

**الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المخدرات**

أ.د.علي محسن ياس العامري  
مروه علي عبد مشالي  
الجامعة المستنصرية / كلية التربية الأساسية

[dralialameri133@gmail.com](mailto:dralialameri133@gmail.com)

07706641086

[Marwa.ali.abd@gmail.com](mailto:Marwa.ali.abd@gmail.com)

07823854818

**مستخلص البحث:**

أستهدف البحث الحالي التعرف على الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المخدرات، ويتحدد البحث الحالي بمدمني المخدرات المسجلين في مراكز تأهيل المدمنين التابعة لوزارة الداخلية خلال العام (2024-2025)، والبالغ عددهم (501) مدمن من بين المجتمع الكلي البالغ (2151) مدمنًا محكومًا ومسجلًا في تلك المراكز، وكانت عينة البحث (400) مدمن، ولتحقيق أهداف البحث قام الباحثان ببناء مقياس (الرهاب الاجتماعي) المتكون من (30) فقرة وخمسة مجالات وثلاثة بدائل، وتم التحقق من صدق المقياس بعد عرضها على مجموعة من المحكمين المختصين بمجال القياس والتقويم والإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، واستخدم الباحثان برنامج التحليل الإحصائي (SPSS) للعلوم الإنسانية لتحليل البيانات، وقد توصلنا إلى نتائج تدل على وجود رهاب اجتماعي لدى مدمني المخدرات، وفي ضوء نتائج البحث خرج البحث بمجموعة من التوصيات والمقترحات من أهم توصيات هي اعتماد مقياس الرهاب الاجتماعي كأداة تشخيصية أولية في مراكز تأهيل المدمنين، لقدرته على الكشف عن مستويات الرهاب الاجتماعي بدقة لدى المدمنين، مما يساعد في توجيه التدخلات الإرشادية المناسبة. **الكلمات المفتاحية:** الرهاب الاجتماعي - المدمنون - المخدرات

**الفصل الأول****التعريف بالبحث****مشكلة البحث: problem of The research:**

غالبًا ما يشكل الرهاب الاجتماعي عائقًا أمام الفرد في ممارسته لحياته الاجتماعية بشكل طبيعي، وإن لم يُتخذ التدخل المناسب في الوقت الملائم، فقد يتحول هذا الرهاب إلى حالة مزمنة تؤثر سلبيًا على جودة حياة الشخص وكفاءته في التفاعل الاجتماعي (Kessler, 2003:8) وينتج عن الرهاب الاجتماعي ضعف واضح في تفاعل الفرد مع محيطه الاجتماعي، حيث يلجأ غالبًا إلى اختلاق الأعذار وتجنبّ المواقف التي قد تضعه تحت الضغط أو التوتر. (صبحي، 2003: 20). وتشير المعايير التشخيصية للرهاب الاجتماعي الواردة في الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV-TR, 2008) إلى أن هذا الاضطراب يُحدث تأثيرًا سلبيًا على نمط حياة الفرد، ويُفِيد أنشطته الاجتماعية ويؤثر على جودة علاقاته مع الآخرين. (Buteher, 2008: 146, et. al.). ويُعد تطوّر الرهاب الاجتماعي نتاجًا لتفاعل مجموعة من العوامل الداخلية والخارجية المرتبطة بالفرد، بما في ذلك نمط حياته اليومية، وقيمه وأهدافه، إلى جانب السياقات والاجتماعية والثقافية والشخصية التي ينتمي إليها ويعيش ضمنها (رمضان، 2020، ص157)، وقد يدفع الرهاب الاجتماعي الفرد المصاب إلى تجنبّ المواقف الاجتماعية والتجمعات العائلية، مما يحدّ من قدرته على أداء أدواره الاجتماعية بشكل فعّال، ويؤثر سلبيًا في مختلف جوانب حياته الاجتماعية والمهنية. وغالبًا ما يعجز هذا الفرد عن التميز أو الظهور في مجاله المهني نتيجة خوفه المستمر من التقييم السلبي، كما قد يجد صعوبة في أداء الوظائف التي تتطلب الظهور أمام

الأخرين، نظراً لخشية أن يكون محل انتباه دائم. ويُضاف إلى ذلك عززه عن التفاعل بشكل سليم مع زملاء العمل أو المسؤولين، ما قد يدفعه أحياناً إلى سلوكيات غير صحية كتعاطي المواد المخدرة كوسيلة للهروب من تلك المواقف، أو حتى الانسحاب الكامل من بيئة العمل تفادياً للمشاركة في المواقف الاجتماعية (عجال، 2023، ص6)، وقد أشار وولمان إلى أن الرهاب الاجتماعي يمتلك القدرة على شلّ السلوك الإنساني وإعاقته، مما يؤكد مدى التأثير العميق الذي قد يحدثه هذا الاضطراب في الأداء الفردي على المستويين الاجتماعي والنفسي (السوداني، 2010: 4)، ويُفسر الرهاب الاجتماعي عن شعور مفرط بالارتباك لدى الأفراد أثناء تواجدهم في المواقف الاجتماعية، وهو ما ينعكس سلباً على أدائهم الاجتماعي، ويُضعف قدرتهم على التفاعل أو الاستجابة بصورة ملائمة مع الآخرين (395: Carpiniallo, et. al., 2002). يُعتبر الرهاب الاجتماعي من المشكلات الجوهرية المرتبطة بالانسحاب الاجتماعي، حيث يؤدي إلى تباعد الفرد عن مسار حياته الاجتماعية ويرافق ذلك ضعف في مستوى التعاون، وانعدام الشعور بالمسؤولية، وأحياناً هروب جزئي من الواقع الذي يعيش فيه الفرد بشكل عام، يتجنب الأشخاص المنسحبون التفاعل الاجتماعي، ويعانون من صعوبة في المشاركة الفاعلة في المواقف الاجتماعية، إضافة إلى افتقارهم للمهارات اللازمة للتواصل الاجتماعي الفعال، (الحمدون، 2002: 6)، وقد يُفضي الرهاب الاجتماعي إلى مشكلات نفسية متزايدة قد تدفع الفرد في نهاية المطاف إلى اللجوء إلى إساءة استخدام المهدئات والمواد المخدرة كوسيلة للهروب من الضغوط النفسية (بني مصطفى، 2004: 15)، وأن الإصابة بالرهاب الاجتماعي قد ترتبط بزيادة خطر الإصابة بالاكتئاب، حيث أظهرت دراسة أجراها (Kessler, 2003) أن الأفراد المصابين بالرهاب الاجتماعي غالباً ما يعانون من أعراض اكتئابيه، بالإضافة إلى وجود احتمالية لظهور أفكار انتحارية لديهم. (Kessler, 2003: 115)، فقد توصلت دراسة (العتيبي، 2005) إلى النتائج الآتية: وجود درجة مرتفعة من الرهاب الاجتماعي لدى كل من مدمني المسكرات ومدمني الحشيش، ووجود علاقة دالة إحصائياً بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المسكرات والحشيش (العتيبي، 2005، ص، 162-120، 163). وأشارت نتائج دراسة (Gregory et al., 2004) إلى أن 20% من أفراد العينة يعانون من الرهاب الاجتماعي المعمم، 42.6% من العينة يعانون من الرهاب الاجتماعي الخاص، (Gregory et al., 2004: 168).

وأكدت نتائج دراسة (Evren, C., & Ünseel, A. 2018) أن نسبة كبيرة من الأفراد الذين يعانون من الإدمان تظهر لديهم أيضاً أعراض الرهاب الاجتماعي، (Evren, C., & Ünseel, A. (2018: p285-290)). وأكدت منظمة الصحة العالمية أن مشكلة تعاطي المخدرات تُعتبر من القضايا الرئيسية التي تثير القلق على المستوى العالمي، حيث بدأت ظاهرة تعاطي وإدمان المخدرات تحظى باهتمام متزايد من قبل الرأي العام المحلي والدولي على حد سواء. (منظمة الصحة العالمية، 2016، ص2)، وتُعد مشكلة تعاطي المخدرات من القضايا الخطيرة التي تؤثر بشكل بالغ على عملية بناء وتنمية المجتمعات، نظراً لما تسببه من آثار نفسية واجتماعية واقتصادية ضارة على كل من الفرد والمجتمع. وتُعتبر هذه الظاهرة مرضية واجتماعية في طبيعتها، إذ تدفع إليها مجموعة من العوامل المتعددة التي تشمل جوانب فردية، وأخرى متعلقة بالأسرة، بالإضافة إلى عوامل تتعلق بالبنية الاجتماعية والأمنية للمجتمع، (بدوي، 2016، ص2)، وتكمن خطورة مشكلة تعاطي المخدرات في تأثيرها المباشر وغير المباشر على فئات الشباب من كلا الجنسين، مما يُعد استنزافاً لجزء كبير من الطاقات الشبابية الحيوية في المجتمع. وبذلك، لا تقتصر آثارها على الحاضر فحسب، بل تمتد لتلقي بظلالها على مستقبل المجتمع، كما تؤثر سلباً على الموارد الطبيعية والبشرية، مما يُعيق جهود التنمية المستدامة. (خزعلي، 2006، ص22). وأكد مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة

(2017) قلقه الشديد نحو (29.5) مليون شخص من متعاطي المخدرات يعانون من اضطرابات نفسية وصحية ناتجة عن استخدام المخدرات التقليدية. وتشير هذه الإحصائية إلى أن نسبة كبيرة منهم معرضة لخطر الإدمان، مما يستدعي حاجتهم الملحة إلى تقديم برامج الإرشاد النفسي والصحي، بالإضافة إلى برامج إعادة التأهيل الضرورية، (UNODC, 2017K) ولقد تفاقمت مشكلة الإدمان على المخدرات في العراق بشكل ملحوظ، لا سيما بعد دخول الاحتلال الأجنبي عام 2003، حيث أدى الانفتاح الكبير وقلّة السيطرة على الحدود، إلى انتشار الفوضى وضعف آليات المحاسبة. وقد أسفر ذلك عن زيادة ملحوظة في تعاطي المخدرات والتعامل معها بصورة واسعة. وبناءً عليه، يستدعي الأمر تكاتف الجهود على مختلف المستويات السياسية والقانونية والأمنية والطبية والدينية والتربوية، بهدف تعزيز الدور الوقائي أولاً، ومعالجة الحالات القائمة ومكافحة الظاهرة بشكل فعال ثانياً، بما يتناسب مع اختصاصات كل جهة معنية. (وزارة الصحة، 2008، 16-18)، وأكدت العديد من الدراسات، منها دراسة البداينة وآخرين (2009) (العنزي، 2011)، ودراسة الخزاعلة (2003)، (الخزاعلة، 2003)، على وجود زيادة ملحوظة في معدلات تعاطي المخدرات بين فئة الشباب.

### **أهمية البحث The Importance of the research**

تكمن أهمية دراسة الرهاب الاجتماعي قد تتطور الحالة لتصبح حالة مزمنة إذا لم يُعالج بالشكل المناسب، مما يؤثر سلباً في حياة الفرد وكفاءته في مختلف الجوانب. وقد يترتب على ذلك مجموعة من المشكلات النفسية والاجتماعية والأسرية، مما يستدعي الاهتمام به بوصفه قضية ذات أبعاد متعددة تتطلب التدخل الإرشادي المبكر. (Neale et, al. , 2004 :50)، والتي أشارت جميعها إلى كفاءة هذا الأسلوب الإرشادي في التخفيف من حدة الرهاب الاجتماعي والاضطرابات المرتبطة به (محسن ، 2019، ص8)، وبناءً على ما تقدم يمكن تحديد أهمية البحث الحالي بالاتي :-

#### **اولا - الأهمية النظرية :**

- 1- يعد الإرشاد النفسي عاملاً مهماً في مساعدة الأفراد من خلال ما يقدمه من خدمات تساعد الفرد على توفير بدائل واقعية وعقلانية لخفض الرهاب الاجتماعي بشكل عام.
- 2- أهمية دراسة متغير (الرهاب الاجتماعي) والتعرف على أسبابه والعوامل التي تؤثر على الأفراد.

#### **ثانيا - الأهمية التطبيقية :**

- 1- الاستفادة من خدمات البرنامج الإرشاد العقلائي الانفعالي السلوكي من قبل العاملين في وزارتي الصحة و الداخلية للعمل على خفض مستويات الرهاب الاجتماعي عند الأفراد المعنيين.
- 2- أهمية الأداة التي أعده الباحثان ( مقياس الرهاب الاجتماعي ) لتحديد الأفراد الذين يتسمون بهذه الحالة لوضع السبل الكفيلة لحلها وعلاجها .
- 3- الاستفادة من نتائج التي توصلت اليها الدراسة الحالية .
- 4- إعادة تأهيل الأفراد الذين أطلق سراحهم من مراكز علاج الإدمان، من خلال دعمهم نفسياً واجتماعياً بما يعزز قدرتهم على الاندماج الإيجابي والفاعل في المجتمع، واستعادة أدوارهم كأفراد منتجين ومتوافقين مع بيئتهم الاجتماعية.

### **هدف البحث Aims of The research**

يستهدف البحث الحالي التعرف على مستوى الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المخدرات.  
حدود البحث Limits of The research : يقتصر البحث على المدمنين على المخدرات الصادر بحقهم حكم قضائي وفقاً للمادة (32 و 39) من قانون مكافحة المخدرات رقم (50) لسنة 2017، والمودعين في مراكز التأهيل العلاجية التابعة لوزارة الداخلية العراقية جرى البحث في مراكز

التأهيل التابعة لوزارة الداخلية العراقية، تحديداً ضمن مراكز التأهيل المعتمدة لإيداع المحكومين وفق قانون المخدرات والبالغ عددها 16 مركزاً تأهلياً والفترة الزمنية من (٢٠٢٤) إلى (٢٠٢٥)، وهي مدة تنفيذ إجراءات البحث الميداني وتحليل البيانات.

