

فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض حدة الرهاب الاجتماعي لدى المراهقين المتلعثمين.

علي شمس الدين محمد (*)

مستخلص البحث:

هدفت الدراسة الحالية إلى خفض حدة الرهاب الاجتماعي لدى عينة من المراهقين الذين يعانون من التلعثم في الكلام ورفع معدل التفاعل الاجتماعي من خلال استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي قائم على استخدام فنيات (لعب الدور ، تعديل الأفكار ،التعرض)، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (٧) مبحوثين من المراهقين الذين يعانون من التلعثم في أثناء الكلام تراوحت أعمارهم ما بين (١٤-١٩) عام ، وكانت مدة البرنامج شهرين متتالين ، ثم أجري قياس تتبعي بعد شهرين من انتهاء البرنامج ، استخدم الباحث مقياس الرهاب الاجتماعي ،ومقياس التلعثم في الكلام ، برنامج علاجي من إعداد الباحث ،حيث ثبت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة الرهاب الاجتماعي لدى المبحوثين وزيادة معدل التفاعل الاجتماعي ،إلا انه حدثت انتكاسة لدى المبحوثين بعد شهرين من انتهاء البرنامج .

الكلمات المفتاحية: برنامج - الرهاب الاجتماعي - التلعثم

Abstract:

The Current study aimed to study The effectiveness of cognitive behavioral program contains" play role, expose, rebuilding thought. practice for reducing social anxiety among(7) males and females adolescents. s their age arranged from (14-19) they are varied in social anxiety severity between: moderate and severe. adolescents. had intensive program for two month. The result showed that adolescents. had good social interactive..

Key words: cognitive behavioral program, social anxiety

(*) هذا البحث مستل من رسالة الدكتوراه الخاصة بالباحث، وهي بعنوان: [فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض حدة بعض الأعراض النفسية والجسمية لدى المراهقين المتلعثمين]، تحت إشراف أ.د. سمير سعد خطاب- كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي & أ.م.د. محمود عبد العزيز محمد - كلية الآداب - جامعة سوهاج

يبدأ القلق الاجتماعي في مرحلة المراهقة في سن (١٥) عام ، كما انه يكون أكثر انتشاراً في الفئة العمرية من (١٥ : ٢٩) ، وينتشر بين الأفراد الذين لم ينالوا حظ وافر من التعليم ، وكذلك بين الطبقات الاجتماعية المنخفضة (magee , 1996,160) ، وقد ينشأ هذا الاضطراب بطيئاً لدى الأفراد الذين يعانون من الخجل ، وقد ينشأ لدى البعض فجأة ، ويمكن أن يرتبط بتجربة أحدثت إذلالاً شديداً هيئت المسرح لتلك الأحداث ذات التأثير في المواقف المشابهة ، الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب ، يعانون منه طوال حياتهم ، والبعض الآخر يتضاءل لديهم الاضطراب وتقل لديهم حدة المشكلة (Noyes, Hoen & Seric, 1998, 16).

ينظر المراهقون المتلعثمون الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي إلى أنفسهم على أنهم غير فعالين اجتماعياً ، وينسحبون من المواقف الاجتماعية ويدركون كفاءاتهم المنخفضة بواسطة أقرانهم ، ويملكون شعوراً منخفضاً بقيمة الذات ، حيث يتعرضون لكثير من المشاغبات والانتقادات من أقرانهم في نفس المرحلة العمرية نتيجة ، مما يؤثر على كفاءتهم الاجتماعية في التعامل مع المواقف المختلفة ، مما يسبب لهم الانسحاب الاجتماعي (إيمان جمعة ، ٢٣ ، ٢٠١٠) ، استمرار المعاناة بالرهاب الاجتماعي لدى المراهقين يؤدي إلى تدني المكانة الاجتماعية والاقتصادية ، وقد يصل الأمر إلى أن يفقد الإنسان عمله ووظيفته ، حيث تتتاب الفرد المتلعثم حالة من الكآبة والإحساس بالضيق جراء الإحساس الدائم بالرهاب الاجتماعي عند مواجهة الآخرين (Stein & Kean, 2000, 1606).

يفسد الرهاب الاجتماعي الحياة اليومية للفرد ويمنعه من القيام بالأنشطة التي يجبها الأمر الذي يستوجب علاجه (كوام مكنزي، ٢٠١٣ ، ٣٨) ، كما أن إزالة الرهاب الاجتماعي لدى المراهقين يساهم بدرجة كبيرة في تحسين معدل الطلاقة اللفظية ويمنح الفرد الفرصة في التعبير عن أفكاره وآراءه (Iverach , Rapee , 2014, 69).

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

- من خلال العرض السابق ، نلاحظ أن الرهاب الاجتماعي له أثار نفسية سلبية شديدة التأثير على شخصية الفرد من الناحية الاجتماعية والنفسية والاقتصادية الأمر الذي يتطلب ضرورة التدخل العلاجي لإزالة الرهاب الاجتماعي .
- في ضوء ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية :**
- ١- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي على مقياس شدة (الرهاب الاجتماعي) لدى أفراد عينة الدراسة في اتجاه القياس البعدي ؟
 - ٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي لتطبيق البرنامج نفسه والقياس

اللاحق له (بعد شهر) لدرجة الرهاب الاجتماعي على مقياس شدة (الرهاب الاجتماعي) لدى

أفراد عينة الدراسة؟

أهمية الدراسة:

يمكن عرض مبررات الدراسة، وأهميتها في ضوء أهميتها النظرية، والتطبيقية كما يأتي:

(أ) الأهمية النظرية:

١- مرحلة المراهقة مرحلة حرجة في حياة الإنسان، واستمرار معاناة المراهق باضطراب الرهاب الاجتماعي خلال هذه المرحلة يخلق شخصية مضطربة في المستقبل.

٢- الرهاب الاجتماعي في سن المراهقة يؤثر تأثيراً سلبياً على المستوى التحصيلي والدراسي لدى الطلاب، كما يؤثر على صحتهم النفسية ويقلل من معدل تفاعلهم الاجتماعي.

(ب) الأهمية التطبيقية:

١- تقديم برنامج معرفي سلوكي لخفض شدة (الرهاب الاجتماعي) لدى المراهقين.

٢- تقديم عدد من التوصيات، والمقترحات المتعلقة بوضع الخطط والبرامج والخدمات النفسية، التي تساعد في علاج الرهاب الاجتماعي لدى المراهقين

أهداف الدراسة:

استهدفت الدراسة الحالية ما يلي:

١- دراسة وفحص مدى فعالية أسلوب العلاج المعرفي السلوكي (إعادة بناء الأفكار، ولعب الدور، التعرض)، في خفض حدة الرهاب الاجتماعي لدى المراهقين.

- مفاهيم الدراسة والتأصيل النظري لها.

١- مفهوم البرنامج:

يمثل البرنامج "مجموعة من المثيرات المتضمنة في المواقف والإجراءات والأنشطة والخبرات التي توصف بأنها: مخططة، ومتنوعة، ومنظمة، ومتكاملة، وذات مغزى نفسي معين. وتستخدم أدوات وأساليب مختارة بدقة، تستهدف إحداث تغيير مقصود في سلوك المشاركين ويرجع هذا التغيير إلي التدريب أو التنمية أو العلاج النفسي" (سهير محمد، ٢٠١٠، ٢٤).

عرف "حامد زهران" (١٩٨٠): "البرنامج بكونه مخططاً منظماً في ضوء أسس علمية لتفديذ ام خدمات إرشادية مباشرة وغير مباشرة، والتي تقدم قي صورة فردية أو جماعية لجميع من تتضمنهم المؤسسة (المدرسة مثلاً) لتحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي المتعلق وتحقيق التوافق السوي داخل المؤسسة أو المدرسة ويقوم بتخطيطه وتنفيذه فريق من المؤهلين" (حامد زهران،

١٩٨٠، ٤٣٩). وعرفه "هاينز" و"جونز" (١٩٨٧): "بأنه أسلوب دقيق يقوم به المعالج على أساس استخدام الكلام السهل البطني لتعديل السلوك الكلامي للمتلعثم، ويتم ذلك من خلال تقديم أنشطة تدريبية مختلفة تدرج في الصعوبة وتتنوع بحسب الهدف في كل مرحلة من مراحل البرنامج" (في: غادة كسناوي، ٢٠٠٧، ٢٦).

وينتهي الباحث إلى التعريف الإجرائي التالي لمفهوم البرنامج:

"مجموعة من الإجراءات المنظمة التي تتضمن فنيات قائمة على أساس نظري (النظرية المعرفية-السلوكية) يتم إعدادها بدقة تتناسب مع اضطراب القلق الاجتماعي المطلوب تخفيفه، ويتم تطبيقها بدقة وبصورة تدريجية، وفق زمن محدد بحيث تتيح للفرد القلق مواجهة المواقف الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي الصحيح، والتخلي عن الأفكار السلبية أثناء التفاعل مع الناس، مما يتيح له فرصة التفاعل بصورة أكثر ايجابية".

٢- مفهوم الرهاب الاجتماعي:

هناك عدة مصطلحات تصف هذا الاضطراب منها؛ القلق الاجتماعي، والرهاب الاجتماعي، والارتباك في المواقف الاجتماعية، وهو نوع من أنواع المخاوف المرضية التي حظيت باهتمام أكثر مما كان عليه في السابق.

-عرفه احمد عكاشة (١٩٨٩): بأنه مجموعة من الاضطرابات يستثار فيها القلق بواسطة أشياء او مواقف معينة خارجة عن إرادة الشخص ولا تحمل خطرا في حد ذاتها ويترتب على ذلك تجنب هذه المواقف (احمد عكاشه، ١٩٨٩، ١٢٣).

-عرفه امجد الركيبات (٢٠١٥) : بأنه استجابة نفسية وانفعالية ومعرفية لموقف يتوقع فيه الشخص أن يكون مؤذيا وبالتالي يؤثر سلبيا على عملية التفاعل الاجتماعي(امجد الركيبات، ٢٠١٥، ٣٤).

في ضوء التعريفات السابقة يعرف الباحث القلق الاجتماعي : بأنه حالة من الخوف من مواجهة الجمهور والتفاعل المباشر مصحوب بأعراض فسيولوجية مثل (التعرق، احمرار الوجه، زيادة ضربات القلب) ،ونفسية مثل(الارتباك عند مواجهة الآخرين، تلعثم عند الكلام في مواجهة الآخرين) والذي يمكن تحديد درجته على مقياس شدة القلق الاجتماعي .

٣- مفهوم التلعثم .

ورد تعريف التلعثم بالدليل الإحصائي الخامس (DSM-5) بأنه: "اضطراب في الطلاقة العادية للكلام والتوقيت الزمني له بما لا يتناسب مع عمر الفرد ومهاراته اللغوية، ويتسم التلعثم بوحدة أو أكثر من الأعراض التالية: تكرار لصوت أو لمقطع صوتي أو كلمة ، والتطويل أثناء الكلام ، والألفاظ المقحمة أثناء انسداد الكلام ، وسكتات في الكلام ، واستبدال كلمة بأخرى لتفادي أخطاء الكلام، وهذا الاضطراب يتصف بالتقطع اللاإرادي الزائد في استرسال الكلام مصحوباً بمشاعر الخوف والقلق وسلوك التجنب ويتعارض هذا الاضطراب مع التواصل المهني والاجتماعي والأكاديمي والمهني للفرد" (American Psychiatric

Association, 2013,45-46) ، ويتشابه هذا التعريف مع تعريف قاموس الجمعية الأمريكية لعلم النفس بأنه: "اضطراب في الطلاقة العادية والتتابع الزمني للكلام، ويتصف بالترار والإطالة للأصوات والمقاطع الصوتية والكلمات، وكذلك التوقف أثناء الكلام مما يعوق الفرد عن التواصل مع الآخرين" (VandenBos, 2015, 1041).

ويتهى الباحث بتقديم التعريف الإجرائي لمفهوم التلعثم كما يلي:

"درجة التكرار لصوت أو مقطع صوتي أو كلمة وما يصاحبه من أعراض جسمية أثناء الكلام كما تقيسه أداة الدراسة

ثانياً: انتشار الرهاب الاجتماعي:

حيث يعد القلق الاجتماعي من أكثر أنواع القلق انتشاراً بين الناس، حيث تصل نسبة انتشار القلق الاجتماعي بين عامة الناس ما بين (٣-١٣%) (American Psychiatric Association, 2013,67)، يعد الرهاب الاجتماعي من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين المجتمعات حيث ينتشر بنسبة تتراوح ما بين (٧-١٤%) بين أفراد المجتمع وهو اضطراب معطل للحياة ويكون مصاحب لاضطرابات نفسية أخرى مثل الاكتئاب، ولكنه قابل للعلاج Pilling (Mavranouzouli, Kew, Taylor, Clark, Mayo-Wilson, 2013).

