

# العلاج المعرفي - السلوكي لعينة من حالات الرهاب الاجتماعي عن طريق تنمية فعالية الذات

د/ أميرة محمد محمد الدق  
قسم علم النفس - جامعة طنطا  
أ.د/ محمد نجيب أحمد الصبوة  
قسم علم النفس - جامعة القاهرة  
د/ أحمد السيد إسماعيل  
قسم علم النفس - جامعة طنطا

## ملخص

تهدف الدراسة الراهنة إلى تحسين فعالية الذات<sup>1</sup> لدى مرضى الرهاب الاجتماعي<sup>2</sup>، كما تهدف إلى تخفيف المعاناة من أعراضه لديهم. اشتملت عينة الدراسة الراهنة على مجموعتين رئيسيتين: المجموعة التجريبية: وتمثل مجموعة مرضى الرهاب الاجتماعي الذين تلقوا برنامج العلاج المعرفي السلوكي للرهاب الاجتماعي عن طريق تنمية فعالية الذات وتكونت من ستة مرضى. والمجموعة الضابطة: وهي مجموعة مرضى الرهاب الاجتماعي الذين لم يتلقوا أيًا من أنواع العلاج النفسي أو الطبي، سواء أثناء مدة إجراء التجربة أو قبلها وتكونت من ستة مرضى. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين مجموعتي الدراسة في الأداء البعدي (بعد انتهاء البرنامج العلاجي) حيث كان متوسط أعراض الرهاب الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية أقل جوهرية منه لدى المجموعة الضابطة بعد التدريب على برنامج فعالية الذات. كما كان متوسط درجة فعالية الذات الاجتماعية لدى المجموعة التجريبية أعلى جوهرية منه لدى المجموعة الضابطة.

## مقدمة

تعد القدرة على التفاعل مع الآخرين بطريقة ناجحة، من الأمور كبيرة الأهمية في كل مراحل حياتنا (سبنس، ٢٠٠٠، ص ٢٦٧).

والرهاب الاجتماعي هو واحد من اضطرابات القلق التي يعاني منها واحد من كل أربعة أشخاص في بعض الأوقات على مدار حياته (Gunter & Whittal, 2010, P. 194). ويتضمن الرهاب الاجتماعي - طبقاً لدليل الاضطرابات النفسية التشخيصي والإحصائي الرابع<sup>3</sup> الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية - خوفاً ملحوظاً من التقييم السلبي من قبل الآخرين في موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية. وبالتالي فإن فعالية الذات ترتبط بالرهاب الاجتماعي بوصفها تتعلق بمعتقدات الأفراد عما إذا كانوا يستطيعون تقديم نواتهم بشكل مرضٍ ومقبولٍ يجنبهم التقييم السلبي من قبل الآخرين أم لا (Gaudiano., & Herbert, 2003, P. 538).

ويُعد الرهاب الاجتماعي من أكثر اضطرابات القلق شيوعاً، ويحتل المركز الثالث في قائمة الاضطرابات النفسية الشائعة لدى الجمهور العام. وإن لم يُعالج هذا الاضطراب فسوف يتحول إلى

(<sup>1</sup>) Self -Efficacy

(<sup>2</sup>) Social Phobia

(<sup>3</sup>) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition) DSM- IV

مرحلة الإزمان، بما يؤدي إلى جوانب ضعف جوهرية<sup>1</sup> في جوانب الحياة الاجتماعية والوظيفية أيضا. وعلى الرغم من ارتفاع نسب انتشار الرهاب الاجتماعي، ودرجة إعاقته لسير حياة الفرد بشكل طبيعي، فإنه لم يتم التركيز عليه في البحوث العيادية إلا حديثا (Hofmann, & Bogels, 2006, P. 3). ويزيد من أهمية الدراسة الراهنة اهتمامها بمفهوم فعالية الذات حيث تؤثر فعالية الذات المدركة على كل من رغبة الأفراد في بدء التغيير السلوكي، واستمرارية هذا التغيير (Holman & Lorig, 1992, p. 320). فقد أثبت "باندورا" أن تغيير السلوك إيجابيا أو سلبيا يتخلله تغيرات في اعتقاد الفرد بأن لديه القدرة على أداء فعل بعينه لتحقيق النتائج المرغوبة (Schwarzer, 1992, p. 220).

**وفعالية الذات هي:** "اعتقاد الفرد في قدرته على القيام بسلوك ما باستخدام وسائل تمكنه من ضبط الأحداث التي تؤثر في حياته". وتمثل معتقدات فعالية الذات أسس القوة لدى الفرد، فالفرد الذي لا يثق في قدراته للوصول إلى النتائج المنشودة غالبا ما يكون لديه حافز ضعيف للعمل والأداء أو المثابرة في مواجهة العقبات (المحمود، ٢٠٠٦، ص ٢١).

في ضوء ما سبق، يمكن تحديد أهم مبررات الدراسة الراهنة وأهدافها فيما يلي:

- ١- تحديد مدى إسهام العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض الرهاب الاجتماعي.
- ٢- إبراز دور العلاج المعرفي السلوكي، في علاج الرهاب الاجتماعي وقدرته على تعديل الأفكار والاتجاهات السلبية لدى المرضى.
- ٣- إبراز دور رفع درجة فعالية الذات الاجتماعية في تحسين أعراض الرهاب الاجتماعي.
- ٤- التوصل إلى عدد من الاختبارات التشخيصية لأعراض الرهاب الاجتماعي، بالإضافة إلى تكوين بعض الاختبارات التقييمية للبرامج العلاجية، تتميز بكفاءة قياسية نفسية مرتفعة.
- ٥- إقرار برنامج علاجي معرفي - سلوكي موحد ومفصل ومكثف، يتميز بدرجة من المرونة والكفاءة العلاجية، وملائم لثقافتنا العربية، ويمكن استخدامه من قبل المعالجين للحالات المشابهة.
- ٦- تقديم نموذج علمي لدراسة علاجية للحالات الفردية للرهاب الاجتماعي، حيث سبقت الإشارة إلى ندرة مثل هذه الدراسات.

### مشكلة الدراسة

تحدد هدف الدراسة الراهنة في الإجابة عن السؤال التالي:

- ما قدر فعالية برنامج معرفي سلوكي يهدف لتنمية فعالية الذات، لدى عينة من مرضى الرهاب الاجتماعي في تخفيف المعاناة من أعراضه لديهم بالمقارنة بالمجموعة الضابطة؟  
وينبثق من هذه المشكلة الرئيسية عدد من المشكلات الفرعية، كما يلي:
- ١- هل توجد فروق جوهرية بين القياس القبلي والقياس البعدي المباشر وأثناء فترتي المتابعة لأثر التدريب على فعالية الذات لدى العينة التجريبية للدراسة؟

- ٢- وهل يقل متوسط الخوف من المواقف الاجتماعية لدى المجموعة التجريبية بعد التدريب بشكل جوهري منه قبل التدريب على برنامج فعالية الذات؟
- ٣- وهل يقل متوسط سلوك تجنب المواقف الاجتماعية لدى المجموعة التجريبية بعد التدريب بشكل جوهري منه قبل التدريب على برنامج فعالية الذات؟
- ٤- وهل يقل متوسط الخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين لدى المجموعة التجريبية بعد التدريب بشكل جوهري منه قبل التدريب على برنامج فعالية الذات؟
- ٥- وهل تستمر نتائج التراكم العلاجي بعد انتهاء البرنامج العلاجي طوال فترتي المتابعة؟

### تعريف الرهاب الاجتماعي:

يُعرف الرهاب الاجتماعي طبقاً لدليل الاضطرابات النفسية التشخيصي والإحصائي الرابع الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية بوصفه حالة من الخوف الواضح والملحوظ من المواقف الاجتماعية التي يمكن أن تظهر فيها علامات الارتباك على الفرد (DSM\_IV., 1994).

### المحكات التشخيصية للرهاب الاجتماعي طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الصادر عن جمعية علم النفس الأمريكية:

- أ- حالة من الخوف الملحوظ والدائم في واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد مع أفراد غير مألوفين، أو عندما يكون الفرد في موقف معين هو محل لإمعان النظر من الآخرين. حيث يخاف الفرد أنه سوف يسلك أو يتصرف بطريقة تظهر عليه فيها أعراض القلق وبشكل يبدو مخز أو مربك.
- ب- وغالبا ما يكون الموقف الاجتماعي المخيف للفرد مثيرا للقلق بشكل متغير، والذي ربما يجعل الموقف يأخذ شكل القيد بالنسبة للفرد، أو أن يتعرض الفرد لنوبة هلع تسبق التعرض للموقف الاجتماعي.
- ت- وأن يُشير الأفراد إلى أن هذا الخوف مفرط وغير معقول أو غير مبرر.
- ث- ويتم تجنب هذه المواقف الاجتماعية المخيفة بالنسبة للفرد، أو يتم تحمل بعضها ولكن هذا التحمل يكون مصحوبا بقلق شديد، أو اضطراب من قبل الفرد.
- ج- ويتعارض التجنب، أو توقع القلق، أو الاضطراب في المواقف الاجتماعية المخيفة للفرد بشكل كبير مع عمل الشخص بشكل وتيري طبيعي، أو عمله الوظيفي، أو علاقاته ونشاطه الاجتماعي أو يظهر عليه الاضطراب الناتج عن الرهاب.
- ح- ويعاني الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ١٨ عاما من أعراض الرهاب الاجتماعي لمدة لا تقل عن ستة أشهر.
- خ- ولا ينتج عن هذا الخوف أو التجنب آثار جسدية مباشرة مثل تلك التي تنتج عن التعاطي، أو حالة طبية عامة، كما أن عواقب هذا الخوف ليست أفضل من العواقب التي تتسبب فيها اضطرابات نفسية أخرى (مثل اضطراب الهلع المصاحب أو غير المصاحب لرهاب الأماكن المفتوحة).

د- إذا كان لدى الشخص حالة طبية عامة، أو اضطراب عقلي آخر، فإنه يكون غير مصحوب بالخوف المشار إليه في المحك (أ) .

**ملاحظة:** إذا تضمنت هذه المواقف معظم المواقف الاجتماعية (يُضاف تشخيص آخر وهو اضطراب الشخصية التجنبية) (DSM\_IV, 1994).

### النماذج والنظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي:

#### أولاً: نظرية التحليل النفسي:

ظل فرويد لفترة طويلة لا يعتبر الرهاب ظاهرة نفسية في الأساس، وإنما هو مظهر لحالة توتر تُستثار عضوياً، حيث تتحول عضوياً الطاقة الغريزية غير المفرغة إلى قلق يصبح متعلقاً بموضوعات خطيرة ارتباطاً بطبيعتها أو بالخبرة السابقة عند الفرد، أو يجري تفريغها جزئياً من خلال هذه الموضوعات الخطرة. وقد افترض فرويد أن المشاعر الجنسية اللاشعورية المكبوتة ومشاعر العدوانية والتي تُمنع من التفريغ تتحول عضوياً إلى قلق، وهذا القلق يتحول بدوره إلى موضوع رمزي فيرتبط الرهاب بموقف معين (الرشيدي، وآخرون، ٢٠٠١، ص ص ١٢٤ - ١٢٥).

#### ثانياً: النظرية السلوكية:

تفترض النظرية السلوكية المفسرة للرهاب الاجتماعي أن المخاوف المرضية يتم اكتسابها من خلال عمليات الإشراف التقليدي، ويتم الحفاظ على استمراريتها من خلال الإشراف الإجرائي (من قبيل دعم<sup>(١)</sup> السلوك التجنبي (Deacon, & Abramowitz, 2004, P. 429). حيث يفترض السلوكيون أن الرهاب الاجتماعي يحدث إذا خبر الفرد موقفاً اجتماعياً مؤلماً، ثم واجهه في المستقبل موقفاً جديداً مشابهاً، فإن هذا الموقف الجديد سوف يستثير استجابة القلق التي حدثت في الموقف السابق (البناء، ٢٠٠٥، ص ١٩).

#### ثالثاً: النماذج السلوكية المعرفية:

من أبرز هذه النماذج، نموذج كلارك Clark وويلز Wells ، ونموذج رابي Rapee وهيمبرج Heimberg ، ويتم تناول كل منهما بالشرح تفصيلاً فيما يلي:

#### (١) نموذج كلارك وويلز المعرفي للرهاب الاجتماعي:

يبدو أن جوهر الرهاب الاجتماعي تبعاً لـ"كلارك وويلز" هو الرغبة القوية في إحداث انطباع خاص مُرض عن الذات أمام الآخرين، مع وجود عدم ثقة واضحة لدى الفرد في قدرته على القيام بذلك (Hayes, 2006, P. 6). حيث يفترض أن الخبرات الاجتماعية السلبية السابقة للأفراد والتي تتفاعل مع استعداداتهم السلوكية<sup>٢</sup> ترجع إلى نمو سلسلة من الافتراضات عن ذاتهم وعن عالمهم الاجتماعي (Rosset, 2004, P. 11). حيث يدخل مرضى الرهاب الاجتماعي المواقف المخيفة على أساس افتراضاتهم عن ذاتهم التي ارتبطت بالخبرات السابقة والمبكرة بالمواقف الاجتماعية (Dickson,

(١) Reinforcement.

(٢) Behavioral predispositions.

2004, p. 43). هذه الافتراضات والمعتقدات تكون من قبيل: (١) أن هناك خطراً يقع عليهم عندما يسلكون بشكل غير ملائم، وغير مرض؛ و(٢) أن كل سلوك سوف تعقبه كارثة، مثل فقدان الفرد لمكانته وجدارته بالاحترام، ونبذه من قبل الآخرين. وهذا الإدراك وهذه المعتقدات تسمى (برنامج القلق<sup>١</sup>) والذي ينشط بشكل انعكاسي وتلقائي نتيجة لهذا الإدراك (Rosset, 2004, PP. 11-12).

