

فاعلية برنامج معرفى سلوكى لخفض القلق الاجتماعى لدى أطفال المرحلة الابتدائية

بحث للنشر كأحد متطلبات مناقشة رسالة الدكتوراه في التربية (صحة نفسية)

إعداد

جيهان عبد العظيم عبد اللطيف عبد الواحد

إشراف

أ.د / محمد عبد العال الشيخ

أ.د/ محمد ابراهيم عيد

أستاذ الصحة النفسية المتفرغ

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة الفيوم

كلية التربية - جامعة عين شمس

مقدمة:

يُعد الاهتمام بالطفولة من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره، فهذا الاهتمام هو في الواقع اهتمام بمستقبل الأمة، فإعداد الطفل ورعايته في كافة الجوانب هو إعداد لمواجهة التحديات التي يفرضها التطور والتغير السريع الذي نعيشه.

فمرحلة الطفولة بما لها من أهمية من حيث الخصائص والمعدلات النمائية في حياتنا تستوجب ألا يكون الطفل خلالها عرضة لاضطرابات عنيفة تزلزل أساس شخصيته في المراحل النمائية المتتالية فيما بعد ولا بد أن نضمن له مناخاً هادئاً مستقراً يسوده الهدوء والاستقرار النفسى . وحيث أن مرحلة الطفولة تعد فترة حساسة أكثر من أى مرحلة عمرية أخرى فإن الطفل يكون فيها أكثر عرضة واستهدافاً لنمو أشكال من السلوك الدال على سوء التوافق النفسى . (فيولا البيلوى، ١٩٩٠، ٣-٤).

ويعتبر العلاج المعرفى السلوكى اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفى بفتياته المتعددة ، والعلاج السلوكى بما يضمه من فنيات، ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثى الأبعاد إذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً ، ويعتمد هذا الاتجاه العلاجي على الإقناع الجدلي التعليمي، وتوضيح العلاقة بين الأفكار

المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية، وما يترتب عليها من مشاعر سلبية تحد من أداء الفرد الوظيفي في مختلف المجالات (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٠، ١٧).

فيقدم العلاج المعرفي السلوكي العديد من الطرق العلاجية والاستراتيجيات المعرفية ووجهات النظر المختلفة عن الدور المعرفي في تغيير سلوك الفرد فهو أسلوب علاجي تتم فيه مساعدة الشخص للحصول على اكتساب مهارات جديدة للتعامل مع المواقف والأشخاص وذلك من خلال اعتماده على العديد من الاستراتيجيات العلاجية، على سبيل المثال قائمة المعتقدات ومهارات التعامل والتعليمات الذاتية وسلوك حل المشكلات.... وغيرها، وتركز كل هذه الإجراءات العلاجية على الاستراتيجيات المعرفية للعميل (Meichenbaum, D.1999,55-58).

ولهذا تهدف الباحثة إلى إعداد برنامج معرفي سلوكي لخفض حدة اضطراب القلق الاجتماعي الذي يتمثل في الخوف من الآخرين وعدم القدرة على التفاعل اجتماعياً معهم والانسحاب والعزلة لدى عينة من الأطفال بالمرحلة الابتدائية والذي يهدف البحث إلى إعدادهم نفسياً واجتماعياً وانفعالياً وسلوكياً لكي يستطيعوا أن يندمجوا في المجتمع.

مشكلة البحث:

يُعد القلق الاجتماعي من الاضطرابات النفسية المعيقة لأطفال المرحلة الابتدائية، فهو يتعارض مع حياتهم الاجتماعية، ويدفعهم لتجنب المشاركة الفعالة في المجالات المختلفة، إضافة لما يسببه من التدهور الشديد والبطء في التحصيل الدراسي (Ranta,La Greca,Kaltiala- Heino&Marttunen,2016)

كما تكمن المشكلة في أن أكثر من (٨٠%) من الأطفال المصابين باضطراب القلق الاجتماعي يبقون دون علاج (Merikangas et al, 2011). فالطفل نفسه قد لا يطلب المساعدة؛ قد لا يتم وصفه من أقرانه بالشخص غير الطبيعي، والأسوأ من ذلك أن انعزال الطفل وانسحابه قد يتم تجاهله من قبل المعلمين، فهو لا يسبب لهم مشكلة مقارنة بغيره من الأطفال الذين يسببون الازباك والفوضى، الأمر الذي قد يؤدي إلى استمرار القلق وتفاقمه

عبر المراحل العمرية المختلفة؛ لذا تقتضى الحاجة إلى التخفيف من هذه المشكلة عن طريق البرامج المعرفية السلوكية المناسبة للطلبة الذين يعانون من القلق الاجتماعي.

واستناداً إلى ما سبق يمكن صياغة مشكلة البحث في التساؤل الآتي:-

◆ ما فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض اضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة من الأطفال بالمرحلة الابتدائية ؟

هدف البحث:

هدف البحث الحالي إلى :-

التحقق من مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية باستخدام مجموعة من الفنيات والأساليب المنتقاه كإعادة البناء المعرفي، النادي الإرشادي، توكيد الذات ، لعب الدور، النمذجة ، التعزيز، الواجبات المنزلية ، المراقبة الذاتية ، الضبط الذاتي .

أهمية البحث :

تتحد هذه الأهمية في جانبين أساسيين أحدهما نظري والآخر تطبيقي :-

أولاً : الجانب النظري :-

• تكمن أهمية البحث في تقديم برنامج معرفي سلوكي لخفض اضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة من أطفال المرحلة الإبتدائية مما يساعدهم على الاندماج وتحسين تفاعلهم داخل المجتمع.

ثانياً : الجانب التطبيقي :

◆ تكمن أهمية البحث في تقديم برنامج معرفي سلوكي لخفض اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية .

◆ تقديم أداة لقياس جوانب القلق الاجتماعي لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية.

