



الارشاد الانتقائي التكاملي ودوره

في خفض مستوى ظاهرة الخوف الاجتماعي

أ.م.د. ايمان محمد الطائي

جامعة بغداد

مركز البحوث التربوية والنفسية

الملخص:-

يعد الارشاد النفسي أحد فروع علم النفس التطبيقية التي شهدت نمواً وتطوراً ساهم فيه ارتباطه بالعديد من العلوم ، وساهم الجزء الأكبر في أهمية هذا العلم ، وبخاصة في حياتنا المعاصرة ، وينظر للارشاد النفسي بشكل عام بأنه عملية توظيف العلم في شكل أنساني لتقديم المساعدة والخدمة المنظمة بأسلوب تعليمي من متخصص مؤهل خبير يمتلك الاسس العلمية والحس الارشادي لشخص يبحث عن هذه المساعدة تنمية للقوى واستثماراً للطاقات وتحقيقاً لأقصى درجات النمو والتوافق والصحة النفسية .

ان الاتجاه الانتقائي يمثل النضج الارشادي والصورة المثلى للممارسة الارشادية المتخصصة تتكامل فيه الفنيات الارشادية وتعمل على مواجهة الاختلافات والفروق والتغيرات في المواقف والحالات والمشكلات للمسترشدين .

يعد الارشاد الانتقائي هو : الارشاد في ثوبه الجديد المتكامل الناضج والتيار الارشادي المرن والمنفتح لكل اضافة ولكل أسهام جاد في الارشاد النفسي ليكون النظام المتناسق الذي يقوم بانتقاء ودمج الاساليب والفنيات الارشادية لتحقيق أفضل النتائج .

Abstract:-

Counseling is a branch of Applied psychology which has seen growth and development contributed to the association with many sciences, psychological counseling in general is considered process of employing science, in from of humanitarian assistance and service the rough from to provide qualified expert has specialized scientific foundations and common benchmark for anyone looking for such assistance is considered as achieve maximum growth and compatibility and mental health.

The selective trend represents counseling, maturity and optimal image to the counseling where the technical counseling are integrating and work on the face of differences, and the differences



and changes in attitudes and situations and problems for the subjects.

Selective counseling is the new one in it is integrated, mature and flexible which is open to any addition or contribution

Objectives of the study

1. Shed light on the phenomenon of fear in terms of social causes, symptoms and the extent of the phenomenon .
2. Addressing the problem of social phobia that affect the relationship of the individuals themselves and others, and thus lead to poor psychological and social compatibility .
3. Illustrate the effectiveness of counseling in the selective reduction of the social feeling of fear .
4. Contribute to provide a clear picture and integrated counseling selective in terms of the concept and its goals and tactics .
5. Highlight the importance of counseling as a selective trends and currents indicative of modern and effective in addressing the problems .

Chapter II Theoretical framework

First: the selective extension

1. Selectivity in the historical context of psychotherapyguidance selective .
2. Principles and basic concepts of The most important key
3. principles from which selective multi.
4. Coaching selective targets
5. Guidance throughout the process in the direction selective.
6. Technicians guideway used in the selective extension
7. Coaching collective .

Second: social phobia

1. causes of social phobia .
2. forms of social phobia .
3. components of social phobia .
4. symptoms of social phobia and manifestations .
5. effects of social phobia .

Third, the theory of selective technical (technical) ..goals ..method of treatment .

Chapter III Previous studies .

Chapter IV ... Conclusions and recommendations .



الفصل الاول

اولاً : اهمية الدراسة والحاجة اليها :-

يعد الإرشاد النفسي أحد فروع علم النفس التطبيقية التي شهدت نموًا وتطورًا ساهم فيه ارتباطه بالعديد من العلوم وساهم الجزء الأكبر في أهمية هذا العلم، وبخاصة في حياتنا المعاصرة ، وينظر للإرشاد النفسي بشكل عام بأنه عملية توظيف العلم في شكل إنساني لتقديم المساعدة والخدمة المنظمة بأسلوب تعليمي من متخصص مؤهل خبير يمتلك الأسس العلمية والحس الإرشادي لشخص يبحث عن هذه المساعدة؛ تنمية للقوى واستثمارًا للطاقات وتحقيقًا لأقصى درجات النمو والتوافق والصحة النفسية .

" نتيجة للتغيرات الهائلة التي تعرضت لها المجتمعات الإنسانية في عصرنا الحاضر والتي شملت جوانب الحياة المختلفة كالاقتصادية والسياسية والاقتصادية والنفسية وغيرها، والتي أدت إلى ظهور العديد من المشكلات والضغوط النفسية التي تواجه الفرد، بدأت المجتمعات المتقدمة بتقديم خدمات نفسية وإرشادية تهدف إلى مساعدة الإنسان في حل مشكلاته النفسية بأساليب علمية ، وقد أصبح توفر مثل هذه الخدمات مؤثرًا على تقدم المجتمع ورفقه واهتمامه بالإنسان " (حداد وعبدالله ، 2002 ، ص33) .

" أن للإرشاد النفسي ثلاثة أنواع من الأهداف هي على التوالي نمائية ووقائية وعلاجية ، فالنمائية تعمل على توفير أفضل السبل لتحقيق النمو المتكامل، والوقائية تعمل على منع ظهور المشكلات، والعلاجية تتضمن تقديم استشارات نفسية أو اجتماعية أو دراسية وتقديم المساعدة لحل المشكلات وتحسين الصحة النفسية " (السهل ، 1999 ، ص19) .

على الرغم من أهمية الإرشاد النفسي في تقديم المساعدة الإرشادية المتكاملة للأفراد من أجل مواجهة المشكلات وحلها والتوافق معها وتحقيق النمو المتكامل ، الا أن الإرشاد الانتقائي يمثل الإرشاد في صورته الناضجة والمتكاملة ، وله " أهمية في خفض، وعلاج الاضطرابات النفسية ، وتحقيق السعادة والاستقرار في الحياة ، وأنه ذو فعالية في حل مشكلات الافراد المختلفة ، وتحقيق الاستقرار في حياتهم (ابو النور ، 2000 ، ص250) .



والانتقائية " منظومة ذات طابع متسق من الفنيات الإرشادية والعلاجية ، تنتمي فيها كل فنية إلى نظرية علاجية خاصة بها ، إلا أن انتقاء هذه الفنيات يتم بشكل تكاملي بحيث تسهم كلمنها في علاج جانب من جوانب اضطراب الشخصية ويتم انتقاء هذه الفنيات لتشكيل منظومة تكاملية بالرجوع إلى تشخيص دقيق لحالة المسترشد لتحديد أفضل الفنيات ومدى ملائمتها للخطة العلاجية ولطبيعة الاضطراب أو المشكلة السلوكية (عزب ، 2002 ، ص 5) .

أن الاتجاه الانتقائي يمثل النضج الإرشادي والصورة المثلى للممارسة الإرشادية المتخصصة تتكامل فيه الفنيات الإرشادية وتعمل على مواجهة الاختلافات ، والفروق والتغيرات في المواقف والحالات والمشكلات للمسترشدين.

يعد الإرشاد الانتقائي هو الإرشاد في ثوبه الجديد المتكامل الناضج والتيار الإرشادي المرن والمنفتح لكل إضافة ولكل إسهام جاد في الإرشاد النفسي ليكون النظام المتناسق الذي يقوم بانتقاء ودمج الأساليب والفنيات الإرشادية لتحقيق أفضل النتائج .

والإرشاد الانتقائي " شكل من أشكال الإرشاد النفسي قائم على نظرية العلاج النفسي الانتقائي ، والذي يعد نظاماً يقوم على تحديد المبادئ والاستراتيجيات الأساسية الفعالة في العلاجات النفسية الأخرى ، خاصة تلك الاستراتيجيات التي أثبتت فعاليتها في علاج المشكلات وتلائم حاجات العميل (ابو النور ، 2000 ، ص 252) .

ولعل من أهم الاضطرابات النفسية التي يواجهها بعض الأفراد هو الخوف الاجتماعي ، فنجد بعض الأفراد عاجزين عن التعبير عن آرائهم وأفكارهم ومعتقداتهم ، ويشعرون بالاحراج عند التواجد في المجتمعات ، وهؤلاء الأفراد يعانون دائماً من نقص في المهارات الاجتماعية واضطراب في السلوك الاجتماعي .

ونظراً لكون الخوف الاجتماعي لدى الافراد يحتاج الى اساليب ارشادية فبالنالي يلزم للتعامل معه بعض النظريات الإرشادية التي تقوم فنياتها على المهارات والتي تساعد في خفض وعلاج هذه الحالة .



لقد عبرت بعض الدراسات عن حجم هذه المشكلة عن طريق تحديد نسب مئوية لها حيث ذكر روس (Ross,1991) أن حوالي 2.4 مليون أمريكي راشد يعانون من الخوف الاجتماعي ، وأن 5 مليون أمريكي قد خبروا في يوم ما شعوراً بالخوف الاجتماعي . وتباين نسبة انتشار مثل هذه الاضطرابات من مجتمع لآخر ، حيث وجد سوليوم وآخرون (Solyom et al., 1986) أن مرضى الخوف الاجتماعي يمثلون 25% من جميع حالات المخاوف ، وذكر هايمبرج وبارلو (Heimberg & Barlow, 1988) أن مرضى الخوف الاجتماعي يمثلون 18,3% من جميع مرضى اضطرابات القلق عموماً ، وذكر ماركس (Marks, 1987) أن 8% من مرضى الفوبيا يعانون من الخوف الاجتماعي ، كما أظهر مسح ميداني له في بريطانيا أن ما بين 3-10% من طلاب السنة الأولى بالجامعة يعانون من الخوف الاجتماعي (عبد الرحمن ، 1998 ، ص 219) .

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أهمية الموضوع الذي تتصدى لدراسته ، حيث أنها تسعى لدراسة فعالية الإرشاد الانتقائي في التقليل من مستوى الخوف الاجتماعي ، وبالتالي فإن موضوع الدراسة ينطوي على أهمية كبيرة من الناحية النظرية .

تشكل الدراسة الحالية إضافة علمية معرفية لظاهرة الخوف الاجتماعي الذي بات مشكلة في المجتمع ، وإضافة معرفية جديدة لاتجاه إرشادي لم يلق من الاهتمام والبحث والدراسة ما يستحقه كاتجاه يمثل الإرشاد في ثوبه الجديد .

كما أنها تأتي في ظل ندرة الدراسات العربية والمحلية ، وافتقادها للتناول الإرشادي الانتقائي في مواجهة المشكلات .

ثانياً : اهداف الدراسة:-

1. إلقاء الضوء على ظاهرة الشعور بالخوف الاجتماعي من حيث الأسباب والأعراض ومدى انتشار الظاهرة.

2. تناول مشكلة الخوف الاجتماعي التي تؤثر على علاقة الافراد بأنفسهم وبالآخرين ، وبالتالي تؤدي إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي .

3. توضيح فاعلية الارشاد الانتقائي في خفض الشعور بالخوف الاجتماعي .



4. الاسهام بتقديم صورة واضحة ومتكاملة عن الارشاد الانتقائي من حيث مفهومه واهدافه واساليبه .

5. ابراز أهمية الإرشاد الانتقائي كأحد الاتجاهات والتيارات الإرشادية الحديثة والفاعلة في التصدي للمشكلات .

ثالثاً : حدود الدراسة :-

تحدد الدراسة الحالية بالأدبيات والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة .

رابعاً : مصطلحات الدراسة:-

تضمنت هذه الدراسة عددًا من المصطلحات النفسية الهامة وسوف تقوم الباحثة بتحديد المفاهيم التي ترى أنها مناسبة لهذا المصطلحات ، اعتمادًا على التراث النفسي ووفقًا لما تتبناه الباحثة ، وصولاً إلى رؤية واضحة لهذه المصطلحات على الرغم من التباين والاختلافات التي ارتبطت بهذه المصطلحات .

اولاً : الإرشاد الانتقائي:-

والإرشاد الانتقائي " شكل من أشكال الإرشاد النفسي قائم على نظرية العلاج النفسي الانتقائي، الذي يعد نظامًا يقوم على تحديد المبادئ والاستراتيجيات الأساسية الفعالة في العلاجات النفسية الأخرى ، خاصة تلك الاستراتيجيات التي ثبتت فعاليتها في علاج المشكلات وتلائم حاجات العميل " (ابو النور ، 2000 م ، ص 25) .

ثانياً: الخوف الاجتماعي:-

هو اضطراب انفعالي يتسم بشعور الفرد بالقلق والخوف ونقص تقدير الذات في المواقف الاجتماعية ، ويتم تحديد ذلك على مقياس درجة الشعور الشخصي بعدم الارتياح ، وحالة الهروب من المواقف الاجتماعية ، وصعوبة التعبير عن الذات (الشناوي ، 1992 ، ص 120) .



الفصل الثاني

الاطار النظري :-

اولا : الارشاد الانتقائي :-

1. الانتقائية في السياق التاريخي النفسي

ارتبطت البدايات الانتقائية في الإرشاد النفسي بنمو وتطور النظريات النفسية الكلاسيكية القديمة ، حيث أن المراجعات المستمرة لهذه النظريات يعد مؤشراً على أن الانتقائية والتكامل بدء منذ نشأة هذه النظريات ، وما تطور التحليلية الفرويدية القديمة ومرورها بمرحلة التطوير الأولى على يد سوليفان وهورني وفروم (التحليل النفسي الاجتماعي) ثم وصولها إلى التحليلية الشاملة (إريكسون) إلا دليلاً على ذلك .

وكذا الحال بالنسبة لتطور السلوكية القديمة (واطسون ، بافلوف) على يد سكنر الإشراف الإجرائي (وصولاً إلى السلوكية الاجتماعية باندورا) ، كما أن محاولات (دولارد وميلر) يعد مؤشراً آخر على ذلك ، حيث كانت محاولات دولارد وميلر (تركز على التوفيق بين التحليلية والسلوكية ، وهذه المحاولات كانت تركز على الانتقاء من اتجاهات متعددة ، أو كما يعرف بالانتقائية الثنائية أو " الانتقائية عديدة الطرز " (عزب ، 1981 م ، ص 37) .

فضلاً عن الانتقائية أحادية الطرز التي تركز على الانتقاء والتوفيق من نظريات متعددة داخل الاتجاه الواحد ، ولعل من أبرز من يمثل هذا الاتجاه نظرية ريمي المعرفية التي وصفت بأنها نظرية انتقائية (الشناوي ، 1994م ، ص 175) .

وانطلاقاً من ذلك فإن الانتقائية تعد اتجاهاً إرشادياً يسير نحو تكامل علم النفس ، ويؤدي إلى الممارسة الإرشادية الناضجة والشاملة التي تحقق نتائج أفضل .

وتشير أدبيات الإرشاد النفسي بأن الاتجاه الانتقائي الوظيفي التكاملي أو الإرشاد متعدد الوسائل يرجع إلى إسهامات علماء النفس الوظيفيين ، وعلى رأسهم وليم جيمس ، كما كان لإسهامات دولارد وميلر دوراً في هذا الاتجاه إلا أن هذا الاتجاه ارتبط بفريدريك ثورن ولورانس بارمر ودعم هذا الاتجاه ما قدمه لازاروس وهارت .



أن " أول من استخدم مصطلح الانتقائية هو لازاروس حيث ارتأى أن العلاج السلوكي لا ينبغي أن يقتصر على نظرية التعلم فحسب بل عليه أن ينتقي أية فنية مشتقة من أي نسق علاجي لخدمة الموقف العلاجي" (عيد ، 2005 ، ص 19) .

