

المملكة العربية السعودية
جامعة الملك سعود
كلية التربية-قسم علم النفس

أثر برنامج علاجي عقلائي-انفعالي-سلوكي جمعي
في خفض قلق التحدث أمام الأخرىات
لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير
بقسم علم النفس بكلية التربية-جامعة الملك سعود

إعداد
هيفاء بنت عبد المحسن الأشقر

إشراف
الدكتور فهد بن عبد الله الربيعة

١٤٢٤هـ - ٢٠٠٤م

المملكة العربية السعودية
جامعة الملك سعود
قسم علم النفس

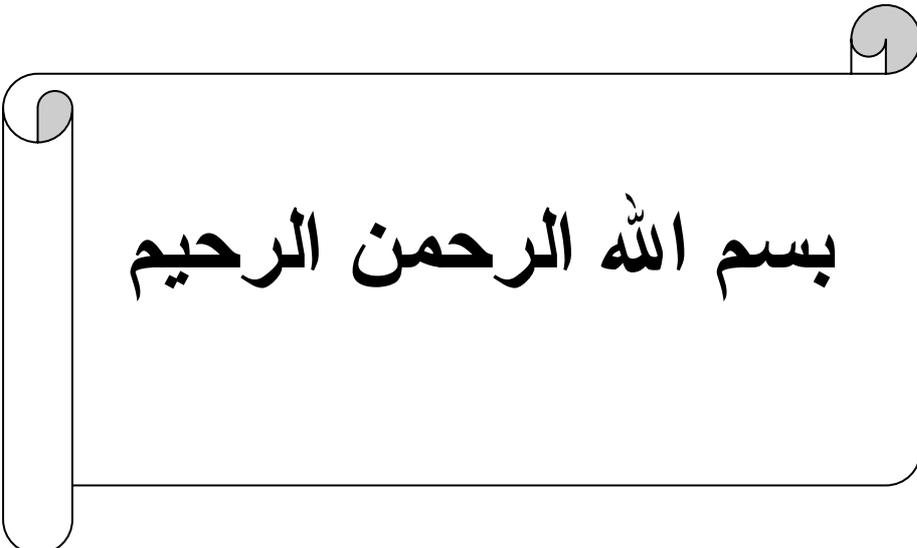
أثر برنامج علاجي عقلائي-انفعالي-سلوكي جمعي
في خفض قلق التحدث أمام الأخرىات
لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير
بقسم علم النفس بكلية التربية-جامعة الملك سعود

إعداد
هيفاء بنت عبد المحسن الأشقر

إشراف
الدكتور فهد بن عبد الله الربيعة

١٤٢٤هـ - ٢٠٠٤م



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

الإهداء

إلى أجمل

و أصدق

وأطهر

حب سكن في داخلي

إلى والدي (رحمة الله)

الباحثة

الحمد لله رب العالمين حمداً كثيراً مباركاً فيه ، كما يحب ربنا ويرضى والصلاة والسلام على نبيه الأمين وعلى آله وصحبة ومن اهتدى بهداه إلى يوم الدين . يسرني أن أسجل شيئاً من الشكر والعرفان لكل من ساهم في مساعدتي لإنجاز هذه الدراسة .

أتقدم بالشكر والتقدير إلى أستاذي الفاضل ، سعادة الدكتور فهد بن عبد الله الربيعية المشرف على هذه الدراسة ، لما قدم من توجيهات وإرشادات قيمة ولما بذل من جهد كبير لإنجاز هذه العمل وإظهاره بهذه الصورة فله الشكر والتقدير .

كما أتقدم بجزيل الشكر والامتنان والتقدير ، لأستاذتي سعادة الدكتورة هناء المطلق لما قدمته لي من مساعدات كبيرة في وضع الخطة العلاجية ، والتدريب على البرنامج العلاجي وكذلك ، على مجهودها الكبير في توفير واختيار عينة الدراسة ، فلها من جزيل الشكر والعرفان .

كما أتقدم بالشكر والتقدير ، لسعادة الدكتورة شادية علام على مجهودها القيم ، في مساعدتي منذ البداية في رسم الخطة العلاجية ، وسير الجلسات العلاجية .

كما أتقدم بوافر الشكر والامتنان ، لسعادة الدكتور محمود غلاب على ما بذله من جهد ، وما قدمه من ملاحظات قيمة خاصة فيما يتعلق باختيار الفنيات العلاجية ، بما يتلاءم وخصوصية العينة وكذلك ، على توجيهاته واقتراحاته .

كما أتقدم بجزيل الشكر والامتنان ، لسعادة الدكتور السيد أبو هاشم لما بذله من جهد في مراجعة الجداول والنتائج الكمية ، وكل ما يتعلق بالجوانب الإحصائية .

أتقدم بالشكر والتقدير إلي كل الأساتذة الموقرين ،الذين شاركوا في تحكيم أدوات الدراسة، والبرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة .

كما أقدم شكري وتقديري إلى الأستاذين القدرين ، سعادة الدكتور محمود غلاب وسعادة الدكتور عبد الله الرويتع ، على تفضلهما بقبول المشاركة في مناقشة هذا البحث ، ومنحي بعضاً من وقتهما فلهما مني خالص الامتنان .

وكذلك أتقدم بالشكر للأستاذ محمود عرفات ومركز البحوث التربوية بجامعة الملك سعود . وأقدم خالص الشكر والتقدير والعرفان ، للأخ ناصر الحربي لكل ما بذله معي من جهد وتوجيه ، فله مني جزيل الشكر والتقدير .

وكذلك أتقدم بالشكر للأستاذ عبد الله الزهراني لما قدمه لي من توجيهات ، وإرشادات سديدة وتزويدي ببعض المراجع الهامة .

كما أتقدم بالشكر لكل من الأستاذين ، عبد الرحمن الشبانان ، واحمد مدخلي لمساعدتي وتزويدي بدراستيهما ، وكذلك في توفير بعض المراجع .

وأقدم بالشكر والتقدير لمديرة السكن الجامعي التابع لجامعة الملك سعود بعليشة سهيلة العنقري ، وكذلك لمديرة النشاطات بالسكن الجامعي الأستاذة هند الجساس ، على تسهيل الإجراءات ، وكذلك في تهيئة أماكن خاصة ومناسبة للالتقاء بالعينة ، فلهما مني جزيل الشكر والامتنان .

ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر لكافة أفراد العينة ، على التزامهن بمواعيد الجلسات ، وكذلك على اهتمامهن الكبير وحرصهن على المداومة على الجلسات العلاجية . فلهن جميعاً بالغ الشكر والعرفان .

كما أتقدم بجزيل الشكر والامتنان العميق ، إلى والدتي الحبيبة/ حفظها الله في تشجيعي ومساندتي ، وعلى دعواتها والتي كان لها أكبر الأثر. فجزاها الله عني خير الجزاء .

وكذلك إلى أخي الفاضل ، محمد عبد المحسن الأشقر في تزويدي بجميع المراجع الهامة، وحرصه الشديد على هذه الدراسة . فله مني جزيل الشكر والتقدير والعرفان وجزاه الله عني خير الجزاء .

وكذلك أتقدم بوافر الشكر والتقدير ، إلى كل من أختي بدرية ، وأختي ليلي على اهتمامهما الكبير ، وحرصهما على مساندي وتشجيعي في إنجاز هذا البحث .

وكذلك أتقدم بجزيل الشكر والعرفان ، إلى الدكتورة عفاف فلمبان على مجهودها المضني في مساعدتي في طباعة هذا البحث ، برغم كثر مشاغلها ومسؤولياتها فلهما مني الشكر والتقدير .

الباحثة

الفهارس

أولاً: فهرس الموضوعات :

رقم الصفحة	الموضوع
١٥-١	الفصل الأول : المدخل إلى مشكلة الدراسة.....
١	أولاً : المقدمة.....
١٢	ثانياً : مشكلة الدراسة.....
١٣	ثالثاً : هدف الدراسة.....
١٣	رابعاً : أهمية الدراسة.....
١٤	خامساً : مصطلحات الدراسة.....
١٥	سادساً : حدود الدراسة.....
١٠٩-١٦	الفصل الثاني : الإطار النظري للدراسة.....
١٧	أولاً : - المخاوف بشكل عام.....
١٩	- تصنيف المخاوف.....
٢٢	ثانياً : - القلق الاجتماعي.....
٢٧	ثالثاً : - قلق التحدث أمام الآخرين.....
٢٩	- الأسباب الباعثة على القلق الاجتماعي وقلق التحدث...
٣٥	- أثر التنشئة الاجتماعية في تعزيز قلق التحدث لدى الإناث..
٤٢	- التفكير العقلاني عند البرت أليس.....
٥٠	رابعاً : - العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي.....
٥٢	- نشأة العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي.....
٥٨	- تفسير الاضطرابات النفسية حسب نظرية- ABC
٦١	- الأسس التي تقوم عليها نظرية العلاج العقلاني- الانفعالي السلوكي.

تابع فهرس الموضوعات

رقم الصفحة	الموضوع
٩٣	خامساً:- العلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي.....
٩٥	- السمات الخاصة بالعلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي.....
٩٧	- اختيار أعضاء المجموعة في العلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي.....
٩٨	- فنيات العلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي.....
١٠٢	- القواعد الأساسية للجلسات العلاجية في العلاج العقلاني - الانفعالي- السلوكي الجمعي.....
١٠٣	- دور المعالج في العلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي.....
١٠٥	- مميزات العلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي
١٠٧	- جوانب النقص في العلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي.
١٠٩	العلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي ومكانته بين الأساليب العلاجية الأخرى.....
١١١-١٣٤	الفصل الثالث : أولاً : الدراسات السابقة.....
١٣٨	ثانياً : فروض الدراسة.....
١١٨-١١٤	المجموعة الأولى : دراسات قامت بفحص فعالية العلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي للاضطرابات النفسية المختلفة.....
١٢٧-١١٩	المجموعة الثانية : دراسات قامت بفحص فعالية العلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي والمعرفي السلوكي لكل من : المخاوف الاجتماعية ،القلق الاجتماعي ، وقلق التحدث أمام الآخرين.....
١٣٤-١٢٨	المجموعة الثالثة : دراسات تناولت الفروق بين الجنسين في شدة القلق الاجتماعي وقلق التحدث أمام الآخرين.....
١٣٧-١٣٥	- تعقيب على الدراسات.....
١٣٨	ثانياً : فروض الدراسة.....

تابع فهرس الموضوعات

رقم الصفحة	الموضوع
١٣٩	الفصل الرابع : الأدوات و المنهج والإجراءات.....
١٤٠	أولاً : منهج الدراسة.....
١٤٢	ثانياً : عينة الدراسة.....
١٤٩	ثالثاً : أدوات الدراسة.....
١٥٠	رابعاً : أ . مقياس قلق التحدث أمام الآخرين.....
٢٢٤-١٦٥	ب. البرنامج العلاجي.....
٢٣٣-٢٢٥	الفصل الخامس : نتائج الدراسة.....
٢٢٦	أولاً : نتائج الفرض الأول.....
٢٢٧	ثانياً : نتائج الفرض الثاني.....
٢٣٢	ثالثاً : المجمل العام للنتائج إحصائياً.....
٢٣٧	الفصل السادس : مناقشة النتائج.....
٢٥٣-٢٣٨	أولاً : مناقشة النتائج.....
٢٥٧-٢٥٤	ثانياً : التوصيات والبحوث المقترحة.....
٢٥٨	ملخص الدراسة:.....
٢٦٢	مراجع الدراسة :.....
٢٦٦-٢٦٣	أولاً : المراجع العربية.....
٢٧٦-٢٦٧	ثانياً : المراجع الأجنبية.....
٢٧٧	ملاحق الدراسة:.....
٢٧٨	- ملحق رقم (١) مقياس قلق التحدث أمام الأخرىات (المقياس في صورته الأولى المعدة للتحكيم).....
٢٨٢	- ملحق رقم (٢) مقياس قلق التحدث أمام الأخرىات (المقياس في صورته النهائية المستخدمة في الدراسة).....
٢٨٦	- ملحق رقم (٣) استمارة بيانات أولية عن الطالبة (المقيمة في السكن الداخلي لجامعة الملك سعود).....
٢٩٨-٢٨٧	- ملحق رقم (٤) نماذج الواجبات المنزلية و الأستبانات.....
٣٠٤	- ملحق رقم (٥) نموذج من تعليمات الاسترخاء.....

ثانياً : فهارس الجداول :

رقم الصفحة	الموضوع	رقم الجدول
١٤٤	يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير العمر.....	(١)
١٤٥	يوضح دلالة التغير باستخدام اختبار " مان وتني " للكشف عن الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة وفقاً لمتغير العمر.....	(٢)
١٤٦	يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير المستوى الدراسي.....	(٣)
١٤٧	يوضح دلالة الفروق باستخدام اختبار " مان وتني " للكشف عن الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المستوى الدراسي.....	(٤)
١٤٨	يوضح دلالة الفروق باستخدام اختبار " مان وتني " للكشف عن الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي لمتغير شدة قلق التحدث أمام الأخرى.....	(٥)
١٥٥	يوضح النسبة المئوية لاتفاق المحكمين على كل بند من بنود مقياس قلق التحدث أمام الأخرى.....	(٦)
١٥٧	يوضح قيم معاملات الارتباط الداخلية بين درجة العبارة والدرجة الكلية للمقياس ومستوى دلالتها.....	(٧)
١٥٩	يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات عينة المضطربين وعينة الأسوياء على كل عبارة من عبارات مقياس قلق التحدث أمام الأخرى.....	(٨)
١٦٣	.....	(٩)
١٦٤	.....	(١٠)
٢٢٦	يوضح دلالة الفروق باستخدام اختبار (مان وتني) للكشف عن الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي.....	(١١)
٢٢٨	يوضح دلالة الفروق باستخدام اختبار ويلكوكسون للكشف عن الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية.....	(١٢)
٢٣٣	يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجة قلق التحدث أمام الأخرى لمجموعتي الدراسة.....	(١٣)

ثالثاً : فهرس الأشكال:

رقم الصفحة	الموضوع	رقم الشكل
٢٢٩	يوضح المتوسطات الحسابية لإجابات العينة التجريبية عن استمارة التقدير الذاتي لشدة قلق التحدث أمام الأخرىات	(١)
٢٣٠	يوضح المتوسطات الحسابية لإجابات العينة الضابطة عن استمارة التقدير الذاتي لشدة قلق التحدث أمام الأخرىات	(٢)
٢٣١	يوضح نتائج القياسات الثلاثة من خلال خطين بيانين : الأول (إلى أعلى) يمثل المجموعة الضابطة والأخرى يمثل المجموعة التجريبية	(٣)
٢٣٤	يوضح نتائج القياسات الثلاثة الخاصة بالمجموعة الضابطة في صورة الأعمدة البيانية	(٤)
٢٣٥	يوضح نتائج القياسات الثلاثة الخاصة بالمجموعة التجريبية في صورة الأعمدة البيانية	(٥)
٢٣٦	يوضح نتائج القياسات الثلاث من خلال الأعمدة البيانية للمجموعتين التجريبية و الضابطة	(٦)

الفصل الأول

المدخل إلى مشكلة الدراسة

أولاً : المقدمة

ثانياً : مشكلة الدراسة

ثالثاً : هدف الدراسة

رابعاً : أهمية الدراسة

خامساً : مصطلحات الدراسة

سادساً : حدود الدراسة

الفصل الأول

المدخل إلى مشكلة الدراسة

أولاً : مقدمة :

من الغايات التي يرتجىها غالبية البشر ، ويسعون نحو تحقيقها سعياً دؤوباً ، هي إشباع حاجاتهم البيولوجية والاجتماعية والنفسية . لكن كثيراً ما يواجه الفرد ضروباً متنوعة من العوائق ، تحول دون الوصول إلى الاشباعات المرجوة وتحقيق الحاجات الملحة . وقد تتراوح هذه المعوقات بين ما تتضمنه البيئة المحيطة من صراعات وتحديات ، وبين السمات الشخصية والخصائص السلوكية والنفسية ، التي قد تؤدي إلى سوء التوافق والاضطراب . ومع تقدم الحياة وتعقدتها في المجتمعات المعاصرة وفي ظل الظروف الحاضرة ، وما تتسم به من منافسات وصراعات وضغوط مستمرة ، أدى ذلك إلى ظهور الاضطرابات النفسية المختلفة . ومن هنا برزت الحاجة ، لوجود دراسات نفسية متخصصة ، للحد من المعاناة البشرية في مجابهة تلك الاضطرابات النفسية . وذلك لأن هذه الاضطرابات قد تستمر مع هؤلاء البشر ، في حياتهم المستقبلية ، وقد تكون سبباً في إعاقة نموهم الاجتماعي والنفسي ، باعتبار أن سلوك الفرد ، هو سلسلة من التفاعلات الاجتماعية العلائقية مع الآخرين . (Nardone,1996) .

ويعرف* القلق الاجتماعي كما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-1V-TR (2000) ، بأنه خوف مستديم من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية ، والذي قد يتعرض فيه الشخص إلي الفحص والتدقيق من قبل الآخرين ، خشية القيام بعمل مثير للسخرية كأن يتلعثم أثناء الحديث أمام جمع من الناس (p. 205) .

والقلق الاجتماعي لا يقتصر وجوده على بيئة بعينها ، إنما هو اضطراب تتشارك فيه البيئات المختلفة ، حيث يشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-1V-TR(2000) ، إلى أن القلق الاجتماعي تتراوح نسبته ، ما بين ٣% إلى ١٣% من بين الاضطرابات النفسية الأخرى . كما أنه يحتل المرتبة الثانية من حيث الشيوع ، من بين الاضطرابات العصابية الأخرى ، ويوجد بنسبة ٢- ٥% من البشر، و تتراوح نسبة مرضى القلق الاجتماعي في العيادات الخارجية ما بين ١٠% إلى ٢٠% من إجمالي حالات الاضطرابات العصابية (Kaplan et al., 1994) . وقد أشارت نتائج دراسة مان يوز وآخرون , mannuzz et al., (1995) إلى أن القلق الاجتماعي ، يؤثر على حوالي ٢-٧% من السكان بشكل عام . حيث ظهرت من خلال الدراسة الأخيرة أن نسبة القلق الاجتماعي زادت ٢% مقارنة بالدراسة الأولى (بالرغم أن الفترة الزمنية بين الدراستين هي عام واحد) .

* سيتم تناول مصطلحي القلق الاجتماعي والخوف الاجتماعي كمترادفين . وذلك بناءً على ما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي (الرابع المعدل للاضطرابات العقلية) (DSM-1V-TR, 2000.p.205) من استخدام هذين المصطلحين على نحو تبادلي " Social Phobia " "Social Anxiety Disorder" .

وعن مدى انتشار هذا الاضطراب في البيئة السعودية يشير شلبي Chaleby - (1987) إلى أن القلق الاجتماعي يمثل ١٣% من بين الاضطرابات العصابية الأخرى ، للمرضى النفسيين ، الذين يترددون على العيادات الخارجية في مستشفى الملك فيصل التخصصي ، وتوصلت أيضا الدراسة التي قام بها شلبي و رسلان Chaleby & Raslan (1990) بأن ٢٥% من مجموع الطلاب المراجعين في العيادات الجامعية ، يشكون من اضطراب القلق الاجتماعي . وقد ذكر الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR(2000) إلى أن معظم من يعانون من القلق الاجتماعي ، يخافون الحديث أمام الآخرين (موضوع الدراسة الحالية) أو مقابلة الغرباء ، أما مخاوف الأداء الأخرى مثل تناول الطعام والشراب ، والكتابة في وجود الآخرين فهي تبدو أقل انتشارا . ومما سبق يتضح أن قلق التحدث أمام الآخرين public speaking anxiety يعد الموقف الأكثر شيوعاً ، لدى المرضى الذين يعانون من القلق الاجتماعي بصفة عامة ، وأنه الموقف الأكثر رعباً لدى شريحة من المجتمع (Hofman et al.,1996) . وقد أشارت نتائج الدراسة ، التي قام بها ستاين وآخرون Stien et al., (1997) إلى أن قلق التحدث أمام الآخرين ، كان له أثر بارز على حياة العديد من الأفراد في المجتمع ، حيث أفادت بأن ثلث أفراد العينة من أصل ٤٩٩ كانوا يعانون من قلق مفرط ، عند القيام بالتحدث أمام حشد من الناس . وقد كانت بوادر ظهور القلق على التوالي : ٥٠% و ٧٥% و ٩٠% للأعمار ١٣ ، ١٧ ، ٢٠ سنة . وقد أجاب ٩٧% من المشاركين في الدراسة ، بأنهم لا يستطيعون التحدث أمام مجموعة من

الناس ، أو إلقاء خطب في مناسبات رسمية أو غير رسمية . وبشكل عام ، كان هنالك حوالي ١٠% من أفراد العينة أفادوا بأن قلق مخاطبة الجمهور (قلق التحدث أمام الآخرين) قد أدى إلى تدخل بارز وتشويش على عملهم وحياتهم الاجتماعية ودراساتهم . وقد أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية -DSM-IV-TR (2000) إلى المعايير التشخيصية للمخاوف والقلق الاجتماعي ، ومن هذه المعايير أن الفرد يدرك أن مخاوفه وقلقه هو قلق غير مبرر ومبالغ فيه إلا أنه لا يستطيع التخلص منه . "the person recognizes that the fear is excessive or unreasonable" (DSM-IV-TR, 2000.p.206) وهي قريبة من الفكرة التي تناولها أليس ، ضمن الأفكار الباعثة للقلق الاجتماعي وقلق التحدث ، بصفتها أفكار غير مبررة وغير منطقية . وبناءً على ذلك كان لابد من إيجاد واختيار طريقة علاجية مناسبة لهذا النوع من الاضطراب . لذا تم اختيار ، العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، لأليس بصفته علاجاً يتناول كل المشكلات الانفعالية والمعرفية والسلوكية ، والتي هي طريقة من طرق العلاج النفسي ، تتسم بأنها نشطة ومباشرة ويكون المعالج كذلك ، حيث يوضح للمريض أساس اضطرابه ، وأنه قادر على مناهضته وتغيير أفكار غير العقلانية ، المسببة للاضطراب (والتي يعد قلق التحدث أمام الآخرين أحدًا منها ، وهو الاضطراب التي تعاني منه عينة الدراسة الحالية). ويرى باتريسون (١٩٨١) أن هذه الطريقة العلاجية ، تعتبر أكبر محاولة لإدخال العقل والمنطق في عملية الإرشاد والعلاج النفسي ، فعملية العلاج تبعاً لهذا الأسلوب ، هو علاج اللا معقول بالمعقول . وهو

يستخدم العمليات المعرفية العقلية ، في علاج الاضطرابات النفسية ، وجعل المريض يستبصر بأن أساس مشكلته ، هي أفكاره اللا عقلانية ، ويمكنه أن يتعامل مع أي مشكلات أخرى في المستقبل وأن يكون قادراً على مواجهتها. كما تأخذ بأسلوب التعليم للمريض ليصبح في النهاية قادراً على التعامل مع مشكلاته (Ellis,1990) . وقد ذكر أليس ودریدن ، Ellis & Dryden (1997) أن من أفضل النتائج التي قد يؤدي إليها العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، عندما يتعامل مع عينة من شرائح المتعلمين . وقد رأت الباحثة أن اختيار العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، مع عينة الدراسة الحالية ، والتي تتشكل من المستوى الجامعي ، يعد الاختيار الأفضل و الأمثل كاختيار علاجي. وقد عزز أيضا من اختيار هذا النوع من العلاج ، تزايد أعداد الدراسات التي أشارت إلى فعالية العلاج-العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، لا سيما أن غالبية هذه الدراسات ، برهنت على فاعلية هذه الطريقة . حيث سجلت الإحصائيات ٢٢٥ دراسة ، تناولت على وجه التحديد ،العلاج العقلاني-الانفعالي . حيث أشادت معظم هذه الدراسات على كفاءة و فعالية هذا العلاج (Ellis,1998) . ومن الأمثلة الواضحة أيضا على فاعلية هذا النوع من العلاج ، تزايد أعداد الباحثين الإكلينيكين في استخدامه ، والتي أشارت نتائج دراستهم ، إلى فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي السلوكي والسلوكي المعرفي والتي تزيد عن ٥٠٠ دراسة (المرجع السابق) . وقد ذكر أليس ودریدن ، Ellis & Dryden (1997) ، في كتابهما " ممارسة العلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي " أن كافة هذه الدراسات أسفرت، عن نتائج إيجابية لصالح العلاج العقلاني-الانفعالي السلوكي . ومن

حصيلة هذه الدراسات أنها أظهرت بأن العلاج العقلاني-الانفعالي السلوكي والسلوكي المعرفي ، قد أثبتت جدواها عند تطبيقها على المجموعة (علاج جمعي) عنها في حالة العلاج الفردي (Ellis&Dryden,1997) . فكان اختيار العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي هو الاختيار الأنسب لهذه الدراسة . (تم ذكر مميزات "العلاج الجمعي" وتفوقه على العلاج الفردي ، في الفصل الخاص ، بالعلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي) . ومن بين هذه الدراسات ، التي قامت بفحص فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الدراسة ، التي قام بها كندال وآخرون ، . kandal et al (1996) حيث أبرزت هذه الدراسة ، فعالية هذا العلاج في الحد من القلق الاجتماعي لدى عينة من الشباب ، كذلك الدراسة التي قام بها البانو وآخرون ، . Albano et al (1995) في معالجة القلق الاجتماعي . وفي المجال نفسه قام هامبرج وآخرون ، . Heimberg et al (1985) بدراسة تناول فيها قلق التحدث ، والتي استخدم فيها العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي والعلاج المعرفي ، وقد تم بصورة جمعية . وكذلك الدراسة التي قام بها ماتيك وبيترز ، Mattick & Peters (1989) والتي تناول فيها العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي وجمعية وفنية التعرض . وفي المجال نفسه قام ميرش و آخرون ، . Mersch et al (1998) بدراسة تناول فيها مقارنة لعلاج العقلاني-الانفعالي ، بجمعية التدريب على المهارات الاجتماعية ، للخوف الاجتماعي . أما بالنسبة لاستخدام العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، في المجتمع العربي والمجتمع السعودي ، فقدت أشارت العديد من الدراسات إلى فعاليته ، في علاج الاكتئاب . منها الدراسة التي

قام بها هشام (١٤١١) في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة في مصر . وكذلك توصلت نتائج بعض الدراسات إلى انتشار الأفكار للاعقلانية (الريحاني أ، ١٩٨٧،الريحاني ب ١٩٨٧، الشيخ، ١٩٨٦) . وأظهرت بعض الدراسات ، فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، أيضاً في علاج تلك الأفكار الخرافية (غير العقلانية) عمارة (١٩٨٥) . وفي البيئة السعودية ، اثبت كل من دراستي المدخلي (١٩٩٥) والشبانات (١٩٩٦) كفاءة العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، في خفض مستوى الخوف الاجتماعي ورهاب التحدث ، وكذلك في الحد من قلق الاختبار (الغامدي ١٩٩٨) .

ثانياً : مشكلة الدراسة :

القلق الاجتماعي هو مشكلة اجتماعية ونفسية ، يظهر فيها الأفراد المصابون إجهاداً نفسياً كبيراً ، عند التفاعل مع معظم المواقف الاجتماعية ، حيث يظهر القلق الاجتماعي ، بعدة مظاهر منها الهروب من المواقف الاجتماعية أو تجنبها ، تفادى مراقبة الآخرين ، الامتناع عن الكلام وعن إبداء سلوكيات اجتماعية أخرى ، وكذلك يظهر من لديهم القلق ، عدم انتظام في السلوك اللفظي ، مثل التأتأة والتلعثم (Wallace & Alden ,1995) .

وفي المجتمع السعودي ، نجد نسبة انتشار واسعة ، كم تشير إلى ذلك البحوث القليلة التي تم القيام بها في هذا المجال . ففي هذا الجانب، يشير شلبي Chaleby (1987) أن نسبة هذا الاضطراب تصل إلى ١٣% بين المرضى العصائبيين من مراجعي العيادات الخارجية . كما يشير تقرير غير منشور لإحدى العيادات الجامعية المحلية، بأن الطلاب

الذين يشكون من هذا الاضطراب ، يشكلون ٢٥% من مجموع المراجعين (القرنى ١٤١٣) . وقد قامت الباحثة بإجراء دراستين استطلاعتين ، بهدف التحقق من مدى انتشار ظاهرة قلق التحدث أمام الأخرى . حيث قامت بتطبيق الدراسة الاستطلاعية الأولى ، على عينة مكونة من ٢٠١ من طالبات الإقامة الداخلية التابعة لجامعة الملك سعود . وقد توصلت الباحثة إلى أن ٦٢% من أفراد العينة كانت تعاني من قلق التحدث أمام الأخرى . أما الدراسة الاستطلاعية الثانية ، فكانت بهدف معرفة آراء الأساتذة الجامعيين ، عن مدى انتشار قلق التحدث أمام الأخرى لدى تلميذاتهم . وقد توصلت الباحثة ، اعتماداً على متوسط النسب التي ذكرتها الأساتذة ، إلى أن ٤٨% من التلميذات يعانين من قلق التحدث أمام الأخرى . (تكونت هذه الدراسة الاستطلاعية ، من سبعة عشر من الأساتذة ، الآتي يعملن في كليات متعددة في جامعة الملك سعود بالرياض ، في الأقسام العلمية والأدبية التابعة للبنات ، وهي كلية الآداب ، كلية التربية ، كلية لغات وبرمجة ، كلية العلوم الطبية التطبيقية ، كلية الطب وكلية العلوم الإدارية) .

ومما لا شك فيه ، أن عدم المبادرة في تقديم العلاج والحلول ، في الحد من هذا الاضطراب ، لا يؤدي إلى اتساع دائرته فحسب ، وإنما قد يفضي إلى اضطرابات نفسية أخرى أشد حدة ، وبالتالي يصبح المريض ، أسيراً لسلسلة من الاضطرابات النفسية المتداخلة . حيث أشارت الكثير من الدراسات النفسية ، إلى أهمية المبادرة بتقديم العلاج ، تقادياً للعواقب الوخيمة التي قد يؤدي إليها هذا النوع من الاضطراب . ومن هذه الدراسات الدراسة التي قام بها وودي Woody (1996) والتي أشار فيها إلى أن الكثير من مرضى

الخوف و القلق الاجتماعي ، يحاولون التخلص من هذا القلق ، عن طريق تعاطي الكحول كوسيلة للتغلب على القلق ، ليصبح أكثر جرأة في المواقف الاجتماعية . وكذلك دراسة ديفيدسون ، Davidson (1994) والتي توصل فيها إلى أن هناك إجماع ، على أن الخوف و القلق الاجتماعي يؤثر سلباً على الأنشطة والممارسات اليومية للمرضى .

وفي المجال نفسه قام مان يوز وآخرون , mannuzz et al. (1995) بدراسة تناولت العواقب ، التي يؤدي إليها القلق الاجتماعي ، حيث أسفرت نتائج الدراسة ، إلى أن هناك إعاقة في معظم النواحي العملية ، بما في ذلك الأنشطة البسيطة ، للحياة اليومية المعيشية لمن لديهم قلق الاجتماعي . و أشارت الدراسة أيضا إلى أن من لديهم قلق الاجتماعي ، يميلون إلى التأخر الدراسي والبطء العملي ، والتغيب ويعانون من صعوبة تكوين علاقات حميمة ، والمشاركة في الأنشطة الدراسية . وقد يؤدي ارتفاع شدة القلق إلى العزلة الاجتماعية ، ومن ثم الشعور بالاكئاب وما يخلفه من وحدة نفسية للمريض . وقد يتطور الأمر إذا لم يتم التدخل العلاجي ، إلى تبعات أسوأ، فيؤدي ذلك إلى الاستحواذ الانتحاري ومحاولات الانتحار . أما فيما يتعلق بالسلوكيات غير الاجتماعية ، والتي يمكن ملاحظتها على من لديهم قلق اجتماعي . ما أشارا إليه ثورب و سالكوفسكي ، Thorpe & Salkovskis (1995) بالتأثيرات السلبية الواضحة عليهم ، وما يترتب عليه من سلوكيات نفسية لا اجتماعية . كارتفاع الشعور بالوحدة النفسية ، بسبب سيطرة المعتقدات السلبية الهدامة ، والفشل في إقامة علاقات اجتماعية مشبعة وبناءة. وقد توصل الباحثان ، إلى أن شدة الاضطراب ، ترتبط مع قوة المعتقد السلبي ، بمعنى شدة التخوف

الاجتماعي ، ترتبط مع قوة الاعتقاد السلبي تجاه تقييم الذات ، في المواقف الاجتماعية التي تتطلب تفاعل مباشر مع الآخرين . وأنه كلما ازدادت حدة هذا المعتقد ، ازدادت رغبة الفرد في تجنب المواقف الباعثة على القلق . وبالتالي يعمد المريض ، إلى العزلة والوحدة النفسية ومن ثم الاكتئاب ، ومن هنا تبرز لنا مشكلات نفسية جديدة و متداخلة . ولا شك أن أي خلل في هذا الاتصال الاجتماعي ، من شأنه التسبب في ظهور سلبيات ومشكلات نفسية و اجتماعية عديدة تتمثل في : الوحدة النفسية ، الاتجاه السلبي نحو الذات ونحو الآخرين ، الإحساس بالدونية ، الشعور بالاكتئاب والعزلة الاجتماعية (Mattick & Newman , 1991) .

من جانب آخر ، فهذه المشكلات لا تقتصر على الجوانب النفسية والاجتماعية ، لمن لديهم قلق اجتماعي فحسب ، بل تتعدى للجوانب العملية والتعليمية ، وتؤثر على مستواهم الأكاديمي والمهني . حيث توصلت نتائج دراسة التي قام بها ستاين وآخرون ، Stien et al (1997) إلى أن قلق التحدث (وهو الاضطراب الذي تعاني منه عينة دراسته والدراسة الحالية) كان له أثر بارز على الأداء التعليمي والمهني والاجتماعي ، حيث أنه مرتبط بشكل كبير مع المستوى التحصيلي والأكاديمي والاقتصادي والاجتماعي المتدني . فمن الناحية التعليمية (لا يتجاوزون المرحلة الثانوية ولديهم رغبة أقل في متابعة التحصيل الأكاديمي لما بعد الثانوية) وذلك بنسبة ٧٣% من المضطربين مقابل ٢٩% من الأسوياء . ومن ناحية المستوي الاقتصادي المتدني ، عدم الرغبة في العمل وذلك بنسبة ٥١% من المضطربين مقابل ٢٦% من الأسوياء . كذلك أكد ٧% من المضطربين، بأن

قلقهم أعاقهم من الحصول على وظيفة ، أو الحصول على وظيفة أفضل، أو التنقل من وظيفة لأخرى أما فيما يتعلق بالأداء الاجتماعي ، فقد أكد ٢٦ % من أفراد العينة ، أن لقلقهم دور واضح في أعاقه نشاطاتهم الاجتماعية .

وبناءً على ذلك ، فإن وجود هذا الاضطراب (قلق التحدث أمام الأخرى) لأفراد عينة الدراسة الحالية ، قد يعد سبباً رئيسياً ، لتدهور علاقتهم الاجتماعية المحيطة وشعورهم بالاغتراب النفسي ، خاصةً وأن عينة البحث ، مكونة من طالبات الإقامة الداخلية ، واللاتي يأتين من مدن و مناطق مختلفة ، ومن بيئات أسرية متفاوتة في جميع النواحي (كالناحية الإجتماعية و الاقتصادية و غيرها) و بما أن هذا الاضطراب ، ذو اثر بارز في تدني مستواهن الدراسي (التغيب عن إلقاء بحث مطالبة به الطالبة ، وتعادل درجته درجة اختبار شهري ، عدم المشاركة في المناقشات الصفية والتي توجد عليها درجات ، تعرف بدرجات المشاركة ، الانشغال بالتفكير الذاتي ، مما يعيق عملية التركيز و الذي يؤثر بدوره على عملية استيعاب المادة) .

وبما أن العلاقات الاجتماعية البناءة ، والمستوى الدراسي المرضي ، ذو أهمية قصوى ، لتكيف الطالبة وشعورها بالأمن النفسي والاجتماعي ، من هنا برزت المشكلة الرئيسية للدراسة الحالية في التساؤل التالي :

هل يؤدي استخدام برنامج جمعي للعلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، إلى خفض قلق

التحدث أمام الأخرى ، لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود ؟

ثالثاً : أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية ، إلى التحقق من أثر برنامج علاجي عقلائي-انفعالي-سلوكي جمعي، في خفض قلق التحدث أمام الأخرىات ، لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود .

رابعاً : أهمية الدراسة :

تتشكل أهمية الدراسة الحالية في جانبين رئيسين :

أولاً - الأهمية النظرية :

(١) لعل البحث يضيف جديداً إلى التراث العربي ، ويعطي المزيد من الإطار النظري عن البرنامج العلاجي المستخدم ، حيث تعتبر هذه الدراسة أول دراسة عربية سعودية – في حدود علم الباحثة - طبقت على عينة إناث تناولت فحص أثر برنامج علاجي-عقلاني-انفعالي-سلوكي جمعي ، في خفض قلق التحدث أمام الأخرىات . لذلك تعتبر هذه الدراسة إضافة جديدة إلى التراث السيكولوجي في هذا المجال .

(٢) قد تسهم هذه الدراسة ، في إعطاء فكرة ، عن أهمية الدور الذي تلعبه التنشئة الاجتماعية والأسرية ، في تعزيز القلق الاجتماعي وقلق التحدث لدى الإناث . لا سيما وأنها قد تناولت بعضاً من نتائج دراسات سابقة ، أشارت إلى كل من : ارتفاع نسبة هذا الاضطراب لدى الإناث منه لدى الذكور ، وكذلك إلى متوسط المرحلة العمرية ، التي يبدأ

عندها القلق الاجتماعي ، وإلى الفئة العمرية التي يشتد عندها . وهي بالتالي ، قد تسهم في فكرة المبادرة ، في عمل بحوث مستقبلية ، تتناول الفروق بين الجنسين ، في شدة القلق الاجتماعي ، وقلق التحدث أمام الآخرين في المجتمع العربي و السعودي .

ثانياً- الأهمية التطبيقية :

(١) قد يسهم البرنامج العلاجي المعد لهذه الدراسة ، في إعداد عينة البحث (الطالبات) نفسياً واجتماعياً ، للمراحل اللاحقة سواءً الأكاديمية أو المهنية إضافةً إلى أنه ، قد يتم الاستفادة من نتائج البحث الحالي ، في حالة التحقق من فعاليته ، للتطبيق على عينات مختلفة كما يمكن توظيفه وتطويره ، في معالجة بعض الاضطرابات النفسية الأخرى .

خامساً: مصطلحات الدراسة :

١_ العلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي :

يرى أليس ، Ellis (1998) أن العلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي ، هو عبارة عن علاج يتناول مجموعة ذات الاضطراب المشترك ، بهدف مناقشة الأفكار غير العقلانية الباعثة للاضطراب . وذلك للحد من اضطراباتهم وقهر معتقداتهم غير المنطقية ، وتعليمهم كيفية مواجهة الموقف الباعث للاضطراب بدلاً من تجنبه ، والذي يتم بشكل منظم ونشط وفعال . ويرى أليس أن الشعور الموحد بالمشكلة ، وتبادل الأفكار والحلول في المجموعة ، يعد بحد ذاته نوعاً علاجياً للمشاركين (p.45) .

٢- أما فيما يتعلق بتعريف الإجرائي لقلق التحدث أمام الأخرىات . فتعرّف الباحثة قلق التحدث أمام الأخرىات إجرائياً ، بأنه عبارة عن مجموع الدرجات التي حصلت عليها الطالبات (عينة الدراسة) ، على مقياس قلق التحدث أمام الأخرىات المستخدم في الدراسة الحالية .

سادساً : حدود الدراسة :

تقتصر الدراسة الحالية على عينة من طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود . (الأقسام العلمية والأدبية) واللاتي يعانون من قلق التحدث أمام الأخرىات بمدينة الرياض خلال العام الدراسي ١٤٢٤ هـ .

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

أولاً: - المخاوف بشكل عام .
- تصنيف المخاوف .

ثانياً: - القلق الاجتماعي .

ثالثاً: - قلق التحدث أمام الآخرين .
- الأسباب الباعثة على القلق الاجتماعي وقلق التحدث .
- أثر التنشئة الاجتماعية في تعزيز قلق التحدث لدى الإناث .

رابعاً: - العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي .
- نشأة العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي .
- تفسير الاضطرابات النفسية حسب نظرية (ABC)
- الأسس التي تقوم عليها نظرية العلاج العقلاني-الانفعالي -
السلوكي

خامساً: - العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي .
- السمات الخاصة بالعلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي .
- اختيار أعضاء المجموعة في العلاج العقلاني-الانفعالي-
السلوكي الجمعي .
- فنيات العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي .
- القواعد الأساسية للجلسات العلاجية في العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي
الجمعي .
- دور المعالج في العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي .
- مميزات العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي .
- جوانب النقص في العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي .

- العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ومكانته بين الأساليب العلاجية الأخرى.

أولاً: - أ - المخاوف المرضية بشكل عام :

قبل أن نتناول القلق الاجتماعي ، وقلق التحدث أمام الآخرين بالتفصيل ، نعطي نبذة عامة عن نوع وتصنيف المخاوف المرضية ، والتي يعتبر القلق الاجتماعي وقلق التحدث جزء منها يرى ناردون ، Nardone (1996) أن المخاوف المرضية تكون ، من أشياء أو موضوعات لا تثير الخوف بطبيعتها عند عامة الناس ، أو لا تثيره بنفس الدرجة من الشدة، حيث لا يتفق حجم الخوف مع مقدار الخطر المتضمن في المثير ، وإنما يزيد عليه . وبالتالي فالخوف المرضي هو خوف لا عقلاني أو غير منطقي ، يدركه الفرد نفسه ، أنه خوف غير عقلاني ولكنه لا يستطيع التخلص منه . ويعرف الخوف بأنه انفعال ، يدفع بالفرد إلى تجنب المثير الذي يخيفه أو مواجهته لإزالته. وأن عملية التجنب في حالة الخوف ، أمر شائع ويكون متناسباً إلى حد بعيد مع المنبه المثير للخوف . إلا أن استجابة الخوف ، قد لا تتناسب مع الموقف المثير للخوف ، فيبدي الفرد خوفاً شديداً ، أو قد يخاف إزاء موقف لا تستدعي السلوك التخوفي ، فنكون هنا أمام خوف مرضي أو رهاب (الرفاعي ، ١٩٨٧) .

القلق الطبيعي والقلق المرضي :

هناك نوعان أساسيان من القلق ، القلق الطبيعي والقلق المرضي ، فالأول هو القلق الصحي الذي بدونه يجعل الإنسان مريضاً متبلد الوجدان ، وهو أساسي في تطور الحياة وتقدمها ، وهو الذي يجعل الفرد يستعد لمواجهة أي أمر من الأمور، كالاستعداد للامتحان أو مقابلة

للقبول في وظيفة . أما الآخر فهو القلق المرضي ، والذي يعتبر مؤذي ومعتل لقدرات الفرد، وهو إحساس غامض غير سار يلزم الإنسان ، حيث أن هذا الإحساس هو خوف من شيء لا يتحقق ، الخوف من مجهول ، ويصاحب ذلك التوقع لمصيبة سوف تحدث ، ولا يرتبط بموقف معين (صادق ، ١٩٨٨) . وقد أشار الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM- 1V - TR (2000) إلى القلق المرضي ، ضمن المعايير التشخيصية للقلق الاجتماعي ، حيث أوضح بأن الفرد يدرك أن قلقه هو قلق غير مبرر ومبالغ فيه ، إلا أنه لا يستطيع التخلص منه .

ويعرف قاموس وبستر الدولي الثالث (١٩٨١ ، ص ٧٨) الخوف المرضي بأنه " خوف شديد لا يتحملة المرء ويقف أمامه عاجزاً " . وأول خاصية للخوف المرضي نراها عندما يضطر من يعاني منه ، إلى مواجهة الشيء أو الموقف الذي يرهبه ، ففي العادة – ولكن ليس بالضرورة_ يشعر المرء بأعراض القلق الواضحة ، وقد يعاني من خفقان القلب وتسارع نبضاته ، ومن الغثيان والإعياء ، وقد يصبح فمه جافاً ، وترتجف اليدين وتتعرق . أما الخاصية الثانية ، فهي الرغبة القوية للهرب من الشيء أو الموقف المرهوب أو تجنب الاقتراب منه . وإذا تمكن الخوف من الشخص المرهوب ، فإنه يتجنب المواقف المخيفة ، وبالتالي يتخلى عن الكثير من الأنشطة الحياتية (فمثلاً لا يركب الطائرات أو قد لا يستخدم المصعد الخ ...) إلا انه إذا لم يستطع تجنب الموقف ، فهو إما أن يواجه الخوف فيتغلب عليه أو ينشأ عنده قلق مزمن . والخاصية الثالثة للخوف المرضي ، هي قدرة المريض عندما يكون بعيداً عن الموقف المرهوب ، على إدراك أن مخاوفه شديدة لا مبرر لها ، إلا

أنه بالرغم من هذا يعجز عن التغلب على مخاوفه أو التوقف عن تجنب المواقف المرهبة (Beck & Emery, 1985).

وتتدرج المخاوف المرضية تحت اضطرابات القلق Anxiety Disorders وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية ، و الذي أصدرته رابطة الطب النفسي الأمريكي (2000), American Psychiatric Association ، وهو الأمر الذي استقرت عليه الرابطة منذ إصدارها للدليل الثالث (1987) American Psychiatric Association بعد أن كان الدليل الثاني يضع المخاوف المرضية ، في فئة مستقلة قائمة بذاتها داخل مجموعة الاضطرابات العصابية .

ب - تصنيف المخاوف المرضية :

تتدرج المخاوف المرضية حسب تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-1V-TR) (2000) ، ضمن اضطرابات القلق Anxiety Disorders و التي تتدرج تحتها التصنيفات التالية للاضطرابات المختلفة :

١- اضطراب الفزع بدون رهاب الساحة .

٢- اضطراب الفزع مع اضطراب الساحة .

٣- رهاب الساحة .

٤- الرهاب النوعي .

٥- الرهاب الاجتماعي .

٦- اضطراب الوسواس القهري .

٧- اضطراب الضغط النفسي الناشئ عن صدمة نفسية .

٨- اضطراب الضغط النفسي الحاد .

٩- اضطراب القلق العام .

١٠- اضطراب القلق الناشئ عن الحالة الطبية أو عن تعاطي مواد عقاقير .

ويتفق تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية

(DSM-1V-TR,2000) ، مع التصنيف العالمي العاشر للأمراض العقلية والسلوكية

ICD_10 (1992) في تقسيم الرهاب إلى ثلاثة أنواع وهي:

- رهاب الساحة Agoraphobia

- الرهاب المحدد أو النوعي Specific phobia

- الرهاب الاجتماعي (الخوف الاجتماعي) Social phobia

رهاب الساحة :

يتميز رهاب الساحة ، بالقلق من الأماكن والمواقف التي قد يكون من الصعوبة أو الإحراج

الهروب منها ، أو تلك التي يصعب على المرء فيها الحصول على المساعدة والعون ، في

حالة أصابته بنوبة رعب أو فزع ، ويؤدي هذا القلق إلى تجنب المريض العديد من المواقف:

مثل الخروج من المنزل بمفرده ، أو البقاء في المنزل بمفرده ، أو الوجود في زحام ، أو

السفر بطائرة أو حافلة ، أو استخدام المصعد الكهربائي . وبعض المرضى وإن كان يستطيع

مواجهة هذه المواقف ، إلا انه يعاني أثناء ذلك من قلق شديد ، وتزداد قدرة المرضى على

مواجهة المواقف الرهابية إذا ما صاحبهم إنسان يعرفونه.

الرهاب النوعي أو المحدد :

يتميز هذا النوع من الرهاب ، بالخوف الشديد من التعرض لأشياء أو مواقف محددة، حيث يؤدي التعرض لها ، إلى الشعور بالقلق والخوف ، وبالرغم من أن البالغين والمراهقين يدركون أن مخاوفهم غير عقلانية ومفرطة ، إلا أن الأطفال لا يدركون ذلك . وعادة ما يتجنب المرضى الأشياء والمواقف التي تثير مخاوفهم ، أو قد يتحملونها مع معاناة القلق الشديد ، بل قد يشعرون بالخوف عندما يتوقعون مواجهتها أو التعرض لها ، وذلك خشية أن يصيبهم الأذى من جراء ذلك ، فنجد من يخاف السفر بالطائرة خشية أن تسقط وتهشم، ومن يخاف قيادة سيارته خشية الاصطدام بالسيارات الأخرى . وقد يتضمن الرهاب المحدد ، الخوف من فقدان السيطرة على النفس أو الخوف من الإغماء عند التعرض للشيء أو الموقف المرهوب . فعلى سبيل المثال : قد يخشى مريض رهاب الأماكن المرتفعة ، من فقدان الاتزان والدوران ، وقد يخشى مريض رهاب الأماكن المغلقة ، فقدان السيطرة على النفس والصراخ ، وتكون استجابة القلق مباشرة عند التعرض للشيء أو الموقف المرهوب . فالشخص الذي يعاني من رهاب القطط ، يشعر بالقلق كلما اضطر للتعرض ، وتزداد شدة القلق كلما اقتربت القطه منه وتقل كلما ابتعدت عنه .

وتتنوع أشكال المخاوف النوعية : رهاب الحيوانات ، والحشرات ورهاب البيئة الطبيعية (رهاب العواصف أو المرتفعات) ورهاب المواقف (رهاب المصاعد ، الأنفاق ،

الطيران ، الجسور ، الأماكن المغلقة ، ورهاب قيادة المركبات
(American psychiatric Association , 2000) .

الرهاب الاجتماعي (الخوف الاجتماعي) :

يحدث هذا النوع من الرهاب ، في المواقف الاجتماعية وفي الأماكن الاجتماعية العامة ، حيث يعاني مرضى الرهاب الاجتماعي من خوف غير منطقي ومستمر ومن الارتباك في الأماكن الاجتماعية ، مما يقودهم إلى تجنب هذه الأماكن ، وقد يكون هذا التجنب محدوداً ، كاجتناب التحدث مع الآخرين وأمامهم ، أو الخوف من النقد أو السخرية ، أو الرفض . وبالتالي يكون هذا الرهاب سبباً في ابتعادهم عن الناس (قميحة وزملاؤه ، ١٩٩٣) .

ثانياً : القلق الاجتماعي :

يَعْرِف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-1V-TR (2000) ، القلق الاجتماعي ، بأنه خوف مستديم من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية ، والتي قد يتعرض فيها الشخص للفحص والتدقيق من قبل الآخرين ، خشية القيام بعمل مثير للسخرية ، كأن يتلعثم أثناء الحديث أمام جمع من الناس (p.205)

ويرى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-1V-TR(2000) ، أن التعرض للموقف الاجتماعي المرهوب ، يؤدي إلى نشأة القلق ، بالرغم أن الراشدين والمراهقين الذين لديهم قلق ، يدركون أن قلقهم زائد عن الحد

وغير مبرر وأنه غير منطقي ، إلا أن الأطفال قد لا يدركون ذلك . وغالباً ما يتجنب مما لديه قلق اجتماعي هذه المواقف ، ويهربون منها أو يتحملونها بجهد كبير وقلق شديد . ولا يتم تشخيص القلق الاجتماعي ، إلا إذا كان التجنب أو القلق أو استباق و توقع القلق ، من المواقف الاجتماعية ، يحدث اضطراباً في النشاط اليومي للشخص ، وفي أدائه الوظيفي أو في حياته الاجتماعية . أو إذا كان الشخص مهموماً ومنزعجاً بدرجة كبيرة من جراء هذا القلق . وبالنسبة لمن تقل أعمارهم عن ١٨ سنة يشترط عند تشخيص القلق الاجتماعي ، ألا تقل فترة معاناة أعراضه عن ٦ شهور . كذلك يشترط ألا يكون القلق الاجتماعي أو التجنب ، ناشئاً عن الآثار الفسيولوجية لمادة كيميائية أو لحالة طبية ، أو لا يمكن تفسيره في ضوء إصابة الشخص بمرض نفسي آخر (كاضطراب الهلع ، اضطراب قلق الانفصال وغيرها) وإذا كان الشخص يعاني من مرض نفسي آخر أو حالة طبية (مثل التأتأة ، مرض باركنسون ، فقدان الشهية العصبي) فإن تشخيص القلق الاجتماعي ، يشترط ألا يكون القلق أو التجنب ، نابعاً فقط من انشغال المريض وقلقه أن يلاحظ الناس ما يعاني منه . (American psychiatric Association , 2000) .

وقد يشعر المريض بالقلق ، عندما يكون موضعاً لتفحص الآخرين في المواقف الاجتماعية، ويشد قلقه وارتباكه خوفاً أن يراه الناس قلقاً ضعيفاً ساذجاً ، أو غير طبيعي . وقد يخاف الحديث أمام الآخرين ، خشية أن يقول شيئاً ما خطأً أو أن تهتز يداه أو أن يرتعش صوته ويضعف ، وقد يتجنب تناول الطعام ، أو الشراب ، أو الكتابة أمام الآخرين خوفاً من الارتباك . وبعض المرضى ينتابهم القلق ، مما قد يقوله الناس عن مظهرهم

وثيابهم و أجسامهم (الطول ، القصر، البد انه ، النحافة ، الصلع ، شكل الأنف ، لون البشرة وغيرها) . وبعض الناس يرتبك كثيراً ، ويخاف أن يصب القهوة ويقدمها للضيوف ، أو الشاي وغيرها من أنواع الشراب ، ويحاول التهرب من هذا الأمر بثتى الطرق ، والبعض الآخر يخاف أن يؤم الناس في صلاة جهرية ومن المواقف الاجتماعية الأخرى ، التي يخافها البعض ، إقامة الحفلات ودعوة الآخرين إلى المنزل ، والذهاب إلى الحفلات والأعراس وأيضا التعزية ، كذلك يخاف البعض من الحديث مع أشخاص من الجنس الآخر (المالح ، ١٩٩٣) .

ويرى منجير، Menninger (1995) أن المريض عادةً ، عندما يقوم بأداء بعض الأنشطة في العلن كالكلام أمام الآخرين ، فإن هذا الموقف الاجتماعي يعد موقفاً ضاغظاً، حيث يشتد القلق لديه ، وغالبا ما يصحب هذا الموقف أعراض فسيولوجية داخلية (زيادة معدل ضربات القلب ، الإحساس بالإعياء والغثيان ، جفاف الحلق) . وخارجية (احمرار الوجه ولتعرق وارتعاش اليدين وصعوبة التنفس وغيرها) وتعمل هذه الأعراض (الداخلية والخارجية) على مضاعفة الشعور بالقلق . حيث لا يكون هذا القلق بسبب الموقف الضاغظ فحسب ، وإنما أيضا بسبب الخوف من وضوح هذه الأعراض . وبالتالي يكون القلق والخوف من الموقف الاجتماعي الفعلي ، بالإضافة إلى الخوف والقلق من وضوح هذه الأعراض المصاحبة له ، أمام المجموعة التي يتم التحدث أمامهم . حيث يسيطر على المريض الشعور بالدونية والخزي ، من جراء مراقبة الآخرين له وتقييمهم السلبي لأدائه . فمعظم المواقف الاجتماعية التي يشتد فيها القلق ، تكون بسبب إحساس الفرد أثناءها

بظهور مؤشرات الخطر المبالغ فيه ، وفي ذات الوقت ملاحظة الآخرين له ذلك (Lung & Heimberg, 1996) . فالفرد قد يتعرض لتوارد الأفكار السلبية الهدامة ، حول عدم أهليته للقيام بالموقف الآدائي ، وإحساسه بالمخاطر الكامنة التي سوف يحدثها له هذا الموقف (Dodge et al., 1988) . فالإثارة النفسية المتزايدة ، وتكرارالمواقف التي تثير القلق ، تولد لدى المريض ، فكرة ثبات هذا الشعور في المواقف المشابهة من ناحية ، ومن ناحية أخرى ، بأن قلقه سيصبح مكشوفاً لدى الآخرين. والذين سيقومون بتقييم أدائه تقيماً سلبياً . وبالتالي ستؤدي وتساهم هذه العمليات المختلفة ،والتي تغذي بعضها البعض في تكوين القلق الاجتماعي .

(Bruch et al.,1989; McEwan&Devins,1993)

يميز الدليل التشخيص والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV TR (2000) بين القلق الاجتماعي العام ، والذي يعاني فيه الشخص من القلق و الخوف من معظم المواقف الاجتماعية (مثل الخوف من المبادرة بالحديث ، ومن الاستمرار فيه ومن المشاركة في أنشطة جماعية صغيرة ، والحديث مع رجال السلطة والمكانة ، حضور الحفلات والعزائم). والخوف الاجتماعي الخاص أو المحدد ، وفيه يخشى المريض موقفاً واحداً أو أكثر مثل : الخوف من التحدث أمام الآخرين والخوف من الكتابة أو تناول الطعام والشراب أمام الآخرين .

ويصاحب القلق الاجتماعي ثلاثة أعراض بارزه هي :

١- أعراض جسدية : كزيادة معدل ضربات القلب ، وجفاف الحلق ، و احمرار الوجه ،

ورعشة اليدين ، و صعوبة التنفس ، التعرق ، و اختلاف نبرة الصوت وغيرها .

٢- أعراض فكرية معرفية : قد يواجه ويتعرض الفرد بالإضافة للأعراض الجسدية

للقلق ، لأفكار معينة عما ينبغي أن يكون عليه المواقف الاجتماعي . فيشتد القلق في

أثناء الموقف ، حيث تتسارع أفكار لا عقلانية ، وتستحوذ على تفكير الفرد في

الموقف الآدائي . ومن هذه الأفكار التي تتبادر وتسيطر على تفكير الفرد ، فكرة

أدائي سيئ للغاية ، الجميع يتفحصونني ، الكل يسخر من أدائي ، لا أستطيع أن أكمل

هذا الحديث .

٣- أعراض سلوكية : الأعراض السلوكية للقلق الاجتماعي ، عبارة عن التجاوب

والتفاعل تجاه مواجهة شدة القلق في الموقف الاجتماعي . وتقيس حالة من ردة

الفعال الجسمانية التي قد تحدث عند مواجهة الخطر . حيث أول ردة فعل يسلكها الفرد

التجمد اللاإرادي ، وعندما يواجهها الفرد ، فإن ردة الفعل هذه تثبط أو تحد من ردود

الأفعال الإرادية ، مثل الكلام ، الحركة . وهذا هو السبب الذي يحد من قدرة القلق

اجتماعياً (المريض) على مواجهة الموقف الآدائي ، في المواقف التي يوجد بها

آخرين ، حيث يكون غير قادر على الكلام أمامهم (Francis & Radka 1995) .

ثالثا _ قلق التحدث أمام الآخرين :

قد يكون قلق التحدث أمام الآخرين أحد مظاهر الرهاب الاجتماعي العام (وهو الرهاب الاجتماعي الذي يخاف فيه المريض من العديد من المواقف الاجتماعية) أو قد يكون أحد أشكال الرهاب الاجتماعي الخاص . (وهو الرهاب الاجتماعي المحدد بمواقف معينة كالكلام أمام الناس أو ضيافتهم الخ) ففي قلق التحدث أمام الآخرين يخشى الشخص ، أن يخطئ في الحديث أو أن يتكلم بطريقة غير لائقة ، أو أن يفسر كلامه بشكل خاطئ وسلبى، أو أن يتلعثم أثناء الكلام ، أو يخشى العجز عن الاستمرار في الكلام ، أو العجز عن الإجابة على الأسئلة ، فضلا عن الخوف من أن يكون موضع السخرية من جراء ذلك (هذا ما تعاني منه عينة البحث على وجه التحديد) (Menninger ,1995) .

ويذكر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية ، DSM-1V-TR(2000) أن معظم من يعانون من القلق الاجتماعي ، يخافون الحديث أمام الآخرين ، أو مقابلة الغرباء ، أما مخاوف الأداء الأخرى ، مثل تناول الطعام والشراب والكتابة في وجود الآخرين ، فهي تبدو أقل انتشاراً . وقد أشارت نتائج الدراسة التي قام بها ستاين وآخرون . ، Stien et al (1997) إلى أن لقلق التحدث أمام الآخرين، أثر بارز على حياة العديد من الأفراد في المجتمع ، حيث أفادت بأن ثلث أفراد العينة من أصل ٤٩٩ ، كانوا يعانون من قلق مفرط عند القيام بالتحدث أمام حشد من الناس . وقد أجاب

٩٧% من المشاركين في الدراسة ، بأنهم لا يستطيعون التحدث أمام مجموعة من الناس ، أو إلقاء خطب في مناسبات رسمية أو غير رسمية (Stien, et al,1997) . ويرى هوفمان وآخرون , Hofman et al., (1995) أن قلق التحدث أمام الآخرين public speaking Anxiety يعد الموقف الأكثر شيوعاً ، لدى المرضى الذين يعانون من القلق الاجتماعي بصفة عامة ، وأنها الموقف الأكثر رعباً لدى شريحة من المجتمع (Hofman et al., 1995) . ويشير مارشال ، Marshall (1994) إلى أن الهرب من الموقف الباعث للقلق ، لمن لديهم قلق اجتماعي ، أمر شائع و يتكرر مع عدد كبير من المرضى ، إذ يزداد القلق والخوف كلما أقترب الموقف بدرجة لا تحتمل ، وفي مواقف التحدث أمام الآخرين ، لا يختفي القلق بل يزداد سوءاً مؤدياً إلى التلعثم في الكلام ، و التعرق واحمرار الوجه ، واضطراب التنفس ، ورعشة اليدين . وتطير الأفكار ويصبح العقل صفحة بيضاء . ويستطيع بعض المرضى أداء ما عليهم بطريقة ما ، إلا أن البعض الآخر، قد يتوقف وينسحب مدعيًا المرض أو الإعياء (Marshall,1994) .

الأسباب الباعثة للقلق الاجتماعي وقلق التحدث أمام الآخرين .

تتعدد آراء علماء النفس ، عن الأسباب الباعثة للقلق الاجتماعي وقلق التحدث . فهناك من يرى أن الشعور بعدم الثقة ، من أهم المقومات التي تؤدي إلى القلق الاجتماعي . كما يمكن أن يكتسب القلق الاجتماعي ، عن طريق التعلم المباشر، وذلك بطريقة تقليد النموذج، فمثلاً إذا تكرر ظهور استجابات الخوف المرضي ، في المواقف الاجتماعية لدى الأم ، مثل الخوف من مواجهة الناس ، أو الخوف من حضور مناسبات أو حفلات ، فهذا يتيح للطفل نموذجاً يقلده (Fadem&Simring,1997) .

