



جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا
كلية الدراسات العليا

فاعلية برنامج إرشادي جمعي لخفض رهاب التحدث لدى طالبات
الإرشاد النفسي في جامعة الأقصى بغزة

Effectiveness of Group Counseling Programm in Reducing Speech Phobia
Among Female Students of Sociological Counseling in Al-Aqsa University
- Gaza

بحث مقدم لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في علم النفس
"تخصص الإرشاد النفسي والتربوي"

إشراف الدكتور:
علي فرح أحمد فرح

إعداد الطالب:
نبيل نمر عودة عبود

1435هـ-2014م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

استهلال

﴿لَهُمْ مَعْقِبَاتٌ مِّنْ بَيْنِ يَدَيْهِ وَمِنْ خَلْفِهِ يَحْفَظُونَهُ، مِّنْ أَمْرِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا
بِأَنفُسِهِمْ وَإِذَا أَرَادَ اللَّهُ بِقَوْمٍ سُوءًا فَلَا مَرَدَّ لَهُ، وَمَا لَهُمْ مِّنْ دُونِهِ مِن وَّالٍ﴾

صدق الله العظيم

سورة الرعد، الآية: (11)

إهداء

إلى ..

أجمل وأصدق وأطهر حب سكن في داخلي

إلى ..

والدي "رحمه الله"

الباحث

شكر وتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

قال تعالى: ﴿فَنبَسِّمُ ضَاحِكًا مِّن قَوْلِهَا وَقَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ﴾ (النمل: 19)

الحمد لله والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد -صلى الله عليه وسلم-
فالشكر من قبل ومن بعد الله عز وجل أن أتم عليّ نعمة الصحة والعافية وأن وفقني لأكمل هذا
البحث؛ على هذه الصورة.

أما بعد ...

أتوجه بجزيل شكري لجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، ولأسرة كلية التربية، وأسرة قسم
علم النفس رئيساً وأعضاء وهيئة تدريس.

وأتوجه أيضاً بخالص الشكر والتقدير إلى أستاذي الأخ الدكتور / علي فرح أحمد فرح،
الذي تعلمت منه العلم الكثير، ومن الأخلاق والقيم الإنسانية ما هو أكثر، أدعو له بدوام الصحة،
وتمام العافية.

وكما وأتقدم بالشكر الجزيل إلى جامعة الأقصى، ولأسرة كلية التربية، وأسرة قسم علم
النفس رئيساً وأعضاء وهيئة تدريس.

ولا يفوتني أن أتقدم بوافر شكري للأخت الفاضلة / أماني السر محمد طه منسق برنامج
الدراسات العليا في جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.

وأتوجه بالشكر إلى والدتي العزيزة وأخواتي وأخوتي، فجزاهم الله عنا كل خير.
وأتقدم بالشكر لأفراد أسرتي وزوجتي وأبنائي (نمر وناجي ونسيم ونديم ولين) الذين تحملوا
معني العناء، والجهد في سبيل إنجاز هذه الرسالة؛ فلهم مني جزيل الشكر والعرفان.

كما وأتقدم بالشكر للطالبات اللواتي شاركن في البرنامج الإرشادي.
وإنه من حسن أدب المرء أن ينسب الفضل لذويه، وكم كنت أتمنى أن يكون صاحب
الفضل عليّ -بعد الله سبحانه وتعالى- موجوداً بيننا اليوم ليشهد ثمرة كفاحه، ولا أملك في
موقفي هذا، إلا أن أقول له: أبي جزاه الله عني كل الخير، وتغمده الله برحمته الواسعة، وأسكنه
فسيح جناته.

وختاماً أدعو الله أن يتقبل عملي هذا خالصاً لوجهه الكريم.

الباحث

المستخلص

هدف البحث إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي عقلاني- انفعالي- سلوكي جمعي لخفض رهاب التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طالبات الإرشاد النفسي في جامعة الأقصى بغزة، وتكونت عينة البحث من (20) طالبة، تم اختيارهن بالطريقة القصدية، وقد استخدم الباحث المنهج التجريبي، مستخدماً مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين، في القياس القبلي والبعدي، والتتبعي، ثم صمم البرنامج الإرشادي العقلاني- الانفعالي- السلوكي- الجمعي، وطبقه على المجموعة التجريبية، في جلسات بلغ عددها (14) جلسة استغرقت سبعة أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً، وقد كانت مدة الجلسة (60-90 دقيقة)، وبعد انتهاء البرنامج الإرشادي بواقع ستة أسابيع تم إجراء القياس التتبعي.

وإستخدام الباحث الأساليب الإحصائية: (اختبار مان ويتني، اختبار ويلكوكسون، معامل ارتباط بيرسون، معادلة ألفا كرونباخ، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، والنسب المئوية). وقد خلص البحث إلى نتائج من أهمها:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس رهاب التحدث لصالح القياس البعدي. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الضابطة في القياس البعدي على مقياس رهاب التحدث لصالح المجموعة التجريبية والضابطة. وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي على مقياس رهاب التحدث. ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس رهاب التحدث.

وبناءً على ذلك فقد أوصى البحث بضرورة تفعيل الإرشاد الطلابي في جامعة الأقصى، وإشراك الطالبات بالأنشطة غير الأكاديمية والرياضية، وحث المحاضرين على توفير فرص للطالبات للحوار والمناقشة في قاعات الدراسة.

Abstract

This research aims at identifying the efficiency of a rational emotive behavioral group counseling program on reducing talk before otherphobia among a sample of female students of counseling in Al Aqsa University. The research sample is composed of (20) female students, chosen deliberately. The researcher followed the experimental method using the scale of phobia of talking before others in the pre –post and follow up measures. And he designed the rational emotive behavioral group counseling program, and implemented it on the experimental sample in (14) sessions, taking seven weeks with two sessions per week, the duration of each session is 60-90 minutes. After 6 week from the implementation of the program the follow up measures was conducted.

The researcher used the statistics of Mann Whitney, Wilcoxon ,Pearon correlation co-efficient Alpha Koronbagh Arithmetic mean, Standard deviation, and percentage

The research reached results important of which is that there are significant differences between the experimental and controlled groups in their means of the scores in favor of the experimental group, and there are no significant differences between the post and the follow up tests on the experimental group on the speak phobia scale.

Accordingly the researcher recommend the student counseling should be activated in Alaqsa University and the female students are to participate in the non-academic and sport activities and encourage the university staff to provide opportunities for the female students for discussion and arguments inside lecture rooms.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع	م
أ	الاستهلال	
ب	الإهداء	
ج	الشكر والتقدير	
د	مستخلص البحث باللغة العربية	
هـ	مستخلص البحث باللغة الانجليزية	
و	فهرس المحتويات	
	فهرس الجداول	
	فهرس الملاحق	
الفصل الأول: الإطار العام		
2	مقدمة	
5	مشكلة البحث	
5	أهمية البحث	
6	أهداف البحث	
7	أسئلة البحث	
8	فرضيات البحث	
8	حدود البحث	
9	مصطلحات البحث	
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة		
12	تمهيد	
12	أولاً: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	
12	الجزور التاريخية للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	
14	الأفكار غير العقلانية	
19	أساليب أخرى من التفكير الخاطئ غير الفعال	
20	الأسس التي تقوم عليها نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	
24	أهداف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	
15	فروض نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT)	

م	الموضوع	الصفحة
	أولاً: الفروض الخاصة بنظرية "ABC" وفقاً لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي	26
	ثانياً: الفروض الخاصة بالعمليات المعرفية الوسيطة للاضطراب الانفعالي	30
	ثالثاً: الفروض المتعلقة بفتيات العلاج العقلاني الانفعالي	32
	توجد اختلافات بين فتيات العلاج العقلاني الانفعالي والأساليب العلاجية الأخرى	37
	فتيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT)	38
	العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والطرق العلاجية الأخرى	40
	أولاً: المنحنى السيكودينامي	40
	العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتحليل النفسي الفرويدي	40
	أليس إيليس وأدلر Adler	41
	أليس إيليس وهورني Horney	42
	أليس إيليس وسوليفان Sullivan	42
	ثانياً: أليس والمنحنى السلوكي	42
	ثالثاً: المنحنى الفينومولوجي	44
	العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ونظرية يونج Jung	45
	العلاج العقلاني الانفعالي والوجوديين	46
	خلاصة المدارس	46
	الشروط الواجب توافرها في المرشد العقلاني الانفعالي السلوكي	47
	مزايا العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	48
	عيوب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	49
	ثانياً: الرهاب الاجتماعي	49
	مفهوم الرهاب الاجتماعي	50
	الرهاب الاجتماعي ونسبة انتشاره	53
	تشخيص الرهاب الاجتماعي	53
	مظاهر الرهاب الاجتماعي	54
	أنواع الرهاب الاجتماعي	55
	العوامل المؤدية للرهاب الاجتماعي	57

م	الموضوع	الصفحة
	نظريات تفسير الرهاب الاجتماعي	60
	أولاً: نظرية التحليل النفسي	60
	ثانياً: النظرية السلوكية	61
	ثالثاً: النظرية الإنسانية	62
	رابعاً: النظرية المعرفية	63
	نموذج أليس Ellis	64
	ثالثاً: رهاب التحدث أمام الآخرين	65
	الأضرار الناتجة عن الرهاب	66
	رابعاً: الدراسات السابقة	67
	أولاً: الدراسات المحلية	67
	ثانياً: الدراسات العربية	68
	ثالثاً: الدراسات الأجنبية	83
	تعقيب على الدراسات السابقة	87
	الفصل الثالث: منهج البحث وإجراءاته	
	تمهيد	91
	منهج البحث	91
	مجتمع البحث	92
	عينة البحث	92
	أدوات البحث	96
	أولاً: مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين	97
	خطوات إعداد المقياس	97
	وصف مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين	98
	صدق مقياس رهاب التحدث	99
	ثبات المقياس	101
	ثانياً: استمارة تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الفلسطينية (إعداد: نظمي أبو مصطفى 2000)	102
	البرنامج الإرشادي	104

الصفحة	الموضوع	م
104	أهمية البرنامج	
104	الحاجة إلى البرنامج	
105	إعداد البرنامج	
105	الأسس التي يقوم عليها البرنامج	
107	تخطيط البرنامج	
107	الأهداف الخاصة للبرنامج	
108	الوسائل	
108	الخدمات التي يقدمها البرنامج	
108	محتويات البرنامج	
109	تنفيذ البرنامج	
109	مكان البرنامج	
109	تقييم البرنامج	
111	خطوات جمع المعلومات	
112	متغيرات البحث	
112	الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث	
	الفصل الرابع: نتائج البحث ومناقشتها	
114	تمهيد	
115	نتائج البحث	
115	النتائج المتعلقة بالفرض الأول وتفسيرها	
118	النتائج المتعلقة بالفرض الثاني وتفسيرها	
121	النتائج المتعلقة بالفرض الثالث وتفسيرها	
124	النتائج المتعلقة بالفرض الرابع وتفسيرها	
126	النتائج المتعلقة بالفرض الخامس وتفسيرها	
	الفصل الخامس: الخاتمة والتوصيات والمقترحات	
130	الخاتمة	
131	التوصيات	
132	مقترحات	

الصفحة	الموضوع	م
134	المصادر والمراجع	
148	الملاحق	

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	التصميم التجريبي للبحث	92
2	نتائج اختبار مان- ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس رهاب التحدث قبل تطبيق البرنامج	94
3	نتائج اختبار مان- وتني لدلالة الفروق بين العينتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني	95
4	نتائج اختبار مان- ويتني للمقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي	96
5	نسب الاتفاق للمحكمين على كل فقرة من مقياس رهاب التحدث	100
6	حساب معاملات الاتساق الداخلي لأداة الدراسة ل فقرات مقياس رهاب التحدث والدرجة الكلية لفقراته	101
7	معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس رهاب التحدث	102
8	موضوعات جلسات البرنامج الإرشادي	109
9	مواعيد الجلسات الإرشادية	111
10	مستويات رهاب التحدث لدى العينة الكلية	115
11	قيمة اختبار مان- ويتني لدلالة الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس رهاب التحدث	118
12	قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس رهاب التحدث	121
13	قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس رهاب التحدث	124
14	قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس رهاب التحدث	126

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
148	مقياس التحدث أمام الآخرين (للتحكيم)	1
149	البرنامج الإرشادي (للتحكيم)	2
150	قائمة المحكمين	3
151	مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين	4
155	استمارة تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الفلسطينية	5
157	جلسات البرنامج الإرشادي	6
189	استمارة تقييم البرنامج الإرشادي	7
190	نماذج من الواجبات المنزلية	8

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

مقدمة:

يسعى غالبية الناس دائماً إلى إشباع الحاجات البيولوجية ، والاجتماعية، والنفسية، لكن يواجه الفرد عوائق تحول دون الوصول إلى هذه الاشباعات ؛ وقد تتراوح هذه المعوقات في الصراعات، والتحديات الموجودة بالبيئة المحيطة، وبين السمات الشخصية، والخصائص السلوكية، والنفسية، التي قد تؤدي إلى سوء التوافق والاضطراب، ومع تزايد تعقيد الحياة، وما تتسم به من صراعات، وضغوط أدى ذلك إلى ظهور الاضطرابات النفسية المختلفة، ومن هنا ظهرت الحاجة لوجود دراسات نفسية متخصصة لمواجهة هذه الاضطرابات النفسية، والعمل على الحد من المعاناة الإنسانية في مواجهة هذه الاضطرابات النفسية، لأن الاضطرابات إذا استمرت قد تكون سبباً في إعاقة النمو الاجتماعي، والنفسي، وسلوك الإنسان يعتبر سلسلة من التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين (Nardone, 1996: 96)؛ كما أن الاضطرابات إذا استمرت لدى الفرد تحول بينه، وبين الاتصال الاجتماعي الناجح مع الآخرين، مما يشعر الفرد في بعض الأحيان بالرهاب؛ فالرهاب الاجتماعي يؤثر على حوالي (2-7%) من السكان بشكل عام؛ هذا ما أشارت إليه دراسة مان يوز وآخرون (Mannuzz et al, 1995).

وقد توصلت دراسة شلبي ورسلان (1990) إلى أن 25% من مجموع الطلاب المراجعين في العيادات النفسية يشكون من اضطراب الرهاب الاجتماعي؛ وكما توصلت دراسة عمارة (1985) إلى أن للبرنامج العقلاني- الانفعالي أثر في علاج بعض الأفكار الخرافية (غير العقلانية). كذلك توصلت دراسة المدخلي (1995) إلى أن كفاءة العلاج العقلاني-الانفعالي تساعد في خفض مستوى رهاب التحدث.

وذكر في الدليل التشخيصي، والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR (2000) أن معظم من يعانون من الرهاب يخافون الحديث أمام الآخرين.

فإن العرض الرئيسي للرهاب الاجتماعي هو الضيق الانفعالي، ويظهر على شكل قلق، وخوف زائد عن الطبيعي، ويظهر جانب سلوكي أكثر وضوحاً هو تجنب المواقف الاجتماعية، وعندما تتطلب الظروف التفاعل الاجتماعي فإن القلق الحاد لدى الفرد يؤدي إلى مشاكل واضحة في الاتصال والحديث. فالرهاب اضطراب أكثر ما يميزه الخوف من ملاحظة الآخرين، أو التحدث أمام الآخرين، خوفاً من الانتقادات السلبية والتي تمثل العرض البارز في الاضطراب (الدسوقي، 2004: 12).

ففي المواقف الاجتماعية يظهر الأفراد ذوي الرهاب استثارة فيزيولوجية، والخوف من التقييم السلبي عند الآخرين، ونقص المهارات الاجتماعية، ويكون سلوك التجنب هو الملائم لديهم في المواقف الاجتماعية (عبد العظيم، 2009: 51).

في دراسة لسنتين وآخرون (Stein et al., 2000) أظهرت أن نسبة الأفراد الذين تم تشخيصهم وفقاً لمحكات (DSM-IV) قد بلغت (7.2%) وسجل نحو (37.7%) من أفراد العينة أن الرهاب يؤثر على واحد على الأقل من جوانب حياتهم مثل التعليم والعلاقات الشخصية.

وكشفت دراسة أجراها معهد للصحة النفسية على مدى ستة شهور أن معدل انتشار الرهاب لدى الإناث يتراوح بين (1.5-2.6%) (هوب وهيمبورغ، 2002: 232).

ويشير بيك (Beck, 2000, 186) إلى أن الرهاب هو مظهر آخر للقلق الذي يعانيه الطلبة بعد قلق الامتحان، فالحديث أمام الآخرين يشكل محكاً للجاذبية الاجتماعية، مما يصيب الكثيرين منهم بالخوف من الأداء فيبعث عندهم الكرب.

فقد يحول العجز المتولد عن الرهاب لدى الطلبة بينهم وبين إنجازهم الأكاديمي، فسلوك التجنب يجعلهم أكثر ميلاً للانغلاق مما يعيق التطور والنجاح.

ويشير ماركس (Marks) في دراسة أجراها أن نسبة انتشار الرهاب بين الطلبة الجامعيين تتراوح بين (3-10%) (Marks, 1987, 364).

ويؤكد ستين وكين (Stein & Kean, 2000) أن الأشخاص ذوي الرهاب يظهرون إعاقة وظيفية في أشكال متعددة، تتضمن النشاط الرئيسي لديهم في العمل وفي الدراسة، وغيرها من الأنشطة اليومية الأخرى (عبد العظيم، 2009: 25).

وعليه كان لابد من إيجاد طريقة إرشادية مناسبة لهذا الاضطراب، لذا تم اختيار الإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي لأليس؛ لأنه يتناول كل المشكلات الانفعالية، والمعرفية، والسلوكية، وهي طريقة تتسم بأنها نشطة ومباشرة، ويكون المعالج كذلك، حيث يوضح للمسترشد أساس اضطرابه، وأنه قادر على مناهضته، وتغيير أفكاره غير العقلانية المسببة للاضطراب، والتي يعد رهاب التحدث أمام الآخرين وأحداً منها، وهو الاضطراب الذي تعاني منه عينة الدراسة الحالية.

وقد رأى أليسودريدن (Ellis & Dryden, 1997) أن من أفضل النتائج التي قد يؤدي إليها الإرشاد العقلاني - الانفعالي السلوكي عندما يتعامل مع عينة من شريحة المتعلمين.

وقد رأى الباحث أن اختيار هذا البرنامج لتطبيقه على عينة من طالبات قسم الإرشاد النفسي في جامعة الأقصى بغزة، يعد الأفضل، وتعد هذه الدراسة من أوائل الدراسات التي تركز على برنامج إرشادي - عقلائي - انفعالي - سلوكي - جمعي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين محلياً في حدود علم الباحث.

ويخلص الباحث إلى أن العلاج العقلاني - الانفعالي - السلوكي كأسلوب إرشادي لم يصل إلى مستوى الارتقاء مقارنة بما تم إنجازه في البيئة الغربية، وهذا يعني أننا في حاجة إلى المزيد من الدراسات، والبحوث في هذا المجال، فنحن في البيئة الفلسطينية لم نخط بعد، فإن الدراسة الحالية تمثل الخطوة الأولى على بدايات الطريق.

مشكلة البحث:

يعيش المجتمع الفلسطيني في قطاع غزة- فلسطين مرحلة البناء، والتقدم؛ فلا بد لنا من أن نعيد تربية أبنائنا بما يتفق وطموحاتنا، وأمالنا الدينية، والوطنية المتمثلة في استعادة التفوق، والامتنياز للشخصية الفلسطينية التي تستطيع أن تقود التغيير، وتساهم في التنمية الشاملة.

فمن خلال عمل الباحث محاضر في جامعة الأقصى- قسم الإرشاد النفسي، ومن خلال عمل الندوات الإرشادية وورش العمل، والاجتماع مع الطلاب، والمحاضرين؛ وكذلك من خلال عمل الباحث في الوحدة الإرشادية التابعة لقسم علم النفس، استدل الباحث على مدى انتشار رهاب التحدث أمام الآخرين لدى الطالبات.

هذا ما دفع الباحث لإجراء دراسة ميدانية تتناول إعداد برنامج إرشادي عقلاني- انفعالي- سلوكي- جمعي، يعمل على خفض رهاب التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طالبات قسم الإرشاد في جامعة الأقصى، وهنا برزت المشكلة الرئيسة للبحث الحالي والتي تتمثل في السؤال التالي: ما فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طالبات قسم الإرشاد النفسي في جامعة الأقصى- غزة فلسطين؟

أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث الحالي في الجانب الذي يتصدى لدراسته، حيث أنه تسعى لدراسة مدى فاعلية برنامج إرشادي عقلاني-انفعالي سلوكي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طالبات قسم الإرشاد في جامعة الأقصى؟

وإن هذا الجانب ينطوي على أهمية كبيرة سواء من الناحية النظرية أو الأمبريقية. فمن الناحية النظرية أظهرت مراجعة الدراسات العربية التي أجريت في مجال فاعلية برنامج إرشادي عقلاني- انفعالي سلوكي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين، إن هذه الدراسات ما زالت قليلة في الوطن

العربي، ونشطت حركة الاهتمام الفعلي بها في الألفية الثالثة. إضافة إلى توفير إطار نظري يتعلق بمفاهيم الدراسة، الأمر الذي يحث الباحثين على إجراء المزيد من الدراسات الميدانية في مجال الاختصاص.

أما عن الأهمية الأميركية فتتلخص في توفير قدر من البيانات، والمعلومات حول مستويات رهاب التحدث أمام الآخرين، وحول فاعلية برنامج إرشادي عقلاني- انفعالي سلوكي جمعي في خفض رهاب التحدث، وهي بيانات لا غنى عنها بالنسبة إلى إعداد برامج إرشادية يمكن أن توضع لمساعدة طالبات الجامعة في خفض رهاب التحدث، وأوضحت الدراسات السابقة أن هذه الفئة تستفيد من استخدام فنيات واستراتيجيات تعديل السلوك غير التكييفي.

أهداف البحث:

تهدف الدراسة إلى:

1. التعرف على مستوى ونسبة رهاب التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طالبات قسم الإرشاد النفسي في جامعة الأقصى في المقياس المستخدم في الدراسة.

2. التعرف على وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس رهاب التحدث المستخدم في الدراسة قبل تطبيق البرنامج.

3. التعرف على وجود فروق دالة إحصائياً في رهاب التحدث أمام الآخرين لدى أفراد المجموعة التجريبية ونفسها في التطبيقين القبلي والبعدي.

4. التعرف على وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات طلاب المجموعة التجريبية ومتوسطات طلاب المجموعة الضابطة في المقياس البعدي على مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين.

5. التعرف على وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي ومتوسطات درجات طلاب نفس المجموعة في التطبيق البعدي على مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين.

6. التعرف على وجود فروق بين متوسطات درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس التتبعي على مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين.

أسئلة البحث:

سعى هذا البحث للإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. ما هي نسبة انتشار رهاب التحدث أمام الآخرين لدى طالبات قسم الإرشاد- جامعة الأقصى في المقياس المستخدم في الدراسة؟

2. إلى أي مدى توجد فروق دالة إحصائياً في رهاب التحدث أمام الآخرين لدى أفراد المجموعة التجريبية ونفسها في التطبيقين القبلي والبعدي؟

3. إلى أي مدى توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات طلاب المجموعة التجريبية ومتوسطات طلاب المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين؟

4. إلى أي مدى توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي ومتوسطات درجات طلاب نفس المجموعة في التطبيق البعدي على مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين؟

5. إلى أي مدى توجد فروق بين متوسطات درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس التتبعي على مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين؟

فروض البحث:

تتمثل فروض البحث فيما يلي:

1. نسبة رهاب التحدث أمام الآخرين لدى طالبات قسم الإرشاد- جامعة الأقصى مرتفعة في المقياس المستخدم في الدراسة.

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في رهاب التحدث أمام الآخرين لدى أفراد المجموعة التجريبية ونفسها في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي.

3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات طلاب المجموعة التجريبية ومتوسطات طلاب المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين لصالح المجموعة التجريبية.

4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي ومتوسطات درجات طلاب نفس المجموعة في التطبيق البعدي على مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين.

5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس التتبعي على مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين.

حدود البحث:

أولاً: الحدود المكانية:

تتمثل الحدود المكانية في معمل علم النفس بجامعة الأقصى في مدينة غزة، والذي اختاره الباحث لتطبيق البرنامج الإرشادي على عينة الطالبات اللواتي يعانين من رهاب التحدث أمام الآخرين وقد اختار الباحث هذا المكان لكي يستطيع تطبيق برنامجه الإرشادي فيه.

ثانياً: الحدود الزمانية:

قام الباحث بإجراء هذا البحث في الفترة ما بين (2011-2014م)، أما تطبيق البرنامج الإرشادي فقد استغرق سبعة أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً من تاريخ (2013/2/4م-2013/3/21م)، حيث تراوحت مدة الجلسات ما بين (60-90) دقيقة.

مصطلحات البحث:

الفاعلية: Effectiveness

هي القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة طبقاً لمعايير محددة مسبقاً، وتزداد الكفاءة كلما أمكن تحقيق النتيجة تحقيقاً كاملاً (بدوي، 1983: 128).

الإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي - الجمعي:

يرى أليس (Ellis, 1998: 4-5) أن الإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي - الجمعي هو:

"عبارة عن إرشاد يتناول مجموعة ذات اضطراب مشترك، بهدف مناقشة الأفكار غير العقلانية الباعثة

للاضطراب، وذلك للحد من اضطراباتهم، وقهر معتقداتهم غير المنطقية، وتعليمهم كيفية مواجهة

المواقف الباعثة للاضطراب بدلاً من تجنبها، والتي تتم بشكل منظم ونشط، وفعال، كما يرى أليس

Ellis أن الشعور الموحد بالمشكلة وتبادل الأفكار، والحلول في المجموعة يعد بحد ذاته نوعاً إرشادياً

للمشاركين".

رهاب التحدث:

هو مخاوف غير عقلانية مرتبطة بالحديث أمام الآخرين بحيث يرى الشخص

موقف الحديث مهدداً لكيونته ويؤثر على قدرته على الحديث وكفاءته، وقد يدفع الشخص

إلى تجنب المواقف التي يتوقع أن يطلب منه التحدث فيها (دبابش، 2011: 67).

ويعرف الباحث رهاب التحدث إجرائياً بأنه عبارة عن مجموع الدرجات التي حصلت عليها الطالبات على مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين المستخدم في الدراسة الحالية.

طالبات الإرشاد النفسي:

هن جميع طالبات قسم الإرشاد النفسي المستوى الرابع في جامعة الأقصى بغزة للعام الدراسي (2012-2013)، وعددهن (221) طالبة، واللاتي تتراوح أعمارهن بين 21-23 سنة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

تمهيد:

يقوم الباحث في هذا الفصل بعرض الإطار النظري والدراسات السابقة، ويعرض في الجزء الأول من الإطار النظري متغيرات البحث الرئيسية المتمثلة في نظرية الإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي مفهومها، ونشأتها، والأسس التي تقوم عليها، والسمات الخاصة وفتياتها وقواعدها الأساسية، وخصائص المرشد، ومميزات وعيوب الإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي، وسيتم عرض الأساليب الإرشادية الأخرى، ثم ينتقل لعرض الرهاب الاجتماعي، تعاريفه، ومظاهره ومكوناته، وتشخيصه، والأنماط الفرعية له، والنظريات المفسرة له.

ثم ينتقل إلى الجزء الثاني من هذا الفصل والمتمثل في الدراسات السابقة التي لها صلة بالبحث الحالي والتي وزعت إلى دراسات محلية وعربية وأخرى أجنبية.

أولاً: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

هو أحد أساليب العلاج وضع أسسه ألبيرت أليس عام 1955م، وهو علاج مباشر وموجه، يستخدم فنيات معرفية، وانفعالية، وسلوكية لمساعدة المسترشد على تصحيح معتقداته غير العقلانية، والتي يصحبها خلل انفعالي، وسلوكي إلى معتقدات يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي، وهو يتكون من نظرية في الشخصية، ونظام في الفلسفة، وطريقة في العلاج (أليس Ellis، 1977: 42).

الجدور التاريخية للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

الجدور الحقيقية للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي تعود إلى الفلسفة الرواقية القديمة، حيث تنبه الفلاسفة الرواقيون منذ القدم إلى أن الطريقة التي ندرك بها الأشياء، وليس الأشياء نفسها هي التي تصف سلوكنا بالاضطراب أو السواء (إبراهيم، 1994: 273).

وفي هذا يؤكد الفيلسوف أبكوريوس Epictetus أن الناس لا يضطربون بسبب الأشياء، ولكن بسبب وجهات نظرهم التي يتخذونها بصد هذه الأشياء (سلامة، 1985: 48).

وتؤكد الفلسفة الرواقية كذلك إلى أن هناك علاقة وثيقة بين انفعال الفرد وبين طريقة تفكيره وأحكامه على الأمور، وبالتالي فالانفعالات السلبية مصدرها أحكام خاطئة، تجاه الأحداث (أمين، 1971: 204).

كما تبين الفلسفة الرواقية مبدأ هاماً للحياة العقلانية أساسه أن الأشياء التي لا يمكن للفرد أن يعدلها، إما أن يقبلها أو يطرحها جانباً، فقد لا يقبل الفرد كثيراً من وقائع الحياة التي لا أمل في تغييرها أو إصلاحها ك(وفاة قريب - وجود جوانب نقص فينا - عجزنا عن الكمال)، وتبديد الفرد لطاقته في التفكير في الأمور التي لا يمكن تعديلها لن يعود عليه بفائدة، بل يؤدي إلى تضخيم توتره النفسي، وإلى مضاعفات أكبر من الموقف ذاته (إبراهيم، 1983: 157).

ويؤكد الفلاسفة الطاويون والبوذيون Taoists&Buddhists على ما سبق أن أكد عليه الرواقيون، حيث يؤكدون على حقيقتين أساسيتين:

الأولى: أن الانفعالات الإنسانية ذات أصل معرفي.

الثانية: لكي نضبط أو نغير مشاعر الفرد فمن الأفضل أولاً أن نغير أفكاره (Ellis, 1979, 195).

ويشير إبراهيم (1983:158) إلى أن براتراندراسل (Russel) قد ذكر في كتابه الطريق إلى السعادة أن معتقدات الفرد تحكم سلوكه، وأن التفكير في أمور الحياة بطريقة هادئة ومتعلقة سوف تصحبها حالات وجدانية ملائمة خالية من الاضطراب الانفعالي.

وقد أكد شكسبير (Shakespeare) ما ذهب إليه الرواقيون والبوذيون حيث يقول في مسرحية هاملت أنه "ليس هناك شيء طيب أو شيء سيئ، بل هو التفكير ما يجعله كذلك" (سلامة، 1985:48).

لقد استمد أليس الأصول الفلسفية لنظريته في العلاج العقلاني الانفعالي من هذه الآراء

الفلسفية مؤكداً أيضاً أن تفكير الفرد هو سبب الانفعال (العقاد، 2001: 20).

وتلا ذلك ظهور نظرية أليس Ellis التي وضحت وجهة نظره في العلاج الإنساني باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي، ولكن من خلال خبراته في العمل توصل إلى ضرورة تطوير نظريته لتشمل الجانب السلوكي لتصبح نظريته باسم نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (محمد، 2000: 120) وهي محط اهتمام الباحث.

الأفكار غير العقلانية:

حدد أليس Ellis إحدى عشرة فكرة لا عقلانية، ولقد ذكرت هذه الأفكار غير العقلانية وغير المنطقية في العديد من المراجع منها: محمد (2000: 62-63) والشناوي (1994: 68-104) وشقير (2000: 284).

وفيما يلي عرض مختصر لهذه الأفكار والمعتقدات غير العقلانية:

الفكرة الأولى: "من الضروري أن يكون الفرد محبوباً أو مرضياً عنه من كل الأفراد المحيطين به". هذه الفكرة غير منطقية، لأنه لا يمكن تحقيقها، إذ لا يمكن إرضاء جميع الأفراد، وإذا اجتهد الفرد في سبيل الوصول إليها فقد يزداد اعتماده على الآخرين، ويصبح عرضة للفشل والإحباط، ورغم أنه من الطبيعي أن يشعر الفرد بحب الآخرين له، إلا أن الفرد العاقل لا يضحى باهتمامه ورغباته في سبيل تحقيق هذا الهدف.

الفكرة الثانية: "إذا أراد الفرد أن يكون جديراً بأية قيمة في المجتمع فعليه أن يتميز بالكفاءة، والإنجاز في العمل بدرجة عالية". وهي فكرة لا عقلانية، لأنه من المستحيل تحقيقها كلياً، وإذا أصر على تحقيق ذلك فسوف يصبح عرضة للفشل، وينتج عن ذلك اضطرابات نفسية، وعدم توافق نفسي والفرد العاقل المنطقي هو من يحاول أن يتعلم في حدود إمكانياته، وأن يستمتع بما ينجز من أعمال.

الفكرة الثالثة: "بعض الأفراد يتصفون بالشر والجبن ولذلك فهم يستحقون أن يواجه لهم اللوم والعقاب".

وهذه الفكرة لاعقلانية لأنه لا يوجد معيار مطلق للصواب والخطأ. وإن التصرفات الخاطئة قد

تكون نتيجة اضطراب انفعالي وكل فرد عرضة لذلك، وعرضة لعمل الأخطاء، والتأنيب والعقاب لا

يؤديان إلى تعديل وتحسين السلوك ولا إلى تقليل الاضطراب.

والفرد العاقل هو الذي لا يلوم نفسه، ولا الآخرين، وإذا لامه الآخرون فإنه يحاول تصحيح

سلوكه إذا كان خطأ، فإذا تأكد له أنه مخطئ فإنه يدرك أن لوم الآخرين له دليل على اضطرابهم،

والفرد العقلاني لا يلوم الآخرين بل يوجههم إلى الصواب.

الفكرة الرابعة: "إنها لكارثة أو مأساة، عندما لا تسير الأشياء كما نتمناها أن تكون، أو عندما لا تصبح

الأشياء كما نتوقع لها".

لاشك أن كل فرد يريد أن يرى أمنياته تتحقق، وأن تسير الأمور كما يريد، لكن أليس Ellis

يرى أن ذلك غير منطقي، فمن ذا الذي يضمن ذلك؟ أو من ذا الذي يستطيع ذلك؟ إن حدوث بعض

الأشياء على عكس ما نتوقع ليس بمأساة ولا بكارثة، وإنه لأمر طبيعي، لأن للكون سنناً وللحياة

نواميس وأقداراً لا مفر منها، وبالتالي لا مفر من الشعور بالضيق أو الإحباط، ولكن من غير المنطقي

الاستسلام لهذا الإحباط، والشعور بالحزن الشديد، إن الإنسان العاقل المنطقي في تفكيره لا يبالغ في

النظر إلى الأمور، وأن يتعامل بشيء من الواقعية، ويجتهد في تحسين وتغيير الأمور. فإن لم يستطع

فعلية أن يقبل ذلك ويتعايش معه بأقل قدر من الخسائر.

الفكرة الخامسة: "التعاسة سببها ظروف خارجية لا سيطرة للإنسان عليها".

هذه الفكرة غير منطقية ولا عقلانية، لأن القوى والأحداث الخارجية قد تشكل في مظهرها

عدواناً على الإنسان وتهديداً لأمنه إلا أن هذا التطور نفسي في طبيعته، بمعنى أنها ليست ضارة إلا

بالقدر الذي يسمح فيه الفرد لنفسه بأن يتأثر باتجاهاته نحو هذه الوقائع والانفعال والسلوك والاضطراب

الانفعالي يرتبط بتقييم الفرد وإدراكه للأمور. والشخص العاقل هو الذي يدرك أن السعادة مصدرها داخلي، وأنه يستمد قوته من ذاته، وليس من دعم خارجي، وأنه قد تضايقه الأحداث الخارجية، ولكنه لن يستطيع أن يغير سلوكه تجاهها إلا إذا قام بتغيير نظرتة لها.

الفكرة السادسة: "الأشياء الخطيرة أو المخيفة تعتبر سبباً للانفعال البالغ، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها".

هذه الفكرة لا عقلانية، لأن الانفعال أو القلق من شأنه أن يمنع التقويم الموضوعي لاحتمال وقوع شيء خطير، وغالباً ما يشوش على التعامل الفعال مع الحادث الخطير عند وقوعه. وقد يسهم مثل هذا التفكير في وقوع هذا الحادث الخطير، كما أن التفكير غير المنطقي لا يؤدي إلى منع وقوع الأحداث القدرية، كما أن القلق من شأنه أن يجعل كثيراً من الأحداث المخيفة تبدو أكبر كثيراً من واقعها.

إن الفرد العاقل يدرك أن الأخطار المحتمل حدوثها ليست بالصورة المفجعة التي يخشاها، وأن القلق لن يمنع هذه الأحداث وإنما قد يزيدها، بل قد يكون هذا القلق في حد ذاته أكثر ضرراً من الأحداث التي يخشى الفرد وقوعها، كذلك فإن مثل هذا الفرد يعرف أنه ينبغي عليه أن يعيش هذه الأشياء التي يخشاها لكي يثبت أنها ليست مخيفة في الواقع.

الفكرة السابعة: "من الأسهل أن نتفادى بعض الصعوبات والمسؤوليات الشخصية عن أن نواجهها". هذا التفكير غير منطقي لأن تجنب القيام بواجب ما، يكون غالباً أصعب وأكثر إيلاًماً من القيام به ويؤدي فيما بعد إلى مشكلات وإلى مشاعر عدم الرضا، وعدم الثقة بالنفس، كذلك فإن الحياة السهلة ليست بالضرورة حياة سعيدة، فالشخص العاقل يقوم بما ينبغي عليه القيام به دون تشكي، ويتفادى بذكاء الأعمال المؤلمة وغير المطلوبة".

الفكرة الثامنة: "ينبغي على الفرد أن يكون مستنداً على الآخرين، وأن يكون هناك شخص أقوى منه يستند عليه".

هذه الفكرة قد تكون منطقية بالنسبة للأطفال الصغار، ولكن ليست منطقية للفرد الراشد، لأننا ننشئ أولادنا على الاستقلال والاعتماد على النفس، مع الاستشارة وطلب النصيحة أحياناً، لكن هذا لا يعني أن نسرف في الاعتماد على الآخرين خاصة من نعتقد أنهم أقوىاء، لأن ذلك يقلل فرص التعلم والخبرة، ويجعلنا تحت رحمة هؤلاء المساندين، وقد يحدث الاضطراب عندما يتخلى عنا الأقوياء أو عندما يختفون.

والفرد العاقل يسعى دائماً إلى الاستقلال والمسؤولية، ولكنه لا يرفض العون من الآخرين عندما يكون ذلك ضرورياً.

الفكرة التاسعة: "الخبرات المتصلة بالماضي هي المحددات الأساسية للسلوك في الوقت الحاضر، وإن تأثير الماضي لا يمكن استبعاده".