وهذه الانتقائية في الموقف العلاجي نجدها متحققة في الموقف الإرشادي الذي يأخذ من الطرائق الإرشادية ما يتناسب مع نوعية المطلب الإرشادي ، ومن ثم تتنوع الفنيات وتختلف تبعاً لهذا الموقف الإرشادي من طرائق سلوكية او سلوكية معرفية أو إرشاد متمركز على الشخص على النحو الذي أكده روجرز .

ما عرضه ثورن في كتبه المتعددة يعتبر أشمل أسلوب لإرشاد الشخصية وعلاجها قدمه باحث بمفرده حتى الآن وهو يشعر أن كل النظريات الموجودة مجددة وغير كافية ولهذا فهو يفضل الأسلوب الانتقائي والذي يعتبره الأسلوب العلمي الوحيد نظراً لشموله .

وهذا يشير إلى الاتجاه الانتقائي يضم العديد من النظريات التي تشكل في مجملها المدرسة والاتجاه الانتقائي كنظرية ثورن الاختيارية ، والنظرية متعددة الوسائل ، أو كما تعرف اختصاراً بال BASIC-ID التي ارتبطت باسم لازاروس ونظرية هارت في العلاج الانتقائي الوظيفي ، وتتشرك هذه النظريات وغيرها من النماذج الأخرى في مجموعة من المبادئ الرئيسية والأسس والخطوط العريضة التي تربط بينها حتى وإن اختلفت في بعض التفاصيل (العمرية ، 2005 ، ص 172) . والإرشاد الانتقائي " شكل من أشكال الإرشاد النفسي قائم على نظرية العلاج النفسي الانتقائي ، والذي يعد نظاماً يقوم على تحديد المبادئ ، والاستراتيجيات الأساسية الفعالة في العلاجات النفسية الأخرى ، خاصة تلك الاستراتيجيات التي ثبت فعاليتها في علاج المشكلات ، وتلائم حاجات المسترشد (أبو النور، ٢٠٠٠ ، ص ٢٥) .

والإرشاد الانتقائي هو طريقة اختيارية توفيقية بين طرق الإرشاد المختلفة ، ولا بد للمرشد أن يعرف كل الطرق وأن يكون قادراً على استخدامها وكيفية الانتقال من إحداها إلى الأخرى ، والتوفيق بينها ، ويبدو أن الإرشاد الخياري جاء أصلاً للتوفيق بين الإرشاد المباشر والإرشاد غير المباشر والجمع بينهما فيما يخدم عملية الإرشاد .



ويرى capuzzi لهذا الاتجاه بأنه " ينتقي أفضل شيء من كل نظرية وهذا يتطلب من المرشد معرفة دقيقة بالنظريات الإرشادية ، ومصدر قوة وضعف كل نظرية وعناصر بناءها ، وأفضل عمل إرشادي هو الذي يؤثر وينجح والإرشاد الانتقائي التكاملي اتجاه عملي يرفض النظرة الأحادية " (capuzzi، 2000، ص 460) .

2. المبادئ والمفاهيم الأساسية للإرشاد الانتقائي:-

تدل وجهة النظر الانتقائية في الإرشاد النفسي على أنها " التطبيق العملي لأسس وتقنيات تؤخذ من مجالات المعرفة العلمية المتوافرة في المعالجات النفسية من أجل رسم إستراتيجية علاجية منظمة تكون مناسبة للحالة التي وضعت لها " (ملحم ، 2007 ، ص 179) . وانطلاقاً من هذا، فإنه يمكن تحديد المفاهيم الأساسية التي تخضع لها و جهة النظر الانتقائية في الإرشاد النفسي :

- المنهج العلمي قاعدة رئيسية وفي التصدي لدراسة كل مشكلة نفسية والتخطيط اللازم في معالجتها ، وتنفيذ الاستراتيجية التي ينتهي إليها ذلك التخطيط .
- انتقاء ما هو أفضل وأكثر صحة في المعالجات النفسية المختلفة كأساس يوفر قاعدة مناسبة في تأليف نظام المعالجة النفسية يكون من درجة جدوى عالية ومن مستوى علمي عال كذلك .
- تقوم المعالجة الانتقائية على أساس الاختلاف بين الأفراد والتنوع في الشروط المحيطة بهم ، والنظر إلى كل شخص في تفرد من حيث تكوينه وسلوكه وحالة اضطرابه .
- توجيه المعالجة الانتقائية لغرض واضح محدد وهو تعديل السلوك للمتعالج تعديلاً يكفي في الحكم عليه بأنه تغلب على اضطرابه واتجه سلوكه نحو ما هو مقبول ومناسب (ابو عيطة ، 2002 ، ص 177) .

3. اهم المبادئ الرئيسية التي تنطلق منها الانتقائية متعددة:-

الوسائل كما جاء بها لازاروس فيما يلي :

1. يرى انصار هذه النظرية ان سلوك الانساني يتأثر بعوامل وراثية وبيولوجية وبيئية تتمثل في العلاقات الشخصية مع الآخرين وفي الظروف البيئية الثقافية والاجتماعية المحيطة به ، وفي عملية التعلم من خلال الآخرين .



2. ان الاضطراب النفسي او الشخصية غير المتكيفة ترجع إلى تعلم غير مناسب وإدراك لنماذج سلوكية غير سوية ، وإلى نقص في المعلومات أو الخبرات أو خطأ فيها ، أو تصارع بينها تجعل ذاكرة الفرد عاجزة عن إمداده بطرق التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة ، ويظهر الاضطراب في استجابات انهزامية غير توافقية .

3. يفترض انصار هذه النظرية ان المضطربين نفسياً يعانون من مشكلات متعددة ومحددة ، وأنه يتطلب التعامل مع كل مشكلة أو عرض بأساليب علاجية ثبتت فاعليتها بغض النظر عن انتماءات هذه الأساليب إلى النظريات المختلفة ، بمعنى استخدام الطرق الفاعلة الصادقة من كل المدارس بما يستجيب لحاجات المسترشد ويمكنه من حل مشكلاته .

4. يفترض هذه النظرية ان كل مسترشد يعتبر فريداً من نوعه ، فقد تصلح طريقة علاجية لشخص ما ، ولا تصلح لشخص آخر يعاني من نفس المشكلة وذلك لتفرده وتميزه في خصائصه وأسباب اضطرابه ، لذلك يتبع هذا الأسلوب العلاجي عند تشخيص الاضطراب وعلاجه أسلوب تقييم الشخصية باستخدام المقابلة ووسائل القياس الأخرى . تبعاً لجوانب رئيسه سبعة تم تعريفها إجرائياً ، وهذه الجوانب هي:

- أ. السلوك Behavior ويشمل سلوك الفرد الظاهر ممثلاً في انفعاله واستجاباته وعاداته .
- ب. الوجدان Affect ويشمل انفعالات الفرد ومشاعره وحالته المزاجية ، من غضب وقلق ومشاعر ذنب . الخ ...
- ج. الاحساس Sensation ويشمل الأحاسيس العضوية والنفسية مثل التعرق والدوخة وخفقان القلب والخجل والتوتر.
- د. التخيل Imagery ويشمل تخيلات الفرد وتوقعاته والاتجاهات السلبية عن الذات التي تسبب اضطرابه ، ومن ذلك تخيلات الموت والاضطهاد من قبل الآخرين ، وتخيلات الخطر الداهم وتخيلات أنه مكروه ومظلوم .
- هـ . المعرفة Cognition وتشمل الآراء والمعتقدات التي يؤمن بها الفرد، ومن ذلك المعتقدات الخاطئة أو الاعتقاد بالدونية والعجز والفشل .



و.العلاقات الشخصية Interpersonal Relationship الأسرة والزملاء والآخرين ، ويعتقد لازاروس أن هذا البعد يترك أثرًا واضحًا على الأبعاد الأخرى .

ز. العقاقير والنواحي البيولوجية Drugs تشمل العقاقير التي يتناولها المسترشد والمشكلات الصحية البيولوجية التي يعاني منها مثل السمنة أو فقدان الشهية ، وقد جمعت هذه الجوانب السبعة في الحروف التالية : BASIC-ID .

5. تفترض هذه النظرية انه يجب ترتيب الأبعاد السبعة السابقة حسب حالة المسترشد ، فمثلا الشخص الذي يشكو بشكل رئيسي من اضطرابات وجدانية " اكتاب A ادت الى اضطراب علاقاته الاجتماعية ثم اضطراب في سلوكه b ونتج عن ذلك ضعف الشهية ونقص الوزن ، ولا يعاني هذا الشخص من اضطراب الأبعاد الأخرى ، عندئذ يمكن ترتيب الأبعاد على النحو التالي A B I D ثم نضع العلاج المناسب لهذه الحالة .

أن هذه الطريقة تكشف لنا عن المشكلة المحورية والمقدمات أو السوابق التي أدت إليها والنواتج أو اللواحق المترتبة عليها .

وجاءت تصورات لازاروس التي اشتهرت بنموذج (BASIC-ID) لتوضح مبررات اختيار الإرشاد الانتقائي كما يلي:

1. نحن مسؤولون عن صحتنا .
 2. المرض ينبعث من داخلنا .
 3. الشفاء ينبعث من داخلنا .
 4. العلاج يستلزم التعامل مع الجسم والعقل والانفعال والروح .
 5. المرشد خبير موجه ناصح ولا يتسم بالتسلط .
 6. الرعاية الشخصية والتعامل الإيجابي والمشاركة الفاعلة عوامل مهمة لإحداث التغيير المنشود .
 7. البيئة الطبيعية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد تؤثر في صحته .
 8. التغذية والتمارين تعد حجر الزاوية للصحة الجيدة .
 9. لكل شخص سماته وخصائصه الفريدة وبالتالي فإن من الضروري وضع خطة تتلاءم مع ذلك .
- وتأسيسًا على ما سبق فإن أهم المفاهيم الرئيسية للاتجاه الانتقائي يمكن تلخيصها فيما يلي:



١. مفهوم التحديد : وفيه يتم تحديد أفضل ما هو موجود في كل نظرية ودمجها في كل متناسق لتحقيق أهداف الإرشاد .
٢. مفهوم كل النظريات : وهو مفهوم يؤكد بأن كل نظرية قد أسهمت بشكل أو بآخر في الإرشاد النفسي وبالتالي فإنه يمكن توظيف كل هذه النظريات .
٣. مفهوم الاختيار والتجريب : ويشير إلى الاختبار الواعي من المرشد المتخصص لما يناسب المشكلة والمسترشد ويقوم بدراساتها وتجربتها ومناقشتها .
٤. مفهوم مراعاة مشاعر وأحاسيس المسترشد لتحقيق أعلى مستوى ممكن من التكامل عبر تطوره النمائي (أبو عباة ونيازي ، 2001 ، ص 93) .
4. اهداف الارشاد الانتقائي:-
تتلخص أهداف الإرشاد متعدد الوسائل في تركيزه على المرشد المستخدم لهذه الطريقة العمل على مساعدة مسترشديه لتحقيق وإنجاز أهدافهم الشخصية ، ومساعدتهم للتحرك من مستوى خبرتهم وأدائهم الحالي إلى مستوى أعلى منه ، ونحو توفير المعلومات والمهارات اللازمة لهم لكي يحافظوا على هذا المستوى (أبو عباة ونيازي ، 2001 ، ص 91) .
فيما يلي أهداف الإرشاد الانتقائي متعدد الوسائل :

 1. تغيير السلوك إلى سلوك إيجابي فاعل .
 2. تغيير المشاعر إلى مشاعر إيجابية .
 3. تغيير الاحاسيس السلبية إلى إيجابية .
 4. تغيير الصور العقلية السلبية للذات إلى صور إيجابية .
 5. تغيير الجوانب المعرفية غير المنطقية إلى جوانب منطقية .
 6. تصحيح الأفكار الخاطئة .
 7. اكساب المسترشد المهارة في تكوين علاقات اجتماعية طيبة .
 8. المساعدة على تحسين الجوانب البيولوجية (الشناوي ، 1994 ، ص 265)

5. مراحل العملية الارشادية في الاتجاه الانتقائي:-
أن المراحل الرئيسية للإرشاد في الاتجاه الانتقائي يمكن تلخيصها فيما يلي :



المرحلة الأولى : مرحلة اكتشاف المشكلة :وهي مرحلة تكوين العلاقة الإرشادية الإيجابية التي تولد للمسترشد الثقة ، وتزيد من رغبته وإقباله على الإرشاد ، وتعزز وتدعم المسترشد ليتحدث بحرية عن مشكلاته ، مع الاهتمام بالسلوك اللفظي وغير اللفظي ليتم استكشاف معالم المشكلة ، والإطار النظري في هذه المرحلة أخذ أفضل ما هو موجود من الإنسانية ووضعه في نظام جديد (الفاعلية ، الاستماع ، التعاطف) .

المرحلة الثانية : مرحلة تعريف المشكلة ثنائية الأبعاد : وفيها يتم الاتفاق على تحديد المشكلة وتحديد جوانبها المتعددة باستخدام الفنيات المناسبة ولتفعيل هذه المرحلة فإن الأساس النظري مأخوذ من الروجرزية الانساني .

المرحلة الثالثة :مرحلة تحديد البدائل : وهي مرحلة مساعدة المسترشد في اختيار ما يراه مناسباً من البدائل الملائمة لحل المشكلة والأساس النظري هنا مأخوذ من الإرشاد الواقعي والتحليلي والمعرفي والإنساني والسلوكي.

المرحلة الرابعة : مرحلة التخطيط ، وفيها يتم إعداد الخطة الإرشادية القابلة للتنفيذ على أن تكون مقنعة للمسترشد من حيث واقعتها وملائمتها له وهي مرحلة تقييم للبدائل التي تم تحديدها ، والأساس النظري واقعي تحليلي معرفي سلوكي إنساني .

المرحلة الخامسة : مرحلة العمل والالتزام (مرحلة تنفيذية) وفيها يلتزم المسترشد بالتنفيذ الواقعي للخطوات الإرشادية ويلعب المرشد دوراً هاماً في تشجيعه وإقناعه بأهميتها وترابطها من خلال فنيات إرشادية فعالة ، والأساس النظري واقعي تحليلي سلوكي معرفي إنساني .

المرحلة السادسة : مرحلة التقييم والتغذية الراجعة ، وفيها تتم المراجعة والتقييم لما تحقق من أهداف أثناء العملية الإرشادية وتوضيح للمسترشد التقدم الذي طرأ بناء على ما قام به ، وتعتمد العملية الإرشادية وفقاً للاتجاه الانتقائي المتعدد الوسائل على مبدأ رئيسي هو مبدأ الفردية ، بمعنى أن لكل شخص فرديته ويترتب على هذا المبدأ تنوع الطرق أو الأساليب العلاجية التي تستخدم ، وعدم التركيز على صيغة واحدة ، وقد ينظر المعالج أو المرشد إلى خصائص وتوقعات وحاجات أحد المسترشدين (العملاء (فيختار أن يكون سلبياً ومرتوياً على حين يكون مع مسترشد أو عميل آخر نشطاً مباشراً ومستخدماً لأسلوب المواجهة بشكل زائد (عبد العزيز ، 2001 ، ص149)



6. الفنيات الارشادية المستخدمة في الارشاد الانتقائي:-

لا توجد أساليب محددة له ، بل يعتمد على مصادر مختلفة من الحقل الإرشادي ، هذا بالإضافة إلى علوم التربية والتغذية والتمرين النفسي فلو طبقنا أسلوب (لازاروس) في تصوير المشكلة والذي يعتمد الحروف الأولى من الكلمة المركبة BASIC-ID فيمكن إعطاء مثال لذلك بالتالي :

1. ففي الجانب السلوكي (B) يمكن للمرشد أن يستخدم أساليب الانطفاء ، والغمر ، والتخلص التدريجي من المخاوف والتعزيز بنوعيه الإيجابي والسلبي ، والعقاب .
 2. وفي الجانب الوجداني (A) يستخدم المرشد أسلوب التنفيس أو التفريغ الانفعالي .
 3. وفي جانب الإحساس (S) يستخدم المرشد الاسترخاء ، والتدريبات البدنية ، والتغذية الراجعة الحيوية لتحرير المسترشد من التوتر.
 4. وفي جانب التخيل (I) يمكن للمرشد استخدام أسلوب تغيير صورة الذات وذلك من خلال استخدامه لأسلوب تصور أو تخيل المواجهة الإيجابية للمواقف والضغوط .
 5. وفي الجانب المعرفي (C) يستخدم المرشد أسلوب زيادة الوعي والإدراك والفهم للذات وذلك من خلال مساعدة المسترشد لإدراك الأحداث السابقة وعلاقتها بالسلوكيات الحالية .
 6. وفي مجال العلاقات الشخصية (I) يستخدم المرشد أسلوب النمذجة .
 7. وفي مجال العقاقير (D) يقوم المرشد باستخدام أسلوب التمرينات الرياضية والتغذية والإقلاع عن تعاطي المواد الضارة (أبو عباة ونيازي ، 2001 ، ص 94) .
7. الارشاد الجماعي:-

يعد الإرشاد الجماعي طريقة من طرق الإرشاد النفسي من حيث الإجراء والإرشاد الجماعي إجراء إرشادي مقابل الإرشاد الفردي ، وتقوم فكرة الإرشاد الجماعي على أساس أن الإنسان كائن اجتماعي ترتبط حياته وحاجاته ومشكلاته بالآخرين .

