

الرقم التسلسلي:/2021

رقم التسجيل:

عنوان المذكرة

مقارنة بين فاعلية بروتوكول علاجي بالسيكودراما المورينية والعلاج
الجماعي في التخفيف من شدة القلق الاجتماعي لدى طلبة جامعيين

دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية بأولاد منصور - المسيلة

مذكرة مكملّة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

تحت اشراف

د. بوعلاقة فاطمة الزهراء

اعداد الطالبين:

- بركة اشرف

- بن عمرة أكرم

السنة الجامعية: 2021/2020

ملخص الدراسة

تهدف الدراسة إلى التعرف على فاعلية بروتوكولين علابيين بالسيكودراما المورينية والعلاج الجماعي في التخفيف من شدة القلق الاجتماعي لدى طلبة جامعيين، وذلك عن طريق استعمال مقياس قبلي للقلق الاجتماعي للتعرف على درجة القلق الاجتماعي للحالتين، وكذا المقياس البعدي للتعرف على مدى تحقيق البروتوكولين العلاجين للتخفيف من شدة القلق الاجتماعي للحالتين، اذ ضمت هذه الدراسة حالتين (ذكور) تم تشخيصهما باضطراب القلق الاجتماعي، وحقق كلاهما درجة مرتفعة على مقياس القلق الاجتماعي، وتم تطبيق بروتوكول علاجي بالسيكودراما المورينية على حالة والبروتوكول العلاجي الجماعي على الحالة الأخرى بمستشفى أولاد منصور للأمراض العقلية، وقد توصلت دراستنا إلى النتائج التالية:

-توجد فاعلية لكل من البروتوكولين العلابيين المستعملين في التخفيف من شدة القلق الاجتماعي.

-من خلال الفروق التي ظهرت بين نتائج الحالة الأولى والحالة الثانية، فإن أكثر بروتوكول ناجح من بين البروتوكولين المستعملين في الدراسة هو البروتوكول العلاجي بالسيكودراما المورينية.

Abstract

The study examined the effectiveness of two treatment protocols with Morinian psychodrama and Group Therapy in decreasing social anxiety disorder for students, using the pre social anxiety disorder scale to identify the social anxiety disorder degree on both cases, as well using the post social anxiety disorder scale to identify the effectiveness of the two treatment protocols for the alleviation of social anxiety. For the two cases, this study included two cases (males) who were diagnosed with social anxiety disorder, and both of them achieved a high degree on the social anxiety disorder scale, and a therapeutic protocol was applied with Morinian psychodrama on a case and the treatment protocol of group therapy for the other case, at Owlad Mansour Hospital for Mental Disorders, and our study reached the following results:

- There is effectiveness for each of the two therapeutic protocols used in decreasing social anxiety.
- Through the differences that appeared between the results of the first case and the second one, the most successful protocol among the two protocols used in the study is The Morinian psychodrama.

الشكر والعرفان

أولا وقبل كل شيء نحمد الله ونشكره على نعمه، وندعوه لما فيه خير لنا

وللناس جميعا

الى من زرعوا التفاؤل في دربنا وقدموا لنا يد العون مما يتطلبه الامر من التسهيلات والمعلومات والنصائح القيمة، فلهم منا جزيل الشكر، ونخص بالذكر الأستاذة

د. بوعلاقة فاطمة الزهراء والأخصائي النفساني بمستشفى الامراض العقلية بأولاد منصور د. اعمر يحي عز الدين الذين كانا لنا نعم الاستاذ ونعم المشرف والموجه في مسيرتنا الاكاديمية و الميدانية وكذا في إطار انجازنا لبحثنا هذا.

ونتوجه بالشكر الى كل من كان له يد العون في اعداد هذا العمل المتواضع سواء من قريب او من بعيد ولو بكلمة تشجيعية والى كل من استنصحناه ونصحننا والى كل من طلبنا عونهم فأعاننا كما نتقدم بالشكر الى مجموعة البحث والتي لم يكن ليتقدم بحثنا لولا تعاونهم.

و الى كل من خانتهم ذاكرتي ولم يكتبهم قلبي

أهدي هذا العمل المتواضع

فهرس المحتويات

2	ملخص الدراسة.....
4	الشكر والعرفان.....
5	فهرس المحتويات.....
6	فهرس الجداول.....
7	مقدمة.....
4	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.....
4	الإشكالية.....
7	أسباب اختيار المشكلة:.....
7	تساؤلات الدراسة:.....
7	فرضيات الدراسة:.....
7	مصطلحات الدراسة:.....
8	أهمية الدراسة:.....
8	أهداف الدراسة:.....
9	الدراسات السابقة:.....
12	التعليق على الدراسات السابقة:.....
13	الخلفية النظرية لمتغيرات الدراسة:.....
13	1-القلق الاجتماعي:.....
13	1-1-مفهوم القلق الاجتماعي :.....
14	2-النظريات المفسرة للقلق الاجتماعي :.....
14	1-2-النظرية المعرفية :.....
15	3-أعراض القلق الاجتماعي :.....
16	4- معايير تشخيص اضطراب القلق الاجتماعي (Social anxiety disorder) حسب DSM5 :.....
18	5-علاج القلق الاجتماعي:.....
20	02- السيكودراما المورينية.....
20	1.2. مفهوم السيكودراما:.....
22	2.2.أهداف السيكودراما:.....
22	3.2.الفرق بين السيكودراما التحليلية والسيكودراما المورينية:.....
23	4.2. نبذة تاريخية عن تطور أسلوب السيكودراما وطبيعتها كطريقة من طرق العلاج النفسي:.....
24	5.2.الأصول النظرية للسيكودراما المورينية:.....

27	7.2. أساليب وفنيات السيكدوراما المورينية:
30	03- العلاج الجماعي
30	لمحة تاريخية حول العلاج الجماعي :
31	2.3 تعريف العلاج الجماعي:
33	3.3 مجالات استخدام العلاج الجماعي:
34	الفصل الثاني: الإطار المنهجي للدراسة
34	منهج الدراسة: منهج شبه تجريبي
34	الدراسة الاستطلاعية:
35	أدوات الدراسة:
38	عينة الدراسة:
39	الفصل الثالث: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها
39	عرض نتائج الدراسة:
39	الحالة 01:
42	عرض سير الجلسات
49	الحالة 02:
51	عرض سير الجلسات:
60	مناقشة نتائج الدراسة
	الخاتمة
	المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

39	جدول يمثل مخطط سير جلسات العلاج الجماعي:
50	جدول يمثل مخطط سير جلسات العلاج بالسيكدوراما:
46	جدول ملاحظات حول جلسات العلاج الجماعي للحالة
57	جدول ملاحظات حول جلسات السيكدوراما للحالة

مقدمة

في ظل ما شهده العالم من تطورات على مر العصور في شتى المجالات نجد ان العلاج النفسي قد شهد نفس المستوى من التطور فيما يخص التجارب والأفكار وكذلك النظريات، وخاصة تلك التي تناولت أنواع العصاب واضطرابات السلوك وحتى انماط الشخصية، سواء من ناحية الأسباب او الاعراض او العلاج. هذا الأخير هو ما ميز علم النفس العيادي عن باقي مجالات علم النفس، وإن كان الفضل في الاعتراف بالعلاج النفسي يعود "لابن سينا" فهو أول من بني المورستانات (مستشفى الأمراض العقلية والنفسية) وأول من اهتم بالعلاج النفسي غير ان الفضل في وجود النظريات والقواعد الاساسية للعلاج النفسي يعود لـ: "سيغموند فرويد" مؤسس العلاج بالتحليل النفسي La psychanalyse.

وبالرغم من كل الانتقادات الموجهة للمدرسة التحليلية ولما جاء به فرويد خاصة فان الفضل يبقى له في وضع الأسس العلمية والنظريات والمفاهيم وتقسيم الجهاز النفسي مما أسس للعديد من النظريات الأخرى والتي أتت بعده او تزامنا مع النظرية التحليلية. فما يسعنا الا ان نقول ان العلاج باللغة والتحاور والتداعي والحركات كان اللبنة الأولى لجميع العلاجات النفسية التي ظهرت معها كرد عليها أو كمنافسة من اجل تحقيق أفضل النتائج وفي أسرع وقت واقل مجهود، بالرغم من كل هذا فان العلم يبقى شاهدا للنظرية التحليلية بهذا الصنيع.

يل المدرسة التحليلية المدرسة السلوكية، او العلاج السلوكي Behaviortherapie، والذي أعطى نتائج مذهلة في علاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال واختفاء الأعراض المرضية المكتسبة. دون أن ننسى دور الطب العقلي ذو الاتجاه البنيوي والكيميائي في علاج الاضطرابات العقلية وحتى الأعراض العصابية الحادة باستعمال الأدوية التي تساعد الإنسان على تجاوز العديد من اضطرابات كاضطرابات النوم و الغذاء والهلاوس و اضطرابات السلوك... الخ، غير ان هذا لا يجعلنا ننسى أن التأثيرات الجانبية للمواد الكيميائية المستخدمة تجعل من المرضى الذين يعانون

من عصاب أو اضطراب نفسي ذو منشأ نفسي ، واضطرابات الطفولة والمراهقة يبحثون دائماً عن علاج يعيد لهم التكيف والاندماج في الحياة اليومية بأقل التأثيرات الجانبية، وهذا ما قد يزيد سوء الحالات المرضية لهؤلاء الأشخاص.

وبما ان عصرنا هذا يتسم بأنه عصر السرعة فمن الطبيعي ان نجد أن نوعية الاضطرابات النفسية وأسبابها تغيرت بتغير المجتمع والتغير المعرفي الذي يطرأ على افراد كل مجتمع. فالإنسان في هذه الألفية، يختلف اختلافا كبيرا عن الإنسان في الألفية الماضية، إذ أصبح الفرد الذي يعاني من اضطراب ومهما كان الاضطراب فقد أصبح يهتم بالناحية السيكلوجية ويبحث عن علاج سريع وناجع من ناحية الكفاءة والمدة.. فظهرت العديد من حركات العلاجات النفسية منها ما يعتمد على النظريات القديمة ومنها ما يعتمد على الدراسات والنظريات الحديثة ومنها ما طور النظريات القديمة لتواكب الاضطرابات التي اتخذت منحى اخر في هذا العصر كالعلاجات التحليلية والعلاجات النسقية والعلاجات السلوكية المعرفية، وما هذه العلاجات الا عناوين كبرى لمجموعات أخرى من التقنيات العلاجية ومن هذه التقنيات نجد التفرغ الانفعالي والاسترخاء وعلاج بالفن والموسيقى وغيرها، هذا فيما قد يتعلق بعلاجات الفردية اما عن الجماعية فنجد العلاج الجماعي بأشكاله وحتى التمثيل المسرحي او ما يسمى "بالسيكودراما" او الدراما النفسية وهذين التقنيتين الأخيرتين هما ما سنوليها أهمية كبرى في بحثنا هذا بحيث أن العلاج الجماعي هو علاج عدد من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة ويشغل أثر الجماعة في سلوك الفرد من تفاعل وتأثير متبادل من بعضهم البعض (العناني،2000،ص189).

اما العلاج بالسيكودراما فهو شكل من اشكال العلاج النفسي الذي يستعمل التمثيل لمعاونة العميل في حل مشكلاته (starr,1977,p21)

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

الإشكالية

يمتد مفهوم القلق إلى البدايات الأولى للفكر الإنساني، ويشير "بك" (beak) نقلا عن "كريتزك" (1956) إلى أن مفهوم القلق موجود في الكتابات الهيروغليفية المصرية القديمة، كما أن الكتاب في العصور الوسطى مثل الفيلسوف العربي "علي بن حزم بن قرطبة" قد أكدوا على وجود القلق كشرط أساسي للوجود الإنساني، وقد شهد القرن التاسع عشر كما يقول "اسبيلبرجر" تزايد الاهتمام بالانفعالات وخاصة بالقلق وذلك على أيدي فلاسفة هذا العصر الوجوديين على يد "كير كجراد"، وقد شهد هذا القرن أيضا اهتماما متزايدا لدى البيولوجيين أمثال "داروين" بظاهرتي الخوف والقلق، وفي القرن العشرين برز القلق بوصفه مشكلة مركزية وموضوعا سائدا في الحياة المعاصرة، إلى حد أن هذا العصر قد غدا يشار إليه على أنه عصر الخوف أو عصر القلق.

وتعتبر "كارين هورني" أن العلاقات الاجتماعية هي الأساس في نشأة العصاب، فعندما تكون هذه العلاقات غير ملائمة، ينشأ عند الطفل القلق القاعدي الذي هو شعور بالعزلة، والعجز في عالم عدائي، ويشير "إريك فروم" إلى أن القلق هو نتاج الضغوط الثقافية والبيئية، ويعتقد أن المجتمع الحديث مسؤول ولا شك عن كثير من الاضطرابات النفسية. (وحيد مصطفى كامل، 2003، ص 06).

وهذا ما يشار إليه بالقلق الاجتماعي، حيث يعتبر مفهوما من المفاهيم التي ترتبط بالتفاعل بين الفرد والآخرين وهو جزء من عملية الاتصال إذ يعتبر: "حالة من التوتر تنتج عن التوقع أو الحدوث الفعلي للتقييم في مواقف التفاعل الشخصية التخيلية أو الحقيقية". (فاروق السيد عثمان، 2001، ص 85).

حيث يعتبر: "اضطرابا يعطل الفرد وطاقاته في مجال السلوك، فهو يجعله منسحبا منعزلا خائفا لا يشارك الآخرين ولا يستطيع التعبير عن نفسه، كما أن آدائه المهني أو الدراسي أقل من طاقاته وقدراته الفائقة". (الصادة طالبي، 2007 ص54).

ومن المراحل التي يظهر فيها هذا النوع من القلق بشكل واضح هي المرحلة الجامعية، حيث اننا نجد بعض الطلبة يكون من بين الصفات الانفعالية البارزة لديهم شدة الحساسية، اليأس، والقلق، وما الى ذلك من الانفعالات الدالة على وجود قلق اجتماعي، وهي تظهر غالبا جراء تعرض الطالب للكثير من المواقف التي يجد فيها نفسه مجبرا على مواجهة مجموعة من الطلبة؛ كما يحصل في القاء العروض وفي الحصص التطبيقية او في مناقشة مذكرة التخرج او اثناء عرضه لفكرة معينة او تساؤل ما، وهذا النوع من القلق هو ما ينعكس على انطواء الطالب الذاتي والميل الى العزلة والعجز الذي قد يكون السبب المباشر الذي يحول بين الطالب وبين تحقيقه لأهدافه.

وقد أجريت العديد من الدراسات التي تناولة القلق الاجتماعي من جوانب عديدة ومن هذه الدراسات دراسة "رودر ومارجريت" (Roder & Margaret, 1999) حيث هدفت الدراسة إلى تطبيق استبيان يغطي جميع المعايير التشخيصية للقلق الاجتماعي على عينة من الطلاب الجامعيين من مختلف التخصصات، وكذلك دراسة "وحيد مصطفى كامل" (2003)، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين تقدير الذات والقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع وسنستعرض تفاصيل هذه البحوث وغيرها في العنصر المتعلق بالدراسات السابقة.

وكما يجب التعامل مع أي اضطراب نفسي وجب التعامل مع اضطراب القلق الاجتماعي وهذا عن طريق ابتكار او اقتباس برامج علاجية من اجل التخفيف من حدة هذا الاضطراب ومن هذه البرامج العلاجية غالبا ما يتم ترشيح العلاج الجماعي كبروتوكول علاجي قادر على التخفيف من وطأة المعاناة الناتجة عن هذا النوع من القلق بحيث يعتبر العلاج الجماعي هو "علاج عدد من المرضى، الذين تتشابه مشكلاتهم، واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة، ويستغل أثر

الجماعة، في سلوك الأفراد، من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم البعض. وبينهم وبين المعالج، أو أكثر من معالج، مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب، وتعديل نظرتهم إلى أمراضهم".
(حنان عبد الحميد الغناني، 2000، ص 189)

وفي هذا المجال وجدنا دراسات أخرى تطرقت للعلاج الجماعي كبروتوكول علاجي غير ان بحثنا المتواضع كان اما قاصرا عن الحصول على دراسات جمعت بين القلق الاجتماعي والعلاج الجماعي نظرا للظروف القائمة او انه موضوع لم يتم التطرق له سابقا لهذا قمنا باستعراض دراسة حول موضوع "سيكولوجية العنف لدى جماعة عصابية". للأستاذ "محمود محمد رشاد" (1993) حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق بين جماعة عصابية، والتي تتكون من فئات الهستيريا التحولية العصاب القهري، الاكتئاب العصبي في الاستجابة لسلوك العنف، وهذا باستخدام جلسات العلاج النفسي الجماعي.

