

أثر العلاج الايجابي القائم على الحل في تخفيض رهاب الذات لدى الافراد من عمر (٣٠-٤٠) سنة من غير المتزوجين

م. د. حازم بدري أحمد

hazim.badri@ijsu.edu.iq

جامعة الامام جعفر الصادق (ع)

كلية الآداب/قسم علم النفس السريري

الملخص

يستكشف هذا البحث تأثير رهاب الذات على حياة الأفراد، سواء على الصعيد الاجتماعي، المهني، أو العاطفي، مع التركيز على الخوف من الوحدة كعوامل رئيسية تؤثر في الصحة النفسية، ويناقش البحث كيف أن العلاج الإيجابي القائم على الحل يمكن أن يكون نهجاً فعالاً في مساعدة الأفراد على التغلب من هذا الاضطراب، من خلال توجيههم نحو بناء حلول إيجابية مستقبلية بدلاً من التعمق في المشكلات، فالعلاج يمكن أن يكون بديلاً مبتكراً لمعالجة رهاب الذات عبر تعزيز التفكير الإيجابي للمضطربين، والاعتماد على نقاط قوتهم، مما يساهم في تقليل المعاناة النفسية وتحقيق توازن أفضل في حياتهم اليومية. ان نتائج البحث تقدم دليلاً قوياً على فاعلية العلاج الإيجابي القائم على الحل في خفض رهاب الذات، وإن غياب الفروق الإحصائية بين المجموعتين في الاختبار البعدي يشير إلى الحاجة لمتابعة طويلة الأمد واستكشاف العوامل التي تؤثر على استدامة النتائج. الكلمات المفتاحية: العلاج الايجابي القائم على الحل، رهاب الذات، غير المتزوجين.

The effect of solution based positive therapy (SBPT) in reducing Autophobia among unmarried individuals aged (30-40) years.

Lecturer Dr. Hazim Badri Ahmed

Abstract:

This research explores the impact of self-phobia on individuals' lives, whether on a social, professional, or emotional level, with a focus on the fear of loneliness as a key factor affecting mental health. The study discusses how solution-focused positive therapy can be an effective approach in helping individuals overcome this disorder by guiding them

toward building positive future solutions rather than delving into problems. This therapy can serve as an innovative alternative for addressing self-phobia by enhancing positive thinking in affected individuals and relying on their strengths, contributing to reduced psychological distress and achieving better balance in their daily lives.

The research findings provide strong evidence of the effectiveness of solution-focused positive therapy in reducing self-phobia. However, the absence of statistically significant differences between the two groups in the post-test indicates the need for long-term follow-up and exploration of factors influencing the sustainability of the results.

Keywords: Solution-based positive therapy, autophobia, singles

الفصل الأول - أهمية البحث

مشكلة البحث:

يعاني الأفراد الغير متزوجين في الفئة العمرية (٣٠-٤٠) سنة من ضغوط نفسية واجتماعية تؤدي إلى تنامي مشاعر العزلة والقلق الذاتي، ما يزيد من احتمالية تطور رهاب الذات. السؤال الرئيسي الذي يسعى البحث للإجابة عليه هو:

- ما مدى فعالية العلاج الإيجابي القائم على الحل في تخفيض رهاب الذات لدى الفئة العمرية (٣٠-٤٠) سنة من غير المتزوجين؟

أهمية البحث:

يمكن أن يؤثر الخوف من الوحدة (الرهاب الانفرادي) على علاقات الفرد وحياته الاجتماعية ومسيرته المهنية وقد يكون لديه خوف من الهجران الذي ينبع من تجربة صادمة في الطفولة، ويمكن أن يساعد العلاج النفسي الإيجابي في التغلب عليه . وليس من العملي أن نتوقع من شخص ما أن يكون معك دائما. فقد يؤثر ذلك على احترامك لذاتك ومسيرتك المهنية وعلاقاتك وحياتك الاجتماعية. وقد تجد نفسك مجبرا على البقاء في علاقة غير صحية أو حتى مسيئة لتجنب البقاء بمفردك. وقد تطلب من الأصدقاء أو العائلة عدم المغادرة، وهو ما قد يضر بالعلاقات. أو قد تتحقق من أحوال شريك حياتك بشكل مهووس خوفا من أن يهجر، بالإضافة إلى ذلك، يعرف رهاب الذات بأنه اضطراب نفسي يتسم بالخوف الشديد من مواجهة النفس أو التعامل مع الأفكار الذاتية، مما يؤدي إلى تجنب المواقف التي تتطلب انعكاساً ذاتياً أو مواجهة مشكلات شخصية ويزيد رهاب الذات من خطر الإصابة بالأكنتاب، وإضطراب ما بعد الصدمة، والتعاطي (Horney, 1950, PP.37-39).

وقد أشار كارل روجرز (١٩٥٠) إلى أهمية الاعتبارات المتعلقة بالذات و توسع ألبرت إليس و آرون بيك في تحليل الدور الذي يشجعه على التحرك في تشكيل هذا الاضطراب. مع وجود المناهج العلاجية المتقدمة، ظهرت أبرز النتائج الصحية الإيجابية من خلال الاستجابة الإيجابية لدى الأفراد بدلاً من التركيز على القضايا الصحية الخاصة بهم. وتناولته على نطاق واسع نظرية البناء الاجتماعي التي طرحها ستيف دي شازر وإنسو كيم بيرجو، ويعتبر نموذج البناء الاجتماعي طريقة علاجية للمستقبل ويستهدف بناء خيارات بدلاً من التركيز على الاهتمامات، وأن الأشخاص يمتلكون الموارد الكافية لإحداث تغيير إيجابي، وأن دورهم ضروري في اكتشافهم لتلك الموارد (Moore, 1992, PP83-88).

والعلاج الإيجابي القائم على الحل هو نهج مبتكر يركز على بناء الحلول وتحديد الأهداف المستقبلية بدلاً من الاستغراق في المشاكل الماضية. تم تطوير هذا النهج بواسطة العديد من العلماء البارزين في العلاج الإيجابي القائم على الحل (Steve de Shazer and Insoo Kim Berg)، ويدعمه بحث علمي واسع يثبت فعاليته في العديد من السياقات العلاجية، ويعد نهجاً علاجياً يركز على الحلول بدلاً من المشكلات و يعتمد على تعزيز الموارد والإمكانات الحالية لدى الأفراد لتحقيق أهدافهم، مع التركيز على المستقبل والنتائج الإيجابية من خلال :

١. التركيز على الإمكانيات : يركز على ما يمكن تغييره بدلاً من محاولة تحليل جذور المشكلة.
٢. استخدام المهارات الحالية : يهدف إلى بناء الحلول باستخدام المهارات والموارد الموجودة لدى العميل.

٣. تحفيز التفكير الإيجابي : يتم تشجيع العملاء على تصور حياة أفضل وكيفية الوصول إليها.
٤. نهج موجه نحو المستقبل : يهتم بمساعدة العملاء على تصور أهدافهم وخلق استراتيجيات لتحقيقها (Steve de Shazer and Insoo Kim Berg, 2019, PP1-5).

عندما نسعى إلى إيجاد حلول، فليس من المفيد دائماً أن نغرق في التفاصيل. فنحن نريد نتائج، وليس رواية عن كيفية أو سبب وصول الأمور إلى ما هي عليه الآن، هذه هي الفكرة وراء العلاج الإيجابي القائم على الحل بالنسبة للعديد من الأشخاص وغالباً ما يكون من المهم إيجاد الحلول أكثر من تحليل المشكلة بتفصيل كبير (Kahn, 2010, PP112-115).

تكمن أهمية هذا البحث في تقديمه لإطار عملي يعتمد العلاج الإيجابي القائم على الحل بديلاً مبتكراً يتمحور حول الحلول والأهداف المستقبلية، ومن خلال دراسة تعتمد تطبيق هذا العلاج لتحسين الصحة النفسية وأعراض رهاب الذات.

ويسلط هذا البحث الضوء على أهمية تطوير استراتيجيات علاجية مبتكرة لمعالجة رهاب الذات، وهو اضطراب نفسي يمكن أن يؤثر بشكل كبير على جودة حياة الأفراد ويعد العلاج الإيجابي

القائم على الحل أداة فعالة نظراً لتركيزه على الحلول العملية والموارد الداخلية بدلاً من التعمق في المشكلات.

وتتبع أهمية هذا البحث من الحاجة إلى تطوير أساليب علاجية مبتكرة تعالج التحديات النفسية لدى الفئات التي تعاني من ضغوط اجتماعية كبيرة.

يسعى البحث إلى تحقيق الآتي:

١. يساهم في إثراء الأدبيات العلمية المتعلقة بالعلاج الإيجابي القائم على الحل.
٢. يحدد فعالية هذا النهج في تحسين الصحة النفسية لفئة غير المتزوجين.
٣. يوفر أدوات عملية للمعالجين النفسيين لتطبيق تقنيات العلاج الإيجابي القائم على الحل.
٤. يساعد في تصميم برامج علاجية موجهة لهذه الفئة تساهم في تحسين جودة حياتهم النفسية والاجتماعية.