### تحديد المصطلحات

تناول الباحثان تحديد المصطلحات الواردة في عنوان البحث الحالي :

#### • الرهاب الاجتماعي SOCIAL PHOBIA :

عرفه كل من:

• منظمة الصحة العالمية World Health organization 1999: خوف الشخص من أن يكون محط أنظار الآخرين في المجموعات الصغيرة نسبياً (على عكس الحشود) مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية، وقد تكون منفصلة كأن تحدد بالأكل في مكان عام أو الحديث في مكان عام أو بالمقابلات مع الجنس الآخر أو منتشرة فتتضمن كل المواقف الاجتماعية تقريباً خارج دائرة الأسرة، والمواجهة وجهاً لوجه قد تكون مثيرة للكرب في بعض الأوضاع الاجتماعية وتبدأ عادة في مرحلة المراهقة. (W .H . O., 1999 :146)

• الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية نسخة تعديل النصوص (2000): يعرف مشكلة الرهاب الاجتماعية Social Phobia أو القلق الاجتماعي Social Anxiety بأنه أحد أنواع مشكلات القلق التي تتسم بخوف شديد ودائم من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء، يشعر فيها الفرد بالارتباك والخزي أو المهانة (DSM-IV-TR (429:2000).

• صالح 2008 : خوف دائم وواضح من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأداء الاجتماعي، بمعنى آخر هو خوف الفرد من المواقف التي يوجد فيها أناس آخرون، ولا يعني ذلك خوفه من الحاق الأذى به إنما يخاف من أن يمعن النظر فيه فيشعر عندها بالإحراج والخجل ، وكذلك الخوف من النقد أو الظهور أمام الآخرين أو ممارسة الرياضة بحضورهم أو مواجهة الجنس الآخر ومشكلته أنه يتوقع الفشل ويزداد يقينه عندما يبدأ وجهه بالاحمرار، وترتعش يده، ويتصبب العرق منه ، وتزداد ضربات قلبه، وتعمل هذا الأعراض كلها كما لو كانت جرس أنذار بحصول ما لا يحمد عقباه ، يدفعه إلى أن يغادر الموقف، فيتجنب الموقف الاجتماعي بالهرب منه (صالح ، 2008 : 362)

• (زهرا ورمال، 2009): يتميز الرهاب الاجتماعي بالقلق الشديد والإحساس بعدم الارتياح المرتبط بالخوف من الإحراج أو التحقير بوساطة الآخرين في مواقف تتطلب التصرف بطريقة اجتماعية (زهرا ورمال، 2009: 16).

• عدوي (2024): خوف شديد ومتواصل وغير مبرر من المواقف الاجتماعية البيئشخصية او مواقف الأداء العامة امام مجموعة من الافراد، يشعر فيها الفرد بالارتباك والخزي والمهانة والخوف من التقييم السلبي، كما يخبر الفرد عجزا وظيفيا في ادائه ونقصا في الأنشطة الايجابية، والشعور بانخفاض الكفاءة الذاتية والمهارات الاجتماعية، وتنعكس هذه المشاعر في صورة أعراض نفسجسمية. (عدوي، ٢٠٢٤، ص31).

وقد تبنى الباحثان تعريف (عدوي، ٢٠٢٤) للرهاب الاجتماعي تعريفاً نظرياً لبناء المقياس وتفسير النتائج.

أما التعريف الإجرائي للرهاب الاجتماعي: فهي الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب عند إجابته على فقرات مقياس الرهاب الاجتماعي المعد لهذا الغرض.

**متعاطي المخدرات (المدمن):**

- الشخص الذي يتعود على تعاطي عقار معين مثل الكحول أو المخدرات وفي حالة توقف تعاطيه يشعر بحالة من الاضطراب النفسي والجسمي، حتى يتناول جرعة من المادة التي تعود عليها. ( علي ، 2022، ص 494).
- (Alvinkg، 1990): قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة على الحد الذي يفسد أو يتلف الجانب الجسمي أو الصحة العقلية للمتعاطي أو قدرته الوظيفية في الجانب الاجتماعي والاقتصادي (عبد اللطيف، 1992: 40)
- (غباري، 2007): رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأفراد نحو المخدرات أو أي مادة سامة، إراديا أو عن طريق الصدفة أو للتعرف على آثارها المسكنة أو المخدرة أو المنشطة، وتسبب حالة من الإدمان، تضر الفرد والمجتمع جسمياً ونفسياً واقتصادياً ويعتبر تعاطياً واجتماعياً ( غباري، 2007، ص 451).
- يرى الباحثان المدمن هوكل نزيل في مركز تأهيلي، ثبت عليه حكم قضائي بتهمة التعاطي أو الإدمان.

**الفصل الثاني****إطار نظري ودراسات سابقة****مفهوم الرهاب الاجتماعي**

ينشأ الرهاب الاجتماعي عندما يدرك الفرد أن منبهاً معيناً أو موقفاً محدداً قد يشكّل له تهديداً أو خطراً محتملاً. تختلف درجة القلق المصاحب لهذا الشعور حسب شدته وتتنوع مع مرور الوقت تبعاً لتكرار مواجهة المواقف الصعبة. وعلى الرغم من أن حالات القلق تكون غالباً مؤقتة وسريعة الزوال، إلا أنها قد تتكرر لدى تعرض الفرد لمنبهات مشابهة، وقد تستمر لفترة أطول في حال استمرت الظروف التي تثيرها. ( عبد الله، 2013: 93). ويُعتبر الرهاب الاجتماعي سبباً رئيسياً في حدوث قصور وظيفي للفرد في المشاركة الاجتماعية، حيث يدفعه إلى تجنب المواقف الاجتماعية المختلفة. ونتيجة لذلك، يمتنع الفرد عن القيام بمعظم الأنشطة اليومية مثل الذهاب إلى المدرسة، حضور الفعاليات الاجتماعية، والمشاركة في المحادثات والأنشطة الجماعية، وهو ما يعكس الوضع الذي تعاني منه عينة البحث الحالية. ويتميز الرهاب الاجتماعي بالخوف من التعرض للتقييم السلبي من قبل الآخرين، ويتبعه مجموعة من الأعراض المعرفية، الانفعالية، والسيولوجية، التي تؤدي إلى عجز واضح في أداء الأنشطة اليومية كالدراسة، العمل، وبناء العلاقات الاجتماعية. لذلك، تبرز الحاجة الملحة إلى التدخل الإرشادي بهدف خفض هذا الرهاب وتحسين جودة حياة الأفراد المتأثرين. (عبد المقصود ، 2007: 22). كما أن الفرد الذي يعاني من الرهاب الاجتماعي غالباً ما يشعر بالخوف من ارتكاب الأخطاء أثناء الحديث، أو أن يُعبّر بطريقة قد تُعد غير لائقة، أو أن يُساء تفسير كلامه من قبل الآخرين. ويخشى أيضاً من احتمال التلعثم أو فقدان السيطرة على انسيابية الحديث، مما يجعله عرضة لأن يكون محط سخيرية أو نقد من المحيطين به. وتُسهّم هذه المخاوف في تعزيز مشاعر القلق والتردد لديه، وتُضعف ثقته بذاته في المواقف الاجتماعية. (الأشقر، 2004: 38).

ويشير (Marshall) إلى أن الهروب من المواقف التي تثير القلق يعد سلوكاً شائعاً ومتكرراً لدى عدد كبير من الأفراد، ويزداد هذا الميل كلما اقترب الفرد من الموقف بدرجة تفوق تحمله. في مثل هذه الظروف، قد يواجه الشخص شعوراً شديداً بالتوتر، يظهر من خلال أعراض جسدية واضحة مثل التلعثم، والتعرق، واحمرار الوجه، واضطراب التنفس، ورعشة اليدين، مما يزيد من حالة الإحراج والقلق لديه. (الاشقر، 2004: 53).

ويرى (Wenzel, 2009) في موسوعة العلاقات الإنسانية، أن الرهاب الاجتماعي هو الخوف من التقييم السالب والخوف من الارتباك ومن إدانة وتقييم الآخرين، (Wenzel, 2009, p. 1514) حيث يُظهر الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي ميلاً واضحاً للابتعاد عن المواقف التي تتطلب تفاعلاً اجتماعياً، نتيجة خشيتهم من الوقوع في الخطأ أو الشعور بالإرباك. وفي الحالات الشديدة، قد يعجز الشخص عن الإقدام على الحديث أمام الآخرين، بل إن مجرد تصور خوضه في هذا الموقف قد يعيقه تماماً بفعل شدة الخوف الذي يعتريه (عبد الرحمن، 2000، 252-251p). وهنا ما يُشعر الفرد بالخزي والسوء لخوفه من الآخرين، ويلوم نفسه بشكل مبالغ بسبب المشكلات الناجمة عن قلقه، (Sanders & Wills, 2003, p. 169). وأشار المالكي (2001) إلى أن الرهاب الاجتماعي يُعد تعبيراً علمياً يستخدمه علماء النفس، ويُقابلة عدد من المصطلحات المشابهة مثل: "المخاوف الاجتماعية"، و"القلق الاجتماعي"، و"الخوف الاجتماعي". وبناءً على ذلك، يمكن استخدام هذه المصطلحات كمرادفات تحمل المعنى ذاته، إذ تعبر جميعها عن نفس الظاهرة النفسية التي تتمثل في الخوف أو القلق المرتبط بالتفاعل أو الأداء في المواقف الاجتماعية، (المالكي، 2001: 23).

#### عوامل الرهاب الاجتماعي

تُشير الأدبيات النفسية إلى وجود أربعة عوامل رئيسية يُمكن أن تسهم في نشوء الرهاب الاجتماعي وتُعد بمثابة مصادر أساسية لظهوره وتطوره لدى الأفراد. وتتداخل هذه العوامل في تأثيرها، حيث قد يعمل كل منها بمفرده أو بالتفاعل مع العوامل الأخرى في تعزيز القابلية لظهور هذا الاضطراب وهي:

1- **العوامل الوراثية:** وهناك العديد من الدراسات والدلائل التي ترى إمكانية توريث الرهاب الاجتماعي فنذكر (Ledley, Erwin, & Heimberg, 2008) أن نتائج الدراسات الأسرية توصلت إلى أن أقارب ذوى القلق الاجتماعي أعلى في معدل القلق الاجتماعي عن أقارب نظرائهم الذين لا يعانون هذه المشكلة.

2- **العوامل البيئية:** لا يمكن إغفال دور البيئة في نشوء الاضطرابات النفسية، إذ تُمثل الخبرات البيئية مصدراً مهماً في تشكيل البناء المعرفي للفرد، مما قد يسهم في توليد أنماط من القلق، كالرهاب الاجتماعي، وتسهم المواقف المحرجة التي يتعرض لها الفرد في مراحل الطفولة أو المراهقة في ترسيخ أنماط من الخوف الاجتماعي، خاصة عندما تكون تلك المواقف مصحوبة بمشاعر الإهانة أو السخرية. فعلى سبيل المثال، إذا طُلب من الطالب التحدث أمام زملائه في الصف للمرة الأولى وتعرض للسخرية من قبل المعلم أو الزملاء، فقد يؤدي ذلك إلى توليد مشاعر الخوف من التفاعل الاجتماعي، ومع تكرار هذه التجارب أو استدعائها ذهنياً، يبدأ الفرد في تجنب المواقف الاجتماعية خشية التعرض لمزيد من الإحراج أو الرفض، ويطور آليات دفاعية تعتمد على خلق الأعذار لتبرير انسحابه الاجتماعي للذات (Zhang et al., 2022, p. 47).

3- **العوامل المعرفية:** تُعد العوامل المعرفية من المحددات المهمة في نشأة اضطرابات القلق بشكل عام، والرهاب الاجتماعي بشكل خاص. إذ يُسهم نمط التفكير السلبي وغير العقلاني الذي يتبناه الفرد في تغذية وتضخيم مشاعر القلق والانزعاج خلال المواقف الاجتماعية. وقد أشار "إليس" (Ellis) إلى أن الأفكار اللاعقلانية، المتمثلة في التوقع الدائم للتعرض للنقد أو اللوم من قبل الآخرين، والإحساس المستمر بأن سلوك الفرد يخضع لمراقبة دقيقة، تُعدّ من أبرز المحفزات التي تدفع بالفرد نحو تجنب التفاعل الاجتماعي والانسحاب من المواقف التي تتطلب تواصلًا مباشراً. ومن هنا، تشكل هذه الأنماط

المعرفة المشوهة بيئة خصبة لتطور الرهاب الاجتماعي واستمراره. Olino et al., 2023, p. (68).

4- العوامل الأسرية: تلعب البيئة الأسرية دوراً رئيسياً في غرس الأنماط السلوكية القلقة. أشار (Rapee & Spence, 2004) إلى أن الأساليب التربوية المتسلطة، والحماية الزائدة، والانتقاد المتكرر ترتبط بشكل وثيق بزيادة معدلات الرهاب الاجتماعي (Rapee & Spence, 2004:750)، ويتفق جيمس هيربرت و كريستال (2005) مع ذلك، ويريان أن المكون الأسري له أهمية ودور محوري في نمو القلق الاجتماعي. وتدعم دراسة أجريت في كوريا الجنوبية هذه الفرضية، حيث وُجد أن الإهمال العاطفي، وعدم استقرار العلاقة بين الأبوين، و"سلوكيات الآباء القلقة" تؤدي إلى اكتساب الأطفال لنمط تفكير دفاعي اجتماعياً (Kim & Lee, 2021, p133) كما وجدت دراسة أخرى أن الأطفال الذين يُربون في بيئات تخلو من التقدير والدعم يعانون لاحقاً من ضعف الثقة بالنفس والخوف من الأحكام الاجتماعية (Lau et al., 2020, p.281).

