

العلاقة بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية لدى المعاقين بصرياً

مروة حسن عبد الشافي

قسم علم النفس، كلية البنات، جامعة عين شمس

psymarwa34@gmail.com

د. مروة فتحي شعراوي

أ.د/ نادية إميل بنا

أستاذ علم النفس كلية البنات جامعة عين شمس مدرس علم النفس كلية البنات جامعة عين شمس

المستخلص :

تهدف الدراسة الراهنة إلى الكشف عن العلاقة بين القلق الاجتماعي¹ والأعراض الوسواسية² لدى المعاقين بصرياً³.

تُعَدُّ عملية الإبصار من نعم الله التي لا تُحصى، و لا يختلف أحدٌ على أهمية الدور الذي تؤديه حاسة الإبصار؛ فالمدخلات البصرية لها دور حيوي في تعلم الإنسان ونموه، والإعاقة البصرية تعوق هذه المدخلات، أو تحدّها، مما يجعل الإنسان مرغماً على الاعتماد على الآخرين، وعلى حواس أخرى؛ خاصة حاستي السمع واللمس. ولكن هاتين الحاستين وغيرهما من الحواس الأخرى لا يعوّضنه بما يكفي ليكتسب المعلومات، مما يجعل خبراته محدودة كمّاً ونوعاً، حيث تنفرد حاسة الإبصار - دون غيرها من الحواس - بنقل بعض جوانب العالم الاجتماعي، والواقع البيئي للإنسان إلى العقل، كما تؤثر الإعاقة البصرية على الكفاءة الإدراكية للفرد؛ حيث يصبح إدراكه للأشياء المتعلقة بحاسة البصر ناقصاً، كخصائص الشكل والتركيب؛ إذ لا يكتمل الإحساس بهذه الخصائص وإدراكها، سواء عن طريق الرؤية أم الملاحظة، كما أنها تحد من معرفته بمكونات بيئية، مما يؤدي إلى اضطراب حركته، وقصور مقدرته على التنقل، وشعوره بالخوف وعدم الأمن. (عبدالمطلب القريطي، 2001: 363-365)

وتأتي أهمية دراسة فئات المكفوفين من كونهم فئة سوية من الأشخاص على جميع المستويات، ولا ينقصها سوى افتقادها للوظيفة البصرية، لذا لا بد من التعامل معهم بوصفهم مصادر منتجة للمجتمع، تسهم في نموه وتقدمه، فإهمالهم يؤدي إلى الانقراض من موارد المجتمع البشرية، ويرجع اهتمامنا بإجراء الدراسة على المكفوفين بوجه عام إلى ظهور مؤشرات دالة على تزايد معدلات انتشار الاضطراب في مصر والبلدان العربية، حيث تشير إحصائيات أكثر حداثة إلى أن عدد المكفوفين يصل إلى 45 مليون كفيف على مستوى العالم، بمعدل زيادة من 1 إلى 2 مليون بدون تدخل، وسوف يصل العدد إلى 75 مليون كفيف عام 2020، ويصل عدد المكفوفين في مصر إلى 727 ألف، يزيدون كل عام بحوالي 15 ألف كفيف، فمن المتوقع أن يصل العدد إلى أكثر من مليون بحلول عام 2020، إذا لم يكن هناك تدخل مناسب (ماهر، آدم، 2005)

¹Social anxiety

² Obsessive compulsive symptoms

³ blindness

و يعاني المعاقون بصرياً كلياً من مشكلتين رئيسيتين، هما :

- صعوبة تكوين صور ذهنية و استرجاعها، كما يعانون من صعوبة تكوين أشكال جديدة، وذلك يؤدي إلى العجز عن تعلم المهارات والأساليب التي تمكّنه من ممارسة دوره في المجتمع .
- وتكمن المشكلة الثانية لدى المعاقين بصرياً في كل ما يرتبط بفقدان البصر من مفاهيم وتصورات خاطئة من جانب المحيطين بهم، وعدم فهم الآخرين وتقبلهم لهم . حيث يرتبط ذلك التصور لديهم بتكوين رصيد كبير من مشاعر الدونية والنقص والعجز، مما يولد العديد من المشكلات النفسية. (عادل عبد الله ، 2004 ، 20) .

مما يؤدي إلى صعوبة في التفاعل الاجتماعي، حيث تظهر عليه عدة سمات شخصية غير سوية ؛ كالانطواء، والميل للانسحاب، والقلق الاجتماعي، وعدم الرغبة في الاختلاط مع الناس بشكل عام، وأيضاً في صعوبة أداء المهام اليومية تنتسب فيها الأعراض الوسواسية التي تظهر في الكثير من سلوكياته نتيجة للإعاقة البصرية التي تجعله يكرر سلوكه ليتأكد من إتمامه على وجه صحيح، الأمر الذي يجعله يبذل الكثير من الوقت والجهد والمشقة النفسية .

وفي ضوء الدراسة الراهنة سوف نركّز اهتمامنا على المشكلة الأخيرة سالف الذكر، والتي تركز على معاناة المعاق بصرياً في التفاعل الاجتماعي، الناتج عن القلق الاجتماعي من ناحية، وعن صعوبة أداء المهام اليومية الناتجة عن الأعراض الوسواسية من ناحية أخرى، فالكفيف الذي يعاني من القلق الاجتماعي غالباً ما نجده يصعب عليه التكلم أمام جمع من الناس، أو تناول الطعام وسط آخرين في أماكن عامة، ويخشى أن يكون مراقباً أثناء الكتابة، كما يصعب عليه البدء في محادثة الغرباء، أو حضور حفل، أو التعامل مع الأشخاص ذوي السلطة .. وغيرها من مواقف التفاعل الاجتماعي التي إما نجده يتحاشها، أو يخاف مواجهتها، أو يتحملها مع وجود قلق بالغ، وغالباً ما يصاب الكفيف الذي يعاني من القلق الاجتماعي ببعض الاضطرابات الفسيولوجية؛ مثل خفقان القلب، وارتعاش الأيدي، وصعوبة النوم، واضطرابات المعدة، وتصبب العرق، وأيضاً فإنه يعاني بعض المظاهر الانفعالية، والتي يُعبّر عنها ب (عدم القدرة على التوافق الاجتماعي) ، والحساسية الاجتماعية ، وعدم الشعور بالانتماء للجماعة، ومحاولة تجنب المواقف الاجتماعية، وغير ذلك من المواقف التي تُشعر الفرد بالعزلة الاجتماعية.

. . وقد فرق فيبرج Fiberg بين نوعين من القلق الاجتماعي، وهما :

- 1- **قلق الانفصال:** وهو قلق المعاق بصرياً من انقطاع العلاقة بينه وبين الأفراد الذين يعتمد عليهم في تدبير شؤون حياته، وفي إمداده بالمعلومات البصرية .
- 2- **قلق الفقدان الكلي للبصر:** وهو النوع الخاص بضعاف البصر من المعاقين بصرياً، الذين يخشون فقدان ما تبقى من بصرهم، ويؤثر هذا بشكل ملحوظ على تفاعلاته الاجتماعية؛ حيث يميل المعاق بصرياً إلى تجنب المواقف الاجتماعية . فهو يحتاج إلى المساعدة النفسية والمادية من المجتمع، فهو شخص لم يعد يستطيع أن يمارس عمله، أو تكوين علاقات اجتماعية كما ينبغي. (كمال سالم ، 1997 ، 73 ، مخلوف عبد الحكم ، 27 ، 14)

مدخل لمشكلة البحث :

من خلال استقراء التراث البحثي النفسي للمعاقين بصرياً، بما يتضمنه من نتائج دراسات سابقة، أو أطروحات نظرية، تبين أن القلق الاجتماعي يمثل أحد أكبر المشكلات النفسية التي يعاني منها المعاقون بصرياً. فقد حظي المفهوم بالعديد من الجهود البحثية. (كمال سالم ، 1997 ، 73) . وعلى الرغم من اهتمام الباحثين منذ وقت طويل بمفهوم القلق الاجتماعي فإنه لم يتبلور إلا حديثاً، من خلال باحثين مثل هاردي (Hardy , 1978) ؛ حيث أشار إلى أن الشعور بالقلق يبدأ لدى المعاق بصرياً أولياً منذ العامين الثاني والثالث من العمر، ويزداد بازدياد الاعتماد على الآخرين.

ويتضح مما سبق أن القلق الاجتماعي يُعدُّ مؤشراً لتدهور عدد من العلاقات الاجتماعية للشخص وانخفاض نوعية الحياة لديه، وإعاقة وظائف الفرد الاجتماعية والأسرية. (أحمد عبد الخالق ، 2002 ، 198) وهو ما دفع الباحثة في الدراسة الراهنة إلى تناول مفهوم يرتبط بمفهوم القلق الاجتماعي، وهو مفهوم (الأعراض الوسواسية). حيث تُعرف الأعراض الوسواسية على أنها مجموعة من الأفكار والاندفاعات والصور الذهنية المقتحمة والمستمرة داخل الوعي، وتتداخل مع النشاط الذي يؤديه الفرد (Carck&purdon , 1995) والتي تولد سلوكيات متكررة وهادفة عن قصد إلى منع عدم الراحة أو تقليلها، أو منع بعض الأحداث المخيفة التي تسبب له القلق الاجتماعي، فقد لاحظ فوا وتيلمان أن الدفعات القهرية إما أفعال سلوكية أو عقلية، تهدف إلى التخلص من الشعور بالكرب، وذلك للتخلص من القلق الناجم عن تفاعلاته وعلاقاته الاجتماعية، التي قد تسبب له الضغط النفسي. (أحمد عبد الخالق ، 2002 ، 278)، (أمارة يحيى يونس ، 2007 ، 32) . وتؤكد تلك الصلة بين متغيري الدراسة دراسة رشاد عبد العزيز موسى (1994) التي هدفت إلى التعرف على أثر الإعاقة البصرية والجنس على بعض الأعراض العصبية، وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين المعاقين بصرياً والمبصرين، في كل من متغير القلق، والرهاب، والوسواس القهري، والأعراض السيكوسوماتية لحساب المعاقين بصرياً.

و دراسة كين Keene التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين القلق الاجتماعي وبعض الأعراض الوسواسية على عينة مكونة من 5867 مبحوثاً ليس لديهم أي مشكلات صحية، وكشفت النتائج عن وجود علاقة طردية بينهما، فكلما ارتفع معدل القلق ارتفعت الأعراض الوسواسية. (keene,2000:471- 482) واتفقت نتائج تلك الدراسة مع دراسة أخرى هي دراسة (هدر) التي هدفت أيضاً إلى الكشف عن العلاقة بين اضطرابات القلق والأعراض الوسواسية والرهاب الاجتماعي لدى 337 من مرضى وسواس قهري، و220 مبحوثاً من القلق الاجتماعي، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة طردية بين الأعراض الوسواسية والرهاب الاجتماعي، والقلق الاجتماعي. (Chtistine lochnet,2003:255-262)

وفي دراسة Chtistine lochnet , 2003 هدفت إلى الكشف عن العلاقات العصبية بين اضطرابات القلق والأعراض الوسواسية لدى مجموعة من الأسوياء . أفادت النتائج وجود علاقات ذات دلالة بين الوسواس القهري والقلق الاجتماعي.

- دراسة ميراي وزملاؤه (1999) :

والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين القلق الاجتماعي والإعاقة البصرية، لدى عينة من المعاقين بصرياً إعاقة كاملة، وقد كشفت النتائج عن وجود علاقة بين القلق الاجتماعي والإعاقة البصرية. وأخيراً قام إيفانز وآخرون (Evans, et al.2007) بدراسة استهدفت الكشف عن العلاقة بين الإعاقة البصرية والقلق والاكنتاب لدى الأفراد المعاقين بصرياً ببريطانيا. وأشارت النتائج إلى أن الأفراد المعاقين بصرياً مجلة البحث العلمي في الآداب (العلوم الاجتماعية والإنسانية) العدد الواحد والعشرون الجزء السادس يوليو 2020

لديهم درجة مرتفعة من القلق والاكتئاب، عن الأفراد ذوي درجة الإبصار الأفضل، حيث وجد أن 31.5% من أفراد البحث كانوا مصابين بالاكتئاب، كذلك أشارت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين الإعاقة البصرية والقلق.