٥. يساعد في تقليل المشكلات النفسية التي تؤثر سلباً على التفاعل المجتمعي لهذه الفئة.

٦. يعزز من قدرة الأفراد على التكيف مع التحديات النفسية والاجتماعية.

يضع العلاج الإيجابي القائم على الحل أهمية أكبر بكثير لمناقشة الحلول بدلاً من المشاكل، ولن يركز على كل تفاصيل المشكلة ولا يتطلب الغوص العميق في الماضي ويرسخ جلساته بقوة في الحاضر ويعمل نحو المستقبل بحيث تكون المشاكل الحالية أقل تأثيراً على حياة الفرد Iveson, (2002, PP147-148).

أن معظم جلسات العلاج كانت تقضى في مناقشة الأعراض والقضايا والمشاكل، وإن هناك فرصة لتخفيف الأعراض السلبية بشكل أسرع في شكل جديد من العلاج يركز على حل المشكلات بشكل سريع ومحدد بدلاً من المناقشة المستمرة للمشكلة نفسها Steve de (Shazer and Insoo Kim Berg, 2021, P.6).

أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى دراسة أثر العلاج الإيجابي القائم على الحل في تخفيض رهاب الذات لدى الأفراد من عمر (٣٠-٤٠) سنة من غير المتزوجين، وتتفرع عن هذا الهدف العام الأهداف الفرعية الآتية:

١. تحديد مستوى تأثير العلاج الإيجابي القائم على الحل في خفض درجات رهاب الذات.
٢. فهم العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بظهور رهاب الذات لدى الأفراد غير المتزوجين في الفئة العمرية (٣٠-٤٠) سنة.
٣. تقييم فاعلية برنامج علاجي قائم على الحل في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى هذه الفئة.
٤. المساهمة في إثراء الأدبيات النفسية في مجال تطبيقات العلاج الإيجابي القائم على الحل.

فرضيات البحث:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي على مقياس رهاب الذات لصالح المجموعة التجريبية التي خضعت للعلاج الإيجابي القائم على الحل.
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب أفراد المجموعة التجريبية ورتب أفراد المجموعة الضابطة في الاختبار القبلي، مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين قبل تطبيق العلاج.
٣. توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين فاعلية العلاج الإيجابي القائم على الحل ومستوى رهاب الذات لدى الأفراد غير المتزوجين.

حدود البحث:

١. الحدود الزمانية: نفذ البحث الحالي خلال العام الدراسي (2024-2025).
٢. الحدود المكانية: أجري البحث في العيادات الطبية ومراكز الرعاية الصحية في بغداد.
٣. الحدود البشرية: شملت العينة أفراداً من الفئة العمرية (٣٠-٤٠ سنة) من غير المتزوجين .
٤. الحدود الموضوعية: يقتصر البحث على دراسة أثر العلاج الإيجابي القائم على الحل في رهاب الذات دون التطرق إلى أنواع أخرى من الاضطرابات النفسية.

تحديد المصطلحات:**أولاً: رهاب الذات (Autophobia)**

- ١- عرفه (Smith) : شعور بالخوف أو النفور من التفاعل مع الذات الداخلية، قد يظهر في صورة تجنب استكشاف المشاعر والأفكار وتقليل الوعي الذاتي وصعوبات التعامل مع التحديات. (Smith, 2019, P.78)
- ٢- عرفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) : يشير رهاب الذات إلى خوف أو نفور شديد وغير عقلاني تجاه الذات، بما في ذلك الهوية الشخصية أو السمات أو السلوكيات وغالباً ما يرتبط بمشاعر كراهية الذات وتدني احترام الذات. (APA)
- ٣- عرفه (Steven Pinker) : رهاب الذات نفور عاطفي من التأمل والوعي الذاتي، وغالباً ما يكون متجذراً في الخوف من مواجهة نقاط الضعف المعرفية والعاطفية لدى الفرد. (Pinker, 2002, S.)
- ٤- عرفه (إريك فروم): رهاب الذات هو شكل من أشكال الاغتراب عن الذات، ينشأ عندما يكون الأفراد غير قادرين على التوفيق بين هويتهم الحقيقية ومتطلبات المجتمع، مما يؤدي إلى الخوف من حقيقتهم الداخلية. (فروم ، ٢٠٠٣ ، ص ٥٥)

٥- عرفه (Seligman): رهَاب الذات هو تجنب التفكير الذاتي والوعي الذاتي، وغالبا ما ينبع من الافتقار إلى نقاط القوة الإيجابية في الشخصية والمرونة. (Seligman, 2011, PP. 176-177)

التعريف الإجرائي: يقاس رهَاب الذات في هذا البحث بالدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد على مقياس رهَاب الذات المعد من قبل الباحث، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى مستوى عالٍ من رهَاب الذات، والدرجة المنخفضة إلى مستوى أقل منه.

ثانياً: العلاج الإيجابي القائم على الحل

١- عرفه (Insoo Kim Berg) العلاج النفسي القائم على الحل كنهج يساعد الأسر على اكتشاف حلول لتحدياتهم من خلال التركيز على الحلول الممكنة بدلاً من التركيز على المشاكل. يعتمد هذا النهج على أن كل فرد في الأسرة يمتلك الموارد اللازمة للتعامل مع القضايا اليومية بطريقة بناءة وفعالة. (Berg, 1994, P. 23)

٢- عرفه (Eve Lipchik) : التعامل مع المشاعر والعلاقة العلاجية و يركّز على تعزيز مشاعر العميل الإيجابية تجاه الحلول والتفاعل بشكل متوازن مع المواقف العاطفية التي قد يواجهها العميل. (Lipchik, 2002, P. 89)

٣- عرفه (Kristin Moore & Chris Franklin) : علاج يعتمد على النظرة التفاوضية للعميل في الوصول إلى حلول دون الخوض في التفاصيل العميقة للمشكلة، يتم تحديد الحلول من خلال استكشاف الاستثناءات للمشكلة ومحاولة تكرارها للوصول إلى نتائج إيجابية مستدامة. (Franklin & Moore, 2008, P. 148)

٤- عرفه (R. K. Thomas & T. S. Nelson) : إجراء علاجي يعتمد على البحوث والأدلة العلمية، حيث يساعد الأفراد على تحديد حلول عملية للمشاكل التي يواجهونها باستخدام تقنيات قصيرة المدى وموجهة نحو الهدف، والعلاج يركز على ما ينجح في حياة العميل ويعزز من هذه النجاحات لتحقيق تقدم مستدام. (Nelson & Thomas, 2007, P. 36)

التعريف الإجرائي: يعرف العلاج الإيجابي القائم على الحل في هذا البحث بأنه برنامج تدريبي علاجي يتكون من جلسات إرشادية محددة المدة (٦ جلسات) يقدمها الباحث باستخدام تقنيات مثل: سؤال المعجزة، تحديد الاستثناءات، مقياس التدرج، وتعزيز الحلول الذاتية، ويقاس أثره بمستوى التغير في درجات مقياس رهَاب الذات بعد تطبيق البرنامج.

ثالثاً- غير المتزوجين: يشمل المطلقين والمطلقات، الأرامل من الذكور والإناث، العزاب من الذكور، والأبكار من الإناث.

التعريف الإجرائي: هم المشاركون الذين تنطبق عليهم إحدى الحالات الأربع السابقة ضمن الفئة العمرية (٣٠-٤٠ سنة) وتم اختيارهم ضمن عينة البحث.

الفصل الثاني: الاطار النظري

أولاً-النظرية البنائية الاجتماعية :

ترى أن الواقع يتم تشكيله من خلال اللغة والتفاعل الاجتماعي، وأن تغيير طريقة التفكير أو التحدث يمكن أن يؤدي إلى تغيير في السلوك .

افتراضات النظرية:

١. المعرفة أمر مسلم به
 ٢. أن المعرفة التقليدية لا تستند بالضرورة إلى ملاحظات موضوعية وغير متحيزة للعالم.
 ٣. يركز البشر على فئات معينة حتى لو لم تعكس هذه الفئات بالضرورة تقسيمات حقيقية.
 ٤. ما هو موجود هو ما ندركه فعلاً أنه موجود. (Bow,2015,PP.89-91)
- إن المعرفة تتشكل من خلال التفاعلات بين الأفراد والعالم المحيط وبالتالي فإن تصور الفرد لـ "الحقيقة" هو نتاج للعمليات الاجتماعية والتفاعلات التي ينخرط فيها الفرد وليس الملاحظة الموضوعية .

ابتكر ميد مفهوم "التفاعل الرمزي"، الذي يزعم أن البشر يبنون هويتهم وهوية بعضهم البعض من خلال لقاءاتهم اليومية مع بعضهم البعض. بعبارة أخرى، يتم إنشاء الذات من خلال التفاعل الاجتماعي.