ثالثاً: النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي:

هناك العديد من النظريات التي اهتمت بتفسير القلق الاجتماعي منها ما يلي:

نظرية التحليل النفسي:

القلق الاجتماعي على انه حيلة دفاعية لا شعورية، حيث يحاول المريض عن طريق هذا المرض إلى عزل القلق الناشئ عن فكرة أو موقف مر به في حياته وتحويله إلى موضوع رمزي ليس له بالسبب الحقيقي الذي غالباً ما يجهله المريض فالرهاب عبارة عن عملية دفاع لحماية الفرد من رغبة لا شعورية لديه (Christopher A., 2005, 76).

النظرية السلوكية:

تفسر النظرية السلوكية القلق الاجتماعي أنه يحدث نتيجة لحدوث تعلم شرطي وارتباط سلبي بين تحقيق الفرد لشخصيته ووجوده مع الآخرين، وهذا التعلم يحدث خلال بدايات الحياة من عمر (٤-٦) سنوات وهو يؤدي إلى حساسية مرضية تؤدي إلى الخوف من كل المواقف الشبيهة (نايف الحمد، ٢٠١٦، ١٦-١٧).

النظرية المعرفية :

من ابرز التماذج المعرفية المفسرة لاضطراب القلق الاجتماعي نموذج كلارك وويلز (Clark&wells)، ويرى هذا النموذج أن القلق الاجتماعي هو رغبة قوية لدى الشخص لتكوين انطباع خاص يتسم بالرضى عن الذات أمام الآخرين لكن ضعف الثقة بالنفس يمنعه عن تحقيق ذلك ويتضمن هذا النموذج افتراضين على النحو الآتي :

- ١- هناك خطر يقع عليهم عندما يسلكون بشكل غير مرض وغير مناسب
 - ٢- ان كل سلوك يصدر يعقبه كارثة مثل فقد المكانة الاجتماعية والاحترام.
- (نجيب الصبوة ، اميرة الدق ، ٢٠١٤، ٩٢-٩٣).

تعقيب :

لايوجد اتجاه واحد لتفسير أسباب حدوث القلق الاجتماعي ،القلق الاجتماعي يحدث نتيجة للفاعل بين الخبرات السابقة ورطها بالمواقف الحالية .

رابعاً: أنماط القلق الاجتماعي :

يأخذ الرهاب الاجتماعي أنماط وأشكال متعددة منها ما يلي:-

- ١- الخوف من مواقف الأداء : هو نمط مواجهات الأداء مثل إلقاء كلمة أمام الآخرين، الدخول في حجرة فيها ناس كثيرة .
- ٢- الخوف من المواقف التفاعلية : وهو نمط المواجهات الاجتماعية التفاعلية حيث يكون الفرد مطالب بالتفاعل لما يقوله الآخرون أو يطلبونه منه .

٣- القلق الاجتماعي المعمم : الذين يخافون من مدى واسع من المواقف الاجتماعية ، والتي تجمع (الخوف من مواقف الأداء والخوف من المواقف التفاعلية) في مواقف الحياة .(Stein, M.& Walker,J.,2001, 12-16).

خامساً: الآثار النفسية لمرض القلق الاجتماعي وتأثيره على شخصية

الفرد.

يخاف المصابون باضطراب القلق الاجتماعي من نظر الناس إليهم، حيث يشعرون أنهم موضع نقد و تقييم (Blanco, C; Bragdon, L; Schneier,F; Liebowitz, M, 2012,236) ، ومع استمرار هذه الأفكار تتدني المكانة الاجتماعية والاقتصادية للفرد، وقد يصل الأمر إلى أن يفقد الإنسان عمله ووظيفته (Stein & Kean, 2000,1606) ، حيث تنتاب الفرد المتلعثم حالة من الكآبة والإحساس بالضيق جراء الإحساس الدائم بالقلق الاجتماعي عند مواجهة الآخرين (Murray , Martina, Nina,Michael& Roselind,2001,81) ، ويفسد القلق الاجتماعي الحياة اليومية للفرد ويمنعه من القيام بالأنشطة التي يحبها الأمر الذي يستوجب علاجه (كوام مكنزي، ٢٠١٣، ٣٨)، ومن أهم الأعراض التي تظهر

على المصابين باضطراب القلق الاجتماعي في المواقف الاجتماعية: الخوف من النقد السلبي من قبل الآخرين، وتجنب النظر في عيون الناس عند التحدث إليهم (Lawe,Guastella, Chen, Menzies, Packman, O'Brian, Onslow,2012,263) ، وكذلك الخوف المستمر والمفرط من الحديث أمام الجمهور ، والاحمرار والتعرق والارتعاش، توقع حدوث الضرر عند مواجهة الناس والتفاعل معهم (American Psychiatric Association, (2013,64)، على الرغم من أن القلق الاجتماعي معطل للحياة الاجتماعية إلا أنه يمكن علاجه والتخلص منه(نايف الحمد وآخرون ٢٠١٥، ١٨٧٢).

سادسا - العلاج المعرفي السلوكي للقلق الاجتماعي

(أ) العلاج المعرفي السلوكي أسسه النظرية وتطبيقاته ونشأته:

تمخض العلاج المعرفي السلوكي نتيجة لظهور الثورة المعرفية الجديدة في علم النفس التي ظهرت في حقبة السبعينيات من هذا القرن، والتي يترجمها رواد المنظور المعرفي (جورج كيلي Kelly،أرون بيك Beck،البرت اليس Ellis،... وغيرهم) (الفت كحلة، ٢٠٠٩، ١٧)، وجوهر هذه الثورة يقوم على أساس "مسلمة" تشير إلى أن السلوك الإنساني مدفوع بمثيرات بيئية ووراثية تعمل على توجيه سلوكه بطريقة ما، هذا التوجيه لا يتم بطريقه آلية إنما يمر بعمليات معرفية وسيطة من انتباه وتحليل وترميز وتخزين واسترجاع للمعلومات حتى تظهر الاستجابة (السلوك) (عدنان يوسف ، ٢٠١١، ٢٤) ، لذا يركز العلاج المعرفي السلوكي على أخطاء التفكير والوعي بها وتحويلها إلى أفكار أكثر ايجابية لدى الفرد، ومن خلال تغيير الأفكار الخاطئة التي تسيطر على تفكير الفرد ،يمكن تعديل الاستجابات الانفعالية التي هي مصدر الكرب المباشر الذي يعاني منه الشخص (Beck, 2000: 227) جعل الناس أن يكونوا أكثر فاعلية في قناعاتهم العقلية، يعتبر ومن أهم الأسباب التي أدت إلى تشجيع دراسة علم النفس المعرفي وتشجيع التقدم فيه هو (فتحي الزيات، ٢٠٠١، ٤٢).

(ب) المبادئ العامة التي يقوم عليها العلاج المعرفي :

يجب على المعالج قبل الدخول في عملية العلاج المعرفي أن يحدد الأعراض التي يعاني منها المريض بعناية تامة بهدف تحديد طبيعة الاضطراب ومصادره المعرفية المتعددة (عبدالستار إبراهيم، ٢٠٠٧، ١٥٧)، ومن ثم تبني الاتجاه المعرفي مجموعة من المبادئ والإجراءات من أهمها ما يلي:

- ١- يؤكد العلاج المعرفي على الحاضر أولاً.
- ٢- يتطلب العلاج المعرفي تحالف علاجي سليم.
- ٣- العلاج المعرفي هو علاج تعليمي، يهدف إلى تعليم المريض أن يكون معالج لنفسه ويؤكد على منع الانتكاسة.
- ٤- يؤكد العلاج المعرفي على التعاون والمشاركة الفعالة.

- ٥- يتجه العلاج المعرفي للهدف ويركز على المشكلة.
 - ٦- العلاج المعرفي محدود زمنياً
 - ٧- يستخدم العلاج المعرفي أسلوب الحوار السقراطي في بداية العلاج .
 - ٨- الواجبات المنزلية عامل أساسي في العلاج المعرفي.
 - ٩- يستخدم العلاج السلوكي مجموعة متباينة من الأساليب لتعديل الأفكار والسلوك والحالة المزاجية (الفت كحلة، ٢٠٠٩، ٤٣)
- (ج) أساليب العلاج المعرفي السلوكي وفنياته:**

هناك عديد من الأساليب المعرفية التي انبثقت من النظرية المعرفية لتعديل وعلاج الاضطرابات النفسية ، واقتصر برنامج الدراسة على استخدام أسلوب (إعادة بناء الأفكار -
التعرض- لعب الدور) إلى جانب أساليب العلاج الكلامي.

(١) إعادة بناء الأفكار:

هي عملية معرفية يتم من خلالها تحديد الأفكار الخاطئة التي يعاني منها الفرد المسببة لحالة القلق لديه، وتدريبه على التحقق من صحة هذه الأفكار ومنطقيتها (St Clare, Onslow, Packman, Thompson & Block, 2009,11)، حيث يتم تدريب الفرد على تحدي معتقداته وأفكاره السلبية من خلال تدريبه على التفكير الايجابي والاستدلال بالأدلة على صحة ما يفكر فيه بحيث لا يفسر أفكاره على أسبابه الشخصية (Menzies & Clarke, 1995,191)، من خلال استخدام (أسئلة الحوار السقراطي) المطروحة خلال جلسة التدريب والتي تمكن المريض من فحص معاني الأحداث، وكذلك نتائج الاحتفاظ بالأفكار السلبية سيئة التكيف (سيريل بوفيه، ٢٠١٩، ١٢).

(٢)-فنية لعب الدور:

هو احد أساليب العلاج المنبثق من نظريته (أليس) في العلاج السلوكي الوجداني، وهذا الأسلوب العلاجي يركز بالدرجة الأولى على مساعدة الأفراد في تغيير أفكارهم الخاطئة غير العقلانية المسببة لمشكلاتهم (احمد أبو اسعد، ٢٠١٠، ٣٠٨)، يمتاز أسلوب لعب الدور بتنمية وتنشيط قدرات التعبير لدى المراهقين كما ينمي لديهم موهبة ومهارة الاتصال أو إدارة المناقشات والتعبير عن آرائهم بحرية (ذياب الشطرات، ٢٠٠٤، ١٤)، وهذا ما يحتاجه المراهق المنسحب اجتماعياً والذي يعاني من (قلق اجتماعي) وتلعثم في الكلام لتطويع قدراته وتفعيل قدرته على التواصل الاجتماعي واللفظي مع الآخرين.

(٣) إستراتيجية التعرض:

إستراتيجية التعرض تعني دفع الفرد على المشاركة في الأنشطة المخيفة بالنسبة له (هوفمان اس جي، ٢٠١٢، ٤٦)، ويعد هذا الأسلوب هو أهم أساليب العلاج المعرفي المناسبة للتخلص من حالة القلق و المخاوف التي تسيطر على أفكار المريض ،حيث يزود "التعرض" الفرد بالمعلومات التي تنفي أفكاره وافتراضاته

السلبية المسبقة عن المواقف التي تثير القلق والخوف لديه) (606-2012, et al, Meuret 618)، على الرغم من فعالية هذا الأسلوب في عملية العلاج النفسي إلا إنه يجب استخدامه بعناية وعلى فترات زمنية قصيرة متباعدة (167, Olatunj, 2009)، حيث يتم في بداية استخدام "أسلوب التعرض" بالمشاركة مع المريض في ترتيب المواقف المثيرة للقلق والخوف لديه ترتيباً تدريجياً من الأسهل إلى الأصعب، ويفضل في البداية أن يتم التعرض من خلال التخيل، بحيث يتخيل المريض الموقف المثير للقلق ويبدأ في التدريب على التخلص من المشاعر والأفكار السلبية، ثم الانتقال إلى التدريب على هذه المواقف من خلال تصميم مواقف في العيادة إلى أن تتم الألفة بهذه المواقف ويزول الكرب المرتبط بها (منتصر صلاح، ٢٠١٩، ٧٥)، وعلى الرغم من أهمية أسلوب التعرض كطريقة علاجية ذات فاعلية إلا إنه لا ينصح بالاعتماد عليه منفرداً في عملية العلاج، لأن عملية العلاج ستكون غير مجدية، ويفضل دمجها مع أساليب علاجية أخرى مناسبة

(Feske, Chambless, 1995, 695-720)، إلى جانب ضرورة تحفيز المتدرب على النحو الآتي: في البداية ستجد صعوبة في تنفيذ المهام المطلوبة منك إلا إنك ستشعر بالسعادة عندما تقوم بتنفيذها (Josefowitz & Myran, 2017, 222).

