

# فعالية الإرشاد العقلانى الإنفعالى مقترناً بالواجبات المنزلية فى علاج الخواف الإجتماعى

إعداد

د. سهام محمد موسى هاشم

أستاذ م. الصحة النفسية

كلية التربية بالإسماعيلية- جامعة قناة السويس

مدخل إلى الدراسة

تعتبر اضطرابات القلق Anxiety disorders أحد المشكلات الهامة فى مجال الصحة النفسية. ويعتبر مرضى القلق من أكثر المترددين على عيادات الصحة النفسية والعيادات العامة. وقد أصبح الخواف الإجتماعى Social phobia والذى يبدو فى صورة خوف من التقييم أو النقد من قبل الآخرين يصنف كأحد اضطرابات القلق وفقاً لتصنيف الدليل التشخيصى والإحصائى للإضطرابات النفسية (المنقح) (1987) DSMIII R Diagnostic and statistical Manual of mintal disordas وعلى الرغم من أنه لفترة طويلة كان يعتبر الخواف الإجتماعى من قبل الباحثين الأوربيين أحد الإضطرابات التى يتم تشخيصها بصورة مستقلة إلا أن القليل كان يعرف عن هذا الإضطراب وعن طرق علاجه. وقد بدأت دراسة المخاوف الإجتماعية على يد عالمى النفس البريطانيين ماركس وجلدر Marks & Geger فى عام ١٩٦٦ ولم تكن من الإضطرابات المعروفة بالولايات المتحدة حتى عام ١٩٨٠ عندما تم تضمينها لأول مرة فى DSMIII ولم تكن هناك دراسات منظمة لهذا الإضطراب قبل بداية هذا التاريخ (Heimberg, R.G & Barlow, D.H, 1988) وقد كان التركيز فى السابق على المخاوف البسيطة Simple phobias والخواف من الأماكن المتسعة (الخلاء) Agoraphobia والقليل من الدراسات أجرى على هذا الإضطراب حيث كان يعتبر من اضطرابات القلق المهملة.

وتشير بعض الدراسات إلى أن حالات الخواف الإجتماعى تمثل ٢٪ من الحالات العيادية بينما يشير مركز الضغط النفسى وإضطرابات القلق Center for stress and

anxiety disorders فى الولايات المتحدة إلى أن مرضى الخوف الاجتماعى يمثلون ١٨,٣% من بين الحالات المترددة للعلاج. ويمكن القول بأن معدل إنتشار حالات الخوف الاجتماعى يزيد عن هذه النسب وربما يرجع ذلك إلى أن مرضى الخوف الاجتماعى لا يلجأون إلى العلاج نظراً لخوفهم من الحديث عن أنفسهم أمام الآخرين وإنتقارهم إلى هذه المهارة يجعلهم أكثر عرضة للقلق علاوة على ذلك فإنهم يعتبرون أنفسهم غير كفاء أو خجولين أو قلقين. (Heimberg & Barlow, 1988)

ويشير ما يريز وآخرون (1984) Myers, et. al. إلى أن هذا الإضطراب أكثر شيوعاً لدى الإناث حيث يتراوح مدى إنتشاره بين الرجال بين ٠,٩% - ١,٧% بينما تبلغ نسبة إنتشاره بين الإناث ١,٥% - ٢,٦% وهى نسبة كبيرة إذا ما قورنت بالإضطرابات الأخرى.

ويشير (1987) DSMIIIR إلى أن الأنواع الشائعة من هذا الإضطراب هى الخوف من الحديث والأكل أمام آخرين والخوف المعمم على جميع المواقف الإجتماعية. كما أن الإضطراب أكثر شيوعاً لدى الرجال عنه لدى الإناث وذلك فى العينات العيادية. بينما يشير ICD10 إلى أن الإضطراب يشيع بنفس النسبة تقريباً لدى الذكور والإناث. وربما يعود الإختلاف بين المعيارين إلى إختلاف العينات التى تناولها كل منهما.

وقد أجريت العديد من الدراسات لتحديد مدى إنتشار الخوف الاجتماعى. وأجرى بعض هذه الدراسات على عينات غير عيادية.. فى عينة مكونة من ٢٢٣ من طلاب الجامعة فى بريطانيا إتضح أن ٢٤% من الذكور و١٢% من الإناث يخافون الخروج إلى المقابلات الإجتماعية بصورة شديدة بينما يخشى هذه المواقف بصورة متوسطة ٣١% من الذكور و٤٦% من الإناث (Heimberg, et. al. 1987).

وفى دراسة أخرى على آلاف من الشباب لتحديد الخجل Shiness (وهو مفهوم قريب من الخوف الاجتماعى) عبر ٤٠% من أفراد العينة أنهم خجولين بينما أشار ٨٠% إلى أنهم شعروا بالخجل فى موقف ما. بينما أشارت دراسة أخرى على ٣٠٠٠ من الشباب العاديين Normals أن أكثر المخاوف شيوعاً هو الخوف من الحديث أمام الآخرين. ويرى هايمبرج وآخرون Heimberg, et. al 1987 أن هذه النتائج توضح أن العديد من الأشخاص العاديين

يعانون من أعراض الخوف الإجتماعى إلا أنه لا يوجد دليل على مدى تشخيص مثل هذه الحالات وفقاً لمعايير التشخيص المتبعة. إلا أن ما يميز جميع هذه الحالات هو تجنب المواقف الإجتماعية.

وقد استعرض بولارد وهندرسون (Pollard, C.A.& Henderson, T. G.(1988) أربعة أنواع من المخاوف الإجتماعية "الخوف من الحديث أو الإداء أمام الآخرين ، الكتابة أمام الآخرين ، تناول الطعام فى المطاعم العامة، وإستخدام الإستراحات العامة" وكان معدل إنتشار هذه الأنواع فى عينة مكونة من ٥٠٠ من الراشدين على الترتيب ٢٪، ٨٪، ٢٪، ١،٢٪، ٢٪ وأشارت الدراسة أيضاً إلى أن هذا الإضطراب أكثر إنتشاراً لدى الإناث منه لدى الذكور. وفى دراسة لأميس وآخرون (Amies, et. al. (1983 أشار إلى أن ٦٠٪ من الحالات التى درسها كانت من الذكور كما أنهم كانوا يعيشون بصورة منفردة (أعزب - مطلق - منفصل - أو أرملة) كما أنهم كانوا من المستويات الإجتماعية المرتفعة وذلك على خلاف مرضى الخوف من الأماكن المتسعة (الخلاء) Agoraphobia. ويرى هايمبرج (Heimberg. et. al. (1987 أن إضطراب الخوف الإجتماعى يعتبر أكثر شيوعاً مما يذكر فى الدراسات وذلك لأن مرضى الخوف الإجتماعى غالباً ما يلجأون إلى بعض أساليب التكيف مع الأعراض كأن يصف الفرد نفسه على أنه خجول أو أن هذا هو طبيعة وأنه لا يمكن أن يتغير عن ذلك فقد نشأ بهذه الصورة وأن ما يبذل الفرد للتغيير مضيعة للوقت وليس هناك ما يدعو إلى العلاج، ويقترح هايمبرج لذلك توعية جميع أفراد المجتمع لمواجهة هذا الإضطراب.

### أعراضه ومظاهره:

أشار نيكولز (Nichols, K.A. 1974) إلى مجموعة من الخصائص المميزة للخوف

الإجتماعى (والذى يعتبر أنه مرادف للقلق الإجتماعى) منها :

- الحساسية والخوف من النقد وعدم الإستحسان.
- الميل إلى إدراك النقد وعدم الإستحسان الذى لم يحدث بالفعل.
- الإحساس بأنه أقل مقدرة من الآخرين.
- المفاهيم الجامدة عن السلوك الإجتماعى الصحيح.
- زيادة الوعى والإنتباه والخوف من تركيز الآخرين عليه وفحصهم لأفعاله.

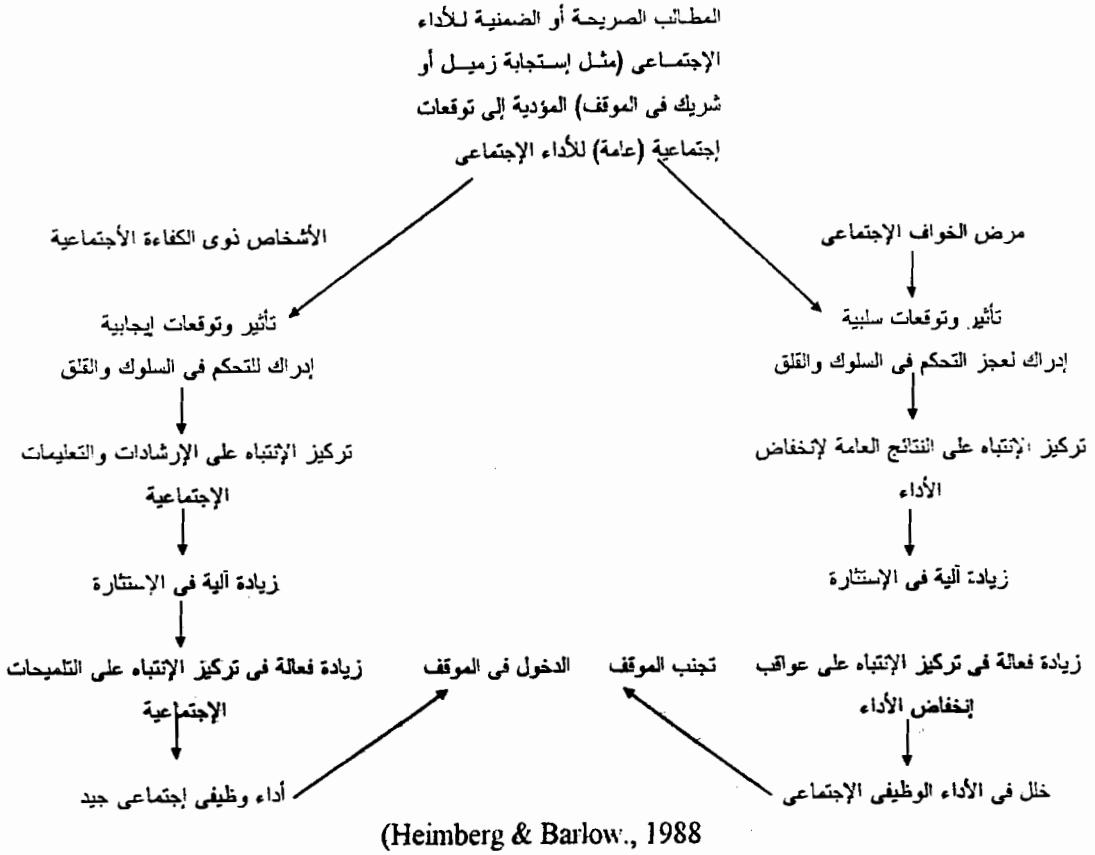
وتبدو الصورة الرئيسية للخواف الإجتماعى فى الخوف الملح من موقف أو أكثر من المواقف الإجتماعية التى يواجه فيها الفرد إنتقاداً محدداً من الآخرين، ويكون الخواف من أن يقبل الفرد على فعل شئى أو التصرف بطريقة تؤدي إلى إشمزاز أو تأثر الآخرين (Heimberg&Barlow:1988).

ويصحب هذا الخواف الملح مجموعة من الأعراض حددها DSMIII وتم توسيعها فى DSMIII-R ليضم تعريف الخواف الإجتماعى جميع المواقف الإجتماعية التى يخاف فيها الفرد (خوف عام) وهذه الأعراض هى:

- ١- تجنب الموقف الإجتماعى مع ظهور القلق الشديد مصاحباً لهذه الحالة.
- ٢- ظهور الخلل فى بعض الوظائف المهنية أو الإجتماعية أو أن يكون هناك حزن ملحوظ من هذا الخوف.
- ٣- يشعر الفرد بأن الخوف مبالغ فيه وغير معقول ( ليس له ما يبرره). (DSMIII-R, 1987).

ويعرض هايمبرج لنموذج إختلال الوظيفة الإجتماعية Social dyschuchion الذى يحدث فى حالات الخواف الإجتماعى.

وقد تم إستنباط هذا النموذج من خلال ما توصل إليه بارلو Barlow D.H فى دراسة عن إختلال الوظيفة الجنسية لدى مرضى القلق. وفيما يلى رسم توضيحي لهذا النموذج:



وتشير ميتشيل (Mitchell, C.E. (1988) إلى أن مريض الخوف الاجتماعى يخاف من أن يبدو أمام الآخرين فى وضع متدن inferior. كما يكون الأفراد المصابون بالخوف الاجتماعى ذوى طبيعة وسواسية Obsessive- Compulsive nature ولديهم حاجة شديدة للظهور أمام الآخرين فى المواقف الاجتماعية فى أكمل صورة Perfect. وقد يبدو العديد منهم بصورة جيدة أمام الآخرين حتى أولئك الذين يعرفونهم جيداً. وهم يحاولون دائماً فى هذه المواقف (بأقصى ما فى وسعهم) أن يفعلوا الأشياء الصحيحة وأن يكونوا عند حسن ظن الآخرين، كما أنهم يكونون أكثر وعياً بذواتهم الاجتماعية Social Self-Consciousness. وتضيف "ميتشيل" أنه من الملاحظات المشجعة أن مرضى الخوف الاجتماعى لديهم دافعية جديدة للتغير، ولا يتعبون عن مواعيدهم فنادراً ما يحدث ذلك. وهم دائماً يسألون عن نتيجة العلاج ويتعاونون مع المعالج. وغالباً ما يكونون سعداء بالتقدم الذى يحققونه ويحاولون إتباع

طرق وأساليب جديدة للتخلص من أعراضهم. فالتغير في حالة المريض يؤدي في بعض الأضطرابات الأخرى إلى توقف العميل عن القدوم للعلاج لمجرد شعوره بالتحسن بينما في حالة الخواف الإجتماعى يزيد هذا التحسن فى دافعية العميل للإستمرار فى العملية العلاجية.

وتشير جولد ستاين (Goldstein, s. (1987) إلى أن المظاهر الرئيسية للخواف الإجتماعى هى الخوف الشديد والمبالغ فيه وتجنب الفرد للمواقف الإجتماعية التى يواجه فيها الأخرين، ويعود ذلك إلى خوف هؤلاء الأشخاص من إمكانية إكتشاف الأخرين لعلامات القلق فى مظهرهم أو فى سلوكهم فى المواقف التى تسبب الخواف. ويؤدى ذلك إلى حلقة مفرغة تزدى بدورها إلى القلق، أعاققة الأداء، وتضع مبررات واضحة لتجنب المواقف التى تؤدى إلى الخواف.

ويرى هايمبرج (1٩٨٧) أن الخواف الإجتماعى يتميز بالقلق الذى ليس له ما يبرره فى مواقف الأداء الإجتماعى ويعتبر ذلك مصدراً أساسياً للكآبه والحزن distress. وتتوسع المواقف التى يحدث فيها هذا القلق مثل الأكل أمام الأخرين أو الكتابة أو إستخدام دورات المياه العامة أو الحديث أو القيام بعمل ما أمام الأخرين. ومن الأشكال الشائعة أيضاً الخواف من الحديث مع أحد من الجنس الأخر أو مع أحد الرؤساء فى العمل (مصدر سلطة) أو فى التعبير انوكيدى عن الذات، أو فى تقديم الفرد نفسه للأخرين. ويزداد القلق فى المواقف التى تكون صيغتها رسمية أو التى يشعر الفرد فيها أنه محل تقييم أو نقد من قبل الأخرين. وهذا يوضح أن الخواف يكون معمم على جميع مواقف التفاعل الإجتماعى مع الأخرين.  
(Heimberg, R.G.et. al. (1987)

ويرى هايمبرج وآخرون (1٩٨٧) أن الأبعاد الأساسية أو المظاهر الرئيسية للخواف الإجتماعى تنقسم إلى ثلاثة مجموعات هى البعد الفسيولوجى Physiological dimension والبعد السلوكى Behavioral والبعد المعرفى Cognitive ويتفق معه فى هذا الأبعاد فلاناجان (Flanagan, C.M. (1990) لأنه يعتبر الخواف والخجل الإجتماعى مشتركين فى نفس الأعراض إلا أن الخواف يكون فى وجود أشخاص غير معروفين أو مصدر سلطة بينما يكون الخجل فى حالة الأشخاص المعروفين للفرد والمواقف غير الرسمية.

البعد الفسيولوجي: ويشير إلى ظهور بعض الأعراض الفسيولوجية على مريض الخوف عندما يواجه أحد المواقف الإجتماعية أو حتى لمجرد التفكير فى مثل هذه المواقف مثل سرعة ضربات وخفقان القلب، التعرق، أحمرار الوجه وكافة أعراض القلق الأخرى مثل ارتعاش الأيدي والأرجل وتأثر المشاعر. ويمكن القول بأن هذه الأعراض تظهر لدى بعض الأفراد العاديين عند مواجهة المواقف الإجتماعية إلا أن الفرق يكون فى شدة ظهور هذه الأعراض. وهذا يؤكد الفكرة القائلة بأن مريض الخوف الإجتماعى يكون أكثر حساسية للتغيرات الفسيولوجية التى تظهر عليه. ويعتبر الخوف من ظهور الأعراض الفسيولوجية على الفرد سبباً رئيسياً لتجنب المواقف الإجتماعية. وعندما يشعر الفرد بهذه المشاعر لمجرد وجوده مع الآخرين أو حتى التفكير فى وجوده مع الآخرين فإن ذلك يعرف بالخوف الإجتماعى الأولى Primary Social Phobia والذى يعنى أن الفرد يملك المهارات الإجتماعية ولكنه قلق بصورة كبيرة لدرجة أنه لا يستطيع الأداء الإجتماعى الجيد أو التواصل مع الآخرين.

أما الخوف الإجتماعى الثانوى فهو يعنى أن الفرد ليس لديه المهارة الإجتماعية ولا يعرف كيف يتصرف فى المواقف الإجتماعية ولذلك فهو قلق نتيجة للإحباط وردود الفعل السلبية التى تنتج عن عدم الفعالية فى السلوك الإجتماعى.  
(flanagan, (1990), Heimberg. et al.( 1977)

ابعد السلوكى: ويشير إلى السلوك الحركى الظاهر أو تجنب المواقف المثيرة للخوف فالفرد الذى يضطره عمله للحديث أمام مجموعات من الناس قد يفقد عمله نتيجة لهذا الخوف، كما أن أى فرد يعانى من هذه الأعراض قد يجد نفسه معزولاً عن الآخرين ومكتئباً نتيجة لعدم قدرته على مواجهة المواقف الإجتماعية. وقد يبدو لدى بعض الحالات عدم تجنب جميع المواقف الإجتماعية إلا أنهم يمكن أن يظهروا قلقاً زائداً ومشاعر عدم إرتياح discomfort فى مواقف محددة. وعلى الرغم أن تجنب الموقف الإجتماعى يخفف من حدة القلق لدى الفرد إلا أنها تودى إلى تعبيرات سلبية عن الذات وأيضاً مشاعر الذنب Guilt، ويختلف مرضى الخوف الإجتماعى فى التواصل اللفظى verbal والتواصل غير اللفظى حيث تقل المهارات الإجتماعية فى هذه الجوانب.

