) تعزى لمتغير الجنس في اداء المجموعتين التجريبيتين في معالجة الرهاب الاجتماعي.
٤. توجد فروق ذات دلالة احصائية ($\alpha \geq 0.05$) لصالح المجموعتين التجريبيتين في معالجة قلق التفاعل الاجتماعي، مقارنة مع المجموعة الضابطة.
٥. توجد فروق ذات دلالة احصائية ($\alpha \geq 0.05$) لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت التدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة قلق التفاعل الاجتماعي، مقارنة بالمجموعة التجريبية التي تلقت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.
٦. توجد فروق ذات دلالة احصائية ($\alpha \geq 0.05$) تعزى لمتغير الجنس في اداء المجموعتين التجريبيتين في معالجة قلق التفاعل الاجتماعي.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة بما يلي:

١. محاولة الإسهام في توعية المرشدين بأهمية تعديل سلوك المراهقين ومعالجتهم باستخدام أسلوب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية.
٢. الكشف عن الافراد الذين يعانون من مرض الرهاب الاجتماعي ومساعدتهم على اعادة توافقهم الاجتماعي والتخلص من المشكلات التي تواجههم وخلق علاقات اجتماعية سليمة.

٣. تزويد المرشدين النفسيين بأداتي قياس وبرنامجين علاجيين يمكنهم الاستفادة منها في مساعدة المرشدين الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي.
٤. يؤمل أن تكون هذه الدراسة منطلقاً جديداً لبحوث علمية تربوية أخرى مستقبلية حول موضوع الرهاب الاجتماعي.

تعريف المصطلحات

الرهاب الاجتماعي: ويشير إلى شعور الفرد بأنه محط أنظار الآخرين عند قيامه بأي عمل (Mattick, & Clarke (1998). ويتم قياسه في هذه الدراسة من خلال مقياس الرهاب الاجتماعي الذي قام الباحثان بتكليفه.

قلق التفاعل الاجتماعي: ويشير إلى الخوف من التفاعل مع الآخرين والتحدث معهم (Mattick, & Clarke (1998). ويتم قياسه في هذه الدراسة من خلال مقياس قلق التفاعل الاجتماعي الذي قام الباحثان بتكليفه.

العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي: منهج من مناهج العلاج النفسي تقوم على تعليم الأفراد كيف تحدد أنظمة المعتقدات لديهم إلى حد كبير كيف يشعرون حول الأحداث في حياتهم وكيف يتصرفون حيالها (Palmer, 2001). ويتم تحديد المعتقدات اللاعقلانية المسببة للرهاب الاجتماعي وتفنيدها واستبدالها بأخرى عقلانية من خلال برنامج علاجي يتكون من ثماني جلسات.

المهارات الاجتماعية: أحد مناهج العلاج النفسي التي تقوم على تعليم الأفراد المهارات والسلوكيات الاجتماعية الإيجابية اللازمة للتفاعل الاجتماعي مع الآخرين (حسين، ٢٠٠٩). ويتم تعليم هذه المهارات والسلوكيات من خلال برنامج تدريبي يتكون من ثماني جلسات.

حدود الدراسة

١. اقتصرت هذه الدراسة على طلبة الصفوف التاسع والعاشر والحادي عشر والثاني عشر في مدارس الأمانة العامة للمؤسسات التربوية المسيحية في الأردن، خاصة مدرسة البطريركية اللاتينية الأساسية المختلطة- الوسية / الكرك.
٢. اقتصر كل من البرنامجين على (٨) جلسات، بمعنى أن فاعلية كل منهما قد تختلف إذا ما اختلف عدد الجلسات.
٣. اختلف ظروف تطبيق البرنامجين العلاجيين، حيث خضع أعضاء مجموعة العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي للعلاج في الفترة الدراسية الصباحية، بينما خضع أعضاء مجموعة التدريب على المهارات الاجتماعية للبرنامج العلاجي في الفترة الدراسية المسائية.

٤. كان هناك احتمالية ان يلتقي افراد المجموعتين التجريبيتين مع بعضهما بعضا وبالتالي ينتقل اثر التعلم.

الطريقة والإجراءات

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع طلبة الصفوف التاسع والعاشر والحادي عشر والثاني عشر في مدرسة البطريركية اللاتينية الثانوية المختلطة / الوسية - في محافظة الكرك، التابعة لمدارس الأمانة العامة للمؤسسات التربوية المسيحية في الأردن، والمنتظمين في الدراسة خلال الفصل الدراسي الثاني من العام ٢٠٠٩/٢٠١٠. وقد بلغ عدد أفراد مجتمع الدراسة (٣٢٠) طالبا وطالبة.

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (٤٥) طالبا وطالبة تم اختيارهم بتوزيع مقياسي الرهاب الاجتماعي (SPS) ومقياس قلق التفاعل الاجتماعي (SIAS) على جميع أفراد مجتمع الدراسة. ومن ثم تحديد الطلبة الذين درجاتهم على كل من المقياسين أعلى من انحراف معياري واحد فوق المتوسط. وقد بلغ متوسط درجات أفراد مجتمع الدراسة على مقياس الرهاب الاجتماعي (١٣.٣٠) بانحراف معياري (١٠.٣٠)، في حين بلغ متوسط درجاتهم على مقياس قلق التفاعل الاجتماعي (١٨.١٩) بانحراف معياري (٩.٧٧). وهكذا فان عينة الدراسة تكونت من الطلبة الذين درجاتهم أعلى من (٢٣.٦٠) على مقياس الرهاب الاجتماعي، وأعلى من (٢٧.٩٦) على مقياس قلق التفاعل الاجتماعي.

وقد تم توزيع أفراد العينة بطريقة عشوائية بسيطة إلى ثلاث مجموعات، مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة، تم اختيارها بطريقة سحب الأرقام دون إرجاع الرقم الأولي المسحوب. تلقت المجموعة التجريبية الأولى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وضمت (١٥) فردا، كما وتلقت المجموعة التجريبية الثانية التدريب على المهارات الاجتماعية وضمت (١٥) فردا، بينما ضمت المجموعة الضابطة (١٥) فردا دون ان تتلقى أي علاج.

أدوات الدراسة

استخدم الباحثان مقياسي الرهاب الاجتماعي وقلق التفاعل الاجتماعي لماتيك وكلارك (Mattick, & Clark, 1998) وذلك باعتبار هذين المقياسين أكثر المقاييس استخداما في الدراسات السابقة التي بحثت الرهاب الاجتماعي.