ويرى صادق (١٩٨٨) إلى أن أحداث الطفولة والخبرات النفسية، التي يمر بها الطفل تؤثر عليه في مستقبل حياته ، كل هذه الخبرات يعود فيشعر بها من جديد إذا تعرض لنفس الظروف ، ونفس المؤثرات ، فمخاوف الطفولة تتجدد في الكبر. ويشير كل من قودون وقيز ، Goodwin & Guze (1996) إلى أهمية دور التعلم من الممارسات السلبية ، كعامل باعث ومساعد ، على استمرارية القلق الاجتماعي ، في المواقف الاجتماعية المختلفة . بمعنى أن الفرد لو وضع، في موقف قام فيه بأداء ضعيف، فإنه يشعر بالآسي والخوف ، لو وضع في ظروف مماثلة مرة أخرى (تعميم الاستجابة). خوفاً من تكرار الخبرة السلبية السابقة ، من خلال القيام بنفس الأداء الضعيف والغير مرضى ، وبالتالي فإنه يسعى مستقبلاً ، لتفادي هذه المواقف الاجتماعية.

ومهما تعددت الآراء فأنا لا نستطيع أن نتجاهل أهمية دور كل من الوراثة والبيئة (التنشئة الاجتماعية والأسرية) في ذلك . حيث أشادت الدراسات النفسية إلى محورين أساسيين في نشأة القلق الاجتماعي وقلق التحدث أمام الآخرين وتعزيزه لدى الأبناء وهما :

١- دور الوراثة ، ٢ - دور التنشئة الاجتماعية والأسرية . (الشبانات ، ١٩٩٦)

١ - أثر الوراثة في نشأة القلق الاجتماعي :

قبل أن نتناول اثر التنشئة الاجتماعية والأسرية في نشأة القلق الاجتماعي ، نورد بعضاً من آراء علماء النفس ، في أهمية الوراثة ، في نشأة القلق الاجتماعي (وأن كان الذي يهتما هو الجانب البيئي ، إلا أن ذلك لا يمنع من الإشارة ، ولو بشكل مختصر إلى آراء العلماء في هذا الصدد) ، وأن كان لا يتم التفاؤل ، بشكل كبير في علاج هؤلاء المرضى . حيث دلت الكثير من الدراسات ، عن انتقال الجانب الوراثي في القلق الاجتماعي . وكذلك الممارسات العلاجية المستمرة في العيادات النفسية ، حيث أفاد الكثير من المرضى، أن في أسرهم أشخاص يعانون من القلق الاجتماعي . كما كشفت الدراسات ، بأن آباء مما لديهم اضطراب القلق اجتماعي ، كانوا متخوفين اجتماعياً ، وحساسين من آراء الآخرين تجاههم (marks, 1995) . وهناك بعض من المرضى يكون عندهم استعداد خاص موروث ، للإصابة بالمرض النفسي تحت ظروف الضغوط المختلفة ، فالاضطرابات النفسية تزيد نسبة الإصابة بها ، بين أفراد أسر المرضى وأقاربهم ، عن نسبة الإصابة العامة في السكان ، وكذلك تزيد بين من يتزوجون الأقارب ، والدراسات على التوائم ، تثبت أهمية عامل الوراثة في المرض النفسي (عزت ، ١٤٠٧) .

وقد أجريت دراسة لمعرفة العامل الوراثي في حدوث القلق الاجتماعي ، على عينة مكونة من ٩٩ زوج من التوائم من جنس واحد . ٢٢ زوج إناث توائم متطابقة ، ٢٧ زوج إناث غير متطابقة ، زوج ذكور متطابقة ، ٢٢ زوج ذكور غير متطابقة ، وأعمارهم ما بين ٢٠ - ٧٠

سنه . وقد أسفرت الدراسة أن التوائم المتطابقة أكثر تشابهاً من التوائم غير المتطابقة،
في شدة القلق الاجتماعي (Toreersm,1979) .

ويشير موسى (١٩٩٢) إلى أنه لا يمكن تجاهل التهيئة الوراثية ، في حدوث القلق الاجتماعي
، إلا أن العديد من الباحثين يرون أهمية كل من الوراثة والبيئة معاً . ويشهد كل من
بريتش وهامبرج وآخرين

(Bruch et al., 1989 a & Bruch &Heimbag,1994) إلى أن القلق الاجتماعي

أمر متوارثا ، كما أن البيئة تعد جانبا هاما لتطوير القلق الاجتماعي .

٢ – أثر التنشئة الاجتماعية و الأسرية في تعزيز القلق الاجتماعي (بشكل عام) :

من الدراسات التي أثبتت أهمية دور التنشئة الاجتماعية والأسرية ، في تعزيز القلق الاجتماعي لدى الأبناء ، الدراسة التي قام بها شلبي ورسلان Chaleby&Raslan (1990) حيث وصف المرضى آبؤهم بالقسوة ، والميل إلى عقابهم جسدياً ، مع التأكيد على إذلالهم . وقد أكدت هذه الدراسة على أن فرض الآباء سيطرتهم على الأبناء و أسلوبه م القاسي في المعاملة ، ولد الشعور بالقلق الاجتماعي لدى هؤلاء الأبناء . وأن نسبة ٩٠ % منهم عانوا من اعتداء عليهم في الطفولة .

وتشير دراسة القرني (١٤١٣) إلى أن سوء معاملة الآباء والأمهات ، لأبنائهم وتعريضهم للعقوبات الجسدية ، والقسوة والصرامة في المعاملة ، والتي تأخذ أشكالاً منها إثارة الألم الجسدي (الضرب) والشدة في الأمر والنهي ، يزيد من ظهور اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأبناء ، وأن القسوة والشدة والضرب ، في وجود الآخرين يؤثر في شخصياتهم ، وعلى نموهم في مختلف مراحلهم ، إذ يصبح الخوف من العقاب ، هو الدافع وراء كل سلوك يصدر عنه ، ويترتب على هذا ، الإحساس بالعدوانية والرفض والتردد ، وعدم القدرة على اتخاذ القرار ، وضعف الثقة بالنفس أو العجز عن التصرف في بعض الأمور . وذلك لأن أساليب التربية الخاطئة ، التي تقوم على العقاب وتسلط الأبوين وقسوتهم إنما يؤدي ، إلى تعويد الطفل على عدم تقديراته وعدم استقلاليتها ، وبالتالي شعوره بالخوف والقلق وفقدان الثقة بالنفس . وكذلك فإن سوء معاملة الوالدين ، قد تسبب للطفل التعرض لمواقف الإحباط

والفشل المتكرر، مما يسبب له الشعور بالنقص والعجز، وعدم القدرة على تحقيق النجاح ،
وإثبات الذات كالآخرين وأمامهم (عدوان ، ١٤١٣) .

وبناء على ما تقدم ذكره ، عن الأسباب المؤدية للقلق الاجتماعي ، لاسيما دور التنشئة
الأسرية والاجتماعية ، بصفتها جانباً نفسياً واجتماعياً بالغ الأهمية ، في نشأة القلق
الاجتماعي بشكل عام ، كان لابد لنا من التطرق بشكل خاص ، إلى أثر التنشئة الأسرية
والاجتماعية ، في تعزيز القلق الاجتماعي وقلق التحدث لدى الإناث ، لاسيما ونحن نتعامل
في هذه الدراسة مع عينة من الإناث .

٣_ أثر التنشئة الاجتماعية والأسرية في تعزيز القلق الاجتماعي وقلق التحدث لدى

الإناث (بشكل خاص) :

مما لا شك فيه أن القلق الاجتماعي من الظواهر السلوكية ، واسعة الانتشار والتي تعوق صاحبها عن تحقيق ما ينشده من أهداف ، وتفاعل اجتماعي ناجح ، سواء كان هذا التفاعل لفظي أو غير لفظي . فالقلق الاجتماعي ، قد يؤدي إلى آثار نفسية ونتائج سلبية غير مرغوبة على الفرد ، حيث أنه يحد من الأداء الفعلي للأفراد و بالتالي ، فهو عامل مثبط في تحقيق الأهداف ، وإشباع الحاجات النفسية و الاجتماعية.

ولا شك أن الأطر الثقافية ، وأساليب التنشئة الاجتماعية ، المتبعة في المجتمعات المختلفة، لها فاعليتها في تنمية القلق الاجتماعي أو الحد منه . فضلا عن ذلك ، فإن مثيرات القلق قد تختلف من ثقافة إلى أخرى ، ومن مجتمع إلى آخر ، بل قد تختلف في المجتمع الواحد . (كتدعيم السلوك الاستقلالي لدى الذكور ، ورفض ذات السلوك للإناث) ويعود ذلك ، إلى طبيعة المتغيرات القائمة في هذه المجتمعات ، وإلى الأدوار والنمط الاجتماعي السائد .

فعلى سبيل المثال ، فالمجتمعات العربية _ بصفة عامة _ وما تتضمنه من قيم ومبادئ وقواعد وعادات ، تحبذ وتشجع الذكور على التفاعل الاجتماعي ، وتؤيد فكرة تكوين علاقات اجتماعية جديدة بناءة ، وتشيد بفكرة المواجهة والتوكيد ، في حين أنها تفرض قيود على الإناث ، و لاسيما بعد الوصول إلى سن البلوغ ، بشكل أكثر قوه وحدة ، فليس لهن حرية التفاعل الاجتماعي مع البيئة المحيطة ، بنفس الدور الذي يسمح به للذكور . ومن ثم ، فإن خبرتهن الاجتماعية تسهم في تشكيل شخصية قلقة إذا ما تطلب الأمر تفاعلا مع

الآخرين ، حيث ترتفع شدة القلق لديها ، ويكون هذا القلق عائقاً في تفاعلها مع المواقف الاجتماعية ، مما يؤدي إلى إثارة أنماط متباينة من السلوك التجنبي الإنسحابي . والذي من شأنه أن يعوق الأنثى من خبرة اكتساب المهارات الاجتماعية الجديدة ، كما أنه يعمل على تنمية الشعور بتوقع الأسوأ ، فضلاً عن الحساسية المفرطة للتقييم ، الذي قد يصدره الآخرين عليها (رمزي، ١٩٨٣) . حيث تتشكل لديها أفكار ومعتقدات سلبية جامدة ، وغير عقلانية تجاه المواقف الاجتماعية . وبالتالي تحد هذه الأفكار، التي تم اكتسابها من التنشئة الاجتماعية ، في قدرة الأنثى على التواصل اللفظي والأدائي ، وعلى التفاعل الاجتماعي البناء مع البيئة المحيطة .

بالرغم أننا لو عدنا إلى مراحل النمو، لدى كل من الإناث والذكور، لوجدنا أن الأمر مختلف تماماً . حيث أثبتت الدراسات المتخصصة بعلم نفس النمو ، أن الإناث في مراحل الطفولة المبكرة والمتوسطة والمتأخرة (من سنتين إلى ١٢ سنة) يتمتعن بقدرات وطلاقة لفظية ويفقن الذكور في هذه القدرة أثناء هذه المرحلة العمرية (زهران ، ١٩٧٧) . كما أن الكثير من نتائج الدراسات ، التي تناولت الفروق بين الجنسين في القدرات العقلية (خاصة القدرات اللفظية) والسمات المزاجية ، قد أسفرت أن الإناث يتفوقن في بعض الجوانب ، والذكور يتفوقون في الجوانب الأخرى ، حيث تتفوق الإناث بوجه عام على الذكور ، في ميدان القدرات اللفظية . إلا أن هذه القدرات تختلف مستقبلاً، وعللت هذه الدراسات ذلك، إلى عاملي الوراثة والتنشئة الاجتماعية (رمزي، ١٩٨٣) .

وهذا يعني أن الإناث يتمتعن في تلك المراحل العمرية ، بقدره على التواصل اللفظي بكفاءة مع الآخرين . وهذا دليل واضح ، على أن هذا التواصل و الطلاقة اللفظية ، في هذه المرحلة العمرية ، لم تخضع لسيطرة التنشئة الاجتماعية و الأسرية بعد .

وفي هذه المرحلة العمرية المبكرة ، يتميز الأطفال الذكور بارتفاع درجة الخجل والقلق الاجتماعي مقارنةً بالإناث ، وهذا ما أشارت إليه الدراسة التي قام بها بيلكونس ، Pilkonis (1977) في المجتمع الإنجليزي ، إلى أن نسبة الخجل الاجتماعي ترتفع عند الذكور منه لدى الإناث بنسبه ٤٨ ، ٤٨% للذكور مقابل ٣١% لدى الإناث. وفي المقابل توصلت نتائج دراسة شيفر و ملمان (1981 Schaefer & Millman) إلى أن ٩% من عينة مكونه من ٦٧٠ أنثى ، تراوحت أعمارهم بين ٣ - ٧ سنه ، عانين من الخجل الاجتماعي ، فضلا عن بعض الاضطرابات السيكوسوماتية ، في حين عانى ١٨% من عينة الذكور والمكونه من ٧٠٢ (من الأعمار ذاتها) من الخجل الاجتماعي و السلوك التجنبي (النيال ، ١٩٩٥) .

وفي المقابل قام بلينووكس و زيمباردو ، Pilkonis & Zimbardo (1979) بدراسة مسحيه ، على عينات من أطفال (ذكور وإناث) في المدارس الابتدائية والإعدادية ، وتوصلت الدراسة ، إلى أن ٥٠% من الطلاب الذكور ، و ٦٥% من الطالبات الإناث يعانون من الخجل الاجتماعي (Harris,1986) . وبذلك فقد أشارت دراسة بلينووكس وزمباردو ، (Pilkonis & Zimbardo 1979) إلى أن الخجل الاجتماعي ، ظاهرة نفسية نجدها عند الإناث والذكور ، وأن كان الاختلاف يكمن في ارتفاع النسبة وفقا للمرحلة

العمرية لكلا الجنسين . وفي الجانب الآخر، أشارت كل من دراسة بلينووكس وشيفر و ملمان إلى ارتفاع الخجل الاجتماعي ، عند الذكور مقارنة بالإناث ، وذلك في المراحل العمرية المبكرة . في حين ارتفعت النسبة عند الإناث منه لدى الذكور في دراسة بلينووكس و زيمباردو (حيث احتوت الدراسة ،المرحلة الأعداديه وهي مرحلة انتقالية للإناث في جميع النواحي ، لاسيما الناحية الاجتماعية و التربوية) ويرى الباحثان بلينووكس وزمباردو، إلى أن ذلك قد يعود لعامل التنشئة الاجتماعية والنمط الثقافي السائد في مجتمع الدراسة (النيل ، ١٩٩٥) . وتتفق دراسة النيل (١٩٩٥) مع دراسة بلينووكس وزمباردو ، (Pilkonis & Zimbardo 1997) ، من حيث أهمية عامل التنشئة الاجتماعية ، في ارتفاع نسبة الخجل الاجتماعي لدى الإناث . حيث تناولت دراستها ، الفروق بين الجنسين في شدة الخجل ، للمراحل العمريه ١ و٢ و٣ و٤ و٥ و٦ ، أن الفرق جوهري بين الذكور والإناث بما يتعلق بالخجل الاجتماعي ، حيث أن متوسط الإناث أعلى من الذكور في كل فئة عمرية مقابلة . أما فيما يتعلق بالفروق بين مجموعة الإناث في الخجل الاجتماعي ، فقد أظهرت فروق جوهريه بين الفئات العمريه بين ١٤ ، ١٥ ، ١٦ بمتوسط أعلى من الفئات العمرية ١١ ، ١٣ ، ١٢ ، ومن الأسباب التي تعود إلى تفسير هذه الظاهرة، هي التنشئة الاجتماعية والأسرية ، وكذلك المرحلة العمرية ، وما تتطلبه هذه المرحلة العمرية ، والتي من أهمها عامل ،التنشئة الأسرية والاجتماعية ، التي تفرض على الإناث أدوار محددة وقيود والتزامات ، بدايةً من سن البلوغ ، والذي يقلل من فاعليتهن وقدراتهن على الاندماج مع البيئة المحيطة ، فتظهر لديهن مستويات متباينة من القلق الاجتماعي .

وفي مجال الفروق بين الجنسين في شدة الخجل ، قام الأنصاري (١٩٩٧) بدراسة هدفت إلى التعرف على الفروق بين الجنسين في الخجل ، لدى طلاب المرحلة الثانوية في الكويت. واقتصرت عينة الدراسة على (١٩٣) فرداً بواقع (١٠٠) طالبة و (٩٣) طالب من المرحلة الثانوية . وقد أوضحت هذه الدراسة أن الإناث حصلن على متوسط أعلى من الذكور .

وظاهرة ارتفاع درجة القلق الاجتماعي لدى الإناث ، لا تقتصر على مجتمع أو بيئة بعينها، فهي توجد في المجتمعات الأجنبية مثل تواجدها في المجتمعات العربية ، حيث أظهرت العديد من الدراسات الأجنبية وجود هذه الظاهرة في مجتمعاتها ، سواء في مرحلة المراهقة أوفي مرحلة الرشد ومن هذه الدراسات ما قام به كلارك وآخرون . Clark et al (1995) بدراسة استهدفت تقييم شدة الخوف والقلق الاجتماعي لعينة من المراهقين (١٢_١٨ سنة إناث وذكور) والتي كانت من نتائجها ، ارتفاع درجة الخوف و القلق الاجتماعي ، عند الإناث منه لدى الذكور، بالإضافة ، إلى أن شدة القلق لدى المراهقين ، من الجنسين ادني منه لدى البالغين وذلك بمقارنته ، بنتائج دراسات أخرى طبقت على عينة من البالغين . وقد يستمر القلق الاجتماعي في تزايد ، إذا لم يتم التدخل العلاجي ، في الحد منه حيث أثبتت نتائج دراسة ستاين و آخرون . Stien et al (1997) أن بؤادر ظهور القلق الاجتماعي تمت بشكل ٥٠% و ٧٥% و ٩٠%

للأعمار ١٣ و ١٧ و ٢٠ ، والتي قد تكون ، أعطت مؤشرا واضحا ، عن احتمالية تزايد هذا الاضطراب في المراحل العمرية المتتابعة .

أما دراسة ، ماجي و آخرون ، Magee et al., (1997) ، والتي أسفرت عن نتائج منها، ارتفاع شدة الخوف والقلق الاجتماعي لدى الإناث منه لدى الذكور ، بالإضافة إلى أن بواذر ظهور القلق الاجتماعي ، كانت عند المرحلة العمريه ١٦ سنة (مرحلة البلوغ) و تشتد بعد ذلك . وكذلك الدراسة التي قام بها كوكس وآخرون ، Cox et al. (1996) والتي من نتائجها ، ارتفاع نسبة المخاوف والقلق الاجتماعي لدى الإناث منه لدى الذكور. وتتنوع مظاهر القلق الاجتماعي بتنوع المواقف الاجتماعية ، إلا أن ، قلق التحدث أمام الآخرين ، يضل أكثرها شيوعاً وانتشاراً ، إذ أن معظم من يعانون القلق الاجتماعي يخافون الحديث أمام الآخرين ، اعتمادا على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR (2000) ، وهذا أيضا ما أشارت دراسة ويكر وآخرون . ، (Waiker et al (١٩٩٨) حيث أجاب ٩٧% من عينة الدراسة، بأنهم لا يستطيعون التحدث أمام الآخرين ، أو إلقاء خطب في مناسبات رسمية أو غير رسمية. (وهو الاضطراب الذي تعاني منه عينة البحث الحالي) .

وجاء في المرتبة الثانية ، مقابلة شخص مهم أو مسؤول كبير ، حيث أجاب حوالي ٧٦% من المشاركين في هذه الدراسة بأن هذا الموقف يثير قلقهم بشكل كبير .

وبناءً على ما تقدم ، يجب أن لا نستبعد دور التنشئة الاجتماعية والأسرية ، في تعزيز القلق الاجتماعي وقلق التحدث لدى الإناث ، فعلى سبيل المثال : لو قارنا بين حياة الفتاة ، في مرحلة ما قبل البلوغ ومرحلة ما بعد البلوغ . فهي قد تحصل في مرحلة ما قبل البلوغ على مزيد من الحريات (خاصة بما يتعلق بالمجال الاجتماعي) و تكافئ وتشجع على المناقشة والتحصيل والتفوق الدراسي ، بينما قد يختلف ذلك عند البلوغ ، حيث تحد حريتها بدرجة ما ، ويصبح دورها الأنثوي ، هو الدور الذي تشجع عليه ، بل يصبح وسلبيتها الوحيدة والفعالة للحصول على الرضى الاجتماعي وأسلوبها الأمثل في تحديد ذاتها . وقد يتشكل لها احتمالية القيام بدور حدد من قبل الأسرة والمجتمع ، كدور مفروض و متوقع . وأن كان لا يتلاءم مع ما لديها من سمات شخصية . (رمزي ، ١٩٨٣) وفي المقابل ، قد يحدث أن نرى ، في بعض المجتمعات وبعض الأسر (كالبيئة السعودية على سبيل المثال) أن هذا المجتمع أو هذه الأسرة ، قد استخدمت نمط مغاير وأسلوباً آخر من أساليب التنشئة ، إذا ما تعلق الأمر بالأبناء الذكور ، حيث يعزز السلوك الاستقلالي ، والمهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي البناء . وبالتالي ينشأ الأبناء الذكور ، بمستوى متدني من القلق الاجتماعي ، وقلق التحدث مقارنة بالإناث ، بناءً على ما حددته المعايير الاجتماعية والتنشئة الأسرية في مجتمعها الراهن .

التفكير العقلاني عن البرت أليس :

قبل الشروع في ذكر تفاصيل وأسس ومنهجية العلاج العقلاني-الانفعالي ، نلقي الضوء على جانب هام وأساسي في نظرية العلاج العقلاني-الانفعالي ، والذي يتمثل في التفكير العقلاني عند صاحب النظرية البرت أليس . حيث طرأ تغيير مميز على نظرية العلاج العقلاني-الانفعالي السلوكي ، منذ عام ١٩٦٢ والذي يحدث في العديد من الأفكار الأصلية التي طرحها أليس . حيث اشتمل ذلك التغيير على التمييز ما بين التفسيرات والتقييمات ، وما بين الانفعالات السليمة والأفكار العقلانية ، والانفعالات والأفكار غير السليمة و غير العقلانية، وكذلك على التفاعل بين كل من العمليات المعرفية (الأفكار العقلانية) والانفعالية والسلوكية ، وأنها لا تعمل بصورة منعزلة عن بعضها البعض في الاضطراب النفسي (Ellis,1991;Dryden,1995) . ويشيد أليس بأهمية التمييز بين الأفكار والمعتقدات العقلانية والأفكار والمعتقدات غير العقلانية . فالمعتقدات العقلانية يعبر عنها عادة ، بالرغبات ، والتفصيلات ، والمستحبات ، والأمانى ، و المكروهات . ويلاحظ أنها صيغ تفصيل لا تتضمن مطالب تفرض على الذات . وفي حالة أنها لم تتحقق فإن المشاعر السلبية تكون عادية وتكون ملائمة للحوادث التي تقع . أما المعتقدات غير العقلانية ، فإنها معتقدات جامدة وتأخذ تعابير تفرض مطالب على الفرد . وفي حالة عدم تحقق هذه المطالب ، فإن هذه الأفكار غير العقلانية تؤدي إلى إثارة الانفعالات السلبية ، التي تعيق الفرد في بلوغ أهدافه مثل (القلق ، الاكتئاب ، مشاعر الغضب وغيرها) . ويرى أليس أن الأفكار اللاعقلانية عندما تسيطر على الفرد ، فإنه يشعر بأنه مصاب بالحزن والهم والكرب

بدرجة كبيرة . وحتى يصل الفرد إلى قرار سليم فيما يتعلق بقيمته الذاتية ، يجب عليه أن يسجل عنده كل ما يصدر عنه من أفعال منذ صباه ، فهي مهمة وضرورية ، لان ذلك يؤدي إلى تقييم الذات بصورة جيدة وصحيحة . لذلك عندما يداوم الفرد على قياس أفعاله وإنجازاته ، يكون دائماً حذر فيما يختص بتقييمه لنفسه وأفعاله ، وتقبله لذاته بصرف النظر عن شكل الأداء هل هو سيئ أم حسن (Ellis.1990) .

لكن عندما يكون الشخص مذنباً ومتوتراً وغازباً ، ومكتئباً ، عندها نتوقع أنه يفكر تفكير لامنتطقيا ولا عقلانيا ، حيث أن التفكير الغير عقلاني متنوع ومتعدد ، وقد قام كل من كرافورد وأليس ، Crowford & Ellis (١٩٨٩) بتصنيفه على النحو التالي :

١- معتقدات غير عقلانية تدعو للانهازام النفسي ، حيث تدخل بصورة قوية لكي تؤثر على الرغبات أو الأهداف الأساسية ، وخاصة فيما يتعلق بالسعادة مثل " لا بد أن أعمل بشكل حسن وبصورة جيدة ، بحيث اكسب راضى واستحسان الجميع "

٢- معتقدات غير عقلانية ضد النظام الاجتماعي . حيث تعمل هذه المعتقدات على تدمير المجموعة التي تنتمي إليها مثل " إذا لم تعطني ما أريده فأنت شخص لا قيمة لك وتستحق الموت " .

٣- معتقدات غير عقلانية فردية شديدة الصلابة وتعسفية ، تحتوي على كثير من المبالغة، وهذه المعتقدات تحتوي على المطالب والأوامر والحاجات المشروطة التي تسيطر على النفس والآخرين ، لأن من خصائص التفكير غير العقلاني المبالغة والتضخيم غير الممكن التحقيق .

٤- معتقدات غير عقلانية متعارضة ، يعارض بعضها البعض مثل " لا بد أن أؤدي كل شئ بشكل ممتاز ، ويجب ألا يحسدني ، ولا يكرهني أحد على إنجازاتي وعملي الجيد، (Crowford &Ellis ١٩٨٩) .

ويرى أليس أن البشر لديهم ميل بيولوجي للتفكير بشكل غير عقلائي ، وأن هذا التفكير الخاطئ ، هو الذي يحدث الاضطراب النفسي . ولا ينفي أليس دور العوامل الاجتماعية في هذا التفكير ، وأن البشر يصل تفكيرهم اللاعقلاني في تفضيلاتهم الاجتماعية إلى مستوى المطالب المطلقة ، بالنسبة لذواتهم والآخرين والعالم الخارجي . وبهذا فالبشر الذين يختارون ويتمسكون بإصرار بالمعتقدات ، التي تسبب انهزام الذات والإحباط ، يمكنهم أيضاً أن يغيروا أفكارهم وانفعالاتهم وسلوكهم ، إذا ما تم تعليمهم وتوجيههم للتصدي ومعارضة أفكارهم غير العقلانية (Ellis,1991;Ellis,1993;Dryden,1995) . وقد عرض باترسون (١٩٨١) الأفكار التي وضعها أليس ، Ellis و عددها إحدى عشر فكرة وهي كما يلي :

١- الفكرة اللاعقلانية الأولى :

" من الضروري أن يكون الإنسان محبوباً ومرضياً عنه من جميع المحيطين " . هذه الفكرة غير منطقية لأنها هدف يصعب تحقيقه ، وإذا اجتهد الفرد للوصول إليها سيصبح أقل شعوراً بالأمان وأكثر عرضة للإحباط ، بالرغم أن غاية كل إنسان أن يكون محبوباً إلا أن الشخص العاقل لا يضحى باهتمامه ورغباته الشخصية ، في سبيل تحقيق هذه الغاية ، ومن

الطبيعي أن يعبر عن هذه الرغبات والاهتمامات، ومن بينها رغبته أن يكون محبوباً ومبتكراً ومنتجاً .

٢- الفكرة اللاعقلانية الثانية :

" يجب على الفرد أن يكون على درجة عالية من الكفاءة والمنافسة ، وأن ينجز ما يمكن أن يعتبر نفسه بسببه ذا قيمة وأهمية "

إن تحقيق ذلك من الأمور الصعبة ، ونضال الفرد لتحقيق ذلك ، قد يؤدي إلى الأمراض الجسمية والنفسية ، وإلى الشعور بالعجز ، وإلى فقدان الثقة بالنفس وإلى الحرمان ، من الاستمتاع بالحياة الخاصة ، ويؤدي ذلك بالتالي الشعور بالخوف من الفشل . أما الشخص العاقل هو الذي يجتهد في الوصول إلى الأفضل ، ولا يربط تحقيق ذاته من خلال تفوقه على الآخرين فقط .

٣- الفكرة اللاعقلانية الثالثة :

" إن بعض الناس أشرار ومجرمين وعلى درجة عالية من السوء ، وأنه يجب عقاب الناس الذين تصدعهم هذه التصرفات عقاباً شديداً " هذه الفكرة غير عقلانية ، لأنه ليس هناك معيار مطلق للصواب والخطأ . والأعمال الخاطئة قد تكون نتيجة ، أن الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات أغبياء أو جهلة أو مضطربين انفعالياً . وكل إنسان عرضة للخطأ والصواب ، والعقاب لا يؤدي بضرورة إلى تعديل السلوك، وقد يؤدي إلى سلوك أسوأ أو إلى اضطراب انفعالي أشد .

٤ - الفكرة اللاعقلانية الرابعة :

" إنها لمصيبة و كارثة عندما تسير الأمور بعكس ما يتمنى الفرد " هذه الفكرة غير عقلانية ، حيث أن التعرض للإحباط يعتبر عادياً ، وكل إنسان معرض لأن يواجه مثل هذه المواقف . وعلى الإنسان في هذه الحالة ، أن يحاول بكل جهده لتغيير الظروف ، أو ضبطها بحيث تكون الأشياء مقبولة إلى حد ما . لكن إذا كان تغيير المواقف السيئة غير ممكن أو مستحيلاً ، فإن من الأفضل للشخص أن يمهد نفسه لقبول الأشياء ، وأن يتوقف عن تصويرها بأنها فظيعة أو قاتله .

٥- الفكرة اللاعقلانية الخامسة :

" إن المصائب والتعاسة تعود إلى الظروف الخارجية ، والتي ليس للفرد القدرة على التحكم بها " هذه الفكرة غير عقلانية ، لأن الظروف الخارجية وإن كانت عوامل محرضة ، ولكنها ليست هي سبب التعاسة والمصائب ، ولكنها تتأثر باتجاهات الفرد نحوها ، وردود أفعاله تجاهها ، وهذا الذي يجعلها تبدو كذلك ، من خلال تضخيم وتهويل الإثارة من الخارج ، والشخص العاقل ، هو الذي يدرك أن من الممكن تغيير ردود أفعاله ، من خلال تغيير فكرته تجاه هذه الظروف ، وإعادة النظر فيها . و عمل خطة تساعد على التكيف والتأقلم مع هذه الظروف المحيطة .

٦- الفكرة اللاعقلانية السادسة :

" إن الأشياء الخطرة أو المخيفة ، هي أسباب الهموم والأسى والانشغال الدائم للفكر، وينبغي أن يتوقعها الفرد دائماً ، وأن يكون على أهبة الاستعداد لمواجهتها والتعامل معها " الإنسان العاقل هو الذي يواجه مصادر الخوف والقلق بصراحة وشجاعة ، ويحاول أن يقلل من الآثار السيئة التي تترتب عليها ، فإذا كان ذلك مستحيلاً ، فإنه يمكن للإنسان أن يهتم بأشياء أخرى . ويتوقف عن تصور هذا الشيء خطير أو مخيف ، كم أنه لا يعطي هذه الأشياء اكبر من حجمها ، بحث تؤدي به إلى القلق ، وأن ذلك لا يمنع من وقوعها ، وقد يكون القلق إزاءها أشد خطراً من الأحداث نفسها .

٧- الفكرة اللاعقلانية السابعة :

" من السهل والأحسن أن نواجه مصاعب الحياة ومسؤولياتها بالتجنب والانسحاب " هذه الفكرة غير عقلانية ، لأن تجنب إنجاز الواجبات والمسؤوليات يؤدي إلى ظهور مشكلات أخرى . كم أنه يولد الشعور بالانهزامية ، وتدنى مستوى الثقة بالنفس ، من خلال تقاوى مواجهة هذه المواقف بشجاعة واتزان . وليس بالضرورة أن تكون السعادة بالحياة السهلة. والإنسان العاقل هو الذي يؤدي ما عليه من واجبات ومسؤوليات ، دون تذرر مستمر أو ألم ، وفي نفس الوقت يتجنب الأشياء المؤلمة وغير الضرورية .

٨ - الفكرة اللاعقلانية الثامنة :

" يجب أن يعتمد الشخص على آخرين ، ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منه لكي يعتمد عليه في تحقيق أهدافه وإنجازاته " هذه فكرة غير عقلانية ، وفرض غير منطقي ، لأننا جميعاً نعتمد على بعضنا البعض إلى حد ما . ولكن ليس لدرجة المبالغة في الإعتماضية ، لأنها تثبط الثقة بالذات وتقصد الإحساس بالأمن النفسي ، و تعيق الفرد من تحقيق ذاته بذاته . حيث يصبح تحت رحمة من يعتمد عليهم . والشخص العاقل هو الذي يسعى ويكافح بالقدرات التي يمتلكها ، ولا يرفض المساعدة عندما يحتاجها .

٩ - الفكرة اللاعقلانية التاسعة :

" الخبرات والأحداث الماضية ، هي المحددات الأساسية للسلوك الحالي والمؤثرات الماضية لا يمكن استئصالها أو تجنبها " هذه الفكرة غير عقلانية، لأن ما كان يعتبر سلوكاً ضرورياً في الماضي في ظروف معينة ، ليس من المحتم أن يكون ضرورياً في الحاضر . والحلول الماضية لمشكلات ماضية قد لا تكون ملائمة للمشكلات الحاضرة . والشخص العاقل ، يدرك لأنه يمكن تعديل الحاضر ، بإثارة بعض تساؤلات وتحليل المواقف الماضية ، وتغيير المعتقدات المرتبطة به . ومحاولة تطوير نفسه وتغييرها بما يتناسب والأحداث الحالية في البيئة الواقعية .

١٠ - الفكرة اللاعقلانية العاشرة :

" يجب على الإنسان أن يحزن ويتألم لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات " هذه فكرة غير عقلانية ، لأن على الفرد أن يساعد في حدود إمكانياته وقدراته . و يجب أن يتمالك نفسه إزاء مصائب الآخرين ، لأنه سيكون أكثر فائدة لهم ، من لو كان كئيباً أو منهزماً أو مهزوماً مثلهم .

١١- الفكرة اللاعقلانية الحادية عشر :

" هناك دائماً حل لكل مشكلة ، وهذا الحل يجب التوصل إليه ، وإلا فإن النتائج سوف تكون خطيرة " هذه الفكرة غير عقلانية ، وذلك لأنه لا يوجد حل صحيح وكامل لأي مشكلة . والإصرار على الكمال فكرة لا منطقية ، وعامل محفز على ظهور الاضطرابات النفسية واستمرارها ، وذلك لأننا بشر محكومين بإمكانيات وقدرات محدودة ، ولا يوجد شيء حتمي ومطلق . والإنسان العاقل هو الذي يأتي بحلول متعددة ، ويختار أفضلها وأكثرها قابلية للتنفيذ . حسب إمكانياته وقدراته الراهنة . (باترسون ، ١٩٨١) .

رابعاً - العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي:

(REBT) Rational-Emotive-Behavior Therapy

مدخل تاريخي :

تعود جذور العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي إلى الفلسفات القديمة وخاصة ، ما جاء عن ابكتيتوس ، Epictetus الذي فسر الاضطراب النفسي ، بأنه ليس بسبب المواقف و الأحداث ، ولكن بسبب طريقة التفكير حول تلك الحوادث (Ellis,1989) . وقد تأثر أليس بهذه الفلسفة أكثر من تأثره بعلماء النفس . حيث تشترك فلسفة العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي إلى حد كبير مع هذه الفلسفة ، خاصة بما يتعلق بتفاعل الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية . حيث ترى هذه الفلسفة أن ما لا يمكن تعديله يجب إما تقبله أو طرحه جانباً . فقد لا يتقبل الفرد جوانب كثيرة في الحياة ، والتي لا أمل في تغييرها أو إصلاحها (كوفاة قريب ، وجود جوانب نقص فينا ، اختلاف الناس عنا وغيرها) لكن

الفرد بعدم تقبله لهذه الحقائق الحتمية ، يجعل نفسه مستهدفاً لكثير من ألوان التعاسة والاضطراب . بمعنى إذا واجهة مشكلة ما أو موقفاً حتمياً لا يملك تعديله ، فإن تبديده لطاقته في التفكير في هذه المشكلة لن يعود عليه بفائدة ، بل سيؤدي في النهاية إلى تضخيم توتره النفسي والانفعالي ، منتهياً به إلى مضاعفات من الشقاء اكبر بكثير ، من المشكلة والحدث ذاته (الخطيب ، ١٩٩٤) .

ويشير أليس ، (١٩٨٩)Ellis إلى أنه في عام ١٩٥٣ عمل كمحلل نفسي ، واستمر في ذلك حتى ، منتصف الخمسينات من القرن الميلادي ، حيث كان معظم المعالجين واقعيين تحت تأثير النظريات والفنيات التحليلية ، إلا أنه سرعان ما أصبح غير راضي عن هذا النوع من العلاج . وقام لفترة بتطبيق وتجريب العلاج التحليلي المختصر والعديد من الأساليب الأخرى ، إلا أنه لم يكن مقتنع بها تمام الاقتناع . و يذكر أليس إلى أنه أثناء عمله في التحليل النفسي ، كان يساعد المرضى إلى التوصل إلى أسباب اضطراباتهم ، إلا أنه لم يكن هناك تركيز على أهمية ربط هذه الاضطرابات ، بطريقة التفكير الخاطئة ، ومحاولة تغيير كل من الأفكار والانفعال . وقد لاحظ إلى أنه من النادر أن يتخلص المريض من اضطراباته ، حتى لو كان على علم بأحداث طفولته والأحداث التي أدت إلى اضطرابه . حيث أن المريض وإن تخلص من بعض الأعراض ، إلا أنه لا يزال لديه ميولاً قوية لإظهار المرض من جديد . وقد سعى أليس بعد ذلك ، إلى التركيز على الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية للاضطراب ، من خلال إعطاء المرضى الواجبات المنزلية ، والتدريب على المهارات ، خاصة مع المرضى الذين يعانون (المخاوف الاجتماعية) . وقد وجد أن

التركيز على هذه الجوانب مع هذا النوع من الاضطرابات ، قد أدى إلى نتائج مذهلة . حيث أبدأ هؤلاء المرضى تحسناً واضحاً في غضون عدة أسابيع . في حين أن التوصل لنفس النتيجة يستغرق ، مده سنة أو أكثر في العلاج التحليلي . ومن هنا أبتكر أليس طريقته الخاصة بالعلاج و أطلق عليها " العلاج العقلاني " كي يؤكد على الطابع المنطقي والمعرفي لأسلوبه العلاجي . إلا أن هذا أدى هذا إلى سوء فهم طريقته العلاجية ، حيث اعتقد الكثير آنذاك أنها تهتم فقط بالمعرفيات Cognitions (أي الأفكار والمعتقدات) وأهمل الانفعالات . إلا انه بعد ذلك عمد إلى تصحيح ذلك من خلال إعادة مسمى طريقته العلاجية . حيث أصبحت تعرف بالعلاج العقلاني-الانفعالي (Ellis ,1989) .

وفيما يلي عرض لنشأة ونظرية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي والأسس التي يقوم عليها .

أ - نشأة العلاج العقلاني-الانفعالي :

تعود نشأة العلاج العقلاني-الانفعالي (RET) إلى عام ١٩٥٥ ، وقد أطلق عليه أليس العلاج العقلاني . إلا أنه في عام ١٩٦٢ قام أليس بإعادة مسمى طريقته العلاجية والذي بدأ واضحاً في عنوان أول كتاب ينشر إلى أليس " العقل والانفعال في العلاج النفسي " عن العلاج العقلاني- الانفعالي كنظام للعلاج النفسي . وبالرغم من طول الفترة الزمنية التي عقت هذا الكتاب ، إلا أنه ما يزال ، من أهم المراجع المستخدمة عن العلاج العقلاني-الانفعالي . كما أنه مازال يحتل مكانه بارزاً إلي هذا اليوم بين الدراسات الكلاسيكية ، وتكمن أهمية هذا الكتاب ، في طبيعة النظرية التي تشجع المرونة ، حيث أفسحت هذه الميزة

المجال ، أمام مراجعة ضخمة للأفكار السائدة في عام ١٩٦٢ ، والتطورات التي أزلت حالات الغموض والالتباسات التي أبرزت جوانب نظرية العلاج العقلاني-الانفعالي (Dryden,1995) . ومنذ ذلك الحين أبدى أليس اهتماماً واضحاً ، على الجوانب المعرفية والانفعالية بصفاتها عوامل متداخلة ، خاصة بما يتعلق بنظرية (ABC) . حيث توسعت دائرة شيوع تأثير العلاج العقلاني-الانفعالي ، ليس في الولايات الأمريكية فحسب ، بل في كندا حيث اظهر الأخصائيين النفسيين الكنديين ، بأن أليس يعد أول المعالجين النفسيين تأثيراً عليهم ، يتبعه بعد ذلك (كارول روجرز وأرون بيك) (Warner,1991) .

وقد بدأت تأثير طريقتيه العلاجية في مجال علم النفس ، تأخذ مداها في الولايات المتحدة الأمريكية . حيث اعتبرت الدراسة لاستطلاعية التي قامت بها الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي والإكلينيكي ، للأخصائيين النفسيين لعام (١٩٨٢) عن المدارس الأكثر تأثيراً ، في الولايات المتحدة الأمريكية ، أن منهج أليس يعتبر منهج فكري ورافداً أولياً ، من روافد المناهج السلوكية ، التي تستخدم الجوانب المعرفية لضبط سلوك الفرد (Smith,1982) .

وقد قامت أكثر من ٢٥٠ دراسة ، تناولت جميعها فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي . حيث برهنت معظمها عن نتائج إيجابية عن مدى فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي (Silverman , et al , 1992) ، (McGovern & Silverman , 1984;) .

وفي عام ١٩٩٣ م ، قام أليس بإعادة تسمية طريقتيه العلاجية ، حيث أصبحت تعرف منذ ذلك الحين بالعلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، (Ellis,1998) (REBT) Rational- Emotive - Behavioral Therapy . ويعود

ذلك إلى أن كثيرا من فنياته العلاجية ، كانت في الأصل فنيات للعلاج السلوكي والسلوكي المعرفي . وقد كان أليس منذ البداية ، يرى أن الانفعالات والسلوك والأفكار، ما هي إلا عمليات نفسية متفاعلة ومتداخلة ومترابطة ، لذلك أهتم بها جميعا في عملية العلاج . بالإضافة إلى اهتمامه وتركيزه على العمليات النفسية ، المتمثلة في انفعالات وأفكار ومعتقدات المرضى ، وفي بتطبيق ما تعلموه في العلاج ، عن طريق استخدام الأساليب السلوكية (Dryden , 1990) .

وتستند نظرية أليس Ellis (1993) في الشخصية إلى بعض الأسس والجوانب التي يمكن تلخيص وعرض بعض منها على النحو التالي :

أ- الأسس البيولوجية :

تفترض هذه النظرية ، بأن الإنسان يولد ولديه ميل بيولوجي للتفكير بطريقة غير عقلانية ، وأن هذا التفكير اللامنطقي هو الذي يحدث الاضطراب النفسي وهذا نجده عند البشر الذي ربوا تربية سليمة وصحيحة . وفي المقابل لا ينفي أليس دور العوامل الاجتماعية في هذا التفكير . وأن البشر يصل تفكيرهم اللاعقلاني في تقضياتهم الاجتماعية ، إلى مستو المطالب المطلقة بالنسبة لذواتهم وللآخرين وللعلم المحيط بالبشر . ويضيف أليس إلى أن البشر لديهم الاستعداد البيولوجي ، لاختراع المطالب الملحة على الذات وعلى الآخرين وعلى الكون ، ويتمسكون بها بقوة مهما كانت غير منطقية ، ومهما أدت إلى نتائج سلوكية وانفعالية سلبية . كما تؤكد هذه النظرية ، على

دور التعليم والتأثير الاجتماعي في اللاعقلانية البشرية والقلق ، على أن لها جذور بيولوجية ، ولدى الناس ميول فطرية قوية لأفكارهم اللاعقلانية .

ب- الجوانب النفسية :

وهي عبارة عن إصرار الفرد اللاعقلاني ، على أن يكون كل شيء على ما يريد وما يحبه ، وهو بذلك يصر على استخدام الكلمات المطلقة مثل " يجب على أن " و " ويتعين على أن " و " يتحتم على " وهذه أفكار خارجة عن نطاق المنطق . وينتج عن ذلك وقوع الكثير من الأفراد ، في الاضطرابات الانفعالية ، والتي تؤدي بدورها إلى أن يصبح الفرد أكثر قلقا واكتئابا ، وهكذا يدور في حلقة مفرغة ليس لها أول ولا آخر ، وتتضمن تلك الحلقات ما يأتي :

- ١ - اتهام الفرد لذاته لكون أدائه سيئاً في عملاً ما .
- ٢ _ الشعور بالذنب أو الاكتئاب ، بسبب عدم رضائه عن نفسه .
- ٣ _ اتهام الذات للشعور بالذنب ولاكتئاب .
- ٤ _ اتهام لذاته لمعرفته أنه يتهم ذاته ، ولعدم توفقه عن اتهام ذاته .
- ٥ _ اتهامه الذات لاتهامه لذاته .
- ٦ _ اتهامه لذاته لطلب العلاج النفسي ، وعدم تحسنه رغم ذلك .
- ٧ _ اتهامه لذاته لأنه أصبح أكثر اضطراباً من الآخرين .
- ٨ _ شعور الفرد أنه لا خلاص من اضطرابه ، وأنه لا يمكن عمل أي شيء للخلاص .

وهكذا يخلص الفرد إلى سلسلة من الاستجابات ، التي تؤدي إلى اضطرابات ترتبط بصورة غير مباشرة ، وملتوية بالأحداث والمثيرات .

ج - الجوانب الاجتماعية :

ترى نظرية أليس أن النضج الانفعالي ، ما هو إلا اتزان دقيق بين اهتمام الفرد بالعلاقات مع الآخرين ، وبين المبالغة في الاهتمام بها .

د - التفاعل بين الأفكار والتصرفات :

يرى أليس أن الناس والأفراد العاديين ، يتصرفون ويشعرون ويفكرون ويعقلون ، وكل ذلك في صورة تفاعلية ، حيث تؤثر أفكارهم على مشاعرهم وسلوكياتهم ، كما أن الانفعالات تؤثر بدورها على الأفكار وعلى السلوكيات ، كذلك التصرفات ، تؤثر على كل من الأفكار والانفعالات . وحتى نغير واحدا من تلك الأنماط ، فإن تغيير النمطين الآخرين سوف يؤدي إلى نتائج طيبة .

هـ - قوة تأثير العلاج المعرفي :

العلاج العقلاني-الانفعالي ، يستخدم مجموعة من الطرق المعرفية ، إلا انه يركز بشكل خاص على تحدي ومهاجمة الأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية ، واستبدالها بأفكار عقلانية ، وذلك في محاولة مساعدة المسترشد ، لتغيير فلسفته في الحياة ، وهذا يزيد من قوة تأثير العلاج العقلاني-الانفعالي (Ellis,1993).

ويرى أليس في نظريته ، أن الإنسان يوجد اضطراباته إلى حد كبير ، حيث يولد ولديه نزعة للقيام بذلك . لأنه يتعلم عن طريق الإشراف الاجتماعي ، تقوية ودعم هذه النزعة ،

ولكن على الرغم من ذلك ، فلدى الإنسان قدرة على فهم ما يعتقد أنه مسببا لاضطراباته ، لأن لديه قدرة فريدة للتفكير في تفكيره . حيث يستطيع أن يقوم بتدريب نفسه على إزالة الأفكار والمعتقدات الهدامة ، التي أدت إلى اضطرابه النفسي ، فهو لديه قدرة على الضبط الذاتي أو على إعادة الإشراف الذاتي (المدخلي ، ١٩٩٥) .

وفي عام ١٩٤٥م قام أليس ، بنشرة أكثر من ٥٠ كتابا و أكثر من ٩٠٠ مقالة ، عمد بعدها بطرح أسلوب فلسفي ، يوضح فيه للناس أنهم السبب في اضطراباتهم الانفعالية . وعليه قام في نظريته باستخدام أساليب سلوكية ، وأساليب انفعالية ، وأسباب معرفية مباشرة وفعالة ، تساعد الأفراد على تغيير اتجاهاتهم وكذلك تغيير آراءهم عن أنفسهم ، وعن العالم المحيط بهم . وذلك بتبصيرهم بأبعاد نظريته المتمثلة في الأحرف اللاتينية الثلاثة ABC ، والمعبرة عن المصطلحات التالية (A) Activating Event ، والتي تعبر عن الأحداث المنشطة والتي تتضمن الأحداث نفسها ، إضافة إلى تفسيراتها لها ، و (B) Belief system والتي تعبر عن المعتقدات ، التي نحملها عن تلك الأحداث والنتائج الانفعالية والسلوكية (C) motional Behavioral Consequences ، التي تنجم عن المعتقدات والأفكار التي نحملها عن (B) ، حيث أنه بعد حدوث المثير المهم (A) وظهور النتيجة الانفعالية (C) والتي يبدو أن المثير (A) هو المسبب لها ، إلا أنه في الواقع يكون نظام معتقدات الفرد عن الحدث (B) ، هي السبب في ظهور النتيجة الانفعالية (C) (Dryden1995a) .

ونظرية العلاج العقلاني-الانفعالي ، عبارة عن طريقة سلوكية تعالج عن طريقها الاضطرابات الانفعالية . وهدفها تزويد المسترشدين بالمهارات اللازمة ، لكي يتصرفوا

ويشعروا بطريقة تحقق أهدافهم بسهولة ويسر ، وتركز هذه النظرية على ضرورة تغيير المعتقدات والأفكار اللاعقلانية بأخرى أكثر عقلانية (Ellis , 1984) .

ولنظرية أليس ، Ellis منهج واضح ، فهي تأخذ في الاعتبار جميع المشكلات الانفعالية، التي تنشأ عند الفرد نتيجة لأفكاره . لأن الإنسان عندما يفكر بالمشكلات التي تصادفه في حياته بطريقة تؤدي به إلى أن يشعر بالقلق أو الاكتئاب ، عندها فالشخص سوف يشعر بالإحباط و بالغضب و الاكتئاب أيضا ، فإذا كنا نعلم أن اضطراباتنا ناتجة عن أحاديثنا الذاتية الداخلية ، أو كما يسمى بالحوار الذاتي ، الذي يحدث بين الفرد ونفسه ، هذه الأحاديث تعكس ما يدور بخلد الواحد ، من تخيلات وصور ذهنية وأفكار سلبية ، تجاه الذات وما تحويه من نظرة انهزامية هدامة والتي غالباً ما تؤدي لنشأة الاضطراب (Ellis,1993) . ومن هنا يتضح لنا أن الأحداث الخارجية ، ليس لها صلة مباشرة بمدى انفعالنا ، بل إننا ندين إدراكنا لتلك الأحداث ، وطريقة فهمنا وتفسيرنا لها . حيث أن المعتقدات الخاطئة اللاعقلانية ، التي بناها الفرد عن تلك الأحداث ، هي السبب المباشر الذي نشأ عنه الانفعال ، سواء كان ذلك الانفعال ساراً أو غير سار (Ellis,1989) .

ب – تفسير الاضطرابات والمشكلات النفسية حسب نظرية أل ABC :

حدد أليس Ellis العناصر الأساسية في العلاج العقلاني-الانفعالي على النحو التالي :

١- الحدث الذي يؤثر في الشخص Activating Event (A) .

٢- الاعتقاد والأفكار التي تتطور لدى الإنسان حول ذلك الحدث (B) Belief .

٣- النتيجة الانفعالية التي تتجم عن الاعتقادات و الأفكار Emotional

(C) (Consequences (Dryden,1995a).

ويعتبر النموذج الذي أعده أليس والذي أسماه (ABC) أساساً في العلاج العقلاني-الانفعالي. حيث أن الرمز (A) يرمز إلى الحدث الذي أثار الانفعال ، وهو غالباً يمثل المواقف الذي تظهر فيها المشكلة النفسية ، وهذه الأحداث أما أن تكون داخلية (أفكار الفرد ومشاعره) أو خارجية (المواقف التي يتعرض لها الفرد) .

أما الرمز (B) فإنه يشير إلى أفكار الإنسان أو اعتقاده بالنسبة للحدث المثير ، وتلك الأفكار إما أن تكون أفكاراً جامدة ويطلق عليها الأفكار غير العقلانية ، أو أفكار مرنة ويطلق عليها الأفكار العقلانية . والمعتقدات والأفكار غير العقلانية عادة تكون من عبارات لغوية مثل (يجب ، لابد ، ينبغي) وفي هذه الحالة إذا آمن بها الفرد ، فإن تفكيره غير العقلاني سوف يكون هو السائد فمثلاً " يجب أن يحبني الآخرون ويتقبلوني جميعاً وإلا فإنني لا أستحق الحياة " . أو " يجب أن أحصل على تقدير امتياز وإلا فإنني فاشلة " (يمثل المثال السابق أحد الأفكار غير العقلانية ، التي كانت تعاني منها ، أحد عينة الدراسة، والتي قامت الباحثة بتحدي هذه الفكرة مع الطالبة ، ومن ثم التخلص منها و تبني فكرة عقلانية بديلة ، أثناء سير الجلسات العلاجية) .

أما الرمز (C) فيشير إلى النتائج الانفعالية ، والتي تعبر عن السلوك النهائي أو النتيجة النهائية-الانفعالية ، لمعتقدات الشخص بخصوص المثير (A) . وكما هو معرف في هذه النظرية ، أن النتائج الانفعالية التي تنشأ من الأفكار الجامدة غير العقلانية ، ليس بسبب

الحدث ذاته ، وإنما بسبب معتقدات الناس وأفكارهم ، نحو ذلك الحدث . فالمعتقدات الجامدة الغير منطقية تثير الاضطراب ، وتسمى بالنتائج السلبية ، أما الأفكار المرنة العقلانية والمنطقية ، فهي التي لا يحدث بسببها الاضطراب حتى وأن كانت النتائج غير مناسبة (مليكه، ١٩٩٠) . كما يرى أليس أن الانفعالات السلبية غير المناسبة ، تؤدي إلى الشعور بالألم والانزعاج النفسي الشديد ، والذي يدفع الفرد إلى أن يسلك طريقة منكسرة وضعيفة ، حيث تبعده عن التصرف الصحيح ، و الذي قد يؤدي إلى تحقيق لأهداف . أما الانفعالات السلبية المناسبة للفرد ، فهي تجعله يواجه المشكلات الصعاب ، عن طريق المحاولات ، حيث تدفع بالإنسان إلى العمل إلى أن يتصرف بطريقة صحيحة، تجعله يصل إلى الهدف المنشود وأن كانت النتائج الأولية لم تكن مرضية بشكل كبير (المدخلي ، ١٩٩٥) .

وبالرجوع إلى نظرية العلاج العقلاني-الانفعالي ، نرى أنها لا تحتوي على نظرية كاملة في تفسير الاضطراب النفسي . حيث أنها وضحت أن الإنسان يولد ولديه ميل بيولوجي ، للتفكير بطريقة عقلانية وغير عقلانية . على الرغم من أنها لم تتكر ما للبيئة والتنشئة الاجتماعية ، من تأثير على الفرد وكذلك العوامل الثقافية (تم تناول مدى تأثير التنشئة الاجتماعية ، كأحد العوامل الأساسية في تكوين القلق الاجتماعي وقلق التحدث) ، كما يرى أليس ، أن الاعتقاد يضعف القدرة على تحمل الإحباط و يلعب دوراً هاماً في نشأة الاضطراب النفسي (Dryden , 1990) .

وقد أشارت إلى ذلك أيضا ، نتائج الدراسة التي قام به اثروب و سالكوفسكس (١٩٩٥) Thorpe & Salkovskis إلى أن شدة الاضطراب ترتبط مع قوة المعتقد

السلبى . فالمضطرب اجتماعياً (المريض) ترتبط شدة قلقة مع قوة اعتقاده السلبى تجاه
المواقف الاجتماعية (Thorpe & Salkovskis,1995) .

ج - الأسس التى تقوم عليها نظرية العلاج العقلانى-الانفعالى :

١- أهداف العلاج العقلانى-الانفعالى :

يهدف العلاج العقلانى-الانفعالى ، إلى مساعدة المرضى على خفض مستوى اضطراباتهم
الانفعالية ، كما يعالج العلاج العقلانى-الانفعالى أسلوب التصرف المهزوم الذى يشعر به
المريض ، ومن ثم ينهض به لتحقيق أهدافه فى الحياة السعيدة ذات المعنى الحقيقى . ومن
هنا يقوم المعالج بمساعدة هذه الفئة من المرضى على البوح بالأشياء ، التى تقف حجر
عثرة ، فى طريق تحقيق أهدافهم و ذواتهم ولهذا السبب يقوم المعالج العقلانى ، فى تنفيذ
المعتقدات غير العقلانية ، التى تسبب لهؤلاء المرضى المشكلات السلوكية والانفعالية ،
ومن ثم حثهم على ما يلى :

أ _ التفكير بطريقة عقلانية (منطقية ومرنه وواقعية) .

ب _ إذا حدث الانفعال ، فلا بد أن يكون بطريقة تتناسب ، والموقف والحدث الراهن

ج _ التصرف بحكمة وبأسلوب فعّال ، وذلك لتحقيق الأهداف الأساسية (Ellis,1990) .

ويشير مليكه (١٩٩٠) إلى أن الهدف الأساسى للعلاج العقلانى-الانفعالى ، هو إكساب
المريض الاستبصار من خلال ثلاثة مراحل هي :

١- فهم ارتباط الشخصية الهازمة لذاتها ، بأسباب سابقة ، تكمن أساساً في معتقدات الفرد ، وليست في الأحداث المنشطة الحاضرة أو الماضية .

٢- مساعدة المريض على التعرف على الأفكار غير العقلانية ، والتي تسبب سوء توافقه الاجتماعي (والذي يمثلها قلق التحدث أمام الآخرين في هذه الدراسة) على أن يعي، أنه كان مضطرباً في الماضي وأنه لا يزال مضطرباً ، لأنه يفرض على نفسه تلك المعتقدات والأفكار الخاطئة ، كما أنه مازال يدعمها في الحاضر ، عن طريق تفكيره وأفعاله التي يغلب عليها طابع اللاعقلانية . فإذا لم يعترف المريض باستمرار هذه المعتقدات اللاعقلانية ومواجهتها ، فإنه من الصعب الخلاص منها . حيث أن تغيير الفكرة اللاعقلانية وهي الجانب المعرفي يتبعه تغيير انفعالي وسلوكي . و في هذا الصدد ، أشار كل من Mattick & Newman (1991) إلى أهمية تغيير الجانب المعرفي لمن يعانون من القلق الاجتماعي ، حيث أسفرت نتيجة دراستهما ، بأن هناك اتفاق عام على أن من يعانون من الاضطرابات الاجتماعية ، لديهم تشويش معرفي بارز في اهتمامهم تجاه التقييم الحرج من قبل الآخرين .

٣- تمكين المريض من الاعتراض على أفكاره اللا منطقية ، واعترافه بأن تفكيره خاطئاً وملتبساً ، وأن هذا الأسلوب هو الذي خلق اضطرابه الانفعالي في المقام الأول . وأن استمرار أفكاره الخاطئة واللاعقلانية سوف تبقى على اضطرابه ، وتذكيره بأن تصحيح هذه المعتقدات اللاعقلانية يحتاج تدريباً وجهداً متواصلاً ومستمرأ ، للتخلص أو التخفيف من الاضطراب الانفعالي (مليكه ، ١٩٩٠).

أن تعليم المرضى ، الطريقة التي يستطيعون بها تحديد مشكلاتهم الانفعالية السلوكية – سواء كانت المشكلة الأساسية أو المشكلة الثانوية ، في حد ذاته هدف رئيسي من أهداف العلاج العقلاني-الانفعالي . بالإضافة إلى ذلك ، فإن العلاج العقلاني-الانفعالي ، يؤدي إلى مساعدة المسترشد على إضعاف الميول ، التي تؤدي إلى إحداث الاضطراب النفسي لديه ، أو التفكير غير العقلاني مستقبلاً ، وذلك بتعليمه الأسلوب الأمثل للتفكير العقلاني ، والتعرف على نقاط الضعف والقوه عنده . وهكذا يمكن القول أن العلاج العقلاني – الانفعالي يساعد المريض على تبني الأفكار الأساسية التالية :

- إن الأحداث مهما كان نوعها في الماضي أو الحاضر ، لا تؤدي إلى اضطراب السلوك الانفعالي ، ولكن المتسبب الحقيقي لذلك هو المعتقدات اللاعقلانية الجامدة ، والتي لها صلة مباشرة أو غير مباشرة بالحدث . حيث أن هذه المعتقدات غير العقلانية ، هي التي تؤدي إلى استمرار المريض في تبني الأفكار الخاطئة ، حول ذلك الحدث . ومن ثم تؤدي إلى حدوث الاضطرابات الانفعالية والسلوكية .

- أن يوضح للمريض أن باستطاعته ، أن يتحدى أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية أو يقاوم أفعاله الهازمة لذاته ، وذلك بالتصرف بطريقة مغايرة لها تماماً . وبذلك يستطيع دحض أفكاره غير العقلانية واللامنطقية (Ellis,1987a) .

ومن الأفكار غير العقلانية ، الهازمة للذات لذوي القلق الاجتماعي ، أنهم يشكلون لأنفسهم فرضية أساسية ، على أنهم لا يملكون ما يؤهلهم للاتصال بالآخرين ، سواءً كان ذلك ضمن أطر محددة ، كتناول الطعام أو الشرب خارج أو بعيد عن المنزل ، أو ضمن أطر

أوسع كالعامل أو المشاركة الجماعية . كما أن لديهم الاعتقاد بأنهم يفتقدون المهارات الاجتماعية الأساسية . وهذا ما يجعلهم يعطون المواقف الاجتماعية أهمية مبالغ فيها ، خاصة بما يتعلق ، بالمهارات اللفظية في مقابل المهارات العملية . حيث أنهم يكونون لذواتهم صوراً ، ضمن ما لديهم من معرفة ذاتية داخلية (أفكار لا عقلانية انهزامية) ، وأن هذه الذات التي يتفاعل ويتخاطب معها الآخرين ، تكون تحت الفحص والتدقيق من قبلهم . وخوفاً من نتائج التقييم السلبي الذي سوف يصدره الآخرين ، يسعى هؤلاء الأشخاص لتجنب وتفادي ذلك الموقف (Scott et al.,1995) .

٢ – العلاقة العلاجية Therapeutic Relationship :

قدمت كل من درايدن و يانكورا Dryden & Yankura (1995) في كتابهما بناء الإرشاد العقلاني-الانفعالي السلوكي ، خطوات عملية للمرشد يستطيع من خلالها بناء وتطوير برنامج عقلاني-انفعالي ، وفيما يلي ملخصاً مختصراً لها :

ترى درايدن و يانكورا أنه لكي يطور المعالج ويحافظ على العلاقة العلاجية مع المسترشد فإنه ينبغي عليه أن :

١- يتصف بالمرونة في استخدام مختلف جوانب العلاقة في العلاج العقلاني-الانفعالي السلوكي .