وبما ان بحثنا بغرض المقارنة بين برنامجين علاجيين قررنا استخدام السيكدوراما المورينية كبرنامج علاجي ثاني للمقارنة بين فعاليته وفعالية العلاج الجماعي ومدى قدرة كل برنامج على التخفيف من القلق الاجتماعي لدى الفئة المستهدفة واستخدامنا للسيكدوراما المورينية كان بسبب ان "السيكدوراما أسلوب علاجي نفسي قائم على نشاط المرضى وهي عبارة عن تصوير مسرحي، وتعبير لفظي حر، وتنفيس انفعالي تلقائي، واستبصار ذاتي في موقف جماعي". (حامد زهران، 1995، ص 314-315). وهذا ما جعلنا كباحثين نرى بأن السيكدوراما المورينية قد تكون مناسبة وبشكل جد فعال لهذا النوع من الاضطرابات. وهنا نقف امام التساؤل التالي:

أي من البروتوكولين العلاجيين أكثر فاعلية في التخفيف من القلق الاجتماعي؟

أسباب اختيار المشكلة:

- قلة او ندرة البحوث العلمية الجزائرية في موضوع تطبيق او المقارنة بين السيكدوراما المورنية والعلاج الجماعي
- البحث في الموضوع من أجل التعرف على القلق الاجتماعي والتعرف على أي البروتوكولين العلاجيين أكثر فاعلية من الآخر

تساؤلات الدراسة:

- هل يؤدي البروتوكول العلاجي بالسيكودراما المورينية الى تخفيف درجة القلق الاجتماعي؟
- هل يؤدي البروتوكول العلاجي الجماعي إلى تخفيف درجة القلق الاجتماعي؟
- أي من البروتوكولين أكثر فاعلية في التخفيف من حدة القلق الاجتماعي؟

فرضيات الدراسة:

- البروتوكول العلاجي بالسيكودراما يساعد في التخفيف من القلق الاجتماعي وهو أكثر فاعلية من العلاج الجماعي.
- البروتوكول العلاجي الجماعي يساعد في التخفيف من القلق الاجتماعي وهو أكثر فاعلية من العلاج بالسيكودراما.

مصطلحات الدراسة:

القلق الاجتماعي: هو الخوف غير المقبول وتجنب المواقف التي يفترض فيها للمعني أن يتعامل أو يتفاعل فيها مع الآخرين، ويكون معرضا نتيجة لذلك إلى نوع من أنواع التقييم. (سامر جميل رضوان ، 2001، ص48)

التعريف الاجرائي:

هو الدرجة التي يتحصل عليها المبحوث على مقياس القلق الاجتماعي

السيكودراما المورينية:

وهي أسلوب في العلاج النفسي طورها "مورينو" حيث يتوصل المرضى إلى استبصار جديد بمشكلاتهم، وحيث يغيرون الأنماط السلوكية الخاطئة عن طريق التمثيل التلقائي لمواقف الحياة. (جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافي، 1993، 3062-3063)

العلاج الجماعي:

عبارة عن مناقشة جماعية، لها قيمة علاجية، يشترك فيها أكثر من مريض، في وقت واحد. (العيسوي، 1997ص97).

أهمية الدراسة:

-الكشف عن فاعلية البروتوكول العلاجي بالسيكودراما المورينية والعلاج الجماعي في تخفيف درجة القلق الاجتماعي للطلبة.

-التعرف على أي البروتوكولين أكثر نجاعة في التخفيف من اضطراب القلق الاجتماعي.

أهداف الدراسة:

-التعرف على درجة القلق الاجتماعي التي يعاني منها الطلبة.

-الكشف عن درجة فاعلية البروتوكول العلاجي بالسيكودراما في تخفيف من درجة القلق الاجتماعي

-الكشف عن درجة فاعلية العلاج الجماعي في تخفيف من درجة القلق الاجتماعي

الدراسات السابقة:

الدراسات الخاصة بالقلق الاجتماعي:

01/ دراسة "رودر ومارجريت" (Roder & Margaret, 1999):

هدفت الدراسة إلى تطبيق استبيان يغطي جميع المعايير التشخيصية للقلق الاجتماعي على عينة من الطلاب الجامعيين من مختلف التخصصات، حيث اشتملت العينة على (347) طالب وطالبة، حيث تبين أن (64%) من الطلاب يشعرون بالضيق من القيام بفعاليات مختلفة ك: (الطعام والحديث والكتابة) أمام الآخرين، وكان الحديث أمام الجمهور من أكثر المظاهر انتشاراً إذ بلغت النسبة (51%) من الطلاب ككل، وكانت نسبة الذين يخافون من أن يقولوا شيئاً مضحكاً أمام الآخرين (48%) وقد خشي (47%) من الطلاب الخجل والارتباك في المواقف المسببة للقلق، و(42%) من الفضيحة و(35%) من الفشل و (16%) من الإهانة و(11%) من نوبة خوف ويشعر (86%) بالخوف من المواقف الاجتماعية عندما يشعرون أن انتباه الآخرين متمركز حولهم، ونصف الطلاب أقرروا بأنهم يتجنبون المواقف الاجتماعية نتيجة للقلق. (سامر جميل رضوان، 2001، ص11)

02/ دراسة "وحيد مصطفى كامل" (2003):

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين تقدير الذات والقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع وقد اشتملت عينة الدراسة على (100) طفل (50 ذكور، 50 إناث) وتضمنت أدوات الدراسة مقاييس تقدير الذات والقلق الاجتماعي للأطفال، وقد توصل الباحث إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين تقدير الذات والقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع
- وجود فروق بين الذكور والإناث في مستوى القلق الاجتماعي ذلك لصالح الإناث، أما الذكور كانوا أكثر تقديرا لذواتهم من الإناث. (وحيد مصطفى كامل، 2003، ص06)

03/ دراسة "فاطمة الشريف الكتابي" (2002):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين القلق الاجتماعي والعدوانية لدى الأطفال ودور كل منهما في الرفض الاجتماعي، حيث شملت عينة الدراسة على (364) طفلا، (179) إناث و(185) ذكور، تتراوح أعمارهم بين (9-12) سنة، وقد استخدم في هذه الدراسة مقياس القلق الاجتماعي المعدل للأطفال المعد من قبل (La Greca)

وأداة تقييم الطفل لعدوانية أقرانه، أداة تقييم الأمهات لعدوانية أطفالهم، مقياس النية العدائية، مقياس الترشيحات السيسيومترية، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- لا توجد فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي.
- بالنسبة للعدوانية حسب تقرير الأقران، الإناث أكثر ميلا. (فاطمة الشريف الكتابي، 2002، ص03).

04/ دراسة "فاروق السيد عثمان" (2001):

هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق في القلق بين الطلاب الذكور والإناث في الجامعة والتعرف على مدى انتشار القلق لدى عينة الدراسة، حيث تكونت من (1450) طالبا وطالبة من كلية التربية بأقسام اللغة العربية والانجليزية والعلوم، وقد استخدم في الدراسة مقياس القلق العام لـ: "كاتل" المنقول للعربية من قبل "سمية أحمد فهمي"، وقد توصل الباحث إلى النتائج التالية: أن

الطالبات الإناث أكثر قلقاً في المراحل العمرية المختلفة من الطلاب الذكور، وأن درجة انتشار مستويات القلق عالية بين الطلاب الذكور والإناث في المراحل العمرية المختلفة. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص33)

الدراسات الخاصة بالعلاج الجماعي والسيكودراما:

01/ دراسة حول موضوع: "سيكولوجية العنف لدى جماعة عصابية". محمود محمد رشاد (1993)

هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق بين جماعة عصابية، تتكون من فئات الهستيريا التحولية العصاب القهري، الاكتئاب العصبي في الاستجابة لسلوك العنف، استخدم الباحث: جلسات العلاج النفسي الجماعي على عينة تكونت من (3) مرضى بالهستيريا التحولية، (2) مرضى بالعصاب القهري و(4) مرضى بالاكتئاب العصبي. أسفرت نتائج الدراسة عن وجود أثر إيجابي لجلسات العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من سلوك العنف لدى أفراد عينة الدراسة.

02/ دراسة حول موضوع "أثر استخدام السيكودراما في التخفيف من مشكلات السلوك العدواني لدى طلبة المرحلة المتوسطة" أياد كاظم طه السلام، نبراس هشام عبد العباس (2019)

هدفت الدراسة الى الكشف عن أثر استخدام السيكودراما في التخفيف من مشكلات السلوك العدواني لدى طلبة المرحلة المتوسطة، وقد تضمنت الدراسة عينة من 200 طالب ذكر والذين تتراوح أعمارهم بين (13-15) سنة واستند الباحثان في التطبيق على استمارة أداة مقياس المشكلات السلوكية وقد توصلت نتائج الدراسة من الاختبار البعدي الى انخفاض كبير في درجات السلوك العدواني وذلك من خلال انخفاض درجات فقرات الاختبار بعد تطبيق السيكودراما.

03/ دراسة حول موضوع "فاعلية السيكودراما في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى اضطراب الشخصية الهستيرية" فتاتي بشرى (2018)

انطلقت هذه الدراسة من الفرضية التالية :

-للسيكودراما فاعلية في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الشخصية الهستيرية.

وللتأكد من هذه الفرضية تم استخدام الوسائل والأدوات المتمثلة في : الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية، وكذا دراسة الحالة، كما تم تطبيق مقياس المهارات الاجتماعية على الحالة وتم تحليل النتائج التي جاء بها المقياس لاستخدام أسلوب السيكودراما قصد تطوير نقص بعض المهارات الاجتماعية لدى هذا النوع من اضطرابات الشخصية، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

-أن لأسلوب السيكودراما فاعلية في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الشخصية الهستيرية.

التعليق على الدراسات السابقة:

بالنظر الى الدراسات التي سبقت هذا البحث لم نجد دراسة تضمنت موضوعنا هذا، والذي ينظر إلى كل من السيكودراما والعلاج النفسي الجماعي كمقترحين علاجيين لاضطراب القلق الاجتماعي، الا اننا وجدنا بعض أوجه التشابه بين دراستنا والدراسات السابقة والتي تتمحور في النقاط التالية:

-تضمنت دراستنا اضطراب القلق الاجتماعي كمتغير مستقل وكذلك الدراسات السابقة

-استهدفت دراستنا الحالية الطلبة الجامعيين كحالات تعاني من الاضطراب القلق الاجتماعي كما فعلت بعض من الدراسات السابقة

-وضعت دراستنا بروتوكول السيكودراما والعلاج الجماعي كمقترحين علاجيين، وقد استخدمت بعض من الدراسات السابقة على هاذين العلاجين

ورغم أوجه التشابه إلا أن دراستنا اختلفت على الدراسات السابقة في النقاط التالية :

-اعتمدت الدراسات السابقة على عينة واسعة من الحالات (المنهج التجريبي) فيما اعتمدنا في دراستنا على بعض الحالات فقط (دراسة حالة)

-لم تتطرق كل من الدراسات السابقة الى السيكدوراما والعلاج الجماعي كعلاجات لاضطراب القلق الاجتماعي، فيما هدفت دراستنا في تطبيق كل من البروتوكولين على هذا الاضطراب

-عمدت دراستنا على الجمع بين كل من البروتوكول العلاجي بالسيكدوراما والعلاج الجماعي بينما لم تجمع أي دراسة سابقة بين هذين العلاجين، بحيث أن المتغير الأول لموضوع بحثنا لم يتم ربطه بشكل مباشر بكل من المتغيرين الآخرين في كل من الدراسات السابقة.

ومن هذا المنطلق فإن هذه الدراسة التي نحن بصدد إجرائها، ماهي إلا امتداد للدراسات السابقة لتسليط الضوء على جوانب أخرى حول موضوع القلق الاجتماعي والتطرق الى جانب لم تتطرق له الدراسات السابقة الا وهو فاعلية استخدام بروتوكولين علاجين (السيكدوراما المورينية والعلاج الجماعي) لدى طلبة يعانون من القلق الاجتماعي من خلال اجراء المقابلة العيادية ومقياس القلق الاجتماعي (القبلي / البعدي) وذلك للتعرف على درجة نجاح/فشل البروتوكولين في التخفيف من القلق الاجتماعي.

الخلفية النظرية لمتغيرات الدراسة:

1-القلق الاجتماعي:

1-1- مفهوم القلق الاجتماعي :

يعرف القلق الاجتماعي بأنه الخوف غير المقبول وتجنب المواقف التي يفترض فيها للمعني أن يتعامل أو يتفاعل فيها مع الآخرين، ويكون معرضا نتيجة لذلك إلى نوع من أنواع التقييم، فالسمة الأساسية للقلق الاجتماعي تتمثل في الخوف غير الواقعي من التقييم السلبي للسلوك من قبل الآخرين (سامر جميل رضوان ،2001،ص48)

ويعرفه "بريداج جالينجار" بأنه اضطراب يصيب الأطفال والمراهقين الجدد قلقين، ويظهر الاضطراب بشكل خاص أثناء مشاهدة أشخاص جدد، أو أثناء التكلم مع الجماهير (Bridage jamunger et autres,2010,P21)

كما يرى "تورستان بارقاندلر" بأن اضطراب القلق الاجتماعي هو الخوف من المواقف الاجتماعية والحوارات الخاصة مع التلاميذ أو الزملاء (Torsten Berghandler et autres,2007,P03)

كما يرى "دومينيك سارفانت" بأن القلق الاجتماعي : خوف من الأحكام الخارجية التي يصدرها الآخرون والتي يراها القلق اجتماعيا أنها سلبية فيشعر بالخجل متى يكون في موقف اجتماعي (Carole bouchard,2004,P23)

ومن التعريفات السابقة يتضح لنا أن القلق الاجتماعي هو خوف مرضي لدى الفرد من أن يكون في أي نوع من أنواع المواقف الاجتماعية مع شعور بالخجل الشديد والخوف من أحكام الآخرين ونظراتهم إليه.

2- النظريات المفسرة للقلق الاجتماعي :

2-1- النظرية المعرفية :

وحسب هذه النظرية فإن الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي أفراد سريعي التأثير، ومن ثم فهم مهيوون للإصابة بهذا الاضطراب الانفعالي، حيث يرون العالم على أن مكان خطر ومهدد لذلك يظنون متيقظين بمواجهة أي تهديد محتمل من هذا العالم ونتيجة لذلك فإن المنبهات الإيجابية أو المحايدة يساء تفسيرها حيث تفسر بشكل سلبي كما يتجاهل تقدير ذكريات النجاحات السابقة ومصادر الثقة في النفس وكذلك مصادر التعايش المتاحة.

و الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي فهم شديدي التركيز والتيقظ للمنبهات التي تشير الى احتمال تقييم سلوكهم الاجتماعي سلبيا من قبل الأشخاص الآخرين.. (الصادة طالبي، 2007،ص56)

2-3- نموذج التجلي والتقديم الذاتي للقلق الاجتماعي :

يرى نموذج التجلي والتقديم الذاتي للقلق الاجتماعي أن هذا الأخير يحدث عندما يرغب الفرد في غرس انطباع شخصي خاص لدى الآخرين، ويشعر بأنه لم ينجح في ذلك بمعنى أن يبدو أمام الآخرين على أنه شخص مهم، كما أن عليه تطوير هذا الانطباع الذي تركه لدى الآخرين.

وافترض "ليري" أن العوامل الموقفية والنفسية المهنية ربما تزيد الدافعية للتأمل والانشغال الشديد بتطوير هذا الانطباع ورعايته بسبب حاجته الشديدة لاستحسان الآخرين له ولفت أنظارهم إليه، واحترامهم إياه، ومن ناحية أخرى يمكن أن تؤثر عدة عوامل على توقعات الشخص حول تطوير هذا الانطباع.

تتضمن هذه العوامل اضطرابات حقيقية في المهارات الاجتماعية وتقدير متدن للذات وآمال متوافقة في النتائج المترتبة. (الصادة طالبي، 2007، ص57)

3- أعراض القلق الاجتماعي :

يظهر القلق الاجتماعي وفق ثلاث مستويات :

3-1- المستوى السلوكي :

ويتجلى في سلوك الهروب من مواقف اجتماعية مختلفة وتجنبها كعدم تلبية الدعوات الاجتماعية والتقليل من الاتصالات الاجتماعية.

3-2- المستوى المعرفي :

ويتمثل في أفكار تقييمية للذات وتوقع الفضيحة أو عدم لباقة السلوك والمصائب والانشغال المتكرر بالمواقف الاجتماعية الصعبة أو المثيرة للقلق، وعما يعتقد الآخرون حول الشخص نفسه والقلق الدائم من ارتكاب الأخطاء.

3-3- المستوى الفيزيولوجي :

ويتضح من معاناة الشخص من مجموعة مختلفة من الأعراض الجسدية المرتبطة بالمواقف الاجتماعية بالنسبة له كالشعور بالغثيان والأرق والإحساس بالغصة في الحلق والارتجاف والتعرق. وتتربط هذه المستويات مع بعضها بشكل وظيفي، فتوقع التقييم السبلي للسلوك الشخصي يقود إلى الانتباه الذاتي يتجلى من خلال تكثيف ملاحظة الذات، فالأشخاص الذين يعانون من قلق اجتماعي باستمرار يدركون إشارات الأخطاء الممكنة والفشل والفضيحة في سلوكهم ويقود هذا الإدراك إلى الغزو السلمي الخاطيء لأعراض القلق كدليل على التقييم السلبي من قبل الآخرين، وهذا بدوره يؤدي الى ارتفاع حدة الإثارة الجسدية وتزايد في أعراض القلق التي يتم عزوها الى تقييمات اجتماعية (سامر جميل رضوان، 2001، ص51)

4- معايير تشخيص اضطراب القلق الاجتماعي (Social Anxiety Disorder)

حسب DSM-5 :

A- خوف ملحوظ أو قلق حول واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية والتي يحتمل أن يتعرض الفرد فيها للتدقيق من قبل الآخرين، الأمثلة تتضمن التفاعلات الاجتماعية (كإجراء محادثة مثلاً، مقابلة أناس غير مألوفين) أو أو يكون مراقباً (مثلاً، الأكل والشرب) أو الأداء أمام الآخرين (كالقاء كلمة مثلاً).

ملاحظة : يجب أن يحدث القلق عند الأطفال في مواقع تجمع الطفل مع أقرانه وليس فقط في علاقاته مع البالغين.

B- يخاف الفرد أنه أو أنها سوف يتصرف بطريقة محرجة او سوف تظهر أعراض القلق والتي سيتم تقييمها سلباً (أي سوف تكون مهينة أو محرجة وسوف تؤدي إلى الرفض أو الإساءة من قبل الآخرين).

