مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية

اسم المقال: الرهاب الاجتماعي من التنظير الاجتماعي إلى سبل العلاج "دراسة سوسيولوجية إكلينيكية"
اسم الكاتب: رولا عودة السوالقة، محمد إسماعيل الحوسني
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/9011
تاريخ الاسترداد: 2026/11/01 21:24 +03

الموسوعة السياسيّة هي مبادرة أكاديمية غير هادفة للربح، تساعد الباحثين والطلاب على الوصول واستخدام وبناء مجموعات أوسع من المحتوى العلمي العربي في مجال علم السياسة واستخدامها في الأرشيف الرقمي الموثوق به لإغناء المحتوى العربي على الإنترنت.
لمزيد من المعلومات حول الموسوعة السياسيّة - Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسيّة - Encyclopedia Political يعني موافقتك على شروط وأحكام الاستخدام المتاحة على الموقع https://political-encyclopedia.org/terms-of-use

تم الحصول على هذا المقال من موقع مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية ورفده في مكتبة الموسوعة السياسيّة مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكريّة ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.

جامعة الشارقة
ملتقى الحضارات

مجلة جامعة الشارقة

دورية علمية محكمة

للعلوم الإنسانية والاجتماعية



عدد A

المجلد 16، العدد 2
ربيع الأول 1441 هـ / ديسمبر 2019 م

الترقيم الدولي المعياري للدوريات 1996-2339

ديسمبر 2019م **مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية** المجلد 16 العدد 2 (A)
https//:doi.org/10.36394/jhss/16/2A/6

الرهاب الاجتماعي من التنظيرالاجتماعي إلى سُبل العلاج: دراسة سوسيولوجية إكلينيكية

رولا عودة السوالقة

محمد إسماعيل الحوسني

كلية الآداب - الجامعة الأردنية

عمان - الأردن

تاريخ الاستلام: 26-05-2018 **تاريخ القبول: 18-10-2018**

ملخص البحث:

هدفت هذه الدراسة إلى تطبيق برنامج للتدخل السوسيولوجي الاكلينيكي لمعالجة أو للتخفيف من حِدة أعراض اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى طلبة السنة الأولى في مرحلة البكالوريوس، استند البرنامج على أساليب وفنيات التدخل في علم الاجتماع الإكلينيكي. طبقت الدراسة المنهج التجريبي واستعانت بطريقة دراسة الحالة في جمع وتحليل البيانات، وتمثلت أدواتها في مقياس لتحديد أعراض الرهاب الاجتماعي. تم اختيار العينة من مجموعة من الطلبة الذكور والإناث المصابين بالرهاب الاجتماعي من طلبة السنة الأولى في الجامعة الأردنية وعددهم (30) طالب. توصلت النتائج إلى وجود فروق بين استجابات الطلبة المصابين بالرهاب الاجتماعي على مقياس الدراسة وذلك قبل وبعد تطبيق البرنامج الاجتماعي الاكلينيكي، حيث دلت نتائج القياس البعدي على أن أعراض الرهاب الاجتماعي على الطلبة قد انخفضت انخفاضاً ملموساً بعد تطبيق البرنامج الاكلينيكي، كما توصلت النتائج إلى أن أكثر الفنيات والأساليب فاعلية للعمل مع حالات الرهاب الاجتماعي هي على التوالي: الاحياء العاطفي الاجتماعي، الانصات الحر، الاستماع للغة الحسية، فنية تحليل الاعتقادات، النمذجة، لعب الدور.

الكلمات الدالة: الرهاب الاجتماعي، علم الاجتماع الاكلينيكي، التدخل الاجتماعي، الاحياء العاطفي الاجتماعي.

مقدمة:

أدت التغيرات الاجتماعية والاقتصادية إلى ازدياد تعقيد الحياة ومطالبها مما أثقل كاهل الفرد نتيجة الضغوط الحياتية التي فاقت قدرته على مجاراتها مما جعله عرضة للأمراض الاجتماعية والنفسية التي طالته دون أن يشعر أو يدرك أنه مصاب بعلة اجتماعية أو نفسية. وتعد الأمراض الاجتماعية والنفسية أخطر وأشد من الأمراض الجسدية، فهي تطال الإنسانية في المجتمع، وتشكل بالنسبة لهذا المجتمع بؤرة فساد تكون باتساعها وانتشار عدواها وتأثيرها السلبي، إذ تبدأ فردية صغيرة لتصبح مع عدم المواجهة قضية اجتماعية، تنهك المجتمع، وتقوِّض مضاجع أبنائه، ويتعاظم الخطر بقدر ما يتم التغاضي عن بروز المشكلة، أو بقدر ما يتم التعامل معها بغير اهتمام. ومن بين هذه الأمراض اضطراب الرهاب الاجتماعي. يتعاظم الرهاب من المناسبات الاجتماعية دون مبرر له، فيصبح حينئذ معوقا لنشاط وفاعلية الفرد الاجتماعية، ويتحول إلى ظاهرة مرضية، واضطراب سلوكي، فيطلق عليه بهذه الحالة الرهاب الاجتماعي (ايزاك، 1998).

أظهرت الدراسات أن الاشخاص ذوي الرهاب الاجتماعي تكون لديهم اضطرابات نفسية وسلوكية غالبا ما تعقب ظهور الرهاب الاجتماعي لديهم، كما أن هؤلاء الأشخاص يميلون الى تعاطي الكحول والمخدرات، وقد يميلون الى الانتحار (حسين، 2009؛ أبو هدروس، 2012). كما أن الاشخاص ذوي الرهاب الاجتماعي يظهرون اعاقة وظيفية في ابعاد متعددة تتضمن النشاط الرئيسي لديهم في العمل والمدرسة، وغيرها من الانشطة اليومية الأخرى (Stein & Kean, 2000) . ونظرا لانتشار وخطورة هذا الاضطراب على التكيف والصحة النفسية للفرد وتعدد سبل علاجه بعيداً عن التدخل الاجتماعي الاكلينيكي جاءت هذه الدراسة لفحص أثر برنامج التدخل الاجتماعي استند إلى فنيات وأساليب علم الاجتماع الاكلينيكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى طلبة السنة الأولى في الجامعة الأردنية، والذين تم تحديد أعراض الرهاب عليهم من خلال مقياس (Raulin & Wee 1994) للرهاب الاجتماعي.

مشكلة الدراسة

ازداد انتشار اضطراب الرهاب الاجتماعي بين الجمهور العام وفي السياقات الاجتماعية، وأكد السواد الأعظم من التراث العلمي الذي تناول موضوع الرهاب الاجتماعي على أن الرهاب الاجتماعي شائع جدًا وغالباً ما يتعايش المصاب به مع مشاكل الصحة النفسية والعقلية الأخرى، كما يمكن أن يكون ضار بشدة بنوعية الحياة ، مع عواقب بعيدة المدى على التعليم والتوظيف والعلاقات، حيث بينت دراسات عدة منها؛ (تلاحمة، 2017؛ Chavira & Stein, 1999؛ معمرية، 2009؛ الجبل،2002، Banerjee

Nick- ،2007 ؛ ملص، Stoddard, 2007 ؛ 2004 أبو أجدي، ؛ Henderson, 2001 & olai, et.al, 2008 ؛ عباس،2011، Lefrancois, et.al, 2011 ؛ أبو هدروس، 2012؛ شاهين وجرادات، 2012)، أن اضطراب الرهاب يؤثر على أداء الفرد لوظائفه الاجتماعية وعلى حياته العملية والاكاديمية وأنشطته الاجتماعية، وذو أضرار نفسية وسلوكية، كالإكتئاب والارهاق النفسي، سوء التكيف الاجتماعي. ويعد الطالب الجامعي المستجد عرضة للاصابة بالرهاب الاجتماعي، فالبيئة الجامعية بيئة اجتماعية لا متجانسة وبناء اجتماعي يتطلب من الطالب أن يكون قادراً على مجاراة لوائحه التنظيمية وفهم تفاعلاته الاجتماعية الجديدة. ونظراً لخطورة آثار الرهاب الاجتماعي على الأفراد، سعت الدراسات الاجتماعية والنفسية بالاعتماد على العلاج السلوكي المعرفي (CBT) سواء بشكل فردي أو في مجموعة (تلاحمة، 2017؛ شاهين وجرادات، 2012؛ دسوقي، 2017) لمعالجة الرهاب الاجتماعي، وتقديم مضادات الاكتئاب " مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRIs)، وخاصة الباروكستين (حسن، 2016). إلاّ أن دراسة (تلاحمة، 2017) بينت أن هناك برامج علاجية أثبتت تفوقها على العلاج السلوكي المعرفي، لذا جاءت هذه الدراسة بالاستناد على التدخل الاجتماعي من منظور علم الاجتماع الاكلينيكي والفنيات المنبثقة عنه مثل؛ الاستماع الحر والنشط والاحياء العاطفي الاجتماعي إلى جانب بعض الفنيات المعرفية للسلوكية لبيان مدى فاعليتها في علاج الرهاب الاجتماعي.

أهمية الدراسة

أ. الأهمية النظرية / العلمية: إلقاء الضوء على الرهاب الاجتماعي الذي يعد من أبرز الظواهر الاجتماعية في المجتمعات الحديثة، من خلال منظور علم الاجتماع الاكلينكي الذي يعُد ميدان حيوي وجديد البحث في علم الاجتماع العربي. الأمر الذي سيلهم الباحث العربي لإجراء المزيد من الأبحاث العلمية وأثراء المعرفة العلمية في علم الاجتماع العربي.