فالبشر يخلقون ويحافظون على جميع الظواهر الاجتماعية من خلال ممارساتهم الاجتماعية. والأفراد "يعبرون" عن أفكارهم بالتفاعل مع الآخرين والعلاقات الصاعدة والنازلة ومن خلال تدوين أو تأليف قصة عن فكرة لديهم تصبح هذه الفكرة "موضوعاً" للوعي بالنسبة للأشخاص الذين تنتشر بينهم الفكرة. (Bow,2015,PP.99-100)

إن الفكرة بالنسبة لهؤلاء الأفراد تصبح حقيقة موضوعية وهي الاعتقاد بأن الأشياء لديها مجموعة معينة من الخصائص التي تجعلها ما هي عليه، ومع ذلك، يزعم (بيرغر ولوكمان) أنه لا يوجد "جوهر" للحقائق "الموضوعية" التي تجعلها حقيقة.

توفر البنائية الاجتماعية إطاراً لفهم العوالم المصطنعة التي يسكنها الأفراد - وهو أمر مفيد لفهم السلوك الاجتماعي، في حين لا توفر ما بعد الحداثة مثل هذا الإطار التي عرفت المشكلات الاجتماعية بأنها "أنشطة الأفراد أو المجموعات التي تدعي المظالم والمطالبات فيما يتعلق ببعض الظروف المفترضة"

إن الشخص الذي تم فصله عن بيئته الاجتماعية لا يمكن أن يكون "خجولاً" أو "ودوداً" أو "مهماً"، حيث تشير هذه إلى السلوكيات التي يتمتع بها الأفراد تجاه الآخرين.

(Vlaskas,1995,143-146)

يقترح شوتر (١٩٩٣) أن السلوك البشري يأتي من العمل المشترك بتفاعل البشر مع بعضهم البعض بطريقة فريدة من نوعها بغض النظر عن النوايا الداخلية لهم. (Best,2018,PP.53-59)

ووفقاً لهذه النظرية فإن الأفراد يخلقون أنفسهم والآخرين بدلاً من اكتشافهم من خلال تفاعلاتهم معهم. وبالتالي، فإن نظريات الشخصية هي محاولة لوصف الاختلافات العديدة للذات الناتجة عن تفاعل الأفراد مع الآخرين. (Best,2018,P.65)

تفترض الحقيقة " وراء السلوك البشري ؛ في البنائية الاجتماعية الضعيفة أن الأفراد يبنون فهمًا فردياً على مجموعة من الحقائق الموضوعية ، وتفترض البنائية الاجتماعية القوية أن كل المعرفة يبنونها المجتمع البشري من خلال التفاعلات الاجتماعية. (Averill,1985,PP.104-107)

ثانياً- نموذج اضطراب رهاب الذات:

يعبر عن رهاب الذات بالخوف من الوحدة أو العزلة، وهو مصنف ضمن القلق في التصنيف الطبي النفسي (DSM-5) الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، والذي يشمل مجموعة من المشاعر المتعلقة بالخوف والقلق وقد يندرج ضمن فئة القلق الاجتماعي (أو ما يشكل بالرهاب الاجتماعي)، ويصنف أيضاً ضمن (اضطراب قلق الانفصال) في حالات معينة. (DSM5,2013)

حيث يعاني الأشخاص المصابون برهاب الانفرد من خوف شديد وغير عقلاني من البقاء بمفردهم. وقد يعاني الشخص من هذا الخوف عندما يكون بمفرده. وقد يعاني بعض الأشخاص من رهاب الانفرد حتى عندما يكونون مع أشخاص آخرين. وفي هذه الحالة، يتركز الخوف حول المخاوف بشأن العزلة.

يعاني الأشخاص المصابون برهاب الذات من مجموعة من المواقف سواء في العزلة أو بصحبة الآخرين، أو الخوف من عدم القدرة على التعامل مع التحديات بأنفسهم، وقد يعاني الأشخاص المصابون برهاب الذات من الخوف من الهجر والحفاظ على العلاقات حتى عندما يكون الأشخاص الذين تربطهم به علاقات حاضرين جسدياً. (George,1910,P.110)

رهاب الذات يمكن أن ينشأ من القلق الاجتماعي، لأنه عندما يترك الأشخاص المصابون بهذا الرهاب بمفردهم، فإنهم غالباً ما يعانون من نوبات الهلع، وهي رد فعل شائع لدى المصابين بالقلق الاجتماعي. ويمكن أن ينشأ هذا المرض من الأكتئاب؛ لأنه عندما يصبح الأشخاص مصابين برهاب الانفرد بشكل خطير، فإنهم يبدأون في إيجاد أنشطة ومهام معينة يكونون المستحيل إكمالها. ويحدث ذلك عادة عندما يواجه المصابون برهاب الانفرد احتمالية الذهاب إلى مكان عام حيث يوجد العديد من الأشخاص، أو ببساطة مكان غير مريح أو غير مألوف

بالنسبة لهم. يمكن أن يرتبط هذا الرهاب أيضاً ارتباطاً وثيقاً برهاب الخلاء، مما يؤدي إلى انخفاض الثقة بالنفس وعدم اليقين بشأن قدرتهم على إنهاء أنشطة معينة يجب القيام بها بمفردهم. (Bandelow,2017,PP.94-98)

يميل الأشخاص المصابون بهذا الرهاب إلى تخيل أسوأ سيناريو ممكن. على سبيل المثال، قد يصابون بنوبة هلع ثم يعتقدون أنهم سيموتون بسبب هذا الحدث، وعلى الرغم من أن هذا الرهاب يتطور غالباً في سن مبكرة، إلا أنه يمكن أن يتطور في وقت لاحق من الحياة أيضاً. يصاب الأفراد أحياناً بهذا الخوف عند وفاة أحد الأحباء أو انتهاء علاقة زوجية مهمة. يمكن أيضاً وصف رهاب الانفراد بأنه الخوف من البقاء بدون شخص معين، وقد تخلق الأحداث المأساوية في حياة الشخص هذا الخوف من البقاء بدون شخص معين، ولكن هذا غالباً ما يتطور في النهاية إلى خوف من الانعزال بشكل عام. (Bandelow,2017,PP.101-105) ويعبر عنه أيضاً كحالة نفسية يعاني فيها الفرد من خوف شديد وغير منطقي من أفكاره، أو مشاعره، أو نفسه بشكل عام. يعتبر هذا الرهاب من أكثر الأنواع تعقيداً حيث يرتبط بتقدير الذات، والصورة الذاتية، وصراعات داخلية عميقة، ويظهر هذا الرهاب في صورة رفض للتأمل أو الخلوة بالنفس، أو في تجنب استكشاف المشاعر والأفكار. (Barber,2018,PP.106-107) إن تأثيرات رهاب الذات تكون:

١. نفسية: انخفاض تقدير الذات، الاكتئاب، والقلق المزمن.
 ٢. اجتماعية: العزلة الاجتماعية وصعوبة بناء العلاقات.
 ٣. وظيفية: تأثير سلبي على الأداء الأكاديمي أو المهني.
- ونحن بحاجة الى أساليب التعامل مع رهاب الذات من خلال:
١. العلاج النفسي:
 - أ. العلاج الايجابي القائم على الحل: للعمل على الحلول بدلاً من الخوض بمشاكل الماضي.
 - ب. العلاج المعرفي السلوكي (CBT) يساعد في تحدي وتغيير الأفكار السلبية حول الذات.
 - ج. العلاج بالتعرض التدريجي: يتيح للفرد مواجهة خوفه من الذات بشكل متدرج.
 ٢. التدخلات الذاتية:
 - أ. تعزيز الوعي الذاتي من خلال التأمل أو الكتابة اليومية.
 - ب. ممارسة اليقظة الذهنية لتحسين الصحة النفسية.
 - ج. بناء صورة ذاتية إيجابية من خلال الاعتراف بالإنجازات الصغيرة.
 ٣. الدعم الاجتماعي:
 - أ. الانخراط في مجموعات دعم.
 - ب. التحدث مع الأصدقاء أو أفراد العائلة الموثوقين (Bandelow,2017,PP.106-107).

ثالثاً-النموذج الابتكاري (SBPT)

دمج العلاج الايجابي مع العلاج القائم على الحل (Solution-based positive therapy)

من خلال عمل الباحث في مجال العلاج السلوكي المعرفي والعلاجات القائمة على الحل ولان الباحث يعمل بصفة تدريسي في علم النفس الايجابي ، ولما لهذا العلم من أثر سريع على تخفيض اعراض الاضطرابات النفسية وبما ان عينة البحث بحاجة ماسة الى خارطة طريق ايجابية لغرض تخفيض رهاب الذات لديهم واخراجهم من الفردانية الى عالم التفاؤل والرضا الذاتي ، وجد الباحث انه من الضروري دمج العلاج القائم على الحل مع العلاج الايجابي وللاسباب الآتية الذكر .

