

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا



رسالة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي
تخصص العلاجات النفسية .

فعالية برنامج سلوكي معرفي في علاج الرهاب
الاجتماعي عند الراشد

إشراف :

الأستاذة : طالب سوسن

إعداد :

طالب حنان

أعضاء لجنة المناقشة

جامعة وهران
جامعة وهران
جامعة وهران

مشرفة
رئيسا
مناقشة

طالب سوسن

السنة الجامعية 2015-2016



الاهداء

أهدي هذا العمل المتواضع الي من قدسهما القرآن الكريم و كانوا مصدر دعمي المادي و المعنوي و الذي الكريمين و خصوصا أمي الي من يناديها قلبي قبل لساني الي ينابيع الحنان و الحب و الصبر الي التي عرفت منها معني التضحية و العطاء الي الأغصان التي أظلتني باللطف و ساعدتني علي الجد و الاجتهاد و هيئت لي ظروف البحث و تحملت معي مشقة هذا العمل و دعمتني بعطائها و دعائها في السر و العلن الي والدتي الحبيبة أطال الله عمرها و أمدّها بالعافية و جزاها الله خير الجزاء .

الي أخي محمد و زوجي الهاشمي لمساندتهم و تشجيعهم لي مند بداية مشواري الدراسي حتي نهايته .

الي كل زملائي الأعزاء صابري سحنونية التي دعمتني كثيرا و نادية و يمينة و مليكة و هاجر الدين لم يبخلوا عليا بمساعدتهم و مساندتهم .

الي كل من ساندني في عملي هذا من قريب أو من بعيد .

شكر و عرفان

الحمد لله الذي وفقني لاتمام هذا العمل و أنار لنا درب العلم و المعرفة فلا يسعني الآن بعد هذا الانجاز الا أن أتوجه بالشكر الجزيل الي أستاذتي الدكتورة طالب سوسن التي تفضلت بالاشراف علي هذه الرسالة و لم تدخر جهدا في تقويم هذا العمل و تقديم النصح فلها كل الشكر و الامتنان.

كما أتقدم بالشكر الجزيل الي كافة أساتذة قسم علم النفس لما قدموا لنا من علم و اعانة ولم يبخلوا اطلاقا بتوجيهاتهم و نصائحهم المفيدة و التي ساعدتنا الي الوصول الي هذه اللحظات .

و لا يفوتني بأن أتوجه بالشكر الي الحالة التي اجريت عليها الدراسة فقد كانت جد متعاونة معي و قدمت كل تعاونها .

كما أشكر كل من ساهم في اتمام هذا العمل من زملاء و أصدقاء و لو بنصيحة غالية أو كلمة طيبة أو دعاء بظهر غيب .

ملخص الدراسة

تتاول البحث الحالي تقييم مدى فعالية برنامج سلوكي معرفي في علاج الرهاب الاجتماعي عند الراشد و للوصول الي هذا الهدف و التحقق منه صيغت الاشكالية التالية :

ما مدى فعالية برنامج سلوكي معرفي في علاج الرهاب الاجتماعي لدي الراشد ؟
و للأجابة علي هذا التساؤل صيغت الفرضية العامة التالية :

-للعلاج السلوكي المعرفي فعالية في علاج الرهاب الاجتماعي لدي الراشد .
و منها انبثقت الفرضيات الجزئية علي النحو الأتي

-تكون شدة الرهاب الاجتماعي مرتفعة قبل تطبيق تطبيق العلاج السلوكي المعرفي .
-تكون أعراض الرهاب الاجتماعي واضحة قبل تطبيق العلاج السلوكي المعرفي .
-تكون أفكار المصابة بالرهاب الاجتماعي خاطئة و سلبية أثناء مواجهته للمواقف الاجتماعية .
-تتخفف شدة الرهاب الاجتماعي بعد تطبيق العلاج السلوكي المعرفي .

و للتحقق من هذه الفرضيات اعتمدت الباحثة علي المنهج العيادي الملائم باستخدام الملاحظة العيادية و المقابلة العيادية و دراسة الحالة و مقياس الرهاب الاجتماعي لحسان المالح و ذلك للوصول الي تقييم مدى فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في علاج مريض الرهاب الاجتماعي حيث طبق البرنامج العلاجي علي حالة واحد ذكر يبلغ من العمر 24 سنة و كانت مدة العلاج 15 جلسة علاجية و ذلك باستخدام تقنيات التعريض و اعادة البناء المعرفي و التدريب علي المهارات الاجتماعية .

و من خلال هذه الدراسة تم التوصل الي النتائج التالية :

- للبرنامج السلوكي المعرفي فعالية في علاج الرهاب الاجتماعي لدي الراشد .
- شدة الرهاب الاجتماعي كانت مرتفعة قبل تطبيق العلاج السلوكي المعرفي .
- الأعراض الرهاب الاجتماعي كانت واضحة قبل تطبيق العلاج السلوكي المعرفي .
- أفكار المصاب بالرها الاجتماعي كانت خاطئة و سلبية أثناء مواجهته للمواقف الاجتماعية .
- انخفضت شدة الرهاب الاجتماعي بعد تطبيق العلاج السلوكي المعرفي .

Résumé :

La recherche présente consiste à l'évaluation de l'efficacité du programme comportementale cognitive dans le traitement de la phobie sociale chez l'adulte et pour atteindre cet objectif on a formulé la problématique suivante :

–Quelle est l'efficacité de programme comportementale cognitive dans le traitement de la phobie sociale chez l'adulte ?

Afin de répondre aux interrogations on a formulé l'hypothèse générale suivante :

La thérapie comportementale cognitive efficace dans le traitement de la phobie sociale chez l'adulte.

Les hypothèses partielles suivant :

– l'intensité de la phobie sociale est élevée avant l'application de la thérapie comportementale cognitive.

–les symptômes de la phobie sociale sont clairs avant l'application de la thérapie comportementale cognitive.

–les personnes souffrant de la phobie sociale on des idées fausses et négatives aux cours de la confrontation des situations sociales.

– l'intensité de la phobie social diminue après l'application de la thérapie comportementale cognitive.

Afin de vérifier l'authenticité des hypothèses le chercheur a utilisé l'approche clinique (l'entretien et l'observation clinique ,étude de cas et le teste de phobie sociale de Hassan al Malah pour évaluer l'efficacité de la thérapie comportementale cognitive dans le traitement de la phobie sociale ou le programme a été utilisé avec un seul cas homme de l'âge 24ans et la durée de traitement 15 séance , avec technique de l'exposition et la restructuration cognitive et l'apprentissage des habiletés sociales .

Au cours de cette étude nous avons atteint les résultats suivantes :

- La thérapie comportementale cognitive efficace dans le traitement de la phobie sociale chez l'adulte.
- L'intensité de la phobie sociale est élevée avant l'application de la thérapie comportementale cognitive.
- les symptômes de la phobie sociale sont clairs avant l'application de la thérapie comportementale cognitive.
- les personnes souffrant de la phobie sociale on des idées fausses et négatives aux cours de la confrontation des situations sociales .
- l'intensité de la phobie social diminue après l'application de la thérapie comportementale cognitive.

قائمة المحتويات

(أ)	الإهداء
(ب)	الشكر
(ج)	ملخص الدراسة باللغة العربية
(د-هـ)	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
(و-ح)	قائمة المحتويات
(ط)	قائمة الجداول
(ي)	قائمة الأشكال
3-1	المقدمة
3	الإشكالية
4	الفرضيات
4	أهمية الدراسة
5-4	أهداف الدراسة
5	التعاريف الاجرائية
9-6	الدراسات السابقة

الجانب النظري

الفصل الأول: الراشد

11	تمهيد
12-11	تعريف الراشد
12	مراحل الرشد
13	خصائص مرحلة الرشد
15-14	النظريات النفسية في الرشد
15	الخلاصة

الفصل الثاني: اضطراب الرهاب الاجتماعي

17	تمهيد
18-17	تعريف الرهاب الاجتماعي
19	نسبة انتشار الرهاب الاجتماع.....
20-19	التطور التاريخي للرهاب الاجتماعي
22-20	النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي
23-22	مكونات الرهاب الاجتماعي.....
23	أنواع الرهاب الاجتماعي.....
24-23	أسباب الرهاب الاجتماعي.....
24	أعراض الرهاب الاجتماعي.....
25	الوضعيات المقلقة في الرهاب الاجتماعي.....
27-25	تشخيص الرهاب الاجتماعي
28	الاختبارات النفسية أو مقاييس تقييم الرهاب الاجتماعي
29	الخلاصة

الفصل الثالث : العلاج السلوكي المعرفي

31	تمهيد
34-31	النبذة التاريخية للعلاج السلوكي المعرفي.....
37-35	تعريف العلاج السلوكي المعرفي.....
40-37	تقنيات العلاج السلوكي المعرفي.....
41-40	مبادئ و شروط العلاج السلوكي المعرفي
42-41	التحالف العلاجي
43-42	محاور سير العلاج السلوكي المعرفي
43	مراحل العلاج السلوكي المعرفي.....
45-43	العلاج السلوكي المعرفي للرهاب الاجتماعي
45	الخلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع : منهجية الدراسة

47	تمهيد
48-47	الدراسة الإستطلاعية
48	حدود الدراسة.....
48	منهج الدراسة.....
51-49	الأدوات المستعملة في الدراسة.....
56-51	البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي المستعمل مع الحالة.....
57	الخلاصة

الفصل الخامس: الدراسة الأساسية

62-59	تقديم الحالة.....
76-63	ملخص سير الجلسات العلاجية

الفصل السادس : عرض النتائج ومناقشتها

81-78	عرض النتائج و تحليلها
84-81	مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات
85	الخاتمة.....
86	الاقتراحات و التوصيات
90-87	قائمة المراجع
91	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
27	الفرق بين الخجل و الشخصية التجنبية و الرهاب الاجتماعي .	(1)
50	توزيع المحاور الفرعية لمقياس الرهاب الاجتماعي .	(2)
51	درجات شدة الرهاب الاجتماعي .	(3)
56-53	ملخص البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي .	(4)
66	القائمة التسلسلية للوضعيات الإجتماعية التي يخشاها المريض .	(5)
68-67	التعريض في الخيال	(6)
69	تحديد التحريفات المعرفية و الأفكار الأتوماتيكية .	(7)
71-70	تسجيل الأفكار الأتوماتيكية	(8)
74-73	التعريض في الواقع	(9)
78	القياس القبلي و البعدي لشدة الرهاب الاجتماعي	(10)
79	شبكة الملاحظة	(11)

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
21	توضيح طريقة تعلم الرهاب الإجتماعي	(1)
36	النموذج التفاعلي	(2)
65	شبكة سيكا	(3)
80	رسم بياني لشبكة الملاحظة	(4)

المقدمة :

الصحة النفسية مهمة في مجتمعنا فكل فرد يسعى إلي تحقيقها و إشباع حاجاته النفسية و الاجتماعية و تقبل الواقع بكل صراعاته فالمجتمع الحديث الذي نعيشه ذو علاقات اجتماعية معقدة و يعاني من اضطرابات نفسية مختلفة حيث أطلق بعض علماء النفس عليه اسم عصر القلق كما بينت الإحصاءات أن واحد من كل أربعة أشخاص يتعرض لواحدة أو أكثر من اضطرابات القلق .(عبد السلام زهران, 2005 : 22)

و الرهاب يمثل احد اضطرابات القلق الأوسع انتشارا فقد أشارت بعض الدراسات أن نسبة انتشاره قد تصل الي 20% من سكان العالم و له أشكال متعددة و درجات متفاوتة في الشدة و لكنها تشترك في عنصر الخوف الغير منطقي و المستمر من موقف أو شئ لا يشكل خطرا فعليا حقيقيا علي الشخص فهو خوف غير سوي و غير طبيعي إذ أنه لا يعد أمرا تكيفيا كونه يعيق توافق الإنسان مع بيئته الاجتماعية و الطبيعية.(قاسم عبد الله, 2012 : 338) ومن بين أنواع المخاوف الغير طبيعية المخاوف الاجتماعية الذي سوف يكون موضوع هذه الدراسة .

إن بعض الأشخاص يكونون خجولين جدا و لهذا فان الناس ينظرون إلي معاناتهم و شكواهم المرتبطة بالرهاب الاجتماعي علي أنها معاناة عادية و ماهي في الغالب إلا سمة عامة تشيع بين الجمهور لدرجة أنها لا تتطلب أي تدخل علاجي رسمي و لكن هذا الاعتقاد أبعد ما يكون عن الحقيقة لأن نسبة 12% من الجمهور العام يعانون من الرهاب الاجتماعي و تأثير هذا الإضطراب علي وظيفة الفرد و مهنته و علي حياته يمكن أن يكون مدمرا .(صفوت فرج, 2002 : 229) و الرهاب الاجتماعي يتسم بخوف غير منطقي و لامعقول من المواقف التي تتطلب من الشخص انخراطا و تواجدا مع الآخرين و محاولة مستمرة لتجنب ذلك و اذا ما دفع الشخص إلي مثل هذه المواقف و اضطر أن يتواجد فيها فانه يعاني قلقا حادا يدفعه للهروب و قد يكون بشكل مزمن حيث يتطور إلي درجة إعاقة أداء الفرد و قيامه بأنشطته المعتادة مما يؤدي إلي القلق و سلوك الانسحاب و التجنب .(قاسم عبد الله , 2008 : 294)

أما في الدليل الإحصائي و التشخيصي الرابع DSM4 يعرف الخوف الاجتماعي بالمفهوم الرئيسي للخوف من الخزي و /أو الارتباك و قد يكون الموقف الذي يخافه الشخص متقطعا مثل الكلام أمام جمع من الناس أو تناول الطعام وسط الآخرين في أماكن عامة أو أن يكون مراقبا أثناء الكتابة حيث تكون أغلب المواقف الاجتماعية مخيفة بالنسبة للشخص و الدين لهم خوف اجتماعي يتحاشون المواقف التي يخافونها أو أنهم يتحملونها مع وجود قلق بالغ .(محروس الشناوي و السيد عبد الرحمن , 1998 : 275-278).

يمكننا القول بشكل عام أن هذا الاضطراب المزمن يعطل الفرد وطاقاته في مجال السلوك الاجتماعي فهو يجعله منسحبا منعزلا خائفا لا يشارك الآخرين و لا يستطيع التعبير عن نفسه كما يصبح أدائه المهني و المدرسي أقل من قدراته بالإضافة إلي المعاناة الشخصية الكبيرة المصاب يتألم من خوفه و قلقه ونقصه الذي قد يصل إلي الاكتئاب و السلوك الإدماني و غير ذلك و هنا العلاجات النفسية ضرورية مثل العلاج السلوكي المعرفي في حين تدل بعض الدراسات في العالم العربي أن هذا الاضطراب واسع الانتشار في مجتمعنا العربي و الحاجة كبيرة في مجتمعنا إلي إجراء الدراسات العلمية حول هذا الاضطراب للتعرف عليه و زيادة الاهتمام بالخدمات النفسية من النواحي العلاجية و الوقائية (د.حسان المالح د.فيصل الزراد, 2004 : 59)

و بعد مقابلتي لعدة حالات تعاني من الرهاب الاجتماعي و جدت أنهم يعانون في صمت و ألم و معاناة كبيرة ونظرا للآثار التي يخلفها هذا الاضطراب حيث يستدعي ذلك التدخل العلاجي الفوري من أجل التحسين من حالة المصابين به جاءت هذه الدراسة لتبحث في هذا الاضطراب و تدرس مدى فعالية برنامج سلوكي معرفي في علاج الرهاب الاجتماعي عند الراشد .
ولقد قسمنا موضع الدراسة إلى جانبين : جانب النظري وجانب التطبيقي.

في الجانب النظري تطرقنا إلى ثلاثة فصول وإضافة إلى جانب المنهجي الذي قمنا فيه بتحديد الإشكالية ، و الفرضيات وذكر أهداف وأهمية الدراسة ،كذلك المنهج المتبع ،و الدراسات السابقة .
وفي الفصل الأول:الخاص بالراشد فقد عرفنا مرحلة الرشد و أهم خصائصها و نظرياتها .
وفي الفصل الثاني: قمنا بتعريف اضطراب الرهاب الاجتماعي ، وأسبابه ،وأعراضه ،وبعض النظريات المتعلقة به و تشخيصه .

وفي الفصل الثالث : قبل أن نعرف العلاج السلوكي المعرفي تناولنا لمحة تاريخية حوله وبعدها ذكرنا أسسه النظرية و أهم تقنياته و مبادئه و شروطه و مراحلها .

أما الجانب التطبيقي تطرقنا إلى ثلاثة فصول: الأول يخص كل الإجراءات المنهجية لدراسة الميدانية ، و الثاني عرض الدراسة الأساسية ، والثالث والختامي فيه للمسات الأخيرة ، عرض نتائج وتحليلها ، ومناقشة الفرضيات والخاتمة .

يعبر الرهاب الاجتماعي عن مخاوف الشخص من أن يكون عرضة لملاحظة الآخرين و الخوف من التصرف بطريقة مهينة و محرجة اتجاههم و الخوف من انتقاداتهم و هذا يتولد عنه انخفاض في التقدير الذاتي كما تؤدي مواجهة الوضعية إلى الشعور الحاد بالقلق و إلى شكل من أشكال هجمة الهلع تصاحب هذه الحالة مظاهر سوماتية خاصة بالخوف من احمرار الوجه و من الارتعاش التي تعمل على تعقيدها و تعتبر سلوكيات التجنب النتيجة المعتادة للرهاب الاجتماعي حيث يفتتح الشخص المصاب أن أية مواجهة من هذا النوع سوف لن تكون إلا كارثية و في غالبية الحالات يتم التأكيد على التكفل النفسي العلاجي من خلال الاستعانة بتقنيات العلاج السلوكي المعرفي من بينها التدريب على المهارات الاجتماعية و التعريض في الواقع الذي يهدف إلى تخفيض سلوكيات التجنب و التقليل من القلق المصاحب له و كذلك إعادة الهيكلة المعرفية التي تهدف إلى الملاحظة الذاتية و إلى تخفيض القلق المرتبط باعتقاد الشخص بأنه تحت رحمة أحكام الآخرين. (زروالي, 2014 : 92 -96).

الإشكالية : نظرا لما تقدم ذكره نطرح التساؤل التالي :

- ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الراشد ؟
ومنه تتبع التساؤلات الجزئية التالية:
- هل تكون شدة رهاب الاجتماعي مرتفعة قبل تطبيق العلاج السلوكي المعرفي ؟
- هل تكون أعراض رهاب الاجتماعي واضحة قبل تطبيق العلاج السلوكي المعرفي ؟
- هل تكون أفكار المصاب بالرهاب الاجتماعي خاطئة و سلبية أثناء مواجهته للمواقف الاجتماعية؟
- هل يسلك المصاب بالرهاب الاجتماعي سلوكيات تجنبية ؟
- هل تنخفض شدة رهاب الاجتماعي بعد تطبيق العلاج السلوكي المعرفي ؟

الفرضيات :

- للعلاج المعرفي السلوكي فعالية في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الراشد .
ومنه تتبثق الفرضيات الجزئية التالية :
- تكون شدة الرهاب الاجتماعي مرتفعة قبل تطبيق العلاج السلوكي المعرفي .
- تكون أعراض الرهاب الاجتماعي واضحة قبل تطبيق العلاج السلوكي المعرفي .
- تكون أفكار المصاب بالرهاب الاجتماعي خاطئة و سلبية اثناء مواجهته للمواقف الاجتماعية .
- تتخفف شدة الرهاب الاجتماعي بعد تطبيق العلاج السلوكي المعرفي .

أهمية الدراسة :

-تكمّن أهمية البحث في كون استخدام العلاج المعرفي السلوكي يعد واحد من الخيارات الناجحة في علاج الرهاب الاجتماعي بالمقارنة مع الطرق العلاجية الأخرى حيث كشفت دراسات سابقة علي أهمية هذا النوع من العلاج و أنه ذو فعالية في علاج الرهاب الاجتماعي فهو يؤثر بالإيجاب علي اتجاهات المرضى نحو دواتهم و نحو الآخرين و يساعدهم علي النمو النفسي و الاجتماعي السوي .

-الرهاب الاجتماعي أكثر الأمراض النفسية انتشارا و شيوعا و تبرز أهمية هذه الدراسة بتوجيه الأنظار نحو هذه الشريحة و هم الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي حيث هذه الفئة تحتاج إلي الرعاية النفسية .

-البحوث و الدراسات العربية تعد قليلة في هذا الموضوع علي حد علمي و اطلاعي و منعدمة في جامعة وهران و علي وجه التحديد الدراسات التي تتضمن التدخلات العلاجية وعليه فان هذه الدراسة يمكن أن تسهم في تحديد الكثير من الحقائق المتعلقة بالرهاب الاجتماعي و الأساليب المعرفية و السلوكية التي يمكن أن تستخدم في علاجه .

أهداف الدراسة :

- دراسة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي عند الراشد.
- قياس شدة الرهاب الاجتماعي عند الراشد قبل تطبيق العلاج .
- السعي لتحسين حالة الفرد الدين يعاني من آثار هذا الاضطراب في أدائه اليومي و في علاقاته الشخصية .

- دراسة أعراض الرهاب الاجتماعي قبل تطبيق العلاج .
- التعرف علي أفكار السلبية .
- قياس شدة الرهاب الاجتماعي بعد تطبيق العلاج .
- السعي لتحسين حالة الفرد المصاب بالرهاب الاجتماعي .

المنهج المعتمد :

- استخدام المنهج العيادي بكل وسائله المختلفة (الملاحظة ،المقابلة العيادية ،الاختبارات النفسية و دراسة الحالة)
- سلم الرهاب الاجتماعي لحسان المالح .

التعاريف الإجرائية :

تعريف العلاج السلوكي المعرفي :

و يعرف العلاج السلوكي المعرفي إجرائيا بأنه التدخل العلاجي الذي يعتمد علي التقنيات السلوكية و المعرفية كالتعريض و الاسترخاء و إعادة البناء المعرفي و التدريب علي مهارات تأكيد الذات و المهارات الاجتماعية و التي بعد تطبيقها سوف نقيس فعاليتها في علاج الرهاب الاجتماعي لدي الراشد .

تعريف الرهاب الاجتماعي :

الرهاب الاجتماعي هو خوف لاعقلاني و غير منطقي و مستمر من المواقف الاجتماعية حيث يعتقد الشخص انه محل ملاحظة الآخرين فينتج عن ذلك السلوك ألتجنبي و الهروب من هذه المواقف المقلقة .

و يعرف الرهاب الاجتماعي إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها الفرد الراشد في مقياس القلق الاجتماعي لحسان المالح .

تعريف الراشد :

هو الشخص الذي يمر بمرحلة الرشد التي تعتبر من مراحل نمو الإنسان التي تمتد من 20سنة إلي 40 سنة حيث يصل فيها الفرد إلي النضج النفسي و الجسمي و الاجتماعي.