ب. الأهمية التطبيقية/ العملية: اكتسبت هذه الدراسة أهميتها التطبيقية في تطبيقها فئة الشباب، خاصة الطالب الجامعي نظراً لدوره الفاعل في المجتمع لما يتمتع به من نشاط عام وفكري، خاصة طلبة السنة الأولى. كما ستفيد نتائج الدراسة الحالية في إثراء المعرفة العلمية المتعلقة بقياس الاضطراب الاجتماعي لدى الطلبة، خاصة لدى الجهات والمؤسسات؛ كوزارة التعليم العالي ووزارة التنمية الاجتماعية التي تُعنى بقضايا الشباب والطالب الجامعي، من خلال طرح برامج ونشاطات تُسهم في مساندة الطلبة في فهم وذواتهم وتهذيب سلوكهم وزيادة مشاركتهم الاجتماعية.

الفرض الرئيسي للدراسة

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في متوسطات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي لدى طلبة السنة الاولى في الجامعة الاردنية تعزى «لبرنامج التدخل الاجتماعي الاكلينيكي» خاصة (الاحياء العاطفي الاجتماعي)، وذلك قبل وبعد تطبيقه.

الدراسات السابقة

يُعد التدخل الاجتماعي من الموضوعات الخصبة في الإنتاج الفكري الاجتماعي والنفسي المعاصر، وذلك لتأثيره الفاعل في حياة الأفراد في السراء والضراء، وفي الصحة والمرض. وتمثل الدراسات السابقة مصدراً لرصد مجالات وأدوات ووسائل التدخل الاجتماعي وتحديد موقعها من ذلك الإنتاج، كما وتسهم في بناء البُنية النظرية والأدبية لهذه الدراسة. ومن أبرز الدراسات التي تناولت علاج الرهاب الاجتماعي أو رصد أعراضه، تتمثل بالآتي:-

دراسة تلاحمة (2017) هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامجيين إرشاديين في درجة الرُّهاب الاجْتِماعي لدى عينة من الطلبة في المرحلة الأساسية العليا في مدارس دورا. وتم تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي عيِّنةِ الدِّراسةِ التي تكوَّنتْ من (٤٠٠) طالب وطالبة (190 ذكور، 210 إناث). وتكونت عينة الدراسة النهائية من من (30) طالباً من الذُّكورِ تم تقسيمهم عشوائياً إلى ثلاثِ مجموعات؛ مجموعتينِ تجريبيتينِ ومجموعة ضابطةٍ، تكونت كل مجموعةٍ من (10) طلاب، تلقت المجموعة التجريبية الأولى برنامجاً إرشاديًّاً تكنولوجيا، وتلقت المجموعة التجريبية الثانية برنامجاً معرفياً سلوكيا، في حين لم تتلق المجموعة الثالثة (المجموعةُ الضَّابطةُ) أي برنامج إرْشادي. أظهرت نتائج الدِّراسة أن كلاً من البرنامج التكنولوجي ذو فاعلية في خفض أعراض الرُّهاب الاجتماعي، إلاّ أن البرنامج التكنولوجي تفوق على البرنامج المعرفي السلوكي في خفض أعراض الرهاب الاجتماعي.

دراسة دسوقي (2017) هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية برنامج ارشادي في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الأطفال المكفوفين في محافظة الخليل، والكشف عن اختلاف مستويات الرهاب الاجتماعي باختلاف الجنس والعمر ومكان السكن ودرجة الاحتياج البصري، تم اختيار عينة مكونة من (40) طفل كفيف، وتم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين تجريبية وضابطة كل مجموعة (20) طفل، ثم تم توزيع مقياس الرهاب الاجتماعي لـ (Rolin & Wee, 1994) بصورته العربية، وتطبيق برنامج ارشادي يستند على النظرية المعرفية السلوكية، أثبتت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في

معالجة الرهاب الاجتماعي للأطفال المكفوفين، وعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة تعزى لمتغير الجنس ومكان السكن والعمر، إلاّ أنها تعزى لدرجة الاحتياج البصري.

دراسة حميدات وآخرون (2016) التي هدفت إلى الكشف عن مستوى الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالتكيف النفس والاجتماعي لدى الطلبة السعوديين في الجامعات الأردنية (الجامعة الأردنية، جامعة العلوم والتكنولوجيا، جامعة اليرموك)، ضمن مرحلة البكالوريوس، وقد تألفت عينة الدراسة من (180) طالبًا تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مجتمع الدراسة، واستخدم الباحث مقياس الرهاب الاجتماعي، ومقياس التكيف النفسي والاجتماعي. توصلت النتائج إلى تدني مستوى الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة، وأن الطلبة لديهم شعور مرتفع بالتكيف النفسي والاجتماعي، كما توصلت إلى أن هناك علاقة عكسية دالة احصائياً بين الرهاب الاجتماعي والتكيف النفسي والاجتماعي لدى الطلبة السعوديين في الجامعات الأردنية.

وأجرى كل من شاهين وجرادات (2012) دراسة هدفت إلى مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الطلبة المراهقين. وتألف مجتمع الدراسة من 320 طالباً وطالبة في الصفوف من التاسع الى الثاني عشر في محافظة الكرك وتم اختيار العينة من 45 طالبا وطالبة وزعوا عشوائيا الى 3 مجموعات بواقع 15 طالبا وطالبة لمجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة. وقد تلقت إحدى المجموعتين التجريبيتين برنامج علاجي عقلاني انفعالي سلوكي بينما تلقت الاخرى برنامج تدريب على المهارات الاجتماعية، أما المجموعة الضابطة فلم تتلق اي برنامج علاجي. طبقت الدراسة مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس قلق التفاعل الاجتماعي. أظهرت نتائج الدراسة ان كلا من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية كان أكثر فاعلية من عدم المعالجة في تخفيض الرهاب الاجتماعي وقلق التفاعل الاجتماعي، كما أظهرت النتائج عدم اختلاف فاعلية أي من الأسلوبين العلاجيين باختلاف الجنس.

كما هدفت دراسة ستودارد (Stoddard, 2007) إلى تطوير وتقييم حالة فردية للعلاج السلوكي المعرفي المكثف للقلق الاجتماعي, كما هدفت إلى الكشف عن مدى فاعلية العلاج ضمن 6 جلسات لعلاج الرهاب الاجتماعي، وتألفت عينة الدراسة من 5 مرضى في إحدى مراكز علاج الرهاب، تم تشخيصهم بأنهم يعانون من الرهاب الاجتماعي، واستندت الدراسة على أسلوب الحالة الفردية ضمن سلسلة من المراحل المتعددة، وقد استخدمت التقارير الذاتية المتعددة ومقاييس العلاج السلوكي المعرفي والجوانب النفسية للقلق الاجتماعي والرهاب والاكتئاب، وقد اظهرت نتائج الدراسة ان 4 من اصل 5 أظهروا

تحسنا بشكل متوسط كاستجابة لهذا الاسلوب العلاجي، وان 3 منهم أظهروا مستوى نفسه بعد 3 شهور من المتابعة، ووصل 2 من المرضى الى درجة من الشفاء في نهاية العلاج، وقد لوحظ ان ازدياد ثقة المرضى بأنفسم مع مرور الوقت، مما يشير الى فاعلية أسلوب الحالة الفردية في العلاج السلوكي المعرفي.

وأجرى كلينجير وآخرون (Klinger et al., 2005) دراسة هدفت إلى المقارنة بين ثلاثة أنواع من العلاجات وهي العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتعريض والعلاج الدوائي في علاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي. وقد تكونت عينة الدراسة من (36) مريضا، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات؛ المجموعة الأولى تلقت العلاج المعرفي السلوكي وكان عدد أفرادها (12) مريضا والمجموعة الثانية مجموعة العلاج بالتعريض وكان عدد أفرادها (12) مريضا .بينما كانت المجموعة الثالثة مجموعة العلاج الدوائي وكان عدد أفرادها (12) مريضا، وكانت مدة البرنامج العلاجي (12) جلسة علاجية بواقع جلسة واحدة كل أسبوع. وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحسنا دالا لجميع أنواع العلاجات النفسية المستخدمة في هذه الدراسة كما أظهرت نتائج هذه الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائيا في درجة التحسن بين هذه العلاجات.

وأظهرت دراسة أوتو وآخرون (Otto et al., 200) بعد مراجعة الأعراض المرضية لمجموعة من مرضى الرهاب الاجتماعي لتحديد شدتها وتكرارها بعد (4، 8، 12) اسبوعاً بعد تعرضهم لعقار اللونازيبام وأساليب العلاج السلوكي المعرفي، أن المرضى أبدو تحسنا ملحوظاً في سلوكهم ومهاراتهم الاجتماعية. كما ظهرت علاقة ارتباط سلبية بين العلاج وعودة ظهور الأعراض مما يشير إلى فاعلية هذين النوعين في علاج الرهاب الاجتماعي.

