

فعالية ممارسه العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

دكتوراه

كلثم جبر الكواري

أستاذ خدمة الفرد المشارك – قسم العلوم الاجتماعية – كلية الآداب والعلوم – جامعة قطر

فعالية ممارسه العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي

الدكتور

كلثم جبر الكواري

أستاذ خدمة الفرد المشارك - قسم العلوم الاجتماعية - كلية الآداب والعلوم - جامعة قطر

- ملخص :

يوجد العديد من الدلائل العلمية على فعالية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) مع العديد من الاضطرابات النفسية عامة واضطرابات القلق الاجتماعي خاصة في أوروبا وأمريكا الشمالية بينما في دولة مثل قطر والتي لديها موارد مالية كبيرة لا توجد غير دلائل قليلة جدا حول فاعلية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والقليل أيضا حول فاعلية الخيارات العلاجية المتاحة للأطفال القطريين ذوى الحالات النفسية مثل اضطرابات القلق الاجتماعي. وتسعى هذه الدراسة الى ممارسة العلاج المعرفي السلوكي (CBT) وتشخيص للأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق الاجتماعي وعينة الدراسة خمسة أطفال قطريين ممن لديهم اضطراب القلق الاجتماعي وتعرضوا أيضا للعديد من الصدمات النفسية خاصة العنف الأسرى. لذلك تم تطبيق الدراسة في أحد المؤسسات الإيوائية الحكومية (مركز الحماية والتأهيل الاجتماعي بالدوحة) واعتمدت الدراسة الحالية على المقابلة التشخيصية الإكلينيكية والقياسات المتعددة لتشخيص اضطرابات القلق الاجتماعي وأكدت النتائج الكمية والكيفية على تحسن عالٍ لدى الأطفال المرضى من خلال انخفاض اضطرابات القلق الاجتماعي لديهم .

الكلمات الرئيسية :

العلاج المعرفي السلوكي ، قطر ، اضطرابات القلق الاجتماعي .

The effectiveness of cognitive behavioral therapy Practice for the treatment of social anxiety disorders

Kaltham Jabr Al-Kuwari

Associate professor, individual service, Social work department, faculty of arts & Sciences, Qatar University.

Abstract

A wide range of evidence shows that cognitive –behavioral therapy (C.B.T) has been effective in the treatment of mental disorders in general, and social anxiety disorders in particular. Most of these results were recorded in Europe and North America. However, little progress is made regarding the impact of C.B.T in the State of Qatar despite its massive financial resources . The same applies to available therapeutic choices for the Qatari children, suffering from social anxiety disorders.

The present study examines a sample of 5 Qatari children with social anxiety disorder, who are victims of psychological traumas, mainly family violence. The study was conducted in a residential facility affiliate to the government - protection & social rehabilitation in Doha. The study used clinical interviews and multiple scales to diagnose the social anxiety disorders. Results indicate significant improvement in terms of quantity among the children of the sample, as manifested in the reduction of social anxiety levels.

Key Words :

Cognitive-behavioral therapy, social anxiety disorders

المبحث الأول : مشكلة الدراسة وأهميتها

أولاً : مشكلة الدراسة :

تشكل الأمراض والاضطرابات النفسية واحدة من هموم البشر واهتماماتهم لما لها من تأثيرات سلبية على المجتمع ، وعلى المصابين بها ، والآخريين الذى كتب عليهم العناية بالمرض والمضطربين من جوانب متعددة : اجتماعية واقتصادية وسياسية وأمنية ، فقد حظيت هذه الأمراض والاضطرابات بعناية الباحثين والأكاديميين والمهنيين فى العديد من التخصصات ذات الصلة ، كالطب النفسى ، والخدمة الاجتماعية ، وعلم النفس ، وغيرها فى محاولة للوقوف على أسباب هذه الأمراض ، وتحديد أعراضها، والمحكات والمعايير التى تستخدم لتشخيصها، وكيفية علاجها والوقاية منها، وغير ذلك من القضايا المهمة (**Robert L. Leahy, 1997, 267**) . ومن أهم تلك القضايا التى أكدت عليها « ليهي Leahy » استناد الممارسة فى مجال علاج الأمراض والاضطرابات النفسية إلى الأدلة حول فعالية النماذج العلاجية ، والتى تجتمع من وجهة نظر « ليهي » فى العديد من النظريات والنماذج المعرفية (**Robert L, Leahy, 2018, P (x)**) .

تؤكد تقارير الصحة العالمية أن الاضطرابات النفسية تزيد من خطر الإصابة بأمراض أخرى وتفضى الاضطرابات النفسية التى تترك دون علاج إلى خسائر كبيرة ، حيث تسبب فى ١٣٪ من إجمالي عبء المرض العالمي. كما أن الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات النفسية فى جميع أنحاء العالم يتعرضون إلى مجموعة واسعة من انتهاكات حقوق الإنسان. وتشير التقديرات الى أن حوالى ٢٠٪ من الأطفال والمراهقين فى العالم لديهم اضطرابات أو مشاكل نفسية وأن حوالى نصف الاضطرابات النفسية تبدأ قبل سن ال ١٤ سنة (**WWW. WHO. Int**) .

وفى قطر تشير التقديرات المحلية الى أن المشاكل الصحية النفسية شائعة ويتأثر بها واحد من كل خمسة أشخاص فى أي لحظة من الزمن. بالإضافة الى ذلك تشكل المشاكل الصحية النفسية ثلاثة من أكبر خمسة أسباب للعجز فى قطر، الأمر الذى دفع إلى صياغة وتنفيذ للاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية لدولة قطر 2013-2018، والتي تهدف الى تحسين حياة الأفراد وتمتع شعب قطر بصحة نفسية جيدة من خلال نظام متكامل يضمن حصولهم على الرعاية المناسبة فى الوقت المناسب والمكان المناسب (الأمانة العامة ، ٢٠١٣ ، ٨-٩) .

ومن التصنيفات المتعددة للاضطرابات يتضح أن اضطرابات القلق، وما تتضمنه من تصنيفات فرعية، خاصة اضطراب القلق الاجتماعي، تعد من أكثر الاضطرابات الشائعة والمسببة لكثير من المشكلات النفسية والسلوكية والقلق والخوف من الانفعالات الإنسانية الأساسية. وهما مترادفان مترابطان، ويمكن القول إن كل مواقف الحياة تُنشئ لدى الإنسان مشاعر القلق والخوف وتجعله يتوقع أحداثاً غير مرغوبة في هذه المواقف (معمرية ، ليشير ، ٢٠٠٩) .

ولاضطرابات القلق الاجتماعي ثلاثة مكونات هي المكون الجسدي والمكون المعرفي والمكون السلوكي. وعندما يصبح الشخص قلقاً، نادراً ما يشهد مكون واحد فقط من مكونات القلق، ولكن في الواقع تتفاعل المكونات الجسدية والمعرفية والسلوكية للقلق مع بعضها بعضاً. ولضمان فاعلية علاج اضطرابات القلق الاجتماعي يجب أن يهدف العلاج تغيير المكونات الثلاثة وأن تقوم التدخلات العلاجية على أساليب تساعد على تقليل الآثار الجسدية المفرطة وتغيير السلوكيات وتحسين الأداء في المواقف الاجتماعية والقضاء على عملية تجنب مواقف الخوف .

من ناحية أخرى يبحث العلاج المعرفي السلوكي في طريقة تفاعل كل من الاستجابات الجسدية والسلوكيات والأفكار مع بعضها بعضاً حتى يتم علاج الأنواع المختلفة لاضطرابات القلق. ولدى ممارسي العلاج المعرفي السلوكي تقنيات متعددة تستخدم لمساعدة الأشخاص على التعامل مع اضطرابات القلق. وقد تم اختبار الكثير من تلك التقنيات للتغلب على اضطرابات القلق والتي تم تطويرها من خلال ممارسة العلاج المعرفي السلوكي.

وعلى الجانب الميداني المحلي، توجد بعض البحوث السابقة التي قامت الباحثة بمراجعتها والتي تقدم نتائجها دلالات علمية حول الاضطرابات النفسية واضطرابات القلق الاجتماعي والعلاج المعرفي السلوكي على النحو التالي :

- دراسة "خليل محمد فضل - ١٩٩٢" أوضحت نتائجها أن التبول اللاإرادي هو أول الاضطرابات النفسية انتشاراً بين الأطفال في الدوحة، يليه التخلف العقلي (فاضل ، خليل ، ١٩٩٢) .
- دراسة "كلثم جبر الكواري - ١٩٩٢" أوضحت نتائجها فاعلية ممارسة علم نفس الذات في تحقيق التوافق الاجتماعي لمرضى القلق على عينة من القطريين (الكواري ، كلثم ، ١٩٩٢) .
- دراسة كل من " عبد الرحمن سليمان ، هشام عبدالله - ١٩٩٦" أوضحت نتائجها عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين قوة الأنا ومستوى القلق على عينة طلبة وطالبات من جامعة قطر