الدراسات السابقة :

دراسة ستودارد (Stoddard) 2007 :

دراسة بعنوان "تطوير و تقييم حالة فردية للعلاج السلوكي المعرفي المكثف للرهاب الاجتماعي " هدفت للكشف عن مدى فعالية العلاج ضمن 6 جلسات لعلاج الرهاب الاجتماعي و تكونت الدراسة من 5 مرضي في احدي مراكز علاج القلق و بينت النتائج أن (4) من أصل (5) اظهروا تحسنا بشكل متوسط كاستجابة لهذا الأسلوب العلاجي و أن (3) منهم اظهروا مستوي التحسن نفسه بعد 3 أشهر من المتابعة و وصل اثنان من المرضي إلي درجة مرتفعة من الشفاء في نهاية العلاج. (شاهين و جرادات،: 2012 :1268)

دراسة كلينجر و آخرون (Klinger et al) 2005 :

هدفت هذه الدراسة إلي المقارنة بين 3 أنواع من العلاجات و هي العلاج السلوكي المعرفي و العلاج بالتعريض و العلاج الدوائي في علاج مرضي الرهاب الاجتماعي حيث تكونت العينة من (36) مريض تم تقسيمهم إلي 3 مجوعات كل مجموعة من (12) مريض حيث الأولي تلقت العلاج السلوكي المعرفي و الثانية عولجت بالتعريض والثالثة بالعلاج الدوائي و كانت مدة البرنامج العلاجي (12) جلسة و أوضحت نتائج الدراسة تحسنا دالا لجميع أنواع العلاجات النفسية المستخدمة في هذه الدراسة (بلحسيني , 2013 : 83-84)

دراسة مورتبرج و آخرين (Mortberg et al) 2005 :

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف علي مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعي و قد تكونت العينة من 27 مريض حيث تم تقسيمهم إلي أربع مجموعات كل مجموعة تتكون من 6-8 مريض و أوضحت نتائج الدراسة وجود تحسنا دالا في المجموعات الأربع كما أظهرت نتائج الدراسة تحسنا خلال فترة المتابعة و التي كانت مدتها ثلاثة أشهر و استمرت المتابعة حتى اثني عشر شهرا. (الغامدي , 2013 : 224-233)

دراسة فييني (Feeney et al) 2004 :

هدفت الدراسة إلي التعرف علي مدي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضي اضطراب الرهاب و قد تكونت العينة من مريضة واحدة تبلغ من العمر 35 سنة ممن تم تشخيصها باضطراب الرهاب الاجتماعي و كانت مدة البرنامج العلاجي 31 جلسة و أوضحت نتائج هذه الدراسة تحسنا ملحوظا لدي المريضة .

دراسة وودي و آخريين (woody et al) 2002 :

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف علي مدي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضي اضطراب الرهاب الاجتماعي و تراوحت أعمارهم ما بين 18-45 سنة أما الأداة المستخدمة في هذه الدراسة فهي مقياس التقدير الذاتي و أظهرت النتائج تحسنا دالا علي مقاييس التقدير الذاتي في علاج مرضي الرهاب الاجتماعي . (الغامدي , 2013 : 224-233)

دراسة لينكولن و اخرون (Lincoln et al) 2003 :

هدفت هذه الدراسة إلي معرفة مدي فاعلية العلاج بنوعين مشتركين من العلاج هما العلاج بالتعرض مع إعادة البناء المعرفي في علاج الرهاب الاجتماعي و قد تكونت عينة الدراسة من (217) مريض شخصوا تشخيصا أوليا بالرهاب الاجتماعي و اشترك عدد كبير من المعالجين قدر ب(57) معالجا نفسيا موزعين علي 4 عيادات خارجية و كلهم ينتمون إلي مؤسسة كريسوف بألمانيا و أظهرت النتائج بعد ستة أسابيع من العلاج فعالية العلاج بالتعرض و إعادة البناء المعرفي في تخفيف اضطراب الرهاب الاجتماعي لدي المرضي . (بلحسيني , 2013 : 83)

دراسة جون كوترو (Cottraux) 2000 :

هدفت إلي التعرف علي مدي فاعلية علاج معرفي سلوكي مقابل علاج مساند علي عينة من (67) مرضي الرهاب الاجتماعي تم اختيارهم بطريقة عشوائية ضمن مجموعات المجموعة الأولى طبق عليها العلاج المعرفي السلوكي لمدة 81 ساعة بطريقة فردية و تم إلحاقها ب62 ساعة للتدريب علي المهارات الاجتماعية أما بالنسبة للمجموعة الثانية خضعت لعلاج مساند لمدة 12 أسبوع و قد وافق كل المرضي علي عدم تعاطي أي نوع من الأدوية خلال كل فترة التجربة.

(بلحسيني , 2011 : 118-119)

و كانت النتائج بعد 16 أسبوع من العلاج المعرفي السلوكي إن المجموعة الأولى أفضل من المجموعة الثانية و إن التجربة أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي مقابل العلاج بالسند في علاج الرهاب الاجتماعي. (بلحسيني, 2011 : 118-119)

دراسة اميلكامب و سكونج (Schooling ,Emmelkamp) 1996 :

هدفت هذه الدراسة الي التعرف علي مدي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضي اضطراب الرهاب الاجتماعي و قد تكونت العينة من 50مرض تم تقسيمهم إلي ثلاثة مجموعات الأولى مجموعة التعريض و الثانية مجموعة العلاج المعرفي السلوكي و الثالثة مجموعة العلاج المعرفي السلوكي و المتبوعة بفنية التعريض و أوضحت نتائج هذه الدراسة إلي وجود تحسن دال في المجموعات الثلاثة و أن المجموعة التي تلقت العلاج بالتعريض فقط كانت أكثر المجموعات فعالية علي المدى الطويل. (الغامدي , 2013 : 224-233).

دراسة أحمد متولي عمر (1993) :

هدفت هذه الدراسة إلي معرفة مدي فاعلية التدريب علي المهارات الاجتماعي و العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدي طلاب الجامعة و تكونت عينة الدراسة من (36) طالبا تراوحت أعمارهم ما بين (18-22) سنة و تضمن البرنامج (12) جلسة و أوضحت النتائج فعالية البرنامج في خفض الفوبيا الاجتماعية لدي طلاب الجامعة . (الغامدي , 2013 : 235).

دراسة بلحسيني وردة (2011) :

هدفت هذه الدراسة الي فحص أثر برنامج معرفي سلوكي لعلاج الرهاب الاجتماعي لدي عينة من طلبة جامعة قاصدي مرباح ورقلة في الجزائر و قد تكونت العينة من (20) طالبا من شعبة علم النفس و قد تم توزيعهم علي مجموعتين الأولى تلقت البرنامج العلاجي في حين لم تتلقي المجموعة الثانية أي تدخل علاجي و كانت النتائج تشير الي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس البعدي و هذا يؤكد فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي. (بلحسيني, 2011)

تعليق علي الدراسات السابقة :

من خلال استعراض الدراسات السابقة المتعلقة بالرهاب الاجتماعي و جدت أن الدراسات العربية تطبق العلاج السلوكي المعرفي علي طلاب الجامعات و لا يوجد عينات من مرضي مراجعين للعيادات الخارجية و من حيث الأساليب فهناك دراسات قارنت بين العلاج السلوكي المعرفي و علاجات أخرى مثل العلاج الدوائي و العلاج بالسند و أظهرت جميع الدراسات فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج الرهاب الاجتماعي مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى .

الفصل الأول

الراشد :

- I. تعريف الرشء
- II. مراحل الرشء
- III. خصائص مرحلة الرشء
- IV. النظريات النفسية في الرشء

تمهيد :

يمر الإنسان بعدة مراحل في حياته و كل مرحلة لها خصائصها و مميزاتها و التي يكون لها أثر علي كل الجوانب النفسية و العقلية والانفعالية و الجسمية و الاجتماعية لما تحمله من تغييرات و تطورات و خاصة مرحلة الرشد التي تعتبر مرحلة النضج و في هذا الفصل تطرقنا بالتفصيل إلي مرحلة الرشد و مراحلها و خصائصها و النظريات المفسرة لها.

1. تعريف الرشد :

(1) التعريف اللغوي :

الرشد في اللغة العربية هو نقيض الغي و السفه و الراشد هو من يصيب وجه الأمر و الطريق و لا يكون الإنسان كذلك إلا إذا بلغ اكتمال النضج .
و الرشد يعني إكتمال النضج و بهذا يصبح الفرد جاهزا لشغل مكانته في المجتمع مع غيره من الراشدين . (صادق و ابو حطب, 1995 : 358)

(2) التعاريف النفسية :

تعريف شوقي ضيف : الرشد هو مرحلة من مراحل النمو يتحدد بها وصول الفرد إلي سن المسؤولية و الإستقلال و تكون مابين (21-40) سنة و هو الشخص الذي وصل إلي مرحلة في الحياة يصبح فيها قادرا علي تحمل المسؤولية عن نفسه و أحيانا عن الآخرين و يقوم في الوقت نفسه بعمل منتج في المجتمع . (ضيف, 1984 : 9)

تعريف المعجم العربي : بأنه الشخص الذي بلغ سن الرشد أو التميز و أتم مرحلة معينة من النضج البيولوجي و العقلي و العاطفي فهو مصطلح يطلق علي الفرد الذي تجاوز سن 21 سنة أو سن المراهقة إلي النضج فيصبح الفرد في هذا السن مكتمل النضوج في غالبية خصائصه و مظاهره الجسمية و النفسية و العقلية و الانفعالية و الاجتماعية .(ع.صالح, 2014 : 175)

تعريف معجم علم النفس و الطب النفسي : هو الفرد الذي أنهى مرحلة المراهقة و الرشد يعني النضج في جميع جوانب الشخصية أي النضج العقلي و الحسي و الانفعالي و الاجتماعي و علاماته الأساسية هي قدرة الفرد علي الإستقلال عن الكبار و تصريف أموره بنفسه و التفاعل مع الآخرين تفاعلا يقوم علي الأخذ و العطاء . (عبد الحميد و كفاي, 1988 : 78)

هو مرحلة النضج و إكمال الشخصية و هي تتطور بالفرد من رعاية الأسرة إلي الإستقلال الذاتي و كسب الرزق و إلي مسؤولية تكوين أسرة جديدة و رعايتها و الإشراف علي توجيهها في هذه المرحلة تصطم أحلام المراهقة بالواقع و لهذا يجب أن يتعلم الكبير كيف يكيف أماله لمظاهر البيئة التي يعيش فيها . (البهي السيد , 1974 : 355-356)
و مما سبق يمكن القول أن الراشد هو الشخص الذي بلغ مرحلة النضج و المسؤولية في جميع خصائصه الجسمية و العقلية و النفسية و الانفعالية و الاجتماعية و يصبح مستقلا بذاته و تحدد مرحلة الرشد ما بين (21-40) سنة .

II . مراحل الرشد :

1-مرحلة الرشد المبكر :

تتطور لدي الشخص القدرة علي تلقي و إعطاء الحب و يبدأ في تكوين التزامات و تعهدات طوعية في تكوين علاقات إجتماعية مع الآخرين تتميز بالدوام و الإستقرار . (ابو حلاوة , 2009 : 3)

2-مرحلة الرشد المتوسط :

ينمو لدي الشخص اهتماما بتوجيه و قيادة نمو الجيل التالي (تنشئة الصغار و تربيتهم) .
(ابو حلاوة , 2009 : 3)

3-مرحلة الرشد المتأخر :

ينمو لدي الشخص إحساسا عاما بتقبل الحياة علي النحو الذي تم التعايش معها به و التأكد التام من أهمية الآخرين و العلاقات التي كونها الشخص خلال رحلة حياته السابقة .
(ابو حلاوة , 2009 : 3)

III. خصائص مرحلة الرشد :

1- خصائص النمو الجسمي :

يصل الفرد خلال هذه المرحلة إلي توازن و إتساق تام بين جميع مظاهر النمو الجسمي و الفسيولوجي كالتوازن بين نمو العضلات و نمو العظام و التأزر بين النمو العصبي و العضلي مما يؤكد الدقة في الإدراك و الحركات و التناسق في الإستجابات للمثيرات المختلفة و التمتع باللياقة البدنية الكاملة حيث تصل القوة إلي أعلى مستوي لها خاصة قوة العضلات و العظام و الجلد مع السيطرة العقلية و الحسية و الحركية الكاملة علي جميع أنشطة و أجهزة الجسم المختلفة .

(ابو جعفر , 2014 : 145 -148)

2- خصائص النمو العقلي :

يتحمل الراشد مسؤولياته القانونية و الاجتماعية كافة دليل علي تكامل النمو العقلي و يتحمل مسؤولية سلوكه نتيجة لإدراكه الواعي للعلاقات التي تربط بين الظواهر السلوكية و حقائق الأمور المجردة و غير المباشرة و إدراك المواقف بأسلوب واقعي و منطقي و عقلائي و التوازن بين العقل و العاطفة و لم تعد العاطفة موجهة للسلوك حيث يغلب علي سلوك الراشدين العقلانية و التوازن و الثبات . (ابو جعفر , 2014 : 145 -148)

3- خصائص النمو الانفعالي :

تعتبر مرحلة الرشد مرحلة التخصيص العاطفي حيث تتمحور علاقاتهم مع أشخاص قلائل و عادة ما يكونوا محددين في إطار العائلي كالزوجة و الإخوة و الأقارب و قلة من الأصدقاء و تتصف انفعالات الراشدين بالثبات الانفعالي بدلا من تقلب المراهقة و سيطرة الراشد علي انفعالاته و عواطفه و يعبر عنها دون تهور و اندفاعية و يتقبل الراشد الواقع بحلوه و مره و يدرك مرارة الحياة التي لن تتغير إلا بالجهد و العمل . (ابو جعفر , 2014 : 145 -148)

4- خصائص النمو الاجتماعي :

تكون العلاقات الاجتماعية بين الراشدين أكثر عمقا و ثباتا و يسودها التفهم و الاحترام .

(ابو جعفر , 2014 : 145 -148)

IV. النظريات النفسية في الرشد :

1- نظرية التحليل النفسي لفرويد :

في المجال العاطفي و الحياة الاجتماعية يعرف الراشد تغييرات لبيدية و أزمات عديدة وخبرات أخرى مختلفة و يهتم التحليل النفسي بأساليب النشاط النفسي و الذي يعبر عنه من خلال الطباع و حل الصراعات و إمكانية التسامي و يفسر سلوك الراشد انطلاقا من خبراته الطفولية و يتم تحليل الرشد من خلال التغييرات اللبديية المرتبطة باختيار الموضوع و تحقيق الحياة الجنسية و أيضا من خلال الآليات الدفاعية التي يستخدمها الراشد . (سليم, 2002 : 489)

2- نظرية النمو النفسي الاجتماعي لاريكسون :

لعل أهم إسهام قدمه إريكسون في مجال النمو الانفعالي و الوجداني استمراره في فهم عملية النمو من خلال إضافة 3 مراحل تخص الراشدين تناول في كل منها الصراعات الأساسية و تتمثل أزمات هذه المراحل فيمايلي :

(أ) أزمة الألفة في مقابل العزلة :

حيث يتعرض الفرد لهذه الأزمة في فترة العشرينات من العمر بعد أن تتكون الهوية وظيفيا حتى و إن لم تستقر أو تثبت حيث يؤدي الفشل في تكوين علاقات الألفة و الحب إلي العزلة السيكولوجية أما النجاح في تخطي هذه الأزمة فيقود إلي الشعور بالتكافل و التماسك و التضامن مع الآخرين . (السيد سليمان, 2015 : 156-157)

ففي هذه الفترة يكون الفرد قد اكتسب الإحساس بالهوية و هذا الإحساس يجعله يضحى برغباته الضرورية في سبيل تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين دون الخوف من أن يفقد جانب جوهري من ذاته في حين أن الراشد الذي لم يحقق هويته بعد سيبقي يشعر بالعزلة و انهماك الذات و لذا ستجده منفصل عن الآخرين و منعزل عنهم . (محمد السيد, 1991 : 291)

(ب) أزمة التدفق في مقابل الركود :

أزمة التدفق هي أزمة الرشد الحقيقية عند إريكسون فهي أكثر أزمات الرشد طولاً و امتداداً حيث تبدأ من العشرينات و تمتد إلي الخمسينات و يشمل هذا المصطلح معاني العطاء و الإنتاج و الإنجاب و الرشد بهذا المعنى يسير إلي الكفاية الإبتكارية و الإنتاجية و الميل إلي توجيه نمو الجيل اللاحق من الأبناء . (السيد سليمان, 2015 : 156-157)

إذا كان معدل النمو في صالح الإنتاجية و تغلب الراشد علي أزمة الكساد و الركود اكتسب الأنا إحساسا بالرعاية و هو إحساس مفاده بأن هناك شخصا أو شيئا يستحق الاهتمام .

(محمد السيد, 1991 : 292)

ت) أزمة التكافل في مقابل اليأس :

و تحدث هذه المرحلة في مرحلة الرشد المتأخر فالشخصية توصف عادة بالتكامل حين يتوافر لدي الفرد الشعور بتقبل ذاته و تقبل الآخرين و في هذه الحالة يشعر الفرد بالحكمة و من ناحية أخرى ظهور مشاعر اليأس و القنوط قد يؤدي إلي نهاية غير سعيدة لدورة الحياة.

(السيد سليمان, 2015 :156-157)

الخلاصة :

مرحلة الرشد هي من أهم مراحل النمو نظرا لما يسودها من نضج و اكتمال في شخصية الفرد حيث يصبح الشخص مسؤولا عن قراراته و مستقل في حياته فهذه المرحلة تتميز بالتوازن في جميع مظاهر النمو الجسمي و العقلي و الانفعالي و الاجتماعي حيث يصبح الراشد أكثر تفهما و وعيا و يغلب علي سلوكه العقلانية و التوازن و الثبات .

الفصل الثاني

الرهاب الاجتماعي :

تمهيد

- .I تعريف الرهاب الاجتماعي
- .II نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي
- .III التطور التاريخي للرهاب الاجتماعي
- .IV النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي
- .V مكونات الرهاب الاجتماعي
- .VI انواع الرهاب الاجتماعي
- .VII اسباب الرهاب الاجتماعي
- .VIII اعراض الرهاب الاجتماعي .
- .IX الومضعات المقلقة في الرهاب الاجتماعي .
- .X تشخيص الرهاب الاجتماعي
- .XI الاختبارات النفسية او سلاالم تقييم الرهاب الاجتماعي .

خلاصة

تمهيد :

الرهاب الاجتماعي من بين الأمراض النفسية الشائعة مؤخرا في مجتمعنا العربي و نظرا لأنه يمس الحياة الاجتماعية للفرد فان له أثار سلبية علي مساره الدراسي و المهني و الشخصي و لأهمية و خطورة هذا الاضطراب سوف نتطرق لتعريفه و ذكر نسبة انتشاره و أهم مراحلها التاريخية و النظريات المفسرة له و أسبابه و أعراضه و في الأخير كيفية تشخيصه و علاجه .

1. تعريف الرهاب الاجتماعي :

1-التعريف اللغوي :

الرهاب كلمة مشتقة من "phobos" او الفوبيا و معناها الخوف و هي كلمة يونانية قديمة ظهرت في القرن الخامس قبل الميلاد . (Cottraux,1986 :9)

2-التعاريف النفسية :

تعريف لويس فيرا و أخرون (Luis Vèra et al) : الرهاب الاجتماعي بأنه خوف إعلاني الذي يظهر في كل مرة يكون فيها الشخص عرضة للملاحظة من قبل الآخرين . (Vèra et Mirabel ,2002 :78)

تعريف دومينيك سرفوا (Dominique Servant) : أن الرهاب الاجتماعي يتميز عن اضطرابات القلق و الرهابات الأخرى بالخوف من تقييم الآخر فالمصاب به يخشي و يتجنب الوضعيات حيث يكون ملاحظ من قبل الآخرين أما مواجهة هذه الوضعيات فتفجر عنده الانزعاج الشديد و مظاهر جسدية كالارتعاش و احمرار الوجه و التعرق و في بعض الحالات قد تصل الي نوبة هلع . (Servant, 2002 :1)

تعريف لمبيريار (Lemperiere) : فقد اعتبر أن الرهاب الاجتماعي حالة يمر بها المراهقون و الراشدون من الجنسين ممن تتسم شخصياتهم بالقلق و الخجل فيظهر لديهم خوف من الحديث أو الظهور أمام الآخرين انه خوف موقفي و مستمر يؤدي الي سلوكيات التجنب . (بلحسيني, 2013 : 72)

تعريف محمد قاسم عبد الله : هو خوف غير منطقي و لامعقول من المواقف التي تتطلب من الشخص انخرطا و تواجدا مع الآخرين و محاولة مستمرة لتجنب ذلك و ادا ما دفع الشخص إلي مثل هذه المواقف و اضطر أن يتواجد فيها فانه يعاني قلقا حادا يدفعه للهروب و يكون بشكل مزمن حيث يتطور إلي درجة إعاقة أداء الفرد و قيامه بأنشطته المعتادة مما يؤدي إلي القلق و سلوك الانسحاب و التجنب .(قاسم عبد الله , 2008 : 294)

تعريف السيد فهمي علي : بأنه خوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين مما يؤدي إلي تجنب المواقف الاجتماعية و عادة يصاحبها تقدير ذاتي منخفض و خوف من النقد .(السيد فهمي ,2010: 170).

تعريف DSM4 : يعرف الخوف الاجتماعي بالمفهوم الرئيسي للخوف من الخزي و /أو الارتباك و قد يكون الموقف الذي يخافه الشخص متقطعا مثل الكلام أمام جمع من الناس أو تناول الطعام وسط الآخرين في أماكن عامة أو أن يكون مراقبا أثناء الكتابة حيث تكون أغلب المواقف الاجتماعية مخيفة بالنسبة للشخص و الدين لهم خوف اجتماعي يتحاشون المواقف التي يخافونها أو أنهم يتحملونها مع وجود قلق بالغ .(الشناوي و السيد عبد الرحمن , 1998 : 275-278)

تعريف معجم الطب النفسي و العقلي : بأنه عبارة عن خوف الشخص من الارتباك في موقف عام و ينتج عن ذلك شعور بالخوف الثابت من المواقف التي قد يتعرض الشخص فيها لنقد الآخرين فيتجنبها أو يضطر إلي مواجهة هذه المواقف و لكنه يشعر بقلق حاد و يخاف الشخص أن يلاحظ الآخرون علامات القلق لديه و هذا ما يزيد من انزعاجه فتتولد لديه حلقة مفرغة من الخوف و التجنب .(عواد, 2006 : 309-310)

و مما سبق يمكن أن نستنتج أن الرهاب الاجتماعي هو خوف غير منطقي و لا معقول من المواقف الاجتماعية مما يؤدي بالمصاب به إلي تجنب هذه الوضعيات المقلقة و المزعجة التي يكون فيها ملاحظ من قبل الآخرين و إذا اضطر إلي مواجهتها يشعر بالقلق و تظهر عليه أعراض جسدية مثل الارتعاش و التعرق و سلوكية كالتجنب و الانسحاب من الوضعيات الاجتماعية .

II. نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي :

يشير فيصل الزراد انه يمثل 20 % من مرضي العصاب و في الوطن العربي ليس هناك دراسات مسحية شاملة تبين نسبة انتشاره و لكن يذكر عبد الله السبيعي أن الرهاب الاجتماعي من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا في مجتمعنا بالذات و يؤكد حسان المالح و آخرون بان الدراسات في العالم العربي إضافة للملاحظات العيادية تشير إلي أن هذا الاضطراب واسع الانتشار في مجتمعاتنا العربية و تصل نسبة المصابين به من مرضي العيادات النفسية حوالي 13 % من عموم المرضي المراجعين لتلك العيادات .(بطرس , 2008 : 332-333)

أما في المجتمعات الغربية تقدر النسبة ما بين 1.2 % و 2.2 % في الولايات المتحدة الأمريكية و يشير الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع إلي نسبة تقع بين 3 % و 13% و تبلغ نسبة الرهاب الاجتماعي بين 10-20 % من اضطرابات القلق ككل و نسبة انتشاره في غالبية العينات الإكلينيكية تشير إلي تساوي التوزيع الجنسي أو غلبة نسبة الذكور عن الإناث و غالبية المرضي من العزاب أو من الأشخاص الذين لا يمتلكون شريكا ثابتا .(رضوان , 2009 : 42)

III. التطور التاريخي للرهاب الاجتماعي :

أول وصف لحالة تعاني من رهاب الاحمرار (èreutophobie) كانت من طرف الطبيب كسبر "Casper" سنة 1846 وهذه الملاحظة ترجمة الي الفرنسية من طرف لالان "lalanne" سنة 1902 في أرشيفات علم الأعصاب تحت عنوان "السيرة الذاتية لفكرة ثابتة " كما أن كسبر "Casper" ربط بين رهاب الاحمرار و وسواس الاحمرار (obsession de la Rougeur) . ثم ظهر في فرنسا سنة 1897 بيتر و روجيس "Pitres et Regis" الذين قاموا بوصف أفراد يعانون من رهاب الاحمرار في حين أن بول هرتنبرغ "paul Hartenberg" قام بوصف الخجل سنة 1901 في كتابه " les timides et la timidité " حيث قال أنه من الصعب التفريق بين الخجل و رهاب الاحمرار و أن كل أعراض الخجل هي الاحمرار الذي أصبح موضوع الرهاب . . (Servant, 2002 : 3 -14)

و في سنة 1903 استخدم بيار جانيت " pierre janet " لأول مرة مصطلح الرهاب الاجتماعي و في الستينات تم استخدامه من طرف السلوكيين الذين كانوا يعملون علي تقنيات التعريض و تأكيد الذات و حتى 1980 أخذ الرهاب الاجتماعي مكانة في DSM3 ضمن فئة اضطرابات القلق .(Servant, 2002 : 3 -14)

فلقد جاء أول تصنيف للفوبيا الاجتماعية بظهور الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي حيث عرف الرهاب الاجتماعي بأنه الموقف الذي يتعرض فيه الشخص أو يحتمل تعرضه لملاحظة وتفحص الآخرين ثم اتسع هذا المفهوم بظهور النسخة المعدلة من الدليل التشخيصي الثالث ليشمل الأفراد الذين لديهم مخاوف تمتد لمدى أوسع من المواقف الاجتماعية .(بلحسيني , 2011: 30)

ثم جاءت النسخة الرابعة من الدليل التشخيصي سنة 1994 و الذي صاغ تعريفاً أشمل للرهاب الاجتماعي والذي اعتبره خوفاً من الخزي أو الارتباك في المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء أمام أشخاص غير المألوفين، بحيث يكون عرضة للتفحص من قبل الآخرين .(بلحسيني , 2011: 30)

IV. النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي :

1- النظرية الوراثة :

القلق متوارث و المصاب بالرهاب الاجتماعي يوجد احد أقاربه مصاب بهذه الحالة أيضا (حسين فرج , 2009 : 72) أي ممكن انتشاره بين الأقارب و قد يشير هذا إلي احتمال وجود عوامل جينية تسبب الرهاب (عواد, 2006 : 310) كما أن هناك دراسات تؤكد فكرة أن الخوف الاجتماعي يعتبر إلي درجة ما حالة ذات منشأ وراثي و قد أظهرت دراسات علي التوائم المتطابقة تماثل في خصائص الخوف الاجتماعي .(أبريعم, 2008 : 50)

2- النظرية المعرفية :

يري أصحاب هذه النظرية أن السبب الأساسي للرهاب الاجتماعي لدي الفرد يكمن في طريقة تفكير الإنسان حول نفسه حيث ينظر إلي ذاته نظرة سلبية عميقة لا انجاز فيها و انه غير مقبول من الآخرين و بذلك فانه يضخم نقاط ضعفه و قصوره و يعطي انطبعا للآخرين عن أهمية آرائهم و يحاول إرضائهم بأية وسيلة .و اكتشف اليس و العديد من الباحثين أن تلك الأفكار اللاعقلانية التي يفكر بها المصاب بالرهاب الاجتماعي تشكل جزءاً أساسياً من اضطرابه (شاهين و جرادات , 2012 : 1264)

نموذج بك و أمري (Beck et Emery) 1985 :طورا نظرية معرفية لتفسير منشأ القلق و المخاوف المرضية بما في ذلك تفسير منشأ اضطراب الرهاب الاجتماعي حيث يشير إلي أن هؤلاء المرضي شديدي التركيز حول احتمالات تقييم سلوكهم الاجتماعي سلبيا من قبل الأشخاص الآخرين . (فرج, 2002 :247)

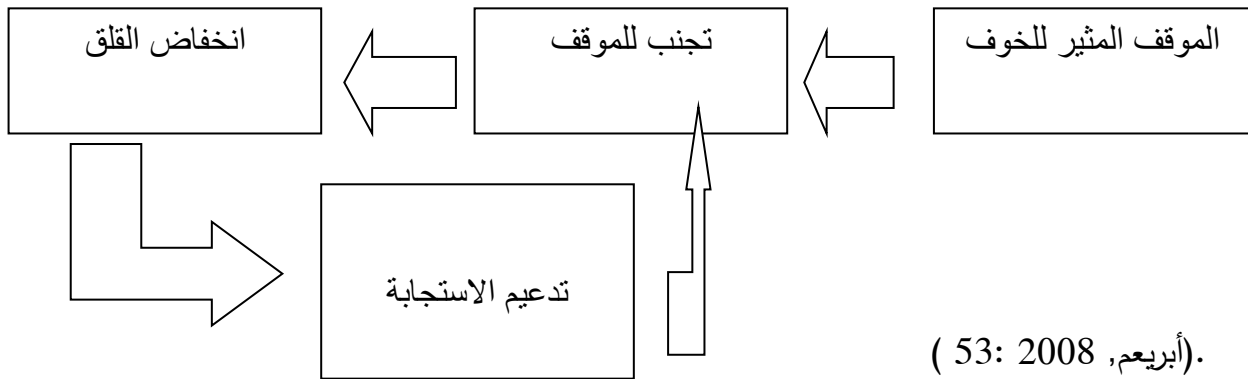
كما أن معتقدات المصاب بالرهاب الاجتماعي جامدة حول السلوك الاجتماعي المناسب و يببالغون بشأن نتائج الفشل الاجتماعي و نتيجة لذلك فإنهم يدركون المواقف الاجتماعية علي أنها تمثل مصدر خطر و تهديد لهم مما يحثهم علي الانسحاب و تجنب هذه المواقف و من هذا يمكن القول أن السمة المميزة للرهاب الاجتماعي هي الخوف الواضح من التقييم السلبى حيث ينشغل الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب بالصورة التي يظهرون بها أمام الآخرين و هذا الانشغال الزائد عن الحد يجعلهم متيقظين لأي إشارة بسيطة للنقد أو الرفض من قبل الآخرين . (بلحسيني , 2011 : 324)

3-النظرية السلوكية :

المخاوف الاجتماعية هي استجابات متعلمة و مكتسبة يمكن اكتسابها و تعلمها من خلال اقترانها بمثير تنفييري من قبيل أحداث الحياة الضاغطة و المخيفة و الحرجة بمعنى أنها تنشأ من خبرات اجتماعية سلبية و تنفيرية فلأطفال يتعلمون الخوف من البيئة المحيطة و الأفراد الذين يعيشون معه . (طه عبد العظيم حسين, 2008 :365)

يري السلوكيون أن الرهاب الاجتماعي سلوك غير سوي تم تعلمه طبقا لمبادئ الاشرط الإجرائي عند سكينر و يتضح ذلك من خلال الشكل التالي :

شكل رقم (1) يوضح طريقة تعلم الرهاب الاجتماعي



(أبريعم, 2008 : 53)

الشكل يوضح أنه عندما يتعرض الشخص للموقف المثير لخوفه فإنه يتجنب هذا الموقف و هذا التجنب يؤدي إلي تخفيف الرهاب الاجتماعي هذا يعني أن الفرد قد حصل علي إثابة تقلل من حدة شعوره بالقلق في هذا الموقف و بالتالي فإن سلوك التجنب يدعم عند الفرد فيؤدي الي مزيد من التجنب للحصول علي مزيد من خفض القلق . (أبريغم, 2008 : 53-54)

4- نظرية التحليل النفسي :

ترجع الرهاب باعتباره تعبير عن حيلة دفاعية لاشعورية حيث يحاول المريض عن طريق هذا العرض عزل القلق الناشئ من فكرة أو موضوع أو موقف مر به في حياته و تحويله إلي موضوع رمزي ليس له علاقة بالسبب الأصلي و الذي غالبا يجهله المريض فالرهاب ادن عبارة عن عملية دفاعية لحماية المريض من رغبته لاشعورية العدوانية . (بترس , 2008 : 338)

7. مكونات الرهاب الاجتماعي:

قسم اضطراب الرهاب الاجتماعي إلي 3 مكونات أساسية:

1-المكون المعرفي:

الاعتقادات و الأفكار السلبية و الافتراضات و التوقعات غير التوافقية لدي الفرد فالمكون المعرفي يلعب دورا حاسما في استمرار و بقاء القلق الاجتماعي و يتمثل في أحاديث الذات السلبية و وجود الأفكار الخاطئة إلي جانب التقييم السلبي المبالغ فيه للأداء الاجتماعي . (طه عبد العظيم , 2008 : 363-364)

2-المكون الانفعالي:

يتضمن الاستثارة العصبية أثناء المواقف الاجتماعية ومعانات الشخص من أعراض جسدية، كاحمرار الوجه، الرعشة، الشعور بالغثيان، والتعرق، وجفاف الحلق، و ارتفاع معدل ضربات القلب و ضيق التنفس . (طه عبد العظيم, 2008 : 363-364)

3-المكون السلوكي:

يتضمن السلوكيات التي يستخدمها الأشخاص ذوي القلق الاجتماعي بهدف محاولة التحكم في الموقف و خفض مستوي القلق لديهم مثل سلوك التجنب ،ونقص المهارات الاجتماعية والحديث المنخفض وغير الجذاب أو الصمت ، وتجنب الاحتكاك البصري.(طه عبد العظيم , 2008 : 363-364)

تترابط هذه المكونات مع بعضها بشكل وظيفي فتوقع التقييم السلبي للسلوك الشخصي يقود الي تنشيط ارتفاع في الانتباه الذاتي يتجلي من خلال تكثيف ملاحظة الذات و الانشغال بادراك الفشل و الفضيحة في سلوكهم .(رضوان , 2009 : 43)

VI. انواع الرهاب الاجتماعي :

1-الرهاب الاجتماعي البسيط : (simple)

هو محدود بوحدة او اثنان من الوضعيات الاجتماعية المزعجة حيث المريض يتجنب بعض الوضعيات علي العموم (التكلم أمام الناس-الأكل مع عدة أشخاص) (servant, 2002 :17)

2-الرهاب الاجتماعي المعمم : (Généralisée)

الرهاب يكون في معظم الوضعيات الاجتماعية مثل البدا أو الاستمرار في المحادثة- المشاركة في مجموعة صغيرة -التكلم مع رموز السلطة- الذهاب إلي الحفلات .
الأشخاص المصابين بالرهاب الاجتماعي المعمم يخافون من وضعيات الأداء و التفاعل الاجتماعي مع عجز في المهارات الاجتماعية . (servant, 2002 :17)

VII. أسباب الرهاب الاجتماعي :

-مشاعر النقص الناتجة عن عيب خلقي او مرضي او نقص مادي أو المكانة الاجتماعية .
-عدم الشعور بالأمان و عدم تلبية الحاجات الأمنية و الإحساس بالخوف أو التهديد أو الخطر بشكل مستمر . (سالم الصيخان , 2010 : 98)

-ضعف الثقة في النفس و هو خلل ناتج عن انعدام الشعور بالأمن مما يسبب عدم الجرأة و التردد في اتخاذ القرارات و انعقاد اللسان أثناء الحديث و هو نتاج مشاكل تربوية أو اجتماعية تتمثل في الفشل المتكرر-الاعتماد الزائد علي الغير -التدليل الزائد -التعرض للنقد المستمر و التوبيخ ممن حوله . (سالم الصيخان , 2010 : 98)

-أساليب التنشئة الأسرية و التعليمية الخاطئة مثل النقد و الحماية الزائدة في مراحل الطفولة .
-أسلوب المعاملة و الذي يغلب عليه التحقير و الاهانة و أساليب التحذير المبالغ فيه للآولاد من أمور شتي و منها استخدام الأساطير المشتملة علي مواقف مرعبة و مخيفة . (حافظ بطرس , 2008 : 337-338)

- الظروف البيئية المنزلية و ما يكتنفها من مشاجرات و خصام بين أفراد الأسرة و يزداد الأمر سوءا حين يكون بين الأبوين و أمام الأطفال فيخرج الطفل من هذه البيئي و هو يتصور أن العالم من حوله ملئ بالمشكلات و التهديد فينعكس علي شخصيته .(حافظ بطرس , 2008 : 337-338)

-و من أسبابها ما يحصل في المواقف التربوية المدرسية حين يعمد المعلم أو المعلمة إلي تعنيف الطالب حين يتطوع للإجابة و يخطئ الإجابة بل و جعل زملائه أحيانا يسخرون منه و بتالي يحجم عن المشاركة في المناقشة فيما بعد . (حافظ بطرس , 2008 : 337-338)

و مما سبق يمكن القول أنه ليس هناك سبب محدد لظهور الرهاب الاجتماعي و لكن وجود استعداد في الشخصية مع أساليب تنشئة و تربية خاطئة قد تقود لمثل هذا الاضطراب .

VIII. أعراض الرهاب الاجتماعي :

الأعراض السلوكية	الأعراض الفسيولوجية
<ul style="list-style-type: none"> -السلوك التجنبي أو الهروب -حصر النشاطات بسبب القلق -سلوك مراقبة الذات -عدوانية أو كبت سلوكي . <p>(Vèra et Mirbel, 2002: 76-77)</p> <ul style="list-style-type: none"> -يخاف من أن يخطئ أمام الآخرين فيتعرض للنقد او السخرية أو الاستهزاء . -يصبح الشخص سلبيا و معرضا عن المشاركة في المواقف و المناسبات الاجتماعية. -الخوف يمنعه من تطوير قدراته و تحسين مهاراته -ضياح حقوقه دون إبداء رأيه و يؤدي به إلي مصاعب حياتية و يمنعه من إقامة علاقات اجتماعية طبيعية. <p>(د.ابراهيم سالم الصيخان , ط 2010 , ص 96)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -الرعدة و ارتجاف الأطراف . -الم أو وجع عضلي . -ارتفاع حرارة الجسم -فتور (إعياء) -الإحساس باختناق -عدم انتظام أو تسارع في دقات القلب -جفاف الفم -تشتت الأفكار و ضعف التركيز . <p>(Vèra et Mirbel, 2002: 76-77)</p>

IX. الوضعيات المقلقة في الرهاب الاجتماعي :

-التحدث أمام الجمهور

-أن يكون ملاحظ أثناء عمله .

-يكون مسؤول عن قرار .

-طلب شروحات من شخص .

-التعبير عن آرائه الشخصية التحدث عن ذاته . (Vèra et Mirabel ,ed2002, p78)

-إلقاء كلمة أو التحدث إلي جمهور من المستمعين في مناسبات رسمية أو غير رسمية أو الي مجموعة من الغرباء أو التحدث إلي شخص لا يعرفه بشكل جيد .

-القيام بعمل ما أمام الآخرين مثل تناول الطعام أو الشراب في وليمة أو في مطعم و الكتابة أمام مجموعة من الناس تلاحظه أو تقديم الضيافة في حفل استقبال .

-الدخول الي احتفال أو الي قاعة اجتماعات أو غرفة استقبال و التحدث إلي مجموعة من الأشخاص المعروفين أو هو يكون محور انتباه الآخرين .

- اجراء محادثة عبر الهاتف أو عبر وسائل الإعلام .(الفضل الخاني ,2006 :111)

X. تشخيص الرهاب الاجتماعي (DSM IV-TR) :

أ- خوف واضح ومستديم من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو المواقف التي تتضمن الأداء أو الإنجاز والتي يتعرض فيها الشخص لأناس غرباء أو لاحتمال تفحص (مراقبة) الآخرين له. يخاف الشخص من أنه سيتصرف بطريقة (أو يبدي أعراضاً قلقية) ستكون مذلة أو محرجة.

ب- يثير التعرض للموقف الاجتماعي القلق بشكل دائم تقريباً، والذي قد يتخذ شكل هجمة هلع مرتبطة ظرفياً أو مهياً بظرف محدد.

ج- يدرك الشخص أن خوفه مبالغ فيه وغير معقول. (تيسير حسون, 2004 : 144)

د- يجري تجنب المواقف الاجتماعية أو الأدائية المخيفة أو بخلاف ذلك قد يتحملها الشخص مع قلق أو ضائقة شديدين.

ه- يؤثر التجنب أو توقع القلق أو الضائقة في المواقف الاجتماعية أو الأدائية المخيفة بشكل بارز في الأنشطة الاعتيادية الطبيعية من حيث الأداء الوظيفي المهني (الأكاديمي) أو الاجتماعي أو العلاقات الاجتماعية، أو يكون هناك ضائقة واضحة من حصول الرهاب.

و- تكون المدة لدي ممن تقل أعمارهم عن 18 سنة 6 أشهر علي الأقل . (تيسير حسون, 2004 : 144)

ز- لا ينجم الخوف أو التجنب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب هلع مع أو بدون رهاب الساح أو اضطراب قلق الانفصال أو اضطراب تشوه شكل الجسد أو اضطراب ارتقائي شامل أو اضطراب الشخصية الفصامية).

ح- إذا كان هناك حالة طبية عامة أو اضطراب عقلي آخر، فإن الخوف في المعيار لا يكون مرتبطاً به، مثال، لا يكون الخوف بسبب التأتأة أو الرجفان في داء باركنسون .

حدّد إذا كان:

معمم: إذا شمل الخوف معظم المواقف الاجتماعية (مثال، بدء أو متابعة الأحاديث، المشاركة ضمن مجموعات صغيرة، المواعدة ، التحدث إلى رموز السلطة، حضور حفلات). ملاحظة: ضع في الحسبان أيضاً التشخيص الإضافي لاضطراب الشخصية المتجنبة.

(تيسير حسون, 2004 : 144)

التشخيص الفارقي :

ينطوي الرهاب الاجتماعي علي عدة أعراض و مظاهر تلتقي مع أعراض اضطرابات أخرى لذلك يجب توضيح التشخيص الفارقي بينه و بين هذه الاضطرابات و ذلك كما هو موضح في مايلي :

-اضطراب الهلع مصحوب بالخوف من الأماكن المفتوحة هو ليس مرتبط بشكل نمطي بالمواقف الاجتماعية و يتميز بظهور نوبات هلع غير متوقعة .(بلحسيني , 41 : 2011)

-الخوف من الأماكن المفتوحة دون هلع و اضطرابات القلق العام و المخاوف المحددة تتميز يقلق و تجنب غير مرتبط و لا محدد بالوضعيات المتضمنة لتفحص الآخرين .

-اضطراب الشخصية شبه الفصامية يتميز بالتجنب للمواقف الاجتماعية بسبب نقص الرغبة في العلاقة مع الآخر .

-اضطراب الشخصية التجنبية هو اضطراب في الشخصية و لا يمكن أن يصف نفس المرضي الدين يعانون من الرهاب الاجتماعي المعمم.(بلحسيني, 41 : 2011)

جدول رقم (1) الفرق بين الخجل و الشخصية التجنبية و الرهاب الاجتماعي :

الرهاب الاجتماعي	الشخصية التجنبية	الخجل	
شدة مرتفعة	شدة متوسطة	شدة معتدلة	القلق
إعاقة و انزعاج اجتماعي	ينسحب من الوضعيات و يتجنب المواجهة	متغير	التجنب
يشعر بأنه ملاحظ و يتم الحكم عليه سلبيا	الرغبة في ان يكون مرتاح و لكن يعيش شعور معاكس	الشعور بالانزعاج	المعرفة
الطفولة	الرشد	الطفولة	البداية
مزمن	متوازن و مستمر	تحسن عندما ينجح في التجارب	التطور

(Servant, 2002 :28)

XI. الاختبارات النفسية او سلاّم تقييم الرهاب الاجتماعي :

1-مقياس الرهاب الاجتماعي ل "ليبويتز" (Liebowitz):

الهدف من هذا السلم هو تقييم الرهاب الاجتماعي حسب بعدين الأول وضعيات الأداء و الثاني وضعيات التفاعل الاجتماعي مع قياس شدة القلق و التجنب لكل وضعية أي أن هذا الأخير يقوم بتقييم الخوف و التجنب في التفاعلات الاجتماعية و وضعيات الأداء . و يتكون من 24 بند منهم 12 يمثلون وضعيات التفاعل الاجتماعي و 12 الآخرين وضعيات الأداء . (Cottraux et Bouvard ,2002 :128-136)

2-مقياس الرهاب الاجتماعي ل "رولين ووي" (Roulin Wee) :

أعدّه سنة 1994 و ذلك لقياس الرهاب الاجتماعي و القصور في العلاقات البينشخصية و يتكون المقياس من (36) عبارة و قد قام بترجمته الي العربية مجدي محمد الدسوقي و يصلح المقياس للتطبيق علي أفراد بدءا من عمر 12 عام فأكثر .

3-استبيان الخوف الاجتماعي لحسان المالح :

أعدّه سنة 1993 و هو استبيان للمواقف المتعلقة بالخوف الاجتماعي و يضم المقياس 38 بندا و أعدّه المؤلف ليتناسب مع البيئة العربية الإسلامية و هو يعتمد علي عدد من المقاييس و الاستبيانات مثل مقياس القلق الاجتماعي "ليبويتز" و استبيان المواقف الاجتماعية "ماركس" و "ماثيو".

4-مقياس الرهاب الاجتماعي ل "دا فيدسون" (Davidson) :

أعدّه سنة 1991 و هو باللغة الانجليزية و ترجم إلي اللغة الفرنسية سنة 1993 من طرف "موس" (Musa) و "ليبين" (Lepine) و هذا المقياس مقسم إلي جزأين جزء خاص بالخوف و التجنب و جزء خاص بالتظاهرات النفسية . (ابريعم سامية ,2007-2008 : 48-49)

الخلاصة :

الرهاب الاجتماعي هو احد الاضطرابات التي حظيت باهتمام كثير من العلماء و الباحثين خصوصا بعد تصنيفه في الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي و الإحصائي الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM3).