#### المفاهيم المتصلة بالرهاب الاجتماعي:

● **الخوف:** مصدر كلمتي "الخوف" و"القلق" يعود إلى جذور لغوية مختلفة، حيث تتبع كلمة "الخوف" من كلمة إنجليزية قديمة تعني "كارثة" أو "خطر"، مما يعكس دلالة الشعور بالخطر المحقق. أما كلمة "القلق" فمشتقة من كلمة لاتينية تشير إلى "اضطراب البال" أو "التوتر النفسي" تجاه أمر غير مؤكد في المستقبل، مما يعكس حالة عدم الاطمئنان وعدم الاستقرار النفسي المرتبط بالتوقعات المستقبلية. (القدافي، 2001: 65)، وتشير موسوعة علم النفس والتحليل النفسي إلى وجود فرق واضح بين مصطلحي "الخوف" و"الفوبيا". ففي حين يُعرّف الخوف على أنه استجابة طبيعية وغير مرضية تنشأ عادة نتيجة أسباب خارجية، ولا يُعتبر مرضاً في حد ذاته، بل يمكن أن يكون بمثابة إنذار أو إرهاب قد يمهد لاندلاع اضطراب نفسي في حال تطوره. أما مصطلح "الفوبيا" فيشير إلى خوف شديد وغير منطقي يصل إلى حد المرض، موجه تجاه موضوع أو موقف معين لا يثير عادة الخوف لدى عامة الناس وأصحاب الصحة النفسية السليمة، مما يضيف عليه الطابع المرضي. (غانم، 2006: 43)، والخوف من التفاعل الاجتماعي غالباً ما يؤدي إلى انخفاض محتمل في أداء الفرد، فهو بمثابة مقدمة للقلق بدوره بسبب توتراً وتقلباً في المزاج. لكن ما يميز كل شخص هو كيف يقدر الخوف وكيف يتصور القلق، لأن ردود أفعال الأفراد تجاه المواقف تعتمد بشكل كبير على تجاربهم السابقة وخبراتهم الحياتية التي شكلت فهمهم وتفاعلهم مع هذه المشاعر. (كارنجي، 1994: 64)، ويرى كثير من علماء النفس أن الإنسان يولد مزوداً ببعض المخاوف الأساسية والقليلة، مثل الخوف من السقوط أو الأصوات العالية. أما بقية المخاوف، فهي تتعلم وتتكون من خلال البيئة التي يعيش فيها الفرد والتجارب التي يمر بها خلال حياته. (محمد، مرسى، 1986: 75).

● **الخجل:** الخجل يُعرف بعدة طرق، لكن أغلب التعاريف تتفق على أنه شعور بالقلق الشديد والخوف المفرط من المواقف الاجتماعية. هو نوع من قلق التحدث يظهر خصوصاً عندما يكون الشخص أمام جمهور، ويرافقه عادة شعور بالارتباك والخوف من السخرية أو الحكم السلبي من الآخرين (عبد المعطي، 2003، 65). ومن أهم أضرار الخجل أنه يمنع الشخص من التفاعل الطبيعي مع أصدقائه، مما يحرمهم فرص التعلم من تجارب الحياة المختلفة. بسبب هذا، يصبح سلوك الفرد في المواقف الاجتماعية جامداً وخاملاً، ويتجنب التواصل مع الآخرين. أحياناً يكون سبب الخجل مرتبطاً بوجود عاهة أو تشوه خلقي، وهذا قد يزيد من شعور الشخص بالانطواء، كما يُلاحظ في كثير من الأحيان أن الشخص الخجول قد يظهر عليه تصرفات أنانية، ربما كرد فعل دفاعي لحمايته

النفسية. (الخليدي، وهبي ، 1997: 62) ، وبالرغم من التشابه الظاهر بين الخجل والرهاب الاجتماعي، إلا أن هناك فروقاً مهمة تميز بينهما. فمثلاً، الخجل غالباً ما يبدأ في سن مبكرة جداً مقارنة بالرهاب الاجتماعي. بالإضافة إلى ذلك، يؤثر الرهاب الاجتماعي بشكل أعمق على الحياة الاجتماعية والمهنية للفرد، حيث تكون درجات القصور والضعف في التفاعل أعلى بكثير لدى الأفراد ذوي مشكلته الرهاب الاجتماعي مقارنة بالأشخاص الخجولين. وأظهرت العديد من الدراسات وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الخجل والرهاب الاجتماعي، مما يعني أن الأشخاص الذين يعانون من الخجل لديهم ميل أكبر لتطوير الرهاب الاجتماعي، لكن كل منهما يظل حالة مستقلة بخصائصها وتأثيراتها (كشكر ، 2011: 54)

● الارتباك : الارتباك هو بالفعل عائق كبير أمام التفاعل الاجتماعي الطبيعي والمتناغم، لأنه يشمل مشاعر الوعي المفرط بالذات، والشعور بالانزعاج، وقلة الثقة بالمهارات الاجتماعية في موقف معين. الشخص الذي يعاني من الارتباك يشعر باضطراب في طريقة تفكيره وتصرفاته، مما يجعله متردداً وخجولاً عند التواجد بين الآخرين. هذا الشعور بالارتباك يدفعه غالباً إلى الانسحاب أو تجنب المواقف الاجتماعية، لأنه يشعر أنها تهدد هويته الذاتية أو مكانته الاجتماعية. ورغم أن الارتباك هو رد فعل انفعالي مؤقت وسريع الزوال، إلا أنه مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالخجل، حيث يتشابهان في التأثير على سلوك الفرد الاجتماعي (كشكر ، 2011: 65).

● الانسحاب من المواقف الاجتماعية : هذا الوصف يوضح بشكل دقيق السلوك الإنسحابي الذي يعاني منه بعض الأفراد في المواقف الاجتماعية. هو فعلاً ميل الشخص للابتعاد عن المشاركة والاندماج بشكل طبيعي مع الآخرين، بسبب نقص في مهارات التواصل أو خوف من التفاعل. هذا السلوك قد يتراوح بين مجرد صعوبة في بناء صداقات أو علاقات اجتماعية، إلى درجة الانعزال الكامل وكراهية التعامل مع الناس، الأمر الأكثر تعقيداً هو أن هذا الانسحاب يبدأ أحياناً في سن مبكرة، حتى قبل دخول المدرسة، وقد يستمر لفترة طويلة، وربما طوال الحياة إذا لم يتم التدخل. الفرد في هذه الحالة لا يواجه المواقف الاجتماعية بخطى واعية أو مدروسة، بل يستخدم حيلة غير واعية تهدف إلى تخفيف التوتر أو الصراع الذي يشعر به، لكنه في الواقع يعيق نفسه أكثر، هذه الحيلة تجعل الفرد يشعر بالفشل، ومع الوقت قد تتحول هذه المشاعر إلى احتقار الذات، والشعور بالدونية والسخرية، مما يزيد من معاناته النفسية لأنه يعتمد على الانسحاب كوسيلة للهروب من الألم النفسي والاجتماعي. هذه الحلقة المفرغة تضع الفرد في حالة صراع مستمر بين رغبته في التواصل وبين خوفه من المواجهة، ما يجعل الدعم والإرشاد النفسي ضروريين جداً لكسره. (صبحي ، 2003: 76) .

● ومظاهر الانسحاب من المواقف الاجتماعية تتجلى بوضوح في عدة سلوكيات وانفعالات، أهمها العزلة التي يختارها الفرد كوسيلة للهروب من التفاعل مع الآخرين. غالباً ما يصاحب هذا الانسحاب انشغال دائم بالهموم والأفكار السلبية، مما يمنع الشخص من المبادرة بالتحدث أو الانخراط في الحوارات الاجتماعية. بالإضافة إلى ذلك، يشعر الفرد بعدم الارتياح عند مخالطة الآخرين أو محاولة التفاعل معهم، وهذا الشعور السلبي غالباً ما يصاحبه فقدان للسعادة وحتى قد يتطور إلى حالات اكتئابية، على المستوى النفسي والجسدي، يمكن أن يظهر الانسحاب من خلال قلق متزايد، كسل وخمول، ورهاب من التعامل مع الآخرين، فضلاً عن صعوبات في التواصل مثل التلعثم أثناء الحد، وكل هذه العوامل تعزز شعور الشخص بالنقص وقلة الثقة في النفس، ما يساهم بدوره في تراجع دائرة علاقاته الاجتماعية ليقصر عددها على عدد محدود جداً، مما يزيد من الشعور بالوحدة والعزلة، ويجعل من الصعب على الفرد تطوير مهاراته الاجتماعية أو تحقيق تفاعل ناجح مع المجتمع (صبحي ، 2003: 77) .

● التجنب للمواقف الاجتماعية: التجنب هو آلية رئيسية تظهر كعلامة واضحة على وجود حالة قلق أو خوف، خاصة في اضطرابات مثل الرهاب الاجتماعي أو القلق العام. لما يشعر الشخص بتهديد أو قلق تجاه مواقف معينة، يبدأ بشكل طبيعي بالابتعاد عنها لتجنب الشعور بعدم الراحة أو التوتر. هذا التجنب يمكن أن يشمل الانفصال عن الأقران، وتجنب الأماكن أو المواقف التي يعتقد أنها قد تثير قلقه، وحتى الانسحاب من الحياة الاجتماعية بشكل عام. وعلى المدى الطويل، هذا السلوك يزيد من تعميق الشعور بالعزلة ويُضعف فرص تطوير مهارات التعامل مع المواقف الصعبة، مما يجعل دائرة القلق تتسع ويصبح من الصعب على الشخص كسر هذه الحلقة (عبد العظيم، 2013: 76)، ويُعدّ الشعور بالانزعاج أو الخوف عند مواجهة موقف معين، خاصة أمام جمهور، رد فعل طبيعي يُصاحب معظم الأفراد. غير أن المشكلة تنشأ عندما يتحول هذا الشعور إلى خوف مبالغ وغير منطقي، مما يدفع الفرد إلى تجنب هذه المواقف بشكل متكرر ومستمر. في هذه الحالة، يخشى الشخص بشكل مفرط من أن يكون موضع تقييم أو نقد من قبل الآخرين، أو أن يرتكب خطأ يُحرجه أمام الغير، حتى في غياب دلائل واقعية على ذلك. وهذا التجنب يؤثر سلباً على الحياة اليومية للفرد ويحدّ من مشاركته الاجتماعية، مما يعكس على جودة علاقاته وحياته بشكل عام، (عبد الله، 2008: 90).

### خصائص الرهاب الاجتماعي

تتسم مشكلة الرهاب الاجتماعي بعدد من الخصائص التي تبرز من خلال سلوك الفرد واستجاباته النفسية، ومن أبرزها:

1. شعور الفرد بأن الموقف الاجتماعي يشكل تحدياً أو صعوبة كبيرة بالنسبة له.
2. إدراك الفرد لعدم كفاءته أو عجزه عن مواجهة هذا الموقف الاجتماعي أو التعامل معه بشكل مناسب.
3. توقع الفرد للفشل في نظر الآخرين، مع قلق مستمر بشأن المراقبة أو الملاحظة التي قد يفرضها الآخرون على سلوكه.
4. تصرف الفرد بشكل غير طبيعي أو غير مرغوب فيه أثناء الموقف الاجتماعي، أو على الأقل بطريقة تختلف عن التصرفات المعتادة في مثل هذه الظروف. (Christopher, 2005: 58)

### الأسباب المؤدية للرهاب الاجتماعي:

**المعاملة الوالدية:** تسهم الأساليب الوالدية غير السوية، التي تعتمد على مستويات مرتفعة من الحماية الزائدة والتحكم والضوابط المشددة، في ظهور الرهاب الاجتماعي. فهذه الأساليب تحد من قدرة الفرد على التعامل مع المواقف الاجتماعية بشكل طبيعي، مما يزيد من تعرضه للقلق الاجتماعي.

● **أسلوب التعلق:** الأطفال الذين ينشؤون في بيئة تحتوي على أسلوب تعلق غير آمن، حيث يميل الآباء إلى نبذهم أو رفضهم، غالباً ما يظهر لديهم مفهوم سلبي عن أنفسهم وعن الآخرين. يرتبط أسلوب التعلق غير الآمن بظهور مشكلات نفسية متعددة، بما في ذلك الرهاب الاجتماعي.

● **العوامل المعرفية:** يميل الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي إلى تقييم أنفسهم بطريقة سلبية. كما أنهم غالباً ما يبالغون في تقدير ملاحظات الآخرين حول قلقهم الشخصي، ما يعزز القلق الاجتماعي لديهم ويزيد من انزعاجهم في المواقف الاجتماعية.

● **الشعور بالذنب:** يشعر الأشخاص الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي بالذنب عندما يعتقدون أنهم يتصرفون بشكل سيء أو غير لائق، ويعتقدون أن هذا السلوك سيؤدي إلى العقاب. هؤلاء الأفراد لم يتعلموا بعد التفريق بين التفكير في شيء ما وفعله، مما يعزز مشاعر القلق المرتبطة بتقييم الآخرين لهم.