مصطلحات البحث :

• البرنامج المعرفي السلوكي:

يُقصد بالبرنامج المعرفي السلوكي في الدراسة الحالية: بأنه شكل من أشكال الإرشاد النفسي الحديث والذي يتم عن طريق دمج فنيات الإرشاد المعرفي وفنيات الإرشاد السلوكي معا ، مما يؤدي إلى مساعدة الأطفال على تطوير مهاراتهم المعرفية وإعادة بناء أفكارهم وممارسة السلوكيات الايجابية وتدعيمها حيث يقوم على تصحيح التصورات الخاطئة واستبدال الأفكار السلبية الناتجة عن التفكير الخاطئ بأفكار إيجابية لديهم من خلال تقديم خدمات إرشادية وأنشطة تدريبية منظمة ومخطط لها بدقة بهدف خفض اضطراب القلق الاجتماعي لديهم وكذلك تحسين اتجاهات نظرائهم العاديين نحوهم .

• القلق الاجتماعي :

هو احد اضطرابات القلق Anxiety disorder ويتسم بخوف واضح ودائم من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية التي تتطلب الأداء في جماعة ، ويتم تجنب تلك المواقف الاجتماعية التي يخاف منها الفرد ، أو التي تثير لديه القلق دائما . ويُعرف القلق الاجتماعي اجرائيا في هذا البحث بأنه: حالة مرتبطة بالمواقف الاجتماعية تتضمن خوف الشخص من الظهور بمظهر مخزي ، ويكون القلق الاجتماعي هنا شديداً وظاهراً في معظم المواقف الاجتماعية ، ويشمل جوانب خاصة بالتفاعل الاجتماعي يتمثل في الانسحاب والعزلة والخجل وعدم التواصل والخوف من الآخرينإلخ ، و يصاحبه تغيرات فسيولوجية لعل من أبرزها برودة الأطراف وجفاف الحلق وسرعة دقات القلب وعدم القدرة على مواجهة الآخرين.

فروض البحث :

- ١- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب أفراد المجموعتين الضابطة و التجريبية فى القياس البعدى للقلق الاجتماعى لصالح المجموعة التجريبية.
- ٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى للقلق الاجتماعى تعزى للبرنامج المعرفى السلوكى .

حدود البحث:

يتحدد البحث الحالى بما يلي :-

أولاً : منهج البحث

يتبع البحث الحالى المنهج شبه التجريبي، حيث يمثل البرنامج المعرفى السلوكى المتغير المستقل، ويمثل القلق الاجتماعى المتغير التابع .

ثانياً : العينة: -

تتألف عينة البحث من مجموعة كلية قوامها (٣٠) تلميذا ، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٩-١١) عام بمدرسة صلاح الدين الابتدائية التابعة لإدارة النزهة التعليمية بمحافظة القاهرة ، والملتحقين بالصفوف الدراسية الرابع والخامس الابتدائي، ويتم تقسيم هذه العينة إلى مجموعتين إحداهما المجموعة الضابطة وقوامها (١٥) تلاميذ والأخرى المجموعة التجريبية وقوامها (١٥). مع مراعاة تجانس أفراد العينة من حيث متغيرات الذكاء والمستوى الاجتماعى والاقتصادي علاوة علي اضطراب القلق الاجتماعى.

ثالثاً: الأدوات

١. مقياس تايلور للقلق .
٢. برنامج معرفى سلوكى لخفض القلق الاجتماعى (إعداد الباحثة).

الإطار النظري للبحث

المحور الأول : القلق الاجتماعى Social Anxiety Disorder

يتضمن هذا المحور عرضاً للمفاهيم الأساسية لاضطراب القلق الاجتماعى وتتمثل فى :-

- مفهوم القلق الاجتماعى

- أنواع القلق الاجتماعي
- أعراض القلق الاجتماعي
- النظريات والنماذج المفسرة لاضطراب القلق الاجتماعي
- أسباب القلق

أولا :- مفهوم اضطراب القلق الاجتماعي

يوضح محمد إبراهيم عيد (٢٠٠٠ : ٢٥٩) إلى أن مصطلح الرهاب الاجتماعي مرادف لمعنى اضطراب القلق الاجتماعي، وأن المفهومين وجهان لخوف واحد من مواقف اجتماعية بعينها، وتشكل، هذه المواقف مصدر تهديد، تصاحبه تغيرات فسيولوجية حادة. ويرى محمد إبراهيم عيد (٢٠٠٢ : ٢٩٠) أن القلق الاجتماعي هو خوف دائم من مواقف اجتماعية ، تشد حذته ويستتار نتيجة لبعض المواقف الاجتماعية.

ويذكر محمد حسن علي (٢٠١٢ : ٤٨) أن اضطراب القلق الاجتماعي هو خوف شديد ودائم من المواقف الاجتماعية ومواقف الأداء ، وإن الدخول في هذه المواقف يثير استجابة القلق.

ويشير بولك (Pollack, M. , 2014 : 24) إلى أنه شعور الفرد بالخوف الشديد والإحراج عند مواجهة المواقف الاجتماعية التي يشعر فيها بأنه محط الأنظار من قبل الآخرين.

ويقدر وحيد مصطفى كامل (٢٠٠٤ : ٣٣) أن القلق الاجتماعي هو استجابة مصحوبة بالتوتر والاضطراب عند مواجهة الآخرين كالأقران والوالدين والمدرسين والجيران . وعليه ترى الباحثة من خلال ما ورد في التعاريف السابقة للقلق الاجتماعي أنه حالة مرتبطة بالمواقف الاجتماعية تتضمن خوف الشخص من الظهور بمظهر مخزي وهذا الخوف ، كما يدركه الفرد ، غير معقول وليس له ما يبرره ، مما يتولد لديه وعي مفرط بالذات وانشغال زائد بتقييمات الآخرين مع توقع يغلب عليه الطابع السلبي، وهو ما يؤدي بدوره إلى سلوكيات التجنب للمواقف المثيرة للقلق الاجتماعي.