ويضيف فلاناغان ١٩٩٠ Flanagan أن مشاكل الناس تتبع من سلوكهم الذى يمكن أن يكون فعالاً أو عاجزاً. ويتصل الناس بأجسادهم بطريقة خفية وغير مباشرة وغالباً ما لا يدركون ما يظهر على أجسادهم أثناء السلوك. فالوجه على سبيل المثال يرسل جميع أنواع الرسائل قبل أن يفتح الفرد فمه بالحديث. لذا فإن لغة الجسد (إذا صح أن نطلق عليها ذلك)، والتواصل غير اللفظي تعتبر على درجة عالية من الأهمية. ويمكن أن تنشأ المشكلة السلوكية عندما لا يكون الفرد على دراية بما يجب أن يفعله فى المواقف الإجتماعية أو أن يكون قد اكتسب المهارة الإجتماعية ولكنه يستخدمها بطريقة مركزة أو غير صحيحة.

البعد المعرفى: ويعكس هذا البعد فى الخواف الإجتماعى الإدراك المتميز من الفرد للحدث المخيف (إدراك غير موضوعى وغير صحيح) ويتضمن ذلك ردود الفعل السابقة والتقييم البعدى للأداء الذى تحقق.

ويرى فلاناغان Flanagan أن المشكلات المعرفية لعملية الإتصال تنشأ من خلال تقييم الأفراد لأنفسهم أو الآخرين أو للموقف الذى يجدون أنفسهم فيه وهو بذلك يتفق مع الفلسفة الأساسية لنظرية العلاج العقلانى الإنفعالى فإن ما يدور بعقول الأفراد يعتبر ذو أهمية كبيرة فى تحديد سلوكهم. وتودى المعلومات الخاطئة إلى ظهور بعض المشكلات فى مجال توكيد الذات. فالفرد الذى يؤمن بفكرة "أنه يجب أن يكون محبوباً من جميع الناس ويجب أن يحصل على تعاطفهم جميعاً" لن يستطيع فى أى موقف أن يقول لا دون أن يشعر بالذنب.

وقد أستعرض أركويتز (1977) Arkowitz الدراسات السابقة فى هذا المجال وأوضح أن أنماط القلق الإجتماعى وتجنب المواقف الإجتماعية يرتبط بما يلى:

١- حديث داخلى يتضمن تعبيرات عن ضعف الذات.

(وهذا يؤيد ما يشير إليه أليس Allis فى نظريته عن العلاج العقلانى الأنفعالى من أن بعض الأفكار الخاطئة يتم تعزيزها داخلياً عن طريق حديث الذات وليس عن طريق معززات خارجية)

٢- تقييم سلبى مبالغ فيه للأداء الأجتاعى.

٣- الأفرط فى تحديد مستويات مرتفعة للأداء الإجتماعى الذى يجب أن يكون عليه الفرد من وجهة نظره الذاتيه.



٤- تذكر وإنتباه إنتقائي للمعلومات السلبية عن ذات الفرد أو عن أذائه فى المواقف الإجتماعية.

٥- عزو النجاح والفشل الإجتماعى إلى بعض الأسباب الطيبة الجسمية.

ويحدد DSMIIIIR (1987) بعض المعايير الأساسية لتشخيص هذا الإضطراب وهى أن يظهر على المريض:

- خوف شديد وملح من موقف أو أكثر من المواقف الإجتماعية (حديث أمام الآخرين- تناول طعام، إستخدام دورات المياه العامة .... إلخ).

- لا يكون هذا الخوف نتيجة لأى إضطراب أو مرض عضوى.

- عند التعرض للموقف الخواف تظهر أعراض القلق مباشرة على المريض.

-- تجنب الموقف المثير للخوف أو دخوله مع ظهور القلق الشديد.

- يتداخل هذا الخوف مع الوظائف المهنية للفرد أو علاقته بالآخرين أو يشعر بالحزن وخوفه من تعرضه لهذا الخوف.

- يشعر الفرد بأن خوفه مبالغ فيه وغير معقول وليس له ما يبرره.

- إذا كان المريض أكبر من ١٨ سنة فإنه لا تتحقق أعراض الإضطراب التجنبى Avoidant disorder

أما النمط العام من هذا الإضطراب فهو يتضمن الخوف من جميع المواقف الإجتماعية وتظهر أعراض إضطراب الشخصية التجنبية.

وتحدد معايير التشخيص فى (ICDIO (1990 كما يلى:

-- ضرورة أن زكون الأعراض النفسية والسلوكية أو المستقلة هى أعراض قلق وليست أعراض ثانوية لأى إضطراب آخر مثل الوسواس القهرى.

- يجب أن يكون هذا القلق مرتبطاً ومسيطرأ على بعض المواقف الإجتماعية.

- أن يكون المظهر السائد هو تجنب المواقف المثيرة للخوف.

تشخيص الإضطراب: ويركز بعض الباحثين فى تشخيص الخواف الإجتماعى على التشخيص بفرق.. والذى يتم فيه التمييز بين الخوف الإجتماعى والإضطرابات الأخرى التى تشترك معه فى كثير من الأعراض مثل المخاوف المرضية الأخرى والخجل وإضطراب الشخصية التجنبى

avoidant personality disorder وتؤكد هذه الدراسات على ضرورة أن يوضع فى الإعتبار خصائص شخصية المريض عند رسم الإستراتيجية العلاجية (Jackson, H.J.& Stanley, R.O. 1987)

ويشير DSMIII-R إلى أنه يمكن أن يرتبط بهذا الإضطراب إضطرابات الهلع panic disorders والمخاوف البسيطة Simple Phobia وأنه فى حالة ظهور مخاوف عادية (Normal) فى بعض المواقف الإجتماعية فإنه لا يشخص كإضطراب وإذا ظهرت أعراض مثل ظهور القلق المعم على جميع المواقف الإجتماعية مع الرغبة الملحة فى تجنب كافة المواقف فإنه يجب أن يوضع إضطراب الشخصية التجنبية فى الإعتبار. أما فى حالة المخاوف البسيطة Simple phobia فإن المخوف لا يكون مرتبطاً بالمواقف الإجتماعية وفى حالة إضطرابات الهلع والخوف من الأماكن المتسعة فإن الخوف الإجتماعى قد يرتبط بها ولكن قد يكون حدوثه سابق لإضطراب الهلع. ويشير ICDIO إلى أن الخوف من الأماكن المتسعة والإكتئاب قد يرتبط بالخوف الإجتماعى وفى حالة عدم القدرة على الفصل بينهما فإن الخوف من الأماكن المتسعة له الأسبابى أما فى حالة الإكتئاب فإنه لا يمكن أن نقول به إلا إذا توافرت جميع الأعراض الأخرى المرتبطة بالإكتئاب.

ويرى ليبowitz, M.R. (1986) أن قلق الأداء أو الرهبة والفرع الإجتماعى أو تجنب المواقف الإجتماعية المرافق للقلق تعتبر دليلاً كافياً لتشخيص الخوف الإجتماعى لدى الفرد، إلا أنه يحذر من أعتبار كل من يتجنب بعض المواقف مضطرباً وإلا فإن ذلك سوف يودى إلى نوع من الإرباك فى عملية التشخيص.

فى دراسة سوليوم وآخرون (1986) Solyom, L. et. al. إتضح أن الخوف الإجتماعى يختلف عن الخوف من الأماكن المتسعة (الخلاء) Agoraphobia والخوف البسيط Simple phobia فقد كان مرضى الخوف أقل عمراً وأقل فى عدد الأناث والمتزوجين لكنهم كانوا أعلى فى المستوى التعليمى والوظيفى وعلى وجه العموم فقد كانوا أكثر فى عدد المخاوف الأخرى المصاحبة وإيضاً فى الوسواس المتسلطة.

ويرى أميس وأخرون (Amies, et al (1983) أن الأعراض السيكوسوماتية التي تظهر في الخوف الإجتماعى تختلف عنها في الخوف من الأماكن المتسعة وهى تتراوح بين أحمرار الوجه والشد العصبى وإضطراب ضربات القلب والرعدة والتعرق. وقد ظهر الإكتئاب لدى ٥% من عينة هذه الدراسة وأعتبره أميس سبباً يدفع المرضى لطلب العلاج النفسى ويضيف هايميرج (١٩٨٧) أن مرضى الخوف الإجتماعى يخافون من تدقيق الآخرين ويعانون من بعض التوترات العصبية كما أن بعضهم قد يحاول الإبتحار. إلا أنهم أقل إكتئاباً من مرضى الخوف من الأماكن المتسعة وإضطرابات الهلع. ويتفق مع هذه النتائج ما توصل إليه شلبى (Chaleby, K. (1987) فى دراسته على عينة سعودية، حيث قارن ٧ من الأناث و ٢٨ من الذكور المرضى بالخوف الإجتماعى مع عينة عشوائية من المترددين على العيادة النفسية (٢٧٠) وقد إتضح أن مرضى الخوف أقل عمراً ومن غير المتزوجين كما أنهم من مستويات تعليمية ووظيفية مرتفعة نسبياً. ولم يقرر المرضى أن لديهم مشكلات نفسية إجتماعية تسببت فى حالة الخوف كما أن العلاج الطبى النفسى لم يكن فعالاً فى مثل هذه الحالات. وقد أتضح أن ٢٧% من الحالات يعانون من أعراض أمراض أخرى إلى جانب الخوف الإجتماعى كما أن ٤٦% من الحالات كانوا يعانون من مخاوف أخرى مصاحبة للخوف الإجتماعى. وقد فسرت الدراسة هذه المخاوف بأنها نتيجة للأهمية الكبرى التى توليها الثقافة للمظهر العام للفرد وأيضاً أساليب التعامل غير المرنة. Rigid rules of social etiquette.

وفى دراسة أخرى لشلبى وزيدى (Chaleby, K. & ziady, G. (1988) على عينة مكونة من (٣٠) من مرضى الخوف الإجتماعى السعوديين إتضح أن المرضى يشتركون مع بعض الأمراض النفسية الأخرى فى هبوط فى الصمام التاجى Mitral valve prolapse

وقد أجرى تيرنر وأخرون (Turner, S.M. et. al. (1986) دراسة للتعرف على المظاهر الكلينيكية للخوف الإجتماعى من خلال عينة تتضمن (٢١) مريضاً تتراوح أعمارهم بين ٢١-٣٠ سنة، وإتضح من نتائج الدراسة أن الخوف الإجتماعى حالة حادة تؤثر على الكثير من مظاهر حياة الفرد وتؤدى إلى كآبة شديدة. كما تم مقارنة (١٠) عشرة من مرضى الخوف الإجتماعى مع (٨) ثمانية من مرضى إضطراب الشخصية التجنبية تتراوح أعمارهم بين ٣٠-٦٠ سنة، وإتضح أن مرضى إضطراب الشخصية التجنبية كانوا أكثر حساسية للعلامات اليبينشخصية interpersonal كما أنهم أقل فى المهارات الإجتماعية.

وفى دراسة لريخ وآخرون (Reich, J.H. et al. (1988) تم مقارنة ١٤ مريض بالخوف الإجتماعى مع ١٨ من مرضى اضطراب القلق العام و ٤٨ من مرضى اضطرابات الهلع Panic disorders فى أربعة مجموعات من الأعراض (النشاط الحركى الزائد المستقل، الشد العصبى، الحذر والتحفز، وتوقع الشر) وإتضح من النتائج أن هناك ست أعراض تميز الخوف الإجتماعى عن اضطرابات الهلع وهى خفقان القلب، آلام الصدر، طنين الأذن، عدم وضوح الرؤية، الصداع، الخوف من الموت، وجفاف الحلق، بينما تميز الخوف الإجتماعى عن القلق العام بأربعة أعراض وهى الصداع Headace الخوف من الموت Fear of dying، التعرق Sweating وعسر التنفس Dyspnea.

وقد قام كوتروكس وآخرون (Cottraux, J. et al (1988) بمقارنة ٧١ من مرضى الخوف من الأماكن المتسعة مع ٥٤ من مرضى الخوف الإجتماعى بعد مجابستهم فى العمر والجنس والمستوى التعليمى وأتضح أن مرضى الخوف من الأماكن المتسعة يتميزون بنوبات الهلع Panic attacks بينما يتميز مرضى الخوف الإجتماعى بإنخفاض مستوى توكيد الذات Lack of assertiveness وإشتركت المجموعتان فى وجود مستوى من القلق العام والتجنب Avoidance.

وفى دراسة جروس وآخرون (Gross, P.R. et al. (1989) إتضح أن هناك فروق فى الأعراض بين اضطرابات القلق. فى عينة قوامها (٤٠٧) من المترددين على العيادة النفسية) إتضح أن مرضى القلق العام يتميزون بالمزاج القلق Anxious mood بينما تتميز حالات اضطرابات الهلع والخوف من الأماكن المتسعة بالخوف Fear أما فى حالات الخوف الإجتماعى فقد تميز المرضى بالإستارة المستقلة Autonomic arousal.

إلا أن أكثر الاضطرابات تداخلاً مع الخوف الإجتماعى فى عملية التشخيص هو اضطراب الشخصية التجنبية Avoidant personality disorder. وفقاً لمعايير ICDIO , DSMIIIR يمكن التمييز بين هذين الاضطرابين من حيث أن الشخصية التجنبية تتميز بالحساسية الشديدة للرفض الإجتماعى، الإحساس بالخزى والمذلة، عدم الدخول فى علاقات حتى يحصل الفرد على ضمانات غير عادية بالتقبل غير المشروط وعدم التعرض

للقد، الإنسحاب من المواقف الإجتماعية على الرغم من الرغبة فى الحصول على تقبل الآخرين وتعاطفهم، وإنخفاض مستوى تقدير الذات. بينما فى حالة الخواف الإجتماعى يكون الخزى مجرد إهتمام وفى حالة المواقف الإجتماعية يخشى الفرد التحدث أمام مجموعة من الناس ولكنه لا يخشى الدخول فى علاقات إجتماعية كما يحدث فى التجنب ولذا فإن هايمبرج وآخرون (١٩٨٧) يرى أن مرضى اضطراب الشخصية التجنبية يكون لديهم الرغبة فى مواجهة الموقف إلا أنهم كونوا أسلوب حياة لتجنب مثل هذه المواقف كطريقة لتخفيف القلق ولذا فهم فى حاجة إلى التثنية الإجتماعية وزيادة المهارات الإجتماعية، والعلاج بفتيات تخفيف القلق. أما مرضى الخواف الإجتماعى فهم يخافون من جميع المواقف الإجتماعية تقريباً.

ويضيف هايمبرج (١٩٨٧) أن الإضطرابان يمكن حدوثهما فى نفس الوقت وأن تشخيص اضطراب الشخصية التجنبية يتضمن بالضرورة وجود الخواف الإجتماعى لدى المريض.

#### بداية ظهور الإضطراب:

وفقاً لمعايير DSMIIIIR يبدأ الإضطراب فى الظهور فى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية المراهقة. ويتفق تقريباً ICDIO مع ذلك ويحدد أن الإضطراب يبدأ فى نهاية مرحلة المراهقة.

وتشير بعض الدراسات إلى أن اضطراب الخواف الإجتماعى يبدأ فى الظهور (Age of Onset) فى مرحلة البلوغ وأن متوسط العمر يكون ١٩ سنة تقريباً. (Heimberg, et. al. 1987)

وقد أجرى أوست (1987) Ost, L.G. دراسة مسحية على عينات من مرضى المخاوف المختلفة وإتضح أن الخواف من الأماكن المتسعة يبدأ فى سن ٢٨ سنة والخوف من الحيوانات يبدأ فى سن ٧ سنوات، ويبدأ الخوف من الدم فى سن ٩ سنوات ويبدأ الخوف من طبيب الأسنان فى سن ١٢ سنة أما الخوف الإجتماعى فيبدأ فى سن ١٦ سنة بينما يبدأ الخوف من الأماكن المتسعة فى سن ٢٠ سنة.

وقد اختلفت الدراسات في تحديد بداية ومدى إنتشار هذا الإضطراب إلا أنه يمكن القول بأن هذا الإضطراب يبدأ عند البلوغ وهي السن التي يهتم فيها الفرد بصورته أمام الآخرين ويضع اعتباراً لتقييمات وأراء الآخرين كما أن الإضطراب يمكن أن يكون أكثر إنتشاراً لدى الأثاث خاصة أنهم لا يدرين على الحديث أمام مجموعات كبيرة من الناس خاصة فى البيئة الشرقية. ويشير تيرنر وبيدل (Turner, S.M. & Beidel, d.c. (1989) إلى أن سن بداية المرض يكون أقل منه فى حالات إضطرابات الهلع Panic والوسواس القهرى والقلق العام.

#### أسباب الإضطراب:

توصل أوست (Ost, L.G (1985) إلى أن المخاوف المرضية يمكن إكتسابها عن طريق التشریط المباشر، النمذجة، الإكتساب بالطرق غير المباشرة أو عن طريق التعليمات. ويرى بوص (Buss, et. al (1980) أن الأفراد مرتعى الوعى بالذت العامة -Social self consciousness يكونون أكثر عرضة لهذه المخاوف لأنهم يولون أهمية كبيرة للمجتمع وتقييماته للفرد.

وقد حاول البعض التوصل إلى عوامل التنشئة الإجتماعية والعلاقات بين الوالدين والأبناء ودورها فى نشأة الخواف الإجتماعى لدى هؤلاء الأبناء، حيث أشار هؤلاء إلى أن المناخ الذى ينشأ فيه الطفل وأساليب المعاملة الوالدية التى يتعرض لها ربما تكون سبباً قوياً للإصابة بهذا الإضطراب. فالبيئة التى لا تدعم الثقة بالنفس والتى لا تؤيد إستقلالية السلوك الإجتماعى وأساليب المعاملة الوالدية التى تبدو فى الأهمال أو الحماية الزائدة للأبناء، كل ذلك قد يودى للإصابة بالخواف الإجتماعى. (Arrendell, W.A. et. al. (1983).

ويمكن أن تلعب التعبيرات الذاتية Self- statements الداخلية دوراً كبيراً فى نشأة الخواف الإجتماعى، فالتعبيرات الإيجابية مثل "أشعر بأننى كفاء وقادر على مواجهة أى موقف" تلعب دوراً فى التخلص من هذه المخاوف بينما تؤدى التعبيرات السلبية (مثل قد أتورط فى أشياء تسمى لى) إلى هذه المخاوف وتجنب المواقف الإجتماعية المثيرة لها، فهذه الأفكار ترتبط بصورة كبيرة بضعف المهارات الإجتماعية. ويشير هارتمان (Hartman, L.M. (1984) فى هذا الصدد إلى أن التعبيرات الذاتية السلبية تقع فى عدة مجموعات هى:

- أفكار ومعتقدات عن عدم الكفاءة الإجتماعية العامة.
  - الإهتمام بوعي الآخرين وإدراكهم لمشاعر الكآبة والحزن Distress التي تبدو على الفرد.
  - الخوف من التقييم السلبي.
  - الإستقراق فى الإستثارة.
- وتلعب هذه المجموعات من التعبيرات دوراً أساسياً فى نشأة الخواف كما أن الأفراد الأكثر خوافاً يكونون أقل تقديراً ذاتياً لكفاءتهم كما أنهم يشعرون بعدم الكفاءة فى أدائهم الإجتماعى.

