

”فاعلية مدخل العلاج بالواقع في تخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً“

د/ فتحي رزق العشري

• المستخلص:

هدف البحث إلى تحديد فاعلية مدخل العلاج بالواقع في تخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً. وتضمنت عينة البحث (٤٠) من المراهقين المعاقين حركياً بدور الرعاية الاجتماعية بمحافظتي كفرالشيخ والغربيه في مجموعتين (ن=٢٠=تجريبية - ن=٢٠=ضابطة)، بمتوسط عمر زمني (١٥.٥) لالمجموعة التجريبية و(١٤.٩) للمجموعة الضابطة. وقد أشارت أهم نتائج البحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي على مقياس الفوبيا الاجتماعية لصالح القياس البعدي عند مستوى (٠.٠١) مع وجود حجم تأثير قوي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية، حيث كان الفرق دالاً عند مستوى (٠.٠١) مع وجود حجم تأثير قوي كذلك. كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية؛ حيث كانت قيمة "t" غير دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١). وقد نوقشت نتائج البحث وقدمت التوصيات والمقررات.

Abstract

This study aims to determine the effectiveness of the reality therapy approach in alleviating social phobia among physically disabled adolescents. The study sample included 40 physically disabled adolescents in social care homes in Kafr El-Sheikh and Gharbiya governorates, Egypt. The study sample consisted of two groups (n = 20 treatment - n = 20 control) whose chronological age averages (15.05 years) for the treatment group and (14.9 years) for the control group. The most important results indicate that, for the treatment group, there are statistically significant differences between mean scores of the before-treatment and the mean scores of after-treatment at the level of (0.001) on the social phobia scale, with a strong size effect. The results also indicate that there are statistically significant differences between the mean scores of the treatment and control groups in favor of the treatment group on the social phobia scale, at the level of (0.001) with a strong size effect as well. Finally, the results indicate that, for the treatment group, there are no statistically significant differences between the mean scores of the participants on the after-treatment and follow up tests on the social phobia scale; where the value of the "t-test" were found to be statistically not significant at the level of (0.01). The study results were discussed and recommendations were provided.

• المقدمة ومشكلة البحث:

تعد قضية ذوي الاحتياجات الخاصة في أي مجتمع من القضايا المهمة التي تتعلق بتقدم الأمة وتنميتها؛ ولهذا فقد خصصت الأمم المتحدة في كل عام يوماً للمعاقين وهو الثالث من ديسمبر، وذلك في إطار وضعها لمشكلة المعاقين في مصاف المسائل الاجتماعية الكبرى، التي ينبغي على العالم مواجهتها بالتحليل والفهم والتوعية الحكومية والجماهيرية.

فلم يكن المعاقون بأوفر حظاً من العاديين في أوجه الرعاية والعنابة والاهتمام، بل إن النظرة للأطفال المعاقين منذ أقدم العصور اتسمت بطابع غير إنساني، واختلفت هذه النظرة من عصر لآخر تبعاً لمجموعة من المعايير والتغيرات، ويشير كثير من الباحثين إلى أن أغلب المصادر التاريخية توثق معاناة المعاقين في جميع العصور الماضية من النظرة المتدينية نحوهم، وذلك من جراء القواعد والقوانين الظالمة التي جعلت منهم هدفاً للتعبير عن الدوافع والنزاعات العدوانية في المجتمع نتيجةً للخوف والجهل من جهة، ونقصان المعلومات من جهة أخرى (السيد فهمي، ٢٠٠٨، ١٣).

وفي العصر الحاضر ازداد الاهتمام بقضية المعاقين؛ لأنها قضية متعددة الجوانب والأبعاد، وقد تمتد لتطال المجتمع كله بشكل أو بآخر؛ فهي تعتبر مشكلةٌ تربويةٌ وصحيةٌ وتأهيليةٌ ومهنيةٌ، تحتاج إلى مساعدةٍ أفرادٍ هذه الفئة في تأدية الواجب نحو المجتمع، وهناك العديد من العلماء قد حثّ وشجع المعاقين على المشاركة في بناء المجتمع. (رائد محمد أبو الكاس، ٢٠٠٨، ١٨٨)

ويختلف هؤلاء المعاقون كثيراً في الدرجة التي يعبرون بها عن انفعالاتهم ومشاعرهم تلقائياً خلال ما يظهرون من تعابيرات الوجه أو نبرات الصوت؛ فمنهم من يتسم بالتلقائية والصدق في التعبير عن انفعالاته ومشاعره ويتمتع كذلك بالحيوية والحركة، ومن ثم يكونون أكثر قدرة على التأثير الاجتماعي عند التفاعل بأسلوب المواجهة، ومن الناحية الأخرى هناك من الأشخاص من لا تعبر وجوههم أو حركاتهم بما يمرون به من انفعالات، كما لا يمكنهم التعبير عن مشاعرهم بتلقائية حتى في أكثر المواقف إثارة للانفعال، ومن ثم لا يتوقع أن يكونوا قادرين على التأثير الاجتماعي في الآخرين.

وقد بيّنت نتائج دراسة أسامة عبد الحميد إبراهيم (٢٠١١) أن الأفراد داخل المؤسسات يميلون للعدوانية وسرعة الغضب والخوف من أشياء لا تستدعي آلام الحياة والتواصل مع الآخرين؛ لذلك يجب علينا أن ننظر إلى هؤلاء الأفراد الذين تحتويهم مشاعر السلبية والغضب والانفعال الشديد ونفهم مدى حاجاتهم إلى خدمات إرشادية لمواجهة ما يعانون من مشكلات نفسية وسلوكية.

وقصور أحد الأعضاء يعد عاملًا فعالًا في النمو النفسي للفرد؛ حيث إن هذا الشعور بعينه هو الذي يدفع الفرد إلى بذل المزيد من الجهد لتعويض هذا القصور، وتعويض العضو القاصر عادةً ما يحدد أسلوب حياة الفرد والطريقة التي يهدف بها الفرد إلى تحقيق السيطرة على ذاته (عاطف الكيلاني، ١٩٩٤، ٤)، وتعتبر الإعاقة الحركية من الإعاقات التي لا تحظى إلا بالقليل من الاهتمام، وبخاصةً في مرحلة مهمة من مراحل النمو وهي مرحلة الشباب؛ فهذه الفئة في حاجة إلى التوافق مع المجتمع المحيط بها، بما يحقق قدرًا من التفاعل المستمر بينها وبين المجتمع المحيط بصورة لا تؤدي إلى الإضرار بالفرد وتكامله، أو الإضرار بالبيئة الخارجية واستقرارها (سامي هاشم، ١٩٩٨، ٧٥).

لذا يسعى البحث الحالي إلى اختبار فاعلية مدخل العلاج بالواقع في تخفيف حدة الفobia الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً

• مشكلة البحث:

يشكل المعاقون حركياً فئة ليست بقليلة من مجموع الأفراد المعاقين في المجتمع؛ بما يجعلها تستحق الاهتمام لما تمتلكه من قدرات وإمكانيات من أجل تحقيق التنمية للمجتمع ككل، والن هو عرض بالمعاق كجزء من هذا المجتمع، ليس فقط من خلال إتاحة ما يحتاجونه من خدمات خاصة، بل عبر توفير الظروف النفسية والاجتماعية المناسبة لهم أيضاً؛ وذلك لتمكينهم من وضع أهداف للمستقبل والعيش لتحقيقها، وتغيير نظرتهم للحياة إلى نظرة يحدوها الثقة والأمل والطموح، ووضع مفهوم إيجابي عن ذواتهم، والتمكن من التقدير الموضوعي لها، خاصة وأن فقدان الحركة يؤدى عادة إلى أن يعيش الفرد في عالم محدود خاص به، بالإضافة إلى وجوده في محيط اجتماعي عادة ما يشعره بالعجز، وقلة الشأن، وعدم التقبل المباشر أو غير المباشر؛ مما يجعله يخوض من تقديره لذاته؛ وبالتالي تتأثر صورته عن ذاته، كما أن احتياجاته للمساعدة الدائمة من الآخرين تشعره بضربة قاسمة إما أن تؤدي به إلى ظهور الاعتمادية، وبالتالي عدم التحكم في أموره والسيطرة عليها، وفشلـهـ في اتخاذ القرارات أو تحديـهـ لأـهـدافـهـ، وأـمـاـ أنـ تـصـبـحـ الإـعـاقـةـ بمـثـابـةـ الدـافـعـ لـلتـحدـيـ وـاثـباتـ الذـاتـ وـتحقـيقـ الطـموـحـ وـالـالـلتـزـامـ بـالـقيـمـ وـالـتحـكمـ فيـ الـظـرـوفـ الـخـارـجـيـةـ.

ومن الثابت أن هناك علاقات مترابطة بين الخصائص الاجتماعية واللغوية والحركية والانفعالية التي تخلفها الإعاقة؛ فالجانب اللغوي يؤثر على الجانب الاجتماعي، كما أن الجانب الحركي يؤثر على الجانب الانفعالي، وكل منهما يتأثر بالجانب الاجتماعي؛ فحدث اضطراب في أحد الجوانب يؤثر بالسلب على الجانب الآخر مما يعكس بالسلب على رؤية الفرد لذاته، وقدرته على التحمل، والالتزام بالأهداف التي يحددها لنفسه، وتحديه للمشكلات، ومواجهتها والتحكم في العوامل الخارجية.

وتشير الدراسات السابقة إلى أن فئة المعاقين حركياً من أكثر الفئات رفضاً للتأقلم الاجتماعي، وأكثر تعرضاً للاضطرابات والضغوط النفسية مقارنة بالعاديـنـ، بالإضافة إلى الإحباط الشـخصـيـ وـعدـمـ الـقـدرـةـ عـلـىـ الـالـتزـامـ وـتحـديـ الإـعـاقـةـ، وـعدـمـ الـقـدرـةـ عـلـىـ الـاتـصالـ الـمـتـبـادـلـ وـتـكـوـينـ عـلـاقـاتـ اـجـتـمـاعـيـةـ، كـمـاـ أنـ فقدانـ الحـرـكـةـ يـؤـدـيـ إـلـىـ سـوـءـ التـكـيـفـ، وـأـنـ هـنـاكـ سـمـاتـ شـخـصـيـةـ غـيـرـ سـوـيـةـ تـنـمـوـ فـيـ شـخـصـيـهـ الـمـعـاقـ فـيـ كـثـيرـ مـنـ الـأـحـيـانـ مـثـلـ الـإـنـسـاحـ الـاجـتـمـاعـيـ وـعدـمـ الشـعـورـ بـالـفـعـالـيـةـ الـذـاتـيـةـ الـعـالـيـةـ (وليد هندي، ٢٠٠٧؛ محمد السيد، ١٩٩١).

وإذا كانت بعض الدراسـاتـ قدـ أـكـدـتـ وجـودـ عـلـاقـةـ بـيـنـ الـفـوـبـياـ الـاجـتـمـاعـيـةـ وـوـالـمـرـاهـقـينـ مـنـ ذـوـيـ الـإـعـاقـةـ بـصـورـةـ عـامـةـ (Cowden, 2010; Essau, Conradt, & Petermann, 1999; Fehm, Beesdo, Jacobi, & Fiedler, 2008) فقدـ أـكـدـتـ درـاسـاتـ آخـريـ (George & Lydiard, 1994; Oberlander, Schneier &

(Liebowitz, 1994) على وجود أعراض الفوبيا الاجتماعية جنباً إلى جنب مع الإعاقة الحركية؛ مما يشير إلى إمكانية وجود علاقة بين الإعاقة الحركية والفوبيا الاجتماعية، ومن هنا كان اهتمام الباحث بالكشف عن العلاقة بين برنامج العلاج بالواقع، كأحد مداخل العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavioral Therapy، ومدى قدرته على تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً.

وتتمثل مشكلة البحث في الآتي:

- « ما فاعلية مدخل العلاج بالواقع في تخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً؟ »
- « ما مدى استمرارية فاعلية مدخل العلاج بالواقع في تخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً؟ »

• **أهداف البحث:**

- « تحديد فاعلية مدخل العلاج بالواقع في تخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً . »
- « التعرف على مدى استمرارية فاعلية مدخل العلاج بالواقع في تخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً . »

• **أهمية البحث:**

• **الأهمية النظرية:**

- « تقديم مجموعة من التوصيات للتخفيف من حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً، ولفت الانتباه للأثار السيئة المترتبة على ذلك . »
- « ندرة الدراسات العربية التي تناولت التخفيف من حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً . »
- « أهمية البرامج الإرشادية بالواقع في الحد من العديد من الفوبيا الاجتماعية التي تؤدي إلى الطلاب المعاقين حركياً . »

• **الأهمية التطبيقية:**

- « التعرف على تأثير برنامج إرشادي بالواقع في محاولة تقليل حدة الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً . »
- « قد تفيد هذه الدراسة المهتمين بشئون الطفل المعاق في مصر وخاصة المؤسسات الخاصة بالمعوقين في مختلف مجالات الإعاقة . »
- « تفيد نتائج الدراسة الحالية في بناء برامج إرشادية جديدة للتعامل مع المراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة . »
- « تقديم العديد من التوصيات التربوية في ضوء ما تسفر عنه نتائج الدراسة الحالية والتي قد تمكن الأخصائيين الاجتماعيين من التعامل مع المراهقين المعاقين حركياً . »

• مصطلحات البحث

• فاعلية :Effectiveness

هي "مدى النجاح الذي يحققه البرنامج بدرجة مرضية، عندما يستخدمه أولئك الذين أعد من أجلهم، ويقيس بأثره في الدارسين عند طريق الاختبارات والمقياس". (أحمد اللقاني، وعلى الجمل، ٤١، ٢٠٠٣).

ويعرف إجرائياً على أنه مدى فاعلية البرنامج، بعد تطبيقه، من خلال الاختبارات التي أعدت لذلك ومن خلال نتائجهم يبرز مدى فاعلية البرنامج من خلال قياس أثره على نحو ما تقدم.

• برنامج :Program

هو "مجموعة من المواد التعليمية التي قد تكون على شكل مناهج دراسية، أو مجموعة كتب أو قراءات تحدد للتلاميذ، مصحوبة بوسائل تعليمية وأنشطة متنوعة، وتحدد لهذا البرنامج فترة زمنية محددة، وقد يدرس المتعلم بعض هذا البرنامج داخل المدرسة وبعضها عن طريق الدراسة المنزليّة المستقلة" (أحمد اللقاني، وعلى الجمل، ٤١، ٢٠٠٣).

• العلاج بالواقع :Reality Therapy

هو عملية علاجية تمكن الفرد من اكتشاف حاجاته غير المشبعة، وتحديد ما ينتج عن ذلك من مشكلات على المستويين الشخصي والاجتماعي، ثم مساعدته لتكوين مجموعة من الصور الذهنية الإيجابية لما يريد بطرق مشروعة، وتقويم سلوكه لتحقيق تلك الصور وفق قدراته وحسب إمكانات البيئة حوله، ومساندته ليضع خططاً قابلة للتنفيذ، تتيح له مجموعة من البدائل يمكن أن يأخذ منها ما هو أنساب لتحقيق تلك الصور. (حسام محمود ذكي، ٢٥، ٢٠١١).

• الفobia الاجتماعية :Social Anxiety Disorder

تعرف إجرائياً على أنها انفعال سلبي يسبب الضيق ينشأ من مؤثرات خارجية مؤللة، وإذا تكررت هذه المؤثرات فإن الفرد يخاف منها ويبعد عنها، مع سرعة ضربات القلب، وسرعة التنفس، وإفراز العرق، وزيادة الشد في العضلات.

• المعاق حركياً :Motor Impaired

المعاق: هو كل فرد غير قادر على أن يحيا حياة طبيعية كالآخرين نتيجة قصور أو عجز روري أو بيئي في واحدة أو أكثر من وظائفه العقلية والحسية والحركية فتحدد من مشاركته أقرانه اجتماعياً وأكاديمياً ومهنياً وصحياً وتربيياً وترفيهياً فيؤثر في سماته الشخصية من الناحية الانفعالية ومستوى طموحه. (رامي أسعد إبراهيم نتيل، محمد وفائي علاوي الحلو، ٨٨١، ٢٠٠٧).

المعاق حركياً: هو من أصيب بخلل أو عجز في أحد أو مجموعة أطرافه العلوية أو السفلية والتي تحد من مشاركته الآخرين بفقد لوظائفها الحركية سواء بشكل جزئي أو كلي. (رامي أسعد إبراهيم نتيل، محمد وفائي علاوي الحلو، ٨٨١، ٢٠٠٧).

• الإطار النظري :

• العلاج بالواقع :

يستند هذا الاتجاه إلى دراسة الظاهرة في الواقع الملمس دون إصدار أحكام مطلقة، كما يعني بدراسة الظاهرة في ضوء السياق الاجتماعي، وليس فيعزلة، ويبحث في كل العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والنفسية والسياسية التي تؤثر في الظاهرة، وهذا يساعد الباحث على أن يكون أكثر إدراكاً لأبعاد الظاهرة محل الدراسة، والتعرف على كل العوامل المؤثرة فيها (محمد يسري دعيس، ١٩٩١، ١٠).

فقد قام ويليام جلاسر William Glasser - المرشد النفسي الأمريكي بابتكار وتطوير أسلوب العلاج بالواقع بمنتصف السبعينيات واستمرت أساليبه ونظرياته بكافة تطبيقاتها واسعة النطاق في التطور وأثبات الكفاءة والفاعلية. وهو ينظر إلى العلاج بالواقع على أنه أسلوب استشاري يتعلم فيه الأفراد كيفية إدارة حيواناتهم واتخاذ الخيارات والقرارات الأكثر فاعلية وكيفية تطوير وتقوية قدرتهم على التكيف مع الضغوط والمشكلات الحياتية. وممارسة العلاج بالواقع تعتبر عملية مستمرة ودائمة تتكون في الأساس من مكونين شديدي الأهمية: العمل على خلق بيئة ثقة متبادلة وباستخدام التقنيات التي تساعد الشخص في اكتشاف ما يرغب به فعلاً، وذلك على العكس مما يقوم بفعله آننا، والعمل على إيجاد وبناء مخطط جديد لاستيفاء هذه الحاجة على نحو أكثر فاعلية في المستقبل. (Kim, 2009)

وينظر روبرت وبولدينج Robert Wubbolding إلى العلاج بالواقع على أنه أسلوب عملي للمرشد ويتضمن المكونات التالية:

«سؤال العميل عن حاجاته، ومساعدته على تحديد أهدافه من العلاج، وأهدافه في الحياة عموماً.

» سؤال العميل عما يقوم بفعله حالياً.

» تشجيع العميل على إجراء تقييم ذاتي بشأن فاعلية وملاءمة سلوكياته.

» التركيز على أهمية الالتزام.

