

د. شعبان امحمد فضل

العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات



الدار الجامعية
للنشر والتوزيع والطباعة
غريان - ليبيا

2008

حقوق النشر والطبع محفوظة
العلاج المعرفي السلوكي
" الاستراتيجيات والتقنيات "

د. شعبان امحمد فضل بشر

الطبعة الأولى

2008

رقم الإيداع بدار الكتب الوطنية بنغازي: 204-2008

الترقيم الدولي: ردمك 9-028-9959-978-978-9959-028-9 ISBN

الوكالة الليبية للترقيم الدولي الموحد للكتب

دار الكتب الوطنية

بنغازي - ليبيا

هاتف: 9097074-9096379-9090509

فاكس: 9097073

البريد الإلكتروني: [nat lib libya@hotmail.com](mailto:nat_lib_libya@hotmail.com)

الناشر

الدار الجامعية للنشر والتوزيع والطباعة

غريان - ليبيا



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الإهداء

إلى روح والدي الطاهرة ،،،

التي غادرت قبل أن يخرج هذا العمل إلى النور



يعتبر الهدف الرئيس للسلوك الإنساني محاولة لإشباع الدوافع والحاجات، واستجابة للمثيرات والاتجاهات والميول، وتمثل نظرية الذهن الخريطة التي يسير ضمنها الإنسان ويفسر الأحداث ويستجيب لها ضمن تفاصيلها. فالإدراك يعتبر أهم عملية عقلية لدى الإنسان، حيث يستقبل الفرد مجموعة من المثيرات الحسية - السمعية والبصرية والشمية والذوقية واللمسية- ويقوم بمعالجتها معرفيا بسرعة فائقة تتجاوز ملايين المرات كفاءة احدث جهاز كمبيوتر عبر عملية معقدة ، والذاكرة بمستوياتها المختلفة تساهم بشكل فعال في انجاز مهمة توافق تلك العمليات ، وارقى عملية عقلية لدى الإنسان التفكير ، الذي يمارس استبصار فائقا لحل مشكلات الإنسان الإدراكية.

يمثل الخلل المعرفي في عملية الفكر انعكاسا لنظرية ذهن مرتبكة مركبة من واقع افتراضي، يجعل الفرد يختبر العديد من المشكلات تبدأ من الشعور اللحظي بالإرباك إلى حالة الخلل الكلي والعجز عن أبسط تفاصيل الحياة اليومية.

يمتد المرض النفسي من مشكلات السلوك إلى الاضطرابات العقلية، فانفعالات الذات الشعورية المؤقتة تظهر لتهدى من حالة القلق التي يعانيتها الكائن البشري في صراعه مع تعقيدات حياته المتزايدة.

اللغة وعاء للفكر، والفكر يرمز الواقع إلى صور ذهنية نادرا ما يتفق الأفراد في وصفها، حيث أذكر في احد محاضراتي بالجامعة أنني طلبت من الطلاب التعبير بكلمات مختصرة عن ما يشاهدونه عبر النافذة من داخل قاعة الدرس، فكانت تعبيراتهم متباينة بالرغم من حدوث

عملية المشاهدة لنفس المنظر، وكنت في تلك المحاضرة أناقش معهم نظرية الذهن ، ووجود أشكال مختلفة للواقع تجعلنا نشعر مشاعر مختلفة.

وعلى الرغم من حالة الخلاف في الوصف إلا أننا نستطيع تحديد تلك الاستجابات ضمن دائرة السواء أو السلوك العادي، ومن ناحية أخرى نصنف نوعية أخرى من الاستجابات على أنها مرضية أو لا توافقية.

يحاول هذا الكتاب عرض نموذج من نماذج العلاج النفسي التي أثبتت نجاحها ضمن علم النفس المعاصر، حيث تناول الفصل الأول ضمن الباب الأول لهذا الكتاب الجذور الفلسفية والعلمية للنظرية المعرفية في علم النفس ، التي أسست العلاج المعرفي السلوكي ، والمبدعين الأوائل المؤسسين لهذا النوع من العلاج، أما الفصل الثاني فقد تناول بعض المفاهيم الخاصة بعملية التشخيص والدليل الخاص بتصنيف الاضطرابات النفسية بشكل غير مفصل، بينما تناول الباب الثاني ضمن خمسة فصول تطبيق العلاج المعرفي السلوكي لقلق الاداء الاجتماعي والاداء تحت الملاحظة ، وتناول الكاتب في هذا الباب النموذج العلاجي الذي قام ببنائه ، والذي يأمل ان تتاح له الفرصة لكي يتم اختبار هذا النموذج على مختلف الاضطرابات النفسية الاخرى، ويعتبر هذا الكتاب مساهمة متواضعة قد تفيد طلاب الجامعة والدراسات العليا والمتخصصين في مجال العلاج النفسي.

ويعتبر المجتمع الليبي في امس الحاجة الى المتخصصين في هذا المجال، حيث التعقيدات المستمرة في الحياة تتطلب وجود المعالج والمرشد النفسي الذي يساعد الافراد على تجاوز احباطات الحياة المتكررة.

نامل أن يكون هذا الكتاب مساهمة جادة في مجال علم النفس الإكلينيكي ، وأن تتم عملية

النقد العلمي له حتى نسير في عملية البحث والتطوير والتحديث.

متذكرين كل التائهيين في غياهب المرض العقلي، ليس بعين الشفقة ولكن بالإصرار على

مصارعة هذا المرض والتغلب عليه.

الباب الأول
تطور العلاج المعرفي السلوكي
وتشخيص المرض النفسي

الفصل الأول

العلاج المعرفي الأساس
والتطبيقات

تشكلت أسس العلاج المعرفي السلوكي منذ أيام الإغريق القدماء، وكانت نظرية أفلاطون المثالية تركز على فكرة أن الحقيقة تتحدد من خلال الإدراك ويتمثل ذلك في القصة المعروفة " أسطورة الكهف، كهف أفلاطون". يصف سقراط مجموعة من الناس مكبلين بسلاسل مواجهين للحائط وينظرون إلي ضلال تتراقص حول الحائط المقابل لهم . لم يعرف الأفراد المكبلين أن هذه الظلال لا تعدو أن تكون إلا ضلال لأفراد يتراقصون أمام شمعة عند مدخل الكهف. وبالنسبة لهؤلاء الأفراد الظلال هي الحقيقة، وفي احد الأيام استطاع أحد الأفراد المكبلين النظر خلفه وعرف أن الصورة التي يراها أمامه هي مجموعة من الظلال، ومن ذلك الوقت حقيقة الظلال لم تعد موجودة.

الحقيقة الآن تُعرف على أنها ضرورة النظر خارج الكهف، وربما نستطيع القول أن العلاج المعرفي السلوكي هو محاولة فك المريض من القيد وإخراجه من الكهف. كانت فلسفة أفلاطون بحثًا عن الصيغ أو الطبيعة المثالية أما أرسطو فقد تحدث عن الهندسة والحب والعدالة أو البناء السياسي. الأفلاطونية أمنت أن الأشكال المثالية قد وجدت في ذهن الإنسان ولا يحتاج إلا إلى تذكرها واستجلابها من عالم المثل عن طريق التعلم ، وأسلوب إخراجها من العقل يتم عن طريق الجدل . وقد حاول سقراط إقامة الدليل على تلك الفكرة من خلال محاوراته التي تمثلت في سلسلة أسئلة حول الهندسة على لسان شخص أُمي ، ومن خلال الأسئلة تركز حوار سقراط على أن الهندسة في ذهن ذلك الرجل كانت موجودة بشكل فطري ولا استخراجها احتاج إلى التساؤلات.

وعند مراجعة التراث البحثي الذي تعرض لتتبع التطور التاريخي لنظرية المعرفة التي أنتجت ما يسمى النظرية المعرفية في علم النفس المعاصر سواء كان في مجال النظرية أو الإرشاد أو علم النفس العلاجي يلاحظ الباحث من خلال المصادر التي اطلع عليها سواء كانت باللغة العربية أو الإنجليزية أن الدارسين يشيرون إلى النظرة المثالية للمعرفة عند أفلاطون وعند أرسطو قافزين على مرحلة الانحطاط في العصور المظلمة الأوروبية ومتجاهلين تماما مرحلة التطور العلمي في نظرية المعرفة لدي الفلاسفة والمفكرين المسلمين و بصماتهم الواضحة في ترجمة ونقل التراث اليوناني الفلسفي وحيث أننا هنا لسنا بصدد الحديث عن الاستشراق أو الاستغراب فان الباحث سيكتفي بإعادة الربط المنطقي والتسلسل التاريخي الفلسفي السريع دون

الفقر على المرحلة الفكرية الإسلامية للتطور في نظرية المعرفة التي تعتبر الأساس التاريخي الفلسفي للنظرية المعرفية في علم النفس . ويمكن تلخيص نظرية المعرفة المثالية في الفكر اليوناني في أن الأفراد يزودن بالمعرفة المبدئية في الذهن ولا يحتاجوا إلا إلى إعادة تذكرها من خلال طرح الأسئلة . أما فيما يتعلق بنظرية المعرفة في الفكر الإسلامي فأنها استندت على النص القرآني الذي أشار إلى أهمية المعرفة في حياة الإنسان وكيف أن إدراكنا للواقع الاجتماعي يتأثر بالعديد من العوامل مثل المكان والزمان والأخطاء المعرفية المتوارثة ومن أبرز الفلاسفة المسلمين الذين كان لهم الإسهام في نظرية المعرفة المفكر والفيلسوف ابن رشد الذي قدم شروحات ودراسات نقدية حول فكر أفلاطون وأرسطو كان لها الأثر الكبير في تأسيس ما يسمى بنظرية المعرفة الحديثة، وفي هذا الصدد يشير محمد عابد الجابري إلى أن الشارح الأول (ابن رشد) كان له دوراً في التأسيس الابستمولوجي للسياسة حيث يشير " وإذا شئنا قلنا إن علم الأخلاق هو الذي يؤسس علم السياسة فما الذي يؤسس علم الأخلاق نفسه ؟ الجواب علم النفس ، ذلك لأن موضوع علم الأخلاق هو الملكات والأفعال الإرادية والعادات جملة " (محمد : 2001 ، 242) . وفي هذا الاقتباس النصي من كتاب عابد الجابري يتبين أن الجابري يقوم بشرح طريقة ابن رشد في نقد ودراسة العلوم من خلال وجهة النظر الأفلاطونية ومن ثم يقوم بتأسيس معرفي يحاول من خلاله تصحيح المغالطات التي كانت تستشري في عهده ، ويضيف الجابري أن هذا المخطوط النقدي التأسيسي الذي تحدث عن ابستمولوجيا السياسة ودراسة علم النفس هو مخطوط لا توجد له نسخة باللغة العربية وإنما نسخة واحدة باللغة العبرية تم ترجمتها في العقود القليلة الماضية إلى أحد اللغات الحية اللغة الإنجليزية . و حتى لا نسهب في موضوع ابستمولوجي فلسفي للتأسيس المنهجي يمكن القول أن إسهامات ابن رشد في ترجمة التراث اليوناني وممارسة النقد على ذلك التراث كان لها الأثر الكبير في التراكم المعرفي الذي أسس ما يسمى " عصر النهضة الأوروبية" ونسب كل الإنجازات الفكرية إلى العقل الأوربي من زاوية ممارسة القطيعة مع الفترة الزمنية الفاصلة بين الفكر اليوناني العقلاني و الفكر المعاصر والتي تتمثل في الفكر الأوربي الواسطي (العصور الواسطي) مع الإصرار على تطبيق نفس القاعدة على الفكر العربي الإسلامي الذي كان يمارس التأسيس الذي ربما نستطيع وصفه بلاوعي النهضة الحديثة ، حيث يشير شاهر أحمد نصر في محاضرة له تحت عنوان ابن رشد فرصة العرب الضائعة " لا شك في أن

نكبة ابن رشد، بين أهله العرب المسلمين، نجمت عن تراكم أسباب كثيرة ومختلفة، منها الذاتي ومنها الموضوعي الناجم عن خوضه في أعماق جديدة ومختلفة من بحر الوعي والعقل في مجالات العلم والفلسفة في مستويات ليست مألوفة، وتأتي بثمار تهدد مصالح المقتاتين على ما تعطيه الشيطان الهائلة للحكام والعامّة من صدقات.. " و من المغالطات الفكرية التي تم اعتمادها حتى من العديد من المفكرين العرب والمسلمين المعاصرين اعتماد مصطلح خروج الإنسان من التاريخ كمرحلة فلسفية تعبر عن العصور الوسطى الأوربية والإسلامية باعتبار أن الفكر الإسلامي فكرا لاهوتيا نقليا يتطابق مع الفكر الأوسطي . وحيث أن هذا البحث لا يزمع ممارسة الدراسة الفلسفية لنظرية المعرفة أو المنهج العلمي فيمكن تلخيص القول إلى أن المرحلة الفكرية الإسلامية كان لها بصمتها الخاصة في تأسيس نظرية للمعرفة ربما يمكن اعتبارها من الأسس الصلبة التي اعتمد عليها علم النفس المعرفي المعاصر .

وفيما يتعلق بالفلسفة الغربية فان فكرة تحديد الحقيقة من خلال المعرفة لها تاريخ طويل حيث انطلقت فلسفة العقل للفيلسوف الألماني **كانط (1782-1888)** من خلال رؤية مفادها أن الحقيقة ليست معروفة بشكل تلقائي ولكن يجب معرفتها من خلال مقولات التفكير التي يعتبر بعض منها مبدئي أو سابق للخبرة ، وكمثال على ذلك مقولة الكم و الكثافة والسبب والنتيجة ، ومن خلال كانت كل المعارف أستمدت من المقولات والتي يطلق عليها علم النفسي المعرفي المعاصر المخططات.

الحقيقة ليست معروفة بشكل تلقائي ونحن لا نمتلك بشكل مبدئي إلا المخططات المعرفية للوصول إليها. وفي تقديم لكانط رفض التجريبيون فكرة كانط بالمقولات المبدئية و ناقشوا مسألة أن فهم الحقيقة يتم من خلال ترابطات الأحداث ، وكمثال على ذلك إذا رأينا حدثين في وقت واحد ربما نعتقد بشكل صحيح أو خاطئ أن أحدهما سبب للآخر ، والذي قد يحدث لمريض القلق الاجتماعي الذي تتصاحب لديه أعراض القلق مع رؤية الناس ويعتقد أن قلقه بسبب الآخرين وليس بسبب معتقده الخاطئ.

التجريبيون **Empiricists** مثل **هيوم (Hume)** و **بينثام (Bentham)** كانوا أكثر اهتماما باختبار عوامل المركبات والتعلم مثل أهمية الثواب والعقاب وكانوا أقل اهتماما بفهم المقولات المبدئية ، وتمثلت أهمية التجريبية من خلال تغير التركيز على معرفة المقولات العامة مثل أطروحات أفلاطون وكانط والتركيز على اختبار الكيفية التي تحدث من خلالها المركبات في العالم الحقيقي أو الواقعي وكيف يحفز بعضها الآخر أو تبين أحد العوامل كسبب للآخر .

منذ أن شدد التجريبيون على أن المعرفة إلى حد ما تستند على الخبرة بشكل اعتباطي و جادلوا حول المقولات العامة أصبحت المعرفة تعرف بدقة على أنها وجهة نظر شخصية أي أن المعرفة أصبحت الواقعية مثلما أصبحت القواعد الأخلاقية شيء واقعي أو متعارف عليه. يستند العلاج المعرفي السلوكي على نموذج مفاده أن المعرفة والإدراك ربما عادة ما تستند على المركبات الاعتباطية للأحداث والقواعد الأخلاقية قد تكون مركبات شخصية بدل من كونها أفكار عالمية أو عامة .

يشير **جورج كيلي (George Kelly,1955)** في أعماله المبكرة حول العلاج المعرفي

- خلال قوله " تلك هي أسلوبك في وضع ترابطات الواقع- إلى انه يجب التركيز على كيف نختبر العالم بدلا من التركيز على المقولات المبدئية العامة ، وقد ساهمت تلك الرؤى في

ظهور نظريات المعرفة الظاهرانية **Phenomenological theories of knowledge**

لهوسرل (Husserl,1960) ، الظاهراتيون أقل اهتماما بماهية الحقيقة وأكثر اهتماما بكيفية اختبارها .

نشأ العلاج المعرفي من هذه التقاليد العلمية ، وبالرغم من تركيز المعالج على مساعدة المريض على اختبار بنيته المعرفية للأحداث مقابل الواقع أو الحقيقة إلا انه يقوم بتركيز هام على النظرية المعرفية وعلى الخبرات الموضوعية للمريض .

تعتبر التقاليد الفلسفية لاختبار كيفية ظهور المركبات الفردية للوقائع واختبارها بشكل موضوعي الأساس الابدستي الذي يقف وراء العلاج المعرفي. ومن هنا يمكن القول أن النظرية المعرفية في علم النفس هي نتاج المركبات لدي التجريبيون البريطانيون و الذاتانية لدي الظاهراتيون ، والتي يدمجها ليهي (Leahy,1996) مع بعضها البعض ويطلق عليها البنائية الدينامكية (Dynamic structuralism) ، وتتلخص في كونها إعادة البناء المعرفي لبني الخبرات (المخططات Schemas) والتي عادة ما يتم تعديلها من قبل الفرد بشكل متواصل عند التعامل مع الواقع. وفي حالة العلاج النفسي المعرفي يقوم المعالج بمساعدة المريض بإعادة تنظيم المركبات ضمن خبراته الذاتية .

التطور ضمن علم النفس السريري :

تركز العمل في مجال علم النفس السريري قبل سبعينيات القرن العشرين ضمن علم النفس التحليلي نظرية التعلم ، وكانت الثورة المعرفية لا تزال خلف الأبواب وراء علم النفس السائد في ذلك الوقت. كان التركيز على وظائف الأنا Ego كبير جدا وذلك ردا على نظرية المثير .

بين هاينز هارتمان (Heinz Hartman,1939-1958) أن الأنا عامل قبلي تكيفي Pre Adaptive أي أن معرفة ومعالجة الأنا للوقائع يعتبر عامل أولي ومستقل عن المثير ، وأشار روي ستشفير (Roy Schafer) في عمله ضمن ما يسميه النماذج العصابية (Neurotic styles) أن سمات الشخصية المختلفة تختبر الوقائع أو الحقيقة بشكل مختلف عن بعضها البعض ، وكان تركيزه ضمن كتاباته يصف ذاتانية الأشكال المختلفة للتفكير 1 .

¹ The phenomenology of the different styles of thinking.

وبشكل مشابه وصف هورني (Horney,1945-1950) و سولفان (Sullivan, 1953) وظائف أنا المريض من خلال حذف نموذج فرويد المبدئي الذي يسميه الطاقة النفسية ، والذي أثر لاحقاً في تفكير بيك (Beck) .

وقد قام جورج كيلي (George Kelly,1955) في كتابه علم نفس المركبات الشخصية **Psychology of personal constructs** باقتراح نظرية في مجال علم النفس المرضي **Psychopathology** ارتبطت بالمعالجة المعرفية للمعلومات ، حيث بين أن القلق والاكتئاب والغضب و جنون العظمة هي نتاج ترابطات الفرد الذاتية للوقائع ، ومصطلح كيلي المركبات هو ما يسمى في علم النفس المعاصر **المخططات (Schemas)** .

اقترح كيلي نموذجاً لفهم المركبات الفردية مفاده أن الأفراد لديهم مخططات ثنائية القطب موهلة في الشخصية² مثل فرد ما ينظم معتقداته من خلال قطب قوة **(Strong)** ولكنه يعتقد أن عكس قوة هو نسوي **(Feminine)** وشخص آخر يعتقد أن عكس قوة هو عجز **(Helpless)** .

كما بين كيلي أن الأفراد يختلفون في محتوى المركبات و درجة ثقافتهم بها ومدى درجة تشابه المعلومات المكونة للمركبات ، كما يختلفون في درجة التعقيد لمركباتهم الشخصية ، وقد قدم كيلي فكرة المركبات البديلة³ والتي يقترح فيها أن الأفراد يختلفوا في قدرتهم على إنتاج البدائل أو الخيارات ، وبعد ذلك أصبحت المركبات البديلة ضمن التدخلات المهمة لنظرية بيك المعرفية (Beck,1979) وذلك للتغلب على اليأس، وبالتحديد مساعدة المريض اليأس لإنتاج مركبات بديلة لمشاكله وربطه بالحدث الممكن القيام به.

كان تأثير عمل كيلي أكبر على علم النفس البريطاني منه على علم النفس الأمريكي وذلك بسبب هيمنة وجهة النظر السريرية التحليلية ونظرية روجرز (Rogers) على علم النفس الأمريكي و التي أظهرت أن هذا النموذج مفرط العقلانية ولم يركز بشكل ملائم على الدافعية والعمليات اللاشعورية.

² .Idiosyncratic
³ constructive alternativism

كما طور ألبرت الـيس (Albert Ellis ,1960) نموذج العلاج العقلاني الانفعالي Rational emotive therapy والذي كان العامل الرئيس في عمل بيك (Beck) لاحقا والثورة المعرفية بشكل عام .

كان الـيس في البداية محلل نفسي وأسس علاج الجنس والزواج والذي يستند على فكرة مفادها أن الاضطراب نتاج التشوه غير العقلاني مثل التأكيد غير المنطقي " أنا يجب أن أكون مرغوب من كل الناس" والتضخيم مثل " إن فشلي يعتبر شيء بغيض بشكل هائل " .

ألف أليس (Ellis) العديد من الكتب في الزواج والجنس و إساءة المعاملة الحقيقية و المماثلة والعديد من الكتب الأخرى في مجال الاهتمام الشعبي أو المتخصصين (Ellis, 1962;1971;1973;1985;Ellis&Grieger, 1977).

وبالرغم من أن جميع المعالجين المعرفيين مدنيين لمساهمات أليس في مجال النظرية المعرفية إلا أنه لم يكن ذا أثر كبير في مجال التدريب و البحوث والعلاج النفسي مثل مساهمات وأعمال بيك (Beck) والذي يمكن أن يكون بسبب العوامل التالية :

عدم مساهمة أليس (Ellis) في أي من النشاطات الأكاديمية أو الطبية وبذلك لم يكن له أثر واضح على الآخرين.

يعتبر النموذج الذي قدمه أليس (Ellis) نموذجا عاما ويبدو أنه اختصر كل الأمراض النفسية إلى بعض التشوهات المعرفية واللازمات ، وبالمقارنة نجد أن نموذج بيك (Beck) مكننا من النظر إلى التشوهات المعرفية بشكل محدد والمخططات (Schemas) لكل مستوي من مستويات التشخيص ، والذي يعتبر عاملا هاما لأي نظرية في مجال الأمراض النفسية.

أعمال أليس (Ellis) نادرا ما كانت مؤثرة في الكم الكبير من البحوث والدراسات في مجال علم النفس المعرفي والاجتماعي ، بينما يعتبر نموذج بيك (Beck) متسقا وعادة ما تؤسس منه البحوث والنظرية المعاصرة في مجال علم النفس.

يعتبر نموذج بيك (Beck) أكثر شمولاً ومن ثم فإن النظرية والبحوث المستندة عليه أكثر تناسقاً من أي نموذج آخر ومن ضمنه نموذج أليس .

وبالرغم من المقارنة المشار إليها سابقاً لا يمكن بأي حال من الأحوال إنكار مشاركة أليس النوعية والكمية في مجال العلاج المعرفي.

العلاج المعرفي السلوكي البنية والتطور:

كانت مرحلة السبعينيات من القرن العشرين ثورة حقيقية في مجال علم النفس المعرفي ، حيث ازداد الاهتمام بدراسة كيفية المعالجة المعرفية لدى الأفراد وتأثير المستويات والانتباه والذاكرة في مجال علم النفس النمو ، ومن الرواد في المجال نظرية جان بياجيه (Piaget) في النمو النفسي .

تحصلت نظرية بياجيه في مجال البناء المعرفي للطفل على اهتمام كبير لدى الناس بشكل عام والمهتمين بشكل خاص في مجال علم النفس بالرغم من أن أثرها كان واضحاً في علم النفس الأوربي منذ ثلاثينيات القرن العشرين .

أكد جان بياجيه (1954; 1965; 1970; Furth, 1969) أنه من الأهمية بمكان معرفة ووصف المراحل النوعية للتفكير بدل التعرف على الأخطاء البسيطة في التفكير. تأثر جان بياجيه Piaget بنموذج الفيلسوف الألماني ايمانويل كانط Kant حول فطرية مستويات التفكير ، وتمثل مستوي التأثير في أن جان بياجيه Piaget حاول تبين أن كانط Kant كان خاطئاً عندما افترض وجود مستويات فطرية للفكر ، حيث وضح أن مستويات الفكر مثل مقدار الأرقام والحجم والمساحة تنمو ضمن مراحل نوعية. قام بياجيه بدراسة الأطفال من مختلف الأعمار من حيث الأفكار الموهلة في الشخصية 4 وفي نفس الإطار قام بيك (Beck, 1976;1978;1990) وضع مخططاً للأفكار الموهلة في الشخصية لدى الناس المكتئبين والقلقين والغاضبين ، ويتبين من خلال ذلك أن كلا العالمين لديهم نظريات بنوية

متقدمة والتي تركز على البناء المنظم لمنطقية التفكير بدلا من التفكير الفردي- المريض لدي بيك والطفل لدي بياجيه- الخاطيء.

وهكذا نجد أن نمو التفكير "growth of thinking" تم وصفه من خلال البنويين ضمن أنواع النظريات المختلفة التي يمتلكها الأفراد بدل من التعبير ببساطة عن اقتباسهم للمعلومات التي تم تخزينها في الذاكرة كنسخ للحقيقة أي أن الأفراد على مستوى الفكر لا يقومون بنسخ الحقيقة أو الواقع بشكل مجرد ولكن يقومون بذلك على شكل مركبات شخصي.

يعتبر التركيز على بنية التفكير بدل تبسيط محتوى المعلومات يعس العمل الذي تم في مجال مستويات الإدراك ، وعلى سبيل المثال دراسات الإدراك الخاصة بالمواليد والدراسات الخاصة بالمعرفة ضمن الثقافات المختلفة برهنت أن الإدراك المبكر للمواليد يكون ضمن مستوى يختلف نوعيا عن المستوى اللاحق ، أي أن المواليد يتعاملون مع مثير إدراكي على انه من المستوى حتى ولو كان المثير السمعي أو البصري بين تنوع كبير ، ومن ذلك تصنيف اللون ضمن مجموعة محددة ومعاملة الأفراد ضمن تصنيف واحد حتى ولو كان الطول الموجي مختلف.

تركزت البحوث في مرحلة السبعينيات و الثمانينات على أن التصنيف يعتبر موجود بشكل مطلق ، حيث بينت الدراسات الأساسية والعبر ثقافية على صحة فرضية مستويات التفكير وأثرها المحتمل على المعرفة والتذكر.

وقد بين العمل الخاص بمستويات التفكير التناقض في نماذج نظرية التعلم البسيط الخاصة بالترافق⁵ والتي أوضحت أن كل المثيرات مترامنة بشكل متساوي، ومن هنا بدأت فكرت مستويات وتصنيفات التفكير تأخذ مكان نظرية التزامن البسيط بين المثير والاستجابة.

يعتبر مفهوم تحديد الذاكرة من خلال مستويات التفكير قد وجد طريقه ضمن علم النفس الاجتماعي في الأعمال الخاصة بعملية المخططات (Schematic processing)، ويعتبر التركيز على أولوية المخططات من العوامل المهمة التي ساعدت على تطوير النظرية الخاصة بعلم اللغة ، حيث كان نقد تشومسكي (Chomsky) للسلوك اللفظي عند سكينر (Skinner)

⁵.Associationism

متركزا حول عدم جدوى نموذج التعلم البسيط للغة . بين تشومسكي (Chomsky)(1968) أن اللغة معقدة بدرجة لا يمكن شرح كيفية تعلمها من خلال نموذج مبسط وعمومي مثل نموذج التعزيز ، أي ان اللغة معقدة بشكل يجعل الإنسان البالغ المحترف في اللغة غير قادر على كتابة القواعد الشاملة لاقتباس اللغة.

أفترح تشومسكي (Chomsky) في كتابه مظاهر نظرية بناء الجملة **Aspects of a theory of Syntax** وكتابه **اللغة والذهن Language and mind** أن كل المواليد البشريين قد زودوا بقدرة على تعلم اللغة والتي أرجعها علماء النفس إلى القدرة على اقتباس اللغة **(LAD) language acquisition device**. تعتبر القدرة على اقتباس اللغة مشابهة لنظرية المتل عن أفلاطون والمستويات المبدئية للمعرفة عند **كانط "synthetic a priori"** (**innate categories of knowledge**)، ومن ثم يمكن القول أن الإنسان يولد بنظرية حول شكل اللغة ، أي أن الإنسان كائن متعلم للغة ، و بناء على تشومسكي اقتباس اللغة عند الإنسان للغة ليس اعتباطيا ولكنه مقيد بالبناء المعرفي الإنساني ، ومن هنا يمكن القول أن تشومسكي هو عالم علم النفس اللغوي البنيوي خلال مرحلة السبعينيات.

علم النفس الاجتماعي المعرفي:

أصبح علم النفس الاجتماعي في مرحلة السبعينات علم النفس الاجتماعي المعرفي ، كان الباحثين مهتمين بالعمليات المعرفية التي تضمنت الانطباع **impression** و البنية **formation** و صناعة القرار **decision-making** و إدراك الذات **self-perception** والدافعية **motivation** والذاكرة **memory**. نموذج معالجة المعلومات أصبح مألوف لوصف على سبيل المثال كيف يحدد الناس أهمية المعلومات الخاصة ببنية الانطباعات حول الآخرين، والذي بدوره ارتبط بتطوير نظرية بيك المعرفية حول معالجة المخططات في الذاكرة والبحث في مجال نظرية العزو.

استندت النماذج الأولية لدراسة الذاكرة على فكرة أن الذاكرة تعتبر نسخة من الواقع واضمحلال الذاكرة يتحدد بعوامل مثل التكرار المبدئي أو انقضاء الوقت، وفي نفس المجال اقترحت نماذج مخططات الذاكرة أن أشكال المستويات أو المخططات تقود الانتباه والذاكرة ، وعلى سبيل المثال منحت عينة من مجموعتين معلومات حول الشخص الذين سيقرون حوله كان انبساطي **Extroverted** وانطوائي **introverted** ، ومن ثم المجموعتين اللتين قرأتا نفس القطعة طلب منهم إعادة تذكر ما تم قراءته ، وبالنتيجة المجموعة التي أعطيت معلومات حول انبساطية الشخص كانت معلوماتها المتذكرة متناغمة مع العزو الذي تم قبل عملية القراءة وبالمثل المجموعة الثانية . أي أن تماسك المخططات هو بالنتيجة العامل الرئيسي في نوع عملية التذكر وكيفية تذكر واسترجاع المعلومات من حيث الكيف والكم المرتبط بالمخططات المعرفية.

تم القيام بالعديد من الدراسات منذ أن تم الإشارة إلى أن المخططات لها تأثير دراماتيكي على الذاكرة (Loftus,1980;Loftus & Ketcham ,1995) ، وعلى سبيل المثال مجموعة من الأفراد تم إخبارها أنها قد ضاعت في احد المجمعات التجارية عندما كانوا صغاراً أثرت بشكل على عملية تذكر تلك الحوادث ، وفي هذا الصدد ناقشت لوفتوس **Loftus** أن بحثها القي مجموعة من الشكوك حول ظاهرة كبت الذاكرة **Repressed memory** **phenomena** من حيث كونها الأساس لعملية الاستغلال أو إساءة المعاملة **Early - abuse** في المرحلة المبكرة من العمر ، ويعتبر سير الدراسات في هذا المجال محتوي مهم للبحث والأساس النظري للنظرية المعرفية، ويقيم الدليل على أثر المخططات على الذاكرة.

وعندما نقوم بمناقشة نظرية بيبك المعرفية سوف نري مدي أهمية المخططات وأثرها المباشر على التكوين والحفاظ على الاكتئاب والقلق.

تعتبر نظرية العزو Attribution theory لهايدر (Fritz Heider 1958) الرائد لعلم النفس الاجتماعي المعرفي المعاصر، حيث أطلق ما يسمى علم النفس الساذج أو البسيط "naïve psychology"، ومثل على ذلك بقوله كيف يبسط السلوك من خلال من خلال المفاهيم العلم نفسية مثل الهدف أو النية Intention والدافع Motivation وكيفية شرح الأفراد للسلوك. كان لعمل هايدر الأثر الكبير في نظرية العزو، التي كانت تركز اهتماماتها حول كيفية استخدام المعلومات من قبل الأفراد للتعبير عن الانطباعات و خيبات الأمل والنية وقدراتهم (Jones & Davis, 1965; Kelley, 1967 ; Weiner, 1974).

يعتبر مكعب العزو "attribution cube" لواينر Weiner من الإسهامات المهمة في مجال النظرية المعرفية، حيث يبين أن عملية عزو النجاح في الواجبات والمهمات ربما ترجع إلى أسباب داخلية كالقدرة والجهد (Internal attribution , ability and effort) أو إلى أسباب خارجية كصعوبة المهمة أو الواجب أو الحظ (external attribution , task difficulty and luck) ومن ناحية أخرى عملية العزو ترجع إلى عوامل داخلية خارجية غير قابلة كالقدرة وصعوبة المهمة وعوامل داخلية خارجية قابلة للتحكم كالجهد والحظ.

نموذج واينر الثلاثي للعزو :

كان لنموذج (واينر، 1979) الثلاثي للعزو الأثر الكبير في دراسة الدافعية وإدراك الدافعية، ويشمل النموذج الثلاثي لواينر النقاط التالية :

مركز السببية (Locus of causality) ويشير هذا البعد إلى الطبيعة الداخلية والخارجية لعملية العزو (أي الأسباب)، فالقدرة والجهد أسبابا داخلية بينما صعوبة المهمة والحظ أسباب خارجية .

الاستقرار، ويشير هذا البعد إلى ثبات السبب (Stability) عبر الوقت أو تغيره (Unstable) .

القابلية للتحكم ، وهو يشير إلى مدى تحكم الفرد في الأسباب الداخلة والخارجية ، قابلية التحكم (Controlled) وغير قابل للتحكم (Uncontrolled) والشكل رقم (1) يبين النموذج الثلاثي لواينر .

شكل رقم (1) نموذج واينر الثلاثي للعزو :

مركز السيطرة				قابلية التحكم
داخلي		خارجي		
الاستقرار				
مستقر	غير مستقر	مستقر	غير مستقر	لا يمكن التحكم فيه
القدرة	المزاج	صعوبة المهمة	الحظ	
الجهد المستقر	الجهد الوقتي	تحيز المعلم	المساعدة من الآخرين	قابل للتحكم

(شعبان ، 1998 ، 45) .

وضمن التطوير والبحث في مجال نظرية العزو قام **جمعة المجدوب (1995)** بتطوير نموذج واينر الثلاثي حيث بين أن عملية العزو تختلف باختلاف الموقف ، فالعزو في حالتي النجاح والفشل قد يختلف لدي الأفراد ، فعادة ما يقوم الأفراد بعزو نجاحهم إلى العوامل الداخلية بينما يعزون فشلهم إلى العوامل الخارجية وهكذا ، ومن ثم يبين **المجدوب** إمكانية العزو الرباعي والشكل رقم (2) يبين نموذج العزو للمجدوب .

شكل رقم (2) نموذج المجذوب للعزو :

عزو النجاح			
داخلي		خارجي	
عزو الفشل	داخلي	أ	ب
	خارجي	ج	د

ومن خلال الشكل رقم 2 يتبين وجود 4 أنواع للعزو وتتمثل في التالي :

1. نموذج العزو (أ) ويبين عزو النجاح والفشل إلى العوامل الداخلية .
2. نموذج العزو (ب) ويبين عزو النجاح إلى العوامل الخارجية والفشل إلى العوامل الداخلية .
3. نموذج العزو (ج) ويبين عزو الفشل إلى العوامل الخارجية والنجاح إلى العوامل الداخلية.
4. نموذج العزو (د) ويبين عزو الفشل والنجاح إلى العوامل الخارجية .

يعتبر عمل واينر الأساس لعمل كل من سيلجمان (Seligman,1975) والمجدوب 1995 ،

حيث يبين نموذج سيلجمان المعرفي للاكتئاب - عجز التعلم **Learned Helplessness** -

أن الاكتئاب يكون نتيجة إدراك الفرد بان السلوك ومخرجاته لا يمكن التوقع بها حتى ولو قام

الفرد بمحاولة جادة للتغلب عليه أم لم يقوم بذلك ، ومن خلال عملية الإدراك غير المتوقعة

non-contingency ترتفع إمكانية تعلم السلوك و الدافعية والقدرة المؤدية للاكتئاب ،

ومن خلال نموذج المجذوب النظري يمكن تطبيق نماذج العزو على مرض الاكتئاب ،

فالشخص حسب نموذج العزو (أ) قد يكون أقل عرضة للإصابة بمرض الاكتئاب مقارنة

بنماذج العزو (ب،ج،د) ، والشخص حسب نموذج العزو (د) قد يكون الأكثر عرضة للإصابة

بمرض الاكتئاب لأنه لا يعتقد في قدرته على التحكم في سلوكه ومخرجاته ، ونموذج

المجدوب النظري يحتاج إلى إمكانية التحقق منه ضمن مجموعة من الدراسات والبحوث التطبيقية.

وفيما يتعلق بالدراسات الخاصة بعجز التعلم لدي الأطفال فقد أشارت دراسات **Dweck** أن الأطفال الذين يستسلمون عندما يفشلون يعبرون عن ذلك بقولهم (لن أكون قادراً في هذا المجال) وكذلك بقولهم (هذه الألغاز لن أستطيع حلها) ، وهذه الأنواع من العزو تعتبر عزو للفشل ثابت وغير قابل للتحكم ، وبالنتيجة إذا ما كان تفكيرهم مرتبط بأمر غير قابلة للتغيير سوف يتعلمون ويثبتون حالة الاستسلام (**Dweck & Goetz, 1978**) .

حاول **Dweck** في احد الدراسات لتعديل شروحات الأطفال الخاصة بفشلهم ، حيث تم منح مجموعة من الأطفال 100 لغز تمثل خبرة النجاح ومجموعة أخرى أعطيت الغاز تمثل خبرة فشل وقتية ، وعندما تعرضت المجموع الثانية لخبرة الفشل قام المشرف على التجربة بإخبارهم بشكل واضح وملح بأنهم (لم يقوموا بمحاولة كافية لحل الألغاز) - عزو داخلي للفشل قابل للتحكم - ، ومن ثم قامت المجموعة ببذل الجهد المطلوب وعدلت خبرة الفشل بخبرة نجاح ، والذي بدوره جعل مجموعة اختبار الفشل تتحسن بعد اختبارها للفشل ، بينما المجموع الأولى التي لم يتم التعليق على نتائجها بالرغم من نجاحها تناقص مقدار الأداء لديها.

اكتشافات بيك المبدئية بخصوص الاكتئاب:

كان بيك **Aaron T Beck** المكتشف الأول للعلاج المعرفي قد تحصل على تدريب طبي تقليدي في مجال التحليل النفسي ، وقد درس في مدرسة الطب بجامعة **Yale Medical School** ومن ثم تدرّب في مجال التحليل النفسي بمؤسسة **Philadelphia** .

كان بيك مهتماً باختبار وجهة نظر فرويد الخاصة بالاكتئاب ، والتي ترى أنه حالة غضب متجهة نحو الذات . قام بيك بافتراض أن أحلام المكتئبين سوف تكون مفعمة بأشكال الغضب والانتقام ، ومن ثم حيل الدفاع النفسي **Self ego defenses** الخاصة بالدفاع ضد الغضب سوف تقوم بعملية تسوية خلال النوم . وعكس توقعاته وجد بيك أن أحلام مرضي الاكتئاب

تتصف بفكرة رئيسية تمثل حالة الضياع والفراغ والفشل ، بنفس الطريقة التي يعبرون فيها وهم في حالة وعي أثناء جلسات العلاج . قرر بيك اختبار حالة الوعي الخاصة بالعفوية و التعبير اللفظي للمرضي خلال عملية التحليل النفسي لأشكال الضياع والفشل ، ومن ثم لاحظ إن الاكتئاب يتصف بحالة من التحيز السلبي في رسم الحقيقة ، وقد أعزى التحيز إلى الثالوث السلبي **Negative triad** والمتمثل في التالي :

1. إظهار الذات بشكل سلبي.

2. الخبرات.

3. المستقبل.

ولهذا المرضي المكتئبين يؤمنون بأنهم فاشلين وان خبراتهم لا تجد التقدير المناسب وان مستقبلهم كئيب ، كما لاحظ بيك خلال جلسات العلاج أن المرضي عادة يعبرن عن فشلهم بطريقة سلبية ضمن تحريف معرفي محدد **specific cognitive distortions** والذي وصفه بالأفكار التلقائية **automatic thoughts** ، وقد أطلق عليها هذا الاسم لأنها تأتي بطريقة عفوية وتبدوا ظاهريا قابلة للتصديق من قبل المريض . تعتبر الأفكار التلقائية السالبة الأساس للشكل الاكتئابي للتفكير ، وبالنسبة لبيك يعتبر ذلك المرتكز الرئيس في التحقق والتغيير .

يعتبر العلاج ضمن هذا النموذج تركيزا على تعديل الأفكار التلقائية واختبارها مقابل الوقائع.

وبالتالي تحول نموذج بيك للعلاج من التركيز على الصراع اللاشعوري والطاقات

الهيدروكليريكية إلى نموذج عقلائي قابل للتجريب والقياس.

تم تطوير نموذج بيك الذي سوف يتم توضيحه بالتفصيل ضمن الباب

الثاني من هذا الكتاب تم تطويره خلال الفترة من العام 1960 إلى 1970 م ويتم تطويره من

خلال البحوث والدراسات إلى الوقت الراهن.

وضمن هذه الفترة الزمنية هناك تطور متوازي في مجال علم النفس البنائي **Structural**

psychology وذلك من خلال **Piaget** و**بياجيه** و**Kelly** ضمن علم النفس الاجتماعي

المعرفي .

بالرغم من أن النموذج الأولي لبيك كان بخصوص علاج مرض الاكتئاب إلا أنه لاحقاً وإلى الوقت الحالي أقيمت العديد من التطبيقات الفاعلة ضمن الاضطرابات النفسية المختلفة ، كعلاج اضطراب الذعر **Panic disorder (Beck, Emery, & Greenberg, 1986)** والقلق المعمم **Generalized anxiety (Beck et al, 1985)** والرهاب والقلق الاجتماعي **Social anxiety & Phobia (Hope, 1995)** وغضب واكتئاب الأطفال **Childhood Marital conflict (Novaco, 1970)** و **depression & anger** و **Substance abuse (Baucom & Epstein, 1990)** والتعسف الجوهري **(Beck et al., 1994)** و **Schizophrenia** والفصام والاضطراب ثنائي القطب **bipolar disorder (Leahy & beck, 1988)** و **Borderline** واضطراب الشخصية البينية **(Layden, 1993)** **Personality Disorders**.

الفصل الثاني

لمحة عن تشخيص

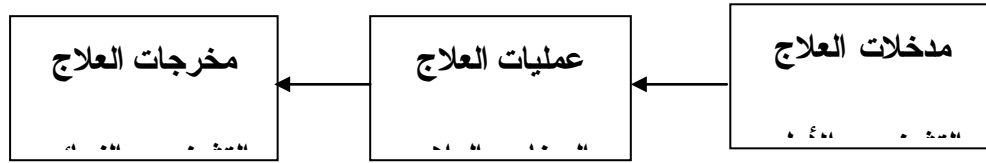
المرض النفسي

وتطبيقات العلاج

المعرفي السلوكي

يعتبر التشخيص الأولي للمرض النفسي من الأساسيات الرئيسية التي لا يستقيم أي برنامج علاجي إلا من خلالها ، فالتشخيص الدقيق والواضح يعتبر ضمن مدخلات العلاج النفسي مثلما يعتبر العلاج ضمن عملياته والتشخيص النهائي يعتبر من المخرجات النهائية للحكم على فاعلية العلاج وبعد ذلك خطة المتابعة والشكل رقم (3) يبين خطوات التشخيص والعلاج.

شكل رقم (3) خطوات التشخيص والعلاج :



وقبل الدخول في تفاصيل عملية التشخيص نود توضيح بعض المفاهيم المتعلقة بالعملية والتمثلة في الإجابة على السؤال التالي :

من هو الشخص القادر على عملية التشخيص والعلاج وما هي المؤهلات التي يجب أن يتحصل عليها .

الطبيب النفسي Psychiatric :

هو ذلك الشخص المتحصل على الدرجة الجامعية الأولى في مجال الطب ومن ثم يتخصص في مجال علاج الاضطرابات العقلية والسلوكية بعد تحصله على تدريب و مؤهل علمي من جامعة أو كلية أو مؤسسة متخصصة وتختلف هذه المؤهلات ضمن البلدان والجامعات ،
ويستخدم العلاج الدوائي Medications والجراحة النفسية Psychological Surgery – الجراحة المتعلقة بالصدمات والحوادث والأمراض التي تسبب في اضطراب عقلي أو خلل في

السلوك - وعلاج الإدمان على الكحول والمخدرات باستخدام الأدوية **Drugs addiction** .
treatments

المحلل النفسي Psychoanalytic :

هو ذلك الشخص الحاصل على مؤهلا عاليا في مجال الطب أو علم النفس ومن ثم خضوعه لبرنامج تدريبي ضمن الواجهة التحليلية في علم النفس ، ولا يتم اعتماده محللا نفسيا حتى يخضع بشكل شخصي إلى عملية تحليل نفسي ، ويحتاج هذا النوع من التدريب إلى وقت طويل وجهد كبير .

المعالج النفسي Clinical psychologist :

يعتبر المعالج النفسي الشخص المتحصل على مؤهل علمي عالي في مجال الطب أو علم النفس ومن ثم يخضع لتدريب و دراسة علمية في مجال العلاج النفسي باستخدام النماذج النفسية للعلاج كالعلاج المعرفي السلوكي **Cognitive behavior therapy** وتعديل السلوك **Behavior modifications** والعلاج المساند **Supportive therapy** وغيرها من أنواع برامج العلاج النفسي الأخرى.

ولزيادة توضيح مهمة التشخيص نري أن العديد من الطلاب الجامعيين وطلاب الدراسات العليا وبعض من المتخصصين قد يقعون في خلط بين العديد من المفاهيم الخاصة بعملية التشخيص ومن هذه المفاهيم :

1. التصنيف Classification :

يعتبر التصنيف قائمة يتم وضعها من قبل المتخصصين ضمن مخرجات البرامج العلاجية وأنواع العلاج الأخرى كالأدوية ، و الدراسات والبحوث الخاصة باختبار العلاج والأدوية ، والتي تساعد على وضع قائمة بنوع المرض في مجموعات ، ويتم تنقيحها وتطويرها بناء على المدخلات المشار إليها سابقا ، ومن أشهر قوائم التشخيص قائمة التشخيص والإحصاء للاضطرابات العقلية لمنظمة الأطباء الأمريكيين والتي يرمز لها عادة **DSM** ويضاف إليها

الترقيم اللاتيني وفقا لرقم القائمة وتاريخ صدورها ، وكذلك تصنيف منظمة الصحة العالمية للاضطرابات العقلية والسلوكية ICD، وسيتم تناول الدليل الأمريكي في هذا الكتاب باختصار .

2. القياس Measurement :

يقصد به في مجال علم النفس جمع البيانات والمعلومات عن المريض أو المجموعة الخاضعة للبحث ، وقد يتم بطريقة كمية من خلال المقاييس والاختبارات وغيرها أو يستخدم بشكل نوعي مثل الاختبارات الاسقاطية.

3. التقييم Assessment :

يستخدم هذا المصطلح بطرق مختلفة ، حيث يقصد به في علم النفس عادة المنهج أو الطريقة لجمع المعلومات للوصول إلى حكم عام ، ويعتبر معبرا عن مخرجات عملية القياس النفسي .

4. التقويم Evaluation :

يقصد به في علم النفس تحويل البيانات التي تم جمعها من خلال عملية القياس إلى معلومات ، أي أن عملية التقويم اعم واشمل من القياس ، وهو يساعدنا على اتخاذ القرار ووضع الأحكام.

5. التشخيص Diagnostics :

التشخيص هو تلك العملية التي تعتبر المدخل لأي عملية علاج نفسي ، وعمليا تعتبر استخدام الطرق المختلفة لجمع البيانات والمعلومات ، كاستخدام المقاييس النفسية والاختبارات الخاصة بالقدرات واستمارات المقابلة الشخصية ، وعملية التشخيص عملية متكاملة يتم ضمنها القياس والتقييم والتقويم ، وتختلف باختلاف نوع المتخصص ، فالطبيب النفسي تركز عملية التشخيص الإكلينيكي لديه على المقابلة التشخيصية وقد يستخدم الاختبارات والمقاييس وقوائم القياس الأخرى ، وفيما يتعلق بالمحلل النفسي فإنه يستخدم المقابلة التشخيصية والاختبارات الاسقاطية ، بينما يستخدم الأخصائي الإكلينيكي الاختبارات النفسية والقوائم والاستبيانات ونماذج دراسة الحالة ، ويعتبر التقنين ووضع المعايير من الخطوات المهمة لاعتماد نتائج تلك الأدوات . ولهذا نري أن عملية التشخيص العلاجي تختلف عن التصنيف بأنها عملية محددة ،

لا تهدف إلى وضع الناس في قوائم وإنما تتعامل مع مريض نفسي وليس مع مرض نفسي ، بالرغم من أن التصنيف عاملاً رئيساً في عملية التشخيص .

أشكال العلاج : Treatment forms

يحدد هدف البرنامج العلاجي ونوع المرض شكل العلاج ، فقد يستخدم المعالج الطريقة الجماعية في العلاج وأحياناً أخرى يستخدم الشكل الفردي ، فعلى سبيل المثال عندما قام الباحث بدراسته للدكتوراه حول العلاج المعرفي السلوكي لم يتمكن من إجراء الدراسات الفردية وذلك لأن التحقق من فاعلية البرنامج فرضت الشكل الجماعي من خلال العينة التجريبية ، كما أن البيئة الاجتماعية التي لا زالت تمثل الاتجاه السالب نحو المرض النفسي منعت من التعرض لدراسة فردية أو دراسة حالة ، لأن المرض النفسي في البيئة الليبية لا زال يمثل نوع من الوصم أو العار ، ويمكن تحديد شكل العلاج ضمن النقاط التالية:

1. الدراسات العلمية لاختبار برنامج علاجي أو أدوات تشخيص يفضل أن تستخدم الشكل الجماعي للعلاج.

2. الأمراض العقلية المصحوبة بخلل في عملية الإدراك والتفكير ووجود هلاوس سمعية و هذات بصرية يفضل فيها الشكل الفردي للعلاج.

3. يمكن استخدام الشكل الجماعي للعلاج حسب نوع العلاج فمثلاً العديد من الدراسات أثبتت إمكانية استخدام العلاج المعرفي السلوكي الجمعي أو بشكل فردي بينما لا يمكن استخدام التحليل النفسي بشكل جمعي.

تم الإشارة سابقاً إلى أهمية تصنيف الأمراض العقلية والسلوكية ولذلك سنتناول الدليل التشخيصي الأمريكي الطبعة الرابعة ، وسيتم تناول هذا الدليل بشكل عام وليس تفصيلاً وذلك لإعطاء فكرة عامة عن الاضطرابات.

الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية لمنظمة الأطباء النفسيين الأمريكيين ،
الطبعة الرابعة:

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
(DSM-IV):

تم نشر الدليل من قبل منظمة الأطباء النفسيين الأمريكيين ، وقد أشتمل على كل اضطرابات الصحة العقلية للأطفال والبالغين ، وكذلك وضع قوائم للأسباب المعروفة للاضطرابات أحصيت حسب الجنس والعمر ، و التكهات ، و توصيات الدراسات العلاجية والدوائية لطرق العلاج المثلي . يستخدم المتخصصون في الصحة العقلية هذا الدليل مع المرضى حتى يتمكنوا من فهم أمراضهم والعلاج الممكن ومساعدة الجهات الأخرى - القضاء التأمين الخ - وكذلك فهم احتياجات المرضى. يستخدم الدليل طريقة المحاور المتعددة والأبعاد المتعددة **Multiaxial or Multidimensional Approach** للتشخيص ، وذلك حتى لا تؤثر المتغيرات الأخرى في حياة الفرد العقلية وتقوم هذه المحاور بتقييم خمسة أبعاد متمثلة في التالي :

المحور رقم 1 الأعراض الإكلينيكية Axis I: Clinical Syndromes :

المعتقد الخاص بتشخيص المرض بشكل محدد (مثال الاكتئاب Depression والفصام Schizophrenia والرهاب الاجتماعي Social phobia).

المحور رقم 2 اضطرابات النمو و اضطرابات الشخصية Axis II: Developmental
: Disorders and Personality Disorders

تتضمن اضطرابات النمو ذهان الطفولة Autism والتخلف العقلي Mental Retardation و الاضطرابات التي تم تحديدها بشكل بين ودقيق في مرحلة الطفولة .