(ج) النموذج المعرفي للرهاب الاجتماعي

يفترض النموذج المعرفي للرهاب الاجتماعي أن الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي لديهم معتقدات خاطئة تكونت حول التواصل الاجتماعي مع الآخرين كالتالي: يعتقدون أن التواصل والتفاعل مع الآخرين مثير للقلق والخوف من الوقوع في أخطاء، والتصرف بأسلوب غير لائق، مما يجعلهم عرضة للسخرية والنقد من الآخرين، وأنهم بمجرد البدء في الكلام سوف يتلعثمون ويلفتون أنظار الناس إليهم، مما يفقدهم مكانتهم الاجتماعية (Clark & Wells, 1995, 69). وتقتصر عملية العلاج على التركيز على إزالة هذه الأفكار السلبية المثيرة للقلق الاجتماعي والتدريب على تحسين مستوى الطلاقة اللفظية لديهم. (Foa, Franklin, Perry, Herbert, 1995, 695).

(د) الأفكار اللاعقلانية المسؤولة عما يصيب الأفراد من اضطراب نفسية:

حدد أليس Ellis احد عشرة فكرة لاعقلانية مسؤولة عما يصيب الأفراد من اضطراب نفسية منها مايلي:

- ١- من الضروري أن يكون الإنسان محبوب من كل الأشخاص في كل الأوقات (عبد الستار إبراهيم، عبدالله عسكر، ٢٠٠٨، ٣٠٠٠).
- ٢- إذا أراد الفرد أن يكون جديراً بأي قيمة في المجتمع فعليه أن يتميز بالكفاءة والانجاز في العمل بدرجة عالية.

- ٣- يوجد في كل مجتمع مجموعة من الأفراد ذوي النفوس الدنيئة والشريرة، وهؤلاء يجب أن نوقع عليهم اشد العقوبة.
 - ٤- إذا لم تحدث الأمور بالطريقة التي يتمناها الفرد، فليس هناك أمل في أي شيء.
 - ٥- أسباب تعاسة الإنسان خارجة عن إرادته وأنه لا يوجد أي إنسان يمكنه التحكم في قدره ومصيره.
 - ٦- إذا تعرض الإنسان لخطر ما فإنه من الطبيعي أن يشعر بالخوف وعدم الارتياح بل الزعر الشديد لأنه لا محالة من وقوع المحذور.
 - ٧- أن تجنب أو تحاشي بعض مصاعب الحياة أو عدم تحمل المسؤولية أسهل بكثير من مواجهة الصعوبات وتحمل المسؤوليات.
 - ٨- يجب على المرء أن يعتمد على الآخرين في تحقيق أهدافه، وأنه بحاجة إلى من هو أقوى منه لكي يشعر بالثقة بالنفس. (احمد أبو اسعد، ٢٠١٠، ٣٠٢).
 - ٩- الخبرات والأحداث السابقة تحدد السلوك الحالي ولا يمكن تجنب أثرها.
 - ١٠- يجب أن يحزن الشخص لمشكلاته وأحزان الآخرين.
 - ١١- هناك دائما حل صحيح وكامل لكل مشكلة يجب الوصول إليه وإلا حدثت كارثة
- (حامد زهران، ٢٠٠٥، ٣٦٦).

-الدراسات السابقة:

قام الباحث بمراجعة الإنتاج العلمي والدراسات السابقة، يمكن عرض نتيجتها في فئة الدراسات التي تناولت القلق الاجتماعي لدى المتلعثمين والأساليب العلاجية التي تم استخدامها خلال هذه الدراسات على النحو الآتي

انصب اهتمام هذا النوع من الدراسات على "القلق الاجتماعي" كأحد الاضطرابات النفسية التي يعاني منها المراهقين في مرحلة المراهقة، وكذلك التركيز على إزالة القلق الاجتماعي كوسيلة لتحقيق التفاعل الاجتماعي باستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي على النحو الآتي.

ثبت وجود علاقة ارتباطية طردية دالة بين القلق الاجتماعي وشدة التلعثم في الكلام في المواقف الاجتماعية، حيث يرتفع معدل القلق الاجتماعي لدى المتلعثمين الذين يعانون من تلعثم شديد بدرجة أعلى من شدة القلق الاجتماعي لدى متوسطي الشدة في معدل التلعثم، أي انه كلما ارتفع معدل القلق الاجتماعي، ارتفع معه معدل التلعثم في الكلام، وكلما انخفض معدل القلق عزرا وايرسلفن (٢٠٠٤) " انخفض معدل التلعثم في الكلام وهذا ما أثبتته دراسة كل من " ، أجريت الدراسة على (٩٤) متلعثم يعانون من تلعثم متوسط " Irislevin & Ezrati الشدة، وتلعثم شديد، ومجموعة أخرى من العاديين تتراوح أعمارهم من (١٨-٣٤) عام، حيث تم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي عقب تعرضهم لمواقف تتطلب التواصل الاجتماعي مع الآخرين في مواقف مختلفة، وأظهرت نتائج الدراسة عدم معاناة العاديين من القلق

الاجتماعي وتتشابه مع ما توصلت إليه (IrisLevin & Ezrati.2004). بالمقارنة بأقرانهم المتعلمين

علاقة بين التلعثم حيث ثبت وجود ، Mulcahy دراسة "مولكي" وزملائه (٢٠٠٨) في الكلام وأعراض القلق الاجتماعي والعزوف عن التواصل مع الآخرين في المواقف الاجتماعية لدى المراهقين حيث أجريت الدراسة على مجموعتين من المراهقين، وتم تطبيق اختبار مقياس مظاهر القلق الاجتماعي ومقياس شدة التلعثم في الكلام، مقياس الاتجاهات نحو التواصل مع الآخرين على كل من المجموعتين، المجموعة الأولى تتكون من (١٩) مراهق يعانون من التلعثم، والمجموعة الثانية تتكون من (١٨) مراهق لا يعانون من التلعثم (Mulcahy, Hennessey, Beilby, Byrnes, 2008).

اتفقت نتائج الدراسات السابقة مع ما توصلت إليه دراسة "بلود" وزملائه Blood (٢٠١٧)

، حيث توصلت إلى وجود علاقة ذات دلالة بين معدل القلق الاجتماعي والتلعثم في الكلام ، حيث أجريت دراسة مقارنة بين مجموعتين تتضمن عينة من (الأطفال والمراهقين) ، كل مجموعة تتكون من (٣٦) مبحوث ، المجموعة الأولى من المبحوثين المصابين بالتلعثم في الكلام ، والمجموعة الثانية من المبحوثين العاديين ، طبق على كل منهما مقياس معدل القلق الاجتماعي ، ومقياس تقدير الذات ومقياس تقدير درجة التلعثم ، وأسفرت نتائج القياس عن وجود فروق ذات دلالة في مقياس القلق الاجتماعي لصالح المجموعة التي تعاني من التلعثم في الكلام (Blood, Blood, Maloney. Qualls & Meyer, 2007).

ظهر نوع آخر من الدراسات ركز على إزالة القلق الاجتماعي لدى المتعلمين باستخدام العلاج المعرفي السلوكي لتحقيق الطلاقة اللفظية ، كما في دراسة "كيلمان ، ويلر" (٢٠١٥)

Kelman & Wheeler ، حيث استهدف الدراسة التخلص من الأعراض النفسية الناتجة عن التلعثم في الكلام مثل القلق الاجتماعي ، التوتر والقلق الناتج عن التلعثم في الكلام ، الأفكار السلبية المصاحبة للتلعثم أثناء الكلام واستخدم الباحث برنامج تكاملي يجمع بين أساليب العلاج المعرفي ، وأساليب العلاج الكلامي في برنامج واحد واستخدم الباحث أساليب العلاج المعرفي مثل (إعادة بناء الأفكار ، لعب الدور ، مهارة التعايش) ، و تضمنت الدراسة بعض أساليب العلاج الكلامي مثل (المد والتطوير) ، أجريت الدراسة على مجموعة تجريبية واحدة مكونة من مجموعة من الأطفال يتراوح أعمارهم من (٥ - ١٣) عام ، واستخدم الباحث مقياس التفاعل الاجتماعي ، ومقياس تقدير الذات ، ومقياس شدة التلعثم ، واستمرت الدراسة لمدة ٣ شهور ، عقبها دراسة متابعة لمدة شهر ، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق

ذات دلالة إحصائية بين معدل القياس (القبلي- أبعدي) علي متغير التفاعل الاجتماعي ومتغير تقدير الذات ومتغير شدة أعراض التلعثم Kelman & (Wheeler, 2015)، تقترّب نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة "جوبتا" (Gupta, 2016) وزملائه، حيث تبين أن التخلص من القلق الاجتماعي في المواقف الاجتماعية له دور كبير في تحسين مستوى الطلاقة اللفظية حيث أجريت الدراسة على عينة من المراهقين يبلغ عددهم (10) مبحوثين تتراوح أعمارهم ما بين (18-39) قسموا إلى مجموعتين كل مجموعة تتكون من (5) مبحوثين المجموعة الأولى ضابطة والأخرى تجريبية وتم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي ومقياس شدة التلعثم، مقياس الاتجاهات نحو التواصل مع الآخرين، تعرضت المجموعة التجريبية لبرنامج معرفي فقط بدون استخدام أساليب العلاج الكلامي، تضمن البرنامج مجموعة من المهارات (تقدير الذات، تحسين موقفهم من التواصل مع الآخرين، تفهم وإدراك حالة التلعثم في الكلام، تفهم القلق الاجتماعي ومهارة التعامل معه)، تضمن البرنامج 20 جلسة تدريب، مدة كل جلسة (ساعة)، وأظهرت نتائج البرنامج وجود تحسن في الطلاقة اللفظية وانخفاض معدل القلق الاجتماعي (Gupta, harakumar & Vasudha, 2016)، وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة، "مينز" (Menzies, 2009) وزملائه حيث، توصلت نتائج الدراسة إلى أن التخلص من القلق الاجتماعي أثناء الكلام يؤدي إلى زيادة معدل الطلاقة اللفظية، حيث أجريت الدراسة على مبحوث واحد عمره (22) عام وتم تطبيق مقياس شدة التلعثم، مقياس القلق الاجتماعي، مقياس الأفكار اللاعقلانية، حيث خضع المبحوث لبرنامج معرفي فقط يتضمن (فنية إعادة بناء الأفكار، سلب الحساسية التدريجي وتقليل مصدر التهديد من المواقف الاجتماعية باستخدام "التعرض التدريجي" حيث حدد المبحوث المواقف المثيرة للتهديد والقلق وقام بترتيبها ترتيباً تصاعدياً من الأسهل إلى الأصعب، الانتباه للأفكار الإيجابية وصرف الانتباه للأفكار السلبية من خلال التدريب على إعادة توجيه الانتباه للأفكار الإيجابية)، وتم تدريبهم على التعرض للمواقف الاجتماعية المثيرة للقلق تدريجياً مثل: الرد على الهاتف، الرد بجملة قصيرة، حديث قصير لأشخاص مقربين إليه، ورصد الأفكار السلبية قبل التعرض للموقف الاجتماعي وبعد التعرض لمواقف الاجتماعي واختبار مدى صحة كل فكرة على حدة (Menzies et al, 2009, 189)، وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة "مكاليستر" (McAllister, 2017) وزملاؤه، حيث هدفت الدراسة إلى تحسين مستوى الطلاقة اللفظية لدى عينة من المراهقين من خلال إزالة القلق الاجتماعي لديهم، وأجريت الدراسة على عينة عددهم (31) وعمرهم الزمني ما بين (16-19) عام، من خلال إتاحة الفرصة لهم في التعبير عن آرائهم بدون مواجهة مباشرة مع الجمهور، من خلال التواصل مع المدرب (الباحث) وفريق التدريب، عن طريق التواصل عبر وسائل (التواصل الاجتماعي) عن طريق شبكة الانترنت (أون لاين)، وتم الاستعانة

بالجمعية البريطانية "للتعلم" في الحصول على العينات اللازمة للدراسة، وتم تدريبهم على التخلص من القلق الاجتماعي من خلال تدريبهم على التركيز على موضوع محدد في كل مرة يتم فيها التواصل، واخذ أرائهم عن هذه المواضيع، بدون أن يُعرفهم الباحث وفريق العمل أنهم على دراية، بأنهم مصابين بالتعلم في الكلام ،واستمرت الدراسة لمدة (٦) شهور (McAllister, Gascoine, Carroll, Humby, Kingston, Shepstone, Risebro, Mackintosh, Thompson, Hodgekins, 2017).