هذه الفكرة لا عقلانية؛ لأن ما كان يعتبر ضرورياً في الماضي قد لا يكون ضرورياً في الوقت الحاضر؛ نتيجة اختلاف الظروف التي يمر بها الفرد، والحلول الماضية للمشكلات قد لا تكون ملائمة كحلول للمشكلات في الحاضر، وليس صعباً على الفرد تغيير ما تعلمه في السابق.

والإنسان العاقل هو الذي يرى أن الماضي جزء من حياته، ويدرك أنه يمكن تغيير الحاضر، ويدرك أن الماضي غير مسؤول عن مشاكله ومتاعبه في الوقت الحالي.

الفكرة العاشرة: "ينبغي على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات".

هذه الفكرة لا عقلانية لأنه لا ينبغي أن تكون مشكلات الآخرين مصدر هم كبير لنا، حتى ولو كنا نتأثر بسلوكهم فعندما يصبح الفرد مضطرباً بدرجة شديدة بسبب سلوك الآخرين، فإن هذا يعني أنه لا يملك القدرة على ضبط سلوكه مما يقلل من القدرة على تغيير هذا السلوك، والاهتمام الزائد

بسلوك الآخرين قد يكون على حساب الاهتمام بالسلوك الشخصي، والشخص العاقل هو الذي يحدد متى يكون سلوك الآخرين مؤذياً له، ثم يحاول أن يساعد هؤلاء الآخرين على التغيير.

الفكرة الحادية عشر: "لا يوجد سوى حل واحد لجميع المشكلات الإنسانية وأن البشرية قد تصاب بكارثة إذا لم تعثر على هذا الحل".

هذه الفكرة لا عقلانية، لأنه ليس هناك حل كامل وواحد لأية مشكلة، والإصرار على وجود هذا الحل والعثور عليه يؤدي إلى الانزعاج والتوتر للفرد، بل وأحياناً إلى حلول أضعف، وأقل مما يمكن أن تكون، والشخص العاقل هو الذي يحاول إيجاد عدة حلول ويختار أفضلها، ويعترف بأنه ليس هناك حل كامل شامل.

هذا وقد أضاف الريحاني (1985: 77-95) فكرتين أساسيتين تعتبر كل منها لا عقلانية وشائعة في مجتمعنا العربي، هما:

1. ينبغي أن يتسم الفرد بالرسمية والجدية في تعامله مع الآخرين؛ حتى يكون له قيمة أو مكانة محترمة بين الناس.

2. لاشك أن مكانة الرجل تعد هي الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرأة.

ويشير (محمد، 2000: 10) إلى أن أليس Ellis عاد فلخص هذه الأفكار في ثلاث حتميات أساسية، وهي:

- يجب (أو ينبغي) على أن أؤدي جيداً، وأن أكون محبوباً من جانب الآخرين ذوي الأهمية، ومن المزري ألا أفعل.

- يجب عليك أن تعاملني برفق وعدل، ومن المفزع ألا تفعل، فإنني حينئذ لا أستطيع تحملك، ولا تحمل سلوكك، وتكون حينئذ شخصاً سيئاً.

- يجب أن يتعامل العالم بشكل طيب مليء بالحظ، وأن يمنحني كل شيء أريده فوراً، ومن المفزع ألا يفعل ذلك، أنه حينئذ يكون عالماً بغيضاً.

أساليب أخرى من التفكير الخاطئ غير الفعال:

يتفق نيلسون Nelson (1982) مع أليس Ellis على أن هناك بعض أساليب التفكير الأخرى التي تؤدي إلى الاضطراب الانفعالي، وهذا ما يؤكد (إبراهيم، 1994: 307-313)، وهو أنه عند التفكير في حل مشكلة معينة أو فهمها، تحدث أخطاء في الفهم والتفسير؛ مما يشوه صورة الواقع، وبالتالي يثير الاضطرابات السلوكية، من هذا:

المبالغة: وتتمثل في الميل للمبالغة في إدراك الأشياء، أو الخبرات الواقعية، وإضفاء دلالات مبالغ فيها، كتصور وقوع الخطر والدمار. ويتميز تفكير الأشخاص المصابين بالقلق بالمبالغة في تفسير المواقف، مما يؤدي إلى إثارة مشاعر الخوف والتوتر. فهو دائماً يتوقع الشر لنفسه، ولأسرته. **التعميم:** هو أسلوب من التفكير يرتبط بكثير من الأنماط المرضية، خاصة الاكتئاب والفصام.

فالشخص المكتئب غالباً ما يعمم الخبرات الجزئية على ذاته تعميماً سلبياً، ويعتقد أنه إنسان فاشلاً يحسن التفكير، وفشله في تحقيق هدف ولو جزئي قد يعني لديه أنه إنسان عاجز عن تحقيق آماله في الحياة. ويعتبر التعميم الخاطئ من العوامل الحاسمة في اكتساب المخاوف المرضية.

الثنائية والتطرف: يميل بعض الأشخاص إلى إدراك الأشياء إما بيضاء وإما سوداء حسنة أو سيئة، خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة، دون أن يدركوا أن الشيء الواحد الذي قد يبدو سيئاً قد تكون فيه أشياء إيجابية. وهذه الخاصية من التفكير ترتبط بسمات لا توافقية كالتعصب، والتسلط، والتوتر، والقلق. وتمتلى عبارات المضطربين بكلمات مثل: مطلقاً، ومن المستحيل، ودائماً، وبالمرّة.

أخطاء الحكم والاستنتاج: في كثير من حالات القلق والعدوان والاكنتاب يكون السلوك ناتجاً عن خطأ في تفسير الحادثة، بسبب عدم توافر معلومات معينة، أو سياق مختلف. فالفصامي قد يثور على طبيبه، لأنه يتصور أنه متواطئ مع بقية العاملين في محاولة السيطرة عليه، وعلى تصرفاته. وقد نثر على إنسان معين بالغضب، والعدوان على اعتقاد أنه يقوم بالوشاية والتحريض لأننا نجده يتحدث مع شخص آخر، وتسود هذه الأخطاء لدى المصابين بالاكنتاب.

الأسس التي تقوم عليها نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يستند المدخل العقلاني الانفعالي السلوكي في تفسيره لنشأة الاضطراب النفسي على أسس بيولوجية، واجتماعية، وسيكولوجية.

وقد وردت هذه الأسس في العديد من الكتب والدراسات مثل:

وكفافي (1999: 359) والزيود (1998: 249) ومليكة (1990: 184-185) والشناوي (1994: 105).

وسوف يعرض الباحث لهذه الأسس كما يلي:

أ. الأساس البيولوجي:

يشير الشناوي (1994: 105) إلى أن البشر يولدون ولديهم استعدادات قوية لأن يكونوا منطقيين، ممثلين لذواتهم محققين لها على النحو الذي يقرره أليس إيليس، وأبرهام ماسلو Maslow، وكارل روجرز Rogers في كتاباتهم، ولكن البشر لديهم أيضاً استعدادات قوية لأن يكونوا غير منطقيين في سلوكهم وأن يكونوا قاهرين لأنفسهم.

ويرى كفافي (1999: 324) أن الأسس البيولوجية ليست واضحة تماماً في نظرية أليس إيليس، ولكن أليس إيليس يرى أن النزعة إلى الكمال ورغبة الفرد في أن ينجز الأعمال عند أعلى مستوى من

الإلتقان، تكاد توجد عند الجميع، مما يوحي بأن لهذه النزعة أساساً بيولوجياً فطرياً، وفي الوقت الذي يحرص فيه كل الناس على إنجاز الأعمال عند المستوى المثالي، فإن أغلب الناس تهجر هذا المدخل لعدم قدرتها على الإلتزام به، وأن بعض الناس يظنون في مجاهدة مستمرة لكي يلتزموا بهذا المستوى ويدفعون لذلك ثمناً باهظاً، وهم الذين يكونون أكثر عرضة من غيرهم للاضطراب بسبب عدم الرضا عن أدائهم وتقييمهم السلبي لذواتهم.

ب. الأساس الاجتماعي:

أما بالنسبة للأساس الاجتماعي للاضطراب في المدخل العقلاني الانفعالي السلوكي فيتمثل في التوازنية التي ينبغي أن يقيّمها الفرد في علاقاته بالآخرين، فهو لا يستطيع أن يعتمد عليهم كثيراً، كما أنه لا ينبغي أن يبتعد عنهم وينفر منهم، والفرد المضطرب أو المرشح للاضطراب هو الذي يهتم بالآخرين أكثر مما ينبغي، بحيث يفقد استقلاليته وشخصيته في سبيل إرضاء الآخرين، ومثله الشخص الذي يقف في الطرف الآخر ويقنع نفسه بأن الآخرين أشرار، وينبغي الابتعاد عنهم، أو عدم الاهتمام بهم (كفاي، 1999: 324).

أما بالنسبة للأساس النفسي في الشخصية فسوف نناقشه من خلال عرضنا لنظرية A.B.C التالية:
نظرية ABC عند أليس Ellis:

تمثل نظرية ABC مركز العلاج العقلاني الانفعالي وجوهه، ويرى أليس Ellis في هذه النظرية أن نظام معتقدات الفرد، وتفسيره للأحداث، والخبرات التي يمر بها، هي المسؤولة عن اضطرابه الانفعالي، وليس الحوادث أو الخبرات ذاتها. ولقد حدد أليس Ellis الإطار المعرفي لنظريته، الخاص بتفسير السلوك، وديناميات الشخصية. وذكر هذا الإطار في العديد من الكتب التي نقلت عنه، مثل بيركس واستنفلر BurksandSteffler (1979: 188)، وإبراهيم (1983: 166)، وملكية (1990: 184-185)، وكفاي (1999: 359).

وتعد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي طريقة فلسفية موجهة- إقناعيه نشطة متكاملة

للعلاج والتعلم، تستند إلى أرضية معرفية وإدراكية، وانفعالية، وسلوكية. وهي تؤكد العلاج النفسي

الإنساني والتعليمي، وتتضمن نظرية للشخصية، هي بمثابة نظام فلسفي، وطريقة علاجية نفسية

(الزويد، 1998: 3).

وقدم أليس Ellis نظريته عام 1993 على النحو التالي:

- (A) Activating event (أ) حدث منشط
(B) Belief system (ب) نظام معتقدات الفرد
(C) Emotional Behavior Consequence (ج) نتيجة انفعالية وسلوكية
(D) Dispute (د) تنفيذ ومناقشة (الأفكار غير العقلانية)
(E) Effect Psychological health (هـ) الأثر (الصحة النفسية)

(A) هو خبرة أو حدث منشط (Activating)، ويعني أن هناك حقيقة أو حدثاً أو سلوكاً أو اتجاهاً أو

شخصاً ما وراء المشكلة التي يعاني منها الفرد.

(B) هو اعتقاد ما عن الحدث (A)، أي أنه التصور الذاتي للفرض (A) أو هو تفسير محرف ومشوه

له، أو تصوير له في صورة بشعة مخيفة، أو مؤلمة. ويشير إلى نظام أفكار الفرد، ومفاهيمه الخاطئة.

(C) هو النتيجة أو العاقبة (Consequence)، بمعنى رد الفعل الذي يبدو في صورة اضطراب

انفعالي، أو شعور بالتعاسة، أو نحو ذلك، مما يفترض أنه نتيجة للفرض الأول (A)، ويشير إلى

النتائج الانفعالية، والسلوكية التي تحدث.

(D) وهي الفنيات التي يستخدمها المعالج العقلاني، مثل التنفيذ (Disputing)، والتمييز

(Discrimination)، والتوضيح (Defining)، والمجادلة (Debating) وذلك لمساعدة الفرد الخاضع

للعلاج على التغلب على أفكاره غير العقلانية، وتحليلها وتعديلها، ومن ثم يتخلص الفرد من آثار تلك

المفاهيم، والأفكار الخاطئة، ويكتسب فلسفة جديدة (E).

(E) ويشير إلى مدى فاعلية عملية تنفيذ أفكار الفرد ومفاهيمه، أي بناء فلسفة جديدة في الحياة، والشعور بالصحة النفسية (Ellis, 1991: 324).

ويرى أليس Ellis أن الحالات الثلاثة الأولى (A,B,C) تحدث لكل فرد في مواقف الحياة المختلفة، أما المناقشة والتنفيذ (D,E) فهي الشق العلاجي الذي يقوم به المرشد العقلاني من أجل الوصول بالفرد إلى إدراك العلاقة بين (A,B,C) التي تساعده في تغيير سلوكه، وردود أفعاله للظروف والأحداث، والأشخاص المحيطين به.

ويؤكد أليس Ellis أنه فيما يتعلق بدور المعالج في (D) التنفيذ والمناقشة فإن الخطوة الأولى من دور المعالج هي أن يثبت للعميل أنه لاقطاني، ويساعده على أن يفهم لماذا هو عقلاني، والخطوة الثانية يوضح له العلاقة بين أفكاره غير العقلانية وبين ما يعانیه من اضطراب. والخطوة الثالثة هي أن يجعل الفرد الخاضع للعلاج يغير تفكيره غير العقلاني من خلال مناقشة هذه الأفكار. أما الخطوة الرابعة فهي تذهب إلى أبعد من مجرد التعامل مع الأفكار غير العقلانية إلى التعامل مع الأفكار الأكثر عمومية، ومع فلسفة الفرد الخاضع للعلاج ونظرته إلى الحياة، وبذلك تجنبه الوقوع ضحية للأفكار غير العقلانية مرة أخرى، ونتيجة لهذه العملية يكتسب الفرد الخاضع للعلاج فلسفة عقلانية عن الحياة، ويستبدل أفكاره غير العقلانية بأفكار عقلانية، ويتخلص من الانفعالات السلبية (Patterson, 1986: 9-14).

وعلى هذا فإن النموذج (A,B,C) يوضح ديناميات الشخصية التي ينطلق منها مفهوم أليس Ellis للصحة النفسية في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) الذي يعتبرها تقابل مصطلحاً غير المجرد؛ حيث يركز على تقبل الذات، تقبل الواقع، حساب المخاطرة (Dryden, 1996: 307-309).

يتضح مما سبق عرضه لنظرية أليس Ellis في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أهمية العمليات المعرفية العقلانية في فهم وتغيير السلوك. ولهذا سيتبنى الباحث في الدراسة الحالية الأسس النظرية والتطبيقية لنظرية أليس Ellis في إعداد البرنامج العلاجي.

أهداف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

حدد أليس Ellis أهداف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وقد جاءت هذه الأهداف في العديد من الكتب والدراسات التي نقلت عنه سواء الأجنبية منها أو العربية وهي: زهران (1997: 371)، سري (2000: 169)، سلامة (1985: 53)، والشناوي (1994: 108)، وباترسون (1992: 157)، والزيود (1998: 258)، ومليكة (1990: 192)، ومحمد (2000: 285) وتتلخص أهم

أهداف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي فيما يلي:

1. مساعدة المسترشد في التعرف على أفكاره غير العقلانية.
2. تمكين المسترشد من الاعتراض على هذه الأفكار غير العقلانية ودحضها.
3. تشجيع المسترشد على تعديل أفكاره ومن ثم تبني فلسفة جديدة للحياة تكون أكثر عقلانية، وأن يتحكم في انفعالاته وسلوكه.

وبعد الانتهاء من عملية العلاج يتحقق للمسترشد ما يلي:

1. أقل درجة ممكنة من القلق ولوم الذات Self-blame.
2. مساعدة المسترشد على ملاحظة ذاته من خلال الإيحاء الذاتي الإيجابي الذي يوفر له الراحة.
3. منحه الأساليب العقلانية التي تمكنه من التغلب على انهزاميته، والحكم الجيد على الأشياء.

كما أشار أليس (Ellis, 1974: 320-322) إلى وجود أهداف ضمنية للعلاج هي:

1. الاهتمام بالذات SelfInterest.

2. توجيه الذات SelfDirection.

3. تقبل التغيير وأن الحقائق غير ثابتة Acceptance of Uncertainty.

4. الاحتمال (القدرة على تحمل الإحباط) Tolerance.

5. المرونة Flexibility.

6. التفكير العلمي Scientific Thinking.

7. الالتزام Commitment.

8. ارتياد المخاطر "المبادأة" Risk Taking.

9. تقبل الذات Self Acceptance.

فروض نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT):

قدم أليس إسهامات كبرى عرض فيها كل المفاهيم، والفروض الخاصة بنظريته في

الشخصية، والعلاج النفسي، و قدم العديد من الدراسات والبحوث التي تؤيد هذه الفروض ومنها، دراسة

أليس وهاربر Ellis & Harper (1975)، ودراسة سميث Smith (1983).

وسوف يعرض الباحث هذه الفروض لأهميتها في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي كما قدمها ألس المذكورة في عمارة (1985: 20-49) ، شقير (2000: 67-83) ، عسلي (2005: 53-72) وهي كما يلي:

أولاً: الفروض الخاصة بنظرية "ABC" وفقاً لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي:

1. التفكير يحدث الانفعال: Thinking Creates Emotion:

في هذا الفرض يرى أليس Ellis أن انفعال الفرد يحدد بطريقة تفكيره، ويعتبر هذا الفرض هو أساس نظرية (ABC) التي تؤكد أن الخبرة ليست السبب في النتيجة الانفعالية، ولكن في معتقدات الفرد عن هذه الخبرة. أي أن التفكير والانفعال الإنساني ليسا عمليتين منفصلتين مختلفتين، ولكن ثبت بالأدلة أن هناك عمليات معرفية وسيطة بين المثير والاستجابة، وما نسميه بالانفعال والسلوك ليس متوقفاً على رد فعل الإنسان نحو البيئة فقط، ولكن يتوقف أيضاً على أفكاره، ومعتقداته، واتجاهاته نحو هذه البيئة. ولذا فإنه يجب على المعالج أن يساعد الفرد الخاضع للعلاج على تعديل أفكاره واتجاهاته غير العقلانية، حتى يغير من سلوكه وانفعاله.

2. العمليات اللغوية والأحاديث الذاتية: Semantic Processes and Self Statements:

إن الأحاديث الذاتية وما يقوله الفرد لنفسه عن هذه الأشياء، والبيئة التي يعيش فيها بدون موضوعية، ويتعامل مع الأشياء كما لو كانت بالطريقة التي يتحدثون بها عنها، فهذا يؤثر بلا شك على انفعاله وسلوكه، وأحياناً يقوده إلى الشعور بالاضطراب الانفعالي؛ لذلك فإن العلاج النفسي الفعال يساعده على التحدث لنفسه بدقة وإحكام وموضوعية وعقلانية، وأن يدحض الأحاديث السلبية للذات، التي تكون السبب في الاضطراب الانفعالي، فهو يركز على معاني الألفاظ ودلالاتها، وتحويلها من المعنى الذي يسبب اضطراباً إلى معنى آخر لا يسبب اضطراباً، فمثلاً: "يجب أن أكون ناجحاً": تحول إلى: "أفضل أن أكون ناجحاً"، و"لقد أغضبتني" تحول إلى: "طريقة أداؤك جعلتني أغضب من نفسي".

3. تتأثر الحالة المزاجية للفرد بمعرفته ومعتقداته Mood States and Cognition:

تعتمد الحالة المزاجية للأفراد أساساً على ما يعتقدونه أو يقولونه لأنفسهم فحينما يعتقدون في أفكار تبعث على التفاؤل Optimistic والأمل والبهجة، فإنهم يميلون إلى الشعور بالسعادة والإعجاب والمتعة والهدوء. فالحالة المزاجية تعكس معارف الفرد وأفكاره؛ حيث نجد أن الأفكار المتشائمة تبعث على التشاؤم والسخرية وفقدان الأمل، ويميلون إلى الشعور بالحزن والقلق واليأس والاكتئاب. والعلاج الفعال يساعد الفرد الخاضع للعلاج على أن يكون لنفسه أفكاراً تبعث على البهجة والتفاؤل، والتخلص من أفكاره التشاؤمية، ويشعر بالتفاؤل والأمل في المستقبل.

4. الوعي والاستبصار وتنمية الذات Awareness, Insight, Self-Monitoring:

لا يكتفي الناس بمجرد التفكير في الأمور التي تهمهم، ولكن أيضاً يفكرون في طريقة تفكيرهم، ويفكرون في أفكارهم عن تفكيرهم. وهم يلاحظون ويعرفون سلوكهم، وعن طريق الملاحظة والمعرفة، فإنهم يدعمون أو يغيرون سلوكهم، وعندما يشعرون بمشكلة ويفكرون بطريقة غير عقلانية، فإن ذلك يجعلهم أكثر اضطراباً، مثل انشغالهم أو قلقهم عن شعورهم بالقلق، أو اكتئابهم نظراً لشعورهم بالاكتئاب، أو يجعلون أنفسهم أقل اضطراباً، ولذلك لابد من مساعدتهم على زيادة وعيهم وبصيرتهم، من أجل تغيير سلوكهم غير المناسب. وتشمل العمليات المعرفية التي تؤثر في السلوك، وفي تغييره: الوعي، البصيرة، الفهم، ومراقبة الذات.

5. يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بتصوراته وتخيلاته Imaging and Fantasy:

لا يفكر الناس فقط فيما حدث لهم، بالكلمات والمحادثة والجمال، ولكن أيضاً بطرق غير لفظية، مثل: التصور، والتخيل، والأحلام، والتمثيل التصويري Pictorial Representations، حيث إن التصور يشمل الرسائل الوسيطة تماماً، مثلما يحدث في التقارير النفسية، وهذه المعرفة تساهم بدلالة

واضحة في الانفعال، والسلوك، والاضطراب الانفعالي، وأيضاً في مساعدتهم لأنفسهم على تغيير انفعالاتهم وسلوكهم واضطراباتهم.

6. العلاقة المتبادلة بين المعرفة والانفعال والسلوك Interrelation of Cognition Emotion, and Behavior:

توجد علاقة متبادلة بين معرفة الإنسان، وانفعاله وسلوكه، ويؤثر كل منها في الآخر، فهي ليست أمور مستقلة أو منفصلة عن بعضها، وحين يحاول أي فرد أن يغير أحد هذه الأمور الثلاثة، فإنه بالضرورة يغير الاثنان الآخران. والعلاج النفسي الفعال يحاول مساعدة الأفراد على تغيير اضطرابهم الانفعالي، وذلك عن طريق تعليمهم أنماطاً عديدة من المعرفة والانفعال وفنيات سلوكية.

7. يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بالتغذية الحيوية المرتدة ومستوى التحكم في العمليات

الفيسيولوجية Biofeedback and Control of Physiological Processes:

حين يدرك الناس أن تفكيرهم وأفعالهم يؤثران في عملياتهم الفسيولوجية، فإنهم غالباً ما يفكرون باهتمام حول هذه العمليات الفسيولوجية، وبالتالي يؤثر ذلك على سلوكهم اللاحق، بطرق تحقق لهم الصحة النفسية، إذا ساعدوا أنفسهم على تحقيق ذلك، وأمكنهم ضبط عملياتهم الفسيولوجية، إذا كانوا انهزاميين ويعملون على تدمير أنفسهم. فالتركيز على إدراك ومعرفة رد فعل عملياتهم الفسيولوجية، فإنهم يستطيعون أحياناً أن يغيروا رد الفعل المحزن، سواء عن طريق الشعور أو عدم الشعور مثل زيادة أو نقص ضغط الدم، كما يغيرون خبرتهم عن الألم وغيرها من وظائف الجهاز العصبي غير الإرادي.

8. يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بميوله الفطرية Innate influence on Emotion and

:Behavior

يبدو الناس كأن لديهم ميولاً فطرية قوية، مثل الميل المكتسبة للتفكير، والانفعال والسلوك بطريقة معينة، لكنه عملياً لا يتم أي من السلوك بسبب فطري فقط، ولكن أيضاً مع تأثير عوامل البيئة كما أن ميولهم الفطرية تساهم بدرجة كبيرة في اختلاف أسباب تفكيرهم وانفعالهم وسلوكهم. وفي مجال الاضطراب الانفعالي، فإن كلاً من الميل البيولوجية الفطرية والمكتسبة والمتعلمة، تساعد على خلق الاضطراب الانفعالي وتسانده.

9. يؤثر توقع الفرد في انفعاله وسلوكه Expectancy Influences:

حينما يتوقع الناس أن شيئاً ما سيحدث، أو يتوقعون أن الآخرين سوف يفعلون شيئاً، أو يستجيبون بطريقة معينة فإنهم سوف يتصرفون بطريقة مختلفة تماماً عما لو كانت لديهم توقعات أخرى، وتوقعهم المعرفي له أثر كبير على كل من درجة اضطرابهم الانفعالي وردود أفعالهم نحو العلاج والمعالج.

10. مركز التحكم Locus of Control:

يؤثر مركز الضبط والتحكم في انفعال الفرد وسلوكه. ويختلف هذا التأثير عما إذا كانت أفعال الفرد وردود أفعاله تتم طبقاً لتحكمه الذاتي، أو من مصدر خارجي. وعلى ذلك يمكنهم أن يحسنوا الاختلال الوظيفي لانفعالاتهم وسلوكهم، لو أن المعالج النفسي ساعدهم على أن يروا كيف يستخدمون المصادر الخارجية للتفاعل ويروا إلى أي مدى تؤثر عليهم أفكارهم ومشاعرهم وأفعالهم، وبذلك يمكن تقليل اضطرابهم لأقل درجة ممكنة.

11. يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بأخطائه في عمليات العزو Attribution Errors:

يتسم الإنسان بالدافعية والسببية، والغرضية تجاه الأفراد الآخرين والأحداث الخارجية، والحالة الطبيعية والداخلية، ويكون ذا تأثير فعال على انفعالاتهم وسلوكهم، وعندما يقيمون دوافعهم وأغراضهم على مدركات ومفاهيم زائفة أو مضللة، فسوف تكون لديهم درجة كبيرة من الاضطراب الانفعالي.

وبالتالي فإن المعالج العقلاني يعمل على مساعدة الأفراد على تغيير هذه الخصائص المعرفية والتي إذا ما تغيرت تغير معها الانفعال والسلوك.

ثانياً: الفروض الخاصة بالعمليات المعرفية الوسيطة للاضطراب الانفعالي Cognitive Mediation of Emotional Disturbance التفكير غير العقلاني Irrational Thinking:

لدى الأفراد ميول فطرية ومكتسبة قوية، ينشئون بها قيماً أساسية، خاصة فيما يتعلق بالبقاء والسعادة، وكذلك ليفكرون ويعملون بطريقة عقلانية بدافع من هذه القيم الأساسية، أو يعملون بطريقة غير عقلانية، بتخريب وتدمير هذه القيم الأساسية ورغم أن الأفراد يمكنهم أن يعيشوا بدون أفكارهم غير العقلانية، إلا أنهم يصرون على تدمير رغبتهم في السعادة. ومن الناحية العملية فإن كل الناس لديهم عدد من الأفكار غير العقلانية، والتي تتداخل مع أفكارهم السليمة وتؤدي إلى اختلال سلوكهم وانفعالهم، وحين يغيرون هذه الأفكار، يتغير سلوكهم المختل وظيفياً.

1. تقدير الذات Self-Rating:

لدى الناس ميول فطرية ومكتسبة قوية، ليس فقط لتقييم أفعالهم وسلوكهم، وأدائهم وسماتهم، سواء كانت حسنة، أو سيئة، ولكن لتقييم أنفسهم، وما بداخلهم، وتقدير ذواتهم بعمق، وإذا حدث تقدير خاطئ فإنه يؤثر في انفعالهم وسلوكهم، ويكون أحد المصادر الرئيسة لاضطرابهم الانفعالي. والعلاج النفسي الفعال يجب أن يساعد الأفراد الذين يقيمون أنفسهم بطريقة خطأ وغير مناسبة على تقييم أنفسهم طبقاً للنتائج الجيدة، أو غير الجيدة التي يحصلون عليها، بل ويمكن أن يرفضوا تماماً تقييم أنفسهم بالمرّة.

2. الأساليب الدفاعية Defensiveness:

حين يدرك الناس أن سلوكهم سيء أو خاطئ أو غير كفاء، فإنهم يرفضون دائماً أن يعترفوا لأنفسهم أو للآخرين بأن لديهم أفكاراً خاطئة، أو تصرفوا بطريقة سيئة، ولذلك فهم يلتزمون العديد من الأساليب الدفاعية المعرفية غير الشعورية لإخفاء أفعالهم الخاطئة أو إنكارها، ومن أجل الوصول إلى تلك النتيجة يستخدمون كل الوسائل، والأساليب الدفاعية، ودوافعهم الرئيسية للاستفادة من هذه الدفاعات المعرفية على أساس تقديرهم لذواتهم، وإدانتهم لذواتهم Self-damming، والفنية العلاجية المناسبة لمعالجتهم، ومساعدتهم على تغيير سلوكهم المختل وظيفياً، وهي جعلهم لا يستخدمون هذه الدفاعات، لأنهم يدافعون عن أنفسهم مدركين أنه يمكنهم أن يكونوا قادرين على أن يكفوا عن إدانتهم لأنفسهم ويوقفوا مخاوفهم ورعبهم من الإحباط والمعارضة.

3. درجة تحمل الفرد للإحباط Low Frustration Tolerance:

لدى الناس ميول فطرية ومكتسبة لتحمل القليل من الإحباط، ولذلك فهم يفضلون الأعمال البسيطة التي تبدو سهلة، والتي غالباً ما تكون نتيجتها بسيطة وغير مجدية ولا تحقق لهم الإشباع. ومن أجل تحقيق الإشباع فإنهم يرغبون في البحث عن المثيرات التي تحقق لهم هذا الإشباع، لكنهم يتجنبون السلوك الذي يجعلهم في النهاية يحققون هذا الإشباع، وبذلك تتعارض ميولهم القوية لتحقيق اللذة والمتعة قريبة المدى، مع عدم تحملهم للعمل الذي يحقق لهم ما يريدون، مما يؤدي إلى درجة كبيرة من الاضطراب الانفعالي، وتدمير الذات والاكتئاب والقلق.

4. توقع الفرد التهديد Anticipation of Threat:

لا يتكون لدى الناس ردود فعل للتهديد الحقيقي، ويظهرون الخوف والقلق حين يكون هناك خطر حقيقي فقط، وإنما يتربون أو يتخيلون مواقف التهديد، وغالباً ما يتكون لديهم رد فعل يكون مصحوباً بالكثير من الاضطرابات نتيجة لهذا الترقب أو التخيل. كما يحدث حين يكون هناك مواقف تهديد حقيقية، وعلى ذلك، فإن ترقب التهديد يكون عملية وسيطة مهمة في الاضطراب الانفعالي.

ثالثاً: الفروض المتعلقة بفنيات العلاج العقلاني الانفعالي Rational Emotive Therapy

Techniques:

1. العلاج الموجه الفعال Active Directive Therapy:

يعتبر العلاج النشط الموجه فنية من فنيات العلاج العقلاني الانفعالي، فلدى الأفراد ميول فطرية، ومكتسبة تجعلهم يضطربون انفعالياً، ويعملون بصورة مختلة وظيفياً، ولأنهم يفكرون ويشعرون ويسلكون بطرق تتسم بقهر الذات، وبأسلوب انهزامي منذ الطفولة المبكرة فصاعداً. فإنهم يتجهون إلى تلقي مزيد من المساعدة الفعالة من العلاج النشط الموجه ذي التوجه الإيجابي.

2. الدحض والإقناع Disputing and Persuasion:

يعتبر الدحض والحث فنية من فنيات العلاج العقلاني الانفعالي، لأن بعض الأفراد يؤمنون، ويتمسكون ببعض المعتقدات والأفكار غير العقلانية؛ حيث ينتج عنها المشاعر الانهزامية المدمرة للذات، مما يجعلهم غير منسجمين مع الواقع. ويعمل العلاج العقلاني على أن يبين لهم كيف أن معتقداتهم غير العقلانية غير صادقة، ويوضح لهم أن استمرارهم بهذه الأفكار غير العقلانية سوف تسبب لهم مزيداً من المشكلات التي لا مبرر لها.

3. الواجبات المنزلية Home Work:

هناك بعض الأفراد قد تعودوا على التفكير والانفعال بطرق معينة مختلة وظيفياً والإفراط شعورياً أو لا شعورياً في ممارسة هذه السلوكيات، عبر فترة من الزمن إلى أن يتحولوا إلى طبيعتهم، ويقاوموا التغيير بصعوبة بالغة، وينبغي توجيههم نحو ممارسة فعالة ونشاط معين من أجل التخلص من هذه العادات المدمرة للذات.

والعلاج النفسي الفعال يشمل قدرًا لا بأس به من الأعمال المنزلية النشطة الموجهة، التي تناسب حالة الفرد الخاضع للعلاج، كأسلوب من أساليب التحصين التدريجي ضد ما يعانيه الفرد من

سلوك مختل وظيفياً، كأن يطلب من الفرد الخاضع للعلاج أداء بعض التمرينات والتدريبات المرتبطة بالتفكير، والتخيل، والتصور، وتكرار بعض المعلومات، وحل بعض التمرينات الهادفة إلى تنمية القدرة على التفكير العقلاني في المواقف المختلفة للحياة.

4. الإهانة أو القصد Insult or Intent:

حيث يميل بعض الأفراد إلى أن يشعروا بمزيد من الاضطرابات، وأن يغيروا سلوكهم بصورة فعالة عندما يظنون أن الآخرين حاولوا أن يحطوا من قدرهم، أو يقللوا من أهميتهم وقيمتهم. إن إدراكهم لنوايا الآخرين في إيذائهم أو الحط من قدرهم تميل إلى أن تؤثر فيهم أكثر من إدراكاتهم بالقدر الحقيقي الذي يسببه هؤلاء الآخرين لهم. والعلاج العقلاني يتمثل في مساعدة الأفراد على ألا يأخذوا إهانات الآخرين بجدية مبالغ فيها، ومساعدتهم على قبول الآخرين بطريقة إيجابية، حتى ولو كان هؤلاء الآخرين يفعلون ذلك عمدًا. وهذا الفرض يعد حجر الزاوية في العلاج العقلاني الانفعالي (Ellis, 1975: 172).

5. التنفيس عن الانفعالات المختلة وظيفياً Abreaction of Dysfunctional Emotions:

ويرى أليس Ellis أن تنفيس وتفرغ الانفعالات المختلة وظيفياً يعد فنية من فنيات العلاج العقلاني الانفعالي، وبخاصة أشكال الغضب المتنوعة، والعدائية، والاستياء، والغيط، والعدوان الجسمي، والغيرة والحسد يكون له آثار ملطفة تعمل على تخفيف هذه الانفعالات ونقصها، ولكن غالباً ما يستمر الأثر الوراثي الذي يميل لتقوية الفلسفات أو المعتقدات، التي يستخدمها الأفراد، لخلق هذه المشاعر. ويشير أليس Ellis إلى أن فلسفة ما وراء الغضب Behind anger philosophy تشمل الأفكار والمعتقدات غير العقلانية. ويعمل العلاج العقلاني الانفعالي على مساعدة العملاء على تنمية القدرة على ضبط الغضب والتحكم في الذات، والتخلص من المشاعر التي تؤدي إلى الاستياء، وإحلال

أفكار عقلانية تجاه الذات وتجاه الآخرين، بما يؤدي إلى تحسين الصحة النفسية، والتقليل من درجة المشاعر الذاتية الانهزامية التي تؤدي إلى الغضب والعدوان في المستقبل.

6. اختيار الطرق الايجابية لتعديل السلوك Choice of Behavioral Change:

رغم عدم وجود الإرادة الحرة كما يبدو، ورغم أن السلوك البشري قد هددته جزئياً العوامل البيولوجية والبيئية، أو أسباب لا يستطيع الفرد التحكم فيها نسبياً حتى أنه توجد درجة عالية من الاختيار أو الإرادة، ويستطيعون عن طريق معايير لا بأس بها من العمل أن يحددوا جزئياً طريقة شعورهم وعملهم. وبسبب قدرتهم فهم يستطيعون أن يختاروا وأن يغيروا بعض اضطراباتهم الطبيعية، التي مارسوها لمدة طويلة. وعندما يتخلصون من عقباتهم الانفعالية فإنهم يستطيعون أن يحولوا إمكاناتهم إلى حقيقة واقعية من أجل متعة أكبر ونمو للشخصية.

7. ضبط النفس Self-Control:

حين يدرك الأفراد أن سلوكهم أقل مما هو مرغوب فيه، وعندما يشعرون بأنهم مضطربون انفعالياً، فسوف يكون لديهم القدرة على التصميم بأن يغيروا الأنواع المتعددة من ضبط النفس، أو طرق التحكم في الذات. وهم غالباً ما يعدلون سلوكهم عن طريق مبادئ ضبط النفس مما لو تم تغييرها بواسطة توجيه الآخرين، وخاصة أن ضبط النفس يشتمل على عناصر معرفية قوية. والعلاج النفسي الفعال يتكون من مساعدة العملاء على استخدام قدر ملائم من التحكم الذاتي المعرفي لضبط الذات وإدارتها.

8. تنمية مهارات التعامل مع مصادر التهديد Coping With Distress and Threat:

تتأثر قدرة الأفراد على مواجهة الإجهاد النفسي والتهديد، بإدراكاتهم كيف يستطيعون المواجهة في اعتقادهم، وتعليمهم مهارات واستراتيجيات المواجهة خلال تفكيرهم ومفاهيمهم عن إمكانية المواجهة؛ حتي يستطيعوا التعامل مع الناس والأشياء بطريقة أفضل، وتزداد قدرتهم على ذلك. ودور

المعالج العقلاني يتمثل في مساعدتهم على تعلم مهارات واستراتيجيات فعالة للمواجهة، مما يؤدي إلى تغيير السلوك.

9. تحويل الانتباه أو الإلهاء Diversion or Distraction:

حيث يميل الأفراد إلى التركيز أساساً على شيء واحد في وقت واحد، حيث أنهم إذا أرادوا التوقف عن التركيز في مجموعة من الأفكار المضطربة، مثل الفزع من الفشل والرفض أو الإحباط، فإنهم يستطيعون أن يغيروا انفعالاتهم وسلوكياتهم وقتياً على الأقل بالتركيز على معارف غير مسببة للاضطراب، مثل: التأمل والتخيل والاسترخاء والأحاسيس البدنية والعلاج النفسي الفعال يتمثل في مساعدة الفرد في تعلم مهارات التحول المعرفي أو تشتت الفكر. وهذا الشكل من المعالجة يمكن أن يؤدي في الغالب إلى نتائج علاجية جيدة في خفض حدة الاضطرابات.

10. التعليم والمعلومات Education and Information:

يتعلم الناس ذاتياً، إلى حد كبير كما أنهم يتقبلون أن يعلمهم غيرهم، ويتم ذلك بطرق عديدة، وهذا يسهم إلى حد كبير في اضطرابهم الانفعالي. والعلاج الفعال يجب أن يشتمل على أساليب متنوعة من المعلومات والتعليمات، التي تساعدهم على فهم أفعالهم التي تسبب لهم الاضطراب، والعمل على زيادة فهمهم لأنفسهم ولسلوكهم بواسطة طرق معرفية وسلوكية ملائمة قد تسهم في خفض اضطراباتهم الانفعالية.