أسئلة الدراسة :

وفقاً لما سبق، يمكن تحديد مشكلات الدراسة في التساؤلات التالية :

1- هل إلى أي مدى توجد علاقة بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية لدى المعاقين بصرياً ، والمبصرين؟

2- هل إلى أي مدى توجد فروق في العلاقة بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية بين المعاقين بصرياً ، والمبصرين ؟

3- هل إلى أي مدى يسهم القلق الاجتماعي في التنبؤ بالأعراض الوسواسية لدى كلٍّ من المعاقين بصرياً، والمبصرين ؟

4- هل إلى أي مدى توجد فروق في كلٍّ من القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية في ضوء متغيري الإعاقة والمهنة؟

وفيما يلي عرض لمفاهيم الدراسة النظرية:

أولاً: مفهوم الإعاقة البصرية:

تتفرد حاسة البصر دون غيرها من الحواس بنقل بعض جوانب العالم الاجتماعي والواقع البيئي للإنسان إلى العقل، كما تؤثر إعاقتها على الكفاءة الإدراكية للفرد، حيث يصبح إدراكه للأشياء ناقصاً، كما تحد من معرفته بمكونات بيئته، مما يؤدي إلى اضطراب حركته، وقصور مقدرته على التنقل، وشعوره بالخوف وعدم الأمن. (عرفات زيدان ، 1997 ، 75).

تعريفات الإعاقة البصرية :

كف البصر:

كف البصر مصطلحٌ عامٌ يشير إلى درجات متفاوتة من فقدان البصري، تتراوح بين حالات العمى الكلي⁴ ممن لا يملكون الإحساس بالضوء، ولا يروُن شيئاً على الإطلاق، ويتعين عليهم الاعتماد كلياً على حواسهم الأخرى تماماً في حياتهم اليومية وتعلمهم، وحالات الإبصار الجزئي⁵ التي تتفاوت تبعاً لقدرة أصحابها على التمييز البصري للأشياء المرئية، وإمكانية الاستفادة من بقايا بصرهم مهما كانت درجاتها في التوجه والحركة، وعمليات التعلم المدرسي سواء باستخدام المعينات البصرية أم بدونها. (عبد المطلب القريطي ، 2001 : 366)

⁴Totally Impairment

⁵Partially sighted

وهناك العديد من التعريفات التي توضّح معنى الإعاقة البصرية، ومنها تعريفات المعاق بصرياً في اللغة، والتعريفات القانونية، والتعريفات التربوية، والتعريفات الطبية، وسوف تقوم الباحثة بعرض هذه التعريفات فيما يلي، وصولاً إلى التعريف الإجرائي :

أولاً: المفهوم الاجتماعي للمعاق بصرياً

تعددت التعريفات المقدمة، ومنها:

1- " الشخص الذي تمنعه الإعاقة من أن يتفاعل بصورة ناجحة مع العالم المحيط به " (Dods, 1986, 49).

2- " الفرد الذي يفتقر إلى حدة الإبصار التي تكفي لأداء أنشطة الحياة بصورة عادية" (عبد العزيز الشخص، وعبد الغفار الدماطي، 1992، 66-76).

ثانياً: المفهوم الطبي للمعاق بصرياً

تعددت المفاهيم الطبية للمعاق بصرياً، منها:

1- وطبقاً للتعريف المعمول به في جمهورية مصر العربية فهو " الشخص الذي لا يتعدى درجة إبصاره 60/3 في أحسن العينين بعد استعمال العدسات اللازمة " (آمال خيري , 1995 ، 98).

2- هو " ضعف في أيٍّ من الوظائف الخمسة وهي : البصر المركزي، أو البصر المحيطي ، أو التكيف البصري، أو البصر الثنائي أو رؤية الألوان، وذلك نتيجة تشوه تشريحي أو إصابة بمرض أو جروح في العين " (منى الحديدي ، 1996 ، 11).

3- هو " الحالة التي يفقد فيها الفرد القدرة على الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض، وهو العين، وهذا الجهاز يعجز عن أداء وظيفته إذا أصابه خلل، وهو إما خلل طارئ؛ كالإصابة بالحوادث، أو خلل ولادي يُؤلّد مع الشخص " (حنان محمد شرشر، 1995 ، 37).

ثالثاً: المفهوم المهني للمعاق بصرياً

تعددت المفاهيم المهنية للمعاق بصرياً، منها :

1- هو " الشخص الذي لا يستطيع أن يجد طريقه دون قيادة أو مساعدة في البيئة غير المعرفة لديه " (عبد الفتاح عثمان ، 1981 ، 5).

2- هو " الشخص الذي يستدعي ضعف قوته البصرية التدريب لمهنة ما مناسبة لظروفه ثم يمارسها بإتقان فإنه يُعد معاق بصرياً مهنيّاً، وتُسمّى هذه المهن التي يمكن للمعاق بصرياً ممارستها بمهن المعاقين بصرياً في نطاق مجالات التأهيل المهني لهم " . (خليل المعاطية وآخرون ، 2000 ، 37).

ومن العرض السابق لمفاهيم المعاق بصرياً المتعددة؛ نجد أن تنوعها يعتمد في المقام الأول على مداخلة (الاجتماعية - المهنية - التربوية - الطبية - القانونية) وبالتالي ترى الباحثة أن تلك التعريفات قد ركزت على جانب العجز الذي ترتبت عليه الإعاقة، إلا أنه من الضروري أن تراعي الباحثة الاستفادة من قدرة المعاق بصرياً من خلال استفادته من باقي حواسه الأخرى، بما يمكّنه من التعويض النسبي عن

فقدته لحاسة البصر، لذا تتناول الباحثة فئة " الكمه" أي: من وُلدوا فاقدين لحاسة البصر؛ أي: ذوي الكف الولادي.

خصائص المعاق بصرياً :

يتميز المعاق بصرياًون بالعديد من الخصائص اللغوية والمعرفية والنفسية والاجتماعية يمكن استعراضها على النحو التالي :

- الخصائص العقلية والمعرفية :

يُعدُّ غيابُ حاسةِ البصر من قدرة ذوي الإعاقة البصرية في الإدراك والمعرفة في تفاعلهم مع البيئة، وينتج عن هذا قصوراً في بعض عمليات الإدراك لديهم، خاصةً عمليتي التمييز على المثبرات التي تقع على حاسة البصر بسبب صعوبات الانتباه والتذكر، فهو لا ينتبه إلى خصائص الأشياء؛ لأنه لا يدركها، فإذا سُئل مثلاً عن لون الدم يصفه بأنه لزج، مما يعني أن المعاق بصرياًين يستخدمون مفاهيم لغوية ذات معنى بصري لا تعني شيئاً بالنسبة لهم، فهي ليست مبنية على أساس حسي مستمد من خبرة واقعية، وقد أُطلق على هذه الظاهرة مصطلح الواقعية اللفظية (ناصر الموسوي، 1995، 81)

كما أشارت العديد من الدراسات إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاق بصرياًين وأقرانهم المبصرين، من حيث تكوين المعاني، أو المفاهيم للأشياء التي يحسونها باللمس، أو يكونون عنها معاني معينة من خلال السمع أو التذوق أو الشم، إلا أن بعض الدراسات الأخرى أكدت عكس ذلك، وأوضحت أن فاقد البصر أقل في التحصيل الأكاديمي من زملائهم المبصرين، وقد علَّل " كينيث ريكر" ذلك بأنه نتيجة لما يتصف به المعاق بصرياً من بطء الاستفاد من الخدمات التعليمية، كذلك البطء في اكتساب المعلومات، والذي يرجع إلى ضعف معدل القراءة لديهم، وقلة الخبرات عن المعوق وضعف القدرة الاستدلالية لديهم، مما قد يؤثر على اكتسابهم للخبرات التعليمية، وكذلك بطء المعاق بصرياً في التشخيص للأشياء، وتكوين مفاهيم ومعاني عنها (44, 2007, FEELY ET AL.,) أي أنهم لا يختلفون عن المبصرين فيما يتعلق بالقدرة على التعلم والاستفاد من المنهج التعليمي بشكل مناسب إذا ما تم تعليمهم بأساليب تدريسية ووسائل ملائمة لاحتياجاتهم التربوية، ومساعدتهم على تكوين صور حسية عن كثير من المفاهيم المتضمنة في المنهج التعليمي، أو في البيئة المحيطة (491, 2007, TREVETHAN ET AL.)

- الخصائص الاجتماعية والانفعالية :

تتطور العلاقات بين الأفراد داخل المجتمع الواحد وتنمو نتيجة للتفاعل، وبقدر هذا التفاعل بايجابياته وسلبياته، تتحدد نوع العلاقة بين الأفراد أو بين الفرد والجماعة، ومن هذا التفاعل يخرج الفرد بخبرات سارة وخبرات غير سارة، وقد تغلب أحياناً الخبرات السارة على الخبرات غير السارة؛ فأحياناً يحدث العكس، ونتيجة لذلك تتكون فكرة الفرد عن ذاته وعن الآخرين، كما تتشكل سماته الاجتماعية والانفعالية، إذا الذي يحدد خصائص الفرد الاجتماعية والانفعالية هو طبيعة علاقاته مع الآخرين، والتي تحدد بدورها درجة وطبيعة تفاعله معهم. (ماجدة عبيد، 2000، 155). كذلك فالشخص المعاق بصرياً سرعان ما يشعر بأنه في معزل عن الجماعة، مما يترتب عليه عدم الشعور بالأمن والطمأنينة، وهذا الشعور يضع الأساس لنمط معقد من اتجاهات اعتبارات الذات وعدم الكفاية الاجتماعية، ويزداد هذا النمط اتساعاً وعمقاً كلما حاول أن يؤكد

الأمن لنفسه، وأن يحقق ذاته في إطار الجماعة، وفي كثيرٍ من الأحيان يواجه عقبات بالغة لتعلم الثقة في البيئة المحيطة به من أجل الشعور بالثقة في نفسه، وعادةً ما يشعر المعاق بصرياً بأن إعاقته تحجب عن الآخرين ما يتمتع به من قدرات ايجابية؛ حيث إن ظلال تلك الإعاقة تنعكس على جميع العلاقات التي يرغب المشاركة فيها، وغالباً تتكون لديه بعض اللزمات، والتي يطلق عليها (لزمات فقد البصر⁶) ، وتقترن هذه اللزمات بأشكال سلوكية؛ كاهتزاز الجسم، أو العبث في العينين، وما إلى ذلك، ويبدو أن مثل هذه الأشكال السلوكية تتميز بالثبوت، وتكون خالية من أي معنى بالنسبة للآخرين الذين يلاحظونها، ولكنها بالنسبة له تعود إلى الشعور بالقلق والإحباط الذي يعاني منه المعاق بصرياً، والناشئ من الحرمان الحسي، والخوف من المجهول، وعدم الشعور بالأمن، والتي تسهم في زيادة التوتر النفسي، ومن ثمَّ إلى تثبيت هذه اللزمات السلوكية (KENNEDY, 1997, 65) ، ولقد أُجريت العديد من البحوث والدراسات حول الخصائص الاجتماعية والانفعالية للمعاق بصرياً، وأجمع الكثير منها على أن بعض المعاق بصرياً يعانون من المشاكل الاجتماعية والانفعالية، وأن مرجع هذه المشاكل هو القصور البصري من ناحية، وردود فعل الآخرين نحو هذا القصور من ناحية أخرى ، لذلك فإن من الطبيعي أن تختلف نوع هذه المشاكل ودرجتها باختلاف طبيعة ودرجة القصور البصري من ناحية واتجاهات الآخرين نحو المعاق بصرياً من ناحية أخرى. (آمال عبد السميع باظه ، 2000 ، 37).

ومن أهم أنواع الاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها بعض المعاق بصرياًين :

مفهوم الذات المنخفض: حيث إن وجهة الضبط الخارجي لدى المعاق بصرياًين سيطرت على وجهة الضبط الخارجي، وهذا معناه عدم ثقة الفرد في قدرته الذاتية، واعتماده على الآخرين.