C-يشير التعرض للموقف الاجتماعي القلق أو الخوف بشكل دائم تقريباً.

ملاحظة : قد يُعبر عن القلق لدى الأطفال بالبكاء أو سورات الغضب أو التجمد أو الانكماش والانسحاب أو فشل التكلم في المواقف الاجتماعية.

D-يجري تجنب المواقف الاجتماعية وبخلاف ذلك قد يتحملها الشخص مع قلق أو خوف شديد.

E-الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي. وللسياق الثقافي والإجتماعي.

F-يكون الخوف، القلق، التجنب، مستمراً ويدوم بشكل نموذجي لسنة أشهر أو أكثر.

G-يسبب الخوف ،القلق، التجنب، إحباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

H-الخوف،القلق،التجنب لا تعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً إستخدام عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى.

I-الخوف، القلق ، التجنب لا تفسر بشكل أفضل بأعراض مرض عقلي آخر، كاضطراب الهلع، اضطراب تشوه شكل الجسم أو اضطراب طيف التوحد.

J-إذا تواجدت حالة طبية أخرى (مثلاً داء باركنسون، والسمنة، والتشوه من الحروق أو الإصابة) فمن الواضح أن الخوف والقلق أو التجنب لا علاقة له بالمرض أو يكون مفراطاً.

حدد ما إذا كان :

مع الأداء فقط : إذا اقتصر الخوف على الكلام أو الأداء علناً. (أنور الحمادي، ص 93-94)

5- علاج القلق الاجتماعي:

5-1- العلاج المعرفي السلوكي للقلق الاجتماعي:

يبنى التدخل العلاجي المعرفي السلوكي على استراتيجيات تأخذ بعين الاعتبار بداية مثيرات القلق المسؤولة عن الاستجابة القلقية، وهذه المثيرات مصنفة الى نمطين :

داخلية يتم استحداثها من قبل الفرد (أفكار، صور، أفكار لا عقلانية ومعتقدات) وخارجية يتم استحداثها من الخارج (تفاعل اجتماعي، اتصال) (وردة رشيد، 2016، ص 187)

وفيما يلي بعض من التقنيات المستعملة في العلاج المعرفي السلوكي للتخفيف من القلق الاجتماعي :

-التدريب على المهارات الاجتماعية Social skills Training :

يعتبر ستوبا وكلارك (Stopa & Clark,1993) أن المشكلة المركزية في الرهاب الاجتماعي تتمثل في أن المرضى بهذا الاضطراب يكونون على نحو جدير بالاعتبار أكثر قلقاً وقصوراً في المهارة الاجتماعية المطلوبة في الواقع. وتتفاقم هذه المشكلة بميل الافراد ذوي الرهاب الاجتماعي لمواصلة سلوكهم الخاص بشكل متزايد في المواقف الاجتماعية ويفترض أن التحيز المقصود لسلوكهم الخاص هو بصفة عامة نتيجة للتحيز التأويلي.

كما وجد ستوبا وكلارك أن الأداء الاجتماعي الفعلي لذوي الرهاب الاجتماعي كان الأسوأ بشكل دال من المجموعات الأخرى.

وهذا يشير إلى الأهمية الممكنة لاستخدام التدريب على المهارات الاجتماعية والتقنيات الأخرى المصممة لتحسين السلوك الاجتماعي الفعلي لذوي القلق الاجتماعي بالإضافة الى التقنيات التي تركز على التحيزات المعرفية (فايد، 2008، ص 378)

-تقليل الحساسية التدريجي Desensitization Systematic :

لقد استمر هذا الاجراء بناء على تجارب بافلوف (pavlov) في الاشرط الكلاسيكي والبحوث التي أجريت للكشف عن العلاقات بين المثيرات والاستجابات الشرطية وغير الشرطية. إذ طور ولبى (wolpe) في أواخر عام 1950 استراتيجية تقليل الحساسية التدريجي وذلك بهدف خفض مستوى القلق، ويعتمد هذا الاجراء على مبادئ الاشرط المضاد حيث توصل ولبى إلى أن أعراض القلق قد تنخفض أو تنشط بدرجة جيدة عن طريق التخييل ثم يعرض المسترشد مباشرة وبشكل تدريجي لاستجابة الاسترخاء العضلي وهذه العملية تسمى بتقليل الحساسية التدريجي (الدحادنة وسليمان ، 2008، ص 5)

-العلاج بالتعريض (Exposure Therapy) :

وتسمى هذه الطريقة التعريض، وتعتمد على دخول العميل وبقائه في موقف القلق الاجتماعي حتى تزول رغبته في تجنب هذا الموقف. وفي هذه الطريقة يقوم المريض بتعريض نفسه للمثيرات أو المواقف التي كان يخاف منها أو يتجنبها، ويمكن أن يكون "التعريض" بالمواجهة الفعلية في الحياة الواقعية، أو بالمواجهة التخيلية، وفي الحالة الأخيرة يطلب من المريض أن يتخيل نفسه أمام المثير الذي يخافه أو في موقف مثير للقلق كالتحدث أمام الجمهور. (وردة رشيد، مرجع سابق، ص 193)

02- السيكودراما المورينية

1.2. مفهوم السيكودراما:

يعرفها مورينو **1968 Moreno**: يقول عن السيكودراما التي ابتدعها أنها ثورة على ما هو قائم هذا بالإضافة إلى استخدام الجسد في التعبير تجعلها لغة عالمية واسعة الاتصال ومن الناحية السيكودرامية فهي تتضمن أعمق اللغات وهي تسبق مرحلة الاتصال الكلامي أثناء نمو الطفل وهي لغة الجسد وعليه فهي أسلوب علاجي يناسب جميع الأشخاص في مراحلهم العمرية المختلفة. (فتاتي بشرى، 2018، ص13)

ويرى هانز سترب **1971 Strupp. H** : إن السيكودراما بشكل جوهري هي إجراء من إجراءات لعب الدور والمقصود من وراء هذا الإجراء تزويد المريض (العميل) بقدر معين من المواجهة يشجعه على التلقائية ويساعده في ذات الوقت على تحقيق أكبر قدر من الفهم سوء توافقه بالنسبة للسلوك بين الشخصي Interpersonnel behaviour على المستويين المعرفي والانفعالي. (عبد الرحمن سيد سليمان، 1994، ص 405-406)

ويضيف حسين عبد القادر وحسين سعد الدين **1994** موضحين أن السيكودراما أداة اسقاطية في تصميمها، حيث أن السيكودراما واحدة من تشكيلة تباينات يتخذها النمط الكيفي الواحد لكل العلاقات النفسية في متصل يمضى من الأعماق اللاشعورية للفرد إلى أفعاله الصريحة مع الآخرين وبينهم. (سعيد عبد الرحمن محمد، 2004، ص11)

ويعرف حامد زهران (1995) السيكودراما بأنها أسلوب علاجي نفسي قائم على نشاط المرضى وهي عبارة عن تصوير مسرحي، وتعبير لفظي حر، وتنفيس انفعالي تلقائي، واستبصار ذاتي في موقف جماعي. (حامد زهران، 1995، ص 314-315)

ويعرف "وولمان" **woolman 1973** السيكودراما بأنها أسلوب من الأساليب الاسقاطية، كما أنها بالإضافة إلى ذلك تعتبر شكل من أشكال العلاج النفسي الجماعي، وفيه يطلب من الشخص أن يمثل مواقف ذات مغزى في حياته في حضور أشخاص آخرين يمثلون الانوات المساعدة auxiliary Egoes وفي حضور المعالج، وكل عضو من أعضاء هذه الجماعة له وظيفة محددة المعالم، ومصممة كي تساعد العميل على فهمه لنفسه، وتمثيل دوره بصورة تلقائية مما ييسر له فهم ذاته (**Woolman, benjamin b,1973,36**)

ويعرفها "جرين بيرج" **Greenberg 1974** بأنها طريقة جماعية للعلاج النفسي أساسها المسرح وارتجال المواقف الدرامية بناءً على موضوع يقترحه أفراد الجماعة من الراشدين أو الأطفال الذين يشكون من اضطرابات نفسية أو عقلية متماثلة، ويشترك المعالج النفسي عادة في أداء الأدوار ويقوم في الوقت نفسه بتوجيه الممثلين وتحليل سلوكهم (**Greenberg,1974,28**)

ويعرفها ستار **Starr 1977** بأنها شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يستخدم التمثيل لمعاونة المريض في حل مشكلاته، وعن طريق المساعدة التي يقدمها الموجه، يجسد act out المريض المواقف والعلاقات التي تشكل بالنسبة له أسباباً لإضطراب سلوكه (**Starr,Adaline,1977,22**) ويعرفها جابر عبد الحميد وعلاء كفاقي **1993** بأنها أسلوب في العلاج النفسي طورها "مورينو" J.L.Moreno حيث يتوصل المرضى إلى استبصار جديد بمشكلاتهم، وحيث يغيروا الأنماط السلوكية الخاطئة عن طريق التمثيل التلقائي لمواقف الحياة. وهذه العملية تتضمن :

(أ) المريض الذي يمثل مشكلاته الانفعالية وعلاقاته الشخصية بالآخرين

(ب) أنوات مساعدة auxiliary egos تلعب أدواراً مساعدة ومساندة تمثل أفراد مهمين في المواقف الدرامية

(ج) المعالج الذي يرشد هذه العملية ويقوم الجلسة التفسيرية حين تتم.

وتستخدم أساليب خاصة لتقديم العلاج ومن بينها تبادل الأدوار ومناجاة النفس، وتمثيل الأحلام والمسرحية التتويمية. وهذ الطريقة تقوم على مسلمة أن تمثيل الدور يتيح للشخص أن يعبر عن الانفعالات التي تشفيه وان يواجه الصراعات العميقة في بيئة محمية نسبياً في المرحلة العلاجية ومن التتويجات الشائعة جماعات الاسر حيث تمثل المواقف المنزلية الصعبة. (جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفاي، 1993، 3062-3063)

ومن خلال التعريفات والمفاهيم السابقة للسيكودراما يمكن أن نضع نقاط أساسية تتمحور عليها هذه الفنية :

(أ) أن السيكودراما تعتمد بشكل كبير على التلقائية والعفوية والإرتجال في العلاج من حيث أنها تعتمد على خاصية التمثيل الجسدي كلغة عالمية إنسانية مشتركة

(ب) أن السيكودراما تعتبر تقنية إسقاطية وفضاء معبري لكل الانفعالات والمكونات النفسية والمعرفية التي يمكن للمريض أن يعبر عن نفسه من خلالها

(ج) تعتبر السيكودراما علاجاً يعتمد على العمل الجماعي بين مدير الجلسة والأنوات المساعدة والمريض مما يجعلها نوعاً من أنواع العلاج الجماعي

2.2. أهداف السيكودراما: يرى (أحمد كمال البهنساوي 2016) أن السيكودراما

كأسلوب من أساليب تعديل السلوك الإنساني تهدف إلى إعادة توجيه الفرد ومساعدته على تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي من خلال تدريبه على تطوير قدراته الاجتماعية والتواصلية.

2.3. الفرق بين السيكودراما التحليلية والسيكودراما المورينية: يكمن الاختلاف بين

السيكودراما التحليلية والسيكودراما المورينية فيما يخص العناصر العلاجية. إذ تعتمد

السيكودراما التحليلية التي تأثرت جزئياً بأعمال جايكوب مورينو (MORENO J.) مؤسس العلاج بالسيكودراما، على العناصر التالية في مسار العلاج:

- **مكان المدير العلاجي:** المعالج يحافظ على نوع من المسافة وموقفه الحيادي. عند وصول المتعالج يطلب منه الدور الذي يرغب في لعبه. العميل هنا يقترح ويحكي مشهداً والذي يحاول المعالج عبر أسئلته التوضيحية فهم الموقف حتى يضعه في فضاء وزمن مناسبين، ثم يوزع الأدوار على الأنا والمساعدين (3 أو 4)، تلعب المشهد تحت ملاحظة المعالج الذي يوقف اللعب ليفسر دينامية اللعب اللاشعورية أو يوضح موقفاً معيناً. ومن جديد يطلب من العميل أن يلعب مشهداً آخر، وتتكرر اللعبة إذ قد تصل إلى 3 أو 4 مشاهد بنفس الدينامية، في 30 دقيقة.

- **التأويل:** التفسير هو نواة العلاج بالسيكودراما التحليلية وذلك من خلال تفسير المشاهد المختارة للعب وقد يتجاوز التفسير عدد المشاهد الممثلة في جلسة واحدة.

- **الشخصيات / العميل:** يتموضع العميل أمام 3 إلى 4 من الأنا والمساعدين والمعالج ويعتبر العميل المسؤول الأول على اللعب الدرامي حتى أنه سيلاحظ كيف تلعب الشخصيات المساعدة مشهده وكيف تترجمه.

الأنا المساعد / المساعد المعالج: من المحظور على المعالج المساعد أن يلمس العميل أو العكس فهو اختراق للإطار التحليلي. (بوعلاقة، 2020، ص 51-52)

4.2. نبذة تاريخية عن تطور أسلوب السيكودراما وطبيعتها كطريقة من طرق العلاج النفسي:

إن للسيكودراما علاقة وثيقة بكل من الدراما "التمثيل" والعلاج الفردي فمنذ عام (1909) أصبح "مورينو" مهتماً في علاجه لأطفال مدرسة فيينا بأن يطلب منهم أن يقوموا بتمثيل مسرحيات قصيرة (من فصل واحد تقريباً) كتبت لهم خصيصاً وكانت تدور حول مشكلات سلوكية متنوعة ومتباينة.

وعلى الفور كان الأطفال يحضرون بشكل تلقائي أدوات لعبهم الخاصة بهم، والتي كانت إلى حد كبير ذات صلة مباشرة وتمثل في أثناء لعبهم بها خبراتهم الفردية، ويبدأون في جلسات السيكودارما، كما طبق "مورينو" هذا النوع من التمثيل الارتجالي impromptu playing أيضاً على الكبار الراشدين في مسرحة التلقائي (أو المسرح الذي يقدم فيه تمثيلاً يعتمد على التلقائية Theatre of spontaneity وكان ذلك عام 1922). (عبد الرحمان سيد سليمان، مرجع سابق، ص 398)

2.5.الأصول النظرية للسيكودراما المورينية:

لقد اشتق مورينو فلسفة أسلوبه من نظريات الدراما (خاصة نظرية أرسطو) هذا من ناحية، ونظريات علم النفس السابقة عليه والمعاصرة له (لاسيما نظرية التحليل النفسي) من ناحية أخرى لكنه طوع المفاهيم التي استخدمها لمقتضيات أسلوبه المبتكر.

وعلى سبيل المثال يرى جرينبرج (Greenberg,1957) أن مفهوم التطهير (Catharsis) الذي اشتهرت به نظرية أرسطو في الدراما اكتسبت عند مورينو بعداً جديداً، فأصبح لا يشمل المتفرجين فحسب بل يشمل الممثلين والمتفرجين في وقت واحد.

كما أن (مورينو، 1956) يتحدث عن عصاب الطرح Transference Neurosis في معرض تحليله للعلاقة بين المعالج والمريض، كما يتحدث عن اللاشعور Unconscious أثناء تحليله لأحلام المرضى.

ويرى الكثير من الباحثين أن معظم المصطلحات التي يستخدمها مورينو وتلاميذه تنتمي إلى مدرسة التحليل النفسي، غير أنهم استخدموا أيضاً بعض المصطلحات التي تنتمي إلى المدرسة السلوكية مثل الخبرة وتعديل السلوك، بعض المصطلحات التي تنتمي إلى المدرسة الوجودية مثل هنا والآن. (عبد المجيد جمعة، 2005، ص13)

6.2. عناصر السيكودراما المورينية:

تتكون السيكودراما المورينية من العناصر التالية:

1.6. الشخصية المحورية (بطل الرواية) أو المريض Patient Subject:

وهو الذي يقوم بالدور الرئيسي على خشبة المسرح، والمطلوب منه هو ان يكون هو نفسه وأن يصور عالمه الخاص، وليس المطلوب أن يكون ممثلاً actor، لأن الممثل مجبر على التخلي عن شخصيته الحقيقية لكي يتقمص الدور الذي حدده له مؤلف المسرحية. وللمريض (البطل) مطلق الحرية في أن يعبر عن نفسه كما يريد وله أن يقول أو يفعل كما يخطر بباله دون قيود، وهذا هو معنى التلقائية، ويشمل هذا التعبير عن النفس بالوسائل اللفظية وغير اللفظية على حد سواء، وهو ما يعرف بالتنفيس عن طريق التمثيل Acting out (إبراهيم، 1994، ص15)

2.6. المخرج (المعالج): Director Therapist

ويستعمل اصطلاح المخرج هنا للإثارة أي المعالج النفسي والذي يقوم بالوظائف التالية:

- مسؤول عن إعداد المسرح للحدث الدرامي، والإشراف على تجهيز الموسيقى، والإضاءة والديكور
- مسؤول عن تحويل قصة المريض (البطل) التي يسردها على المجموعة إلى حدث درامي تفصيلي بما يتضمنه من بعض الحوارات وكذلك سيناريو الأحداث، والمسؤول عن تحويل البناء الدرامي للمشكلة وتحويلها إلى قصة تمثيلية.
- مسؤول عن تحريك الممثلين والبطل على خشبة المسرح من حيث التوجيه ومساعدة الممثلين على الفهم والوصول إلى درجة الإحساس بما يقومون به من أدوار.