تعقيب على الدراسات السابقة:

يمكن للباحث تلخيص المراجعة السابقة للتراث في بعض النقاط التي تصب في موضوع الدراسة الحالية وخاصة فيما يخص فروض الدراسة، وذلك كما يلي:

- * لوحظ ندرة الأبحاث التي تناولت القلق الاجتماعي في البيئة المحلية.
- * توجد علاقة طردية بين القلق الاجتماعي وشدة التعلم في مواقف التفاعل الاجتماعي لدى المراهقين، كما في دراسة كل من ؛ (Iris Levin & Ezrati.2004؛ Blood,et ؛ Michille, et al 2008؛ al,2007)
- * التخلص من القلق الاجتماعي يؤدي إلى تحسين مستوى الطلاقة اللفظية في المواقف الاجتماعية كما في دراسة؛ (Gupta, et al, ؛Menzies et al,2009؛ McAllister et al,2017) (2016)
- * أوضحت الدراسات السابقة أهم فنيات العلاج المعرفي السلوكي استخداماً في خفض حدة القلق الاجتماعي وزيادة معدل الطلاقة اللفظية في الكلام مثل: (إعادة بناء الأفكار وإزالة الأفكار السلبية، مهارة التعايش، مهارة حل المشكلات، أسلوب العرض)، كما في دراسة (Gupta,2019)

كما يمكن استخلاص بعض النقاط التي تصب في الإجراءات المنهجية للدراسة، كالتالي

أولاً: من حيث التصميمات التجريبية .

جمعت الدراسات السابقة بين التصميمات التجريبية التي تقتصر على نظام (المجموعة الواحدة)

كما في دراسة (means et al ,2013,McAllister et al,2017)، وهناك دراسة تضمنت أكثر من مجموعة كما في دراسة (Gupta et al,2016) .

ثانياً: من حيث حجم عينة الدراسة.

ظهر اختلاف واضح بين الدراسات السابقة فيما بينها من حيث حجم عينة الدراسة فهناك دراسات اقتصر على مباحث واحد مثل دراسة (Menzies et)

(Gupta et al,2009)، ودراسات ضمت (١٠) مبحوثين كما في دراسة (Gupta et al,2016)، ودراسات ضمت (٣١) مبحوث كما في دراسة (McAllister et al,2017).

ثالثاً: من حيث العمر الزمني .

انقسمت الدراسات السابقة على نفسها فيما يتعلق بالعمر الزمني حيث ضمت بعض الدراسات

عينة عمره الزمني (١٦-١٩) عام كما في دراسة (McAllister et al,2017)، ودراسات ضمت مبحوثين عمرهم (٢٢) كما في دراسة (Menzies et al,2009).

-الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: منهج الدراسة:

مثل المنهج التجريبي هو المنهج المناسب للدراسة الحالية، وقد حدد الباحث كل من: **المتغير المستقل**: البرنامج المعرفي السلوكي المقترح، **والمتغير التابع**: درجة (القلق الاجتماعي)، لدى المراهقين الذين يعانون من التلعثم . كما أمكن للباحث الاستناد إلى **تصميم تجريبي مناسب للدراسة**؛ فبعد مراجعته للدراسات السابقة، وفي ضوء فروض الدراسة، وعدد المجموعات المستخدمة أمكن له أن يتبنى **طريقة القياس (القبلي - البعدي) لمجموعة تجريبية واحدة**؛ ففي هذا التصميم تتعرض المجموعة التجريبية للقياس القبلي والقياس البعدي بعد التعرض للمعالجة (متغير مستقل)، ثم إجراء المعالجة الإحصائية للفروق بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي وإيجاد دلالاته الإحصائية (أحمد كاظم، وجابر عبد الحميد، ١٩٩٠، ١٧٦)، وخلال هذا التصميم يتم اختيار عينة الدراسة بطريقة عمدية لتكوين مجموعة تجريبية واحدة (شكل ١).

ن	المجموعات	قياس قبلي	متغير مستقل	قياس بعدي
٧	مجموعة تجريبية واحدة	↗	↗	↗
← مرور الفترة الزمنية للبرنامج				

شكل (١): طريقة القياس (القبلي- البعدي)

لمجموعة تجريبية واحدة (أحمد كاظم، وجابر عبد الحميد، ١٩٩٠، ١٧٦)

ثانياً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الحالية في صورتها النهائية من (٧) مبحوثين فئة المراهقين (١ إناث- ٦ ذكور) تراوحت أعمارهم ما بين (١٤ - ١٩) عاماً، تم اختيار عينة الدراسة بطريقة عمدية من بين (١٠) حالات ممن يعانون من القلق الاجتماعي، تم اختيارهم من المراجعين لمركز مطمئنة للاستشارات النفسية والطب النفسي (دولة الكويت) مقر عمل الباحث، حيث كان يحول الطبيب النفسي، الحالات النفسية التي تعاني من القلق الاجتماعي، ويوضح جدول (١) وصفاً تفصيلاً لعينة الدراسة الاستطلاعية.

جدول (١)

توزيع عينة الدراسة وفقاً للصف الدراسي، والعمر، والجنس ن=١٠.

العدد	العمر	الجنس		الصف
		إناث	ذكور	
١	١٤		١	الثالث الإعدادي
٤	١٧	١	٣	الثالث الثانوي
٥	١٩	٠	٥	الأول جامعي
١٠		١	٩	المجموع

جدول (٢)

خصائص عينة الدراسة الأساسية ن=٧.

العدد	العمر	الجنس		الصف
		إناث	ذكور	
١	١٤		١	الثالث إعدادي
٤	١٧	١	٣	الثالث ثانوي
٢	١٩		٢	الأول جامعي
٧		١	٦	المجموع

مراحل اختيار عينة الدراسة:

مر اختيار عينة الدراسة بعدة مراحل على النحو التالي:

المرحلة الأولى (الفرز المبدئي):

تم استقبال عدد (١٠) حالات وتم تطبيق مقياس، القلق الاجتماعي، وتبين أن هناك (٣) حالات تعاني من اضطراب القلق الاجتماعي بمعدل بسيط، وتم استبعادهم، و (٧) حالات تعاني من القلق الاجتماعي بمعدل شديد.

المرحلة الثانية (اختيار العينات موضع الدراسة): تم خلال هذه المرحلة اختيار عدد (٧) حالات (مبحوث واحد من الجنسية المصرية، وست مبحوثين من الجنسية الكويتية) من الحالات موضع الدراسة بحيث تنطبق عليهم الشروط الآتية:

- ١- ألا يخضع المبحوث للعلاج الدوائي، ويكتفي فقط بالعلاج المعرفي السلوكي.

- ٢- أن يكون المبحوثين ضمن فئة المراهقين في الفئة العمرية (١٤-١٩).

- ٣- أن يكون المبحوث يعاني من اضطراب القلق الاجتماعي.

الصعوبات التي واجهت الباحث خلال الدراسة:

- صعوبات مادية حيث اضطر الباحث إلى دفع ثمن قيمة المشتريات التي يشتريها المبحوثين أثناء التدريب على التعرض المباشر للمواقف الاجتماعية موضع التدريب.

- بعض المبحوثين لم يلتزموا بالحضور المكثف للجلسات.

- إلحاح بعض أولياء أمور المبحوثين لحضور جلسات التدريب لمشاهدة ما يدور في الجلسة، وأوضح الباحث لهم: أن حضور الأسرة إلى جانب المبحوث في أثناء التدريب من الممكن أن يجعل المبحوث يخجل من تنفيذ المهام التدريبية مما يؤثر سلباً على سير الجلسة التدريبية.

- رفض أولياء أمور المبحوثين تسجيل فيديو في أثناء تقييم مستوى شدة التلعثم لدى المبحوثين في المقابلة الأولى، وذلك خوفاً من نشر هذه التسجيلات.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

- ١- برنامج معرفي سلوكي من إعداد: الباحث.

- ٢- مقياس القلق الاجتماعي مجدي الدسوقي (بدون تاريخ)

- ٣- مقياس شدة التلعثم نهلة الرفاعي (٢٠٠١).

وصف تفصيلي لأدوات الدراسة

١- البرنامج السلوكي المقترح (من إعداد الباحث)

يعد القلق الاجتماعي من أكثر أنواع القلق انتشاراً بين الناس، حيث تصل نسبة انتشار القلق الاجتماعي بين عامة الناس ما بين (٣-١٣%) (American Psychiatric Association, 2013,67)، حيث يخاف مضطربي القلق الاجتماعي من نظر الناس إليهم، حيث يشعرون أنهم موضع نقد و تقييم (Blanco, C; Bragdon, L; Schneier, F; Liebowitz, M, 2012,236) ومع استمرار هذه الأفكار تتدني المكانة الاجتماعية والاقتصادية للفرد، وقد يصل الأمر إلى أن يفقد الإنسان عمله ووظيفته (Stein & Kean, 2000,1606)، حيث تنتاب الفرد المتلعثم حالة من الكآبة والإحساس بالضيق جراء الإحساس الدائم بالقلق

الاجتماعي عند مواجهة الآخرين (Murray & Martina& Nina&Michael, Roselind,

-**النظرية المعرفية:** يحدث "القلق الاجتماعي نتيجة الأفكار السلبية التي يعاني منها الفرد القلق، وكذلك توقعاته بأنه سوف يخطأ بمجرد أن يبدأ في الاسترسال بالكلام (Kelman & Wheeler 2015,167)، هذه الأفكار السلبية تنشأ تلقائياً بصورة لا إرادية تؤدي إلى تكوين مشاعر وعواطف مضطربة وسلوكيات غير جيدة، لذا ينصب اهتمام العلاج المعرفي على التخلص من هذه الأفكار السلبية الذي يؤدي بدوره إلى التخلص من السلوكيات غير الجيدة (التلعثم في بداية الكلام، الارتباك، احمرار الوجه)، ومن ثم تحقيق الاستقرار النفسي (Kawai,2010, 269).

يتكون القلق الاجتماعي لدى الفرد نتيجة للتحيز الشخصي لفكرة خاطئة عند مواجهة المواقف الاجتماعية، مع تكرار الخبرات السلبية يتكون لدى الفرد فكرة الخوف من النقد من قبل الآخرين (Menziez, et al,2009,188)، هذه المخاوف تجعل الشخص عرضه لمجموعة من الأعراض الفسيولوجية مثل: (التعرق، الرجفة، جفاف الحلق، احمرار الوجه أثناء الكلام (Iverach , Rapee, 2014,71)، حيث تسيطر على الفرد فكرة مثل: الناس سوف يركزون علي أثناء الكلام، ويبدأ الفرد الذي يعاني من القلق الاجتماعي في التمثيل الذهني والتصوير لذاته الفلقة أثناء الكلام (Schultz& Heimberg, 2008, 1206).

الأساليب المعرفية التي يقوم عليها البرنامج:

هناك عديد من الأساليب المعرفية التي انبثقت من النظرية المعرفية لتعديل وعلاج الاضطرابات النفسية ، واقتصر برنامج الدراسة على استخدام أسلوب (إعادة بناء الأفكار-لعب الدور) إلى جانب أساليب العلاج السلوكي .

١-إعادة بناء الأفكار: يرى "ألبرت اليس" (Ellis) ١٩٦٩ ان الاستجابات الانفعالية المصاحبة للمواقف التي نتعرض لها لا تحدث بفعل هذه المواقف في حد ذاتها ولكن بفعل إدراكنا لهذه المواقف (عبد الستار ابراهيم، عبدالله عسكر، ٢٠٠٨، ٢٩٧)، لذا تعد عملية بناء الأفكار عملية معرفية يتم من خلالها تحديد الأفكار الخاطئة التي يعاني منها الفرد المسببة لحالة القلق لديه وتدريبه على التحقق من صحة هذه الأفكار ومنطقيتها (St Clare, Onslow, Packman, Thompson & Block, 2009,11)، حيث يتم تدريب الفرد على تحدي معتقداته وأفكاره السلبية من خلال تدريبه على التفكير الايجابي والاستدلال بالأدلة على صحة ما يفكر فيه بحيث لا يفسر أفكاره على أسبابه الشخصية (Menzies & Clarke, 1995,191).

٢-فنية لعب الدور: هو احد أساليب العلاج المنبثق من نظريه (أليس) في العلاج السلوكي الوجداني ، وهذا الأسلوب العلاجي يركز بالدرجة الأولى على مساعدة الأفراد في تغيير أفكارهم الخاطئة غير العقلانية المسببة لمشكلاتهم (احمد أبو اسعد، ٢٠١٠، ٣٠٨) ، يمتاز أسلوب لعب الدور بتنمية وتنشيط قدرات التعبير لدى المراهقين كما ينمي لديهم مهارة ومهارة الاتصال أو إدارة المناقشات والتعبير عن آرائهم بحرية (ذياب الشطرات، ٢٠٠٤، ١٤). وهذا ما يحتاجه المراهق المنسحب اجتماعياً والذي يعاني من (قلق اجتماعي) وتلعثم في الكلام لتطوير قدراته وتفعيل قدرته على التواصل الاجتماعي واللفظي مع الآخرين.