- السلوك العصابي : من أبرز مظاهر ما قد يعانيه بعض الأفراد المعاق بصرياًين من القلق والحساسية الزائدة والاكتئاب والتوتر.
- الخضوع : تعني التبعية والاعتماد على الغير، وطلب المساعدة من الآخرين.
- الانطواء والانبساط : الفرد المعاق بصرياً كلف كلي يكون أكثر انبساطاً من ضعيف البصر الذي يعاني من الانطواء والقلق والتوتر بسبب شعوره بتهديد الكف الكلي له.
- العدوانية : خاصة السلوك العدواني اللفظي، كما يوجّه بعضهم عدوانه إلى الذات بسبب شعوره بالإحباط أو الفشل.
- الغضب : ينتج من ثنائية المشاعر كالصراع الداخلي بين الرغبة في الاستقلال واضطراره إلى الاعتماد على الآخرين.

ثانياً: مفهوم القلق الاجتماعي

نستهدف في هذا الجزء تقديم تصور واضح لمتغير القلق الاجتماعي، حيث اتجهت العديد من الدراسات في التراث النفسي إلى تناول القلق الاجتماعي بمختلف أنواعه. مما أدى إلى زيادة الوعي بمفهوم القلق الاجتماعي. وفيما يلي عرضٌ تفصيليٌ لتعريف المفهوم، ومحكات التشخيص، والنظريات المفسرة له.

تعريف القلق الاجتماعي:

⁶ MANNERISMS

على الرغم من شيوع اضطراب القلق الاجتماعي، فإنه لم يحظ باهتمام الأبحاث الإكلينيكية إلا منذ وقت قريب، عندما نشر " لبيوفنز"، و " جورمان"، و "فاير"، و " كلاين" (1985) مقالاً بعنوان: "الخوف الاجتماعي⁷: نظرة عامة إلى اضطراب القلق المهمل"، ومنذ ذلك الوقت بدأت أعداد المنشورات والأبحاث العلمية عن القلق الاجتماعي، والخوف الاجتماعي تتزايد بشكل سريع (Hofman & Barlow, 2002) وكان يُنظر إلى القلق الاجتماعي في العقد الماضي على أنه اضطراب القلق المهمل، أمّا في السنوات الأخيرة أصبح موضع اهتمام واضح، شأنه في ذلك شأن الاضطرابات الأخرى كالاكتئاب (Stein & Kean, 2000)؛ وعلى الرغم من شيوعه وإعاقته لأنشطة الفرد وأدائه، فإن طبيعته وعلاجه يحظيان بقليل من الاهتمام. (Matick & peters, 1999).

يذكر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل DSM-IV-IR,2000 مصطلح القلق الاجتماعي، والرهاب الاجتماعي بالترادف، ويضعهما في نفس التصنيفات من اضطرابات القلق.

وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (DSM-IV,1994) تم تصنيف مفهوم القلق الاجتماعي من خلال تصنيفات لعدد من الاضطرابات، وهي :-

- 1- **اضطرابات الهلع:** (اضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن المتسعة، واضطراب الهلع غير المصحوب برهاب الأماكن المتسعة).
- 2- رهاب الأماكن المتسعة غير المصحوب بنوبات الهلع.
- 3- الرهاب البسيط.
- 4- الرهاب الاجتماعي.
- 5- اضطراب الوسواس القهري.
- 6- اضطراب ما بعد الصدمة.
- 7- اضطراب القلق العام.
- 8- اضطراب القلق غير المصنف (DSM-IV,R1994,199-218)

قد قدّم الباحثون العديد من التعريفات التي تناولت مفهوم القلق الاجتماعي، ومنها: أن القلق الاجتماعي يعني الخوف من انتقاد أو حكم الآخرين في المواقف الاجتماعية، وهذا الخوف، كما يدركه الفرد، غير معقول وليس له ما يبرره، والأفراد هنا يعانون من مشكلات عاطفية، وانخفاض في تقدير الذات، وصعوبة في التعامل مع الجنس الآخر، ومع الزملاء في العمل أو الدراسة، ومع صور السلطة، لذا فهو يؤثر على التفكير في المستقبل من حيث نوع العمل، واختيار الوظيفة، ويعوق الدراسة والنجاح الأكاديمي. ويكون القلق هنا شديداً وظاهراً في معظم المواقف الاجتماعية، ويشمل جوانب خاصة بالتفاعل الاجتماعي؛ مثل العزلة الاجتماعية، ومظاهر فسيولوجية، وانسحاب اجتماعي، يجعل الأفراد يعيشون مشكلات حياتية يومية صعبة ومأساوية قد تدمر حياتهم، وتجعلهم عرضة لصور أخرى من اضطرابات القلق، وغيره من المشاكل النفسية.

وكما يتضح من خلال العرض السابق للتعريفات التي تناولت مفهوم القلق الاجتماعي أن الشخص الذي يعاني القلق الاجتماعي " ما هو إلا شخص ما يخاف ويفزع من مجموعة متنوعة ومتباينة من المواقف الاجتماعية والأدائية (المهنية)؛ لأنه يعاني نوعاً من الخزي والخوف والحيرة بسبب توقعه نوعاً من

⁷ Social phobia

الضعف في أداء مهنته وواجباته، أو بسبب خوفه من أن تبدو عليه أعراض القلق. وتندرج المواقف الاجتماعية المسببة للخوف من مواقف التفاعلات غير المتوقعة، كما يحدث في أثناء المحاضرات والندوات العامة، عندما يعقب فرد، أو يطلب منه التعقيب على حديث أو حوار شخص آخر، إلى عدم وجود مواقف للتفاعل الاجتماعي، ومع ذلك يتوقع المريض أن تصدر أحكام من الآخرين عليه بسبب ما يبدو عليه من قلق في مثل هذه المواقف. وربما يُصاب مريض القلق الاجتماعي بالقلق عند مواجهته بعض الظروف والمواقف التي تتطلب إبداء أنماط من السلوك الحركي المعقد، بحيث تنعكس هذه الأنماط السلوكية في شكل ارتجافات أو نقص في التركيز. (ومن أمثلة هذه المواقف: تناول الطعام، وتناول الشراب، والكتابة على الحاسب الآلي أمام الآخرين). (محمد نجيب الصبوة، 2002، ص 215 – 216).

وترى الباحثة من خلال العرض السابق بأن القلق الاجتماعي هو "مجموعة من الاستجابات الوجدانية والمعرفية التي تحوي تقييماً سلبياً للذات، والتي تظهر بشكل واضح عند التعرض الواقعي للمواقف الاجتماعية أو التفكير فيها. وتنشأ تلك الاستجابات نتيجة نقص المهارات الاجتماعية، ونقص في تقدير الذات والثقة بالنفس".

النماذج والنظريات المفسرة للقلق الاجتماعي :

1- النموذج المعرفي⁸ لكلاارك وويلز Clark and wells:

يذكر رويأ وأنتوني Rowa & Antony (2005) أن النماذج المعرفية للقلق الاجتماعي مستندة جزئياً على قاعدة هامة من البحث، تقترح أن الأفراد القلقين اجتماعياً يعالجون المعلومات بشكل مختلف عن الأفراد غير القلقين اجتماعياً.

ويقترح نموذج كلاارك وويلز Clark and wells : أن الأشخاص القلقين اجتماعياً أكثر ما يهتمون به هو إعطاء انطباع إيجابي للآخرين. وعلى الرغم من ذلك، فهم يعتقدون بأنهم سيتصرفون بشكل غير ملائم في الحالات الاجتماعية. وكنتيجة لهذه المخاوف، يستخدم الأفراد القلقون اجتماعياً عمليات مختلفة بقصد حماية أنفسهم في الحالات المخيفة، والتي، لسوء الحظ، غالباً ما تفشل في المساعدة. ومن المثير، أن هذه العمليات يبدو أنها تثير القلق وتحافظ عليه. وتتضمن العمليات كثافة انتباه مركّز على الذات، ويضمن ذلك دافع الانتباه إلى الحالة الداخلية، والنظر إلى النفس من منظور المراقب، والإفراط في استعمال سلوكيات الأمان، والتحيز في توقع الأحداث ومعالجتها. وفي الحالات الاجتماعية، فإن الناس القلقين بشأن تقديمهم إلى الآخرين يُعتقد بأنهم يُغيرون أنفسهم المزيد من الانتباه، ويهملون التلميحات الاجتماعية الضرورية والمفيدة من الآخرين، وهذا التركيز الداخلي يدفع إلى حضور الأحاسيس الفيزيولوجية للقلق. (على سبيل المثال، خفقان القلب أو احمرار الوجه). وكنتيجة لتغيير هذا الانتباه الداخلي، يبني الأشخاص القلقون اجتماعياً صوراً سلبية ثابتة عن أنفسهم، مستندة على مدى شعورهم وتفكيرهم بما يراهم الآخرون عليه. والتحيزات الأخرى تُرى في توقعات الناس، وانعكاس ذلك في المناسبات الاجتماعية. ويستعمل الناس استراتيجيات متعددة من سلوكيات الأمان لحماية أنفسهم، ولتجنب الكوارث في الحالات الاجتماعية. (على سبيل المثال، الشخص الذي يتمرن على ما سيقوله ويستخدم التفتيح لإخفاء الخجل). ومرة أخرى،

⁸ Cognitive model

فإن السلوكيات التي تقصد المساعدة في أعراض القلق، في الحقيقة، هي تُوجد مشاكل أخرى بجانب تقييد التفاعل الاجتماعي، وإثارة أعراض القلق، ومنع دحض المعتقدات السلبية.

2- النموذج السلوكي المعرفي⁹ لرابي وهيمبرج Rapee and Heimberg :

يذكر روبا وأنتوني Rowa & Antony (2005) أن رابي وهيمبرج Rapee and Heimberg يركزان في نموذجهم السلوكي المعرفي للقلق الاجتماعي على المعالجة المشوّهة للمعلومات. ويقترحان أن الأشخاص القلقين اجتماعياً يُظهرون انتباهاً متحيزاً إلى مثيرات التهديد الاجتماعي. ويبرز رابي وهيمبرج في نموذجهم أهمية الجمهور الحقيقي، أو المحسوس، في إظهار أعراض القلق الاجتماعي. وعندما يعتقد الشخص أنه يتم، تكون توقعات الجمهور عالية. (بغض النظر عن وجود الصدق والموضوعية أو عدم وجودهم)، فالانتباه يخصص لمراقبة المحيط بالنسبة لتعليقات التقييم الاجتماعي (على سبيل المثال: ردود أفعال الآخرين) وظهور الشخص في حالة اجتماعية معينة.

وبسبب التحيز في معالجة المعلومات، والطبيعة الغامضة أصلاً للعديد من الحالات الاجتماعية، يركز الأشخاص القلقون اجتماعياً على التهديد الاجتماعي، وفي أغلب الأحيان يُسيئون فهم التهديد في الحالات الاجتماعية. وتخدم هذه التصورات - فقط - في تضخيم مستويات القلق وزيادتها.

ثالثاً: مفهوم الأعراض الوسواسية

تعريف الأعراض الوسواسية

عبر سنوات عديدة تعرّض مفهوم أعراض الوسواس القهري لتغيرات مهمة. ففي البداية عُرف عن مرضى الوسواس القهري أنهم يشكون من وجود أفكار مقتحمة ومثيرة للكدر، وسلوكيات متكررة غير مرغوب فيها، ولكنهم يقومون بها بصورة قهرية.