-وظائف علاجية من حيث مقابلة المرضى الذين يرغبون في العلاج ومساعدتهم على فهم أنفسهم وكذلك إعداد المجموعة للعلاج السيكودرامي، وكذلك اختيار البطل (المريض) الذي يقدم المشكلة

في كل حلقة علاجية، كما أنه مسؤول عن تحديد نوعية الأساليب العلاجية المستخدمة في العلاج (غانم، 2003، ص129-130)

3.6. فريق المعالجين المساعدين (الأنوات المساعدة): Auxiliary Egos
(الأنات المساعدة) ويطلق هذا المصطلح على الشخص الذي يشارك في العلاج السيكوDRAMي بهدف مساعدة البطل (المريض) في الاستبصار بمشاكله. والأنات المساعدة شخصية هامة تلعب دوراً في حياة البطل، لذا تتنوع وتتعدد أنواعها ما بين شخصية الوالد أو الوالدة أو أحد المدرسين، وباختصار يمكن أن يكون الأنات المساعدة شخصية هامة أو ثانوية في حياة البطل (غانم، 2003، ص130)

ويرى (غريب ، 1999، ص18-19) أن لهؤلاء المعالجين المساعدين (الأنوات المساعدة) ثلاث وظائف رئيسية، منهم ما يقومون بما يلي :

أولاً / يقومون بدور الممثلين الذين يصورون الشخصيات الهامة في عالم المريض.

ثانياً / يقومون بدور علاجي حيث يهتمون في توجيه المريض وحل مشكلاته.

ثالثاً / يؤدون وظيفة الباحث الاجتماعي حيث يجمعون المعلومات اللازمة عن الحالة وتاريخها والظروف المحيطة في بها، وحينما يختار المريض الأنوات المساعدة التي تقوم بتمثيل الشخصيات الهامة في حياته فإنه يراعي التشابه الذي لابد من وجوده بين تلك الأنوات المساعدة والشخصيات التي سوف تلعب دورها، وليس من الضروري أن يكون هذا التشابه من حيث رؤية المريض الذاتية للشخصيتين فقد يختار المريض رجلاً صارماً لتمثيل دور أمه التي كانت تتسم بالتسلط والاستبداد.

من هنا فأن اختيار المريض لتلك الأنوات المساعدة يمكن أن تكون بداية الخيط الذي يوصل المعالج لفهم المشكلة الحقيقية للمريض.

4.6. الجماعة The Group أو الجمهور Audience:

وهو مجموعة الحاضرين أو المشاهدين، وهو يعمل الجوقة (الكورس) في المسرح الكلاسيكي، فهو يمثل الرأي العام بالنسبة للمريض، حيث إن استنتاجاته أو تعليقاته (والتي تتراوح بين الضحك أو المزاح اللطيف والاجتياح العنيف) تعكس مدى قبول المجتمع أو رفضه لما يصدر عن البطل (المريض) من قول أو فعل، وكلما كان شعور المريض بالوحدة طاغياً اشتدت حاجته داخل الجلسة إلى جمهور يفهمه ويتقبله. ومن ناحية أخرى فإن البطل (المريض) يصور أو يعكس ما يدور في نفوس الجمهور، فالجمهور يرى نفسه في المريض، ويرى في المريض نائباً عنه أو ممثلاً له، يعبر عنه وينطق باسمه (إبراهيم، 1994، ص16-17).

5.6. خشبة المسرح: Stage

وهذا المكان هو الذي يؤدي فوقه العلاج السيكودرامي، ولا توجد أي شروط معينة لهذا المسرح، ولا يوجد بشكله التقليدي إلا في أماكن التدريب، وإن كان البعض يفضل أنه يكون دائرياً، وأن يسمح بالحركة وأن يعلو قليلاً عن سطح الأرض، ويمكن أن يتم التغافل عن كل الشروط وصولاً إلى مكان ما يتم فيه ذلك (غانم، 2003، ص129) ويرى "مورينو" أن خشبة المسرح ليست ضرورية فمن الممكن أن تجري الجلسات السيكودرامية في أي مكان به المسترشدين (مستشفى، مدرسة، منزل،... إلخ) ولكن وجود خشبة المسرح يساعد على خلق الجو المناسب للجلسة، كما تساعد دور العبادة في يقظة العاطفة الدينية مع أن الصلاة جائزة في أي مكان (إبراهيم، 1994، ص17)

7.2. أساليب وفنيات السيكودراما المورينية:

يستخدم في التمثيل النفسي السيكودرامي عدد من الأساليب الخاصة، وضعت من أجل تقوية المشاعر وتكثيفها، وتؤدي إلى تنفيس العواطف، وتزويد فهم الذات. وجميع هذه الأساليب تستخدم أثناء مرحلة التمثيل، مما يساعد في نجاح عملية السيكودراما ولا يعد الأسلوب

المستخدم غاية في حد ذاته وإنما وسيلة لتعبير المشاركين بصورة تلقائية عن مشاعرهم

(السفاسفة محمد، 2003، ص 193)

ومن أشهر فنيات السيكدوراما المورينية وأكثرها استخداماً ما يلي:

1.7. أسلوب مناجاة النفس:

وفيه يتم مونولوج بين الشخص ونفسه عما بداخله من مشاعر وأفكار، ويكون دور المعالج هنا هو مساعدته على إخراج ذلك في صورة لفظية، وهو أسلوب مفيد في إبراز المسافة بين الإدراك الحسي للمريض والأحداث الفعلية في العلاقات بين الأشخاص وهو يسمح للمريض وشريكه في الحياة ليسد الثغرة التي بينهما (غريب، 1999، ص 22)

2.7. أسلوب تقديم الذات: Technique of self realization

وفيه يقوم المريض أو بطل المسرحية بتقديم نفسه وأسرته وأخوته... إلخ، فمثلاً يقوم المسترشد أو بطل المسرحية بلعب دور أخته ويقوم بتوضيح استجاباته. وبذلك فإن هذا العرض يعطي المرشد وأفراد المجموعة صورة واضحة حول كيفية إدراك المريض لأخته، وإدراك أخته له (السفاسفة، 2003، 194)

3.7. أسلوب إدراك الذات: Technique of sel realization

وتقوم الشخصية المحورية (المريض) بتمثيل مواقف معينة من حياتها بمساعدة الذوات المساعدة (باقي الجماعة) وفيها يعتقد المريض أنه كان " هيتلر " مثلاً، ثم سقط هذا البناء المضطرب فتكون الذوات المساعدة بمثابة قابلات يساعدون الشخصية المحورية في الموقف السيكدورامي وحين يكتمل الطفل المضطرب يساعدون في ولادته (أي ولادة النمط السوي من الشخصية)

4.7. أسلوب البديل: Double technique

ويستخدم عند تغلغل النزاعات والاضطرابات التي يعاني فيها على مستوى الذات، فيتم وضع ذات مساعدة بجانب المضطرب تتفاعل معه، كما لو أنها هي الذات المريضة بعينها وتقوم بالتمثيل معه، أو حتى التحدث بدلاً منه، وعلى المستوى المادي فهي تجعل منه اثنين وتساعده في الوصول للحل (غريب، مرجع سابق، 23)

5.7. فنية عكس الأدوار: Role Reversal technique

وفيه يتم عملية قلب الأدوار بين الأشخاص الذين يعانون من التشوش في إدراك الشخص الآخر، مثلاً عندما تضطرب العلاقة بين الطفل وأبيه أو بين الطالب ومعلمه....، وبهذا يتم التفاعل بينهما ويتم تصحيح شكل العلاقة وهو يستخدم مع الأطفال في سن ما قبل المدرسة لجعلهم اجتماعيين (شحاتة، 1999، 44)

6.7. فنية المرأة: Mirror technique

ويستخدم هذا الأسلوب حينما يكون المريض عاجزاً عن التعبير عن نفسه بالكلام وبالفعل يتم وضع ذات مساعدة أو أنا مساعدة في جزء خاص من سلوك المريض في موقف سيكودرامي ويبقى المريض أو الطفل المضطرب وسط باقي المشاهدين من المرضى وتستمر الأنا المساعدة في تمثيل دور المريض بكل أبعاده ومشكلاته حتى المعالج يناديها باسم المريض (الشخصية المنتحلة) فترى الشخصية نفسها بعين رأسها. (عبد الرحمن سيد سليمان، مرجع سابق، ص 432-433)

7.7. المقعد الخالي Empty chair: وفي هذا الأسلوب يتم إحلال مقعد بدل من شخص ما في الحدث الدرامي ولا شك أن هذه الفنية تتيح للبطل الحرية في التعبير والصراخ والغضب أي حب العدوان على الآخر (غانم، مرجع سابق، 133)

03- العلاج الجماعي

لمحة تاريخية حول العلاج الجماعي :

بالرجوع الي تاريخ لابد أن نبدا عند اتجاه التحليل النفسي وما أخذ عليه من ملاحظات مثل طول فترة العلاج، التكاليف الباهظة، وعدم توفر المحللين المتمرسين، وحاجة المعالجين إلى خبرة وتدريب طويلين، ثم عدم إقتناع البعض بفاعلية هذا الإتجاه، جميع هذه الأمور دفعت الأخصائيين أثناء وبعد الحرب العالمية الثانية حيث ازداد وبشدة عدد مرضى العصاب إلى استخدام العلاج النفسي بصورة جماعية، وقد ساعد على ذلك تشابه عدد كبير من مشكلات الجنود، واعراضهم المرضية، وكذلك ظروف حياتهم في المعسكرات، وفي الحرب، وهذا ما ساعد أيضا الباحثين على إجراء تجاربهم حول العلاج الجماعي (محمد خير الزراد، 1984، ص 120).

ويؤكد Rotto (1989) بأن العديد من الشواهد التاريخية تدل على أن العلاج النفسي الجماعي، هو من نتائج الحرب العالمية الثانية، وذلك عندما طلب السيكولوجيين الاكلينيكيين في المؤسسات العسكرية، بسبب العجز في أفراد الفئات الأخرى أن يقوموا بالعلاج النفسي الجماعي، وقد تكون مثل هذه الجماعات في السجون، ومراكز النقاهاة، والمستشفيات، ومراكز التدريب، وكان يطلق على هذه الاجتماعات في معظم الأحيان (جلسات التذمر أو الشكوى)، إذا كان الافتراض الأكثر شيوعا هو أنه إذا استطاع المرضى أن يتخلصوا من عداوتهم المكتوبة بالتعبير أو التحدث عنها، فإنهم يصبحون أقل عداوة لمطلب السلطة، أو أكثر إدراكا لها (أحمد الداهري، 2005، ص 176).

يمكن أن يارخ العلاج النفسي الجماعي منذ عام (1905) حين عمد (Pratt) إلى إدخال طريقة علاجية، حديثة في حينه، طريقة الصفوف العلاجية. وقد طبق Pratt هذه الطريقة على مرضى السل، فكان يجمعهم في مجموعات تشبه الصفوف المدرسية ويكتشف المشاكل التي يعانيها أعضاء الصف ليعمد بعد ذلك إلى علاجها بشكل جماعي (أحمد النابلسي، 1991، ص 177).

ومع حلول سنة (1920) والتطورات العديدة التي واكبت تلك الفترة، نضجت فكرة علاج المجموعة في أذهان العديدة من المعالجين ممن وجهوا جهودهم للعلاج الجماعي، ومن أهم هؤلاء المعالجين وأكثرهم أثرا في علاج المجموعة تذكر: كلايمان، شيندلير، لاوو، ألتشولير (Klapman، Altschuler، Low، Schindler).

والواقع أن التحليل النفسي قد ساهم مساهمة هامة في علاج المجموعة، فهو وإن لم يعتمد تقنية العلاج الجماعي آن ذلك إلا أنه ناقش هذا الموضوع مناقشة نظرية على درجة كافية من الأهمية. أيضا الجشتالت ساهموا في هذا المجال، إذا عمد Kert Lewin (1940) إلى تطبيق مبادي علم النفس الشكل الجشتالت في العلاج الجماعي، و Lewin هو الذي أدخل دينامية العلاج الجماعي. وفي العام (1947) نشر Lewin طريقة التشخيص النفسي الجماعي. وهي طريقة لا تزال منيعة لغاية اليوم. (أحمد النابلسي، 1991، ص 177-178).

ان تاريخ العلاج النفسي الجماعي يزخر بالعديد من أسماء الأقطاب الذين يرجع لهم فضل للتطوير، والإبداع، والإبتكار، وإعادة التنظيم المتغيرات المقاهيم، والأفكار، والمناهج، والأساليب العلاجية المختلفة. ويفوق عدد الأعلام ذوي السبق في الإسهام في تطوير العلاج النفسي الجماعي عن تسع وعشرون منذ (1895) مع ليبتون، وتريبليت (1897)، وبرات (1905-1930)، وأدлер (1919-1960)، ومورينو (1931-1959)، وليقين (1935)، ويالوم (1975)، وجازدا (1985)، وغيرهم (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص 19).

2.3 تعريف العلاج الجماعي:

تعرفه إجلال محمد سري على انه علاج عدد من المرضى، الذين تتشابه مشكلاتهم، واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة، ويستغل أثر الجماعة، في سلوك الأفراد، من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم البعض. وبينهم وبين المعالج، أو أكثر من معالج، مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب، وتعديل نظرتهم إلى أمراضهم. (حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص 189)

أما أنجلس" فيعرفه عن طريق، وصف طبيعة الجماعة نفسها، ففي رأيه أن أي جماعة يتوحد الفرد واياها، أو يقارن الفرد نفعه بها، ويتقصد الجماعة، لدرجة أنه يتبنى معاييرها، واتجاهاتها وأنماط سلوكها، كما لو كانت معاييرها هو، فتصبح هذه الجماعة، هي جماعة المرجعية، حيث يرى نفسه منتمية إليها، وليس من الضروري أن تكون هذه العضوية، عضوية حقيقية، حيث يمكن أن يوجد لشخص واحد، أكثر من جماعة.

يعرفه فيطم (1993) العلاج النفسي الجماعي ما يلي: لقد ظهرت عبارة العلاج النفسي الجماعي عند مورينو (1932) ليعبر بها عن أسلوب علاجي يجمع بين تكتيك توزيع الأدوار أو المهام، وبين تكتيك العلاج التلقائي أو المباشر، ورأى أنه يمكن تحسين الأحوال الاجتماعية تلقائياً نتيجة للتفاعلات بين أعضاء الجماعة. (أحمد الدايري، 2005، ص 174-175)

أما مدحت عبد الحميد أبو زيد (2008) فهو يعرف العلاج النفسي الجماعي كما يلي: "هو علاقة نفسية اجتماعية حوارية تفاعلية بين عدد من الأفراد، ومعالج أو أكثر وقد يكون هؤلاء ألف ا رد مرضى، أو مضطربين، أو شواذ، أو جانحين، وقد يكونوا أطفالاً أو مراهقين، أو راشدين، أو مسنين، وقد يكونوا ذكورا أو إناثا، أفرادا أو عائلات، وتكون هذه الجماعة إما صغيرة أو متوسطة أو كبيرة الحجم، وقد تكون متجانسة أو غير متجانسة وفقا لمستويات حدة مشكلاتهم وكثافتها، وتختلف طبيعة العلاج وفق طبيعة الاضطرابات و النظرية والأسلوب العلاجي، ومهارة المعالج، ونضج الجماعة، ودافعيتها وذلك من خلال تحقيقا لأهداف الجلسات العلاجية، التي قد تطول أو تقصر وفقا للخطة العلاجية بغية التخلص من شكاوى الجماعة، وتعديل اتجاهاتها وسلوكياتها وزيادة استبصارها، ونموها، واتجاهها نحو التغير الايجابي بعد حل الصراعات واحداث التوافق.

(عبد الحميد أبو زيد، 2008 ، ص 19)

ومن خلال هذه التعريفات يمكن تعريف العلاج الجماعي على أنه عبارة عن مناقشة جماعية، لها قيمة علاجية، يشترك فيها أكثر من مريض، في وقت واحد، ويعرفه جيمس دريفر " بأنه أسلوب

من العلاج الجماعي، أو التجمعي، المجموعة من الأفراد كما يحدث في السوسيوودراما، والسيكودراما (العيسوي، 1997ص97).

3.3 مجالات استخدام العلاج الجماعي: يرى (عبد الحميد، 2001) أن العلاج الجماعي

يمكن استخدامه مع مختلف المراحل العمرية، أطفال ومراهقين وراشدين، ويمتد من معالجة الفرد إلى معالجة الأسرة ومختلف الصعوبات التكيفية والمهنية وكذلك الحالات الانحرافية والادمان وحالات الانطواء والانعزال والخجل والاكتئاب.

الفصل الثاني: الإطار المنهجي للدراسة

منهج الدراسة: منهج شبه تجريبي

الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من الخطوات الهامة والرئيسية في البحث علمي، فمن خلالها يتعرف الباحث على المكان الذي سيقوم فيه ببحثه ومدى امكانية اجرائه فيه وقابليته لتطبيق المناهج والادوات المطروحة للدراسة، لذلك فأول ما قمنا به هو الاعتماد عليها ذلك لما لها من أهمية في ضبط متغيرات البحث وتحديد فرضيات الدراسة وقد سمحت لنا أيضا بالتعرف على المحيط العام داخل المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية وكذا التقرب من المنخرطين فيها والتعرف أيضا على الأشخاص الذين يقصدون المؤسسة لطلب الاستشارات النفسية، كما سمحت لنا الدراسة الاستطلاعية بتحديد عينة الدراسة بشكل دقيق من خلال ارشاد الاخصائي النفسي في المؤسسة وتم التأكد من العينة من خلال مقياس القلق الاجتماعي وهذا عن طريق تطبيق المقياس على أكثر من حالة من الحالات التي عرضها علينا الاخصائي اين تمكنا من تحديد العينة بدقة وكذلك قمنا بتحديد المجموعة العلاجية الأنسب.