11. خفض قابلية الفرد للتأثر بإيحاءات الآخرين Suggestion and Hypnotic Suggestion:

يشير أليس Ellis إلى أن البشر يتصفون بميل شديد للتفكير والانفعال والسلوك حسب الإيحاءات القوية للآخرين، وغالباً ما تؤدي تلك الإيحاءات إلى نتائج غير مرغوبة للفرد أو المجتمع؛ حيث أنهم يأخذون مثل هذه الإيحاءات، ويحولونها إلى إيحاءات قوية ذاتية مما يؤثر على سلوكهم

وانفعالاتهم، ويسبب المزيد من الاضطراب الانفعالي. ويحاول العلاج العقلاني أن يساعد الأفراد لتحقيق درجة أقل من الإيحائية وزيادة قابليتهم للتأثير بتفكيرهم القائم على أساس واقعي.

12. اختيار نماذج السلوك الإيجابية وتقليدها Modeling and Imitation:

إن لدى الأفراد ميولاً فطرية ومكتسبة لأن يقلدوا الآخرين، ومحاكاتهم في أفكارهم وانفعالاتهم وتصرفاتهم، طبقاً لإدراكهم لهذه النماذج وأسلوب تقليدها. فهم يغيرون انفعالاتهم وأعمالهم تمثلاً بهؤلاء الذين يدركون أنهم نماذج لهم. وقد يؤدي ذلك إلى خفض اضطرابهم الانفعالي أو زيادته بواسطة المحاكاة. التي تتضمن عمليات التوسط المعرفي حيث أثرها المهم في وجود السلوك وتدعيمه.

13. حل المشكلات SolvingProblem:

يميل الأفراد إلى استخدام طرق حل المشكلات، والمنحى المعرفي المناسب الذي يعمل على مساعدتهم في التخلص من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، وسلوكهم المختل وظيفياً. والأفراد الذين يمتلكون قدرات ومهارات لحل المشكلات يكونون أسرع في خفض توترهم بالمقارنة مع الذين لديهم عجز في قدرة حل المشكلات. إن تعليم طرق حل المشكلات للعملاء يمكن أن يعمل ويفيد كأسلوب علاجي فعال بصورة فعالة.

14. مهارات لعب الدور والتدريب السلوكي Role Playing and Behavioral Rehearsal:

يشتمل لعب الدور على عناصر معرفية متميزة، وهذه العناصر تساعد الناس على أن يغيروا مشاعرهم المختلة وظيفياً وأعمالهم أيضاً. ويشمل لعب الدور تحليلاً معرفياً واضحاً تماماً للمشاعر المثارة أثناء تمثيل الدور. وتلك العملية تمثل إعادة البناء المعرفي التي تظهر خبرات لعب الدور فهي طريقة أكثر فاعلية من الناحية العلاجية. حيث يتحدد دور المعالج النفسي في تعليم مهارات القيام بالأدوار، ومساعدتهم في اكتساب خبرات ومشاعر إيجابية عن تلك الأدوار وخفض مستوى المعتقدات غير العقلانية تجاه بعض الأدوار الاجتماعية (Ellis, 1977b: 2-4).

15. التدريب على المهارات Skill Training:

حين يتلقى الأفراد تدريبات فعالة في مهارات معينة مثل السيطرة، أو التطبيع الاجتماعي، فإنهم دائماً يغيرون تفكيرهم وانفعالاتهم وسلوكهم، وأحياناً يجعلون أنفسهم أقل اضطراباً انفعالياً، وهذا التغيير ليس ناتجاً من زيادة المهارات فقط، ولكن أيضاً من إدراكهم لقدراتهم وتقدير ذواتهم حول مهاراتهم المكتسبة. والعلاج الفعال غالباً يتضمن الكثير من التدريب على المهارات، ومساعدة الفرد على أن يدرك قدرته وطاقته التي تختلف حين يكتسب مهارات جديدة، ويتضمن أيضاً تقبلهم لذواتهم على الرغم من بقاء حاجتهم للمهارات.

توجد اختلافات بين فنيات العلاج العقلاني الانفعالي والأساليب العلاجية الأخرى:

على الرغم من أن العلاج العقلاني الانفعالي يستخدم فنيات عديدة من الفنيات التي تتداخل أساساً مع تلك التي تستخدمها الأساليب العلاجية الأخرى، إلا أنها تختلف بدلالة واضحة في ممارسة العلاج العقلاني الانفعالي عن غيره من الأساليب. ويوضح أليس Ellis أنه يدرك أن العلاج العقلاني الانفعالي على وجه الخصوص يتداخل مع العلاج المعرفي السلوكي، كما لو كان أحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي العظيمة، بينما يرى آخرون أنه جزء متكامل من العلاج المعرفي السلوكي. ويوضح أليس Ellis أنه رغم هذا التداخل فإن العلاج العقلاني الانفعالي يختلف في وجوه عديدة عن العلاج الجشطلتي، والعلاج الوجودي، والعلاج المتمركز حول العميل والتحليل النفسي.

فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT):

أشار أليس Ellis إلى بعض الفنيات التي يمكن للمرشد استخدامها في تحقيق أهدافه، وتنقسم

هذه الفنيات إلى ثلاثة أقسام على النحو التالي:

1. فنيات معرفية Cognitive Techniques:

وهي فنيات تساعد المسترشد على تغيير أفكاره وطريقة تفكيره غير العقلانية، وفلسفته غير

المنطقية وغير العلمية، وأن يستبدل مكانها أفكاراً وطريقة تفكير عقلانية وفلسفة منطقية وعلمية.

ومن أهم الفنيات التي داوم على استخدامها Ellis الدعاية والدعاية المضادة، والدحض

المستمر، والحدث، والإقناع، والتشجيع، والتلقين، والإيحاء، والتعزيز، والأعمال المنزلية، والتدريب على

ارتياح المخاطر، والتشجيع على تعلم المنطق، وأسلوب التفكير العلمي، والقيام بالأدوار، وحكاية

القصص، وذلك من خلال الحوار والنقاش الجماعي.

ومن المعروف عن (Ellis) أنه من أجل تحقيق أهدافه العلاجية لم يكن يتقيد بفنيات معينة،

إنما يختار الفنية التي تتناسب مع حالة كل فرد خاضع للعلاج (سري، 2000: 174).

2. فنيات انفعالية Emotive Techniques:

أشار أليس Ellis إلى الفنيات التي تتعرض لمشاعر وأحاسيس المسترشد وردود أفعاله تجاه

المواقف والمثيرات المختلفة، ومن أهم الفنيات التي استخدمها أليس Ellis في هذا المجال فنية أسلوب

التقبل غير المشروط للمسترشد، وهذا لا يعني تقبل أفكاره، بل أنه يتم تقبل المسترشد ورفض أفكاره

ومساعدته على أن يقوم هو الآخر برفض تلك الأفكار.

كما يستخدم أيضاً لعب الأدوار Role Playing، ولعب الدور العكسي، وأسلوب

النمذجة Modeling لمساعدة الفرد على أن يشعر، ويتصرف بطريقة مختلفة إزاء الأشياء التي تعكر

عليه صفو حياته، وأسلوب المرح، وأسلوب مهاجمة الشعور بالخزي والدونية، وغير ذلك من أساليب

المواجهة التي تساعدهم على إظهار أنفسهم، والتعرف على المشاعر السلبية لديهم، وأن يحاولوا مع الجوانب المعرفية والسلوكية تغيير المشاعر المضطربة لديهم (الشناوي، 1994: 116)، (محمد، 2000: 74).

3. فنيات سلوكية Behavioristic Techniques:

وهي الفنيات التي تساعد المسترشد على التخلص من السلوك غير المرغوب فيه، أو تعديله، أو تغييره إلى سلوك مرغوب فيه.

ومن أهم الفنيات التي استخدمها أليسفي هذا الإطار الواجبات المنزلية. والتي تهدف إلى إعطاء المسترشد فرصة ليقوم بممارسة ما تدرّب عليه وتعلمه أثناء عملية الإرشاد، وكذلك استخدام أليس أساليب الاشتراط الإجرائي مثل: (التعزيز والعقاب، وأسلوب التدريب على الاسترخاء) (سري، 2000: 174).

ويرى الشناوي (1994: 117) أن المرشدين يستخدمون أسلوباً عقلانياً انفعالياً عن طريق التخيل، وهذا الأسلوب يشتمل على جوانب معرفية وانفعالية وسلوكية، حيث يطلب من الفرد أن يتخيل نفسه في موقف الانفعال الكدر الذي جاء به إلى العلاج، فإذا فعل ذلك فإن المرشد يطلب منه أن يتخيل نفسه وقد غير من هذا الانفعال إلى انفعال أقل في المستوى منه (أن يغير الغضب إلى مجرد الضيق) وفي كل مرة يسأله المرشد عن شعوره ويطلب منه أن يحدث نفسه بعبارات تخفف من الانفعال: إن ما لقيته من والدي ليس بدرجة السوء التي أتصورها، فيقول له المرشد إنك الآن عرفت الطريقة التي تغير بها مشاعرك، والمطلوب منك ولمدة أسبوع أو شهر أن تقوم بذلك التخيل، وأن تتخيل نفسك في الموقف الذي سبب لك الضيق ثم تتخيل نفسك وقد غيرت انفعالك إلى درجة أقل، وهكذا حتى يصبح ذلك عادة عندك.

يتضح للباحث من كل ما سبق أن الفنيات الثلاثة المعرفية والانفعالية والسلوكية تتكامل مع

بعضها، من أجل تحقيق أهداف الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، والمتمثلة في التعرف على الأفكار والاعتقادات غير العقلانية وغير المنطقية وتحديدها، والعمل على تصحيحها واستبدالها بأفكار أخرى أكثر عقلانية، وتعويد الفرد المريض، وتدريبه على القيام بذلك بشكل مستمر، بحيث يكتسب فلسفة حياة أكثر عقلانية، وتمكنه من تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي.

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والطرق العلاجية الأخرى:

بعد أن عرض الباحث نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، سوف يقوم بإبراز العلاقة بين نظرية أليسوغيرها من النظريات العلاجية الأخرى.

أولاً: المنحنى السيكوديتامي:

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتحليل النفسي الفرويدي:

على الرغم من تأكيد فرويد على أعماله على الجوانب المعرفية، إلا أنه لم يعطها الاهتمام الكافي في الأعمال التالية له. حيث ركز على الانفعالات بوصفها الفضية السيكلوجية الأولى، وعلى التفكير بوصفه عملية ثانوية.

والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يختلف عن تحليل فرويد في عديد من المعالم، حيث يؤكد العلاج العقلاني على الأساس الفلسفي لظواهر الطرح للمعتقدات غير المنطقية بدلاً من الإلحاح على أهمية علاقة الطرح نفسها Transference. فالمعالج العقلاني الانفعالي أقرب من استخدامه لذوي الواجهة التحليلية، وخاصة هؤلاء الذين ينتمون إلى المدارس العلاجية

لهورني Horney وفروم Fromm وألكسندر Alexander منه إلى المجال التقليدي. وكما هو الحال بالنسبة

للمحللين الفرويديين الجدد، أو الأدلبيين غاية أن المعالج العقلاني يستخدم قدرًا كبيراً من التأويل المباشر ليوضح لمرضاه كيف أن سلوكهم الماضي مرتبط بسوء قيامهم بوظائفهم، وكيف أنهم قد

تعرضوا لغرس عقائدي زائد بأفكار واتجاهات مخربة لأهدافهم في الحياة. وأخيراً فالمعالج العقلاني ينفق وقتاً أقل مما ينفقه المحللون الكلاسيكيون على الأحداث الماضية في حياة المريض (الطبيب، 1981: 129-130).

ويختلف مع فرويد في أنه لا يركز على الأحداث الصدمية، ولكنه يركز على اتجاه الفرد نحو هذه الأحداث. ويختلف مع فرويد في أن الإنسان ليس ضحية لماضيه أو لغرائزه، ولكن الفرد لديه القدرة على تحقيق ذاته. ويتفق أليس وفرويد على أهمية الحب والعمل للصحة النفسية، إلا أن أليس يؤكد على أن الفرد يجب ألا يبالغ في طلب الحب من الآخرين (Dolliver, 1977: 58-59).

كذلك لا يركز أليس على الأحلام، ولا على الهفوات، ولكن على الفلسفة غير

العقلانية للمريض (عمارة، 1985: 51).

أليس Ellis وأدler Adler:

على الرغم من أن المنظور المعرفي بصفة عامة، والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بصفة خاصة مدين بالكثير لأدلر، حيث كانت كتاباته مصدراً رئيسياً لدعم نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، فقد كان أدلر "يرى أن سلوك الفرد إنما ينبع من أفكاره"، وأن كل شيء يعتمد على الرأي (Ellis, 1973: 113-125).

إلا أن أليس يتعد ابتعاداً كبيراً عن الممارسة الأدليرية التقليدية في تأكيده على أهمية ذكريات الطفولة المبكرة، والعلاقة بين المرشد والمسترشد وتحليل الأحلام، ويعتبر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أكثر تخصصية من علم النفس الفردي لأدلر في الكشف عن الاعتقادات المتمثلة داخلياً والعدائية للمسترشد وتحليلها والهجوم عليها، وهي الاعتقادات التي تؤكد للمسترشد خلق اضطرابه واستمراريته (مليكة، 1994: 2189).

أليس Ellis وهورني Horney:

يتفق أليس مع هورني في تأكيده على أن العصاب ينشأ عن التعارض بين إمكانات الفرد وما يريد تحقيقه، ويتفق معها كذلك على دور الينبغيات (ينبغي أن، يتحتم، يجب، لابد) في نشأة واستمرار الاضطراب الانفعالي، ويتفق معها في أن هناك بعض الأفكار التي تسهم في حدوث واستمرار الاضطراب الانفعالي مثل: (المبالغة في طلب الاستحسان، النزعة للكمال، الاعتمادية) (Dolliver, 1977: 58).

أليس Ellis وسوليفان Sullivan:

يتفق سوليفان مع أليس في تأكيده على أن هناك علاقة وثيقة بين المعارف من أفكار وآراء وبين الصحة النفسية والمرض النفسي، فالصحة النفسية تتحقق بقدر دقة وصحة أفكار الفرد عن نفسه، وعن الآخرين، فعندما تكون أفكار الفرد دقيقة تكون الصحة النفسية، وعندما تكون غير دقيقة يكون المرض النفسي (العقاد، 2001: 86).

ثانياً: أليس والمنحى السلوكي:

يؤكد سكران الإنسان ما هو إلا صندوق معتم (Black-box) أي كائن خاوٍ من الداخل، ومن ثم فكل المتغيرات التي تتوسط بين المدخلات والمخرجات السلوكية من الاتجاهات والانفعالات، ينبغي أن تخرج من مجال البحث في علم النفس، وتفسير السلوك يكون فقط بالرجوع إلى العلاقة بين المثير والاستجابة (سلامة، 1985: 94).

وأكد ولبي Wolpe على العلاقة بين التفكير والسلوك، وأن تعديل السلوك يؤدي إلى تعديل التفكير، فالمريض بعد العلاج عن طريق تعديل السلوك يبدأ في إدراك مبالغته الانفعالية في تقدير الأشياء، ويدرك أن مخاوفه كانت تشويهاً للواقع، وبالتالي يبدأ في اعتناق تصورات تتفق في واقعيتها مع واقع الموقف (إبراهيم، 1983: 159).

أما أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي (ألبرت باندورا، دولار وميللر) فهم يولون أهمية خاصة للعمليات المعرفية في دراسة الشخصية؛ حيث يؤكد رواد هذه النظرية على دور العمليات الداخلية الوسيطة (كالتفكير، التمثيل العقلي، الانتباه الانتقالي) التي تتوسط بين المثيرات والاستجابة (غازادا وريموند، 1986: 120).

يرى باندورا أن المتغيرات المعرفية كتشويه الخبرات والتوقعات غير المعقولة تؤدي دوراً إلى نشأة الاضطراب الانفعالي (Meichen Baum, 1985: 267). ويشير باندورا إلى أن الناس لا يستجيبون بشكل تلقائي للمثيرات الخارجية، وإنما أفكارهم، والقيمة التي يعطونها لهذه المثيرات، وكذلك المدة التي تدومها في أذهانهم (الشناوي، 1994: 258).

والاهتمام بالعمليات الداخلية لدى باندورا نلاحظه فيما أسماه بالنمذجة، والتعلم عن طريق الملاحظة، فالمشاهد للنموذج يحول المعلومات التي حصل عليها من النموذج إلى صور معرفية وإدراكية خفية، وإلى استجابات لفظية وسيطة، هذه الاستجابات الخفية تمثل تعليمات ذاتية تستخدم كمؤشر للسلوك الظاهر (باترسون، 1992: 130).

فالعمليات الداخلية المعرفية (التفكير - الإدراك - الاتجاهات) وفقاً لما يراه باندورا تؤدي دوراً كبيراً في سلوك الفرد وشخصيته، وحيث أن الشخص يؤدي سلوكاً جديداً ويلاحظ كفاءته وكفايته فإن هناك متغيرات معرفية أيضاً تتغير (مليكة، 1990: 221).

أما دولار وميللر فهما يتفقان مع باندورا على دور العمليات المعرفية حيث أكد على استجابة الفرد لكثير من المواقف المحيطة به فتوقفه على تفسيره إياها وعلى الرموز التي تحملها له، ولهذا فهما يريان أن استجاباتنا الانفعالية يمكن إدراكها على أنها استجابة للطريقة التي يدرك بها الشخص موقفاً معيناً، وليس بالضرورة لخصائص موجودة في الموقف ذاته (إبراهيم، 1980: 228).

ثالثاً: المنحنى الفينومولوجي:

كما يؤكد الفينومينولوجيون (روجرز - كيلى - جولد شتاين - ليفين.. إلخ) على دراسة الخبرة الحاضرة، كما يدركها الفرد، وليس كما يدركها الآخرون (عبد الغفار، 1990: 50). ويعتمدون في نظرياتهم على الإدراك والمعرفة أكثر من اعتمادهم على التعلم، فهم يرون أن الفرد يستجيب للأحداث تبعاً لتصوراتها عنها، ولذلك فهم ينادون بالاهتمام بالعمليات المعرفية الوسيطة (الإدراك) - التفكير - المفاهيم) المتعلقة بالعالم الظاهري الذي تحدث فيه تلك الأحداث، وبالتالي فإن تحليل السلوك يجب أن ينطق من الفرد؛ لأن المكونات التي يبني عليها السلوك تكمن في داخل الفرد (القذافي، 1993: 196).

ويؤكد رواد المنحنى الفينومينولوجي (الظاهرياتي) على دور الإدراك في السلوك؛ حيث يذهب روجرز Rogers إلى أن الواقع السيكلوجي للظواهر يتوقف بصفة أساسية على كيفية إدراك الفرد، وفهمه لهذه الظواهر، فالواقع هو الذي يدركه ويفسره الفرد. فروجرز Rogers لم يتجاهل الجانب المعرفي، ولم يؤول اهتماماً أكثر لجانب معين، على جانب آخر وإنما كانت نظريته شاملة وكلية للإنسان فيما يملكه من جوانب، وهو إذاً يتفق مع أليسلى أهمية العلاقة القائمة بين الجوانب الثلاثة في الكائن الحي "الانفعال- المعرفة- السلوك"، ويختلف معه في النظر إلى طبيعة هذا الكائن الحي. فبينما يؤكد روجرز Rogers على أن الإنسان خير بطبيعته، وعقلاني واجتماعي وواقعي، ويعمل على تحقيق ذاته (الشناوي، 1994: 271)، يرى أليس أن الثنائية من صفات الكائن الحي فهو عقلاني وغير عقلاني، لديه نزعة إلى تحقيق الذات وكذلك نزعة إلى تدمير ذاته، ميال إلى الاشتراك مع الآخرين ومبادلتهم الحب، وكذلك لديه ميل إلى الابتعاد عنهم وكرههم، وينظر بواقعية إلى الأمور، كما أنه يشوه الواقع ويحرفه.

ويرى روجرز Rogers كذلك أن خبرات الفرد وإدراكاته لا تشكل عالمه الواقعي فحسب، ولكن تشكل أيضاً أساساً لسلوكه وأفعاله. وإن ما يراه كواقع تترتب عليه نتائج فعلية، فالإنسان يستجيب للأحداث بما يتفق وكيفية تفسيره لهذه الأحداث (سلامة، 1985: 242).

أما **كيلي Kelly** فقد اهتم أيضاً بالتفكير من حيث محتواه وأساليبه، ومن أهم الفروض التي تقوم عليها نظريته هي "أن الإنسان يفكر بطريقته الخاصة في الأحداث التي يرتبط بها بفطرته، تلك الأحداث التي يعتبر هو نتيجة لها" (باترسون، 1990: 226).

ويرى **كيلي Kelly** أن لكل فرد توقعات معينة عن الحياة وأحداثها، والتوقع الصحيح هو الذي يثبت صحته أو صدقه، أما التوقع الخاطئ فهو الذي يثبت عدم صحته ويؤكد كيلي أن بعض الأشخاص يخطئون في توقعاتهم. إلا أن هذا الخطأ في التوقع يصبح حقيقة بالنسبة لهم، فما يرونه قد لا يكون له أصل في الحقيقة والواقع، إلا أنه موجود في إدراكهم، فهم ينظرون إلى العالم من خلال طريقته في تركيب هذا العالم وتنظيمه، وربما تكون طريقته هذه خاطئة وغير منطقية (القذافي، 1993: 221).

من خلال ما سبق؛ نرى تركيز **كيلي Kelly** على الجانب المعرفي لدى الفرد، حيث يعتبر أن الإنسان نتيجة لطريقة تفكيره في الأحداث، والسلوك نتيجة لمحتوى تفكير الإنسان وأسلوب تفكيره في تركيب هذا العالم وتنظيمه، والتشابه بين **إليس Ellis** و**كيلي Kelly** واضح في تأكيدهما على استبدال المركبات والأفكار الخاطئة.

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ونظرية يونج Jung:

يتفق العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي مع نظرية يونج في العلاج في جوانب كثيرة وبخاصة في النظرة الكلية للمسترشد بدلاً من النظرة التحليلية فقط، وفي النظر إلى هدف العلاج بوصفه نمو

للمسترشد الخاضع للعلاج وتحقيق إمكانياته، بالإضافة إلى تحريره من أعراض الاضطراب، وفي تأكيد
فرديته وإنجازه لما يريد هو تحقيقه في الحياة (الطيب، 1981: 130).

ويختلف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في ممارسته للعلاج، حيث يعتمد يونج في
ممارسته للعلاج النفسي على تحليل الأحلام والأخيلة والرموز والمحتويات الميثولوجية، وهو ما يعتبر
في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي مضبغة للوقت والجهد (ملكية، 1994: 218-219).

العلاج العقلاني الانفعالي والوجوديين:

يتعاطف Ellis مع الوجوديين فيما حدوده من أهداف للحياة، كما أنه يتقبل القضايا التالية: أن
الإنسان حر، وينبغي عليه أن يتزود بالمعرفة، وينمي فرديته، ويعيش في سلام مع الآخرين. يخبر
الأشياء بنفسه، ويظهر في الوقت المناسب، ويؤمن بأن لا حقيقة إلا في العمل. ويعيش إمكاناته
بصورة مبتكرة، ويسمو بنفسه في سرعة وتدفق، وفي اختياره للأشياء ويختار دائماً الإنسان، ويعلم أنه
لا بد أن يتقبل بعض القيود في الحياة.

إلا أنه في تقدير أليس Ellis فإن الكثير ممن يصفون أنفسهم بأنهم معالجون وجوديون
يتعصبون ضد تكنولوجيا العلاج النفسي، وضد أي نوع من التوجيه، بينما يستعين المعالج العقلاني
الانفعالي بالتحليل المنطقي، والأساليب الواضحة (في ذلك بعض إجراءات تعديل السلوك)، بالكثير من
التعليم والتوجيه من قبل المعالج. لذلك فإن العلاج العقلاني الانفعالي أكثر تقريباً من الطرق النشطة
التي يستخدمها بعض الوجوديين، مثل فرانكل Frankle عما هو إلى الطرق الأكثر سلبية التي
يستخدمها الوجوديين، مثل (باترسون، 1981: 183-184).

خلاصة المدارس:

يرى الباحث أن وجود العلاقة بين العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والطرق العلاجية
الأخرى ميزة تميز العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عن غيره من طرق العلاج الأخرى، ويعد الأكثر

فاعلية قياساً بالعلاجات الأخرى، وذلك في علاج مختلف الاضطرابات، ويعتبر الأفضل فيما يتعلق بالنتائج المرجوة؛ ويرجع ذلك إلى أنه يركز على المكونات المعرفية الوجدانية التي يتضمنها أي اضطراب، ومن ثم تنوع الفنيات المستخدمة خلال البرنامج الإرشادي لتشمل كل هذه المكونات معاً، وبالتالي نجد أن هناك تنوعاً في الاستراتيجيات المستخدمة بين الاستراتيجيات المعرفية والانفعالية والسلوكية.

ويعتبر هذا سبباً في أن تحتل هذه النظرية مكانة هامة في مجال الإرشاد النفسي، وجعلها محل اهتمام الكثير من المرشدين النفسيين.

الشروط الواجب توافرها في المرشد العقلاني الانفعالي السلوكي:

أشار أليس Ellis إلى بعض الإرشادات والنصائح التي يفضل، بل يجب أن يتبعها المرشد العقلاني الانفعالي السلوكي وهي كما يلي:

1. أن يكون واسع الثقافة تمكنه من مساعدة المسترشد على تعديل أفكاره ومشاعره وسلوكه.
2. أن تكون أقواله وأفعاله ومظهره مقبولة، ولديه القدرة على إدارة الجلسات الإرشادية والاستماع لكل ما يقوله المسترشد.
3. أن يؤمن المرشد بأن ما يقوم به من إرشاد هو بالدرجة الأولى تعليمي، حيث يقوم بدور إيجابي وتعليمي من خلال تعليم المسترشد.
4. أن يتمتع بالقدرة على الحوار والمناقشة والإقناع.
5. أن يهتم بمهاجمة الأفكار والمعتقدات غير العقلانية، بالدعاية المضادة لهذه الأفكار (الشناوي، 1994: 137).

ويشير ملكية (1990: 212) إلى المهارات المطلوب توافرها في المرشد:

الالتزام بأخلاقيات المهنة، والتي من أهمها: (عدم إيذاء المسترشد، والمحافظة على السرية، وتجنب الأفعال المخلة بالآداب العامة- المرونة- الاهتمام بمساعدة الآخرين).

مزايا العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يشير كلاً من سرى (2000: 175)، وملكية (1990: 224)، ومحمد (2000: 65)، وزهران

(2004: 90-91) إلى أن من أهم مزايا هذا المنحنى أنه:

1. مناسب لمجتمعاتنا، حيث توجد بعض المعتقدات غير العقلانية، والأفكار الخرافية الشائعة.
2. يستخدم فنيات سهلة مبسطة تناسب عقل ومنطق المريض.
3. يسعى للكشف عن المعتقدات غير العقلانية التي تكمن وراء العصاب ومهاجمتها.
4. يسعى لتغيير فكرة المريض عن نفسه، وفحص ما يقوله لنفسه داخلياً، ويعدله، ويحل محله الفكرة الصحيحة.

5. يتعرض للأسئلة والجمل الموجودة داخل المريض، ويمكنه من التخلص منها.

6. يعتبر أسلوباً مثالياً لتغيير المعتقدات غير العقلانية وغير المنطقية وإبدالها بأخرى عقلانية ومنطقية.

7. يحصن المريض ضد الأفكار غير العقلانية الأخرى التي يحتمل أن يتعرض لها مستقبلاً، ويكسبه أفكاراً عقلانية تحقق له السعادة.

8. تقدم خدمات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي دون التقيد بمكان محدد، ولهذا فهو مناسب

للتطبيق في أي مكان مما يجعل الكثير من المرشدين والمعالجين يقبلون على استخدامه في المدارس والجامعات.

عيوب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يشير كل من زهران (2004: 91)، ومحمد (2000: 175)، والفحل (2009: 136)، وسري

(2000: 178) إلى أهم عيوب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ما يلي:

1. تعميم أفكار بذاتها على أنها غير عقلانية عبر كل الثقافات، مما يتناقض مع الخصوصية الثقافية

لكل مجتمع، بل نحن مع الخصوصية الثقافية الفرعية داخل الثقافة الواحدة، ومن أمثلة الفروق

الثقافية الفرعية داخل الثقافة الواحدة الفروق بين الجنسين، وبين الريف والحضر، وبين الطبقات

الاجتماعية.

2. يعتبر نوعاً من غسيل المخ أو العلاج التسلطي.

3. يعد شكلاً إيجابياً ظاهرياً للعلاج النفسي، يخفق في الوصول إلى الأفكار والمشاعر غير الشعورية

العميقة.

4. لا يصلح للاستخدام مع الأفراد ذوي الذكاء المحدود أو المعاقين عقلياً.

5. لا يوجد معيار موضوعي (كالدين مثلاً) لتحكم به على مدى عقلانية الأفكار ومنطقيتها.

6. عدم التأكيد على العلاقة العلاجية بين المرشد والمسترشد أو على الألفة الواجب تكوينها.

7. استخدامه للعديد من الفنيات الإرشادية المستخدمة في النظريات الأخرى، مما جعله أقرب للمنحنى

الانتقائي.

ثانياً: الرهاب الاجتماعي: Social Phobia

تم وصف الرهاب الاجتماعي في فرنسا على يد العالم جانيه (Janet, 1903)، وفي أمريكا على يد بيرد (Beard,)

(1879)، وبعد ذلك تم فصل هذا الاضطراب عن الخوفات الأخرى على يد ماركس وجيلدر (Marks & Gelder, 1970).

وأكد هؤلاء العلماء علينا أن نأمن المخاوف وتعلقها بالشرب أو الأكل والكتابة، والتحدثاً ما بالآخرين.

يعتبر اضطراب الرهاب الاجتماعي أكثر أنوا اضطرابات القلق شيوعاً، ويحتل المرتبة الثالثة بيننا لاضطرابات المر ضية الأكثر انتشاراً بعد الاكتئاب والإدمان (Cameron, 2003; Nias, 2003; Spssa, 2003; Pollack, 2004). هذا ما استند عا هتما مالبا حثني فيا البحث عن تفسيرات هتو تطور أساليب علاجه (الدسوقي، 2004: 3).

مفهوم الرهاب الاجتماعي: Social Phobia

أشار عيد (2000) إلى أن الرهاب الاجتماعي غير مدفولقاً لاجتماعي، وأنا المفهومين وجهان لخوا فوا حدم من مواقف اجتماعية بعينها، وتعتبر هذ هالمواقم صدر تهديد، وتصاحب هتغير اتفيزيولوجية (عيد، 2000: 259).

أشار المالح (1995) أن الرهاب الاجتماعي عيو عليه يستخدم عند علماء النفس، ويقابل ه عدد من التعبيرات المشابهة مثل الما و فالاجتماعية، أوالقلق الاجتماعي، أو الخوف الاجتماعي عيو عليه يمكن استخدامها المصطلحات كمرادفات لها نفسا المعنى (المالح، 1995: 23).

وأشار تبجاي (2008) أن الفوبيا اضطراب مزمن، ويرتبط بتدهور في الوظائف الاجتماعية والعضوية والنفسية للشخص، فإنا المفهومين يعبران عن رها بواحد لهنفسا لالة المرضية سوا رهاب اجتماعياً وقلق اجتماعي (بنجاي، 2008: 106).

وعرف لاغريكا وآخرون (La Greca A M & al, 1988) الرهاب الاجتماعي عيباً أنها استجابة انفعالية، ومعرفية، وسلوكية لمواقف اجتماعية غير كعلمنا أنها تتضمن: تهديد الذات، وخوفاً من التقييم السلبي الأخرين الذي يؤدي إلى المشاعر الانزعاج والضييق، وقديودياً لنا لانسحاباً اجتماعي، فهونو عن أنوا عالقة بين تجمننوق عصدور تقييم متعلق بالشخصية فيمواقف اجتماعية متخيلة أو فعلية، وترتبط بها استجابات من نوعه متضمنة الانسحاب الجسدي والمعرفي ومشاعر الدونية، والوعي بالذات.

فالقلق الاجتماعي عيب شمل كلاً من مشاعر الضيق الاجتماعي عيو الخوف من التقييم السلبي في المواقف الاجتماعية.

ويقصد بالمواقف الاجتماعية هي المواقف التي تكون الشخص فيها مركزاً لانتباها الآخر، كالمشاركة في حديث، وهيمو
افتحت مظهر أحكام تقييمية، كالنقد، أو السخرية، فالخوف من التقييم السلبي يعد جوهر القلق الاجتماعي (Leary &
92: 1991). (Meadows, 1991: 92).

و عرف لويس فيرا (Vera L, 2002)

الرهابة الاجتماعية هي مجموعة المشاعر السيئة التي تتماخضها في المواقف الاجتماعية، والتي تسببها فكرة أن الشخص سخ
يفاً وأنه دون المستوى مقارنة بالآخرين (Vera L, & Col, 2002, 73).

أما المبيدات والآخرين (Lemperiere, et al, 2000)

اعتبروا أن الرهابة الاجتماعية هي حالة تميز بها المراهقون من الجنسين، مما تتسم شخصياتهم بالقلق والخجل فيظهر لديهم خوف من
لحديثاً مما لآخرين، إنه خوف موقفي يؤدي إلى سلوكيات التجنب (Lemperiere, et al, 2000, 91).

و يعرف عقل (2000)

الرهابة الاجتماعية هي خوف شديد مقبول من مواجهة الآخرين، والتعامل معهم، أو التحدث إليهم، وتجنب المواقف الاجتماعية عيباً عت
بارها مواقف تقييمية تهديدية للفرد، لأنها تعتقد أنهم وضعف حصو تقييماً لآخرين له (عقل، 2000: 225).

وتعرف هيلين كنرلي (Kennerly, 2008)

الرهابة الاجتماعية هي خوف يعترى بالشخص بحيث يشعر في كل أوضاعها التي تتحمل تقييماً، كالحديثاً مما لآخرين أنه سيكون موضع
نقد، حيث يؤدي فيها الخوف إلى تقويض مهاراتها الشخصية في كل أوضاعها التي تتحمل تقييماً (Kennerly, 2008, 48).

و عرف عكاشة (2003)

الرهابة الاجتماعية هي خوف من الوقوع في ملاحظة من الآخرين، مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية، وعادة ما يصاحبها
خوفاً اجتماعية عامة تقييماً ذاتياً من خفض، وخوف من النقد، وقد يظهر على شكل شكوى من استمرار الوجه أو عشة باليد، أو رغب
تشديد في التبول (عكاشة، 2003: 161).

وقد أورد جالفيو آخرون (Guelfiet col, 2003)

تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي للرهابا لاجتما عيعلأنه خوف دائمو غير منطقي من المواقفا لاجتما عية، حيث تظهر مشا عرا لإحراجوا استجابات قلق، مما يؤدي إلى التجنب المواقفا واحتمالها معكروا وضحو معاناة داخلية (APA, 1994: 518).

ويعرف التصنيف العالمي العاشر لمنظمة الصحة العالمية للاضطرابات النفسية (I. C. D- 10) الرهابا لاجتما عيعلأنه خوف من الملاحظة والتدقيق من قبل الآخرين لسلوكيات الفرد، كالتحدث أماما لآخرين فيؤدي إلى التجنب المواقفا لاجتما عية (WHO, 1992: 22).

فالرهابا لاجتما عيعل دليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية يعرف بأنه:

الخوف والنااتج من واحد أو أكثر من المواقفا لاجتما عية والتي تتطلب لها أداء من الفرد والتيفيها يكونا الفرد أماما الغرياء، أو يكون نفييم وقعنقييما وفحص من قبل الآخرين، ويكونا الخوف ناتجا عن الشعور بالارتباك أو التحقير والإذلال، ويدرك الفرد أن خوفه غير عرق لانبا وغير منطقي (The American Psychiatric Association, 1994).

وبناء علما سبقي كناس تخلاصما يلي:

إن الرهابا لاجتما عي خوف من ضيما الغفيهو غير مقبول، ويتصفبا نهما غتهايم، يصاحبها تغيرا نفسيولوجية، وأنه حالة مرتبطة بالمواقفا لاجتما عية تتضمن خوف الفرد من الظهور بمظهر مخزي.

الرهاب الاجتماعي ونسبة انتشاره:

إن معظم البحوث التي تناولت نسب انتشار الرهاب الاجتماعي، لم تتفق في تقدير هذه النسب، ففي حين تتراوح إحداها بين 1.2% و 2.2% (انتشار ستة شهور) في أمريكا. ويشير الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع إلى نسبة تقع بين 3% إلى 13% (انتشار مدى الحياة)، وتزيد نسبة الانتشار بين النساء عن الرجال (رضوان، 2001، 49).

وتشير تقارير أخرى إلى أن الرهاب الاجتماعي يمثل حوالي 13% من المجتمع الأمريكي وفق المعايير التشخيصية الخاصة بالرهاب الاجتماعي (فايد، 2004، 10).

وفي دراسة قام بها ت. فيرمارك (T. Furmark, 1999) على عينة من المجتمع السويدي بلغت 2000 راشداً كانت نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي 15.60% وكان التحدث أمام جمع من الناس أكثر المخاوف الاجتماعية شيوعاً، وكما كانت الفروق لصالح الإناث.

وأجرى أ. بليسولو (A. Pelissolo, 2000) في المجتمع الفرنسي وفق محكات التشخيص للدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع 1994م على عينة تكونت من 12873 فرداً، امتدت أعمارهم من 15 سنة فأكثر، فتراوح معدل انتشار الرهاب الاجتماعي بين 1.9-7.3% ويعد الرهاب الاجتماعي في بعض الدول العربية من أكثر أنواع الاضطرابات النفسية شيوعاً بين طلاب الجامعة مثل مصر والسعودية والكويت وليبيا. (عبد الخالق، 2006، 294-295).

تشخيص الرهاب الاجتماعي:

يتم تشخيص الرهاب الاجتماعي وفقاً للمعايير الآتية والتي حددها الدليل التشخيصي والإكلينيكي للاضطرابات النفسية (1994) الطبعة الرابعة الصادرة عن جمعية علماء النفس الأمريكية (DSM-IV).

1. الخوف الواضح والمستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو من الأداء في المواقف الاجتماعية التنبؤي والفردي خلال
مقابلة الآخرين والتنبؤ بإمكانية تفحصهم مقبلاً الآخرين، حيث يخش الفرد هنا أن تظهر أعراض القلق أو أن يتصرف بشك
لغير لبق وتسببها الحرج.
2. يدرك الشخص أن خوفه مبالغ فيها وغير منطقي.
3. تجنب المواقف الاجتماعية التي يخشها الفرد.
4. بالنسبة للأفراد في سن أقل من 18 سنة تستمر مدة الاضطراب لفترة لا تقل عن 6 شهور علنا لأقل.
5. يجب أن لا يكون الخوف والتجنب ناتجاً عن التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد مثل:
(الاستخدام الطبي للعقار أو سوء استخدامه) أو الحالة الصحية العامة أو لا يكون لوجود اضطراب نفسياً آخر مثل:
(اضطراب الفزع، أو الخوف من الأماكن الواسعة، أو اضطراب الشخصية التجنبي).
6. تظهر أعراض الرهاب دائماً عندما تنتم المواجهة مع المواقف الاجتماعية التي يخشها الفرد.
7. الضرر الواضح الذي يصيب الفرد نتيجة سلوك التجنب، والتوقعات المقلقة، والضيق الشديد في المواقف الاجتماعية، ومواقف
فالانجاز (American Psychiatric Association, 1994: 425).