المحكات التشخيصية:

وفقاً للدليل الرابع من تشخيص الاضطرابات النفسية لا بد من توافر أربعة أو أكثر من تلك المحكات:

- 1- الانشغال بالتفاصيل، والقواعد، والقوائم، والنظام، والترتيب، والتنظيم، والجدول، إلى الدرجة التي تُفقد فيها النقطة الأساسية في النشاط.
- 2- الكشف عن نزعة نحو الكمال، بحيث تتدخل في تكملة العمل وتؤثر فيه (مثال ذلك العجز عن تكملة مشروع نتيجة عدم تحقق المعايير الصارمة والشديدة التي يضعها).
- 3- الاستغراق الشديد والتكريس الزائد للعمل والإنتاج، إلى حد استبعاد النشاطات الترويحية والصدقة (بحيث لا يكون ذلك لحاجة اقتصادية واضحة).
- 4- الالتزام الصارم بما يمليه الضمير، وكثرة الشكوك والحيرة والتردد، وعدم المرونة بالنسبة للأمور الأخلاقية والفضائل والقيم (بحيث لا تشملها الجوانب الثقافية أو الدينية).
- 5- العجز عن رمي (أو طرح ونبذ) الأشياء عديمة القيمة، أو البالية والرتة والتالفة، حتى وإن لم تكن لها قيمة عاطفية (أفعال التخزين في OCD)

⁹ Cognitive-Behavioral Model

- 6- معارضة المهام التفاوضية والحلول الوسطى، ومقاومة العمل مع الآخرين ما لم يخضعوا ويذعنوا بشكل تام لطريقة الشخص في عمل الأشياء.
 - 7- تبني طريقة بئسة لإنفاق المال تجاه نفسه والآخرين، ويُنظر إلى المال على أنه شيء يجب أن ندخره لمواجهة الكوارث في المستقبل.
 - 8- إظهار التصلب والعناد.
- عن : (APA, 1994 , p. 672f)

جدول (2-1) : أهم خصال مضطربي الشخصية الوسواسية القهرية

الانشغال بالكمال في كل شيء.	سوء توزيع الزمن.
إدمان العمل.	وضع معايير مرتفعة للأداء.
التكرار والمراجعة.	يقظة الضمير.
اجترار الأفكار.	الطاعة العمياء للسلطة.
التركيز على التفاصيل التافهة.	الولع بجمع الأشياء.
التصلب وعدم المرونة.	معارضة العمل مع الآخرين.
الابتعاد عن المشاركة الاجتماعية.	العناد.
عدم الاستمتاع بوقت الفراغ.	المثابرة والجدل والتحمل.
البخل والشح في النواحي المالية.	رفض الحلول الوسطى.
صعوبة اتخاذ القرارات.	النظافة المفرطة.
التشدد في المسائل الأخلاقية.	المحافظة.
صعوبة التعبير عن المشاعر.	مقاومة التغيير.
صعوبة الاسترخاء (التوتر).	صعوبة الإرضاء.
التردد والشك.	الحساسية الزائدة.
طموح مرتفع جداً يحققه عادة.	شعور مضخم بالمسؤولية.
المماطلة والتسويف والتأجيل.	التمسك الشديد بالنظام.
تفضيل النشاطات العقلية على المشاعر.	حب الترتيب والدقة.

ويلخص جدول (2-1) الخصائص الأساسية والملامح التشخيصية لمضطربي الشخصية الوسواسية القهرية اعتماداً على عددٍ من المراجع.

وعندما تتحقق المحكات أو المعايير الخاصة بكل الاضطرابين، فيجب أن يُسجل التشخيصان.

وقد تُعدُّ سمات الشخصية الوسواسية القهرية – في صورتها المعتدلة – تكييفية ومرغوبة بوجه خاص، وبالأخص في المواقف التي يُثاب فيها الأداء المرتفع، ولكن عندما تكون هذه السمات غير مرنة، وغير توافقية، ومداومة، وتسبب تأخيراً وظيفياً وإعاقة واضحة، أو تسبب ضيقاً وكرهاً ذاتياً، في هذه الحالات فقط فإنها تكون اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية. (APA,1994,p. 671)

الدراسات السابقة

- دراسة كيف وزملائه (Kef, 2000) والتي هدفت إلى الكشف عن شبكة العلاقات الاجتماعية لدى عينة من المراهقين ذوي الإعاقة البصرية، من حيث البناء، وجودة التعامل. وتمثلت عينة الدراسة من 300 مراهق، يتراوح المدى العمري بينهم من 14 : 24 عاماً، تم اختيارهم بشكل عشوائي من مدارس خاصة، ودور للرعاية والتأهيل، من خلال جوابات للموافقة؛ حيث وزع 950 خطاباً، ووافق فقط 30 مراهقاً على إجراء البحث. وتم إجراء اختبارات من خلال مقابلات تليفونية لقياس خريطة العلاقات الاجتماعية، والمخاوف الاجتماعية التي تؤثر على تلك العلاقات، كما تم قياس المساندة الاجتماعية التي يحصلون عليها، ومقارنة النتائج بعينة من المبصرين. (Kef, S, Hox, J. J, Habekoths, H. T. , 2000)

وتوصلت نتائج الدراسة إلى :-

- 1- المكفوفون لديهم خريطة غير مكتملة من شبكة العلاقات.
- 2- يسهم متغير درجة الإعاقة والجنس في زيادة مستوى القلق الاجتماعي.
- 3- يحصل المكفوف على مستوى مساندة من الوالدين والزملاء أكثر من المبصر.
- 4- يشعر المكفوفون بالوحدة أكثر من المبصرين، وعدم الرضا.

- كما قام نور الدين طه السنباري (2002) بدراسة استهدفت التعرف على مدى إمكانية وجود علاقة بين مستوى ضغوط الوالدية كما يدركها الآباء، والقلق لدى أطفالهم المكفوفين، ولتحقيق ذلك طبق مقياس ضغوط الوالدية إعداد: فيولا الببلاوي، ومقاييس خاصة بالأب أو الأم، ومقياس ضغوط الحياة (المقياس الاختياري)، ومقياس القلق للمكفوفين، إعداد: عادل الأشول وعبدالعزیز الشخص، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، إعداد: عبدالعزیز الشخص، على عينة تكونت من (109) تلميذ وتلميذة، مقسمة إلى (52 من الذكور ، 59 من الإناث) - (55 حالة كف بصري جزئي، 56 حالة كف بصري كلي) - (40 بيئة تنشئة حضرية ، 71 بيئة تنشئة ريفية)، وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط موجب دال إحصائياً بين ضغوط الوالدية عند الوالدين والقلق عند أبنائهم، كما يوجد ارتباط موجب دال إحصائياً بين ضغوط الوالدية عند الوالدين والقلق عند أبنائهم المكفوفين كلاً من الذكور الريفيين، كما يوجد ارتباط موجب دال إحصائياً بين ضغوط الوالدية عند الوالدين والقلق عن أبنائهم المكفوفين كلاً من الإناث الريفيات، كما يوجد ارتباط موجب دال إحصائياً بين ضغوط الوالدية عند الوالدين والقلق عند أبنائهم المكفوفين جزئياً من الذكور الريفيين والإناث، ويوجد ارتباط موجب دال إحصائياً بين ضغوط الوالدية عند الوالدين والقلق عند أبنائهم المكفوفين جزئياً من الذكور والإناث الحضريين (نور الدين طه السنباري، 2002).

- في دراسة جولي وزملائه (Lee H., telch., J., 2008) والتي اهتمت بدراسة العلاقة بين القلق الاجتماعي والتوقعات المعرفية لدى عينة من المعاقين بصرياً. وتمثلت عينة الدراسة في 1684 طالباً جامعياً، وتم تطبيق اختبار العينة Fenes لقياس القلق الاجتماعي واختبار اتجاهات المعرفية نحو الآخرين. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة طردية بين موجبين، حيث يرتفع معدل القلق الاجتماعي كلما زادت الاتجاهات المعرفية نحو التوقع والإدكار. (Lee H., telch., J., 2008)

- دراسة سيلستي وكوبال (Selecity, Kopal, 2010) والتي هدفت إلى تأثير كل من الدمج الاجتماعي وبرنامج العلاج باللعب في خفض المخاوف الاجتماعية وتنمية المهارات لدى الأطفال المكفوفين. وقد اعتمدت الدراسة الراهنة على أسلوب دراسة الحالة، حيث تمثلت عينة الدراسة من طفلين؛ الأول وُلِد من سلوفانيا، ويبلغ من العمر 4.11 (سنة). ويعاني من إعاقة أولية، ولا توجد لديه أية إعاقات عصبية أو بدنية أخرى، والطفل الثاني فتاة تبلغ من العمر 4.6 (سنة) من أمريكا، وتعاني من إعاقة ثانوية، حيث فقدت الرؤية في العين اليمنى نتيجة حادث، ولكنها ترى جيداً بالعين اليسرى. وقد اختار الباحثان الطفلين وفقاً لمقابلة الأهالي، والذين أقرروا بأنهم يُعالجون من المخاوف الاجتماعية، حيث يكون دائماً عندما يعلمون بوجود شخص غريب، كما يرفضون الاختلاط. كما لوحظ وجود انخفاض في القدرة على الاستقبال والتعبير. ومهارات الانتباه والذاكرة، والمهارات الحركية. وتمثلت إجراءات الدراسة في دمج كل من الطفلين في حضّانة ما قبل المدرسة، حيث تم دمج الطفل الأول في فصل من 20 طفلاً، بنظام اليوم الكامل، والطفلة الأخرى بنظام نصف اليوم لمدة خمسة أيام في الأسبوع. واستمر البرنامج لمدة 3 أشهر. ولوحظ انخفاض شديد في القلق الاجتماعي وخاصة البكاء، والعنف، كما لوحظ تقدم في بعض المهارات المعرفية لدى الطفلتين. (Selecity, Kopal, 2010)

- دراسة أحمد خفاجي (2010) وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على دور السيكوودراما في خفض مستوى القلق لدى المراهقين المعاقين بصرياً، وتمثل مجتمع الدراسة في المراهقين المعاقين بصرياً، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (15 – أقل من 18 سنة) ؛ أي: ممن هم في المرحلة الثانوية (مرحلة المراهقة المتوسطة) وتكونت عينة الدراسة من (28) مراهقاً من المعاقين بصرياً (14 مفردة للمجموعة التجريبية، و14 مفردة للمجموعة الضابطة) . وتوصلت الدراسة الحالية إلى مجموعة من النتائج، هي :

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي، ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي على مقياس القلق، لصالح القياس البعدي .

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس القلق لصالح المجموعة التجريبية.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (ممن يقيمون إقامة داخلية)، ومتوسط درجات أفراد نفس المجموعة (ممن يقيمون إقامة خارجية) على مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الاقتصادية الاجتماعية (مرتفعة ، متوسطة ، منخفضة) ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق بعد تطبيق برنامج السيكوودراما . (أحمد خفاجي ، 2010)

- دراسة باترسون (Paterson, 2013) وهي دراسة نظرية اهتمت بتحليل مضمون الأشعار والكتابات النظرية، والسير الذاتية للمكفوفين، وعندما قام الباحث بتحليل تلك الكتابات، توصل إلى مجموعة من الخصال المهمة للمكفوف، وخاصة فيما يحكم علاقاته الاجتماعية، والتي تتمثل في الآتي:

(1) القلق من التعاملات مع الآخرين.

(2) الشعور بالوحدة النفسية والاجتماعية.

(3) الخوف من المواجهين وتأكيد العفوف.

(4) الرغبة الشديدة في التعاطف والضيق أيضاً من تقديمه. (Paterson , M., 2013)

الباحثون استنبهوا لقياس القلق الاجتماعي، واستنبهوا للأعراض الوسواسية. وأفادت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية، ونوعية هذه العلاقة طردية، بما يشير إلى أنهم من المعرضين للإصابة بالقلق الاجتماعي والوسواس القهري. (lawhence , welko wite , elmerl,2000)

- دراسة كريستين (Christine, 2003) هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين اضطراب القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية. وتكونت عينة الدراسة من 337 من مرضى الوسواس القهري غير المقيدين بمستشفى نفسي، و 220 شخصاً من ذوي اضطراب القلق الاجتماعي (مكون من 64) وقد خضعوا لمجموعة من الاختبارات والتقييمات. وأفادت النتائج وجود علاقة طردية بين الأعراض الوسواسية والرهاب، والقلق الاجتماعي، وخاصة وجود علاقة طردية قوية جداً بين ذوي الأعراض الوسواسية المزمنة والقلق الاجتماعي. مما أشار إلى أنهم أكثر عرضة للاضطرابات النفسية وبخاصة الاكتئاب. (Christine, 2003)

- دراسة تولن وماتبي (Tolen,Maltby,2004) والتي هدفت إلى الكشف عن منظومة المعتقدات المعرفية لدى كل من مرضى الوسواس القهري ومرضى القلق الاجتماعي (معتقدات حول أهمية التحكم في الأفكار، الكمال). وتمثلت عينة الدراسة في 89 من مرضى وسواس قهري، و 72 من مرضى قلق، و 33 حالة ضابطة، لا يعانون من أية اضطرابات نفسية. وتم التشخيص باستخدام مقياس القلق الاجتماعي، ومقياس الأعراض الوسواسية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق بين العينتين المرضيتين في النموذج المعرفي الخاص بالتحكم في الأفكار والسعي للكمال، في حين وُجدت فروق بين المجموعة الضابطة والمجموعتين التجريبتين. (TolenF,MaltbyN.,2004)

تعليق على الدراسات السابقة :

هناك عدد من الملاحظات على الدراسات السابقة، تعتبر بمثابة مبررات لدراسة المشكلة الحالية، وهذه الملاحظات تتمثل فيما يلي:

1. عدم وجود دراسات تناولت العلاقة بين الأعراض الوسواسية والقلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً، بينما اقتصر الاهتمام على دراسة العلاقة بينهما لدى الأسوياء، مما يدعم أهمية الدراسة الراهنة في إثراء التراث البحثي ببعض المتغيرات التي تُضاف إلى البروفایل الخاص بالمعاقين بصرياً .
2. يتضح لنا وجود جوانب من القصور المنهجي في الدراسات التي تم عرضها، حيث لم يتم مراعاة فروق مستويات الإعاقة، و تاريخ الإصابة بالإعاقة، وغيرها من المتغيرات التي يكون لها تأثير على النتائج.