فهو يعتبر من بين العوائق و المشكلات التي تواجه الإنسان و تقف عقبة أمامه في مواجهة الآخرين و تعيق تواصله البشري و تجعله يضيع الكثير من فرص العمل كما يحد من حريته و يجعله مقيدا فالرهاب الاجتماعي هو خوف من التقييم السلبي للسلوك من قبل الآخرين وارتباك وقلق يداهم الشخص قبل قيامه بأداء العمل أو أثناء الاجتماع وأحيانا أخرى بعد الموقف الذي يتعرض إليه .

ونسبة انتشاره في مجتمعاتنا العربية تصل إلى 13% من عموم المرضى المراجعين للعيادات النفسية فهو عبارة عن هزيمة ذاتية أي إن الشخص يهزم نفسه بنفسه وهو البحث الدائم عن الكمال وعدم الخطأ كذلك هو عبارة عن تدني صورة الذات والارتفاع أو الرفع من شأن الآخرين. و هناك نوعين من الرهاب الاجتماعي المعم الذي يشمل عدة وضعيات اجتماعية و في كل الأوقات أما البسيط فانه يشمل بعض الوضعيات التي يتجنبها الشخص مثل الأكل او التحدث أمام الآخرين أو القيام بأداء معين في المواقف التي تتضمن حضور الآخرين أو مواجهتهم. أما من حيث أسباب هذا الاضطراب فلا يوجد سبب محدد لظهور الرهاب الاجتماعي فوجود استعداد في الشخصية مع أساليب التنشئة الأسرية و التعليمية الخاطئة قد تقود إلي الوقوع في هذا الاضطراب .

الفصل الثالث

العلاج السلوكي المعرفي

تمهيد

- .I النبذة التاريخية للعلاج السلوكي المعرفي .
- .II تعريف العلاج السلوكي المعرفي .
- .III تقنيات العلاج السلوكي المعرفي
- .IV مبادئ و شروط العلاج السلوكي المعرفي .
- .V التحالف العلاجي
- .VI محاور سير العلاج السلوكي المعرفي
- .VII مراحل العلاج السلوكي المعرفي .
- .VIII العلاج السلوكي المعرفي للرهاب الاجتماعي .

خلاصة

تمهيد :

بعد تعرفنا علي اضطراب الرهاب الاجتماعي سوف نتطرق لأكثر العلاجات فعالية في علاجه
ألا و هو العلاج السلوكي المعرفي حيث سوف نعطي لمحة تاريخية عن كيفية ظهوره و التعرف
به و بأهم التقنيات التي يعتمد عليها من أجل تغيير و تعديل السلوكيات المضطربة و كذلك
مبادئه و المراحل التي يعتمد عليها المعالج أثناء سير الجلسات العلاجية .

1. النبذة التاريخية للعلاج السلوكي المعرفي:

برغم من أن العلاج السلوكي المعرفي أخذ شكله الحالي في الخمسينات (1950) وذلك مع
الأعمال أنجلوساكسونية، فهناك دلائل على وجوده منذ القدم. وبالضبط شواهد في جميع أنحاء
العالم.

(1) القدمات:

إن أول من استعمل طرق التعريض لعلاج المخاوف كان "هيبيوقراط" وفي القرن 18 م وصف
"لوك" مبادئ التعريض للمثير المقلق عند طفل يعاني الخوف من الضفادع.
كان التعديل السلوكي لنظام المعتقدات مستعمل من طرف جميع الديانات والأحزاب السياسية وبعد
استعمال نظام الثواب أسلوبا قديم قدم الإنسانية التي لم تكن تعلم ما هو عمل الإشراف الإجرائي
والعلاج التقليدي الياباني الذي كان يعالج الإكتئاب، المخاوف والأفكار الوسواسية عن طريق العزل
الإجتماعي، الإسترخاء العقلي والعضلي متبوع بإعادة التدريب في الحياة هذه الأساليب كلها قريبة
من التعريض للمواقف أو المثبرات المقلقة. (Cottraux ,2011 :p 26-27)

(2) الرواد الفرنسيين:

كان أول محاولة للعلاج السلوكي في القرن 19 من طرف الفرنسيين، وفي كتاب فرونسوان
لوريت "François Leuret" الذي نشر سنة 1840 المعنون بـ "نبذة من علم النفس حول الجنون
وعلاج العقلي للجنون" الذي يقدم المحاولة الأولى لعلاج الذهانين عن طريق تعديل المباشر
للهديات وكان "إيتارد- Itard " أول من طبق الأساليب التي تستعمل الآن بصفة منظمة في
علاج أطفال المتوحدين. (Cottraux ,2011 :p 26-27)

حيث عمل "جون إيتارد" مدير مركز الصم والبكم بسان جاك مع "فيكتور المتوحش، طفل الإيفرون البري" الذي عثر عليه في أحد غابات بفرنسا سنة 1798، ليتمكن من تعليمه وتدريبه على الحياة الجديدة وإخراجه من حياة البربرية التي ترعرع فيها. (Cottraux, 2011 : p 26-27) ولكن "بيار جانيه" Pierre Janet كان الأقرب إلى الأساليب المستعملة حالياً، ويميل إلى التحليل النفسي أكثر من العلاج السلوكي المعرفي وكذا الأساليب الحديثة في علاج القلق ما بعد الصدمة « Stress post-traumatique »، ولقد كان لأعماله تأثيراً على المدن الأنجلوساكسونية حيث أن التقنيات التي وضعها قد تم العمل بها وكان إيزاك ماركس " Isaac Marks" رائد العلاج السلوكي المعرفي في إنجلترا، الذي إستمد معظم أفكاره من أجل وضع العلاج عن طريق التعريض للمواقف المثيرة للقلق، من كتاب "Pierre Janet". وفي 1873، قام الطبيب بيروود " Perroud" من مستشفى "شاريت-Charité" في ليون-Lyon، بمعالجة حالتين تعاني من مخاوف الأماكن المفتوحة عن طريق أسلوب التعريض للمثيرات المقلقة بطرق علمية. (Cottraux, 2011 : p 26-27)

3) السلوكيون (les behavioristes) (1950-1930) :

السلوكي الأول هو بافلوف "Pavlov" صاحب نظرية التعلم الشرطي حيث أثبت في تجاربه أن الكلاب تعلمت أن تستجيب بإفراز اللعاب لمنبهات محايدة كصوت جرس أو ضوء إذا ما أقرن تقديم المنبه المحايد بظهور منبه أصلي هو الطعام .

وقد قدم جون واطسون "Watson" و ماري جونز "Mary Jones" من تجاربهما علي ألبيرت الصغير و الفأر وعلي بيتر الصغير و الأرنب بقصد علاج الخوف مبادئ هامة في العلاج السلوكي و هي أن التعلم الشرطي يفسر مخاوفنا الشاذة و أن هذه المخاوف يمكن أن تنتقل و تعمم و إن عملية الاشرط يمكن أن تستخدم للتخلص من هذا الخوف المكتسب المتعلم . (لويس كامل , 1990 : 15)

ثم في سنة 1937 جاء سكينر "Skinner" صاحب نظرية الاشرط الإجرائي التي تقوم في مجملها علي قاعدة رئيسية مؤداها أن السلوك هو حصيلة ما يؤدي له من نتائج و آثار. (لويس كامل , 1990 : 15)

حيث أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف علي ما يتبع السلوك من نتائج ايجابية (كالتدعيم و المكافأة) او سلبية (العقاب) ومن بين المبادئ الرئيسية لهذه النظرية التعزيز والعقاب و التشكيل .(لويس كامل , 1990 : 15)

نشر جوزيف ولبيه "wolpe" سنة 1958 كتابه الشهير "العلاج بالكف بالنقيض " وشمله بالتفصيلات الخاصة بالإجراءات و النتائج التي حصل عليها من تطبيقه لقواعد التعلم في علاج الإضطرابات العصابية لدي الراشدين كما أورد عددا من الأساليب العلاجية من بينها الطريقة الشهيرة الآن في علاج الخوف و التي تعرف بالتخلص التدريجي من الحساسية "dèsensibilisation systématique des phobies" .

و قد أسس ايزنك و راشمان سنة 1963 أول مجلة علمية مخصصة تماما لتطورات العلاج السلوكي تحت إسم بحوث و علاج السلوك .(السيد عبد الرحمن, محروس الشناوي, 2010 : 14-15)

وتعتبر نظرية التعلم الإجتماعي كما صاغها "باندورا" سنة 1969 إحدى النظريات المعاصرة التي أثرت في تطور حركة العلاج السلوكي و من أهم اسهامات دراسته و تجاربه علي الأطفال التي حاول أن يبين فيها أن كثيرا من الجوانب المرضية من سلوك الأطفال كالعدوان الذي كان من الموضوعات الرئيسية له تتكون بفعل القدوة و مشاهدة الآخرين و هم يقومون بها . (عبد الستار, الدخيل, رضوان ابراهيم, 1993: ص 48)

و يري "باندورا" أن الشخصية هي أساسا نتاج النمذجة والتقليد فالناس يتأثرون بما يلاحظونه بطرق مختارة و قد درس في بحوثه خصائص النموذج و إدراكه و عواقب ملاحظته تحت ظروف أداء مختلفة (لويس كامل, 1990 : 22).

تطور العلاج المعرفي:

قدم تولمان "Tolman" أدلة تجريبية تثبت أن الحيوانات في تجاربه لا تتعلم من خلال العادة كما تتكون بالطرق السلوكية التقليدية، بل تتعلم من خلال معرفتها المسبقة أو من خلال ما يسميه بالخريطة المعرفية. أي أن الفئران في متاهات التعلم تقوم بوضع خريطة معرفية بحيث تدرك كل ممر في المتاهة بعلافته بالممرات الأخرى . (عبد الله عسكر و عبد الستار، سنة 2005 : 249)

وقد استطاع ألبرت إليس "Albert Ellis" سنة 1962 أن يستفيد بنظرية التعلم المعرفي فوضع من خلالها مجموعة من القواعد لتشكيل نظريته في العلاج السلوكي والتي يطلق عليها العلاج العقلاني أو العلاج من خلال الدفع المتعلل "Rational emotive" والفكرة الرئيسية من هذا النوع من العلاج تقوم على تعديل ما يقوله الفرد لنفسه على أساس أن ما يقوله الفرد لنفسه داخليا هو العامل الرئيسي في تشكيل استجاباتهم الانفعالية نحو المواقف والأشياء. (عبد الله عسكر و عبد الستار، سنة 2005: 249)

أما فيما يخص أعمال "بياك - Beck" والعلاج المعرفي سنة 1959 التي أنجزها حول الاكتئاب في جامعة بنسلفانيا و "جورج كيلبي فقد طور نظرية "البناء الشخصي" و هو يعتبر أيضا من مؤسسي العلاج المعرفي كما يجدر ذكر أعمال "جون بياجيه" في بناء التفكير التي تعتبر من العوامل الأساسية في تطور العلاج المعرفي. (بلميهوب, 2014: 31-32)

التيار الثالث للعلاج المعرفي السلوكي:

يعد التيار السلوكي الأول و المعرفي الثاني ، بدأ التيار الثالث في الانتشار أو الظهور هذا الشكل الجديد من العلاج يهتم أكثر بالعلاقة بين العاطفة و المعرفة، اللذان أعطيا مكانا للأعمال المهمة في العلاج بكامل الوعي حيث العلاج يتوقف على مساعدة المفحوص على تحرير أفكاره من أجل الوصول إلى اتصال مباشر مع عواطفه المعاشة والوصول إلى سلوك يتوافق مع قيمه الشخصية. (Cottraux ,2011 :p30)

تطور العلاج منذ 1995 عن طريق الغمر في الواقع الافتراضي الذي يعدل في الطرق التعريض وذلك باقتراح المواجهة للوضعيات تكون في العالم الخيالي قبل العالم الحقيقي خصوصا في الرهاب الخاص.

من بين الأحداث البارزة هي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات الشخصية خاصة : الحدية والقلقة والشخصيات الرهابية. (Cottraux ,2011 :p30)

تاريخ العلاج المعرفي السلوكي عرف تسارع في عشرة سنوات الاخيرة على أساس دراسات تجريبية وأعمال عيادية في أغلبية الدول المتطورة أصبح التيار الرائد في العلاجات النفسية لأنه يعتمد على دراسات علمية. (Cottraux ,2011 :p30)

II. تعريف العلاج المعرفي السلوكي :

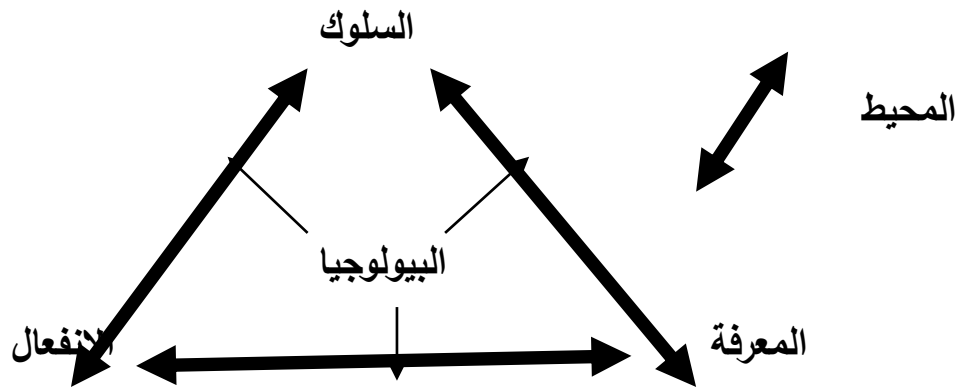
يعد العلاج السلوكي المعرفي شكلا حديثا نسبيا من أشكال العلاج النفسي و نشأ هذا النوع من العلاج بعد أن رأت فئة كبيرة من المعالجين السلوكيين عدم الاقتصار علي ربط العلاج السلوكي بنظريات الشخصية و النظريات الإنفعالية و الإجتماعية في علم النفس و من هنا كان هناك علاج متعدد المحاور يشمل الأساليب السلوكية القائمة علي نظريات التعلم و أساليب العلاج الدهني أو المعرفي و التي تركز علي تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير و التدريب علي حل المشكلات و الأساليب الاجتماعية بما فيها التدريب علي المهارات الاجتماعية و التفاعل الاجتماعي الجيد خلال ملاحظة النماذج السلوكية و القدوة . (شقير , 2002 : 216)

تعريف كندول (kendall) : " هو محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبتت نجاحها في التعامل مع السلوك و مع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه بالإضافة إلى ذلك يهتم بالجانب الوجداني للمريض و بالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية, سلوكية ,انفعالية ,اجتماعية و بيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه " (الغامدي , 2013 : 144-145)

تعريف زينب محمود شقير : " العلاج السلوكي المعرفي الذي يعد أحد التيارات العلاجية الحديثة و الذي يعد من أكثر الأساليب العلاجية المستخدمة في السنوات الأخيرة و الذي يهتم بالمدخل المعرفي للإضطرابات النفسية ويهدف إلي تعديل إدراكات العميل المشوهة و يعمل علي أن يحل محلها طرقا أكثر ملاءمة للتفكير و ذلك من اجل إحداث تغييرات معرفية و سلوكية و انفعالية لدي العميل و يمثل العلاج المعرفي السلوكي في هذا الإطار شكلا من أشكال العلاج يتسم بالفاعلية و التنظيم كما يتحدد بوقت معين و هو عملية تتسم بالتعاون بين المعالج و المريض من اجل دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف و التوافق و نماذج تخيلاته و تفكيره و فحصه والتوصل إلي الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية" (شقير , 2002 : 216)

تعريف حامد أحمد الغامدي: " يعد اتجاها علاجيا حديثا نسبيا فهو يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة، والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات، ويتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفيا وانفعاليا وسلوكيا ، بحيث يستخدم العديد من الفنيات، سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية بين المعالج والمريض، فتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما سيعتقد فيه من أفكار مشوهه، واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفيا تعد المسؤولة عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض " (الغامدي، 2010 : 20)

تعريف جون كوترو : "العلاج السلوكي المعرفي هو يمثل تطبيق علم النفس العلمي لحل المشكلات العيادية في مجال العلاج النفسي حيث يتم التركيز علي استعمال المنهج التجريبي من أجل فهم وتعديل الاضطرابات النفسية التي تعرقل حياة المريض " (3 : 2011, Cottraux)
و يرتكز العلاج السلوكي المعرفي علي نظريات التعلم : الاشرط الكلاسيكي و الإجرائي ،
التعلم الاجتماعي فهو يعتمد علي تعديل السلوك الملاحظ (حركي و لفظي) و كذلك النموذج المعرفي الذي يستند علي دراسة معالجة المعلومات أي سيرورة التفكير الشعوري و اللاشعوري الذي ينظم تصورات الأحداث التي تقع في محيط الفرد . (4-3 : 2011, Cottraux)
وضع "جون كوترو" في مخطط المستويات التي يعتمد عليها العلاج السلوكي المعرفي و كذلك التفاعل بين هذه المستويات و هي السلوك و الانفعال و المعرفة و علاقتهما مع المحيط و العوامل البيولوجية حيث في كل مستوي يتم التدخل العلاجي . (4-3 : 2011, Cottraux)



الشكل رقم (2) النموذج التفاعلي

(Cottraux ,2001 : 5)

و مما سبق يمكن القول ان العلاج السلوكي المعرفي هو تقنية علاجية تهدف إلى تحقيق تغييرات في سلوك الفرد و أفكاره من خلال استعمال تقنيات معرفية و سلوكية و انفعالية حيث تصبح حياته و حياة المحيطين به أكثر فعالية و ايجابية و يعتمد في ذلك علي حقائق علمية و تجريبية في ميدان السلوك التي كانت مرتبطة بنظريات التعلم .

III. تقنيات العلاج السلوكي المعرفي :

1) التحصين التدريجي (أو التطمين التدريجي المنظم):

هو أسلوب من أساليب العلاج السلوكي يستخدم في علاج حالات القلق و الخوف و يرجع تطوير هذا الأسلوب و استخدامه في مجال العلاج النفسي الي جوزيف ولبيه و مما هو جدير بالذكر أن العلماء المسلمين كان لهم سبق في الكتابة عنه مثل الإمام الغزالي و ابن القيم الجوزية . (السيد عبد الرحمن الشناوي , 2010 : 93) فهو طريقة يري فيها المريض سلسلة من المثيرات التي تسبب القلق له مع الاسترخاء حيث يطلب منه أن يتخيل المثيرات المقلقة علي نحو تدريجي . (فايد , 2008 : 70)

و يتم تنفيذ هذه الفنية العلاجية على أربعة مراحل هي تدريب المفحوص علي الاسترخاء العضلي ثم تحديد المواقف المثيرة للقلق من خلال الأسئلة التي تجري خلال المقابلات التمهيدية أو من خلال استخدام المقاييس السلوكية ثم وضع المنبهات المثيرة للقلق في قائمة متدرجة من الأقل الي الأعلى و نطلب من المفحوص و هو في حالة استرخاء أن يتصور هذه المواقف المقلقة (بمعنى آخر التعرض لأقل المنبهات المثيرة للقلق إما بطريقة التخيل أو في مواقف حية، مع الاسترخاء ثم التدرج لمنبهات أخرى حتى نهاية القائمة). (عسكر و عبد الستار، 2005 : 251).

2) التدريب علي الاسترخاء :

يعرف الاسترخاء علميا بأنه توفيق كامل لكل الانقباضات و التقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، وقد ابتكر "جاكوبسون (1938)" أسلوب الاسترخاء التصاعدي " Progressive relaxation" موضحا أنه يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين مرضى القلق.

(عسكر و عبد الستار، 2005 : 251)

(3) أسلوب الغمر :

وهو يقوم علي فكرة وضع الشخص في الموقف الذي يخاف منه مرة واحدة بدلا من التدرج كما هو الحال في التحصين التدريجي فمثلا اذا كان شخص يخاف من الأماكن المرتفعة يؤخذ إلي هذه الأماكن بحيث ينخفض الخوف والقلق لديه نتيجة تواجده فيها وأحد مميزات هذه الطريقة هي أنها أسرع في تأثيرها من طريقة التحصين التدريجي و لكن يعاب عليها أنها في بعض الأحيان قد تكون نتائجها عكسية فتزيد من استجابة الخوف و القلق لدي الأفراد بدلا من أن تمحوها أو تطفئها وتعتمد طريقة الغمر على تعريض الفرد الذي يعاني من القلق أو الخوف بشكل مباشر إلي المثير الذي يبعث فيه القلق أو الخوف بدلا من تعريضه علي فترات أو بالتدرج .(طه عبد العظيم حسين, 2008 : 163-190)

(4) التعزيز :

يقصد بالتعزيز أي فعل أو حدث يؤدي إلي زيادة احتمال حدوث استجابة معينة أو تكرارها أو هو تقوية السلوك من خلال إضافة مثيرات ايجابية أو إزالة مثيرات منفرة و يعتبر التعزيز من أهم الأسس التي يبني عليها تعديل السلوك لأنه يعمل علي تقوية النتائج المرغوبة ولذا يطلق علي المثير الذي يؤدي إلي تقوية السلوك اسم معزز أو مدعم ومن هذا يعرف التعزيز بأنه الطريقة أو الإجراء الذي يؤدي إلي زيادة احتمال تكرار حدوث السلوك في المستقبل في المواقف المشابهة . (طه عبد العظيم حسين, 2008 : ص190-200)

(5) العقاب :

في هذا الأسلوب من العلاج يعرض المريض لخبرة منفرة اذا قام بالسلوك غير المرغوب و ذلك لكفه ووقفه كلية و من أشكال العقاب ما يكون ماديا و جسميا مثل الضرب و التوبيخ و منع الإثابة مما يسبب الضيق و الألم وعدم الرضا عند الفرد و يعوق ثم يمنع ظهور السلوك غير المرغوب . (قاسم ابو الخير, 2002 : 303)

ففي العقاب يقدم مثير غير سار مع السلوك الذي نريد استئصاله اي هو إضعاف السلوك من خلال إضافة مثير منفرد أو إزالة مثير ايجابي .(فايد, 2008 : 76)

6) التشكيل :

يعد أسلوبا هاما من أساليب تعديل السلوك و بصفة خاصة عندما ينصب الاهتمام علي إكساب الفرد سلوكيات جديدة غير متوفرة في الحصيلة السلوكية للفرد .
أي هو ذلك الإجراء الذي يعمل علي تحليل السلوك إلى عدد من المهمات الفرعية و تعزيزها حتى يتحقق السلوك النهائي .(طه عبد العظيم , 2008 : ص217-245)

7) النمذجة :

يعتبر التعلم بالنمذجة من أهم الأساليب الإرشادية و العلاجية التي تعمل علي تدريب الطفل علي العديد من المهارات الاجتماعية و التي من الممكن أن يكتسب الطفل السلوك من خلال التعلم الاجتماعي و من خلال التعرف علي النماذج السوية و الاقتداء بها أي ما يسمى التعلم بالقدوة حيث يعرض علي الأطفال النماذج المرغوب تعلمها في سلوكهم من خلال قصص .
(شقيير , 2002 : 212-216)

8) إعادة البناء المعرفي :

تهتم هذه الطريقة بتعديل تفكير المريض و استدلالاته و افتراضاته و الاتجاهات التي تقف وراء الجوانب المعرفية لديه .(مفتاح محمد عبد العزيز , 2001 : 65)
في إجراءات إعادة البناء المعرفي يساعد المعالج النفسي المريض علي تحديد السلوكيات المعرفية المكربة له ثم يساعد العميل علي التخلص من هذه الأفكار المؤلمة أو استبدالها بأفكار مرغوب فيها و ربما تكون الأفكار المكربة هي تلك الأفكار التي تظهر الاستجابات الوجدانية مثل الخوف و القلق أو الغضب مثل شخص يقول أنه سوف يموت من الخوف عندما يلقي كلمة في الفصل فانه يمر بقلق ومن المحتمل أن ينخرط في سلوك التجنب مثل ترك الحصص .
يتكون إعادة البناء المعرفي من ثلاث خطوات رئيسية :

- 1-مساعدة المريض علي تحديد الأفكار و المواقف المؤلمة و ذلك بان يطلب من المريض بالتصريح عن الأفكار المؤلمة التي يمر بها في مواقف معينة و ذلك بمراقبة ذاته و يكتب وصفا للمواقف و الأفكار كما تحدث له . (خير الزراد, عيسى سعد , 2014 : 594)
- 2-مساعدة المريض علي تحديد الاستجابة الوجدانية و المزاج الغير السار أو السلوك الإشكالي الذي يتبع التفكير المؤلم و بهذه الطريقة يري المريض كيف أن التفكير المزعج سابق للاستجابة الوجدانية غير السارة . (خير الزراد, عيسى سعد , 2014 : 594)

3-مساعدة المريض علي التوقف عن التفكير في الأفكار المؤلمة بان يفكر في أفكار عقلانية أو أفكار مرغوب فيها و عند قيامه بذلك فمن غير المحتمل أن تكون لديه استجابات وجدانية سالبة . يحدث إعادة البناء المعرفي عندما تستبدل هذه الأفكار المشوهة بأفكار عقلانية مناسبة لا تؤدي الي مزاج أو سلوك مكتئب . (خير الزراد, عيسي سعد , 2014 : 594)

9) (التدريب علي المهارات الاجتماعية :

تعليم المرضى العبارات الذاتية المعينة التي يمكن أن تصدر عنهم في الموقف الإشكالية لتحسين أدائهم أو التأثير في سلوكهم في الموقف .