ويرى هايمبرج وآخرون (١٩٨٧) أن مرضى الخواف والقلق الإجتماعى يبدون ردود فعل متباينة للتغذية الراجعة Feedback من قبل الآخرين، فهم يعتقدون فى سلبية هذه الآراء أكثر من العاديين، كما أنهم يتوقعون التعرض إلى تغذية راجعة أكثر سلبية فى المرات التالية، ويتوقعون أيضاً ردود فعل إنفعالية أكثر حدة فى المواقف التالية. ويضيف هايمبرج أن هؤلاء المرضى يعتقدون عدة معتقدات خاطئة تجعلهم يستجيبون بصورة غير متوافقة للمثيرات الإجتماعية ومن هذه المعتقدات:

- أن الآخرين ينظرون له نظرة دونية.
- ان الإستحسان والتشجيع من قبل الآخرين يكون نتيجة لمحاسن الفرد.
- أنه من المخزى ان يبدو الفرد قلقاً أمام الآخرين.
- أن تقدير الفرد لذاته وقيمه كشخص يحددها بصورة قاطعة قدرة الفرد على الأداء بأسلوب تحدى.

فالخواف الإجتماعى يحدث عندما يكون لدى الفرد هدفاً لترك إنطباع حسن لدى الآخرين وعند ذلك يكون مهتماً بردود أفعالهم التقييمية. ويشك فى أنه يستطيع أن يترك هذا الإنطباع لدى الآخرين. وإذا لم يكن لدى الفرد هذا الدافع لترك إنطباع حسن أو ليست لديه أى شكوك فى قدراته على ترك هذا الإنطباع فإن القلق فى هذه الحالة قد لا يحدث. فعلى الرغم من كون الفرد يرغب فى تكوين إنطباع حسن فإنه من الممكن أن:

- أ- لا يكون متأكداً من الطريقة التى يمكن أن تودى به إلى تحقيق ذلك.
- ب- يعتقد أنه لا يستطيع أن يقدم النماذج التى تحوز على الإستحسان من قبل الآخرين.
- ج- يعتقد أنه لن يقدم القدر الكافى من التصور الذى يحدده لنفسه.

د- يعتقد بأن بعض الأحداث قد تقع وتعود تعبيره عن ذاته وأيضاً تعود حصوله على التقدير الإجتماعى من قبل الآخرين. فهم على الرغم من رغبتهم الشديدة فى تحقيق إنطباع حسن لدى الآخرين يعتقدون أنهم لن يحصلوا على ردود فعل مشجعة.

وقد عرض تراور وتورلاند (Trower, P. & Turland, D. (1984) تحليلاً على طريقة التعلم الإجتماعى ويعتمد فى كثير من جوانبه على نظرية فعالية الذات باندورا Self- efficacy ونظرية كارفر للتحكم فى الذات Self- Control ونظرية لازاروس فى تحليل وتقييم الضغوط Stress- appraisal ويتضمن النموذج الذى عرضناه نمطان من التوقعات هما توقعات نتائج الضغط Stress- outcome expectancies وتوقعات نتيجة السلوك Behavior- Outcome expectancies

وتشير توقعات نتائج الضغط إلى التنبؤات من خلال العلاقات الإجتماعية، حول التغيرات الممكنة فى البيئة، بينما تشير توقعات نتيجة السلوك إلى التنبؤات بأن تصرفات محددة قد تصدر عن الفرد. كنتيجة لمثيرات محددة. ويؤثر النمط الأول على الجوانب الفسيولوجية بينما يؤثر النمط الثانى على المجال السلوكى.

واقترح تراور وتورلاند نظامان مستقلان للتفاعل مع البيئة وهما نظام التقييم أو التحليل العنقلى Appraisal system والذى يقيس حالة محددة من البيئة وهو الذى يحدد نواتج المثير من خلال ملاحظة الإرتباط بين مقدمات ونتائج إجتماعية. وعندما تتحدد هذه التوقعات فإنها ترتبط مع القدرة على إستثارة خيرات القلق، والذى يرى الباحثان أنها تحدث بصورة مستقلة. وعندما يشعر الفرد بالإستثارة الفسيولوجية فإنه قد يعيد مرة أخرى تقييمه للموقف على أنه موقف مهدد وأن نتائجه سلبية وكننتيجة لذلك يزداد القلق.

أما النظام الثانى فهو نظام التحكم (أو المواجهة) Coping System والذى يعنى كيف يتعامل الفرد مع الأخطار التى تقع بالفعل وكما قيمها وحلها هو. وهنا ينتقى الفرد طريقة امواجهة الموقف ونتائجه المتوقعة أو لتجنب هذا الموقف. وتؤثر حدة التقييم أو التحليل الذى يعطيه الفرد للمثير ونتائجه على الطريقة التى ينتقياها الفرد. وهذا يودى إلى التمييز بين مستوى الأداء الذى يتلنبه الموقف المهدد ومهارة الفرد فى مواجهة هذا الموقف. فإذا تم تقييم المهارة بصورة ايجابية أدى ذلك إلى (الإقدام) أما إذا تم تقييمها بصورة سلبية أدى ذلك إلى (الإحجام



أو التجنب) وكلما زادت الفجوة بين تقييم الأداء المطلوب (التهديد المدرك Perceived threat) ومهارة الفرد (الفعالية المدركة Perceived efficacy) فإن ذلك يؤدي إلى أن التحكم Coping يصل إلى أدنى مستوى (Zero) ويكون ذلك في الغالب نتيجة إنخراط الفرد في عمليات وإستجابات معرفية تؤدي إلى هذه الفجوة. (Trower, P. & Truland, D., 1984).

أما هايمبرج وزملائه Heimberg, et. al. (1987) فإنه يرى أن أحد الأسباب الرئيسية وراء الإصابة بهذا الإضطراب هو ما يعرف بالقابلية Vulnerability، فالفرد في إضطرابات القلق يوصف بأنه يتصرف بمزاج Mood قابل للإضطراب. وتعرف القابلية بأنها " إدراك الفرد لذاته على أنه معرض لأخطار داخلية أو خارجية والتي يعجز عن التحكم أو السيطرة عليها ويكون هذا العجز غير كاف ليُشعره بالأمن" وعندما تكون قابلية الفرد نشطه فبن المعلومات يتم معالجتها بصورة تعبر عن جوانب الضعف وليس القوة، ويكون الفرد في هذه الحالة أكثر تأثراً بالأحداث الماضية التي توضح فشله أكثر من تأثره بالعوامل التي قد تزدى إلى النجاح، ويتأثر ذلك بالمعلومات المتناقضة التي لدى الفرد (مثل تقليل جوانب القوة في الشخصية، تضخيم جوانب الضعف، إنتباه إنتقائي لجوانب الضعف، المغالطة في قيمة وراقف النجاح السابقة التي مر بها الفرد.... إلخ.

ويشير المزاج Mood إلى تنظيم معرفي واسع ومتمحيز يؤثر في إتجاهات الفرد "attitudes" التي يختارها في تحوله من موقف لآخر. ويتكون المزاج مما يطلق عليه مخطط Schema وهو عبارة عن بنية معرفية تستخدم في تمييط وتصنيف وتفسير وتقييم وإصاق المعاني Meanings إلى الموضوعات والأحداث. وتساعد هذه المخططات Schemas الفرد في التوجه للموقف وأن يستدعي البيانات بصورة إنتقائية من الذاكرة وينخرط في المظاهر المتصلة فقط بالموقف الجارى. وتعتبر المخططات العناصر الأساسية في بناء التنظيم المعرفي للفرد Cognitive organization وتتجمع فيما بعد في تصنيفات مرتبطة ببعضها تسمى "المزاج".

ومن خلال التحليل السابق فإن تراور وترولانداً أيضاً هايمبرج وزملاؤه يؤكدون على أهمية الجوانب المعرفية في نشأة إضطرابات القلق بصورة عامة فالفرد عندما يشعر بأن نموقف مهدد أو من مواقف التحدى التي تفوق مهاراته وقدراته على التحكم فإنه يركز على

ذاته مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق لديه. ويزداد هذا القلق عندما يركز الفرد على إستجاباته الفسيولوجية أو السلوكية أو المعرفية للموقف ويؤدي ذلك بالضرورة إلى إستمرار هذه السلسلة الخاطئة من السلوك وارتفاع مستوى القلق.

العلاج: بذل الباحثون والمعالجون محاولات عديدة لعلاج الخواف الإجتماعى وتتوعدت هذه المحاولات بين أساليب طبية ونفسية وسلوكية ومعرفية. فقد إستخدم بعض الأطباء النفسيين عقاقير طبية لعلاج الخواف الإجتماعى إنطلاقاً من فكرة أن المرض النفسى ينتج عن إضطراب فى الكيمياء الحيوية للجسم وأن العلاج يجب أن يكون إستعادة الإتران فى هذا الجانب. ففى دراسة جولدا ستاين (Goldstein, s. (1987) لعلاج شاب جامعى يبلغ من العمر ٢٥ عاماً، أبيض غير متزوج، يعانى من الخواف الإجتماعى إستخدمت عدة عقاقير طبية وإتضح أن علاج الحالة بإستخدام البرازولام (Alprazolam (١-٢ ملجرام/يوم) أو بإستخدام الفينالزين (Phenelzine (١٥ ملجرام/يوم) أو البروبرانولول (Propranolol (٨٠ ملجرام/يوم) لم ينتج عنه تحسن ملحوظ إلا أن المريض إستجاب بصورة ملحوظة وحدث تحسن فى حالته عند العلاج بهيدروكلوريد الكلونيدين (Clonidine hydrochloride (٠,١ ملجرام/يوم)

وقد أوصت جولدا ستاين بمراعاة الخصائص الشخصية للمريض عند العلاج وأشارت إلى أن معظم الدراسات التى أجريت لإستخدام العلاجات الطبية لم تكن دراسات مقننة بصورة دقيقة.

وقد أجرى ريخ وياتس (Reich, J. & Yates, w. (1988) دراسة إستطلاعية لمعرفة مدى فعالية البرازولام (Alprazolam) على عينة مكونة من ١٤ حالة من الذين تم تشخيصهم وفقاً لمعايير DSMIII-R (خواف إجتماعى) وقد إستخدمت الدراسة بعض المقاييس مثل مقياس القلق الإجتماعى ومقياس الخوف من التقييم السلبى لقياس أعراض تجنب المواقف الإجتماعية وأوضحت النتائج أنه خلال ثمانية أسابيع من العلاج تحسنت حالات تجنب المواقف الإجتماعية وحالات العجز الإجتماعى. حيث تحسنت أعراض تجنب المواقف الإجتماعية خلال الأسبوع الأول والثانى من العلاج بينما تحسنت حالات العجز الإجتماعى خلال ثلاثة أسابيع من بدء العلاج. وأشارت الدراسة إلى أن هذا العقار يمكن أن يستخدم بفعالية فى علاج حالات الخواف الإجتماعى. وربما يعود عدم الإتساق فى نتائج هذه الدراسة مع ما ظهر من دراسة

جولدستين والتي أشارت إلى ضعف فعالية هذا العقار إلى الخصائص الشخصية للمرضى الذين تناولوا هذا العقار وهذا ما أوصت به "جولدستين" حيث أن بعض العقاقير قد تكون ذات فعالية لدى أفراد معينين.

وقد أتبع ريخ وأخران . Reich, J. et. al (1989) ذلك بدراسة أخرى باستخدام نفس العقار وأشارت النتائج أنه رغم فعالية العلاج إلا أن الانتكاسة Relapse تكون أكثر احتمالاً في مثل هذه الأنواع من العلاجات (الطبية). ويمكن أن يعزى ذلك إلى زوال تأثير العقار على الفرد دون إحداث تغيير جوهري في السلوك. كما أن المخاوف الإجتماعية كما يرى إدلونـد Edlund, J.M. (1989) يمكن أن تنشأ نتيجة للعلاج من بعض الأمراض حيث ظهرت أعراض الخوف الإجتماعي لدى إحدى الحالات لإتخفاض درجة الحرارة والتغيرات الفسيولوجية الأخرى التي ظهرت عليها.

ويشير هايمبرج وبارلو Heimberg, R. & Barlow, D.H. (1988) إلى أن استخدام أحد عقاقير (بروبرانولول Propranolol) مع التدريب على المهارات الإجتماعية يكون فعالاً في علاج الخوف الإجتماعي إلا أن الدراسة تشير إلى أن ذلك لا يعتبر دليلاً على أن هذا العقار يزيد من فعالية التدريب على المهارات الإجتماعية.

وتنوعت الطرق السلوكية والمعرفية في علاج هذا الإضطراب وكان هذا نتيجة لتقدم الطب النفسى السلوكى Behavioral psychotherapy وإنتشار هذه المراكز العلاجية. وقد أظهرت معظم هذه الطرق فعالية عالية في علاج هذا الإضطراب علاوة على أن الإنتكاسه تكون أقل احتمالاً فى الحدوث إذا ما قورنت هذه الأساليب بالعلاج الطبى ومن هذه الأساليب:

- التدريب على المهارات الإجتماعية (sst) Social- Skills Training وهو يعتبر أحد الإجراءات العلاجية التى صممت لتعليم السلوك الإجتماعى الفعال. فهى تأخذ منحى تعليمى تربوى يتم فيه تقديم السلوك المستهدف للعميل فى صورة نموذج يقوم بأدائه المعالج ثم يقوم المريض بعد ذلك بتكرار هذا السلوك. وتتم التغذية الراجعة Feedback للعميل علاوة على التعزيز الإجتماعى ويقوم العميل بإعادة السلوك بصورة متكررة حتى يصبح قادراً على أداءه بطريقة سهلة وميسرة دون خوف أو قلق. وتعتمد هذه الطريقة فى علاج الخوف الإجتماعى على فكرة مؤداها أن مرضى الخوف الإجتماعى يفتقدون المهارة فى التعامل الإجتماعى الفعال فى المواقف الإجتماعية ولذلك فإن العلاج يجب أن يتضمن التدريب على

هذه المهارات والذي يتضمن التعليم وإعادة تكرار السلوك، النموذجية، التغذية الراجعة التصحيحية Corrective والتعزيز الإجتماعى، لتعليم سلوكيات إجتماعية فعالة (Heimberg, R.G., 1989)

ويضيف فلاناجان Heimberg, R.G وFlanagan, C.M. (1990) (1989) أنه فى حالة المخاوف الإجتماعية الثانوية، (والتي تعنى أن الفرد ليس لديه المهارة الإجتماعية ولا يعرف كيف يتصرف فى المواقف الإجتماعية ولذلك فهو قلق نتيجة للإجباط وردود الفعل السلبية التى تنتج عن عدم الفعالية فى السلوك الإجتماعى)، يكون هذا التدريب أكثر فعالية خاصة فى جلسات العلاج والإرشاد الجمعى حيث يستفيد الفرد فى هذه الجلسات من خبرات الآخرين ويحدد إلى أى مدى يخطئ فى بعض المواقف الإجتماعية. ويمكن أن يتنوع التدريب على المهارات الإجتماعية من المحادثات العادية Conversations إلى التفاعل الإجتماعى التوكيدى المعقد. ويمكن أن يكتسب العميل هذه المهارات بتقليد المعالج أو المرشد كنموذج. وتلتقى المجموعات فى هذا النوع من العلاج لمدة ساعتين أسبوعياً على مدى ثمانية إلى عشرة أسابيع.

- التدريب على الإسترخاء، مع الوقت بحيث يصبح لديه القدرة على الإسترخاء بسرعة دون الحاجة إلى المساعدة الخارجية من الآخرين. ويمارس الفرد التدريب على الإسترخاء فى لعب الأدوار الإجتماعية Social Role- Playing فى المواقف المشككة وتطبيق هذه المهارات الجديدة فى المواقف الفعلية. ويشير هايمبرج (1٩٨٩) إلى أن المعالج يقوم بتدريب المريض على الإسترخاء ويحدد مدرج القلق لمخاوف الفرد الإجتماعية ثم يعرضه لهذا المدرج بالتدرج مع إستخدام فنيات التحصين التدريجى المعروفة. وتجر الإشارة إلى أن التدريب على الإسترخاء يستخدم متلامزماً أو كأحد الفنيات الأساسية فى التحصين التدريجى الذى يتضمن تعويد الفرد بصورة تدريجية منتظمة على التحكم فى مظاهر القلق حين يتعرض إلى المثير الذى يستدعى ظهور هذه الأعراض.

- العلاج المعرفى: Cognitive treatment ويعتمد هذا النوع من العلاج على حقيقة هامة. وهى أن العوامل المعرفية تلعب دوراً كبيراً فى إكتساب وتطوير الخواف الإجتماعى أكثر من أى اضطراب آخر من اضطرابات القلق ولقد أصبح لهذه الأساليب أهمية كبرى فى علاج هذا الاضطراب بعد أن أصبح من الواضح فى الآونة الأخيرة فعاليتها مقارنة ببعض الأساليب الأخرى.

- التعريض أو الإفصاح Exposure ويتضمن تعريض الفرد للمواقف أو الموضوعات المثيرة للخوف وتعليمه الإفصاح والتعبير عن هذه المواقف وعن مشاعره الداخلية للوقوف على خطأ هذه المشاعر ومحاولة تعديلها ويؤدي ذلك إلى نتائج إيجابية فى عملية العلاج. وقد ناقش بتلر (Butler, G. (1985) القواعد الأساسية لتطبيق التعريض أو الإفصاح عن الذات فى علاج الخوف الإجتماعى وأوضح أن هناك صعوبات أربعة هى: تحديد المهام المترتبة والمتكررة، تحديد التعبير عن الذات، تأمين الفرد فى حال إنخراطه فى التعبير عن الذات، التعامل مع المظاهر المعرفية للخوف الإجتماعى.

وقد شرح هايمبيرج Heimberg, R. G. et. al. (1985) طريقة سلوكية معرفية جمعية لعلاج الخوف الإجتماعى وتسمى بإعادة البناء المعرفى Cognitive Restructuring والتي يجب أن تتكامل مع الطريقة السابقة (Exposure) وتتضمن إعادة البناء العقلانى التدرجى Systematic Rational Restructuring التى تعتمد على تنوع من الفنيات العلاجية فى العلاج العقلانى حيث يطلب من المريض تحديد الأفكار الخاطئة واللاعقلانية ومظاهر العجز الذاتى، التى تؤدى إلى الأحساس بالقلق (الخوف) ويطلب منه إستبدال هذه الأفكار بأفكار أخرى عقلانية.