- (سليمان ، عبدالرحمن ، عبدالله ، هشام ، ١٩٩٦) .
- دراسة " أسماء عبدالله محمد العطية - ٢٠٠١ " أوضحت نتائجها فاعلية ممارسة برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق الشائعة لدى عينة من الأطفال في دولة قطر (العطية، أسماء ، ٢٠٠١) .
 - دراسة " أمينة ابراهيم حسن الهيل - ٢٠٠٢ " أوضحت نتائجها فاعلية ممارسة برنامج للإرشاد العقلائي الانفعالي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية في دولة قطر (الهيل ، أمينة ، ٢٠٠٢) .
 - دراسة " سهيلة غلوم وآخرون - ٢٠١١ " أوضحت نتائجها تحديد مدى انتشار الاضطرابات النفسية الشائعة عند السكان القطريين، ويأتي في الترتيب الثاني بنسبة ١٠,٣٪ اضطراب القلق .
 - دراسة " عبد الباري بنير وآخرون - ٢٠١٥ " أوضحت نتائجها تحديد مدى انتشار الاضطرابات النفسية الشائعة عند السكان القطريين، ويأتي في الترتيب الثاني بنسبة ١٧,٣٪ اضطراب القلق .
 - وعلى الجانب الميداني الإقليمي والدولي توجد بعض البحوث السابقة التي قامت الباحثة بمراجعتها والتي تقدم نتائجها دلائل علمية حول الاضطرابات النفسية واضطرابات القلق الاجتماعي والعلاج المعرفي السلوكي على النحو التالي :
 - دراسة " فتحى السيسى - ٢٠٠٩ " أوضحت نتائجها أثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى القلق الاجتماعي لدى الأطفال (السيسى ، فتحى ، ٢٠٠٩) .
 - دراسة « حامد أحمد الغامدى - ٢٠١٠ » أوضحت نتائجها فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق، حيث استهدف البرنامج العلاجي الجانب المعرفي والانفعالي والسلوكي للمترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف (الغامدي ، حامد ، ٢٠١٠) .
 - دراسة « صالح ظافر العمري - ٢٠١١ » أوضحت نتائجها فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى القلق لدى التلاميذ الأيتام بالطائف (الغامدي ، حامد ، ٢٠١٠) .
 - وقد أيدت العديد من الدراسات والبحوث السابقة أن العلاج المعرفي السلوكي علاج فعال عندما يتم استخدامه كأحد التطبيقات الإكلينيكية ، حيث يساهم في التخفيف من حدة العديد من

الاضطرابات والأمراض النفسية مثل الاكتئاب والوسواس القهري، والقلق العام والقلق الاجتماعي وقلق الموت (حسام صلاح فخرى إسماعيل ، ٢٠١٧ ، ٥٩) .

- دراسة «٢٠١٨» وأخرون“Shervin Shahnavaz, وأثبتت نتائجها فعالية العلاج المعرفي السلوكي عبر الإنترنت في خفض القلق والتحكم في قلق الإنسان وتحسين الكفاءة الذاتية لدى الأطفال المراهقين(DHERVIN & Other, ٢٠١٨) .

لذا يحتاج المجتمع القطري إلى مزيد من الدلائل العلمية حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي لدى الأطفال. في ضوء ما تقدم تتحدد مشكلة الدراسة في ممارسة برنامج العلاج المعرفي السلوكي تؤدي الى خفض اضطرابات القلق الاجتماعي لدى الأطفال القطريين؟

ثانياً : أهمية الدراسة :

يمكن تحديد أهمية الدراسة الحالية في النقاط الآتية :

- ١ - تعد الدراسة الحالية إحدى آليات تفعيل عائد الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية لدولة قطر .
- ٢ - تعد الدراسة الحالية إحدى الدراسات التي تختبر فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي ، وبالتالي تدعم نتائجها الممارسة المهنية في مجال الصحة النفسية .
- ٣ - قلة عدد الدراسات المحلية في المجتمع القطري في مجال الصحة النفسية خاصة من منظور الخدمة الاجتماعية .

ثالثاً : أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف الآتية :

- ١ - اختبار فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقين القطريين .
- ٢ - تقديم إطار نظري وتطبيقي للاخصائيين الاجتماعيين الممارسين والباحثين حول ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في أحد مجالات الصحة النفسية .

رابعاً : فروض الدراسة :

لِلدراسة فرض رئيس مؤداه " توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات قياسات خط الأساس ومتوسطات قياسات التدخل المهني في خفض اضطراب القلق الاجتماعي ؟

المبحث الثاني : المنطلقات النظرية للدراسة

تستند الدراسة الحالية إلى العديد من المتغيرات والمفاهيم التي يمكن اعتبارها المنطلقات النظرية التي تستند إليها الباحثة في ممارسة الدراسة الحالية وتطبيقها واختبارها وتفسيرها، ويمكن إجمال تلك المتغيرات بما تحتويه من مفاهيم وحقائق تمثل التوجيه النظري للدراسة في المحاور الآتية :

أولاً : العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy :

يعد العلاج المعرفي السلوكي أحد النماذج العلاجية المعرفية في ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية التي تسعى إلى تحسين أسلوب حياة الإنسان من خلال الاهتمام بمشاعر الإنسان وسلوكياته وأفكاره، وإذا كانت جميع المداخل والنماذج المعرفية تهتم بتعديل الجوانب المعرفية والعقلية التي تعد السبب الرئيس لجميع الاضطرابات النفسية والاجتماعية، يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية معاً .

ويعد العلاج المعرفي السلوكي إتجاهاً علاجياً من خلال منظور ثلاثي الأبعاد معرفياً وانفعالياً وسلوكياً ، كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين الأخصائي الاجتماعي والعميل لإحداث التغيير العلاجي من خلال تحسين الأفكار وتحقيق الانفعالات الإيجابية ، والسلوكيات المرغوبة (علي حسين زيدان وآخرون ، ٢٠١٥ ، ٨٧) .

ومن خصائص العلاج المعرفي السلوكي أنه نموذج يهتم بالتركيز على الحل، وليس الاكتفاء باكتساب نظرة ناقبة نحو المشكلة، ويجب أن تكون لدى المعالج المهارة في تطوير الخطة العلاجية ومساعدة العميل على فهم تلك الخطة كنموذج للتغيير، ويجب أن يكون العميل مشاركاً رئيسياً في تلك العملية العلاجية (Ranon, Tammie & Freeman, Arthur, 2007, 30– 31) .

كما يفترض في المعالج المعرفي السلوكي الناجح أن يوفر بيئة آمنة يثق بها العميل قوامها معالج يتصف بالدفء والتعاطف والصدق مع العملاء ، ويجب أن تظهر هذه الخصال في رغبة المعالج الصادقة في التعرف على خبرات العميل وأفكاره ومشاعره (ناصر إبراهيم المحارب ، 2000 ، 1993) .

ويعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه "الاستخدام المنهجي المنظم لمبادئ التعديل المعرفي السلوكي الذي يركز على أن تغيير حديث الذات للتعديل يساعد على تغيير المعارف والانفعالات والسلوكيات غير التوافقية" (رأفت عبد الرحمن محمد ، ٢٠١٣ ، ٢٨٠) .

كما يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه أسلوب علاجي يعتمد على تصورات متعددة منها، نظرية التعلم الاجتماعي ، والمدرسة الوظيفية في الخدمة الاجتماعية، ونموذج التركيز على المهام، وبعض العلاجات المرتكزة على النماذج المعرفية ، وهو أحد أشكال العلاج القصير التي تهتم بالحاضر وبتحقيق أهداف معينة ، والتركيز على المشكلة الحالية للتعديل (Robert L. Barker, 2014, 77) .

وإجرائياً تحدد الباحثة تعريف العلاج المعرفي السلوكي على أنه "دليل العلاج المعرفي السلوكي على إدارة القلق الاجتماعي" والمصنف من «ديراهورب وريتشارد همبرج ٢٠١٠" وفقاً لما هو من محتوى العلاج في الدراسة الحالية .

ثانياً : القلق الاجتماعي Social Anxiety :

في دراسة حديثة للباحث « أبو بكر عبد الرحمن عمر محمد ، ٢٠١٧ » قام الباحث بمراجعة العديد من الأوعية المعلوماتية حول القلق الاجتماعي، وقدم من خلال هذه المراجعة العديد من خصائص الشخص الذي يعاني من القلق الاجتماعي أذكر منها ما يلي : (محمد ، أبو بكر ، ٢٠١٧ ، ٥٨)

١ - تجنب الحديث أمام مجموعة من الناس بل حتى أحياناً تجنب الرد على الهاتف خوفاً من اللعنة والارتباك ، أو على من يطرق الباب

٢ - رفض الوجود بين مجموعة من الناس بل حتى أحياناً تجنب الرد على الهاتف خوفاً من اللعنة والارتباك ، أو على من يطرق الباب

٣ - تجنب المواقف الاجتماعية التي لم يسبق التعامل معها .

٤ - الخوف من أن يحكم الآخرون على كلامه بأنه كلام ساذج أو على أفعاله بأنها أفعال حمقاء وأن شخصيته ضعيفة .

٥ - وترى في هؤلاء الأشخاص خاصة مراقبتهم الشديدة لذواتهم واهتماماتهم وقلقهم الشديد بما يراه ويعتقده الآخرون عنهم .

٦ - عندما يظن أن الناس تراه وتسمعه يصاب بالرعشة والارتباك واحمرار الوجه وزيادة في دقات القلب والعرق وعدم الكلام والتحفظ .

وفي قاموس الخدمة الاجتماعية يرى " روبرت باركر RobertBarker " أن " اضطراب القلق الاجتماعي أنه " خوف شديد ومستمر غير مقبول ، حيث يشعر الفرد أنه مراقب من آخرين ، ويتجنب الحديث مع جمهور أو أداء شيء ما أمام آخرين، ويتجنب التواجد في الأماكن العامة وتناول الطعام فيها ودخول دورات المياه العامة (Robert Barker, 2014, 396) .

