

فعالية العلاج بالتعرض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة

إعداد

د/ حازم شوقي محمد الطنطاوي

مدرس الصحة النفسية والتربية الخاصة

كلية التربية - جامعة بني سويف

المستخلص:

هدف البحث إلى التحقق من فعالية العلاج بالتعرض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى عينة من طلاب الجامعة. وتكونت عينة البحث من عشرين (٢٠) طالبًا وطالبة من طلاب الجامعة، ممن يعانون من اضطراب قلق الكلام، وتراوح أعمارهم من (٢٠ - ٢٢) عامًا، بمتوسط عمري (٢٠,٧٠٠) عامًا، وانحراف معياري قدره (٠,٧٣٢)، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية قوامها عشرة طلاب (٤ ذكور - ٦ إناث)، ومجموعة ضابطة قوامها عشرة طلاب (٤ ذكور - ٦ إناث)، واستخدم الباحث مقياس وكسلر - بلقيو لذكاء الراشدين والمراهقين (تعريب وتطبيق إسماعيل ومليكة، ١٩٩٦)، واستمارة جمع البيانات والمعلومات (إعداد الباحث)، ومقياس اضطراب قلق الكلام (إعداد الباحث)، وبرنامج العلاج بالتعرض لتخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة (إعداد الباحث)، وأشارت نتائج البحث إلى فعالية العلاج بالتعرض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة، وأيضًا استمرار فعاليته في التخفيف من اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة إلى ما بعد فترة المتابعة (ثلاثة أشهر كمتابعة)، حيث كانت هناك فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب قلق الكلام بأبعاده بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة، وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية، وأيضًا كانت هناك فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات رتب درجات القياسين: القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قلق الكلام بأبعاده، وذلك في اتجاه القياس البعدي، بينما لم تكن ثمة فروق دالة إحصائية عند أي من مستويات الدلالة بين متوسطات رتب درجات القياسين: البعدي وما بعد المتابعة (بعد مضي ثلاثة أشهر كمتابعة) للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قلق الكلام بأبعاده. وفي ضوء الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة ونتائج البحث الحالي تم تقديم بعض التوصيات والبحوث المقترحة.

الكلمات المفتاحية: العلاج بالتعرض - اضطراب قلق الكلام - طلاب الجامعة.

The Effectiveness of Exposure Therapy in Relieving Speech Anxiety Disorder Among university Students.

Prepared by:

Hazem Shawky Mohamed EL-Tantawy

Lecturer of Mental Health and Special Education, Faculty of Education, Benha University.

Abstract:

The current research aimed at investigating the effectiveness of exposure therapy in relieving speech anxiety disorder in a sample of university students. The research sample consisted of twenty (20) male and female from university students who suffer from speech anxiety disorder. The ages of the sample ranged from (20-22) years, with a mean age of (20.700) years, and a standard deviation (0.732). The sample was divided into two groups: an experimental group of ten students (4 males - 6 females), and a control group of ten students (4 males - 6 females). The researcher used Wechsler-Bellevue scale - Intelligence scale for Adults and Adolescents (translated and conducted by Ismael and Malika, 1996), Data and information gathering form (prepared by the researcher), speech anxiety disorder scale (prepared by the researcher), and exposure therapy program in relieving speech anxiety disorder among university students (prepared by the researcher). The results of the research indicated the effectiveness of the exposure therapy program in relieving speech anxiety disorder among university students and its continued effectiveness in relieving speech anxiety disorder after the follow-up period (three months as a follow-up), as there were a significant statistical differences (0.01) between the mean ranks scores of the experimental group and the mean ranks scores of the control group in speech anxiety scale with its dimensions after the application of the therapeutic program, favoring the experimental group, also there were a significant statistical differences (0.01) between the mean ranks scores of the experimental group in pre and post assessment on speech anxiety disorder scale with its dimensions, favoring the post assessment, but there were no significant statistical differences between the mean ranks scores of the experimental group in post and follow-up assessment (after three months), on speech anxiety disorder scale with its Dimensions. In light of the framework and the results of previous studies and the results of the current research, some recommendations and proposed research are presented.

Key words: Exposure Therapy – Speech Anxiety Disorder – University Students.

أولاً: مقدمة البحث:

تُعد المرحلة الجامعية من أهم وأخطر المراحل التي يمر بها الطالب الجامعي في حياته؛ ففيها يتم بناء شخصيته العلمية، والمهنية، والإنسانية، والثقافية بدرجة كبيرة، فضلا عن إعداده للالتحاق بسوق العمل، والاعتماد على نفسه، وتحمل مسؤوليته تحملاً كاملاً، ولن يتأتى هذا كله إلا بالتواصل والتفاعل مع الآخرين في المواقف الاجتماعية بشكل عام ومواقف الأداء بشكل خاص؛ حيث يعد - أي التواصل - أحد معايير السوية، وجوهر الحياة الاجتماعية، وبدونه يقع الطالب الجامعي في الكثير من المشكلات والاضطرابات النفسية، فانعدام التواصل هو - إن صح التعبير - الموت النفسي في أوضح صورته، والحياة الجامعية مليئة بكثير من المواقف التي تتطلب من الطالب أن يكون متواصلاً ومتفاعلاً فيها، سواء داخل المحاضرة أو خارجها، وإذا افتقد القدرة على هذا التواصل فإنه قد تتبدى عليه بعض المظاهر والأعراض الانفعالية والسلوكية كالقلق، والخوف، والارتباك، وحشجة الصوت وارتعاده، والتجنب الموقفي، وهذا أهم ما يميز اضطراب قلق الكلام.

ويعد قلق الكلام أحد الاضطرابات النفسية التي تؤثر بشكل كبير على قدرة الفرد على التواصل بشكل طبيعي أمام الجمهور، ويصاحبها العديد من الأعراض والمظاهر التي يلاحظها الجمهور على الفرد كالارتباك، والخوف من التقييم السلبي من الآخرين، واحمرار الوجه، وارتعاش الأخطاء أثناء التحدث، والخوف من التقييم السلبي من الآخرين، واحمرار الوجه، وارتعاش اليدين والقدمين، وصعوبة التنفس، والتلعثم أثناء الكلام، وانخفاض الثقة بالنفس، وتشتت الأفكار أثناء الحديث، وقد يتجنب الفرد الموقف ويهرب منه؛ نظراً للألم النفسي والتوتر الشديد الذي يتولد بداخله عند تعرضه لهذا الموقف، وفي حالة عدم تجنبه للموقف وبقائه فيه، فإن توتره يكون أشد وجهوده المبذولة للبقاء في الموقف تكون أكبر (Ross, 1992, P.2؛ المالح، ١٩٩٣، ص ٢٤؛ دبببب، ١٩٩٧، ص ١٠٠؛ Pull, 2012, P. 32؛ عيد، ٢٠١٧، ص ٣٩، ٥٨، 85؛ Badriyah & Novita, 2023).

وأوضح (Pull (2012, PP. 34 -35) أن قلق الكلام ينتشر بنسبة كبيرة لدى طلاب الجامعة، حيث أبانت دراسته أن (٧٠,٣%) من طلاب الجامعة يعانون من قلق الكلام، وأن (١٦,١%) منهم يعانون من القلق الاجتماعي؛ مما يشير إلى أن ذوي قلق الكلام قد يعاني بعضهم من القلق الاجتماعي، والبعض الآخر قد تكون مشكلته الرئيسية في الكلام فقط أمام

الآخرين، لكنهم يتفاعلون في المواقف المختلفة، وبخاصة تلك المواقف التي لا تتطلب من الفرد التحدث أمام الآخرين.

وأشارت عديد من الدراسات السيكلوجية التي تناولت قلق الكلام لدى طلاب الجامعة إلى وجود مستوى مرتفع من قلق الكلام لديهم كدراسة AL-Naggar et al., (2013)، ودراسة سيد (٢٠١٣)، ودراسة (Lverach & Rapee, 2014)، ودراسة (Jong et al., 2017)، ودراسة (Dellah et al., 2020)، ودراسة (Badriyah & Novita, 2021)، ودراسة (Harahap & Rozimela, 2022)، ودراسة (Plandano et al., 2023)، الأمر الذي أدى إلى إعاقة الطالب الجامعي عن ممارسة حياته بشكل طبيعي، وعجزه عن القيام بأداء وظائفه الاجتماعية، والأسرية، والمهنية والأكاديمية بشكل جيد، مما نتج عن ذلك اضطراب حياته بشكل عام.

وعلى ضوء ما سبق فإن قلق الكلام يمثل خطورة كبيرة على الفرد؛ حيث قد يؤثر سلباً على كل مناحي حياته؛ لذا فقد بات علاجه أمراً مهماً، حيث إن إهمال علاجه قد يؤدي إلى حدوث الاكتئاب، وإدمان المخدرات، وهذا ما أكدته Ritter et al. (2013, PP. 1101-1102).

ولما كان قلق الكلام على هذا القدر من الخطورة، ونظراً لأنه يتمحور في شكل مجموعة من الأفكار والاعتقادات غير المنطقية عن الذات، والانفعالات السلبية، والسلوكيات غير السوية، والتي تعيق الفرد عن ممارسة حياته بشكل طبيعي، ولما قد يكون هذا الاضطراب مرتبطاً ببعض الخبرات والمواقف الحياتية الصادمة التي تعرض لها الفرد في مراحلها الباكرة، كان لا بد من البحث عن بعض الطرق العلاجية لتخفيف هذا الاضطراب لدى طلاب الجامعة، وخفض ما يعترضهم من خوفٍ وارتباك، وعدم ثقة في مواقف الأداء، فضلاً عن مساعدتهم على الضبط المعرفي للذات؛ لزيادة فاعليتهم في مواقف الأداء، وتحقيق التوافق النفسي لديهم، والوصول بهم إلى أعلى مستويات الصحة النفسية؛ ولذا كان العلاج بالتعرض لتلك المواقف التي تسبب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة أحد أهم هذه التدخلات العلاجية التي قد تساهم بشكلٍ أو بآخر في تخفيف قلق الكلام لديهم.

ويُعد العلاج بالتعرض أحد العلاجات النفسية التي تهدف إلى مساعدة الفرد على مواجهة المواقف المثيرة للقلق في بيئة آمنة، مما يؤدي إلى حدوث انطفاء للاستجابات غير السوية تجاه تلك المواقف، ومع التعرض المستمر لتلك المواقف ولفترة طويلة من الوقت، يتمخض عن هذا

تخفيف شدة الانفعالات، وتخفيف القلق وسلوك التجنب المرتبط بتلك المواقف، فضلاً عن تكوين استجابات جديدة سوية تجاه تلك المواقف المقلقة (Fitzgerald et a., 2004, PP. 91 – 93; Craske et al., 2008, PP. 5 – 8).

وفي هذا الصدد فقد أكد مهني وآخرون (٢٠١٧، ص ١٠٣) أن العلاج بالتعريض لا يهدف إلى التخلص من الأعراض المرضية فحسب، بل يساعد الفرد أيضاً على تغيير سلوكه إلى الأفضل، وتخفيف شدة الانفعالات لديه، وذلك عن طريق تعريضه للمواقف التي يتجنبها. وتقوم فكرة العلاج بالتعريض على أساس تعريض العميل للمواقف المثيرة للقلق، مما يعمل على تنشيط الأحداث والذكريات الصادمة (غير السارة) في ذهن العميل، ومع تكرار المواجهة للمواقف المرهوبة بطريقة تدريجية، والعمل في حالة استرخاء، فإن هذا الإجراء يعمل على حدوث كفاً لاستجابة الخوف غير المرغوب فيها (Hembree et al., 2003, P. 556; Cahill et al., 2006, P. 598).