٢- يتأكد أنه والمسترشد لديهما أهداف ذاتية معقولة ، في العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي .

٣- يتأكد أنه والمسترشد يفهم كل منهما الآخر ، وأنهما يفهمان المطلوب من كل منهما ،
وأنهما يستطيعان القيام بالمهام المطلوبة بشكل فعال .

٤- يعمل على توضيح مشكلات المسترشد الغامض ، من خلال مصطلحات الإرشاد
العقلاني-الانفعالي-السلوكي .

٥- يقوم ببناء وتطوير لغة مشتركة مع المسترشد .

كما يشير ان إلى أنه ، لكي يقوم المعالج بتحسين وتطوير مهارته الخاصة بالعلاج العقلاني-
الانفعالي-السلوكي ، من خلال الجلسات الإرشادية فإنه ينبغي عليه أن :

١- يواصل عملية الإرشاد وفق خطواتها المحددة .

٢- يقوم بقياس الأحداث Activating Events بتعقيدها .

٣- يقوم بتعليم وإعادة تعليم نظرية أل ABC ، الخاصة بالعلاج العقلاني-الانفعالي وما
بين أركانها من ارتباطات .

٤- يتأكد من أن المسترشد يفهم النقاط الأساسية ، التي يستخدمها المعالج في تقييم نظرية
أل ABC .

٥- يستخدم المعالج كل فنياته بشكل مكثف ومركز ، عند محاولة تغيير المعتقدات ، حتى
يستطيع المسترشد أن يقتنع بها وبالتالي يتبناها .

٦- يتعرف على أفكار المسترشد غير العقلانية وكيفية التعامل معها . حيث يلقي الاهتمام
على جوانب الموقف ، الذي يجعل المريض أكثر أو أقل إثارة للقلق ، فإذا كان المريض

يعاني من قلق التحدث ، قد يكون قلق أكثر عند وقوفه وإلقاء حديثه ، مع أسئلة الجمهور ، مما لو كان جالساً ويتكلم إلى جمهور صامت (Rose,1989) .

٧- يتصف المعالج بالإبداع في استخدام العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي .

٨- يساعد المسترشد في تطوير أفكار عقلانية بديلة .

٩- يتابع بانتظام ، التحسن الذي يكون عليه المسترشد (Dryden&Yankura,1995)

إن على المعالج دوراً كبيراً ومهم جداً لنجاح العملية العلاجية ، حيث أن من أهداف العلاج، بوجه عام والعلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي بوجه خاص ، أن يرضى المسترشد عن نفسه وعن ذاته ، ويتقبلها بما فيها من عيوب أو نقص وغير ذلك من المشكلات ، التي يسعى المسترشد جاهداً لإزالتها والتخلص منها بقدر ما يستطيع . ولذا ، فمسئولية المعالج ، تتضمن عدم جعل المسترشد يسلك بطريقة يحددها له المعالج . سواءً كان ذلك داخل الجلسات العلاجية أو خارجها ، لكن ذلك لا يعفي المعالج من حث المسترشد ، على أن يحدد أفعاله المنكسرة والضعيفة الهازمة لذته و التي أدت إلى إعاقة تحقيق أهدافه ، ونموها بشكل سليم وصحيح (Ellis ,1987b) ويرى أليس أن المعالج العقلاني-الانفعالي لا بد أن يكون مرحاً ، يتمتع بخفة الظل إذا سمحت له ظروف العلاج بذلك . حيث يحاول أن يوضح بطريقة مرحة الجوانب الساخرة ، أو التي تدعو إلى الضحك من الأفكار غير العقلانية ، التي يتبناها المريض عن نفسه . كما يؤكد أليس أن الدعابة لا بد أن تكون منصبة على المعتقدات اللاعقلانية ، وعلى الأفكار الهازمة للمريض وليس على المريض ،

على الرغم من أن بعض المرضى لا يفيدهم هذا الأسلوب ، وعند ذلك لابد أن يتخلى عنه المعالج (Ellis,1987a) .

٣- الأسلوب العلاجي Therapeutic Style :

يؤكد أليس أنه لا بد من استخدام الأسلوب العلاجي الإيجابي الموجه Active-Directive مع غالبية المرضى . وخاصة في بداية العلاج ، حيث يطلب المعالج من المسترشد أن يفكر في تلك الأفكار والمعتقدات الجامدة غير العقلانية والتي تسببت في مشكلته الانفعالية والسلوكية . كما يقلل من الدور التوجيهي بالنسبة للمعالج في المراحل الأخيرة من العلاج . حيث يدفع المعالج المسترشد على تحمل المزيد من المسؤولية ، وذلك لصالح التغيير العلاجي ، كما يطلب المعالج من المسترشد أن يقوم بتطبيق ما تعلمه ، وما تدرب عليه من وسائل و فنيات معرفية وسلوكية ، للتغلب على سيطرة الأفكار الجامدة غير العقلانية عليه ، ومن ثم يقوم بتحدي أفكاره ودحضها ، ومجادلتها عن طريق الواقع وليس عن طريق الخيال . حيث يقوم قائد المجموعة (المعالج) بمساعدة الأفراد المترددين عن الحديث ، ويلفت الانتباه لأوجه الشبهة ، ما بين الأفراد ، في المواقف التي تثير القلق وأنماط الأعراض (فسيولوجية ،سلوكية وغيرها) ، وهذا ما يساهم في تماسك المجموعة حال اكتشاف بأن لدى الآخرين نفس الأفكار والسلوكيات (Gold,1990) .

٤- التأكيد على تحدي المعتقدات اللاعقلانية :

تحدد درايدن Dryden (1995) عدداً من المهارات الواجب تدريب المريض عليها ، حتى يتمكن من تحدي ومجادلة الأفكار اللاعقلانية ، وتتمثل تلك المهارات فيما يلي :

أ – الكشف عن وجود معتقدات غير عقلانية المريض .

ب – التمييز بين المعتقدات العقلانية المرنة ، و غير العقلانية الخاطئة .

ج – تحدي المعتقدات غير العقلانية ومجادلتها ، عن طريق جعل المريض يضع تلك الأفكار الجامدة على محك الواقع ، ومن ثم يشعر بالفائدة . وعلى الرغم من أن هذا التحدي للمعتقدات غير العقلانية ليست الفنية الوحيدة ، في العلاج العقلاني-الانفعالي . حيث أن تحدي المعتقدات اللاعقلانية واستبدالها بمعتقدات عقلانية ، يتم تحقيقه بطرق متعددة ، وليس فقط من خلال التحدي المعرفي ، وإعادة تركيب البنية المعرفية للشخص .

٥- التكامل في الأساليب والتقنيات :

يبحث المعالج العقلاني-الانفعالي المرضى ، على أن يستخدموا العديد من التقنيات المتعددة مثل : التقنيات الانفعالية التي تظهر أو تثير الانفعالات ، وذلك لزيادة فعالية العلاج ، حيث أن العلاج العقلاني-الانفعالي ، لا يكتفي بالوسائل المعرفية ، كما أنه يؤمن بأن لكل من البيئة والوراثة تأثيراً على سلوك الفرد الانفعالي والسلوكي . إلا أن المعالجين الذين يستخدمون هذا النوع من العلاج يؤكدون على أهمية العمل من أجل أن يحدث التغيير في أفكار ومعتقدات المرضى غير العقلانية (Dryden,1990) .

وقد أشار الشناوي (١٩٩٤) إلى أهم الأساليب والتقنيات الخاصة بالعلاج العقلاني-الانفعالي

وهي كالتالي :

أ – الطرق المعرفية :

العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، يقوم بتحليل السلوك الانفعالي في إطار العلاقة ABC أي أن النتيجة (C) ليست بسبب الأحداث التي سبقتها (A) وإنما هي نتيجة لنظام التفكير عند الشخص (B) . ثم بعد ذلك يتم الانتقال إلى جانب آخر مهم ، يتمثل في تنفيذ (D) Disputing ، معتقدات الفرد وأفكاره غير العقلانية ، مما يؤدي إلى القضاء على تلك الأفكار غير العقلانية التي يعتقها الفرد ويؤمن بها (B).

والتعليم والتوجيه ، وتجزئة وتنفيذ الاستنتاجات غير العقلانية ، والتشتت المعرفي ، والتحليل المنطقي للعقلاني للأفكار والمعتقدات غير العقلانية ، ووقف الأفكار .

ب – الأساليب أو الطرق الانفعالية :

وهي مجموعة الأساليب ، التي تتعامل مع مشاعر المريض وانفعالاته ، ومن بين تلك الأساليب أسلوب تقبل المريض كما هو (التقبل غير المشروط) وكذلك أسلوب النمذجة Modeling . كما أن هناك طرقاً أخرى تستخدم لمساعدة المريض ، منها على سبيل المثال : أسلوب المرح ، وأسلوب مهاجمة الشعور بالنقص والدونية ، وغيرها من الأساليب ، التي تجعل المسترشد على علم بمشاعره السلبية ، وغير العقلانية ، ومن ثم تبصيره بأفكاره وانفعالاته وسلوكياته . بهدف تغيير تلك المشاعر والأفكار المضطربة غير العقلانية لديه (الشناوي ، ١٩٩٤) .

ج – الأساليب العلاجية السلوكية المستخدمة في العلاج العقلاني-الانفعالي :

هناك نوع من الأساليب السلوكية ، التي تستخدم في العلاج العقلاني-الانفعالي ، حيث أن العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، نوع من العلاج المعرفي السلوكي ومن بين تلك الأساليب السلوكية المستخدمة ما يلي :

١- واجبات منزلية يكلف بها المعالج المسترشد ، مثل مواجهة بعض المواقف التي لا يستطيع الشخص مواجهتها ، أو أنه يشعر بالحرج والخجل منها (هذا ما تم عمله مع المجموعة العلاجية ، عندما اشتركن بعمل ندوات ، على مستوى الوحدات السكنية التي يقمن بها) كما أن هناك أيضا طريقة استخدام قراءة بعض الكتب المفيدة .

٢- التعرف على بعض الأفكار غير العقلانية وغير المنطقية وتدوينها ، ضمن الواجبات المنزلية التي يكلف بأدائها المسترشد .

٣- أساليب التثنتيت البدني أو الاسترخاء العضلي . (ولما للاسترخاء البدني من أهمية في خفض القلق ، قامت الباحثة بتدريب المجموعة العلاجية عليها ، كفنية مستقلة وأيضا كواجب منزلي ، حيث حرصت المجموعة على المواظبة عليه كواجب منزلي هام)

٤- أساليب الإشراف الإجرائي مثل : التعزيز للمواقف والأفكار الموجبة والعقاب للمواقف والأفكار غير العقلانية .

د - أسلوب التخيل العقلاني_الانفعالي :

وفي هذا النوع من الأساليب العلاجية ، يطلب من المسترشد أن يتخيل نفسه في موقف غير سار أو مزعج بالنسبة له ، كأن تتخيل الطالبة أنها تلقي كلمة أمام عدد من الحاضرات، وعند تخيلها لهذا الموقف المزعج بالنسبة لها ، يطلب منها أن تتخيل نفسها وقد تغير انفعالها

وشعورها ، بالقلق والرغبة إلى انفعال أقل في درجة ، مثل تغير القلق الشديد إلى رهبه بسيطة يمكنها من التغلب عليها . ومن ثم تسأل الباحثة الطالبة في كل مرة ، عن شعورها بعد تغيير أفكارها ، ثم تطلب منها أن تحدث نفسها ببعض الجمل والعبارات ، التي تخفف من شدة انفعالها وقلقها (أنه أمر مريبك أن ألقى كلمة أمام الأخريات إلا أنني أرى قبول منهن واستحسان) . وهنا تقول الباحثة للطالبة ، أنتي الآن تعلمتي الطريقة ، التي بواسطتها تستطيعين أن تغيري بها من مشاعرك ، لذلك فالمطلوب منك ولمدة أسبوع (أو شهر مثلا) أن تقومي بذلك التخيل العقلاني-الانفعالي . أي أن تتخيلي نفسك في المواقف التي تتطلب منك التحدث أمام الأخريات ، وهي المواقف التي تسبب لك القلق ، ثم تتخيلي نفسك وقد غيرتي انفعالك إلى درجة أقل . وهكذا يصبح ذلك عادة عندك ، تزاولينها كلما هاجمتك الأفكار غير العقلانية في أي شأن من شئون حياتك . (وهذا بالفعل ما قامت المجموعة العلاجية ، بتدرب عليه قبل تعرضها للموقف الباعث للقلق ، والمتمثلة في مواقف التحدث أمام الأخريات ، حيث أثبت التخيل العقلاني-الانفعالي فعاليته عند تطبيقه في البيئة الواقعية للمجموعة العلاجية) .

٦ – أهمية الواجبات المنزلية :

يرى أليس Ellis (1983) أن المرضى ، الذين يطبقون ويمارسون ما تعلموه أثناء جلسات العلاج في حياتهم وتفاعلاتهم الاجتماعية ، يستفيدون من الجلسات العلاج العقلاني-الانفعالي ، أكثر من أولئك الذين لا يفعلون ذلك . لذا يمثل حث المرضى على أداء الواجبات المنزلية ركناً أساسياً في العلاج . وتشير أبحاث أليس وبيرسونز وزملائه، إلى

أن المرضى الذين يؤدون الواجبات المنزلية في أساليب العلاج ذات التوجه المعرفي ، يحققون نتائج علاجية أفضل من أولئك الذين لا يؤدونها . لذا يعطي المعالج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، اهتماماً كبيراً لمفهوم الواجبات المنزلية ، ويبذل وقتاً كافياً في شرح طبيعتها ومناقشتها مع المريض ومراجعة أداءه لها ، ويهتم المعالج اهتماماً خاصاً بالعوامل والأسباب التي تصرف المريض ، عن القيام بالواجبات المنزلية ويعمل على التغلب عليها (المدخلي، ١٤١٦) .

٧ – معوقات العملية العلاجية :

تواجه العملية العلاجية الكثير من التحديات والعقبات أثناء سيرها . لذا نرى أن المعالج العقلاني يقوم بدور كبير ومهم ، في سبيل التعرف على طبيعة تلك العوائق كما يقوم بحث المسترشدين على التعاون معه ، وذلك ليتمكنوا سوياً من الكشف عن طبيعة تلك المعوقات . فإذا كانت هذه العوائق تعود للمسترشد ، يسعى المعالج إلى تحديد المعتقدات غير العقلانية ، ثم يبحث المريض على تحديدها والتغلب عليها .

وترى درادين ، Dryden (1990) أن هناك نوعين من المعوقات للعملية العلاجية هي :

أ- معوقات تنشأ داخل علاقة المعالج-المريض (بسبب العلاقة بين المعالج والمريض) والتي تحدث بسبب الفشل ، في إقامة علاقة تعاون فعالة بينهما وفي هذه الحالة ، يستحسن أن يقوم المعالج بإحالة المريض ، إلى معالج عقلاني-انفعالي آخر . (حتى لا يتم إثارة المقاومة داخل المريض ضد العملية العلاجية) أو أن يحدث أن لا يجد بعض المرضى في العلاج العقلاني-الانفعالي أسلوباً علاجياً نافعاً لهم . وذلك لأنهم

يرون أن الفكرة الأساسية في العلاج العقلاني-الانفعالي ، ترى أن الاضطراب الانفعالي يعود إلى معتقدات المريض غير العقلانية ، وأنه يجب على المرء أن يعمل جاهداً للتغلب على هذه المعتقدات الغير منطقية ، واستبدالها بمعتقدات وأفكار أكثر عقلانية . وهذه الفكرة تناقض معتقداتهم ، لذا على المعالج أن يقوم بإحالة المريض إلى معالج يستخدم أساليب علاجية مختلفة .

ب- وهناك من المعوقات ما ينشأ داخل المريض نفسه ، حيث يكون لديه معتقدات وأفكار غير عقلانية ، بخصوص العلاج العقلاني-الانفعالي ، والتي من شأنها أن تصرفه عن التغيير . حيث نجد المريض لا يتوقع أن يكون له دور نشط وهام في العلاج ، ولا يتخيل أن يكون مسؤولاً عن نتائجه . ولهذا لا يجد في العلاج العقلاني-الانفعالي ضالته ، ويراه صعباً مرهقاً لا يتحمله . وفي هذه الحالة على المعالج ، أن يحث مرضاه على تحديد هذه المعتقدات والأفكار المعيقة للعملية العلاجية ، ومن ثم تحديها وتغييرها ((Dryden,1990)).

٨ – خصائص المعالج العقلاني-الانفعالي :

يورد أليس Ellis (1987) بعض من الخصائص التي يجب أن يتمتع بها المعالج

العقلاني-الانفعالي منها :

- أن يكون تفكيره منطقياً .

- أن يكون مستمتعاً بالدور الذي يؤديه مع مرضاه .

- أن يكون معلماً صادقاً ومحدثاً لبقاً .

- أن لا ينكر أخطاءه في العلاج إن حدثت ، ويتقبل نفسه ويرضى عنها باعتبارها

قابلة للخطأ ، وإن كان يسعى دائماً إلى تجنب الأخطاء وتقليلها .

- الاستمتاع بحل المشكلات .

- التمتع بروح مرحة ، يحسن استخدامها في العملية العلاجية .

- أن يكون نشطاً وذو حيوية ، قارئاً وباحثاً .

و يضيف Ellis (1987) أن المعالج العقلاني-الانفعالي ، الناجح يتميز بالرغبة والدافع

الحيوي لمساعدة المرضى ، ويتقبلهم دون شروط - فهم أيضاً بشر قابلون ومعرضون

للخطأ- إلا أنه لا يتردد في أن يواجههم بأفكارهم ، وتصرفاتهم المنكسرة والضعيفة

الهازمة لذواتهم ، ويتحمل الإحباط الناشئ عن عجز المرضى عن التغيير بالسرعة التي

ينشدها (المدخلي ، ١٤١٦) .

خطوات العلاج العقلاني-الانفعالي :

يلخص أليس ودريدان Ellis&Dryden (1997) العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي في

الخطوات الأربعة عشر التالية :

١- الخطوة الأولى : تأسيس العلاقة العلاجية والسؤال عن المشكلة النفسية :

يبدأ العلاج العقلاني-الانفعالي ، ببناء العلاقة العلاجية ومساعدة المريض على التعبير ، عن

مشكلاته ومناقشة أفكاره وتوقعاته بخصوص العلاج ، وتصحيح أي سوء فهم ، والاتفاق معه

على عدد الجلسات والتكلفة . ويبين المعالج منذ الخطوة الأولى أسلوب حل المشكلات ،

فيسأل المريض عن المشكلة النفسية ، أو الشكوى التي يود البدء بها إذا كان يعاني من أكثر من مشكلة .

٢- الخطوة الثانية : تحديد المشكلة والمراد حلها مع المريض :

يسعى المعالج إلى أن يصل هو والمريض معاً ، إلى فهم مشترك وتحديد دقيق لطبيعة المشكلة ، وإلى الاتفاق على العمل معاً ، من أجل حل هذه المشكلة . وفي ذلك دعم واضح لأواصر العلاقة العلاجية ، والتي تجعل المريض مطمئناً واثقاً من المعالج في فهم مشكلته . ويهتم المعالج في هذه الخطوة بالتمييز بين المشاعر والانفعالات السلبية غير المناسبة أو غير التكيفية (مثل القلق والرهاب والاكتئاب) والانفعالات السلبية المناسبة أو التكيفية (مثل الحرص والاهتمام وغيرها) . وإذا تحدث المريض عن مشكلته بلغة غامضة غير واضحة ، يساعده المعالج على التعبير عنها تعبيراً واضحاً . فمثلاً إذا قالت الطالبة " إن الامتحانات الشفهية هي مشكلتي " (وذلك يعود لطبيعة الاضطراب الموجود لديها وهو قلق التحدث أمام الأخرىات) تبدأ الباحثة بسؤالها " وما لذي في الامتحانات الشفهية يجعلها مشكلة لك؟ وبماذا تشعرين أثناءها ؟ " وبهذه الطريقة تبدأ الباحثة بتحليل وفهم مشكلة الطالبة ، في ضوء إطار نظرية ABC، أي الأحداث والمواقف – المعتقدات- النتائج الانفعالية والسلوكية .

٣- الخطوة الثالثة : فحص النتائج الانفعالية والسلوكية .

في بعض الحالات ، يبدأ المعالج بفحص المشكلات الانفعالية والسلوكية ، إذا كانت هذه النتائج (C) تمثل الأهمية الأولى والانزعاج النفسي والأساسي عند المريض أكثر من المواقف والأحداث المنشطة (A) . وعلى المعالج في هذه الخطوة التأكد من أن المشكلة الانفعالية ، هي انفعال سلبي مضطرب غير تكيفي وغير مناسب وتختلف الانفعالات السلبية غير التكيفية ، عن الانفعالات السلبية التكيفية المناسبة في أن الأولى مؤلمة ، وتدفع المريض إلى التصرف بطريقة منكسرة ضعيفة وتحول بين تحقيق أهدافه . وإذا كان المريض لا يعبر بوضوح عن (C) أي عن المشكلات الانفعالية ، يساعده المعالج بأن يطلب منه أن يخبره عن موقف آخر شعر فيه بهذه المشكلات الانفعالية ، وقد يطلب منه تخيل الموقف ، يلي ذلك تقييم دافعيه المريض لتغيير (C) . وتتمثل هذه الدافعيه في فهم المريض ، أن انفعالاته السلبية والغير مناسبة ، وهي التي دفعته للتصرف بطريقة منكسرة ضعيفة . وينشأ نقص الدافعيه عندما لا يدرك المريض الطبيعة المدمرة لهذه الانفعالات ، وفي هذه الحالة لا يتردد المعالج عن بذل الوقت والجهد ، حتى يعي مرضه ويدرك هذه الحقيقة ، فيدفعه إلى تقييم نتائج الانفعالات غير المناسبة ، ويشرح له أن الهدف هو إحلال الانفعالات السلبية المناسبة التكيفيه محل الانفعالات غير المناسبة . ويحثه على التنبؤ بنتائج الانفعالات المناسبة ، وتخيل الطريقة التي سوف يتصرف بها ، إذا هو شعر بالانفعالات المناسبة في الموقف (A) ، ثم مقارنة نتائج الانفعالات المناسبة بنتائج الانفعالات غير المناسبة ، حيث أن إدراك وفهم محاسن الانفعالات المناسبة يؤدي إلى زيادة

الدافعيه عند المريض ليقوم بتغيير نتائج الانفعالات (C) ، بما يحقق أهدافه (Ellis&Dryden.1997) .

٤- الخطوة الرابعة: فحص المواقف والأحداث .

وهنا يسأل المعالج المريض ، عن آخر موقف شعر أثناءه بمشاكلته الانفعالية ، أو عن أي موقف يتذكره شعر فيه بذلك . ويساعده على تحديد الأمور والأشياء التي توجد في الموقف ، وتعمل على إثارة معتقداته غير العقلانية (B) والتي تكون مسؤولة عن خلق الانفعالات المرضية (C) .

فعلى سبيل المثال : إذا كانت الطالبة تشعر بالقلق أثناء تحدثها أمام زميلاتها في قاعة المحاضرات ، تسعى الباحثة إلى مساعدتها على تحديد الشيء الذي يثير قلقها ، عند التحدث أمام الأخرى ، فقد يكون قلقها مصدره من أن تكون موضعاً لتفحص الأخرى ونقدن الجارح ، أو أن طريقة حديثها تدعو للسخرية والضحك . وبذلك تسعى الباحثة إلى مساعدة الطالبة ، على تحديد المعتقدات اللاعقلانية (B) بخصوص (A) (الحديث أمام الزميلات) والتي تؤدي إلى (C) ، (ارتفاع شدة القلق (بناءً على "B" والمتمثل في السخرية والنقد الجارح من قبل الزميلات) .

٥- الخطوة الخامسة : الاتفاق على الأهداف .

يناقش المعالج المريض ، على أهداف العلاج ، والتي تتمثل في إحلال الانفعالات السلبية المناسبة (الحرص والاهتمام وغيرها) ، محل الانفعالات السلبية الغير مناسبة (القلق الشديد ، الانزعاج ، الحزن العميق وغيرها) . ويحرص المعالج هنا أن يكون هدف

المريض ، هو الإقلال مثلاً من القلق أو الانزعاج ، لأن هذا دليل على أن المريض لا يزال يتمسك باعتقاد لا عقلاني ، حتى وأن كان الاعتقاد قد ضعف بعض الشيء . ويفضل أن لا يتقبل المعالج الشعور بعدم اللامبالاة ، في المواقف التي تتطلب الحرص والاهتمام . كما يطلب المعالج من المريض ، تحديد الأهداف غير الواضحة ، فمثلاً يقول " أريد أن أرتاح من هذا الشيء " فالأهداف المحددة الواضحة ، تقوي دافعيه المريض للعمل من أجل تغيير اعتقاداته اللاعقلانية (المرجع السابق) .

٦- الخطوة السادسة : الكشف عن صلة المعتقدات (B) بالانفعالات (C) .

في هذه الخطوة يكشف المعالج للمريض ، أن معتقداته هي التي تؤدي في المقام الأول إلى المشكلات الانفعالية ، وليست المواقف والأحداث . وهذه الخطوة هامة جداً ، فإذا لم يفهم المريض هذه الصلة ، فلن يدرك أهمية فحص معتقداته في الخطوة التالية .

٧- الخطوة السابعة : فحص المعتقدات اللاعقلانية .

يفحص المعالج المعتقدات غير العقلانية لدى المريض ، ويساعده على الكشف عنها ، ويبدأ المعالج ذلك بشرح الفرق بين المعتقدات العقلانية والمعتقدات اللاعقلانية ، فيوضح للمريض، أن المعتقدات اللاعقلانية هي في الأصل ، رغبات وأشياء نحبهها ونفضلها ، إلا أنها أخذت طابع المطالب المطلقة والشروط اللازمة ، التي لا تنازل عنها . ثم يبين له أن هناك ثلاث أنواع من المعتقدات غير العقلانية هي :

أ – معتقدات تتعلق بالذات مثل " يجب أن أتقن كل شيء وإذا لم أفعل فإنه ، أمر فظيع لا أتحملة " ، مثل هذه المعتقدات تؤدي إلى القلق والخوف والاكتئاب والشعور بالذنب والفسل.

ب – معتقدات تتعلق بالآخرين مثل " يجب أن تعاملني معاملة حسنة وعادلة ، وإذا لم تفعل ذلك ، فأنت شخص سيئ تستحق العقاب " . وتؤدي هذه المعتقدات إلى الشعور بالغضب والعدوانية والعنف .

ج – معتقدات تتعلق بظروف الحياة مثل " يجب أن تكون الحياة بالشكل الذي أريده وإذا لم تكن كذلك ، فإنه أمر لا أستطيع أن أتحملة " و " يجب أن تسير الأمور كما أريد وإذا لم يحدث ذلك ، سأكون أنساناً بائساً مسكيناً " . وتؤدي هذه المعتقدات إلى الشعور بالأسى و الإحباط و الانكسار .

وينشأ عن هذه المعتقدات اضطرابات وأنواع من الضيق النفسي منها :

١ – اضطراب الذات الناشئ مما نطلبه من أنفسنا :

مثل " يجب أن أنال استحسان المعلم كل مرة وإلا فإنني فاشل " .

٢ – الضيق النفسي الناشئ مما نطلبه من أنفسنا :

مثل " يجب أن أحصل على تقدير ممتاز ، وإلا فإن الحياة تصبح مزعجة ولا تطاق " .

٣ – اضطراب الذات الناشئ مما نطلبه من الآخرين :

مثل " يجب أن تعاملني جميع زميلاتي معاملة لطيفة وعادلة ، وإذا لم يفعلن ذلك فأنا إنسانة بلا قيمة " .

٤ – الضيق النفسي الناشئ مما نطلبه من الآخرين :

مثل " يجب أن تعاملني أستاذتي بطريقة لبقة ، وإذا لم يفعلن فلن أستطيع تحمل ذلك "

٥ – اضطراب الذات الناشئ مما نطلبه من الحياة :

مثل " يجب أن تكون الحياة سهلة يسيرة وإلا لم تكن كذلك ، فإن ذلك أمر لا أستطيع تحمله " و " يجب أن تسير الأمور كما أريد وإذا لم يحدث ذلك ، أكون إنسانية بائسة ومسكينة " .

٦ – الضيق النفسي الناشئ مما نطلبه من الحياة : ويتمثل في ضعف تحمل الإحباط والغضب على ظروف الحياة .

مثل " يجب ألا أصاب بالحمى ليلة الامتحان ، وإلا فالحياة لا تطاق " .

قامت درادين (١٩٩٤) Dryden بتلخيص بعض من الخصائص الهامة للمعتقدات اللاعقلانية وهي كالتالي :

- أ – أنها تتصف بالجمود والتطرف في صورة يجب المطلقة . وينشأ عنها عادةً أفكار لا عقلانية مثل " أنه أمر فضيع يجب أن لا يحدث أبدا " .
- ب – ينشأ عنها السخط والتذمر والعدوان والغضب من النفس والآخرين .
- ج – تكون دائماً في صورة الإثبات أو النفي المطلقين ، ولا تساعد على التفكير بالاحتمالات .

د – أنها غير منطقية ولا تتسق مع الحقيقية والواقع ، كما أنها تعيق الفرد من تحقيق أهدافه ورغباته (Dryden,1994) .

وفي المقابل يحدد أليس ، Ellis (1993) خصائص الأفكار العقلانية والتي تتصف بأنها :

أ – معتقدات مرنة ، في صورة رغبات وأمنيات وتفضيلات ، لا تصل إلى المطلقات حيث تتغير هذه المعتقدات بتغير ظروف الحياة . والتي تؤدي إلى استنتاجات مرنة وموضوعية، مثل : " أن إلقاء كلمه أمام الأخريات أمر يدعو إلى القلق ، إلا أن الموقف ليس مربعاً " و " لا أحب ذلك الموقف ولكنني أستطيع تحمله " .

حيث يمكن عن طريق الأفكار العقلانية ، أن يتحمل الشخص الإحباط ، و الوقوع في الخطأ، سواء كان من النفس أو من الآخرين ، دون وصف النفس والآخرين بالفشل .

ب – تساعد على التفكير في صيغة الاحتمالات الممكن حدوثها .

ج – أنها منطقية تتسق وأفكار الآخرين المنطقية .

د – أنها تساعد الناس على تحقيق رغباتهم الواقعية . (Ellis,1993)

٨ – الخطوة الثامنة : فحص المعتقدات اللاعقلانية وكشف صلتها بالمشكلات الانفعالية والسلوكية :

يستخدم المعالج الأسئلة عند فحص المعتقدات اللاعقلانية ، والسؤال التقليدي والأساسي هو

" ماذا كنت تقول لنفسك عن الموقف (A) مما جعلك مضطرباً (C) ؟ " ولهذا السؤال مزايا

وعيوب ، ومن مزاياه أنه مفتوح النهاية ، ليس من المحتمل أن يوحى للمريض بإجابة ما ،
و من ناحية أخرى لا يجيب المريض عادةً على هذا السؤال ، بالإشارة إلى اعتقاد عقلائي ،
بل الاحتمال الأرجح أن يذكر استنتاجات وأفكار جديدة .

فعلى سبيل المثال : إذا كانت الطالبة تشعر بالقلق ، من أن تراها زميلاتها في الجامعة غيبية،
إذا هي لم تستطيع الإجابة على سؤال ما قد وجه إليها . وهنا يمكن للباحثة أن توجه لها
السؤال التالي " ماذا قلتي لنفسك عندما جاءتك فكرة أنك سوف تبدين غيبية في نظر
زميلاتك ، ومن ثم شعرتي بالقلق والانزعاج ؟ " فإذا أجابت الطالبة " أرى أنني لن أنال
تقديرهن واستحسانهن " نلاحظ هنا ، أن هذه الفكرة اللاعقلانية ، تعتبر استنتاجا آخر
وليست الاعتقاد العقلائي . وفي مثل هذه الحالة تقوم الباحثة بمساعدة الطالبة ، على تفهم
طبيعية أفكارها ، وتعلمها كيفية البحث عن المعتقدات اللاعقلانية ، التي نشأت عنها هذه
الأفكار و الاستنتاجات . وهناك نوع آخر، مشتقاً من النظرية العقلانية-الانفعالية-السلوكية،
بطريقة مباشرة فبدلاً من سؤال الطالبة " ماذا كنت تقولين لنفسك بخصوص نقد الزميلات
لك ، مما جعلك قلقه وخائفة من التحدث أمامهن ؟ " تسأل الباحثة " ما الذي تشترطيه في
نقد الأخريات ، مما جعلك قلقه وخائفة من التحدث أمامهن ؟ " ويحتمل أن يكون ما تشترطه
الطالبة هو " يجب أن لا ينتقدي أحدا " ومن مزايا هذه النوع من الأسئلة أنه يوجه المريض
للبحث عن معتقداته اللاعقلانية ، أما ما يعيب هذا النوع من الأسئلة هو احتمال أن توحى
للمريض بالإجابة .

٩ – الخطوة التاسعة : التأكد من فهم المريض لطبيعية الصلة بين معتقداته اللاعقلانية واضطرابه الانفعالي :

بعد فحص معتقدات المريض اللاعقلانية ، في صيغتها الأساسية وفي ما ينشأ عنها من أفكار ، يتأكد المعالج من أن المريض يعي الصلة بين معتقداته اللاعقلانية واضطرابه الانفعالي . وذلك حتى ينتقل إلى خطوة تنفيذ أو مناقضة هذه المعتقدات اللاعقلانية ، وللتأكد من وعي المريض بهذه الصلة ، يسأله أسئلة مشابهة للسؤال التالي ، على سبيل المثال :
تسأل الباحثة الطالبة " هل تفهمين أن الاعتقاد بأن الأخريات ، يجب أن لا ينتقدونك ، هو اعتقاد يجعلك قلقه وخائفة من أن تنتقدي ؟ " أو بالسؤال التالي " هل ترين أن الاعتقاد بأنك لا تساوين شيئاً ، إذا سخر منك زميلاتك ، هو اعتقاد يجعلك خائفة وقلق من أن يسخرن منك ؟ " إذا كان جواب الطالبة مثلاً " نعم " ، تقوم الباحثة بحث الطالبة عن طريق سؤالها ، حسناً إذا كنت تودين أن تغيري شعورك من القلق والانعراج ، إلى شعور آخر أكثر راحة مثل شعور الحرص والاهتمام ، فما هو الشيء الذي تحتاجين أن تغيريه في البداية ؟ فإذا قالت الطالبة " إن تغيير الاعتقاد هو طريقة صحيحة لتغيير الانفعالات السلبية المؤلمة " عندها تقوم الباحثة بالانتقال إلى الخطوة التالية ، وهي تنفيذ المعتقدات اللاعقلانية . أما إذا كانت الطالبة لم تستوعب بعد ، ولم تفهم الصلة بين معتقداتها اللاعقلانية ، وبين مشكلاتها الانفعالية ، فهذا يوضح على أنها ، تحتاج إلى المزيد من الجهد والوقت لتدرك تلك الصلة .

١٠ – الخطوة العاشرة : تنفيذ المعتقدات غير العقلانية :

أ – أهداف تنفيذ المعتقدات غير العقلانية :

١- الهدف الرئيسي لمجادلة وتحدي المعتقدات غير العقلانية ، في هذه المرحلة من العلاج ، هو حث المريض على فهم أن هذه المعتقدات لا فائدة منها (لأنها تؤدي إلى انفعالات مؤلمة وسلوك منكسر ضعيف) وغير منطقية ولا تتفق مع الواقع ، وأن البدائل العقلانية مفيدة ومنطقية وواقعية .

٢- لا يوجد دليل يؤيد التمسك بالرغبات المطلقة ، بينما يوجد دليل يؤيد التمسك بالرغبات النسبية ، فلا يوجد في عالم البشر شيء مطلق واجب الحدوث .

٣- لا يوجد شيء سيئ ١٠٠% أي كامل السوء .

٤- نبذ الاعتقاد أنك لا تستطيع تحمل أي شيء ، بينما تستطيع بالفعل تحمله.

٥- السخط على النفس والآخرين والعالم ، هو شيء غير واقعي وغير منطقي ويؤدي إلى الاضطراب الانفعالي . وأن البديل هو قبول الذات والآخرين والعالم ، بالرغم أن ما فعله أو يفعله الآخرون ، أو ما يحدث لنا قد يكون شيئاً لا نحبه ونسعى لتجنبه . لذا علينا بالرضا ، على ما يعترى أفعالنا وأفعال الآخرين من نقص ، وعلينا تحمل الإحباط وعدم الراحة ، والسعي للتغلب على العقبات وصولاً لأهدافنا .

٦- أن الأحكام والأوصاف المطلقة غير واقعية ، وذلك لأنها تتخذ صور مطالب حتمية مثل : " أفضل دائماً " و " لن أتقن شيء في حياتي " ، " لا يقدرني ولا يحبني أحد " هي أفكار غير واقعية لا يؤيدها الواقع (Dryden.1995a) .

ب - خطوات وأساليب تحقيق الأهداف

١ - أسلوب إلقاء الأسئلة ، ويتلخص في إلقاء أسئلة تتعلق بالجوانب غير المنطقية وغير الواقعية في المعتقدات اللاعقلانية .

فمثلاً: عند مجادلة وتحدي المعتقدات اللاعقلانية في صورة " يجب " فإن أول خطوة هي السؤال عن الدليل الذي يؤيد " يجب " مثل " أين الدليل على أنك يجب أن تحصل على تقدير ممتاز دائماً؟ " ، " أين البرهان على أنك يجب أن تنجح في كل ما تقوم به؟ " ، " أين قرأت أنه يجب أن تنجح دائماً في كل شيء ، أو مهمة تقوم بها؟ " . ويتأكد المعالج أن المريض يجيب على السؤال المطروح فعلاً ، فمثلاً قد يجيب على سؤال " لماذا يجب أن تنجح؟ " قائلاً : " لأن النجاح غاية كل إنسان " أو " لأن النجاح يسعد القلب " . نلاحظ أن المريض لم يجب على السؤال المطروح عليه وإنما إجابة على سؤال آخر هو " لماذا تحب أو تفضل النجاح؟ " . ونتوقع ألا يعطي المريض إجابة صحيحة بسرعة ، وعندما لا يجيب المريض إجابة صحيحة على السؤال ، يقوم المعالج بمساعدته ، على فهم أن إجابته إما خاطئة أو إجابة صحيحة ، ولكن على سؤال آخر . ثم يستعين المعالج بالأسئلة والتفسيرات ، حتى يعطي المريض الإجابة الصحيحة مثل " لا يوجد دليل على أنني يجب أن أنجح ، إلا أنني بالطبع أفضل ذلك " .

أثناء ذلك يساعد المعالج المريض ، مرة أخرى على التمييز بين معتقداته اللاعقلانية ومعتقداته العقلانية . ومن الأساليب التي سوف يستعين بها المعالج ، كتابة زوجين من الأسئلة مثل : " لماذا يجب أن أنجح؟ " و " لماذا النجاح مفضل ، ولماذا لا يكون ضروري؟ " .

ويطلب المعالج من المريض الإجابة على السؤالين ، ويلاحظ أن بعض المرضى يعطي نفس الإجابة على السؤالين . في هذه الحالة يقوم المعالج بمساعدته ، على أن يرى أن الأسباب التي يعطيها ، ذات برهان ودليل يؤيد المعتقدات العقلانية ، وليس المعتقدات غير العقلانية ، ويساعده أيضا على فهم أن الإجابة الوحيدة على سؤال " لماذا يجب أن تنجح ؟ " هي أنه لا يوجد شيء في حياة البشر يجب أن يحدث دائما وفي جميع الأحوال .

٢ - الأسلوب التعليمي :

ويتخلص في شرح ، لماذا تكون المعتقدات اللاعقلانية ضارة ، ولماذا تكون المعتقدات العقلانية مفيدة . وسوف يحتاج بعض الطلاب ، لهذا الأسلوب أكثر من غيرهم ، وينبغي على المعالج التأكد من فهم المريض لما يقوله ، حيث يطلب من المريض بعد أن يتم الشرح، أن يعبر هو عما فهم بأسلوبه و بكلماته هو .

٣- الدعابة والمبالغة المرححة :

يستخدم المعالج الدعابة والمبالغة المرححة ، لكي يوضح لمرضاه أنه لا يوجد دليل وبرهان، يؤيد معتقداتهم اللاعقلانية . فإذا قالت الطالبة على سبيل المثال : " أنه أمر فظيع أن يسخر مني زميلاتي " تقول الباحثة : " نعم أنه أمر فظيلاً ، أنني أتعجب كيف تتحمليه ، أنه أسوأ شيء سمعت عنه ، أنني حتى لا أتحمل سماعه أو التحدث عنه ، دعينا نتحدث عن شيء آخر " مثل هذه التعبيرات الساخرة توضح للمريض عدم معقولية اعتقاده اللاعقلاني ، وتساعده في عملية تفنيده .

وهناك ثلاثة شروط لاستخدام المبالغات المرححة والساخرة ، أولها أن تكون علاقة المعالج بالمريض علاقة ودية طيبة ، ثانيها أن يتمتع المريض هو الآخر بروح مرحه، وثالثها أن تكون لا عقلانية الاعتقاد هي موضوع الدعابة وليس المريض ذاته.

٤- الأمثال والقصص المأخوذة من التراث الثقافي والأخلاقي والمناسبة لسياق الجلسات العلاجية :

وأثناء تنفيذ المعتقدات غير العقلانية ، يسعى المعالج إلى حث المريض على استبدالها، بالمعتقدات العقلانية البديلة ، ولا نتوقع أن يكون اقتناع المريض باستبدال بالمعتقدات اللاعقلانية ، سريعاً وقويماً في هذه الخطوة إلا أنه مؤشراً على التقدم .

١١- الخطوة الحادية عشر : تعميق الاقتناع بالمعتقدات العقلانية "

يبدأ المعالج على حث العميل ومساعدته ، على تعميق اقتناعه بالمعتقدات العقلانية ، فندما يدرك أنه لا دليل أو برهان يؤيد المعتقدات اللاعقلانية ، بينما هناك أدلة تؤيد معتقداته العقلانية ، وأن التفكير العقلاني هو تفكير منطقي ، حيث أن المعتقدات العقلانية مفيدة ونافعة . ويحرص المعالج في هذه الخطوة ، إلى الإشارة إلى الأسباب التي تجعل الاقتناع الضعيف بالمعتقدات العقلانية ، هو غير كاف لإحداث التغيير النفسي المرغوب ، ويحرص على مساعدة المرضى ، على معرفة الطريق لتقوية الاقتناع بالمعتقدات العقلانية ، وهو مجادلة وتنفيذ المعتقدات اللاعقلانية واستبدالها بالمعتقدات العقلانية أثناء وبين جلسات العلاج . ويساعد المعالج المريض على إدراك ، أن عملية تقوية الاقتناع هذه، تتطلب أيضاً أن يتصرف بطريقة تقاوم وتتحدى معتقداته اللاعقلانية .

١٢ - الخطوة الثانية عشر : الواجبات المنزلية :

وتهدف هذه الواجبات المنزلية ، إلى حث المريض على تطبيق ، ما تعلمه في المواقف والأحداث (A)) ، التي يشعر خلالها بمشكلاته الانفعالية ، ويستعين المعالج بالعديد من أشكال الواجبات المنزلية .

أ - الواجبات المعرفية :

تستخدم من أجل تيسير التغير المعرفي (تغيير المعتقدات) ولها أشكال عديدة :

١- تسجيل المجادلة وتفنيد المعتقدات العقلانية ، على تسجيل شريط صوتي وإعادة

الاستماع بانتظام ، وهنا يقوم المريض بدورين : الذات العقلانية والذات اللاعقلانية .

٢- تذكير النفس من وقت لآخر بالمعتقدات البديلة ، في صورة جمل قصيرة موجهة

لذاته ، ويصح أن يكتبها المريض على بطاقات صغيرة مناسبة ، من الورق المقوى

ويحتفظ بها معه .

٣- شرح أساليب ونظرية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي للأصدقاء .

٤- مجادلة وتفنيد المعتقدات اللاعقلانية ، في خطوات محددة تتخلص في الأسئلة

الموجه للنفس هي :

- ما هو الاعتقاد اللاعقلاني الذي أرغب في تحديه وتفنيده ؟

- هل يوجد دليل على صحة هذا الاعتقاد ؟
- ما هو أسوأ شئ يمكن أن يحدث لي ، لو وقع الشئ ، الذي لا أريده أن يحدث؟
- ما هي الأشياء الحسنة ، التي يمكن أن تحدث ، أو أن أجعلها تحدث لي ، إذا حدث الذي لا أريده أن يحدث أبداً ؟
- قراءة كتب (أو كتيبات) وسماع شرائط تسجيل من إعداد المعالجين العقلانيين المعرفيين .

ب – الأساليب التخيلية :

- ١ – التخيل العقلاني-الانفعالي : حيث يطلب من المرضى تخيل صورة واضحة للموقف (الذي يشعر فيه بمشكلاته الانفعالية) مع حثه على تغيير الانفعال السلبي غير المناسب ، وغير المتكيف إلى انفعال مناسب . أن المريض أثناء هذا التخيل-الذي يطلب منه تكراره كواجب منزلي – إنما يغير الانفعال المرضي ، إلى انفعال مناسب بواسطة تغيير معتقداته اللاعقلانية .
- ٢ – يتخيل المريض نفسه ، يشعر ويتصرف بطريقة مناسبة ، في الموقف الذي يخشاه قبل أن يحدث هذا الموقف في الحياة .
- ٣ – يتخيل المريض نفسه ، بعد وقوع ما يكره مباشرة ، ثم مرور ساعات وأيام وشهور الخ ، وهذا النوع من التخيل ، يحث المريض على تغيير معتقداته اللاعقلانية، عندما يدرك أثناء تخيله أنه يمكن أن يشعر بالسعادة مرة أخرى ، بل مرات بعد وقوع ما يكره .

ج – الأساليب والواجبات السلوكية :

تذهب هذه النظرية العقلانية-الانفعالية ، إلى أن إستدخال الاعتقادات غير العقلانية والعمل بها لن يتم على الوجه الأمثل ، إذا لم يطبق المريض ما تعلمه في الواقع ، لذلك يحث المعالج المريض ، على مواجهة المواقف التي تثير قلقه ورهابه ، وعلى تحمل إزعاجها ومضايقتها ، بينما هو يتحدى المعتقدات اللاعقلانية ويكشف أضرارها . كذلك يقوم المعالج العقلاني-الانفعالي ، بوضع المكافآت والعقوبات من أجل حث المرضى على أداء الواجبات المطلوبة منهم . ويرى أليس أن الموجهة الكاملة أفضل من الموجهة التدريجية ، لأنها تحث المرضى على تحمل الإحباط ، ويتبنى المعالج العقلاني-الانفعالي أيضاً وسائل التدريب على المهارات مثل التدريب على توكيد الذات .

وعندما يقترح المعالج أياً من الواجبات السالفة الذكر ، يستمع إلى رأي المريض ويفحص معه العوائق والعقبات التي تواجهه عند قيامه بها ، ويناقشه في كيفية التغلب عليها (Dryden , 1990) .

الخطوة الثالثة عشر : قيام المرضى بأداء الواجبات المنزلية ومراجعتها :

في بداية كل جلسة يراجع المعالج مع المرضى الواجبات المنزلية ، وما تعلموه من خبرة عند القيام بها .

ويذكر المعالج مرضاه ، بأهمية الواجبات المنزلية وبأهميتها مراجعتها ، ويوضح لهم أنها تلعب دوراً أساسياً في تحقيق الأهداف العلاجية ، ويتم المعالج في هذه الخطوة ما يلي :

١- التأكد من المرضى يواجهون بالفعل ، المواقف التي يشعرون أثناءها بالمشكلات الانفعالية . لأن المرضى يميلون إلى تجنب هذه المواقف وإلى ابتكار الوسائل التي تعينهم على ذلك ، يكون على المعالج التأكد من قيامهم بمواجهة تلك الموقف في الواقع، وإذا لم يقم المرضى بالواجبات المنزلية أو فشلوا في التغلب على قلقهم ومخاوفهم ، يناقش المعالج معهم هذه المعوقات التي حالت بينهم وبين تنفيذ الواجبات، ويشجعهم على مواجهة المواقف واستخدام أساليب التحدي والمجادلة .

٢- التأكد من أن المرضى قد قاموا بالفعل بتغيير معتقداتهم :

إذا ذكر المرضى أنهم نجحوا في القيام بواجباتهم المنزلية ، يفحص المعالج هذا النجاح ويحاول تحديد أسبابه هل هي تعود إلى :

أ - تغيير المعتقدات اللاعقلانية إلى معتقدات عقلانية .

ب - تغيير الأفكار التقليدية أثناء مواقف الاضطراب النفسي .

ج - استخدام أساليب تشتيت الانتباه .

إذا كانت الأسباب هي ب أو ج أو كلاهما يمتدح المعالج المرضى وما بذلوه من

جهد إلا انه يشير إلى أن هذين الأسلوبين لن يكونا ذا فائدة على المدى الطويل .

٣- في حالة فشل المرضى في القيام بالواجبات المنزلية :

إذا فشل بعض المرضى في القيام بواجباتهم المنزلية ، يساعدهم المعالج على

تعيين أسباب هذا الفشل ، خاصةً تعيين المعتقدات اللاعقلانية التي حالت بينهم

وبين تنفيذ الواجبات .

٤ - بالإضافة إلى ذلك يوضح المعالج لمرضاه ، أن الشفاء الدائم يتطلب تحدي المعتقدات غير العقلانية ، وتغييرها في مواقف الاضطراب النفسي ، لأن في القيام بذلك تقوية لا اقتناعهم بالمعتقدات العقلانية ، مما يؤدي في النهاية إلى الانفعال والتصرف وفقاً للمعتقدات العقلانية . ويؤكد المعالج على أهمية تنفيذ كل أشكال الواجبات المنزلية .

فضلاً عما سبق ، يشرح المعالج لمرضاه أنهم سوف يواجهون بعض الصعوبات في ، المحافظة على مستوى ثابت من النجاح ، في تحدي المعتقدات اللاعقلانية التي قد تؤدي لهذه النكسات وتحديها .

بالإضافة إلى ذلك يعلم المعالج مرضاه ، أن التحسن يمكن قياسه بثلاث طرق هي :

١- التكرار ، والمقصود به انخفاض معدل تكرار الاضطراب الانفعالي والسلوكي عن معدله السابق .

٢- الشدة ، ويقصد بها انخفاض شدة الاضطراب الانفعالي عن قبل العلاج .

٣- المدة ، ويقصد بها أن تقل مدة الشعور بالاضطراب الانفعالي عن ذي قبل .

ويشجع المعالج مرضاه على الاحتفاظ بتسجيلات ، لتلك المواقف وشدة الاضطراب في ضوء الأبعاد الثلاثة .

وبالطبع تتكرر الخطوتين الثانية عشر والثالثة عشر حتى تتحقق العملية العلاجية .

الخطوة الرابعة عشر: إنهاء البرنامج العلاجي :

وتهدف هذه الخطوة إلى إنهاء البرنامج العلاجي ، والرد على أي أسئلة أو استفسارات للمرضى ، ويهتم المعالج بحث أعضاء العينة ، على أن يصبح كل منهم مرشداً لنفسه ،

وينصحهم بالاستمرار والمثابرة ، على تطبيق ما تعلموه في مواقف الاضطراب الانفعالي باختلاف أنواعها .

العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي

بدأ أليس في ممارسة العلاج العقلاني-الانفعالي الجمعي عام ١٩٥٩ . واستخدم كل الطرق المعرفية والسلوكية التي استخدمها في العلاج المعرفي. ويشير أليس انه خلال الخمس والعشرين سنة الماضية ، أجرى عدة دراسات حول العلاج العقلاني-الانفعالي الجمعي ، وقد أظهرت هذه الدراسات نتائج مشجعة . ويشتمل هذا النوع من العلاج على مجموعات متعددة منها : المجموعات المفتوحة الصغيرة ، ومجموعات ذات وقت محدد لأنواع من المشكلات ، ومجموعة مواجهة عقلانية من يوم إلى يومين ، ومجموعة كبيرة مكثفة لمدة ٩ ساعات (Ellis,1992) . ويشير أليس إلى انه تم استخدام العلاج العقلاني-الانفعالي ، في بداية الأمر كعلاج فردي ، حيث يتم ذلك بين معالج ومريض ، إلا أنه بعد ذلك امتد إلى العلاج جمعي ، بعد ذلك توالى الدورات التدريبية العقلانية-الانفعالية المكثفة ، والتي بدأت في المعهد الخاص بأليس في مدينة نيويورك وفي المدن الأخرى ، حيث دلت نتائج الأبحاث التي طبقت في عام ١٩٨٣م على مئات من المشاركين ، من خلال الدورات التدريبية

السلوكية العقلانية الانفعالية الجمعية ، في دورة مكثفة مدتها ٨ ساعات عن نتائج مشجعه للغاية. مما دعم فكرة تطوير هذا النوع من العلاج منذ ذلك الحين (Ellis&Dryden,1997) . ويرى أليس أن العلاج الجمعي ، يتميز عن غيره من أنواع العلاج ، بأنه أوفر من ناحية الجهد والوقت ، فبدلاً من الوقت لذي يقضيه المعالج في علاج حالة واحدة ، يتم فيه علاج مجموعة من الأفراد . بالإضافة إلى أن العلاج العقلاني- الانفعالي يستخدم بشكل مميز النمط التعليمي وليس الطبي أو الديناميكي النفسي، ومن ثم كما هو الحال في العملية التربوية التي تميل لصالح مجموعة معينة ، ورغم أن هذه الطريقة تستخدم مع مجموعة صغيرة ، من الأفراد حيث يتراوح العدد من ٨ إلى ١٠ ولمرة واحدة أسبوعياً . وكذلك بالإمكان تطبيق هذه الطريقة العلاجية على مجموعة أكبر بكثير ، كفصل من الطلبة مكون من ٢٠ إلى ٣٠ طالب أو ورشة عمل مفتوحة أو دورة تدريبية سلوكية عقلانية انفعالية مكثفة ، حيث يحضرها على ما يزيد على ٢٠٠ شخص . كذلك أن سمات المجموعة تكون قابلة للتكيف ، بحيث يمكن عرض الاطروحات السمعية والبصرية ، وذلك لأنها تدرس وتمارس باستخدام أشرطة التسجيل ، والأفلام والدروس التوجيهية والأشكال الإعلامية الأخرى (Ellis,1993) . (وهذا ما تم استخدامه مع عينة البحث الحالي ، من اطروحات ودروس توجيهية مشتركة ، والتي كان لها الأثر الكبير ، في تكيف أعضاء المجموعة مع بعضها البعض) . وقد لاحظ أليس و دريدن ، Ellis & Dryden (1997) أن هذا النوع من العلاج ، ذو تأثير على المجموعات العلاجية الصغيرة ، لذلك قرر أن يجربه مع مجموعات علاجية أكبر ، فبادر بتشكيل أولى المجموعات والتي تكونت

من سبعة أفراد ، وقد نجح هذا الأسلوب العلاجي مع تلك المجموعة ناجحاً باهراً . حيث استمتع الأفراد بالجلسات العلاجية ، واستفادوا منها فائدة كبيرة ، وقد كان من بين هؤلاء الأفراد من قضى سنوات عديدة ، يعالج بطرق أخرى ، لكن حالتهم لم تكن تحسنت بالتقدير اللازم ، غير أن هؤلاء الأفراد أصبح لديهم القدرة ، على أن يتقدموا بدرجة أكبر بعد الالتحاق بالبرنامج العلاجي . كما وجد أن الجماعة العلاجية الأولى ، سرعان ما بدأ عددها في الزيادة ، لأن هناك أفراداً جدداً قد انضموا إليها مؤخراً، حيث استفاد الجميع من البرنامج الجمعي في العلاج العقلاني- الانفعالي (الشيخ ، ١٩٨٧).

ويشير رولر ، Roller (1997) إلى أن تجمع الأفراد في مجموعة متجانسة ، تعكس ما لديهم من أزمات واضطرابات مشتركة ، حيث تدار هذه المجموعات طبقاً لإحدى النظريات من خلال معالج المجموعة ، فيقوم كل فرد من أفراد المجموعة بمساعدة بعضهم البعض ، حيث يدرك أعضاء المجموعة بأن تجربتهم الخاصة ، ما هي إلا تجربة عامة لدى البشر، وأنهم يشاطرون نفس الخبرات والتجارب ، وبالتالي يستطيع كل منهم تبديد التوهم بالفردية ، التي تعد إحدى المتاعب الأساسية في التكيف الاجتماعي وقبول الذات ، حيث تساعد المجموعة على الإحساس بالآخر، وكذلك الإحساس بالذات ، من خلال الفصل بين الإحساس بالآخرين والإحساس بالنفس ، والتي تعد خطوة هامة لإيجاد وبناء الهوية الشخصية . حيث يصبح المجموعة ذاتها أداة للشفاء . فنتحسن حالة المجموعة من خلال مراحل مختلفة من التطور .

السمات الخاصة بالعلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي :

يرى أليس أن العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، يشتمل على ثلاثة أشكال رئيسية هي :

١- المجموعات ذات الحجم الصغير، وهي مجموعة منظمة مكونة من ٨ إلى ١٠ أشخاص . والتي يعتبرها أليس الحد الأمثل للأداء الفعال والنشط . (وهو العدد

الفعلي للمجموعة العلاجية للبحث الحالي)

٢- المجموعات ذات الحجم المتوسط . والتي تتكون من ٥٠ إلى ١٠٠ شخص .

٣- المجموعات كبيرة الحجم والمكونة من مئات من الأفراد .

وبما أنه تم اختيار المجموعة الأولى ، كعدد لأفراد عينة البحث الحالي ، فإنه سيتم تناول ذكر سمات هذه المجموعة من خلال نظرية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي . حيث يشير أليس إلى أن الهدف الأساسي للعلاج الجمعي ، لهذه المجموعة يكمن لمصلحة أعضائها ، من حيث الآتي :

أ – فهم جذور المشاكل السلوكية الانفعالية لديهم ، ومن ثم توظيف وتسخير ما تم فهمه و استيعابه للقضاء على الأعراض لديهم ، حيث يقومون بالأداء الأفضل بما يتعلق بالتفاعل الاجتماعي ، ابتداء من داخل المجموعة ومن ثم إلى خارج المجموعة العلاجية .

ب – تفهم الصعوبات التي تواجه الآخرين في المجموعة، ومن ثم تقديم يد العون لهم.

ج – الحد من اضطراباتهم وكذلك الآخرين في المجموعة ، حيث يمضون بقية حياتهم ولديهم الإحساس الانفعالي ، السليم وليس السقيم والإقلال من انزعاجهم الغير مبرر، بدرجة أكبر قبل التحاقهم بالمجموعة العلاجية .

د - لا يتم التركيز على أن جزء كبير من المعتقدات الغير عقلانية ، أوجدوه بأنفسهم من خلال تبني هذه المعتقدات اللامنطقية ، وإنما توجيه الأسئلة لبعضهم البعض وظهر تحديات ودحض لهذه المعتقدات ، ومساعدة أنفسهم وأعضاء المجموعة من التخلص من هذه المعتقدات الغير عقلانية .

هـ - تعريفهم بكيفية قهر معتقداتهم الغير منطقية ، من خلال أن يظهروا لذواتهم لما قد ألوا عليه حالهم ، بسبب الاستمرار في التفكير السلبي الهدام (Ellis&Dryden,1997) .

اختيار أعضاء المجموعة في العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي :

يرى أليس ، Ellis (1998) أن مجموعة العلاج العقلاني-الانفعالي الجمعي ، قد تشتمل على العديد من الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات المختلفة ، كالقلق الاجتماعي أو الاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية . ويتم في البداية المشاركة في جلسة فردية (تمهيدية) وذلك لأهداف انتقائية يتحدد بموجبها ، إذا ما كانوا مناسبين للانضمام للمجموعة، وإذا ما كانوا سيستفيدون من العلاج الجماعي ، (هذا ما تم تطبيقه أثناء اختيار أفراد المجموعة العلاجية للدراسة الحالية) ويضيف أليس ، بأن الغالبية العظمى من الأفراد ، الذين قوبلوا لهذا الغرض قد سمح لهم بالانضمام للمجموعة . أما بنسبة للأقلية الذين استبعدوا عن المشاركة في المجموعة ، فيكون بسبب انهم مشاغبين جدا أو متوحدين ، أو شبة مفصومين ، أو لديهم عدائية مفرطة ، بحيث يصعب السيطرة عليهم وضبطهم من قبل المعالج (Ellis , 1998) .

ويشير أليس إلى أهمية تحري الدقة في اختيار أفراد المجموعة العلاجية . حتى لا يقع المعالج في دائرة اختيار الأعضاء الغير مناسبين ، وما يترتب علي ذلك من ردود فعل سلبية على أعضاء المجموعة العلاجية ، وكذلك على سير الجلسات العلاجية . لأنه في حالة السماح لبعض الأفراد بالانضمام للمجموعة ، ويكتشف فيما بعد بأنهم عدوانيين ، ويحتاجون لمزيد من الاهتمام والانتباه الشخصي والخاص ، وأن وجودهم يعد غير ملائم، و مناسب للمجموعة العلاجية المنظمة ، فانه يتم أولاً تعريفهم بأنهم يجب أن يكونون أعضاء أكثر فاعلية في المجموعة ، من خلال الدور المتوقع منهم (وذلك لمصلحتهم ومصالحة أعضاء المجموعة) وفي حالة عدم جدوى ذلك معهم ، يجب أخبارهم بان عليهم أن يغادروا المجموعة ، وأن يلحقوا بالعلاج الفردي إلى حين أن يقرر، المعالج بأنه من الأنسب لهم العودة للمجموعة . ويشير أليس على مدار ٤٠ سنة استبعد أقل من ١٥ فرد من المجموعة ، والعودة ثانية للعلاج الفردي . وهذا دليل واضح على أهمية تحري الدقة عند اختيار أعضاء المجموعة ، ومدى انعكاس ذلك إيجابيا على تفاعل أعضاء المجموعة، مع بعضها البعض وعلى سير الجلسات العلاجية .

د - فنيات العلاج الجمعي عند أليس :

أستخدم أليس في العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، أساليب و فنيات عديدة ومتنوعة ، ومن هذه الفنيات والأساليب ، ما أطلق عليه بأسلوب الحوار المركز على عميل محوري focal (٣٠ دقيقة بالضبط لكل فرد) وفي أثناء هذا الحوار ، يوجه أعضاء

الجماعة رسائل مباشرة لهذا العميل ، وذلك للكشف عن المعتقدات اللاعقلانية و مناقضتها وتحديها (Ellis ,1998) .