ويصف نموذج "كلارك وويلز" بعض العمليات التي تساعد مرضى الرهاب الاجتماعي على تأكيد معتقداتهم السلبية عن الخطر المدرك في المواقف الاجتماعية. هذه العمليات تتعلق بأشياء يقوم بها المرضى عندما يتوقعون موقفاً اجتماعياً مخيفاً، وأثناء هذا الموقف، وبعده أيضاً. أول هذه العمليات مرتبطة بالقلق التوقعي<sup>٢</sup>. ذلك أنه قبل الدخول في الموقف الاجتماعي يميل مرضى الرهاب الاجتماعي لأن يسيطر عليهم تذكر مواقف الفشل السابقة، وصور عن ذواتهم، وتوقعات الأداء الضعيف والنبذ من الآخرين. وأحياناً تكون درجة القلق التوقعي مرتفعة جداً لدرجة أن الفرد يتجنب الموقف. وإذا لم يحدث ذلك فإن الفرد سوف يدخل في الموقف الاجتماعي والذي ينشغل فيه بمعالجة الموقف بشكل فيه تركيز على الذات (Hayes, 2006, P. 7).

## (٢) نموذج "رابي وهيمبرج" المعرفي السلوكي للرهاب الاجتماعي:

يُعد نموذج "رابي وهيمبرج" هو النموذج الذي دمج كل من المعرفة، وعمليات الانتباه، والسلوك، وعملية تقديم الذات<sup>٣</sup> فيما يتعلق بالبيئة الاجتماعية، لشرح أسباب الرهاب الاجتماعي واستمراره (Braddock, 2005, P. 8). ويرى كل من "رابي وهيمبرج" أن العوامل الجينية يمكن أن تساهم في وجود الفروق الفردية في القلق عن طريق جعل بعض الأفراد عرضة لأن يكون لديهم حساسية زائدة من التهديد. كما أنهم يضمنون التأثيرات البيئية لنموذجهم، وخاصة سلوكيات الآباء التي يُحتمل أن تؤثر على الصورة العقلية<sup>٤</sup> للأطفال عن ذواتهم وعن الآخرين. ويتفقان مع "باص" في أن هناك ثلاثة مكونات لهذا التأثير هي:

- (أ) الحماية الزائدة أو التحكم المبالغ فيه، والذي قد يؤثر على الطفل في وصف ذاته بأنه غير كفء.
  - (ب) التعبيرات الوالدية المبالغ فيها التي تتعلق بأرائهم عن الآخرين، والتي قد تزيد من توقعات التقييم السلبي من الآخرين، وتدعم فكرة أن الآخرين يتوقعون مستوى مرتفعاً من السلوك.
  - (ج) النمذجة الوالدية لخطط مواجهة التجنب (مثل تجنب إقامة علاقات اجتماعية)، والتي قد تقترض تقييد خبرات الطفل بالمهارات الفعالة لمواجهة متطلبات المواقف الاجتماعية (Rosset 2004, PP. 14-15).
- ويفترض رابي وهيمبرج أنه لا يوجد نقص في المعلومات عن المهارات الاجتماعية، بل يوجد ضعف في استخدام هذه المهارات بوصفه من عواقب ارتفاع درجة القلق. وتساهم سلوكيات التجنب في خفض الانشغال بالجمهور، وزيادة تكوين العائد السلبي لدى الفرد (Rosset, 2004, P. 16).

(١) Anxiety program.

(٢) Anticipatory anxiety.

(٣) Self – Presentational.

(٤) Mental representation.

كما يؤكد هذا النموذج دور مكونين مفتاحيين هما: إدراك التهديد الاجتماعي (أي: التوقعات)، وعمليات الانتباه (أي: الانتباه المركز ذاتيا). ويتوقف دور التهديد الاجتماعي المدرك على التعارض بين توقعات الفرد وتوقعات الجمهور والفعالية الذاتية للفرد. باختصار، يفترض هذا النموذج أن مرضى الرهاب الاجتماعي يشكلون صورة عقلية عن الذات كما يراها الجمهور قبل الدخول في الموقف الاجتماعي، بما يؤدي بهم إلى تركيز مصادر انتباههم مباشرة نحو الذات (أي: الانتباه المركز ذاتيا). وفي الوقت نفسه، يُفترض أن الفرد يكون واعيا بالتعارض بين قدراته على الأداء ومعيار الجمهور (أي: توقعاتهم)، وإذا كان الفرد في حالة تركيز للانتباه حول الذات، وكانت توقعات الجمهور أكبر من قدراته، فإنه يظهر عليه أعراض القلق (Braddok, 2005, PP. 9-10).

#### رابعا: نظرية تقديم الذات:

طبقا لنظرية تقديم الذات فإن الأفراد يخبرون الرهاب الاجتماعي في موقف بعينه عندما يتوفر شرطان رئيسيان: (١) رغبة الشخص في إحداث انطباع خاص لدى الآخرين؛ ولكنه (٢) يشك في قدرته على إحداث هذا الانطباع بنجاح. وإذا لم يتوفر كلا الشرطين فلن يحدث الرهاب الاجتماعي (Leary, Kowalski, 1995, P. 95).

وربما ينشط هذا الفرد بشكل زائد عن الحد من أجل خلق انطباع شخصي خاص بسبب حاجته الشديدة لاستحسان الآخرين له ولفت نظرهم إليه واحترامهم إياه. ومن ناحية أخرى، يمكن أن تؤثر عوامل أخرى عديدة على توقعات الشخص حول مواجهته إحداث هذا الانطباع وتطويره، وتتضمن هذه العوامل اضطرابات مدركة أو حقيقية في المهارة الاجتماعية، وتقدير متدني للذات، وآمال متواضعة في النتائج المرتقبة، وربما يساهم تقدير الذات في إحداث الرهاب الاجتماعي لأن مثل هؤلاء الأفراد قد يفترضون أن الآخرين يدركونهم بوصفهم عاجزين اجتماعيا، كما أنهم يدركون أنفسهم كذلك أيضا (هوب، وهيميرج، ٢٠٠٢، ص ص ٢٤٩ - ٢٥٠).

#### خامسا: نظرية فعالية الذات:

تعد نظرية فعالية الذات "لباندورا" توجها معرفيا يشرح السلوك الخاضع للكف<sup>١</sup> وتغير السلوك. (Austin, 2003, P. 79). ويفترض "لباندورا" في هذه النظرية أن مرضى الرهاب الاجتماعي يتجنبون المواقف الاجتماعية لاعتقادهم أنهم لا يملكون القدرة على مواجهتها (أي فعالية ذاتية منخفضة)، كما يعتقدون أن تفاعلاتهم في المواقف الاجتماعية سوف تؤدي إلى عواقب سلبية (أي توقعات العواقب السلبية). وطبقا لباندورا، فإن أفكارنا تسيطر على إثارة عميقة<sup>٢</sup>، وبالتالي، فإن مرضى الرهاب الاجتماعي لا يتجنبون المواقف الاجتماعية ليخفوا من قلقهم، بل يتجنبونها لأن لديهم معارف تفيد بعدم فعاليتهم الذاتية لهذه المواقف وهذه المعارف تؤدي بدورها إلى الشعور بالقلق (Johnson, 2007, P. 7).

(١) Inhibited behavior.

(٢) Visceral arousal.

ويسلم عدد من المنظرين أن خبرة الرهاب الاجتماعي تتضمن مراحل متعددة، والتي يمكن فهمها من منظور فعالية الذات، المرحلة الأولى: أن الفرد سوف يشعر بالخوف الزائد من الأحداث المنتظر حدوثها، وسوف يتأمل المواقف المخيفة والعواقب السلبية. والنقطة المركزية في هذا الخوف هي التوقعات السلبية مثل الخوف من ضعف الأداء، والتقييمات السلبية من قبل الآخرين، والخوف من العجز عن التحكم في مظاهر القلق (مثل: الارتجاف، وعدم القدرة على الاستمرار في الحديث... الخ)؛ والمرحلة الثانية: أن الشخص في الموقف المخيف سوف يزد من الحوار الذاتي السلبي<sup>١</sup> عن فعاليته الذاتية، وسوف يصبح قلقه أسوأ مما كان عليه. وسوف يظهر لديه في هذا الوقت الإخفاق في تركيز الانتباه<sup>٢</sup>، والازدواجية في أداء المهمة (تفكير الفرد في الفعل، والقيام به)، وهنا سوف يحاول الشخص خفض قلقه سواء من خلال آليات المواجهة التكيفية أو غير التكيفية؛ والمرحلة الثالثة: بعد أن يخرج الفرد من الموقف المخيف، فإنه سوف يحلل ما حدث، ويعيد تحليله. وكنتيجة للإدراكات الذاتية السلبية، فإن الحدث الفعلي سوف يتم تشويبه في عقل الشخص، حتى عندما يظهر هذا الشخص القلق اجتماعيا أداء اجتماعيا ملائما، فسوف يظل قلقا ومدركا لسلبية أدائه إلى أقصى درجة، فهو يعتقد أن الآخرين يرون أنه قلق، كما أنه سيرى أداءه الاجتماعي بشكل أسوأ مما هو عليه في الواقع (Johnson, 2007, PP. 9-10).

### تعقيب عام على النماذج والنظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي:

بالنظر إلى النموذج المعرفي لكلارك وويلز والنموذج المعرفي لرابي وهيمبرج، ونظريتي تقديم الذات وفعالية الذات نجد أنها أثمرت عددا كبيرا من الدراسات، كما أنها تفسر السلوك الرهابي، وتتنبأ بحدوثه وتغييره أيضا.

ومن الملاحظ وجود بعض الجوانب التي اشتركت فيها معظم النظريات التي تم عرضها في هذا الفصل:

- ١- تضمنت معظم النظريات معتقدات عن الذات، والفعالية الاجتماعية.
- ٢- أكدت معظم النظريات دور توقعات الرهابيين لمستويات مرتفعة من الأداء في المواقف الاجتماعية؛ والرغبة في إحداث انطباع خاص عن الذات لدى الآخرين؛ وإعطاء اهتمام زائد لتقييمات الآخرين.
- ٣- يوجد تشابه كبير بين تفسير كل من نظريتي تقديم الذات وفعالية الذات للرهاب الاجتماعي.

### أساليب العلاج المعرفي - السلوكي:

#### ١- التعرض:

يحقق التعرض للموقف المخيف تأثيراته من خلال تزويد الفرد بالمعلومات التي تنفي افتراضاته السلبية المسبقة عن الموقف. ففي حين أن تجنب المواقف المخيفة يدع الفرصة لوجود معارف مشوهة (على سبيل المثال: "افتراضات الخطر" التي تجعل برنامج القلق يبدأ كما سبق شرحه) أن تستمر دون

(١) Negative self – talk.

(٢) Failure focused – attention.

اعتراض عليها من قبل المعلومات غير المؤكدة التي تزود الفرد بها البيئة الخارجية، فإن التعرض يتيح الفرصة لمجموعة من البيانات -التي قد تكون مفيدة- لتعديل المعارف المشوهة (McDougall, 1999, P. 25). وينتطلب التعرض من المريض أن يتخيل المنبه المخيف (في التعرض الحسي<sup>١</sup>) أو يواجهه بشكل فعلي (في التعرض الواقعي<sup>٢</sup>) وفي معظم الحالات، تكون الخطوة الأولى هي الاشتراك مع المريض في عمل قائمة من المواقف التي تمثل مشكلة بالنسبة له. من قبيل المشكلات التي تتكرر كثيرا مثل: إلقاء كلمة أمام جمهور من المستمعين، وعمل مقابلة، وحضور مناسبات اجتماعية وحفلات. ويتم ترتيب هذه المواقف بشكل دقيق، وعادة ما يبدأ المريض بالمواقف متوسطة الإثارة للخوف لديه ليحرز الثقة ويمر بخبرة النجاح قبل مواجهة المواقف الأكثر إثارة للخوف (Lincoln, 2003, PP. 15-16).

#### ٢- التدريب على المهارات الاجتماعية:

يتضمن التدريب على المهارات الاجتماعية تعليم المرضى المهارات اللفظية الأساسية والضرورية للتفاعل مع الآخرين بشكل جيد (Jefferson, 2001, P. 6). ويتضمن التدريب على المهارات الاجتماعية النمذجة وأداء الأدوار، والواجب المنزلي. حيث يعمل المريض مع المعالج لرفع مستوى مهاراته بأشكال متعددة من التفاعلات التي لم يكن ناجحا فيها من قبل.

#### ٣- آليات الاسترخاء:

تهدف آليات الاسترخاء إلى مساعدة المريض تعلم استحضار درجة التنبيه العضوي التي يخبرها أثناء توقع الأحداث المخيفة والتحكم فيها. وتتضمن معظم آليات الاسترخاء التسكين المنظم<sup>٣</sup> (Lincoln, 2003, P. 16).

ويبدأ تطبيق أسلوب الاسترخاء بالتدريب على الاسترخاء العضلي المتدرج<sup>٤</sup> والذي يتضمن تركيز انتباه الفرد على مختلف المجموعات العضلية، حيث يبدأ بشد العضلة ثم استرخائها. وبعد العمل على مجموعة عضلية واحدة، يحاول الفرد الانتقال إلى مجموعة عضلية أخرى ليبدأ العملية من جديد (شد ثم استرخاء) (Fresco, & Heimberg, 2001, P. 494).

#### ٤- إعادة البناء المعرفي:

يعتمد أسلوب إعادة البناء المعرفي لمرضى الرهاب الاجتماعي على مبدأ مؤداه أن ما يسبب القلق ليس الموقف الاجتماعي في حد ذاته، بل تسببه أفكار الفرد حول الموقف (Rodebaugh, Holaway, & Heimberg, 2004, P. 886). ويتضمن أسلوب إعادة البناء المعرفي تعليم المريض ما يلي: (١) تحديد الأفكار الآلية السلبية التي تحدث قبل المواقف المثيرة للقلق أو أثناء هذه المواقف أو بعدها؛ و(٢) تقييم مدى صحة هذه الأفكار في ضوء البيانات التي تم الحصول عليها

(١) In senso exposure.

(٢) In vivo exposure.

(٣) Systematic desensitization.

(٤) Progressive muscle relaxation.