كما يؤكد " محمد سالم القرنة ، وآخرون " أن اضطراب القلق الاجتماعي ، والرهاب الاجتماعي هو " خوف واضح ومستديم من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو المواقف التي تتضمن الأداء أو الإنجاز والتي يتعرض فيها الشخص لأناس غرباء أو لاحتمال تفحص (أو مراقبة) الآخرين له، يخاف الشخص من أنه سيتصرف بطريقة (أو يبدى أعراضاً قلقية) ستكون مذلة أو محرجة . ملاحظة: يجب أن يكون عند الأطفال دلائل على المقدرة على إقامة علاقات اجتماعية بما يتناسب مع الأشخاص المؤلفين، ويجب أن يحدث القلق في مواقع تجمع الطفل مع أقرانه وليس فقط في علاقاته مع البالغين" (محمد سالم القرني ، وآخرون ، 2016 : 206)

المبحث الثالث :-الإجراءات المنهجية

أولاً : المشاركون في الدراسة :

تم تطبيق الدراسة الحالية في مؤسسة حكومية هي «مركز الحماية والتأهيل الاجتماعي بالدوحة»، وهي مؤسسة إيوائية يوجد فيها أربعون طفلاً وطفلة من المعرضين للخطر نتيجة تعرضهم للعنف الأسري والإهمال وسوء المعاملة من الوالد. ومن خلال المقابلات التشخيصية الإكلينيكية والقياسات المتعددة باستخدام أربعة مقاييس اتضح وجود أحد عشر طفلاً حصلوا على أعلى الدرجات. يعني هذا ارتفاع مستوى اضطرابات القلق الاجتماعي لديهم. بالإضافة الى ذلك حددت الباحثة أيضاً أن من يشترك في برنامج التدخل المهني يكون طفلاً قطري الجنسية وعمره من ست سنوات إلى ثمانية عشر عاماً. أيضاً تم الحصول على الموافقة الشفوية «التعاقد» من الطفل وأسرته للاشتراك في برنامج التدخل المهني. وبناء على ذلك أصبح المشاركون في الدراسة الحالية خمسة أطفال. يمكن تقديم وصف لخصائص عينة الدراسة الحالية على النحو التالي :

- الطفل رقم "١" طفلة أنثى عمرها (١٥) سنة طالبة في نهائي التعليم المتوسط تعرضت لثلاثة شهور

متواصلة بعد انفصال والديها الى عنف أسرى وتحرش جنسي من والدها، وهي كثيرة البكاء وقضم الأظافر وتشكو من كوابيس ليلية، وتؤكد دائماً أنها عاجزة عن إقامة أي علاقة اجتماعية ناجحة مع الآخرين، وترفض الاشتراك في أنشطة المؤسسة وبرامجها، وترفض الذهاب الى المدرسة، والطبيب النفسي يعطيها جرعات من دواء فلو فو كسامين .

- أما الطفل رقم "٢" فهي أنثى وشقيقة الطفلة رقم «١» وعمرها (١٣) سنة طالبة في الصف الأول من التعليم المتوسط تعرضت لنفس ظروف شقيقتها، وهي تعاني من عدم انضباط في دقات القلب وتؤكد دائماً أن الآخرين أفضل منها وأنها غير قادرة على فعل أي شيء، وهي تعاني أيضاً من النسيان وعدم التركيز .

- أما الطفل رقم "٣" أيضاً أنثى عمرها (١٤) سنة تعاني من ارتعاش في اليد اليمنى التي بها آثار للحروق البسيطة. تحاول دائماً إخفاء يدها من نظر الآخرين. لا تجيد التحدث بطلاقة وتخشى الآخرين وتؤكد أنها غير مرغوبة من الآخرين. وترفض الذهاب الى المدرسة والطبيب النفسي يعطيها جرعات من دواء فلو فو كسامين .

- والطفل رقم "٤" ذكر عمره (١٢) سنة غير مهتم بمظهره الخارجي ولديه شعور بعدم الثقة في نفسه، ويقارن دائماً بينه وبين الآخرين خاصة في التحصيل الدراسي. وقد رسب في بعض سنوات الدراسة، ولديه اعتقاد بأنه يجب أن يكون مثالياً في تنفيذ أي مهمة، وهذا لا يتحقق معه .

- الطفل رقم "٥" ذكر عمره (١٣) سنة دائم الغضب والاستتار. ويعاني من التعرق الملحوظ وصعوبة التنفس. يرفض الجلوس في الحجرات ويفضل الجلوس في فناء المؤسسة منعزلاً. لديه مشكلات في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين .

ثانياً : أدوات الدراسة :

تم تشخيص الحالات على أساس المعايير التشخيصية المتضمنة^(١) في كلٍ من **DSM-5** و **ICD-1**، وقد استخدمت الباحثة أربع أدوات للقياس منفصلة لتحديد نتائج الدراسة الحالية وهي على النحو التالي :

^(١) قامت الباحثة بمراجعة إجراءات الصدق والنبات لكل أداة من الأدوات في الدراسة الحالية بالتطبيق في نفس المؤسسة وعلى أطفال لم يشاركوا في الدراسة الحالية ومع أعضاء هيئة التدريس في جامعة قطر .

– الأداة الأولى : مقياس معدل القلق ل (هاملتون) ، (H A M –A)

(H A M –A) Hamilton Anxiety Rating scale

وقد تم تطبيق اجراءات الصدق والثبات لهذا المقياس باللغة العربية في المرجع التالي (مقياس معدل القلق لهاملتون. ترجمة لطفى فطيم، القاهرة ،مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٨) .

الأداة الثانية : مقياس القلق الاجتماعي (LSAS) :

The liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)

وقد تم تطبيق إجراءات الصدق والثبات لهذا المقياس باللغة العربية في المرجع التالي : (أجد أبو جدى، أثر القلق الاجتماعي والشعور بالوحدة وكشف الذات على إدمان الانترنت، رسالة ماجستير، غير منشودة، الأردن، الجامعة الأردنية، ٢٠٠٤) وتؤكد الباحثة أن النسخة العربية من هذا المقياس وبعد اجراء الصدق والثبات قد وصلت الى عدد (١٨) عبارة فقط بالمقارنة بعدد (٢٤) عبارة في النسخة الأصلية من المقياس .

الأداة الثالثة : المقياس المصغر للخوف الاجتماعي :

Social phobia inventory (Mini-S p t n) (Connor et al, 2001)

والمقياس عبارة عن ثلاث عبارات وله خمس استجابات وعندما تساوى النتيجة الإجمالية = ستة أو أكثر تشير الى وجود الرهاب الاجتماعي .

الأداة الرابعة : مقياس قلق التفاعل الاجتماعي (STAS) :

Social interaction Anxiety Scale (SIAS)

وقد تم تطبيق إجراءات الصدق والثبات لهذا المقياس باللغة العربية في المرجع التالي (فرنسيس شاهين ، عبدالكريم جرادات، مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي ، بحث منشور، نابلس، فلسطين، مجلة جامعة النجاح للأبحاث ، العلوم الإنسانية ، مجلد (٢٦) (٦)، ٢٠١٢ .

ثالثاً : دليل العلاج المعرفي السلوكي :

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية : دليل العلاج المعرفي السلوكي CBT على «ادارة القلق الاجتماعي ، منهج العلاج المعرفي السلوكي» العلاجات التي تعمل على التسلسل دليل المعالج وهو المصنف من قبل ديبرا هوب وريتشارد همبرج ٢٠١٠ . تم الحصول على الاذن من قبل صحيفة جامعة اكسفورد لاستخدام النسخة المترجمة من هذا الدليل في الدراسة الحالية .

رابعاً : تصميم الدراسة (النوع – المنهج) :

١- الدراسة الحالية أحد أنواع الدراسات التجريبية التي تستخدم المنهج التجريبي. وقد استخدمت الباحثة أحد تصميمات «تجربة الحالة الواحدة» وهو تصميم (أ ب) حيث تعبر (أ) عن مرحلة خط الأساس ، وتم خلالها قياسات متعددة لاضطرابات القلق الاجتماعي (كمتغير تابع) دون أي تدخل مهني، ثم بدء ممارسة برنامج التدخل المهني (كمتغير مستقل) ككل، وتعني (ب) ليتم التدخل المهني كبرنامج متكامل مرة واحدة فقط مع التأكيد على استمرار القياسات للمتغير التابع .

- تم تعيين خمس من حالات التداوير وحدد لها اجتماع للمشاركة في ١٣ جلسة من العلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطرابات القلق الاجتماعي في مركز الحماية وإعادة التأهيل في قطر أجريت ١١ جلسة على أساس فردي لمدة ٤٥ دقيقة تقريباً. اثنتان من الجلسات كانتا في شكل مجموعة. كل التقييمات والتدخلات تم اكملها في مركز الحماية والتأهيل الاجتماعي في قطر .

- ولقد كانت الباحثة المعالج الأساسي لهذه الحالات الخمس. وعند مغادرتها لبلادها من أجل عمل البحث في الولايات المتحدة الأمريكية، قام زملاؤها في مركز إعادة التأهيل بإكمال الأسابيع المتبقية من العلاج في غيابها باتباع دليل العلاج المعرفي السلوكي CBT وأكملت الباحثة متابعة الحالات لدى عودتها .

- وقد بدأت الباحثة منذ ٢٠١٤/٩/١٩ م التدريب في مركز في الولايات المتحدة على فترات^(٢) كما بدأت الباحثة منذ يناير ٢٠١٦ بتدريب العاملين بمركز الحماية بقطر وبدأت جلسات التدخل المهني مع الأطفال من ٢٠١٦/٦/١ م إلى ٢٠١٦/٧/١ .

٢ وقد تم تدريب الباحثة علي يد الأستاذ الدكتور جوزيف أهيميل : أستاذ، وعميد البحث العلمي جامعة ميتشيجان كلية الخدمة الاجتماعية - بالولايات المتحدة الأمريكية .

وقد شارك بعض أفراد الأسرة لبعض الحالات في برنامج التدخل المهني . وقد حصل المشاركون في الدراسة على كتيبات وقصص عن القلق الاجتماعي والخوف ، وفقاً لاختياراتهم وبتوجيه من الباحثة، وكتيبات ومواد حول التعليم النفسي ووفقاً لدليل العلاج المعرفي السلوكي لإدارة القلق الاجتماعي « ديراهاوب 2010». وقد تمت المقابلات على النحو التالي الموضح في الجدول رقم (1) .