ونظرًا لأهمية طريقة الإرشاد الجماعي فقد وصفت بأنها طريقة المستقبل والإرشاد الجماعي عملية نفسية تربوية تستثمر الوجود الاجتماعي والتفاعل والمشاركة الإيجابية والتعزيز في جو نفسي آمن لتحقيق الأهداف الإرشادية بأنواعها (سناري ، 2000 ، ص 11) .



8. أساليب الإرشاد الجماعي:-

يعتمد الإرشاد الجماعي على مجموعة من الأساليب التي تقدم من خلالها المساعدة الإرشادية ، وهناك مجموعة من المعايير التي تتحكم في اختيار هذه الأساليب الإرشادية الجماعية ، كتنوع المشكلة وطريقة الأداء الإرشادي) مباشر وغير مباشر (والإعداد العلمي والمهني للمرشد ، وتنوع الاتجاه النظري الذي ينطلق منه ، والمرحلة العمرية ، وتتفق العديد من المؤلفات العلمية على أن أهم أساليب الإرشاد الجماعي هي :

أ. أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية:-

وهو الأسلوب الإرشادي الجماعي الأشهر والأكثر استخدامًا والأوضح تأثيرًا باعتباره الأسلوب الإرشادي الجماعي التعليمي الذي يغلب عليه الأجواء الإرشادية شبه العلمية ويلعب فيها عنصر التعلم والعمل على محو التعلم وإعادة التعلم دورًا رئيسيًا .

وفي هذا الأسلوب يقوم قائد المجموعة الإرشادية بإلقاء محاضرة محددة المحتوى واضحة الهدف سهلة العبارة مقيدة الزمن متسلسلة العرض ، ويتبادل فيها أعضاء المجموعة الإرشادية الأدوار ويتداولون الآراء والمناقشات يكتسبون فيها مزيدًا من المعارف والأفكار بهدف تغيير الاتجاهات وتعديل الأفكار والمشاعر والسلوك نحو الذات ونحو الآخرين ونحو المجتمع الذين يعيشون فيه والعالم الخارجي .

ب. أسلوب التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما):-

تعد السيكودراما أو " الدراما النفسية " من أشهر أساليب الإرشاد الجماعي وأكثرها فعالية فهي بالإضافة لكونها أسلوبًا إرشاديًا فهي أسلوبًا تربويًا وتعليميًا يتم التدريب من خلالها بأساليب ترويحوية مقربة من النفوس ، والسيكودراما من الأساليب الإسقاطية التي تحقق لعضو المجموعة الإرشادية التنفيس الانفعالي والاستبصار وتعديل الأنماط السلوكية الخاطئة عن طريق التمثيل التلقائي لمواقف وأحداث لها علاقة بمشكلته .

السيكودراما " عبارة عن تصوير تمثيلي مسرحي لمشكلات نفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي " (زهران ، 1980 ، ص 303) .



ج . اسلوب التمثيل الاجتماعي المسرحي (السيسودراما):-

أسلوب إرشادي جماعي يعتبر بمثابة توأم للتمثيل النفسي المسرحي وتختلف عن السيسودراما في نوعية المشكلات التي يتم تناولها ، ويطلق على هذا الأسلوب اسم " لعب الأدوار" ويمكن النظر إلى هذا الأسلوب باعتباره إعادة صياغة الأحداث والمواقف الاجتماعية الماضية ومعالجتها مسرحياً بحرية وتلقائية يعبر فيها سلوكهم الفعلي وعباراتهم عن أفكارهم ومشاعرهم مما يؤدي إلى إكسابهم حصانة ذاتية يستطيعون من خلالها امتصاص صدمات التوتر والقلق والانفعال والقدرة على التواصل والتوافق الاجتماعي بفعالية .

"السيسودراما تتناول المشكلات ذات الطابع الجماعي ، المتصل بوظيفة الجماعة أو بنائها ، وتعالج مشاكل اجتماعية أو اقتصادية ، أو قضايا عامة في المجتمع ، ولا تركز على مشكلة فردية خاصة كما في السيسودراما لأن أهم ما فيها هو الجماعة" (الخطيب، 2003، ص196) .

د . الاسلوب القائم على استخدام الوسائل السمعية والبصرية:-

أسلوب من أساليب الإرشاد الجماعي جاء في ظل الأثر الإيجابي الذي تتركه وسائل الاتصال المرئية والمسموعة من تأثير كبير. فالعروض الحية التي يقترن فيها الصورة بالحركة والكلمة يكون لها أبلغ الأثر في جذب الاهتمام وإثارة المشاعر مما يؤدي إلى زيادة فهم المعاني واستيعاب المضامين والدلالات .

" إن هذا الأسلوب يساعد في عرض مظاهر انفعالية وسلوكية ، إنها أفلام تعليمية ذات أثر بعيد في نفسية أعضاء الجماعة ، ويشترط في هذه الوسائل أن تكون ذات صلة وثيقة بمشكلات المسترشدين التي يعانون منها" . وهذا الأسلوب يسير جنباً إلى جنب مع (النمذجة) او ما يعرف باستخدام النماذج السلوكية في الارشاد النفسي (الزعبي ، 2002 ، ص 229) .

هـ . اسلوب النادي الارشادي:-

من أساليب الإرشاد الجماعي القائمة على ممارسة الإرشاد في شكل أنشطة عملية مهنية ورياضية وترفيهية ، ويعتمد هذا الأسلوب على الإرشاد بالمشاركة والنشاط والتعاون والتواصل بين الأعضاء والتفاعل الاجتماعي والممارسة العملية وبالتالي فإن مساحات الأنشطة العملية تزداد على



حساب الإرشاد بالكلمة والألفاظ ، ويمكن استخدام هذا الأسلوب مع الأفراد العاديين إلا أنه يستخدم بشكل أكبر مع ذوي الاحتياجات الخاصة (الجمالي ، 1999 ، ص 237) .
و. الاسلوب المتكامل:-

وهو أسلوب إرشادي يمثل الممارسة الإرشادية الواعية والتنظيم المهني المتزن الذي يقوم على المزج بين أساليب الإرشاد الجماعي الأخرى ليكون كل منها مكمل للآخر ولتتم الاستفادة من مميزات وفعالية كل أسلوب منها .

" أن من أساليب الإرشاد النفسي الجماعي الأسلوب الذي يستطيع المزج المتوازن بين أسلوب المحاضرة فلا تكون طويلة ويعقبها أو يتخللها مناقشات حوارية مع بعض التمثيل النفسي المسرحي الخفيف ، علماً بأن الذي يحدد الأسلوب الممتزج أو المنفرد في الإرشاد الجماعي هو تكوين الأعضاء أنفسهم ، ومدة الاجتماع ، وموضوع المشكلة بالذات ، كما أن كل هذه الأساليب في طريقة الإرشاد النفسي الجماعي تهدف لإقناع المسترشدين ذاتياً بأهمية تغيير بعض اتجاهاتهم نحو أنفسهم أو نحو مشكلاتهم أو نحو الآخرين وما يتصل بهم من علاقات ومفاهيم ونظرات (كفاي ، 1999 ، ص 248) .

ثانياً : الخوف الاجتماعي:-

يحتوي المجتمع الإنساني على نماذج متعددة وكل نموذج يكون له طابعه الخاص وسلوكياته وأسراره الخاصة فهناك نماذج تتسم بالاعتدال والتعامل السوي والعلاقات الطبيعية وتستطيع أن تتعايش مع المجتمع المحيط بها وتتفاعل معه اجتماعياً وتتبادل أسلوب الأخذ والعطاء مع أفراد المجتمع سواء كانوا صغاراً أم كباراً ، وهناك نماذج أخرى تعاني من الخلل الاجتماعي وعدم التوافق الاجتماعي وعدم القدرة على التعامل السوي مع الوسط المحيط ، وأيضاً عدم القدرة على الاندماج مع الحياة ومع أفراد المجتمع المحيط والميل إلى تجنب المجتمع وتفضيل الاعتزال عن المحيطين ، وهذا الشعور يعرقل مسيرة الحياة بالنسبة للفرد ويجعله يحذر في تعامله مع الأقران وغير قادر على إنشاء علاقات سوية وطبيعية وتجعله ضعيف التواصل والارتباط بالمجتمع المحيط ، ولعل من المشكلات ذات الأهمية الكبيرة والتي يعاني منها بعض أفراد المجتمع والتي قد تبدأ في مرحلة الطفولة هي مشكلة الخوف الاجتماعي .



فالخوف مشكلة اجتماعية يعاني منها الفرد بداية من مرحلة الطفولة وإذا لم تلق هذه المشكلة أي اهتمام من جانب الأسرة أو الأشخاص المحيطين بالطفل فإنها سوف تتفاقم وتتضخم وتصبح عائناً اجتماعياً هاماً بالنسبة للفرد عندما يصل إلى مرحلة المراهقة أو حتى مرحلة الشباب ، ويصبح هذا الفرد غير قادر على التعامل الطبيعي مع من حوله ولا يستطيع التفاعل مع المجتمع وينعزل عن أفراد المجتمع الذي يعيش فيه .

وفي هذه الحالة يحتاج هذا الشخص إلى معاونة المهتمين بمجال الصحة النفسية والارشاد النفسي لإخراجه من هذه الأزمة ومحاولة الوصول به إلى أمثل طريقة للتعامل مع المجتمع . يحدث الخوف الاجتماعي خلال التفاعل الاجتماعي بين الفرد والآخرين ، ويظهر الخوف الاجتماعي في صورة انطواء وعدم القابلية في التفاعل ، وقد تم تجميع صفات الفرد الذي يعاني من الخوف الاجتماعي من مصادر متنوعة وذلك على النحو التالي:

1. عدم اللياقة الاجتماعية .
2. تجنب التفاعل الاجتماعي .
3. الانطواء .
4. الخجل .
5. العصابية الاجتماعية .
6. الاحساس بالهم .
7. الاحساس بالقلق والتوتر .
8. ادراك الفرد غير الملائم عن الذات .
9. التقويم السلبي للذات .
10. الميل الى المسايرة والمجاراة .
11. الاحساس بالوحدة والاغتراب .
12. تجنب التفاعل .
13. نقص المهارات الاجتماعية (عثمان ، 2001 ، ص 85-86)
1. اسباب الخوف الاجتماعي .



بما أن الخوف الاجتماعي يعد من المشكلات الاجتماعية فلا بد أن تنبع أسبابه من الفرد أو البيئة أو كليهما معاً .

وفيما يلي أهم الأسباب المؤدية إليه كما يراها شيفر وميلمان (1999)
1. الشعور بعدم الأمن :

إن الأطفال الذين يشعرون بقلّة الأمن لا يستطيعون المغامرة ولا يستطيعون تعريض أنفسهم للآخرين ، وتنقصهم الثقة والاعتماد على النفس . إنهم لا يعرفون ما يدور حولهم بسبب موقفهم الخائف ، إنهم لا يمارسون المهارات الاجتماعية إنهم سيصبحون أخجل فأخجل بسبب قلة التدريب وبسبب الحاجة إلى التغذية الراجعة من الآخرين .

2. النقد :

إن الآباء الذين ينقدون علانية أطفالهم يساعدون على وجود الخوف عندهم لأن هؤلاء الأطفال يتلقون استجابات سالبة من الراشدين ، إنهم يصبحون مترددين وغير متأكدين وخجولين . وإن النتيجة للنقد المتزايد هي طفل خجول خائف .

3. المضايقة :

إن الأطفال الذين يُضايقون أو يُسخر بهم سوف يصبحون خجلين ، يسخر الآباء والإخوة من الأطفال الذين يجرحهم النقد والذين يستجيبون بالانسحاب من أمام الآخرين . إنهم خائفون وحساسون جداً من أن يُحكم عليهم أو يرفضوا أو يُربكوا إن الأطفال الأصغر من إخوانهم غالباً ما يُضايقون وتُساء معاملتهم من إخوانهم وأخواتهم والنتيجة هي طفل مرتبك خجول .

عدم الثبات :

إن أسلوب التناقض وعدم الثبات في معاملة الطفل وتربيته يساعد على وجود الخوف الاجتماعي. لذلك قد يكون الوالدان حازمين جداً في بعض الوقت ، وقد يكونان متساهلين جداً في بعض الأوقات ، وقد يكونان مهتمين جداً في أوقات أخرى ، والنتيجة يصبح الأطفال غير آمنين ولا يعرفون التنبؤ بماذا سيكون عليه تصرف والديهم. وفي هذه الحالة سيعانون من الخوف الاجتماعي في كل من البيت والمدرسة ، ربما يكون بعض الأطفال يعانون من هذه الحالة فقط



في البيت ولكن لا يكونون كذلك مع الآخرين ، إن هؤلاء الأطفال يضيعون وقتهم عبثاً في البحث عن أناس ثابتين في معاملتهم معهم .

5. التهديد :

يهدد الآباء الأطفال وقد لا ينفذون تهديداتهم أو غالباً ما يهدد بها آباء وينفذونها أحياناً ، لذلك يصبح عند الأطفال رد فعل على التهديدات المستمرة بالخوف والخجل ، إنهم ينسحبون كوسائل لتجنب إمكانية حدوث هذه التهديدات ولذلك يكون موقفهم نحو الناس دفاعاً .

6. النموذج الأبوي :

إن الآباء الذين يعانون من الخوف الاجتماعي غالباً ما يكون لديهم أطفال يعانون من الحالة نفسها ، هناك ارتباط بين الخوف الاجتماعي الوراثي والعيش مع نماذج خجولة من الناس ، يرغب الأطفال أن يعيشوا أسلوب الحياة كما يراه والداهم . إن اتصالاتهم الاجتماعية قليلة جداً يسمع الأطفال آباءهم وهم ينتقدون الناس الآخرين بعبارات ساخرة وبذلك يشجعون أبنائهم على الابتعاد عنهم وعدم الثقة بهم (شيفر وميلمان ، 1999 ، ص 146-149) ، وقد صنفت أيضاً الأسباب المؤدية إلى الخوف الاجتماعي وهي :

1. ضعف بنية الجسم :

فالنحول الزائد والهزال الشديد أو الطارئ الناتج عن سوء التغذية تنزع بصاحبها إلى ضرب من الخجل والخضوع ويجعل أهله يحتاطون لكل ما يتعرض له من أخطار، وينتهي الأمر بالطفل إلى تجنب كل ألم أو جهد عضوي أو حركي ويصبح بطريقة عفوية خجولاً كارهاً للحياة النشطة .