ان العلاج الإيجابي نهج يعتمد على القوة ويركز على تحسين الرفاهية والأداء من خلال البناء على المشاعر الإيجابية والعلاقات ونقاط القوة الشخصية ، والهدف هو جعل الأفراد أكثر قدرة على الصمود، وبالتالي حمايتهم من الضغوطات المستقبلية. (Dobiata&winkler,2016,PP.7-8)

يمكن للأشخاص المشاركة في العلاج الإيجابي بشكل فردي أو كزوجين أو كعائلة ،ويمكن للأفراد الاستفادة من تدخلات العلاجات الإيجابية لعلاج الاكتئاب والقلق وتعزيز احترام الذات وبناء القدرة على الصمود وتحسين الصحة النفسية بشكل عام ،وغالباً ما يدعو المعالجون الذين يستخدمون العلاج الايجابي الفرد إلى وضع نفسه في القصص المستخدمة، حتى يصبحوا نشطين في عملية الشفاء الخاصة بهم بطريقة قوية، وبذلك، يصبحون "المعالجين" لعملية تعافيهم، ففي حين ينصب التركيز على الإيجابية والنتائج الإيجابية، فإن النظرية الشاملة للعلاج الايجابي تؤكد على ضرورة معالجة ثلاثة مبادئ أساسية للسماح بحدوث ذلك: (Fava,1999,PP.172-177)

١. مبدأ الأمل :يشجع هذا المبدأ الفرد على التركيز على الإيجابية الشاملة للإنسانية، ويجب النظر إلى التجارب السلبية على أنها ذات غرض أعلى مع إعادة صياغتها بشكل إيجابي. يتم تشجيع استكشاف أي اضطرابات في الشعور بالرفاهية وإعادة صياغتها كإشارات إلى وجود خلل يتطلب المعالجة.

٢. مبدأ التوازن : يدرس هذا المبدأ كيف نشعر بالاستياء وطرق التعامل التي قد نستخدمها لمعالجة هذا الأمر. ووفقاً للنظرية تنشأ الأعراض السلبية عندما لا تتجح طرق التعامل هذه، وتصبح مجالات حياتنا غير متوازنة، حيث يؤثر السخط على طريقة تفكيرنا وشعورنا.

٣. مبدأ الاستشارة :يحدد هذا المبدأ المراحل الخمس للعلاج التي يجب العمل عليها لمعالجة أي مشكلات تنشأ في المبدأين المذكورين أعلاه، لتحقيق نتيجة إيجابية:

أ. الملاحظة - حيث يقدم الفرد وصفاً للقضايا أو التحديات أو المواقف التي تزعجه وتلك التي تجعله سعيداً.

ب. الشمول - حيث يعمل المعالج والفرد معاً لاستكشاف وإبراز العلاقة بين المشاعر/الأعراض السلبية والقدرات الحقيقية للفرد.

ج. الدعم - حيث يطلب من الفرد التركيز على سماته الإيجابية وسمات الأشخاص المحيطين به الذين يقدمون له الدعم بشكل كبير.

د. التعبير - حيث يتم تشجيع الفرد على مناقشة أي مشاعر سلبية أو تحديات أو أعراض والتحدث بصراحة عنها.

هـ. تطوير الأهداف - حيث تتم دعوة الفرد لتحويل تركيزه إلى المستقبل، وتحديد أهداف إيجابية، وتصور المشاعر الإيجابية التي يريد أن يزرعها، بالإضافة إلى ربطها بقوته الفريدة. من المكونات الأساسية الأخرى للنموذج التركيز على القدرات الأساسية، حيث يتمتع كل شخص - بغض النظر عن الجنس أو العمر أو العرق أو الأفكار المسبقة حول صحته العقلية - بقدرتين أساسيتين:

أ. القدرة على الإدراك: قدرتنا على رسم الروابط بين مختلف مجالات الحياة بأسباب أكثر أهمية وراء معنى ليس فقط وجودنا ولكن وجود كل شيء من حولنا.

ب. القدرة على الحب: قدرتنا على التطور العاطفي وتنمية العلاقات الشخصية. (Fava&Ruini,2003,PP.48-55)

يعمل العلاج الايجابي وفق الاستراتيجيات التالية:

- تعزيز الرفاهية النفسية لمساعدة الأفراد على العمل بشكل مثالي والشعور بأقصى قدر ممكن من السعادة.

- التركيز على نقاط قوتهم وقدراتهم وإمكاناتهم الأفراد من خلال نسج القصص والحكايات أثناء العلاج.

- يركز العلاج الايجابي على بناء ثلاثة جوانب للسعادة في ; بناء المشاعر الإيجابية و استخدام نقاط القوة لتعزيز المشاركة في الحياة وتطوير الهدف وبناء الشعور بالمعنى في الحياة، ويعتقد أن هذه الجوانب تعمل على تعزيز الشعور بالسعادة. كما يمكنها أيضاً المساعدة في تقليل أعراض مشاكل الصحة النفسية من خلال تشتيت الانتباه وتحويله بعيداً عن الأفكار غير المفيدة. (Seligman,2011,157-159)

رابعاً- نموذج العلاج القائم على الحل:

العلاج الموجز المرتكز على الحل (SFBT) هو نهج علاجي قصير المدى يركز على الهدف ويستند إلى الأدلة، ويدمج مبادئ وممارسات علم النفس الإيجابي، ويساعد العملاء على التغيير

من خلال بناء الحلول بدلاً من التركيز على المشاكل. بالمعنى الأكثر أساسية، يعد العلاج الموجز المرتكز على الحل وسيلة صديقة للأمل ومحفزة للمشاعر الإيجابية وموجهة نحو المستقبل لصياغة وتحفيز وتحقيق واستدامة التغيير السلوكي المطلوب. (De shazer,2007,PP.79-81)

يقوم المعالجون الذين يركزون على الحل بتطوير الحلول من خلال إنشاء وصف تفصيلي أولاً لكيفية اختلاف حياة العميل عندما تخفي المشكلة أو يتحسن وضعه بدرجة مرضية للعميل. ثم يبحث المعالج والعميل بعناية في تجربة حياة العميل ومخزونه السلوكي لاكتشاف الموارد اللازمة لبناء حل عملي ومستدام يمكن للعميل تنفيذه بسهولة. تتضمن هذه العملية عادة تحديد واستكشاف "الاستثناءات" السابقة، على سبيل المثال الأوقات التي تعامل فيها العميل بنجاح مع الصعوبات والتحديات السابقة أو عالجها. في عملية مقابلة محترمة وعملية بطبيعتها، يتعاون معالجو SF وعملاؤهم باستمرار في تحديد الأهداف التي تعكس أفضل آمال العملاء وتطوير حلول مرضية. (De shazer,2007,PP.90-93)

إن التطبيق العملي لمنهج العلاج السلوكي المعرفي قد ينبع جزئياً من حقيقة أنه تم تطويره بشكل استقرائي حيث تم قبول العملاء دون فحص مسبق وأمضى مطورو العلاج ساعات لا حصر لها في مراقبة جلسات العلاج على مدار عدة سنوات، مع ملاحظة أي نوع من الأسئلة أو التصريحات أو السلوكيات من جانب المعالج والتي أدت إلى نتائج علاجية إيجابية. تم بعد ذلك الاحتفاظ بالأسئلة والتصريحات والأنشطة المرتبطة بإبلاغ العملاء عن التقدم وتم دمجها في نهج العلاج السلوكي المعرفي. (Kim&etal,2010,301-303)

استراتيجيات العلاج القائم على الحل

- يسلط العلاج الضوء على قدرة المضطرب في حل المشكلات، وليس نشوء المشكلة بتوضيح الهدف من العلاج بتوجيه المضطرب إلى تصور مستقبل بدون المشكلة من خلال التدريب والاستجابات الإيجابية.

- يسلط العلاج الضوء على الاستثناء بإرشاد المضطرب إلى منطقة من حياته حيث يوجد استثناء للمشكلة. وإن الأمور سارت على ما يرام، على الرغم من المشكلة. داخل الاستثناء، قد يتم صياغة نهج للحل.

- السؤال المعجزة أداة قوية تساعد المضطربين على الانتقال إلى التوجه نحو الحل حيث يسمح هذا السؤال للمضطربين ببدء خطوات صغيرة نحو إيجاد حلول للمشاكل المطروحة، فدعوة المضطرب إلى التجربة هي طريقة أخرى يستخدمها المعالجون لتوجيه المضطربين للتوجه نحو الحل. فمن خلال دعوة المضطرب إلى البناء على ما ينجح بالفعل، يركز المضطرب تلقائياً

على الجانب الإيجابي. وهذا يسمح لعقل المضطرب بالتوسع والبناء على هذا التوجه. (Santa,1998,PP.189-190)

- يسمح العلاج للمضطرب اكتشاف ما ينجح وما لا ينجح في حل المشكلة المطروحة. خلال التقدم بالاستشارة مع المضطرب، يأخذ العديد من معالجي العلاج بالطرق العلاجية اللفظية استراحة للتفكير فيما تعلموه خلال بداية الجلسة. (Santa,1998,PP.193-195)

- الاعتراف بأن المضطرب له تأثير على التحرك نحو تحقيق هدف ما يسمح للأمل بأن يصبح حاضراً. بمجرد حدوث الأمل وتغير المنظور، يمكن للمضطرب أن يقرر الإجراءات اليومية التي يرغب في اتخاذها لتحقيق هدف ما، ويمكن لمستويات أعلى من الأمل والتفاؤل أن تنتبأ بالنتائج المرغوبة التالية:

- الإنجاز في جميع أنواع المجالات والتحرر من القلق والاكتئاب وتحسين العلاقات الاجتماعية وتحسن الصحة البدنية.