وأوضح (Wolpe (1968, PP. 236-237) أن تعريض العميل للمواقف التي تثير قلقه بطريقة متدرجة (التسلسل الهرمي) بدءاً بأقلها إرهاباً وصولاً إلى أعلاها إرهاباً - وهو في حالة استرخاء- يعمل على كفاً استجابة القلق التي تثيرها هذه المواقف. واتفق كلٌّ من (Seim et al., 2010)، و (Heuett & Heuett, 2011)، و (England et al., 2012)، و (Niles et al., 2015)، و (Scheurich, 2017)، و (Bartholomay & Houlihan, 2018)، و (Kahlon et al., 2019)، و (Scheurich et al., 2019)، و (Daniels et al., 2020)، و (Chorley, 2021)، و (Jong et al., 2021)، و (Kahlon et al., 2022)، و (Reeves et al., 2022) على فعالية العلاج بالتعريض في تخفيف قلق الكلام لدى طلاب الجامعة.

وفي حدود علم الباحث فإنه لا توجد دراسة عربية تناولت العلاج بالتعريض في تخفيف قلق الكلام لدى طلاب الجامعة؛ ولذا كان هذا دافعاً للباحث لإجراء هذا البحث؛ لاستجلاء فعالية العلاج بالتعريض في تخفيف قلق الكلام لدى طلاب الجامعة.

ثانياً: مشكلة البحث:

من خلال عمل الباحث كعضو هيئة تدريس بالجامعة، تبين أن بعض الطلاب يتبدى عليهم الخوف، والقلق، والارتباك عندما يُوجه إليهم سؤال أثناء المحاضرة، ويُطلب منهم الإجابة أمام زملائهم؛ مما دفع الباحث لإجراء دراسة استطلاعية على عينة من طلاب الجامعة قوامها (١٥٠) طالباً وطالبة؛ لاستجلاء طبيعة هذه الظاهرة، وهل هي منتشرة بشكل ملحوظ لدى طلاب

الجامعة أم لا، وتضمنت الدراسة الاستطلاعية سؤالاً مفتوحاً مفاده: " صف شعورك عندما يُطلب منك التحدث أو إلقاء كلمة أمام الجمهور، أو أمام جمع من الناس، وهل تعتقد أن هذا الشعور هو شعورٌ طبيعيٌّ أم يحتاج إلى تدخلٍ علاجيٍّ؟" وأبانت نتائج الدراسة الاستطلاعية عن وجود مستوى مرتفع من قلق الكلام لدى طلاب الجامعة، حيث كان أكثر من (٧٥%) من أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية (١١٣ طالباً وطالبةً / ١٥٠) تدور استجاباتهم حول الخوف الشديد، والقلق، والارتباك، وارتعاد الصوت، والتلعثم أثناء الكلام، وطأطأة الرأس، واحمرار الوجه، وارتعاش اليدين والقدمين، وسرعة ضربات القلب، عندما يطلب منهم التحدث أمام الآخرين، وأوضحت استجاباتهم على سؤال الدراسة الاستطلاعية أن هذا الشعور غير طبيعيٍّ، وأنهم بحاجة إلى المساعدة في التخلص من هذا الشعور غير الطبيعيِّ.

وانفقت نتائج الدراسة الاستطلاعية مع نتائج دراسة كلٍّ من (AL-Naggar et al., 2013)، وسيد (٢٠١٣)، و(Lverach & Rapee, 2014)، و(Iqbal et al., 2017)، و(Dellah et al., 2020)، و(Jong et al., 2021)، و(Harahap & Rozimela, 2022)، و(Badriyah & Novita, 2023)، في وجود مستوى مرتفع من قلق الكلام لدى طلاب الجامعة؛ الأمر الذي أثر بشكلٍ سلبيٍّ في مجالاتٍ مختلفةٍ من حياتهم؛ وجعلهم غير قادرين على ممارسة حياتهم بشكلٍ طبيعيٍّ، وغير قادرين القيام بأداء وظائفهم الاجتماعية، والأسرية، والمهنية والأكاديمية بشكلٍ جيد.

ولذا جاءت هذه الدراسة كحداولة من الباحث لاستجلاء فعالية العلاج بالتعريض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة؛ مما يساهم في إعادة الاتزان الانفعاليّ لديهم، وجعلهم قادرين على ممارسة حياتهم بشكلٍ طبيعيٍّ دون خوفٍ ودون قلقٍ؛ وصولاً بهم إلى أعلى مستويات التوافق النفسيِّ بمجالاته المختلفة، الشخصية، والأكاديمية، والمهنية، والاجتماعية... وتتحدد مشكلة البحث الحالي في الإجابة عن التساؤلين الرئيسيين الآتيين:

- ١- ما فاعلية العلاج بالتعريض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة؟
- ٢- هل يمتد تأثير برنامج العلاج بالتعريض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى عينة البحث - إن وجد - إلى ما بعد انتهاء فترة العلاج بفترة زمنية محددة (ثلاثة أشهر) " فترة المتابعة"؟

ثالثاً: هدف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى التحقق من فعالية العلاج بالتعريض في تخفيف اضطراب

قلق الكلام لدى عينة من طلاب الجامعة.

رابعًا: أهمية البحث:

• (أ) الأهمية النظرية:

- ١- تتبع أهمية البحث الحالي من خلال إلقاءه الضوء على متغيرين مهمين هما: العلاج بالتعريض، واضطراب قلق الكلام، وذلك من خلال التأسيس النظري لهذين المتغيرين؛ مما قد يثري المكتبة العربية السيكولوجية.
- ٢- طبيعة العينة التي يتناولها البحث الحالي تعطي للبحث أهمية نظرية؛ حيث يتناول البحث عينة من طلاب الجامعة، ويُعَوَّل عليهم آمالٌ كبيرة في بناء المجتمع وتقدمه؛ ولذا فهي عينة تحتاج إلى مزيدٍ من الاهتمام بالبحث والدراسة.
- ٣- في حدود علم الباحث فإنه لا توجد دراسة عربية تناولت العلاج بالتعريض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة؛ مما يؤكد أهمية إجراء هذه الدراسة.

(ب) الأهمية التطبيقية:

- ١- الإفادة من برنامج العلاج بالتعريض في خفض الدرجات المرتفعة لأفراد عينة البحث من طلاب الجامعة على مقياس اضطراب قلق الكلام؛ - أي تخفيف مستوى اضطراب قلق الكلام لديهم - مما يساهم بدرجةٍ كبيرة في مساعدتهم على التواصل والتفاعل بإيجابية في مواقف الأداء، أو المواقف التي تتطلب من الفرد أن يكون متحدثًا أمام الآخرين، دون خوفٍ أو قلق، وينعكس هذا إيجابًا على جوانب حياتهم الأسرية، والاجتماعية، والأكاديمية، والمهنية.
- ٢- الإفادة من مقياس اضطراب قلق الكلام المقدم في البحث الحالي في تشخيص وتحديد مستويات اضطراب قلق الكلام (المرتفع - المتوسط - المنخفض) لدى طلاب الجامعة.
- ٣- الإفادة من نتائج البحث الحالي في مجال تقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية لطلاب الجامعة بشكلٍ عام، وطلاب الجامعة ذوي اضطراب قلق الكلام بشكلٍ خاص.

خامسًا: مصطلحات البحث:

- ١- اضطراب قلق الكلام: **Speech Anxiety Disorder** يُعرّفه الباحث بأنه: "خوفٌ مستمرٌ وملاحظ يتبدى على الفرد في مواقف الأداء، أو المواقف التي تتطلب من الفرد التحدث أمام الآخرين، ويرجع هذا الخوف إلى أفكار

واعتقادات الفرد غير المنطقية التي يتمسك بها في الموقف من قبيل: الكل سيسخر مني، الكل سيقمني تقييماً سلبياً، أدائي سيئ، ويتمخض عن هذا الخوف تغيرات فسيولوجية تظهر على الفرد في الموقف، كاحمرار الوجه، وارتعاش اليدين والقدمين، وحسرة الصوت وارتعاده، وسرعة ضربات القلب، وجفاف الحلق،... مما يدفع الفرد إلى محاولة التخلص من هذا الشعور السلبي وتخفيف التوتر بتجنب مواقف الأداء أو الانسحاب منها".

ويتحدّد إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطالب الجامعيّ على مقياس اضطراب قلق

الكلام (إعداد الباحث).

• ٢- العلاج بالتعريض: Exposure Therapy

هو منهج علاجيّ تكامليّ قائم على أسس السلوكية الحديثة لولبي (1958) Wolpe، ويقوم على فكرة مؤداها أن تعريض العميل للمواقف المثيرة للقلق، يعمل على تنشيط الأحداث والذكريات الصادمة (غير السارة) في ذهن العميل، ومع تكرار التعريض والمواجهة للمواقف المرهوبة بطريقة تدريجية، والعمل في حالة استرخاء، فإن هذا الإجراء يعمل على حدوث كف لاستجابة الخوف غير المرغوب فيها، ويكون التعريض من خلال مجموعة من الفنيات والأساليب التي تستهدف إحداث تغيير معرفيّ منطقيّ في بنية الخوف لدى العميل، ومن أهم هذه الفنيات: التحصين التدريجيّ، والغمر، والاسترخاء، والنمذجة، ولعب الدور، وقلب الدور، والتعزيز الإيجابيّ، وحديث الذات الإيجابيّ، والضبط المعرفيّ للذات،... (Wolpe, 1968, PP.236 – 237; Hembree et al., 2003, P. 556; Cahill et al., 2006, P.598; Brady & Raines, 2009, P. 51).

ويُعرف إجرائياً بأنه: برنامج علاجيّ تكامليّ، يتضمن مجموعة من الإجراءات والخطوات المنظمة، التي تهدف إلى تخفيف اضطراب قلق الكلام في مواقف الأداء لدى الفرد، عن طريق مواجهته لتلك المواقف المثيرة للقلق والخوف، وعدم تجنبها، ويتم التعريض وفق مرحلتين رئيسيتين هما: التعريض التخيليّ، والتعريض في الواقع الحيّ، ويتكون البرنامج من مجموعة من الجلسات الفردية والجماعية، وتتراوح مدة الجلسة الواحدة من (٤٥ - ٦٠) دقيقة، ويتضمن البرنامج أيضاً مجموعة من الفنيات والأساليب هي: الاسترخاء، والتحصين التدريجيّ، والتعريض التخيليّ، وإدارة الضغوط، والتعريض المكتوب، والتخيل الموجه (الإشارات الآمنة)، والضبط المعرفيّ للذات، والغمر التخيليّ، وحديث الذات الإيجابيّ، والنمذجة، ولعب الدور، وقلب الدور، والتعزيز الإيجابيّ، والتغذية الراجعة، وتقديم الذات، والمحادثات الثنائية (الديالوج)، والحوار والمناقشة، والواجب المنزليّ، وذلك بهدف مساعدة طلاب الجامعة ذوي اضطراب قلق الكلام على مواجهة

المواقف المثيرة لقلق الكلام لديهم وعدم الهروب منها، مما يسهم في تخفيف قلق الكلام لديهم، وتحقيق التوافق النفسي وأعلى مستويات الصحة النفسية.

٣- طلاب الجامعة : **University Students**

هم مجموعة من طلاب كلية التربية - جامعة بنيها - وتراوح أعمارهم من (٢٠ - ٢٢) عامًا، ويعانون من مستوى مرتفع من اضطراب قلق الكلام.

سادسًا : محددات البحث:

(أ) محددات منهجية:

١- منهج البحث:

اتباع الباحث في البحث الحالي المنهج شبه التجريبي ذي التصميم بين المجموعتين (المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة)، واعتمد على التقييم البعدي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، والتقييم القبلي والبعدي، والتقييم البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية.

٢- عينة البحث:

تكونت عينة البحث من عشرين (٢٠) طالبًا وطالبة من طلاب الجامعة، ممن يعانون من قلق الكلام، وتراوح أعمارهم من (٢٠ - ٢٢) عامًا، بمتوسط عمري (٢٠,٧٠٠) عامًا، وانحراف معياري قدره (٠,٧٣٢٧)، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية قوامها عشرة طلاب (٤ ذكور - ٦ إناث)، ومجموعة ضابطة قوامها عشرة طلاب (٤ ذكور - ٦ إناث).