3. لوحظ من خلال الدراسات السابقة التعارض الشديد بين نتائج تلك الدراسات، و تمثل هذا التعارض في الاختلاف حول العلاقة بين القلق و الإعاقة البصرية، حيث أشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة طردية بينهما، مثل دراسة باندلي 1985 ، و عبد العزيز الشخص 1992 ، بينما هناك دراسات أخرى نفت وجود تلك العلاقة، مثل دراسة جوني 1986 .

فروض الدراسة :

وبناءً على ما سبق عرضة من دراسات سابقة وما انتهت اليه من نتائج يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

1. توجد علاقة بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية لدى المعاقين بصرياً، والمبصرين.
2. توجد فروق في قوة العلاقة بين القلق الاجتماعي ، والأعراض الوسواسية بين المعاقين بصرياً، والمبصرين .
3. يُسهم القلق الاجتماعي في التنبؤ بالأعراض الوسواسية .
4. توجد فروق في كل من القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية في ضوء متغيري الإعاقة والمهنة.

منهج الدراسة :

تعتمد الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن ، حيث تهتم الدراسة بفحص العلاقة بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية لدى المعاقين بصرياً ، كما تهتم الدراسة بالكشف عن الفروق بين معاملات الارتباط بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية لدى عينة المبصرين وعينة المكفوفين .

ثالثاً: عينة الدراسة

قامت الباحثة بانتقاء عينة الدراسة بشكل عشوائي من قطاع العاملين بالقطاع العام والخاص (المكتبة المركزية جامعة القاهرة ، إدارة كلية الآداب جامعة القاهرة ، إدارة كلية دار علوم جامعة القاهرة ، وجمعية رسالة) ، وطلاب كلية الآداب ، وكلية دار العلوم جامعة القاهرة . وذلك نظراً لوجود ندرة في الدراسات التي تناولت الراشدين ، حيث ارتكزت معظم الدراسات على عينات طلابية. واشتملت عينة الدراسة الكلية على 120 مبحوث من الذكور ، وتراوح المدى العمري لهم ما بين 18 عامًا إلى 35 عامًا بمتوسط (25.14) عامًا، وانحراف معياري (5.49) . وفيما يأتي عرض تفصيلي للمتغيرات الديموجرافية للعينة .

جدول رقم (1-4) وصف المتغيرات الديموجرافية للعينة الكلية

النوع	ك	%
مكفوفين	60	50 %
مبصرين	60	50 %
الحالة الاجتماعية	ك	%
أعزب	60	50 %
متزوج	60	50 %
المستوى التعليمي	ك	%

جامعي	120	% 100
المهنة*	ك	%
طالب	60	% 50
إداريون بالقطاع العام	60	% 50

رابعاً : أدوات الدراسة :

أولاً: مقياس القلق الاجتماعي

قامت الباحثة بالإطلاع على عدد من المقاييس العربية والأجنبية التي اهتمت بقياس القلق الاجتماعي ومنها اختبار الرهاب الاجتماعي لمي صلاح الدين ، ومقياس القلق الاجتماعي من موقع psychtests.com ، وقائمة القلق والمخاوف الاجتماعية (tuner,etal,1996) وترجمة حياه خليل ، احمد عبد الخالق ، وصلاح مراد 2006 ، ومقياس القلق الاجتماعي من موقع socialanxiety.com .

وقد لاحظت الباحثة من خلال مراجعة تلك المقاييس :

- أن بعض المقاييس ارتكزت على الجانب الوجداني للقلق ، والبعض الآخر ارتكز على الجانب الفسيولوجي وبذلك لاحظت الباحثة قصور في تلك المقاييس مما دعي الى أهمية تصميم أداة تركز على (الجانب الفسيولوجي ، والمعرفي ، والوجداني ، والسلوكي).

- ارتكزت جميع المقاييس على مواقف يمكن تطبيقها على المبصرين ، وبالتالي كان من الضروري وضع بنود مواقف يمكن ان تلائم المكفوفين موضع الدراسة الراهنة .

تكوين وتصحيح المقياس:

- يتكون المقياس من أربعون بنوداً لقياس القلق الاجتماعي ، جميعها في اتجاه القلق الاجتماعي ما عدا خمس بنود معكوسة وهم : (4، 5، 10، 17، 28) .

- يجيب المبحوث على البنود من مقياس شدة رباعي (دائماً – أحياناً – نادراً- ابداً). ويحصل المبحوث على أربعة درجات عند الإجابة دائماً ، وثلاث درجات عند الإجابة ب أحياناً ، ودرجتان عند الإجابة بنادراً ، ودرجة واحدة عند الإجابة ب أبداً .

- يتم جمع درجات المبحوث في النهاية ويحصل على درجة تعبر عن شدة القلق الاجتماعي لديه.

التحقق من الكفاءة السيكومترية للأداة :

1- حساب الصدق

تم الاعتماد في الدراسة الراهنة على صدق التكوين ، حيث تذكر أنستازي أن صدق التكوين يمتد من مجرد البحث في مضمون المقياس إلى قياس التكوين النظري (Anastasi,1982,114) ، ويكاد يكون صدق التكوين أكثر أنواع الصدق قبولاً من وجهة نظر فلسفية ، ويرى عدد كبير من المتخصصين أن

* - تم الاعتماد في تصنيف المهن على دليل تقدير المستوى الاجتماعي والاقتصادي للمهن في المجتمع المصري . إعداد د. عبد اللطيف محمد خليفة.

صدق التكوين يتفق أكثر من غيره مع جوهر مفهوم الصدق الذي يعني "تشبع المقياس بالمعنى" (صفوت فرج، 2007، 274). وقد حسب صدق التكوين في هذه الدراسة بطريقتين هما: الاتساق الداخلي ، وصدق التعلق بمحك .

أ. صدق الارتباط بمحك

يعد الارتباط بين مقياس جديد ومقياس آخر متاح في التراث يقيس المتغير نفسه أحد أدلة صدق التكوين ، وقد وقع الاختيار على قائمة المخاوف الاجتماعية من تصميم تيرنر وزملاؤه (Turner, Beidel & Dancu, 1996)، وترجمة حياة خليل البنا ، وأحمد عبد الخالق ، وصلاح أحمد مراد (2006)، ويتكون المقياس من 81 بنداً ، والتي تعبر عن بنود قياس القلق ومجموعة أخرى مختلفة تقيس المخاوف الاجتماعية (الخوف من الغرباء ، والخوف من السلطة ، والخوف من الجنس الآخر ، والخوف من الناس، والخوف من الأماكن الواسعة) ، ويجاب عن كل بند منها وفقاً لمقياس شدة سداسي .

صدق وثبات المقياس :

أظهرت العديد من الدراسات أن المقياس يتسم باتساق داخلي مرتفع ، حيث تراوح معامل الفا ما بين 0.94 : 0.96 ، في حين بلغ معامل الثبات بطريقة إعادة المقياس 0.85 في الدراسة الأصلية 1996 (Tuner, etal, 1996). وفي دراسة حياة خليل ، واحمد عبد الخالق ، وصلاح مراد 2006 وصل معامل الفا الى 0.98 ومن خلال إعادة المقياس وصل معامل الارتباط 0.88 . وكذلك قامت ماجدة خميس ، احمد محمد زايد 2012 بإعادة تقنين القائمة على عينة مكونة من 351 من خلال حساب الصدق العاملي والتي اكدت حصول القائمة على معاملات صدق عاملي مرتفعة ، وبلغ معامل الثبات بطريقة إعادة المقياس 0.88 : 0.94 . وهو ما يؤكد الكفاءة السيكومترية للقائمة .

وقد اختارت الباحثة هذا المقياس نظراً لإعداده داخل اطار الثقافة العربية ، وتمتعه بخصائص سيكومترية مناسبة ، وسهولة صياغة بنوده . ويوضح جدول (3-4) معامل الارتباط بين مقياس القلق الاجتماعي (من اعداد الباحثة) ، ومقياس قائمة المخاوف الاجتماعية

جدول (4-2) معامل الارتباط بين مقياس القلق الاجتماعي وقائمة المخاوف الاجتماعية

مستوى الدلالة	قيمة الارتباط بقائمة المخاوف الاجتماعية	الاستخبار
0.0001	0.93	مقياس القلق الاجتماعي

ويشير الجدول السابق إلى ارتباط مقياس القلق الاجتماعي وقائمة المخاوف الاجتماعية بشكل موجب دال ؛ مما يدعو للاطمئنان إلى الصدق التكويني للمقياس .

2- حساب الثبات :

قد استخدمت الباحثة في الدراسة الراهنة طريقة إعادة المقياس ، ومعادلة ألفا لحساب الثبات. وقد اشتملت عينة إعادة التطبيق على (20) ذكر مكفوف البصر بمتوسط عمري 33.25 عامًا وانحراف معياري 5.18 أعوام. وقد روعي أثناء التطبيق أن يكون الفاصل في المدة الزمنية بين المقياس القبلي والمقياس البعدي في مقياس القلق الاجتماعي 15 يوم . وسنعرض في جدول (4-4) معاملات ارتباط بيرسون بين مرتي التطبيق ، ونتائج معادلة ألفا .

جدول (4-4) حساب معامل الثبات لمقياس القلق الاجتماعي

معادلة ألفا	معامل بيرسون	معاملات الثبات	المقياس
	ر		
0.83	0.75		مقياس القلق الاجتماعي

ثانياً: مقياس الأعراض الوسواسية

اعتمدت الباحثة في قياس الأعراض الوسواسية على مقياس الأعراض الوسواسية من تصميم أمارة يونس 2007 ، والذي ينقسم إلى استخبارين يهتم الاستخبار الأول بقياس الوسواس والذي يتكون من 33 بنداً، ويهتم الاستخبار الثاني بقياس الأعراض الوسواسية والذي يتكون من 28 بند ؛ وبذلك يصبح إجمالي بنود المقياس 61 بنداً . ويجب المبحوث على جميع بنود المقياس على مقياس شدة مكون من ثلاث درجات (لا-أحياناً- دائماً) ويمنح المبحوث درجة واحدة عند الإجابة بلا ، ويحصل على درجتين عند الإجابة ب أحياناً ، ويحصل على ثلاث درجات عند الإجابة دائماً .

واعتمدت الباحثة على هذا المقياس نظراً للنقاط التالية:

- يغطي مدى واسعاً من فئات الأعراض الوسواسية القهرية وتتمثل في وسواس (التلوث ، والعدوى ، والأذى والجنس ، والعقيدة ، والخوف غير المنطقي) مع مراعاة قياس الوسواس في صورة أفكار ، وصور ذهنية ، واندفاعات . كما يغطي عدد من الأفعال القهرية (النظافة ، والطهارة ، والبذاء ، والمراجعة ، وطلب الطمأنينة، واللمس والعد ، والترتيب ، والتنسيق ، والتخزين).
- صياغة البند بطريقة عمومية لكي ينطبق على مدى واسع من المواقف .
- يميز بين قياس الأفكار الوسواسية ، والأفعال القهرية .
- كما ان الإجابة تحتوي على أكثر من بديلين .
- ان المقياس لا يتضمن أي بنود لقياس اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، أو بنود تختلط مع أعراض مميزة لاضطرابات نفسية أخرى.

التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس :**1- حساب الثبات**

استخدمت الباحثة طريقة إعادة الاختبار ، ومعادلة ألفا لحساب الثبات . وقد أجريت المعادلات على نفس عينة الثبات السابق ذكرها في حساب ثبات مقياس القلق الاجتماعي . ويعرض جدول (5- 4) حساب ثبات مقياس الأعراض الوسواسية بجزئية الأول والثاني .

جدول (5- 4) حساب ثبات اختبار الأعراض الوسواسية

معادلة ألفا	معامل بيرسون	درجة المقياس
	ر	
0.93	0.87	مقياس الأعراض الوسواسية (الوساوس)
0.93	0.88	مقياس الأعراض الوسواسية (الأعراض الوسواسية)

ويلاحظ من الجدول السابق تمتع كلا من مقياس القلق الاجتماعي ، ومقياس الأعراض الوسواسية بجزئية الأول والثاني بثبات مرتفع من خلال طريقة إعادة المقياس ، ومعادلة ألفا لحساب الثبات .

نتائج الدراسة:**القسم الأول : عرض لنتائج تساؤلات الدراسة****1- نتائج معاملات الارتباط :****السؤال الأول**

هل توجد علاقة بين طبيعة الأداء على اختبار القلق الاجتماعي واختبار الأعراض الوسواسية ؟

وينبثق من هذا السؤال سؤالين فرعيين وهما

- هل إلى أي مدى توجد علاقة بين اختبار القلق الاجتماعي واختبار الأعراض الوسواسية (الأفكار)؟
 - هل إلى أي مدى توجد علاقة بين اختبار القلق الاجتماعي واختبار الأعراض الوسواسية (الأفعال)؟
- وللإجابة على هذا التساؤل تم استخدام معامل الارتباط الخطي لبيرسون للكشف عن العلاقة بين درجة الفرد على اختبار القلق الاجتماعي وكلاً من درجته على الجزء الأول من اختبار الأعراض الوسواسية (الأفكار) ، ودرجته على الجزء الثاني من اختبار الأعراض الوسواسية (الأفعال القهرية) .

- معاملات الارتباط بين درجة الفرد على اختبار القلق الاجتماعي ودرجته على اختبار الأعراض الوسواسية (الأفكار ، الأفعال القهرية) لدى كلا من عينة المعاقين بصرياً ، وعينة المبصرين : جدول (1-5) معاملات الارتباط بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية (الأفكار ، والأفعال القهرية)

لدى عينة المكفوفين ن = 60

اختبار القلق الاجتماعي				عينة الدراسة	
عينة المبصرين ن=60		عينة المعاقين بصرياً ن=60		متغيرات الدراسة	
دلالة	ر	دلالة	ر		
0.001	0.43	0.0001	0.89	اختبار الأعراض الوسواسية (الأفكار)	
0.01	0.34	0.0001	0.93	اختبار الأعراض الوسواسية (الأفعال القهرية)	

يتضح من الجدول السابق ما يلي :

- وجود علاقة طردية داله احصائياً عند مستوى دلالة 0.0001 بين درجة المبحوثين على اختبار القلق الاجتماعي ، واختبار الأعراض الوسواسية (الأفكار) ، واختبار الأعراض الوسواسية (الأفعال القهرية) لدى عينة المكفوفين . وهذا يعني أنه كلما ارتفعت درجة القلق الاجتماعي لدى المكفوف كلما زادت لديه الأفكار الوسواسية ، والأفعال القهرية .
- وجود علاقة طردية داله احصائياً ما بين مستوي (0.01: 0.001) بين درجة المبحوثين على اختبار القلق الاجتماعي ، واختبار الأعراض الوسواسية (الأفكار) ، واختبار الأعراض الوسواسية (الأفعال القهرية) لدى عينة المبصرين . وهذا يشير الي انه كلما ارتفعت درجة القلق الاجتماعي كلما زادت الأفكار الوسواسية ، والأفعال القهرية

2- الفروق بين معاملات الارتباط :

السؤال الثاني

- هل إلى أي مدى توجد فروق بين المعاقين بصرياً والمبصرين في شكل العلاقة بين اختبار القلق الاجتماعي، واختبار الأعراض الوسواسية بجزئيه (الأفكار ، الأفعال القهرية) ؟ وللإجابة على هذا التساؤل استخدمت الباحثة معادلة الفروق بين معاملات الارتباط ، والتي تكشف عن دلالة الفروق بين معاملات الارتباط . حيث يعتبر الفارق غير دال إذا تراوح ما بين (-1.96 : 1.96) ، أما اذا خرج عن هذه الفئة فيعتبر الفارق دال إحصائياً .

- الفروق في معاملات الارتباط بين درجة الفرد على اختبار القلق الاجتماعي ، واختبار الأعراض الوسواسية بجزئية الأول والثاني (الأفكار ، والأفعال القهرية) بين عينة المعاقين بصرياً ، وعينة المبصرين :

جدول (2-5) الفروق بين معاملات ارتباط القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية

بين عينة المكفوفين والمبصرين

الدلالة	ت	المبصرين ن=60		المعاقين بصرياً ن=60		اختبار القلق الاجتماعي اختبار الأعراض الوسواسية
		معياري	ر	معياري	ر	
دال	5.12	0.46	0.43	1.42	0.89	اختبار الاعراض الوسواسية: الافكار
دال	6.940	0.35	0.34	1.65	0.93	اختبار لأعراض الوسواسية: الأفعال

- ويتضح من الجدول السابق أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في قوة العلاقة بين اختبار القلق الاجتماعي ، واختبار الأعراض الوسواسية ، بين عينة المكفوفين وعينة المبصرين في اتجاه المكفوفين . أي أن علاقه بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية لدى المكفوفين أشد منها عند المبصرين .

3- نتائج تحليل الانحدار البسيط :

السؤال الثالث :

- هل إلى أي مدى يسهم متغير القلق الاجتماعي في التنبؤ بالأعراض الوسواسية (الأفكار ، والأفعال القهرية) لدى كلا من عينة المكفوفين، وعينة المبصرين ؟
واستخدمت الباحثة معاملات الانحدار البسيط لاختبار هذا الفرض ، باعتبار متغير القلق الاجتماعي (متغير منبئ ، واختبار الأعراض الوسواسية بجزئية (الأفكار ، والأفعال القهرية) متغيرات متنبأ بها .
أولاً : نتائج تحليل الانحدار البسيط التي توضح اسهام متغير القلق الاجتماعي في التنبؤ بالأعراض الوسواسية (الأفكار ، والأفعال القهرية) لدى عينة المعاقين بصرياً :

جدول (3-5) نتائج تحليل الانحدار البسيط بإعتبار متغير القلق الاجتماعي منبأ

بدرجة المبحوث على اختبار الأعراض الوسواسية (الأفكار ، والأفعال)

لدى عينة المكفوفين ن=60

القيمة الثابتة	دلالة ت	قيمة ت	معامل الانحدار	دلالة ف	قيمة ف	الاسهام في مربع الارتباط	مربع الارتباط 2ر	الارتباط ر	المتغيرات المنتبأ بها	المتغير المنبئ
15.47	0.0001	6.13	0.610	0.0001	239.37	0.80	0.80	0.89	الأعراض الوسواسية (الأفكار)	القلق الاجتماعي
			0.897							
20.24	0.0001	10.39	0.553	0.0001	409.89	0.87	0.87	0.93	الأعراض الوسواسية (الأفعال القهرية)	
			0.936							

- ويتضح من الجدول السابق ان متغير القلق الاجتماعي يسهم في التنبؤ بدرجة المبحوث على اختبار الأعراض الوسواسية بجزئيه (الأفكار ، والأفعال القهرية) لدى عينة المكفوفين .
ثانياً : نتائج تحليل الإنحدار البسيط التي توضح اسهام متغير القلق الاجتماعي في التنبؤ بالأعراض الوسواسية (الأفكار ، والأفعال القهرية) لدى عينة المبصرين :

جدول (4-5) نتائج تحليل الإنحدار البسيط بإعتبار متغير القلق الاجتماعي منبأ

بدرجة المبحوث على اختبار الأعراض الوسواسية (الأفكار ، والأفعال)

لدى عينة المبصرين ن=60

القيمة الثابتة	دلالة ت	قيمة ت	معامل الانحدار	دلالة ف	قيمة ف	الاسهام في مربع الارتباط	مربع الارتباط 2ر	الارتباط ر	المتغيرات المنتبأ بها	المتغير المنبئ
3.68	0.02	2.25	0.493	0.001	13.45	0.18	0.18	0.43	الأعراض الوسواسية (الأفكار)	القلق الاجتماعي
			0.435							
2.83	0.05	1.85	0.207	0.006	8.03	0.10	0.12	0.34	الأعراض الوسواسية (الأفعال القهرية)	
			0.349							

- ويتضح من الجدول السابق ان متغير القلق الاجتماعي يسهم في التنبؤ بدرجة المبحوث على اختبار الأعراض الوسواسية جزئيه (الأفكار ، والأفعال القهرية) لدى عينة المبصرين .

4- الفروق بين المتوسطات على متغيرات الدراسة في ضوء الإعاقة والمهنة

- هل إلى أي مدى توجد فروق في كل من القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية في ضوء متغيري الإعاقة والمهنة؟

وللإجابة على هذا التساؤل استخدمت الباحثة أسلوب T-test لإختبار دلالة الفروق بين المتوسطات ، وانقسمت نتائج هذا التساؤل إلى جزئين ويمكن عرضها على النحو التالي:

أولاً : الفروق بين متغير القلق الاجتماعي ، والأعراض الوسواسية في ضوء متغير الإعاقة :

جدول (5-5) الفروق بين المعاقين بصرياً والمبصرين على متغيرات الدراسة

متغيرات الدراسة	عينة المعاقين بصرياً ن=60		عينة المبصرين ن=60		ت	دلاله
	ع	م	ع	م		
اختبار القلق الاجتماعي	31.71	85.05	9.88	85.05	7.42	0.0001
اختبار الأعراض الوسواسية (الأفكار)	21.54	10.85	11.20	10.85	6.45	0.0001
اختبار الأعراض الوسواسية (الأفعال)	18.75	4.01	5.86	4.01	7.36	0.0001

- يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المكفوفين والمبصرين على جميع متغيرات الدراسة بمستوى دلالة 0.0001 . حيث اشارت النتائج الى حصول المعاقين بصرياً على درجات مرتفعة عن عينة المبصرين على اختبار القلق الاجتماعي، واختبار الاعراض الوسواسية جزئيه (الأفكار ، والأفعال القهرية).

ثانياً: الفروق بين متغير القلق الاجتماعي ، والأعراض الوسواسية في ضوء متغير المهنة :

1- الفروق بين الطلاب والموظفين على متغيرات الدراسة لدى عينة المعاقين بصرياً

جدول (5-6) الفروق بين الطلاب والموظفين لدى عينة المعاقين بصرياً

متغيرات الدراسة	عينة الطلاب ن=30		عينة الموظفين ن=30		ت	دلاله
	ع	م	ع	م		
اختبار القلق الاجتماعي	9.41	119.7	10.84	60.06	22.73	0.0001
اختبار الأعراض الوسواسية (الأفكار)	9.33	49.23	13.25	12.93	12.26	0.0001
اختبار الأعراض الوسواسية (الأفعال)	6.72	39.23	10.16	6.13	14.87	0.0001

- ويتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية داله بين الطلاب والموظفين المعاقين بصرياً على كلٍ من متغير القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية ، في اتجاه عينة الطلاب عند مستوى دلالة 0.0001 . وهذا يشير الى أن الطلاب المعاقين بصرياً تتزايد لديهم اعراض القلق الاجتماعي ، والأفكار الوسواسية ، والأفعال القهرية عن الموظفين المعاقين بصرياً .