وقد أجرى هايمبيرج دراسة فى هذا المجال كانت مقدمة للوصول إلى أساسيات هذه الطريقة. حيث تم علاج سبعة من مرضى الخوف الإجتماعى تتراوح أعمارهم بين ٢٣-٤٠ سنة يعانون من القلق فى المواقف الإجتماعية التى ترتبط بالحديث فى الجلسات العامة والأداء مع الجنس الآخر وذلك بإستخدام علاج سلوكى معرفى لمدة ١٤ أسبوعاً بطريقة جمعية وتتضمن العلاج:

١- الإفصاح أو التعريض التخيلى Imaginal exposure والذى تخيل فيه أفراد العينة مشاركتهم فى المواقف الخوفية.

٢- الإفصاح أو التعريض المبنى على الأداء حيث قام أفراد العينة بتمثيل enacted المواقف المثيرة للخوف خلال الجلسات العلاجية.

٣- إعادة البناء المعرفى حيث تم قياس وتحليل المعارف والخبرات التى تعرض لها الأفراد أثناء جلسات التعريض (الإفصاح).

٤- واجبات منزلية محددة ومنظمة تتضمن مواجهة أفراد للمواقف والحوادث البيئية.

وتتضمن طريقة إعادة البناء المعرفى فى علاج الخوف الاجتماعى عدة عناصر أساسية هى:

- أ- تنمية تفسير سلوكى - معرفى للخوف الاجتماعى ومبررات لفعالية العلاج.
- ب- تدريب المرضى على مهارات التوحد Skills of Identification (التوحد مع الذات)، والتحليل، وإستبدال المعارف الخاطئة بأخرى صحيحة من خلال التدريب على البناء المعرفى.
- ج- تعريض المريض للإستشارة التى يمكن أن تنشأ عن التعريض لبعض المواقف المثيرة للقلق (وذلك فى المجموعة العلاجية).
- د- إستخدام إجراءات إعادة البناء المعرفى لتعليم المرضى التحكم فى تفكيرهم غير التكيفى Maladaptive thinking قبل وأثناء وبعد التعرض للإستشارة.
- هـ- مجهودات منزلية للأفصاح عما يدور بداخل الفرد in vivo exposure فى بعض المواقف المثيرة للخوف والتى تم التدريب على التعرض لها أثناء العلاج.
- و- تعليم المرضى نظام التحكم الذاتى فى إعادة البناء المعرفى لإستخدامها قبل وبعد إجراء العلاج بالإفصاح (التعريض).

ويرى "هايمبرج" أن هذه الأساليب يجب أن تتكامل معاً ويضيف أنه يجب أن تكون انبداية هى تحديد الأفكار الخاطئة والتى تظهر بصورة آلية وتؤدى إلى ظهور الأعراض، وفى كل موقف يمكن أن تنشأ فكرة غير منطقية تحدد مخاوف المريض ويمكن أن تؤدى هذه الفكرة أو طريقة التفكير إلى نشأة أفكار أخرى غير تكيفية Maladaptive ويطلب منه المريض فى هذه الحالة تحديد هذه الأفكار والبحث فى مدى منطقيتها وكيف يستطيع أن يبتكر أو يتعلم إستجابة عقلانية لهذه المواقف الإجتماعية. ويلي ذلك أن مرضى الخوف الاجتماعى يضعون مستويات مرتفعة وغير معقولة للأداء فى المواقف الإجتماعية ولذلك فإن من الضرورى مساعدة المريض على تحديد الهدف الذى يرغب فى تحقيقه وإحتمالية الوصول لهذا الهدف، والأهداف البديلة التى يمكن تحقيقها فى حالة تعذر الوصول إلى الهدف الرئيسى. وفى العلاج الجمعى Group therapy تساعد المجموعة العلاجية المريض على إعادة تحديد مستوى الأداء الناجح والمطلوب والشعور بالسعادة فى الوصول إلى هذا المستوى.

بعد ذلك تبدأ المناقشة الجماعية لإمكانية تطبيق ما توصل إليه العميل من إستنتاجات وتقييمات ذاتية. وبعد أن يكتسب العميل الخبرة فى تحديد أفكاره وتحليلها وإستبدالها بأفكار عقلانية منطقية يطلب منه تحديد الأفكار المحتملة والمتكررة والتي تحدث قبل تعرض الفرد للموقف مباشرة، ويتم تدريب العميل على بعض أساليب المواجهة Coping لإستخدامها فى مواقف التعرض التالية والنجاح فى مواجهة الموقف فى هذه الحالة يمكن أن يعزى مباشرة للتعديل المعرفى لدى الفرد. وبعد ذلك يمكن إستخدام إجراءات إعادة البناء المعرفى.

وقد أفاد ماتيك وبيتر (Mattick, R. P. & Peter, L. (1988) فى دراستهما على (٥١) من مرضى الخوف الإجتماعى أن إعادة البناء المعرفى Cognitive restructuring يمكن أن يزيد من فعالية التعبير الصريح عن الذات كما أنه يمكن أن يقلل من الإتجاهات غير المنطقية لدى الفرد، كما أنه يساعد على زيادة فعالية الطرق السلوكية فى علاج الخوف الإجتماعى.

- الواجبات المنزلية Homework asigments وهى وسيلة مساعدة للعلاج حيث أنه خلال عملية العلاج يجب التأكيد على أن العملاء يجب أن يتعلموا بعض المهارات والطرق الجديدة لمواجهة المواقف المثيرة للقلق. ويجب أن يتم تطبيق هذه الطرق والمهارات خارج الجماعة العلاجية حتى يتم التأكد من مدى فعالية هذه الأساليب. وإلجاز ذلك يتم تكليف العملاء ببعض الواجبات الشخصية لإتجازها بين الجلسات العلاجية (خارج نطاق الجماعة العلاجية). حيث طلب من العميل أن يبدأ الإتخراط فى بعض المواقف التى تؤدى به إلى الخوف أو يعرض نفسه لبعض المواقف المخيفة له إجتماعياً ولفترة طويلة، وقبل الدخول فى الموقف الخوافى يطلب منه الدخول فى فترة من التفكير التكييفى Adaptive thinking وتحديد الأفكار الآليه التى تسبب الخوف، إعداد الأفكار العقلانية البديلة لهذه الأفكار، وأن يدخل فى الموقف وهو مسلح تماماً بأفكار جديدة لمواجهة النجاح فيه. وبعد كل موقف يتم تقييم ما فعله العميل ويحدد إستعداداته لمواجهة المواقف التالية. ويعرض كل عميل ما قام به من واجبات فى الجلسة التالية. (Heimberg, R.G. 1989)

ويمكن أيضاً تشجيع الأفراد على تكوين صداقات والتفاعل الإجتماعى خارج المواقف العلاجية ويكون ذلك ذو فعالية كبيرة فى عملية العلاج.

- العلاج العقلاني الإنفعالي: وتعتبر هذه الطريقة من أشهر الطرق السلوكية المعرفية التي أسسها ألبرت أليس Ellis, A. على فلسفة موداها أن التفكير والإنفعال لا يمكن أن ينفصلا إلا أنهما يختلفان في أن التفكير يتكون من عناصر لا تحيزية بينما يتكون الإنفعال من عناصر تحيزية وذاتية وأن التفكير يمكن أن يؤدي إلى إنفعال وأيضاً يمكن أن يؤدي الإنفعال إلى تفكير وينعكس ذلك على سلوك الفرد فهي حلقة ثلاثية الأضلاع تفكير- إنفعال- سلوك.

(إجلال سري ١٩٩٠)

ويشير أليس (1957) Ellis, A. إلى أن الفرد لا يتأثر مباشرة بالناس أو بالأشياء المحيطة به بل يتأثر بوجهة نظره نحو هذه الأشياء. ويؤكد أن الفرد يمكنه التحكم في تصرفاته فإذا كانت الأفكار الجديدة يجب أن تحل محل الأفكار القديمة فإن الفرد قادر على أن يمنع نفسه من أن تحل الأفكار الخاطئة محل الأفكار العقلانية. ويؤكد أن الإضطراب العصائبي ينشأ لدى الفرد ويستمر نتيجة لبعض الأفكار اللامنطقية واللاعقلانية ونتيجة لتبني أهداف بعيدة عن الواقع. ويظل المرضي متمسكون بهذه الأفكار رغم أنها تؤدي إلى إحساسهم بالتعاسة والإنهزام.

وتعتمد طريقة إعادة البناء المعرفي (التي سبق عرضها) أساساً على طريقة أليس وفلسفته في الإرشاد والعلاج النفسي. وينطلق "أليس" في طريقته للعلاج والإرشاد من مسلمة أساسية وهي أن ردود الفعل الإنفعالية (السلبية) لا تنتج عن الحوادث التي يتعرض لها الفرد في حد ذاتها ولكن عن معتقداته ونظراته وأفكاره حول هذه الأحداث والخبرات. فالأفكار اللاعقلانية اللامنطقية تؤدي إلى ردود فعل مبالغ فيها وقد تؤدي إلى شعور الفرد بالإحباط. (الحجار ١٩٩٠).

ويحدد أليس إحدى عشرة فكرة لا منطقية شائعة في المجتمعات الغربية وذلك من خلال ما أجراه من دراسات مسحية على عينات مختلفة، ويمكن أن تؤدي هذه الأفكار إلى ظهور الأعراض المرضية لدى الفرد. وقد طور أليس فيما بعد فكرته وأشار إلى أن لكل فرد أفكاره اللامنطقية التي يعتقد فيها والتي يمكن أن تؤدي به إلى الإضطراب. (باترسون: ١٩٨١).



ويشير أليس (Ellis, A. (1987) إلى أن التفكير فى التخويف الذاتى غير العقلانى والإعتقاد فى بعض الأفكار الخاطئة الإستبدادية مثل "يجب أن أفعل كذا" ، لا بد....." وما يتبع ذلك من تعزيز ذاتى لهذه الأفكار هو الذى يؤدى إلى الإضطراب وظهور الأعراض المرضية. فالناس من وجهة نظر أليس (Ellis, A. (1989) يجعلون أنفسهم أقل سعادة وكفاءة بإعتقاداتهم الخاطئة، والعلاج العقلانى الإنفعالى يمكن أن يساعد هؤلاء الناس على تحقيق كفاءة الذات، الإبتكارية، والحياة الأكثر توافقاً ورضاً وذلك من خلال تعليمهم كيف ينظمون ويرتبون أفكارهم بطريقة منطقية.

ويرى أليس (Ellis, A. (1989) أن العلاج العقلانى الإنفعالى يعتبر ذو فعالية فى التدخل فى الأزومات حيث أن هذا العلاج يصل مباشرة إلى الفلسفات الأساسية التى تقود الناس إلى الرعب والفرع والإكتئاب والإنتحار. وتتضمن الفنيات المستخدمة فى هذا الصدد التقبل غير المشروط للعميل والتدخل المباشر الفعال فى إبراز كيف يمكن أن تكون الحياة أكثر متعة وتحديداً من كونها مملّة. وقد نجحت هذه الطريقة فى علاج فتاة تبلغ من العمر ٢٧ عاماً وكانت تعاني من رغبات ملحة فى الإنتحار.

ويشير ألبرت أليس (Ellis, A. (1987) إلى أن العلاج العقلانى الإنفعالى Rational emotive therapy (RET) يختلف عن العلاج المعرفى Cognitive Therapy فى الهدف من العلاج حيث يرى RET أن الهدف من العلاج هو الإقلال من أو تخفيض الإلحاحات "Musts" والضروريات "Shoulds" التى يراها العميل بينما هدف العلاج المعرفى هو جعل هذه الإلحاحات والواجبات (الضروريات) فى مستوى متوسط "moderating" ويشير إلى أن هناك الكثير من أوجه الشبه بين الطريقتين من حيث تصحيح وتعديل الأفكار وإعادة البناء المعرفى للفرد.

ولا تختلف أهداف العلاج العقلانى - الإنفعالى عن أهداف العلاج النفسى بصورة عامة فىبى تشمل الأقلال من المعاناة الذاتية للفرد والأفعال اللاتواؤمية والإقلال من الإضطرابات العصائية وحل مشكلات الحياة. (لويس كامل ملكيه، ١٩٩٠)

ويضيف لويس كامل مليكة (١٩٩٠) أن النظام الفعال لهذا النوع من العلاج يشمل في تقدير أليس (١) اقتصاداً في الوقت والجهد المبذول من قبل كل من المعالج والمريض (٢) السرعة في مساعدة العميل على التغلب على أسوأ أعراضه (٣) فعالية الطريقة العلاجية مع نسبة كبيرة من مختلف أنواع العملاء (٤) عمق الحل للمشكلة المقدمة (٥) دوام النتائج العلاجية عند تحققها. وهو يتفوق في هذه الأبعاد الخمسة عن كل المدارس العلاجية الأخرى.

ويربط العلاج العقلاني الإنفعالي بين التحليل الفلسفي والعلاج السلوكي ويضيف إلى ذلك العناصر الإنفعالية في العملية العلاجية ويؤكد أهمية العناصر المعرفية في إحداث التغيير الوجداني والسلوكي، ويوضح الحقائق التالية:

- ١- التكامل بين المعرفة والإنفعال والسلوك في إحداث الإضطراب.
- ٢- أهمية المعارف الأولية والثانوية في الخلل الوظيفي السلوكي والإنفعالي.
- ٣- أسبئية الإلحاحات المطلقة "Musts" والمتطلبات التي تقع تحت الأفكار أو المعتقدات اللاعقلانية التي تقود إلى القلق و الاكتئاب.
- ٤- التمييز بين المشاعر الصحيحة والخاطئة.
- ٥- تعليم العملاء عدم إصدار أحكام عامة على أنفسهم.
- ٦- تعليم العملاء استخدام الطرق العلمية في التغلب على المشكلات العصابية.

(<sup>4</sup>Ellis, A. 1987\*)

ويقترض العلاج العقلاني الإنفعالي RET أن الناس يقودون أنفسهم للإضطراب من خلال التفكير في عجز الذات، اللامنطقية، والطريقة غير الواقعية خصوصاً عندما يرفع الفرد انرغبات والتفضيلات الواقعية الخاصة به إلى متطلبات وضرورات ملحة ومتصلبة Dogmatic. وتكون بعض الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية واضحة وصرحة بينما يكون بعضها ماكر وخادع Subtle and Tricky. ومن المفترض أن هذا النوع من الأفكار عندما يعمل مع الجمود والتفكير الإجتراى والإفراط في التشاؤم يجعل الناس أكثر عرضة للإضطراب وأقل مقاومة للتخلص منه. (5) (Ellis, A. 1987\*)

ويطلق على هذه النظرية (ABC) حيث يشير (A) إلى الحادث أو الخبرة أو النشاط Activity بينما تشير (B) إلى الأفكار أو المعتقدات Beliefs أما (C) فهي النتائج الإنفعالية للحدث Emotional Consequence. ويضيف أليس إلى هذه العناصر عنصراً آخر هو (D)

Dispute ويعنى تنفيذ أفكار ومعتقدات الفرد وتحليلها وتعديلها ومن ثم يتخلص الفرد من آثار هذه المعتقدات والأفكار الخاطئة.

ويناقش أليس<sup>(1)</sup> (Ellis, A. 1991) تطبيق هذه النظرية فى مجال الإضطرابات الإنفعالية والعلاقات بينشخصية والعلاج النفسى، ويوضح أن تنشيط الأحداث (As) Activating Events فى حياة الناس، تسهم فى إضطراباتهم الإنفعالية والسلوكية ونتائجها أو عواقبها (Cs) Consequences لأنها تقع وتطول بسبب معتقدات الناس (Bs) Beliefs حول هذه الحوادث (As). وتتأثر (As)، (Bs)، (Cs) وأيضاً الإنفعالات والأفكار والسلوكيات كل منها بالآخر وترتبط ببعضها بصورة ما تودى إلى الخلل الوظيفى فى الفرد. ويقوم العلاج العقلانى الإنفعالى بمواجهة هذا الخلل الوظيفى بطريقة مباشرة ونشطة وفعالة متبعاً بعض الفنيات العقلية الإنفعالية.

ويوضح العلاج العقلانى الإنفعالى (RET) للعملاء الذين يعانون من المخاوف البسيطة Simple Phobias كيف أنهم بصورة لاعقلانية يعتقدون أنهم يجب أن يؤدوا أداءً حسناً فى كل المواقف ويجب ألا يعانون من عدم الإرتياح. وبذلك فهم يخلقون لأنفسهم ردود الفعل الخوافية. وقد نجحت هذه الطريقة فى علاج أحد المرضى يبلغ من العمر ٢٤ عاماً حيث تخلص من مخاوفه البسيطة وتصرف بصورة مضادة لهذه المخاوف وتغلب عليها. وأيضاً تغلب على القلق الناتج عنها. (Ellis, A. 1991)(2)

وقد أشار أليس (1990) Ellis, A. من خلال تحليل (١٠٠) حالة من حالات العملاء فى العلاج العقلانى الإنفعالى إلى أن الناس يجعلون أنفسهم أكثر عصابية، قلقاً، إكتئاباً، وعدوانية بتبنيهم بعض الأفكار الجامدة الملحة، وأوضحت نتائج دراسته أن هذه الأفكار، المعتقدات الخاطئة يمكن تعديلها باستخدام الفنيات العقلية الإنفعالية وإعادة البناء المعرفى.

ويرى أليس (2) (1987) Ellis, A. أن فنيات العلاج العقلانى الإنفعالى يمكن أن تطبق على المشكلات ذات الصلة بالعجز عن السيطرة على الذات وإختلال النظام (مثل الإشرافة فى تناول الطعام، والتدخين) وتستند الطريقة إلى فكرة أساسية هى أن الأفكار اللاعقلانية يمكن أن تودى إلى عجز الفرد عن السيطرة والتحكم فى الذات.

وتستطيع الطرق المستخدمة في العلاج العقلاني الإنفعالي ليس فقط السيطرة على مشاعر عدم الكفاءة بل أيضاً السيطرة على الإحباط وعدم الإرتياح والقلق الناتج عن عدم التحكم في الذات. فزيادة كم المعلومات التي يدركها الفرد عن نفسه يمكن أن تؤدي إلى زيادة حاجة الفرد إلى تعديل التحكم والسيطرة، حيث أن وجود السيطرة والتحكم بصورة كافية لدى الفرد يمكن أن يؤدي إلى تغلب الجوانب الإنفعالية على الجوانب العقلية. أما إذا زادت السيطرة والتحكم فإنها تجعل الاختيار بين بدائل السلوك صعبة بالنسبة للفرد. ولذلك فإنه من الضروري تحقيق التوازن بين التحكم أو عدم وجوده لأن ذلك هو الطريق لتحقيق التوافق.

وتهدف طريقة العلاج العقلاني-الإنفعالي إلى تعليم الفرد الطريقة العقلانية المنطقية في التفكير حيث يتميز التفكير العقلاني بأنه:

١- يقوم على الواقع العقلي وليس الوهم والخيال.

٢- يساعد الفرد على حماية نفسه.