فمثلاً : إذا عبرت الطالبة عن مدى قلقها وخوفها ، من أن تكون موضوعاً لسخرية زميلاتها في الفصل الدراسي ، فسوف تذكر لها الباحثة بأنها مازالت تتمسك باعتقاد لا عقلائي في علاقتها بزميلاتها ، وأن الخطأ هو في اعتقادها ، من كونها لا تستطيع تحمل هذا الموقف . وتتحدى الباحثة هذا المعتقد وذلك بسؤال الطالبة : " أين الدليل على أنه يجب ألا تكوني موضع سخرية نقد الأخرى ؟ " وتتحدى أي إجابة للطالبة بقولها : " أنك تستطيعين تحمل هذا الموقف ولن تفقدي حياتك أو كرامتك ، ليس هناك قانون في العالم يقول ألا تتمسك بالأخرى بنقد أو سخرية ، لا يوجد ما يسمى يجب في هذا العالم " . ثم تطلب من الطالبة بعد ذلك ، أن ترداد هذه الأسئلة والإجابات عنها لنفسه ، عدة مرات في اليوم وبقوة ، وذلك حتى تتخلى عن مطالبها غير العقلانية و المطلقة ، وشعورها وانفعالها بالقلق في مواقف التحدث أمام الأخرى . وفي صورته النموذجية ، يبدأ العلاج العقلاني-الانفعالي الجمعي ، بتشخيص مشكلات كل فرد ، من خلال التعرف على معرفياته الأساسية ومشكلاته الانفعالية والسلوكية والترابط بينها . وتتبع المناقشة الجماعية عادة نموذج ABC فيبدأ العميل المحوري بتقديم مواد يمكن تصنيفها إما في (A) أي أحداث ومواقف (خبرات منشطة) أو (C) أي النتائج الانفعالية والسلوكية ، وأحياناً تشمل عبارة واحدة كل من A و C مثل " شعرت بغضب شديد بالأمس حين تدمر زوجي لأن العشاء تأخر تقديمه " إذا تشتمل هذه العبارة سؤال الزوج عن سبب تأخير تقديم العشاء (A) والشعور بالغضب (C) ، ويشجع

المعالج الجماعة العلاجية ، على توجيه الأسئلة وعلى مناقشة طبيعة كل من (A) و (C) ،
فمثلاً قد يكون السؤال " وما الذي يزعجك في سؤاله عن سبب تأخير العشاء ؟ " (تعمق في
(A) ، " وكيف أخبرته أنك غاضبة ؟ " (تعمق في C) وذلك بقصد التوضيح ومساعدة
العضو، الذي يجد صعوبة في التعبير عن خبرات انفعالية ، ويسأل المعالج عن تسلسل
الأفكار والاستنتاجات المعرفية ، التي قامت بها العميلة لسؤال زوجها (مثال : " لا يجب أن
يضايقني بسبب تأخر تقديم العشاء " ، واستنكارها لذلك وعدم تحملها ، وشعورها بالعزلة
والعظمة " لا يحق له أن يتوقع مني أن أستجيب لطلباته ") . ومن ثم تتضح أفكار العميلة ،
عن الموقف تدريجياً ويتحدد دور هذه الأفكار في شعورها بالاضطراب ، ويولي ذلك تحدي
وتقويم هذه المعرفيات ، ويحدث أن تتحرف الجماعة إلى مسالك غير مرتبطة بالتقويمات
المعرفية للعميل ، كأن تشارك العميلة في ذم زوجها (وهو أمر لا علاجي) أو أن تقدم
النصائح لها بتنظيم وقتها ، ومهمة المعالج الخبير تجنب ذلك (المدخلي ، ١٩٩٥) .

ويتعلم أعضاء الجماعة نموذج ABC ، الذي يستخدمه المعالج لا عن طريق الخبرة
بتشخيص المشكلة فقط ، ولكن عن طريق التعليم المباشر بأن الاعتقاد اللاعقلانية تخلق
خبرات انفعالية سلبية (مليكه ، ١٩٩٠) . وتمثل الواجبات المنزلية ، أحد الفنيات الهامة في
هذا النوع من العلاج ، فمعظم الناس قد تعود على التفكير الانفعالي والتصرف بطريقة
مختلفة وظيفياً ، وذلك بطريقه شعورية أو لا شعورية . وينبغي توجيههم نحو ممارسة
فعالة ونشاط معين من أجل التخلص ، من هذه العادات الانهزامية والمدمرة للذات . حيث
تمثل الواجبات المنزلية المنتقاة بدقة لطبيعة المشكلة ، دوراً هاماً في تعليم العضو التخلص

التدريجي من سلوكه المضطرب . مثل التمرينات والتدريبات المرتبطة بالتفكير والتخيل وتكرار بعض المعلومات ، وحل بعض التمرينات الهادفة ، إلى تنمية القدرة على التفكير العقلاني ، في المواقف المختلفة للحياة . وقد أجرى أليس العديد من الدراسات المتعلقة بالواجبات المنزلية وذلك في أعوام (١٩٥٢ ، ١٩٧٦ ، ١٩٧٥ ، ١٩٧١ ، ١٩٦٢) والتي أسفرت نتائج جميع هذه الدراسات بفعالية هذه الفنية (شبانات ، ١٩٩٦) .

أهتم العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي بصفة عامة ، والعلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي بصفة خاصة ، بفنية أولاها أليس اهتماماً كبيراً وهي فنية لعب الأدوار . ويقصد بلعب الأدوار هنا التعبير عن المشاعر ، وتفريغها والكشف عنها ، ويأخذ صورة تبديل المعتقدات الخاطئة ، التي هي سبب المتاعب في كل الاضطرابات . وهذا الأسلوب يساعد على التغلب على المتاعب الحياتية ، التي يصادفها الفرد وعلى التصرف تصرفاً أكثر فاعلية وواقعية مع المشكلات ، حيث فيها تكرار الأدوار ، لترسيخ السلوك التكيفي المرغوب (الحجار ، ١٤١٤) .

ويرى أليس ، (Ellis 1998) أن لفنية لعب الأدوار في العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، دوراً بارزاً في إعطاء نتائج إيجابية باهرة ، خاصة فيما يتعلق بعينات ذات المشكلات المتشابهة لفئة تشخيصية محددة مثل : القلق الاجتماعي ، قلق التحدث أمام الآخرين ، حيث يرى أن فنية لعب الأدوار في العلاج الجمعي لعينة تعاني ، من اضطراب في التفاعل الاجتماعي ، مع الأشخاص وأمامهم يعد بذاته نوعاً علاجياً للمشاركين . كذلك يتم استخدام بعض الأساليب السلوكية وذلك لعلاج القصور في المهارات الاجتماعية ،

والحرية الانفعالية في المواقف الاجتماعية المختلفة ، كالنمذجة ، والتدريب على المهارات الاجتماعية ، وأساليب تأكيد الذات .

وقد انتقت الباحثة عدداً من هذه الفنيات ، التي يعارض ظهورها مع قلق التحدث أمام الآخرين ، وتساعد في الوقت ذاته ، على محاولة أيجاد استجابات تكيفية جديدة . ففي حالة ارتفاع درجة القلق أثناء مواقف التحدث أمام الأخرىات ، تسعى الباحثة لتعليم عينة البحث السلوك التوكيدي ، المناسب والفعال عند تعرضهن للموقف الاجتماعي الضاغط . (تعليم الأساليب اللفظية ، التعبير الحر عن الرأي ، وتأكيد الذات) . من المستحسن ، بأن يبقى الأعضاء في المجموعة لمدة لا تقل عن ستة اشهر ، لان تعلم مبادئ العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، تأخذ وقتاً منهم وكذلك لمن يتابعهم ويشرف على الواجبات المنزلية المعطاة لهم . ولكن بإمكان الأفراد الأقل اضطراباً (الذين يعانون من القلق بأنواعه المختلفة ، كالقلق الاجتماعي وقلق التحدث) من الالتحاق فقط لمدة شهرين إلى ثلاثة اشهر ، للحصول على المساعدة لمن يعانون من المشكلات الانفعالية (Ellis,1998) .

القواعد الأساسية للجلسات العلاجية لمجموعة العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي :

يلخص أليس ، Ellis (1998) في كتابه " العلاج العقلاني-الانفعالي السلوكي " القواعد الأساسية للمجموعة العلاجية ، وكذلك دور المعالج (قائد المجموعة) في العلاج العقلاني-الانفعالي الجمعي . فيذكر كيفية تطبيق القواعد الأساسية للمجموعة العلاجية ، وكل ما يتعلق بالجلسات العلاجية ، وقواعد الحضور ، وكذلك الأدوار المتوقعة من المجموعة

العلاجية . (قامت الباحثة بتطبيق هذه القواعد الأساسية على المجموعة العلاجية ، في

الجلسات التمهيديّة التي سبقت الجلسات العلاجية الفعلية) ومن بين هذه القواعد الآتي :

١- أن كافة المداولات أثناء جلسات المجموعة والجلسات الخارجية ، التي يتداولها

الأعضاء مع بعضهم البعض ، تبقى سرية وفي طي الكتمان ، ولا يجب إفشاءها

للآخرين .

٢- يعطى أعضاء المجموعة حرية كاملة ، في إقامة علاقة اجتماعية مع بعضهم البعض

خارج الجلسات العلاجية ، ويسمح لكل منهم بإحضار المعلومات التي عرفها عن

الآخر إلى جلسات المجموعة ، بشرط لا يثبط ذلك من الاستمرارية في الكشف عن

ذواتهم تماما للمجموعة .

٣- يشجع أعضاء المجموعة على القيام بمساعدة بعضهم البعض ، داخل وخارج الجلسات

العلاجية ، وأن يقوموا بانتقاد سلوكيات الآخرين دون أن يكرهوا الآخرين كأشخاص ،

وأن يكونوا متعاونين مع الأعضاء الجدد الذين انضموا للمجموعة .

٤- حث أفراد المجموعة في الجلسات العلاجية ، وأثناء المارثونات على التفكير بمنطقية

وعقلانية ، ومواجهة الأفكار غير العقلانية والمحبطة للذات ، بدلاً من الهروب منها ،

وحث الأفراد أنفسهم قدر الإمكان الإفصاح عن مشاعرهم القلقة وذكر مشكلاتهم ، كما

انهم يشجعون على أن يحاولوا جعل الآخرين يفصحون عن ذواتهم ، خاصة الأعضاء

الصامتين والمحبطين .

دور المعالج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي :

يقوم المعالج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، بدور توجيهي نشط في قيادة وإدارة المجموعة ، ويحافظ على النظام والتأكيد على قيام الأفراد الصامتين بالمشاركة في الحديث ، وعلى عدم احتكار عضو واحد وقت المجموعة . ولا يسمح لأي عضو من المجموعة بالخروج عن إطار الموضوع القائم للنقاش ، حيث يسمح للشخص بالحوار لمرة واحدة ، وفي ذات الوقت يشجع القائد المجموعة على التفاوض التلقائي ، على أن يبقى ذلك ضمن السيطرة والنظام . ومتابعة أن الآخرين يطرحون مشاكلهم الجدية وانهم صريحين في طرحها . أما بنسبة للأفراد ذوي المعتقدات والأفكار غير المنطقية ، الملحة في أذهانهم ، فيتم مساعدتهم بتقديم الحلول العملية لهم ولمشاكلهم ، ويعد المعالج ، من أكثر المشاركين نشاطاً في المجموعة . حيث يوجه الأسئلة ويعلم ويحث ويشجع ، ويعطي الواجبات المنزلية وكذلك التمارين المدروسة ، ويقوم كذلك بكافة المهام والوظائف التوجيهية الأخرى . والتي منها شرح نظرية العلاج العقلاني-الانفعالي ، والتي تنص على أن الأفراد لا يقلقون بحد ذاتهم ، ولكنهم يتشبثون بقوة بالأفكار والمعتقدات المطلقة ، والتي تؤدي إلى حالة من الاضطراب والقلق . ويقوم المعالج ضمن العلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي الجمعي ، باستخدام الأساليب العقلانية-الانفعالية وكذلك السلوكية بحسب طبيعة المشكلة . يعطي المعالج اهتماماً كبيراً لكافة المشاركين ، وإبداء رغبة حقيقية في مساعدتهم من خلال القبول الغير مشروط . فهو عندما يستخدم الأسلوب الساخر من معتقداتهم لا يعني ذلك الاستهزاء بهم ، وإنما من معتقداتهم غير العقلانية ، حيث يوضح لهم انه سوف يتقبل ما يقلونه وما يفعلونه كبشر ، بغض النظر عن مدى تفكيرهم وتصرفهم المضطرب ، كما انه يشير في كل

جلسة انه سوف يبذل قصارى جهده، لسماعهم ومساعدتهم ، و أن لديه الاعتقاد الراسخ رغمأ عن اضطرابهم سوف يتغيرون ، حيث يستمر في تشجيعهم وحثهم لأحداث ذلك التغير، وإقناعهم بأن لديهم القدرة والإرادة السليمة ، في جعل ذواتهم تنمو وتتطور بشكل بناء (Ellis&Dryden,1997).

مميزات العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي :

يشير أليس و درايدن ، Ellis & Dryden (1997) في كتاب " ممارسة العلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي " إلى أن العلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي يتميز بعدة نقاط جوهرية ، إذا ما تم مقارنته بالعلاج الفردي ، ومن هذه المميزات لآتي :

- ١- بأنه اختصار للوقت .
- ٢- اختصار للجهد .
- ٣- أقل تكلفة للعميل .
- ٤- الإفصاح عن المشكلات المتشابهة ، والأحاسيس والأحداث المكبوتة للمجموعة العلاجية ، يعد بحد ذاته نوعا علاجيا للمشاركين . خاصة لأولئك الذين يعانون من القلق الاجتماعي ، أو الذين يكون قلق التحدث أمام الآخرين سبب اضطرابهم . فالإفصاح يكون أداة قاضية على حدة القلق والخجل ومجدية ، في تعميم هذه الخبرة الانفعالية الإيجابية مستقبلا . و يتم ذلك من خلال الواجب المنزلي ، ومنها الكلام أمام ذات المجموعة والقيام بالاتصالات الاجتماعية ، والتي تنجز خارج الجلسات

- العلاجية ، ويتم مراقبتها أثناء الجلسات المنظمة . فهذه الواجبات تكون أكثر فاعلية إذا ما عطت وجرى متابعتها من قبل المجموعة ، وليس الأخصائي العلاج الفردي
- ٥- تؤدي بعض من الفنيات العلاجية المستخدمة إلى نتائج باهرة ، إذا ما تم تطبيقها بشكل جماعي . كفننية لعب الأدوار ، فالدور الممثل أمام المجموعة يكون أكثر إثارة للقلق ، وأكثر صعوبة من الدور ذاته الممثل في جلسة العلاج الفردي .
- ٦- تعمل الإرشادات والتوجيهات ، من خلال التدريب على المهارات الاجتماعية ، ليس من قائد المجموعة فحسب وإنما من أعضاء المجموعة مع بعضها البعض ، إلى تبني هذه الخبرات الإيجابية بشكلها الجماعي ، والعمل بها داخل الجلسات ، ومن ثم تطبيقها في البيئة الخارجية و مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة .
- ٧- أن التقبل الغير مشروط ، لا يكون بين العميل والمعالج ، كما هو الحال في العلاج الفردي ، وإنما يكون بين أعضاء المجموعة ، والمعالج وبين أعضاء المجموعة مع بعضها البعض . فالتقبل الجماعي الغير مشروط ، تجاه كل عضو في المجموعة ، يكون حافراً لإفصاح الأعضاء عن مكنوناتهم القلقة المبالغ فيها ، ونقاط ضعفهم في جو عام يسوده الاحترام لكل عضو من أعضاء المجموعة . وبالتالي يظهر للعميل أنه مقبول من المجموعة ، برغم من سماته الحالية ، فيعزز القبول الجماعي تقبله لذاته ، مما يزيد من فعالية العلاج لديه .
- ٨- يعمل الجو الجماعي ، على مساعدة الأعضاء على طرح مشكلاتهم الاجتماعية والشخصية ، مع أقرانهم في المجموعة أفضل من تناولها ، مع الأخصائي المعالج

بمفرده ، والذي يعد شخصاً خاصاً ، بنسبة لهم ولا يمثل الأفراد الذين لهم ارتباط معهم في الحياة الفعلية . (قد يكون التعلم من الأقران مصدر آخر هام ، في اكتساب الخبرة ، لاسيما لمن تجمعهم مشكلات نفسية مشتركة)

٩- تمثل المجموعة بيئة علاجية بحد ذاتها (خاصة ممن يعانون من الاضطرابات الاجتماعية) وكذلك بيئة مصغرة للبيئة الواقعية ، حيث تعتبر مؤشر حقيقي ووسيلة هامة ، في التغذية الرجعية وبالتالي ، يتم تعزيز ما تم تعلمه واكتسابه في هذه المجموعة ، في الحياة الواقعية بشكل فعلي ومباشر .

١٠- أن من حصيلته نتائج الدراسات عن مدى فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي ، والتي تزيد عن ٥٠٠ دراسة ، قد أثبتت جدواها وفعاليتها عن تطبيقها بشكل جمعي منها في حالات العلاج الفردي .

جوانب النقص في نظرية لعلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي :

ترى دريدن ، Dryden (1990) أنه بالرجوع إلى نظرية العلاج العقلاني-الانفعالي ، نرى أنها لا تحتوي على نظرية كاملة ، في تفسير الاضطراب النفسي ، حيث أشارت إلى أن الإنسان يولد ، ولديه ميل بيولوجي للتفكير بطريقة عقلانية وغير عقلانية . على الرغم من أنها لم تتكرر ما للبيئة والتنشئة الاجتماعية من تأثير على الفرد وكذلك العوامل الثقافية . وقد ذكر أليس ، Ellis (1998) أن من أفضل النتائج ، التي يؤدي إليها العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، عندما يتعامل مع

عينة من شريحة المتعلمين (قد يتطلب هذا النوع من العلاج ، مستوى فكري وعلمي إلى حد ما ، خاصةً أنه يتعامل مع الأفكار غير العقلانية والتي يتم استبدالها بأفكار عقلانية منطقية ، بمعنى أنه قد يتطلب نوع من المنطقية الفكرية في تعلم و اكتساب الخبرة العلاجية ، وربما لا تعد هذه النظرية ذو فائدة كبيره ، مع الأشخاص ذوي المستوى الفكري والعلمي المتدني) . وبالتالي ، فهذا النوع من العلاج ، يعتمد على تحليل أفكار المسترشد وتفنيدها وتوضيح غير المنطقي منها . وبيان ما يمكن أن يكون منطقياً وتعليم المسترشد أفكاراً أكثر عقلانية . وهذا كله يعتمد على دور المرشد في تفسير هذه الجوانب . مما يدعو إلى التقيد، عند استخدام هذه النوع من العلاج مع كل من ، الأطفال وحالات التخلف العقلي وكذلك حالات شديدة الاضطراب (الشناوي ، ١٩٩٤) .

العلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي ومكانته بين الأساليب العلاجية الأخرى :

١- العلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي والتحليل النفسي :

يختلف العلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي عن التحليل النفسي ، حيث أنه لا يهتم عادة بفنيات التداعي الحر ، وتحليل الأحلام ، ولا بالتاريخ المرضي للعميل ، حيث يعتبر هذه الطرق طرقاً جانبية وغير فعالة . ولا يهتم أيضاً بوجود جذور جنسية للاضطرابات النفسية، ولا بعقدة أوديب كما في مدرسة التحليل النفسي ، لأن معظم هذه الفنيات لا علاقة لها بشفاء المسترشد من وجهة النظر المعرفية ، كما أن الجهد والمال والوقت الذي يبذل عليها يعتبر بدون فائدة ، والعلاج العقلاني-الانفعالي يهتم بالمعتقدات والأفكار غير العقلانية ، والتي تسيطر على تفكير الفرد ومنطقه ومحاولة تنفيذها ، وإحلال أفكار ومعتقدات عقلانية لا بد منها تكون أكثر ليونة ومرونة وذلك لتحقيق الأهداف (الطيب ، ١٩٨١) .

٢ – العلاج العقلاني- الانفعالي - السلوكي ونظرية يونج :

يشترك العلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي ، مع النظرية العلاجية ليونج في جوانب كثيرة، وخاصة فيما يتعلق بنظرتها للعملاء نظرة كلية ، بدلاً من النظرة التحليلية وفي نظرتة إلى هدف العلاج ، على أنه من الأفضل أن يكون نمو وتحقيق الطاقة إلى جانب التحرر من الأعراض المضطربة .

بالإضافة إلى ذلك ، يتداخل العلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي أيضا مع نظرية يونج إلى حد ما . فالهدف من العلاج هو نمو الفرد وتطوره ، بقدر ما يكون شفاؤه من الاضطرابات العقلية . كما أنه يشجع المريض على اتخاذ خطوات إلى الأمام بناءة وهادفة، وعلى ذلك نجد أن العلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي ، لا يستغرق الكثير من الوقت في ملاحظة وتحليل المرضى إلا نادراً ، وكذلك تحليل الرموز التي يستخدمونها Symbol productions كما هو موجود عند يونج . كما أن المعالج العقلاني-الانفعالي لا يهتم بالمحتويات اللاشعورية لتفكير المريض (Ellis&Dryden ,1997) .

٣ - يشترك العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي في كثير من الجوانب مع العلاج السلوكي الأشرطي وطرق تعديل السلوك:

فكثيرا من المعالجين السلوكيين ، يولون اهتماماً بإزالة الأعراض ويهملون الجوانب المعرفية للأشراط . ويعتبر العلاج العقلاني-الانفعالي أكثر قرباً من المعالجين الذين يستخدمون الأساليب المتعددة (بيك ولازورس ميكينيوم وغيرهم) ، مقارنةً بالمعالجين الذين يندرجون ، تحت الأنواع الكلاسيكية من الأشراط الإجرائي وإزالة التحسس المنهجي (Ellis,1998) . فقد أهتم المعالجون السلوكيون ، الذين أطلقوا على أساليبهم العلاج السلوكي المتعدد ، وهو الأسم الذي وضعه لازورس – اهتموا بالعمليات المعرفية وظهر ما يسمى بالعلاج السلوكي المعرفي . وقد عمد أليس بعد ذلك ، إلى استخدام طرق وفنيات العلاج السلوكي ، بشكل كبير خاصة، فيما يتعلق بالتدريب على المهارات الاجتماعية ، والتي تم تطبيقها بشكل أوسع في العلاج الجمعي . وقد تطرق أليس ، Ellis (1998) إلى

ذلك في كاتبة " العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي "، حيث أشار إلى أنه قام بإضافة ،
كلمة السلوكي إلى مسمى طريقته العلاجية . فأصبحت منذ عام ١٩٩٣ تعرف بالعلاج
العقلاني-الانفعالي-السلوكي .

الفصل الثالث

أولاً: الدراسات السابقة .

ثانياً: فروض الدراسة .

و يمكن تقسيم الدراسات السابقة وفقاً لما يلي :-

أولاً : دراسات قامت بفحص فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي
للاضطرابات النفسية المختلفة .

ثانياً : دراسات قامت بفحص فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي
والمعرفي السلوكي لكل من : المخاوف الاجتماعية ،القلق الاجتماعي و قلق التحدث
أمام الآخرين .

ثالثاً : دراسات تناولت الفروق بين الجنسين ، في شدة القلق الاجتماعي وقلق
التحدث أمام الآخرين .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

بالرغم من انتشار وتزايد نسبة الاضطرابات النفسية ، بما يتعلق بالمخاوف والقلق الاجتماعي ، في المجتمعات الدولية بصفة عامة والمجتمع العربي والسعودي بصفة خاصة، اعتماداً على الدراسات الإحصائية العالمية والمحلية . إلا أن هذا النوع من الاضطراب لم يحظى باهتمام دراسات متخصصة إلا في السنوات الأخيرة (Chaleby & Raslan. 1990; Marshall, 1994) . حيث أشارت هذه الدراسات ، إلى تحديد المواقف التي تثير هذا النوع من القلق ، والمتمثلة في المواقف الاجتماعية الأدائية (كالنشاطات الاجتماعية المختلفة) والكلامية وهي التي تتعلق بمواقف التحدث أمام الآخرين (موضوع الدراسة الحالية) . وبالرغم من أن الدراسات ، أوضحت تزايد المخاوف المرضية وقلق التحدث أمام الآخرين حيث أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-1V-TR(2000) إلى أن معظم

من يعانون من القلق الاجتماعي ، يخافون التحدث أمام الآخرين . إضافة إلى نتائج الدراسات الحديثة والتي أسفرت على أنه يوجد بنسبة أعلى عند الإناث منه لدى الذكور (Stein. et al., 1997 & Walters et al., 2000) , (الأنصاري ، ٢٠٠١) إلا أن الباحثة لم تعثر على أي دراسة أجنبية أو عربية ، تناولت فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي السلوكي الجمعي ، في خفض قلق التحدث أمام الآخرين (لعينة إناث للمستوى الجامعي) . - في حدود علم الباحثة - وبناءً على ذلك سعت الباحثة جاهدة ، إلى انتقاء دراسات تتناسب و صلب موضوع الدراسة الحالية ، وفق متطلبان أساسيان هما نوع الاضطراب (قلق التحدث أمام الآخرين) ونوع العلاج (العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي) .

ويمكن تصنيف الدراسات السابقة فيما يلي :

أولاً : دراسات قامت بفحص فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي للاضطرابات النفسية المختلفة .

ثانياً : دراسات قامت بفحص فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي والمعرفي السلوكي ، لكل من : المخاوف الاجتماعية ،القلق الاجتماعي و قلق التحدث أمام الآخرين .

ثالثاً : دراسات تناولت الفروق بين الجنسين ، في شدة القلق الاجتماعي وقلق التحدث أمام الآخرين .

وفيما يلي عرض للدراسات السابقة وفقاً للتصنيف السابق بالتفصيل :

أولاً : دراسات قامت بفحص فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ،

للاضطرابات النفسية المختلفة :

قام روبرتا ، Roberta (1983) بدراسة استهدفت خفض قلق الاختبار، لدى عينة من طلبة الجامعة . وتم اختيار ٢٥ طالباً كأفراد للعينة . وقد استخدم الباحث العلاج العقلاني-الانفعالي والعلاج بتحسين التدريجي لإزالة الحساسية ، كلا على حده مع مجموعتين تجريبيتين . واستعان الباحث بمقياس سبيلبرجر لقلق الاختبار . وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة ، عن وجود فروق جوهرية ، بين القياسين القبلي والبعدي لكلا البرنامجين ، لصالح القياس البعدي . أما فيما يتعلق ببعدي قلق الاختبار (الانزعاج والانفعالية) فقد حدث تحسن ، حيث انخفضت درجات أفراد عينة الدراسة على هذين البعدين ، مقارنةً بالاختبار القبلي . وتوصلت نتائج تلك الدراسة أيضا ، إلى أن العلاج العقلاني-الانفعالي ، أكثر فعالية من العلاج بالتحسين التدريجي لإزالة الحساسية ، عند مقارنة

القياسين البعدين ، لمجموعتي الدراسة التجريبيتين . بمعنى أن كل من البرنامجين العلاجين كان ذو فعالية ، إلا أن العلاج العقلاني-الانفعالي تفوق في الدرجة .

وفي الإطار نفسه قام واران. Warren (1984) بدراسة استهدفت تقييم فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي ، والعلاج العقلاني-الانفعالي التخيلي للاضطرابات البينشخصية ، لدى عينة من طلبة المدرسة الثانوية. وقد أجريت هذه الدراسة ، على عينة قوامها ٥٩ طالب وطالبة ، قسموا بطريقة عشوائية إلى أربع مجموعات . حيث تلقت المجموعة الأولى العلاج العقلاني-الانفعالي ، وطبق على المجموعة الثانية العلاج العقلاني الانفعالي التخيلي ، أما المجموعة الثالثة فقد خضعت للعلاج بالإرشاد الموجه للعلاقة بين الأشخاص ، (الإرشاد النفسي) أما المجموعة الرابعة فقد كانت مجموعة ضابطة . وقد استخدم الباحث مقياس الانطواء الاجتماعي ، ومقياس العلاقات الاجتماعية ، ومقياس الخوف من التقييم السلبي وكذلك التقييم الذاتي . وقد توصلت نتائج هذه الدراسة ، إلى أن مجموعة العلاج العقلاني-الانفعالي ، ومجموعة العلاج العقلاني-الانفعالي التخيلي ، حققنا انخفاضاً أكبر في التفكير غير العقلاني ، وأن العلاج العقلاني-الانفعالي ، أكثر فعالية من طريقة الإرشاد الموجه في علاج الاضطرابات البينشخصية ، لعينة الدراسة بعد العلاج وفترة المتابعة .

وفي نفس المجال قام عماره (١٩٨٥) بدراسة استهدفت معرفة أثر العلاج العقلاني – الانفعالي ، لبعض الأفكار الخرافية (غير العقلانية) لدى عينة من طلبة الجامعة . تكونت عينة البحث من ٦٤ من طلاب الجامعة ، تم اختيارهم من بين عينة كبيرة العدد قوامها

٤١٤ طالباً وطالبة ، والذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الاتجاه نحو المعتقدات الخرافية والسلوك الخرافي لحل المشكلة . وعمد الباحث إلى تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ، فالمجموعة التجريبية تكونت من ٣٤ طالب ، والضابطة تكونت من ٣٠ طالب. و أظهرت الدراسة نتائج دالة إحصائيا ، حول تصحيح المعتقدات الخرافية لدى أفراد المجموعة التجريبية ، وفروق دالة إحصائيا ، في متوسط الدرجة على مقياس الاتجاه نحو المعتقدات الخرافية ، وعلى مقياس الاتجاه العلمي ، وعلى مقياس السلوك الخرافي لحل المشكلات لصالح المجموعة التجريبية بعد العلاج .

وفي الإطار نفسه قام الشيخ (١٩٨٦) بدراسة استهدفت التحقق من مدى فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي ، والتحصين التدريجي ، في خفض قلق الاختبار ، لدى عينة من طلبة الجامعة . وتكونت عينة الدراسة من ٤٠ طالب وطالبة ، مقسمة إلى مجموعتين بالتساوي ٢٠ طالباً و ٢٠ طالبة . وقد تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات فرعية ، تلقت المجموعة الأولى العلاج العقلاني-الانفعالي ، والمجموعة الثانية استخدمت التحصين التدريجي بمفرده ، والثالثة طبق عليها البرنامجين معاً ، أما الرابعة فقد كانت مجموعة ضابطة . واستخدمت الدراسة كل من مقياس قلق الاختبار ، ومقياس الانزعاج ، واستبيان قلق الامتحان . وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية كل من العلاج العقلاني-الانفعالي ، والعلاج بالتحصين التدريجي ، وطريقة العلاجيين معاً ، في خفض قلق الاختبار لدى عينة البحث ، أي أن تلك الدراسة توصلت ، إلى فاعلية استخدام العلاج العقلاني-الانفعالي بمفرده ، أو استخدامه مع أساليب علاجية أخرى . كما أظهرت أن العلاج العقلاني –

الانفعالي أفضل من العلاج بالتحسين في خفض مستوى الانزعاج ، وكذلك العلاج العقلاني-الانفعالي ، أفضل من استخدام الطريقتين معاً في خفض بعد الانزعاج .

كذلك قام ربيكا وآخرون , Rebecca et al., (1988) بدراسة استهدفت التحقق من فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي الجمعي ، لمرضى منومين داخل قسم الأمراض النفسية . وقد أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها ٦١ مريضاً بأمراض نفسية مختلفة . تم تقسيمها إلى مجموعتين ، مجموعة تجريبية مكونة من ٣٤ مريضاً ومجموعة ضابطة مكونة من ٢٧ مريضاً . وكان أفراد المجموعة الضابطة يتلقون علاجاً نفسياً مكثفاً ، يشمل العلاج الدوائي، والعلاج الجماعي ، والعلاج بالترفيه وبرامج توكيد الذات ، والتدريب على حل المشكلات . أما المجموعة التجريبية ، فقد خضعت للعلاج العقلاني-الانفعالي الجمعي ، وقد التزم المعالج (قائد المجموعة) بالنموذج العقلاني-الانفعالي الجمعي ، والعلاج السلوكي المعرفي ، ونموذج ABC للاضطرابات الانفعالية غير العقلانية ، التي وضعها أليس وعددها ١١ فكرة . كما كان يطلب من المرضى ، تحليل مشكلاتهم حسب نموذج ABC ، كواجبات منزلية لتحديد المعتقدات غير العقلانية التي تسبب لهم الاضطراب ، ويحضرونها للمناقشة مع المجموعة العلاجية . وقد استخدم الباحث مقياس قائمة الأفكار اللاعقلانية ، ومقياس كور نيل للأعراض النفسية والجسدية . وأسفرت نتائج الدراسة ، عن انخفاض واضح لدرجة القلق ، بناء على درجات القياس البعدي . حيث أظهرت هذه الدراسة ، أن أفراد المجموعة التجريبية قد غيروا معتقداتهم وأفكارهم غير العقلانية ، أكثر مما فعله أفراد المجموعة الضابطة والذين خضعوا لأنواع متعددة من العلاج . وبعد

٩٠ يوماً من المتابعة ، أسفرت النتيجة إلى احتمال خروج المجموعة التجريبية ، من المستشفى بعدد أكبر من أفراد المجموعة الضابطة .

وفي الإطار نفسه قامت عزة الغامدي ، بدراسة استهدفت التحقق من فاعلية العلاج العقلاني-الانفعالي الجمعي ، في خفض قلق الاختبار لدى عينة ، من طالبات جامعة الملك سعود . وقد تكونت العينة من ٣٠ طالبة من طالبات جامعة الملك سعود ممن يعانون من قلق الاختبار ، تم تقسيمهن إلى مجموعتين متكافئتين ، من حيث العمر ، والتحصيل الدراسي ، ودرجة القلق (الانزعاج والانفعالية والدرجة الكلية) ودرجة الأفكار اللاعقلانية ، أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة . وقد استخدمت الباحثة مقياس قلق الاختبار ومقياس الأفكار اللاعقلانية . وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي الجمعي ، في خفض قلق الاختبار لدى أفراد العينة . حيث أظهرت الدراسة أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية ، بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ، على المقياسين المطبقين في الدراسة ، وكذلك بين نتائج المقياسين (القبلي والبعدي) بعد تطبيق برنامج العلاج العقلاني-الانفعالي الجمعي ، لصالح القياس البعدي . كما أنها توجد فروق ذات دلالة إحصائية ، بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ، على المقياسين المطبقين في الدراسة لصالح المجموعة التجريبية . (الغامدي ، ١٩٩٨)

ثانياً : دراسات قامت بفحص فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي

والمعرفي السلوكي ، لكل من : المخاوف الاجتماعية ،القلق الاجتماعي و قلق التحدث

أمام الآخرين .

قام إميل كامب وزملاؤه EmmelKamp et al., (1985) بدراسة استهدفت فحص فعالية العلاج العقلاني -الانفعالي الجمعي ، في علاج الخوف الاجتماعي ، وذلك بمقارنة فعاليته ، بفعالية غيره من فنيات العلاج. (التعرض التدريجي والتدريب على التوجيه الذاتي). و تكونت العينة من ٣٤ مريضاً ، ١٣ ذكراً و ٢١ أنثى . تم توزيعهم إلى ثلاث مجموعات تجريبية : تمثل كل مجموعة منهم أسلوباً علاجياً ، وكان الأسلوب العلاجي المتبع الأسلوب الجمعي . وقد تم تقييم المرضى قبل العلاج وبعده ، ثم بعد مرور شهر ، وذلك باستخدام العديد من الأدوات ، مثل : مقياس القلق الاجتماعي ، واستبيان الخوف ، واختبار المعتقدات اللاعقلانية ، وقياس القلق باستخدام بعض الدلائل الفسيولوجية مثل : معدل ضربات القلب في مواقف اجتماعية مصطنعة . وقد كشفت الدراسة ، عن تكافئ الأسلوبين المعرفيين (العلاج العقلاني-الانفعالي ، والتدريب على التوجيه الذاتي) مع أسلوب التعرض في خفض القلق الاجتماعي لأفراد العينة . إلا أن هذين الأسلوبين ، كانا

أكثر فعالية منه في خفض المعتقدات غير العقلانية . كما أن العلاج العقلاني الانفعالي ، تفوق على التدريب على التوجيه الذاتي ، في خفض القلق الاجتماعي . وبعد شهر من إتمام العلاج ، تحسن المرضى الذين تم علاجهم بالعلاج العقلاني-الانفعالي تحسناً دالاً ، على مقياس القلق الاجتماعي ، واختبار المعتقدات غير العقلانية . كما أسفرت نتائج الدراسة ، على أن العلاج العقلاني-الانفعالي ، أفضل كعلاج من التدريب على توجيه الذات ، في خفض الخوف الاجتماعي ، وأفضل من التعرض في علاج الأفكار غير العقلانية .

وفي الإطار نفسه قام اللاذقاني (١٩٩٥) بدراسة استهدفت معرفة أثر برنامج إرشادي جمعي ، قائم على التدريب على المهارات الاجتماعية ، والعلاج العقلاني-الانفعالي ، في معالجة القلق الاجتماعي . وقد تكونت عينة الدراسة من ٥٠ طالباً من طلاب مركز التدريب ، ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس القلق الاجتماعي . وقسمت العينة بالتساوي إلى مجموعتين : مجموعة تجريبية مكونة من ٢٥ طالب ، وكذلك مجموعة ضابطة مكونة من ٢٥ طالب . اشتملت الدراسة على أدوات مثل : مقياس القلق الاجتماعي ، و البرنامج الإرشادي (العلاج العقلاني-الانفعالي الجمعي) (المتمثل في لعب الأدوار ، والواجبات المنزلية وغيرها) . توصلت نتائج الدراسة ، إلى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي الجمعي ، في خفض مستوى القلق الاجتماعي ، لدى أفراد العينة . وهذا ما أثبتته المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة ، للمجموعتين التجريبية والضابطة ، وكذلك مقياس المتابعة ، مما يدل على استمرارية تأثير البرنامج العلاجي .

وفي المجال نفسه قام المدخلي (١٩٩٥) بدراسة استهدفت التحقق من فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي الجمعي ، في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين . وقد تكونت عينة الدراسة من ٢٠ طالباً ، من طلاب المرحلة الثانوية بمدرسة عرقة بالرياض ، والذين يعانون من رهاب التحدث أمام الآخرين ، وكان متوسط أعمارهم ١٨ سنة ، واحتوت الدراسة على أدوات ، كبرنامج العلاج العقلاني-الانفعالي الجمعي ، والملاحظة بالمشاركة، ومقياس الخوف من التحدث أمام الآخرين . وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة ، فاعلية البرنامج العلاجي العقلاني الجمعي ، المستخدم في تخفيض رهاب التحدث أمام الآخرين ، لدى المجموعة التجريبية .

قام البانو وآخرون ., Albano et al (1995) بدراسة استهدفت التحقق من فعالية العلاج المعرفي-السلوكي الجمعي ، في خفض الخوف الاجتماعي ، لدى عينة من المراهقين . بما يتعلق بمواقف التحدث أمام الآخرين . تكونت عينة الدراسة من خمسة مراهقين فتاتين وثلاثة ذكور ، من القوقازيين و الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٣_١٧ سنة . حيث شخّصت حالاتهم بالخوف المفرط من مواقف التحدث أمام الآخرين . احتوت الدراسة على عدد من الأدوات ، كالمقابلة التشخيصية ، والتقييم السلوكي ، و المقياس الأتوماتيكي لمعدل نبضات القلب (كقياس فسيولوجي لأعراض القلق) ، وكذلك التقدير الذاتي وتقرير الأباء . وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن :

- فعالية العلاج السلوكي-المعرفي الجمعي ، في خفض القلق الاجتماعي خاصة فيما يتعلق بمواقف التحدث أمام الآخرين . وهذا ما أسفرت عنه نتائج بيانات المقابلات

التشخيصية ، بناءً على تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-1V (1994) أن هناك انخفاض ملحوظ ، في الدرجات على المقاييس الإكلينيكية، وكذلك التقارير الذاتية ، وتقارير الأباء من خلال المتابعة .

- اكتساب المهارات الاجتماعية ، والمتمثلة في المشاركات الاجتماعية المختلفة والمنوعة (مثل المشاركة في النشاطات المدرسية ، بأنواعها المختلفة سواءً الآدائية أو الخطابية) وفي المجال نفسه قام كابلن وآخرون Kaplan. et al., (1995) بدراسة تناولت المعالجة السلوكية-المعرفية طويلة المدى ، لأطفال و مراهقين مصابون بالقلق الاجتماعي. استهدفت التحقق من فعالية هذا النوع من العلاج طويل المدى ، مع الأطفال، و المراهقين مما لديهم قلق اجتماعي . وتكونت عينة الدراسة من ٢٤ طالب وطالبة ، في مرحلتي المتوسطة والثانوية ، (١٣ ذكر و ١١ أنثى) ، والذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٣ - ١٦ سنة . ممن انطبقت عليهم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-1V (1994) واشتملت الدراسة على أدوات متعددة مثل : مقياسي القلق الاجتماعي ، ومقياس الاكتئاب ، ومن المقابلات التشخيصية ، والتقييم الإكلينيكي طويل المدى ، وكذلك من التقدير الذاتي ، وتقارير الأباء والمدرسين . وقد أسفرت نتائج الدراسة عن الآتي :

- أكدت لدراسة على أن أفراد العينة ، الذين تلقوا العلاج والمتابعة ، لفترة زمنية امتدت إلى ٢_٥ سنوات ، ابدوا تحسناً واضحاً فيما يتعلق بمواقف القلق الاجتماعي ، اعتماداً

على التشخيص الإكلينيكي بغياب أعراض القلق ، وكذلك على تقارير كل من الأباء ،
والمدرسين ، وكذلك التقدير الذاتي من أفراد العينة أنفسهم .

- انخفاض واضح على درجات المقاييس ، التابعة لكل من مقياس القلق الاجتماعي
ومقياس الاكتئاب .

- أهمية اللجوء للعلاج في هذه المرحلة العمرية المبكرة ، تجنباً لظهوره في مرحلة عمرية
لاحقة ، مما يؤدي إلي صعوبة السيطرة عليه .

- الإجراءات التي تم استخدامها بشكل متكرر مثل : التطمين التدريجي ، و تمارين
الاسترخاء ، برهنت على أنها مكونات أساسية ولعبت دوراً بارزاً ، في تأكيد فعالية
العلاج السلوكي-المعرفي طويل المدى .

كذلك قام الشبان (١٩٩٦) بدراسة استهدفت تقييم فعالية العلاج العقلاني- الانفعالي
لحالات الرهاب الاجتماعي . وقد تكونت عينة الدراسة من ١٤ من الذكور والمراجعين ،
في كل من مستشفى الملك عبد العزيز، ومستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض ، ممن
شخصوا بالرهاب الاجتماعي ، طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات
العقلية DSM-1V (1994) . والذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٦_٤٠ سنة . اشتملت
الدراسة على مجموعة من الأدوات ، كمقياس الخوف الاجتماعي ، والتقييم الذاتي
للمريض، ودراسة الحالة وغيرها، وقد أثبتت نتائج هذه الدراسة ، فعالية العلاج العقلاني-
الانفعالي ، في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي ، لدى أفراد العينة ، وفقاً لنتائج المقاييس
المستخدمة في الدراسة . كما أسفرت أيضاً ، إلى عدم وجود فروق جوهرية بين درجات

أفراد العينة ، في المقياسين البعدين (خلال المتابعة) مما يشير أيضا إلى استمرار فاعلية ، برنامج العلاج العقلاني-الانفعالي ، في خفض الرهاب الاجتماعي لديهم .

وفي الإطار نفسه قام هامبرج وآخرون ، Heimbrg et al (1996) بدراسة تناولت العلاج السلوكي-المعرفي الجمعي للخوف الاجتماعي . بهدف التحقق من فعالية العلاج السلوكي-المعرفي الجمعي ، في الحد من الخوف الاجتماعي ، بما يتعلق بمواقف الخوف من التحدث أمام الآخرين public fears لدى أفراد العينة . تكونت عينة الدراسة من ٥٢ فرداً ، ٢٩ امرأة و٢٣ رجل ، وهم مجموعة تطوعية للدراسة الإكلينيكية ، ممن انطبقت عليهم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM - 1V (1994) للقلق الاجتماعي . وتشكلت الدراسة من مجموعة أدوات ، كالتقدير الذاتي، ومقياس الانطواء ، ومقياس الخوف الاجتماعي ، ومقياس التقييم السلوكي. وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية :

- فعالية العلاج السلوكي-المعرفي الجمعي في خفض قلق التحدث .
- فعالية فنيات العلاج المستخدمة (كالواجبات المنزلية ، حيث أبدأ الأفراد الذين التزموا بها قلق أقل ، في مواقف التحدث أمام الآخرين ، كما اظهروا تراجع واضح في سلوكهم الانطوائي ، حيث دلت هذه البيانات على أن هذه الفنية ذات أثر على المدى الطويل ، عندما تتوقف الجلسات العلاجية) .

- أعطى أفراد العينة ، درجات أعلى للتقييم السلوكي ، لأدائهم أثناء مواقف التحدث أمام الآخرين ، وكذلك المراقبين لهذا السلوك (لجنة محايدة من المراقبين) . (بدايةً بلعب الأدوار أمام المجموعة في البيئة العلاجية ، ثم في المواقف الاجتماعية الفعلية) .

وفي مجال قلق التحدث أمام الآخرين قام هوفمان وآخرون (Hofman et al., 1996) بدراسة تناولت النظرية الشرطية ، كنموذج علاجي ، لقلق التحدث أمام الآخرين . بهدف التحقق من أن قلق التحدث أمام الآخرين ، هو ردة فعل مشروطة ، قد أثرت في حالة توفر مثير مشروط ، بمعنى أن قلق التحدث أمام الآخرين ، هو قلق موقفي مشروط . واحتوت الدراسة على عينة مكونة من ٨٠ طالباً ، من طلاب المرحلة الثانوية والجامعية، و الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٦ _ ٢١ سنة . وقد قسموا إلى مجموعتين ، مجموعة تجريبية قوامها ٤٥ طالب ، ومجموعة ضابطة بعدد ٤٠ طالب . مما انطبقت عليهم معايير القلق الاجتماعي ، وفقاً لدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-1V (1994) تكونت أدوات الدراسة ، من مقياسي القلق الاجتماعي ، ومقياس الاضطرابات الشخصية الانطوائية ومن المقابلات الإكلينيكية ، وكذلك من التقدير الذاتي . وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية النظرية الشرطية ، كنموذج علاجي لقلق التحدث أمام الآخرين . بناءً على أدوات الدراسة المطبقة ، كما أكد ٨٩% من أفراد لعينة ، على أنهم قد تعرضوا لخبرة سلبية سابقة ، أثناء مواقف التحدث أمام الآخرين ، حيث ظهرت في البداية وكأنها نموذج شرطي ، قاموا بتعميمه على مواقف التحدث اللاحقة . وبذلك فالقلق في مواقف التحدث لديهم ، هو قلق موقفي مشروط .

وفي هذا المجال قام كندال وآخرون ., Kendall et al (1996) بدراسة استهدفت التحقق من فعالية المتابعة طويلة المدى للعلاج السلوكي-المعرفي ، لشباب مصابون بالقلق الاجتماعي . حيث عمد المعالجون، لإجراء عملية إعادة تقييم لعينه الدراسة ، والذين استكملوا علاجهم قبل سنتين . وكانت عينة الدراسة مكونه من ٣٦ طالباً، من طلاب جامعة تمبل بمدينة بنسلفانيا في ولاية فلادلفيا الأمريكية ، والذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٨_٢٠ سنة . واستخدمت الدراسة أدوات ، متمثلة في التقدير الذاتي للقلق الاجتماعي ، وتقرير الأباء والمقابلات التشخيصية . وقد توصلت نتائج هذه الدراسة ، إلى أن التحسن العلاجي أستقر على ما هو عليه ، وذلك لأن المكونات العلاجية الهامة للعلاج ، ارتبطت بالفترة الزمنية العلاجية طويلة المدى . كما أن نتائجها أشارت إلى أن هذه الدراسة، تعد نافعة للأطفال المصابون بالقلق الاجتماعي ، وذلك لأن هؤلاء الأطفال (مما لديهم قلق اجتماعي) لديهم القابلية للإصابة بذلك مستقبلاً وهم مرافقين أو بالغين .

وفي المحور نفسه قام ونتون وآخرون ., Winton et al (1997) بدراسة تناولت القلق الاجتماعي (قلق التحدث) من الخوف من التقييم السلبي ، واستمرار الانفعال السلبي لدى الآخرين . والتي كانت بهدف التحقق من :

- معرفة مدى ارتباط القلق الاجتماعي ، بالخوف من التقييم السلبي، من قبل الآخرين ، في مواقف التحدث أمامهم .

- معرفة مدى استمرارية ودرجة هذا الانفعال السلبي ، لدى الآخرين.

- التعرف على أثر هذا الانفعال (السالب مقابل المتعادل) . وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين تجريبية وضابطة ، من طلاب جامعة اكسفورد في بريطانيا . والذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٨ _ ٢٠ سنة . وقد احتوت المجموعة الأولى (التجريبية) على ١٣ طالب و ٩ طالبات ، والمجموعة الثانية (الضابطة) ١١ طالب و ٧ طالبات . وقد تكونت أدوات الدراسة ، من مقياس القلق الاجتماعي، مقياس الانسحاب الاجتماعي، مقياس الخوف من التقييم السلبي ، مقياس الاكتئاب لبيك ، مقياس الغضب ، والمقياس الأتوماتيكي لمعدل ضربات القلب . وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية :
- يوجد ارتباط بين درجة القلق ، والخوف من التقييم السلبي ، من قبل الآخرين ، في مواقف التحدث أمامهم. (بناءً على المقاييس المطبقة في الدراسة) .
- تزايد شدة القلق ، بالتركيز على انفعالات الآخرين . (بناءً على القياس الأتوماتيكي لمعدل ضربات القلب) .
- سجلت المجموعة التجريبية ، درجات أدق في التعرف على التعبيرات السلبية لدى الآخرين . (حيث أنها كانت تعاني ، من تحيز تجاه تحديد التعبيرات الانفعالية للآخرين ، على أنها سلبية بحتة) .
- وفي مجال قلق التحدث أمام الآخرين ، قام ويكر waikar (1998) بدراسة عن الخصوصية الشائعة للعلاج السلوكي المعرفي ، لقلق التحدث أمام الآخرين . والتي استهدفت تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي ، في خفض قلق التحدث أمام الآخرين . وتشكلت عينة الدراسة من ٢٠ طالباً من طلاب جامعة كاليفورنيا بمدينة لوس أنجلوس

الأمريكية ، مما يعانون من قلق التحدث أمام الآخرين . وتكونت العينة من مجموعتين ، مجموعة تجريبية وعددها ١٠ طلاب ، ومجموعة ضابطة وعددها أيضا ١٠ طلاب . واعتمدت الدراسة على عدد من الأدوات منها ، مقياس الخوف من التقييم السلبي ، ومقياس التجنب الاجتماعي ، ومقياس التقدير الذاتي والتفاعل الاجتماعي ، والتقدير الذاتي للثقة كمتحدث . وقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى ، وجود فروق كمية ، من خلال المقاييس المطبقة لصالح المجموعة التجريبية ، والمتمثلة في انخفاض درجة القلق في مواقف التحدث أمام الآخرين .

ثالثاً: دراسات تناولت الفروق بين الجنسين ، في شدة القلق الاجتماعي ، وقلق

التحدث أمام الآخرين :

ومن الدراسات التي تناولت الفروق بين الجنسين في شدة القلق الاجتماعي ، الدراسة التي قام بها قام به كلارك وآخرون ، Clark et al (1995) والتي استهدفت تقييم شدة القلق الاجتماعي لعينة من المراهقين ، من خلال تصميم مقياس خاص بالقلق الاجتماعي . واحتوت هذه الدراسة على عينة قوامها ٢٢٣ من طلبة المدارس ، تم اختيارهم من المراحل الابتدائية ، والمتوسط ، والثانوية ، (١٢ - ١٨ سنة إناث وذكور) ومن الأدوات التي استخدمت في هذه الدراسة ، مقياس القلق الاجتماعي ، والتقدير الذاتي للمفحوص ،

واستبيان يحتوي على أسئلة مفتوحة تقيس المواقف الخاصة بالتفاعل الاجتماعي . وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن : ارتفاع شدة القلق الاجتماعي عند الإناث منه لدى الذكور . بالإضافة إلى أن شدة القلق لدى المراهقين من الجنسين ، ادني منه لدى البالغين . مقارنة بنتائج دراسات أخرى طبقت على عينة من البالغين (دراسة مماثلة طبقت في عام ١٩٨٩) .

ومن الدراسات أيضا التي تناولت الخجل الاجتماعي كأبعاد للشخصية . الدراسة التي قامت بها النبال (١٩٩٥) والتي استهدفت الوقوف ، على الفروق بين الجنسين ، في شدة الخجل الاجتماعي . وتفاعل عاملا الجنس والسن ، في معدل انتشاره للمراحل العمرية ، ١١ و١٢ و١٣ و١٤ و١٥ و١٦ . وقد تكونت عينة الدراسة من ٤٩٤ من طلاب وطالبات ، المراحل الابتدائية ، والمتوسطة ، والثانوية . وقسمت العينة إلى مجموعتين ، ٢١٧ طالب مقابل ٢٧٧ طالبة . واستخدمت الباحثة أدوات قياس ، تشتمل على مقياس الخجل للأطفال ، واستبيانات تحتوي على أسئلة مفتوحة ، بما يتعلق بمواقف الخجل . وقد أسفرت نتائج الدراسة ، عن وجود فروق جوهريّة ، بين الذكور والإناث ، بما يتعلق بالخجل الاجتماعي . حيث أن متوسط الإناث ، أعلى من الذكور في كل فئة عمرية مقابلة . أما فيما يتعلق بالفروق بين مجموعة الإناث في الخجل الاجتماعي . فقد أظهرت فروق جوهريّة ، بين الفئات العمريه بين ١٤،١٥، و١٦ ، بمتوسط أعلى من الفئات العمريّة ، ١١ و١٢، و ١٣ .

وفي نفس المجال قام ماجي وزملاؤه ., Magee et al (1997) بدراسة مسحية استطلاعية ، بهدف معرفة مدى انتشار ونسبة كل من المخاوف الاجتماعية ، ورهاب الساحة ، والرهاب البسيط . بناءً على متغيرا الجنس والسن . لعينه كبيرة قوامها ٨٠٨ من الذكور والإناث . للمرحلة العمرية ١٥-٢٩ سنة . وقد أسفرت نتائج الدراسة ، عن ارتفاع شدة المخاوف والقلق الاجتماعي ، لدى الإناث عما هي عليه لدى الذكور ، بدرجة ملحوظة . كما أشارت الدراسة أن المتوسط العمري لبوادر ظهور القلق الاجتماعي ، تبدأ في المرحلة العمريه ١٦ سنة وتشتد بعد ذلك . (وفي الرهاب البسيط عند سن ١٥ من العمر ، أما في رهاب الخلاء ففي سن ٢٩ من العمر) .

وفي الإطار نفسه قام الأنصاري (١٩٩٧) بدراسة عن قياس الحرج الموقفي لدى طلاب المرحلة الجامعية من الجنسين ، وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية في المجتمع الكويتي . هدفت هذه الدراسة ، إلى تقديم الحرج الموقفي بوصفه حالة من الحالات النفسية والانفعالية، في الشخصية من ناحية المفهوم والقياس والمتعلقات . ومن ثم إعداد أداة خاصة لقياسه ، تتمتع بقدر مقبول من الخصائص السيكومترية ، و تحديد طبيعة العلاقة بين الحرج الموقفي، وبعض متغيرات الشخصية (الخجل ، القلق التفاعلي ، التكتم الاجتماعي ، التجنب الاجتماعي ، العصابية ، الانبساط، الصفاوة ، الطيبة ، حي الضمير ، الذنب) . تشكلت هذه الدراسة من عينة طلاب ، ٣٤٥ طالب وطالبة بالمرحلة الجامعية . واستخدم الباحث عدد من الأدوات ، كمقياس الحرج الموقفي ، قائمة العوامل الخمسة ، استخبار أيزنك للشخصية،

مقياس القلق التفاعلي ، ومقياس التجنب الاجتماعي والضيق ، ومقياس الخجل ، ومقياس قلة الكلام) .

أسفرت نتائج الدراسة عن الآتي :

- وجود فروق جوهرية بين الجنسين ، في الحرج الموقفي ، لصالح الإناث .
- وجود فروق في السمات الشخصية ، بين الأفراد الأكثر حرجاً عن الأفراد الأقل حرجاً ، حيث يتسم الأفراد الحرجون بالخجل والقلق التفاعلي والتكتم الاجتماعي والعصابية .
- كشفت نتائج معاملات الارتباط بين مقاييس الدراسة ، عن ارتباط الحرج الموقفي ، بارتباطات جوهرية موجبة ، بالقلق التفاعلي والتكتم الاجتماعي والخجل والتجنب الاجتماعي والذنب والعصابية ، بينما ارتباط الحرج الموقفي سلبياً بالانبساط .
- وأخيراً تجمع الحرج الموقفي ، تحت عامل ثنائي القطب ، وأطلق عليه عامل (القلق الاجتماعي) .

وفي المجال نفسه قام ستاين وآخرون Stein et al., (1997) بدراسة عن الخوف من التحدث أمام الآخرين ، على إحدى عينات المجتمع ، الانتشار والتصنيف التشخيصي . واستهدفت معرفة مدى الانتشار (انتشار اضطراب قلق التحدث أمام الآخرين) ودراسة أثره على الأداء ، بالإضافة إلى تصنيفه و تشخيصه . (تحديد النسبة بناءً على متغير الجنس) ، والتي احتوت على عينة قوامها ٤٩٩ فرداً ، من الذكور والإناث في ويننج في مدينة منيتوبا الأمريكية . تكونت أدوات الدراسة من استبيان مسحي استطلاعي (تم

تطبيقه على العينة ، والتي تم اختيارها بشكل عشوائي من خلال الهاتف) وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن الآتي :

- أن قلق التحدث أمام الآخرين ، ينتشر بنسبة أعلى عند الإناث منه لدى الذكور. حيث أشارت ، إلى أن نسبة الإصابة به عند النساء بلغت (٧١,٩%) مقابل (٤٨,١%) لدى الذكور .

- أن قلق التحدث أمام الآخرين ، يبدأ في المرحلة العمرية في سن ال ١٣ وتشتد، في المرحلة العمرية عند سن ال ٢٠ سنة . حيث سجلت النسب وهي على التوالي ٥٠% و ٧٥% و ٩٠% للفئات العمرية ١٣ و ١٧ و ٢٠ سنة .

- أجاب ٩٧% من المشاركين في الدراسة ، بأنهم لا يستطيعون التحدث أمام مجموعة من الناس ، أو إلقاء خطب في مناسبات رسمية ، أو حتى غير رسمية.

- أكد ٦٤% من أفراد العينة ، أنهم يشعرون بقلق مرتفع في مواقف التحدث أمام الآخرين . و ٣٤% منهم يشعرون بقلق حاد ، أثناء مواقف التحدث أمام مجموعة كبيره وغير مألوفة. أما ١٢% من أفراد العينة أكدوا انهم يكونون أكثر توتراً من غيرهم ، في مواقف التحدث أمام الآخرين ، حتى وأن كانوا أمام مجموعة صغيرة ومألوفة .

- أن للقلق في مواقف التحدث أمام الآخرين ، أثر بارز على الأداء التعليمي والمهني والاجتماعي . ، حيث أنه مرتبط بشكل كبير مع المستوى التحصيلي والأكاديمي والاقتصادي والاجتماعي المتدني .

فمن الناحية التعليمية (لا يتجاوزون المرحلة الثانوية ، ولديهم رغبة أقل في متابعة التحصيل الأكاديمي لما بعد الثانوية) وذلك بنسبة ٧٣% من المضطربين مقابل ٢٩ % من الأسوياء . ومن ناحية المستوي الاقتصادي المتدني ، عدم الرغبة في العمل وذلك بنسبة ٥١% من المضطربين مقابل ٢٦% من الأسوياء . كذلك أكد ٧% من المضطربين، بأن قلقهم أعاقهم من الحصول على وظيفة ، أو الحصول على وظيفة أفضل، أو التنقل من وظيفة لأخرى . أما فيما يتعلق بالأداء الاجتماعي ، فقد أكد ٢٦ % من أفراد العينة ، أن لقلقهم دوار واضح في أعاقه نشاطاتهم الاجتماعية .

وفي هذا المجال قام والتيرس وآخرون , Walters et al., (2000) بدراسة عن القلق الاجتماعي وعلاقة الأقران (نظراء) في مرحلة المراهقة. (أي أهمية علاقة الأقران في تطوير، القلق الاجتماعي في مرحلة المراهقة) والتي استهدفت التحقق من مدى صحة فرضية الدراسة ، التي قام بها كل من تروير و جلبرت في سنة ١٩٨٩ للقلق الاجتماعي ، لعينة من المراهقين (ذكور وإناث) . والتي أسفرت عن وجود ٣ نماذج في مرحلة المراهقة . وتكونت عينة هذه الدراسة من مجموعة كبيرة قوامها ١١٧٩ ، من طلبة المرحلة الثانوية ، في مدينة لنكولن الأمريكية ، والتي احتوت على ٥٩٥ طالبة و ٥٨٥ طالب ، تم اختارهم من ٩ مدارس . واشتملت الدراسة على أدوات منها ، مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين ، (التقييم السلبي والانسحاب الاجتماعي ، وغيرها . والتي جميعها تتناول المواقف الاجتماعية مع الأقران) ، ومقياس العلاقات الاجتماعية (والذي يحتوي على بنود تتناول نماذج اجتماعية مختلفة مع الأقران) .

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية :

- حصلت الطالبات على درجات مرتفعة على مقياس القلق الاجتماعي للمراهقين منه لدى الطلبة الذكور .

- وجود ثلاثة نماذج للأقران ، من حيث التقسيمات في مرحلة المراهقة ، وهي نفس التقسيمات التي أسفرت عنها نتائج دراسة تروير وجلبرت . وهي (أ) القلقين اجتماعياً ، (مما لديهم قلق اجتماعي) وهم الأقران التابعين المذعنين Susmissive peer . هم النموذج الأساسي الذي تناولته دراسة تروير وجلبرت . (ب) الأقران المتعاونين Cooperative peer . (ج) الأقران المسيطرون . Dominat peer .

- حصل الأقران الذين لديهم قلق اجتماعي (الأقران المذعنين) على درجات مرتفعة على مقياس القلق الاجتماعي للمراهقين ، وعلى درجات منخفضة على مقياس العلاقات الاجتماعية .

- يوجد علاقة عكسية ، بين القلق الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية مع الأقران (كلما توسعت علاقات المراهق اجتماعياً ، كلما انخفض قلقه) .