اضطراب الرهاب الاجتماعي: المفهوم والأصناف

يستخدم مصطلح الرهاب الاجتماعي كمرادف للفوبيا الاجتماعية؛ فالفوبيا هي الخوف الشديد لدى الفرد أن يفعل أشياء أمام الآخرين، ومن أن يكون موضعاً للمراقبة والملاحظة والتدقيق من قبل الآخرين (حسين،2009). وهو الخوف الشديد والمستمر في المواقف الاجتماعية التي تثير الخجل، فيصاب الفرد بالارتباك والحرج أثناء التحدث أمام الآخرين أَو مُقابلة شخص أَو ممارسة أَعْمال عادية كتناول الطعام والشراب أمام الآخرين أو في الاجتماعات العامة، لشعوره بالمراقبة الدائمة من قبل الآخرين (أبو دلو،2009).

وتعرف الجمعية الامريكية للطب النفسي (APA 1994) في DSM-IV الرهاب الاجتماعي خوف ملحوظ ومستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو حالات الأداء التي يتعرض فيها الشخص لأشخاص غير مألوفين أو لفحص محتمل من قبل الآخرين .(Caballo et al, 1998) وذكر المركز الوطني للصحة العقلية (NICE, 2013) أن

الرهاب الاجتماعي يطلق عليه اضطراب القلق الاجتماعي «المزمن» ويقصد به اضطراب قلق يتسم بقدر كبير من الخوف في حالة اجتماعية واحدة أو أكثر، مما يسبب ضائقة كبيرة وضعف القدرة على العمل في بعض أجزاء الحياة اليومية على الأقل.

يصنف الرهاب الاجتماعي إلى نوعين؛ الرهاب الاجتماعي الأولي Primary الذي يتسم بحدوث الرهاب في مجال واسع من السياقات الاجتماعية، أما النوع الثاني هو الرهاب الاجتماعي الثانوي Secondary ويتميز بنقص المهارات الاجتماعية لدى الفرد، حيث يجد من يصاب به صعوبة في الشروع في محادثة وفي انهائها، وفي كيفية التصرف في مواقف اجتماعية معينة (معمرية، 2009).

الرهاب الاجتماعي: الأعراض والتشخيص

يتعرض المصاب بالرهاب الاجتماعي لسلسلة من المشكلات والخسائر الاجتماعية والمادية والمهنية والصحية، فالرهاب يرتبط بأعراض عديدة منها أعراض جسمية، معرفية، نفسية وسلوكية، تتلخص فيما يلي (تلاحمة، 2017؛ معمرية، 2009؛ حسين،2009؛ سليمان، 2006؛ عيد، 2000؛ Elis et al, 2006;الدسوقي،2004؛ مراد، 2006؛ Baner-jee & Henderson, 2001 ;Stein, 1999 Stoddard,2007; Parquetph & Servat ; 1997).

أولاً: الأعراض السلوكية : يظهر الرهاب الاجتماعي على شكل مبالغة في إتقان العمل إلى الحد الذي قد يتعطل فيه الفرد عن العمل ذاته بحجة الإتقان، والمبالغة الشديدة في أن يكون مجيداً في سلوكه على حساب صحته وإنتاجه. التأخر عن العمل، كثرة الهروب والتغيب عن العمل أو محيط تواصله، تجنب استلام المناصب أو الإدارة أو اتخاذ القرار، تجنب المناسبات الاجتماعية، الميل إلى تعاطي المخدرات وادمان الكحول، العزلة والانطواء الاجتماعي، مشاكل في الأداء الجنسي، اضطراب في السلوك الجنسي، حالة من الترقب الدائم للآخرين والمحيط.

ثانياً: الأعراض النفسية: الحساسية المفرطة، الخوف من التقويم السلبي وخشية الآخرين، تجنب المواقف المفضيه للقلق، الكرب أو الضيق الانفعالي، مصاعب واضحة في الاتصال أو التخاطب، تجنب التفاعل الاجتماعي، الارتباك الزائد والتوتر في المواقف الاجتماعية، الاكتئاب، انخفاض في تقدير الذات، الخجل.

ثالثا: الاعراض الفسيولوجية : تنجم هذه الأعراض عن الجهار العصبي المستقل وتنشيطه، وهي مجموعة الأعراض الجسمية التي تظهر على جسم الإنسان بشكل ملحوظ لدى الافراد المصابين بالرهاب الاجتماعي عندما يواجهون أحد المواقف الاجتماعية او

حتى مجرد التفكير في مثل هذه المواقف، ويتمثل ذلك في ردود الفعل الفسيولوجية الشديدة التي تحدث في المواقف الاجتماعية المثيرة للخوف وتتضمن احمرار/اصفرار الوجه، رعشة في اليدين وارتجاف الأطراف، الغثيان، التعرق الشديد، تلعثم الكلام، جفاف الريق، مغص البطن، تسارع نبضات القلب واضطراب التنفس، شد العضلات، الحاجة المفاجأة لقضاء الحاجة (التبول)، رعشة الصوت

رابعاً: الأعراض المعرفية: يشير هذا المكون إلى الاعتقادات والأفكار السلبية والافتراضات والتوقعات غير التوافقية لدى الأفراد فالمكون المعرفي يلعب دوراً حاسماً في استمرار وبقاء الرهاب الاجتماعي ويتمثل ذلك في أحاديث الذات السلبية ووجود الأفكار الخطأ إلى جانب التقييم السلبي المبالغ فيه للأداء الاجتماعي والإفراط في تحديد مستويات مرتفعة للأداء الاجتماعي الذي يجب أن يكون عليه الفرد من وجهة نظره الشخصية والتذكر من خلال الانتباه الانتقائي للمعلومات السلبية عن الذات وعن أدائه في المواقف الاجتماعية بحيث يعزى النجاح أو الفشل الاجتماعي إلى بعض الأسباب الجسمية، فلا شك أن أحاديث الذات السلبية تلعب دوراً كبيراً في نشأة الرهاب الاجتماعي على العكس من التعبيرات و الأحاديث الإيجابية.

كانت الجمعية الامريكية للطب النفسي أول من ضمن مصطلح الرهاب الاجتماعي في مصطلحاتها عام 1980. وقد وضعت الجمعية معايير لتصنيفه -وفقا لنسخة الدليل الرابع (DSM-IV)- (معمرية، 2009):-

1. الرهاب أو القلق الواضح والمستمر من المواقف الاجتماعية التي ينبغي فيها للفرد أن يواجه أشخاصاً غير معروفين، أو عندما ينبغي تقييمه من هؤلاء، ويخشى أن يتصرف بشكل غير ناجح أو مخجل.

2. تظهر على الفرد أعراض القلق دائماً ونوبة هلع بشكل مفرط مع المواقف الاجتماعية التي يخشاها الفرد.

3. الميل إلى الاحجام عن المواقف الاجتماعية ومواقف الأداء الباعثة على الرهاب أو تحملها بمعاناة وتأزم وقلق كثيف.

4. الاستجابات المتمثلة في التجنب والاحجام أو التوقع القلق أو الضيق الكدر في الموقف الاجتماعي أو الأداء مما تؤثر بشكل سلبي (جوهري) في أنشطة الفرد العادية أو في أدائه لوظائفه الدراسية أو المهنية أو الأنشطة الاجتماعية، وفي علاقاته مع الآخرين.

5. استمرار الرهاب الاجتماعي عن الفرد تحت سن 18 سنة لأكثر من ستة أشهر على الأقل.

6. لا يكون سبب الرهاب الاجتماعي ناتج عن سوء تناول الأدوية والادمان أو مرض عضوي، ولا يمكن تفسيره من خلال الاضطرابات النفسية كمتلازمة الهلع أو قلق الانفصال أو شخصية فصامية.

علم الاجتماع الاكلينيكي والتدخل الاجتماعي

ليست فكرة علم اجتماع الإكلينيكي بالضبط عبارة مألوفة. ولكن فكرة ربط المنظورات، والمعرفة، والنظرية، ومناهج علم الاجتماع بالتدخل الفعال، وحل المشكلات تعود إلى جذور علم الاجتماع كتخصص وعلم اجتماعي، مما يُظهر التنوع في علم الاجتماع الإكلينيكي عبر ألوان الطيف السوسيولوجي من المستوى الضيق النطاق إلى المستوى الواسع النطاق. يعكس ذلك الإيمان بتطبيق المعرفة السوسيولوجية على مشكلات الإنسان، ويعكس أيضا ما الذي يقوم به علماء الاجتماع الإكلينيكي في الواقع. إن التدخل - الانخراط والتفاعل مع أعضاء نظام اجتماعي محدد من أجل معالجة مشكلات اجتماعية معينة – هو السمة المميزة لعلم الاجتماع الإكلينيكي. إذ يمزج الممارسون دور العالم الاجتماعي مع دور عامل التغير الاجتماعي النشيط، والتدخل جنبا إلى جنب مع تطبيق الاتجاهات النظرية والمعرفة والمهارات السوسيولوجية يشمل موضوعات موحدة تمتد عبر تنوع علم الاجتماع الإكلينيكي (السوالقة والسمري،2015؛ Clark & Jan, 1990).