وفي هذا الإطار ينظر المرشد بالواقع إلى الإرشاد على أنه عملية تعليم وتعلم ترکز على وجود حوار منطقي بينه وبين المسترشد، وهذا يتطلب أن يكون المرشد نشطاً من الناحية الكلامية، ويسأل العديد من الأسئلة حول الموقف الراهن لحياة المسترشد واعياً بسلوكه وأن يصدر أحكاماً تقويمية وأن يبني خططاً للتغيير. (مفتاح محمد عبد العزيز، ٢٠٠١، ١٠٣)

ومن وجهة نظر العلاج بالواقع فكل شخص يحتاج لعلاج أو إرشاد نفسي يعني من قصور أساسى واحد هو أنه غير قادر على تلبية حاجاته الأساسية وتعكس حدة الأعراض درجة عدم قدرة الفرد على تلبية احتياجاتاته والتي يعبر عنها من خلال قرحة المعدة أو الصداع النصفي مثلاً، ولكن أياً كانت الأعراض فإنها تختفي عندما يتم تلبية احتياجاتاته الفرد. ويجب أن ندرك أنه مهما بدا

سلوك الفرد غير منطقي وغير معقول لنا فإن لهذا السلوك معنى عند الفرد نفسه. وفي سعيهم غير الناجح لتبليغ احتياجاتهم، وأيًا كان السلوك الذي يختارونه؛ فإن جميع المرضى يشتكون في أنهم جمِيعاً يرفضون الواقع الذي يعيشونه، وفي كل الأحوال يكون إنكار جزء أو كل الواقع عاملاً مشتركاً بين الجميع، ويصبح العلاج ناجحاً عندما يتوقف العميل عن إنكار الواقع، ويدرك أن عليه أن يلبي احتياجاته في إطار هذا الواقع، وبالتالي فإنه لا يكفي أن نساعد العميل على مواجهة الواقع فحسب، بل يجب أن يتعلم كيفية تبليغ احتياجاته في إطار هذا الواقع. (Glasser, 2000)

وفي هذا الإطار يمكن النظر إلى الفوبيا الاجتماعية إما أنها محاولة للهرب من المسئولية أو نتيجة عدم القدرة على تحمل مسؤولية القيام بالفعل الصحيح أو عدم القدرة على إشباع الحاجات الأساسية. (نور الدين طه السنباري، ٢٠٠٧) (٣٧)

• المفاهيم الأساسية للعلاج بالواقع:

• الدافعية : Motivation

تنظر طريقة العلاج بالواقع إلى أن كل الناس يجب أن يوجدوا شعوراً عما يكونون، وعليهم أن يتعرفوا على أو يعرفوا أنفسهم كأفراد لهم أهمية واستقلالية وفردية، وقد أطلق جلاسر على هذه الحاجة الأساسية مفهوم الهوية identity (هوية النجاح - هوية الفشل) والتي تعتبر أساسية مثل أي حاجة فسيولوجية كالطعام والماء والهواء، إنها الحاجة أو المطلب الوحيد لكل البشر. ويفضي جلاسر أن الناس يحملون دافعاً داخلياً لتحقيق هوية نجاح غير أن هذه الهوية الخاصة بالنجاح تتطلب الوفاء ب حاجتين أساسيتين هما: الحاجة لتبادل الحب أي أن يمنح الحب ويستلمه، وال الحاجة إلى الشعور بالأهمية. ويطلب إشباع هاتين الحاجتين الإندماج مع الآخرين، وفي الواقع أن الإندماج هو الطريق الوحيد لهوية النجاح. كما يصفه جلاسر وزونين. الجزء المكمل للكائن وهو القوة الداخلية الحافظة التي تحكم كل السلوك (صوموبل تامر بشري، ٤١، ٢٠٠٤)

• المسؤولية : Responsibility

يرى المرشدون أنه كلما كان الأفراد أكثر مسؤولية كانوا أكثر صحة نفسية، وأن السلوك المسؤول هو الذي تنتجه الصحة النفسية، وأن التعاسة والمعاناة الشخصية هي نتيجة لعدم المسؤولية وليس سبباً لها، كما أن قبول المسؤولية تتطلب من الأفراد مواجهة الواقع، من خلال التركيز على السلوك الراهن باعتباره جزءاً من الواقع، وهكذا فإن المسؤولية مفهوم أساسي في العلاج بالواقع، ويعرفها جلاسر " بأنها قدرة الإنسان على إشباع حاجاته وأن يفعل ذلك بطريقه لا تحرم الآخرين من القدرة على إشباع حاجاتهم " ولتوضيح ذلك نقول بأن: الإنسان المسؤول يعطي الحب ويأخذ الحب. كما أن الإنسان المسؤول يفعل ما يعطيه الإحساس بقيمة الذات عند نفسه وأن له قيمة عند الآخرين، ولديه الدافع نحو السعي وربما يتحمل الحرمان للوصول لقيمة الذات هذه، وتشتمل المسؤولية أيضاً على المحاسبة حيث ينظر إلى الناس على أنهم محاسبون عن سلوكيهم الشخصي ومسؤولون عن الوفاء ب حاجاتهم الشخصية بصرف

النظر عن الظروف المختلفة، ولا يمكن استخدام الظروف الخاصة بالماضي أو العوامل الموجودة في الحاضر أو سلوكيات الآخرين كأعذار للتصرفات الشخصية (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٨، ٢٢١)، وبذلك فإن العلاج بالواقع يساعد الناس على أن يواجهوا الواقع بحيث يمكنهم أن يحلوا مشكلاتهم عن طريق القيام بسلوك أكثر مسؤولية.

• الواقع : Reality

يرى جلاسر أن قبول المسئولية يتطلب من الأفراد أن يواجهوا الواقع، وهذا يتطلب منهم أن يدركوا العالم الحقيقي وأن يفهموا أن حاجاتهم يجب إشباعها في إطار القيود التي يفرضها العالم عليهم، ويكون الاهتمام الرئيسي على السلوك الحاضر باعتباره جزءاً من الواقع لأنه واحد من الحقائق المشاهدة والصلبة في العالم الواقعي، أما المشاعر فهي أقل ملامسة ومن ثم فإن جلاسر يرى أن الواقع يملّ علينا أن نركز في الإرشاد على السلوك وليس على المشاعر كما يرى أيضاً أن السلوك يمكن أن يحدث له تغير قبل المشاعر. وبالإضافة إلى السلوك الحاضر ينظر إليه على أنه جزء في تعريف الواقع وأنه ليس بوسمعنا أو مقدورنا أن نغير الماضي، ومحاولات فهم هذا الماضي تجعلنا نبتعد عن الواقع الحاضر؛ ومن هنا فإن المرشد بالواقع يصر على أن يواجه المسترشدون الواقع وبمعنى آخر أن يواجهوا الواقع بحيث يمكنهم أن يحلوا مشكلاتهم الشخصية عن طريق القيام بسلوك أكثر مسؤولية. (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٤٦)

• الصحيح (العواو) :

يعتقد جلاسر أن هناك مقاييساً أو معياراً مقبولاً ومتقناً عليه تقريباً يقاس به السلوك، والسلوك يعتبر صحيحاً إن كان يفي بهذا المقاييس ويعتبر خطأً إن لم يقسن به (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٤٧) كما يرى أنه لكي تكون جديرين بالاحترام لابد أن نلتزم بمعايير سلوكى نرضى عنه، وكى نفعل ذلك يجب أن نتعلم أن نصحح أنفسنا عندما نرتكب الخطأ وأن ثنيب أنفسنا إذا فعلنا الصواب، وإذا لم نقيم سلوكنا أو بعد تقسيمه - لم نعمل على تحسينه إذا جاء دور هذه المعايير، فإننا لن نشبع حاجاتنا لكي تكون جديرين بالاحترام وسوف نعاني بشدة كما يحدث عندما نفشل في أن نحب أو أن نحظى بالحب. إن الأخلاقيات والمعايير والقيم أو السلوك الصحيح والخطئ ترتبط كلها بشكل وثيق بإشباع حاجاتنا لتقدير الذات وتعد جانباً ضرورياً في العلاج بالواقع. (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٤١)

• الحاجات الإنسانية الأساسية : Basic Human Needs

إن الحاجة إلى الحياة والبقاء والتكاثر هي بiology أساسية، ومن الأمثلة على الوظائف المحكومة عن طريق تلك الأبنية التنفس والهضم والعرق وتنظيم ضغط الدم، وتحدث هذه الوظائف بصورة آلية دون أدنى تفكير شعوري واع. وهناك أربع حاجات نفسية أخرى وهذه الحاجات هي الحاجة إلى الانتماء والتي تتضمن الحاجة إلى الأصدقاء، الأسرة، الحب، وال الحاجة الثانية هي الحاجة إلى القوة والمقدرة وتتضمن تقدير الذات، والاعتراف والتقدير من قبل الآخرين

والمنافسة وال الحاجة الثالثة هي الحاجة إلى المرح والترفيه والتي تتضمن اللعب والضحك والتعلم والإبداع – وال الحاجة الرابعة هي الحاجة إلى الحرية في الاختيار وهذه الحاجات النفسية الأربع تتطلب توازنًا دقيقاً في التأثير المتبادل أو التفاعل إذا لم يكن الناس في أقصى درجات الضبط والتحكم في حياتهم، فإذا ما هيمنت إحدى الحاجات، فإن الحاجات الأخرى سوف تهمل مما يؤدي إلى افتقاد الضبط أو التحكم. (صمويل تامر بشرى، ٤٨، ٢٠٠٤)

• العالم المتميز Quality World

كل منا يعي جيداً بأننا ندرك العالم الحقيقي real world والحياة كل بطريقته ونظن أن الآخرين يدركون العالم بالكيفية التي لدينا أيضاً، ولكن لا يوجد اثنان يدركانه بنفس الطريقة والكيفية، يعيش المتسائل والمتشائمه في نفس العالم وكذلك العاقل والمجنون الكل يحيا في عالم واحد، ولكن كل يدرك العالم بطريقته، وقد يكون البعض مما نراه أو ندركه قريباً من إدراك الآخرين ولكنه أيضاً هذا البعض لا يكون بنفس الكيفية التي لدينا.

وتوضح نظرية الاختيار أن السبب في إدراكنا لمعظم الحقائق بشكل مختلف عن الآخرين هو ما يُعرف بالعالم المهم أو الفريد إلى كل منا وهذا ما يسمى بالعالم المتميز quality world وهو العالم الشخصي الصغير لكل إنسان، فكل إنسان يبدأ في تكوين ذاكرته بعد فترة قليلة من ولادته، ويواصل تكوينها في كافة مناحي الحياة، وهي تكون من مجموعة صغيرة من الصور المحددة التي يتم تصوّرها أو تخيلها، ويتم إثبات هذه الصور من خلال واحدة أو أكثر من الحاجات الأساسية، وهذه التصورات تصنف في ثلاثة أصناف:

- « الناس الذين غالباً نريد أن نكون معهم .»
- « الأشياء التي غالباً نريد امتلاكها أو تجربتها .»
- « الأفكار أو المعتقدات التي تحكم معظم سلوكنا .» (عبد السلام عبد الغفار، ٩٩-٩٥، ١٩٩٦)

• العالم المدرك The Perceived World

وهو على النقيض من العالم المتميز فهو العالم الحقيقي حيث يعرفه جلاسر بأنه الطريق الوحيد من خلاله ندرك العالم الحقيقي ويكون ذلك عبر نظامنا الإدراكي perceptual system والمعلومات عن هذا العالم الواقعى تأتي لنا عبر نظامنا الحسي sensory system (السمع - البصر - الشم - اللمس - التذوق) وهذه الحواس يمر من خلالها النظام الإدراكي بدءاً بما أسماه جلاسر منقى المعلومات الكلية total knowledge filter (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٨، ٢٢٥)

• مركز الضبط Locus of Control

في نظرية الضبط (التحكم) نجد أن كل السلوكيات بما فيها السلوك سيء التكيف عبارة عن محاولة لضبط الإدراكات أو التحكم فيها، ومع ذلك يؤدي السلوك سيء التكيف إلى افتقاد الضبط الفعال لإدراكتانا، ومن ثم افتقاد الضبط الفعال لحياتنا؛ لذا يؤكّد جلاسر أن الناس يختارون البوس والشقاء

والألم لأنفسهم مثل الاكتئاب أو القلق أو الشعور بالذنب، إلى أن يتحكموا في الغضب ويضبطوه، وذلك لجعل الآخرين يساعدونهم، والتحكم في الآخرين، ولتبرير عدم استعدادهم أو رغبتهم في عمل شيء أكثر فاعلية.

ويضيف جلاسر أنه بدلاً من أن يكون الناس في حالة اكتئاب أو قلق أو شعور بالذنب فإنهم يشغلون بالاكتئاب أو القلق أو الشعور بالذنب، وهناك أمثلة أخرى قليلة على سلوكيات الشعور وهي اجترار الألم والصداع والصداع النصفي والوسوسة، وسلوكيات الشعور عبارة عن نتيجة لمحاولة الحصول على التحكم والضبط على حياتنا وعلى الرغم من أن هذه السلوكيات تقدم بعض الضبط إلا أنها ليست فعالة على المدى الطويل.

كما أشار روتر إلى أن الأفراد الذين يهيمنون على مصادرهم ولديهم الشعور بالمسؤولية الاجتماعية بما يحدث لهم، فهم أفراد ذوو توجه داخلي بينما الأفراد الذين يعتقدون أنهم تحت رحمة القدر وأنهم لا يتمتعون بالمسؤولية الكاملة بما يحدث لهم فهم أفراداً ذوو توجه خارجي. ويقصد بهذا المفهوم أن هناك أفراداً يعزون نجاحهم إلى مجدهم الداخلي أو إلى القوى الخارجية. (صمويل تامر بشري، ٥٥-٢٠٠٤)

• مكان المقارنة The Comparing Place :

مكان المقارنة ذلك يعني به جلاسر هو العملية التي تحدث باستمرار في المخ أثناء تعاملنا مع الحياة حيث تكون في حالة مقارنة مستمرة حول ما نريده (الصور العقلية - العالم النوعي) مع ما نحصل عليه (العالم المدرك) وعندما يكون كلاهما متشابه، أو على نحو ملائم إلى حد كبير، تكون في حالة جيدة، أما عندما لا يكون هناك تلاوة فربما نشعر بدرجة من الإحباط، وذلك يكون اعتماداً على درجة أهمية الصورة الموجودة في عالمنا النوعي بالنسبة إلينا.

ويشبه جلاسر مكان المقارنة ذلك بكفتي الميزان؛ فعندما يكونان في حالة من التوازن balance يكون ما نريده هو ما نحصل عليه، وعندئذ نستمر في القيام بما نفعل، أما عندما تكون كفتا الميزان في حالة عدم توازن فإننا نشعر حينئذ بإشارة إحباط، ويكون لدينا الحافز لنتصرف على النحو الذي سوف يساعدنا بشكل أكبر للحصول على ما نريده.

• السلوك الكلي Total Behavior :

يركز العلاج بالواقع على أربعة جوانب من السلوك الكلي للشخص وهي:

« العمل أو الفعل (الأشياء التي يقوم بعملها)

« التفكير (أي الأفكار وما تقوله لنفسك)

« الشعور (الغضب، الفرح)

« والجانب الفسيولوجي (مثل التنفس - التقيؤ).

ونظراً لتدخل تلك الجوانب معاً؛ فإنه إذا ما تغير جزء فإن الكل يتغير تبعاً لذلك. وفي العمل الإرشادي يركز العلاج بالواقع على أجزاء السلوك الكلي التي يستطيع الفرد أن يختار تغييرها: العمل أو الفعل الحالي والتفكير الحالي

ويتم تجنب الماضي وذلك لأن السلوك الماضي لا يمكن أن يتغير. ويؤكد جلاسر على أن العمل والفكر يكونان تحت سيطرتنا مباشرة، وأن هذه المكونات ترتكز عليها عندما نمارس العلاج بالواقع، فنحن لدينا سيطرة على سلوكنا الكلي : تفكير، عمل، شعور، وظائف الأعضاء. (صوموبل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٥٨-٥٩)

وقد يعتقد البعض أننا في بعض الأحوال لا نملك السيطرة تماماً على أفكارنا حيث إنها تكون مركزة نحو بعض الأفكار والتي لا نستطيع الكف عن التفكير المتكرر repetitive thoughts فيها، ويرى جلاسر بأننا في هذه نحن الذين نختار هذه الأفكار بكمال إرادتنا؛ حيث إنها تشبع بعض الجوانب فيما مثل المؤس والحزن.

ويرى جلاسر بأننا نملك اختيار كافة أفعالنا من خلال السلوك الكلي هذا، وليس شرطاً أن يكون هذا الاختيار ساراً أو وحيداً دائماً، ولكنه على الأقل هو الأفضل في الوقت الحالي، كما أن الإنسان يسلك بشكل ما للهروب من بعض المشكلات التي تواجهه فقد يختار الاكتئاب لأنه يرى فيه حالاً أفضل من العمل على مواجهة وحل المشكلة.

وفي هذا الصدد فإن جلاسر يرفض تماماً كلمة مكتئب depressed ويرشح بدلاً منها اختيار للاكتئاب choosing to depress حيث يرى أن الإنسان يختار بنفسه هذا الاكتئاب؛ فالاكتئاب عند جلاسر ليس بشدته ولا بمدته ولكنَّه اختيارنا فهو شأنه شأن كافة سلوكياتنا نختاره بأنفسنا، ولكنَّه ليس اختياراً مباشرًا مثل اختيار المشي أو الكلام، ولكنه اختيار يباشر مثل كافة مشاعرنا فمثلاً مشاعر البهجة والسرور وأيضاً الألم هي مشاعر اختيارية، ولكن بشكل غير مباشر، لكنها في النهاية لا زالت اختيارية. (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٨، ٢٢٧)

• التعلم : Learning

يحدث التعلم خلال حياة الفرد كلها، ويعتبر مفهوماً محورياً ومركزاً في العلاج بالواقع؛ فنحن ليس إلا ما نفعله وإلى مدى كبير، نحن ليس إلا ما نتعلم أن نفعل، والهوية تصبح عبارة عن دمج كل السلوكيات المتعلمة وغير المتعلمة؛ أي أن العلاج بالواقع يستند إلى مسلمات أساسية أهمها :

- » السلوك إما صحي أو خطأ (حسب المعايير السلوكية).
- » المشكلات جميعاً سببها نقص القدرة على إشباع الحاجات الأساسية مما يؤدي إلى المعاناة.
- » الحاجات الأساسية والعمل على إشباعها.
- » الإرشاد جزء من العملية التربوية.

وبذلك يمكن أن نلخص المفاهيم الرئيسية للعلاج بالواقع فيما يلي :

- » العلاج بالواقع موجه بمفاهيم نظرية الضبط.
- » نعلم أفضل البدائل للحصول على الرغبات وال حاجات.
- » نعلم العميل أنه ليس ضحية للأحداث الماضية ولكن ليس لديه سيطرة.
- » نساعد العميل على فهم الخيارات المتوفرة لإحداث التغيير.