ويشتمل كل من المقياسين على (٢٠) فقرة، تتم الاستجابة لكل منها من خلال تدرج خماسي من صفر (لا تنطبق على الإطلاق) إلى ٤ (تنطبق بدرجة عالية). وبذلك فان أدنى درجة على كل من المقياسين صفر وأعلى درجة (٨٠). وفيما يلي وصف لكل من هذين المقياسين:

أولاً: مقياس الرهاب الاجتماعي (SPS)

يقيس هذا المقياس خوف الأداء في المواقف الاجتماعية مثل التحدث أمام الناس، أو عندما يكون الفرد في مركز الانتباه ومن الأمثلة على فقرات هذا المقياس: (أستطيع فجأة أن أدرك أنني أتكلم وأن الجميع يصغي لي. أشعر بقلق شديد عندما يحق للناس بي وأنا أعبر الشارع. أخشى أن يحمر وجهي خجلاً عندما أكون مع آخرين...) (أنظر الملحق أ).

صدق المحتوى

قام الباحثان بترجمة المقياسين بصورتهم الأولى إلى اللغة العربية، وقاما بعرضها على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في اللغة الانجليزية، وذلك من أجل التأكد من صحة ودقة الترجمة. وتم إجراء التعديلات المناسبة، حيث تم الأخذ بعين الاعتبار ملحوظاتهم وأرائهم. ومن ثم عُرض المقياسان بصورتهم الأصلية على (١٧) محكماً من المتخصصين في مجال علم النفس التربوي، والقياس والتقويم، وعلم النفس الإرشادي، والإرشاد والصحة النفسية في كل من جامعة اليرموك، والجامعة الأردنية، وجامعة مؤتة. حيث طُلب منهم الإدلاء بأرائهم العلمية في فقرات المقياسين من حيث الصياغة اللغوية ووضوح المعنى في الفقرة ومدى مناسبة تلك الفقرات للمقياس الذي تنتمي إليه، إضافة إلى تقديم أية تعديلات قد تكون مناسبة حسب علمهم ومعرفتهم وخبرتهم.

وبناء على ملحوظات الأساتذة المحكمين وأرائهم العلمية، تم إجراء التعديلات المقترحة من قبلهم. وقد تمثلت مقترحاتهم في إعادة صياغة بعض الفقرات وحذف بعض فقرات واستبدالها بأخرى. فقد تم حذف الفقرات التالية: ١. أصبح فزعاً إذا ما شاهدني الآخرون مغمى علي أو مريضاً. ٢. أقلق من أن أهز رأسي أمام الآخرين. ٣. أشعر أنني متوتر إذا ما عرفت ان الآخرين يراقبونني. واستبدلت بالفقرات التالية: ١. أخشى التمثيل والاداء أمام جمهور المسرح. ٢. أخشى الاتصال بشخص لا أعرفه جيداً. ٣. أخشى المشاركة في المناسبات الاجتماعية. وذلك من قياس الرهاب الاجتماعي. وبقي عدد فقرات كل من المقياسين بصورتهم النهائية كما كان عليه في النسخة الأصلية (٢٠) فقرة لكل مقياس.

صدق البناء

لاستخراج دلالات صدق البناء للمقياس، استخرجت معاملات ارتباط فقرات المقياس مع الدرجة الكلية في عينة تكونت من (٥٠) طالباً وطالبة من خارج مجتمع الدراسة، وقد تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع الأداة ككل ما بين (٠.٣٢-٠.٨٣). وتجدر الإشارة إلى أن جميع معاملات الارتباط كانت مقبولة ودالة إحصائياً، ولذلك لم يتم حذف أي من هذه الفقرات.

ثبات المقياس

تم حساب معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي حسب معادلة كرونباخ ألفا على مجموعة من خارج عينة الدراسة مكونة من (٥٠) فرداً، وقد بلغت قيمة ألفا (٠.٨٥).

ثانياً: مقياس قلق التفاعل الاجتماعي (SIAS)

يقيس هذا المقياس الخوف من مواقف التفاعل الاجتماعي مثل المناسبات الفردية والعامّة. ومن الأمثلة على فقرات هذا المقياس (أشعر بتوتر إذا توجب علي التكلّم عن مشاعري أمام الآخرين. أجد صعوبة في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين. أجد سهولة في إيجاد أصدقاء مع من هم في عمري...) (أنظر الملحق ب).

صدق البناء

إضافة إلى صدق المحتوى المشار إليه سابقاً، أُجري صدق بناء لمقياس قلق التفاعل الاجتماعي باستخراج معاملات ارتباط فقرات المقياس مع الدرجة الكلية في عينة تكونت من (٥٠) طالباً وطالبة من خارج مجتمع الدراسة، وقد تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع الأداة ككل ما بين (٠.٣١-٠.٦٧). وكانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً.

ثبات المقياس

كما تم حساب معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي حسب معادلة كرونباخ ألفا، على مجموعة من خارج عينة الدراسة مكوّنة من (٥٠) فرداً، وقد بلغت قيمة ألفا (٠.٨٢).

تعليمات المقياسين

وقد تم تقديم تعليمات المقياسين على النحو التالي: فيما يلي مجموعة من الفقرات التي تشير إلى مقدار الدرجة التي تكون فيها هذه الجملة صحيحة وتنطبق على شخصيتك. أمام كل فقرة أرقام من (٠ - ٤). المطلوب منك قراءة كل جملة قراءة جيدة، ومن ثم تحديد مدى انطباق تلك الجملة على شخصيتك، بوضع دائرة حول الرقم الذي يحدد مدى انطباقها عليك.

متغيرات الدراسة

١. المتغيرات المستقلة
 - المجموعة: وتتمثل بالمجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة.
 - الجنس.
٢. المتغير التابع
 - الرهاب الاجتماعي المتمثلاً بدرجات أفراد العينة على كل من مقياسي الرهاب الاجتماعي (SPS) وقلق التفاعل الاجتماعي (SIAS).

الأساليب العلاجية

قام الباحث الأول بدور المعالج للمجموعتين العلاجيتين. وقد تلقت كل مجموعة (٨) جلسات علاجية بمعدل جلسة كل أسبوع، حيث كانت مدة كل جلسة (٥٠) دقيقة. ولم يتغيب أي فرد أكثر من جلسة واحدة في أي من المجموعتين التجريبيتين.

برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

الهدف من البرنامج مساعدة الطلبة الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي في التخلص من الأفكار السلبية الهدامة التي تسبب لهم الرهاب، وجعلهم يشعرون بالاسترخاء في المواقف الاجتماعية المختلفة. وقد تضمنت الجلسات ما يلي:

الجلسة الأولى: التعارف

التعارف بين المرشد والطلاب الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي، تم خلال هذه الجلسة التعارف بين المرشد والأعضاء، إضافة إلى إعطاء نبذة عن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، واشتملت على بعض الاقتراحات العملية والأنشطة المتعددة أثناء البرنامج.

