

فعالية علاج معرفي- سلوكي ذو الجلسة الواحدة لخفض الرهاب الاجتماعي لدى المتعافين من الفصام^١

د/ ندي بنت راشد بن محمد الرشود^٢

أستاذ مشارك بقسم علم النفس - كلية العلوم الاجتماعية

جامعة الإمام محمد بن سعود

المخلص

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية علاجي معرفي- سلوكي ذو الجلسة الواحدة لخفض الرهاب الاجتماعي لدى المتعافين من الفصام . تكونت عينة الدراسة من (١١) فرداً من المتعافين من الفصام تتراوح أعمارهم من (٢٠ الى ٤٠) طُبّق على المجموعة التجريبية برنامجاً علاجياً ذو جلسة واحدة (من إعداد الباحثة) بعد أن تأكدت الباحثة من صلاحيته للتطبيق على أفراد العينة، ومقياس الرهاب الاجتماعي الذي أعده رولين ووي (١٩٩٤) وأوضحت نتائج الدراسة انخفاض درجات الرهاب الاجتماعي بدرجة دالة إحصائية في القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج، كما لم توجد فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والنتبعي للمجموعة التجريبية في الرهاب الاجتماعي.

الكلمات المفتاحية

علاج معرفي- سلوكي، الرهاب الاجتماعي، المتعافين من الفصام .

^١ تم استلام البحث في ٢٠٢٥/٤/١٣ وتقرر صلاحيته للنشر في ٢٠٢٥/ ٥ /٢٢

Email: <mailto:Nadaalrushood@gmail.com>

ت : ٩٦٦٥٥١٠٠٧٤٥٩

المقدمة :

يعد الفصام من الأمراض النفسية التي تغير من حياة الفرد المصاب به، وحتى بعد علاجه تظل هناك تبعات لهذا المرض حيث يفقد المريض الدافعية والطموح، ويلاحظ عليه الإنزواء والابتعاد عن المواقف الاجتماعية والعمل (غانم، ٢٠٠٦).

فقد يعاني بعض المتعافين من الفصام من الرهاب الاجتماعي، ويظهر الأفراد ذوي الرهاب الاجتماعي استئثاراً فيزيولوجية مرتفعة في المواقف الاجتماعية. هذا إلى جانب الخوف من التقييم السلبي من الآخرين، ونقص خبرات التواصل في المواقف الاجتماعية، ويكون سلوك التجنب هو الإستراتيجية الملائمة لديهم في الموقف الاجتماعي (عبد العظيم، ٢٠٠٩).

ويشكل الرهاب الاجتماعي حالة مرضية مزمنة، بحيث تصبح سلوكيات التجنب للمواقف الاجتماعية تمثل مظهراً عاماً لسلوك المتعافي من الفصام، مما يؤثر في أدائه وتوافقه، ويقيد تحركاته. كما أشارت عدة دراسات إلى أن الرهاب الاجتماعي يرتبط بعدد من الاضطرابات النفسية الأخرى، حيث تبلغ نسبة ارتباطه بالاكتئاب النفسي حوالي (٣٣%) وباضطراب القلق العام حوالي (٢٧%)، وبالخوف من الأماكن الواسعة حوالي (١٩%) وأن معدل ارتباط الرهاب الاجتماعي العام بالمخاوف النوعية حوالي (٤١،٦%) وباضطراب ضغوط ما بعد الصدمة حوالي (٣،١٧) (الحجري، ٢٠١٤).

ويرى الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي العالم على أنه مكان خطر ومهدد، و يظل هؤلاء الأفراد شديدي التيقظ باستمرار لمواجهة أي تهديد محتمل مما يؤدي إلى تجاهل الإشارات الإيجابية أو الآمنة، وتهتز الثقة بالنفس لديهم، ولذلك تنعكس هذه الأمور على تفكيرهم (ديفيد بارلو وآخرون، ٢٠٠٢).

ويتضمن اضطراب الرهاب الاجتماعي قلقاً شديداً وارتباكاً في المواقف الاجتماعية، ويعاني المصابون به خوفاً شديداً من أن يمعن الآخرون النظر إليهم، أو أن يطلقوا عليهم أحكاماً أو تقييمات سلبية، أو تؤدي تصرفاتهم إحراجاً لهم، وهو ما يترتب عليه الشعور بالتوتر (Zarro, 2002). وعليه فإن اقتران الرهاب الاجتماعي بمثل هذه الاضطرابات بما فيها الفصام قد يسبب للفرد عجزاً واضحاً على المستوى الاجتماعي. (Turkington, Dudley, 2004)

مما يجعل بعض المتعافين من الفصام بحاجة إلى العلاج المعرفي السلوكي ذي الجلسة الواحدة، وهو من النماذج الحديثة والفعّالة في مجال التدخلات النفسية، حيث يركز على تقديم محتوى علاجي مكثف في جلسة واحدة فقط، تتراوح مدتها غالباً بين (٢ إلى ٣) ساعات، بدلاً من الامتداد التقليدي للجلسات على مدى أسابيع أو شهور، وتم تطوير هذا النموذج كاستجابة لحاجة بعض الفئات إلى تدخل سريع، فعال، وذو كفاءة في تقليل الأعراض النفسية، خاصة في حالات القلق والرهاب، ويرتكز هذا النوع من العلاج على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي التقليدي، حيث يدمج بين تقنيات إعادة البناء المعرفي، والتعرض التدريجي، والتدريب على المهارات الاجتماعية، ضمن إطار جلسة علاجية واحدة مكثفة. وأظهرت عدد من الدراسات فاعليته، خاصة في التعامل مع اضطراب الرهاب الاجتماعي، حيث يوفر للمرضى فرصة للمواجهة الآمنة لمخاوفهم، مع تعزيز التفسيرات الإيجابية للمواقف الاجتماعية، مما يساهم في خفض القلق وتحسين الأداء الاجتماعي في وقت قصير. (Hofmann, et al, 2008).

وتكمن أهمية استخدام جلسة علاجية واحدة لدى المتعافين من الفصام في كونها تتناسب مع احتياجاتهم النفسية والمعرفية، خاصة في ظل التحديات التي قد تواجههم في الاستمرار في البرامج العلاجية الممتدة. فالجلسة الواحدة تتيح تقليلًا لعدد مرات الحضور، وتخفيفاً من الضغط النفسي، مع ضمان تقديم محتوى علاجي مكثف وموجه. وأشارت دراسة (Ost, 1989; Ollendick et al., 2009) إلى أن نموذج الجلسة الواحدة قد يكون فعالاً وذو نتائج مستدامة على المدى القريب والمتوسط في علاج القلق والرهاب. (Lincoln, et al, 2003)، لذلك رأت الباحثة أنه لا بد من التدخل الإرشادي لخفض حدة هذا الاضطراب لدى المتعافين من الفصام.

مشكلة الدراسة:

تشير الأدبيات النفسية إلى أن فئة المتعافين من الفصام لا تتعافى بالكامل عند زوال الأعراض الإيجابية فقط (كالضلالات والهوسة)، بل يظل كثير منهم يعاني من أعراض سلبية ومشكلات نفسية مزمنة، أهمها الرهاب الاجتماعي. هذا الرهاب لا يعد مجرد قلق عابر، بل يمثل عائقاً حقيقياً أمام الاندماج الاجتماعي، ويؤثر سلباً في جودة الحياة، ومعدلات الاستقلالية، والعودة إلى العمل أو الدراسة.

كما أظهرت دراسات عديدة أن اضطرابات القلق المصاحبة للفصام، ومنها الرهاب الاجتماعي، تهمل في الخطط العلاجية، رغم أنها تتسبب في زيادة الانتكاسات، وطول فترات الإقامة في المستشفى، وضعف الاستجابة للدواء هذا التجاهل قد يؤدي إلى تعافٍ جزئي غير كافٍ يعوق قدرة المرضى على العودة الفعالة للحياة الطبيعية. (Hofman, 2004)

كما ظهرت نتائج بحث أجراه معهد سوينبورن، في ملبورن بأستراليا، أن الأشخاص الذين يجدون صعوبة في المواقف الاجتماعية يميلون إلى أن تكون لديهم استجابات مماثلة في الدماغ للذين يعانون من مرض الفصام. (الحجري ، ٢٠١٤)

ويُعد الرهاب الاجتماعي من أكثر الاضطرابات النفسية المرافقة للفصام شيوعاً وإهمالاً في الوقت نفسه، حيث يعاني ما يقرب من ثلث إلى نصف المرضى من درجات متفاوتة من الخوف والقلق المرتبط بالتفاعلات الاجتماعية كما يسهم وجود الرهاب الاجتماعي في زيادة نسبة العزلة، وتراجع فرص العودة إلى العمل أو الدراسة، ويشكل حاجزاً أمام الاندماج المجتمعي الكامل للمتعافين، مما يقلل من جودة حياتهم، ويزيد من خطر الانتكاس المرضي لديهم. (Harvey et al., 2012).