2. الحساسية الزائدة :

التي تجعل الطفل يتأثر أكثر من اللازم بالأحداث ويبالغ مبالغة لا معنى لها في تلقي هذه الأحداث ، ويعطي الأشياء صدى لا تستحقه ، بالإضافة لذلك : فإنه يتوقع ردود فعل غيره من الناس قبل أن يعاملوه أو يتصل بهم فيخشى عن قرب أو عن بعد أن يؤدي الآخرون إحساسه ، ومن ثم : ينساق مثل هذا الطفل مع أحاسيسه ويعزو النقص لنفسه ، ويتمكن الخوف والخجل منه عوضاً عن الفعالية الاجتماعية ، ويؤثر العزلة عن الناس والمجتمع تفادياً لما يعتقد مهتداً لسلامته العاطفية من أخطار متوهمة بالطبع .



3. نشأة الاسرة في بيئة منعزلة :

فالأطفال الذين ينشأون في بيئات منعزلة تحرم الأطفال من اكتساب خبرات اجتماعية متعددة تجعلهم ينشأوي غير مزودين بذخيرة من السلوكيات الاجتماعية ومن ثم ينشأ الخوف الاجتماعي عن عدم مقدرة الطفل على مجاراة اقرانه (الطيب ، 1996 ، ص186) .
وقد حدد زكريا الشربيني (2001) بعض أسباب الخوف الاجتماعي منها :

1. مشاعر النقص :

إن الشعور بالنقص الذي يعتري نفسية الطفل هو من أقوى مسببات الخوف الاجتماعي ، ويكون هذا الشعور بسبب وجود عاهات جسمية كالعرج ، أو طول الأنف ، أو ضخامته ، أو كبر الأذن ، أو ضعف السمع ، أو البصر، أو قصر القامة أو طول القامة الشديد ، أو انتشار البثور والحبوب في الوجه .

وقد يعود الشعور بالنقص إلى ما يسمعه الطفل عن نفسه منذ صغره من أنه دميم الشكل ، ويتأكد له ذلك كلما نظر لنفسه وقارنها بالزملاء عبر الأيام .

وقد تعود مشاعر النقص نتيجة انخفاض مستوى الثياب التي يرتديها مقارنة بالزملاء ، أو عدم تمكنه من دفع قيم الاشتراكات أو التكاليف التي تطلب منه مثل باقي الزملاء ، أو اقتناء أشياء لا يستطيع تغييرها نظراً لفقره أو سوء حالة أسرته المادية .

وأحياناً تُشعر البيئة الطفل بالنقص نتيجة ما توقعه فيه الظروف من مشكلات تقلل منه ولا يستطيع أن ينال الاستحسان والتدليل الذين كثيراً ما وجدتهما داخل أسرته وبين أفراد عائلته ، مما يُشعر الطفل بعدم الكفاية وفقدان تحقيق المكانة ومن ثم فقدان ثقته في نفسه فيصبح خجولاً .

2. التأخر الدراسي :

كثيراً ما نجد أن تأخر الطفل دراسياً وانخفاض مستوى تحصيله مقارنة بمن هم في مثل سنه من الأمور الجوهرية في إشعار الطفل بأنه أقل من أقرانه ، وقد لا يعود الأمر هنا لانخفاض مستوى الذكاء لدى الطفل فمن المحتمل ، أن تكون مقررات البرنامج الملتحق به لا تساير إمكانيات وميول الطفل وربما كانت الأسرة وصراعاتها ومشكلاتها المتواصلة سبباً في انشغال



الطفل وعدم تمكنه من الاستذكار والمتابعة ، وما يجب ألا ننساه هو أن التأخر الدراسي قد يؤدي إلى الخوف الاجتماعي والعكس ليس صحيحاً دائماً .

3. اشعار الطفل بالتبعية :

إن جعل الطفل تابعاً للكبار وفرض الرقابة الشديدة عليه يشعره بالعجز عند محاولة الاستقلال ، وكذلك اتخاذ القرارات المتعلقة بالصغير دون مشورته مثل لون ملبوساته أو عدم ذهابه لرحله فتسمع من الأم أحياناً (خالد يحب السكوت) ونسمع من الأب أحياناً (خالد لا يحب الخروج سوف يبقى هنا...) بالرغم من أن خالد لم يقل ولم يعبر عن أي رأي .

4. طلب الكمال والتعزيز أمام الاقران :

يلح بعض الآباء في طلب الكمال في أي شيء وكل شيء من أطفالهم في المشي وفي الأكل وفي الدراسة ، وغفل هؤلاء الآباء عن أن السلوكيات يتعلمها الطفل بالتدريج ، وهناك نوع آخر من الآباء لا يبالي بتجريح الطفل أمام رفقائه ويسبب ذلك الألم للطفل ويدهور من شجاعته ومكانته بين الأقران .

5. قبول فكرة الخجل :

إن قبول الطفل فكرة أنه خجول تجعله فعلاً يشعر بالخجل بل وينغمر فيه نتيجة دعم الشعور بالنقص ، ومما يزيد الطين بلة استخدام الوالدين لتلك الفكرة وترديدها أمام الطفل .

6. تغيير الوطن :

يكون لتغيير موطن الأسرة من بلد إلى بلد بعض الآثار منها تجنب بعض أطفال تلك الأسر المجتمع الجديد الذي نقلوا إليه نتيجة اختلاف عاداته وتقاليده (الشربيني، 2001، ص92-94) وهناك من تحدث عن مدى تأثير العامل الوراثي في الخوف الاجتماعي فيقول كل من شيفر وميلمان Schaifer & Milman أنه قد ترجع هذه الحالة إلى شق وراثي تكويني ، فيميل بعض الأطفال إلي التعرض للضوضاء والرغبة في الانطلاق ، في حين يميل بعضهم الآخر إلي السكون والانفراد ، وقد يستمر هذا النمط ملازماً لسلوك الطفل طوال حياته وفي مراحل العمر التالية ايضاً ، وجدير بالذكر ان معاملة الطفل الخجول وراثياً بأي من طرق الممارسات الوالدية السالبة قد تجعله معرضاً الى المعاناة من الخوف الاجتماعي المزمن (شيفر وميلمان ، 1999 ، ص 134) .



2. اشكال الخوف الاجتماعي .

للخوف الاجتماعي أشكال عديدة ومتباينة تظهر من خلال تعامل الشخص مع الأشخاص في الأحداث الاجتماعية وسوف تعرض الباحثة أكثر هذه الاشكال انتشاراً .

1. الخوف من مخالطة الاخرين :

يأخذ الخوف الاجتماعي في الأعم شكل نفور من الزملاء أو الأقارب وامتناع أو تجنب للدخول في محاورات أو حديث وتعمد الابتعاد عن أماكن تواجدهم وعادة يفضل الطفل الذي يعاني من هذه الحالة أن يختلط بأطفال أصغر منه حيث لا يمثل هؤلاء بالنسبة له أي إجهاد في التفاعل أو قيادتهم ، وأحياناً يخالط أطفال يشبهونه في الخوف أو الانطواء، ويسهل على هذا الطفل التعرف على من يشبهه ويكون الحديث بينهم مقتضياً .

2. خوف الحديث :

يحبذ الطفل الخوف اجتماعياً الالتزام بالصمت وعدم التحدث مع غيره وتقتصر إجاباته على القبول أو الرفض أو إعلان عدم المعرفة للأمور التي يسأل فيها ، ولا ينظر في الغالب إلى من يحدثه وربما أبدى الانشغال عندما يوجه له الكلام أو زائغ النظرات لا يحسن تنسيق ما يقوله أو ربطه ، بالرغم من أنه يكون على علم بما يدور ويستطيع الرد ، إلا أن الغالب عليه هو التلعثم والضعف .

3. خوف الاجتماعات :

وفي حالات نادرة يكتفي الطفل بالحديث مع أفراد الأسرة وبعض زملاء الحضانة أو المدرسة ويتعد عن المشاركة في أي اجتماعات أو رحلات أو أنشطة رياضية .

4. خوف المظهر :

هناك بعض المواقف التي يظهر فيها الخوف الاجتماعي لدى بعض الأطفال ، كأن يخجل الطفل عندما يرتدي ثوباً جديداً أو ارتداء لباس البحر أو الأكل في المطاعم العامة أو أكل بعض الأشياء البسيطة في الشارع ، أو حينما يقص شعره أو يغير طريقة تصفيفه ، أو اللعب على مشهد من الكبار ، أو عندما يأتي بحقيقة جديدة .

5. خوف التفاعل مع الكبار :



يخاف بعض الأطفال حينما يبدأ حوار بينه وبين المدرسين أو مدير المدرسة ، أو عندما يتتبع الطفل أشياء من البائعين أو عندما يستقبل أصدقاء والده أو والدته أو عند إبلاغ بعض الأمور للكبار بناء على طلب أحد الوالدين .

6. خوف حضور الاحتفالات او المناسبات :

هناك من الأطفال من يخاف من حضور الأفراح أو أعياد الميلاد أو حفلات النجاح ، ويكون تفضيل العزلة والابتعاد عن مواقع هذه المناسبات وعدم الانخراط فيها خير مبادرة بالنسبة له (الشرييني ، 2001 ، ص 93) .

مكونات الخوف الاجتماعي:-

هناك عدة مكونات للخوف الاجتماعي وسوف تعرض الباحثة بعض هذه المكونات التي تهدف إلى معرفته في ضوء كل من الجانب الفسيولوجي ، والمعرفي ، والسلوكي ، والوجداني على النحو التالي :

1. المكون الفسيولوجي :

يقترح تسميته بالوميض الداخلي Flash in ويتضح في زيادة إفراز الأدرينالين ، واحمرار الوجه ، افراز العرق وزيادة النبض ، وجفاف الحلق ، وبرودة اليدين ... الخ . كذلك يظهر المكون الفسيولوجي له من خلال تنبيه الأحاسيس النفسية التي تدفع الفرد إلى استجابة التفادي والانسحاب بعيداً عن مصدر التنبيه (النيال ، ابو زيد ، 1999 ص 15) .

2. المكون المعرفي :

أكد كل من جونز ، وبريجز ، وسميث (1986) على تأكيد المكون المعرفي في الخوف الاجتماعي وأشاروا إليه فيما يتعلق بالانتباه العصبي المفرط للذات في المواقف الاجتماعية ، والرؤية المفرطة للذات أثناء تلك المواقف (Jones, Briggs & Smith, 1986)

3. المكون السلوكي :

يتمثل في حدوث حالة من عدم الارتياح ، والارتباك ، والحيرة ، والتردد ، والتذبذب ، والصمت... الخ .



4. المكون الوجداني :

يتمثل في الحساسية ، وضعف الثقة بالنفس اللحظي ، والاستثارة النرجسية ، واضطراب المحافظة على الذات الذي يحتوي بدوره على خوف داخلي من تعرية الذات وانكشافها مع وجود تهديد داخلي مع ضعف الذات (النيال ، ابو زيد ، 1999 ، ص 15-16) .

4. اعراض الخوف الاجتماعي ومظاهره .

يتميز الخوف الاجتماعي باعتباره مرض اجتماعي بأعراض تميزه عن غيره من الأمراض الاجتماعية وهذه الأعراض تساعد الباحثين في تشخيصه كما أنها تتفاوت طبقاً لعدة عوامل مثل الحالة الانفعالية والوجدانية للشخص ، التركيبة الشخصية الحدث الاجتماعي نفسه .

وتعرض الباحثة أكثر هذه الأعراض وضوحاً :

أ. الأعراض الفسيولوجية Physiological Symptoms ومنها على سبيل المثال لا الحصر: شحوب لون الوجه ، احمرار الوجه (حمرة الخجل) مع احمرار الاذن (احياناً) ، جفاف الحلق او زيادة افراز اللعاب ، الرغبة في بلع الريق مراراً ، زيادة خفقان القلب ، زيادة إفراز العرق ، زيادة ضغط الدم ، اضطراب بسيط في المعدة ، زيادة عمل اللزمات العصبية Tics لمن يعاني منها أصلاً .

ب. الاعراض الاجتماعية Social Symptoms ومنها على سبيل المثال لا الحصر: الرغبة في الانسحاب والانعزال تفضيل الوحدة ، الرغبة في الهروب ، ضعف القدرة على التفاعل او التواصل ، ضعف الرغبة في رؤية احد ، وضع الوجه في الارض .

ج. الاعراض الانفعالية والوجدانية Emotional Symptoms ومنها على سبيل المثال لا الحصر: البكاء ، انخفاض الصوت الخوف ، الارتباك ، ضعف الثقة في النفس ، كثرة الابتسام ، تلثم الكلام ، عدم الشعور بالراحة او الاستقرار .

د. الاعراض المعرفية Cognitive Symptoms ومنها على سبيل المثال لا الحصر: قلة التركيز ، تداخل الافكار او ضياعها مؤقتاً ، إدراك الأمور على غير حقيقتها ، اضطراب التعبير عن الرأي نسبياً ولا يمكن تصور أن تحدث كل هذه الأعراض في جملتها دفعة واحدة ، وإنما من الشائع



حدوث بعضها وفقاً لشدة الموقف ، وشعور الحالة ، وطبيعة الشخص نفسه (النيل، أبو زيد، 1999 ، ص22-24) .

وبعد أن تم عرض بعض الأعراض التي يعاني منها الشخص المصاب بالخوف الاجتماعي ترى الباحثة أنه من السهل التعرف على الشخص الذي يعاني من هذه الظاهرة أياً كانت الأعراض التي تظهر عليه ، وعندما يتم التعرف على هذه الأعراض يكون من السهل الوصول إلى حل للمشكلة التي يعاني منها هذا الشخص حيث أن التشخيص السليم يعد أهم خطوة في العلاج الناجح .

5 . اثار الخوف الاجتماعي .

1. انخفاض تقدير الذات : باعتبار أن انخفاض تقدير الذات قد يكون سبباً ونتيجة للخوف الاجتماعي ، فهو سبب باعتباره شرط أساسي لوجود الاضطراب وهو نتيجة لأن فشل الإنسان المستمر في التفاعل مع الآخرين يؤدي إلى انخفاض تقدير الذات .

2. فقد الثقة في الآخرين : لأن الطفل يتوقع منهم دائماً ردود فعل سلبية بجانب أن لديه تقديراً منخفضاً للذات .

3. سوء التوافق الاجتماعي : باعتبار أن فقد الثقة في الآخرين وتوقع ردود فعل سلبية منهم مع الرغبة في تجنب التفاعلات الاجتماعية ، كل هذه الممارسات وغيرها تؤدي إلى : وجود نزعة لدى الطفل إلى تجنب الآخرين من ناحية ونقص المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل الاجتماعي من ناحية أخرى .

نتيجة للعوامل السابقة نجد الطفل تنقصه القدرة على تأكيد ذاته والتعبير عن ذاته والدفاع عن نفسه وعن حقوقه المشروعة ، مصاحبات أخرى تنتج عن المشكلة مثل : عدم رغبة الطفل في التعرف على أطفال آخرين ، وتدني درجاته التحصيلية بالإضافة إلى اضطرابات الأكل والنوم... الخ (سعفان، 2001، ص200-201) .

ثالثاً : النظرية الانتقائية الفنية (التقنية) .