مظاهر الرهاب الاجتماعي:

الرهاب الاجتماعي يظهر وفق ثلاث مظاهر:

1. المظاهر السلوكية:

تشير إلى السلوكيات التي يسلكها الفرد إزاء المواقف المخيف، كتجنب المواقف الاجتماعية، وعدم تنبئية الدعوات الاجتماعية،
والتقليل من الاتصالات الاجتماعية.

ويتميز سلوك المصاب بالرهاب الاجتماعي بالقلق الذي ليس له ما يبرر هفياً المواقف الاجتماعية والمواقف الأدائية مما يجعلها بيت
جنباً لأكلو الكتابة والحديثاً ما للآخرين.

2. المظاهر المعرفية:

إن المشكلات المعرفية لعملية الاتصال تنشأ من خلال تقييم الأفراد لأنفسهم وتوقعهم لتقييم الآخرين لهم. وهذا ما يتفق مع نظرية العلاج العقلانيا لانفعالياً بما يدور بعقول الأفراد ذوا أهمية كبيرة في تحديد سلوكهم. وعليها يمكن عزل الالتهاب الاجتماعي عن الطريقة التي يفكر بها الشخص، والتي تؤثر على تقييمه لمواقفها الحياتية وبالنتيجة على تقديره لذاته (موسى، 1997: 94).

3. المظاهر الفسيولوجية:

نتيجة لتوقعات نقد السخرية من قبل الآخرين، تظهر على الشخص أعراض مثل زيادة النبض، وزيادة تقيقات القلب، واحمرار الوجه، جفاف الفم والحلق، والارتجاف، والتوتر، مما يجعله يسلك سلوكاً تجنبياً مثل الهروب أو الانسحاب من تلك المواقف ليتجنب ظهور تلك الأعراض (Jeffrey & Jay, 1999: p 325).

أنواع الالتهاب الاجتماعي:

حدد بولارد وهندسون (Pollard & Henderson) أربعة أنواع من الالتهاب الاجتماعي:

1. الخوف من الحديث أمام الآخرين.
 2. الخوف من الكتابة أمام الآخرين.
 3. الخوف من تناول الطعام في المطاعم العامة.
 4. الخوف من استخدام الاستراحات العامة. (Pollard & Henderson 1988).
- وأشار تيموثي (Timothy, 1989) إلى أنها كعدد من المخاوف الشائعة التي تتميز بالالتهاب الاجتماعي هي:

1. الخوف من التحدث مع الآخرين.
2. الخوف من أداء حديث صغير.
3. الخوف من المناقشة داخل مجموعة صغيرة.
4. الخوف من المقابلة أو التحدث مع الغرباء.

5. الخوف من إلقاء سؤالي في مجموعة.

6. الخوف من عمل شيء أدائي أمام الآخرين كالكتابة أو تناول الطعام.

7. الخوف من استخدام التليفون.

8. الخوف من مقابلة الأشخاص ذوي المكانة الهامة.

وقد ميز الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV-1994) بين نوعين من الرهاب الاجتماعي.

1. الرهاب الاجتماعي المعمم والعام: وهذا النوع يتميز بالخوف من أغلب المواقف الاجتماعية.

2. الرهاب الاجتماعي المحدود: وهذا النوع يتميز بالخوف من مواقف اجتماعية معينة أو بعض المواقف الاجتماعية.

أشار (الشناوي 1998) أنها كدراستين حاولتا التفريق بين هذين النوعين.

أول هذالدراسات: قام بها هيمبرج وآخرون (Heimberg et.al, 1990)

وقد فرقوا فيها بين أفراد الذين لديهم خوف من التحدث أمام الجمهور، والأفراد الذين لديهم خوف من معظم أو جميع المواقف الأخرى

، وقد خصصوا للمجموعة الأولى والنوع المحدد، في حين خصصوا للمجموعة الثانية التشخيص العام وقد وصفوا الأفراد ذوي

النوع العام (المعمم) بأنهم أكثر شدة وأضعف أداءً بالنسبة للمهام والسلوكية مقارنة بالفرد ذوي النوع المحدد.

ثاني هذالدراسات: قام بها تيرنير وآخرون (Turner & al, 1992)

حيث صنفوا الأفراد الذين كانت لديهم مخاوف من الحوادث الاجتماعية غير الرسمية أو حضور المناسبات الاجتماعية علناً لديهم

مخوف معمم، بينما أولئك الأفراد الذين لديهم مخاوف أدائية كالخوف من الكلام مثلاً فقد صنفوا علناً لديهم خوف محدد.

العوامل المؤدية للرهاب الاجتماعي:

هناك أربع عوامل رئيسية قد تسهم في حدوث اضطراب الرهاب الاجتماعي، ومنها ما يمكن اعتباره مصدراً وهي:

1. **العوامل الوراثية:** هناك بعض الأدلة الواضحة التي ترجح أن العوامل الوراثية في تطور الرهاب الاجتماعي.

فقد ورتدراسة التوائم معلومات عن تأثير العوامل الوراثية علناً للرهاب الاجتماعي، فقد أكدت دراسة صامويل

(Samuel, 1995) أنها كمعدلات تفاعل اللرباها لاجتمة عيفيا لتوائم المتحدة (المتطابقة)

عنا لتوائم غير المتحدة (غير المتطابقة)، وأنما يتم توريثه هو ميل جيني بالقلق أكثر منتوريتا لأحد اضطرابا بالقلق.

فالتوائم المتماثلة من الأطفال الميلونالبا أن يشبها أحدهما لأخر في مقدار الخوف الذي يظهرونها أمام الغرباء في خلال السن

ة الأولى لمنحياتهم، وكذلك لتوائم المتماثلة من الراشد ينشبه كل منهما الآخر من حيث الأعراض العصابية التي يظهرونها.

ويؤكد (الشناوي، 1998)

علنا أن العوامل الوراثية والتين كمنورا عن تطور الرباها لاجتمة عيفيا أشار إليها اختبار أداء الجهاز الدوريل عينتين أحدهما تج

ربية تعانين الرباها لاجتمة عي، والأخر بضابطة لاتعانين الرباها لاجتمة عي، تبين ارتفاع معدل ضربات القلب وضغط الدم

أثناء التفاعلا لاجتمة عي، والتحدثا أما الآخر ينال عينة التجربة بمقارنة العينة الضابطة.

2. **العوامل البيئية:** لا يمكننا غفاليد البيئية دورها في اضطرابات، فالبيئية وما تحملها من خبرات قد تشكلت تراكيبيادراكية معين

تؤدي بالفرد إلى الرباها لاجتمة عي كأمراض الطفولة، فتعتبر الأمراض التي تصيب الأطفال عاملاً مؤثراً للإصابة ببعضها

ضطرابا بال نفسية كالرباها لاجتمة عي.

فالطفلا لمعاقا والمصابا بالسمنة يكون عرضة للشعور بالنقص والتالي يتحاشموا جهة الناس فيتجنب ذلك محتلا يشعربال

حرج.

إن بعضا لأشخاص المصابا بالرباها لاجتمة عي قد استرجعوا أحداث صدمية سابقة كانت تتميز بلبداية الاضطراب

يهم.

فارتكابا بالفرد لأخطا معينة فيمواق معينة كأن يظلمنها التكلم في الفصل أو لمرة فيسخر منها المدرس فيكون عرضة ل

لإصابة بالرباها لاجتمة عي.

وعليه يبدأ بالابتعاد عنا الناس، وعنا لتفعل معهم خشية تترديد السخرية منه، فيخلق لنفسها أذرا لتبرير ذلك البعد

(حقي، 1995: 78).

أما أصحابا لاتجاه البيئي فإنهم ينظرون إلى الفرد والبيئة باعتبارهما كيانين مستقلين يتحدان معاً لإحداث السلوك ونال نظر للسلوك ذاته.

أي أن الإنسان نتاجاً للعوامل البيئية والشخصية (المعرفية)

متضمناً السلوك نفسه بمعناه السلوكي للإنسان نتاجاً للسلوك للإنسان والشرط البيئية والعوامل المعرفية أو الشخصية وكلا يتف اعلماً ويؤثر في بعضها البعض.

فطريقتنا في التفكير تؤثر في سلوكنا وبالتالي تؤثر على البيئة الخارجية والتي تشكل بدورها عملياتنا المعرفية وسلوكنا

(جابر ، 1990 : 89).

3. **العوامل المعرفية:** هنا مجموعة من الأسباب المعرفية التي تدخل ضمن عوامل نشأة الرهاب الاجتماعي والتميزها أفكار الفرد

غير المنطقية وغير العقلانية والسلبية وهذا لأفكار تعتبر مصدرًا من مصادر الاضطراب بوجه عام كما أشار بذلك

(أليس) ، حيث يكون الفرد دائماً التفكير في تعرضه للنفذ أو اللوم من قبل الآخرين نظر الحساسيتها الشديدة لمراقبة الآخرين نسل

وكه مما يجعله يفضل الانسحاب من المواقف الاجتماعية (Hudson & Ronald, 2002: 102).

4. **العوامل الأسرية:** الأسرة هي المسئولة ولعلنا التنشئة الاجتماعية للأبناء ، وأنا لأساليب التي تتبعها الوالدان في معاملة الأبناء

لهم فقد توقعوا ما يتوقعها الأبناء من آباء عوقد تخالفه ، فبينما يتوقع من الأبناء الحبن والوالدين قد يجدون الكراهية ، وبينما يتوق

عونا لتقبل في حين يصد مهما النبذ ، وما إلى ذلك من لأساليب السلوكية التي لها أثر ضار على الصحة النفسية والعقلية للأبناء .

إن أساليب الإسراف في استخدام القسوة والصرامة ، وعقاب الطفل وصد هكلاً ما أراد أن يعبر عن نفسه ، فضلاً عن الإهمال لاند

يقديؤدياً الطفلاً لانسحاب من الحياة الاجتماعية (العيسوي ، 1985 : 73) . وهذا ما أكدته دراسة

(منصور ، 2002 : 73)

بدراسة العلاقة بين التنشئة الوالدية وبعض الاضطرابات النفسية ، وأسفر نتائجها عن استخدام العقاب ، أو الحماية الزائدة ، أو

والنبذ يؤدي إلى إصابة الأبناء ببعض الاضطرابات النفسية كالمخاوف المرضية ومنها الرهاب الاجتماعي .

وينفق هذا معالنتائج التي أسفرت عنها دراسة بر وشو هي مبرج (Brush & Heimberg, 1994: 160)

في أن الأفراد المصابين بالرهبا بالاجتما عيقدو صفوا آباءهم بأهمكانو امفرطين في الحماية الزائدة لهم، وأنهم يفتقدون إلى الدفء

العاطفي، وقد يلجئون إلى استخدام التوبيخ بصورة قزائدة عند مقارنتهم بأباء الأفراد العاديين.

وبناءً على ما سبق يتضح لنا أن العوامل السابقة عواملمؤثرة في نشأة وتطور الرهبا بالاجتما عيو أنها تتفا علمعاً، فلا يـ

كنا غفالعامل أو تأييدا الآخريشكل كامل.

نظريات تفسير الرهاب الاجتماعي:

اختلفت وجهات نظر العلماء في الرهاب الاجتماعي وتعددت نظرياته وتنوعت وهي على

النحو التالي:

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

يعد فرويد من أوائل من تحدثوا عن القلق والقلق الاجتماعي والرهاب الاجتماعي، وأن القلق عنده هو استجابة انفعالية أو خبرة مؤلمة يمر بها الفرد، وتصاحب باستثارة عدد من الأجهزة الداخلية التي تخضع للجهاز العصبي المستقل مثل: القلب والجهاز النفسي، وقد رأى فرويد أنه إشارة إنذار للأنا حتى تتخذ أساليب وقائية ضد ما يهددها وغالباً ما يكون مصدرها رغبات مكبوتة أو خبرات عدوانية، أو نزعات جنسية مما سبق للأنا أن كبتته في غير الشعور، إما أن تقوم الأنا بعمل ما، أو نشاط ما تدافع به عن نفسها بما يهددها وتبعده عنها، وما إن يتراكم القلق حتى تقع الأنا صريعة للانهييار العصبي (عبد الغفار، 1976، 23).

وربط أدلر (Adler) بين القلق، والقصور العضوي، فالشعور بالنقص يؤدي إلى الإحساس بعدم الأمن والقلق، ولم يقتصر على القصور العضوي فقط بل مدلول القصور ليشمل أيضاً القصور المعنوي والاجتماعي (فهمي، 1987، 53).

أما الاتجاه الحديث مثل كارن هورني (K. Horney) وأرك فروم (E. Fromm) وستاك

سولفن S. Sullivan فقد اهتموا بدراسة علاقة الفرد بالمجتمع معتبرين أن أي تمديد لهذه العلاقة يثير القلق.

وتشير هورني إلى أن قلق الطفل ينبع من شعوره بفقدان الحب والعطف في المرحلة الأولى

من حياته، وهو لذلك يميل إلى إظهار الكراهية والعداء نحو والديه، ونحو الأشخاص الآخرين، ولما

كان الطفل يعتمد على والديه فهو لا يستطيع إظهار كرهه وشعوره العدواني نحو والديه، وكذلك

فالصراع بين الاعتماد على الوالدين وبين دوافع العدوان الموجه نحوهما يؤدي إلى القلق، فالشعور العدواني يولد القلق، وهذا يؤدي إلى كبت الشعور العدواني وكبت هذا الشعور يؤدي إلى شعور الطفل بالعجز وعدم القدرة على الدفاع (عباس، 1982، 87).

ثانياً: النظرية السلوكية:

يعتبر القلق من وجهة نظر السلوكيين أنه سلوك متعلم أو استجابة خوف اشتراطية مكتسبة من حيث تكوينها ونشأتها، ويرى السلوكيون أن هذه الاستجابة تستثار بمثير محايد ليس من شأنه ولا في طبيعته أصلاً ما يثير الشعور بالخوف، إلا أن هذا المثير المحايد يكتسب القدرة على استدعاء الخوف نتيجة اقترانه عدة مرات بمثير طبيعي للخوف وفقاً لعملية الاشتراط ولقوانين التعلم التي أكد عليها الاشتراطيون، وعندما ينسى الفرد رابطة الاشتراط وظروفها فإنه عادةً ما يخاف عندما يتعرض للمثير الذي كان من قبل محايداً وأصبح مثيراً شرطياً للخوف (القريطي، 1998، 42).

وبذلك يمكن القول أن المؤيدين للتشريط الكلاسيكي يرون أن كثيراً من اضطراباتنا وسماتنا الشخصية هي استجابات اكتسبناها من خلال عملية تشريط كلاسيكية، ثم تحولت إلى عادات مرضية، وهي ليست نتاجاً لغرائز طبيعية أو صراعات داخلية، فالقلق والخوف يمكن تفسيرها بالاعتماد على التشريط الكلاسيكي على أنها استجابة شرطية لمنبهات اكتسبت قدرتها على إثارة هذه الجوانب السلوكية، بسبب ارتباطها بأحداث تبعث على الضرر أو النفع أو الفائدة (حسانين، 2000، 83).

ويفسر دورلارد وميلر (Dollard & Meller) أن الخوف والقلق دافعان متعلمان ثانويان، وأن القلق ينشأ لدى الطفل نتيجة اكتسابه من الوالدين، ويذهب إلى أن الوالدين بإمكانهما جلب أو إبعاد القلق عن أبنائهما (باترسون، 1992، 67).

يتضح للباحث من خلال عرض النظرية السلوكية أنها قد أهملت اللاشعور، وركزت اهتمامها على دراسة السلوك الإنساني الظاهر أو الخارجي، واعتمدوا على المثير والاستجابة في تفسيرهم للقلق،

ويتضح أيضاً أن المدرسة السلوكية اتفقت مع التحليل النفسي في أن كلا المدرستين ترجعان القلق إلى خبرات مؤلمة في ماضي الفرد، في حين أنهما تختلفان في تصورهما لتكوين القلق، حيث تتحدث مدرسة التحليل النفسي عن علاقة القلق بالهوا والأنا والأنا الأعلى، أو الشعور وغير الشعور، بينما يحلل السلوكيون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي.

ثالثاً: النظرية الإنسانية:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن القلق هو الخوف من المستقبل، وما يحمله من أحداث قد تهدد وجود الإنسان الكائن الوحيد الذي يدرك حتمية نهايته، وأنه معرض للموت في أي لحظة، ومن هنا فإن توقع فجائية حدوث الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان (عبد الغفار، 1981، 96).

فالإنسان يعيش حياته وهو يواجه الكثير من المواقف التي تثير قلقه، كالرغبة في تحقيق حياة كاملة، واختيار الأسلوب الملائم للحياة، وخوفه من احتمال الفشل في أن يحيا الحياة التي يطمح إليها، كل هذا يعتبر من مثيرات القلق، إلى جانب فقد الفرد لبعض طاقاته وقدراته نتيجة لاعتلال في الصحة، أو إصابته بمرض لا شفاء منه، أو بسبب تقدمه في العمر، ويعني ذلك انخفاضاً في عدد الفرص المتاحة أمامه، وانخفاض نسبة نجاحه في المستقبل (الشويعر، 1988، 82).

وتؤكد النظرية الإنسانية خصوصية الإنسان بين الكائنات الحية، وركزت دراستها على الموضوعات التي ترتبط بهذه الخصوصية، مثل: الإرادة الحرة، والمسئولية، والقيم، والابتكار، وتزى أن التحدي أمام الإنسان هو أن يحقق وجوده وذاته، وعلى الإنسان أن يسعى لتحقيق هذا الوجود، لأن هذا هو الهدف النهائي الذي يجب أن يوجه الإنسان في الحياة، ولذلك فإن كل ما يعوق محاولات الفرد لتحقيق هذا الهدف يمكن أن يثير قلقه، وعلى ذلك فإن عوامل القلق ومثيراته ترتبط بالحاضر والمستقبل، ومن أهم العوامل المرتبطة بالقلق لديهم بحث الإنسان عن مغزى لحياته أو هدف لوجوده (كفافي، 1990، 185).

ومما سبق يرى الباحث أن النظرية الإنسانية ترى أن القلق ينشأ من عدم التكافؤ بين الذات الواقعية، والذات المثالية، أي عندما يواجه الفرد بعض العوائق والصعوبات التي تقف أمام تحقيق أهدافه وطموحاته، أو عندما يواجه حدثاً يهدد بنيته الذاتية القائمة فعلاً.

رابعاً: النظرية المعرفية:

ترى النظرية المعرفية أن الناس يكتسبون مخزوناً كبيراً من المعلومات والمفاهيم والصيغ للتعامل مع ظروف حياتهم، وتستخدم هذه المعرفة من خلال الملاحظة وتنمية واختبار الغرض وإجراء الأحكام، والتصرف بشكل أقرب ما يكون إلى العالم الواقعي، وعلى هذا فالمعارف لدى الفرد تؤثر في انفعالاته وسلوكه بطريقتين هما من خلال محتوى المعارف، ومن خلال معالجة المعارف، فمحتوى المعارف يؤثر في الانفعالات والسلوك، والجوانب الفسيولوجية للفرد، وذلك من خلال تقديرات الفرد لذاته وللآخرين وللعالم من حوله، فمثلاً لو اعتقد الفرد بأنه شخص فاشل يشعر بالاكنتاب، أما معالجة المعارف (العمليات المعرفية) فهي تؤثر في خبرات الفرد عن العالم، وذلك من خلال درجة المرونة التي تكون لديه في التغيير بين أساليب المعالجة المختلفة (حسين، 2007، 173).

وعندما يقوم الفرد بالقراءة الذاتية للمواقف الحياتية من خلال العمليات الذهنية التي يتمكن بها إدراك العالم الداخلي والخارجي، قد يعتريها أو يعتري جزء منها خلل أو تحريف، يؤدي إلى بلورة أفكار مشوهة عن النفس أو عن الآخر أو عن العالم المحيط، وتكون سبباً في نشأة العديد من المشاكل النفسية وصعوبات التوافق، والواقع أن مظاهر التشويه راجعة بالأساس إلى القراءات والتأويلات الخاطئة وسوء فهم الرموز والعلامات الخارجية والسلوكيات الصادرة عن الآخرين، وهذا ما يؤدي إلى اضطرابات تعلمت مشوهة، يقوم الفرد بإسقاطها على مواقف وسيئات جديدة (علوي، 2009: 49).

وتعتبر الاضطرابات مثل القلق والرهابات والاكنتاب أساساً كاضطرابات في التفكير، تنتج حينما يركز الفرد على نواحٍ سلبية من المواقف في حين يتجاهل أو يهمل ملامح بارزة أخرى؛ وبهذه

الطريقة يفقد الفرد الموضوعية، ويشوه الحقيقة، ونتيجة لهذه التشوهات تضعف قدرة الفرد على تضمين استجابات سلوكية متوافقة (فايد، 2008: 95).

يتضح للباحث أن إدراك الشخص لحادث ما على أنه مهدداً للمجال الشخصي سيؤدي إلى ظهور استجابة انفعالية شديدة أو مرضية، إذ يمكن أن تصبح المواقف الاجتماعية المقرونة بتوقعات سلبية عن تقييمات الآخرين، مواقف تهديد يستجيب لها الفرد استجابة خوف مرضية.

نموذج أليس Ellis:

قدم أليس نظرية في العلاج العقلاني-الانفعالي التي جوهرها أن الناس يعيشون بقدر كبير الاضطرابات التي تحدث لهم بناءً على أسلوب تفكيرهم الهازم للذات، وغير المنطقي، وترى هذه النظرية أن كل البشر يفكرون بطريقة افتراضية استدلالية لذلك يصابون بالاضطراب الانفعالي، ويحدث ذلك إما بسبب الافتراضات الخاطئة غير المنطقية التي يتبنونها حول أنفسهم وحول الآخرين (يوسف، 2001: 110).

ويتم التفكير غير العقلاني في أثناء عمليات التعلم المبكر الذي يتلقاه الطفل من الوالدين والمحيط الاجتماعي، فالبيئة تعمل على تشكيل شخصية الطفل وتكسبه تفكير غير عقلاني. وأن الخبرات التي يمر بها الفرد في طفولته ليست هي من يسبب الاضطرابات الانفعالية بشكل مباشر بل تعتبر أسباباً ثانوية، وأن التأثير كل التأثير يرجع إلى ما شكله الفرد من أفكار حول تلك الأحداث.

وقد اعتبر المعروفون أن مرضى الرهاب الاجتماعي يعانون من كف المهارات الاجتماعية-المعرفية من خلال شعورهم بأنهم موضع تقييم الآخرين، وهذا الاعتقاد غير العقلاني المشوه هو من يعمل على الحد من استخدام المهارات الاجتماعية بكفاءة.

ويرى أليس أن الناس تعودوا على أن يغيروا سلوكهم بطريقة حادة حينما يفكرون في أن الآخرين يحتقرونهم ويقللون من أهميتهم، كما أن إدراك الناس حول الاضرار التي يلحقها بهم الآخرون تضرهم أكثر من الفعل الضار الحقيقي الذي ينوي الآخريين القيام به (عبد الله، 2009: 61).

ثالثاً: رهاب التحدث أمام الآخرين:

رهاب التحدث هو خوف غير طبيعي من المواقف التي تستدعي من الشخص أن يخاطب الآخرين.

ورهاب التحدث هو مخاوف غير عقلانية مرتبطة بالحديث أمام الآخرين؛ بحيث يرى الشخص موقف الحديث مهدداً لكيونته ويؤثر على قدرته على الحديث وكفاءته، وقد يدفع الفرد إلى تجنب المواقف التي يتوقع أن يطلب منه التحدث فيها (دبابش، 2011: 67).

وفي تعريف آخر لرهاب التحدث أمام الآخرين أن الفرد يخشى من أن يخطئ في الحديث أو يتكلم بطريقة غير لائقة، أو يفسر كلامه بشكل خاطئ وسلبى، أو يتلعثم أثناء الحديث، أو أن يكون موضع السخرية من قبل الآخرين (Menninger, 1995:81).

ويذكر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) أن معظم من يعانون من الرهاب الاجتماعي، يخافون الحديث أمام الآخرين.

وقد أشارت نتائج دراسة قام بها ستاين وآخرون Stienetal إلى أن لرهاب التحدث أمام الآخرين أثر بارز على حياة العديد من الأفراد في المجتمع، حيث أفادت بأن ثلث أفراد العينة أصل 499 كانوا يعانون من رهاب عن القيام بالتحدث أمام حشد من الناس، وقد أجاب 97% من المشاركين في الدراسة بأنهم لا يستطيعون التحدث أمام الناس.

ويشير مارشال Marshall إلى أن الهروب من الموقف الباعث للرهاب أمر شائع ويتكرر مع عدد كبير من المرضى ويزداد الرهاب كلما اقترب الموقف بدرجة لا تحتمل، وفي مواقف أمام

الآخرين، ويزداد سوءاً مؤدياً إلى التلعثم، والتعرق، واحمرار الوجه، واضطراب التنفس، ورعشة اليدين (الأشقر، 2004، 52).

من المسلم به أن معظم الناس يحتاجون إلى مخاطبة الآخرين في أثناء فترة الدراسة، أو عند التخرج، وهناك بعض المهن تتطلب من الشخص أن يقف متحدثاً إلى الآخرين كما في مهن التدريس والتعليم، والإرشاد النفسي، وهناك أشخاص يقدرّون على هذا إلا أن هناك عدداً يتحاشى هذه المواقف ويتجنب مواجهة الآخرين ويؤدي هذا التجنب إلى الانقطاع عن الدراسة أو العمل، فإن هؤلاء إذا أُجبروا على التحدث، أو كانوا مضطرين للحديث أمام الآخرين فإنهم يعانون.

وهنا يثير هذا الموقف استجابات مثل: الدوخة، وفقدان الذاكرة المؤقت، والعرق، واحمرار الوجه، وارتجاف اليدين أو القدمين، وتسارع لضربات القلب، فيطلق على هذا الاضطراب رهاب التحدث أمام الآخرين.

الأضرار الناتجة عن الرهاب:

كل الدراسات والأبحاث أكدت أن الرهاب الاجتماعي ورهاب التحدث يحدث في مرحلة الطفولة أو المراهقة المبكرة. ويتأثر ببعض العوامل الوراثية وهذا الاضطراب يؤدي إلى قصور وظيفي للفرد في المشاركة بالحياة الاجتماعية، حيث يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية.

وعليه يؤدي إلى الامتناع عن معظم الأنشطة اليومية مثل الذهاب إلى المدرسة، والحفلات،

والمشاركة مع الآخرين في الحديث والأنشطة المختلفة (عبد المقصود، 2007: 21).

وهذا ما تعانيه عينة البحث الحالي. والرهاب يتسم بالخوف من التقويم السلبي للآخر، وتعقبه

أعراض معرفية وانفعالية وفسولوجية، تؤدي إلى عجز في الأنشطة اليومية للفرد كالعمل والدراسة

والعلاقات الاجتماعية، وهذا ما يجعلنا نميل إلى التدخل الإرشادي لخفض هذا الرهاب.

الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات المحلية:

1. دراسة عبد الله (2008).

وهي بعنوان "فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في تعزيز عمليات تحمل الضغوط لدى مرضى القلق والاكتئاب بمستشفى التجاني الماحي".

هدفت الدراسة إلى: التعرف على مدى فاعلية العلاج العقلائي الانفعالي في تعزيز عمليات تحمل الضغوط لدى مرضى القلق بمستشفى التجاني الماحي، استخدمت الباحثة المنهج التجريبي. وتم تطبيق مقياس تحمل الضغوط كاختيار قبلي وبعدي. والبرنامج العلاجي العقلائي الانفعالي وكانت عينة الدراسة مكونة من (30) مفحوصاً منهم: (15) مجموعة تجريبية و(15) مجموعة ضابطة.

وأظهرت نتائج الدراسة: البرنامج العلاجي فعال في تعزيز عمليات تحمل الضغوط، ولا توجد فروق دالة إحصائية في عمليات تحمل الضغوط لدى المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي، ولا توجد فروق دالة إحصائية في عمليات تحمل الضغوط لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير الجنس.

ثانياً: الدراسات العربية:

1. دراسة: عمارة (1985).

وهي بعنوان "العلاج العقلاني الانفعالي لبعض الأفكار الخرافية لدى عينة من طلبة الجامعة". هدفت الدراسة إلى : معرفة أثر العلاج العقلاني الانفعالي لبعض الأفكار الخرافية لدى عينة من طلبة الجامعة.

استخدم الباحث مقياس المعتقدات الشعبية، ومقياس سلوك حل المشكلة، وهي من إعداده، كما صمم الباحث برنامجاً علاجياً وفقاً لمبادئ أليس Ellis في العلاج العقلاني الانفعالي لتصحيح الأفكار الخرافية لدى أفراد المجموعة العلاجية.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (64) طالباً منهم: مجموعة تجريبية ، ومجموعة ضابطة. وأظهرت نتائج الدراسة: فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تخفيف الأفكار الخرافية، وتعديل سلوك الطلاب، كما لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والاناث على مقياس المعتقدات الشعبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

2. دراسة فرج (1992):

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية الإرشاد العقلاني الانفعالي، في حل بعض مشكلات مرحلة المراهقة المرتبطة بالأفكار اللاعقلانية، واستبدالها بأفكار عقلانية جديدة، ويعتمد هذا الأسلوب الإرشادي على المزوجة بين الجوانب العقلانية والانفعالية، حيث وجد أليس أن هناك علاقة قوية بين الشخصية، والانفعال، وتعديل السلوك، وتكونت عينة الدراسة من عينة عشوائية قوامها 250 طالباً وطالبة من الصفين الأول والثاني الثانوي التجاري، ممن تتراوح أعمارهم ما بين 16-18 سنة، قام الباحث باختيار عينة تمثل المجموعة التجريبية، والأخرى تمثل المجموعة الضابطة، وتشمل على 40 طالباً وطالبة، جرى تقسيمهما إلى 20 طالباً وطالبة، لكل مجموعة بواقع 10 طلاب و 10 طالبات،

واستخدم الباحث استفتاء مشاكل الشباب للأفكار اللاعقلانية، إعداد: محمود فرج، واختبار ذكاء الشباب اللفظي، إعداد: حامد زهران، واستمارة تقدير المستوى الاجتماعي - الاقتصادي للأسرة المصرية المعدل، إعداد: عبد العزيز الشخص، وبرنامج الإرشاد العقلائي الانفعالي الجماعي، ويحتوي على خمس عشرة جلسة، إعداد: الباحث، وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية برنامج الإرشاد العقلائي الانفعالي الجماعي في حل مشكلات المراهقة المرتبطة بالأفكار اللاعقلانية، حيث اتضح وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في الإجراءين القبلي والبعدي، لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، وإلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين آراء كل من الجنسين الذكور والإناث من أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، مما يؤدي إلى فعالية الإرشاد العقلائي الانفعالي الجماعي مع الجنسين، ولا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، وبعد مرور فترة الدراسة التتبعية، مما يؤكد استمرارية أثر البرنامج الإرشادي العقلائي الانفعالي المستخدم في الدراسة.

3. دراسة: اللاذقاني (1995).

وهي بعنوان "أثر برنامج إرشاد جمعي قائم على التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلائي الانفعالي في معالجة القلق الاجتماعي".

هدفت الدراسة إلى: معرفة أثر برنامج إرشاد جمعي، قائم على التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلائي الانفعالي في معالجة القلق الاجتماعي.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (50) طالب منهم (25) طالب مجموعة تجريبية، و (25) طالب مجموعة ضابطة.

وقد استخدم الباحث مقياس القلق الاجتماعي من اعداده، والبرنامج الإرشادي العقلاني

الانفعالي الجمعي في خفض مستوى القلق الاجتماعي.

وأظهرت نتائج الدراسة: فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي الجمعي في خفض مستوى القلق

الاجتماعي.

4. دراسة النبال (1995):

استهدفت الدراسة الوقوف على الفروق بين الجنسين في شدة الخجل الاجتماعي، وتفاعل

عاملا الجنس والسن، في معدل انتشاره للمراحل العمرية، 11، 12، 13، 14، 15، 16 سنة، وقد

تكونت عينة الدراسة من 494 طالب وطالبة، المراحل الابتدائية، والمتوسطة والثانوية، وقسمت العينة

إلى مجموعتين 217 طالب مقابل 277 طالبة، واستخدمت الباحثة أدوات قياس اشتملت على مقياس

الخجل للأطفال، واستبيانات تحتوي على أسئلة مفتوحة، بما يتعلق بمواقف الخجل، وقد أسفرت نتائج

الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث، بما يتعلق بالخجل الاجتماعي، حيث أن متوسط

الإناث أعلى من الذكور في كل فئة عمرية مقابلة، أما فيما يتعلق بالفروق بين مجموعة الإناث في

الخجل الاجتماعي، فقد أظهرت فروق جوهرية بين الفئات العمرية بين 14، 15، 16 سنة بمتوسط

أعلى من الفئات العمرية 11، 12، 13.

5. دراسة: المدخلي (1995).

وهي بعنوان: "فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض رهاب المتحدث أمام الآخرين".

هدفت الدراسة إلى:

التحقق من فعالية العلاج العقلاني الانفعالي الجمعي في خفض رهاب المتحدث أمام

الآخرين، وكانت عينة الدراسة مكونة من (20) طالباً من طلاب مدرسة عرقة الثانوية بالرياض،

والذين يعانون من رهاب التحدث أمام الآخرين، وكان متوسط أعمارهم (18) سنة، وقد استخدم الباحث مقياس الخوف من التحدث أمام الآخرين من إعداده، وبرنامج إرشادي عقلائي انفعالي من إعداده. وأظهرت نتائج الدراسة:

فاعلية البرنامج الإرشادي العقلائي الانفعالي في تخفيض رهاب المتحدث أمام الآخرين، لدى المجموعة التجريبية.

لم تتأثر المجموعة الضابطة بالقياس البعدي لأنها لم تخضع للبرنامج وهذا دليل على فاعلية البرنامج الإرشادي.

وقد قام الباحث بقياس تنبعي بعد مضي (6) أسابيع على المجموعة التجريبية. واتضح ثبات فاعلية البرنامج.

6. دراسة: الشبانات (1996).

وهي بعنوان "تقييم العلاج العقلائي الانفعالي لحالات الرهاب الاجتماعي". هدفت الدراسة إلى:

تقييم فعالية العلاج العقلائي الانفعالي لحالات الرهاب الاجتماعي، وكانت عينة الدراسة مكونة من (14)، ممن شخّصوا بالرهاب الاجتماعي في مستشفى الملك عبد العزيز ومستشفى الملك خالد بالرياض، والذين تتراوح أعمارهم ما بين (16-40 سنة)، وقد استخدم الباحث مقياس الرهاب الاجتماعي والتقييم الذاتي للمريض ودراسة الحالة.

وأظهرت نتائج الدراسة:

- فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى أفراد العينة.
- عدم وجود فروق جوهرية بين درجات أفراد العينة في المقياسين، وهذا دليل على فاعلية البرنامج العقلائي - الانفعالي في خفض الرهاب الاجتماعي لديهم.

7. دراسة: هاشم (1997).

وهي بعنوان "فاعلية الإرشاد العقلاني الانفعالي مقترناً بالواجبات المنزلية في علاج الخوف الاجتماعي".

هدفت الدراسة إلى: التعرف على فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي مقترناً بالواجبات المنزلية في علاج الخوف الاجتماعي، وكانت عينة الدراسة مكونة من (6) من طلاب الجامعة، وقد استخدم الباحث مقياس الخوف الاجتماعي وهو من إعداد محمد سالم القرني، والبرنامج الإرشادي وهو من إعداده. وأظهرت نتائج الدراسة: وجود فروق دالة إحصائية بين مستوى الخوف الاجتماعي لدى الحالات الست قبل وبعد الجلسات الإرشادية، وهذا يشير إلى فعالية أسلوب الإرشاد العقلاني الانفعالي في علاج الخوف الاجتماعي.

8. دراسة: دبيس (1997).

وهي بعنوان: "الخوف من التحدث أمام الآخرين وعلاقته بتقدير الذات وبعض المتغيرات الديموغرافية". هدفت الدراسة إلى:

التعرف على علاقة الخوف من التحدث أمام الآخرين بتقدير الذات لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمدينة الرياض.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (567) طالباً.

أدوات البحث:

استخدم الباحث مقياس الخوف من التحدث أمام الآخرين ومقياس تقدير الذات.

أظهرت نتائج الدراسة:

وجود علاقة ارتباطية سالبة بين ادراكات الطلاب لذواتهم وتقديرهم لها، وبين شعورهم بالخوف من المواقف التي تتطلب التحدث أمام الآخرين والتفاعل معهم.

واعتبر الباحث أن الخوف من التحدث أمام الآخرين هو نوع من أنواع القلق الاجتماعي.

9. دراسة: قلندر (2003).

وهي بعنوان: "القلق الاجتماعي وعلاقته بالتكيف الدراسي لدى طلبة جامعة الموصل".

هدفت الدراسة إلى:

التعرف على القلق الاجتماعي وعلاقته بالتكيف الدراسي لدى طلبة جامعة الموصل.

واستخدمت الباحثة مقياس القلق الاجتماعي إعداد سلوى جمال (1997)، ومقياس التكيف الدراسي

إعداد الباحثة.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (435) طالباً وطالبة.

وأظهرت نتائج الدراسة:

وجود علاقة دالة إحصائياً بين مستوى القلق الاجتماعي والتكيف الدراسي.

10. دراسة: الجهني (2003).

وهي بعنوان "أثر برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في خفض رهاب التحدث".

هدفت الدراسة إلى: فحص أثر برنامج إرشاد جمعي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين لدى عينة

من المراهقين في الصفوف العاشر والحادي عشر في مدارس عمان.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (60) طالباً وطالبة ممن يعانون من رهاب التحدث امام الآخرين من

واقع درجاتهم على مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين.

وتم توزيع الأفراد على أربع مجموعات، مجموعة تجريبية ذكور وعددها (10) طالب، ومجموعة

تجريبية وعددها (10) طالبة، ومجموعة ضابطة ذكور وعددها (10) طالب، ومجموعة ضابطة إناث

وعدها (10) طالبة.

وقد استخدم الباحث مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين من إعدادهِ وصمّم برنامج إرشاد جمعي لخفض رهاب التحدث أمام الآخرين.

وأظهرت نتائج الدراسة: عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى رهاب التحدث بين المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة التجريبية (إناث).