● **الإحباط المستمر:** يؤدي الإحباط الزائد إلى مشاعر القلق، حيث يجد الأفراد صعوبة في التعبير عن غضبهم. وقد ينشأ الإحباط بسبب أهداف عالية جداً أو تدني مستوى التقييم الذاتي، مما يعزز مشاعر الضعف ويؤدي إلى رهاب اجتماعي مستمر. (Christopher, 2005:60)

**النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي:**

● **النظرية المعرفية:**

ترى النظرية المعرفية أن الأفراد يكتسبون مخزوناً من المعلومات والمفاهيم التي تساعدهم في التعامل مع ظروف حياتهم. وتستخدم هذه المعرفة عبر الملاحظة، وتنمية الفرضيات، واختبارها، وإجراء الأحكام، والتصرف بشكل يعكس الواقع بقدر الإمكان. وفقاً لهذه النظرية، تؤثر العمليات المعرفية في الانفعالات والسلوكيات، حيث يتحدد ذلك من خلال تقدير الشخص لنفسه وللآخرين وللعالم من حوله، وتفسيره للأحداث. بمعنى آخر، تُعتبر معالجة العمليات المعرفية من العوامل التي تؤثر في خبرات الشخص تجاه العالم. وفي ضوء هذا التوجه المعرفي، ظهرت عدة نماذج لتفسير الرهاب الاجتماعي (ورده، 2011: 64).

**نظرية (Christopher):** الرهاب الاجتماعي يعد من أبرز التحديات النفسية التي يواجهها الأفراد في سياقات تفاعلاتهم الاجتماعية. يظهر القلق بشكل ملحوظ في مواقف اجتماعية معينة، حيث يؤدي وجود الفرد في تلك المواقف إلى تفعيل استجابات قلقية ملحوظة، تؤثر بشكل مباشر على قدرته على التفاعل بسلاسة مع الآخرين (Christopher, 2005 : 65) ، ويتضح أن الرهاب الاجتماعي يظهر من خلال استجابة الفرد لقلق غير مبرر ينشأ عند التفاعل مع الآخرين، سواء في سياقات التحدث أم المشاركة في المواقف الاجتماعية. هذا القلق يدفع الفرد إلى تجنب تلك المواقف خوفاً من أن يكون محل تقييم أو نقد من قبل الآخرين. ومن أبرز السمات التي تميز الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي هو سلوك الانسحاب من التفاعلات الاجتماعية، مع التركيز المفرط على حركات الجسم والشعور المستمر بالخوف من التقييم السلبي من الآخرين، بالإضافة إلى ذلك، يميل هؤلاء الأفراد إلى تبني توقعات سلبية بشأن أدائهم في المواقف الاجتماعية، مما يعزز شعورهم بالتوتر ويؤثر سلباً على قدرتهم على التفاعل بشكل طبيعي. (غانم، 2006: 84).

أجريت دراسة بواسطة هيمبرج وآخرين (Heimberg et.al, 1996) حيث قاموا بتصنيف الأفراد إلى فئتين وفقاً لمدى تنوع القلق الذي يشعرون به في مواقف اجتماعية مختلفة. الفئة الأولى تمثل الأفراد الذين يعانون من القلق في مواقف محددة، مثل قلق التحدث في مواقف معينة، بينما شملت الفئة الثانية الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي أي أولئك الذين يشعرون بالقلق من معظم أو جميع المواقف الاجتماعية. وقد أظهرت النتائج أن الأفراد الذين لديهم الرهاب الاجتماعي يعانون من مستوى أعلى من الشدة في قلق التحدث، ولديهم أداء أضعف في المهام السلوكية مقارنة بالأفراد الذين يعانون من قلق مواقف محددة (Kendall, 1996: 724-730).

أجرى تيرنير وآخرون دراسة حيث قاموا بتصنيف الأفراد الذين يعانون من قلق في مواقف اجتماعية أو من حضور المناسبات الاجتماعية ضمن فئة الرهاب الاجتماعي، حيث يشعر هؤلاء الأفراد بالقلق في مجموعة واسعة من المواقف الاجتماعية. وفي المقابل، تم تصنيف الأفراد الذين يعانون من قلق محدد مثل القلق من التحدث أو التفاعل الاجتماعي في مواقف محددة كأفراد يعانون من قلق اجتماعي محدد، حيث يقتصر القلق لديهم على نوع معين من المواقف مثل التحدث أمام جمهور أو التفاعل مع الآخرين في ظروف معينة. (Christopher, 2005:86).

وهنا بعض النماذج المعرفية التي فسرت الرهاب الاجتماعي :

### نموذج Leary & Schlenker 1982 .

اقترح ليري وشلينكر (1982) نموذج تقديم الذات لتفسير ظاهرة الرهاب الاجتماعي والمفاهيم المرتبطة به، معتبرين أن الرهاب الاجتماعي يمثل مجموعة من الخبرات المعرفية والانفعالية التي تنشأ نتيجة توقع تقييم الآخرين، سواء أكان هذا التقييم واقعياً أم متخيلاً، في المواقف الاجتماعية، ويفترض هذا النموذج أن الرهاب الاجتماعي يظهر عندما يسعى الفرد إلى ترك انطباع إيجابي لدى الآخرين، لكنه يشك في قدرته على تحقيق ذلك. ولذلك، يشعر بضرورة أن يبدو أمام الآخرين كشخص جدير بالاهتمام، كما يشعر بالحاجة إلى صقل هذه الصورة وتطويرها باستمرار ،ووفقاً لتعديل ليري (1988) لهذا النموذج، فإن بعض الأفراد قد ينشطون بشكل مفرط في سبيل خلق هذا الانطباع الخاص نتيجة لحاجتهم الشديدة إلى نيل استحسان الآخرين واحترامهم ولفت انتباههم. يتولد الرهاب الاجتماعي - وفقاً لنموذج تقديم الذات - من شك الفرد في قدرته على تقديم صورة مرضية عن ذاته للآخرين ، ويُشير النموذج إلى وجود مجموعة من العوامل التي تسهم في توليد هذا الشك، منها ما يتعلق بخصائص الشخص نفسه، أو بطبيعة الطرف الآخر، ومنها ما يرتبط بخصائص الموقف والظروف المحيطة به. ويُعد أحد أبرز ملامح هذا النموذج اعتبار الرهاب الاجتماعي وظيفة معرفية أساسية، إذ يعمل كآلية تحذير وتنبيه للفرد بوجود تهديد محتمل لعلاقاته الاجتماعية، مما يساعده على إدراك المخاطر التي قد تؤثر سلباً على صورته الاجتماعية أمام الآخرين ، (محسن، 2019، 26) .

**نموذج Beck and Emery 1985:** وفقاً لنموذج بيك وامري، فإن الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي هم أشخاص يتميزون بسرعة التأثر، مما يجعلهم أكثر عرضة للاستجابات الانفعالية. فهم ينظرون إلى العالم باعتباره مكاناً خطراً ومليئاً بالتهديدات المحتملة، ولذلك يبقون في حالة تاهب دائم واستعداد نفسي مستمر لمواجهة أي موقف قد يُشكل تهديداً لهم. (بارلو ، 2004: 54) ، ويرى بك أن الرهاب الاجتماعي يعد استجابة انفعالية تتولد عند تنشيط الخوف، الذي يرتبط بتصوير الشخص لخطر محتمل. وفي هذا السياق، يبدو أن القلق والمخاوف التي يختبرها الفرد تكون منطقية بالنسبة له، حيث تسيطر موضوعات الخطر على تفكيره بشكل مستمر. نتيجة لذلك، يحدث تكرار التفكير المتعلق بهذه المخاوف، مما يؤدي إلى انخفاض قدرة الشخص على التمتع في هذه الأفكار أو التفكير المنطقي بشأنها. كما أن تثبيت التفكير على المنبهات التي تشير إلى الخطر المحتمل يجعله يفقد القدرة على نقل انتباهه إلى أفكار أو محفزات أخرى داخلية أو خارجية، مما يعزز من استمرارية القلق والتوتر. (تونسى، 2002: 65) .

**نموذج ( Clark and Wells 1995 ) :** طور كل من كلارك وويلز (1995) وكلارك (2001) نموذجاً لتفسير الرهاب الاجتماعي، حيث يركز على فكرة مراقبة الذات وتركيز الانتباه على المواقف الاجتماعية. يشير هذا النموذج إلى أن الشخص الذي يعاني من الرهاب الاجتماعي يميل إلى استخدام المعلومات الداخلية مثل أفكاره ومشاعره الشخصية لتكوين انطباع عن كيفية ظهور الآخرين في المواقف الاجتماعية. وبسبب هذا، ينحاز الشخص الذي يعاني من الرهاب الاجتماعي إلى تحليل سلبي للمعلومات الاجتماعية، مما يؤدي إلى تكوين تصورات غير دقيقة عن كيفية نظر الآخرين إليه، وإضافة إلى ذلك، وبسبب انشغاله بمراقبة نفسه في المواقف الاجتماعية، يضعف انتباهه على الآخرين، مما يقلل من قدرته على التفاعل بشكل إيجابي أو متفوق. هذا الانشغال الذاتي يجعله يرى نفسه كموضوع اجتماعي ويزيد من شعوره بعدم الراحة ، وهذا التركيز على الذات يؤدي إلى خلق تصورات عقلية ومشاعر جسدية سلبية، مما يعزز من قلق التحدث ويسهم في استمرار هذه الحالة لدى الأفراد (محسن، 2019، 28) .

**نموذج بارلو 2000 Barlow**: عرض بارلو (1988-1991) نموذجًا يفترض أن العمليات الرئيسية التي تحدد اضطراب الرهاب الاجتماعي هي ذاتها التي تتمثل في جوهر أنواع اضطرابات القلق الأخرى. وفقًا لهذا النموذج، يُعتبر أن العوامل البيولوجية وتاريخ حياة الشخص في المواقف الاجتماعية تساهم بشكل كبير في تشكيل اضطراب الرهاب الاجتماعي، وقد أشار هيبير (Huber) إلى أن نموذج بارلو يركز على دراسة تفاعل العوامل البيولوجية والتاريخ الشخصي، حيث يُعتقد أن الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي قد يكون لديهم استعداد بيولوجي أو وراثي لجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالقلق الاجتماعي. إضافة إلى ذلك، يتأثر هذا الاستعداد بظروف حياتية وتجارب سابقة في مواقف اجتماعية، مما يجعل هذا النموذج شمولياً في تفسيره للرهاب الاجتماعي، (بدوي، 2009: 34).

**نموذج التداخل المعرفي Cognitive Interference Model**: ويوضح هذا النموذج كيف تتداخل العمليات المعرفية مع الرهاب الاجتماعي، حيث يستخلص الأفراد تمثيلاً عقلياً لأنفسهم خلال التفاعل الاجتماعي. ويميل الأفراد ذوو المستوى العالي من الرهاب الاجتماعي إلى تركيز انتباههم على مصادر التهديد، سواء كانت داخلية أو خارجية. وتتمثل المصادر الداخلية في الاستثارة الفسيولوجية مثل التعرق واحمرار الوجه، وفي المعارف السلبية كالتوقع المسبق للأداء الاجتماعي الضعيف أو استدعاء خبرات سلبية من الذاكرة طويلة الأمد. أما المصادر الخارجية فتتمثل في المؤشرات المدركة للتقييم السلبي، كالسخريّة، والملل، ومظاهر الرفض الاجتماعي. ويميل الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي إلى المبالغة في إدراك هذه المصادر على أنها مهددة، مما يسهم في تصعيد استجاباتهم القلقة. وتشير هذه الفرضية إلى أن الرهاب الاجتماعي قد ينشأ نتيجة تغييرات في المعارف الاجتماعية وفي طبيعة العلاقات مع الآخرين، (بدوي، 2009: 42).

وتشير العمليات المعرفية المساهمة في الرهاب الاجتماعي إلى أن التحريفات في المعرفة الاجتماعية تلعب دوراً كبيراً في زيادة مستوى الرهاب الاجتماعي. من أمثلة هذه التحريفات هو انتقاء بعض المعلومات من البيئة الاجتماعية والتركيز عليها، في حين يتم تجاهل المعلومات الأخرى التي قد تكون أكثر إيجابية أو محايدة بالنسبة للموقف الاجتماعي. هذه الظاهرة تعرف بـ تحيز الانتباه، حيث يتم توجيه الانتباه نحو عناصر معينة في الموقف الاجتماعي التي تشعر الشخص بالتهديد أو القلق. كما يرتبط هذا التحيز بعملية التركيز على تذكير المعلومات المسببة للتهديد، مثل الأفكار أو المواقف التي تثير مشاعر القلق أو الخوف، مما يؤدي إلى تعزيز استجابة الفرد السلبية في المواقف الاجتماعية، (بدوي، 2009: 41).

### مفهوم المخدرات:

تُعدّ المخدرات من أخطر المشكلات التي تهدد استقرار المجتمع، لما تخلفه من آثار سلبية عميقة على المستويات الفردية والاجتماعية والصحية والاقتصادية والأمنية، إذ تُسهم في استنزاف طاقات الأفراد ويُفقد المجتمع جزءاً مهماً من ثروته البشرية والمادية، (سليم، 1994: 19).

وتُعدّ المخدرات مشكلة عالمية واسعة النطاق، تختلف في حدّتها من دولة إلى أخرى تبعاً لدرجة الوعي المجتمعي بخطورتها وانعكاساتها السلبية. وتنتشر هذه المشكلة عبر مختلف الفئات والطبقات، من طلاب المدارس إلى رجال الأعمال، سواء في المدن الكبرى أو في المناطق الريفية والصغيرة، مما يجعلها تهديداً شاملاً يتطلب استجابة متكاملة على المستويين المحلي والدولي.

(سرحان، 2010: 205).

المعنى في اللغة: معنى المخدر (الجمع مخدرات) هي المادة التي تفقد الجسم إحساسه، (معجم متقن الطلاب، 2011: 318).

المعنى العلمي: المخدر هو مادة كيميائية تُحدث تأثيرات تشمل النعاس، فقدان الوعي، أو النوم، ويُصاحب هذه الحالات غالبًا بتسكين الألم. وتُشتق كلمة "مخدر" من المصطلح الإنجليزي *Narcotic*، الذي يعود أصله إلى الكلمة الإغريقية *Narcosis*، والتي تعني "يُخدر" أو "يُسبب التخدير"، (الدمرداش، 1982: 9-10).