الجلسة الثانية: الرهاب الاجتماعي

تضمنت هذه الجلسة مراجعة الواجب المنزلي السابق والتعرف على الرهاب الاجتماعي من خلال المحاضرة والنقاش والحوار المتبادل، وانتهت بإعطاء الواجب المنزلي.

الجلسة الثالثة: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

تضمنت هذه الجلسة الواجب المنزلي السابق، وتم خلالها التعرف على المفاهيم النظرية والمعرفية للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وعلى الأفكار اللاعقلانية المسببة للرهاب الاجتماعي. وذلك من خلال الحوار والمناقشة، وانتهت بإعطاء الواجب المنزلي.

الجلسة الرابعة: أسلوب الاسترخاء وأهميته في مواجهة القلق

اشتملت هذه الجلسة على مراجعة الواجب المنزلي السابق والتعرف على أسلوب الاسترخاء وأهميته في مواجهة القلق، وذلك من خلال الحوار والمناقشة، وإعطاء بعض التمارين الخاصة للتدريب على الاسترخاء، وانتهت بإعطاء الواجب المنزلي.

الجلسة الخامسة: التدريب على الاسترخاء

تضمنت هذه الجلسة مراجعة الواجب المنزلي السابق، واشتملت على التدريب العملي على أسلوب الاسترخاء، وذلك من خلال شرح طريقة الاسترخاء، وتطبيقه العملي على الأعضاء، وانتهت بإعطاء الواجب المنزلي.

الجلسة السادسة: إعادة البناء المعرفي

تضمنت هذه الجلسة مراجعة الواجب المنزلي، والتعرف على معنى إعادة البناء المعرفي من خلال الحوار والمناقشة، وكيفية تمييز الأفكار اللاعقلانية، وانتهت بإعطاء الواجب المنزلي.

الجلسة السابعة: التدريب على أسلوب إعادة البناء المعرفي

اشتملت هذه الجلسة على مراجعة الواجب المنزلي السابق، والتدريب على أسلوب إعادة البناء المعرفي من خلال المناقشة وأسلوب الإيحاء الذاتي، وانتهت بإعطاء الواجب المنزلي.

الجلسة الختامية: تقييم البرنامج وشكر الطلاب على الالتزام

تضمنت هذه الجلسة تقييم البرنامج، وشكر الأعضاء على التزامهم بالحضور وتشجيعهم وإعطائهم الحوافز الضرورية وحثهم على المتابعة المستقبلية لأية حاجة أو استشارة إرشادية يريدونها.

برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية

الهدف من البرنامج مساعدة الطلبة الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي، وذلك من خلال تعليمهم المهارات الاجتماعية التي تمنحهم الثقة بالنفس في المواقف الاجتماعية التي يتعرضون لها. وقد تضمنت الجلسات ما يلي:

الجلسة الأولى: التعرف على أفراد المجموعة وتوضيح أهداف البرنامج

تم خلال هذه الجلسة التعرف بين المرشد والأعضاء، إضافة إلى إعطاء نبذة عن التدريب على المهارات الاجتماعية، واشتملت على بعض الاقتراحات العملية والأنشطة المتعددة أثناء البرنامج.

الجلسة الثانية: مهارة كشف الذات

تضمنت هذه الجلسة مراجعة الواجب المنزلي السابق والتعرف على مهارة كشف الذات، وأهمية إقامة العلاقات الاجتماعية المناسبة، حيث قدم كل من المرشد والأعضاء ذاته بكل حرية أمام الآخرين، وذلك من خلال الكشف عن المواهب الخاصة والعامة. وانتهت بإعطاء الواجب المنزلي.

الجلسة الثالثة: المشاركة الفعالة الجماعية

تضمنت هذه الجلسة الواجب المنزلي السابق، وتم خلالها التعرف على مفاهيم المشاركة الفعالة الجماعية، وضرورة الاندماج واللعب المشترك، وأهمية تعزيز المواقف الاجتماعية، وذلك من خلال القيام ببعض الأنشطة الثقافية الجماعية أو الأنشطة الرياضية، وانتهت بإعطاء الواجب المنزلي.

الجلسة الرابعة: حرية التعبير الانفعالي تجاه المواقف الاجتماعية المثيرة للرهاب والقلق

اشتملت هذه الجلسة على مراجعة الواجب المنزلي السابق والتعرف على حرية التعبير الانفعالي تجاه المواقف الاجتماعية، حيث تعلم الأعضاء القدرة على التعبير عن المشاعر والانفعالات، وذلك من خلال الشرح والنمذجة، وإعطاء الفرصة لكل عضو بالتعبير عن مواقف اجتماعية مثيرة للقلق، وانتهت بإعطاء الواجب المنزلي.

الجلسة الخامسة: التدريب على مهارة حل المشكلات

تضمنت هذه الجلسة مراجعة الواجب المنزلي السابق، واشتملت على التدريب على حل المشكلات، حيث تم التعرف على كيفية معرفة المشكلة وتحديدها، وتم تعلم طرق مواجهة المشكلات وحلها، وانتهت بإعطاء الواجب المنزلي.

الجلسة السادسة: مهارة السلوك الحضوري والتحدث والإصغاء

تضمنت هذه الجلسة مراجعة الواجب المنزلي، والتعرف على مهارة السلوك الحضوري، وتم التركيز على معاني الحركات الجسدية وطرق الحوار والإصغاء الجسدي والاهتمام بالآخرين، وانتهت بإعطاء الواجب المنزلي.

الجلسة السابعة: مهارة توجيه السؤال

اشتملت هذه الجلسة على مراجعة الواجب المنزلي السابق، والتدريب على مهارة توجيه السؤال، حيث تم التعرف على فوائد توجيه السؤال، وتم طرح الأسئلة المتبادلة على بعضهم بعضاً، وانتهت بإعطاء الواجب المنزلي.

الجلسة الختامية: تلخيص الجلسات وشكر الطلاب على الالتزام

تضمنت هذه الجلسة تقييم البرنامج، وشكر الأعضاء على التزامهم بالحضور وتشجيعهم وإعطائهم الحوافز الضرورية وحثهم على المتابعة المستقبلية لأية حاجة أو استشارة إرشادية يريدونها.

تحليل البيانات

تم اختبار الفرضيات باستخدام الإجراءات الإحصائية التالية:

١. تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس قلق التفاعل الاجتماعي ومقياس الرهاب الاجتماعي.
٢. تم استخدام تحليل التباين الثنائي لمعرفة ما إذا كان هناك فروق في الرهاب الاجتماعي تعزى للمجموعة أو الجنس أو للتفاعل بينهما.