تمت الدراسة الاستطلاعية بالمؤسسة الاستشفائية لطب الأمراض العقلية بأولاد منصور - المسيلة لقد تعرفنا على المرضى بمساعدة الاخصائي النفسي آعمر يحيى عز الدين، كما قمنا بالتعريف بأنفسنا وبدورنا والهدف من العمل معهم وقد لاقينا تقبلا من بعض المرضى عكس المرضى الآخرين، ومن هنا قمنا باختيار حالات الدراسة، وبعد اطلاع مجموعة البحث بان بحثنا هدفه علمي بحث وان كل المعلومات التي سيعطونها اياها تخضع للسرية التامة تمكنا من ضبط شروط اختيار مجموعة البحث الخاصة بنا وهي كالآتي:

- ان يكون طالبا جامعييا بحيث ان الطلبة الجامعيين أكثر عرضة لمثل هذه الاضطرابات.

- ان تشترك الحالات في نفس الخصائص لتفادي متغيرات أخرى غير مدرجة ضمن متغيرات الدراسة.
- ان يكون قد تم تشخيصه باضطراب القلق الاجتماعي من قبل اخصائي نفسي لكي نستغني عن المقابلة التشخيصية المعمقة بالاستناد الى تشخيص الاخصائي وكذا نتائج المقياس.
- ان لا يكون مصابا بأمراض متعلقة بالجهاز التنفسي او مخارج الأصوات للتأكد من عدم تأثيرها في شدة الاضطراب.

أدوات الدراسة:

• مقياس القلق الاجتماعي:

أعد هذا المقياس رولين ووي (Ruolin wee) 1994 وذلك لقياس الرهاب الاجتماعي والقصور في العلاقات ويتكون المقياس من (36) عبارة، ويوجد أمام كل عبارة اختياران هما “ نعم ” و “ لا ” ويطلب من المفحوص أو المفحوصة أن يختار واحدة منهما والتي تتفق مع مشاعره وتصرفاته في مواقف الحياة المختلفة، ويصلح هذا المقياس للتطبيق على الأفراد بدءاً من عمر (12) عاماً، ولقد قام بترجمته إلى اللغة العربية “ مجدي محمد الدسوقي ” في البيئة المصرية، ولقد وضع للمقياس تعليمات بسيطة تتضمن أن يجيب المفحوص أو المفحوصة عن كل بند بإجابة واحدة من بين اختيارين هما “ نعم ”، “ لا ” ويعطى للمفحوص أو المفحوصة درجة واحدة إذا كانت الإجابة “ نعم ” وصف ا ر إذا كانت الإجابة “ لا ” مع ملاحظة أن العبارات التي تحمل الأرقام (7، 14، 16، 17، 27، 28، 33) تصحح في الاتجاه العكسي، ويستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص أو المفحوصة علي المقياس، والدرجة المرتفعة تشير إلى أن الفرد يعاني من الرهاب الاجتماعي والعكس صحيح. (سامية ابريغم، ص46)

(للتحقق من صدق المقياس يرجى التحقق من المرجع المستعمل)

• بروتوكول العلاج بالسيكودراما:

قمنا بإعداد برنامج علاجي بالاعتماد على البروتوكول المستعمل في دراسة جودة (2015) وتم التصرف فيه بالاستناد الى ما تم التطرق له من خلال المراجع المستعملة في الإطار النظري للدراسة ومن خلال محاضرات الأستاذة بوعلاقة فاطمة الزهراء في مقياس العلاجات النفسية، ومن خلال ذلك جرى اعداد البرنامج بما يتناسب مع الدراسة الحالية، حيث قمنا بتطبيق جلسات السيكودراما على الحالة من خلال (05) جلسات علاجية بواقع ساعة لكل جلسة وتحتوي الجلسات على أربعة محاور وهي:

الإحماء: هي عبارة عن تمارين متنوعة تعتمد على مهارات المخرج والقائد تهدف إلى المساعدة في التخفيف من القلق والتوتر والعمل على الاسترخاء. وتمارين تعتمد على التقليد واستخدام الجسد لزيادة التلقائية والعفوية وترفع من جاهزية المجموعة.

الحدث: هنا يتم التحدث عن الأحداث القديمة أو الحديثة للفرد من خلال تقنيات يحددها البطل، ومن ثم الدخول في الحوار الذاتي للوصول إلى صورة أعمق وأكثر وضوحاً للموضوع، والوصول إلى موقف أكثر تأثيراً، ويتم اختيار الأنوات المساعدة له، وتقنية لعب الأدوار هي أهم التقنيات المستخدمة في هذه الجزئية.

المشاركة: يجري هنا مساعدة الفرد البطل من طرف الانوات المساعدة من خلال خبراتهم وطريقة حل مشكلاتهم الخاصة المشابهة لموقف البطل من خلال تفريغ مشاعره مع المجموعة المشاركة بتوجيه من المخرج.

عملية الإغلاق: يقوم هنا المخرج بعمل تمرين للتعبير عن رأي الفرد ومشاعره في الجلسة وعمل تغذية راجعة لهم اين يتم تقييم الجلسة من حيث نقاط القوة والضعف والتعرف على مدى تأثير البطل بالجلسة العلاجية.

• بروتوكول العلاج الجماعي:

الخلفية النظرية للبروتوكول العلاجي الجماعي

اعتماداً على بعض النظريات في علم نفس الجماعة، قمنا في تعديل هذا البروتوكول تماشياً مع مبادئ العلاج النفسي الجماعي، والذي يقوم على:

-تحديد أعضاء الجماعة العلاجية من خلال محكين رئيسيين:

1-أن يكون لدى المريض الرغبة والدافعية العلاجية للالتحاق بالجماعة والالتزام والتقيّد بنظامها.

2-أن تتم عملية اختيار المرضى كأعضاء في جماعة بطريقة متوازنة بحيث يكون لهم نفس المشكلة (عيسوي، 1984، ص 218)

-كما اتبعنا في هذا البروتوكول خطوات العلاج النفسي الجماعي التي حددها كل من (هولاندر وكازاواكا) والتي تأتي في عدة نقاط منها:

1-اختيار أعضاء الجماعة العلاجية، على أن تكون درجة التجانس مختلفة حسب المشكلة وطبيعتها.

2-أن يكون للجماعة العلاجية هوية خاصة بها، والعمل على جذب اهتمام الأعضاء لتكوين الجماعة.

3-وضع أسس وقواعد عامة لتنفيذ المشاركة وتبادل الخبرات بين الأعضاء.

4-التحرك ضمن إطار سلوكي معين يحكم علاقة الجماعة العلاجية وتفاعلهم مع بعضهم البعض.

5-أن تصبح نظرة أعضاء الجماعة تفاعلية وذات توقع إيجابي تجاه السلوك الصادر من كل عضو.

6-إعداد نموذج للتغيير والعمل على تنفيذه من خلال النقاط التالية:

أ-أن يتم تحديد السلوك الذي ينبغي تعديله.

ب-أن يتم عمل برنامج التغيير وتنفيذه عند الحصول على المعلومات اللازمة.

ج-تقييم الجماعة العلاجية عن طريق البيانات والمقاييس اللازمة (ملیكة، 1994، ص 151-152)

وتم الاعتماد على هذا البروتوكول المستعمل في دراستنا بعد اقتباسه من دراسة بعنوان "دور العلاج النفسي الجماعي في تعديل السلوك العدواني لدى الأحداث الجانحين" (راحيس براهيم، 2019)

مع إجراء بعض التعديلات عليه لكي يتناسب مع حالات دراستنا ومع اضطراب "القلق الاجتماعي"، مستندين على أهم النقاط:

-تعديل مواضيع الجلسات بما يتناسب مع الصعوبات والمشاكل التي تواجه الحالات المشخصة باضطراب القلق الاجتماعي

-تعديل أهداف الجلسات بحيث يستهدف البروتوكول العلاجي المواضيع التي تخص اضطراب القلق الاجتماعي

-استعمال الفنيات المناسبة لخصائص اضطراب القلق الاجتماعي

عينة الدراسة:

هي عبارة عن عينة قصدية تتمثل في طالين سنة أولى جامعي (السعيد - مراد) تتراوح أعمارهم بين (19-20) سنة، يعانون من مشاكل متعلقة بالخلل أثناء اللقاء وبعض الأعراض الأخرى التي تدل على إصابتهم باضطراب القلق الاجتماعي وهذا بالاستناد إلى تشخيص الاختصاصي النفسي بمستشفى الأمراض العقلية بأولاد منصور

الفصل الثالث: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

عرض نتائج الدراسة:

الحالة 01:

• عرض الحالة

"السعيد. خ" طالب جامعي سنة أولى طور ليسانس تخصص جذع مشترك علم الاجتماع الابن الأصغر لعائلة متكونة من الام والأب وأختين والاخ الكبير وهو مما ساهم في اصابته ببعض مشاكل الخجل والرهاب الاجتماعي نظرا لترتيبه في العائلة بحيث انه الأصغر من ناحية العمر ولا يسمح له بإدلاء رأيه في العديد من المواقف، تعود الحالة على هذا النمط من التواصل الى ان دخل الى الجامعة وتصادم مع حقيقة الدروس التطبيقية والعروض التقديمية داخل الحصص اين بدأ يكتشف مشكلته وقام فورا بزيارة الاخصائي النفسي بمستشفى الامراض العقلية بأولاد منصور و الأقرب الى مكان سكنه وتم تشخيصه باضطراب الرهاب الاجتماعي غير انه انقطع عن زيارة الاخصائي الى اليوم الذي طلبنا منه الحضور ومن هنا تم استئناف العملية العلاجية. الدرجة الكلية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق القبلي كانت 23 نقطة من أصل 36 بند وهذا يدل انه لا يزال يعاني من القلق الاجتماعي.

تم تطبيق برنامج علاجي جماعي مكثف متكون من (05) جلسات بعد الاخذ بموافقة الحالة وموافقة المجموعة العلاجية اين قمنا بجمع مجموعة من (05) أعضاء بما فيهم الحالة بحيث تم تطبيق المقياس على هؤلاء الخمسة بغية التأكد من تشابه الاعراض المتواجدة عند الحالة والجدول اسفله يبين مخطط جلسات العلاج الجماعي التي قمنا بها.

جدول يمثل مخطط سير جلسات العلاج الجماعي:

عنوان الجلسة	أهدافها	الفنيات المستخدمة	الأدوات المستعملة	زمن الجلسة
1/التعارف وبناء العقد العلاجي (مرحلة التدعيم الاجتماعي، والتعاقد)	- بناء الالفة بين المجموعة والباحث - تهيئة المجموعة والحالة خاصة للبرنامج العلاجي - الاتفاق على العقد العلاجي - ضرورة الالتزام به	- المناقشة الجماعية	- العقد العلاجي - ورقة - قلم	45-60 دقيقة
02/القلق الاجتماعي منظور المجموعة العلاجية	- التعرف على وجهة نظر المجموعة حول الاضطراب - محاولة تصحيح وجهة النظر والخروج بفكرة أكثر دقة حول القلق الاجتماعي	- محاضرة - واجب منزلي - قبل الجلسة - عصف ذهني	- أوراق - أقلام - مطبوعة - أسئلة - جهاز كمبيوتر	45-60 دقيقة
03/بعض المشكلات المرتبطة بالقلق الاجتماعي والمرحلة الجامعية	- التعرف على العلاقة بين ظهور القلق الاجتماعي بالمرحلة الجامعية - التعرف على بعض السلوكيات المرتبطة بالقلق الاجتماعي	- محاضرة - أسئلة - مناقشة جماعية	- جهاز كمبيوتر - صور	45-60 دقيقة

60-45 دقيقة	- مطبوعة تحتوي على عبارات توكيدية خاصة	- التنفيس الانفعالي - مناقشة جماعية	- تنفيس أعضاء المجموعة عن مشاعر الخجل والقلق وكذا الخوف من الانتقادات والتي تسبب القلق الاجتماعي من خلال تذكر السلوكات التي يقومون بها اثناء نوبات القلق	04/ استبصار المشكلة
60-45 دقيقة	- مقياس القلق الاجتماعي - شهادات شكر كهدية رمزية	- مناقشة جماعية - أسئلة	- التعرف على نقاط قوة وضعف البرنامج العلاجي - إعادة تطبيق مقياس القلق الاجتماعي للتعرف على فاعلية البرنامج.	05/ تقييم البرنامج العلاجي

بعد تطبيق مقياس القلق الاجتماعي تحصل الحالة (السعيد. خ) على 11 نقطة من أصل 36

بند

عرض سير الجلسات

الجلسة الأولى: التعارف وبناء العقد العلاجي

تماشيا مع قوانين التباعد الاجتماعي في ظل ظروف الكوفيد - 19 تم تحضير الكراسي بشكل دائري ومبتاعدي المسافة ثم بدأت الجلسة الأولى بالترحيب بأفراد المجموعة العلاجية والتي تكونت من (05) أفراد تم تشخيصهم بالقلق الاجتماعي ومن بينهم الحالة "السعيد" وتم شكرهم على الحضور، وبعدها أعاد الباحث التعريف بنفسه وبالهدف من تواجده مع المجموعة والمتمثل في تطبيق بروتوكول علاجي جماعي بهدف خفض القلق الاجتماعي الذي أثبت القياس القبلي ارتفاعه لديهم.

منح الباحث لكل فرد من المجموعة العلاجية فرصة تقديم نفسه بالتعريف عن اسمه وسنه وتخصصه الدراسي، وكذلك سبب تواجده في هذا المكان، وكان الغرض من هذا هو بناء الألفة بين عناصر الجماعة العلاجية وكذلك الباحث.

ثم تطرق الباحث إلى شرح موجز عن البرنامج العلاجي وأهدافه وذلك لغرض تهيئة المجموعة والحالة الخاصة "السعيد" للعلاج.

وتم الاتفاق على العقد العلاجي والذي تضمن مجموعة من الشروط المهمة:

- احترام مواعيد الجلسات والحضور في الوقت المناسب
 - التأكيد على سرية ما يتم تداوله خلال الجلسات
 - الالتزام بأداء الأنشطة والواجبات التي يتضمنها البروتوكول العلاجي
- وفي الأخير تم توزيع على عناصر المجموعة أوراق تضمنت مجموعة من الأسئلة المتمحورة حول القلق الاجتماعي، وذلك بغرض الإجابة عنها في المنزل وإحضارها في الحصة العلاجية التالية ومناقشتها.

الجلسة الثانية: القلق الاجتماعي من منظور المجموعة العلاجية

بعد الترحيب مرة أخرى بالمجموعة العلاجية وشكرهم على التزامهم بموعد الجلسة الثانية وكذلك التزامهم بالواجب المنزلي، تعرف الباحث عن وجهة نظر أفراد المجموعة حول اضطراب القلق الاجتماعي من خلال مطبوعة الأسئلة التي سُلمت إليهم في نهاية الجلسة الأولى.

وبعد قراءته لإجابات المجموعة دَوّن الباحث مجموعة من الملاحظات حول وجهات النظر الخاطئة حول الاضطراب وذلك بهدف تصحيحها والخروج بفكرة أكثر دقة حول الاضطراب.

ومن أجل تصحيح وجهات النظر الخاطئة، قدم الباحث محاضرة تعليمية موجزة عن اضطراب القلق الاجتماعي مستعيناً بالمراجع المستعملة في المذكرة وكذلك بعض المقاطع التعليمية المصورة التي تم عرضها على شاشة الحاسب المحمول. وكذا تم التعريف بالأعراض الدقيقة للاضطراب استعانةً بالدليل الإحصائي التشخيصي للأمراض النفسية DSM5.

وأخيراً تم تطبيق العصف الذهني في محاولة للبحث عن حل لمشكلة تم طرحها من قبل الباحث، وقد تمحورت حول الأسباب الممكنة التي من شأنها أن تزيد من حدة اضطراب القلق الاجتماعي، وتم توزيع قصاصات ورقية صغيرة وأقلام لأفراد المجموعة لتدوين أفكارهم واقتراحاتهم.

وتم انتهاء الجلسة بتحديد موعد آخر للجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة: بعض المشكلات المرتبطة بالقلق الاجتماعي والمرحلة الجامعية

بعد الترحيب بأعضاء الجماعة العلاجية إنطلق الباحث المعالج بإلقاء محاضرة حول مرحلة الحياة الجامعية وعلاقتها باضطراب القلق الاجتماعي مستعيناً بعرض مجموعة من الصور التي تم عرضها على جهاز الحاسوب والتي تعكس بعض المواقف الاجتماعية المقلقة كالتواجد بين مجموعة من الطلاب أو الجلوس في طاولة وسط القسم.

ثم تمت مناقشة جماعية حول المواقف المقلقة التي تسببها الحياة الجامعية لكل عضو من الأعضاء بحيث سأل الباحث كل عضو (مع التركيز على الحالة "السعيد") أن يعبر عن رأيه حول المواقف التي يقع فيها خلال المرحلة الجامعية والتي تثير فيه مشاعر الخوف والخجل والقلق، وقد تكلم كل عضو عن موقف أو أكثر يسبب له القلق والإزعاج.

ثم عرض الباحث فلم قصير على جهاز الحاسوب مدته أربعة دقائق، حيث وضح هذا الفلم بعض المشاكل المرتبطة بحياة الشخص الذي يعاني من القلق الاجتماعي وتمت مناقشة هذا الفيديو الذي احتوى على السلوكيات المترتبة عن المواقف الاجتماعية، كالتجنب والهروب، وسأل الباحث كل عضو عن هذه السلوكيات المترتبة بالقلق الاجتماعي، وقد عبر الجميع عن رأيه وتشابهت آراء الأعضاء في كل ما يخص هذه السلوكيات.

وبعد ان تعرف الباحث عن آراء أعضاء المجموعة العلاجية وبالأخص الحالة (السعيد) أنهى الجلسة مع تحديد موعد الجلسة التالية.