- التعاطف أمر حيوي في إدارة العلاج القائم على الحل. يحتاج المضطرب إلى الشعور بأن الممارس يستمع إليه ويحتضنه حتى يحدث أي تقدم. يوصى بالانحناء عمداً للتأكد من أن المضطرب يعرف أن الممارس منخرط في الاستماع.

- التحدث عن نقاط القوة ومواءمة هذه النقاط مع تحديد الأهداف هي تدخلات مهمة في العلاج بالمهارات الحركية الدقيقة. إن إدراك ما ينجح بالفعل مع المضطرب والاعتراف به يثبت نقاط القوة. إن إدراك الذات لهذه النقاط القوية يزيد من احترام الذات وبالتالي يحسن التقدم إلى الأمام.

- تستهدف الحلول الصغيرة التغيير الذي لا يتطلب حلاً ضخماً؛ بل يمكن أن يكون نتيجة خطوات صغيرة إيجابية. (kim&etal,2019,PP.127-130)

أن التركيز على المشاكل فقط ليس طريقة فعالة لحلها، وبدلاً من ذلك، يستهدف العلاج أنماط الحلول الافتراضية للمضطربين، ويقيمها من حيث الفعالية، ويعدلها أو يستبدلها بأساليب حل المشاكل التي تتجح،

بالإضافة إلى هذا الاعتقاد الأساسي يعتمد العلاج في هذا على الافتراضات التالية:

١. التغيير ثابت ومؤكد؛
٢. ينبغي التركيز على ما هو قابل للتغيير وممكن؛
٣. يجب أن يكون العملاء راغبين في التغيير؛
٤. العملاء هم الخبراء في العلاج ويجب عليهم تطوير أهدافهم الخاصة؛
٥. لدى العملاء بالفعل الموارد والقوة لحل مشاكلهم؛
٦. يجب أن ينصب التركيز على المستقبل - فتاريخ العميل ليس جزءاً أساسياً من هذا النوع من العلاج

وبناء على هذه الافتراضات، يطلب النموذج من المعالجين القيام بما يلي في جلساتهم مع العملاء:

١. ا طرح الأسئلة بدلاً من "بيع" الإجابات؛
 ٢. ملاحظة وتعزيز الأدلة على الصفات الإيجابية للعميل ونقاط القوة والموارد والكفاءة العامة لحل مشاكله الخاصة؛
 ٣. العمل مع ما يستطيع الأفراد فعله بدلاً من التركيز على ما لا يستطيعون فعله؛
 ٤. تحديد السلوكيات التي يمارسها العميل بالفعل والتي تكون مفيدة وفعالة وإيجاد طرق جديدة لتسهيل حل المشكلات من خلال هذه السلوكيات؛
 ٥. ركز على تفاصيل الحل بدلاً من التركيز على المشكلة؛
 ٦. تطوير خطط عمل تناسب العميل (kim&etal,2019,PP.133-138).
- إن المبادئ الأساسية للعلاج القائم على الحل تكون في ان:
١. العميل خبير في حياته، فالمشكلة ليست محور التركيز، بل الحل.
 ٢. هناك دائماً أوقات كان فيها العميل أكثر قدرة أو المشكلة أقل حدة.
 ٣. التغيير أمر لا مفر منه، وكل خطوة صغيرة تؤدي إلى تحسين كبير.
- يشترك كل من العلاج القائم على الحل والعلاج الإيجابي في التركيز على:
- الجانب الإيجابي أي على ما يتمتع به الأفراد بالفعل من مزايا وما يمكنهم اتخاذه من إجراءات. وفي حين تتم مناقشة المشاكل والنظر فيها في العلاج القائم على الحل، فإن أغلب الوقت والطاقة ينفقان في مناقشة والتفكير والبحث في ما هو جيد وفعال وناجح بالفعل،
 - يعتبر الفرد أفضل مناصر لنفسه، ومصدر المعلومات عن مشاكله والحلول المحتملة، ومهندس علاجه ونجاحه في الحياة. ويعتبر الفرد كفوءاً وقادراً وكافياً .
 - دمج العلاجين يحقق للفرد المضطرب قدرة على إنتاج نتائج إيجابية ودائمة ومغيرة للحياة.

(الباحث، ٢٠٢٥).

الدراسات السابقة:

١- دراسة (Kim&etal,2008):تناولت الدراسة الفعالة العلاج الفعال على الحل في تقليل المستويات الاجتماعية لدى الافراد. وأشار إلى نتائج ملحوظة بشكل ملحوظ في التحديد الذاتي لنطاقات القلق لدى المشاركين، مما يدعم فعالية هذا العلاج في تعزيز التصورات الإيجابية للذات .

٢- دراسة مقارنة (Duckworth&Seligman,2005): حول فعالية العلاج المرتكز على الحل والعلاج المعرفي السلوكي للذين يعانون من الرهاب الاجتماعي ، تم تقسيم ثمانية عشر مضطرباً وبشكل عشوائي إلى مجموعتين ليتم علاجهم وفقاً لأي من هذين النهجين. خضعت كلتا

المجموعتين للعلاج لمدة ٦ و ١٢ أسبوعاً على التوالي، ثم طبق عليهم مقياس رهاب الذات واختبار أكسفورد للسعادة ومقياس وحدات الضيق الذاتية قبل وبعد العلاج وظهرت النتائج وجود فروق معنوية بين المجموعتين من حيث متغيرات السعادة والضيق النفسي، مما يشير إلى أن فعالية العلاج المرتكز على الحل والنفسي الايجابي سوية أكبر من فعالية العلاج المعرفي السلوكي في زيادة السعادة.

٣- دراسة (Bien,2011) فعالية العلاج المختصر المرتكز على الحل في الحد من الرهاب الاجتماعي لدى النساء، كان الهدف تحديد فعالية العلاج المختصر المرتكز على الحل (SFBT) في الحد من القلق الاجتماعي لدى النساء، حيث تكونت العينة من (٣٠) امرأة، وخضعت المشاركات في المجموعة التجريبية لثمانى جلسات أسبوعية من العلاج المختصر المرتكز على الحل. تم تقييم كلتا المجموعتين باستخدام مقياس BDI-II في الاختبار قبل الاختبار وبعده، وتم تحليل البيانات باستخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA) النتائج: أظهرت النتائج عدم وجود فرق كبير بين المجموعتين في الاختبار قبل الاختبار، بينما أدى العلاج المختصر المرتكز على الحل إلى انخفاض كبير في درجات القلق الاجتماعي في مجموعة التدخل. الاستنتاج: يمكن استخدام العلاج المختصر المرتكز على الحل كبرنامج تدخل في الفئات المستهدفة والسكان العامين من النساء المصابات بالرهاب الاجتماعي

٤- دراسة (Matar,2017) إن تحديد فعالية نهج العلاج الموجز الذي يركز على الحل في تقليل رهاب الذات الذي يعاني منه البالغين فباستخدام طريقة أخذ العينات الهادفة بالأحرف الأولى NI و TS و WD. تم الحصول على تقنية جمع البيانات في هذه الدراسة بناء على ورقة التقييم الذاتي ، يتم إجراء الاستشارة الفردية على مدى جلستين باستخدام تقنيات مختلفة في العلاج الموجز الذي يركز على الحل، بما في ذلك أسئلة التدرج والأسئلة المعجزة. استخدمت تقنية تحليل البيانات التحليل الوصفي الكمي. أظهرت النتائج أنه يمكن تقليل القلق الذي يعاني منه البالغ من مرتفع جداً إلى منخفض جداً.

٥- دراسة (Alibak,2021) أثر العلاج الايجابي في التقليل من الرهاب الاجتماعي وان الغرض من هذه الدراسة هو مراجعة الأدبيات حول استخدام العلاج النفسي الإيجابي لدى الأفراد الذين يعانون من القلق باستخدام طريقة المراجعة المنهجية وقد تم استخدام طريقة المراجعة المنهجية في البحث أجريت هذه الدراسة التجميعية على مرحلتين ووفقاً للنتائج وجد أن العلاج يوفر تحسناً أسرع وتعافياً أسرع.

مناقشة الدراسات السابقة:

تدعم الدراسات السابقة الفرضية الأساسية لهذا البحث، إذ تؤكد فعالية العلاج الإيجابي القائم على الحل في تقليل رهاب الذات وتعزيز التصورات الإيجابية للذات لدى الأفراد. وفيما يلي

تحليل لنتائج هذه الدراسات ومدى انسجامها مع البحث الحالي مما يعزز أهمية البحث الحالي. كما أن الدراسات المختلفة أكدت فاعلية هذا العلاج في تحسين التصورات الذاتية، تقليل الضيق النفسي، وتعزيز السعادة، وهي جوانب مهمة في معالجة رهاب الذات لدى غير المتزوجين. ومع ذلك، فإن الحاجة إلى متابعة طويلة الأمد لاستدامة النتائج، كما أشارت بعض الدراسات، تستوجب إجراء مزيد من البحوث لفهم العوامل المؤثرة في نجاح هذا العلاج على المدى البعيد.