هي نظرية تعتمد على أسلوب علاجي يسمح للمعالجين أن يستخدموا بحرية الفنيات العلاجية المستخدمة في كل أنواع العلاج النفسي دون أن يكون بالضرورة متقبلاً للإطار النظري



الذي تُبنى عليه ، إنه مدخل عملي يحاول المعالج من خلاله تفادي التصادم بين الأوضاع النظرية المتنافسة ، ويُعد (أورنولد لازروس) مؤسس مدخل الانتقائية الفنية ، ورغم ذلك فهو يوافق على أن العلاج النفسي لم يصل بعد إلى درجة من النمو تسمح بالتكامل بين المفاهيم والفنيات المختلفة في العلاجات النفسية في كل موحد ، والأغلبية العظمى من فنيات هذا العلاج هي طرق معيارية تشترك مع العلاج السلوكي ، وقد يرجع ذلك إلى أن مؤسس الانتقائية الفنية من المتخصصين في علم النفس الإكلينيكي ومن رواد العلاج السلوكي واشترك معه (جوزيف ولبه) في بعض الأعمال من قبل ، كما تستخدم الانتقائية الفنية العديد من الطرق غير اللفظية وعلى سبيل المثال فإن أسلوب المقعد الخالي المستخدم في العلاج الجشطلتي قد استخدم من قبل (لازروس) فضلاً عن أسلوب لعب الدور وانعكاس الدور لمساعدة الأفراد على تعديل أنماط السلوك اللاتكيفية لديهم (عبد الرحمن، 2000 ، ص 487) .

يشير الاتجاه الانتقائي في الإرشاد النفسي إلى الاتجاه العام للاختيار أو الاقتباس من نظريات إرشادية أخرى ، وهذا الاتجاه يفترض من الناحية النظرية أن ما يتم اختياره أو انتقاؤه هو أحسن وأفضل ما في النظرية ، إلا أنه ليس هناك محكات يقاس بموجبها أحسن ما تم انتقاؤه . إن قيام وضع إرشادي انتقائي يتطلب إمكانية وجود عدد من النظريات الإرشادية تمتاز بالصدق والثبات والصلاحية ولكن ينقصها الشمول ، وهذا ما أدركه فريدريك ثورن الذي ناقش كل النظريات القائمة وانتهى إلى أنها نظريات غير كاملة وحاول أن يربط بين هذه النظريات أو بين أحسن ما فيها في منهج كلي شامتل مستفيداً من مذاهب ومدارس علم النفس ويعتبر جهده في هذا المجال والذي أبرزه في (علم النفس التكاملي) أساساً مذهبياً نظرياً للممارسات الإكلينيكية الانتقائية .

لقد تأثر ثورن في أسلوبه الانتقائي بآراء الأساتذة الذين احتك بهم ، أو قرأ عنهم أو تتلمذ عليهم سواء خلال دراسته أو خلال عمله المهني (العزة وعبد الهادي ، 1999 ، ص 193-194) .

يرجع العلاج الانتقائي الوظيفي إلى علماء النفس الوظيفيين أمثال وليم جيمس ، بيرجانيه ، برو ، تافت ، ثورن .



وسنوضح ملخصاً لأفكار هؤلاء العلماء حول هذا النوع من العلاج فيما يلي :

1. وليم جيمس : إن علم النفس الوظيفي يشكل عنده الأساس الذي تقوم عليه الانتقائية الحالية في العلاج النفسي ، حيث يبين أن سلوك المسترشدين وتعبيراتهم الشخصية تقرر مشاعرهم الحقيقية ، وحتى تستطيع أن تغير مشاعر الناس فعليك أن تقنعهم أولاً بتغيير أعمالهم وسلوكياتهم وإدراكاتهم وأفكارهم .

2. بيرجانيه : وُصف بيرجانيه بأنه فيلسوف إكلينيكي سريري ، فقد قام بجمع ملاحظات مفصلة عن أكثر من (5000) حالة واستعمل في ذلك تنوعاً واسعاً من التقنيات ، بما في ذلك الإيحاء التنويمى (له علاقة بالتنويم المغناطيسي) ، الكتابة الآلية الكلام الآلي ، إعادة التعليم الأخلاقي... الخ .

3. برو : لقد أشار برو إلى مفهوم تعلق الطفل بوالدته ، والتركيز على تعريفه بها أكثر من إقامة علاقات موضوعية مبكرة مع البيئة المحيطة التي يعيش فيها ، وقال إن هذا الأمر يؤدي إلى حالات ذهنية انطوائية ، وإلى قصور التصور في إدراك الذات ومن ثم العالم الذي يعيش فيه ويؤدي إلى الأنانية وحب الذات .

4. تافت : لقد تأثرت تافت بعلم النفس الوظيفي عند جون ديوي ، وجورج ميد ، إن طريقة تافت في العلاج النفسي تدعى علاج القرباة ، وذلك بهدف تمييزه عن التحليل النفسي ، ويُعرف علاج القرباة بأنه عبارة عن عملية يتعلم خلالها الفرد كيف يستخدم الوقت المخصص من البداية حتى النهاية بدون خوف وبدون مقاومة ، وبدون غيظ وحنق وبدون طمع .

إن علاج القرباة يعمل على إطلاق قوى النمو عند الشخص والتي يحصرها الخوف ، إن النجاح في العلاج يعتمد على الصفات الشخصية عند المعالج ، حيث أن ماهية الشخص المعالج أهم من عمله (إن شخصيته وأسلوبه أهم من خبراته وعمله) حيث أن العلاج ليس عملية ذهنية عقلية وإنما هو عملية إحساس .

1. فريدريك ثورن : يُعتبر فريدريك ثورن على النقيض من تافت فهو عالم تطبيقي يسعى للتشخيص والعلاج ، وكان نظامياً في تطوير العلاج الانتقائي متأثراً في ذلك بأدler ، فقد تدرج من التحليل النفسي إلى السلوكية فالإنسانية فالوجودية مركزاً على الشخص ككل ككائن



موجود ، وهدف العلاج عنده هو الصحة النفسية او اللياقة ، مشتملة على الانسانية الكاملة وتحقيق الذات (العزة وعبد الهادي ، 1999 ، ص206-208) .

* أهداف العلاج :-

يتبع معظم المعالجين النفسيين النموذج الطبي في علاج وتسكين الأعراض ، وأظهر المعالجون الوظيفيون أن العلاج هو البحث عن النمو أكثر من مجرد شفاء المرض ، وأن تركيزهم منصب على العناية الصحية أكثر من علم أمراض يجب أن تُعالج ، ويهتم المعالجون بتنمية اللياقة النفسية لدى الأشخاص ، وإن هذه التنمية تركز على خمس فرضيات هي :

1. إن التدريب النفسي للذات (الشخصية) ضروري للوصول إلى اللياقة النفسية، كضرورة للتدريب الجسماني للوصول إلى اللياقة الجسمية .
 2. يجب أن تتغير الشخصية وتنمو مع حياة الفرد .
 3. إن التغير الإيجابي في الشخصية يظهر مع التركيز على مواطن القوة في النفس ، بالإضافة إلى تحسين وتطوير مواطن الضعف فيها .
 4. إن اللياقة النفسية ، تتطلب اتصالات واحتكاكات مع الناس الآخرين ، بمعنى آخر التكيف في الحياة الاجتماعية .
- إن فترات التدريب النفسي المخططة تعمل على تعزيز الأحاسيس الإيجابية والتقليل من العواطف والأحاسيس السلبية عند التشخيص .

* طريقة العلاج الانتقائي الوظيفي :-

إن هدف العلاج الانتقائي الوظيفي هو تغيير الشخصية أو الذات ، وفي بعض الأحيان فإن هدف المعالج تجاه المسترشد هو تقديم المساعدة والدعم ، وإعادة الطمأنينة له ، والرجوع به إلى مستواه السابق في عمله الوظيفي الذاتي المتحرر قدر الإمكان من الضغوط النفسية .

يجب على المعالج أن يلجأ إلى العمل مع الاختلال الوظيفي عندما لا يحرز المسترشد أي تغيير إيجابي ويستخدم في العلاج النموذجين التاليين :

(1) نموذج التكامل :-

توجد أربع خطوات في نموذج التكامل هي :



أ . خطوة تحديد الحاجة : وتشتمل هذه الخطوة على تعريف الحاجات أو الرغبات ، وإشباع هذه الحاجات والرغبات يعتبر الوظيفة الرئيسية للذات ، ووظيفة المعالج هنا هي مساعدة المريض في التعرف على هذه الحاجات أو الرغبات وكيفية تحقيقها.

ب . خطوة الاختيار : تشتمل هذه الخطوة على تولي المسؤولية في إشباع الحاجات أو الرغبات ، وبعبارة أخرى تعني التأكيد على الحاجات الشخصية ، وتظهر وظيفة المعالج هنا في تشجيع المسترشد لعمل هذا التأكيد.

ج . خطوة العمل : تعمل هذه الخطوة على إشباع الرغبة والحاجة باتخاذ القرار المناسب لإشباعها ، وتتمثل وظيفة المعالج هنا في مساعدة المسترشد على القيام بسلوكيات وأعمال جديدة.

د. خطوة التصور: تعني هذه الخطوة معرفة صورة الشخصية الجديدة أي التعريف للذات الجديدة ، وتتمثل وظيفة المعالج هنا في تعريف المسترشد بصورة الاختلال الوظيفي القديمة والعمل على تطوير الصورة الجديدة .

(2) نموذج عدم التكامل وإعادة التكامل:-

إن الفشل في النمو هو عبارة عن مؤشر للاختلال الوظيفي وهدم الصورة الذاتية للفرد ، وإن الرفض للتعلم والاختيار والعمل على تلبية الرغبات والحاجات لهودليل على المقاومة والدفاع إن الاختلال الوظيفي يشتمل على هدم الصورة الذاتية وهذا من الممكن أن يكون إيجابياً إذا أدى إلى النمو. لقد طور دابروسكي Dabrowski مفهوم عدم التكامل الإيجابي والذي اعتبر فيه الأعراض النفسية وتحطم الشخصية كمؤشرات للنمو ويتمثل دور المعالج هنا في أنه يستطيع أن يتكفل هذا التحطم الإيجابي المحكم ، والذي يؤدي إلى إعادة التكامل على أعلى مستوى من التنظيم الذاتي .

ويرى (هارت) أن هناك أربع خطوات لعملية إعادة التكامل هي:

1. الإحباط : إن الصورة الذاتية للشخص تُصاب بالاختلال الوظيفي عندما تفشل في تلبية الحاجات والرغبات الجارية ، وفي العلاج يقوم المريض بإظهار التناقضات بين ما يقوله الشخص



وحقيقة ما يعانیه،وهنا يستطيع أن يتدخل المعالج لإحباط صورة الاختلال الوظيفي بواسطة مواجهة المسترشد مع التناقضات .

2. التنفيس: إن عملية الإحباط قد تقود إلى التنفيس والذي يتم به التعبير عن العواطف التي حُبست بواسطة الصورة الذاتية القديمة ، وهنا يتم التعاون بين المسترشد والمعالج لاكتشاف الاختلافات بين البيئة السابقة التي تطلبت ذلك التصور القديم وبين البيئة الجديدة التي تتطلب التصور الجديد .

3. العمل المسبق للعمل المعدل : في هذه الخطوة يتم مساعدة المسترشد على اكتشاف أحاسيس جديدة وتطوير مهارات تعابير جديدة .

4. إعادة التكامل : في هذه الخطوة يوضع الشخص حيث يجب أن يكون فيما لم تتشوه صورته الذاتية ولم يمنع من النمو ويكون الشخص في هذه الخطوة منفتحاً لرغبات وحاجات جديدة وأساليب جديدة في التفكير في الشعور وفي التصرف .

إن عملية إعادة التكامل هي بالضرورة عملية عاطفية ، والعواطف والأحاسيس الجديدة التي ظهرت إما أن تكون معتدلة أو متطرفة ، ولكن سوف تكون حقيقية ومؤثرة (العزة وعبد الهادي ، 1999 ، ص 211-213) .

* علم النفس التكاملي عند (ثورن):-

يقدم علم النفس التكاملي نظرية أساسية للطبيعة النفسية للإنسان ، إن الاهتمام الرئيسي لعلم النفس هو الإنسان في عالمه أو بيئته بكل اهتماماته الوصفية والوجودية .

إن المشكلة الرئيسية في علم النفس التكاملي هي دراسة العوامل التي تنظم نمط أي تكامل . إن الوجود الكلي والمعنى الكامل للشخص يمكن أن يُفهم إذا استطعنا أن ندرس النمط الحياتي لحالته النفسية ، هذه الحالة التي تشكلها أهداف الإنسان الرئيسية ، حاجاته ، البواعث التي تنظم حواسه ، إدراكاته ، تعلمه ، ذاكرته ، مشاعره وتفكيره .

يقدم ثورن نظامه في علم النفس التكاملي في مسلمات أساسية بلغت (57) مسلمة نذكر منها :

1. التكامل هو السمة المركزية للحياة في كل أشكالها وبصفة خاصة في مظاهر السلوك العليا.

2. إن علم النفس التكاملي قادر وحده على توضيح طبيعة وأسباب الحالة النفسية .



3. إن محور الشخصية هو مفهوم الذات ، ومفهوم الذات عامل تكاملي هام .
4. الملاحظة الاستبطائية هي المنهج الرئيسي لإدراك الحالة العقلية والشعور .
- إن محور الشخصية هو مفهوم الذات حيث أن :
- أ. مفهوم الذات يعكس كلاً من الخبرات الشخصية والاجتماعية .
- ب. مفهوم الذات عامل تكاملي مهم .
- ج . يستطيع الإنسان التعبير عن الحركة النفسية العامة في الكفاح للابتعاد عن وضع سالب شعُر به ، إلى وضع إيجابي يشارك فيه ، ومن الشعور بالنقص إلى الشعور بالعظمة .
1. إن علم النفس التكاملي يحاول أن يوحد وينظم كل ما هو صالح وثابت من كل المدارس والنظم السيكولوجية في اتجاه انتقائي موحد .
2. إن أعلى مستويات التكامل تُشتق من عوامل الذكاء ، الإبداع ، إمكانية التفكير العقلاني المنطقي .
- إن المرض النفسي يتحدد بدرجة كبيرة بكل من :
- أ. العوامل التي تمنع أو تعيق التكامل السوي .
- ب.العوامل التي تسبب عدم التكامل (الانحلال) .
- ج . التكامل الذي يتم نتيجة لعوامل غير تكيفية .
- يعتبر التشخيص النفسي أمراً مهماً بالنسبة لعلم النفس التكاملي ، ويهتم التشخيص بصفة أساسية بتحديد أسباب المعطيات .
- * التشخيص Diagnosis :-
- يُشير التشخيص في علم النفس التكاملي إلى الحالة النفسية للفرد في وقت الدراسة ، والتشخيص عملية مستمرة يجب أن لا ينتهي أو يوقف قبل بدء المعالجة ، بالإضافة إلى ذلك فإن استبصارات تشخيصية جزئية يجب أن تتوفر لدى المعالج لتمكنه من اختيار طرق ومناهج العلاج على أساس الأعراض واحتمالات خطأ التشخيص .
- يقدم (ثورن) تصنيفاً لاضطرابات الشخصية التي يكشف عنها التشخيص نوجز منها ما يلي :



1. ردود الأفعال الناتجة عن القصور العضوي ومنها : اضطرابات وراثية ، اضطرابات لها علاقة بالإصابة بالعدوى ، التسمم .
 2. عدم سلامة البنية الشخصية منها : الشخصية المصابة بنوبات من الاكتئاب والهيلاج ، الشخصية المصابة بالفصام ، عدم النضج ، عدم الكفاءة .
 3. اتجاهات التنشئة الاجتماعية ومنها : التأثير العاطفي بما يتصل بمعنى الحياة .
 4. اضطرابات تتصل بعضوية الجماعة ومحددات الدور ومنها : عضوية جماعة من الأقليات ، الجنس ، العمر ، الطائفة .
 5. اضطرابات تتصل بضبط الذات ومنها : قصور وضبط الذات بسبب عدم النضج وقصور في التدريب .
 6. اضطرابات تتصل بأسلوب الحياة ومنها الحيل الهجومية والحيل الدفاعية .
 7. اضطرابات تتصل بمفهوم الذات وتكوين الأنا ومنها : فروق فردية في المحددات الوراثية لقوة الأنا ، النمو النضجي للأنا (العزة وعبد الهادي ، 1999 ، ص196-199) .
- * خطوات التشخيص:-
- معرفة نوع الاضطرابات فهل هو عضوي يحتاج إلى استشارة الطبيب ، أو هو وظيفي يمثل الاضطرابات النفسية والجسمية ، أو اضطرابات في السلوك ، أو مواقف سوء التكيف .
1. تحديد العوامل المسببة للمرض والتميز بين العوامل الأولية والثانوية .
 2. قياس النشاط غير العادي في الاضطرابات العضوية لمعرفة مدى التحطم في الوظائف العقلية والذاكرة .
 3. تقييم تفاعل الشخصية مع الاضطراب .
 4. تحديد كيف يؤثر الاضطراب على مواجهة الشخص للحياة .
 5. تفسير ديناميكية التكامل أي جمع العوامل المشتركة .
- * التطبيق العلاجي لعلم النفس التكاملية:-



لما كانت كل حالات الاضطراب والمرض النفسي تتضمن اضطراباً في التكامل ، فإن هدف كل مناهج الإرشاد أو العلاج النفسي هو تقوية وتحسين نوعية العملية التكاملية بهدف الوصول إلى مستويات أعلى في تحقيق الذات .