وعليه فإن هذه الدراسة خلصت إلى نتيجة مفادها أن البرنامج الإرشادي كان فعالاً في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين.

11. دراسة: عبد الله (2004).

وهي بعنوان "مدى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض فوبيا الاجتماعية لدى الطلاب بجامعة أسيوط".

هدفت الدراسة إلى: التحقق من فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي، وكذلك التدريب السلوكي في خفض الفوبيا الاجتماعية، وكانت عينة الدراسة مكونة من (36) طالباً بجامعة أسيوط، صنفوا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. استخدم الباحث مقياس الفوبيا الاجتماعية، وبرنامج إرشادي عقلاي انفعالي من إعدادهِ، ومقياس الأفكار غير العقلانية لذوي الفوبيا الاجتماعية، مقياس المهارات التوكيدية.

أظهرت نتائج الدراسة: وجود علاقة دالة موجبة بين الفوبيا الاجتماعية والأفكار غير العقلانية، وعلاقة سالبة بينها وبين المهارات التوكيدية، وكان للبرنامج فاعلية في خفض الفوبيا الاجتماعية.

12. دراسة شمسان (2004).

وهي بعنوان "برنامج علاجي لخفض الرهاب الاجتماعي - دراسة نفسية تجريبية"

هدفت الدراسة إلى:

الكشف عن الرهاب الاجتماعي، والتعرف على أثر برنامج إرشادي لعلاج المرضى به.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (20) طالباً من طلبة المستوى الأول في جامعة صنعاء باليمن.

استخدم الباحث مقياس الرهاب الاجتماعي، والبرنامج الإرشادي من إعداده.

أظهرت نتائج الدراسة:

- نسبة الأفراد الذين ضمن المستوى العالي هي (10,5%).

- إن للبرنامج الإرشادي أثر واضح في خفض الرهاب الاجتماعي لدى عينة الدراسة.

- أن متوسطات كل من الذكور والإناث متقاربة في درجات الرهاب وتزيد قليلاً لدى الإناث.

13. دراسة: الخزندار (2004).

وهي بعنوان "أثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض أثر الخبرات الصادمة لدى الأطفال

الفلسطينيين".

هدفت الدراسة إلى:

معرفة أثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض أثر الخبرات الصادمة لدى الأطفال

الفلسطينيين.

واستخدمت الباحثة مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، إعداد غازي ضيف الله العتيبي

(2001)، وبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي من إعداد الباحثة.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (40) طالباً منهم: مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة.

وأظهرت نتائج الدراسة:

فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض أثر الخبرات الصادمة لدى الطلاب.

14. دراسة الأشقر (2004):

وهي بعنوان: (أثر برنامج علاجي عقلائي - انفعالي - سلوكي جمعي في خفض قلق التحدث

أمام الآخرين"

هدفت الدراسة إلى:

- التعرف على أثر البرنامج في خفض قلق التحدث أمام الآخرين، استخدمت الباحثة مقياس

قلق التحدث أمام الآخرين، تطبيق قبلي وبعدي من إعدادها.

وأعدت برنامج إرشادي عقلائي انفعالي سلوكي جمعي.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (20) طالبة، ممن حصلن على درجات مرتفعة على المقياس

(اللاتي حصلن على درجات أعلى من 81 درجة بعد تطبيق المقياس).

وأظهرت نتائج الدراسة:

- يوجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعة التجريبية الضابطة في القياس البعدي، لدرجة قلق

التحدث لصالح المجموعة التجريبية.

- توجد فروق دالة إحصائياً، بين القياس القبلي، والبعدي، في درجة القلق، للمجموعة التجريبية

لصالح القياس البعدي.

15. دراسة: عسلية (2005).

وهي بعنوان " فاعلية العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى عينة من طلبة

الجامعة ".

هدفت الدراسة إلى:

معرفة مدى فعالية العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى عينة من طلبة

الجامعة.

استخدم الباحث مقياس القلق من إعدادها، وبرنامج العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي من إعدادها.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (32) طالباً منهم: مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة.

وأظهرت نتائج الدراسة: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في الاستجابة للبرنامج العلاجي فيما يتعلق بالقلق وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

هذا يؤكد فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة في خفض القلق لدى عينة الدراسة.

16. دراسة: سعيد (2005).

وهي بعنوان "أثر توكيد الذات في تنمية فاعلية الذات للطلبة ذوي القلق الاجتماعي في المرحلة الجامعية".

هدفت الدراسة إلى:

- بناء برنامج إرشادي في توكيد الذات، والتعرف على أثر توكيد الذات في تنمية الذات للطلبة

ذوي القلق الاجتماعي من طلبة كلية التربية في الجامعة المستنصرية.

استخدم الباحث مقياس فاعلية الذات، ومقياس القلق الاجتماعي من إعدادة.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (16) طالباً وطالبة ممن لديهم شعوراً عالياً بالقلق الاجتماعي وفاعلية ذات منخفضة.

وأظهرت نتائج الدراسة:

- وجود ارتباط عكسي بين فاعلية الذات والقلق الاجتماعي، أي أنه كلما تمتع الفرد بفاعلية ذات

مرتفعة انخفض الشعور بالقلق الاجتماعي وبالعكس.

17. دراسة: الناعمة (2008).

وهي بعنوان "فاعلية برنامج عقلائي انفعالي سلوكي في تخفيف القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية".

هدفت الدراسة إلى:

- التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي في تخفيف القلق الاجتماعي.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (16) طالباً من المرحلة الثانوية، صنفوا بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.

استخدم الباحث مقياس القلق الاجتماعي من إعداده، وصمم برنامج إرشادي.

أظهرت نتائج الدراسة:

- وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي على مقياس القلق الاجتماعي لصالح المجموعة التجريبية.

- وكذلك وجود فروق بين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

18. دراسة: اليوسفي (2008).

وهي بعنوان "دافع الإنجاز وعلاقته بالقلق الاجتماعي لدى طالبات كلية التربية بجامعة الكوفة".

هدفت الدراسة إلى: معرفة العلاقة بين دافع الإنجاز الدراسي والقلق الاجتماعي لدى طالبات كلية التربية في جامعة الكوفة.

استخدم الباحث مقياس دافع الإنجاز الدراسي من إعداد آلاء الرواف (2003)، ومقياس القلق الاجتماعي من إعداد سلوى جمال (1997).

وكانت عينة الدراسة مكونة من (194) طالبة من طالبات كلية التربية في جامعة الكوفة.

وأظهرت نتائج الدراسة: وجود علاقة ارتباطية ايجابية ذات دلالة معنوية بين دافع الإنجاز الدراسي

والقلق الاجتماعي لدى طالبات كلية التربية، وأن مستوى القلق الاجتماعي لدى الطالبات كان متوسط

أي ينحصر بين (66% - 22%).

19. دراسة: الخفاجي والشاوي (2009).

هي بعنوان "أثر التربية العملية في خفض القلق الاجتماعي لدى طلبة جامعة البصرة".

هدفت الدراسة إلى:

- التعرف على أثر التربية العملية في خفض القلق الاجتماعي لدى طلبة جامعة البصرة.

استخدمت الباحثتان مقياس القلق الاجتماعي، تطبيق قبلي وتطبيق بعدي بعد انتهاء التربية العملية،

وهو من إعداد هارون الرشيد (2000).

وكانت عينة الدراسة مكونة من (100) طالباً وطالبة من كلية التربية.

وأظهرت نتائج الدراسة: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلبة في الاختبارين القبلي

والبعدي على مقياس القلق الاجتماعي لصالح الاختبار البعدي، كما بينت الدراسة انتشار القلق

الاجتماعي بدرجة أكبر لدى الإناث.

20. دراسة: دردير (2010).

وهي بعنوان "فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي سلوكي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط

الناتجة عن الأحداث الحياتية لدى طلبة الجامعة".

هدفت الدراسة إلى:

- اختبار فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي سلوكي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط

الناتجة عن الأحداث الحياتية.

استخدمت الباحثة مقياس أساليب المواجهة من إعداد محمود عطية، ومقياس الضغوط الناتجة عن

الأحداث الحياتية من إعداد الباحثة، وقامت الباحثة بإعداد برنامج إرشادي عقلائي انفعالي سلوكي.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (22) طالباً منهم: (11) طالب مجموعة تجريبية و (11) طالب

مجموعة ضابطة.

وأظهرت نتائج الدراسة:

فاعلية البرنامج في تنمية أساليب المواجهة، وخفض الإحساس بالضغط، وما ترتب على ذلك من رفع مستوى الإحساس بالسعادة وحب الحياة والتفاؤل.

21. دراسة: العزاوي (2010).

وهي بعنوان "القلق الاجتماعي والشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بممارسة الألعاب الرياضية لدى طالبات جامعة ديالي".

هدفت الدراسة إلى:

- معرفة مستوى القلق الاجتماعي والشعور بالوحدة النفسية لدى طالبات جامعة ديالي.

استخدم الباحثان مقياس القلق الاجتماعي إعداد ليرى (Leary,1983)، والذي عرب من قبل (محمد عبد الرحمن وهانم المقصود، 1998).

وكانت عينة الدراسة مكونة من (60) طالبة من جامعة ديالي، (30) طالبة ممارسات للنشاطات الرياضية و(30) طالبة غير ممارسات للنشاطات الرياضية.

وأظهرت نتائج الدراسة:

- عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية في مستوى القلق الاجتماعي بين الطالبات الممارسات وغير الممارسات للنشاطات الرياضية.

22. دراسة إبراهيم والقرني (2010)

وهي بعنوان: "رهاب الكلام لدى طلاب الجامعة السعوديين وعلاقة ببعض متغيرات الشخصية"

هدفت الدراسة إلى:

- بحث العلاقة بين رهاب الكلام والقلق الاجتماعي.

استخدم الباحثان مقياس رهاب الكلام، ومقياس القلق الاجتماعي.

وكانت عينة الدراسة تتكون من (600) طالب من طلاب الجامعة، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية طردية بين رهاب الكلام والقلق الاجتماعي.

23. دراسة: دبابش (2011).

وهي بعنوان "فعالية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقدير الذات".

هدفت الدراسة إلى: معرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض القلق الاجتماعي من خلال مقياس القلق الاجتماعي عند عينة من طلبة الصف الحادي عشر ثانوي وأثره على تقدير الذات من خلال قياس تقدير الذات.

استخدم الباحث مقياس القلق الاجتماعي من إعداد محمد السيد عبد الرحمن، وهانم عبد المقصود (1998)، ومقياس تقدير الذات تم تعريبه وترجمته الحميد محمد ضيداناالضيدان (2003).

وكانت عينة الدراسة مكونة من (24) طالباً منهم: (12) طالب مجموعة تجريبية، و (12) طالب مجموعة ضابطة.

وأظهرت نتائج الدراسة:

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة ورتب درجات المجموعة

التجريبية على مقياس القلق الاجتماعي في القياس البعدي، لصالح المجموعة التجريبية.

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق

الاجتماعي في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القلق

الاجتماعي في القياسين البعدي والتتبعي.

- توجد فاعلية للبرنامج الإرشادي في خفض القلق الاجتماعي لأفراد العينة.

24. دراسة: وردة (2011).

وهي بعنوان "أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة".

هدفت الدراسة على:

- الكشف عن الرهاب الاجتماعي، وفحص أثر البرنامج المعرفي السلوكي لعلاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة.

استخدمت الباحثة مقياس الرهاب الاجتماعي من إعداد الباحثة، والبرنامج العلاجي من إعداد الباحثة. وكانت عينة الدراسة مكونة من (20) طالبة منهم: (10) طالبات مجموعة تجريبية، و(10) طالبات مجموعة ضابطة.

وأظهرت نتائج الدراسة:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي لصالح القياس البعدي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي لصالح المجموعة التجريبية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي على مقياس الرهاب الاجتماعي.

ثالثاً: الدراسات الأجنبية:

1. دراسة: كامب وزملاؤه EmmelKampetal (1985).

وهي بعنوان "الرهاب الاجتماعي (دراسة تقييمية للعلاج العقلاني الانفعالي)".

هدفت هذه الدراسة:

- فحص فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في علاج الخوف الاجتماعي.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (34) مريضاً، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.

وتم استخدام مقياس القلق الاجتماعي، واستبيان الخوف، والبرنامج الإرشادي من إعداده.

وأظهرت نتائج الدراسة:

- فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الخوف الاجتماعي.

2. دراسة: البانو وآخرون Albanoetal (1995).

وهي بعنوان "العلاج السلوكي المعرفي الجمعي لخفض الرهاب الاجتماعي لدى المراهقين".

هدفت هذه الدراسة: إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الخوف

الاجتماعي، لدى عينة من المراهقين بما يتعلق مواقف التحدث أمام الآخرين.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (5) مراهقين، حيث شخّصت حالاتهم بالخوف المفرط من مواقف

التحدث أمام الآخرين.

وقد استخدم برنامج علاجي معرفي سلوكي.

وأظهرت نتائج الدراسة:

- فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الخوف الاجتماعي خاصة فيما يتعلق بمواقف التحدث

أمام الآخرين.

3. دراسة: هامبرج وآخرون Heimbergetal (1996).

وهي بعنوان "العلاج السلوكي المعرفي في الحد من الرهاب الاجتماعي".

هدفت الدراسة إلى:

- التحقق من فعالية العلاج السلوكي المعرفي في الحد من الخوف الاجتماعي، بما يتعلق بمواقف

الخوف من التحدث أمام الآخرين.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (52) فرداً، و(29) امرأة، و(23) رجل.

استخدم في الدراسة مقياس الخوف الاجتماعي، والبرنامج الإرشادي.

وأظهرت نتائج الدراسة:

- فعالية العلاج السلوكي المعرفي في خفض الخوف الاجتماعي بما يتعلق بالتحدث أمام

الآخرين.

4. دراسة: هوفمان وآخرون Hofmanetal (1996).

وهي بعنوان "العلاج السلوكي لرهاب التحدث أمام الآخرين في ضوء نظرية الإشراف".

هدفت الدراسة إلى:

التحقق من ان قلق التحدث أمام الآخرين هو ردة فعل مشروطة، أي أن قلق التحدث أمام الآخرين،

هو قلق موقفي مشروط.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (80) طالباً، وقسموا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.

وقد استخدم في الدراسة مقياس القلق الاجتماعي.

وأظهرت نتائج الدراسة: فاعلية النظرية الشرطية كنموذج علاجي لقلق التحدث أمام الآخرين.

أكد أفراد العينة أنهم تعرضوا لخبرة سلبية سابقة، أثناء مواقف التحدث أمام الآخرين، حيث ظهرت في البداية وكأنها نموذج شرطي، قاموا بتعميمه على مواقف التحدث اللاحقة. وبذلك فالقلق في مواقف التحدث لديهم، هو قلق موقفي مشروط.

5. دراسة ونتون وآخرون Winton etal (1997).

وهي بعنوان "القلق الاجتماعي وارتباطه بالخوف من التقييم السلبي في مواقف التحدث أمام الآخرين".

هدفت الدراسة إلى:

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

وكانت عينة الدراسة مكونة من (40) طالب بجامعة اكسفورد في بريطانيا وقسمت إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية تحتوي على (13) طالب و (9) طالبات، ومجموعة ضابطة تحتوي على (11) طالب و (7) طالبات.

وقد استخدم مقياس القلق الاجتماعي، ومقياس الخوف من التقييم السلبي.

وأظهرت نتائج الدراسة:

- يوجد ارتباط بين درجة القلق، والخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين في مواقف التحدث أمامهم.

6. دراسة: بنسينك(Bensink) (2006).

وهي بعنوان "الإنترنت وعلاقته بتنمية الهوية والقلق الاجتماعي لدى المراهقين".

هدفت الدراسة إلى: التعرف على العلاقة بين استخدام الإنترنت وكل من نمو الهوية والقلق الاجتماعي لدى المراهقين.

استخدم الباحث مقياس القلق الاجتماعي.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (161) طالباً وطالبة بالمرحلة الثانوية.

وأظهرت نتائج الدراسة: وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين القلق الاجتماعي وإدمان

الإنترنت، ووجود فروق دالة إحصائياً في القلق الاجتماعي تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

7. دراسة: هنري وجامر والين (2012). (Henry & Jamner & Whalen, 2012)

وهي بعنوان "

هدفت الدراسة إلى: التعرف على العلاقة بين القلق الاجتماعي وتدخين السجائر. استخدم الباحثين

مقياس القلق الاجتماعي. وكانت عينة الدراسة مكونة من (402) طالباً بالمرحلة الثانوية.

وأظهرت نتائج الدراسة: وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين القلق الاجتماعي وتدخين

السجائر.

تعقيب على الدراسات السابقة:

تناولت الدراسات السابقة عدة موضوعات مثل الرهاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي، والمخاوف الاجتماعية ورهاب التحدث ورهاب الكلام واضطرابات أخرى في فلسطين، وخارج فلسطين، حيث اشتملت على (27) دراسة عربية وأجنبية.

1/ من حيث المنهجية:

اعتمد (21) من الباحثين في الدراسات السابقة على المنهج التجريبي، و (6) على المنهج الوصفي.

2/ من حيث الأدوات:

استخدم بعض الباحثين المقياس والآخري الاستبانات وبعضهم استخدم الاثنين معاً، أما في البحث الحالي فقد اعتمد على المقياس والبرنامج الإرشادي.

3/ من حيث النتائج:

أشارت نتائج الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الرهاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي ورهاب التحدث إلى وجود نسب انتشار مختلفة لهذه الاضطرابات. والدراسات السابقة التي استخدمت المنهج التجريبي والبرامج الإرشادية معظمها كانت ناجحة في خفض مستوى ونسبة هذه الاضطرابات. والدراسات التي استخدمت أسلوب الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي أجمعت على فاعلية هذا الأسلوب مثل دراسة عمارة (1985)، ودراسة هاشم (1997)، ودراسة اللانقاني (1995)، ودراسة المدخلي (1995)، ودراسة عبد الله (2004)، ودراسة الخزندار (2004)، ودراسة كامب (1985)، ودراسة عسليية (2005).

أما الدراسات التي تناولت الفروق بين الجنسين بينت أن نسبة الإناث أكثر من الذكور وبعض الدراسات كانت العينة من نفس الجنس (الإناث) وجميعها خرجت بنتائج فاعلية البرنامج الإرشادي.

4/ الاستفادة من الدراسات السابقة:

أ - من حيث مشكلة البحث: استفاد الباحث من خلال اطلاعه ومراجعته للدراسات السابقة في تحديد مشكلة البحث وصياغتها.

ب - من حيث أهداف البحث: يتفق البحث الحالي مع الدراسات السابقة في كون رهاب التحدث أصبح ظاهرة مزعجة تهدد الفرد وتعيق تقدمه وتواصله مع الآخرين، مما يترتب عليه عدم التوافق والصحة النفسية فلا بد من وجود تدخل للمعالجة.

ت - من حيث عينة البحث: الدراسات السابقة ساعدت الباحث في تحديد حجم العينة بشكل واضح فمن الدراسات كانت عينتها من طلاب المدارس الإعدادية والثانوية مثل دراسة دبابش (2011)، ودراسة الناعمة (2008)، ودراسة الخزندار (2004)، ودراسات كانت عينتها من طلاب الجامعة مثل دراسة عمارة (1985)، ودراسة هاشم (1997)، ودراسة عسليية (2005)، ودراسة عبدالظاهر (2004)، ودراسة دردير (2010).

4/ أدوات البحث:

الاطلاع على الدراسات والبحوث السابقة وعلى ما فيها من أدوات ومراجعة المقاييس المختصة بموضوع البحث ساعد الباحث في تصميم أدوات البحث.

5/ إجراءات البحث والمنهجية:

استفاد الباحث من المنهجية التجريبية التي استخدمت في الدراسات السابقة من حيث آلية تقسيم المجموعات وتطبيق البرنامج الإرشادي، واستفاد أيضاً منها في إعداد الإطار النظري، وتحديد فروض البحث.

6/ إعداد البرنامج:

ساهمت البرامج الإرشادية في الدراسات السابقة في اختيار الجلسات الإرشادية المناسبة التي

تحقق هدف البحث الحالي.

ويرى الباحث من خلال استعراض الدراسات السابقة أن الدراسات قليلة في البيئة الفلسطينية

التي تناولت موضوع البحث، وعليه تعد الدراسة الحالية خطوة أولى في هذا المجال.

الفصل الثالث

منهج البحث واجراءاته

الفصل الثالث

منهج البحث واجراءاته

تمهيد:

يناقش الباحث في هذا الفصل مجتمع الدراسة ، وعينتها، والأدوات المستخدمة وطرق إعدادها سواء أكان البرنامج الإرشادي، أو مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين، واختيار مدى صلاحية صدقها وثباتها، كما يتناول أساليب المعالجة الإحصائية.

منهج البحث: Research Method

استخدم الباحث المنهج التجريبي، لأن هدف البحث هو التعرف على فاعلية برنامج ارشادي جمعي لخفض رهاب التحدث لدى طالبات الإرشاد النفسي في جامعة الأقصى _ غزة، ويؤكد (ملحم، 2005، 421) بأن المنهج التجريبي يعد أقرب مناهج البحوث لحل المشكلات بالطريقة العلمية، والمدخل لحل المشكلات التعليمية النظرية والتطبيقية وتطوير التعليم وأنظمتها المختلفة.

وقد قام الباحث باستخدام أحد تصميمات المنهج التجريبي، والمتمثل في القياس القبلي والبعدي، للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، والقياس البعدي لنفس المجموعة ويتمثل في المقارنة بين المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج، ونفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج وذلك للتأكد من فاعلية البرنامج الإرشادي، والمجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج.

وبعد مرور 6 أسابيع، تم إجراء القياس التتبعي على المجموعتين، وذلك للتأكد من التغير الحادث للمتغير التابع (البرنامج الإرشادي) حقيقي وليس تغير وقتي.

والجدول التالي يوضح التصميم التجريبي للبحث الحالي:

جدول رقم (1)

التصميم التجريبي للبحث

المجموعة	قياس قبلي	التجربة والبرنامج الإرشادي	قياس بعدي	قياس تتبعي
المجموعة التجريبية	نعم	نعم	نعم	نعم
المجموعة الضابطة	نعم	لا	نعم	لا

مجتمع البحث: Research Population

في هذا البحث المجتمع الأصلي هو: جميع طالبات قسم الإرشاد النفسي المستوى الرابع في جامعة الأقصى بغزة للعام الدراسي (2012 - 2013)، وعددهن (221) طالبة. واللاتي تتراوح أعمارهم بين 21-23 سنة.

عينة البحث: Research Sample

أ- العينة الاستطلاعية:

قام الباحث باختيار عينة عشوائية استطلاعية قوامها (50) من طالبات الإرشاد النفسي من مجتمع البحث الأصلي، وتم تطبيق مقياس رهاب التحدث على هذه العينة بهدف التحقق من صلاحيتها للتطبيق على العينة الكلية، من خلال حساب صدقها وثباتها بالطرق الإحصائية الملائمة.

ب- العينة الميدانية:

قام الباحث بتطبيق مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين على جميع طالبات الإرشاد النفسي للعام الدراسي (2012-2013م) والبالغ عددهن (221) طالبة، وبعدها تم استخراج الطالبات اللواتي حصلن على أعلى الدرجات على المقياس (85 إلى 108 درجة) فحصلت على (25) طالبة.

تم استبعاد أربعة طالبات بسبب عدم قبول المشاركة في البرنامج، وأبقى الباحث على طالبة احتياط، وعليه كانت عينة البرنامج من (20) طالبة، تم توزيعهن بالطريقة العشوائية البسيطة إلى مجموعتين:

- مجموعة تجريبية وتتكون من (10) طالبة.

- مجموعة ضابطة وتتكون من (10) طالبة.

تكافؤ المجموعتين في المتغيرات:

قبل تطبيق البرنامج الإرشادي تم التأكد من تجانس المجموعتين، لأن اعتماد المنهج التجريبي يتطلب تحقيق التكافؤ بين مجموعتي الدراسة، أي يجب أن يكونوا متشابهين في جميع المتغيرات عدا المتغير المراد قياس أثره (المتغير المستقل)، وفي البحث الحالي تمت المجانسة بين المجموعتين في المتغيرات التالية:

أ - مستوى رهاب التحدث:

تم التأكد من تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين بأبعاده الثلاثة باستخدام اختبار مان- ويتني لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين والجدول الآتي (2) يوضح ذلك.

جدول رقم (2)

يوضح نتائج اختبار مان - ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس

رهاب التحدث قبل تطبيق البرنامج

المؤشرات الإحصائية المتغيرات	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة u	قيمة Z	قيمة P	الدلالة الإحصائية
الخوف والتجنب من المواجهة.	تجريبية	10	10	100	45	0,38	0,702	غير دالة
	ضابطة	10	11	110				
الخوف من التقييم السلبى.	تجريبية	10	10,45	104,5	49,5	0,03	0,965	غير دالة
	ضابطة	10	10,55	105,5				
الأعراض الفسيولوجية.	تجريبية	10	8,90	89	34	1,21	0,224	غير دالة
	ضابطة	10	12,10	121				
الدرجة الكلية	تجريبية	10	11,55	115,5	39,5	0,78	0,426	غير دالة
	ضابطة	10	9,45	94,5				

يتضح من الجدول رقم (2) أن قيمة (u) للبعد الأول (45)، والبعد الثاني (49,5)، والبعد

الثالث (34)، والدرجة الكلية كانت (39,5) .

وكانت قيم الدرجة المعيارية للبعد الأول (0,38)، والبعد الثاني (0,03)، والبعد الثالث

(1,21)، والدرجة الكلية كانت (0,78) وهي قيم أصغر من (1,96) في حالة الاختبار ذي الطرفين .

وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات

المجموعة الضابطة، أي يوجد تجانس بين المجموعتين بالنسبة لمستوى رهاب التحدث .

ب- العمر الزمني:

تراوحت أعمار المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بين (21-23) بمتوسط قدره () سنة وانحراف معياري قدره ().

وللتأكد من تجانس أعمار الطالبات في المجموعتين التجريبية والضابطة قم استخدام اختبار

مان-وتني لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين ورصدت النتائج في الجدول التالي:

جدول رقم (3)

يوضح نتائج اختبار مان-وتني لدلالة الفروق بين العنيتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني

الدلالة الإحصائية	قيمة P	قيمة Z	قيمة U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	عدد الطالبات	
غير دالة	0,965	0,03	49,5	104,5	10,45	10	التجريبية
				105,5	10,55	10	الضابطة

يتضح من الجدول رقم (3) أن قيمة (u) هي (49,5) وكانت القيمة المعيارية تساوي (0,03)

وهي قيمة أصغر (1,96) في حالة الاختبار ذي الطرفين، ومستوى الدلالة (P) يساوي (0,965)

وهي قيمة أكبر من مستوى المعنوية (0,05)، وهذا يؤكد عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في

العمر الزمني بين المجموعة التجريبية والضابطة أي يوجد تجانس بين المجموعتين بالنسبة للعمر.

ج- الجنس: تكونت العينة من نفس الجنس، أي من الطالبات "الإناث".

د- نوع التعليم والمستوى الدراسي: روعي في أفراد العينة أن يكونوا من تخصص الإرشاد النفسي،

وفي المستوى الرابع، حتى لا يكون هناك تباين في نوع التعليم والمستوى الدراسي وتحاشياً لأي تأثيرات

يمكن أن تدخل من هذا الجانب.

هـ- المستوى الاجتماعي والاقتصادي:

للتأكد من ذلك تم تطبيق استمارة تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الفلسطينية، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي، وتم استخدام اختبار مان- ويتني للتعرف على الفروق بين متوسطات درجات المجموعات قبل البدء في تطبيق البرنامج والجدول (4) يوضح ذلك.

جدول (4)

نتائج اختبار مان- ويتني للمقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث المستوى

الاجتماعي الاقتصادي

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة u	قيمة Z	قيمة P	الدلالة الإحصائية
التجريبية	10	11,55	115,5	39,5	0,79	0,425	غير دالة
الضابطة	10	9,45	94,5				

يتضح من الجدول رقم (4) أن قيمة (u) هي (39,5)، وكانت القيمة المعيارية تساوي

(0,79) وهي قيمة أصغر من (1,96) في حالة الاختبار ذي الطرفين، ومستوى الدلالة (P) يساوي

(0,425) وهي قيمة أكبر من مستوى المعنوية (0,05)، وهذا يؤكد عدم وجود فروق ذات دلالة

إحصائية للمستوى الاجتماعي الاقتصادي بين المجموعة التجريبية والضابطة أي يوجد تجانس بين

المجموعتين بالنسبة للمستوى الاجتماعي الاقتصادي.

أدوات البحث:

استخدم الباحث الأدوات التالية:

1 - مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين (إعداد الباحث).

2 - استمارة تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الفلسطينية (إعداد نظمي أبو مصطفى، 2000) (ملحق رقم: 5).

3 - البرنامج الإرشادي، العقلاني - الانفعالي - السلوكي الجمعي (إعداد الباحث).

أولاً: مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين:

قام الباحث بإعداد مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين، وذلك يعود للمبررات التالية:

- لم يوجد مقياس معد ومقنن على البيئة الفلسطينية في حدود علم الباحث.

- إعداد المقياس يزيد من قيمة البحث الحالي، ويثري المكتبة ويمكن استخدامه في البحوث أو في

مراكز الإرشاد.

خطوات إعداد المقياس:

أ- قام الباحث بالاطلاع على الأطر النظرية ومجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت الرهاب

الاجتماعي والقلق الاجتماعي، ورهاب التحدث أمام الآخرين. ومراجعة المقاييس التي استخدمت فيها

مثل:

- مقياس الرهاب الاجتماعي (رولين ووي) (1994)، ترجمة مجدي الدسوقي (2004).

- مقياس القلق الاجتماعي، بدر الأنصاري (2002).

- استبيان الخوف الاجتماعي، حسان المالح (1995).

- مقياس الخوف الاجتماعي، محمد القرني (1993).

- مقياس قلق التحدث، هيفاء الأشقر (2004).

- مقياس القلق الاجتماعي، محمد عيد (2000).

ب- اعتمد الباحث على الأساس النظري في بناء المقياس الواردة في محكات الدليل التشخيصي

والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR 2000).

وتم الاعتماد على الفقرات التي تقيس مواقف رهاب التحدث مثل:

- اتلعثم عند الحديث أمام الآخرين.

- أرتعب عندما أكون في موقف تفحص وتقييم الآخرين.

ج- قام الباحث بتحديد ثلاثة أبعاد لمتضمونها مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين، كما تضمن المقياس ثلاث تدريجات.

وصف مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين:

1- بلغ عدد فقرات المقياس بصورته الأولية (45) فقرة، موزعة على ثلاثة أبعاد وهي:

- الخوف والتجنب من المواجهة.

- الخوف من التقييم السلبي.

- الأعراض الفسيولوجية.

تم اعتماد التدرج الثلاثي وفق التوضيح الآتي:

أ- لا ينطبق أبداً.

ب- ينطبق أحياناً.

ج- ينطبق دائماً.

2- طريقة تصحيح المقياس: كانت طريقة تصحيح المقياس كما يلي:

- إعطاء رقم (1) للخيار لا ينطبق أبداً.

- إعطاء رقم (2) للخيار ينطبق أحياناً.

- إعطاء رقم (3) للخيار ينطبق دائماً.

وبما أن عدد فقرات المقياس بصورته النهائية بلغت (36) فقرة وكانت الاختيارات ثلاثية تقابلها الأوزان

(3، 2، 1) وبذلك تكون:

- أدنى درجة تحصل عليها المفحوصة هي: $36 = 36 \times 1$.

- أعلى درجة تحصل عليها المفحوصة هي: $108 = 36 \times 3$.

وعليه يكون المتوسط الفرضي هو: $72 = 36 \times 2$.

الخصائص السيكومترية لمقياس رهاب التحدث:

صدق مقياس رهاب التحدث:

يقصد بصدق المقياس بأنه يقوم بقياس الوظيفة المخصص لقياسها دون أن يقيس وظيفة

أخرى إلى جانبها أو بديلاً عنها (عريفج، 1999: 19).

أ- صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على (10) محكمين، من المختصين في علم النفس والصحة النفسية

والإرشاد النفسي، الملحق رقم (3). حيث طلب منهم إبداء وجهة نظرهم إزاء وضوح كل عبارة، من

حيث الصياغة اللغوية ومدى وضوحها وملاءمتها، واستبعاد العبارات غير الملائمة أو إدخال تعديلات

أو إضافة فقرات جديدة بما يخدم المقياس ويزيد من قيمته.

وفي ضوء آراء المحكمين اعتمد الباحث على نسبة اتفاق (80%) فأكثر لإبقاء الفقرة في

المقياس، وعليه تم حذف (5) من فقرات المقياس لحصولها على نسبة أقل من (80%)، لتصبح

الفقرات (40) فقرة، كما هو موضح بالجدول رقم (5).

جدول رقم (5)

يوضح نسب الاتفاق للمحكمن على كل فقرة من مقياس رهاب التحدث

رقم الفقرة	نسبة الاتفاق	رقم الفقرة	نسبة الاتفاق	رقم الفقرة	نسبة الاتفاق
1	%90	16	%90	31	%100
2	%80	17	%90	32	%90
3	%100	18	%100	33	%100
4	%80	19	%80	34	%100
5	%90	20	%100	35	%70
6	%100	21	%100	36	%90
7	%80	22	%90	37	%100
8	%100	23	%60	38	%80
9	%80	24	%90	39	%70
10	%70	25	%100	40	%100
11	%100	26	%90	41	%90
12	%90	27	%80	42	%100
13	%90	28	%60	43	%90
14	%100	29	%90	44	%100
15	%100	30	%100	45	%90

ب- صدق الاتساق الداخلي:

تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي من خلال معامل ارتباط (بيرسون) بين كل فقرة من فقرات

المقياس والدرجة الكلية للمقياس. كما هو موضح بالجدول رقم (5).

جدول رقم (6)

يوضح حساب معاملات الاتساق الداخلي لأداة الدراسة لفقرات مقياس رهاب التحدث والدرجة الكلية لفقراته

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
640	31	720	21	668	11	534	1
702	32	628	22	744	12	672	2
586	33	728	23	780	13	524	3
694	34	142-	24	636	14	720	4
748	35	714	25	122-	15	048 -	5
024-	36	768	26	772	16	692	6
728	37	648	27	612	17	702	7
562	38	598	28	738	18	760	8
566	39	712	29	722	19	674	9
764	40	684	30	632	20	736	10

يتضح من الجدول رقم (6) أن درجة ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس كانت (36) فقرة

من أصل (40) فقرة، أما الفقرات ذات الارتباط السالب هي: (5، 15، 24، 36)، وعليه تم استبعادها

من المقياس.

ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس بالطرق التالية:

أ- إعادة تطبيق المقياس:

تم حساب الثبات عن طريق إعادة تطبيق المقياس على نفس العينة، تحت نفس الظروف بعد مرور

أسبوعين.

ب- معامل ألفا كرونباخ Cronbach Alpha:

تم حساب الثبات الكلي لمقياس رهاب التحدث عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ كما هو موضح بالجدول رقم (7).

جدول رقم (7)

يوضح معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس رهاب التحدث

المجال	عدد الفقرات	معامل الثبات	مستوى الدلالة
مقياس رهاب التحدث	36	0.910	0.01

يتبين من الجدول رقم (7) أن معامل الثبات للمقياس ككل (0.910)، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01) مما يؤكد تمتع المقياس بمستوى عالٍ من الثبات.

ج- التجزئة النصفية:

قام الباحث بحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجات الفقرات الفردية والفقرات الزوجية، والمكونة لمقياس رهاب التحدث (مجموع الفقرات = 36)، وقد بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون بين النصفين (0.796) تم استخدام معادلة سبيرمان- براون وقد بلغت قيمة معامل الثبات بعد التعديل (0.887) وهي قيمة مقبولة إحصائياً، الأمر الذي يدل على درجة جيدة من الثبات تفي بمتطلبات الدراسة.

ثانياً: استمارة تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الفلسطينية (إعداد: نظمي أبو مصطفى 2000):

تهدف الاستمارة إلى التعرف على المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الفلسطينية، وتتضمن الاستمارة عدة مستويات اجتماعية اقتصادية على الوجه التالي:

مرتفع، ومتوسط، ومنخفض، وتعتمد الاستمارة في تحديد هذه المستويات على أربعة أبعاد،

هي على الوجه التالي:

أ -المستوى المهني للوالدين: يقع المستوى المهني للأب في خمسة مستويات تبدأ من لا يعمل

(قاعد عن العمل) إلى أعمال حرة. أما المستوى المهني للأم فيقع في ثلاثة مستويات تبدأ من لا

تعمل، إلى تعمل في مؤسسة خاصة.

ب المستوى التعليمي للوالدين: يقع المستوى التعليمي للوالدين (الأب، الأم) في سبعة مستويات، تبدأ

من عدم القراءة والكتابة إلى المرحلة الجامعية فما فوق.

ج -المستوى الاجتماعي للأسرة: ويتكون من خمسة أبعاد وهي: عدد أفراد الأسرة، وعدد غرف

السكن، والوضع الصحي للمنزل، والأجهزة المتوفرة في المنزل، وسؤال يدور حول امتلاك الأسرة

سيارة من عدم امتلاكها.

د -المستوى الاقتصادي للأسرة: ويشتمل على بعدين، هما: مصادر دخل الأسرة، وقيمة الدخل

الشهري.

هـ وتشتمل الدرجة القصوى للاستمارة 46 درجة والدرجة الدنيا 9 درجات.

البرنامج الإرشادي:

قام الباحث بتصميم البرنامج الإرشادي الجمعي لخفض رهاب التحدث أمام الآخرين لدى طالبات الإرشاد النفسي في جامعة الأقصى بغزة، والبرنامج الإرشادي الجمعي تم إعداده وفقاً لنظرية الإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي والتي تتبع نظرية أليس Ellis.

حيث يستخدم الفنيات والأساليب الإرشادية وهي: فنية التغيير المعرفي، وفنية التغيير

الانفعالي، وفنيات التغيير السلوكي.

أهمية البرنامج:

تتضح أهمية البرنامج الإرشادي فيما يلي:

1- تعد المرحلة الجامعية من أهم المراحل في حياة الفرد، حيث يواجه الكثير من الأفراد العديد من

المشكلات النفسية والسلوكية، ولذلك فإن الاهتمام بهؤلاء الأفراد وتعريفهم للبرامج الإرشادية

يساعدهم في حل وعلاج هذه المشكلات.

2- البرامج الإرشادية بعد تطبيقها على المجموعة التجريبية تمكنهم وتساعدهم على النمو النفسي

وتحقيق التوافق والصحة النفسية.

3- البرامج الإرشادية بعد تطبيقها تساعد الطلاب على تحقيق التوافق الدراسي.

4- تساعد البرامج الإرشادية في وقاية الشباب من الاضطرابات النفسية.