**المعنى القانوني:** المخدرات مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها أو زراعتها أو تصنيعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك. (الدمرداش، 1982، 10).

وعرفها (أبو مغيب، 2001): هي كل مادة كيميائية تحدث تغيراً في المزاج أو الوعي أو الشعور وتُستعمل في الأغراض غير الطبيعية المخصصة لها وتسبب إضراراً واضحة على الفرد والمجتمع. (أبو مغيب، والذواد، 2001: 15).

وعرفت منظمة الصحة العلمية هي حالة سكر منقطع أو مزمن وهي حالة ضارة بالنسبة للفرد والمجتمع ناشئة عن استهلاك المستمر للمخدرات بحيث يصبح المدمن في مرحلة الاعتماد الكلي (النفسي والعضوي)، (السامرائي، 1988: 159).

### أسباب انتشار المخدرات

تخضع المخدرات، شأنها شأن أي سلعة، لقانون العرض والطلب، إذ يُولد الطلب عليها من خلال الترويج لها، وتوفير الرعاية التي تُسهم في تعزيز تداولها. وتُعدّ هذه المشكلة معقدة تتداخل فيها عوامل محلية ودولية تسهم بشكل كبير في انتشارها. ويمكن تلخيص أبرز أسباب انتشار المخدرات على النحو الآتي:

١- العامل السياسي يُعدّ من أبرز العوامل التي أسهمت تاريخياً في تفشي مشكلة المخدرات، حيث استُخدمت كأداة للسيطرة والإضعاف المجتمعي في سياقات استعمارية وصراعية، فعلى سبيل المثال، لعب الاستعمار البريطاني والفرنسي دوراً محورياً في نشر المخدرات بالعين خلال ما عُرف بـ "حروب الأفيون"، إذ استُخدمت المخدرات كوسيلة لإخضاع الشعب الصيني اقتصادياً واجتماعياً. وفي السياق العربي، تكرر هذا النهج، إذ ساهم الاستعمار البريطاني خلال العشرينات من القرن العشرين في انتشار المخدرات بمصر، حيث بلغ عدد المدمنين حينها ما يقارب نصف مليون من أصل 14 مليون نسمة، كما تكررت الممارسات الاستعمارية ذاتها في دول المغرب العربي على يد الاستعمار الفرنسي. وفي الحقبة الحديثة، أُشير إلى دور بعض الجهات، وعلى رأسها إسرائيل، في الترويج للمخدرات داخل المجتمعات العربية، لا سيما مصر، بوصفها وسيلة لإضعاف البناء الاجتماعي وزعزعة الاستقرار الداخلي. ويُظهر هذا البعد السياسي مدى تعقيد ظاهرة المخدرات، واتساع أبعادها إلى ما هو أبعد من مجرد دوافع فردية أو اقتصادية. (البار، 1998: 303).

العامل الاقتصادي يُعدّ العامل الاقتصادي من المحركات الأساسية لانتشار المخدرات، إذ تخلق الظروف الاقتصادية الصعبة بيئة خصبة لظهور هذه المشكلة. فالارتفاع الحاد في مستوى المعيشة وتزايد متطلبات الحياة، إلى جانب ارتفاع معدلات البطالة وقلة فرص العمل، يؤدي إلى شعور الشباب بالفراغ والإحباط وفقدان الدافع، مما يدفع البعض إلى تعاطي المخدرات كمهرب مؤقت من الضغوط. كما تُسهم النزعة الاستهلاكية المتصاعدة لدى الأفراد، وتغيّر أنماط القيم الاجتماعية والتقاليد، في مضاعفة الضغوط الاقتصادية والنفسية، مما يعزز القابلية للوقوع في فخ الإدمان. إن غياب الاستقرار الاقتصادي يُضعف قدرة الأفراد على الصمود أمام الإغراءات، ويزيد من احتمالية دخولهم دائرة التعاطي والاعتماد على المواد المخدرة. (البار، 1998: 302).

**العوامل النفسية:** تُعد الضغوط النفسية من أبرز العوامل المحفزة على تعاطي المخدرات، حيث يواجه بعض الأفراد حالات من الإحباط نتيجة الفشل في العمل أو عدم تحقيق احتياجاتهم الأساسية، ما يدفعهم للبحث عن وسائل للهروب من واقعهم المؤلم. كما أن الشعور بالدونية أو النقص، سواء كان ناتجاً عن عاهة جسدية أم عجز في التكيف مع الفوارق الطبقية أو الثقافية، يزيد من احتمالية لجوء الفرد إلى المخدرات كوسيلة للتعويض أو التخفيف المؤقت من هذا الشعور، كذلك، يُسهم الإحساس المستمر بالفشل وضعف الكفاءة في تقويض ثقة الفرد بنفسه، مما يجعله أكثر عرضة للبحث عن بدائل غير صحية مثل التعاطي، كمحاولة للتغلب على ألمه النفسي أو استعادة وهمية للسيطرة.

(مجيد، 2006،: 14).

**العوامل الاجتماعية:** يعد تأثير رفقاء السوء عاملاً محورياً في دفع الأفراد، خصوصاً الشباب، نحو تجربة المخدرات، سواء من خلال الترغيب المباشر، أم التقليد، أم تسهيل فرص التعاطي. كما يُسهم التفكك الأسري في تعزيز هذا التوجه، حيث تُولد الصراعات المستمرة بين الوالدين بيئة مشحونة بالتوتر والقلق، مما يُفقد الأبناء الشعور بالأمان العاطفي والدعم النفسي. في ظل هذا الفراغ، قد يلجأ الأبناء إلى تعاطي المخدرات كوسيلة هروب من الواقع المؤلم أو كتعويض عن الحنان المفقود. وفي بعض الحالات، يكون أحد الوالدين هو الضحية الذي ينخرط في التعاطي هرباً من معاناته النفسية، مما يزيد من احتمالية تكرار هذا النمط داخل الأسرة. (الهاشمي، 2002: 9).

يتفاقم خطر رفاق السوء خلال مرحلة المراهقة، إذ يكون الشاب في هذه المرحلة أكثر قابلية للتأثر والتأثر بالآخرين، لا سيما في ظل ضعف الروابط الأسرية وانعدام التواصل الفعال داخل الأسرة. فغياب الدعم العاطفي والتوجيه الأسري يجعل المراهق أكثر عرضة للانخراط في سلوكيات خطيرة، ومنها تعاطي المخدرات، استجابة لتأثير الأقران أو بحثاً عن القبول والانتماء.

(شحاتة، 2009: 452).

### **مراحل الإدمان:**

أكدت دراسة خطاب ان الإدمان يمر بخمس مراحل وهي:

- **حب الاستطلاع:** يعاني المراهق من تغيرات نفسية تتمثل في فضوله الزائد وثقته العالية بنفسه، مما يدفعه لتجربة أمور جديدة. إذا لم يتم توجيهه هذا الفضول بشكل صحيح، قد يؤدي إلى الانحراف، لا سيما التعاطي، ويتفاقم ذلك بفعل تأثير وسائل الإعلام، الأسرة، ورفقاء السوء.
- **التجربة الأولى:** غالباً ما تبدأ بعزومه أو ضغط مستمر، تفضي إلى تجربة المخدرات التي تكسر حاجز الخوف، مما يشجع على تكرارها معتقداً أن التعاطي لا يسبب ضرراً فورياً.
- **طلب المخدر:** تتفاقم المشاكل النفسية، ويصبح المخدر وسيلة للاعتماد النفسي لتجاوز الأزمات، ما يؤدي إلى زيادة الطلب وتكرار التعاطي لتجنب أعراض الانسحاب العضوي.
- **الانشغال بالمخدرات:** يتحول البحث المستمر عن المخدر إلى محور حياة الفرد، ما يسبب تغيرات سلوكية سلبية مثل الكذب والسرقه، ويؤدي إلى العزلة واليأس والاكتئاب، وقد يصل إلى التفكير في الانتحار.
- **الاعتماد الكامل:** يصبح التعاطي ضرورة للبقاء على قيد الحياة اليومية، ويزداد التدهور النفسي والجسدي، ما يفرض خيارين: العلاج أو الانحدار نحو الهلاك، وتتفاوت سرعة انتقال هذه المراحل تبعاً لشخصية المدمن ونوع المخدر. (خطاب، 2008،: 64).

وأكدت دراسة (المشعان، 2006) إن الإدمان يمر بالإدمان بثلاث مراحل هي:

1. يعتاد الفرد على تعاطي المخدر دون اعتماد فعلي عليه، وهي مرحلة حرجة لكنها غالباً قصيرة أو غير ملحوظة خاصة مع مخدرات شديدة التأثير مثل الهيروين، المورفين، والكراك.
2. مرحلة التحمل: (Tolerance) يزداد فيها حاجة المدمن لتصعيد الجرعة تدريجياً للحصول على نفس مستوى النشوة، وتمثل هذه المرحلة اعتياداً نفسياً وجسدياً متزامناً.
3. مرحلة الاعتماد والتبعية: (Dependence) يصبح فيها المدمن خاضعاً لسيطرة المخدر، مع اعتماد نفسي وعضوي، نتيجة لتغيرات وظيفية ونسجية تحدث في الدماغ. (المشعان، 2006،: 6).

### انعكاسات تعاطي الإدمان:

تتعدد الآثار والأضرار الناتجة عن تعاطي المخدرات، والتي تشكل مبرراً هاماً للتحذير من أخطار الإدمان، ويمكن تصنيفها كما يلي:

### الآثار النفسية:

- يسبب تعاطي المخدرات اضطرابات في الإدراك الحسي، لا سيما في حواس السمع والبعد، مع خلل في المدركات الحسية، وتأخر إدراك الزمن وتضخم الإحساس بالأحجام.
- يؤدي إلى اضطرابات في التفكير تتمثل في بطء وصعوبة التفكير، مصحوبة بحالات من القلق والتوتر المستمر، وعدم الاستقرار النفسي، فضلاً عن الانقباض المزاجي والعصبية والإهمال الذاتي.
- تنقسم الاضطرابات الانفعالية إلى إيجابية، حيث يشعر المتعاطي بتحسن مؤقت في المزاج والثقة بالنفس، وسلبية تظهر غالباً بعد انتهاء مفعول المخدر، وتتسم بالهبوط النفسي (سعيد، عبد المجيد، 2005،: 18).

### الآثار الصحية:

- فقدان الشهية مما يسبب هزالاً ونحافة واصفرار أو اسوداد الوجه، مع ضعف عام وانخفاض في النشاط والمقاومة، مصحوباً بدوار وصداع مزمن واحمرار العينين.
- اختلال التوازن العصبي واضطرابات في التأزر الحركي، بالإضافة إلى تهيج الأغشية المخاطية والشعب الهوائية واضطرابات هضمية تؤدي لسوء الهضم والانتفاخ، مع حالات إسهال خاصة في حالة الأفيون.
- تلف وتليف الكبد نتيجة تراكم السموم، ما يسبب التهاباً وتضخماً في الكبد، وقد يؤدي إلى سرطان الكبد، فضلاً عن تأثيرات ضارة على المخ مثل التهاب المخ، فقدان الذاكرة، والهالوس السمعية والبصرية، واضطرابات قلبية.
- فقر الدم وتكسر كريات الدم الحمراء، وتأثير سلبي على نخاع العظام، مع تراجع القدرة الجنسية نتيجة نقص إفرازات الغدد الجنسية بعد فترة تعاطٍ طويلة.
- يسبب تعاطي المخدرات عيوباً خلقية في الأجنة عند النساء المدمنات، بالإضافة إلى مشاكل صحية خطيرة مثل فقر الدم، أمراض القلب، السكري، التهابات الرئتين والكبد، ومخاطر الإجهاض. (سعيد، عبد المجيد، 2005،: 19).

### الآثار الاقتصادية:

- إهدار الأموال على شراء المخدرات، مما يؤثر سلباً على دخل الأسرة ويقلل من قدرة المدمن على الإنتاج ويخفض رغبته في العمل.
- تسبب الأنشطة غير القانونية المتعلقة بالمخدرات في أضرار للناتج القومي للدولة.

- ارتفاع معدلات الإعانات الاجتماعية نتيجة لرفض المدمنين العمل، مما يؤدي إلى خسائر اقتصادية كبيرة.
- استغلال الأراضي الصالحة للزراعة في زراعة المواد المخدرة بدلاً من المحاصيل المفيدة للمجتمع، مما ينعكس سلباً على الاقتصاد الزراعي (سعيد، عبد المجيد، 2005، ص: 20).
- **علامات الإدمان على المخدرات :**  
تظهر على المدمن علامات واضحة تؤثر على صحته النفسية والجسدية وسلوكياته الاجتماعية. وتجدر الإشارة إلى أهم مظاهر هذه الحالة على النحو التالي:
  - يكون الشخص عادة علاقات صداقة جديدة مع أشخاص من خارج نطاق الأسرة والوسط الاجتماعي المعروف.
  - يشهد مستوى الدراسي لمتعاطي المخدرات تراجعاً مفاجئاً وواضحاً.
  - يعاني المدمن من نوبات اكتئاب شديدة تؤثر على صحته النفسية وسلوكياته.
  - تظهر عليه علامات ضعف عام في الحركة وردود الفعل.
  - يصبح سريع الغضب ويخوض نزاعات متكررة مع أفراد الأسرة دون أسباب واضحة.
  - يلاحظ بطء في الكلام مع وجود تلثم.
  - يطرأ تغير ملحوظ على وزن المدمن، فقد يزيد أو ينقص بشكل غير طبيعي.
  - يعود إلى منزله وهو في حالة من البرود والانعزال عن محيطه.
  - يفقد المدمن اهتمامه بالأسرة والأصدقاء القدامى، (الملوحي، 2023، ص: 120).