٣- أدوات البحث:

- مقياس وكسلر - بلقيو لذكاء الراشدين والمراهقين (تعريب وتطبيق إسماعيل ومليكة، ١٩٩٦).

- استمارة جمع البيانات والمعلومات (إعداد الباحث).

- مقياس اضطراب قلق الكلام (إعداد الباحث).

- برنامج العلاج بالتعريض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة (إعداد الباحث).

٤- أساليب المعالجة الإحصائية:

- اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test.

- اختبار مان ويتني Mann - Whitney Test.

(ب) المحدد الزمني:

تم تطبيق البرنامج العلاجي في العام الجامعي ٢٠٢٢ / ٢٠٢٣م، واستغرق البرنامج ثلاثة أشهر ونصف تقريبًا، بمجموع (٤٤) جلسة، منهم (٢٢) جلسة فردية، و(٢٢) جلسة

جماعية، بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع لكل عميل، وتراوحت زمن الجلسة الواحدة من (٤٥ - ٦٠ دقيقة).

(ج) المحدد المكاني:

تم تطبيق البرنامج العلاجي في إحدى قاعات كلية التربية - جامعة بني سويف.

سابعاً: الإطار النظري ودراسات وبحوث سابقة:

• ١- اضطراب قلق الكلام: **Speech Anxiety Disorder**

يُعد قلق الكلام أحد أكثر أشكال القلق انتشاراً، ويؤثر على واحد من كل خمسة أشخاص تقريباً، فبعض الأفراد عندما يوضعون في موقفٍ يتطلب منهم مخاطبة الجمهور، فإنه يتبدى عليهم الخوف والقلق، الذي يتمخض عنهما تغيرات فسيولوجية واضحة كالعرق الغزير، واحمرار الوجه، وارتعاش اليدين والقدمين، مما يدفعهم إلى تجنب هذا الموقف لتخفيف التوتر، وإن لم يستطيعوا تجنب هذا الموقف فإنهم يعانون ألماً نفسياً وضيقاً كبيراً (Baratholomay & Houlihan, 2016, P. 11; Raja, 2017, PP. 95 -96).

- مفهوم قلق الكلام:

تعددت المفاهيم والمصطلحات في التراث السيكولوجي التي تناولت مصطلح

قلق الكلام **Speech Anxiety**، حيث أُطلق عليه مسميات عديدة كقلق الاتصال **Communication Apprehension**، وقلق الجمهور أو المشاهدين **Audience Anxiety**، وقلق التحدث **Speech Anxiety**، والخوف من الخطابة **Fear of Public Speaking**، ورهبة المسرح/ المنصة **Fright Stage**، ورهبة الكلام **Speech Fright**، وقلق الخطابة **Public Speaking Anxiety**، وقلة الكلام **Speech Reticence**، وفوبيا الكلام **Speech Phobia**، ورغم تعدد تلك المسميات إلا أنها جميعها تشترك في وصف واحد لهذا النوع من القلق، وهو القلق أثناء الكلام، ولكن المصطلح الذي شاع استخدامه بين علماء النفس والمتخصصين هو قلق الكلام.

وعرف (Ross, 1992, P.2) قلق الكلام بأنه: "رد فعل معقد، وله مظاهر فسيولوجية تظهر في ضربات السريعة، وارتعاش اليدين والقدمين، والعرق الغزير، وله مظاهر معرفية تتبدى في الشك المزمن واضطرابات التفكير".

واتفق كلٌّ من عكاشة (٢٠٠٣، ص ١٦١)، ومخيمر وآخرين (٢٠١٥، ص ٣٥١) على أن قلق الكلام هو: خوف الفرد من الوقوع محل ملاحظة الآخرين؛ مما يؤدي إلى تجنبه للمواقف الاجتماعية التي تتطلب منه التحدث أمام الآخرين.

واتفق كلٌّ من Menninger (2005, PP. 41- 42)، و Johnson (2012, P. 18)، و Homer et al. (2016, P. 78) على أن قلق الكلام هو: مظهر من مظاهر القلق الاجتماعي، وفيه يخشى الفرد أن يخطئ في الحديث، أو يتكلم بطريقة غير لائقة، أو يُفسر كلامه على نحو خاطئ، أو يتلعثم في أثناء الكلام، أو يعجز عن الاستمرار في الكلام، أو الإجابة عن الأسئلة والاستفسارات، فضلاً عن الخوف من أن يكون موضع سخرية واستهزاء الآخرين.

وعرف الفرماوي (٢٠٠٦، ص ١٥٣) قلق الكلام بأنه: " خبرة اشتراطية موقفية لسمة أو حالة القلق الاجتماعي، والتي تتم عن وجود فجوة بينشخصية تحدث نتيجة عدم الارتياح في التحدث أمام الآخرين، وذلك خوفاً من التقييم الاجتماعي السلبي من الآخرين، وتكون مصحوبة بردود أفعال جسمية ومعرفية ونفسية، وتؤدي إلى آثار سلبية على الأداء أثناء التحدث، كما تؤدي إلى اتجاهات سلبية أثناء التفاعل الاجتماعي".

وأكد Alfano et al. (2008, PP. 327 – 328) أن قلق الكلام هو: "أحد اضطرابات طلاقة الكلام المؤدية إلى عدم التوافق الشخصي والاجتماعي الناتج عن السلوك الانسحابي المرتبط بالأفكار غير العقلانية التي يتبناها الفرد عند مشاركته للآخرين في حديث ما".

وأشار Joseph (2009, P. 3)، إلى أن قلق الكلام هو: "أحد المشكلات النفسية والاجتماعية التي تتمثل في عدم القدرة على التحدث أمام الآخرين، والشعور بالخوف والانزعاج والارتباك عند المشاركة الشفوية والتفاعل مع الغير، والهروب من المواقف الاجتماعية التي تتطلب تواصلًا شفويًا، ويصاحب ذلك تغيرات فسيولوجية تشير إلى النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي".

واتفق كلٌّ من إبراهيم والقرني (٢٠١٠، ص ٩٧)، و Pull (2012, P.32) على أن قلق الكلام هو: خوف غير طبيعي لدى الفرد من التحدث أمام الجمهور، أو الخوف من التحدث أمام الآخرين، ويسبب هذا الاضطراب ضعفاً واضحاً للفرد في المجالات الاجتماعية والمهنية وغيرها من مجالات العمل المهمة.

وأوضح عبدالعزيز (٢٠١٢، ص ٧) أن قلق الكلام هو: "عدم قدرة الفرد على الكلام أمام الآخرين؛ نتيجة خبرات تشريطية، والخوف من التقييم السلبي؛ مما يسبب له اضطراباً في التواصل اللفظي والاجتماعي، وظهور أعراض جسمية ومعرفية ونفسية، ويختلف باختلاف الموقف، ويسبب للفرد فقدان العديد من الفرص في حياته الأكاديمية والاجتماعية".

وأشار مقداد واليامي (٢٠١٢، ص ٤٧) إلى أن قلق الكلام هو: "اضطراب يحد من قدرة الفرد على طرح وجهة نظره بين زملائه، ويمنعه من المشاركة الصفية، والمشاركة في الأنشطة

المختلفة التي تتم خارج الصف، والتي تتطلب أن يكون الفرد محط أنظار الغير وهو يتحدث، مما قد يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي".

وأوضح Ritter et al. (2013, P. 1105) أن قلق الكلام هو: "معاناة الفرد من عدم القدرة على الإفصاح عما بداخله، أو الإعلان عن مواقفه، فضلاً عن اعتقاده بأن الآخرين سيقومونه بطريقة سلبية، ويترتب على ذلك توتر شديد لدى الفرد في مواقف الأداء".

وعرف Glassman (2014, P. 1) Glassman (2014, P. 1) أن "ميل الفرد إلى تجنب التحدث أمام الآخرين، ومعاناته النفسية والاجتماعية عند إجباره على التحدث أمام الآخرين".

في حين عرف رجيعة (٢٠١٥، ص ٩٩) قلق الكلام بأنه: "جملة من المخاوف غير العقلانية المرتبطة بالحديث أو الكلام أمام الآخرين، حيث يرى الشخص الموقف الكلامي مهدداً لكيونته، ويؤثر على قدرته على الكلام وكفاءته، وقد يدفع الفرد إلى تجنب المواقف التي يتوقع أن يُطلب منه الكلام فيها".

وأشار محمد (٢٠١٥، ص ٣١٧) إلى أن قلق الكلام هو: "أحد أنواع المخاوف الاجتماعية الناتجة عن الكلام أمام الزملاء، ويؤدي بالفرد إلى سوء التوافق الشخصي والاجتماعي، ويتحدد بالخوف من التواصل الشفهي، وقلق الاختبار، والخوف من التقييم السلبي، والأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق".

في حين أشار عبد الحميد (٢٠١٨، ص ١١٤) إلى أن قلق الكلام هو: "خوف الطالب وتردده من التحدث أمام مجموعة من الناس في المناسبات أو في قاعة الدرس، أو التقدم لإلقاء كلمة، وفي المواقف التي يشعر فيها الشخص أنه تحت الملاحظة، وأن الكل ينظر إليه؛ مما يؤدي إلى تجنب الكلام داخل الصف والإذاعة المدرسية والأنشطة التي تحتاج إلى مواجهة الجمهور".

وعرف إسماعيل (٢٠٢١، ص ٢٦٨) قلق الكلام بأنه: "شعور الفرد بالتوتر المصحوب بمجموعة من الاضطرابات اللفظية والفسيولوجية التي تعوق توصيل المعلومات والأفكار والآراء عند التحدث أمام مجموعة من الأشخاص".

وأكد Kahlon (2022, P. 6) أن قلق الكلام أحد الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً بين المراهقين، وينطوي على الخوف من التقييم السلبي، ويليهِ الشعور بالإحراج أو الإذلال عند التحدث أمام الآخرين".

وأوضح (Plandano, 2023, P.1443) أن قلق الكلام "خوف" شائع ومنتشر لدى طلاب الجامعة، ويتضمن الخوف من التحدث في الأماكن العامة، أو التواصل الشفوي مع الجمهور".

وعلى ضوء ما سبق يتضح للباحث أن التعريفات السابقة لقلق الكلام ركزت على الجوانب المعرفية والانفعالية والسيولوجية والسلوكية كأبعاد رئيسة ومحددة لقلق الكلام، والذي يتضمن - أي قلق الكلام - أفكارًا غير منطقية لدى الفرد في مواقف التحدث أمام الآخرين، وخوفًا من التقييم السلبي، أو أن يكون الفرد محل ملاحظة الآخرين، أو سخريتهم أو استهزائهم، وبصاحب هذا تغيرات فسيولوجية كاحمرار الوجه، وجفاف الحلق، وارتعاش اليدين والقدمين،... مما يدفع الفرد إلى تجنب تلك المواقف أو الانسحاب منها لتخفيف هذا التوتر.

ويرى الباحث أن قلق الكلام هو: "خوف مستمرٌ وملاحظ يتبدى على الفرد في مواقف الأداء، أو المواقف التي تتطلب من الفرد التحدث أمام الآخرين، ويرجع هذا الخوف إلى أفكار واعتقادات الفرد غير المنطقية التي يتمسك بها في الموقف من قبيل: الكل سيسخر مني، الكل سيقمني تقييمًا سلبيًا، أدائي سيئ، ويتمخض عن هذا الخوف تغيرات فسيولوجية تظهر على الفرد في الموقف، كاحمرار الوجه، وارتعاش اليدين والقدمين، وحسرة الصوت وارتعاده، وسرعة ضربات القلب، وجفاف الحلق،... مما يدفع الفرد إلى محاولة التخلص من هذا الشعور السلبي وتخفيف التوتر بتجنب مواقف الأداء أو الانسحاب منها".