الحاجة إلى البرنامج:

نظراً لوجود ووضوح مشكلة رهاب التحدث أمام الآخرين لدى طالبات الإرشاد النفسي في

جامعة الأقصى تعرض العديد من الطلبة الجامعيين للعديد من الآراء والأفكار المختلفة والتي تتطلب

من كل فرد أن ينتقي منها الأفكار العقلانية التي تساعده على التوافق والصحة النفسية، ويحقق هذا

البرنامج هذه الحاجة للطالبات.

إعداد البرنامج:

قام الباحث بإعداد برنامج إرشادي جمعي يستند على نظرية أليس Ellis في العلاج العقلاني - الانفعالي - السلوكي الجمعي، وذلك من أجل استخدامه على عينة من طالبات قسم الإرشاد النفسي.

وقد مر البرنامج بالخطوات التالية:

- 1+ الإطلاع على العديد من الدراسات والبرامج الإرشادية، التي تناولت موضوع البحث.
- 2 جمع مادة علمية تتعلق بالإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي، ساعد الباحث في إعداد البرنامج وتنفيذه.
- 3 عمل الباحث على عدة لقاءات مع متخصصين في الإرشاد النفسي في الجامعات بغزة، للاستفادة من خبراتهم وملاحظاتهم.

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

يرى زهران (1998: 502) أنه عند بناء برامج الإرشاد، فلا بد أن تراعي مجموعة من الأسس يمكن تلخيصها فيما يلي:

الأسس العامة:

قام الباحث بمراعاة مرونة السلوك الإنساني، واستعداد الفرد، وحقه في التوجيه والإرشاد، وحقه في تقرير مصيره، ومبدأ استمرار عملية الإرشاد.

الأسس الفلسفية:

يقوم البرنامج على أسس فلسفية، وهي أن المعارف تؤدي دور بالغ الأهمية في تحديد الانفعالات والسلوك، وأن لكل فرد معارف وأفكار تشكل فلسفته التي يتبناها عن نفسه، وعن الآخرين، وأن أفكار الفرد غير العقلانية، ومعارفه الخاطئة تؤدي إلى الشعور بالاضطراب النفسي، والتصرف

بشكل غير فعال، ولكي يتم تغيير الانفعالات، والمشاعر السيئة، والسلوكيات غير الفعالة، يفضل تغيير أفكار الفرد غير العقلانية، ومعارفه الخاطئة.

وقد استمد هذا البرنامج أصوله الفلسفية من أن انفعالات الفرد تنشأ من طريقة تفكيره، وأنها لا تضطرب من الأشياء، ولكن من آرائنا نحوها.

ولذلك حرص الباحث على مراعاة الطبيعة الإنسانية، وتفسير فلسفة أفراد المجموعة التي تكمن وراء الأفكار غير العقلانية، ومساعدتهم على تبني فلسفة عقلانية جديدة.

الأسس النفسية والتربوية:

الحالة النفسية للفرد تؤثر على سلوكه، والإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي يتضمن إعادة تعليم الفرد معلومات واضحة، بسيطة يستطيع من خلالها فهم الأساس الذي يقوم عليه سلوكه وانفعالاته، مع الأخذ في الحسبان عدم تعارض البرنامج مع الفروق الفردية، ومطالب النمو. وقد راعي الباحث أن يكون الهدف من البرنامج متمشياً مع الهدف العام الذي يتطلع إليه، وهو تحقيق التوافق النفسي لأفراد المجموعة التجريبية.

الأسس الاجتماعية:

يعتبر أسلوب الإرشاد الجمعي من أفضل الطرق التي تجعل الفرد يشعر بأهميته كعضو في جماعة، لذلك استخدم الباحث برنامج الإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي الجمعي، لتحقيق توازن معقول، في علاقاته الاجتماعية داخل المجموعة الإرشادية، وخارجها، ويعبر عن رأيه بحرية، ويحترم الآخرين.

الأسس العصبية والفسولوجية:

وهي مراعاة الخصائص النفسية والجسمية والعصبية للمسترشدين.

تخطيط البرنامج:

تحتوي عملية تخطيط البرنامج على ما يلي:

1 أهداف البرنامج: يعتبر تحديد أهداف البرنامج الإرشادي من الخطوات الرئيسية التي يجب أخذها عند تصميم البرامج، وتتنوع الأهداف إلى أهداف عامة، وأهداف خاصة، ويعرض الباحث أهداف البرنامج العامة والخاصة كما يلي:

- يهدف البرنامج إلى خفض رهاب التحدث لدى عينة من طالبات الإرشادي النفسي في جامعة الأقصى.

- مساعدة طالبات المجموعة التجريبية على تطوير مهاراتهم الاجتماعية في الحديث مع الآخرين.
- تنمية قدراتهم على إقامة علاقات فعالة، مع من حولهن.

الأهداف الخاصة للبرنامج:

وضع الباحث أهداف ويتوقع أن تكون كل طالبة بالمجموعة التجريبية قادرة على تحقيقها بعد الانتهاء من البرنامج الإرشادي، والتي من خلالها يتحقق الهدف العام للبرنامج وهو التعرف على مستوى ونسبة رهاب التحدث، وخفضه لدى طالبات عينة البحث وهي على النحو التالي:

- العمل على اندماج الطالبات في المواقف الاجتماعية.
- التعبير عن آرائهن بما يدعم الثقة بالنفس.
- التخلص من الأفكار غير العقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية تساعدهم في التعامل مع الآخرين.
- تحقيق التوافق والتكيف والصحة النفسية للطالبات.
- العمل على تكوين الصداقات والعلاقات الاجتماعية.
- تدريب الطالبات على فنية الاسترخاء.

الوسائل:

استخدم الباحث عدة وسائل وأدوات هي:

- مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين، من إعداد الباحث.
- برنامج إرشادي من إعداد الباحث، ويحتوي على (14) جلسة إرشادية جماعية، مدة كل منها ساعة، ويقوم على استخدام أسلوب الإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي الجمعي، والذي يستخدم فنيات إرشادية مختلفة.
- حرص الباحث على تحقيق علاقة طيبة مع المجموعة التجريبية لكسب ثقتهم وحثهم على الالتزام بحضور الجلسات الإرشادية.
- استخدم الباحث بعض الوسائل المتاحة، مثل جهاز تسجيل، وملصقات توضح أسس ومبادئ نظرية A.B.C في الإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي.

الخدمات التي يقدمها البرنامج:

قدم البرنامج الخدمات الإرشادية النفسية لطالبات المجموعة التجريبية وتتمثل هذه الخدمات في دحض الأفكار غير العقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية جديدة، وذلك وفقاً لأسلوب Ellis في الإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي، وتؤكد ذلك للباحث بعد أن انخفض رهاب التحدث أمام الآخرين عند الطالبات اللاتي كن يعانين منه قبل تطبيق البرنامج.

محتويات البرنامج:

يحتوي البرنامج على (14) جلسة إرشادية جماعية مدة كل منها ساعة بمعدل جلستين أسبوعياً، وذلك وفقاً لفنيات الإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي الجمعي، والتي تتبع نظرية أليس Ellis، ويوضح جدول (8) موضوعات جلسات البرنامج الإرشادي وعنوان كل جلسة.

جدول (8)

موضوعات جلسات البرنامج الإرشادي

موضوع الجلسة	الجلسة
تمهيد وتعارف	الأولى
الرهاب الاجتماعي ورهاب التحدث	الثانية
مجادلة الأفكار غير العقلانية	الثالثة والرابعة والخامسة
الاسترخاء	السادسة
العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	السابعة
التعلم بالنمذجة	الثامنة والتاسعة
التدريب على المهارات الاجتماعية	العاشرة والحادية عشر
التدريب على السلوك التوكيدي الجمعي	الثانية عشر والثالثة عشر
الجلسة الأخيرة	الرابعة عشر

تنفيذ البرنامج:

استغرق تنفيذ البرنامج الإرشادي سبع أسابيع، حيث تضمن (14) جلسة إرشادية جماعية من

تاريخ 2013/2/4 إلى 2013/3/21 مدة كل جلسة تسعين دقيقة بمعدل جلستين أسبوعياً، أما

المتابعة فكانت بعد مرور (6) أسابيع. وتم تحديد موعد لها في يوم 2013/5/2م.

مكان البرنامج:

تم تنفيذ البرنامج الإرشادي في معمل علم النفس بجامعة الأقصى.

تقييم البرنامج:

تم تقييم البرنامج بعدة طرق كما يلي:

1 رأي أفراد المجموعة التجريبية:

تم أخذ رأي الطالبات عقب كل جلسة، من خلال توجيه الأسئلة المتعلقة بتقييمهن للبرنامج

المطبق من جهة، وأداء المشرف من جهة أخرى، وذلك بهدف الحصول على تغذية راجعة فورية تحقق

للباحث التقييم المرحلي للبرنامج خلال تطبيقه، وإجراء التحسينات اللازمة على البرنامج وعلى أداء الباحث، وفي نهاية البرنامج وضع الباحث استبيان لتقييم البرنامج (ملحق رقم: 7) يحتوى على عدد من الأسئلة التي تقوم الطالبة بالإجابة عليها في ورقة مستقلة، وكانت جميع إجابات الطالبات (المجموعة التجريبية) تؤكد على أن البرنامج قد حقق أهدافه، وهي انخفاض رهاب التحدث وتحقق التوافق والصحة النفسية.

2- التغييرات السلوكية:

تم ذلك عن طريق إعادة تطبيق أداة البحث الأساسية بعد البرنامج الإرشادي كما يلي:
- وجود تحسن في أداء المجموعة التجريبية بعد الإرشاد على مقياس رهاب التحدث، وذلك من خلال مقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد البرنامج.

3 الدراسات والبحوث:

أشارت نتائج هذه الدراسة إلى تحقيق البرنامج الإرشادي لأهدافه، وهي إرشاد المجموعة التجريبية وعددهم (10) طالبات، كما تتفق نتائجها مع نتائج دراسات وبحوث سابقة استخدمت الإرشاد- العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي.

4 متابعة البرنامج:

تم التأكد من استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي بإعادة تطبيق مقياس رهاب التحدث في دراسة تتبعية بعد (6) أسابيع من انتهاء البرنامج الإرشادي، وقد أظهرت نتائج هذا التطبيق استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي حيث ظل الأداء كما هو.

5 رأي الباحث في البرنامج:

- تحققت أهداف البرنامج الإرشادي تماماً والتي تتمثل في خفض نسبة رهاب التحدث لدى الطالبات.

- ساهم البرنامج الإرشادي في تحقيق النمو العلمي للطالبات.

- عدد جلسات البرنامج الإرشادي كانت مناسبة لطالبات المجموعة التجريبية.

خطوات جمع المعلومات:

1. ثم اختيار طالبات قسم الإرشاد النفسي المستوى الرابع لتطبيق البرنامج الإرشادي.
2. تم أخذ موافقة من قبل رئيس قسم علم النفس بجامعة الأقبصى، لتطبيق البحث على أفراد عينة البحث في المكان والزمان.
3. تم أخذ موافقة الطالبات بالمشاركة في البرنامج.
4. تم تطبيق مقياس رهاب التحدث، كما ورد سابقاً.
5. تمكن الباحث من الحصول على جميع نسخ المقياس والبالغ عددها (221).
6. تم عقد لقاء مع المجموعة التجريبية لاطلاعهم على أهداف البرنامج، وعدد الجلسات وأوقاتها.
7. تطبيق البرنامج الإرشادي من تاريخ 2013/2/4م إلى 2013/3/21م في جلسات أثناء تواجد الطالبات في الجامعة كما في الجدول الآتي:

جدول رقم (9)

مواعيد الجلسات الإرشادية

الاثنين	الخميس
2013/2/4	2013/2/7
2013/2/11	2013/2/14
2013/2/18	2013/2/21
2013/2/25	2013/2/28
2013/3/4	2013/3/7
2013/3/11	2013/3/14
2013/3/18	2013/3/21

متغيرات البحث:

في حالة تطبيق المنهج التجريبي لابد من تحديد نوعين من المتغيرات وهما:

1. المتغير المستقل (Independent Variable): وهو البرنامج الارشادي

2. المتغير التابع (Dependant Variable): خفض رهاب التحدث لدى الطالبات

الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

- النسب المئوية.
- المتوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- معادلة الفاكرونباخ.
- معامل ارتباط بيرسون.
- اختبار مان-ويتني.
- اختبار ويلكوكسون.

الفصل الرابع

نتائج البحث ومناقشتها

الفصل الرابع

نتائج البحث ومناقشتها

تمهيد:

هدف هذا البحث إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي جمعي لخفض رهاب التحدث لدى طالبات الإرشاد النفسي، في جامعة الأقصى، غزة- فلسطين، والتعرف على مظاهر لرهاب التحدث أمام الآخرين، فلقد قام الباحث بإعداد برنامج لخفض رهاب التحدث، للتحقق بواسطته من فرضيات البحث.

يعرض الباحث في هذا الفصل نتائج البحث، وما توصل إليه من نتائج إحصائية، وذلك بعد أن تم جمع البيانات من خلال القياس القبلي والبعدي والتتبعي.

وبعد ذلك سيقوم الباحث بعرض نتائج الفرضيات، وبعدها سوف يقوم بمناقشتها وتفسيرها في

ضوء ما جاء في الإطار النظري والدراسات السابقة.

نتائج البحث

أولاً: النتائج المتعلقة بالفرض الأول وتفسيرها

ينص الفرض الأول على ما يلي: "نسبة رهاب التحدث أمام الآخرين لدى طالبات قسم الإرشاد-جامعة الأقصى مرتفعة في المقياس المستخدم في الدراسة".

للتحقق من هذا الفرض قام الباحث بتحديد مدى مقياس رهاب التحدث والذي كانت درجاته تتراوح بين (36-108) فكانت قيمة المدى (72)، وعليه تم تقسيمه إلى ثلاث مستويات متساوية مدى كل مستوى يساوي (24) درجة، فتكون درجات المستوى الأول بين (36-60) درجة، والمستوى الثاني بين (61-84) درجة، أما المستوى الثالث بين (85-108) درجة.

وقام الباحث بتوزيع الطالبات تبعاً لدرجاتهم في رهاب التحدث (الدرجة الكلية) على المستويات الثلاثة، وذلك كما يبين جدول (10) التالي:

جدول (10)

يوضح مستويات رهاب التحدث لدى العينة الكلية

النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	العدد	مستويات رهاب التحدث
27.60%	42.15	61	منخفض (36-60)
61.09%	70.89	135	متوسط (61-84)
11.31%	92.20	25	مرتفع (85-108)
100%	68.41	221	المجموع (36-108)

يتضح من الجدول رقم (10):

أن عدد الطالبات اللواتي تقع درجاتهن ضمن المستوى المرتفع لرهاب التحدث (25 طالبة، وهن يشكلن نسبة 11.31%).

وأن عدد الطالبات اللواتي تقع درجاتهن ضمن المستوى المتوسط لرهاب التحدث (135) طالبة، وهن يشكلن نسبة (61.09%).

وعدد الطالبات اللواتي تقع درجاتهن ضمن المستوى المنخفض لرهاب التحدث (61) طالبة، وهن يشكلن نسبة (27.60%).

ونلاحظ أيضاً أن المتوسط الحسابي لدرجات رهاب التحدث لدى العينة الكلية هو (68.41)، وهي قيمة أقل من المتوسط الفرضي وهو (72)، وهذا يعني أن رهاب التحدث لأفراد العينة أقل من رهاب التحدث للمجتمع الأصلي، وبهذا يعتبر هذا الاضطراب محدود الانتشار وليس موجوداً بشكل واسع بين الطالبات، ودليل ذلك أن نسبة مرتفعي رهاب التحدث هي (11.31%).

الدراسة الحالية تختلف مع الدراسات الأجنبية من ناحية النتائج في نسبة انتشار هذا الرهاب مثل دراسة Heimberg (1996) حيث أظهرت أن نسبة من يعانون الرهاب هي (7,7%). وفي دراسة Stein (2000) أظهرت أن نسبة الأشخاص الذين تم تشخيصهم وفقاً لـ (DSM-IV) قد بلغت (7,2%).

أما بالنسبة للدراسات العربية مثل دراسة شمسان (2004) أظهرت أن نسبة الانتشار (10%) ودراسة دبابش (2011) أظهرت أن نسبة الانتشار هي (12%)، وفي دراسة رضوان (2001) أن نسبة الانتشار تصل إلى (13%) ففي المستوى العربي أشارت الدراسات أن نسبة انتشار رهاب التحدث تصل إلى (12%)، (المالح، 1995، 106).

فمن هنا لا يوجد اتفاق حول معدل الانتشار.

يعزو الباحث ذلك إلى أن البيئة الجامعية قد تكون ذات تأثير وذلك من خلال الظروف غير المستقرة في غزة والضغوط التي تفرض على الطالبات في التعامل مع المواقف الجديدة، وهن غير مهيبات لذلك، مما يجعلهن غير قادرات على التوافق، وهذا يسبب الانسحاب والتجنب من قبل

الطالبات، وفي المرحلة الجامعية تحمل الطالبات الكثير من الأفكار غير العقلانية عن الجامعة والبيئة الجامعية، وبعض الأسر تبت مخاوف في نفوس الطالبات تمنعهن من إقامة علاقات اجتماعية داخل الجامعة وخارجها. والطالبات في قسم الإرشاد النفسي يتم إعدادهن لكي يكن مرشدات في المدارس والمراكز. والطالبات تجري لهم مقابلات للتحقق مما يملكونه، إلا أن هذه الإجراءات غير كافية لقبول الأفضل؛ إذ لا تولى عناية كافية للاستعدادات الشخصية ومن بينها الكلام، ووضوحه، وسلامته، وطلاقته، والقدرة على الحديث أمام الآخرين.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على ما يلي:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي، على مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين، لصالح المجموعة التجريبية".

للتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان-ويتني للكشف عن الفروق بين درجات

عينتين مستقلتين، وذلك كما يبين جدول (11) التالي:

جدول (11)

يوضح قيمة اختبار مان- ويتني لدلالة الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس رهاب التحدث

الدلالة الإحصائية	قيمة P	قيمة Z	قيمة u	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	المجموعة	المؤشرات الإحصائية المتغيرات
دالة عند 0,01	0,006	2,76	13,5	68,5	6,85	10	تجريبية	الخوف والتجنب من المواجهة.
				141,5	14,15	10	ضابطة	
دالة عند 0,01	0,000	3,60	2,5	57,5	5,75	10	تجريبية	الخوف من التقييم السلبي.
				152,5	15,25	10	ضابطة	
دالة عند 0,01	0,001	3,38	5,5	60,5	6,05	10	تجريبية	الأعراض الفسيولوجية.
				149,5	14,95	10	ضابطة	
دالة عند 0,01	0,000	3,56	3	58	5,8	10	تجريبية	الدرجة الكلية
				152	15,2	10	ضابطة	

يتضح من الجدول رقم (11) أن قيمة (u) المحسوبة للبعد الأول قدرت بـ (13,5)، والبعد الثاني قدرت بـ (2,5)، والبعد الثالث قدرت بـ (5,5) .

وكانت الدرجة الكلية تساوي (3)، وكانت قيم الدرجة المعيارية للأبعاد الثلاثة هي (2,76 ، 3,60 ، 3,38)، والدرجة المعيارية الكلية للمقياس هي (3,56)، وهي قيم كلها أكبر من (2,33) في حالة الاختبار ذي الطرف الواحد عند مستوى (0.01) إذاً فالفروق دالة .

ومستوى الدلالة المشاهد (P. Value) للأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية للمقياس كانت (0,006 ، 0,000 ، 0,001 ، 0,000)، وهي قيم كلها أصغر من (0.05) مما يعني دلالة الفروق .

نلاحظ أيضاً أن متوسط رتب المجموعة التجريبية أقل من متوسط رتب المجموعة الضابطة، وذلك يعني أن طالبات المجموعة التجريبية أصبح مستواهن أقل في رهاب التحدث بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وعليه يستنتج الباحث تحقق الفرضية .

جاءت نتائج الفرض الثاني بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، وذلك بعد تلقي المجموعة التجريبية للبرنامج الإرشادي، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات سابقة مثل دراسة المدخلي (1995)، ودراسة اللاذقاني (1995)، ودراسة الأشقر (2004)، ودراسة هاشم (1997)، حيث أثبتت فعالية الإرشاد، العقلاني - الانفعالي - السلوكي الجمعي في خفض رهاب التحدث والقلق الاجتماعي والخوف الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج .

أما بالنسبة للدراسات التي تناولت الفروق بين الجنسين، في القلق الاجتماعي، ورهاب التحدث مثل: دراسة النيال (1995)، ودراسة الأنصاري (2001) فهي اتفقت على أنه يوجد فروق في القلق الاجتماعي ورهاب التحدث، بين الذكور والإناث لصالح الإناث. أما في الدراسة الحالية فكانت العينة من الإناث فقط .

ويعزو الباحث اتفاق نتيجة البحث مع نتائج البحوث والدراسات السابقة في أن الإرشاد العقلاني- الانفعالي- السلوكي يستخدم العديد من الفنيات التي تعمل على تحقيق التوافق والصحة النفسية، وقد حرص الباحث عند إعداد البرنامج وتطبيقه على استخدام هذه الفنيات لكي يتم تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي.

والإرشاد العقلاني- الانفعالي- السلوكي يتطلب أن يكون المرشد واسع الثقافة والمعرفة ويجيد التحدث مع المسترشدين، والاستماع إليهم، ولديه من المعلومات ما يكفي لإقناع المسترشدين، ولهذا أدرك الباحث هذه الأهمية، وقام بقراءة العديد من الكتب والمراجع واستعان بها أثناء إعداد وتطبيق البرنامج الإرشادي.

وتتفق هذه النتيجة مع آراء Ellis في الإرشاد الجمعي، حيث يؤكد أن الإرشاد الجمعي ذو قدرة وكفاءة تفوق الإرشاد الفردي، فللمجموعة دور بارز في تفهم الصعوبات التي تواجه الفرد ذاته وخاصة بما يتعلق بالقلق الاجتماعي والرهاب الاجتماعي ورهاب التحدث.

فالفروق الدالة تدل على أن المجموعة التجريبية استفادت من فنيات البرنامج الإرشادي العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي.

وترجع هذه النتيجة إلى انتظام المجموعة التجريبية في جلسات البرنامج الإرشادي، حيث كانت الفنيات المستخدمة ذات معنى ومغزى في حياة هؤلاء الطالبات، مما جعلهن أكثر وعياً وحرصاً على الاستفادة من فنيات البرنامج المتمثلة في المناقشة والحوار، ولعب الدور، والواجبات المنزلية، ومجادلة الأفكار اللاعقلانية واستبدالها الأفكار العقلانية بها.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على ما يلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس رهاب التحدث، لصالح القياس البعدي".
 للتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوسون لعينتين مرتبطتين، وذلك لإيجاد القيمة العددية للدرجة المعيارية، وذلك كما يبين جدول (12).

جدول رقم (12)

يوضح قيمة اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس رهاب التحدث

المؤشرات الإحصائية المتغيرات	القياس	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	قيمة P	الدلالة الإحصائية
الخوف والتجنب من المواجهة.	قبلي/ بعدي	سالبة= 7	5	35	2,38	0,018	دالة عند 0,01
		موجبة= 1	1	1			
		متساوية= 2					
الخوف من التقييم السلبي.	قبلي/ بعدي	سالبة= 9	5	45	2,66	0,008	دالة عند 0,01
		موجبة= صفر	صفر	صفر			
		متساوية= 1					
الأعراض الفسيولوجية.	قبلي/ بعدي	سالبة= 8	4,5	36	2,51	0,013	دالة عند 0,01
		موجبة= صفر	صفر	صفر			
		متساوية= 2					
الدرجة الكلية	قبلي/ بعدي	سالبة= 8	5,5	44	2,53	0,011	دالة عند 0,01
		موجبة= 1	1	1			
		متساوية= 1					

يتضح من الجدول رقم (12) أن مجموع ترتيب الإشارات الأقل تكراراً للبعد الأول كانت

مساوية (1)، والبعد الثاني كانت (صفر) والبعد الثالث (صفر).

وكانت الدرجة الكلية قدرت بـ(1).

وعليه كانت قيم الدرجة المعيارية للأبعاد الثلاثة هي: (2,38 ، 2,66 ، 2,51) وللدرجة الكلية

للمقياس كانت (2,53).

وهي قيم كلها أكبر من (2,33) في حالة الاختبار ذي الطرق الواحد عند مستوى (0,01) إذاً

فالفروق دالة.

ومستوى الدلالة (P. Value) لاختبار ويلكوكسون للأبعاد الثلاثة كان (0,018 ، 0,008 ،

0,013) والدرجة الكلية للمقياس كانت (0,011) وهي قيم أصغر من مستوى المعنوية (0,05) وهذا

يؤكد دلالة الفروق.

وكان متوسط رتب الإشارات السالبة أكبر من متوسط رتب الإشارات الموجبة، وهذا يدل على

أن متوسط درجات رهاب التحدث للمجموعة التجريبية بعد البرنامج أقل من متوسط درجات رهاب

التحدث للمجموعة نفسها قبل البرنامج، أي أن هناك فروقاً دالة بين التطبيقين وذلك لصالح التطبيق

البعدي.

يتضح من خلال النتائج أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي، والبعدي في

المجموعة التجريبية، وكانت لصالح القياس البعدي، وهذا ما يؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي العقلاني-

الانفعالي- السلوكي الجمعي، وما يحتويه من فنيات إرشادية أدت إلى خفض رهاب التحدث، كما تم

قياسه في المقياس المعد لذلك.

لقد تحقق صدق الفرض، وهو يدل على أن طالبات المجموعة التجريبية استفادوا من البرنامج

الإرشادي المقدم لهن، وتتفق هذه النتيجة مع الدراسات والأبحاث التي استخدمت الإرشاد العقلاني-

الانفعالي - السلوكي الجمعي في خفض رهاب التحدث والقلق الاجتماعي والمخاوف الاجتماعية وقلق
الاختبار، والأفكار غير العقلانية، ومن اضطرابات نفسية مختلفة مثل دراسة عمارة (1985)، ودراسة
الغامدي (1998)، ودراسة الأشقر (2004)، ودراسة الشيخ (1986)، ودراسة هاشم (1997) ودراسة
الشبانان (1996).

رابعاً: النتائج المتعلقة بالفرض الرابع:

ينص الفرض الرابع على ما يلي: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس رهاب التحدث".
للتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوسون لعينتين مرتبطتين، وذلك لإيجاد القيمة العددية للدرجة المعيارية، وذلك كما يبين جدول (13).

جدول رقم (13)

يوضح قيمة اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة

على مقياس رهاب التحدث

الدالة الإحصائية	قيمة P	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الرتب	القياس	المؤشرات الإحصائية المتغيرات
غير دال	0,381	0,86	9	4,50	سالبة = 2	قبلي/ بعدي	الخوف والتجنب من المواجهة.
			18,5	3,7	موجبة = 5		
					متساوية = 3		
غير دال	0,796	0,25	30	6	سالبة = 5	قبلي/ بعدي	الخوف من التقييم السلبي.
			25	5	موجبة = 5		
					متساوية = صفر		
غير دال	0,286	1,07	26	5,20	سالبة = 5	قبلي/ بعدي	الأعراض الفسيولوجية.
			10,50	3,50	موجبة = 3		
			11	3,67	متساوية = 2		
غير دال	0,172	1,35	34	5,67	سالبة = 3	قبلي/ بعدي	الدرجة الكلية
					موجبة = 6		
					متساوية = 1		

بتحليل القيم الإحصائية يتضح أن مجموع ترتيب الإشارات الأقل تكررًا للبعد الأول هي (9، 30، 10,50) والدرجة الكلية تساوي (11) وكانت قيم الدرجة المعيارية للبعد الأول (0,86) والبعد الثاني (0,25) والبعد الثالث (1,07) والدرجة الكلية تساوي (1,35) وهي قيم أقل من (1,96) في الاختبار ذي الطرفين عند مستوى (0,05) وهذا يعني عدم دلالة الفروق.

ونلاحظ أن قيم (P. Value) للبعد الأول هي (0,381)، والبعد الثاني (0,796)، والبعد الثالث (0,286)، والدرجة الكلية هي (1,72) وهي قيم أكبر من مستوى المعنوية (0,05)، وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس رهاب التحدث.

يتضح من خلال النتائج أنه لا توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة، وهذا يعني أن طالبات المجموعة الضابطة لم يحصلوا على أي تحسن أثناء مدة البرنامج الإرشادي الذي دام (6) أسابيع، لأنهم لم يخضعوا للبرنامج الإرشادي كما حصل مع المجموعة التجريبية. وهنا يجب الإشارة إلى أن رهاب التحدث لا يتم الشفاء منه بشكل تلقائي ودون خضوع الفرد للإرشاد.

وهذا يعني أن البرنامج نجح في خفض رهاب التحدث لدى طالبات المجموعة التجريبية، وهذه النتيجة تتفق مع الدراسات والأبحاث مثل دراسة دردير (2010) ودراسة وردة (2011) ودراسة دبابش (2011).

خامساً: النتائج المتعلقة بالفرض الخامس:

ينص الفرض الخامس على ما يلي: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس رهاب التحدث".
للتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوسون لعينتين مرتبطتين، وذلك لإيجاد القيمة العددية للدرجة المعيارية، وذلك كما يبين جدول (14).

جدول رقم (14)

يوضح قيمة اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية

على مقياس رهاب التحدث

الدالة الإحصائية	قيمة P	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الرتب	القياس	المؤشرات الإحصائية المتغيرات
غير دال	0,251	1,13	32,5	6,5	سالبة = 5	بعدي/ تتبعي	الخوف والتجنب من المواجهة.
			12,50	3,13	موجبة = 4		
					متساوية = 1		
غير دال	0,611	0,51	18	4,50	سالبة = 4	بعدي/ تتبعي	الخوف من التقييم السلبي.
			10	3,47	موجبة = 3		
					متساوية = 3		
غير دال	0,321	0,98	25	5	سالبة = 5	بعدي/ تتبعي	الأعراض الفسيولوجية.
			11	3,65	موجبة = 3		
					متساوية = 2		
غير دال	0,135	1,47	35	5,84	سالبة = 6	بعدي/ تتبعي	الدرجة الكلية
			10	3,35	موجبة = 3		
					متساوية = 1		

بتحليل القيم الإحصائية يتضح أن مجموع ترتيب الإشارات الأقل تكراراً للبعد الأول هي

(12,50) والبعـد الثاني (10) والبعـد الثالث (11) والدرجة الكلية (10).

وكانت قيم الدرجة المعيارية للبعـد الأول (1,13) والبعـد الثاني (0,51) والبعـد الثالث (0,98)

والدرجة الكلية تساوي (1,47) وهي قيم أقل من (1,96) في حالة الاختبار ذي الطرفين عند مستوى

(0,05) وهذا يعني عدم دلالة الفروق.

ونلاحظ أن قيم (P. Value) للبعـد الأول (0,251) والبعـد الثاني (0,612) والبعـد الثالث

(0,321) والدرجة الكلية هي (0,135).

وهي قيم أكبر من مستوى المعنوية (0,05) وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس رهاب التحدث.

يتبين من جدول (14) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب متوسطي درجات

المجموعة التجريبية على مقياس رهاب التحدث بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وبعد مرور فترة

المتابعة "ست أسابيع"، حيث ظل أداء المجموعة التجريبية ثابتاً لم يتغير بين التطبيق البعدي للبرنامج

والتطبيق التتبعي.

وهذا يؤكد على استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمع

المستخدم.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات التي استخدمت الإرشاد العقلاني- الانفعالي- السلوكي،

وهي دراسة هشام عبد الله (1991)، ودراسة عمارة (1985)، ودراسة دردير (2011).

حيث أكدت هذه الدراسات على فاعلية واستمرار الإرشاد العقلاني- الانفعالي- السلوكي.

ومما يدعم استمرارية البرنامج الإرشادي العلاقات الحميمة بين الباحث والمسترشدين كونه محاضر في قسم الإرشاد النفسي بجامعة الأقصى، هذا الأمر ساعد على التواصل بين بعضهم البعض، مما ساعد في تحقيق استمرار فاعلية البرنامج.

بالإضافة لما سبق فقد قام الباحث بإشراك بعض طالبات المجموعة التجريبية في بعض أنشطة القسم كمساندة نفسية لهن، مثل الندوات وورش العمل وأنشطة ترفيهية كالرحلات.

الفصل الخامس

الخاتمة والتوصيات والمصطلحات

الفصل الخامس

الخاتمة والتوصيات والمقترحات

أولاً: الخاتمة:

لقد تعامل الباحث في هذه الدراسة مع طالبات الإرشاد النفسي في جامعة الأقصى بغزة وهم أمل المستقبل والتقدم.

حيث توصل الباحث إلى الكشف عن مستوى رهاب التحدث أمام الآخرين لدى عينة البحث، وعمل على إعداد برنامج إرشادي جمعي لإرشاد الطالبات اللواتي يعانين من رهاب التحدث أمام الآخرين، وهذه الدراسة تمثل برنامج إرشادي وليس فقط وصف للظاهرة، ونحن في المجتمع الفلسطيني في أمس الحاجة لذلك، لأن البرامج الإرشادية الجماعية تقدم الإرشاد والعون لمن يعانون من الاضطرابات التي تعيق الفرد في مجالات حياته الاجتماعية والتعليمية والمهنية، وعلاج الطالبات من هذا الاضطراب يساعدهم على النجاح في علاقاتهم وتحقيق أهدافهم، وكانت أدوات البحث تتكون من:

- 1- إعداد مقياس لرهاب التحدث أمام الآخرين.

- 2- إعداد برنامج إرشادي عقلاني- انفعالي- سلوكي- جمعي.

حيث أعتمد الباحث في إعداد هذه الأدوات على دراسات سابقة والإطار النظري لهذا

الاضطراب.

وكانت النتائج التي توصل إليها هي:

- 1- نسبة انتشار رهاب التحدث أمام الآخرين لدى عينة البحث هي: (11,31%)

- 2- أثبتت الدراسة من خلال نتائج الفرضيات فعالية البرنامج الإرشادي العقلاني- الانفعالي- السلوكي

الجمعي، والذي عمل على خفض مستوى رهاب التحدث أمام الآخرين لدى المجموعة التجريبية.

ثانياً: التوصيات:

في ضوء تطبيق هذا البحث يقدم الباحث مجموعة من التوصيات هي:

- 1- عقد ندوات إرشادية للطالبات، تتناول هذه المشكلة والعمل على مساعدة الطالبات للحد منها والتغلب عليها.
- 2- العمل على إنشاء وحدة إرشادية خاصة للطالبات تعمل على تقديم الحلول المناسبة للمشاكل التي تواجهها الطالبات.
- 3- العمل على تفعيل دور الإرشاد النفسي والتربوي في الجامعات، وتوفير الإمكانيات للمرشدين لكي يقوموا بواجباتهم على أكمل وجه.
- 4- تنمية التفكير العقلاني لدى الطالبات من خلال المناهج الدراسية والأنشطة.
- 5- إشراك الطالبات بالأنشطة غير المنهجية والرياضية لكسر حاجز الخوف لديهم من مواجهة الآخرين.
- 6- حث المحاضرين في الجامعة على توفير فرص للطالبات للحوار والمناقشة والتحدث في قاعات الدراسة.
- 7- حث أولياء الأمور والمربين على توفير فرص تعليم لأبنائهم في مهارات التحدث والحوار منذ الصغر.
- 8- حث أولياء الأمور والمربين على إكساب أبنائهم وطلابهم الثقة بالنفس والجرأة في المواقف الاجتماعية والمواقف الأخرى.

ثالثاً: مقترحات البحث:

في ضوء نتائج البحث الحالي، يقدم الباحث المقترحات التالية:

- 1- إجراء دراسة حول فاعلية الإرشاد العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طلاب الجامعة.
- 2- إجراء مقارنة بين الإرشاد العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي مع الأساليب العلاجية الأخرى في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين لدى طلاب الجامعة.
- 3- إجراء دراسات تتناول الفروق بين الجنسين، في رهاب التحدث أمام الآخرين.
- 4- إجراء دراسات تتناول أثر التنشئة الأسرية، في رهاب التحدث أمام الآخرين.
- 5- إجراء دراسات تتناول فاعلية الإرشاد العقلاني- الانفعالي- السلوكي الجمعي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين على مراحل تعليمية أخرى.
- 6- إجراء دراسات حول العلاقة ما بين رهاب التحدث أمام الآخرين لدى طلبة الجامعة وأساليب التنشئة الاجتماعية.
- 7- إجراء دراسات عبر حضارية يتم من خلالها المقارنة بين عينات فلسطينية وأخرى من خارج الوطن.

المراجع

المراجع

1. إبراهيم، إبراهيم والقرني، مهدي (2010). رهاب الكلام لدى طلاب الجامعة السعوديين وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد 38، عدد3.
2. إبراهيم، عبد الستار (1980). العلاج النفسي الحديث- قوة الإنسان، سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، العدد 27، ص1-20.
3. إبراهيم، عبد الستار (1983). العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان، القاهرة، مكتبة مدبولي.
4. إبراهيم، عبد الستار (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث- أساليبه وميادين تطبيقه، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.
5. أرون بيك (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، دار النهضة العربية.
6. الأشقر، هيفاء، (2004). أثر برنامج علاجي عقلاني- انفعالي- سلوكي جمعي في خفض قلق التحدث أمام الأخرى لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، كلية التربية.
7. أمين، عثمان (1971). الفلسفة الرواقية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
8. باترسون، س. هـ (1992). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي (ترجمة حامد الفقي)، الكويت، دار القلم.
9. بدوي، أحمد (1983). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان- بيروت.
10. بنجابي، إيمان (2008). الرهاب الاجتماعي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى المراهقات السعوديات، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.

11. جابر، جابر (1990). نظريات الشخصية، مكتبة الأنجلو، القاهرة.
12. جهاد محمود علاء الدين (1999). فاعلية برنامج إرشادي لتحسين التوافق الشخصي والاجتماعي لدى عينة من المراهقات الأردنيات . رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، معهد الدراسات والبحوث التربوية.
13. الجهني، علي (2003). أثر برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في خفض رهاب التحدث لدى عينة من المراهقين في الصفوف العاشر والحادي عشر في عمان، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية.
14. حسانين، أحمد (2000). قلق المستقبل وقلق الامتحان وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلاب الصف الثاني الثانوي ، رسالة ماجستير غير منشورة، مصر، جامعة المنيا.
15. حسين، طه (2007). العلاج النفسي المعرفي، ط1، الإسكندرية، دار الوفاء.
16. حقي، ألفت (1995). الاضطراب النفسي - التشخيصي والعلاج والوقاية، ج1، مركز الإسكندرية، الإسكندرية.
17. الخزندار، (2004). أثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض أثر الخبرات الصادمة لدى الأطفال الفلسطينيين في محافظات غزة، رسالة دكتوراه، البرنامج المشترك بين جامعة الأقصى بغزة وجامعة عين شمس بمصر.
18. الخفاجي، زينب والشاوي، زينب (2009). أثر التربية العملية في خفض القلق الاجتماعي لدى طلبة جامعة البصرة، مجلة الجمعية العراقية للعلوم التربوية والنفسية، العدد 69، ص 1-18.
19. خليفة، علي السيد (1992). الخجل أسبابه وعلاجه، المركز العربي، القاهرة.