### النظريات المفسرة للإدمان:

نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي (Theory of rational emotive therapy) (اليس) تفترض النظرية العقلانية-الانفعالية أن المعتقدات غير العقلانية تُنتج تحملاً منخفضاً للإحباط، وهو ما يتجلى بشكل خاص في حالات الإدمان. وقد قدم أليس، مؤسس هذه النظرية، مفهوم "قلق الانزعاج (Discomfort Anxiety)" لوصف الحالة النفسية التي يعانيها المدمن نتيجة تفكيره اللاعقلاني حول إدمانه والتحمل المنخفض للألم الناتج عن الامتناع عن التعاطي. يتسم هذا القلق بتوقع الألم والانزعاج، حيث يحمل المدمن المعتقد الخاطئ بأن هذين الشعورين لا يُحتملان ويجب تجنبهما، وهو ما يعوق إرادته في الكف عن التعاطي. وتُعد هذه المعتقدات جزءاً أساسياً في تكوين إدمان المدمن واستمراره، حيث يؤدي التحمل المنخفض للإحباط إلى ضعف السيطرة على الدوافع، ما يظهر في سلوكيات متعددة مثل الإفراط في شرب الكحول، تعاطي المخدرات، الإدمان على الطعام، القمار، والمغامرات الطائشة، بغض النظر عن نوع المادة أو النشاط. (الحجار، 2005، ص: 52-53).

ويفسر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي الرهاب الاجتماعي بوصفه اضطراباً ينشأ نتيجة ترسخ أفكار ومعتقدات غير عقلانية لدى الفرد، مثل المبالغة في أهمية رأي الآخرين، والخوف من ارتكاب الأخطاء أمامهم، والاعتقاد بضرورة القبول التام من الجميع. هذه المعتقدات تؤدي إلى استجابات انفعالية مفرطة كالقلق والتوتر، وسلوكيات تجنبية تُفاقم من عزلة الفرد وتُعيق اندماجه الاجتماعي. ومن خلال هذا المنظور، يُعالج الرهاب الاجتماعي عبر استهداف هذه الأفكار المشوهة وتعديلها، وتدريب الفرد على تبني أنماط تفكير أكثر مرونة ومنطقية، مع تعزيز وعيه بأن القبول الاجتماعي ليس شرطاً مطلقاً، وأن الوقوع في الخطأ لا ينقص من قيمته. كما يُوجّه العلاج الانتباه إلى الحوار الداخلي السلبي الذي يكرّس مشاعر الخوف، ويُستبدل تدريجياً بحوار عقلائي داعم. وبهذا يوفّر هذا النموذج إطاراً متكاملًا لفهم الرهاب الاجتماعي كحالة فكرية وانفعالية قابلة للتغيير، لا كعيب ثابت في الشخصية، (العاسمي، 2014، ص: 381).

ويرى إليس أن مصدر القلق لا يكمن في المواقف بحد ذاتها، بل في الطريقة التي يُفكر بها الفرد حيال تلك المواقف. فالمعتقدات غير العقلانية التي يتبناها الشخص مثل ضرورة أن يكون مثاليًا في كل ما يقوم به، أو أن ينال رضا الجميع دون استثناء تؤدي إلى استجابات انفعالية سلبية كالشعور بالقلق والضغط. وبناءً عليه، فإن القلق الاجتماعي يتشكل حين يؤمن الفرد بأن قيمته تعتمد على قبوله من الآخرين أو على تفوقه الدائم، مما يجعله عرضة لمشاعر الخوف والتوتر عند أي موقف اجتماعي يُهدد هذه الصورة المثالية. عبد المعطي، (2001، ص161)

ويرى ألبرت إليس أن الخجل ولوم الذات من أبرز مسببات الاضطرابات الانفعالية، ويؤكد أن تجاوزها يتطلب تدريب المسترشد على مواجهة المواقف التي تثير مشاعر العار لديه. ومن خلال خوض تجارب كان يتجنبها، يكتشف المسترشد أن الآخرين لا يراقبونه كما كان يظن، مما يساعده على تقليل الخجل وتعزيز ثقته بنفسه، (المالكي، 2001: 76).

### الفصل الثالث

#### منهجية البحث وإجراءاته

يتضمن هذا الفصل عرضاً لمنهجية البحث وإجراءاته على الشكل الآتي:

#### منهج البحث:

استعمل الباحثان المنهج الوصفي في البحث لكونه المنهج المناسب لتحقيق أهداف البحث الحالي هو نوع من البحوث يقرر علاقة بين متغيرين أو عاملين عن طريق الدراسة للمواقف المقابلة التي ضببت المتغيرات كلها ما عدا المتغير الذي يهتم به الباحث بدراسة تأثيره (كرو، 109، 2008).

#### مجتمع البحث Research Population

ويقصد به المجموعة الكلية من العناصر الذي يسعى الباحثان إلى أن يعمما النتائج ذات العلاقة في المشكلة المدروسة (علي، 2011: ص384)

ولذلك يعد مجتمع البحث الإطار المرجعي في اختيار عينة البحث سواء كان مجتمع بحث صغيراً أم مجتمع بحث كبيراً. (عقيل، 1999: ص221) وقد شمل مجتمع البحث (2151) مدمناً من المسجلين رسمياً ضمن قاعدة البيانات في الربط الشبكي المعتمد لوزارة الداخلية أقسام مراكز التأهيل.

#### عينات البحث Research Sample

تعرف عينة البحث بأنها (جزء أو شريحة من مجتمع تحتوي على خصائص المجتمع الذي نقوم بدراسته للتعرف على خصائصه ويجب أن تكون هذه العينة تمثل جميع المفردات المراد بحثها في المجتمع تمثيلاً صادقاً) (الزهيري، 2017: 139)، وشملت العينة الاستطلاعية (30) مدمناً وعينة وضوح الفقرات (30) مدمناً وعينة التحليل الاحصائي (400) مدمناً، وعينة الثبات (30) مدمناً.

#### أداة البحث Research Tools

ويقصد بأداة البحث بأنها أداة لقياس متغير موضوعي في تحديد عينة البحث من السلوك (ابو جادو، 2003: ص328)، لتحقيق هدف البحث يتطلب توفر أداة لمقياس الرهاب الاجتماعي.

#### مقياس الرهاب الاجتماعي:

انطلاقاً من الحاجة إلى أداة تقيس الرهاب الاجتماعي لدى فئة المدمنين بما يتناسب مع بيئتهم الثقافية والنفسية، تم بناء مقياس يتلاءم مع الخصوصية العراقية. فالمقاييس الأجنبية المتاحة غالباً ما تُبنى ضمن سياقات ثقافية مختلفة، ولا تعكس بدقة الواقع الاجتماعي والنفسي للمدمن العراقي، مما يُضعف صدق النتائج، وأن أغلب تلك المقاييس لا تراعي طبيعة العلاقات الاجتماعية وتأثير الوصمة المجتمعية، وهي عناصر جوهرية في تجربة الفرد المدمن في المجتمع العراقي، الأمر الذي استوجب بناء أداة مناسبة أكثر واقعية وفاعلية في القياس.

-تحديد مفهوم الرهاب الاجتماعي: (خوف شديد ومتواصل وغير مبرر من المواقف الاجتماعية الشخصية أو مواقف الأداء العامة إمام مجموعة من الأفراد، يشعر فيها الفرد بالارتباك والخزي والمهانة والخوف من التقييم السلبي، كما يخبر الفرد عجزا وظيفيا في أدائه ونقصا في الأنشطة الايجابية، والشعور بانخفاض الكفاءة الذاتية والمهارات الاجتماعية، وتنعكس هذه المشاعر في صورة أعراض نفسجسمية)، (طه، ٢٠٢٤، ٣١ ص).

وحدد (طه، ٢٠٢٤) مجالات الرهاب الاجتماعي (المعرفي، السلوكي، الانفعالي، الفسيولوجي، الاجتماعي) • **المجال المعرفي:** ترقب الفرد لتقييم سلبي من الآخرين ويخشى الفرد في تلك المواقف أن يتصرف بشكل أو بطريقة قد تشعره بالخزي والارتباك، وهذا ما يدفع الفرد للاهتمام برأي الآخرين فيما يقوم به بشكل يصل لحد الانشغال التام، بل لا يعتبر عمله جيدا إلا إذا أخبره الآخرون بذلك.

• **المجال السلوكي:** إحجام الفرد عن اقتحام المواقف الاجتماعية، ظنا منه أنه بذلك يضيف مشاعر الأمن والطمأنينة على ذاته. فتجد خجله يعوقه من الأداء في المواقف الاجتماعية فيدفعه ذلك للتهرب من المقابلات الاجتماعية أو التواجد فيها.

• **المجال الانفعالي:** شعور الفرد أن همومه تكاد تسحقه وتتقلب حالته المزاجية تبعاً لإدراكه اللاسوي بسوء أدائه. ويتخذ الفرد من أدائه محكا يقيس عليه حالته الانفعالية، معتبرا أن إخفاقه في موقف ما يعني نهاية العالم.

• **المجال الفسيولوجي:** الاستثارة الفسيولوجية المفرطة المرتبطة بخبرة القلق والخوف في المواقف الاجتماعية، مثل احمرار الوجه، وتسارع ضربات القلب، والارتعاش، وتصبب العرق وغيرها.

• **المجال الاجتماعي:** أن الفرد يضيف على إدراكه لنفسه خصائص وصفات سلبية مرجعية الذات، تتسم بفقدان الثقة الاجتماعية، وبقدر من التماهي أو الخلط بين الذات والسلوك، يسفر ذلك عن نفسه في عملية الشخصنة الجلية لرؤية الفرد لنفسه باعتباره فاشلا أو غير مؤهل لإقامة علاقات اجتماعية سوية وبشكل طبيعي. (طه، 144، 2023-150).

• **الخصائص السايكومترية لمقياس الرهاب الاجتماعي:**

• **(الصدق):** يعتبر صدق المقياس من اهم الخصائص التي يجب علينا الاهتمام بها في مجال القياس النفسي ، ويعرف على انه يقيس الاختبار ما وضع من اجله (محمد ، 2004 : 84) وتحقق الباحثان من صدق المقياس بالطريقة الاتية:

• **الصدق الظاهري (Content Validity): (الاتساق الخارجي)**

• إنَّ التحليل الإحصائي يعد الخطوة رئيسة المهمة لأعداد المقاييس النفسية و التربوية ومدى ملاءمتها و تعديلها، لذلك يعد التحليل الإحصائي للفقرات (هو القدرة في الكشف عن دقة قياس ما أعد لقياسه) (Ghiselli, et al, 1981: 421)

• ويشير (Ebel) الغرض من إجراء التحليل الإحصائي على الفقرات والتحليل في ارتباط الدرجة الكلية بالمقياس وذلك لأجل الإبقاء على الفقرات ذات التمييز الجيد في المقياس (Ebel,1972:392).

• ولذلك فإنَّ الصدق الظاهري يعرف بأنَّه (قدرة الاختبار على قياس الهدف او الغرض الذي وضع من اجله ظاهريا، والتحقق من خلال تطابقه مع تقديرات المحكمين على درجة صدق المقياس لأختبار السمة الذي وضع لاجلها (العزاوي، 2007: 94).

• لقد تحقق الباحثان من الصدق الظاهري لمقياس الرهاب الاجتماعي ، إذ قاما بالبحثان بعرض المقياس بصورته الاولية على مجموعة من المحكمين في علم النفس والإرشاد النفسي.

صدق البناء ومؤشراته (Construct Validity): (الاتساق الخارجي)

قام الباحثان بالتحقق من الصدق البنائي لفقرات مقياس الرهاب الاجتماعي لأجل استخراج القوة التمييزية لفقرات المقياس ، فإنّ في هذا النوع من الصدق يحاول الباحثان التعرف على طبيعة الظاهرة السلوكية التي يسعى المقياس الى قياسها وقد تم استخراج القوة التمييزية للمقياس واستخراج بعض مؤشرات بطريقتين هما:

1. المجموعتان الطرفيتان .

2. طريقة الاتساق الداخلي.

### المجموعتان الطرفيتان (القوة التمييزية للفقرة):

إنّ هدف القوة التمييزية للفقرة هي التمييز بين الفئتين العليا و الدنيا من الأفراد ، وهذا يدل على أنّ الفقرة ذات معامل تمييز عال تكون لها القدرة على التمييز بين الفئتين المتطرفتين إذ يكون للفقرة دور فعال في مساعدة المقياس في الكشف عن الفروق الفردية بين الأفراد ( عودة وآخرون ،2000:ص293)، ولذلك عندما يصعب على الفقرة التمييز بين المستجيبين سوف نذهب إلى المجموعتين المتطرفتين في تلك السمة لذا يجب أن تتمكن الفقرة في التمييز بين تلك المجموعتين في السمة المقاسة (عبد الرحمن ،2000:ص388) و لحساب القوة التمييزية لفقرات مقياس الرهاب الاجتماعي اتبع الباحثان الخطوات الآتية:

• أن تطبيق المقياس بعد إن حصل على الصدق الظاهري المؤلف من (30) فقرة على عينة التحليل الاحصائي المؤلفة من (400) مدمن، وبعد التطبيق تم اعطاء درجة لكل اجابة على الفقرة على وفق طريقة تصحيح المقياس ، لذا تم حساب الدرجة الكلية لكل مستجيب من خلال الجمع الجبري لجميع فقرات المقياس .