الجلسة الرابعة: استبصار المشكلة

تم افتتاح الجلسة بشكر أفراد المجموعة عن التزامهم بالعقد العلاجي ثم تطرق الباحث إلى التعريف بتقنية التنفيس الانفعالي لمجموعة العلاج، مع ذكر أهميتها في التقدم بالعلاج والخفض من شدة الاضطراب.

وقد حث الباحث على تشجيع الأفراد عن التعبير عن مشاعر الخجل والقلق، مع تذكيرهم أن هذه البيئة هي بيئة صحية تخلو من جميع أشكال الانتقادات التي من ممكن أن تسبب لهم أي نوع من القلق.

ثم طلب الباحث من الأعضاء أن يحاولوا التركيز لمدة خمسة دقائق والتفكير في أصعب المواقف الاجتماعية التي سببت لهم القلق، ثم طلب منهم التعبير عن مشاعرهم خلال هذا الموقف وكذلك الأفكار التي راودتهم.

وقد عبر كل عضو من الأعضاء عن مشاعر الخجل والخزي والقلق التي انتابتهم في مختلف المواقع الاجتماعية (التواجد بين مجموعة من الناس... التعرف على الأشخاص الجدد... زيارة الأقارب... إلقاء البحوث...)

ثم تم نقاش حول سلوكيات المواجهة و كذلك طريقة التعامل التي يقوم بها كل واحد منهم أثناء نوبات القلق، وتم التركيز على الحالة الخاصة "السعيد" في هذا النقاش والذي تشجع في الحديث والتنقيس عن انفعالاته بعد أن تكلم أفراد المجموعة الآخرين من قبله.

وفي الأخير تم توزيع مطبوعة تحتوي على عبارات توكيدية خاصة وُطلب من كل واحد منهم أن يردد هذه العبارات خلال الجلسة، كما أنه سُمح لهم الاحتفاظ بها وأخذها معهم. وتم انتهاء الجلسة مع تحديد موعد الجلسة التالية والأخيرة.

الجلسة الخامسة: تقييم البرنامج العلاجي

رحب الباحث بأفراد المجموعة التجريبية وشكرهم على حضور جلسات البرنامج والالتزام بمواعيده وعلى المساهمة في سير البروتوكول العلاجي، ثم ذكر الباحث أن آخر جلسة من البرنامج سيتم تخصيصها لتقييم مدى تحقيق البروتوكول العلاجي للهدف الذي صمم من أجله والمتمثل في خفض درجة القلق الاجتماعي لديهم.

ثم أعاد الباحث التذكير بسير ومحتوى الجلسات السابقة ومجرياتها، وكذلك التعرف على نقاط القوة والضعف في هذا البروتوكول. كما أنه اقام مناقشة جماعية حول أهم الصعوبات التي واجهت أفراد العلاج في الالتزام بهذا البرنامج.

وتم إعادة تطبيق مقياس القلق الاجتماعي للتعرف على فاعلية البروتوكول ومدى نجاحه أو فشله. وفي الأخير شكر الباحثين جميع الأعضاء المشاركين في هذا البرنامج، وتم تقديم لهم هدايا رمزية على شكل شهادات شكر كذكرى لمشاركتهم في البروتوكول العلاجي، ثم أعلن عن انتهاء الجلسة.

جدول ملاحظات حول جلسات العلاج الجماعي للحالة.

الجلسة	الملاحظات
الجلسة الأولى	- خلال الجلسة الأولى بدى الخجل والتردد المفرط لدى أعضاء الجماعة العلاجية وخاصة الحالة "السعيد" الذي تجنب الجلوس وجها لوجه أمام الباحث - أبدى أعضاء المجموعة تردداً في التعريف عن أنفسهم، إلى أن أشار الباحث إلى أحد الأعضاء وطلب منه المبادرة. - خلال تطرق الباحث إلى شرح البرنامج العلاجي وكذلك العقد أظهر المتعالجين المبحوثين اهتمامهم واصغاءهم التام لما يقول.
الجلسة الثانية	- اختار الحالة "السعيد" نفس المكان الذي جلس فيه بالجلسة الأولى متفادياً المواجهة المباشرة مع الباحث - من خلال مطبوعة الأسئلة التي سلمت للحالات في الجلسة الأولى أظهر الحالة "السعيد" معرفة دقيقة باضطراب القلق الاجتماعي، إذ كانت اجاباته تعكس اضطراره بهذا الاضطراب وأعراضه. - من خلال إجابة الحالة عن مطبوعة الأسئلة أبدى "السعيد" تشاؤماً فيما يتعلق بقابلية علاج القلق الاجتماعي إذ أجاب عن السؤال ب: لا أظن أنه يوجد علاج للقلق الاجتماعي - أثناء العصف الذهني كان الحالة "السعيد" هو أول من انتهى من تدوين أفكاره وقد كانت فكرته حول الأسباب التي قد تزيد من حدة اضطراب القلق الاجتماعي هي : "العائلة والناس"
الجلسة الثالثة	- في هذه الجلسة قرر الباحث أن يوزع كل عضو للجلوس على كرسي معين، وذلك ليجعل الحالة تجلس في المنتصف ومقابلاً الباحث

-بدأت على الحالة علامات التوتر والقلق عند جلوسه بمنتصف الدائرة ووجهها لوجه مع الباحث، ولطول ربع ساعة الأولى من الجلسة حول أن يصرف قلقه بنقر رجله على الأرض مرارا وتكراراً.

-سأل الباحث الحالة "السعيد" أولاً من بين أعضاء المجموعة عن المواقف المقلقة في الجامعة، وذلك ما زاده قلقاً وخجلاً

-بدأ الحالة في الحديث بعد أن ذكره الباحث أنه لا يوجد إجابة خاطئة أو صحيحة، وأن يتكلم بكل حرية كما سيفعل البقية في هذه المجموعة

-عبر الحالة عن أكبر المواقف الاجتماعية المقلقة في الجامعة بالنسبة إليه وكانت: "ركوبه في حافلة الجامعة (الكوس)، إلقاء البحوث، كونه محط أنظار لزملاءه كلما سألته أستاذ عن شيء، اضطرابه للجلوس بالامام في الحصص التطبيقية"

-أظهر الحالة تناغماً أكثر مع المجموعة العلاجية بعد أن عبر كل منهم عن المواقف التي تثير فيهم الخجل والقلق، وخاصة بعد أن تشابهت مخاوفهم مع مخاوفه

-كان الحالة بعد عرض الفلم القصير أكثر تجاوباً مع المناقشة الجماعية ومع أسئلة الباحث، وقد عبر عن رأيه في الفلم بتوتر أقل حدة من بداية الجلسة وقد عبر عن رأيه في الفلم بقوله : "صح انا واحد من الناس نحس روعي مرتاح في العالم الافتراضي كثر من الواقع"

-كان الحالة "السعيد" بالإضافة إلى أحد الأعضاء هو أول من التزم بموعد الجلسة الرابعة وأتى في الوقت المتفق عليه، كما أنه كان في وفاق مع العضو الآخر وجلسا في كرسيين متقاربين لبعضيهما قبل حضور الأعضاء الآخرين

-أظهر الحالة تجاوباً فعالاً مع تعليمات الباحث المُعالج أثناء تطبيق تقنية التنفيس الانفعالي

الجلسة الرابعة

-كان الحالة آخر من قام بالتنفيس عن انفعالاته وذلك بعد أن أصغى ملياً لما قاله الأعضاء الآخرين

-أبدى الحالة إثراءً ملحوظاً في تعبيره عن مشاعره والتنفيس عنها، إذ تحدث لمدة أطول مما تحدث من قبل، عن مختلف المواقف المقلقة (الحصص التطبيقية، البحوث، الاضطرار إلى التعامل مع الزملاء الجدد، التعامل مع الطالبات الإناث) وكذا الأفكار التي تراوده في هذه المواقف والتي عبر عنها بقوله : "أكثر حاجة تخوفني هي كيفاه الناس راها تشوف فيا"

-خلال المناقشة الجماعية حول سلوكيات المواجهة أثناء نوبات القلق أعرب السعيد عن احباطه بقوله "ماعنديش كيفاش نواجهه، نحشم ويبان عليا قدام الناس...وكي نعود في الكوس ولا ندير كيتمان (سماعات أذنين) ومانشوف في حتى واحد"

-تماشياً مع خصائص الحالة وطبيعة مخاوفه صمم له الباحث عبارات توكيدية خاصة به كما أنه أبدى سروره بشأنها وأسعده احتفاظه بها

-لوحظ على الحالة انسجامه مع باقي الأعضاء وكذلك الباحث المعالج

-خلال مناقشة مدى تحقيق البروتوكول العلاجي كان الحالة "السعيد" هو أكثر من زودنا بتغذيته الراجعة

-اثناء مناقشة الصعوبات التي واجهت افراد العلاج في الالتزام بهذا البروتوكول أعرب الحالة أن صعوبته تمثلت في تواجده مع مجموعة من الغرباء والحديث حول أموره السرية والشخصية ثم أعرب عن مدى امتتنانه لهذه التجربة، وهذا ما أكده بنفسه عندما قال : "كنت حاسبكم ماكش مؤهلين بصح بعدها لقيت فايده في هاذ العلاج"

-لوحظ على الحالة في آخر الجلسة مزاجاً أحسن من الجلسة الأولى وتناغماً أكثر مع الآخرين وكذلك جرأة أكثر في تواصله معهم، إذ انتهت الجلسة بتوديع كل واحد للآخر في جو ملؤه الشكر والعرفان.

الجلسة الخامسة

الحالة 02:

• عرض الحالة:

"مراد. ب" طالب جامعي سنة أولى ليسانس تخصص علوم إنسانية يبلغ من العمر 20 سنة الطفل الوحيد لوالديه الذين يعملان في قطاع الصحة، مما جعل منهما يشددان عليه الخناق من حيث انه يجب ان يجتهد في الدراسة لكي يلتحق بتخصص الطب مثل والديه الا ان ذلك التشدد أدى به الى اعتزال المجتمع وتدني مستوى تحصيله الاكاديمي خاصة في المرحلة الثانوية وهي مرحلة المراهقة الى ان دخل الجامعة بمعدل لم يسمح له بالالتحاق بكلية الطب فاضطر لدراسة العلوم الإنسانية في ظل الشعور بالعار تجاه والديه مما أدى بمراد الى الانعزال اكثر الى ان اخذه والداه الى الاخصائي النفسي اين تم تشخيصه بالرهاب او القلق الاجتماعي وبعد جلستين من العلاج انسحب مراد من العلاج بدون سابق انذار ولم يعد مجددا الى اليوم الذي اتصل به الاخصائي النفسي ليخبره اننا في حاجة لإجراء مقابلة معه.

وبعد اجراء اول مقابلة معه تمكنا من بناء نوع من اللفة والتي سمحت لنا فيما بعد بطلب مساعدته في اجراء بحثنا، وبالرغم من المودة التي اظهرها لنا الا انه رفض في بداية الامر الى ان اقنعناه ان هدفنا لا يتعارض مع هدفه وهو التخلص من القلق الاجتماعي الذي يعاني منه وفي اليوم الموالي اتصل بنا ليعلن موافقته على المشاركة في البحث.

تم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي على "مراد" اين تحصل على 30 نقطة من أصل 36 بند مما دل على حجم معاناته من هذا الاضطراب.

تم تحديد موعد الجلسة القادمة وأعلمنا الحالة بما سنقوم به وأننا سنطبق معه البروتوكول العلاجي بالسيكودراما اين رحب بالفكرة وبدأنا بالجلسات العلاجية مع بداية الحصة الموالية والجدول التالي يوضح الخطة العلاجية وفقا لعدد الحصص.

جدول يمثل مخطط سير جلسات العلاج بالسيكودراما:

الجلسة	اهدافها	الفنيات المستخدمة	الأدوات المستعملة	زمن الجلسة
الجلسة الاولى	- التمهيد والتعارف وتحديد الإجراءات - التعريف باضطراب القلق الاجتماعي - التعريف بالبرنامج العلاجي بالسيكودراما	- تمارين التعارف وكسر الجليد - محاضرة	- بعض الاكسسوارات الخاصة بالمجموعة العلاجية	01 ساعة
الجلسة الثانية	- التغلب على الصراعات الداخلية وإزالة الغموض من خلال التواصل مع المكونات الداخلية - الكشف على المشاعر والأفكار الخاطئة بالإضافة الى الامنيات المتعلقة بالصورة المثالية للذات	- تقنية الثنائي المتعدد	- الكراسي (من اجل العاب التحمية) - بعض الملابس للتمثيل	01 ساعة
الجلسة الثالثة	- التعرف على مميزات الشخصية المثالية في نظر الحالة	- لعب الأدوار (شخصية عامة او قدوة)	- ملابس رسمية للتمثيل	01 ساعة
الجلسة الرابعة	- محاولة تثبيت سمات الشخصية المثالية في العقل الباطني للحالة عن طريق التكرار	- لعب الأدوار	- ملابس رسمية للتمثيل	01 ساعة

01 ساعة	- تبادل الملابس بين الجماعة العلاجية - قلم وورقة لكتابة الادوار	- تقنية قلب الدور	- ترسيخ سمات الثقة بالنفس في مخيلة الحالة من خلال السيرورة الدرامية للعلاج - زيادة التلقائية عند الحالة وتمكينه من فهم ومعرفة النظرة الصحيحة للآخرين عنه	الجلسة الخامسة
---------	--	-------------------	---	----------------

بعد تطبيق مقياس القلق الاجتماعي تحصل الحالة (مراد. ب) على 10 نقاط من أصل 36 بند

عرض سير الجلسات:

الجلسة الأولى: التمهيد والتعارف وتحديد الإجراءات

تم تمهيد المكان الذي يؤدي فيه العلاج السيكودرامي، والذي يمثل خشبة المسرح من قبل الباحثين، لكي يكون ملائماً من أجل البروتوكول العلاجي، وتم توفير مساحة كافية في الغرفة لخلق فضاء علاجي مناسب، ثم انطلقت الجلسة الأولى بهدف بناء قاعدة للتعرف على أفراد المجموعة والكشف عن نقاط القوة والضعف في التواصل فيما بينهم من خلال تمارين التحمية وكسر الجليد.

ولبناء الثقة بين عناصر العلاج استعمل مدير الجلسة العلاجية "الباحث" تمرين تبادل الاكسسوارات الخاصة بأفراد المجموعة العلاجية، بحيث تبادل كل من بطل الرواية "المتعالج" وفريق المعالجين المساعدين "الأنوات المساعدة" أغراضهم والتي تمثلت في (ساعات..خواتم...) ثم انطلق مدير الجلسة العلاجية (المخرج المعالج) في محاضرة تعليمية موجزة كان هدفها هو التعريف باضطراب القلق الاجتماعي وأعراضه مستعيناً بالمراجع العملية التي تعمدناها في إعداد المذكرة.

ثم شرع في التعريف بالبروتكول العلاجي السيكدرامي كما تطرق إلى بعض فنياته وتمارينه من دون أي شرح مفصل، كما أوضح أهمية السيكدراما في علاج الاضطرابات النفسية ومنها القلق وأنواعه وخاصة القلق الاجتماعي

وقد تعرف الباحث على طبيعة القلق الاجتماعي لدى الحالة، ودون بعض الملاحظات حول أهم المخاوف التي تصاحب "مراد" والتي سيتم استعمالها لاحقا في المشاهد الدرامية.

كما أنه أوضح بعض النقاط المهمة والتي تمثلت في:

- ضرورة الالتزام بالبرنامج العلاجي والمواعيد.

- ضمان سرية المفحوص وكل ما يتم تداوله داخل القاعة العلاجية.

- الاحترام المتبادل بين عناصر الجماعة العلاجية

الجلسة الثانية:

الموضوع: التغلب على الصراعات الداخلية وكشف الصورة المثالية للذات

بعد تمرين التحمية (تمرين الكرسي) انطلق المخرج المعالج "الباحث" في سرد نص القصة كما قام بتوزيع الأدوار مع شرح موجز للفنية المستعملة وهي "فنية الثنائي المتعدد"، وقد لعب فريق المعالجين المساعدين (الأنوات المساعدة) Auxiliary Egos أدوارا مثلت الصراعات الداخلية للحالة والتي تمظهرت في شكل "الخجل"، "القلق"، "التفكير المفرط" بحيث أن كل "أنا مساعد" لعب دور مشاعر داخلية للحالة.

وقد تمت الاستعانة ببعض الملابس الخاصة للتمثيل والتي تماشت مع الموقف الاجتماعي الذي يتم تمثيله واللعب فيه، كما تم اختيار لكل شخصية لون معين، فالأنا المساعد الذي لعب دور

الخل ارتدى قميصاً أصفر اللون، والأنا المساعد الذي لعب دور القلق ارتدى قميصاً أحمر اللون، والأنا المساعد الذي لعب دور "التفكير المفرط" ارتدى قميصاً أسود اللون.

وقد كان الهدف من هذه التقنية هو مساعدة الحالة في استبصار الصراعات الداخلية والتغلب عليها من خلال التواصل معها ورؤيتها على شكل مسرحية ملعوبة، وقد جرى في الأخير أن تقدم الحالة وعبر عن الأمنيات والرغبات التي يسعى إلى تحقيقها.

كما أنه لم يلجأ جميع عناصر الجماعة العلاجية الى نص القصة بشكل حرفي، بل تم التشجيع من طرف المخرج على العفوية والتلقائية في التمثيل والحديث.