تعتبر اضطرابات الشخصية أعراض إكلينيكية تتسم بثبات الأعراض وتشمل طريقة تفاعل الفرد مع العالم ، والتي تتضمن البرانويا Paranoid والشخصية المعادية للمجتمع . **Antisocial** واضطراب الشخصية البينية **Borderline Personality Disorders** .

المحور رقم 3 الحالات البدنية Axis III: Physical Conditions :

يلعب هذا المحور دورا هاما في تطوير واستمرار أو تفاقم الاضطرابات في المحور رقم 1 و 2 . وتمثل الحالات البدنية مثل الإصابات الدماغية **Brain injury** ومرض الإيدز **HIV/AIDS** التي تسبب أعراض الاضطراب العقلي .

المحور رقم 4 ضراوة الضغوطات النفس اجتماعية Axis IV: Severity of Psychosocial Stressors :

الأحداث في حياة الشخص ، مثل موت أحد الأفراد الذين نحبهم أو بداية وظيفة جديدة أو الكلية أو البطالة وكذلك الزواج يستطيع إثارة الاضطرابات ضمن المحور رقم 1 و 2 . هذه الأحداث تم تضمينها وعدها ضمن المحور الحالي .

المحور رقم 5 اعلى مستوى للأداء الوظيفي Axis V: Highest Level of Functioning :

يمثل المحور الأخير التدرجات الإكلينيكية لمستوي الأداء الوظيفي للشخص خلال الوقت الحالي والمستوي الأعلى في السنة الماضية ، يساعد التدرج الكلينيين على فهم كيف تؤثر المحاور الأربعة على الشخص وما هي التغيير المتوقعة .

الاضطرابات الطب نفسية Psychiatric Disorders :

أولاً: اضطرابات التوافق :

الخصائص الشائعة Common Characteristics :

كل الاضطرابات ضمن هذه الفئة تنتمي بشكل دال إلى صعوبة التوافق مع حالة الحياة المتوقعة بشكل طبيعي آخذة بعين الاعتبار الحالات المختلفة ، بينما يعتبر مألوفاً أن يستغرق الأمر شهور أو سنوات لكي يشعر الشخص بأنه طبيعي بعد فقد الزوجة على سبيل المثال ،

يعتبر هذا النوع من عدم التوافق عندما يؤدي إلى مشاكل دالة أو جوهرياً لمدي من الزمن و يأخذ طويلاً غير منطقياً اضطراب توافق .

الاضطرابات في هذه الفئة قد تظهر بأشكال مختلفة ، ويعتبر مفتاح التشخيص النظر إلى :

1. الموضوع الذي سبب اضطراب التوافق .

2. الأعراض الأولية التي تزامنت مع الاضطراب.

الاضطرابات في هذه الفئة Disorders in this Category:

1. اضطراب التوافق غير المحدد Adjustment Disorder Unspecified .

2. اضطراب التوافق مع القلق Adjustment Disorder with anxiety .

3. اضطراب التوافق مع المزاج الاكتئابي Adjustment Disorder with depressed mode .

4. اضطراب التوافق مع تشويش في التصرف Adjustment Disorder with disturbance of conduct .

5. اضطراب التوافق مع خليط من القلق والمزاج الاكتئابي Adjustment Disorder with Mixed Anxiety and Depressed Mood .

6. اضطراب التوافق مع خليط من تشويش التصرف والانفعال Adjustment Disorder with Mixed Disturbance of Emotions and Conduct .

ثانيا : اضطرابات القلق :

الخصائص الشائعة : Common Characteristics:

تشمل فئة اضطرابات القلق عدد كبير من الاضطرابات و ذلك عندما تكون الملامح العامة للاضطرابات تشمل قلق غير طبيعي أو غير ملائم ، كل فرد يمكن أن يمر بتجربة قلق ، فمثلا تذكر آخر مرة سمعت فيها صوت عالي أشعرك بالخوف وتذكر تلك الانفعالات داخل جسمك ، مثل ارتفاع ضربات القلب وتوتر العضلات وشعور حاد بالتركيز عندما تحاول تحديد مصدر الضوضاء ، كل هذه الأشياء المشار إليها سابقا تسمى أعراض قلق ، وكل هذه الأعراض تعتبر عملية عادية تحدث في الجسد يطلق عليها الدليل التشخيصي **Flight or Flight phenomenon** ، والذي يعني أن الجسم يجهز نفسه للقتال أو حماية نفسه أو تفادي حالة خطرة .

تصبح الأعراض المشار إليها سابقا مشكلة عندما تظهر بدون منبهات معلومة أو عندما يكون المنبه لا يعطي مبرر لردة الفعل ، أي أن القلق غير الملائم يمثل حالة الفرد عندما يكون قلبه متسارع وتزداد درجة التنفس وتوتر العضلات بدون أي سبب منطقي لذلك ، وهذه الحالة الطبية السائدة ربما تكون نتيجة أي من اضطرابات القلق.

الاضطرابات ضمن هذه الفئة Disorders in this Category :

1. اضطراب الإجهاد الحاد **Acute Stress Disorder** .

2. رهاب الخلاء (مع أو بدون اضطراب الذعر).

.Agoraphobia (with or without a history of Panic Disorder)

3. اضطراب القلق العام **Generalized Anxiety Disorder [GAD]** .

4. اضطراب الوسواس القهري [OCD] Obsessive-Compulsive Disorder .

5. اضطراب الذعر (مع أو بدون رهاب الخلاء) Panic Disorder (with or without Agoraphobia) .

6. الرهاب (يتضمن الرهاب الاجتماعي) Phobias (including Social Phobia) .

7. اضطراب ما بعد الصدمة [PTSD] Posttraumatic Stress Disorder .

ثالثاً: اضطرابات عدم الترابط أو التفكك Dissociative Disorders :

الخصائص الشائعة Common Characteristics:

تعتبر الأعراض الرئيسية للمتجمعة لاضطراب التفكك تمزق في حالة الوعي والذاكرة والهوية أو الإدراك **consciousness, memory, identity, or perception** ، وبكلمات أخرى أحد أو كل تلك المناطق المشار إليها لا تؤدي وظيفتها بشكل صحيح وتسبب ضغط حاد بالنسبة للفرد.

الاضطرابات ضمن هذه الفئة Disorders in this Category :

1. التفكك المؤدي لفقدان الذاكرة Dissociative Amnesia .

2. التفكك الشرودي Dissociative Fugue .

3. اضطراب تفكك الهوية Dissociative Identity Disorder تعدد الشخصية Multiple personality .

4. اضطراب فقدان الشعور بالذات (فقدان الشخصية) Depersonalization Disorder .

رابعاً: اضطرابات الأكل Eating Disorders

الخصائص الشائعة Common Characteristics:

تتصف اضطرابات الأكل باضطراب في سلوك الأكل ، والذي قد يعني الأكل بكمية كبيرة فوق الحاجة أو قلة الأكل أو الأكل بطريقة كبيرة وغير صحية (التخممة أو تجويع الذات بشكل كبير) . يعتقد الناس ببساطة أن كل من يبالغ في الأكل يعتبر مصاب باضطراب ، ولكننا لا نستطيع القول ببساطة جميع حالات المبالغة في أو عدم الأكل تعتبر اضطراباً.

الاضطرابات ضمن هذه الفئة Disorders in this Category :

1. عصاب فقدان الشهية Anorexia Nervosa .

2. عصاب الشره المرضي Bulimia Nervosa .

خامساً: اضطرابات السيطرة على النزوات Impulse Control Disorders :

الخصائص الشائعة Common Characteristics:

تتضمن الاضطرابات ضمن هذه الفئة الفشل أو صعوبة السيطرة على النزوات بالرغم من النتائج السلبية ، ويتضمن الاضطراب الفشل في التوقف على المقامرة حتى عندما يعرف المقامر أن الخسارة سوف تعود عليه بنتائج سلبية ، وهذا الفشل في السيطرة على النزوات يقود إلى نزوات السلوك العنيف (مثل ثورة القيادة في الطرقات) والسلوك الجنسي و إشعال الحرائق والسرقه وسلوكيات إيذاء الذات جسدياً.

الاضطرابات ضمن هذه الفئة Disorders in this Category:

1. اضطراب الانفجار المتقطع Intermittent Explosive Disorder .
2. هوس السرقة Kleptomania .
3. المقامرة المرضية Pathological Gambling .
4. هوس إشعال الحرائق Pyromani .
5. هوس شد شعر الجسم Trichotillomania .

سادساً: اضطرابات المزاج Mood Disorders:

تتضمن الاضطرابات في هذه الفئة الأفراد الذين لديهم أعراض مبدئية لاضطراب في المزاج ، أي مدي المشاعر المحدود أو غير الملائم أو المتضخم . العديد من الناس يشعرون بالإحباط وكل شخص يمر بتجربة الشعور العالي بالمتعة أو السعادة ، و الأشخاص الذين يتم تشخيصهم باضطرابات المزاج يجب أن تكون مشاعرهم مبالغ فيها . وكمثال على ذلك البكاء أو الشعور بالاكنتاب والرغبة المتكررة بالانتحار ، أو العكس الغضب المفرط عندما يكون الشخص غير محتاج للنوم لأيام متعددة ، وصناعة القرار يتم إعاقتها بشكل كبير .

الاضطرابات ضمن هذه الفئة Disorders in this Category :

1. الاضطراب ثنائي القطب Bipolar Disorder

2. اضطراب الهوس Cyclothymic Disorder

3. اضطراب الاكتئاب المزمن غير الإكلينيكي Dysthymic Disorder

4. اضطراب الاكتئاب الإكلينيكي Major Depressive Disorder

سابعاً: الاضطرابات الجنسية : Sexual Disorders :

الخصائص الشائعة Common Characteristics:

تتضمن هذه الفئة ضغوطات وخيالات جنسية أو دوافع جنسية أو سلوكيات تظهر لفترة دالة وتتداخل مع حالة الإشباع الجنسي ، كما توجد لدي هؤلاء الأفراد ضغوطات ، أي أن هؤلاء الأفراد تعرف لديهم الأعراض ويكون أثرها سلبي على حياته ولكن يشعرون بعدم القدرة على السيطرة عليها.

:Disorders in this Category الاضطرابات ضمن هذه الفئة

1. Exhibitionism الاستعراضية .

2. Fetishism الفتشية .

3. Frotteurism الاحتكاك الجنسي .

4. Pedophilia عصاب الانجذاب نحو الجثث .

5. Sexual Masochism الماسوشية الجنسية .

6. Sexual Sadism السادية الجنسية .

7. Transvestic Fetishism الفتشية وارتداء ملابس الإناث .

8. Voyeurism التطلع الجنسي .

: Sleep Disorders ثامناً: اضطرابات النوم

:Common Characteristics الخصائص الشائعة

تُقسم اضطرابات النوم المبدئية إلى فئتين فرعيتين ، عدم القدرة على النوم **Dyssomnias**

وتتمثل تلك الاضطرابات المرتبطة بكمية ونوعية ووقت النوم ، والفئة الفرعية الثانية

الاضطرابات أثناء النوم **Parasomnias** ، وتشمل السلوك غير الطبيعي أثناء النوم أو

الأحداث الفسيولوجية كالمشي أثناء النوم ، وتم استخدام **المبدئية** في هذا التصنيف وذلك للتفريق بين اضطرابات النوم المشار إليها سابقا واضطرابات النوم بسبب عوامل أخرى خارجية مثل أي اضطراب عقلي أو طبي آخر .

الاضطرابات ضمن هذه الفئة Disorders in this Category:

1. الاضطرابات عدم القدرة على النوم **Dyssomnias**:

أ. الأرق المبدئي. **Primary Insomnia** .

ب. **Primary Hypersomnia** .

ج. الخدر القصير **Narcolepsy** .

2. الاضطرابات أثناء النوم **Parasomnias** :

أ. اضطراب الكابوس **Nightmare Disorder** .

ب. اضطراب الذعر أثناء النوم **Sleep Terror Disorder** .

ج. اضطراب المشي أثناء النوم **Sleepwalking Disorder** .

تاسعاً: الاضطرابات الذهانية (المتضمنة الفصام) Psychotic Disorders (including

: Schizophrenia)

الخصائص الشائعة Common Characteristics:

الخصائص الرئيسية لهذه الاضطرابات الذهانية الضلالات والهلاوس **psychosis, or**

delusions and hallucinations . تعتبر الضلالات معتقدات زائفة تعوق بشكل دال قدرة

الفرد على الأداء ، وكمثال على ذلك الاعتقاد بأن الناس سيقومون بإيذاء الشخص الذهاني دون

وجود دليل على ذلك ، أو اعتقاده بأنه شخص آخر ، مثل أي زعيم ديني أو سياسي أو

شخصية تاريخية ، والهلاوس تعتبر إدراك زائف وقد تكون بصرية مثل رؤية أشخاص أو

أشياء غير موجودة في الواقع أو سمعية أو شممية أو متعلقة بحاسة اللمس مثل الشعور بأن أشياء موجودة على جسمك وهي غير موجودة في الواقع كالإحساس بالبق يسير على سطح الجسم .

الإضطرابات ضمن هذه الفئة Disorders in this Category:

1. اضطراب الذهان القصير الأمد Brief Psychotic Disorder .

2. اضطراب الضلالات Delusional Disorder .

3. اضطراب الفصام التفاعلي Schizoaffective Disorder .

4. الفصام Schizophrenia .

5. الشكل الفصامي Schizophreniform .

6. اضطراب الذهان المنقسم Shared Psychotic Disorder .

عاشراً: الاضطرابات الجنسية والاختلال الوظيفي
Sexual Disorders and
Dysfunctions :

الخصائص الشائعة Common Characteristics:

الخصائص المبدئية لهذه الفئة تشمل ضعف أو تلف الوظائف الجنسية الطبيعية قد يعزى إلى عدم القدرة على الوصول إلى اللذة الجنسية أو المشقة في الاتصال الجنسي أو المقت الشديد للنشاط الجنسي أو الاستجابة الجنسية المبالغ فيها أو الاهتمامات الجنسية المبالغ فيها ، ويجب استبعاد أي سبب طبي آخر قد يسبب في خلل للأداء الوظيفي الجنسي ويجب أن تكون الأعراض المشار إليها سابقا تسبب إعاقة للأداء الوظيفي الجنسي اليومي .

اضطرابات النوع **Gender Identity** ضمن هذه الفئة ، بالرغم من عدم الحاجة إلى إظهار اضطرابات الأداء الوظيفي الجنسي ضمنها ، وبالتحديد تشمل هذه الفئة الشعور القوي بوجود خطأ في نوع الفرد المريض- الذكورة والأنوثة - وكذلك الشعور بأن الجسد الظاهري غير متناسق مع الإحساس الداخلي بالذكورة أو الأنوثة .

الاضطرابات ضمن هذه الفئة Disorders in this Category:

1. عسر الجماع أو الجماع المؤلم **Dyspareunia** .
2. اضطراب اللذة لدي الإناث **Female Orgasmic Disorder** .
3. اضطراب الإثارة الجنسية لدي الإناث **Female Sexual Arousal Disorder** .
4. اضطراب هوية النوع (الذكورة والأنوثة) **Gender Identity Disorder** .
5. اضطراب الرغبة الجنسية المفرطة **Hypoactive Sexual Desire Disorder** .
6. اضطراب الانتصاب لدي الذكور **Male Erectile Disorder** .
7. اضطراب اللذة لدي الذكور **Male Orgasmic Disorder** .

8. سرعة القذف Premature Ejaculation .

9. اضطراب بغض أو كره الجنس Sexual Aversion Disorder .

10. تقلص المهبل Vaginismus .

الحادي عشر : اضطرابات توهم المرض Somatoform Disorders :

الخصائص الشائعة Common Characteristics:

تتضمن الاضطرابات ضمن هذه الفئة ظهور أعراض تستدعي تدخلات طبية ولكن في الحقيقة لا توجد حالة طبية فعلية تستدعي منح الدواء ، وكمثال على ذلك الشعور بالمغص المعدي المؤدي إلى حالة من الشعور بالألم الحاد دون وجود أسباب جسمية وكذلك وجود آلام وصداع لدي الفرد مع عدم وجود سبب جسيمي حقيقي لهذه الآلام .

الاضطرابات ضمن هذه الفئة Disorders in this Category:

1. اضطراب صورة الجسد Body Dysmorphic Disorder .

2. اضطراب التحول Conversion Disorder .

3. اضطراب الوسواس المرضي Hypochondriasis Disorder .

4. اضطراب الألم Pain Disorder .

5. اضطراب الألم المعدي Somatization Disorder .

الثاني عشر : اضطرابات الاعتماد أو الإدمان Substance Related Disorders :

الخصائص الشائعة Common Characteristics:

تشمل هذه الفئة أي نوع من الاعتماد أو الإدمان علي أشياء قد تعطي شعور أو تساعد على الأداء اليومي أو المهني ، وأهم أنواع الاعتماد ، الاعتماد على الكحول أو المحذرات الأخرى كالكوكاين والمرجوانا والهيروين و كذلك تم إضافة الكافيين و النيكوتين.

الاضطرابات ضمن هذه الفئة Disorders in this Category:

1. إساءة استخدام المواد التي تسبب الاعتماد Substance Abuse .

2. الاعتماد على المواد التي تسبب الإدمان Substance Dependence .

الثالث عشر : اضطرابات الشخصية Personality Disorders :

الخصائص الشائعة Common Characteristics:

اضطرابات الشخصية أمراض عقلية تشترك في صفات محددة ، وتتمثل في الأعراض الثابتة والتي تلعب دور رئيسي في غالبية أو كل مظاهر حياة الفرد ، وبالرغم من أن العديد من الأعراض المتذبذبة التي تظهر وتسبب التوتر تعتبر اضطرابات شخصية إلا أن المعايير التي يجب اعتمادها لتشخيص اضطرابات الشخصية تتمثل في النقاط التالية:

1. ظهور الأعراض لفترة طويلة من الزمن بطريقة عصبية وعامة ولا تكون نتيجة تعاطي الكحول أو نتيجة اضطرابات نفسية أخرى ويعزي التاريخ المرضي إلى فترة المراهقة أو الطفولة المبكرة.

2. سببت الأعراض بشكل مستمر ضغوطات كبيرة أو نتائج سلبية على كل مظاهر حياة الفرد.

3. يتم ملاحظة الأعراض ضمن المجالات التالية:

أ. الأفكار مثل طرق النظر إلى العالم والتفكير حول الذات أو الآخرين والتفاعل مع الآخرين.

ب. الانفعالات مثل عم الملاءمة والتوتر ومدى من التذبذب في أداء الوظائف الانفعالية .

ج. الوظيفة التفاعلية مثل العلاقات ومهارات التفاعل .

د. السيطرة على النزوات .

الاضطرابات ضمن هذه الفئة Disorders in this Category:

1. اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع **Antisocial Personality Disorder**

2. اضطراب الشخصية البينية **Borderline Personality Disorder**

3. اضطراب الشخصية النرجسية **Narcissistic Personality Disorder**

يعتبر الدليل التشخيصي المشار إليه سابقا بشكل عام من أهم وابرز الوسائل التي تبني عليها أساليب التشخيص دون إهمال تصنيف منظمة الصحة العالمية **ICD** الذي وصل إلى نسخته العاشرة ، كما لا يفوتنا التأكيد على دور العامل الثقافي في اختلاف شكل المرض ونوعه ، فعلى سبيل المثال ما قد يعتبر نوع من العقد أو الأعراض المرضية في ثقافة ما لا يعطي نفس الدلالة في ثقافة أخرى .

الفصل الأول

المدخل إلى البحث

مقدمة :

تعتبر عملية الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة من العمليات الاجتماعية الرئيسية ضمن مواقف التفاعل الاجتماعي ، حيث لا تخلو حياة أي فرد ضمن المجتمع المعاصر من هذه المواقف فالجميع يخضعون لخطاب مؤسسي متقارب ومتشابه في غالبية المجتمعات مع الأخذ بعين الاعتبار دور التباين الثقافي ، فالطفل يحتاج إلى الأداء ضمن مجموعته الصغيرة داخل الروضة أو المدرسة من خلال الألعاب والتعلم والتقليد، والمؤسسة الراعية لهذه النشاطات لها أعرافها وتقاليدھا التي تبدأ من طريقة الوقوف اليومي في الطابور الصباحي إلى كيفية التعامل مع المرشدين والمشرفين والمعلمين إلى التعامل مع الأطفال الآخرين ، وإذا ماتم التركيز على مجموعة من الأطفال يتبين أن بعضهم يتقن عملية الأداء بسلاسة وسهولة وبعضهم الآخر تكون ردود فعله مرتبكة وانفعالاته مشوشة .

وإذا ما تم ملاحظة نفس السلوك لدى الكبار في أي من المؤسسات سواء كانت الشركات أو المصانع أو مواقع العمل الأخرى ضمن التعامل الرسمي أو غير الرسمي يتبين أن الفرد يكون حريصاً على عدم خرق الخطاب المؤسسي حتى لا يتهم بالاختلاف عن الآخرين ، هذا النظام الاجتماعي المؤسسي الصارم في الحياة المعاصرة يتطلب التقيد بتلك الأعراف ضمن عملية الأداء الاجتماعي والشعور اللحظي بنظام المراقبة الخارجي والذاتي (الوقوع الدائم تحت الملاحظة) ، وقد تختلف عملية الملاحظة الدقيقة باختلاف موقف الأداء الاجتماعي فالحفلات والحديث غير الرسمي تعتبر من المواقف التي تقل فيها عملية التدقيق والملاحظة بالرغم من تضمنها لأعراف وتقاليد خاصة كطريقة الحديث والأكل والشرب وتبادل النظرات مع الآخرين .

يعتبر الكم الهائل من النظم والأعراف والتقاليد ضمن أي من المجتمعات مصدر خوف وقلق لنسبة دالة من الأفراد ، تلك النسبة الدالة تتعد وتنزوي عن الآخرين أسيرة مخاوفها وشكوكها من مواقف الأداء الاجتماعي التي تسبب لها الإرباك والخوف . هؤلاء الأفراد قد يفضلون ترك العمل أو البحث عن مواقع عمل لا تتطلب التعامل المباشر مع الآخرين فعلي سبيل المثال قد تجد طالب جامعي يفضل أن يشتغل حارساً ليلياً بأحدى العمارات وذلك تجنباً لمواقع العمل الأخرى التي تتطلب مجموعة من الأدوار تجعله عرضة للمخاوف.

تتركز المخاوف الاجتماعية ضمن المواقف التي يخشي فيها الفرد الوقوع في الحرج والتدقيق من الآخرين كزلات اللسان في المقابلات الشخصية، أو الارتباك عند إلقاء خطبة، أو محاضرة أو وجهة نظر بوجود كم من الحاضرين.

تعد هذه المخاوف المثيرة لعملية التجنب والهروب نوعاً من الخوف والقلق الاجتماعي، فعند ملاحظة مجموعة من الأفراد في عملية التفاعل الاجتماعي هناك تباين في درجة القلق، فبعض الأفراد يبدوون واثقين، ويظهرون درجة منخفضة من الشك في قدراتهم الاجتماعية، ولا تبدو عليهم علامات الارتباك، أو العصبية وبعضهم الآخر يبدوون عادةً على وشك التحدث، وفي بعض الأحيان يظهرون للحظات وجيزة حاسة عدم التأكد والحذر، بينما بعضهم الآخر يبدي درجة عالية من القلق الاجتماعي المتمثل في الشعور المؤلم المستمر بعدم الراحة .

وقلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة هو حالة من الخوف يشعر بها الفرد بسبب تقييم الذات والشعور بالنقص، أي قناعته بأن الآخرين يقيمون سلوكه بشكل سلبي يقوده إلى الشعور بعدم ملاءمة هذه المواقف والإحراج والإهمال و الاكتئاب، وهذه المشاعر تبدو لدي الفرد عند قيامه بالأداء في مواقف اجتماعية خلافا عن وجوده لوحده مما يجعل الفرد يتجنب هذه المواقف ويهرب منها .

ونظراً لشيوع هذه الاضطرابات لدى عدد كبير من الناس في الثقافات المختلفة صممت العديد من البرامج التي تستخدم للتدخل لمساعدة الأفراد المضطربين ضمن خلفيات نظرية مختلفة كالتحليل النفسي والاتجاه السلوكي والاتجاه الفسيولوجي والنظرية المعرفية التي تبني برامجها الكلينيكية استناداً على المفاهيم النظرية التي تشير بان الاضطراب النفسي هو نتاج خلل في العمليات المعرفية لدي الفرد كأخطاء التفكير والصور والخيالات السلبية وتعرف البرامج المستندة على النظرية المعرفية بالبرامج المعرفية السلوكية (**Cognitive Behavior Therapy**) والتي يرمز لها عادة بـ (**CBT**) ومن النظريات التي استندت عليها البرامج الكلينيكية نظرية ارون بيك المعرفية (**A Beck**) والتي تم الاعتماد عليها في بناء برنامج هذه الدراسة .

ومن مبررات اختيار مجتمع محلي بليبيا ليكون مجتمع الدراسة النقلة النوعية الحادثة في المجتمع الليبي والناجمة عن عملية التغير التي يشهدها هذا المجتمع وذلك بسبب الانفتاح المتسارع خلال السنوات الحالية والذي بدوره احدث عملية خلل وإرباك في العادات والتقاليد ضمن المجتمع الليبي بشكل عام والمجتمعات المحلية بشكل خاص مما جعل المجتمع يختبر الاضطرابات والمشكلات النفسية المرتبطة بالمجتمعات المعاصرة كقلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة.

اشتمل الفصل الثاني لهذه الدراسة على تعريف مفاهيم الدراسة وعرض عمل كل من بيك ، بيك وآخرون في مجال تفسير وعلاج الاضطرابات الانفعالية بينما تم عرض الدراسات السابقة في الفصل الثالث ضمن محورين ووضع فرضيات البحث وفيما يتعلق بالفصل الرابع لهذه الدراسة فقد تم اختيار العينة وبناء أدوات الدراسة وإجراء الدراسة الميدانية واشتمل الفصل الخامس على النتائج ومناقشتها وعرض التوصيات والمقترحات .

مشكلة البحث :

يلاحظ زيادة الاهتمام بدراسة الاضطرابات النفسية المرتبطة بعملية التفاعل الاجتماعي، كانهجالات الذات الشعورية (الخجل، الإحراج، الشعور بالذنب، لوم الذات، الغضب، العدوان، الشعور بالاحتقار، الشعور بالوصم أو العار)، و بمدى ارتباط هذه الاضطرابات بالأداء اليومي والتوافق النفسي والشعور بالانتماء. (Gilbert. 2000, Gilbert & Miles. 1999, Watson & Friend. 1969, Safren. 1999, Crozier. 2002, Gilbert. 1998, Andrews. 1998, Schore. 1998, Keltener & Harker. 1998, Gilbert & Mcguire. 1998, Lewis.1998, Macdonalan. 1998, Tantom. 1998, Lindisfare. 1998, Cohen, Vandello & Rantilla,1998) وقد بينت جميع

هذه الدراسات مدي أهمية هذه المتغيرات في الدراسة النفسية المعاصرة، وتأثير المتغيرات الثقافية على الإدراك والفهم الشخصي لهذه المشكلات، حيث يشبه بعض الباحثين عملية التفاعل الاجتماعي بأنها عبارة عن عملية من الأداء على خشبة العالم ، يؤدي فيها الفرد مجموعة من الأدوار، الاجتماعية فأحيانا يجد الفرد نفسه في دور الصديق وأحيانا في دور الطالب ... الخ (Leary and Kowalski,1999:2). ومن خلال تنوع عملية الأداء الاجتماعي تكون استجابات الأفراد مختلفة باختلاف الفرد والموقف وتوجد نسب دالة من

الأفراد ضمن الثقافات مختلفة يعانون من عملية الخوف والإرباك أثناء مواقف الأداء الاجتماعي والذي يتمثل في حالات القلق الاجتماعي والتجنب والهروب من مواقف الأداء وفي هذا يبين (Ballenger,2000,& Farvlli et al ,2000) أن نسبة انتشار اضطرابات القلق الاجتماعي في المجتمعات الغربية من 7 - 14% ، بينما تصل النسبة في المجتمعات العربية إلي 17% من نسبة المترددين على العيادات النفسية (Chaleby,1987) ، كما يشير كل من (Maks,1970,Sandrson et al ,1987) أن 10 % تقريبا من العملاء الذين يبحثون عن مساعدة المتخصصين يشخصون على أنهم يعانون من حالة القلق أو الخوف الاجتماعي . (Mark & Kowalski:1995,103-104)

أما بالنسبة للفروق بين الجنسين فإن القلق الاجتماعي يظهر عند الإناث والذكور بنسبة 1-2 (Lecrubier et al : 2000,5-16) ، وعند مراجعة التراث البحثي مثل (Westen & Morrison :2001,885-899, Moher et al: 2001,942-949,Huppert et al & Morrison :2001,747-755,Barrowclough et al :2001,756-762, Pina:2002) وعزب (2003) يلاحظ بروز إشكالية المفهوم لهذا النوع من الاضطرابات حيث تتداخل مجموعة من الأعراض تسمى اضطرابات القلق الاجتماعي (Social Anxiety Disorders) قد تؤدي إلى الخلط بين القلق الاجتماعي (Social Anxiety) والخوف الاجتماعي (Social Phobia) بشكل خاص ومع اضطرابات الذعر (Panic disorders) و الاكتئاب (Depression) بشكل عام. ولتفادي هذه الإشكالية من الناحية النظرية تشير هذه الدراسة إلى أن أعراض اضطرابات الذعر تختلف عن أعراض اضطرابات القلق الاجتماعي بأن الأولي تبرز مصحوبة بالخوف من وجود مرض عضوي كالنوبات القلبية أو الشلل الدماغي وغيرها من الأعراض العضوية أما الثانية فلا تكون مصحوبة بهذا النوع من الأعراض، أما بالنسبة لإعراض الاكتئاب لدي الأفراد المصابين باضطرابات القلق الاجتماعي فأنها تكون نتيجة لحالات القلق المستمرة من المواقف الاجتماعية التي تثير نوبات القلق (Richard:2003) . أما فيما يتعلق بالقلق والخوف الاجتماعي فإنه يوجد تداخل بين الأعراض يسبب صعوبة للباحثين في عملية التمييز بين النوعين ، ما جعل العديد من المتخصصين يطرحون سؤالاً ما هو الفرق بين الاضطرابين ؟ وللإجابة على هذا التساؤل فإن يبين التتبع لدراسات التشخيص

والعلاج إلى الإشارة بأنه تم تشخيص الخوف الاجتماعي لأول مرة كاضطراب نفسي في
النسخة الثالثة (1980) لمنظمة الطب النفسي الأمريكية للإحصاء والتشخيص (DSM.III
American Psychiatric Association) وكانت الملامح الرئيسية لأعراض المرض
الخوف من التقييم السلبي في حالات الأداء الاجتماعي بينما أضاف التقرير الثالث المعدل
والرابع للمنظمة نفسها (DSM.III-R & DSM.IV. 1987-1994) أن أعراض المرض
تشمل أيضا حالات الخوف المصاحبة لعملية التفاعل الاجتماعي (Steven et al,1999) .
والدراسات اللاحقة بينت تداخل بين اضطرابات القلق الاجتماعي والخوف الاجتماعي ومن ثم
طرح تساؤلا يتمثل في نوعية الفرق بين القلق والخوف الاجتماعي هل هو كمي أم نوعيا؟
يشير (Leary and Kowatski:1995,104) إلى أن الفرق بين النوعين فرقا كمي أي أن
الخوف الاجتماعي لا يعدوا أن يكون ارتفاعا في درجة القلق الاجتماعي بينما عند مراجعة
قاموس بنجوين (The Penguin Dictionary of Psychology,2001) الطبعة الثالثة
يتبين أن الفرق بين القلق الاجتماعي والخوف الاجتماعي هو فرقا في النوع وليس في الدرجة
حيث يبين أن القلق الاجتماعي هو عبارة عن : الشعور بحالة عدم الراحة والصعوبة في
المواقف الاجتماعية وبالتحديد يرتبط بالمواقف المثيرة للخجل والحرج الاجتماعي (Reber &
Reber:2002,686) بينما الخوف الاجتماعي هو عبارة عن : اضطراب يعرف من خلال
خوف ملح من مواقف اجتماعية محددة والتي يخضع فيها الفرد لإمكانية التدقيق من قبل
الآخرين والمخاوف بأنه سوف يتصرف بطريقة تؤدي إلى الإهمال أو الحرج ، ذلك الخوف
يصعب وصفه من قبل الفرد كعدم القدرة على الكلام بحضور آخرين والارتعاش عند تناول
الطعام بوجود آخرين أو ارتعاش احد اليدين عند محاولة الكتابة أمام الآخرين (Reber &
Reber:2002,534-535) أما فيما يتعلق بالمعلومات التطبيقية الخاصة بالقياس يبين
(Safren et al:1999,254) ندرة المعلومات الخاصة بتحديد المخاوف العامة ومدى
ارتباطها ببعضها البعض ومدى ارتباطها بالمخاوف أثناء عملية التفاعل الاجتماعي ويشير إلى
أن مقياس ليبوتز للقلق الاجتماعي (The Liebowitz Social Anxiety Scale) يعتبر
المقياس الأول الذي طور لقياس المخاوف المحددة حيث يقيس مجموعة متنوعة من المخاوف
المصاحبة لعملية التفاعل الاجتماعي .

وقد خضع هذا المقياس لدراسة عاملية من قبل سافرن وآخرين بينت أن فقرات المقياس لا تتمحور حول العاملين الرئيسيين وهما قلق الأداء الاجتماعي وقلق التفاعل الاجتماعي بينما تمحورت الفقرات حول العوامل التالية:

1. قلق التفاعل الاجتماعي . 2 . الحديث إلى أفراد السلطة . 3. مخاوف الملاحظة من قبل الآخرين . 4. الأكل والشرب في الأماكن العامة. وحيث أن العلاقة بين حركة التنظير والدراسات التطبيقية تعتبر علاقة تبادلية أي أن الدراسات التطبيقية يمكن أن يشتق منها مفاهيم أو نظريات وفي نفس الوقت يمكن التحقق من المفاهيم النظرية من خلال الدراسات التطبيقية سيتم تفادي إشكالية المفهوم من خلال الاعتماد على التحديد الإجرائي الذي سيحدده المقياس المستخدم في هذه الدراسة .

وبما أن الدراسة الحالية تهدف إلى بناء برنامج معرفي سلوكي لتخفيف قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة والذي قد يعتبر أمر شائعا في بيئة الدراسة التي تتضمن مواقف تشمل النوعين من الأداء و المتمثلة في طلاب وطالبات قسم العلوم السلوكية جامعة الجبل الغربي . وسيتم بناء مقياس لقياس قلق الأداء الاجتماعي وقلق الأداء تحت الملاحظة استناد على مقياس ليبوتز للقلق الاجتماعي مع الأخذ بعين الاعتبار للدراسة العاملية التي خضع لها المقياس وقائمة موني للمشكلات واختبار فاروق عبدالسلام للمشكلات ونظرية بيك المعرفية التي سوف تعتمد كأساس نظري لبناء البرنامج حيث أن نجاح أي برنامج علاجي يعتمد على المقياس القبلي و البعدى المستخدم والذي يجب أن يحدد نوع المشكلة النفسية التي سيتم علاجها (Watson & Friend:1969,448) كما إن الأفراد الذين يتم تشخيصهم من خلال مقياس يحدد المخاوف المسببة للقلق يكونوا أكثر استفادة من برنامج علاجي

محدد (Safren et al:1992,267)

وتمثل نتائج البحوث والدراسات السابقة السند القوي الذي جعل هذه الدراسة تتبنى بناء برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة والتي بينت أن البرنامج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy) من برامج التدخل للمساعدة النفسية التي انتشرت في الثلاثة عقود الأخيرة وأثبتت فاعليتها في العديد من

الاضطرابات النفسية بشكل عام والقلق الاجتماعي بشكل خاص ومن هذه الدراسات دراسة التحليل المركز (Meta analysis) — (Westen & Morrison,2002) لعدد (5) دراسات استخدمت البرنامج المعرفي السلوكي لعلاج القلق الاجتماعي المعمم ، دراسة (Barlow et al,1992) ودراسة (Borkovec and Costello, 1993) ودراسة (Butler et al,1991) ودراسة (Christoph et al 1996) ودراسة (Durham,1994). وقد بينت نتائج الدراسة أن المخرجات الناجمة يجب أن تعتمد على مقياس يحدد نوعية المخاوف والقلق الاجتماعي بدقة والاستناد على إطار نظري مرجعي محدد والذي سيتم مراعاته في هذه الدراسة.

والبرنامج الذي سيتم استخدامه في هذه الدراسة يستمد أساسه النظري من خلال منهج (Beck) بيك المعرفي والذي يقوم على أساس نظرية في المرض النفسي ومجموعة من الأساليب المستمدة من البحوث التطبيقية ويرتبط الجانب النظري بعلم النفس المعرفي وعلم النفس الاجتماعي حيث يشير بيك أن البرنامج المعرفي السلوكي كما صاغه مستمد من أعمال: 1. نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bandura . (محمد : 2000 ، 23) . 2. المنهج الظاهراتي في علم النفس Phenomenological Psychology . 3. علم النفس البنيوي Structural Psychology . 4. المركبات الشخصية لكيلي في نظريته للعزو Kelly Personal Constructs . (مليكة : 1994 ، 226) .

وفيما يتعلق بالاضطرابات النفسية يشير ميتشل وبيك (Michael & Beck ,1992) إنما تتبع من خلال اضطراب حالة التفكير (شقير : 1999 ، 522) . أي أن مخرجات الأفراد – التقييم الانطباعات الذاكرة- للآخرين والمواقف الاجتماعية تتأثر وتسترشد بالمعتقدات قبل الشعورية (Macra & Galen,2002). وفي حالة الأفراد الذين يعانون من المخاوف الاجتماعية المؤدية للقلق تكون المعالجة المعرفية لديهم أكثر انشغالا بالذات عن المثيرات الخارجية الحقيقية وتسمى هذه الحالة الانتباه المركز على الذات (Self-focused attention) (Leary & Kowalski:1995,104) . أي أن هذا النوع من الأفراد تكون لديهم الأفكار قبل الشعورية هي المصدر الرئيسي الذي يحفز انفعالات الخوف ومن ثم تؤدي إلى مسلك التجنب أو الهروب.

وبالرغم من نجاح البرنامج المعرفي السلوكي في العديد من دراسات القلق الاجتماعي إلا أنه حسب علم الباحث لا توجد دراسات عبر ثقافية قامت بدراسة فاعلية هذا البرنامج على البيئة العربية الليبية حيث أن للعامل الثقافي دورا هاما في تشكيل البنية المعرفية ومن ثم سلوك الأفراد فعلي سبيل المثال لا الحصر بينت ليندزفيرن (1998) أن بعض المفاهيم الثقافية المحددة للسلوك تختلف في منطقة البحر المتوسط والشرق الأوسط يتم التركيز على الجانب المثالي ذو الأخذ بعين الاعتبار لعملية التفاعل الاجتماعي الحقيقية (Lindisfarne: 1998,246) .

والبرنامج في هذه الدراسة - البرنامج المعرفي السلوكي - يعتمد الجزء المعرفي فيه على إعادة تعلم التفكير وهو الجزء الذي سيتم تدريسه للفرد ثم يقوم الفرد بإعادة مراجعة ما تم تدريسه في البيت ومن خلال عملية التكرار يتحصل الفرد على ما يسمى إعادة بناء العملية المعرفية قبل الشعورية في الذاكرة حتى يصبح فعلا أوتوماتيكيا أو من فعل العادة ، أما الجانب السلوكي من البرنامج فيقرر الفرد المضطرب ومنفذ البرنامج نوعية المواقف السلوكية التي يتعرض لها الفرد المضطرب في الحياة اليومية والتي تسبب له رغبة ملحة في تجنبها ومن ثم إعادة تعليم الفرد المضطرب كيفية التعامل مع هذه المواقف قبل التعرض لها بشكل فعلي وحيث أن هذا البرنامج سوف يركز على طلاب وطالبات يعيشون في بيئة محلية تقليدية لا زال دور الجنس التقليدي يلعب دورا كبيرا فيها - طلاب وطالبات جامعة الجبل الغربي - فان الأفكار قبل الشعورية المحرفة قد تكون أكثر لدى الإناث منها لدى الذكور .

وبناء على ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل التالي:

ما مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف حدة القلق الاجتماعي وقلق الأداء تحت الملاحظة لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الجبل الغربي - ليبيا ؟

تساؤلات البحث :

1. هل توجد فروق بين طلاب العينة التجريبية (الذكور والإناث) في الأداء على الاختبار القبلي و البعدى - اختبار قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة- بعد تطبيق برنامج معرفي سلوكي (CBT) لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الجبل الغربي ليبيا ؟

2. هل توجد فروق بين طلاب وطالبات العينة التجريبية والعينة الضابطة في الأداء على الاختبار البعدى - اختبار قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة- بعد تطبيق برنامج معرفي سلوكي (CBT) لدي عينة من طلاب وطالبات جامعة الجبل الغربي ليبيا ؟

أهمية البحث :

1. بين التراث البحثي التطبيقي والنظري إن مشكلة القلق الاجتماعي من الاضطرابات السائدة في الثقافات المختلفة كما أن نسبة الإصابة بهذا المرض النفسي تمثل نسبة دالة من عدد سكان العالم (Chaleby:1987,167-170).
2. تمثلت الدراسات المتعلقة بالمشكلات النفسية التي أطلع عليها الباحث في البيئة العربية الليبية في كونها دراسات أما إرتباطية أو دراسة فروق وحسب علم الباحث لا توجد دراسات سابقة في البيئة العربية الليبية للبرنامج المعرفي السلوكي بشكل عام وتطبيقاته في علاج أو تخفيف القلق الاجتماعي .
3. إن القلق المرتبط بعملية الأداء قد يعتبر من المشكلات النفسية التي يعاني منها طلاب وطالبات الجامعة موضوع الدراسة .
4. يعتبر بناء مقياس يحدد المخاوف الاجتماعية بدقة من المساهمات التطبيقية التي قد تساعد في فاعلية البرامج الكلينيكية من ضمنها برنامج الدراسة.
5. وجود الجامعة موضوع الدراسة (جامعة الجبل الغربي) في بيئة محلية تقليدية يلعب فيها دور الجنس التقليدي دورا هاما في العلاقات بين الأفراد ومن ثم عملية التفاعل الاجتماعي الذي قد ينتج فروقا دالة إحصائيا في درجة القلق الاجتماعي لدي الجنسين عينة الدراسة.

مصطلحات البحث :

1. البرنامج المعرفي السلوكي :

أنموذج للمساعدة النفسية استمد معتقداته من أعمال كل من بيك (Beck) و بيك وأمري (Beck & Emery) وأليس (Ellis) و مييتشنيوم (Meichenbaum) ويحتوي على تطوير للتعديلات والإجراءات لإعادة التعلم المعرفي مثل الاستعارات اللغوية والخيال والأفكار ومفهوم الذات ، الأنموذج المقترح يناقش معتقدات الفرد المضطرب حول الأشياء التي هو أو

هي يقومان بها (Reber & Reber:2003,128) ويقصد به في هذه الدراسة البرنامج الذي تم بناؤه لتحقيق أهداف هذه الدراسة استنادا على الأطر المرجعية النظرية والدراسات التطبيقية اللاحقة.

2. قلق الأداء الاجتماعي وقلق الأداء تحت الملاحظة:

محاولة تجنب حالات التفاعل الاجتماعي التي تتطلب القيام بعملية الأداء والأداء تحت الملاحظة ضمن المجموعات الاجتماعية المختلفة ، والتي بدورها تسبب حالة من الخوف والارتباك النفسي تؤثر على أداء الوظائف الجسمية كزيادة دقات القلب وارتعاش أحد اليدين وعدم القدرة على الكلام ، وتم تحديد درجة الفرد من خلال إجابته علي مقياس القلق الاجتماعي وقلق الأداء تحت الملاحظة الذي تم بناؤه لتحقيق هدف هذه الدراسة.

حدود البحث :

يتحدد البحث بمتغيرات الدراسة الحالية وطلاب وطالبات العينة التي استهدفت بالبحث.

الفصل الثاني

الاطار النظري

مقدمة:

يعد الهدف الرئيس للسلوك الاجتماعي محاولة التنظيم والسيطرة على عملية التفاعل الاجتماعي والقدرة على المحافظة على النماذج الاجتماعية المرسومة في ذهن الآخرين. و تتم تلك العملية من خلال العديد من الترابطات تشكل نظرية مسبقة في الذهن (Theory of mind) تؤيد وتدعم سلوكنا وردود أفعالنا تجاه الآخرين. وتتمثل في القدرة على فهم احتمالية التصورات الذهنية من قبل الآخرين أي كيف يفكر الآخرون حولنا بأقصى نظرة ايجابية ممكنة (Gilbert:2002,19). ويعد التركيز الشديد على إعطاء انطباع ايجابي عن الذات للآخرين سبباً رئيساً في تحفيز أي من انفعالات الذات الشعورية مثل الخجل والاستعداد للعدوان والقلق والشعور بالذنب (Gilbert: 2000,174).

وتختلف درجة ونوعية تلك الانفعالات حسب شدة الموقف والنظرية الذهنية للفرد، وتنتج تلك الانفعالات الاستجابية السلوكية التي يعتقد الفرد أنها ملائمة للموقف. ويمكن تلخيص العوامل المكونة والمؤثرة في تلك الاستجابات في النقاط التالية:

1. شق معرفي. نظرية مسبقة في الذهن حول الآخرين والمواقف أو أفكار قبل شعورية.
2. شق وجداني، أي من انفعالات الذات الشعورية المصاحبة لتلك المعالجة المعرفية.
3. شق سلوكي، استجابات سلوكية قد تختلف باختلاف الفرد تقبل أو هروب أو تجنب أو عدوان، الخ.

وعند تحليل أي موقف من مواقف التفاعل الاجتماعي التي تتضمن الأداء وتقييمه نجد أن غالبية الأفراد يشعرون ببعض الحرج في البداية ومن ثم يألفون الموقف، بينما البعض الآخر تستثار لديهم في تلك المواقف مشاعر الحرج والخوف من الإهمال والتي بدورها تحفز سلوك التجنب والهروب (Boer: 1997,796). ويصنف هؤلاء الأفراد على أنهم يعانون من القلق أو الرهاب الاجتماعي.

وهناك العديد من الدراسات التي طورت لوصف وتفسير ومن ثم الضبط والتحكم في أسباب القلق الاجتماعي استناداً على نماذج نظرية مختلفة مثل النموذج الطبي الذي يعتبر أن

الخلل يجب أن يعالج بالطريقة الدوائية والنموذج السلوكي الذي يبين أن القلق الاجتماعي هو عبارة عن خلل في السلوك ومن ثم يستخدم تعديل السلوك.

ومن النماذج النظرية التي أخذت زخما كبيرا في المجال البحثي في السنوات القليلة الماضية دراسة العوامل المعرفية المكونة لعملية القلق الاجتماعي (Sturmer:2002,487) .
وحيث أن هذه الدراسة تهدف إلى بناء برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة فإن التوضيح النظري ينقسم إلى شقين :- الشق الأول ركز على توضيح مفهوم القلق الاجتماعي بشكل عام و قلق الأداء الاجتماعي و الأداء تحت الملاحظة والنظريات المفسرة له والمتغيرات المرتبطة ، أما فيما يتعلق بالشق الثاني فقد تم التتبع التاريخي الفلسفي السريع لتشكل نظرية المعرفة التي أسهمت في تراكم الخبرات التي شكلت ما يسمى التوجه المعرفي في علم النفس و التركيز على النظرية التي استند البرنامج المستخدم في هذه الدراسة .

وقد تم اعتماد العديد من مصادر المعلومات لتصفح الجانب النظري المتاح في هذا المجال مثل قاعدة بيانات جامعة عين شمس القاهرة مصر وقاعدة بيانات الجامعة الأمريكية القاهرة وقاعدة بيانات جامعة شافيلد بالمملكة المتحدة (Sheffield University , The UK) و شبكة المعلومات الدولية ، وقد تم استخدام الكلمات التالية كمفاتيح للبحث ، قلق (Anxiety) ، قلق اجتماعي (Social Anxiety)، الخوف الاجتماعي (Social Phobia) و أداء (Performance) ومعرفي (Cognitive) ، والعلاج المعرفي (Cognitive Behavioral Therapy) وتقييم القلق الاجتماعي (Social anxiety assessment) .

تعريفات قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة :

يمكن تتبع تعريفات قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة من خلال التعريفات الخاصة بالقلق الاجتماعي بصفة عامة و تعريفات قلق الأداء ، ومن التحديدات المهمة لهذا النوع من الاضطراب التعريف الخاص بالدليل الرابع لإحصاء وتشخيص الاضطرابات النفسية DSM-IV والذي يعرف الرهاب الاجتماعي (يستخدم مصطلح القلق الاجتماعي) كالتالي " خوف معلوم ومتواصل من موقف أو عدة مواقف للأداء الاجتماعي التي يتعرض

فيها الفرد لأناس غير مألوفين لديه أو لاحتمال تهديد من الآخرين ، و تتمثل مخاوف الفرد في أنه سوف يتصرف بطريقة تؤدي إلى إهماله أو إحراجه اجتماعيا . و ينتج ذلك الخوف من خلال فهم الفرد أن التعرض لتلك الحالات سوف يسبب له قلقاً حاداً أو غير منطقي كما يمكن أن تصاحبه موجات من الذعر تقود إلى تجنب دال يتداخل مع الحياة اليومية للفرد أو الحياة الوظيفية . ويجب أن لا يكون ذلك الخوف أو التجنب سبباً مباشراً لأي حالة عامة أو طبية أخرى "

ومن خلال (Schlenker & Leary:1982, 642) يمكن تعريف القلق الاجتماعي على أنه " حالة توقع أو وجود لتقييم التفاعل الشخصي في الحالات الاجتماعية المتوقعة أو الحقيقة " كما أن بيك وأمري (Beck & Emery,1985) يطلقون على القلق الاجتماعي "قلق التقييم" (Leary & Kowalski : 1995,6) كما ناقش كلارك وويلز (Clark & Wells: 1995) قضية أن الخوف من التقييم السلبي والتعرض أو الانكشاف أمام الآخرين وتجنب المواقف الاجتماعية (الاختباء) هي من العلامات المميزة للقلق الاجتماعي (Gilbert: 2000, 176) بينما يشير (Beck et al. Leary & Kowalski, 1995 Gilbert: 2000). 1985, أن القلق الاجتماعي هو قلق الخوف من التقييم. كما يعرف القلق الاجتماعي بأنه عبارة عن حالة من حالات الخوف الاجتماعي في التعامل مع الناس الآخرين والتي تجلب أو تسبب حالة من تقييم الذات والشعور بالنقص، أي شعور الفرد بأن الآخرين يقيمون سلوكه بشكل سلبي يقوده إلى الشعور بعدم ملاءمة هذه المواقف والإحراج والإهمال و الاكتئاب، وهذه المشاعر تبدو لدي الفرد عند قيامه بالأداء في مواقف اجتماعية خلافا عن وجوده لوحده (Richard: 2003, 25).

أما بالنسبة للنموذج النظري الذي قدمه ريب وهامبرج (Rapee & Heimberg 1997) , للقلق والخوف الاجتماعي فقد تضمن النقاط التالية:

1. تقييم الذات من خلال الذات و الذات كما تبدوا في عيون الآخرين .
2. الخوف من الوقوع في أخطاء التقييمات الاجتماعية .
3. الانتباه الزائد والتحيز في معالجة المعلومات .

4. زيادة الحساسية لأسباب الإثارة الداخلية .

5. سلوك واضح للتجنب والهروب .

كما أن ليتبرج يشير (Leitenberg,1990) إلى أن القلق الاجتماعي يتضمن مشاعر الخشية والتركيز على الذات والضغوط الانفعالية في حالات المشاركة أو في حالات التقييم الاجتماعي ، ومثل هذا القلق يظهر في حالات الرغبة الملحة لترك انطباع ايجابي مع وجود شكوك كبيرة في عدم القدرة على ذلك ، و هؤلاء الأفراد يؤمنون أن تلك الحالات التي تتضمن التهديد أو التقييم من الآخرين سوف تؤدي إلى نتائج تقييم سلبية ، ومن ثم الخوف من الشعور بالضرر ورفض نتيجة ذلك التقييم السلبي (Ingman:1999,7) . كما يعرفه مجدي محمد الدسوقي بأنه اضطراب نفسي يعاني منه الفرد يظهر في تجنبه للمواقف الاجتماعية أو الابتعاد عن الآخرين قدر الإمكان ، حيث يشعر الفرد بالقلق والارتباك إذا اضطر للتواجد أو التفاعل مع الآخرين ، وهو خوف غير معقول أو لا سبب له وهو خاص بإحراج الذات في المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء الفعلي وفي أشكاله الأكثر اعتدالا يجعل الفرد يتجنب أنشطة معينة من جوانب الحياة العامة أو الوظيفة الاجتماعية مثل عدم التحدث أو تناول الطعام أمام الآخرين وفي أشكاله الأكثر حدة يفرض تحديات خطيرة تؤدي إلى العزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة (محمد : 2004 ، 9) .

