

فاعلية العلاج المرتكز على الانفعالات في خفض مستوى القلق الاجتماعي

لدى عينة من المراهقات

تاريخ القبول
2019/12/31

تاريخ الإرسال
2019/9/4

د. منار بني مصطفى^(*)

علا عماد أبو اللوم

الملخص

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية طريقة العلاج المرتكز على الانفعالات في خفض مستوى القلق الاجتماعي لدى المراهقات. تكونت عينة الدراسة من (30) مراهقة من مدرسة رُفيدة الإسلامية في مديرية التربية والتعليم لقصبة اربد الأولى، ووزعت عشوائياً إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، خضعت المجموعة التجريبية والمكونة من (15) مراهقة للبرنامج المرتكز على الانفعالات، والمجموعة الضابطة والمكونة من (15) مراهقة لم تخضع لأية معالجة. تم استخدام مقياس محمود (2013) لقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقات، وبرنامج إرشادي أعدته الباحثتان، أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) تعزى لأثر المجموعة (تجريبية) في القياس البعدي لمقياس القلق الاجتماعي، وأشارت النتائج إلى أن قياس المتابعة وفق برنامج العلاج المرتكز على الانفعالات كانت أعلى من القياس البعدي على مقياس القلق الاجتماعي ككل، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية التي طُبّق عليها برنامج العلاج المرتكز على الانفعالات.

الكلمات المفتاحية: العلاج المرتكز على الانفعالات، القلق الاجتماعي، المراهقات.

(*) جامعة اليرموك - كلية التربية - قسم علم النفس الإرشادي والتربوي.

The Effects of Emotional-focused therapy in reducing the level of Social anxiety in a sample of adolescents.

Abstract:

The Study aims to detect the effectiveness of emotional and pragmatic treatment methods. The Study Sample consisted of (30) what from Rufaidah School in Irbid city. The sample and randomly assigned into two groups: experimental group, (15) adolescents was subjected to the emotional-focused program and control and (15) adolescents did not receive any treatment. Mahmoud Scale was used (2013) to measure adolescents Social anxiety, and two advisory programs prepared by the researcher. The results of the Study indicated that there were Statistically significant differences at the level of significance ($\alpha=0.05$) due to the effect of the experimental group on the telemetry of the Social anxiety Scale. The results also indicated that are statistically significant differences at the level of statistical significance ($\alpha=0.05$) between the members of the experimental group that applied the program of emotional-focused treatment on the one hand, and the members of the experimental group that applied, The differences were in favor of the experimental group on which the emotional- focused treatment was applied. The results indicated that follow-up measurement according to the emotional therapy program focusese was the higher on telemetry on the social anxiety scale as a whole.

Keywords: Emotional therapy, Social anxiety, adolescents

المقدمة

تُعتبر مرحلة المراهقة من أكثر المراحل خطورة في حياة المراهق، ويجد الوالدين صعوبة في التعامل مع أبناءهم بسبب ما تحملها هذه المرحلة من تغيرات؛ فكثير من المشاكل التي يتعرض لها المراهق تعود في أسبابها إلى عاملي الجهل والغفلة، فالمراهق في تغير من الناحية العضوية، وغير ناضج من الناحية العاطفية، وذو تجربة محدودة، بالإضافة إلى أنه تابع للوسط البيئي ثقافياً، لذلك من الضروري إيجاد حلول سليمة لمشكلاته التي يعاني منها.

فمرحلة المراهقة هي المرحلة التي تزخر بكثير من الاضطرابات النفسية ومن بينها اضطراب القلق الاجتماعي، الذي يُعد أحد الأنواع الرئيسية والشائعة للقلق، ويتمثل بشكل مبسط في الخوف من الإحراج أو الظهور للآخرين بمظهر ضعيف وارتباك، ولا يملك أحد مناعة ضد هذا الاضطراب؛ فاحتمالات الإصابة به واردة عند أي فرد نكر كأن أم أنثى، ويبدأ هذا الاضطراب عادة في مرحلة المراهقة، حيث يصبح هؤلاء المراهقين يتقادون نظرات الآخرين ولا يمارسون نشاطاتهم أمامهم (Luis & Christine, 2003). ففي هذه المرحلة يكون الفرد حريص على الظهور بشكل اجتماعي ملائم أثناء التفاعلات الاجتماعية المختلفة، تمكنه من تقديم انطباع إيجابي عن نفسه للآخرين، الأمر الذي يجعله عرضة للإصابة باضطراب القلق الاجتماعي (Social phobia) (غزو وسمور، 2016).

ويحتل القلق الاجتماعي موقعا هاما في التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية (International Classification of Diseases, Tenth Edition ICD-) (10)، الصادر عن منظمة الصحة العالمية (World Health Organization) (WHO, 1992). بالإضافة إلى أنه يصنف ضمن اضطرابات القلق التي وردت في

الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2015).

كما يتسم اضطراب القلق الاجتماعي بالأسى الانفعالي الشديد، والذي يرجع إلى التعرض للهجوم أو توقع الشر أو الخوف، ويحاول بعض الأفراد أن يواجهوا هذه المشاعر بواسطة السلوك القهري، كما يحاول البعض الآخر تجنب المواقف التي تثير القلق ولكن بشكل يتعارض مع الحياة العادية التي يعيشها هؤلاء الأفراد (Davisonet, Neale, and Kring, 2004). ويتخذ قلق المراهقين شكلاً دفاعياً حول أوضاع تتعلق بأدائهم، وعادة ما يكون لديهم شكوك مزمنة حول قدراتهم، مما يدفعهم دائماً لطلب الموافقة والدعم من الآخرين (Riskind, Alloy, and Manos, 2005).

فالأفراد الذين لديهم سيطرة على انفعالاتهم، يتمتعون بدرجة عالية من التسامح مع القلق، وهم أكثر مرونة، ولديهم حس المسؤولية والتعاطف، ويكونون أكثر قدرة على النجاح في العلاقات الشخصية، ولديهم مهارات لحل المشكلات وكذلك أكثر فرحاً وتفاؤلاً في السيطرة على انفعالاتهم (Baltaci & Demire, 2012). ويُعد العلاج المرتكز على الانفعالات أحد المناهج العلاجية التي تُنفَّذ في وقت قصير لمعالجة العلاقات المتوترة بين الأفراد، كما واستُخدم بصورة واسعة من قبل الباحثين في القضايا المتعلقة بالمراهقين، حيث يركز على الانفعالات الرئيسية في العمليات والأنماط التي تحدث فيها تفاعل مع الآخرين (Johnson, 2005).

ويعتبر القلق الاجتماعي واحداً من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في الوقت الحالي، وتصاحبه مشاكل انفعالية وسلوكية متنوعة، مثل الاكتئاب والإدمان واضطرابات القلق الأخرى، بالإضافة إلى العجز عن أداء الوظائف الحياتية وعدم الرضا عن نوعية

الحياة (Heimberg,2009). وفي العديد من الدراسات، تم التقدير أن حوالي (60% - 70%) من مرضى القلق الاجتماعي يعانون من اضطراب آخر متزامن أو أكثر (Antony & Swinson,2000).

تكمن أهمية الانفعالات في أنها توضّح طبيعة علاقة الفرد بالآخرين، فهي تشير إذا كانت علاقاته جيدة أم سيئة، فإدارة الانفعالات عبارة عن عملية مسئولة عن مراقبة وتقييم وتعديل ردود الفعل الانفعالية، وذلك ليتمكن الفرد من تحقيق أهدافه، كما أنها تشير إلى وضع الفرد الحالي وحاجاته وأهدافه، فالانفعالات تُنظم علاقة الفرد بذاته وبالآخرين، وأن كل انفعال يُحدد علاقة الفرد بالآخرين أو علاقته بالبيئة، لذا ربطت الدراسات بين الصعوبات في إدارة الانفعالات وبين بعض الاضطرابات العيادية، مثل: اضطراب القلق المعمم واضطراب القلق الاجتماعي (McEwen & Flouri, 2009). وقد عُرف القلق الاجتماعي طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) والصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) على أنه "خوف ملحوظ ومستمر من موقف واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية، والتي يُحتمل أن يتعرض الفرد فيها للتدقيق من قبل الآخرين، حيث يخاف الفرد أنه سوف يتصرف بطريقة محرجة، أو أن تظهر عليه أعراض القلق بحيث يراها الآخرون ويفسرونها بشكل سلبي، ويدركون أنهم لم يحظوا بالرضا والاستحسان من الآخرين، بل يُعاشون الذل والخزي والارتباك في هذه المواقف، ونتيجة لذلك فهم يتجنبون المواقف الاجتماعية" (APA, 2015: p171)

يرتكز القلق الاجتماعي حول ثلاثة مكونات أساسية وهي: **المكون الفسيولوجي**: حيث يكون لدى الفرد خبرة تتضمن ردود انفعالية مفاجئة مثل: ارتفاع معدل ضربات القلب، احمرار الوجه، زيادة إفراز العرق. **والمكون المعرفي**: والذي يكون لدى الفرد فيه

مجموعة من ردود أفعال معرفية كالوعي المفرط بالذات، وانخفاض تقدير الذات، والانزعاج عندما يُقيم بطريقة سلبية من قبل الآخرين، وأفكار تتركز حول تقليل الذات. **والمكون الاجتماعي:** حيث يكون لدى الفرد حالة من الفشل في السلوك الاجتماعي وعدم المسايرة الاجتماعية وكف السلوك، ويتضمن نقص في المهارات الاجتماعية، فيكون الفرد قليل الكلام كثير الصمت ولديه انخفاض في السلوك التوكيدي، كانخفاض صوته ومعدل التواصل البصري (العواد، 2004).