النتائج

اختبرت الدراسة الحالية عددا من الفرضيات لتقييم مدى فاعلية برنامج علاج عقلائي انفعالي سلوكي وبرنامج تدريبي في المهارات الاجتماعية في تخفيض الرهاب الاجتماعي وقلق التفاعل الاجتماعي لدى عينة من المراهقين.

وكتحليل أولي، أجري تحليل التباين الثنائي لدرجات أفراد العينة على كل من مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس قلق التفاعل الاجتماعي للتعرف إلى ما إذا كان هناك فروق في القياس القبلي تعزى إلى المجموعة أو الجنس أو التفاعل بينهما. وقد تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) على أي من المقياسين تعزى لأثر الجنس أو المجموعة أو للتفاعل بينهما.

وللتحقق من صحة الفرضيات الثلاث الأولى، حُسبت المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات كل من المجموعتين التجريبتين والمجموعة الضابطة على مقياس الرهاب الاجتماعي في القياس البعدي. ويُظهر جدول (١) المتوسطات والانحرافات المعيارية على مقياس الرهاب الاجتماعي في ضوء متغيري المجموعة والجنس.

جدول (١): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على مقياس الرهاب الاجتماعي حسب المجموعة والجنس (القياس البعدي).

الجنس	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد
ذكر	A	٢٢.٥٠	٦.٠٩	٦
	B	٢٥.٠٠	٥.٩٤	٤
	الضابطة	٤٤.٥٧	٨.٢٠	٧
	المجموع	٣٢.١٨	١٢.٦٠	١٧
أنثى	A	١٨.٧٨	٨.٠٣	٩
	B	٢٧.٦٤	٨.٢٩	١١
	الضابطة	٤٧.٨٧	٧.٠٨	٨
	المجموع	٣٠.٥٧	١٤.٠٠	٢٨
المجموع	A	٢٠.٢٧	٧.٣٢	١٥
	B	٢٦.٩٣	٧.٦٢	١٥
	الضابطة	٤٦.٣٣	٧.٥٤	١٥
	المجموع	٣١.١٨	١٣.٣٧	٤٥

يبين الجدول (١) تبايناً ظاهرياً في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للرهاب الاجتماعي بسبب اختلاف فئات متغيري المجموعة (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (A)، التدريب على المهارات الاجتماعية (B)، عدم المعالجة) والجنس (ذكر، أنثى). ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين الثنائي جدول (٢).

جدول (٢): تحليل التباين الثنائي لأثر المجموعة والجنس والتفاعل بينهما في الرهاب الاجتماعي (القياس البعدي).

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية	η^2
الجنس	٥.٥٤٨	١	٥.٥٤٨	٠.٩٦	٠.٧٥٨	٠.٠٢
المجموعة	٥٢٥٠.٧٠٣	٢	٢٦٢٥.٣٥٢	٤٥.٥٤٣	٠.٠٠٠	٠.٧٠٠
المجموعة×الجنس	١٠٦.٦٨١	٢	٥٣.٣٤٠	٠.٩٢٥	٠.٤٠٥	٠.٠٤٥
الخطأ	٢٢٤٨.١٩٠	٣٩	٥٧.٦٤٦			
المجموع	٧٨٦٠.٥٧٨	٤٤				

يبين الجدول (٢) الآتي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر الجنس، حيث بلغت قيمة ف ٠.٩٦، وبدلالة إحصائية ٠.٧٥٨.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر المجموعة، حيث بلغت قيمة ف ٤٥.٥٤٣ وبدلالة إحصائية ($\alpha > 0.001$)، وقد كان حجم الأثر (η^2) متوسطاً. وليبيان الفروق الزوجية الدالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية، تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة شفوية كما هو مبين في الجدول (٣)
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر التفاعل بين المجموعة والجنس، حيث بلغت قيمة ف ٠.٩٢٥، وبدلالة إحصائية ٠.٤٠٥.

جدول (٣): المقارنات البعدية بطريقة توكي لأثر المجموعة في الرهاب الاجتماعي.

الضابطة	B	A	المتوسط الحسابي	
			٢٠.٢٧	A
		٦.٦٧	٢٦.٩٣	B
	*١٩.٤٠	*٢٦.٠٧	٤٦.٣٣	الضابطة

* دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$).

يتبين من الجدول (٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) بين كل من المجموعتين التجريبتين من جهة، والمجموعة الضابطة من جهة أخرى. إذ يتضح أن كلا البرنامجين (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (A)، التدريب على المهارات الاجتماعية (B)) أكثر فاعلية من عدم المعالجة في تخفيض الرهاب الاجتماعي. وبذلك فإن الفرضية الأولى قد دُعمت، في حين أن الفرضيتين الثانية والثالثة لم تُدعما.

وللتحقق من صحة الفرضيات الثلاث الأخرى (من ٤ إلى ٦)، حُسبت المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات كل من المجموعتين التجريبتين والمجموعة الضابطة على مقياس قلق التفاعل الاجتماعي في القياس البعدي. ويُظهر جدول (٤) المتوسطات والانحرافات المعيارية على مقياس قلق التفاعل الاجتماعي في ضوء متغيري المجموعة والجنس.

جدول (٤): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على مقياس قلق التفاعل الاجتماعي حسب المجموعة والجنس (القياس البعدي).

العدد	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموعة	الجنس
٦	٦.٨٣	٢٢.٦٧	A	ذكر
٤	٤.٥٥	٢٧.٠٠	B	
٧	٨.٥٨	٤٨.٥٧	الضابطة	
١٧	١٤.١٢	٣٤.٣٥	المجموع	
٩	٨.٤٤	١٩.٥٦	A	أنثى
١١	٨.٦٥	٢٦.٦٤	B	
٨	٩.٤٨	٤٦.٨٨	الضابطة	
٢٨	١٤.٠٥	٣٠.١٤	المجموع	
١٥	٧.٧٤	٢٠.٨٠	A	المجموع
١٥	٧.٦١	٢٦.٧٣	B	
١٥	٨.٧٩	٤٧.٦٧	الضابطة	
٤٥	١٤.٠٧	٣١.٧٣	المجموع	

يبين الجدول (٤) تبايناً ظاهرياً في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لقلق التفاعل الاجتماعي بسبب اختلاف فئات متغيري المجموعة (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (A)، التدريب على المهارات الاجتماعية (B)، عدم المعالجة) والجنس (ذكر، أنثى). وليبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين الثنائي جدول (٥).