نص القصة:

"مراد" شاب في 20 من عمره متحصل على شهادة البكالوريا بمعدل مقبول غير انه لم يسمح له بدراسة التخصص الذي كان من المفترض ان يدرسه مما اضطره الى مواصلة الدراسة في الجامعة ومتابعة مشواره الدراسي في تخصص آخر، إلا وأنه مع دخوله إلى الحياة الجامعية واجه الكثير من الصعوبات في التأقلم مع حياتها الاجتماعية، كما أنه واجه الكثير من الصعوبات في التفاعل مع زملاءه وأساتذته بحكم افتقاره لمهارات التواصل اللفظية، ولذلك يرى "مراد" أن حياته الجامعية كطالب ستكون أفضل لو لم يكن يعاني من الخل المفرط والخوف من التفاعل مع الآخرين، ولهذا حاول أن يتخلص من هذه الصعوبات عن طريق تواصله مع مكنونات نفسه واستدراكها وفي الأخير يتمكن من الكشف عن المشاعر السلبية التي تراوده في كل موقف اجتماعي، كما أنه يتمكن في التعبير عن الأمنيات والرغبات التي يريد تحقيقها لنفسه.

الجلسة الثالثة:

الموضوع: التعرف على مميزات الشخصية المثالية في نظر الحالة

تم في هذه الجلسة مساعدة الشخصية المحورية "المتعالمج" أو بطل الرواية على استحضار فرد فاعل في حياته، والقيام بتقمص لدور شخصية عامة أو قدوة مؤثرة يرى أنها تمتلك مميزات الشخصية المثالية.

وبعد الانتهاء من سرد سيناريو القصة وزع المخرج المعالمج الأدوار حيث لعب الحالة دور شخصية مثالية وتمتلك سمات ساحرة وجذابة ومهارات اجتماعية عالية، بالإضافة إلى الذكاء والأناقة، بينما لعب الأنا المساعدين أدوراً ثانوية من محيط الشخصية التي تمثلها الحالة.

وقد تم تلبس الحالة ملابس رسمية للتمثيل وذلك تماشياً مع الشخصية التي يلعب دورها، وقد كان الحالة خلال هذه التمثيلية قد تجاوز عتبة الخجل في الحديث أو في تقديم نفسه، وكان قد نجح في إبراز نفسه على الشخصيات الثانوية المحيطة به، في موقف اجتماعي تمثل في إلقاء بحث امام جمهرة من الطلاب وبحضور الأستاذ.

نص القصة:

"مراد" طالب جامعي وجد نفسه يعاني كثيراً في إلقاء البحوث، رغم أنه جيد في علاماته ويفهم الدروس بشكل سريع، إلا أن إلقاء البحوث أمام الطلبة يمثل له فكرة مرعبة ويثير فيه الخوف والخجل إلى درجة التعرق والاحمرار فورما يقف أمام زملائه، وخوفه هذا كان يزيد من شعوره بالأسى على نفسه.

إلا أن "مراد" لديه بحث مهم، وعليه إلقاءه لوحده أمام ثلاثين طالب، والطلاب ليس وحدهم من يسببوا له الخوف، بل إن "مراد" يخاف الأستاذ بحكم شخصيته كثيرة الانتقاد، ومن أجل أن يتجاوز هذا الموقف من دون أن ينتابه أي شعور من الخوف والخجل اقترح عليه صديقه أن يقلد دور

شخصية يراها مثالية وقوية ولا تهاب هذه المواقف، ليتمكن في الأخير من تجاوز هذه العقبة وإلقاء بحثه من دون أن تغمره مشاعر القلق والخوف، وينجح في إلقاء بحثه، مع اكتشافه أنه هو من تجاوز هذا الموقف المقلق وليس الشخصية التي قلدها.

الجلسة الرابعة:

الموضوع: محاولة تثبيت سمات الشخصية المثالية للحالة عن طريق التكرار

في محاولة لتثبيت سمات الثقة والشجاعة التي حددها الحالة "مراد" في الشخصية المثالية تم تكرار محتوى الجلسة السابقة في هذه الجلسة.

والتي تضمنت تكرار نفس الموقف مع نفس السيناريو ونص القصة.

وذلك بهدف:

-تماهي الحالة جيدا مع السمات الشخصية المثالية التي يسعى إليها

-ترسيخ صفات الثقة بالنفس واكسابه اساليب مواجهة المواقف الاجتماعية المقلقة

-تدريبه على أكثر المواقف الاجتماعية المقلقة بالنسبة إليه

الجلسة الخامسة:

الموضوع: ترسيخ سمات الثقة بالنفس

بعد أن وزع المخرج الأدوار على بطل الرواية والأنوات المساعدة، بحيث لعبت الحالة دورين مختلفين في موقف اجتماعي مُقلق، وتمثلت هذه الأدوار في "الأستاذ الذي ينتقد" و "طالبة كثيرة السؤال" بينما لعب "الأنا المساعد" دور الحالة في موقف إلقاء بحث.

وقد تم تطبيق فنية "قلب الدور" في هذه الجلسة لأنها فنية ذات تأثير وفاعلية في زيادة التلقائية لدى بطل الرواية، وذلك من خلال نقل أو تحويل دفاعاته، إذ يساعد قلب الدور في فهم بطل

الرواية للآخرين في الموقف الدرامي. وذلك لأنه يعيش أدوارهم وهم يعيشون دوره، مما يتيح له نظرة أخرى عن نفسه، وعما يعتقد الآخرون عنه.

وقد كان الحالة خلال التمثيلية متقيداً أولاً بدوره كأستاذ والذي راح يكثر النقد والتمحيص في البحث الذي يلقيه الطالب "مراد" والذي لعب دوره أنا مساعد، مروراً بلعب دوره كطالبة التي تكثر الأسئلة، وخلال هذا الموقف الدرامي أدرك الحالة أن الآخرين لا يرونه فعلاً بالصورة المشوهة التي يتصورها هو عن نفسه خلال تعامله مع نوبات القلق التي تنتابه في هذه المواقف.

بينما كان الأنا المساعد يمثل الحالة في دور واثق ومرتاح في هذا الموقف، وذلك لغرض ترسيخ الثقة في نفسية الحالة.

نص القصة:

الطالب الجامعي "مراد" كثير التفكير والخوف والقلق من إلقاء بحثه أمام زملاءه وأستاذه وذلك بسبب تصوره عن أفكار الآخرين عنه، إذ ظل يفرط التساؤل حول ما يفكر الآخرون عنه عندما يلقي بحثه أو كلما تواجد أمام حشد من الناس، فدائماً ما يسأل نفسه: (هل هم يضحكون عني؟) (هل هم يهزؤون بي؟) (هل يرون عيوبي؟) (هل يلاحظون احمرار وجهي وتعرقني؟)

فقد كانت تنهال عليه هذه الأسئلة كلما وقف أمام مجموعة من الناس، إلى أن يتسنى له أن يرى نفسه من منظور الآخرين، بحيث يأخذ دور الأستاذ والطالبة التي يراها مزعجة بالنسبة إليه، ويدرك في الأخير أنه يفرط في التفكير بآرائهم عنه، وأن عيوبه ليست مرئية للآخرين كما يظن، كما أنه يصل إلى استنتاج أن لديه الكثير من السمات الشخصية التي تستحق الإعجاب بدلاً عن العيوب التي يضخمها عند تفكيره في نفسه.

جدول ملاحظات حول جلسات السيكدوراما للحالة.

الجلسة	الملاحظات
الجلسة الأولى	-تم تهيئة غرفة العلاج للتناسب مع المسرح العلاجي، بحيث تم اخراج كل الأغراض غير المطلوبة في البرنامج، وبذلك تم توفير مساحة يمكن أن تكون مسرح علاجي -أظهر الحالة "مراد" خلال الجلسة الأولى انعزالاً عن باقي الأعضاء "المدير العلاجي" و"الأنوات المساعدة" إذ كان قد لاحظ الرابط الوثيق بينهم، مما جعله يشعر بالاغتراب عن الجماعة -أثناء تمرين التحمية ظهرت على الحالة علامات التردد والتراجع فقد كان يعزل نفسه عن البقية بطريقة وقوفه بعيداً رغم كونه محور الجلسة، وفي التمرين سلم خاتمه الى مدير الجلسة -اصغى الحالة الى كامل المحاضرة من دون أن يظهر عليه أي نوع من التفاعل -تفاعل الحالة مع مدير الجلسة فيما تعلق بالتنفيس عن مخاوفه الاجتماعية وتحديدها. -وافق الحالة على الرزنامة العلاجية والمواعيد كما ابدى راحته فيما خص ضمان سرية وخصوصيته
الجلسة الثانية	-من اجل كسر الجليد بين الحالة وباقي عناصر العلاج قام المدير العلاجي بإدارة تمرين الكرسي وقد تساهل عناصر العلاج في الهزيمة وذلك لتجنب اقضاء الحالة من المرحلة الأولى، وتنسى للحالة في الأخير أن يبقى لوحده ويفوز في هذه اللعبة، وهذا بغرض تنمية الثقة لديه وكذلك إدخاله في المجموعة -ابدى الحالة تفهماً لطريق إدارة العلاج وكذلك نص القصة وتوزيع الأدوار كما أنه ابدى اعجابه بالتمثيلين المساعدين "الأنوات المساعدة" عند تمثيلهم لصراعاته الداخلية، وهذا ما أكد به قوله في نهاية الجلسة : "حسيت روعي نتفرج في روعي"

-لوحظ على الحالة أثناء مشهد التعبير عن الأمنيات التلقائية والعفوية في التمثيل وذلك لأن ما عبره عنه لم يكن مكتوباً في نص القصة، لكنه تقدم في المشهد وعبر عن أمنياته ورغباته قائلاً: "نحوس نتهنى من الخلعة، نحي الخوف، نحوس نولي إنسان ما يهاب من والو"	
- تم تحضير الغرفة لكي تتشابه مع غرف الدراسة الجامعية، إذ تم اعداد المسرح العلاجي لكي يكون محاكاة لمشهد صف دراسي، وقد أعجب الحالة بهذا المجهود وعبر عنه رأيته فيه بقوله: "راني حاس روحي في كلاسة" -عندما طلب مدير الجلسة العلاجية من الحالة "مراد" أن يستحضر فرد فاعل في حياته والذي يراه يمتلك مميزات الشخصية المثالية (حسب معايير الحالة) لم يفكر كثيراً وقال: "أبي" -تم تحضير الأنوات المساعدة ليلعبو أدوار الطلاب، كما لعب أنا مساعد دور الأستاذ الذي ظل يراقب البطل خلال اللقاء بحثه -أعجب الحالة بالزي الرسمي الذي ارتداه والذي كان كلاسيكياً، كما أنه تماهى مع الشخصية الوالدية وألقى بحثه أمام الأنوات المساعدة التي لعبت دور الأستاذ والطلاب -أبدى الحالة ثقة واضحة خلال إلقاءه للبحث وأظهر قوة شخصية ورصانة نفسية خلال تمثيله لموقف اجتماعي ضاغط. -أعجب الحالة بكلام مدير الجلسة العلاجية بعد انتهاء المشهد الدرامي، إذ قال المدير : "لازم تعرف بلي ماشي الأب تاعك لي تجاوز هاذ الموقف وإنما أنت"	الجلسة الثالثة
-ظهر على الحالة أريحية أكبر في التعامل مع الفريق العلاجي من حيث الحديث معهم والمزاح فيما بينهم قبل بدء الجلسة العلاجية -أعرب الحالة عن استمتاعه باللعب المسرحي بحيث صرح أنه لا يشعر بكونه في علاج نفسي وإنما في قاعة مسرح	الجلسة الرابعة

-أظهر الحالة تماهيا أكبر مع الشخصية المثالية التي لعب دورها "شخصية الأب" إلا أنه أظهر المزيد من الأصالة الشخصية من نفسه وذلك بعد أن طلب منه مدير الجلسة أن يتحدث بطريقته الخاصة مستعملا عباراته وطريقته المميزة في الحديث -في آخر الجلسة أبدى الحالة ارتياحه في علاقته مع المدير العلاجي عندما قال له وهو يمزح : "علايلي بلي أنا لي واجهت هاذ الموقف ماشي الأب التاعي"	
-مع حلول الجلسة الأخيرة كان الحالة بالفعل قد تخطى حاجز الخجل بين الجماعة العلاجية وبدأ يعدهم كرفقائه وظهر ذلك عن طريق تفاعله المتزايد معهم -تجاوب الحالة مع الجلسة ومحتواها بانسجام أكبر وبأريحية أكبر بكثير من الجلسة الأولى، كما زادت تلقائيته وعفويته في التمثيل -أظهر الحالة تماهيا مماثلاً لما أظهره في الجلسات السابقة عندما لعب دور الأب، وكذلك دوره كأستاذ، بحيث تماشى مع دوره وارتجل في المشهد الدرامي بدور الأستاذ الذي يهابه -أعجب الحالة بشخصيته التي لعبت بدور انا مساعد، وكيفية تعامله مع الأستاذ والطالبة -أدرك الحالة بعد مشاهدته لنفسه من وجهة نظر الآخرين أن عيوبه ليس قاتلة كما كان يظن بل وأنه اقتنع أنه يتمتع بالمهارات اللازمة لمواجهة المواقف الاجتماعية، وقد أكد هذا عندما قال لنا: "راني هايل اذا كنت صح انا نتصرف هكذا" -بعد الإعلان عن انتهاء البرنامج العلاجي ابدى الحالة عن امتنانه لكامل الفريق العلاجي وتشكرهم على جهودهم المبذولة كما أنه فضل أن ينادينا بأصدقاءه بدلاً على أن ينادينا بالأخصائيين النفسانيين.	الجلسة الخامسة

مناقشة نتائج الدراسة

استطاعت الدراسة وبالرغم من بعض الضيق في عامل الوقت اختبار فرضياتها والاجابة على التساؤل الأساسي للدراسة وهو أي البروتوكولين العلاجين اكثر فاعلية في التخفيف من القلق الاجتماعي؟ بحيث تم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي على مجموعة من الأشخاص الذين من المحتمل ان يكون لديهم قلق اجتماعي بالاستناد الى تشخيص الاخصائي ومن ثم تم استخراج أكثر حالتين تعانين من هذا الاضطراب وتم تطبيق البروتوكول العلاجي الجماعي على الحالة الأولى في حين تم تطبيق البروتوكول العلاجي بالسيكودراما على الحالة الثانية - كمجموعة تجريبية - اما باقي من تم تطبيق المقياس عليهم فتم ادراجهم كمجموعة ضابطة.

وبعد الانتهاء من الجلسات العلاجية توصلنا الى النتائج التالية:

- هناك فروق واضحة بين نتائج القياس القبلي والبعدي عند الحالتين وهذا ان دل على شيء فإنما يدل على فاعلية كل من البروتوكولين العلاجين في التخفيف من شدة القلق الاجتماعي.
- كما ان هناك فروق بين نتائج التي تحصل عليها الحالة الأولى -السعيد- والحالة الثانية -مراد- مع العلم ان الحالة الأولى تم تطبيق العلاج الجماعي عليها كبروتوكول علاجي اما الحالة الثانية فتم الاعتماد معها على البروتوكول العلاجي بالسيكودراما بحيث ان الحالة الأولى تحصلت على 23 نقطة من اصل 36 بند كنتيجة للقياس القبلي اما نتيجة القياس البعدي فقد أظهرت تحسن لأبأس به بمعدل 12 نقطة اين تحصل على 11 نقطة من اصل 36 بند، اما الحالة الثانية فقد تحصلت في القياس القبلي على 30 نقطة من اصل 36 بند وهو يعتبر قلق اجتماعي شديد ولكن درجتها في القياس البعدي تحسنت بمعدل 20 نقطة اين تحصلت على 10 نقاط من اصل 36 بند وهو تحسن ملحوظ

- من خلال النتائج الظاهرة أعلاه يمكن القول بأن اكثر بروتوكول ناجح من بين البروتوكولين المستعملين في الدراسة هو البروتوكول العلاجي بالسيكودراما المورينية وهذا ينطبق على

الحالات التي تم التطبيق عليها ومن اكثر فنيات السيكدوراما نجاحا هي تقنية الثنائي المتعدد وتقنية لعب الأدوار بحيث سمحت التقنية الأولى للحالة بالتغلب على الصراعات الداخلية وإزالة الغموض من خلال التواصل مع المكونات الداخلية وكذلك مكنتنا كباحثين من الكشف على المشاعر والأفكار الخاطئة بالإضافة الى الامنيات المتعلقة بالصورة المثالية للذات لدى الحالة، اما التقنية الثانية فتم استعمالها كوسيلة لترسيخ سمات الثقة بالنفس في مخيلة الحالة من خلال السيرورة الدرامية للعلاج وكذا زيادة التلقائية عند الحالة وتمكينه من فهم ومعرفة النظرة الصحيحة للآخرين عنه وقد كانت الحالة اكثر انسجاما مع العلاج بحيث تقمصت كل الأدوار الموكلة اليها بجدية واكثر مرونة خاصة بعد انسجامها مع المجموعة العلاجية اين تحسنت قدرة الحالة - بغض النظر عن كثافة البرنامج العلاجي سواء من حيث الوقت او الفاصل الزمني بين الجلسات وكذا عدد الجلسات - على الإفصاح عن أفكاره ومشاعره ومواجهة زملائه بها اثناء الجلسات، بالإضافة الى انخفاض الخجل والتردد في تعامله مع أعضاء الجلسة العلاجية ومن الجدير بالذكر أيضا ان الحالة تمكن وفي وقت وجيز من اتقان المهارات الاجتماعية الجديدة والمكتسبة من البرنامج العلاجي واتضح ذلك من خلال الجلسات العلاجية.