وفي هذا الإطار قام الأنصاري (٢٠٠١) بدراسة عن المخاوف المرضية عند طلاب الجامعة الكويتيين . استهدفت أعداد قائمة كويتية للمخاوف المرضية ، وتحديد معالمها السيكومترية ومكوناتها العاملية ، ومن ثم التعرف على الفروق بين الجنسين ، في المخاوف المرضية . تكونت عينة الدراسة من (٨٦٧) طالباً وطالبة ، بواقع (٣٨١) طالباً و (٤٨٦) طالبة من الكويتيين من مختلف كليات جامعة الكويت . واعتمدت الدراسة على القائمة

الكويتية للمخاوف المرضية ، من إعداد الباحث والتي تتكون من (٥×٥٢) بنداً .

()

نتائج الدراسة عن تمتع

القائمة الكويتية ، لمخاوف الشباب الجامعي ، بخواص سيكومترية جيدة . فضلاً عن تحديد الفروق ، بين الطلبة والطالبات في المخاوف ، وتوفير معايير كويتية يمكن استخدامها بنجاح، في التوجيه والتشخيص النفسي والبحوث النفسية . وكانت جميع معاملات الثبات مقبولة ، بطريقة معامل ألفا ، وطريقة القسمة النصفية ، وطريقة إعادة التطبيق . وكشف التركيب العاملي للقائمة ، عن تركيب غير بسيط لدى الذكور (١١) عاملاً والإناث (١٣) عاملاً ، وتم أيضاً وضع معايير للقائمة ، درجات معيارية ورتب مئينية .

تعقيب عام على الدراسات السابقة :

من خلال استعراض الدراسات السابقة يمكن ملاحظة الآتي :

- ١- أظهرت نتائج الدراسات السابقة ، إلى أن العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي، قد يكون أعطى مؤشراً واضحاً ، عن مدى فعاليته ، في خفض الاضطرابات النفسية المختلفة . (بصورته الجمعية) كما في قلق الاختبار (الشيخ ١٩٨٦ ؛ الغامدي ١٩٩٨) والاضطرابات البيئشخصية (Warren, 1984) ، ولبعض الأفكار الخرافية (عمارة ، ١٩٨٥) .

- ٢- أشارت نتائج الدراسات السابقة ، إلى مدى فعالية ، العلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي ، في خفض القلق الاجتماعي ، في صورته الجمعية وكذلك الفردية. (اللاذقاني ، ١٩٩٥ ؛ الشبانات ، ١٩٩٦) ، (Emmelkamp et al., 1985; Rebecca. et al., 1988).
- ٣- ربما يكون العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، كعلاج مستقل بفتياته وأساليبه ، أثبت فعاليته في علاج المخاوف المحددة ، كرهاب التحدث أمام الآخرين (المدخلي ، ١٩٩٦) .
- ٤- أشارت نتائج الدراسات السابقة ، إلى أن أساليب العلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي الجمعي ، والسلوكي المعرفي ، قد تكون تفوقت على الأساليب العلاجية الأخرى . وذلك من خلال مقارنتها بالأساليب العلاجية مثل : التعرض التدريجي. (عمار ه ، ١٩٩٥ ؛ الشيخ ، ١٩٨٦) والتدريب على التوجيه الذاتي (Emmelkamp et al., 1985).
والعقلاني-الانفعالي التخيلي ، والعلاج بالإرشاد الموجة للعلاقة بين الأشخاص Warren, (1984) .
- ٥- أن جميع الدراسات السابقة (التي تناولت الفروق بين الجنسين في شدة القلق الاجتماعي وقلق التحدث) قد أشارت ، إلى أنه يوجد فروق دالة بين الذكور والإناث ، في شدة القلق الاجتماعي وقلق التحدث . أي أن الإناث لديهن مستويات مرتفعة ، من القلق الاجتماعي وقلق التحدث ، تفوق مستويات القلق الاجتماعي لدى الذكور)
(Clark et al., 1995; Stein et al.,1997; Magee et al., 1997 ;Walters et al., 2000) (النيال ، ١٩٩٥ ؛ الأنصاري ، ١٩٩٧ ؛ الأنصاري ، ٢٠٠١) .

٦- أشارت جميع الدراسات السابقة (النيل ١٩٩٥ ، الأنصاري ، ١٩٩٧؛ الأنصاري ٢٠٠٠). (Clark et al.,1995; Magee et al.,1997 ; Stein et al.,1997;). إلى أن القلق الاجتماعي ، ينتشر بنسبة أعلى عند الإناث منه لدى الذكور . وذلك بعكس ما أشارت إليه الدراسات (Chaleby&Raslan1990;marshal,1994) والتي ترى أن القلق الاجتماعي ، ينتشر بنسبة أعلى عند الذكور . وقد يعود تفسير ذلك ، إلى أن هذه الدراسات ، قد تناولت إحصائيات لعينات إكلينيكية ، وكما هو معروف أن الذكور أكثر طلباً للعلاج، وهذا يعود لطبيعة الدور الاجتماعي للذكور، و الذي يتطلب منهم تفاعل أكبر في المواقف الاجتماعية .

٧- أشارت كل من دراسة النيل (١٩٩٥) ودراسة ماجي Magee (1997) ودراسة ستاين وآخرون , Stein et la. (1997) إلى المرحلة التي يبدأ عندها القلق الاجتماعي ، وكذلك المرحلة التي يشتد فيها . حيث ترى الدراسة الأخيرة أن القلق الاجتماعي يشتد عند الفئة العمرية ١٨_٢٠ سنة . بينما ترى دراستي النيل (١٩٩٥) ودراسة ماجي Magee (1997) أن المتوسط العمري لبوادر ظهور القلق الاجتماعي ، تبدأ في المرحلة العمرية (١٦-١٤ سنة) و تشتد بعد ذلك . وقد أسفرت نتائج دراسة النيل ، عن الفروق بين مجموعة الإناث في الخجل الاجتماعي حيث أن الفئات العمرية بين ١٤،١٥، و١٦ ، أعلى من الفئات العمرية ، ١١ و١٢، و١٣ ، . فالملاحظ على الفئات العمرية التي ذكرتها الدراسة ، هي بالفعل مرحلة انتقالية للأنتى ، من دور الطفولة إلى دور البلوغ . ليس على صعيد النمو الجسدي فحسب ، وإنما على النمو الاجتماعي والنفسي ، حيث يبرز دور

التنشئة لأسرية والاجتماعية ، الذي يتولاه بشكل رئيسي الآباء الذين يرثون عادات وتقاليد مجتمعاتهم ، مشكلين بذلك ضغوطاً يمارسونها على أبنائهم ، عن طريق تدعيم اتجاهات أو سمات بعينها ، تعد مقبولة طبقاً لثقافتهم البيئية ، (تدعيم الأبناء الذكور على السلوك الاستقلالي والمبادرة والجرأة الاجتماعية ، والتي تعد من السمات الرجولية التي ينادى بها المجتمع) . واستبعاد أخرى ليست لها نفس الدرجة من التقبل والشيوع ، داخل تلك البيئات الثقافية . (أي ما يدعم للذكور ويعتبر مطلوب منهم، يعتبر أمر غير مقبول اجتماعياً من الإناث ، خاصةً وأن الإناث أكثر قابلية لتأثيرات المجتمع ، في ما فرض لهن من أدوار، وأن كانت لا تتناسب مع ما لديهن من سمات شخصية).

٨- وهكذا ، قد يتضح من نتائج الدراسات السابقة ، أن العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، قد يكون من أكثر الأساليب العلاجية ، التي أثبتت فعاليتها في خفض القلق الاجتماعي وقلق التحدث .

لذا تهدف الدراسة الحالية ، إلى التحقق من أثر برنامج علاجي عقلاني-انفعالي-سلوكي جمعي ، في خفض قلق التحدث أمام الأخريات .

وبناءً على ما تقدم ، وفي ضوء مشكلة الدراسة وتساؤلاتها ، وفي ضوء الإطار النظري ، وما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال ، يتم تناول فروض الدراسة ، والتي كانت على الشكل التالي :

ثانياً - فروض الدراسة .

- ١- توجد فروق دالة إحصائية ، بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، في القياس البعدي ، لدرجة قلق التحدث أمام الأخرى ، لصالح المجموعة التجريبية .
- ٢- توجد فروق دالة إحصائية ، بين القياس القبلي والقياس البعدي ، في درجة قلق التحدث أمام الأخرى ، للمجموعة التجريبية ، لصالح القياس البعدي .

الفصل الرابع

المنهج والإجراءات

أولاً : منهج الدراسة .

ثانياً : عينة الدراسة .

ثالثاً : أدوات الدراسة

أ – مقياس قلق التحدث أمام الأخرىات .

ب – البرنامج العلاجي .

الفصل الرابع

المنهج والإجراءات

تناول هذا الفصل الإجراءات المتضمنة لمنهج الدراسة ، وكذلك وصفاً لمجتمع الدراسة والعينة التي تطبق الدراسة عليها ، والأدوات التي تم استخدامها إضافة إلى تبيان للخطوات الإجرائية ، التي تم تطبيقها لدراسة صدق وثبات أدوات الدراسة ، واستخراج بعض المعايير اللازمة ، وتحديد الأساليب الإحصائية المناسبة ، التي تم استخدامها في تحليل

بيانات الدراسة . كما يتم التطرق لإجراءات تطبيق الأدوات والبرنامج العلاجي المعد لتحقيق أهداف الدراسة ، والتي يتم عرضها على النحو التالي :

منهج الدراسة :

يعد المنهج التجريبي ، أنسب المناهج اتساقاً مع مشكلة الدراسة وأهدافها ، حيث تهدف الباحثة في هذه الدراسة إلى التعرف ، على فاعلية العلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي الجمعي (متغير مستقل) ، في خفض قلق التحدث أمام الأخرى (متغير تابع) لدى عينة الدراسة . لهذا اعتمدت الباحثة على المنهج التجريبي لتحقيق هذا الهدف ، حيث يسمح هذا المنهج للباحث عادة بدراسة تأثير متغير مستقل Independent Variable على متغير تابع Dependent Variable مع تحديد أثر المتغيرات الأخرى التي قد تتدخل في العلاقة بين المتغيرات الرئيسية ، كالسن والمستوى الدراسي ، شدة قلق التحدث . وكلما اقترب الباحث من تحديد هذه المتغيرات كانت التجربة أكثر ضبطاً (مختار، ١٩٩٥) . كما أن هذا المنهج من البحث التجريبي ، يهدف إلى إنشاء علاقة سببية بين المتغيرات من خلال تصميم الموقف التجريبي ، حيث يجري تغيير عامل أو أكثر من العوامل ذات العلاقة بموضوع الدراسة ، بشكل منظم من أجل تحديد الأثر الناتج عن هذا التغيير . ويتضمن التغيير في هذا الواقع ضبط جميع المتغيرات (العمر ، المستوى الدراسي ، شدة قلق التحدث) التي تؤثر في موضوع الدراسة ، باستثناء متغير واحد محدد تجري دراسة أثره في هذه الظروف الجديدة ، وهذا المتغير هو المتغير المستقل والذي هو فاعلية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي (مراد ، ٢٠٠٠) .

وقد قامت الباحثة باختيار أحد تصميمات المنهج التجريبي ، المتمثل في القياس قبل التجربة وبعدها ، لمجموعة تجريبية وأخرى ضابطة ، وذلك وفقاً للخطوات التالية :

١- توزيع أفراد العينة العشرين ، اللاتي تم اختيارهن على مجموعتين (تجريبية وضابطة) توزيعاً عشوائياً .

٢- تطبيق مقياس قلق التحدث أمام الأخرى ، على كلا المجموعتين (قياس قبلي)

٣- إخضاع المجموعة التجريبية للمتغير المستقل (البرنامج العلاجي) وحجبه عن المجموعة الضابطة .

٤- بعد نهاية التجربة يتم اختبار المجموعتين (قياس بعدي) لقياس الأثر الناجم عن إدخال المتغير المستقل .

٥- بعد مرور فترة زمنية تقدر بشهر ونصف الشهر، (٦ أسابيع) ولمعرفة أثر القياس البعدي ، تم إجراء القياس بعد البعدي -المتابعة - على أفراد المجموعتين ، وذلك للتأكد من كون التغير الحادث للمتغير التابع (وهو البرنامج العلاجي) حقيقياً وليس تغييراً وقتياً .

مجتمع الدراسة :

تحدد المجتمع الأصلي للدراسة ، بالطالبات المقيمات في السكن الجامعي ، التابع لجامعة الملك سعود بعليشة بالرياض ، ممن يدرسن في الأقسام العلمية والأدبية من المناطق الشمالية والجنوبية والشرقية والغربية . واللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٩ _ ٢٤ سنة . وقد قامت الباحثة بتوزيع استمارة معلومات عامة ، على ٢٠١ طالبة من الطالبات المقيمات بالسكن الداخلي التابع لجامعة الملك سعود .

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة الحالية من ٢٠ طالبة ، ممن حصلن على درجات مرتفعة على مقياس قلق التحدث أمام الأخرى . (اللاتي حصلن على درجات أعلى من ٨١ بعد تطبيق المقياس الحالي عليهن) ومن ثم يتم تقسيم الطالبات ، عشوائيا إلى مجموعتين ، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة (باستخدام العينة العشوائية البسيطة) وقد جاءت المجموعة الضابطة ، متساوية مع المجموعة التجريبية ، في العوامل الأساسية كالسن ، والمستوى التعليمي ، وشدة القلق .

مراحل وإجراءات اختيار العينة :

١- بعد تطبيق استمارة البيانات العامة على الطالبات المقيمت ، تم الحصول على عدد ١٣٦ من اصل ٢٠١ طالبة ، تنطبق عليهن الشروط الخاصة باختيار العينة ، وذلك بعد استبعاد الاستجابات الناقصة والغير مستوفية للشروط ، وكانت على النحو التالي:

- المرحلة : الجامعية " بكالوريوس " .

- الجنسية : سعودية .

- العمر : من ١٩ إلى ٢٤ سنة .

- الحالة الاجتماعية : غير متزوجات (عازبات)

٢- تطبيق مقياس قلق التحدث أمام الأخرى على هؤلاء الطالبات .

٣- يتم اختيار ٢٠ طالبة ، ممن حصلن على درجات مرتفعة ، على مقياس قلق التحدث أمام الأخرى .

٤- تقسيم الطالبات الآتي تم اختيارهن ، إلى مجموعتين ، أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة .

٥- بعد إجراء اختيار المجموعتين التجريبية والضابطة ، قامت الباحثة بدراسة تكافؤ المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، من حيث الفئة العمرية، المستوى الدراسي ، شدة قلق التحدث أمام الأخرى ، .

والجدول التالي يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر.

جدول رقم (١) يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير العمر .

العمر	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المجموع	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
١٩ سنة	-	-	٢	%٢٠,٠	٢	%١٠,٠
٢٠ سنة	٤	%٤٠,٠	٢	%٢٠,٠	٦	%٣٠,٠
٢١ سنة	-	-	١	%١٠,٠	١	%٥,٠
٢٢ سنة	٣	%٣٠,٠	٢	%٢٠,٠	٥	%٢٥,٠
٢٣ سنة	١	%١٠,٠	٢	%٢٠,٠	٣	%١٥,٠
٢٤ سنة	١	%١٠,٠	١	%١٠,٠	٢	%١٠,٠
غير محدد	١	%١٠,٠	-	-	١	%٥,٠
المجموع	١٠	%١٠٠	١٠	%١٠٠	٢٠	%١٠٠
المتوسط الحسابي	٢١,٤٤		٢١,٣٠		٢١,٣٧	

الانحراف المعياري	١,٥١	١,٧٧	١,٦١
-------------------	------	------	------

يتضح من الجدول رقم (١) أن أكبر عدد من بين أفراد العينة ، هن الطالبات اللاتي يبلغن من العمر ٢٠ سنة ، حيث بلغ عددهن ست طالبات بنسبة مئوية قدرها ٣٠,٠ % ، يليهن الطالبات اللاتي يبلغن من العمر ٢٢ سنة ، حيث بلغ عددهن خمس طالبات بنسبة مئوية ٢٥,٠ % ، يليهن الطالبات اللاتي يبلغن من العمر ٢٣ سنة ، حيث بلغ عددهن ثلاث طالبات، بنسبة مئوية ١٥,٠ % ، ثم الطالبات اللاتي يبلغن من العمر ٢٤ ، حيث بلغ عددهن طالبتين بنسبة مئوية ١٠,٠ % و هكذا. (يوجد في الجدول السابق خانة غير محدد ، وذلك لأن الطالبة لم تقوم بتدوين خانة المرحلة العمرية ، حيث تم نقل الجدول كما هو بناء على الأمانة العلمية) كما يوضح الجدول الفرق بين متوسطي ، المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في متغير العمر . كذلك يبين الجدول قيمة الانحراف المعياري الصغيرة حيث بلغت (١,٦١) .

وللتأكد من تكافؤ العينتين تم استخدام اختبار " Mann-Whitney " لتحديد ذلك حسب

متغير العمر كما يتضح من الجدول التالي رقم (٢) :

جدول رقم (٢)

يوضح دلالة الفروق باستخدام اختبار " Mann-Whitney " للكشف عن الفروق ،

بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، وفقاً لمتغير العمر

المجموعات	عدد الحالات	متوسط الرتب	قيمة u	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	٩	١١,٦٠	٣٩,٠	غير دالة
المجموعة الضابطة	١٠	٩,٤٠		
المجموع	١٩			

كما يتضح من الجدول رقم (٢) تكافؤ المجموعتين (التجريبية والضابطة) في متغير العمر، ويعنى ذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما يعود لمتغير العمر، حيث جاءت قيمة $u = ٣٩,٠$ وهي قيمة غير دالة إحصائياً*

بالإضافة إلى تحديد تكافؤ العينتين في متغير العمر، تم تحديد ذلك أيضاً بالنسبة للمستوى الدراسي، وقد جاءت النتيجة كما يوضحها الجدول رقم (٣) :

جدول رقم (٣) يوضح توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير المستوى الدراسي .

المستوى الدراسي	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المجموع	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
المستوى الأول	٢	%٢٠,٠	٤	%٤٠,٠	٦	%٣٠,٠
المستوى الثالث	٤	%٤٠,٠	٣	%٣٠,٠	٧	%٣٥,٠
المستوى الخامس	٢	%٢٠,٠	٢	%٢٠,٠	٤	%٢٠,٠
المستوى السابع	٢	%٢٠,٠	١	%١٠,٠	٣	%١٥,٠
المجموع	١٠	%١٠٠	١٠	%١٠٠	٢٠	%١٠٠

* (وقد تم استخلاص قيمة u عن طريق استخدام القانون التالي : $U_A, U_B) \min = U$)

$$U_A = N_1 N_2 + \frac{N_1(N_1+1)}{2} - T_1, U_B = N_1 N_2 - U_A$$

حيث أن: N_1 : حجم العينة للمجموعة التجريبية .

N_2 : حجم العينة للمجموعة الضابطة .

T_1 : مجموع الرتب للعينة التجريبية . وذلك لكل من جدول ٣ و ٤ و ١٢)

المتوسط الحسابي	٢,٤٠	٢,٠٠	٢,٢٠
الانحراف المعياري	١,٠٧	١,٠٥	١,٠٦

يتضح من الجدول السابق رقم (٣) أن أكبر عدد بين العينة للطالبات اللاتي يدرسن في المستوى الثالث ، حيث بلغ عددهن سبع طالبات ، بنسبة مئوية ٣٥,٠% يليهن الطالبات التي يدرسن في المستوى الأول ، حيث بلغ عددهن ست طالبات بنسبة مئوية ٣٠,٠% ، يليهن الطالبات التي يدرسن في المستوى الخامس ، حيث بلغ عددهن أربع طالبات بنسبة مئوية ٢٠,٠% ، ثم الطالبات اللاتي يدرسن في المستوى السابع، حيث بلغ عددهن ثلاث طالبات بنسبة مئوية ١٥,٠% .

كما يوضح الجدول السابق رقم (٣) الفرق بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في متغير المستوى الدراسي ، وهو فرقا ليس له دلالة إحصائية . كذلك يبين قيمة الانحراف المعياري (١,٠٦) والتي تتم عن قلة الفروق أو التشتت بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة .

ويوضح الجدول رقم (٤) توزيع عينة الدراسة وفقاً للمستوى الدراسي .

جدول رقم (٤)

يوضح دلالة الفروق باستخدام اختبار " Mann-Whitney " للكشف عن الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المستوى الدراسي .

المجموعات	عدد الحالات	متوسط الرتب	قيمة u	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	١٠	١٠,٢٨	٤٢,٥	غير دالة
المجموعة الضابطة	١٠	٩,٧٥		
المجموع	٢٠			

وقد أسفرت النتائج الموضحة بالجدول رقم (٤) عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين مجموعتي الدراسة ، فيما يختص بالمستوى الدراسي ، مما يدل أيضا على تكافؤ العينتين .

وقد تم استخدام اختبار " Mann-Whitney " وذلك للكشف عن مدى تكافؤ المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، في القياس القبلي لمتغير شدة قلق التحدث أمام الأخرىات

كما يتضح من الجدول التالي رقم (٥) :

جدول رقم (٥)

يوضح دلالة الفروق باستخدام اختبار " Mann-Whitney " للكشف عن الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي لمتغير شدة قلق التحدث أمام الأخرىات .

المجموعات	عدد الحالات	متوسط الرتب	قيمة u	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	١٠	١٢,٠٠	٣٥,٠٠	غير دالة
المجموعة الضابطة	١٠	٩,٠٠		
المجموع	٢٠			

يتضح من المقارنة في جدول رقم (٣) باختبار " Mann-Whitney " عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ، بين مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) في القياس القبلي ، حيث جاءت قيمة u (. ٣٥) ، وهي قيمة غير دالة ، مما يعني أن المجموعتين متكافئتان من حيث شدة قلق التحدث أمام الأخرى . (تم استخراج قيمة u) عن طريق تطبيق المعادلة التي تم ذكرها في ص ، ١٠٢ ، والجدير بالذكر ، انه في المعالجات الإحصائية ، لا يتم التركيز على كبر القيمة أو صغرها ، ما يعنينا منهجياً هو ، مدى دلالتها إحصائياً (

أدوات الدراسة :

تضمنت الدراسة الحالية الأدوات التالية :

- ١- استمارة جمع بيانات للطالبة المقيمة داخلياً .
- ٢- التقدير الذاتي للعضوة لشدة قلق التحدث أمام الأخرى .
- ٣- مقياس قلق التحدث أمام الأخرى (تصميم الباحثة) .
- ٤- برنامج العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي .

وفيما يلي نتناول الأدوات بشيء من التفصيل :

- ١ - استمارة جمع البيانات للطلبة المقيمة في السكن الداخلي التابع لجامعة الملك سعود ،
وتتضمن تلك البيانات معرفة عمر الطلبة وتخصصها ومستواها الدراسي ومنطقة
سكنها الأصلي وكذلك حالتها الاجتماعية .
- ٢ - التقدير الذاتي للعضوة لشدة قلق التحدث أمام الأخرى .

:

حيث يطبق على العضوة في بداية الجلسات كقياس قبلي ثم يطبق في نهاية الجلسات كقياس
بعدي وتحسب الفروق بين الدرجات في كلا التطبيقين . (اعتبر أليس التقييم الذاتي للعميل
أداة هامة في تحديد فاعلية العلاج المطبق)

٣ - مقياس قلق التحدث أمام الأخرى (من تصميم الباحثة) .

رأت الباحثة أنه من الضروري إعداد مقياس لقلق التحدث أمام الأخرى ، يتناسب مع نوع
وطبيعة الدراسة والبيئة الاجتماعية والخصوصية الثقافية لعينة الدراسة . وقد تم إعداد
المقياس في الخطوات التالية :

أ - الاطلاع على عدد من الأطر النظرية والمقاييس والأدوات ، ذات العلاقة بقياس القلق
الاجتماعي وقلق التحدث . حيث قامت الباحثة بالاطلاع على العديد من المقاييس الأجنبية
والعربية وكانت على النحو التالي :

(Jones et al., 1986; Davidson et al.,1991; Leary & Kowalski , 1993; Cairns et al., 1995 ; Ellis, 1993,1997,1998;).

المقاييس العربية : (القرني ، ١٩٩٣ ، النيال ، ١٩٩٥ ؛ الأنصاري ، ١٩٩٦ ، ١٩٩٧ ، ٢٠٠١ ، ٢٠٠٢) .

ب - تم اعتماد المحكات الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR (2000) ، كأساس نظري في بناء المقياس . وتم اختيار الفقرات التي تقيس مواقف القلق الاجتماعي . (مثال : أتلعثم أثناء الحديث أمام مجموعة من الغرباء ، ارتعب عندما أكون موضعاً لتفحص الأخرى وتقيمين)

ج - تم عرض فقرات المقياس على ٢٠ محكماً (١٧ من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بجامعة الملك سعود و٣ أطباء نفسين في مستشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض) وذلك لمعرفة مدى وجود علاقة منطقية وظاهرية ، بين عبارات المقياس والهدف منه ، وكذلك وضوح الفقرات وطريقة الاستجابة .

د- قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية ، وذلك بتطبيق إستبانة مفتوحة (تحتوى على سؤال مفتوح يتم من خلاله ذكر المواقف المثيرة للقلق) على عينة من طالبات الإقامة الداخلية التابعة لجامعة الملك سعود (١٢١ طالبة) . حيث طلبت من كل واحدة منهن أن تكتب كل ما تشعر به ، من مظاهر نفسية وفسلوجية وسلوكية أثناء مواقف التحدث أمام الأخرى . وماذا إذا كان لديها اقتراح في وضع فقرة معينة تقيس هذا الجانب . وقد وزعت الباحثة أيضاً سؤال مفتوح ، على عدد من هيئة التدريس بجامعة الملك سعود (١٧ إستاذة)

واللاتي يعملن في تخصصات مختلفة . حيث يتناول هذا السؤال عدة نقاط مثل : هل يوجد لديهن طالبات يعانين من قلق التحدث أمام الأخرىات ؟ ، مدى نسبة انتشار وشيوع هذه الظاهرة على الطالبات ؟ ، وما هي السلوكيات والانفعالات التي يمكن ملاحظتها عليهن ؟ .

هـ – بعد استكمال المقياس في صورته شبه النهائية ، قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية ، على عينة مشابهة لعينة الدراسة الأصلية ، بهدف التأكد من خلو بنود المقياس من العبارات الغامضة ، وغير المفهومة . بالإضافة إلى فهم العينة لتعليمات المقياس والأسئلة التي يثيرونها وملاحظاتهم ، والوقت الذي تستغرقه المفحوصات للإجابة فضلاً عن صدقة وثباته . وقد تكونت العينة من ٢٠١ طالبة من طالبات الإقامة الداخلية التابعة لجامعة الملك سعود ، وقد بلغ العدد الأصلي للعينة بعد استبعاد الإجابات الناقصة والغير المستوفية لشروط الدراسة (١٣٦) طالبة .

وفيما يلي وصف المقياس واستخراج صدقة وثباته .

وصف المقياس :

تكونت الصورة المبدئية للمقياس من ٦٠ فقرة ، تم تحديدها بعد ذلك الى ٤٠ فقره . (حيث تم اختيار العبارات التي تم الإجماع على صدقها ، من قبل لجنة المحكمين والتي حصلت على نسبة ٨٥% كأحد أدنى ، وقد تم إرفاق الصورة الأولية للمقياس في الفصل الخاص بالملاحق) ويتكون مقياس قلق التحدث أمام الأخرىات من ٤٠ فقرة ، حيث يجيب المفحوص على كل فقرة بواحدة من خمسة إجابات متدرجة والتي يتم تصحيحها على النحو التالي :

- ١- دائماً وتأخذ ٤ درجات في التصحيح .
- ٢- غالباً وتأخذ ٣ درجات في التصحيح .
- ٣- أحياناً وتأخذ درجتين في التصحيح .
- ٤- نادراً وتأخذ درجة واحدة في التصحيح .
- ٥- أبداً وتأخذ صفر في التصحيح .

هذا بالنسبة للعبارات الإيجابية أما فيما يتعلق بالعبارات العكسية فهي ٨ عبارات يتم الإجابة عليها بعكس التصحيح السابق . (وهي العبارات ٤، ٨ ، ٢٠، ١٦، ٢٤، ٢٨، ٣٦ ، ٤٠)

وكل عبارة من عبارات المقياس ، مبنية على الطريقة المعرفية ، لقياس المشاعر والأفكار والانفعال ، ذات العلاقة بمواقف التحدث أمام الأخرى . حيث تشير الدرجة المرتفعة على هذا المقياس ، إلى وجود قلق التحدث أمام الأخرى ، في حين تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض واضح لدرجة القلق أثناء مواقف التحدث أمام الأخرى . (لا يمكن القول بعدم وجود القلق نهائياً ، لأنه لا بد من وجود القلق ولو بشكل منخفض جدا لان القلق في هذا الموقف هو قلق طبيعي) ويعاني الشخص من قلق التحدث أمام الآخرين إذا حصل على درجة مرتفعة على المقياس المطبق . وقد اعتبرت الدرجة (٨١) فأكثر على المقياس ، كتحديد للأفراد الذين يعانون من قلق بارز في مواقف التحدث أمام الآخرين .

صدق وثبات المقياس :

قامت الباحثة بحساب صدق وثبات المقياس ، على عينه قوامها ١٣٦ طالبه من طالبات

الإقامة الداخلية ، بجامعة الملك سعود واستخدمت في ذلك الطرق التالية :

أ - صدق المقياس : تم حساب صدق مقياس قلق التحدث أمام الأخرى على النحو التالي:

١- **الصدق المنطقي** (التحكيبي) : وذلك لمعرفة مدى وجود علاقة منطقية وظاهرية، بين

عبارات المقياس والهدف منه، وقد تم عرض فقرات المقياس على ٢٠ محكماً (١٧ من

المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بجامعة الملك سعود و ٣ أطباء نفسين في مستشفى الملك

فيصل التخصصي بالرياض) للحكم على مدى صدق المضمون للعبارات واما إذا كانت

تعبر عن جميع جوانب هذا النوع من الاضطراب (قلق التحدث أمام الأخرى) وقد تم

اختيار العبارات التي أقر ٨٥% من المحكمين صلاحيتها ، لقياس قلق التحدث أمام

الأخرى ، وقد كانت على النحو التالي :

- ١٤ عبارة كانت نسبة الاتفاق عليها ١٠٠% .

- ١٠ عبارات كانت نسبة الاتفاق عليها ٩٥% .

- ٩ عبارات كانت نسبة الاتفاق عليها ٩٠% .

- ٧ عبارات كانت نسبة الاتفاق عليها ٨٥% .

حيث اعتبرت نسبة اتفاق المحكمين على المقياس معياراً لصدقها - صدقاً منطقياً .

جدول رقم (٦)

النسبة المئوية لاتفاق المحكمين على كل بند من بنود مقياس قلق التحدث أمام

الأخرى

النسبة المئوية لاتفاق المحكمين	رقم البند	النسبة المئوية لاتفاق المحكمين	رقم البند	النسبة المئوية لاتفاق المحكمين	رقم البند
٧٥%	٤١	٨٠%	٢١	٩٥%	١
٩٥%	٤٢	١٠٠%	٢٢	١٠٠%	٢
٨٥%	٤٣	٧٥%	٢٣	١٠٠%	٣
١٠٠%	٤٤	٩٥%	٢٤	١٠٠%	٤
٨٥%	٤٥	١٠٠%	٢٥	٨٠%	٥
١٠٠%	٤٦	٩٠%	٢٦	٩٥%	٦
٨٠%	٤٧	٧٥%	٢٧	٩٥%	٧
٨٠%	٤٨	١٠٠%	٢٨	٦٠%	٨
١٠٠%	٤٩	١٠٠%	٢٩	٨٥%	٩
٩٥%	٥٠	٦٠%	٣٠	٨٥%	١٠

٧٠%	٥١	١٠٠%	٣١	٨٠%	١١
٩٠%	٥٢	٧٥%	٣٢	٨٠%	١٢
١٠٠%	٥٣	٨٥%	٣٣	٦٥%	١٣
٨٥%	٥٤	٩٠%	٣٤	١٠٠%	١٤
٩٠%	٥٥	٩٠%	٣٥	٦٥%	١٥
٩٥%	٥٦	٨٥%	٣٦	١٠٠%	١٦
٩٠%	٥٧	٨٠%	٣٧	٩٥%	١٧
٩٥%	٥٨	٩٠%	٣٨	٨٥%	١٨
٧٥%	٥٩	٩٥%	٣٩	٨٥%	١٩
٩٠%	٦٠	٩٠%	٤٠	٩٠%	٢٠

ولقد تم انتقاء العبارات التي تم اتفاق المحكمين على صدقها صدقاً منطقياً ، والتي حصلت على نسبة مئوية ٨٥% فما فوق .

٢- صدق الاتساق الداخلي (البنائي) : يقاس صدق المقياس من خلال صدق مفرداته، وذلك بإيجاد معاملات الارتباط بين كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه. حيث يؤدي فحص الاتساق الداخلي للمقياس ، إلى الحصول على تقدير الصدق التكويني . فالاتساق الداخلي لا يعتبر مقياساً للثبات فقط ، وإنما يدل أيضاً على صدق المقياس ، وذلك لأنه يقيس اتساق عبارات المقياس وتجانسها (الزراد وآخرون ، ١٤٠٨) . ويتضح من التحليل الإحصائي للاتساق الداخلي لمقياس قلق التحدث أمام الأخرى ، أن جميع معاملات الارتباط بين كل مفردة والدرجة الكلية

للبعد الذي تنتمي إليه داله عند مستوى الدلالة ٠,٠١ وهذا ما يدعم صدق المقياس
وصدق مفرداته .

جدول رقم (٧)

يوضح قيم معاملات الارتباط الداخلية بين درجة العبارة والدرجة الكلية للمقياس ومستوى

دالاتها (ن = ١٣٦)

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**٠,٦٠	١١	**٠,٦٧	١
**٠,٥٥	١٢	**٠,٥٨	٢
**٠,٦٠	١٣	**٠,٦٢	٣
**٠,٥٦	١٤	**٠,٤٣	٤
**٠,٦٨	١٥	**٠,٥٣	٥
**٠,٦١	١٦	**٠,٧٠	٦
**٠,٤٠	١٧	**٠,٥٣	٧
**٠,٦١	١٨	**٠,٥٢	٨
**٠,٢٩	١٩	**٠,٤٨	٩

**، ٦٢	٢٠	**، ٦١	١٠
**، ٤٣	٣١	**، ٥٧	٢١
**، ٦١	٣٢	**، ٧٨	٢٢
**، ٥٥	٣٣	**، ٧٢	٢٣
**، ٧٤	٣٤	**، ٦١	٢٤
**، ٧٠	٣٥	**، ٥٣	٢٥
**، ٤١	٣٦	**، ٤٥	٢٦
**، ٧٤	٣٧	**، ٤٩	٢٧
**، ٧٤	٣٨	**، ٣٥	٢٨
**، ٥٧	٣٩	**، ٧٤	٢٩
**، ٤٩	٤٠	**، ٧١	٣٠

** جميع العبارات دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١) .

يتضح من الجدول السابق أن جميع العبارات ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١).

٣ - صدق التمييزي : تم استخدام اختبار (ت) لتعيين القوة التمييزية

الفارقه ، لكل عبارة من عبارات مقياس قلق التحدث أمام الأخریات . وذلك لمعرفة الصدق التمييزي للمقياس بين مجموعة الطالبات الآتي يعانين من قلق التحدث أمام الأخریات ، و مجموعة الطالبات السويات الآتي لا يعانين من قلق التحدث أمام الأخریات . وقد تم التوصل إلى أن جميع عبارات المقياس دون استثناء ، استطاعت أن تميز بين المجموعتين ، مما يشير إلى قدرة المقياس الجيدة على التمييز بين المضطربات والسويات .

جدول رقم (٨)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات عينة المضطربين وعينة الأسوياء على كل عبارة من عبارات مقياس قلق التحدث أمام الأخرى

البنود	عدد الحالات في كل مجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت
١	٣٥	٨٨,	٧٩,	**٩,٨٤+
	٣٤	٧٧,	٨٠,	
٢	٣٥	٨٢,	٩٢,	**٧,٠٩+
	٣٤	٥٤,	٠٩,	
٣	٣٥	٩١,	٨٨,	**٨,٢٤+
	٣٤	٨٠,	٠٢,	
٤	٣٥	٦٨,	١٥,	**٤,٣٧+
	٣٤	٠٥,	٢٥,	
٥	٣٥	٤٨,	٨١,	**٨,٥٦+
	٣٤	٣١,	٩٦,	
٦	٣٥	٨٢,	٨٥,	

**١١,١٥+	,٨٧	٣,١٤	٣٤	
	,٤٠	,١١	٣٥	٧
**٦,٧٣+	١,٢٤	١,٦٠	٣٤	
	١,٠٦	١,٩٧	٣٥	٨
**٦,٠٨+	١,٠٨	٣,٣٧	٣٤	
	١,٠٦	١,٢٥	٣٥	٩
**٤,٩٥+	١,٠١	٢,٤٨	٣٤	
	١,٢٧	,٩٧	٣٥	١٠
**٨,٣٢+	,٧٦	٣,٠٥	٣٤	
	١,١٦	١,٠٥	٣٥	١١
**٨,١١+	١,٠١	٣,١٧	٣٤	
	١,٢٢	,٨٢	٣٥	١٢
**٦,٦٥+	١,٠٣	٢,٦٢	٣٤	
	١,٣١	١,٢٨	٣٥	١٣
**٧,٦١+	,٨٢	٣,٢٨	٣٤	
	,٦١	,٢٥	٣٥	١٤
**٧,٩٥+	١,٢٦	٢,١٤	٣٤	
قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط	عدد الحالات في كل مجموعة	البنود
	,٦٩	,٥٧	٣٥	١٥
**٨,٩٠+	,٩٥	٢,٥٣	٣٤	
	,٠٩	١,٠٢	٣٥	١٦
**٧,٩٨+	١,٠٢	٢,٨٨	٣٤	
	١,٥٠	١,٩٧	٣٥	١٧
**٣,٤٦+	١,٠٨	٣,٠٥	٣٤	
	,٤٤	,١٥	٣٥	١٨
**٧,٤٣+	١,١٠	١,٦٨	٣٤	
	١,٨٥	١,٥٧	٣٥	١٩
**٤,١٢+	١,٠٥	٣,٠٥	٣٤	
	١,٢١	١,٧٣	٣٥	٢٠
**٧,٤٩+	,٧٤	٣,٥٤	٣٤	
	,٨٤	,٤٠	٣٥	٢١
**٨,٧٠+	,٩١	٢,٢٢	٣٤	
	,٦٥	,٤٢	٣٥	٢٢
**١٠,٩٣+	,٩٧	٢,٦٠	٣٤	
	,٨٤	,٧٧	٣٥	٢٣

**١٠,٧٧+	,٩٥	٣,٠٨	٣٤		
**٦,١٣+	١,١٧	١,٥٤	٣٥	٢٤	
	١,٠٠	٣,١٤	٣٤		
**٦,٤٩+	١,٠٩	١,١٧	٣٥	٢٥	
	١,١٤	٢,٩١	٣٤		
**٤,٨٢+	,٨٤	,٣٧	٣٥	٢٦	
	١,١٢	١,٥١	٣٤		
**٦,١٩+	,٨٦	,٢٨	٣٥	٢٧	
	١,٣٩	٢,٠٠	٣٤		
**٣,٦٧+	١,٤٦	١,٩١	٣٥	٢٨	
	١,٠١	٣,٠٥	٣٤		
**٩,٨١+	,٦٧	,٣١	٣٥	٢٩	
	١,١٢	٢,٤٨	٣٤		
**١٠,٣٨+	,٦٤	,٣٧	٣٥	٣٠	
	,٩٧	٢,٤٢	٣٤		
**٤,٦٩+	١,٦٠	١,٦٠	٣٥	٣١	
	١,١٢	٣,١٧	٣٤		
	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط	عدد الحالات في كل مجموعة	البنود
**٧,٤٥+	,٩٤	,٧٧	٣٥	٣٢	
	,٩٥	٢,٤٥	٣٤		
**٥,٢٢+	١,١٣	١,٠٠	٣٥	٣٣	
	١,٠٦	٢,٣٧	٣٤		
**٩,٩٧+	,٨٢	,٧١	٣٥	٣٤	
	١,٠١	٢,٩١	٣٤		
**١٠,٣٣+	,٧٣	,٦٠	٣٥	٣٥	
	١,٠٠	٢,٧٧	٣٤		
**٣,٩٢+	١,٢٠	٢,٠٠	٣٥	٣٦	
	١,٢٦	٣,١٧	٣٤		
**١٥,٣٤+	,٥٦	,٤٥	٣٥	٣٧	
	,٨٠	٣,٠٠	٣٤		
**١١,٦٠+	,٧٥	,٦٨	٣٥	٣٨	
	,٩٢	٣,٠٢	٣٤		
**٨,٨١+	,٨١	,٨٥	٣٥	٣٩	
	١,٠٢	٢,٨٠	٣٤		
	١,٢٥	١,٢٨	٣٥	٤٠	

**٤,٣٨+	١,١٤	٢,٥٤	٣٤	
---------	------	------	----	--

** جميع القيم دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١) .

ومن الجدول السابق ، يتضح أن جميع العبارات استطاعت أن تميز بين المجموعتين (السويات والمضطربات) وكان الفرق بين المجموعتين عالياً ولصالح المجموعة الثانية.

ب- ثبات المقياس :

تم حساب ثبات المقياس بالطرق التالية :

١- إعادة الاختبار : تم حساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار، على عينة قوامها ١٣٦ طالبة، وبعد مرور فترة زمنية مقدارها ١٥ يوماً ، تمت إعادة الاختبار للمرة الثانية على ذات العينة ، وبحساب الارتباط بين الدرجتين (التطبيقين) خرج المقياس ، بقيمة ارتباط قدرها (٠,٩٤) . وهذه القيمة توضح مدى قوة وثبات المقياس .

٢- معادلة ألفا كرونباخ : تم حساب ثبات مقياس قلق التحدث أمام الأخرى ، عن طريق استخدام معادلة (ألفا كرونباخ) ، وقد تم التوصل ، إلى معامل ثبات قدرة (٠,٩٥) . مما يشير إلى أن مقياس قلق التحدث أمام الأخرى يتمتع بثبات عالياً .

جدول رقم (٩) يوضح الدرجات الخام والدرجات المعيارية المعدلة لمقياس قلق التحدث

أمام الأخريات (ن = ١٣٦)

الدرجة المعيارية المعدلة	الدرجة خام	الدرجة المعيارية المعدلة	الدرجة خام	الدرجة المعيارية المعدلة	الدرجة خام	الدرجة المعيارية المعدلة	الدرجة خام
٦٧	١١٨	٥٤	٨٢	٤١	٤٦	٢٨	١٠
٦٧	١١٩	٥٤	٨٣	٤١	٤٧	٢٩	١١
٦٨	١٢٠	٥٥	٨٤	٤٢	٤٨	٢٩	١٢
٦٨	١٢١	٥٥	٨٥	٤٢	٤٩	٢٩	١٣
٦٨	١٢٢	٥٥	٨٦	٤٣	٥٠	٣٠	١٤
٦٩	١٢٣	٥٦	٨٧	٤٣	٥١	٣٠	١٥
٦٩	١٢٤	٥٦	٨٨	٤٣	٥٢	٣٠	١٦
٦٩	١٢٥	٥٧	٨٩	٤٤	٥٣	٣١	١٧
٧٠	١٢٦	٥٧	٩٠	٤٤	٥٤	٣١	١٨
٧٠	١٢٧	٥٧	٩١	٤٤	٥٥	٣١	١٩
٧١	١٢٨	٥٨	٩٢	٤٥	٥٦	٣٢	٢٠
٧١	١٢٩	٥٨	٩٣	٤٥	٥٧	٣٢	٢١
٧١	١٣٠	٥٨	٩٤	٤٥	٥٨	٣٢	٢٢
٧٢	١٣١	٥٩	٩٥	٤٦	٥٩	٣٣	٢٣

٧٢	١٣٢	٥٩	٩٦	٤٦	٦٠	٣٣	٢٤
٧٢	١٣٣	٥٩	٩٧	٤٦	٦١	٣٤	٢٥
٧٣	١٣٤	٦٠	٩٨	٤٧	٦٢	٣٤	٢٦
٧٣	١٣٥	٦٠	٩٩	٤٧	٦٣	٣٤	٢٧
٧٣	١٣٦	٦٠	١٠٠	٤٨	٦٤	٣٥	٢٨
٧٤	١٣٧	٦١	١٠١	٤٨	٦٥	٣٥	٢٩
٧٤	١٣٨	٦١	١٠٢	٤٨	٦٦	٣٥	٣٠
٧٤	١٣٩	٦٢	١٠٣	٤٩	٦٧	٣٦	٣١
٧٥	١٤٠	٦٢	١٠٤	٤٩	٦٨	٣٦	٣٢
٧٥	١٤١	٦٢	١٠٥	٤٩	٦٩	٣٦	٣٣
٧٦	١٤٢	٦٣	١٠٦	٥٠	٧٠	٣٧	٣٤
٧٦	١٤٣	٦٣	١٠٧	٥٠	٧١	٣٧	٣٥
٧٦	١٤٤	٦٣	١٠٨	٥٠	٧٢	٣٨	٣٦
٧٧	١٤٥	٦٤	١٠٩	٥١	٧٣	٣٨	٣٧
٧٧	١٤٦	٦٤	١١٠	٥١	٧٤	٣٨	٣٨
الدرجة المعيارية المعدلة	الدرجة خام	الدرجة المعيارية المعدلة	الدرجة خام	الدرجة المعيارية المعدلة	الدرجة خام	الدرجة المعيارية المعدلة	الدرجة خام
٧٧	١٤٧	٦٤	١١١	٥٢	٧٥	٣٩	٣٩
٧٨	١٤٨	٦٥	١١٢	٥٢	٧٦	٣٩	٤٠
٧٨	١٤٩	٦٥	١١٣	٥٢	٧٧	٣٩	٤١
٧٨	١٥٠	٦٦	١١٤	٥٣	٧٨	٤٠	٤٢
		٦٦	١١٥	٥٣	٨٩	٤٠	٤٣
		٦٦	١١٦	٥٣	٨٠	٤٠	٤٤
		٦٧	١١٧	٥٤	٨١	٤١	٤٥

المستويات الخماسية لشدة قلق التحدث أمام الأخریات :

الجدول رقم (١٠) يوضح المستويات الخماسية لمقياس قلق التحدث أمام الأخریات

(ن = ١٣٦)

الدرجة الخام	مستوى شدة قلق التحدث أمام الأخریات	الدرجة الخماسية
أقل من ٤٠	لا يوجد شعور بقلق التحدث أمام الأخریات	١
٤١_٧١	يوجد شعور ضعيف بقلق التحدث أمام الأخریات	٢

٨٠_٧٢	يوجد شعور متوسط بقلق التحدث أمام الأخرى	٣
١٢٠_٨١	شعور مرتفع بقلق التحدث أمام الأخرى	٤
١٢١ فأكثر	شعور شديد بقلق التحدث أمام الأخرى	٥

يتضح من الجدول رقم (٨) مستويات شدة قلق التحدث أمام الأخرى ، بناء على نتيجة الدرجات الخام ، ويتضح منها انه كلما ارتفعت الدرجات ، كان ذلك مؤشراً لوجود قلق التحدث أمام الأخرى ، وأن المفحوصات اللاتي حصلن على درجة ٨١ فما فوق ، تعد درجاتهن محكاً فعلياً لشدة قلق التحدث أمام الأخرى . (تم تقسيم المستويات حسب مدرج ليكرت لتقسيم الخماسي) .

٣ - البرنامج العلاجي العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي

:

يمثل البرنامج المعد بهذه الدراسة المنحى التطبيقي لها ، وقد جاء مصمماً (من قبل الباحثة) على أساس استخدامه ، مع عينة من طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود في الرياض ، مما يعانين من قلق التحدث أمام الأخرى .
وفيما يلي خطوات إعداد البرنامج العلاجي العقلاني-الانفعالي- السلوكي الجمعي
لقلق التحدث أمام الأخرى :

الخطوة الأولى : إعداد الصورة الأولى للبرنامج :

استعانت الباحثة في إعداد جلسات البرنامج العلاجي ، بالأطر النظرية والدراسات الخاصة بمجال العلاج العقلاني- الانفعالي - السلوكي الجمعي فكانت على النحو التالي :

_ مصادر تتعلق بالأسس النظرية للعلاج العقلاني - الانفعالي - لسلوكي .

_ مصادر تتعلق بخطوات العلاج العقلاني - الانفعالي - السلوكي .

_ مصادر تتعلق بفنيات العلاج العقلاني - الانفعالي - السلوكي الجمعي و

السلوكي المعرفي . بناء على ماجاءت في كتابات كل من اليس

ودريدن (dryden,1990,1995; Eills,1984,1985.1997.1998) .

الخطوة الثانية : عرض البرنامج العلاجي على هيئة تحكيم :

قامت الباحثة بعرض البرنامج العلاجي ، على مجموعة من المتخصصين من أكاديمين

نفسيين و أعضاء هيئة التدريس ، بقسم علم النفس في جامعة الملك سعود وجامعة الإمام

محمد بن سعود الإسلامية ، وكذلك من مستشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض .

وقد قدم المحكمين بعض المقترحات ، لتعديل البرنامج والجلسات ، حسب ما يتفق وخبراتهم

وأهداف البرنامج المعد لها ، مع تحديد نوع الفنيات التي تلزم هذا البرنامج وتناسبه . والذي

تم ارفاقه ، من خلال استمارة ، للكشف عن مدى ملائمة الجلسات وصلاحيتها ، والتي

تحتوي على رقم كل جلسة (٢٠-١) ومستوى صلاحيتها من (١-١) مع خانة لترك

ملاحظاتهم وانطباعتهم الخاصة .

وكان من أهم الملاحظات التي قام بها المحكمين على البرنامج العلاجي ما يلي:

- تقليص عدد الجلسات من (٢٠) جلسة إلى (١٨) جلسة ، وقد اعتبر العدد الحالي

كافياً ، للتحقق من فاعلية البرنامج العلاجي ، وجاءت نسبة الاتفاق من قبلهم على ذلك ٩٠%

- ضرورة إرفاق استمارة للتقييم الذاتي ، من قبل الباحثة للطالبة المشاركة ، بعد كل جلسة علاجية على حسب ما تم إنجازه خلالها ، وذلك للحكم على صلاحية كل جلسة للطالبات أنفسهن ، ومدى ملائمتها لتحقيق الهدف المفروض إنجازه ، في كل جلسة . وقد جاءت نسبة الاتفاق من قبلهم على تلك الملاحظة ١٠٠% .
 - كذلك جاء اتفاق أغلبهم على أفراد جلسة خاصة لتعليم فنية الاسترخاء ، وأن تكون في بداية الجلسات العلاجية (فنية مستقلة) وكانت نسبة الاتفاق عليها ٨٥% .
 - اشار معظم المحكمين ، إلى أنه يجب اضافة فنيات علاجية أخرى تتعلق بالاساليب التوكيدية ، وكذلك بأكتساب المهارات الاجتماعية ، لاسيما وان نوع الاضطراب وهو قلق التحدث أمام الآخرين ، يتعلق بالمواقف الاجتماعية . وجاءت نسبة الاتفاق من قبلهم ٩٠% .
 - وضع جلسات تمهيدية فردية ، والتي يتم فيها مقابلة كل عضوة على حدة (تمهيداً للعلاج الجماعي ونوعه ومتطلباته ، للتأكد من مدى دافعية وقناعة العضوة بالجلسات العلاجية الجماعية) وكانت نسبة الاتفاق هي ٨٠% .
 - وتراوحت نسبة صلاحية الجلسات ، من قبل جميع المحكمين فيما بين ٨_٩ درجات . وقد خرج البرنامج في صورته النهائية القابلة للتطبيق عموماً ، بعد الاطلاع على جميع الملاحظات والآراء المقدمة ، ومقارنتها مع بعضها البعض ، واستخلاص ما تم الاتفاق عليه من قبل الأغلبية ، بعد مراجعتها مع الدكتور المشرف على الدراسة الحالية .
- أهداف البرنامج :**

يهدف هذا البرنامج العلاجي ، إلى خفض مستوى قلق التحدث أمام الأخرى ، لدى المجموعة التجريبية المطبق عليها البرنامج العلاجي . و مساعدة عضواتها على تطوير مهاراتهن الاجتماعية في التحدث مع الأخرى . وكذلك في تنمية قدراتهن على إقامة علاقات فعالة ، بالارتباط والتعامل الإيجابي مع من حولهن .

تكوين البرنامج العلاجي :

يتألف البرنامج العلاجي ، من ثمان عشرة جلسة علاجية ، تم إعدادها مسبقاً من قبل الباحثة (وفق أسس ونظرية العلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي الجمعي) وهذه الجلسات ليست منفصلة الخبرات ، فكل جلسة فيها تؤدي إلى التي تليها وتكمل التي سبقتها مما يؤدي ، إلى تحقيق هدف البرنامج العلاجي .

وتستغرق كل جلسة ، من ساعتين إلى ساعتين و نصف من الزمن ، بمعدل جلستين اسبوعياً ، ويشتمل هذا البرنامج على نموذج للتقييم الذاتي ، والخاص بانطباع كل عضوة من أعضاء المجموعة العلاجية - كل جلسة على حدة - ويتم توزيع الدرجة عليه ، وفق المستويات التالية لنطباع العضوة : بدرجة كبيرة ، بدرجة متوسطة ، إلى حد قليل إلى حد ضئيل للغاية .

ونموذج آخر يشمل تقريرها الذاتي ، بناءً على مرئياتها بخصوص ما تم إنجازه في كل جلسة ، وبناء على ذلك يتم الحكم على نجاح كل جلسة على حدة لتخطيها ، أو عدم نجاحها لأخذ الإجراء اللازم ، مع إرفاق نموذج خاص للباحثة خلف كل جلسة .
وفيما يلي عرض للبرنامج المعد بالتفصيل :

الجلسات التمهيدية

بعد أن تقوم الباحثة باختيار ١٤ طالبات ، ممن حصلن على درجات مرتفعة على مقياس قلق التحدث أمام الآخرين . وهن الطالبات المقيمات في السكن الداخلي لجامعه الملك سعود (١٠ طالبات كعينه اساسية و٤ طالبات كعينه احتياطية ، في حالة عدم استمرار او غياب احد افراد العينة الاساسية) تسعى الباحثة بعد ذلك الى عمل اجراءات تمهيدية ، للجلسات العلاجية والتي ستكون على النحو التالي :

أولاً : جلستان فردية ، والتي يتم فيها مقابلة كل عضوه على حدة (تمهيداً للعلاج

الجماعي) وذلك بهدف :

١- التأكد من مدى دافعيه واقتناع العضوه بالانضمام للجلسات العلاجية .

- ٢- تعريف العضوه بأهمية العلاج النفسي ومن ثم تهيئتها واعدادها له .
- ٣- تعريفها بأهمية وفائدة انضمامها إلى الجماعة .
- ٤- إعطاءها فكرة واضحة عن كيفية المشاركة في هذا البرنامج العلاجي
- ٥- التأكيد على مبدأ السرية المطلقة .
- ٦- تبصيرها بالدور المتوقع منها القيام به كعضوة في جماعة .

:

- أ- تعارف أعضاء الجماعة .
- ب - تدعيم العلاقة بين العضوات والتركيز على أن هناك أهداف مشتركة، سيتم العمل على تحقيقها بروح جماعية تعاونية .
- ج _ التعريف بأهداف وطبيعة الجلسات العلاجية .
- د _ إعطاء نبذة موجزة عن نظرية (ABC) للعلاج العقلاني الانفعالي ، وذلك تمهيداً لربطها لاحقاً بمواقف الجلسات العلاجية .
- هـ _ التعريف بعدد الجلسات ومواعيدها .

الجلسة العلاجية الأولى

الجلسة الافتتاحية

تهدف هذه الجلسة إلى تطبيق كل من :

- ١ – مقياس قلق التحدث أمام الأخرىات . (قياس قبلي) .
- ٢ – التقييم الذاتي للعضوة لخبرة القلق لديها (قياس قبلي) .

أجراءات الجلسة :

أولاً : تقوم الباحثة بتوزيع مقياس قلق التحدث أمام الأخرىات ، على العضوات ، وتطلب

منهن الأجابه على فقراته بكل دقة وأمانة .

ثانياً : تسعى الباحثة إلى توزيع استمارة التقدير الذاتي ، والتي تحتوى على النقاط التالية :

- أ – المواقف المثيرة للقلق .
- ب – الأشخاص الذين تشعرين بالقلق أثناء التحدث أمامهن .
- ج – الأفكار المسيطرة عليك ، أثناء مواقف التحدث أمام الأخريات .
- د – الانفعالات والمشاعر المصاحبة للموقف المثير للقلق .
- هـ – النتائج المترتبة على الشعور بالقلق ، في المواقف الاجتماعية .
- و – الأفكار التي تسعين إلى تغييرها .
- ي – الأهداف التي تأملين تحقيقها ، من هذا البرنامج العلاجي .
- ط – التقييم الذاتي للعضوة لخبرة القلق لديها ، والتي تكون على النحو التالي :

ضعيف جداً ضعيف متوسط عالي عالي جداً

ثالثاً : بناءً على ما تقدم ، تكون إجابات (مواقف) المشاركات في البرنامج ، هي المادة

الخاضعة للمناقشة ، في هذه الجلسات العلاجية .

رابعاً : تشير الباحثة إلى أن هذه الإجابات ، سوف يتم مناقشتها في الجلسة القادمة ، ثم تعلن

عن ختام هذه الجلسة ، وتنوه إلى موعد الجلسة القادمة . ثم تكتب الباحثة فور الانتهاء ،

تقريراً مختصراً عما حدث بالجلسة ، يتضمن عدة نقاط منها : رقم جلسه وتاريخها ، عدد

الحضور ، نقطة النهاية ، الأهداف التي تم تحقيقها .

نموذج من استمارة التقييم الخاص بالباحثة لكل جلسة

استمارة تقييم خاصة بالباحثة لكل جلسة من الجلسات العلاجية للبرنامج العلاجي العقلاني-الانفعالي الجمعي

	رقم الجلسة وتاريخها	١ -
	عدد الحضور	٢ -
	مستوى التفاعل	٣ -
	العضوات الأكثر تعاوناً	٤ -
	نوع الواجب المنزلي	٥ -
	الصعوبات	٦ -
	نقطة النهاية	٧ -

	الأهداف المحققة	٨ -
	نسبة النجاح الكلية	٩ -

ملاحظات أخرى :

الجلسة الثانية

تعلم فنية الاسترخاء

أهداف الجلسة :

١- العمل على كسر حدة القلق ، الناجمة من كون الجلسات العلاجية ، خبرة أولية

للمجموعة.

٢ - العمل على خفض مستوى القلق ، الناتج عن صعوبة التحدث أمام المجموعة ،

والتي تشكل الأخرى ، اللاتي يتم التحدث أمامهن .

٣ - الوعي بأهمية فنية الاسترخاء ، ومن ثم التدريب عليها واستخدامها .

إجراءات الجلسة :

أولاً : بما أن المجموعة العلاجية ، في بداية انضمامها الفعلي للجلسات العلاجية ومن كون المجموعة (الأخريات) تشكل موقفاً ضاعطاً لديهن ، عمدت الباحثة للاستعانة بفنييه مساعده، وهي فنية الأسترخاء ، وذلك تمهيداً لأستخدام اولى الفنيات الأساسية للعلاج ، وهي مهاجمة الأفكار غير العقلانية وتحديها ، والتي بدورها تتطلب مهاجمة مواقف كل عضوة على حده ، بشكل علني وأمام الجميع ، وبما أن هذا الموقف سيكون ذو صعوبة بالغة للمجموعة ، والسبب يعود إلى أن المصاب بالقلق بصفة عامة ، والمصاب بقلق التحدث أمام الآخرين بصفة خاصة ، يتميز بحساسية مفرطة (مرضية) من التقييم السلبي من قبل الآخرين ، و بالتالي يشدد عنده القلق (Dryden 1997 &Ellis) . وتجنباً لذلك فضلت الباحثة ، أن تسعى إلى تخفيض شدة القلق أولاً ، ومن ثم يتم تنفيذ سير الجلسات العلاجية ، بشكلها المطلوب والمنظم .

ثانياً : تعطي الباحثة تعريفاً علمياً مبسطاً للاسترخاء ، وعلاقته بالاضطرابات الانفعالية . فتوضح بدايةً أن " الاسترخاء يعني التوقف الكامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر "

ثم تضيف إلى أن الاسترخاء ، يختلف عن الهدوء الظاهري ، وحتى النوم ، لانك قد تجدي شخصاً ما ، يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة ، لكنه لا يكف مع ذلك عن إبداء كافة العلامات ، الدالة على الاضطراب العضوي والحركي ، مثل عدم الاستقرار الحركي،

و التقلب المستمر ، والذهن المشحون بالأفكار والصراعات ، وما إلى ذلك . وبينما تظهر حدة القلق عادة ، على شكل أعراض جسمية وتوترات عضلية ، فقد أشارت العديد من الأبحاث ، إلى أن للاسترخاء أثراً نفسية إيجابية واضحة ، ففي حالة القلق أو التوتر الشديد يستجيب الجهاز العصبي السمبتاوي أو الخاص للتوتر ، عن طريق إفراز هرمونات ، تهيئ عضلات الجسم وأعضائه لمواجهة خطراً ما ، وتتضمن هذه العملية العديد ، من التفاعلات البيولوجية مثل ارتفاع ضغط الدم ، وتحول تدفق الدم من الأطراف إلى الأعضاء .
وتقضي الاستجابات الاسترخائية ، على توتر العضلات وتخفض ضغط الدم وتبطئ معدل ضربات القلب أو التنفس . (الحجار، ١٤١٤)

ثالثاً : تشير الباحثة إلى أن أهمية استخدام أسلوب الاسترخاء ، ليس في إزالة التوترات العضوية وتهدئتها فسيولوجياً فحسب ، وإنما أيضاً له دور في تغيير كثير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة ، والأفكار غير العقلانية ، والتي قد يكون لها دور بارز في إثارة الاضطراب الانفعالي ، وبالتالي فأن ممارسة أسلوب الاسترخاء ، يجعل المرء يدرك المواقف المهددة بصورة عقلانية ومنطقية ، وقد يعود السبب في ذلك إلى القوة ، التي يمنحها الاسترخاء للمرء حيث يعزز لديه القدرة على ضبط الذات والتحكم في التغيرات الجسمية . كما أن الاسترخاء يساعد ايجابياً في تأثيرنا على الآخرين ، فإضافة إلى الثقة ، يكون التعامل مع الشخص المسترخي اكثر سهولة ، وعادةً ينعكس ارتياحه الذاتي وشعوره بالاطمئنان ، على الآخرين عند احتكاكه بهم وبالتالي يكون الشخص المسترخي ، أقدر على

ضبط سلوكه من الشخص المتوتر وكذلك اكثر مرونة في تعاملاته مع الآخرين)
إبراهيم ، ١٩٩٤) .