- » التركيز على الأعراض مثل الاكتئاب.
- » نقترح على العميل قراءة كتاب جلاسر في نظرية الضبط ومناقشة تطبيق ذلك في الحياة اليومية.
- » نسأل العميل "هل تحصل على ما تريده من خلال ما تعلمه الآن؟".
- » نعمل خطط للمستقبل.
- » نشجع العميل لعمل أشياء تكسبه خبرات نجاح. (صومويل تامر بشري ،٢٠٠٤، ٦١)

• أساس العلاج بالواقع :

• بناء العلاقة الشخصية والثقة الإرشادية

يقول جلاسر بأنه عادة ما تكون أول مراحل الإرشاد هي أصعب المراحل؛ وهذه المرحلة تكون لتحقيق الاندماج وفيها يصبح المرشد مندمجاً مع العميل حتى يستطيع العميل البدء في إشباع حاجاته، ويكون ذلك من خلال مجموعة من الإرشادات التي ينبغي أن يتبعها المرشد وهي:

- » تقبل المرشد للمريض كما هو في البداية دون نقد له.
- » أن يكون المرشد إنساناً مسؤولاً بدرجة كبيرة، ويكون قوياً وحساساً وقدراً على إشباع حاجاته.
- » أن يقاوم طلب العميل التعاطف معه، أو تبرير أفعاله مهما كانت درجة إلحاد العميل.
- » أن يكون المرشد على استعداد لمناقشة بعض إنجازاته الشخصية حتى يرى العميل أن الأشياء التي تبدو مستحيلة يمكن أن تتحقق بالرغم من وجود بعض الصعوبات أحياناً.
- » يجب ألا يكون المرشد منعزلاً عن العمل، أو متعالياً، أو يظهر سخرية من معتقدات العميل، أو يشير إلى عدم أهميتها أياً كانت.
- » أن يتحمل المرشد النقد من جانب المرضى الذين يعمل على مساعدتهم.
- » على المرشد أن يشارك العميل وجداً نياً، ولدرجة ما يتأثر بمشكلات العميل وحتى أن يعاني معه.
- » على المرشد أن يستكشف حياة العميل ويتحدث عن آفاقه ويوسع مجال اهتمامه و يجعله يتجاوز مشكلاته في روبيته للحياة.
- » على المرشد بالواقع أن يهتم بالسلوك أكثر من الاتجاهات؛ فعند الاندماج مع العميل يبدأ المرشد في توضيح الجوانب غير الواقعية في سلوك العميل.
- » يجب على المرشد أن يعلم العميل أن الإرشاد ليس موجهاً بشكل أساسي نحو إسعاده، وأن الإنسان لا يستطيع أن يكون سعيداً ما لم يكن مسؤولاً عن تصرفاته.
- » الاهتمام بجميع جوانب حياة العميل ومناقشتها وربط المناقشة بسلوكه كلما أمكن.
- » مساعدة العميل على اختيار سلوكيات تحسن العلاقة الحالية لديه؛ وهذا يعني تحسين قدرة العميل على العثور على المزيد من الحب والانتماء والقوة والحرية والمتعة. (صومويل تامر بشري ،٢٠٠٤، ٤٥)

• التركيز على السلوك بدلاً من المشاعر:

يقوم العلاج بالواقع على فكرة مؤداها أن البشر لديهم سيطرة محدودة على مشاعرهم وأفكارهم، وأنهم بوسعهم أن يضبطوا سلوكهم وتصرفاتهم بصورة أسهل من قدرتهم على ضبط تفكيرهم وشعورهم؛ فالعميل أو المسترشد عندما يأتي للمرشد لا يقول له: (أخبرني بما أشعر به)، ولكنه يقول: (أخبرني ماذا أفعل)؛ ولذلك فإن المرشد بالواقع يهتم بالتركيز على السلوك أكثر، وأن يجعل المرضى على وعي بما يقومون به في الواقع، ولا يعني ذلك أن المشاعر ليست هامة، ولكن إذا كان الناس يتصرفون إزاء بعضهم البعض بطريقة واعية ومسئولة فإنه ينتج عن ذلك بشكل غير مباشر أن تكون مشاعر طيبة ترتبط بهذه العلاقة؛ فالمشاعر الطيبة تعتبر مؤشراً على وجود علاقة طيبة (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٨، ٢٣٥).

وهكذا فإن جلاسريري أنه من خلال التغيير في سلوكنا يتم التغيير في مشاعرنا؛ حيث إن المشاعر والسلوك يدخلان معاً في حركة دائرة كل منها يؤثر في الآخر، ولكنه يعتقد أن السلوك هو بداية هذه الدائرة؛ فمن خلال ما تفعل نتسب لأنفسنا في مشاعر التعاسة والاكتئاب والتي نختارها بأنفسنا، وبالتالي فإن مشاعر التعاسة تلقي تأثيراً على سلوكنا مرة ثانية، أي أنك لكي تغير ما تشعر به فإنه ينبغي أن تقوم بتغيير ما تفعله.

• التركيز على الأفعال وتجنب مناقشة الأسباب :

لذا يجد الباحث أنه في العلاج بالواقع نادراً ما نسأل عن السبب، ولكن السؤال المعتمد يبدأ بـماذا؟ أي ما الذي نفعله؟ وليس لماذا؟ أي لماذا نفعل ذلك؟ فلماذا تشير إلى أسباب السلوك وهي في الماضي. وحتى يصبح العميل مسؤولاً فإنه لن يستطيع أن يغير سلوكه ويتصرّف بشكل مختلف عندما يعرف السبب؛ فكل أسباب العالم لن تؤدي بدمنه الخمور إلى التوقف عن تناولها، ولكن التغيير سوف يحدث فقط عندما يشعّ احتياجاته وعندها تصبح الأسباب غير مهمة لأن الحاجة لشرب الخمر سوف تكون قد اختفت.

• الحكم على السلوك (التقييم) Evaluation

يجب على المرشد بالواقع أن يطرح السؤال التالي على العميل: هل ما تقوم به صواب أم خطأ؟ أو هل تحمل المسئولية؟، وفي الإرشاد النفسي فإن تقوية إحساس العميل بأن سلوكه الحالي خطأ أو غير مسئول يعتبر دافعاً قوياً نحو التغيير الإيجابي، وعندما توضح للمريض بأن ما نفعله ربما يكون خطأً بدلاً من مساعدته في البحث عن أعداد، وبالتالي فإن جلاسريري ضرورة إكساب المرشد للعميل القدرة على رؤية سلوكه والحكم عليه وتقديره؛ حتى يكتسب القدرة على تقويم سلوكه بعد هذا التقييم، ولكن بدون أي تأثيرات خارجية، أو فرض من قبل أي شخص؛ كي يكون هذا التعديل السلوكي نابعاً منه، ومن خلال رغبته في التغيير إلى الأفضل. (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٤٣)

• التخطيط Planning

نظراً لأن العملاء الذين تساعدهم في العلاج بالواقع تكون لديهم بالفعل هويات فشل، وذلك كجزء من مفهوم الذات لديهم، فإنه يستتبع ذلك أن

هؤلاء المسترشدين سيكونون بحاجة إلى تحقيق نجاحات لكي يحققوا هويات نجاح؛ لأن مزيداً من الفشل (الذى قد يتحقق منذ تنفيذ خطة غير مناسبة) سوف يؤدي إلى تعميق هوية الفشل (محمد محروس الشناوى، ١٩٩٨، ٢٣٨).

وهذه الخطة يجب أن تكون :

- » بسيطة simple: أي سهلة الفهم وتكون واقعية.
- » سهلة التحقيق attainable، وتتضمن اتجاهها جديداً لشكل الأداء في الأوقات التي سوف تتم فيها وبشكل واقعي.
- » قابلة للقياس measurable: لكي يستطيع العميل النظر للوراء ويقول: نعم أنا فعلت هذا أو لم أفعل ذلك وبالتالي تكون التغييرات قابلة للملاحظة.
- » تتضمن تأثيراً فورياً ومباسراً immediate and involved: وذلك حتى يشعر العميل بمزدوج فعل سلوكياته.
- » منظمة controlled: حيث يجب أن تؤدي من قبل العميل نفسه وليس اعتماداً على الآخرين.
- » محددة التفاصيل.
- » يجب أن تبدأ بسرعة قدر الإمكان.
- » يجب أن تكون قابلة للإحلال؛ معنى أنها إذا فشلت يكون لدى المرشد القدرة على أن يفكر في خطة أخرى مع العميل. (محمد محروس الشناوى، ١٩٩٨، ٢٣٧)

• عدم تقبل الأعذار : Accept No Excuses

إن المرشد الذي يتقبل الأعذار ويتجاهل الواقع أو يسمح للمريض بأن يعزى تعاسته الراهنة إلى أحد الوالدين أو إلى اضطراب انفعالي، يجعل العميل يشعر بتحسن مؤقت على حساب التهرب من المسؤولية، وبذلك يعطي العميل تحذيراً نفسياً لا يختلف عن الأحساسين نفسها التي يمكن أن يكون العميل قد أحسها من خلال تعاطيه للكحول أو الأقراص المخدرة قبل استشارة المرشد، وعندما يتلاشى تأثير ذلك ويواجه الواقع ثانية فإنه يفقد الثقة في المرشد وفي الطب النفسي؛ ولذا فإن على المرشد لا يغفر أي عمل غير مسئول للمربيض، وعليه أن يقاوم طلب العميل للتعاطف معه وتبرير أعماله بما كانت درجة إلحاحه أو تهديده وأن يكون على استعداد لشاهدة العميل وهو يتآلم إذا كان ذلك سيساعده على تحمل المسئولية. (صومويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٤٩)

• استبعاد العقوبة أو النقد Blaming أو اللوم Criticizing No Punishment

حيث إنه يعلم الفرد ما لا يحب أن يفعله ولا يعلمه ما يحب أن يفعله، أي أنه لا يؤدي إلى السلوك المرغوب ولكنه يكف السلوك غير المرغوب فقط (حامد عبد السلام زهران، ١٩٩٧)، كما أن استخدام عبارات النقد والتجريح مثل (كنت أعلم أنك لن تقوم بهذا) أو (انظر : ها أنت قد عدت لذلك من جديد) فإن هذا الأسلوب من السخرية من شأنه أن يساعد على ترسيخ هوية الفشل لديه. (محمد محروس الشناوى، ١٩٩٨، ٢٤٠)

• الصبر وعدم الاستسلام : Never Give Up

يجب الصبر والمثابرة وعدم الاستسلام من الطرفين (المرشد والعميل) حتى يتحقق الهدف، وحتى إذا فشلت الخطة أيضاً فيجب المثابرة والمحاولة مرة أخرى.(حامد زهران، ١٩٩٧، ١٢).

وبالتالي فإن دور المرشد في العلاج الواقع أكبر من دوره في الإرشاد بالتحليل فالمرشد هنا لا يتلوّح أن ينصل إلى المريض وهو يتذكّر الماضي بالتداعي، ولا ينتظر أن يحول إليه المريض اتجاهاته ومشاعره نحو الشخصيات المهمة في حياته كأمه وأبيه وأخوته. وإنما هو يوثق علاقته بالمريض وينفع لما ينفعل به حتى يشعر المريض أنه والمرشد شخص واحد، ومن ثم ينالشه في تصرفاته بحرية، وينصل إلى المريض، ويتعلم منه، ويشجعه المرشد لا بوصفه متلق للعلاج، ولكن شخص له فاعليته وامكانياته وعزمه، وهو لا يشرع له ولكن يدفعه إلى أن يستبصر واقعه، وأن يجرّب طرقاً جديدة في السلوك، وأن يعي فيما جديدة ويحاول باستمرار أن يقترب من الناس وتكون له بهم علاقات من نوع ما، وبمقدار ما يشعر أنه يعطي وأنه قد صار محبوباً منهم بمقدار ما يعرف أنه على حق فيما يفعل. وإذا تعلم أنه لن يأخذ إلا عندما يعطي، ولن يحب إلا إذا أحب، فيحاول أن يغير من سلوكه وأن تكون له أهداف مغايرة، وأن يعيش الواقع بفاعلية وإيجابية وبطريقة أفضل، ولن يتثنّى ذلك كله إلا إذا كان المرشد معلماً للمريض وليس مجرد محلل نفسي.(عبد المنعم الحفني، ١٩٩٩، ٢٩٨)

• الفobia الاجتماعية Social Phobia :

لا يستطيع أي إنسان أن يعيش حياته دون أن يتعرض للتوتر في وقت من الأوقات، فكل منا يكون أحياناً قلقاً إزاء موقف معين أو مشكلة ما، وأحياناً يؤدي هذا التوتر إلى الشعور بالخوف أو القلق أو الخجل أو الفobia، وهذا الشعور بمثابة عاطفة سلبية مكتوبة تنشأ بسبب خوف الإنسان من موقف معين يسبب له إحراجاً أمام الآخرين، وتحتاج منا محاولة العلاج والمساعدة قدر الإمكان.

• مفهوم الفobia الاجتماعية :

تععدد مفاهيم الفobia، فهي "نوع من خوف دائم من وضع أو موضوع شخصي أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان غير مخيف بطبيعته ولا يستند إلى أساس واقعي، ولا يمكن ضبطها أو التخلص منها أو السيطرة عليها، ويعرف المريض أن هذا الفobia الاجتماعية غير منطقية أو ليس له ما يبررها، ورغم هذا فإن الفobia الاجتماعية تتملّكه وتحكم سلوكه ويساهم بها القلق والعصبية والسلوك القهري (حامد عبدالسلام زهران، ١٩٨٧، ٤١٧).

ويعرف عبدالعزيز القوصي الفobia الاجتماعية بأنها حالة انفعالية داخلية طبيعية يشعر بها الإنسان في بعض المواقف، ويسلك فيها سلوكاً يبعده عن مصادر الضرر، وأما الفobia الاجتماعية الكثيرة المتكررة الوقوع لأية مناسبة فتسمى خوفاً شاداً أو خوفاً مرضياً (عبدالعزيز القوصي: ١٩٨١، ٣١٦).

ويري عبدالباسط حضر أن انفعال الفobia الاجتماعية هو حالة إنفعالية طبيعية في الإنسان يستثار خارجياً بالرؤيا والسماع والإحساس بالمصدر المخيف، أو داخلياً باسترراجع أو التفكير في المصدر المخيف (عبدالباسط حضر، ١٩٩٤، ١٣٩).

أما (محمود عبد الرحمن حمودة، ١٩٩١) فيعرفها بأنها الخوف من الخزي أو الارتكاك في موقف عام، وينشأ عن ذلك خوف ثابت من المواقف التي يتعرض فيها الشخص لإمكانية نقد الآخرين.

ويشير "معجم ماكميلان" (Sutherland, 1991, 411) أنها خوف مزاج وهي أي شكل من أشكال الرهاب، وتعنى الخوف من فعل شيء معين في المواقف الاجتماعية.

ويعرفها (أحمد متولي عمر، ١٩٩٣، ٥) بأنها حالة من القلق الاجتماعي التي تظهر في مواقف التفاعلات بين الأشخاص، ويتصف فيها الفرد بالخجل الشديد خوفاً من أن يكون ملاحظاً من الآخرين، وخوفه أيضاً من أن يقيم بطريقة سلبية منهم، وينقص المهارات الاجتماعية، وتتولد لديه أفكار سلبية بخصوص الموقف الذي هو فيه، وتظهر عليه بعض العلامات السيكوفسيولوجية الدالة على عدم الراحة كتصبب العرق وأحمرار الوجه ورعشة الجسم.

ويعرفها (Davidson et al., ١٩٩٣، ٤٢٣) بأنها خوف مستمر وغير منطقي مرتبط بالوجود مع أناس آخرين.

ويعرفها (Lucas, ١٩٩٤، ٦٤٥) بأنها خوف شديد ينتاب الشخص و يجعله مرتبكاً ويشعره بالخزي عندما يقع تحت تحفظ الآخرين.

أما (Anderson & Lambert, 1995, 503) فيعرفان الفوبيا الاجتماعية بأنها خوف مستمر ومستديم من المواقف الاجتماعية، أو مواقف الأداء، والتي يتعرض فيها الأفراد للتتحقق، حيث يخشون من التصرف بطريقة تعرضهم للشعور بالإحراج أو الإذلال، ويتم تحجّب مواقف الأداء أو المواقف الاجتماعية التي يهابها الفرد نتيجةً لذلك، أو يتم تحملها بقدر كبير من الضيق والقلق الشديد.

ويعرفها (Rapee & Heimberg, 1997, 43) بأنها خوف مستمر من المواقف المشتملة على تفاعل اجتماعي أو أداء اجتماعي، أو المواقف التي يكون فيها الإنسان تحت تحفظ الآخرين.

وينظر (Chavira & Stein, 1999) إلى أن الفوبيا الاجتماعية تتضمن الخوف الزائد من الملاحظة أو التتحقق في موقف الأداء أو التفاعلات الاجتماعية فغالباً ما يخشى الأفراد ذوو الفوبيا الاجتماعية التحدث في المواقف العامة، الذهاب للحفلات، المبادرة بيده المحادثات، تناول الطعام أمام الآخرين.

وهذا ما يؤكده (Rowa et al., 1999) من أن الفوبيا الاجتماعية تتسم بعدة سمات منها دافعية قوية من جانب الفرد لتكوين انطباع إيجابي عند الآخرين، وتوقعه بأنه سيسلك سلوكاً غير ملائم عند مقابلة موقف اجتماعي معين، واعتقاده بأنه سوف يعاني من نتائج تسبب له الضيق بعد هذا الموقف، بالإضافة إلى ميله لرؤيا نفسه من منظور الآخرين الذين يلاحظونه.

ومن تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للأضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical

ومستمر من المواقف الاجتماعية، أو مواقف الأداء، التي تتضمن إحراجاً أو شعوراً بالإحراج، ويؤدي التعرض لتلك المواقف إلى استجابة فلق فورية.

ويذكر (Brunello et al., 2000, 65) أن الفوبيا الاجتماعية تعتبر من اضطرابات القلق التي تتميز بالخوف في المواقف الاجتماعية.

ويتفق (Stein & Furmark et al., 2000) و (Faravelli et al., 2000) في أن الفوبيا الاجتماعية ترتبط بـ المواقف الأدائية مثل التحدث في الأماكن العامة (القاء الخطب)، وتليها التفاعلات الاجتماعية اليومية مثل حضور حفلة ما أو التحدث أمام رئيس العمل. وقد وجد أن التحدث في الأماكن العامة (القاء الخطب) من الأكثر الأمثلة للفوبيا الاجتماعية، تليها التفاعلات الاجتماعية اليومية مثل الدخول في حجرة ما يوجد فيها أشخاص لا نعرفهم، المحادثة أمام الآخرين، ومقابلة الغرباء).

وتذكر (آمال إبراهيم الفقي، ٢٠٠١، ٥١) في تعريفها للفوبيا الاجتماعية على أنها ذلك النمط من السلوك الذي يتسم بالخوف غير المنطقى، المرتبط بـ المواقف الاجتماعية المتعددة والمطلوب من الفرد التفاعل معها بإيجابية، ولكنه ينسحب منها أو على الأقل يتتجنبها؛ حتى يبتعد عن الشعور بالإحباط، وأحياناً ما يرتبط ذلك السلوك بدلالة لا شعورية داخل الفرد.

ويضيف (Ruth et al., 2001, 132) أن الفوبيا الاجتماعية تتسم بـ خوف ملحوظ ومتواصل من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية، والتي فيها يخاف الفرد من التصرف بصورة مريكة أو مقلقة من شأنه. وبالإضافة إلى الخوف من احتمال القيام بـ ارتكاب خطأ ما، أو أن يبدو الشخص غير جذاب أو غير كفء ظاهرياً، نجد أن هؤلاء الذين يعانون من الفوبيا الاجتماعية يخافون في الغالب من إظهار الأعراض التي قد تفسر على أنها علامات للقلق مثل تصبب العرق، الارتعاش، أحمرار الوجه، ولعل هذا الأمر ليس فقط بسبب افتراضهم أن الآخرين سوف يلاحظون هذه الأعراض فحسب، ولكنهم سوف يستخدمونها من أجل التوصل إلى استنتاجات تتعلق بـ خصائص شخصياتهم؛ فعلى سبيل المثال قد يعتقد الذين يعانون من الفوبيا الاجتماعية أنهم إذا ما لاحظتهم الآخرون أثناء أحمرار وجههم فسوف يكونون عندهم انطباعاً سلبياً، وقد يصفوهم بأنهم قلقون، أو ضعفاء، أو أغبياء.

ويشير (أحمد عاكاشة، ٢٠٠٣، ١٦٢) إلى أن الفوبيا الاجتماعية هي حالة خوف المريض من الظهور أمام الناس خوفاً من النقد والارتباك، ولهذا فهو يتتجنب مثل هذه المواقف.