ويعرفه محمد السيد عبد الرحمن على أنه حالة من التوتر تنتج عن التوقع أو الحدوث الفعلي للتقييم في مواقف التفاعل الشخصي التخيلية أو الحقيقية (محمد : 1998 ، 154) . ومن خلال التعريفات الخاصة بالقلق الاجتماعي المشار إليها سابقا يتبين أن هذا النوع من الاضطراب قد تم الإشارة إليه ضمن أعراض القلق الاجتماعي الآتية:

أ – خوف محدد وقبلي لواحد أو أكثر من حالات الأداء والتي يعرض فيها الفرد إلى ناس غير مألوفين أو إلى احتمالية التفحص من الآخرين ، وتتمثل مخاوف الفرد من احتمالية التصرف بطريقة تؤدي إلى الإهمال من قبل الآخرين أو الحرج (ظهور علامات القلق) .

ب – التعرض للمخاوف في مواقف الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة دائما يستثير القلق بشكل ثابت والذي قد يأخذ حالات مؤكدة أو قبلية من القلق أو الضغط النفسي.

ج – معرفة الشخص أن القلق مفرط وبدون سبب.

د – تجنب الحالات التي تثير خوف الأداء والتي عادة ما تكون غير محتملة ومرتبطة بقلق شامل أو الشعور بالضغط النفسي .

هـ – تجنب توقعات القلق أو الضغوط في الحالات التي تستثير مخاوف الأداء والتي تتداخل بطريقة دالة مع الروتين العادي والأداء الأكاديمي أو الوظيفي أو النشاطات الاجتماعية أو العلاقات الاجتماعية للفرد .

و – يجب أن تمتد فترة بقاء الأعراض لدى الأفراد الذين عمرهم أقل من 18 سنة لفترة لا تقل عن 6 اشهر .

ز – لا تكون حالة الخوف والتجنب نتيجة لأعراض جسدية مباشرة أو جوهر لحالة طبية عامة و لا تكون قد تم وصفها في أي اضطراب عقلي آخر .

وفيما يتعلق بدراسات مشكلة قلق الأداء يشير بيليتير (Pelletier:2003) أن اضطراب قلق الحديث الاجتماعي أمام الناس من أنواع القلق السائدة ضمن اضطرابات القلق المختلفة وهو عادة يضعف الوظائف الاجتماعية والعملية وأن دراسات التدخل بينت أن العلاج المعرفي السلوكي هو من الأساليب الناجعة في العلاج لهذا النوع من الاضطراب . كما بين بارل و ميدروس وبارل و برايس (Barrell, Medeiros, Barrell and Price,985) أن القلق يضعف الأداء خلال مواقف عديدة متنوعة مثل المدرسة والاختبارات والمقابلات الشخصية في الوظائف والحديث أمام الناس و الأداء الموسيقي ، والمشكلات التي يسببها القلق لا تقتصر على إضعاف الأداء وإنما قد تقود إلى فقدان الصحة والعمل (Currie: 2001,1) .

وفي النص اللاحق يقوم احد الأساتذة الجامعيين بوصف حالة من حالات قلق الحديث أمام الناس والتي تتضمن وصف لتجربة شخصية مر بها :

"كنت قد وقفت للحديث أمام الآخرين وكنت راغبا أن ذهني وصوتي سوف يؤديان وظيفتهما بشكل جيد وواضح وكنت غير راغبا في أن أفقد اتزاني وان الأداء سوف يكون مقبولا ولكن وبعد برهة قصيرة بدا قلبي بالخفقان وشعرت بضغط شديد على صدري ثم شعرت بأنني علي وشك الانفجار . كنت اشعر بان لساني أصبح غليظا وثقيلًا وبدأت اشعر أن عقلي أصبح ضبابيا وممحوا من كل شيء ، لم أكن استطع تذكر ما قلته أو ما سأقوله ثم بدأت في الارتجاف وكنت بصعوبة ادفع الكلمات خارجا وكان جسدي يتأرجح و يداي ترتعشان وبدأت أتصعب عرفا وكنت على وشك السقوط من على الخشبة و شعرت بالرعب وفكرت بأنني سألق بنفسي الخزي والعار . " (Beck et al :1984, 4)

وعند تحليل النص السابق نلاحظ أن حلقات الخوف قد أثرت في كل جزء من أجزاء الجسد ويمكن توضيح ذلك الأثر من خلال النقاط التالية:

1. التأثير الفسلجي والذي تضمن خفقان القلب و الضغط على الصدر وتقل اللسان.
2. التأثير على أداء الوظائف المعرفية للذهن والتي تمثلت في عدم القدرة على التذكر والتركيز .
3. التأثير على الدافعية والمتمثل في تدني مستوي الرغبة للأداء والرغبة في ترك المكان .
4. التأثير الانفعالي من خلال الشعور الشديد بالرعب والخوف .
5. التأثير السلوكي ويتمثل في الارتعاش وعدم القدرة على ضبط الجانب الحركي واللفظي للسلوك .

والسؤال الذي يطرح لماذا كل ذلك الارتباك والخلل في كل الوظائف الجسمية والمعرفية والانفعالية وما سبب كل تلك المخاوف ؟ للإجابة على ذلك التساؤل نستطيع القول أن الاستجابة للموقف لم تكن بشكلها الطبيعي و إنما كانت نتاج أفكار مسبقة مخزنة أصلا في الذهن تظهر بشكل تلقائي في مواقف معينة والتي من بينها موقف الأداء المشار إليه وخير دليل على أن الموقف في حد ذاته لا يستدعي ذلك المستوي العالي من الخلل أن تلك التجربة ليست معممة لدي كل الأفراد وإنما تبدوا لدي نسب دالة من الناس يعانون نفس المشكلات حيث يوجد عدد كبير من البشر يقومون بالأداء الحركي واللفظي على المسرح ومدرجات

الجامعات بشكل اقرب إلى الطبيعي خلافا عن الأستاذ الجامعي الذي عاني كل تلك الصعوبات المشار إليها.

وتتمثل صعوبة فهم المشكلات الانفعالية التي يعانيتها الأفراد في أن الأعراض قد تتداخل مع بعضها البعض بحيث يكون من الصعب وليس من المستحيل فصل أعراض انفعال عن الآخر ، وكما في مثالنا السابق قد تكون تلك الصعوبات نتاج قلق (**Anxiety**) أو خوف (**Fear**) وفي هذا الصدد يشير بيك وآخرون الى أن تعريفات الخوف والقلق دائما تتداخل وأنها عادة تستخدم كمعني عام للمفهومين . (**Beck et al . 1985, 7**) و يعتبر قلق الحديث أمام الناس من أنواع قلق الأداء الاجتماعي التي تسبب العديد من المشكلات لدي الأفراد حيث أن هؤلاء الأفراد عادة ما يعانون حالة من الخوف الشديد عند الحديث الرسمي أمام ثلاثة أو أربعة أفراد كما يسبب نفس المشكلات لدي بعض الأفراد عندما يتحدثون أمام جمع غفير من الناس وتكون أسباب الخوف متمثلة في أن الفرد يشعر بتهديد الوقوع في أخطاء أثناء الحديث أو أنه سوف يبدو لدي الآخرين بأنه أبله أو أحمق أو أن حديثه سوف يكون متقطعاً غير واضح ، كما يشمل قلق الأداء الأفراد الذين يخافون من عدم قدرتهم على الأداء الجيد في وظائفهم أو الخوف من عدم القدرة على ترك الانطباع الجيد لدي الآخرين (**Lazarus and Abramovitz: 2004, 833**) . وبالرغم من أن قلق الأداء يبدو من أنواع القلق الخارجية أي الخوف من الوقوف أمام الأفراد الآخرين ولكن كالعديد من أنواع القلق الخارجية توجد مكونات داخلية مرتبطة بقلق الأداء والتي تتمثل في عدم القدرة على تنمية أساس انفعالي يؤدي إلى الشعور بالراحة خلال عملية الأداء (**McCullough and Osborn:2004,841**) . وقد يكون ذلك العجز هو النتيجة المباشرة للأفكار القبلية الموجودة في الذهن والتي تثير حالة القلق غير الموضوعي من مواقف الأداء، أما فيما يتعلق بالتعريفات الإجرائية المرتبطة بدراسات تطبيقية يقسم ليبوتز القلق الاجتماعي المقاس ضمن مقياسه الأكثر استخداما في الدراسات العلاجية- مقياس ليبوتز للقلق الاجتماعي **The Liebowitz social anxiety scale 1987(LSAS)** والذي سوف يعتمد كمقياس استرشادي لبناء أداة قياس في هذه الدراسة - القلق الاجتماعي إلى بعدين، المقياس الفرعي الأول قلق التفاعل الاجتماعي و المقياس الفرعي الثاني قلق الأداء الاجتماعي. وفي دراسة لاحقة

لسافرن و ليبوتز (Safren & Liebowitz) 1999) بين التحليل العامل أن البعد الأول (قلق التفاعل) متشعب بعامل واحد بينما البعد الثاني (قلق الأداء) متشعب بثلاثة عوامل متمثلة في قلق الحديث أمام الناس وقلق الملاحظة من قبل الآخرين وقلق الأكل والشرب أمام الناس (Safren et al : 1999,253-270) . و البيئة الجامعية تحتوي العديد من المواقف التي تمثل هذه الأبعاد من حيث أن الطالب خلال عملية الأداء التي تطلب الحديث الرسمي إلى الطلاب والأساتذة في مواقف أكاديمية والحديث غير الرسمي مع الكادر التعليمي والكادر الوظيفي والزلاء ووقوعه تحت الملاحظة المركزة (مواقف الأداء الفردية أمام الطلاب والكادر التعليمي) و تركيز كلا الجنسين على بعضهم البعض من حيث شكل الجسم والهيئة الخارجية والملابس، ووجود مواقف تجبر الطالب على الأكل والشرب داخل مقاهي الكلية وذلك لبقائه داخل الحرم الجامعي لمدة طويلة من الوقت تدفعه لإشباع دوافعه الجسمية (الأكل والشرب) وأحيانا الأكل والشرب ضمن برنامج الحفلات الجامعية تثير قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة لدي الطلاب الذين يعانون هذا النوع من المشكلات . وفي هذا الصدد يشير كل من تشو و ون و هولت وهامبرج و هوب و ليبوتز و مانوزا و بولارد و هندرسون و ستين و ولكر و فرود (Cho & Won, 1997; Holt , Heimberg ,Hope & Liebowitz,1992; Manzua et al .,1995; Pollard& Henderson,1988) أن قلق الحديث أمام الناس يعتبر من حالات الخوف التي يمكن أن تتكرر في البيئة العامة والبيئة الجامعية (Cho et al :2004,14) .

ومن خلال التعريفات السابقة يتبين أن قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة وحسب علم الباحث لم يتم الإشارة إليه كتعريف منفصل ولكن تم الإشارة إليه كعرض من أعراض القلق الاجتماعي أو جزئياً ضمن تعريفات قلق الأداء.

يعرف البحث الحالي قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة **Social**

performance –observation anxiety : بأنه الخوف من التقييم السلبي في

المواقف الحقيقية أو المتخيلة أثناء الحديث أمام الآخرين والذي يشمل الحديث (الرسمي أو غير الرسمي) بحيث يكون الفرد تحت بؤرة التركيز (قلق الحديث أمام الناس) كما يشمل الوقوع تحت الملاحظة المركزة من الآخرين أثناء الكتابة أو القيام بأداء اختبار(قلق الوقوع

تحت الملاحظة) كما يشمل حالة القلق المصاحبة لمواقف الأكل والشرب في الأماكن العامة (قلق الأكل والشرب أمام الناس) ، وتتسبب حالات الخوف والقلق من التقييم السلبي الهروب والتجنب الجزئي أو الكلي لبعض المواقف أوكلها .

مظاهر قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة :

أولاً: المظاهر الذاتية:

يناقش نيكولس (Nichols, 1974) ملامح القلق الاجتماعي من خلال 35 دراسة علاجية في فترة زمنية بلغت 3 سنوات باستخدام منهج الملاحظة وقد أشار إلى أن كل فقرة من الفقرات اللاحقة قد تم ملاحظتها في 50% من الحالات :

1. إدراك عدم القبول أو النقد من الآخرين .
2. توقع عدم القبول أو النقد من الآخرين .
3. الميل القوي إلى الإدراك والاستجابة للنقد من الآخرين غير القلقين .
4. تدني مفهوم الذات مقابل الآخرين ، أي الشعور بقلة الحيل و ضعف الاستطاعة .
5. التصلب في الأفكار المرتبطة بالسلوك المناسب وعدم القدرة على إبداء تنوع في السلوك للتغلب على الصعوبات .
6. الخيال السلبي ، التخيلات التي تنتج توقعات القلق .
7. ازدياد الشعور والخوف من إمكانية التقييم من قبل الآخرين .
8. حالة من المراقبة الذاتية والشعور بأن الآخرين يشاهدون كل التصرفات .
9. التمييز والخوف من الحالات التي قد تسبب الهروب المفاجئ والتي تكون غير متوقعة وقد تجذب الانتباه .
10. حالة من الشعور تتمثل في الخوف من الوقوع في شرك .
11. المبالغة في تفسير التغذية الراجعة المرتبطة بالتوتر والحرص .
12. الشعور بانكشاف الجسد في المواقف الاجتماعية .

13. الخوف في أن يبدوا الفرد مريضاً أو أن يضيع السيطرة .
14. المرور بخبرة عدم الراحة التي تزداد بشكل كبير .
15. استجابات القلق غير المتوقعة ترتبط بالحالة المزاجية والخيالات السابقة للموقف. (Beck & Emery:1985,155-156)

ويمكن تقسيم المظاهر الذاتية للقلق الاجتماعي إلى ثلاثة مظاهر حيث يشير (Ataoglu et al :2000,170 and Igman : 1999,8) إلى أن أي فرد قلق تتضمن استجاباته ثلاثة أنواع من ردود الفعل جسدية ومعرفية وسلوكية .

1. الإثارة الجسمية:

يرتبط القلق الاجتماعي بتغيرات في الجهاز العصبي اللاإرادي سوا كان ذلك بسبب عوالم اجتماعية أو غير اجتماعية وتحدث تلك التغيرات في أجزاء الجسم التي لا يمكن السيطرة عليها والتي تشمل العضلات الملساء والغدد مثل نبضات القلب والتنفس و الهضم ، وقد قامت العديد من الدراسات بدراسة التغيرات الجسمية الناتجة عن القلق الاجتماعي حيث تقوم النشاطات الناتجة عن الجهاز العصبي الإرادي بزيادة دقات القلب والتنفس وضغط الدم والشد العضلي وفي نفس الوقت تسبب هذه النشاطات في انخفاض نشاطات الجهاز المعوي واضطراب إفرازات الأحماض الأمينية وتوزيع الدم خلال الجسم والذي بدوره يكون مسئولاً عن انخفاض حرارة الكف واصفرار الوجه في حالة التعرض للمواقف الحقيقية أو المحتملة المسببة للقلق الاجتماعي والأثر الجوهري لهذه التغيرات يتمثل في محاولة التعامل مع المخاطر القريبة الحدوث وإزالة الضغوط من خلال آليات الهروب أو مواجهة التهديد (Leary & Kowalski : 1995,129-130)

أما فيما يتعلق بالدراسات الخاصة بالجهاز اللاإرادي فإنها تعتبر نادرة ويمكن توقع العكس بالنسبة لهذا النوع من النشاط المترتب على الجهاز العصبي اللاإرادي من خلال انخفاض قدرة هذا الجهاز على جعل دقات القلب والتنفس وغيرها من المظاهر الجسمية المصاحبة لحالة القلق في حالتها الطبيعية، وقد أشارت (Frijda: 1986) أن نماذج استجابات الجهاز اللاإرادي عادة ما تتلازم مع الانفعالات السلبية في الحالات التي يصعب فيها التعامل

مع الأسباب المثيرة للقلق. ومن المظاهر الانفعالية التي يمكن أن توضح حالة الجهاز العصبي أثناء موجة القلق وقوع الكائن البشري في الحرج حيث يمكن ملاحظة ثنائية الأداء بين الجهاز العصبي الإرادي واللاإرادي بوضوح من خلال ظهور علامات على الأفراد تبين أداء الجاهزين وكمثال على ذلك ازدياد الشد العضلي- الإرادي- وفي نفس الوقت انخفاض نبض القلب ، اللاإرادي (Leary & Kowalski : 1995,132) .

كما بينت بعض الدراسات أنه يجب التفريق بين نوعين من الاستجابات للمخاوف:

أ – جابة الخوف النشطة والتي يسببها الجهاز العصبي الإرادي والنتائج المترتبة عليها سوا كانت الهروب أو المواجهة.

ب – جابة الخوف الشاملة والتي تتمثل في الجمود وعدم القدرة على الاستجابة بسبب انخفاض عمل الجهاز العصبي اللاإرادي (Hamilton: 1989).

ويمكن تلخيص ردود أفعال الجهاز العصبي تجاه المواقف الفعلية أو الافتراضية المسببة للقلق الاجتماعي في التالي:

الجهاز العصبي الإرادي يجهز الجسم للاستجابة من خلال تنشيط الأجهزة للاستجابة المحتملة في الوقت الذي يعجز فيه الجهاز اللاإرادي على إعادة الجسم لوضعه الطبيعي بعد الاستجابة الأولية أو تنظيم وظائف الأجهزة مما يترتب عليه الشلل التام وعدم القدرة على مواجهة المواقف المسببة للقلق .

وإذا ما تم تطبيق هذه القاعدة على اضطراب قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة فإنه يمكن توقع أن الأفراد الذين يعانون هذا النوع من القلق تكون استجاباتهم المبدئية الناتجة عن نشاط الجهاز العصبي الإرادي تحفيز أجهزة الجسم لكي تتمكن من الأداء في المواقف الاجتماعية والأداء في حالة الامتحان أو المقابلات الشخصية أو المحاضرات الشفوية وعدم قدرة الجهاز العصبي اللاإرادي على تنظيم أداء هذه الأجهزة يترتب عليه بروز المظاهر الجسمية المضطربة كعدم القدرة على الكلام أو عدم القدرة على تحريك اليد أثناء الكتابة. كما بينت كيوريا أن المظاهر الجسمية للقلق تتمثل في جفاف الفم وصعوبات البلع

وبحة في الصوت وسرعة في التنفس ودقات القلب والارتعاد والارتعاش والتوتر العضلي والصداع و ألم الظهر والعرق وصعوبة التركيز وعدم القدرة على النوم والإجهاد والكوابيس الليلية (Currie: 2001,2) .

2. المظاهر المعرفية

قام آرون بيك في كتابه **العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية (Cognitive therapy and the emotional disorders)** بشرح المحتوى المعرفي للاضطرابات الانفعالية حيث يشير إلى أن قدرة الإنسان على دمج عدد ضخم من الأحداث البيئية لرد الفعل التوافقي على عملية العزو لبيئتنا النفسية ، أضف إلى ذلك من المدهش هو قدرتنا على التمييز خلال التلميح الدقيق في حالات التفاعل الشخصي ومرونتنا في وجه خيبة الأمل والإحباط. القدرة على استخدام الخيال بطريقة مبدعة وتمييزها حتى لا تصدم بإحساس الواقعية يكون دليلاً آخر لنضجنا . وعلى الرغم من تلك الصورة المتوهجة بالتأكيد نحن لا نستجيب دائماً بطريقة متسقة لكل التحديات ، حيث توجد لدينا قابليات محددة للعطب " خطوط صدع " دائمة والتي تراكم الضغوطات ومن ثم تطلق سلوك الارتعاش أو الهيجان والذي يصنف عادة بأنه استجابة مبالغ فيها ، في تلك الحالات تخمينات غير واقعية تطغي على تخمينات واقعية وربما نكون في تلك الحالة نعلم أن ردود أفعالنا مبالغة في عدم المنطقية .

وعندما تكون حالة رد الفعل غير مناسبة أو مبالغ فيها و التي يقع خلفها مستوي من الضغط النفسي أو العجز يقوم النفسيون بتصنيفها ضمن الاضطرابات الانفعالية أو العصابية أو الإجهاد النفسي أو الاضطراب العقلي وغيرها وتلك الاضطرابات نفترض أن لها خصائص وأشكال تجعلها ضمن نطاق مستوي عام معروف من التصنيف مثل الاكتئاب والقلق والبارانويا والتي عادة ما تكون مختلفة عن ردود الأفعال العادية. و يفسر بيك تلك الاضطرابات من خلال مصطلحات التفكير المقولب (**Canalized thinking**) وتنشيط الانتباه (**Attention fixation**) وتشويهات الواقع (**Distortions of reality**) حيث يشير إلى أن قناة تثبيت الانتباه وتشويهات الواقع هي في الواقع التي تظهر أو تبدي الأنواع المختلفة للعصاب ونقطة الخلاف بين الأنواع المختلفة للعصاب تستند إلى محتوى ذلك التفكير المحرف

أو الشاذ ، وتلك الانفعالات المبالغ فيها تكون كل حالة انفعالية منها لكل اضطراب نتيجة استئارة نوع محدد من التفكير الشاذ (Beck : , 76,81,83) .

وتتركز مخاوف الأفراد القلقين اجتماعيا حول مصادر قلقهم سوا كانت اجتماعية (التعامل مع السلطة ، أداء الاختبارات، الحديث أمام الآخرين) أو غير اجتماعية (الثعابين ، الرعد) من خلال ثلاثة تصورات:

أ – قويم وردود أفعال الأفراد الآخرين تجاههم سوا كانت حقيقية أو متخيلة.

ب – ثار المحتملة لنتائج ردود أفعال الآخرين.

ج – فوات أو مظاهر النقص التي يعتقد الأفراد القلقون اجتماعيا أنها تسبب مشاكلهم

الاجتماعية (Leary & Kowalski : 1995,133-134) .

في حالة التعرض لمستوي عال من التركيز على الذات في المواقف الاجتماعية

المحتملة يكون الأفراد القلقون اجتماعيا أكثر عرضه لتضخيم حالات الإحساس بالانطباعات السلبية وكذلك يقللون من الانطباعات الايجابية والألفة المرتبطة بالنتائج

(Kashdan: 2004) .

3. المظاهر السلوكية :

تتمثل المظاهر السلوكية في التجنب والهروب وطأطأة الرأس والاختباء (Ataoglu

et al :2000,170)

ثانياً: الأساس الشخص - اجتماعي :

يعتبر الإطار الشخص - اجتماعي أساسا قويا في تشكيل وظهور القلق الاجتماعي حيث أن عملية التفاعل الاجتماعي سواء كانت في الواقع أو التصورات الذهنية لدى الفرد هي الأساس القوي في تشكيل عملية القلق الاجتماعي، وعملية القلق التي تكون نتاج مواقف اجتماعية هي التعبير عن الخوف من الوقوع في أخطاء أو هفوات نتيجة الاختلاط مع الجماعات الاجتماعية المختلفة وفي هذا الصدد لا نستطيع القول أن أي فرد يرتبك أو يشعر ببعض التوتر عند تواجده في احد المواقف الاجتماعية هو فعلا شخص قلق اجتماعيا حتى إذا

ما ظهرت عليه المظاهر المألوفة للقلق ولكن يمكن الإشارة إلى أن ذلك الفرد قلق اجتماعيا عندما تسبب تلك المواقف نوعاً من التجنب والهروب الدائم لبعضها أو كلها .وفي هذا الصدد يشير فيسك و تايلور إلى أن لعملية الإدراك الاجتماعي **Social cognition** دوراً كبيراً في ردود أفعال الفرد تجاه المواقف المختلفة ، فعند مراقبة السلوك الإنساني يطرح تساؤلاً لماذا يستجيب الناس لنفس المواقف بشكل مختلف ؟ ولماذا يستجيب نفس الشخص لنفس الأحداث بشكل مختلف في أوقات متعددة ؟ فعلي سبيل المثال يوم صعب في العمل قد يقود شخص ما إلى أن ينذر نفسه للمحاولة بشدة بينما قد يقود شخص آخر إلى حلقات من الاكتئاب، وللإجابة على هذه التساؤلات يتبين أن الناس يعالجون خبراتهم الواقعية من خلال أحداث موجودة في الذاكرة قبلية - بطريقة واعية أو لا واعية - (أدوات ترشيح **Filters**) لان تلك الأحداث المسجلة تحدد تاريخ الفرد الاجتماعي حيث أن كل فرد يفسر الواقع بطريقة مختلفة ويستجيب بشكل مختلف للأحداث وفضلاً عن ذلك ربما تختلف ردود أفعال أي فرد إلى حدث معين باختلاف الوقت استناداً إلى أي من الأحداث التي تم اختيارها وسيطرت على الاستجابة لذلك الحدث، وهكذا نجد أن فهم سلوك الفرد يتطلب معرفة ما هو الحدث (س) الذي ربما يكون السبب في اختيار تلك الاستجابة وكيف يفسر ذلك الشخص ما حصل. ولفهم الضغوطات النفسية لا يجب الأخذ بعين الاعتبار وسط الفرد الاجتماعي فقط ولكن تلك البني العقلية و التاويلات التي ربما تثير وتحافظ على الصعوبات النفسية (**Fisk & Taylor,1999**) .

وهناك العديد من العوامل التي تجعل الفرد يبدوا قلقاً اجتماعياً مقارنة بالأفراد العاديين في كل أو بعض المواقف الاجتماعية ومن هذه العوامل :

أ - قص في المهارات الاجتماعية .

ب - تجابات المرتبطة بالمواقف المثيرة للقلق (فعل العادة) (**Leary & Kowalski : 1995,15**)

ج - فكار السلبية عن الذات . وفي هذا الصدد تبين أن الأفراد القلقين اجتماعياً مقارنة بغير القلقين يبدون مستوى عالياً من تكرار جمل سلبية عن الذات ارتباطاً بحالات التفاعل الاجتماعي وتلك الجمل ترتبط بقلق ذاتي غير موضوعي ومستوي عال من الشعور

بالاذي خلال فترة التفاعل الاجتماعي وبالإضافة إلى ذلك ترتبط تلك الجمل السلبية عن الذات بمستوي من الملاحظة للسلوك وعلامات القلق وتأثيرها على المشاركة في الأداء (Sturmer et al : 2002,487).

د - عور بالمسئولية الشخصية عن الأخطاء . وفي هذا المجال بين ترور وآخرون (Trower et al .1990) أن الأفراد القلقين والمرؤوسين ربما يكونوا أكثر احتمالية لعدم قبول التحدي من الآخرين وخاصة عندما لا تسير الأشياء بطريقة يرضون عنها خلال علاقاتهم الاجتماعية وذلك لا فتراضهم أنهم هم الوحيدين المسؤولين عن الهفوات والأخطاء التي تقع خلال تلك العلاقات وقد بينت التجربة المضبوطة التي قام بها من خلال تسجيل مرئي لمحادثة بين طالب (دور المرؤوس) ومحاضر (دور الرئيس) قام فيها المحاضر بالقفز على قواعد المحادثات الاجتماعية (مثال المقاطعة غير المهذبة) أن الطلاب القلقين مقارنة بالطلاب غير القلقين كانوا :

- يضعون أنفسهم في وضع اقل من المحاضر .
 - يقومون بلوم أنفسهم عن الأسباب التي كانت وراء الصعوبات خلال المحادثة .
- (Gilbert:2000,176) .

كما بينت دراسة أجراها بول جلبرت وجيرمي كانت تهدف إلى بحث مدي شعور الناس بالقلق والغضب وعزوهم للوم الذات عن النقد الموجه أو لوم الآخرين وقد بينت نتائج الدراسة أن لوم الذات وليس لوم الآخرين عن النقد الموجه قد ارتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية والتي من بينها القلق الاجتماعي (Gilbert et al :2000) . وكل ما كان السلوك الاجتماعي يحاول السيطرة على التفاعلات الاجتماعية (أقصى استفادة اقل ضرر) كانت لدينا نماذج لأنفسنا عن كيف نبدو في أذهان الآخرين وذلك يمثل مفتاح عملية التفاعل بين بني البشر فعندما نريد أن نعرف إذا كنا جذابين للآخرين ننشي أو نطور قدرات لما يسمى نظرية للذهن (Theory of mind) ، و هي تعبر عن مجموعة من البني المعرفية المترابطة التي تمثل نوعا من الاحكام الافتراضية القبلية تمكن الفرد من التعرف علي صورته في أذهان الآخرين وهي التي تحفز انفعالات الذات الشعورية مثل القلق الاجتماعي والخجل (Gilbert:2002,18) .

5. محاولة حماية الذات ، حيث يشير كلارك وويلز (Clark & Wells , 1995) أن العديد من أساليب معالجة المعلومات والسلوك التجني لدي الأفراد القلقين هي طريقة لحماية الذات حتى في حالة تبني اتجاهات الخضوع والدونية في الدوائر التي يخالف فيها الآخرون القواعد والنظم الاجتماعية (Gilbert:2000,176-177) .

أسباب قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة :

ينشأ هذا النوع من الاضطراب تدريجيا لدي الأفراد الذين يعانون من حالة الخجل أو ربما قد ينشأ فجأة لدي بعض الأفراد الآخرين ، أما فيما يتعلق بالمرحلة العمرية التي ينشأ فيها هذا النوع من الاضطراب فإن بعض الدراسات أشارت إلى أن هذا الاضطراب قد ينشأ منذ الطفولة وبعض الدراسات الأخرى أشارت إلى أن الاضطراب ينشأ عند مرحلة المراهقة المتأخرة (محمد : 2004 ، 9-10) . ويمكن وجود مجموعة من العوامل تكون سببا في نشوء هذا النوع من القلق وتتمثل العوامل في :

1. تشير العديد من دراسات التوائم المتماثلة ودراسات الأداء على مقياس سمة العصابية ومقياس سمة القلق إلى احتمالية وجود عوامل جينية وراثية مسببة للقلق الاجتماعي (محمد: 2004 ، 18) و (Kashdan & Herbert : 2001 , 40) .
2. تمثل العوامل البيئية دروا بارزاً في إصابة الفرد بالقلق الاجتماعي (محمد: 2004 ، 18) وخاصة العوامل المتعلقة بالأسرة والمتمثلة في البيئة الأسرية غير التوافقية وخاصة عندما يكون الوالدان مسيطرين على الطفل وشديدي النقد له (Kashdan & Herbert : 2001 , 40) .

وتعتبر الأسرة عاملاً مؤثراً يشمل كل العوامل المسببة للقلق الاجتماعي ويمكن افتراض العامل الأسري من خلال :

- أ – ور الأسري في نقل العامل الوراثي الخاص بإمكانية الإصابة بالقلق الاجتماعي .
- ب – بيئة الأسرية التي تبالغ في الرفض والنقد للطفل أو التي تبالغ في حماية الطفل ولا تترك له الفرصة لتنمية استجابات خاصة به.

ج – قليد السلبي للأسرة في التحذيرات والمعتقدات عن خطورة العالم ووجود السلبيات الكبيرة في البيئة .

أما فيما يتعلق بالأسباب المثيرة للقلق الاجتماعي لدى الأفراد الذين يعانون من هذا النوع من الاضطراب يشير كل من هولت و هايمبرج و هوب و ليبوتز (Holt, Heimberg , Hope and Liebowitz, 1992) أن الحالات التي تحدث القلق الاجتماعي بشكل فجائي يمكن أن تصنف إلى أربعة مستويات مبدئية :

أ – ديث الرسمي ، مثال المشاركة في مجموعات صغيرة أو القيام بأي عمل أمام الآخرين .

ب – ديث غير الرسمي والتفاعل ، مثال القيام بحفلة و التحدث مع أي شخص لا تعرفه جيداً .

ج – فاعل التوكيدي ، مثال الحديث إلى أشكال السلطة و التعبير عن الرفض لشخص ما أو لوجهة نظر .

د – حظة السلوك ، مثال الأكل أمام الآخرين وعروض الأزياء (Safren et al . 1999, 255) .

تأثيرات قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة:

يؤثر القلق الاجتماعي على علاقات الفرد من حيث عزله عن تكوين صداقات إلا في إطار محدود لان الفرد القلق اجتماعيا يواجه مشكلات البقاء وحيدا مع الأفراد الآخرين ، كما أن ذلك الفرد يعاني ندرة في إشباع غريزة التفاعل الاجتماعي ، ويبدو أن الفرد القلق اجتماعيا اقل ميلا من الفرد العادي إلى الزواج وتكوين الأسرة ويفضل البقاء وحيدا مقارنة بأي شخص مصاب بأي من الإضطرابات العقلية أو مصاب بأي من اضطرابات القلق الأخرى ، وعادة ما يكون الفرد القلق اجتماعيا عاطل عن العمل وفي حالة تقلده لأي وظيفة فإن مستوي عمله يكون اقل من قدراته كما انه يكون اقل إنتاجية ويزيد القلق الاجتماعي من

اعتماد الفرد على الآخرين ومن ناحية أخرى يبدو أن متغير الخطورة يكون اعلي لدي الفرد
القلق اجتماعيا منه لدي المصابين بالاضطرابات الأخرى والتي تتضمن الاكتئاب العام وإيمان
الكحول والأفكار الانتحارية (Hambrick et al :2003,373) .

أنواع قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة

يمكن تقسيم القلق الاجتماعي إلى نوعين رئيسيين :

1. قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة المعمم وهو ذلك النوع من القلق الذي يتمثل
في الخوف والتجنب للعديد من المواقف المسببة لهذا النوع من القلق.
2. قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة وهو ذلك النوع من القلق الذي يحدث نتيجة
لبعض المواقف الاجتماعية .

وغالبا ما يتم التعامل مع النوع الأول من خلال الدراسات الكليينكية (Clinical
studies) بينما يتم التعامل مع النوع الثاني من خلال الدراسات الوبائية (Epidemiological
studies) (Marteinsdottir 2003,4) .

كما يشير ليري وكاو لسكي إلى أن بعض الباحثين يشيرون إلى التعريف الواسع للقلق
الاجتماعي والبعض الآخر يقسمون القلق الاجتماعي إلى عدة أنواع مثل :

1. القلق الاجتماعي المتعلق بالتعامل مع الجنس الآخر (الذكور والإناث) .
 2. القلق الاجتماعي المتعلق بالحديث أمام الناس أو القلق الاجتماعي المتعلق بإعاقه الاتصال
البشري أو الخوف من الخشبة .
 3. قلق التنافس وقلق الأداء الرياضي .
 4. قلق تقييم صورة الجسم من الآخرين .
 5. قلق الاختبار المعوق .
 6. قلق الوقوع تحت الملاحظة الاجتماعية .
 7. قلق الدفاع عن النفس أمام الآخرين .
- (Leary & Kowalski : 1995,132) .

وفيما يتعلق بهذه الدراسة فإنها تناولت بالدراسة قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة المعمم ، أي القلق الذي يظهر لدى الفرد في مواقف الأداء والأداء تحت الملاحظة بشكل عام وليس في مواقف جزئية.

كما يمكن تقسيم القلق الاجتماعي استناداً على نوع التطبيق :

1. العلاج المعرفي السلوكي الفردي والذي يتم من خلال أسلوب دراسة الحالة ، ويتم ذلك غالباً في الدراسات الإكلينيكية والتي تعاني من اضطراب قلق حاد.
2. العلاج المعرفي السلوكي الجمعي والذي يستخدم لاختبار فاعلية العلاج لمجموعة من الأفراد.

وقد كانت تطبيقات الدراسة الحالية ضمن المجموعة وذلك لان عينة البحث تتضمن مفردات من البيئة الأكاديمية .

النظريات المفسرة لقلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة :

1. النظرية السلوكية :

يستند النموذج السلوكي في تفسيره لاضطراب قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة على المفاهيم التقليدية للنظرية السلوكية **Classical behaviorism** والاشراط الاجرائي **Operant conditioning** .

يري السلوكيين أن القلق الاجتماعي هو عبارة عن ارتباط الاستجابة الغير سوية بمثيرات محددة ويمكن للفرد التغلب على مشكلاته من خلال تعريضه لتلك المثيرات بعد تحديدها من خلال طرق القياس المختلفة ويتم ذلك ضمن بيئة علاجية مضبوطة . وفي هذا الصدد يشير مارتن وبيير (Martin and Pear:2002,373) في كتابهما تعديل السلوك ما هو وكيفية القيام به **Behavior Modification:What it is and how to do it** إلى أن عملية تعريض الفرد للمثيرات التي تحفز القلق الاجتماعي ضمن جلسات علاجية طويلة (2- 4 ساعات) يعتبر أسلوباً ناجحاً في تخفيف مخاوفه من المواقف المثيرة لقلقه.

ومن المعالجين السلوكيين الأوائل الذين درسوا القلق الاجتماعي واطسن وفرند ، وقد صمما مقياساً يعتبر من المقاييس الرائدة في المجال وهو مقياس التجنب الاجتماعي **The social avoidance and distress scale (Watson and Friend , 1969)** .

تركزت الأعمال المبكرة للسلوكيين في مجال سمة القلق الاجتماعي على دراسة الفروق الفردية ولكنها لم تدرس بشكل كبير الأسباب التي تجعل الأفراد يشعرون بالقلق **(Leary and Kowalski:1995,13)** .

ويخلص ديفيد **(David:2004,451)** في دراسته عن المفاهيم السلوكية الكامنة وراء التوجه المعرفي في علم النفس المفاهيم السلوكية الواعية والغير الواعية للتوجه السلوكي العلاجي الخاص بالاضطرابات الانفعالية والتي من ضمنها القلق الاجتماعي في النقاط التالية :

أ – فهم أسباب وكيفية ارتباط مدخلات محددة للسلوك بمخرجات محددة وذلك للسيطرة على تلك المدخلات والمخرجات .

ب – التوقع الدقيق للمدخلات (مثيرات) ومخرجاتها (استجابات) .

ج – تنظيم وتركيب المدخلات والمخرجات المختلفة ومعرفة العلاقة بينها .

د – وصف العلاقات بين المخرجات و المدخلات .

2. نظرية التحليل النفسي:

طور ديفيد مالن **(Malan,1979)** مخططاً لتفسير قلق الأداء يستند على نظرية الصراع لسيجموند فرويد وقد أطلق عليه المثلثين **The two triangles** . مثلث الصراع و المثلث الشخصي . يقود مثلث الصراع المعالج إلى التعرف على السلوك الذي يمثل الحيل الدفاعية للقلق والشعور التكيفي المتضمن ، ومن ثم التعرف على الأسلوب الدفاعي الذي يقود إلى إغلاق أو تجنب مشاعر الصراع . وتشمل الحيل الدفاعية أنواع مختلفة من السلوك مثل تجنب المواقف الاجتماعية أو الهروب من مواقف الأداء . ويقود المثلث الشخصي المعالج

إلى التعرف على أشكال الصراع والمواقف المرتبطة بها (McCullough:2004,843-844)

3. النظرية الفسيولوجية :

تعرض هذه النظرية الأساس الفسيولوجي للاضطراب والذي يتعلق بمستقبلات البنزوديازيبين في الدماغ **Brain benzodiazepine receptors** وترتبط هذه المستقبلات بمستقبلات الناقلات العصبية لحامض جاما- الامينية الزبدية **Gamma- aminobutyric acid (GABA)** ويؤدي حصر البنزوديازيبين داخل مستقبلات البنزوديازيبين في الدماغ إلى تيسير عمل الناقلات العصبية (جابا) وقد تبين أن استخدام مواد عكسية **Inverse agonists** لهذه المستقبلات ، وهي مكونات حامض بيتا - الكربوليك **Beta -Carbolines** . وتظهر الأعراض بسبب النقص في المواد المشار إليها (إبراهيم وآخرون : 2001 ، 147-148) .

4. النظرية المعرفية:

تستند التفسيرات المعرفية لقلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة على أساس عام يبين أن بعض الأفراد لديهم مشكلات في معالجة المعلومات الخاصة بالتهديد - **Threat related information processing** ومن العمليات المعرفية التي تأخذ شكلاً متحيزاً **Biases manner** العمليات التالية :

1. الانتباه الانتقائي ويتمثل في تفسير التهديدات بطريقة انتقائية .

2. التذكر الانتقائي ويتمثل في تذكر أشكال التهديد وأسبابها بشكل انتقائي .

3. سوء التفسير ويشمل التفسير الخاطئ للمواقف والأحداث .

4. التوقعات الخاطئة ، التوقع الخاطئ لأسباب ومثيرات القلق .

من خلال ما سبق عرضه بخصوص النظريات المفسرة لقلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة يلاحظ وجود 4 اتجاهات رئيسية تفسر هذا النوع من الاضطراب ، ولكن

يمكن القول أن عدد الدراسات الخاصة بعلاج القلق الاجتماعي ضمن تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي الذي يستند على النظرية المعرفية تتزايد بنسبة دالة ومن هذه الدراسات علي سبيل المثال لا الحصر دراسة **فاطمة الزهراء 1999** ودراسة **جين كاتروكس وآخرون 2000** ودراسة **دور ويستن وكات موريسون 2001** ودراسة **راندل وآخرون 2001** ودراسة **هيربلن وآخرون 2002** ودراسة **موهلنم وآخرون 2003** ودراسة **كارداكيتو 2003** ودراسة **كاندل وآخرون 2004** ودراسة **ماريا هيلن 2003** ودراسة **هوفمان ومسكوفيتش 2004** كما يشير أوتو وآخرون في مقال علمي حول العلاج المعرفي السلوكي للقلق " هناك أدلة قطعية أن العلاج المعرفي السلوكي يعتبر من استراتيجيات الخطوط الأولى لعلاج القلق الاجتماعي " (Otto et al.: 2004, 34). ، ويمكن اعتبار النجاح الخاص بتطبيقات النظرية المعرفية التي استخدمت نماذج متعددة مثل نموذج بيك ونموذج أليس ونموذج بيك وأمري و غيرها من التطبيقات ضمن العلاج المعرفي السلوكي إلى إن هذا النوع من العلاج يركز على الجانب الآني للمريض بخلاف النظرية التحليلية التي تركز على تاريخ المريض وتستخدم أساليب معقدة نسبيا تحتاج إلى فترة طويلة من الزمن وتكاليف مادية كبيرة ، أما فيما يتعلق بالاتجاه الفسيولوجي في العلاج فإنه يمكن القول بصفة عامة أن العامل الجسدي عامل هام ولكن لا يمكن اختصار الكائن البشري إلى عوامل فسيولوجية تحركه ، كما أن دراسة زانق (Zhang et al :2002) ودراسة اتوجو (Ataoglu et al :2000) ودراسة سيمون (Simon:2004) تشير إلى أن العلاج الدوائي الذي يستخدم في علاج القلق قد يكون ناجعا في التغلب على أعراض المرض ولكن الأعراض تبدأ في الظهور بعد فترة وجيزة من التوقف عن العلاج الدوائي ، وفيما يتعلق بالنظرية السلوكية سوا كانت التقليدية أو المعدلة فإنها تتعامل مع الاضطراب على أنه خلل في السلوك و إغفال الجانب المعرفي الذي يعتبر عاملا وسطيا بين المثير والاستجابة كما أنه لا يمكن أن يتم اختصار السلوك البشري إلى علاقة بين مثيرات واستجابات حتى وان كان بالطريقة التي تشرح بها السلوك النظريات السلوكية المعاصرة ، وفي تفسيرها لأعراض القلق ولأسبابه تؤكد النظرية المعرفية على جميع الجوانب الجسمية والمعرفية والسلوكية ، حيث تشير إلى أن الخلل الجسدي هو عبارة عن خلل وظيفي بسبب المعالجة المعرفية المتحيزة أو غير السوية وكمثال على ذلك عندما يشعر الفرد بثقل لسانه عند الحديث أمام الآخرين فإنه في الحقيقة يعاني حالة قلق بسبب فكرة مسبقة في ذهنه

تفيد انه شخص غير قادر أو عاجز عن الأداء بشكل مُرضي أمام الآخرين وتقل اللسان عبارة عن نتيجة وليس سبب ، و بالنسبة للشق السلوكي للمشكلة فإن تقنيات العلاج المعرفي السلوكي لا تهمل السلوكيات الناتجة عن الخلل وتقوم بتعديل الجانب المعرفي الذي أدى إلى خلل السلوك ومن ثم تعريف الفرد للموقف السلوكي الذي يسبب الخوف والقلق ، كما أن هذه النظرية عندما تعلم الفرد طريقة التفكير الموضوعية فإنها لا تهمل ماضي الفرد الذي تشكل من خلاله نظرية الذهن المرضية التي تسبب له المشكلات المتمثلة في التجنب والهروب.

علاقة قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة بالمفاهيم ذات الصلة :

يعتبر تصنيف الاضطرابات النفسية عاملا مهما في تشخيص نوع الاضطراب النفسي لدي الفرد ، والذي بدوره يكون عاملا رئيسا في اختيار البرنامج العلاجي الناجع ومن ثم رأي الباحث ضرورة عرض مجموعة من الاضطرابات النفسية التي قد تتداخل اعراضها مع الاضطراب المستهدف في هذه الدراسة (قلق الاداء الاجتماعي والاداء تحت الملاحظة) والاضطرابات المشار اليها كالتالي:

1. قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة والخوف – Social performance - : observation anxiety and fear

يمكن التفريق بين القلق والخوف بان الخوف عملية انفعالية بينما القلق عملية معرفية ادراكية كما أن الخوف يتضمن التقييم الذهني لمثيرات التهديد بينما القلق يتضمن الاستجابة الانفعالية للتقييم وكمثال على ذلك عندما يشير فرد ما إلى انه يخاف من شيء ما هو في العادة يشير بشكل عام إلى حالات ليست واقعة في الحاضر بينما قد تحدث في المستقبل أما بالنسبة للقلق فان الفرد يمر بتجربة ذاتية لحالة انفعالية غير سارة (Beck et al :1985,9) .

كما يعرف النموذج الحيواني مفهوم القلق بأنه استجابة لخطر محتمل بينما الخوف هو استجابة لخطر آني ، وتتضمن تجربة الإنسان للقلق قدرتنا على التفكير العالي بينما تجارب الخوف يبدوا أنها تتشابه مع النموذج الحيواني . وتتمثل مثيرات الخوف الإنساني في أنها إدراك حسي بينما المثيرات لمعظم أشكال القلق مفهوم لغوي (Catherall1:2003,76) . ومن خلال التعريف السابق يمكن القول أن الخوف هو مفهوم يستند على الجانب الفلسفي

الوراثي لدي كل الكائنات الحية وهو أسلوب رئيسي للمحافظة على استمرار الحياة بينما القلق هو مفهوم معقد يستند على درجة عالية في سلم التفكير تزداد تعقيدا مع درجة ارتقاء الكائن الحي في سلم الذكاء ومن ثم نجد أن الكائن البشري هو ذلك الكائن القلق دوماً عن كل الكائنات الأخرى ، وقد أشار كاثيرال في بحثه عن حالة الخوف والقلق والذي أُقتبس منه التعريف السابق إلى أن الأساس النيورولوجي يختلف في حالة القلق منه في حالة الخوف ويمكن اعتبار أن الأساس المعرفي هو المشكل الرئيسي لاستجابة القلق لدى الإنسان أي أن النظام الالاسني المتطور لدى الإنسان هو الأساس المعرفي المشكل للأفكار المحزنة في الذهن التي تحفز انفعال القلق خلافا عن الواقع الموضوعي الذي يستثير الخوف لدى كل الكائنات الحية .

2. قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة والخجل – Social performance – :observation anxiety and shame

بين (Cheek & Melchior:1990,48) إن ردود الفعل الخجلة تتصف بأنها مشاعر عامة من التوتر مع أعراض نفسية محددة تتمثل في التركيز المؤلم على الذات والقلق من أن يتم التقييم السلبي من الآخرين والشعور بالخرق وعدم القدرة على الكلام . ويعرف (Leary & Kowalski:1995,6) القلق الاجتماعي بأنه الشعور المسبق في الذهن بأنه سيتم التقييم في حالة التفاعلات الاجتماعية . وقد قام (Gilbert:1998,6) بوضع مقارنة بين الاثنيتين حيث بين أن الشخص القلق اجتماعيا هو ذلك الشخص الذي يخاف من أن يكون مخجلاً في حالات عديدة ، وفيما يتعلق بالقياس النفسي فقد تبين أن العديد من المظاهر المكونة للخجل قد ارتبطت بمقياس الخوف من التقييم السلبي (Fear of negative evaluation scale) والذي يعد من المقاييس النفسية التي تقيس القلق الاجتماعي كما يشير إلى أن الأرضية النظرية للخجل والقلق الاجتماعي تتقاطع في العديد من التعريفات والمكونات مما يجعل هذا الموضوع من الموضوعات الجدلية من الناحية النظرية .

3. القلق العام و قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة Generalized anxiety and Social performance –observation anxiety

يجب أن يتم التفريق بين القلق والقلق الاجتماعي حيث أن بعض أنواع القلق تظهر أو تبدو من مصادر غير اجتماعية كالقلق المصاحب للاضطرابات العقلية والسلوكية المتنوعة كما أن القلق قد يظهر كاضطراب نفسي مستقل والذي يعرف على أنه حالة من حالات الخوف الدائمة المجهولة المصدر والتي تعيق عملية التوافق النفسي وتكون مؤثرة على عملية الأداء اليومي للفرد ويكون حالة الخوف في المواقف الاجتماعية و غير الاجتماعية . وفي هذا الصدد يبين ليري وكوالسكي من خلال المثال التالي كيف أنه لا تمثل كل أنواع القلق التي تكون بسبب اجتماعي القلق الاجتماعي حيث يشير لو أن شخص ما شعر بقلق لان أحد عصابات الشوارع تلاحقه أو أن ربان الطائرة التي يستقلها أصيب بمرض لا يعتبر شخصا يعاني من القلق الاجتماعي بالرغم من أن مصدر القلق من الناس الآخرين أي أننا لا نستطيع التحديد بوضوح أن كل حالات القلق التي تظهر في عملية التفاعل مع الآخرين أو التي يسببها الآخرون تعكس حالة من القلق الاجتماعي (Leary & Kowalski : 1995,4) وفي هذا الصدد قام هولت وآخرون بوضع تصنيف للحالات التي يمكن أن تكون محفزة أو منتجة للقلق الاجتماعي والجدول رقم (1) يوضح ذلك التصنيف .

جدول رقم (1) :

النوع	مثال
الحديث الرسمي والتفاعل Formal speaking and interaction ,acting.	المشاركة في مجموعات صغيرة والقيام بعمل .
الحديث غير الرسمي والتفاعل. Informal speaking and interaction.	القيام بتنظيم حفلة ، الحديث مع شخص لا نعرفه جيدا .
التفاعل التوكيد ي . Assertive interaction.	الحديث إلى السلطة ، إظهار عدم القبول لشخص ما أو الاعتراض على حديث شخص ما .
ملاحظة السلوك Observation of behavior.	الأكل في الأماكن العامة ، أو المشاركة في عروض الأزياء

، (Holt et al ,1992)

4. قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة واضطرابات الذعر :

Social performance – observation anxiety and Panic disorder (with or without agoraphobia)

يتصف الناس المصابون بهذا الاضطراب بأنهم يمرون بحالات حادة من موجات الذعر في حالات لا تخيف الناس العاديين وتصاحب هذه الموجات الأعراض الجسمية الغير سارة للقلق مع الخوف بان الموجة سوف تقود إلى الموت أو فقدان السيطرة وبسبب ذلك قد يبدأ البعض الخوف من الخروج (رهاب الأماكن الخالية) والبقاء في أماكن المساعدة فيها غير متاحة .

ويمكن التعرف على الفروق بين القلق الاجتماعي واضطراب الذعر بـ أو بدون رهاب الأماكن الخالية من الملاحظة الدقيقة حيث يتبين أن غالبية الأفراد الذين يعانون من اضطراب الذعر يعانون من حالة خوف حادة من موجات الذعر أكثر من خوفهم المواقف الاجتماعية ، ومن ناحية أخرى يعتقد الأفراد أن وجودهم مع الآخرين ربما يكون معينا لهم لذي حدوث موجة الذعر خلافا عن القلقين اجتماعيا والذين تظهر لديهم حالة القلق في المواقف الاجتماعية الواقعية أو المتخيلة والمتضمنة لحالة تقييم أو ملاحظة وتدقيق من الآخرين (Jacques: 2002,42) .

5. قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة – Social performance - :Agoraphobia و رهاب الخلاء observation anxiety

وتتصف بالخوف من الوجود في أمكنة أو حالات ربما تكون صعبة أو محرجة أو الخوف من أن المساعدة غير متاحة في تلك الحالة أو ذلك المكان .

6. قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة واضطراب الوسواس القهري : Obsessive compulsive disorder

يحتوي هذا الاضطراب على أفكار ثابتة غير مرغوبة وعادة تؤثر على أداء طقوس الإلتقان في محاولة للسيطرة أو إبعاد الأفكار التي تثير التوتر والطقوس عادة تستهلك الوقت وتتداخل بجدية مع أحداث الحياة اليومية وكمثال على ذلك غسل اليدين الدائم أو العودة للبيت للتأكد من إقفال الأبواب .

7. قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة و اضطراب ما بعد الصدمة Post- :traumatic stress disorder

العديد من الناس الذين لديهم خبرات الصدمة مثل الحرب وحوادث المركبات يستمرون في الشعور بالرعب لفترة طويلة بعد تلك الأحداث .

ومن ثم يمكن تحديد ملامح القلق الاجتماعي بأنه ذلك الخوف الذي يعيق عملية الأداء أو التفاعل الاجتماعي وذلك لأن الفرد لديه اعتقاداً راسخاً بأنه سوف يقيم بشكل سلبي .