٣- إستراتيجية التعرض: إستراتيجية التعرض تعني دفع الفرد على المشاركة في الأنشطة المخيفة بالنسبة له (هوفمان اس جي، ٢٠١٢، ٤٦)، ويعد هذا الأسلوب هو أهم أساليب العلاج المعرفي المناسبة للتخلص من حالة القلق و المخاوف التي تسيطر على أفكار المريض ، حيث يزود "التعرض" الفرد بالمعلومات التي تنفي أفكاره وافتراضاته السلبية المسبقة عن المواقف التي تثير القلق والخوف لديه (Meuret, 2012, 606-618 et al, 2012) ، على الرغم من فعالية هذا الأسلوب في عملية العلاج النفسي إلا إنه يجب استخدامه بعناية وعلى فترات زمنية قصيرة متباعدة (Olatunj, 2009, 167)، حيث يتم في بداية استخدام "أسلوب التعرض" بالمشاركة مع المريض في ترتيب المواقف المثيرة للقلق والخوف لديه ترتيباً تدريجياً من الأسهل إلى الأصعب ، ويفضل في البداية أن يتم التعرض من خلال التخيل ، بحيث يتخيل المريض الموقف المثير للقلق ويبدأ في التدريب على التخلص من المشاعر والأفكار السلبية، ثم الانتقال إلى التدريب على هذه المواقف من خلال

تصميم مواقف في العيادة إلى أن تتم الألفة بهذه المواقف ويزول الكرب المرتبط بها(منتصر صلاح، ٢٠١٩، ٧٥)، وعلى الرغم من أهمية أسلوب التعرض كطريقة علاجية ذات فاعلية إلا إنه لا ينصح بالاعتماد عليه منفرداً في عملية العلاج، لأن عملية العلاج ستكون غير مجدية، ويفضل دمجها مع أساليب علاجية أخرى مناسبة

(Feske, Chambless, 1995, 695-720)، إلى جانب ضرورة تحفيز المتدرب على النحو الآتي: في البداية ستجد صعوبة في تنفيذ المهام المطلوبة منك إلا إنك ستشعر بالسعادة عندما تقوم بتنفيذها (Josefowitz & Myran, 2017, 222).

ب- النظرية السلوكية: القلق خبرة (استجابة متعلمة) تعلمها الفرد نتيجة لتعرضه لمواقف (مثيرات) تؤدي إلى الخوف، وتكرار تعرض الفرد لنفس المثيرات وظهور نفس الاستجابة يجعلها تستمر لديه وتظهر تلقائياً بمجرد تعرضه لنفس الموقف (مثير) (كوام مكزي، ٢٠١٣، ٢٢)، ومع مرور الزمن كلما ازداد وقوع نوبات القلق في أماكن مختلفة، فإنه يتعلم الإحساس بالقلق والخوف وتصبح استجابة دفاعية عادية لديه في المواقف المشابهة (دايفد شيهان، ١٩٨٨، ١٩).

ب- الفنيات المنبثقة عن النظرية السلوكية التي يستخدمها الباحث في تنفيذ البرنامج السلوكي:

١- التعزيز (التدعيم): الإثابة (العائد المباشر) التي يتلقاها المتعلم خلال الموقف التعليمي، ويظهر التدعيم في صورة تدعيم معنوي أو تشجيع مادي وينقسم إلى جانبين:

التعزيز الإيجابي: الذي إذا أُضيف إلى الموقف التعليمي فإنه يقوى من احتمال ظهور الاستجابة، **والتعزيز السلبي:** الذي إذا أُضيف إلى الموقف التعليمي فإنه يقلل من احتمال ظهور الاستجابة (القلق الاجتماعي)، والتعزيز الإيجابي من الأساليب المهمة التي تستخدم في علاج الاضطرابات السلوكية، ولكي يكون التعزيز فعالاً لا بد وأن يقدم حال ظهور السلوك المرغوب فيه، ومن الأفضل أيضاً استخدام التدعيم المستمر في بداية تعلم السلوك الإيجابي المرغوب فيه (عبدالستار إبراهيم، وآخرون، ١٩٩٣، ٢٨).

٣ - تعميم الاستجابة: عند حدوث استجابة شرطية لمثير معين، فإن المثيرات الأخرى المشابهة لهذا المثير يمكن أن تستثير الاستجابة نفسها (إبراهيم وجيه، ١٩٩٦، ٤٤)، ولكي يكون التعميم فعال في هذه الحالة لا بد أن يتخيل المتدرب الموقف المطلوب مواجهته والتفاعل معه أولاً، ويقوم بتمثيل هذا الدور في الموقف التعليمي المعد في بيئة التعلم تحت إشراف "المدرّب" (Christine, Conelea, Kevin. Rice and Douglas 2014, 95)

ثانياً: مقياس القلق الاجتماعي

وصف المقياس :

اعد هذا المقياس كل من "رولين ووي" (١٩٩٤) "Roline & wee"، تعريب وتقنين د/مجدي الدسوقي.

وذلك لقياس القلق الاجتماعي والقصور في التفاعل الاجتماعي، المقياس أداة صادقة لتحديد الأشخاص الذين تنطبق عليهم محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (Dsm-iv) المتعلقة بالقلق الاجتماعي، ويصلح هذا المقياس للأفراد من عمر (١٢) عام فما فوق، يتكون المقياس من ٣٦ عبارة تكون الإجابة عليها (نعم) أو (لا) ويطلب من المفحوص أن يختار واحدة منهم تتفق مع مشاعره وتصرفاته في موقف الحياة

إعداد المقياس في صورته العربية:

تم ترجمة المقياس إلى اللغة العربية مع الحفاظ على المحتوى والمضمون لفقرات المقياس بأكبر قدر من الموضوعية والحياد، حيث تم عرض نتيجة الترجمة على أساتذة اللغة الانجليزية بكلية الآداب لمطابقة الترجمة العربية على النص الانجليزي لتوضيح ما إذا كانت الترجمة إلى اللغة العربية تنقل نفس المعنى المقصود باللغة الانجليزية أم لا، وقد تبين مطابقة الترجمة إلى اللغة العربية مع اللغة الانجليزية .

صدق المحكمين :

بعد الاطمئنان إلى صحة محتوى المقياس باللغة العربية، تم عرضه على (٥) محكمين من أعضاء هيئة التدريس من أساتذة الصحة النفسية للتعرف على مدى ملائمة عبارات المقياس ما وضع لقياسه وقد اتفق المحكمون على عبارات المقياس .

قام معد المقياس بتطبيقه على عينة مبدئية من طلاب المرحلة الثانوية (ن=٧٢)، وعينة من طلاب الجامعة (ن=٨١) وذلك للتأكد من وضوح عبارات المقياس، وتم التأكد من الوضوح والبساطة وأنه مناسب للتطبيق على طلاب المرحلة الثانوية والجامعة .

طريقة التصحيح:

أن يجيب المبحوث على كل بند بإجابة واحدة من بين اختياريين هما (نعم) أو (لا)، يعطى المبحوث درجة واحدة إذا كانت الإجابة (نعم) وصفر إذا كانت الإجابة (لا) مع ملاحظة أن العبارات التي تحمل أرقام (٣،٧،١٤،١٦،١٧،٢٧،٢٨،٣٣) تصحح في الاتجاه العكسي، ويستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة الكلية التي يحصل عليها المبحوث، والدرجة المرتفعة (١٩، فما فوق) تشير إلى أن المبحوث يعاني من رهاب اجتماعي

فحص تكافؤ الصورتين العربية والانجليزية :

طبق المقياس على مفحوصين (طلاب قسم اللغة الانجليزية) حيث تم تطبيق النسختين نسخة باللغة العربية والنسخة الأخرى باللغة الانجليزية على نفس الطلاب وكان معامل الارتباط بين درجات الصورتين (٩٤). وهو معامل مرتفع يشير إلى تكافؤ المقياس

صدق المقياس

تم حساب صدق المقياس باستخدام الطريقتين الآتيتين - الصدق التلازمي :

تم التحقق للصدق التلازمي للمقياس وذلك بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها مجموعة مكونة من (٥٠) تلميذ وتلميذة من طلاب المرحلة الثانوية، ومجموعة أخرى مكونة من (٥٠) طالب وطالبة من طلاب الجامعة على المقياس الحالي، وبين درجات كل مجموعة على مقياس الخوف من التقييم السلبي (feer of negative Evaluation)، إعداد واطسون وفريند Watson & friend، تعريب وتقنين مجدي الدسوقي فتم التوصل إلى معامل ارتباط قدره (٥٧٥) . بالنسبة لطلاب لمرحلة الثانوية، (٥٢٥) بالنسبة لطلاب الجامعة وكلا المعاملين دال إحصائيا عند مستوى (١.٠٪).

الصدق التمييزي:

طبق المقياس على مجموعة من التلاميذ (ن=٢٠٠)، ومجموعة أخرى من التلميذات (ن=٢٠٠) من طلاب المرحلة الثانوية، وتم حساب النسبة الحرجة لدرجات أعلى ٢٧٪ ودرجات أدنى ٢٧٪ لمجموعة التلاميذ ولمجموعة التلميذات كل على حدة فجاءت قيمة النسبة الحرجة (٢٥.٠٧) بالنسبة للتلاميذ، و(٢٣.٢٤) بالنسبة للتلميذات، وهاتان القيمتان دالتا إحصائيا عند مستوى (٠١). مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي والأفراد الذين لا يعانون من الرهاب الاجتماعي .

ثبات المقياس :

تم حساب ثبات لاختبار بالطريقتين الآتيتين

١- طريقة إعادة الإجراء :

تم تطبيق المقياس على مجموعتين من طلاب المرحلة الثانوية (ن=١٠٠) والمجموعة الثانية لطلاب الجامعة (ن=١٢٠) ثم أعيد التطبيق مرة أخرى على نفس المجموعتين بفواصل زمني قدره ثلاثة أسابيع، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات كل مجموعة في التطبيق الأول والثاني فتم التوصل إلى معامل ارتباط وقدره (٨٩٦) . بالنسبة لتلاميذ لمرحلة الثانوية ومعامل ارتباط قدره (٨٧٣) . بالنسبة لطلاب المرحلة الجامعية، وكلا المعاملين دال عند (٠١) . مما يوحي بتوافر شرط الثبات بالنسبة للمقياس .

٢- طريقة كرونباخ (الف):

تم حساب معامل ثبات ألفا باستخدام مجموعة من طلاب المرحلة الثانوية (ن=١٠٠)، ومجموعة أخرى من طلاب الجامعة (ن=١٠٠)، وتم التوصل إلى معامل ثبات قدره (٠.٩٢). بالنسبة لطلاب المرحلة الثانوية، وتم التوصل إلى معامل ثبات قدره (٠.٩١). بالنسبة لطلاب الجامعة، وكلا المعاملين دال عند (٠.٠١)، مما يوحي بتوافر شرط الثبات بالنسبة للمقياس .

في ضوء ما تم عرضه لصدق وثبات مقياس الرهاب الاجتماعي ، قام الباحث باتخاذ الإجراءات التالية لحساب صدق وثبات مقياس تقدير شدة التلعثم.

(أ) صدق التكوين الفرضي (صدق المفهوم):

تم حساب صدق مقياس الرهاب الاجتماعي، من خلال "صدق التكوين الفرضي (صدق المفهوم)" وذلك بهدف تحديد التكوينات الفرضية التي يعزى إليها تباين الأداء في الاختبارات (صلاح الدين علام، ٢٠٠٠، ٢١٥)، ومن أساليب التكوين الفرضي صدق المقارنة الطرفية أو الصدق التمييزي والذي يعرف بأنه "مفهوم كمي وإحصائي" يُعبر بلغة العدد عن مدى قدرة البند على التمييز أو التفريق بين الأفراد في ذلك الجانب أو المظهر من السمة التي يتصدى لقياسها، ولا شك في أن القدرة التمييزية للبنود تتصل مباشرة بصدق تلك البنود ونجاحها في قياس ما وضعت لقياسه، وذلك من خلال مقارنة الفئات المتطرفة في المقياس نفسه (أمطانيوس ميخائيل، ٢٠٠٦، ٨٦). للتحقق من الصدق التمييزي لمقياس الرهاب الاجتماعي، تم المقارنة بين أداء العينة الاستطلاعية (ن=١٠)، في ضوء محك الشدة (أعراض رهاب بسيطة/ أعراض رهاب شديدة)، حيث تم تحديد (٦) حالات قُيِّمت بشديدة، و(٤) حالات (بسيطة)، تم استخدام اختبار "مان - وتني Mann-Whitney" لاختبار دلالة الفروق بين مجموعتين غير مرتبطتين، وفيما يلي توضيح لتلك النتائج:

جدول (٣) قيمة (Z, U) ودلالاتها للفروق بين متوسطات رتب ذوي الأعراض الشديدة

ومتوسطات رتب ذوي الأعراض البسيطة على مقياس الرهاب الاجتماعي

الاختبار	المجموعة	متوسط الرتب	القيم		القيمة الاحتمالية Sig.(p. value)	الدلالة
			Z	U		
مقياس الرهاب الاجتماعي	شديدة	٧.٥٠	-٢.٥٧ **	٠.٠٠٠	٠.٠١٠	دال عند ٠.٠١ في اتجاه الشديدة
	بسيطة	٢.٥٠				

يشير جدول (٣) إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين مجموعتي القياس الشديدة / البسيطة) على مقياس الرهاب الاجتماعي، مما يشير

إلى قدرة المقياس على التفرقة وفق السمة المقاسة، وتمتع المقياس بدرجة جيدة من الصدق.