يعتمد علم الاجتماع الإكلينيكي على مناهج البحث العلمية للعملية الإكلينيكية على مناهج بحث علم الاجتماع في دراسة الحالة. ويتضمن مجموعة هذه المناهج؛ المناهج الكمية والكيفية، المقابلات، جماعات المناقشة، الأساليب السوسيومترية، المسوح، الاستبيانات، تحليل المضمون، والملاحظة، والملاحظة بالمشاركة، وتحليل السجلات، والبيانات الأرشيفية. هذه هي الأنشطة التي تعزز البناء. توفر المناهج بيانات من أجل وضع تصور للمشكلة، وتحديد الفاعلين الأساسيين وأدوارهم، وتحليل الأنساق الاجتماعية المعنية، ووضع تعريف إجرائي للمشكلة والتغييرات المطلوبة. تشق النتائج السوسيولوجية قناة للتفكير الإبداعي لتحليل المشكلة وتصميم برنامج التدخل (السوالقة والسمري،2015؛ Fritz, 1985؛Clark & Jan, 1990).

إن التدخل في علم الاجتماع الإكلينيكي هو ما يطلق عليه Gutknecht جهد تعاوني «محوره العميل» يتضمن «حساسية إلى التقاليد الثقافية لجماعات العميل، والوعي بالسبل التي من خلالها تؤثر المشكلات المتشابكة الراسخة في البناء الاجتماعي في السلوك والأبنية» (1984:95). أكد Guthnecht أن التعاون ينبغي أن يؤدي إلى «تطوير نظام التعلم المستمر»، و «حاجة العملاء للمشاركة في صياغة الأسئلة الخاصة بهم والتوصل إلى الإجابات الخاصة بهم». هناك اعتبارات عامة معينة متعلقة بمستويات التدخل المختلفة

ذات الأساس السوسيولوجي للتغيير الاجتماعي. سوف يتم التعامل معها هنا من خلال لفت الانتباه إلى أن:- التدخل عملية؛ التدخل ينطوي على تغيير السلوك؛ التدخل يجب أن يتصدى لمعوقات التغيير.

تتم عملية التدخل من خلال خطوات محددة: التقييم، تخطيط البرنامج، تنفيذ البرنامج، تقييم البرنامج. تشمل مرحلة التقييم تلك الأنشطة التي تم تصميمها لجمع البيانات التي تؤدي إلى تعريف المشكلة وفهمها. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يحدد التقييم الفاعلين ذوي الصلة، والنظم المعنية، وما يحتاج إلى تغيير، وما الذي يمكن تغييره. تصميم البرنامج هو وضع خطة عمل لتحقيق أهداف التدخل. وهو يتضمن بيان يوضح من سوف يفعل ماذا، ومتى، وأين. تنفيذ البرنامج يضع الخطة موضع التنفيذ. وأخيرا، يحدد التقييم كفاءة وفعالية الخطة (Fritz, 2014؛ السوالقة والسمري، 2015).

ويتمثل الهدف من التدخل بتغيير السلوك. ولكي يحدث التغيير يجب أن يغير فاعلون مؤثرون، وشاغلوا أدوار أفعالهم و/أو تفاعلاتهم ذات السياقات ذات الصلة. ذلك هو الطريق الرئيسي الذي يختلف به التدخل في علم الاجتماع الإكلينيكي عن الأشكال الأخرى من التدخل: التركيز على التغييرات القابلة للملاحظة والقياس للسلوك الظاهر. التركيز ليس على الأحداث داخل النفس غير القابلة للملاحظة، أو الأسباب الخفية، ولا هو هدف لمواصفات غامضة لتحسين أداء، أو استعادة التوازن. لابد أن يسير العمل قدما مع تعريف إجرائي واضح للنتائج المرجوة، مع رصد دقيق لمؤشرات محددة سلفا. وإذا لم يُظهر ذلك حركة، فلابد من أن يتم إعادة التقييم وإعادة التصميم. فتغيير السلوك القابل للملاحظة هو الهدف. على الرغم من أن عالم الاجتماع الإكلينيكي يستخدم مصطلحات خاصة به مثل التمكين، ضغط الدور، التهميش، فإنها بمثابة اختزال أو عبارات تلخيصية ربما تكون مفيدة في فهم الحالة، ولكن وكما أشار Voelkl and Colburn (1984)، فإن هذه المصطلحات يجب أن تترجم إلى سلوك تفاعلي محدد داخل منظومة العميل (الفرد). إنها ليست مشكلات قابلة للحل.

واستعانت هذه الدراسة بمنظور التفاعل الرمزي، الذي ينطلق من أننا نشيد تمثيلات (تصورات) داخلية عن الواقع. يقع الناس في ورطة «ليس بسبب أن العالم ليس غنيا بما يكفي للسماح لهم بإشباع احتياجاتهم، ولكن لأن تصورهم للعالم فقيرا». النماذج فقيرة لأن الشخص يَحذف، أو يشوه أو يعمم من خلال طرق تؤدي إلى إفقار فهمه لعالمه. تتمثل المهمة في فهم تصور الناس، ومساعدتهم في إعادة صياغة و/أو بلورة نموذج عن الواقع لإضافة اختيارات بناءة (مفيدة) لسلوكهم. يعرض الناس نماذجهم عن الواقع من خلال آثارهم اللفظية.

منهجية الدراسة

انصب اهتمام هذه الدراسة على طرح نموذج تطبيقي بكافة عناصره التي من أهمها – من منظور العمل الميداني – الإجراءات المنهجية. اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي لملاءَمَته لأهداف الدراسة، حيث تم تطبيق مقياس أعراض الرهاب الاجتماعي على طلبة السنة الأولى موضع الدراسة مرتين؛ المرة الأولى (قياس قبلي) قبل البدء في تطبيق برنامج للتدخل السوسيولوجي يستند إلى فنيات التدخل في علم الاجتماع الاكلينيكي (برنامج الدراسة) بغية الكشف عن أعراض الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة. وتم التطبيق مرة ثانية بعد الانتهاء من برنامج الدراسة (قياس بعدي) للكشف عن مدى فاعلية البرنامج في الخفض من أعراض الرهاب الاجتماعي أو الحد منها مقارنة بوجودها قبل تطبيق البرنامج، اعتمدت الدراسة على طريقة دراسة الحالة كطريقة عامة للبحث في جمع وتحليل البيانات، باعتبارها طريقة تتميز بالعمق والتركيز، كما لا تكتفي بالوصف الخارجي أو الظاهري، بل تسعى إلى تكامل المعرفة من خلال تحديد مختلف العوامل التي تؤثر في الحالة، أو الكشف عن العلاقات السببية.

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (311) طالبا وطالبة؛ (160 ذكور، 151 إناث) من طلبة السنة الأولى في كلية الأداب/ الجامعة الأردنية، تم اختيار المصابين منهم بالرهاب الاجتماعي بعد توزيع مقياس الرهاب الاجتماعي عليهم، حيث تكونت عينة الدراسة من الطلبة الذين درجاتهم أعلى من (50.6) على مقياس الرهاب الاجتماعي وعددهم (30) طالب تراوحت أعمارهم من 19-18 سنة، ثم تم تقسيم الطلبة إلى مجموعتين بطريقة عشوائية؛ مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة. تلقت المجموعة التجريبية العلاج الاجتماعي الاكلينيكي وضمت (15) طالب (7) ذكور و(8) إناث، بينما ضمت المجموعة الضابطة وضمت (15) طالب لم يطبق عليهم العلاج الاجتماعي الاكلينيكي. ويوضح الجدول (1) التوزيع الديمغرافي لعينة الدراسة.

الجدول (1) التوزيع الديمغرافي لعينة الدراسة

المتغير	الفئات	المجموعة		
		تجريبية	ضابطة	الكلي
الجنس	ذكور	7	7	14
	اناث	8	8	16
الحالة الزوجية للوالدين	متزوجان	7	7	14
	مطلقان	1	7	8
	منفصلان	0	2	2
	الأب متوفي	1	1	2
	الأم متوفية	3	1	4
قطاع المدرسة	حكومي	10	12	22
	خاص	3	5	8
مستوى تعليم الأب	أمي	1	1	2
	ابتدائي	1	1	2
	إعدادي	2	4	6
	دبلوم	5	3	8
	بكالوريوس	4	4	8
	دراسات عليا	2	2	4
مستوى تعليم الأم	أمي	0	2	2
	إعدادي	2	2	4
	ثانوي	4	3	7
	دبلوم	3	3	6
	دراسات عليا	1	1	2
الدخل	200-350	3	3	6
	350-400	3	3	6
	400-550	3	3	6
	550-600	1	1	2
	600-750	3	3	6
	750 وأكثر	2	2	4

أدوات الدراسة

1. مقياس الرهاب الاجتماعي لـــِ(Raulin & Wee 1994)، النسخة العربية، وتكون من (36) فقرة. تم اعتماده لتطبيقه أكثر من مره على البيئة العربية (فلسطين، الكويت، الامارات، الأردن) مما أثبت مدى صلاحية وموثوقيته.

2. برنامج التدخل الاجتماعي الاكلينيكي: تم تصميم برنامج للتدخل السوسيولوجي يستند إلى فنيات التدخل في علم الاجتماع الاكلينيكي لمعالجة أعراض الرهاب الاجتماعي أو الحد منها لدى الحالات التي كَشف عنها التطبيق القبلي لمقياس الدراسة. احتوى البرنامج على جلسات أولية وأساسية.

الأهداف العامة للبرنامج

1. مساعدة الطلبة على التصرف بشكل مناسب في المواقف الاجتماعية المختلفة.