من خلال طريقة الأسئلة السقراطية<sup>١</sup>؛ و (٣) وضع أفكار منطقية بديلة<sup>٢</sup> تعتمد على المعلومات التي سبق جمعها (Heimberg, 2002, P. 102).

#### ٥- التخيل:

يعرف التخيل بوصفه "صورة بصرية موضوعية سوية يخبرها الفرد بدرجة من النشاط الواضح، فعلى الرغم من أن مرضى الرهاب الاجتماعي يفتقدون لخبرة النجاح في المواقف الاجتماعية فإنهم قد ينتجون إراديا صورا تخيلية عن النجاح الاجتماعي. وقد يستخدم مرضى الرهاب الاجتماعي التخيل بوصفه نموذجا للتمرين العقلي<sup>٣</sup> على الخبرة الاجتماعية الإيجابية، والمعارف والسلوكيات الملائمة، بالإضافة إلى الانفعالات التوافقية<sup>٤</sup>، والإحساسات الجسمية المتوازنة (McDougall, 1999, PP. 31-32).

#### فعالية الذات :

يعد مفهوم فعالية الذات مفهوما حديثا إلى حد كبير. ويشير مصطلح فعالية الذات إلى معتقدات الفرد وثقته في قدراته على تنظيم سلسلة من الأفعال المطلوبة وأدائها لإحداث الأهداف المرغوبة (Bandura, 1992a, p. 3). على سبيل المثال، فإن الفرد ربما تكون لديه ثقة في قدرته على التفاعل مع شخص آخر في مواقف اجتماعية، في حين تنقصه هذه الثقة إذا كان الحديث أمام جموع من المستمعين. ففعالية الذات في حد ذاتها هي موقف خاص، يرتبط بمستوى الثقة بالنفس عموما (Braddock, 2005, p. 11). ويبدو أن إدراك الفرد لمهاراته الاجتماعية وقدراته يعد مكونا مهما من مكونات كل من فعالية الذات والرهاب الاجتماعي. وعلى الرغم من ذلك فإنه يظل من غير المؤكد ما إذا كان الأفراد القلقين اجتماعيا لديهم نقص في أي من مهاراتهم الاجتماعية، أم لا. إن هؤلاء الأفراد يعتمدون تقييم أدائهم في المواقف الاجتماعية بشكل سلبي أكثر من أقرانهم من غير القلقين اجتماعيا، وبالتالي فإن هذا الاختلاف بين كل من القلقين وغير القلقين اجتماعيا يتسبب في حدوث فروق بينهما في الأداء (Hofmann, 2000a, p. 6).

وقد كشف عدد من الدراسات التي فحصت الرهاب وجود ارتباط كبير بين التغيير في فعالية الذات وتحسن الأداء في المهام المخيفة<sup>٥</sup> لمرضى الرهاب. إن مفهوم فعالية الذات يرجح أن التقدير الذاتي لقدرات الأفراد في موقف معين يؤثر بشكل كبير على قراراتهم الخاصة بالسعي للقيام بنشاطات معينة والاستمرار فيها. ويشير ويليامز Williams إلى أن التغيير الذي يكتسبه الأفراد في فعالية الذات يجعلهم يسيطرون على النشاطات التي كانت مخيفة لهم فيما سبق، وهذا هو التفسير الممكن للتغيير العلاجي لدى مرضى الرهاب (Rodebaugh., 2002, P.9).

#### (١) Socratic questioning.

• يقصد بها الأسئلة التي تدفع المريض لفحص أفكاره بشكل منطقي لتحديد مدى صحة هذه الأفكار.

(Designing effective projects: Questioning, the Socratic questioning technique, No Date)

#### (٢) Rational alternative thoughts.

#### (٣) Mental rehearsal.

#### (٤) Adaptive emotions.

#### (٥) Fearful tasks.

إن العلاج النفسي للرهاب الاجتماعي طبقاً لنظرية فعالية الذات يُخفف من العجز الرهابي والضغط عن طريق غرس الاحساس لدى الفرد بالثقة في قدرته على أن يواجه -بشكل فعال- ما كان يخاف منه ويتجنبه سابقاً (Williams., 1992, P.153).

### مصادر فعالية الذات:

لفعالية الذات مصادر أربعة يمكن تناولها بوصفها طرقاً لتقوية اعتقادات الشخص بأن لديه فعالية ذاتية كما يلي:

#### ١- الطريقة الأولى : المرور بخبرات التغلب على العقبات أو تجارب الإتقان:

وهذه الطريقة هي أكثر الطرق فاعلية في إكساب هذا الشخص خبرات فائقة تحسن تدريجياً من قدراته على المواجهة ( Holman & Lorig, 1992, p. 315)، حيث إن خبرات النجاح تبنى اعتقاداً قوياً لدى الفرد بأن فعاليته الذاتية مرتفعة، أما خبرات الفشل والإخفاق فهي تتلف هذا الاعتقاد، وخاصة إذا حدث هذا الفشل قبل أن يحدث الثبات التام للشعور بالفعالية (Bandura, 1998). وبالنسبة لمرضى الرهاب الاجتماعي، فيمكن استخدام هذه الطريقة لرفع مستوى فعالية الذات الاجتماعية لديهم، حيث يتم ضرب أمثلة للمريض من نجاحاته الاجتماعية السابقة، مثل نجاحه في تكوين علاقات صداقة ناجحة، أو البدء في محادثة مع أفراد غير مألوفين بالنسبة له، أو نجاحه في إقامة علاقات ناجحة مع أفراد أسرته. ويستمد المعالج هذه الأمثلة من خلال تاريخ الحالة الذي يجمعه بدقة خلال الجلسات العلاجية. هذه الأمثلة عندما يراها المريض بوصفها دليلاً على النجاح الاجتماعي فإنها سوف تبنى لديه اعتقاداً قوياً بأن فعاليته لذاتية مرتفعة. يُضاف إلى ذلك، ما يطلبه المعالج من المريض من واجبات منزلية (مثل التعرض الواقعي لبعض المواقف الاجتماعية، أو تنفيذ أفكار آلية سلبية، أو غيرها) وتشجيع المريض عند نجاحه في القيام بهذه الواجبات المنزلية يزيد من فعاليته الذاتية الاجتماعية.

#### ٢- الطريقة الثانية: النمذجة:

تعد النمذجة طريقة فعالة أخرى في دعم الشعور بفعالية الذات. حيث إن رؤية الفرد لأفراد مشابهين له ينجحون في بعض النشاطات ببذل الجهود، يزود من معتقدات هذا الفرد بأن هؤلاء الأفراد لديهم قدرات تعينهم على النجاح، والعكس صحيح، فملاحظة الآخرين لا يبذلون قصارى جهودهم يجعل الفرد يحكم بأن فعاليته منخفضة وجهدهم ليس كافياً. وللنمذجة أثر كبير على فعالية الذات المدركة (Bandura, 1998) ويستخدم هذا الأسلوب لرفع مستوى فعالية الذات لدى مرضى الرهاب الاجتماعي، وقد يقوم المعالج بدور النموذج ليعلم المريض مهارات وآليات فعالة للتعامل مع المواقف الاجتماعية المخيفة له، مثل الحديث مع شخص مهم في مركز سلطة. فيقوم المعالج بدور النموذج الذي يتحدث إلى شخص مهم في مركز سلطة، بصوت واضح، ومظهر جسدي جيد، دون انحناء جسمه لأسفل، فتكون جلسته واثقة وليست ضعيفة، مع التواصل بالعينين. وبذلك يؤدي المعالج دور النموذج الاجتماعي القوي في نقل مهارات الحديث مع شخص ذي سلطة. بما يعين المريض على الاقتداء به في المواقف المشابهة.

### ٣- الطريقة الثالثة: الإقناع اللفظي<sup>(١)</sup>:

الإقناع اللفظي هو الوسيلة الثالثة لتقوية معتقدات الأفراد بأن لديهم مقومات النجاح. إن إقناع الأفراد بأنهم يمتلكون قدرات التغلب على الأنشطة المختلفة تجعلهم يرغبون في بذل مجهود أكبر ويتحملون هذا الجهد إذا قابلتهم مشكلات، وذلك بشكل أكبر مما لو كانت لديهم شكوك في قدراتهم الشخصية. فالإقناع اللفظي أو الاجتماعي يرفع من مستوى فعالية الذات المدركة مما يدفع الأفراد للقيام بمحاولات شديدة الجدية لتحقيق النجاح (Bandura, 1998). وبناء على ذلك، يمكن إقناع مرضى الرهاب الاجتماعي بأنهم يمتلكون المهارات الاجتماعية الملائمة للتعامل في المواقف الاجتماعية بنجاح، سوف يكون دافعا لهم للتمسك بالمتابعة والجدية في المواقف الاجتماعية مهما كانت الصعوبات. ويمكن أن يتم هذا الإقناع عن طريق ضرب أمثلة للمريض بنجاحه في أداء بعض الأدوار الاجتماعية (سواء أثناء التعرض التخليقي أو أداء الأدوار داخل الجلسات العلاجية)، كما يقوم المعالج بتصميم الموقف الاجتماعي داخل الجلسة العلاجية وتوضيح طرق النجاح في أدائه. وهذا الإقناع يرفع من مستوى فعالية الذات الاجتماعية المدركة لدى المريض مما يدفعه للقيام بمحاولات جادة لتحقيق النجاح في التعامل مع المواقف الاجتماعية.

### ٤- الطريقة الرابعة : دعم الصحة الجسمية والنفسية:

تؤدي مؤشرات الفعالية العضوية دورا مؤثرا في مختلف النشاطات الجسمية، وكذلك في تنشيط الوظائف الجسمية والنفسية. حيث يعتمد الأفراد جزئيا على حالاتهم الانفعالية والجسمية في الحكم على قدراتهم. فهم يفسرون توترهم وأرجاعهم نحو الضغوط بوصفها مؤشرات على ضعف الأداء (Bandura, 1997, p. 106). وقد توصل مارلات Marlatt وجوردون Gordon (١٩٨٥) إلى إجراءات مكونة من أربع مراحل مختلفة لحث فعالية الذات لمرضاها، هذه المراحل هي: أ) التأثير في الأطر المرجعية<sup>(٢)</sup> للمريض، ب) والبحث عن مواقف الخطر المرتفع وتعليم مهارات المواجهة، ج) والممارسة الفعلية لهذه المهارات، د) وتعليم هؤلاء المرضى كيفية معالجة حالات الانتكاسة (Kok, Boer, Vries, Gerards, Hospers & Mudde, 1992, pp. 258-259). وإذا طبقنا هذه المراحل على مريض رهاب اجتماعي يخشى التعبير عن رأيه أمام الآخرين، فإن المرحلة الأولى تكمن في تعليم المريض المهارات الاجتماعية اللازمة للتعبير عن رأيه أمام الآخرين بحرية، حتى لو كان مخالفا لرأي الآخرين، وذلك بأسلوب مهذب دون جرح الآخرين أو الخوف من مخالفة رأيهم، وتعليمه أن من حقه مخالفة رأي الآخرين ما دام رأيه يخلو من العنف والعدوان والعيب والحرام. وفي المرحلة الثانية يتعرف المريض على أسباب فشله في المواقف السابقة، فقد يكون سبب فشله أنه لم يختار الوقت المناسب للتعبير عن رأيه. وفي المرحلة الثالثة يمارس الفرد هذه الاستجابة الاجتماعية الناجحة، كأن يمارس ما تعلمه بالفعل على المستوى الواقعي في المواقف الاجتماعية الواقعية. أما المرحلة الرابعة (إذا حدثت انتكاسة) فيفحص المريض أسباب الانتكاسة ويتعلم كيفية تجنب حدوثها في

(١) Verbal persuasion.

(٢) The frame of reference.

المستقبل، كأن يكون لم يتدرب جيدا على ممارسة الاستجابة الاجتماعية الناجحة فيتجنب حدوث الانتكاسة بأن يُكثف من التدريب.

### الدراسات السابقة

يمكن عرض هذه الدراسات من خلال محورين رئيسيين هما:

- دراسات الكفاءة العلاجية للأساليب العلاجية السلوكية والمعرفية للرهاب الاجتماعي.
  - الدراسات التي فحصت العلاقات الارتباطية بين الرهاب الاجتماعي وفعالية الذات.
- وفيما يلي نعرض لدراسات كل محور على حدة.

#### دراسات الكفاءة العلاجية للأساليب العلاجية السلوكية والمعرفية للرهاب الاجتماعي

هدفت أولى دراسات هذا المحور والتي أجراها ويلز وباباجورجيو (Wells, & Papageorgiou, 2001) إلى تقديم تقييم عيادي لفعالية العلاج المعرفي المختصر، وذلك لدى عينة مكونة من ستة من مرضى الرهاب الاجتماعي، تلقوا العلاج المعرفي المختصر على مدى تراوح بين أربع إلى ثماني جلسات أسبوعية. تم التركيز في هذه الجلسات العلاجية على تعديل المبالغة في التركيز على الذات أثناء الموقف المخيف بالنسبة للمرضى، وتجنب التفكير في الموقف بعد انتهائه. وتم اختبار التحسن لدى المرضى مرتين (الأولى بعد ثلاثة أشهر، والثانية بعد ستة أشهر). وكشفت النتائج أن العلاج المعرفي المختصر كانت له فعالية في علاج جميع المرضى. حيث أظهر جميع المرضى تحسنا عياديا جوهريا واستمر هذا التحسن خلال فترة المتابعة أيضا.

أما دراسة روسيت (Rosset, 2004) فقد فحصت التغيرات في الانتباه المركز نحو الذات، والخوف من التقييم السلبي بعد تلقي العلاج المعرفي السلوكي للرهاب الاجتماعي، وذلك لدى عينة قوامها ٨٧ مريضا بالرهاب الاجتماعي. تم تقسيمهم عشوائيا إلى ثلاث مجموعات، الأولى: مجموعة قائمة انتظار؛ والثانية مجموعة علاج معرفي سلوكي فردي؛ والثالثة: مجموعة علاج معرفي سلوكي جمعي. تضمنت الجلسات العلاجية: معلومات عن الرهاب الاجتماعي وطبيعته، وأعراضه، وأسبابه المحتملة، ومظاهره السلوكية والمعرفية والأسرية، والتدريب على الاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي، والتعرض، والواجبات المنزلية. كشفت النتائج - على عكس المتوقع - عن عدم حدوث تغير جوهري لمجموعتي العلاج المعرفي السلوكي في نسبة الأفكار المركزة نحو الذات، وكذلك في الأفكار حول التقييم السلبي من قبل الآخرين، في حين تحسن تفكيرهم بوجه عام وأفكارهم حول ذواتهم وأصبحت أكثر إيجابية بعد العلاج مقارنة بما قبله.