٣- يساعد الفرد على تحقيق أهدافه الواقعية.

٤- يبعد الفرد عن المشاكل مع الآخرين.

٥- يحرر الفرد من الصراعات الإنفعالية.

ولكى يتمتع الفرد بالصحة النفسية الجيدة يجب أن يتوفر لديه ثلاثة على الأقل من هذه

الخصائص. (Maultsby, 1975).

ويرى حامد زهران (١٩٨٠) أن أسلوب أليس يقع تحت أساليب الإرشاد المختصر وهو الإقناع المنطقي، فيجب نقل العميل من اللامنطق واللامعقول إلى المنطق والمعقول والواقع. ويسير هذا الأسلوب وفق خطوات أساسية يمكن تلخيصها في:

١- تحديد الأفكار الخاطئة التي يعتقها الفرد والتي تؤدي إلى الإضطراب وإيرازها له.

٢- توضيح العلاقة بين هذه الأفكار والمعتقدات وبما يعانيه الفرد وإقناعه بصورة منطقية بأن هذه الأفكار هي سبب تعاسته وأنه يجب أن يتخلص منها.

٣- تعليم الفرد طريقة جديدة في التفكير تعتمد على المنطق والعقلانية وبناء وتبني أفكار ومعتقدات جديدة.

ويمكن أن يحقق المعالج ذلك بأن يتقلد دور الداعية الصريح الذي يناقض ينكر

الإعتقادات الخاطئة والخرافات المتأصلة في نفس العميل أو أن يتكاد دور المشجع المقنع الذى يصر أحياناً على أن يقوم العميل ببعض الأنشطة ويمارس بعض الأعمال التى يخاف من ممارستها بسبب الخوف المبنى على الاعتقادات والأفكار الخرافية. (باترسون، ١٩٨١).

ويشيع أن يتم العلاج العقلانى الإبتغالى من خلال جلسة واحدة أسبوعياً ويستغرق ما بين ٥ إلى ٥٠ جلسة. ويبدأ العميل عادة الجلسة بذكر أكثر ما يضايقه من مشاعر أو عواقب هذه المشاعر (C) خلال الأسبوع ويقوم المعالج بتحديد الأحداث المنشطة (A) لهذه المشاعر ويساعد العميل فى تحديد الأفكار العقلانية واللاعقلانية التى تسبق الحدث وعلى ما يناقضاها (D).

ويقوم المعالج أو المرشد بإعطاء العميل بعض الواجبات المنزلية، ويواصل تعليمه كيف يناقض معتقداته ويقوم بتقويم النتائج كل اسبوع إلى أن يصل إلى تحرر العميل من أعراضه وتبنيه سلوكيات وأفكار جديدة.

ويجب أن تكون ملابس المرشد غير رسمية أثناء الجلسات وأن يكون منفتحاً وانقياً من ذاته. وكأى نوع آخر من الإرشاد والعلاج يجب أن يكون المرشد والمعالج نشطاً يتحدث فى الجلسات الأولى وقد ينخرط فى شرح مستفيض أشبه بالمحاضرة. (لويس كامل مليكة: ١٩٩٠)

وقد أجريت العديد من الدراسات لاختبار مدى فعالية هذه الأساليب العلاجية النفسية والمقارنة بينها. وذلك لاستخدام أفضلها وتحديد أفضل الظروف الملائمة لاستخدام كل أسلوب. نفى دراسة أستروم وآخرون (Alstrom, J.E. et al. (1984) لمعرفة أثر أربعة طرق فى علاج الخوف الاجتماعى، قام الباحثون بوضع أربعة مجموعات من المرضى بصورة عشوائية تحت أربعة طرق مختلفة للعلاج لمدة ثلاثة أشهر. وتضمنت هذه المجموعات ٤٢ من الرجال والنساء تتراوح أعمارهم بين ١٨ و ٦٠ سنة ومن الذين تم تصنيفهم على أنهم لا يصلحون للعلاج بالاستيطان Insight-Oriented psychotherapy. وقد تلقت المجموعة الأولى علاج أساسى (B) Basal therapy فى صورة تزويد بمعلومات محددة وتعليمات تكيفية التعبير والإفصاح عن الذات وعلاج للقلق.

بينما تلقت المجموعة الثانية هذا العلاج (B) بالإضافة إلى علاج طبي نفسى والإفصاح عن الذات (PE) Prolonged Therapy. أما المجموعة الثالثة فقد تلقت العلاج الدينامى التدميى (ST) Supportive psychodynamic therapy وتلقت المجموعة الرابعة العلاج بالإسترخاء (R) Applied Relaxation. وقد أوضحت النتائج أن التحسن فى المجموعات التى تلقت (PE)، (ST) كان أفضل من المجموعات التى تلقت العلاج (B) فقط أو التى تلقت العلاج (R) كما أن التحسن الذى حدث فى المجموعة (PE) بعد توقف العلاج بتسعة أشهر كان أفضل من جميع المجموعات الأخرى كما أظهرت المجموعة التى عولجت باستخدام (PE) تحسناً ملحوظاً فى الوظائف الاجتماعية للفرد Social Functions. وتوضح نتائج هذه الدراسة أهمية استخدام الطرق الطبية النفسية إلى جانب الطرق السلوكية المعرفية وتطرح ضرورة التعاون بين جميع العاملين فى مجال العلاج النفسى لتحقيق نوع من التكامل.

وقد أجرى بتلر (Butler, G. 1989) دراسة لوصف إمكانية تطبيق الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية فى علاج الخوف الاجتماعى وكيفية الربط بين هذه الطرق. وقد عرضت لدراسة أربعة طرق، سلوكية وسلوكية معرفية فى هذا المجال تحديد المشكلة Defining the Problem، تحديد المصادر الممكنة أو المتاحة Identifying available Resources، الاتفاق على الأهداف Agreeing on goals وعرض المبررات العلاجية Presenting the rationale for treatment) وقد تم بعد ذلك مناقشة وفحص الطرق السلوكية والمعرفية كل على حدة. وتركز النقاش حول ثلاثة محاور أساسية هي:

- الاستراتيجيات المتبعة للتغلب على صعوبات تطبيق الفنيات السابقة فى حالات الخوف الاجتماعى.

- إبطال مظاهر التحيز العام فى التفكير.

- التعامل مع بعض الصور الخاصة للجوانب المعرفية فى الخوف الاجتماعى.

وأنتهت الدراسة إلى أنه فى حالة الخوف الاجتماعى (SP) فإنه من الأفضل الدمج بين الطرق السلوكية والطرق المعرفية فى عملية العلاج حيث أن ذلك يؤدى إلى زيادة فعالية العلاج فى مثل هذه الحالات.

وقد حاول البعض التركيز على الطريقة التى أدت إلى إكتساب الإضطراب وهل لها علاقة بأسلوب العلاج المناسب. فى دراسة أوست (Ost, L.G. 1985) على ٦ مجموعات

من مرضى المخاوف المختلفة ٣٦ خواف من الأماكن المتسعة، ٣١ خواف من الأماكن المغلقة Claustrophobia، ٣٢ خواف اجتماعى، ٣٦ خواف من الحيوانات animals phobia، ١٦ خواف من الدم Blood phobia، ٣٢ خواف من طيبب الأسنان Dental phobia، تتراوح أعمارهم بين ٣٠-٣٦ سنة. وتلقت مجموعة الخوف من الحيوانات العلاج بالتحصين التدريجى، وتلقت مجموعتا الخواف من الأماكن المتسعة والأماكن الضيقة (المغلقة) علاج الإفصاح (التعبير) عن الذات Prolonged exposure in VIVO وتلقت مجموعة الخواف الاجتماعى التدريب على المهارات الاجتماعية SST بينما عولجت مجموعة الخواف من طيبب الأسنان بطريقة التدريب على التعليمات الذاتية. وقد أوضحت النتائج أنه بالنسبة للمرضى الذين إكتسبوا الخواف عن طريق الإشراف المباشر أو بطريقة غير مباشرة فقد كانت الطرق السلوكية والنفسية أفضل من الطرق المعرفية فى علاج حالات الإشراف المباشر بينما كانت الطرق المعرفية أفضل فى حالات الإكتساب غير المباشر.

وفى دراسة مشابهه ناقش ميرش Mersch, P.P. (1989) فعالية بعض الأساليب العلاجية فى علاج الخواف الاجتماعى وما إذا كانت الطريقة التى تتفق مع استجابات الفرد أكثر فعالية من غيرها. وتضمنت عينة الدراسة ٦٢ من مرضى الخواف الاجتماعى تتراوح أعمارهم بين ١٨-٥٦ سنة إلى مجموعتين الأولى تضم الأكثر تفاعلاً سلوكياً والثانية الأكثر تفاعلاً معرفياً، وتم استخدام التدريب على المهارات الاجتماعية (SST) والعلاج العقلانى الإتنعالي (RET) وقد أستمر العلاج لمدة ثمانية أسابيع ولم يتضح من النتائج أى فروق ذات دلالة بين الطريقتين.

وقد حاول جيرمالم وآخرون Jerremalm, A. et al. (1986) معرفة دور نمط الاستجابة لدى الفرد فى فعالية الأسلوب العلاجى المستخدم مع حالات الخواف الاجتماعى. وتضمنت عينة الدراسة (٣٩) تسعة وثلاثون من مرضى العيادة الخارجية تتراوح أعمارهم بين ٢٠-٦٠ سنة، تم تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات: المتفاعلون معرفياً Cognitive reactors وتم علاجهم باستخدام التدريب على الإسترخاء. المتفاعلون فسيولوجياً Physiological reactors وتم علاجهم باستخدام التعليمات الذاتية. والمجموعة الثانية تم علاجها عن طريق الجلسات الفردية لمدة عشرة جلسات.

وقد اتضح أن جميع الطرق ذات فعالية وأنه ليس من الضروري تقسيم المجموعات على أساس استجاباتهم.

وقد قارن ماتيك وآخرون (1989) Matick, R.P. et al. بين بعض الطرق المستخدمة لعلاج الخوف الاجتماعي. وتضمنت عينة الدراسة (٤٣) من مرضى الخوف الاجتماعي الراشدين تم تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات الأولى تلقت العلاج بالإفصاح Exposure والثانية إعادة البناء المعرفي بينما عولجت المجموعة الثالثة بالطريقتين معاً. وأوضحت النتائج أن المجموعتين الثانية والثالثة قد تحسنتا بصورة ملحوظة على جميع مقاييس الخوف الاجتماعي بينما تحسنت المجموعة الأولى في الخوف ولكن لم يحدث تحسن في تعديل الاتجاهات. إلا أن المجموعة الثانية كانت أقل من المجموعتين في التحسن السلوكي بعد العلاج مباشرة ولكنها كانت أفضل في الدراسة التتبعية، كما أوضحت النتائج أن هذه الطريقة أدت إلى تغييرات في الخوف من التقييم السلبي وأيضاً في مركز التحكم. وكانت الأفكار اللاعقلانية ومدى ما يحدث لها من تغير واستبدالها بأفكار أخرى عقلانية من أكثر المنبئات بالتحسن على المدى البعيد.

وقد قارن إميلكامب وآخرون (1985) Emmelkamp, P.M. et al. بين الإفصاح عن المكونات الداخلية للفرد، والعلاج العقلاني الإنفعالي والتدريبات على التعليمات الذاتية Self-instructional وقد أتضح من نتائج الدراسة أن الإفصاح أكثر فعالية من الطرق الأخرى في حالة واحدة فقط وهي سرعة ضربات القلب Pulse Rate.

ويرى فلاناجان (1990) Flanagan, C.M. أنه يجب على المعالج في جميع الحالات أن يجرى أولاً مقابلة المريض Interview بصورة فعالة بحيث يمكن تحديد المظاهر والأعراض التي تبدو عليه (بدقة) في المواقف الاجتماعية. بعد ذلك يجب أن يقيم بصورة ستعمقة دوافع العميل للتغير فيجب على مثل هؤلاء العملاء أن يفهم إلى أي حد يجب أن يندمج ويتصل بالآخرين ويتفاعل معهم دون خوف.

وترى ميتشل (1988) Mitchell, C.E. أن هناك بعض الاعتبارات والاختيارات السلوكية الإجرائية التي تؤدي إلى نجاحات مختلفة في عملية العلاج خاصة مع الطلاب، حيث



أن الحياة المدرسية والجامعية تجعل الفرد بالضرورة أمام مواقف مثيرة للخوف الاجتماعى، وهذه الاعتبارات الإجرائية هي:

#### ١- إتخاذ المبادأة:

فإذا كان من المؤكد أن الطالب سوف يقرأ أمام الفصل أو أنه سيحضر امتحان على سبيل المثال، فإنه من الأفضل أن يبادر بعرض رغبته فى القراءة أو فى حضور الامتحان أو أن يأتى متأخراً بفترة قصيرة ويسأل المدرس عن الامتحان. فإن ذلك أفضل من أن يجلس ويجد الامتحان يعطى له.. فالمبادأة تعطى الفرد الإحساس بالتحكم فى الذات وليس بوقوعه تحت سيطرة السلطة (المدرس) فإحساس الفرد بوجوده تحت ضغط وسيطرة الآخرين هو الذى يجعله أكثر عرضة للتوتر والخوف من أن يبدو فى مظهر غير لائق أو أن ينجز بصورة نذل مما يتوقعه الآخرين.

#### ٢- التخطيط المسبق للأحداث:

أن التفكير فى الأشياء التى يمكن أن يفعلها الفرد ليصل إلى الهدوء والطمأنينة ذو قيمة كبيرة فى هذا الصدد. مثل الإستيقاظ مبكراً بفترة كافية لتجاشى الاستعجال، التخطيط للذهاب لحفل مع الأصدقاء، أو للحديث أمام مجموعة من الناس. كل هذه الأشياء سوف تعطى الإحساس بالاستعداد التام لمواجهة أى مخاوف محتملة.

#### ٣- استخدام المنبهات Props أو المحفزات الذاتية:

والتي يمكن أن تتدرج من استخدام الحلويات مثل (المصاصة) لترطيب الفم الجاف إلى استخدام قلم مفضل (جيد) لتفادى الرعشة أثناء الكتابة. إلى ارتداء (سويتير) لتفادى الرعشة من البرد. ويمكن تحديد ذلك مع العميل بحيث تستخدم المنبهات أو المساعدات التى تشعره أنه ليس تحت سيطرة الآخرين.

#### ٤- أن تخبر الفرد أنه ليس من الضروري عمل هذا الشئ:

فعندما يشعر الفرد أنه لا يوجد بديل إطلاقاً لسلوك ما وأن الفرد ليس لديه أى اختيار لعمل شئ معين، فإن ذلك أيضاً يمكن أن يكون له بديل وهو ببساطة ألا يفعل هذا الشئ. فإذا كان الفرد مثلاً عليه أن يدخل امتحان كفاءة حتى يعمل مدرساً ويخاف من الفشل وليس أمامه سوى دخول هذا الامتحان فإنه يمكن إقناعه بأن أمامه إختيار آخر وهو ألا يدخل هذا الامتحان

ويبحث عن وظيفة أخرى.. صحيح أن هذا الفرد قد يقول أن أمله منذ وقت بعيد أن يكون منرساً. ولكن هذه الرغبة يجب ألا تكون سجناً للفرد ويجب إقناعه بأن البديل الأفضل هو أن يضع في ذهنه أنه يمكن أن يترك هذا الامتحان ولن يؤثر ذلك عليه فالعالم لن ينتهي لمجرد أن يفشل الفرد في الحصول على وظيفة معينة. إن من الحكمة أن يضع الفرد لنفسه بدائل أخرى ويحاول النجاح في هذه الاحتمالات وألا يقيد نفسه باحتمال واحد. وهذا يتفق مع ما أشار إليه أليس من أنه من التفكير اللامنطقي أن يعتقد الفرد أن لكل مشكلة حل واحد فقط وأنه لا بد من الوصول لهذا الحل.. فقد يؤدي فشل الفرد في الوصول للحل إلى الإضطراب.

#### ٥- الإفصاح عن المخاوف المرضية للفرد:

وربما يكون ذلك هو الأختيار الجيد لتخفيف حدة المخاوف لدى الفرد. إن هذا الإفصاح يحرر الفرد من بعض المخاوف الأخرى المرتبطة بالخوف من الظهور بعدم الكفاءة أمام الآخرين والخوف من عدم الكمال To be perfect. إن هذا الإفصاح سوف يؤدي إلى إحترام الفرد لذاته واحترام الآخرين له.

#### ٦- تحديد أهداف بسيطة يمكن أن تتجح ويمكن أن تؤدي للأهداف الكبيرة التي يريد أن يصلها الفرد.

فإذا كان على الفرد أن يعرض موضوعاً علمياً أو خطة علمية أمام الآخرين أو أنه يتقدم لامتحان للحصول على شهادة ما فإنه من الأفضل أن يقوم الفرد بعرض موجز وقصير قبل العرض الأصلي أو أن ينجز امتحاناً قصيراً وسريعاً قبل الدخول في امتحان الشهادة. إن مثل ذلك يمكن أن يؤدي إلى ألفة الفرد بالموقف كما أنه يشعره بالتقدم Progress وكل ذلك يمكن أن يخفف من أعراض المخاوف المرضية لدى هذا الفرد.

#### ٧- الهرب Escape

بعد كل ماسيق، في حالات الخوف الشديدة فإن الرغبة الملحة لدى الفرد تكون الهرب. لذا يجب أن يخبر الفرد أن هذا السلوك هو أحد الاختيارات المتاحة أمامه. بالطبع سوف تبدأ بسلسلة من السلوكيات السلبية ولكنها لن تستمر فالفرد لن يستهويه في النهاية الهرب من كل انمواقف.

٨- تعتمد التشكيك في الأهداف غير المنطقية للفرد:

مارس ذلك بدرجة كبيرة مع الفرد وبصورة لانهائية، حتى وأن كنت ترى أنها ليست مناسبة. فبعد فترة سوف يصبح هذا الشك فكرة متسلطة على الفرد. وغالباً فإن الخوف من المواقف المحيطة هو أكبر تحد للفرد وعندما يزداد ذلك ويصل إلى الدرجة المملة فإنه لا يصبح ذو قيمة في إستئارة مخاوف الفرد.

٩- لا تفعل شئ Do Nothing :

ويعتبر ذلك أصعب الاختبارات المتاحة للتطبيق. إن مريض الخوف يرغب في التحكم في تصرفاته إلى الدرجة التي يقترح فيها ألا يفعل شيئاً، أن يدرك أنه لامشكلة من كون المحاولة صعبة، أو إلى أي مدى هو على استعداد جيد للموقف. ويمكن أن تظل المخاوف تظهر بصورة غير واضحة من وقت لآخر، وتصبح كل المهام السابقة صعبة التحقيق. وربما يخرج ذلك عن استطاعة الفرد وفي هذه الحالة يمكن العودة إلى الإفصاح أو الإعلان عن المخاوف فهي آخر الطرق للسيطرة على مخاوف الفرد.