ثانياً: أنواع القلق الاجتماعي:

يمكن تقسيم القلق الاجتماعي إلى نوعين

١- نوع معمم Generalized type

٢- نوع خاص أو مميز Discrete type

النوع العام:

وهو الأكثر شيوعاً وانتشاراً ، وفيه يشعر الفرد بالقلق والعصبية وعدم الراحة تقريباً في كل المواقف الاجتماعية ، ويعاني منه من يتسمون بالخجل ولا يقدمون على الاتصالات الاجتماعية ، وإن حدثت فهي محددة جداً ، ومرتبطة بالمحيطين بهم فقط ، والأفراد هنا لا يطورون مهاراتهم الاجتماعية، ويسئ الناس فهمهم ومعاملتهم ، وينشأ لديهم حساسة مفردة تجاه كل أشكال الرفض والتقييم السلبي، ويحاولون قدر الإمكان تجنب الاتصال الاجتماعي أو اللامبالاة وعدم الاكتراث وهم يحبون أن يحظو بالقبول من الأشخاص الذين يحبونهم .

النوع الخاص:

وفيه يكون الموقف الاجتماعي الذي يخاف منه الفرد محدداً ، ويعد الخوف من التحدث في المحافل الرسمية أهم هذه المواقف ، كذلك تجنب التواجد في الاجتماعات غير الرسمية أو المناقشات بين فرد وفرد أو بين مجموعة صغيرة أو الاقتراب من الغرباء أو الاختلاط بهم (5-19 : Booth, et al, 2011)

ثالثاً : : أسباب القلق : Cause of Anxiety

هناك عوامل عدة تفسر أسباب القلق الاجتماعي تسهم في ظهور واستمرار القلق الاجتماعي ومن هذه العوامل ما يلي :-

- الاستعداد الوراثي ، وتفاعل العوامل الوراثية مع الظروف البيئية .
- الاستعداد النفسي ، والشعور بالتهديدات الداخلية أو الخارجية ، والتوتر النفسي الشديد ، والأزمات المفاجئة .
- الصدمات النفسية ومشاعر الذنب ، والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة ، والشعور بالعجز ، والنقص ، والكبت ، والصراع ، والإحباط ، والفشل .

- مواقف الحياة الضاغطة : كالضغوط الحضارية ، والثقافية ، والدينية ، ومطالب الحياة المتغيرة السريعة والمتلاحقة .
- مشكلات الطفولة ، والمراهقة ، والشيوخوخة ، وما قد يتعرض له الفرد خلال هذه المراحل من خبرات صادمة .
- التعرض لخبرات الحياة الاقتصادية أو العاطفية ، أو التربوية ، أو الخبرات الصادمة ، خاصة إبان مرحلتي الطفولة والمراهقة . (حامد عبد السلام زهران ، ٢٠٠٥ : ٤٨٥-٤٨٦)
- الخوف من المستقبل : ينشأ القلق نتيجة للخوف ، فالخوف من المستقبل يؤدي إلي الخوف من الحاضر ، فالخائف يتوقع الشر دائماً .
- العداء والكراهية : العداء يزيد القلق ، والكراهية تملأ الإنسان ، ففي العداء إحساسات ومشاعر وصراعات ، وقد تنشأ الكراهية من الغيرة ، والغيرة نوع من الصراعات الذي ينبع منه قلق شديد
- الحيرة والتردد في الاختيار بين المواقف الحياتية المختلطة والمتناقضة والمتغيرة والسريعة.
- عدم القدرة علي الإشباع النفسي : فالإنسان يتهم بتحقيق أهدافه في الحياة ، فمتى شعر بوجود معطلات تقف في طريقة سيطر عليه القلق .
- الرفض أو النبذ : فالخوف من رفض الآخر لنا يجعلنا غير مطمئنين أو مستريحين في المواقف الاجتماعية .
- عدم الثقة : سواء في أنفسنا أو في غيرنا عند خوض التجارب والمواقف والخبرات الجديدة .
- التنافر المعرفي : يؤدي تناقض الجوانب المعرفية ، كالإدراكات، والأفكار ، والمعلومات ، كل منها مع الآخر ، أو مع اتساقها مع المعايير الاجتماعية إلي القلق
- الإحباط والصراع.(أشرف محمد شريت ، ٢٠٠٦ : ١٠٧-١٠٨) .

خامساً : أعراض اضطراب القلق الاجتماعي:

يقسم محمد إبراهيم عيد (٢٠٠٢ : ٢٩٢) الأعراض المصاحبة للقلق الاجتماعي إلى خمسة جوانب هي:

أولاً : جوانب انفعالية : Emotional aspects

وتظهر في أعراض يتمثل بعضها في انهيار ، وسرعة في الاستثارة والتهيج ، والإحساس الدائم بالهم وعدم الراحة .

ثانياً : جوانب فسيولوجية : physiological Aspects

ويتمثل بعضها في سرعة خفقان القلب ، صعوبة التنفس ، آلام الصدر ، جفاف الفم ، التبول المتكرر ، الارتعاش ، والإحساس بالدوخة والغثيان والأرق والصداع وما إلي ذلك .

ثالثاً : جوانب معرفية : Cognitive Aspects

ويتمثل بعضها في اضطراب الفكر وعدم القدرة علي التركيز واختلال الأنية Depersonalization فالعالم يبدو وكأنه عالم غير حقيقي ، أو الشعور بأن العالم شيء مغاير ولا يمكن الإمساك به .

رابعاً : جوانب سلوكية : Behavioral Aspects

تتمثل في التوتر العضلي ، والشعور بالتعاسة ، الهم والقلق ، ومن شأن ذلك التأثير علي مهارات التواصل والإدراك الحركي Perceptual Motor skills .

خامساً : جوانب اجتماعية : Social Aspects

يتمثل بعضها في تجنب التواصل مع الآخرين علي نحو يدمر فيه علاقات قائمة بالفعل بالآخرين الأمر الذي يفضي إلي العزلة المطبقة والاكنتاب .

وتشير إيمان فوزي شاهين (٢٠١٠ : ١٢٣-١٢٤) إلى أن للقلق الاجتماعي مجموعة من الأعراض على المستوى المعرفي و السلوكي والفسولوجي :-

- الجوانب المعرفية : ينشغل مريض القلق الاجتماعي بأفكار تتعلق بالكيفية التي سيظهر بها أمام الآخرين ويغلب عليه القلق من أن لا ينال رضا الآخرين وتقديرهم ويتوقع أنه سوف يصاب بالحرج الشديد إذا اخطأ أو ظهر بمظهر الأحمق .