8. القلق الاجتماعي والرهاب الاجتماعي :

بين (Jacques: 2002,40) أن القلق الاجتماعي يعرف على أن رهاب اجتماعي أي أن كلا المصطلحين قد يستخدمان لنفس الاضطراب وفي محاولته لإيجاد فروق بين النوعين

يشير اجمان (Igman:1999,7) انه من الفروق الرئيسية التي يتم بها معرفة

الفروق بين القلق الاجتماعي والرهاب الاجتماعي هو شدة المكونات وبيبين أن القلق الاجتماعي يظهر في شكل ممتد أو كبعد متصل يبدأ من القلق الاجتماعي الذي يسبب تجنب المواقف المثيرة ليصل إلى أشكال الرهاب المرضية التي تسبب الهروب من المواقف المثيرة وأحياناً الانطواء أو العزلة شبه التامة التي تصور العالم على انه مكان خطر يجب التعامل معه بحذر ،كما انه من الأشياء التي ربما تفرق بين القلق الاجتماعي والرهاب الدرجة التي تؤثر فيها تلك الأعراض عن أداء الوظائف اليومية كما يشير إلى أن نوع الموقف قد يكون محددًا من محددات نوع الاضطراب حيث أن الفرد الذي يخاف بشكل مفرط وحاد من موقف بعينه يعاني من حالة رهاب اجتماعي بينما الفرد الذي يخاف من حالة قلق مرتبطة بالأداء في جميع المواقف الاجتماعية يعاني من حالة قلق اجتماعي .ويؤكد كاتشنق

(Katschnig,1996) أن التفريق بين القلق الاجتماعي والرهاب الاجتماعي من الصعوبة بمكان حيث يشير إلى أن القلق الاجتماعي يجعل الفرد يشعر بان الموقف غير مناسب أو مقلق بينما الرهاب الاجتماعي يتبين عندما يكون الاضطراب مؤثراً بشكل دال على الحياة اليومية بحيث يعيقها أو يشلها تماماً (Jacques: 2002,42) . ومن خلال ما سبق وغالبية الدراسات السابقة والمعالجات النظرية التي تم تناولها في هذه الدراسة واستناداً على التصنيف الرابع للإحصاء والتشخيص DSM-IV ومنعا للدخول في موضوع جدلي قد يحتاج إلى دراسة نظرية منفصلة سوف يتم اعتماد مفهوم القلق الاجتماعي عوضاً عن الرهاب الاجتماعي وذلك لأن الرهاب قد يكون اضطراباً يحتاج إلى ممارسة عيادية خلافاً عن الدراسة

الحالية التي تهدف إلى اختبار فاعلية برنامج نفسي لدي عينة من الطلاب الجامعيين الذين لديهم هذا النوع من الاضطراب والذي نوعيا لا يدخل ضمن الممارسة العيادية .

قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة في البيئة العربية اللببية :

يعتبر البحث في مجال القلق الاجتماعي بشكل عام وقلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت بشكل خاص غير موجود حسب علم الباحث في البيئة العربية اللببية وذلك لان المفهوم يعتبر جديداً على الساحة العربية ومن مؤشرات ذلك أن غالبية الكتب الصادرة باللغة العربية نشرت خلال فترة نهاية التسعينات والفترة الممتدة حتى كتابة هذا البحث ، كما أن الباحث لم يتمكن من الحصول على دراسات عربية حول تطبيقات البرنامج المعرفي السلوكي لقلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة باستثناء دراسة **فاطمة الزهراء محمد النجار** حول أثر برنامج معرفي سلوكي في تخفيف بعض المخاوف لدي الأطفال والتي تختلف في أهدافها وأساليبها عن الدراسة الحالية ، وفي إطار توظيف التطور العلمي في مجال خدمة المجتمع فان هذه الدراسة تكتسب أهميتها من أنها تعتبر دراسة استكشافية لاضطراب قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة و تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي لهذا النوع من الاضطراب .

قياس قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة :

بين **(Currie: 2001,4)** يمكن قياس قلق الأداء الاجتماعي من خلال مقاييس التقرير الذاتي والمعدات المعملية التي تقيس أعراض مختلفة من الأعراض الجسمية مثل نبضات القلب وضغط الدم وملمس الجلد ودرجة حرارة الجلد والشد العضلي كما تم تشخيص القلق الاجتماعي عن طريق المقابلات الإكلينيكية التي استندت على تصنيف القلق الاجتماعي ضمن القائمة الأمريكية للإحصاء والتشخيص للاضطرابات العقلية والسلوكية **(DSM. III, DSM. IIIR & DSM.IV)** . ومن الدراسات التي استخدمت مقاييس التقرير الذاتي **(Lund,1972; Zemore, 1975; Weissberg , 1977; Leglar, 1978; Foa, Jameson, Turner and Payne, 1980; Jackson and Latane, 1981 ; Kendrick, Craig , Lawson and Davidson , 1982 ; Steptoe , 1989 ; Abel and Larkin , 1990 ; Clark and Aras , 1991 ; Fredrikson and Gunnarsson , 1992)** ومن الدراسات التي

استخدمت قياس دقات القلب كمؤشر للقلق دراسة (Wardle , 1969 ; Appel , 1976; Leglar, 1978; Brantigan, Brantigan and Joseph , 1982 ; Jamea ,Burgoyne and Savage ,1983 ; James and Savage,1984) . وفي الفصل الثالث للدراسة تم عرض العديد من الدراسات السابقة التي استخدمت طرقاً مختلفة للقياس .ومن مقاييس التقرير الذاتي التي استخدمت في قياس القلق الاجتماعي بشكل عام وقلق الأداء والأداء تحت الملاحظة :

1. مقياس الخوف من التقييم السلبي ، واطسن وفريند 1969 The fear of negative evaluation scale(Watson & Friend) (FNE)
2. مقياس التجنب الاجتماعي والضغط لواطسن وفريند 1969 Social avoidance and distress scale ويعتبر هاذين المقياسين من المقاييس الرائدة في قياس القلق الاجتماعي
3. المقياس الفرعي للقلق الاجتماعي من مقياس الوعي بالذات لفنجستين و سشير و بوس Social anxiety subscale of the self – consciousness scale – Fenigstein, Scheier an Buss 1975
4. مقياس الخجل لتشيك و بوس 1981 Cheek and buss Shyness scale
5. التقرير الذاتي لإعاقة الاتصال لميكروسكي 1984 Personal report of communication apprehension . McCroskey . 1984
6. مقياس التفاعل المصحوب بالقلق LEARY Interaction anxiousness scale 1983 .
7. مقياس ليبويتز للقلق الاجتماعي The Liebowitz social anxiety scale 1987(LSAS) .
8. مقياس الرهاب الاجتماعي والقلق Social phobia and anxiety inventory, S.M, Turner, Beidel , Dancu and Sanley1989 .
9. مقياس القلق الاجتماعي من بنية الجسم لهارت وآخرون 1989 The social physique (Hart , Leary and Rejeski)

10. مقياس الخوف من التقييم السلبي ، ليري و كاولسكي 1993 The fear of negative
. evaluation scale (Leary & Kowlalski) (FNE)

11. مقياس أفكار قلق الحديث ,Cho et al.,2003
The speech anxiety thoughts inventory

كما توجد بعض المقاييس على البيئة العربية صممت لقياس الرهاب أو القلق الاجتماعي سوا كان ذلك من خلال ترجمة المقاييس الأجنبية وملاءمتها على البيئة العربية أو الاسترشاد بأدوات قياس أجنبية وعربية سابقة لبناء مقياس لتحقيق أهداف الدراسة موضوع البحث ومن المقاييس التي أطلع عليها الباحث :

1. مقياس الرهاب الاجتماعي لمجدي محمد الدسوقي (2004) ويعد هذا المقياس النسخة العربية لمقياس Social phobia scale لرولين ووي 1994 Raulin and Wee .
2. مقياس القلق الاجتماعي لمحمد السيد عبدالرحمن وهانم علي عبدالمقصود 1998 .
3. مقياس الأفكار السالبة المرتبطة بالخوف من المدرسة لفاطمة الزهراء محمد النجار 1999 .

العلاج المعرفي السلوكي :

مقدمة:

توجد نماذج نظرية مختلفة طورت لوصف وتفسير ومن ثم الضبط والتحكم في أسباب القلق الاجتماعي مثل النموذج الطبي الذي يعتبر أن الخلل يجب أن يعالج بالطريقة الدوائية والنموذج السلوكي الذي يبين أن القلق الاجتماعي هو عبارة عن خلل في السلوك ومن ثم يستخدم تعديل السلوك وحيث أن هذه الدراسة تهدف إلى بناء برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة فإن هذا التوضيح النظري المختصر سوف يركز على المظاهر المعرفية للقلق الاجتماعي ووصف النظرية التي سوف تعتمد في بناء البرنامج.

حيث بينت دراسة (Kopta, Lueger, saunder, and Howard ,1999;

Nathan et al.,2000;Roth and Fonagy,1996) أن التدريب والتمرس على العلاج

النفسي في القرن الواحد والعشرين يجب أن يعتمد على أدلة متينة لا تقبل الجدل. وتبين في

الحقيقة أن العديد من المعالجين النفسيين يترسون على العلاج دون الاعتماد على بحوث تصقل تقنيات العلاج التي يستخدمونها ، كما أنهم يحملون العديد من المعتقدات الشعبية حول العلاج النفسي ومن ناحية أخرى الأطباء النفسيين يعتبرون أن العلاج الدوائي يجب أن يكون الخطوة الأولى لعلاج الإضطرابات النفسية كإضطرابات الذعر و الإكتئاب (Westen and Morrison: 2001, 875) ولتفادي عدم وضوح المرجعية النظرية والاستفادة من الدراسات السابقة فإن الإطار النظري المعتمد في هذه الدراسة أرتكز على توضيح الفروق بين نموذجي بيك و أمري وتبني نموذج لبناء البرنامج يستند على نظرية بيك المعرفية الخاصة بعلاج القلق الاجتماعي والبحوث اللاحقة التي اختبرت فاعلية هذه البرامج .

الأساس النظري للعلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي علاجاً حديثاً يستند على دمج فنيات العلاج المعرفي وفنيات العلاج السلوكي ، ويتعامل مع الاضطرابات النفسية من خلال منظور ثلاثي الأبعاد معرفي وانفعالي وسلوكي ، ويتمثل المنظور المعرفي في استخدام الإقناع الجدلي التعليمي بما يضمنه من فنيات عديدة في تقديم منطق العلاج وشرحه للمريض وإقناعه بضرورة الالتزام بالدور المنوط به في عملية العلاج وتوضيح العلاقة بين الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية وما يعانیه المريض من ضيق وكرب و ما يترتب عن ذلك الخلل من مشاعر سلبية تحد من أدائه الوظيفي ، ويستند المنظور الانفعالي على كشف وعزل الأفكار التلقائية المسببة للانفعالات المبالغ فيها ، بينما يقوم المنظور السلوكي بتعريض الفرد للمواقف المثيرة لقلقه ضمن خطوات مقننة ومضبوطة.

ومن خصائص العلاج المعرفي السلوكي التركيز على المشاكل الآتية للمريض وبناء علاقة تفاعلية بين المريض والمعالج يكون فيها المريض عاملاً رئيسياً في عملية العلاج وليس مستقبلاً سلبياً (عبد الله : 2000، 17).

وقد أشارت بيانات مجموعة من الدراسات إلى أن العلاج المعرفي السلوكي قد يكون من أنجع الأساليب النفسية لعلاج الاضطرابات الانفعالية (Gould & others :1997 , Fesk & others : 1995 , Taylor : 1996) . ويبين كروزر (2002) أن العلاج المعرفي

السلوكي يعتبر من أكثر البرامج التي استخدمت للتدخل في حالات الخوف والقلق الاجتماعي
(Crozer:2002,5).

وقد استند العلاج المعرفي السلوكي على أعمال **A. Beck** في الستينات على مرضي الإكتئاب (1963،1964،1967) وأعمال أليس **Ellis** منذ الخمسينات . ومنذ ذلك الوقت يتلقى العلاج المعرفي السلوكي تأييدا من البحوث التطبيقية لجوانبه النظرية التي قدمها بيك وأثبتت فاعليته في علاج العديد من الإضطرابات النفسية . وقد تزامنت أعمال بيك واليس على أفكار واعتقادات المريض حيث يقوم العلاج المعرفي السلوكي عندهما علي مبدأ هام يتمثل في أن المعارف الخاطئة أو المشوهة هي التي تسبب الإضطرابات الانفعالية والسلوكية، ويعتقدان أن الأفراد يمكن لهم على المستوي الشعوري أن يستخدموا المنطق، ويصور كلاهما الافتراضات الأساسية للمريض على أنها أهداف للتدخل العلاجي كما أنهما يستخدمان الحوار النشط مع المرضى بدلا من أن يكونوا مستمعين سلبيين (عبدالله : 2000،22).وقد بدأ اليس

(Ellis,1954) بوضع نقاط البداية لعلاجه الذي اسماه العلاج العقلاني الانفعالي **Rational emotive therapy** ويمكن تلخيص نظرة هذا النوع من العلاج للإنسان في النقاط التالية :

1. الإنسان كائن عاقل وغير عاقل في بعض الأحيان وهو يختص بهذه الميزة دون الكائنات الأخرى وفي حالة استخدم الأسلوب العقلاني فإنه سوف يحي حياة سعيدة هائلة .
2. تتمثل أسباب الاضطراب النفسي في كونه نتيجة للأفكار غير العقلانية وغير المنطقية أي تفكير متحيز غير مطابق للواقع .
3. من الأسباب المكونة للتفكير غير العاقل وغير المنطقي وسائل التربية والتنشئة والوراثة .
4. يستند الاضطراب على التفكير الداخلي من خلال تثبيت بعض المفاهيم الكلامية الغير منطقية .
5. إن الاضطرابات النفسية لا تنتج من خلال الموجودات الخارجية وإنما من خلال التصورات الداخلية غير المنطقية .
6. يعتبر الحديث مع الذات هو الأسلوب الأفضل لتعديل تلك الأفكار غير المنطقية وغير العاقلة المسببة للاضطراب (مفتاح : 2001 ، 33 - 34) .

وتتمثل نقاط الخلاف بين بيك و أليس على أن برنامج بيك العلاجي يعتمد على الأفكار الاوتوماتيكية (**Automatic thoughts**) بينما يعتمد برنامج أليس على الأفكار اللاعقلانية (**Un logic thoughts**) وقد شاركا معا في وضع أسس العلاج المعرفي السلوكي الذي تأثر أيضا بنظرية التعلم الاجتماعي لباندورا **Bandura** وقد كان ذلك واضحا في استخدام فنيات مثل النمذجة ولعب الدور (عبدالله : 2000 ، 23)

وفي ما سماه مراجعة بنيوية ⁽⁶⁾ Constructivism للعلاج المعرفي يشير جيلن انه بداية من عقد الثمانينات في القرن العشرين بدأ العديد من المعالجين المعرفيين البارزين في تعديل وتوسيع النماذج المعرفية من خلال اختيار مفاهيم وتقنيات من نظريات النفسانيين الإنسانيين و التحليليين ، تلك الاندماجات تقود إلى ضرورة مراجعة ما إذا كان العلاج المعرفي عبارة عن نماذج بنيوية في بعض الحالات، حيث بين أن ماهوني (**Mahoney, 1988-1995**) قام بوضع لائحة تبين الفروق بين العقلانيين التقليديين و أنواع العلاج المعدلة أو المعالجين البنيويين :

1. يبين العقلانيون أن الحقيقة خارجية ومستقرة بينما يبين البنيويون أن الحقيقة ليس إلا ذاتية و شخصية⁽⁷⁾ .
2. يري العقلانيون أن المعرفة تصلح بالمنطق والسبب والبيانات التجريبية ، حيث يعتقدون أن الطريقة للسيطرة على الانفعالات تكمن في السيطرة على الأفكار والمعتقدات ، بينما يري البنيويون أن الخبرة تمثل اتساق الاندماج المعقد بين الجانب المعرفي والسلوكي والانفعالي والذي لا يمكن أن تفصل عن بعضها البعض .
3. يركز البنيويون ضمنا علي لب المخططات الأمرة ، ولب هذه المخططات الأمرة هي الأفكار والمعتقدات التي تتداخل مع عملية واضحة من المعلومات الداخلية المزودة للحدث غير الموجه والتي تتسق مع الخبرة الواعية للانفعالات .
4. يري العقلانيون إن الانفعالات هي مصدر المشكلات ويتم التصحيح ضمن عملية سببية واعية بينما يري البنيويون أن الانفعالات هي نتيجة خبرة من عدم التنظيم في لب

(1) اتجاه عام في الإدراك يوضح أن خصائص الإدراك والأشياء المدركة تمثل ارتباطات ليست استجابات مباشرة للمثيرات وإنما لا تعدو أن تكون بنية عقلية مسبقة في الذهن .

(1) **idiosyncratic** موعلة في الشخصية .

الترايباطات (Glenn D.Sean:2003,196-197). وسيحاول هذا البحث اعتماد نموذج بيك المعرفي لبناء البرنامج مع مراعاة الاعتماد على نتائج البحوث النظرية والتطبيقية اللاحقة .

اتجاه بيك :

في عام 1970 أصدر بيك كتابا بعنوان العلاج المعرفي : طبيعته وعلاقته بالعلاج السلوكي (Cognitive behavioral therapy :Nature and relation to behavior therapy) أوضح فيه كيفية تغيير المعارف والأفكار من خلال نماذج إشرطية كما أوضح أيضا الدور الوسطي mediation للمعارف في الخبرات الإنسانية (عادل : 2000 ، 24) . وقد طور آرون بيك (Beck ,1976) نموذجه العلاجي مبدئيا لعلاج الاكتئاب ومن ثم قام بوضع تطبيقات له على مجموعة كبيرة من المشكلات مثل اضطرابات القلق (Martin & Pear:2002,359-360) .

ويقوم هذا النموذج العلاجي على فكرة مفادها أن ما يفكر فيه الفرد ويقوله حول نفسه وكذلك اتجاهاته وآراءه ومثله تعد جميعا ذات علاقة قوية وثيقة بسلوكه سواء كان عاديا أو مرضيا ، وتعتبر التجارب والخبرات السابقة التي تم ترميزها وتشفيرها معرفيا في الذهن على شكل أفكار قبل شعورية عاملا مهما في تكوين أي من الانفعالات المرضية أو العادية وترتبط هذه الانفعالات باستجابات سلوكية تختلف باختلاف الموقف والفكرة المسبقة في الذهن (عادل : 2000 ، 67) .و الاضطرابات الانفعالية الحادة أو العصبية (رد فعل المحنة) يكون فيها الفرد مثقلا بالقلق أو الحزن أو الهياج ويكون عليه أن يناضل للمحافظة على ضبط التركيز والانتباه ومن الناحية المعرفية فان استجابة العصاب تتصف بالوعي المكثف بالذات والتفسير الخاطئ للمثيرات غير الضارة على أنها تمثل خطرا كبيرا وكذلك للأفكار والمشاعر غير المناسبة (مفتاح: 2001 ، 72) .

ويعتبر بيك أن النقطة الأولى في إجراءاته هي أن يتعرف العميل على الخلل في التفكير لديه والافتراضات التي تسبب عدم التوافق والتي بدورها تسبب الانفعالات غير السارة. ويتم تشجيع العميل على سبيل المثال لتخيل أو إعادة استدعاء حالات تنتج تلك الانفعالات والتركيز على الأفكار التي مر بها العميل أثناء تلك الحالات.

ومن ثم وبعد معرفة الأسس الوهمية للأفكار والافتراضات المختلفة هناك العديد من الطرق التي استخدمها بيك للتقليل أو السيطرة على هذا الخلل اختبار الواقع أو اختبار الفرضيات (**Reality checking or hypothesis testing**) وبعد أن يتعرف العميل على المعتقدات أو الأفكار الضعيفة أو الواهنة وتعليمه على أن يفرق بين الافتراضات والحقيقة وبعدها يصبح الفرد في اتجاه اختبار مصداقيتها، وكمثال على ذلك إذا كان العميل يعتقد أن أي شخص يلتقي به يبتعد عنه وهو نوع من قلة القيمة أو الدونية ربما يقوم المعالج بمساعدته على استنباط نظام للحكم على تجاربه مع الآخرين وفهم لغة الجسد ومن ثم يستطيع العميل التحديد بشكل موضوعي إذا كانت الأفكار المصاحبة لمشكلته هي بالفعل حقيقة واقعة كما يستخدم بيك الواجبات المنزلية (**Martin & Pear: 2003,360**) .

ويري بيك أن الاضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد والمثيرات الخارجية التي يتعرض لها ذلك الفرد وتحليلها وتفسيرها عن طريق النظام المعرفي الداخلي الذي يميزه وقد تكون هناك ردود فعل انفعالية متباينة للموقف الواحد باختلاف الأفراد ، فحينما يشعر الفرد مثلاً بأنه قد فقد شيئاً ما له قيمة ومغزى بالنسبة له فإنه عادة ما يشعر بالحزن وحينما يتوقع تحقيق مكاسب معينة فإنه يشعر بالسرور والسعادة أم حينما يشعر بالتهديد فإن ذلك يؤدي به إلى القلق (**عادل : 2000 ، 67 - 68**) .

وينتج التشويش للواقع من جانب الفرد حال حدوث الاضطراب في التفكير الذي بدوره يؤدي إلى بروز أفكار اتوتوماتيكية (**Automatic thoughts**) تبدو مقبولة من وجهة نظر المريض ومن ثم تكون معقولة بالنسبة له كما انه يفسر كل الأحداث على أنها تنطبق عليه ومن ثم تتمركز الأفكار حول الذات وهو ما يعرف بالتمثل الشخصي (**Personalization**) ويتسم التفكير بالتطرف ومن ثم يتسق مع احد طرفين لا وسط بينهما فيكون أما ابيض أو اسود وهو ما يعرف بالتفكير المستقطب (**Polarized**) ويضع قواعد معينة ذاتية لكل موقف ويحكم عليها من خلاله (**عادل : 2000 ، 68**) .

الاضطرابات الانفعالية من وجهة نظر نظرية بيك المعرفية :

هناك ثلاثة خصائص أساسية للتفكير تشيع في كل الاضطرابات الانفعالية:

1. التمثيل الشخصي Personalization:

حيث يفسر المرضي كل الإحداث على أنها تنطبق عليهم حيث الأفكار المتمركزة حول الذات تحل محل الأفكار الموضوعية .

2. التفكير المستقطب Polarization :

حيث يفكر المرضي في صورة متطرفة ومطلقة ويرتبط ذلك النوع من التفكير بالتجديد الانقائي والاستنتاج الاختياري والتعميم الزائد .

3. قانون القواعد :

يستجيب المريض باتساق للمواقف ولكن انتظام الاستجابة (ردود الفعل) تمتد إلى أكثر من ذلك الذي يبدو من الأشخاص العاديين ويصبح غير مشروط ، وكذلك يصبح مطلقا .ولكل نوع من الاضطرابات النفسية مجموعة خاصة من القواعد. (مفتاح : 2001 ، 71 – 72).

واستنادا إلى بيك (1976) الأفراد ذوي الاضطرابات الانفعالية لديهم اختلال في وظيفة التفكير حيث ينشغلون بشكل مفرط بمجموعة أفكار منحرفة وهمية والذي بدوره يكون سبباً رئيسياً في مشكلاتهم ويتمثل خلل وظيفة التفكير في التالي:

1. التفكير الثنائي (Dichotomous thinking): والذي يعتمد على القطعية التامة

وكمثال على ذلك الافتراض بان الفرد الذي لا يحصل على درجة ممتاز في الامتحان يعتبر شخصا فاشلا.

2. الاستنتاج التعسفي (Arbitrary inference): والذي يرسم نتيجة متحيزة وغير

مؤكدة وكمثال على ذلك عندما يلتقي الفرد بشخص مصادفة في مكان ما ويكون ذلك العابر سبيل في حالة عبوس فيقوم الفرد بتفسير ذلك بأنه نوع من الرفض أو عدم القبول له .

3. الإفراط في التعميم (Overgeneralization): والذي يقوم على استنتاج معمم متحيز يستند على شواهد غير كافية وكمثال على ذلك اعتبار الفشل في موضوع محدد دليلاً على أن الفرد غير قادر على النجاح في أي تجربة لاحقة.

4. التضخيم (Magnification): وهو المبالغة في فهم الأحداث المحددة وكمثال على اعتبار عدم حصول الفرد على أشياء يريدها بشدة عبارة عن كارثة أو مصيبة (Martin & Pear:2003,360).

أي أن بيك يري أن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة ولا تلقائية بالنسبة للمثير الخارجي وإنما يجري تحليل المثيرات الخارجية وتفسيرها من خلال النظام المعرفي (العقلي) الداخلي وقد ينتج عن عدم الاتفاق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية الاضطرابات النفسية (مفتاح : 2001 ، 71) .

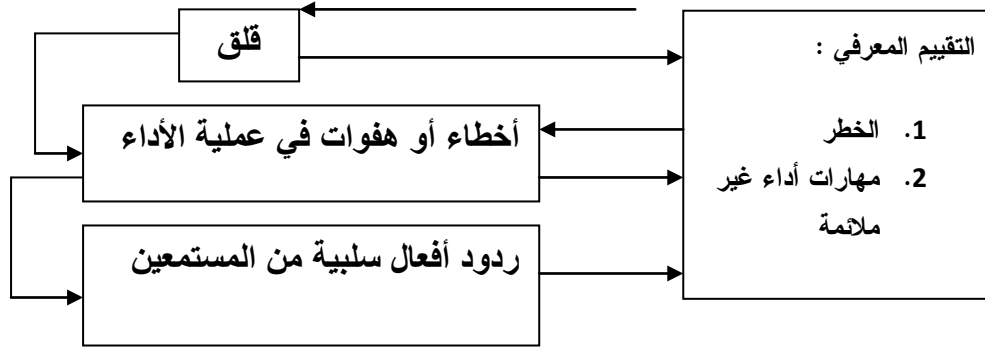
نظرية بيك وأمري المعرفية في القلق الاجتماعي:

لقد طور بيك وأمري (1985) نظرية معرفية لتفسير منشأ القلق والمخاوف المرضية بما في ذلك تفسير منشأ اضطراب القلق الاجتماعي . ويعد مفهوم المخطط (Schema) هو البناء المعرفي الأساسي الذي يقود عملية معالجة المعلومات، وينظر إلى هذا المفهوم على أنه المفهوم المحوري الذي يمثل العمود الفقري لنظريتهما المعرفية . والمخططات ما هي إلا مجموعات من القواعد تصنف وترتب وتنظم وتفسر المعلومات الواردة للمرء مثلما تيسر استرجاع المعلومات من الذاكرة وتصنف المخططات إلى أشكال وصيغ (Modes) يتخلق عنها مجموعة من الأفكار المعرفية أو ابتكار نوع من أنواع التحيز (Biases) الذي يبرز تأثيره عبر مواقف عديدة . ووفقاً لنظرية بيك وأمري فإن القلقين من الجمهور هم هؤلاء الأفراد سريعى التأثر ومن ثم فهم المهيبين للإصابة بهذا الاضطراب الانفعالي ، بمعنى آخر هؤلاء الأفراد هم الذين يرون العالم على أنه مكان خطر ومهدد ، ومن ثم يظل هؤلاء الأفراد شديدي التيقظ باستمرار لمواجهة أي تهديد محتمل من هذا العالم ونتيجة لذلك فان الهاديات الايجابية المحايدة أو المعتدلة يساء تفسيرها وبشكل سلبي بينما يتم تجاهل أو إهمال الهاديات الايجابية أو الأمانة المطمئنة كما يبخص تقدير ذكريات النجاحات السابقة ومصادر الثقة بالنفس

ومصادر التعايش المتاحة أو يتم تجاهلها ولذلك فإن المخططات تتعكس بذاتها في شكل أخطاء منطقية في التفكير الذي يصبح مرئياً بوضوح عندما يتعرض المريض للمنبهات المثيرة لقلقه (محمد: 2002، 247). ويقوم الفرد القلق اجتماعياً بثلاث خطوات متتالية وتتمثل في التقييم الأولي والذي يكون سريعاً غير دقيق والتقييم الثاني والذي يستدعي الأفكار التلقائية بدلاً من الواقع الموضوعي والخطوة الثالثة إعادة تقييم الواقع من خلال تشويبه معرفياً ومن ثم استشارة نوبة القلق التي تؤدي إلى استجابة التجنب أو الهروب وكمثال على ذلك القيام بعملية التصوير الفوتوغرافي والتي تعتمد على البيئة المحيطة وإمكانيات آلة التصوير مثل العدسة والضوء وغيرها حيث أن المصور يستطيع أن يبرز البيئة المحيطة بأشكال مختلفة ، واستناداً إلى هذا المثال فإن القلق اجتماعياً هو ذلك المصور الذي يعتمد على آلة تصوير بها مجموعة مختلفة من المشكلات تبرز الصورة مشوهة خلافاً عن الواقع الحقيقي لتلك الصورة (Beck & Emery :1985, 36-42).

وتختلف شدة التيقظ الذهني التي سببتها هاديات محددة من اضطراب إلى آخر ضمن اضطرابات القلق فمثلاً المخاوف المرضية من الثعابين ما هي إلا حالة من التيقظ الشديد التي إثارها هاديات يدل وجودها على وجود الثعابين بحيث تشمل هذه الهاديات كل الأشياء الطويلة النحيفة التي تشبه الثعابين شكلاً أو تشمل على رؤية العشب الطويل الذي يندر وجوده بقدم هذه الثعابين السامة . وما مرضي القلق الاجتماعي إلا هؤلاء الأفراد شديدي التركيز و الالتفات للهاديات التي تشير إلى احتمالات تقييم سلوكهم الاجتماعي سلبياً من قبل الأشخاص الآخرين وربما تكون هذه الهاديات ذات طبيعة موقفية (كما يحدث من تعليق حاد من احد المدرسين لأحد الطلاب الذي يجيب عن سؤال محدد أمام فصله) أو ذات طبيعة شخصية متبادلة (مثل زميل العمل الذي يفشل في الاستجابة لتحية زميله) أو ذات طبيعة داخلية (مثل معدل ضربات القلب المتزايدة أو حرارة الجسم التي تشير لوجود قلق بادي للآخرين أو يتدخل ويختلط بأداء السلوك المرغوب) (محمد : 2002، 248). و الشكل رقم (3) يوضح القلق من وجهة نظر بيك وأمري .

شكل رقم (1) :



الشكل مقتبس من بيك وأمري (Beck & Emery : 1985,48)

النموذج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق الاجتماعي :

أصبح العلاج المعرفي السلوكي من أنواع العلاج المعروفة في مجال المشكلات النفسية وتعتمد تقنية هذا العلاج على أن الأفكار غير التوافقية هي جوهر إن لم تكن السبب الرئيسي في الاضطرابات النفسية ، حيث يفترض أن الأفكار غير التوافقية هي التي تقود الناس إلى سوء إدراك الحالات والاستجابة بطريقة غير فاعلة وغير ملائمة تساهم في استمرار الأعراض (Glenn D. Shean,2003) .

ظهرت العديد من النماذج المعرفية السلوكية وركزت على مظاهر عديدة تبين كيفية يقوم الأفراد بمعالجة التقييمات الاجتماعية وما مد ي احتمالية تأثير التحيز في معالجة المعلومات على الانفعالات والسلوك والاستجابات في الحالات الاجتماعية . النموذج الذي يتم مناقشة هنا هو النموذج الذي قدم عن طريق Rape & Heimberg ريب وهايمبرج وتم تطويره من قبل آخرين فيما بعد . يناقش ريب وهايمبرج أن تجربة القلق في المواقف الاجتماعية تحدث من خلال الشعور المحتمل بالتهديد نتيجة النقد الذي سوف يوجهه الآخرون في تلك المواقف (فرد أو مجموع أفراد ربما يلاحظون وقيمون الفرد في الحالات الاجتماعية) أي أن أي فرد ربما يطور صور أو تمثيلات عقلية لنفسه سيتم إدراكها من قبل الجمهور (أي أن أي فرد ربما يطور صور أو تمثيلات عقلية لنفسه سيتم إدراكها من قبل الجمهور) تكسب ترابطات للذكريات والصور تكونت نتيجة الخبرات السابقة في الحالات المشابهة وهي لا تعدو أن تكون حالة من التخمين.

يتم مقارنة كيفية إدراك الذات من قبل الجمهور مع استنتاجات الفرد لتوقعات الجمهور وذلك عندما يسأل الفرد نفسه (هل أنا افعل ما يعتقد الجمهور أنني سأفعل) وكلما كانت استجابات الفرد أكثر سلبية للسؤال كلما كانت الاحتمالية اقوي للتقييم السلبي وكانت الكلفة الفشل الاجتماعي (James & others :2003 ,373).

تعريف العلاج المعرفي السلوكي :

يعرف بيك (Beck ,1979) العلاج المعرفي السلوكي بأنه مجموعة من المبادئ التي تؤثر في السلوك وهذه المبادئ :

1. العوامل المعرفية (تفكير-تخيل-تذكر) ذات علاقة بالسلوك المختل وظيفيا .
 2. تعديل هذه العوامل يكون ميكانيزما هاما لإنتاج تغير في السلوك المختل والذي ينتج بسبب أشكال منحرفة من التفكير وتتم عملية الفهم لهذه النماذج من خلال ، الأحداث المعرفية (Cognitive events) والعمليات المعرفية (Cognitive processes) والتركيبات المعرفية (Cognitive restructures) (فاطمة :1999، 42).
- ويعرفه ستيفن وكراسك بأنه عدد من التقنيات المعرفية السلوكية طورت لتوضيح أشكال متنوعة لإضطرابات إكلينيكية محددة وتستند هذه التقنيات على مفاهيم وافتراضات أساسية ومن هذه المفاهيم مكينازمات التعلم ومعالجة المعلومات (Stevens and Craske:2003). ويعرفه ميوزينا وسييج تغيير التأويلات الخاطئة لدي الفرد والتي تستند على أن مواقف معينة سوف تقوده إلى الفشل بينما تكمن المشكلة في معتقداته أن مخرجات تلك الحالات سوف تجلب له الحرج أو الإهمال ومن الأساليب المتبعة لتحقيق تلك الأهداف إخضاع الفرد إلى تدريب اجتماعي قاسي يشمل التعرض للمواقف المثيرة لقلقه ويتم ذلك بعد عزل الأفكار الخاطئة (Muzina and Sayegh: 2001,656) .

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي (CBT) لاضطرابات القلق الاجتماعي (GAD) المعمم على نظرية مفادها أن الاضطراب ينبع من إدراك ثابت للعالم على أنه مكان خطر يكون نتيجة محاولة تكيف فاشلة من خلال التعاملات التي أنتجت بفعل العادة والتي ترتبط ببنية معرفية واستجابات سلوكية وردود فعل الأجهزة الجسمية ، وتعتبر البنية المعرفية قبل

الشعورية المتحيزة هي المسببة للشعور بالخطر من المواقف الاجتماعية المثيرة للقلق، كما يشير كل من (Borkovec & Inz, J. 1990, Borkovec et al.1991, Butler et al 1990, Metzger et al 1991). أن الخيالات السلبية والتفكير المثير للقلق والتجنب المعرفي لبعض مظاهر الخبرات المقلقة ، والاستجابات السلوكية الناتجة عن سوء التوافق والتي تحتوي التجنب المسلكي والتأخر في صنع القرار من الأعراض الرئيسية للقلق الاجتماعي.

وينتج الشعور بالقلق الاجتماعي شد عضلي مفرط و تصلبات في المعدة أساسها العجز في أداء الجهاز العصبي نظير السمبثاوي والتداخل بين استجابات أجهزة الجسم التي تعتبر من إشارات عدم التكيف تقود إلى عملية تعيد إنتاج نفسها بطريقة مفرطة في حالة القلق.

والعلاج المعرفي السلوكي يحاول إعادة صياغة ردود الفعل غير المتكيفة باستراتيجيات متعددة للتكيف تهدف إلى إعادة البناء المعرفي لكل مظهر من المظاهر غير الموجهة (Newman & Borkovec: 1995).

وعند مراجعة كتاب بيك وأمري اضطرابات القلق والرهاب من منظور معرفي (Anxiety disorders and phobias : A cognitive perspective) يتبين أنهما يضعان فصل خاص لمفاهيم العلاج المعرفي (الفصل العاشر) يوضحان تلك المفاهيم كالتالي:

مبادئ العلاج المعرفي (Principles of cognitive therapy) .

المفهوم رقم 1 : العلاج المعرفي يستند علي النموذج المعرفي للاضطرابات الانفعالية :

Principle 1: Cognitive therapy is based on the cognitive model of emotional disorders.

يستند النموذج المعرفي للقلق علي قاعدة للتدخل تتضمن مكونات منطقية للعلاج، حيث يجب أن يكون التدخل للمساعدة على دراية تامة بالفروق بين المكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية والاستجابات الجسمية ، كما يجب أن يتم الشرح في الجلسة الأولى بطريقة واضحة

للمريض بأن القلق هو نتاج للتقويم الخاطئ والاختلال الوظيفي في التفكير مع ملاحظة أن يتم التوضيح بغرض مساعدة المريض ولا يتم الإسهاب في الشرح بطريقة تؤدي إلى الملل أو الضيق . وتتمثل أهمية الشرح في أن المرضى يرتبكون ويقعون في مشكلات نتيجة القلق حيث يعتقد البعض أن القلق يبشر بالمرض العقلي والبعض الآخر يعتقد أنه شخص ناقص يوقع نفسه في مشكلات تؤدي به إلى القلق ، والهدف الرئيسي لهذا الشرح الذي يبدأ في الجلسة الأولى ويستمر أثناء فترة العلاج هو إقناع المريض بان مشكلاته تتمثل في المبالغة والتحويل وان العلاج المعرفي هو الاسلوب الامثل الذي يجب أن يستند عليها للتخلص من مشكلاته وعندما يقتنع المريض أن مشكلاته تتمثل في كيفية قدرته على تخفيف حدة القلق يكون جاهزا للبرنامج العلاجي.

التقديم الجدلي Didactic presentation :

عادة ما يعاني مريض القلق من سوء فهم للأعراض والمشكلات التي يعانيتها ويجب أن يشمل برنامج التدخل على مساعدة المريض على تصحيح الأفكار الخاطئة حول المشكلات والصعوبات التي يعانيتها بسبب القلق ، حيث أن أعراض القلق عادة ما تنشط المخاوف المتوهمة وتجعل الفرد يشعر أحيانا بأنه سوف يفقد الاتصال بالواقع . وتشمل هذه المرحلة في التدخل مجموعة من الخطوات :

أ – التقييم الموضوعي لحالة المريض والشرح التفصيلي لأعراض القلق حتى يتم رفع مستوى اهتمام الفرد بتلك الأعراض.

ب – يجب أن يتم مساعدة المريض على الفهم الصحيح لدور للأفكار الاوتوماتيكية في انتاج القلق غير الموضوعي.

ج – بالرغم من أن القلق يعتبر اضطراب نفسي خضع للتقييم بطرق مختلفة من خلال مقاييس التقرير الذاتي ومقاييس المواقف والمقابلة التشخيصية استنادا على المعايير المتبعة إلا انه يجب التركيز على أن المشكلة ترتبط بالفرد الذي يعيش ظروفًا زمنية مكانية قد تختلف من فرد لآخر ومن ثم مراعاة عدم الدخول في محاضرات عامة حول المشكلات المصاحبة لأعراض القلق التي قد تصبح أحيانا نوعاً من الرؤى

الأبيولوجية المصاحبة للنظرية المعرفية أي أن المشكلة هي فرد داخل جماعة قبل أن تكون اضطرابا عاما.

د – يجب التوضيح الدقيق للعلاقة بين الأعراض الجسمية التي يولدها الجهاز العصبي من خلال أعراض القلق والتصور المعرفي المشوه للأحداث والمواقف وكمثال على ذلك الفرد الذي يعاني من قلق الحديث أمام الآخرين والقلق المعمم قد يفهم أن الشعور بالبرد والتجمد عند الحديث أمام الآخرين هو عبارة عن مشكلة عضوية.

تقديم العلاج المعرفي: Introduceing cognitive therapy

يقوم المعالج في المرحلة الأولى للعلاج التي تتكون من عدة جلسات تحددتها طبيعة خطة التدخل العلاجي ونوع المشكلات بشرح مختصر للنموذج المعرفي يعتمد على قدرة المريض لاختبار أفكاره ، وإذا ما لاحظ المعالج أن المريض لم يستطيع الفهم كان لازما عليه إعادة صياغة عملية الشرح ومن العوامل المساعدة للفهم استخدام المعالج للرسومات التوضيحية والبيانية والسبورة، لان المفاهيم في حد ذاتها مجردة بطريقة يصعب على المريض فهمها.

مستويات المخاوف : Level of fears

يستطيع المعالج أن يشير إلى أن المخاوف التي يعانيها المريض لا تعدو أن تكون مشاعره و أحاسيسه الشخصية ، حيث يجب أن يتم الوصف للمريض بوجود مستويات للمخاوف تتمثل في : أ. المستوي المبدئي للمخاوف يتمثل في الخوف من الإهمال من قبل الآخرين والخوف من الأمراض الجسمية وغيرها . ب. المستوي الثاني والذي يتمثل في الخوف من أعراض القلق وعدم القدرة على السيطرة على المستوي الأول من المخاوف التي تنبه المستوي الثاني والتي قد تقود إلى دائرة من الذعر.

المفهوم الثاني (2): العلاج المعرفي مختصر ومحدد بوقت :

Principle 2 : Cognitive therapy is brief and time – limited.

يتراوح الزمن المناسب للعلاج المعرفي للقلق من 5 إلى 20 مرحلة ، وفي حالات قلق الأداء المحددة وسمات القلق الخفيفة ربما يتم تخفيف المراحل إلى أقل من ذلك ، ومع حالات القلق المعتدلة والمتعددة العلاج سوف يأخذ 20 مرحلة تقريبا تمتد خلال مجموعة أشهر. وفي المراحل الأولى للعلاج ربما يتم الالتقاء بالمريض مرتين في الأسبوع للمحافظة على التحسن بين الدورات. وقد يقوم المريض بمحادثة المعالج تليفونيا لتقرير التطور في العلاج موسميا يجب أن يري خلالها المريض 12 مرة مع مراعاة امتداد هذا العلاج خلال فترة زمنية يتم تخفيض عدد اللقاءات فيها تدريجيا لكل دورة.

ويعتبر العلاج الممتد لفترة زمنية طويلة للقلق غير مناسب وفي العديد من الحالات غير مرغوب ، حيث أن العلاج المختصر يقلل من احتمالية اعتماد المريض على المعالج (تعتبر مألوفة في حالات القلق) وتزيد من قدرة المريض على الاعتماد على الذات كما تعتبر الطمأنة المستمرة من المعالج وسيلة ناجعة لحماية المريض من التفكير المتمركز حول الذات. والاستراتيجيات العامة التالية تجعل العلاج مختصراً:

- أ – **التبسيط** : يلاحظ أن الاطروحات النظرية النفسية والطبية للاضطرابات الانفعالية قد تحث الإنسان إلى الميل إلى تعقيد مشكلاته. حيث يعتبر من السهولة بمكان تعقيد مشكلات المريض وتضخيمها ومن الصعب تبسيطها دون التقليل من أهميتها.
- ب – **جعل العلاج محدد وموحد** : تشير القاعدة الكلينيكية إلى أن الأكثر اختصاراً في توضيح المفهوم يؤدي إلى الأطول فترة زمنية للعلاج . أي أن المعالج يجب أن يقوم بشرح المفهوم بطريقة لا تؤدي إلى الطول الزائد لفترة العلاج ، كما يفضل استبدال الإشارة إلى الأربع انفعالات التي تُرتب : قلق ، اكتئاب ، غضب ، الشعور بالنشاط والخفة — الخوف، الحزن ، الغضب، والسرور.
- ج – **التركيز على الواجبات المنزلية** : تساعد الواجبات المنزلية المريض علي التحسن في وقت سريع . ومن خلال مراجعة تسجيل مرئي لأحد حالات العلاج باستخدام العلاج المعرفي السلوكي أشارت الحالة موضوع جلسة العلاج أنها تفضل استخدام الواجبات المنزلية التي تمكنها من مواجهة الذات لان البيئة المنزلية بيئة مألوفة تجعلها قادرة

على تجربة التعرض Exposure أكثر من أي مكان آخر (Goldfried:1994, videotape).

د — القيام بالتقييم المستمر : Make ongoing assessment

غالبية المعلومات التي يحتاجها المعالج يمكن الحصول عليها من خلال عملية العلاج حيث أن غالبية حالات القلق يصعب قياسها بأدوات مقننة . وفي هذه النقطة يري الباحث أن تحديد مفهوم القلق التي تعتبر نقطة مهمة في تحديد أسلوب القياس كانت من النقاط الرئيسية التي بنيت عليها مشكلة بحثه ومن ثم تم اعتماد التحديد الإجرائي للقلق في هذه الدراسة والذي يتمثل في قلق الأداء الاجتماعي وقلق الأداء تحت الملاحظة والذي حدد من خلال مقياس المواقف الذي اعد لهذا الغرض أي عملية القياس اقتصرت على الإجراء القبلي و البعدي في هذا البحث.

هـ — التركيز على موضوع العلاج : Stay task relevant

يستطيع المعالج بسهولة تغيير اتجاه الموضوع مع مريض القلق الذي عادة ما لا يريد النقاش حول الأشياء المخيفة كالنقاش في الموضوعات الدينية والروحية والمعتقدات الفلسفية إذا ما كانت غير وثيقة الصلة باهتمامات المريض الرئيسية ، وإذا ما ركز المريض على تلك الموضوعات بطريقة تجعله يشعر بالاضطراب يقوم المعالج بالإشارة إلى أن هذه الموضوعات تشوش الذهن وتبعد عن الموضوع الرئيسي.

وفي هذه النقطة يري الباحث إلى أن الثقافة العربية الليبية من مكوناتها الرئيسية الدين (الإسلام) وهو مرتكز رئيسي في تكوين الاعتقادات سواء كان على مستوى الشعور أو اللاشعور ويلعب دورا أوليا في عملية التوافق أو الشعور بالذنب وعدم الرضا عن النفس . وقد يعتبر التركيز على متغير الدين باستخدام الآيات القرآنية والأحاديث الشريفة في موضعها الصحيح عاملا مهما في إنجاح البرنامج الذي يستند على إعادة بناء التفكير للفرد . ومن ثم قد يعتبر هذا التحوير عاملا رئيسيا تفرضه البيئة الثقافية.

و — استخدام إجراءات إدارة الوقت : Use time – management procedures

يجب أن يبحث المعالج عن طرق للاستخدام الفاعل لوقت العلاج ، كاستخدام طرق فاعلة مثل تحديد الزمن المحدد المفصل لكل مرحلة من خلال استخدام التقويم وتوفير المطويات والأشرطة المسجلة والأدوات المقننة مسبقا باستخدام الملصقات لتوضيح الاستراتيجيات والتقنيات.

ز — تطوير تدخل مختصر للحالة الذهنية **Develop a brief- intervention mental set**

من خلال افتراض المعالج أن المريض يستطيع أن يتدرب على إدارة قلقه بسرعة يخلق تنبؤا لدي المريض بقدرته على الإنجاز الذاتي حيث يجب أن يأخذ في عين الاعتبار أن العلاج طويل المدى ليس أكثر فاعلية من العلاج القصير المدى.

ح — التركيز على المشكلات القابلة للتبادل **Stay focused on manageable problems**

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي علاج ذو وقت محدود مما يترتب عليه أن العديد من مشكلات المريض سوف تبقي غير محلولة عند نهاية العلاج حيث أن المريض سوف يتعرف على العديد من الأدوات النفسية التي بدورها تساعده في حل مشاكله المتبقية لاحقا.

ملاحظة : طول ووقت فترات العلاج يجب أن تكون معده بشكل مرن وغالبا ما تكون الجلسة ساعة (1) واحدة بالرغم من أن الجلسات الأطول عادة ما تكون مساعدة في عملية العلاج.

المفهوم رقم (3) : العلاقة الكلينيكية الصحيحة شرط ضروري للعلاج المعرفي الفعال.

Principle 3: A sound therapeutic relation is a necessary condition for effective cognitive therapy .

المريض الذي يعاني من حالة القلق عادة ما يكون مهددا بالأفكار التي تعيقه على إظهار مشاكله بطرق أخرى والطريقة المثلى والفاعلة لتقليل قلقه تتمثل في خلق علاقة علاجية دافئة تعتمد على الثقة والقبول وبدون هذه العلاقة تعتبر تقنيات العلاج وأساليبه غير فاعلة.

ومن المشكلات التي تواجه المعالجين المبتدئين أنهم نادرا ما يركزون على هذه النوع من العلاقة . ويتم إنشاء هذه العلاقة على أسس من الفهم الصحيح والواضح دون التضخيم المبالغ فيه الذي يفهم على انه شفقة أو أن يشعر المريض أنه شخص عاجز يجب معاملته بطريقة خاصة .

المفهوم رقم 4: العلاج جهد تضافري بين مريض ومعالج.

Principle 4 : Therapy is a collaborative effort between therapist and patient.

يتم تقوية الطبيعة التعاونية لعملية التدخل من خلال الطرق التالية :

أ – تطوير العلاقة على قاعدة متبادلة . **Develop the relationship on a**

reciprocal basis . يستطيع المعالج أن يطلب من المريض أن يستمع إلى جلسات

مسجلة للعلاج ومعرفة ما مدي قدرته على التعلم من خلال ذلك التسجيل وذلك لكي

يمد المعالج بتغذية راجعة ايجابية.

ب – تجنب الأجندات المخفية **Avoid hidden agendas** . يجب أن تكون كل

العمليات واضحة ومشروحة جيدا للمريض.

ج – بين **(Kopta, Lueger, saunder, and Howard ,1999; Nathan et**

al.,2000;Roth and Fonagy,1996) أن التدريب والتمرس على العلاج النفسي

في القرن الواحد والعشرين يجب أن يعتمد على أدلة متينة لا تقبل الجدل. وتبين في

الحقيقة أن العديد من المعالجين النفسيين يترسون على العلاج دون الاعتماد على

بحوث تصقل تقنيات العلاج التي يستخدمونها ، كما أنهم يحملون العديد من المعتقدات

الشعبية حول العلاج النفسي ومن ناحية أخرى الأطباء النفسيون يعتبرون أن العلاج

الدوائي يجب أن يكون الخطوة الأولى لعلاج الإضطرابات النفسية كإضطرابات الذعر

و الاكتئاب **(Westen and Morrison: 2001, 875)**

المفهوم رقم 5 : العلاج المعرفي يستخدم مبدئيا الطريقة السقراطية

Cognitive therapy uses primarily the Socratic method :

يجاهد المعالج المعرفي لاستخدام السؤال التقليدي دون شرح أو توضيح كلما أمكن ذلك . هذه القاعدة العامة تطبق حتى تظهر أوقات يكون فيها الانغلاق لدى المريض يحتم على المعالج توجيه معلومات مباشرة للوصول إلى مصدر الانغلاق . بينما الاقتراحات و الشروحات المباشرة قد تساعد الفرد تقليل إنتاج الأفكار المثيرة للقلق إلا أنها أقل قوة من طريقة سقراط ، حيث أن الأسئلة تستميل المريض إلى :

أ — معرفة مكونات أفكاره وشكلها .

ب — اختبار مدى التشويه المعرفي في أفكاره .

ج — تشكيل أفكار أكثر توازنا .

د — تطوير خطة لتنمية نماذج جديدة من التفكير .

ويقود السؤال الجيد إلى تأسيس بناء منطقي وتطوير التعاون وتوضيح جمل المريض وإضعاف اهتمامات الفرد المرضية وبناء علاقة علاجية جيدة وتزويد المريض بالمعلومات الرئيسية عن العلاج وفتح النظام المنطقي المغلق لدى المريض وتنمية دوافعه لتطوير سلوك جديد ومساعدته بطريقة تفكير جديدة حول مشكلاته وحث نظام مراقبة الذات لدى المريض .

المفهوم رقم 6: العلاج المعرفي عادة ما يكون منظما ومباشرا
Cognitive therapy is : structured and directive

يكون الشخص القلق عادة مرتبكا وغير متأكد من نفسه ، حيث يكون عقله متسارع ويكون مغمورا بالأفكار المخيفة والخيالات وهو غير متأكد من انه سوف يصل إلى الجنون أم لا ، وباختصار هو حالة اضطراب مرضي . العلاج المعرفي من خلال إعطاء الشخص شكلا مبنيا بشكل متقن يساعد المريض على حل مشكلاته . المعالج يجب أن يركز على أن برنامجه مبنيا بشكل واضح ومنظم .ولضمان تحقيق هذه النقطة يجب التركيز علي النقاط التالية :

أ – وضع تقويم لكل جلسة ، ويتمثل ذلك في أن يقوم المعالج والمريض بوضع جدول زمني محدد يشمل التفاصيل الكلينيكية وأسلوب التعاون بينهما ، ويتم ذلك من خلال قيام المعالج بسؤال ما هي المشكلات المحددة التي يريد التعامل معها أي مريض ، ومن ثم يضع المعالج النقاط التي يريد أن يناقشها والتي تم تركها من الجلسة السابقة ، كما يجب أن يكون الواجب المنزلي هو آخر أول إجراء في كل جلسة علاجية ومن ناحية أخرى يجب أن يبذل المعالج الجهد للتعرف على الموضوعات المخفية لدي المريض .