رابعاً : تؤكد الباحثة على أنه يجب أن يسبق عملية الاسترخاء ، عملية تنفس سليمة ومنظمة ، وذلك حتى تعطي هذه العملية نتائجها بشكل أقوى وأكثر فاعلية .
وتضيف قائلة " أن العديد من الأعراض التي تتناوب ، قد ترتبط بالطريقة التي تتنفسين بها .
فعند الإحساس بالنرفزه ، فأنتك تشرعين بالتنفس اللاهث الأسرع من المعتاد ، وبالتالي فإن أخذ أنفاس متقطعة أو أنفاس لاهثة ، كلها ستؤدي إلى زيادة حدة أعراض القلق . فالتنفس السريع اللاهث يعد مسؤولاً ، عن التغيرات الجسمانية (الأعراض الفسيولوجية) التي تخافين أن تلاحظها الأخرى عليك ، خاصة في مواقف التحدث أمامهن ، والمتمثلة في رجفة اليدين ، احمرار الوجه ، وغيرها والتي قد تؤدي بدورها إلى أعراض نفسية (ارتفاع حدة القلق ، شدة الارتباك والتوتر ، التلعثم في الحديث وغيرها) وأخرى سلوكية (الانسحاب من الموقف وغيرها) . وبذلك كان من المفيد جداً ، القيام بممارسة التنفس البطيء قبل أو أثناء الموقف المثير للقلق .

وحتى تتأكدي من أنك تتنفسين بهذه الطريقة السليمة عليك القيام بالاتي :

أ - تمرين التنفس : يتم أخذ وقتاً أطول في عملية الزفير ، مع وضع اليد على المعدة لتحسس ارتفاعه وانخفاضه أثناء عملية التنفس . (يتم ذلك عن طريق أخذ نفس من خلال الأنف ، ومن ثم حبسة لمدة دقيقة ، بعدها يتم أخرجه بهدوء وبطيء ، عن طريق الفم بطريقة تكون الشفتان مضمومة) .

ب - تمرين التأمل الذهني : يتم فيها التركيز على طريقة التنفس ، فما أن يتبادر إلى ذهنك الأفكار (خاصة الأفكار المثيرة للقلق) عودي مرة أخرى إلى التركيز على طريقة تنفسك، دون القيام بتقييم أي فكرة باعثة للقلق ، وبتكرار هذا التمرين ١٠ دقائق يومياً ، سوف تتعلمين كيف تحدين من أفكارك المولدة للقلق ، في مواقف التحدث أمام الأخرى ، وذلك عن طريق تنفسك . بمعنى آخر سيكون هناك عملية موازنة وسيطرة ، على لحظات القلق في المواقف الاجتماعية ، وبالممارسة اليومية ستصبحين أكثر قدرة وثبات على مواجهة مثل تلك المواقف (Smith,1990) .

خامساً : بعد التأكد من أن المجموعة استوعبت تماماً ، كيفية تطبيق عملية التنفس بشكلها السليم والمنظم ، تقوم الباحثة بتوجيه بعض التعليمات ، والشروط الخاصة بالظروف الفيزيائية السابقة لعملية الاسترخاء .

١ - يجب أن يكون المكان الذي سوف يطبق فيه الاسترخاء ، هادئاً وخالياً من المشتتات .

٢ - مكان الجلوس (أثناء الاسترخاء) لابد أن يكون مريحاً ، ولا توجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على أجزاء الجسم .

٣ - يجب أن تكون تهوية وإضاءة المكان المطبق فيه الاسترخاء ، مريحة ومناسبة.

تنتقل بعدها الباحثة إلى تعليمهن خطوات الاسترخاء ، حيث تبدأ بتدريبهن على عضو واحد في البداية ، ويفضل أن يكون الذراع كما هو في الخطوات التالية :

أ - اغلقي راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة .

ب - لاحظي أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشد .

ج - افتحي راحة يدك اليسرى بعد ١٠ ثواني ، أرخيها وضعيها في مكان مريح ، لاحظي أن العضلات أخذت تسترخي وتثقل .

د - كرري هذا التمرين عدداً من المرات ، حتى تدركي الفرق بين التوتر والشد العضلي في الحالة الأولى ، والاسترخاء الذي ينجم بعد ذلك عندما تفردين راحة يدك اليسرى ، وإلى أن تتأكدي من أنك أدركتي الفكرة من الاسترخاء العضلي ، فأنة بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى وهكذا .

هـ - بعد اكتساب القدرة على التحكم في التوتر العضلي والاسترخاء ، في جميع أعضاء الجسم ، عضواً عضواً بالطريقة السابقة ، سيمكنك في المرات اللاحقة استغراق وقت اقل في ذلك .

و- من المهم التركيز الفكري ، لمساعدتك في الوصول إلى إحساس عميق من الاسترخاء العضلي في لحظات قصيرة . لهذا من المفيد أن تدريبي تفكيرك على

تفكيرك يهيم في موضوعات

أخرى ، أعيديه بالتركيز مرة أخرى على طريقة تنفسك و على طريقة الشد و الاسترخاء .

ي - لا تيأسي إذا عجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء ، فإن التكرار يمكنك من ضبط الجسم بإيقائه في حالة استرخاء ، سواءً كان ذلك عاجلاً أم أجلاً .

سادساً : تعيد الباحثة تطبيق عملية وإجراء (التنفس ، الاسترخاء) والتي تكون مسجلة عبر شريط تسجيل صوتي ، من خلال التنفيذ الواقعي أو المباشر وذلك على نفسها أولاً ، ثم على العضوات . حيث تراعي عرض ذلك ببطيء وبإيقاع ، من بداية التدريب ، مع وقفات لجعل الخبرة الذاتية متكاملة ، وملاحظة علامات التوتر والاسترخاء ، لدى كل عضوة ، وتطلب منهن أن يكونن متبهمات واعيات ، خلال الاسترخاء لاستيعاب العمليات المعطاة لهن لتنفيذها لاحقاً .

سابعاً : تقوم الباحثة بتوزيع شريط تسجيل صوتي مماثل للشريط المسموع ، على العضوات ، وتطلب منهن إعادة الاستماع إليه والإصغاء إلى مافية ، ومحاولة تطبيقه كواجب منزلي . بالإضافة إلى ذلك تقوم أيضا بتقديم تعليمات خاصة ، عن تعلم فنية الاسترخاء والتنفس من كتاب Cognitive Behavioral Relaxation Training " " للكاتب Smith ، ص (٦٥) وذلك بعد ترجمته كمساعد إضافي في تعلم الفنية .

ثامناً : قبل نهاية الجلسة تقوم الباحثة بتوزيع نموذج تقييم ذاتي ، خاص بتلك الجلسة لكل عضوة ، وتطلب منهن قبل الخروج تعبئة هذا النموذج بكل دقة وصراحة .

تاسعاً : تنتهي الجلسة ، وتكتب الباحثة فور الانتهاء تقريراً مختصراً عما حدث بالجلسة ، يتضمن عدد الحضور ، الصبغة العامة للجلسة ، نسبة التفاعل ، الأهداف المحققة ، نقطة النهاية ، النسبة الكلية للنجاح ، وغيرها من الملاحظات التي تخدم خطة سير العملية العلاجية المستقبلية .

استمارة التقييم الذاتي لملاحظة العضوه لمدى تقدمها

في الجلستين الاولى و الثانية

عزيزتي العضوة : ضعي علامة (صح) أمام ما ترينه يمثل شعورك بالفعل وفق انطباعك

عن الجلستين رقم (١) ، (٢) :

انطباعي الخاص بالجلسة	بدرجة كبيره	بدرجة متوسطة	الى حد قليل	الى حد ضئيل للغاية
١- بعد مشاركتي الفعلية في الجلسات العلاجية ترسخت لي فكرة مدى اهمية وقيمة هذه الجلسات بالنسبه لي .				
٢- لقد ساعد جو الجماعة (من خلال مجموعة العلاج) على التفاعل والحماس بصورة اكبر مما لو تمت الجلسات بشكل فردي .				
٣ اشعر ان تعلم فنية الاسترخاء امرًا هام لكسر حدة القلق وزيادة الثقة بالذات .				
٤ اشعر ان التدريب على تمارين التنفس خطوة ايجابية للحد من القلق بصورة مباشره اثناء مواجهتي				

				للموقف الضاغط.
				٥_ الشريط المقدم الخاص بتمارين التنفس والاسترخاء خطوة جيدة للمساعدة على عملية الاستيعاب والتطبيق .
				٦_ ما كنت أمل تحقيقه في هذه الجلسة.
				٧_ ملاحظات أخرى .

الجلسات الثالثة والرابعة والخامسة والسادسة

مجادلة الأفكار غير العقلانية وتحديها

أهداف الجلسات :

١- إثارة حماس العضوات للمناقشة الجماعية ، والذي يتم من خلال اختيار مواقفهم

الاجتماعية الفعلية ، لتكون المادة الخاضعة للنقاش .

٢- فحص الأفكار غير العقلانية الواردة لكل عضوة ، ومن ثم مجادلتها وتحديها

٣- توضيح الصلة بين الفكرة غير العقلانية وقلق التحدث أمام الأخرى .

إجراءات الجلسات :

أولاً : تقوم الباحثة بحصر أكثر الأفكار شيوعاً وأشتراكاً بين العضوات ، لتكون المادة

الأولى الخاضعة للنقاش . حيث ترى الباحثة أن مناقشة المواقف الاجتماعية المتشابهة ،

يزيد من شعور العضوات بالعمومية ، واذابة الإحساس بالتفرد بالمشكلة ، ومن ثم يعطي كل

عضوة الشجاعة النفسية ، في التصريح عن خبرتها الخاصة بمواقفها الاجتماعية ،
والمرتبطة بقلقها عند التحدث أمام الأخرى.

ثانياً : تقوم الباحثة بتطبيق أول فنيات العلاج العقلاني الانفعالي الجمعي (كفنية أساسية)
وهي فنية مجادلة الأفكار غير العقلانية وتحديها . وذلك من خلال استخدام أسلوب الحوار
المركز ، حول عميل محوري ، في اللحظة المعينة والتي اسمها ليس Focal client ،
حيث يرى انه يتم تخصيص ٣٠ دقيقة بالضبط ، لكل عميل (المناقشة تكون بين المعالج
والعميل فقط) ، بعدها يوجه أعضاء الجماعة رسائل مباشرة لهذا العميل .

وترى الباحثة أن أسلوب العميل المحوري ذو فائدة ، خاصة في بداية تدريب العضوة على
الحوار المنظم ، أمام الأخرى (المجموعة) ، وكذلك له إيجابية في تعليم الأخرى في
المجموعة ، طريقة توجيه الأسئلة للعميل المحوري ، بشكل دقيق ومركز . إلا أن الباحثة
تسعى بعد ذلك إلى تقليل ، مدة الحوار المركز حول عميل محوري ، وكذلك إلى تقليص
دورها النشط والموجه مع المجموعة ، وذلك بعد تزايد خبرة المجموعة ، في المحاورة
والمناقشة الموضوعية والمنظمة ، مع الأخرى وأمامهن ، وكذلك بعد نمو الشعور
بالمسؤولية الجماعية ، في حل المشكلات المتعلقة بالموقف الاجتماعي ، الذي يقدمه
العضو المحوري .

ثالثاً : تطلب الباحثة من العضوة (أ) تدوين موقفها الاجتماعي ، على السبورة لمناقشته
مبدئياً بصوره جماعية ، ثم بعد ذلك تتم مناقشة الفكرة غير العقلانية في الموقف السابق ،

بهدف مواجهتها confrontation و استبدالها بفكرة عقلانية ، بين كل من الباحثة والعضوة

كعمل محوري . وتبدأ المناقشة على النحو التالي :

العضوة (أ) : عندما أتحدث أمام الأخرى لا أحتمل أن ينتقدي أحد .

العضوة (ب) : ولماذا لا تتحملين أن ينتقدك أحد ؟ .

العضوة (أ) : لأن نقد الأخرى يثير غضبي .

العضوة (ج) : وما هو الذي يثير غضبك في نقد الأخرى ؟ .

العضوة (أ) : أنهن يحاولن إحراجي أمام البقية .

العضوة (ج) : وما هو هدفهن من إحراجك أمام البقية ؟ .

العضوة (أ) : رغبتن في إثبات أنهن أفضل مني .

الباحثة : وهل كل من أنتقدك في جميع المواقف الاجتماعية ، لديه سبب واحد وثابت وهو

إثبات أنه أفضل منك ؟ .

العضوة (أ) : لا أعتقد أن جميع من انتقدي لديه نفس السبب .

العضوة (د) : إذن هناك سبب آخر ؟ .

العضوة (أ) : نعم هناك سبب آخر ، بصراحة هو قلقي وخوفي من الكراهية ، فعندما

تنتقدي أحدهن ، فإنها تثبت علانية كراهيتها لي أمام الأخرى ،

وهذا هو الأمر الذي لا أحتمله .

رابعاً : تبدأ الباحثة مناقشتها مع العضوة المحورية قائلة " إن في موقفك السابق فكرة غير

عقلانية ، سيطرت عليك أثناء حديثك أمام الأخرى ، وسوف نقوم بتجزئة الموقف

بمقتضى نظرية (A B C) للعلاج العقلاني- الانفعالي ، والذي تحدثنا عنها سابقاً في الجلسات التمهيديّة ، فالموقف الاجتماعي هو حديثك أمام الأخرى (A) . خوفك من كراهية الأخرى ، هو تفسيرك وفكرتك عن الموقف (B) . غضبك وعدم تحملك النقد ، وكذلك هروبك من مواقف التحدث أمام الأخرى ، هو النتيجة الانفعالية للموقف (C) .

وبناءً على هذا التسلسل ، فإن تفسيرك للموقف لا يعود لخوفك من النقد ، أو لأنه يثير غضبك ، أو لأنهن يحاولن أن يثبتن أنهن أفضل منك فقط ، وإنما يعود في الأصل ، إلى الاستنتاج النهائي الذي توصلتي إليه ، وهو خوفك من الكراهية ، كراهية من يوجه لك النقد أمام الأخرى ، وكذلك خوفك من انتقال كراهية الناقدة إلى الأخرى المستمعات . ونتيجة ذلك أصبحت ترفضين النقد ، بكافة صورة وأشكاله ، وبالتالي دفعك هذا الاعتقاد غير العقلاني ، إلى التهرب من مواقف التحدث .

العضوة (أ) : نعم أنه كذلك . فبسبب خوفي من كراهية الأخرى لي ، أصبحت ابتعد عن المواقف ، التي تتطلب مني الحديث أمامهن .

الباحثة : أشكر لأنك استطعتي التوصل إلى الاستنتاج الأول ، والذي يتعلق بالفكرة غير العقلانية في الموقف السابق ، ويوجد استنتاج ثاني لم تتوصلي له ، وهو أن النقد بحد ذاته ، قد يحمل جوانب ايجابية للمنتقد ، يتمثل في أن الحوار الذي تتحدثين به ، هو حوار هادف وجاد ، لدرجة أنه أثار حماس الأخرى للدخول في المناقشة . إذن فالنقد الذي يوجه لك ، عندما تقومين بالتحدث أمام الأخرى ، دليل على نجاح موضوعك ، الذي أدى إلى إثارة

تساؤلات الأخرى ، وأنتي فسرتي واستنتجتى هذه التساؤلات على أنها نقد جارح ، هذا من جهة ، ومن جهة أخرى ، لماذا تعتقد أن النقد الذي يوجه لك يوجه بسبب الكراهية . فعلى سبيل المثال ، لو كان الناقد هو أستاذك ، وأمام زميلاتك في المحاضرة ، فقد يعود نقدها لعدة استنتاجات ، قد تكون معظمها إيجابية . أولاً ، ربما أنها تريد أن تثبت لزميلاتك ، أن لديك القدرة على التحكم في طريقة أدائك ، حتى في حالة وجود نقد . ثانياً ، يحتمل أنها تريد أن تنمي فيك القابلية للنقد ، وهذا بدوره يضيف عليك نوع من الموضوعية في تقبل آراء الأخرى ، وأن كانت بشكل معارض لرأيك ، دون أن يكون هناك إحباط أو انهزام للذات .

ثم تسأل الباحثة العضوة (أ) : هل باستطاعتنا وضع عدة احتمالات لتفسير الموقف الاجتماعي ، أم أنه لدينا استنتاج ثابت ومطلق لا نحيد عنه ؟

العضوة (أ) : بالطبع باستطاعتنا وضع عدة احتمالات ، لتفسير واستنتاج الموقف .

الباحثة : وما هو الذي يجعل باستطاعتنا فعل ذلك ؟

العضوة (أ) : فكرتنا وتفسيرنا للموقف .

الباحثة : أحسنت ، أنها فكرتنا وتفسيرنا للموقف . وبناءً على ذلك ، فنحن في المثال السابق ، توصلنا إلى المعتقد غير عقلاني ، والذي كان له دور بارز ، في نشأت القلق واستمراره أثناء مواقف التحدث ، وبالتالي فإن الخطوة الثانية ، هي مجابهة هذه الفكرة غير العقلانية ، وتحديدها واستبدالها بفكرة عقلانية بناءة " .

خامساً : تطلب الباحثة من ثلاث عضوات أن يگون فريق ، ثم يوجهن أسئلة لبعضهن البعض في هذا الصدد .

العضوة (ب) : هل مواقف التحدث أمام الأخريات ، هي التي تجعلنا قلقات وخائفات ، أم أن هناك سبب آخر ؟ .

العضوة (ج) : أعتقد أن طريقة أسلوبنا في التفكير ، هي التي تجعل القلق قائم ، في الموقف الاجتماعي ، الذي نتحدث فيه .

العضوة (د) : هو كذلك ، لأننا وباختصار ، عندما تسيطر علينا فكرة غير عقلانية أثناء موقف التحدث أمام الأخريات ، فإن القلق يشتد لدينا لدرجة أنه يؤدي بنا للشعور بالإحباط، والانهمامية بشكل مباشر .

وتعقب الباحثة على النقاط السابقة قائلة " إن بداية الاعتقاد بالفكرة غير العقلانية ، يتم بدرجة بسيطة ، إلا أن مرور الزمن يزيد من ترسخها وثباتها في ذهن المرء ، فالحل في هذا الموقف ، يكمن في نبذ هذه الفكرة غير العقلانية ، المسيطرة في جميع مواقف التحدث أمام الأخريات ، والتي قد تعطينا مؤشر قوي ، بوجود اضطراب كامن (قلق التحدث) سرعان ما تدفعه المواقف الاجتماعية الضاغطة إلى الظهور ، والدليل على ذلك ما اشترطته العضوة (أ) لدخولها لأي موقف من مواقف التحدث ، وهو أن يخلو هذا الموقف من النقد، وهي بهذا الاعتقاد ، تنثير القلق من ذاتها لذاتها (من الداخل إلى الخارج) وذلك لأن القلق سيضل قائماً ، سواءً في حالة تحدثها أمام الأخريات خوفاً ، من النقد الذي قد يوجه إليها

لكونها في حالة ترقب له . وكذلك في حالة توجيه النقد لها بشكل فعلي . إذن القلق سيبقى قائم في كلتا الحالتين " .

سادساً : وبما أن العضوات في مرحلة تدريب ، على تحديد الفكرة غير العقلانية واستخلاصها من الموقف ، بشكل واضح ومباشر ، تذكر لهن الباحثة أن الأسلوب الأمثل في التعامل مع الفكرة غير العقلانية ، هو نبذها والتخلص منها عن طريق تبني فكرة جديدة ، مرنة تحل محل الفكرة القديمة الجامدة (استبدال الانفعال السلبي " القلق " بانفعال إيجابي " قبول نقد الأخريات ") .

حيث تطلب الباحثة من العضوة (أ) أن تتبنى فكرة جديدة لموقفها السابق . وتهدف الباحثة من اختيار العضوة (أ) كعميل محوري ، لنفس الموقف (لكونها النموذج الأولي الذي تسيّر على نهجه بقية المناقشات) هو تدريبها ، وتدريب بقية المجموعة على كيفية البحث ، عن المعتقد غير العقلاني واستخلاصه ، من الموقف بشكل مباشر ، ومن ثم استبداله بمعتقد عقلائي جديد .

بعد ذلك تتم مناقشة المواقف الأخرى ، بشكل جماعي بعد أن تتعلم بقية العضوات كيفية القيام بذلك ، بطريقة منظمة ومتسلسلة .

تقوم العضوة (أ) بكتابة موقفها السابق على السبورة ، والذي هو " عندما أتحدث أمام الأخريات لا أحتل أن ينتقدي أحد " . ثم تقوم بكتابة نفس الموقف ، لكن بفكرتها العقلانية الجديدة وهو " عندما أتحدث أمام الأخريات لا أمانع أن ينتقدي أحد " وتطلب منها الباحثة أن توضح للجميع كل من :

١ – الفكرة المسيطرة عليها أثناء موقف التحدث أمام الأخرى .

٢ -الشعور والانفعال المصاحب للموقف.

٣ – النتيجة التي خرجت بها من الموقف .

العضوة (أ) : الفكرة التي سيطرت علي في الموقف الأول ، هي فكرة غير عقلانية والتي عبرت عنها بكلمة " لا احتمال " ، أما الموقف الثاني ، فهو يحتوي على فكرة عقلانية عبرت عنها بكلمة " لا أمانع " هذا بالنسبة للأفكار ، أما فيما يتعلق بالشعور والانفعال المصاحب للموقف ، ففي الموقف الأول ، كان يعتريني قلق شديد واضح وكنت في حالة خوف مستمرة ، لأنني كنت في حالة ترقب للنقد ، الذي سوف يوجه لي ، وبالتالي كانت أفكارى مشوشة وتركيزي ضعيف ، لأن اهتمامي لم يكن منصب على ما كنت أتحدث به ، بل كان تركيزي كله منصب على اللحظات ، التي سوف يوجه لي فيها النقد . أما فيما يتعلق بالنتيجة التي خرجت بها من هذا الموقف ، هي أنني قمت بتعميم هذه التجربة ، على بقية المواقف ، حيث أصبحت أتهرب من أي موقف ، يتطلب مني الحديث أمام الأخرى ، وذلك حتى لا أكون عرضة لنقدهن ، الذي يعبر عن كراهيتهن لي أمام الأخرى .

أما بالنسبة لانفعالي ومشاعري ، في الموقف الثاني ، فإنها كانت طبيعية ، ولم أشعر بالقلق أو الخوف من النقد ، لأنني كنت مقتنعة بأن النقد وأن وجه إلي ، فإنني لن أمانع من قبوله ، ولن تسيطر علي فكرة أن هذا النقد وجه إلي ، بسب كراهية الأخرى لي ، بل أنني سوف أضع عدة احتمالات لقبوله ، دون أن أشعر بإحباط أو انهزامية .

والنتيجة التي خرجت بها من هذا الموقف ، أنني سوف أقوم بتكرار هذه التجربة ، وإن حدث ولاحظت أن هناك جوانب نقص ، فإنني سأعمد مسبقاً لتلاشيها بعزم وجهد كبيرين .

تشكر الباحثة العضوة (أ) على الجهد الذي بذلته في تحديد الفكرة غير العقلانية ، ومن ثم نبذها من الموقف الأول ، عن طريق تبني فكرة جديدة عقلانية ، في الموقف الثاني ، ثم تعقب على الموقف السابق قائلة " في المثال الأول كما رأينا ، معتقد غير عقلائي عبرت عنه ، العضوة (أ) بكلمة (لا احتمال) وهذه الكلمة في الأصل عبارة عن أستجابته جامدة مطلقة ، ينشئ عنها غضب على الذات وعلى الأخريات ، كما يؤدي التمسك بها ، إلى انفعالات مؤلمة وسلوك انهزامي ، لا يتفق مع الواقع القائم . بالاضافة إلى أنه يؤدي إلى نتائج انفعالية هدامة ، حيث تقوم صاحبه هذا الاعتقاد ، بتعميم هذه التجربة المؤلمة على المواقف الاجتماعية الأخرى ، وبالتالي تبدأ بالهروب من المواقف ، تجنباً للحديث أمام الأخريات ، إلى أن يشد الاضطراب لديها ، فتصبح شخصية انطوائيه ومن ثم تعتزل الأخريات .

أما الاستجابة المرنة الموجودة في المثال الثاني ، والتي عبرت عنها العضوة (أ) بكلمة (لا أمانع) فهذه الكلمة تعطي دليل واضح ، على مدى مرونة صاحبة هذه الاستجابة ، في تقبل ذاتها وفي تقبل الأخريات ، بالرغم من أن ما تفعله ، أو ما تفعله الأخريات ، أو ما قد يحدث لها ، يكون شئ لا تحبه وتسعى لتجنبه ، إلا أنها لا تمانع في تقبل هذا الواقع المزعج ، وتتحمل ما قد يعثرها ، من إحباطات وعقبات في مقابل وصولها لدافع أهم ، وهو تحقيق أهدافها في الحياة ، بتوازن نفسي واجتماعي متكامل " .

سابعاً : بعد أن تمت المناقشة المحورية ، بين كل من الباحثة والعضوة (أ) ينتقل الحديث إلى العضوة (ب) ليكون موقفها ، هو المادة الخاضعة للمناقشة من قبل المجموعة . وتتم هذه المناقشة الجماعية على النحو التالي :

العضوة (ب) : لا أستطيع الإجابة عندما تقاجئني الأستاذة بسؤال ما أمام الأخريات .

العضوة (ج) : ولماذا لا تستطيعين الإجابة ؟

العضوة (ب) : لأن إجابتي لن تكون صحيحة .

العضوة (د) : في رأي من لن تكون صحيحة ؟

العضوة (ب) : في رأي الأستاذة .

العضوة (هـ) : دعينا نفترض ، أن الأستاذة تعتقد أن إجابتك غير صحيحة (الاستنتاج الأول) ما الذي يزعجك في ذلك ؟

العضوة (ب) : لن أحصل على درجات المشاركة ، وبالتالي سيؤثر ذلك على معدلي العام في المادة ، ومنه إلى معدلي التراكمي ، وفي النهاية لن احصل على تقدير ممتاز .

العضوة (ن) : قد يكون ذلك صحيحاً أو لا يكون ، لكن نفترض أنك على حق ، ولن تحسلي على تقدير ممتاز (الاستنتاج الثاني) ما الذي يثير قلقك في ذلك ؟

العضوة (ب) : إذا حدث ذلك ، فلن التحق بالمسار الذي ارغب . (العضوة ترغب في الالتحاق بالمسار الإكلينيكي والذي يتطلب المعدل الأعلى من مسارات علم النفس)

العضوة (ف) : لنفترض أنك على حق ، ما الذي يثير قلقك ، في حالة أنك لن تستطيعي الالتحاق بالمسار الذي ترغبين ؟

العضوة (ب) : سأشعر بالفشل .

العضوة (ط) : إذن السبب الرئيسي ، ليس هو رأي الأستاذة ولا تقدير ممتاز ، ولا المسار

الذي ترغبين فقط ، أنه شعورك بالفشل ، أليس كذلك ؟

العضوة (ب) : نعم هو كذلك .

:

:

—

.

—

.

) .

—

(

) .

—

(

) .

—

(

%

—

تأكد الباحثة على النقاط السابقة ، من خلال مثال فعلي من الجلسة العلاجية ، عن طريق اختيار عضويتين ، تمثل الأولى الذات غير العقلانية وهي العضوة (د) وتمثل الثانية الذات العقلانية وهي العضوة (ج) ، وتكون المناقشة بين كل من الذاتين ، العقلانية وغير العقلانية ، وبقيّة المجموعة على الشكل التالي :

العضوة (د) : (الذات غير العقلانية) يجب أن احصل دائماً على تقدير ممتاز .

العضوة (ف) : وماذا سيكون عليه شعورك لو أنك حصلت على تقدير جيد جداً؟

العضوة (د) : سوف أشعر بقلق وحزن شديد .

العضوة (ك) : لو أننا افترضنا أنك حصلت على تقدير ممتاز ، ماذا سيكون عليه شعورك؟

العضوة (د) : سأشعر بالفرح والسرور ، إلا أنني سأضل قلقة ومتخوفة .

العضوة (م) : قلقة ومتخوفة من ماذا ؟

العضوة (د) : قلقة على مستواي الدراسي ، لأنني لا اضمن أن احصل على تقدير ممتاز ، في المرة القادمة ولا في كل مرة .

العضوة (هـ) : إذن سوف تعيشين في دائرة قلق وبشكل مستمر .

العضوة (د) : بشكل مستمر كيف ؟

العضوة (هـ) : إذا لم تحسني على ما تعتقدي ، أنك يجب أن تحسني عليه ، سوف تشعرين بالقلق ، وإذا حدث وأن حققتي ما تريدين تحقيقه ، سيضل القلق ملازمك ، وذلك بسبب خوفك من فقدانه في المستقبل .

العضوة (د) : هو كذلك .

تبدأ العضوة (غ) المناقشة مع الذات العقلانية قائلة : لو أننا افترضنا أنك (العضوة "ج") حصلتي على تقدير جيد جداً ، وأنتي ترغبين الحصول على تقدير ممتاز ، ماذا سيكون عليه شعورك ؟

العضوة (ج) : سوف أشعر بالإحباط ، إلا أنني لن استسلم لهذا الشعور ، وسوف ابذل جهد أكبر للحصول على التقدير الذي ارغب .

العضوة (و) : وإذا حدث وأنت حصلتي على تقدير جيد جداً في المرة القادمة ، ماذا سيكون عليه شعورك عندها ؟

العضوة (ج) : لن ائس ، وسوف أضعف جهدي ، أو أُغَيّر من عادات استذكاري فالربما يكون هناك خطأ ما لم أنتبه له .

- تعقب الباحثة على المناقشة السابقة قائلة " إن الموقف السابق هو موقف واحد لكلا العضوتين ، إلا أن الاختلاف يكمن في طريقة تفكير وتفسير كل منهما للموقف . العضوة " د " والتي تمثل الذات الغير عقلانية ، كانت رغباتها ومتطلباتها مطلقة ، تحمل صورة جامدة لفكرة واحدة لا تحيد ، عنها وهي " يجب ودائماً " فمن خلال حديثنا معها ، تبين لنا أنها تعيش حالة قلق مستمرة ، سواءً حققت متطلباتها أو لم تحققه ، بالإضافة إلى الشعور المستمر بالضعف والعجز ، عن مواجهة الموقف مما يؤدي بها أخيراً إلى الاصابه بالاضطراب . أما العضوة " ج " والتي تمثل الذات العقلانية ، فنرى أن تفكيرها تفكير مرن ، بدليل أنها توقعت أن تصاب بالإحباط فقط في حالة عدم حدوث ما ترغب به . وقد

أدركت وفسرت الإحباط ، على انه عامل إيجابي في تحفيزها وتنبئها ، على أن هناك خطأ ما في الموقف يدعو إلى تقويمه . (الإحباط هنا هو النتيجة الانفعالية ، والتي لم تعمم كما في حالة المعتقد اللاعقلاني ، وانما فسرته العضوة " ج " (الذات العقلانية) على أنه عامل منبه ، لتدراك ما وقع من أخطاء في الموقف) وذلك لأن الرغبات والأمنيات المرنة، تجعل الإنسان أقدر على التوافق مع الوضع ، عندما لا يحقق المرء ما يريد ، أو على الأقل يكون قادراً على العمل بطريقة فعالة ، من اجل محاولة منع حدوث ما لا يرغب " .

تعتمد الباحثة إلى تذكير العضوات ، بمواقفهن التي تمت مناقشتها سابقاً ، وكيف كانت استجاباتهن متعددة ومختلفة ، فهناك من كانت تخاف من الفشل ، وهناك من تخاف من الإهانة ، وهناك من تخاف من النقد وغيرها . ثم تضيف قائلة " لو أننا فكرنا بعمق ، عن مصدر هذه الاستجابات ، فأنا سنكتشف أن معظم هذه الاستجابات باختلافها ، تتبع من مصدر واحد هو القلق ، ثم توجه الباحثة حديثها إلى العضوة " د " (الذات الغير عقلانية) قائلة " قلتي أنك يجب أن تحسلي على تقدير ممتاز دائماً ، فأين الدليل على أنك يجب أن تحسلي على تقدير ممتاز دائماً ؟ وأين البرهان على أنك يجب أن تتجحي دائماً ، في كل ما تقومين به من أعمال ؟ وأين قرأتي أنه يجب أن تتجحي دائماً في كل مهمة تؤدينها ؟ " .

وهنا على الباحثة أن تتأكد من أن العضوه تجيب على السؤال المطروح فعلاً . فعلى سبيل المثال : قد تجيب العضوه على لماذا يجب أن تتجحي قائله " لأن النجاح يشعرنني بالتفوق والاعتزاز " ومن خلال إجابة العضوه ، تدرك الباحثة أن العضوه لم تجب على السؤال المطروح ، و إنما أجابت على سؤال آخر وهو " لماذا تحبين أو تفضلين النجاح " وهنا تأكد

الباحثة على أن الإجابة الصحيحة والوحيدة ، في إطار نظرية العلاج العقلاني-الانفعالي ، على السؤال " لماذا يجب أن تتجحي " هو لا يوجد دليل على ذلك . ثم تستعين الباحثة بالأسئلة والتفسيرات ، حتى تعطي العضوات الإجابة الصحيحة (مثلاً : لا يوجد دليل على أنني يجب أن انجح ، إلا أنني بالطبع افضل النجاح) . وتشير الباحثة في حالة التعامل مع الفكر والشعور الإنساني ، فإنه لا يوجد صفر مطلق ولا واحد صحيح ، لأنه لا يوجد شيء في الحياة البشرية ، يجب أن يحدث دائماً وفي جميع الأحوال .

تاسعاً : تقوم المجموعة باستكمال بقية المناقشات ، مع العضوات المتبقيات عن طريق استخدام نفس الأسلوب السابق .

قبل إنهاء الجلسة ، تؤكد الباحثة للعضوات ، على أن معتقداتهن العقلانية يفترض أن تكون قوية ، بشكل كافي لأحداث التغيير النفسي المرجو ، والمؤشر الحقيقي لأحداث هذا التغيير ، هو مجادلة وتحدي المعتقدات الغير عقلانية بعزم وإصرار ومثابرة ، واستبدالها بالبدائل العقلانية أثناء وبين الجلسات العلاجية ، فحينما أسألكن هل أنتن مقتنعات ، بأن المعتقدات العقلانية ، ستساعدكن على تحقيق أهدافكن ؟ أتوقع أن هناك بعضاً منكن ستجيب " أنني أعرف أن المعتقدات ستساعدني على تحقيق أهدافي ، إلا أنني لم أومن بها تماماً " أو " أنني أفهم الأمر بعقلي ، ولكني لا أتحكم حتى الآن في شعوري بالقلق " . ومن هنا تؤكد الباحثة على العضوات ، بأن العلاج يتطلب منهن تكرار مجادلة ، وتحدي المعتقدات الغير عقلانية ، بهمه وعزم ثابت وبشكل متتابع ومستمر ، ثم تذكر لهن بأن هناك خمس خطوات ، مصاغة على شكل أسئلة ، تدور حول المعتقدات الغير عقلانية ، وتطلب منهن حفظها بصفحتها ،

خطوات أساسية لمجابهة ، هذه المعتقدات والصمود أمامها، وقد صيغت هذه الأسئلة على الشكل التالي:

١ – ما هو الاعتقاد الغير عقلاني الذي ارغب في مجادلته وتحديه ؟

٢ – هل أستطيع أن أجد دليل عقلاني يؤيد هذا الاعتقاد ؟

٣– هل هناك دليل على صحة هذا الاعتقاد ؟

٤ _ ما هو أسوء شئ يمكن أن يحدث فعلياً ، عندما يحدث لي ماخشاه ؟

٥ – ما هي الأشياء الإيجابية ، التي يمكن أن تحدث لي ، أو التي يمكن أن

اجعلها تحدث ، إذا حدث لي ما أخشاه ؟

تطلب الباحثة من كل عضوه ، أن تمثل كل من ذاتها العقلانية والغير عقلانية ، عن طريق تسجيل مجادلتها ، وتحديها للذات الغير عقلانية(من خلال استخدام الخطوات الخمس السابقة) ، عبر شريط تسجيل صوتي ، وتعاود الاستماع له بين الحين والآخر. كما تطلب منهن تدوين مواقف للتحدث أمام الأخريات ذات معتقدات عقلانية، على بطاقات صغيرة من الورق المقوى ، وتحتفظ به العضوه معها ، ليتم الاطلاع عليه بين فترة وأخرى ، وذلك كواجبين منزليين يتم مراجعتهما في الجلسة القادمة .

عاشراً : تقديم استمارة التقييم الذاتي الخاص بالجلسة لكل عضوة .

الحادي عشر : تكتب الباحثة تقريرها الخاص بالجلسة .

استمارة التقييم الذاتي لملاحظة العضوه لمدى تقدمها في الجلسة

الجلسات الثالثة والرابعة والخامسة والسادسة

عزيزتي العضوه : ضعي علامة (صح) أمام ما ترينه يمثل شعورك كما هو بالفعل وفق

انطباعك عن الجلسة رقم (٣) ، (٤) ، (٥) ، (٦) :

انطباعي الخاص بالجلسة	درجة كبيرة	درجة متوسطة	الى حد قليل	الى حد ضئيل للغاية
١ - ازادت خبرتي بمشكلة قلق التحدث امام الاخرى ومدى ابعادها السلبية وربما المدمرة لذاتي .				
٢ - اشعر ان فنية مهاجمة الافكار غير العقلانية فنية اساسية ومن الضروري				

				تعلمها وتطبيقها .
				٣ - ماكنت أمل تحقيقه في هذه الجلسة
				٤ - ملاحظات أخرى .

الجلستان السابعة والثامنة

التدريب على المهارات الاجتماعية اللازمة

أهداف الجلستين :

- ١ - تدريب المجموعة على بعض المهارات الاجتماعية اللازمة ، لبناء السلوك التكيفي مع الأخريات ، في المواقف الاجتماعية المختلفة . (كتعلم الأساليب اللفظية، و التعبير الحر وتأكيد الذات ، التدريب على استجابات بدنية ملائمة)

٢ - تعريف المجموعة ، بالدور الذي تلعبه المهارات الاجتماعية ، اللفظية والغير اللفظية ، في تنمية القدرة على المواجهة .

إجراءات الجلستين :

أولاً : تنتقي الباحثة عدداً من الفنيات و الأساليب التي تعارض القلق ، وتساعد في الوقت ذاته على محاولة إيجاد استجابات تكيفيه جديدة ، وذلك لعلاج القصور في المهارات الاجتماعية ، والحرية الانفعالية التي تعاني منها المجموعة ، في المواقف الاجتماعية عامة ومواقف التحدث خاصة . وكذلك في حالة وجود صعوبة في التعبير الحر ، عن الرأي وتأكيد الذات ، أثناء التعاملات اليومية مع الأخريات . لذا سعت الباحثة لتدريب العضوات ، على السلوك التوكيدي المناسب والفعال ، ليتم مستقبلاً تطبيقه في البيئة الواقعية ، مع من حولهن ومن هذه الأساليب مايلي :

١ - تعليم الأساليب اللفظية :

ومن شأنها تعليم العضوه ، أن تزيد من حريتها الانفعالية وقدرتها ، على تأكيد الذات عن طريق تشجيعها المتعمد ، على إطلاق انفعالاتها بطريقة تلقائية ، ويطلق على هذا الأسلوب اسم " تنطيق المشاعر " *feeling talk* ، أي تحويل المشاعر والانفعالات الداخلية ، إلى كلمات صريحة منطوقة و بطريقة تلقائية ، وذلك لمختلف أنواع الانفعالات (كانفعالات الحب ، الأسف ، المدح ، الدهشة وغيرها من الانفعالات) .

ولتوضيح هذا الأسلوب ، يتم اختيار عضوتين لتطبيقه ، على أن يبدأ السؤال بأنتي ويبدأ الجواب بأنا ، وتتم المحاوره بصورة تلقائية على النحو التالي :

العضوة (ط) للعضوة (ظ) : أنتي تفضلين الحديث بالصوت الهامس ، أم بالصوت
الجهور المسموع ؟

العضوة (ظ) : أنا افضل الحديث بالصوت الهامس خاصة في وجود الأخریات .

العضوة (ط) : أنتي تفضلين المذاكرة مع زميلة لك ، أم تفضلينها لوحديك ؟

العضوة (ظ) : أنا أفضل المذاكرة لوحدي . وهكذا لبقية المحاوره .

٢ – التعبير الحر عن الرأي وتأكيد الذات :

تعلم الباحثة العضوة ، عندما تختلف في الرأي مع إحدى الزميلات ، إظهار مشاعرها
الحقيقة بدلاً من الموافقة ، وأن تبدي معارضتها بشكل ملائم وواضح ، وكذلك التعبير عن
الموافقة ، عندما تمتدح من الأخریات دون تحرج ، لأن في ذلك تدعيم لهن في البحث عن
صفاتها الإيجابية ، وبالتالي ستتلقى عائداً إيجابياً ممن حولها ، مما يعزز ثقتها في تبني
الاستجابات والعادات السلوكية الجديدة ويدعمها .

ويوضح ذلك المثال التالي :

يتم اختيار أربع من العضوات ، كل اثنتين يمثلن ثنائي ، لتبادل الحوار لمدة عشر دقائق .

فالثنائي الأول – يعبر عن الذات العقلانية ، التي تقول للأخرى (الذات غير العقلانية) عليها
أن تفعل ذلك أو لا تفعل ؟

ويطلب منها الاستخدام المتعمد لكلمة " أنا " لتأكيد الذات بأكبر قدر ممكن ، فإذا أجابتها
الذات غير العقلانية ، ليس من حقك كذا ، تجيبها الذات العقلانية : الصحيح انه لم يكن في
هدفى التدخل في الخصوصيات ، ولكن في اعتقادي أن ، أو في رأيي أنه وهكذا .

أما الثنائي الثاني _ فيطلب من الأولى أن تمتدح الأخرى وتبادل الأولى الثناء .

مثال :

العضوة (ف) : أرى أنك أنسانه ذكية .

العضوة (ق) : وأنا أرى أنك انسانه لطيفة ولبقة في حديثك . وهكذا إلى آخر الحوار .

- - -

٣ – التدريب على إحداث استجابات بدنية ملائمة :

تركز الباحثة في هذا الأسلوب على ضرورة التدريب على تعبيرات الوجه ، وأساليب
الحركة والحديث والمشى ، كجزئية هامة في العلاج . وتنبه إلى عدد من الاستجابات ،
مثل:

نبرت الصوت ، إذ يجب على الصوت أن يكون واثقاً مسموعاً ، وكذلك أن يكون هناك اتصال بصري بين المتحدثين ، وهو التقاء العيون مباشرة ، مع الأخرى أو الأخرى التي يتم التحدث معهن أو أمامهن ، بالإضافة إلى أن تشكيلة الجسم ، يجب أن تكون في وضع جسدي ملائم ، ومناسب للموقف القائم . ومن المهم أيضاً أن تكون تعبيرات الوجه، ملائمة للمشاعر ولمحتوى الكلام ، فمثلاً : لا تبتسمي وأنتي توجهين نقداً لشخصاً ما ، أو أنتي تريدان أن تعبري عن الغضب ، وكذلك لا تصلبي وجهك ولا تجعلي له تعبيرات العداوة ، وأنتي تحاولين التعبير عن حبك واعتزازك لشخصاً معين " .

ولتدعيم أهمية تطابق تعبيرات الوجه ومحتوى الكلام ، تستعين الباحثة بمرآة تقدمها للعضوات ، ويطلب منهن مواجهتها كشخص آخر ، مع مراعاة تنويع الاستجابات والانفعالات الظاهرة ، فيتم التحدث معها مرة بمشاعر الرضا وتعبيرات العبوس مرة أخرى ، ويتم مطابقة كل انفعال والموقف الملائم له .

ثانياً : تطلب الباحثة من المجموعة ، القيام بتنفيذ الوجبات المنزلية التالية ، والتي سوف يتم تداولها ومناقشتها في الجلسة القادمة :

أ - أن تنظم كل اثنتين ليكونا ثنائياً ، ويختارنا موقف يعبر عن رأيين مختلفين ، ويقمنا بتسجيل هذه المحاوره على شريط تسجيل صوتي .

ب_ يقمن بكتابة رسائل تحتوي على مشاعر وانفعالات متنوعة (شكر ، نقد ، ثناء ، إعجاب) وتكون موجهه لأي شخص يختارنه ، سواء من داخل المجموعة العلاجية أو من

خارجها ، على أن يكون هناك تناغم وتطابق ، بين كل من تعبيرات الوجه ومحتوى الكلام والموقف القائم.

ثالثاً : في ختام الجلسة ، تقوم الباحثة بتوزيع استمارة التقييم الذاتي ، الخاص بالجلسة لكل عضوة.

رابعاً : تكتب الباحثة تقريرها الخاص بالجلسة .

استمارة تقييم ذاتي لملاحظة العضوه لمدى تقدمها في الجلسة

الجلستين السابعة والثامنة

عزيزتي العضوة : ضعي علامة (صح) أمام ما ترينه يمثل شعورك كما هو بالفعل وفق

انطباعك عن الجلسة رقم (٧) ، (٨) :

انطباعي الخاص بالجلسة	درجة كبيرة	درجة متوسطة	الى حد قليل	الى حد ضئيل للغاية
١ - اشعر ان للمجموعه دوره ايجابياً في مساعدتي من التحرر من قيود التعبير .				
٢ - ساهمت عملية الواجب المنزلي ، في تسهيل ماتم تعلمة وتطبيقه بتجربته في الواقع .				
٣ - تكون لدى خبرة في معرفة				

				المهارات الاجتماعية التي تتقني (من خلال الجلسات العلاجية)
				٤ - ما كنت أمل تحقيقه في الجلسة .
				٥ - ملاحظات أخرى .

الجلستان التاسعة والعاشره

التعلم بالملاحظة (النمذجه)

أهداف الجلستين :

- ١ - تقديم نموذج حي ، يتم التعلم منه بصورة مباشرة .
- ٢ - إعطاء المجموعة فرصة للتقييم الذاتي ، من خلال اكتساب سلوكيات جديدة محمودة، عن طريق شخص أو أشخاص هم النموذج .

٣ - تسهيل عملية تعلم السلوك المرغوب فيه ، عن طريق النمذجة بالمشاركة .

إجراءات الجلستين :

أولاً : التأكد من أن العضوات استوعبن أساليب السلوك التوكيدي السابق ، وذلك من خلال المراجعة الجماعية ، لما تم تنفيذه في الواجب المنزلي السابق . ثم تبدأ الباحثة بذكر ما سوف يتم مناقشته في الجلسة الراهنة .

ثانياً : تستعين الباحثة بقصة حالة سبق لها تعديل سلوكياتها ، بخصوص علاقتها بالأخريات (نموذج للمشاركة التخيلية) . وتترك للمجموعة فرصة ذكر قصص مشابهة . وذلك كبداية للاستعانة بنماذج تعليمية للسلوك المفضل .

ثالثاً : تقدم الباحثة نموذج حي life model ، و الذي تمثله مديره برامج النشاطات (التابعة للسكن الداخلي لجامعة الملك سعود) ممن اتسمت بالنجاح والاتزان النفسي والاجتماعي ، وحضت بقبول واسع من الطالبات المقيمات في السكن . حيث ترى الباحثة أنه كلما كانت القدوة أو النموذج ناجحاً وقوياً وحضي بمستوى كبير، من القبول الاجتماعي، كان من السهل تعلم أنواع السلوك التي تصدر عنه بصورة أسرع ، خاصة وأن العضوات يرونها كنموذج يستجيب لنفس المواقف ، و لكن بطريقة أكثر عقلانية وملائمة . (لنفس مواقف الباحثة للقلق).

تطلب الباحثة من الجميع المشاركة في سؤالها ، عن سر نجاحها وقدرتها على القيام بأداء أدوار ونشاطات اجتماعية فعالة .

رابعاً : تختار الباحثة العضوة تلو الأخرى ، لتمثل النموذج الذاتي أو الذات كنموذج self as model ، والهدف من ذلك ، أن أسلوب الذات كنموذج ، يتمثل في اشتراك العضوة في تحديد وتوجيه ذاتها نحو السلوك المفضل ، وفي المقابل يزيد من مستوى وعيها و مسؤوليتها الذاتية ، بأهمية التخلص من السلوك السلبي . ويتم ذلك من خلال ذكر العضوة مناسبة اجتماعية ، أو موقف كان أدائها فيه أداءً جيداً ، فالمواقف السلوكية التي يقوم بها الفرد ، والتي تؤدي بشكل جيد ، تفيد كنموذج ذاتي معزز ومشجع للسلوكيات المقبلة .

خامساً : تسعى الباحثة إلى إنهاء أساليب التعلم بالملاحظة ، عن طريق استخدام أسلوب أخير يعرف باسم النمذجة بالمشاركة participant modeling ، وتكمن فاعلية هذا الأسلوب ، بقيام العضوة بتطبيق ما تعلمته من النموذج أو القدوة خلال الجلسات العلاجية، بتجربته في الواقع المحيط . حيث تقوم الباحثة بإعطاء المجموعة فرصة التطبيق ، وذلك للحصول على التغذية الرجعية ، كعملية تقييم ومراجعة لما تم اكتسابه . مثال : - تقوم كل عضوة على حدة بمقابلة نموذج حي ، يتم اختياره من قبلها ، وتكون هذه القدوة ممن اشتهر بالمثالية والنجاح الاجتماعي . (يتم في هذا الأجراء تطبيق التعلم بالملاحظة من خلال النموذج الحي)

سادساً : يتم التعليق واعطاء الملاحظات الخاصة بالواجبات المنفذة ، في الجلسة القادمة .

سابعاً : توزيع استمارة التقييم الذاتي ، الخاصة بالجلسة لكل عضوه .

ثامناً : تكتب الباحثة تقريرها الخاص ، بالجلسة فور الانتهاء .

استمارة تقييم ذاتي لملاحظة العضوه لمدى تقدمها في الجلسة

الجلستين التاسعة والعاشره

عزيزتي العضوه : ضعي علامة (صح) أمام ما ترينه يمثل شعورك كما هو بالفعل وفق

انطباعك عن الجلستين رقم (٩) ، (١٠) :

انطباعي الخاص بالجلسة	درجة كبيرة	درجة متوسطة	الى حد قليل	الى حد ضئيل للغاية
١ - أن سرعة تعلم السلوك الايجابي افضل عندما تتم بشكل مباشر عن				

				طريق الملاحظة .
				٢ - ادت محاورتي مع نماذج القدوة (من خلال الواجب المنزلي) الى توعيتي بأهمية اكتساب وتطبيق هذا السلوك المحمود اجتماعياً .(يعود ذلك الى كيفية تعامل نماذج القدوة مع المواقف المثيرة للقلق دون ان تتعرض لنتائج سلبية)
				٣ - ما كنت آمل تحقيقه في هذه الجلسة.
				٤ - ملاحظات اخرى .

الجلسات من الحادية عشرة إلى الخامسة عشرة

التدريب على السلوك التوكيدي الجمعي

أهداف الجلسات :

١. التدريب على السلوك التوكيدي الجمعي ، في إطار من العلاج الجماعي ، حيث يلعب

أداء الدور والتعزيز من المجموعة ، دوراً هاماً وفعالاً في تغيير السلوك غير العقلان.

٢. توضيح مدى فاعلية هذا الأسلوب ، في التعامل مع حالات القلق الاجتماعي ونقص المهارات الاجتماعية " اللفظية وغير اللفظية " . (المهارات اللفظية هي المهارات التخاطبية ، التي تعتمد على التواصل و التفاعل الحواري ، مع الآخرين كمواقف التحدث أمهمهم ، والمهارات الادائية ، هي المهارات ، التي تتطلب الاشتراك و التفاعل العملي مع المجموعة)

٣. التأكيد على أهمية التدريب على هذا الأسلوب ، بصفته أداء يحتوي على جوانب معرفية وانفعالية وسلوكية ، قابلة للتغير في الموقف الاجتماعي الواحد .

٤. مساعدة المجموعة على ممارسة ما تم تعلمه ، بتجربته بالأفعال والسلوك في مكان يقترب من الواقع (أداء الدور في البيئة العلاجية) . ومن ثم تطبيقه في البيئة الفعلية المحيطة .

مقدمة الجلسة :

بعد أن تنتهي المجموعة من مراجعة الواجبات المنفذة ، تشير الباحثة إلى آخر فنية من فنيات البرنامج العلاجي ، والتي تعرف باسم (لعب الأدوار) وتوضح لهن أهمية التدريب على لعب الأدوار Role – Plays ، بصفته أداء سلوكي ، مرتبط بالمواقف الاجتماعية ، والتي من بينها مواقف التحدث أمام الأخريات ، وتشير كذلك إلى العلاقة الوثيقة ، بين كل من أداء الدور والموقف العلاجي ، والموضح في النقاط التالية :

أ – الجلسات العلاجية ستكون هي مواقف التحدث .

ب – المجموعة العلاجية ، ستعبر عن الأخرى التي يتم التحدث أمامهن .

ج – لعب الأدوار (وهو الأداء المتضمن للفكرة والانفعال والسلوك) سيكون المهارة الاجتماعية ، التي يتم اكتسابها لمواجهة الموقف الضاغط ، بمستوى منخفض من القلق .

تشير لباحثة إلى مدى التفاعل الثلاثي ، بين كل من الفكرة والانفعال والسلوك الغير عقلائي في المواقف ، والنتيجة السلبية المترتبة على هذا التفاعل ، قائلة " في السابق عندما كنتن تدلين ، بحديث أمام الأخرى ، كنتن تدركن على أن الموقف عبارة عن حديث ضمن المجموعة العلاجية ، و الذي أعطاكم نظرة ابعدها و اعمق في تفسير مواقف التحدث ، من حيث أنها ليست مواقف لفظية فحسب ، و إنما هناك أعراض فسيولوجية انفعالية ، ومعرفية وسلوكية متتابعة ، و متفاعلة مع بعضها البعض . فأعراض الفسيولوجية الانفعالية ، تبرز عندما تكونين في موقف ضاغط ، حيث يزداد القلق عن حده الطبيعي ، و من ثم تتبعه الأعراض الفسيولوجية ، كزيادة معدل نبضات ، القلب و احمرار الوجه ، و ارتجاف اليدين ، و صعوبة التنفس وغيرها أما الأعراض المعرفية ، فأنها تبرز نتيجة للعرضين السابقين ، فعندما تواجهين قلقاً مكثفاً ، فإنه يدور في خلدك عدداً من الأفكار الغير عقلائية ، و غالباً ما تكون هذه الأفكار سريعة الحضور ، بحيث لا يكون بوسعك تتبعها في البداية ، و من هذه الأفكار (لم يعجب أدائي أحداً ، هناك من يسخر مني) وهكذا ، وبما أن هذه الأفكار الغير عقلائية ، تكون هي المسيطرة على ذهنك أثناء مواقف التحدث ، فإن ذلك سيزيد من حده القلق ، و نتيجة لذلك ستقومين بالأداء السيئ ، و ذلك من خلال التفكير بأن الشيء السيئ هو الذي سيحدث . أما الأعراض السلوكية ، فأنها تنشأ نتيجة للأعراض السابقة ، فالقلق

والفكرة الغير عقلانية مثلها مثل الألم الجسدي ، الذي هو عبارة عن إشارة تحذيرية ، يتوجب عليك اتخاذ المناسب حيالها ، إلا أن التجاوب مع هذه الإشارة التحذيرية ، يكون غير منطقي بسبب القلق والفكرة الغير منطقية ، وبالتالي تكون أول ردة فعل لك هي التجمد ، وهي ردة فعل سلوكية ، تعمل على تثبيطك والحد من أفعالك الإرادية ، مثل الحركة والكلام. وهذا هو السبب الذي يجعلك تقلقين وتخافين ، من المواقف التي تتطلب منك الحديث أمام الأخرى ، حيث تكونين غير قادرة على التحكم في طريقة أدائك ، فيظهر بشكل ضعيف أو بالشكل الذي لا يرضيك " .

إجراءات الجلسات :

أولاً : يطلب من كل عضوه كتابة موقفاً خاصاً بها ، يتضمن التخرج الشديد في التعبير عن الرأي ، أو وفي التحدث أمام الأخرى ، وذلك من خلال مواقف حياتية مفترضة ، ومستمدة من الواقع . ويتفق مع كل عضوه أن تؤدي دورها مرتين ، الأداء الأول يؤدي كما هو بالفعل ، أما الأداء الثاني فيكون بعد تعديل كل من الفكرة والانفعال والسلوك ، غير العقلاني من الموقف . والهدف من ذلك يكمن في توعية المجموعة ، باكتساب مهارة أداء الدور الاجتماعي بشكله الصحيح ، وكذلك بتبصيرهن بأدوارهن الحقيقية في الواقع .

ثانياً : يتم اختيار أكثر المواقف اشتراكاً ، بين العضوات ليتم تأديته أولاً ومن ثم يعطى الجميع ، فرصة إبداء الحلول والمقترحات ، بشأن تعديله (يتمثل الموقف في تجنب العضوه الحديث أمام الأخرى ، وذلك يعود لعدة أسباب منها : خوفها من التلعثم ، أو من كونها محط أنظار الجميع ، أو لخوفها من التساؤلات المفاجئة ، أو خوفها من عدم التركيز الذهني

مما يضعف من أدائها ، وبالتالي تكون موضوعاً لسخرية الأخرى واستهزائهن (بعد ذلك يتم تناول المواقف الأخرى المتبقية .

ثالثاً : تختار كل عضوه موضوعاً ترغبه ، ليتم إلقائه أمام المجموعة كأداء أول للدور ، ويخصص له خمسة عشر دقيقة ، بعد ذلك يتم التعليق الجماعي على الأداء الكلي للموقف ، ويتناول هذا التعليق كل من نبرت الصوت ، الحركات التعبيرية ، الاتصال البصري ، صياغة الفكرة ، الانفعالات المصاحبة والأداء السلوكي . يلي ذلك قيام الباحثة بتقييم أداء المجموعة (السلبيات المشتركة في الأداء) حيث تنبهن إلى عدة نقاط هامة ، من بينها أن تركيزهن أثناء مواقف التحدث ، كان منصب على ثلاثة أمور هي :

١- عما إذا كان أسلوبكن يتم مراقبته .

٢- هل العمل الذي تؤدونه ، يؤدي بالشكل الصحيح .

٣- ماذا سيكون عليه رأي الأخرى فيكن .

وتضيف قائلة " أنه في نفس الوقت ، الذي تقمن فيه بالحديث ستصبحن مشغولات بمسألة التقييم ، وكلما زاد تفكيركن حول كيفية قيامكن بالحديث ، أو محاولة تخمين ردود فعل الأخرى تجاهكن ، كلما قلّ تركيزكن عما تقعلنه وكثرت أخطاءكن ، وكلما زادت أخطاءكن أشد القلق ، وكلما أشد القلق ، سيطرة الفكرة غير العقلانية ، وبالتالي ، يضطرب سلوككن مما يؤدي إلى تلعثمكن أو ضعف أدائكن . وهكذا ونتيجة لذلك ، فإنكن ستتجنبن مواقف التحدث ، وسوف تصبحن عرضة للخضوع الذهني ، كلما وجدتن أنفسكن في حضرة الأخرى .

أما فيما يتعلق بالتقييم الفردي ، الخاص بكل عضوه ، فإن الباحثة سعت مسبقاً إلى تجنب العضوه أي شعور سلبي ، بأن هذا التقييم ما هو إلا نقد جارح أثناء استماع المجموعة لتقييمها الفردي أمامهن . لذا فقد عمدت الباحثة ، إلى استخدام أسلوب المداعبة والمبالغة المرحية (يعتبر اليس هذا الأسلوب ، من الأساليب الهامة في العلاج ، خاصة بما يتعلق بطرق التخلص من الفكرة غير العقلانية ، والسلوك الانهزامي ، عند مواجهه الموقف الضاغط ، إلا أنه اشترط أن يتم تطبيقه في الجلسات العلاجية الأخيرة ، بعد أن تبنى علاقات وثيقة بين أعضاء المجموعة ، وبين المجموعة والقائم بالعلاج) .

مثال :

العضوه (ش) : تتعمد الغياب عن إلقاء بحث مطالبه به ، وذلك بسب خوفها من الاستفسارات والتساؤلات الصعبة والمفاجئة من الأخريات .

الباحثة : لماذا تتغيبين عن إلقاء بحثك ، وأنتي في المقابل تخسرين ٢٥ درجة من معدلك في المادة ؟

العضوه (ش) : حتى لا أفتح مجالاً للتساؤلات ، والاستفسارات الصعبة والمفاجئة أثناء الإلقاء .

الباحثة : وماذا في تساؤلاتهن ؟ الأمر الذي يدفعك للغياب ؟

العضوه (ش) : عند عدم قدرتي الرد على التساؤلات ، سأشعر بالقلق وسأفقد السيطرة على نفسي ، وسيضعف أدائي وبالتالي ، سأكون موضوعاً لسخريتهن واستهزاءهن .

الباحثة : أنه بالفعل أمراً يدعو للتهرب والغياب ، أنه حقاً أمراً صعب وفضيع ولا يمكن مواجهته ، بل أنه اصعب شئ سمعته في حياتي ، أنني لا أحتمل سماعه والتحدث عنه، دعينا نتحدث عن أمراً آخر .

مثل هذه التعليقات الساخرة ، تكشف النقاب للعضوه ليس فقط عن عدم معقولية أفكارها، وإنما تبصرها بسلوكها وتصرفها الغير منطقي ، حيال الموقف الاجتماعي. وعندها سنتبنى اتجاهاً إيجابياً ، يعزز قدرتها على التحكم في أدائها للدور الجديد بسلوك واثق وفعال وتضيف الباحثة قائلة " على الرغم من انه قد تتناوبا ، أفكار أو انفعالات أو سلوكيات سلبية، أثناء مواقف التحدث ، إلا أننا يجب أن نستمر في المحادثة ، وذلك لأن كل من الفكرة والانفعال والسلوك ، خاضعة للتدريب والتعلم ، وأنه كلما كان التدريب على إلقاء الحديث مكثفاً ، كلما زادت فرص النجاح بالتغلب على القلق ، ومواجهة الموقف بتوازن نفسي كبير. (يوضح للعضوه على أن هذه الدعابه الساخره ، تمس فكرتها غير العقلانيه فقط ، بعيد عن مدي احترام الباحثة لها ، ومدى تقبلها لهذه العضوه قبول غير مشروط) .

وبناءً على ذلك تقوم الباحثة بتدريب العضوات على الإلقاء ، حيث يقمن بإعادة المشهد السابق ، بعد تعديل الأداء الأول وتقويمه ، مع ملاحظة الفرق بين نتائج المشهدين .