- الجوانب السلوكية: يتسم سلوك مريض القلق الاجتماعي بالخلج والتشوش الشديد والارتباك الشديد ف المواقف الاجتماعية نتيجة لتوقعه الشعور بالحرج أو المهانة وهو ما يؤدي به إلى تجنب المواقف الاجتماعية إلى حد العزلة أحياناً .
- الجوانب الفسيولوجية : كثيراً ما يتضمن أعراض القلق الاجتماعي أعراضاً فسيولوجية واضحة كالتعرق المفرط ، والغثيان ، والارتجاف ، وأحياناً والتلعثم واللججة وذلك بالإضافة إلى احمرار الوجه Blushing المصاحب للشعور بالخلج
- سادساً: النظريات والنماذج المفسرة للقلق الاجتماعي:

١- نظرية التحليل النفسي:

يحدث القلق كما يفترض فرويد (١٩٦٢) نتيجة لإحباطات الرغبات الجنسية الموجودة في الهو ، وتتم هذه الإحباطات عن طريق الكف ، والتحكم الوالدي ، والانا ، والانا الأعلى ولكن بعض علماء النفس يرون أن القلق ينشأ في المقام الأول نتيجة الصراع بين رغبات الطفل لإرضاء الذات والاستقلال ومخاوفه الناشئة من فقدان الحب والتأييد كعقاب له للتعبير عن هذه الرغبات ، وهذا التعبير عن هذه الرغبات يكون غالباً ضد العرف الاجتماعي Social Custom . لذا فالقلق مرتبط بالتنشئة الاجتماعية . (رشاد عبد العزيز موسى ، ٢٠٠٢ : ٤٠) .

ويحدد سيجموند فرويد ثلاثة أنواع للقلق : القلق الموضوعي ، القلق العصابي والقلق الأخلاقي . ويبين أن القلق يعمل كإشارة إنذار للأنا بخطر وشيك الحدوث ، ناتج عن اندفاعات غرائزية ، عندئذ تستهض الأنا عددا من الميكانزمات الدفاعية لمواجهة هذا الخطر ، والتي قد يتمثل بعضها في الكبت ، الإسقاط ، الإزاحة ، التبرير ، التكوين العكسي والإعلاء والنكوص والإنكار . (محمد إبراهيم عيد ، ٢٠٠٦ : ٣٤-٣٥)

٢- النظرية السلوكية:

ينظر أصحاب النظرية السلوكية إلى القلق باعتباره خبرة متعلمة في ضوء مبادئ التعلم ، حيث تمثل الأسرة المصدر الأول للتعلم تليها المؤسسات الاجتماعية الأخرى - وذلك أمثال بافلوف وثورنديك و سنكر وواطسون . ويعتبر السلوكيين القلق بمثابة خوف يستثار بمثيرات

ليس من طبيعتها أن تثير هذه الاستجابة غير أنها اكتسبت القدرة علي إثارة هذه الاستجابة نتيجة لعملية تعلم سابقة ، فاستجابة القلق إذا استجابة اشتراطيه تقليدية ، فذا أثرت هذه الاستجابة عن طريق مثير من شأنه أن يثير هذه الاستجابة اعتبرت هذه الاستجابة خوفاً ، أما إذا أثار هذه الاستجابة مثير ليس من طبيعته أن يثير الخوف فهذه استجابة قلق ، ويعتبر حدوث هذه الاستجابة أمراً طبيعياً إلا إذا حدثت في مواقف لا يستجيب فيها الآخرون استجابة قلق ، أو إذا بلغ الفرق بين شدة استجابة عند فرد معين في موقف معين ، وشدها عند الآخرون قدرًا كبيراً ، حيث تعبر في هاتين الحالتين الاستجابة مرضية وليس هناك فرق بين استجابة القلق الطبيعية واستجابة القلق المرضية من حيث التكوين والنشأة فكلاهما استجابة مكتسبة . (يوسف محمود قطامي، ٢٠٠٥ : ١٢٤ - ١٢٥)