لذلك يمكن القول أن الفوبيا الاجتماعية هي خوف غير منطقى من المواقف الاجتماعية التي قد يتعرض فيها الفرد للنقد والإحراج من قبل الآخرين، مما يدفعه إلى تجنب مثل هذه المواقف، أو مواجهتها مع وجود توتر شديد، وظهور أعراض مثل أحمرار الوجه، التلعثم، إفراز العرق.

• أنواع الفobia:

تنقسم استجابة الخوف طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأضطرابات النفسية (DSM-IV)؛ كما أوردها أحمد عكاشه، ٢٠٠٣، كالتالي:

«فobia الخلاء (الساحة أو الأماكن المفتوحة) : Agoraphobia

«فobia محددة (منفرد) (Isolated Phobia) : Specific Phobia

«فobia اجتماعية: Social Phobia، وهي محور البحث الحالي:

هو الخوف من الواقع محل ملاحظة من الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية. وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقدير ذاتي منخفض وخوف من النقد. وقد يظهر على شكل شعور من احتقان الوجه أو رعشة باليد، أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول ويكون المريض مقتنعاً أن واحدة من هذه المظاهر الثانوية هي مشكلته الأساسية وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع، وهي أكثر أنواع الفobia انتشاراً وتتراوح نسبة انتشارها بين ٨ - ١٠٪ من مجموع الشعب، وثبتت زيادة النسبة بين الشباب العربي والمصري.

وللوصول إلى تشخيص صحيح يجب أن تستوي كل الشروط التالية:

« يجب أن تكون الأعراض، سواء النفسية أو تلي الخاصة بالجهاز العصبي اللارادي، أعراض أساسية للقلق وليس أعراض ثانوية مثل ضلالات أو أفكار وسواسية.

« يجب أن يقتصر القلق ويغلب في مواقف اجتماعية معينة.

« يتم تجنب الواقع الفوبياوية (مصدر الفobia) كلما كان ذلك ممكناً.

وعند التشخيص الفارق كثيراً ما تبرز فobia الخلاء والأضطرابات الاكتئابية مع والفوبيا الاجتماعية، أما في الحالات الشديدة فقد تتشابه النتيجة النهائية من بقاء المريض بالمنزل مع مضاعفات فobia الخلاء، وإذا كان التمييز بين الحالتين صعباً جداً، يعطي التفضيل لتشخيص فobia الخلاء. وبالرغم من شيع الأعراض الاكتئابية إلا أنه لا يجب استخدام تشخيص الاكتئاب إلا إذا أمكن التعرف بوضوح على وجود زمرة أعراض اكتئابية خالصة.

• تصنيف الفobia الاجتماعية:

يذكر (Chavira & Stein, 1999) أن الفobia الاجتماعية تصنف إلى الفobia الاجتماعية المعممة Generalized Social Phobia، وهي تشير إلى هؤلاء الأفراد الذين يخشون معظم الواقع الاجتماعي، والفobia الاجتماعية الخاصة Social Circumscribed Phobia والتي تشير إلى هؤلاء الأفراد الذين يعانون من الخوف من مواقف معينة وليس كلها.

وهذا ما يؤكد (Wells, 1997, 2) من أنه في الـ DSM-IV تم تصنيف الفobia الاجتماعية إلى الفobia الاجتماعية المحددة Social Phobia والفوبيا الاجتماعية المعممة، وتتركز الفobia الاجتماعية المحددة في مواقف

معينة مثل إلقاء حديث أمام العامة، إمضاء الفرد لإسمه أمام الآخرين، أو تناول الطعام أمامهم، أما الأفراد الذين لديهم مخاوف متعددة ومتسلقة مثل الخوف من معظم أنماط الاتصال الاجتماعي مع الآخرين فإنه يتم تصنيفهم على أن لديهم نمط الفوبيا الاجتماعية المعممة.

ويشير (Antony & Barlow, 1997) إلى أن العديد من الدراسات التي فحصت الفروق بين هذين النمطين قد وجدت أن الأفراد الذين يعانون من الفوبيا الاجتماعية المعممة دائمًا ما يكونون أصغر سنا وأقل تعليما وأقل احتمالا في الحصول على وظيفة مقارنة بالأفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية الخاصة، كما أن الفوبيا الاجتماعية المعممة ترتبط أكثر بالاكتئاب والقلق، والضيق العام والخوف من التقويم السلبي، وهو النمط الأكثر خطرا وفيه يخشى الفرد من غالبًا الموقف والتفاعلات الاجتماعية. أما النمط المحدد من الفوبيا الاجتماعية Fear of Public Performance أو التحدث عندما يكون تحت ملاحظة الآخرين وتفحصهم.

وهذا ما تؤكد نتائج دراسة (Stopa & Clark, 2000, 255) من أن الأفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية المعممة يميلون نحو تفسير الأحداث الغامضة بطريقة سلبية، كما أنهم كانوا أكثر ميلاً إلى التهويل، والنظر إلى الأحداث السلبية غير الغامضة ذات المستوى السلبي الخفيف على أنها كارثة.

وللتتأكد من وجود فروق بين الفوبيا الاجتماعية من النمط العام والفوبيا الاجتماعية من النمط الخاص، فقد قام (Heimberg et al., 1990, 172) بتقسيم المرضى المعدين للعلاج من الفوبيا الاجتماعية إلى مجموعتين: ٣٥ مريضاً بالفوبيا الاجتماعية من النمط العام، و ٢٢ مريضاً بالفوبيا الاجتماعية التي تتمثل في الخوف من التحدث أمام جمهور، وتم مقارنة هاتين المجموعتين على مجموعة من مقاييس تقرير ذاتي: سلوكيّة ومعرفية، ومقاييس فسيولوجية. وقد أظهرتا عدداً من الاختلافات الهامة: نوضحها فيما يلي:

فعلي مقاييس التقرير الذاتي؛ حصل مرضى الفوبيا الاجتماعية من النمط العام على درجة أكبر من مرضى فوبيا التحدث أمام جمهور في كل من: التجنب الاجتماعي والضغوط، الخوف من التقييم السلبي، القلق العام، والاكتئاب. ويشير همبرج (1988) أن هذه النتائج هي نفس النتائج التي توصل إليها (تييرنر وزملاؤه ١٩٨٦) عند مقارنة كل من مرضى التجنب ومرضى الفوبيا الاجتماعية. وعلى العكس من النتائج السابقة، فقد جاء قياس معدل ضربات القلب لصالح مرضى فوبيا التحدث أمام جمهور؛ وفي النمط العام كانت الزيادة عن المعدل الطبيعي طفيفة أثناء الاختبار السلوكي، حيث كانت النسبة ٤ نبضات في الدقيقة، أما مرضى فوبيا التحدث أمام جمهور فقد أظهروا ارتفاعاً شديداً في معدل ضربات القلب في بداية الاختبار السلوكي، حتى وصل إلى ٢٠ نبضة في الدقيقة عن المعدل الطبيعي.

واستناداً إلى النتائج السابقة، يري (أحمد متولي عمر، ١٩٩٣، ٣٠) أن كلا النمطين من مرضى الفوبيا الاجتماعية أظهر اختلافاً في أنماط القصور، فيبينما

أظهر مرضي الفوبيا الاجتماعية من النمط العام عجزاً أكبر في الوظائف الاجتماعية ككل، وأيضاً في المقايس السلوكية فإن مرضي فوبيا التحدث أمام جمهور (الفوبيا النوعية) قد أظهروا زيادة أكبر على المقايس الفسيولوجية، مما يوحي بتشوهات معرفية أكبر من مرضي الفوبيا الاجتماعية من النمط العام. وتلك الفروق بين النمطين، لا تنفي حقيقة أن المرض في كلا النمطين يعانون قصوراً في الجوانب السلوكية، والمعرفية، والفسيولوجية. كما توضح هذه النتائج أيضاً أن معايير الفوبيا الاجتماعية من النمط العام هي نفسها معايير اضطراب التتجنب.

• تشخيص الفوبيا الاجتماعية :

حدد (التصنيف العالمي للأضطرابات النفسية والسلوكية العاشر International Classification of Disease ICD-10 ١٩٩٢)، أن النمط العام من هذا الأضطرابات يتضمن الخوف من جميع المواقف الاجتماعية وتظهر أعراض اضطرابات الشخصية التجنبية، وتتحدد معايير التشخيص كما يلي:

- « ضرورة أن تكون الأعراض النفسية والسلوكية أو المستقلة هي أعراض قلق وليس أعراض ثانوية لأي اضطراب آخر مثل الوسواس القهري.
- « يجب أن يكون هذا القلق مرتبطاً ومسيطراً على بعض المواقف الاجتماعية.
- « أن يكون المظهر السائد هو تجنب المواقف المثيرة للخوف.

أما الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية في إصداره الرابع DSM-IV (٢٠٠٠)، قد حدد ثمانية معايير تعد محكمات لتشخيص الفوبيا الاجتماعية وهي :

- « وجود خوف مستمر من المواقف الاجتماعية، أو مواقف الأداء، التي قد تتضمن إحراجاً أو شعوراً بالحرج.
- « يثير التعرض للموقف الاجتماعي، أو مواقف الأداء، استجابة قلق فورية.
- « يعترف المراهقون والكبار الذين يعانون من هذا الأضطراب جيداً أن خوفهم هذا مبالغ فيه وغير معقول، وبالنسبة للأطفال فلا يدركون أن خوفهم مبالغ فيه، ففي غالبية الأحوال يتم تجنب موقف الأداء أو الموقف الاجتماعي، وقد يتم في بعض الأحوال تحمله مع بعض الرعب.
- « تجنب مواقف الأداء، أو المواقف الاجتماعية المخيفة، أو تحملها مع قدر كبير من القلق أو الكدر.
- « يجب أن يكون التجنب أو الخوف أو التوقف عن مواجهة المواقف الاجتماعية متداخلاً بصورة واضحة مع أداء الفرد في الحياة اليومية، والأداء الوظيفي، أو الحياة الاجتماعية، أو في حالة ما إذا كان الفرد مضطرباً ومتخوفاً من أن تناوله الفوبيا.

- « يجب استمرار هذه الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل بالنسبة للأفراد الأقل من (١٨) سنة قبل تشخيص الفوبيا الاجتماعية.
- « يجب ألا يكون الخوف أو التجنب راجعاً إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة ناتجة عن مادة معينة، أو حالة طبية عامة، وألا يتم تحليله على أنه راجع إلى

اضطراب نفسي آخر (مثل اضطراب الخوف، اضطراب قلق الانفصال، اضطراب مستمر في النمو، اضطراب الشخصية الفياصامية).
٤٤ أما إذا وجد اضطراب آخر من هذه الاضطرابات أو تواجد حالة طبية عامة أثناء التشخيص مثل التهتهة، مرض باركنسون، اضطراب فقدان الشهية العصبي؛ فإن الخوف أو التجنب لا يجب قصره على التأثيرات الاجتماعية فقط.

وفي الحالات الحادة تتفاعل هذه المعايير مع اضطراب هجوم الفزع في المواقف الاجتماعية المخيفة، وقد يكون أحمرار الوجه أو الوجنتين أكثر تميزاً للفوبيا الاجتماعية. ويجب أن يتداخل الخوف أو التجنب من الروتين اليومي والأداء العادي للفرد، وكذلك مع أدائه الأكاديمي أو الوظيفي، أو مع الأنشطة والعلاقات الاجتماعية، أي أن الفرد يجب أن يشعر بالضيق والتوتر تجاه الخوف من تعرضه لمثل هذه المواقف التي يخشىها ويتجنبها؛ فعلى سبيل المثال الشخص الذي يخشى التحدث لا يمكن تشخيصه على أنه يعاني من الفوبيا الاجتماعية، إذا كان هذا السلوك غير متواجد بصفة دائمة في العمل، أو حجرة الدراسة، كما أن الشخص قد يكون غير مكتثر بهذا ولا يشعر بأي توتر أو خوف من أن تكون لديه هذه الفوبيا الاجتماعية.

وهكذا فإنه توجد نقاط اتفاق وكذلك نقاط اختلاف بين (التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية والسلوكيات العاشر ICD-10، ١٩٩٢) و (الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية في إصداره الرابع DSM-IV، ٢٠٠٠)؛ حيث إن هناك اتفاقاً واسعاً بينهما في معايير تشخيص الفوبيا الاجتماعية، كما أن هناك اختلافاً بينهما فيما يتعلق بالتشخيص التفاضلي بين الفوبيا الاجتماعية والفوبيا من الأماكن العامة؛ حيث يقترح ICD-10 أنه إذا كان الفرق بين الفوبيا الاجتماعية والفوبيا من الأماكن العامة صعباً، فالأسقفيّة يجب أن تعطي إلى الفوبيا من الأماكن العامة، بينما DSM-IV يفرق بين الشرطين على أساس خوف الحالات الاجتماعية. بكلمة أخرى، إذا كان الخوف من وجود شخص من قبل الآخرين في حالة اجتماعية معينة، أو مجموعة من الحالات الاجتماعية؛ فإن أسبقيّة التشخيص تعطي للفوبيا الاجتماعية.

ويركز (Jackson & Stanley, 1987، 83) في تشخيص الفوبيا الاجتماعية على التشخيص الفارق؛ والذي يتم فيه التمييز بين الفوبيا الاجتماعية والاضطرابات الأخرى التي تشتراك معه في كثير من الأعراض مثل الفوبيا الاجتماعية الأخرى والخجل واضطراب الشخصية التجنبي Avoidant Personality Disorder وتؤكد الدراسات على ضرورة أن يوجد في الاعتبار خصائص شخصية المريض عند رسم الإستراتيجية العلاجية.

• الماقون حركيًا :

إن المفهوم الرائد "التربية الخاصة" الذي يقع على كل لسان، وبخاصة في الوسط التربوي، أصبح اليوم من المصطلحات غير المحببة التي يفضل استبدالها بالمصطلح "ذوي الاحتياجات التربية الخاصة". فال التربية الخاصة تفهم على

أنها تربية معزولة للأفراد الذين يعانون من تأخر تربوي بسبب إعاقات واضحة، عقلية أو جسدية، في مؤسسات مغلقة كمصحات أو مدارس خاصة، أي خارج التعليم العادي. أما المصطلح الجديد أو المستحدث، فإنه يضم في طياته مجموعة أكبر من الأفراد الذين يعانون من تأخر تربوي لأسباب تتعدي الإعاقات الشائعة، وهذه الأسباب على ما يبدو تمنع تطور الفرد الطبيعي. وهذه المجموعة (ذو الاحتياجات التربوية الخاصة) تحتاج إلى دعم إضافي من المدرسة التي عليها تبني منهاجية تربوية جديدة تساعد في التعامل مع الاحتياجات التربوية للطلاب، سواء في مجال القوى العاملة أم التجهيزات التقنية (عبدالمطلب القرطي، ٢٠٠٥)

وتعد الإعاقات الجسمية من بين فئات ذوي الاحتياجات الخاصة والتي تعرف بأنها قصور وظيفي أو خلل عضوي موضوعي يؤثر على أداء الفرد في ظروف معينة، ويحتاج إلى تدخل علاجي أو حتى تعديلات في البيئة (صالح الوقفي، ٢٠٠٣). وتضم الإعاقات الجسمية قائمة واسعة من الحالات التي تختلف حدتها ونوع التدخل المطلوب لعلاجها، مصنفة إلى إعاقات عصبية وإعاقات عضلية وعظامية، وتحدث الإصابة إما أثناء الحمل وإما أثناء الولادة أو بعدها.

«الإعاقات العصبية»، وهي تعود إلى تلف أو ضرر يحدث في جهاز الأعصاب المركزي والجبل الشوكي، ومن المعروف أن جهاز الأعصاب المركزي هو الأساس في أداء الجسم لوظائفه، وبالتالي الأفراد المصابون بهذا الخلل يعانون من مشاكل وصعوبات في القدرة على التعلم، إضافة إلى المشاكل والاضطرابات الحركية. ومن هذه الإعاقات: اضطرابات الإدراك الحركي، واضطرابات اللغة والكلام، واضطرابات تشنجية كالصرع وضمور أو ارتخاء العضلات، والشلل الدماغي، ومشكلات حسية - حركية، والاستسقاء الدماغي والعمود الفقري المفتوح.

«الإعاقات العضلية العظمية»، وهي خلل يصيب الجسم ويؤثر على حركته ووظائفه لأسباب غير عصبية مثل التهاب العظام، وعدم نضوج العظام، وانحناء العمود الفقري، والقدم الملتوية، وخلع الورك، والأطراف المشوهة، والتهاب المفاصل والشفة المفتوحة (السيد فهمي، ٢٠٠٨، ٢٣).

• مفهوم الإعاقة الحركية:

تعدد المفاهيم المقدمة للإعاقة الحركية؛ فتعرفها (أمل خليفة، ٢٠٠٦، ١٨٩) بأنها «إصابة أو عجز أحد أجزاء الجسم وبدرجات متفاوتة تحد من استخدام أجزاء الجسم وتحول دون الحركة والقدرة على الانجاز بشكل مستقل ويحتاج إلى خدمات خاصة ومعينات».

بينما يعرفها (فاروق الروسان، ٢٠٠٧) بأنها «حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي، بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية برامج خاصة. ويندرج تحت ذلك التعريف العديد من مظاهر الاضطرابات الحركية منها: حالات الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري ووهن أو ضمور العضلات والتصلب المتعدد والصرع...الخ».

ويعرفها (السيد فهمي، ٢٠٠٨، ١٨) بأنها "عجز الفرد عن الحركة والتنقل في سهولة ويسر مع طلب العون في بعض الأحيان، سواء أكان عن طريق الغير أم عن طريق أدوات مساعدة؛ بسبب احتلال الجهاز الحركي على وجه الخصوص، والجهاز البدنى على وجه العموم؛ مما قد يتطلب زيادة في الاعباء والاعتماد على بعض أجهزة البدن الأخرى أو أعضائها التي تتعرض هي الأخرى عن القيام بالدور المنوط بها بسبب استخدامها كعوامل مساعدة في الحركة.

ومن العرض السابق لتلك المفاهيم يتضح أن ذوي الإعاقة الحركية هم:

- «هؤلاء الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة».
- «أنهم يعانون من إعاقة تمثل قصوراً أو نقصاً في وظيفة من وظائف الجسم، والتي تنتهي إلى أحد أجهزة الجسم، مثل الجهاز العصبي أو العضلي أو المفصلي».
- «لا تقتصر الإعاقة الحركية على إصابة الإنسان بالشلل؛ بل توجد إصابات أخرى تتعلق بتلك التي تحدث في الأعصاب».
- «هم هؤلاء الأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدة الآخرين في تدبر بعض أمور حياتهم».
- «هم هؤلاء الأشخاص الذين لا يستطيعون القيام بوظائف الحياة اليومية العادية».
- «هم هؤلاء الأشخاص الذين من تؤثر إعاقتهم فيهم بحسب وقت إصابتهم بها ودرجتها».

ومما سبق يمكن تعريف المعاقين حركياً على أنهم "الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي كالشلل والبتر"، وتقتصر الدراسة الحالية على فئة الشلل والبتر لانتشارها بين طلاب المدارس ومراكز التأهيل.

٠ - نسبة الإعاقة الحركية:

تحتختلف نسبة الإعاقة الحركية من مجتمع إلى آخر تبعاً لعدد من العوامل الوراثية، ثم العوامل المتعلقة بالوعي الصحي والثقافي، وكذلك المعايير المستخدمة في تعريف كل مظاهر من مظاهر الإعاقة الحركية، هذا بالإضافة إلى العوامل الطارئة والحروب والكوارث...الخ (فاروق الروسان، ٢٠٠٧)؛ لذا فليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقات الجسمية في مجتمع ما؛ ذلك أن الإعاقات الجسمية متباينة جداً، والتعريفات المستخدمة لها متباينة هي الأخرى.