2. تطوير مهارات الطلبة في التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم ورغباتهم واهتماماتهم بطريقة مناسبة لأنفسهم وللآخرين.

3. مساعدة الطلبة على التكيف بشكل أفضل في حياتهم الجامعية، ورفع مستواهم الأكاديمي.

4. تعليم الطلبة كيفية بناء حياتهم وتحديد أهدافهم، ومن ثم مساعدتهم على تحقيق هذه الأهداف. والتركيز على أهداف الحالات؛ أي أن البرنامج الإرشاي لا يضع أهداف الطلبة ويفرضها عليهم، بل هو علاج موجه لتعليم الطالب كيف يشعر وكيف يتصرف بالوسائل التي يوصله إلى مراده؛ أي كيف يفعل وليس ماذا تفعل؟.

فنيات وأساليب البرنامج

طبق البرنامج فنيات علم الاجتماع الاكلينيكي، التي تم تحديدها تبعا لملاءمتها لماهية الآثار التي حددها التطبيق القبلي لالمقياس الدراسة، وتمثلت في الآتي:-

1. الاحياء العاطفي الاجتماعي: ويعني مساعدة الفرد (العميل) في بدأ أنماط جديدة من التفكير والشعور والسلوك الذي تحترم قيمه ورغباته الشخصية، والتوصل إلى فهم عاطفي اجتماعي عميق للعميل المصاب بالرهاب الاجتماعي، خاصة وأن الرهاب إزعاج عاطفي مفرط أو خوف أو قلق بشأن المواقف الاجتماعية. يشعر الفرد بالقلق من التقييم أو التدقيق من قِبل أشخاص آخرين.

2. فنية تحليل الاعتقادات (A- B- C) للتعامل مع الأفكار المرتبطة بالخوف المرضي.
3. فنيـة لعـب الـدور. وفنيـة النمذجـة: النمـوذج الحـي (مـن خـلال الباحثيـن)، والنمـوذج الرمـزي (مشـاهدة الأفـلام وعـرض مقاطـع فيديـو، الصـور).
4. إسـتراتيجية التعليمـات والتوجيهـات الذاتيـة. إسـتراتيجية ضبـط المثيـرات (مـن قبـل الباحـث، مـن قبـل الحالـة). إسـتراتيجية التسـجيل والتقويـم الذاتـي.
5. الاستماع الحر (الإنصات منفتح العقل): تعبئـة المـوارد، مسـاعدة العميـل إلـى تعريف اجرائـي ملموس لمشـكلته.
6. الاستماع النشط : مهـارة اتصـال هامـة مـن أجـل اقامـة علاقـات عمـل فعالـة (محفزات، اسـتجابات حاسمة).
7. إعادة الصياغة
8. طرح الأسئلة
9. الاستجابة المتعاطفة: الوصول للمشاعر الكامنة والظاهرة.
10. الاستماع للغـة الحسـية: تدعـو البرمجـة اللغويـة العصبيـة (NLP) إلـى الاسـتماع للغـة الشـعبية الحسـية كعامـل مسـاعد لتفهـم وإدراك نمـاذج العمـلاء
11. أساليب المواجهة والتحصن ضد الضغوط.
12. فنيـة التقليـل مـن الحساسـية المنظـم. إكسـاب الحـالات مهـارات وسـلوكيات اجتماعيـة جديـدة كأسـاليب حـل المشـكلات، وأسـاليب التواصـل، وأسـاليب توكيـد الـذات

اجراءات الدراسة

أكدت نتائج القياس القبلي لمقياس الرهاب الاجتماعي لـ(Raulin & Wee 1994)، أن (30) طالـب مصابـون بالرهـاب الاجتماعـي بدرجـات متفاوتـة، كمـا بينـت أن أبـرز الأعـراض التـي يعانـي منهـا الطلبـة المصابـون بالرهـاب الاجتماعـي هـي: الحساسـية المفرطـة، الخـوف مـن التقويـم السـلبي وخشـية الطلبـة الآخريـن والأسـاتذة، تجنـب المواقـف الاجتماعيـة المفضيـه للقلـق والرهبـة، صعوبـة فـي التفاعـل الاجتماعـي، الهلـع فـي المواقـف الاجتماعيـة، الاكتئـاب، ازديـاد ضربـات القلـب، انخفـاض فـي تقديـر الـذات، الخجـل واحمـرار الوجـه، انخفـاض الدرجـات العلميـة، التعـرق الشـديد، تلعثـم الـكلام والتأتـأة، واضطـراب التنفـس، التبـول المفاجـئ، رعشـة الصـوت، العزلـة الاجتماعيـة، التغيـب عـن المحاضـرات.

الأساليب العلاجية

تم تطبيق بعض فنيات علم الاجتماع الاكلينيكي، التي تم تحديدها تبعا لملاءمتها لماهية الآثار التي حددها التطبيق القبلي لمقياس الدراسة. احتوى البرنامج على جلسات أولية وأساسية. حيث بلغ عدد الجلسات الأساسية (14) جلسة أساسية، بواقع جلستين اسبوعيا لمدة (7) أسابيع. كانت الجلسة الأولى في بداية الأسبوع والجلسة الثانية في نهايته وذلك تبعاً لماهية الواجب البيتي الذي كُلفت به الحالات، ولإتاحة الفرصة لها لتطبيق وممارسة الفنيات والمهارات المعرفية والسلوكية المكتسبة من الجلسات، بالإضافة إلى مراعاة الظروف الأكاديمية للطلبة. مدة كل جلسة (90) دقيقة.

تم تطبيق الجلسات الأساسية للحالات بكلية الاداب داخل الحرم الجامعي. كما تم خلال الجلسة النهائية للبرنامج تطبيق المقياس الدراسة مرة أخرى (القياس البعدي) للكشف عن مدى فاعلية برنامج التدخل الاجتماعي استند إلى فنيات التدخل في علم الاجتماع الاكلينيكي في معالجة أعراض الرهاب الاجتماعي أو الحد منها. سبق الجلسات الأساسية ثلاث جلسات تمهيدية. تم خلالها تطبيق مقياس الدراسة (القياس القبلي) لتحديد أعراض الرهاب الاجتماعي ومدى شدتها، وذلك لإمكانية اختيار أنسب فنيات العلاج للأعراض المكتشفة، وتحديد ما يتناسب منها مع عمر الحالة وشدة أعراض الرهاب الاجتماعي عليها.

الجلسات العلاجية

أ. الجلسات الأولية: تم اجراء ثلاث مقابلات مع كل حالة مدة كل منها ساعة أو أزيد قليلاً بهدف جمع البيانات وملء مقياس الدراسة لقياس الرهاب الاجتماعي.

ب. الجلسات الأساسية

الجلسة الأولى: تعريف الباحثين بأنفسهم للطلبة، وبناء علاقة إيجابية معهم من خلال تمرين التعارف والحوار والمناقشة بين الباحثين والطلبة، وبيان ماهية برنامج الدراسة والأهداف المنشودة منه. والتعرف على مفهوم الرهاب الاجتماعي من خلال المحاضرة والنقاش والحوار المتبادل. كما تم تحديد مواعيد الجلسات وعددها ومدتها الزمنية. ثم تكليف الحالات بواجب بيتي المتمثل بكتابة أرائهم في الجلسة وفي البرنامج العلاجي وتوقعاته حوله لمناقشتها في الجلسة القادمة.

الجسلة الثانية: مناقشة الواجب البيتي. التدريب على مهارة الاسترخاء العضلي ومن خلال نمذجة (الباحثان) وبيان أهمية الاسترخاء في خفض التوتر والقلق. في نهاية الجلسة كُلفت الحالات بواجب بيتي يتمثل بممارسة الاسترخاء وتسجيل خطواته ووقته،

وتـم تزويدهـم بصـور لخطـوات تمريـن الاسـترخاء لمراجعتهـا ذاتيـاً، وجـدول لتوثيـق الأيـام والأوقـات التـي يمـارس فيهـا الاسـترخاء، وتدويـن نتائجـه عليـه.

الجلسـة الثالثة: مناقشـة مهارة الاسـترخاء العضلي وتطبيقه. وتحديد الأفكار التلقائية السلبية لتحديـد الأفكار والمعتقدات المركزيـة والوسطى والمخـاوف اللاعقلانيـة للحالات. تم الاسـتقصاء التقليـدي للتوصـل إلـى الأفكـار التلقائيـة لـلحالات مـن خـلال الحوار السـقراطي القائم علـى النقاش والجـدل، وتبـادل المواقـع فـي طرح الأسـئلة (لعـب الدور). وتفعيـل الاسـتجابة المتعاطفة.

الجلسـة الرابعـة: تدريـب الحـالات علـى كيفيـة التعـرف علـى الأفـكار اللاعقلانيـة وكيفيـة تصحيحهـا وإبدالهـا بأفـكار وتفسـيرات وفـروض واقعيـة إيجابيـة، بـدء تفعيـل الاحيـاء العاطفـي الاجتماعـي واللغـة الحسـية.

الجلسـة الخامسـة: إعـادة تمريـن الإسـترخاء العضلـي ومناقشـة الواجـب البيتـي. وتفعيـل لعـب الـدور و الاسـتجابة المتعاطفـة، حيـث يبـدأ الطلبـة بأخـذ موقـع الباحثيـن، ويبـدأ الباحثـان بتفنيـد الاعتقـادات والأفـكار اللاعقلانيـة. والتدريـب علـى فنيـة الحـوار الذاتـي.