- مظاهر وأعراض قلق الكلام :
باستقراء الباحث لبعض الأطر النظرية التي تناولت قلق الكلام لدى طلاب الجامعة بالبحث والدراسة (المالح، ١٩٩٣، ص ص ٢٤ - ٢٥؛ Ayres & Hopf, 1993, PP. 7 - 8؛ حبيب، ١٩٩٦، ص ٤٦؛ دبببب، ١٩٩٧، ص ص ١٠ - ١٠٢؛ Clark et al., 2003, PP. 1058 - 1060؛ Berman & Schneier, 2004, P. 2؛ الفرماوي، ٢٠٠٦، ص ١٥٩؛ Seim et al., 2010, P. 85؛ شاهين وجرادات، ٢٠١٢، ١٢٦١؛ محمد والطنطاوي، ٢٠١٢، ص ص ١١٨ - ١١٩؛ Johnson, 2012, PP. 17 - 18؛ Homer؛ Bartholomay, 2015, P. 8؛ et al., 2016, P. 79؛ الخواجة، ٢٠١٩، ص ١١٠؛ إسماعيل، ٢٠٢١، ص ص ٢٧٢ - ٢٧٣؛ عبيد، ٢٠٢٢، ص ١٤٤) تبين أن ثمة أربعة مظاهر رئيسة لقلق الكلام، تتضح فيما يأتي:

(أ) المظهر المعرفي:

ويتبدى في وجود مجموعة من الأفكار والاعتقادات السلبية عن الذات في مواقف الأداء أو المواقف التي تتطلب من الفرد التحدث أمام الآخرين (من قبيل: الكل يتفحصني، الكل سيسخر مني، الكل سيقمني تقييماً سلبياً، أدائي سيئ، أنا غير واثق من نفسي، أنا غير قادر على ترك انطباع جيد لدى الآخرين...)، وتحريف الواقع، وتوقع الأذى والضرر، بالإضافة إلى تفكير الفرد المستمر في مواقف الأداء المثيرة للقلق، وما يعتقد الآخرون عنه في تلك المواقف، وكذلك التفكير في الأخطاء التي قد تُرتكب في المواقف، وعدم قدرة الفرد على التركيز، وشروذ ذهنه، وصعوبة تنظيم الأفكار وترتيبها أثناء الحديث، واضطراب الأفكار وتداخلها، وصعوبة استدعاء الكلمات المناسبة للموقف، وتدني مفهوم الذات، وانخفاض تقدير الذات.

(ب) المظهر النفسي:

ويتضح في الشعور بالخوف الشديد، والتوتر، والخجل، وعدم الشعور بالأمن، والغضب، والعصبية، والضيق والانزعاج، عند التعرض لمواقف الأداء أو المواقف التي تتطلب من الفرد التحدث أمام الآخرين، بالإضافة إلى الارتباك، وانخفاض الثقة بالنفس، والتشاؤم، واليأس، والشعور بحالة من عدم الاتزان، وعدم الاطمئنان، وسوء التوافق النفسي.

(ج) المظهر الفسيولوجي:

ويتجلى في شكل مجموعة من الأعراض الفسيولوجية الناتجة عن استثارة الجهاز العصبي، كاحمرار الوجه، وارتعاش اليدين والقدمين، وصعوبة التنفس، وجفاف الحلق والفم، وحشجة الصوت وارتعاده، وسرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، والعرق الغزير، ومشاكل معدية، وخفقان القلب، وتشنج عضلات الوجه، بالإضافة إلى الشعور بالدوخة والغثيان والوهن.

(د) المظهر السلوكي والاجتماعي:

ويتضح في التردد والهروب أو الانسحاب من مواقف الأداء أو المواقف التي تتطلب من الفرد التحدث أمام الآخرين، وقلة التحدث، والميل إلى الاستماع أكثر من الكلام، والتلعثم أثناء الحديث، وضعف التواصل البصري (عدم التواصل بالعين)، وطأطأة الرأس، وانخفاض الصوت أثناء الكلام مع وجود حشجة وارتعاد في الصوت، وصعوبة التحكم والتنوع في نبرات الصوت، وبطء في معدل سرعة التحدث، مما يؤثر على متابعة الآخرين لما يقول، أو سرعة في معدل سرعة التحدث، مما يؤثر على فهم الآخرين لما يقول، بالإضافة إلى انخفاض معدل الطلاقة اللغوية، واضطراب واضح في معدل انسيابية الكلام.

- أسباب قلق الكلام :

تتعدد الأسباب التي تساهم في حدوث وتطور اضطراب قلق الكلام، ووفقًا لما استقرأه الباحث لبعض الكتابات والأطر النظرية لقلق الكلام (Philips, 1984, PP. 52 – 55؛ McCroskey & Richmond, 1990, PP. 20 – 22؛ Juster et al., 1996, PP. 403 – 407؛ ١٣٣؛ Tillfors et al., 2002, PP.114 – 115؛ Bandelow؛ Miike et al., 2004, P. 445؛ Botella et al., 2004, P. 825؛ 115؛ Kearney, 2005؛ Mccarthy & Goffin, 2005, P. 290؛ et al., 2004, P. 117؛ Homer et al., 2016, PP. 60 – 61؛ Glashouwer et al., 2013, P. 263؛ PP. 77- 82؛ Kahlon, 2022, P. 23؛ Tadjouri, 2016, PP. 13 – 18؛ عبيد، ٢٠٢٢، ص ص ١٤٤ – ١٤٥) فإن أسباب قلق الكلام تتضح فيما يأتي:

(أ) أسباب ذاتية (شخصية) : ثمة مجموعة من الخصائص التي إذا اتصف بها الفرد، فإنها تؤدي دورًا كبيرًا في استثارة قلق الكلام لديه، وخوفه من التحدث في مواقف الأداء، ومن أهم هذه الخصائص: الخجل، والتردد، وعدم الثقة في الذات، والانطواء، وانخفاض تقدير الذات، ونقص مهارات الاتصال، والتقييم السلبي للذات، وضعف إدراك الفرد لفاعليته الذاتية، وعدم القدرة إلى اتخاذ القرار في الموقف، والأفكار السلبية التي يتبناها الفرد في الموقف، بالإضافة إلى الكمالية، ونقص المفردات اللغوية، وتوقع التقييم السلبي من الآخرين، وعدم الاستعداد لموقف التحدث، وقلة الممارسة لأنشطة التحدث أمام الآخرين، وكلها عوامل باعثة ومساعدة على استمرارية قلق الكلام؛ حيث تدفع الفرد إلى تجنب أي موقف تواصل، وبخاصة تلك المواقف التي تتطلب منه أن يكون متحدثًا أمام الآخرين.

(ب) أسباب بينشخصية : تتضح تلك الأسباب في سلوك الأشخاص الحاضرين في مواقف الأداء التي يتحدث فيها الفرد إليهم، فالضحك على أفكار الفرد وأخطائه ونطقه، وتبرؤ الأخطاء له أثناء التحدث، والمبالغة في تتبع حركاته، ونظرات السخرية له، والهمز واللمز ضد الفرد المتحدث، بالإضافة إلى مقارنته بالآخرين في مواقف التحدث، كلها أسباب وعوامل تجعل الفرد أقل راحةً لمواصلة الكلام، وتؤدي بدورها إلى استمرارية قلق الكلام لديه.

(ج) أسباب عضوية : وتتبدى تلك الأسباب في وجود خلل في منطقة أميغدال Amygdal بالمخ، وهي المنطقة المتحكمة والمسؤولة عن استجابات الخوف لدى الفرد، وهذا

الخلل يؤدي بدوره إلى حدوث تغير في نسبة تغذية خلايا المخ بالأكسجين؛ مما ينعكس في شكل تغيرات سلبية في النشاط العصبي، فيظهر الخوف لدى الفرد في المواقف التي تتطلب منه مخاطبة الجمهور.

(د) أسباب وراثية: للوراثة دورٌ كبير في نشأة معظم الأمراض والاضطرابات النفسية والتي من بينها اضطراب قلق الكلام، والاضطرابات النفسية لا يمكن بأية حالٍ من الأحوال أن تنتقل من الآباء إلى الأبناء عن طريق الجينات الوراثية المحمولة على الكروموسومات (الصبغيات)، ولكن الذي يُورث هو الاستعداد للمرض أو للاضطراب النفسي، والذي إذا ما توفرت له ظروف حياتية غير صحية أدت إلى إصابة الفرد بالمرض النفسي؛ ولذا فهناك بعض الأفراد لديهم استعدادات خاصة موروثة للإصابة بالاضطرابات النفسية، ولا يمكن تجاهل دور الوراثة في ذلك.

(هـ) أسباب أسرية وبيئية: وتتجلى تلك الأسباب في التنشئة الاجتماعية وما يمارسه الوالدان من أساليب معاملة والدية غير سوية كالحماية الزائدة، والتدليل الزائد، والنبذ، والرفض، والإهمال، والعنف، والتفرقة، والمقارنة، وعدم إشباع حاجات الأبناء النفسية، وأسلوب التعلق غير الآمن والذي يؤدي بدوره إلى تكوين مفهوم سلبي عن الذات وعن الآخرين، فصحة الأبناء النفسية ما هي إلا انعكاس للطريقة التي تمت تنشئتهم بها في مراحلهم الباكرة، فأسلوب التربية القائم على إثارة الخوف والفرع، وانعدام الأمن، وقمع التعبير الانفعالي يؤثر سلباً على الأبناء في مواقف الأداء المختلفة التي يتعرضون لها، وبالإضافة لما سبق فإن الخبرات المؤلمة والصادمة التي تعرض لها الفرد في طفولته، وبخاصة تلك الخبرات التي تعرض فيها للإذلال والإهانة والسخرية في أثناء التحدث أمام الآخرين، سواء داخل المنزل، أو في المدرسة أو خارجها، ووجود نماذج غير سوية يحتذي بها الفرد ويقلد تصرفاتها في مواقف الأداء، فضلاً عن معاناة الأسرة من الانفصال، والتصدعات الأسرية، وفشل الفرد في تكوين علاقات اجتماعية مع أقرانه، كلها أسباب جوهرية يتمخض عنها الخوف والقلق والتوتر لدى الفرد في أثناء مخاطبة الجمهور.

ويرى الباحث أن أسباب قلق الكلام لا تخرج عن سببين رئيسيين متكاملين ومتفاعلين معًا هما: أسباب وراثية وأسباب بيئية، فالوراثة والبيئة يتفاعلان معًا لتشكيل الشخصية الإنسانية، فالاستعدادات الموروثة لدى الفرد للإصابة بالاضطرابات النفسية عندما تلتقي مع ظروف أسرية وبيئية غير صحية (كانفصال الوالدين، والعنف، والإهمال، والمقارنة، والتفرقة، وقمع التعبير الانفعالي، والخبرات الصادمة، والفشل في تكوين علاقات اجتماعية... إلخ) يتمخض عنها إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية، والتي من بينها قلق الكلام، وإذا ما التقت مع ظروف بيئية وأسرية صحية (كالاهتمام والرعاية، والتقبل، والتسامح، والمساواة، وإشباع الحاجات النفسية، وإعطاء الأبناء الفرصة للتعبير عما بداخلهم، وتوفير جو آمن... إلخ) فإنها - أي هذه الظروف البيئية الصحية - تحد من تأثير الوراثة في إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية، وبناءً على ذلك يمكن القول بأن الوراثة لا تجد مداها الصحي إلا في بيئة صحية مناسبة، ولا تجد مداها غير الصحي إلا في بيئة غير صحية.

- التوجهات النظرية المفسرة لقلق الكلام:

تعددت المدارس والتوجهات النظرية المفسرة لقلق الكلام، ومن أهم تلك النظريات ما يأتي:
(أ) نظرية التحليل النفسي:

Psychoanalysis Theory

يرى فرويد (Freud (1953, PP. 304 – 305) - رائد نظرية التحليل النفسي - أن القلق ما هو إلا انعكاس واضح لمخاوف وصراعات الطفولة الباكورة المكبوتة في اللاشعور، والتي لم يتم تصفيتها بعد، ووفقاً لهذه النظرية فإن الأفراد الذين يُخبرون (يعانون) قلق الكلام، يحاولون بشكلٍ أو بآخر التوافق مع الصراعات الطفولية المكبوتة التي لم يتم تصفيتها، ولا يستطيعون الاعتراف بها ومناقشتها بكل صراحة.