١٠- سلم الأمر لله Give it to God:

عندما يشعر الفرد أنه عاجز تماماً، ويعرف أنه يستطيع أن يتخلى عن الجهد الذي يجب أن يبذله ليتحكم في الأمور ويسلم الأمور جميعها إلى قوة عليا فإن ذلك قد يعيد التوازن للفرد. وإذا كان الله معنا فمن يستطيع أن يكون ضدنا. إذا وضع المريض هذا الإتجاه في ذهنه فإنه يحقق لنفسه إدراكاً قوياً بالإرتباط بالله ومن ثم يشعر بقوته الذاتية.

١١- رتب ونظم الاختيارات المتاحة:

ويمكن أن يتحقق ذلك إذا كانت هذه الاختيارات تم تحديدها إلى المدى المرغوب من الوضوح والتفضيل، وأي هذه الاختيارات أسهل وأقرب للتطبيق؟ هل المنبهات الذاتية يكون من الأفضل استخدامها أولاً؟ وهل التوكيدية مع الذات أم مع الآخرين؟

١٢- لاحظ أن المخاوف تزداد وتنقص (تتعاظم وتتضاءل) Wax and wane، إن بعض

الاختيارات التي قد تكون ذات فعالية في وقت ما قد تفقد فعاليتها في وقت آخر ويستخدم اختيار آخر. ولأسباب غير واضحة فإن المخاوف قد تختفي في فترة ما لتعاود الظهور

فى فترة أخرى. إن المخاوف لن تتمحى كلية من الذاكرة. ولذا فإن مراجعة المحاولات السابقة التى اتبعها الفرد والتى كانت ناجحة ربما يكون له فائدة كبيرة فى الوقت الحالى، فإذا كان التحصين التدريجى أو العلاج الجمعى ناجحان فى علاج المخاوف فإنه يمكن استخدامهما فى الظروف الحالية.

مما سبق يتضح أن هناك طرق عديدة لمواجهة الخواف الاجتماعى والدراسة الحالية هى محاولة على هذا الطريق.

#### أهمية الدراسة:

إنه من أصعب المواقف على بعض الناس الحديث أمام مجموعة من الآخرين فهذا يثير القلق لديهم خاصة إذا كان الآخرون من الجنس المخالف أو الذين يقومون بتقييم أداء الفرد وحديثه وأيضاً الأشخاص الذين يمثلون أشكال السلطة. أما الأفراد المعروفين والمألوفين لدى الفرد فإنهم يودون إلى مشاعر الخجل. ويمكن أن تؤدي حالات الخواف من الحديث أو الأكل أو الكتابة.... إلخ أمام الآخرين إلى تعثر وإضطراب حياة الفرد الاجتماعية وعدم تكيفه وربما ينعكس ذلك على كفاءة الفرد فى الحياة فيكون عرضة للفشل فى كثير من الأدوار التى يجب أن يحقق متطلباتها. ولذلك فإنه من الأهمية القصوى تحديد أسباب هذه المخاوف وطرق علاجها حتى يمكن مواجهتها قبل أن تترك آثارها على مستقبل الفرد.

ويعتبر الخواف الاجتماعى من إضطرابات القلق التى تحدث فى فترة المراهقة وبداية مرحلة الرشد وتمس نسبة كبيرة من الشباب والفتيات فى هذه المرحلة، وبعضهم يقنع نفسه بمبررات كثيرة أن حالته ليست مرضية ولا تستدعى العلاج وبذلك يعيش فترة طويلة وهو يعانى من هذه الحالة التى تتميز بتجنب المواقف الاجتماعية خوفاً من مواجهة الآخرين ومن ثم يتأثر بصورة كبيرة الجانب الاجتماعى من حياة الفرد.

وربما يستمر هذا الخواف لدى المريض حتى يؤثر على حياته العائلية وربما ينتقل عن طريق التنشئة الاجتماعية الخاطئة إلى الأبناء. لذا فإن العاملين فى مجال الإرشاد النفسى يولون أهمية كبيرة للبحث فى أسباب وطرق علاج هذا الإضطراب خاصة وأن البعض يرى أن

البحث في مجال الخواف الاجتماعي وطرق علاجه مازال في مرحلة المهد حيث كان إلى فترة قريبة لايشخص كإضطراب مستقل بذاته حتى تحقق ذلك في (DSMIIIIR (1987).

وتكمن أحد جوانب خطورة الخواف الاجتماعي من إرتباطة بتعاطى المخدرات والكحوليات Drugs & Alcohol حيث وجد أميس وآخرون أن ٢٠٪ من الحالات يتعاطون الكحوليات والمخدرات وقد أيدت هذه النتائج دراسة أخرى أجراها سميل وآخرون (Smail, P. et al. (1984) حيث أوضحت أن (٢٤) من بين ٦٠ حالة متعاطى كحوليات كانوا من المصابين بالخواف الاجتماعي. وقد فسر 'أميس' هذه النتائج بأن مريض الخواف الاجتماعي قد يلجأ إلى المخدرات أو الكحوليات كطريقة للتكيف مع أعراض القلق. ولكن ليس هناك مايشير إلى العلاقة السببية بين الإضطرابين إلا أن هؤلاء المرضى يلجأون للعلاج من الخواف الاجتماعي دون الإهتمام بعلاج الاعتماد على المخدرات وهذا مايجعلهم عرضة للإضطراب مرة أخرى (إنتكاسة).

كما توصل شناير **Schneier, F.R. et al. (1989)** إلى نفس النتيجة على عينة قوامها ٩٨ من مرضى الكحوليات حيث أوضحت النتائج أن مدمنى الكحوليات كانوا أصغر سناً ومن غير المتزوجين كما أنهم أكثر حدة في الخواف الاجتماعي.

لذلك فإن الدراسة الحالية تعتبر إضافة هامة في هذا المجال وسوف تسد عجزاً كبيراً في مجال هذه الدراسات خاصة في البيئة العربية، كما أنها سوف تفيد المرشدين النفسيين لمعرفة الأسباب وطرق العلاج الفعالة لمثل هذا الإضطراب خاصة في البيئة العربية. كما أن نتائجها يمكن أن تفيد بصورة كبيرة في إعداد برامج الوقاية من هذا الإضطراب، الذي قد يؤدي إلى إضطرابات أخرى مثل الإدمان الذي يمكن أن يؤدي إلى تدمير الشخصية.

#### شكلة الدراسة:

تتعدد الطرق المستخدمة في علاج إضطرابات القلق والبعض يؤيد استخدام بعض الطرق الطبية بينما يستخدم البعض الآخر الطرق السلوكية ويستخدم الآخرون الطرق المعرفية: يدمج البعض بين الطرق المعرفية والطرق السلوكية للحصول على فعالية أكبر. وقد ربط البعض بين فعالية الطريقة وخصائص المرضى واستجاباتهم. وتعتبر طريقة أليس في العلاج

الافتقار إلى الإنفعالي من الطرق السلوكية المعرفية التي تلقى قبولاً كبيراً لدى العديد من الباحثين في مجال الصحة النفسية والإرشاد النفسي فهي طريقة محددة ودقيقة وتعتمد عليها طرق أخرى مثل إعادة البناء المعرفي. ويؤيد البعض استخدام طرق أخرى مساعدة في العلاج مثل تكليف المرضى ببعض الواجبات المنزلية التي تتصل بعملية العلاج. إلا أن هذه الطريقة وعلى قدر علم الباحث لم تحظى بالإهتمام الكافي في البيئة العربية وتندر الدراسات التي استخدمتها في علاج الخوف الاجتماعي. كما حاول الكثيرون تحديد الأسباب المؤدية إلى هذا الإضطراب وأشار البعض إلى دور التنشئة الاجتماعية والنمذجة والإشراف في اكتساب الخوف الاجتماعي. فالطفل أو الراشد يمكن أن يكتسب الخوف الاجتماعي إذا لاحظ بصورة منتظمة سلوك فرد آخر يعاني من هذا الإضطراب. أو حتى مجرد الحديث حول هذا الموضوع أو الاتجاهات المختلفة نحوه. ويمكن أن تكتسب هذه المخاوف ولا تظهر في سلوك الفرد إلا بعد عدة سنوات. ويمكن أن نحوا هذا التعلم باستخدام الطرق السلوكية التكيفية التي تجعل الفرد وثقاً من نفسه معتمداً على جهوده الذاتية ومن ثم يصل إلى التحكم والسيطرة على تصرفاته.

وترى ميتشيل (Mitchell, C.E. (1988) أن مريض الخوف الاجتماعي يخاف من تقييم الآخرين في المواقف الاجتماعية أو من ملاحظة الآخرين للتغيرات التي تبدو عليهم نتيجة الإستتار، وهم دائماً يبحثون عن تقبل وتعاطف الآخرين. وتشير الدراسة إلى أن الطلاب يكونون أكثر قابلية في هذا الصدد وذلك نظراً لكونهم تحت الملاحظة دائماً في مواقف التعلم. ونظراً لخوف الطلاب من عدم الحصول على تعاطف وتقبل الآخرين فإن إستجابة الخوف مصدر بصورة تلقائية ويفشل الفرد في إيجاد طريقة أخرى لمواجهة الموقف والتكيف معه. ولذلك فإن الدراسة الحالية تحاول الإجابة على التساؤلات التالية:

- ١- ماهي الأسباب التي تكمن وراء إصابة الطلاب بالخوف الاجتماعي؟
- ٢- هل يعتبر الإرشاد العقلاني الإنفعالي مقترناً بالواجبات المنزلية ذو فعالية في علاج الخوف الاجتماعي؟

#### عينة الدراسة:

تضمنت عينة الدراسة الحالية (٦) ستة من طلاب الجامعة تطبق عليهم معايير DSMIII F. في تشخيص الخوف الاجتماعي وحصلوا على درجات مرتفعة على مقياس

الخوف الاجتماعي المستخدم تصنفهم ضمن فئة من يعانون من هذا الإضطراب. وتتراوح أعمارهم بين ١٩-٢٣ سنة.

#### أدوات الدراسة:

استخدم الباحث في هذه الدراسة: مقياس الخوف الاجتماعي وهو من إعداد محمد سالم الترنى (١٤١٣هـ) ويتضمن ثلاثة أبعاد فرعية لمظاهر الخوف الاجتماعي وهي (البعد النفسى - البعد الاجتماعى - البعد الجسمى). ويتضمن المقياس (٤٧) بنداً تم استنباطها من مقاييس القلق الاجتماعى والخجل ومعايير DSMIII R والأطر النظرية حول مظاهر الخوف الاجتماعى. ويتمتع المقياس بصدق وثبات مرتفعين. وقد تميز المقياس بقدرة تمييزية مرتفعة بين المرضى والأسوياء على جميع عبارات المقياس. كما تميز المقياس بترابط عباراته وأبعاده الفرعية. وتتراوح الدرجة التى يمكن أن يحصل عليها الفرد على هذا المقياس بين صفر، ١٤١ وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع الخوف الاجتماعى لدى هذا الفرد. كما تم حساب الدرجات المعيارية المعدلة للدرجات الخام حتى تسهل عمليات المقارنة.

- استمارة المقابلة الشخصية المعدة والمستخدمه بوحدة الخدمات النفسية بجامعة الملك سعود وتتضمن جمع معلومات عن البيانات العامة عن العميل (الاسم، السن، العمر، المستوى التعليمى..... إلخ).

- اشكوى الحالية والأعراض التى يعانى منها العميل - التاريخ الأسرى - العلاجات السابقة - الهوايات والنظرة المستقبلية ونتائج الاختبارات التى طبقت على العميل، والتشخيص المبدئى لنحالة والتوصيات.

#### إجراءات الدراسة:

- تطبيق استمارة المقابلة الشخصية.
- تطبيق الاختبارات المعتادة فى وحدة الخدمات النفسية وهى قائمة تيلور للقلق، اختبار بك للإكتئاب.
- تطبيق مقياس الخوف الاجتماعى (تطبيق قبلى).
- وضع التشخيص الأولى فى ضوء نتائج المقاييس ومعايير DSMIII R.

- تطبيق البرنامج الإرشادي بواقع جلسة إرشادية فردية كل أسبوع بإتباع أسلوب الإرشاد العقلاني الإفعالي مع التكليف ببعض الواجبات المنزلية بين الجلسات والتي يتم مناقشة كل منها فى الجلسة التالية.
- تطبيق مقياس الخواف الاجتماعى فى نهاية الجلسات الإرشادية (تطبيق بعدى).

ونجما يلى ملخص للحالات المتضمنه فى عينة الدراسة الحالية:

### الحالة الأولى:

طالب عمره ٢١ سنة يشكو من تردد شديد فى المواقف الإجتماعية ويخاف من الحديث أمام زملائه فى قاعة الدراسة يفكر كثيراً قبل الدخول فى أى موقف ويتوقع الفشل فى الحديث وسخرية الزملاء ولذلك فهو يرغب فى تجنب المواقف الإجتماعية المثيرة للخوف. تظهر عليه بعض الأعراض الجسمية مثل آلام فى منطقة الصدر، آلام فى الكتف الأيسر، آلام فى منطقة أسفل الظهر، ويصاحب ذلك خوف من مرض القلب نظراً لسرعة ضربات القلب فى المواقف الإجتماعية، مع بعض الوسواس القهرية وخوف من الموت نظراً للتفكير المستمر فى موت أحد الأقارب بمرض خطير.

- بدأت هذه الحالة فى الظهور عندما طلب منه المدرس القراءة أمام زملائه وحدثت له اللججة وانتقده زملاؤه وبعد شهر من هذا الموقف قدمه زملاؤه للصلاة ففشل فى القراءة، مما أدى إلى تعزيز الخوف وتعميمه على جميع المواقف المشابهة الأخرى. كما حدثت للعميل عدة حوادث مرورية جعلته يخاف من التجمعات حيث أن الناس كانوا يتجمعون بعد كل حادثة مما أدى إلى إرتباط التجمعات بمشاعر الخوف لدى العميل.

- العلاقات الأسرية هادئة إلا أنه توجد تفرقة فى المعاملة بين العميل وإخوته. الأب دائم الإنتقاد للعميل على عدم قدرته على الكلام ويرسل معه إخوته فى بعض المواقف ليتحدثوا نيابة عنه، كما أن الأسرة تذكره باستمرار بهذا العجز مما عزز المشاعر السلبية لديه وأفقدته الثقة بالنفس خاصة أنهم كثيراً ما يتهمونه بالفشل وأن إخوته أفضل منه.

- تتحصر هويات العميل فى قراءة الشعر خاصة شعر الرثاء وربما يكون ذلك بسبب المشاعر الإكتئابية التى تصاحب تلك الحالات.



- النظرة المستقبلية للعميل تحمل التفاؤل والحذر . فهو يرغب في العمل في التجارة (وربما يكون ذلك رد فعل عكسي لعدم القدرة على الحديث أمام الآخرين) كما أنه يخطط للزواج وتكوين أسرة ولكنه يخشى أن تؤثر حالته النفسية على ذلك.

- تعرض إلى علاج طب نفسي لمدة أسبوعين ثم توقف عن العلاج لعدم وجود تحسن ملحوظ.

- درجته على مقياس القلق تضعه في فئة قلق متوسط كما كانت درجته على مقياس بك للإكتئاب تضعه في فئة إكتئاب بسيط وأعلى درجاته كانت في الإحساس بالحزن.

حصل على (٦٩) درجة معيارية معدلة على مقياس الخوف الإجتماعي وهي تضعه في فئة الإضطراب والحاجة إلى العلاج.

ومن خلال الدرجات التي حصل عليها العميل في المقاييس المختلفة والأعراض التي ظهرت عليه فإنه يصنف مريض خواف إجتماعي (خاصة من الحديث أمام الآخرين) مع ظهور أعراض القلق الأخرى التي تم تجميعها على المواقف المشابهة وتم تعزيزها من قبل الأسرة والزملاء وصاحب ذلك الأفكار الخاطئة عن الكفاءة وتسلب بعض الوسواس وفقدان الثقة بالنفس.

### الحالة الثانية:

- طالب عمره ٢٢ سنة يشكو من الخوف من الحديث أمام مجموعة من الناس ويصاحب ذلك ظهور الأعراض (رعشة، لعثمة، ..... إلخ) ويهرب من المواقف التي تضطره للحديث أمام الآخرين ولذلك فهو يجلس في المؤخرة دائماً حتى يهرب من أسئلة الأستاذ.

- يعاني من الأرق أثناء نومه مع ظهور بعض الوسواس المتسلطه والإحساس بالضعف وعدم الثقة بالنفس خاصة عند مواجهة الآخرين مع خوف شديد من الحديث أو إقامة علاقة مع الجنس الآخر. إلا أنه لا يشعر بالخوف عند الحديث مع زملائه بالسكن ولكن يخاف من مقابلة الغرباء. يكره بعض زملائه لأنهم لا يهتمون به ولذلك لا يشترك معهم في الأنشطة.

يشعر بالأم في أجزاء مختلفة من الجسم مع ظهور بعض الميول الإكتئابية مع ميل للإيحاء حيث يعتقد في كل ما يقوله الزملاء ولديه مقاومة شديدة. يذكر أن اللعثة تحدث مباشرة بعد أن يفكر في أنه سيخطئ في الحديث أمام الآخرين، وقد بدأت هذه الحالة في الظهور عندما ضربه المدرس أمام زملائه في المرحلة الابتدائية وبدأ يخاف من جميع المواقف المشابهة.

- نشأ العميل في أسرة مفككة بعد وفاة الأم حيث شعر بفقدان الأمن. الأب تزوج من ثلاثة والعممة هي التي ترعى العميل والأشقفاء. الوالد لديه بعض العادات السيئة ولا يهتم بالأبناء لدرجة أنه لا يعلم في أي سنوات دراسية هم. والده كان يمنعه من اللعب مع زملائه من الأطفال في المرحلة الابتدائية مما حرمه من المهارات الإجتماعية في هذه الفترة الأب يتميز بالقسوة الشديدة ولا يسمح لأبنائه الصغار بتكوين أي صداقات، ويعامل الكبار كأطفال ولا يحترم مشاعر أحد من الأبناء. يرى العميل أن عمه هو أقرب الناس إليه وأنه يحترمه ويقدره.

- يتكرر على العميل بعض الأحلام حيث يرى في نومه أنه يطلق النار على والده ثم يسرع وينفذه في المستشفى بحب شديد. وقد يدل ذلك على المشاعر المتناقضة فالرغبة الدينية للإنتقام من الأب نتيجة لقسوته الشديدة في مرحلة الطفولة لا تجد التصريف إلا في الأحلام وتأخذ شكلاً محرماً (عدوان على الأب) وتظهر مشاعر عكسية لإرضاء الأنا الأعلى (إنقاذ الأب بحب شديد). ويعبر ذلك عن الحاجة الشديدة لدى العميل للحنان والعطف.