2- الفروق بين الطلاب والموظفين على متغيرات الدراسة لدى عينة المبصرين
جدول (5-7) الفروق بين الطلاب والموظفين لدى عينة المبصرين

متغيرات الدراسة	عينة الطلاب ن=30		عينة الموظفين ن=30		ت	دلاله
	ع	م	ع	م		
اختبار القلق الاجتماعي	11.25	57.70	8.48	58.40	0.27	0.7
اختبار الأعراض الوسواسية (الأفكار)	11.70	11.03	10.87	10.66	0.12	0.9
اختبار الأعراض الوسواسية (الأفعال)	6.19	4.33	5.59	3.70	0.41	0.6

- ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين عينة الطلاب وعينة الموظفين لدى عينة المبصرين على متغيرات القلق الاجتماعي ، والأعراض الوسواسية (الأفكار ، والأفعال القهرية).

مناقشة النتائج وتفسيرها

مناقشة الفرض الأول :

ينص الفرض الأول على " توجد علاقة بين القلق الاجتماعي والاعراض الوسواسية لدى المعاقين بصرياً ، والمبصرين "

وبالنظر إلي نتائج المتعلقه بهذا الفرض نجد أنه قد تحقق . وفي هذا نشير إلي أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة جايمس (James,1999) و والتي تناولت تأثير عقار فلوكسمين على خفض الاعراض الوسواسية والقلق الاجتماعي لدي عينة من مرضي القلق العام وتوصلت النتائج انه بعد الأسبوع الثالث من تناول العقار بتركيز 200/50 انخفضت شدة الاعراض الوسواسية والمخاوف الاجتماعية وهذا يوضح شدة العلاقة بين القلق الاجتماعي والاعراض الوسواسية حيث كان العقار يؤدي الى تحسن أعراض كلاهما معاً

وأيضاً دراسة (Overo ,kh.2000) والتي هدفت الي فحص تأثير عقار بلاسيبو لدي عينة من منتكسي مرضي القلق الاجتماعي والاكتئاب والوسواس القهري . وذلك من خلال عمل مجموعتين وأوضحت النتائج أيضاً أنه كلما زادت أعراض القلق الاجتماعي والاعراض الوسواسية زاد شعور الشخص بالاكتئاب في حين كلما تحسنت أعراض كل منهما تحسن الاكتئاب.

و دراسة لوهينسي وزملاؤه (lawhence , welko wite , elmerl,2000) والتي هدفت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن العلاقة بين الأعراض الوسواسية والقلق الاجتماعي لدى عينة من المستهدفين وتمثلت عينة الدراسة تكونت من 5867 فرد ضمن برنامج قومي مسح القلق وأفادت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية ونوعية هذه العلاقة طردية مما يشير أنهم من المعرضين للأصابة بالقلق الاجتماعي والوسواس القهري.

و دراسة كريستين (Christine, 2003) هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين اضطراب القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية وأفادت النتائج إلى وجود علاقة طردية بين الأعراض الوسواسية والرهاب والقلق الاجتماعي وخاصة وجود علاقة طردية قوية جداً بين ذوي الأعراض الوسواسية المزمنة والقلق الاجتماعي.

ونلاحظ مما سبق تأكيد الدراسات على علاقته بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية على الرغم من عدو وجود دراسات تناولت العلاقة بين الأعراض الوسواسية و القلق الاجتماعي لدى المعاقين بصرياً بينما اقتصر الاهتمام بالعلاقة بينهما لدي عينات أخرى مما يدعم أهمية الدراسة الراهنة في إثراء التراث البحثي ببعض المتغيرات التي تضيف للبروفيل الخاص بالمعاقين بصرياً.

مناقشة الفرض الثاني :

ينص الفرض الثاني على " توجد فروق في قوة العلاقة بين القلق الاجتماعي ، والأعراض الوسواسية بين المعاقين بصرياً ، والمبصرين " .

وبالنظر إلي نتائج المتعلقه بهذا الفرض نجد أنه قد تحقق . وفي هذا نشير إلي أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج الكثير من الدراسات التي أوضحت الفروق بين المعاقين بصرياً والمبصرين في القلق الاجتماعي

والأعراض الوسواسية ومنها دراسة يوروج أبدى وآخرون (Abdi, et al,1991) استهدفت قياس القلق لدى الأطفال المعاقين بصرياً ، وأشارت النتائج إلى أن طلاب الصف السابع أظهروا درجات أكبر من القلق عن الطلاب الصف السادس والثامن، كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طلاب الصف السادس والثامن في درجة القلق، وكذلك بين طلاب الصف السابع والثامن.

وإلى دراسة رشاد عبدالعزیز موسی (1994) التي استهدفت التعرف على أثر الإعاقة البصرية والجنس على بعض الأعراض العصابية، وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.1) بين عينة المعاقين بصرياً والمبصرين في كل من متغير القلق والرهاب والوسواس القهري لحساب المعاقين بصرياً (فقد كانوا أكثر اضطراباً في كل الأعراض العصابية السابقة)

وإلى دراسة ميراي وزملاؤه (1999) : والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين القلق الاجتماعي ، لدى عينة من المعاقين بصرياً إعاقه كاملة وقد كشفت النتائج عند وجود علاقة بين القلق الاجتماعي والإعاقة البصرية.

وأخيراً قام إيفانز وآخرون (Evans, et al.2007) بدراسة استهدفت الكشف عن العلاقة بين الإعاقة البصرية وبين القلق والاكتئاب لدى الأفراد المعاقين بصرياً ببريطانيا وأشارت النتائج إلى أن الأفراد المعاقين بصرياً لديهم درجة مرتفعة من القلق والاكتئاب عن الأفراد ذوي درجة الإبصار الأفضل، كذلك أشارت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين الإعاقة البصرية والقلق حيث وجد أن 9.3% من الأفراد المعاقين بصرياً كانت لديهم عرضان أو أكثر من أعراض القلق وذلك مقارنة بالأفراد ذوي درجة الإبصار الجيد .

وإلى دراسة ديسانجو وزملاؤه (2013): والتي اهتمت بالكشف عن الفروق بين ذوي الإعاقة البصرية الذين يمارسون رياضة والذين لا يمارسون رياضة في مظاهر القلق الاجتماعي وخاصة جودة الحياة وتمثلت عينة الدراسة في 30 معاق بصرياً وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين على جميع الاختبارات الفرعية للدراسة في اتجاه الرياضيين.

وكذلك نلاحظ من الدراسات السابقة إلي وجود فروق في كل داله بين المعاقين والمبصرين في ضوء متغيري القلق الاجتماعي والأعراض والوسواسيه وذلك باختلاف درجة الأعاقه وكذلك باختلاف المراحل العمرية المختلفة وهذا يدعم نتائج الدراسات الحالية.

مناقشة الفرض الثالث :-

ينص الفرض الثالث على " يسهم القلق الاجتماعي في التنبؤ بالأعراض الوسواسية " وبالنظر إلي نتائج المتعلقة بهذا الفرض نجد أنه قد تحقق . وفي هذا نشير إلي أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج الدراسات التي تؤكد قوة العلاقة بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسيه والتي قد أشرنا لها من قبل أمثال دراسة جايمس(1999, James) والتي تناولت تأثير عقار فلوكسمين على خفض الاعراض الوسواسية

والقلق الاجتماعي لدي عينة من مرضي القلق حيث أوضحت النتائج شدة علاقه بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية حيث كان العقار يؤدي الى تحسن أعراض كلاهما معاً

ودراسة لوهينسي وزملاؤه (lawhence , welko wite , elmerl,2000) والتي هدفت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن العلاقة بين الأعراض الوسواسية والقلق الاجتماعي وأفادت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية ونوعية هذه العلاقة طردية مما يشير أنهم من المعرضين للأصابة بالقلق الاجتماعي والوسواس القهري.

وكذلك دراسة كريستين (Christine, 2003) هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين اضطراب القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية وأفادت النتائج إلى وجود علاقة طردية بين الأعراض الوسواسية والرهاب والقلق الاجتماعي وخاصة وجود علاقة طردية قوية جداً بين ذوي الأعراض الوسواسية المزمنة والقلق الاجتماعي.

لقد قمنا بعرض دراسات عن العلاقة بين القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية ولذلك لندرة الدراسات التي بحثت القلق الاجتماعي كعامل منبؤ للأعراض الوسواسية . لذلك تعد هذه النتيجة أحد أسهامات الدراسة في مجال البحوث الأكلينيكية.

مناقشة الفرض الرابع :

ينص الفرض الرابع على أنه " توجد فروق في كل من القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية في ضوء متغيري الإعاقة والمهنة."

أولاً في ضوء متغير الإعاقة : أوضحت النتائج وجود فروق في كل من القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية بين المبصرين والمعاقين بصرياً في اتجاه المعاقين بصرياً وبالنظر إلي نتائج المتعلقة بهذا الفرض نجد أنه قد تحقق . وفي هذا نشير إلي أن هذه النتيجة تتفق مع نتيجة دراسة - كما قام دافيد وينكلر (winklor ,1989) بدراسة استهدفت الكشف عن ومقارنة مستويات القلق لدى المعاقين بصرياً والمبصرين وعوامل تأثير أنماط ومستويات القلق لدى المعاقين بصرياً والتي تشمل درجة الحدة وأشارت النتائج إلى أن المعاقين بصرياً أكثر قلقاً من المبصرين، وأن ذوي الإعاقة البصرية الكليه لديهم مستويات عالية من القلق أكثر من المكفوفين جزئياً. كما وجد أن المستويات العالية من القلق ترتبط بمستوى عال من الإنجاز الأكاديمي بالنسبة للمعاقين بصرياً ، بينما يرتبط الاستقلال الشخصي المرتفع لدى المعاقين بصرياً بمستويات منخفضة من القلق.

وأيضاً دراسة أحمد حسين الشافعي (1993) حيث قام بدراسة استهدفت التعرف على الفروق بين الأطفال المعاقين بصرياً والمبصرين من الجنسين في كل من القلق وأبعاد الضبط الثلاثة: الضبط الداخلي وضبط الآخرين ذوي النفوذ، وضبط السياق، وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في القلق يرجع إلى الإعاقة البصرية بين عينات الدراسة

وكذلك دراسة ميراي وزملاؤه (1999) :

والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين القلق الاجتماعي ، لدى عينة من المعاقين بصرياً إعاقة كاملة، وقد كشفت النتائج عند وجود علاقة بين القلق الاجتماعي والإعاقة البصرية.

وكما أشرنا من قبل لدراسة رشاد عبدالعزيز موسي (1994) وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.1) بين عينة المعاقين بصرياً والمبصرين في كل من متغير القلق والرهاب والوسواس القهري لحساب المعاقين بصرياً (فقد كانوا أكثر اضطراباً في كل الأعراض العصابية السابقة)

وكما ذكرنا من قبل ندرة الدراسات التي أهتمت بدراسة الأعراض الوسواسية لدى المعاقين بصرياً ثانياً في ضوء متغير المهنة : توجد فروق بين الطلاب والموظفين العاقين بصرياً في كل من القلق الاجتماعي والأعراض الوسواسية في اتجاه الطلاب.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة راينهات (Reinhardt2001) أن المعاق بصرياً يتمتع بمستوي أمن نفسي وأقل قدر من أعراض القلق والأكتئاب والوسواس القهري في حال أنشغاله بعمل فعال في المجتمع حيث يتعرض من خلاله للدعم الاجتماعي ويستطيع تكوين صداقات جديدة حيث يرتفع مستوى الأمن النفسي والرضا عن الحياة لدى المعاق بصرياً وبالتالي ينخفض الشعور بأعراض القلق والوسواس القهري.