(ب)- ثبات المقياس معامل الاستقرار (طريقة إعادة التطبيق):

تم حساب معامل الاستقرار لمقياس "الرهاب الاجتماعي" باستخدام طريقة إعادة التطبيق، علي عينة تكونت من (١٠) مفحوصين من أفراد العينة الاستطلاعية، بفاصل زمني من ١٨-٢٠ يوم، وقد بلغ معامل الاستقرار "قيمة R" (٠.٩٧٨) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)، وتُعد معامل الاستقرار السابق الناتج عن ارتباط التطبيق الأول بالتطبيق الثاني، معامل ثبات جيد ومطمئن للتطبيق.

ثالثاً-مقياس شدة التلثم:

مقياس شدة التلثم للأطفال والراشدين إعداد ريلي (riley) (١٩٨٦)، تعريب وتقنين (نهلة الرفاعي) ،قامت الباحثة بالحصول على نسخة من المقياس وترجمتها للبيئة العربية وتم تعديل بعض الفقرات بما يتناسب مع البيئة العربية

وصف المقياس:

ينقسم مقياس شدة التلثم ss1-3 إلى ثلاثة أجزاء رئيسية

- ١- مقياس التكرارات أو التردد في كلام المتلثم frequency
- ٢- مقياس الزمن أو المدة (زمن القراءة أو الكلام) duration
- ٣- مقياس الأعراض الجسدية المصاحبة للتلثم physical concomitants

تطبيق الاختبار:

يطبق الاختبار على مدى واسع من الفئات العمرية ،حيث يطبق على الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة (٣-٦) عام ،والأطفال في المرحلة العمرية (٦-١٦) إلى (١٦) عام والمراهقين والراشدين في المرحلة العمرية (١٧) فما فوق، يطبق المقياس على القارئ وغير القارئ، وأعدت جداول لحساب درجات التكرار والزمن والأعراض الجسدية، وفيما يلي وصف تفصيلي لطريقة حساب شدة التلثم عن طريق التكرار، الزمن، الأعراض الجسدية .

١- حساب شدة التلثم عن طريق التكرار (frequency) طبقاً لكلام المتلثم

أو قراءته:

- أ- حساب العدد الكلي لمقاطع الفقرة المقرؤة أو المسموعة
- ب- حساب العدد الكلي لمقاطع الفقرة المتلثم فيها المبحوث
- ج- قسمة عدد المقاطع التي تلثم فيها المبحوث على المجموع الكلي لمقاطع الفقرة $100 \times$ ، ثم استخراج النسبة التي تحول إلى درجة التكرار من الجدول الخاص بها.

$$\text{حساب التكرارات} = \frac{\text{عدد المقاطع التي تلعثم فيها المبحوث}}{\text{العدد الكلي للمقاطع}} \times 100$$

٢- قياس الأعراض الجسدية المصاحبة للتلعثم physical concomitants
لحساب هذه الأعراض تم وضع مقياس يصف الحالة الجسدية للمبحوثين المتلعثمين على النحو الآتي.

١- أصوات مضطربة: distracting sound

وتتضمن هذه الفئة أي أصوات غير مكتملة تصاحب التلعثم مثل التننح أو الصفير أو البلع أو الشهيق أو النفخ وهذه الأعراض يتراوح تقدير الدرجات عليها من (صفر - ١-٢-٣-٤-٥).

٢- تكشيرات الوجه: facial Grimaces

وتشمل حركات لا إرادية غير طبيعية مثل (شد عضلات الوجه، حركات الذقن، غلق وفتح العينين، الضغط على الشفاه، إخراج اللسان)، وهذه الأعراض يتراوح تقدير الدرجات عليها من (صفر - ١-٢-٣-٤-٥).

٣- حركة الرأس: head movement

وتشمل حركة الرأس للخلف أو للأمام والنظر بعيدا، عدم النظر للمتحدث إليه وهذه الأعراض يتراوح تقدير الدرجات عليها من (صفر - ١-٢-٣-٤-٥).

٤- حركة الأطراف: movement extremities

وتتضمن حركات الزراع واليد، والجزع والدق على الأرض بالقدم، حركات اليد إلى الوجه أثناء الكلام وهذه الأعراض يتراوح تقدير الدرجات عليها من (صفر - ١-٢-٣-٤-٥).

٥- حساب الدرجة الكلية للمقياس:

يتم حساب الدرجة الكلية من خلال جمع (درجة التكرارات + درجة الزمن + درجة الأعراض الجسمية) ثم تحويلها إلى درجة شدة لتلعثم كما هو موضح بالجدول التالي.

جدول رقم (٤) يوضح درجة شدة التلعثم (فئات التلعثم)

شدة أو فئة التلعثم	مجموع الدرجات الكلية
بسيط جداً	٨-٦ ١٠-٩
بسيط	١٥-١١ ٢٠-١٦
متوسط	٢٣-٢١ ٢٧-٢٤
شديد	٣١-٢٨ ٣٥-٣٢
شديد جداً	٣٦ فما فوق

تقنين المقياس :

بعد تعريب المقياس للبيئة العربية وتغيير ما يلزم تم تطبيقه على عينة عشوائية مكونة من (٥٢) حالة تلعثم (اطفال وراشدين) من المترددين على عيادات التخاطب.

صدق المقياس:

تم حساب صدق مقياس شدة التلعثم SS1-3، من خلال الصدق الظاهري الذي يشير إلى مدى مناسبة الاختبار للغرض الذي وضع من أجله، ويتضح هذا النوع من الصدق بالفحص المبدئي لجوانب الاختبار ومعرفة ما يقيسه، ثم مطابقة ذلك بالوظيفة المراد قياسها، وبتطبيق مقياس شدة التلعثم SS1-3 تبدو جوانب ومكونات المقياس مناسبة للوظيفة المراد قياسها، وبدا هذا وضاحاً في مكونات المقياس.

ثبات المقياس:

تم إجراء ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق حيث تم تطبيق المقياس على (٥٢) نفس عينة الدراسة يعانون من التلعثم، ثم أعيد تطبيق الاختبار بعد ثلاثة أسابيع، وتم استخدام معامل ارتباط بيرسون كأسلوب إحصائي، وكان معدل ثبات الاختبار (٩٢.٠)، وهذا يشير على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

في ضوء ما تم عرضه لصدق وثبات مقياس شدة التلعثم، قام الباحث باتخاذ الإجراءات التالية لحساب صدق وثبات مقياس تقدير شدة التلعثم.

(أ) - صدق التكوين الفرضي (صدق المفهوم):

للتحقق من صدق التكوين الفرضي لمقياس شدة التلعثم، تم المقارنة بين أداء العينة الاستطلاعية (ن=١٠)، في ضوء محك الشدة (٣٦ درجة)، أعراض تلعثم بسيطة

(أقل من ٣٦) أعراض تلعثم شديدة (٣٦ ما فوق)، حيث تم تحديد (٣) حالات قُيِّمت بشديدة، و(٧) حالات (بسيطة)، تم استخدام اختبار "مان - وتني Mann-Whitney" "لاختبار دلالة الفروق بين مجموعتين غير مرتبطتين، وفيما يلي توضيح للنتائج: جدول (٥) قيمة (Z, U) ودلالاتها للفروق بين متوسطات رتب ذوي الأعراض الشديدة

ومتوسطات رتب ذوي الأعراض البسيطة على مقياس شدة التلعثم

الدلالة	القيمة الاحتمالية Sig.(p. value)	القيم		متوسط الرتب	المجموعة	الاختبار
		Z	U			
دال عند ٠.٠١ في اتجاه الشديدة	٠.٠١٦	- ٢.٤١**	٠.٠٠٠	٩.٠٠	شديدة	مقياس شدة التلعثم
				٤.٠٠	بسيطة	

يشير جدول (٥) إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين مجموعتي القياس الشديدة / البسيطة) على مقياس شدة التلعثم، مما يشير إلى قدرة المقياس على التفرقة وفق السمة المقاسة، وتمتع المقياس بدرجة جيدة من الصدق.

(ب) ثبات المقياس: معامل الاستقرار (طريقة إعادة التطبيق):

تم حساب معامل الاستقرار لمقياس شدة التلعثم باستخدام طريقة إعادة التطبيق، علي عينة تكونت من (١٠) مفحوصين من أفراد العينة الاستطلاعية، بفاصل زمني من ١٨-٢٠ يوم، وقد بلغ معامل الاستقرار "قيمة R" (٠.٩٨٧) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)، وتُعد معامل الاستقرار السابق الناتج عن ارتباط التطبيق الأول بالتطبيق الثاني، معامل ثبات جيد ومطمئن للتطبيق.

رابعاً: الأساليب الإحصائية:

استخدم الباحث أسلوب الإحصاء اللابارامتري نظراً لصغر حجم عينة الدراسة من خلال برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الإنسانية والاجتماعية (spss) حيث تم استخدام الاختبارات التالية:

- ١- المتوسطات والانحرافات المعيارية.
- ٢- اختبار ويلكوكسن (Wilcoxon -test) وذلك للتحقق من دلالة الفروق في درجة شدة الأعراض النفسية (القلق الاجتماعي)، وشدة الأعراض الجسمية للتلعثم بين كل قياسين على حدة.

نتائج التحليلات الإحصائية لفروض الدراسة:

١- نتائج الفرض الأول وتفسيرها.

٢- نتائج الفرض الثاني وتفسيرها.

(١) نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في كل من القياسين القبلي والبعدي على مقياس القلق الاجتماعي في اتجاه القياس البعدي."

للتحقق من صحة الفرض السابق، قام الباحث باستخدام اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon"، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسط درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس الرهاب الاجتماعي، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (٦) قيمة Z ودالاتها للفروق بين متوسط رتب درجات القياسين القبلي والبعدي

لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي

المقياس	القياس	المتوسط	توزيع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
مقياس الرهاب الاجتماعي	القبلي	٢٨.٥٧	الرتب السالبة	٤.٠٠	٢٨.٠٠	-٢.٣٨	٠.٠١
	البعدي	٨.٥٧	الرتب الموجبة	٠.٠٠	٠.٠٠		

تشير التحليلات الموضحة بالجدول (٦) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي عند مستوى دلالة (٠.٠١)، على مقياس الرهاب الاجتماعي في اتجاه القياس البعدي، نظراً لانخفاض المتوسط الحسابي بعد نهاية تطبيق البرنامج.

كما تم حساب فروق الرتب وقوة العلاقة وحجم تأثيرها من خلال التعرف على فروق قيمة (P.value) المحسوبة واتجاه العلاقة بين القياسين (القبلي والبعدي) لدى المجموعة التجريبية في القياسين اعتماداً على نتائج تحليلات اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon" من خلال حزمة البرامج الإحصائية SPSS، ويوضح العرض التالي النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول (٧) يوضح قوة العلاقة واتجاهها وحجم تأثير البرنامج المُعد بالدراسة على أداء المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي والبعدي)

اتجاه العلاقة	قوة العلاقة (P.value)	فروق الرتب	متوسط الرتب	توزيع الرتب	المتوسط	المتغيرات الفرعية	
موجبة	٠.٠١٧	٤	٤.٠٠	الرتب السالبة	٢٨.٥٧	القياس القبلي	مقياس القلق الاجتماعي
			٠.٠٠	الرتب الموجبة	٨.٥٧	القياس البعدي	

تشير النتائج الموضحة بالجدول (٧) ، أن قيمة P.value على مقياس الرهاب الاجتماعي هي أقل من مستوى المعنوية (5%) بما يشير إلى أن متوسط الأداء في القياس القبلي يختلف عن متوسط الأداء في القياس البعدي في اتجاه القياس البعدي صاحب المتوسط الأقل، بما يشير إلى انخفاض الأعراض بعض تطبيق البرنامج، ويلاحظ أن متوسط رتب الإشارات السالبة أكبر من متوسط رتب الإشارات الموجبة مما يدل على أن متوسط أداء المجموعة التجريبية انخفض بعد خضوعهم للبرنامج كما أن اتجاه العلاقة في صالح الرتب الموجبة، وبالتالي نَقبل فرضية أن البرنامج المُعد بالدراسة الحالية له أثر جيد على تحسين مستوى الرهاب الاجتماعي في القياس البعدي.