ومن جهة أخرى، أثبت العلاج المعرفي السلوكي نجاحه في معالجة الرهاب الاجتماعي لدى فئات مختلفة من المرضى، كما أن نموذج الجلسة الواحدة ظهر كأداة فعالة في تقليل أعراض القلق بسرعة وبتكلفة أقل، لكنه لم يُختبر بشكل كافٍ مع فئة المتعافين من الفصام، مما يَبقى فجوة علاجية قائمة تستدعي الدراسة والتدخل المنهجي. وهذه النتيجة بالفعل كانت واضحة لدى بعض المتعافين من الفصام، وأوضحوا ذلك من خلال تواصلهم مع المسؤولين في الجمعية السعودية لمرضى الفصام (احتواء) ، وبينوا أن هذا الأمر يؤثر سلباً في ممارسة حياتهم اليومية وقدرتهم على التفاعل الاجتماعي بشكل صحيح، وأنهم يقضون معظم الوقت داخل منازلهم بل وأحياناً داخل غرفهم لوحدهم، فليس لديهم الرغبة لمقابلة الناس أو الحديث معهم أو حتى مغادرة المنزل وبالمقابل لا يريدون الارتباط ببرنامج طويل الوقت.

كل هذه المعطيات تشير إلى أن هناك ضرورة إكلينيكية ملحة لتطوير وتطبيق برامج معرفية سلوكية فعالة، والتركيز بشكل خاص على برامج الجلسة الواحدة، التي تستهدف خفض

الرهاب الاجتماعي لدى هذه الفئة، لتقليل المعاناة النفسية وتعزيز فرص إعادة الدمج المجتمعي.

وبناءً على ذلك تتحدد مشكلة الدراسة في الإجابة عن السؤال التالي :

ما فاعلية العلاج المعرفي- السلوكي ذو الجلسة الواحدة في خفض الرهاب الاجتماعي لدى المتعافين من الفصام؟

أهداف الدراسة:

التعرف على فاعلية العلاجي المعرفي- السلوكي ذي الجلسة الواحدة في خفض الرهاب الاجتماعي لدى المتعافين من الفصام

أهمية الدراسة:

أ- الأهمية النظرية:

١. تتبع الأهمية من الفئة المستهدفة من الدراسة ومعرفة جميع الجوانب التي تحتاج رعاية واهتمام

٢. تسليط الضوء على البرامج القصيرة، و إبراز الأطر النظرية التي قاست تأثيرها على حالات مابعد التعافي من الفصام.

٣. الاهتمام بفئة الفصام وتأهيلهم لدمجهم في المجتمع في مرحلة التعافي ومابعدھا .

ب- الأهمية التطبيقية:

١. يمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في إعداد برامج علاجية قصيرة تهدف إلى تحسين جوانب أخرى للمتعاين من الفصام .

٢. يمكن الاستفادة من البرنامج وتطبيقه مع اضطرابات أخرى تعاني من الرهاب الاجتماعي

٣. إذا اتضح أثر الجلسة الواحدة في العلاج فإنها ستنفتح أبواب كثيرة للعلاج النفسي وستختصر الكثير من الوقت والجهد.

حدود الدراسة :

اقتصرت الدراسة على عينة من المتعافين من الفصام سعوديون ذكور و إناث . وتم التطبيق عام ٢٠٢٥م، بالجمعية السعودية لمرضى الفصام (احتواء) بالرياض.

مصطلحات الدراسة

١ - العلاج المعرفي السلوكي: CBT ، هو شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يركز على

فعالية علاج معرفي - سلوكي ذو الجلسة الواحدة لخفض الرهاب الاجتماعي.

كيفية تأثير أفكار المريض ومعتقداته ووجهات نظره في مشاعره وسلوكياته، وهو نهج قائم على الأهداف ويتطلب المشاركة الفعالة من الفرد لينجح. (عدس وآخرون، ٢٠١٥)، وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه: "مجموعة من الإجراءات، والتي تتمثل في الفنيات والاستراتيجيات العلاجية التي يستخدم فيها الجانبين المعرفي والسلوكي ويمكن قياس نجاحها عن طريق درجة مقياس الرهاب الاجتماعي.

٢ - **الرهاب الاجتماعي (Social phobia):** عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الرهاب الاجتماعي بأنه استجابة انفعالية ومعرفية وسلوكية لموقف اجتماعي يدرك على أنه يتضمن تهديداً للذات وخوفاً من التقييم السلبي للآخرين، الذي يؤدي إلى مشاعر الإنزعاج والضيق، وقد يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي والتحفظ والكف، فهو نوع من أنواع القلق ينتج من توقع صدور تقييم متعلق بالشخصية في مواقف اجتماعية متخيلة أو فعلية، وترتبط به استجابات متنوعة متضمنة الانسحاب الجسدي أو المعرفي ومشاعر الدونية، والوعي بالذات. (2013, American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force)

تعريف الرهاب الاجتماعي إجرائياً: يقصد بالرهاب الاجتماعي في هذه الدراسة: مجموعة من السلوكيات والانفعالات التي تظهر لدى المتعافين من الفصام على شكل تجنب للمواقف الاجتماعية، وتوتر واضح عند التفاعل مع الآخرين، والشعور بالخجل والخوف من التقييم السلبي، مما يؤدي إلى تراجع المشاركة الاجتماعية، وضعف الأداء التواصلية. وتم تحديد درجة الرهاب الاجتماعي إجرائياً من خلال الدرجة التي يحصل عليها المفحوص من أفراد العينة وعددهم (١١) متعافياً من الفصاميين على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي أعده (Wee & Raulin, 1994)، وترجمه إلى العربية مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٤)، حيث تعبر الدرجة المرتفعة عن ارتفاع مستوى الرهاب الاجتماعي والعكس.

٣ - **الفصام: (Schizophrenia)** ويعرف عكاشة (٢٠٠٣) الفصام على أنه مرض ذهاني يتسم بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إلى اضطراب وتدهور يتمثل في الشخصية والسلوك، ومن أهم هذه الأعراض اضطرابات التفكير والوجدان والإدراك والإرادة والسلوك. ويعرف الفصام إجرائياً بأنه كل ما يتم تشخيصه بالفصام من العيادات النفسية و مسجل في جمعية (احتواء) وتعافى من الفصام.

الإطار النظري للدراسة:

أولاً: العلاج المعرفي السلوكي:

يعد العلاج المعرفي السلوكي من أهم ما توصلت إليه الدراسات في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعي؛ لأنه يقدم منظومة معرفية وسلوكية تساعد ذوي الرهاب الاجتماعي على التخلص أو التخفيف من مستوى هذا الاضطراب. (Turkington, Dudley, Warman & Beck, 20004)

والعلاج المعرفي السلوكي (CBT) هو أنجح العلاجات النفسية المستخدمة في علاج الرهاب الاجتماعي (Social anxiety disorder)، فيركز هذا العلاج على مساعدة الفرد على التعرف على الأفكار السلبية والتصورات الخاطئة المرتبطة بالمواقف الاجتماعية، والعمل على تعديلها تدريجياً كما يتضمن العلاج عادةً المكونات التالية:

- التعرف على الأفكار التلقائية السلبية المرتبطة بالخوف من النقد أو الإحراج.
- إعادة بناء الأفكار (Cognitive Restructuring)، عبر تحدي المعتقدات السلبية واستبدالها بأفكار أكثر واقعية.
- التعرض التدريجي للمواقف الاجتماعية التي تسبب القلق، لمساعدة الفرد على كسر دائرة التجنب والخوف.
- تعليم مهارات التأقلم وإدارة القلق، مثل تقنيات الاسترخاء وتمارين التنفس العميق.
- التدريب على المهارات الاجتماعية؛ لتحسين التواصل الفعال والثقة بالنفس في التفاعلات الاجتماعية.

وأظهرت الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي، سواء تم تقديمه بشكل فردي أو جماعي، يحقق تحسناً كبيراً ومستداماً في أعراض الرهاب الاجتماعي، وغالباً ما يتفوق على العلاجات الدوائية في الحفاظ على النتائج على المدى الطويل.. (Morrison, A. P. 2017)

ثانياً - العلاج المعرفي السلوكي ذو الجلسة الواحدة ومدى فاعليته مع المتعافين من الفصام:
(One Session Cognitive Behavioral Therapy)

فعالية علاج معرفي - سلوكي ذو الجلسة الواحدة لخفض الرهاب الاجتماعي .