وأكد فرويد أن الأنا هي المقر الوحيد للقلق، والمولد الوحيد له، وترتب على تمييزه بين منظمات الجهاز النفسي الثلاثة (الهو - الأنا - الأنا العليا) أن يكون القلق الموضوعي السوي، والقلق العصبي، والقلق الخُلقي تتأخر وعلى الترتيب العلاقة مع الأنا، والهو، والأنا الأعلى (في: القطان، ١٩٨٠، ص ص ٢٠٣ - ٢٠٤).

"والقلقُ كرد فعلٍ من جانب الأنا إما أن يندُر بخطرٍ خارجيٍّ (قلق سويٍّ)، أو بخطرٍ داخليٍّ من جانب الأنا العليا (قلق خُلقيٍّ في صورة إنهم أو اشمئزاز أو خزي)، وإما أن يندُر بخطر

داخلي (طفح المكبوتات) من جانب الهو (قلق عصابي هائم أو فوبيات)... والقلق إما صدمة انغمار (قلق ذعر)، أو إشارة إنذار لمواجهة الصدمة، إما أن تنجح الإشارة في استنهاض دفاعات تتفادى الصدمة (بتكوين الأعراض والتكوينات المضادة ..) وإما أن تنغمر الأنا بالصدمة". (القطان، ١٩٨٠، ص ٢٠٦؛ مخيمر، ١٩٨١، ص ١٦٧؛ مخيمر، ١٩٩٦، ص ٩٩).

ويرى الباحث أن قلق الكلام كأحد الاضطرابات النفسية ينشأ لدى الفرد نتيجة للصراع الدائر بين الهي والأنا، وعندما تستنزف الأنا جزءاً كبيراً من الطاقة النفسية المتاحة تحت تصرفها باستخدام ميكانيزمات الدفاع أو بعض ميكانيزمات الدفاع من أجل الحفاظ على المكبوتات في اللاشعور؛ فإن هذا يولد القلق لدى الفرد، والذي يُعد - أي القلق - النواة الرئيسية، والمفجر للمشكلات والاضطرابات النفسية.

(ب) النظرية السلوكية

السُّلوكِيَّة Behavioral Theory:

اتفق رواد النظرية السلوكية أمثال: هيل (Hull)، وسكينر (Skinner)، وهوفلان (Hovlan)، ودولارد وميلر (Dollard & Miller) أن معظم سلوك الإنسان متعلم، وأن الفرد يتعلم السلوك السوي والسلوك غير السوي، ويُعطون أهمية كبيرة للتعزيز في عملية التعلم، ووفقاً لهذه النظرية فإن قلق الكلام ما هو إلا استجابة انفعالية متعلمة أو مكتسبة من البيئة، يتعلمها الفرد كما يتعلم معظم أنماط سلوكه حسب قواعد التعلم من والديه أولاً، ثم من المدرسة وبقية الأوساط التربوية الأخرى التي يتعامل معها (كفافي، ١٩٩٧، ص ٤٠٧؛ زهران، ٢٠٠٥، ص ١٠٢ - ١٠٤؛ عبدالرحمن وأحمد، ٢٠٠٦، ص ١٦٢).

وأكد رواد المدرسة السلوكية أن قلق الكلام قد ينشأ نتيجة للتعلم الشرطي، فالطفل يتعلم أن يستجيب بانفعالات معينة (كالفرح، والحزن، والغضب، ..) تجاه المثيرات المختلفة (الطبيعية)، ونتيجة لاقتران المثير الطبيعي (بطريقة متكررة) بمثير آخر (محايد) لديه بالفعل قوة استدعاء الاستجابة الانفعالية؛ فإن المثير المحايد يكتسب صفة وخاصية المثير الطبيعي، ويصبح قادراً على استدعاء نفس الاستجابة الانفعالية، وبالتالي فإن قلق الكلام قد يتضح لدى الأفراد نتيجة لهذه الخبرات التشريطية الصدمية المرتبطة بمواقف أدائية تعرض فيها الفرد للإيذاء والسخرية من الآخرين، فينكون لديه ارتباط شرطي بين الخبرة الصدمية ومواقف الأداء التي تعرض فيها للإيذاء، ومن ثم يعمم هذا الخوف على المواقف اللاحقة التي يواجهها، ويصبح الخوف صفةً

ملازمةً له في هذه المواقف، فينسحب منها (Ollendick & King, 1990, PP. 187- 188; Hofmann & Otto, 2008, P.15; Shannon, 2012, P. 15).

ويرى الباحث أن قلق الكلام وفقاً للنظرية السلوكية قد يظهر لدى الأفراد نتيجة لاقتران مواقف التحدث أمام الآخرين بنتائج سلبية وغير سارة، بصورة متكررة؛ مما يولد لدى الفرد القلق والخوف من المواقف التي تتطلب منه مخاطبة الجمهور، فينسحب من تلك المواقف أو يتجنبها؛ ليتخلص من الشعور بالضيق والألم النفسي الذي يعانيه عندما يوجد في مثل هذه المواقف، ويتكرر هذا القلق والخوف بتكرار تلك المواقف.

ووفقاً لنظرية التعلم الاجتماعي لباندورا (التعلم بالأنموذج (Modeling Learning)؛ والتي تعد امتداداً للنظرية السلوكية وتطويراً لها، فإن قلق الكلام ينشأ نتيجة لملاحظة الآخرين وتقليدهم ومحاكاتهم؛ ولذا فإن هذه النظرية - نظرية التعلم الاجتماعي - توجه الأنظار إلى عملية الملاحظة والتقليد والمحاكاة، ودورها الفعال في تعلم السلوك، فالإنسان يتعلم الاستجابات الجديدة من خلال ملاحظة الآخرين وتقليدهم ومحاكاتهم، وفي هذا الصدد أكد باندورا (Bandura (1977, PP. 35, 20 - 16 "أن السلوك ليس في حاجة إلى تعزيز ولا يلزم ممارسته لكي يحدث تعلمه، فنحن نتعلم كثيراً من سلوكياتنا من خلال تأثير القدوة أو المثل، فمن خلال ملاحظة الآخرين وتكرار أفعالهم يُكتسب السلوك - أي إننا نكتسب السلوك من خلال التعلم بالملاحظة ومحاكاة الآخرين وتقليدهم، وهذه المحاكاة لا تكون بشكلٍ آليٍّ وسريع، بل تتم من خلال أربع عمليات رئيسة تتضمن: الانتباه، والحفظ، والدافعية، وإعادة توليد السلوك (أداء السلوك) ."

ويرى الباحث أن قلق الكلام يُفسر من وجهة نظر التعلم الاجتماعي على أنه استجابة انفعالية مكتسبة من خلال المحاكاة والتقليد لنماذج تتصف بالقلق الشديد والخوف والتوتر في مواقف التحدث أمام الآخرين، فالفرد يقلد هذه النماذج في استجاباتها تجاه تلك المواقف، وتصبح تلك الاستجابات ثابتة نسبياً لديه - أي لدى الفرد -؛ حيث يتلقى تعزيزاً غير مباشر على هذه الاستجابات من خلال الأنموذج الذي يمثل قدوةً له؛ ولذا يجب على النماذج المختلفة في حياة الفرد، أن يكونوا حذرين في انفعالاتهم وسلوكياتهم في المواقف المختلفة؛ لأن الأفراد يقلدونهم ويحاكونهم، فالنماذج التي تتصف بالقلق والخوف الشديد في مواقف الأداء تُكسب هذا السلوك للأفراد المقلِّدين عن غير قصد.

(ج) النظرية المعرفية

المعرفية :Cognitive Theory

أكد رواد النظرية المعرفية وعلى رأسهم بيك Beck، أن القلق ينشأ لدى الأفراد نتيجة للطريقة التي يفكرون بها، فالإنسان مرهون بطريقة تفكيره؛ ولذا فإن انفعالات وسلوكيات الأفراد في المواقف المختلفة تكون غالباً مرتبطة بطريقة تفكيرهم، فهناك مواقف كثيرة تستثير القلق والغضب لدى الفرد؛ نظراً للطريقة التي يدرك بها الفرد الموقف في ضوء ما لديه من أفكار واعتقادات في بنائه العقلي المعرفي، وإذا كانت هذه الأفكار غير منطقية (لاعقلانية) فإن هذا يساهم في حدوث القلق والاضطراب، وقد يظل الفرد معتدراً تلك المعارف والاعتقادات غير المنطقية هي الحقيقة المطلقة، ويظل محافظاً عليها، مما يزيد من قلقه واضطرابه (Beck, 1995, PP. 14 -15; Clark & Beck, 2010, P. 31).

ووفقاً للنظرية المعرفية فإن قلق الكلام يتولد لدى الأفراد نتيجة لوجود خلل أو أخطاء في المعالجة المعرفية لمواقف الأداء، ويرتبط هذا الخلل بشكلٍ أو بآخر بوجود خلل في البناء العقلي المعرفي للفرد (المخططات المعرفية)، فعندما تتضمن المخططات المعرفية اعتقادات وتحريفات معرفية مبالغ فيها، فإن هذا يدفع إلى مزيدٍ من القلق والضيق، ويؤدي بالفرد إلى حدوث اضطرابٍ في الشخصية (Beck et al., 2004, PP. 17 – 18; Biedel & Turner, 2007, P. 206).

ويرى الباحث أنه في ضوء النظرية المعرفية فإن قلق الكلام ينشأ نتيجة لوجود مجموعة من الأفكار والاعتقادات السلبية التي يكونها الفرد عن ذاته في المواقف التي يُطلب منه فيها التحدث أمام الآخرين من قبيل: أنا غير كفء، أدائي سيئ، الكل يراقبني، الكل سيسخر مني، الكل سيقمني تقيماً سلبياً، الكل ينتظر أخطائي، أنا غير واثق من نفسي؛ مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق والخوف من التحدث أمام الآخرين، وباستمرار تلك الاعتقادات والأفكار السلبية يستمر الفرد في دوامة القلق والخوف عندما يوضع في مواقف تتطلب منه مخاطبة الجمهور.

• ٢- العلاج بالتعريف: Counseling Program

يُعد العلاج بالتعريف أحد العلاجات النفسية التي تهدف إلى مساعدة الفرد على مواجهة المواقف المثيرة للقلق في بيئة آمنة، مما يؤدي إلى حدوث انطفاء للاستجابات غير السوية تجاه تلك المواقف، ومع التعرض المستمر لتلك المواقف ولفترة طويلة من الوقت، يتمخض عن هذا

تخفيف شدة الانفعالات، وتخفيف القلق وسلوك التجنب المرتبط بتلك المواقف، فضلاً عن تكوين استجابات جديدة سوية تجاه تلك المواقف المقلقة (Fitzgerald et a., 2004, PP. 91 – 93; Craske et al., 2008, PP. 5 – 8).

- مفهوم العلاج بالتعريض:

اتفق كلٌّ من (Wolpe, 1968, PP.236 – 237)، و (Hembree et al., 2003, P. 556)، و (Cahill et al., 2006, P.598)، و (Brady & Raines, 2009, P. 51) على أن العلاج بالتعريض منهج علاجي تكاملي قائم على أسس السلوكية الحديثة لولبي (Wolpe, 1958)، ويقوم على فكرة مؤداها أن تعريض العميل للمواقف المثيرة للقلق، يعمل على تنشيط الأحداث والذكريات الصادمة (غير السارة) في ذهن العميل، ومع تكرار التعريض والمواجهة للمواقف المرهوبة بطريقة تدريجية، والعميل في حالة استرخاء، فإن هذا الإجراء يعمل على حدوث كف لاستجابة الخوف غير المرغوب فيها، ويكون التعريض من خلال مجموعة من الفنيات والأساليب التي تستهدف إحداث تغيير معرفي منطقي في بنية الخوف لدى العميل، ومن أهم هذه الفنيات: التحصين التدريجي، والغمر، والاسترخاء، والنمذجة، ولعب الدور، وقلب الدور، والتعزيز الإيجابي، وحديث الذات الإيجابي، والضبط المعرفي للذات، ..