جدول (٥): تحليل التباين الثنائي لأثر الطريقة والجنس والتفاعل بينهما في قلق التفاعل الاجتماعي (القياس البعدي).

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية	η^2
الجنس	٣٠.١٦٣	١	٣٠.١٦٣	٤٣٨	٠.١١	
المجموعة	٥٧٠٧.٠٣٩	٢	٢٨٥٣.٥٢٠	٤١.٤٥٣	٠.٠٠	٠.٦٨٠
المجموعة×الجنس	١٢.٢٧٩	٢	٦.١٣٩	٠.٨٩	٠.١٥	٠.٠٠٥
الخطأ	٢٦٨٤.٦٩٠	٣٩	٦٨.٨٣٨			
المجموع	٨٧٠٦.٨٠٠	٤٤				

يبين الجدول (٥) الآتي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر الجنس، حيث بلغت قيمة ف ٠.٤٣٨، وبدلالة إحصائية ٠.٥١٢.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر المجموعة، حيث بلغت قيمة ف ٤١.٤٥٣، وبدلالة إحصائية ($\alpha > 0.001$)، وقد كان حجم الأثر (η^2) متوسطاً. وليبيان الفروق الزوجية الدالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة شففيه كما هو مبين في الجدول (٦).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر التفاعل بين المجموعة والجنس، حيث بلغت قيمة ف ٠.٠٨٩، وبدلالة إحصائية ٠.٩١٥.

جدول (٦): المقارنات البعدية بطريقة توكي لأثر الطريقة على قلق التفاعل الاجتماعي.

الضابطة	B	A	المتوسط الحسابي	
			٢٠.٨٠	A
		٥.٩٣-	٢٦.٧٣	B
	٢٠.٩٣- (*)	٢٦.٨٧- (*)	٤٧.٦٧	الضابطة

* دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$).

يتبين من الجدول (٦) وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) بين كل من المجموعتين التجريبتين من جهة، والمجموعة الضابطة من جهة أخرى. إذ يتضح أن كلا البرنامجين (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (A)، والتدريب على المهارات الاجتماعية (B)) أكثر فاعلية من عدم المعالجة في تخفيض قلق التفاعل الاجتماعي وقلق التفاعل الاجتماعي. وبذلك فإن الفرضية الرابعة قد دُعمت، في حين أن الفرضيتين الخامسة والسادسة لم تُدعما.

المناقشة

مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى والتي تنص على أن "توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعتين التجريبتين في معالجة الرهاب الاجتماعي مقارنة مع المجموعة الضابطة".

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من المجموعتين التجريبتين من جهة، والمجموعة الضابطة من جهة أخرى، إذا أشارت النتائج إلى أن كلا البرنامجين العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (A). والتدريب على المهارات الاجتماعية (B) أكثر فاعلية من عدم المعالجة في خفض الرهاب الاجتماعي لدى المراهقين، وهذا يشير إلى أن الفرضية حول هذا السؤال قد دُعمت.

ويمكن تفسير هذه النتيجة استناداً إلى ما أشارت إليه نتائج الدراسات السابقة من فاعلية استخدام العلاج السلوكي المعرفي والتدريب على المهارات الاجتماعية في خفض ومعالجة الرهاب الاجتماعي لدى العديد من المرضى. وبالتالي فإن الرهاب الاجتماعي يمكن معالجته من خلال هذه الأساليب العلاجية انطلاقاً من تأثير هذه الأساليب على أفكار الفرد ومعلوماته، وأن الرهاب الاجتماعي لا يستند إلى أساس واقعي.

وهكذا، فإن استخدام العلاج السلوكي المعرفي يعمل باتجاهين متساويين حين يؤثر الجانب المعرفي على معلومات الفرد المريض وأفكاره، ويعمل في التأثير عليها والتخلص من هذه الأفكار غير الواقعية، وبنفس الاتجاه يعمل الجانب السلوكي على وضع الفرد المريض في مواقف واقعية تساعده على إدراك الواقع والتخلص بما يشعر به من خوف تجاه المواقف المختلفة.

ومن خلال مقارنة استخدام العلاج سواءً المعرفي، أو السلوكي مقابل عدم العلاج، فإن ما يشعر به الفرد المريض من رهاب اجتماعي وقلق واضطراب اجتماعي سيأخذ في التزايد لديه، وخاصةً إن كان في بدايته، وبالتالي فإن استخدام الأساليب العلاجية ستعمل على التخفيف من حدة هذا المرض والتخلص منه في نهاية الأمر.

كما أن التدريب على المهارات الاجتماعية يساعد المريض في التخلص من العديد من الموروثات الاجتماعية المرتبطة بالكثير من الأخطاء والسلبيات تجاه المواقف الاجتماعية، والتي قد تؤدي إلى الخوف والتردد، ومن ثم الوصول إلى الرهاب الاجتماعي، والقلق الاجتماعي في كثير من المواقف التي يتعرض لها الفرد.

ومجمل تناول الموضوع يشير الباحثان إلى أن العلاج السلوكي المعرفي، والتدريب على المهارات الاجتماعية يساهم في إطفاء الشعور بالخوف عن طريق الممارسة، وبالتالي التقليل من الحساسية من المواقف والمثيرات التي تؤدي إلى الخوف والرهاب الاجتماعي والقلق، ومن خلال التدريب على المهارات الاجتماعية فإن ذلك سيؤدي إلى زيادة مهارة الفرد المريض على التعامل مع الآخرين، كون الرهاب الاجتماعي والقلق يعود إلى ضعف امتلاك الفرد للمهارات الاجتماعية التي تتطلبها المواقف التي يتعرض لها الفرد.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة اللاندقاني (١٩٩٥) وميرش (Mersch, 1995) وميرش وزملائه (Mersch et al., 1991) التي أشارت إلى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية في خفض الرهاب الاجتماعي.

مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية، والتي تنص على أن "توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت التدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي مقارنةً بالمجموعة التجريبية التي تلقت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي".

أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر التفاعل بين المجموعة والجنس، وهذا يشير إلى أن الفرضية لم تدعم.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء طبيعة وشدة الرهاب الاجتماعي الذي يعاني منه المريض، وبالنظر إلى أسلوب العلاج السلوكي المعرفي فإنه يتناسب ومستوى وطبيعة شكل معين من أشكال الرهاب الاجتماعي، وبالتالي فإن فاعلية هذا الأسلوب العلاجي ستكون ذات نتائج إيجابية.

كما أن استخدام التدريب على المهارات الاجتماعية لدى المرضى الذين يعانون من قلق معين من المواقف الاجتماعية، فإن فاعلية هذا الأسلوب العلاجي سيعطي نتائج إيجابية أيضاً.