20. خليل، عبد الله (2004). مدى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى الطلاب بجامعة أسيوط ، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أسيوط.
21. دبابش، علي (2011). فعالية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقدير الذات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، فلسطين.
22. دبيس، سعيد (1997). الخوف من التحدث أمام الآخرين وعلاقته بتقدير الذات وبعض المتغيرات الديمغرافية- دراسة استطلاعية على عينة من طلاب المرحلة الثانوية بالرياض، مجلة كلية التربية، العدد 21، الجزء الثالث، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
23. دردير، نشوة (2010). فاعلية برنامج إرشادي عقلاي انفعالي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط الناتجة عن الأحداث الحياتية لدى طلبة الجامعة ، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة القاهرة، مصر.
24. الدسوقي، مجدي (2004). مقياس الرهاب الاجتماعي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
25. رضوان، سامر (2001). القلق الاجتماعي، دراسة ميدانية لتقنين مقياس القلق الاجتماعي على عينات سورية، مجلة مركز البحوث التربوية، العدد (19)، جامعة قطر.
26. الريحاني، سليمان (1985). تطوير اختيار الأفكار العقلانية وغير العقلانية، مجلة دراسات العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، المجلد 12، العدد 11، ص 77-95.
27. زهران، سناء (2004). إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب، القاهرة، عالم الكتب.
28. الزويد، نادر (1998). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، الأردن، دار الفكر.

29. سري، إجلال (2000). علم النفس العلاجي، (ط2)، القاهرة، عالم الكتب.
30. سعيد (2005). أثر توكيد الذات في تنمية فاعلية الذات للطلبة ذوي القلق الاجتماعي في المرحلة الجامعية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة المستنصرية.
31. سلامة، ممدوحة (1985). الإرشاد النفسي منظور إنمائي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
32. الشبانات، عبد الرحمن (1996). تقييم العلاج العقلاني الانفعالي لحالات الرهاب الاجتماعي، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض، المركز العربي للدراسات الأمنية.
33. شقير، زينب (2000). علم النفس العيادي، القاهرة، مكتبة النهضة العربية.
34. شمسان، رضية (2004). "برنامج علاجي لخفض الرهاب الاجتماعي- دراسة نفسية تجريبية". رسالة دكتوراه، جامعة صنعاء، كلية الآداب.
35. الشناوي، محمد (1994). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر.
36. الشناوي، محمد (1998). العلاج السلوكي الحديث، دار قباء، القاهرة.
37. الشناوي، محمد (1998). نظريات الإرشاد و العلاج النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
38. الشويعر، طريفة (1988). الإيمان بالقضاء والقدر وأثره على القلق النفسي، جدة، دار البيان العربي.
39. الصقهان، ناصر عبد العزيز (2005). تقييم فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار غير العقلانية لدى مدمني المخدرات- دراسة تجريبية على النزلاء المدمنين بمستشفى الملك فهد بالقصيم، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم

الأمنية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الاجتماعية.

40. الطيب، محمد (1981). تيارات جديدة في العلاج النفسي، القاهرة، دار المعارف.
41. عباس، فيصل (1982). الشخصية في ضوء التحليل النفسي، بيروت، دار المسيرة.
42. عبد الخالق، أحمد (2006). الخوف من الأماكن المتسعة وعلاقته بالخوف الاجتماعي والتفكير السلبي التلقائي، مجلة دراسات نفسية، المجلد (16)، العدد (4) جامعة القاهرة.
43. عبد العظيم، طه (2009). استراتيجيات إدارة الخجل والقلق الاجتماعي، دار الفكر، عمان.
44. عبد الغفار، عبد السلام (1976). مقدمة في علم النفس، القاهرة، دار النهضة العربية.
45. عبد الغفار، عبد السلام (1981). مقدمة في الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة العربية.
46. عبد الغفار، عبد السلام (1990). مقدمة في الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة العربية.
47. عبد الله، سحر (2008). فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تعزيز عمليات تحمل الضغوط لدى مرضى القلق والاكتئاب بمستشفى التجاني الماحي، رسالة ماجستير غير منشورة، السودان، جامعة النيلين.
48. عبد الله، هشام (2009). العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، دار الكتاب الحديث، الجزائر.
49. عبد المقصود، أماني، (2007). مقياس القلق الاجتماعي للمراهقين والشباب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
50. عريفج، سامي (1999). مناهج البحث العلمي وأساليبه، ط2، دار مجدلاوي، الأردن.

51. العزاوي، سامي (2010). القلق الاجتماعي والشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بممارسة الألعاب الرياضية لدى طالبات جامعة ديالى، الكتاب السنوي لمركز أبحاث الطفولة والأمومة، المجلد2، الجزء2، ص12-36.
52. عسلي، عزت (2005). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض القلق لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه، البرنامج المشترك بين جامعة الأقصى بغزة وجامعة عين شمس بمصر.
53. العقاد، عصام (2001). سيكولوجية العدوانية وترويضها، منحي علاجي معرفي جديد، القاهرة، دار غريب.
54. عقل، محمود (2000). الإرشاد النفسي التربوي - المداخل النظرية- الواقع والممارسة، دار الخريجين، الرياض.
55. عكاشة، أحمد (2003). الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
56. علوي، إسماعيل (2009). العلاج النفسي المعرفي، إريد، عالم الكتب الحديث.
57. عمارة، عبد اللطيف (1985). العلاج العقلاني الانفعالي لبعض الأفكار الخرافية لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.
58. عيد، محمد (2000). دراسة المظاهر الأساسية للقلق الاجتماعي وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص لدى عينة من الشباب، مجلة كلية التربية، ج 4، العدد 24، جامعة عين شمس، القاهرة.
59. العيسوي، عبد الرحمن (1985). سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية.
60. غازادا (جورج. إم.) وريموند (جي. كورسيني)، (1986). نظريات التعلم، دراسة مقارنة.

ترجمة: علي حسين حجاج، ط2، الكويت، عالم المعرفة.

61. فايد، حسن (2004). الرهاب الاجتماعي وعلاقته بكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى طالبات الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، العدد (18)، القاهرة، مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس.
62. فايد، حسين (2008). العلاج النفسي أصوله أخلاقياته تطبيقاته، القاهرة، مؤسسة طبية.
63. الفحل، نبيل (2009). برامج الإرشاد النفسي النظرية والتطبيق، (ط 1)، القاهرة، دار العلوم للنشر والتوزيع.
64. فرج، محمود (1992). دراسة فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في حل بعض مشكلات المراهقة لطلاب المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير، مكتبة التربية، جامعة عين شمس.
65. فهمي، مصطفى (1976). الإنسان وصحته النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
66. القذافي، رمضان (1993). الشخصية نظرياتها واختياراتها وأساليب قياسها، بنغازي، ليبيا، منشورات الجامعة المفتوحة.
67. القريطي، عبد المطلب (1998). في الصحة النفسية، القاهرة، دار الفكر العربي.
68. قلندر، سهلة (2003). القلق الاجتماعي وعلاقته بالتكيف الدراسي لدى طلبة جامعة الموصل، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الموصل.
69. كفاي، علاء الدين (1999). الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، القاهرة، دار الفكر العربي.
70. اللاذقاني، سامر (1995). أثر برنامج إرشاد جمعي قائم على التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلاني العاطفي في معالجة القلق الاجتماعي، رسالة ماجستير غير منشورة، عمان، الجامعة الأردنية.

71. المالح، حسان (1995). **الخوف الاجتماعي**، دار المنارة، جدة.
72. محمد، عادل (2000). **العلاج المعرفي السلوكي**، القاهرة، دار غريب.
73. المدخلي، أحمد (1995). **فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين**، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض، جامعة الملك سعود.
74. معمريّة، بشير (2009). **القلق الاجتماعي: المواقف المثيرة ونسب الانتشار والفروق بين الجنسين وبين مراحل عمرية**، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد (21)، جامعة المنصورة.
75. ملحم، سامي (2002). **مناهج البحث في التربية وعلم النفس**، ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
76. مليكة، لويس (1990). **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**، الكويت، دار القلم.
77. مليكة، لويس (1994). **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**، (ط2)، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
78. منصور، رشدي (1998). **علم النفس العلاجي**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
79. منصور، سحر (2002). **أساليب العقاب وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى الأطفال**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
80. موسى، سامي (1997). **فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي مقترناً بالواجبات المنزلية في علاج الخواف الاجتماعي**، مجلة كلية التربية، العدد 29، جامعة الزقازيق.
81. الناعمة، عمار (2008). **فاعلية برنامج عقلائي انفعالي سلوكي في تخفيف القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية**، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، معهد الدراسات والبحوث التربوية.

82. النبال، مايسة (1995). الخجل وبعض أبعاد الشخصية، دراسة نمائية وارتباطية، جامعة الإسكندرية.

83. هاشم، سامي (1997). فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي مقترناً بالواجبات المنزلية في علاج الخواف الاجتماعي، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد29، ص 41-98.

84. هوب، هيمبورغ (2002). اضطراب الرهاب الاجتماعي ، في ديفيد بارلو (محرر) مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية، ترجمة صفوت فرج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

85. وردة، بلحسيني (2011). أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه، جامعة قاصدي مرباح بورقله، الجزائر.

86. يوسف، جمعه (2001). النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية ، دار غريب، القاهرة.

87. اليوسفي، علي (2008). دافع الانجاز وعلاقته بالقلق الاجتماعي لدى طالبات كلية التربية بجامعة الكوفة، مركز تطوير التدريس والتدريب الجامعي، جامعة الكوفة.

المراجع باللغة الإنجليزية:

88. Albano Am., et al (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. A preliminary study. Journal of Nervous and Mental Diseases.

89. American Psychiatric Association, (1994): Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders (4th Ed). Washington, D.C: A.P.A. Author.

90. Bensink, R, (2006). Internet use, identity development and social anxiety among young adults. Psychological Science, 29(6).

91. Brush M.A., & Heimberg, R. G. (1994): Differences in Perceptions of Parental and Personal Characteristics between Generalized and

- Nongeneralized Social Phobia, *Journal of Anxiety Disorders*. Vol. 8, pp. 155-168.
92. Burks, H. & Steffler, B. (1979). *Theories of Counseling* (3rd Ed.) United State of America: McGraw-Hill, Inc.
93. Dolliver, Robert H. (1977). The relationship of rational-emotive therapy to other psychotherapies and personality theories. *The counseling psychologist*, 7,1, 57-63.
94. Dolliver, Robert H. (1977). The relationship ship of Rational Emotive Therapy to other Psychotherapies and Personality Theories. *The Counseling Psychologist*, 7,1, 57-63.
95. Doppelt, Lee H. (1984). Level of rationality and the effectiveness of rational restructuring and self control desensitization with socially anxious addults. *Dissertation Abstracts Interational (B)*. 45, 3, 1010.
96. Dryden, W. (1996). *Inguiries in Rational Emotive Behaviour Therapy*. London: SAGE Publications.
97. Ellis A., (1998): *Rational Emotive Therapy (RET). A Therapist's Guide*. Impact publishers, (1) pp. 3-12.
98. Ellis, Albert (1974): *Humanistic Psychotherapy: The Rational Emotive Approach* New York: M C Grew-Hill.
99. Ellis, Albert (1975). Rational emotive psychotherapy. In, D. Banister. (Ed) *Issues & Approaches in the Psychological Therapies*, London. John Wiley & Sons, pp163-182.
100. Ellis, Albert (1977): *Rational Emotive Therapy: Research Data that Supports the clinical and Personality Hypotheses of R. E. T and other Modes of cognitive- Behavior therapy*. *The Counseling Psychologist*, 7,1, 2-42.
101. Ellis, Albert (1979): *Rational Emotive Therapy: (In) Corsini, R. (Ed). Current Psychotherapies*. (2th Ed.) Itasca: Peacock Publishers. Pp. 185-229.

102. Ellist, Albert (1991). Using RET Effectively: Reflections and Interview. (In) Bernard, M. Using Rational Emotive Therapy Effectively: A Practitioner's Guide. New York: Plenum Press.
103. Emmel Kamp P., et al (1985). Social phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioral intervention. Behavior research and therapy 23(3).
104. Flanagan, Rosemary, Povall, Dellion & Byre (1998). A Comparison of Problem Solving with and Without Rational-Emotive behavior therapy to Improve Children's Social Skills. Journal of Rational Emotive and Cognitive Behaviour Therapy, 16, 2, 3-10.
105. Heimberg RG., And Juster HR., (1996). Treatment of social phobia in cognitive-behavioral groups. Journal of Clinical psychiatry, 55(6).
106. Hofman SG., et al (1996). Conditioning theory: a model for the etiology of public speaking anxiety? Behavior research and therapy, 33(5).
107. Hudson, L., & Ronald M. (2002): The origins of Social Phobia. Behavior Modification. Vol. 24,N.1.,PP. 28-102.
108. Jeffrey B. & Jay S., (1999): From normal fear to Pathological Anxiety. Psychological Review. Vol. 105, N.2, pp. 325-350.
109. Kennerly H (2008). Peurs, Anxiete et Phobies, Dunod, Paris.
110. La Greca A M, Dandes SK, Wick P, Shaw K & Stone WL (1988): Development of the social Anxiety scale for Children: Reliability and concurrent Validity, Journal of Clinical Child Psychology, V 17, N1: 84-91.
111. Leary M.R, Meadows S (1991): Predictors, Elicitors, and Concomitants of Social Blushing, Journal of Personality and Social Psychology, N 60: 254-262.
112. Lemperiere T H, Filline A, Gutman A (2000): Psychiatrie de l adulte, Masson Paris.

113. Mannuzz S., et al, (1995); Generalized social phobias. Reliability and Validity. Archives of General psychiatry, pp. 67-79.
114. Marks IM. (1987): Fears phobias, ad rituals panic, anxiety and their disorders, Oxford University press.
115. Meichen Baum, D. H. (1985): Cognitive Behavioral Theraies. (In) Lynn, S. J. &Garske, J.P. (eds). Contemporary psychotherapies: Models and Methods. London: Charles Merrill PP 2-30.
116. Menninger WW., (1995): Comorbidity in social phobia: Implications for cognitive- Behavioral treatment. Rear of Humiliation Integrated Treatment of Social phobia and co-morbid conditions. Jason Aronson INC.
117. Nardone G., (1996): The strategic approach and other models of psychotherapy. Brief strategic solution-oriented therapy of phobic and obsessive disorders. Jason Aronson INC. pp. 81-92.
118. Patterson, C.H. (1986). Theories of counseling & psychotherapy. 4th Ed. New York: Harper & Row.
119. Pollard, C.A. & Henderson, J.G (1988): Four types of Social Phobia in a Community Sample. Journal of nervous and mental disease. Vol. 176, N. 7,pp. 440-445.
120. Samuel, M. & Ruth, T. (1995): Social Phobia: An analysis of Possible developmental factors. Journal of abnormal Psychology, Vol. 104, N. 3, pp. 526-530.
121. Stein MB, Torgrud, L. J. & Walker. J. (2000): Social phobia symptoms subtypes and severity: findings from a community survey, archives of general psychiatry, V57, N11:046-1052.
122. Timothy J.S. (1989): Self-discrepancies in clinical depression and social phobia: cognitive structures that underlie emotional disorders. Journal of abnormal psychology. Vol.98, N.1.

123. Vera L, Mirabel-Sarron C (2002): *Psychtherapie des Phobies*, Dunold, Paris.
124. Warren, Rickes; Smith, Greg; Velten, Emmitt (1987). Rational-emotive therapy & the reduction of interpersonal anxiety in junior high school students. *Adolescence Journal*, 19, 76, 893-902.
125. Winton EC., Clarck DM. &Edelmann RJ., (1997): Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. *Behavior Research Therapy*, 33(2).
126. World Health Organization (1992): *The International of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Description and Diagnostic Guidelines (Icd-10)* Geneva, Switzerland.

الملاحق

ملحق رقم (1)

مقياس التحدث أمام الآخرين (للتحكيم)

السيد الدكتور/..... حفظه الله،،،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الموضوع: تحكيم مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين

يقوم الباحث بعمل بحث لنيل درجة الدكتوراه في جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا - قسم

الإرشاد النفسي والتربوي وهذا البحث بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي جمعي لخفض رهاب التحدث

أمام الآخرين لدى طالبات الإرشاد النفسي في جامعة الأقصى بغزة).

ولذا نرجو من سيادتكم الإطلاع على هذا المقياس وتحكيمه، وتحديد مدى ملائمة المقياس

وصلاحية تطبيقه على البيئة الفلسطينية، كما نرجو من سيادتكم أن تقوموا بتعديل ما يلزم أو إضافة

ترونها مناسبة.

مع فائق الاحترام والتقدير،،،

الباحث

نبيل نمر عبود

ملحق رقم (2)

البرنامج الإرشادي (للتحكيم)

السيد الدكتور/..... حفظه الله،،،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الموضوع: تحكيم البرنامج الإرشادي الجمعي لخفض رهاب التحدث أمام الآخرين

يقوم الباحث بعمل بحث لنيل درجة الدكتوراه في جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا - قسم

الإرشاد النفسي والتربوي وهذا البحث بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي جمعي لخفض رهاب التحدث

أمام الآخرين لدى طالبات الإرشاد النفسي في جامعة الأقصى بغزة).

ولذا نرجو من سيادتكم الإطلاع على هذا البرنامج وتحكيمه، وتحديد مدى ملائمة البرنامج

وصلاحية تطبيقه على البيئة الفلسطينية، كما نرجو من سيادتكم أن تقوموا بتعديل ما يلزم أو إضافة

ترونها مناسبة.

مع فائق الاحترام والتقدير،،،

الباحث

نبيل نمر عبود

ملحق رقم (3)

قائمة المحكمين

اسم المحكم	الدرجة العلمية	التخصص	المسمى الوظيفي الحالي	اسم الجامعة التي يعمل بها حالياً
1/ أ. د. عبد الرحيم عاشور	بروفيسور	مناهج	عميد البحث العلمي	جامعة الأقصى
2/ أ. د. فضل أبوهين	بروفيسور	صحة نفسية	عميد كلية التربية	جامعة الأقصى
3/ أ. د. نظمي أبو مصطفى	بروفيسور	صحة نفسية	محاضر	جامعة الأقصى
4/ د. عون محيسن	أ. مشارك	علم نفس	رئيس قسم علم النفس	جامعة الأقصى
5/ د. درداح الشاعر	أ. مساعد	علم نفس	محاضر	جامعة الأقصى
6/ أ. د. محمد عليان	بروفيسور	علم نفس	محاضر	جامعة الأزهر
7/ د. عبد العظيم المصدر	أ. مشارك	علم نفس	محاضر	جامعة الأزهر
8/ د. محمد عسلية	أ. مشارك	علم نفس	محاضر	جامعة الأزهر
9/ د. جمال الزعانين	أ. مشارك	مناهج	محاضر	جامعة الأقصى
10/ د. أنور البنا	أ. مشارك	صحة نفسية	محاضر	جامعة الأقصى

ملحق رقم (4)

مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين

يقوم الباحث بإجراء دراسة تجريبية حول "فاعلية برنامج إرشادي جمعي لخفض رهاب التحدث

أمام الآخرين لدى طالبات الإرشاد النفسي في جامعة الأقصى بغزة".

استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي والتربوي من جامعة السودان

للعلوم والتكنولوجيا.

من هنا أعزائي الطالبات، بين أيديكم عدد من الفقرات التي تتعلق وتعبر عن مشاعرك وتصرفاتك

بصدق في الموقف الذي تعبر عنه العبارة مع ملاحظة أنه لا يوجد اختيار صحيح أو خاطئ المهم

هو أنه يعبر عنك بصدق.

- إذا كانت العبارة تنطبق عليك دائماً ضع إشارة (x) تحت ينطبق دائماً.

- إذا كانت العبارة تنطبق عليك بعض منها ضع إشارة (x) تحت ينطبق أحياناً.

- إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك ضع إشارة (x) تحت لا ينطبق أبداً.

شكراً لحسن تعاونكم، ولكم خالص التحية والتقدير

الباحث/ نبيل نمر عبود

الرقم	الفقرة	ينطبق دائماً	ينطبق أحياناً	لا ينطبق أبداً
1.	تتزايد دقات قلبي عندما أتحدث مع الآخرين			
2.	ترتجش يداي حينما أتحدث أمام الآخرين			
3.	يصبح صوتي خافتاً عندما أتحدث مع الآخرين			
4.	تتراكم الأفكار المخيفة في رأسي أثناء تواجدي مع الطالبات في قاعة المحاضرات			
5.	أعرض لتصبب العرق قبل الحديث مباشرة مع الآخرين			
6.	تضطرب أنفاسي عندما أواجه سؤال مفاجئ أمام الآخرين			
7.	أشعر بغصة في صدري وأنا أتحدث مع الآخرين			
8.	ينتابني صراع شديد من كثرة تفكيري بالخجل من التحدث أمام الآخرين			
9.	تثقل يداي وأرجلي عند التحدث أمام الآخرين			
10.	أرتبك عندما يلاحظ الآخرون احمرار وجهي أثناء الحديث معهم			
11.	أتوتر عند الحديث مع المدرس			
12.	يصعب علي النظر مباشرة في وجهه من أتحدث معه			
13.	حرمانني من درجات المشاركة في النشاط يشعرني بالألم ولا أستطيع المشاركة			
14.	أعتقد أن خوفي من التحدث أمام الآخرين غير منطقي			
15.	يصعب علي معرفة ما ينبغي قوله والتحدث به مع الآخرين			

			16. أرى بعدم قدرتي على إبداء رأيي حينما أراقب من قبل الآخرين
			17. أعتقد أن عدم قدرتي على مشاركة الآخرين في الحديث ترجع إلى خوفي من مواجهتهم
			18. أعبّر عن أفكاري بطمأنينة عندما أتحدث أمام الآخرين
			19. يشغلني التفكير في مخاوفي عند التحدث أمام الآخرين
			20. أتعرض لنسيان بعض أجزاء الحديث عندما أكون في موقف مواجهة مع الآخرين
			21. أخاف بشدة عندما أكون موضعاً لتفحص الآخرين وتقييمهم
			22. أشعر بالوحدة عند تواجدي مع الآخرين لعدم التواصل والحديث معهم
			23. تنقصني الثقة بالنفس عندما أواجه بعض المواقف الاجتماعية
			24. أتعمد التغيّب عن شرح درس أمام الطالبات في قاعة المحاضرات
			25. أتحدث وأشارك في الندوات المختلفة أمام الآخرين
			26. أعاني صعوبة كبيرة في الحديث أمام الآخرين
			27. أتجنب مشاركة الآخرين الحديث والمناقشة قدر الإمكان
			28. أرتبك من نظرات الآخرين لي عندما أتحدث معهم
			29. أتجنب التعبير عن آرائي علانية خشية سخريّة الآخرين
			30. ترددي في الحديث أمام الآخرين يجعلني عصبياً
			31. أتجنب الظهور في الحفلات والأماكن العامة
			32. أتلعثم أثناء الحديث أمام مجموعة من الغرباء

			33. أتجنب الجلوس في الصفوف الأمامية تفادياً للأسئلة التي قد توجه لي
			34. أرتبك ويحمر وجهي عند الحديث مع الجنس الآخر
			35. أضطرب عند الحديث مع شخص عبر الهاتف
			36. أشعر بعدم الارتياح عندما أكون مع مجموعة من الغرباء

ملحق رقم (5)

استمارة تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الفلسطينية

إعداد أ.د. نظمي عوضة أبو مصطفى (2000)

كلية التربية - جامعة الأقصى

أولاً: البيانات الأولية:

1- الاسم: 2- الجنس: 3- الترتيب الميلادي:

ثانياً: الوضع المهني للوالدين:

أ- وظيفة الأب:

- 1- لا يعمل (قاعد عن العمل).....
2- يعمل في الأرض المحتلة.....
3- يعمل في مؤسسة حكومية.....
4- يعمل في مؤسسة خاصة.....
5- أعمال حرة.....

ب- وظيفة الأم:

- 1- لا تعمل (قاعدة عن العمل).....
2- تعمل في مؤسسة حكومية.....
3- تعمل في مؤسسة خاصة.....

ثالثاً: المستوى التعليمي للوالدين:

أ- المستوى التعليمي للأب:

- 1- أمي لا يقرأ ولا يكتب.....
2- يقرأ ويكتب.....
3- المرحلة الابتدائية.....
4- المرحلة الإعدادية.....
5- المرحلة الثانوية.....
6- دبلوم معلمين (سنتان).....
7- المرحلة الجامعية فما فوق.....

ب- المستوى التعليمي للأم:

- 1- أمية لا تقرأ ولا تكتب.....
2- تقرأ وتكتب.....
3- المرحلة الابتدائية.....
4- المرحلة الإعدادية.....
5- المرحلة الثانوية.....
6- دبلوم معلمين (سنتان).....
7- المرحلة الجامعية فما فوق.....

رابعاً: المستوى الاجتماعي للأسرة:

- 1- عدد أفراد الأسرة.....
2- عدد غرف السكن.....
3- ما الوضع الصحي للمنزل: جيد..... متوسط..... رديء.....
4- ما الأجهزة المتوفرة في المنزل؟ راديو أو مسجل..... مروحة..... ثلاجة..... تلفزيون.....
بوتجاز..... فيديو..... ستلايت..... مكواة بالكهرباء..... مكنسة كهربائية..... غسالة كهربائية.....
خلاط بالكهرباء..... تلفون..... مكيف.....
5- هل تمتلك الأسرة سيارة؟ نعم..... لا.....

خامساً: المستوى الاقتصادي:

أ- مصادر دخل الأسرة:

- 1- شئون اجتماعية.....
2- عمل الأخوة.....
3- عمل الأم.....
4- عمل الأب.....
5- أراضي زراعية.....
6- تربية المواشي والأغنام.....
7- أعمال حرة.....

ب- قيمة الدخل الشهري للأسرة:

- 1- أقل من 500 شيقل.....
2- من 500 - 1000 شيقل.....
3- من 1000-1500 شيقل.....
4- من 1500-200 شيقل.....
5- من 2000-2500 شيقل.....
6- من 2500 فأكثر.....

ملحق رقم (6)

جلسات البرنامج الإرشادي

الجلسة الأولى

الموضوع: تمهيد وتعارف

الأهداف:

1 - أن يتعرف الباحث على أفراد المجموعة التجريبية، لكي تتم الألفة بين الباحث والمجموعة وبين أفرادها.

2 - أن تدرك الطالبات أهمية البرنامج والفائدة التي تعود عليهن من البرنامج.

3 - أن يتفق الباحث مع أفراد المجموعة التجريبية على مكان ومواعيد جلسات البرنامج.

فنيات الجلسة:

المناقشة والحوار.

إجراءات الجلسة:

رحب الباحث بالطالبات المشاركات في البرنامج، وبدأ بالتعريف عن نفسه، وأنه يقوم بدراسة علمية تربوية نفسية، تستخدم استراتيجيات الإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي، وفنياته في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين لدى طالبات الإرشاد النفسي. وطلب من الطالبات أن يعرفوا بأسمائهن. وبعدها قام الباحث بالحديث عن البرنامج والالتزام بحضور الجلسات، والتعاون مع الباحث وتحمل المسؤولية، وقال الباحث أن هذه الجلسات تعقد في سرية تامة، وهذا يدعونا لأن نعبر عن أنفسنا بحرية وصراحة تامة، وتم الاتفاق على أن تعقد الجلسات في معمل علم النفس، وكذلك تم الاتفاق على أن تكون مواعيد الجلسات يومي الاثنين والخميس من كل أسبوع.

وطلب الباحث من الطالبات الحرص على متابعة الحضور وعدم التغيب، لأن هدف البرنامج هو تقديم الخدمات الإرشادية لحل ومواجهة ما يعانين من مشكلات، والمساعدة في تحقيق الصحة النفسية والتوافق، وبعد ذلك طرح الباحث على الطالبات سؤال هو: هل هناك اعتراض على المكان أو المواعيد؟ فأجابت الطالبات: لا.

وبعدها بدأ الباحث بعرض عدد جلسات البرنامج الإرشادي، على أن يكون لكل جلسة موضوع معين.

وفي النهاية شكر الباحث الطالبات على الحضور، وحسن تعاونهم على أن يتم اللقاء القادم في الجلسة الثانية.

الجلسة الثانية

الموضوع: الرهاب الاجتماعي ورهاب التحدث أمام الآخرين

أهداف الجلسة:

- تعريف الطالبات بالرهاب الاجتماعي ورهاب التحدث، أسبابه وأعراضه ونسب انتشاره والمخاطر والتأثيرات السلبية على الفرد وما يصاحبه من اضطرابات.
- توضيح الغرض من البرنامج.

إجراءات الجلسة:

- يرحب الباحث بالطالبات ويشكرهن على الالتزام بالحضور.
- توضيح الهدف من البرنامج الإرشادي وهو خفض رهاب التحدث أمام الآخرين، الذي ظهر وجوده عند الطالبات من خلال تطبيق المقياس.
- تعريف الرهاب بشكل عام ورهاب التحدث أمام الآخرين بشكل خاص.
- توضيح أن رهاب التحدث يجعل الفرد يتجنب الناس، ومواقف الحديث خوفاً من السخرية والإحراج، وتظهر عليه أعراض فسيولوجية مثل التعرق والإحمرار والارتجاف إذا أُجبر على هذه المواقف.
- ويفتح الباحث باب الحوار والمناقشة مع الطالبات، ويقوم بتسجيل ما يتم التوصل إليه.
- بعد ذلك يقوم الباحث بشرح المخاطر المترتبة على رهاب التحدث أمام الآخرين من حيث الدراسة والعمل والعلاقات الاجتماعية اليومية وأثر ذلك على عملية التكيف مع البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد، ومخاطر الرهاب في الدراسة تجعل الطالب يخاف سؤال المعلم، وهذا ينعكس على تحصيله العلمي ودرجاته، أو أن يقوم بالإجابة عن سؤال.

- وبعد ذلك يسمع الباحث تعليقات الطالبات على موضوع الجلسة، وعن بعض المواقف الحياتية التي يواجهونها، وعن الأسباب التي أدت بهم إلى هذا الاضطراب ومكوناته المعرفية والانفعالية والسلوكية.
- يقوم الباحث بعرض مثال واقعي من خلال مواقف الحياة اليومية، وتصف الطالبات ردود أفعالهن ومشاعرهن تجاهها وهو ما يعمل على تشجيع كل طالبة للتعبير عن معاناتها والاستماع إلى معاناة الآخرين، وهذه تعتبر بداية للتفاعل الاجتماعي داخل المجموعة.
- يوضح الباحث للطالبات أنه سوف يتم تعلم خبرات ومهارات جديدة في جلسات البرنامج تساعدهم على خفض هذا الاضطراب مثل فنية الاسترخاء وفوائدها.
- يطلب الباحث من الطالبات واجب منزلي يتمثل في:
- ما هي المواقف التي تشعرين فيها بالخوف من الحديث؟
- من هم الناس الذين تخافين الحديث أمامهم؟
- وبعد ذلك يشكر الباحث الطالبات على الالتزام بالهدوء أثناء الجلسة والتفاعل معه، ويؤكد على موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة والرابعة والخامسة

مجادلة الأفكار غير العقلانية

أهداف الجلسة:

- تشجيع الطالبات على المناقشة الجماعية، وذلك من خلال عرض المواقف الاجتماعية ليتم النقاش حولها.

- مجادلة وتحدي الأفكار غير العقلانية لكل طالبة.

- تفسير العلاقة بين الأفكار غير العقلانية ورهاب التحدث.

إجراءات الجلسات:

يقوم الباحث بتسجيل الأفكار المشتركة بين الطالبات، لكي يتم مناقشتها. فالأفكار والمواقف الاجتماعية المتشابهة تعمل على شعور الطالبة بالعمومية، وأنها ليست لوحدها في هذه المشكلة، وتعطي الطالبة الشجاعة لكي تحكي عن خبراتها في هذه المواقف التي ترتبط برهاب التحدث أمام الآخرين.

- يقوم الباحث باستخدام أسلوب الحوار المركز، حول المسترشد، ويتم تحديد زمن لكل طالبة. في البداية الحديث يكون بين المرشد والمسترشد وبعد ذلك تقوم الطالبات بتوجيه الأسئلة. - ومن بعد يطلب الباحث من الطالبة (س) الخروج إلى السبورة وكتابة موقفها الاجتماعي لكي تتم مناقشة الفكرة غير العقلانية، بهدف مواجهتها واستبدالها بفكرة عقلانية. وذلك على النحو التالي:

الطالبة (س): لا أحتمل أن ينتقدي أحد.

الطالبة (ر): لماذا؟

الطالبة (س): ذلك يثير غضبي.

الطالبة (ف): من أي شيء تغضبين؟

الطالبة (س): من التعرض للإحراج أمام الآخرين.

الطالبة (ف): ماذا يكون الهدف من الإحراج؟

الطالبة (س): أن يكونوا هم الأفضل.

الباحث: هل كل من وجه إليك انتقاد، يريد أن يثبت أنه أفضل منك؟

الطالبة (س): ليس كل من ينتقدني يكون أفضل مني.

الطالبة (ص): ما هي الأسباب الأخرى؟

الطالبة (س): عندما أتعرض للنقد من أحد فإنه يؤكد لي أنه يكرهني.

الباحث: في هذا الموقف فكرة غير عقلانية.

وسوف نقوم بتجزئة هذا الموقف بمقتضى نظرية A.B.C التي ذكرناها من قبل.

فالحديث أمام الآخرين (A) والخوف من الكراهية، هو التفسير لفكرتك عن الموقف (B).

والغضب والهروب من التحدث أمام الآخرين هو النتيجة الانفعالية للموقف (C).

ويوضح الباحث أن تفسير الطالبة ليس بسبب الخوف من النقد أو من الغضب أو أنهم

أفضل. ولكن يعود ذلك إلى الخوف من الكراهية. وإن تنتقل الكراهية إلى الآخرين المشاركين معك في

الحديث. وعليه أصبحتي ترفضين النقد، بكل أشكاله، وهذا ما دفعك إلى التهرب من التحدث أمام

الآخرين.

الطالبة (س): صحيح.

الباحث: يشكر الطالبة على ما توصلت إليه من استنتاج. ويقول لها يوجد استنتاج آخر وهو

أن النقد يمكن أن يكون إيجابي والنقد يعني أن المستمعات لحديثك اهتموا بالحديث وناقشوكي في

الموضوع. وهذا يدل على أن موضوعك جيد. وأنت فسرتي عكس ذلك بأنه إحراج.

ومن جانب آخر أعتقدني بأن النقد بسبب الكراهية. فهل لو كان النقد من والدك أو الأستاذ أو زميلك لكانت الانتقادات إيجابية.

وهنا يكون سبب النقد هو أن تنمي عندك القابلية للنقد. وتكوني موضوعية في الاستماع وتقبل آراء الآخرين.

الباحث: نحن في العرض السابق توصلنا إلى الفكرة غير العقلانية، وهي التي كان لها دور في رهاب التحدث، والآن الخطوة الثانية هي مجابهة هذه الفكرة واستبدالها بفكرة عقلانية. يقوم الباحث بإعداد فريق من الطالبات يتكون من 3 طالبات، ويطلب منهن أن يطرحن أسئلة على بعضهن.

الطالبة (ر): هل الذي يجعلنا خائفين هي مواقف التحدث أمام الآخرين أم يوجد أسباب أخرى؟

الطالبة (ن): الذي يجعلنا خائفين من المواقف الاجتماعية وخاصة في موقف التحدث أمام الآخرين هو أسلوبنا في التفكير.

الطالبة (و): نعم، لأنه عندما تسيطر الفكرة غير العقلانية عند التحدث أمام الآخرين، فإن الخوف يزيد ويشتد، وهذا يؤدي إلى الشعور بالإحباط والانهازية بشكل مباشر.

الباحث: إن الاعتقاد بالفكرة غير العقلانية يتم بدرجة بسيطة، ومع الزمن ترسخ هذه الفكرة، والحل يكون في نبذ هذه الفكرة.

وبدلل الباحث بقوله على ما قالتها الطالبة (س) أن يكون الموقف خالي من النقد، وفي هذه الفكرة يثار الخوف ويظل قائماً، وهو الخوف من النقد.

الباحث: إن الحل الأمثل للتعامل مع الفكرة غير العقلانية، هو نبذها والتخلص منها وذلك عن طريق تبني أفكار جديدة.

ويطلب الباحث من الطالبة (س) أن تتبني فكرة جديدة للموقف الذي طرحته.

تقوم الطالبة (س) بكتابة الفكرة العقلانية الجديدة على السبورة وهي: لا اعترض على أن

ينتقدي أحد عند الحديث أمام الآخرين.

ويطلب الباحث من الطالبة (س) أن توضح للطالبات ذلك من حيث الفكرة التي سيطرت

عليها عند الحديث أمام الآخرين، الانفعال، والنتيجة.

الطالبة (س): "أنني لا احتلم وأغضب" هي الفكرة التي كانت عندي في الموقف، وهذه فكرة

غير عقلانية، أما في الموقف الثاني، لا اعترض، فهي فكرة عقلانية.

وبالنسبة للانفعال في الموقف الأول كنت في حالة خوف شديد من النقد الموجه لي. وهذا

عكس على أفكاري فأصبحت مشوهة والتركيز مشتت، وهذا بسبب تركيزي على النقد فقط.

وفي النهاية توصلت إلى نتيجة، وهي الهروب من كل مواقف الحديث أمام الآخرين.

ولكن في الموقف الثاني لم أشعر بالخوف من النقد ولا اعترض عليه. وأن النقد الموجه لي

ليس كرهًا من الآخرين، وقمت بوضع عدة احتمالات لقبول هذا النقد، والنتيجة من هذا الموقف سوف

أقوم باستقبال جوانب النقص عندي، وأعمل على تلاشي هذا النقص بكل جهد.

الباحث: شكرت الطالبة (س) على تبنيها أفكار جديدة عقلانية.

الباحث: الانتقال إلى الطالبة (ح) ليتم مناقشة موقفها.

الطالبة (ح): عندما يقوم المحاضر بسؤالي في القاعة لا أتمكن من الإجابة.

الطالبة (و): لماذا؟

الطالبة (ح): أخاف أن تكون الإجابة غير صحيحة.

الطالبة (ر): غير صحيحة من وجهة نظر من؟

الطالبة (ح): من وجهة نظر المحاضر.

الطالبة (س): إذا كان للمحاضر وجهة نظر في أن إجابتك خاطئة، ما هو سبب انزعاجك؟

الطالبة (ح): تقييمي شيء سيكون في درجات المشاركة، وهذا يؤثر على المعدل وأريد أن

أحصل على تقدير ممتاز .