جدول رقم (١) يوضح محتوى الجلسات وفقاً لدليل العلاج المعرفي السلوكي

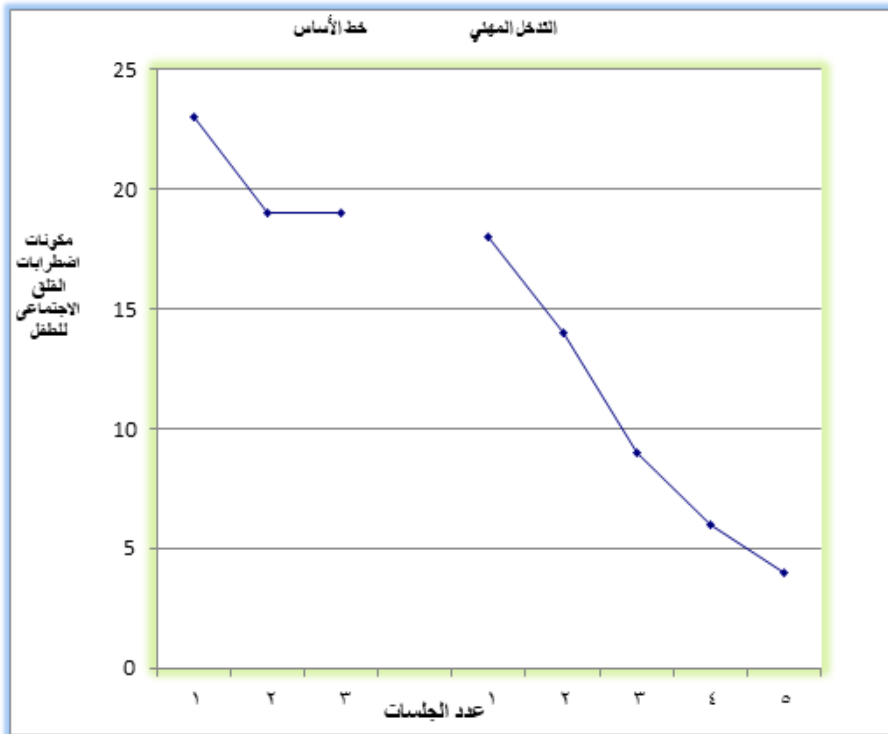
الجلسة	محتوى جلسة العلاج المعرفي السلوكي
الجلسة رقم (١)	شيء عام حول القلق وكيفية تشخيصه وعلاجه - تقييم دوافع العميل والعميلة للتغيير - شرح عام لنموذج العلاج المعرفي السلوكي - شرح عناصر القلق وأعراضه (الجسدية، والسلوكية ، والأفكار) وتقديم واجب منزلي ورقة لإثارة أفكار القلق.
الجلسة رقم (٢)	التدخلات المهنية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي: استعراض موجز لما تم إنجازه في الجلسة الأولى، بدء إعداد التسلسل الهرمي للخوف ، واجب منزلي ورقة علمية حول العناصر الثلاثة للقلق.
الجلسة رقم (٣)	التوعية النفسية (توضيح كيفية تطور القلق ، وكيف تتشكل الأنماط الجديدة للقلق من خلال التعرض للمخاوف) التدخلات المهنية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي: تحديد الأفكار السلبية ، توضيح أخطاء التفكير ، عرض مهارات إعادة الهيكلة المعرفية.
الجلسة رقم (٤)	التوعية النفسية (مقدمة عن مفاهيم إعادة الهيكلة المعرفية، توضيح التفكير القائم على الأدلة والتدخلات المهنية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي : استخدام سجل الأفكار ، إعادة هيكلة بعض التشوهات المعرفية التي تتضح في سجل الأفكار ، واجب منزلي من خلال استخدام ورقة (نموذج) راقب أفكارك التلقائية والمشاعر في المواقف التي تثير القلق أثناء الأسبوع.

الجلسة	محتوى جلسة العلاج المعرفي السلوكي
الجلسة رقم (٥)	التدخلات المهنية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي: استعراض الواجبات المنزلية ، المشاركة في تحديد الأفكار التي تثير القلق ، تطوير استجابات عقلانية لاستخدامها ضد تلك الأفكار ، مناقشة حول بدء تمارين مواجهة القلق (تمارين تتضمن تعريض العميل / العميلة لمواقف القلق من دون أن يكون هناك خطر) .
الجلسة رقم (٦)	التدخلات المهنية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي: استعراض سجل الواجبات المنزلية ، الانخراط في لعب دور يتضمن احاديث بسيطة لاختبار التفكير التلقائي ، جلسات جماعية مع جميع الحالات وفريق العمل والباحثة .
الجلسة رقم (٧)	التواصل المستمر في إداء الواجبات المنزلية المرتبطة بإعادة الهيكلة المعرفية ، واستمرار استعراض التسلسل الهرمي للمخاوف.
الجلسة رقم (٨)	التواصل المستمر في إداء الواجبات المنزلية المرتبطة بإعادة الهيكلة المعرفية ، واستمرار استعراض التسلسل الهرمي للمخاوف
الجلسة رقم (٩)	التوعية النفسية خاصة ما هو مرتبط بالتواصل والتدريب على توكيد الذات ، التدخلات المهنية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي ، التدريب على المهارات الاجتماعية ومهارات لغة الجسد ، واستخدام لعب الأدوار بشكل جماعي، واستخدام الاسترخاء والتدريب عليه بشكل فردي .
الجلسة رقم (١٠)	مراجعة حالات تعريض المريض لمواقف الخوف والقلق ووضع المزيد من المهام المرتبطة بتعرض المريض بناء على التسلسل الهرمي للمخاوف ، استمرار التدخلات المهنية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي.
الجلسة رقم (١١)	إعادة الهيكلة المعرفية بشكل أكثر تطوراً وتحديداً المخططات الأساسية الكامنة وراء المعتقدات وعقد جلسة جماعية مع جميع الحالات.
الجلسة رقم (١٢)	التدخلات المهنية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي: منع الانتكاس وإدارة لقلق الاجتماعي على المدى الطويل، واستعراض التقدم المحرز في العلاج ، التمهيد للإثناء.
الجلسة رقم (١٣)	استخدام تحليل التكلفة والعائد من خلال الحصول على قائمة شاملة بالإيجابيات والسلبيات، والبدائية تكون مع الإيجابيات ، جلسة الانهاء ، مع التأكيد على المتابعة.