(٢) نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

بنص الفرض الثاني على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في كل من القياسين البعدي والتتبعي على مقياس القلق الاجتماعي".

للتحقق من صحة الفرض السابق، قام الباحث باستخدام اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon "، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط درجات نفس المجموعة في القياس التتبعي بعد مرور (شهر) على تطبيق البرنامج على مقياس الرهاب الاجتماعي، وفيما يلي توضح للنتائج:

جدول (٨) قيمة Z ودالاتها للفروق بين متوسط رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي

لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق الاجتماعي .

الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	توزيع الرتب	المتوسط	القياس	المقياس
٠.٠٥	- ٢.٠٧	٠.٠٠	٠.٠٠	الرتب السالبة	٨.٥٧	البعدي	مقياس القلق الاجتماعي
		١٥.٠٠	٣.٠٠	الرتب الموجبة	٩.٧١	تتبعي	

تشير التحليلات الموضحة بالجدول (٨) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، على مقياس القلق الاجتماعي في اتجاه القياس التتبعي، نظرا لارتفاع المتوسط الحسابي بعد نهاية تطبيق البرنامج بشهر.

كما تم حساب فروق الرتب وقوة العلاقة وحج تأثيرها من خلال التعرف على فروق قيمة (P.value) المحسوبة واتجاه العلاقة بين القياسين (البعدي والتتبعي) لدى المجموعة التجريبية في القياسين اعتماداً على نتائج تحليلات اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon " من خلال حزمة البرامج الإحصائية SPSS، ويوضح العرض التالي النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول (٩) يوضح قوة العلاقة واتجاهها وحجم تأثير البرنامج المُعد بالدراسة على أداء

المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي والتتبعي) على مقياس الرهاب الاجتماعي.

المتغيرات الفرعية	المتوسط	توزيع الرتب	متوسط الرتب	فروق الرتب	قوة العلاقة (P.value)	اتجاه العلاقة
مقياس القلق الاجتماعي	القياس البعدي	٨.٥٧	الرتب السالبة	٠.٠٠	٠.٠٣٨	سالبة
	القياس التتبعي	٩.٧١	الرتب الموجبة	٣.٠٠		

تشير النتائج الموضحة بالجدول (٩) ، أن قيمة P.value على مقياس الرهاب الاجتماعي هي أقل من مستوى المعنوية (5%) بما يشير إلى أن متوسط الأداء في القياس البعدي يختلف عن متوسط الأداء في القياس التتبعي في اتجاه القياس التتبعي صاحب المتوسط الأعلى، بما يشير إلى ارتفاع الأعراض بعد مضي شهر على تطبيق البرنامج على تلك المتغيرات، ويلاحظ أن متوسط رتب الإشارات السالبة أقل من متوسط رتب الإشارات الموجبة مما يدل على أن متوسط أداء المجموعة التجريبية ارتفع بعد مضي شهر على تطبيق البرنامج، كما أن اتجاه العلاقة في صالح الرتب السالبة، وبالتالي يتضح ضعف بقاء اثر البرنامج في القياس التتبعي لذا تُرفض فرضية أن البرنامج المُعد بالدراسة الحالية له أثر دائم على تحسين مستوى الرهاب الاجتماعي في القياس التتبعي.

ثانياً: تفسير النتائج

(أ) - تفسير نتائج الفرض الأول:

يتضح من جدول (٦) أن قيمة (z) كانت دالة عند (٠,٠٠١) في درجات مقياس القلق الاجتماعي لدى المبحوثين ، الذين خضعوا للبرنامج، مما يدل على وجود فروق جوهرية بين متوسطات رتب درجات المبحوثين، وبذلك يتضح أن درجات أعراض الرهاب الاجتماعي قد انخفضت ، وذلك في القياسات البعدية مقارنة

بالقياسات القبلية ، مما يدل على فعالية البرنامج العلاجي (فاعلية البرنامج) في خفض شدة الأعراض النفسية (الرهاب الاجتماعي) لدى عينة الدراسة، وتحسين مستوى التفاعل الاجتماعي لديهم، ويتفق ذلك مع نتائج دراسة كلامن

Gupta, et ؛Menzies et al,2009 ؛McAllister et al,2017

(al, 2016

Kelman & Wheeler ,2015).

أظهر البرنامج المقترح (فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض حدة القلق الاجتماعي لدى المراهقين الذين يعاون من التلعثم في الكلام) فعالية واضحة في خفض حدة أعراض القلق الاجتماعي ويمكن تفسير ذلك على النحو الآتي:

١- يعد القلق الاجتماعي واحد من أهم الآثار النفسية السلبية التي يتركها التلعثم في شخصية الفرد الذي يعاني من التلعثم في الكلام (Trajkovski et al,2006.270)، ويزداد ويكون الأمر بالغ الصعوبة في حالة استمرار التلعثم حتى مرحلة المراهقة، حيث تسيطر عليه أفكار سلبية تجعله يشعر بالعجز عن مواجهة الآخرين والتفاعل معهم، الأمر الذي يتطلب علاج هذه الأفكار السلبية التي تسيطر على ذهن الفرد المتلعثم حتى يتمكن من تحقيق التفاعل الاجتماعي مع الآخرين (إيمان جمعة فهمي، ٢٣، ٢٠١٠). ومن هذا المنطلق خضع المبحوثون إلى برنامج علاج معرفي يتضمن فنية (إعادة بناء الأفكار)، للتخلص من الأفكار السلبية التي تشعره بالعجز والخوف من مواجهة الآخرين، بالتزامن مع التحسن في طلاقة الكلام الذي وصل إليه المبحوثون خلال التدريب على التخلص من الأعراض الجسمية واللغوية أثناء الكلام، ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه دراسة Menzies et al,2009).

٢- تظهر أعراض القلق الاجتماعي على الفرد المتلعثم نتيجة لافتراضاته السلبية المسبقة عن المواقف التي تثير القلق والخوف لديه (606- et al,2012, Meuret 618)، إلا أنه تم دفع المبحوثين الذين يعاونون من القلق الاجتماعي، على المشاركة في الأنشطة المخيفة بالنسبة لهم من خلال التعرض التدريجي (هوفمان اس جي، ٢٠١٢، ٤٦). ساهم في سلب الحساسية التدريجي من هذه المواقف بالتزامن مع التحسن في طلاقة الكلام، إلى الحد الذي جعل المبحوثين يعتادوا على التفاعل مع هذه المواقف بدون خوف وقلق والتخلص من بعض الأفكار السلبية مثل: بمجرد أن ابدأ التواصل مع الآخرين ، ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه دراسة (Kelman & Wheeler ,2015).

٣- سيطرة الحالة النفسية السلبية (القلق الاجتماعي) على الفرد المتلعثم تجعله غير قادر على التعبير عن أفكاره ومشاعره أمام الآخرين، ويفتقر إلى القدرة على النقاش وإدارة الحوار

(Blood, Gorden, Ingrid, Glen, Gabel, 2001,162) إلى الحد الذي يجعله يركز على الطريقة الخاطئة التي يتكلم بها بدلا من التركيز على محتوى أفكاره (عبد العزيز الشخص ، ٢٠٢١، ١٩٩٧)، ساهم التدريب على مهارة "العب الدور" خلال البرنامج العلاجي في رفع معدل الكفاءة الشخصية وتنشيط قدرات التعبير لدى المراهقين، كما ينمي لديهم مهارة ومهارة الاتصال وإدارة المناقشات والتعبير عن آرائهم بحرية (ذياب الشطرات، ٢٠٠٤، ١٤)، ومساعدة المبحوثين في تغيير أفكارهم الخاطئة غير العقلانية المسببة لمشكلاتهم في التواصل مع الآخرين (احمد أبو اسعد، ٢٠١٠، ٣٠٨)، ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه دراسة Gupta, et al, (2016).

٤- التحسن في معدل الطلاقة اللفظية الذي وصل إليه المبحوثون، وانخفاض معدل شدة التلعثم ساهم بدوره في خفض جدة معدل الرهاب الاجتماعي، ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه دراسة كل

من (Blood, et al, 2007؛ Mulcahy, et al, 2008؛ IrisLevin & Ezrati, 2004).

ثانياً: تفسير نتائج الفرض الثاني على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في كل من القياسين البعدي والتتبعي على مقياس القلق الاجتماعي".

للتحقق من صحة الفرض السابق، قام الباحث باستخدام اختبار "ويلكوكسون Wilcoxon"، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط درجات نفس المجموعة في القياس التتبعي بعد مرور (شهر) على تطبيق البرنامج على مقياس الرهاب الاجتماعي، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (٨) قيمة Z ودلالاتها للفروق بين متوسط رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي

لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي

المقياس	القياس	المتوسط	توزيع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
مقياس الرهاب الاجتماعي	البعدي	٨.٥٧	الرتب السالبة	٠.٠٠	٠.٠٠	- ٢.٠٧	٠.٠٥
	تتبعي	٩.٧١	الرتب الموجبة	٣.٠٠	١٥.٠٠		

تشير التحليلات الموضحة بالجدول (٨) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، على مقياس

القلق الاجتماعي في اتجاه القياس التتبعي، نظرا لارتفاع المتوسط الحسابي بعد نهاية تطبيق البرنامج بشهر.

كما تم حساب فروق الرتب وقوة العلاقة وحج تأثيرها من خلال التعرف على فروق قيمة (P.value) المحسوبة واتجاه العلاقة بين القياسين (البعدي والتتبعي) لدى المجموعة التجريبية في القياسين اعتماداً على نتائج تحليلات اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon " من خلال حزمة البرامج الإحصائية SPSS، ويوضح العرض التالي النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول (٩) يوضح قوة العلاقة واتجاهها وحجم تأثير البرنامج المُعد بالدراسة على أداء المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي والتتبعي) على مقياس الرهاب الاجتماعي.

المتغيرات الفرعية	المتوسط	توزيع الرتب	متوسط الرتب	فروق الرتب	قوة العلاقة (P.value)	اتجاه العلاقة
مقياس الرهاب الاجتماعي	٨.٥٧	الرتب السالبة	٠.٠٠	٣ -	٠.٠٣٨	سالبة
القياس البعدي	٩.٧١	الرتب الموجبة	٣.٠٠			

تشير النتائج الموضحة بالجدول (٩) ، أن قيمة P.value على مقياس القلق الاجتماعي هي أقل من مستوى المعنوية (5%) بما يشير إلى أن متوسط الأداء في القياس البعدي يختلف عن متوسط الأداء في القياس التتبعي في اتجاه القياس التتبعي صاحب المتوسط الأعلى، بما يشير إلى ارتفاع الأعراض بعد مضي شهر على تطبيق البرنامج على تلك المتغيرات، ويلاحظ أن متوسط رتب الإشارات السالبة أقل من متوسط رتب الإشارات الموجبة مما يدل على أن متوسط أداء المجموعة التجريبية ارتفع بعد مضي شهر على تطبيق البرنامج، كما أن اتجاه العلاقة في صالح الرتب السالبة، وبالتالي يتضح ضعف بقاء اثر البرنامج في القياس التتبعي لذا تُرفض فرضية أن البرنامج المُعد بالدراسة الحالية له أثر دائم على تحسين مستوى القلق الاجتماعي في القياس التتبعي.

ثالثاً: مناقشة عامة لنتائج الدراسة:

١- تطابقت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة كل من

(McAllister et al,2017؛ Menzies et al,2009؛ Gupta, et al, 2016) (Kelman & Wheeler, 2015)، من حيث فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الأعراض النفسية (الرهاب الاجتماعي) لدى المراهقين في المرحلة العمرية (١٤-١٩).

١- اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة

(McAllister et al,2017؛ Menzies et al,2009؛ Gupta, et al, 2016)

(Kelman & Wheeler, 2015)، حيث أشارت نتائجها إلى احتفاظ عينة دراستهما بمستوى التحسن الذي وصلت إليه بعد (٣) شهور من انتهاء البرنامج - في حين أنه لم تحتفظ عينة الدراسة الحالية بمستوى التحسن في اختفاء أعراض القلق الاجتماعي الذي وصلت إليه، بعد توقف التدريب فترة زمنية لمدة (شهرين)، وحدثت انتكاسة في أعراض القلق الاجتماعي.