ويلاحظ أن نسبة انتشار الإعاقات الجسمية قد تغيرت في الأعوام القليلة الماضية؛ فهي قد ازدادت بدلًا من أن تنخفض. وتعزى هذه الزيادة إلى عوامل مختلفة من أهمها تطور الخدمات التشخيصية والعلاجية للأمراض المزمنة والإعاقات العصبية والصحية. فعلى الرغم من أن تحسن مستوى الخدمات الطبية جعل إمكانية الوقاية من الأمراض المزمنة وعلاجها أفضل حالاً مما

كانت عليه في الماضي إلا أنها من جهة أخرى تحافظ على حياة الأطفال المصابين والذين كانوا يموتون مبكرا جداً في الماضي.(مني الحديدي، جمال الخطيب، ١٩٩٧، ٦٥).

وحيث إن أشكال الإعاقات الحركية تختلف باختلاف نوعها ودرجتها؛ فنجد الشلل الدماغي ومصابي الحوادث والكورونا وشلل الأطفال والبتير، ونظراً لما تتمتع به حالات الشلل والبتير من نسبة انتشار واسعة تصل إلى ٣٤٪ تقريباً من مجمل المصابين بالإعاقة الحركية، فإن الدراسة الحالية تهتم بهاتين الفئتين (حالات البتير والشلل). (فاروق الروسان، ٢٠٠٧، ٢٥)

• **تصنيف الإعاقات الحركية:**

- **أولاً: الإعاقات البدنية الناجمة عن إصابة الجهاز العصبي المركزي ويتفرع منها :**

- » الشلل المخي
- » تشنق العمود الفقري
- » إصابة الحبل الشوكي
- » الصرع
- » استسقاء الدماغ
- » شلل الأطفال

» التصلب المتعدد للأنسجة العضوية

- **ثانياً: الإعاقات البدنية الناجمة عن حدوث عاهات بالهيكل العظمي وتضم:**

- » بتير الأطراف و/أو تشوهها
- » الجنف
- » تصلب عظام الورك
- » تشوه مكونات العظام
- » التهاب عظام المفاصل
- » الخلع الخلقي (الولادي) للفخذين
- » التهاب المفاصل
- » التهاب المفاصل الروماتيزمي
- » الشفة المشقوقة، الشق الخلقي
- » الجنف (ميل العمود الفقري إلى أحد الجانبين)
- » الكساح

- **ثالثاً: الإعاقات البدنية الناجمة عن إعطب في العضلات وتضم نوعين رئيسيين هما:**

- » ضمور العضلات
- » ضمور العضلات الشوكية

- **رابعاً: الإعاقات البدنية الناجمة عن عوامل مختلطة وتضم:**

- » الأطفال المقدعون (الأشكال المتعددة للقعاد)
- » عيوب عظمية شائعة
- » تشوه الوجه

- » الكوريا (أو الرصاص)
- » المصابون في الحوادث والحروب والكوارث الطبيعية واصابات العمل
- » الجذام
- » الإصابات الصحية:
 - ✓ الأزمة الصدرية "الريو"
 - ✓ التلief الماري/ الكبدي CF
 - ✓ اضطرابات القلب
 - ✓ مرض السكر "السكري"
 - ✓ متلازمة داون "المنغولية"
- » النشاط الزائد
- » الأصابع المتتصقة والزائدة
- » التقرس (داء الملوك). (السيد فهمي، ٢٠٠٨، ٢٩ - ٣٢).

وفي ضوء التصنيفات السابقة يؤكد الباحث على أن الدراسة الحالية سوف تقتصر على حالات البتر والشلل.

• **الأسباب الرئيسية للإعاقات الحركية:**
من الأسباب الرئيسية المعروفة للإعاقات الحركية كما ترى (منى الحديدي، جمال الخطيب، ١٩٩٧) ما يلي:

- » نقص الأكسجين عن دماغ الطفل سواء في مرحلة ما قبل الولادة، أو في مرحلة الولادة، أو مرحلة ما بعد الولادة. وقد ينجم نقص الأكسجين عن التلف الحبل الشري حول عنق الجنين، أو اختناق الأم أثناء الحمل، أو فقر الدم، أو انسداد مجاري التنفس لدى الطفل، أو انفصال المشيمة قبل الموعد أو حدوث نزيف فيها، أو إصابة الطفل بالاضطرابات الرئوية الخطيرة، أو انخفاض مستوى السكر في دم الطفل، أو الغرق وغير ذلك.
- » العوامل الوراثية والتي تنتقل من الآباء إلى الأبناء إما على شكل صفة متنحية أو صفة محمولة على الكروموسوم الجنسي.
- » عدم تواافق العامل الريزيوس بين الوالدين.
- » تعرض الأم الحامل للأمراض المعدية كالحصبة الألمانية مثلاً.
- » تعرض الأطفال للأمراض المعدية مثل التهاب أغشية السحايا أو التهاب المخ.
- » الاضطرابات التسممية الناجمة عن تناول المواد السامة مثل الرصاص أو تناول العقاقير الطبية بطريقة غير مناسبة.
- » إصابة الأم الحامل باضطرابات مزمنة مثل الريبو أو السكري أو اضطرابات القلب أو تسمم الحمل.
- » تعرض الأم الحامل للعوامل الخطيرة مثل سوء التغذية، والتدخين، والأشعة السينية.
- » الخداع حيث إن عدم اكتمال مرحلة الحمل، أو ولادة الطفل وزنه أقل من العادي، يعتبران من العوامل المسؤولة عن عدد غير قليل من الإعاقات الجسمية.

- ٤٤ صعوبات الولادة ومنها الولادة القصيرة، والولادة السريعة جداً أو البطيئة جداً والوضع الغير طبيعي للطفل.
- ٤٥ إصابات الرأس الناجمة عن السقوط من أماكن مرتفعة، والحوادث داخل البيت أو خارجه.

وقد اتفق كل من (رشاد موسى، ٢٠٠٨؛ السيد فهمي، ٢٠٠٨؛ سميرة أبو الحسن، ٢٠٠٧) على أن أهم أسباب الإعاقة الحركية تمثل في:

٤٦ العوامل الوراثية: حيث تشمل الحالات التي تنتقل من جيل إلى آخر عبر الجينات الوراثية المحملة على الكروموزومات في الخلايا.

٤٧ العوامل البيئية: نتيجة لعدم توافق الظروف الصحية الملائمة، وتنقسم إلى:

- ✓ عوامل تحدث قبل الولادة وأثناء الحمل: ومن أهمها:
 - إصابة الأم بامراض خطيرة مثل المرض الكلوي المزمن والبول السكري.
 - تعرض الأم لحالة تسمم الحمل نتيجة لارتفاع ضغط الدم.
 - اختلاف عامل الزيروس RH ووجوده لدى الطفل موجب والأم سالبة.
 - سوء تغذية الأم الحامل.
 - إدمان الأم للمشروبات الكحولية والمخدرات.
 - إصابة الأم ببعض الأمراض كالحساسية الالمانية والسل والزهري.
 - تعرض الأم للأشعة.
 - تناول العقاقير والكيماويات.

✓ عوامل تحدث أثناء الولادة: ومن أهمها:

- ولادة أطفال مبتسرين.
- استخدام آلات حادة أثناء الولادة.
- تأخر وصول الأكسجين إلى مخ الجنين.
- وضع الجنين أثناء الولادة.

✓ عوامل تحدث بعد الولادة: ومن أهمها:

- حوادث التي تؤدي إلى إصابة الفرد بالتلف المخي وكذلك حوادث الزلازل والحروب.
- شرب الطفل للأدوية والعقاقير الضارة.
- تناول المواد الكيماوية السامة.
- سوء تغذية الطفل.

وفي ضوء ما سبق يمكن التأكيد على أن هناك عوامل وراثية وأخرى بيئية مسؤولة عن حدوث الإعاقة الحركية على الرغم من تصنيفاتها المتعددة، وقد يكون العامل منفرداً أو مجتمعاً مع غيره كأسباب لحدوث هذه الإعاقة.

• خصائص المعاين حركياً:

تختلف الخصائص الشخصية للمعوقين حركياً تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة الحركية ودرجتها، وقد تكون مشاعر القلق والخوف والرفض والعدوانية والانطوائية والدونية من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية، وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية الشخصية بمواصفات الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية. (فاروق الروسان، ٢٠٠٧، ٣٤)

وقد اتفق كل من (رشاد موسى، ٢٠٠٨؛ السيد فهمي، ٢٠٠٨؛ سميرة أبو الحسن، ٢٠٠٧) على أن أهم خصائص المعاقين حركياً تتمثل في:

• **الخصائص النفسية، وتضم:**

« تزايد الشعور بالنقص وعدم تقدير الذات.

« تزايد الشعور بالعجز والميل نحو الاعتماد على الآخرين.

« افتقاد الشعور بالأمن والطمأنينة والشعور بالقلق والخوف.

« عدم الاتزان الانفعالي وتزايد مستوى العدوانية والميل إلى الاستعلاء أحياناً.

« الإسراف في استخدام الميكانيزمات والحيل الدفاعية كالنكوص والكبّ والطرح والإسقاط.

« الميل إلى الانطواء والعزلة والانسحاب.

« الشعور بالاكتئاب والخوف.

« عدم الرضا عن الذات وانخفاض تقدير الذات وتشوه صورة الجسم.

« تزايد مشاعر الذنب.

« تزايد مستوى الاعتمادية.

• **الخصائص الجسمية، وتضم:**

« اضطراب نمو عضلات الجسم التي تشمل اليدين والأصابع والقدمين والعمود الفقري.

« عدم القدرة على التوازن والجلوس والقعود.

« عدم مرنة العضلات المصابة بالعجز بسبب الروماتيزم والكسور والضمور.

« الوهن والضعف العقلي.

« افتقاد التأزر في الحركات.

« الحاجة إلى المساعدة بالأطراف الصناعية والعكاكيز وغيرها.

« نقص في تأزر حركات الجسم.

• **الخصائص الاجتماعية والسلوكية، وتضم:**

« مشكلات عادات الطعام وأضطرابات الأكل المختلفة.

« الإفراط في البدانة وفقدان الشهية.

« وجود مشاكل في النوم.

« وجود مشاكل في التبول وضبط المثانة والأمعاء.

« وجود مشاكل في النظافة.

« عدم القدرة على المشاركة المجتمعية بشكل فعال.

« المعاناة من نظرة المجتمع السلبية لهم.

• **الخصائص التربوية والتعليمية، وتضم:**

« مشكلات في الانتباه وتشتيته.

« صعوبة في التركيز والتذكر والاسترجاع والحفظ.

« التعلم ببطء وصعوبة.

« صعوبة في التنقل والوصول إلى المدرسة أو الفصل الدراسي.

• مشكلات المعاين حركياً:

مما يلاحظ اتفاقاً نتائج العديد من الدراسات حول أهم المشكلات التي يعاني منها المعاونون حركياً، وقد اتفق كل من (وجدي بركات، ٢٠١٠؛ رشاد موسى، ٢٠٠٨؛ السيد فهمي، ٢٠٠٨) على أن أهم مشكلات المعاين حركياً تمثل في:

• المشكلات النفسية:

ينتاب المصاب بالبتر الكثير من المشاعر السلبية التي تؤثر عليه وعلى توافقه مع من حوله، ومن أهم المظاهر النفسية ما يلي:

«رفض قبول المصاب بالبتر لذاته الجديدة ومقاومته لواقعه الجديد».

«الشعور بالنقص وانتقاده قيمة لذاته سواء كما يراها هو أو كما يراه فيها المحيطون أو كما يتمنى أن يراها».

«ظهور مشاعر جديدة كنتيجة لحدث البتر (في بعض الأحيان) كالشعور بالذنب لاعتقاد البعض بأن ذلك انتقام السماء لخطأ ارتكبه الفرد».

«كما قد يكون هناك ميل من جانب المصاب بالبتر للنفور لسلوك الاعتماد على الغير».

«يحاول المصاب بالبتر (في كثير من الأحيان) استخدام ميكانزمات للهروب من الواقع المؤلم الذي يثير قلقه وتوراته كالتعويض والإسقاط والإنكار فيبدو في ظاهره شبح الطرف المبتور أو توهם وجود الطرف المبتور».

«قد يخلق المصاب بالبتر لنفسه بعض المشكلات عندما ينكر وجود فرق بينه وبين الآخرين إذ أنه في هذه الحالة سيرفض كل مساعدة تقدم له».

• المشكلات الجسمية ومشكلات استخدام الأجهزة التعويضية:

يحصل الفرد من خلال الوظائف التي تؤديها له أعضاؤه وأطرافه على إشباع معين، كما تؤدي هذه الأعضاء وظائف للإنسان كالمسامك بالأشياء، أو الحركة وسهولة النقل؛ مما يضفي عليه شعوراً بالرضا، كما أن الإنسان بكامل أعضائه يستطيع ممارسة النشاط البدني، ومزاولة الرياضة والهوايات، والقيام بالرحلات وغيرها، إلا أن الإنسان المصاب بالبتر لأحد أعضائه أو أكثر من عضو فإنه يفقد وظيفة من وظائف هذا العضو ولا يستطيع الحصول على الإشباع لما ذكر سابقاً من نشاط حركي للإنسان وبالتالي لا يستطيع أداء هذه الواجبات وبالتالي فإنه يجد أمامه أحد الحلول التالية:

«أن يتتجنب القيام بالنشاط أو العمل».

«أن يغوص العضو المبتور عن طريق استغلال الأطراف المتبقية لديه بأقصى طاقة بدنية ممكنة».

« يؤدي الوظيفة بالاستفادة من الطرف الصناعي الذي يحل محل الطرف المبتور».

«ويتحمل أن يستخدم المصاب بالبتر الحلول الثلاثة البديلة في فترات متفاوتة، ويتوقف ذلك على الموقف الذي يواجهه».

• المشكلات الاجتماعية:

ويقصد بالمشكلات الاجتماعية المواقف التي تضطرب فيها علاقات الفرد بمحیطه داخل الأسرة وخارجها خلال أدائه لدوره الاجتماعي، أو يمكن أن نسميها مشكلات سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية الخاصة لكل فرد وتضم (الأسرية. الترويحية. العلاقات الاجتماعية. العمل) ويمكن أن نوجزها في:

• المشكلات الأسرية:

لقد أصبح من المتفق عليه أن إعاقة أي فرد هي إعاقة لأسرته في نفس الوقت مهما كانت درجة الإعاقة ونوعها من ذلك أن اعتبرت الأسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة التوازن وهو المستوى الأمثل للعلاقات الأسرية الايجابية التي تتميز بالتساند والتكميل والاستمرار. ووضع المعوق في أسرته لا بد وأن يحيط علاقاتها بقدر غير يسير من الاضطراب، صغيراً كان أو كبيراً، زوجاً كان أو زوجة، ذكراً كان أو أنثى، طالما كانت إعاقته تحول دون كفايته في أداء دوره الاجتماعي كاملاً داخل الأسرة، وافتقار المعوق لأداء دوره بشكل بالضرورة عبئاً على أدوار الآخرين فضلاً عن ردود الأفعال السلبية لعجزه عن هذا الأداء.

كما أن سلوك المعوق المسرف في الغضب أو القلق أو الحساسية أو الاكتئاب أو حتى الابتهاج تقابل بسلوك مسرف بدوره في الشعور بالذنب أو الشعور بالحيرة وبالقدر الذي تهدد حالة الإعاقة سلامتها العميق وبالقدر الذي يزيد من الحمامة الزائدة والمشرفة من المحبطين به، وهو الأمر الذي يقلل من توازن الأسرة وتماسكها، وأثر ذلك على قيام الأسرة بوظيفتها الطبيعية نحو تنشئة باقي أبنائها. كما تتعب بعض العادات دوراً آخر في زيادة مشاكل الأسرة حينما ترجع الإعاقة إلى أسباب وراثية لتثير منازعات واضحة أو مقنعة بين الزوجين.

وأكثر المشكلات الأسرية حده هي تلك المشكلات المرتبطة بالإصابة المفاجئة لرب الأسرة وعائلتها، وما يتربّى على ذلك من آثار على مستوى معيشتها، واضطراب علاقاتها، أو الإصابة المفاجئة للأبن الوحيد الذي انتظرته طويلاً وما قد يحيط بهذه الإصابة من ظروف يحمل أحد الأبوين الآخر مسؤوليتها، ولزيادة بالتالي من مشاعر الذنب والاكتئاب.

• المشكلات الترويحية:

تؤثر الإعاقة على قدرة المعوق على الاستمتاع بوقت الفراغ سواء بالنشاط الترويحي الذاتي أو بالنشاط الترويحي السلوكي؛ فممارسة المعوق لأي نوع من أنواع النشاط يتطلب طاقات خاصة قد لا تتوافر عنده، كما أن أحجزة الترويج العامة معدة أساساً للأصحاء، فضلاً عن العقبات التي تصادف المعوق عند ارتياه أماكن الترويج أو الحدائق العامة والأندية وما شابه ذلك.

• مشكلات العلاقات الاجتماعية:

تمثل جماعات الصدقة حاجة أساسية للفرد خاصة في المراحل الأولى من العمر وأثر علاقات الصحبة المباشرة على النمو الاجتماعي السليم وبالقدر الذي تتتجانس فيه سمات أعضاء الجماعة بالقدر الذي يتحقق لكل عضو فيها النمو والشعور بالسعادة ومن ثم يقوم شعور المعوق بالمساواة مع زملائه وعدم شعور

هؤلاء بكفایته لهم يؤدى إلى اتجاهات سلبية لينكمش المعوق على نفسه وينسحب من هذه الجماعات.

• مشكلات العمل:

قد تؤدي الإعاقة إلى ترك المعوق لعمله أو إلى تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد فضلاً عن المشكلات التي تترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملاؤه أو مشكلات أمنة وسلامته فالعمل إنتاج بأجر والإنتاج الزائد أجر مرتفع بل طريق إلى توسيع مناصب رئيسية في العمل وكسب مكانه اجتماعية مرموقة عن طريق العمل ومن ثم كان أثر الإعاقة أثراً مزدوجاً على الدخل والمكانة معاً.

• المشكلات الاقتصادية:

تتسبب الإعاقة عن طريق البتر في كثير من المشكلات الاقتصادية بالنسبة للشخص المصاب بالبتر، وبالنسبة لأسرته ول مجتمعه، ويمكننا إيجاز أهم هذه المشكلات فيما يلي:

« قد يكون المصاب بالبتر هو العائل الوحيد للأسرة؛ وبالتالي يفقد هو وأسرته مصدر رزقه .»

« تتطلب عملية العلاج نفسها واجراء الجراحات إذا لزم الأمر أموالاً طائلة؛ سواء لدفع تكاليف الإقامة في المستشفيات أو أجور الأطباء أو ثمن الدواء .»

« تسبب إقامة المصاب بالبتر في المستشفى لفترة طويلة لتلقي العلاج إلى تعطله إجبارياً عن العمل؛ وبالتالي يرافق ميزانية الأسرة .»

« قد يؤدي هذا الموقف بالأسرة إلى الاستدانة، أو إلى بيع بعض ممتلكاتها لمواجهة نفقات الإصابة بالبتر، وما يتربّط عليه من مشكلات تعطّله عن العمل لفترة طويلة .»

« قد تحول الإصابة بالبتر دون أداء الفرد لعمله السابق لإصابته بالطريقة التي كان يؤدي بها، أو إلى عدم قدرته نهائياً على أداء هذا العمل، مما يتطلب تأهيله لعمل آخر، وهذا يتطلب وقتاً ومالاً يزيد من الأعباء الاقتصادية للأسرة .»