ب – التركيز على أهداف محددة ، ويتم ذلك بوضع خطة علاجية لكل مريض في حالة العلاج الفردي وأن تشمل الخطة الكلينيكية غالبية المشاكل التي يعاني منها الأفراد موضوع العلاج الجمعي . ويتمثل المستوي الأول التعرف الدقيق على الأعراض التي تسبب المشكلات ، والمستوي الثاني تدريس الفرد المضطرب كيفية التعرف على الأفكار التلقائية المشوهة ، والمستوي الثالث يتمثل في تعليم الفرد كيفية التركيز على الأفكار التلقائية المشوهة والاستجابة إليها بطريقة منطقية وسببية واختبار تجريبي ، وفي المستوي الثالث يتعرف الفرد ويعدل أفكاره غير التوافقية والتي يفترض أن تمثل جل اهتماماته .

ومن المشكلات التي قد توجه أي معالج لوضع تقويم زمني دقيق :

أ – وضع تقويم زمني غامض أو غير مكتمل .

ب — عدم استخدام وقت العلاج بطريقة فاعلة من خلال عدم تحديد الأولويات وعلني سبيل المثال ضياع الوقت في العموميات.

ج — عدم إتاحة الفرصة للمريض لوضع مدخلات متعلقة بوضع التقويم الزمني.

د — سوء الفهم للاهتمامات المتضمنة لمشكلات المريض .

المفهوم رقم 7: العلاج المعرفي موجه للمشكلات Cognitive therapy is problems oriented .

يتم التركيز المبدئي بشكل كبير في العلاج المعرفي السلوكي على حل المشكلات الآنية حتى يستطيع المريض التزود بمعلومات دقيقة حول اهتماماته الحالية في اتجاه يستطيع من خلاله حل المشكلات . وفي الخطوات اللاحقة للعلاج يمكن مساعدة المريض على إعادة بناء أفكاره الماضية غير التوافقية ووضع خطط للمستقبل .ومن المشكلات التي يمكن أن تواجه خطوات العلاج قيام المعالج بإجراء العملية الكلينيكية دون تحديد استراتيجيات محددة ويمثل مفهوم الإستراتيجية تنظيم السلوك الإنساني . ويتمثل الجانب الفني في العلاج المعرفي متى وكيف يتم أي من الاستراتيجيات الكلينيكية، ويمكن وجود ثلاثة أنواع من المعالجين ، الأول يوجه العلاج من خلال استراتيجيات وتكتيكات محددة والثاني يستجيب لما يقول المريض والثالث ليس له دراية كافية بما يحدث . ولكي يستطيع أن يكون أي معالج من النوع الأول عليه أن يعي أن هدف العلاج الرئيسي مساعدة المريض على السيطرة على موجات القلق من خلال استراتيجيات محددة . والنقاط التالية تمثل الاستراتيجيات المألوفة عادة في العلاج المعرفي :

أ — **التبسيط** ، بعض أنواع العلاج غير المعرفي للقلق قد تأخذ وقتاً طويلاً قد يستمر إلى عدة أشهر كالعلاج التحليلي الذي يجهد الفرد وأحياناً لا يحقق النتائج المرجوة ، ومن ثم فإن التبسيط من الاستراتيجيات المهمة في العلاج المعرفي ، وهذا لا يعني عدم التركيز في العلاج ولكن يمكن استخدام التكتيكات التي يمكن من خلالها تنفيذ هذه الاستراتيجية ومن هذه التكتيكات التحديد أحسن من العمومية و الاهتمام أفضل من الاختصار .

ب – لا يوجد وقت أحسن من الحاضر ، يستطيع المعالج تصميم استراتيجية تمكن من التعامل مع المشكلة في الجلسة موضوع العلاج . وتمثل هذه الاستراتيجية التركيز على هنا والآن. وكمثال على ذلك الفرد الذي يعاني من قلق الحديث أمام الناس يمر بخبرة تجربة الحديث لمدة دقائق أثناء الجلسة الكلينيكية.

ج – أنت لا تعلم حتى تجرب ، وتتمثل هذه الاستراتيجية في أن يتم إقناع المريض انه يجب أن يمر بالتجربة عوضا عن أن يقوم بالهروب والتجنب ويتم ذلك خلال تطبيق أسلوب التعرض كاستراتيجية علاجية.

د – عندما تحجم خذ الاتجاه المعاكس ، أي عندما لا يستطيع المعالج مساعدة المريض على تعديل موقف ما لأي سبب من الأسباب تتمثل الاستراتيجية المفيدة في أن يقوم المعالج بأخذ الاتجاه المعاكس ومساعدة المريض على تقبل تلك الحالة ، ويشير المؤلف هنا إلى مثل أمريكي يقابل المثل العربي " اليد التي لا تستطيع عضاها قبلها"⁽⁸⁾.

هـ – المثابرة مع المريض ، من الاستراتيجيات العامة المستخدمة مع مرضي القلق المثابرة في تعليم المريض التغلب على مخاوفه.

و – التقسيم والتغلب ، يجب أن يركز المعالج على مكونات القلق لدى الفرد التي تمثل أقل مقاومة ويخبر المريض أن قلقه مكونا من ثلاثة أجزاء ، الأول تفكيره والثاني مشاعره والثالث فعله.

ز – القيام بالأشياء عدم المتوقعة ، يركز العلاج المعرفي عادة على حث المريض على الأشياء غير المتوقعة لديه وذلك لمفاجئته حتى يخرج من النطاق الضيق لشخصيته.

ح – السريان مع التدفق ، يعتمد استخدام التكتيك المناسب مع المريض على قوة وشدة القلق لديه ، ومن الأشياء التي يجب ملاحظتها في هذه النقطة عدم تعريض الفرد إلى كل المواقف التي تثيره قلقه في مرة واحدة أي التعرض التدريجي حسب خطة زمنية

(8) If you can not beat them , join them

المفهوم رقم (8): العلاج المعرفي يعتمد على النموذج التعليمي Cognitive therapy is based on educational model .

المقدمة المنطقية للعلاج المعرفي تعتبر أن نمو القلق ليس بسبب الدوافع اللاشعورية ولكن بسبب تعلم أساليب غير ملائمة للتعامل مع خبرات الحياة ، وتقتصر المقدمة المنطقية أن مع التمرس والمرور بالخبرات يستطيع الفرد تعلم الطرق الفاعلة لقيادة حياته في الاتجاه التوافقي .

المفهوم رقم (9): نظرية وتقنيات العلاج المعرفي تعتمد على الطريقة الاستقرائية The theory and techniques of cognitive therapy rely to conductive .method

صمم النموذج المعرفي على أساس السببية الاستقرائية والبحث التجريبي، وبنفس الطريقة يتم تعليم المريض التفكير بطريقة علمية ، حيث يدرس المرض اعتبار الأفكار فرضيات يمكن مناقشتها وذلك للانتباه لكل الحقائق المتاحة ومراجعة الفرضيات ضمن البيانات الجديدة القادمة إليه . كما يعلمون كيفية إدارة التجارب لاختبار فرضياتهم ويتم التركيز على أن يصل الفرد إلى الحقائق.

المفهوم رقم (10): الواجب المنزلي مكون مركزي في العلاج المعرفي Homework is a : central feature of cognitive therapy

العلاج المعرفي يري المرضى كيفية إجراء الإجراءات التعليمية في العلاج للحالات التي يواجهونها في مواقف الحياة اليومية خارج جلسات العلاج ، ومن الطرق الأولية التي تؤكد للمعالج أن المريض يستفيد ويراجع التطبيقات التي تستخدم في الجلسات إعطاء الاهتمام الكبير للواجبات المنزلية . الواجب المنزلي يعزز المظاهر التعليمية للعلاج المعرفي .

أهداف العلاج المعرفي السلوكي للقلق الاجتماعي :

يهدف العلاج المعرفي إلى تحقيق الأهداف التالية :

1. التعامل مع عملية تحريف الواقع والتي تبدوا لدي المرضى بصور مختلفة تختلف باختلاف الموقف النفسي .
 2. التعامل مع التفكير غير المنطقي ، فقد لا يكون هناك تشويش للواقع وإنما يكون التفكير نفسه قائماً على أساس افتراضات خاطئة أو الوصول إلى استنتاجات خاطئة للمشاهدات أو حدوث زيادة التعميمات . (مفتاح : 2001 ، 72) .
- كما يعتبر من الأهمية بمكان من المنظور النفسي والدافعي أن يثق المستخدمون في مصداقية المعالج في برنامج الحديث العلاجي وبالتحديد قد يسأل المستخدمون ويرغبون في الإجابة على الأسئلة التالية :

1. هل مصمم البرنامج معالج نفسي أو أفراد لديهم معرفة بمجال علم النفس ؟
 2. هل مصمم البرنامج يعلم و ما هي مشاكله بالتحديد ؟
 3. ما هو نوع العلاج المستخدم في هذا البرنامج ؟
 4. هل العلاج مدعوم بنتائج بحوث مسبقه ؟
 5. هل مشاركتي في هذا البرنامج تؤدي إلى نتائج جديده؟
 6. كيف سيتم استخدام البيانات التي تنتج من مشاركتي في هذا البرنامج ؟
- ويجب أن يحاول المعالج تعزيز الثقة في أن البرنامج سوف و يبين كيف يتم الإجابة على

الأسئلة السابقة (Hofmann and Moscovitch: 2004, 821) .

تقنيات وأساليب العلاج المعرفي السلوكي :

يتبين من خلال مراجعة العديد من البحوث والدراسات الخاصة بعلاج القلق مثل كاشدان و هيربرت (Kashdan and Herbert,2001) في بحثهما اضطراب القلق الاجتماعي في الطفولة والمراهقة : الحالة الراهنة والاتجاهات المستقبلية **Social anxiety disorder in childhood an adolescence : current status and future directions** إلى انه توجد العديد من العوامل التي تتحكم في اختيار نوع العلاج المعرفي السلوكي من حيث التقنيات والأساليب وهذه العوامل تتمثل في :

1. نوع عينة البحث أطفال أو مراهقين أو بالغين أو كبار السن .

2. نوع اضطراب القلق ، قلق معمم أو اضطراب ذعر أو قلق اجتماعي ... الخ .
3. بيئة الدراسة ، بيئة أكاديمية أو بيئة إكلينيكية .
4. هدف الدراسة ، علاجية أو مقارنة أو استكشافية .

وتؤثر هذه العوامل في نوع التقنية الكلينيكية كأسلوب التعرض و إعادة بناء الأفكار وتعليم التفكير والاسترخاء وغيرها من تقنيات العلاج ، كما أنها تحدد نوعية العلاج كالعلاج الفردي أو العلاج ضمن المجموعة ومن ناحية أخرى تساهم في تحديد أسلوب القياس كالمقابلة الإكلينيكية ومقاييس التقرير الذاتي أو المواقف .

يبين كل من (. (عادل : 2000 ، 69 - 71 و مفتاح : 2001 ، 73 - 74) أنه هناك العديد من الأساليب التي تستخدم خلال هذا الاتجاه العلاجي منها :

1. التعرف على الأفكار المشوهة التلقائية والعمل على تصحيحها ، يعتقد الفرد في هذه الأفكار دون أن يعي أنها أفكار مسبقة تنافي أو تخالف الواقع ومع التدريب والتعاون بين المريض والمعالج يتم تدريبه على تصحيح هذه الأفكار المسبقة.
2. الإبعاد والتركيز **Distancing and Centering**: حينما يتعرف الفرد على أفكاره التلقائية المشوهة أو غير المنطقية التي لا تتفق مع الواقع فإنه يحاول أن يبعدها ويتخلص منها ويحاول التركيز على عملية التصحيح أو التعديل التي تحدث التكيف مع الواقع الاجتماعي ومن ثم التوافق النفسي .
3. ملء الفراغ **Filling in the blanks**: يتضح من خلال ردود أفعال المريض وجود فجوة بين المثير والاستجابة وتتمثل في الأفكار المسبقة المشوهة ويقوم المعالج بمساعدة المريض على ملء تلك الفجوة من خلال التعامل مع المثير والاستجابة الحقيقيين وتجنب الأفكار المسبقة المشوهة .
4. الوصول إلى دقة الاستنتاجات **Authenticating**: يساعد المعالج المريض على تدقيق وتمحيص الاستنتاجات المترتبة على المعلومات المتاحة .
5. التخلي عن المطالب: وذلك من خلال التخلص من مجموعة الواجبات المطلقة (**Must S** **should S** - التي ينظر الفرد من خلالها إلى المواقف المختلفة والتي تسبب له المخاوف أو القلق أو الكرب والتي تعمل بعد ذلك كقواعد منظمة للسلوك ومسببة للاضطرابات المختلفة .

6. **التحويل Changing rules**: ويعني تحويل اهتمام المريض من التركيز على مجموعة الواجبات المطلقة التي تسبب له الاضطراب إلى أوجه نشاط عديدة مثل الألعاب الرياضية والأنشطة الفنية والاجتماعية .

7. **التحصين التدريجي**: وتقوم هذه الطريقة على تشجيع المريض على مواجهة مواقف القلق تدريجيا ويتمثل الهدف الرئيسي من ذلك في تحديد مشاعر العصابية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف ويكون ذلك من خلال التعريض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق مع إحداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماما خاصيته المهددة.

ويبين هايمبرج (Heimberg,2001) أن العلاج المعرفي السلوكي لا يأخذ شكلا واحد من العلاج ولكن يمكن تصنيفه إلى أربع مستويات مختلفة :

1. **العلاج التعرضي Exposure therapy** : تقنية تستخدم من خلال إعطاء المرضي مهارات للتغلب على القلق ومن ثم تشجيعهم لتعرض أنفسهم لحالات استثارة القلق وذلك لمحاولة إخماد القلق وتعتبر حالات التعرض للقلق من المكونات الرئيسية للعلاج لان العديد من المرضي إذا ما تركوا لأنفسهم سيقومون بتجنب كل تلك الحالات .

2. **إعادة البناء المعرفي Cognitive restructuring** : نموذج يتمثل في تدريس التعرف على الأفكار التي تستثير القلق والتفكير بطريقة أقل تحيزا لاستثارة القلق وتحدي الأفكار والمعتقدات الخاطئة من خلال تغذية راجعة باستخدام التسجيل المرئي أو تغذية راجعة من مجموعة أخرى .

3. **تدريب الاسترخاء Relaxation training** : طريقة لتخفيض درجة القلق من السيطرة على مستوى التوتر الجسمي الذي يمر به الفرد في لحظات الضغوطات النفسية ، ولكن التدريب على الاسترخاء لا يكون عادة ناجحا لوحده كعلاج معرفي خلافا عن إعادة البناء المعرفي أو أسلوب التعرض .

4. **التدريب على المهارات الاجتماعية Social skills training** : أسلوب يتمثل في تدريب المرضي كيفية تحسين مهارات السلوك في المواقف الاجتماعية ، وحيث أنه ليس كل الأفراد الذين يعانون القلق الاجتماعي لديهم عجز في المهارات الاجتماعية لا يعتبر التدريب على المهارات الاجتماعية برنامجا علاجيا صالح لوحده لكل المرضي (Book 2002,134):.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

أولاً: دراست استخدمت العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق بشكل عام :

يبين المحور الأول الدراسات السابقة الخاصة باستخدام العلاج المعرفي السلوكي ومقارنته مع أساليب أخرى لعلاج اضطرابات القلق بشكل عام والجدول رقم (2) يبين الدراسات :

جدول رقم (2) دراسات المحور الاول :

م	الدراسة	نوع الاضطراب	الأسلوب العلاجي
1	Borkovec:1993	القلق المعمم	الاسترخاء + علاج معرفي سلوكي
2	Barrowclough: 2001	اضطرابات القلق لدي كبار السن	علاج معرفي سلوكي + إرشاد مساند
3	Zhang et al :2002	القلق المعمم	برنامج طاوي معرفي + علاج دوائي
4	Dugas et al : 2003	القلق المعمم	علاج معرفي سلوكي جمعي
5	Anderson	دراسة حالة للقلق المعمم	علاج معرفي سلوكي
6	Manassis: 2002	قلق الأطفال	علاج معرفي جمعي وفردي
7	Clark et al :1999	الذعر	علاج معرفي كامل + علاج معرفي مختصر
8	Bruce and Spiegel: 1999	الذعر	علاج معرفي سلوكي
9	Ataoglu et al :2000	الذعر	علاج دوائي + علاج معرفي سلوكي
10	Vincelli et al :2000	الذعر	علاج معرفي سلوكي
11	Huppert:2001	الذعر	مقارنة بين معالجين معرفيين مختلفين
12	Carter et al:2003	الذعر	برنامج معرفي سلوكي

م	الدراسة	نوع الاضطراب	الأسلوب العلاجي
13	Simon:2004	الذعر	علاج دوائي + علاج معرفي سلوكي
14	Bryant et al:1998	اضطراب ما بعد الصدمة	علاج معرفي سلوكي + إرشاد مساند
15	Foa et al :1999	اضطراب ما بعد الصدمة	علاج التعرض + تدريب التحصين ضد الضغوط + كليهما معاً
16	Tarrier et al : 1999	اضطراب ما بعد الصدمة	علاج معرفي + تخيل التعرض للمواقف المثيرة للضغوط

أشارت دراسة أجراها بروكوفك 1993 وكانت تهدف إلى بحث فاعلية تطبيقات الاسترخاء و علاج غير موجه بالمقارنة مع علاج معرفي سلوكي لاضطراب القلق المعمم لدي عدد 3 حالات مرضية إلى أن كلا النوعين من العلاج متطابقة في المخرجات حيث أن تلك الحالات لم تختلف في العديد من المقاييس الإجرائية بينما العلاج غير الموجه خلق أطول عمق للمعالجة الانفعالية، وكانت نتائج المتابعة ضياع المكاسب بالنسبة للعلاج غير الموجه ومحافظة الحالتين الأخرين على المكاسب الكلينيكية (تطبيقات الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي) وخاصة في العلاج المعرفي السلوكي الذي بين إمكانية الحفاظ على المكاسب الكلينيكية في حالة الاستمرار (Borkovec:1993,611-619) .

أما دراسة باروويلكوف وآخرون 2001 قارنت بين علاج معرفي سلوكي (CBT) وإرشاد مساند **Counseling supportive (SC)** لاضطرابات القلق لدي كبار السن و كانت العينة مكونة من 225 فردا أحيلوا للمساعدة فشل منهم 46 في مطابقة المعيار و 179 قيموا لمدي إمكانية دخولهم التجربة واعتمدت طريقة التشخيص على الدليل الرابع للمنظمة الأمريكية للإحصاء والتشخيص **DSM-IV** . و بعد الفترة الأساسية و العديد من الخطوات التقويمية و رغبة بعض المرضى عدم الاستمرار في تجربة العلاج تضمنت العينة 43 فردا ، 19 للعلاج المعرفي السلوكي و 24 للإرشاد المساند وبعد خضوعهم للنوعين من العلاج ضمن خطوات علمية اشتملت على التقييم المضبوط للأعراض والتدخل العلاجي المعتمد على

تقنيات تستند على أسس نظرية وتطبيقية بينت نتائج القياس البعدي باستخدام قائمة بيك للقلق ومقياس هاملتون لتدرج القلق وقائمة تدرج حالة القلق وجود فروق دالة إحصائياً في انخفاض درجة أعراض القلق لصالح العينة التي استخدمت العلاج المعرفي السلوكي . (Barrowclough et al: 2001, 756-762)

وبالنسبة لدراسة يلان زانق وآخرون 2002 فقد هدفت إلى دراسة علاج نفسي تمثل في برنامج طاوي (9) معرفي لعلاج اضطرابات القلق المعمم بالصين المعاصرة . يتضمن البرنامج المعرفي الطاوي (Chinese Taoist cognitive psychotherapy) اتحاد بين العلاج المعرفي والفلسفة الطاوية وقد تم مقارنة فاعلية البرنامج الطاوي المعرفي مع علاج دوائي (Benzodiazepines) آخر على عينة من 143 من المرضى الصينيين لديهم اضطراب القلق المعمم اختيروا بطريقة عشوائية ضمن ثلاثة مجموعات ، المجموعة الأولى للعلاج الطاوي المعرفي والمجموعة الثانية للعلاج الدوائي والمجموعة الثالثة توليفة بين العلاجين ، وبعد تطبيق البرامج الكليينكية الثلاثة بينت نتائج الدراسة أن العلاج الدوائي قام بتقليل أعراض المرض بشكل سريع خلال شهر واحد ولكن نتائجه تلاشت خلال 6 أشهر أما بالنسبة للعلاج التولييفي فقد قاد إلى زيادة حدة العصابية بينما كانت النتائج الخاصة بالعلاج الطاوي المعرفي مرضية حيث كان فاعليته دالة من خلال قدرته التغلب على الأعراض وتقليل العصابية (Zhang et al :2002,115-129) .

وهدفت دراسة دوجس و آخرون 2003 إلى دراسة فاعلية علاج معرفي سلوكي جمعي لاضطراب القلق المعمم من خلال النتائج والمتابعة وقد كانت عينة الدراسة مكونة من 52 مريض قلق معمم وقد خضعوا لـ 14 فصلا ضمن برنامج علاج معرفي سلوكي في مجموعات صغيرة من 4 إلى 6 مقابل مجموعة ضابطة وقد كانت أدوات القياس تصنيف علاجي مقنن Standardized clinician ratio و استبيان تقرير ذاتي يقيس أعراض القلق المعمم Self –report questionnaire و بينت نتائج الدراسة أن المجموعة التي خضعت للعلاج مقابل المجموعة الضابطة تحسنت بشكل سريع و حافظت على المكاسب الاعلاجية خلال سنتين من المتابعة اللاحقة للبرنامج العلاجي : Follow up (Dugas et al : 2003, 821 - 825) .

(1) برنامج مستمد من الفلسفة الطاوية .

وفي دراسة كريستين اندرسون 2004 التي طبقت علاج معرفي سلوكي على طفل عمره 6 سنوات يعاني من القلق المعمم من خلال استخدام نماذج كل من كاندل التي تسمى برنامج قطة النجاح (Coping cat) و نموذج سيلفرمان الذي يسمي ترحيل نموذج السيطرة (Transfer of control approach) وكان الطفل في بداية العلاج لا يستطيع المشاركة في نشاطات اجتماعية تناسب سنه أو الأكل أمام الناس أو الانفصال عن والديه كما انه ضيع 10 أرطال من وزنه و يعاني صعوبات في النوم وخلال 3 اشهر من المتابعة عاد إلي الاندماج مع أقرانه واستطاع الانفصال عن والديه وعاد إلى وزنه الطبيعي (Anderson: 2004,216-233).

وبينت دراسة كاثرين ماناسيس 2002 التي كانت تهدف إلى مقارنة فاعلية علاج معرفي سلوكي جمعي وفردى لأطفال لديهم اضطرابات القلق ، بافتراض أن مجموعات فرعية محددة سوف تستجيب بفاعلية لأحد الأساليب وكانت العينة 78 طفلا بمستوي عمري 8 - 12 يعانون أعراض اضطرابات القلق وقد تم تسجيلهم بطريقة عشوائية لبرنامج علاج معرفي سلوكي جمعي أو فردي بالاشتراك مع الوالدين لمدة 12 أسبوعاً . ومن خلال تقرير الأطفال والوالدين وكذلك الأعراض العامة التي قدرت عن طريق معالجين و استخدام تحليل التباين تبين انخفاض درجة قلق الأطفال بغض النظر عن أي من الأسلوبين العلاجيين ، بينما الأطفال الذين بينوا انخفاض في درجة القلق حافظوا على استمرارية انخفاض درجة القلق عن الطريق العلاج الفردي أكثر من العلاج الجمعي ، وتلخصت نتائج الدراسة في أن العلاج المعرفي السلوكي يعتبر ناجعا في تخفيف القلق سواء كان فردياً أو جمعي (Manassis: 2002, 1423-1430).

وفي تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الذعر اختبرت دراسة كلارك وآخرون 1999 فاعلية علاج معرفي مختصر لاضطراب الذعر من خلال تسجيل المرضى ضمن ثلاثة مجموعات بالطريقة العشوائية . المجموعة الأولى كانت (14) مريضا سجلوا ضمن برنامج العلاج المعرفي الكامل بواقع 12 جلسة لمدة ساعة واحدة بينما سجلت المجموعة الثانية (14 مريضا) ضمن برنامج العلاج المعرفي المختصر بواقع 5 جلسات لمدة ساعة واحدة وتم تسجيل (14 مريضا) للمجموعة الضابطة . وقد تمت عملية القياس القبلي

للمجموعات الثلاثة من خلال متخصص في القياس وكان لا يعلم الهدف من عملية القياس النفسي لكل مجموعة وتمت عملية القياس باستخدام مقياس كلارك وآخرون (Clark et al:1994) والذي يقيس نوبات الذعر والقلق العام وتجنب رهاب الأماكن الخالية والذعر المرتبط بالمعرفة و الاكتئاب. وبعد إجراء عملية القياس البعدي بينت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية في متغير الذعر بالنسبة لمجموعة العلاج المعرفي الكامل والمختصر و بينت الارتباط السلبي بين التوقعات المبدية لنجاح العلاج والقياس البعدي للذعر والقلق ،كما توقعت المقاييس المعرفية في نهاية العلاج إمكانية عودة أعراض القلق والذعر خلال 12 شهرا من المتابعة (Clark et al :1999, 583-589) .

وقام بريوس و سبايقل 1999 بدراسة لمدي مساعدة علاج معرفي سلوكي على عدم عودة وتكرار أعراض اضطراب الذعر لدي عينة من المرضى توقفوا عن تعاطي علاج دوائي (Alprazolam) وكانت عينة الدراسة متمثلة في مرضي من دراسات سابقة بمدينتي بيريا و درات ماوث وقد تم استخدام الدليل الثاني المعدل لمنظمة الأطباء النفسيين الأمريكيين الخاص بإحصاء وتشخيص الاضطرابات العقلية DSM-II-R 1987 كأداة تحديد أعراض اضطراب الذعر وذلك من خلال استمارة مقابلة مقننة وقد بينت نتائج الدراسة بعد متابعة لفترة طويلة من الزمن أن العلاج المعرفي السلوكي قد ساعد على عدم تكرار موجات الذعر لدي المرضى بعد التوقف عن العلاج الدوائي (Bruce and Spiegel: 1999,151-156).

وهدفت دراسة اتكوجولي وآخرون 2000 إلى دراسة مقارنة لنوع من العلاج الدوائي (Alprazolam) وعلاج معرفي سلوكي لاضطراب الذعر وكانت عينة الدراسة مكونة من 40 مريضا والذين استكملوا العلاج 34 مريضا حيث انسحب أربع مرضي من عينة العلاج المعرفي و عدد 2 مرضي من عينة العلاج الدوائي وقد قابل جميع المرضى معيار المنظمة الأمريكية للأمراض العقلية والسلوكية الثالث المعدل (DSM-III-R) وقد تم استخدام مقياس هاملتون لمستوي القلق Hamilton anxiety rating scale (HAM-A) ومقياس لمراقبة الذات self monitoring scale وقد تم إخضاع احد العينات للعلاج الدوائي لمدة ثلاثة أسابيع أما العينة الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي فقد خضعت لبرنامج امتد لمدة شهرين ، ثمانية دروس علاجية بواقع جلسة لكل أسبوع تضمنت مختلف فنيات العلاج المعرفي السلوكي

، وقد بنيت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مخرجات العلاجين بينما بينت فروق دالة إحصائية بالنسبة للقياس القبلي و البعدي لكلا النوعين من العلاج (Ataoglu et al :2000,167-171) .

وبالنسبة لدراسة **فنسيلي وآخرون 2000** فقد اختبرت أسلوب الواقع الافتراضي ضمن علاج معرفي سلوكي على عينة من المرضى ولم تشير الدراسة إلى عدد أفراد العينات بينما أشارت إلى أنه تم تقسيم أفراد العينة المشاركين في الدراسة إلى ثلاثة مجموعات المجموعة **1** اشتملت على الأفراد الذين خضعوا لأسلوب الواقع الافتراضي ضمن علاج معرفي سلوكي بينما اشتملت المجموعة **2** على الأفراد الذين خضعوا لعلاج معرفي سلوكي تقليدي وسجلت المجموعة الثالثة من المرض ضمن العينة الضابطة ، وفيما يتعلق بالتشخيص والعلاج فقد تم اختيار المرضى المشاركين في الدراسة من خلال القوائم الخاصة بالباحثين عن العلاج لاضطراب الذعر ضمن المؤسسات الكلينيكية التي استهدفت بالدراسة وتم الاختيار المبدئي من خلال المعيار الرابع للإحصاء والتشخيص لمنظمة الأطباء النفسيين الأمريكيين **DSM-IV** وتم استخدام الطريقة العشوائية في توزيع المرضى على المجموعات . وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب (**Beck depression inventory(BDI 1961)**) ومقياس حالة وسمة القلق **State-Trait anxiety inventory(STAI) 1983** واستبيان رهاب الأماكن الخالية المعرفي **Agoraphobic cognitions questionnaire (ACQ)1984** واستبيان المخاوف **Fear questionnaire (FQ)1979** كمقاييس قبلية وبعديّة ، وفيما يتعلق بالنتائج فقد بينت عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة الأولى والثانية بينما بينت وجود فروق دالة إحصائية في انخفاض الدرجة على جميع المقاييس البعدية لصالح المجموعة **1** و **2** أي أن مستوي الاضطراب انخفض بشكل دال إحصائياً لدى عينة المجموعة التي خضعت لعلاج الواقع الافتراضي و عينة العلاج المعرفي التقليدي مقارنة بأفراد العينة الضابطة (**Vincelli et al :2000,375-386**)

أما دراسة **هبرت وآخرون 2001** هدفت إلى دراسة العلاقة بين المعالجين ونتائج العلاج لدى مرضي مصابين باضطراب الذعر وكانت عينة المعالجين **14** معالجا **7** من الرجال و **7** من النساء ، **13** من المعالجين النفسيين وواحد من الأطباء النفسيين وكان متوسط

العمر لديهم 35.7 سنة وخبرتهم في العلاج المعرفي السلوكي من 1 - 18 سنة ، أما فيما يتعلق بالمرضي فقد تم علاج 205 مريضا من 312 تم تقسيمهم عشوائيا و تم انسحاب 22 بعد الفصل الأول من العلاج ومن ثم تم اختبار بيانات من 183 مريضا (70 رجال و 113 نساء) الذين سجلوا لأحد المجموعات الكلينيكية وقد كان 166 مريضا من البيض و17 مريضا أمريكيين من اصل إفريقي و المدى العمري من 19 - 65 بمتوسط عمري 36 سنة وقد تم تشخيص المرضي بأنهم لديهم اضطراب الذعر بدون رهاب الأماكن الخالية أو بدرجة منخفضة لرهاب الأماكن الخالية باستخدام مقابلة القلق الاجتماعي المعدلة ADIS-R; Dinardo & Barlow 1988 وقد بينت نتائج الدراسة أن مدة الخبرة الكلينيكية في العلاج المعرفي السلوكي كانت لها الأثر في نتائج علاج المرضي مع وجود دلالة فروق في الأثر بالنسبة لعمر المعالج وجنسه (Huppert:2001,747-755) .

واختبرت دراسة كارتر وآخرون 2003 فاعلية برنامج معرفي سلوكي لعلاج

اضطرابات الذعر لدي عينة من النساء الأمريكيات من أصل إفريقي .

وكانت عينة البحث مكونة من 25 امرأة سجلوا بالطريقة العشوائية ضمن مجموعتين ، المجموعة الكلينيكية بواقع 17 امرأة والمجموعة الضابطة 15 امرأة وبعد انسحاب 7 نساء من المجموعة الكلينيكية لأسباب مختلفة كانت العينة 10 نساء. وقد بين القياس القبلي عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين سواء كان ذلك في العوامل السكانية أو في السمات النفسية التي تم قياسها من خلال أدوات الدراسة. وقد استخدمت الدراسة الأدوات المقابلة الإكلينيكية المعتمدة على معيار منظمة الطب النفسي الأمريكية النسخة الرابعة (Structured clinical interview for DSM-IV axis) والتي تمكن من الاختيار ضمن تدرج من 0 - 8 لمستويات الضغوط والتداخل الوظيفي ومدى تكرار نوبات الذعر وتم إدارة هذه الأداة من خلال أفراد متخصصين و مؤشر أو دليل حساسية القلق Anxiety (ASI) sensitivity index — (Re Iss , Peterson, Gursky & McNaly,1986) والذي يتكون من 16 فقرة تقيس الخوف من أعراض القلق و مقياس حالة سمة القلق State- Trait Anxiety (STAI) لنايت وآخرون , (knight , Waal- Manning, & Spears , 1993) ويتكون المقياس من 20 فقرة تقيس مستوي القلق الحالي و مقياس بيك للاكتئاب Beck

depression inventory (BDI) — (Beck & Steer , 1987) والذي يتكون من 21
فقرة تقيس مستوي أعراض الاكتئاب و استبيان الاهتمام الزائد - المقياس المعرفي الفرعي
The hyperventilation (HQC) questionnaire –Cognitive subscale الذي يقيس
مستوي الاهتمام المعرفي الذي يلزم موجة القلق و قائمة الحراك
inventory (MI) يتكون من 27 فقرة تقيس مستوي التجنب في حالة رهاب الخلاء عندما
يكون الفرد وحيدا وعندما يكون مع الآخرين و مقياس التبادل الثقافي الأفريقي الأمريكي
النسخة القصيرة **African American Acculturation scale (AAAS)** مقياس يتكون من
33 فقرة صمم لقياس 10 أبعاد للثقافة الأفريقية الأمريكية و استبيان الاتجاه نحو العلاج
. **(ATQ) Attitude toward treatment questionnaire**

وقد خضعت المجموعة التجريبية إلى 11 جلسة علاجية بواقع 90 دقيقة لكل جلسة
أسبوعيا ، وفيما يتعلق بالقلق فقد اثبت القياس البعدي وجود فروق دالة إحصائية على مقاييس
القلق المستخدمة في الدراسة لدي العينة التجريبية ، كما أثبتت عملية القياس وجود فروق دالة
إحصائية في سمة القلق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، أي أثبتت الدراسة
فعالية العلاج المعرفي السلوكي الذي استخدم في هذه الدراسة (Carter et al:2003,505-
518) .

وفي دراسة سيمون وآخرون 2004 تم مقارنة الحساسية نحو القلق من خلال
العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي و تضمنت عينة الدراسة 59 فردا 39 من الإناث و
20 من الذكور لازالوا يعانون من اضطرابات الذعر وقد تم استخدام كل من القائمة الأمريكية
الخامسة للاضطرابات العقلية والسلوكية **DSM-IV** و دليل الحساسية من القلق **(Anxiety**
sensitivity index) ومقياس خطورة اضطراب الذعر **(The panic disorder**
severity scale) وقد تم إخضاع العينة لمجموعة مختلفة من الأدوية من خلال تقسيمهم
إلى مجموعات علاجية وعند مقارنة نتائج العلاج تبين أنه هناك فروق دالة إحصائية في
انخفاض أعراض الذعر وحساسية القلق لدي العينات التجريبية التي تعرضت للعلاج الدوائي
مقارنة بالعينة الضابطة أما فيما يتعلق بالعلاج المعرفي السلوكي فقد بينت نتائج الدراسة فروق

لصالح العينة التي خضعت للعلاج المعرفي مقارنة بأنواع العلاج الدوائي الأخرى
 . (Simon:2004,491-495)

وبالنسبة لتطبيقات العلاج المعرفي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة هدفت برانت وآخرون 1998 إلى مقارنة علاج معرفي سلوكي وإرشاد مساند للضغوط الحادة نتيجة الصدمات على عينة بحث تمثلت في 24 مشاركا تم تقسيمهم على المجموعتين العلاجيتين بواقع 24 مشارك لكل مجموعة وتم استخدام الدليل الثالث المعدل لمنظمة الأطباء النفسيين الأمريكيين DSM-III-R والنسخة الرابعة لنفس الدليل DSM-IV ومقياس الإدارة الاكلينيكية **Impact of Administered PTSD Scale (CAPS:1987)** ومقياس أثر الأحداث **event scale** ومقياس سمة وحالة القلق **State-trait anxiety inventory** وبينت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا لصالح العلاج المعرفي السلوكي بالنسبة لظهور الضغوط الحادة نتيجة أثر الأحداث وعدم وجود فروق دالة إحصائيا بالنسبة لمقياس حالة وسمة القلق . (Brant et al:1998, 862-866)

أما دراسة تيرير وآخرون 1999 هدفت إلى اختبار علاج معرفي للمواقف المثيرة للضغوط لعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، وقد كانت عينة الدراسة مكونة من 204 شخصا أحيلوا للمساعدة من اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة لأسباب مختلفة وكان حجم العينة التي استكملت البرامج الكلينيكية 72 فردا .

تم توزيع عينة البحث بالطريقة العشوائية على مجموعتين علاجيتين ، المجموعة الأولى العلاج المعرفي والمجموع الثانية علاج تخيل التعرض لمواقف الضغوط التي سببت لهم صدمات . وفيما يتعلق بالتنشخيص و عملية القياس فقد تم استخدام الدليل الثالث المعدل لمنظمة الأطباء النفسيين الأمريكيين DSM-III-R والنسخة الرابعة لنفس الدليل DSM-IV ومقياس الإدارة الاكلينيكية **Administered PTSD Scale (CAPS:1987)** . بينت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا بين القياس القبلي والبعدي لكلا العلاجين وعدم وجود فروق دالة إحصائيا بين النوعين من العلاج بالرغم من أن العديد من المرضى ساءت أحوالهم بعد التعرض للمواقف المثيرة للضغوط (Tarrier et al : 1999, 13- 17) .

أما بالنسبة لدراسة فوا وآخرون 1999 - التي هدفت إلى مقارنة كل من علاج التعرض (Exposure therapy) وتدريب التحصين ضد الضغوط (Stress inoculation training) وكليهما معا لتقليل ضغوط ما بعد الصدمة على عينة تمثلت في 96 أنثى كنا قد تعرضن لصددمات ويعانين من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تم توزيعهم علي أربع مجموعات ، الأولى ضمن علاج التعرض والثانية ضمن تدريب التحصين ضد الضغوط والثالثة كلا العلاجين معا والرابعة عينة ضابطة و تمت عملية القياس القبلي و البعدي عن طريق أخصائيين إكلينكيين لا يعلمون تقسيم المجموعات و أخضعت العينة لبرنامج علاجي كل حسب مجموعته (عدا المجموعة الضابطة) لمدة 90 أسبوعاً بواقع 120 دقيقة للجلسة الكلينيكية- بينت وجود فروق دالة إحصائياً لصالح مجموعات العلاج الثلاثة مقارنة بالمجموعة الضابطة وبينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات الكلينيكية الثلاثة ضمن المقاييس البعدية إلا ضمن مقياس حالة القلق والذي أظهر فروقا دالة إحصائياً في انخفاض سمة القلق لصالح المجموعة التي خضعت لعلاج التعرض (أحد تقنيات العلاج المعرفي السلوكي) (Foa et al :1999, 194-200) .

التعليق على دراسات المحور الأول :

يلاحظ من خلال دراسات المحور الأول استخدام العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق المختلفة . تم استخدام هذا النوع من العلاج لاضطراب القلق المعمم ضمن دراسة بروكوفك (Borkovec:1993,611-619) ودراسة باروويلكوف وآخرون (Zhang et al Barrowclough et al: 2001, 756-762) ودراسة يلان زانق وآخرون (Dugas et al : 2003,821-825) ودراسة كريستين اندرسون (Anderson: 2004,216-233) ودراسة كاثرين ماناسيس (Manassis: 2002, 1423-1430) وكانت العينات تختلف باختلاف الدراسة من حيث الفئة العمرية وحجم العينة والجنس.

تمثلت عينة دراسة بروكوفك في عدد 3 حالات مرضية بينما كانت عينة دراسة باروويلكوف وآخرون 225 حالة مرضية واشتملت دراسة يلان زانق على 143 مريضاً وتضمنت دراسة دوجس وآخرون على 52 حالة مرضية ودراسة حالة واحدة (طفل) عند

كريستين اندرسون و عدد 78 طفلا في دراسة كاترين ماناسيس . وفيما يتعلق بأدوات القياس استخدمت دراسة بروكوفك 1993 الدليل الثالث المعدل لمنظمة الطب النفسي الأمريكية DSM-II-R وكانت أدوات القياس في دراسة باروويلكوف وآخرون 2001 الدليل الرابع لمنظمة الطب النفسي الأمريكية DSM-IV وقائمة بيك للقلق ومقياس هاملتون لتدرج القلق وقائمة تدرج القلق واستخدمت دراسة دوجس وآخرون 2003 تصنيف علاجي مقنن واستبيان تقرير ذاتي لأعراض القلق واستخدمت دراسة كاترين ماناسيس 2002 تقارير ذاتية للأطفال والوالدين .

أما الأساليب الكلينية فقد استخدمت دراسة دوجس وآخرون 2003 ودراسة اندرسون ودراسة ماناسيس 2002 علاج معرفي سلوكي جمعي وفردى بينما قارنت دراسة بروكوفك 1993 ودراسة باروويلكوف وآخرون 2001 ودراسة زانق وآخرون 2002 العلاج المعرفي السلوكي مع أنواع أخرى من العلاج .

ومن حيث النتائج فقد أشارت الدراسات المقارنة دراسة بروكوفك 1993 ودراسة باروويلكوف وآخرون 2001 ودراسة زانق وآخرون 2002 إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة القلق و الحفاظ على المكاسب الكلينية مقارنة بأنواع العلاج الأخرى التي استخدمت كما بينت نتائج دراسة دوجس وآخرون 2003 ودراسة اندرسون ودراسة ماناسيس 2002 فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق المعمم .

وفيما يتعلق بالدراسات التي استخدمت العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الذعر فقد كانت عينة دراسة كلارك و آخرون 1999 بواقع 14 مريضاً ودراسة اتكوجولي وآخرون 2000 تمثلت عينتها في 40 مريضاً أما دراسة هبرت وآخرون 2001 فقد كانت عينتها 70 من الذكور و 113 من الإناث وكانت دراسة كارتر 2003 مكونة من 25 امرأة واشتملت دراسة سيمون وآخرون 2004 على 39 من الإناث و 20 من الذكور .

وبالنسبة لأدوات القياس فقد استخدمت دراسة كلارك وآخرون 1999 مقياس كلارك وآخرون (Clark et al:1994) والذي يقيس نوبات الذعر والقلق العام وتجنب رهاب الأماكن الخالية والذعر المرتبط بالمعرفة و الاكتئاب واستخدمت دراسة بريوس و سبايقل

1999 الدليل الثالث المعدل لمنظمة الأطباء النفسيين الأمريكيين الخاص بإحصاء وتشخيص الاضطرابات العقلية **DSM-II-R 1987** كأداة تحديد أعراض اضطراب الذعر وذلك من خلال استمارة مقابلة مقننة واستخدمت دراسة اتكوجولي وآخرون **2000** معيار المنظمة الأمريكية للأمراض العقلية والسلوكية الرابع المعدل (**DSM-III-R**) ومقياس هاملتون لمستوي القلق **Hamilton anxiety rating scale (HAM-A)** ومقياس لمراقبة الذات **self monitoring scale** واستخدمت دراسة **فنسيلي وآخرون 2000** مقياس بيك للاكتئاب **Beck depression inventory (BDI 1961)** ومقياس حالة وسمة القلق **State-Trait anxiety inventory (STAI) 1983** واستبيان رهاب الأماكن الخالية المعرفي **Agoraphobic cognitions questionnaire (ACQ) 1984** واستبيان المخاوف **Fear questionnaire (FQ) 1979** واستخدمت دراسة هيرت وآخرون **2001** مقابلة القلق الاجتماعي المعدلة **ADIS-R; Dinardo & Barlow 1988** واستخدمت دراسة كارتر وآخرون **2003** المقابلة الإكلينيكية المقننة المعتمدة على معيار منظمة الطب النفسي الأمريكية النسخة الرابعة (**Structured clinical interview for DSM-IV axis**) والتي تمكن من الاختيار ضمن تدرج من **0 - 8** لمستويات الضغوط والتداخل الوظيفي ومدى تكرار نوبات الذعر وتم إدارة هذه الأداة من خلال أفراد متخصصين و مؤشر أو دليل حساسية القلق **Anxiety sensitivity index (ASI) — Re Iss , Peterson, Gursky & McNaly, 1986** والذي يتكون من **16** فقرة تقيس الخوف من أعراض القلق و مقياس حالة سمة القلق **State- Trait Anxiety (STAI)** لنايت وآخرون **(knight , Waal- Manning, & Spears , 1993)** ويتكون المقياس من **20** فقرة تقيس مستوي القلق الحالي و مقياس بيك للاكتئاب **Beck depression inventory (BDI) — Beck & Steer , 1987** والذي يتكون من **21** فقرة تقيس مستوي أعراض الاكتئاب و استبيان الاهتمام الزائد - المقياس المعرفي الفرعي **The hyperventilation (HQC) questionnaire - Cognitive subscale** الذي يقيس مستوي الاهتمام المعرفي الذي يلزم موجة القلق و قائمة الحراك **The mobility inventory (MI)** يتكون من **27** فقرة تقيس مستوي التجنب في حالة رهاب الخلاء عندما يكون الفرد وحيدا وعندما يكون مع الآخرين و مقياس التبادل الثقافي الأفريقي الأمريكي النسخة القصيرة **African American Acculturation**

scale (AAAS) مقياس يتكون من **33** فقرة صمم لقياس **10** أبعاد للثقافة الأفريقية الأمريكية و استبيان الاتجاه نحو العلاج **Attitude toward treatment questionnaire (ATQ)**.

أما الأساليب الكلينية استخدمت دراسة **كلارك وآخرون 1999** ودراسة **بروس وسبايقل 1999** ودراسة **فنسيلي وآخرون 2000** ودراسة **كارتر وآخرون 2003** أشكال مختلفة للعلاج المعرفي السلوكي أما دراسة **اتوجلو وآخرون 2000** ودراسة **سيمون 2004** ودراسة **فو وآخرون 1999** فقد قارنت بين العلاج المعرفي السلوكي وأساليب علاجية أخرى بينما قارنت دراسة **هيبيرت 2001** بين أساليب معالجين مختلفين .

ومن حيث النتائج فقد أشارت دراسة **كلارك وآخرون** إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في متغير الذعر بين العلاج المعرفي السلوكي المختصر والكامل بينما بينت نتائج دراسة **بريوس و سبايقل 1999** فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في المحافظة على المكاسب الكلينية بعد التوقف عن العلاج الدوائي وأشارت دراسة **فنسيلي وآخرون 2000** إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين العلاج المعرفي السلوكي التقليدي وعلاج التعرض ضمن علاج معرفي سلوكي وبينت نتائج دراسة **سيمون وآخرون 2004** فروق دالة إحصائية لصالح العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الذعر مقارنة بالعلاج الدوائي ، بينما كانت نتائج دراسة **اتكوجلوي وآخرون 2000** عدم وجود فروق دالة إحصائية بين العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الذعر وبينت نتائج دراسة **هبرت وآخرون 2001** أن الخبرة الكلينية لدي المعالج لها فروق دالة إحصائية على نتائج العلاج كما أشارت أن عمر المعالج وجنسه له أثر دال إحصائية على النتائج الكلينية كما أثبتت دراسة **كارتر وآخرون 2003** فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الذعر .

وبالنسبة لدراسات علاج ضغوط ما بعد الصدمة كانت عينة دراسة **فوا وآخرون 1999 (69)** أنثى وعينة دراسة **تيرير وآخرون 1999** تمثلت في **204** مريضاً وكانت عينة دراسة **براينت وآخرون 1998** متمثلة في **24** مشارك وبينت نتائجها عدم وجود فروق دالة إحصائية بين النوعين من العلاج .ومن حيث المقاييس فقد استخدمت دراسة **تيرير وآخرون 1999** الدليل الثالث المعدل لمنظمة الأطباء النفسيين الأمريكيين **DSM-III-R**

والنسخة الرابعة لنفس الدليل **DSM-IV** ومقياس الإدارة الاكلينيكية **Administered PTSD Scale (CAPS:1987)** ومقياس أثر الأحداث **Impact of event scale** ومقياس سمة وحالة القلق **State-trait anxiety inventory** واستخدمت دراسة فوا وآخرون **1999** مقاييس مختلفة من بينها مقياس سمة القلق واستخدمت دراسة براينت وآخرون **1998** مقابلة الاضطراب الحادة لضغوط لما بعد الصدمة **Acute stress disorder interview (ASDI: Bryant, Harvey, Dang, and Sackville1998)**. وفيما يتعلق بالبرامج الكليينكية والنتائج فقد قارنت دراسة فوا وآخرون **1999** علاج التعرض وتدريب التحصين ضد الضغوط وكليهما معا ضمن ثلاثة مجموعة علاجية وبينت نتائجها وجود فروق دالة إحصائية في القياس البعدي بالنسبة لمقياس سمة القلق لصالح مجموعة علاج التعرض أي أن تقنية التعرض أنتجت مخرجات علاجية ناجحة مقارنة بالنوعين الآخرين من العلاج وقارنت دراسة تيرير وآخرون **1999** بين علاج معرفي وتخيل التعرض للمواقف المثيرة للضغوط لعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وبينت نتائجها وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين النوعين من العلاج بينما استخدمت دراسة براينت وآخرون **1998** علاج معرفي سلوكي وإرشاد مساند وكانت النتائج وجود فروق دالة إحصائية لصالح العلاج المعرفي السلوكي بالنسبة لظهور الضغوط الحادة نتيجة أثر الأحداث وعدم وجود فروق دالة إحصائية بالنسبة لمقياس حالة وسمة القلق .

ثانياً : دراستك تناولت العلاج المعرفي السلوكي للقلق الاجتماعي :

جدول رقم (3):

م	الدراسة	نوع الاضطراب	الأسلوب العلاجي
1	Gould et al :1997	القلق الاجتماعي	دراسة تحليل مركز لمجموعة دراسات حول استخدام العلاج المعرفي السلوكي للقلق الاجتماعي
2	Westen and Morrison:2001	القلق الاجتماعي	دراسة تحليل مركز لمجموعة دراسات حول استخدام العلاج المعرفي السلوكي للقلق الاجتماعي
2	دراسة فاطمة الزهراء 1999	القلق الاجتماعي	العلاج المعرفي السلوكي
3	Herbelin: 2001	القلق الاجتماعي	تقنيات الواقع الافتراضي ضمن العلاج المعرفي السلوكي .
4	Mohlman et al :2003	القلق الاجتماعي	برنامج معرفي سلوكي قياسي وبرنامج معرفي سلوكي معدل .
5	Pelletier: 2003	قلق الحديث أمام الآخرين	علاج معرفي سلوكي
6	Botella et al:2004	قلق الحديث أمام الآخرين	علاج معرفي عبر الانترنت
7	Kendal et al :2004	اضطرابات القلق المعمم و قلق الانفصال والقلق الاجتماعي	علاج معرفي سلوكي
8	Heimberg , Liebowitz and Hope:1998	القلق الاجتماعي	مقارنة علاج معرفي سلوكي جمعي وعلاج دوائي
9	Cottraux et al : 2000	الرهاب الاجتماعي	دراسة مقارنة لعلاج معرفي سلوكي وعلاج مساند
10	Randal et al :2001	الاعتماد على الكحول	العلاج المعرفي السلوكي

م	الدراسة	نوع الاضطراب	الأسلوب العلاجي
		والقلق الاجتماعي	
11	Cardaciotto: 2003	القلق الاجتماعي ضمن لازمة اسبيرجر	العلاج المعرفي السلوكي

تعتمد دراسات التحليل المركز لدراسات استخدام العلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق الاجتماعي على تجميع بيانات دراسات لفترة زمنية ممتدة ومن هذه الدراسات دراسة **جولد وآخرون 1997** حيث قدمت مراجعة لتحليل مركز لتجارب مضبوطة تختبر العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي لاضطراب القلق الاجتماعي المعمم من خلال **35** دراسة نشرت أو قدمت خلال الفترة **1974 - يناير 1996** والتي عرّفت و قدمت **61** نوعا من التدخلات الكلينيكية المختلفة ، وبينت نتائج النوعين من العلاج فاعلية واضحة في علاج القلق الاجتماعي ولكنها لم تظهر فروق كبيرة دالة إحصائيا بين العلاجين (العلاج المعرفي السلوكي $ES = 0.70$ بينما العلاج الدوائي $ES = 0.60$) بالنسبة لمقاييس خطورة القلق الاجتماعي ، أما بالنسبة للفاعلية فقد ارتبط العلاج المعرفي السلوكي بفاعلية ثابتة ومستمرة مقارنة بالعلاج الدوائي الذي تقل فاعليته بمجرد التوقف عن تناول الدواء ، كما تم تحليل المتغيرات البحثية كالجنس وطول فترة العلاج ومدى فاعليتها بالنسبة لأنواع العلاج (**Gould et al:1997**)

كما قامت **درو ويستن وكات موريسو ن 2001** بإجراء تحليل مركز (**Meta - Analysis**) متعدد الأبعاد لدراسات علاج الاكتئاب و اضطراب الذعر والقلق الاجتماعي المعمم ، وفيما يتعلق بدراسات علاج اضطراب القلق الاجتماعي المعمم تناولت الدراسة عدد (5) ، دراسة (**Barlow et al,1992**) ودراسة (**Borkovec and Costello, 1993**) ودراسة (**Butler et al,1991**) ودراسة (**Christoph et al 1996**) ودراسة (**Durham,1994**) وقد استخدمت هذه الدراسات العلاج المعرفي السلوكي مع مجموعة أخرى من أنواع العلاج والجدول رقم (4) يبين الدراسات .وقد بينت نتائج التحليل المركز أن نتائج العلاج المتعلقة بالقلق أوضحت وجود تحسن ولكن هذا التحسن يبدو أنه لا يستمر طويلا (**Westen and Morrison:2001,875-899**) .