يُعرف العلاج المعرفي السلوكي ذو الجلسة الواحدة بأنه تدخل علاجي قائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي التقليدي، ولكنه يُكثف ضمن جلسة واحدة مدتها غالباً بين (١٥٠ إلى ٢٠٠) دقيقة. الهدف الأساسي من هذا النوع من العلاج هو تحقيق تغيير ملحوظ في الأفكار والسلوكيات المختلفة من خلال جلسة علاجية واحدة مكثفة ومنهجية. كما أثبتت الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي ذي الجلسة الواحدة فعال بشكل خاص في التعامل مع اضطرابات القلق، مثل الرهاب البسيط واضطراب القلق الاجتماعي. وتُظهر النتائج أن هذا النوع من العلاج قد يُحدث تحسينات كبيرة ومستدامة، مما يجعله خياراً مناسباً للمرضى الذين قد يترددون في الالتزام ببرامج علاجية طويلة المدى. (Hofmann, et al, 2008)

ثالثاً - الرهاب الاجتماعي (Social phobia)

يعرف الرهاب الاجتماعي بأنه خوف ملحوظ ودائم من الفحص والتدقيق من الآخرين على تصرفاتهم وقد يتمثل في الخوف من التحدث أمام الآخرين فيؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية. (سليمان، ٢٠١١)

ويرى (عكاشة، ٢٠٠٣) أنه هو خوف من ملاحظة الآخرين، مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية، وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض، وخوف من النقد، وقد يظهر على شكل شكوى من إحترقان الوجه أو رعشة باليد، أو غثيان، أو رغبة شديدة في التبول.

ويعرف على أنه خوف دائم وغير منطقي من المواقف الاجتماعية، حيث تظهر مشاعر الإحراج واستجابات قلق، مما يؤدي إلى تجنب لتلك المواقف أو احتمالها مع كرب واضح ومعاناة داخلية. (American Psychiatric Association, 1994)

مظاهر الرهاب الاجتماعي :

في بعض الحالات يكون الرهاب محدداً من بعض المواقف الاجتماعية كالأكل أو الشرب أو التحدث أمام الآخرين أو القيام بأداء معين في المواقف التي تتضمن حضور الآخرين أو مواجهتهم. ويتبنى فكرة أن الشخص تافه أو أنه دون مستوى مقارنة بالآخرين. (الجهني، ٢٠١٠) وفي الحالات الشديدة يكون الخوف معمماً لمعظم المواقف الاجتماعية وفي كل

الأوقات، وقد يكون معطلاً لكثير من الوظائف الاجتماعية كأن يتمتع المصاب من الذهاب إلى المدرسة أو الجامعة أو العمل لعدد من الأيام بسبب الخوف الشديد، مما قد يؤدي إلى تجنبه المواقف الاجتماعية ويحرمه من كثير من الامتيازات أو الترقيات التي تقتضيها الوظيفة التي هو فيها. (Kocovski, 2002)

مكونات الرهاب الاجتماعي:

١ - **المكون المعرفي:** ويتضمن أفكاراً وتقييمات للذات ووعي مفرط واستغراق في الذات، وتوقع الظهور بشكل غير لبق أمام الآخرين، مع توقع استهجانهم، وانزعاج من النقد والملاحظات السلبية، وانشغال متكرر بالمواقف الاجتماعية الصعبة أو المثيرة للقلق.

٢ - **المكون الانفعالي:** ويتضمن الاستثارة العصبية أثناء المواقف الاجتماعية ومعاناة الشخص من أعراض جسدية كاحمرار الوجه والرعشة والشعور بالغثيان، والتعرق، وجفاف الحلق، وارتفاع معدل ضربات القلب.

٣ - **المكون السلوكي:** ويتضمن كف السلوك الاجتماعي، وتجنب الآخرين، ونقص المهارات الاجتماعية والحديث المنخفض وغير الجذاب أو الصمت، وتجنب الاحتكاك البصري. (الحويلة، 2010)

النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي:

١ - **النظرية السلوكية:** تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني ما هو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة، وتتحكم في تكوينها قوانين الدماغ، وأن الاضطراب الانفعالي ناتج من العوامل التالية: الفشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب. وتعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مرضية ومواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب. وأيضاً ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة. (جاردنر ويل، ٢٠٠٦).

فالاضطرابات السلوكية والعصابية حسب هذه النظرية عبارة عن سلوك مكتسب يتم تعلمه من خلال التشريط. إذ يفترض أن هذه المخاوف تكتسب عن طريق الاشتراط الكلاسيكي الذي يرتبط فيه مثير محايد بمثير مؤلم أو غير سار المخاوف من وجهة نظر السلوكيين أو

فعالية علاج معرفي - سلوكي ذو الجلسة الواحدة لخفض الرهاب الاجتماعي .

معدلي السلوك تحدث نتيجة وجود ارتباط بين مثيرين أحدهما طبيعي والآخر شرطي، ونتيجة هذا الارتباط يكتسب المثير غير الطبيعي "الشرطي" صفات المثير الطبيعي، فيحدث الخوف ، ولأن التعلم الشرطي يتميز بأن العلاقة فيه بين المثير الأصلي والمثير الشرطي أحياناً تكون غير واضحة في ذهن المتعلم؛ فمن الممكن أن يستجيب المريض لمؤثرات شبيهة للمثير الشرطي ، دون أن يعرف العلاقة بين هذه المثيرات والمثير الأصلي (سليمان ، ٢٠١١)

(٢) النظرية المعرفية: ترى أن الناس يكتسبون مخزوناً كبيراً من المعلومات والمفاهيم والصيغ للتعامل مع ظروف حياتهم، وتستخدم هذه المعرفة من خلال الملاحظة واختبار الفرض وإجراء الأحكام والتصرف بشكل أقرب ما يكون إلى العالم الواقعي. (حسين، ٢٠١٥).

وترى النظرية المعرفية أن السبب الرئيس للرهاب الاجتماعي عند الأفراد هو في طريقة تفكير الفرد حول نفسه، من حيث نظراته السلبية عن نفسه، وأنها عقيمة لا إنجاز فيها، وأنه شخص غير مقبول من الآخرين ، وبذلك فإن نقاط ضعفه تتضخم ، فيعطي إنطباعات للآخرين عن أهمية آرائهم فيه، ويحاول إرضاءهم باستمرار، وهم بذلك قدموا نموذجاً تفسيريّاً يركز على مفهوم المخطط، أي البناء المعرفي الأساسي الذي يقود عملية معالجة المعلومات .(جاردنر ويل، ٢٠٠٦)

(٣) - نظرية التعلم الاجتماعي : يرى باندورا بأن المخاوف المرضية تُعزى إلى اكتساب الفرد وتعلمه أنماطاً سلوكية من خلال إدراكه وملاحظته الوقتية أو المباشرة لردود أفعال الآخرين ، ولو افترض أن أحد الآباء يرفض الظهور أمام الناس والحديث معهم بصوت واضح ومرتفع، فإن طفله سيشعر بتلك المخاوف ويتعلم الخوف منها ويصبح مثل أبيه. (المالح ، ١٩٩٥)، لهذا كان اختيار الباحثة للتدخل بتقنيات الإرشاد المعرفي السلوكي في بناء البرنامج الإرشادي.

رابعاً: الفصام: (Schizophrenia)

تعرف الجمعية المصرية للطب النفسي الفصام على أنه "زملة مرض نفسي تتميز بعدد من الأعراض مع انزواء متزايد عن المجتمع، وميل في النهاية إلى تدهور شامل للشخصية، ويظهر هذا الاضطراب نفسه في مجال العاطفة في صورة تناقض الوجدان، وسرعة تراوح الانفعالات غير المناسبة، والتبديل العاطفي، وفي مجال النزوع والإرادة والسلوك الحركي تظهر الأعراض في صورة نشاط حركي مفرط شاذ، وقد يصل أحياناً إلى درجة السبات، أما في

مجال التفكير والإدراك فإن الاضطرابات التي نلقاها تتضمن سوء تأويل الإدراك، والعجز عن التجريد، والتفكير اللامتناسك، وفرط الإدماج، وعندما توجد ضلالات أو هلاوس فإنها عادة ما تكون غير منتظمة (ديفيد وآخرون، ٢٠٠٢).

فالفصام واحداً من الأمراض النفسية الأكثر شيوعاً وتأثيراً في الصحة العقلية، ويمكن أن يكون له تأثير كبير في حياة الأفراد المتأثرين به . (Andreasen, 2010)

ويعتبر الفصام اضطراب عقلي شديد يتسم بتغيرات في السلوك والتفكير والوجدان ويؤثر في القدرة على فهم الواقع والتفاعل مع العالم المحيط (American Psychiatric Association, 2013)

الأعراض الرئيسية للفصام :

١. الأعراض الإيجابية وتشمل الهلوسات (اعتقادات خاطئة) والوهم (تصورات خاطئة واضطرابات في التفكير).

٢. الأعراض السلبية وتشمل انخفاض الاهتمام بالأمور اليومية، وتقليل القدرة على التحفيز والاستمتاع، واضطرابات في القدرة على الاجتماع والتواصل. (Murray & Howes, 2014)

الإضطرابات المصاحبة للفصام :

الهذيان، والهلاوس، اضطراب السلوك، وبأعراض "سلبية" (الانسحاب الاجتماعي، التثبيط، فقدان الحيوية)، ولكن في جميع الحالات، تمثل هذه الأعراض اضطراباً كبيراً في الواقع مع الذات والآخرين. (بوفيه، ٢٠١٩). وأشارت دراسة (Marder & Cannon, 2019) أن الفصام واحداً من أكثر الاضطرابات من حيث الانتشار والتأثير والتكلفة العلاجية في جميع أنحاء العالم، وله تأثير سلبي ليس فقط في صحة الفرد المصاب وجودة حياته ورفاهيته، ولكن أيضاً في المحيطين به. فالفصام اضطراب دماغي مزمن يؤثر في ما يصل إلى (١%) من سكان العالم ويتسم بثلاث فئات رئيسة من الأعراض الإيجابية، والأعراض السلبية، والأعراض العقلية. (Goff, 2021)

كما انهم يتسمون بعجزهم عن التعبير أو ربما الشعور بالانفعالات الدافئة نحو الآخرين، وغياب الاتصال والعلاقات مع الآخرين، فإن قدرتهم على بناء علاقات دائمة وثيقة تقل بالفعل والمهارة الاجتماعية تكون محدودة (كليبرمان، ٢٠١٩).