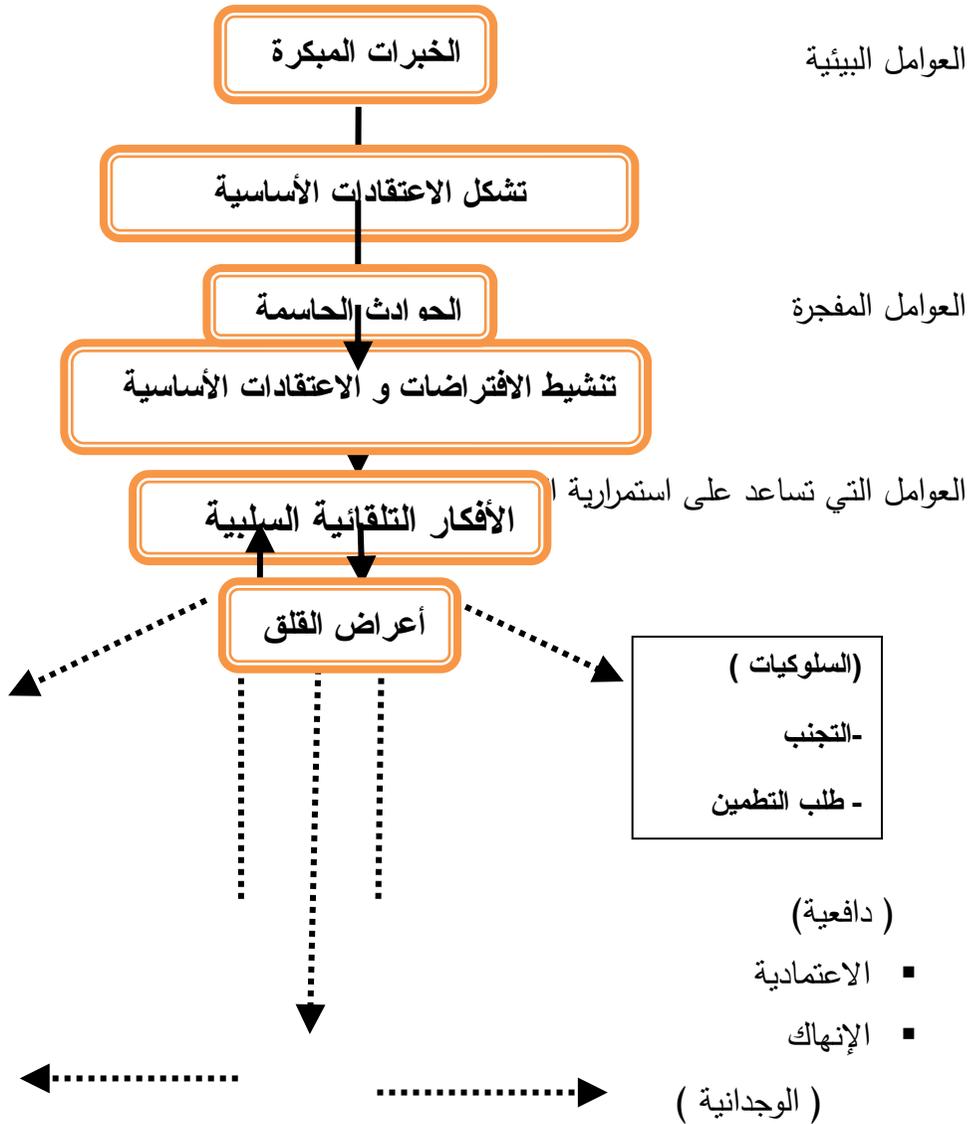
وقد أشار حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥ : ٢٥٠-٢٥١) بأن المخاوف الاجتماعية هي سلوك غير سوي تم تعلمه طبقاً لمبادئ الاشتراط عند سكينر Skinner ويعنى أنه حينما تتوافر بذور الخوف في موضوع أو موقف معين فإن الشخص يستجيب بتجنب هذا الموقف أو الموضوع المثير للخوف ، فإذا وجد هذا الشخص أن هذا التجنب (السلوك) قد أدى إلي تخفيف المخاوف من الموقف أو الموضوع ، فن ذلك يعنى أن الفرد قد حصل علي إثابة ، وهي تقليل حد شعوره بالقلق من هذا الموقف ، وبالتالي فإن سلوك التجنب (الابتعاد عن الموقف برمته) يدعم لدي هذا الشخص ، فيؤدي إلي مزيد من التجنب للحصول علي مزيد من خفض القلق ويدور في حلقة مغلقة لا يخرج منها .

٣- النظرية المعرفية:

تقترح النظرية المعرفية أن التقديرات السلبية للذات والتفسيرات الخاطئة للأحداث ، والتفكير المشوه والتوقعات غير الواقعية والمعتقدات غير المنطقية والحوار الداخلي للأفكار تلعب دوراً هاماً في إحداث الاضطرابات النفسية بصفة عامة والقلق الاجتماعي بصفة خاصة. (طه عبد العظيم حسين ، ٢٠٠٧ : ١٧٣).

ويتشكل البنيان المعرفي للفرد خلال مراحل نموه ومنذ الطفولة المبكرة حيث تعمل الخبرات التي يمر بها الفرد على تشكيل عدد كبير من المخططات يتعلق البعض منها بالفرد والبعض

الأخر بالبيئة والتعامل مع مثيراتها، حيث تصبح هذه المخططات الأداة التي يدرك ويفسر بها ما يمر به من خبرات، وفي ذات الوقت يقرر من خلالها أي السلوكيات ستتطوي عليها ردود أفعاله تجاه واقعه. وتكون المخططات إما متكيفة أو سيئة التكيف ويعتبر المعرفيون أن هذه الأخيرة هي المسؤولة عن إمكانية تعرض صاحبها للاضطرابات النفسية المختلفة. والشكل التالي يوضح التصور المعرفي للاضطراب



(المعرفية)

الخوف

- التجنب المعرفي
- التوقعات السلبية

الفسولوجية

- تيقظ واستنارة

الشكل رقم (١) يوضح التصور المعرفي للاضطرابات النفسية (ناصر المحارب : ٢٠٠٠-١٣١)

وعلى هذا فإن النموذج المعرفي يفترض أن الحالات المرضية المختلفة تتميز بمخططات معرفية محددة، فمثلا الاكتئاب يرتبط بالمخطط السلبي للفشل والضياع والفراغ، أما القلق فيتميز بالتهديد والتوجس والغضب، وتتميز البارانويا بموضوعات تتعلق بالريبة والخوف من السيطرة ومؤامرات الآخرين (ميرفن ر. سموكر، ٢٠٠٦ : ٢٨).

المحور الثاني: العلاج المعرفي السلوكي : Cognitive Behavior Therapy

ويتضمن هذا المحور عرضاً للمفاهيم الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي وتتمثل في :-

- ◆ مفهوم العلاج المعرفي السلوكي
- ◆ أهداف العلاج المعرفي السلوكي
- ◆ مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
- ◆ العلاج المعرفي السلوكي للقلق الاجتماعي

وفيما يلي توضيح لكل عنصر من العناصر سالفة الذكر

أولاً : مفهوم العلاج (الإرشاد) المعرفي السلوكي

يُعرف بيك وستيفن Steven , Beck (١٩٩٥ : ٤٤٢) الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه عبارة عن المدخل الذي يسعى إلى تعديل الاضطرابات النفسية ، وذلك من خلال تعديل المفاهيم الذهنية الخاطئة

ويرى أيزنك (Eysenck) (٢٠٠٠: ٣٢٠) أن العلاج المعرفي السلوكي هو تطور للعلاج المعرفي في محاولته لتغيير السلوك من خلال تغيير محتوى التفكير وإعادة بناء القناعات من خلال الإجراءات المعرفية .

ويشير عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠: ٢٣) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي هو عبارة عن مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تشترك في افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك ، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية .

ثانيا : أهداف العلاج المعرفي السلوكي

لا شك أن نظرية عميقة بأفكارها، واسعة بأدواتها وفنيتها كالنظرية المعرفية السلوكية لها من الأهداف التي ترقى إلى مكانتها ودورها، وتتمثل هذه الأهداف في تدريب الفرد على الآتي:

- ◆ أن يصبح الشخص واعياً بأفكاره الآلية.
- ◆ التعامل مع التفكير غير المنطقي.
- ◆ تحسين المهارات الاجتماعية من خلال تعليم أساليب التعامل مع الآخرين .
- ◆ استخدام استجابات سلوكية ومعرفية في نفس الوقت لمواجهة المثيرات المزعجة ففي الجانب السلوكي يوضع جدول واضح ومحدد من المهام نسعى من خلالها إلى تزويد العميل بخبرات ناجحة، أما الجانب المعرفي فيشتمل على عملية التفرقة ما بين "أنا أظن" وهي الفكرة التي تقبل التشكيك وبين أنا أعرف وهي حقائق لا تحمل الرفض.
- ◆ كيفية حل المشكلة وذلك بإشراك المسترشد في حل المشكلة بمساعدة المرشد حيث يتعلم المسترشد بدوره كيف يحل المشكلات (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، ٢٠١١: ١٤٦).

ويوضح عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠: ٥١) أن الإرشاد المعرفي السلوكي يسعى إلى تحقيق ثلاثة أهداف هي :

- ◆ العمل على تقليل ما يشعر به الفرد من كرب وعجز والذي يرجع في الواقع إلي الاضطرابات التي يعاني منها الفرد.

- ◆ تدعيم مشاركته الفعالة في المواقف الاجتماعية المختلفة، وكما يعمل علي منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي، ويعمل المعالج في سبيل تحقيق ذلك بقوة ثلاثية تضم استراتيجيات معرفية، وأخري سلوكية، وثالثة انفعالية.
- ◆ التقليل من حدة الاضطرابات الانفعالية التي تعتري الفرد.

كما يشير محمد محروس الشناوي (١٩٩٤) أن أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي تكمن فيما يلي:

- تنمية السلوك الاجتماعي لدى الأفراد .
- تعديل سلوك الأفراد الذين يعانون من اضطرابات سلوكية
- وقاية الأفراد من ارتكاب بعض التصرفات الخاطئة .
- تنمية القيم والمثل العليا والأخلاق والمثل العليا من خلال تعديل أنماط السلوك الخاطئة المرتبطة بها .
- بناء شخصيات الأفراد من خلال تعلمهم أنماط سلوكية جديدة تزيد من قدرتهم على القيادة وتحمل المسؤولية . (نقلاً عن : محمد سيد عبد اللطيف ، ٢٠١٥ : ١٣)

ثالثاً: مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

يشير كروين Crwen (٢٠٠٠ : ٨) أن المبدأ الأساسي للعلاج المعرفي السلوكي هو أن الأفكار ، والانفعالات ، والسلوكيات ، يعتبر كل منها جانباً من نظام موحد ، بحيث أن التغيير الحادث في أي جانب منها يكون مصحوباً بتغيرات في الجوانب الأخرى.

ويوضح عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠) أن هناك مجموعة من المبادئ التي تمثل الاتجاه المعرفي السلوكي في العلاج تتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية وما يرتبط بكل منها من جوانب . وتتمثل تلك المبادئ فيما يلي :

- ١- إن العميل والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول .
- ٢- إن المعرفة لها دوراً أساسياً في معظم التعلم الإنساني
- ٣- إن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سببي.

٤- إن الاتجاهات والتوقعات والأنشطة المعرفية الأخرى لها دوراً أساسياً في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.

٥- إن العمليات المعرفية تندمج معاً في نماذج سلوكية. (عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٠ : ٢٣).

٦- يُعلم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف على الآثار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها .

٧- يستخدم فنيات ومهارات متعددة الأحداث تغير في التفكير والمزاج والسلوك.

٨- يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحاً مع المريض ، يناقش معه وجهة نظره حول المشكلة ، ويتعرف إلى أخطائه ويسمح للمريض بمعارضته ومناقشته.

٩- العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف لجعل المريض معالماً نفسياً.

١٠ - الافتراض المستمر :بمعنى أن السلوك الخفي غير الظاهر يخضع لنفس قوانين التعلم التي يخضع لها السلوك الظاهر والملاحظ، فحتى المعارف يتم نقلها من خلال النمذجة ولعب الدور والتشكيل. (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد ، أحمد عبد الحليم عربيات ، ٢٠١٢ : ٢٢٦)

رابعاً : العلاج المعرفي السلوكي للقلق الاجتماعي:

يُبنى التدخل العلاجي المعرفي السلوكي على استراتيجيات تأخذ بعين الاعتبار بداية مثيرات القلق المسؤولة عن الاستجابة القلقية، وهذه المثيرات مصنفة إلى نمطين :داخلية يتم استحداثها من قبل الفرد " أفكار، صور، أفكار لاعقلانية ومعتقدات" وخارجية يتم استحداثها من الخارج " تفاعل اجتماعي " . (Véra ,L, Mirabel & Sarron.C,2012 : 88)

حيث يؤدي التفاعل السلبي بين هذه المكونات إلى ما يسمى الدوامة المعرفية، والتي تتجسد في الشكل رقم(4) ، فمن خلال إتباع المسار رقم (2) يظل الفرد حبيس هذه الدوامة، وتكون النتائج في الأخير سلبية في مواجهة المواقف ، والعكس من ذلك إذا أخذ الفرد المسار رقم (1) .

وفي حالة الرهاب الاجتماعي تتفاعل هذه المكونات المعرفية والوجدانية والسلوكية كما يلي:

◆ ينتج عن الأفكار المعرفية الخاطئة واعتقادات خاطئة وأفكار سلبية حول الذات والآخريين (مواقف التفاعل الاجتماعي) ، وضعف التركيز والمشكلات الاجتماعية والشخصية كالخوف من تقييم الآخرين سلبا والانسحاب والتجنب، وفقدان الأصدقاء، وضعف التواصل الاجتماعي.