جدول رقم (4) دراسات القلق الاجتماعي التي خضعت نتائجها للتحليل المركز :

STAI		HARS		حجم التأثير		نسبة التحسين %	نسبة الاستكمال %	نوع العلاج	ن	المجلة	الدراسة
ع	م	ع	م	القياس القبلي مقابل القياس البعدي	العينة الضابطة مقابل العينة التجريبية						
6.8	47.4	5.9	12.0	1.6	2.0	55.3	75.6	R+CT	65	BT	Barlow et al 1992
8.7	41.4	4.1	7.3	2.8	0.9	65	83.3	NT +AR CBT+	66	JCCP	Borkovec & Costello 1993
11	49.8	5.7	10.3	1.6	0.8	24	91.2	CBT	57	JCCP	Butler et al 1991
-	-	6.1	7.9	1.4	-	79	88.5	BSEPT	26	PT	Crits-Christoph et al 1996
10.9	51.3	9.2	17.7	3	-	37.3	80	CT+AM	99	BJ PT	Durham et al 1994

BT = مجلة العلاج السلوكي JCCP = مجلة الإرشاد وعلم النفس الإكلينيكي PT = مجلة العلاج النفسي
 BJPT = المجلة البريطانية للعلاج النفسي R = علاج الاسترخاء CT = العلاج المعرفي NT = العلاج غير الموجه AR
 = تطبيق الاسترخاء CBT = العلاج المعرفي السلوكي BSEP = العلاج النفس المختصر المعبر AM = العلاج النفسي
 التحليلي + إدارة القلق . HARS = مقياس هامنتون لتدرج القلق STAI = مقياس حالة القلق .

وفيما يتعلق بتطبيقات العلاج المعرفي السلوكي على المخاوف و اضطرابات القلق الاجتماعي فقد هدفت دراسة فاطمة الزهراء 1999 إلى معرفة أثر برنامج معرفي سلوكي في تخفيف بعض المخاوف لدى الأطفال وقد كانت عينة الدراسة 24 طفلا ، 12 للعينة التجريبية (6 ذكور و 6 إناث) و12 طفلا للعينة الضابطة (6 ذكور و 6 إناث) وتم استخدام مقياس ملاحظة الأفكار السالبة المرتبطة بالمدرسة واستمارة ملاحظة السلوك التواؤمي واستمارة جمع البيانات اللازمة ودراسة الحالة وبعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي بينت نتائج القياس البعدي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في انخفاض مستوي المخاوف من المدرسة لصالح العينة التجريبية.

بينما استخدمت دراسة هيربلن وآخرون 2002 تقنيات الواقع الافتراضي ضمن علاج معرفي سلوكي على حالة قلق اجتماعي ، ونظرا لصعوبة إعادة البناء الواقعي لتعريض

المريض للمواقف أو الموقف الذي يسبب مشكلات القلق الاجتماعي قام مصممو هذه الدراسة ببناء بيئة تشابه الواقع وتمثلت في شخص في مكتب لاستثارة موقف اجتماعي مطابق للموقف الحقيقي الذي يثير القلق والذي يفترض أن يقوم فيها الفرد موضوع التجربة بمحادثة هذه الصور المشابهة للواقع و المعروضة على الجهاز الخاص بالعرض ، ويقوم الشخص موضوع التجربة أو لا بسؤال السكرتيرة عن المدير ومن ثم يدخل إلى مكتب يجلس خلفه شخص ويقوم بمحادثته ولكن ذلك الشخص لا يهتم وبعد ذلك تبين إن تلك الصور لا تبين بطريقة كافية اتجاهات الأفراد (الصور شبه الواقعية) في التجربة والذي بدوره يؤثر على مجريات العلاج ومن ثم تم تصميم بيئة جديدة تركز على الاتصال المباشر بالعينين - مقطع أفقي للوجه ، الفم والعيون - والذي يعتبر قاعدة رئيسية للإدراك الإنساني لردود فعل الآخرين كما أنه من مؤشرات سمة القلق الاجتماعي عدم قدرة الفرد على التحديق في عيون الآخرين لأن ذلك يحفز انفعال القلق لديه ويفضل الانسحاب أو الهروب على القيام بذلك. وقد كان الجهاز الخاص بالعرض يغطي عيني الفرد ومربوط بجهاز يستجيب لحساسية الوجه وفي هذا العرض شبه الواقعي يري الفرد عيني تعطيه استجابات تعتمد على حساسية وجهه وبعد كل جلسة تعرض يتم قياس درجة الضغوط لدي الفرد موضوع التجربة ويمكن اختصار طريقة التجريب في أن يقوم الفرد موضوع التجربة بوضع المعدة على عينه وأذنه (جهاز عرض مزود بشحنات ، جهاز إحساس ، لاقط صوت على الأذن ، جهاز التغذية الراجعة الجسمية) . وقد كانت عينة الدراسة مكونة من عشرة طلاب عمرهم ما بين 20 و 30 سنة 4 من الإناث و 6 من الذكور أما فيما يتعلق بأدوات القياس فقد تم استخدام مقياس ليبووتز **scale** **Liebowitz** والذي يمكن من الحصول على درجات للقلق تبدأ من 0 وتنتهي إلى 123 ومقياس تقييم ضغوط الأفراد موضوع التجربة **Subject stress evaluation** وهو مقياس يستخدم من الأفراد لتقدير حدة القلق لديهم والمقاييس الموضوعية لردود فعل القلق الجسمية **Objective physiological measures** وتتم من خلال الأجهزة المثبتة مع الجهاز الرئيسي للتجربة وتتمثل في احمرار الوجه وإنتاج الجسم للعرق خلال التجربة . وقد بينت نتائج الدراسة أن درجات القلق والضغوط الذاتية لدي العينة (أ) (العينة القلقة) كانت تنخفض بشكل دال بين التجربة الأولى والثانية والثالثة والرابعة مقارنة بالعينة (ب) (العينة غير القلقة) التي لم تسجل فروق دالة في القلق والضغوط الذاتية من خلال مقياس القلق و

الضغوط ، أما بالنسبة للمؤشرات الجسدية فقد كانت ترتفع بين التجربة الأولى والثانية والثالثة والرابعة لدي المجموعتين ولكنها اقل دلالة مقارنة بالقلق الذاتي (Herbelin: 2001).

وفي دراسة **جان موهلن وآخرون 2003** تم دراسة برنامج معرفي سلوكي قياسي وبرنامج معدل لعلاج القلق الاجتماعي المعمم في نهاية العمر وكانت الدراسة الأولى على **27** من البالغين بمدي عمري من **60 - 74** سنة بمتوسط **66.4** سنة تم أخذهم من عينة اكبر بلغت **81** أما بالنسبة للدراسة الثانية كان المشاركون **15** بالغا بمدي عمري من **60 - 79** ومتوسط **67.5** سنة اخذوا من عينة اكبر **22** فردا . تم تسجيل الجميع خلال إعلانات مكتوبة والإذاعة المسموعة في منطقة نيويورك بالولايات المتحدة وتم فرزهم مبدئيا بالهاتف والذين اظهروا انشغالات غير مسيطر عليها بشكل متكرر و أعراض اضطرابات القلق المعمم تم وضعهم في جداول للتقييم الشامل ومن ثم اخضعوا لمقابلة إكلينيكية ضمن القائمة الأمريكية الخامسة للاضطرابات العقلية والسلوكية **DSM-IV** كما تم استخدام مقياس بيك لسمة القلق **The Beck Anxiety Inventory (BAI)** ومقياس بيك للاكتئاب **Depression** **The Beck Inventory (BDI)** ومقياس سمة القلق **State-Trait Anxiety Inventory-** **Form Y (STAI-Trait)**, واستبيان بين لسمة الخوف **The Penn State Worry** **Questionnaire (PSWQ)** وقائمة هوبكنس **90** المعدلة للأعراض **The Revised** **Hopkins Symptom Checklist-90 (SCL)** وجميع هذه المقاييس استوفت الخصائص السيكومترية للتطبيق على الكبار البالغين وقد تم إخضاع العينة في الدراسة الأولى لبرنامج معرفي سلوكي معني لعلاج اضطرابات القلق المعمم بينما أخضعت العينة في الدراسة الثانية لبرنامج معرفي سلوكي معدل لعلاج اضطرابات القلق المعمم وقد بينت نتائج الدراسة (**1**) الأولى (العلاج المعرفي السلوكي القياسي مقابل العينة الضابطة) تحسن دال في المقاييس البعدية للقلق المعمم بينما لم يتم الحصول على بيانات تفيد التحسن الدال من خلال المقاييس البعدية للقلق الاجتماعي بالنسبة لمجموعة الدراسة الثانية (**Jan Mohlman et al :2003, 24-32**).

وقامت دراسة **ماريا هيلن بيلتير 2003** باختبار فاعلية علاج معرفي سلوكي لاضطراب القلق الاجتماعي (الحديث أمام الآخرين) عن طريق الإلقاء المسجل مرثيا (دراسة

حالة). وقد تم اختبار فاعلية ذلك البرنامج عن طريق تقديمه بأسلوب التسجيل المرئي لدراسة حالة صممت وسجلت وتم توظيفها في البرنامج العلاجي لفترة زمنية تمثلت في 3 أسابيع ومن ثم تم إلحاقها بـ 12 أسبوعاً من العلاج قسمت أسبوعاً واحداً قبل التدخل العلاجي و 3 ثلاثة شهور متابعة . 5 مشاركون أتموا العلاج . وكانت الفرضية أن المشاركين سوف يقللوا أعراض القلق الاجتماعي لديهم (مثال انخفاض القلق خلال واجبات الحديث ، وزيادة المدة الزمنية للحديث ، وانخفاض درجة قلق الحديث أمام الآخرين) وكان القياس عن طريق اختبارات مقننة للقلق الاجتماعي . تتبع تحليل التغيرات في القلق الاجتماعي الخاص بمراقبة الذات و الإدراك السلبي (الوعي المركز على الذات والآخرين ، الخوف من التقييم السلبي ، العزو الداخلي) و العمل مع المؤيدين و رضي العميل عن العلاج ورضي العميل عن عرض التسجيل المرئي وقد تضمن التحليل دلالة مرئية وإحصائية مع دلالة إكلينيكية . حيث كانت النتائج إثبات 2 من 3 فرضيات (تقليل درجة القلق خلال واجبات الحديث وزيادة مدة الحديث) وعند 3 أشهر متابعة استمر الحفاظ على النتائج أو كان هناك تحسن ، كما بين تحليل التتبع أن قلق مراقبة الذات انخفض 3 من 5 مشاركين وذلك خفض من الإدراك السلبي عن الذات والذي ارتبط بانخفاض القلق الاجتماعي ، مستويات العمل مع المؤيدين حافظت على درجة عالية خلال فترة العلاج ، وقد انخفضت نسبة الرضي عن التسجيل المرئي لدي المرض الذين لم يتحسنوا (Pelletier: 2003,307) .

بينما هدفت دراسة هوفمان و مسكوفيتش 2004 إلى اختبار فاعلية تطبيق ذاتي لتدخل عبر الانترنت لعلاج الخوف من الحديث للناس وقد طبق البرنامج العلاجي على فتاة أسبانية بيضاء عذبة تبلغ من العمر 22 عاماً وقد قابلت المريضة معيار الرهاب المعم للمنظمة الأمريكية للطب النفسي النسخة الرابعة DSM-IV وقد كانت الفتاة تعاني من الخوف من مواقف اجتماعية متعددة التي يكون فيها الآخرون يراقبونها ويقيمونها ، كما تم استخدام استبيان متدرج بطريقة ليكرب من 0-4 خاص بالتعرض للمخاوف كمقياس قبلي وبعدي في الدراسة ، أما فيما يتعلق بالبرنامج العلاجي فقد تضمن نوعاً من العلاج المعرفي السلوكي الذي يسمى تحدث إلى (Talk to me) وهو برنامج يتضمن التعليم النفسي وإعادة البناء المعرفي والتعرض والواجبات المنزلية ويستطيع المشارك الحصول على معلومات إضافية

عن البرنامج من خلال توصيلات عبر الانترنت تمثل بيانات عن أفراد آخرين مشاركين في البرنامج من جامعات أخرى ومن خلال المقاييس القبلية والبعدية المتمثلة في أدوات للتقرير الذاتي التي تحدد أعراض الفوبيا بينت المقاييس القبلية أن أسلوب التعرض عبر الانترنت كان يبدو لها على أنه حقيقي فتزداد درجة المخاوف لديها وبعد تطبيق برنامج الحديث إلى الذات وواجبات منزلية للتدرب على مقطوعات من الحديث بينت قياسات المقاييس البعدية التي كانت تطبق بعد كل جلسة من جلسات العلاج الانخفاض التدريجي لدرجة الخوف لدي المريضة . (Botella et al:2004, 821-830)

أما دراسة كاندل وآخرون 2004 فقد هدفت إلى دراسة علاج قلق الأطفال في دراسة استمرت 7.4 سنوات وقد قيمت الدراسة المحافظة على نتائج العلاج لأطفال خضعوا لفترة علاجية استمرت 16 أسبوعاً ضمن برنامج معرفي سلوكي لاضطراب القلق المبدئي (اضطرابات القلق المعمم وقلق الانفصال والقلق الاجتماعي) قبل حوالي 7.4 سنوات 86 مشارك (العمر من 15 - 22 ، 91 % من العينة الأصلية) و آبائهم أكملوا مقابلات تشخيصية ومقاييس تقرير ذاتي لهم ومقاييس قام بالإجابة عليهم الآباء وقد بينت النتائج من خلال المقابلات التشخيصية أن نسبة معنوية من المشاركين حافظو بنسبة دالة على التحسن في القلق خلال فترة المتابعة الطويلة (Kendal et al :2004, 276-287) .

وبالنسبة للدراسات المقارنة فقد هدفت دراسة هايمبرج وليبوتز وهوب 1998 إلى مقارنة علاج معرفي سلوكي جمعي وعلاج دوائي Phenelzine وكانت عينة الدراسة 133 مريضا وتمثلت أدوات القياس في مقياس ليبوتز للقلق الاجتماعي Liebowitz social anxiety scale (SAS) ومقياس التجنب الاجتماعي والضغط The social avoidance and distress scale ومقياس الخوف من التقييم السلبي The fear of negative evaluation scale وبعد 12 أسبوعاً من العلاج المعرفي السلوكي الجمعي للمجموعة الكليينكية الأولى و12 أسبوعاً من العلاج الدوائي للمجموعة الثانية بينت نتائج الدراسة تحسناً واضحاً لدي المرضى من خلال الفروق الدالة إحصائياً بين القياس القبلي والبعدى لمقاييس الدراسة وبينت أن العلاج الدوائي أفضل من العلاج المعرفي السلوكي وفي تعليقها على النتائج

أشارت الدراسة إلى أن فترة أطول من العلاج المعرفي السلوكي قد تعطي فاعلية أكثر في علاج القلق الاجتماعي (Heimberg , Liebowitz and Hope:1998, 1133-1141) .

وأشارت دراسة جين كاتروكس وآخرون 2000 من خلال تجربة فاعلية علاج معرفي سلوكي (CBT) مقابل علاج مساند (ST) علي عينة من 67 من مرضي الخواف الاجتماعي قابلوا التصنيف الرابع لمنظمة الأخصائيين النفسيين الأمريكية الخاصة بالاضطرابات العقلية والسلوكية DSM-IV ، 89% منهم من النوع الفرعي المعمم والغالبية يعانون الشخصية التجنبيه وتم اختيارهم بالطريقة العشوائية ضمن المجموعات ، المجموعة الأولى علاج معرفي سلوكي لمدة 81 ساعة فصلية بطريقة فردية وعلاج مساند لمدة ثلاثة أسابيع وتم إحاقها بـ 62 ساعة فصلية للتدريب على المهارات الاجتماعية (SST) في مجموعة أسبوعية ، أما بالنسبة للمجموعة الثانية خضعت لعلاج مساند لمدة 12 أسبوع (6.5 ساعة فصلية) ثم تم إحالة المرضي إلى علاج معرفي سلوكي . وقد وافق كل المرضي على عدم تعاطي أي نوع من الأدوية خلال كل فترة التجربة . المجموعة الأولى 29 مريض واصلوا العلاج إلى الأسبوع السادس و 27 مريض واصلوا العلاج من 12 إلى 24 إلى 36 أسبوع بينما 60 مريض واصلوا العلاج إلى النهاية . أما فيما يتعلق بالمجموعة الثانية 29 مريض واصلوا إلى الأسبوع السادس و 28 مريض واصلوا إلى الأسبوع 12 - 24 - 26 و 23 مريض واصلوا إلى 48 أسبوع و 72 مريض انهوا العلاج .

وكانت النتائج بعد 16 أسبوع من علاج معرفي أن المجموعة الأولى أفضل من المجموعة الثانية على المقياس الرئيسي للخواف الاجتماعي وفي الأسبوع الثاني عشر بعد التدريب على المهارات الاجتماعية كانت المجموعة الأولى أفضل من المجموعة الثانية على جميع المقاييس التي استخدمت و أوضحت دلالة مرتفعة دالة في الاستجابات ، هذه النتائج تكررت عندما تم إخضاع المجموعة الثانية لعلاج معرفي سلوكي وتم ملاحظة تغير مستمر في المجموعتين مع الامتناع عن تناول العلاج الدوائي ، أي أن التجربة أثبتت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقابل العلاج المساند (Cottraux et al : 2000, 137-146) .

وهدفت دراسة راندل و آخرون 2001 إلى اختبار فاعلية علاج للقلق الاجتماعي و الاعتماد على الكحول لدي عينة من 93 فردا بمتوسط عمري 38 سنة وقد قابلوا قائمة الإحصاء والتشخيص الثالثة المعدلة **DSMM-III-R** وقد كان التصميم يشمل مجموعتين تجريبيتين والتي خضعت لأسبوعين من علاج معرفي سلوكي فردي للكحول فقط أو علاج متزامن للإدمان والقلق الاجتماعي بواقع 49 جلسة علاجية وقد تم استخدام مقاييس أساسية لقياس إدمان الكحول والقلق الاجتماعي قبل تطبيق العلاج ، وقد بينت نتائج الدراسة تحسنا لدي المجموعة التي تلقت علاجاً لإدمان الكحول والقلق الاجتماعي أكثر من المجموعة التي تلقت علاجاً لإدمان الكحول فقط (**Randal et al :2001,210-220**).

أما دراسة كارداكيو 2003 فقد هدفت إلى علاج القلق الاجتماعي ضمن لازمة اسبيرجر (**Asperger's syndrome**)¹⁰ وقد تم تطبيق هذا النوع من العلاج بأسلوب دراسة الحالة على مريض يعاني من أعراض القلق الاجتماعي واللازمة المذكورة وقد كان عمر المريض 23 سنة وقد تطابقت الأعراض لدي المريض مع معيار قائمة منظمة الطب النفسي الأمريكية للإحصاء والتشخيص النسخة الرابعة **DSM-IV** وقد اظهر المريض مخاوف وحالات تجنب تضمنت الحديث إلى أفراد السلطة والحديث أمام الآخرين والمقابلات والوقوع تحت التقييم وبدء الحديث مع الآخرين وقد تم قياس الأعراض بعد كل مرحلة علاجية من خلال متخصص محايد باستخدام معيارية منظمة الطب النفسي الأمريكي الخاصة بالقلق الاجتماعي واللازمة المشار إليها كما تضمن التقييم تدرجا إكلينيكي عام لمستوي الخطورة **Clinical global impression severity rating** خلال منتصف العلاج ومن ثم تم متابعة العلاج لمدة شهرين ، بعدها تم استخدام تقييم تدرج إكلينيكي لمستوي التحسن **Clinical global impression improvement rating** وتم استخدام حلقات من استبيانات تتضمن قائمة الرهاب والقلق الاجتماعي وقائمة بيك للاكتئاب وكل هذه الأدوات تم استخدامها أسبوعين قبل العلاج وبعد المرحلة الأولى للعلاج وخلال متابعة العلاج وقد بينت نتائج

¹⁰ تعرف هذه اللازمة بأنها اضطراب نمائي من خصائصه ضعف التفاعل الاجتماعي و يطوق الاهتمامات و سلوك مكرر وطرق خرقاء آلية ، وتعتبر ملامح ضعف التفاعل الاجتماعي في هذه اللازمة مشابه لأعراض اضطراب القلق الاجتماعي المعمم .

الدراسة انخفاض متدرج لأعراض القلق الاجتماعي كما بينت فروقا دالة إحصائيا بين القياس القبلي والقياس ضمن عملية العلاج والقياس البعدي أي أن العلاج المعرفي السلوكي اثبت فاعليته في تخفيض حدة أعراض القلق الاجتماعي لدي العميل (Cardaciotto: 2003) .
التعليق على دراسات المحور الثاني :

تناولت دراسات التحليل المركز **Meta analysis** (دراسة جولد وآخرون 1997 ودراسة دور ويستن وكات موريسون 2001 ودراسة) عدد 40 دراسة سابقة حول علاج القلق الاجتماعي بواسطة العلاج المعرفي السلوكي والدراسات المقارنة خلال الفترة الزمنية 1974 – 1996 ، ومن خلال هاتين الدراستين للتحليل المركز يمكن استخلاص فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للقلق الاجتماعي .

وفيما يتعلق بدراسات القلق الاجتماعي من خلال استخدام العلاج المعرفي السلوكي فقد اختلفت العينات من حيث العدد والمستوي العمري والجنس . كانت عينة دراسة فاطمة الزهراء 1999 24 طفلا 12 ذكور و 12 إناث وكانت عينة دراسة هيربلن وآخرون 2002 متمثلة في 10 مرضي 4 من الإناث و 6 من الذكور أما دراسة موهلمن وآخرون 2003 فقد كانت عينتها 27 بالغا وقامت ماريا هيلن 2003 ودراسة هوفمان و مسكوفيتش 2004 كانتا واشتملت دراسة حالة دراسة كاندل وآخرون 2004 على 86 مشاركا . وفيما يتعلق بالمقاييس فقد استخدمت فاطمة الزهراء 1999 مقياس ملاحظة الأفكار السالبة المرتبطة بالمدرسة واستمارة ملاحظة السلوك التواؤمي واستمارة جمع البيانات اللازمة ودراسة الحالة، أما دراسة هيربلن وآخرون 2002 فقد استخدمت مقياس لبيونتر **scale Liebowitz** والذي يمكن من الحصول على درجات للقلق تبدأ من 0 وتنتهي إلى 123 ومقياس تقييم ضغوط الأفراد موضوع التجربة **Subject stress evaluation** وهو مقياس يستخدم من الأفراد لتقدير حدة القلق لديهم والمقاييس الموضوعية لردود فعل القلق الجسمية **Objective physiological measures** ، وفي دراسة موهلمن وآخرون 2003 تم استخدام مقياس بيك لسمة القلق **The Beck Anxiety Inventory (BAI)** ومقياس بيك للاكتئاب **The Beck Depression Inventory (BDI)** ومقياس سمة القلق الدالة **State-Trait Anxiety Inventory-Form Y (STAI-Trait)** واستبيان بين لسمة الخوف **The**

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) وقائمة هوبكنس 90 المعدلة للأعراض
The Revised Hopkins Symptom Checklist-90 (SCL) واستخدمت دراسة ماريا
هيلن 2003 و دراسة هوفمان و مسكوفيتش 2004 الدليل الرابع لمنظمة الأطباء النفسيين
الأمريكيين **DSM-IV** بينما تناولت دراسة كاندل وآخرون 2004 مقابلات تشخيصية للأطفال
ومقاييس تقرير ذاتي للأطفال عينة البحث وآبائهم .ومن حيث النتائج فقد بينت دراسة فاطمة
الزهران 1999 فروق ذات دلالة إحصائية في انخفاض مستوى المخاوف من المدرسة
لصالح العينة التجريبية أما دراسة هيربلن وآخرون 2002 تحسن ملحوظاً بعد برنامج
التعرض وبينت دراسة موهلن وآخرون 2003 التحسن الجزئي للحالة موضوع الدراسة
وأشارت دراسة هوفمان و مسكوفيتش 2004 انخفاض درجة الخوف أما دراسة كاندل
وآخرون 2004 فقد بينت أن عينة الدراسة حافظت بنسبة دالة على التحسن خلال فترة
المتابعة الطويلة.

وبالنسبة للدراسات المقارنة فقد كانت عينة دراسة هايمبرج وليبوتز وهوب 1998
133 مريضاً بينما كاتروكس وآخرون 2000 67 من مرضي الخوف بينما كانت عينة
دراسة راندل و آخرون 2001 (93) مريضاً ودراسة حالة واحدة لكارداكيو 2003 .
وكانت أدوات القياس للدراسات الثلاثة حسب الترتيب التصنيف الرابع لمنظمة الأخصائيين
النفسيين الأمريكية الخاصة بالاضطرابات العقلية والسلوكية **DSM-IV** ، مقاييس أساسية
لقياس إدمان الكحول والقلق الاجتماعي ، التصنيف الرابع لمنظمة الأخصائيين النفسيين
الأمريكية الخاصة بالاضطرابات العقلية والسلوكية **DSM-IV** .

أما البرامج الكلينيكية فقد قارنت دراسة هايمبرج وليبوتز وهوب 1998 بين علاج
معرفي سلوكي وعلاج دوائي وقارنت دراسة كاتروكس وآخرون 2000 بين برنامج
معرفي سلوكي وعلاج مساند للقلق الاجتماعي بينما قارنت دراسة راندل و آخرون 2001
بين برنامج معرفي سلوكي لعلاج القلق الاجتماعي والإدمان على الكحول وعلاج معرفي
سلوكي لعلاج الإدمان على الكحول فقط بينما اشتملت دراسة لكارداكيو 2003 على مقارنة

علاج معرفي سلوكي للقلق الاجتماعي وعلاج معرفي سلوكي لالزامة اسبيرجر . ومن حيث النتائج فقد أشارت دراسة **هايمبرج وليبوتز وهوب 1998** إلى أن العلاج الدوائي أفضل من العلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق الاجتماعي بينما بينت دراسات كل من **كاتروكس وآخرون 2000** و **راندل وآخرون 2001** و **كارداكيتو 2003** إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بأنواع العلاج التي تم مقارنتها .

التعليق على الدراسات السابقة بشكل عام :

تتفق الدراسات السابقة في المحور الأول مع الدراسة الحالية في أنها تضمنت تطبيقات البرنامج المعرفي السلوكي ، وتختلف معها في أنها استخدمت البرنامج على اضطرابات القلق الأخرى ، أما بالنسبة لدراسات المحور الثاني فإن بعضها تناولت العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق الاجتماعي بشكل عام وكان ذلك ضمن دراسة **فاطمة الزهراء 1999** ودراسة **جين كاتروكس وآخرون 2000** ودراسة **دور ويستن وكات موريسون 2001** ودراسة **راندل وآخرون 2001** ودراسة **هيربلن وآخرون 2002** ودراسة **موهلمن وآخرون 2003** ودراسة **كارداكيتو 2003** ودراسة **كاندل وآخرون 2004** ، بينما تناولت دراسة **ماريا هيلن 2003** ودراسة **هوفمان ومسكوفيتش 2004** القلق الاجتماعي بشكل جزئي أي من خلال تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي على اضطرابات الحديث أمام الآخرين . وتتمثل أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة في الأتي :

1. الإطلاع على برامج العلاج المعرفي السلوكي المستخدم ضمن هذه الدراسات والذي بدوره مثل عنصراً استرشادياً مهماً مع الإطار النظري لبناء البرنامج في هذه الدراسة .
2. الإطلاع على أدوات القياس التي استخدمت في الدراسات السابقة والذي يعتبر بدوره كان سندا قويا في بناء أداة القياس في هذه الدراسة .
3. تصميم التجربة بشكل دقيق ومحاولة تفادي الهفوات التي وقعت فيها الدراسات السابقة .

وفيما يتعلق بأوجه الاختلاف مع الدراسات السابقة فإن هذه الدراسة هدفت إلى بناء برنامج معرفي سلوكي ضمن بيئة ثقافية تختلف عن الدراسات السابقة، كما أن البرنامج المعد يختص بتخفيف حدة قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة الذي لم تشير إليه حسب علم الباحث الدراسات السابقة ، كما أن أداة القياس تحدد نوع الاضطراب بدقة خلافا عن

الدراسات السابقة التي تعاملت مع عملية القياس ضمن المقاييس الشائعة ، ومن ناحية أخرى تم بناء مقياس مواقف وليس مقياس للتقرير الذاتي كما هو سائد في الدراسات السابقة .

فروض الدراسة :

1. توجد فروق دالة إحصائية بين طالبات العينة التجريبية والعينة الضابطة في الأداء على الاختبار البعدي - بعد قلق الوقوع تحت الملاحظة - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي
2. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي القياس القبلي والبعدي - قلق الوقوع تحت الملاحظة - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لصالح متوسط القياس القبلي لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي.
3. توجد فروق دالة إحصائية بين طالبات العينة التجريبية والعينة الضابطة في الأداء على الاختبار البعدي - بعد قلق الحديث أمام الناس - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي .
4. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي القياس القبلي والبعدي - بعد قلق الحديث أمام الناس - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لصالح متوسط القياس القبلي لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي.
5. توجد فروق دالة إحصائية بين طالبات العينة التجريبية والعينة الضابطة في الأداء على الاختبار البعدي - بعد قلق الأكل والشرب أمام الناس - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي.
6. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي القياس القبلي والبعدي - بعد قلق الأكل والشرب أمام الناس - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لصالح متوسط القياس القبلي لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي.

7. توجد فروق دالة إحصائية بين طالبات العينة التجريبية والعينة الضابطة في الأداء على الاختبار البعدي - بعد قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة (الدرجة الكلية للمقياس - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي.
8. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي القياس القبلي والبعدي - بعد قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة (الدرجة الكلية للمقياس) - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لصالح متوسط القياس القبلي لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي.

الفصل الرابع اجراءات البحث

مجتمع البحث :

تكون مجتمع البحث من طلاب وطالبات السنة الأولى بكلية الآداب بفرن جامعة الجبل الغربي ويتكون مجتمع البحث من عدد (282) طالبة وطالبة النظاميين والمسجلين ضمن الطلاب الجدد للعام الدراسي 2005 – 2006 ميلادية .

عينة البحث :

تم تطبيق مقياس قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة علي عينة من الطلاب والطالبات بكلية الآداب بفرن جامعة الجبل الغربي - ليبيا (222 طالب وطالبة) ، 28 من الذكور و 194 من الإناث ، وتم اختيار الرباعي الأعلى والذي يمثل أكثرهم قلقاً.

وتمثلت عينة الدراسة التجريبية في عدد 24 طالبة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب بفرن جامعة الجبل الغربي وقد تم تقسيم العينة إلى عدد (12) طالبة للعينة التجريبية و (12) للعينة الضابطة ، وللتأكد من عدم التأثير الدلالي للعوامل المرتبطة بالتجربة كالعمر ومستوي الذكاء والمستوي الاجتماعي الاقتصادي تم استخدام الأسلوب العشوائي في تقسيم المفردات على كل من العينة التجريبية والعينة الضابطة ، كما أن تم استخدام الخطوات الإحصائية التالية :

حساب دلالة الفروق بين المتوسطات في متغير العمر بين أفراد العينتين وقد تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين العينة التجريبية والعينة الضابطة في متغير العمر . حيث كان المتوسط والانحراف المعياري للعينة التجريبية (م= 19.17 ، ع = 0.57) وللعينة الضابطة (م= 19.58 ، ع = 0.66) .

والجدول رقم (5) يبين الفروق الإحصائية :

جدول رقم (5) الفروق بين العينة التجريبية والضابطة في متغير العمر:

المجموعات	ن	م الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان وتني	م.د
التجريبية	12	12	156	66	0.75
الضابطة	12	12	144		

من خلال الجدول رقم (6) وباستخدام اختبار مان وتني (Mann-Whitney Test)

تبين أن مجموع رتب العينة التجريبية 156 ومجموع رتب العينة الضابطة 144 وعدد المشاهدات في كل مجموعة 12 وقيمة اختبار مان وتني 66 ومستوي الدلالة 0.75 وهو غير دال عند 0.05 أي عدم وجود فروق دالة احصائيا بين العينة التجريبية والضابطة في متغير العمر .

وللتأكد من دلالة الفروق في متغير الذكاء تم حساب دلالة الفروق في المتوسطات بين

العينتين في مستوي التحصيل الدراسي حيث يعتبر التحصيل الدراسي مؤشرا من مؤشرات الذكاء ، وتم حساب متوسط التحصيل في المواد الدراسة المختلفة ومن ثم إجراء حساب دلالة الفروق ، وكان المتوسط والانحراف المعياري للعينة التجريبية (م= 66.5 و ع = 9.67) والعينة الضابطة (م= 67 و ع = 9.92) والجدول رقم (6) يبين دلالة الفروق .

جدول رقم (6) الفروق بين العينة التجريبية والضابطة في متغير التحصيل الدراسي:

المجموعات	ن	م الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان وتني	م.د
التجريبية	12	13.58	163	59	0.47
الضابطة	12	11.42	137		

من خلال الجدول رقم (6) وباستخدام اختبار مان وتتي (Mann-Whitney Test)

تبين أن مجموع رتب العينة التجريبية 163 ومجموع رتب العينة الضابطة 137 وعدد المشاهدات في كل مجموعة 12 وقيمة اختبار مان وتتي 59 ومستوي الدلالة 0.47 وهو غير دال عند 0.05 أي عدم وجود فروق دالة احصائيا بين العينة التجريبية والضابطة في متغير التحصيل الدراسي .

وفيما يتعلق بالمستوي الاقتصادي والاجتماعي لأفراد العينة يتبين أن المنطقة الواقعة بها الكلية تمثل منطقة ريفية لا توجد بها مستويات اجتماعية واقتصادية مختلفة ، حيث يمثل النظام الاجتماعي القبلي في هذه المنطقة المساواة في نوع المكانة الاجتماعية ، كما أن النظام الاقتصادي الاشتراكي والسياسي الجماهيري (سلطة الشعب) يعطي لكل الأفراد الفرصة في إشباع حاجاتهم بشكل يكاد يكون متطابق ، وكمثال على ذلك عدم وجود مدارس خاصة بكل من التعليم الأساسي والمتوسط بالمنطقة فكل الطلاب قد أكملوا تعليمهم الأولي (ما قبل الجامعي) في المدارس العامة .

أدوات البحث :

1. مقياس قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة :

وصف المقياس :

يهدف البحث الحالي إلى اختبار فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة ولتحقيق هدف الدراسة وعدم وجود مقياس لقياس القلق المشار إليه سابقا واستنادا على الإطار النظري والدراسات السابقة والإطلاع على العديد من مقاييس القلق والقلق الاجتماعي والرهاب الاجتماعي مثل مقياس هاملتون للقلق (Hamilton) (HAMA) (Anxiety Scale,1959) ومقياس تيلش وآخرون لقياس الجانب المعرفي للرهاب الاجتماعي (The cognitive assessment instrument for social phobia , Telch et al:2004) ومقياس الخوف الاجتماعي (مدحت إسماعيل عزب 2003) ومقياس القلق الاجتماعي (محمد السيد عبد الرحمن وهانم عبد المقصود 1998) و مقياس ليبوتز للقلق الاجتماعي (Liebowitz social anxiety scale ,1997)LSAS .

قام الباحث ببناء مقياس لتحقيق هدف الدراسة وذلك من خلال تعريف قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة " التجنب و الهروب أو الشعور بالخوف والقلق الغير مبرر من المواقف التي يقع فيها الفرد تحت التقييم في حالة الوقوع تحت الملاحظة والحديث أمام الناس والأكل والشرب في الأماكن العامة".

وقد تم إتباع الخطوات العلمية التالية لبناء المقياس :

1. وضع تعريف دقيق للاضطراب الذي تم الإشارة إليه سابقا .
2. تقسيم الفقرات على المحاور الثلاثة الخاص بقياس الاضطراب والمتمثلة في قلق الوقوع تحت الملاحظة وقلق الحديث أمام الآخرين وقلق الأكل والشرب أمام الناس في الأماكن العامة .
3. تقسيم الفقرات الخاصة بكل بعد على مواقف يمكن أن يشعر فيها الفرد بالقلق والخوف عند القيام بأحد النشاطات المشار إليها سابقا والتي تتمثل في المحيط الجامعي والاجتماعي بشكل عام .
4. لضمان الحصول على درجة ثبات وصدق مقبولة للمقياس واستناداً على الخطوات العلمية المشار إليها من قبل رست وجولمبوك (Rust and Golombok :2001) والتي تشير إلى أنه للحصول على درجة مقبولة للثبات والصدق بالنسبة لمقاييس انفعالات الذات الشعورية والتي من ضمنها اضطراب القلق أن تكون فقرات المقياس لا تقل عن 20 فقرة تم وضع عدد 32 فقرة لقياس الاضطراب المشار إليه والجدول رقم (7) يبين تقسيم الفقرات حسب الأبعاد:

جدول رقم (7) :

المجموع	قلق الأكل والشرب أمام الناس	قلق الحديث أمام الناس	قلق الوقوع تحت الملاحظة	نوع المحيط
21	7 فقرات	7 فقرات	7 فقرات	المحيط الاجتماعي بشكل عام
21	7 فقرات	7 فقرات	7 فقرات	المحيط الجامعي
42	14	14	14	المجموع

قلق الملاحظة من قبل الآخرين = 14 فقرة مقسمة إلي ، المحيط الجامعي 7 فقرات
وتتمثل في الفقرة رقم 22 و 25 و 28 و 31 و 34 و 37 و 40 و المحيط الاجتماعي بشكل
عام 7 فقرات وتتمثل في الفقرة رقم 1 و 4 و 7 و 10 و 13 و 16 و 19 .

قلق الحديث أمام الناس = 14 فقرة مقسمة إلي ، المحيط الجامعي 7 فقرات وتشمل
الفقرة رقم 23 و 26 و 29 و 32 و 35 و 38 و 41 و المحيط الاجتماعي بشكل عام 7
فقرات وتشمل الفقرة رقم 2 و 5 و 8 و 11 و 14 و 17 و 20 .

قلق الأكل والشرب أمام الناس = 14 فقرة مقسمة إلي ، المحيط الجامعي 7 فقرات
وتشمل الفقرة رقم 24 و 27 و 30 و 33 و 36 و 39 و 42 و المحيط الاجتماعي بشكل
عام 7 فقرات وتشمل الفقرة رقم 3 و 6 و 9 و 12 و 15 و 18 و 21 . والملحق رقم (1)
يبين المقياس في صورته النهائية بعد خطوات حساب الثبات والصدق .

ويتم تصحيح المقياس من خلال الاستجابات أ و ب و ج أي 1 ، 2 ، 3 وأقصى
درجة يمكن الحصول عليها في الفقرة 3 بينما أقل درجة 1 ويمكن حساب درجة الفرد في
البعد الواحد من خلال حساب مجموعة درجات فقرات البعد الواحد والدرجة الكلية للمقياس

من خلال مجموع درجات الأبعاد الثلاثة للمقياس والدرجة المرتفعة تعني ارتفاع مستوى القلق والدرجة المنخفضة تعني انخفاض مستوى القلق .

أقل درجة يمكن الحصول عليها في البعد الواحد 14 وأقصى درجة 42 بينما أقل درجة يمكن الحصول عليها في المقياس ككل 42 وأقصى درجة 126 ويتم تحديد مدي القلق لدي الفرد من خلال حساب المئين أو الدرجة المعيارية .

ثبات المقياس :

تم حساب ثبات المقياس على عينة قوامها 60 طالب وطالبة وذلك بطرق مختلفة وقد بينت نتائج التحليل الإحصائي درجة عالية من الثبات والجدول رقم (8) يبين النتائج .

جدول رقم (8):

ن	عدد فقرات المقياس	الارتباط بين النصفين	معامل ألفا	سيبرمان براون للطول المتساوي	ألفا للنصف الأول	ألفا للنصف الثاني
60	42	0.74	0.87	0.85	0.71	0.73

من خلال جدول رقم (8) وذلك باستخدام معادلة الفاء كرونباخ لحساب الاتساق الداخلي (**Alph Cronbach for internal consistency**) يتبين أن المقياس الكلي يتمتع بدرجة عالية من الثبات حيث معامل الفا (0.87) كما أن معادلة سيبرمان براون للطول المتساوي تشير إلى درجة عالية من الثبات حيث قيمة الثبات من خلا التجزئة النصفية للمقياس (0.85) وبينت درجة الارتباط بين النصفين درجة عالية من الثبات حيث (ر = 0.74) وبينت درجة الفا لكل نصف على حدة درجة من عالية من الثبات حيث قيمة الفا للنصف الأول بلغت (0.71) وقيمة الفا للنصف الثاني بلغت (0.73) .

وفيما يتعلق ببعد قلق الوقوع تحت الملاحظة فقد بين التحليل الإحصائي درجة عالية من الثبات والجدول رقم (9) يبين النتائج .

جدول رقم (9):

ن	عدد فقرات المقياس	الارتباط بين النصفين	معامل الفا	سبيرمان بروان للطول المتساوي
60	14	0.60	0.70	0.75

يتبين من خلال الجدول رقم (9) أن بعد قلق الوقوع تحت الملاحظة يتمتع بدرجة عالية من الثبات حيث قيمة الفا (0.75) والتجزئة النصفية (0.75) والارتباط بين النصفين ($r = 0.60$) .

كما بينت نتائج التحليل الإحصائي الخاصة ببعد قلق الحديث أمام الناس درجة عالية من الثبات والجدول رقم (10) يبين النتائج .

جدول رقم (10):

ن	عدد فقرات المقياس	الارتباط بين النصفين	معامل الفا	سبيرمان بروان للطول المتساوي
60	14	0.58	0.75	0.73

يتبين من خلال الجدول رقم (10) أن بعد قلق الحديث أمام الناس يتمتع بدرجة عالية من الثبات حيث قيمة الفا (0.75) والتجزئة النصفية (0.73) والارتباط بين النصفين ($r = 0.58$) .

وبينت نتائج التحليل الإحصائي الخاصة ببعد قلق الأكل والشرب أمام الناس درجة عالية من الثبات والجدول رقم (11) يبين النتائج .

جدول رقم (11):

ن	عدد فقرات المقياس	الارتباط بين النصفين	معامل الفا	سبيرمان بروان للطول المتساوي
60	14	0.40	0.70	0.57

يتبين من خلال الجدول رقم (11) أن بعد قلق الأكل والشرب أمام الناس يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات حيث قيمة الفا (0.70) والتجزئة النصفية (0.57) والارتباط بين النصفين ($r = 0.40$) .

صدق المقياس :

أولا : صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على مجموعة من الأساتذة المحكمين المتخصصين في المجال والملحق رقم (2) يبين أسماء الأساتذة المحكمين وتخصصاتهم ودرجاتهم العلمية .ومن خلال الأساتذة المحكمين تبين درجة عالية من الصدق الظاهري حيث بين الأساتذة المحكمين بعض التعديلات الخاصة بصياغة بعض الفقرات ولم يطلبوا حذف أو زيادة أي فقرة .

ثانيا : الصدق الإحصائي :

تم حساب مدي ارتباط كل فقرة من فقرات بعد قلق الوقوع تحت الملاحظة والدرجة الكلية لنفس البعد كما تم استخدام نفس الأسلوب الإحصائي لكل من البعدين قلق الحديث أمام الناس وقلق الأكل والشرب أمام الناس والجدول رقم (12) ورقم (13) ورقم (14) تبين درجة الارتباط .

جدول رقم (12) يبين الصدق الاحصائي لبعء قلق الوقوع تحت الملاحظة:

درجة الارتباط	الفقرة حسب التسلسل في المقياس	درجة الارتباط	الفقرة حسب التسلسل في المقياس
** 0.39	22	**0.41	1
** 0.32	25	**0.51	4
** 0.24	28	**0.47	7
** 0.37	31	**0.42	10
** 0.36	34	**0.63	13
** 0.31	37	** 0.28	16
** 0.26	40	** 0.57	19

** = مستوى دلالة عند 0.01

يتبين من خلال الجدول رقم (12) أن بعء قلق الوقوع تحت الملاحظة يتمتع بدرجة عالية من الصدق حيث ارتبطت جميع درجات البعء بالدرجة الكلية ارتباطاً دالة إحصائياً عند مستوي دلالة 0.01 وتراوحت درجات الارتباط ما بين 0.24 إلى 0.63

جدول رقم (13) الصدق الاحصائي لبعد الحديث امام الناس :

الدرجة الارتباط	الفقرة حسب التسلسل في المقياس	درجة الارتباط	الفقرة حسب التسلسل في المقياس
** 0.24	23	**0.47	2
** 0.47	26	**0.42	5
** 0.56	29	**0.52	8
** 0.40	32	**0.60	11
** 0.59	35	**0.44	14
** 0.25	38	** 0.52	17
** 0.54	41	** 0.45	20

** = مستوى دلالة عند

يتبين من خلال الجدول رقم (13) أن بعد قلق الحديث أمام الناس يتمتع بدرجة عالية من الصدق حيث ارتبطت جميع درجات البعد بالدرجة الكلية ارتباطا دالة إحصائيا عند مستوي دلالة 0.01 وتراوحت درجات الارتباط ما بين 0.24 إلى 0.60

جدول رقم (14) الصدق الإحصائي لبعء قلق الأكل والشرب أمام الناس :

درجة الارتباط	الفقرة حسب التسلسل في المقياس	درجة الارتباط	الفقرة حسب التسلسل في المقياس
** 0.53	24	**0.41	3
** 0.34	27	** 0.54	6
** 0.50	30	**0.46	9
** 0.40	33	**0.48	12
** 0.48	36	**0.23	15
** 0.63	39	** 0.60	18
** 0.43	42	** 0.39	21

** = مستوى دلالة عند 0.01

يتبين من خلال الجدول رقم (14) أن بعء قلق الأكل والشرب أمام الناس يتمتع بدرجة عالية من الصدق حيث ارتبطت جميع درجات البعء بالدرجة الكلية ارتباطاً دالة إحصائياً عند مستوي دلالة 0.01 وتراوحت درجات الارتباط ما بين 0.24 إلى 0.60 .

كما يؤكد الارتباط الدال بين أبعاد المقياس درجة عالية من الصدق والجدول رقم (15) يبين النتائج .

جدول رقم (15):

قلق الأكل والشرب أمام الناس	قلق الحديث أمام الناس	
**0.60	**0.69	قلق الوقوع تحت الملاحظة
	**0.59	قلق الأكل والشرب أمام الناس

من خلال الجدول رقم (15) يتبين الارتباط المرتفع والعال بين الأبعاد الثلاثة للمقياس ويعتبر هذا الارتباط العال مؤشر من مؤشرات صدق المقياس .

2. البرنامج المعرفي السلوكي :

أولاً: الخلفية النظرية للبرنامج الاستراتيجيات والتقنيات :

بين هايمبرج وآخرون أنه توجد العديد من النماذج للعلاج المعرفي السلوكي تركز على المظاهر التي تحدد كيف يعالج الأفراد القلقون اجتماعياً معلومات التقييم الاجتماعي وطريقة التحيز في معالجة المعلومات والتي بدورها تؤثر على الانفعالات والاستجابات السلوكية في المواقف الاجتماعية (Hambrick et al : 2003,374) .

وبالرغم من اختلاف النماذج من حيث التقنيات والأساليب طبقاً لهدف أي من الدراسات المختلفة إلا أنها تتفق في الأرضية المشتركة التي تستقي جذورها من التوجه النظري المعرفي الخاص بتفسير وعلاج اضطراب القلق والرهاب الاجتماعي ويمكن تلخيص تلك الأسس والمنطلقات النظرية في النقاط التالية :

1. يستند التدخل المعرفي على نموذج معرفي للاضطرابات الانفعالية .
2. التدخل المعرفي مختصر ومحدد الوقت .

3. العلاقة الواضحة والمحددة بين الفرد المضطرب والمعالج تعتبر من المفاهيم الأساسية في إنجاح البرنامج .
4. يعتبر التعاون بين الفرد ومنفذ البرنامج من النقاط الهامة التي تؤدي إلى مخرجات دالة.
5. يستند التدخل للمساعدة على مفاهيم المنطق التقليدية .
6. يعتبر البناء العلمي المتقن والمباشر للبرنامج من الأسس الرئيسية للحصول على نتائج ناجحة .
7. التدخل المعرفي لحل المشكلات يستند على عملية تكيف المشكلات وفق الظروف المتاحة .
8. يستند التدخل المعرفي للمساعدة على النموذج التعليمي .
9. تستند نظرية وتقنيات التدخل المعرفي للمساعدة على الطريقة الاستقرائية .
10. يعتبر الواجب المنزلي من الملامح الرئيسية في التدخل المعرفي للمساعدة على حل المشكلات .

(Beck , Emery and Greenberg: 1985, 167, Hambrick et al:2003 ,375)

هدف البرنامج المعد في هذه الدراسة إلى تخفيف حدة قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة لدي عينة من طلال الجامعات الليبية وذلك باستخدام وسائل وتقنيات إجرائية ويعرف الاضطراب المشار إليه أنفاً على أنه " الخوف من التقييم السلبي في مواقف الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة في العديد من المواقف مثل التحدث أمام الآخرين أو الأكل والشرب في الأماكن العامة وأداء الامتحانات الشفوية والتحريرية وغيرها من المواقف التي تؤدي إلى التجنب والهروب الكلي أو لجزئي خوفاً من الشعور بالقلق أو الخوف المفرط والحاد دون وجود سبب منطقي " .

ولتحقيق هدف البرنامج تم استخدام تقنيات إعادة البناء المعرفي **Cognitive restructuring** وتعديل التخييلات **modifying Imagery** و الواجبات المنزلية **Homework assignments** والتعرض **Exposure** .

والتقنيات المشار إليها سابقاً كالاتي :

أولاً : استراتيجية إعادة البناء المعرفي وتقنياتها Cognitive restructuring strategy : and it's techniques

تُعرف استراتيجية إعادة البناء المعرفي ضمن البرنامج المعد بأنها تلك التقنية التي تهدف إلى مساعدة الأفراد الذين يعانون من قلق الأداء الاجتماعي وقلق الأداء تحت الملاحظة على إعادة تعلم التفكير والخيالات بعيداً عن الأسلوب المنحاز **Biases manner** في الربط بين الأفكار والخيالات التلقائية السالبة وتشمل هذه الاستراتيجيات التقنيات التالية :

أ – تقنية مراقبة الذات من خلال استخدام سجل مراقبة الذات والخاص بتسجيل الأفكار التلقائية السالبة ، وتمكن هذه التقنية من تفهم عملية عزو الأسباب **Attribute** **causes** أي أن يتعلم الأفراد كيفية عزو أسباب الخوف والقلق من مواقف الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة إلى عوامل داخلية قابلة للتحكم الذاتي والمتمثلة في الأفكار التلقائية الخاطئة وليس عزوها إلى أسباب خارجية غير قابلة للتحكم تتمثل في أناس آخرين ، كما تشمل تطوير فهم ووعي جديد للذات يركز على أن استجابات القلق هي ليست نوعاً من النقص في القدرة غير قابل للتعديل ولكنها استجابات تشكلت بطريقة معقدة تنتج نفسها من خلال الأفكار السلبية التلقائية التي يمكن التغلب عليها من خلال كشفها وعزلها ومن ثم تعلم أفكار إيجابية بديلة عنها .

وترتبط الأفكار السلبية التلقائية بمواقف الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة حيث تبرز في الحالات الحقيقية والمتخيلة بعيداً عن التقييم الحقيقي للمثير الاجتماعي ومن ثم تبدو على الفرد أعراض القلق المختلفة وتكون استجابته السلوكية التجنب أو الهروب ، وفي هذه الخطوة قام الباحث بتوضيح المحاور المعقدة لاضطراب قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة والمتمثل في أربع مكونات هي:

1. السلوك الظاهر ، الأفعال الخارجية والتصرفات التي تبدو للعيان .
2. انفعال القلق والخوف من المواقف وما يصاحبها من تغيرات فسيولوجية حادة .
3. الإدراك والمعرفة والتفكير ، طرق التفكير والمعرفة وأساليب الشخص في حل المشكلات .

4. دوائر التفاعل الاجتماعي ، المتمثلة في البيئة الجامعية والبيئة الاجتماعية بشكل عام ومستويات التوتر والضغوط لدي عينة البحث طبقا للموقف والبيئة الاجتماعية المحيطة (محمد : 2004 ، 2) .