وبالتالي فإن كل من التدريب على المهارات الاجتماعية، والعلاج السلوكي المعرفي له إيجابياته إذ تم استخدامه بالشكل المناسب، وبالتالي فإن كل شكل من أشكال العلاج يعطي نتائج إيجابية في حالة استخدامه بالشكل الصحيح وفقاً لطبيعة المشكلة التي يعاني منها المريض.

ومن خلال النظر إلى المفاهيم المتضمنة في نظرية إليس فإن التفاعل بين الأفكار والمشاعر والتصرفات يمكن أن يساعد في إحداث تغييرات هامة في العديد من الانفعالات أو السلوكيات، وذلك من خلال مهاجمة الأفكار غير العقلانية لدى الفرد.

مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة والتي تنص على أن "توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في أداء المجموعتين التجريبيتين في معالجة الرهاب الاجتماعي".

أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر الجنس، وهذا يشير إلى أن الفرضية لم تدعم.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء طبيعة الرهاب الاجتماعي الذي يعاني منه المرضى سواء الذكور منهم، أو الإناث، وبالنظر إلى فاعلية العلاج بهذه الأساليب فإنه يرتبط بالعديد من التعليمات والشروط لضمان نجاح عملية العلاج، وهذه التعليمات والشروط ترتبط بالمريض من حيث الموافقة والتعاون والتقبل وغيرها من الشروط، وهذا لا يرتبط بطبيعة المريض ذكر أم أنثى، وإنما هذه الشروط تنطبق على جميع الأفراد ولضمان نجاح عملية العلاج.

وبالتالي فإن طبيعة الجنس ذكر، أو أنثى لن يكون لها تأثير في تحقيق نجاح وفاعلية الأسلوب العلاجي المستخدم. وبالتالي فإن نجاح وفاعلية الأسلوب العلاجي المستخدم يعتمد على العديد من التعليمات والشروط، وهذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات من حيث توافر البيئة العلاجية المناسبة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة والتي تنص على أن "توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعتين التجريبيتين في معالجة قلق التفاعل الاجتماعي مقارنة مع المجموعة الضابطة".

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من المجموعتين التجريبيتين من جهة، والمجموعة الضابطة من جهة أخرى، إذ أشارت النتائج إلى أن كلا البرنامجين العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (A)، والتدريب على المهارات الاجتماعية (B) أكثر فاعلية من عدم المعالجة في تخفيض قلق التفاعل الاجتماعي لدى المرهقين، وهذا يشير إلى أن الفرضية حول هذا السؤال قد دعمت.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نتائج الدراسات السابقة التي أشارت إلى فاعلية كل من العلاج السلوكي المعرفي، والتدريب على المهارات الاجتماعية في خفض الرهاب الاجتماعي، وقلق التفاعل الاجتماعي، ومن هذه الدراسات دراسة اللاذقاني (١٩٩٥) وميرش (Mersch, 1995) وميرش وزملائه (Mersch et al., 1991) التي أكدت فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة قلق التفاعل الاجتماعي.

وبالنظر إلى الدور الذي يقدمه التدريب على المهارات الاجتماعية في مختلف المواقف يبرز أثر ودور هذا الأسلوب في علاج العديد من الحالات ومن الطبيعي أن يؤدي استخدام أسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية في حسر الهوية بين الفرد والبيئة الاجتماعية المحيطة به، كما أن عملية التدريب لا بد أن تعطي ثمارها مقابل عدم التدريب أو المعالجة، ومن البديهي أن ترك أية مشكلة دون علاج فإن هذه المشكلة سوف تأخذ في التجذر والزيادة، وبالتالي تفاقم المشكلة لدى الفرد الذي يعاني من مرض القلق الاجتماعي، الأمر الذي قد يؤدي إلى نتائج نفسية سلبية، وباستخدام أسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية فإن ذلك سيؤدي إلى الحد من آثار هذه المشكلة، وقد يصل إلى علاجها.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة كل من اللاذقاني (١٩٩٥) وميرش (Mersch, 1995) من حيث فاعلية استخدام الأسلوبين العلاجيين معا: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية، إذ أكدت نتائج هاتين الدراستين فاعلية كل من هذين الأسلوبين العلاجيين في خفض الرهاب الاجتماعي.

مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة والتي تنص على أن "توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت التدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة قلق التفاعل الاجتماعي مقارنة بالمجموعة التجريبية التي تلقت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي".

أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أن التدريب على المهارات الاجتماعية أكثر فاعلية من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في معالجة قلق التفاعل الاجتماعي تعزى لأثر التفاعل بين المجموعة والجنس، مما يدل على أن هذه الفرضية لم تدعم.

ويمكن تفسير هذه النتيجة استناداً إلى خصائص كل أسلوب من أساليب العلاج، والتي يرتبط كل منها بمشكلة معينة تبعاً لخصائصها، وبالتالي فإن فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية سيؤدي نتائج إيجابية إذ استخدامه بالشكل الصحيح، وضمن الشروط والتعليمات لهذا الأسلوب، بالتزامن مع طبيعة المشكلة المرضية التي يعاني منها المريض، وهكذا بالنسبة للأسلوب السلوكي المعرفي.

وبالنظر إلى أسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية فإنه يرتبط في التدريب على المهارات واستخدامها، كما أن الأسلوب السلوكي المعرفي يرتبط بتغيير المفاهيم لدى المريض بالإضافة إلى تغيير المواقف السلوكية لدى المريض، وكلا الأسلوبين العلاجين يعطي نتائج إيجابية تبعاً للظروف التي يتم فيها استخدام أي من هذه الأساليب.

مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة والتي تنص على أن "توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في أداء المجموعتين التجريبيتين في معالجة قلق التفاعل الاجتماعي".

أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر الجنس، وهذا يشير إلى أن الفرضية لم تدعم.

ويمكن تفسير هذه النتيجة استناداً إلى طبيعة وفاعلية الأساليب العلاجية في علاج المشكلات لدى المرضى تبعاً لطبيعة هذه المشكلات. ويرى الباحثان أن فاعلية الأسلوب العلاجي لا ترتبط بالمريض من حيث جنسه، ذكر أم أنثى وإنما ترتبط بالتعليمات والشروط التي يرتبط بها كل أسلوب من أساليب العلاج التي تؤدي إلى نجاحه وفاعليته في علاج المشكلة التي يعاني منها المريض، وبالتالي فإن جنس المشارك لا يحدد فاعلية أو عدم فاعلية الأسلوب العلاجي، وإنما تحكمه تعليمات وشروط يتطلبها الأسلوب العلاجي المتبع، في ضوء المشكلة التي سيتم علاجها.