وأجرى كلينجر وزملاؤه (Klinger, et al., 2005) دراسة لفحص مدى فعالية التعرض الواقعي كأحد أساليب العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي، وذلك لدى عينة قوامها ٣٦ من مرضى الرهاب الاجتماعي، تم تقسيمهم لمجموعتين، الأولى: مجموعة العلاج بالتعرض الواقعي؛ والثانية: مجموعة العلاج المعرفي السلوكي الجمعي وهي المجموعة الضابطة، واشتملت مواقف التعرض الواقعي أربعة أنماط من المواقف الاجتماعية وهي: مواقف أدائية، ومواقف حميمة، ومواقف بها إمعان النظر للمريض، ومواقف توكيدية. وتم تعليم المرضى سلوكيات ومعارف تساعدهم على خفض درجة القلق

أثناء التعرض للموقف واقعيًا. واستمر تلقي العلاج لدى كلتا المجموعتين لمدة ١٢ أسبوعًا. كشفت نتائج هذه الدراسة عن تحسن عيادي وإحصائي جوهري لدى كلتا المجموعتين في أعراض الرهاب الاجتماعي، في حين كانت الفروق في التحسن بينهما ضعيفة وغير جوهريّة.

أما دراسة كلارك وزملائه (Clark et al., 2006) فقد هدفت إلى المقارنة بين نتائج كل من العلاج المعرفي وآليات التعرض والاسترخاء. وذلك لدى عينة قوامها ٦٢ مريضًا بالرهاب الاجتماعي تم تشخيصهم بناءً على المحكات التشخيصية للرهاب الاجتماعي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، وتراوحت أعمارهم بين ١٨ إلى ٦٠ عامًا. تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، الأولى: وقوامها ٢١ مريضًا يتلقون علاجًا معرفيًا فقط تضمن تدريبهم على تركيز الانتباه خارجيًا بدلًا من تركيزه على الذات، وإعادة بناء الصورة الذاتية المشوهة؛ والثانية: تكونت من ٢١ مريضًا يتلقون علاجًا بالتعرض والاسترخاء داخل الجلسات ويطلب منهم تكراره في الواجب المنزلي؛ والثالثة: وقوامها ٢٠ مريضًا على قائمة الانتظار. كشفت النتائج أن العلاج المعرفي نتج عنه حدوث تحسن في أعراض الرهاب الاجتماعي أكبر جوهريًا مما نتج عن كل من التعرض والاسترخاء، كما كان مرضى المجموعة الثانية أكثر ميلًا للتفكير في تلقي علاج إضافي، وكانت النتائج ثابتة على مدار سنة كاملة هي مدة المتابعة. ويؤخذ على هذه الدراسة أن المدى العمري للعينة كان كبيرًا، بما لا يسمح بتعميم نتائجها.

أما دراسة أندريوز وديفيز وتيتوف (Andrews, Davies, & Titov, 2011) فقد هدفت إلى المقارنة بين فعالية العلاج المعرفي السلوكي عن طريق شبكة المعلومات الدولية<sup>١</sup> والعلاج المعرفي السلوكي وجها لوجه<sup>٢</sup> للرهاب الاجتماعي، وذلك لدى عينة قوامها ٧٥ من مرضى الرهاب الاجتماعي، كشفت نتائج هذه الدراسة عن تحسن جوهري في أعراض الرهاب الاجتماعي لدى كلتا المجموعتين، ولم توجد فروق جوهريّة في نتائج العلاج بينهما. في حين كان الوقت المستغرق في العلاج المعرفي السلوكي عن طريق شبكة المعلومات الدولية أقل مقارنةً بالعلاج المعرفي السلوكي وجها لوجه.

### الدراسات التي فحصت العلاقات الارتباطية بين الرهاب الاجتماعي وفعالية الذات

أولها كانت دراسة أوستين (Austin, 2003) فقد هدفت إلى فحص العلاقة بين اضطراب الرهاب الاجتماعي، والخجل، وفعالية الذات الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة قوامها ٧٦١ مشاركًا، متوسط أعمارهم ٢٣.٢١ سنة بانحراف معياري ٤.٩٣ سنة (٣٣٥ من الذكور، و٤٢٦ من الإناث)، تنطبق عليهم المحكات التشخيصية لاضطراب الرهاب الاجتماعي الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل. وطُلب من المشاركين الإجابة عن بنود مقاييس لكل من فعالية الذات الاجتماعية، والخجل، واضطراب الرهاب الاجتماعي. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط سلبي جوهري بين فعالية الذات الاجتماعية وكل من الخجل واضطراب الرهاب الاجتماعي؛ كما وجدت علاقة ارتباطية إيجابية بين الخجل والرهاب الاجتماعي.

(١) Internet cognitive behavior therapy

(٢) Face to face cognitive behavior therapy

وهدفت دراسة جوديانو وهيربرت (Gaudiano, & Herbert, 2003) إلى فحص العلاقة بين فعالية الذات للمواقف الاجتماعية وعواقب العلاج المعرفي السلوكي لدي عينة عيادية من مرضى الرهاب الاجتماعي، قوامها ١٣١ مريضاً (٤٩% ذكور، و ٥١% إناث) تراوحت أعمارهم بين ١٩ إلى ٥٩ عاماً. طُلب من المشاركين في هذه الدراسة مهمة أداء دور سلوكي خاص بمواقف اجتماعية محددة قبل تلقي العلاج وبعده. وطُبق عليهم اختبارات تقيس كل من فعالية الذات الاجتماعية، والرهاب الاجتماعي، والاكنتاب، والمهارات الاجتماعية. وتضمن العلاج المعرفي السلوكي آليات التدريب على المهارات الاجتماعية، وإعادة البناء المعرفي، وأداء الأدوار والنمذجة. وكشفت نتائج هذه الدراسة عن ارتفاع درجة فعالية الذات للمواقف الاجتماعية بعد العلاج ارتفاعاً جوهرياً، مقارنةً بدرجةها قبل العلاج، كما ارتبطت فعالية الذات للمواقف الاجتماعية ارتباطاً جوهرياً سالباً بالرهاب الاجتماعي، بمعنى أنه كلما ارتفعت درجة فعالية الذات انخفضت درجة الرهاب الاجتماعي، والعكس صحيح.

وفحصت دراسة كاشدان وروبرتس (Kashdan, & Roberts, 2004) التأثيرات الرئيسية والتفاعلية للرهاب الاجتماعي وتركيز الانتباه على التهديد الاجتماعي، وفعالية الذات الاجتماعية أثناء مهمة إفصاح ذاتي تبادلية<sup>١</sup> مع شريك مدرب مسبقاً. كان الشركاء المتدربين يسألون المشاركين أسئلة يزيد محتواها الشخصي تدريجياً (في حين تتركز عليهم كاميرا لتصويرهم). وذلك على عينة قوامها ٩٨ من طلاب الجامعة (٥٥ إناثاً، و ٤٣ ذكوراً). كشفت نتائج الدراسة أن الأفراد مرتفعي القلق الاجتماعي كانوا يخبرون تأثيراً سلبياً قوياً وفعالية ذاتية ضعيفة مقارنةً بمنخفضي الرهاب الاجتماعي.

وفي دراسة أخرى لجوديانو وهيربرت (Gaudiano, & Herbert, 2006) هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من الخصائص القياسية النفسية لمقياس فعالية الذات للمواقف الاجتماعية، وفحص العلاقة بين فعالية الذات للمواقف الاجتماعية والقلق، والتعرف على تأثير العلاج المعرفي السلوكي على درجة فعالية الذات للمواقف الاجتماعية، وذلك لدى عينة من المراهقين مرضى الرهاب الاجتماعي المعمم، قوامها ٥٠ مراهقاً (٤٠% ذكوراً، و ٦٠% إناثاً) ممن تنطبق عليهم المحكات التشخيصية لاضطراب الرهاب الاجتماعي المعمم المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، وكان متوسط أعمارهم ١٥ سنة. تلقى المشاركون علاجاً معرفياً سلوكياً على مدى ١٢ جلسة أسبوعية، تضمن العلاج آليات إعادة البناء المعرفي، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وواجبات منزلية. أظهرت النتائج أن مقياس فعالية الذات للمواقف الاجتماعية له درجة مرتفعة من صدق الاتساق الداخلي، وكذلك صدق التعلق بمحك خارجي، كما تحققت له درجة مرتفعة من ثبات إعادة الاختبار. كما تتبأت فعالية الذات للمواقف الاجتماعية للرهاب الاجتماعي. يُضاف إلى ذلك، أن درجة فعالية الذات الاجتماعية ارتفعت ارتفاعاً جوهرياً بعد العلاج مقارنةً بها قبل تلقي العلاج، كما ارتبطت التغيرات في درجة فعالية الذات للمواقف الاجتماعية بعد العلاج بالتغيرات في أعراض الرهاب الاجتماعي.

(١) A reciprocal self – disclosure task.

أما دراسة تومسون وبسوني (Thomassom, & Psouni, 2010) فقد فحصت الرهاب الاجتماعي في علاقته بالضعف الاجتماعي<sup>١</sup> وفعالية الذات والضبط الاجتماعي وآليات المواجهة، وذلك لدى عينة قوامها ١١٣ مشاركاً من أعضاء منتدى لمرضى الرهاب الاجتماعي، وطلاب جامعيين. تراوحت أعمار العينة بين ١٩ إلى ٦٠ سنة. كشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود ارتباط بين الإحساس المنخفض بالضبط الاجتماعي وكل من ارتفاع درجة الرهاب الاجتماعي والضعف الاجتماعي المرتبط به، كما ارتبطت الدرجة المنخفضة من فعالية الذات بارتفاع درجة الرهاب الاجتماعي والضعف الاجتماعي المرتبط به. كما أن ضعف آليات المواجهة يتوسط العلاقة بين فعالية الذات والرهاب الاجتماعي.

### الفرض العام للدراسة:

يؤدي البرنامج المعرفي السلوكي لتنمية فعالية الذات، إلى تخفيف المعاناة من أعراض الرهاب الاجتماعي لدى عينة من المرضى، مع استمرارية هذا التحسن لفترة زمنية بعد البرنامج، وعدم احتمال الانتكاس وعودة الأعراض - على الأقل خلال فترتي المتابعة - لمرضى الرهاب الاجتماعي الذين تلقوا البرنامج المعرفي السلوكي.

وينبثق عن هذا الفرض العام عدد من الفروض النوعية يمكن صياغتها على النحو التالي:

- ١- توجد فروق جوهرية بين القياس القبلي وكل من القياس البعدي المباشر وأثناء فترة المتابعة لأثر التدريب على فعالية الذات لدى العينة التجريبية.
- ٢- متوسط الخوف من المواقف الاجتماعية لدى عينة الدراسة التجريبية بعد التدريب على برنامج فعالية الذات أقل جوهرياً منه قبل التدريب.
- ٣- متوسط سلوك تجنب المواقف الاجتماعية لدى عينة الدراسة التجريبية بعد التدريب على برنامج فعالية الذات أقل جوهرياً منه قبل التدريب.
- ٤- متوسط الخوف من تقييم الآخرين سلبياً لدى عينة الدراسة التجريبية بعد التدريب على برنامج فعالية الذات أقل جوهرياً منه قبل التدريب.
- ٥- متوسط أعراض الرهاب الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية أقل منه لدى المجموعة الضابطة بعد التدريب على برنامج فعالية الذات.

### منهج البحث وإجراءاته

#### أولاً: منهج البحث:

تستخدم الدراسة الراهنة المنهج التجريبي، حيث يتم فيه معالجة المتغير المستقل والتحكم فيه تحكما عمدياً، وهو التدخل باستخدام برنامج معرفي - سلوكي لتحسين فعالية الذات لمجموعة من مرضى الرهاب الاجتماعي بهدف تخفيف المعاناة من أعراض الرهاب الاجتماعي، التي تمثل المتغيرات التابعة في الدراسة الراهنة، وهي الخوف الاجتماعي، وسلوك تجنب الآخرين، والخوف من التقييم السلبي من

(١) Social impairment

قبل الآخرين؛ بالإضافة إلى مقارنة هذه المجموعة التجريبية بمجموعة ضابطة، لا تخضع للبرنامج العلاجي.

#### (أ) تصميم البحث:

تعتمد الدراسة الراهنة على تصميم المجموعتين المتكافئتين بقياس قبلي وبعدي متكرر، وفي هذا النوع من التصميم يختار الباحث مجموعتين، ويقدم لإحدهما المعالجة التجريبية، وتترك الأخرى دون معالجة كمجموعة ضابطة.

#### (ب) وصف العينة:

أجريت الدراسة الراهنة على عينة قوامها ١٢ مريضاً من مرضى الرهاب الاجتماعي (ن = ١٢)؛ تم تقسيم هذه العينة الكلية إلى مجموعتين إحدهما تجريبية، والأخرى ضابطة، وفيما يلي وصف لأفراد المجموعتين:

(١) المجموعة التجريبية: وتمثل مجموعة مرضى الرهاب الاجتماعي الذين تلقوا برنامج العلاج المعرفي السلوكي للرهاب الاجتماعي عن طريق تنمية فعالية الذات الاجتماعية، وتكونت من ستة مرضى (٢ إناث، و٤ ذكور)، وكان العدد الأصلي للعينة تسعة إلا أنه قد حدث تسرب لثلاثة من المرضى بعد الجلسات الأولى للعلاج، ولم يتلق أفراد هذه العينة أيًا من أنواع العلاج الطبي أو النفسي قبل التعرض للبرنامج العلاجي موضع البحث في الدراسة الراهنة.