ب — تقنية عد وحصر الأفكار السالبة والتي تهدف إلى التعرف على العلاقة غير المنطقية بين الأفكار التلقائية السالبة والشعور بالقلق والخوف من مواقف الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة . وحيث أن أسلوب مراقبة الذات يعتبر النقطة التمهيدية لكشف العلاقة بين الأفكار التلقائية وموجات القلق تكون الخطوة اللاحقة لذلك الإجراء التعرف على الأفكار وتعديلها من خلال أسلوب عد الأفكار التلقائية والذي بدوره يساعد الفرد المضطرب على إبعاد نفسه عن أفكاره وشعوره بقدرته على التحكم في هذه الأفكار من خلال عدها والتعرف على مستوي تلقائيتها عوضا عن القبول بها واعتبارها انعكاسا لأسباب خارجية تعكس الواقع .

ويتمثل الأسلوب الإجرائي في استمارة بيك الخاصة بحصر الأفكار التلقائية.

ومن خلال بيك وأمري تساعد هذه الاستمارة على تحقيق أهداف متنوعة تتمثل في :

1. عد أنواع محددة من الأفكار تساهم في إنتاج القلق مثل الشك في الذات والأفكار المفجعة .
2. تسجيل الأفكار التي تتوسط نوبة القلق قد يساعد الفرد القلق على الشعور بقدرته السيطرة الجزئية على الحالات المنتجة للقلق .
3. تم التسجيل ضمن فترات زمنية مختارة بشكل عشوائي . وقد اختلفت الفترات الزمنية ضمن استجابات الطالبات .
4. يتم التسجيل العشوائي لفترة محددة مضبوطة . مثال عشر دقائق باستخدام ساعة رقمية .
(Beck , Emery and Greenberg: 1985,196).

ومن المشكلات التي صاحبت عملية تسجيل وعد الأفكار التلقائية فشل أحد أفراد العينة التجريبية في القيام بتلك العملية من خلال عزه عن فصل ذاته عن موجة القلق الحادة ومن

ثم عدم قدرته على القيام بالمهمة ، قام الباحث في هذه الحالة بالتركيز على تلك الحالة الفردية والقيام بتجربة مفصلة ساعدت تلك الحالة علي القيام بالمهمة على الوجه الأكمل .

كما تم تطبيق أسلوب مساعدة لتسجيل الأفكار التلقائية أو السلبية والمتمثل في طرح الأسئلة و مناقشتها مع أفراد العينة.

ج – مساعدة أفراد العينة على التغلب على الأسلوب المنحاز في تفسير الأحداث والمواقف **Biases manner** أي تعليمهم كيفية ملاحظة الأفكار والأحداث السارة التي تمر بهم عوضا عن التركيز على الأفكار التلقائية المنحازة التي تنتج موجات القلق والأسلوب الإجرائي في هذه النقطة هو استخدام سجل بيك للأنشطة السارة .

ثانيا :إستراتيجية تعديل الصور والتخيلات وتقنياتها **Modifying images strategy** : and it's techniques

ترتبط عادة الأفكار التلقائية بصور وخيالات تحفز نوبات القلق وتستثيرها بحيث يصبح الفرد في بعض الأحيان تحت ضغط الخوف والقلق الشديد حتى في حالة تخيل مواقف الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة ، وكمثال على ذلك الشعور بالخوف الشديد عند قراءة إعلان يشير إلى وجود نشاط اجتماعي يتضمن الحديث أمام الآخرين أو إعلان عن امتحان مقابلة أو امتحان تحريري. وتم استخدام تقنية التعرف على الخيالات والصور المثيرة للقلق والقلق من خلال النقاط التالية :

1. مساعدة العينة التجريبية على عد وحصر الخيالات المثيرة للقلق والخوف ، وتبدأ عملية الحصر والعد من الصور والخيالات الأقل استثارة إلى الصور والخيالات الأكثر استثارة إلى أن يصل الأمر إلى التعرض للمواقف الاجتماعية الحقيقية المثيرة للقلق والخوف .
2. تدريب أفراد العينة على تعديل الخيالات والصور المثيرة للقلق والخوف من خلال تقنية لعب الأدوار **Role playing or role exchange** ، وتمثل تلك التقنية في قيام أفراد العينة على تخيل فردا ما يقوم بعملية الأداء الاجتماعي بطريقة تثير الإعجاب لديهم ومن ثم تخيل أنفسهم في تلك المواقف المثيرة للإعجاب والسرور . وتندرج تلك العملية من

حالة التقبل للمواقف من خلال تخيل وجود تنوع في المواقف من الحياد إلى المواقف المثيرة لعدم تقبل الأداء إلى المواقف المثيرة للإعجاب .

رابعاً : استراتيجيات التعرض وتقنياتها **Exposure strategy and it's techniques** :

يتضمن هذا الجزء من البرنامج الشق السلوكي والذي تم فيه اختبار التعرض للمواقف المثيرة للقلق لدي العينة التجريبية و سمح فيه لأفراد العينة بالتعامل مع مشكلاتهم الشخصية ضمن خطوات معيارية مضبوطة وتم ذلك من خلال سيناريوهات تجريبية محددة ، وقبل المرور بمكونات عملية التعرض طلب من المشاركين تحضير واجبات منزلية في موضوعات محددة ، كما تم التركيز على أن تكون موضوعات التعرض شبيهة بالواقع إلى حد كبير وخطوات التعرض تم بناؤها بطريقة تدريجية تبدأ من المواقف التي تثير المخاوف البسيطة إلى المواقف التي تثير المخاوف المتوسطة إلى المواقف التي تثير أقصى مستوى من المخاوف ، وقبل كل موقف من مواقف التعرض تم شرح الموقف تفصيلاً للمشارك وتم تحديد الهدف من تلك العملية مع إقناع المشارك بفاعلية تلك المواقف لتخفيف حدة المخاوف لديه ، ومن ناحية أخرى تم تعزيز انطبعا إيجابيا عن مساهمة المشارك في كل جلسة تعرض وطلب منهم إتمام الواجبات المنزلية المطلوبة منهم . وتمثلت سيناريوهات التعرض في التالي :

1. مجموعة الأصدقاء **The group of friends** :

تمثل مجموعة الأصدقاء لقاء غير رسمي داخل القاعة الخاصة بتطبيق البرنامج تم فيها تناول الشاي وبعض الحلويات وكانت الجلسة علي شكل دائري ضم منفذ البرنامج وأفراد العينة التجريبية ، وكل فرد في المجموعة انشغل بمحادثة اشتملت كثير من الكلام والضحك (القهقهة أحيانا) ، وأحيانا كانوا ينظرون إلى المشارك و ينتظرون قصة أو نكتة .

وظهر في سيناريو الجلسة عدد من المثيرات التي تساعد أو تكون طبيعية أو تزجج المشارك ، حيث تبنى الحاضرون أدورا إيجابية أو سلبية أو محايدة تستثير المشارك ، حيث كان يقوم أحد الحاضرين بالابتسام والتأييد والبعض الآخر يشعره بأنه فقد صبره من حديثه أو انه يشعر بالملل والضجر والبعض الآخر يعطي انطبعا محايدا أي يسجل حالة حضور فقط ،

وهدفت كل هذه المثيرات إلى جعل كل السيناريوهات شبيهة بالواقع الفعلي المعاش الذي يستثير موجات القلق ، وتم تكرار السيناريوهات العديد من المرات .

2. التعرض ضمن الفصل Class Exposure :

قام الأفراد بالتناوب بالمشاركة بالحديث غير الرسمي مع الآخرين كل حسب رغبته لمدة 5 – 7 دقائق .

3. لقاء العمل (The work meeting) :

قام أفراد العينة ضمن لقاء العمل بترتيب جلسة رسمية تم فيها تبادل الأدوار من حيث قيام كل فرد من أفراد العينة بإلقاء ورقة عمل أو أي نشاط علمي آخر وتم تقسيم المجموعات حسب مقتضيات الحاجة علي أن يقوم أحد الأفراد بدور الموجه للجلسة بحيث يقوم كل فرد من أفراد العينة بدور المشارك والموجه الرسمي للجلسات .

4. الاختبارات الشفهية (Oral examinations):

قام أفراد العينة بتطبيق سيناريو الاختبارات الشفهية من خلال عملية تبادل الأدوار كما هو موضح في النقطة السابقة .

ملاحظة: اقتصر دور الباحث خلال خطوات التعرض المضبوطة على التدريب والتوجيه بعيدا عن الإيحاء وممارسة أي نوع من التسلط أو التدخل المثير لمشاعر الخوف والقلق .

وفي الخطوة الثانية لعملية التعرض قام الباحث بمساعدة أفراد العينة التجريبية على اختبار التعرض للمواقف الحقيقية المثيرة لقلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة .

خامسا الواجبات المنزلية Homework assignments :

تعتبر الواجبات المنزلية حجر الزاوية في تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي وسيتم التوضيح لأفراد العينة التجريبية أن جلسيتين في الأسبوع لا تكفيان للتغلب على نوبات القلق ، وأن السبب العملي في تقرير الواجبات المنزلية هو حلقة الوصل بين الجلسات . كما سيتم التركيز على الواجبات المنزلية التي ستكون في بداية كل جلسة ونهايتها من حيث أنها تعتبر

الاختبار الفعلي لأثار البرنامج المعرفي السلوكي في التخفيف التدريجي لقلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة .وتضمنت الواجبات المنزلية الخطوات التالية :

1. الواجبات المنزلية الخاصة بالتعرف على العلاقة المنطقية بين الأفكار التلقائية غير المنطقية ونوبات الخوف والقلق من مواقف الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة.
 2. الواجبات المنزلية المتعلقة بمراقبة الذات من خلال السجل الخاص المعد لتحقيق الغرض .
 3. الواجبات المنزلية الخاصة بتسجيل الأفكار التلقائية من خلال استخدام سجل بيك لحصر وتسجيل الأفكار التلقائية .
 4. الواجبات المنزلية المتعلقة بتسجيل النشاطات السارة كنشاط مضاد للأفكار التلقائية السالبة .
 5. الواجبات المنزلية المتعلقة باختبار التعرض ضمن التدرج المشار إليه سابقا في تقنيات التعرض .
 6. الواجبات المنزلية المتعلقة بالتعرض للمواقف الحقيقية المثيرة للمخاوف والقلق .
- ملاحظة : تم استخدام الواجبات المنزلية ضمن جلسات البرنامج تدريجيا من خلال مراعاة تسلسل النقاط الست السابقة .

ثانيا : الخطوات التطبيقية ضمن جلسات البرنامج :

يوضح الجدول رقم (16) موضوع كل جلسة والأسلوب العلاجي المستخدم والهدف من الجلسة .

جدول رقم (16) :

م	موضوع الجلسة	الأسلوب العلاجي	الهدف من الجلسة
1	وصف مكونات اضطراب قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة و تعريف عينة البحث أسباب نشوء الاضطراب ونسبة انتشاره	وصف دقيق وواضح ومختصر للتدخل المعرفي السلوكي والتركيز على النظرية المعرفية السلوكية التي ستستخدم في التدخل لمساعدة أفراد العينة على التغلب على مشكلات قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة .	تحديد أجنحة لمواعيد الجلسات والوقت المحدد للجلسة و إبراز دور الواجبات المنزلية ودورها المركزي في تطوير المراقبة الذاتية التي تعزز التطور الذي يفترض أن يتحسسه أفراد العينة .
2	إقامة العلاقة التعاونية بين الباحث والعينة التجريبية من خلال زيادة توضيح نوع الاضطراب وحثهم على التعاون و التركيز على الواجبات المنزلية ودورها في تحقيق أهداف البرنامج و الحضور في الوقت المحدد لكي تتم الاستفادة الكاملة من الوقت ، ولتحقيق تلك العلاقة التعاونية يجب أن يتفق أفراد العينة في مصداقية الباحث و نجاعة البرنامج .	جلسة تعارف وتحديد مفاهيم استكمالاً لما تم القيام به في الجلسة السابقة .	الإجابة على التساؤلات التالية : 1. هل مصمم البرنامج معالج نفسي أو متخصص في التوجيه النفسي أو لديه معرفة بمجال علم النفس ؟ 2. هل مصمم البرنامج يعلم ما هي مشاكله بالتحديد ؟ 3. هل البرنامج المعد مدعوم بنتائج بحوث مسبقة ؟ 4. هل مشاركتي في هذا البرنامج تؤدي إلى نتائج جديدة؟ 5. كيف سيتم استخدام البيانات التي تنتج عن مشاركتي في هذا البرنامج ؟
3	تطبيق واختبار استراتيجيات إعادة البناء المعرفي من خلال شرح العلاقة غير المنطقية بين الأفكار التلقائية التي تستثير نوبات	تقنية مراقبة الذات ضمن استراتيجيات إعادة البناء المعرفي .	تحديد التقنية الأولى المستخدمة ضمن هذه الاستراتيجيات والمتمثلة في التدريب على استخدام جدول مراقبة الذات ، تحديد الواجب المنزلي والمتمثل في تسجيل مدي تكرار

م	موضوع الجلسة	الأسلوب العلاجي	الهدف من الجلسة
	القلق من مواقف الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة كل على حدة .		الأفكار التلقائية .
4	تعزيز فهم مراقبة الذات من خلال سجل المتابعة المختص.	تقنية عد وحصر الأفكار التلقائية السالبة ضمن استراتيجية إعادة البناء المعرفي .	تطبيق التقنية الثانية والمتمثلة في عد وحصر الأفكار التلقائية السالبة المرتبطة بمواقف الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة.
5	عرض نماذج لطريقة التفكير السلبية حتى يتم مساعدة أفراد العينة على اكتشاف العلاقة غير المنطقية بين الأفكار التلقائية السالبة ومواقف القلق من الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة .	تقنية استبدال الأفكار السالبة بأخرى إيجابية بديلة ضمن استراتيجية إعادة البناء المعرفي .	تعزيز المشاركة الذاتية والربط بين الجلسات من خلال مراجعة الواجب المنزلي المتعلق بتطبيق سجل عد وحصر الأفكار التلقائية السالبة واختبار أفكار بديلة عنها .
6	زيادة توضيح استراتيجية إعادة البناء المعرفي وربط التقنيات المتعلقة بتلك الاستراتيجية ببعضها البعض .	تقنية جديدة ضمن استراتيجية إعادة البناء المعرفي والمتمثلة في حصر الأنشطة السارة .	زيادة التأكيد على دور الواجبات المنزلية في استمرار مراقبة الذات لتحسس التحسن الذي تنتجه جلسات البرنامج .
7	التركيز على دور الاستراتيجية السابقة في تخفيف حدة القلق و بداية التمهيد لاستخدام استراتيجية جديدة والمتمثلة في تعديل الصور والخيالات	تقنيات استراتيجية إعادة البناء المعرفي .	زيادة التأكيد على الاستمرار في أداء الواجبات المنزلية ومتابعتها وذلك لضمان مزيداً من تعزيز الثقة في الذات والقدرة على التدريب التدريجي على حل المشكلات .

م	موضوع الجلسة	الأسلوب العلاجي	الهدف من الجلسة
8	توضيح العلاقة بين الاستراتيجية السابقة والحالية من خلال مواقف إجرائية .	تقنية لعبة الدور Role playing ضمن استراتيجيات تعديل الصور والخيالات .	الاستمرار في تأكيد المشاركة الكاملة من أفراد العينة ودورها في التغلب على حل المشكلات وبداية تطبيق الاستراتيجية الثانية في البرنامج.
9	تعزيز التصور والتخيل الإيجابي لإنتاج استجابات بديلة عن الصور والخيالات السلبية المرتبطة بمواقف قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة .	تقنية التصور الإيجابي ضمن استراتيجيات إعادة بناء الصور والخيالات .	متابعة التأكيد على دور الواجبات المنزلية من حيث أنها المكون الرئيسي لنجاح تطبيق البرنامج .
10	التعرف على المواقف الإجرائية الخاصة بالشق السلوكي للبرنامج	استراتيجية التعرض .	متابعة التأكيد على دور الواجبات المنزلية في تحقيق الأهداف المرجوة من البرنامج . بداية التعرف على الشق السلوكي من البرنامج .
11	تقسيم الطالبات عينة البحث على مجموعة صغيرة تمثل الأصدقاء .	التعرف على التقنية الأولى لاستراتيجيات التعرض وهي التعرض ضمن الأصدقاء .	التأكيد على النجاحات التي تم تحقيقها في الجلسات السابقة واختبار المواقف المثيرة للخوف من التعامل غير الرسمي المصاحب لتناول الأكل والشرب .
12	عرض حديث غير رسمي أمام مجموعة الفصل .	التعرف على التقنية الثانية لاستراتيجيات التعرض وهي التعرض ضمن الفصل الدراسي .	التأكيد على الدور الإيجابي للاستراتيجيتين السابقتين في تسهيل مهمة التعرض .
13	عرض رسمي ضمن مجموعة العمل داخل الفصل الدراسي .	التعرف على التقنية الثالثة لاستراتيجيات التعرض وهي التعرض ضمن لقاء العمل .	تعريف العينة أنواع التعرض الثلاثة ومدى مساهمتها في اختصار التغلب على حالة الخوف .

م	موضوع الجلسة	الأسلوب العلاجي	الهدف من الجلسة
14	عرض رسمي يمثل التعرض أمام أفراد السلطة .	التعرف على التقنية الرابعة لاستراتيجي التعرض وهي التعرض الاختبارات الشفهية .	مساعدة أفراد العينة على التعرف على المواقف المثيرة للخوف من أفراد السلطة .
15	التأكيد على دور استبدال الأفكار والصور السلبية	الربط بين الاستراتيجيات الثلاثة السابقة وإعداد خطة للمتابعة الذاتية ومراجعة نماذج التقييم الشامل لجلسات البرنامج .	وضع البرنامج في صورته النهائية وتهيئة أفراد العينة للمتابعة الذاتية للنجاحات التي حققت .
16	بأخرى بديلة على تسهيل عملية التعرض .		
17			
18	إنهاء جلسات البرنامج .	-	إجراء الاختبار البعدى وتوجيه الشكر للعينة البحث وتوزيع بعض الهدايا على الطالبات .

ثالثا : تحكيم البرنامج :

تم عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجال علم النفس والملحق رقم (2) يبين الأساتذة المتخصصين حسب الدرجة العلمية وقد اشتملت المجموعة على أساتذة من كل من مصر وليبيا وذلك للتأكد من صلاحية وموثوقية البرنامج وتناسبه مع بيئة عينة الدراسة ، وقد كانت ملاحظات الأساتذة تشير إلى صلاحية البرنامج مع ورود بعض الملاحظات قام الباحث بالأخذ بها كلما اقتضت الحاجة العلمية لذلك والمتمثلة في اتفاق أكثر من أستاذ واحد على نفس الملاحظة.

3. نموذج دراسة الحالة :

قام الباحث بإعداد استمارة دراسة حالة لحالة طرفية- الحالة التي سجلت أعلى درجة علي المقياس - من مجتمع البحث .

وتهدف استمارة دراسة الحالة إلى رصد المواقف المثيرة للخوف في مواقف الوقوع تحت الملاحظة ومواقف الحديث أمام الناس ومواقف الأكل والشرب أمام الناس وذلك ضمن البيئة الاجتماعية بشكل عام والبيئة الجامعية والبيئة الأسرية ، و شكلت دراسة الحالة أسلوبا مهما في التعرف على المواقف السلبية (الأفكار والصور السلبية) المسببة للاضطراب.

اشتملت الاستمارة على بيانات أولية متعلقة بالبيانات الشخصية والأسرة والمنزل وبيانات متعلقة بالمحيط الاجتماعي والتسلسل التعليمي ضمن السلم الدراسي مرحلة التعليم الأساسي والمتوسط والسنة الجامعية الأولى .

ومن ثم تشخيص الحالة باستخدام مقياس قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة والمشكلات التي تعاني منها الطالبة .وأخيرا تقييم الطالبة (الحالة) لجلسات البرنامج وتقييم الباحث لها ومن ثم خطة المتابعة (Follow up) .

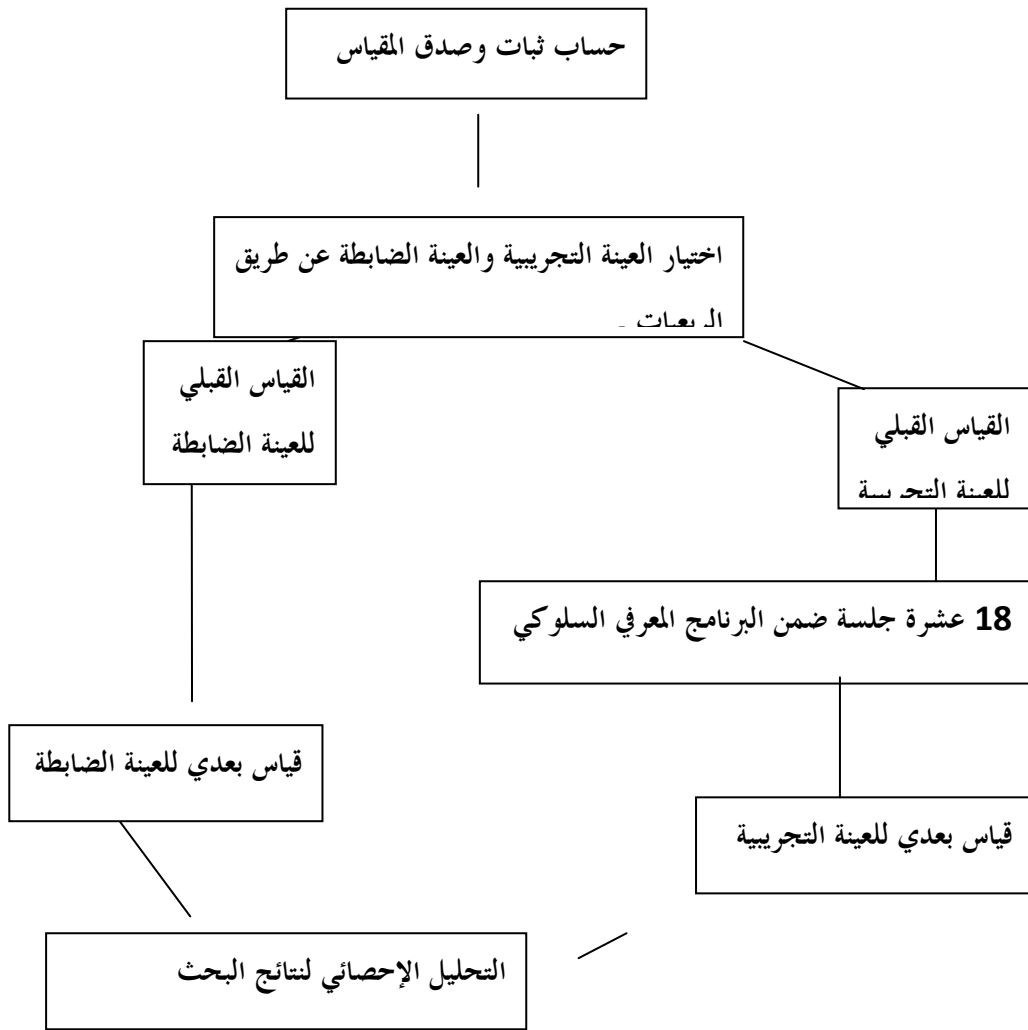
4. استمارة تقييم الجلسات والبرنامج :

قام الباحث بإعداد استمارة خاصة بالتقييم الذاتي لجلسات البرنامج والبرنامج الكلي من قبل العينة التجريبية ، وقد اشتملت الاستمارة على تقييم الجلسات من حيث المحتوى والجلسات والاستراتيجيات والتقنيات وملاحظات عامة تتيح لأفراد العينة التعليق علي الجلسات .

5. إجراءات الدراسة الميدانية :

تمثلت الدراسة الميدانية في العديد من الخطوات التي يمكن التعبير عنها في المخطط المشار إليه في الشكل رقم (2) .

شكل رقم (2) :



قام الباحث بإجراء الدراسة الأولية الخاصة بحساب ثبات وصدق المقياس، وبعد القيام بعملية حساب ثبات وصدق المقياس تم إجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة اشتملت طلاب وطالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي وقد قام الباحث بأجراء الخطوات التالية :

1. من خلال الدراسات السابقة المشار إليها في الفصل السابق بينت بعضها وجود فروق بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي والبعض الآخر لم تبين ذلك، كما أن الإناث أكثر عرضة بمرّة ونصف (1.5) من الذكور للإصابة بالقلق الاجتماعي (Marteinsdottir:2003,6) . ولذلك تم حساب الفروق بين متوسطات الذكور والإناث وقد بينت التحليل الإحصائي وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في درجات القلق المسجلة على المقياس ككل والأبعاد الفرعية والجدول رقم (17) يبين النتائج .

جدول رقم (17) :

مستوي الدلالة	قيمة ت	مستوي الدلالة	قيمة ف	ع	م	ن	الجنس	
0.001	30.30	0.10	2.69	3.43	21.57	28	1	قلق الوقوع تحت الملاحظة
				4.61	24.58	184	2	
0.001	3.97	0.27	1.20	3.92	18.96	28	1	قلق الحديث أمام الناس
				5.12	22.98	184	2	
0.001	3.42	**0.04	3.97	3.14	20.28	28	1	قلق الأكل والشرب أمام الناس
				4.37	23.22	184	2	
0.001	4.16	*0.05	3.82	7.74	60.82	28	1	الدرجة الكلية للمقياس
				12.29	70.79	184	2	

الجنس (1 = ذكور و 2 = إناث) ، * دالة عند 0.05 ** دالة عند 0.01

يتبين من الجدول رقم (17) وجود فروق دالة بين عينتي الذكور والإناث في درجة قلق الأداء تحت الملاحظة لصالح الإناث حيث ن للذكور (28) وللإناث (184) ومن خلال قيمة ف (2.69) يتبين عدم وجود فروق دالة في التباين بين العينتي ن ومن ثم تم استخدام الاختبار التائي الخاص بالتباين الموحد وقد بينت قيمة ت المحسوبة (30.30) وجود فروق دالة إحصائيا بين عينتي الذكور والإناث في بعد قلق الوقوع تحت الملاحظة . أما فيما يتعلق بقلق الحديث أمام الناس فقد بينت نتائج التحليل وجود فروق دالة إحصائيا بين العينتين لصالح الإناث حيث ن للذكور (28) وللإناث (184) ومن خلال قيمة ف (1.20) يتبين عدم وجود فروق دالة في التباين بين العينتي ن ومن ثم تم استخدام الاختبار التائي الخاص بالتباين الموحد وقد بينت قيمة ت المحسوبة (3.97) وجود فروق دالة إحصائيا بين عينتي الذكور والإناث في بعد قلق الحديث أمام الناس . وبينت نتائج التحليل الإحصائي وجود فروق دالة

إحصائيا في قلق الأكل والشرب أمام الناس لصالح عينية الإناث حيث ن للذكور (28) وللإناث (184) ومن خلال قيمة ف (3.97) يتبين وجود فروق دالة في التباين بين العينيتين ومن ثم تم استخدام الاختبار التائي الخاص بالتباين المختلف وقد بينت قيمة ت المحسوبة (3.42) وجود فروق دالة إحصائيا بين عينيتي الذكور والإناث في متغير قلق الأكل والشرب أمام الناس وفيما يتعلق بالدرجة الكلية للمقياس فقد بينت نتائج التحليل الإحصائي وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث لصالح الإناث حيث ن للذكور (28) وللإناث (184) ومن خلال قيمة ف (3.82) يتبين وجود فروق دالة في التباين بين العينيتين ومن ثم تم استخدام الاختبار التائي الخاص بالتباين المختلف وقد بينت قيمة ت المحسوبة (4.16) وجود فروق دالة إحصائيا بين عينيتي الذكور والإناث في الدرجة الكلية للمقياس .

وحيث أن عامل الجنس سبب فروق دالة بين الجنسين في أبعاد المقياس الثلاثة والدرجة الكلية قام الباحث باختيار الإناث لإجراء الدراسة التجريبية .

2. تم استخدام الربيعيات في تحديد مجموعة الطالبات اللواتي حصلن على درجة عليا فكان الربيع الأعلى يبدأ من درجة كلية (79) على المقياس والجدول رقم (18) يبين الربيعيات.

جدول رقم (18) يبين الربيعات:

الربيع الرابع الحالات التي اعل من 75 %	الربيع الثالث الحالات التي أقل من 75% %	الربيع الثاني الحالات التي أقل من 50% %	الربيع الأول الحالات التي أقل من 25% %	درجة الربيع
104 - 79	78 - 70	69 - 64	64 - 54	

تبين من الجدول رقم (18) أن الدرجة الخام (79) تعتبر الدرجة المحددة لاختيار

العينة التجريبية والعينة الضابطة وقد واجه الباحث العديد من الصعوبات لحث الطالبات

اللواتي حصلن على الدرجة الخام المشار إليها سابقا على المشاركة في الدراسة وذلك للأسباب التالية :

1. وجود الطالبات في بيئة محلية محافظة تجعلهم يخشون من الوقوع تحت طائلة الوصم بأنهم مختلين أو غير طبيعيين (Stigmatized girls) .
 2. تعود الطالبات على الجبرية في حضور المحاضرات والنشاطات ومن ثم صعوبة إقناعهم بالمشاركة .
- وحتى لا تتدخل هذه الأسباب في عرقلة نجاح البرنامج قام الباحث باستخدام أسلوب الحث والشرح والإقناع والمعززات الايجابية مثل المذكرات والأقلام والهدايا ومساعدة الأخوة الأساتذة والمسؤولين بالكلية بجهد كبير استغرق بعض الوقت لإقناع عدد (24) طالبة للمشاركة والالتزام بمواعيد جلسات البرنامج وقد بدأت هذه الصعوبات تتلاشي مع التقدم في جلسات البرنامج .

استمرت جلسات البرنامج الثمانية عشر (18) فترة زمنية احدي عشر أسبوعاً بواقع جلسة إلى جلتين في الأسبوع ومتوسط الزمن من ساعة إلى ساعة ونصف في الأسبوع والملحق رقم (9) يبين تفصيل جلسات البرنامج .

والبيان التالي يمثل السجلات التي تم الاستعانة بها أثناء جلسات البرنامج :

1. سجل متابعة الذات :

تكرار حالات القلق حسب البيئات الأكاديمية والاجتماعية المختلفة																اليوم
البيئة الاجتماعية بشكل عام				البيئة المنزلية				المحيط الجامعي				القاعة الدراسية				
																السبت
																الأحد
																الاثنين
																الثلاثاء
																الأربعاء
																الخميس
																الجمعة

2. نماذج لأساليب التفكير السلبي :

م	أساليب التفكير الخاطئة	المغزى النفس للأسلوب
1	التعميم	تعميم خبرة سلبية منعزلة على الذات ككل أو على الآخرين أو على المواقف (مثال عندما يواجه الفرد صعوبات في احد مواقف الاختبارات الشفهية يعتبره نوع من الفشل الدائم الذي لن يستطيع تصحيحه طوال حياته).
2	التهويل والمبالغة	إضفاء دلالات مبالغ فيها على الموضوعات المحايدة أو التي يتعذر تفسيرها والمبالغة في إدراك جوانب الضعف الذاتي ، والتهوين من مزايا النجاح الذاتي (مثال على ذلك عندما تلتقي عيون الفرد مع عيون فرد آخر في احد الأماكن العامة يعتبره نوع من الازدراء والنقص ويضع له الفرد القلق العديد من التفسيرات المبالغ فيها).
3	التفكير بطريقة الكل أو لا شيء	تشويه في عملية الإدراك من خلال المبالغة في تقدير مساوئي الأشياء أي التفكير بطريقة اسود أو ابيض دون وجود ألوان وسطية (مثال النقد الموجه للفرد أثناء عملية الأداء يعتبره نوع من الكره والنقص بالرغم من انه قد يكون نقد موضوعي قد يهدف إلى تطوير الفرد).
4	التفسير السلبي لما هو ايجابي	التفسير السلبي للأشياء الايجابية (مثال على ذلك شعور الفرد القلق أن حب الناس واحترامهم هو نوع من الشفقة بسبب العجز والفشل الذي يعانيه).
5	عزل الأشياء عن سياقها	التحيز والتشويه في معالجة المعلومات والمواقف (مثال على ذلك وقوع بعض الأشياء عند تناول الأكل في الأماكن العامة يفسر على انه نوع من عدم القدرة على الحياة الاجتماعية وتفضيل عدم الخروج من البيت مطلقا حتى لا تستمر عملية الإذلال والمهانة).
6	القفز إلى الاستنتاجات السلبية .	الشعور بالتهديد والخطر دون وجود أدلة واقعية (مثال على ذلك تأجيل احد الاختبارات الشفهية يعتبر نوع من المعرفة المسبقة من قبل لجنة الامتحان على أن الفرد سوف يفشل في عملية الأداء).
7	قراءة المستقبل سلبيا بصورة حتمية .	توقع الفرد القلق أن حياته المستقبلية هي عبارة عن مآسي وكوارث متكررة (مثال على ذلك انه لن ينجح في جميع الامتحانات في السنوات القادمة كما أنه لن يستطيع أداء أي بصورة مقبولة).
8	التأويل الشخصي للأموال	شخصنة كل المواقف والمثيرات واعتبار كل الهفوات مسؤولية شخصية يجب عليه تحملها (مثال على ذلك وجود خلل في أحد الهواتف العامة عند استخدامه يعبر عن نوع من الغباء

3. سجل بيك للأفكار التلقائية الخاطئة (الأفكار السلبية):

عندما تشعر بحالة خوف أو قلق تدعوك إلى تجنب المواقف المرتبطة بالأداء الاجتماعي والأداء تحت ملاحظة الآخرين سل نفسك ما لذي يدور بعقلك الآن واجب بسرعة عن الأسئلة التي يتضمنها الجدول التالي :

الوقت والتاريخ	المواقف :	الأفكار التلقائية :	المشاعر :	رد فعل بديل : اختياري	النتيجة :
	ما لحدث العقلي أو الأفكار أو أحلام اليقظة التي أدت إلى حدوث المشاعر السلبية؟ حدد درجة رد الفعل من 0 - 100 ؟	ما هي الأفكار أو التخيلات التي خطرت على بالك ؟ حدد من خلال النسبة المئوية مدى اعتقادك في الفكرة من 0 - 100 ؟ حدد من خلال النسبة المئوية مدى عدم اعتقادك في الفكرة من 0- 100 ؟	ما هي المشاعر (حزن - توتر - غضب) التي تشعر بها في هذا الوقت ؟ حدد درجة هذه المشاعر من 0 - 100 ؟	وإعادة عزو الأسباب ما الاضطرابات الفكرية التي أحدثتها أو تسببت فيها ؟ استخدم الأسئلة في أسفل الجدول لتكون رد فعل للأفكار؟ ما هو السبب الحقيقي في اعتقادك لرد الفعل لديك؟	إلى أي درجة تعتقد (تصدق) أي فكرة من الأفكار التلقائية ؟ من 0 - 100 ما هي المشاعر الحسنة أو البديلة ؟ وفي حالة شعورك بها حدد درجتها من 0 - 100 وكيف تجد ذلك الشعور ؟
7 -3 2006	مر شخص بجانبي ونضر إلى صدفه فشعرت بخوف شديد واعتقدت انه شخص شرير 85%	الغرباء دائما أناس خطرون ويجب تجنبهم 90%	شعور بالعجز والخوف 90%	لست متأكدة من صحة الفكرة التي راودتني	50% يجب أن أقبل الناس الذين يمرون بجانبي وليس كل الناس أشرار 80%

--	--	--	--	--	--

4. الأسئلة الملحقة لسجل الأفكار :

1. ما هو الدليل على صحة أو بطلان الفكرة ؟
2. ما هو المنطق الذي يفسر الفكرة ؟
3. هل أنت تقوم بالتبسيط المفرط لعلاقة سببية ؟
4. هل يختلط في ذهنك الحدث بالحقيقة ؟
5. هل تقوم بتأويل الحالة بعيدا عن الواقع وتعتبرها معتقدا دقيقا وواضحا ؟
6. هل ترتبك بطريقة تجعلك تصدق إن الحقيقة الخاصة بك هي نفسها الحقيقة كما تبدو في الواقع ؟
7. هل تستند طريقة تفكيرك على أسلوب الكل أو لاشيء ؟
8. هل تستخدم كلمات أو جمل تمثل معتقدا متطرفا كأن يكون الشيء أو لاشيء ، أسود أبيض ...الخ ؟
9. هل تقوم بانتقاء المواقف بعيدا عن بيئتها ؟
10. هل تستخدم حيل الدفاع المعرفية ؟
11. هل مصادر معلوماتك واقعية ؟
12. هل تفكر بطريقة توكيدية عوضا عن ترك فرصة للاحتتمالات ؟
13. هل تختلط في ذهنك الاحتمالات المتدنية بالاحتمالات المرتفعة ؟
14. هل أحكامك تعتمد على الانفعالات عوضا عن الحقائق ؟
15. هل تركز بشدة على العوامل غير الرئيسية في تكوين الحدث ؟

(محمد نجيب الصبوة : 2004 ، 29 ، و Beck , Emery and Greenberg :

(1985,197-199, 205

5. سجل الأنشطة السارة المتعلقة بالأداء:

م	النشاط	تكراره في المرة الماضية	المتعة التي أدي إليها	تكراره في المرة الحالية
1	التقيت بشخص لم أتوقع رؤيته	1	فرح مع بعض القلق	2
2	خرجت مع صديقاتي في زردة (رحلة)	1	فرح	
3	تلقيت خبرا سعيدا	1	فرح	1
4	تحدثت مع صديقاتي عن أحداث سعيدة مرت بي في الماضي	1	فرح	
5	عملت مقلبا مع صديقتي وضحكنا كثيرا	1	فرح	
6	زاروني أهلي بالقسم الداخلي في توقيت غير متوقع بحيث صرخت من الفرح	1	فرح شديد	
7	تلقيت اتصالا مفرحا	1	فرح	
8	شاركتي في مسابقة بالكلية	1	زادت تقتي بنفسي	
9	تعرفت على شخص من بلد لم اعرف عنها شيء سابقا	1	الغبطة	2
10	التقيت مع أناس بعدما يأس من لقاءهم	1	الفرح والارتباك	
12	اشتريت هديه لامي	1	البهجة والسرور	
13	اشتريت ملابس جديدة		البهجة والسرور	
14	تعلمي قيادة السيارة		الشجاعة والاعتداد بالنفس	

م	النشاط	تكراره في المررة الماضية	المتعة التي أدي إليها	تكراره في المرة الحالية
15	ذهابي لبيت جدي	1	الشعور بالأمان العائلي	3
16	مواجهتي لنفسي ومشاكلي	1	الثقة بالنفس	2
17	مساعدة صديقة في موضوع معين		الفرح	
18	العودة إلي البيت بعد أسبوعين في القسم الداخلي	1	الفرح والتجديد	1
19	الذهاب إلى مناسبة اجتماعية		الفرح	

6. نموذج تقييم أفراد العينة التجريبية لجلسات البرنامج

النموذج التالي يبين مجموعة من الخطوات للتقييم الذاتي لجلسات البرنامج ، نأمل

منك إملأ الفقرات الخاصة بالتقييم .

م	الفقرة	مرتفع	متوسط	منخفض	ضعيف
1	الالتزام بأداء الواجب المنزلي.				
2	وضوح محتوى الجلسات .				
3	وضوح العلاقة السببية بين الأفكار الخاطئة وقلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة.				
4	وضوح العلاقة السببية بين الصور والخيالات السلبية وقلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة.				
5	الدور الايجابي لعملية التعرض في تخفيف حدة القلق .				
6	انخفاض مستوي درجة الخوف بعد انتهاء جلسات البرنامج .				

م	الفقرة	مرتفع	متوسط	منخفض	ضعيف
7	ملاحظاتك عن الجلسات :				

الأساليب الإحصائية*:

تمثلت أساليب التحليل الإحصائي في التالي :

1. حساب الثبات من خلال معادلة ألفا كرونباخ وللتساق الداخلي (Alpha Cronbach

for internal consistency) ومعادلة سبيرمان بروان للطول المتساوي (Equal-

. lenth Spearman Brown)

2. المئينات (Percentilies) .

3. معادلة بيرسون لحساب درجة الارتباط (Person Correlation) .

4. الأساليب الإحصائية اللابارامترية والمتمثلة في :

أ – اختبار مان وتي لمقارنة وسيطين لمجتمعين مستقلين (Mann-Whitney

. Test)

ب – اختبار ويلكوكسن لإشارة الرتب (Wilcoxon signed test) .

(محمد ، ماجد : 1999 ، محمد ، عدنان : 2004 ، محمد ، عباس : 2004) .

*تم استخدام برنامج SPSS نسخة رقم 11 لتحليل بيانات البحث .

الفصل الخامس النتائج وتحليلها

يتضمن الفصل الخامس المعالجة الإحصائية لبيانات البحث وتفسير النتائج حسب الدراسات السابقة والإطار النظري والتوصيات والمقترحات والخطوات التالية تبين المعالجة الإحصائية لبيانات البحث :

1. لاختبار الفرضية الأولى التي تنص علي (توجد فروق دالة احصائيا بين طالبات العينة التجريبية والعينة الضابطة في الاداء على الاختبار البعدي - بعد قلق الوقوع تحت الملاحظة - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي).

كان المتوسط والانحراف المعياري بالنسبة للعينة الضابطة (م = 27.25 ، ع = 4.22) أما بالنسبة للعينة التجريبية (م = 23.83 ، ع = 4.98).

تم استخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري المتمثل في اختبار مان وتني Mann-whitney كأسلوب إحصائي للعينات الصغيرة والجدول رقم (19) يبين النتائج :

جدول رقم (19) الفروق بين العينة التجريبية والضابطة في بعد قلق الوقوع تحت الملاحظة:

م.د	قيمة مان وتني	مجموع الرتب	م الرتب	المجموعات
0.03	35.00	113	9.46	التجريبية
		186	15.54	الضابطة

من خلال جدول رقم (19) يتضح أن متوسط رتب العينة التجريبية (9.46) و مجموع الرتب (113) ومتوسط رتب العينة الضابطة (15.54) ومجموع الرتب (186) وقيمة u لاختبار مان وتني (35) وهي دالة عند 0.01 أي أن متوسط العينة التجريبية اصغر من متوسط العينة الضابطة بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي على العينة التجريبية وهذا يؤكد فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي المطبق في هذه الدراسة في تخفيف حدة قلق الوقوع تحت الملاحظة.

2. لاختبار الفرضية الثانية التي تنص علي (توجد فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي - بعد قلق الوقوع تحت الملاحظة - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لصالح متوسط القياس القبلي لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي).

كان المتوسط والانحراف المعياري بالنسبة للقياس القبلي (م = 30.16 ، ع = 4.44) أما بالنسبة للقياس البعدي (م = 23.08 ، ع = 4.98).

تم استخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري والمتمثل في اختبار ويلكسن لإشارة الرتب **Wilcoxon signed ranks test** والجدول رقم (20) يبين النتائج :

جدول رقم (20) الفروق بين القياس القبلي والبعدي في بعد قلق الوقوع تحت الملاحظة:

المتغير	ن	م.الرتب	مج.الرتب	قيمة الاختبار	م.د
القياس القبلي والبعدي	17	13.8	227.50	-2.73	0.006
	6	8.08	48.5		

م.سالبة = مجموع الرتب السالبة ، م.موجبة = مجموع الرتب الموجبة ، م.الرتب = متوسط الرتب ، مج.الرتب = مجموع الرتب ، م.د=مستوي الدلالة.

يؤكد جدول رقم (20) فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في إحداث فروق في قلق الوقوع تحت الملاحظة حيث أن قيمة اختبار ويلكسن (-2.73) دالة عند 0.05 . تفسير نتائج الفرض الأول والثاني :

يعتبر الخوف من الوقوع تحت الملاحظة عاملاً من العوامل المثيرة للمخاوف في المواقف الاجتماعية (الخوف من الوقوع تحت الملاحظة والخوف من الحديث أمام الناس والخوف من الأكل والشرب أمام الناس) (Safren et al:266,1999). ومن خلال نتيجة

الفرض الأول والثاني يتبين أن الخوف من الوقوع تحت الملاحظة في البيئات التي اشتملت عليها المواقف الافتراضية بالمقياس (البيئة الأسرية والبيئة الجامعية والبيئة الاجتماعية بشكل عام) قد تأثر بشكل ايجابي بعد خضوع العينة للبرنامج المعد بشكله المعرفي والسلوكي ضمن الاستراتيجيات والتقنيات المعرفية والمتمثلة في استراتيجية إعادة البناء المعرفي وتقنياتها واستراتيجية تعديل الخيالات والصور وتقنياتها والاستراتيجية السلوكية المتمثلة في التعرض وتقنياته المختلفة . ويمكن تفسير الخوف المصاحب بالهروب والتجنب من الوقوع تحت الملاحظة نتيجة عملية العزو الداخلي غير الموضوعي من خلال اعتبار أن الطالبات عينة الدراسة غير قادرات على السيطرة على حركة أجسامهن ونبضات قلوبهن والدوار والحرج والخوف الحاد من أن شكل الفتاة الظاهري قد لا يكون مقبولا من الآخرين ، ومن خلال الأفكار الخاطئة المرتبطة مع عملية الخوف من الوقوع تحت الملاحظة التي تم اختبارها أثناء جلسات البرنامج تبين أن الطالبات بشكل عام يعانين من أفكار مسبقة متناقضة حول الشكل المثالي للفتاة في بيئتهن المحلية فمن جهة يرغبن في الظهور بشكل لائق وملفت للنظر ومن ناحية أخرى مراعاة العادات والتقاليد الصارمة التي تحرم على الفتاة بأن تتصرف أو تظهر بشكل يلفت النظر ، كما أن النظرة غير الواقعية للجسد الأنثوي المرتبطة بالفهم المشوش للدين وشكل من التقاليد الاجتماعية المتوارثة ، حيث يعتبر ذلك الجسد مثالا للغواية والرغبة في نفس الوقت . وفيما يتعلق بالسلوك الأكاديمي يمثل تحديق أو تركيز الأساتذة على الطالبات من المثيرات التي تحفز الخوف والشك والريبة فعلي سبيل المثال لا الحصر وقوف احد الأساتذة أثناء الامتحان بجانب أي طالبة سببا رئيسا في زيادة درجة قلق الامتحان . وعند مناقشة الأفكار والخيالات والصور ضمن جلسات البرنامج كانت الطالبات في البداية مترددات خوفا من عدم جدية تناول هذه القضايا الحساسة ، كما أن غالبا ما يعالجن المواقف المحايدة بشكل متحيز (Biased manner) فعلي سبيل المثال الطالبة التي ينظر إليها أي طالب (ذكر) داخل القاعة الدراسية تعتبر ذلك نوعا من المعاكسة غير البريئة بالرغم من أن احتمال وجود النوعين من السلوك . وعند تبليغ الطالبات بأنه سيتم اختبار تقنيات استراتيجية التعرض في الأسبوع اللاحق لاحظ الباحث أن جميع الطالبات حاولن الاهتمام بمظهرهن بشكل أكثر من المعتاد بالرغم من محاولة جميع الطالبات إخفاء اثر الماكياج خوفا من الوقوع تحت الملاحظة والتقييم السلبي وعند جلسات التعرض أظهرت مجموعة من الطالبات خوف شديدا بينما

البعض اظهروا درجة خوف متوسطة من الوقوع ضمن نطاق الفضح أو عدم القبول . ومن النقاط الرئيسية التي ساعدت الباحث أثناء جلسات البرنامج وكان لها دور ايجابي في نجاح البرنامج وفي تخفيف حدة قلق الوقوع تحت الملاحظة عدم القفز على الواقع وافترض واقعا آخر مثاليا وكذلك عدم اعتبار الأفكار المسبقة هي الواقع الحقيقي أي مساعدة عينة البحث التجريبية على قبول مبدأ أن المواقف ليست تكرر نمطيا يجعل الحياة اليومية نقاطا جامدة وإنما هي مواقف مختلفة تتأثر بعوامل الزمان والمكان مع مراعاة دور رصيد الاستجابات السلوكية السابقة والتجارب بشكليها السلبي والايجابي في التأثير على العمليات المعرفية التي بدورها تشكل الاستجابة العادية أو القلقة .

3. لاختبار الفرضية الثالثة التي تنص علي (توجد فروق دالة إحصائية بين طالبات العينة التجريبية والضابطة - بعد قلق الحديث أمام الناس - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي) .

كان المتوسط والانحراف المعياري بالنسبة للعينة الضابطة (م = 27.33 ، ع = 3.39) اما بالنسبة للعينة التجريبية (م = 21.83 ، 5.37).

تم استخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري المتمثل في اختبار مان وتني **Mann-Whitney** كأسلوب إحصائي للعينات الصغيرة والجدول رقم (21) يبين النتائج :

جدول رقم (21) الفروق بين العينة التجريبية والضابطة في بعد قلق الحديث امام الناس

م.د	قيمة مان وتني	مجموع الرتب	م الرتب	المجموعات
0.007	26	104	8.67	التجريبية
		196	16.33	الضابطة

من خلال جدول رقم (22) يتضح أن متوسط رتب العينة التجريبية (8.67) و مجموع الرتب (104) ومتوسط رتب العينة الضابطة (16.33) ومجموع الرتب (196) وقيمة

ي (u) لاختبار مان وتتي (26) وهي دالة عند 0.05 أي أن متوسط العينة التجريبية اصغر من متوسط العينة الضابطة بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي على العينة التجريبية وهذا يؤكد فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي المطبق في هذه الدراسة في تخفيف حدة قلق الحديث أمام الناس .

4. لاختبار الفرضية الرابعة التي تنص علي (توجد فروق دالة إحصائيا بين القياس

القبلي والبعدي - بعد قلق الحديث امام الناس - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لصالح متوسط القياس القبلي لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي).

كان المتوسط والانحراف المعياري بالنسبة للقياس القبلي (م = 29.58 ، ع = 4.20) وبالنسبة للقياس البعدي (م = 21.83 ، ع = 5.37).

تم استخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري والمتمثل في اختبار ويلكسن لإشارة الرتب **Wilcoxon signed ranks test** والجدول رقم (22) يبين النتائج :

جدول رقم (22) الفروق بين القياس القبلي والبعدي في بعد قلق الحديث أمام الناس:

المتغير	ن	م.الرتب	مج .الرتب	قيمة الاختبار	م.د
القياس القبلي	16	13.81	221.00	3.07-	0.002
والبعدي	6	5.33	32.00		

م.سالبة = مجموع الرتب السالبة ، م.موجبة = مجموع الرتب الموجبة ، م.الرتب = متوسط الرتب ، مج.الرتب = مجموع الرتب ، م.د=مستوي الدلالة.

يتضح من خلال جدول رقم (22) أن متوسط الرتب السالبة (13.81) ومجموعها (221) ومتوسط الرتب الموجبة (5.33) ومجموعها(32) وقيمة اختبار ويلكسن (- 3.07)

وهي دالة عند 0.005 أي أن البرنامج المعرفي السلوكي في هذه الدراسة كان تأثيره ايجابيا على العينة التجريبية من خلال انخفاض درجة قلق الحديث أمام الناس في القياس البعدي.

تفسير نتائج الفرض الثالث والرابع :

يتبين من خلال نتيجة الفرض الثالث والرابع فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي المعد في هذه الدراسة في تخفيف حدة قلق الحديث أمام الناس وذلك من خلال انخفاض درجة هذا النوع من القلق بالنسبة للعينة التجريبية بعد مقارنة القياس البعدي بالقبلي ومقارنتها بالعينة الضابطة وقد اتفقت نتيجة هذا الفرض مع دراسة ماريا هيلن بيلتر (Pelletier:2003,307) ودراسة هوفمان مسكوفيتش (Bottella et al:2004,821-830) 2003

. ويمكن تفسير نتائج الفرض الأول والثاني من خلال النظرية المعرفية حيث أن الطالبات اللواتي سجلن ضمن العينة التجريبية كانوا يعانون من ثلاث فئات مرتبطة بالعمليات المعرفية المرتبطة بالقلق والتي تتمثل في التالي :

1. التنبيه الانتقائي للمعلومات المتعلقة بالتهديد أو الخطر .
 2. تنشيط الذاكرة على نحو يزيد من تدفق المعلومات المتعلقة بالتهديد أو الخطر .
 3. التحيز في التفسير من خلال المعاني الأكثر غموضا وتهديدا بالخطر.
- ويرتبط هذا النوع من المعالجة المعرفية بمحتوي فكر يشتمل على هموم وسواسية والحديث السلبي مع الذات **Negative self talk** ونقص الفاعلية الذاتية ونكران الذات وغير ذلك من الأعراض التي تبدو من التقارير اللفظية للنشاط المعرفي (الرشيدي:2001، 42).