◆ ينتج عن الأفكار المعرفية الخاطئة تغيرات انفعالية ووجدانية سلبية، مثل الخوف والرهاب، وتغيرات عضوية كالعصبية والارتجاج وجفاف الحلق، وسرعة ضربات القلب، والاستثارة.

إجراءات البحث:

أدوات البحث:

تتمثل أدوات البحث فيما يلي:

١- مقياس تايلور للقلق .

٢- برنامج معرفي سلوكي لخفض القلق الاجتماعي (إعداد الباحثة).

أولا: مقياس القلق:

بعد مراجعة الأدب النظري والمقاييس المتعلقة باضطراب القلق، استخدمت الباحثة مقياس تايلور للقلق، والذي ترجمه إلى العربية فهمي وغالي (١٩٩٢)، والذي يتكون من (٥٠) فقرة أمام كل منها سلم خماسي يجيب عنه المفحوص على النحو التالي : دائما وتأخذ (٥) درجات ، غالبا وتأخذ (٤) درجات ، أحيانا وتأخذ (٣) درجات، نادرا وتأخذ (٢) درجة ، أبدا وتأخذ (١) درجة، بحيث تتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين (٥٠-٢٥٠) درجة على أن الزيادة في الدرجة تشير إلى ارتفاع مستوى القلق لدى المفحوص.

ثبات المقياس:

وللتحقق من ثبات المقياس تم حساب معامل ثبات الاتساق الداخلي حسب معادلة الفا كرونباخ على عينة ضمت (٢٠) تلميذا من تلاميذ الصف الخامس الابتدائي من خارج عينة الدراسة، حيث بلغ معامل ثبات الاتساق الداخلي (٠,٨٢)، ويعد هذا المعامل مناسباً .

ثانياً: البرنامج المعرفى السلوكى:

بعد مراجعة الباحثة لأدب المتعلق بالعلاج المعرفى السلوكى، والاطلاع على البرامج المتوفرة حول العلاج المعرفى السلوكى، قامت ببناء البرنامج وفقاً للاعتبارات التالية:

- ١- الأساس النظرى الذى اعتمد فى تصميم البرنامج بشكل خاص هو الاتجاه المعرفى السلوكى مع الافادة من الأبحاث والمراجع المتعلقة بالقلق .
- ٢- تحليل مضمون مهارات البرنامج المعرفى السلوكى.
- ٣- صياغة المهارات بحيث تلائم الفئة المستهدفة فى البرنامج وخصائصها .
- ٤- تصميم أنشطة وتمارين البرنامج .

وقد تم إعداد البرنامج وفقاً للخطوات التالية :

- ١- تحديد عدد جلسات البرنامج وإعدادها من حيث المضمون وتسلسل الجلسات .
- ٢- تحديد الأهداف السلوكية لكل جلسة.
- ٣- تحديد الأنشطة والتمارين لكل جلسة.
- ٤- تحديد الوقت والمكان المناسبين لتنفيذ البرنامج .

وصف البرنامج:

يتكون البرنامج المعرفى السلوكى فى صورته النهائية من (٢٠) جلسة إرشاد جمعى تعقد بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً بواقع (٤٥) دقيقة لكل جلسة، وتم تحديد محتوى الجلسات العلاجية وفقاً للهدف العام للبرنامج .وللتحقق من صدق البرنامج وصلاحيته تم عرضه فى صورته الأولية على مجموعة من المحكمين ذوى الخبرة فى مجال الارشاد والصحة النفسية وتم الأخذ بملاحظاتهم حتى أصبح البرنامج فى صورته النهائية .

نتائج البحث:

الفرض الأول: توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب أفراد المجموعتين الضابطة و التجريبية فى القياس البعدى للقلق الاجتماعى لصالح المجموعة التجريبية. تم استخدام اختبار Mann-Whitney U لحساب الفروق بين متوسطى رتب المجموعة الضابطة والتجريبية فى القياس البعدى للقلق الاجتماعى ويوضح ذلك الجدول التالى :

جدول (١)

متوسط الرتب ومجموع الرتب بقيمة "Z" لكل من المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس

البعدي للقلق الاجتماعي

القلق الاجتماعي	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Mann-Whitney	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
قلق الأداء	التجريبية	١٥	٢١,٤١	٣٢١,١٥	١٩,٤١	٣,٨٢	داله
	الضابطة	١٥	١٠,٩٧	١٦٤,٥٥			
قلق التفاعل	التجريبية	١٥	١٩,٨٠	٢٩٧,٠٠	٢٨,٥٠	٢,٥٨	داله
	الضابطة	١٥	١١,٥٢	١٧٢,٨٠			

يتضح من الجدول (١) وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطى رتب المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي للقلق الاجتماعي لصالح المجموعة التجريبية، حيث بلغت قيمة "Z" (٣,٨٢) في قلق الأداء و (٢,٥٨) في قلق التفاعل ، وكلتا القيمتين دالة عند مستوى (٠,٠٠١) ، وهذا يدل على تحسن درجات المجموعة التجريبية في مواقف الأداء الاجتماعي ومواقف التفاعل الاجتماعي بعد تقديم البرنامج المعرفي السلوكي.

الفرض الثاني: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للقلق الاجتماعي تعزى للبرنامج المعرفي السلوكي .

استخدمت الباحثة اختبار Wilcoxon، وذلك لحساب الفروق بين متوسطى رتب المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي للقلق الاجتماعي، كما يتضح بالجدول التالي:

جدول (٢)

متوسط الرتب ومجموع الرتب وقيمة "z" في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في

القلق الاجتماعي (ن=١٥)

القلق الاجتماعي	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Mann-Whitney	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
قلق الأداء	البعدي	١٥	٢١,٤١	٣٢١,١٥	١٥,٢٢	٣,٠٥	داله
	القبلي	١٥	٧,٢٥	١٠٨,٧٥			
قلق التفاعل	البعدي	١٥	١٩,٨٠	٢٩٧,٠٠	٢٥,٢٣	٢,٢٥	داله
	القبلي	١٥	٨,١٥	١٢٢,٧٠			

يتضح من الجدول (٢) وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطى رتب أفراد المجموعة التجريبية فى القياس القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى حيث بلغت قيمة "Z" (٣,٠٥) فى قلق الأداء، و(٢,٢٥) فى قلق التفاعل، وكلتا القيمتين دالة عند مستوى (٠,٠٠١)، مما يشير إلى فاعلية البرنامج المعرفى السلوكى فى خفض درجة القلق الاجتماعى .