وهناك أعراض تظهر على المصابين بالقلق الاجتماعي عند التعرض للمواقف الاجتماعية التي تثير قلقهم، وهذه الأعراض مختلفة من فرد لآخر، فلا يعاني جميع المصابين من نفس الأعراض (Debora & Turner, 1998)، وهذه الأعراض منها **أعراض فسيولوجية:** وهي عبارة عن ردود أفعال يقوم بها الجسم أثناء المواقف الاجتماعية المثيرة للخوف وتتمثل في: احمرار الوجه، والارتعاش في اليدين، والغثيان، وتصبب العرق، وسرعة ضربات القلب وخفقاته، وضيق التنفس، ومغص في المعدة، وارتجاف الأطراف وشدة العضلات، وتلعثم في الكلام وجفاف الحلق، والحاجة المفاجأة للذهاب إلى الحمام (سليمان، 2007)، و **أعراض معرفية:** وتشير إلى الاعتقادات والأفكار السلبية والافتراضات والتوقعات الغير توافقية، كما أنهم يميلون إلى تفسير الأشياء بحوار ذاتي حيادي أو غامض بشكل غير حاسم، ويضعون لأنفسهم معايير عالية للأداء، فالفرد يعتقد بأن أدائه غير مُرضي، ومن هذه الأعراض؛ التقييم السلبي المبالغ فيه للأداء الاجتماعي، والإفراط في تحديد مستويات مرتفعة للأداء الاجتماعي، والأحاديث السلبية للذات، والتذكر والانتباه الانتقائي للمعلومات السلبية عن الذات وعن أدائه في المواقف الاجتماعية (حسين، 2009)، و**أعراض نفسية:** ومن أبرزها؛ الحساسية المفرطة، الخوف من التقييم السلبي، تجنب المواقف الباعثة للقلق، الضيق

الانفعالي، مصاعب واضحة في الاتصال أو التخاطب، تجنب أي موقف اجتماعي أو أي ظروف تتطلب التفاعل الاجتماعي، الارتباك الزائد عن الحد أثناء المقابلات الاجتماعية (ابريعم، 2008).

وقد ذكر البناء (2006) نوعان فرعيان من اضطراب القلق الاجتماعي هما: **القلق الاجتماعي المعمم (Generalized)**: هو القلق المتعلق بمعظم المواقف الاجتماعية، حيث يمتد إلى جميع التفاعلات الاجتماعية ابتداء من الحديث أمام الآخرين والمشاركة في الاجتماعات، والحديث مع المسؤولين، أو الأفراد الذين هم في مركز السلطة والانتهاة بحضور الحفلات والمناسبات سواء الخاصة أو العامة. **والقلق الاجتماعي غير المعمم (Non generalized)**: يقتصر هذا النوع على الخوف من موقف واحد أو اثنين، وأكثرها انتشاراً هو التحدث أمام الجمهور، أو الخوف من تناول الطعام والشراب أمام الآخرين، أو استخدام دورات المياه العادية في وجود الآخرين، وعلى العموم يكون هذا النوع أقل تأثيراً من المعمم.

نظرية التحليل النفسي: ترى هذه النظرية وفقاً لمؤسسها فرويد، أن القلق الاجتماعي هو دفاع عن التوتر الذي ينشأ عن الهوية (ID)، حيث يحل هذا التوتر محل الخوف ويتحول إلى خوف من موقف ما أو شيء له صلة رمزية به، فالقلق الاجتماعي هو أسلوب دفاع الأنا (Ego) لمواجهة مشكلة حقيقة، والآثار السلبية التي تواجهها صراعات الطفولة (Davison et al., 2004)، وينتج القلق نتيجة صراعات نفسية لا شعورية لم تصل إلى حل ما، يرافقها القلق الذي يمر به الطفل خلال مرحلة مبكرة من حياته، فالقلق المرضي ليس إلا طريقة تكيف يواجه بها الفرد الصعوبات التي لم يستطيع حلها، ولكنها طريقة تكيف منحرفة، وبالتالي فإن القلق رمز لصعوبات التفاعل الشخصي في سن مبكرة تكون استجابة الخوف فيه نتيجة إزاحة مخاوف عامة

إلى رمز يستطيع الفرد بعد ذلك تجنبه بسهولة (عبدالله، 2001). والنظرية السلوكية: ترى النظرية السلوكية أن المخاوف المرضية عبارة عن استجابات شرطية تكونت من الارتباط الشرطي، ووفق هذه النظرية فالقلق الاجتماعي يظهر بالطريقة نفسها التي تظهر بها العديد من المخاوف المحددة، وهذا يعني أن القلق الاجتماعي يظهر نتيجة خبرة واحدة أو أكثر من الخبرات الشرطية المحرجة، فعلى سبيل المثال إذا كان المثير الشرطي موقفاً اجتماعياً (مثل: الخوف من الحديث في الأماكن العامة، أو الخوف من الكتابة، أو الأكل أمام الآخرين) فسوف يتمكن هذا المثير الشرطي من استثارة الخوف، وذلك بعد اقترانه بمثيرات غير شرطية، مثل: الشعور بالحرج والارتباك والنقد في الموقف، فالخبرة الشرطية المؤلمة تؤدي إلى الخوف والقلق الشديدين (حسين، 2009)، كما أن حدوث تعلم الخوف من شيء أو موقف معين من خلال الاشتراط الكلاسيكي، مثل الشعور بالانزعاج، أو التعرض بشكل غير متوقع لنوبة هلع في موقف اجتماعي، وفي هذه الأحوال يقترن وجود أفراد آخرين بمثير منفرد، مما يؤدي إلى خوف متعلم من خلال الاشتراط، كما اقترح أن الخوف قد يكون متعلماً من خلال الملاحظة أو النمذجة (Antony & Swinson, 2000).

والنظرية المعرفية: ترى هذه النظرية أن الناس يكتسبون مخزوناً كبيراً من المعلومات والمفاهيم والصيغ للتعامل مع ظروف حياتهم، ويستخدمون هذه المعرفة من خلال الملاحظة واختبار الفرضيات وإجراء أحكام والتصرف بشكل أقرب إلى الواقع، هذه المعارف تؤثر في انفعالات الأفراد وسلوكياتهم (عبد العظيم، 2007). كما تؤكد هذه النظرية على الدور المهم الذي تلعبه العمليات المعرفية في ظهور القلق الاجتماعي واستمراره، فالأفكار السلبية لها دورها في إحداث الاضطرابات النفسية عامة والقلق الاجتماعي خاصة، لاشك أن الطريقة التي يفكر بها الأفراد تجاه المواقف الاجتماعية

تكون مسؤولة عن إحداث الاضطرابات الانفعالية لديهم، فالمواقف المجردة لا تثير القلق، ولكن الأفكار والآراء التي يُكوّنها الأفراد عن تلك المواقف هي السبب في ظهوره، وتتكون لدى الأفراد ذوي القلق الاجتماعي أنماط سلبية من التفكير المتعلق بتقييم الآخرين لهم بطريقة سلبية أو الخوف من ظهور أعراض القلق أو الظهور بمظهر العجز والضعف (حسين، 2009).

العلاج المرتكز على الانفعالات

ظهرت فكرة العلاج المرتكز على الانفعالات (EFT) في الثمانيات من القرن الماضي (1985) على يد سو وجونسون ولينز جرينبيرغ (Sue Johnson and les Greenberg)، وكأن يتوجه إليه العديد من الأزواج لاستعادة مستوى الثقة والرضا في علاقاتهم خاصة علاقاتهم العاطفية مع الأفراد ذو أهمية في حياتهم (Naaman, Pappas, Makinen, Zuccarini & Johnson, 2005).

وتلعب العواطف الدور الأساسي في عملية التغيير في العلاج المرتكز على الانفعالات ومن تقنيات هذا العلاج: الإدراك العاطفي والاستكشاف العاطفي وعملية التوجيه أو الإرشاد والمشاركة التجريبية والاستجابات المباشرة غير التجريبية للمضمون (Mcfee & Monroe, 2011). ويُنظر للعلاج المرتكز على الانفعالات بأنه عملية تكاملية تركز على سلوك الفرد في بيئته التي يتفاعل معها ومع تفاعلاته بالآخرين، حيث يعتبر علاج دينامي (Dynamic) وذلك لأنه يعمل على إعادة التوازن الانفعالي وضبط للمشاعر وتصحيح رؤية الفرد للآخرين، وهذا يتضمن التركيز على قدرات الفرد وعلاقاته مع الآخرين في ضوء أنماط التعلق التي تم تطورها في مراحل نموه (العنزى، 2018).

يُعدُّ العلاج المرتكز على الانفعالات هو أحد النظريات الإنسانية العلاجية التي تدمج ما بين مبادئ العلاج المرتكز على المسترشد والمبادئ التجريبية، فهو انبثق من نظرية التعلق (Attachment theory)، وتدور هذه النظرية حول التعلق الذي يبدأ مع الفرد منذ مرحلة الطفولة مع الوالدين ومقدمي الرعاية له، وفي وقت لاحق يدخل الفرد في علاقاته مع أفراد ذو أهمية في حياته (Maier, 2015). ويستند العلاج المرتكز على الانفعالات على مبادئ نظرية التعلق، وهذه المبادئ تتضمن التعلق قوة دافعة موجودة بالفطرة للإنسان، والاعتمادية الآمنة تكمل الاستقلال، والتعلق الآمن يوفر الراحة ويمنح الفرد قاعدة آمنة لاستكشاف ما حوله (Johson, 2008).

يُعرف العلاج المرتكز على الانفعالات (EFT)، بأنه علاج إنساني انبثق من نظرية الانفعال، ونظرية التعلق، حيث تنظر هذه النظرية إلى الانفعالات باعتبارها مركزية لتجارب الذات، وتعتقد أن عملية تغيير الأفراد تحدث من خلال الوعي الذاتي، والتنظيم الذاتي، والتفكير بالعواطف، والتعاطف، وتهدف إلى خلق العلاقة الجديدة وتغيير المسائل وتحقيق التفاعل بين المشاعر الإيجابية والتعلق الايجابي (Greenberg & Watson, 2005).

ويُعدُّ العلاج المرتكز على الانفعالات أحد المناهج العلاجية التي تُنفذ خلال وقت قصير لمعالجة العلاقات المتوترة بين الأفراد، وقد استُخدم هذا العلاج بصورة واسعة من قبل الباحثين في القضايا المتعلقة بالمرهقين، وهو يركز على الانفعالات الرئيسية في العمليات والأنماط التي يحدث فيها تفاعل بين طرفين، ويقوم هذا العلاج على ثلاث خطوات: تحديد الانفعال السلبي، وإعادة صياغة الرابط العاطفي معه، ومن ثم الاندماج مع الرابط العاطفي الجديد، فالمعالج يركز على الانفعالات لأنها تنظم ردود

الفعل الرئيسية تجاه الآخرين وتشكل البوصلة الداخلية التي تساعد الأفراد على تحديد احتياجاتهم وأهدافهم (Johnson, 2005).