وعرف (Fitzgerald et al., 2004, PP. 91 – 93) العلاج بالتعريض بأنه: " أحد العلاجات النفسية التي توفر للفرد القدرة على مواجهة المواقف المثيرة للقلق في بيئة آمنة وواقعية من حيث المشاركة، والوجود المكاني، وحدوث استجابة الانطفاء، والوصول إلى العلاج، وذلك مع تكرار التعرض الواقعي الحقيقي لفترة طويلة من الوقت".

واتفق كلٌّ من (Deacon, 2006, P. 311) و (Milosevic, 2006, P. 10) على أن العلاج بالتعريض هو: أحد المداخل العلاجية التي تستهدف علاج بعض اضطرابات القلق، ومساعدة الفرد على مواجهة المواقف المرهوبة، وذلك من خلال استحداث تغييرات معرفية إيجابية جديدة في البنية العقلية المعرفية للفرد؛ من أجل مساعدته على مواجهة المواقف المثيرة لقلقه وعدم تجنبها أو الهروب منها.

في حين اتفق كلٌّ من (Hirai et al., 2006, P. 247) و (Ressler et al., 2006, PP. 335 – 336)، و على أن العلاج بالتعريض أحد التوجهات العلاجية التي تقوم على كف الاستجابة الشرطية غير السارة، وذلك من خلال التعريض المتكرر للمثيرات الشرطية في غياب المثير غير الشرطي، أي فك الاقتران الزمني بين المثير الشرطي والمثير غير الشرطي؛ مما يؤدي إلى حدوث انطفاء لتلك الاستجابة.

وأشار (Foa et al., 2009, P.10) إلى أن العلاج بالتعريض هو: "بروتوكول علاجي متكامل ومرن يهدف إلى علاج الفوبيات والصدمات النفسية، من خلال كف الاستجابات غير المرغوب فيها وتعديل السلوك".

وأكد (Abramowitz et al., 2011, P. 19) أن العلاج بالتعريض هو "عملية متكاملة تقوم على مساعدة المريض على الانخراط في اتصال متكرر ومطول مع مثير يسبب الخوف للمريض، وقد يكون هذا المثير من المثيرات الحسية (كالثعابين والعناكب)، أو غير الحسية (كالبالونات، والمراحيض)، أو الواقعية (كالتواجد في موقف اجتماعي)، أو المعرفية (كذكرات صادمة، أو إيذاء أحد أفراد أسرته له)، أو الفسيولوجية (كتسارع ضربات القلب والدوخة)، ويتم التعريض الآمن والمطول للمثيرات المسببة للخوف، حتى يتم التخفيف من هذه الأعراض وهذا الخوف".

وأوضح بلحسيني (٢٠١٣، ص ٧٦) "أن العلاج بالتعريض يقوم على افتراض أن القلق ينخفض بدخول العميل وبقائه في مواقف القلق حتى تزول رغبته في تجنب هذه المواقف، ووفقاً للعلاج بالتعريض يتم تعريض العميل للمثيرات أو المواقف المقلقة أو التي تستثير خوفه ويتجنبها، وقد يكون التعرض بالمواجهة الفعلية في الحياة الواقعية، أو بالمواجهة التخيلية، وفي المواجهة التخيلية يُطلب من العميل أن يتخيل نفسه أمام المثير الذي يخافه (كالعناكب مثلاً)، أو في موقف مثير للقلق (كالتحدث أمام الجمهور)".

وفي سياق آخر أشار بلحسيني (٢٠١٣، ص ٧٦) إلى "أن العلاج بالتعريض طريقة للتعرض المتكرر والممتد، سواء واقعياً أو باستخدام التخيل، وذلك لمثيرات ومنبهات ليست مؤذية من الناحية الموضوعية، ولكنها مخيفة للمريض؛ وذلك بهدف تخفيف ما يعانيه من قلق...".

وأكد مهني وآخرون (٢٠١٧، ص ص ١٠٣ - ١٠٤) "أن العلاج بالتعريض مجموعة من الخبرات المحددة التي يتعرض لها طلاب الجامعة لتخفيف شدة الانفعالات والشعور بالاشمئزاز لديهم، ولا يهدف العلاج بالتعريض إلى التخلص من الأعراض المرضية فحسب، بل يساعد الفرد أيضاً على تغيير سلوكه إلى الأفضل، وتخفيف شدة الانفعالات لديه، وذلك عن طريق تعريضه للمواقف التي يتجنبها.

وأشار فغموس وبوخاري (٢٠٢٠، ص ١٢٢) إلى أن "العلاج بالتعريض يقوم على أساس أن القلق عادة ما يقل بعد مواجهة الموقف المثير للقلق، عن طريق تكرار التعريض؛ مما يصل بالفرد إلى التعود على المثير، ويقل القلق حتى يصل إلى عدم الخوف من مواجهة المثير

المسبب للقلق، ويوجد نوعان للعلاج بالتعريض هما: التعريض التخيلي، والتعريض الحقيقي المتدرج".

وعلى ضوء ما سبق يرى الباحث أن العلاج بالتعريض أحد العلاجات النفسية التكاملية القائمة على أسس السلوكية الحديثة لولبي، ويتضمن مجموعة من الفنيات والأساليب التي تهدف إلى إحداث كف للاستجابات غير المرغوب فيها في مواقف الأداء، وتعديل سلوك الفرد، وذلك من خلال التعريض المتكرر والممتد لمواقف الأداء المثيرة للخوف والقلق لديه، وصولاً إلى حدوث انطفاء للاستجابة غير السوية في تلك المواقف.

ويُعرف الباحث برنامج العلاج بالتعريض بأنه: " برنامج علاجيّ تكامليّ، يتضمن مجموعة من الإجراءات والخطوات المنظمة، التي تهدف إلى تخفيف اضطراب قلق الكلام في مواقف الأداء لدى الفرد، عن طريق مواجهته لتلك المواقف المثيرة للقلق والخوف، وعدم تجنبها، ويتم التعريض وفق مرحلتين رئيسيتين هما: التعريض التخيليّ، والتعريض في الواقع الحيّ، ويتكون البرنامج من مجموعة من الجلسات الفردية والجماعية، وتتراوح مدة الجلسة الواحدة من (٤٥ - ٦٠) دقيقة، ويتضمن البرنامج أيضاً مجموعة من الفنيات والأساليب هي: الاسترخاء، والتحصين التدريجيّ، والتعريض التخيليّ، وإدارة الضغوط، والتعريض المكتوب، والتخيل الموجه (الإشارات الآمنة)، والضبط المعرفيّ للذات، والغمر التخيليّ، وحديث الذات الإيجابيّ، والنمذجة، ولعب الدور، وقلب الدور، والتعزيز الإيجابيّ، والتغذية الراجعة، وتقديم الذات، والمحادثات الثنائية (الديالوج)، والحوار والمناقشة، والواجب المنزليّ، وذلك بهدف مساعدة طلاب الجامعة ذوي اضطراب قلق الكلام على مواجهة المواقف المثيرة لقلق الكلام لديهم وعدم الهروب منها، مما يسهم في تخفيف قلق الكلام لديهم، وتحقيق التوافق النفسي وأعلى مستويات الصحة النفسية.

- أهداف العلاج بالتعريض:

يتضمن العلاج بالتعريض مجموعة من الأهداف، يمكن حصرها في النقاط الآتية:

(١) تنشيط بنية الخوف والأحداث والذكريات غير السارة في ذاكرة العميل؛ من أجل تحديد الأفكار والاعتقادات غير المنطقية المرتبطة بها، والعمل على تعديلها، مع إكساب الفرد القدرة على التحكم في الانفعالات السلبية التي تسيطر عليه.

(٢) كف الاستجابات غير المرغوب فيها لدى العميل (انطفاء استجابة الخوف) عند مواجهته للمواقف المثيرة للقلق.

(٣) تعديل سلوك العميل السلبيّ في المواقف المثيرة للقلق إلى سلوكٍ إيجابيٍّ، من خلال إكسابه مجموعة من المهارات وأساليب المواجهة الصحيحة التي تمكنه من التفاعل بإيجابية في الموقف، وعدم الهروب منه.

(٤) التعود على المواقف المثيرة للقلق، بحيث تتلاشى الانفعالات السلبية المرتبطة بتلك المواقف لدى العميل عندما يتعرض لها بعد ذلك في البيئة المحيطة.

(٥) التخلص من الأعراض المرضية لدى العميل، ومساعدته على تغيير سلوكه إلى الأفضل، وتخفيف شدة الانفعالات لديه.

(٦) فك الاقتران بين المثير الشرطيّ والمثير غير الشرطي؛ مما يؤدي إلى حدوث انطفاء للاستجابة غير السوية (كف لاستجابة الخوف غير المرغوب فيها).

(٧) تعديل الأفكار والاعتقادات السلبية المخزنة في البنية العقلية المعرفية للعميل، وبناء أفكار واعتقادات إيجابية جديدة توافقية تحل محل هذه الأفكار والاعتقادات السلبية، أي إحداث تغيير معرفيٍّ منطقيٍّ في البنية العقلية المعرفية للعميل.

(٨) زيادة فاعلية الذات المدركة لدى العميل، من خلال تنمية قدرته على ضبط الذات في المواقف المثيرة لقلقه، حتى يتمكن من التحكم في المواقف المثيرة لقلقه في البيئة الطبيعية المحيطة به.

(Hembree et al., 2003, P. 556; Cahill et al., 2006, P. 598; Clark et al., 2006, PP.568 - 570; Hirai et al., 2006, P. 247; Ressler et al., 2006, PP. 335 - 336; Brady & Raines, 2009, P. 51; Foa et al., 2009, P. 10; Abramowitz et al., 2011, P. 19; مهنى وآخرون، ٢٠١٧، ص ص ١٠٣ - ١٠٤؛ (فغموس وبوخاري، ٢٠٢٠، ص ١٢٢).

ويتضح للباحث باستقراء أهداف العلاج بالتعريض أنه يتضمن ثلاثة جوانب رئيسة هي: الجانب المعرفي، والجانب الانفعالي، والجانب السلوكي، حيث يسعى العلاج إلى إحداث تغييرات مقصودة في تلك الجوانب الثلاثة، بدءاً بتعديل الأفكار غير المنطقية وإحلال الأفكار الإيجابية محلها، مازاً بتخفيف الانفعالات غير السارة، وصولاً إلى تنمية القدرة والمهارة لدى العميل على مواجهة المواقف المثيرة لقلقه وعدم تجنبها أو الهروب منها.

- خصائص وشروط العلاج بالتعريض:

يتضمن العلاج بالتعريض مجموعة من الخصائص والشروط التي يجب توافرها؛ لكي

يحقق الفائدة القصوى منه، وتتضمن أهم تلك الشروط والخصائص ما يأتي:

(أ) يجب أن يكون التعريض ممتدًا لفترة طويلة، وليست قصيرة.