وأشارت دراسة (Springfield & Pinkham, 2019) إلى أن الأفراد الذين لديهم مستوى عال من السمات الفصامية يعتقدون أن لديهم قدرات اجتماعية ضعيفة رغم أنهم يظهرون مهارات متوافقة مع أقرانهم. قد تؤدي مثل هذه التصورات إلى تجنب التفاعلات الاجتماعية أو الفرص الوظيفية، ويمكن أن تسهم في نقص في الوظائف الاجتماعية لديهم. وغالباً ما يواجه المصابون بالفصام صعوبات دائمة في ممارسة المهارات المعرفية أو مهارات التفكير ، مثل الذاكرة، والانتباه، والقدرة على حل المشاكل، ومهارات التعامل مع المشكلات الحياتية اليومية. ويتعافى ثلث المصابين به على الأقل من أعراض المرض تماماً. ويشهد بعض المصابين به تحسناً في الأعراض أو تعافياً دورياً منها طوال حياتهم، فيما يشهد البعض الآخر تحسناً تدريجياً في أعراضه بمرور الزمن. (World Health Organization, 2022)

الخصائص النفسية للمتعافين من الفصام:

يتسم المتعافين من الفصام بالاستبصار الجيد بالمرض، وغالباً ما يكون لديهم قدرة أعلى على فهم طبيعة مرضهم وأعراضهم مقارنة بالمصابين بالنشطين، ولديهم مرونة نفسية، واستقرار في المزاج والانفعالات أو نوبات الغضب مقارنة بالمراحل النشطة للمرض، ولديهم الالتزام بالعلاج، وإدراك الواقع بشكل أفضل، انخفاض أو غياب واضح للأوهام والهوسات، ولديهم العديد من طموحات وخطط واضحة للمستقبل، وهذا مؤشر إيجابي على التعافي. (Harvey et al., 2012)

دراسات سابقة:

هدفت دراسة جاسم (٢٠٠٠) بناء برنامج للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية للمصابين بالرهاب الاجتماعي، وتألفت عينة الدراسة من طلبة الجامعة الذين تتراوح أعمارهم بين (١٨ - ٢١) عاماً، وكان عددهم (٣١٥) طالباً وطالبة، منهم (١٣٥) طالباً و (١٨٥) طالبة ، أما عينة البرنامج العلاجي فتكونت من (٢٤) طالباً وطالبة من طلبة الدراسات الجامعية الأولية وضمت عينة البرنامج (١٦) طالبة و (٨) طلاب بمعدل عمري قدره (١٩،٥) عاماً واستخدم الباحث مقياس الرهاب الاجتماعي، ومقياس نقص المهارات الاجتماعية وبرنامج علاجي للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية من إعداد الباحث. وطبق البرنامج لمدة ستة (٦) أسابيع بمعدل ساعة واحدة أسبوعياً، وأظهرت النتائج فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية بدلالة إحصائية (٠،١) ، وذلك باستخدام اختبار مان ويتي لاختبار فرضية البحث، والتعرف على فاعلية البرنامج.

هدفت دراسة (Lincoln & al, 2003) إلى معرفة مدى فاعلية العلاج بنوعين مشتركين من العلاج هما العلاج بالتعرض مع إعادة البنية المعرفية في علاج الرهاب الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من (٢١٧) مريضاً من الأفراد الذين شخصوا تشخيصاً أولاً بالرهاب الاجتماعي، واشترك في هذه الدراسة عدد كبير من المعالجين قدر بـ (٥٧) معالجا نفسياً موزعين على أربعة عيادات خارجية، وكلهم ينتمون إلى مؤسسة كريسوف بألمانيا. وأظهرت نتائج هذه الدراسة بعد ستة أسابيع من العلاج فاعلية العلاج بالتعرض وإعادة البنية المعرفية في تخفيف اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى المرضى، كما أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق بين العيادات الأربع التي أجريت فيها الدراسة.

وتناولت دراسة (Hofman, 2004) المتغيرات المعرفية الوسيطة المسؤولة عن التغيرات التي يحدثها علاج الرهاب الاجتماعي، وهدفت إلى اختبار الدور المحتمل لتقدير الخسارة أو التكلفة الاجتماعية كوسيط معرفي في علاج الرهاب الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من (٩٠) مفحوصاً تم اختيارهم عشوائياً من المرضى الخارجيين من مركز لعلاج اضطرابات القلق، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات (٣٠) تتلقى المجموعة التجريبية الأولى برنامجاً للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي. ويركز على تعليم مهارات تحديد المعارف السلبية، واختبار أخطاء التفكير المتضمنة المبالغة في تقدير التكلفة الاجتماعية، وصياغة بدائل عقلانية لهذه الأخطاء أما المجموعة الثانية (٣٠) تلقت علاجاً بالتعرض بدون تدخلات معرفية صريحة، وتركز على رهاب التحدث ويتضمن تكرار التعرض لمواقف الأداء والتغذية الراجعة عن طريق الفيديو، والتدريب التعليمي والواجبات المنزلية الأسبوعية. و استخدم الباحث مقياس الرهاب الاجتماعي، واستبيان التكلفة الاجتماعية. وتم تطبيق المقياسين قبل وبعد العلاج، وبعد فترة متابعة ستة أشهر لاختبار الأثر طويل المدى، دلت النتائج على فاعلية كلا العلاجين بالإضافة إلى أنه لم توجد فروق دالة بين آثار كلا العلاجين، وذلك في القياس البعدي، في حين كانت هناك فروق دالة بين أفراد المجموعتين التجريبيتين بعد فترة المتابعة على مقياس الرهاب الاجتماعي.

واستهدفت دراسة بلحسيني (٢٠١١) الكشف عن أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، وللتحقق من صحة فرضيات الدراسة تم استخدام مجموعة من الأدوات هي مقياس الرهاب الاجتماعي والمقابلة التشخيصية المقننة من إعداد الباحثة، واستمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة إعداد عبد الكريم قريشي

فعالية علاج معرفي - سلوكي ذو الجلسة الواحدة لخفض الرهاب الاجتماعي .

والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، واستمارة تقويم البرنامج إعداد الباحثة، وتم تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي على عينة الدراسة التي تكونت من (٤٢٩) طالبا، استخرج منهم (٢٠) طالبة ممن توفرت فيهن الخصائص المطلوبة، ثم وزعن عشوائيا على مجموعتين مجموعة تجريبية (ن - ١٠) ومجموعة ضابطة (ن - ١٠) تلقت المجموعة الأولى البرنامج العلاجي، في حين لم تتلق المجموعة الثانية أي تدخل علاجي ثم أخذت القياسات البعدية والتتبعية للمجموعتين على مقياس الرهاب الاجتماعي. وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الرهاب الاجتماعي لدى أفراد العينة تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الرهاب الاجتماعي لدى أفراد العينة تعزى إلى متغير السن لصالح الفئة العمرية (١٩-٢٢)، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على مقياس الرهاب الاجتماعي لصالح القياس البعدى، وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى على مقياس الرهاب الاجتماعي لصالح المجموعة التجريبية.

هدفت دراسة سليمان (٢٠١٥) إلى استقصاء فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الطالبات المعاقات بصرياً، ولتحقيق هذا الهدف اتبعت الباحثة المنهج التجريبي، كما أنها استخدمت مقياس الرهاب الاجتماعي / إعداد بلحسيني (٢٠١١)، ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي / إعداد عبد العزيز الشخص (٢٠١٣) كما صممت الباحثة برنامجاً إرشادياً، وطبقت أدوات الدراسة على عينة قوامها (١٢) طالبة تم توزيعها على مجموعتين الأولى ضابطة قوامها (٦) طالبات والثانية تجريبية قوامها (٦) طالبات وتم التأكد من تجانس المجموعتين، وأسفرت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى على مقياس الرهاب الاجتماعي في اتجاه أفراد المجموعة التجريبية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الرهاب الاجتماعي في اتجاه القياس البعدى، بينما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتتبعي على مقياس الرهاب الاجتماعي مما يدل على تحقق الفرض الثالث.