مناقشة النتائج:

هدف البحث الحالى إلى الكشف عن فاعلية برنامج معرفى سلوكى لخفض اضطراب القلق الاجتماعى لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية، وكشفت النتائج عن فاعلية البرنامج وأثره فى خفض القلق الاجتماعى لدى المجموعة التجريبية، بينما بقيت المجموعة الضابطة التى لم تتلق البرنامج على نفس المستوى من القلق الاجتماعى، ويمكن تفسير ذلك إلى تلقى تلاميذ المجموعة التجريبية لبرنامج علمى تطبيقى مكثف قائم على التفكير المنطقى، الذى يعد جوهر العلاج المعرفى السلوكى، كما اشتمل البرنامج على العديد من الأساليب التى ساهمت فى إعادة البناء المعرفى للتلاميذ التى كان لها الدور الفعال فى تقنين العديد من الأفكار غير العقلانية التى كانت ترد فى أذهان التلاميذ.

البحوث المقترحة:

- فى ضوء نتائج البحث الحالى يمكن اقتراح إجراء البحوث المستقبلية التالية:
- ١- إجراء أبحاث مماثلة للبحث الحالى فى صفوف دراسية أخرى من مراحل التعليم المختلفة.
 - ٣- دراسة فاعلية استخدام برنامج معرفى سلوكى لخفض اضطراب القلق لدى عينة من الأطفال ذوى صعوبات التعلم المرحلة الابتدائية.
 - ٤- دراسة فاعلية استخدام برنامج معرفى سلوكى لتنمية السلوك الإيجابى لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

- ١) أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (٢٠١١) : تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق. ط ١ ، عمان : دار المسيرة للنشر .
- ٢) أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، أحمد عبد الحليم عريبات (٢٠١٢) : نظريات الإرشاد النفسي والتربوي. ط٢، عمان دار المسيرة للنشر والتوزيع .
- ٣) إسماعيل علوي (٢٠٠٩) :العلاج النفسي المعرفي. عمان : عالم الكتاب الحديث .
- ٤) أشرف محمد شريت (٢٠٠٦) : الصحة النفسية بين الإطار النظري والتطبيقات الإجرائية . الإسكندرية : مؤسسة حورس الدولية .
- ٥) حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥) : الصحة النفسية والعلاج النفسي . ط ٤ ، القاهرة : عالم الكتب .
- ٦) طه عبد العظيم حسين (٢٠٠٧) : العلاج النفسي المعرفي.الاسكندرية : دار الوفاء.
- ٧) عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠):العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. القاهرة: دار الرشاد.
- ٨) ٣-عبد العزيز السيد الشخص (٢٠١٣): مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة. ط٢، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
- ٩) فيولا البيلاوي(١٩٩٠). مشكلات السلوك عند الأطفال.مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٠) محمد إبراهيم عيد (٢٠٠٠): دراسة المظاهر الأساسية للقلق الاجتماعي وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص لدى عينة من الشباب. مجلة كلية التربية، ج٤، ع ٢٤ : كلية التربية ، جامعة عين شمس . ص ص ٢٩٧ - ٣٠١.
- ١١) محمد إبراهيم عيد (٢٠٠٢) : الهوية والقلق والإبداع . القاهرة : دار القاهرة .
- ١٢) محمد إبراهيم عيد(٢٠٠٦): مقدمة في الإرشاد النفسي . القاهرة : الأنجلو المصرية .
- ١٣) محمد حسن علي (٢٠١٢) : فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى في خفض الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الشباب. رسالة دكتوراة (غير منشورة)، كلية التربية ،جامعة عين شمس.
- ١٤) محمد سيد عبد اللطيف (٢٠١٥): فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض قلق المستقبل لدى المراهقين الصم . رسالة دكتوراة (غير منشورة) ، كلية التربية ، جامعة الفيوم .
- ١٥) ميرفن ر. سموكر " ترجمة "جمعة سيد يوسف ومحمد الصبوة (٢٠٠٦) : اضطراب كرب ما بعد الصدمة - العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. القاهرة : الأنجلو مصرية.
- ١٦) ناصر المحارب(٢٠٠٠) : المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي. الرياض: دار الزهراء.

- ١٧)وحيد مصطفى كامل (٢٠٠٤): علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع .
رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية ، المجلد الحادي عشر ، العدد الأول . ص ص ٣١-٦٧ .
١٨)يوسف محمود قطامي (٢٠٠٥): نظريات التعلم والتعليم . ط ١ ، عمان : دار الفكر .

المراجع الأجنبية:

- 19) Booth,L & Meharvens,L(2011) : social Phobia : More effects Journal of Clinical Psychiatry ,Vol,(95)No, (5) . PP5 – 19 .
20) Crwen ,B (2000): Brief Cognitive Behavior Therapy .London, GBR. Sage Publication Ltd .
21) Eysenck, H (2000): Cognitive Therapy. American Psychologist.Vol,(46). PP368-375.
22) Meichenbaum, D(1999) : Cognitive Behavior Modification ,New York, Plenum Press.
23) Merikangas,R Jin He, RC Kessler (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative.
24) Ranta,La Greca,Kaltiala-Heino&Marttunen(2016). Social Phobia and educational and interpersonal impairments in [HTML] adolescence:Aprospective study.
25) Pollack , M. (2014) . Cornobidily , neurobiology and pharmacy therapy of social anxiety disorder . Journal of clinical Psychiatry , 62 , 12 , 24 , 29 .
26) Steven, D.&Beck, A.(1995): Hand book of psychotherapy and behavior change .John Wiley ,Sons, New York.
27) Véra L, Mirabel-Sarron C(2012):Psychothérapie des phobies, Dunold, Paris.