« بعد إجراء البتر للفرد فإنه يحتاج إلى أجهزة تعويضية معينة؛ حتى يتمكن من الحركة وأداء دوره، وهي تتكلف أموالاً كثيرة، فضلاً عن استمرار إلى تغيير هذه الأجهزة؛ سواء لعدم مناسبتها للعضو المصاب بعد فترة من الزمن، أو للتلفها .»

• الدراسات السابقة :

• دراسات وصفت الفوبيا الاجتماعية لدى المعاقين حركياً :

هدفت دراسة دولار (Dolar, 1999) إلى فحص علاقة أبعاد صورة الجسم بالآلام والأطراف الوهمية لدى حالات البتر. وتكونت عينتها من (٤٣) من مبتوري الأطراف، ممن هم في المدى العمري من (١١ - ٢٣) سنة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة بين استراتيجيات مواجهة آلم المرض مع الذين يعانون من البتر، كما أن الأشخاص الذي يعانون من بتر أطرافهم مع الشعور بالألم الوهمي لديهم مفهوم سلبي لصورة أجسامهم.

وفي الإطار نفسه اتجهت دراسة يتز وآخرين (Yetzer et al., 2003) إلى فحص مفهوم الذات وصورة الجسم والفوبيا الاجتماعية لدى مرضى إصابات النخاع الشوكي وبدون بتر الأطراف السفلية. وتكونت عينة الدراسة من (٢٦) من مرضى إصابات النخاع الشوكي، وبدون بتر الأطراف السفلية، بمدى عمرى (١٧-١٣) سنة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود مشكلات نفسية لدى الأفراد مرضى إصابات النخاع الشوكي وبدون بتر الأطراف السفلية، وقدنى في مفهوم الذات وصورة الجسم والفوبيا الاجتماعية.

وقد درست أيضاً (وفاء القاضي، ٢٠٠٩) صورة الجسم ومفهوم الذات في علاقتها بقلق المستقبل وبعض التغيرات الديمografية (الجنس الحال الاجتماعية وجود أبناء أم لا مكان البتر سببه ومدة الإصابة) لدى حالات البتر بعد الحرب. وتكونت عينة الدراسة من (٢٥) فرداً تم انتقاؤهم عشوائياً بمدى عمرى (١٧-١٣) سنة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ذات دلالية إحصائية بين قلق المستقبل وكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غرزة، ولم تظهر النتائج أية فروق ترجع إلى النوع أو الحالة الاجتماعية أو وجود أبناء من عدمه أو مكان البتر أو سبب البتر أو مدة الإصابة بالبتر، وذلك فيما يتعلق بقلق المستقبل، ومفهوم الذات، وصورة الجسم.

أما دراسة لالكيهان (Lalkhen, 2001) فقد اتجهت نحو محاولة فهم سلوك الأفراد المراهقين المعاقين بالشلل الدماغي، وتقديرهم لذاتهم في بيئه غير المعاقين (البيئة العادية) من خلال تسجيل وتحليل استجاباتهم التلقائية. وتكونت عينة الدراسة من (٤٩) من المراهقين المعاقين بالشلل الدماغي بمدى عمرى (١٧-١٣) سنة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن التغيرات التي تحدث في فترة المراهقة مرتبطة بتغيرات في مفهوم الذات والقلق، وأن خبرة الجسد والإحساس به عامل فعال ومهم في مفهوم الذات عند المراهقين المعاقين جسدياً، وفي حين يتم الإحساس بالجسد كمفهوم واضح وغير طبيع وغير معتمد عليه، فإنه يتم النظر إليه كعامل معيق يحدّ من ممارسة النشاط البدني، وكمعيق للعلاقة مع العالم الخارجي.

وهكذا فإن فترة المراهقة، في ظل الإعاقة، تسهم بشكل فعال في تكوين هوية المراهق المعاق حركياً، نظراً لطبيعة الأضطرابات التي تحدث له خلال هذه الفترة. ومن خلال مواجهته الكبير من مواقف الإحباط وخيبات الأمل يدرك المراهق المعاق حركياً أنه من خلال تواصله مع غير المعاقين والتعامل معهم سوف تنمو قدراته وكفاياته، وسوف يشعر بتقديره لذاته، أما المراهق المعاق الذين يحرم من فرص الاندماج والانخراط مع أقرانه العاديين، ويحرم من حرية الاختيار واتخاذ القرار بشكل مستقل؛ فإنه يكون غير قادر على تنمية وتطوير الإحساس بتقدير الذات والثقة بالنفس وخفض القلق، ولذلك فإنه سيكون أقل مشاركة في الحياة العامة وتكون علاقاته مع الآخرين في المجتمع.

• دراسات تناولت العلاج السلوكي المعرفي والفوبيا الاجتماعية

يشكل العلاج السلوكي المعرفي، بما فيه العلاج بالواقع، مدخلاً مهمًا في الدراسات التي تناولت الفوبيا الاجتماعية، وفي هذا الإطار فإن هناك ثلاثة مراجعات مهمة استخدمت التحليل العاملاني review meta-analysis لفحص الدراسات التي تناولت تأثير العلاج السلوكي المعرفي في علاج الفوبيا الاجتماعية أو التخفيف من حدتها.

فقد فحص (Feske & Chambless, 1995) نتائج ١٥ دراسة، بعد استبعاد الدراسات التي تناولت الجانب المعرفي فقط، تناولت العلاج السلوكي المعرفي وتأثيره في علاج الفوبيا الاجتماعية. وقد أسفرت نتائج هذا التحليل العاملاني عن أن التدخلات السلوكية المعرفية التي تتم في مجموعات تمثل علاجاً فعالاً للفوبيا الاجتماعية كما أنها تشكل علاجاً مهماً أيضاً لكل من الأكتئاب والقلق بصورة عامة.

وكذلك قام تايلور (Taylor, 1996) بمراجعة نتائج ٢٤ دراسة تجريبية تضمنت ٤٢ محاولة لعلاج الفوبيا الاجتماعية، وقد أسفر تحليل مدى حجم التأثير effect size لكل دراسة من هذه الدراسات عن أن المجموعات التجريبية تفوقت على المجموعات الضابطة على مقاييس الفوبيا الاجتماعية المستخدمة، كما وأشار التحليل التبعي إلى استمرار تفوق المجموعات التجريبية على الرغم من أن معظم المشاركون في هذه الدراسات قد تعرضوا لعلاجات أخرى خلال فترات التتبع. وتدعم نتائج هذا التحليل العاملاني الاستنتاج بأن العلاجات السلوكية المعرفية هي علاجات فعالة للفوبيا الاجتماعية.

وفي الإطار نفسه، وبعد مراجعة ١٦ دراسة حول العلاج السلوكي المعرفي، أشارت نتائج التحليل العاملاني في دراسة (Gould et al., 1997) إلى أن التعرض Exposure (الجانب السلوكي)، سواء كان منفرداً أو متخدماً مع الجانب المعرفي Cognitive، يعتبر مدخلاً أكثر فاعلية في علاج الفوبيا الاجتماعية من مجرد إعادة التشكيل المعرفي Cognitive Restructuring وحده.

وهكذا فإن نتائج الدراسات التحليلية السابقة تشير باتساق إلى فاعلية التدخلات السلوكية المعرفية (ومنها مدخل العلاج بالواقع) في إطار العلاج النفسي للفوبيا الاجتماعية، كما أن العلاج السلوكي وحده يبدو فعالاً سواء أكان منفرداً أم مصحوباً بالجانب المعرفي، أما فيما يتعلق باستخدام الجانب المعرفي وحده فإن متوسط أحجام التأثير يشير إلى أنه أقل تأثيراً من الجانب السلوكي، كما أن الأدبيات الحالية تشير بإجماع إلى ضرورة استخدام الجانب السلوكي في علاج الفوبيا الاجتماعية.

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة يتضح ما يلي:
» ندرة الدراسات والبحوث التي تناولت الفوبيا الاجتماعية مع المراهقين المعاقين حركياً في إطار ما اطلع عليه الباحث.

» وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي والاجتماعي.

- ٤٠ وجود مشكلات نفسية لدى الأفراد مرضى إصابات النخاع الشوكي وبدون بتر الأطراف السفلية وتدني في مفهوم الذات وصورة الجسم.
- ٤١ فاعلية البرنامج التدريبي في تحسين صورة الجسم ورفع تقدير الذات لدى المراهقين حركياً ذوي الشلل النصفي السفلي.
- ٤٢ فاعلية المداخل السلوكية المعرفية في علاج الفobia الاجتماعية بصورة عامة.

وتتمثل أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة في:

- ٤٣ إعداد الإطار النظري والمرجعي للدراسة.
- ٤٤ تحديد أدوات قياس متغيرات الدراسة.
- ٤٥ تحديد فروض الدراسة
- ٤٦ اختيار عينة الدراسة، وتحديد حجمها.
- ٤٧ تحديد إجراءات الدراسة والمنهج المستخدم.
- ٤٨ بناء مقياس الفobia الاجتماعية
- ٤٩ تفسير النتائج وصياغة البحوث والتوصيات المقترحة.

٥ فرض الدراسة :

تتمثل فروض الدراسة في الآتي:

- ٤٠ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم في القياس البعدى على مقياس الفobia الاجتماعية لصالح القياس البعدى
- ٤١ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدى على مقياس الفobia الاجتماعية لصالح المجموعة التجريبية
- ٤٢ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسيين البعدى والتبعي على مقياس الفobia الاجتماعية.

٦ منهج البحث :

تفى الدراسة الحالية بمتطلبات المنهج شبه التجريبي، حيث تقوم الدراسة الحالية بالتحقق من " فاعلية برنامج للعلاج بالواقع للتخفيف من حدة الفobia الاجتماعية لدى المراهقين حركياً ".

٧ عينة البحث :

حيث تم اختيار عينة البحث كالتالي:

قام الباحث باختيار عينة الدراسة من المراهقين المراهقين حركياً بمحافظة كفرالشيخ؛ حيث ضمت (٤٠) من المراهقين المراهقين حركياً بدور الرعاية الاجتماعية بمحافظة كفرالشيخ ومحافظة الغربية في مجموعتين :

- ٤٠ المجموعة التجريبية : بمتوسط عمر زمني ١٥,٥ سنة وانحراف معياري ١,٤٦٠٩
- ٤١ المجموعة الضابطة: بمتوسط عمر زمني ١٤,٩ سنة وانحراف معياري ١,١٦٥٣ .

وتم اختيار العينة وفق الخطوات التالية:
خطوة (١)

اختيار الباحث دور الرعاية الاجتماعية، ونوادي تجدي الإعاقة، حيث اختار الباحث المراهقين المعاقين حركياً (بتر - شلل) أو الاثنين معاً وكان العدد (٤٧) مراهق ومرأة

خطوة (٢)

بتطبيق مقياس الفobia الاجتماعية على عينة كلية مبدئية قوامها (٤٧) مراهقاً ومرأة، تم استبعاد (٥) مراهقين لعدم اكتمال إجابتهم على المقياس، وأصبح بذلك حجم العينة (٤٢) من المراهقين المعاقين حركياً

خطوة (٣)

تم تطبيق مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، ولم يتم استبعاد سوى اثنين لأنخفاض مستوى الأقتصادي والاجتماعي بدرجة ملحوظة مما دعا الباحث إلى استخدام هذا المقياس وأصبح بذلك حجم العينة (٤٠) مراهقاً ومرأة تم تقسيمهما إلى مجموعتين - المجموعة التجريبية - المجموعة الضابطة
 $n = 20$

شكل (١) سحب عينة الدراسة

وقد روعى تكافؤ أفراد مجموعتي الدراسة من حيث العمر الزمني، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، بالإضافة إلى متغيرات الدراسة (مقياس الفobia الاجتماعية)، كما هو موضح بالجدول (١):

جدول (١) : دلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني والمستوى الاجتماعي الاقتصادي والفobia الاجتماعية

المتغير	المجموعة	ن	م	ع	دج	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العمر الزمني	التجريبية	٢٠	١٥.٥٠	١٤٦٠٩	٣٨	١.٣١٦	غير دالة
	الضابطة	٢٠	١٤.٩	١١٦٥٣			
المستوى الاجتماعي والاقتصادي	التجريبية	٢٠	٣٧.٩	٤.٩٣	٣٨	١.٢١٢	غير دالة
	الضابطة	٢٠	٣٦.٣	٣.٢٤٦			
الفobia الاجتماعية	التجريبية	٢٠	١٩.٧٥	١.٧٧٣٣	٣٨	٠.١٣١	غير دالة
	الضابطة	٢٠	١٩.٦	١.٣٩١٧			

يتضح من الجدول (١) عدم وجود أي فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات المراهقين المعاقين حركياً في المقياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني والمستوى الاجتماعي الاقتصادي والفobia الاجتماعية، لعدم وصول قيم "ت" لحد الدلالة المقبولة إحصائياً.

• ثانياً : أدوات البحث :

• استماراة المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (*): إعداد / عبدالعزيز الشخص (٢٠١٢):

• وصف المقياس

تم استخدام هذه الأداة في الدراسة الحالية بغرض تحقيق التكافؤ بين المجموعات على متغيرات الدراسة، وأجري عبد العزيز الشخص دراسة استطلاعية

(*) اختبار منشور بمكتبة الأنجلو المصرية: القاهرة.

وأعد مقياس جمع البيانات عن الحالة الاجتماعية / الاقتصادية لبعض الأسر في ضوء الأبعاد المتضمنة للدراسة، وبلغ عدد الأسر في العينة (٥٧٥٠) أسرة من القاهرة الكبرى، وتم اختيار عينة عشوائية قوامها (٥٧٠) أسرة، وتم الاطلاع على تصنيف الوظائف في بعضصالح الحكومية والجهاز المركزي للتنظيم والإدارة، وحساب متوسط دخل الأسرة بالنسبة للعينة العشوائية المختارة، ويتمد من (١٠) جنيهات إلى (٢٠٠٠) جنيهية، واتبع في المقياس ترتيب مستويات الأبعاد المستخدمة في تحديد المستوى الاجتماعي / الاقتصادي على أساس:

- » بعد الوظيفة أو المهنة (للجنسين) تسعة مستويات
- » بعد مستوى التعليم (للجنسين) ثمانية مستويات
- » بعد متوسط دخل الفرد في الشهر (سبع فئات)

• تقدير الدرجة وطريقه تطبيقها:

يطبق الاختبار فردياً أو جماعياً، وتكون أقل درجة على الاختبار (٧) وأعلى درجة (٧٦).

• الثبات والصدق :

تم تحويل البيانات الخاصة بالمؤشرات المستخدمة في تقدير المستوى الاجتماعي / الاقتصادي إلى تقديرات رقمية وذلك بإعطائهما درجات تساوي رقم المستوى الموجود بها، وتم استخراج معامل الارتباط المتعدد (٢) فوجد ٠.١١٩، وبإيجاد الجذر التربيعي له أصبح ٠.٣٣٥ وهو دال إحصائيا عند مستوى دلالة ٠.٠١

وتم استخراج قيمة الثابت (أ) وكذلك معاملات المتغيرات المكونة للمستوى الاجتماعي / الاقتصادي، وذلك باستخدام طريقة المتغير الوهمي Dummy Variable حيث لا تدعوا الحاجة إلى استخدام محك خارجي في حساب المعادلة التنبؤية.

• مقياس الفobia الاجتماعية للمرأهقين المعاقين حركياً (*إعداد الباحث :

• الهدف من المقياس :

تحديد درجة الفobia الاجتماعية للمرأهقين المعاقين حركياً.

• وصف المقياس :

يتكون المقياس من (٢٠) عبارة تقيس جميعها الفobia الاجتماعية، وقد صيغت عبارات المقياس بلغه سهلة وبسيطة وواضحة بحيث تكون الإجابة عن طريق الشخص ذاته "نوع من التقدير الذاتي"، ففي تعليمات الاختبار يطلب من المراهق أن يختار إجابة واحدة من ثلاث بدائل على مقياس متدرج:

دائماً	أحياناً	لا
٢	١	.

والعكس بالنسبة للعبارات السالبة.

(*) انظر ملحق رقم (١).

• خطوات إعداد المقياس :

- » أطلع الباحث على العديد من التعريفات المختلفة (الفوبيا الاجتماعية). المخاوف . القلق) والتي قدمت في الأبحاث الأجنبية والأبحاث العربية الواردة في فصل الدراسات السابقة. كما سبق عرضها.
- » تطرق الباحث للعديد من المقاييس التي تقيس الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين، منها:
- ✓ مقياس الفوبيا الاجتماعية إعداد/ صبحي عبدالفتاح الكفوري (٢٠٠٢).
 - ✓ مقياس القلق للأطفال إعداد/ فيولا البلاوي (١٩٨٧).
 - ✓ مقياس القلق إعداد/ حسيب محمد حسيب (٢٠٠٤).
 - ✓ مقياس الوجادات الموجبة والسلبية إعداد/ أمال عبدالسميع باظهه (٢٠٠٥).
- » تم وضع المقياس في صورته الأولية بعد أن أعده الباحث في (٢٠) عبارة تقدير جميعها الفوبيا الاجتماعية لدى المراهقين المعاقين حركياً من خلال تقدير المراهق لذاته، حيث تم عرض المقياس في صورته الأولية على (١٠) من أعضاء هيئة التدريس (❖) العاملين في حقل الصحة النفسية وعلم النفس، حيث طلب الباحث منهم تحديد العبارات التي قد تكون غير مفهومة أو غير واضحة بالنسبة للفئة العمرية المطبق عليها المقياس، بالإضافة إلى حذف أو إعادة صياغة ما يرون أنه غير ملائم أو غير مناسب للمراهقين المعاقين حركياً.

• الكفاءة السيكومترية للمقياس :

اختار الباحث عينة الصدق والثبات وتتكون من (٢٥) من المراهقين المعاقين حركياً، وقد قام الباحث بتقدير الدرجة الكلية للمقياس. وقد تم تطبيق هذا المقياس على المراهقين المعاقين حركياً، وقد أكد الباحث عليهم ضرورة تعاونهم وصدق أدائهم.

• صدق المقياس :

• صدق الحكمين :

تم استخدام صدق الحكمين وذلك بعرض المقياس في صورته الأولية، مع تعريف للفوبيا الاجتماعية محور البحث، على (١٠) محكمين من هيئة التحكيم من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس؛ حيث أدى جميع السادة المحكمين بنسبة موافقة (١٠٠٪) على جميع عبارات المقياس باستثناء عبارتين تم تعديلهما لعدم ملائمتهما لعينة الدراسة؛ حيث طلب منهم تحديد:

- » مدى دقة صياغة بنود المقياس.
 - » صحة اللغة وملاءمتها للمراهقين.
 - » مدى سلامة ووضوح تعليمات المقياس.
- » ما إذا كانت العبارة الواحدة تشتمل على أكثر من مضمون؛ أي هل هي مركبة؟
- » إضافة ما ترون سيادتكم أضافته أو تعديله.

(*) انظر ملحق رقم (٢).

• صدق الحكم الخارجي:

تم حساب معامل الارتباط بين المقياس الحالي ومقياس الفوبيا الاجتماعية اعداد/ صبحي الكفوري (٢٠٠٢) وجاء معامل الارتباط ٠.٧٩ ، وهو دال عند مستوى ٠.٠١.

• ثبات المقياس :

• طريقة التطبيق وإعادة التطبيق:

حسب الباحث معامل الثبات بطريقة التطبيق وإعادة تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية (ن=٢٥) بفارق زمني (١٥) يوماً وكان معامل الثبات مساوياً ٠.٨٤ ، وهو دال عند مستوى ٠.٠١.