تركز النظرية على العلاقة التأسيسية في بناء الذات والاهتمام بالمشاعر، من خلال التنظيم الذاتي والعمل التكاملي بين العقل والعواطف، حيث يعمل المرشد على مساعدة الفرد في إدراك ومعرفة خبراته الانفعالية، وهنا يعمل المعالجون على تعزيز دور الانفعال لمساعدة الناس في إدراك وقبول ومعرفة خبراتهم الانفعالية، ويركز المعالج في التدريب على مناقشة ثلاثة مبادئ رئيسية للتوعية الانفعالية وهي التنظيم والتدريب وتحويل الانفعالات إلى دليل عملي، حيث يكون الهدف منها زيادة الوعي الانفعالي للفرد وتعزيز التنظيم الانفعالي، وتحويل الانفعالات (Greenberg, 2004). حيث يسعى العلاج المرتكز على الانفعالات إلى تحقيقها، كبناء علاقات إيجابية مع الآخرين وذلك عن طريق خفض مستوى المشاعر السلبية، ومساعدة الأفراد للوصول إلى مشاعرهم وفهمها، والوعي الذاتي بأنفسهم (Parker, 2011).

يُمر العلاج المرتكز على الانفعالات بثلاثة مراحل أساسية: المرحلة الأولى تتمثل في إنشاء تحالف علاجي قوي؛ وذلك للوصول لتعبير انفعالي من خلال تحديد احتياجات الفرد للوصول إلى المشاعر العميقة، أما المرحلة الثانية فتتضمن تعزيز الهوية وقبول الفرد للآخر، وذلك من خلال هيكله التفاعلات مع الآخرين بعد تبني استجابات انفعالية مناسبة تلبي احتياجات الفرد، المرحلة الثالثة يتم فيها التركيز على ظهور الحلول المناسبة للمشاكل الناتجة عن العلاقات القديمة، وتحسين العلاقات مع الآخرين، ولكي تتم جميع هذه المراحل يجب على المرشد القيام بتوظيف المهارات والفنيات الإرشادية المناسبة وذلك لتحقيق النتائج الممكنة (Greenberg, 2010).

وتتلخص مهام المرشد عند قيامه بعملية العلاج المرتكز على الانفعالات على أن يكون واعياً لانفعالاته، وأن تكون نظريته إيجابية نحو هذه الانفعالات، والتي يراها كمصدر مزود للمعلومات ومحرك للسلوك، وأن يرى المرشد أنه عندما يختبر انفعال المسترشد تكون فرصة جيدة لإقامة علاقة إرشادية متينة، وأن يستمع المرشد لمشاعر المسترشد مثل الحزن والغضب والقلق وأن ينتبه إلى شدة انفعاله وأن يتم تقبلها ويتم توضيح تفهمه وتعاطفه لمشاعره، كما يجب على المرشد مساعدة المسترشد على ترميز مشاعره بالكلام، وأن يدخل إلى عالمه الانفعالي وتوجيهه في كيفية التعامل مع الانفعالات، وأن يتم تقديم الاستراتيجيات المناسبة لمساعدته في العملية الانفعالية مستخدماً مهارة التعاطف والتي تعتبر المهارة الأساسية التي يجب توافرها في المرشد الذي يستند إلى الإرشاد المرتكز على الانفعالات (Greenberg, 2002). والعلاج المرتكز على الانفعالات يستخدم في علاج الأمراض المزمنة واضطراب القلق ويُركّز في العلاج على الانفعالات الرئيسية واحتياجات التعلق عند الفرد (Johnson & Greeman, 2006).

الدراسات السابقة

هناك عدد من الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة، فقد أجرت جدوع (2018) دراسة هدفت إلى الكشف عن أثر استخدام الدراما في تحسين تقدير الذات، وخفض القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقات، تكونت عينة الدراسة من (30) طالبة من طالبات الصف الثامن والتاسع والعاشر، تم توزيعهن عشوائياً إلى مجموعتين متكافئتين: مجموعة تجريبية خضعت للبرنامج الإرشادي، ومجموعة ضابطة لم تخضع لأي برنامج إرشادي. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياسين: مقياس القلق الاجتماعي ومقياس تقدير الذات، إضافة إلى برنامج إرشادي من إعداد الباحثة. وأظهرت نتائج الدراسة إلى

أن متوسطات الدرجات على مقياسي القلق الاجتماعي وتقدير الذات استمر في التحسن إيجابياً في القياس التتبعي، مقارنة بالقياس البعدي، حيث كانت الفروق بين القياسين التتبعي والبعدي غير دالة إحصائياً، مما يشير إلى احتفاظ الطالبات المراهقات بأثر التدريب، وهذا يدل على استقرار أثر البرنامج.

أما دراسة غزو وسمور (2016) فقد هدفت إلى الكشف عن فعالية برنامجين إرشاديين في خفض الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة السنة الأولى في جامعة اليرموك، وتكونت عينة الدراسة من (523) طالباً وطالبة. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس الرهاب الاجتماعي. وبناءً على درجات الطلبة على المقياس، ورغبتهم في المشاركة في البرنامجين الإرشاديين، تم اختيار عينة الدراسة التي تكونت من (36) طالباً (22 إناثاً، 14 ذكوراً)، تم توزيعهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات: مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة. حيث تكونت كل مجموعة من (12) طالباً، تلقت المجموعة التجريبية الأولى برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية، في حين تلقت المجموعة التجريبية الثانية برنامج تقليل الحساسية التدريجي. وأشارت النتائج أن كلا من التدريب على المهارات الاجتماعية، وتقليل الحساسية التدريجي كأكثر فاعلية من عدم المعالجة في خفض أعراض الرهاب الاجتماعي، وكانت الفروق ذات دلالة إحصائية ولم تختلف فاعلية أي من البرنامجين الإرشاديين باختلاف الجنس، والتفاعل بين الجنس والمجموعة، ولم يوجد بينهما فروق ذات دلالة إحصائية، كما أظهرت النتائج استمرار فاعلية كل من البرنامجين الإرشاديين على قياس المتابعة، بعد ثلاثة أسابيع من الانتهاء من تطبيق البرنامج وبشكل دال إحصائياً.

وأجرى كل من شاهين وجرادات (2012) دراسة هدفت إلى مقارنة فاعلية برنامج يستند إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والتدريب على المهارات الاجتماعية في

معالجة الرهاب الاجتماعي، لدى الطلبة المراهقين في محافظة الكرك. تكونت عينة الدراسة من (45) طالباً وطالبة، تم توزيعهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات، مجموعتين تجريبيتين وأخرى ضابطة. حيث تكونت كل مجموعة من (15) طالباً وطالبة، تلقت إحدى المجموعتين التجريبيتين برنامجاً عقلياً انفعالياً سلوكياً، في حين تلقت المجموعة الأخرى برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية، ولم تتلق المجموعة الضابطة أي معالجة، وقد أشارت النتائج إلى أن كلا البرنامجين كانا أكثر فعالية من عدم المعالجة في خفض الرهاب الاجتماعي، وأشارت النتائج أيضاً إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية الأسلوبين العلاجين تعزى لمتغير الجنس.

وقام دباش (2011) بدراسة هدفت إلى معرفة فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي، للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية، وأثره على تقدير الذات. تكونت عينة الدراسة من (24) طالباً حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس القلق الاجتماعي في مدرسة خالد الحسن الثانوية في مدينة خان يونس، بحيث قام الباحث بتوزيعهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، وتم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي، ومقياس تقدير الذات قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده، حيث تكون البرنامج من (14) جلسة بواقع جلسيتين أسبوعياً، وتوصلت الدراسة إلى أن البرنامج العلاجي كان فعالاً في خفض القلق الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة وبشكل دال إحصائياً.

وقامت ميلر وجولد ولي- جندوومارتن (Miller, Gold, Laye – Gindhu &)

(Martinez, 2011) بدراسة هدفت إلى التعرف على فعالية برنامج إرشادي اجتماعي في تخفيض مستوى القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقين، تم اختيارهم من عدد من المدارس الثانوية العليا في مدينة تورنتو الكندية. تكونت عينة الدراسة من (27)

مراهقاً ومراهقة، وخضع أفراد عينة الدراسة لبرنامج إرشادي اجتماعي تكون من (10) جلسات إرشادية. وأشارت النتائج إلى أن البرنامج الإرشادي الاجتماعي كأن قادراً على خفض مستوى القلق الاجتماعي وخفض مستوى التجنب الاجتماعي، لدى أفراد عينة الدراسة بشكل دال إحصائياً، مما جعله أحد الاستراتيجيات الفاعلة القادرة على مساعدة المراهقين في التغلب على قلقهم الاجتماعي.

وفي دراسة عبد المقصود (2006) التي هدفت إلى فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتغلب على القلق الاجتماعي لدى عينة من طالبات الجامعة السعودية، وتكونت عينة الدراسة من (300) طالبة، طُبّق عليهن مقياس القلق الاجتماعي، وقد اختير من هذه العينة مجموعة مكونة من (64) طالبة ممن تتراوح أعمارهن الزمنية ما بين (18-22) سنة، وقد قسمت العينة إلى مجموعتين: الأولى ضابطة (32) طالبة، والثانية تجريبية (32) طالبة، واستخدمت الدراسة أدوات هي: مقياس القلق الاجتماعي، والبرنامج المعرفي السلوكي، ونموذج الأفكار المثيرة للقلق، ومفكرة الأفكار التكيفية العقلانية. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة بين كل من طالبات المجموعة التجريبية وطالبات المجموعة الضابطة من حيث الشعور بالقلق الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج، وجاءت الفروق لصالح طالبات المجموعة التجريبية.

أما فيما يتعلق بالدراسات العلاج المرتكز على الانفعالات فقد قام ستيجلر، ومولدي وشأنش (Stiegler & Molde; Schanche, 2018) إلى اختبار تأثير العلاج المرتكز على الانفعالات من خلال الحوار مع الذات. وتكونت عينة الدراسة من (21) حالة مرضية من الأشخاص الذين في إجازة مرضية، وكانوا يعانون من صعوبات في الصحة النفسية مثل: الاكتئاب أو القلق، وشملت (15) امرأة (6) ورجال، بالنرويج، تراوحت أعمارهم ما بين (20-63) عام. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج المرتكز

على الانفعالات من خلال الحوار مع الذات كأن له تأثير أكبر في تقليل أعراض القلق والاكتئاب، وأن النقد الذاتي قد ساعد على تخفيض الاكتئاب لدى المرضى.

وأجرى كل من أدلر، وشاهار، ودوليف وزيلشا - مانو (Adler, Shahar,) (Dolev & Zilcha-Mano,2018) دراسة هدفت إلى التنبؤ بتمية التحالف العلاجي بين الأفراد من خلال العلاج المرتكز على الانفعالات لعلاج اضطراب القلق الاجتماعي في دولة فلسطين بحيفا. تكونت عينة الدراسة من (12) مريضاً، منهم (7) ذكور، و(5) إناث، وتم اختيارهم بصورة عشوائية، وتراوح أعمارهم بين (18-65) عاماً. وقد تم تطبيق برنامج العلاج المرتكز على الانفعالات من خلال (28) جلسة، بواقع جلسة واحدة أسبوعياً. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى تطور في تمية التحالف العلاجي بين الأفراد مع مرور الوقت، والذي انعكس بدوره على خفض مستوى القلق الاجتماعي.