الجلسـة السادسـة: مناقشـة الواجـب البيتـي. تطويـر الجوانـب المعرفيـة المتصلـة بالتغييـر (إعـادة البنـاء المعرفـي) توليـد سـلوكيات جديـدة تتنافـر مـع السـلوكيات القديمـة. رفـع مسـتوى تقديـر الـذات. مـن خـلال التوعيـة الذاتيـة والحـث والتعزيـز الذاتـي، ولعـب الـدور. ومـن خـلال مهـارة السـلوك التوكيـدي؛ كتدريبهـم علـى الخطـوات الأساسـية للبـدء بـأي حديـث وحـوار والتعبيـر عـن أفكارهـم مـع أي شـخص يقابلـوه لأول مـرة، كإلقـاء التحيـة أولاً والتعريـف بنفسـه والبـدء بكلمـات مفتاحيـة، وكيفيـة إنهـاء الحديـث. والتعبيـر عـن حاجاتـه والدفـاع عـن حقوقـه وإحتـرام حاجـات وحقـوق الآخريـن. فـي نهايـة الجلسـة، كُلفـت الحـالات بواجـب بيتـي.

الجلسـة السـابعة: التدريـب علـى أسـاليب التحصـن ضـد الضغـوط والتوتـر ومقاومتهـا. التدريـب علـى الضبـط الذاتـي (إعـادة البنـاء المعرفـي) (الاحيـاء العاطفـي الاجتماعـي). فـي نهايـة الجلسـة كُلفـت الحـالات بواجـب بيتـي تمثـل فـي نمـوذج لضبـط الـذات (المراقبـة والملاحظـة الذاتيـة)، إحتـوى علـى الأسـئلة التاليـة:-

1. ما الذي فعلته؟ وبماذا كنت تشعر؟
2. لماذا فعلته (تحديد الأهداف والغاية)؟
3. هـل تأكـدت ممـا فعلتـه (التفكيـر بعقلانيـة مـدى موائمـة السـلوك للقيـم والعمايير الاجتماعيـة والدينيـة)؟
4. هل أنت راض عما فعلته؟

5. تقييم ما فعلته؟

الجلسة الثامنة: ممارسة الإسترخاء، ومناقشة الواجبات البيتية. تعزيز رفع مستوى تقدير الذات. تعزيز الأحاديث الداخلية والإبنية المعرفية الجديدة.

الجلسة التاسعة: تعزيز المهارات السلوكية الاجتماعية الجديدة. تعزيز أساليب الضبط الذاتي، وتفعيل الاحياء العاطفي الاجتماعي، والاستماع الحر والنشط.

الجلسة العاشرة: التدريب على مهارة حل المشكلات، من خلال تعليم الحالات كيفية معرفة المشكلة وتحديدها، وتعلم طرق مواجهة المشكلات وحلها، وفي نهاية الجلسة تم تكليف الحالات بواجب بيتي.

الجلسة الحادية عشر: تكرار تمرين الإسترخاء ومناقشة الواجبات البيتية. التغلب على الاستجابات النوعية نحو المواقف الاجتماعية المسببة للخوف والقلق والعجز والهلع، والصور الذهنية والأفكار والذكريات والكوابيس المتكررة المرتبطة فيها. كما تم إعادة معايشة الصدمة، وتجنب المثيرات المرتبطة بالرهاب الاجتماعي. تخلل التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للرهاب ممارسة الحالات مهارات توكيد الذات وأساليب التحصين ضد الضغوط بهدف دعم نتائج التعرض.

الجلسة الثانية عشرة: مناقشة الواجب البيتي، التأكيد على إعادة البناء المعرفي ورفع مستوى تقدير الذات. إعادة تكوين الافتراضات وتفنيدها حول الرهاب الاجتماعي. التأكيد على الاستجابات النوعية الإيجابية للرهاب الاجتماعي.

الجلسة الثالثة عشر: تكرار مهارة الاسترخاء والتأكيد على أهمية الاستمرار عليه. التعرف على أهمية التخطيط للمستقبل. الممارسة الفعلية للمهارات والسلوكيات الجديدة داخل الحرم الجامعي.

الجلسة الرابعة عشر: التعرف على رأي الحالات في برنامج التدخل الاجتماعي ؛ ذكر ايجابياته وسلبياته، السهل والصعب فيه، مدى الاستفادة منه. ثم تم تطبيق القياس البعدي (المقياس الدراسة) للكشف عن مدى فاعلية البرنامج في خفض أعراض الرهاب الاجتماعي.

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، للمقياس البعدي لأداة الدراسة لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة، وتم استخدام تحليل التباين المشترك متعدد

المتغيرات التابعة (MANOVA)، لاستقصاء أثر برنامج التدخل الاجتماعي على خفض أعراض الرهاب الاجتماعي.

نتائج الدراسة ومناقشتها

استطاعت الدراسة أن تتحقق من مدى صحة فرضها من خلال النتائج التي توصلت إليها من وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في متوسطات الأداء البعدي للطلبة على مقياس الرهاب الاجتماعي بين المجموعة التجريبية التي تلقى أفرادها برنامج التدخل الاجتماعي والمجموعة الضابطة التي لم يتلقَ أفرادها البرنامج تُعزى لبرنامج الدراسة، إذ دلت نتائج الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي عن مدى فاعلية برنامج التدخل الاجتماعي الذي استند إلى فنيات التدخل في علم الاجتماع الاكلينيكي في خفض أعراض الرهاب الاجتماعي لدى طلبة السنة الأولى، حيث ساهمت فنيات التدخل في علم الاجتماع الاكلينيكي المُستخدمة في البرنامج التطبيقي للدراسة بتحسين التكيف والمهارات الاجتماعية للطلبة المصابين بالرهاب الاجتماعي، وخفض خوفهم، وتمكينهم من تطوير علاقات إيجابية مع الطلبة الآخرين، بالإضافة إلى مساهمتها بشكل ملحوظ في تحسين تقديرهم لذواتهم، وتحسن أداءهم في المحاضرات الجامعية ودرجاتهم العلمية وتواصلهم مع زملاءهم (علما أن ذلك تم ملاحظته لأنه هناك 3 طلبة هم من نفس قسم الباحثة)، القدرة على القاء الواجبات التكيف مع طلبة الكلية الآخرين، وتحسن تواصلهم أساتذتهم، ودخول المرافق الجامعية التي خشوها في السابق، انخفاض الخجل، التخلص من التعرق (بالذات تعرق اليدين) والتعلثم بالكلام، القدرة على السؤال عما يجهلونه، وطلب السماعدة حال احتياجها من أستذتهم أو زملاءهم، ومنهم من تقبل المشاركة في بعض الأنشطة الطلابية والبعض وإن لم يشارك فقد كان ملاحظا وهذه بداية جيدة (مثلاً منهم من كان يرفض مشاهدة مباريات كرة القدم في ستاد عمادة شؤون الطلبة).

كما بينت نتائج الدراسة من خلال الجلسات والواجبات البيتية أن أكثر فنيات التدخل في علم الاجتماع الاكلينيكي فاعلية للعمل مع حالات الرهاب الاجتماعي هي؛ الاحياء العاطفي الاجتماعي، الانصات الحر، الاستماع للغة الحسية، فنية تحليل الاعتقادات، النمذجة، لعب الدور، التثقيف، الحوار الذاتي، التعريض الخيالي، مهارة حل المشكلات، والمهارات الاجتماعية وتوكيد الذات، فنية التقليل من الحساسية المنظم. الأمر الذي ساهم في انخفاض أعراض الرهاب الاجتماعي انخفاضاً ملحوظاً بعد تطبيق برنامج التدخل مقارنة بوجودها قبل التطبيق. وبرزت فاعلية تلك الفنيات من خلال التغيرات الانفعالية والسلوكية الإيجابية التي طرأت على الطلبة خاصة أثناء الجلسات الجماعية، حيث تحسن تفاعلهم مع زملائهم

وأساتذتهم في الجامعة، وتحسنت قدرتهم على الإفصاح عن أفكارهم ومشاعرهم ومواجهة زملائهم بها أثناء الجلسات. بالإضافة إلى انخفاض الخجل والتردد في تعاملهم مع زملائهم، وإتقانهم للمهارات الاجتماعية الجديدة المكتسبة من البرنامج العلاجي. واتضح ذلك أثناء الجلسات ومن خلال الواجبات البيتية. ويوضح الجدول رقم (2) ذلك.

جدول (2) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجة الكلية القبلية والبعدية للمجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	القياس القبلي للرهاب الاجتماعي			القياس البعدي للرهاب الاجتماعي	
	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التجريبية	15	2.40	.16	1.50	.13
الضابطة	15	2.21	.13	2.38	.23
الكلي	30	2.33	.18	1.93	.43

ولمعرفة دلالة الفروق فقد تم استخدام تحليل التباين المشترك الأحادي (ANOVA) والجدول رقم (3) يوضح ذلك:

جدول (3) نتائج تحليل التباين المشترك الأحادي(ANOVA) للدرجة الكلية على مقياس الرهاب الاجتماعي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
القبلي	.264	1	.264	12.757	.001
البعدي	4.987	1	4.987	258.150	.000
الخطأ	.522	24	.018		

ثم تم استخرج المتوسطات البعدية المعدلة والخطأ المعياري لمعرفة اتجاه الفروق كما يظهر في الجدول رقم (4).