إن محور العلاج في هذه النظرية هو الشخص في وضعه الراهن ، إن سلوك المسترشد أثناء العلاج يعكس حالته النفسية ، ويزود المعالج بالمعلومات والحقائق لفهم هذه الحالة ومسبباتها .

توجد بعض العناصر التي تتناول الحالة كأساس للإرشاد والعلاج النفسي منها :

1.اهداف تناول الحالة:-

- أ. منع تدهور الحالة الى الاسوأ .
 - ب. تصحيح العوامل المرضية .
 - ج. التسكين .
 - د. الدعم النظامي .
 - هـ . تسهيل عملية النمو .
 - و . اعادة التعلم .
 - ز. تفسير وتوضيح الاتجاهات العاطفية .
 - ح . حل الصراع وعدم الاتزان .
 - ط. تقديم حوافز للنمو .
 - ي . قبول ما لا يمكن تغييره .
 - ك. اعادة تنظيم الاتجاهات .
- ### 2. مجالات تناول الحالة:-

إن تناول الحالة يشمل مجالات كثيرة ومتعددة منها : إرشاد الشخصية ، الإرشاد العائلي ، العلاج النفسي ، التحليل النفسي ، الإرشاد الديني ، توجيه الأطفال ، التربية الخاصة ، التوجيه المهني والتربوي ، الخدمة الاجتماعية والطبية ، العلاج الجمعي ، العلاج بالتنويم المغناطيسي ، وكذلك يتضمن نشاطات تربوية وتعليمية وإرشادية ، بالإضافة إلى النشاطات الإدارية والتعديل البيئي للمسترشد (نقل المسترشد من البيئة المسببة لحالته) .



3. تاريخ الحالة:-

يشير إلى أي معلومات يمكن الحصول عليها عن المسترشد في الوقت الحاضر والماضي ، والمعلومات تؤخذ عادة من مصادر أخرى ، حيث لا يكفي بالاعتماد على المعلومات التي تؤخذ من المسترشد ، لأنه قد يكون غير قادر على كشف حالته لحل مشكلاته ، وتاريخ الحالة يفيد في بناء العلاقة مع المسترشد ويؤدي إلى مزيد من الفهم ، وبحل الكثير من المسائل الغامضة والتغلب على المقاومة من قبل المسترشد .

4. اساليب تناول الحالة:-

أ. علاج الاعراض : ويشير إلى تخفيف معاناة المسترشد من الأعراض المرضية عن طريق تهدئته ورفع الروح المعنوية عنده حتى يتم استعمال طرق العلاج الرئيسية الفعالة، وهذا العلاج لا يتعارض مع علاج آخر يتوجه نحو العوامل المسببة للمرض .

ويمكن استعمال هذا العلاج في الحالات التالية :

1. مشكلات عدم التوافق الرئيسية .
2. اللحظات العابرة من عدم الاستقرار بسبب الضغوط التي يمر بها الإنسان .
3. المشكلات التي ليس لها حل .
4. الأعراض التي تؤدي إلى الانقباض والحزن .
5. الأمراض الخطرة والتي تمثل أعراض الاضطرابات العضوية أو اليأس أو التهديد بالانتحار... الخ .

ويمكن علاج الاعراض بالطرق التالية :

1. فهم العلاقة بين الأعراض والأسباب .
2. رفع الروح المعنوية للمسترشد من خلال التشجيع والتعاطف والاهتمام .
3. الضبط الكامل لعملية تأجيل الجلسات بحيث لا يؤدي ذلك إلى فقد ثقة المسترشد بالمرشد ولذلك يجب مراعاة وجود أعذار مقبولة .

ب. العلاج الداعم : يتألف العلاج الداعم من تكتيكات غير محددة تشمل مناهج فيزيائية ونفسية



1. اما المناهج الفيزيائية فتمثل العلاج الطبي ، والراحة ، والتغذية الجيدة ، والعلاج الكيماوي ، والأمن الجسمي ، والرعاية الطبية ، فالمسترشد الذي يظهر عليه أعراض مرضية يُعرض على طبيب بين فترة وأخرى .

2. واما المناهج النفسية فتشمل تحقيق الأمن والطمأنينة للمسترشد ، لأن الأمن يقوي الاتجاهات الإيجابية والسلوك الصحي وهو معاكس للخوف والقلق والشك .
وتوجد عدة طرق لتوفير الامن منها :

1. ان لا تشعر المسترشد أنه إنسان غير طبيعي أي أن نشعره أن سبب الأعراض يزعج ولكنها ليست خطيرة وأن الحالة غير ميئوس منها .

2. اعطاء المسترشد الحرية في التعبير عن مخاوفه عندما تكون وظيفة المرشد الملاحظة والتوضيح ، ويمكن إعطاء الأمن بطريقة شفوية أو سلوكية أو الاثنين معاً .
بالإضافة الى ان اسلوب المرشد وثقته بنفسه يخلق نوعاً من الطمأنينة لدى المسترشد وتسمى هذه الطريقة بالإقناع .

ج . العلاج المشروط : يدرس المرشد جميع العوامل التي لها علاقة بالمسترشد من أجل توفير أفضل الشروط التي تفسح أمامه الطريق لأن يسلك سلوكاً أكثر ملاءمة ، حيث يتم التعامل مع المسترشد كأنه صفحة بيضاء ويقوم المعالج بذلك بطريقة مباشرة دون استشارته ، ويقوم بتعليمه أساليب الحياة وتقلبات الشخصية .

* مراحل الارشاد:-

1. اكتشاف المشكلة : إن معرفة اهتمامات المسترشد واستجاباته وتشجيعه على الكلام وتوليد الثقة لديه ، وتعزيزه من أجل الحديث عن مشكلته تساعد على اكتشاف المشكلة التي يعاني منها .

2. تعريف المشكلة : على تحديد ماهية المشكلة ووضعها في صيغة محددة .

3. تحديد البدائل : يدرس المرشد البدائل المتوفرة بما في ذلك تحقيق الأمن العاطفي والجسدي ويعرضها على المسترشد ليختار ما يلائمه من هذه البدائل .

4. التخطيط : مساعدة المسترشد في تحديد كم من البدائل الملائمة له من خلال خبراته السابقة والحالية ، ويأخذ المرشد دور المدرس والموجه في تحديد العوامل اللازمة للتخطيط .



5. التنفيذ : يقوم المرشد بإعطاء خطوات عملية للمسترشد من أجل تنفيذها ، ويقرر المسترشد أي من هذه الخطوات سيقوم بها مراعيًا في ذلك الزمن والواقعية وقدراته الانفعالية .
6. التقييم والتغذية الراجعة : يلخص المسترشد عادة التقدم الذي حصل معه بناء على الأعمال التي يكلف بها ، ويراجع المرشد والمسترشد مستوى الأهداف التي تم تحقيقها حسب حاجات وشعور المسترشد وحسب ما تتطلبه حالته (العزة وعبد الهادي ، 1999 ، ص 200-205) .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

اولا: الدراسات التي استخدمت الإرشاد الانتقائي كاتجاه إرشادي حديث وفعال في مواجهة المشكلات:-

1. هدفت دراسة أبو النور ٢٠٠٠ م : إلى التعرف على فعالية الإرشاد الانتقائي في تعديل الاتجاه نحو الزواج العرفي لدى عينة من الشباب الجامعي تكونت من (٥) أفراد كان متوسط أعمارهم ٢١ سنة، وقد أشارت النتائج إلى فعالية وكفاءة الإرشاد الانتقائي في تعديل الاتجاه نحو الزواج العرفي نتيجة لاستخدامه عدة أساليب وفتيات علاجية في مراحل مختلفة كما أشارت النتائج إلى استمرار أثر البرنامج الإرشادي بعد فترة المتابعة نتيجة لتركيز البرنامج الانتقائي على كشف الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية والأسرية والدينية الخاطئة المرتبطة بالاتجاه نحو الزواج العرفي وتعديلها وإكساب أفراد العينة مهارة استخدام فتيات إرشادية فعالة تساعدهم على مواجهة المشكلات .

2. وفي دراسة سعفان (٢٠٠٣ م) : التي حاولت الوقوف على فعالية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الوسواس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب لدى عينة مكونة من (١٦٤) من الذكور والإناث بلغ متوسط العمر الزمني لها 5,22 عامًا وأشارت النتائج إلى فعالية وجدوى البرنامج الإرشادي الانتقائي القائم على الإرشاد الجماعي وفتيات إرشادية من مختلف الاتجاهات النظرية الإرشادية في خفض الوسواس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب، كما أشارت النتائج إلى استمرار أثر البرنامج الإرشادي الانتقائي بعد فترة المتابعة بدرجات متفاوتة .

ثانيا : الدراسات التي تناولت ظاهرة الخوف الاجتماعي .



1. دراسة واتسون وآخريين Watson, et al., 1987 بعنوان : مشاكل الاتصال عند اللذين يعانون من الخوف الاجتماعي . وهدفت إلى البحث عن أسبابه (سلوكية - نفسية - جسدية) عن طريق عرض بعض التفسيرات له في المواقف الاجتماعية على مجموعة من النساء ، تكونت عينة الدراسة من (187) سيدة ، واستخدمت الدراسة مقياس الخجل ، مقياس مهارة الاتصال ، وأوضحت النتائج أن هناك مع كل اقتراح (أو سبب مطروح) مشكلة مهارة اتصال تؤدي لهذه الظاهرة .

2. دراسة السيد إبراهيم السمدوني (1989) بعنوان : الخجل وعلاقته ببعض سمات الشخصية في مرحلة المراهقة والرشد وهدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الخجل وبعض سمات الشخصية ، اشتملت عينة الدراسة على (897) طالب وطالبة من طلاب المراحل الإعدادية والثانوية والجامعية منهم (447) ذكور ، (450) إناث ، تراوحت أعمارهم بين (13-22) سنة ، واستخدمت الدراسة مقياس الخوف الاجتماعي ، مقياس الخجل ، مقياس التقدير الذاتي لقلق الاتصال ، مقياس عدم الاكتفاء الذاتي ، وأظهرت النتائج أن إناث المراهقة المبكرة أعلى من الذكور في كل من مقياس الخوف الاجتماعي ومقياس التقدير الذاتي لقلق الاتصال .

3. دراسة بوث وآخريين Booth, et al., 1992 بعنوان : فحص العلاقة بين السعادة والعزلة والخوف الاجتماعي لدى طلبة الجامعة . وهدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين كل من السعادة والعزلة والخجل لدى طلاب الجامعة ، تكونت عينة الدراسة من (55) طالباً جامعياً ، واستخدمت الدراسة مقياس الخجل ، وأظهرت النتائج أن الرجال أكثر خجلاً وأكثر عزلة وأقل سعادة من النساء ، وأن الخجل والعزلة بينهما ارتباط إيجابي وأن الخجل والعزلة يتناسبان عكسياً مع السعادة .

4. دراسة مجدى عبد الكريم حبيب (1992) بعنوان : الخوف الاجتماعي كبعد أساسي للشخصية : دراسة ميدانية لدى عينتين من طلاب المرحلة الجامعية . وهدفت الدراسة إلى البحث عن مدى تأثيره باعتباره بعد أساسي للشخصية ، تكونت عينة الدراسة من (278) طالب وطالبة ، واستخدمت الدراسة اختبار التقدير الذاتي لقلق الاتصال ، اختبار الكفاءة الاجتماعية ، بطارية اختبارات ACL للخجل وتشمل الخجل الموجب والسالب والمتوازن ، وأوضحت النتائج وجود



ارتباط دال مرتفع بين الاختبارات الفرعية للقلق لدى الذكور كما ارتبط اختبار خجل مكروسكي بجميع اختبارات الخجل لدى الإناث وجميعها ارتباطات موجبة ودالة ما عدا الكفاءة الاجتماعية فهو ارتباط سالب .

5. دراسة خالد الفخراي (2000) بعنوان : أفكار القلق الاجتماعي وعلاقته بالتفكير الذاتي (الآلي) في ضوء الضغوط والاستثارة (دراسة بنائية) . وهدفت إلى البحث في العلاقة بين التفكير الذاتي وأفكار القلق الاجتماعي في ضوء الضغوط والاستثارة ، تكونت عينة الدراسة من (60) فرداً ينقسمون إلى (17) فرداً من مديري المدارس الحكومية ، (24) مدرساً ، (11) مرشداً طلابياً ، (8) من العاملين في القطاعات الحكومية ، واستخدمت الدراسة قائمة الضغط والاستثارة ، استخبار أفكار القلق الاجتماعي ، استخبار الأفكار الذاتية ، وتوصلت النتائج إلى وجود معاملات ارتباط دالة بين كل من سوء التوافق الشخصي ومفهوم الذات السلبي وأفكار القلق الاجتماعي .

6. دراسة حنان محمد خوج (2002) بعنوان : الخجل وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية وأساليب المعاملة الوالدية لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة . وهدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الخجل وكل من الشعور بالوحدة النفسية وأساليب المعاملة الوالدية ، اشتملت عينة الدراسة على (484) طالبة من طالبات الصف الأول - الثاني - الثالث في المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة تراوحت أعمارهن بين (12-17) سنة ، واستخدمت الدراسة مقياس الخجل ، مقياس الشعور بالوحدة النفسية ، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الخجل والشعور بالوحدة النفسية لدى طالبات المرحلة المتوسطة ووجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الأسلوب العقابي للأب والخجل لدى عينة الدراسة ، كما وُجدت علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين أسلوب التوجه والإرشاد للأب والخجل وكذلك الشعور بالوحدة النفسية ، بالإضافة إلى ذلك لم توجد علاقة ارتباطية بين الأسلوب العقابي للأب والشعور بالوحدة النفسية .