هدفت دراسة مصطفى (٢٠٢١) إلى تقدير فعالية برنامج إرشادي انتقائي لتخفيف الوصمة الذاتية لدى عينة من مرضى الفصام وأجريت الدراسة الحالية علي عينة قوامها (١٢)

مريضاً بالفصام تتراوح أعمارهم ما بين (١٨ : ٤٠) عاماً، بمتوسط حسابي (٣١) سنة وانحراف معياري (٧) سنة. وتم تشخيصهم وفقاً للطبيب النفسي ومحكات التشخيص DSM-٥ واستخدم الباحث مقياس الوصمة الذاتية لمرضى الفصام لتقييم فعالية البرنامج الإرشادي خلال مراحل القبلي والقياس البعدي وقياس المتابعة. وانتهت الدراسة إلى قبول أغلب فروض الدراسة ، فقد تبين وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات عينة مرضى الفصام في القياس القبلي والبعدي على مقياس الوصمة الذاتية وأعادته الفرعية والفروق إلى جانب التطبيق البعدي ، ولم توجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي . كما ظهرت آراء ايجابية في البرنامج العلاجي بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد فترة المتابعة

هدفت دراسة الديسبي (٢٠٢٣) إلى تحديد مدي فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى حالات مرضى الفصام، وتصميم برنامج للتدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي لتحسين الكفاءة الاجتماعية لديهم، واستخدم مقياس الكفاءة الاجتماعية، واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي. حيث تم حصر المتواجدين بمستشفى الطريق للطب النفسي وعلاج الإدمان في الفترة من ٢٠٢٣/٦/١٥ حتى ٢٠٢٣/٨/١٥ وكان عددهم (٣٠) مريضاً طبقت عليهم شروط العينة وتم استبعاد عدد (١٠) حالة، وتبقى عدد (٢٠) حالة، تم تقسيمهم بشكل عشوائي ومتساو إلى مجموعتين أحدهما تجريبية وعددها (١٠) ، والأخرى ضابطة وعددها (١٠) . وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية برنامج التدخل المهني في تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام عينة الدراسة.

ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:

وجد من خلال الدراسات السابقة انهم ركزوا على علاج الرهاب الاجتماعي لعينات مختلفة كان من ضمنها عينة الطلاب مثل دراسة بلحسيني (٢٠١١) ودراسة جاسم (٢٠٠٠) وبعض الدراسات تناولت عينة من الطالبات الكفيفات اللاتي يعانون من الرهاب الاجتماعي مثل دراسة سليمان (٢٠١٥) اما عينة دراسة (Hofman, 2004) كانت مطبقة على المرضى الخارجيين من مركز لعلاج اضطرابات القلق. اما دراسة (Lincoln & al, 2003) فكانت عينة الدراسة من الأفراد الذين تشخيصوا أولاً بالرهاب الاجتماعي.

اما دراسة الديسبي (٢٠٢٣) اهتمت في تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى حالات مرضى الفصام، ودراسة مصطفى (٢٠٢١) ايضاً لعينة من مرضى الفصام لتخفيف الوصمة الذاتية لديهم فيتضح من الدراسات السابقة أن الدراسة الحالية امتازت بتطبيق علاج ذو تكنيك

فعالية علاج معرفي - سلوكي ذو الجلسة الواحدة لخفض الرهاب الاجتماعي .

جديد وهو جلسة واحدة يتناسب مع ظروف العينة كذلك امتازت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة انها ركزت على المتعافين من الفصام الذين أصبحوا قادرين على تحديد مخاوفهم وشرحها بشك أوضح مما يفتح افاقاً لتوسيع نطاق العلاج المعرفي السلوكي لهذه الفئة.

كما اختلفت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بعدد الجلسات ومدة العلاج: فاستبدلت جلسات متعددة لمدة أسابيع بجلسة واحدة مكثفة لمدة يوم واحد (٢٠٠) دقيقة. أيضاً تختلف هذه الجلسات بمدة تأثير الجلسة الواحدة فهي (٦) أسابيع، في حين كانت الدراسات السابقة مدة قياس الأثر (٨) أسابيع وأكثر، أيضاً كان هناك تركيز تشخيصي ومعرفي فقد جمعت بين إعادة الهيكلة المعرفية والتعرض التدريجي المركز لرهاب اجتماعي المصاحب للفصام. كذلك امتازت هذه الدراسة بتطبيق البرنامج على عدد قليل وهم (١١) مما يجعل التركيز عليهم أعلى ومنح فرصة لكل عميل أن يعبر عن مخاوفه و يحقق أقصى استفادة من البرنامج.

واختارت الباحثة العينة من المتعافين من الفصام بدلاً من طلاب جامعيين أو مرضى بتشخيصات مختلفة لانه لم يسلط الضوء عليهم في احتياجاتهم بعد التعافي ودليل ذلك لا توجد دراسات سابقة حسب ما اطلعت عليه الباحثة تناولت الرهاب الاجتماعي للمتعافين من الفصام لذلك فهم أكثر فئة تحتاج التحرر من المخاوف وما وجهت المجتمع والإندماج فيه فالخوف هو أسوأ ما يقابله الفرد، ويزداد الأمر سوءاً إذا كان خوفاً اجتماعياً يحول بين الفرد وبين بيئته بما فيه أسرته؛ مما يؤثر سلباً على باقي الجوانب النفسية والإجتماعية والعملية في حياته. ومن خلال الدراسات السابقة وبناءً على ملاحظات الباحثة والقراءات العديدة في سيكولوجية مابعد التعافي من الفصام رأت الباحثة أهمية تطبيق البرنامج، وبذلك تتمثل فروض الدراسة في التالي:

١- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي.

٢- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي.

إجراءات الدراسة:

١ - منهج الدراسة:

تعتمد هذه الدراسة على المنهج شبه التجريبي باعتباره أكثر المناهج ملاءمة لتحقيق

أهداف الدراسة وكذلك للإجابة عن تساؤلات الدراسة. (القحطاني، ١٤٣١)

٢ - مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى الفصام المسجلين في الجمعية السعودية لمرضى الفصام (إحتواء)، والبالغ عددهم (٨٥٠) مريضاً، حيث بلغ عدد الذكور (٦٥٣) وعدد الإناث (١٩٧). المصدر (الجمعية السعودية لمرضى الفصام -إحتواء)، ٢٠٢٥.

٣ - عينة الدراسة:

تكونت عينة البحث من (١١) متعافياً من الفصام ويعانون من الرهاب الاجتماعي، الذين تم اختيارهم بطريقة قصدية، من خلال ترشيح الأخصائيين لهم في الجمعية، وكذلك حصولهم على درجات مرتفعه على مقياس الرهاب الإجتماعي (٦) ذكور و(٥) إناث.

خصائص عينة الدراسة:

تم اختيار عينة من الذكور والإناث المتعافين من الفصام والمسجلين في جمعية (إحتواء) والبالغة أعمارهم من (٢٠ إلى ٤٠) والمستوى التعليمي جامعي وثنائي وغير متزوجين والمستوى الاقتصادي متوسط وجميعهم من الجنسية السعودية. وتم التطبيق في جلسة واحدة للذكور والإناث معاً.

أدوات الدراسة:

١ - مقياس الرهاب الاجتماعي :

أعد هذا المقياس رولين ووي (١٩٩٤) وذلك لقياس الرهاب الاجتماعي والقصور في العلاقات ويتكون المقياس من (٣٦) عبارة، ويوجد أمام كل عبارة اختياران هما "نعم" و "لا" ويطلب من المفحوص أو المفحوصة أن يختار واحدة منهما والتي تتفق مع مشاعره وتصرفاته في مواقف الحياة المختلفة، ويصلح هذا المقياس للتطبيق على الأفراد بدءاً من عمر (١٢) عاماً وأعلى ، وترجمته الى اللغة العربية "مجدي محمد الدسوقي" في البيئة المصرية، ووضع المقياس تعليمات بسيطة تتضمن أن يجيب المفحوص أو المفحوصة عن كل عبارة بإجابة واحدة من بين اختيارين هما "نعم" أو "لا" ويعطي للمفحوص أو المفحوصة درجتين اذا كانت الإجابة بـ "نعم" ودرجة اذا كانت الإجابة بـ "لا" إلا في العبارات العكسية إذا أجاب بـ "لا" يأخذ درجتين وإذا أجاب بـ "نعم" يأخذ درجة مع ملاحظة أن العبارات التي تحمل الأرقام

فعالية علاج معرفي - سلوكي ذو الجلسة الواحدة لخفض الرهاب الاجتماعي .

(٣٣،٢٨،٢٧،١٧،١٦،١٤،٧،٣) تصحح في الاتجاه العكسي ، ويستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص أو المفحوصة على المقياس ، والدرجة المرتفعة تشير إلى أن الفرد يعاني من الرهاب الاجتماعي والعكس. ويمكن تقدير النتائج كما يأتي: من (١ إلى ٢٤) تقدر بدرجة منخفضة، ومن (٢٥ إلى ٤٨) تقدر بدرجة متوسطة ومن (٤٩ فأعلى) تقدر بدرجة مرتفعة.

من أمثلة عبارات المقياس:

- أفعل هواياتي المفضلة بمفردي.
- أتجنب المواقف التي تفرض علي التفاعل الاجتماعي.