- ليست للعميل هوايات إلا أنه كان يحب كرة القدم ولكنه عزف عنها لعدم رغبته في الإختلاط مع الزملاء حتى لا يشعر بالنقص. يرغب في الزواج ويؤكد على أهمية الأخلاق ويشكك في فعالية العلاج النفسي وقد يكون ذلك نتيجة لما لدى العميل من أفكار خاطئة عن هذا العلاج وأيضاً كرد فعل عكسي للرغبة الشديدة في التخلص من أعراضه بأسرع ما يمكن. لم يتعرض العميل لأي نوع من العلاج النفسي أو العلاج الطبينفسى في السابق.

- درجته على مقياس تيلور للقلق تضعه في فئة قلق شديد كما أن درجته في الإكتئاب بك تضعه في فئة إكتئاب بسيط أما درجته في الخوف الإجتماعي (٧٢) وهي تضعه في فئة الخوف الإجتماعي والحاجة للعلاج.

- ومن نتائج الإختبارات والمقابلة الشخصية يتضح أن العميل يعاني من خواف إجتماعي يتمثل في الخوف من الحديث أمام الآخرين يسبقه بعض الأفكار اللامنطقية والخوف من الفشل، كما أنه يعاني من خوف من الإرتباط بالجنس الأخر مع بعض الأفكار الخاطئة عن العلاقة بين الجنسين ويرتبط بذلك بعض المشاعر الإكتئابية وعدم الثقة بالنفس نتيجة لنقص الخبرة والمهارات الإجتماعية.

### الحالة الثالثة:

- طالب عمره (٢٠ سنة) يشكو من حالة خوف غير معلوم المصدر خاصة عندما يقابل الناس أو عندما يطلب منه أحد أن يتحدث أمام جمع من. تحدث له هذه الحالة بإستمرار في المحاضرات عندما يسأله أحد الأساتذة ويصاحبها ظهور أعراض القلق الأخرى مثل أحمرار الوجه وجفاف الحلق والرعدة. متشائم ليس لديه أمل في الشفاء ويشعر بأن الآخرين أفضل منه في كثير من الأشياء. يخاف من أحد الأساتذة لأنه يوبخه أمام زملائه ويخاف من إنتقادات زملائه له إذا تحدث أمامهم ويخاف من العلاقات خاصة العاطفية مع الجنس الأخر. يعاني من حالة من اللوم وتحقير الذات ومشاعر الذنب كما يتعرض لبعض الوسواس القهرية.
- العلاقات الأسرية ينتابها بعض الإضطراب. الوالدة توفت والعميل في سن الثالثة وتولت الأخت الكبرى تربيته. الأب متزوج وتحدث خلافات كثيرة بين الأبناء وزوجة الأب ولكن الأب لا يتدخل لحل هذه المشكلات. الأب لا تربطه علاقة قوية بالأبناء ولا يصطحب معه أحد إلى الشارع أو في زيارته للأقارب.
- إخوة العميل كانوا يمنعونه من اللعب مع رفاقه في الشارع في مرحلة الطفولة خوفاً عليه. أقرب إخوانه إليه أكبرهم حيث يحوطه بالحب والحنان الذي فقده من الأب.
- هوايات العميل تنحصر في السباحة إلا أنه لا يمارسها نظراً لخوفه من إستخدام الأماكن العامة وهو يكتب شعر عن الفراق وربما يشير ذلك إلى المشاعر الإكتئابية التي تتاب العميل لشعوره بالوحده.
- لديه رغبة شديدة في التحسن والتخلص من الحالة حيث أنه يخشى أن تؤثر على حياته المستقبلية.
- لم يتعرض العميل لأي نوع من العلاج النفسى أو الطينفسى فى السابق.
- تشير نتائج الإختبارات التي طبقت على العميل أنه يعاني من قلق متوسط، وإكتئاب متوسط وارتفاع مستوى المخاوف الإجتماعية (٧٤).
- ومن نتائج الإختبارات والمقابلة الشخصية يتضح أن العميل يعاني من الخواف الإجتماعى المرتبط بالمواقف العامة (حديث أمام الآخرين أو إستخدام الأماكن العامة) مع بعض المشاعر الإكتئابية وفقدان الثقة بالنفس الناتج عن بعض الأفكار الخاطئة عن العلاقات مع الآخرين، كما يفتقد العميل للمهارات الإجتماعية منذ الطفولة.

### الحالة الرابعة:

- طالب عمره ١٩ سنة يشكو من حالة خجل وخوف شديد مع رعشة وجفاف فى الحلق وزيادة فى سرعة ضربات القلب فى المواقف التى يوجد فيها غرباء. ويخاف من التواجد أو الحديث أمام جمع من الناس ويتردد كثيراً قبل الذهاب إلى أى مكان فيه تجمع من الناس فى المناسبات الإجتماعية ويفكر دائماً أنه ربما يقول أشياء قد لا تعجب الآخرين أو أن يبدو بمظهر غير لائق ومنتقد أمامهم. يعانى من أرق شديد فى النوم ووساوس قهريّة وبعض الأحلام المزعجة التى تشير معظمها إلى قلق وخوف من الأشياء المجهولة.
- العلاقات الأسرية لا يسودها اضطراب شديد إلا أن العميل كان الطفل المدلل لوالده الذى توفى منذ عام. أما علاقات الأخوة مع بعضهم البعض ومع العميل فهى علاقات جيدة ولا توجد صراعات بل يتعاونون فى جميع الأحوال. العميل كان معسداً كثيراً على الأب مما أفقده مواجهة بعض المشكلات وإكتساب الخبرات والمهارات. إلا أن الأب كان كثير التشدد فى بعض المواقف وليست له علاقات إجتماعية كثيرة وكان يميل إلى الإنطواء.
- لا توجد هويات محددة للعميل. يرغب فى الزواج ولكنه يخاف من الفشل نظراً لحالته. لديه رغبة شديدة فى العلاج والتخلص من الأعراض.
- لم يتعرض العميل لأى علاج نفسى أو طبي نفسى فى السابق وتشير نتائج الإختبارات التى طبقت عليه (تيلور للقلق، بك للإكتئاب، الخواف الإجتماعى) إلى أن العميل لديه قلق بسيط مع مشاعر إكتئابية خفيفة إلا أن درجة الخواف الإجتماعى (٦٨) تشير إلى خواف يحتاج إلى العلاج.
- من نتائج الإختبارات التى طبقت على العميل يتضح أنه يعانى من حالة خواف إجتماعى ناتج عن الأفكار الخائنة المرتبطة بنظرة الآخرين للعميل مع إفتقاده للمهارات الإجتماعية وقلق إجتماعى نتيجة لإفتقاد الأب (السند).

### الحالة الخامسة:

- طالب عمره ٢١ سنة، يشكو من الخوف والخجل فى المواقف الإجتماعية التى يتواجد فيها شخص آخر أو مواجهة مع آخرين. لا يستطيع الحديث مع الجنس الآخر ويخاف من إقامة علاقات عاطفية. يخشى الحديث أمام زملاء حتى لا يلاحقونه بنظرتهم ويركزون على تصرفاته. يشعر بالخوف من الخروج من حجرته لمقابلة الضيوف أو تقديم القهوة والشاى لهم أو عندما يدخل على إنسان ذو مركز مرموق. إذا نظر إليه زميل وهو يكتب تبدأ يده فى الرعشة. يخاف كثيراً من إنتقادات الآخرين لتصرفاته. يصاحب ذلك ظهور بعض الأعراض مثل الوسواس القهرية وتوهم المرض حيث يخاف على حالته الصحية نظراً لكثرة ما يسمعه عن الأمراض. ويخاف على مظهره العام كما يشكو من الرعشة وجفاف الحلق وعدم القدرة على التركيز فى المواقف الإجتماعية.
- والده كان يؤممه على بعض تصرفاته أمام الضيوف وكان أخوه ينتقد مظهره، كما أن المدرس طلب من أحد زملائه فى المدرسة الابتدائية أن يضربه على تصحيحه فى المذاكرة مما جعل مواقف الدراسة من المواقف المهددة له وإنعدمت ثقته بنفسه فى مواجهة زملائه. كما أن لوم المدرس الشديد والمتكرر له وتوبيخه أمام زملائه جعله يخاف من تقديم أى شئ للضيوف خاصة إذا كان معهم هذا المدرس. وإنسحبت هذه المخاوف على جميع المواقف المشابهة. حيث يفكر فى الفشل قبل الدخول فى أى موقف إجتماعى كما يعتقد أن الآخرين لن يفتنعوا بأسلوبه أو مظهره.
- الحياة الأسرية هادئة إلا أن العميل هو الأبن الأخير والمدلل من قبل الأم فهى تدافع عنه فى جميع المواقف. علاقات الأخوة جيدة إلا أن الأخوة الكبار كانوا يعاملونه بقسوة فى بعض الأحيان. والأب لا يتدخل.
- لديه هواية كرة القدم ولكنه لا يمارسها بانتظام وربما يكون ذلك لأنها موقف إجتماعى يجعل العميل فى مواجهة الآخرين. لم يتعرض لعلاج سابق.
- لديه أمل كبير فى المستقبل ورغبة قوية فى التخلص من الأعراض
- تشير نتائج الأختبارات التى طبقت عليه أنه يعانى من قلق خفيف مع بعض المشاعر الإكتئابية المنخفضة إلا أن درجته على مقياس الخواف الإجتماعى (٦٥) تضعه فى الفئة التى تحتاج إلى الإرشاد للتغلب على أعراضه.

- من نتائج الاختبارات والمقابلة يتضح أن العميل لديه خواف إجتماعى من الحديث أمام الآخرين أو مواجهة الغرباء. حدث نتيجة للإرتبط الشرطى فى مواقف محددة علاوة على الأفكار والمعتقدات الخاطئة لدى العميل عن العلاقات الإجتماعية.

### الحالة السادسة:

صالب يبلغ من العمر ٢١ سنة. يعيش فى أسرة متماسكة. يتميز والده بالحزم الشديد وعدم التساهل والأم منشغلة بأمور الصغار. العلاقة بين الأخوة جيدة، يحمله الأب بعض المسئوليات ويوجه ليه اللوم عندما يفشل ولو بدرجة بسيطة جداً. يضع الأب لهم صورة مثالية يجب انرسول إليها وينتقد ما يفعله الأبناء بصورة مستمرة. نهرة الأب ذات مرة وهو يقوم بتقديم واجبات الضيافة وطلب منه أن يبدو بصورة أكثر حزماً ورجوله فشر بالخوف الشديد وحاول إخفاء مشاعره ولكنه فشل. يفكر كثيراً قبل كل موقف فى رد فعل والده ويتخيل والده أمامه فى كل المواقف الإجتماعية التى يواجهها. مستواه الدراسى حسن ولكنه يخشى كثيراً الحديث أمام زملائه ولايحضر الدروس التى يعتقد أنه ستوجه إليه فيها بعض الأسئلة. يعتقد أن زملائه لن يحترمونه إذا أخطأ أمامهم فى الحديث ولذا فهو يؤكد على اللباقة وإستخدام الأساليب التى تظهره فى صورة متحدث جيد وكثيراً ما يفشل نتيجة لزياده هذه التأكيدات. ويعتقد أنه من الضرورى أن يحوز على إحترام وثقة الجميع دون إستثناء وربما يكون ذلك نتيجة للصورة المثالية التى رسمها الأب للأبناء يعانى من سرعة ضربات القلب وإحمرار الوجه ويخشى أن يراه الآخرون فى هذه الحالة.

ليس له هوايات محددة ولكنه يلعب مع زملائه الكرة الطائرة وبعض الألعاب الأخرى من وقت لآخر. لم يتعرض لأى نوع من العلاج فليست لديه معرفة سابقه بالخدمات النفسية التى يمكن أن يحصل عليها. ينظر إلى المستقبل بتفاؤل ولكنه يخشى أن تؤثر عليه حالته ولذا فهو لديه رغبة شديدة فى التخلص من هذه الحالة والأعراض الجسمية المصاحبة لها.

تشير نتائج المقاييس التى طبقت عليه إلى أنه يعانى من قلق متوسط وإكتئاب خفيف إلا أن درجته على مقياس الخواف الإجتماعى (٦٣) وهى أقل الحالات السابقة تضعه فى فئة الحاجة للإرشاد والعلاج.

ومن نتائج الاختبارات والمقابلة يتضح أن العميل يعانى من خواف إجتماعى نتج عن بعض الأفكار الخاطئة عن الصورة المثالية التى يجب أن يكون عليها

### ملاحظات عامة عن الحالات :

كانت المشاعر الإكتئابية نتيجة للإضطراب ولم تكن سبباً حيث ظهرت هذه المشاعر كوسيلة للتكيف مع الضغط النفسى الذى يسببه الإضطراب للفرد. كما أنه لم يحدث تعاطى للمخدرات أو المسكرات كوسيلة تكيفية وربما يعود ذلك إلى طبيعة المجتمع المتدينة والتربية الدينية للكبناء التى تؤكد على تحريم مثل هذه الاشياء. كما لوحظ الإستجابة السريعة للعلاج ورغم شدة المقاومة عند بعض الحالات إلا أنها على وجه العموم لم تكن عائقاً لعملية الإرشاد. إلا أن ما يجب الإشارة إليه هنا ويجب البحث فيه فى دراسات أخرى متعمقة هو أن الحالات عندما كان يحدث التحسن ويستمر فإن العميل ينقلب إلى النقيض بمعنى أنه لم يعد فقط لا يخاف المواقف الإجتماعية بل يصبح أكثر رغبة فى الدخول فى المواقف بصورة إندفاعية وربما يكون ذلك رد فعل عكسى لما كان يعانيه الفرد ونظراً لما يشعر به من فرحة التخلص من الأعراض السابقة. ومن خلال الإرشاد كان العميل يعود إلى حالته العادية لا مبالغة فى الخوف ولا مبالغة فى عدم الخوف.

## نتائج الدراسة

### أولاً: الأسباب التي تؤدي إلى الخواف الإجتماعي

ينص التساؤل الأول على:

"ما هي الأسباب الكامنة وراء الإصابة بالخواف الإجتماعي؟"

ومن خلال التحليل الكيفي للحالات الست التي تم دراستها وعرضها فيما سبق فإنه يتضح أن هناك بعض الأسباب التي تؤدي إلى الخواف الإجتماعي والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

١- أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة .. حيث ظهر في الحالة الأولى تفرقة في معاملة الأب للأبناء علاوة على إنتقادات كثيرة للتعامل.

أما الحالة الثانية فيبدو التفكير الأسري وإهمال الأب للأبناء وإنشغاله في عادات خاطئة. وفي الحالة الثالثة يبدو التفكير الأسري وعدم إهتمام الأب بالأبناء مما يفقدهم بعض الخبرات مع وجود خلافات كثيرة داخل الأسرة تمنع الأبناء من الإحساس بالأمن. أما الحالة الرابعة فتبدو فيها أساليب التدليل والحماية الزائدة من قبل الأب والتي تؤدي إلى الإعتادية الزائدة من قبل الأبناء وإفتقارهم إلى بعض الخبرات الإجتماعية. بينما في الحالة الخامسة تبدو الحماية الزائدة والتدليل من قبل الأم والدفاع عن الحالة مما يجعله أقل مهارة إجتماعية في مواجهة المشكلات. أما الحالة السادسة فيبدو تأكيد الأب المبالغ فيه على ضرورة الظهور بمظهر معين واللوم والتأنيب الذي يوجهه للحالة عند أي فشل في الأداء الإجتماعي.

وتتفق جميع الحالات أيضاً في أن أساليب المعاملة الوالدية والتشنة الإجتماعية في مرحلة الطفولة حرمت الأطفال من المهارات الإجتماعية وكونت لديهم أفكار خاطئة عن طبيعتهم وأفتدتهم الثقة بالنفس.

ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه دراسة شلبي (Chaleby, U. (1987) من أن أساليب التعامل غير المرنة قد تكون سبباً لهذه المخاوف. كما يتفق مع ما توصل إليه تيرنر وآخرون (1986) من أن التشنة الإجتماعية التي يمكن أن تؤدي إلى الإفتقار للمهارات الإجتماعية قد تكون سبباً وراء تلك المخاوف. كما تتفق مع نتائج دراسة أرنسدال وآخرون (Arrendell, W.A. et al. (1983) والتي تشير إلى دور البيئة وأساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التي لا تؤيد إستقلالية السلوك الإجتماعي وتبدو في الإهمال والحماية الزائدة يمكن أن تؤدي إلى الخواف الإجتماعي.



٢- الإرتباط الشرطي: حيث إتضح فى غالبية الحالات تعرضه لموقف حرج أمام جمع من زملاء تعرض فيه للنقد أو التوبيخ وشعر بالدونية والخوف من الحديث وتم تعميم ذلك على المواقف الأخرى المشابهة.

ففى الحالة الأولى إرتبط تجمع الناس حول العميل بالحوادث المرورية المخيفة له كما أن حدوث للجلجة أمام زملائه تم تعميمه على المواقف المشابهة.

أما الحالة الثانية فإن ضرب المدرس للعميل والذى أدى للخوف تم تعميمه على المواقف الأخرى وظهر الخوف من العقاب فى صورة لجلجة وتلعثم.

وفى الحالة الثالثة توبيخ أحد المدرسين للعميل وإرتباط ذلك بالخوف تم تعميمه على جميع المواقف الأخرى المشابهة. أما فى الحالة الرابعة فقد إرتبط الخوف بالمواقف التى يفتقد فيها العميل لمساندة الأب (المتوفى) وإتقاده للمهارة اللازمة لذلك.

بينما بدأ الخوف لدى الحالة الخامسة نظراً لإنتقاد الأب للعميل أمام الضيوف وتوبيخه له مما أدى إلى خوفه من الغرباء وذوى المراكز المرموقة وتعزز ذلك بوجود مدرسه الذى يويخه بإستمرار بين الضيوف المترددين على الأسرة. وكانت نفس الحالة تقريباً فى الحالة السادسة حيث إنتقده الاب أمام الضيوف وطلب منه الجدية.

ويتفق ذلك مع نتائج دراسة أوست (1985) Ost, I.G. حيث تشير إلى إمكانية إكتساب المخاوف المرضية نتيجة للتشريط المباشر أو النمذجة أو التعليمات الذاتية. كما يتفق مع تفسيرات النظرية السلوكية لحدوث مثل هذه الإضطرابات.

٣-الإفكار الخاطئة اللانطقية: حيث يعتبر ذلك عاملاً مشتركاً بين جميع الحالات حيث يفكر العميل فى تعرضه للنقد أو إلى اللوم والتوبيخ أو أنه سيخطئ أمام الآخرين أو أنه سيكون محل تركيز إنتباههم وتفحصهم ويتلو ذلك مباشرة ظهور أعراض القلق ومحاولة الإبتسحاب من الموقف. وإذا إتخرط فى الموقف فإنه يتعرض للجلجة وتلعثم وعدم قدرة على الكلام مع ظهور الأعراض الأخرى المصاحبة.

فى الحالة الأولى يفكر العميل فى أن زملائه سينتقدونه قبل أن يتكلم وأنهم سيسخرون منه كما ترد إلى ذهنه جوانب الضعف التى يعتقدها فى ذاته. أما الحالة الثانية فإن الحالة تحدث بعد أن يفكر مسبقاً فى الفشل فى الحديث أمام الآخرين ويعزف عن العلاقات العاطفية لإته يفكر مسبقاً فى الفشل فى هذه العلاقات.