الفصل الثالث: إجراءات البحث

يهدف هذا البحث إلى دراسة فعالية العلاج الإيجابي القائم على الحل في تخفيض رهاب الذات لغير المتزوجين. سيتم استخدام أسلوب البحث التجريبي لتقييم الأثر العلاجي للأفراد الذين يعانون من رهاب الذات، ويتضمن هذا الفصل وصفاً للإجراءات المنهجية التي سيتم اتباعها لتحقيق أهداف البحث:

١- تصميم البحث

البحث الحالي اعتمد التصميم السببي المقارن (Comparative Causal Design) بمقارنة مجموعتين:

أ. المجموعة الضابطة: (50) مفحوصاً، تراوحت درجاتهم بين (٢٤-٣٥) على مقياس رهاب الذات، أي لا يعانون من اضطراب رهاب الذات.
ب. المجموعة التجريبية: (50) مفحوصاً، تراوحت درجاتهم بين (٤٥-١٠٢) وتشير درجاتهم إلى وجود رهاب الذات بدرجات متفاوتة.

حيث سيتم جمع البيانات قبل بدء التدخل العلاجي ثم بعد إتمامه لتقييم التغيرات في شدة الأعراض النفسية. سيتم مقارنة الفروق بين درجة رهاب الذات الأولية (قبل العلاج) والدرجة النهائية (بعد العلاج) لتحديد مديات التأثير للعلاج النفسي الإيجابي القائم على الحل على عينة البحث.

٢- العينة المستهدفة: تم اختيار العينة من غير المتزوجين الذين يعانون من رهاب الذات شملت العينة (٥٠) مشاركاً من الذكور ٥٠ مشاركة من الإناث التي تتراوح أعمارهم بين (٣٠-٤٠) سنة حيث تم اختيارهم بناء على المعايير التالية:
أ- المعايير الشاملة:

- الأفراد غير المتزوجين (ارمل ، مطلق، باكر ، أعزب)
- عدم وجود اضطرابات نفسية شديدة تتطلب تدخلات طبية طارئة (مثل: ثنائي القطب أو الفصام).
- أن يكون لدى المشاركين القدرة على التحدث والمشاركة في جلسات العلاج ..

ب- المعايير الاستيعادية:

- الأفراد الذين يعانون من حالات صحية نفسية سلبية شديدة.
- الأفراد الذين يتناولون أدوية نفسية تؤثر على الأعراض النفسية بشكل ملحوظ.
- ٣ - أدوات القياس: مقياس رهاب الذات (Autophobia)
- أ- عدد الفقرات: يتكون المقياس من (٢١) فقرة، تصنيف الفقرات ضمن ثلاثة أبعاد رئيسية:
- مقياس روزنبرغ لتقدير الذات (Rosenberg Self-Esteem Scale - RSES) ، ويقاس تدني تقدير الذات.
- مقياس بيك للاكتئاب . (Beck Depression Inventory - BDI)
- مقياس بيك للقلق. (Beck Anxiety Inventory - BAI)
- ٤- الإجراءات الإحصائية
- تم استخدام الأساليب الإحصائية المعلمية المناسبة للعينات الطبيعية والمتساوية الحجم، باستخدام برنامج SPSS ، وشملت ما يلي:
- أ. التحليل الوصفي: لحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
- ب. الاختبار التائي لعينتين مستقلتين: للمقارنة بين المجموعتين.
- ج. معامل ارتباط بيرسون : للتحقق من الاتساق الداخلي للمقياس.
- د. معامل ألفا كرونباخ : للتحقق من الثبات.
- هـ. التحليل العاملي الاستكشافي: للتحقق من صدق البناء العام للمقياس.
- ٥- التحليل الوصفي للدرجات:

الجدول (٣-١)

المجموعة	العدد	أعلى درجة	أدنى درجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
الضابطة	50	35	24	3.8	30.2
التجريبية	50	102	45	13.7	78.4

الاستنتاج: يتضح وجود فروق واضحة بين المتوسطين لصالح المجموعة التجريبية .

٦- الاختبار التائي لعينتين مستقلتين :

الجدول (٣-٢)

المتغير	مستوى الدلالة (Sig)	قيمة "ت" المحسوبة	df	الدلالة
مقياس رهاب الذات	0.000	21.76	98	دالة عند ٠.٠٠١

الاستنتاج: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين المجموعتين، أي أن أفراد المجموعة التجريبية حصلوا على درجات أعلى دالة إحصائياً في المقياس مقارنةً بأفراد المجموعة الضابطة.

٧- الاتساق الداخلي للمقياس:

تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة والمجموع الكلي للمقياس. (n=100)، جاءت معاملات الارتباط بين (٠.٤٦ - ٠.٨١)، وهي كلها دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠٠١، مما يشير إلى اتساق داخلي مرتفع جداً بين فقرات المقياس والدرجة الكلية.

٨- ثبات المقياس :

تم استخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) لجميع الفقرات (٢١ فقرة):

الجدول (٣-٣)

البعد	عدد الفقرات	قيمة α كرونباخ	مستوى الثبات
تدني تقدير الذات	7	0.84	عال
الاكتئاب الذاتي	7	0.88	عال جداً
القلق الذاتي	7	0.86	عال جداً
المقياس الكلي	21	0.93	ثبات ممتاز

الاستنتاج: تدل القيم العالية على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق والثبات الداخلي.

٩- صدق البناء:

تم إجراء التحليل العاملي الاستكشافي (EFA) باستخدام طريقة تحليل المكونات الرئيسية والتدوير

نتائج التحليل:

١. $KMO = 0.88$ (ممتاز)، يدل على ملاءمة العينة للتحليل العاملي

٢. اختبار Bartlett's sphericity (Sig = 0.000 , df = 210 , $\chi^2 = 1165.4$) (دال إحصائياً)

٣. تم استخراج ثلاثة عوامل رئيسية تفسر 71.3% من التباين الكلي:

أ. العامل الأول: تدني تقدير الذات -تفسير التباين: ٢٨.٦%

ب. العامل الثاني: الاكتئاب الذاتي -تفسير التباين: ٢٣.٤%

ج. العامل الثالث: القلق الذاتي -تفسير التباين: ١٩.٣%

تحميلات الفقرات تراوحت بين 0.54 - 0.83، وهي قيم عالية تؤكد صدق البناء العام للمقياس.

١٠- الصدق التمييزي والتقاربي

تم حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الثلاثة:

الجدول (٣-٤)

الأبعاد	القلق الذاتي	الاكتئاب الذاتي	تدني تقدير الذات	
تدني تقدير الذات	0.68**	0.71**	1	(p < 0.01 **)
الاكتئاب الذاتي	0.75**	1	0.71**	
القلق الذاتي	1	0.75**	0.68**	

الاستنتاج: الارتباطات العالية تشير إلى صدق تقاربي جيد، لكنها ليست عالية جداً لتشير إلى اندماج الأبعاد، مما يثبت أيضاً صدقاً تمييزياً مقبولاً.

١١- التفسير العام:

تشير النتائج إلى أن مقياس رهاب الذات يتمتع بخصائص سيكومترية ممتازة من حيث:

١. صدق المحتوى والبناء،
٢. الاتساق الداخلي،
٣. الثبات العالي،
٤. والقدرة على التمييز بين الأفراد المصابين وغير المصابين برهاب الذات.

١٢- الاستنتاج العام:

١. تم التحقق من صدق البناء والثبات للمقياس.
٢. أظهرت النتائج أن المقياس قادر على قياس رهاب الذات بدقة عالية.
٣. هناك فروق دالة بين الأفراد المصابين وغير المصابين.
٤. يوصى باعتماد المقياس كأداة بحثية وعلاجية لتقييم فعالية البرامج العلاجية القائمة على الحل أو العلاج الإيجابي.

١٣- الإجراءات العلاجية

سيتم تطبيق العلاج الإيجابي القائم على الحل على المشاركين من خلال برنامج علاجي موجه لتحقيق النتائج التالية:

- أ. تعزيز الاستراتيجيات الإيجابية للتعامل مع الضغوط.
- ب. إعادة صياغة الأفكار السلبية وتحفيز التفكير الإيجابي.
- ج. تعزيز الشعور بالكفاءة الذاتية لدى الأفراد.
- د. تمكين الأفراد من وضع أهداف واضحة لتحقيق تحسن في حالتهم النفسية.

١٤- معايير اختيار المشاركين

- المجموعة التجريبية: سيحصل المشاركون على العلاج الإيجابي القائم على الحل لمدة (٦) أسابيع، وسيشمل ذلك (٦) جلسات علاجية.

- المجموعة الضابطة: لن يتم تطبيق العلاج على الأفراد، وبدلاً من ذلك، سيتم مراقبة حالتهم النفسية باستخدام نفس الأدوات والمقاييس النفسية التي ستستخدم في المجموعة التجريبية دون تدخل علاجي.

١٥- الإجراءات العلاجية للمجموعة التجريبية:

أ. عدد الجلسات: ٦ جلسة علاجية على مدار ٦ أسابيع ومدة كل جلسة (٦٠) دقيقة.
ب. طريقة العلاج: سيتم تطبيق العلاج الإيجابي القائم على الحل، والذي يركز على تحديد الحلول بدلاً من التركيز على المشاكل. يتضمن ذلك تحديد الأهداف الشخصية، تعزيز التفكير الإيجابي، وإعادة صياغة الأفكار السلبية.