• الثبات بمعادلة ألفا كرونباخ:

باستخدام معادلة ألفا كرونباخ توصل الباحث إلى معامل ارتباط (٠.٧٩) وهو دال عند مستوى ٠.٠٠١.

• الانساق الداخلي :

حيث جاءت النتائج كما بالجدول (٢):

• اتساق المفردة مع بعد الذي تنتمي إليه:

جدول (٢) : اتساق كل مفردة مع الدرجة الكلية على مقياس الفوبيا الاجتماعية

مقياس الفوبيا الاجتماعية	معامل الارتباط	معامل الارتباط	رقم المفردة
معامل الارتباط	رقم المفردة	رقم المفردة	مقياس الفوبيا الاجتماعية
٠.٨٧	(١١)	٠.٧٥	(١)
٠.٦٧	(١٢)	٠.٥٧	(٢)
٠.٦٢	(١٣)	٠.٨١	(٣)
٠.٧٧	(١٤)	٠.٧٢	(٤)
٠.٧٦	(١٥)	٠.٧١	(٥)
٠.٧٤	(١٦)	٠.٩٢	(٦)
٠.٦٥	(١٧)	٠.٦٩	(٧)
٠.٦١	(١٨)	٠.٧١	(٨)
٠.٦٨	(١٩)	٠.٨١	(٩)
٠.٧٤	(٢٠)	٠.٦٥	(١٠)

وعلى ذلك يكون الباحث قد تأكّد من صِدق وثبات المقياس بطرق كثيرة ومتنوعة؛ مما يجعل استخدامه مناسباً وملائماً.

• برنامج العلاج بالواقع : (اعداد الباحث)

العلاج بالواقع واضح ذو معنى بالنسبة للعملاء أو المرضى والمرشدين والطلاب، وذلك لأنّه يؤكد على الارتباط والاندماج الشخصي والمسئولي، والنجاح والتخطيط الإيجابي والفعل أو العمل، إلا أن عملية المساعدة إنسانية بطبعتها في أنها تستهدف السلوكيات الخاصة بالمشكلة، وليس الشخص نفسه.

• أهداف البرنامج :-

« تخفيف حدة الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من المراهقين المعاقين حركيًا .»
« تعليم أفراد المجموعة الإرشادية طرقاً وأساليب سلوكية واقعية وناجحة لإشباع حاجاتهم طوال فترة حياتهم كمنهج وأسلوب حياة .»

- » أن يتدرّب الأفراد على استحداث حوارات بديلة للحوار الذاتي الخاطئ.
- » أن يتعرّف ويستنتج أفراد المجموعة الإرشادية أن المشكلات والاضطرابات وإنعانة سببها الفشل في الحاجات الأساسية.

• أهمية البرنامج :

تتضّح أهمية البرنامج الحالي (العلاج بالواقع) من أهمية العلاج بالواقع ذاته حيث يعتبر أسلوباً علاجياً متميّزاً للأمراض النفسيّة. ويساعد هذا البرنامج أفراد العينة على أن يتعاملوا مع مشكلاتهم النفسيّة من الفوبيا الاجتماعيّة بواقعية أكثر؛ وذلك حتى يستطيعوا التفاعل الاجتماعي بشكل إيجابي؛ مما يساعدهم على التكيف.

• الوسائل المستخدمة :

- » المعاشرة.
- » المناقشة وال الحوار.
- » النمذجة.
- » الاسترخاء.
- » التقييم.
- » النكتة أو الفكاهة.

» استخدام القصة كأسلوب للتخفيف عنهم في بعض المواقف.

» حل المشكلة.

» الاندماج.

• مراحل تطبيق (تنفيذ) البرنامج :

يشتمل هذا البرنامج على عدد من الجلسات للتخفيف من حدة الفوبيا الاجتماعيّة لدى عينة من المراهقين المعاقين حركياً. وسوف يتم تطبيق البرنامج على مراحل :

• المرحلة التمهيدية (بداية البرنامج) :

- » اختيار العينة من المراهقين المعاقين حركياً.
- » إقامة علاقة بين المرشد والعميل (تعارف).
- » تعريف أفراد العينة بأهداف البرنامج.

• المرحلة التنفيذية (تطبيق البرنامج) :

ويتم من خلالها مساعدة أفراد العينة على التغلب على القلق والاكتئاب والحزن والخوف وذلك من خلال التركيز على الواقع الحالي من خلال الاندماج مع أفراد العينة.

• مرحلة التقييم (تقييم البرنامج) :

ويتم في هذه المرحلة التعرف على ما حققه برنامج العلاج بالواقع في خفض حدة الفوبيا الاجتماعيّة من خلال القياس البعدى، ومقارنة نتائج أفراد المجموعة التجريبية بنتائج أفراد المجموعة الضابطة.

٠ مرحلة التتبع :

وفي هذه المرحلة يتتأكد الباحث من نجاح البرنامج في التخفيف من حدة الفobia الاجتماعية لأفراد المجموعة التجريبية، وذلك بعد فترة زمنية تصل إلى شهرين يطبق فيها القياس البعدي.

وفيما يلي ملخص لجلسات البرنامج:

جدول (٣) : ملخص جلسات برنامج العلاج بالواقع

العنوان	الجلسة	الهدف	الفئيات	الزمن المدققة
الجلسة الاستفتاحية والتعارف	١	<ul style="list-style-type: none"> - تحقيق قدر مناسب من التعارف بين الباحث والمراهقين المعاين حركيًا. - تحقيق الاختلاط بين الباحث والمراهقين المعاين حركيًا، وبين المراهقين بعضهم البعض. - تقديم بعض الاعتبارات الأبية والأخلاقية للبرنامج. - الاتفاق على تحديد مواعيد الجلسات القادمة. 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة. - الواجب المنزلي. - حل المشكلات. 	(٤٠٣٥)
التهيئة للبرنامج	٢	<ul style="list-style-type: none"> - تعريف المراهقين المعاين حركيًا بالأسس التي يقدم عليها البرنامج وأهدافه. - الاتفاق على مواعيد الجلسة التالية وما بعدها. 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة. - الواجب المنزلي. 	(٤٠٣٥)
مدخل إلى العلاج بالواقع	٣	<ul style="list-style-type: none"> - تعريف المراهقين المعاين حركيًا سبب وجودهم داخل الجماعة الملاجية. - تعريف المراهقين المعاين حركيًا بأهمية العلاج بالواقع. 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة. - الواجب المنزلي. - الاندماج. - التعزيز. - التقييم. 	(٤٠٣٥)
ضرورة العلاج بالواقع	٤	<ul style="list-style-type: none"> - تعريف المراهقين المعاين حركيًا بأهمية العلاج بالواقع. - تعريف المراهقين المعاين حركيًا بضرورة العلاج بالواقع. 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة. - الواجب المنزلي. - النمذجة. - حل المشكلات. - التعزيز. 	(٤٠٣٥)
التدريب على الاسترخاء	٥	- التدريب على الاسترخاء الكامل للجسم ككل.	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة. - الاسترخاء. - النمذجة. - الواجب المنزلي. 	(٤٠٣٥)
التعريف بالفوبيا الاجتماعية	٧ - ٦	- تعريف المراهقين المعاين حركيًا بمعنى الفوبيا الاجتماعية	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة. - الواجب المنزلي. - استخدام القصنة. - التعزيز. 	(٤٠٣٥)
تكتون إرادة قوية وقتل الفوبيا الاجتماعية	٨	<ul style="list-style-type: none"> - أن يدرك المراهق المعايق حركيًا ماهية القدرة على تقوية الإرادة. - أن يقيّم المراهق المعايق حركيًا لمناصر الأساسية للقدرة على الإرادة. 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة. - الواجب المنزلي. - حل المشكلات. - النمذجة. - الاندماج. 	(٤٠٣٥)
القدرة على اتخاذ القرار	٩	<ul style="list-style-type: none"> - يتعرف المراهق المعايق حركيًا على ماهية اتخاذ القرار. - يدرك المراهق المعايق حركيًا ما هي الخطوات التي يجبها حتى يصل إلى القرار المناسب. - يخرج المراهق المعايق حركيًا ولديه القدرة على اتخاذ القرار. 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة. - الواجب المنزلي. - النمذجة. - التعزيز. - الكتلة. - حل المشكلات. 	(٤٠٣٥)
التعاون ومساعدة الآخرين	١٠	<ul style="list-style-type: none"> - يتعرف المراهق المعايق حركيًا على ماهية التعاون ومساعدة الآخرين. - يكتسب المراهق المعايق حركيًا مهارة التعاون ومساعدة الآخرين. 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة. - الواجب المنزلي. - الاندماج. - حل المشكلات. - التعزيز. 	(٤٠٣٥)
التدريب على الاندماج مع الآخرين	١١	- تعريف المراهق المعايق حركيًا بكيفية التدريب على الاندماج مع الآخرين	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة. - الواجب المنزلي. - الاندماج. - التقييم. - التعزيز. 	(٤٠٣٥)
التدريب على تأكيد الذات	١٢	- تعريف المراهق المعايق حركيًا بكيفية التدريب على تأكيد الذات	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة. - الواجب المنزلي. 	(٤٠٣٥)

العنوان	الجلسة	الهدف	الفنين	الزمن
			- التقييم - التعزيز.	(٤٠٣٥)
المراقبة بلا قيود	١٤ - ١٣	- يكتسب المراهقين المعايير حرركياً روح المرح والخفاوة بلا قيود للتغلب على الحزن والكآبة	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - الاندماج. - حل المشكلات. - التعزيز.	
مهارات حل المشكلات	١٥	- يتعرف المراهق المعايير حرركياً مهارة حل المشكلات. - يتمكن المراهق المعايير حرركياً من معبرة العوامل التي لا بد من توافرها في تجاوب حل المشكلات - يخرج المراهق المعايير حرركياً وعنه القدرة على مواجهة المشكلات. - يحل كل مراوقة من المراهقين المعايير حرركياً مشكلة صادفت زميله.	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - حل المشكلات - الاندماج. - التعزيز.	(٤٠٣٥)
تحسين التواصل مع الآخرين	١٦	- تعريف المراهقين المعايير حرركياً ككيفية التدريب على التواصل	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - حل المقصة - استخدام المقصة - التدرجية.	(٤٠٣٥)
تحديد العوامل المؤدية للوجودان السالب	١٩ - ١٧	- تعريف المراهقين المعايير حرركياً بالعوامل المؤدية للوجودان السالب	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - حل المقصة - التدرجية.	(٤٠٣٥)
التدريب على التخلص من القوبية الاجتماعية	٢٠	- تعريف المراهقين المعايير حرركياً ككيفية التصدي لمشكلة القوبية الاجتماعية	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - استخدام المقصة - الاندماج - حل المشكلات - التعزيز.	(٤٠٣٥)
تخلص من القوبية الاجتماعية بقوة وعزيمة	٢١	- تعريف المراهقين المعايير حرركياً بفكرة لامقلانية "اعتقد أن هناك خطراً يهددني، ويجب أن أكون على استعداد دائم لمواجهةه"	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - حل المشكلات	(٤٠٣٥)
مواجهة القوبية الاجتماعية من خلال مواقف حية	٢٢	- تعريف المراهقين المعايير حرركياً ككيفية مواجهة القوبية الاجتماعية	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - حل المشكلات - ثعب الماء.	(٤٠٣٥)
الاكتتاب والقلق والغوبية الاجتماعية : اسبابه - انواعه - اضراره	٢٣	- التعرف على أنواع الاكتتاب وأنواع القلق. - التعرف على خطورة الاكتتاب والقلق وأضرارهما. - التعرف على أسباب القلق والاكتتاب والغوبية الاجتماعية.	- المحاضرة والمناقشة - الحوار	(٤٠٣٥)
التفكير والاقتناع والمسلوب والغوبية الاجتماعية	٢٤	- توضيح العلاقة بين التفكير والاقتناع والمسلوب. - تعريف المراهقين بالأفكار السلبية التي ترتبط بالاكتتاب والقلق والانفعالات الناجمة عنها	- المحاضرة والمناقشة - التعزيز	(٤٠٣٥)
تحديد الأفكار الكامنة وراء الإحسان بالاكتتاب والقلق.	٢٥	- تحديد الباحث الأفكار الكامنة وراء الإحسان بالاكتتاب والقلق.	- الوعي بالتفكير	(٤٠٣٥)
السعى نحو التغيير للأحسن	٢٦	- تعريف المراهقين المعايير حرركياً بفكرة لامقلانية "اعتقد أنه لا يمكن إحداث أي تغيير أو تحديد في أي مجال، فالحياة مملة وروتينية"	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - الاندماج. - التعزيز.	(٤٠٣٥)
مواجهة الواقع الشريه القلق والاكتتاب بمقابلاته	٢٧	- تحديد المعتقدات الخاطئة وذلكي بهدف تحديها وإرداد المراهقين المعايير حرركياً لتصديقها. - مساعدة المراهقين المعايير حرركياً على مواجهة الانفعال السليم الناجم عن القوبية الاجتماعية حل المشكلات	- المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - التدرجية. - الاندماج. - حل المشكلات	(٤٠٣٥)

العنوان	الجلسة	الهدف	الفنين	الزمن المدقق
تحديد الواقع المادية للقلق والاكتئاب والفوبيا الاجتماعية	٢٨	- تعريف المراهقين بالعوامل المؤدية للقلق والاكتئاب والفوبيا الاجتماعية	- الحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - التندمج.	(٤٠٣٥)
التدريب على المراقبة الذاتية	٢٩	- تدريب المراهقين المعاقين حركياً على رؤية متاعبهم وأكتئابهم بشكل مختلف مما يشجعهم على المحاولة للتعديل وعلى أن يكون كل منهم موضوعاً له نفسه	- الحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي. - حل المشكلات	(٤٠٣٥)
الخاتمة	٣٠	- الإلقاء على من القزم بالجلسات مع إحراز تقدم مستمر وتوزيع شهادات التقدير. - تطبيق الأدوات بعملياً على المراهقين المعاقين حركياً	- التعزيز - الحاضرة والمناقشة.	(٤٠٣٥)

• خطوات البحث:

مر اعداد هذا البحث بالخطوات الآتية:

«الاطلاع على أدبيات تربوية ونفسية تناولت متغيرات الدراسة الحالية من خلال البحوث والدراسات السابقة، وأيضاً الإطار النظري من البحث الحالي بغرض الإفادة منها في إنشاء البرنامج وأعداد الإطار النظري الخاص بالمراهقين المعاقين حركياً والفوبيا الاجتماعية».

«تقنين أدوات البحث الحالي والقيام بدراسة استطلاعية».

«تطبيق مقياس الفوبيا الاجتماعية على المراهقين المتربدين على نادي الإرادة والتحدي بكفرالشيخ لاختيار العينة، ثم قام الباحث بعمل نفس تلك الخطوات على المراهقين المتربدين على نادي الإرادة والتحدي بطنطا لاختيار المجموعة الضابطة والتي لن تتلقى البرنامج».

«تطبيق البرنامج في الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي ٢٠١٢/٢٠١١م من شهر يناير حتى شهر أبريل».

«تطبيق الأدوات المستخدمة في الدراسة، وذلك بعد تطبيق البرنامج (المقياس البعدى) على المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. ثم اجراء المقياس التبعي بعد شهر ونصف من التطبيق البعدى».

«مناقشة النتائج وتفسيرها والتحقق من قبول أو رفض فروض البحث. تقديم بعض التوصيات والمقترنات التربوية في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة».

• النتائج :

• نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في المقياس القبلي ومتوسط درجاتهم في المقياس البعدى على مقياس الفوبيا الاجتماعية لصالح المقياس البعدى».

ولاختبار صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب متوسطات درجات المقياسين القبلي والبعدى لدى أفراد المجموعة التجريبية، وقد تم استخدام اختبار "ت" للعينات المرتبطة للتحقق من وجود فروق بين متوسطات درجات المقياسين القبلي والبعدى لنفس أفراد المجموعة، كما يلي:

جدول (٤) دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقاييس الفobia الاجتماعية

المتغير	القياس	ن	م	ع	د.ح	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	حجم الأثر
البعدي		٢٠	١٩,٧٥	١,٧٧٣٣	١٩	٢٠,٣٦٩	٠,٠٠١	قوي
التابع		٢٠	٩,٦٥	٠,٩٨٨١				

يتضح من الجدول (٤) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث كانت الفروق دالة عند مستوى (٠,٠٠١) على مقاييس الفobia الاجتماعية لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل؛ لذا جاء حجم تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع قوياً، وبذلك يتم قبول الفرض الموجة.

• نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقاييس الفobia الاجتماعية لصالح المجموعة التجريبية".

وقد تم استخدام اختبار "ت" للعينات غير المرتبطة للتحقق من وجود فروق بين المجموعتين (التجريبية . الضابطة) في القياس البعدي، ويوضح ذلك في الجدول (٥) :

جدول (٥) : اتجاه الفرق بين متوسطات درجات القياس البعدي لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقاييس الفobia الاجتماعية

المتغير	القياس	ن	م	ع	د.ح	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	حجم الأثر
التجريبية		٢٠	٩,٦٥	٠,٩٨٨١	٣٨	١٩,٥٣	٠,٠٠١	قوي
الضابطة		٢٠	٢٠,١٤	١,٤٣				

يتضح من الجدول (٥) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية، حيث كان الفرق دالاً عند مستوى (٠,٠٠١) على مقاييس الفobia الاجتماعية في الاتجاه الأفضل؛ لذا جاء حجم تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع قوي، ويوضح من ذلك قبول الفرض الموجة.

• نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي على مقاييس الفobia الاجتماعية".

ولاختبار صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب متوسطات درجات القياسين البعدي والتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، وقد تم استخدام اختبار "ت" للعينات المرتبطة للتحقق من وجود فرق بين متوسطات درجات القياسين لنفس أفراد المجموعة، ويوضح ذلك في الجدول (٦) :

جدول (٦) : اتجاه الفرق بين متوسطات درجات القياسين البعدى والتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الفobia الاجتماعية

النوع	القياس	ن	م	ع	دج	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	حجم الأثر
الفobia الاجتماعية	البعدى	٢٠	٩.٦٥	٠.٩٨٨١	١٩	٠.٧٤	غير دالة	ضعيف
	التبعي	٢٠	٩.٤٧٧	١.٠٤٣				

يتضح من الجدول (٦) عدم وجود فروق ذات دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين البعدى والتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الفobia الاجتماعية، ويتبين من ذلك قبول الفرض الصفرى.

٠ تفسير نتائج البحث:

وقد الباحث أن يقوم بتفسير النتائج كلها معًا نظرًاً لعدم إمكانية فصل النتائج وفق كل فرض على حده.

تفق الدراسة الحالية مع دراسات كل من وفاء القاضي (٢٠٠٩)، و George & Lydiard, 1994; Oberlander, Schneier & Liebowitz, 1994; Yetzer et al., 2003، فيما يتعلق بوجود الفobia الاجتماعية لدى المعاين حركياً، وأن التدخل العلاجي بالإرشاد أو التدريب يمكنه التخفيف من حدة تلك الفobia الاجتماعية، وهو ما تشير إليه نتائج الدراسة الحالية حيث إن تخفيف الفobia الاجتماعية في المجموعة التجريبية يرجع إلى فاعلية البرنامج. عبر جلساته. من خلال إمداد المراهقين بمؤشرات للتكييف والتوافق، الأمر الذي يساعد المراهق المعاين حركياً على التواصل الجيد، وإمكانية إيجاد حوار مشترك بينه وبين الآخرين، وهو الأمر الذي جعله يشعر بأنه إنسان له كيان وله قيمة في المجتمع، ونما لديه إحساس بأن الكلمة التي ينطقها، أو يشير بها، لها قيمة ولها مدلول معين يتفهمه الآخرون، وبالتالي يصبح الحوار إيجابياً بناءً.