(٢) والمجموعة الضابطة: وهي مجموعة مرضى الرهاب الاجتماعي الذين لم يتلقوا أيًا من أنواع العلاج النفسي أو الطبي، سواء أثناء مدة إجراء التجربة أو قبلها وتكونت من ستة مرضى (٢ إناث، و٤ ذكور).

#### محكات اختيار العينة:

تم تحديد عدد من المحكات لاختيار عينة الدراسة وذلك لإحداث الضبط التجريبي، وتجنب تأثير عدد من المتغيرات الدخيلة التي قد تؤثر على نتائج التجربة، أو تتداخل مع مؤشرات التحسن، وتضمنت هذه المحكات ما يلي:

١- **التشخيص:** كان جميع أفراد العينة ممن تنطبق عليهم المحكات التشخيصية لاضطراب الرهاب الاجتماعي الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض العقلية، والصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية. كما تم اختيار العينة ممن لا يتداخل تشخيص الرهاب الاجتماعي لديهم مع أي اضطرابات أخرى. وقد تم التأكد من التشخيص الطبي للحالات باستخدام أدوات الدراسة الخاصة بتقييم الرهاب الاجتماعي وحصول العينة على درجات تزيد على متوسط الأسوياء بانحرافين معياريين. وكانت كل هذه الحالات محولة من بعض أساتذة الطب النفسي لعيادة أ.د/ محمد نجيب الصبوة لتلقي العلاج المعرفي - السلوكي، وهما أ.د/ محمد غانم، وأ.د/ طارق أحمد عكاشة، وكانوا على قائمة الانتظار وتم توزيعهم على مجموعتي الدراسة عشوائياً. وقد تم التأكد من تشخيص العينة عن طريق تطبيق قائمة الرهاب الاجتماعي، وتحديد النقطة الفاصلة عن طريق إضافة ٢ انحراف



معياري - في اتجاه المرض - لمتوسط الأسوياء كما تم تحديده بناء على درجات عينة التقنين من الأسوياء.

٢- **العلاج الدوائي:** روعي ألا يكون أفراد العينة ممن يتلقون أي نوع من العلاجات الدوائية سواء كان ذلك خلال فترة التجربة أو خلال الستة شهور الأخيرة، وذلك لكي لا يتداخل أثر هذه العلاجات الدوائية مع تأثير البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الراهنة. وكان جميع أفراد العينة ممن يرفضون العلاج الدوائي.

٣- روعي التكافؤ بين أفراد العينتين في كل من العمر ومستوى التعليم. ويوضح الجدول (٤-١) الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيري العمر ومستوى التعليم باستخدام مان وتي يو.

### جدول (١)

#### المضاهاة بين مجموعتي الدراسة في متغيري العمر ومستوى التعليم

الدالة	قيمة ي	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		المجموعة
		ع	م	ع	م	
غير دالة	٠.٣٢-	٨.٠٧	٣٢.٣٣	٧.٢٨	٣١.٨٣	العمر
غير دالة	١.٢٥-	١.٨٦	١٥.٦٧	١.١٧	١٦.٨٣	مستوى التعليم

وبالنظر في الجدول يتضح أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيري العمر ومستوى التعليم.

#### (ج) أدوات الدراسة:

##### أولاً: مقياسي شدة أعراض الرهاب الاجتماعي، وفعالية الذات:

١- قائمة الرهاب الاجتماعي، إعداد: أميرة محمد الدق؛ إشراف أ.د/ محمد نجيب الصبوة. وتتكون هذه القائمة من ٤٥ بنداً، تقيس شدة أعراض الرهاب الاجتماعي على مقياس شدة من خمس درجات، وينود هذه القائمة موزعة على ثلاثة مقاييس فرعية تمثل أعراض الرهاب الاجتماعي، وهي: (أ) مقياس الخوف من المواقف الاجتماعية؛ و (ب) مقياس تجنب المواقف الاجتماعية؛ و (ج) مقياس الخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين.

٢- مقياس فعالية الذات الاجتماعية، إعداد: أميرة محمد الدق؛ إشراف أ.د/ محمد نجيب الصبوة. ويتكون هذا المقياس من أربعين بنداً، تقيس الفعالية الذاتية للمواقف الاجتماعية. وتتم الاستجابة على بنود المقياس وفقاً لدرجات من الشدة تتراوح بين ١ و ٥ درجات.

##### ثانياً: أدوات استخدمت في سياق البرنامج العلاجي:

١- استمارة تاريخ الحالة، تأليف: كوتلا، ويوبر Cautela, & Upper، ترجمة وتعديل: محمد نجيب الصبوة.

٢- جداول المراقبة الذاتية، وتشمل هذه الجداول ما يلي:

أ) جدول المراقبة الذاتية للتصرفات السلوكية.

ب) صحيفة يومية للمراقبة الذاتية لأعراض الرهاب الاجتماعي وفعالية الذات على مقاييس للتقدير الذاتي تتراوح درجاتها بين صفر وعشر درجات.

ج) جدول المراقبة الذاتية للأفكار الآلية السلبية.

### الخصائص القياسية النفسية لأدوات الدراسة:

تم تقنين أدوات الدراسة على عينتين من مرضى الرهاب الاجتماعي والأسوياء، بلغ قوام عينة المرضى (١٠) أفراد، في حين بلغ قوام عينة التقنين من الأسوياء (٥٠) سوياً، مع مراعاة التكافؤ بينهما في كل من العمر ومستوى التعليم والحالة الاجتماعية، ويكشف الجدول التالي عن نتائج المضاهاة بين المجموعتين في كل من العمر ومستوى التعليم باستخدام اختبار ت لدلالة الفروق بين مجموعتين.

### جدول (٢)

#### المضاهاة بين مجموعتي المرضى والأسوياء في متغيري العمر ومستوى التعليم

الدالة	قيمة ت	مجموعة الأسوياء (ن = ٥٠)		مجموعة المرضى (ن = ١٠)		المجموعة
		ع	م	ع	م	
غير دالة	٠.١٧-	١٠.٠١	٢٦.٨	١٠.٣٤	٢٧.٤	العمر
غير دالة	٠.٥٥-	٢.٣٤	١٣.٤	٢.٦٩	١٣.٩	مستوى التعليم

وبالنظر في الجدول يتضح أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعتي التقنين من المرضى والأسوياء في متغيري العمر ومستوى التعليم.

#### أولاً: الصدق:

##### (١) صدق التعلق بمحك:

تم تقدير الصدق المتعلق بمحك خارجي لقائمة الرهاب الاجتماعي بحساب معامل الارتباط بينها ومقياس الفلق الاجتماعي، وكان معامل ارتباط قائمة الرهاب الاجتماعي بالمقياس المحكي ٠.٥٧ لدى المرضى، و ٠.٥٣ لدى الأسوياء، وهو ما يكشف عن درجة مقبولة من الصدق للقائمة.

##### (٢) صدق المضمون:

لتحقيق صدق المفهوم فقد تم عرض مقياسي الدراسة وهما قائمة الرهاب الاجتماعي؛ ومقياس فعالية الذات الاجتماعية على محكمين من أساتذة علم النفس<sup>١</sup> لتقييم مدى ملاءمة المقياسين لما وضعا لقياسه، وتحديد البنود غير الملائمة لذلك، أو تعديلها، تبعاً لما يوصي به السادة المحكمون، وقد تم تعديل عدد من بنود أدوات الدراسة طبقاً لما أوصوا به.

(١) تتوجه الباحثة بالشكر لكل من: أ.د/ محمد نجيب الصبوة؛ أ.د/ طارق عكاشة؛ ود/ سهير الغباشي؛ ود/ أحمد إسماعيل؛ ود/ هبة ربيع؛ ود/ عزة عبد الكريم لما بذلوه من جهد في تحكيم أدوات الدراسة.

## ثانياً: الثبات:

تم حساب الثبات بطريقة القسمة النصفية على عينة قوامها (١٢) من مرضى الرهاب الاجتماعي و(٥٠) من الأسوياء، في حين تم حساب ثبات إعادة الاختبار على عينة مرضى الرهاب الاجتماعي نفسها، و(٢٤) من الأسوياء.

### جدول (٣)

#### معاملات الثبات بطريقتي القسمة النصفية وإعادة الاختبار لأدوات الدراسة

أسوياء		مرضى		عينة التقتين	
إعادة الاختبار (ن=٢٤)	القسمة النصفية (ن=٥٠)	إعادة الاختبار (ن=١٢)	القسمة النصفية (ن=١٢)	المقاييس	
٠.٨٩	٠.٧٩	٠.٨٤	٠.٧٣	مقياس الخوف من المواقف الاجتماعية	قائمة الرهاب الاجتماعي
٠.٩١	٠.٨٤	٠.٨٩	٠.٨٧	مقياس تجنب المواقف الاجتماعية	
٠.٩٢	٠.٨١	٠.٧٣	٠.٧٣	مقياس الخوف من التقييم السلبى	
٠.٦٥	٠.٨٨	٠.٩٢	٠.٨٨	مقياس فعالية الذات الاجتماعية	

يتضح من الجدول السابق ارتفاع معاملات الثبات لقائمة الرهاب الاجتماعي بمقاييسها الفرعية، ومقياس فعالية الذات لدى كل من المرضى والأسوياء.

## ثانياً: البرنامج العلاجي:

قامت الباحثة بإعداد "البرنامج المعرفي السلوكي لعلاج الرهاب الاجتماعي عن طريق تنمية فعالية الذات" بعد الإطلاع على عدد من برامج العلاج وتعديل السلوك وتنمية المهارات، وذلك للوصول إلى صياغة جيدة للبرنامج الحالي، وتلافي أوجه الضعف التي قد توجد في بعض البرامج.

### مراحل إعداد البرنامج الحالي:

١- إعداد إطار نظري شامل للرهاب الاجتماعي وعلاجه وعلاقته بفعالية الذات ونظرية فعالية الذات بوصفها إحدى النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي، وذلك بهدف اختيار أساليب التدخل العلاجي الملائمة.

٢- إعداد صورة مبدئية للبرنامج، وتجريبه على حالة من مرضى الرهاب الاجتماعي، للوقوف على جوانب القصور والضعف في البرنامج وتلافيها في إعداد صورته النهائية.

٣- تم إجراء عدد من التعديلات على البرنامج، كانت مرتبطة بترتيب بعض الإجراءات داخل الجلسات، وصياغته في صورته النهائية.

### إجراءات الدراسة:

١- تم إعداد البرنامج العلاجي وفقاً للمراحل السابق عرضها، وتم تدريب الباحثة من قبل أ.د/محمد نجيب الصبوة على خطوات تنفيذ البرنامج تفصيلاً، والأساليب العلاجية المتضمنة به.

- ٢- تم تطبيق البرنامج على حالة واحدة من مرضى الرهاب الاجتماعي لبيان مدى ملاءمته للتطبيق العملي على العينة التجريبية للدراسة، ومدى ملاءمة جدول أعمال كل جلسة للوقت المحدد لها وهو ما يتراوح بين ساعة إلى ساعة ونصف.
- ٣- تم تنفيذ إجراءات البرنامج في الفترة من شهر يناير ٢٠١١ حتى شهر سبتمبر ٢٠١١ على مجموعتي الدراسة.
- ٤- تم تنفيذ البرنامج في العيادة الخاصة بالأستاذ الدكتور/ محمد نجيب الصبوة . كما تم استقبال الحالات الموجودة على قائمة الانتظار وكانت مشخصة طبيا كما سبق بيان ذلك، فيما عدا حالتين تم تشخيصهما في مركز الطب النفسي التابع لمستشفى عين شمس التخصصي.
- ٥- تلقت المجموعة التجريبية العلاج المعرفي السلوكي عن طريق تنمية فعالية الذات على مدار ١٢ جلسة علاجية، بواقع جلسة أسبوعيا، بالإضافة إلى جلستي المتابعة.
- ٦- تلقت المجموعة الضابطة عدد ٦ جلسات موزعة على مدة تساوي مدة تنفيذ البرنامج العلاجي للمجموعة التجريبية، لا يتم التعرض خلال هذه الجلسات لأي من آليات وأساليب علاج الرهاب الاجتماعي، وكانت الجلسة تتضمن التحدث في موضوعات عامة لا ترتبط بالمرض أو علاجه، مع عمل تقييم للأعراض أربع مرات، الأولى: لتحديد خط الأساس، والثانية: بعد مرور مدة مساوية لمدة تنفيذ البرنامج؛ والثالثة: بعد مرور فترة المتابعة الأولى؛ والرابعة والأخيرة: بعد مرور فترة المتابعة الثانية.
- ٧- تضمن الأسبوع الأول ثلاث جلسات بفاصل يوم واحد بين كل جلستين، بهدف إعطاء فرصة للمريض للتحدث عن مشكلته بكل جوانبها، وتقييمها من خلال المقابلة وأدوات الدراسة.
- ٨- تم تدريب أحد المقربين لكل مريض في كلتا المجموعتين - التجريبية والضابطة- على ملء جداول المراقبة الذاتية الخاصة بأعراض الرهاب الاجتماعي الثلاثة.
- ٩- لم يتم تضمين بيانات الحالات المتسربة ضمن نتائج الدراسة، نظرا لعدم وجود بيانات كافية، حيث أنهم لم يكملوا نصف عدد جلسات البرنامج، وكانت هذه الحالات المتسربة ضمن المجموعة التجريبية.
- ١٠- تم علاج مرضى العينة الضابطة بعد انتهاء فترة التجربة عن طريق تطبيق البرنامج العلاجي نفسه الذي خضعت له العينة التجريبية.
- ١١- تم التأكد من نتائج تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية عن طريق مقارنة درجاتهم على قائمة الرهاب الاجتماعي بالنقطة الفاصلة للتحسن، وهي متوسط درجة عينة التقنين من الأسوياء مطروحا منها ٢/١ انحراف معياري في اتجاه السواء. كما قورنت درجاتهم على مقياس فعالية الذات الاجتماعية بالنقطة الفاصلة للتحسن، وهي متوسط درجة عينة التقنين من الأسوياء مضافا إليها ٢/١ انحراف معياري.