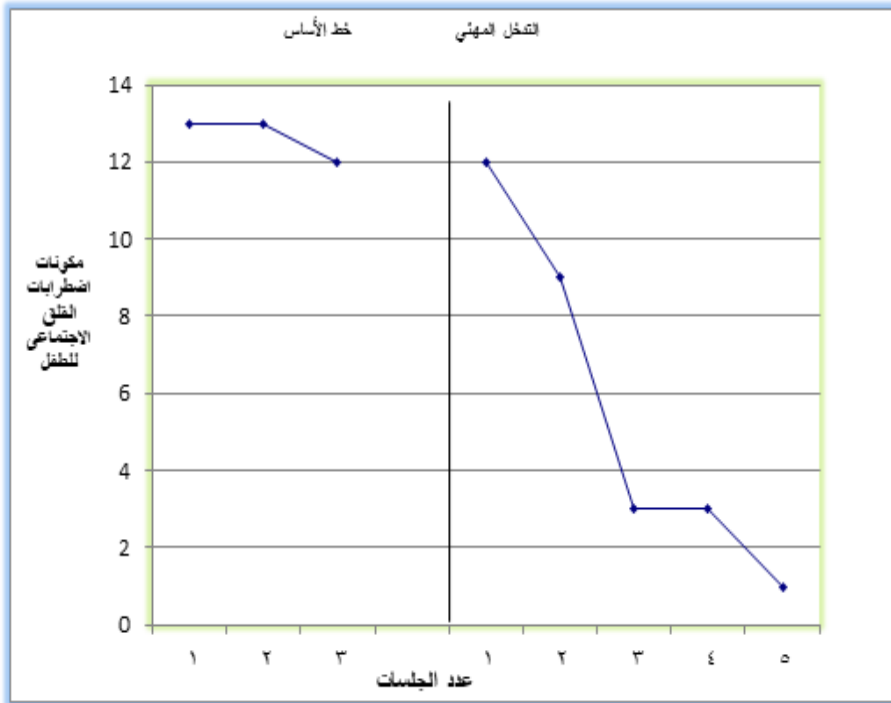
المبحث الرابع : النتائج والاستنتاجات

أولاً :-نتائج الدراسه

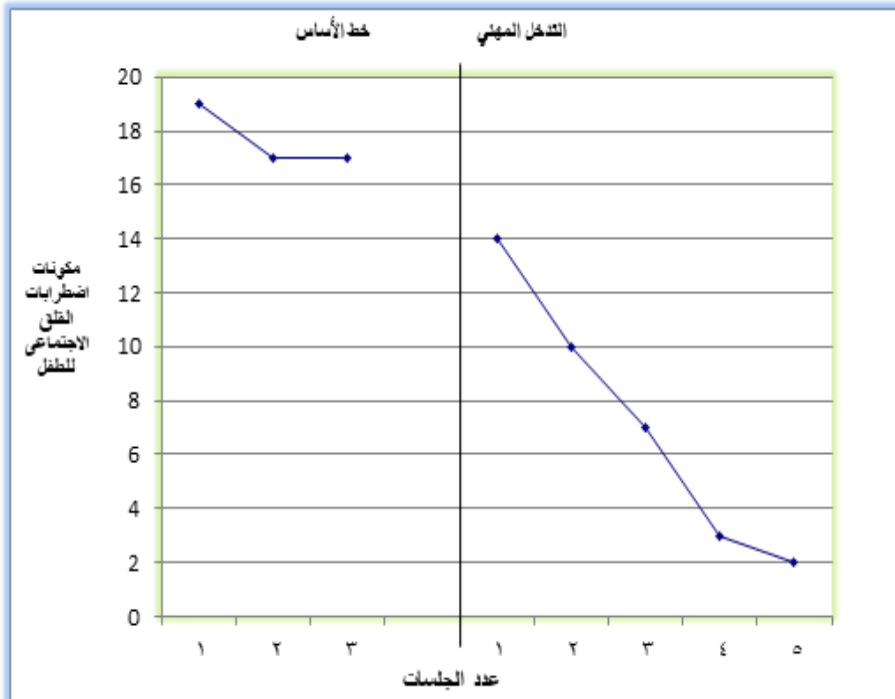
قام جميع العملاء (خمسة حالات) باستكمال الجلسات الثلاثة عشر للتدخل المهني مع الباحثة وفريق العمل ولوحظ كميّاً وكيفياً حدوث تراجعات كبيرة في مكونات اضطرابات القلق الاجتماعي (جسدياً، سلوكياً ، معرفياً) لجميع الحالات باستثناء الحالة رقم (٤) لم يحدث عليها تحسن كبير مثل باقي الحالات. وباستخدام (ويلكوكسون - W) يوضح الجدول رقم (٢) الفروق بين متوسطات رتب القياس القبلي والقياس البعدي من خلال أدوات القياس الأربع للدراسة الحالة ، وكذلك من خلال الرسوم البيانية التالية يتضح أيضاً فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لكل حالة من حالات الدراسة .



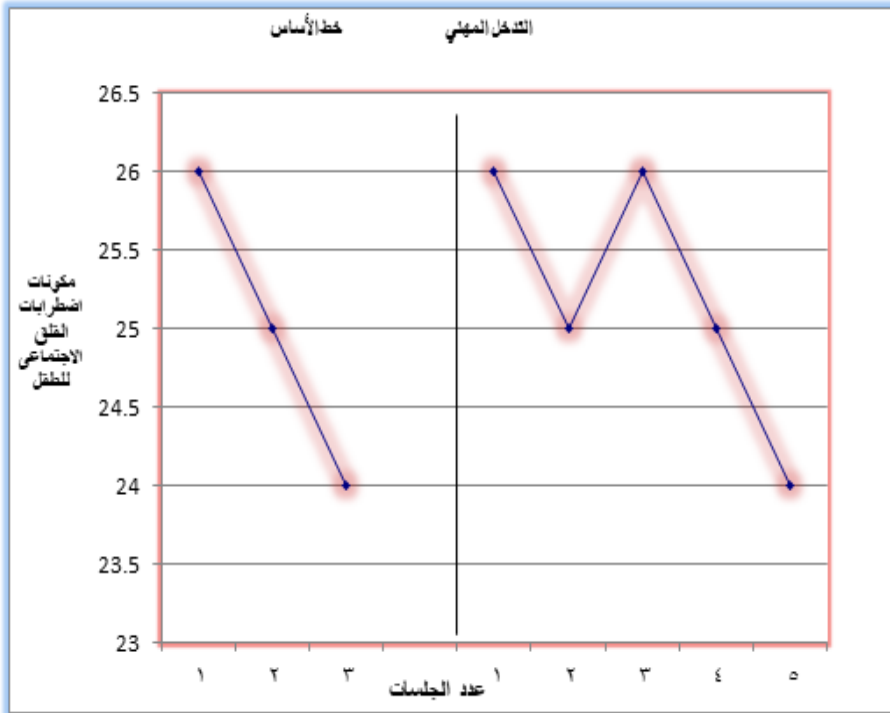
شكل رقم (١) يوضح قياسات خط الأساس والتدخل المهني للحالة رقم (١)



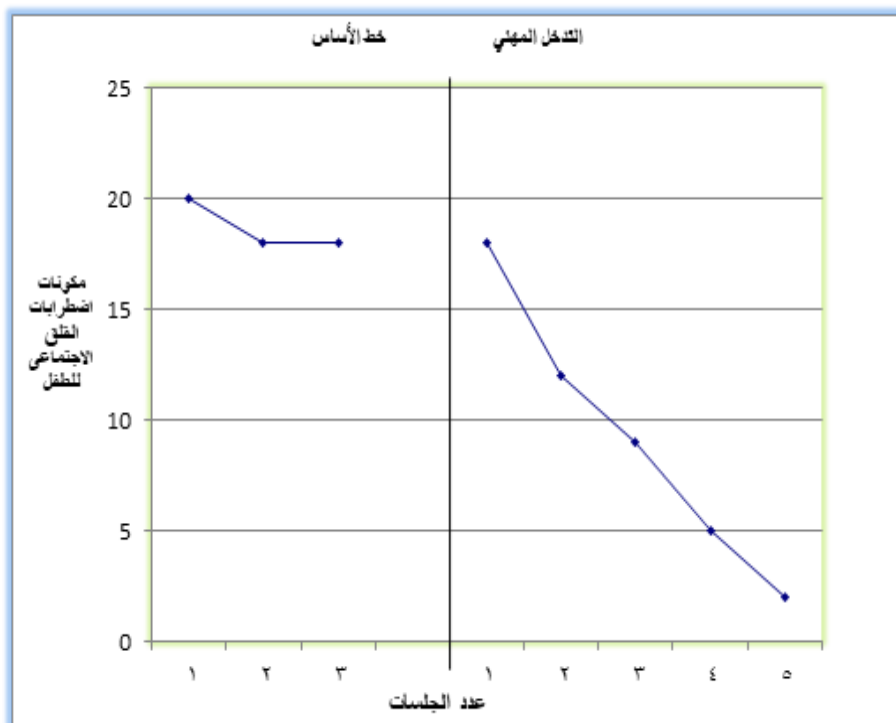
شكل رقم (٢) يوضح قياسات خط الأساس والتدخل المهني للحالة رقم (٢)



شكل رقم (٣) يوضح قياسات خط الأساس والتدخل المهني للحالة رقم (٣)



شكل رقم (٤) يوضح قياسات خط الأساس والتدخل المهني للحالة رقم (٤)



شكل رقم (٥) يوضح قياسات خط الأساس والتدخل المهني للحالة رقم (٥)

جدول رقم (٢)

يوضح الفروق بين متوسطات رتب القياس القبلي والقياس البعدي على المقاييس الأربعة (جميع مقاييس الدراسة) بعد تطبيق البرنامج

باستخدام اختبار (ويلكوكسون - W)

م	المقياس	قيمة (Z)	مستوى الدلالة	الدلالة	اتجاه الدلالة
١	الدرجة الكلية لمقياس معدل القلق ل هاملتون	٢,٠٢٣	*٠,٠٤٣	دالة عند (٠,٠٥)	في اتجاه القياس البعدي للبرنامج
٢	الدرجة الكلية لمقياس الرهاب الاجتماعي	٢,٠٣٢	*٠,٠٤٢	دالة عند (٠,٠٥)	في اتجاه القياس البعدي للبرنامج
٣	الدرجة الكلية للمقياس المصغر للفوبيا الاجتماعية	٢,١٢١	*٠,٠٣٤	دالة عند (٠,٠٥)	في اتجاه القياس البعدي للبرنامج
٤	الدرجة الكلية لمقياس قلق التفاعل الاجتماعي	٢,٠٢٣	*٠,٠٤٣	دالة عند (٠,٠٥)	في اتجاه القياس البعدي للبرنامج

دالة عند مستوى ٠,٠٥

يوضح الجدول السابق والخاص بمقاييس الدراسة أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين متوسطات رتب عينة الدراسة على جميع مقاييس الدراسة ؛ وقد تساوت قيمة (Z) في المقاييسين (مقياس معدل القلق ، ومقياس قلق التفاعل الاجتماعي) حيث بلغت (٢,٠٢٣) وعند مستوى دلالة (*٠,٠٤٣) ، وتليها قيمة مقياس الرهاب الاجتماعي والتي بلغت قيمة (Z) عند (٢,٠٣٢) والتي تشير إلى مستوى دلالة (*٠,٠٤٢) بينما بلغت قيمة (Z) عند المقياس المصغر للفوبيا الاجتماعية (٢,١٢١) والتي تشكل مستوى دلالة (*٠,٠٣٤) ، الأمر الذي يعكس مدى تحقق صحة الفرض الرئيس: "يوجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات قياسات خط الأساس ومتوسطات قياسات التدخل المهني في خفض اضطراب القلق الاجتماعي ؟".

توصلت الباحثة في الدراسة الحالية والتي كانت بصدد خفض اضطرابات القلق الاجتماعي لدى الأطفال القطريين من خلال تطبيق برنامج التدخل المهني في إطار ممارسة العلاج المعرفي السلوكي إلى أن البرنامج قد حقق المرجو منه وهو خفض اضطرابات القلق الاجتماعي لدى الأطفال القطريين، ويتضح

ذلك من خلال النتائج التالية :

- النتيجة الأولى : تبين النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين متوسطات رتب عينة الدراسة على مقياس معدل القلق في القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي ؛ مما يعني أن معدل القلق في القياس البعدي أقل منه في القياس القبلي عند عينة الدراسة . وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة " آن البينو، Albino, ann - التي أكدت فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق الاجتماعي والمخاوف الاجتماعية (Albino, ann, ١٩٩٨)

- النتيجة الثانية : أسفرت النتائج عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين متوسطات رتب عينة الدراسة على مقياس القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) في القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي ؛ مما يعني أن مستوى الرهاب الاجتماعي في القياس البعدي أقل منه في القياس القبلي عند عينة الدراسة. وتتفق تلك النتيجة مع دراسة " حامد أحمد الغامدي - ٢٠٠٥ " والتي أظهرت نتائجها وجود فروق دالة بين متوسطي درجات اضطراب القلق للقياسين القبلي والبعدي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي . وتتفق مع نتائج دراسة أخرى للباحث نفسه - ٢٠١٠ في فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق .

- النتيجة الثالثة : أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين متوسطات رتب عينة الدراسة على المقياس المصغر للفوبيا الاجتماعية في القياس القبلي والقياس البعدي؛ مما يعني أن مستوى الفوبيا الاجتماعية في القياس البعدي أقل منه في القياس القبلي عند عينة الدراسة .

- النتيجة الرابعة : أوضحت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين متوسطات رتب عينة الدراسة على مقياس قلق التفاعل الاجتماعي في القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي ؛ مما يعني أن مستوى قلق التفاعل الاجتماعي في القياس البعدي أقل منه في القياس القبلي عند عينة الدراسة .

ثانياً : استنتاجات الدراسة :

- اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (أسماء عبد الله محمد العطية ٢٠٠١) التي أوضحت نتائجها فاعلية ممارسة برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق الشائعة لدى عينة من الأطفال بدولة قطر. دراسة (رضية شمسان ٢٠٠٤) والتي كشفت نتائجها أن للبرنامج المعرفي السلوكي أثراً واضحاً في خفض الرهاب الاجتماعي لدى عينة الدراسة .

- يتضح أن الأطفال القطريين يستقبلون بفاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق الاجتماعي مثل أطفال الغرب في أمريكا وأوروبا على الرغم من الصعوبات التي واجهت الباحثة في بداية برنامج التدخل المهني (CBT) في عدم قبول الأطفال وأسرهم للمشاركة في البرنامج واعتقادهم بأن العلاج الدوائي أفضل بكثير من العلاج القائم على المهارات الاجتماعية. كما أن الثقافة القطرية مثل الثقافات العربية التي تظهر الخوف من توقيع أي اتفاق مكتوب بين المريض وفريق العمل والاكتفاء بالتعاقد الشفوي .

- كما أن الثقة كانت بين الأطفال وأسرهم وبين المركز كمؤسسة حكومية، أما الثقة في الباحثة وفريق العمل فقد بدأ بعد فترة من معايشة الباحثة لأطفال المؤسسة والتأكد من حفاظ الباحثة على سرية المعلومات ، فالثقافة القطرية والعربية تحتاج دائماً إلى تدعيم مستمر للسرية مع العملاء. ويرتبط ذلك بالسياق الاجتماعي الثقافي القطري والعربي.

المبحث الخامس : عرض تلخيص لحالة فردية^٣

أولاً : الأعراض والخصائص الرئيسية للحالة الفردية :

المریضة "سارة" (وهو ليس اسمها الحقيقي) تبلغ من العمر خمسة عشر عاماً، وهي طفلة في مرحلة التعليم المتوسط ، وقد عانت من القلق الاجتماعي لمدة ستة أشهر، تعاني من التوتر والفرع (سهلة الاستثارة ، كثيرة البكاء ، يرتفع خفقان القلب لديها أثناء المواقف والأنشطة الاجتماعية في المدرسة ، وتشعر بالغثيان المستمر) .

وقد مرت بتجارب من الشعور بالخوف المزعج الذي ينتابها باستمرار والذي لاحظ زملاؤها بالمدرسة وجود علامات على قلقها والتي تنتج عنها حساسية عالية في التقييم من زملاء المدرسة ، وقد ابتعدت سارة عن الاشتراك في أنشطة المدرسة وانعدمت عندها الرغبة في الذهاب إلى المدرسة .

٣ قامت الباحثة بتسجيل الحالة الفردية وفقاً للدليل المستخدم والخاص ديبرا هوب وريتشارد هامبورج ٢٠١٠

تم استقبال سارة بتحويل من النيابة العامة بإخطار رقم (٠٠٠) بتاريخ ٢٥/٥/٢٠١٦ ، وقد تقدمت سارة وأختها ببلاغ عن تعرضهما للاعتداء المستمر من والدهما ، وبناء على ذلك تم إيداعهما لحين ورود قرار بشأتهما. كما أن سارة تم إيواؤها أكثر من مرة مع والدتها وإخوتها وتؤكد الامر تعرض ابنتها للتحرش الجنسي من الأب هي وأختها .

وأهداف العلاج التي تم الاتفاق عليهما في التعاقد الشفوي هي العودة للمدرسة والاشتراك في الأنشطة الأكاديمية والاجتماعية بالمدرسة ، والهدف المحدد أي المدرك بالحواس كان الحديث مع والدها بهدوء ومن خلال علاقة والدية إيجابية.

استغرق العلاج ثلاثة عشر جلسة كلها كانت فردية باستثناء جلستين بشكل جماعي. مدة كل جلسة حوالي (٤٥) دقيقة تمت جميعها في المؤسسة في الفترة المسائية، وقد تم الاعتماد على « دليل العلاج المعرفي السلوكي» بالإضافة إلى بعض الكتب والقصص وأسطوانات CD التي تتضمن أفلاماً قصيرة .

ثانياً : التاريخ المرضي للحالة الفردية :

في سن الرابعة عشر ، بدأت " سارة " بالمرور بحالات من الشعور بالغثيان الشديد والمستمر أثناء تواجدها في المدرسة ، وقد تم تحويلها إلى العيادة الطبية بالمدرسة ، وتم تشخيص حالتها بأعراض الفزع أو الرهبة ، وقد مرت بالعديد من نوبات الخفقان (سماع صوت نبضات القلب) وكانت لديها رعشة في يديها فقط أثناء إجبارها على الاشتراك في الأنشطة المدرسية .

وتؤكد الأم أن سارة قد تعرضت للعنف الأسري والتحرش الجنسي من والدها. وقد أمرت النيابة العامة بإيداعها المؤسسة، وقد تم تشخيص حالتها من الطبيب العام بأنها مصابة بالقلق الاجتماعي ، وقد حصلت لفترة على دواء « فلوفوكسامين» ولكن رفضت الاستمرار في العلاج الدوائي .

ثالثاً : تقييم الحالة الفردية :

بعد تحويل المريضة سارة إلى المؤسسة تم التشخيص مرات عدة بالاستعانة بالمقابلة الإكلينيكية من الطبيب النفسي من العاملين بالمؤسسة ، وكذلك من خلال الباحثة باستخدام أدوات البحث الحالي، حيث تم التأكيد على أن سارة لديها قلقاً اجتماعياً، وفقاً للمعايير التشخيصية. وكانت سارة تشارك في الأنشطة بالمدرسة وكان مستواها الدراسي يقدره المدرسون بأنها فوق المتوسط ، وكانت هوايتها المفضلة القراءة خاصة الروايات . كما أن سارة لم تكن تعاني أي مشكلات اقتصادية أو اجتماعية خطيرة عند

بدء العلاج. وتتصف سارة بما يلي :

١. الاعتقاد والأفكار .
٢. أنا معظم أسرتي تكرهني - أنا أكره كوني أنثى .
٣. الكل يتعامل معي بأنني كائن ضعيف - التسامح ضعف ومذلة .
٤. أعراض القلق الاجتماعي : خفقان القلب ، وارتعاش اليدين وقضم الاظافر الشكوى المستمرة من الكوابيس الليلية ، وتحاول الظهور بشكل طبيعي .

رابعاً : تفاصيل العلاج وترتيبات الإشراف :

المعالج الرئيسي هو الباحثة كلثم الكواري وهي حاصلة على الدكتوراه في الخدمة الاجتماعية في مجال علاج الاضطرابات النفسية، وقد حصلت الباحثة على التدريب منذ 19/9/2014 في مركز الولايات المتحدة الأمريكية ، تحت إشراف : جوزيف أهيميل. وقد ساعد المشرف على تخطيط الجلسات والتدخل .

خامساً : تصميم البرنامج :

تم عمل مخطط للحالة وفقاً لدليل العلاج المعرفي السلوكي " تحت إشراف " جوزيف أهيميل " وقد اشتمل على المكونات الرئيسية لعلاج القلق الاجتماعي للحالة. على النحو التالي :

١. التثقيف النفسي :

تم توعية سارة بالعلاقة بين أفكارها وعواطفها وردود الأفعال الجسدية لديها خاصة خفقان القلب ورعشة اليدين.

٢. إعادة الهيكلة المعرفية :

وقد تضمن ذلك تصحيح الإدراك السلبي وغير الدقيق لدى الحالة حول بعض المعتقدات السلبية التي تسبب لها القلق الاجتماعي .

٣. التعرض أو المواجهة لمواقف القلق :

من خلال ممارسة سارة للأنشطة، لعبت الدور الذي قامت الباحثة بتصميمه لها لمواجهة مواقف

الخوف خاصة من خلال ممارسة الأنشطة.

٤. الواجبات المنزلية :

تم تصحيح الواجبات المنزلية لمساعدة سارة على تحديد الأفكار المشوهة من خلال التدريب على التعرض لمواقف القلق وممارسة ذلك بشكل مستمر.

في هذه المواقف كان لدى سارة أفكار آلية مثل « هل سأعود مرتبكة إذا لاحظ زملائي في المدرسة قلقي أو انتقديني في آرائي بشكل دوري ينتقل من شخص لآخر » واعتقادها «أنا دائما بحاجة أن أبدو مؤهلة في نظر زملائي بالمدرسة» يعزز هذه الأفكار الآلية .