الطالبة (ن): نسلم أن رأيك صحيح، وإذا لم تأخذي ممتاز، لماذا يثار خوفك؟

الطالبة (ح): لا أستطيع تحقيق هدفي في التخصص وهو الإرشاد النفسي.

الطالبة (ف): وإذا لم تحققي هدفك، ما هو الشيء الذي يخيفك؟

الطالبة (ح): سوف أشعر بالفشل، وهذا مقلق لي.

الطالبة (ز): على هذا السبب الحقيقي هو شعورك بالفشل؟

الطالبة (ح): نعم.

الباحث: الهدف الرئيسي هو تعميق الاقتناع بالمعتقد العقلاني في عقول الطالبات، ويتم

مناقشتهن بما يلي:

- التفكير العقلاني، منطقي وواقعي.

- يوجد دليل وبرهان على المعتقدات العقلانية، ولا يوجد للمعتقدات غير العقلانية.

- المعتقدات العقلانية تعمل على التوازن النفسي، وحماية الفرد من الاضطرابات.

- لا يوجد شيء سيئ 100%.

- القدرات توجد بنسب مختلفة بين البشر وحتى داخل الفرد ذاته تتفاوت قدراته.

ويقوم الباحث بعد ذلك باختيار طالبتين، الأولى الطالبة (و) وتمثل الذات غير العقلانية،

والثانية الطالبة (ر) وتمثل الذات العقلانية. ويتم النقاش بينهما:

الطالبة (و): يجب أن أحصل دائماً على ممتاز.

الطالبة (ر): وما هو شعورك لو أخذتي جيداً جداً.

الطالبة (و): أكون حزينة وقلقة.

الطالبة (ح): لو حصلت على ممتاز، ما هو شعورك؟

الطالبة (و): الفرح والسعادة، وأبقي قلقة وخائفة.

الطالبة (م): من ماذا تخافين وتقلقين؟

الطالبة (و): على المعدل التراكمي، وهل سوف أحصل على ممتاز في كل مرة.

الطالبة (س): هذا يجعلك خائفة وقلقة بشكل مستمر.

الطالبة (و): ماذا تعني بشكل مستمر؟

الطالبة (س): أي إذا تحقق هدفك، سوف يبقي القلق والخوف ملازم لك.

الطالبة (و): نعم صحيح.

الطالبة (ر): نبدأ الحديث مع الذات العقلانية. لو حصلت على تقدير جيد جداً، وكنتي تحبين

أن تحسلي على ممتاز ما هو شعورك؟

الطالبة (ر): أشعر بالإحباط، ولكن سوف أبذل كل جهدي للحصول على تقدير ممتاز.

الطالبة (و): وإذا تكرر حصولك على جيد جداً، ما هو شعورك؟

الطالبة (ر): أعمل على مضاعفة الجهد، وأضع خطة جديدة لعملية المذاكرة.

الباحث: الموقف السابق للطالبتين هو موقف واحد والاختلاف يكون في طريقة التفكير

والتفسير. فالطالبة التي تمثل الذات غير العقلانية، تحمل فكرة واحدة لا تغيرها، وهي (يجب دائماً)

فهي تعيش حالة من الخوف المستمر، والشعور بالضعف والعجز، حققت متطلباتها أم لا.

أما الطالبة التي تمثل الذات العقلانية، فالتفكير لديها مرن. فهي تتوقع أن تصاب بالإحباط إذا

لم يحدث ما ترغب فيه، وقالت أن الإحباط سوف يكون عامل إيجابي لتحفيزي، فالإحباط هنا هو

النتيجة الانفعالية.

وفسرت طالبة هذا أنه عامل تنبيه يساعدها في إدراك الأخطاء، وهذا يجعل الإنسان قادراً على التوافق.

وقام الباحث بمراجعة الطالبات بالمواقف التي تم مناقشتها، وقام بسؤال طالبة التي تمثل الذات غير العقلانية، تقولين يجب أن تحسلي دائماً على درجة ممتاز، فما هو الدليل والبرهان ومن أين لك المعلومة أنه يجب أن تنجحي في كل عمل تقومين به؟ (ويجب هنا التأكد من أن طالبة تجيب على السؤال).

ومن خلال إجابة طالبة يؤكد الباحث أن الإجابة الصحيحة في نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي- السلوكي، أنه لا يوجد دليل على أنني يجب أن أنجح، إلا أنني بالطبع أفضل النجاح. ويؤكد الباحث في حالة التعامل مع الفكر والشعور الإنساني، فلا يوجد شيء في الحياة البشرية يجب أن يحدث دائماً، وفي جميع الأحوال.

ويؤكد الباحث على المعتقدات العقلانية ويجب التمسك بها، وتحدي المعتقدات غير العقلانية، واستبدالها بالمعتقدات العقلانية.

ويطرح الباحث على الطالبات عدة خطوات يجب الالتزام بها لكي يتم مجابهة المعتقدات غير العقلانية بها وهي كما يلي:

- الاعتقاد غير العقلاني الذي أرغب في مجادلته وتحديه.
- استطيع إيجاد دليل عقلائي يؤكد هذا الاعتقاد.
- هل يوجد دليل على هذا الاعتقاد.
- ما هو أسوأ شيء يمكن أن يحدث فعلياً، عندما يحدث لي ما أخشاه؟
- ما هي الأشياء الإيجابية، التي يمكن أن تحدث لي، أو التي يمكن أن أجعلها تحدث، إذا حدث لي ما أخشاه؟

بعد ذلك يطلب الباحث من الطالبات تسجيل مجادلتهم، وتحديهن للذات غير العقلانية على ورق، ويتم الاطلاع عليها بين فقرة وأخرى. وأن يقمن بكتابة مواقف للتحديث أمام الآخرين. ويعتبر هذا واجب منزلي سوف يتم مراجعته في الجلسة القادمة، وبعد ذلك شكر الباحث الطالبات على الحضور وذكرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة

الاسترخاء

أهداف الجلسة:

- تعريف الطالبات بأهمية الاسترخاء، والتدريب عليه واستخدامه.
- خفض مستوى رهاب التحدث.

إجراءات الجلسة:

- عمد الباحث لإجراء جلسة الاسترخاء، قبل البدء في استخدام فنيات أساسية للإرشاد وهي مهاجمة الأفكار غير العقلانية وتحديها، وهي تتطلب مهاجمة كل طالبة على حده، وبشكل علني أمام الطالبات، وهذا الموقف سيكون صعب على الطالبات، لأن رهاب التحدث أمام الآخرين يتميز بحساسية مفرطة من التقييم السلبي من قبل الآخرين.

- أعطى الباحث تعريفاً للاسترخاء، وأنه يختلف عن النوم، وله آثار إيجابية واضحة، ولا يقوم بإزالة التوترات العضوية فقط، وإنما له دور في تغيير الاعتقادات الفكرية الخاطئة، والأفكار غير العقلانية، وهي التي يكون لها دور في إثارة الاضطراب الانفعالي. حيث يعزز الاسترخاء القدرة على ضبط الذات، والتحكم في التغيرات الجسمية، والفرد المسترخي يكون قادراً على ضبط سلوكه من الفرد المتوتر، ويكون أكثر مرونة في التعامل مع الآخرين (إبراهيم، 1994: 83).

ثم أوضح الباحث أهمية التدريب في مكان هادئ ذي إضاءة خافتة، بعيداً عن الضوضاء الخارجية، ويمكن التخلص من الملابس الضيقة، والنظارات الطبية، وخلع الحذاء، ويمكن أن يتم الاسترخاء على كرسي مريح، أو على الأرض حسب الرغبة لعدة دقائق، وأهمية غلق العينين لمنع المشتتات البصرية، والبدء في الاسترخاء والتنفس (شهيق وزفير) وتخيل منظر جميل، وراعى الباحث أن يتم توجيه التعليمات بصوت هادئ وتكرار عبارات تحقق مستوى أعمق من الاسترخاء، ثم طلب

الباحث من أفراد المجموعة التجريبية الاستماع للتعليمات جيداً، وأهمية التدريب على الاسترخاء في المنزل، كمهارة حياتية باستمرار، وأن عليهم التركيز على ما تشعر به أجسامهم، وأوضح لهم أنه سيتم التدريب على فنية الاسترخاء.

أولاً: الذراعان:

أ -إغلاق راحة اليد في الذراع الأيسر إغلاقاً شديداً، مع ملاحظة أن عضلات اليد وعضلات مقدمة الذراع حتى الكوع تنقبض، وتتوتر بشدة، والتركيز على هذا الوضع لمدة (10) ثواني، وكان الباحث يلاحظ أفراد المجموعة، ويقوم بتصحيح الوضع بطريقة فردية.

ب إرخاء اليد اليسرى مع فرد الأصابع ببطء، مع ملاحظة الفرق بين التوتر والاسترخاء، أو بين القبض والبسط، ثم ترك اليد في وضع مريح لمدة (10) ثواني، تكرار التمرين مع الذراع الأيمن.

ثانياً: اليدين:

أ -ثني راحة اليد اليمنى وراحة اليد اليسرى، كليهما معاً إلى الخلف حتى الشعور بالتوتر في المعصم وظهر اليد، والاستمرار على هذا الوضع لمدة (10) ثواني.

ب العودة ببطء إلى الحالة الأولى وفك راحة اليدين معاً بإعادة وضعهما إلى الأمام حتى الشعور بالاسترخاء.

ج +الاستمرار في الشعور بالاسترخاء لمدة (10) ثواني، مع تكرار هذا التمرين مرة أخرى.

ثالثاً: الكفان:

أ -أطبق الكفين بإحكام تنيهما في المقدمة باتجاه الذراعين حتى الشعور بتوتر عضلات أعلى الذراعين في ذلك الجزء الممتد من الرسغ حتى الكوع، حاول أن تدرس التوتر وتحسه والآن استرخ.

ب إسقاط الذراعين إلى الجبين، وملاحظة الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع، وما هي

عليه الآن من الاسترخاء النسبي الذي يصل إلى (10) ثواني صمتاً، وتكرار هذا مرة أخرى.

ج قبض الكفين بإحكام، وثنيهما في اتجاه الكتفين مع محاولة لمسهما بقبضة اليد، ثم التوقف، وإسقاط الذراعين، والاسترخاء مع الشعور بالتناقض بين التوتر والاسترخاء، وترك تلك العضلات على سجيبتها أكثر فأكثر (10) ثواني.

رابعاً: الكتفان:

أ - رفع الكتفين حتى تقترب من ملامسة الأذنين مع ملاحظة الشد في منطقة الكتفين، وعضلات الرقبة.

ب الاستمرار في هذا الوضع لمدة (10) ثواني. ثم إرجاع الكتفين إلى وضعيهما ببطء، والاسترخاء تماماً.

ج +الاستمرار في التدريب على استرخاء هذا الجزء لمدة (10) ثواني، وتكرار هذا التدريب مرة أخرى.

خامساً: الرأس والوجه:

أ -يقوم كل فرد من أفراد المجموعة بالتنفس بعمق، مع غلق العينين وشد عضلات الأنف مع ضم الجبهة والحاجبين، والاستمرار في الشد، والشعور أن عضلات الجبهة قد تقلصت تماماً، ثم يتم استرخاء هذا الجزء لمدة (10) ثواني، مع ملاحظة ما يشعرون به من شد وألم، في الوجه والحاجبين وال الفك والأسنان.

ب أخذ نفس عميق، مع الضغط على الشفتين حتى الشعور بتوتر العضلات المحيطة بالفم، والاستمرار على هذا الوضع لمدة (10) ثواني، ثم القيام بالاسترخاء ببطء، مع ارتخاء عضلات الشفتين، وترك الذقن في وضع مريح مع الاستمرار في التدريب على استرخاء الفم لمدة (10) ثواني، ويتم تكرار التدريب مرة أخرى.

سادساً: الرقبة:

- أ - الرجوع بالرأس إلى الخلف، ثم الضغط على عضلات الرقبة إلى أسفل حتى الشعور بتوتر عضلات الرقبة، والاستمرار في هذا الوضع لمدة (10) ثواني.
- ب - إرخاء عضلات الرقبة ببطء، والعودة بالرأس إلى الأمام، حتى الشعور باسترخاء عضلات الرقبة، والاستمرار في هذا الوضع لمدة (10) ثواني، ثم تكرار هذا التمرين مرة أخرى بطريقة عكسية.
- ج - الضغط بالذقن على الصدر بشدة، إلى حين الشعور بتوتر عضلات الرقبة، الاستمرار في هذا الوضع لمدة (10) ثواني، ثم الاسترخاء ببطء، ورفع الذقن ببطء، حتى الشعور باسترخاء عضلات الوجه.
- د - الاستمرار في حالة الاسترخاء لمدة (10) ثواني، وتكرار التمرين مرة أخرى.

سابعاً: البطن:

- أ - شد عضلات البطن إلى الداخل، لحين الشعور أن البطن والصدر كأنها تتكونان من مجموعة عضلات، الاستمرار في هذا الوضع لمدة (10) ثواني.
- ب - إرخاء عضلات البطن والصدر ببطء، لحين الشعور أن البطن والصدر ليس بهما أي شد عضلي أو عصبي، مع ملاحظة كيف أصبحت دافئة وطيقة، مع أخذ الزفير، والشعور أن المعدة مسترخية، وأن الشد يبتعد عن الصدر، والتنفس بهدوء وعمق (شهيق وزفير).
- ج - الاستمرار في حالة استرخاء عضلات البطن والصدر لمدة (10) ثواني، ثم تكرار التدريب مرة أخرى.

ثامناً: الفخذان:

- أ - فرد الساقين وإبعادهما قدر الاستطاعة، أفردهما حتى تلاحظ التوتر المستثار في منطقة الفخذ (5) ثواني. ثم الاسترخاء بترك الساقين مع ملاحظة الفرق، ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق

للفخذين، وما هما عليه الآن من وضع مريح، واسترخاء محسوس (10) ثواني، تكرر التمرين مرة أخرى.

ب إصاق الركبتين، وإبعاد الرجلين والساقين بقدر الاستطاعة حتى الإحساس بتوتر شديد في الفخذين (5) ثواني، ثم الاسترخاء، وبسط عضلات جسمك وترك كل عضلات جسمك حتى يزول الشد الذي حدث في الفخذين (10) ثواني.

تاسعاً: عضلات الظهر:

أ - تقوس الظهر بثنيه إلى الأسفل، حتى يكاد الصدر أن يلتصق بالبطن، مع الاستمرار في عملية التقويس، لحين الشعور بتوتر عضلات الجزء الأعلى من الظهر، والاستمرار على هذا الوضع لمدة (10) ثواني.

ب العودة ببطء إلى الوضع الطبيعي، لحين الشعور باسترخاء عضلات الجزء الأعلى من الظهر، والاستمرار في حالة الاسترخاء لمدة (10) ثواني، مع تكرار التدريب مرة أخرى.

وفي نهاية الجلسة شكر الباحث أفراد المجموعة على حسن الاستماع، والالتزام بالتعليمات.

الواجب المنزلي:

التدريب على الاسترخاء في المنزل.

تعليمات الاسترخاء:

تمارين الاسترخاء تشعرك بالطمأنينة عندما تكون منفصلاً أو خائفاً أو قلقاً.

ويجب أن نتدرب على هذه الفنية ونكتسبها. فالإنسان مثل ما يتعلم أن يكون مشدوداً ومتوتراً،

يمكن أن يتعلم العكس، أي أن يكون قادراً على الاسترخاء والهدوء.

وإليك التعليمات التالية:

- لا يكون الاسترخاء بعد الاستيقاظ من النوم مباشرة، ولا قبل النوم، إلا في حالة الأرق.

- أن يكون الكرسي مريح وله ذراعان ومسند عالي إلى مستوى الرأس.

- أن يكون مكان الاسترخاء هادئ بعيد عن الضوضاء.

- أن يكون خفيف الإنارة.

الجلسة السابعة

العلاج العقلاني: الانفعالي - السلوكي

أهداف الجلسة:

- 1 شرح مفهوم العلاج العقلاني: الانفعالي - السلوكي طبقاً لنظرية Ellis.
- 2 تحديد أهداف العلاج العقلاني: الانفعالي - السلوكي.
- 3 تدريب المجموعة على فهم كيف يربطن أنماط تفكيرهن بمشاعرهن وأعمالهن وسلوكهن.

الفتيات:

المحاضرة، والمناقشة الجماعية، والتغذية الراجعة، والواجبات المنزلية.

إجراءات الجلسة:

في البداية رحب الباحث بأفراد المجموعة، وقام بشرح موجز لما دار في الجلسة السابقة، وأوضح أن من الأسباب المهمة للاضطرابات النفسية والانفعالية الأفكار اللاعقلانية التي يعتنقها الشخص، وأن هذه الأفكار إنما تعود إلى فترة يكون فيها الفرد غير قادر على تأمل الأفكار التي يعتنقها بعد، وانتقائها.

وبعد ذلك أوضح الباحث أن الإرشاد العقلاني: الانفعالي - السلوكي أكبر محاولة لإدخال العقل والمنطق في عملية العلاج النفسي، وقد توصل Ellis إلى أن السبب في ذلك ليس فقط هو أن الفرد قد نشأ في وسط تسوده الأفكار اللاعقلانية، ولكن لأنه أيضاً يعيد غرس هذه الأفكار اللاعقلانية في نفسه.

ويقول Ellis أن التفكير أهم أسباب الانفعال، ولذلك يحاول تحديد أسباب السلوك المضطرب من أفكار ومعتقدات غير منطقية، ومساعدة المسترشد على التخلص من ذلك عن طريق الإقناع وإعادة المسترشد إلى التفكير الواقعي (زهران، 1980: 360).

وبعد ذلك قام إليس بتعديل نظريته من العلاج العقلاني الانفعالي إلى العلاج العقلاني:

الانفعالي السلوكي.

وأن العلاج يتناول الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية، وفلسفة العلاج عنده تقوم على بعض التصورات والفروض المتعلقة بطبيعة الإنسان، وطبيعة التعاسة، والاضطرابات التي يعاني منها الفرد مع مراعاة:

- أن الإنسان كائن عاقل، ومنفرد في نوعه، وهو حين يفكر، ويسلك بطريقة عقلانية، فيصبح ذا فاعلية، ويشعر بالسعادة والكفاءة.
- أن الاضطراب الانفعالي والسلوك العصابي يعتبران نتيجة للتفكير غير المنطقي.
- أن التفكير والانفعال ليسا منفصلين، فالانفعال يصاحب التفكير.
- الانفعال في حقيقته تفكير منحاز، ذاتي لا عقلاني.
- يرجع التفكير غير العقلاني في أصله إلى التعلم المبكر غير المنطقي، فالفرد لديه الاستعداد لذلك التعلم بيولوجياً، كما أنه يكتسب ذلك من والديه بصفة خاصة، والبيئة التي يعيش فيها بصفة عامة.
- التفكير غير العقلاني يستمر بالضرورة طالما يستمر الاضطراب الانفعالي، وهذا بالضبط ما يوضح خصائص شخصية الفرد.

وناقش الباحث أفراد المجموعة حول ما تم عرضه من خلال نظرية ألبيرت إليس، وفتح باب

المناقشة المتأنيبة، والحوار المتبادل بينه وبين أفراد المجموعة.

سألت طالبة عن تاريخ حياة ألبيرت إليس.

وأجاب الباحث بتقديم نبذة مختصرة عن ألبيرت إليس على أنه عالم نفس أمريكي قدم أسس

العلاج العقلاني الانفعالي في أوائل عام 1950م، ولد في بتسبيرج عام 1913م، وحصل على

البكالوريوس عام 1934م من جامعة نيويورك، وحصل على درجة الماجستير عام 1943م، وعلى دكتوراه الفلسفة عام 1947م من جامعة كولومبيا، ويعد عالم نفس أمريكياً مشهوراً، ومعالجاً ممارساً، وصاحب الفضل في تقديم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي؛ لأنه يرى أن الأحداث النشطة لا تسبب الانفعالات، ولكن اعتقادات الفرد اللاعقلانية هي التي تسبب الانفعالات.

ولكي يفهم أفراد المجموعة نظرية إليس قدم الباحث فكرة عن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي من خلال شرح نموذج ABC.

نظرية ABC لألبيرت إليس A.

تمثل نظرية A.B.C مركز العلاج العقلاني والانفعالي، حيث أن نظام الفرد وتفسيره للأحداث والخبرات، التي مر بها هي المسئولة عن اضطرابه الانفعالي، وليس الحوادث أو الخبرات ذاتها. يحدد إليس في نظريته العناصر الآتية:

(أ) حدث محرك للنشاط (A) Activating experience

(ب) نظام معتقدات لا عقلانية (B) Irrational believe system

(ج) نتيجة انفعالية (C) Emotional consequence

(د) تنفيذ ومناقشة (الأفكار اللاعقلانية) (D) Dispute

(هـ) الأثر (الصحة النفسية) (E) Effect (psychological health)

بالنظر إلى هذه المكونات ABCDE نجد أنه إذا حدث لفرد ما نشاط (أ) فإن ردود فعل هذا النشاط سيكون عند (ج) وبالتالي فإن النتائج الانفعالية (ج) وهي نتيجة أفكار الفرد ومعتقداته التي يستخدمها في النشاط (أ) وهي تقسم إلى نوعين من الأفكار:

أفكار غير عقلانية (IB) Irrational Believe system

الأفكار العقلانية (RB) Rational Believe system

وبالتالي ينتج عنها نوعان من النتائج:

نتائج غير عقلانية (IC) Irrational Consequences

نتائج عقلانية (RC) Rational Consequences

وعلى ذلك فإن الحدث (A) ليس هو السبب في إحداث النتائج (C) وإنما نظام معتقدات الفرد

(B) هي التي تتسبب في إحداث النتائج (C).

وعليه طبقاً لنموذج A.B.C فإن الانفعالات والمشاعر لا تسببها الأحداث أو الأعمال السيئة،

ولكنها تحدث نتيجة للأفكار التي لدينا عن تلك الأعمال. فإن نوع التفكير الذي نمارسه عن الأحداث

سوف يحدد نوع رد الفعل الذي نشعر به. فالأفكار الواقعية والعقلانية، الهادئة الملائمة تؤدي إلى

مشاعر وأعمال واقعية هادئة ملائمة. أما التفكير المنحرف غير العقلاني فإنه يؤدي إلى انفعالات

سلبية وأعمال ضارة.

وقام الباحث بعد ذلك بمناقشة أفراد المجموعة، حول ما دار أثناء الجلسة من أفكار

ومعتقدات، وطلب منهن أن يعرضن مثلاً على نمط ما قدمه الباحث من معلومات.

الواجبات المنزلية:

- مراجعة المحاضرة عن العلاج (توزع مكتوبة) بهدف الإلمام التام بالموضوع.

- تقديم نموذج يوضح العلاقة بين المعرفة والسلوك والانفعال في النموذج A.B.C.

الجلسة الثامنة والتاسعة

التعلم بالنمذجة

أهداف الجلسة:

- 1 عرض نموذج حي، والتعلم منه بشكل مباشر.
- 2 -التقييم الذاتي، وذلك من خلال اكتساب سلوكيات جيدة من النموذج الحي.

إجراءات:

أولاً: مراجعة ما تم تنفيذه من الواجبات المنزلية.

ثانياً: عرض الباحث قصة (حالة) سبق له تعديل سلوكها، وذلك بخصوص علاقتها بالآخرين.

ويترك للمجموعة فرصة ذكر قصص مشابهة، وذلك كبداية للاستعانة بنماذج تعليمية للسلوك

المفضل.

ثالثاً: يقدم الباحث نموذج حي Life model، والذي يمثله محاضر بقسم علم النفس جامعة

الأقصى ومسئول الوحدة الإرشادية، فهو اتسم بالنجاح والالتزان النفسي والاجتماعي، وكان له قبول

واسع من الطلاب والطالبات، حيث يرى الباحث أنه كلما كانت القدوة أو النموذج ناجحاً ويحظى

بمستوى كبير من القبول، كان من السهل تعلم أنواع السلوك التي تصدر عنه بصورة أسرع.

بعد ذلك يطلب الباحث من جميع أفراد المجموعة المشاركة في سؤال هذا الشخص عن سر

نجاحه وقدرته على القيام بأداء أدوار ونشاطات اجتماعية فعالة.

رابعاً: يطلب الباحث من كل طالبة ذكر مناسبة اجتماعية، أو موقف كان الأداء فيه جيد، فإن

الأداء الجيد في المواقف يكون معزز ومشجع في المواقف والسلوكيات المقبلة.

خامساً: بعد ذلك يسعى الباحث في استخدام أسلوب آخر يعرف بالنمذجة بالمشاركة، وهذا

الأسلوب تكمن فاعليته بقيام الطالبة بتطبيق ما تعلمته من النموذج أو القدوة خلال الجلسة الإرشادية

بتجربته في الواقع المحيط، ويعطي الباحث فرصة للطالبات للتطبيق، وذلك للحصول على التغذية الراجعة، كعملية تقييم ومراجعة لما تم اكتسابه.

ومثال على ذلك: كل طالبة في المجموعة تقوم منفردة بمقابلة نموذج حي، تختاره بشرط أن تكون هذه القدوة ناجحة وتمتاز بالمثالية. فمن خلال ذلك يتم التعلم بالملاحظة من خلال النموذج الحي.

بعد ذلك يقوم الباحث بالتعليق على الواجبات المنزلية للجلسة السابقة، وبعدها ينهي الباحث الجلسة بشكر الطالبات.

الجلسة (العاشرة والحادية عشر)

التدريب على المهارات الاجتماعية

أهداف الجلسة:

1 - العمل على تدريب الطالبات على بعض المهارات الاجتماعية اللازمة لبناء السلوك التكيفي مع الآخرين، في المواقف الاجتماعية المختلفة مثل: تعلم الأساليب اللفظية، والتعبير الحر، وتأكيد الذات.

2 - التوضيح للطالبات الدور الذي تلعبه المهارات الاجتماعية، اللفظية وغير اللفظية في تنمية القدرة على المواجهة.

إجراءات الجلسة:

أولاً: يعد الباحث عدداً من الفنيات والأساليب التي تعارض الرهاب، وتساعد في الوقت ذاته على محاولة إيجاد استجابات تكيفية جديدة، وذلك بهدف علاج القصور في المهارات الاجتماعية، والحرية في المواقف الاجتماعية عامة ومواقف التحدث خاصة، وفي حالة وجود صعوبة في التعبير الحر عن الرأي وتأكيد الذات، وخاصة أثناء التعامل اليومي مع الآخرين.

وعليه سعى الباحث لتدريب الطالبات على السلوك التوكيدي المناسب والفعال، ليتم في

المستقبل تطبيقه في البيئة الواقعية مع من حولهن وهذه الأساليب هي:

1 - تعلم الأساليب اللفظية: يطلق على هذا الأسلوب اسم (تطبيق المشاعر) أي أن تتحول المشاعر

والانفعالات الداخلية إلى كلمات منطوقة وبطريقة تلقائية، وهذا لجميع الانفعالات مثل الحب،

الدهشة، الأسف.

وقام الباحث باختيار طابقتان للتطبيق، على أن يبدأ السؤال بأنتي ويبدأ الجواب بأنا، وذلك

على النحو التالي:

الطالبة (أ) للطالبة (ح): أنتي تفضلين الحديث بالصوت الخافت، أم بالصوت العالي

المسموع؟

الطالبة (ح): أنا أفضل الحديث بالصوت الخافت في وجود الآخرين.

الطالبة (أ): أنتي تفضلين المذاكرة مع صديقة لك، أم لوحدي؟

الطالبة (ح): أنا أفضل المذاكرة لوحدي.

2- التعبير الحر عن الرأي وتأكيد الذات: يعلم الباحث الطالبات عندما يختلفن في الرأي مع إحدى

الصديقات، إظهار مشاعرهن الحقيقية بدلاً من الموافقة، وأن تظهر معارضتهن بشكل واضح

والموافقة أيضاً.

وعليه قام الباحث باختيار (4) طالبات، كل طالبتين يمثلن فريق، وذلك لتبادل الحوار لمدة

عشر دقائق.

فالفريق الأول يعبر عن الذات العقلانية التي تقول للأخرى الذات غير العقلانية عليها أن

تفعل ذلك أو لا تفعل.

وهنا يجب الاستخدام المعتمد لكلمة (أنا) لتأكيد الذات، فإذا أجابتها الذات غير العقلانية، ليس

من حقا كذا، تجيب الذات العقلانية: الصحيح أنه هدفي لم يكن التدخل في الخصوصيات، ولكن في

اعتقادي أن، أو في رأيي أنه..

أما الفريق الثاني يطلب من الأول أن تمتدح الأخرى وتبادل الأولى الثناء، مثال على ذلك:

الطالبة (ع): أرى أنك إنسانة متفوقة.

الطالبة (غ): وأنا أرى أنك إنسانة لطيفة ولبقة في حديثك.

تدريبات: نعم - لا

يقوم الباحث باختيار (5) مجموعات، كل مجموعة ممثلة بثنائي، ويطلب من الأولى أن تقول نعم أو لا للثانية والعكس، وهذا حسب رأيها الخاص في الموقف موضوع النقاش، على أن تتساوى في نبرة الصوت وارتفاعه مع زميلتها، وتتغير النبرة والارتفاع من موقف لآخر.

ويجب أن تكون العيون في التقاء مباشر مع بعضها، وأن تكون تعبيرات الوجه ملائمة

للمشاعر والكلام. أي لا تبتسم وأنت توجه النقد لشخص معين.

يطلب الباحث من الطالبات الواجب المنزلي وهو: كل طالبتين يخترن موقف معين ويعبرن

عن آراء مختلفة، ويتم تسجيل ذلك على شريط، أو كتابة رسائل تكون فيها مشاعر وانفعالات متنوعة

مثل: النقد، والإعجاب، أو الشكر.

وفي ختام الجلسة يشكر الباحث الطالبات.

الجلسة (الثانية عشر والثالثة عشر)

التدريب على السلوك التوكيدي الجمعي

أهداف الجلسة:

- التدريب على السلوك التوكيدي، حيث يلعب أداء الدور والتعزيز من المجموعة، دوراً هاماً في تغيير السلوك غير العقلاني.
- أهمية هذا الأسلوب في التعامل مع حالات الرهاب وخاصة رهاب التحدث.
- توضيح أن التدريب على هذا الأسلوب، له أهمية كبيرة لأنه أداء يحتوي على جوانب معرفية وانفعالية وسلوكية.

إجراءات الجلسة:

- يطلب الباحث من كل طالبة أن تكتب موقف خاص بها، يتضمن التحرج في التعبير عن الرأي أو التحدث أمام الآخرين. ويطلب من كل طالبة أن تقوم بعمل الدور مرتين، الأول كما هو بالفعل، والثاني بعد تعديل كل من الفكرة والانفعال والسلوك غير العقلاني من الموقف، والهدف من ذلك توعية الطالبات، باكتساب مهارة أداء الدور الاجتماعي بشكله الصحيح.
- يقوم الباحث باختيار موقف، ليتم تأديته ويعطي جميع الطالبات فرصة إبداء الحلول والمقترحات. والموقف الذي اختاره الباحث هو تجنب الطالبة الحديث أمام الآخرين، وهو يعود لعدة أسباب: الخوف من التلعثم، أو الخوف من الأسئلة المفاجئة، أو الخوف من عدم التركيز مما يضعف من أدائها. وعليه تكون موضوع سخرية من قبل الآخرين.
- تختار كل طالبة موضوعاً، ليتم إلقائه أمام الطالبات ويخصص (10) دقيقة لكل طالبة. ومن ثم يتم التعليق الجماعي من قبل الطالبات، ويتناول هذا التعليق كل من نبرات الصوت، والحركات، والاتصال البصري، صياغة الفكرة، الانفعالات، والأداء السلوكي.

وبعد ذلك يقوم الباحث بتقييم أداء المجموعة، وينبه إلى النقاط الهامة، وهي تركيز الطالبات

أثناء مواقف التحدث في الأمور التالية:

- هل كان أسلوبكن مراقب؟

- العمل الذي تؤدونه، يؤدي بالشكل الصحيح؟

- ما هو رأي الآخرين فيكن؟

ويقول الباحث: في نفس وقت الحديث أمام الآخرين ستكون مشغولات في التقييم، وكلما زاد

التفكير في ذلك كلما قل التركيز وكثرت الأخطاء، وعندما يزيد الخطأ يزداد الرهاب، وبالتالي يضطرب

السلوك مما يؤدي إلى التلعثم، والنتيجة لذلك هي تجنب الحديث أمام الآخرين.

أما بالنسبة للتقييم الفردي، الخاص بكل طالبة، فإن الباحث سعى إلى تجنب الطالبة أي شعور

سلبى، فاستخدم أسلوب المداعبة والمبالغة المرحية، ويعتبر أليس أن هذا الأسلوب، من أهم الأساليب

في الإرشاد؛ خاصة بما يتعلق بطرق التخلص من الفكرة غير العقلانية، عند مواجهة الموقف

الضاغط، وكان شرط أليس أن تبني علاقات وثيقة بين أعضاء المجموعة، وبين المرشد وأعضاء

المجموعة. ومثال على ذلك:

الطالبة (ر) الغياب عن إلقاء بحث أمام الطالبات، وذلك بسبب خوفها من الأسئلة الصعبة

والاستفسارات من الطالبات.

الباحث: لماذا الغياب عن إلقاء البحث، وأنت في هذه الحالة لا تحصيلي على درجة في

البحث وهي (25) درجة، وهذا يؤثر في معدل المساق؟

الطالبة (ر): أخاف من الأسئلة والاستفسارات المفاجئة من الطالبات أثناء عرض البحث.

الباحث: ماذا يعني استفسارات وأسئلة الطالبات؟ هل هذا الأمر يجعلك تتغيبين؟

الطالبة (ر): إذا لم أستطيع الرد على الأسئلة، سأشعر بالخوف وأفقد السيطرة، وسوف أكون موضع سخرية من قبل الطالبات.

الباحث: هذا الأمر يدعو للتهرب والغياب، فعلاً صعب، دعونا نتحدث عن أمر آخر.
هذه التعليقات تكشف للطالبة عن عدم معقولية أفكارها، وتعمل على تبصيرها بسلوكها وتصرفها غير المنطقي، حيال الموقف الاجتماعي، وعندها سنتبنى اتجاهاً إيجابياً، ويعزز قدرتها على التحكم في أداؤها للدور الجديد.

ويوضح الباحث للطالبة أن الدعابة الساخرة تمس فكرتها غير العقلانية فقط، بعيد عن مدى احترام الباحث لها.

بعد ذلك يقوم الباحث بتدريب الطالبات على الإلقاء.

- يعمل الباحث على التأكد من أن الطالبات قمن باتقان الدور التكيفي الجديد، وعليه طلب الباحث من الطالبات تطبيق ذلك في البيئة الواقعية، كتغذية راجعة لما سبق تعلمه.
- أما فيما يتعلق بصعوبة التعبير الحر عن الرأي وتأكيد الأنا مثلاً صعوبة إظهار المشاعر الحقيقية عند اختلاف الرأي.

ومثال على ذلك موقف للطالبة (س) وهي تنتظر دورها في الطابور على شباك شؤون

الطلاب: تتقدم طالبة أخرى، وتأخذ دورها دون وجه حق، هذا الموقف يكون لدى الطالبات اللاتي تنقصهن الجرأة الاجتماعية في المواجهة.

وتكون ردة فعل الطالبة (س) هي الامتناع فقط.

- يطلب الباحث من الطالبات التركيز على مشاعر وانفعالات الطالبة (س) ولكنها لا تقوم بعمل أي شيء.

ويسأل الباحث الطالبة (س) بماذا تشعرين؟

الطالبة (س): بالغضب.

الباحث: ولكن لم تفعل أي شيء؟

الطالبة (س): أخاف من النقد والسخرية من قبل الآخرين.

ويقول الباحث أن الخوف من المواجهة هو الذي منع الطالبة (س) من المواجهة.

وهنا يتم تحويل الغضب والخوف إلى سلوك اجتماعي مناسب، وتقوم الطالبة (س) بإعادة أداء

المشهد، بعد تعديل كل من الفكرة والانفعال والسلوك، ويطلب من الطالبة (س) وبقية الطالبات

ملاحظة الفرق بين المشهدين.

الطالبة (س) تقف في طابور، وتأتي طالبة أخرى وتقف في دورها، فتقول الطالبة (س) للزميلة

عفواً أنك لم تري أن الدور لك أم لغيرك؟

وترد عليها الطالبة: آسفة، معك حق، لم انتبه لذلك، وتعود للدور في الطابور.

هنا يؤكد الباحث أن هذه الاستجابة هي الاستجابة المعقولة.

- في فنية "لعب الأدوار" استفادت الطالبات من حيث زيادة الجرأة الاجتماعية وتأكيد الذات لديهن.

وعليه قدم الباحث نصيحة وهي المشاركة في برامج الأنشطة الطلابية في الجامعة.

وقامت الطالبات فعلاً بالمشاركة في الأنشطة الطلابية وكان دور الباحث متابعة الطالبات.

وفي الختام شكر الباحث الطالبات على الحضور والالتزام في الجلسة.

الجلسة الرابعة عشر

الجلسة الأخيرة

أهداف الجلسة:

- الاستماع إلى ملاحظات أعضاء المجموعة والإجابة عن أسئلتهم.
- القيام بالتطبيق البعدي.
- الاستماع إلى انطباعات الطالبات.
- تعبئة نموذج تقييم البرنامج النهائي. (ملحق)
- شكر أعضاء المجموعة على المشاركة والالتزام والحضور.

الإجراءات:

- يجيب الباحث عن جميع تساؤلات الطالبات.
- يطلب الباحث من الطالبات الإجابة على مقياس رهاب التحدث للمرة الثانية (تطبيق بعدي).
- تحديد موعد جلسة المتابعة بعد مرور 6 أسابيع.
- يقوم الباحث بتوزيع جدول يحتوي على تقييم للبرنامج ككل.

نموذج الجدول الذي يوضح التقييم العام للبرنامج

هل حقق البرنامج أهدافه	ما هي أفضل الجلسات	ما هي نقاط الضعف في البرنامج؟	ما مدى استفادتك من البرنامج؟	ما رأيك في البرنامج؟
نعم			ممتاز	ممتاز
لا			جيداً جداً	جيداً جداً
إذا كانت الإجابة لا يرجى توضيح ذلك			جيد	جيد
			مقبول	مقبول
			ضعيف	ضعيف

يشكر الباحث أعضاء المجموعة على تعاونهم والتزامهم في الجلسات.

ملحق رقم (7)

استمارة تقييم البرنامج الإرشادي

الاسم:

تحتوي هذه الاستمارة على عدة أسئلة لتقييم البرنامج الإرشادي ونرجو الإجابة عليها بصراحة تامة في

ورقة وهي:

1 هل نجح البرنامج الإرشادي في علاج مشكلتك؟

2 لديك إضافات معينة على البرنامج الإرشادي؟

3 هل تريد المشاركة في برامج إرشادية أخرى؟

الباحث

نبيل عبود