كما أن العلاج بالواقع طريقة فعالة ومثمرة في تخفيف الفobia الاجتماعية. ففي إطار الدراسة الحالية، تلقى أفراد المجموعة التجريبية بعض المهارات الاجتماعية لتعديل الفobia الاجتماعية لديهم. وذلك من خلال جلسات البرنامج المختلفة، حيث كان المشاركون يقومون بأداء أدوار متباعدة، وذلك باستخدام الفنون الموجودة في البرنامج. وأيضاً من خلال هذا البرنامج تم تشجيع المراهقين المعاين حركياً على التعبير عن أنفسهم وعن مشاعرهم، ومساعدتهم دائمًا على إنجاز المهام المطلوبة منهم، وتنمية ثقتهم بأنفسهم وتشجيعهم على إقامة حوارات مع الآخرين.

لكن الباحث لاحظ في بداية التعامل مع المشاركون نفورهم تجاه الاشتراك في برامج تربوية أو علاجية أو إرشادية مهما كان الهدف منها؛ وربما يرجع ذلك إلى أن غالبية أفراد العينة لديهم شعور بالإعاقة وأنهم حالات للتجارب، فهم غالباً ما يرفضون التعامل مع أي أفراد من خارج النادي؛ وذلك لأنهم يشعرون دائمًا أن كل من يتعامل معهم سوف يفشي أسرارهم على الملا، وذلك يعود إلى كثرة الأبحاث القائمة عليهم، ولأنهم يومياً يتعرضون لطلاب معاهد الخدمة

الاجتماعية الذين يتدرّبون سنويًا في هذه الأماكن ويكتبون الأبحاث أمامهم؛ مما يشعرهم أنهم غير المجتمع الذي يعيشون فيه وأنهم في وضع سيئ، فهم منبودون حتى من أسرهم على حد تعبيرهم.

وفي بداية الأمرأخذ الباحث فترة يجلس معهم دون إظهار أي نوع من الأوراق حتى لا يشعروا بنفور منها، ثم بدأ في التحدث إليهم بشكل عام عن الحياة، وعن النادي، وهواياتهم وأنشطتهم الرياضية والبطولات، وكيف أنهم يقضون يومهم منذ استيقاظهم وحتى نومهم، للاحظ الباحث أن أكثر ما يعانون منه مشكلات خاصة، وهذا يحزنهم أكثر من حزنهم على فراق ذويهم. وبدأ الباحث باستخدام الفنيات مع المراهقين المعاقين حركيًا بشكل فردي لا جماعي؛ لأنهم يرفضون أن يظهروا عيوبهم وأخطاءهم أمام الآخرين، وأمام بعضهم البعض، ولا يتحدثون إلى الباحث إلا إذا خرج كل فرد من الغرفة، واضطرر الباحث لاستخدام أكثر من فنية في جلسة واحدة مثل فنية المناقشة والحوار وفنية حل المشكلات.

ومع مرور الوقت اعتاد أفراد العينة على الباحث؛ وبدأوا في الانتباه إلى البرنامج والتفاعل مع جلساته وفنياته المختلفة، فقد كان للفنيات المستخدمة في البرنامج دور واضح في خفض حدة الفobia الاجتماعية، ثم بعد مرور الوقت لاحظ الباحث أن هناك تفاوتاً بين استجابات أفراد العينة؛ فهناك من أثر فيه البرنامج تأثيراً واضحًا، وهناك من تأثر ولكن ليس بشكل كبير، ولكن حدث هناك تغيير في سلوكه بعد استخدام البرنامج.

وقد كان لاستخدام فنيات المناقشة والحوار وحل المشكلات الفضل الأكبر في جعل المشاركين من أفراد المجموعة التجريبية يتفاعلون مع الباحث بشكل سلس وسهل، وذلك في إطار مناقشة فكرة "المسئولية" وتحملها؛ فقد كان من الملاحظ عليهم أنهم يرفضون تحمل ولو جزء من المسئولية؛ فالمسئولية عندهم تقع على أفراد العائلة الذين تسببوا في وجودهم في هذا المكان، وبعدهم عن حياتهم التي كانوا فيها من قبل، وأنهم في النهاية مجبرون على التواجد هنا في دور الرعاية لأنه ليس هناك من بديل لذلك. ومن هنا كان لابد من تشجيع هؤلاء المشاركين ومساعدتهم على التعرف على كيفية التغلب على مشاعر الفobia الاجتماعية؛ وذلك بتبييضهم بمفهوم التواصل الجيد ومساعدتهم على تقبيل فكرة تحمل ولو جزء من المسئولية خطوة أولى لتطوير علاقاتهم الاجتماعية.

ويرى الباحث أن المراهقين المعاقين حركيًا كانوا في أمس الحاجة لمثل هذه البرامج (المجموعة التجريبية)، حيث ركز البرنامج على الأهداف التي صاغها الباحث في الجلسات الإرشادية والمرتبطة بشكل مباشر، وبخاصة تشجيع المراهقين المعاقين حركيًا على تنمية الثقة بالنفس، وتنمية بعض المهارات الاجتماعية؛ مثل : مهارات التعاون، وتنمية بعض المهارات اللغوية.

بالنسبة للمجموعة التجريبية: يرجع الباحث هذه النتيجة إلى استخدام العديد من الفنيات؛ فقد ساعد البعض منها في التقليل من حدة الفobia الاجتماعية لدى المعاقين حركيًا، منها:

- «الواجب المنزلي»: وهي الذي يكلف بها الأفراد بعد الانتهاء من كل جلسة، ويتم مناقشة هذه الواجبات المنزليّة في جلسات البرنامج التالية. وذلك بهدف مساعدتهم على ممارسة المهارات المتعلمة في جلسات البرنامج. وقد قام الباحث بمراجعة كل واجب أداء المشاركون في بداية كل جلسة جديدة للوقوف على ما أنجزه المراهقون من تقدم.
- «الحاضرة والمناقشة»: وهي إحدى الأساليب الهامة التي تساعد المراهقين المعاقين حركياً لفهم طبيعة الموقف المسبب للوجدن السالب والتواصل من أجل حلول مرضية، مما تكسبهم خبرة تمكّنهم من تعديل اتجاهاتهم.
- «لعب الدور»: أحد التكتيكات القائمة على نشاط الأعضاء ويهدف هذا التكتيكي إلى إتاحة الفرصة للتنفيس الإنفعالي وتحقيق التوافق والتفاعل السليم، وبهتم لهم بتمثيل مشكلات يعاني منها معظم أعضاء الجماعة.
- «النموذج»: تستند إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج، حيث تعطى لشخص فرصة ملاحظة نموذج، ويطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج.
- «التعزيز»: وفيه تتم إثابة المراهق على السلوك السوي المرغوب؛ مما يعزّزه ويدعمه ويثبته ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك أو الموقف.
- «حل المشكلات»: من خلال عرض الموضوع في صورة مشكلة، أو موقف صعب يواجهه الإنسان، وتحتطلب إجراءات للتغلب على هذه المشكلة، وقد تصعب هذه الإجراءات على بعض الأفراد مما يتطلب تدريبهم عليها.
- وأجمالاً:
- تم توظيف تلك الفنون داخل البرنامج بما يمكن المراهق من التغلب على الفobia الاجتماعية لديه.
- استعان الباحث بتديريات لواقف حياتية، وحركات الجسم التي يعبر بها عن الأفكار، كحركات الكتفين، ورفع الحاجب، والتعبيرات المختلفة للوجه والأيدي.
- الرغبة الواضحة في نظرات المشاركون (في المجموعة التجريبية) في التفاعل مع الباحث، في المواقف الاجتماعية المتضمنة في البرنامج، وإقبالهم على البرنامج بكل اهتمام.
- مراقبة أن ارتفاع الفobia الاجتماعية لدى الأفراد المعاقين حركياً قد يؤدي إلى:
- ✓ انخفاض فرصتهم للتواافق مع المجتمع.
 - ✓ مضاعفة إحساس الفرد بأنه معاق.
 - ✓ خفض معدلات نمو الذكاء الاجتماعي.

أما عن استمرارية فاعلية العلاج بالواقع؛ فقد كان تقديم الأنشطة والخبرات التربوية الفردية والجماعية للمعاقين حركياً، وأهمية الدور الأساسي لهم في المشاركة، والتركيز على تفاعلهم مع بعضهم البعض في أنشطة اللعب

الحر، إضافة إلى الواجبات المنزلية، أثر في استمرار الاحتفاظ بالتحسن في متغيرات الدراسة إلى ما بعد فترة التتبعي، وبالتالي يكون البرنامج المستخدم قد حقق أحد الأهداف الأساسية لبرامج تعديل السلوك بشكل عام.

في حين حرمت المجموعة الضابطة من كل ذلك؛ وبالتالي لم يتحسن أداؤها.

• ثالثاً : توصيات وبحوث مقترحة :

• توصيات التربية :

في ضوء ما سبق يقدم الباحث مجموعة من التوصيات التربوية ومنها ما يلى:

« تصوير معلمى المراهقين المعاقين حركياً بطرق التعامل السوية التي يمكن أن تساعده في زيادة الوجادات الموجبة. »

« ضرورة الاهتمام بإقامة الأنشطة المختلفة داخل الفصل الدراسي. »

« عقد دورات تدريبية للمعلمين في المدارس للتوعية بالإعاقة الحركية وتبصيرهم بآليات مساعدة المراهقين المعاقين حركياً على التكيف مع الواقع. »

« عمل زيارات مستمرة لمدارس العاديين، وتبادل تلك الزيارات، الأمر الذي يساعد على إقامة حوارات مع المعاقين حركياً وبالتالي يساعد على تحسين الآنا عندهم. »

• بحوث مقترحة :

يقترح الباحث بعض البحوث:

« فاعلية برنامج إرشادي لخفض الجنوح لدى المراهقين المعاقين حركياً. »

« فاعلية برنامج التدخل المبكر في تحسين التوافق لدى المراهقين المعاقين حركياً. »

« دور بعض الفنون العلاجية في تخفيف الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين حركياً. »

« بعض العوامل النفسية والاجتماعية المبنية بالوجادات الموجبة لدى المعاقين حركياً والعاديين. »

• المراجع :

- أحمد اللقاني، وعلى الجمل (٢٠٠٣). معجم المصطلحات التربوية المعرفة في المناهج وطرق التدريس، القاهرة، عالم الكتب.

- أحمد حسين أحمد الشافعي (١٩٩٣). القلق ووجهة الضبط لدى الأطفال المعاقين بصرياً والعاديين. رسالة ماجستير. كلية البنات، جامعة عين شمس.

- أحمد فهمي عكاشه (٢٠٠٣). الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

- أحمد متولي عمر (١٩٩٣). مدى فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة طنطا.

- أسامة عبد الحميد إبراهيم حمودة (٢٠١١). فعالية برنامج إرشادي انتقائي لتخفيف الوجادات السالبة لدى عينة منأطفال دور الرعاية الصحية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ.

- آمال إبراهيم عبد العزيز الفقي (٢٠٠١). فاعلية السيكودراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال. رسالة دكتوراه، كلية التربية جامعة الزقازيق - فرع بنها.
- أمل كرم خليفة (٢٠٠٦). التعلم عن بعد من وجهة نظر الطلاب المعاين بصربيا وحركياً بجامعة الإسكندرية، مجلة كلية التربية بالإسكندرية، مج (١٦)، ع (١)، ص ١٨١ - ٢٢٣.
- بدر محمد الأنصاري (٢٠٠٤). القلق لدى الشباب في بعض الدول العربية. دراسة ثقافية مقارنة، مجلة دراسات نفسية، مج (١٤)، ع (٣)، ص ١٤٥ - ١٥٩.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٨٧). التوجيه والإرشاد النفسي، القاهرة، عالم الكتب.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب.
- حسام محمود ذكي على (٢٠١١). فعالية العلاج بالواقع لتنمية فعالية الذات الاجتماعية لدى عينة من الطلبة المتاخرين دراسياً بكلية التربية جامعة المنيا، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة المنيا.
- رامي أسعد إبراهيم نتيل، محمد وفائي علاوي الحلول (٢٠٠٧). السمات المميزة لشخصيات المعاين سمعياً وبصرياً وحركياً في ضوء بعض المتغيرات، مجلة الجامعة الإسلامية سلسلة الدراسات الإنسانية، المجلد الخامس عشر - العدد الثاني، ص ٨٧٥ - ٩٢٤.
- رائد محمد أبو الكاس (٢٠٠٨). رعاية المعاين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
- رشاد على موسى (٢٠٠٨). علم نفس الإعاقة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- سامي محمد هاشم (١٩٩٨). دراسة لبعض العوامل المحددة للتتوافق مع الإعاقة لدى المعوقين جسمياً، مجلة كلية التربية بالزقازيق، مج (١٣)، ع (١)، ص ٧٣ - ١١٤.
- سميرة أبو الحسن (٢٠٠٧). سيكولوجية الإعاقة ومبادئ التربية الخاصة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- السيد فهمي على (٢٠٠٨). الإعاقات الحركية بين التشخيص والتأهيل وبحوث التدخل: رؤية نفسية إسكندرية، دار الجامعة الجديدة للنشر.
- صالح الوقفي (٢٠٠٣). أساسيات التربية الخاصة، الأردن، دار العبدلي.
- صمويل تامر بشرى (٢٠٠٤). الاكتئاب والعلاج بالواقع، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الباسط متولي خضر (١٩٩٤). دراسة انفعال الخوف في القرآن الكريم، مجلة كلية التربية بالزقازيق، العدد ٢٢، مايو ١٩٩٤.
- عبد السلام عبد الغفار (١٩٩٦). مقدمة في الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة العربية.
- عبدالعزيز الشخص (٢٠١٢). استماراة المستوى الاجتماعي - الاقتصادي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبدالعزيز القوصي (١٩٨١). أسس الصحة النفسية، ط٩، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد المطلب أمين القرطي (٢٠٠٥). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، القاهرة، دار الفكر العربي.
- عبد المنعم الحفني (١٩٩٩). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة، مكتبة مدبولي.
- فاروق فارع الروسان (٢٠٠٧). سيكولوجية الأطفال غير العاديين: مقدمة في التربية الخاصة، عمان، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع.
- محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩١). نظريات الشخصية. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- محمد محروس الشناوي (١٩٩٨). العلاج السلوكي الحديث: أسسه وتطبيقاته، القاهرة، دار قباء للنشر والتوزيع.
- محمد يسري دعيس (١٩٩١). أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة، دراسة انتربولوجية مقارنة، القاهرة، دار النشر الملتقى المصري للأبداع والتنمية.
- مفتاح محمد عبد العزيز (٢٠٠١). علم النفس العلاجي: اتجاهات حديثة، القاهرة، دار قباء.

- منى الحديدى وجمال محمد الخطيب (١٩٩٧). مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، عمان، دار إشراق.
- نور الدين طه السنباري (٢٠٠٧). العلاج بالواقع كأسلوب إرشادي لتخفيض الضغوط الناتجة عن الاعاقة لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.
- وفاء محمد القاضي (٢٠٠٩). قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، بغزة: فلسطين.
- وليد فتحي هندي (٢٠٠٧). صورة الجسم لدى الأطفال المعاقين جسمياً، دراسة سينكمترية كلينيكية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Anderson, E., & Lambert M. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 9, 503-514.
- Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1997). Social and specific phobias. In A. Tasman, J. Kay, & J.A. Lieberman (Eds.), Psychiatry (pp. 1037-1059). Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.
- Rowa, K., Antony, M., & Swinson R. (1999). "Cognitive features of social phobia. CNS Spectr, 4(11), 30-41.
- Brunello, N., Den Boer, J., Judd, L., Kasper, S., Kelsey, J., Lader, M., & Wittchen, H. (2000). Social Phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. Journal of Affective Disorders, 60 (1), 61-74.
- Chavira, D. A., & Stein, M. B. (1999). The shyness spectrum. CNS Spectrums, 4, 20–29.
- Cowden, P. (2010). Social anxiety in children with disabilities. Journal of Instructional Psychology, 37 (4), 301-305.
- Davidson, J., Potts, N., Richichi, E., Krishnan, R., Ford, S., Smith, R., & Wilson, W. (1993). Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. Journal of Clinical Psychopharmacology, 13, 423-428.
- Dolar, C. (1999). Body image and their relationship to the parties to the pain of amputation. Journal of Psychosomatic Research, 67 (4) 657-665.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. Behaviour Research and Therapy, 37, 831 - 843.

- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, et al. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. European Psychiatry, 15, 17-24.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F. & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: Prevalence, comorbidity and impairment in the general population. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43, 257-265.
- Feske, U., & Chambless, D.L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. Behavior Therapy, 26, 695–720.
- Furmark, T., Tillfors, M., Stattin, Ekselius, L., & Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. Psychological Medicine, 30, 1335-1344.
- George, M., & Lydiard, R. (1994). Social Phobia Secondary to Physical Disability. Psychosomatics, 35 (6), 520-523.
- Gould, R.A., Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M.W., & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. Clinical Psychology: Science and Practice, 4, 291–306.
- Glasser, W. (2000). Reality therapy in action. New York: HarperCollins.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990). Comparison of generalizes social phobia and public speaking phobia. The Journal of Nervous and Mental Disease, 178, 172-179.
- International Classification of Mental and Behavioral Disorder10 (1992). I.C.D.10. World Health Organization, Division of Mental Health, Geneva, 1992. F40.1 Social Phobia.
- Jackson, H. J. & Stanley, R.O. (1987). The missing factors: influences in choice of treatment strategies. Australian journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 15 (2), 83-91.
- Kim, J. (2009). Effectiveness of reality therapy program for schizophrenic patients. International Journal of Reality Therapy, 25, 36-39.
- Lalkhen, Y. (2001). A phenomenological understanding of self-esteem in physically disabled adolescents in a non-disabled environment. In partial fulfillment of the requirements for the degree of DPhil (Psychotherapy). University of Pretoria. South Africa.

- Lucas, R. A. (1994). A comparative treatment outcome study of social phobia. Dissertation Abstract International, B 54, P. 6465.
- Oberlander, E., Schneier, F., & Liebowitz, M. (1994). Physical Disability and Social Phobia. Journal of Clinical Psychopharmacology, 14 (2), 136-143.
- Sutherland, S. (1991). Macmillan dictionary of psychology. London: Macmillan Reference.
- Rapee, R., & Heimberg, R. (1997): A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behaviour Research and Therapy, 32 (8), 741-756.
- Ruth, D., Antony, M., & Swinson, R. (2001): Interpretations for anxiety symptoms in social phobia. Behavior Research and Therapy, 39, 129-138.
- Stein, M., & Walker, J. (2000): Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Finding from a community survey. Archives of General Psychiatry, 57, 1046-1052.
- Stopa, L., & Clark, D. (2000). Social phobia and interpretation of social events. Behaviour Research and Therapy, 38, 273-283.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27, 1-9.
- Wells, A. (1997). Cognitive therapy of anxiety disorders a practice manual and conceptual guide. Chichester: J. Wiley & Sons.
- Yetzer, E., Schandler, S., Root, T., & Turnbaugh, K. (2003). Self-concept and body image in persons who are spinal cord injured with and without lower limb amputation. SCI Nurs, 20 (1), 18-23.