التوصيات والمقترحات

في ضوء النتائج التي أسفرت عنها الدراسة، يوصي الباحثان بما يلي:

- توظيف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية لعلاج المرضى الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي، استناداً إلى ما أظهرته نتائج الدراسة الحالية والدراسات السابقة، التي أشارت إلى فاعلية هذه الأساليب العلاجية.
- إجراء المزيد من الدراسات حول الرهاب الاجتماعي، وقلق التفاعل الاجتماعي نظراً لندرة الدراسات العربية في هذا المجال. والكشف عن نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي بين المراهقين بهدف تحديد حجم وأهمية المشكلة وإيجاد الطرق والأساليب الضرورية المناسبة لعلاجها.
- العمل على عقد الدورات التدريبية للمرشدين التربويين والنفسيين، بهدف زيادة معرفتهم وقدرتهم في استخدام الأساليب العلاجية الخاصة بالرهاب الاجتماعي، وقلق التفاعل الاجتماعي.
- ضرورة إيجاد الفرص الملائمة للطلبة المراهقين للتعبير عن أنفسهم من خلال التشجيع على النشاطات المدرسية والصفية واللاصفية وإقامة العلاقات الاجتماعية المناسبة لتجنب الانعزال الاجتماعي والخوف من الأداء في مختلف المواقف الاجتماعية التي يتعرضون لها.

المراجع العربية والأجنبية

- إبراهيم، عبد الستار. (١٩٨٣). العلاج النفسي الحديث (قوة الإنسان). دار الفارابي للنشر. بيروت. لبنان.
- أدلر، ألفرد. (١٩٨٢). العصاب. ترجمة: أحمد الرفاعي. مكتبة الهلال. بيروت.
- حسين، طه عبد العظيم. (٢٠٠٩). استراتيجيات إدارة الخجل والقلق الاجتماعي. دار الفكر. عمان.
- الرفاعي، ناريمان. (١٩٨٥). فاعلية التدريب التوكيدي في علاج المرضى بالفوبيا الاجتماعية. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. بنها. الزقازيق.
- عبد الرحمن، محمد السيد. (٢٠٠٠). علم الأمراض النفسية والعقلية. الأسباب. الأعراض. التشخيص. العلاج. دار قباء للطباعة والنشر. القاهرة.
- عبد الله، محمد قاسم. (٢٠٠١). مدخل إلى الصحة النفسية. ط١. دار الفكر. عمان.
- عراقي، صلاح الدين. (١٩٨٧). علاج التشكيل بالأنموذج ومدى فاعليته في علاج الفوبيا لدى الاطفال. رسالة ماجستير غير منشورة. الزقازيق.
- عكاشة، احمد. (١٩٩٨). الطب النفسي المعاصر. مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة.

- العيسوي، عبد الرحمن. (١٩٩٩). الإرشاد النفسي. دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية.
- القطن، سامية. (١٩٨٠). كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية. مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة.
- القوصي، عبد العزيز. (١٩٨١). أسس الصحة النفسية. مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة.
- اللاذقاني، محمد. (١٩٩٥). "اثر برنامج إرشادي جمعي قائم على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلاني العاطفي في معالجة القلق الاجتماعي". رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. الجامعة الأردنية.
- المالح، حسان. (١٩٩٣). الخوف الاجتماعي (الخجل). دار الإشرقات. دمشق.
- مخيمر، صلاح. (١٩٨٧). المدخل إلى الصحة النفسية. مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة.
- المومني، فواز. وجرادات، عبد الكريم. (٢٠٠١). "الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين. الانتشار والعوامل الاجتماعية الديمغرافية". المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية. ٤ (١). ٧١-٨٨.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed). Washington. DC.
- Brown, T. A. Barlow, D.H. & Liebowitz, M.R. (1994). "The empirical basis of generalized anxiety disorder". American Journal of Psychiatry. 151. 1272-1280.
- Davison, G. C. Neale, J. M. & Kring, A.M. (2004). Abnormal Psychology. (9tyh edition). NY: Wiley.
- Faw, T. (1990). Psicología del Niño. México: Mc Graw Hill.
- Haug, T. Hellstrom, K. Blomhoff, S. Humble, M. Masdbu, H. & Wold, J. (2000). "The treatment of social phobia in general practice: IS exposure therapy Feasible?". Family practice. 17 (2). 114-142.
- Heideman, Paul w. (2008). "Combining cognitive behavioral therapy with an alcohol intervention to reduce alcohol problems among socially anxious college students". Dissertation of Ph.D. University of Wisconsin- Milwaukee.
- Johnson, J. (2007). "A comparison of cognitive behavioral group therapy with and without an alcohol intervention to reduce socially

- anxious individuals' alcohol consumption". PHD Thesis. University of Wisconsin-Milwaukee. U.S.A.
- Kasper, S. Stein, D. J. Loft, H. & Nil, R. (2005). "Escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: Randomised. placebo-controlled. flexible-dosage study". Br J Psychiatry.186. 222-226.
 - Kessler, RC. Stang, P. Wittchen, HU. Stein, M. & Walters, EE. (1999). "Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the U.S National Comorbidity Survey". Psychol Med..29(3). 555-567.
 - Lavoie, Marie-Pier. (2003). "Efficacité de l'Exposition in Vivo et l'Entraînement aux Habiletés de Phobie Sociale". Mémoire de maitre. Université Laval. Québec.
 - Mattick, R. P. & Clarke, J. C. (1998). "Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety". Behaviour Research and Therapy. 36. 455-470.
 - Mersch, P. P. Emmelkamp, P. M. & Lips, C. (1991). "Social phobia: Individual response patterns and the long-term effects of behavioral and cognitive interventions. A follow-up study". Behaviour Research and Therapy. 29 (4). 357-62.
 - 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 and social skills training". Behaviour Research and Therapy. 33 (3). 259-269.
 - Otto, M. W. Pollack, M. H. Gould, R. A. Worthington, J. J. McArdle, E. T. & Rosenbaum, J. F. et al. (2000). "A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia". Journal of Anxiety Disorders. 14. 345-358.
 - Palmer, S. (2001). Introduction to counseling and psychotherapy. SAGE Publications: London.

- Pohjavaara, P. & Telaranta, T. (2005). "Endoscopic sympathetic block as treatment of social phobia". Eur Surg Journal. 37. 137-142.
- Rosenthal, J. H. (2009). "The effect of internet use and treatment sought in individuals diagnosed with social phobia". Dissertation of Ph.D. Walden University.
- Stoddard, J. A. (2007). "Development and single case evaluation of intensive cognitive behavioral treatment for social phobia". Dissertation of Ph.D. Boston University.
- World Health Organization. (1992). "The international classification of mental and behavioral disorders. clinical descriptions and diagnostic guidelines (ICD-10)". Geneva. Switzerland.