جدول (4) المتوسطات الحسابية المعدلة والخطأ المعياري لدرجات الطلاب على مقياس الرهاب الاجتماعي للمجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	المتوسط الحسابي المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	1.47	.035
الضابطة	2.45	.039
الكلي	1.97	.027

يلاحظ من الجدول رقم (4) أن الفروق كانت لصالح المجموعة الضابطة، مما يدل على أن الرهاب الاجتماعي للمجموعة التجريبية قد انخفضت انخفاضا واضحا. اتفقت نتائج الدراسة مع نتائج كل من دراسة كل من (Klinger et al, (2005 ؛Stoddard, (2007)؛ شاهين وجرادات، (2012)؛ تلاحمة (2017). وعلى حد علم الباحثين، لا توجد دراسات استندت على فنيات علم الاجتماع الاكلينيكي لتقارن مدى فاعلية البرنامج الاجتماعي الاكلينيكي خاصة في الرهاب الاجتماعي، لذا استطاعت هذه الدراسة أن تتأكد من جدوى التدخل الاجتماعي الاكلينيكي في معالجة الظواهر السلبية الناجمة عن المواقف الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي، خاصة أن التدخل الاجتماعي يرفض فكرة تغليب التعافي بالأدوية والعقاقير للاضطرابات الناتجة عن كل ما هو مرده اجتماعي. كما أكدت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي لا زال فعال في معالجة الرهاب الاجتماعي وهذه النتيجة تخالف دراسة تلاحمة (2017) علما أنها جاءت دراسة مقارنة مع علاج آخر.

خـاتمـة:

يعد المنظور السوسيولوجي أحد الطرق للنظر ولفهم السلوك البشري والعوامل المؤثرة فيه، ومن أبرز الدوافع للاهتمام بتطبيق علم الاجتماع الأدلة المتزايدة على عدم كفاية «التحامل على الفرد» في حل المشكلات التي ترجع أسبابها في الأساس، واستمراريتها إلى ترتيبات اجتماعية، ويشير مدخل مصطلح التحامل على الفرد في حل المشكلات الاجتماعية إلى محاولة تغيير سلوكيات الأفراد التي تنطوي على اندماج الباحث في ميدان علم الاجتماع في القيام بأنشطة تدخل مباشرة من المنظور السوسيولوجي الذي ينظر إلى أنماط السلوك – السوية والمنحرفة – على أنها تعبيرات ثقافية. وينظر إلى المشكلات الاجتماعية على أنها نتاج للترتيبات الاجتماعية. لذا جاءت هذه الدراسة لتؤكد على أهمية علم الاجتماع الاكلينكي وفاعليته في التخلص أو الحد من أعراض الرهاب الاجتماعي خاصة لدى فئة الشباب الجامعي من خلال استخدام وتطبيق النظرية السوسيولوجية، والمناهج والفنيات السوسيولوجية الإكلينيكة لإحداث التغير الاجتماعي على مستوى الفرد والجماعة. فالرهاب الاجتماعي بات ظاهرة ذات جذور اجتماعية أرقت أفراد المجتمعات في ظل ازدياد انتشارها بينهم على اختلاف فئاتهم مستوياتهم العمرية والطبقية، رغم تعدد

الأساليب العلاجية (النفسية والعقاقير).

لذا حاولت هذه الدراسة من خلال تصميم برنامج للتدخل الاجتماعي يعتمد على أساليب وفنيات علم الاجتماع الاكلينيكي في مساندة طلبة الجامعة في السنة الأولى والذين يعانون من أعراض الرهاب الاجتماعي، التي تم التأكد من وجودها من خلال تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي لـ(Raulin & Wee 1994). ثم تم تطبيق البرنامج السوسيولوجي العلاجي الهادف الى تعديل وتغيير سلوك الأفراد الذين يعانون من أعراض الرهاب الاجتماعي، احتوى البرنامج على جلسات أولية وأساسية. حيث بلغ عدد الجلسات الأساسية (14) جلسة أساسية، بواقع جلستين اسبوعيا لمدة (7) أسابيع. كانت الجلسة الأولى في بداية الأسبوع والجلسة الثانية في نهايته وذلك تبعاً لماهية الواجب البيتي الذي كُلفت به الحالات، ولإتاحة الفرصة لها لتطبيق وممارسة الفنيات والمهارات المعرفية والسلوكية المكتسبة من الجلسات، بالإضافة إلى مراعاة الظروف الأكاديمية للطلبة. مدة كل جلسة (90) دقيقة.

توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين استجابات الطلبة المصابين بالرهاب الاجتماعي على مقياس الرهاب الاجتماعي وذلك قبل وبعد تطبيق برنامج التدخل الاجتماعي، حيث دلت نتائج القياس البعدي على أن أعراض الرهاب الاجتماعي على الطلبة قد انخفضت انخفاضاً ملموساً، حيث ساهمت فنيات التدخل في علم الاجتماع الاكلينيكي المُستخدمة في البرنامج التطبيقي للدراسة بتحسين التكيف والمهارات الاجتماعية للطلبة المصابين بالرهاب الاجتماعي، وخفض قلقهم وخوفهم، وتمكينهم من تطوير علاقات إيجابية مع الطلبة الآخرين، بالإضافة إلى مساهمتها بشكل ملحوظ في تحسين صورة الذات ورفع مستوى تقديرها، ارتفاع انجازهم الأكاديمي، الالتزام بحضور المحاضرات وعدم التغيب عنها، القدرة على القاء الواجبات وشرح الدروس، القدرة على التكيف مع البيئة الجامعية، ودخول المرافق الجامعية التي خشوها في السابق، انخفاض الخجل، التخلص من التعرق ورعشة الصوت، القدرة على التعبير عن احتياجاتهم والسؤال عما يجهلونه. المشاركة في بعض الأنشطة الطلابية.

كما بينت نتائج الدراسة من خلال الجلسات والواجبات البيتية أن أكثر فنيات التدخل في علم الاجتماع الاكلينيكي فاعلية للعمل مع حالات الرهاب الاجتماعي هي؛ الاحياء العاطفي الاجتماعي، الانصات الحر، الاستماع للغة الحسية، فنية تحليل الاعتقادات، النمذجة، لعب الدور، التثقيف، الحوار الذاتي، التعريض الخيالي، مهارة حل المشكلات، والمهارات الاجتماعية وتوكيد الذات، فنية التقليل من الحساسية المنظم. الأمر الذي ساهم في انخفاض أعراض الرهاب الاجتماعي انخفاضاً ملحوظاً بعد تطبيق برنامج التدخل مقارنة بوجودها قبل التطبيق. وبرزت فاعلية تلك الفنيات من خلال التغيرات الانفعالية والسلوكية الإيجابية

التي طرأت على الطلبة خاصة أثناء الجلسات الجماعية، حيث تحسن تفاعلهم مع زملائهم وأساتذتهم في الجامعة، وتحسنت قدرتهم على الإفصاح عن أفكارهم ومشاعرهم ومواجهة زملائهم بها أثناء الجلسات. بالإضافة إلى انخفاض الخجل والتردد في تعاملهم مع زملائهم، وإتقانهم للمهارات الاجتماعية الجديدة المكتسبة من البرنامج العلاجي. واتضح ذلك أثناء الجلسات وأثناء المحاضرات ومن خلال الواجبات البيتية.

وتبعاً لنتائج الدراسة توصي الدراسة بادراج برامج التدخل الاجتماعي التي تستند على فنيات علم الاجتماع الاكلينيكي في البيئة المدرسية والجامعية لما لها من فاعلية في تعديل سلوك الطلبة وتحسين تكيفهم الاجتماعي وفهمهم لذواتهم، خاصة في حالات؛ التسرب المدرسي، التنمر، العنف الجامعي. والعمل على ايجاد مختصين ممارسين لفنيات علم الاجتماع الاكلينيكي في المدارس والجامعات، ووزارة التنمية الاجتماعية.