مراجع لدراسة:

أولاً: المراجع العربية:

- امجد الركيبات (٢٠١٥): مستوى الرهاب الاجتماعي وعلاقته بمستوى التحصيل الدراسي والجنس لدى طلاب الصف العاشر الأساسي، المجلة الدولية التربوية المتخصصة. الأردن مج ٤، ٢٤.
- احمد أبو اسعد (٢٠١٥). تعديل السلوك الإنساني. عمان. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- أحمد كاظم وجابر عبد الحميد (١٩٩٠). *مناهج البحث في التربية وعلم النفس*. القاهرة: دار النهضة العربية.
- احمد عكاشة (١٩٩٨). *الطب النفسي المعاصر*. ط ٢. القاهرة. مكتبة الانجلو مصرية.
- الفت كحلة (٢٠٠٩). *العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرضى الاكتئاب*. إيتراك للطباعة والنشر.
- امطانبوس ميخائيل (٢٠٠٦). *القياس لِنفسي الجزء الأول*. دمشق. منشورات جامعة دمشق.
- إيمان جمعة (٢٠١٠): *برنامج تدريبي قائم على تحسين فعالية الذات المدركة لخفض حدة التلعثم لدى عينة من المراهقين، كلية التربية، جامعة بنها، رسالة دكتوراه منشورة*.
- جيهان عباس (٢٠٠٨). *فاعلية برنامج تخاطب للأطفال المتلعثمين بمشاركة الوالدين*. معهد الدراسات والبحوث البيئية. جامعة عين شمس. رسالة دكتوراه غير منشورة.
- حامد زهران (١٩٨٠). *التوجيه والإرشاد النفسي*. القاهرة: عالم الكتب.
- حامد زهران (٢٠٠٥) *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. القاهرة. دار الكتب..
- ديلان إيفانز، وأوسكار زاريت (٢٠١٥). *علم النفس التطوري*. ترجمة: أحمد موسى. القاهرة: المركز القومي للترجمة. للطباعة والنشر.
- دايفد شيهان (١٩٨٨). *مرض القلق*. ترجمة عزت شعلان. سلسلة عالم المعرفة. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. العدد ١٢٤.

- عبدالستار إبراهيم، ورضوى إبراهيم (١٩٨٨). أسس علم النفس. الرياض: دار المريخ.
- عبدالستار إبراهيم، وعبدالعزیز الدخيل، ورضوى إبراهيم (١٩٩٣، ديسمبر). العلاج السلوكي للطفل - أساليبه ونماجه. سلسلة عالم المعرفة. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. العدد ١٨٠..
- عبدالستار إبراهيم، عبدالله عسكر (٢٠٠٨). علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عدنان يوسف (٢٠١٢). علم النفس المعرفي النظرية والتطبيق. عمان: دار المسيرة.
- غادة كسناوي (٢٠٠٧). فاعلية برنامج إرشادي للحد من صعوبات النطق والكلام لدى عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية بمكة المكرمة. كلية التربية. جامعة أم القرى. رسالة ماجستير غير منشورة..
- سهير محمد (٢٠١٠). تنمية الثقة بالنفس باستخدام فنيات من البرمجة اللغوية العصبية والعلاج المعرفي السلوكي لعلاج الأطفال المتلعثمين. كلية البنات للآداب والعلوم والتربية. جامعة عين شمس. رسالة دكتوراه غير منشورة.
- صلاح الدين علام (٢٠٠٠). القياس والتقويم التربوي والنفسي. القاهرة: دار الفكر العربي..
- فاخر عاقل (١٩٨٦). التعلم ونظرياته. بيروت: دار العلم للملايين.
- فتحي الزيات (٢٠٠١). علم النفس المعرفي. الجزء الأول. دراسات وبحوث. دار النشر للجامعات.
- كوام مكزي (٢٠١٣). القلق ونوبات الزعر. ترجمة. هلا عماد الدين. الرياض. دار المؤلف.
- مجدي الدسوقي (بدون تاريخ). مقياس الرهاب الاجتماعي. القاهرة: الأنجلو المصرية..
- *محمد نجيب الصبوة ومنال الدق (٢٠١٤). العلاج المعرفي السلوكي لعينة من حالات الرهاب الاجتماعي عن طريق فعالية الذات. مجلة الطفولة العربية. الكويت. مج ٣٠٤. ٨.
- محمود حمودة (١٩٩١). الطفولة والمراهقة: المشكلات النفسية والعلاج. القاهرة: المطبعة الفنية.
- منتصر صلاح (٢٠١٩). العلاج المعرفي السلوكي لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء. القاهرة. دار إتراك للطباعة والنشر.
- ناريمان الرفاعي، وأشرف عبد القادر (٢٠١١). برنامج تدريبي لخفض حدة التلعثم لدى عينة من المراهقين. مجلة كلية التربية بينها. العدد (٨٥). ٤٠-٢٣.

- نايف الحمد ،خالد العوهلي ،محمود حميدات(٢٠١٦). مستوى الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى الطلبة السعوديين بالجامعات الأردنية. مجلة العلوم التربوية. العدد(٤٣).
- ولفانج سنف، وميشيل برادا (٢٠٠٩). ممارسة العلاج النفسي. الأسس النظرية للتحليل النفسي والعلاج السلوكي، ترجمة سامر جميل رضوان، غزة: دار الكتاب الجامعي
- هوفمان اس جي (٢٠١٢) العلاج المعرفي السلوكي المعاصر الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية، دار الفجر للنشر والتوزيع.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Association.(2013). Stuttering. In diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder .5th ed., text Review, American Psychiatric Association, DC: Washington.
- Andrews, C., O'Brian, S., Harrison, E., Onslow, M., Packman, A., and Menzies, R. (2012). Syllable-timed Speech treatment for School-age Children who Stuttering. *Language Speech & Hearing Services in School*,43, 359-369.
- Amy, J. Raymond, E, G.Miltenberger,J,E., Long,R,M, (1998) Brief application of simplified habit reversal to treat stuttering in children , 289-302. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*
- Andrews, C., O'Brian, S., Harrison, E., Onslow, M., Packman, A., and Menzies, R. (2012). Syllable-timed Speech treatment for School-age Children who Stuttering. *Language Speech & Hearing Services in School*,43, 359-369..
- Beck A. and Rush, A. John and Emery, Gary (2000): *Cognitive Therapy of Depression, United States of America, New York, Guilford Press.*
- Blanco, C; Bragdon, L; Schneier,F; Liebowitz, M. (2012). "The evidence-based pharmacotherapy of social anxiety disorder". *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 16 (1), 235–249

- Blood, Gordon,, Ingrid, Glen, Gabel, Rodney(2001) communication, apprehension, and self perceived communication, COMPETENCE,IN adolescents, Who Stutter, *Journal of FLUENCY Disorders* ,26, 161–178.
- Bodenhamer,B.G.(2004).Mastering Blocking a cognitive approach to Achieving Fluency and Stuttering.UK. Crown House Publishing Limited.
- Clark, D, M & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* , 69–93.
- Christopher, A. (2005): Social Anxiety and Social Phobia in Youth: Characteristics, Assessment, and Psychological Treatment ,depression ,Achievement,and explanatory .style,Development, and Death Sanfrancisco.W.H.
- Christine A. Conelea, B.A., Kevin A. Rice and Douglas W. Woods(2014) Regulated Breathing as a Treatment for Stuttering: A Review of the Empirical Evidence. *SLP-ABA,1*
- Ezrati,R., IrisLevin,V. (2004) The relationship between anxiety and stuttering: a multidimensional approach , *Journal of Fluency Disorders*, 135-148.
- Feske U, Chambless, D,L(1995). Cognitive behavioral vs exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. *Behaviour Therapy.*;26:695-720.
- Foa, E,B,. Franklin, M,E. Perry, K,J. Herbert, J,D. (1996)Cognitive biases in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*;105:433–439.
- Gabel,Rodney, Hughas,stephane ,Daniels ,derek(2008)Effects of stuttery severity and therapy involvement on role entrapment of people who stutter, *Journal of Fluency Disorders*, 41,156-158.

- Gillihan ,S,J.(2018) Cognitive behavioral therapy .(10) strategies for managing anxiety, depression , Anger ,panic ,and worry. Althea press. U.S.A.
- Grho, F., Schelhom, P & Schlier, E. (1991). Biochemical studies in stuttering in children. *Otolaryngol Pol* ,45(2): 4-141..
- Gupta,S,K., harakumar ,Y,G.,Vasudha,H.H (2016)Cognitive Beavior Therapy and Mindfulness Training in the Treatment of Adults Who Stutter, *The International Journal of Indian Psychology*, 2349-3429.
- Gupta,S,K (2019) The efficacy of cognitive behavior therapy in an adult who stutters, *Indian journal psychiatry*, 37,137-156..
- Hearne, Anna, pakman ,Ann, Onslow&susan,(2008) Stuttering and its treatment in adolescents,The perception of people Who stutter. *Journal of Fluency Disorders*,33,81,92.
- Hill,H.M.(1944). Stuttering: A Critical review and evaluation of biochemical investigations .*Journal of Speech Disorders*, 9, 245-261.
- * Iverach ,l Rapee,R,m.(2014) Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions *Journal of Fluency Disorders*.v40,69-48.
- Josefowitz, N & Myran, D.(2017). A Clinician's Guide to Practicing Cognitive Behavioral Therapy. Library of Congress Publication .U.S.A.
- Kawai,N (2010). An Overview of Cognitive-Behavioral Therapy Strategies for Stuttering Kid,K.k.,kid,J.R & Records, M. A. (1978)...
- Kelman,E and Wheeler,s (2015) *Cognitive Behaviour Therapy with children who stutter, Social and Behavioral Sciences*, 193 165 – 174.
- Lowe, R., Guastella, A. J., Chen, N. T. M., Menzies, R. G., Packman, A., O'Brian, S., & Onslow, M.

- (2012). Avoidance of eye gaze by adults who stutter ,*Journal of Fluency Disorders*, 37, 263–274.
- .Meuret,E,A., Twohig,M,P., Rosenfield,D., Hayes,S,C., Craske,M, G. (2012) Brief Acceptance and Commitment Therapy and Exposure for Panic Disorder: A Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice* , 19, 606-618.
 - Magee,W,J.,Eaton,w,w.,Witchin,h,u.,Kisler,r,c:Agoraphobia and social phobia in national comorbidity, survey, archive of general psychiatry, 1996,160.
 - Miller, S. & Watson, B. (1992). The relationship between communication attitude, anxiety and depression in stutters and non-stutters. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 789-798.
 - Menzies, R., & Clarke, J. C. (1995). Danger expectancies and insight into acrophobia , *Behavior Research and Therapy*,33(2), 215–221 .
 - McAllister, J., Gascoine, S., Carroll, A.,Humby, K., Kingston, M., Shepstone, L., Risebro, H., Mackintosh, B.,Thompson, T,D,. Hodgekins, J, (2017)Cognitive bias modification for social anxiety in adults who stutter: a feasibility study of a randomised controlled trial , *journal* ([http:// dx. doi. org/ 10.1136/ bmjopen- 2016- 015601](http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015601)).
 - Mulcahy, M., Beily, G. & Michille, B. (2008). Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *Journal of Disorders fluency* , 133 , 4, 306-319.
 - Murray B. Stein, MD; Martina Fuetsch, Magrernat; Nina Muller,DiplPsych; Michael Höfler, DiplStat; Roselind Lieb. (2001) Social Anxiety Disorder and the Risk of Depression A Prospective Community Study of Adolescents and Young Adults”. *Arch Gen Psychiatry*. 58(3):251-256.

- Noyes,R ., Crow,R,R. & Haries ,E,L : (1986) Relationship between banic disorder and agoraphobia Family study, archieve of general *psychatric* ,v.43,pp2.
- Pilling, S; Mayo-Wilson, E; Mavranezouli, I; Kew, K; Taylor, C; Clark, D. (2014). Guideline Development, Group, Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder:summary of NICE guidance.*Cite uses deprecated parameters.*
- St Clare, T., Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., Thompson, R., & Block, S. (2009). Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: Development of a measure ,*International Journal of Language & Communication Disorders*, 1–14.
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiological findings. *American J- Stein, M.& Walker,J.(2001):Triumph over shyness ,conquering shyness and social anxiety, Newyourk :MC . Graw will.ournal of Psychiatry*, 157, 1606–1613..
- *Stein, M.& Walker,J.(2001):Triumph over shyness ,conquering shyness and social anxiety, Newyourk :MC . Graw will.*
- Trajkovski, N., Andrews, C., O'Brian, S., Onslow, M., &Packman, A. (2006). Treating stuttering in apreschool child with syllable timed speech: Acase report. Behaviour Change, *Journal of Fluency Disorders* 23, 270–277.
- Olatunj, B, O., Deacon,B,J., Abramowitz,J,S (2009) The Cruelst Cure Ethical Issues in the Implementation of Exposure-Based Treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 172-180.
- VandenBos, G.(2015). *APA Dictionary of Psychology*, 2nd Ed. Washington: APA