أحدثت الأفكار الآلية أعراضاً جسمانية مثل خفقان القلب ورعشة اليدين. وقد مرت أيضاً بأعراض في القدرات المعرفية : تفكيرها أصبح مرتكباً وكان من المؤلم لها أن تتحمل المواقف التي تتعرض لها، وكاستجابة لهذه الأعراض أصبح لدى سارة سلوكيات السلامة التالية :

- إخفاء قلقها : سوف تخفى يديها تحت المكتب وتمسك مناديلها بإحكام وتقف وقفة منتصبه دون لمس أي شيء على المكتب .
- إنهاء أدائها للمهام بسرعة قبل أن تبدأ يداها في الارتعاش / وسوف تتكلم بسرعة / وتعيد سماع كلماتها لكي تسترجعها باختصار كلما كان ممكناً، والتعاطف أو المشاركة الوجدانية مع آراء الآخرين .
- محاولة أن تبدو طبيعية : سوف تمثل كما لو أنها لم تمر بأي نوبات قلق من قبل بالاحتفاظ بنفسها في وضع القامة المنتصبه والاحتفاظ برأسها مرفوعاً إلى الأعلى، والنظر حولها والابتسام.

سادساً : دورة العلاج وتقييم التقدم في الحالة :

وجدت سارة أن المؤسسة يمارس فيها أيضاً- أنشطة تتطلب منها التواجد مع زملائها، وهو ما أدى إلى استمرار الشعور بعدم الراحة بالمعدة وزيادة خفقان القلب لدى سارة ، ولهذا اتفقت المعالجة مع سارة على وضع أولوية أولى لعلاج أعراض الفزع والرعب لديها أثناء الجلسة الأولى. وتؤكد سارة أنها لن تكون قادرة على تحمل التواجد مع زملاء لها لأن هذا سوف يصيبها بالإحراج، ولكن المعالجة أكدت لسارة على التركيز على جمع الأدلة والعتور على احتمال واقعي للنتائج التي تخشى أن تحدث.

وبدأت المعالجة في تخفيف أنماط التفكير الجامدة لدى سارة ، والتي منها اعتقادها بأنها يجب أن

تكون مثالية في كل شيء وفي كل وقت .

"لابد ألا أقع في الخطأ من أجل أن أكون محبوبة من زملائي". وقد قامت المعالجة بالاشتراك مع الحالة لتحليل الفوائد من خلال تحديد قائمة شاملة بالإيجابيات والسلبيات المترتبة على التمسك بالأفكار الجامدة ، كما تم الحصول على قائمة بالناس الذين تحترمهم سارة، وهم: ولي الأمر والحال والأخوات. وتم تحديد التشوهات الشائعة ، كما تم إضافة عمود الأفكار المشوهة وعمود الأدلة وسجل التفكير للبحث عن التشوهات الفكرية لدى سارة ، والتي تم تحديد أهمها على سبيل المثال في الآتي :

- أنا لا أصلح للتواجد مع زملاء .

- أنا لا أستطيع ممارسة أي نشاط .

- من يقف بجواري يسمع دقات قلبي .

- الفرع يستمر معي عند التواجد في مكان واسع .

- النوم في الليل يرتبط بالكوابيس المرعبة .

- أنت عاجزة عن تحقيق أي علاقة اجتماعي ناجحة مع الآخرين .

- تم وضع الواجبات المنزلية بشكل تعاوني بين المعالجة والحالة لممارسة الحفاظ على التركيز الخارجي في المواقف المثيرة للخوف خاصة أثناء ممارسة أي نشاط في المدرسة أو المؤسسة ، وكانت سارة قادرة بشكل تدريجي على الاشتراك في الأنشطة التعليمية والاجتماعية .

كما اتضح أن العنف الأسرى والتحرش الجنسي الذي تعرضت له سارة من الأب قد أدى إلى خوفها من الآخرين خاصة من الذكور، وبشكل متواز تدخل المعالجة مع الأب من خلال علاجه من إدمان الخمر وتحسين أسلوب حياة الأب في التعامل مع الأسرة .

كما تم التأكيد على سارة في ممارسة الحوار مع النفسي ، والتدريب على التعليمات الذاتية بحيث تبدأ في أن تقول كلمات وجمالاً لنفسها واستبدال بعض الكلمات ذات التأثير السلبي بكلمات أخرى إيجابية .

سابعاً : التجارب السلوكية:

شاهدت سارة عرض مجموعة أفلام قصيرة من إعداد المؤسسة حول اضطرابات الأطفال عامة واضطرابات القلق الاجتماعي خاصة. وأثناء عرض الفيلم وبعده يتم مناقشة سارة في أفكارها والسلوكيات وأسلوب حياة النماذج الإيجابية المتضمنة في الفيلم .

وقد سألت سارة عن حبها للقراءة، فأكدت لي إنها الهواية الوحيدة التي تفضلها وتمارسها. وتم عرض مجموعة من الكتب والروايات ، وقد قدمت المعالجة لسارة فكرة عن كل كتاب ورواية والأحداث الرئيسية فيها، وتشجيع سارة بمقارنة خبراتها بالمواقف الموجودة في كل كتاب، ومساعدة سارة على التنبؤ بمحتوى الكتاب. وقد اختارت سارة ثلاث روايات لكي تقرأها. وجميع تلك الكتب قصص تهدف إلى تعليم الأطفال كيف تتم مواجهة الخوف من الآخر في المواقف الاجتماعية .

كما تم تدريب سارة على الاسترخاء، وكانت تمارس تمارين الاسترخاء في أوقات متعددة. وكانت تتم مقارنة سارة قبل تمارين الاسترخاء وبعدها كما تم الاتفاق مع سارة ومع إدارة مركز الحماية ومع مجموعة من الأطفال المقربين لسارة والذين وافقوا على المشاركة ثم التواجد في حجرة اللعب بالمركز، وقد ساعد النمو الجيد لعلاقة المهنية مع سارة على تقبل الاشتراك في اللعب والأنشطة الاجتماعية لخفض القلق والتوتر والخوف من الآخرين. وقد قامت سارة برسم أم وأب وبجوارهما أطفال يضحكون. كما قامت إدارة المركز بتنظيم عيد ميلاد أحد الأطفال وتم الاحتفال به، كما تم الاشتراك في عرض مسرحي صغير قامت المعالجة بإعداد سيناريو المسرحية مسبقاً، واتفقت مع الحالة التي اختارت دور الأم. وقد تم اتفاق مسبق على الحوار مع الأطفال المشاركين في لعب أدوارهم المسرحية، ومن ضمن مشاهد المسرحية طفلة تسقط على الأرض، وقد قامت سارة بدورها كأم ومشاركة الأب بإسعاف الطفلة، وتم تبادل الحوار الذي اتضح منه رضا العملية عن أدوار الأب في المشاهد المسرحية .

وفي جميع هذه التجارب السلوكية كان يتم تكليف سارة بواجبات منزلية من ضمنها ملاحظة إذا كان احد من زملائها لاحظ رعشة يديها أثناء تناول الطعام . وبدأت سارة تدرك أن ليس جميع المحيطين يمكن أن يعطوا رأياً واحداً، ولكن لا بد من الاختلاف وأنه يجب أن يكون لديها القدرة على التعامل مع الآراء المختلفة، وأثناء ذلك استمرت سارة في الواجبات المنزلية خاصة من خلال تسجيل الأفكار التلقائية ومراقبتها، واستمرار المعالجة في التنقيف النفسي، وإعادة الهيكلة المعرفية، وتنمية المهارات الاجتماعية، واستمرار تعرض سارة لمواقف القلق من دون أن يكون هناك خطر عليها، وبدأت سارة تؤكد للمعالجة أن قلة من زملائي هم من يلاحظون أعراض قلقي وهذا عكس ما كنت أعتقد.

ثامناً : المناقشات عن المستويات العالية بزيادة ممارسة الأنشطة الاجتماعية:

تمت مناقشة بين المعالجة وسارة حول كيف نشأت المستويات العالية بزيادة الأداء الاجتماعي، مثال ذلك (أنا بحاجة للحفاظ على انطباعي أن أكون مؤهلة وقادرة على المشاركة في النشاط). قامت سارة بوضع الأسباب المحتملة التالية في قائمة :

١ - الشعور بالدونية أو عجز الثقة بخصوص نقص المهارات الاجتماعية مقارنة مع زملائها ممن هم في العمر نفسه.

٢ - الاعتقاد بأنها ينبغي أن تنفذ المهام المكلفة بما بشكل أحسن بكثير من زملائها في المدرسة أو المؤسسة .

وخلال المناقشات بين المعالجة وسارة حول اعتقادات المجتمع القطري حول الاضطراب النفسي خاصة للأطفال، ومن خلال هذه المناقشات اكتشفت سارة وجهات النظر الآتية، والتي كذبت مباشرة دوافعها للشعور بالدونية :

١ - ليس كل مدمن للخمر يمارس العنف الأسري .

٢ - ليس كل زملائي ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع لديهم أسلوب حياة إيجابي .

٣ - ليس الاضطراب النفسي مقتصرًا على الإناث فقط .

ساعدت هذه المناقشات والتنقيف النفسي وإعادة الهيكلة المعرفية وغيرها على تحسين الأعراض الجسدية والسلوكيات والأفكار لدى سارة وبدأت تشارك في الأنشطة في المدرسة والمؤسسة، وبدأت في تقبل نفسها وممارسة سلوكيات توكيد الذات وتحسين أسلوب حياتها على المستوى السلوكي والوجداني والمعرفي.

تاسعاً : نتائج العلاج للحالة الفردية :

تم قياس الأعراض التي تم تسجيلها لسارة من خلال أربعة مقاييس (سبق الإشارة إليها) والرسم البياني رقم (١) يوضح التحسن في حالة سارة وعلى مدار ثلاثة عشر جلسة يتضح على كل مقياس انخفاض القلق الاجتماعي لدى سارة، ومن خلال استخدام دليل العلاج المعرفي السلوكي فإن سارة أدركت أن:

- ١ - معظم المحيطين خاصة زملاء المدرسة أو المؤسسة لا يصرفون انتباههم لقلق الآخرين ولا يتكتمون على مرور الآخرين بتجارب القلق .
- ٢ - إدمان الخمر يمكن علاجه .
- ٣ - اختلاف آراء الناس وأحكامهم أمر طبيب .