ملحق (أ): مقياس الرهاب الاجتماعي

تتناول هذه الفقرات موضوع القلق الاجتماعي. أرجو قراءة كل فقرة من هذه الفقرات، وتحديد إلى أي مدى تنطبق عليك كل فقرة وذلك بوضع دائرة على احد من الأرقام: صفر- ٤.

الرقم	الفقرة	لا تنطبق على الإطلاق	تنطبق بدرجة منخفضة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق بدرجة عالية	تنطبق بدرجة عالية جداً
١	أشعر بقلق إذا طلب إلي الكتابة أمام مجموعة من الأشخاص.	٠	١	٢	٣	٤
٢	أشعر بحرج عندما أستخدم الحمامات العامة.	٠	١	٢	٣	٤
٣	أستطيع فجأة أن أدرك أنني أتكلم وأن الجميع يصغي لي.	٠	١	٢	٣	٤
٤	أشعر بقلق شديد عندما يحدث الناس بي وأنا أعبر الشارع.	٠	١	٢	٣	٤
٥	أخشى أن يحمرو وجهي خجلاً عندما أكون مع آخرين.	٠	١	٢	٣	٤
٦	أشعر بحرج إذا ما توجب علي دخول غرفة فيها أشخاص غرباء.	٠	١	٢	٣	٤
٧	أرتجف وأرتعد خوفاً إذا ما أحسست أن الآخرين يراقبونني.	٠	١	٢	٣	٤
٨	أشعر بتوتر إذا ما جلست أمام شخص وجهاً لوجه في أي مكان.	٠	١	٢	٣	٤
٩	أخشى التمثيل والاداء أمام جمهور في المسرح.	٠	١	٢	٣	٤
١٠	من الصعب علي أن أحتسي الشراب أمام مجموعة من الناس.	٠	١	٢	٣	٤
١١	أشعر بحرج إذا ما تناولت الطعام في الأماكن العامة.	٠	١	٢	٣	٤
١٢	أخشى أن يظن الناس أن تصرفاتي غريبة.	٠	١	٢	٣	٤
١٣	أشعر بتوتر إذا ما توجب علي أن أقوم بأي عمل أمام حشد من الناس في.	٠	١	٢	٣	٤
١٤	أخشى أنني لا أستطيع أن أسيطر على نفسي أمام الآخرين.	٠	١	٢	٣	٤
١٥	أقلق من أنني ربما أفعل شيئاً سلبياً يشد انتباه الآخرين.	٠	١	٢	٣	٤
١٦	عندما أكون في مصعد أتوتر إذا نظر إلي الناس بعمق.	٠	١	٢	٣	٤
١٧	أخشى أن يراقبني الآخرون عندما	٠	١	٢	٣	٤

الرقم	الفقرة	لا تنطبق على الإطلاق	تنطبق بدرجة منخفضة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق بدرجة عالية	تنطبق بدرجة عالية جدا
	أقوم بعمل ما .					
١٨	أشعر بتوتر شديد إذا ما تكلمت أمام الآخرين.	٠	١	٢	٣	٤
١٩	أخشى الاتصال بشخص لا اعرفه جيدا .	٠	١	٢	٣	٤
٢٠	أخشى المشاركة في المناسبات الاجتماعية.	٠	١	٢	٣	٤

ملحق (ب): مقياس قلق التفاعل الاجتماعي

تتناول هذه الفقرات موضوع قلق التفاعل الاجتماعي. أرجو قراءة كل فقرة من هذه الفقرات، وتحديد إلى أي مدى تنطبق عليك كل فقرة وذلك بوضع دائرة على احد من الأرقام: صفر - ٤ .

الرقم	الفقرة	لا تنطبق على الإطلاق	تنطبق بدرجة منخفضة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق بدرجة عالية	تنطبق بدرجة عالية جدا
١	أشعر بقلق إذا ما توجب علي التكلم مع شخص ذي سلطة (أستاذ، مدير...).	٠	١	٢	٣	٤
٢	أجد صعوبة في التواصل من خلال العيون.	٠	١	٢	٣	٤
٣	أشعر بتوتر إذا توجب علي التكلم عن مشاعري أمام الآخرين.	٠	١	٢	٣	٤
٤	أجد صعوبة في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.	٠	١	٢	٣	٤
٥	أجد سهولة في إيجاد أصدقاء مع من هم في عمري.	٠	١	٢	٣	٤
٦	أشعر بتوتر إذا قابلت شخصا أعرفه في الطريق.	٠	١	٢	٣	٤
٧	أشعر بعدم الراحة عندما أكون في مناسبات اجتماعية.	٠	١	٢	٣	٤
٨	أشعر بتوتر شديد إذا كنت وحيدا مع أي شخص آخر.	٠	١	٢	٣	٤
٩	أشعر بارتياح لدى مقابلة أشخاص آخرين في الحفلات.	٠	١	٢	٣	٤
١٠	أجد صعوبة في التحدث مع الآخرين.	٠	١	٢	٣	٤
١١	أجد سهولة بالتفكير بالأشياء التي سأتكلم عنها.	٠	١	٢	٣	٤

الرقم	الفقرة	لا تنطبق على الإطلاق	تنطبق بدرجة منخفضة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق بدرجة عالية	تنطبق بدرجة عالية جدا
١٢	أبدو متوتراً إذا ما أردت التعبير عن نفسي.	٠	١	٢	٣	٤
١٣	أجد صعوبة في الاختلاق مع الآخرين في وجهات النظر.	٠	١	٢	٣	٤
١٤	أجد صعوبة بالتحدث مع شخص من الجنس الآخر.	٠	١	٢	٣	٤
١٥	أشعر بقلق شديد من عدم معرفة ما سأقوله في المواقف الاجتماعية.	٠	١	٢	٣	٤
١٦	أقلق من الاختلاط مع الناس الذين لا أعرفهم جيداً.	٠	١	٢	٣	٤
١٧	أشعر بأنني سأقول شيئاً محرراً عندما أتحدث.	٠	١	٢	٣	٤
١٨	أقلق من إمكانية تجاهلي، عند الاختلاط في مجموعة.	٠	١	٢	٣	٤
١٩	أشعر بتوتر عند الاختلاط في مجموعة.	٠	١	٢	٣	٤
٢٠	أتوتر عندما يتوجب علي أن أتحدث مع شخص لا اعرفه.	٠	١	٢	٣	٤