### خطة التحليلات الإحصائية:

أجريت التحليلات الإحصائية التالية على بيانات العينة:

١- المتوسطات والانحرافات المعيارية.

٢- اختبار مان ويتني يو لاختبار الفروق بين مجموعتي الدراسة على متغيراتها، وهو اختبار لامعلمي قوي، يُستعان به للمقارنة بين عينتين مستقلتين حينما تكون بيانات كل عينة في صورة رتبية أو حولت بياناتها العددية إلى صورة رتبية (الشرييني، ١٩٩٠، ص ١٨٧).

٣- اختبار فريدمان لتحليل التباين بالرتب في اتجاهين، وهو اختبار لا معلمي يستخدم لتحليل تباين الرتب في التجارب التي استخدم فيها إعادة القياس عددا من المرات على المجموعة نفسها من المشاركين (أبو شعيشع، ١٩٩٧، ص ١١٤).

### نتائج الدراسة

أولاً: نتائج الفروق بين مجموعتي الدراسة في الأداء على مقاييس الدراسة التي نتابع من خلالها مقدار التحسن بين المجموعات عبر المراحل العلاجية المتتالية.

### جدول (٤)

الفروق بين مجموعتي الدراسة في الأداء على المقاييس في المراحل المتتابعة للبرنامج العلاجي.

الفروق	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		المجموعة المقاييس	المرحلة العلاجية
	ع	م	ع	م		
١.٦٨-	٧.٨٢	٥٧.٠٦	٩.٥٨	٤٧.١٧	١	خط الأساس
١.٣٧-	٤.٨٢	٤٩	١٠.٧٥	٤٢.٣٣	٢	
٠.٩٦-	٧.٣٧	٥٦.٦٧	٨.٨٣	٥٢.٠٦	٣	
٠.٠٨-	١٨.٢٦	٩٧.٥٠	١٩.٤٢	٩٨.٦٧	فعالية الذات الاجتماعية	التطبيق البعدي
**٢.٨٩-	٨.٧٨	٥٦.٥٠	٥.٠٦	٢١	١	
**٢.٨٩-	٦.٢٥	٤٦.٦٧	٦.٧١	٢١.١٧	٢	
**٢.٨٨-	٧.٦٥	٥٤.٣٨	٦.٨٣	٢٢.٦٧	٣	المتابعة الأولى
**٢.٨٨-	١١.٧١	٩٢.٣٣	١٨.٨١	١٦٣.٨٣	فعالية الذات الاجتماعية	
**٢.٨٩-	٦.٤٣	٥٦.٨٣	٧.٢٠	٢٢.٦٧	١	
**٢.٩٩-	٧.٠٥	٥١.١٧	٧.٠٦	٢١.٣٣	٢	المتابعة الثانية
**٢.٨٨-	٧.١٢	٥٧.٣٣	٧.٧١	٢٢.٥٠	٣	
**٢.٨٩-	٧.٦٣	٩١.٣٣	٢٠.٣٩	١٦٤.٦٧	فعالية الذات الاجتماعية	
**٢.٨٩-	٤.٢٢	٦١.١٧	٤.٥٠	١٩.٦٧	١	
**٢.٨٩-	٨.٢٧	٥١.٣٣	٦.٦٥	٢٠.١٧	٢	
**٢.٨٩-	٩.٢٠	٥٧.٦٧	٦.٨٦	٢٠.٦٧	٣	
**٢.٨٨-	٩.٤٤	٨٦.٥٠	١٩.٤١	١٦٥.٣٣	فعالية الذات الاجتماعية	

١ الخوف من المواقف الاجتماعية . \*\* دال عند مستوى ٠.٠٠١ .

٢ تجنب المواقف الاجتماعية . ٣ الخوف من التقييم السلبي .

وتكشف النتائج في جدول (٥-١) عن التالي:

١- لا توجد فروق جوهرية بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بالأداء على أدوات الدراسة في قياس خط الأساس (القياس القبلي). ويشير ذلك إلى التكافؤ بين عينتي الدراسة في مستوى شدة الاضطراب، وبالتالي توحيد خط الأساس بينهما، بما يمكن من إمكانية متابعة نتائج التدخل العلاجي.

٢- توجد فروق جوهرية بين مجموعتي الدراسة في الأداء البعدي (بعد انتهاء البرنامج العلاجي) على النحو التالي:

أ- متوسط درجة الخوف من المواقف الاجتماعية لدى المجموعة التجريبية كان أقل جوهرياً منه لدى المجموعة الضابطة.

ب- متوسط درجة تجنب المواقف الاجتماعية لدى المجموعة التجريبية كان أقل جوهرياً منه لدى المجموعة الضابطة.

ج- متوسط درجة الخوف من التقييم السلبي لدى المجموعة التجريبية كان أقل جوهرياً منه لدى المجموعة الضابطة.

د- متوسط درجة فعالية الذات الاجتماعية لدى المجموعة التجريبية كان أعلى جوهرياً منه لدى المجموعة الضابطة.

مما يشير إلى انخفاض شدة هذه الأعراض جوهرياً لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة بسبب التحسن الجوهرى في فعالية الذات الاجتماعية.

٣- توجد فروق جوهرية بين مجموعتي الدراسة في الأداء على أدوات الدراسة، فيما يتعلق بمرحلة المتابعة الأولى، مؤداها استمرار انخفاض متوسطات درجات كل من الخوف من المواقف الاجتماعية، وتجنبها، والخوف من التقييم السلبي جوهرياً لدى المجموعة التجريبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة التي ظلت متوسطاتها مرتفعة بشكل جوهرى؛ بالإضافة إلى ارتفاع جوهرى في متوسط درجة فعالية الذات لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، الأمر الذي يعني أنه من تحسن فعالية الذات تحسناً جوهرياً، والمحافظة عليها من الانتكاس، ظلت متوسطات مكونات أعراض الرهاب الاجتماعي منخفضة بشكل جوهرى.

٤- توجد فروق جوهرية بين مجموعتي الدراسة في الأداء على أدوات الدراسة في فترة المتابعة الثانية، مؤداها استمرار انخفاض شدة أعراض الرهاب الاجتماعي المتمثلة في انخفاض متوسطات درجات كل من الخوف من المواقف الاجتماعية، وتجنبها، والخوف من التقييم السلبي جوهرياً لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة؛ مع اقتران هذا الانخفاض بارتفاع جوهرى في متوسط درجة فعالية الذات لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

## تأثير العلاج:

فيما يلي عرض للفروق بين المجموعتين في التقدير الذاتي لأعراض الرهاب الاجتماعي كما يقيهما أحد المقربين لكل مريض، لكي يكون لدينا أدلة واقعية لتأثير العلاج من الوجهة المجتمعية، ومن المقربين من المرضى.

### جدول (٥)

الفروق بين المجموعتين في التقدير الذاتي لأحد المقربين لأعراض الرهاب الاجتماعي في المراحل المتتابعة للبرنامج العلاجي.

الفروق	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		المجموعة	المقاييس	المرحلة العلاجية
	ع	م	ع	م			
١.٤٠-	٠.٨٩	٩	٠.٥٢	٨.٣٣	١	الرهاب الاجتماعي	خط الأساس
١.٨٦-	١.٠٣	٨.٣٣	٠.٥٢	٩.٣٣	٢		
٢.٤١-	٠.٨٤	٨.٥٠	٠.٧٥	٧.١٧	٣		
**٢.٩٥-	١.١٧	٨.٨٣	٠.٥٢	١.٦٧	١	الرهاب الاجتماعي	التطبيق البعدي
**٢.٩٧-	٠.٨٢	٩.٣٣	٠.٥٢	٠.٣٣	٢		
**٢.٩٨-	٠.٥٥	٨.٥٠	١.٠٣	٠.٦٧	٣		
**٢.٩٥-	١.١٧	٨.١٧	١.٠٣	٠.٦٧	١	الرهاب الاجتماعي	المتابعة الأولى
**٣.١١-	٠.٧٥	٨.١٧	صفر	صفر	٢		
**٣.١١-	٠.٩٨	٨.٨٣	صفر	صفر	٣		
**٣.١١-	٠.٧٥	٩.١٧	صفر	صفر	١	الرهاب الاجتماعي	المتابعة الثانية
**٣.٠٩-	١.٠٥	٨.٥٠	صفر	صفر	٢		
**٣.١٤-	٠.٨٤	٨.٥٠	صفر	صفر	٣		

١- الخوف من المواقف الاجتماعية . \*\* دال عند مستوى ٠.٠٠١ .

٢- تجنب المواقف الاجتماعية. ٣- الخوف من التقييم السلبي.

### بالنظر في النتائج المعروضة في الجدول السابق يتضح ما يلي:

١- لا توجد فروق بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بتقديرات أحد المقربين لأعراض الرهاب الاجتماعي وذلك خلال مرحلة تحديد خط الأساس.

٢- توجد فروق جوهرية بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بتقديرات أحد المقربين لأعراض الرهاب الاجتماعي وذلك خلال مرحلة القياس البعدي، ومرحلتي المتابعة الأولى والثانية، الأمر الذي يدل على شدة تأثير البرنامج العلاجي من وجهة نظر أقارب المرضى.

ثانياً: نتائج الفروق داخل كل مجموعة في الأداء على أدوات الدراسة، لمتابعة التحسن داخل كل منهما على حدة عبر المراحل العلاجية.

١- الفروق داخل المجموعة التجريبية:

سيعرض هذا الجزء لأداء المجموعة التجريبية فقط على أدوات الدراسة، عبر المراحل العلاجية المتتالية لمتابعة التحسن، باستخدام اختبار فريدمان.

جدول (٦)

الفروق داخل المجموعة التجريبية عبر المراحل العلاجية المتتالية (ن = ٦)

قيمة كا <sup>٢</sup>	المتابعة الثانية		المتابعة الأولى		القياس البعدي		القياس القبلي		المراحل العلاجية الأدوات
	ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	
*** ١٥.٧١	٤.٥٠	١٩.٦٧	٧.٢٠	٢٢.٦٧	٥.٠٦	٢١	٩.٥٨	٤٧.١٧	١
** ١٣.٤٢	٦.٦٥	٢٠.١٧	٧.٠٦	٢١.٣٣	٦.٧١	٢١.١٧	١٠.٧٥	٤٢.٣٣	٢
** ١٤.٨٩	٦.٨٦	٢٠.٦٧	٧.٧١	٢٢.٥٠	٦.٨٣	٢٢.٦٧	٨.٨٣	٥٢.٠٦	٣
** ١٣.١٧	١٩.٠٤ ١	١٦٥.٣٣	٢٠.٣ ٩	١٦٤.٦٧	١٨.٨١	١٦٣.٨٣	١٩.٤٢	٩٨.٦٧	فعالية الذات الاجتماعية

١ الخوف من المواقف الاجتماعية. \* \* دال عند مستوى ٠.٠٠١.

٢ تجنب المواقف الاجتماعية. ٣ الخوف من التقييم السلبي.

بفحص البيانات والنتائج الواردة في الجدول السابق، يمكن الإشارة إلى ما يلي:

- ١- توجد فروق جوهرية عند مستوى ٠.٠٠١ بين الأدوات الأربعة للمجموعة. والتي تشير إلى وجود انخفاض جوهري في متوسطات الخوف من المواقف الاجتماعية عبر المراحل العلاجية الأربع.
- ٢- توجد فروق جوهرية عند مستوى ٠.٠١ بين الأدوات الأربعة للمجموعة. والتي تشير إلى وجود انخفاض جوهري في متوسطات كل من تجنب المواقف الاجتماعية والخوف من التقييم السلبي، عبر المراحل العلاجية الأربع، بما يعني انخفاض شدة أعراض الرهاب الاجتماعي انخفاضاً جوهرياً كنتيجة للتعرض للبرنامج العلاجي، واستمرار هذا التحسن خلال فترتي المتابعة الأولى والثانية.
- ٣- توجد فروق جوهرية عند مستوى ٠.٠١ بين الأدوات الأربعة للمجموعة على مقياس فعالية الذات الاجتماعية، وتشير المتوسطات إلى ارتفاع درجة فعالية الذات الاجتماعية ارتفاعاً جوهرياً بعد التعرض للبرنامج واستمرار هذا الارتفاع خلال فترتي المتابعة الأولى والثانية.
- ٤- الفروق داخل المجموعة الضابطة (مجموعة قائمة الانتظار) عبر المراحل العلاجية المتتالية: سوف يعرض هذا الجزء لأداء المجموعة الضابطة على أدوات الدراسة، عبر المراحل المتتالية، وذلك كما يلي:

جدول (٧)

الفروق داخل المجموعة الضابطة عبر المراحل العلاجية المتتالية (ن = ٦)

قيمة كا <sup>٢</sup>	المتابعة الثانية		المتابعة الأولى		القياس البعدي		القياس القبلي		المراحل العلاجية الأدوات
	ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	
٨.٥٩٣	٤.٢٢	٦١.١٧	٦.٤٣	٥٦.٨٣	٨.٧٨	٥٦.٥٠	٧.٨٢	٥٧.٠٦	١
٧.٠١٨	٨.٢٧	٥١.٣٣	٧.٠٥	٥١.١٧	٦.٢٥	٤٦.٦٧	٤.٨٢	٤٩	٢
٤.٣٦٨	٩.٢٠	٥٧.٦٧	٧.١٢	٥٧.٣٣	٧.٦٥	٥٤.٨٣	٧.٣٧	٥٦.٦٧	٣
١.٤	٩.٤٤	٨٦.٥٠	٧.٦٣	٩١.٣٣	١١.٧١	٩٢.٣٣	١٨.٢٦	٩٧.٥٠	فعالية الذات الاجتماعية

١ الخوف من المواقف الاجتماعية. ٢ تجنب المواقف الاجتماعية. ٣ الخوف من التقييم السلبي.