كما قام كل من شاهار، بار - خليفة، وأليون (Shahar, Br-Kalifa & Alon,2017) دراسة هدفت إلى تقييم فاعلية العلاج المرتكز على الانفعال (EFT) للبالغين الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي. تكونت عينة الدراسة من (12) مريضاً، (7) ذكور، (5) إناث. تم اختيارهم بالطريقة العشوائية، وتراوح أعمارهم بين (18-65)، وقد تم علاجهم استناداً إلى العلاج المرتكز على الانفعال (EFT)، وقد انسحب مريض واحد قبل الأوان، واستمر (11) مريضاً من أفراد العينة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج المرتكز على الانفعالات كأن فعالاً بشكل كبير لعلاج القلق الاجتماعي، واستمر أفراد العينة بالتحسن خلال فترة العلاج.

وأجرى أبو ازريق (2016) دراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجي مرتكز على الانفعالات في تنمية مهارات الذكاء العاطفي وإدارة الغضب لدى المراهقين. وتكونت عينة الدراسة من (31) طالباً حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس الغضب

وأقل الدرجات على مقياس الذكاء العاطفي ولديهم رغبة بالمشاركة بالبرنامج. تم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية (15) وضابطة (16) مشاركاً. خضع المشاركون في المجموعة التجريبية إلى برنامج تدريبي مرتكز على الانفعالات تكون من (14) جلسة، جلسيتين أسبوعياً مدة كل جلسة (50) دقيقة. أشارت النتائج إلى فاعلية العلاج المرتكز على الانفعالات في تنمية مهارات الذكاء العاطفي وتحسين مستوى إدارة الغضب لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية مقارنة مع المجموعة الضابطة في تنمية مهارات الذكاء العاطفي وتحسين إدارة الغضب في القياس البعدي وقياس المتابعة.

كما قام كل من خطاطبة وحمدى (2015) دراسة هدفت إلى قياس فاعلية برنامج إرشادي مرتكز على الانفعالات في خفض مستوى الأرق وتحسين مفهوم الذات، وقد تكونت عينة الدراسة من 30 طالب في الثانوية العامة تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة تكونت كل مجموعة من 15 مشارك، خضعت المجموعة التجريبية إلى برنامج إرشادي مكون من 14 جلسة حول مهارات الإرشاد المرتكز على الانفعالات ولم تتعرض المجموعة الضابطة لأي تدريب. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج المقدم في خفض درجة الأرق لدى أفراد المجموعة الضابطة وتحسين مفهوم الذات.

وأجرى كوريان (Kurian, 2014) دراسة حول دور العلاج المرتكز على الانفعالات في علاج مستويات الحزن العادية عند المراهقين الناتجة عن الغضب والاكتئاب والقلق والشعور بالرفض وعدم القيمة. وهدفت الدراسة إلى مساعدة عينة الدراسة ووالديهم على تعلم كيفية التواصل بنجاح، وشارك في الدراسة عينة من المراهقين بلغ عددهم (5) أفراد تراوحت أعمارهم ما بين (9-17) عاماً، وأشارت نتائج الدراسة

إلى دور العلاج المرتكز على الانفعالات كأداة عملية ومفيدة في مساعدة الأطفال والمراهقين في التغلب على مستويات الحزن لديهم والنتيجة عن الغضب والاكتئاب والقلق والشعور بالرفض وعدم القيمة وذلك بمعالجة هذه الحالات (حالة الغضب، والاكتئاب، والقلق، والشعور بالرفض، وعدم القيمة) عندهم والتي قادت إلى حزنهم بتطبيق مبادئ هذا العلاج على حالات عينة الدراسة.

بناء على ما سبق، يمكن القول بأن نتائج الدراسات السابقة حول القلق الاجتماعي تشابهت مع نتائج الدراسة الحالية كل من: دراسة غزو وسمور (2016)، ودراسة شاهين وجرادات (2012)، ودراسة دبابش (2011)، ودراسة ميلر وجولد ولي- جندوومارتن (Miller, Gold, Laye- Gindhu & Martinez, 2011)، ودراسة عبد المقصود (2006). واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة جدوع (2018).

وفي سياق الدراسات السابقة التي تناولت العلاج المرتكز على الانفعالات تشابهت مع نتائج الدراسة الحالية كل من: دراسة شاهاار، بار - خليفة، وأليون (Shahar, Br-Kalifa & Alon, 2017)، ودراسة أبو ازريق (2016). واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كل من: دراسة خطاطبة وحمدي (2015)، ودراسة ستيجلر، ومولدي وشاناش (Stiegler, Molde & Schanche, 2018)، ودراسة كوريان (Kurian, 2014)، ودراسة أدلر، وشاهار، ودوليف وزيلشا - مانو (Adler, Shahar, Dolev & Zilcha-Mano, 2018).

وبعد استعراض الدراسات السابقة يُلاحظ أنها أُجريت في البيئات العربية والغربية، حيث تناولت متغيرات الدراسة الحالية وهي القلق الاجتماعي، وتناولت عدد من الدراسات أثر أو فاعلية العلاج المرتكز على الانفعالات. وأكدت معظم هذه الدراسات على ضرورة استخدام هذه الاتجاهات في التعامل مع بعض المشكلات و الاضطرابات، حيث وجدت

الباحثان دراسات تناولت أثر العلاج المرتكز على الانفعالات لاضطراب القلق الاجتماعي، ولوحظ ندرة البرامج الإرشادية التي يجب أن تتصدى لهذا المتغير الهام، باعتبارها من المتغيرات التي تؤثر على الفتيات في مرحلة المراهقة.

مشكلة الدراسة وأسئلتها

في مرحلة المراهقة تظهر لدى المراهق اهتمامات ورغبات وأهداف جديدة، تحدث خلالها تغيرات عقلية وانفعالية واجتماعية، ولكن قد لا يستطيع تحقيقها جميعها، مما يولد لديه بعض التغيرات التي ينتج عنها القلق والتوتر وبروز مشكلات يختلط فيها الواقع بالخيال (ملحم، 2004). ففي هذه المرحلة يكون الفرد حريص على الظهور بشكل اجتماعي ملائم أثناء التفاعلات الاجتماعية المختلفة، تمكنه من تقديم انطباع إيجابي عن نفسه للآخرين، الأمر الذي يجعله عرضه للإصابة باضطراب القلق الاجتماعي Social phobia (غزو وسمور، 2016).

ولأن مرحلة المراهقة هي المرحلة التي تكثر فيها الاضطرابات النفسية عند الأفراد، ومن بينها هذه الاضطرابات اضطراب القلق الاجتماعي، الذي يُعد أحد الأنواع الرئيسية والشائعة للقلق، حيث يتمثل بشكل بسيط في الخوف من الإحراج أو الظهور للآخرين بمظهر ضعيف وارتباك، ولا يملك أحد مناعة ضد هذا الاضطراب، فاحتمال الإصابة به واردة عند أي فرد ذكر كان أم أنثى، لذلك فإن المصابين به يصبحون يتقادوا نظرات الآخرين ولا يمارسون نشاطاتهم أمامهم (Luis & Christine, 2003). يُعد البحث في مجال اضطراب القلق الاجتماعي للطالبات في مرحلة المراهقة، وتطبيق برامج إرشادية فعالة للمساهمة في التقليل منها أمر في غاية الأهمية، حيث ترى الباحثتان أن اضطراب القلق الاجتماعي من المشكلات الأساسية التي تُعيق اندماج الطالبات مع الآخرين داخل مجتمعهم، ولكي يتم التغلب على تلك المشكلة إلى حدّ

كبير، يكون ذلك عن طريق تنمية مهاراتهم الاجتماعية التي تساعدهن على التفاعل الاجتماعي والحد بالتالي من هذا الاضطراب، وهذا الأمر يتحقق من خلال اشتراكهن في بعض الأنشطة والمهام المختلفة الفردية منها والجماعية، ومن هنا تأتي الدراسة الحالية، "فاعلية العلاج المرتكز على الانفعالات في خفض مستوى القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقات"، حيث يتضمن البرنامج الإرشادي عدّة جلسات بهدف تخفيف القلق الاجتماعي والارتقاء بمستواهم، ولذلك يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية من خلال الإجابة عن الأسئلة التالية:

السؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أداء المراهقات على

مقياس القلق الاجتماعي تعزى للمجموعة (تجريبية، ضابطة)؟

السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أداء المراهقات

اللواتي خضعن لبرنامج العلاج المرتكز على الانفعالات تعزى إلى القياس

(البعدي، المتابعة)؟

أهمية الدراسة:

أولاً: الأهمية العلمية النظرية:

تُعد هذه الدراسة إضافة فائدة جديدة للدراسات العربية التي تناولت برنامج العلاج المرتكز على الانفعالات، حيث تحاول هذه الدراسة اختبار فعالية برنامج العلاج المرتكز على الانفعالات في خفض مستوى القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقات، وبذلك يمكن الاستناد إليها كإطار مرجعي ومقدمة لأبحاث ودراسات قادمة تتناول مشكلات أخرى تهتم المختصين، وعلى مراحل عمرية مختلفة أيضاً، وتعتبر الدراسة إضافة علمية للدراسات التي أجريت على مرحلة مهمة من حياة الإنسان وهي "مرحلة المراهقة"، ثم أن هذه الدراسة تعاملت مع المراهقات، إلا أنه يمكن الاستفادة منها لكل من لديه

مستويات مرتفعة من القلق الاجتماعي، إذ تم عند بناء البرنامج مراعاة المرونة والتناسب مع فئات عمرية أخرى ومع مجتمعات وثقافات أخرى، وتتبع أهميتها كذلك من انعكاسات فوائدها على أطراف العملية الإرشادية كافة، فهي تتطوي على أكثر من أسلوب للاستفادة منها.

ثانياً: الأهمية العملية التطبيقية:

تبرز الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في كونها تُقدم من خلال نتائجها للمرشدين والأخصائيين النفسيين العاملين في المؤسسات التربوية وخاصة المدارس والمنظمات الدولية برنامج إرشادي يمكنهم الاستفادة منه في حل مشكلة القلق الاجتماعي لدى المراهقات، في حال إثبات فاعليته.