وفى الحالة الثالثة يفكر العميل فى إحتمال أن يوجه إليه المدرس سؤالاً وأنه قد لا يجيب عليه ويتلو ذلك أعراض الخوف. أما فى الحالة الرابعة فهو يفكر فى أن ما يقوله أمام الآخرين قد لا يعجبهم ولا يحوز على تقديرهم. وفى الحالة الخامسة والسادسة يعتقد العميل

أن الآخرين سوف يلاحقونه بنظراتهم. أى أن جميع الحالات يحدث لها أعراض الخوف مرتبطاً بالأفكار والمعتقدات الخاطئة بالفشل وعدم الكفاءة. ويتفق ذلك مع ما توصل إليه هارتمان (1984) Hartman, L.M. من أن الأفكار والمعتقدات الخاطئة عن عدم الكفاءة الإجتماعية والخوف من التقييم السلبي قد تكون سبباً للمخاوف الإجتماعية كما تتفق مع ما توصل إليه هايمبرج وآخرون (١٩٨٧) من أن هؤلاء الافراد لديهم عدة معتقدات خاطئة تجعلهم يستجيبون بصورة غير متوافقة للمثيرات الإجتماعية كما تتفق هذه النتيجة مع نظرية الإرشاد والعلاج العقلانى الإنفعالى لأكبرت أليس وتزيداها جميع النتائج التى توصل إليها أليس فى دراساته عن هذا الإضطراب والإضطرابات الأخرى للقلق. والحقائق الأخرى التى سبق ذكرها فى مدخل الدراسة عن نظرة أليس لأسباب الإضطرابات النفسية.

وعلى ذلك فإنه يمكن أن يعزى الخوف الإجتماعى إلى الأسباب التالية والتفاعل بينها وهى:

- ١- أساليب المعاملة الوالدية والتنشئة الإجتماعية الخاطئة.
- ٢- الارتباط الشرطى الذى يحدث فى مواقف الخوف.
- ٣- الأفكار والمعتقدات الخاطئة لدى الفرد.

#### ثانياً : فعالية الإرشاد العقلانى مقترناً بالواجبات المنزلية:

وقد تم تنفيذ تسع جلسات إرشادية علاوة على الجلسة الختامية وإتبعت الجلسات طريقة أليس فى الإرشاد والعلاج العقلانى الإنفعالى كما تضمنت كل جلسة مجموعة من الواجبات المنزلية التى يتم فى كل جلسة الإتفاق عليها مع العميل بحيث لا تكون فوق قدراته ولا تكون مصدر قلق للعميل بل مصدر تشجيع.

ودارت المحاور الأساسية للجلسات الإرشادية على النحو التالى:

- ١- المخاوف المرضية والفرق بينها وبين الخوف العادى والإقتران المنطقى بعدم معقولية المخاوف المرضية.
- ٢- أعراض المخاوف تفسيرها وتحليلها.
- ٣- التنشئة الإجتماعية ودورها فى نشأة المخاوف المرضية.
- ٤- الخبرات السابقة ودورها فى نشأة المخاوف.
- ٥- الأفكار التى تسبق الخوف الإجتماعى مباشرة تحديدها بدقة وتحليلها. ومناقشة أحلام العميل إن وجدت.

- ٦- تحديد الأفكار اللانظرية لدى العميل. ودورها في نشأة الخواف الإجتماعى والربط بينها وبين الأعراض المرضية. وتحديد المواقف التى يحدث فيها الخوف بدقة.
- ٧- تخيل مواقف طبيعية وإلقاء حديث أمام المرشد. والتغذية الراجعة للعميل والتشجيع.
- ٨- تعليم طرق التفكير المنطقى العقلانى والتشجيع على الإستمرار فى التحسن.
- ٩- مناقشة جوانب التحسن وأفضل الطرق الناجحة التى إستخدمها العميل. والتأكيد على أهمية التفكير المنطقى.
- ١٠- ختام البرنامج وتقييم شامل ووضع أسس لما بعد البرنامج (المتابعة).

وفى بداية كل جلسة كان يتم مناقشة التحسن الذى حدث عن الجلسة السابقة وما تم إنجازه من الواجبات المنزلية التى كان العميل يكلف بها.  
ينص التساؤل الثانى على:  
"هل توجد فعالية للإرشاد العقلانى الإنفعالى مقترناً بالواجبات المنزلية فى علاج الخواف الإجتماعى؟"

ولإختبار هذا التساؤل تم مقارنة درجات الأفراد (٦حالات) على مقياس الخواف الإجتماعى قبل وبعد الجلسات الإرشادية وذلك بإستخدام إختبار ولكوكسن للأزواج غير انستقلة ذات الإشارة للرتب. Wilcoxon - Matched Paired Signed - Ranks Test.  
(زكريا الشربيني - ١٩٩٠)  
كما يتضح من الجدول التالى:

#### جدول رقم (١)

نتائج إختبار ولكوكسن لدرجات الأفراد على مقياس الخواف الإجتماعى قبل وبعد الجلسات الإرشادية

| م | تطبيق قبلى | تطبيق بعدى | الفروق | الفروق بدون إشارة | ترتيب الفروق | ترتيب الفروق بإشارة |
|---|------------|------------|--------|-------------------|--------------|---------------------|
| ١ | ٦٩         | ٦١         | ٨-     | ٨                 | ١            | ١-                  |
| ٢ | ٧٢         | ٤٠         | ٣٢-    | ٣٢                | ٦            | ٦-                  |
| ٣ | ٧٤         | ٦٣         | ٩-     | ٩                 | ٢            | ٢-                  |
| ٤ | ٦٨         | ٣٩         | ٢٩-    | ٢٩                | ٥            | ٥-                  |
| ٥ | ٦٥         | ٣٨         | ٢٧-    | ٢٧                | ٤            | ٤-                  |
| ٦ | ٦٣         | ٣٩         | ٢٤-    | ٢٤                | ٣            | ٣-                  |

مجموع الرتب ذات الإشارة الموجبة  $T_1 =$  صفر  
مجموع الرتب ذات الإشارة السالبة  $T_2 = ٢١$   
القيمة الصغرى هي  $T_1 =$  صفر

وبمقارنة ( $T_1$ ) بالقيمة الجدولية في إختبار ذيلين نجد أنها دالة عند ٠,٠١ أى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى الخواف الإجتماعى لدى الحالات قبل وبعد الجلسات الإرشادية. حيث إنخفضت المخاوف بصورة جوهرية بعد الجلسات. وهذا يشير إلى فعالية أسلوب الإرشاد العقلانى الإتفعالى مقترناً بالواجبات المنزلية فى علاج هذا الإضطراب.

وتتفق هذه النتائج مع ما أوصى به بتلر (١٩٨٩) من أفضلية الدمج بين الطرق السلوكية والمعرفية فى علاج الخواف الإجتماعى حيث أن ذلك يزيد من فرص التخلص من الإضطراب. كما تتفق النتائج مع ما توصل إليه إميلكامب وآخرون (١٩٨٥) من أن الإرشاد العقلانى الإتفعالى لا يقل فعالية عن الأساليب الأخرى فى علاج هذا الإضطراب. كما توصل ماتيك وآخرون (١٩٨٩) أيضاً إلى فعالية "إعادة البناء المعرفى" (وهى طريقة تعتمد على العلاج العقلانى الإتفعالى) فى علاج الخواف الإجتماعى، وأشار إلى أن مدى ما يحدث من تحسين وتغيير وإستبدال للأفكار اللاعقلانية بأفكار أخرى عقلانية يعتبر من أكثر المنبئات بالتحسن على المدى البعيد. كما تتفق النتائج مع ما أشار إليه "أليس" فى دراسة حول الإضطرابات النفسية المختلفة ودور الأفكار اللاعقلانية فى نشأة وإستمرار هذه الإضطرابات وضرورة التركيز فى عملية الإرشاد والعلاج على تعليم الفرد كيف يفكر بطريقة منطقية عقلانية ويتخلص من الأفكار الخاطئة ويستبدلها بأفكار أخرى عقلانية.

#### ملخص الدراسة:

تناولت الدراسة الحالية ست حالات تم تشخيصها بالخواف الإجتماعى وفقاً لمقاييس الخواف الإجتماعى ومعايير DSMIIIR والإختبارات الأخرى المطبقة فى وحدة الخدمات النفسية. ومن خلال إستمارة المقابلة الشخصية إتضح أن الخواف الإجتماعى يمكن أن ينتج لسبب التنشئة الخاطئة والإرتباط الشرطى والأفكار اللاعقلانية عن عدم الكفاءة ومن خلال جلسات إرشادية فردية على طريقة ألبرت أليس فى العلاج والإرشاد العقلانى الإتفعالى مع الإستعانة بالواجبات المنزلية إتضح وجود تحسن جوهرى ملحوظ فى الحالات بما يشير إلى فعالية هذه الأساليب فى علاج الخواف الإجتماعى لدى طلاب الجامعة.

## المراجع

- ١- إجلال سرى (١٩٩٠): علم النفس العلاجي، ط٢، عالم الكتب، القاهرة.
- ٢- باترسون، س.هـ (١٩٨١): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ج ١، ط١، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، دار القلم، الكويت.
- ٣- حامد زهران (١٩٨٠): التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب- القاهرة.
- ٤- زكريا الشربيني (١٩٩٠): الأحصاء اللابارامترى، الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٥- لويس كامل مليكة (١٩٩٠): العلاج السلوكى وتعديل السلوك، دار القلم، الكويت.
- ٦- محمود الحجار (١٩٩٠): فن العلاج فى الطب النفسى السلوكى، ط١، دار العلم للملايين، بيروت.
- ٧- محمد سالم القرنى (١٤١٣هـ): الخواف الإجتماعى وعلاقته ببعض أساليب المعاملة الوالديه كما يراها الأبناء، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة الملك سعود، الرياض.
- 8- Alstrom, J. E. et. al. (1974): Effects of four treatment methods on social phobic patients not suitable for insight oriented psychotherapy; Acta- psychiatrica- Scandinavica; Aug. Vol. 70 (2) pp. 97- 110.
- 9- American psychiatric Association. (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSMIII-R; Washington D.C.
- 10- Amies, et. al. (1983): Social- phobia: a comparative clinical study; British Journal of psychiatry; 142, pp. 174- 179.
- 11- Arkowitz, H (1977): The measurment and modification of minimal dating behavior; In; Herson, M. et.al. (Eds): Progress in behavior modification; Academic press; N.Y.
- 12- Arrendell, W.A. et.al. (1983): The role of Perceived parental rearing practices in the aetiology of phobic disorders; A controlled Study; British Journal of psychiatry; 143, pp. 183- 187.
- 13- Buss, et. al. (1980): Self- Consciousness and Social anxiety; W.H. Freeman; San francisco, CA.

- 14- Butler, G. (1985): Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties; Behavior Research and therapy; vol. 23 (6) pp. 651- 657.
- 15- Butler, G. (1989): Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia Clinical psychology Review; vol. 9 (1) pp. 91-106.
- 16- Chaleby, K. (1987): Social Phobia in Saudis; Social psychiatry; Jul. vol. 22 (3) pp. 167- 170.
- 17- Chaleby,K.& Ziady,G.(1988): Mitral valve prolapse and Social phobia;British Journal of psychiatry;Feb.vol.152pp. 280-281.
- 18- Cottraux, J. et. al. (1988): Agoraphobia with panic attacks and Social phobia: A comparative Clinical and psychometric study: Psychiatrie and psychobiologie; vol. 3 (1) pp. 49- 56.
- 19-Edlund,M.J.(1989):Social phobia secondary to pathological sweating; British Journal of psychiatry; Sep. vol. 50 (3) pp. 91- 95.
- 20- Ellis, A. (1957): Rational psychotherapy and individual psychology; Journal of individual psychology; 13, pp 38- 44.
- 21- Ellis,A. (1987)<sub>(1)</sub>:The impossibility of achieving consistently good mental health;American Psychologist vol.42(4), pp. 364- 375.
- 22- Ellis, A. (1987)<sub>(2)</sub>: Self-Control: The rational emotive therapy method; Southern Psychologist. vol. 3 (1) pp. 9-12.
- 23- Ellis, A. (1987)<sub>(3)</sub>: Cognitive therapy and Rational- Emotive therapy: A dialogue; Journal of cognitive psychotherapy; vol. (4) pp. 205- 255.
- 24- Ellis, A. (1987)<sub>(4)</sub>: Rational- emotive therapy: Current appraisal and future directions; Journal of Cognitive psychotherapy; vol. 1 (2) pp. 73- 86.

- 25- Ellis, A. (1989)<sub>(1)</sub>: Rational Psychotherapy; TACD- Journal; vol. 17 (1) pp. 67- 80.
- 26- Ellis, A. (1989)<sub>(2)</sub>: Using Rational- emotive Therapy (RET) as crisis intervention: A Single Session with a suicidal client; Individual psychology; Journal of Adlerian theory, Research and practice; vol. 45 (1-2) pp 75-81.
- 27- Elis, A. (1990): Rational and irrational beliefs in counselling psychology; Journal of Rational emotive and Cognitive behavior therapy; vol 8 (4) pp. 221-233.
- 28- Ellis, A. (1991)<sub>(1)</sub>: The revised ABC'S of Rational emotive therapy (RET); Journal of Rational emotive and cognitive behavior therapy, vol. 9 (3) pp. 139-172.
- 29- Ellis, A. (1991)<sub>(2)</sub>: Rational- emotive treatment of simple phobias. Psychotherapy; vol. 28 (3) pp. 452-456.
- 30- Emmelkamp, P.M. et.al. (1985): Social phobia, a comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. Behaviour Research and therapy; vol. 23 (3) pp. 365- 369.
- 31- Flanagan, C.M. (1990): People and change; Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; N.Y.
- 32- Goldstein, S. (1987): Treatment of Social phobia with clonidine; Biological psychiatry; Mar. vol. 22 (3) pp. 369-372.
- 33- Gross, P.R. et.al. (1989): Generalized anxiety Symptoms in phobic disorders and anxiety states: a test of the worry hypothesis; Journal of anxiety disorders; vol. 3 (3), pp. 159-169.
- 34- Hartman, L.M. (1984): Cognitive components of Social anxiety: Journal of clinical psychology, vol. 40 pp. 137-139.

- 35- Heimberg, R. G. et al.(1985):Treatment of Social phobia by Exposure, Cognitive restructuring and homework assignments; Journal of Nervous and Mental Disease; vol.173 (4) pp.236-245.
- 36- Heimberg, R.G et.al (1987): Social phobia: in Michelson, L.& Ascher, L.M. (Eds), Anxiety and stress disorders: Cognitive behavioral assessment and treatment. Guilford press. N.Y.
- 37- Heimberg, R.G & Barlow, D.H. (1988): Psychosocial treatments of social phobia; Psychosomatics; vol. 29 (1) pp. 27- 37.
- 38- Heimberg, R.G. (1989): Cognitive and behavioral Treatment for Social phobia: A critical Analysis; Clinical psychology Review: vol. 9 (1) pp. 107-128.
- 39- Jackson, H.J.& Stanley, R.O. (1987): The missing factors: Influences in choice of treatment strategies; Australian Journal of clinical and experimental Hypnosis; Nov. vol. 15 (2) pp. 83- 91.
- 40- Jerremalm, A. et.al. (1986): Cognitive and physiological Reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia; Behaviour Research and therapy; vol. 24 (2) pp. 171- 180.
- 41- Liebowitz, M.R. (1986): Social phobia: In Reply; Archives of General psychiatry; Jun. vol. 43 (6) pp. 614-615.
- 42-Mattick, R.P. & peter, L. (1988): Treatment of sever social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive Restructuring; Journal of consulting and clinical psychology, vol. 56 (2) pp. 251- 260.



- 43- Matick, R.P. et.al. (1989): Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. Behavior therapy; vol. 20 (1) pp. 3-23.
- 44- Mersch, P.P. (1989): Social phobia: Individual Response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions; Behavior Research and therapy; vol. 27 (4) pp. 421- 434.
- 45- Mitchell, C.E. (1988): Some psychotherapeutic techniques useful in the treatment of social phobias; Journal of college student psychotherapy; vol. 3 (1) pp. 73- 82.
- 46- Mults by, M. (1975): Rational Behavior therapy for acting- out adolescents; Social- casework; Jan. vol. 56 (1) pp. 35- 43.
- 47- Myers et.al. (1984): Six-month prevalence of Psychiatric disorders in three communities. Archives of General psychiatry, 41; pp. 959- 967.
- 48- Nichols, U.A. (1974): Severe social anxiety; British Journal of Medical psychology; 74, pp. 301-306.
- 49- Ost, L.G. (1985): Ways of acquiring phobias and outcome of behavioral treatments. Behavior- Research- and therapy; vol. 23 (6) pp. 683-689.
- 50- Ost; L.G. (1987): Age of Onset in different phobias; Journal of Abnormal psychology; Aug, vol. 96 (3) pp. 223-229.
- 51- Patterson, C.H. (1980): Theories of counselling and psychotherapy; Harper & Row publishers, N.Y.
- 52- Pollard, C.A. & Henderson, J.G. (1988): Four Types of social phobia in a community sample; Journal of Nervous and Mental Disease; Jul. vol. 176 (7) pp. 440- 445.

- 53- Reich, J. & Yates, W. (1988): A pilot study of treatment of social phobia with Alprazolam; American Journal of psychiatry; vol. 145 (5), pp. 590- 594.
- 54- Reich, J.H. et.al. (1988): Anxiety symptoms distinguishing social phobia from panic and generalized anxiety disorders; Journal of Nervous and Mental Disease; Aug. vol.176 (8) pp.510-513.
- 55- Reich, J.H. et.al. (1989): Alprazolam treatment of avoidant personality traits in social phobic; Journal of clinical psychiatry; Mar. vol. 50 (3) pp. 91-95.
- 56- Schneier, F.R. et.al. (1989): Alcohol abuse in social phobia. Journal of anxiety disorders; vol. 3 (1) pp. 15-23.
- 57- Smail, P. et.al (1984): Alcohol dependence and phobic anxiety states: A prevalence study; British Journal of Psychiatry, 144, p.53-57.
- 58- Solyom, L. et.al. (1986): Delineating social phobia; British Journal of psychiatry; Oct. vol. 149 pp. 464-470.
- 59- Trower, P. & Turland, D. (1984): Social phobia; in S.Turner (Ed) Behavioral theories and treatment of anxiety; plenum press, N.Y.
- 60- Turner, S.M. et.al (1986): Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorders; Journal of abnormal psychology; Nov. vol. 95 (4) pp. 389-394.
- 61- Turner, S.M. & Bidel, d.c. (1989): Social phobia: clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. Clinical psychology Review, vol. 9 (1) pp. 3- 18.
- 62- World Health Organization, Geneva (1992): The ICDIO Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.