أخذت سارة أيضاً القرار بتسجيل اسمها في مجموعة أصدقاء المكتبة في المدرسة والمؤسسة وبدأت تمارس الأنشطة التعليمية والاجتماعية مع زملائها، وقد بدأت المشاركة بشكل متزايد، وحصلت على جوائز من المسابقات وشهادات تقدير من المؤسسة والمدرسة وقد زاد عدد أصدقاء سارة .

عاشراً : التعقيدات أو الأفكار الجديدة في العلاج :

ترتبط الاضطرابات النفسية والقلق الاجتماعي بالثقافة المحلية. وقد احتاجت سارة كمواطنة قطرية أن تتأكد أن القلق الاجتماعي ليس (جنون) الأطفال في قطر، مثلها مثل الدول العربية التي تتعامل مع المرض النفسي بما يعرف بالوصمة، والذهاب للعلاج طريق للإصابة بالمصطلح المحلي (الجنون). وكثير من الأسر القطرية لا تفضل أن تعلن علاج أحد أبنائها من القلق الاجتماعي أو أي اضطراب نفسي آخر. وقد قامت المعالجة على هامش علاج سارة بتنظيم اجتماعات مع طلاب المدارس والمؤسسات للتوعية بالاضطرابات النفسية وبعدها عن الوصمة أو العار.

حادي عشر- الاعتبارات المأخوذة في الحسبان عند التعامل مع الحالة :

لم يتم حتى الآن اعتماد العلاج السلوكي المعرفي كمنهج للاضطرابات النفسية أو القلق الاجتماعي في دولة قطر، ولكن بجهود الإكلينيكين ومن ضمنهم المعالجة تتم ممارسة العلاج السلوكي المعرفي في المجتمع القطري مع العديد من الفئات. وقد تلقت سارة العلاج المجتمعي السلوكي المعرفي مجاناً بما أنها كانت مشاركة في تجاربنا الإكلينيكية ولم يتطلب ذلك التنسيق مع التأمين الصحي لتلاميذ المدارس بقطر نظراً للتعاقد الشفوي مع سارة.

ثاني عشر : العلاجات المتضمنة في الحالة :

قدمت دراسة هذه الحالة وبعثت نماذج لتخطيط التدخل المهني مع الحالة واستعمال دليل العلاج المعرفي السلوكي، المتضمن أربعة مكونات رئيسية: التثقيف النفسي، وإعادة الهيكلة المعرفية، والتعرض أو المواجهة لمواقف القلق، والواجبات المنزلية. وتمت البرهنة على فعالية العلاج السلوكي المعرفي لخفض

القلق الاجتماعي لدى الأطفال القطريين، بالإضافة إلى أن التجارب الإكلينيكية سواء العالمية أم المحلية قد أوضحت فعالية العلاج السلوكي المعرفي سواء للأفراد أم المجموعات. ويصلح ذلك في المجتمع القطري.

كما تؤكد الباحثة (كأخصائية اجتماعية) على اهتمام الحالات الفردية من الأطفال القطريين بالسلطة المهنية بالنسبة للعلاج، والربط بين المعالج والمدرس في المدارس، وأن النصيحة يجب إتباعها، وأن ما يميز المعالج هو ابتعاده عن العقاب، وأن التعاقد الشفوي يفضله الطفل القطري ويرفض تماماً التعاقد المكتوب .

كما أكدت سارة أكثر من مرة سعادتها وتقبلها لمشاهدة الأفلام القصيرة والتي تضمنت نماذج محلية لعلاج القلق الاجتماعي، وهي من إعداد فريق عمل بالمؤسسة. كما أكدت سارة على أن نجاح العلاقة المهنية بينها وبين المعالجة ترجع إلى كون المعالجة قطرية الجنسية، وهو ما ساعد سارة على بناء الثقة مع المعالجة. وقد كانت المعالجة حريصة على حدود العلاقة المهنية مع الحالة . وقد أجرت المعالجة ثلاث جلسات مدة كل جلسة عشر دقائق فقط للمتابعة والتأكيد على انخفاض القلق الاجتماعي لدى سارة، وقد اتضح إيجابية سارة سواء على مستوى السلوكيات أم الأفكار.

مراجع الدراسة

أولاً : المراجع العربية :

- أبو بكر عبد الرحمن عمر محمد (٢٠١٧): ممارسة العلاج العقلاني الانفعالي في خدمة الفرد في تخفيف حدة القلق الاجتماعي لمرضى الالتهاب الكبدي الوبائي ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، قسم خدمة الفرد ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة أسيوط .
- أسماء عبد الله محمد العظيمة :فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق الشائعة لدى عينة من الأطفال بدولة قطر. رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، قسم الصحة النفسية ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ٢٠٠١ م .
- الأمانة العامة : الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية لدولة قطر ، الدوحة ، المجلس الأعلى للصحة ، ٢٠١٣ ، ص ص ٨ - ٩ .
- أمينة إبراهيم حسن الهيل : دراسة فاعلية برنامج للإرشاد العقلاني الانفعالي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية بدولة قطر ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، قسم الصحة النفسية، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ٢٠٠٢ م .
- حامد أحمد الغامدي : فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، قسم الصحة النفسية ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
- حامد أحمد الغامدي (٢٠١٠): مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف ، بحث منشور ، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية ، المجلد الثاني ، العدد الأول ، يناير .
- حسام صلاح فخري إسماعيل (٢٠١٧): ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة قلق الموت لدى أسر مرضى السرطان ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، قسم خدمة الفرد ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة أسيوط .
- خليل محمد فاضل : الاضطرابات النفسية لبعض تلاميذ المرحلة الابتدائية بدولة قطر ، دراسة حول عينة من الأطفال الذين تم فحصهم في العيادة النفسية الخارجية التابعة لمؤسسة حمد الطبية ، بحث منشور ، مركز البحوث التربوية ، كلية التربية ، جامعة قطر ، إبريل ، ١٩٩٢ .

- رأفت عبد الرحمن محمد (٢٠١٣): الخدمة الاجتماعية العيادية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- رضية شمسان (٢٠٠٤): أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في علاج مرضى الرعاب الاجتماعي، رسالة دكتوراه، غير منشورة، جامعة صنعاء.
- صالح ظافر العمري (٢٠١١): فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى القلق لدى التلاميذ الأيتام بالطائف، رسالة ماجستير، غير منشورة، قسم التوجيه والإرشاد التربوي، جامعة الملك عبد العزيز.
- عبد الرحمن سيد سليمان، هشام إبراهيم عبد الله: دراسة لموقع الضبط في علاقته بكل من قوة الأنا، والقلق لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة قطر، بحث منشور، الدوحة، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، العدد التاسع، السنة الخامسة، يناير، ١٩٩٦.
- على حسين زيدان وآخرون (٢٠١٥): نماذج ونظريات الممارسة المهنية في خدمة الفرد، القاهرة، دار السحاب، ٢٠١٥.
- فتحى أحمد السيسى (٢٠٠٩): أثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى القلق الاجتماعي لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية، بحث منشور، القاهرة، المؤتمر العلمي الثاني والعشرون، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- كلثم محمد الكواري: ممارسة سيكولوجية الذات في خدمة الفرد لتحقيق التوافق الاجتماعي لمرضى القلق، دراسة تجريبية مطبقة على مرضى القلق بالعيادة النفسية لمؤسسة حمد الطبية بدولة قطر، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم خدمة الفرد، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٢م.
- لبشير معمريه: القلق الاجتماعي، بحث منشور، القاهرة، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد ٢١-٢٢، ٢٠٠٩.
- محمد سالم القرنى، وآخرون (٢٠١٦): التشخيص الإكلينيكي والممارسة العلاجية، جدة، مركز النشر العلمي، جامعة الملك عبد العزيز.
- ناصر إبراهيم المحارب (٢٠٠٠): المرشد في العلاج الاستعراضي السلوكي، الرياض، دار الزهراء.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

- Abdulari Bener (2015) : The prevalence and burden of psychiatric disorders in primary health care visits of family medicine and primary care, India , mar.4, p.p 89-95.
- Albino, Ann, M. (1998) : social phobia in children and adolescents: current treatment approaches:
<http://www.mcmaster.ca/mabi=98/ameringen/albino0303/twoihtml>.
- Debra A. Hope & Others (2000) : Managing social anxiety: a cognitive behavioral therapy approach, client work book treatment that works. New York, Oxford University Press, 2000, p.p 13-19.
- Eliane, Lijon foreman & Claire Pollard (2011) : "Introducing cognitive behavioral therapy (C.B.T) :A practical guide , UK, Icon Books Ltd. p.p. 36-44.
- Patterson, C. H (1990) : Theories of Counseling and Psychotherapy. New York : Harper & Row publishers
- Ranon, Tammie & Freeman, Arthur (2007) : Cognitive Behavior Therapy in Clinical Social Work Practice, New York, Springer Publishing Company .
- Robert L. Barker (2014) : The Social Work Dictionary, Washington, NASW Press .
- Robert L. Leahy (١٩٩٧) : Practicing Cognitive Therapy: A Guide to Interventions, London, Jason Aronson, Inc.
- Robert L. Leahy (٢٠١٨) : Science and Practice in Cognitive Therapy, New York, Inc.

-
- Sohila Ghaloum etal. (2001) : Prevalence of mental disorders in adult population attending primary health care setting in Qatar population, Pakistan, Mar 3, p.p. 216.227.
 - Shervin Shahnnavaz and Other (2018) : Internet–based Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Dental Anxiety Open Trial, Journal of Medical Internet Research, Vol 20, No 1, January .
 - WWW. WHO. Int