تقدم هذه الدراسة إطاراً تصورياً هاماً للعلاج المرتكز على الانفعالات لما يحتويه من دراسات ومعلومات في الأدب النظري الذي تعمل على توعية الأهل والمربين ببعض السمات المرتبطة بمشكلات القلق الاجتماعي، وخاصةً لدى فئة المراهقين، حيث استطاع البرنامج مساعدة المراهقات في كيفية التواصل مع الآخرين وتحقيق التوافق النفسي لهن، وذلك لما احتواه البرنامج من فنيات وأساليب ساعدت على خفض القلق الاجتماعي وزيادة مستوى الثقة بالنفس، وبالتالي مساعدة الأهل على توجيه أبنائهم إلى الشكل الصحيح، حين يلاحظون بعض الأمور التي تشير لمشكلة القلق الاجتماعي لديهم، فيكون الاتجاه إلى العلاج النفسي بدلاً من الإهمال وعدم الاهتمام، بالتالي نحقق المنفعة لهم بأسرع وقت وأقل جهد.

التعريفات الاصطلاحية والإجرائية

القلق الاجتماعي: هو قلق شديد وارتباك في المواقف الاجتماعية، حيث يعاني المصابون به من خوف شديد من أن ينظر الآخرون إليهم وأن يُطلقوا عليهم أحكاماً

وتقييمات سلبية، والخوف من أن تسبب أعمالهم وتصرفاتهم إحراجاً لهم، ويمكن لهذا الخوف أن يكون شديداً لدرجة أنه يتدخل في الأداء المهني أو الدراسي أو الأنشطة الحياتية الأخرى (Blanco, Bragdon, Schneider, 2013). ويُعرف إجرائياً: الدرجة التي تحصل عليها المراهقة على مقياس القلق الاجتماعي المستخدم في الدراسة الحالية.

برنامج العلاج المرتكز على الانفعالات: هو مجموعة من أساليب العلاج التي تقع ضمن إطار العلاقات الإنسانية، وتعتبر الانفعالات في هذا النوع من العلاج نقطة التغيير الأساسية في العملية العلاجية، كما وترتكز على نمط الانفعال، وتعد أنماط الانفعال كعمليات إدراكية تتضمن الكثير من المعلومات حول كيفية شعور الفرد وطريقة تفكيره ونمط تصرفه خلال الموقف، فهو التصرف المباشر المعتمد على الشعور العميق لمعنى الموقف (Mcfee & Monroe, 2011). ويُعرف إجرائياً: هو إجراء برنامج مرتكز على الانفعالات لخفض مستوى القلق الاجتماعي، حيث تم تحكيم البرنامج من قبل ذوي الاختصاص في مجال الإرشاد، ويتكون البرنامج من عدد من الجلسات الإرشادية والتي يكون عددها 11 جلسة ومدة كل جلسة 90 دقيقة، ويشمل البرنامج مجموعة من التمارين والأساليب والإجراءات والفنيات الإرشادية المناسبة.

محددات الدراسة

المجتمع والعينة: وهذا يحد من إمكانية تعميم النتائج إلا على عينات ومجتمعات مماثلة ومشابهة في الخصائص، والعينة هنا هي المراهقات وهن طالبات في الصفوف السابع والثامن والتاسع، والمتواجدات في مدرسة رُفيدة الإسلامية في مديرية التربية والتعليم لقصبة إربد الأولى، خلال الفترة الزمنية 2019/5/7-2/25.

الطريقة والإجراءات
منهجية الدراسة

تصميم الدراسة والمعالجات الإحصائية

تُعد هذه الدراسة من الدراسات شبه التجريبية استخدم فيها تصميم قبلي وبعدي لمجموعتين متكافئتين، حيث طُبّق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية، أما المجموعة الضابطة فلم يتم إخضاعها لأي برنامج إرشادي، ويعبر عن ذلك بالرموز:

$$=R \ O \ X \ O \ O \ .1G$$

$$.=RO - O - 2G$$

حيث: R: عشوائية التعيين، O: القياس، X: المعالجة الإحصائية.

عينة الدراسة:

تم اختيار أفراد الدراسة والبالغ عددهم (30) مراهقة بعد تطبيق مقياس القلق الاجتماعي على (230) مراهقة من الطالبات في الصفوف (السابع والثامن والتاسع) في مدرسة رُفيدة الإسلامية - مديرية التربية والتعليم لقصبة اربد الأولى - في الفصل الأول للعام الدراسي 2018/2019م، وبناءً على حصولهن على درجات مرتفعة على مقياس القلق الاجتماعي (محمود، 2013)، ولديهن الرغبة في المشاركة في الدراسة، وقد تم توزيع المشاركات في الدراسة توزيعاً عشوائياً دقيقاً إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، حيث وضعت الأسماء مرتبة بشكل تسلسلي، من ثم تم اختيار الرقم (1) في المجموعة الأولى، والرقم الثاني (2) في المجموعة الثانية، واستمر العمل بهذا الشكل وتوزيع العينة إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية الأولى (15) مراهقة ممن طُبّق عليهن برنامج العلاج المرتكز على الانفعالات، والمجموعة الضابطة (15) مراهقة لم يطبق عليهن أي برنامج (دون تدخل إرشادي)، وقد خضعت المجموعتين لإجراءات

الدراسة في القياسات القبلية والبعديّة وقياس المتابعة (فقط للمجموعة التجريبية (ن=15)) بعد مرور شهر على القياس البعدي أي بعد انتهاء تطبيق البرنامج. والجدول (1) يوضح ذلك:

جدول (1)

توزع أفراد عينة الدراسة حسب المجموعات ووقت القياسات القبلية والبعديّة والتتبعي

الاختبار القبلي	الاختبار البعدي	الاختبار التتبعي	نوع المجموعة
15	15	15	العلاج المرتكز على الانفعالات
15	15	-	المجموعة الضابطة
30	30	15	المجموع

أدوات الدراسة

أولاً: مقياس القلق الاجتماعي

بهدف الكشف عن مستوى القلق الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة، تم استخدام مقياس محمود (2013)، يتكون المقياس في صيغته الأصلية من (43) فقرة، كما ويتكون المقياس من ثلاثة أبعاد وهي: البعد الأول: الخوف من المواقف الاجتماعية، والبعد الثاني: الأعراض الجسمية، والبعد الثالث: قلق الجمهور، بتدريج خماسي (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، لا ينطبق أبداً) (محمود، 2013).

الخصائص السيكومترية لمقياس القلق الاجتماعي بالدراسة الحالية:

تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس، عن طريق عرضه في صورته الأولية على (10) عشرة محكمين متخصصين في الإرشاد النفسي، أو علم النفس، من جامعتي: اليرموك، وإربد الأهلية، وطلب منهم إبداء الرأي في مدى صلاحية كل فقرة من فقرات المقياس ومواءمتها، واقتراح أيّة تعديلات يرونها مناسبة، واعتمدت نسبة

(80%) كميّار لاتفاق المحكمين لبيان صلاحية الفقرة وملائمتها لتبقى ضمن المقياس، وبناء على آرائهم عدلت صياغة بعض الفقرات لزيادة وضوحها، وحذفت فقرات وعددها (9) فقرات، لمنع التكرار والانتماء للبعد، حيث أصبح عدد فقرات المقياس بعد التعديل (34) فقرة، كما تم دمج أبعاد المقياس الثلاث وهم "البعد الأول: الخوف من المواقف الاجتماعية، والبعد الثاني: الأعراض الجسمية، والبعد الثالث: قلق الجمهور، ليصبح أحادي البعد، وذلك من أجل سهولة تطبيقه على المراهقات، ولزيادة الفهم والاستيعاب لديهن، ولكي تزيد من قوة المقياس، كما تم تقليل تدرج المقياس من خماسي التدرج إلى ثلاثي التدرج ليصبح (دائماً، أحياناً، نادراً).

وبعد التأكد من الصدق الظاهري لأداة الدراسة قامت الباحثتان بالتحقق من صدق البناء للمقياس وذلك من أجل الكشف عن درجة فعالية العلاج المرتكز على الانفعالات في خفض مستوى القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقات، حيث قامت الباحثتان بتطبيقها على عينة استطلاعية من نفس مجتمع الدراسة (من خارج أفراد العينة) ومكوّنة من (35) طالبة، للتعرف على مدى صدق الاتساق الداخلي للأداة ومدى إسهام الفقرات المكونة لها، وتم التحقق من مؤشرات صدق البناء من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون (Pearson) بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس الدراسة. ويوضح الجدول (2) تحليل معاملات الارتباط لفقرات أداة الدراسة مع الدرجة الكلية.

جدول (2) معاملات ارتباط فقرات أداة الدراسة القلق الاجتماعي بالدرجة الكلية

رقم	الفقرة	الارتباط مع رقم المقياس	رقم الفقرة	الارتباط مع المقياس
1.	أشعر بالخوف قبل الدخول في موقف اجتماعي ما .	*0.740	18.	ترتجف يديّ عندما أكون أمام شخص أعلى مني مرتبة.
		**0.712		

2.	أشعر بالدوار عند الحديث مع الآخرين.	**0.697	19.	أحب حضور المناسبات الاجتماعية.	**0.814
3.	أستمتع بالأكل أمام الآخرين.	**0.738	20.	ينتابني شعور بأن الآخرين يعرفون عيوبي	**0.792
4.	أشعر بضعف ثقتي بنفسي في المواقف الاجتماعية.	**0.843	21.	عندما أتعرف على أناس جدد أشعر باضطرابات جسدية مزعجة.	**0.511
5.	أشعر بالصداع أثناء وجودي في موقف اجتماعي ما.	**0.661	22.	عندما أكون بين الناس أخاف أن تصدر مني تصرفات غير لائقة.	**0.816
6.	تنتابني الرهبة عندما يتحتم علي مواجهة الجمهور.	**0.716	23.	أحب البدء بالحديث أمام الآخرين.	**0.787
7.	تزداد خفقات قلبي عندما أكون بين الآخرين في موقف اجتماعي ما.	**0.872	24.	تختلط أفكارني عندما أتحدث مع الآخرين.	**0.863
8.	أشعر بالسعادة عندما أتحدث أمام الآخرين.	**0.493	25.	أميل إلى مخالطة الناس.	**0.619
9.	يرتعش جسمي عندما أتكلم مع الآخرين	**0.658	26.	ترتعث يدي إذا كان هناك من يلاحظني وأنا أكتب.	**0.788
10.	ارتاح لكثرة الناس حولي.	**0.795	27.	ابحث عن عذر لأتجنب الوفاء بأي التزامات اجتماعية.	**0.651
11.	يحمر وجهي عندما أتعرض لموقف اجتماعي ما.	**0.693	28.	تنتابني حالة من التهديدات المتكررة في المواقف الاجتماعية.	**0.807
12.	أشعر بالثقة عند التحدث أمام الآخرين.	**0.893	29.	أحب أن أتكلم في أي اجتماعات أو حوارات اجتماعية.	**0.729
13.	أخاف من قول أو فعل أشياء خاطئة أمام الآخرين.	**0.765	30.	في المواقف الاجتماعية أكون قلقاً جداً بسبب مراقبة الآخرين لي.	**0.760