وعند تطبيق جلسات البرنامج تم حصر الأفكار السالبة المرتبطة بالحديث الرسمي أو غير الرسمي مع الناس ضمن البيئة المنزلية أو البيئة الجامعية أو البيئة الاجتماعية بشكل عام من خلال دراسة الحالة والإطار النظري والدراسات السابقة وقد لوحظ أن أقل أنواع الخوف من الحديث التي يواجهن الطالبات عينة البحث تعتبر ضمن البيئة المنزلية بينما يتجنبن بشكل جزئي الحديث غير الرسمي مع الطالبات الغريبات في الكلية ويتجنبن بشكل شبه كلي الحديث غير الرسمي مع الطلاب الذكور وفيما يتعلق بالحديث الرسمي فقد بينت الطالبات بالعينة

التجريبية رغبتهم في الهروب منها حتى لا يقعن في شرك الخوف الشديد ومن أمثلة الأفكار والصور السالبة المرتبطة بالحديث غير الرسمي ضمن البيئة الأسرية :

1. البنات يجب أن تكون قليلة الكلام حتى تكون مقبولة اسرياً.
2. البنات يجب أن لا ترد على والديها أو إخوتها أو أعمامها أو أخوالها حتى لو تعرضت للاستغلال أو الظلم .
3. الحديث عن المشاعر أو الرغبات منافي للعرف أو الدين .
4. الحديث مع الأقارب الذكور (أبناء العم أو الخال...الخ) يعتبر نوع من تقليل القيمة للبنات.
5. تجاذب الحديث مع النساء القريبات كبار السن يعتبر مدخلا للإشاعات والمشاكل.
6. عندما أتخيل أنني أناقش والدي أو والدي أشعر بخوف شديد.
7. صورة البنات التي تحدث ابن عمها على سبيل المثال أمام المنزل تجعلني أشعر بالارتعاش والارتباك الشديد.

وفيما يتعلق بالحديث غير الرسمي مع الطالبات الغريبات :

1. الحديث مع الطالبات من قبائل أخرى تجلب المشاكل .
2. تبادل الحوار مع طالبة من قسم آخر يؤدي إلى التعرف إلى أناس قد يدخلونك في مشاكل أنت في غناء عنها.

وفيما يتعلق بالطلاب الذكور:

1. عندما ترد البنات على كلمة يقولها الطالب تعتبر أدخلت نفسها في سلسلة من المضايقات اللامحدودة.
2. البنات المحترمة لا تتحدث مع الطلاب الذكور.
3. لو صادف وان تبادلنا الحديث مع أي من الطلبة أنا متأكدة من انه سوف يجذني ساذجة وسوف يسخر مني .
4. اللسان هو سيب البلاوي وأنا أو من بالمثل القائل ابعده عن الشر وغنيله .
5. تبادل الحديث مع الطلاب هو بداية للإشاعات وتلويف السمعة.

أما الحديث الرسمي :

1. لو صاف وان طلب مني أن القي حديث أمام الطلاب أنا متأكدة انه سوف يغمي علي.
2. الحديث إلى عميد الكلية يجعلني ارتعش واشعر بخوف شديد.
3. امتنع عن المشاركة في النقاش داخل القاعة ليس بسبب عدم معرفتي بالمادة الدراسية ولكن خوفي الشديد من مجرد التفكير في الحديث أمام الطلاب.
4. البنيت المحترمة هي تلك البنيت التي تحضر المحاضرات ولا تتدخل في الأشياء المضيفة للوقت مثل النقاش والحديث مع الآخرين.

تعتبر تلك النقاط مثال للأفكار التي تم مناقشتها مع الطالبات من خلال الطلب منهم اختبارها أي مادي صحتها بنسبة 100 % وإمكانية صدقها أو بطلانها وتمثلت التقنيات الخاصة بإستراتيجية تعديل الأفكار والخيالات والصور العامل الأساسي في تخفيف حدة الخوف من الحديث أمام الناس .

وعند اختبار إستراتيجية التعرض ضمن المواقف الرسمية تبين أن التعرض ضمن المواقف غير الرسمية كان يسبب درجة من الخوف اقل بشكل ملحوظ من المواقف الرسمية وتم التغلب على درجة القلق من الحديث باختبار المواقف بشكل تدريجي بداية من مجموعة الأصدقاء إلى الفصل الدراسي إلى إلقاء سيمينار بشكل رسمي . وبالرغم من تباين ردود الفعل بين الطالبات إلا أن البرنامج كان له دوره الايجابي في تخفيف حدة قلق الحديث أمام الناس.

5. لاختبار الفرضية الخامسة التي تنص علي (توجد فروق دالة إحصائيا بين طالبات

العينة التجريبية والعينة الضابطة في الأداء على الاختبار البعدي - بعد قلق الأكل والشرب أمام الناس - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي).

كان المتوسط والانحراف المعياري بالنسبة للعينة التجريبية (م = 23.83 ، ع = 4.54) والنسبة للعينة الضابطة (م = 27.33 ، ع = 3.11).

تم استخدام الأسلوب الإحصائي الغير اللابارامتري المتمثل في اختبار مان وتني Mann-whitney كأسلوب إحصائي للعينات الصغيرة والجدول رقم (23) يبين النتائج :

جدول رقم (23) الفروق بين العينة التجريبية والضابطة في قلق الاكل والشرب أمام الناس

المجموعات	م الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان وتني	م.د
التجريبية	9.54	114.5	36	0.03
الضابطة	15.46	185.5		

من خلال جدول رقم (24) يتضح أن متوسط رتب العينة التجريبية (9.54) و مجموع الرتب (114.5) ومتوسط رتب العينة الضابطة (15.46) ومجموع الرتب (185.5) وقيمة u لاختبار مان وتني (36) وهي دالة عند 0.05 أي أن متوسط العينة التجريبية اصغر من متوسط العينة الضابطة بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي على العينة التجريبية وهذا يؤكد فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي المطبق في هذه الدراسة في تخفيف حدة قلق الأكل والشرب أمام الناس .

6. لاختبار الفرضية السادسة التي تنص علي (توجد فروق دالة إحصائية بين طالبات

العينة التجريبية والضابطة في الاداء على القياس البعدي - بعد قلق الاكل

والشرب أمام الناس - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لصالح

متوسط القياس القبلي لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة

الجبيل الغربي).

كان المتوسط والانحراف المعياري بالنسبة للقياس القبلي (م = 28.41، ع = 3.91)

والبنسبة للقياس البعدي (م = 23.83 ، ع = 4.54).

تم استخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري والمتمثل في اختبار ويلكسن لإشارة الرتب

Wilcoxon signed ranks test والجدول رقم (24) يبين النتائج :

جدول رقم (24) الفروق بين القياس القبلي والبعدي للعينة التجريبية ضمن بعد قلق الاكل
والشرب أمام الناس

المتغير	ن	م.الرتب	مج .الرتب	قيمة الاختبار	م.د
القياس القبلي والبعدي	14	13.5	189.00	2.03-	0.04
	8	8.00	64.00		

م.سالبة = مجموع الرتب السالبة ، م.موجبة = مجموع الرتب الموجبة ، م.الرتب = متوسط الرتب ، مج.الرتب = مجموع الرتب ، م.د=مستوي الدلالة.

ينضح من خلال جدول رقم (24) أن متوسط الرتب السالبة (13.5) ومجموعها (189) ومتوسط الرتب الموجبة (8) ومجموعها(64) وقيمة اختبار ويلكسن (-3.03) وهي دالة عند 0.05 أي أن البرنامج المعرفي السلوكي في هذه الدراسة كان تأثيره ايجابيا على العينة التجريبية من خلال انخفاض درجة قلق الأكل والشرب أمام الناس في القياس البعدي. تفسير نتائج الفرض الخامس والسادس:

ينضح من خلال الفرض الخامس والسادس أن العينة التجريبية قد استجابت للبرنامج المعرفي السلوكي وذلك من خلال انخفاض درجة قلق الأكل والشرب أمام الناس ،بينما استمرت درجة القلق مرتفعة بالنسبة للعينة الضابطة ، وهذا يؤكد فعالية البرنامج المعرفي السلوكي الذي استخدم في هذه الدراسة والذي أشتمل على خطوات اختبرت الأفكار المصاحبة لقلق الأكل وكذلك الخيالات والصور أما استراتيجية التعرض فقد بين أفراد العينة الخوف الشديد وتجنب الأكل داخل القاعة التي طبق بها البرنامج باستثناء طالبة واحدة وبعد الجلسات الخاصة باستراتيجية التعرض استجابت 11 عشرة طالبة بشكل نسبي للأكل بوجود الباحث بينما 3 طالبات اصررن على أنهن لا يحبذن التعرض لمواقف الأكل وفيما يتعلق بموضوع الشرب استجابت جميع الطالبات لجلسات التعرض وبين جميع أفراد العينة التجريبية استجابات

مقبولة لعملية التعرض . وبمقارنة هذه النتيجة مع الدراسات السابقة المشار إليها بالفصل الثالث لهذه الدراسة يتبين أن كل هذه الدراسات لم تتعرض لقلق الأكل والشرب بشكل مباشر باستثناء دراسة الحالة لكريستين اندرسون (Andrson:2004,216-233) والتي اتفقت نتائجها مع هذه الدراسة . ومن خلال النظرية المعرفية يتبين أن درجة القلق الغير عادية التي كان يعانيها أفراد العينة التجريبية قبل تطبيق البرنامج هي نتاج الخوف من الامتحان أو الارتباك في مواقف اجتماعية تتضمن تناول المأكولات أو المشروبات كما أنها نتيجة مشاعر أو أحاسيس شخصية غالبا ما تكون نتاج أفكار قبل شعورية ولا تمثل الواقع ، كما أن أعراض قلق الأكل والشرب تظهر عند توقع الوقوع تحت تقييم الآخرين ضمن المواقف الافتراضية أو الحقيقية حيث تحدث المواقف الحقيقية عمليه الهروب بينما تسبب المواقف الافتراضي عملية التجنب ، وهذه الأعراض تكون شديدة بحيث تستثري العمليتين المشار إليها سابقا بغض النظر عن الاستجابات التي يبديها الأفراد المحيطين بالفرد عن شعوره بالقلق (الرشيدى: 2001 ،Leary et al:195) . ومن الأفكار والصور السلبية المرتبطة بقلق الأكل والشرب والتي تم اختبارها مع طالبات العينة التجريبية :

1. البنت المحترمة (بنت العائلة) لا تأكل أمام الناس .
2. إذا أرادت البنت أن تحضي بالقبول في المواقف الاجتماعية (العزومات و الأعراس ...الخ) يجب أن تتظاهر بأنها لا تأكل كثيرا حتى لو كانت في حالة جوع شديد.
3. إن الأكل والشرب مع الأب والأخوة الذكور أمر غير لائق وإنما يجب أن تتناول البنات الأكل مع الأم فقط.
4. لو تخيلت أنني أتناول الأكل أمام الأسرة (الأسرة النووية والممتدة) أنا متأكدة بأنني سيغمي علي .
5. عندما أكون في حالة جوع شديد أفضل أن اجلس في المطبخ وأكل لوحدي.
6. أفضل أن أتناول وجبة الإفطار في غرفتي بالقسم الداخلي بدلا عن الذهاب إلى المطعم الجامعي.
7. أتجنب الجلوس علي طاولة واحدة داخل المطعم الجامعي مع طالبات لا اعرفهم لان ذلك يجعلني غير مرتاحة في الأكل .

8. مقهى الكلية ملئ بالطلاب والطالبات الذين يحدقون إلى الآخرين عندما يأكلون أو يتناولون بعض المشروبات .
9. زحمة الكلية وعدم وجود أماكن جانبية تمنعني من استجلاب الأكل معي إلى الكلية بالرغم بقائي إلى فترة متأخرة.
10. لو تخيلت نفسي في مطعم عام وتطلب الأمر أن أتناول الأكل فانا متأكدة بأنني سوف ارتبك وتقع مني الأشياء ويندلق الأكل على ملابسي.
11. لو ذهبت إلى مناسبة اجتماعية وتطلب الأمر تناول الأكل فأني أفضل تناول جزء بسيط من المأكولات الجافة لأنني متأكدة لو أمسكت المشروبات أو أنواع الأخرى سوف ارتبك وأوقع الأكل أو المشروبات على ملابسي.
12. البنيت التي تأكل أمام الناس سوف توصف بأنها مفجوعة ولم ترى خيرا في حياتها .
13. يعتبر تناول الأكل مع مجموعة من الطلاب (ذكور وإناث) مدخلا للوقوع في الأخطاء والأشياء الغير أخلاقية.
- وقد قام الباحث مع الطالبات باختبار مدي صحة هذه الأفكار والخيالات وتم التوصل إلى أنها لا تعدوا أن تكون أفكار مسبقة قابلة للنقاش وليست وقائع حقيقية ومن ثم يجب عدم الاعتقاد بها بشكل كامل وإنما هي السبب الحقيقي لحالة الخوف والأعراض الأخرى للقلق وليس المواقف الحقيقية فالحياة اليومية تحتوي على المواقف السلبية والايجابية .
7. لاختبار الفرضية السابعة التي تنص علي (توجد فروق دالة إحصائية بين طالبات العينة التجريبية والعينة الضابطة في الأداء على الاختبار البعدي - قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة (الدرجة الكلية للمقياس) - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي .

كان المتوسط والانحراف المعياري بالنسبة للعينة الضابطة (م = 81.58، ع = 7.08). أما بالنسبة للعينة التجريبية (م = 68.75، ع = 13.45).

تم استخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري المتمثل في اختبار مان وتتي Mann-whitney كأسلوب إحصائي للعينات الصغيرة والجدول رقم (25) يبين النتائج :

جدول رقم (25) الفروق بين العينة التجريبية والضابطة في قلق الاداء الاجتماعي والاداء
تحت الملاحظة

المجموعات	م الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان وتني	م.د
التجريبية	8.92	107	29	0.01
الضابطة	16.08	193		

من خلال جدول رقم (25) يتضح أن متوسط رتب العينة التجريبية (8.92) و
مجموع الرتب (107) ومتوسط رتب العينة الضابطة (16.08) ومجموع الرتب (193) وقيمة
ي (u) لاختبار مان وتني (29) وهي دالة عند 0.01 أي أن متوسط العينة التجريبية اصغر
من متوسط العينة الضابطة بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي على العينة التجريبية وهذا
يؤكد فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي المطبق في هذه الدراسة في تخفيف حدة الأداء
الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة.

8. لاختبار الفرضية الثامنة التي تنص علي (توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي
القياس القبلي والبعدي - بعد قلق الاداء الاجتماعي والاداء تحت الملاحظة (الدرجة
الكلية للمقياس) - بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي (CBT) لصالح متوسط
القياس القبلي لدي عينة من طالبات السنة الأولى بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل
الغربي).

كان المتوسط والانحراف المعياري بالنسبة للقياس القبلي (م = 88.41 ، ع =
10.16) أما بالنسبة للقياس البعدي (م = 68.75 ، ع = 13.45).

تم استخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري والمتمثل في اختبار ويلكسن لإشارة
الرتب **Wilcoxon signed ranks test** والجدول رقم (26) يبين النتائج :

جدول رقم (26) الفروق بين القياس القبلي والبعدى بالنسبة للعينة التجريبية في قلق
الوقوف تحت الملاحظة (الدرجة الكلية للمقياس

المتغير	ن	م.الرتب	مج.الرتب	قيمة الاختبار	م.د
القياس القبلي والبعدى	17	15.5	257.50	-3.076	0.002
	7	6.07	42.5		

م.سالبة = مجموع الرتب السالبة ، م.موجبة = مجموع الرتب الموجبة ، م.الرتب =
متوسط الرتب ، مج.الرتب = مجموع الرتب ، م.د=مستوي الدلالة.

يتضح من خلال جدول رقم (26) أن متوسط الرتب السالبة (15.5) ومجموعها (257) ومتوسط الرتب الموجبة (6.07) ومجموعها(42.5) وقيمة اختبار ويلكسن (- 3.07) وهي دالة عند 0.005 أي أن البرنامج المعرفي السلوكي في هذه الدراسة كان تأثيره ايجابيا على العينة التجريبية من خلال انخفاض درجة قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة في القياس البعدى.

تفسير الفرض السابع والثامن :

من خلال الفرضين السابع والثامن يتضح فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي المعد في هذه الدراسة في تخفيف حدة قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة لدى العينة التجريبية وتؤيد هذه النتيجة مدي نجاح النظرية المعرفية في بناء برامج علاجية لمساعدة الأفراد في التخلص من أعراض القلق وتؤيد نتائج دراسة كل من بروكوفك 1993 (Borckovec:1993,611-619) و دراسة باروويلكوف وآخرون 2001 (Barrowclough et al: 2001, 756-762) ودراسة يلان زانق وآخرون (Zhang et al 2002) و دراسة دوجس وآخرون 2003 (Dugas et al : 2003,821-825) و دراسة كاثرين ماناسيس 2002 (Manassis: 2002, 1423-1430) ودراسة كلارك وآخرون 1999 (Clark et al:1994) و دراسة بريوس و سبايقل 1999 (Bruce and Spiegel: 1999,151-156) و دراسة انتكوجولي وآخرون 2000 (Vincelli et al :2000,167-171) و دراسة فنسيلي وآخرون 2000 (Huppert:2001,747-755) و (Huppert:2001,375-386) و دراسة هبرت وآخرون 2001 و دراسة كارتر وآخرون 2003 (Carter et al:2003,505-518) و دراسة سيمون وآخرون 2004 (Simon:2004,491-495) و دراسة براينت وآخرون 1998 (Bryant et al:1998, 862-866) و دراسة تيرير وآخرون 1999 (Tarrier et al : 1999, 13- 17) فوا وآخرون 1999 (Foa et al :1999, 194-200) .

كما أيدت نتائج الفرض السابع والثامن النتائج المتعلقة بفاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة وذلك من خلال اتفاقها مع الدراسات السابقة التي تناولت هذا النوع من الاضطراب بشكل جزئي أو كلي مثل دراسة كل من Gould et al :1997 للقلق الاجتماعي والتي تناولت دراسة تحليل مركز لمجموعة دراسات حول استخدام العلاج المعرفي السلوكي للقلق الاجتماعي ودراسة Westen and Morrison:2001 للقلق الاجتماعي والتي تناولت تحليل مركز لمجموعة دراسات حول استخدام العلاج المعرفي السلوكي للقلق الاجتماعي و دراسة فاطمة الزهراء 1999 للقلق الاجتماعي والتي تناولت العلاج المعرفي السلوك ودراسة Herbelin: 2001

للقلق الاجتماعي والتي تناولت تقنيات الواقع الافتراضي ضمن العلاج المعرفي السلوكي
ودراسة Mohlman et al :2003 للقلق الاجتماعي والتي تناولت برنامج معرفي سلوكي
قياسي وبرنامج معرفي سلوكي معدل ودراسة Pelletier: 2003 لقلق الحديث أمام الآخرين
والتي تناولت علاج معرفي سلوكي ودراسة Botella et al:2004 لقلق الحديث أمام الآخرين
والتي تناولت علاج معرفي عبر الانترنت ودراسة Kendal et al :2004 لاضطرابات القلق
المعمم وقلق الانفصال والقلق الاجتماعي والتي تناولت علاج معرفي سلوكي ودراسة
Heimberg , Liebowitz and Hope:1998 للقلق الاجتماعي مقارنة علاج معرفي سلوكي
جمعي وعلاج دوائي ودراسة Cottraux et al : 2000 للرهاب الاجتماعي والتي تناولت
دراسة مقارنة لعلاج معرفي سلوكي و علاج مساند ودراسة Randal et al :2001
للاعتدال على الكحول والقلق الاجتماعي والتي تناولت العلاج المعرفي السلوكي ودراسة
Cardaciotto: 2003 للقلق الاجتماعي ضمن لازمة اسبيرجر والتي تناولت العلاج
المعرفي السلوكي .ومن خلال اتفاق نتائج الفرض السابع والثامن مع دراسات المحور الأول
والمحور الثاني يتبين أن البرامج الكلينيكية المستندة على أساس نظري من النظريات المعرفية
السلوكية تتمتع بفاعلية كبيرة في علاج القلق و الرهاب الاجتماعي .

التعليق على نتائج الدراسة بشكل عام :

يمكن الإشارة إلى أن البرنامج المعد في هذه الدراسة قد اثبت فاعليته في تخفيف حدة القلق الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة بأبعاده الثلاثة على عينة من طالبات كلية الآداب والعلوم يفرن منطقة الجبل الغربي وبالرغم من صعوبة تعميم هذه النتيجة على كل المجتمع الليبي إلا أنه استنادا إلى نتائج هذه الدراسة يمكن القول أن البرامج الكليينكية المعرفية السلوكية بشكل عام والبرنامج المعد في هذه الدراسة بشكل خاص يمكن أن يساعد في تخفيف أعراض القلق بشكل عام والقلق الاجتماعي والرهاب الاجتماعي بشكل خاص .

كما يمكن الإشارة إلى أن الدراسة التطبيقية للنموذج النظري (المعرفي السلوكي) التي استندت عليه الدراسة تعد نموذجا صالحا لبناء البرامج المعرفية السلوكية والذي استند على نظرية أرون بيك وأرون بيك وآخرون والدراسات السابقة التي تم مناقشتها في الفصل الثالث والشكل رقم (3) يبين النموذج النظري الذي استخدم في هذه الدراسة.

شكل رقم (3):

نظرية ارون بيك المعرفية السلوكية والدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع

تحديد التقنيات والاستراتيجيات والمتمثلة في :

1. استراتيجية إعادة البناء المعرفي ضمن تقنياتها المتضمنة بشكل تفصيلي في البرنامج.
2. استراتيجية إعادة بناء الخيالات والصور ضمن تقنياتها المتضمنة بشكل تفصيلي في البرنامج.
3. استراتيجية التعرض ضمن تقنياتها المتضمنة بشكل تفصيلي في البرنامج.

دراسة الحالة:

أولاً : البيانات الشخصية .

الاسم :.إ - ا - ا

العمر:19 سنة .

المستوى الدراسي: سنة أولى جامعة .

الجنس: أنثي .

التخصص: دراسات إسلامية .

عدد الإخوة الذكور : 2 .

عدد الأخوات الإناث : 1.

الحالة الزوجية للأب والأم : متزوجون .

نوع المنزل وعدد الحجرات : منزل عادي تقليدي على غرار السكن الشعبي بالمنطقة الجبلية
- ليبيا .

المحيط الاجتماعي : العلاقة الأسرية تقليدية مع الأسرة النووية والممتدة .

التسلل التعليمي بالنسبة للمراحل التعليمية المختلفة : كانت الطالبة بالمرحلة الابتدائية والإعدادية (التعليم الأساسي حسب القانون الليبي) طالبة عادية تجتاز المراحل بمستوي تعليمي عادي إلى متوسط ولكن بالمرحلة الثانوية تعثرت في بعض الفترات الدراسية حيث رسبت في الفترة الثانية بالصف الثاني الثانوي واجتازت الشهادة الثانوية بعد إجراء امتحان الدور الثاني .

ثانياً: مشكلات الطالبة :

تعاني الحالة من خوف حاد وملح من التفاعل الاجتماعي في المحيط الأسري والجامعي والاجتماعي وذلك بسبب تعرضها لمعاملة سيئة من قبل الاسرة في الطفولة المبكرة. وفي المرحلة الثانوية ازدادت معها المشكلة بسبب بداية فترة المراهقة وحاولت الانقطاع عن الدراسة ولكنها كانت تخاف من أن يجبرها أهلها على البقاء في البيت وعدم قدرتها على الخروج مطلقاً واستمرت في الدراسة الثانوية في حالة خوف ورعب شديد من الطلاب والمدرسين وفشلت في بناء أي نوع من الصداقات وفيما يتعلق بحالة الطالبة داخل الجامعة فقد بينت " ازدادت همومي وخوفي من الطلبة وقد أثرت مخاوفي سلبيا على دراستي وعندما أمر بجانب أحد من الطلاب الغرباء يرتعش جسمي لا اريدا وأحيانا اجلس في مكان منزوي لوحدي وابكي بشدة ، وصديقتي الوحيدة تخلت عني وحدثت بيني وبينها مشكلة وتوصلت إلى أن كل الرجال أشرار وان صحبة البنات تؤدي إلى التعرف على الرجال ومن ثم قررت الانعزال لوحدي بعيدا عن الناس المسببين لمشاكلي " .هذا النص منقولاً حرفياً عن الحالة مع بعض التصرف في الكلمات العامية التي تصعب على الفهم .

ثالثاً: تشخيص الحالة عن طريق أداة البحث (مقياس قلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة) :

عندما تم تصحيح استجابة الطالبة على مقياس القلق الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة فقد كانت كالتالي:

الدرجة الكلية للمقياس (107).

بعد قلق الوقوع تحت الملاحظة (38).

قلق الحديث أمام الناس (35).

قلق الأكل والشرب أمام الناس (34).

ومن خلال الدرجات المسجلة للحالة تبين أنها سجلت أعلى درجة على المقياس (لدرجة الكلية) كما كانت مرتفعة جداً على الأبعاد الثلاثة . وهذا يشير أن الحالة تعاني من قلق مرتفع في مواقف الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة.

تشخيص الحالة من خلال شجرة اتخاذ القرار التشخيصي لهولندر وآخرين (Hollander et

: al:1994,496-497)

أعراض القلق أو الخوف والإحجام والاستثارة الزائدة		
نوع الاضطراب	مدي انطباق الأعراض على الحالة	الأعراض
اضطراب القلق الذي يعزى إلى حالة طبية عامة .	لا	أثار فيزيولوجية مباشرة لحالة طبية عامة
اضطراب القلق الناتج عن مادة من مواد العقاقير أو المخدرات .	لا	أثار فيزيولوجية مباشرة لمواد أو عقاقير أو مخدرات أو سموم طبية أو سموم
اضطراب الهلع بدون ومع رهاب الخلاء .	لا	نوبات هلع متكررة وغير متوقعة ، مع وجود فترة شهر من الهوموم والضيق والكرب إزاء النوبات ، أو حدوث تغيير في السلوك
رهاب الخلاء من دون تاريخ سابق لاضطراب الهلع.	لا	رهاب الخلاء أي القلق من الوجود في أماكن يكون الهرب منها صعباً ، أو مربكا في حالة وجود أعراض شبيهة بالهلع .
اضطراب قلق الانفصال	نعم	القلق المتعلق بالانفصال عن الأشخاص الذين يتعلق الفرد بهم ، مع بداية في الطفولة .
اضطراب القلق الاجتماعي .	نعم	الخوف من الامتحان أو الارتباك في مواقف اجتماعية أو مواقف الأداء أو العمل .
الرهاب النوعي (الخوف المرضي من الذكور لدي الحالة).	نعم	خوف تستثيره دلائل أو الماعات متعلقة بموضوع أو شي أو موقف

خامساً : ملخص لحالة الطالبة أثناء جلسات البرنامج وبعد إتمام الجلسات وبرنامج المتابعة المقترح (Follow up).

شاركت الطالبة في جلسات البرنامج مع المجموعة التجريبية وكانت في البداية تعاني من حالة الخوف الشديد من الباحث بحيث رفضت رفضاً قاطعاً الجلوس بشكل مقابل للباحث وكانت ترسل ردود أفعالها عن طريق الطالبات الأخريات كما كانت تبالغ في إظهار التدين بحث أنها تخفي عينيها من خلال سحب غطاء رأسها لتغطية عينيها وتلبس القفازات واللباس الأسود طوال الوقت ومن ناحية أخرى كانت مواظبة بشكل ملفت للنظر على جلسات البرنامج وتسجل كل ما يحدث بشكل دقيق وتقوم بالواجبات المنزلية بشكل منضبط ، ومع التقدم في الجلسات كان حالة الطالبة تتحسن بشكل ملفت للنظر وتزداد ثقتها بالباحث بحيث قامت في الجلسات الأخيرة بطلب الحديث مع الباحث بشكل منفرد وأشارت إلى أنها شعرت بتحسن كبير وترغب في أن يستمر الباحث بمساعدتها . ومن المشاكل التي واجهت الباحث مع الحالة صعوبة إقناع الوالدين بمدى استفادة الطالبة من مناقشة مشكلاتها معهم والاتجاه السلبي نحو العلاج النفسي ضمن بية الدراسة. ومن ناحية أخرى معاناة الحالة من قلق الانفصال عن الباحث بحيث أصبحت تشك في قدرتها على أن تستمر في حياتها دون مساعدته وتمكن الباحث إلى حد ما من إقناع الحالة على زيادة ثقتها في نفسها وأنه سيستمر في مساعدتها ضمن خطة علمية دقيقة . وفيما يتعلق بالاختبار البعدي على المقياس فقد تبين انخفاض درجتها على المقياس حيث كانت درجاتها كالتالي :

الدرجة الكلية للمقياس (62).

بعد قلق الوقوع تحت الملاحظة (18).

قلق الحديث أمام الناس (23).

قلق الأكل والشرب أمام الناس (21).

وفيما يتعلق بشجرة اتخاذ القرار التشخيصي لاضطرابات القلق فقد بين التشخيص :

1.زيادة أعراض قلق الانفصال .

2. انخفاض أعراض القلق الاجتماعي .

3. التشويش والتناقض في أعراض الرهاب النوعي (الخوف المرضي من الذكور) فمن ناحية تتعلقها الشديد بالباحث ووصفه بصفات بأنه يختلف عن الذكور الآخرين وازدياد كراهيتها للذكور وتمنياتها أن يخنفوا عن وجه الارض .

التوصيات والمقترحات :

يمكن تقسيم استجابات الأفراد إلى أبعاد معمة فرعية للقلق الاجتماعي ، حيث أن العديد من المواقف الاجتماعية مفتوحة على أشكال مختلفة للتأويل (Safren et al:255,1999) وبالرغم من ذلك فإن مواقف الحياة اليومية تحتوي على أشكال متباينة من المواقف التي قد تثير القلق لبعض الأفراد بشكل كلي أو جزئي ومن هذه المواقف على سبيل المثال لا الحصر (مواقف التفاعل الاجتماعي مقابل مواقف الأداء الاجتماعي أو الخوف من الوقوع تحت الملاحظة) ، كما أن شكل الموقف له دور رئيسي في إحداث نوع ودرجة القلق فمواقف الحديث الرسمي قد تختلف في درجة القلق عنها في مواقف الحديث غير الرسمي بينما تختلف في النوع عند الخوف من الأكل أمام الناس ...الخ .

ومن ثم يوصي الباحث من خلال الدراسة الحالية بالتالي :

أولا : توصيات لبحوث مقترحة :

1. دراسة أثر برنامج معرفي سلوكي على قلق الوقوع تحت الملاحظة أثناء أداء الامتحانات (التحريرية ، الشفوية ، امتحانات القبول ، المقابلات الشخصية) ضمن بيئات مختلفة بالمجتمع الليبي.
2. دراسة أثر برنامج معرفي سلوكي على قلق الحديث أمام الناس (الحديث الرسمي وغير الرسمي والحديث إلى أفراد السلطة) ضمن بيئات مختلفة بالمجتمع الليبي.
3. دراسة اثر برنامج معرفي سلوكي على قلق الأكل والشرب أمام الناس (البيئة الأسرية والبيئة الاجتماعية بشكل عام) ضمن بيئات مختلفة بالمجتمع الليبي.
4. دراسة مقارنة لأثر للبرامج الفردية والجماعية في تخفيف حدة القلق الاجتماعي .
5. دراسات لحالات تعاني من الرهاب الاجتماعي (الفوبيا) .

6. دراسات لأثر البرامج المعرفية السلوكية على أنواع القلق الاخرى مثل :

أ – اضطراب القلق الذي يعزى إلى حالة طبية عامة .

ب – اضطراب القلق الناتج من مادة من مواد العقاقير أو المخدرات.

ج – اضطراب الهلع مع رهاب الخلاء.

د – رهاب الخلاء بدون اضطراب الهلع .

هـ – اضطراب قلق الانفصال .

و – الرهاب النوعي .

7. اختبار فاعلية البرامج الكلينيكية السلوكية على عينات للأطفال من مراحل عمرية مختلفة يعانون من حالات القلق المختلفة .

8. اختبار فاعلية البرامج الكلينيكية السلوكية على الاضطرابات النفسية الاخرى .
ثانيا : توصيات عملية للمرشدين والمعالجين النفسيين و الأساتذة والعاملين بالكلية :

يوصي الباحث بالنقاط التالية:

1. فتح مكتب للاستشارة النفسية بكلية الآداب يفرن جامعة الجبل الغربي .

2. الاهتمام بمشكلات الطالبات بالكلية.

3. اعتماد البرامج المعرفية السلوكية كأساس للمساعدة.

4. توفير المقاييس المقننة للمساعدة على التعرف على مشكلات القلق بالكلية.

5. الاهتمام بمساعدة الطلاب على التغلب على قلق الامتحان المعوق.

6. الحرص على إتاحة الفرصة للطلاب للمشاركة في النشاطات الجامعية.

7. تعديل اتجاهات الطلاب نحو المشكلات النفسية بحيث تصبح ايجابية ولا تأخذ الصور المجتمعية التقليدية.

8. التوضيح للطلاب من خلال محاضرات عامة أن المشاركة في البحث العلمي تعتبر أساس من أسس التعليم الجامعي.

9. إبراز دور الفتاة الجامعية والتغلب علي دور الجنس التقليدي الذي يسبب القلق والمشاكل الجامعية للفتيات .

المراجع

المراجع العربية :

1. إبراهيم الخليلي ، فهد الناصر ، بدر بورسلي ، حمود القشعان (2001) : القلق ، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ، الطبعة الأولى، الكويت ، الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي .
2. إمام عبد الفتاح إمام (2001): مترجم ، روبنسون ، ديف و جروفر ، جودي ، أقدم لك أفلاطون ، المجلس الأعلى للثقافة ، القاهرة ، مصر .
3. زينب محمود شقير (1999): مدي فاعلية بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي في علاج بعض حالات الشره العصبي من طالبات الجامعة ، مجلة دراسات نفسية ، المجلد التاسع ، العدد الرابع ، 519 – 557 .
4. عبدا لله محمد محمد (2000): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات ، دار الرشد، الطبعة الأولى ، القاهرة ، مصر .
5. فاطمة الزهراء محمد النجار (1999) : اثر برنامج معرفي سلوكي في تخفيف بعض المخاوف لدي الأطفال ، جامعة طنطا ، فرع كفر الشيخ ، كلية التربية ، قسم الصحة النفسية ، رسالة ماجستير غير منشورة .
6. لويس كامل مليكة (1994) : العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، الطبعة الثانية.
7. مجدي محمد الدسوقي (2004) : مقياس الرهاب الاجتماعي ، مكتبة النهضة المصرية ، مصر القاهرة .
8. محمد بلال الزعبي ، عباس الطلافحة (2004) : النظام الإحصائي SPSS قهم وتحليل البيانات ، الطبعة الثانية ، دار وائل للنشر ، الأردن عمان .
9. محمد السيد عبدالرحمن (1998) : المهارات الاجتماعية والسلوك التوكيدي والقلق الاجتماعي وعلاقتها بالتوجه نحو مساعدة الآخرين لدي طالبات الجامعة ، دراسات في الصحة النفسية : المهارات الاجتماعية – الاستقلال النفسي – الهوية ، الجزء الثاني ، دار قباء ، القاهرة ، مصر .
10. محمد السيد عبدالرحمن (1998) : فاعلية برنامج إرشادي للتدريب على المهارات الاجتماعية في علاج الخجل والشعور بالذات لدي طلاب الجامعة ، دراسات في الصحة النفسية : المهارات الاجتماعية – الاستقلال النفسي – الهوية ، الجزء الثاني ، دار قباء ، القاهرة ، مصر .

11. محمد صبحي أبو صالح ، عدنان محمد عوض (2004) : مقدمة في الإحصاء مبادئ وتحليل البيانات SPSS ، الطبعة الأولى ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان الأردن .
12. 12. محمد الطاهر ماضي ، ماجد إبراهيم عثمان (1999) : الإحصاء في التربية وعلم النفس مع استخدام MINITAB و SPSS ، الطبعة الأولى ، دار القلم للنشر والتوزيع ، الإمارات العربية المتحدة.
13. 13. محمد نجيب أحمد الصبوة (2004) : دورة في العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب ، مركز البحوث والدراسات النفسية ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة ، مصر .
14. محمد نجيب أحمد الصبوة (2002) : مترجم ، هوب ، ديبرا أ. و هيمابرج ، ريتشارد ج ، المخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعي ، الرهاب والقلق الاجتماعي ، مرجع إكلينيكي في الإضطرابات النفسية ، دليل علاجي تفصيلي ، الطبعة العربية ، الانجلو المصرية.
15. محمود إبراهيم مجاهد (1997) : ما مدي فاعلية كل من الإرشاد النفسي السلوكي المعرفي والضبط الذاتي للتخفيف من حدة الشعور بالاغتراب لدي طلاب المرحلة الثانوية دراسة مقارنة ، معهد البحوث والدراسات التربوية ، جامعة القاهرة رسالة دكتوراه غير منشورة.
16. مدحت إسماعيل عبد الحميد عزب (2003) : المناخ الوجداني وعلاقته بالخوف الاجتماعي لدي طلاب المرحلة الثانوية ، معهد البحوث والدراسات التربوية ، جامعة القاهرة ، رسالة ماجستير غير منشورة.
17. مفتاح محمد عبد العزيز (2001) : علم النفس العلاجي ، اتجاهات حديثة ، دار قباء للنشر والتوزيع ، عبده غريب ، القاهرة .
18. عادل عبد الله محمد (2000) : العلاج المعرفي السلوكي ، أسس وتطبيقات ، مصر ، القاهرة ، عربية للطباعة والنشر .

المراجع الأجنبية:

1. **Andrews, Bernice(1998):** Shame and childhood abuse, shame, interpersonal behavior , psychotherapy and culture , edited by Paul Gilbert & Andrews.

2. **Andrews, Bernice(1998):** Method biological & definitional issues in shame research , shame, interpersonal behavior , psychotherapy and culture , edited by Paul Gilbert & Andrews.
3. **Anderson , Kristen G (2004):** Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety in a 6-Year-Old , Clinical Case Studies, Vol. 3, No. 3, 216-233
4. **Ataoglu , Ahmed et al (2000):** Alprazolam and cognitive behavior therapy in treatment of panic disorder, Turk J Med Science , v.30 , 167-171.
5. **Ballenge. JC (2000):** Recognizing the patient with social anxiety disorder, clinical psychopharmacology , Jul,15.
6. **Barrowclough, Christine (2001):** A randomized trial of the effectiveness of cognitive- behavior therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults, Journal of counseling and clinical psychology , vol.69,no 6 , 756-772.
7. **Beck , Aaron T et al (1985):** Anxiety disorders and phobias a cognitive perspective , basic books , library of congress , USA .
8. **8. Beck , Aaron T ():** Cognitive therapy and the emotional disorders , A meridian book , USA.
9. **Book , Sarah W, et al (2002):** Social anxiety and alcohol use , Alcohol research and health , v.16 , n.2, 130-135.
10. **Borkovec TD, Costello E (1993):** Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of

generalized anxiety disorder, *Journal of Consult Clinical Psychology*, Aug;61(4):611-9.

11. **Borkovec, T.D., & Inz, J. (1990):** The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behavior Research and Therapy*, 28, 153-158.
12. **Borkovec, T.D., Shadick, R., & Hopkins, M. (1991):** The nature of normal and pathological worry. In R.M. Rape & D.H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety, generalized anxiety disorder, and mixed anxiety depression* (pp. 29-51). New York: Guilford Press.

13. **Botella , Cristina , Hofmann , Stefan G and Moscovitch ,David A (2004):** A self – Applied , internet based intervention for fear of public speaking , Journal of clinical psychology , v.60 , n.8 , 821-830
14. **Bruce , Timothy J and Spiegel , David A. (1999):** Cognitive -behavior therapy helps prevent relapse and recurrence panic disorder following Alprazolam discontinuation: A long –term follow- up pf the Peoria and Dartmouth studies , Journal of consulting and clinical psychology , vol.67, no.1 , 151-156.
15. **Brant , Richard A. et al (1998):** Treatment of acute disorder : A comparison of cognitive behavior therapy and supportive counseling , Journal of consulting and clinical psychology , vol.65, no. 5, 862-866..
16. **Butler, G., Fennel, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991):** Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety.
17. **Cardaciotto , Lee Ann et al (2003):** Treating social anxiety disorder with CBT in context of Asperger’s syndrome: A single case study report , Autism and related developmental disabilities , v.19, Issue, 1 , award winner 2003
18. **Carter, Michel M. et al (2003):** Cognitive behavior validity group therapy versus wait list control in the treatment of African American women with panic disorder , cognitive therapy research ,v.27, No 5, 505-518 .
19. **Catherall1, Don R (2003):** How Fear Differs From Anxiety, Traumatology, Vol. 9, No. 2 ,76-92

20. **Cho, Yongrae , Smits , Jasper A.J and Telch , Michael J.(2004):** The speech anxiety thoughts inventory : scale development and preliminary psychometric data, Behavior research and therapy ,v.42 ,13-25.
21. **Clark , David M et al (1999):** Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial , Journal of consulting and clinical therapy , vol. 67 , No.4 , 583 – 589.
22. **Cohen et al (1998):** The sacred and social cultures of honor and violence, shame, interpersonal behavior , psychotherapy and culture , edited by Paul Gilbert & Andrews.
23. **Cottraux , Jean (2000):** Cognitive Behavior Therapy versus Supportive Therapy in Social Phobia: A Randomized Controlled Trial , Psychotherapy and Psychosomatics 2000;69:137-146.
24. **Crozier, W. Ray (1998) :** Blushing , shame and social anxiety , body shame conceptualization and treatment , edited by Paul Gilbert and Jeremy Miles.
25. **25.Currie, Keith Allan (2001):** Performance anxiety coping skills seminar : Is it effective in reducing performance anxiety and enhancing musical performance quality, faculty of Virginia ,Polytechnic institute and state university, unpublished doctor of education thesis.
26. **David , Daniel (2004):** Special issue on the cognitive revolution in clinical psychology : Beyond the behavior approach – conclusions: Toward evidence –Based psychology and psychotherapy , journal of clinical psychology , v.60, n.4 April.447-451.

27. **David ,Daniel , Miclea ,Mircea and Opre ,Adrian (2004):** The information –Processing approach to the human mind – Basic and Beyond , Journal of clinical psychology ,v.60,n.4, 353-368.
28. **Dowd , E. Thomas (2004):** Cognitive revolution in psychotherapy : promises and advances , Journal of clinical psychology ,v.60,n.4, 415-428.
29. **29 . Dugas, Michel J et al (2003):** Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up, Journal of Consulting & Clinical Psychology. Vol 71(4) 821-825
30. **30. Faravelli . C et al (2000):** Epidemiology of social phobia : a clinical approach, European psychiatry m Feb. 15 ; (1), 17-24.
31. **Fiske, S.T., and Taylor, S.E(1991):** Social Cognition. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
32. **Foa, Edna B. et al (1999):** A comparison of exposure therapy , stress inoculation training , and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims, Journal of consulting and clinical psychology , vol.67,no.2, 194-200.
33. **Gilbert , Paul (1998):** what is shame ? some core issue and controversies , shame, interpersonal behavior , psychotherapy and culture , edited by Paul Gilbert & Andrews.
34. **Gilbert , Paul and Mcguire, Michael T.(1998):** Shame, status and social roles : Psychobiology and evaluation , shame,

interpersonal behavior , psychotherapy and culture , edited by Paul Gilbert & Andrews.

35. **Gilbert , Paul (2000)** : The relationship of shame, social anxiety and depression of social role of the evaluation of social rank, Clinical psychology psychotherapy , 7 , 174-189.
36. **Gilbert Paul and Miles , Jeremy N.V (2000)**: Sensitivity to social put-down : it's relationship to perception of social rank , shame , social anxiety , depression , anger and self- other blame, personality and individual differences .vol 29, p 757-774.
37. **Gilbert Paul (2002)**: Body shame , a biopsychosocial conceptualization and overview with treatment implications, body shame conceptualization , research and treatment , edited by Paul Gilbert and Jeremy Miles.
38. **Glenn D. Shean(2003)**: Is Cognitive Therapy Consistent With What We Know About Emotions? , Journal of Psychology, Vol. 137 Issue 2, p195, 14p.
39. **Gould , Robert A et al (1997)**: Cognitive Behavioral and Pharmacological Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Meta-Analysis, ABSTRACTS, v.28, N.2 , spring .
40. **Greenwald , Deborah F. and Harder, David W. (1998)** : Domains of shame, Evolutionary, culture and psychotherapeutic aspects, shame, interpersonal behavior , psychotherapy and culture , edited by Paul Gilbert & Andrews.
41. **Hambrick , James P. (2003)**: Cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: Supporting evidence and future directions , CNS Spectrums , vo.8 , no 5 , 373-381 .

42. **Hamilton MC(19 59):** Hamilton anxiety scale [HAMA]
43. **Hamilton , L (1989):** Fight, flight, or freezing : Implication of the passive fear response for anxiety and depression. *Phobia practice and research journal*,2, 17-27
44. **Heimberg , Richard G , Liebowitz , Michael .R and Hope , Debra A. (1998):** Cognitive behavior group therapy VS Phenzelzine therapy for social phobia , *Arch Gen psychiatry* , vol.55, 1133-1141.
45. **Herbelin, Bruno et al (2001) :** Virtual reality in cognitive behavior therapy : a study on social anxiety disorder , the 8th international conference on virtual systems and multimedia (VSMM).
46. **Hollander, Simeon , Gorman(1994):**----- 496-497.
47. **Huppert, Jonathan D et al (2001):** Therapist and cognitive – behavioral therapy outcome in a multi center trial for panic disorder_ *journal counseling and clinical psychology* , vol.69, no 6 : 747-755.
48. **Igman , Katheleen (1999):** An examination of social anxiety , social skills , social adjustment , and self-construal in Chinese and American students at an American university , Faculty of the Virginia Polytechnic institute and state university , unpublished doctorate dissertation.
49. **Jacques, Figueira (2002):** Social anxiety disorder :Assessment and pharmacological management , Reprinted from *The German journal of psychiatry* , [http// www.gipsy.uni-goettingen.de](http://www.gipsy.uni-goettingen.de).
50. **Jan Mohlman et al (2003):** Standard and Enhanced Cognitive– Behavior Therapy for Late-Life Generalized Anxiety Disorder, *Am J Geriatr Psychiatry* 11:24-32.

51. **Kashdan, Todd B. and Herbert , James D. (2001):** Social anxiety disorder in childhood and adolescence : Current status and future directions , Clinical child review and family psychology review , v.4 ,n.1 37 – 61.
52. **Keltne, Dacher and Harker , Lee Anne (1998):** The forms and functions of the nonverbal signal of shame , shame, interpersonal behavior, psychotherapy and culture, edited by Paul Gilbert & Andrews.
53. **Kendall, Philip C et al (2004):** Child Anxiety Treatment: Outcomes in Adolescence and Impact on Substance Use and Depression at 7.4-Year Follow-Up, Journal of Consulting & Clinical Psychology. Vol 72(2) 276-287.
54. **Kutiba , Chaleby (1987):** Social phobia in studies , social psychiatry, 22, 167- 170.
55. **Lazarus , Arnold A. and Abramovitz (2004) :** A multimodal behavior approach to performance anxiety , journal of clinical psychology ,v.60, n.8 ,831-840.
56. **Leary , Mark R. and Kowalski. M (1995):** Social anxiety , Guilford press m Spring Street , New York.
57. **Lecrubiery, Witche HU. (2000):** European perspective on social anxiety disorders , European psychiatry, Feb.15 (1), 5-16.
58. **Lewis , Michael (1998):** Shame and stigma , shame, interpersonal behavior, psychotherapy and culture, edited by Paul Gilbert & Andrews.
59. **Liebowitz , MR. (1987):** Liebowitz social anxiety and phobia scale, Mod pharmacopsychiatry , V.22 , 141-173 .

60. **Lindisfarane, Nancy (1998):** Gender , shame and culture , an anthropological perspective , shame, interpersonal behavior, psychotherapy and culture, edited by Paul Gilbert & Andrews.
61. **Macdonald ,James (1998):** Disclosing shame, shame, interpersonal behavior, psychotherapy and culture, edited by Paul Gilbert & Andrews.
62. **Manassis, Katharina et al (2002):** Group and individual cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. A randomized trial , journal of the American academy of child and psychiatry .v.41, n.12, 1423-1430.
63. **Marteinsdottir, Ina (2003):** Aspects of social phobia , Comprehensive summaries of Uppsala Dissertation from the faculty of medicine , Sweden , un published doctorate thesis.
64. **Martin, Garry & Pear , Joseph (2003):** Behavior Modification , What it is and how to do it , Third edition , Co naught Circus, New Delhi , India.
65. **Mathews, A. (1990):** Why worry? The cognitive function of anxiety. Behavior Research and Therapy, 28, 455-468.
66. **McCullough , Leigh and Osborn , Kristin ,A.R.(2004):** Short term psychotherapy goes to Hollywood: the treatment of performance anxiety in cinema , Journal of clinical psychology , v.60 , n.8, 841-852.
67. **Metzger, R. L., Miller, M., Cohen, M., Sofka, M., & Borkovec, T. D. (1990):** Worry changes in decision-making: The effect of negative thoughts on cognitive processing. Journal of Clinical Psychology, 46, 78-88.

68. **Moher, David et al (2001):** Comparative outcomes for individual cognitive- behavioral therapy , supportive expressive group psychotherapy and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis , Journal of counseling and clinical psychology , vol.69, no 6 .
69. **Muzina, David J. and Sayegh (2001):** Recognizing and treating social anxiety disorder, Cleveland clinic journal of medicine ,vol.68.no.7, 649-657.
70. **Newman, M. G., & Borkovec, T. D. (1995):** Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder. The Clinical Psychologist, 48(4), 5-7.
71. **Pelletier, Marie Helene (2003):** Cognitive behavior therapy efficacy via videoconferencing for social (public speaking) anxiety disorder: single case design , dissertation abstract , 307
72. **Pinna , AA (2002):** A comparison of completers an non completers of exposure – based cognitive behavioral treatment for phobic and anxiety disorders in youth, journal academic child adolescents psychiatry , Dec.41 (12), 1423-30.
73. **Randall , Carrie L; Thomas ,Suzanne and Thevos, Angelica K (2001):** Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: A first step toward developing effective treatments, Alcoholism and experimental research , v.25, n.2 , 210-220.
74. **Rape ,R.M and Heimberg, R.G (1997):** A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia , Behavior therapy and research , 35,741-756.
75. **Reber , Arthur and Reber ,Emily (2001):** The Penguin dictionary of psychology , third edition.

76. **Retzinger, Suzanne (1998):** Shame in the therapeutic relationship, shame, interpersonal behavior, psychotherapy and culture, edited by Paul Gilbert & Andrews.
77. **Richard , Thomas A.(2003):** What is the difference between social anxiety and panic disorder , Director of social anxiety institute, Arizona, USA.
78. **Rust, John and Golombok, Susan (2001):** Constructing your own questionnaire - Modern psychometrics -the science of psychological assessment, Rout ledge , London and New York .
79. **Safren , Steven A, et al (1999):** Factor structure of social fears: The Libowitz social anxiety scale , Journal of anxiety disorders, vol.13, no 3 m 253-270.
80. **Schore, Allan V. (1998):** Early shame experiences and infant brain development , shame, interpersonal behavior, psychotherapy and culture, edited by Paul Gilbert & Andrews.
81. **Sheff, Thomas J. (1998):** Shame in labeling of mental illness , shame, interpersonal behavior, psychotherapy and culture, edited by Paul Gilbert & Andrews.
82. **Simon, Naomi M .et al (2004):** Changes in anxiety sensitivity with pharmacotherapy for panic disorder, journal of psychiatric research ,v.38 , 491-495.
83. **Stevens ,Holly Hazlett and Craske, Michelle G: (2003):** Brief Cognitive-Behavioral Therapy: Definition and Scientific Foundations Department of Psychology, UCLA, Los Angeles, CA, USA.
84. **Sturmer et al (2002):** Convergent validity in cognitive assessment of social anxiety :Endorsement versus production methods in

deriving state of mind ratio , cognitive therapy and research
, v.26 , pp 487-503.

85. **Tantom, Digby (1998):** The emotional disorders of shame, shame, interpersonal behavior, psychotherapy and culture, edited by Paul Gilbert & Andrews.
86. **Tarrier , N (1999):** A randomized trial cognitive therapy and imagination exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder , Journal of consulting and clinical psychology , vol.67,no.1 , 13-17.
87. **Thayer, J.F., Friedman, B.H., & Borkovec, T.D. (1996):** Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. Biological Psychiatry, 39, 255-266
88. **Telch et al (2004):** Appraisal of social concerns : A cognitive assessment instrument for social phobia , Depression and anxiety , 19:217-224.
89. **Vincelli et al (2000):** Experiential cognitive therapy for the Agoraphobia : Definition of a clinical protocol_ , Cbyber Psychology and behavior v.3 , no.3 , 375-386.
90. **Westen , Drew and Morrison Kate (2001):** Multidimensional meta-analysis of treatment for depression , panic and generalized anxiety disorders : An empirical examination of the status of empirically supported therapies, journal of counseling and clinical psychology , vol. 69 no 6 . 875-899.
91. **Yhalin Zhang et al (2002):** Chinese Taoist Cognitive Psychotherapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Contemporary China , Transcultural Psychiatry, Vol. 39, No. 1, 115-129 .

92. _____ (1994) : Diagnostic and statistical manual of mental disorders , fourth edition , American psychiatric association