• ترتيب الدرجات الكلية الذي حصل عليها المدمنين تصاعدياً من أعلى درجة الى ادنى درجة

• اختيار (27%) من أعلى الدرجات لموضوع الرهاب الاجتماعي وتسمى المجموعة العليا والتي عددها (108) استمارة، و (27%) من ادنى الدرجات الدنيا وتسمى المجموعة الدنيا وعددها (108) استمارة، وبذلك أصبح لدى الباحثين مجموعتين عليا ودنيا مجموعهما (216) استمارة .

بعد تحديد المجموعتين العليا والدنيا استخدمت الباحثة الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لايجاد تمييز جميع فقرات مقياس الرهاب الاجتماعي وقد بين بأن فقرات المقياس مميزة إذ إنّ القيمة التائية المحسوبة كانت أكبر من القيمة الجدولية (1,96) مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (214) .

### طريقة الاتساق الداخلي:-

إنّ طريقة الاتساق الداخلي للمقياس إنّها تقيس علاقة فقرات المقياس بالدرجة الكلية للمقياس، إذ إنّها تستخدم في تحديد موقع كل فقرة من فقرات المقياس، وكذلك تستخدم في تحديد مدى تجانس فقرات المقياس (مجيد،2015: 123). لذا تعد طريقة الاتساق الداخلي من الطرائق الشائعة الاستخدام في حساب الثبات (محاسنة، 2013: 132).

فضلاً عن ذلك قام الباحثان بإيجاد الاتساق الداخلي من خلال استخراج (علاقة درجة الفقرة الكلية للمقياس، وعلاقة درجة الفقرة بالمجال التي تنتمي اليه، وعلاقة الدرجة الكلية للمجال بالدرجة الكلية للمقياس، ومصفوفة ارتباط مجالات المقياس) وهي كما يأتي:

**علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس:** لقد تم حساب درجة كل فقرة ومعرفة ارتباط كل درجة منها بالدرجة الكلية للمقياس اتبع الباحثان (معامل ارتباط بيرسون) باستخدام عينة التحليل الاحصائي للفقرات والتي تكونت من (400) مدمن وقد كانت جميع القيم المحسوبة اكبر من القيمة الجدولية (0,098) عند مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (398) .

علاقة درجة الفقرة بالمجال الذي تنتمي إليه: تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل فقرة وبين المجموع الكلي للمجال الذي تنتمي إليه الفقرة، إذ كانت معاملات الارتباط جميعها دالة إحصائياً **مصفوفة ارتباط مجالات المقياس**: تم استخراج (معامل ارتباط بيرسون)، لدرجة كل مجال وارتباطه مع المجالات الأخرى، إذ بينت النتائج بان هناك علاقات ارتباطية عالية بين مجالات المقياس عند مستوى (0,05) ودرجة حرية (398) علماً إن القيمة الجدولية (0,098) مؤشرات الثبات: ونقصد بالثبات (إنه اتساق الدرجات التي يتم الحصول عليها من الأفراد عندما يعاد اختبارهم بنفس الاختبار في وقتين مختلفين (علام، 2015: 113)، قام الباحثان باستخراج الثبات للمقياس بطريقتين هما:

#### **طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test – Retest)**

إن الهدف الأساسي من إعادة الاختبار: هو الحصول فيها على اجابات متطابقة او متناسقة للمجموعة نفسها ومن الاشخاص ولقياس السمة ذاتها هو تطبيق الاختبار مرتين إذ إن هذه الطريقة تزودنا بعلامتين للمفحوص ومعامل الثبات يكون في هذه الحالة هو معامل الاستقرار (ملحم، 2010: 257) حيث إن الهدف الاهم من اعادة الاختبار بمعنى إنّه أشار الى استقرار اداء افراد العينة التي تم تطبيق الاختبار عليهم مرتين عبر الفاصل الزمني من خلال اداء الافراد في الاختبار الاول والثاني، لذ هو يعد من اسهل او ابسط الطرائق المستخدمة لتعيين معامل الثبات (المكدمي، 2016: 275-276).  
لقد قام الباحثان بتطبيق الاختبار على عينة مكونة من (30) مدمنامن مركز التاهيل الرصافه/الرشاد وبعد مرور (14) يوماً من تطبيق الاختبار الأول، قامت بتطبيق المقياس مرة ثانية على العينة نفسها؛ للتعرف على مدى ثباته، حيث يعتقد (أدمز) إن إعادة تطبيق الاختبار للمقياس هو من اجل معرفة ثبات نتائجه، ويجب إن لا تقل عن هذه المدة، وقد بلغ معامل الثبات (0,80) يعد اختباراً جيداً. (Adams,1964:8).

#### **طريقة ألفا كرونباخ (Alpha – crobach)**

تعتبر طريقة الفاكرونباخ من الطرائق شائعة الاستخدام إذ تمتاز بدقتها وإمكانية الأخذ بنتائجها وسهولة أتباعها وتعتمد هذه الطريقة على حساب الارتباط بين درجات فقرات المقياس جميعها بحيث أن تمثل كل فقرة مقياس بحد ذاته، لذا يؤثر معامل الثبات على إن اتساق أداء الأفراد بحيث هناك تجانس بين فقرات المقياس، لذ يتم تطبيق الاختبار مرة واحدة ويتم وضع الدرجات الكلية عليه ثم تطبق معادلة الفاكرونباخ (زيدان، 2015: 82)، قامت الباحثة باستخراج قيمة (الفاكرونباخ) من خلال سحب (100) استمارة من عينه التحليل الإحصائي (عينة التحليل الإحصائي) بطريقة عشوائية وبلغت قيمتها (0,88) وهو معامل الاتساق، ومن خلال ذلك يمكن القول بان الدراسة الحالية توصلت إلى بناء أداة مقياس (الرهاب الاجتماعي) تتمتع بمؤشرات الصدق والثبات فضلاً عن مؤشرات تحليل الفقرات وكفاءتها عند المستجيبين والتميز بينهم.

#### **المؤشرات الإحصائية لمقياس الرهاب الاجتماعي:**

أشارت الأدبيات المتعلقة بالمقياس النفسي والتربوي إلى أن المقاييس النفسية تتوزع في الغالب بشكل اعتدالي بين أفراد المجتمع الذي تطبق عليه الدراسة. ولذلك فإن استخراج المؤشرات الإحصائية للمقياس يوضح مدى قرب توزيع أفراد العينة من التوزيع الطبيعي. ولذلك يعتبر هذا التوزيع معياراً للحكم على مدى تمثيل العينة للمجتمع الأصلي. والدقة في تعميم النتائج (علوان، 2015: 108-109). لقد استخدم الباحثان برنامج (SPSS) للحصول على المؤشرات الإحصائية لمقياس الرهاب الاجتماعي لأفراد العينة جميعهم والبالغ عددهم (400) مدمن.

### الفصل الرابع

#### أولاً: عرض النتائج

يتضمن هذا الفصل عرض النتائج التي تم التوصل إليها وتفسيرها ومناقشتها على وفق هدف وفرضيات البحث الحالي والتوصيات والمقترحات .

#### أولاً: عرض النتائج

#### الهدف : قياس الرهاب الاجتماعي لدى عينة البحث

وأظهرت النتائج الخاصة بالبحث الحالي ولمقياس الرهاب الاجتماعي ان المتوسط الحسابي للدرجات هو (68.4300) درجة والانحراف المعياري (12.09245) درجة ، وبلغ المتوسط الفرضي مقداره (60) درجة، واختبار دلالة الفرق بين الوسط الحسابي ، والوسط الفرضي استعمل الاختبار التائي لعينة واحدة ، ان القيمة التائية المحسوبة البالغة (36) اكبر من القيمة الجدولية وتشير تلك النتيجة الى وجود فرق ذي دلالة إحصائية عنده مستوى دلالة (0,05)، والجدول (1) الآتي يوضح ذلك:

#### جدول (1)

#### دلالة الفرق بين الوسط الحسابي والوسط الفرضي لمقياس الرهاب الاجتماعي

مستوى الدلالة 0.05	القيمة t		الوسط الفرضي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	حجم العينة	المتغير
	الجدولية	المحسوبة					
دالة	1,96	36	60	12.09245	68.4300	100	الرهاب الاجتماعي

وتشير النتائج إلى إن المدمنين المشمولين بالبحث الحالي لديهم درجة عالية من الرهاب الاجتماعي ، فقد أظهرت نتائج التحليل الاحصائي عند تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي ان المدمنين لديهم رهاب اجتماعي بسبب تجارب نفسية سلبية، مثل الشعور بالتقصير تجاه الذات والآخرين، الإحساس بالعجز أمام متطلبات الحياة، والخوف من الفشل في إعادة بناء حياتهم بعد الإدمان. كل ذلك قد يؤدي إلى حالة من الانسحاب الاجتماعي أو تجنب التفاعل مع الآخرين، خشية الوقوع في الخطأ أو التعرض للنقد أو الرفض الاجتماعي، وتتفق هذه النتيجة في المضمون العام مع وجهة نظر Ellis الذي يرى ان بعض الناس قد يتبنون افكارا غير عقلانية وغير واقعية مبنية على اعتقادات وتصورات خاطئة تؤدي الى الحطمن قدر الذات والسعي الى محاولة الفرد لان يحضى بمحبة الجميع (Ellis,1959,p.319). ، وقد يُعزى وجود هذا النوع من الرهاب إلى مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بتجربة الإدمان نفسها، مثل الشعور بالوصمة الاجتماعية، ضعف الثقة بالنفس، القلق المزمن، وتراكم الإخفاقات الشخصية والدراسية والمهنية. كما أن مرحلة العمرية التي تنتمي إليها عينة البحث تمثل مرحلة انتقالية حرجة في حياة الإنسان، وهي غالباً ما تكون مشبعة بالتحديات والضغوط المتعلقة بتكوين الهوية، وتحقيق الاستقلال النفسي والاجتماعي، ما يزيد من احتمالية ظهور القلق الاجتماعي. وجاء هذا الهدف انطلاقاً من الحاجة إلى قياس مستوى الرهاب الاجتماعي لدى فئة المدمنين، ويُعد الرهاب الاجتماعي من المشكلات الانفعالية التي تؤثر سلباً على قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي، وتكوين العلاقات، والانخراط في مواقف الحياة اليومية بشكل طبيعي.

وقد أظهرت النتائج أن أفراد العينة يعانون من مستويات مرتفعة من الرهاب الاجتماعي، الأمر الذي يمكن تفسيره بمجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بتجربة الإدمان ، فالمدمن غالباً ما يمر بمراحل من العزلة الاجتماعية، والشعور بالرفض أو الوصمة الاجتماعية، مما يؤدي إلى ضعف

تقدير الذات، وتكوين صورة سلبية عن النفس والآخرين، وكلها عوامل تسهم في زيادة حساسية الفرد تجاه المواقف الاجتماعية وتوقعه الدائم للنقد أو الرفض، وكما يمكن عزو ارتفاع مستوى الرهاب الاجتماعي إلى طبيعة المرحلة العمرية لأفراد العينة، وهي مرحلة انتقالية حساسة في حياة الفرد، تتسم بالتخطيط للمستقبل المهني والاجتماعي، وتزداد فيها الضغوط النفسية المتعلقة بالهوية، واتخاذ القرارات، وتحقيق الاستقلالية. وعند اقتران هذه التحديات بتجربة الإدمان، فإن القلق الاجتماعي قد يتفاقم نتيجة شعور الفرد بالإخفاق في تلبية متطلبات هذه المرحلة، مما يؤدي إلى تعزيز مشاعر العجز، والخوف من تقييم الآخرين، وتوقع الرفض الاجتماعي، وكذلك، فإن نظرة المجتمع السلبية تجاه المدمنين تشكل عاملاً ضاعطاً يعزز من مشاعر القلق والتوتر أثناء التفاعل مع الآخرين. ويشعر العديد من المدمنين أنهم في موضع مساءلة دائمة، مما يضعهم في حالة دفاع نفسي، تتجلى في سلوكيات التجنب الاجتماعي، والانسحاب من المواقف العامة، وكلها مظاهر تعكس وجود رهاب اجتماعي بدرجات متفاوتة.

وجاءت الدراسة متوافقة مع دراسة (العنبي، ٢٠٠٥) التي توصلت إلى وجود درجة مرتفعة من الرهاب الاجتماعي لدى كل من مدمني المسكرات ومدمني الحشيش، ووجود علاقة دالة إحصائياً بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المسكرات والحشيش ومتوافقة مع دراسة (Gregory et al., 2004) التي توصلت إلى النتائج 20%: من أفراد العينة يعانون من الرهاب الاجتماعي المعمم، 42.6% من العينة يعانون من الرهاب الاجتماعي الخاص، وأيضاً متوافقة مع دراسة (Evren, C., & Ünsel, A. 2018) التي توصلت إلى النتائج أن نسبة كبيرة من الأفراد الذين يعانون من الإدمان تظهر لديهم أيضاً أعراض الرهاب الاجتماعي. إن هذا الهدف يُعد خطوة أساسية لفهم الوضع النفسي للمدمنين، وتقديم مؤشرات موضوعية يمكن من خلالها تصميم برامج إرشادية مناسبة تتعامل مع هذا الجانب الحساس من شخصية المدمن، وتدعمه في إعادة بناء ثقته بنفسه، وتفاعله الإيجابي مع مجتمعه.