14.	استمتع بالتحدث بصوت مسموع أثناء الاجتماع والمناقشة أمام الجمهور.	**0.491	31.	انظر إلى عيون الآخرين عند الحديث معهم.	**0.835
15.	ينتابني شعور بأن أدائي سيئ في المواقف الاجتماعية.	**0.531	32.	أرتاح لتواجدي مع جمهور أو حشد من الناس.	**0.910
16.	تزعجني الرعشة (الرجفة) أمام الجمهور.	**0.820	33.	أتحكم في ردادات فعل جسدي أثناء المواقف الاجتماعية.	**0.678
17.	أشعر أن الكل معجب بأدائي.	**0.852	34.	أتقن الكلام إذا طلب مني إلقاء كلمة أمام الجمهور.	**0.559

** دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0.05$).

وقد أشارت النتائج إلى أن قيم معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية على المقياس تراوحت ما بين (0.491-0.893) مع الدرجة الكلية، وقد كانت هذه القيم دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) وهذا يشير إلى وجود درجة مقبولة من صدق الاتساق الداخلي في الفقرات على مقياس.

وقد تم اعتماد معيار لقبول الفقرات بأن لا يقل معامل ارتباطها مع المقياس عن (0.30) وفقاً لما أشار إليه هتي (Hattie,1985)، حيث يلاحظ من مؤشرات صدق البناء أن جميع الفقرات بلغ معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية على المقياس أعلى من (0.30) وبناءً على ذلك تم قبول جميع الفقرات.

وللتحقق من دلالات ثبات أداة الدراسة، تم التحقق بطريقة الاتساق الداخلي وذلك بحساب معامل الثبات حسب معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach–Alpha) لقياس مدى التناسق في إجابات أفراد العينة الاستطلاعية عن كل الفقرات الموجودة في الاستبانة، وذلك من خلال تطبيق الاستبانة على مجموعة من خارج عينة الدراسة مكونة من (35) طالبة، حيث بلغ معامل ثبات كرونباخ ألفا لأداة دراسة (0.754) وهذه القيمة تعتبر

قوية ومقبولة وذلك لأن قيمة معامل الارتباط التي تكون أقل من (0.30) تعتبر قيمة ضعيفة، وأن القيم التي تتراوح ما بين (0.30 - 0.70) تعد قيم متوسطة، في حين أن القيم التي تزيد عن (0.70) تعد قيم مرتفعة وقوية، وفق ما أشار إليه هتي (Hattie,1985).

تصحيح مقياس القلق الاجتماعي

تكون المقياس في صيغته النهائية من (34) فقرة، يوجد أمام كل فقرة ثلاث بدائل هي على التوالي: (دائماً، أحياناً، نادراً)، وعلى المفحوص أن يختار إحدى البدائل لكل فقرة بحيث يحصل على "3" إذا اختار البديل (دائماً)، ويحصل على درجة "2" إذا اختار البديل (أحياناً)، ويحصل على درجة "1" إذا اختار البديل (نادراً)، حيث تم اعتماد سلم ليكرت الثلاثي لتصحيح أداة الدراسة، بإعطاء كل فقرة من فقراته درجة، ويحوي المقياس على فقرات (-) وأخرى (+) يعني ارتفاع الدرجة على المقياس ارتفاع معدل القلق الاجتماعي، ويتم تصحيح المقياس بوجه عام في اتجاه القلق الاجتماعي، غير أن هناك بعض البنود السلبية التي يجب عكس الدرجة عليها عند الحصول على درجة كلية للمقياس، وهذه البنود هي: (3 - 8 - 10 - 12 - 14 - 17 - 19 - 23 - 25 - 29 - 31 - 32 - 33 - 34)، وبذلك تتراوح درجات المقياس بين (34 - 102)، أي كلما ارتفعت الدرجة كأن ذلك مؤشراً على ارتفاع مستوى القلق الاجتماعي، وقد صنفت الباحثتان استجابات أفراد الدراسة إلى ثلاث فئات، على النحو الآتي: مستوى متدنٍ من القلق الاجتماعي وتُعطى للدرجة (1.00-1.66)، ومستوى متوسط من القلق الاجتماعي، وتُعطى للدرجة (1.67-2.33)، ومستوى مرتفع من القلق الاجتماعي، وتُعطى للدرجة (2.34-3.00).

ثانيا: البرنامج الإرشادي المرتكز على الانفعالات

صُمم برنامج الإرشاد المستخدم في الدراسة الحالية تبعاً للعلاج المرتكز على الانفعالات، كما تم استخدام استراتيجيات وفنيات الإرشاد الجمعي، واشتمل البرنامج على مجموعة من المهارات الإرشادية التي تساعد على خفض مستوى القلق الاجتماعي. وتم بناؤه استناداً إلى البرامج المماثلة استهدفت متغيرات الدراسات، وبعض الدراسات ذات الصلة، مثل أدلر، وشاهار، ودوليف وزيلشا- مأنو (Adler, Shahar, Dolev & Zilcha-Mano, 2018)، ودراسة شاهار، بار-خليفة، وأليون (Shahar, Br-، ودراسة (Kalifa & Alon, 2017)، ودراسة (Kurian, 2014)، وقد تم تنفيذ جلسات البرنامج (11) جلسة إرشادية على مدى (10) أسابيع، بمعدل جلستين أسبوعياً، ومدة الجلسة (90) دقيقة، حسب مضمون كل جلسة، وقد عقدت الجلسات في غرفة إرشادية في مدرسة زُفيدة الإسلامية- مديرية التربية والتعليم لقصبة إرید، في الفترة الواقعة (2019/2/25 - 2019/5/7).

إجراءات صدق البرنامج

صدق البرنامج

تم التحقق من الصدق المنطقي لبرنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج المرتكز على الانفعالات، والمستخدم في الدراسة الحالية، بعرضه على مجموعة من المحكمين المختصين، تكونت من (5) من أساتذة مختصين في الإرشاد النفسي من حملة درجة الدكتوراه من قسم علم النفس في جامعة اليرموك، لتحديد مدى مناسبة الأهداف التي أعدت من أجلها، وقد أشار المحكمين إلى أن البرنامج مناسب مع إجراء التعديلات على محتوى الجلسات والوقت وطبيعة التمارين المستخدمة، وعلى ضوءه تم تطبيق البرنامج بعد إجراء التعديلات المطلوبة والتي تضمنت:

الأساليب والاستراتيجيات المتبعة

استخدمت الباحثتان في تطبيقهما للبرنامج العديد من الأساليب وفق ما سيتم الإشارة إليها في كل جلسة من الجلسات، ومن أبرزها:

الحوار والمناقشة: تقوم المرشدة بطرح موضوعات البرنامج للمشاركات، مثل أهداف الجلسة، أهمية البرنامج، الإجراءات والأنشطة، وتطلب من المشاركات أن يقدمن آرائهن عن ذلك، ومن ثم تقوم المرشدة بإدارة الحوار والمناقشة داخل جلسات البرنامج.

إعطاء التعليمات: تتضمن إعطاء معلومات دقيقة تتعلق بالنظرية وأساليبها وحول المفاهيم والسلوكيات والمهارات التي تحدث في الجلسات الإرشادية.

التغذية الراجعة: تتمثل في تعليقات المرشدة على سلوك المشاركات وما تقدمه لهن من تقييم لسلوكياتهن بشكل مستمر لضمان تحقيق أهداف البرنامج.

الواجب البيئي: هي المهام والأنشطة التدريبية، تعطى لأعضاء المجموعة الإرشادية وتتابع نتائجه في كل جلسة إرشادية، طوال جلسات البرنامج الإرشادي.

المكان: تم تجهيز وترتيب الغرفة الصفية التي عقدت فيها الجلسات الإرشادية في مدرسة رُفيدة الإسلامية- مديرية التربية والتعليم لقصبة إربد الأولى، وذلك لغايات تطبيق البرنامج الإرشادي، بحيث جهزت بأكثر من طاولة جلوس قابلة للتحرك، ولوح للكتابة، ومقاعد مريحة خاصة للمشاركات، لإضافة جو مريح للجلسات، كما تم تزويد كل مشاركة بملف ورقي لوضع النماذج الورقية التعليمية منها والتدريبية الخاصة بكل جلسة.

وفيما يلي توضيح لهذه الجلسات:

الجلسة الأولى: تهدف إلى التعارف بين المرشدة والمشاركات، وبناء الألفة والطمأنينة فيما بينهم، والتعرف على توقعات المشاركات عن البرنامج، والتعرف على قواعد الإرشاد الجماعي ومعاييرها، مثل: السرية، الالتزام، والاحترام المتبادل، وإبرام عقد سلوكي تتعهد فيه المشاركات بالالتزام بإجراءات وشروط البرنامج.

الجلسة الثانية: تهدف إلى توضيح مفهوم القلق الاجتماعي وعلاقته بالانفعالات، و توضيح أشكال القلق الاجتماعي لديهن، و تحديد المشاركات أعراض القلق الاجتماعي.

الجلسة الثالثة: تهدف إلى أن تحدد المشاركات آثار القلق الاجتماعي، و تعريف المشاركات بمفهوم الانفعالات ومصادرها ومكوناتها، وأن تصف المشاركات حالتها الانفعالية.

الجلسة الرابعة: نهدف إلى تعريف المشاركات على الحاجات العلاقتية، و تعريفهن على حاجاتهن العلاقتية ومجالات تطبيقها.

الجلسة الخامسة: تهدف إلى أن تحدد المشاركات أوليات هذه الحاجات، وأن تربط المشاركات بين عدم تلبية الحاجات وعدم القدرة على التعبير الانفعالي، وتحديد العلاقة بين الحاجات العلاقتية والقلق الاجتماعي.

الجلسة السادسة: تهدف إلى تعريف المشاركات بمفهوم الاتزان الانفعالي وأثره، والتعرف على سمات الشخص المتزن انفعاليا، والشخص غير المتزن انفعاليا، وتدريب المشاركات على التنبؤ بمستقبلهن الانفعالي.