يتكون التدريب علي التعليم الذاتي من ثلاث خطوات :

1-تحديد الموقف الإشكالي و تعريف السلوك المستهدف المناسب للموقف و من الالهية أيضا تحديد أي سلوك منافس قد يتداخل مع السلوك المرغوب فيه في الموقف الإشكالي .

2-تحديد التعليمات الذاتية الأكثر مساعدة في الموقف الإشكالي .

3- استخدام التدريب علي المهارات السلوكية من اجل تعليم التعليمات الذاتية و لابد أن يمارس الفرد التعليمات في لعب الدور الذي يحاكي الموقف الإشكالي بحيث تعمم التعليمات الذاتية علي الموقف الإشكالي بعد إتمام التدريب علي المهارات السلوكية .

(د خير الزراد, عيسي سعد , 2014 : 594-600)

و افترضت بعض الدراسات أن العميل الذي لديه أفكار غير ملائمة لا يمتلك الأنماط السلوكية الملائمة و لا يتوفر علي المهارات الجيدة لمواجهة العقبات و المشاكل اليومية و بناء المهارات العلائقية و الاجتماعية يتضمن مهارات تعلم الاتصال و التدريب علي التوكيد و تحسين العلاقة و التعامل مع العدوان . (بلميهوب 2014 39)

IV. مبادئ و شروط العلاج المعرفي السلوكي :

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي علي صياغة مشكلة المريض بالاعتماد علي عدة عوامل منها :

-تحديد الأفكار الحالية للمريض (مثل أنا فاشل لا استطيع عمل شئ كما ينبغي)

-تحديد الأفكار التي تساعدهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض و التعرف علي السلوكيات

غير المرغوب فيها (العزلة - التردد) . (الغامدي, 2013 : 154)

-التعرف علي العوامل المفجرة التي أثرت علي أفكار المريض عند ظهور المرض (حادثة محزنة
تغير شئ مألوف) و بعد ذلك يتعرف علي الأسلوب المعرفي الذي يفسر من خلاله المريض
الحوادث التي يتعرض لها (مثل عزو النجاح للحظ و لوم النفس علي الفشل).
-يقوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى و لكنه يستمر في إجراء تعديلات عليها كلما
حصل علي معلومات جديدة .(الغامدي, 2013 :154)
-يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج و المريض تجعل هذا
الأخير يثق في المعالج و يتطلب ذلك قدرة المعالج علي التعاطف و الاهتمام بالمريض و كذلك
علي الاحترام الصادق له و حسن الاستماع بالإضافة إلي كفاءة المعالج التي تظهر من خلال سير
العملية العلاجية .
-يركز العلاج علي الحاضر و في معظم الحالات يتم التركيز علي المشكلات الحالية و علي
مواقف معينة تثير القلق لدي المريض و مع ذلك فقد يتطلب الأمر العودة إلي ماضي الشخص
عندما يحتاج المعالج لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدي المريض .
-العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف إلي جعل المريض معالجا لنفسه كما أنه يهتم كثيرا
بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد التحسن .
-العلاج المعرفي السلوكي علاج قصير المدى .(الغامدي, 2013 :154)
-يعلم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف علي الأفكار والاعتقادات غير الفعالة وكيف
يقومها ويستجيب لها .
يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير والمزاج والسلوك
(الغامدي, 2013 :154).

.V التحالف العلاجي (alliance thérapeutique):

يعتبر التحالف العلاجي خطوة مهمة في سيرورة العلاج تستند علي العلاقة التعاونية
المشتركة بين المعالج والمريض .(Cottraux ,2011 :p13)

عرف " Beck و Alford " : [العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي كعلاقة تعاون تجريبية التي يمكن مقارنتها مع عالمان يعملان معا علي مشكل فالعلاقة العلاجية هي شرط أساسي و لكنه غير كافي فالتغيير في العلاج يكون حسب قدرة و رغبة الشخص و ليس فقط العلاقة العلاجية الجيدة . (Cottraux ,2011 :p13)

التعاون العلاجي بين المعالج و المريض هو مكون أساسي لأي علاج فعال فحين يتخبط الطرفان في اتجاهات مختلفة كما يحدث أحيانا فان ذلك يصيب المعالج و المريض بالإحباط وللحد من هذا الاختلاف يتعين علي كل من المعالج و المريض أن يصلا الي اتفاق في الرأي بصدد أي المشاكل التي تتطلب المساعدة و ماهو هدف العلاج و كيف يخططان لبلوغ هذا الهدف .
فمهمة المعالج ليس أن يحاول إصلاح المريض بل أن يتحالف معه ضد المشكلة إن مفهوم الشراكة العلاجية يتيح للمعالج أن يحصل علي تغذية راجعة قيمة عن كفاءة الفنيات العلاجية و علي المزيد من المعلومات عن أفكار و مشاعر المريض و كلما كانت العلاقة بين الطرفين علاقة مريحة و لها غرض كلما كان بالإمكان أن تتحول الي علاقة طيبة و ذلك بإظهار كثير من الاهتمام و التعاطف و الفهم من قبل المعالج . (الغامدي , 2013 :ص160)

VI. محاور سير العلاج المعرفي السلوكي :

يتم سير العلاج ما بين 10-25 جلسة فيما يخص اضطرابات القلق والوسواس القهري والرهاب والاضطرابات الجنسية والاكتئاب و اضطرابات الشخصية وهو موجه لكل شخص لديه معاناة سواء كان طفل أو مراهق أو راشد أو مسن.

1- مرحلة التحليل الوظيفي (Analyse fonctionnelle) وتشمل الملاحظة و هدفها التعرف علي الوضعيات التي تؤدي الي ظهور السلوك و ذلك بالقيام باستقصاء شامل و محدد عن السلوك و تاريخ ظهوره و كذلك الأفكار و الصور العقلية و الحديث الداخلي المرتبط بالسلوك .
2- تحديد هدف العلاج حيث يتفق المفحوص و المعالج سويا لصياغة افتراضات حول الاضطراب والعوامل المسببة له و هنا يتم إعداد العقد بينهما .
برنامج العلاج و هنا يعمل المعالج علي تطوير لدي المريض قدرات الضبط الذاتي لسلوكياته وتأكيد الذات . (Cottraux ,ed2001, p6-7)

3- تقييم العلاج و ذلك من خلال مقارنة المعطيات قبل و بعد العلاج.
(Cottraux ,ed2001, p6-7)

VII. مراحل العلاج السلوكي المعرفي :

- 1- prise de contacte : تأسيس علاقة ايجابية تعاونية من خلال التحالف العلاجي مع تحديد المشاكل الانفعالية و السلوكية و المعرفية التي تدفع إلي طلب المريض المساعدة .
- 2- إقامة التشخيص حسب DSM IV-TR
- 3- دراسة الأهداف و الرغبة في التغيير (فالمعالج هنا يحدد المشاكل التي آتي من اجلها المريض و يريد تعديلها و يقوم كذلك بتقييم رغبته في التغيير .
- 4- التحليل الوظيفي فهناك عدة شبكات تسمح بتحليل العلاقات المتبادلة بين السلوك و الانفعال و المعرفة .
- 5- استعمال المقاييس (الاختبارات و السلايم النفسية)
- 6- شرح المشاكل النفسية و التقنيات التي سوف تطبق و التي تضمن تغيير السلوكات و الانفعالات و الأفكار. (Cottraux, 2004 :153-152)
- 7- بناء الفرضيات مع المريض حول كيفية تحديد أولويات التدخل و بماذا يجب البدء.
- 8- إقامة سلم للمشاكل مثلا تحديد مقياس للخوف (0 الي 100) الذي يسمح بترتيب مخاوف المريض التي سوف يتم تعريضه لها .
- 9- تقييم نتائج العلاج
- 10- المتابعة (Cottraux, 2004 :153-152)

VIII. العلاج السلوكي المعرفي للرهاب الاجتماعي :

العلاج السلوكي المعرفي للرهاب الاجتماعي يجمع بين 3 تقنيات أساسية هي التعريض و التدريب علي المهارات الاجتماعية و إعادة البناء المعرفي. (Servant, 2002 :86-88)

1-التعريض :

التعريض يقود إلي التخفيف من القلق بواسطة آلية التعود فعندما يتعرض المريض للوضعيات التي يخشاها القلق يرتفع في البداية ثم ينخفض تدريجيا مع احترام المدة و تكرار التمرين عدة مرات ويقوم المعالج مع المريض باختيار الوضعيات المقلقة و المخيفة بالنسبة له من الوضعيات الأقل شدة إلي الأكثر و التعريض يجب أن يكون تدريجيا مع التكرار .
(Servant, 2002 :83-85)

2-التدريب علي المهارات الاجتماعية :

المهارات الاجتماعية تتمثل في مجموع السلوكات اللفظية(محتوي الحوار) و الغير اللفظية(الايما-النظرات و الصوت)التي يستعملها الفرد في تفاعلاته الاجتماعية التدريب علي المهارات الاجتماعية يهدف إلي تطوير أفضل للمهارات عن طريق التعلم بواسطة عدة تقنيات من بينها (لعب الأدوار - النمذجة - التعزيز الايجابي).
لعب الأدوار يكون حسب الوضعيات التي تعتبر مشكلة بالنسبة للمريض و التي نجدها في التحليل الوظيفي و المعالج هنا يشجع المريض بواسطة التعزيز الايجابي و يقوده إلي تحسين بعض المهارات مع الطلب من المريض تكرار هذا التمرين عدة مرات إلي غاية الوصول إلي السلوك الجديد الأكثر تأكيدا و تطبيق هذه التمارين يجب أن يمتد علي الحياة اليومية .
(Servant, 2002 :83-85)

3-إعادة البناء المعرفي :

أساس هذه التقنية هو تحديد المعتقدات و الافكار السلبية و تعديلها و في الرهاب الاجتماعي الافكار السلبية تتمثل في الخوف من التقييم السلبي من قبل الاخرين و تقييمه السلبي لنفسه ففي الوضعيات الاجتماعية المريض يركز كل اهتمامه علي نفسه و يتهئ له بان كل النظرات موجهة اليه و يكون لديه انطباع بان كل العيون عليه و هذا الاهتمام يكون مرافق بحوار داخلي حول ما يفكر فيه المريض حول نفسه و ما يظن ان الاخرين يفكرون به حوله و اعادة البناء المعرفي يرتكز علي تبادل من نوع سؤال و جواب بين المعالج و المريض انطلاقا من الحوار الداخلي و الافكار المحرفة من اجل اصاله الي نظرة اكثر تكيفا حول العالم الخارجي و داته .
(Servant, 2002 :86-88)

-مساعدة المصاب بالرهاب الاجتماعي بالتدرج في مقابلة الاخرين و التحدث أمامهم بصوت مرتفع و يمكن البدء بمجموعة صغيرة ممن يعرفهم و يحضر كلمة قصيرة يتدرب علي القائها مسبقا ثم يلقيها عليهم و يكرر ذلك و مع كل مرة يزيد من عدد مستمعيه حتي تزداد ثقته بنفسه و يصبح الأمر شيئاً طبيعياً بالنسبة له .

-و يمكن الاستفادة من البرامج النفسية السلوكية لمساعدته في التغلب علي الخجل و تعليمه المهارات التي تمنعه من الوقوع في الحرج في المواقف الطارئة .

-تعزيز ثقته بنفسه و بقدراته .

-تحدي الأفكار الخاطئة التي تسيطر علي الدهن عند التعرض للمواقف الاجتماعية .

(سالم الصيخان , 2010 : 99-100)

الخلاصة :

العلاج السلوكي المعرفي هو احدي طرق العلاج النفسي الذي أثبت فعاليته في العديد من الاضطرابات النفسية فهو من العلاجات القصيرة و السريعة فهو عبارة عن علاج نفسي تعليمي مركز على مشكلة معينة وموجه نحو هدف محدد ومنصب على السلوك المستقبلي، أن العلاج السلوكي المعرفي يهدف إلى علاج اضطرابات نفسية محددة عن طريق تعليم المصاب اكتساب مهارات تكيفيه لتمكينه من تعديل عمليات سوء التكيف السلوكي المعرفي لديه فهو يتفاعل مع الاضطرابات النفسية معرفياً وانفعالياً و سلوكياً معتمداً في ذلك علي تقنيات متعددة من بينها التعزيز و العقاب و النمذجة و التعريض و إعادة البناء المعرفي و التدريب علي المهارات الاجتماعية كما يتطلب هذا العلاج وجود علاقة علاجية جيدة تتميز بالثقة و التعاون بين المريض و المعالج من اجل فهم و تعديل المشاكل التي تعرقل حياة المريض .

الفصل الرابع

منهجية الدراسة :

تمهيد

١. الدراسة الاستطلاعية
٢. حدود الدراسة
٣. منهج الدراسة
٤. الادوات المستعملة في الدراسة
٧. البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي .

خلاصة

تمهيد :

في هذا الفصل سوف نتطرق إلي الجانب التطبيقي من الدراسة حيث سنعرض الدراسة الاستطلاعية و المنهج و الأدوات المستعملة و كيفية إختيار الحالة و الخطة العلاجية المستعملة بكل مراحلها من تقديم الحالة و صيرورة الجلسات العلاجية إلي نهاية العلاج .

1. الدراسة الاستطلاعية :

قمت بزيارة استطلاعية علي مستوي المؤسسة الاستشفائية الجامعية أول نوفمبر 1954 حيث تم إرسالني الي طبيب من المعارف من أجل أن يساعدني في إيجاد حالات تعاني من الرهاب الإجتماعي, و لكن أفادني الطبيب بأن هذه الحالات لا تأتي إلي المستشفى و من الممكن إيجادها في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية نظرا لتوفرها علي مختصين نفسيين, و من هنا أدركت أنه يجب أن أبحث في أحد المؤسسات الجوارية بقرب من مقر سكني فتوجهت إلي واحدة متواجدة في حي الياسمين و تكلمت مع الأخصائية النفسية التي لم تتعاون معي و قالت أنه لم تأتي إليها حالات تعاني من الرهاب الاجتماعي, ثم بعدها تكلمت مع بعض المعارف لكي يساعدوني علي إيجاد حالات تعاني من هذا الإضطراب و لكن لم أجد أي نتيجة ,فجاءتني فكرة و هي الدخول إلي مجموعة خاصة بالمصابين بالرهاب الاجتماعي في الفيسبوك تحوي علي حالات تعاني من هذا الإضطراب فحاولت التكلم معهم و عرفت عن نفسي بأني أخصائية نفسية و لقيت الترحيب منهم و بدأ كل شخص يسرد لي معاناته مع المرض و لكن نظرا لأن هذه الحالات تسكن في ولايات مختلفة بعيدة عن التي أسكن بها من الصعب الالتقاء بهم و تطبيق علاج عليهم, و لكن تابعت البحث حتي وجدت شخص من تلمسان اسمه أمير عمره 26 سنة مستواه الدراسي السنة الثالثة ثانوي لديه 3 اخوة و رتبته الثاني يعمل في أعمال البناء كلما إحتاج إلي المال هو يقول أن حياته متوقفة بسبب هذا المرض لم يستطع اكمال دراسته و لا يستطيع العمل في الاماكن التي تتطلب تفاعلا مع الناس و يقول انه كاره كل شئ و يحب البقاء لوحده و دائما قلق و هو ينتظر الموت حتي ينتهي عذابه و حتي في المنزل يقول انه يجلس لوحده و لا يتكلم مع عائلته و هم يظنون انه عاقل و لا يتكلم كثيرا و لكن هو بالعكس يريد التكلم و و الضحك و لكن لا يستطيع أن يكون علي طبيعته و كذلك هو لا يستطيع الاكل او التكلم في الهاتف امام الناس و لا يستطيع

التكلم مع شخص غريب و يقول انه تظهر عليه اعراض كالارتعاش و احمرار في الوجه و تزداد ضربات قلبه (قلبي يخرج تقول راح نموت) و لما أتكلم مع شخص دائما انزل رأسي في الارض (و كيتجي عيني في عين واحد ندور وجهي) و بعد 4 مقابلات معه لم ألمس رغبته في العلاج كان دائما متردد و خائف من ان يفشل في العلاج و بدأ لا يأتي الي مواعيد الجلسة و نظرا لأن دراستي محددة بمدة معينة اضطرت إلي البحث عن حالة أخرى و لم يكن ذلك سهل بعدها أدركني اليأس في إيجاد حالات و إذا بأحد المصابين بالرهاب يعلمني بوجود شخص من وهران يعاني من هذا الإضطراب و هو عضو في مجموعة المصابين بالرهاب فأعطاني اسمه و بعث له برسالة إضافة و بدأت أتكلم معه و عرضت عليه مساعدتي فرحب بالفكرة و أخذت رقمه و حددت معه موعد في الجامعة التي أدرس بها و ما جعلني أتمسك به هو دافعيته نحو العلاج فقد كانت لديه رغبة قوية في التخلص من هذا الإضطراب الذي أثر عليه و جعله يعاني كثيرا في حياته و من هنا بدأت في المقابلات معه.

II. حدود الدراسة :

الحدود الزمانية : 08-02-2016 الي 30-04-2016

الحدود البشرية : تم تطبيق الدراسة علي حالة واحدة ذكر اسمه توفيق يبلغ عمره 24 سنة .

III. منهج الدراسة :

في هذه الدراسة تم الاعتماد علي المنهج العيادي بجميع وسائله الملاحظة و المقابلة و دراسة الحالة و القياس القبلي باستخدام المقاييس التشخيصية مثل استبيان الخوف الاجتماعي لحسان المالح الذي سوف يستعمل في هذه الدراسة ثم تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الذي يعتمد علي التقنيات السلوكية و المعرفية المختلفة و التي تم اختيارها حسب وضع الحالة مثل التعريض و إعادة البناء المعرفي و التدريب علي المهارات الاجتماعية و بعد الانتهاء من الخطة العلاجية نعيد تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي و هذا ما يسمى بالقياس البعدي و في الأخير نقوم بتقييم فعالية التدخل العلاجي السلوكي المعرفي في علاج الرهاب الاجتماعي .

IV. الأدوات المستعملة في الدراسة :

1. الملاحظة :

هي وسيلة هامة و أساسية في الحصول علي المعلومات اللازمة عن سلوك المريض و تشمل ملاحظة سلوك الفرد في مواقف الحياة الطبيعية , و مواقف التفاعل الاجتماعي بكافة أنواعه و تهدف الملاحظة إلي تسجيل الحقائق الخاصة بسلوك المريض , و تسجيل التغيرات التي تحدث في سلوكه و تحديد العوامل التي تحركه و تفسير السلوك الملاحظ . (محمد سرى , ط2000 , ص 63 - 64) و الهدف من الملاحظة في هذه الدراسة هو ملاحظة سلوك المريض و خصوصا مظاهر الرهاب الاجتماعي و ذلك باستعمال شبكة للملاحظة تشمل جميع المقابلات .

2. المقابلة :

وهي نوع من المحادثة تتم بين المريض و الأخصائي النفسي في موقف مواجهة حسب خطة معينة غايته الحصول علي معلومات عن سلوك المريض و العمل علي حل المشكلات التي يواجهها و بناء علي ذلك تصاغ الأسئلة التي تهدف الي الحصول علي المعلومات عن تاريخ و خصائص شخصية المريض وطبيعة المشكل المطروح أما الهدف من المقابلة فيختلف باختلاف الغاية التي تسعى المقابلة لتحقيقها . (عباس , 1994 : 102 - 103) كان الهدف من المقابلة في هذه الدراسة هو جمع المعلومات حول الحالة مع استخدام المقابلة الحرة في أول مقابلة مع الحالة و ذلك من أجل ترك الحرية للمريض في التعبير عن معاناته أما في المقابلة الثانية استعملت المقابلة النصف موجهة و ذلك بتحديد المجالات التي سوف أتطرق إليها مع ترك الحرية للمريض في التعبير عنها أما المقابلة المقيدة فكانت عند تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يحتوي علي أسئلة تتطلب اجابات محددة .