### التوصيات

- في ضوء النتائج التي توصل إليها البحث الحالي، يوصي الباحثان بما يأتي:
- اعتماد مقياس الرهاب الاجتماعي كأداة تشخيصية أولية في مراكز تأهيل المدمنين، لقدرته على الكشف عن مستويات الرهاب الاجتماعي بدقة لدى المدمنين، مما يساعد في توجيه التدخلات الإرشادية المناسبة.
  - تهيئة بيئة داعمة داخل مراكز التأهيل تشجع على الحوار والتعبير عن الذات، وتقلل من النقد أو الحكم السلبي، بما يسهم في خفض حدة مشاعر القلق والرهاب المرتبطة بالتجارب الاجتماعية.
  - ضرورة عمل اللجنة القانونية ولجنة مكافحة المخدرات الإسراع بأقرار تعديل قانون ٥٠ لسنة ٢٠١٧ لأهميته في تفعيل مراكز التأهيل النفسي والمصحات الأهلية
  - يوصي الباحثان بضرورة تأهيل العاملين في مراكز التأهيل النفسي والمصحات باستمرار وفق أحدث الاستراتيجيات لتطوير المهارات العلاجية والإرشادية.
  - الاهتمام بمراكز التأهيل النفسي في وزارة الصحة وزيادة الملاكات بكوادر متخصصة.

### المقترحات

- استكمالاً للبحث الحالي، يقترح الباحثان إجراء الدراسات والبحوث التالية:
1. إجراء دراسة مماثلة للبحث الحالي على فئات عمرية مختلفة، مثل المراهقين الأكبر سناً (المرحلة الإعدادية) أو الشباب في الجامعات، لمقارنة فعالية البرنامج في خفض الرهاب الاجتماعي باختلاف المراحل العمرية.

2. دراسة العلاقة بين الرهاب الاجتماعي والمشكلات النفسية الأخرى لدى المدمنين مثل الاكتئاب، ضعف تقدير الذات، أو القلق العام، لفهم أوسع للتداخلات النفسية لديهم.

#### المصادر العربية

- ابو مغيصيب، عايد عبد الله، والرزاد، فيصل محمد خير (2001). الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات العقلية (التشخيص والعلاج)، ط1، اليمامة للطبع والنشر، دمشق.
- باترسون، س. ه، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي (1981). الإرشاد النفسي والعلاج النفسي. الكويت: دار القلم.
- البار، محمد علي (1998). المخدرات الخطر الداهم - الأفيون ومشتقاته. دار القلم، دمشق.
- بدوي، أمينة إبراهيم، وآخرون، (2016). الآثار الصحية والنفسية لتعاطي شباب الجامعة للمواد المخدرة، فلسطين.
- بدوي، زينب عبد العليم، (2009). عمليات تجهيز المعلومات وعلاقتها بالقلق الاجتماعي والدافعية الاجتماعية، مجلة كلية التربية، عدد 33، ص 9-79، القاهرة: جامعة عين شمس.
- بريك، عائض القرني. (2005). المخدرات. الطبعة الثانية. المملكة العربية السعودية: دار ابن خزيمة.
- الحجار، محمد حمدي (2005). العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، مؤسسة الرسالة للنشر، بيروت، لبنان.
- الخزاعلة، محمد سليمان (2003). دراسة سلوك تعاطي المخدرات بين طلبة الجامعات الأردنية. رسالة ماجستير، جامعة اليرموك، الأردن.
- خزعلي، حاتم (2006). تفعيل الأدوار التعليمية والبحثية والمجتمعية للجامعات العربية في حماية الشباب الجامعي من أخطار المخدرات، بحث ملخصات أبحاث مؤتمر الشباب الجامعي وآفة المخدرات، الأردن، جامعة الزرقاء الأهلية، الأردن.
- خطاب، أركان سعيد (2008). مواجهة مشكلة المخدرات في العراق بين الواقع والمستقبل، نداء الحرية، السنة الثانية، العدد 7، شوال 1429 هجري، تشرين الأول.
- الدمرداش، عادل (1982). عالم المعرفة، الإدمان مظاهره وعلاجه، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- ذيب، إيمان عبد الكريم (2006). أضرار تعاطي المخدرات من وجهة نظر التدريسيين الجامعيين، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العددان 9-10، مركز البحوث التربوية والنفسية، جامعة بغداد.
- رمضان، هالة عبد اللطيف (2020). الإسهام النسبي للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية واضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) في التنبؤ بجودة الحياة لدى طلاب الجامعة، كلية التربية، جامعة قناة السويس بالإسماعيلية، مجلة الإرشاد النفسي، العدد 64، الجزء 1.
- سعيد، ناسو صالح، وعبد المجيد، سمير عبد الجبار (2005). المخدرات الموت الزاحف، دائرة الدراسات والتخطيط والمتابعة، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، العراق.
- سليم، سلوى علي (1994). الإسلام والمخدرات، الدار الوطنية، الرياض، السعودية.
- السوداني، نهى لعبيبي سهم (2010). تأثير أسلوب التحصين التدريجي في تخفيض شعور الرهاب المدرسي لدى طالبات المرحلة المتوسطة، الجامعة المستنصرية، كلية التربية، رسالة ماجستير غير منشورة.

- الشبانات، عبد الرحمن (1996). تقييم العلاج العقلاني الانفعالي لحالات الرهاب الاجتماعي، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض، المركز العربي للدراسات الأمنية.
- شحاتة، ولاء السيد عبد السلام (2009). الإدمان والصحة النفسية، المؤتمر العلمي السابع والسنوي السادس عشر في العلوم النفسية والإرشاد والصحة النفسية، 15-16 كانون الثاني 2009، مركز الدراسات التربوية والأبحاث النفسية، جامعة بغداد.
- شمسان، رضية (2004). برنامج علاجي لخفض الرهاب الاجتماعي، دراسة نفسية تجريبية، أطروحة دكتوراه، جامعة صنعاء، كلية الآداب.
- الصقهان، ن. ع. ع. (2005). تقييم فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- عبد الناصر، عزوز ورضا، فجة (2010). النظريات والنماذج المفسرة لظاهرة الإدمان على المخدرات. في العوامل السيكولوجية والبيولوجية والاجتماعية-الثقافية المؤدية إلى الإدمان، دراسات وأبحاث في علم الاجتماع، الجزائر.
- العتيبي، بن عقيلان (2005). الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية.
- عجال، حبيبة (2023). أثر بعض فنيات الإرشاد الميتم معرفي في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى طلبة السنة الثانية جامعي شعبة علم النفس، أطروحة دكتوراه، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية وزارة التعليم العالي والبحث العلمي جامعة محمد خيضر - بسكرة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.
- العزاوي، رحيم يونس كرو (2008)، القياس والتقييم في العملية التدريسية، دار دجله للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- علي، حمدي أحمد عمر (2022). تعاظم وإدمان المخدرات وتأثيرهما على تحقيق أهداف وبرامج التنمية المستدامة دراسة ميدانية على عينة من شباب محافظة سوهاج، كلية الآداب، جامعة سوهاج، مجلة كلية الآداب العدد 55 أبريل 2022.
- العنزلي، صبر بن فنطول الغضيان الجعفري (2011). واقع استخدام المخدرات لدى الشباب في الجامعات السعودية، أطروحة دكتوراه، جامعة مؤتة، الأردن.
- عواد، حنان حسين (2003). المخدرات وأثرها المدمر لصحة الإنسان والمجتمع، القاهرة: دار سعاد الصباح للنشر، ص 38.
- عودة احمد سليمان والخليل، خليل يوسف (2000): الإحصاء للباحث في التربية والعلوم الإنسانية، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- عودة، أحمد سليمان، والخليلي، يوسف (2000). الإحصاء للباحث في العلوم التربوية، الطبعة الثانية، عمان، الأردن، دار الفكر للنشر.
- غباري، محمد سالم (2007). الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي، الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، ص 73.
- مختار إبراهيمي (2005). المخدرات أثرها في حياة الفرد والمجتمع، باتنتة: مطابع عمار.

- المدخلي، أحمد (1995). فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض قلق التحدث أمام الآخرين، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض، جامعة الملك سعود.
- المشعان، عويد سلطان، وأحمد، رمضان عبد الستار (2006). إدمان المخدرات وعلاقته بعدد من الوظائف العقلية وبعض سمات الشخصية، مؤتمر الشباب الجامعي وآفة المخدرات، 2006/5/11-9، جامعة الزرقاء الأهلية، الأردن.
- مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (2017). خلاصة وافية واستنتاجات والتبعات السياسية، يشكل هذا الكتيب الجزء الأول من تقرير المخدرات العالمي، الأمم المتحدة، أيار/مايو 2017.
- الملوحي، ناصر محي الدين (2023). إدمان المخدرات مرض نفسي وبؤس عقلي وتخلف حضاري، ط6، دار الغسق للنشر، سلمية، سوريا.
- منظمة الصحة العالمية (2016). البعد الصحي العمومي لمشكلة المخدرات العالمية، الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة.  
المصادر الاجنبية
- - Adams G-S(1964): Measurent&Evaluatio Education Psychology Gudance New York: Holt
- - Ebell: Robert (1972): Essential Of Educational Measurement (2nd.ed): New York: Prentic: Hill: Inc.
- 1. Allen, M.J. & Yen, W. M. (1979)·Introduction to Measurement Theory, California, U.S.A Book Cole.
- 2. Ghiselli, E. E. etal (1981)·Measurement Theory for the Behavioral Sciences, San Francisco, Freeman & company.
- Albano A M &DiBartolo P M (2007) Cognitive-behavioral therapy for social phobia in adolescents Stand up speak out Oxford University Press
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed text revision Washington DC American Psychiatric Association
- Antony M M (1997) Assessment and treatment of social phobia Can J Psychiatry 42
- Baldwin D &Buis C (2004) Burden of social anxiety disorder In BandelowBrowin& Stein D (eds) Social anxiety disorder New York Marcel Dekker Inc Pp 58–66
- Barlow D H (1988) Anxiety and its disorders The nature and treatment of anxiety and panic New York Guilford
- Boer J A D (1997) Social phobia Epidemiology recognition and treatment Br Med Vol 3 No 27
- Borders I D &Dryru M D (1992) Comprehensive school counseling programs A review for policy makers and practitioners J Couns Dev 70 (4)

- Butcher J N, Mjneka S & Hooley J M (2008) Abnormal psychology core concepts Boston–New York–San Francisco
- Caballo V, Andres V & Bas F (1998) Social phobia In Caballo V (ed) Int Handbook of CBT of psychological disorders New York Elsevier Ltd Pp 23–79
- Carpentier Chloé & Costes J M (1995) Drogue et toxicomanies Paris La Documentation Française
- Carpiniello B, Baita A, Carta M G, Sisti Zia R, Macciardi A, Murgia S & Altamura A C (2002) Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorders with or without agoraphobia Results from a naturalistic follow-up study
- Clark D M & Wells A (1995) A cognitive model of social phobia In Heimberg R G et al (eds) Social phobia Diagnosis assessment and treatment pp 69–93 Guilford Press
- David D (2007) Rational emotive behavior therapy Theoretical developments and practical applications New York Nova Science Publishers
- Eells A (1990) Is rational emotive therapy (RET) rationalist or constructivist J R EmotCognBehavTher 8 (3) 169
- Eells A (1998) Changing rational emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy Behavior Therapist 16 257–258
- Ellis A (2000) Overcoming destructive beliefs feelings and behaviors New directions for RET Prometheus Books
- Evren C & Ünsel A (2018) Social anxiety and related factors in alcohol-dependent inpatients Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci 31 (2) 118–125 doi:10.14744/DAJPNS.2018.00017
- Faraj A L H (2009) Mental disorders fear anxiety stress schizophrenia child mental illness Makkah Al-Mukarramah Dar Al-Hamid for Publishing and Distribution
- Gaddafi R M (2001) Psychological guidance and counseling 3rd floor Modern University Office Alexandria
- Gelder M, Gath D & Mayou R (1997) Concise Oxford textbook of psychiatry New York Oxford University Press Inc
- Gronbach, L. J. (1970). *Essentials of Psychological Testing* (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- Herbert J & Cardaciotto L (2005) An acceptance and mindfulness based perspective on social anxiety disorder In Orsillo S & Roemer E (eds)



Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety New York Springer Pp 189–212

- Hettema J M, Neale M C & Kendler K S (2021) A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders Am J Psychiatry 158 (10) 741–751
- Kendall P C & Southam-Gerow M A (1996) Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth J Consult Clin Psychol 64 (4) 724–730
- Kessler R C (2003) The impairments caused by social phobia in the general population Implications for intervention
- Kessler R C, Stein M B & Berglund P (1998) Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey Am J Psychiatry 155 (5) 613–619
- Kilenger F N (1972) Foundations of behavioral research education and psychological measurement London Holt
- Lau S, Chan D W & Lau P S Y (2020) Family functioning and adolescent social anxiety A mediational model J Fam Psychol 34 (3) 281–291

### Social Phobia in Drug Addicts

Marwa Ali Abd Meshali

Al-Mustansiriyyah University / College of Basic Education

[marwa.ali.abd@gmail.com](mailto:marwa.ali.abd@gmail.com)

07823854818

Prof. Dr. Ali Mohsen Yas Al-Amiri

Al-Mustansiriyyah University / College of Basic Education

[dralialameri133@gmail.com](mailto:dralialameri133@gmail.com)

07706641086

#### Abstract:

The current research aimed to identify social phobia among drug addicts. The current research focused on drug addicts registered in drug rehabilitation centers affiliated with the Ministry of Interior during the year (2024-2025), numbering (501) addicts out of a total population of (2,151) convicted addicts registered in these centers. The research sample consisted of (400) addicts. To achieve the research objectives, the researchers constructed a "Social Phobia" scale consisting of (30) items, five domains, and three alternatives. The validity of the scale was verified after it was presented to a group of judges specialized in measurement, evaluation, psychological counseling, and educational guidance. The researchers used the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) program to analyze the data. The results indicated the presence of social phobia among drug addicts. Considering the research results, the research produced a set of recommendations and proposals, the most important of which is the adoption of the Social Phobia Scale as a primary diagnostic tool in drug rehabilitation centers, given its ability to accurately detect levels of social phobia among addicts.

**Keywords:** Social phobia - Addicts - Drugs