الجلسة السابعة: تهدف إلى تعريف المشاركات بمفهوم المهارات الاجتماعية، وتدريب المشاركات على مهارة التعاطف، وتدريب المشاركات على الاستماع والإصغاء الفعال.

الجلسة الثامنة: تهدف إلى تعريف المشاركات على مهارة التكيف مع عواطفهن، وتدريب المشاركات على مهارة المرونة الاجتماعية، وتدريب المشاركات على مهارة النقاؤل.

الجلسة التاسعة: تهدف إلى توضيح المرشدة للمشاركات مفهوم النضج الانفعالي، وأن تحدد المشاركات مكونات النضج الانفعالي.

الجلسة العاشرة: تهدف إلى تعريف المشاركات على مفهوم التواصل، وتعريف المشاركات على أهداف التواصل مع الآخرين، والتعرف على بعض مهارات التواصل.

الجلسة الحادية عشر: تهدف إلى الربط بين جلسات البرنامج، ومناقشة المرشدة ملاحظات وردود أفعال المشاركات حول البرنامج، وتطبيق مقياس القلق الاجتماعي على المشاركات (تقييم بعدي)، وتقديم الشكر للمشاركات ومساعدتهن في التعبير عن نجاحهن في البرنامج.

إجراءات الدراسة

النتائج

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية برنامج إرشادي يستند إلى العلاج المرتكز على الانفعالات في خفض مستوى القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقات، وفيما يلي عرض نتائج الدراسة وفق أسئلتها:

النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أداء المراهقات على مقياس القلق الاجتماعي تعزى إلى المجموعة (تجريبية، ضابطة)؟

للإجابة عن هذا السؤال تم التحقق من افتراضات تحليل التباين (اختيار العينة بشكل عشوائي ومستقل، والتوزيع الطبيعي للعينة، واستقلالية المجموعات، وتجانس التباين بين المجموعات). ومن ثم فحص الفرضية الإحصائية التي تنص: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) بين متوسطات أداء المراهقات على مقياس القلق الاجتماعي تعزى إلى المجموعة (تجريبية، ضابطة)" ومن أجل اختبار هذه الفرضية فقد تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء المراهقات على مقياس القلق الاجتماعي للقياس القبلي والقياس البعدي، لمستوى القلق الاجتماعي لدى المراهقات وفقاً للمجموعات (البرنامج). والجدول (3) يوضح ذلك:

جدول (3)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسين القبلي والبعدي وفقاً للمجموعة (البرنامج)

المعدل	القياس البعدي	القياس القبلي	العدد	المجموعة			
الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
0.028	1.959	0.143	1.962	0.24	2.037	15	العلاج المرتكز على الانفعالات
0.028	1.744	0.098	1.731	0.25	1.917	15	الضابطة

يظهر الجدول (3) رفض الفرضية الصفرية وذلك لوجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية على القياس البعدي لدرجة القلق الاجتماعي لدى المراهقات حسب المعالجة (المجموعة)، وللتحقق من الفروق الجوهرية تم تطبيق اختبار تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) على القياس البعدي لمقياس القلق الاجتماعي بين المراهقات

بعد ضبط أثر القياس القبلي، وذلك للتعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية والجدول (4) يوضح نتائج ذلك:

جدول (4)

نتائج تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) للقياس البعدي لمقياس القلق الاجتماعي بين المجموعات التجريبية والضابطة بعد ضبط أثر القياس القبلي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة الإحصائية	Partial Eta Squared
الاختبار القبلي	0.042	1	0.042	3.713	0.061	0.083
المجموعة	0.337	2	0.168	14.85	0.000	0.420
الخطأ	0.465	41	0.465			
الكلية	0.908	44				

يتبين من الجدول (4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) تعزى لأثر المجموعة (البرنامج) في القياس البعدي لمقياس القلق الاجتماعي، حيث بلغت قيمة (F) على المقياس (14.856) بمستوى دلالة إحصائية (0.000) وهذه القيم دالة إحصائياً. وللكشف عن مواقع الفروق الدالة إحصائياً تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة اختبار شيفيه (Scheffe) ويبين الجدول (5) نتائج هذه المقارنات:

جدول (5)

نتائج المقارنات البعدية بطريقة اختبار شيفيه (Scheffe) على مقياس القلق الاجتماعي	المجموعة	متوسط حسابي	العلاج المرتكز على الانفعالات	المجموعة الضابطة
	1.731	1.962		
		1.962	العلاج المرتكز على الانفعالات	
		1.731		المجموعة الضابطة

*دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$).

يتبين من الجدول (5) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية التي طُبِقَ عليها برنامج العلاج المرتكز على الانفعالات من جهة، وأفراد المجموعة الضابطة من جهة أخرى، وكانت الفروق لصالح أفراد المجموعة التجريبية التي طُبِقَ عليها برنامج العلاج المرتكز على الانفعالات، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($a=0.05$) يعزى لأثر المجموعة التجريبية.

النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أداء المراهقات اللواتي خضعن لبرنامج العلاج المرتكز على الانفعالات على مقياس القلق الاجتماعي تعزى إلى القياس (البعدي، المتابعة)؟

للإجابة عن هذا السؤال تم وضع الفرضية الإحصائية التي تنص: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($a=0.05$) بين متوسطات أداء المراهقات اللواتي خضعن لبرنامج العلاج المرتكز على الانفعالات على مقياس القلق الاجتماعي تعزى إلى القياس (البعدي، المتابعة)" ومن أجل التحقق من هذه الفرضية فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية و استخدام اختبار (T) للعينات المترابطة والمعروف ب (Paired Samples Test)، للكشف عن الفروق بين القياسين البعدي والمتابعة للدرجة الكلية لأداء المراهقات في المجموعة التجريبية (برنامج العلاج المرتكز على الانفعالات) على مقياس القلق الاجتماعي، والجدول (6) يوضح ذلك:

الجدول (6) نتائج اختبار (T) للعينات المترابطة للكشف عن الفروق بين القياسين البعدي والمتابعة للدرجة الكلية

لأداء المراهقات على مقياس القلق الاجتماعي

#	البرنامج	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	دلالة الارتباط	قيمة "t"	درجات الحرية	مستوى الدلالة
	العلاج المرتكز	البعدي	1.772	0.109	0.244	0.382	4.664	14	0.000
	على الانفعالات	المتابعة	1.962	0.143					

يتضح من الجدول (6) رفض الفرضية الصفرية لأن المتوسطات الحسابية للقياس المتابعة وفق برنامج العلاج المرتكز على الانفعالات كانت أعلى من قياس البعدي على مقياس القلق الاجتماعي للعلاج المرتكز على الانفعالات، وذلك لان البرنامج العلاجي كان فعالاً جداً إلى الحد الذي اتضح أثره بعد تطبيقه بثلاثة أسابيع من إجراء القياس البعدي، وتحسين أفراد المجموعة التجريبية بشكل أكبر، كما يلاحظ وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) على الدرجة الكلية للمقياس، إذ بلغت القيمة الإحصائية لاختبار (t) للعينات المترابطة على العلاج المرتكز على الانفعالات (4.664) بمستوى دلالة (0.000) وتعتبر هذه القيمة داله إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، حيث كانت الفروق لصالح القياس البعدي.

مناقشة النتائج والتوصيات

سعت الدراسة الحالية إلى تقصي واستكشاف فاعلية العلاج المرتكز على الانفعالات في خفض مستوى القلق الاجتماعي لدى المراهقات في مدينة إربد. وسيتم فيما يلي مناقشة نتائج التحليل الإحصائي لتلك الفرضيات تباعاً.

أشارت نتائج تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) تعزى لأثر المجموعة (تجريبية) في القياس البعدي لمقياس القلق الاجتماعي، كما أشارت النتائج المقارنات البعدية إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية

التي طُبّق عليها برنامج العلاج المرتكز على الانفعالات والمجموعة الضابطة، وكانت الفروق لصالح أفراد المجموعة التجريبية التي طُبّق عليها برنامج العلاج المرتكز على الانفعالات، وربما يعزى التحسن في انخفاض مستوى القلق الاجتماعي إلى المجموعة التجريبية في القياس البعدي لمقياس القلق الاجتماعي، إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض مستوى القلق الاجتماعي لدى المراهقات، وذلك لما يحويه من أساليب ساعدت المراهقات في تحديد انفعالاتهن السلبية وإعادة صياغتها، ثم العمل على دمجها مع انفعالات جديدة أكثر ايجابية، الأمر الذي ساعدهن على تنظيم ردود فعلهن اتجاه الآخرين، وعلى تحديد احتياجاتهن وأهدافهن، بالإضافة إلى الفهم والتعاطف المتبادل بين الباحثتان والمشاركات، وقابليتهن على الأصالة والمرونة والتعاطف غير المشروط، والمساعدة على تنمية المهارات الانفعالية للمشاركات.

ومن المحتمل أن يعزى التحسن في انخفاض مستوى القلق الاجتماعي إلى المجموعة التجريبية التي طُبّق عليها البرنامج المرتكز على الانفعالات، من خلال ما تم بناء في البرنامج من أساليب وفتيات واستراتيجيات، ومن إقامة علاقة إرشادية آمنة، والتأكيد على السرية والعمل الجماعي وتبادل الثقة بين الباحثتان والمشاركات، وبين المشاركات مع بعضهن البعض، مما ساعدت هذه الأمور إلى تنمية المهارات الاجتماعية والانفعالية لدى المشاركات؛ والتي أدت إلى انخفاض مستوى القلق الاجتماعي لديهن.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج دراسة ستيجلر، ومولدي وشأنش (Stiegler, 2018 Molde&Schanche)، والتي أشارت نتائجها إلى أن العلاج المرتكز على الانفعالات من خلال الحوار مع الذات كأن له تأثير أكبر في تقليل أعراض القلق، ودراسة أدلر، وشاهار، ودوليف زيلشا- مأن (Adler, Shahar, Dolev &

(Zilcha- mano,2018)، والتي أشارت إلى فاعلية العلاج المرتكز على الانفعالات في تنمية التحالف العلاجي بين الأفراد مع مرور الوقت، والذي أنعكس بدوره على خفض مستوى القلق الاجتماعي، ودراسة شاهار، بار-خليفة، وأليون (Shahar, Br-) (Kalifa & Alon,2017)، والتي أشارت إلى أن العلاج المرتكز على الانفعالات كأن فعالاً بشكل كبير لعلاج القلق الاجتماعي. ودراسة كوريأن (Kurian, 2014)، التي أشارت إلى دور العلاج المرتكز على الانفعالات في تقليل مستوى القلق.