3. دراسة الحالة :

هي وسيلة أو أسلوب لتجميع المعلومات التي يتم جمعها بكافة الوسائل عن المريض و هي تحليل دقيق للموقف العام للمريض ككل . (زهران , 2005 : 160)

و بحث شامل لأهم خبرات المريض و هي وسيلة لتقديم صورة مجمعة شاملة للشخصية ككل بهدف تجميع المعلومات و مراجعتها و دراستها و تحليلها و تركيبها و تجميعها و تلخيصها و وضع وزن اكلينيكي لكل منها. (زهران , 2005 : 160)

4. الاختبارات و المقاييس :

تعتبر الاختبارات النفسية أداة هامة من حيث أنه تكمل المعلومات التي تحصلنا عليها بطرق الاخرى وقد تسد الثغرات التي توجد في مجموعة المعلومات التي لدينا , و الاختبار يساعدنا علي تأكيد التشخيص النفسي للمفحوص و تقييم إمكانياته و قدراته. (د. اسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي , 2001 , ص 17)

التعريف باختبار الرهاب الاجتماعي لحسان المالح :

قام باعداد هذا المقياس الدكتور حسان المالح سنة 1993 و اعد بنوده من عدة مقاييس مثل استبيان الخوف (ماركس و ماثيو) و مقياس التوتر و تجنب المشكلات الاجتماعية (واطسون و فريندز) و مقياس الرهاب الاجتماعي " ليبويتز " و قد اعدده ليناسب البيئة العربية و قامت بسمات محمد احمد الحسين بتقنيته علي البيئة السودانية .

جدول رقم (2) توزيع المحاور الفرعية لمقياس الرهاب الاجتماعي :

أرقام البنود	عدد البنود	البعد
1-2-3-4-7-10-25-29	8	الخوف من العمل أمام الجماعات الكبيرة (الجماهير).
14-15-16-17-20-21-24-26-34-36	12	الخوف من العمل و الأداء تحت الرقابة المباشرة .
15-16-17-20-21-24-26-27-34-36-14	10	الخوف من المبادرة بالعمل أمام الآخرين .
11-12-13-22-33-35	6	الخوف من الاتصال و التفاعل الشخصي المباشر

تصحيح المقياس :

يقراً المفحوص عبارات المقياس الذي يتكون من (38) فقرة ذات قياسين احدها يقيس درجة القلق والأخر يقيس درجة التجنب أو الهروب حيث تم توزيع أربعه بدائل لكل من درجة القلق و كذا التجنب ("لا" يقابلها 0 - "قليلة" يقابلها 1 -"متكررة" يقابلها 2 - "كثيرة" يقابلها 3).

و تعطي درجات من صفر الي 3 تجمع الدرجات و تقارن الدرجات بالجدول الآتي لتحديد درجة القلق و درجة التجنب .

جدول رقم (3) يوضح درجات شدة الرهاب الاجتماعي

الدرجات	معنى الدرجات
27-0	عدم وجود خوف اجتماعي
56-28	خوف اجتماعي خفيف
84-57	خوف اجتماعي متوسط
85 فما فوق	خوف اجتماعي شديد

(http://xo1990.blogspot.com/2015/03/blog-post_60.html)

v. البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي المستعمل مع الحالة :

اعداد برنامج السلوكي المعرفي يتناسب مع الحالة و ذلك بمساعدة المصاب بالرهاب الاجتماعي علي التعرف علي المعتقدات المعرفية الخاطئة و تعديلها و الخفض من الانفعالات التي ترتبط بسلوكيات التجنب و الانسحاب و تدريبه علي المهارات الاجتماعية و تعريضه للوضعيات الاجتماعية التي يخشاها بالتدرج .

أهداف البرنامج العلاجي :

- تعديل الأفكار السلبية و الغير عقلانية من خلال كشفها و عزلها ثم ابدالها بأفكار ايجابية .
- تخفيض الأعراض الجسمية و الفزيولوجية .
- التعرف علي سلوكيات الأمان و التخلص منها .
- التدريب علي المهارات الاجتماعية و رفع تقديره الذاتي .
- خفض درجات الخوف و القلق .
- مواجهة المواقف الاجتماعية بصورة ملائمة .

مراحل البرنامج العلاجي :

- 1-التعارف و بناء علاقة الثقة مع المريض .
- 2-التشخيص حسب DSM IV-TR و القيام بالتحليل الوظيفي .
- 3-تطبيق اختبار الرهاب الاجتماعي .
- 4-العقد العلاجي و ذلك بتحديد الأهداف العلاجية بالتعاون مع المريض حيث قمنا باعداد قائمة بالوضعيات الاجتماعية التي يخشاها و التي تسبب له القلق و لا يستطيع مواجهتها او يواجهها بصعوبة مع تحديد التقنية المناسبة لكل هدف .
- 5-اقتراح العلاج السلوكي المعرفي حوالي 18 جلسة و البدا بمرحلة التقييم و جمع المعلومات حول المشكل متبوعة بمرحلة العلاج باستعمال تقنيات التعريض و اعادة البناء المعرفي و التدريب علي المهارات الاجتماعية .
- 6-محتوي جلسات البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي يحتوي البرنامج علي 18 جلسة علاجية قائمة علي تقنيات و اساليب معرفية وسلوكية كما يوضحها الجدول التالي :

جدول رقم(4) ملخص البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي

رقم الجلسة	التاريخ و زمن الجلسة	أهداف الجلسة العلاجية	التقنيات المستخدمة
قبل تطبيق العلاج السلوكي المعرفي	(1)	2016/02/08 45د	-كسب ثقة المريض -التعرف علي المريض . -تقييم مدي رغبته في العلاج و التخلص من الرهاب الاجتماعي.
	(2)	2016/02/15 1ساعة	-تحديد الشكوي -التعرف علي تاريخه الشخصي و العائلي و المرضي . -التركيز علي الافكار و المشاكل الحالية .
	(3)	2016/02/22 45د	-تحديد الاعراض -تطبيق الاختبار من أجل قياس شدة الرهاب الاجتماعي. -التشخيص حسب -DSM IV TR لحسن المالح.
الجلسات العلاجية	(4)	2016/02/29 1ساعة	-مناقشة التشخيص و نتائج مقياس الرهاب الاجتماعي . -تعريف المفحوص باضطراب الرهاب الاجتماعي .
	(5)	2016/03/03 1ساعة و 15 د	- التحليل الوظيفي من أجل التعرف علي الوضعيات التي تؤدي الي ظهور السلوك, سيكا .

	<p>و تحديد الانفعالات و الأفكار المصاحبة لها .</p> <p>- شرح مبسط عن البرنامج العلاجي مع تحديد أولويات التدخل من اجل ان يدرك المريض أهمية العلاج .</p> <p>-ترتيب الوضعيات الاجتماعية في مدرج المخاوف من الأقل إلي الأكثر درجة .</p> <p>-تحديد التقنيات العلاجية</p>			
<p>و المقابلة -الملاحظة -تقنية التعريض في الخيال .</p> <p>-الواجب المنزلي : تسجيل السيناريو</p> <p>-البدء في تعريض المريض لهذه المواقف في الخيال مع التكرار حتى ينخفض القلق و الانتقال إلي الوضعيات الأخرى .</p> <p>تسجيل الملاحظة في شبكة الملاحظة الذاتية .</p>	<p>-الاستعلام عن تطور وضعيته العامة و عن شدة الأعراض بصفة خاصة .</p> <p>-شرح مبسط لفنية التعريض في الخيال .</p> <p>-تحضير سيناريو درامي لكل وضعية اجتماعية يخشاها المريض .</p> <p>-البدء في تعريض المريض لهذه المواقف في الخيال مع التكرار حتى ينخفض القلق و الانتقال إلي الوضعيات الأخرى .</p>	<p>2016/03/07</p> <p>2016/03/10</p> <p>1ساعة و 30د</p>	<p>الجلسة (6-7):</p>	
<p>-تقنية إعادة البناء المعرفي -الواجب المنزلي : العمل</p>	<p>-مراجعة الواجب المنزلي .</p> <p>-شرح تقنية إعادة البناء المعرفي -استخراج الأفكار الأوتوماتيكية و التحريفات المعرفية الخاصة</p>	<p>2016/03/14</p> <p>2016/03/17</p>	<p>الجلسة (8-10):</p>	

<p>علي مراقبة أفكاره و تغييرها بأخري أكثر عقلانية و جعل تفكيره دائما ايجابيا .</p>	<p>بالمريض انطلاقا من المواقف و الأحداث التي تعرض لها. -إمداد المريض ببدائل لهدده الأفكار تكون أكثر واقعية . -تعديل أفكار المريض عن نفسه و عن الآخرين من خلال المناقشة و الحوار و التدريب علي التفكير بطريقة ايجابية .</p>	<p>2016/03/21</p> <p>1ساعة و 30د</p>		
<p>-تقنية التعريض التدريجي في الواقع . -لعب ادوار واجب منزلي : إعادة تمارين التعريض في حياته اليومية مع التكرار حتي ينخفض الخوف تدريجيا</p>	<p>-مراجعة الواجب المنزلي و مناقشة الأفكار التي تسببت في خوف و قلق المريض . -شرح تقنية التعريض التدريجي في الواقع . -شرح أهمية عدم استعمال سلوكات الأمان أثناء التعريض . -وضع قائمة تسلسلية بالوضعيات الاجتماعية التي يخشاها المريض -البدا بالوضعية الأقل قلقا . - البدا في التعريض باستعمال لعب الأدوار و الذهاب إلي الأماكن التي يخشاها و جعله يواجه هذه الوضعيات في الواقع. -بعد التأكد من انخفاض الخوف و القلق الانتقال إلي الوضعيات الأخرى الموجودة في القائمة.</p>	<p>2016/03/24 2016/03/28 2016/03/30 2016/04/02</p> <p>1ساعة و 30د</p>	<p>الجلسة (11- :14)</p>	<p>الجلسات العلاجية</p>

<p>-تقنية التدريب علي المهارات الاجتماعية -لعب الأدوار و النمذجة</p>	<p>-مناقشة الواجب المنزلي و علي حسب كيفية مواجهته للمواقف الاجتماعية نستخرج اذا كان هناك نقص عند المريض في المهارات الاجتماعية . -تدريب المريض علي كيفية استخدام هذه المهارات الاجتماعية. -تكرار التمارين عدة مرات حتى استخدام هذه المهارات الاجتماعية. -تكرار التمارين عدة مرات حتى يكتسب المريض المهارات الاجتماعية المطلوبة وذلك باستعمال لعب الأدوار و النمذجة</p>	<p>2016/04/04 2016/04/11 1ساعة و 30د</p>	<p>الجلسة -15) :(16</p>
<p>-مقياس الرهاب الاجتماعي ل حسان المالح .</p>	<p>-الإنهاء و المتابعة -العودة إلي مخاوف انتهاء العلاج -مناقشة التقنيات التي كانت أكثر فعالية في خفض الرهاب الاجتماعي -إعادة تطبيق اختبار الرهاب الاجتماعي .</p>	<p>2016/04/14 2016/04/30 1ساعة و 30د</p>	<p>الجلسة -17) (18</p>

الخلاصة :

لقد تم عرض أهم الأسس والتقنيات التي ارتكز عليها الجانب التطبيقي للدراسة بدأ بالدراسة الاستطلاعية و كيفية ايجاد الحالة المناسبة للدراسة ثم تحديد المنهج المتبع و هو المنهج العيادي بجميع وسائله الملاحظة و القابلة العيادية و دراسة الحالة و مقياس الرهاب الاجتماعي لحسان المالح حيث عرفته مع ذكر كيفية تطبيقه و تصحيحه و في الأخير وضحت سيرورة الجلسات العلاجية بذكر تاريخها و أهدافها و التقنيات العلاجية المستعملة فيها .

الفصل الخامس

الدراسة الاساسية :

- ا. تقديم الحالة
- اا. ملخص سير الجلسات العلاجية

1. تقديم الحالة :

أولاً :البيانات الأولية:

الاسم : توفيق
الجنس: ذكر
المهنة : محاسب
عدد الاخوة : 5
السن : 24 سنة
المستوى التعليمي : السنة الثانية جامعي
الحالة الاجتماعية : أعزب
الرتبة : 2
تاريخ الازدياد: 02 جانفي 1992
مكان الميلاد : وهران

ثانياً :التحويل:

الجهة المحول منها:صديق الحالة

سبب الطلب : الخوف من التواصل الاجتماعي .

ثالثاً : الشكوى:

الشخص الذي أخذت منه المعلومات: العميل نفسه

الشكوى الحالية:

يذكر توفيق أنه يعاني من قلق و خوف شديد إذا تعرض لمواقف صعبة كالتواجد في مكان عام أو في المناسبات العائلية و هو يخاف من نظرات الأشخاص الغرباء و لا يستطيع النظر إليهم و بالنسبة لبداية أعراض حالته يقول أنها بدأت منذ الطفولة و كان انعزاله و انسحابه تدريجياً ،حتى وصل به الخوف إلى درجة انه كره حياته ،و يضيف الحالة أنه يثق في قدراته و أنه مؤهل لفعل أي شيء و لكن خوفه يسيطر عليه و يكتفه وأنه من أحسن أن يبقى بعيداً عن الناس تجنباً للإحراج فهو يقول : "أنا المَرَضُ حَظْمَنِي و عياني و موليتش نحس بطعم دنيا خسرتي صحابي و عائلتي وليت نحس روجي مكتف رغم أفكارني و دخيرتي المعرفية نحس روجي وحدي معدب فوق الأرض لحتي ونتي هذه المعاناة و الخوف راني حاب نتهني و نخرج من هذه المعاناة "

رابعاً : التاريخ النفسي السابق:

لا يستطيع التواصل و التحدث مع أشخاص غرباء ،أو حتى التواجد مع أشخاص في أماكن عامة(الأسواق - المطاعم - المقاهي) ،كما يعاني الحالة من العزلة و الانسحاب الاجتماعي لدرجة أنه أصبح حبيس المنزل، و يضيف أنه إذا ذهب إلى إحدى المناسبات ،فإنه يتجنب الحديث ،و إذا اقترب منه شخص للتحدث معه ،يصاب بحالة من الخوف الشديد ،و ضيق التنفس ،و التعرق ،و احمرار في الوجه و خفقان القلب فينسحب.

خامسا : التاريخ العائلي :

ترب توفيق في أسرة متكونة من 8 أفراد ، الأب و الأم و الإخوة منهم اثنان ذكور و ثلاثة بنات و يعد هو الطفل الثاني ، و يقول الحالة أنه حضي بكل الاهتمام و التدليل خصوصا من طرف والدته ،إلا أن والده كان صارم نوعا ما في تربيته لهم و كان يتعامل بقسوة معهم ،و أنه حاد الطباع فقد كان يضرب أمه أمامه و هذا جعله يشعر بالخوف فهو يقول "بويا كان واعر يضرب الوالدة تاعي و حنا تاني صعيب معنا " .

سادسا : التاريخ التطوري والشخصي:

الولادة :طبيعية ، الرضاعة طبيعية

مرحلة الطفولة: يقول أنها كانت مرحلة مليئة بالمشاكل العائلية التي كانت تؤثر عليه و زرعت فيه الخوف نظرا لقسوة الأب و سيطرته و ضربه له و انه لم يكن يستطيع الكلام او التعبير عن نفسه (بلع فمك لا تتكلم) .

مرحلة المراهقة:كانت مرحلة صعبة عليه لان خوفه من الناس قد زاد و أصبح أكثر انطواء و لا يخرج من المنزل إلا للذهاب إلى الدراسة و لا يذهب عند أقاربه لدرجة أنهم لا يعرفونه وليس لديه أصدقاء فهو يقول "ماكانش عندي صحاب و حتي فميلتي ما نروحش عندهم حتي خطرة شافوني معرفونيش "

التاريخ المدرسي: يقول أنه لم كان تلميذ متوسط و لم يكن يشارك في القسم و يخاف كثيرا من المعلمين و كان منعزلا و ليس لديه أصدقاء .

العمل : يقول انه يحب عمله رغم انه يعاني صعوبات في التكيف مع زملائه في العمل فهو لا يعرف كيف يتواصل معهم و لا يستطيع الدفاع عن حقوقه في العمل فهو يقول "تخدم خدمتي و منداصرهمش باه ما يعرفوش بلي نخاف " و "يدمرولي الخدمة غير ليا و حاقريني خاطر شاننا منهدرش " .

سابعا : التاريخ المرضي الشخصي :

الأمراض العضوية : لا يعاني الحالة من أي مرض عضوي .

عمليات جراحية: لم يخضع المريض إلى أية عملية جراحية خلال حياته.

إستهلاكه للمواد المخدرة والكحول: المريض لا يتعاطي أي نوع من المخدرات .

الطب النفسي : ذهب عند أخصائية نفسية التي استخدمت معه تقنية التفريغ و لم يشعر بأي

تحسن و أخري شخصت حالته بأنه لا يعاني من شئ و أنها مجرد أوهام .

ثامنا : الفحص النفسي:

1. الهيئة العامة :

الشكل المورفولوجي : المريض ذو قامة معتبرة أي 1.70 م، وزنه في حدود 70 كغ، أسمر البشرة

بشعر أسود، و عينيّ بنيتين له ملامح اليأس وقلة الحيلة، خجول برغم من ذلك لديه إبتسامة جميلة ولكنها حزينة، يبدو مندمرا وغير مرتاح كثير الشكوى عن حالته.

الهندام : مرتب و نظيف دائما .

الصحة الجسدية: جيد ، لا وجود لتشوهات خلقية أو إعاقات بدنية.

تعبير الوجه : تظهر عليه ملامح الحزن و الخجل .

التواصل البصري : يتجنب التواصل البصري فعندا يتكلم ينظردائما الي الأسفل .

2. الاتصال : صعب التواصل مع المريض في المقابلات الأولى و لكن بعد كسب ثقته و

تعوده عليا أصبح جد متعاون .

3. المزاج و العاطفة : مزاجه هادئ و محب للناس .

4. القدرات العقلية :

الفهم و الاستيعاب: جيد فهو يفهم الأسئلة المطروحة عليه .

الوعي : واعي و مستبصر بمرضه

الانتباه و التركيز : تركيزه مضطرب بسبب قلقه و خوفه تركيزه موجه نحو ذاته .

التفكير : أفكاره مترابطة و متسلسلة و لكنها غير عقلانية كقوله " اقلق الناس بخوفي " و "كل الناس تنظر اليأ " .

الانفعال : خوف و قلق من التواصل مع الناس و غضب و خزن عندما يتكلم عن معاناته مع مرضه .

السلوك : هادئ لم يكن كثير الحركة يرتبك عندما يقترب منه شخص .

اللغة :مفهومة و واضحة قليل الكلام و الصمت في بعض الأحيان .

5. السلوك و التوجه نحو الفاحص: كان صعب التواصل معه في البداية و لكن بعد شعوره بالراحة أصبح جد متعاون و يتجاوب مع الأسئلة المطروحة و يقوم بواجباته المنزلية فرغبته في الشفاء كانت واضحة .

6. العلاقات الاجتماعية : ليس لدي أصدقاء يمضي معظم وقته وحيدا منعزلا عن الناس و لا يقيم أي علاقات اجتماعية .

تاسعا : الأدوات والمقاييس النفسية المستخدمة :

تم إجراء 3 مقابلات مع المفحوص لتحديد الأعراض ثم طبقت عليه مقياس الرهاب الاجتماعي لحسان المالح حيث حصل المفحوص علي درجة 104 في شدة القلق و درجة 97 في درجة التجنب وهي تشير الي خوف اجتماعي شديد .

عاشرا :التشخيص :

يعاني المفحوص من رهاب إجتماعي شديد ،وهذا حسب نتيجة المقياس الذي طبق عليه حيث تحصل على درجة عالية تشير إلي خوف اجتماعي شديد بالإضافة إلى المقابلات.ووفقا لتطابق الأعراض مع الأعراض الموجودة في الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع المعدل DSM IV–TR و المتمثلة في :

- قلق و خوف واضح و مستمر في عدة مواقف اجتماعية من بينها التكلم مع شخص غريب و الذهاب عند الأقارب و إلي أماكن عامة مثل الأسواق و المقاهي و البلدية و التكلم في التلفون أمام الناس و ركوب الحافلة .

-يدرك أن خوفه مبالغ فيه و غير مبرر

-يتجنب المواقف الاجتماعية التي يخشاها او يتحملها مع قلق و خوف كبير .

-الخوف من أن يكون عرضة لملاحظة الآخرين .

-الخوف من أن يتصرف بطريقة مخزية أمام الآخرين .

-الشعور بأعراض و علامات جسمية مثل التعرق و احمرار في الوجه و مغص في البطن و صعوبة في التنفس و زيادة ضربات القلب و مما سبق يمكن القول أن الحالة يعاني من الرهاب الاجتماعي المعمم.

II. ملخص سير الجلسات العلاجية :

محتوي الجلسة 1 :

-استقبال المريض و الترحيب به من أجل اقامة علاقة تحالفية قائمة علي الثقة المتبادلة مع طمئنة المريض أن جميع المعلومات تكون في سرية تامة .

-التعرف علي المريض و ترك له الحرية في التعبير عن معاناته و معرفة مدى رغبته في التخلص من هذا الاضطراب حيث قال "أنا راني حاب نخرج من هذه المعاناة و تنتهي منها و نريح "

محتوي الجلسة 2 :

-الاستماع لشكوي المريض و الاستفسار عن حالته النفسية و الانفعالية و الاجتماعية .

-التعرف علي تاريخ المريض الشخصي و العائلي و المرضي .

محتوي الجلسة 3:

-في بداية الجلسة قمت بالتحقق من ردود فعل المريض اتجاه الجلسات السابقة و ادا كان لديه تساؤلات أو قضايا يرغب في مناقشتها .

-تحديد الأعراض التي يشتكي منها المريض و ما هي المواقف المسببة لظهور هذه الأعراض و كذلك الأفكار التي تحدث قبل و أثناء و بعد المواقف و ماهو التصرف الذي قام به لمواجهة تلك المواقف .

-تمرير مقياس الرهاب الاجتماعي لحسان المالح لقياس شدة الرهاب الاجتماعي .

-التشخيص استنادا علي الأعراض و تدعيما بنتائج المقياس .

محتوي الجلسة 4 :

البدأ بمناقشة التشخيص و نتائج مقياس الرهاب الاجتماعي حيث حصل المفحوص علي درجة 104 في شدة القلق و درجة 97 في درجة التجنب أو الهروب و هذه الدرجات تشير الي رهاب اجتماعي شديد .

-تعريف المريض باضطراب الرهاب الاجتماعي و بأثاره النفسية و الجسمية و في نهاية الجلسة تلخيص مدار فيها من أقوال المريض و اصفاء تفسيرات التي تساعده علي استيعاب مشكلته و ما يجب أن يفعله حتي يتخلص منها .