- (ب) ينبغي أن يتكرر التعريض حتى تتم إزالة القلق والخوف لدى الفرد.
- (ج) يُشترط أن ينتبه الفرد (العميل) للمثير الذي يخاف منه، وأن يكون متفاعلاً معه بأكبر قدر ممكن.
- (د) عند استخدام التعريض الواقعي والتعريض التخيلي معاً في الجلسات العلاجية، يُفضل البدء بالتعرض التخيلي أولاً ثم التعرض الواقعي الحقيقي ثانياً.
- (هـ) يفضل عدم استخدام التعريض التخيلي في حالات خاصة منها: عدم قدرة العميل على تحديد الأفكار المثيرة لقلقه، وأيضاً عندما يعاني العميل من اضطرابات في القدرة على التذكر أو التخيل.
- (و) ضرورة تشجيع العميل على مواجهة الموقف بدلاً من مواجهة الخوف نفسه؛ ولذا يجب أن تكون كل خطوة من خطوات التسلسل الهرمي هدفاً مستقلاً؛ حتى يستطيع العميل التحكم في الموقف المثير للقلق.
- (ز) يجب مطالبة العميل بالتعرض الحقيقي الواقعي إلى المواقف الكدرة والمقلقة بعد الانتهاء من التعريض التخيلي.
- (ح) ينبغي على المعالج أن يمتلك القدرة على معرفة الاستجابات المضادة للقلق، والتي إذا أُحضرت عند ظهور الموقف المهدد، زاحمت القلق أو الخوف المرتبط بهذا الموقف وأبعده، وقد تكون من ضمن الاستجابات المعارضة (المضادة) للقلق حضور الآخرين وتشجيعهم للعميل.
- (ط) تقسيم الموقف المثير للقلق إلى مواقف فرعية صغيرة متدرجة، تبدأ بأقلها إثارةً (إرهاباً)، وصولاً إلى أعلاها إثارةً (إرهاباً).
- (ي) يتم التعريض للمواقف المثيرة للخوف تدريجياً، إما بطريقة التخيل عندما يكون الخوف شديداً، أو من خلال التعريض المباشر (الواقعي) *In Vivo*، إذا كان ذلك ممكناً، وبعد التأكد من قدرة العميل على مواجهة مواقف الخوف بطريقة التخيل أولاً.
- (ك) في التعريض الواقعي يجب أن يكون المعالج موجوداً لتقديم التشجيع والمساندة للعميل، وضمان أنه لا يوجد سلوك تجنبني علني أو خفي يحدث.
- (Wolpe, 1990, PP. 76 – 77; White & Barlow, 2002, PP. 359 – 360; إبراهيم وآخرون، ٢٠٠٣، ص ٦٦ – ٦٧؛ Brady & Raines, 2009, PP. 52 - 53).

ويرى الباحث أن هذه الخصائص والشروط هي نهج علاجي متكامل يجب أخذه بعين الاعتبار؛ لنجاح العلاج بالتعريض في تحقيق أهدافه؛ حيث يجب توافر جميع هذه الشروط عند تطبيق العلاج بالتعريض، بحيث إذا اختل أحد هذه الشروط كان لهذا تأثير سلبي على فعالية

العلاج؛ ولذا فإن الباحث سوف يراعي هذه الخصائص والشروط في الجلسات العلاجية لبرنامج العلاج بالتعريض؛ لتخفيف اضطراب قلق الكلام لدى أفراد عينة البحث.

واتضح مما سبق عرضه من خصائص وشروط العلاج بالتعريض، أن العلاج بالتعريض يتضمن نوعان رئيسان هما: التعريض التخيليّ Image Exposure، والتعريض الواقعيّ Vivo Exposure، ويقوم التعريض التخيليّ كما أوضح كلٌّ من Hembree et al. (2003, PP. 554 – 555)؛ و Cahil et al. (2006, P. 598) على أساس توجيه العميل إلى الاسترخاء مع تخيل المواقف المثيرة للقلق لديه، وأن يتذكر كل التفاصيل والذكريات غير السارة المرتبطة بالموقف، وكذلك الأفكار والانفعالات المرتبطة به، ويقوم المعالج بمناقشته في تلك الأفكار ومساعدته على طرح أفكار بديلة، والتركيز عليها أثناء التعريض، إلى أن يحدث نوعٌ من الاستبصار يكتسبه الفرد خلال التعريض المتكرر أثناء الجلسات العلاجية. بينما التعريض الواقعيّ كما أوضح White & Barlow (2002, PP. 359 – 360)، وإبراهيم (٢٠٠٣، ص ٦٦ – ٦٧)، و Lang & Lang (2012, P. 263)، يقوم على أساس تعريض العميل للمواقف المثيرة لقلقه وخوفه بشكلٍ مباشر في البيئة الواقعية مع وجود المعالج لتقديم التشجيع والمساندة للعميل، وضمان أنه لا يوجد سلوك تجنبٍ علنيّ أو خفيّ يحدث، ولا يتم هذا النوع من التعريض إلا بعد التأكد من قدرة العميل على مواجهة مواقف الخوف بطريقة التخيل أولاً، ويتم استخدام هذا النوع من التعريض عندما يعجز العميل على تحديد الأفكار المثيرة لقلقه، وكذلك عندما يعاني من اضطرابات في القدرة على التذكر أو التخيل.

وأوضح Herbelin (2005, PP. 1 – 2) أن ثمة نوع ثالث من العلاج بالتعريض يسمى التعريض للواقع الافتراضي Virtual Reality Exposure، ويقوم على أساس مواجهة العميل للمواقف المثيرة لقلقه في بيئة افتراضية تحاكي إلى حد كبير البيئة الطبيعية الواقعية، ويتم ذلك من خلال تصميم أجهزة خاصة قادرة على مماثلة الأحاسيس الإنسانية بأسلوب مشابه لما هو في الواقع.

وأشار أيوب (٢٠٠٨، ص ٧) إلى أن الواقع الافتراضي هو: "عملية محاكاة للبيئة الواقعية، يتم بناؤها عن طريق الإمكانيات التي توفرها التكنولوجيا الحديثة، باستخدام الصوت والصورة ثلاثية الأبعاد والرسومات؛ لإنتاج مواقف حياتية تجذب من يتفاعل معها وتدخله في عالمها".

وأوضح عطية (٢٠١٠، ص ١٠٣٦) "أن الواقع الافتراضيّ نموذج للتفاعل بين الإنسان والكمبيوتر، وفيه لا يكون العميل مجرد ملاحظ للصور على شاشة الكمبيوتر، بل يُعد مشاركاً فعلاً في عالم افتراضيّ ثلاثي الأبعاد، ويسمح الواقع الافتراضيّ بعرض الموضوعات الافتراضية

الخاصة بجميع المشاعر الإنسانية بصورة مطابقة لنظيرها في البيئة الطبيعية الواقعية، كما يتيح الواقع الافتراضيّ العديد من الأدوات والنماذج التي من الممكن أن تُستخدم في فهم الاستجابات الانفعالية".

- خطوات العلاج بالتعريض:

في ضوء استقرار الباحث لبعض الأطر النظرية التي تناولت العلاج بالتعريض (المحارب، ٢٠٠٠، ص ٣٢٨ - ٣٢٩؛ Brady & Raines, 2009, PP. 50 -54؛ Lang & Lang, 2012, P. 263؛ Foa et al., 2009, PP. 10 - 12؛) تبين أن للعلاج بالتعريض مجموعة من الخطوات المنظمة، وقبل البدء في عملية تعريض العميل للمواقف المرهوبة، ينبغي على المعالج أن يوضح للعميل ما سيتم، ويأخذ موافقته على ذلك، وقد يكون التعريض من خلال الدخول في المواقف التي يخافها العميل مباشرةً (التعريض الواقعي الحقيقي)، أو من خلال التعريض التخيلي، وفيه يؤدي المعالج وزملاؤه الذين يعملون معه في العيادة النفسية لعب الأدوار التي يتطلبها الموقف، مع الاتفاق مع العميل على وجود هؤلاء الأشخاص، وتوضح خطوات العلاج بالتعريض فيما يأتي:

- (١) قيام العميل بتمارين الاسترخاء أولاً؛ لتخفيف ما يشعر به من توتر.
- (٢) يحدد العميل بمساعدة المعالج مصدر القلق، وأهم مواقفه ووظيفته، ثم على العميل أن يرتب المواقف المثيرة للقلق، مع توجيهه إلى أن يتخيل أنه أمام المواقف التي تسبب له القلق، ويستخدم المعالج طريقة التحصين التدريجي المنتظم، حيث يُعَرِّض العميل بالتكرار التدريجي للمواقف المسببة للقلق في بيئة آمنة، يشعر فيها بدرجة أقل من القلق.
- (٣) البدء بمواقف بسيطة تتطلب كلمات محددة من العميل، وكذلك من القائمين بلعب الأدوار، والاتفاق على ذلك قبل البدء في التعريض كهدف للتعريض.
- (٤) دمج الفنيات المعرفية مع التعرض، حيث يساعد المعالج العميل على تحديد الأفكار التلقائية السلبية والتعامل معها، حيث في بداية التعريض يتم كتابة الفكرة البديلة على لوحة مثلاً، ويقوم العميل بالنظر إليها خلال التعريض، وفي التعريضات القادمة يحاول العميل تذكر تلك الأفكار البديلة أثناء التعريض التخيلي أو التعريض الواقعي الحقيقي، حيث يُطَلَب من العميل قراءة هذه الأفكار يومياً كواجبات منزلية لمدة نصف ساعة، حتى يستطيع تذكرها في المواقف التي يخشاها.
- (٥) يُطَلَب من العميل أثناء عملية التعريض تحديد درجة القلق لديه من (صفر - ١٠٠) بعد كل دقيقة أو دقيقتين، ويُستخدم هذا التقويم لتحديد مدة/فترة التعريض، وتكون درجة القلق مرتفعة في

البداية، ثم تنخفض بالتدرج مع الاستمرار في التعريض، وتنتهي عملية التعريض بعد انخفاض درجة القلق إلى أربعين درجة فأقل.

(٦) تنتهي كل عملية تعريض بواجبٍ منزليّ، يُطلب فيه من العميل الدخول في مواقف حقيقية تتناسب من حيث التعقيد بما يتم في التعريض البديل (التعريض التخيليّ)، مع التأكيد على أهميتها، وأهمية استخدام الأفكار البديلة قبل التعرض لها.

(٧) يتم التعريض التخيليّ أو البديل لمواقف مختلفة، تبعاً لطبيعة خوف العميل (في السوق، في البيت، في العمل، ...).

(٨) يناقش المعالج العميل ما حدث في التعريض، وما تحقق من أهداف، وكذلك ما واجهه العميل من صعوبات.

(٩) يتم تحديد عدد جلسات التعريض وفقاً لتقدم العميل، والذي يتحدد - أي هذا التقدم - من خلال قدرة العميل على الدخول في المواقف الحقيقية التي يُطلب منه القيام بها كواجبٍ منزليّ، ومن خلال درجة تصديق العميل للأفكار البديلة.

(١٠) يُطلب من العميل عدم استخدام سلوكيات الأمان* في التعريض التخيليّ وفي التعريض الحقيقيّ الواقعيّ؛ لأن العميل قد يعزو نجاحه وتقدمه في القيام بما هو مطلوبٌ إليها.

وأوضح (Kearney, 2005, PP. 165 - 166) أن العلاج بالتعريض يتضمن أربع

خطوات رئيسة هي:

- التهيئة النفسية للعميل، وتقديم وصف شامل وعام للعلاج.
- عمل مدرج للتعريض (مدرج القلق).
- التعريض التخيليّ.
- التعريض الحقيقيّ الواقعيّ.
- فنيات العلاج بالتعريض المستخدمة في تخفيف اضطراب قلق الكلام:

يتضمن العلاج بالتعريض مجموعة من الفنيات والأساليب التي تتكامل معاً

لتحقيق أهداف محددة، ويستخدم الباحث هذه الفنيات والأساليب لتخفيف اضطراب قلق الكلام

* هي مجموعة من السلوكيات التي يسلكها الفرد في المواقف المثيرة لقلقه، اعتقاداً منه أن هذه السلوكيات تقلل من خوفه وقلقه، كأن يستخدم المساحيق لإخفاء احمرار وجهه في الموقف، أو يمسك الكوب بإحكام شديد تجنباً لارتعاش اليدين، وهذه السلوكيات هي في الأصل تساعد على استمرار الخوف وليس تقليله؛ لأنها تزيد من الانتباه المتمركز حول الذات، وتقلل من الانتباه إلى الموقف. (Morgan & Raffle, 1999, P. 505).