الخصائص السيكومترية لمقياس الرهاب الاجتماعي للمقياس المترجم :

حسب مترجم المقياس صدقه باستخدام الصدق التمييزي، حيث أظهر المقياس القدرة على التمييز بين الأفراد ذوي الرهاب المرتفع والمنخفض فجاءت قيمة النسبة الحرجة (٢٣،٦٧) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (٠،٠١)، وأيضاً صدق المحتوى حيث تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين والخبراء في علم النفس واتفقوا على مدى مناسبة العبارات ووضوحها بنسبة (٨٠%) ، أما ثباته فتم حسابه باستخدام طريقة إعادة إجراء الاختبار فكان معامل الارتباط قدره (٠،٨٩٦) وهو دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠،٠١)، أيضاً تم استخدام معامل الثبات ألفا كرونباخ فجاءت قيمته (٠،٩٢) وهو دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠،٠١) الدسوقي، (٢٠٠٤).

الخصائص السيكومترية لمقياس الرهاب الاجتماعي للدراسة الحالية:

طبقت الباحثة المقياس على عينة مماثلة للمجتمع الأصلي مكونة من (٢٥) من المتعافين من الفصام، وتم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس، والجدول التالي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (١) معامل الارتباط بين كل عبارة من عبارات مقياس الرهاب الإجتماعي والدرجة الكلية للمقياس

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل ارتباط	رقم العبارة
0.706	19	0.674	1
0.698	20	0.819	2
0.811	21	0.621	3
0.674	22	0.745	4
0.819	23	0.547	5
0.621	24	0.985	6
0.745	25	0.749	7
0.547	26	0.876	8
0.985	27	0.747	9
0.749	28	0.771	10
0.699	29	0.698	11
0.547	30	0.766	12
0.852	31	0.749	13
0.699	32	0.751	14
0.833	33	0.731	15
0.883	34	0.706	16
0.766	35	0.698	17
0.574	36	0.811	18

يتضح من الجدول (١) السابق أن معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات مقياس الرهاب الإجتماعي والدرجة الكلية للمقياس كانت دالة عند مستوى (٠.٠١)، وهذا يدل على أن مقياس الرهاب الاجتماعي متنسق داخليا. ثبات مقياس الرهاب الإجتماعي:

تم استخدام طريقة ألفا كرو نباخ لحساب الثبات، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (٢) معامل ألفا كرو نباخ لقياس ثبات مقياس الرهاب الإجتماعي

معامل ألفا كرونباخ	مقياس الرهاب الاجتماعي
0.778	الدرجة الكلية لمقياس الرهاب الاجتماعي

يتضح من النتائج الموضحة في الجدول السابق أن قيمة معامل ألفا للدرجة الكلية للمقياس

فعالية علاج معرفي - سلوكي ذو الجلسة الواحدة لخفض الرهاب الاجتماعي .

كانت (٠,٧٧٨) ، وهذا يعني أن معامل الثبات مرتفع، وبذلك تم التأكد من ثبات المقياس.

٢ - البرنامج المعرفي السلوكي: (إعداد الباحثة)

وصف للبرنامج :

أعدت الباحثة برنامجا علاجيا معرفيا سلوكيا قائما على جلسة واحدة لخفض الرهاب الاجتماعي موجه للمتعافين من الفصام الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي، ومكون من جلسة واحدة مقسمة إلى (٤) مراحل، وكل مرحلة مدتها (٥٠) دقيقة، وبين كل مرحلة وأخرى استراحة لمدة (١٠) دقائق.

استراتيجيات البرنامج:

استعانت الباحثة بمناقشة المعتقدات المعرفية، ودحض الأفكار السلبية، والاستبدال بأفكار صحيحة عقلانية. وإعادة البنية المعرفية: بهدف تعديل الحديث الذاتي الداخلي والاستماع إلى صوت العقل، وتغيير التفسيرات السلبية إلى إيجابية، وتستخدم مصطلحات عديدة لوصف هذه العملية مثل إعادة النظر، وإعادة التصنيف، وإعادة التشكيل، وتعديل الإتجاه؛ لتصبح السلوكيات أكثر عقلانية وتنمية المهارات الاجتماعية، والحديث أمام مجموعة، واستخدامها الباحثة في مواجهة المخاوف التي يعاني منها أفراد عينة الدراسة أمام الناس أثناء تطبيق البرنامج. (Goff, 2021)

توكيد الذات. عرض نماذج من الممارسات السلوكية الصحيحة، ويقصد بالنمذجة (استخدام النماذج تشير النمذجة بشكل عام إلى التعلم بالملاحظة، والتقليد والمحاكاة الاجتماعية) (Turkington, Dudley, Warman& Beck,20004)

التعزيز - لعب الدور - التخيل.

أهداف البرنامج:

- ١- رفع مستوى وعي المتعافين من الفصام بتدريبهم على المراقبة الذاتية لأفكارهم.
- ٢- تعديل صورة الذات لدى عينة الدراسة أثناء التفاعل في المواقف الاجتماعية.
- ٣- خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة، وخفض درجات الخوف من التقييم السبلي في المواقف الاجتماعية.
- ٤- تنفيذ وتقييم البرنامج.

أهمية البرنامج:

- الكشف عن الأفكار السلبية لدى عينة الدراسة.
- تغيير الحديث الداخلي لدى عينة الدراسة.
- ممارسة النشاط الجمعي في العلاج.

طريقة التطبيق:

جماعية - ذكور وإناث في قاعة واحدة داخل جمعية (احتواء) بالرياض - وتم تقسيم البرنامج على (٤) مراحل كل مرحلة (٥٠) دقيقة.

* انظر الملحق رقم (١) جدول الجلسات التفصيلية.

الإحصاء المستخدمة:

- ١ - ألفا كرونباخ.
- ٢ - معامل ارتباط بيرسون.
- ٣ - اختبار ويلكوكسون لحساب الفروق بين مجموعتين صغيرة.

نتائج الدراسة وتفسيرها ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول وتفسيرها:

ينص الفرض الأول على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي". وللتحقق من هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون لحساب الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج، والجدول رقم (٣) يوضح دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي قبل و بعد تطبيق البرنامج.

جدول (٣) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي قبل وبعد تطبيق البرنامج

الرهاب الاجتماعي	عدد العينة	مجموع الرتب	قيم "Z"	مستوى الدلالة
قياس قبلي وبعدي	١١	٦٦,٠	-٢,٩٣٤	٠,٠٠٣ **

يتضح من جدول (٣) وجود فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية

فعالية علاج معرفي - سلوكي ذو الجلسة الواحدة لخفض الرهاب الاجتماعي .

على مقياس الرهاب الاجتماعي قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي للمقياس، ولذلك أشارت النتائج بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الرهاب الاجتماعي في اتجاه القياس البعدي، وتعزي الباحثة هذه النتيجة لوجود فعالية للبرنامج المستخدم، وتتفق هذه النتيجة مع كل الدراسات السابقة التي تبنت بناء وتطبيق برامج التدخل العلاجي والإرشادي لخفض حدة الشعور بالرهاب الاجتماعي، وانخفضت درجات أفراد المجموعة التجريبية في الرهاب الاجتماعي بعد التطبيق وهذه النتيجة تتفق مع دراسة (جاسم، ٢٠٠٠) ودراسة (سيد، ٢٠١٥) ودراسة (مصطفى، ٢٠٢١).

و دراسة (Lincoln & al, 2003) التي أثبتت فاعلية العلاج بالتعرض وإعادة البنية المعرفية في تخفيف اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى المرضى وهذا ما لاحظته الباحثة من أثر كبير لهذه الاستراتيجيات حين طبقتها على أفراد العينة حين طلبت منهم تقديم أنفسهم أمام الجمهور بعد ماتم إعاد البنية المعرفية وكانت هذه هي الفقرة الأخيرة في البرنامج فكانت شوى أفراد العينة بداية البرنامج هي انخفاض قدرتهم على الاختلاط مع الناس حتى الأقارب وشعورهم بأنه ليس لديهم القدرة على الحديث أو فتح موضوعات مناسبة لهم وتتطابق هذه النتيجة مع دراسة (Springfield & Pinkham, 2019) حيث أشارت إلى أن الأفراد الذين لديهم مستوى عال من السمات الفصامية يعتقدون أن لديهم قدرات اجتماعية ضعيفة. وبالفعل يتمكن أفراد المجموعة من عرض موضوعات أمام زملائهم ما عدا واحدة من الفتيات رفضت تماماً الظهور، كما اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة (وردة بلحسيني، ٢٠١١) في درجات القياس البعدي ولكن لم تتفق في أن التغير الإيجابي كان لصالح الإناث فما لاحظته الباحثة في الجلسة يدل على أن التغييرات كانت لصالح الذكور فهم الأكثر تجاوباً وحماساً وكذلك درجاتهم على المقياس وضحت ذلك .