الخاتمة

من خلال النتائج التي تم الوصول اليها في هذا البحث وبعد التحقق من كل الجوانب التي اقتضاها البحث (التحقق من وجود القلق الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين من خلال تطبيق مقياس القلق الاجتماعي وبالاعتماد على تشخيص الاختصاصي النفسي في المؤسسة) يمكن القول ان كل من البروتوكول العلاجي بالسيكودراما والعلاج الجماعي كان له دور فعال في التخفيف من شدة اضطراب القلق الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين الذين تم اجراء الدراسة عليهم، بحيث لوحظ ان الفرق بين القياس القبلي والبعدي كان فرقا ملحوظا لصالح القياس البعدي لكلا الحالتين وهذا ما اكد فاعلية كل من البروتوكولين العلاجيين.

ولكن بالعودة الى الهدف الأساسي لهذا البحث او الجانب الاخر منه نجد انه يقتضي المقارنة بين البروتوكولين العلاجيين وهذا ما تم التحقق منه في نهاية الدراسة الميدانية اين كان للسيكودراما المورينية الفاعلية الأكبر في التخفيف من شدة القلق الاجتماعي اين ساعد التمثيل المسرحي الحالة على إعادة تنظيم الافكار المتعلقة بنظرة المجتمع له وكذا أعطاه الجو التمثيلي نوع من المساحة الاسقاطية اين اسقط كل ما في داخله من رغبات وأفكار ليراها وبشكل ملموس تتجسد في الانوات المساعدة وهذا ما ساعد على التعرف على المشكلة بشكل اعمق والتخلص منها بشكل جذري.

ولكي لا نبالغ في وصف نتائج الدراسة لابد من الإشارة الى بعض النقائص الموجودة في بحثنا والتي تعود لعدة عوامل منها نقص الخبرة الميدانية للطلابين وكذا عامل الوقت وبعض الظروف الشخصية الأخرى والتي قد تؤدي لا محالة من تدخل الجانب الذاتي للباحث، وهذه الانقائص تتمثل أولا في عدد الجلسات ف (5) جلسات ليست بالكافية للتخلص من الاضطراب كليا ولكنها سمحت لنا على الأقل بالتنبؤ بالمسار العلاجي للجلسات القادمة وهو ما يمكن القول عنه انه مسار علاجي ناجح لولا عامل الوقت، وما يعاب كذلك على بحثنا هو الاختلال في حدود

منهج الدراسة فلم نتمكن من استخدام المنهج التجريبي بحذافيه لأن الظاهرة الإنسانية تقتضي دراسة الحالة والتعمق فيها ولو كان اللاحق هو التجريب لهذا لم يكن هناك فصل تام بين المنهجين، وهذا ما يدعونا كباحثين الى الإشارة الى ضرورة إعادة تطبيق الدراسة بشكل معمق ومنظم أكثر كموضوع لأطروحة دكتوراه .

المراجع

المراجع العربية

- أحمد كمال البهنساوي، (2016). مدى فاعلية برنامج قائم على السيودراما في تنمية التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد، مجلة جامعة الشارقة، المجلد 13، العدد 2
- أحمد النابلسي. محمد (1991). مبادئ العلاج النفسي ومدارسه. لبنان. بيروت: دار النهضة العربية للنشر.
- أحمد الدايري. صالح (2005). مبادئ الصحة النفسية. عمان. الأردن: دار وائل للنشر.
- أسماء إبراهيم (1994). استخدام السيودراما اضطرابات الانفعال لدى الأطفال، رسالة دكتوراه، كلية البنات، جامعة عين شمس، القاهرة.
- أمجد عزات عبد المجيد جمعة، (2005)، مدى فعالية برنامج إرشادي مقترح في السيودراما للتخفيف من حدة بعض المشكلات السلوكية لطلاب المرحلة الإعدادية، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- أنور الحمادي. معايير DSM-5
- بوعلاقة فاطمة الزهراء، (2020). محاضرات العلاج النفسي ذو المنحى التحليلي، جامعة محمد بوضياف المسيلة.
- جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفاي، (1993)، معجم علم النفس والطب النفسي انجليزي-عربي، جزء 6، القاهرة، دار النهضة العربية.
- حامد عبد السلام زهران، (1995). الصحة النفسية والعلاج النفسي ، عالم الكتب، القاهرة، مصر .
- حنان عبد الحميد العناني (2000). الصحة النفسية. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. ط1.
- الدحاحة، باسم وسليمان، سعاد (2008). فعالية استراتيجية تقليل الحساسية التدريجي في خفض قلق الامتحان وتحسين مستوى التوافق النفسي لدى طلاب جامعة السلطان قابوس، مجلة دراسات عربية في علم النفس، م7، ع1، القاهرة : 1-41.
- راحيس إبراهيم (2019). دور العلاج النفسي الجماعي في تعديل السلوك العدواني لدى الأحداث الجانحين: أطروحة للحصول على شهادة دكتوراه علوم في المدرسة الدكتورالية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2.
- الصادة طالبي (2007)، "علاقة أساليب المعاملة الوالدية بالقلق الاجتماعي لدى المرحلة الثانوية" رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
- سامية ابرييم مستوى الرهاب الاجتماعي لدى المراهقين في مدارس مدينة تبسة. ام البواقي. الجزائر: جامعة العربي بن مهيدي.
- سامر جميل رضوان، (2001)، "دراسة ميدانية لتقنين مقياس القلق الاجتماعي على عينات سورية" مجلة مركز البحوث التربوية، العدد (19)، جامعة قطر.
- سعيد عبد الرحمن محمد ، (2004)، فاعلية استخدام السيودراما في تعديل بعض جوانب السلوك غير التكيفي لدى ضعاف السمع، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- السفاسفة محمد، (2003)، أساسيات في الإرشاد والتوجيه النفسي والتربوي، ط1، الكويت، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع
- سليمان عبد الرحمن سيد، (1994)، السيودراما مفهومها عناصرها استخدامها، مجلة كلية التربية، جامعة قطر، العدد 11.
- شحاته خالد، (1999)، استخدام السيودراما في تخفيض العدوانية لدى الأطفال اللقطاء مجهولي النسب لسن ما قبل المدرسة، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.
- شعلان، محمد (1985) الطب النفسي والعلاج الجماعي. القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

- عبد الرحمان العيسوي (1997). العلاج السلوكي المعرفي. لبنان. بيروت: دار الزايت الجماعية.
- فتاتي بشرى، (2018). فاعلية السيودراما في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى اضطراب الشخصية الهستيرية، جامعة سعيدة
- فيصل محمد خير الزراد (1984). الامراض العصبية والذهانية والاضطرابات السلوكية. بيروت: دار القلم.
- فاروق السيد عثمان (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية، ط1، القاهرة، مصر، دار الفكر العربي.
- فايد، حسين (2008). العلاج النفسي - أصوله - تطبيقاته - أخلاقياته : القاهرة، طيبة للنشر والتوزيع.
- عبد الحميد أبو زيد. مدحت (2008). العلاج النفسي والتطبيقات الجماعية (الأسس والدينامية والتصنيف والمشكلات).
- الجزء الأول. مصر. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الحميد محمد الشاذلي (2001). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. الاسكندرية. ط1.
- عبد الحميد أبو زيد، مدحت (2008) العلاج النفسي وتطبيقات الجماعية، الأسس والديناميات والتصنيف والمشكلات. الجزء الأول. الإسكندرية. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الحميد أبو زيد، مدحت (2008) العلاج النفسي وتطبيقات الجماعية (الأسس والديناميات والتصنيف والمشكلات). الجزء الأول. الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الرحمن عيسوي (1984): العلاج النفسي، بيروت: دار النهضة العربية.
- عبد الرحمن العيسوي، (1997)، العلاج النفسي، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي.
- غانم محمد حسن، (2003)، العلاج النفسي بين النظرية والتطبيق، القاهرة.
- غريب محمد، (1999)، مدى فاعلية برنامج سيودرامي للتخفيف من القلق النفسي عند أطفال المؤسسة الايوائية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.
- لطفي، عبد الباسط (1994) مقاييس عمليات تحمل الضغوط: كراسة التعليمات. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- لويس كامل، مليكة (1990) العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى..
- مارتن، شو (1986) ديناميات الجماعة، ترجمة مضري حنورة ومحي الدين حسين. القاهرة، مصر: دار المعارف.
- محمد أحمد، صبري (1982) مقدمة في الجماعات العلاجية. القاهرة، مصر: الجمعية العلمية المصرية للتدريب الجماعي.
- محمود على، سامي (2007) دراسة الجماعة العلاجية. القاهرة: دار المعارف.
- وردة رشيد بلحسيني، (2016)، المخاوف النوعية والقلق الاجتماعي : أكثر من مجرد خوف، الجزائر، دار هومة.

المراجع الأجنبية

- Carole Bouchard (2004) **Comment gérer son anxiété lors des expositions orales**. Petit Larousse illustre.paris.
- greenberg,Ira A.(1974) **Moreno Psychodrama and the group process (in) psychodrama theory and therapy**. souvenir press (educational & Academic) Ltd. Acondor book.
- Starr, Adeline. (1977) **psychodrama (rehearsal for living) illustrated therapeutic techniques**. Chicago: nelson hall.
- Tosten Berghandler & autres (2007) **La phobie sociale (etologie,diagnostic et traitement**:Université alssiptal Basel.
- Wolman, Benjamin, B (1973) **Dictionary of behavioral Science**. Littan Educational publishing: Inc.

الملاحق

ملحق 01: مقياس القلق الاجتماعي

قائمة الملاحق

مقياس الرهاب الاجتماعي

إعداد: رولين ووي Raulin Wee

تعريب وتقنين: د. مجدي محمد الدسوقي

بيانات أولية:

العمر:

الجنس:

تعليمات:

يعرض عليك فيمايلي مجموعة من العبارات التي تتعلق بمشاعرك وتصرفاتك في مواقف الحياة المختلفة ويوجد أمام كل عبارة اختياران هما: * نعم ، * لا .

المرجو منك:

- أن تقرأ كل عبارة بدقة ثم تبدي رأيك بوضع علامة (×) تحت *نعم* إذا كانت العبارة تنطبق عليك ، أو بوضع علامة (×) تحت *لا* إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك .
- لا تترك عبارة دون الإجابة عليها .

ومما يجب التأكيد عليه أن إجابتك على العبارات المكونة للمقياس تحاط بالسرية التامة، تستخدم في أغراض البحث العلمي فقط .

وشكرا على تعاونك

م	العبارات	نعم	لا
1	أحب البقاء في الفراش حتى لا أرى أي شخص.		
2	أستمتع بالوحدة .		
3	أفضل عادة أن أكون بصحبة الأصدقاء عن أكون وحيدا.		
4	عند دخولي حجرة مكتظة بالناس، أشعر برغبة ملحة في أن أرحل على الفور .		
5	يمثل التفاعل أو التواصل مع الآخرين عبئا نفسيا عليّ.		
6	لا أشعر بالاسترخاء إلا إذا كنت بمفردي.		
7	أعتقد أنني أستمتع بالتعامل مع نوعيات مختلفة من الناس.		
8	أبتعد عن الآخرين بقدر الإمكان.		
9	أفعل هواياتي المفضلة بمفردي.		
10	أخبر الآخرين بأنني لست على ما يرام، لأتجنب مشاركتهم في القيام ببعض المهام.		
11	الوقت الذي أشعر فيه بالارتياح تماما هو ذلك الوقت الذي أكون فيه بمفردي.		
12	وجود الآخرين حولي يجعلني قلقا.		
13	أفضل تناول الطعام بمفردي عن تناوله مع الآخرين.		
14	أفضل السفر مع الأصدقاء عن السفر بمفردي.		
15	أفضل الذهاب إلى السينما بمفردي.		
16	استمتع دائما بوجودي مع الآخرين.		
17	أفضل الخروج مع الأصدقاء عن الاعتكاف في البيت.		
18	عندما أتحدث مع الآخرين تملكني رغبة في التوقف عن الكلام والابتعاد عنهم.		
19	أجد صعوبة في إقامة علاقات اجتماعية وثيقة مع الآخرين.		

20	أغادر الاجتماعات و الاحتفالات دون وداع أصدقائي.		
21	حتى عندما أكون في حالة نفسية جيدة، أفضل أن أكون بمفردي عن أكون مع الآخرين		
22	أتمنى مرور اليوم سريعا حتى أصبح بمفردي .		
23	أتمنى لو تركني الناس بمفردي.		
24	أشعر بالأمان عند ما أكون بمفردي .		
25	عند ما أجلس في مكان مزدحم أشعر بالرغبة في الرحيل .		
26	أحتاج غالبا أن أكون بمفردي تماما لعدة أيام .		
27	أشعر بالارتياح عندما أكون مع الآخرين .		
28	أحب قضاء وقت فراغي مع الآخرين .		
29	عندما أقرر أن أكون مع الآخرين أندم على ذلك فيما بعد .		
30	يصيبني الإرهاق نتيجة تواجدي مع الآخرين، لذا لك لا أفضل التواجد معهم		
31	أعتبر نفسي شخصا منعزلا أو وحيدا .		
32	أتمنى أن أكون بمفردي أو وحيد معظم الوقت .		
33	أستطيع التواصل بسهولة مع الآخرين .		
34	أتجنب المواقف التي تفرض علي التفاعل الاجتماعي .		
35	أشعر بالارتباك عند ما أعرف أنني موضع ملاحظة من الآخرين .		
36	أشعر بالتوتر عند ما أتحدث أمام الآخرين .		

ملحق 02: أسئلة مطبوعة الجلسة الثانية

هذه المجموعة من الأسئلة تتمحور حول اضطراب القلق الاجتماعي، الهدف منها التعرف على وجهة نظر المفحوص حول هذا الاضطراب، لذلك يرجو عدم الاعتماد على أي من وسائل الانترنت أو الكتب في الإجابة عن هذه الأسئلة

السؤال الأول: ما هو تعريفك لاضطراب القلق الاجتماعي ؟

.....

.....

السؤال الثاني: من خلال ملاحظتك ماهي أعراض هذا الاضطراب ؟

.....

.....

السؤال الثالث: في رأيك الخاص ماهي أسباب القلق الاجتماعي ؟

.....

.....

السؤال الرابع: حسب رأيك هل اضطراب القلق الاجتماعي قابل للعلاج ؟

.....

.....

ملحق 03: الوثائق الإدارية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research

University of Mohammed Boudiaf - M'sila
Faculty of Humanities and Social Sciences
Department of Psychology



جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

أنا المعصي أسفله:

السيد (ق): ابن عمق أكرم الصف: طالب أستاذ. باحث طالب

الحامل (5) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 41567 و.و.و. والصادرة بتاريخ: 25.04.2016

والمسجل بكلية العلوم الإسلامية في قسم علم النفس

والمكلف (ة) بإيجاز أعمال بحث (مذكرة نخرج ، مذكرة ماستر ، مذكرة ماجستير ، أطروحة دكتوراه)

عنوانها: مقارنته بين فاعلية بروتوكول علامي باليكور وراسا الكورينية

و العلاج الجهازي في مدة القلق إلا دواءه كي طلبه باعدين

أصرح بشرفي أنني ألتمز بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة

في انجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: 2021/06/06

توقيع المعدي (٥)

24

المرجع: القرار 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة محمد بوضياف - المسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس
الهاتف: 035541939



المسيلة في :
إلى السيد المحترم: مدير المؤسسة الاستشفائية لطب الامراض العقلية بأولاد منصور

تسهيل مهمة لإجراء الدراسة الميدانية

تحية عطرة وبعد:.....

في إطار إنجاز دراسة ميدانية (مذكرة تخرج) لطلبة السنة الثانية ماستر.

الشعبة: علم النفس التخصص: علم النفس العيادي

نرجو من سيادتكم المحترمة تسهيل مهمة الطالب (ة) المذكور (ة) أدناه وتقديم المساعدة الممكنة واللازمة له (ا).

عنوان الدراسة :

مقارنة بين فاعلية بروتوكول علاجي بالسيكودراما والعلاج الجماعي في التخفيف من حدة القلق الاجتماعي لدى طلبة جامعيين

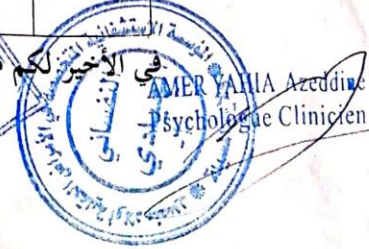
الأستاذ المشرف: د. بوعلاقة فاطمة الزهراء.

في الفترة الممتدة من: 2021/05/09 إلى غاية: 2021/06/06

إعداد الطالب (ة):

الرقم	اللقب والاسم	رقم التسجيل
01	بن عمرة أكرم	161635086282
	بركة أشرف	161635086375

في الأخير لكم مني أسنني عبارات التقدير والاحترام.



رئيس القسم

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Université Mohammed Boudiaf M'sila
Faculté des sciences humaines et Sociales



جامعة محمد بوضياف- المسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
نيابة العمادة للدراسات والمسائل المرتبطة بالطلبة
الهاتف : 035353044

المسيلة في :

تصريح شرفي خاص بالالتزام
بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

انا الممضي ادناه:

السيد : بركة أشرف
الصفة : طالب
الحامل لـ (ب.ت.و) رقم: 200342453 والصادرة بتاريخ: 25.04.2016
والمسجل بكلية: العلوم الانسانية والاجتماعية قسم: علم النفس
والمكلف بإنجاز اعمال بحث مذكرة ماستر

بعنوان : مقارنة بين فعالية البروتوكول العلاجي بالسيكودراما والعلاج الجماعي في التخفيف
من حدة القلق الاجتماعي لدى طلبة جامعيين دراسة ميدانية بمستشفى الامراض العقلية
باولاد منصور

اصرح بشرفي انني التزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير
الاخلاقيات المهنية والنزاهة الاكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور اعلاه.

التاريخ: 09.06.2021

توقيع المعني

المرجع: القرار الوزاري رقم 933 المؤرخ في: 28 جويلية 2016.