رابعاً : للتأكد من أن العضوات بالفعل ، قمن بإتقان هذا الدور التكيفي الجديد والمهارة التخاطبيه اللفظية ، تطلبت الباحثة منهن القيام بتطبيق ذلك ، في البيئة الواقعية ، كتغذية رجعية لما سبق تعلمه . (حضرت الباحثة إلقاء بحثين مقدم من عضوتين في المجموعة ، وذلك كمتطلب في تخصصي علم النفس ورياض الأطفال، وقد كان التقييم الكلي للأداء جيد

جداً بشهادة أستاذتي المادتين) . وقد اشتركت العضوات ، بعمل ندوة على نطاق الوحدات السكنية التي يقمن بها ، وقد كان التقسيم ثنائياً ، حيث اشتركت كل عضوتين تقيمان في نفس الوحدة ، بإعداد الندوة وتقديمها للزميلات المقيمات في الوحدة السكنية ذاتها . بالإضافة للباحثة ولبقية المجموعة . ولقد كان لتشجيع وتعزيز الحاضرات في مختلف الوحدات السكنية ، أثر كبير في تدعيم أداء المجموعة في المواقف الحياتية المستقبلية .

خامساً : أما بالنسبة للمواقف المتبقية ، والتي تعتبر مصدراً لقلق المتحدثة ، فهي تتمثل في صعوبة التعبير الحر عن الرأي وتأكيد الأنا . ومن هذه الأمثلة : صعوبة إظهار المشاعر الحقيقية (المعارضة) عند اختلاف الرأي وإظهار الموافقة . (وهذا ما تعاني منه بعضاً من العضوات أثناء احتكاكهن مع الزميلات المقيمات في السكن الداخلي) .

- تتلقى العضوات التعديلات الملائمة للأداء الثاني ، والذي يحتوي على التعليمات الخاصة بإطلاق الانفعالات بطريقة تلقائية ، وكذلك التعبير عن رأيها الخاص بشجاعة وثقة . ومن هذه الأمثلة ، المثال التالي : وهو مشهد للعضوه (و) - تنتظر دورها في الطابور داخل المبنى الخاص بالتلفونات العمومية : تتقدمها زميلة أخرى ، وتأخذ دورها دون وجه حق (يعتبر هذا المثال موقف فعلي لشكوى عدد كبير من الطالبات والآتي تتقصهن الجراه الاجتماعية في المواجهة) تمتعض العضوه (و) - وهنا تطلب الباحثة من الأخريات ، التركيز على مشاعرها وانفعالاتها ، لكنها لا تفعل شيئاً إزاء ما حدث .

وهنا تتدخل الباحثة وتسال العضوه (و) بماذا تشعرين ؟

العضوه (و) : اشعر بالغضب يشتعل في داخلي .

الباحثة : ولكن لماذا لم تفعلي شيئاً ؟

العضوه (و) : أخاف أن توجه لي ألفاظ تجرح بها مشاعري أمام الأخريات .
وهنا تشير الباحثة إلى أن الخوف من مواجهة هذه الدخيلة ، بأن هناك طابور يجب أن نتقيد به ، هو الذي منع العضوه (و) من اتخاذ أي إجراء ، تعترض فيه على هذا التعدي .
وبهذا تتضمن التدريبات ، دفع العضوه وتعويدها على تحويل غضبها ، نحو الخارج والتعبير عن هذا الغضب بسلوك اجتماعي مناسب ، ومثل هذا التعبير يثبط استجابة القلق والخوف ، وينعكس بالتالي على العضوه بمشاعر احترام الذات . تقوم العضوه (و) بإعادة أداء المشهد ، ، بعد تعديل كل من الفكرة والانفعال والسلوك ، وكذلك بعد الاستماع إلى ملاحظات المجموعة . ويطلب منها ومن المجموعة ، ملاحظة الفرق بين نتائج المشهدين .
ويتمثل الأداء الثاني في المشهد التالي :

تقف العضوه (و) في الطابور ، وتأتي زميلة أخرى وتأخذ دورها دون وجه حق ، تربت العضوه (و) على كتف الزميلة قائلة " عفواً ، يبدو أنك في عجلة من أمرك لدرجة أنك لم تنتهي ماذا إذا كان الدور لك أم لغيرك .

وهنا ترد عليها الزميلة مستسمحه : عفواً ، معك حق ، لم انتبه لذلك ، وتعتذر و تعود للطابور مرة اخرى . وتؤكد الباحثة للمجموعة ، على أن هذه الاستجابة الفعلية هي الاستجابة المعقولة أو المأمولة عموماً ، أما في حالة الزميلة التي تتماهى في التحدي ، فليست العضوه مسؤولة عن تهذيبها ، وتترك الأمر للجهات المعنية لاتخاذ اللازم في تطبيق النظام عليها بعد إبلاغهم ، وبعد استنفاد الخطوة السابقة .

وقد قامت بالفعل العضوات الآتي تتقصهن الجراه بالمطالبة بحقوقهن ، بتطبيق ومباشرة ما تم تعلمه في هذا المجال ، في تعاملاتهن اليومية ليس في بيئتهن السكنية(السكن الداخلي) فحسب ، وإنما في البيئة الاجتماعية المحيطة .

سادساً : ولقد كان للاستفادة التي حصلت عليها المجموعة من لعب الأدوار ، أثر فعال في خفض مستوى القلق أثناء مواقف التحدث أمام الأخريات ، وكذلك في زيادة الجراه الاجتماعية وتأكيد الذات . الأمر الذي دفع الباحثة بإقناع المجموعة بالمشاركة في إحدى برامج الأنشطة الطلابية ، التابعة للسكن الداخلي ، والتي تتمثل في المشاركة في عمل

ندوة تثقيفيه عن " أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية " وقد قامت المجموعة بأعداد الندوة (أشرفت الباحثة على الأعداد) وتقديمها في مبنى النشاطات بالسكن ، وقد أقيمت الندوة برعاية مديرة السكن . وقد كان للانطباع الإيجابي ، الذي تركه كل من موضوع الندوة وطريقة الأداء ، على الحضور ، دافعاً لمطالبة مديرة السكن ، وكذلك مدير برامج النشاطات، المجموعة ، بالمشاركة في برنامج النشاط المسرحي السنوي (التابع للسكن الداخلي لجامعة الملك سعود) . وقد قامت جميع العضوات ، بالمشاركة في هذا النشاط المسرحي (تعتبر مشاركة المجموعة في هذا النشاط ، خطوة جوهرية وهامة في العلاج ، وذلك يعود لسببين : (١) التأكد من انخفاض مستوى القلق ، في مواقف التحدث أمام الأخريات ، والذي هو الهدف الأساسي من البرنامج العلاجي الحالي . (٢)

- إثبات وجود جرأة اجتماعية ، وقدرة على المواجهة و تأكيد الذات ، المتمثلة في مواجهة

٨٠٠ متفرجة) . وقد قامت المجموعة بتوزيع الادوار بالشكل التالي :

أ - خمس منهن قمن بعمل مسرحية .

ب _ ثلاث منهن قمن بإعداد وتقديم فقرة المسابقة الثقافية .

ج - واحدة منهن قامت بإلقاء قصيدة ، والأخرى كانت مسؤولة عن تقديم فقرات

البرنامج .

سابعاً : في ختام الجلسة تشير الباحثة ، على أن الجلسات العلاجية قد انتهت ، وتنبه على أن

الجلسة القادمة سوف تخصص لتقييم البرنامج العلاجي ، وكذلك في الرد على جميع

الاستفسارات .

ثامناً : توزع الباحثة استمارة التقييم الذاتي ، الخاص بالجلسة على كل عضوه .

تاسعاً : تكتب الباحثة تقريرها الخاص بالجلسة .

التقييم الذاتي لملاحظة العضوه لمدى تقدمها في الجلسة

الجلسات من الحادية عشر إلى الخامسة عشر

عزيزتي العضوه : ضعي علامة (صح) أمام ما ترينه يمثل شعورك كما هو بالفعل وفق

انطباعك عن الجلسات رقم (١١) ، (١٢) ، (١٣) ، (١٤) ، (١٥) :

انطباعي الخاص بالجلسة	بدرجة كبيرة	بدرجه متوسطة	الى حد قليل	الى حد ضئيل للغاية
١_ كان للمواقف الفعلية للمجموعة والتي خضعت للنقاش في الجلسات العلاجية ، دوراً بارزاً في تبصير المجموعة بأدورهن في الواقع .				

				٢_ اشعر ان فنية لعب الادوار فنية ذات اثر قوى وفعال في تغيير الفكرة والانفعال والسلوك غير العقلاني في الموقف الاجتماعي الواحد .
				٣_ كان لمشاركتي في الندوات المختلفه دوراً هاماً في خفض مستوى القلق لدي في مواقف التحدث أمام الاخریات .
				٤_ ماكنت أمل تحقيقه في هذه الجلسة .
				٥_ ملاحظات أخرى .

الجلستان السادسة عشر والسابعة عشر

تقييم فعالية البرنامج العلاجي (تقييم نوعي)

أهداف الجلستين :

- ١- تقييم اثر الجماعة والبرنامج الجماعي .
- ٢- مراجعة كل من الأفكار والانفعالات والسلوكيات التي تم تغييرها .
- ٣- مراجعة التوقعات الخاصة بالجلسات والبرنامج الجماعي .
- ٤- تعزيز الإنجازات الايجابية الذي قامت بها المجموعة .
- ٥- التأكيد على مبدأ المحافظة على الواجبات المنزلية والعمل بها ما أمكن .

أجراءات الجلستين :

أولاً : للتأكد من أن المجموعة قد نجحت فعلياً ، في خفض مستوى القلق أثناء مواقف التحدث أمام الأخرى ، وكذلك في إتقان المهارات الاجتماعية اللازمة للتكيف مع من حولهن . تقوم الباحثة بفحص هذا النجاح ، عن طريق الرد على التساؤلات الآتية:

أ – هل تم خفض مستوى القلق ، في مواقف التحدث أمام الأخرى ؟

ب – هل تم بالفعل استبدال الفكرة والانفعال والسلوك غير العقلاني ، بفكرة وانفعال وسلوك عقلائي ؟

ج – هل طبقت المجموعة المهارات الاجتماعية المتعلمة ، أثناء تعاملاتهن مع الأخرى بالشكل المطلوب ؟

د – هل حققت المجموعة توقعاتها من البرنامج العلاجي ؟

ويتم الرد على هذه التساؤلات عن طريق الاستعانة بما يلي :

١ – مراجعة استمارات التقييم الذاتي للمجموعة .

٢ – مراجعة الواجبات المنفذة .

٣ – ملاحظات العضوات أنفسهن .

٤ – ملاحظات الباحثة والزميلات في المجموعة . (يعتبر هذا التقييم تقييم جماعي لمدى

فعالية البرنامج العلاجي ، أما التقييم الموضوعي فيتم إثباته " كما " عن طريق المقياسين

(الخاصين بالبرنامج)

ثانياً : اوضحت الباحثة للمجموعة ، على أن الشفاء الدائم يتطلب تحدي للمعتقدات غير العقلانية ، في مواقف التحدث أمام الأخرى ما أمكن . وأشارت كذلك إلى أنهم ربما يواجهون بعض الصعوبات ، في المحافظة على مستوى ثابت من النجاح في تحدي المعتقدات غير العقلانية، وأنه قد تحدث بعض النكسات لفترة قصيرة ، وهذا وضع طبيعي لا يبعث على القلق ، إلا أنهم بالمشاورة والعزم سيتغلبون عليها. وطلبت الباحثة منهم المحافظة على التمارين المنزلية ، والعمل بها كل مرة يشعرون فيها بانهزامية أمام فكرة غير معقولة .

وفي المقابل ذكرت لهم أنهم يستطيعون أن يقسوا مستوى التحسن لديهم ، من خلال ثلاثة طرق هي :

١ – التكرار ، والمقصود به انخفاض معدل تكرار القلق ، في مواقف التحدث أمام الأخرى عن المعدل السابق .

٢ – الشدة ، والمقصود بها انخفاض شدة (درجة) قلق التحدث أمام الأخرى عنه قبل العلاج.

٣ – المدة ، والمقصود بها أن تقل مدة الشعور ، بقلق التحدث أمام الأخرى عن ذي قبل .

ثالثاً : تنهي الباحثة الجلسة بكلمة ختامية ، تشكر فيها المجموعة على تفيدهن والتزامهن بمواعيد الجلسات ، وكذلك بحضورهن المنتظم ، وأخيراً تقوم بتعزيزهن على ما سعيها جادات في إنجاز ه ، وتجربته في الواقع ، كخبرة نجح في تحقيقها . (لم يكن هذا الانطباع الوحيد عن النجاح ، و الإنجاز الفعال التي حققتها المجموعة ، حيث قامت كل من مديرة السكن ومديرة الأنشطة ، بتقديم شكر خاص بالمجموعة على الأداء المسرحي الجيد ، الذي قامت المجموعة بتأديته ضمن برامج النشاط السنوي) .

الجلسة الثامنة عشر (الختامية)

التقييم الموضوعي (الكمي) لفعالية البرنامج العلاجي

تهدف هذه الجلسة إلى :

أولاً : إعادة تطبيق مقياس قلق التحدث أمام الأخريات .

ثانياً : إعادة التقييم الذاتي للعضوه لخبرة القلق لديها .

ثالثاً : تحديد موعد المتابعة follow-up ، والذي سيكون بعد شهر ونصف (ستة اسابيع) ،
حيث سيعاد تطبيق المقياسين مرة أخرى .

وخلال المتابعة ، تتوي الباحثة تشجيع المجموعة في المشاركة ، في مختلف النشاطات
الاجتماعية ، ليس على مستوى السكن الداخلي فحسب ، وإنما على مستوى النشاطات
الجامعية المختلفة .

الفصل الخامس

" نتائج الدراسة "

أولاً : نتائج الفرض الأول .

ثانياً: نتائج الفرض الثاني .

ثالثاً :

الفصل الخامس

نتائج الدراسة

الفرض الأول :

توجد فروق دالة إحصائية ، بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، في القياس

البعدي ، لدرجة قلق التحدث أمام الأخرىات ، لصالح المجموعة التجريبية .

وفي سبيل معالجة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار (مان وتتي) للكشف عن الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي ، والجدول التالي يوضح ما أسفرت عنه النتائج .

جدول رقم (١١)

يوضح دلالة الفروق "Mann-Whitney" للكشف عن الفروق

بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي

(ن = ٢٠)

المجموعات	عدد الحالات	متوسط الرتب	قيمة u	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	١٠	٦,٢٥		٠,٠١
المجموعة الضابطة	١٠	٨,٥٠	٧,٥	
المجموع	٢٠	١٤,٧٥		

يتضح لنا من المقارنة السابقة في الجدول رقم (١١) وجود فروق ذات دلالة واضحة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، وذلك بعد تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة العلاجية (التجريبية) . وهو ما يحقق الفرض الأول بالدراسة ، حيث جاءت قيمة u (٧,٥) وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠١) .

(تم استخراج قيمة (u) عن طريق تطبيق المعادلة التي تم ذكرها في ص ، ١٠٢ ، والجدير بالذكر ، انه في المعالجات الإحصائية ، لا يتم التركيز على كبر القيمة أو صغرها ، ما يعيننا منهجياً هو ، مدى دلالتها إحصائياً) .

الفرض الثاني :

" توجد فروق دالة إحصائياً ، بين القياس القبلي والقياس البعدي ، في درجة قلق التحدث أمام الأخرىات ، للمجموعة التجريبية ، لصالح القياس البعدي " .

وفي سبيل معالجة هذا الفرض ، قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون للكشف عن الفروق ، بين القياس القبلي والقياس البعدي ، للمجموعة التجريبية ، والجدول التالي يوضح ما أسفرت عنه النتائج :

جدول رقم (١٢)

يوضح دلالة الفروق باستخدام اختبار ويلكوكسون للكشف عن الفروق بين القياس القبلي

والقياس البعدي للمجموعة التجريبية

(ن = ١٠)

المتغيرات	عدد الحالات	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الرتب ذات الإشارة السالبة	١٠	٥,٥٠		٠,٠١

	٢,٨٠ -	٠,٠٠	صفر	الرتب ذات الإشارة الموجبة
			صفر	الرتب المتساوية

ويتضح لنا من المقارنة السابقة في الجدول ، باستخدام اختبار ويلكوكسون أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية ، بين القياس القبلي والقياس البعدي ، للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي . مما يؤكد تحقق الفرض ، حيث جاءت $Z = (- ٨٠ , ٢)$ وهي قيمة دالة عند مستوى (., .) .

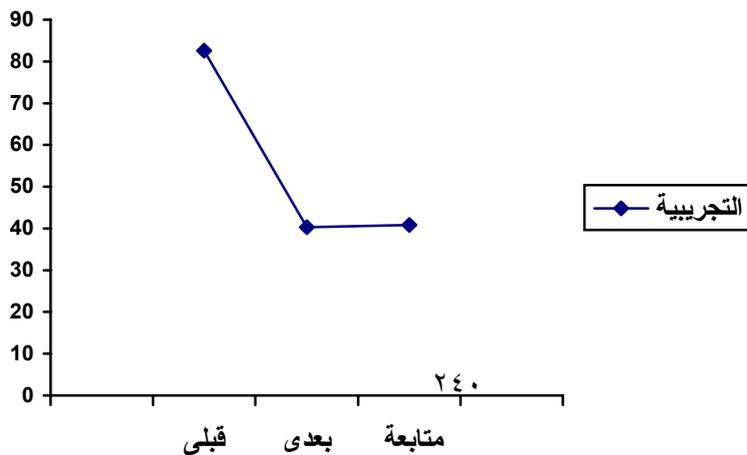
ومم يدعم ويعزز نتائج فرضي الدراسة ، ما قامت به الباحثة من استخلاص النتائج الخاصه بالفروق ، في درجات التقدير الذاتي ، لشدة قلق التحدث أمام الأخرى ، لكل من العينة التجريبية وكذلك الضابطة . والتي اتضح بعد تحليلها كفيماً ، ومن ثم تحويلها أرقام كمية ، أنها تدعم ما توصلت اليه النتائج الخاصة بفرضي الدراسة . وتقدم الباحثة فيما يلي تلك النتائج بعد تمثيلها بيانياً عبر الشكل التالي :

شكل رقم (١)

يوضح المتوسطات الحسابية لإجابات العينة التجريبية عن استمارة التقدير الذاتي لشدة قلق

التحدث أمام

الأخرى

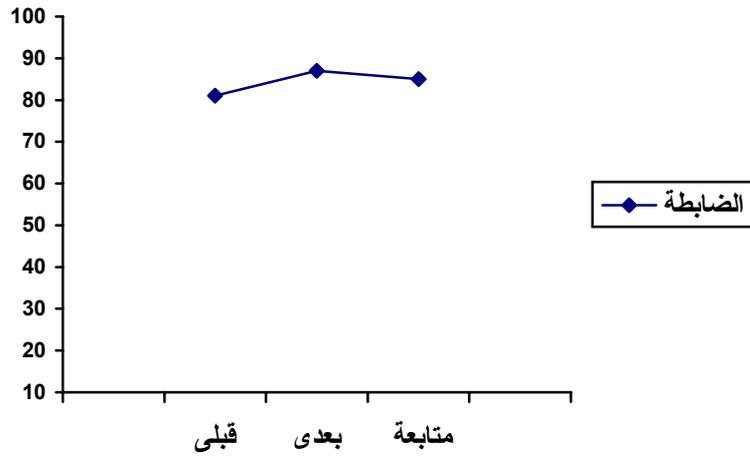


يتضح من الجدول السابق ، الفروق بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس التقدير الذاتي ، للعضوة لشدة قلق التحدث أمام الأخرى . حيث بلغ الدرجات قبل تطبيق البرنامج العلاجي (٦،٨٢) وبلغت الدرجات بعد تطبيق البرنامج العلاجي (٣،٤٠) اما في المتابعة ، فقد بلغت الدرجات (٨،٤٠) . حيث تعتبر هذه الدرجات دليلاً واضحاً على حدوث تغير ، في استجابة العضوة ، لتقييم شدة القلق لديها .

شكل رقم (٢)

يوضح المتوسطات الحسابية ، لإجابات العينة الضابطة ، عن استمارة التقدير الذاتي لشدة

قلق التحدث أمام الأخرى

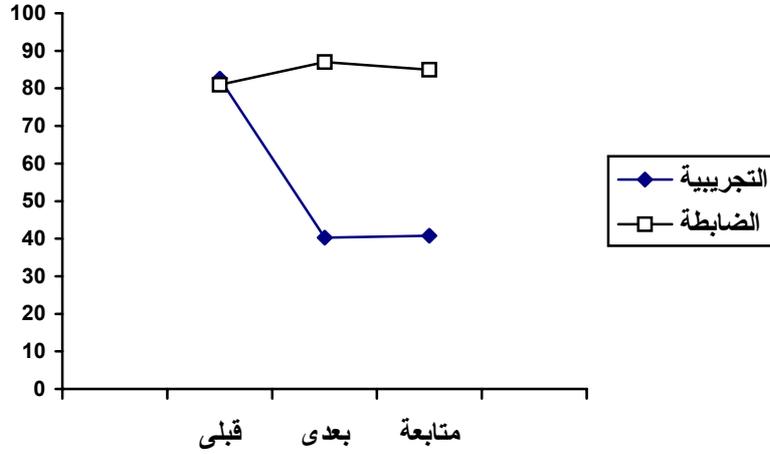


يتضح من الشكل السابق ، التقارب البادي بين نتائج القيم والانكسار الضئيل ، في مسار الخط بين القياسات الثلاثة ، مما يدل على عدم التغير أو إحداث التأثيرات المستقلة .

شكل (٣)

يوضح نتائج القياسات الثلاثة من خلال خطين بيانين :

الأول (إلى أعلى) يمثل المجموعة الضابطة والأخر يمثل المجموعة التجريبية



كما يتضح في الشكل السابق ، التقارب بين المجموعتين التجريبية والضابطة ، في القياس القبلي ، والاختلاف البعدي في القياسات التالية ، وكذلك عدم وجود فروق دالة بين القياسين البعدي والمتابعة ، فيما يخص كل منهما على حدة .

المجمل العام للنتائج احصائيا :

يؤكد المجمل العام للنتائج ، تحقق صحة الفرضين الذين طرحتهما الباحثة قبل المعالجة، والمتفقة مع الإطار النظري والدراسات السابقة ، الخاصة بهذا المجال . وكذلك الاطمئنان

لصحة النتائج ، عن طريق إجراء قياس المتابعة للمجموعتين ، والذي يتفق مع تلك النتائج ، ويعطينا دقة في الحكم على فاعلية البرنامج العلاجي المطبق .
وقد رأت الباحثة ، أن تختم عملية التحقق من نتائج الدراسة ، بمقارنة عامة لقياسات مجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة . والجدول التالي يوضح ما أسفرت عنه النتائج النهائية .

جدول رقم (١٣)

يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ، لدرجة قلق التحدث أمام الأخرى
لمجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة.

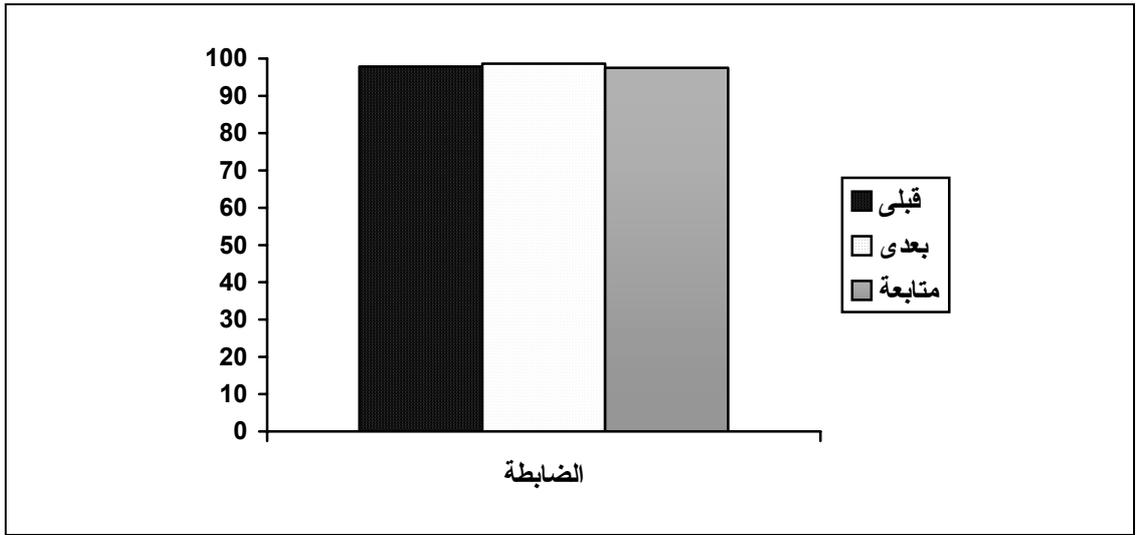
(ن = ٢٠)

المجموعة الضابطة			المجموعة التجريبية			البيان
المتابعة	البعدي	القبلي	المتابعة	البعدي	القبلي	
٩٧,٥	٩٨,٦	٩٧,٩	٤٣,٤	٤٢,٣	٩٤,٣	المتوسط الحسابي
١٨,٦٤	١٧,٧٧	١٧,٣٦	١٤,٣٩	١٤,٢٥	١٢,٦٧	الانحراف المعياري

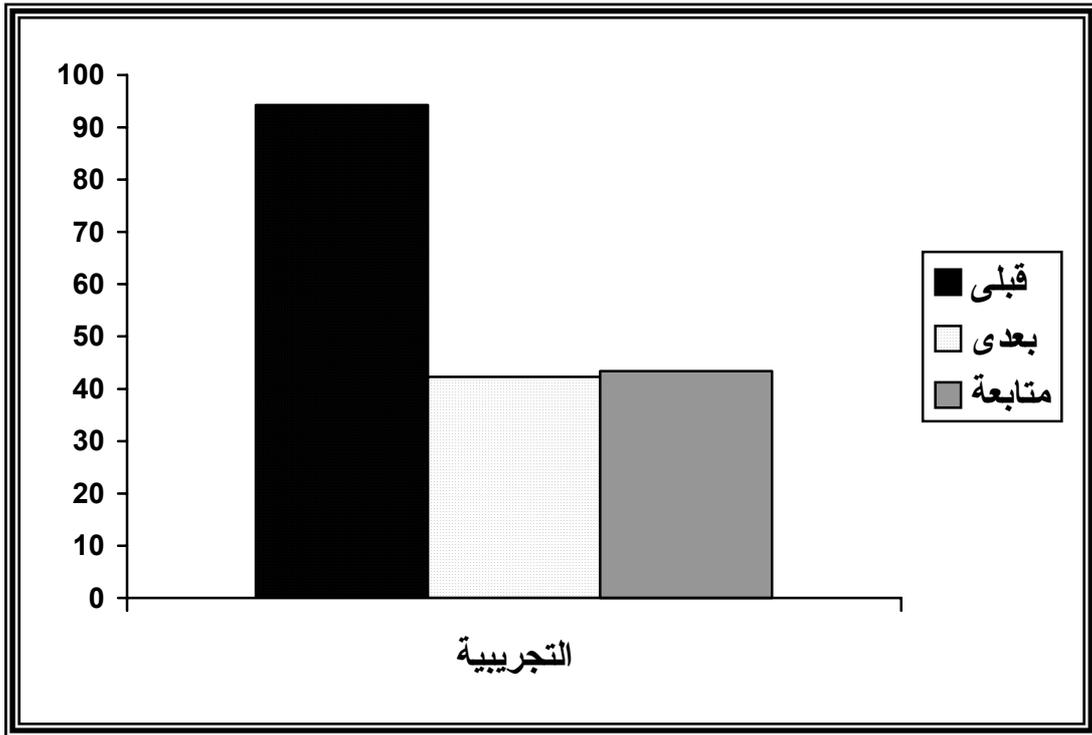
والجدول السابق يوضح النتائج النهائية ، لقيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ، للفروقات في المجموعتين . حيث يتبين منها ، أن المجموعة التجريبية ، قد حققت معدلات التحسن ، مقارنة بالمجموعة الضابطة ، وبالقياس القبلي لها .
وفيما يلي رسم بياني يوضح ما أسفرت عنه مجمل النتائج .

شكل رقم (٤)

يوضح نتائج القياسات الثلاثة الخاصة بالمجموعة الضابطة في صورة الأعمدة البيانية



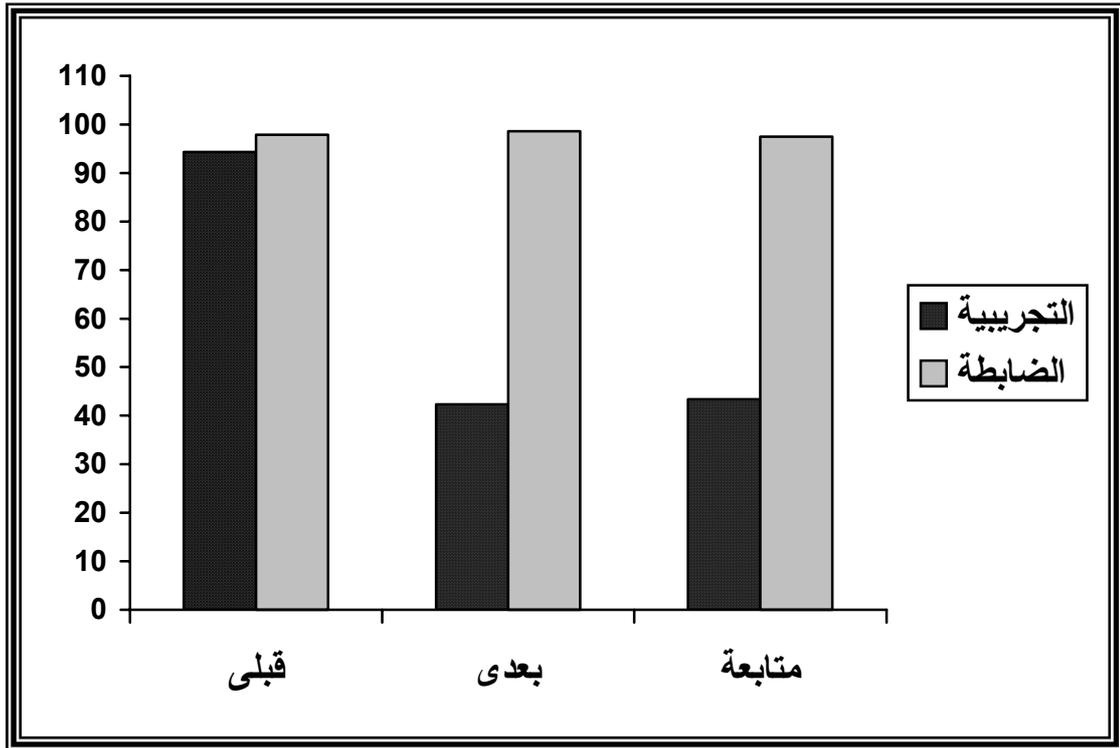
()



الشكل (٦)

يوضح نتائج القياسات الثلاث من خلال الأعمدة البيانية للمجموعتين التجريبية و

الضابطة



الفصل السادس

أولاً : مناقشة النتائج .

ثانياً : التوصيات
والبحوث المقترحة .

الفصل السادس

مناقشة النتائج

أولاً: مناقشة النتائج :

اهتمت الدراسة الحالية ، بخفض قلق التحدث أمام الأخرى لدى عينة البحث . وذلك من خلال استخدام البرنامج العلاجي العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي . وسوف يتم مناقشة النتائج في ضوء الفروض (كيفية) ، وبمناقشة عامة للنتائج .

جاءت نتائج الفرض الأول ، كما هي متوقعة ، حيث تحقق صدق الفرض بخصوص وجود فروق دالة إحصائية ، بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة . وذلك بعد تلقي الأولى ، برنامج العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، لصالح المجموعة التجريبية . وتتفق هذه النتيجة ، مع نتائج الدراسات السابقة ، والتي تناولت فحص فعالية العلاج العقلاني – الانفعالي – السلوكي والسلوكي المعرفي ، للقلق الاجتماعي وقلق التحدث أمام الآخرين ، كدراسات : (

(EmmelKamp et al., 1985; Albano et al., 1995 ; kaplan et al., 1995 ; Heimbrg et al., 1996 ; Hofman et al., 1996; Kendal et al., 1996 ; Winton et al., 1997; Waikar 1998) .

والتي أسفرت نتائجها عن وجود فروق ، في درجات كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، على القياس البعدي ، لصالح المجموعة التجريبية (العلاجية) بعد تطبيق البرنامج العلاجي .

ويوجد بعد آخر في تشابه الدراسات السابقة ، بعضها البعض وكذلك مع الدراسة الحالية . حيث أن هذه التشابه ليس في وجود اختلاف في درجات كل من المجموعتين

بعد تطبيق البرنامج العلاجي فحسب ، وإنما أيضا في عدة نقاط ، و المتمثلة في استخدامه كعلاج جمعي ، بالإضافة إلى نوع الاضطراب المحدد وهو القلق الاجتماعي EmmelKamp et al ., (1985) ودراسة اللاذقاني (١٩٩٥) ورهاب التحدث أمام الآخرين ، دراسة المدخلي (١٩٩٦) وقلق التحدث أمام الأخرى (الدراسة الحالية) . وقد أوضحت جميع الدراسات السابقة ، فعالية العلاج العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي ، في الحد من القلق الاجتماعي وقلق التحدث والخوف الاجتماعي . كما أشارت دراسة EmmelKamp et al., (1985) ، إلى أن العلاج العقلاني- انفعالي الجمعي ، قد تفوق على الأساليب العلاجية الأخرى ، التي تم استخدامها في الدراسة . أما الاختلاف فيمكن في خصائص العينة من حيث الجنس و المرحلة العمرية والدراسية ، حيث تشكلت الدراسة السابقة من مرضى إناث وذكور و لم يحدد مستواهم التعليمي ، والفئة العمرية ، في حين اعتمدتا دراستي اللاذقاني (١٩٩٥) والمدخلي (١٩٩٦) على عينة من ذكور في المرحلة الثانوية ، أما الدراسة الحالية فقدت تناولت عينة إناث لمرحلة التعليم الجامعي . وكذلك اختلفت الدراسات ، في بعض من الأدوات و فنيات العلاج المستخدمة . وترى الباحثة أن عينة دراسة المدخلي (١٩٩٥) هي عينة غير ممثلة لأنها اقتصرت على عينة محلية ، من مدرسة واحدة ، و في منطقة محددة . وهم طلاب المرحلة الثانوية بمدرسة عرقه بالرياض ، وبالتالي لا يمكن أن نعتم نتائجها ، ليس على المدارس الثانوية في مدن المملكة فحسب ، وإنما على المدارس الثانوية في المناطق الأخرى في مدينة الرياض .

تشابهت كل من خصائص عينة دراسة ., Kendal et al (1996) و الدراسة الحالية من حيث المستوى التعليمي (الجامعي) وكذلك تقارب الفئة العمرية (١٨ _ ٢٠ سنة) . في حين اعتمدت دراسة (الشبانات) على عينة ذكور ذات تفاوت في الفئة العمرية (١٦ _ ٤٠ سنة) وكذلك في المستوى الدراسي و المهني . كما اختلفت دراسة ., Kendal et al (1996) عن دراسة الشبانات والدراسة الحالية ، من حيث أنها دراسة طويلة المدى (سنتين) في حين أن الدراسة الحالية و دراسة الشبانات هما دراستان قصيرتان المدى ، بزمن قياسي محدد ، أي ١٨ جلسة علاجية بمعدل جلستين في الأسبوع (الدراسة الحالية) و ٨ جلسات علاجية ، بمعدل جلسة أسبوعيا دراسة الشبانات (١٩٩٦) . أما دراسة ., Albano et al (1995) فأنها اتفقت والدراسة الحالية من حيث لآتي : التحقق من فعالية البرنامج العلاجي المستخدم ، الأسلوب الجمعي في العلاج ، هدف الدراسة والمتمثل في الحد من الاضطراب الذي تم تناوله بالعلاج ، بما يتعلق في مواقف التحدث أمام الآخرين ، بعض من فنيات العلاج مثل لعب الأدوار، واكتساب المهارات الاجتماعية، خاصة فيما يتعلق بالنشاطات الاجتماعية المختلفة والمنوعة (مثل المشاركة في النشاطات المدرسية بأنواعها المختلفة سواء الآدائية أو الخطابية) . أما الاختلاف ، فيمكن في أن الدراسة السابقة دراسة طويلة استمرت لمدة سنتين ، في حين أن الدراسة الحالية دراسة قصيرة المدى ، بزمن قياسي محدد، أي ١٨ جلسة بمعدل جلستين في الأسبوع . أيضا يوجد اختلاف في خصائص العينة ، من حيث العمر والمرحلة الدراسية وجنس العينة (الدراسة السابقة تتكون من عينة مراهقين ١٣ _ ١٧ من الإناث والذكور ،

في المرحلة التعليمية المتوسطة والثانوية ، في حين أن عينة الدراسة الحالية ، هن طالبات في المرحلة الجامعية ، واللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٩_ ٢٤) . وكذلك في نوع العلاج المستخدم ، حيث استخدمت دراسة البانو العلاج السلوكي -المعرفي الجمعي ، في حين استخدمت الدراسة الحالية العلاج العقلاني-الانفعالي السلوكي الجمعي . أما دراسة Kaplan et al., (1995) فضلا عما سبق ، فأنها قد أشارت إلى محور هام ، وهو أهمية اللجوء للعلاج في المراحل العمرية المبكرة، حتى لا يشتد (الاضطراب) في المراحل العمرية لاحقة ، ومن ثم يصعب السيطرة عليه . وهي بذلك تعطي نوع من التنبيه والتوعية ، للأسر التي لديها أطفال لديهم قلق ، وكذلك للمؤسسات العلمية والتربوية . و اتفقت كل من دراسة Heimbrg et al., (1996) ودراسة Hofman et al., (1996) والدراسة الحالية ، على فعالية العلاج الجمعي . كما انهم تحققوا جميعاً من نفس الهدف العلاجي ، وهو الحد من القلق في موقف التحدث أمام الآخرين . إضافة إلى انهم استعانوا ببعض الفنيات العلاجية المتشابهة ، كالواجبات المنزلية ولعب الأدوار وغيرها ، واستخدموا منهج تجريبي . وتشابهت خصائص عيني دراسة Hofman et al., (1996) والدراسة الحالية ، في انهما ينتميان لوسط طلابي بمجموعة تجريبية وأخرى ضابطة ، في حين اعتمدت دراسة Heimbrg et al., (1996) على عينة إكلينيكية لمجموعة تجريبية واحدة . أكدت دراسة Heimbrg et al., (1996) ، على أهمية فنياتي الواجبات المنزلية ولعب الأدوار ، واعتبرتهما عاملا فعال ومساعد على استمرارية الأثر العلاجي ، بعد توقف الجلسات العلاجية . كما أشارت دراسة Hofman et al., (1996) بأن القلق

في موقف التحدث أمام الآخرين ، هو موقف شرطي بسبب خبرة سلبية ، تم تعميمها على جميع موقف التحدث أمام الآخرين . أما دراسة Winton (1997) ودراسة Waikar، (1998)) فأنهما اتفقتا مع الدراسة الحالية ، في نوع الاضطراب وهو القلق الاجتماعي ، المتعلق بمواقف التحدث أمام الآخرين ، وكذلك في كون الدراسة تجريبية بوجود عينة مكونة من مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة ، وكذلك في خصائص العينة من حيث المرحلة العمرية والدراسية . بالإضافة إلى أن دراسة Winton et al., (1997) والدراسة الحالية ، قد أشارتا ، إلى أن تزايد حدة القلق ، في مواقف التحدث أمام الآخرين مرتبطة بالخوف ، من التقييم السلبي من قبل الآخرين . إلا أن الملاحظ على دراسة Winton et al., (1997) أنها لم تحدد نوع العلاج المستخدم ، وبالتالي لم يكن هناك تحقق من مدى فعالية البرنامج العلاجي المستخدم .

أما فيما يتعلق بالدراسات التي تناولت الفروق بين الجنسين ، في شدة القلق الاجتماعي وقلق التحدث وهي الدراسات التالية : (Clark et al., 1995; Magee et al., 1997;) (النيل ، ١٩٩٥ ، الأنصاري ، ١٩٩٧؛ Stein et al., 1997; Walters et al., 2000). (النيل ، ٢٠٠١) فهذه الدراسات اتفقت على انه يوجد، فروق في درجة القلق الاجتماعي وقلق التحدث ، بين الذكور والإناث لصالح الإناث . وقد أشارت دراسة النيل (١٩٩٥) إلى أن الخجل الاجتماعي ، يبدأ في الفئة العمرية ١٤ سنة ، أما دراسة Magee et al., (1997) فذكرت انه يبدأ في المرحلة العمرية ١٦ سنة . في حين ذكرت الدراسة الحالية بأنه يبدأ في مرحلة المراهقة (البلوغ) ، و يشهد عند الفئة العمرية

١٨ فما فوق . (المرحلة العمرية التي تم اختيار عينة البحث الحالي منها) اتفقت دراسة الأنصاري (٢٠٠١) مع الدراسة الحالية ، في انهما تناول اضطرابات متقاربة ، وهي الحرج الموقفي والقلق الاجتماعي ، حيث أن هذان الاضطربين يحدثان في مواقف محددة . بمعنى انهما يحدثان في المواقف التي تتطلب تفاعل مع الآخرين أو أمامهم . بالإضافة إلى أنهما أشارتا إلى أن الاضطرابات الاجتماعية الموقفية (التي تثار في مواقف محددة ، كارتفاع درجة القلق في موقف التحدث أمام الآخرين) . تحدث بنسبة أعلى ، عند الإناث منها لدى الذكور . كما أنها تشابهت خصائص العينتين من حيث المرحلة العمرية والمستوى التعليمي (الجامعي) . إلا انهما اختلفتا في كل من نوع الدراسة ، والأهداف وبعض من الأدوات . أما دراسة Stein et al . (1997) فإنها تتفق و الدراسة لحالية ، من حيث نوع الاضطراب والمتمثل في قلق التحدث أمام الآخرين . أما الاختلاف يكمن في أن الدراسة السابقة دراسة مسحية استطلاعية . كما أنها اختلفت في خصائص العينة، من حيث الحجم والمرحلة العمرية والدراسية . إلا أن الدراسة السابقة تميزت بعدة محاور هامة ، تمثلت في النتائج التي أسفرت عنها ، ومن أهمها أنها أشارت إلى أن قلق التحدث أمام الآخرين ، ينتشر بنسبة أعلى ، عند الإناث منه لدى الذكور . ويعتبر ذلك محورا أساسيا وهاما من حيث الانتشار والتصنيف . وذلك لان الدراسات السابقة القديمة ، كانت تري أن نسبة انتشار قلق التحدث أمام الآخرين ، ترتفع نسبته عند الذكور منه لدى الإناث (Marshall, 1994) . كذلك أشارت إلى المرحلة العمرية ، التي يبدأ عندها قلق التحدث أمام الآخرين ، والمرحلة التي يشتد عندها ، وهي من ١٨ - ٢٠ سنة . وهي المرحلة

العمرية لعينة الدراسة الحالية . كما أشارت إلى أن لقلق التحدث أمام الآخرين ، أثر بارز على الأداء الأكاديمي والمهني ، وكذلك في إعاقة التفاعل الاجتماعي ، لدى الأشخاص الذين لديهم قلق اجتماعي ، وهذا ما أوضحته الدراسة الحالية . وذلك لأن العلاقات الاجتماعية البناءة والمستوى الدراسي المرضي ، ذو أهمية قصوى لتكيف عينة البحث الحالي وشعورهن بالأمن النفسي والاجتماعي مع ممن حولهن. وتتفق دراسة Walters et al ., (2000) والدراسة الحالية ، أن كلاهما تحققنا من صحة فرضية دراستيهما . وكذلك في انهما تناولتا القلق الاجتماعي . وقد أشارت دراسة Walters et al., (2000) إلى أن القلق الاجتماعي ، أعلى نسبة عند الإناث منه لدى الذكور . ومن الملاحظ على هذه الدراسة ، قد أشارت إلى نقطه هامة وأصيلة ، في صفات المراهق ممن يعاني من القلق الاجتماعي ، وذلك من خلال منظور الأقران . والتي تعتبر نظره محايدة ، بعيدة عن النظرة الذاتية للمعالج أو الأب أو المدرس .

أما فيما يتعلق **بنتائج الفرض الثاني** ، فقد تحقق صدق الفرض ، بخصوص الفروق الدالة ، بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية . وهو ما يدل على أن أفراد المجموعة (التجريبية) قد استفادوا فائدة محققة ، من فنيات العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، المقدم لهم والذي تم تدريبهم عليه خلال جلسات البرنامج العلاجي . وهذه النتيجة تتفق ، مع نتائج العديد من الدراسات السابقة ، التي تم عرضها . وهي الدراسات التي قامت بفحص فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي للاضطرابات النفسية المختلفة ، والتي تناولت الفروق بين القياس القبلي والبعدي ،

للمجموعات التجريبية (العلاجية) ، حيث أشارت جميع هذه الدراسة ، إلى كفاءة العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، في الحد ليس من القلق الاجتماعي وقلق التحدث فحسب ، وإنما من الاضطرابات النفسية المختلفة والمتنوعة . كدراسات التالية :

(Roberta 1983 ;Warren 1984; Rebecca et al., 1988) (عمارة ١٩٨٥ ؛ الشيخ

١٩٨٦ ؛ الغامدي ١٩٩٨) . تتفق الدراسة الحالية ودراسة Roberta (1983) وكذلك

دراسة Warren (1984) على فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي السلوكي الجمعي ،

وعلى النمط العلاجي وهو العلاج الجمعي ، وكذلك في المنهج المتبع وهو المنهج

التجريبي ، بالإضافة إلى سمات العينة من حيث اختيارهم من وسط طلابي . أما

الاختلاف فيكمن في نوع الاضطراب ، حيث تناولت دراسة Roberta (1983)

قلق الاختبار في حين تناولت دراسة warren (1984) الاضطرابات البينشخصية أما

الدراسة الحالية ، فقد تناولت قلق التحدث أمام الأخرى . يوجد اختلاف أيضا في الأدوات

المستخدمة لكل دراسة ، وفقاً لنوع الاضطراب الراهن . قارنت كل من الدراستين السابقتين

العلاج العقلاني-الانفعالي-لسلوكي الجمعي مع أسلوب علاجي آخر ، فالدراسة الأولى

استخدمت التحصين التدريجي ، في حين استخدمت الدراسة الثانية العلاج العقلاني-

الانفعالي ، بالإضافة إلى العلاج العقلاني-الانفعالي التخيلي ، وكذلك الإرشاد النفسي . في

حين اعتمدت الدراسة الحالية ، على العلاج العقلاني-الانفعالي السلوكي الجمعي ، كعلاج

متكامل ومستقل . وفقا للهدف الذي سعت الدراسة الحالية التحقق منه ، والمتمثل في اثر

برنامج علاجي عقلائي-انفعالي سلوكي جمعي ، في خفض قلق التحدث أمام الأخرى .

قسمت كل من الدراستين السابقتين العينة إلى أكثر من مجموعة ، حيث وزعت الدراسة الأولى أفراد العينة إلى مجموعتين تجريبتين ، في حين أن الدراسة الثانية قسمت إلى ٤ مجموعات ، ثلاث منها مجموعات تجريبية والرابعة مجموعة ضابطة . وهذا يعود لهدف التحقق من أكثر هذه الأساليب العلاجية فعالية ؟ . أما فيما يتعلق بدراسة الحالية ، فأنها اعتمدت على المنهج التجريبي ذو المجموعات المتكافئة (متكافئة من حيث العمر والمستوى التحصيلي ، ودرجة القلق)، والتي تحتوي على مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة . والملاحظ على نتائج دراسة Roberta (1983) أنها أشارت إلى أن العلاج العقلاني-الانفعالي ، أكثر فعالية من العلاج بالتحصين التدريجي لإزالة الحساسية ، عند مقارنة القياسين البعدين لمجموعتي الدراسة التجريبتين . بمعنى أن كل من البرنامجين العلاجيين كان ذو فعالية ، إلا أن العلاج العقلاني-الانفعالي تفوق في الدرجة .

اتفقت كل من دراسة عماره (١٩٨٥) ودراسة الشيخ (١٩٨٦) والدراسة الحالية في عدة جوانب ، كالتحقق من فعالية البرنامج العلاجي المستخدم . (العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي)، والمستوى التحصيلي لأفراد العينة (المستوى الجامعي) . وكذلك في المنهج التجريبي المتبع . حيث استخدمت كل من دراسة عماره والدراسة الحالية ، المنهج التجريبي للمجموعتين ، وهما المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، أما دراسة الشيخ فقدت استخدمت المنهج التجريبي للمجموعات . . أما فيما يتعلق بالاختلاف ، فإنه يكمن في نوع الاضطراب لكل من الدراستين السابقتين (الأفكار الخرافية ، وقلق الاختبار) والدارسة الحالية (قلق التحدث أمام الأخرى) وكذلك في جنس العينة . اختلفت دراسة الشيخ عن

دراسة عماره ، و الدراسة الحالية في الأساليب العلاجية المستخدمة ، حيث استعانت بكل من التحصين التدريجي ، وبالعلاج العقلاني-الانفعالي كل على حده ، وكذلك استخدمت الأسلوبين معاً بهدف الوقف على أي من الأساليب العلاجية أكثر فعالية . أما فيما يتعلق بدراسة Rebecca et al., (1988) ودراسة الغامدي (١٩٩٨) . فقد أشارت هاتان الدراستان و الدراسة الحالية ، إلى فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، في الحد من الاضطراب القائم ، بالإضافة إلى أن جميع الدراسات الثلاث ، لم تستعن بأسلوب علاجي آخر (كما حدث في بعض الدراسات التي تم تناولها) ، حيث استندت جميعها ، على أسس ونظرية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، كعلاج جمعي مستقل . استخدمت كل من الدراسات الثلاث المنهج التجريبي ، القائم على مجموعتين ، حيث قسمت العينات إلى مجموعتين مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة. أسفرت نتائج كل من الدراسات الثلاث ، عن الفروق في درجات المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي ، وكذلك الفروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة ، لصالح المجموعة العلاجية (المجموعة التجريبية) . اتفقت خصائص عينة دراسة الغامدي (١٩٩٨) ، مع خصائص عينة الدراسة الحالية ، من حيث العمر والمستوى التعليمي وجنس العينة ، في حين اختلفتا عن عينة دراسة Rebecca et al., (1988) ، الذي اعتمد على عينة إكلينيكية من الذكور. كما أن الدراسات الثلاث اختلفت عن بعضها البعض في نوع الاضطراب المستهدف بالعلاج .

ومما يدعم ويعزز نتائج فرضي الدراسة ، ما قامت به الباحثة من استخلاص للنتائج الخاصة بالفروق ، في درجات التقدير الذاتي ، لشدة قلق التحدث أمام الأخرى ، لكل من العينة التجريبية والمجموعة الضابطة . والتي اعتبرها أليس ودريدن Ellis & Dryden (1997) آداة هامة في الكشف ، عن فعالية البرنامج العلاجي المستخدم . حيث اتضح بعد تحليلها كفيلاً ومن ثم تحويلها إلى أرقام كمية ، أنها تدعم ما توصلت إليه النتائج الخاصة بفرضي الدراسة .

كما يؤكد المجلد العام للنتائج ، فاعلية البرنامج العلاجي المقدم ، والمتمثل في العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي . والغني بالفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية ، والتي أثرت في تطوير مهارات أفراد العينة ، في الارتباط بالأخرى ، وقد أكدت مع الدراسات السابقة ، على أن من أهداف العلاج الجمعي ، تصحيح السلوك غير الاجتماعي للفرد ، وتحقيق توافقه الاجتماعي والنفسي بصفة عامة ، إلى جانب أن الجماعة ، تهيئ للعضو فرصة التوحد بالأعضاء ، ويصبح هذا التوحد أساساً يتغلب به على ما يتبناه من مشاعر وأفكار ، وانفعالات خاصة بما يتعلق بالمواقف الاجتماعية ، والتي تتطلب التحدث مع وأمام الآخرين . وتتفق هذه النتيجة مع آراء أليس Ellis حول العلاج الجمعي ، حيث يرى أن العلاج الجمعي ذو قدرة وكفاءة تفوق العلاج الفردي ، خاصة بما يتعلق بالقلق الاجتماعي (منها قلق التحدث أمام الأخرى) ، حيث يرى أن للجماعة دور بارز وهام ، في تفهم الصعوبات التي تواجه الفرد ذاته، وفي نفس الوقت تفهم الصعوبات التي تواجه الآخرين في المجموعة ، والحد من اضطراباتهم وتعليمهم كيفية قهر المعتقدات غير

العقلانية ، من خلال تبني أفكار ومعتقدات بناءة ، حيث تحصل الجماعة على ذلك من خلال التغذية الرجعية في الجلسات العلاجية ، عن طريق تبادل الحلول والإفصاح عن المشاكل والخبرات المتشابهة بينهم ، حيث يرى أليس Ellis (1998) أن الإفصاح عن الخبرات بشكل علني و أمام المجموعة يعد ذاته نوعا من العلاج للمشاركين .

وهذا ما تم ملاحظته على المجموعة العلاجية في بداية انضمامها . حيث كان يسودها القلق، من جراء وجود أخريات يتم التحدث أمامهن . إلا انه بعد ما سنحت الفرصة للحديث عن الخبرات الاجتماعية المتشابهة ، والتي تمت بشكل جماعي كمحور مشترك للنقاش لجميع الأعضاء ، أدى ذلك إلى بناء وتدعيم الثقة بالنفس بشكل خاص وبالمجموعة بشكل عام ، من كون هذه الخبرة التي يتم مناقشتها أمام المجموعة لن تؤدي إلى سخيرية وانتقاد الأخريات ، حيث أن هذه الخبرة هي خبرة عامة تعاني منها جميع العضوات . خاصة وأن هؤلاء الأخريات (المجموعة) يشكلن مصدر لزيادة حدة القلق أثناء مواقف التحدث أمامهن . ومن هنا برزت أهمية اختيار فنيات علاجية ، تتماشى وسير الجلسات العلاجية ، وفق الظروف الخاصة بكل جلسة ، من حيث المادة الخاضعة للنقاش والحالة الانفعالية للعضوه وما يزامنها من أفكار وسلوكيات ، بصفاتها عمليات متداخلة ومتلازمة ، بناء على نظرية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي. وهو العلاج المستخدم في هذه الجلسات. وبناء على مناقشة و تفسير نتائج البرنامج العلاجي ، ومدى تكامله مع فروض الدراسة . قامت الباحثة عند تصميم وتنفيذ البرنامج العلاجي ، ببعض الإجراءات التي تهدف إلى

زيادة فاعلية البرنامج المستخدم ، والتي تساعد بدورها في تحقيق الأهداف المنشودة وهي
كما يلي :

١ - انتقاء الفنيات العلاجية الملائمة ، لكل من شدة القلق والتتابع الزمني لسير الجلسة
العلاجية . فعل سبيل المثال عمدت الباحثة منذ بداية الجلسات على استخدام فنيات
الاسترخاء ، وذلك بهدف الحد من شدة القلق الذي تعاني منه العضوة ، لكون الجلسات
العلاجية خبرة جديدة وموقف اجتماعي ضاغط ، لا سيما وأن هناك أخريات يتم التحدث
أمامهن .

٢ - اختيار الواجبات المنزلية التي تلائم ، كل من شدة قلق العضوة وقدرتها على تنفيذ هذه
الواجبات . بحيث نجنب العضوه حدوث أي ردود فعل عكسية ، تدفعها لتجنب القيام بتنفيذ
والالتزام بهذه الواجبات المنزلية الهامة ، لزيادة فعالية الجلسات العلاجية . وقد حرصت
الباحثة منذ بداية الجلسات على إعطاء المجموعة واجبات منزلية بسيطة وسلسة ، والتي
تؤدي إلى تعزيز الثقة بالذات ، وصولاً إلى استبدال الأفكار غير العقلانية الجامدة ، تجاه
الذات بأفكار عقلانية مرنة .

٣ - اختيار بعض من الأنشطة الاجتماعية ، التي تقوم المجموعة العلاجية بتطبيقها ،
بهدف إكسابهن المزيد من المهارات الاجتماعية ، وزيادة توافقهن النفسي والاجتماعي ، و
تدعيم الارتباط الإيجابي والساير مع من حولهن . حيث قامت العضوات ببعض النشاطات
داخل المجموعة العلاجية (لعب الأدوار) بعدها اتخذت هذه النشاطات ، شكل تدريجي
يهيئ العضوة بتنفيذ نشاطات ثنائية خارج البيئة العلاجية (كأن تتعاون عضويتين في إلقاء

ندوة صغيرة على مستوى الوحدة السكنية التي تقيم فيها العضوتين). وقد أدى الاشتراك في النشاطات الاجتماعية ، وما حازت عليه المجموعة من تقييم إيجابي من الحضور ، إلى تدعيم الأفكار الإيجابية تجاه الذات ، وبالتالي كان حافزاً إلى الاشتراك ، في النشاط المسرحي السنوي الذي يقام في السكن الداخلي ، والذي كان يوجد به ٨٠٠ متفرجة . وقد أفضى الأداء الجميل للمجموعة ، والذي برهن بشكل قوي ومباشر ، إلى تحقق الهدف الأساسي من هذه الدراسة ، وهو انخفاض شدة قلق التحدث أمام الأخرى ، حيث طلبت كل من مديرة السكن ومديرة النشاطات ، من الباحثة ، بأن تعمل جلسات علاجية مماثلة ، لمجموعة من الطالبات اللاتي يعانين من قلق التحدث أمام الأخرى .

٤ - أكدت الباحثة على توضيح محور أساسي وهام للمجموعة ، وهو أن الشفاء الدائم يتطلب تحدي للمعتقدات غير العقلانية ، في مواقف التحدث أمام الأخرى . وأشارت كذلك ، إلى أنه ربما يواجه بعض الصعوبات ، في المحافظة على مستوى ثابت من النجاح ، في تحدي المعتقدات غير العقلانية ، وأنه قد تحدث بعض النكسات لفترة قصيرة ، وهذا وضع طبيعي لا يبعث على القلق ، إلا أنه بالمثابرة والعزم سيتغلب عليها . وطلبت الباحثة منهن المحافظة على التمارين المنزلية ، والعمل بها كل مرة يشعرن فيها بانهاضية أمام فكرة غير معقولة . وأكدت على أن الاستمرار و المحافظة على مستوى مرضى من الثبات ، نابع من ذات العضوة . والباحثة تهدف من ذلك تعليم العضوة الاستقلال والاعتماد على ذاتها ، في مجابهة الأفكار غير المنطقية ، وأن يكون مصدر الدعم بعد ذلك نابع من داخلها ، وليس بسبب وجود مصدر مرجعي يتمثل في المعالجة والمجموعة علاجية .

وقد أشارت الباحثة ، إلى أن اختيار العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي بأنه يعد الأنسب و الأمثل كاختيار علاجي ، لا سيما وأن وجهة نظرها الشخصية هي وجهة نظر علمية ، مستقاة من نتائج الدراسات ، التي أشارت إلى فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، والسلوكي المعرفي . والتي تزيد عن ٥٠٠ دراسة . وقد ذكر أليس ودريدين Ellis & Dryden (1997) في كتابهما " ممارسة العلاج العقلاني_الانفعالي السلوكي " أن كافة هذه الدراسات ، أسفرت عن نتائج إيجابية ، لصالح العلاج العقلاني-الانفعالي السلوكي . ومن حصيلة هذه الدراسات ، أنها أظهرت بأن العلاج العقلاني-الانفعالي السلوكي والسلوكي المعرفي ، قد أثبتت جدواها عند تطبيقها على المجموعة (علاج جمعي) عنها في حالة العلاج الفردي وهو العلاج المتبع في هذه الدراسة .

وذلك لما يتميز به هذا النوع من العلاج ، كاختصاره للوقت والجهد وقلة التكلفة للعميل . بالإضافة لسهولة فنياته وتنوعها ، والتي يمكن أن تتناسب مع كل المستويات الاجتماعية والثقافية . فالفنيات المستخدمة في العلاج العقلاني -الانفعالي- السلوكي الجمعي ، تعطي المعالج حرية الاختيار والانتقاء ليس من العلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي فحسب ، وإنما من فنيات العلاج السلوكي والسلوكي المعرفي ، ما يره ملائم ومناسب لطبيعة المشكلة، وللموقف العلاجي وكذلك للخصوصية الثقافية والاجتماعية للمجموعة .

فالتخلص من الأفكار غير العقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية ، وطرح المشكلات النفسية والاجتماعية الحساسة أمام المجموعة . هو موقف تعليمي واكتساب للخبرة الإيجابية بشكل

مباشر، حيث يتم التعلم من أكثر من مصدر ، كالمعالج ، و الأقران في ذات المجموعة ، مما يؤدي إلى إذابة الإحساس بالتفرد بالمشكلة والاندماج مع المجموعة .

فالعلاج العقلاني-الانفعالي- السلوكي الجمعي ، يحتم ضرورة الاستعانة بالجماعة كوسيط علاجي ، في تصحيح السلوك اللا اجتماعي للفرد وتقويمه ، خاصةً إزاء السلوكيات الغير اجتماعية . حيث يأتي العلاج الجمعي كمحور أساسي ، في إعادة توازن علاقة الفرد مع الآخرين (Ellis,1998) . لاسيما أولئك الذين تشكل العلاقات الاجتماعية ، بتواصلها اللفظي اضطرابهم (كقلق التحدث أمام الآخرين) فالمجموعة هنا ، تعد موقفاً خاصاً تتوفر فيه الفرصة للفرد ، لأن يتعلم من معايير الجماعة ، وأن يطور من مهارته الاجتماعية في التفاعل الاجتماعي . فمن خلالها يستطيع أن يتعلم بطريقة أكثر فاعلية ، من استجابات الآخرين لسلوكه الاجتماعي الخاص به .

() () .