وترى الباحثة أن هذه الفروق بين القياسين القبلي والبعدي قد ترجع إلى الفنيات التي استخدمتها في خفض الرهاب الاجتماعي على الرغم من أن الفروق لم تكن بدرجة عالية ولكنها أحدثت farkاً، وترى الباحثة أن سبب عدم وجود فروق قوية بين القياسين تعود إلى أن البرنامج كان عبارة عن جلسة واحدة أحدثت تغيير بدرجة جيدة، ولكن ليست الدرجة الكبيرة التي تكون عادة بعد برنامج كبير يعتمد على عدة جلسات وأكثر ما يتضح أن هذا البرنامج يمكن تسميته بالبرنامج الطارئ الذي نستعين فيه إذا كانت ظروف العينة لا تسمح أو وضعهم النفسي لايسمح بجلسات متعددة فقد لاحظت الباحثة على العينة المطبق عليها البرنامج بعدم رغبتهم في الجلسات الطويلة وأن الذي حفزهم للحضور كونها جلسة واحدة، كذلك كان للأخصائين في الجمعية نفس الرأي، مما يوضح أن العلاج ذو الجلسة الواحدة مناسب مع هذه الفئة فبالإمكان أن يكون هناك

كل فترة برنامج ذي جلسة واحدة من شأنه أن يحرز تقدماً ولو بسيطاً مع الحالات.

نتائج الفرض الثاني وتفسيرها:

ينص الفرض الثاني على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي، وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون لإيجاد دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات العينة في القياسين البعدي والتتبعي للرهاب الاجتماعي ويوضح جدول (٤) دلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي للرهاب الاجتماعي

جدول (٤) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على القياسين البعدي والتتبعي للرهاب الاجتماعي

يتضح من جدول (٤) أنه لا توجد فروق إحصائية دالة بين متوسطي رتب درجات

الرهاب الاجتماعي	عدد العينة	مجموع الرتب	قيم "Z"	مستوى الدلالة
قياس بعدي و تتبعي	١١	١٧,٠	-٠,٩٤١	٠,٣٤٦

المجموعة التجريبية من المتعافين من الفصام في القياسين البعدي والتتبعي في (الرهاب الاجتماعي). ويعني ذلك بقاء أثر التدريب الذي تلقته أفراد العينة والذي ساعدهم ولو بنسبة قليلة على التخلص من الرهاب الاجتماعي وبذلك تمت الإجابة على السؤال الثاني.

وتتفق نتائج هذا الدراسة مع نتائج كل من : دراسة (سيد ،٢٠١٥) ودراسة (مصطفى ،٢٠٢١)، ولم تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Hofman, 2004) حيث إن الأخيرة كانت نتائج المقياس التتبعي أعلى من المقياس البعدي .

وترى الباحثة في ضوء نتائج هذا الفرض أن البرنامج ذا الجلسة الواحدة لديه القدرة على إحداث تغييرات في حياة أفراد المجموعة التجريبية حتى لو كانت نسبتها بسيطة فهو مجدي مع الأفراد الذين لا يستطيعون الارتباط ببرنامج طويل، فالمتعافون من الفصام لاحظت الباحثة أنهم لا يريدون الخروج من المنزل، وكان سؤالهم قبل بدأ البرنامج كم عدد ساعات البرنامج فليس لديهم قدرة على التحمل لحضور الجلسات الطويلة والتفاعل بها، مما يعني أن البرنامج ذا الجلسة الواحدة مناسب جداً لهم، ومن مميزاته استمرار أثره الإيجابي بعد شهرين من انتهاء البرنامج، فوجود برنامج قصير من وقت لآخر ستكون نتائجه جيدة لهم، كما لاحظت الباحثة خلال الجلسة أن المتعافين من الفصام يحتاجون دعم ومساندة من الأهالي لحضور الجلسات. و على الرغم من صغر العينة والاعتماد على جلسة واحدة، فقد حققت الدراسة تحسناً فورياً وثابتاً يماثل ما توصلت إليه بعض الدراسات التي تتطلب برامج أطول أو متعددة الجلسات. وبالتالي،

فعالية علاج معرفي - سلوكي ذو الجلسة الواحدة لخفض الرهاب الاجتماعي .

يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي كجلسة دعم أو متابعة إضافية ضمن برامج علاجية أوسع، خاصةً لتعزيز الاستبصار أو التعامل مع نكسات عرضية بسيطة، له أثره ونتائج الإيجابية.

التوصيات:

١- الإستمرار في إستخدام الجلسات العلاجية القصيرة ذات الجلسة الواحدة كأداة فعالة في خفض الرهاب الاجتماعي لدى المتعافين من الفصام أو غيرهم من الفئات خاصة في المؤسسات ذات الموارد المحدودة.

٢. تدريب الأخصائيين النفسيين في مراكز الرعاية النفسية على تصميم وتنفيذ جلسات معرفية سلوكية قصيرة تستهدف مهارات التعامل الاجتماعي لدى هذه الفئة.

٣. دمج برامج العلاج المعرفي السلوكي قصيرة المدى ضمن الخطط العلاجية الداعمة بعد مرحلة الاستقرار من الفصام، بما يساعد على تسريع إعادة دمج المتعافين في المجتمع.

٤. متابعة الحالة النفسية والاجتماعية للأفراد بعد تلقي الجلسة العلاجية للتأكد من استمرارية التحسن، عبر (Booster Sessions) جلسات متابعة دورية.

٥. تفعيل برامج التوعية المجتمعية حول الرهاب الاجتماعي بعد التعافي من الفصام لتقليل الوصمة وتوفير بيئة مشجعة للتفاعل والانخراط المجتمعي.

البحوث والدراسات المقترحة :

١. دراسة فاعلية الجلسة العلاجية الواحدة باستخدام العلاج المعرفي السلوكي على أنواع أخرى من الاضطرابات المصاحبة للفصام، مثل الاكتئاب أو القلق العام.

٢. مقارنة بين الجلسة الواحدة وعدد من الجلسات العلاجية (مثلاً: ٣ أو ٦ جلسات) لمعرفة الفرق في الفاعلية على المدى القصير والبعيد في خفض الرهاب الاجتماعي.

٣. إجراء دراسة نوعية (qualitative) لاستكشاف التجارب الشخصية للمتعافين من الفصام بعد

خضوعهم للجلسة الواحدة، لفهم أعمق لأثرها النفسي والاجتماعي.

٤. دراسة دور متغيرات مثل الجنس، العمر، مدة المرض، ومدة التعافي كعوامل وسيطة تؤثر في فاعلية العلاج المعرفي السلوكي ذي الجلسة الواحدة.

٥. البحث في الأثر طويل المدى للجلسة الواحدة من خلال دراسات تتبّع تستمر لعدة أشهر بعد انتهاء العلاج، لقياس مدى استمرارية الا بن في الرهاب الاجتماعي.

المراجع :

أولاً: المراجع العربية

الجهني، عبد الرحمن عيد (2010). الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالطمأنينة النفسية والتحصيل لدى طلبة الجامعة ، مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، ٤ (١) ، ٦١ - ٩١ .

الحجري، حمد هلال (٢٠١٤). بعض سمات الشخصية وعلاقتها بالرهاب الاجتماعي لدى طلبة جامعة نزوى في سلطنة عُمان ، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة نزوى ، كلية العلوم والآداب.

الحويلة ، أمثال (٢٠١٠). القلق والاسترخاء العضلي، المفاهيم والنظريات والعلاج .دار إيتراك .

الداهري، صالح (٢٠٠٨). علم النفس، دار صفاء للنشر والتوزيع.

الدسوقي، مجدي (٢٠٠٤). مقياس الرهاب الاجتماعي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

الديسوطي، علي محمد عبد المعطي (٢٠٢٣).فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، ٦٤ (٣)، ٧٠١، ٧٣٢.

القحطاني، سالم (١٤٣١). منهج البحث في العلوم السلوكية مع التطبيقات، الطبعة الثالثة، الرياض. مكتبة العبيكان.

المالح، حسان (١٩٩٥). الخوف الاجتماعي "الخجل"، داره المنارة للنشر والتوزيع.

===== فعالية علاج معرفي - سلوكي ذو الجلسة الواحدة لخفض الرهاب الاجتماعي . =====

بلحسيني، وردة (٢٠١١). أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلاب الجامعة، كلية العلوم الإنسانية جامعة قاصدي جامعة قاصدي مرياح - ورقة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية الجزائر.

بوفيه سيريل (٢٠١٩). مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية، فرحات بوزيان ترجمة ، دار المجدد.

جاردنر، جيمس، ويل، أرثر . (٢٠٠٦). إدارة الخوف ،خالد العامري ترجمة ، دار الفاروق للنشر والتوزيع.

جاسم، أحمد (٢٠٠٠). بناء برنامج علاجي للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية للمصابين. حسين، طه عبدالعظيم (٢٠١٥). الإرشاد النفسي النظرية والتطبيق والتكنولوجيا. دار الفكر ناشرون وموزعون.

ديفيد بارلو وآخرون (٢٠٠٢). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية، صفوت فرج ترجمة، سلىمان، عبد الرحمن سيد (٢٠١١). المخاوف الاكتساب والعلاج ، القاهرة: عالم الكتب. سيد، منال ثابت عبدالفتاح (٢٠١٥). فعالية برنامج إرشادي معرفي- سلوكي للتخفيف من حدة الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الطالبات المعاقات بصرياً. مجلة البحث العلمي في التربية، ١٦(٥)، ٣١٢:٢٨٣.