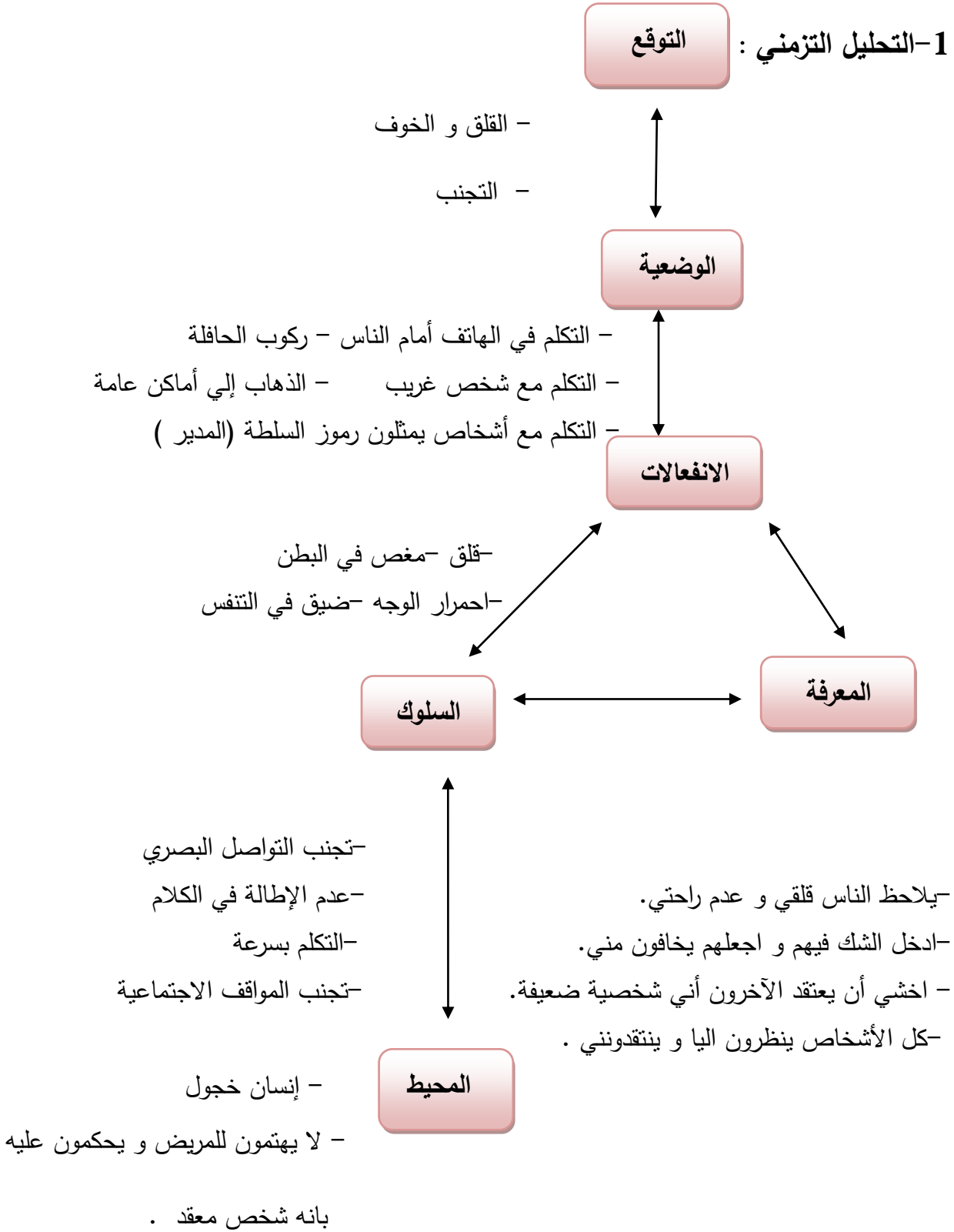
محتوي الجلسة 5 :

-القيام بالتحليل الوظيفي من أجل التعرف علي الوضعيات التي تؤدي الي ظهور السلوك مع تحديد الانفعالات و الأفكار المصاحبة لها و كذلك استخراج العوامل المفجرة و العوامل التاريخية و الوراثة التي ادت الي ظهور الاضطراب .

-تقديم شرح مبسط عن البرنامج العلاجي و مبادئه الأساسية و أهميته و كذلك مدة العلاج السلوكي المعرفي و عدد جلساته التي تقدر ب 18 جلسة و التأكيد علي ضرورة الالتزام بمواعيد الجلسات و التعاون في أداء الواجبات المنزلية و أهميتها في العلاج .

-تحديد اولويات التدخل و ذلك باعداد قائمة تسلسلية للوضعيات الاجتماعية التي يخشاها المريض و تحديد التقنيات العلاجية التي سوف نستعملها أثناء الجلسات العلاجية و هي التعريض في الخيال و التعريض التدريجي في الواقع و اعادة البناء المعرفي و التدريب علي المهارات الاجتماعية .

مخطط التحليل الوظيفي لشبكة سيكا :



الشكل رقم (3) شبكة سيكا

2- التحليل التاريخي :

- المعطيات البنيوية الممكنة :
- جينية وراثية : - أب عصبي و متسلط
- أم خجولة
- شخصية : - منطوي
- انعدام الثقة بالنفس
- عوامل تاريخية : مشاكل عائلية - تربية صارمة و قسوة الأب .
- عوامل مفجرة أساسية : في سن 17 سنة وقع له حادث تشوه في وجهه بسبب مادة منتهية الصلاحية .
- حوادث معجلة و مسرعة في ظهور السلوك : البدء في العمل .

جدول رقم (5) القائمة التسلسلية للوضعيات الاجتماعية التي يخشاها المريض :

الوضعيات الاجتماعية	شدة القلق (1-5)
- التكلم في الهاتف أمام الناس .	3
- ركوب الحافلة	3
- التكلم مع زملائه في العمل .	4
- التكلم مع شخص غريب	5
- الذهاب إلي أماكن عامة .	5
- التواصل مع أشخاص يمثلون رموز السلطة (المدير-نائب المدير -رئيس المصلحة).	5
- الذهاب لزيارة الأقارب	5

محتوي الجلسة 6-7 (التعريض في الخيال):

-الاستفسار عن تطور الحالة العامة .

-التعريض في الخيال و ذلك بجعل المريض يفكر في الوضعيات التي يخشاها و النتائج المترتبة عنها و منعه من استعمال سلوكيات الأمان .

-الشرح للمريض الهدف من هذه التقنية و مراحل التعريض في الخيال .

-اختيار 2 او 3 وضعيات يخشاها المريض (ركوب الحافلة - التكلم مع شخص غريب - التكلم مع المدير) .

-تحضير سيناريو درامي مدته حوالي 5 دقائق لكل وضعية اجتماعية يخشي المريض مواجهتها .

-وضع جدول يحتوي علي 3 خانات الأولى تحتوي علي الوضعيات التي سوف يتعرض اليها المريض في الخيال و الثانية السيناريو الدرامي و الخانة الأخيرة تحتوي علي الملاحظة أثناء التعريض في الخيال .

جدول رقم (6) التعريض في الخيال

الملاحظة	السيناريو الدرامي	الوضعيات الاجتماعية
- بدأت أعراض القلق في الظهور -زيادة ضربات القلب -الإحساس باختناق -تعرق -خوف و قلق	تخيل نفسك انك أمام المحطة تنتظر قدوم الحافلة جاءت و بدأ الناس بالصعود بقيت أنت في الأخير ثم صعدت و لم تجد مكانا بقيت واقفا و الكل ينظر إليك بدأت تخاف من نظراتهم و بدأ قلبك يخفق و الحرارة ترتفع في جسمك بدأ وجهك يحمر و شعرت بعدم الراحة طلب منك السائق الابتعاد قليلا عن الباب نظرت إليه بخوف ولم تستطع الرد عليه خوفا من نقد الناس بان يعتبروك شخص	ركوب الحافلة

	غير طبيعي .	
<p>-عدم الراحة -قلق و خوف -تعرق و ارتفاع درجة حرارة الجسم</p>	<p>تخيل نفسك تمشي في الشارع و ادا بشخص يقترب منك رويدا رويدا القى التحية عليك و أنت رديت عليه بخوف و قلق و أنت تتلعثم في الكلام و تقول ماذا يريد هذا مني فسألك الشخص عن عنوان طبيب ادا تعرفه فأجبتة فورا و بدون تفكير انك لا تعرفه و انسحبت .</p>	التكلم مع شخص غريب
<p>-صوت منخفض -سرعة في الكلام -تلعثم في الكلام -عدم التركيز في الكلام -شحوب في الوجه</p>	<p>تخيل نفسك تطرق باب المدير لتقابله أعطاك الادن فدخلت ألقىت التحية بصوت منخفض و أنت تنظر إليه بخوف و قلق و هو ينظر في ملفاته قال لك ما سبب قدومك فارتبكت و لم تعد تعرف سبب حضورك ثم استجمعت نفسك و بدأت في الكلام انك تريد عطلة مرضية و لم يتم التوقيع عليها و أردت معرفة السبب فقال انه سينظر في أمرك فشكرته و خرجت.</p>	التكلم مع المدير

-استعمال التخيل العقلي اي ما يراه و ما يسمعه و ما يفكر فيه الانفعالات و الإحساسات الجسدية
و تسجيلها في الجدول السابق .

-الطلب من المريض قراءة السيناريو بصوت مرتفع و نقوم بملاحظة انفعالاته .

- واجب منزلي : تسجيل السيناريو Audio و سماعه في البيت كل يوم وبعد كل سماع تسجيل الملاحظة في شبكة الملاحظة الذاتية .

-الإكمال في التعريض مادام القلق و الخوف لم يذهب و الانتقال إلي الوضعيات الأخرى .

محتوي الجلسة 8-10(إعادة البناء المعرفي):

-مناقشة الواجب المنزلي

-تحديد الأفكار الأتوماتيكية و التحريفات المعرفية و استبدالها بأفكار متكيفة.

-وضع الأفكار الاتوماتيكية و التحريفات المعرفية الخاصة بالمريض في الجدول .

جدول رقم (7) تحديد التحريفات المعرفية و الأفكار الأتوماتيكية

التحريفات المعرفية	الأفكار الاتوماتيكية
-قراءة الأفكار (أري أنهم يجدون أنني غبي) -التعميم(إذا احمررت افقد ثقتهم بي دائما يقوموا الآخرون بالحكم السلبي علي الأشخاص المنفعلين و الخائفين و القلقين) -الاستنتاج الانتقائي(الآخرون تسلك منهم سلوكات الرفض أو الاستغلال او الاعتداء) -التفكير العاطفي (أحس أنني غير كفؤ ادا أنا غير كفؤ أحس نفسي مقيد بالخوف). -الحكم علي القيم الشخصية (لقد قمت بخطأ و ظهرت قلق لقد وجدت صعوبة في تسيير المحادثة و في النتيجة أنا شخص ليس لدي القدرة و لست مهم في المجتمع)	-عدم راحتي الخارجية يتم ملاحظتها بسهولة -دائما ينتقدي الآخرون في كل وقت و في كل مكان -اعتقد أن الآخرين يلاحظون هذه الأعراض الجسمية عليا و يفسرونها كعلامات علي فشلي و بأني شخص معقد . -أنا شخص ضعيف الشخصية وغير مهم لا اجلب الانتباه و ليس لدي ما أقوله لا اعرف كيف أتكلم مع الآخرين .

- عزل الأفكار في جدول تسجيل الأفكار الاتوماتيكية

-التدخل من اجل إعادة البناء المعرفي بواسطة الأسئلة السقراطية (هل كنت فعلا محور الانتباه؟ هل أعراضك كانت جد ملاحظة و ظاهرة للآخرين ؟ الحاضرون هل لاحظوا ذلك الي هذه الدرجة ؟)

-جعل المريض يدرك انه ليس ملاحظ من طرف الآخرين كما يعتقد و أن كل أعراضه ليست ظاهرة فقط هو يحس بها و ليس من الضروري أن الآخرين يلاحظون ذلك .

جدول رقم (8) تسجيل الأفكار الاتوماتيكية

النتائج	الفكرة المتكيفة	الأفكار الاتوماتيكية	الانفعال	الوضعية الاجتماعية
فكرة ان الناس لا يرون خوفه جعلته اكثر راحة .	-الاشخاص ينظرون الي اي شخص يدخل الي المطعم . -خوفك لا يراه اي احد فقط انت تحس به.	-كل الاشخاص ينظرون اليا . -يعرفون اني خائف و مرهوب . -اعطوني اصغر قطعة في الدجاج.	- خوف - قلق - ارتباك - عدم الراحة	الذهاب لتناول العشاء مع اصدقائه
-بدأ يتسائل عن كيفية جعل الناس يهتمون به او كيف يثبت داته . -ادرك انه ينقصه المهارات الاجتماعية .	-يدهبون لانهم اكملوا كلامهم معك . -لم يجدوك متجاوب معهم في الحديث بسبب خوفك منهم . -بالعكس سوف يشجعونك و يدعموك لان الخجل ليس عيب .	-اقلقهم بخوفي فيدهبون و يتركونني -كلامي لا يجلب اهتمامهم . -سوف يعرفون اني دو شخصية ضعيفة و يستغلون ذلك.	- خوف و قلق - ارتباك	التكلم مع زملائه في العمل

<p>فكرة ان النتائج المترتبة علي خوفه لا تضره جعلته اكثر راحة.</p>	<p>-هل من لاحظ عدم راحتك من الضروري ان يقوم بالحكم عليك . -و اذا نظروا اليك ماذا سيحدث سوف اقلق و ماذا سيحدث لك سوف يقولون اني شخص غير طبيعي.</p>	<p>-الجميع ينظر اليا -سوف اخاف اذا تكلمت سوف يعرفون اني قلق.</p>	<p>-ارتباك -خوف و قلق</p>	<p>ركوب الحافلة</p>
<p>-تقبل الفكرة و الشعور بالراحة -حضر اجتماع و استطاع ان يشارك و يتكلم و حتي عندما نقده المدير اجابه بكل عفوية و من غير خوف لأنه ركز في المحادثة.</p>	<p>-اذا كنت تتقن عملك يمكنك المشاركة في الاجتماع مع التركيز فيما تقوله و ليس في داتك حتي ينخفض خوفك و قلقك .</p>	<p>-سوف يجدون اني غير كفؤ . -سوف يجدون اني غير ملفت للانتباه و غير مهم .</p>	<p>-عدم راحة -قلق -خوف -ارتباك</p>	<p>حضور اجتماع</p>
<p>الشعور بالراحة وأظهر رغبته في زيارة اقاربه في المستقبل .</p>	<p>-هل الشخص الذي لا يتكلم هو شخص معقد بالعكس قد يقولون انه شخص خجول و عاقل .</p>	<p>-سوف يرون اني اخاف و لا اتكلم كثيرا فسوف يحكمون عليا بانني شخص معقد</p>	<p>قلق و خوف عدم الراحة</p>	<p>زيارة الاقارب</p>

(Chaloult Goulet Lan Ngô , 2014 :50)

-واجب منزلي مراقبة أفكاره الاوتوماتيكية و استبدالها بالأفكار المنكيفة التي اكتسبها أثناء جلسة إعادة البناء المعرفي .

محتوي الجلسة 11-14 (التعريض في الواقع):

-مناقشة الواجب المنزلي .

- الانتقال إلي التعريض في الواقع بعد الانتهاء من تعديل أفكاره الغير عقلانية .

-الشرح للمريض الهدف من التقنية و كيف تعمل و مراحلها .

-العودة إلي أهم سلوكات الأمان التي تم تحديدها في جلسات التقييم و الشرح له ضرورة عدم استخدامها أثناء جلسات التعريض (تجنب التواصل البصري -عدم الإطالة في الكلام - تجنب المواقف الاجتماعية - الانسحاب) .

-العودة إلي قائمة الوضعيات الاجتماعية التي يخشاها المريض و التي تم تحديدها في الجلسة الثالثة .

-البدا في التعريض من الوضعية الأقل قلقا إلي الأكثر مع التكرار .

-ملاً شبكة الملاحظة بعد كل حصة .

-الاستمرار في التعريض حتى ينخفض القلق (استعمال لعب الأدوار) .

-واجب منزلي التعرض للمواقف التي يخشاها في حياته اليومية مع التكرار .

جدول رقم (9) التعريض في الواقع

رقم الجلسة	الوضعية الاجتماعية	الملاحظة
(10)	التكلم في الهاتف امام الناس الواجب المنزلي : ركوب الحافلة (مع فكرة و ادا خفت ماذا سيحدث لي و خوفي لا يراه احد ادا لا يجب أن اقلق)	-انخفاض في الصوت -التكلم بارتباك و هو ينظر الي الناس بخوف و عيناه تنتظران يمينا و شمالا مع عدم الإطالة في الحديث و في كل مرة يكرر فيها الموقف ينخفض قلقه . -خوف -قلق -ارتباك - الركوب لمدة قصيرة -تجنب التحدث مع المسافرين . -في كل مرة يكرر فيها ركوب الحافلة مع إعادة الفكرة في ذهنه أصبح أكثر راحة و انخفاض خوفه .
(11)	-التكلم مع زملائه في العمل -القيام بلعب الأدوار حيث يمثل المعالج احد زملائه في العمل (عندما يمر عليه زملائه هل هو يلقي التحية هل ينظر إليهم أم يبقي عينيه في الأسفل . واجب منزلي : إلقاء التحية علي كل زملائه في العمل كل صباح و التكلم معهم أثناء فترات الاستراحة	-تجنب التواصل البصري . -يضحك . -أجوبة قصيرة و مغلقة . -لا يوجد تدخل عفوي . -انخفاض القلق تدريجيا بعد كل محاولة.
	التكلم مع شخص غريب (لعب الأدوار حيث يمثل المعالج دور شخص غريب و المريض يقوم بالتكلم معه يلقي عليه التحية و يسأله عن موقع مكان يريد الذهاب إليه)	-قلق و خوف -عدم الإطالة في الكلام -تجنب التواصل البصري -تلعثم في الكلام

<p>-سرعة الكلام - (تعرف علي شخص غريب و تبادلأ أطراف الحديث و قام الشخص بدعوته للغداء و تبادلأ أرقام الهاتف و بعدها أدرك المريض انه يستطيع إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين و انه أمر سهل و أصبح أكثر راحة .</p>	<p>واجب منزلي : (التكلم مع شخص غريب في الشارع و يطلب منه معلومة (الوقت-عنوان طبيب) مع التكرار حتى يتعود و ينخفض خوفه</p>	<p>(12)</p>
<p>-الذهاب مع المعالج إلي الجامعة (قلق و خوف) -الذهاب مع المعالج إلي الأسواق و المطاعم . -و في كل مرة ينخفض خوفه و يستطيع مواجهة قلقه .</p>	<p>الذهاب إلي أماكن عامة</p>	<p>(13)</p>
<p>-كثرة التبريرات من طرف المريض رغم أن هذا من حقه . -انخفاض صوته أثناء الكلام -تلعثم في الكلام و صمت أحيانا (اا خصني ككونجي وو حظيت الدموند ووو متسنياش) -لا يعبر بوضوح عن طلبه -شحوب في الوجه و خوف واضح.</p>	<p>التكلم مع أشخاص يمثلون رموز السلطة (مدير-رئيسة المصلحة). -من خلال لعب الادوار مثل المعالج دور المدير و المريض يريد طلب عطلة منه (أريد عطلة لقد أودعت طلبي و لم يتم توقيعه و أنا من حقي ذلك لأنني لم أخذ العام السابق و أنا احتاجها فأختي ستتزوج و أريد أن أساعدهم في الترتيبات)</p>	<p>(14)</p>

محتوي الجلسة 15-16 (التدريب علي المهارات الاجتماعية):

-مناقشة الواجب المنزلي .

-تحديد الخلل في المهارات الاجتماعية و اذا كان المريض يحتاج للتدريب عليها

-العمل علي تمارين التدريب علي المهارات الاجتماعية

1-كيفية تكوين طلب و ذلك بتحديد واضح لما يريده و جلب الاهتمام إليه أثناء التكلم بابتسامة و النظر إلي من يتكلم معه و التعبير بطريقة واضحة و واعية عما يريده و استعمال "أنا" بدل "نحن" أثناء طلبه لأمر ما و التعبير عما يحسه و أن يكون حقيقي و عفوي أثناء التكلم و عندما يتحدث معه شخص يركز انتباهه علي محتوى الكلام و الحديث و ليس علي ذاته و خوفه .

2-كيفية القيام برفض الطلب و ذلك بالفهم الجيد للطلب و تكوين واضح للرفض بدون تبريرات كثيرة .

3-كيفية الدخول في حوار و ذلك باختيار موضوع عام مثلا التكلم عن الوقت أو طلب معلومات و التكلم في موضوع متمكن منه و لديه رصيد من المعلومات عليه و التكلم عن ذاته في الأول و عما يفكر فيه قبل أن يسأل الشخص الآخر مع اختيار مواضيع ايجابية .

4-كيفية الاستمرار في المحادثة و ذلك بطرح أسئلة مفتوحة و ليست مغلقة (نعم او لا) حتى يعطي مجال لمواصلة الحوار مع الاستماع الايجابي من اجل تشجيع المحادثة و البحث عن النقاط المشتركة .

5-كيفية وقف المحادثة بطلب الادن هل نستطيع التكلم في وقت آخر مع إنهاء دبلوماسي .

- التدريب علي المهارات الاجتماعية يعتمد علي السلوكات اللفظية (محتوي الحوار) و السلوكات الغير لفظية (الإيماءات و التواصل البصري و الصوت) .
- استخدام تقنية لعب الأدوار و التعزيز الايجابي لتدريبه علي هذه المهارات الاجتماعية
- تكرار التمرين عدة مرات إلي غاية الوصول إلي السلوك المطلوب .

محتوي الجلسة 17-18 (الانهاء و المتابعة):

- مراجعة الطرق المعرفية و السلوكية التي وجدها المريض مفيدة .
- مناقشة المشاكل المحتملة مستقبلا و طرق التعامل معها .
- اعادة تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي لحسان المالح .
- تشجيعه علي الاستخدام المتكرر لكل المهارات المعرفية و السلوكية و المهارات الاجتماعية التي تعلمها أثناء الجلسات العلاجية .

الفصل السادس

عرض نتائج الدراسة و مناقشتها :

- I. عرض النتائج و تحليلها
- II. مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات
- III. الخاتمة
- IV. الاقتراحات و التوصيات
- V. قائمة المراجع
- VI. الملاحق

ا. عرض النتائج و تحليلها :

1-نتائج المقياس :

جدول (10) يوضح القياس القبلي و البعدي لشدة الرهاب الاجتماعي :

المقياس	القياس القبلي	القياس البعدي
مقياس الرهاب الاجتماعي لحسان المالح	درجة القلق : 104 درجة التجنب : 97 يدل علي رهاب اجتماعي شديد	درجة القلق : 32 درجة التجنب : 27 يدل علي رهاب اجتماعي خفيف

بعد تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي علي المريض قبل العلاج أظهرت النتائج أن شدة القلق (104) و شدة التجنب (97) و هذه الدرجات تقع ضمن المجال (85 فما فوق) و التي تشير إلي رهاب اجتماعي شديد و بعد إعادة تطبيق المقياس بعد الجلسات العلاجية أظهرت النتائج انخفاضا ملحوظا في شدة القلق حيث أصبح (32) و شدة التجنب (27) و هذا يشير الي رهاب اجتماعي خفيف الذي يقع في المجال (27-56) حيث يدل هذا علي تحسن واضح في حالة المريض .