ثانياً: توصيات الدراسة :

استناداً على النتائج التي تم التوصل إليها من الدراسة الحالية . والتي تؤكد على فعالية برنامج العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي . ونظراً لان هذه النتائج تتفق ونتائج الدراسات السابقة ، والتي تناولت هذا النوع من العلاج ومدى فعاليته في الحد ، من الاضطرابات النفسية المختلفة (قلق الاختبار ، القلق الاجتماعي ، الأفكار الخرافية وغيرها) في المجتمع العربي والسعودي ، فإن الباحثة توصي بما يلي :

١- نظراً لانتشار القلق الاجتماعي بصفة عامة وقلق التحدث بصفة خاصة ، بين طالبات الجامعة ، وهذا ما كشفته الدراسات الاستطلاعية التي قامت بهما الباحثة ، واللتين كانتا بهدف التحقق من مدى انتشار ظاهرة قلق التحدث أمام الأخرى . حيث قامت بتطبيق الدراسة الاستطلاعية الأولى على عينة مكونة من ٢٠١ من طالبات الإقامة الداخلية التابعة لجامعة الملك سعود . وقد توصلت الباحثة إلى أن ٦٢ % من أفراد العينة ، كانت تعاني من قلق التحدث أمام الأخرى . أما الدراسة الاستطلاعية الثانية ، فكانت بهدف معرفة آراء الأساتذات الجامعيات ، عن مدى انتشار قلق التحدث أمام الأخرى لدى تلميذاتهن . وقد توصلت الباحثة اعتماداً على متوسط النسب التي ذكرتها الأساتذات ، إلى أن ٤٨ % من التلميذات يعانين من قلق التحدث أمام الأخرى . فإن الباحثة توصي بعقد ندوات إرشادية للطالبات وكذلك الأساتذات ، تسهم في تناول طبيعة هذه المشكلة وكيفية مساعدة الطالبات للحد منها والتغلب عليها .

٢- بما أن العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي يعطي افضل نتائجه مع شرائح المتعلمين (Ellis&Dryden,1997) . والذي تعتبر طريقته العلاجية ، أكبر محاولة لإدخال

العقل والمنطق ، في عملية الإرشاد والعلاج النفسي. وبالتالي فإن هذه الطريقة العلاجية، تعتبر الأنسب في تناول المشكلات النفسية الخاصة بشرائح المتعلمين ، من الشباب لا سيما المستويات الجامعية منها .

٣- إنشاء وحدة نفسية خاصة بالطلبات المقيمت في السكن الداخلي ، التابع لجامعة الملك سعود . تقوم بدراسة المشكلات النفسية للطلبات ، والتي قد تكون سبباً مباشراً في تعثرهن الدراسي ، وعدم تكيفهن النفسي مع من حولهن (هذا ما كانت تعاني منه عينة البحث) . حيث لاحظت الباحثة أثناء تطبيقها العلاج في مركز الإقامة الداخلية ، بأنه لا يوجد وحدة نفسية ولا يوجد كذلك أخصائية نفسية واحدة ، يمكن أن تساهم في حل مشكلات التوافق الشخصي والاجتماعي ، وبالتالي الدراسي ، لاتخاذ ما يلزم من برامج علاجية نفسية ملائمة.

٤- الاستفادة من برنامج العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي المستخدم في هذه الدراسة ، في العيادات النفسية ، ومراكز العلاج النفسي ، والوحدات الإرشادية ، خاصة بما يتعلق بالإرشاد الطلابي ، وذلك بهدف الحد من قلق التحدث لدى المترددين ، على تلك العيادات والمراكز والوحدات .

٥- تدريب أخصائيات الإرشاد ، في المراحل الدراسية الأخرى كالمرحلة الثانوية ، والمتوسطة ، على استخدام الإرشاد العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، وكذلك على أساليب التعرف ، على من تعاني من الطلبات ، من قلق التحدث أمام الأخرى وأرشادهن على البحث عن المساعدة المتخصصة لاسيما ، وأن قلق التحدث قد يكون سبباً مباشراً

لتدني مستواهن الدراسي وتحصيلهن الأكاديمي ، و أعاقتهن في بناء علاقات اجتماعية فعالة .

٦- كما توصي الباحثة ، كل من وسائل الإعلام المرئية والمكتوبة وكذلك المسموعة ، بإلقاء الضوء على ظاهر قلق التحدث ، بصفتها ظاهرة على نطاق واسع من الانتشار ، وما يترتب عليها من مشكلات تعيق الفرد ، عن تحقيق نموه النفسي والاجتماعي ، وكذلك المهني ، بالإضافة على التركيز على أهمية التنشئة الاجتماعية ، في تعزيز قلق التحدث خاصة لدى الإناث . وطرح آثار ذلك على المجتمع والأسرة بصفة خاصة .

الدراسات والبحوث المقترحة :

تقترح الباحثة إجراء هذه الدراسات والبحوث ، حتى يتحقق مزيد من الفائدة من العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي بشكل عام ، وكذلك من فهم ظاهرة قلق التحدث أمام الأخريات وتحديد حجمها ، والعمل على خفضها و الحد منها ، ومن هذه الاقتراحات ما يلي :

- ١- دراسة فعالية لعلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، في خفض قلق التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طلاب الجامعة .
- ٢- المقارنة بين العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، مع الأساليب العلاجية الأخرى (الاسترخاء العضلي ، التحصين التدريجي) في خفض قلق التحدث أمام الأخريات لدى طلاب وطالبات الجامعة .

٣- المقارنة بين العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، وأساليب العلاج النفسي الجمعي المختلفة ، في خفض شدة قلق التحدث أمام الأخرىات . (العلاج السلوكي المعرفي الجمعي وغيرها)

٤- تحديد فعالية كل من العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي والعلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الفردي – كل على حدة – في خفض قلق التحدث أمام الأخرىات .

٥- عمل دراسات تتناول الفروق بين الجنسين ، في شدة القلق الاجتماعي بصفة عامة ، وقلق التحدث أمام الأخرىين بصفة خاصة .

٦- عمل دراسات تتناول أثر التنشئة الاجتماعية والأسرية ، في تعزيز قلق التحدث أمام الأخرىات لدى الإناث .

٧- العمل على القيام بدراسات مماثلة ، تناول دراسة فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، في خفض قلق التحدث أمام الأخرىات لمراحل تعليمية أخرى كالمرحلة الثانوية والمتوسطة .

٨- عمل دراسات تتبعيه follow-up studies . وذلك بهدف التحقق من مدى فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي على المدى الطويل .

ملخص الدراسة

ملخص الدراسة :

تناولت الدراسة الحالية ، أثر برنامج علاجي عقلاني- انفعالي- سلوكي جمعي ، في خفض قلق التحدث أمام الأخرى ، لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود بالرياض . حيث يعرف القلق الاجتماعي ، بأنه خوف مستديم من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية ، والتي قد يتعرض فيه الشخص إلي الفحص والتدقيق ، من قبل الآخرين خشية القيام بعمل مثير للسخرية ، كأن يتلعثم أثناء الحديث أمام جمع من الناس .

والقلق الاجتماعي ، لا يقتصر وجوده على بيئة بعينها ، إنما هو اضطراب تتشارك فيه البيئات المختلفة ، حيث تتراوح نسبة انتشاره ما بين ٣% إلى ١٣% من بين الاضطرابات النفسية الأخرى . كما أنه يحتل المرتبة الثانية من حيث الشيوع من بين الاضطرابات العصابية الأخرى . وتتراوح نسبة مرضى القلق الاجتماعي في العيادات الخارجية ما بين ١٠% إلى ٢٠% من إجمالي حالات الاضطرابات العصابية . والجدير بالذكر ، أن معظم من يعانون من القلق الاجتماعي ، يخافون الحديث أمام الآخرين (موضوع الدراسة الحالية) أو مقابلة الغرباء ، أما مخاوف الأداء الأخرى مثل تناول الطعام والشراب ، والكتابة في وجود الآخرين فهي تبدو أقل انتشاراً. وبما أن القلق الاجتماعي بصفة عامة ، وقلق التحدث أمام الآخرين بصفة خاصة ، يعد اضطراب تبعثه أفكار لا عقلانية وغير منطقية ، كما ترى نظرية أليس إيليس Ellis في العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، وهذا هو أيضاً ما أشار إليه الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية . من ضمن المعايير التشخيصية للقلق الاجتماعي ، حيث أشار إلى أن الفرد يدرك أن مخاوفه وقلقه هو قلق غير مبرر ومبالغ فيه ، إلا أنه لا يستطيع التخلص منه . "the person recognizes C . "that the fear is excessive or unreasonable

وبناءً على ذلك ، كان لابد من إيجاد واختيار طريقة علاجية مناسبة لهذا النوع من الاضطراب . لذا تم اختيار العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، بصفته علاجاً يتناول كل المشكلات الانفعالية والمعرفية والسلوكية ، وجعل المريض يستبصر بأن أساس مشكلته هي أفكاره اللا عقلانية . إضافةً إلى أن من أفضل النتائج التي قد يؤدي إليها العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، عندما يتعامل مع عينة من شرائح المتعلمين . لذا يعتبر اختيار هذا النوع من العلاج ، مع عينة الدراسة الحالية ، والتي تتشكل من المستوى الجامعي ، الاختيار الأفضل والأفضل كاختيار علاجي . وقد عزز أيضاً من اختيار هذا النوع من العلاج ، تزايد الدراسات التي أشارت إلى فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، لا سيما أن غالبية هذه الدراسات أسفرت نتائجها ، عن كفاءة و فاعلية هذه الطريقة ، حيث سجلت الإحصائيات ٢٢٥ دراسة تناولت على وجه التحديد العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، و أوضحت جميعها فعالية هذا العلاج . إضافة إلى أن هذه الدراسات ، أشارت إلى أن العلاج العقلاني-الانفعالي السلوكي ، والمعرفي السلوكي ، قد

أثبتت جدواها عند تطبيقها على المجموعة (علاج جمعي) عنها في حالة العلاج الفردي .
فكان اختيار العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي هو الاختيار الأنسب لهذه الدراسة .

تناولت هذه الدراسة المشكلة الرئيسية والتي تم بلورتها في التساؤل التالي :
" هل يؤدي استخدام برنامج جمعي للعلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، إلى خفض قلق
التحدث أمام الأخرى ، لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود ؟ " أما
هدف الدراسة ، فقد تمثل في التحقق من أثر برنامج علاجي عقلاني-انفعالي-سلوكي
جمعي ، في خفض قلق التحدث أمام الأخرى ، لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية
بجامعة الملك سعود . اتضح أهمية الدراسة من كونها تتناول علاج من خلال فحص
أثر برنامج علاجي-عقلاني-انفعالي-سلوكي جمعي ، في خفض قلق التحدث أمام الأخرى
ولعل البحث يضيف جديداً ، إلى التراث السيكولوجي في هذا المجال . كما أنها قد تسهم في
إعطاء فكرة عن أهمية الدور الذي تلعبه التنشئة الاجتماعية في تعزيز القلق الاجتماعي
وقلق التحدث لدى الإناث .

تناول الإطار النظري ، تصنيف المخاوف بشكل عام ، وتعريف وأعراض القلق
الاجتماعي . وأشار أيضا إلى قلق التحدث أمام الآخرين ، وتناول أيضا بعضا من
الدراسات التي أشارت إلى الفروق بين الجنسين ، في شدة القلق الاجتماعي وقلق التحدث .
كما تضمن شرح لنشأة و نظرية العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي ، وتفسير الاضطرابات
من خلال ABC ، وتطرق أيضا إلى العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي ، وأشار
إلى مميزات هذا النوع من العلاج وكذلك ، إلى جوانب النقص في العلاج العقلاني-
الانفعالي-السلوكي .

صنفت الدراسات السابقة إلى ثلاث مجموعات رئيسية :

- المجموعة الأولى : دراسات قامت بفحص فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-
السلوكي الجمعي للاضطرابات النفسية المختلفة .
 - المجموعة الثانية : دراسات قامت بفحص فعالية العلاج العقلاني-الانفعالي-
السلوكي الجمعي والمعرفي السلوكي لكل من : المخاوف الاجتماعية ،القلق
الاجتماعي وقلق التحدث أمام الآخرين .
 - المجموعة الثالثة : دراسات تناولت الفروق بين الجنسين ، في شدة القلق
الاجتماعي وقلق التحدث أمام الآخرين .
- أما فيما يتعلق بفروض الدراسة : فمن خلال مشكلة الدراسة وتساؤلاتها ، وفي
ضوء لإطار النظري وما أسفرت عنه نتائج للدراسات السابقة ، افترضت الدراسة
الحالية ما يلي :

١- توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، في القياس
البعدي ، لدرجة قلق التحدث أمام الأخرى ، لصالح المجموعة التجريبية .

٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس البعدي ، في درجة قلق التحدث أمام الأخرىات للمجموعة التجريبية ، لصالح القياس البعدي .

تضمنت الدراسة الحالية كل من منهج الدراسة ، و مجتمع الدراسة ، و عينة الدراسة والتي كانت على النحو التالي :

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة الحالية من ٢٠ طالبة ، ممن حصلن على درجات مرتفعة على مقياس قلق التحدث أمام الأخرىات . (اللاتي حصلن على درجات أعلى من ٨١ بعد تطبيق المقياس الحالي عليهن) ومن ثم تم تقسيم الطالبات ، عشوائياً إلى مجموعتين ، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة (باستخدام العينة العشوائية البسيطة) وقد جاءت المجموعة الضابطة ، متساوية مع المجموعة التجريبية ، في العوامل الأساسية كالسن والمستوى الدراسي وشدة قلق التحدث . أما أدوات الدراسة، والتي تم استخدامها سعياً للتحقق من صحة الفروض وأهداف الدراسة ، فقد كانت على النحو التالي :

- ١- استمارة جمع بيانات للطالبة المقيمة داخلياً .
- ٢- التقدير الذاتي للعضوة لشدة قلق التحدث أمام الأخرىات .
- ٣- مقياس قلق التحدث أمام الأخرىات (تصميم الباحثة) .
- ٤- برنامج العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي .

أما فيما يتعلق بالنتائج ، التي توصلت لها الدراسة الحالية وتفسيرها ، وكانت أهم النتائج التي توصلت لها هذه الدراسة :

- فيما يتعلق بالفرض الأول : اتضح أنه يوجد فروق، دالة إحصائياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، في القياس البعدي ، لدرجة قلق التحدث أمام الأخرىات ، لصالح المجموعة التجريبية .
- فيما يتعلق بالفرض الثاني : اتضح أنه توجد فروق دالة إحصائياً ، بين القياس القبلي والقياس البعدي ، في درجة قلق التحدث أمام الأخرىات ، للمجموعة التجريبية ، لصالح القياس البعدي .
- فيما يتعلق بعملية المتابعة : أسفرت النتائج ، عما يدل على صحة الفرضين السابقين ، وعن فاعلية البرنامج العلاجي المطبق .

ومم يدعم ويعزز نتائج فرضي الدراسة ، ما تم استخلاصه من النتائج الخاصة بالفروق ، في درجات التقدير الذاتي لشدة قلق التحدث أمام الأخرىات ، لكل من العينة التجريبية والعينة الضابطة . والتي اتضح بعد تحليلها كميياً ، ومن ثم تحويلها أرقام كمية ، أنها تدعم ما توصلت إليه النتائج الخاصة بفرضي الدراسة .

وقد تم عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها كميياً وكيفياً في ضوء الأطر النظرية للدراسات السابقة .

و في نهاية هذه الدراسة تم التطرق إلى التوصيات ، والبحوث المقترحة ، وملخص الدراسة والمراجع العربية والأجنبية . حيث أوصت الدراسة الحالية استناداً على النتائج التي تم التوصل إليها . والتي تؤكد على فعالية البرنامج العلاجي المستخدم ، وهو العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي . ونظراً لأن هذه النتائج تتفق ونتائج الدراسات السابقة ، والتي تناولت هذا النوع من العلاج ومدى فعاليته في الحد ، من الاضطرابات النفسية المختلفة . أوصت بعمل دراسات مماثلة لعينات مختلفة ، في النوع والعمر والمستوى الدراسي ، وكذلك في أنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية . وذلك بهدف التحقق من مزيد من الفائدة من العلاج العقلاني-الانفعالي-السلوكي الجمعي بشكل عام ، وكذلك من فهم ظاهرة قلق التحدث أمام الآخرين وتحديد حجمها ، والعمل على خفضها والحد منها .

مراجع الدراسة

أولاً : المراجع العربية

ثانياً : المراجع الأجنبية

أولاً- المراجع العربية :

- (١) إبراهيم ،عبد الستار (١٩٩٤) : العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه . القاهرة ، دار الفجر للنشر والتوزيع .
- (٢) الأنصاري ، بدر (١٩٩٦) : قياس الخجل . كلية الآداب ، الكويت ، جامعة الكويت .
- (٣) الأنصاري ، بدر (١٩٩٧م) : قياس الحرج الموقف لدى طلاب المرحلة الجامعية من الجنسين وعلاقته ببعض اضطرابات الشخصية في المجتمع الكويتي . بحث منشور في مجلة حوليات كلية الآداب ، حوليه ٢١٧ ، الرسالة ١١٨ ، الكويت ، مجلس النشر العلمي.
- (٤) الأنصاري ، بدر (١٩٩٧م) : الفروق بين الجنسين في شدة الخجل لدى طلاب المرحلة الثانوية . بحث منشور في كتاب بحوث ميدانية في الشخصية الكويتية ، الكويت ، مكتبة المنار الإسلامية .
- (٥) الأنصاري ، بدر (٢٠٠١م) : المخاوف المرضية عند طلاب الجامعة الكويتيين. بحث منشور في حوليات كلية الآداب والعلوم الاجتماعية ، حولية ٢٢١ ، الرسالة ١٥٧ ، مجلس النشر العلمي ، جامعة الكويت ، ٢٠٠١ م .
- (٦) الأنصاري ، بدر (٢٠٠٢) : مقياس جامعة الكويت للقلق . بحث مجاز للنشر ، كلية الآداب ، جامعة الإسكندرية .
- (٧) باتريسون ، س (١٤٠١هـ) : نظرية الإرشاد والعلاج النفسي . ترجمة حامد الفقي ، الكويت ، دار القلم .
- (٨) الحجار ، محمد (١٤١٤هـ) : فن الإرشاد السريري . الرياض ، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب .
- (٩) الخطيب ، جمال (١٩٩٤م) : تعديل السلوك الإنساني . الطبعة الثالثة ، الشارقة مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية .
- (١٠) الرفاعي ، نعيم (١٩٨٧م) : الصحة النفسية . دمشق ، جامعة دمشق ، دار النابعة.
- (١١) رمزي ، هدى (١٩٨٣م) : سيكولوجية المرأة . القاهرة ، دار النهضة العربية .

- (١٢) الريحاني ، سليمان (أ) (١٩٨٧م) : " الأفكار اللاعقلانية عند الأردنيين والأمريكيين، دراسة عبر الثقافة لنظرية أليس في العلاج العقلاني العاطفي " عمان ، دراسة تربوية .
- (١٣) الريحاني ، سليمان (ب) (١٩٨٧م) : " الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طلبة الجامعة الأردنية " عمان ، مجلة دراسة تربوية .
- (١٤) زهران ، حامد عبد السلام (١٩٧٧م) : علم نفس النمو . الطفولة والمراهقة ، ط٤ ، القاهرة ، عالم الكتاب .
- (١٥) الشبانات ، عبد الرحمن (١٩٩٦م) : " تقييم العلاج العقلاني الانفعالي لحالات الرهاب الاجتماعي " ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الرياض المركز العربي للدراسات الأمنية.
- (١٦) الشناوي ، محمد محروس (١٩٩٤م) : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي . القاهرة ، دار الغريب.
- (١٧) الشيخ محمد (١٩٨٦م) : " أثر كل من العلاج العقلاني الانفعالي والتحصين في تخفيف قلق الامتحان " . رسالة دكتوراه غير منشورة ، القاهرة ، جامعة القاهرة.
- (١٨) صادق ، عادل (١٩٨٨م) : الطب النفسي . الطبعة الأولى ، الدار السعودية للنشر والتوزيع .
- (١٩) الطيب ، محمد (١٩٨١م) : تيارات جديدة في العلاج النفسي . القاهرة ، دار المعارف .
- (٢٠) عدوان ، رابعة (١٤١٣هـ) : " انفعالات الخوف والغيرة وعلاقتها بالاتجاهات الوالدية المدركة " . رسالة ماجستير غير منشورة ، الرياض جامعة الملك سعود.
- (٢١) عزت ، دري (١٤٠٧هـ) : الطب النفسي . الكويت ، دار القلم .
- (٢٢) عماره ، عبد اللطيف (١٩٨٥م) : " العلاج العقلاني الانفعالي لبعض الأفكار الخرافية لدى عينة من طلبة الجامعة " . رسالة دكتوراه ، القاهرة ، جامعة عين شمس .

- (٢٣) الغامدي ، عزة (١٩٩٨م) : " فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض قلق الاختبار لدى عينة من طالبات جامعة الملك سعود " .رسالة ماجستير غير منشورة ، الرياض ، جامعة الملك سعود .
- (٢٤) القرني ، محمد (١٤١٣هـ) : " الخوف الاجتماعي وعلاقته ببعض أساليب المعاملة الوالديه كما يراها الأبناء " .رسالة ماجستير غير منشورة ، الرياض ، جامعة الملم سعود.
- (٢٥) الزراد ، فيصل ، ويحي على (١٤٠٨هـ) : الإحصاء النفسي والتربوي . دار القلم للنشر والتوزيع ، بيروت .
- (٢٦) قميحه ، حسان أسير، عمار ومعصراتي (١٩٩٣) : الطب النفسي . سوريا ، حمص ، دار النابغة .
- (٢٧) اللادقاني ، سامر (١٩٩٥م) : " أثر برنامج إرشاد جمعي قائم على التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلاني العاطفي في معالجة القلق الاجتماعي " .رسالة ماجستير غير منشورة ، عمان ، الجامعة الأردنية .
- (٢٨) المالح ، حسان (١٩٩٣م) : الخوف الاجتماعي (الخجل) . جدة ، دار المنار .
- (٢٩) المدخلي ، أحمد (١٩٩٥م) : " فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين " .رسالة ماجستير غير منشورة ، الرياض جامعة الملك سعود .
- (٣٠) مختار ، عبدالعزيز(١٩٩٥) : طرق البحث للخدمة الاجتماعية . دار المعرفة الجامعية ، القاهرة .
- (٣١) مراد ، صلاح أحمد (٢٠٠٠) : الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية . مكتبة الانجلو المصرية .
- (٣٢) مليكه ، لويس كامل (١٩٩٠م) : العلاج السلوكي وتعديل السلوك . الكويت ، دار القلم .
- (٣٣) موسى ، رشاد على عبد العزيز(١٩٩٢) : سيكولوجية الفروق بين الجنسين . كلية التربية ، جمعة الأزهر ، القاهرة ، مؤسسة مختار للنشر والتوزيع .

(٣٤) النيال ، مایسه (١٩٩٥م) : الخجل وبعض أبعاد الشخصية . دراسة نمائية وارتباطیه ، جامعة الإسكندرية .

(٣٥) هشام ، محمد (١٤١١هـ) : " أثر برنامج العلاج العقلاني الانفعالي المعرفي لحالات الاكتئاب العصابي " . رسالة دكتوراه ماجستير غير منشورة ، الزقازيق ، جامعة الزقازيق .

ثانياً - المراجع الأجنبية :

- (1) Albano AM., Marten PA., Holt CS., Heimberg RG., Barlow DH., (1995) : Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents . A preliminary study . Journal of Nervous and mental Diseases, pp. 649-656.
- (2) American psychiatric association.(1987) : Diagonstical and statistical manual of mental disorder (" DSM-111-R Washington D.C. American psychiatric association.
- (3) American psychiatric association. (1994) : Diagonstical and statistical manual of mental disorder DSM-1V" Washington D.C.
- (4) American psychiatric association. (2000) : Diagonstical and statistical manual disorders (4th ed. Text Revision).Washington D.C.
- (5) Beck T., & Emery G., (1985) : Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective, Harper collins publishers pp.32-36.
- (6) Bruch A., Heimberg G., Berger P., et al., (1989a) : Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. Anxiety Research, 2 pp.57- 65.
- (7) Bruch MA., Heimberg RG., (1994): Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and nongenerlized social phobic. Journal of anxiety disorders, (8),pp.155 -168.
- (8) Cairns RB., Leung MC., Gest SD., and Cairns BD., (1995): A brief method for assessing social development: structure,

- reliability, stability, and developmental validity of the interpersonal competence scale. *Behavior research therapy*, 33(6), pp.725 - 36.
- (9) Chaleby K., (1987): Social phobia in Saudis. *Journal social psychiatry*, pp.176-170.
- (10)Chaleby K., and Raslan A., (1990) : Delineation of social phobia in Saudia Arabians. *Journal social psychiatry*, pp. 324-327.
- (11)Clark DB., Turner SM., Beidel DC., et al., (1995): Reliability and validity of the social phobia and anxiety inventory for adolescents. *Psychological Assessment*, 6(2), pp.135-140.
- (12)Crowford T., & Ellis A., (1989) : A dictionary of rational emotive feelings and behavior. *Journal of rational emotive and cognitive behavior therapy*, 7 (1), pp.3-28.
- (13)Cox BJ., Parker JD., & Swinson RP., (1996) : confirmatory factor analysis of the fear questionnaire with social phobia patients. *British Journal of psychiatry*, 168 , pp.497- 499.
- (14)Davidson JR., (1994): Social phobia: outlook for the '90s. *Journal of clinical psychiatry*, 55(11),pp.503-510.
- (15)Davidson JT., Potts NS., Richichi EA., et al., (1991) : The brief phobia scale. *Journal of clinical psychiatry*, 52(11), pp.48 -51.
- (16)Dodge CS., Hope DA., Heimberg RG., et al., (1988) : Evaluation of the social phobia population. *Cognitive therapy and research*, 12, pp.211-222.

- (17)Dryden W., (1990) : Rational emotive counseling in action. London sage publications.
- (18)Dryden W., (1994): Developing rational emotive behavioral counseling. London: Whurr, pp.38-44.
- (19)Dryden W., (1995a): Invitation to rational emotive psychology. London: sage publication, pp.38-44.
- (20)Dryden W., and Yankura J., (1995) : Albert Ellis. London: sage publications.
- (21)Ellis A., (1983) : How to deal with your most difficult client. Journal of rational emotive Therapy, 1 (1),pp.3-8.
- (22)Ellis A., (1984) : The essence of RET. Journal of rational emotive Therapy, 2 (1), pp. 19-25.
- (23)Ellis A., (1987a): Treating the bored client: Journal of rational emotive Therapy. Psychotherapy patient, 3(3-4), pp.75 - 86.
- (24)Ellis A., (1987b) : The impossibility of achieving consistently good mental health. American Psychologist, 24 (4), pp.364-375.
- (25)Ellis A., (1989) : Comments on my critics. In M.E. Bernard & R. DiGiuseppe, eds. Inside rational-emotive therapy. San Diego, CA: Academic Press, pp.199-233.
- (26)Ellis A., (1990) : Is Rational Emotive Therapy (RET) Rationalist or Constructivist. Journal of rational emotive and cognitive behavior therapy, 8, (3), pp.169-193.

- (27)Ellis A., (1991): The philosophical basis of rational emotive therapy. *Psychotherapy in private practice*, 8(4) the Haworth press Inc., pp. 97-106.
- (28)Ellis A., (1992) : Group rational emotive and cognitive behavioral therapy. *International journal of group psychotherapy*, 42 (1), pp.63-80.
- (29)Ellis A., (1993) : Changing rational emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy. *Behavior therapist*, 16, pp. 257-258.
- (30)Ellis A., (1998) : Rational Emotive Therapy (RET). A Therapist's Guide. Impact publishers, (1) pp.3-12.
- (31)Ellis A., & Dryden W., (1997): Group therapy. The practice of rational emotive behavior therapy. Second edition. Springer publishing company pp.162-194.
- (32)EmmelKamp P., Marsch P., Vissia E., and Van Der HM., (1985) : Social phobia : A comparative evaluation of cognitive and behavioral intervention. *Behavior research and therapy*, 23(3),pp.,365 -369.
- (33)Fadem B., & Simring S., (1997) : Psychosomatic Medicine and Medication-Induce Psychiatric Symptoms. *Psychiatry recall*, Williams & Wilkins publisher, pp.137-139.
- (34)Francis G., & Radka DF., (1995) : Social anxiety in adolescents. *Social Phobia Clinical and Research Perspectives*. Edited by MB stein, American Psychiatric Press, pp.119-143.

- (35)Gold MS., (1990) : The good news about panic, anxiety and phobia. Cores, treatments and solutions in the new age of biopsychiatry. Published by villard books, a division of random house, Inc. pp.99-124.
- (36)Goodwin DW., & Guze SB., (1996) : Phobic disorders. Psychiatric diagnosis, fifth edition; Oxford university press, pp.153-165.
- (37)Harris ACH., (1986) : Child development, New York: West publishing company, pp .55-65.
- (38)Heimberg G., Becker R., Goldfinger K., & Vermilyea J., (1985): Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring and homework assignments. Journal of Nervous and mental Diseases, 173(4),pp.326-245.
- (39)Heimbrg RG., And Juster HR.,(1996) : Treatment of social phobia in cognitive- behavioral groups. Journal of Clinical Psychiatry, 55 (6), pp.38-46.
- (40)Hofman SG., Ehlers CA., & Roth WT., (1996) : Conditioning theory : a model for the etiology of public speaking anxiety? Behavior research and therapy, 33 (5) pp 567-571.
- (41)Leary MR., and Kowalski RM., (1993): The interaction anxiousness scale: construct and criterion-related validity. Journal of Psychological Assessment, 61(1),pp.136-46.
- (42)Leung AW., and Heimberg RG., (1996) : Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral

- treatment of social phobia. *Behavior research and therapy*, 34 (5/6), pp.423-432.
- (43) Jones WH., Briggs SR., and Smith TG., (1986) : Shyness: conceptualization and measurement. *Journal of Personality Social Psychology*, 51(3), pp.629-39.
- (44) Kaplan CA., Thompson AE., & Searson SM., (1995) : Long term follow-up of cognitive behavior therapy in children and adolescents. *Archives of Disease in childhood*, 73, pp.472-475.
- (45) Kendall PC., & Southam-Gerow MA., (1996) : Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (4) pp.724-730.
- (46) Magee WJ., Eaton WW., Wittchen HU., McGonagel KA., & Kessler RC., (1997) : Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 53(2) pp.159-168.
- (47) Mannuzza S., Schneier FR., Champman TF., Liebowitz MR., Klein DF., & Fyer AJ., (1995) : Generalized social phobias. Reliability and Validity. *Archives of General Psychiatry*, pp.76-79.
- (48) Marks IM., (1995) : Advances in behavioral- cognitive therapy of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(5), pp.25-31.
- (49) Marshall JR. (1994): *Social phobia: From shyness to stage fright* basic books, New York., pp.45-76.

- (50)Mattick R., & Peters L.,(1989): Exposure and cognitive restructuring for socialphobia: A controlled study. Behavior Therapy, 20,pp.3-23.
- (51)Mattick RP., And Newman CR., (1991) : Social phobia and avoidant personality disorder. International Review of psychiatry, 3, pp.163-173.
- (52)McEwan JI., Heimberg RG., & Hope DA., (1993) : Is increase arousal in social anxiety noticed by others? Journal of Abnormal Psychology, (92) pp.417-421.
- (53)McGovern TE., and Silverman MS.,(1984): A review of outcome studies of rational-emotive therapy from 1977 – 1982. Journal of rational – emotive therapy, 2(1)pp.7-18.
- (54)Menninger WW., (1995) : Comorbidity in social phobia : Implications for cognitive- Behavioral treatment. Rear of Humiliation Integrated Treatment of Social phobia and co morbid Conditions. Jason Aronson INC., pp.41-54.
- (55)Mersch P., Emmelkamp P., Bogels S., & Van Der Sleen J., (1989): Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. Behavior research and therapy, 27(4)pp.421-434.
- (56)Nardone G., (1996) : The strategic approach and other models of psychotherapy. Brief strategic solution-oriented therapy of phobic and obsessive disorders. Jason Aronson INC. pp. 81-92.

- (57) Pilkons P., (1977) : shyness, public and private and it relationship to other measures of social behavior. Journal of Personal Assessment, (45)pp.585-595.
- (58) Pilkons, P., & Zimbardo P., (1979): The personal and social dynamics of shyness, In C.E, Izard (ED). Emotions in personality and psychopathology. New York: Plenum Press.,pp.133-160.
- (59) Rebecca H., & Vester N., et al., (1988) : The efficacy of rational emotive group therapy in psychiatric inpatients. Behavior research and therapy, 5(1),pp. 22-31.
- (60) Roller B., (1997) : The promise of group therapy. How to build a vigorous training and organizational base for group therapy in managed behavioral healthcare. Jossey- Bass Publoshers.,pp.78-92.
- (61) Roberta M., (1983) : Test anxiety reduction workshops for black college students. Journal of college students personal, 24 (6),pp.567-568.
- (62) Rose SD., (1989) :Preparing group therapy: planning treatment and orienting members. Working with adults in groups; Jossey – Bass Publishers., pp.45- 54.
- (63) Schaefer CH., & Millman H., (1981) : How to help children with common problems, New York: Van nostrand reinhold company.
- (64) Scott MJ., Stradling SG., and Dryden W., (1995): Consider the use of groups. Developing cognitive-behavioral counseling. SAGE publications.,pp.21-23.

- (65) Silverman S., McCarthy M., And McGovern T.,(1992): A review of outcome studies of rational-emotive therapy from 1982-1989. *Journal rational – emotive and cognitive – behavior therapy*, 10 (3) pp.111-186.
- (66) Smith JC., (1990) :Cognitive behavioral relaxation training. A new system of strategies for treatment and assessment. Springer publishing company.
- (67) Smith D., (1982) :Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychology*, 37,pp.802-809.
- (68) Stien MB., Walker JR., & Forde DR., (1997):Public-speaking fears in a community sample. Prevalence, impact on functioning and diagnostic classification. *Archives of Psychiatry*, pp.196-174.
- (69) Thorpe SJ., & Salkovskis PM., (1995) : Phobic beliefs : do cognitive factors play a role in specific phobias? *Behavior research therapy*, 33 (7), pp.805-816.
- (70) Toreersen S., (1979) : The nature and origin of common phobic fears. “ *brif. Journal of Psychiatry*, 134,pp.343-351.
- (71) Turner SM., Beidel DG., Dancu CV., et al.:(1995) : Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95,pp. 389 – 394.
- (72) Waikar SV., (1998): Mode- specificity in brief cognitive and behavioral treatments for public speaking anxiety. University of California , Los Angeles.

- (73)Wallace ST., & Alden E.,(1995): Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. Behavior research therapy, 33(5):pp.497-505.
- (74)Walters KS., Alden LE., & Inderbitzen HM., (2000) : Social anxiety and peer relations among adolescents : testing a psychobiological model. Journal of Anxiety Disorders, 12 (3)pp.183-98.
- (75)Warner RE., (1991) : A survey of theoretical orientations of Canadian clinical psychologist. Canadian clinical psychology, pp.525-528.
- (76)Warren R., (1984) : Rational- emotive therapy and the reduction of interpersonal anxiety junior high schools students. Adolescence, 15 (66),pp.893-900.
- (77)Winton EC., Clark DM., & Edelmann RJ., (1997) : Social anxiety , fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. Behavior Research Therapy, 33(2),pp.193-196.
- (78)Woody S.R.,(1996): Effects of focus of attention on anxiety levels and social performance of individuals with social phobia. Journal of Abnormal Psychology, 105(1),pp.61-69.
- (79)World Health Organization (1992) The ICD – 10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines world Health organization, Geneva.

ملاحق الدراسة

ملحق رقم (١)
مقياس قلق التحدث أمام الأخرىات
" المقياس في صورته الأولى المعدة للتحكيم "

بسم الله الرحمن الرحيم

مقياس قلق التحدث أمام الأخرىات

سعادة الدكتور / الدكتورةالمحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ، وبعد :

الباحثة بصدد أعداد مقياس كأداة لدراستها الحالية ، والتي هي بعنوان (أثر برنامج علاجي عقلائي-انفعالي-سلوكي جمعي ، في خفض قلق التحدث أمام الأخرىات ، لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود) .
وبما أنه لا يوجد تعرف سابق لقلق التحدث أمام الأخرىات – على حد علم الباحثة- فقد ارتضت الباحثة التعريف التالي :

قلق التحدث أمام الأخرىات : Public Speaking Anxiety

هو عدم قدرة الفرد على التواصل اللفظي بكفاءة مع الآخرين ، لخشيته من أن يصبح محوراً لتفحص الآخرين ونقدهم الجارح ، وبالتالي سخريتهم ، والمصحوب غالباً ببعض التغيرات الفسيولوجية الواضحة (ارتعاش اليدين ، احمرار الوجه، انحباس الصوت ، صعوبة التنفس وغيرها)

والباحثة ترجو من سعادتك ، التكرم بتقييم بنود المقياس والذي يتكون من ٦٠ فقرة ، وتحديد مدى انتماء كل عبارة من العبارات ، للمكون الذي تقيسه من قلق التحدث أمام الأخرىات ، ومدى وضوح كل عبارة ومدة مناسبتها لعينة البحث (الطالبات المقيمت في السكن الداخلي للجامعة الملك سعود) وإجراء أي تعديل ترونه مناسباً للعبارات . وكذلك إضافة أي عبارة ترونها ضرورية للمقياس ، وذكر ما هو ملائم وغير ملائم ، وما هو واضح وغير واضح مع وضع أي ملاحظة في عين الاعتبار .

والله ولي التوفيق

شاكراً لكم حسن تعاونكم واهتمامكم

طالبة الدراسات العليا بالقسم
هيفاء بنت عبد المحسن الأشقر

(مقياس قلق التحدث أمام الأخرى في صورته الأولى المعدة للتحكيم)

البند	العبارة	ملائم	غير ملائم	واضح	غير واضح	ملاحظات
١	أجد صعوبة في التحدث أمام الأخرى .					
٢	أتجنب مشاركة الأخرى الحديث والمناقشة ما أمكن					
٣	اشعر بالتلعثم أثناء الحديث أمام مجموعة					
٤	اشعر بالسعادة عندما اصعد المنصة لإلقاء كلمة ما أمام الأخرى					
٥	أجد صعوبة في الاشتراك في الندوات الجامعية					
٦	أخاف باستمرار من نسيان بعض أجزاء الحديث عندما أكون في موقف مواجهة مع الأخرى					
٧	اشعر بالرعب عندما أكون موضعاً لتفحص الأخرى وتقييمهن					
٨	التزم الصمت عندما تخطئ الأخرى في حقي					
٩	اشعر بأني هادئة وطيقة اللسان عندما أقف للحديث أمام الأخرى					
١٠	ارتبك عندما تتسار بعض الحاضرات أثناء إلقاء حديثي أمامهن					
١١	اشعر بعدم الرضا عن نفسي عندما أنتهي من إلقاءي الحديث أمام الحاضرات					
١٢	ينتابني الشعور بالقلق عندما تدقق الأخرى في سلوكي					
١٣	يصعب على بناء علاقة صداقة جديدة مع الأخرى					
١٤	اشعر بأن قلبي وخوفي من التحدث أمام الأخرى غير منطقي أو مبرر					
١٥	تتزعج الهواجس والأفكار في رأسي أثناء تواجدي مع مجموعة في قاعة المحاضرات					
١٦	ترداداً نبضات قلبي و تعرق قبل إلقاء حديثي مباشرة					
١٧	أتعهد التغييب عن إلقاء بحث مطالبة به في يومه المحدد					
١٨	اشعر بأن الأخرى يسخرن من مظهري					
١٩	لا أخاف من ارتجال كلمة أمام مجموعة من الحاضرات					
٢٠	أفضل العمل الفردي على العمل الجماعي					
٢١	تتلاشى الإجابة مباشرة من ذهني عندما يوجه لي سؤالاً على الملاء					
٢٢	يحمر وجهي وترتجف يداي وأنا على المنصة قبل إلقاء حديثي مباشرة					
٢٣	اشعر بأن إحجامي وخوفي من المشاركة الصفية له أثر سلبي على مستواي الدراسي					

البند	العــــــــبارة	ملائم	غير ملائم	واضح	غير واضح	ملاحظات
٢٤	أجد صعوبة في مباشرة الحديث مع الأخرى					
٢٥	اصمت عن المشاركة في المناقشات مع أن لدى معلومات قيمة					
٢٦	لا أمانع في المشاركة في إلقاء الندوات المختلفة وأمام حشد كبير من الحاضرات					
٢٧	اشعر بالضيق عند سماعي لضحكات الأخرى أثناء مروري أمامهن					
٢٨	لا أستطيع تمييز وجوه الحاضرات بوضوح عندما انظر إليهن أثناء إلقاء حديثي					
٢٩	أتجنب الجلوس في الصفوف الأمامية تفادياً للأسئلة التي قد توجه إلي					
٣٠	اشعر بعدم الرضا عن نفسي وعن مستواي الدراسي					
٣١	تربكني نظرات الأخرى عندما أقف لإلقاء كلمة أمامهن					
٣٢	تزداد نبضات قلبي ويضطرب تنفسي عندما أفاجأ بسؤالاً ما أمام مجموعة من الحاضرات					
٣٣	يؤلمني حرمانني من درجات المشاركة الصفية ومع ذلك لا أستطيع أن أشارك					
٣٤	أجد صعوبة في التعبير عن آرائي المختلفة أمام مجموعة من الحاضرات					
٣٥	اشعر بالسعادة عندما يطلب مني إلقاء بحث أكاديمي أمام الأستاذات أو الطالبات					
٣٦	يضايقتني خجلي من الأخرى					
٣٧	تصبح أفكاري مشوشة وغير منظمة عندما أتحدث على الملاء					
٣٨	كثيراً ما ينتابني الشعور بالوحدة أثناء تواجدي في جماعة					
٣٩	اشعر بأنني حساسة أكثر من اللازم لأي تعليق أو نقد يوجه لي					
٤٠	لا أستطيع إبداء رأيي إذا شعرت أني مراقبة من لأخرى					
٤١	قبل أن أبدأ الحديث مباشرة تنتشت أفكاري واشعر بالدوار					
٤٢	اشعر بالضيق عندما لا أستطيع الإجابة علانية على سؤال اعرف إجابته جيداً					
٤٣	كثيراً ما اشعر بالارتياح حينما أكون متواجدة في وسط مجموعة كبيرة					
٤٤	يصبح صوتي خافت عندما أتحدث في جماعة					
٤٥	يصعب على معرفة ما ينبغي قوله والتحدث به أثناء تواجدي في مجموعة					

البند	العبارة	ملائم	غير ملائم	واضح	غير واضح	ملاحظات
٤٦	أتجنب التعبير علانية عن آرائي خشية السخرية والانتقاد					
٤٧	اضطرب عندما تلاحظ الأخرى احمرار وجهي وارتبائي					
٤٨	أحاول تجنب المواقف التي تتطلب مني التعارف مع الأخرى					
٤٩	اشعر بالقلق عندما أتحدث إلى شخص في موقع مسؤولية أو سلطة					
٥٠	أحب الأعداد والمشاركة في الندوات الجامعية المختلفة					
٥١	أتقاضي النظر إلى الشخص الذي يحدثني					
٥٢	أفضل الصمت أثناء تواجدي في مجموعة					
٥٣	أعبر عن أفكاري بهدوء وطمأنينة عندما أتحدث أمام مجموعة					
٥٤	أفقد بعضاً من حقوقي لأنني لا أحب مواجهة الأخرى ومناقشتهم					
٥٥	مشاركتي في النشاطات المختلفة تعرضني للحرج والارتباك					
٥٦	كثيراً ما أبحث عن مبررات تعفيني من حضور الحفلات والارتباطات الاجتماعية					
٥٧	أفضل التحدث مع منهم أقل مني سناً وعلماً					
٥٨	اشعر بالسعادة عندما أواجه حشد كبير من الحاضرات لإلقاء كلمة أمامهم					
٥٩	التزم الصمت عندما أكون في مجموعة حتى وأن كان لدى شيء أود الإفصاح عنه					
٦٠	أتمنى لو كنت أحظى بمستوى أكبر من الثقة بالنفس في مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة					

ملحق رقم (٢)

مقياس قلق التحدث أمام الأخرىات
[المقياس في صورته النهائية المستخدمة في الدراسة]

إعداد
هيفاء بنت عبد المحسن الأشقر

بسم الله الرحمن الرحيم

مقياس قلق التحدث أمام الأخرى (المقياس في صورته بعد التحكيم)

أسم الطالبة / / العمر
اسم الكلية / / التخصص

اختي الطالبة :

فيما يلي مجموعه من العبارات التي تتعلق بتصرفاتك ، واتجاهاتك ، ومشاعرك الخاصة ، في بعض المواقف الاجتماعية . أقرأي كل عبارة من هذه العبارات "جيداً" ثم حددي مدى انطباقها عليك ، وذلك بوضع علامة حول الإجابة ، التي ترين أنها تتناسبك " تماماً" حيث توجد خمس إجابات أمام كل عبارة .

- إذا كانت العبارة تنطبق عليك في كل المواقف ، ضعي علامة (صح) تحت العمود (دائماً) .
- إذا كانت العبارة تنطبق عليك في أغلب الأحيان ، ضعي علامة (صح) تحت العمود (غالباً) .
- إذا كانت العبارة تنطبق عليك إلى حد ما ، ضعي علامة (صح) تحت العمود (أحياناً) .
- إذا كانت العبارة نادراً ما تحدث لك ، ضعي علامة (صح) تحت العمود (نادراً) .
- إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك مطلقاً ، ضعي علامة (صح) تحت العمود (أبداً) .

وبما أن إجابتك ذات قيمة كبيره ، ومساهمة فعالة لخدمة هذا البحث العلمي ، فالرجاء اختيار الإجابة التي تحدد ما تشعرين به بالفعل . علماً بأنه لا توجد إجابة صحيحة ، وأخرى خاطئة ، مع التأكد من عدم ترك أي عبارة بدون إجابة . وسوف تحضي إجابتك بخصوصية وسرية مطلقة .

مع خالص الشكر والتقدير لتعاونك

الباحثة

مقياس قلق التحدث أمام الأخرى

البند	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
١	أتلعنم أثناء الحديث أمام مجموعه من الغرباء .					
	أخاف باستمرار من نسيان بعض أجزاء الحديث عندما أكون في موقف مواجهه مع الأخرى .					
	ارتعب عندما أكون موضعاً لتفحص الأخرى وتقييمهن .					
	لا أمانع من المشاركة في الندوات المختلفة والحديث أمام مجموعه كبيره من الحاضرات .					
	تتسارع نبضات قلبي قبل إلقاء حديثي مباشرة .					
	تربكني نظرات الأخرى عندما أقف للحديث أمامهن .					
٧	أتعمد الغياب عندما أكون مطالبه ببحث القيه أمام الطالبات .					
	اشعر بالسعادة عندما اصعد المنصة لإلقاء كلمه أمام الأخرى .					
	اصمت في المناقشات مع أن لدي معرفة جيدة بموضوع النقاش .					
	لا أستطيع تمييز وجوه الحاضرات بوضوح عندما انظر إليهن أثناء إلقاء حديثي أمامهن .					
١١	يولمني حرمانى من درجات المشاركة الصفية ومع ذلك لا أستطيع المشاركة .					
	كثيراً ما ينتابني الشعور بالوحدة أثناء تواجدي مع جماعة لعدم تواصلى وحديثي معهم .					
	اشعر بأننى حساسة أكثر من اللازم لأي تعليق أو نقد توجهه الأخرى لي .					
	أفضل العمل الفردي على العمل الجماعي خوفاً من إتاحة الفرصة للحديث مع الأخرى .					
	أتجنب التعبير علانية عن آرائى خشية السخرية والانتقاد .					
١٦	اشعر بقدرة كبيره على التحكم في أدائى عندما ألقى حديثاً أمام مجموعه من الحاضرات .					
	اشعر بالضيق عندما لا أستطيع الإجابة أمام الأخرى على سؤال اعرف إجابته جيداً .					
	كثيراً ما أبحث عن مبررات تعفينى من حضور المناسبات المختلفة تقادياً للحديث مع الأخرى .					
	لا اشعر بالقلق عندما أتحدث مع من هم أقل منى علماً أو سناً .					
٢٠	اشعر بالسعادة في المواقف التي تتطلب منى المحاوره أمام حشداً كبيراً من الناس .					
	العبارة		غالباً			أبداً
	أتجنب مشاركة الأخرى الحديث والمناقشة ما أمكن ذلك .					

				أعاني من صعوبة التحدث أمام الغرباء .	
				أرتبك عندما أرى بعض الحاضرات يتهايمن أثناء إلقاءي الحديث أمامهن .	
				أشعر بأنني طليقة اللسان عندما أقف للحديث أمام الأخرىيات .	
				ترتجف يداي عندما أكون في موقف يتطلب مني الحديث أمام الأخرىيات .	
				أشعر بأن الأخرىيات يسخرن من طريقة حديثي وأفكاري .	
				أتجنب الجلوس في الصفوف الأمامية تقادياً للأسئلة التي قد توجه إليّ	
				لا أمانع من الحديث التلقائي أمام أي جماعة قل عددها أم كثر .	
				أجد صعوبة في التعبير عن آرائي المختلفة أمام مجموعة من الحاضرات في مثل عمري .	
				يصبح صوتي خافتاً عندما أتحدث أمام الأخرىيات .	
				أشعر بأن قلقي وخوفي من التحدث أمام الأخرىيات غير منطقي .	
				أفضل الصمت أثناء تواجدي مع مجموعة من الناس الغرباء .	
				غالباً ما أجد صعوبة في مباشرة الحديث مع من لا تربطني بهن معرفة سابقة .	
				يصعب عليّ معرفة ما ينبغي قوله و التحدث به كلما وجدت في مجموعة من الغرباء .	
				لا أستطيع إبداء رأيي إذا شعرت أنني مراقبة من الأخرىيات .	
				أشعر بالسعادة عندما يطلب مني تقديم بحث أمام الأستاذات والطالبات .	
				أشعر بان عدم قدرتي على المشاركة في الأحاديث ترجع لقلقي وخوفي من مواجهة الأخرىيات	
				أشعر بان مشاركتي في النشاطات التي تتطلب مناقشات وحوارات قد تعرضني للحرج والارتباك .	
				أشعر بالقلق عندما أتحدث إلي شخص في موقع المسؤولية .	٣٩
				أعبر عن أفكاري بهدوء وطمأنينة عندما أتحدث أمام مجموعة من الناس .	٤٠

ملحق رقم (٣)

استمارة بيانات أولية عن الطالبة
المقيمة في السكن الداخلي لجامعة الملك سعود

١ - أسم الطالبة :	.....
٢ - العمر :	.....
٣ - الجنسية :	.....
٤ - الحالة الاجتماعية :	.....
٥ - التخصص :	.....
٦ - المستوى الدراسي :	.....
٧ - مكان الإقامة الدائم " المنطقة السكنية الأصلية " :	.....

ملحق رقم (٤)

نماذج من الواجبات المنزلية

نموذج رقم (١)

نموذج رقم (٨)

نموذج رصد الأفكار والمواقف المثيرة لقلق التحدث أمام الأخرى

أيام الأسبوع	المثير أو الحدث [A]	الاستجابة بفعل المثير أو الحدث [C]	الاعتقادات أو الأفكار التي ولدت القلق [B]
السبت			
الأحد			
الاثنين			
الثلاثاء			
الأربعاء			
الخميس			
الجمعة			

نموذج (٩)

نموذج رصد الأفكار والمواقف المثيرة لقلق التحدث أمام الأخرى وتصحيح الأفكار غير العقلانية

الانفعال الجديد [F]	الأفكار العقلانية البديلة [E]	دحض الأفكار غير العقلانية [D]	الاعتقادات أو الأفكار التي ولدت القلق [B]	الاستجابة بفعل المثير [C]	المثير أو الحدث [A]	أيام الأسبوع
						السبت
						الأحد
						الاثنين
						الثلاثاء
						الأربعاء
						الخميس
						الجمعة

نموذج (٩)

نموذج من استبانة الدراسة الاستطلاعية لأعضاء هيئة التدريس.

المكرمة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثة الآن ، وضمن متطلبات رسالتها للماجستير ، بأعداد رسالة بعنوان " اثر برنامج علاجي عقلائي-انفعالي-سلوكي جمعي ، في خفض قلق التحدث أمام الأخرى لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود " وبناءً عليه ، تـرجو الباحثة من سعادتكـن التكرم ، بمساعدتها في هذه الدراسة الاستطلاعية عن طريق الإجابة على الأسئلة التالية ، وفق ما تـرينه مطابق للطالبات ، من خلال تعاملكن معهن في داخل الصفوف الدراسية .

- هل يوجد لديك طالبات يعانين من قلق التحدث أمام الأخرى أثناء المناقشات الصفية ؟

.....
.....
.....

- ما هو مدى انتشار ودرجة هذا القلق وفق ملاحظتك عليهن ؟

.....
.....

- هل لديك ملاحظات أخرى حول مشكلة قلق التحدث أمام الأخرى ؟

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ولكن مني جزيل الشكر والتقدير

الباحثة

سوف نتدرب على تمارين الاسترخاء العضلي ، حتى يمكنك الشعور بالاسترخاء والطمأنينة عندما تكون منفعلاً أو قلقاً . وهذه تجربة جديدة تكتسبها ، فعلي سبيل المثال : عندما بدأت تعلم قيادة السيارة وجدت بعض الصعوبة ، وبعد ذلك وبمرور الوقت أصبحت الآن تقودها بشئ من العفوية . ومثلما يتعلم بعض الناس أن يكون مشدوداً ومتوتراً ، يمكنه أن يتعلم أن يكون عكس ذلك ، أي أن يكون قادراً على الاسترخاء والهدوء . وهكذا تستطيع أن تتعلم هذه المهارات الاسترخائية وتجيدها ، إذا أتبعت التعليمات وداومت على التمارين . حيث يطلب منك أن تؤدي هذا التمرين يومياً ولمدة ١٥ دقيقة وفقاً للشروط التالية :

- ١- أن لا يكون وقت التمرين بعد الاستيقاظ مباشرة ، ولا قبل النوم مباشرة . إلا إذا كنت تعاني من الأرق .
- ٢- أن تكون جالساً على كرسي مريح ، له ذراعان ومسد عالٍ إلى مستوى الرأس .
- ٣- أن يكون المكان هادئاً ، وخفيف الإنارة .

نموذج للتدريب على الاسترخاء العضلي بطريقة منظمة

اجلس في مكان مريح لجسمك كله بقدر استطاعتك ، اغمض عينيك ، وخذ نفساً بطيئاً وعميقاً ثم زفيراً بطيئاً . ستشعر مع كل زفير يخرج كل قلق وتوتر ، مع التركيز والانتباه لجسمك فقط (لحظة صمت) كرر ثلاث مرات . والآن تفكيرك وتركيزك على ذراعك الأيمن ، الذراع اليميني فقط ، اغلق راحة اليد اليمنى بقوة وإحكام (لحظة صمت) لاحظ عضلات يدك وذراعك تتقبض وتتوتر وتشد ، انتبه لهذا التوتر والشد .

لاحظه .. ولأن افتح يدك اليميني و أرخها وضعها في وضع مريح ، ولاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر ، وما هي عليه الآن من استرخاء (عشر ثواني صمت) والآن مره أخرى كرر ذلك : أغلق راحة يدك اليميني بإحكام وقوة ، ولاحظ التوتر والشد من جديد (٥ ثوان) . أفتح يدك وتركها في وضعها المريح ولاحظ ما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن من استرخاء (١٠ ثواني صمت) .

اتجه الآن ليديك اليسرى ، اغلق راحة يدك اليسرى بقوة وإحكام ، ولاحظ التوتر والشد في اليد اليسرى والذراع (٥ ثواني) . الآن استرخ واستمر في وضعك المريح ، و أرخ يدك اليسرى ، لاحظ الفرق بين التوتر السابق وبين الاسترخاء الحالي في الذراع اليسرى ... واستمتع بهذا الاسترخاء (١٠ ثواني) ، كرر هذا من جديد واغلق راحة يدك اليسرى

بإحكام وقوة ، ولاحظ ما هي عليه من شدة وتوتر ، أرخها ودعها في وضع مريح ، وفرد أصابعك باسترخاء ، لاحظ الاسترخاء والثقل في الذراعين وقد تشعر بتتميل فيهما ، وكلا ذراعيك الآن بدأ يسترخيان ... ويسترخيان .

الآن أثن راحة يدك إلى الخلف ، إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد . لاحظ التوتر ، والآن استرخ وعد بمعصمك إلى وضعها المريح ، ولاحظ الفرق بين التوتر والشد (١٠ ثواني) ، كرر هذا مرة أخرى ، اثن معصميك إلى الخلف ولاحظ التوتر والشد مرة أخرى ، في مقدمة الذراع وخلف راحة اليد ، ثم استرخ وأرخ معصميك وعد بهما إلى وضعهما المريح .. و ستشعر بالاسترخاء أكثر وأكثر .

والآن طبق بإحكام كفيك ، واثنهما في المقدمة تجاه الذراعين ، إلى أن تشعر بتوتر عضلات الذراعين ركز على هذا التوتر . والآن استرخ ضع ذراعيك في وضع مريح ، ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن ، من استرخاء ، (١٠ ثواني) كرر هذا مره أخرى . أقبض كفيك بإحكام واثنهما في اتجاه الكتفين محاولاً أن تلمسهما بقبضتك ، استرخ واترك ذراعيك في وضع مريح و ستشعر بالفرق بين التوتر والاسترخاء ، دع تلك العضلات على سجيبتها أكثر فأكثر (١٠ ثواني) . ننقل إلى الكتفين، ارفع كتفيك كما لو كنت تريد لمس أذنيك بكتفك ، لاحظ التوتر الذي يظهر في الكتفين وفي عضلات الرقبة ، لاحظ هذا التوتر جيداً . توقف استرخ عائداً بكتفيك إلى وضع مريح ، دع عضلاتك على سجيبتها أكثر فأكثر ، ولاحظ من جديد الفرق بين التوتر والاسترخاء .. كرر ذلك مرة أخرى .

تستطيع أيضا أن تتعلم كيف ترخي مختلف عضلات وجهك ، الآن عليك أن تجعد جبهتك إلى أن تشعر بأن عضلات الجبهة قد اشتدت . والآن استرخ واعد بعضلات الجبهة إلى وضعها المريح ، أرخها أكثر فأكثر (١٠ ثواني) كرر ذلك من جديد أرفع حاجبك ولاحظ التوتر في عضلات الجبهة ، والآن استرخ ولاحظ من جديد ، الفرق بين التوتر والاسترخاء (١٠ ثواني) . والآن اغلق عينيك بقوة وإحكام ولاحظ التوتر والشد حول العينين ، ثم أرخي تلك العضلات ، ولاحظ الفرق بين التوتر السابق والاسترخاء (١٠ ثواني) كرر ذلك من جديد ، أغلق عينيك بإحكام وقوة والتوتر يشملهما (٥ ثواني) والآن استرخ أكثر فأكثر (١٠ ثواني) .

والآن أطلب فكيك بإحكام كما لو كنت تعض على شئ لاحظ التوتر في الفكين (٥ ثواني) والآن دع فكيك في حالة استرخاء ودع شفطيك منفرجتين قليلاً ، ولاحظ الفرق بين التوتر والشد السابق والاسترخاء الحالي . (١٠ ثواني) وكرر ذلك مرة أخرى .

والآن نتجه إلى الرقبة ، اثن رأسك على الخلف ، إلى أن تشعر بتوتر في خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر ، لاحظ التوتر جيداً ، عد برأسك إلى وضعه السابق المريح ، ولا حظ مرة أخرى الفرق بين التوتر السابق والاسترخاء الخالي (١٠ ثواني) والآن اثن رأسك إلى الأمام ، كما لو كنت ستدفن ذقنك في صدرك ، لاحظ التوتر الذي يحدث في الرقبة ، و الآن أسترخ ، واستمتع بهذا الاسترخاء (١٠ ثواني)

والآن إلى الظهر ، قوس ظهرك حتى تشعر بالتوتر والشد في الظهر ، والآن استرخ وعد بجسمك إلى وضعه المريح . ولاحظ الفرق بينه وبين الشد السابق ، استمر على هذا الشد لمدة (٥ ثواني) والآن استرخ واترك كل شيء على سجيته (١٠ ثواني) .

والآن خذ نفساً عميقاً و أكتمه ولاحظ التوتر في الصدر، والآن ازفر الهواء وتنفس بطريقة عادية ، ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في الصدر والاسترخاء الحالي (١٠ ثواني) كرر خذ نفساً عميقاً و أكتمه ولاحظ التوتر ، والآن ازفر وتنفس بطريقة عادية واستمتع بهذا الاسترخاء .

والآن شد عضلات البطن ، شدها إلى الداخل ، ولاحظ هذا التوتر جيداً ، واسترخ (١٠ ثواني) كرر ذلك مره أخرى ، شد عضلات البطن ، ولاحظ التوتر مره أخرى والآن استرخ ، واترك نفسك على سجيتها مسترخياً أكثر فأكثر .

والآن الصق ركبتيك وابعد الساقين بقدر المستطاع ، حتى تلاحظ الشد في منطقة الفخذين والساقين ، (٥ ثواني) . والآن استرخ ودع ساقيك يسترخيان ، ولاحظ الفرق من جديد بين الشد السابق للفخذين والساقين ، وما هي عليه الآن من وضع مريح ، واسترخ (١٠ ثواني) أعد هذا من جديد ، الصق ركبتيك وابعد ساقيك بقدر ما تستطيع ، حتى تحس بتوتر وشد في الفخذين (٥ ثواني) . والآن استرخ وساعد نفسك على الاسترخاء أكثر فأكثر .

والآن إلى عضلات الساقين مَدّ رجلتك إلى الأمام واثن عضلات الساق ، والآن استرخ واتركها في وضع مريح ، ولاحظ من جديد الفرق بين التوتر والشد (١٠ ثواني) كرر هذا

مرة أخرى مع ثني القدمين إلى الأمام ، ولاحظ التوتر مرة أخرى ، والآن استرخ واترك عضلاتك في وضع مريح .. مسترخياً بكل عضلاتك .

والآن كل أعضاء جسمك الرئيسية مسترخية تقريباً ، وأنت لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء ، وتلاحظ أنك تشد وتوتر عضلات أعضائك و بنفس القدر تستطيع أن تسترخي بجسمك كله . و إذا لم تكن بعض أعضائك مسترخية فحاول أن ترخيها .

راجع معي مرة أخرى ، من أسفل إلى أعلى ، عضلات القدمين والساقين مسترخية تماماً ، أرخ عضلات الفخذين والركبتين ، عضلات البطن مسترخية تماماً ، أعلى الظهر والرقبة والكتفين مسترخية و ستشعر بهذا الاسترخاء ، الصدر مسترخي و تتنفس بهدوء وانتظام .. جبهتك مسترخية .. واجعل الاسترخاء ينساب إلى فروة الرأس وإلى سائر أجزاء الوجه ، أنت الآن ، في وضع مريح ومسترخ ، وسأعد من واحد إلى عشرة . وفي كل مرة أعد استرخ أعمق فأعمق ... ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٥ ، ٦ ، ٧ ، ٨ ، ٩ ، ١٠ . والآن وبعد أن أخذت قسطاً من الاسترخاء والراحة ساعد من ١-٥ وبعدها ستفتح عينيك وستشعر بنشاط وحيوية ، ٥ ، ٤ ، ٣ ، ٢ ، ١ ، أنت الآن في كامل يقظتك ونشاطك (الحجار ، ١٩٩٠ ؛ إبراهيم ١٩٩٤) .