بفحص البيانات والنتائج الواردة في الجدول السابق، يمكن الإشارة إلى ما يلي:



- ١- لا توجد فروق جوهرية بين الأداءات الأربعة للمجموعة؛ بما يشير إلى عدم وجود تحسن في شدة الخوف من المواقف الاجتماعية عبر المراحل المتتالية للبرنامج.
- ٢- لا توجد فروق جوهرية بين الأداءات الأربعة للمجموعة؛ بما يشير إلى عدم وجود تحسن في شدة تجنب المواقف الاجتماعية عبر المراحل المتتالية للبرنامج.
- ٣- لا توجد فروق جوهرية بين الأداءات الأربعة للمجموعة؛ بما يشير إلى عدم وجود تحسن في شدة الخوف من التقييم السلبي عبر المراحل المتتالية للبرنامج.
- ٤- لا توجد فروق جوهرية بين الأداءات الأربعة للمجموعة. بما يشير إلى عدم وجود تحسن في درجة فعالية الذات الاجتماعية عبر المراحل المتتالية للبرنامج.

### مناقشة النتائج:

سيعرض الجزء التالي مناقشة نتائج التحليلات الإحصائية، والتحقق من مدى تأييدها لفروض الدراسة، مع محاولة تفسير هذه النتائج في ضوء ما قدمته نظرية فعالية الذات في تفسيرها للرهاب الاجتماعي.

### الفرض العام للدراسة:

يؤدي البرنامج المعرفي السلوكي لتنمية فعالية الذات، إلى تخفيف المعاناة من أعراض الرهاب الاجتماعي لدى عينة من المرضى، مع زيادة هذا التحسن واستمراريته، لفترة زمنية بعد البرنامج، وعدم احتمال الانتكاس وعودة الأعراض - على الأقل خلال فترة المتابعة - لمرضى الرهاب الاجتماعي الذين تلقوا البرنامج المعرفي السلوكي.

وسوف تتم مناقشة هذا الفرض في ضوء مناقشة الفروض الفرعية التي انبثقت عنه كما يلي:

(١) توجد فروق جوهرية بين القياس القبلي وكل من القياس البعدي المباشر وأثناء فترة المتابعة لأثر التدريب على فعالية الذات لدى العينة التجريبية.

أشارت النتائج إلى وجود فروق جوهرية بين درجة فعالية الذات الاجتماعية في القياس القبلي ودرجتها في القياس البعدي المباشر، أي أنه قد حدث تحسن وارتفاع في مستوى فعالية الذات الاجتماعية نتيجة للتدريب. بما يعني أن العينة التجريبية للدراسة من مرضى الرهاب الاجتماعي أصبحوا أكثر ثقة في قدراتهم على إحداث التفاعل الاجتماعي، كما أنهم مقتنعون على أساس من المعرفة والقدرة بأنهم يمتلكون بالفعل الكفاءة اللازمة للقيام بسلوك اجتماعي بصورة ناجحة. وهذه الثقة في قدراتهم سوف تساعدهم على ارتفاع قدرتهم على الإنجاز، كما ستجعلهم أكثر قدرة على التحكم في المواقف الاجتماعية.

أما فيما يتعلق بعدم وجود فروق جوهرية بين درجة فعالية الذات الاجتماعية في القياس البعدي المباشر وهذه الدرجة في فترة المتابعة الأولى، فإن هذا يشير إلى استقرار التحسن، واستمرار التأثير العلاجي لدى المرضى على الرغم من مرور فترة شهرين على انتهاء تنفيذ البرنامج العلاجي، كما أن عدم وجود فروق جوهرية بين قياس درجتي فعالية الذات في فترة المتابعة الثانية والقياس البعدي

المباشر يشير أيضا إلى استقرار التحسن في فعالية الذات الاجتماعية لمدة بلغت ضعفي مدة تنفيذ البرنامج العلاجي.

إن هذه النتائج تشير إلى كفاءة طرق رفع درجة فعالية الذات في تحقيق الهدف منها. وهذه الطرق هي التي تم تضمينها في البرنامج العلاجي موضع الدراسة الراهنة، حيث تم ضرب أمثلة للمريض من نجاحاته السابقة، سواء في نجاحاته في إقامة علاقات صداقة ناجحة، أو علاقات أسرية حميمة، أو نجاحه في بدء محادثة مع أفراد غير مأوفين، وهي خبرات ونجاحات استمدتها الباحثة من تاريخ الحالة، وتم إعطاؤها للمريض بوصفها دليلا على النجاح الاجتماعي، وهذا ما أدى إلى بناء اعتقاد قوي لديه بأن فعاليته الذاتية الاجتماعية مرتفعة، بالإضافة إلى مهمات الواجب المنزلي، كالتعرض الواقعي وتنفيذ الأفكار الآلية السلبية، وتشجيع المرضى عند النجاح فيها، يضاف إلى ذلك، طريقة النمذجة وقيام الباحثة (بوصفها المعالج) بدور النموذج لتعليم المريض مهارات وآليات فعالة للتعامل مع المواقف الاجتماعية المخيفة له، مثل الحديث مع مديره في العمل، وأداء المعالج لدور النموذج الاجتماعي القوي في نقل مهارات الحديث مع شخص ذي سلطة، وهو ما يعين المريض على الاقتداء به في المواقف المشابهة. وبناء على تنفيذ الطريقتين السابقتين (دعم نجاحات المريض السابقة، والنمذجة) يمكن تنفيذ الطريقة الثالثة وهي إقناع مرضى الرهاب الاجتماعي بأنهم يمتلكون المهارات الاجتماعية الملائمة للتعامل في المواقف الاجتماعية بنجاح، وبلي ذلك الطريقة الرابعة، والتي تساعد المريض على عدم الانتكاس حيث يعزي تقصيره أو حتى فشله في موقف اجتماعي معين إلى نقص التدريب على ممارسة الاستجابة الاجتماعية الناجحة فيتجنب حدوث الانتكاسة بأن كُثف من التدريب، ولا يعزبه إلى فشله أو ضعف قدراته ومهاراته الاجتماعية.

إن تطبيق هذه الطرق الأربع والمشار إليها مسبقا بشكل تفصيلي ضمن الإطار النظري لفعالية الذات قد أدى إلى تحقيق الهدف منه وهو رفع مستوى فعالية الذات الاجتماعية لدى المرضى، كما أدى إلى تحقيق استقرار هذا المستوى من فعالية الذات الاجتماعية والوقاية من الانتكاسة وهذا يؤيد الفرض الأول للدراسة الراهنة.

(٢) متوسط الخوف من المواقف الاجتماعية لدى العينة التجريبية بعد التدريب على برنامج فعالية الذات أقل جوهريا منه قبل التدريب.

كشفت نتائج الدراسة عن أن التدريب على برنامج لرفع درجة فعالية الذات الاجتماعية قد أدى إلى خفض درجة الخوف من المواقف الاجتماعية لدى مرضى الرهاب الاجتماعي، وتتسق هذه النتيجة مع ما كشفت عنه نتائج الدراسات السابقة من وجود ارتباط كبير بين التغير الإيجابي في فعالية الذات وتحسن الأداء في المهام المخيفة لمرضى الرهاب الاجتماعي (Rodebaugh, 2002, P.9). إن ثقة الفرد في قدرته على مواجهة الموقف الاجتماعي المرتقب والذي كان مخيفا له فيما سبق، نظرا لأنه تدرب عليه بأساليب النمذجة وتبادل الأدوار مع المعالج من شأنه أن يقلل من درجة خوفه من هذا الموقف. فالفرد هنا أدرك - كنتيجة للبرنامج العلاجي - أن مهاراته الاجتماعية قد تم تحسينها، أو أصبحت أفضل مما كان يعتقد، وبالتالي فإن هذه المواقف أصبحت أقل تهديدا له، وأقل خطورة لديه

أيضا، ويؤدي هذا إلى إحساسه بالقدرة على التحكم في هذه المواقف. وبالتالي يمكن التأكيد على أن المرضى بعد التدخل بالبرنامج العلاجي قد أصبحوا أكثر ثقة في قدراتهم، وأقل خوفا من المواقف الاجتماعية المستقبلية، حيث قام البرنامج العلاجي بدوره في دعم إدراكاتهم لقدرة مهاراتهم الاجتماعية على التحكم في التهديد الاجتماعي. كما أن إعداد المريض ليكون لديه خبرات نجاح مستقلة (على سبيل المثال: من خلال المهام أو الواجبات المنزلية) ودعم هذه النجاحات قد أدى إلى رفع ثقته في قدرته على القيام بمهام كان يعتقد قبل ذلك أنه عاجز عن القيام بها؛ حيث إن إحساس الفرد بعدم قدرته على التأثير في الأحداث والمواقف الاجتماعية يمكن أن يرفع من إحساس الفرد بالخوف من هذه المواقف والأحداث، لأنه ينظر لذاته بوصفها غير قادرة على مواجهة هذه المواقف الاجتماعية. وبالتالي، فإنه عندما يندمج هذا الإحساس السلبي، ينعكس ما يترتب عليه، وتنخفض درجة خوف الفرد من هذا الموقف الاجتماعي.

(٣) متوسط سلوك تجنب المواقف الاجتماعية لدى العينة التجريبية بعد التدريب على برنامج فعالية الذات كان أقل جوهريا منه قبل التدريب.

كشفت نتائج الدراسة عن وجود انخفاض جوهري في متوسط سلوك تجنب المواقف الاجتماعية لدى العينة التجريبية التي خضعت لبرنامج تنمية فعالية الذات مقارنة بمتوسط هذا السلوك قبل التدريب. ويمكن تفسير ذلك بأن مرضى الرهاب الاجتماعي - طبقا لنظرية فعالية الذات - يتجنبون المواقف الاجتماعية لاعتقادهم أنهم لا يملكون القدرة على مواجهتها (أي لأن فعاليتهم الذاتية الاجتماعية منخفضة)، وبالتالي فهم لا يتجنبون المواقف الاجتماعية ليخفوا من قلقهم، بل يتجنبونها لأن لديهم معارف تفيد بعدم فعاليتهم الذاتية لهذه المواقف، كما أنهم يرون أنه من غير الملائم أن يسلكوا بطريقة غير مرضية اجتماعيا، وبالتالي فإنهم يتجنبون الموقف بدلا من مواجهته خوفا من العواقب السلبية التي يعتقدون أنها ستحدث إذا تصرفوا في هذه المواقف بشكل معين (Johnson, 2007, P. 7). وبالتالي فإن رفع درجة فعالية الذات الاجتماعية لدى مرضى الرهاب الاجتماعي يجعل لديهم ثقة مرتفعة في قدراتهم، ليتوجهوا نحو المهام الصعبة كتحديات، أي يتوجهون للمواقف الاجتماعية التي كانت مخيفة ومهددة لهم قبل ذلك بوصفها تحديات يريدون السيطرة عليها ومواجهتها بدلا من أن يكونوا مهددين منها ويتجنبوها. وبالتالي، فإن ثقة الأفراد في قدراتهم على التصرف في المواقف الاجتماعية تساعدهم على مواجهة هذه المواقف مهما كانت الصعوبات والمعوقات التي تحول دون مواجهتها حيث تؤدي درجة فعالية الذات إلى رفع مقدار الجهد المبذول ودرجة المثابرة عند مواجهة العوائق.

(٤) متوسط الخوف من تقييم الآخرين سلبيا لدى العينة التجريبية بعد التدريب على برنامج فعالية الذات أقل جوهريا منه قبل التدريب.

أكدت نتائج الدراسة الراهنة صحة هذا الفرض، حيث أدى التدريب على برنامج فعالية الذات الاجتماعية إلى انخفاض متوسط درجة الخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين انخفاضا جوهريا لدى مرضى الرهاب الاجتماعي مقارنة بمتوسط هذه الدرجة قبل التدريب على البرنامج.

إن مرضى الرهاب الاجتماعي - طبقا لنظرية فعالية الذات - تميل إدراكات فعالية الذات لديهم لأن تكون سلبية ويعتقدون أنهم يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية، ويصبحون قلقين اجتماعيا لأنهم يرغبون في عمل انطباع جيد لدى الآخرين، في حين يعتقدون أنهم تتقصهم المهارات الاجتماعية اللازمة لذلك (Johnson, 2007, P. 7). وبناءا على ذلك، فإن برنامج فعالية الذات عندما رفع من ثقة المرضى في قدرتهم على القيام بالتفاعل المؤثر، ونظم الإثارة العضوية، فقد ساعد المريض على أن يدرك ذاته وأداءه بشكل أكثر إيجابية، وبالتالي انخفض اعتقاده في أن الآخرين يرون قلقه وقيمونه سلبيا. فهذا الاعتقاد الراسخ لدى الفرد بأنه قادر على أن يسلك بشكل فعال، يجعله أكثر ثقة في نفسه وأكثر هدوءا وثقة في أدائه.

(5) متوسط أعراض الرهاب الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية أقل منه لدى المجموعة الضابطة بعد التدريب على برنامج فعالية الذات.