١٦- إجراءات جمع البيانات:

أ. مقياس رهاب الذات: سيتم استخدام مقاييس نفسية معتمدة لقياس مستوى القلق، الاكتئاب، وتدني تقدير الذات قبل العلاج وبعده.

ب. القياسات: سيتم جمع البيانات في ثلاث نقاط زمنية:

- (١) قبل العلاج: لقياس مستوى رهاب الذات قبل بداية العلاج.
- (٢) نهاية العلاج: بعد إتمام (٦) جلسات من العلاج لتقييم التغيرات في الأعراض النفسية.
- (٣) بعد ثلاثة أشهر من العلاج: لقياس استدامة التحسن النفسي لدى المشاركين.

١٧- التحليل الإحصائي:

أ. سيتم استخدام اختبار T-test (اختبار الفروق بين المجموعات المرتبطة) لمقارنة نتائج المقاييس النفسية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

ب. كما سيتم استخدام اختبار ولكوكسن وأختبار مان وتي لمعرفة إذا كانت هناك فروق معنوية بين المجموعات خلال فترة زمنية أطول (مثل بعد ٣ أشهر من العلاج).

من خلال هذا التصميم التجريبي، سيتمكن الباحث من قياس أثر العلاج النفسي الإيجابي القائم على الحل بشكل دقيق وموثوق، وستساهم النتائج المتوقعة في فهم فعالية هذا النوع من العلاج في تخفيف الاضطرابات النفسية لغير المتزوجين، ويمكن تطبيقه في المستقبل كأداة علاجية لتوجيه الأفراد نحو التحسن النفسي وتحقيق الأهداف الشخصية.

الهدف الأول: قياس مستوى رهاب الذات لدى أفراد العينة. من أجل تحقيق هذا الهدف طبق الباحث مقياس رهاب الذات على جميع أفراد عينة البحث والبالغ عددها (١٠٠) فرد في تطبيق قبلي، ثم حلت استجاباتهم إحصائياً وظهرت النتائج في الجدول (٣-٥):

الجدول (٣-٥) نتائج الاختبار التائي لعينة واحدة لحساب مستوى رهاب الذات

العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية		درجة الحرية	مستوى الدلالة
				المحسوبة	الجدولية		

٠,٠٥							
دالة	٩٩	١,٩٨	٩,٨٧	٦٣	١٢,٣٤	٧٥,١٨	١٠٠

يتضح من الجدول (٣-٥) اعلاه أن القيمة التائية المحسوبة والبالغة (٩,٨٧) أكبر من القيمة التائية الجدولية البالغة (١,٩٨) وهذا مؤشر على وجود فرق ذو دلالة إحصائية بين المتوسط المتحقق والمتوسط الفرضي ولصاح المتوسط الأكبر المتحقق ، وهذا يعني أن مستوى رهاب الذات لدى أفراد العينة هو مستوى مرتفع لذلك تطلب اعداد برنامج علاجي لاستخدامه في خفض رهاب الذات، وهذه النتيجة تتفق مع ملاحظة الباحث اثناء عمله في قسم علم النفس السريري ومشاركته بتدريب الطلبة في وحدات الطب النفسي والمستشفيات النفسية المتخصصة. ولتحقيق هذا الهدف صاغ الباحث الفرضية الاتية:

الفرضية الأولى : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق العلاج الإيجابي القائم على الحل وانخفاض مستوى رهاب الذات لدى الأفراد المستهدفين.

الهدف الثاني: فهم العوامل النفسية والاجتماعية التي تؤثر على الأفراد بعمر (٣٠-٤٠) سنة من غير المتزوجين .

بعد تنفيذ البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة التجريبية البالغة (٥٠) مضطرباً ثم الاختبار البعدي لمقياس رهاب الذات ، ثم تصحيح الاستجابات والحصول على البيانات وتحليلها إحصائياً باستخدام الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) والجدول (٣-٦) يوضح نتائج اختبار ولكوكسن لمعرفة دلالة الفروق بين الاختبارين القبلي والبعدي .

الجدول (٣-٦) نتائج اختبار ولكوكسن لدلالة الفروق بين رتب المجموعة التجريبية في الاختبارين القبلي

والبعدي على مقياس رهاب الذات

نوع الاختبار	العدد	مجموع الرتب	متوسط الرتب	القيمة الزائفة		القيمة المعنوية	مستوى الدلالة
				المحسوبة	الجدولية		
قبلي	٥٠	١٢١٨,٠٠	٢٥,٩١	٦,٠٢٧-	١,٩٨	٠٠	دالة
بعدي	٥٠	٧,٠٠	٣,٥٠				

ويلاحظ من الجدول اعلاه أن القيمة الزائفة المحسوبة (٦,٠٢٧ -) أكبر من القيمة الجدولية (١,٩٦)

وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة " توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق العلاج الإيجابي القائم على الحل وانخفاض مستوى رهاب الذات لدى الأفراد المستهدفين" أي أن البرنامج الذي اعده الباحث اثر في خفض رهاب الذات لدى المجموعة التجريبية، إذ اظهر الأفراد المشاركون في جلسات العلاج الايجابي القائم على الحل تحسناً ملحوظاً في تقدير الذات والقدرة على مواجهة المواقف الشخصية، وهذه النتيجة تتفق مع نتيجة

دراسة: (Kim et al., 2008)، ودراسة (Duckworth & Seligman, 2005) ودراسة (Matar, 2017).

٢- الفرضية الثانية: لا توجد فروق دالة إحصائية بين رتب أفراد المجموعة التجريبية ورتب أفراد المجموعة الضابطة في الاختبار البعدي على مقياس رهاب الذات .

طبق الباحث اختبار مان وتني للكشف عن الفروق بين رتب المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس رهاب الذات ، إذ تبين أن القيمة المحسوبة (٣٩,٥٠) اصغر من القيمة الجدولية (١٢٧) وإن القيمة الزائفة (-٥,٣٠٩) اكبر من الجدولية (١,٩٦) وهذا مؤشر على وجود فرق دال إحصائياً بين المجموعتين ولصالح المجموعة التجريبية والجدول (٧-٣) يبين ذلك.

الجدول (٧-٣) نتائج اختبار مان وتني لدلالة الفروق بين رتب أفراد المجموعة التجريبية ورتب افراد

المجموعة الضابطة في الاختبار البعدي على مقياس رهاب الذات

المجموعات	العدد	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة مان وتني		القيمة المعنوية	القيمة الزائفة	مستوى الدلالة ٠,٠٥
				المحسوبة	الجدولية			
التجريبية	٥٠	٣٦٤,٥٠	١٤,٥٨	٣٩,٥٠	١٢٧	٠٠٠	-٥,٣٠٩	دالة
الضابطة	٥٠	٩١٠,٥٠	٣٦,٤٢					

ويلاحظ من الجدول اعلاه أن الفرق لصالح الاختبار البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية والذي يدل على حصول انخفاض في مستوى رهاب الذات لديهم وهذا يعني أن البرنامج العلاجي ذو فاعلية للأفراد المضطربين الذين خضعوا له، ولما كانت هذه النتيجة تشير إلى وجود فرق دال إحصائياً عليه ترفض الفرضية الصفريّة وتقبل الفرضية البديلة، ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى تأثير خبرات العلاج الإيجابي القائم على الحل الذي تعرض له افراد المجموعة التجريبية لستة جلسات من العلاج الإيجابي المرتكز على الحل على الأفراد الذين يعانون من رهاب الذات عذ تطبيق العلاج خفضت اعراض الرهاب وثبت العلاج بانه طريقة فعالة في خفض رهاب الذات وأظهرت المجموعة التجريبية تحسناً أسرع وتعافياً أسرع ، وبمقارنة النتيجة بنتائج الدراستين (Alibak, 2021) ، (Bien, 2011) بعد العلاج، شهدت المجموعة التجريبية انخفاضاً كبيراً في درجات بالرهاب الاجتماعي مقارنة بالمجموعة الضابطة .

الفصل الرابع - مناقشة النتائج:

1. فاعلية العلاج الإيجابي القائم على الحل في تقليل رهاب الذات: أظهرت نتائج البحث أن العلاج الإيجابي القائم على الحل له تأثير إيجابي واضح في تقليل مستويات رهاب الذات لدى

الأفراد غير المتزوجين في الفئة العمرية (٣٠-٤٠) سنة. هذه النتيجة تتماشى مع الأدبيات السابقة التي تشير إلى أن العلاج الإيجابي يساعد الأفراد على تطوير مهارات التكيف وتعزيز التفكير الإيجابي، مما يقلل من المشاعر السلبية المرتبطة برهاب الذات.

٢. العلاقة الإحصائية بين العلاج وانخفاض رهاب الذات:

دعم البحث فرضية بأن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق العلاج الإيجابي القائم على الحل وانخفاض مستوى رهاب الذات. وهذا يشير إلى أن تدخلات العلاج الإيجابي تعمل على تحسين الإدراك الذاتي وتعزز الثقة بالنفس، مما يساهم في تقليل القلق والاكتئاب المرتبط برهاب الذات.