وكذلك أوضحت دراسة (Konarska,2003) أن المعاقين بصرياً ترتفع لديهم الثقة بالنفس وتتحسن لديهم المهارات الاجتماعية في حالة تحملهم مسؤولية القيام بأعمال مهنية يشعرون من خلالها بقيمتهم في المجتمع

وأشارت نتائج ميللر وهارفري (Miller, Harvery,2001) الأشخاص الذين تعرضوا لصور مختلفه من الحرمان الحسي والفقد بإمكانهم أ يتحدوا خبراتهم القاسية وأن يعيشوا حياة ثرية ومنتجة حيث أ الكفيف شخص سوي على جميع المستويات تنقصه الوظيفة البصرية، حيث يستطيع الحياة وتفعيل قدراته والتعبير عن ذاته

ويؤكد ميللر وهارفي على ضرورة الدمج بين مجال سيكولوجية الفقد ومجال علم النفس الإيجابي؛ ففي ظل اهتمام فرع علم النفس الإيجابي بمواطن القوة والشعور بالتفاؤل لدي الفرد ، يمكن أ يتسني لنا أن نولد من الشعور بالفقد طاقة إيجابية نحو النمو .

وكذلك أشار كثير من الباحثين إلى أن إدماج المكفوفين في مختلف النشاطات اليومية يؤدي إلي تحسين جودة معيشتهم (Ayvazoglu,Oh,Kazub,2006) كما أن إدراك المكفوفين لكفائتهم أمر مهم في تحسين جودة المعيشة الانفعالية لديهم وخفض الشعور باليأس (Shapiro,Moffett,Lieberman,Dummer,2005)

قائمة المراجع

1. إبراهيم عباس الزهيري . (2003). فلسفة تربية ذوي الاحتياجات الخاصة ونظم تعليمهم. القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .
2. إبراهيم عبد الستار .(1994). العلاج المعرفي السلوكي الحديث . القاهرة : دار الفجر للنشر والتوزيع .
3. أحمد عبد الرحمن ، إبراهيم عثمان .(1995). الخجل وعلاقته بتقدير الذات والتحصيل الدراسي للأطفال . مجلة كلية التربية جامعة عين شمس ، 24 ، 212: 228.
4. أحمد عبد الرحيم العمري .(1994). دراسة تقويمية للبرامج المعدة للتعامل مع الطفل الكفيف . رسالة ماجستير . معهد الدراسات العليا للطفولة . جامعة عين شمس .
5. أحمد عكاشة .(1998). الطب النفسي المعاصر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
6. أحمد محمد عبد الخالق . (2002) . الوسواس القهري التشخيص والعلاج . الكويت : لجنة التأليف والتعريب والنشر . جامعة الكويت .
7. أحمد محمد عبد الخالق ، عبد الغفار عبد الحكم الدمياطي .(1995). الوسواس القهري . مجلة دراسات نفسية ، 1 ، 1 : 17.
8. أحمد محمد خفاجي .(2010). دور السيكدوراما في خفض القلق لدى المراهقين المعاقين بصرياً . رسالة ماجستير . كلية التربية . جامعة عين شمس .
9. أمارة يحيى يونس . (2007) . بعض المكونات المعرفية غير التوافقية لدي مرض الوسواس القهري . رسالة ماجستير . جامعة القاهرة .
10. أمال عبد السميع أباطة .(2003). تشخيص ورعاية غير العاديين (ذوي الاحتياجات الخاصة). القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
11. أمال نوح خيرى .(1995). القلق لدى التلميذات الكفيفات في المرحلتين الإعدادية والثانوية . المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة، بحوث ودراسات في التربية الخاصة .
12. أيمن غريب قطب ناصر . (2001). البنية العاملية لمكونات القلق الاجتماعي لدى عينات من الشباب المصري السعودي . مجلة علم النفس ، 57 ، 70 : 96.
13. إيهاب عبد العزيز الببلاوي .(2003). توعية المجتمع بالإعاقة "الفئات - الأسباب - الوقاية" . الرياض : دار الرشد .
14. جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاي .(1995). معجم علم النفس والطب النفسي . القاهرة : دار النهضة العربية .
15. حامد عبد السلام زهران .(1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي . القاهرة : عالم الكتب .
16. حسين علي فايد .(1997). العلاقة بين الخجل والأمراض السيكوباتية في المراهقة . دراسات نفسية ، 2 ، 237 : 238 .
17. حسين مصطفى كامل .(2004). علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع . 14 ، 1 ، 31 : 68 .
18. حنان حامد شيارة . (2002) . الاتجاهات المتبادلة بين الأطفال المبصرين والمكفوفين دراسة ميدانية مقارنة . رسالة ماجستير . معهد الدراسات العليا للطفولة . جامعة عين شمس

19. حنان محمد شرشر . (1995). التنشئة الاجتماعية للمكفوفات وعلاقتها بالتوافق الشخصي والإجتماعي . رسالة ماجستير .معهد الدراسات العليا للطفولة . جامعة عين شمس.
20. فتحي السيد عبد الرحيم . (1990). سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة . الكويت : دار القلم .
21. فرج عبد القادر طه ، شاعر قنديل ، حسين عبد القادر ، مصطفى كامل عبد الفتاح . (1993) . موسوعة علم النفس والتحليل النفسي . الكويت : دار سعاد الصباح .
22. فريح العنيزي .(1997). الوسواس القهري لدى الأطفال الكويتيين . مجلة دراسات نفسية ،المجلد الثاني ، العدد (7)، 181: 202.
23. كريمان بدر عويضة . (2004). الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة . القاهرة : عالم الكتب .
24. كمال سالم سيسالم . (1997) . المعاقون بصريا خصائصهم ومناهجهم . القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
25. كوثر رزق .(2004). القلق الاجتماعي عند طلاب الجامعة . مجلة كلية التربية جامعة طنطا، 21، 253: 296 .
26. ماجدة السيد عبید .(2000). الوسائل التعليمية في التربية الخاصة . عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع .
27. ماييسة أحمد النيال .(1996). الخجل وبعض أبعاد الشخصية .دراسة ارتقائية وارتباطية. دراسات نفسية ،6، 2، 173: 230.
28. محمد إبراهيم سعفان .(2003). اضطراب الوسواس والأفعال القهرية . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .
29. محمد إبراهيم عيد . (1995). التوكيدية وعلاقتها بوجهة الضبط والقلق والخجل لدى الشباب . مجلة كلية التربية جامعة عين شمس ، 2، 19، 209: 235 .
30. محمد السيد عبد الرحمن .(1998). دراسات في الصحة النفسية . القاهرة : دار قباء .
31. هبة السيد أحمد .(2012). الخصائص النفسية والاجتماعية الفارقة بين التلاميذ المصابين بالوسواس القهرية والعاديين . رسالة ماجستير . المعهد العالي لدراسات الطفولة . جامعة عين شمس.
32. وائل أبو هندي .(2003) . الوسواس القهري . الكويت : سلسلة عالم المعرفة.
33. يوسف القربوطي ، عبد العزيز السرصاوي، جميل العمالي .(1995). المدخل إلى التربية الخاصة . دبي : دار القلم .

34. Celeste.M.,Kobal,D.(2010). Social integration of children with visual

35. Clark impairment: A developmental model. Elementary Education

Online, 9(1), 11-22.,D.,Beck,A.,& Brown, G.(1989). Cognitive

mediation in general psychiatric outpatients : A test of the content

specificity hypothesis .Journal of personality and social psychology

,56(6), 958: 964.

36. Clark, D.M., Peitz, M. (2003). Cognitive therapy for social phobia : individual versus group treatment . *Journal of Beh. Res., & therapy*, 41, 1009: 1028.
37. Corsini, R.J. (1990). *Encyclopedia of psychology*. New York : Wiley.
38. David, M., & Cullena, S. (2002). Neural correlates of anxiety associated with obsessive compulsive symptom dimensions in normal volunteers. *The American journal of Psychiatry* .53(6), 482: 493.
39. David, A.F., Stanley, D. (1994). Normative values for the Beck Anxiety Inventory, Fear Questionnaire, Penn State Worry Questionnaire, and Social Phobia and Anxiety Inventory. MM Gillis, DAF Haaga, GT Ford - Psychological Assessment, psycnet.apa.org.
40. Frost , R.O., Krause, M.S., & Steketee, G. (1996). Hoarding and obsessive compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 20, 116: 132.
41. Gibbs, N.A., & Oltmanns, T.F. (1995). The relation between compulsive personality traits and subtypes of compulsive behavior. *Journal of anxiety disorders*, 9, 397: 410.
42. Hallahan, D., & Kauffman, J. (1991). *Exceptional children introduction to special education*. Englewood clef: prentice hall, international inc., f.f. the dication.
43. Heword, W., Orlansky, M. (1992). *Exceptional children* . New York, Publish hing company.
44. Hollander, E., Cohen. (1993). Body dismorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 23, 359: 364.
45. clorgyline. *Archiives of General psychiatry*, 40, 605: 612.
46. James, C. (1999). Obsessive compulsive disorder and social phobia, In *The optimal therapeutically area for SSRIS*. Department of psychiatry and behavioral science .university of Carolina, Charleston.
47. Johnny L. Maston. (1991). Anxiety in visually handicapped children and youth. *journal of clinical child and adolescent psychology* 15(4) pp. 356-359
48. Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1991). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry*. Baltimore: Williams & Willikins.

49. Kazdin, A.E. (2000). Encyclopedia of psychology . American psychology . Oxford press, 7,439: 441.
50. Kef, S., Hox, J., Habekoth, H.T. (2000). Social networks of visually impaired and blind adolescents. Structure and effect on well-being. Social Networks , 22,73: 91.
51. Kennedy, M. (1997). Drawing and the blind pictures to touch. Yale university press. Toronto.
52. Konarska, J. (2003). childhood experiences and self concept of teenagers with visual impairment . international journal of special education. 18(2), 52:56.
53. Kyrios, M., Bhar, S. (1996). The assessment of obsessive compulsive phenomena. Behavior Research & Therapy, 34,85:95.
54. Leary, Mark & Kowalski, Robin. (1995). social anxiety. New York: the Guilford press.
55. Leary, M.R. (1991). Social anxiety , Shyness and related constructs. New york : Academic press.
56. Lee, H., & Telch, J. (2008) Attentional biases in social anxiety: An investigation using the inattention blindness paradigm. Behaviour Research and Therapy , 46, 819– 835.
57. symptoms: a closer analysis of placebo-controlled continuation studies with escitalopram in major depressive disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 71(2), p121:190.
58. Paterson, M. (2013). Blindness, empathy, and 'feeling seeing': Literary and insider accounts of blind experience. Emotion, Space and Society, 25,1:10.
59. Purdon, C. (2003). Empirical investigations of thought suppression in OCD. Psychology behavioral science, 1, 121: 136.
60. Rahi, J.S., & Dezateux, C. (1998). Epidemiology of visual impairment in Britain . Archives of Disease in Childhood , 75(4). 381: 387.
61. Rapoport, J.L. (1989). The boy who couldn't stop washing : the experience and treatment of obsessive compulsive disorder. New York : A Plume Book, New American Library, A division of penguin Books.
- 62.- Reinhardt, J.P. (2001). Effectiveness of positive and negative support received and provided on adaptation to chronic visual impairment . journal of visual impairment, 5(2), 76: 85.

63. Rosen, K.V., & Tallis, F. (1995). Investigation into the relationship between personality traits and ocd . Behavior Research & therapy , 33,445:450.
64. Summer, F., Beyond, T. (2000). Examining the evidence for A Dimensional Model of OCD. Chicago , May .
65. Swedo, S.E. (1993). Trichotillomania. Obsessive compulsive related disorders. Washington , DC: American psychiatric press, 93:111.
66. Tolen, F., Maltby, N. (2004). Are “obsessive” beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. Behavior Research and Therapy, 44,469:480.
67. Treveltham, T., & Sahraie, A. (2007). Can blind sight be Superior to Sighted sight. Cognition , 103(3), 491: 501.
68. Turner, S.M., Beidel, D.C. (1996). Social phobia and anxiety Inventory (manual). Canada : Multihealth Systems.
69. Turner, Samuel, Borah, Townsley, M.R. (1990). Social phobia: relationship to shyness. Beh. Res. & therapy, 28(6), 497: 505.
70. Wakefield, C.E, Homewood, J., & Taylor, A.J. (2006). Early Blindness May be Associated with changes in performance on verbal fluency tasks . Journal of visual Impairment & Blindness, 100(5), 306: 311.