7. دراسة إيبين وآخريين Eapen, et al., 2005 بعنوان : العلاقة بين الخجل عند الأطفال والخوف الاجتماعي عند الأمهات في مجتمع دولة الإمارات العربية المتحدة. وهدفت الدراسة إلى



توضيح العلاقة بين الخجل عند الأطفال والخوف الاجتماعي عند الأمهات ، وتكونت عينة الدراسة من (203) طفل في عمر خمس سنوات ، واستخدمت الدراسة مقياس الخجل للعالم ستيفنسون Stevenson ومقياس السلوك بمرحلة قبل الدراسة للعالم شيك Chek واستخدمت الأمهات مقياس القلق الاجتماعي للعالم ليويتز Liebowitz وأوضحت النتائج أن (27٪) من الأطفال يعانون من الخجل حسب مقياس ستيفنسون Stevenson وأن (19٪) من الأطفال أظهروا اضطراب السلوك على مقياس شيك Chek كما أن هناك ارتباط بين خجل الأطفال وجنس البنات من ناحية والقلق عند الأمهات من ناحية أخرى بالإضافة إلى وجود نتائج معكوسة بالنسبة للاضطرابات في السلوك بالنسبة لجنس الأولاد .

* التعليق على الدراسات السابقة :-

أظهرت نتائج الدراسات التي استخدمت الاتجاه الانتقائي الإرشادي لمواجهة المشكلات فعالية وكفاءة عالية لهذه البرامج المستمدة من هذا الاتجاه كدراسات (أبو النور، ٢٠٠٠ م ، سعفان، ٢٠٠٣ م) وهو ما يعد مؤشراً للكفاءة هذا الاتجاه في التعامل مع المشكلات النفسية والاجتماعية المركبة .

وهدفت بعض الدراسات إلى الكشف عن القلق الاجتماعي ونقص الدافع للاندماج في المجتمع ومن هذه الدراسات دراسة خالد الفخراي (2000) . وقد أكدت هذه الدراسة على وجود معاملات ارتباط دالة بين كل من سوء التوافق الشخصي ومفهوم الذات السلبي وأفكار القلق الاجتماعي .

ووجدت دراسات تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين الخجل وبعض سمات الشخصية ومن هذه الدراسات دراسة السيد إبراهيم السمدوني (1989) ، ودراسة بوث وآخرين (Booth, et al., 1992) ، ودراسة مجدى عبد الكريم حبيب (1992) .

كما تراوحت أعداد المفحوصين المستخدمين في عينات الدراسات السابقة الواردة في المحور الأول بين (55، 897) حيث كان أقل عدد للعينة في دراسة بوث وآخرين (Booth, et al., 1992) حيث أجريت الدراسة على (55) طالباً جامعياً وكان أكبر عدد لأفراد العينة دراسة



السيد إبراهيم السمدوني (1989) حيث أجريت الدراسة على (897) طالب وطالبة من طلاب المرحلة الإعدادية والثانوية والجامعية .

وقد استخدمت بعض الدراسات مقياس القلق الاجتماعي ومن هذه الدراسات دراسة خالد الفخراني (2000) ، ودراسة إيبين وآخرين (Eapen, et al., 2005) .

كما استخدمت بعض الدراسات مقياس تقدير الذات ومن هذه الدراسات دراسة السيد إبراهيم السمدوني (1989) ودراسة مجدى عبد الكريم حبيب (1992) .

الفصل الرابع

أولاً : الاستنتاجات :-

وهكذا يتضح من استعراض ما سبق أن الخوف الاجتماعي ليس بالمشكلة البسيطة وإنما هو يعد من العقبات الكبيرة في حياة الذين يعانون منه حيث أنه يؤثر على علاقات الفرد مع كل من حوله سواء كان داخل الأسرة أو خارجها في الإطار الأوسع وهو المجتمع .

وللخوف الاجتماعي اثاره السلبية المؤثرة على السلوك الاجتماعي للفرد بأنه يعد معاناة كثير من النفوس ، وهذه المعاناة النفسية تتحكم وتستبد بصاحبها الى درجة تشل بها المواهب وتجعل سلوكه الاجتماعي ضئيل الانتاج ضعيف الأثر .

ولعله من أهم الاضطرابات النفسية التي يواجهها بعض الافراد ، فنجدهم عاجزين عن التعبير عن آرائهم وافكارهم ومعتقداتهم ، ويشعرون بالخجل عند التواجد في المجتمعات ، وهؤلاء الافراد يعانون دائماً من نقص في المهارات الاجتماعية واضطراب في السلوك الاجتماعي .

ونظراً لان الخوف الاجتماعي نوع من انواع القلق الاجتماعي فبالتالي يلزم للتعامل معه خلال النظريات الارشادية التي تقوم فنياتها على المهارات الاجتماعية وخفض مستواه .

فهناك بعض النظريات في مجال الصحة النفسية تتعامل مع الخجل باعتباره من المشكلات ذات التأثير السلبي في حياة الافراد ، ومن هذه النظريات نظرية العلاج المعرفي ، نظرية العلاج السلوكي ، نظرية العلاج المتمركز على العميل .

فنظرية العلاج المعرفي تتعامل مع الاضطرابات النفسية الناشئة عن عدم التوافق في التفكير ، اما نظرية العلاج السلوكي فيتم عن طريقها تعديل السوك بالنسبة للمريض الذي يعاني من نقص في



المهارات الاجتماعية والتي تؤدي الى الشعور بالخجل باعتباره نوعاً من انواع القلق الاجتماعي ، بينما نجد نظرية العلاج المتمركز على العميل تركز بشكل عام على فكرة تقدير الذات واحترامها في علاقتها بنفسها وبالآخرين وعلاقة الآخرين بها .

وقد اشارت الدراسات السابقة والاطار النظري الى تأثير الاسرة في نشوء الخوف الاجتماعي من خلال الايحاء للطفل بأن الصمت افضل من الكلام ، فيلتزم الصمت في الكثير من المواقف الاجتماعية ، وعندما يحتاج للكلام يجد صعوبة في استخدامه ، وقد يكون لاطلاق صفة الخجل على الفرد دور في تطور هذه الحالة لديه اذ قد يمارس السلوكيات التي تنم عنها لاعتقاده بأنه شخص خجول ما دام والده او الاشخاص المهمين في حياته يعتقدون انه كذلك ، كما قد يكون لكثرة السلوكيات التي تعد ممارستها عيباً من قبل الاسرة ، او المجتمع ككل او كليهما اثر في نشوء هذه الظاهرة حيث قد يضطر الطفل الى مراقبة تصرفاته باستمرار خشية من الوقوع في احدهما وربما كان لتأنيب الطفل في حالة فشله وعدم الشاء عليه في حالة تحقيقه لشيء ما دور واضح في تطور الظاهرة ، لان هذا الاسلوب يساهم في انحسار روح المغامرة لدى الطفل .

ويبرز بوضوح دور الأسرة في نشأة هذه المشكلة لدى الأبناء كما أوضحها دراسة (خوج) عن الخجل " بأنه يعتبر نتيجة لأساليب التربية الخاطئة التي يعاني منها الفرد ، حيث يشعر بأنه لا فائدة منه وغير مرغوب فيه ، وانه يعامل بقسوة وكراهية من قبل الوالدين والآخرين فيميل إلى الوحدة والعزلة والانطواء وعدم الثقة والاطمئنان ، مما يسبب له انتكاسات تمنعه من الاستجابة للعلاج هنالك أنماط محددة في المواجهات الاجتماعية هي التي تستخرج استجابة الخجل ، وقد يرجع ذلك إلى كيفية تربية الفرد أو العوامل البيئية الأخرى المختلفة " .

ان السبب الرئيسي للخوف الاجتماعي يرجع الى التنشئة الاجتماعية الخاطئة التي تعتمد على فرض القيود عند التعامل مع الآخرين وبالذات الجنس الآخر ، وكذلك عدم التعويد على مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة .



وقد عبرت بعض الدراسات عن حجم مشكلة الاضطراب الاجتماعي عن طريق تحديد نسب مئوية لها حيث ذكر روس (Ross,1991) أن حوالي 2.4 مليون أمريكي راشد يعانون من الخوف الاجتماعي ، وأن 5 مليون أمريكي قد خبروا في يوم ما شعوراً بالخوف الاجتماعي . وتباين نسبة انتشار مثل هذه الاضطرابات من مجتمع لآخر ، حيث وجد سوليوم وآخرون (Solyom et al., 1986) أن مرضى الخوف الاجتماعي يمثلون 25% من جميع حالات المخاوف ، وذكر هايمبرج وبارلو (Heimberg & Barlow, 1988) أن مرضى الخوف الاجتماعي يمثلون 18,3% من جميع مرضى اضطرابات القلق عموماً ، وذكر ماركس (Marks, 1987) أن 8% من مرضى الفوبيا يعانون من الخوف الاجتماعي ، كما أظهر مسح ميداني له في بريطانيا أن ما بين 3-10% من طلاب السنة الأولى بالجامعة يعانون من الخوف الاجتماعي (الشناوي وعبد الرحمن ، 1998 ، ص219) .

يعد علماء النفس والاجتماع الخوف الاجتماعي مرضاً اجتماعياً ونفسياً يسيطر على مشاعر واحاسيس الفرد منذ الطفولة كما انه ثمار شجرة الخوف والقلق والضعف ، فيؤثر في بعثرة طاقاته الفكرية ويشتت امكاناته الابداعية وقدراته العقلية ويشل قدرته على السيطرة على سلوكه وتصرفاته تجاه نفسه وتجاه المجتمع الذي يعيش فيه .

حيث يؤكدون بأن أزمة الخوف الاجتماعي لا يمكن ان تحدث الا بوجود شخص او اشخاص ولا يكفي مر وجود الاشخاص انما يجب ان يوجهوا انتباههم اليها ليعترينا الخوف الاجتماعي .

كما يعتقد علماء النفس الذين بحثوا في قضايا نفسية تتعلق بالخوف الاجتماعي وكيفية التغلب عليه ان له عوامل وانفعالات تدل على هيجان معين يحدث في فترات متنوعة ومناسبات متعددة تعطي فكرة واضحة عن صفة دائمة من صفات الطبع الانساني التي تميز الفرد عن غيره وتؤثر في حياته وتصرفاته وافكاره السلوكية في المجتمع الانساني .

فقد اوضحت كثير من الدراسات ان مشكلة الخوف الاجتماعي او الخوف من المجتمع تظهر بشكل اكبر في فترة المراهقة مع احتمال ظهورها قبل او بعد هذه السن وهناك كثير من المتخصصين في الامراض النفسية يؤكدون ان هناك الكثير من الاشخاص يعانون من هذه المشكلة



في صمت لاعوام طويلة ولكنهم يبدءوا في طلب المساعدة في حالة تزايد الحالة اذ انها قد تسبب بعض المشاكل الكثيرة او الازمات في الحياة كما يرى بعض العلماء ان بالنسبة لهؤلاء الاشخاص عند حدوث اي موقف اجتماعي او ظروف تجعلهم في موقف يشعرون بالخوف والتوتر أن تأثيرات (الخوف الاجتماعي) السيكولوجية مختلفة ومعقدة وتأتي من عدم تكيف الفرد مع الأوضاع فهو يخشى المجتمع ومع ذلك تراه يعود دوما نحو موضوع خوفه تناقض ظاهري فحسب ذلك بأنه يشعر بحاجة كبيرة إلى أن يكون محبوبا وفي الوقت عينه هو يشعر بالحاجة إلى الحب إذ فهو يسر في التعاطي مع البشر إلا أن هؤلاء لا يفهمون برودته وخرقه وعجزه عن إبراز مشاعره الحقيقية وتراهم يبنذونه جريحا منكدا وهو لا يحس مطلقا بالارتياح وليست ردود فعله مطلقا عفوية إذا شاء إظهار مشاعره مهما تكن نبيلة فإن الانفعالية تحتاجه وتقلب حياته النفسية رأسا على عقب وتقلب توازن منطقته وتقوده إلى أعمال وإلى أقوال معاكسة لتلك التي كان يود إطلاقها وحيثما كان يرغب في التعبير عن العفوية يظهر انعدام العفوية أي البرودة وبتعدد مخاطبوه إزاء مثل هذا الموقف ويتألم من ذلك ويفكر بينه وبين نفسه كيف انهم لم يحسوا بالمشاعر المتعاطفة التي كنت أبعدها نحوهم وتراه مجروحا في الوقت الحاضر هو يشعر بالإحساس المقلق بأنه ليس محتملا في المجتمع الذي يحيا فيه ويدفعه هذا الشعور إلى ترصد المظاهر المحتملة التي ستوجه إليه ويجتر الإشارات والأقوال التي حزرها أو سمعها وأن قابليته على التأثير معدمة وهو يبحث إذا عن العزلة حيث يضجر ويعتبر باستمرار أفكاره ضد هذا المجتمع الذي يبقى على انفراد على الأقل هو مقتنع أنه كذلك .

إن خبرات الحياة الاليمة مثل إصابة الولد وانقياده باستمرار وتراكم خبرات الفشل في المدرسة وتأثير الطلاق على الحياة العائلية قد تجعل من ولد شجاع في السابق إلى ولد خجولا منزويا ، وللبينة دور كبير وذو فعالية قوية في نمو وتكون هذه الظاهرة عند الطفل فلو أخذنا على سبيل المثال طفلا من دور الأيتام ذا شخصية ضعيفة بليدا خاما غبيا انفعاليا ووضعناه في أسرة محافظة مربية مثقفة واعية نري تغير حاله .

للأسف... كثيرون يعتقدون أن الخوف الاجتماعي أمر طبيعي ، ولا يمكن علاجه ، وهذا هو عين الخطأ . فما تم اكتشافه حديثا أن التغيرات الفسيولوجية والكيميائية التي تحدث للإنسان



من الخجل الاجتماعي تكون نتيجة استعداد ذاتي يولد به الإنسان ، والبيئة إما أن تطفئ هذا الاستعداد أو تعززه ، فمثلاً ، عندما تنهر الأم طفلها أمام الآخرين وتكفه عن الخجل قائلة له : الآخرون سيضحكون عليك !! هذه العبارات من شأنها أن تزيد من إحساس الطفل .

كما يمكن محاولة تغيير النظم المعرفية في المخ بإقناع المريض بأن أسعد شيء في الدنيا هو الاقتراب من الآخرين ومحاولة التغلب على مشاعر الانعزال . وأنه رحمة كبيرة من الله - سبحانه وتعالى - أن منحنا نعمة التعبير عن عواطفنا واحلامنا وآلامنا في كلمات ، وان نقل المشاعر عن طريق الكلمة هو وسيلة حضارية .

كما ان زيادة تقدير الذات والعمل على تحسين النواحي المعرفية المسببة للقلق وتحسين اساليب المواجهة وطرق الاستجابة في مواقف التفاعل والتدريب على المهارات الاجتماعية تؤدي الى خفض الاحساس بالخوف الاجتماعي ، كما تؤدي الى اكتساب مهارات حل المشكلات والاتصال الاجتماعي .

ولما كان الخوف الاجتماعي بالمفهوم النفسي العلمي يعتبر أزمة عارضة قد تصيب جميع أبناء البشر على السواء من رجال ونساء وأطفال ويتعرض له الإنسان في مختلف مراحل حياته وفي كثير من المناسبات ومن المستحيل أن يوجد كائن حي من بني البشر لا يعرفه ولم يصاب به في حياته قط ، يمكننا أن نطلق على هذه البادرة العارضة إنها أمر بديهي ، ولكن الأمر غير طبيعي حين يصبح صفة من صفات الطبع أي حين يكون الإنسان خجولاً .

ان من اهم الاعراض التي تميز صاحب هذا السلوك ومنها (احمرار الوجه ، زيادة افراز العرق ، الرغبة في الانسحاب والانعزال ، انخفاض الصوت والارتباك ، قلة التركيز ، اضطراب التعبير عن الرأي) .

لذا وجب الاهتمام بهذه الاعراض من جانب الاطراف المعنية بصحة الفرد النفسية وهم (أولياء الامور ، المعلمون) ومحاولة ايجاد حلول عملية تزيلها او تخفف منها .