قائمة المصادر والمراجع:

المراجع العربية:

1. الخالدي، أديب محمد (2009)، المرجع في الصحة النفسية: نظرية جديدة، دار وائل، عمان: الاردن.
2. السوالقة، رولا وعدلي، السمري (2015)، علم الاجتماع الاكلينيكي: المداخل- النظريات- المستويات، دار المسيرة للنشر، عمان: الأردن.
3. ابو دلو، جمال (2009)، الصحة النفسية، دار المسيرة، عمان: الاردن.
4. ابو اجدي، امجد احمد (2004)، أثر الرهاب الاجتماعي والشعور بالوحدة وكشف الذات على ادمان الانترنت، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
5. ابو هدروس، ياسرة محمد ايوب (2012)، فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال المتضررين من الحرب الإسرائيلية في المناطق الحدودية بقطاع غزة، مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية، 12(1).
6. تلاحمة، اجبارة (2017)، فاعليةُ برنامجين إرشاديين في خفض درجة الرُّهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة المرحلة الأساسية العليا في مدارس دُوْرا، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخليل.
7. حسن، عايدة (2016)، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقته بالرهاب الاجتماعي لدى النساء بمراكز الايواء بدولة الامارات العربية المتحدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخرطوم.
8. حسين، طه عبد العظيم (2009)، استراتيجيات ادارة الخجل والقلق الاجتماعي، دار الفكر، عمان: الاردن.
9. حميدات، محمود والعوهلي، خالد ونايف الحمد (2016)، مستوى الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى الطلبة السعوديين في الجامعات الأردنية، دراسات، العلوم التربوية، المجلّد 43 (5)، 1871-1886.
10. دسوقي، دعاء (2017)، فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الأطفال المكفوفين في محافظة الخليل، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخليل.
11. رضوان، سامر جميل (2001)، الرهاب الاجتماعي: دراسة ميدانية لتقنين مقياس الرهاب الاجتماعي على عينات سورية، مجلة مركز البحوث التربوية: جامعة قطر، 19.
12. زهران، حامد (2002)، التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب، القاهرة: مصر.
13. شاهين، فرنسيس جرادات، عبدالكريم (2012)، مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الانسانية)، 26(6).
14. شمسان، رضية علي (2004)، أثر برنامج علاجي معرفي- سلوكي في مرضى الرهاب الإجتماعي: دراسة نفسية تجريبية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة صنعاء، اليمن.
15. عباس، لينا فاروق (2011)، مظاهر التشوه الوهمي للجسد وعلاقته بالرهاب الاجتماعي والوسواس القهري والشخصية الارتيابية لدى طلبة الجامعات، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.
16. عيد، محمد ابراهيم (2000)، دراسة للمظاهر الأساسية للقلق الاجتماعي وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص لدى عينة من الشباب، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد (24)، القاهرة.
17. معمرية، بشير (2009)، القلق الاجتماعي، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد (22-21): 149-135.

18. ملص، زينب ماجد (2007)، العلاقة بين الرهاب الاجتماعي و تقدير الذات لدى عينة من طلاب الجامعة الأردنية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
19. نبيه، إسماعيل (2001) دراسة لبعض العوامل النفسية المرتبطة بالصحة النفسية السليمة لدى طلاب الجامعة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، مصر.
20. وريكات، هادي عواد (2012)، أنماط تعلق الراشدين وعلاقاتها بالرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلاب الدبلوم في جامعة البلقاء التطبيقية- كلية السلط للعلوم الإنسانية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

Translated Arabic References: **ترجمة مصادر ومراجع اللغة العربية:**

1. Al-Khalidi, Adeeb Mohammed (2009), *The Reference in Mental Health: A New Theory*, Dar Wael, Amman: Jordan.
2. Sawalqa, Rola and Adly, Samari (2015), *Clinical Sociology: Approaches, Theories, Levels*, Al-Masirah Publishing House, Amman: Jordan.
3. Abu Dalou, Jamal (2009), *Mental Health*, Dar Al-Masira, Amman: Jordan.
4. Abu Ajdi, Amjad Ahmad (2004), The Impact of Social Phobia, Loneliness and Self-Disclosure on Internet Addiction, unpublished doctoral thesis, University of Jordan, Amman, Jordan.
5. Abu Hadrous, Yasira Mohammed Ayoub (2012), 'Effectiveness of a collective counseling program in reducing the level of social phobia in children affected by the Israeli war in the border areas of the Gaza Strip', *Zarqa Journal for Research and Humanities*, 12 (1).
6. Hussein, Taha Abdel Adhim (2009), *Strategies for the Management of Shame and Social Phobia,* Dar Al-Fikr, Amman: Jordan.
7. Humaidat, Mahmoud and Al-Ohali, Khaled and Nayef Al-Hamad (2016), 'The Level of Social Phobia and its Relationship with Psychosocial Adaptation among Saudi Students in Jordanian Universities', Studies, *Educational Sciences*, Vol. 43 (5), 1871-1886.
8. Radwan, Samer Jameel (2001), 'Social Phobia: A Field Study of the Standardization of the Social Phobia Scale on Syrian Samples', *Journal of the Educational Research Center*: Qatar University, 19.
9. Zahran, Hamid (2002), *Psychological Guidance and Counseling*, Book World, Cairo: Egypt.
10. Shaheen, Francis Jaradat, Abdul Karim (2012), 'Comparison of Emotional Behavioral Rational Therapy with Social Skills Training in Social Phobia Therapy', *An-Najah University Journal for Research* (Humanities), 26 (6).

11. Shamsan, Radhia Ali (2004), The Impact of Cognitive-Behavioral Therapy Program in Social Phobia Patients: An Empirical Psychological Study, Unpublished PhD Thesis, Sana'a University, Yemen.
12. Abbas, Lina Farouk (2011), Fictitious deformities of the body and its relationship to social terrorism, obsessive-compulsive disorder and suspicious personality among university students, unpublished doctoral thesis, Amman Arab University for Graduate Studies, Amman, Jordan.
13. Mals, Zainab Majid (2007), The relationship between social phobia and self-esteem among a sample of students of the University of Jordan, unpublished Master Thesis, University of Jordan, Amman, Jordan.
14. Nabih, Ismail (2001) A study of some psychological factors related to healthy mental health among university students, unpublished doctoral thesis, Ain Shams University, Egypt.
15. Warikat, Hadi Awwad (2012), Adults Attachment Patterns and their Relationship with Social Terrorism among a Sample of Diploma Students at Al-Balqa Applied University - Salt College for Humanities, Unpublished Master Thesis, University of Jordan, Amman, Jordan.

المراجع الأجنبية:

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical Manual for mental disorders (3th Ed). Weshington: DSM-IV.

Banerjee, R & Henderson, L.(2001) Social – Cognitive Factors in Childhood Social Anxiety: A preliminary Investigation, Social Development.

Chavira, D & Stein, M (1999) Phenomenology and epidemiology of social phobia, In: Stein DJ, Hollander E, editors. American Psychiatric Press textbook of anxiety disorders. Washington (DC): American Psychiatric Press.

Clark, Elizabeth J., Jan Marie Fritz, and P.P. Rieker (eds.), (1990). Clinical Sociological Perspectives on Illness & Loss: The Linkage of Theory and Practice. Philadelphia: The Charles Press.

Caballo, V., Andrés, V. & Francisco, B. (1998), Social Phobia, In: International Handbook of Cognitive and Behavioural Treatments for Psychological Disorders, Elsevier Ltd, pp 23-79.https://doi.org/10.1016/B978-008043433-9/50004-3.

Fritz, M., (1985). The Clinical Sociology Handbook. New York: Garland.

Fritz , M., (2014). Community Intervention: Clinical Sociology Perspectives, Clinical Sociology: Research and Practice, New York: London.

Kelly, B.M., Walters, C. and Phillips, K.A. 2010. Social Anxiety and Its Relationship to Functional Impairment in Body Dysmorphic Disorder, Behavior Therapy, 41(2): 143-153.

Klinger E,Bouchard S ,Legeron P,Roy S (2005):Virtual Reality Therapy Versus Cognitive Behavior Therapy for Social Phobia a preliminary controlled study. Cyber psychology and behavior.V8, N1:76-88

Liao, Y., Natalie P., Deng Y., Tang J., David J., Riteesh B. and Hao W(2010), Body dimorphic disorder, social anxiety and depressive symptoms in Chinese medical students, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45(10): 963-971.

National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance (NICE), (2013), Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment. Leicester (UK): British Psychological Society, PMID 25577940.

Otto, M. W. Pollack, M. H. Gould, R. A. Worthington, J. J. McArdle, E. T. & Rosenbaum, J. F. et al. (2000). "A comparison of the efficacy of clonazepam & cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia". Journal of Anxiety Disorders. 14. 345- 358.

Raulin, M.L., & Wee, J.L. (1994): Social fear scale. In J. Fisher & K. Corcoran(Eds.), Measures for clinical practice: A source book (2nd) ed. Vol. 2 PP.595.NewYork: The free press.) An Arabic version of Social phobia Scale 36 item scale with yes or no answers and the total score achieved via algebraic sum of the whole 36 answer, the scale is constructed and valid in Arab countries, too.

Stoddard, J. A. (2007), Development and single case evaluation of intensive cognitive behavioral treatment for social phobia, Dissertation of Ph.D. Boston University.

World Health Organization (1992), The International Classification of Mental and Behavioral Disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines (ICD-10), Geneva, Switzerland.

Social Phobia from Social Theorizing to Remedies: a Clinical Sociological Study

Rula Odeh Alsawalqa

Mohamed Ismaeil Al Hosani

School of Arts - The University of Jordan

Amman - Jordan

Abstract:

This Article aims to implement a program of clinical sociological intervention to treat or alleviate the symptoms of social phobia disorder in first-year undergraduate students. The study applied the experimental method and used the case study approach to collect and analyze the data. Its metrical tool consisted in measuring and identifying the symptoms of social phobia. The sample was selected from a group of (30) male and female students with social phobia among the first-year students at the University of Jordan. The results found that there were differences between the responses of students with social phobia on the study scale before and after the application of the study program. The results of post-measurement showed that the symptoms of social phobia among students decreased significantly after the application of the therapeutic program. The effectiveness of working with social phobias consisted in the social emotional revival, technical analysis of beliefs, modeling, role play, free listening, sensory language listening, as well as play therapy.

Keywords: Social Phobia, Social Intervention, Clinical Sociology, Emotional Social Revival.