2-نتائج شبكة الملاحظة :

يظهر من خلال نتائج شبكة الملاحظة أن شدة أعراض الرهاب الاجتماعي في بداية الجلسات العلاجية (1-3) كانت جد مرتفعة و ظاهرة علي المريض في حين نلاحظ انخفاضا ملحوظا في جميع الأعراض السلوكية و الجسمية ابتداء من الجلسة (4) الي غاية الجلسة (18) و ذلك بعد

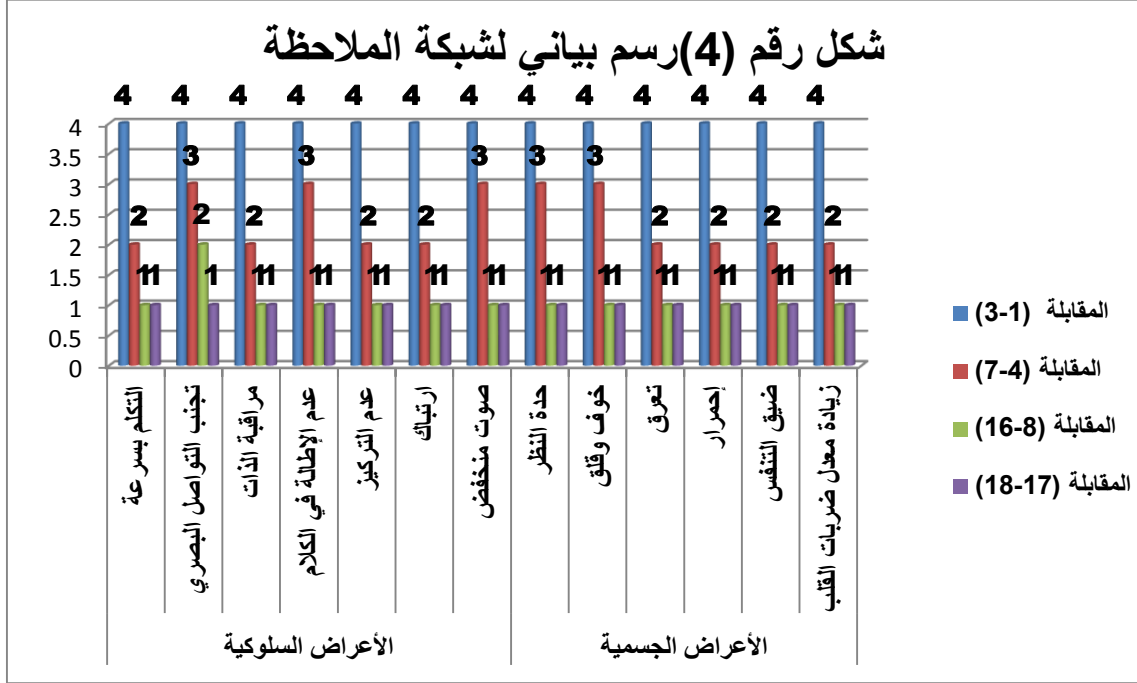
كسب ثقة المريض و بعد تطبيق التقنيات العلاجية التي كان لها تأثير كبير في التخفيف من شدة الأعراض .

جدول رقم (11) شبكة الملاحظة

	المقابلة (18-17)	المقابلة -8) (16	المقابلة (7-4)	المقابلة (3-1)	لمقابلات	
شدة ظهور الأعراض	1	1	2	4	التكلم بسرعة	الأعراض السلوكية
	1	2	3	4	تجنب التواصل البصري	
	1	1	2	4	مراقبة الذات	
	1	1	3	4	عدم الإطالة في الكلام	
	1	1	2	4	عدم التركيز	
	1	1	2	4	ارتباك	
	1	1	3	4	صوت منخفض	
الأعراض	1	1	3	4	حدة النظر	الأعراض الجسمية
	1	1	3	4	خوف وقلق	
	1	1	2	4	تعرق	
	1	1	2	4	إحمرار	
	1	1	2	4	ضيق التنفس	
	1	1	2	4	زيادة معدل ضربات القلب	

مفتاح شبكة الملاحظة :

منخفض (1) - معتدل (2) - شديد (3) - شديد جدا (4)



3- نتائج الجلسات العلاجية :

أظهرت نتائج الجلسات العلاجية تحسنا ملحوظا للمريض و تغييرا ايجابيا في سلوكه حيث أن نتائج المقياس البعدي أظهرت انخفاضا في شدة الرهاب الاجتماعي و هذا ما أكدته شبكة الملاحظة الموظفة خلال جميع المقابلات حيث أن شدة ظهور الاعراض السلوكية و الجسمية كانت تنخفض بعد كل جلسة علاجية و أخرى الي غاية الجلسات الأخيرة فقد اختفت نهائيا .

نتائج استعمال تقنية التعريض في الخيال سمحت هذه الأخيرة بتخفيف الخوف و القلق من الوضعيات الاجتماعية التي يخشاها المريض و بواسطتها استطعت تحديد الاعراض السلوكية و الجسمية التي يشعر بها المريض أثناء تعرضه للموقف مع تحديد الافكار السلبية المصاحبة لها .

نتائج استعمال تقنية إعادة البناء المعرفي هو ادراك المريض للأفكار السلبية التي كانت تسيطر عليه و استبدالها بأفكار متكيفة أثناء تعرضه للمواقف جعله أكثر راحة و انخفض خوفه .

نتائج استعمال تقنية التعريض في الواقع بعد تغيير افكاره السلبية حول الوضعيات الاجتماعية استطاع المريض مواجهة المواقف و في كل مرة كان ينخفض خوف المريض الي ان أصبح يقوم بها بكل راحة فقد استطاع ركوب الحافلة بدون خوف من ملاحظة الاخرين له و تمكن من التكلم في الهاتف امام الناس و التكلم مع مديره بثقة و من دون قلق او خوف .

نتائج استعمال تقنية التدريب علي المهارات الاجتماعية سمحت للمريض بزيادة تواصله اللفظي حيث بدأ في تكوين علاقات جديدة مع بعض الاشخاص و زيادة مقابله للناس و التواصل البصري معهم كما زادت ثقته بنفسه و بالآخرين .

بعد تعريضه لكل هذه الوضعيات الاجتماعية مع التكرار أصبح المريض أكثر ثقة بنفسه و غير أفكار و نظرتة للحياة أصبح أكثر ايجابية و حيوية وأصبح يهتم بمظهره أكثر فهو يقول أن حالته تحسنت كثيرا و أصبح يريد الخروج و الالتقاء مع الناس و لم يعد يتجنب التفاعلات الاجتماعية رغم انه في بعض الأحيان ينتابه الخوف و ترجع تلك الأفكار اللاعقلانية إليه و لكن يوقفها و يغيرها بفكرة انه اذا خاف ماذا سيحدث فينخفض خوفه و يواجه الموقف بكل راحة .

و في الاخير يمكن القول ان المريض اكتسب الاساليب المعرفية و الانفعالية و السلوكية التي تمكنه من مواجهة مخاطر الخوف و القلق في المستقبل .

II . مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات :

هدفت الدراسة الحالية الي استقصاء مدى فعالية برنامج سلوكي معرفي في علاج الرهاب الاجتماعي لدي الراشد و للوصول الي اثبات ذلك قامت الطالبة بتطبيق برنامج سلوكي معرفي علي حالة واحدة تعاني من الرهاب الاجتماعي ذكر يبلغ من العمر 24 سنة يسكن في ولاية وهران ، غير متزوج و يعمل كمحاسب مستواه الدراسي السنة الثانية جامعي .

و قد تم تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي لحسان المالح قبل و بعد العلاج لقياس شدة الرهاب الاجتماعي و عند مقارنة النتائج تبين وجود فرق ملحوظ يدل علي تحسن ايجابي للحالة و هذا ما اكدته نتائج الجلسات العلاجية و شبكة الملاحظة و تصريحات المفحوص التي أدلي بها فهو يقول

بأن حالته تحسنت كثيرا و لم يعد يتجنب التفاعلات الاجتماعية "راني غاية وليت نخرج و نحوس و نهدر مع الناس "

و قداختبرت الدراسة الحالية عددا من الفرضيات لتقييم مدي فعالية برنامج سلوكي معرفي في علاج الرهاب الاجتماعي عند الراشد و تمثلت الفرضية العامة في :

- للعلاج السلوكي المعرفي فعالية في علاج الرهاب الاجتماعي .

و للتأكد من صحة هذه الفرضية نعتمد علي نتائج القياس القبلي حيث تحصل المفحوص علي درجة القلق (104) و درجة التجنب (97) أما في القياس البعدي فقد تحصل علي درجة القلق (32) و درجة التجنب (27) و هذا يعني أنه يوجد فرق بين درجات المفحوص علي مقياس الرهاب الاجتماعي قبل و بعد تطبيق العلاج و هذا دليل علي فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في علاج الرهاب الاجتماعي .

و التي تتبثق منها فرضيات جزئية تتمثل في :

الفرضية الأولى :

-تكون شدة الرهاب الاجتماعي مرتفعة قبل تطبيق العلاج السلوكي المعرفي .

و للتأكد من صحة الفرضية تم قياس شدة الرهاب الاجتماعي قبل تطبيق العلاج و كانت درجة القلق (104) و درجة التجنب (97) و هذا يشير الي رهاب اجتماعي شديد مما يدل علي أن شدة الرهاب الاجتماعي كانت مرتفعة .

الفرضية الثانية :

-تكون أعراض الرهاب الاجتماعي واضحة قبل تطبيق العلاج .

و للتأكد من صحة هذه الفرضية نعود الي نتائج شبكة الملاحظة التي بينت انه قبل تطبيق العلاج كانت شدة ظهور الأعراض السلوكية (4) وشدة ظهور الأعراض الجسمية(4) حيث أن الدرجة (4) تشير الي شديد جدا .

و هذا يعني أن أعراض الرهاب كانت جد واضحة و شدتها مرتفعة قبل تطبيق العلاج السلوكي المعرفي .

الفرضية الثالثة :

-تكون أفكار المصاب بالرهاب الاجتماعي خاطئة و سلبية أثناء مواجهته للمواقف الاجتماعية.

و للتأكد من صحة هذه الفرضية نعتمد علي نتائج المقابلات و الجلسات العلاجية حيث أظهرت أنه بعد تطبيق تقنية اعادة البناء المعرفي تم الكشف عن هذه الافكار و عزلها و استبدالها بأخري ايجابية . و تمثلت هذه الأفكار الخاطئة في "الجميع ينظر اليا " و "أحس نفسي مقيد" و "أقلق الناس بخوفي " و "سوف يرون خوفي و يحكمون عليا بأني شخص معقد "

الفرضية الرابعة :

-تتخفف شدة الرهاب الاجتماعي بعد تطبيق العلاج السلوكي المعرفي .

و للتأكد من صحة هذه الفرضية نعتمد علي نتائج الجلسات العلاجية التي أظهرت تحسنا ملحوظ في حالة المريض و كذلك نتائج شبكة الملاحظة حيث اظهرت انخفاض في شدة ظهور الأعراض السلوكية و الجسمية الي درجة (1) و التي تشير الي منخفض و كذلك بعد اعادة تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي اظهرت النتائج درجة القلق (32) و درجة التجنب (27) و و هذا يشير الي انخفاض ملحوظ في شدة الرهاب الاجتماعي بعد تطبيق العلاج السلوكي المعرفي .

و يمكن تفسير هذه الفرضيات استنادا الي ما أشارت اليه نتائج الدراسات السابقة من فعالية استخدام العلاج السلوكي المعرفي في علاج الرهاب الاجتماعي لدي العديد من المرضى و بالتالي فان استخدام التقنيات العلاجية من اعادة البناء المعرفي و التعريض في الخيال و الواقع و التدريب علي المهارات الاجتماعية يسهم في التخفيف من حدة هذا المرض و التخلص منه في نهاية الأمر .

حيث اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة التي أكدت فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج الرهاب الاجتماعي من بينها دراسة ستودارد (2007) التي أكدت علي فعالية

العلاج ضمن 6 جلسات لعلاج الرهاب الاجتماعي حيث اظهر المرضى تحسنا و دراسة كلينجر و آخرون (2005) التي هدفت الي المقارنة بين 3 أنواع من العلاجات و هي العلاج السلوكي المعرفي و العلاج بالتعريض و العلاج الدوائي حيث أوضحت نتائج هذه الدراسة تحسنا دالا لجميع أنواع العلاجات الثلاثة مما يعني أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في علاج الرهاب الاجتماعي و هذا ما اكدته دراسة جون كوترو(2000) التي هدفت الي التعرف علي مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقابل علاج مساند و كانت النتائج تثبت فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج الرهاب الاجتماعي .

كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة لينكولن و آخرون (2003) التي أثبتت فعالية العلاج بالتعريض و اعادة البناء المعرفي في تخفيف اضطراب الرهاب الاجتماعي فهذه الأخيرة استخدمت نفس التقنيات التي تضمنها البرنامج الحالي الي جانب تقنيات اخري و في دراسة فييني و آخرون (2004) هدفت للتعرف علي مدى فعالية العلاج السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي و تكونت العينة من مريضة واحدة التي أظهرت تحسنا ملحوظا .

و مما سبق يمكن القول أن الفرضية تحققت اي أن للعلاج السلوكي المعرفي فعالية في علاج الرهاب الاجتماعي لدي الراشد .

III. الخاتمة :

الرهاب الإجتماعي هو اضطراب يتميز بخوف غير منطقي من المواقف الاجتماعية التي يكون فيها المريض ملاحظا من قبل الآخرين فينتج عنها أعراض سلوكية و معرفية و انفعالية تدعم بقاءه و استمراره و تؤدي الي عجز وظيفي للفرد للمشاركة في الحياة الاجتماعية فسلوكيات التجنب و الهروب تمنعهم من ممارسة عدة أنشطة كالدراسة و العمل و التسوق بالإضافة الي اقامة علاقات جديدة .

و نظرا للإعاقة التي يسببها هذا الاضطراب تطرقنا في موضوع بحثنا هذا الي مدي فعالية برنامج سلوكي معرفي في علاج الرهاب الاجتماعي لدي الراشد و قمنا باختبار مدي صحة الفرضيات بتطبيق العلاج علي حالة تعاني من الرهاب الاجتماعي باستعمال تقنيات التعريض و اعادة البناء المعرفي و التدريب علي المهارات الاجتماعية و لتقييم فعالية هذا الأخير طبقنا مقياس الرهاب الاجتماعي لحسان المالح لقياس شدة الرهاب الاجتماعي قبل و بعد تطبيق العلاج و اظهرت النتائج فرق ملحوظ أي اشددة الرهاب الاجتماعي انخفضت و هذا يدل علي تحسن الحالة و أن للعلاج السلوكي فعالية في علاج الرهاب الاجتماعي .

و أخيرا يمكننا أن نقول أنه لا يمكن تعميم النتائج التي توصلنا لها علي كافة المرضى المصابين بالرهاب الاجتماعي لانه قد اعتمدنا في دراستنا هذه علي حالة واحدة و ما توصلنا اليه يعتبر تدعيما و تأكيدا لبحوث سابقة التي درست هذا الجانب و ترك المجال لبحوث أخرى لتوسيع المجال علي عينات عيادية أكبر .

IV. الاقتراحات و التوصيات :

ان هذا العمل مكثني من الاحتكاك بفئة المصابين بالرهاب الاجتماعي و معرفة معاناتهم النفسية و قد خلصت دراستي الي جملة من التوصيات و الاقتراحات التي تمثلت فيمايلي :

-اجراء دراسات و بحوث حول علاج الرهاب الاجتماعي التي تعد قليلة و منعدمة في جامعة وهران .

-الاهتمام بفئة المصابين بالرهاب الاجتماعي .

-توعية الاسرة او العائلة بضرورة الانتباه الي أساليب التربية الخاطئة التي قد تكون سبب الوقوع في الرهاب الاجتماعي .

-مواصلة الدراسة حول موضوع علاج الرهاب الاجتماعي لكن بالنسبة لفئات كبيرة.

-اجراء دراسات مسحية حول مدي انتشار الرهاب الاجتماعي في الجزائر .

-المصابون بالرهاب الاجتماعي بحاجة الي برامج علاجية للتخفيف من معاناتهم النفسية و الاجتماعية لدى يجب اختبار عدة علاجات أخرى .

v. قائمة المراجع :

أ) المراجع العربية:

- إبراهيم سالم الصيحان , الطبعة الأولى (2010) , الاضطرابات النفسية و العقلية , دار الصفاء للنشر و التوزيع عمان .
- اجلال محمد سرى , الطبعة الثانية (2000), علم النفس العلاجي, دار عالم الكتب للنشر و التوزيع .
- أمال صادق و فؤاد أبو حطب, الطبعة الرابعة , (1995), نمو الانسان من مرحلة الجنين الي مرحلة المسنين, مكتبة الأنجلو المصرية .
- ارون بيك .ترجمة عادل مصطفى, (2000) ,العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية .دار النهضة العربية للطباعة والنشر بيروت .
- بطرس حافظ بطرس , (2008),المشكلات النفسية و علاجها, دار المسيرة للنشر و التوزيع عمان -الاردن.
- تيسير حسون,(2004) ,مرجع سريع الي المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي و الاحصائي المعدل للأمراض العقلية, الشفا للصحة النفسية و التربية الخاصة دمشق .
- جابر عبد الحميد جابر و علاء الدين كفاي,(1988), معجم علم النفس و الطب النفسي الجزء الأول, دار النهضة العربية القاهرة .
- حامد عبد السلام زهران, الطبعة الرابعة (2005), الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب نشر وتوزيع و طباعة القاهرة.
- حامد بن أحمد ضيف الله الغامدي,(2013), فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر الاسكندرية .
- حسين علي فايد , (2008), العلاج النفسي ,مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع القاهرة .
- زينب محمود شقير(2002), علم النفس العيادي و المرضي للاطفال و الراشدين، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع عمان .
- السيد فهمي علي , الطبعة (2010) , علم النفس المرضي, دار الجامعة الجديدة الاسكندرية.

- سامر جميل رضوان, (2009) في الطب النفسي و علم النفس الاكلينيكي, دار الكتاب الجامعي الامارات العربية المتحدة .
- صفوت فرج, (2002), مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية, مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة.
- طه عبد العظيم حسين, (2008), استراتيجيات تعديل السلوك للعاديين و ذوي الاحتياجات الخاصة, دار الجامعة الجديدة للنشر الإسكندرية .
- عبد الله عسكر وعبد الستار إبراهيم, الطبعة الثالثة (2005), علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي , مكتبة أجلو المصرية .
- عبد الستار ابراهيم وعبد العزيز بن عبد الله الدخيل ورضوان ابراهيم, (1993) العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته, سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت.
- علي عبد الرحيم صالح, (2014), المعجم العربي لتحديد المصطلحات النفسية, دار الحامد للنشر و التوزيع الاردن عمان .
- علي السيد سليمان, (2015), سيكولوجية النمو و النمو النفسي للعاديين و ذوي الاحتياجات الخاصة, دار الجوهرة للنشر و التوزيع القاهرة .
- فيصل محمد خير الزراد و مراد علي عيسي سعد, (2014), تعديل السلوك المبادئ و الاجراءات, دار الفكر ناشرون و موزعون عمان .
- كلثوم بلميهوب, (2014), تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية, البرنامج الوطني للبحث تربية و تكوين crasc الجزائر .
- لويس كمل مليكة (1990), العلاج السلوكي و تعديل السلوك, دار العلم للنشر و التوزيع.
- لطيفة زروالي, (2014), علم النفس المرضي للراشد, منشورات دار الاديب الجزائر .
- محمد محروس الشناوي و محمد السيد عبد الرحمن, الطبعة (1998), العلاج السلوكي الحديث, دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع القاهرة .
- محمد أحمد الفضل الخاني, الطبعة الأولى (2006), المرشد الي فحص المريض النفساني, منشورات الحلبي الحقوقية لبنان .
- محمد قاسم عبد الله, الطبعة الرابعة (2008), مدخل الي الصحة النفسية, دار الفكر ناشرون و موزعون, عمان .

- محمد قاسم عبد الله , الطبعة الخامسة(2012), مدخل الي الصحة النفسية , دار الفكر ناشرون و موزعون عمان .
- مريم سليم , (2002) ,علم النفس النمو, دار النهضة العربية لبنان .
- مفتاح محمد عبد العزيز , (2001) ,علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع القاهرة .
- محمود عواد,(2006), معجم الطب النفسي و العقلي, دار أسامة للنشر و التوزيع عمان .

ب) المراجع الأجنبية:

- Dominique Servant ,ed(2002),Soigner les phobies sociales ,Masson paris.
- Jean Cottraux, 3^{ème} édition (2001) ,Les thèrapie comportementales et cognitives, masson paris.
- Jean Cottraux et M.Bouvard ,3^{ème} édition (2002) ,Protocole et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie , Masson Paris.
- Jean Cottraux ,èvelyne Mollard, 1^{er} édition (1986), les phobies ,presses uni versitaires de France paris.
- Jean Cottraux, 5^{ème} édition (2011) ,les psychothèrapies comportementales et cognitives, Elsevier Masson paris.
- Louis Chaloult Avec la collaboration de Jean Goulet et Thanh–Lan Ngô ,(2014) ,Guide De Pratique Pour L'évaluation Et Le Traitement Cognitivo–Comportemental Du Trouble phobie social Polyclinique médicale Concorde, Cité de la Santé de Laval, Hôpital du Sacré–Coeur de Montréal .
- Luis Vèra et Christine Mirabe Sarron, ed(2002),Psychothèrapie des phobies ,Dunod paris.
- Luis Vèra et Christine Mirabe Sarron, 2^{ème} ed(2012),comprendre et traiter les phobies ,Dunod paris.

الرسائل الأكاديمية :

- أبرييم سامية, (2007-2008), الرهاب الاجتماعي و علاقته بادمان المخدرات, مذكرة لنيل شهادة ماجستير جامعة محمد خيضر بسكرة .
- بلحسيني وردة , (2010-2011) , أثر برنامج معرفي -سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدي عينة من طلبة الجامعة , مذكرة نيل شهادة دكتوراه ,جامعة ورقلة.
- محمد عبد الله العابد أبو جعفر, (2013-2014), علم النفس النمو مركز المناهج التعليمية و البحوث التربوية للسنة الثالثة بمرحلة التعليم الثانوي شعبة العلوم الاجتماعية ليبيا .

المقالات العلمية :

- بشير معمريه, (2009), القلق الاجتماعي, مجلة شبكة العلوم النفسية العربية العدد 21-22 جامعة الحاج لخضر باتنة .
- حسان المالح و فيصل الزراد, (2004), الرهاب الاجتماعي عند العرب مجلة شبكة العلوم النفسية العربية العدد 2 افريل-ماي-جوان.
- حامد أحمد الغامدي, (2010), مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف, مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية العدد 1 يناير .
- فرنسيس شاهين و عبد الكريم جرادات, (2012), دراسة حول مقارنة العلاج العقلاني السلوكي بالتدريب علي المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي, مجلة جامعة النجاح للابحاث الأردن.
- محمد السعيد أبو حلاوة, (2009), النمو الاجتماعي الانفعالي مقارنة بين الاناث و الذكور في ضوء نموذج اريك اريكسون , أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة المكتبة الالكترونية

مواقع الانترنت :

- http://xo1990.blogspot.com/2015/03/blog-post_60.html

2016-01-02 علي الساعة 18:30

الملاحق