إجمالاً ان تكامل الفنيات الإرشادية وتوظيفها في تحقيق أهداف الدراسة خاصة وأن هذا التكامل بمثابة الاحتواء الإرشادي للتباين بين أعضاء المجموعة الإرشادية وذلك لتعدد أسباب وأشكال الخوف الاجتماعي .



كما أن هذا الاتجاه الإرشادي يتيح الفرصة للاستفادة من كل إسهام جاد وفعال في مجال الإرشاد النفسي نظراً لأنه لا يوجد اتجاهًا إرشاديًا أو نظرية إرشادية واحدة قادرة بمفردها على التعامل بنفس الدرجة من الكفاءة والفاعلية مع الجوانب المتعددة لمشكلات المسترشدين وشخصياتهم .

نقدم الخطوات التالية لخفض مستوى الخوف الاجتماعي من خلال فنيات الارشاد الانتقائي:-

- اكتب على ورقة ماذا تنوي القيام به ، وأسباب ترددك في القيام به ، ثم قيم نفسك من خلال تسجيل عدد المرات التي قمت فيها بالفعل بتنفيذ ما نويت وعزمت على أدائه ، وماذا حدث لك بعد أن نفذت ما نويت... الأمر قد يبدو صعبًا ومعقدًا في البداية ، ولكن إذا حاولت فستجد متعة فيه فلا تردد !

- اعمل على تنمية مهاراتك الاجتماعية، أي الاتصال والتفاعل مع الآخرين .

- احفظ بعض الطرف الجميلة والوقائع الشيقة لتساعدك في أن يكون حوارك جذابًا وشيقًا ومحط اهتمام الآخرين .

- كن البادئ في الحديث مع الآخرين ، ومن أفضل وسائل افتتاح الحديث الشئ أو إبداء الإعجاب بصفة أو شيء معين في الطرف الآخر، مثلاً : ضع نفسك في الازدحام ، سواء في السوبر ماركت او المطعم او الدوائر الحكومية وابدأ الحديث مع الذي أمامك او خلفك بسؤال مناسب للموقف ... دائماً أبتسم .

- ألقى التحية يومياً على خمسة أشخاص - على الأقل - غرباء لا تعرفهم ، ولا تنس أن تكون مبتسماً عند القائها .

- اخرج للسوق واسأل عن أماكن أو محلات معينة حتى ولو كنت تعرف مكانها وكيفية الوصول إليها، المهم أن تبادر الآخرين بالحديث ، ولا تنس أن تشكر من سألتهم على لطفهم وأدبهم عندما أُرشدوك للعنوان المطلوب .

- حاول أن تكتب رسالة إلى نفسك عندما تكون لديك مشاعر داخلية حول موضوع معين وتريد التعبير عنه.. إذا لم تكن راغبًا في الكتابة فلا بأس من استخدام آلة تسجيل ، واستمع للشريط أو اقرأ الرسالة بعد الانتهاء .



- حاول أن تتخيل مواقف سوف تسبب لك القلق والارتباك والإحراج ، وحاول بالمقابل أن تفكر بما كنت ستفعله لو لم تكن خجولاً ، واستمر يومياً على نفس المنوال ولمدة أسبوع ، وبعدها إذا واجهت أحد هذه المواقف طبق ما فكرت به .
- أدراك هذا الأمر مبكراً قبل ان يستفحل ، ويصبح متأصلاً صعب العلاج .
- تدرج في مقابلة الآخرين والتحدث أمامهم بصوت مرتفع ، ويمكن أن تبدأ بمجموعة صغيرة ممن تعرفهم ، مع تحضير كلمة قصيرة تحضيراً جيداً والتدرب على إلقائها مسبقاً ثم تلقيها عليهم وتكرر ذلك، ومع كل مرة تزيد من عدد المستمعين لك حتى تزداد ثقتك بنفسك ويصبح الامر شيئاً طبيعياً بالنسبة لك .
- يمكنك الاستفادة من البرامج النفسية والسلوكية للتغلب على هذه الظاهرة ، ويتم تنفيذها تحت اشراف مختص في هذا الأمر ولها نتائج باهرة .
- عزز ثقتك بنفسك وبقدراتك .
- تعلم المهارات التي تمنعك من الوقوع في الحرج في المواقف الطارئة .
- مفتاح التغلب على الخوف الاجتماعي هو تحدي الافكار الخاطئة التي تسيطر على الذهن عند التعرض للمواقف الاجتماعية ، فاذا تمكن الانسان من تحدي تلك الافكار والتغلب عليها فسوف يتصرف تلقائياً بصورة طبيعية .
- تذكر دائماً : لا يمكن لأحد أن يحظى بالتألق واللمعان في كل حين .
- تكليف اللذين يعانون من الخوف الاجتماعي بتحديد الاشخاص والمواقف الذين يشعر معهم بالتوتر وتصدر منه ممارسات عنيفة ازاء ذلك وتسجيل ما يمكنه عمله تجاه هذه الممارسات .
- التأكيد على الأثر النفسي والاجتماعي للاسترخاء ، وأنه يساعد على تهذيب الافكار وتقوية للنفس .
- المناقشة الجماعية - الاسترخاء - التنفيس الانفعالي - النمذجة بالمشاركة - لعب الادوار وقلبها - الواجبات المنزلية لها دور فاعل في خفض الشعور بالخوف الاجتماعي .
- اجملاً بأمكاننا استخدام الاساليب الاتية :
1. المناقشة والحوار .



2. لعب الدور .
3. تسهيل المشاعر .
4. الواجبات المنزلية .
5. التعلم بالنموذج .
6. الكرسي الخالي .

تنفيذ فنية الكرسي الخالي من خلال طرح المرشدة لفكرة أن تقوم إحدى المسترشدات بالجلوس علي كرسي وأمامها كرسي خالي وتخيّل أن أستاذها يجلس عليه وعليها أن تدير معه حواراً بتوجيه أسئلة ثم تنتقل بعد توجيه الأسئلة إلي الكرسي الآخر وتخيّل أنها الأستاذ وتجب علي الأسئلة التي طرحت سابقاً .

أن الأفكار اللاعقلانية التي يشعر به الخوف الاجتماعي في بداية العلاج يقل الي حد كبير ، وكذلك بخصوص تكرار الأفكار السلبية تتكرر ولكن بصورة أقل كثيراً عما قبل .

ثانياً : التوصيات :-

1. الاهتمام بتطبيق البرامج الإرشادية الانتقائية والتوسع في استخدامها مع ضرورة تفعيل الدور المهني للإرشاد النفسي والانتقال الواعي من مرحلة تعبئة السجلات وجمع المعلومات السائد في مؤسساتنا التعليمية والتربوية الي مرحلة تقديم الخدمات الإرشادية بمستوياتها الثلاثة .
2. الاهتمام بتأهيل المرشدين الممارسين للعمل الإرشادي مع التركيز على تدريبهم العملي والمستمر على تطبيق الإرشاد الانتقائي لمواجهة المشكلات .
3. زيادة عدد المرشدين المتخصصين في المؤسسات التعليمية لتحقيق الكفاءة والفعالية في تقديم الخدمات والمساعدات الإرشادية .
4. تفعيل دور المسرح التربوي ، وتهيئة الطلبة لاستخدام وتطبيق السيكودراما بأشكالها الثلاثة الإرشادية والتعليمية التربوية والترفيهية الترويحية بشكل متكامل ومستمر لتسهم في التنفيس الانفعالي وتفريغ الشحنات السلبية أولاً بأول والحيلولة دون تراكمها وتسهم في تعلم واكتساب وتطبيق وممارسة مهارات التواصل الإيجابي وحل المشكلات والوعي بالذات في أجواء صحية ومناخ نفسي واجتماعي آمن .



5. التوسع في إنشاء الأندية الشبابية الشاملة بإشراف ودعم حكومي جاد ومستقل تعمل على احتضان الشباب وإشباع الحاجات الأساسية لهم واستثمار أوقاتهم في ممارسة الهوايات والأنشطة التي ترضي طموحهم وآمالهم وتزيد من تحقيقهم لذواتهم وثقتهم بأنفسهم ومجتمعهم.
6. ضرورة الاهتمام بالترفيه الموجه في كل المؤسسات التعليمية ليكون دفعًا واعيًا ومقصودًا ومنظمًا لدعم الوعي النفسي والاجتماعي للفرد وتكوين الشخصيات السوية واحتواء ذكي للطاقات والقدرات يشعر معها الافراد بأهميتهم ودورهم في المشاركة الفعالة في مجتمعهم، وأنهم موضع اهتمام ومحل تقدير.
7. الاهتمام بالارشاد الاسري وتوعيتهم بالابتعاد عن اساليب التنشئة الخاطئة .

المصادر العربية:-

1. أبو النور، محمد عبدالنواب (2000 م) : أثر الإرشاد الانتقائي في تعديل الاتجاه نحو الزواج العرفي لدى عينة من الباب الجامعي .مجلة البحث في التربية وعلم النفس، جامعة المنيا، المجلد 13 ، العدد 3-293- 247 .
2. أبو عباة ، صالح ونيازي ، عبد المجيد (2001 م) : الارشاد النفسي والاجتماعي ، الرياض ، مكتبة العبيكان.
3. أبو عيطة ، سهام محمد (2002 م) : مبادئ الارشاد النفسي ، عمان ، دار الفكر للطباعة والنشر.
4. الجمالي ، فوزية (1999 م) : دور الارشاد النفسي في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة وإعدادهم للاندماج في المجتمع أبحاث ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل توعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، جامعة الخليج العربي، مسقط : 223-265 .
5. (1999) : دور الارشاد النفسي في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة وإعدادهم للاندماج في المجتمع ، ابحاث ندوة الارشاد النفسي والمهني من اجل توعية افضل لحياة الاشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة ، جامعة الخليج العربي ، مسقط .



6. حداد ، عفاف وعبدالله ، سليم (2002 م) : مدى ممارسة المرشد النفسي لفنيات المقابلة الإرشادية من وجهة نظر المسترشدين .مجلة أبحاث اليرموك، جامعة اليرموك، المجلد ١٨ ، العدد ١ .
7. حنان بنت اسعد محمد خوج (2002 م) : الخجل وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية وأساليب المعاملة الوالدية لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
8. خالد الفخراي (2000 م) : افكار القلق الاجتماعي وعلاقته بالتفكير الذاتي (الآلي) في ضوء الضغوط والاستشارة (دراسة بنائية)، مؤتمر دولي سابع لمركز الإرشاد النفسي، 263-311.
9. الخطيب ، صالح احمد (2003 م) : الارشاد النفسي في المدرسة .العين ، در الكتاب الجامعي.
10. الزعبي ، احمد محمد (2002 م) : الارشاد النفسي ، عمان ، دار زهران للنشر والتوزيع .
11. زهران ، حامد عبد السلام (1980 م) : التوجيه والإرشاد النفسي ، القاهرة ، عالم الكتب.
12. سعفان ، محمد احمد (2003 م) : فعالية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الوسواس الأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب .مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، الجزء: ٤٤٩ - ٣٩٣ : ٤ ، العدد ٢٧ .
13. سعفان ، محمد احمد (2001 م) : الارشاد النفسي للأطفال، القاهرة، دار الكتاب الحديث، الجزء الأول.
14. سناري ، سوزان بدر (2000 م) : بعض أساليب الإرشاد الجماعي للعب والسكودراما وفعاليتها في تنمية سمة الانبساطية لدى عينة من المعاقات عقليًا بمدينة جدة ، دراسة تجريبية ، رسالة ماجستير ، مكة المكرمة ، جامعة أم القرى، كلية التربية.



15. السهل ، راشد علي (1999 م) : تقويم اهداف الإرشاد النفسي المدرسي بالمرحلة الثانوية ، المجلة التربوية ، جامعة الكويت ، المجلد 13 ، العدد 51 .
16. سهير كامل احمد (1999 م) التوجيه والإرشاد النفسي، الإسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب.
17. السيد ابراهيم السمدوني (1989 م) : الخجل وعلاقته ببعض سمات الشخصية في مرحلة المراهقة والرشد، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، (7)، 160-225.
18. الشرييني ، زكريا احمد (2001 م) : المشكلات النفسية عند الأطفال، القاهرة، دار الفكر العربي.
19. شيفر وميلمان ، شارلز ، هوارد (1999 م) : سيكولوجية الطفولة والمراهقة، (مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها)، ترجمة وتعريب سعيد حسنى العزة، ط1، الأردن، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
20. عادل ، عبدالله محمد (2000 م) :العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، القاهرة، دار الرشاد.
21. عبد الرحمن (2000 م) : علم الامراض النفسية والعقلية، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، الجزء الثانى.
22. عبد الرحمن ، محمد السيد (1998م) : دراسات في الصحة النفسية، المهارات الاجتماعية - الاستقلال النفسي - الهوية، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، الجزء الثانى.
23. عبد العزيز ، مفتاح محمد (2001) : علم النفس العلاجي ، اتجاهات حديثة ، القاهرة ، دار قباء للنشر .
24. عثمان ، فاروق السيد (2001 م) : القلق وإدارة الضغوط النفسية، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي.
25. عزب ، حسام الدين (1981 م) : العلاج السلوكي الحديث تعديل السلوك، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.



26. عزب ، حسام الدين (2002 م) : فعالية برنامج علاجي تفاوضي تكاملي في التغلب على سلوكيات العنف لدى عينة من المراهقين ، أبحاث المؤتمر السنوي التاسع لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس ، المجلد 2 ، ٨١ - ١
27. العزة وعبد الهادي ، سعيد حسني ، جودت عزت (1999 م) : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ط1، عمان، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
28. عقل ، محمود عطا (2000 م) : الارشاد النفسي والتربوي ، الرياض ، دار الخريجي للنشر والتوزيع.
29. العمرية ، صلاح الدين (2005 م) الصحة النفسية والإرشاد النفسي، عمان ، مكتبة المجتمع العربي للنشر.
30. عيد ، محمد ابراهيم (2005 م) : مقدمة في الإرشاد النفسي ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.
31. كفاي ، علاء الدين (1999) : الارشاد والعلاج النفسي الاسري ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
32. مجدي عبد الكريم حبيب (1992 م) : الخجل كبعد أساسي للشخصية ، دراسة ميدانية لدى عينتين من طلاب المرحلة الجامعية، مجلة علم النفس، 6(23)، 66-85.
33. الطيب ، محمد عبد الظاهر (1996 م) : مشكلات الابناء من الجنسين إلى المراهقة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
34. الشناوي ، محمد محروس (1992 م) : بناء وتقنين مقياس الخجل، دراسة باستخدام التحليل العاملي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
35. الشناوي ، محمد محروس (1994 م) : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
36. الشناوي وعبد الرحمن ، محمد محروس ، محمد السيد (1998 م) : العلاج السلوكي الحديث، أسسه وتطبيقاته، القاهرة، درا قباء للطباعة والنشر والتوزيع.



37. ملحم ، سامي محمد (2007 م) : مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي ، عمان ، دار المسيرة.
38. النيال وابو زيد ، مایسة احمد ، مدحت عبد الحمید (1999 م) : الخجل وبعض أبعاد الشخصية ، دراسة مقارنة في ضوء عوامل الجنس، العمر، الثقافة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية .



المصادر الأجنبية:-

1. Booth, Richard And Others (1992): An Examination of the Relationship between Happiness Loneliness, and Shyness in College students. V33, n2, PP. 157- 162.
2. Capuzzi, David (2000) Counseling and Psychotherapy and Integrative Perspective .
3. Eapen V. Ghubash R., Salem Mo., Sabri S. (2005): Familial predictors of Childhood Shyness: A study of the united Arab Emirates Population: Oct; V7, n5, P 559-570 .
4. Watson, Arden K. (1987): Communication Implications of Shyness: A Report from shy people, Journal, Sour N/A Publication Reports-Research.