٣. غياب الفروق الإحصائية بين المجموعتين في الاختبار البعدي:

عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي يشير تساؤلات حول استدامة تأثير العلاج الإيجابي على المدى الطويل، مما يشير إلى الحاجة لمتابعة الأفراد لفترة أطول بعد العلاج لقياس مدى استمرارية الفوائد العلاجية.

الاستنتاجات:

١. ارتفاع مستوى رهاب الذات لدى الأفراد غير المتزوجين: أظهرت النتائج الأولية أن مستوى رهاب الذات لدى عينة البحث كان مرتفعاً بشكل دال إحصائياً، مما استدعى تصميم برنامج علاجي لمعالجته.

٢. فاعلية العلاج الإيجابي القائم على الحل: أثبتت النتائج أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق العلاج الإيجابي القائم على الحل وانخفاض مستوى رهاب الذات للمجموعة التجريبية، مما يدعم الفرضية الأولى.

٣. تحسن ملحوظ في تقدير الذات: أظهرت أفراد المجموعة التجريبية الذين خضعوا للعلاج تحسناً في تقدير الذات والقدرة على مواجهة المواقف الشخصية، مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي.

٤. تفوق المجموعة التجريبية على الضابطة: أظهرت النتائج وجود فرق دال إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح التجريبية، مما يدل على أن العلاج الإيجابي القائم على الحل كان أكثر تأثيراً في خفض رهاب الذات مقارنة بالمجموعة الضابطة.

٥. مطابقة النتائج للدراسات السابقة: تتماشى نتائج البحث مع دراسات سابقة أكدت فاعلية العلاج الإيجابي القائم على الحل في تخفيض الرهاب وتحسين تقدير الذات.

٦. سرعة التحسن والتعافي: شهدت المجموعة التجريبية تحسناً أسرع وتعافياً أكثر استدامة مقارنة بالمجموعة الضابطة، مما يؤكد أهمية اتباع هذا النهج العلاجي في الحالات المشابهة.

التوصيات:

١. ان الجمع بين العلاج النفسي الإيجابي والعلاج القائم على الحل قد يكون نهجاً مثالياً لعلاج رهاب الذات والاضطرابات المتعلقة بالرهاب الاجتماعي وتحسين الرفاهية العامة.
 ٢. إجراء دراسات مستقبلية على عينات أكبر: يمكن توسيع البحث ليشمل عينات من مختلف الفئات العمرية والخلفيات الاجتماعية، لاستكشاف مدى عمومية النتائج وفاعلية العلاج في سياقات أوسع.
 ٣. تدريب المعالجين النفسيين على هذا النهج: يجب عقد ورش عمل وبرامج تدريبية للمعالجين النفسيين حول كيفية تطبيق العلاج الإيجابي القائم على الحل بشكل أكثر كفاءة.
 ٤. تشجيع الجهات المختصة، مثل المؤسسات الصحية والمنظمات الاجتماعية، على دمج العلاج الإيجابي في خطط الدعم النفسي للفئات المستهدفة.
- المقترحات:**

- ١- دراسة فاعلية برامج علاجية مشتركة: إجراء بحث يقارن بين فاعلية العلاج الإيجابي القائم على الحل والعلاج المعرفي السلوكي في تخفيض رهاب الذات، لمعرفة أي النهجين أكثر تأثيراً أو ما إذا كان الدمج بينهما يحقق نتائج أفضل.
 - ٢- دراسة استدامة التحسن النفسي: تنفيذ دراسة طويلة تتابع أفراد المجموعة التجريبية لمدة تتراوح بين ٦ إلى ١٢ شهراً بعد انتهاء العلاج، بهدف قياس مدى استمرارية التحسن في رهاب الذات وتقدير الذات بمرور الوقت.
 - ٣- تجريب أشكال مختلفة من العلاج الإيجابي القائم على الحل: دراسة تأثير جلسات جماعية مقابل جلسات فردية في فعالية العلاج على خفض رهاب الذات، لمعرفة أي النمط أكثر ملاءمة للفئة المستهدفة.
 - ٤- توظيف العلاج في بيئات مختلفة: تطبيق العلاج الإيجابي القائم على الحل في الجامعات، أماكن العمل، أو المراكز المجتمعية بهدف الوقاية من رهاب الذات قبل تطوره إلى اضطراب مزمن.
 - ٥- التحقق من الفروق بين الجنسين: إجراء دراسة مقارنة بين الذكور والإناث في مدى الاستجابة للعلاج الإيجابي القائم على الحل، لمعرفة ما إذا كان النوع يؤثر على فاعلية العلاج.
 - ٦- دمج العلاج الإيجابي في برامج الصحة النفسية العامة: دراسة أثر دمج تقنيات العلاج الإيجابي القائم على الحل ضمن برامج الصحة النفسية أو الاستشارات الأسرية على تقليل اضطرابات القلق الاجتماعي والرهاب الذاتي في المجتمع.
- المصادر:**

١. ديفيد جي. أ. دوزيس، كيث إس. دوبسن: الوقاية من القلق والاكتئاب- النظرية والبحث والممارسة، المركز القومي للترجمة، القاهرة، العدد: ٢١٩٨، ط١، ٢٠١٥.

٢. إيريك فروم: الإنسان المستلب وآفاق تحرره، تقديم: راينر فونك، ترجمة وتعليق: حميد لشهب، شركة نداكوم للطباعة والنشر، الرباط، ط١، ٢٠٠٣.

References:

1. Alibak, F., & Alibak, M. (2021). Comparing Online Cognitive Behavioural Therapy Versus Online Positive Psychotherapy, Well-being Theory (PERMA) on Test Anxiety of Online Learning Students: A Randomised Control Study. JANZSSA – Journal of the Australian and New Zealand Student Services Association, 29(1), 6–17.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
3. American Psychological Association (APA) – Resources on Self-Esteem and Mental Health.
4. Averill, Jr. (1985). The social construction of emotion: With special reference to love. In *The Social Construction of the Person* (pp. 89–109): Springer.
5. Bandelow Borwin, Michaelis Sophie & Wedekind ,Dirk (2017). "Treatment of anxiety disorders". *Dialogues in Clinical Neuroscience*. ISSN:1294-8322. :93–107.
6. Best, J. (2018). Constructivist studies of social problems: How did we get here, and where should we go? *Società Mutamento Politica*, 9(18), 53–67.
7. BienAime JK. Managing performance anxiety in music students: Using a solution focused approach. Nova Southeastern University; 2011.
8. Dobiała, E., & Winkler, P. (2016). 'Positive psychotherapy' according to Seligman and 'positive psychotherapy' according to Peseschkian: A comparison. *International Journal of Psychotherapy*, 20(3), 5–17.
9. Duckworth AL, Stein T, Seligman MEP. Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005;1:629–51.

10. Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: Conceptual and technical Issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171–179.
11. Franklin, C., Trepper, T. S., McCollum, E. E., & Gingerich, W. J. (Eds.). (2012). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. Oxford University Press.
12. George Milbry (1910): Autophobia; *The Practitioner's Medical Dictionary* (2nd ed.). Philadelphia: P. Blackiston's Son & Co. p. 101.
13. Gilbert, P., Durrant, R. & McEwan, K. (2006). Investigating the relationship between perfectionism, forms and functions of self-criticism and sensitivity to put-down. *Personality & Individual Differences*, 41, 1299–1308
14. Horney, K. (1950), *Neurosis and Human Growth: The Struggle for Self-Actualization*
15. Iveson C. (٢٠٠٢) Solution-focused positive therapy. *Advances in Psychotherapy*.):149–157
16. Kahn, R. (2010), *Self-Awareness and Mental Health: A Contemporary Guide* .
17. Kim, J. S., Smock, S., Trepper, T. S., McCollum, E. E., & Franklin, C. (2010). Is solution-focused brief therapy evidence-based?. *Families in society*, 91(3), 300–306.
18. Koch, E., & Spates, C. R. (2004). A behavioral treatment of autophobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(1), 15–30.
19. Lipchik, E. (2002). *Beyond Technique in Solution-Focused Therapy: Working with Emotions and the Therapeutic Relationship*. The Guilford Press.
20. Matar Boumosleh, J., & Jaalouk, D. (2017). Depression, anxiety, and smartphone addiction in university students—A cross sectional study. *PLoS ONE*, 12.

21. Moore, T. (1992), Nurturing the Soul: A Guide to Cultivating Depth and Sanctity in Everyday Life .
22. Santa Rita Jr, E. (1998). What do you do after asking the miracle question in solution-focused therapy. *Family Therapy*, 25(3), 189-195.
23. Seligman, M. E. M. (2011). Flourishing: A new and visionary understanding of happiness and well-being. New York: Simon & Schuster, 156-189.
24. Smith, J. (2019). "Overcoming Fear of Self: Therapeutic Approaches," published by Oxford University Press.
25. Steve de Shazer, Insoo Kim Berg and Solution Focused Brief Therapy.
26. Vlaskas, C. (1995). Postmodernism, constructivism, and the idea of reality: a contribution to the "immanence" debate. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 16(3), 143-146.