كشفت نتائج الدراسة عن انخفاض متوسطات أعراض الرهاب الاجتماعي المتمثلة في الخوف من المواقف الاجتماعية، وتجنب المواقف الاجتماعية، والخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين انخفاضا جوهريا لدى المجموعة التجريبية مقارنة بها لدى المجموعة الضابطة. كما أكدت هذه النتائج أيضا تقديرات أحد أقارب المرضى لأعراض الرهاب الاجتماعي على مقياس عشاري. إن هذه النتيجة كما أكدت فعالية أو كفاءة البرنامج، أكدت كذلك تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي للرهاب الاجتماعي عن طريق تنمية فعالية الذات الاجتماعية في خفض أعراض الرهاب الاجتماعي. بمعنى آخر: لقد أثبتت نتائج هذه الدراسة قدرة فعالية الذات على تفسير التغير السلوكي في اتجاه تحسن أعراض الرهاب الاجتماعي لدى المرضى المتدربين على برنامج رفع درجة فعالية الذات، كما كانت فعالية الذات أيضا قادرة على دعم الأساليب العلاجية المعرفية - السلوكية الفعالة في خفض العجز الرهابي. حيث يتخلل تغير السلوك إيجابيا تغيرات في اعتقاده بأن الفرد لديه القدرة على أداء فعل بعينه لتحقيق النتائج المرغوبة. كما أن استمرار درجة التحسن في كل من الخوف من المواقف الاجتماعية، وتجنب المواقف الاجتماعية، والخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين يؤكد قدرة فعالية الذات على أن يستمر تأثيرها لفترات تتجاوز مدة العلاج الفعلي وضعفها؛ وهو ما أكدته الإنتاج الفكري النفسي السابق من تأثير فعالية الذات على استمرارية التغير السلوكي (Holman & Lorig, 1992, P. 820). وإذا كان لفعالية الذات الاجتماعية والتدريب عليها هذا الدور المؤثر لدى المرضى المتدربين عليها، فمن البديهي ألا يحدث تحسنا في أعراض الرهاب الاجتماعي لدى المرضى غير المتدربين على هذا البرنامج، ولا سيما في حالة عدم تلقيهم لأي من أشكال العلاج النفسي أو الطبي أثناء فترة تعرض المجموعة التجريبية لهذا البرنامج. ولكن هذه النتيجة توجهنا لنطرح سؤالا مؤداه: هل كان سيستمر هذا الفرق الجوهري بين مجموعتي الدراسة في أعراض الرهاب الاجتماعي، إذا كان المرضى في المجموعة الضابطة يتلقون علاجا طبيا نفسيا فقط أثناء تلقي المجموعة التجريبية لبرنامج فعالية الذات؟، إن الإجابة عن هذا السؤال تحتاج لدراسة تضم ثلاث مجموعات، الأولى: تخضع لبرنامج الدراسة الراهنة

فقط؛ والثانية: تخضع للعلاج الطبي النفسي؛ والثالثة: مجموعة مرضى على قائمة الانتظار لا يتلقون أي من أشكال العلاج، للمقارنة بينهم وبين بعضها بعضا في شدة أعراض الرهاب الاجتماعي.

### قائمة المراجع

#### أولاً: مراجع باللغة العربية

- إبراهيم، عبد الستار. (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه. القاهرة: دار الفجر.
- أبو علام، رجاء محمود. (٢٠٠٤). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية (ط٤). القاهرة: دار النشر للجامعات.
- أمين، أسامة ربيع. (٢٠٠٧). التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SPSS (ج١). القاهرة: الأنجلو المصرية.
- باركر، كريس؛ وبيسترنج، نانسي؛ واليوت، روبرت. (١٩٩٩). مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي (ترجمة) محمد نجيب الصبوة؛ وميرفت أحمد شوقي؛ وعائشة السيد رشدي. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- البناء، حياة خليل. (٢٠٠٥). القلق الاجتماعي وعلاقته بالتفكير السلبي التلقائي لدى طلاب من جامعة الكويت. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الكويت.
- بيك، جوديث. (٢٠٠٧). العلاج المعرفي الأسس والأبعاد (ترجمة) طلعت مطر. القاهرة: المركز القومي للترجمة.
- الحويلة، أمثال هادي. (٢٠٠٩). القلق والاسترخاء العضلي المفاهيم والنظريات والعلاج. القاهرة: دار إيتراك.
- الرشيد، بشير؛ وآخرون. (محررون). (٢٠٠٠). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية (مج٩). الكويت: الديوان الأميري.
- سبنس، سوزان. (٢٠٠٠). فحص مشكلات التفاعل. في: ليندزاي، س. ل؛ وبول. ج. ي. مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين (٢٦٥-٢٩١)، (ترجمة) صفوت فرج. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- الشرييني، زكريا. (١٩٩٠). الإحصاء اللابارامتري في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- الصبوة، محمد نجيب أحمد. (٢٠٠٧). العلاج المعرفي - السلوكي لحالة رهاب اجتماعي نوعي: رهاب الإملاء، المؤتمر السنوي الرابع لقسم علم النفس كلية الآداب، جامعة طنطا. ص ٣ - ٣٨.
- الصبوة، محمد نجيب أحمد. (٢٠٠٩). علم النفس الإكلينيكي المعاصر: أساليب التشخيص والتنبؤ. (سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر، إشراف وتحرير: محمد نجيب الصبوة). القاهرة: مطبعة السيد عبد العزيز.
- الصبوة، محمد نجيب. (٢٠١٠). أسس العلاج النفسي المعاصر ونظرياته. القاهرة: مطبعة السيد عبد العزيز.

- الصبوة، محمد نجيب. (٢٠١٠ب). العلاج المعرفي - السلوكي للرهاب والقلق الاجتماعي. الجيزة: منشورات الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين.
- عبد الله، مي صلاح الدين محمد حلمي. (٢٠٠٤). بعض المحددات النفسية الاجتماعية والشخصية للرهاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة من الجنسين. رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة المنوفية.
- علام، صلاح الدين محمود. (٢٠٠٣). تحليل بيانات البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية. القاهرة: دار الفكر العربي.
- علام، صلاح الدين محمود. (٢٠٠٦). القياس والتقييم التربوي والنفسي أساسياته وتطبيقاته وتوجهاته المعاصرة. القاهرة: دار الفكر العربي.
- علي، زيزي السيد إبراهيم. (٢٠٠٣). تقييم نتائج برنامج للعلاج المعرفي - السلوكي على عينة من المرضى المصابين بالاكتئاب. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة المنيا.
- القرشي، عبد الفتاح إبراهيم. (٢٠٠١). تصميم البحوث في العلوم السلوكية. الكويت: دار القلم.
- كوروين، بيرني؛ ورودل، بيتر؛ وبالمر، ستيفن. (٢٠٠٨). العلاج المعرفي - السلوكي المختصر. (ترجمة) محمود عيد مصطفى. (سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر، إشراف وتحرير: محمد نجيب الصبوة). القاهرة: دار إيتراك.
- ليندزاي، س. ج. (٢٠٠٠). فحص المخاوف والقلق. في: س. ليندزاي؛ و ج. بول. مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين (١٦٥ - ١٩٧). (ترجمة) صفوت فرج. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- المحمود، شيماء يوسف. (٢٠٠٦). بعض أنماط السلوك الصحي وعلاقتها بفعالية الذات وتقدير الذات والاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة الكويت. رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة الكويت.
- مصطفى، محمود عيد. (٢٠٠٤). كفاءة بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي في مقابل العلاج الدوائي الطبي في تخفيف أعراض الاكتئاب. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة المنيا.
- هوب، دبرا أ؛ وريتشارد، هيمبرج ج. (٢٠٠٢). الرهاب والقلق الاجتماعي. ترجمة: محمد نجيب الصبوة، في: بارلو، ديفيد ه. مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي (٢٢٧-٣٣١). (ترجمة) صفوت فرج وآخرين. القاهرة: الأنجلو المصرية.

## References:

## ثانيا: مراجع باللغة الإنجليزية

- American Psychological Association. (2001). **Publication manual (5<sup>th</sup> ed)**. Washington. DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed)**. Washington. DC: Author.
- Andrews, G., Davies, M., & Titov, N. (2011). Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus internet cognitive behavior therapy for social phobia [Abstract]. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatrists**, 45(4), 337- 340.

- Austin, B. D. (2003). **social anxiety disorder, shyness and perceived social self – efficacy in college students.** (Unpublished doctoral dissertation), University of Arkansas, U. S. A.
- Bandura, A. (1992a). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In Schwarzer, R (ed.). **Self-efficacy thought control of action** (3-38). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1992b). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In: Schwarzer, R (ed.). **Self-efficacy: thought control of action** (335-394). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: the exercise of control.** New York: W. H. Freeman.
- Bandura, A. (1998). Self-efficacy[electronic version]. In Friedman, H (Ed.), **Encyclopedia of mental health.** San Diego: Academic Press.
- Braddock, A. E. (2005). **Explanations and self – focused attention in sport performance anxiety.** Unpublished doctoral dissertation, University of California, U. S. A.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. **Journal of consulting and clinical psychology**, 74(5), 568- 578.
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta – analytic findings. **Journal of Clinical Psychology**, 60(4), 429- 441.
- Dickson, J. (2004). **Autobiographical memory and social anxiety: The impact of self – focus priming on recall.** Unpublished doctoral dissertation, Swinburne University of Technology, Fulfillment of the submitted in partial requirement for the degree of the professional doctorate of psychology.
- Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2001). Empirically supported psychological treatments for social phobia. **Journal of Psychiatric Annals**, 31, 489- 496.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2003). Preliminary psychometric evaluation of a new self – efficacy scale and its relationship to treatment outcome in social anxiety disorder. **Journal of cognitive therapy and research**, 27(5), 537- 555.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Self- efficacy for social situations in adolescents with generalized social anxiety disorder. **Journal of behavioral and Cognitive Psychotherapy**, 35, 209- 223.
- Gunter, R. W., & Whittal, M. L. (2010). Dissemination of cognitive – behavioral treatments for anxiety disorders: overcoming barriers and improving patient access. **Journal of Clinical Psychology Review**, 30, 194- 202.
- Hayes, B. B. (2006). **Comparing the effectiveness of cognitive – behavioral group therapy with and without motivational interviewing at reducing the social anxiety, alcohol consumption, and negative consequences of socially anxious college students.** Unpublished doctoral dissertation, The University of Wisconsin - Milwaukee, U. S. A.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive behaviorall therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. **Journal of Society of Biological Psychiatry**, 51, 101- 108.

- Hofmann, S. G. (2000a). Self – focused attention before and after treatment of social phobia. **Journal of Behavior Research and Therapy**, 38, 717- 725.
- Hofmann, S. G. (2000b). treatment of social phobia: patient mediators and moderators. **Journal of Clinical Psychology**, 7(1), 3- 16.
- Hofmann, S. G., & Bogels, S. M. (2006). Recent advances in the treatment of social phobia: Introduction to the special issue. **Journal of Cognitive Psychotherapy**, 20(1), 3-5.
- Holman, H., & Lorig, K. (1992). Perceived self-efficacy in self-management of chronic disease. In Schwarzer, R(ed.). **Self-efficacy thought control of action** (pp. 303-323). Washington, DC: Hemisphere.
- Jefferson, J. W. (2001). Social anxiety disorder: more than just a little shyness. **Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry**, 3, 4- 9.
- Johnson, J. M. (2007). **A comparison of cognitive behavioral group therapy with and without an alcohol intervention to reduce socially anxious individuals' alcohol consumptions**. Unpublished doctoral dissertation, University of Wisconsin – Milwaukee, U. S. A.
- Kashdan, T.B., & Roberts, J. E. (2004). Social anxiety's impact on affect, curiosity, and social self – efficacy during a high self – focus social threat situation. **Journal of Cognitive therapy and research**, 28(1), 119- 141.
- Klinger, E., Bouchard, S., Legeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I., et al. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: a preliminary controlled study. **Journal of Cyber Psychology & Behavior**, 8(1), 76- 88.
- Kok, G., Boer, D., Veries, H., Gerards, F., Hospers, H., & Mudde, A. (1992). Self-efficacy and attribution theory in health education. In Schwarzer, R. **Self-efficacy thought control of action** (pp. 245-262). Washington, DC: Hemisphere.
- Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1995). The self – presentation model of social phobia, In: Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., and Schneier, F. R. (eds). **Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment** (94- 112). New York: The Guilford press.
- Lincoln, T. M. (2003). **Cognitive behavioral treatment of social phobia, bridging the gab between research and practice**. Unpublished doctoral dissertation, University of Marburg, Marburg.
- Mcdougall, D. L. (1999). **The group treatment of social phobia with cognitive – behavioral therapy and imagery**. Unpublished doctoral dissertation, University of Calgary, Canada.
- Rapee, R., & Heimberg, R. (1997). A cognitive – behavioral model of anxiety in social phobia. **Journal of Behavior Research and Therapy**, 35(8), 741- 756.
- Rodebaugh, T. L. (2002). **The effects of cognitive preparation and video feedback on self – perception of performance, anxiety, and behavioral avoidance**. Unpublished doctoral dissertation, University of North Carolina, U. S. A.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. **Journal of Clinical Psychology Review**, 24, 883- 908.
- Rosset, J. F. (2004). **Cognitive changes following cognitive – behavioral therapy for social phobia**. Unpublished doctoral dissertation, University of Manitoba, Canada.



- Sallaberrria, K., & Echeburua, E. (1998). Long – term outcome of cognitive therapy's contribution to self – exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia [Abstract]. **Journal of behavior modification**, 22(3), 262- 284.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance oh health behaviors: theoretical approaches and a new model. In Schwarzer, R (ed.). **Self-efficacy thought control of action** (pp. 217-243). Washington, DC: Hemisphere.
- Thomasson, P., & Psouni, E. (2010). Social anxiety and related social impairment are linked to self – efficacy and dysfunctional coping. **Scandinavian Journal of psychology**, 51, 171- 178.
- Williams, S. L. (1992). Perceived self – efficacy and phobic disability, in: Schwarzer, R (ed.). **Self-efficacy: thought control of action** (147- 175). Washington, DC: Hemisphere.

## **Title Cognitive - Behavioral Therapy For Sample Of Social Phobic Patients By Improving Self- Efficacy**

**Amira M. Eldak**  
Dept. psychology  
University of Tanta

**Mohammed N. Alsabwa**  
Dept. psychology  
Cairo Uneiversity

**Ahmed E. Ismail**  
Dept. psychology  
University of Tanta

### **Abstract**

*This study aimed at developing social self – efficacy to improve the symptoms of social phobia among sample of social phobic patients. The sample consisted of two groups: Experimental group: Consisted of 6 social phobic patients who participated in a cognitive behavioral therapy programme for social phobia by improving social self – efficacy, and Control group: Consisted of 6 social phobic patients who were not treated psychologically or medically. The results indicated that There are significant differences between experimental and control groups in post-performance, The mean of social phobia symptoms after training among the experimental group is less intrinsic than it is among the control group. The mean of social self efficacy after training among the experimental group is higher intrinsic than it is among the control group.*