وأخيراً، مناقشة الفرضية الثانية التي أظهرت النتائج الدراسة إلى أن المتوسطات الحسابية على قياس المتابعة وفق برنامج العلاج المرتكز على الانفعالات كانت أعلى من القياس البعدي على مقياس القلق الاجتماعي ككل، وعند فحص الدلالة الإحصائية لاختبار (T) للعينات المترابطة تبين أن هذه الفروق كانت دالة إحصائياً على الدرجة الكلية لمقياس القلق الاجتماعي.

وربما يمكن عزو هذه النتيجة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي وما يحويه من نشاطات وفنيات وأساليب، أدت إلى إكساب المشاركات مهارات ساعدتهن في تقليل مستوى القلق الاجتماعي لديهن، وتحسين مهارتهن الانفعالية، وتواصلهن مع الآخرين، والثقة بالنفس، والتحكم بالنفس وفي مشاعرهن، حيث ساعد البرنامج على اكتساب مهارات ساعدهن على التصرف في مختلف المواقف الاجتماعية التي قد تواجههن، بالإضافة إلى القدرة على التحكم بعواطفهن.

وربما انخفاض مستوى القلق الاجتماعي إلى التحسن الملحوظ والاستفادة من المهارات المكتسبة من جلسات البرنامج والفعاليات والأنشطة الممارسة فيه، حيث ساعدت جلسات البرنامج على بناء الثقة، وتكوين علاقة جيدة، وخلق جو امن، كما ساعدت الباحثتان في المحافظة على سرية الجلسات، والاهتمام والتعاطف الغير مشروط

في تكوين علاقة جيدة وبناء الثقة لدى المشاركات، وقدمت الباحثتان تجارب عدة ساعدت المشاركات من خلالها بالتعبير على آرائهن، والتعبير عن مشاعرهن، الأمر الذي أدى إلى انخفاض مستوى القلق الاجتماعي لديهن بسبب أنه كان هناك حرية في التعبير وفهم وجهة نظرهن حول مواقف مختلفة.

وأدى انخفاض القلق الاجتماعي إلى الانفتاح على الخبرة وزيادة استبصارهن للمواقف التي تواجههن، حيث مكّنهن من التواصل مع الآخرين، مما زاد تقبل المشاركات لأنفسهن والآخرين، حيث أدى انخفاض القلق الاجتماعي لديهن إلى التعامل مع المشكلات من منظور مختلف، والتعامل مع المشكلات بطريقة أفضل من السابق.

التوصيات والمقترحات

في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة توصي بما يلي:

- 1- إجراء مزيد من البحوث والدراسات في مجال القلق الاجتماعي، لدى الذكور والإناث، وربطها ببعض المتغيرات مثل: العلاقة الأسرية، أسلوب التنشئة الاجتماعية، الثقة بالنفس.
- 2- تدريب المرشحات في وزارة التربية والتعليم على اكتساب المهارات من برنامج العلاج المرتكز على الانفعالات.
- 3- تفعيل دور الإرشاد الجمعي من خلال التعامل مع البرامج المستخدمة في خفض مستوى القلق الاجتماعي.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

- ابريعم، سامية.(2008). الرهاب الاجتماعي وعلاقته بإدمان المخدرات (دراسة مقارنة بين عينة من المدمنين وغير المدمنين). رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بسكرة، الجزائر.
- أبو ازريق، محمد. (2016). مستوى الغضب والذكاء العاطفي لدى المراهقين وفاعلية برنامج مرتكز على الانفعالات في تنمية مهارات الذكاء العاطفي وإدارة الغضب. أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية. الأردن.
- البناء، حياة خليل.(2006). القلق الاجتماعي وعلاقته بالتفكير السلبي التلقائي لدى طلاب من جامعة الكويت. دراسات نفسية 16 (2)، القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية.
- جدوع، أميمه. (2018). أثر استخدام الدراما في تحسين تقدير الذات في خفض القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد، الأردن.
- حسين، طه. (2009). استراتيجيات إدارة الخجل والقلق الاجتماعي. الطبعة الأولى، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- خطاطبة، يحيى وحمدى، نزيه. (2015). أثر برنامج إرشادي مرتكز على الانفعالات في خفض الأرق وتحسين مفهوم الذات لدى طلبة المرحلة الثانوية. مجلة العلوم التربوية، (42)2، 63-83.
- دبابش، علي. (2011). فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقدير الذات. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر: غزة.
- سليمان، صبحي. (2007). التغلب على الخوف والخجل والقلق، القاهرة: دار الأمل للنشر.

شاهين، فرنسيس وجرادات، عبد الكريم. (2012). مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، 26 (6)، 132-166.

عبد العظيم، طه. (2009). استراتيجيات إدارة الخجل والقلق الاجتماعي، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

عبد الله، محمد قاسم. (2001). مدخل إلى الصحة النفسية، ط1، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

عبد المقصود، أماني. (2006). فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتغلب على القلق الاجتماعي لدى عينة من طالبات الجامعة السعودية، مجلة جامعة عين شمس (العلوم التربوية)، مجلد 30، العدد (2).

العنزي، أنور السموحي. (2018). فاعلية العلاج المرتكز على الانفعالات والعلاج الأدلري في خفض مستوى الاكسيثيميا لدى اللاجئات السوريات اللواتي تعرضن للعنف، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد.

العواد، سارة. (2004). فاعلية برنامج علاجي لتنمية المهارات الاجتماعية في خفض الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية في مدينة الرياض، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية: الرياض.

غزو، احمد وسمور، قاسم. (2016). فاعلية برنامجين إرشاديين في خفض اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة السنة الأولى في جامعة اليرموك. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 12 (1). 59-69.

محمود، خديجة. (2013). القلق الاجتماعي لدى طلبة جامعة بنغازي وفقاً لبعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة بنغازي: ليبيا.

ملحم، سامي محمد. (2004). علم نفس النمو. ط1. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

ثانيا: المراجع الأجنبية

- Adler, G., Shahar, B., Dolev, T.& Zilcha-Mano, S. (2008). The development of the working alliance and its ability to predict outcome in emotion-focused therapy for Social disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(6), 446-454.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, 5th edition, text revision (DSM-5)*. (2015). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Antony, M. & Swinson, P. (2000). *Phobic Disorders and panic in Adults: A Guide to Assessment and Treatment*. Washington: Psychological Association.
- Baltaic, H. S. & Demire, k. (2012), pre- Service Classroom Teachers Emotional Intelligence and Anger Expression Styles. *Educational Sciences: Theory & practice Journal*, 12(4), 2422-2428.
- Blanco, C., Brag don, L., Schneider, F. (2013). Evidence- based pharmacy therapy of Social anxiety disorder. *The International of Neuron psycho pharmacology*, 16(1), 235-249.
- Davison, G., Neale, J., & Kring, A. (2004). *Abnormal psychology*. USA: John Wiley and Sons .
- Debora, & Turner. (1998). *Shy Children Phobic*, Adults, Nature and treatment of Social phobia, Washington DC: American Psychiatric Association.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion Focused Therapy: Coaching Clients to work Through their Feeling*, (1th). USA: APA.
- Greenberg, L. and Watson, J. (2005), *Emotion-Focused Therapy For Depression* Washington, DC: American Psychological Association Press .
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-Focused Therapy: *Clinical psychology Psychotherapy Journal*, 11, 3-16 .
- Greenberg, L. (2010). *Emotion-Focused Therapy A Clinical Synthesis*, Focus The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, (3), 1-11.

- Hattie, J. (1985). Methodology review: Assessing undimmed signal of tests and items. *Applied Psychological Measurement*, 9 (4), 139-164.
- Heimberg, R. (2009). A New model to Facilitate individualized Case Conceptualization and treatment of social phobia: an examination and reaction to moscovitch's model. *Cognitive and Behavioral Practice*. 16, 135-141 .
- Johnson, S. M. (2005), Broken Bonds: An Emotionally Focused Approach to In Fidelity. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 4(2),17-29.
- Johnson, S. (2008). Hold me tight: *Seven Conversations For a life time of love*. New York, NY: Hachette Book Group.
- Johnson, S.M & Greenman, P.S. (2006). The Path to A Secure Bond: Emotionally Focused Therapy: *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 597-609.
- Kurian, G. (2014). Emotionally – Focused Therapy in Adolescents Grief Work: What Helps Healthy Grieving, *Annals of the American Psychotherapy Association Journal* .
- Luis, V. Christine M. (2003). Psycho therapies des phobias, parise, Dunod.
- Maier, C. A. (2015), Feminist – Informed Emotionally Focused Couples Therapy as Treatment for Eating Disorders. *The American Journal of family Therapy*, 43, 151-162 .
- McEwen, C. & Flouri, E. (2009). Fathers Parenting Adverse Life Events and Adolescents Emotional and Eating Disorder Symptoms: The role of Emotion Regulation. *European child Adolescent psychiatry*, 18, 206-216.
- Mcfee, M. & Monroe, p. (2011), A Christian Psychology Translation of Emotion-Focused Therapy: Clinical Implications. *Journal of Psychology and Christianity*, 30(4), 317-328.
- Miller, L., Gold, S., Laye -Gindhu, A., Martinez, Y. (2011). *Transporting a school-based intervention for Social anxiety in*

- Canadian adolescents*. Canadian Journal of Behavioral Science, 43(4), 287-296.
- Naaman et.al., (2005). Treating Attachment Injured Couples with Emotionally Focused Therapy: A Case study Approach. *Psychiatry*, 68(1), 55-77 .
- Parker, R. (2011). Emotion Focused therapy, Retrieved 15, Jul, 2012, from: [http:// www.mindspace clinic.com/ emotion-focused-therapy](http://www.mindspaceclinic.com/emotion-focused-therapy).
- Riskind, J., Alloy, L., and Manos, M. (2005). *Abnormal psychology ; Current perspectives*, (5th Ed). NewYork; MC Graw_Hill .
- Shahar, B., Bar-Kalifa, E., & Alon, E. (2017). Emotion-Focused therapy for Social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 85(3), 238-246.
- Stiegler, J. R., Molde, H., & Schanche, E. (2018). Does an emotion-focused two-chair dialogue add to the therapeutic effect of the empathic attunement to affect. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), 86-95.
- World Health Organization. (1992). *The international Classification of mental and behavioral disorder*. Clinical descriptions and diagnostic guidelines (ICD-10). Geneva, Switzerland.