عبد العظيم، طه (٢٠٠٩). استراتيجيات إدارة الخجل والقلق الاجتماعي، عمان: دار الفكر . عدس، عبدالرحمن وآخرون (٢٠١٥). العلاج المعرفي السلوكي: الأسس و الأساسيات، مترجم ، ط٢، عمان: دار الفكر .

عكاشة، أحمد (٢٠٠٣). الطب النفسي المعاصر، القاهرة: الأنجلو مصرية. غانم، محمد حسن (٢٠٠٦). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

كليبرمان، هنري وبيري، أنثاني (٢٠١٩). التشخيص الإكلينيكي دليل الاختبار النفسي التشخيصي تحليل الشخصية وكتابة التقارير، خطاب محمد أحمد محمود ترجمة ، الأنجلو المصرية.

== (٣٩٢) المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢٨ ج ٢ المجلد (٣٥) - أكتوبر ٢٠٢٥ ==

===== د / ندي بنت راشد بن محمد الرشود .=====

مبيض، مأمون (٢٠٠٣). الذكاء العاطفي والصحة العاطفية ، الدار العربية للعلوم- ناشرون
المكتب الإسلامي للطباعة والنشر .

مصطفى، علاء (٢٠٢١). فعالية برنامج إرشادي انتقائي لتخفيف الوصمة الذاتية لدى عينة من
مرضى الفصام. مجلة كلية الآداب جامعة الزقازيق ٤٦. (٩٨)، ٦٥:٣٣.

ثانياً: المراجع العربية مترجمة:

Belhassini, Warda. (2011). The effect of a cognitive-behavioral program in treating social phobia among a sample of university students, Faculty of Humanities, Kasdi Merbah University - Ouarqla, Faculty of Humanities and Social Sciences, Algeria.

Buffet Cyril. (2019). Introduction to Cognitive Behavioral Therapies, translated by Farhat Bouziane, Dar Al-Mujaddid for Publishing and Distribution.

Gardner, James, and Bell, Arthur. (2006). Managing Fear, Khalid Al-Amri Translation, Dar Al-Farooq for Publishing and Distribution.

Jassim, Ahmed Latif. (2000). Building a therapeutic program for training in some social skills for individuals with social phobia. College of Arts, University of Baghdad (unpublished doctoral dissertation).

Al-Juhani, Abdul Rahman Eid. (2010). Social phobia and its relationship with psychological reassurance and academic achievement among university students, Journal of Arab Studies in Education and Psychology, 4(1), 61-91.

Al-Hajari, Hamad Hilal. (2014). Some Personality Traits and Their Relationship with Social Phobia Among Students of Nizwa University in the Sultanate of Oman, (Unpublished Master's Thesis), Nizwa University, College of Science and Arts.

Hussein, Taha Abdulaziz. (2015). Psychological Counseling: Theory,

Application, and Technology. Dar Al-Fikr Publishers and Distributors.

Al-Huwaila, Amthal. (2010). Anxiety and Muscle Relaxation: Concepts, Theories, and Treatment. Dar Itrac.

Al-Dahri, Saleh. (2008). Psychology, Dar Safa for Publishing and Distribution.

Al-Dasouqi, Magdy. (2004). Social Phobia Scale. Anglo-Egyptian Library.

Al-Diasty, Ali Mohamed Abdel-Moaty. (2023). The effectiveness of a cognitive-behavioral therapy program in improving social competence among schizophrenia patients, Journal of Social Work Studies, 64(3), 701-732.

David Barlow et al. (2002) Clinical Handbook of Psychological Disorders, translated by Safwat Farag, Kuwait Publishing and Distribution.

Suleiman, Abdul Rahman Said. (2011). Acquired Fears and Treatment, Dar Al-Kutub.

Sayed, Manal Thabet Abdel Fattah. (2015). The effectiveness of a cognitive-behavioral guidance program in reducing the severity of social phobia among a sample of visually impaired female students. Journal of Scientific Research in Education, 16(5), 5, 312:283.

Abdul-Azim, Taha. (2009). Strategies for Managing Shyness and Social Anxiety, Dar Al-Fikr, Amman.

Adas, Abdulrahman, et al. (2015). Cognitive Behavioral Therapy: Foundations and Fundamentals, translated, second edition, Dar Al-Fikr, Amman.

Okasha, Ahmed. (2003). Contemporary Psychiatry, Anglo-Egyptian,

Cairo.

Ghanem, Mohamed Hassan. (2006). Psychological, Mental, and Behavioral Disorders, Anglo-Egyptian Library.

Al-Qahtani, Salem. (1431 AH). Research Methodology in Behavioral Sciences with Applications, 3rd edition, Riyadh. Al-Obeikan Library.

Kleerman, Henry and Perry, Anthony. (2019). Clinical Diagnosis: A Guide to Psychological Diagnostic Testing, Personality Analysis, and Report Writing, translated by Mohamed Ahmed Mahmoud, Anglo-Egyptian.

Al-Malih, Hassan. (1995). Social Anxiety "Shyness", Dar Al-Manara for Publishing and Distribution.

Mabid, Mamoun. (2003). Emotional Intelligence and Emotional Health, Arab Science Publishers - Islamic Office for Printing and Publishing.

Mostafa, Alaa. (2021). The effectiveness of a selective counseling program to reduce self-stigma among a sample of schizophrenia patients. Journal of the Faculty of Arts, Zagazig University. 46(98), 65:33.

ثالثاً: المراجع الأجنبية :

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™** (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc..

Andreasen NC. (2010). The lifetime trajectory of schizophrenia and the

concept of neurodevelopment. **Dialogues Clin Neurosci.** 12(3):409-15. doi: 10.31887/DCNS.2010.12.3

Goff DC. (2021)The Pharmacologic Treatment of Schizophrenia. **JAMA.** Jan 12;325(2):175-176. doi: 10.1001/jama.2020.19048. PMID: 33369626.

Harvey, P. D., Heaton, R. K., Carpenter, W. T., et al. (2012). Functional impairment in people with schizophrenia: Focus on employability and eligibility for disability compensation. *Schizophrenia Research*, 140(1-3), 1-8.

Hofmann S G. (2004) . Cognitive Mediation of Treatment Change in Social Phobia, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 72,(3), 392- 399.

Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 62' * 2.

Howes, O. D & Murray, R. M. (2014). Schizophrenia: an integrated socioenvironmental-cognitive model. **The Lancet Psychiatry**, 1(3), 204-216.

Kocovski, Nancy. (2002). **Attentional Biases and Coping With Social Anxiety**, York University (Canada) ProQuest Dissertations & Theses, NQ66352.

Lincoln TM, Rief W, Hahlweg K, Frank M, von Witzleben I, Schroeder B, Fiegenbaum W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. **Behav Res Ther Nov;41(11):1251-69.** doi: 10.1016/s0005-7967(03)00038-x.

Marder, S & ,Cannon, T. (2019). **Schizophrenia** . N Engl J Med Oct

- Morrison, A. P. (2017). A manualised treatment protocol to guide cognitive behavioural therapy for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(2), 121-135
- Springfield, C. R., & Pinkham, A. E. (2020). Introspective accuracy for social competence in psychometric schizotypy. **Cognitive Neuropsychiatry**, 25(1), 57–70.
- Turkington D, Dudley R, Warman DM & Beck AT.(٢٠٢٤).Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia. a review. **J Psychiatr Pract Jan**;10(1):5-16.
- World Health Organization .(1992). **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines** (Icd- 10) Geneva, Switzerland.
- World Health Organization.(2022). **Schizophrenia**. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> Retrieved on 15 March 2023.
- Zarro J.M. (2002). **Self-Perception of Memory Confidence Among Individuals With Anxiety Disorders: A Comparison of Obsessive Compulsive Disorder and Social Phobia, Doctor of Philosophy** (Ph.D.), Medical College of Pennsylvania and Hahnemann University .Aug 2002. DOI: <https://doi.org/10.17918/00008768>

**The effectiveness of single-session cognitive behavioral therapy in
reducing social phobia in recovering schizophrenia patientsAbstract**

Dr. Nada Rashed Mohammed Al-Rushood

Associate Professor, Department of Psychology

Faculty of Social Sciences

Imam Muhammad bin Saud University

The study aimed to explore the effectiveness of a single-session cognitive behavioral therapy program in reducing social phobia in recovered schizophrenia patients.. The study sample consisted of: (11) People recovering from schizophrenia, aged from 20 to 40, A one-session program (prepared by the researcher) was applied to the experimental sample members. After ensuring its suitability for application to the sample members, and the social phobia scale for The study sample prepared by Rollin and Wei (1994). The results of the study showed a statistically significant decrease in social phobia scores in the post-test after implementing the program, and no statistically significant differences between the post-test and follow-up tests of social phobia.

Key word

cognitive behavioral treatment program, social phobia, recovering schizophrenia.