لدى طلاب الجامعة، ومساعدتهم على التحدث بفاعلية أمام الجمهور دون خوفٍ أو قلق، ويمكن توضيح هذه الفنيات والأساليب فيما يأتي:

١- الاسترخاء **Relaxation**: وترجع فكرة الاسترخاء إلى العالم جاكبسون Jacobson، ويعني توقفً كاملً لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر؛ حيث إن إرخاء التوترات العضلية وإيقاف انقباضاتها يؤدي إلى التقليل من الانفعالات المصاحبة، ويبدأ الاسترخاء لدى العميل بشد وإرخاء المجموعات العضلية المختلفة بالتتالي متخيلاً صوراً تبعث على الاسترخاء مع التنفس العميق وببطء، حتى يتمكن بالتدريج من ضبط قدرته على استرخاء عضلات جسمه كله، ويستغرق الاسترخاء خمس عشرة دقيقة (اليهي، ٢٠٠٦، ص ٣٥؛ محمد، ٢٠١١، ص ص ١١٩ - ١٢٠).

٢- التحصين التدريجي **Systematic Desensitization**: وتقوم هذه الفنية على أساس "تعرض العميل للمواقف المثيرة للقلق بطريقة متدرجة (التسلسل الهرمي) بدءاً بأقلها إثارة (إرهاباً) منتهياً بأكثرها إثارة (إرهاباً)، وهو في حالة استرخاء؛ مما يعمل على كف استجابة القلق التي تثيرها هذه المواقف ... " (Wolpe, 1968, PP.236 - 237).

٣- التعريض التخيلي **Image Exposure**: ويُقصد به إعادة تنشيط الخبرة غير السارة في ذهن العميل، حيث يتم توجيهه إلى تخيل تفاصيل تلك الخبرة غير السارة، وكذلك جميع الأفكار و الانفعالات المرتبطة بها، من أجل مناقشته فيها، ومساعدته على تعديلها.. (Hembree et al., 2003, P. 555).

٤- إدارة الضغوط **Stress Management**: تقوم هذه الفنية على أساس مساعدة العميل في التحكم في الضغوط التي يشعر بها إزاء تعرضه للمثيرات والمواقف الضاغطة التي تثير الرهبة لديه، ومحاولة التخلص منها من خلال التعريض المتكرر لتلك المثيرات الضاغطة، بدءاً بأقلها إثارة (إرهاباً)، منتهياً إلى أكثرها إثارة أو إرهاباً (التسلسل الهرمي)، مما يعطي الفرد الثقة في نفسه، ويعزز لديه القدرة على التحكم في تلك الضغوط. (Himle & Hofmann, 2006, PP. 303 - 304).

٥- التعريض المكتوب **Written Exposure**: تقوم هذه الفنية على مبدأ أساسي مفاده: أن الكتابة المتكررة لما يخطر في ذهن العميل من أفكار واعتقادات سلبية، وانفعالات غير سارة ومشاعر دفينية لا يرغب في تذكرها العميل، والمرتبطة بالمواقف المثيرة لقلقه

وخوفه؛ يؤدي بالضرورة إلى إحداث دمج بين الجانب المعرفي والانفعالي لدى العميل؛ مما يؤدي إلى تغير في بنية الخوف لديه، واعتياده على تلك المواقف، ومن ثم انطفاء استجابة الخوف لديه، ومواجهة المواقف المقلقة بفاعلية (Francis & Pennebaker, 1992, P. 281; Pennebaker, 1997, PP. 162 – 163;).

٦- التخيل الموجه (الإشارات الآمنة) **Guided Imagery** (safety signals) وتقوم هذه الفنية على أساس تقليل الخوف والقلق والتوتر الناتج عن عملية التعريض للمواقف المرهوبة، وذلك من خلال توجيه العميل إلى التفكير في مكان آمن، أو صورة ذهنية (متخيلة أو واقعية)، تجلب له الشعور بالارتياح والاتزان (والعميل في حالة استرخاء)، بحيث يوجه المعالج العميل إلى تركيز الانتباه على هذا المكان الآمن، وأن يتحسس بعمق الشعور الإيجابي الناتج عن التواجد في هذا المكان الآمن، وتساعد تلك الإشارات الآمنة العميل على تقبل وتحمل الانفعالات السلبية الناتجة عن التعريض (Rachman, 1983, PP. 569 – 570).

٧- الضبط المعرفي للذات **Cognitive Self Control**: وتقوم هذه الفنية على أساس أن الأفكار والاعتقادات غير المنطقية المرتبطة بالمواقف المثيرة للقلق هي المسؤولة عن تجنب الفرد لتلك المواقف، وعند استخدام العبارات الشفهية في جلسات العلاج بالتعريض (كأن نقول للعميل: هذه الأفكار غير منطقية عليك أن تتخلى عنها، أو نقول له: كي تشعر بالاتزان وعدم الخوف يجب تغيير هذه الأفكار السلبية بأفكار إيجابية بديلة، حاول تقليد سلوكيات الآخرين السوية في الموقف،) يزيد من قدرة العميل على التحكم في الانفعالات السلبية المرتبطة بالمواقف المرهوبة، وقدم (Silverman & Kolleges, 1996) نموذجاً للضبط المعرفي للذات، أطلقا عليه "STOP Technique" ويمكن توضيح عناصر هذا النموذج فيما يأتي:

- **S: Scared**: الفرع والترويع، وفي هذه الخطوة يطلب المعالج من العميل أن يتذكر موقفاً مرهوباً، ويسأل المعالج العميل سؤالاً استنفامياً: هل تشعر بالخوف والرعب؟
- **T: Thinking**: الاعتقاد، وفي هذه الخطوة يسأل المعالج العميل عن طبيعة أفكاره واعتقاداته في المواقف المثيرة لقلقه وخوفه.

- **O:Other**: الآخر، وفيها يسأل المعالج العميل عن أفكار الآخرين وسلوكياتهم في تلك المواقف التي تستثير قلقه، ويطلب المعالج من العميل محاولة تقليد سلوكيات الآخرين السوية في الموقف.

- **P:Praise**: الإشادة والمدح، وفي هذه الخطوة يقيم العميل قدرته على التغلب على الخوف والقلق المرتبطين بتلك المواقف، ويقدم له المعالج الإشادة والمدح عندما ينجح في التغلب على المواقف المثيرة لقلقه، وإذا لم ينجح العميل في التغلب على تلك المواقف، فإن المعالج يقدم له التشجيع والدعم المناسب لمساعدته على مواجهة تلك المواقف بشكل أكثر فاعلية في المرات القادمة.

(Silverman & Kurtines, 1996, PP.74 – 77).

٨- الغمر التخيلي **Flooding**: وتقوم هذه الفنية على أساس أن التعريض المتكرر للمواقف المثيرة للخوف والقلق، مع عدم إتاحة الفرصة للعميل بأن يتجنبها، يقلل من الخوف والقلق لديه، أي إن هذه الفنية تهدف إلى وضع العميل في المواقف المرهوبة والإبقاء عليه إلى أن تتلاشى الانفعالات السلبية المرتبطة بهذه المواقف (Beidel & Turner, 2007, PP. 279 – 280).

وأوضح (Abramowitz et al. (2011, PP. 32 – 33 إلى أن الغمر هو: "ذلك النهج الذي يواجه فيه المريض المثيرات المخيفة، سواء في الخيال أو في الحياة الواقعية، مع منع المريض من الهروب من سياق إثارة الخوف (منع الاستجابة)، ومثال على ذلك: الطفل المصاب بفوبيا الكلاب الكبيرة، يمكن وضعه في غرفة بها مثل هذه الكلاب، ومنعه من المغادرة حتى يقل قلقه وينحسر.

٩- حديث الذات الإيجابي **Positive Self Talk**: وتعني أن يُحدِّث الفرد نفسه بأشياء إيجابية عن ذاته، كلما تبادرت إلى ذهنه أفكار واعتقادات سلبية؛ لمواجهة سيل الأفكار والاعتقادات السلبية التي تسهم في ظهور المشكلات النفسية والسلوكية لديه، وتُستخدَم هذه الفنية لمساعدة العميل على تغيير الحديث السلبي عن الذات بأحاديث إيجابية؛ مما يُحسِّن من قدرته على التحكم في انفعالاته وسلوكه.

١٠- النمذجة **Modeling**: وتعني تعلم واكتساب سلوك جديد من خلال ملاحظة شخص آخر يؤدي هذا السلوك. (Bandura, 1977, P. 22).

ومن خلال تلك الفنية يتم تعليم العميل السلوك المرغوب فيه، وذلك من خلال تقديم أنموذج يؤدي السلوك على نحو صحيح، سواء كان هذا الأنموذج يُقدّم للعميل من خلال زميلٍ له، أو من خلال الوسائل التعليميّة المتنوعة، كالتسجيلات الصوتيّة، أو الأفلام، أو الصور، حيث يلاحظ العميل هذا السلوك ويتعلم من خلال المحاكاة والتقليد.

١١- لعب الدور **Role Playing**: وهي إحدى الفنيات التي تساعد الفرد على تعديل سلوكه، من خلال تمثيل دورٍ في دراما معينة، في جوٍّ مليء بالانفعالات ذات الصلة بالأعراض والمشكلات، ويشارك أعضاء فريق التمثيل في بقيّة الأدوار، وتساعد هذه الفنيّة العميل على مواجهة اعتقاداته وأفكاره الشخصيّة، ومن خلال هذه الفنيّة فإنّ العميل يستطيع أداء بعض الأدوار التي لا يمكنه القيام بها في الواقع، مما يساعده على أن يكون أكثر وعياً بمشكلاته ويسعى إلى حلها (عبدالرحمن، ١٩٩٨، ٧٧؛ عبدالرحمن، ٢٠١٥، ٤٨٦).

١٢- قلب الدور **Role Reversal**: وهي فنيّة ملازمة لفنية لعب الدور ومكملة لها، وفيها تُعكس الأدوار، ويتم تبادلها، بحيث يؤدي المعالج دور العميل، والعميل يقوم بدور المرشد، أو دور عميل آخر (زميله في البرنامج العلاجي)، مما يسهم في جعل العميل يرى نفسه من خلال الآخر، كما لو كان ينظر إلى نفسه من خلال المرأة، مما يحدث مزيداً من استبصار العميل بمشكلاته والسعي نحو حلّها.

١٣- التعزيز الإيجابي **Positive Reinforcement**: ويُقصد به تقديم مثير (معزز) إيجابي عقب إصدار استجابة سلوكية معينة (إصدار سلوكٍ ما)؛ مما يعمل على استمرار القيام بأداء هذه الاستجابة المرغوب اكتسابها، ومن ثمّ يحدث التغيير المرغوب في السلوك". (Skinner, 1938, P. 62).

وهذا يعني أنّ إصدار السلوك عندما يعقبه قولٌ إيجابي (ثناء، شكر وتقدير)، أو فعل (كالربط على الكتفين) يؤدي إلى استمرار السلوك وزيادته.

١٤- التغذية الراجعة **Feedback**: وتعني تزويد العميل بالمعلومات عن مستوى أدائه، ومدى تقدمه نحو تحقيق الهدف المطلوب؛ حيث يُوضّح له الأخطاء التي وقع فيها، ومقدار ما تعلمه، ومقدار تقدمه، ومدى ملاءمة أدائه للهدف المراد الوصول إليه.

١٥- تقديم الذات **Self Presentation**: وتقوم هذه الفنية على أساس تقديم الفرد لمعلوماتٍ أو صفاتٍ عن نفسه عندما يُطلب منه تقديم ذاته، وتُستخدم هذه الفنية في العلاج بالتعريض للتعرف على مدى التغيير الحادث قبل المعالجة وأثناءها وبعدها.

١٦- المحادثات الثنائية (الديالوج) **Dialogue**: وهو حوار هادف يتم بين المعالج والعميل حول طبيعة المواقف التي تستثير خوف وقلق العميل، لمعرفة الأفكار والاعتقادات غير المنطقية المرتبطة بتلك المواقف، ومن خلال الحوار البناء يتم تعديل تلك الأفكار غير المنطقية إلى أفكار إيجابية.

١٧- الحوار والمناقشة **Dialogue and discussion**: وهو أحد الأساليب المهمة التي يتمحور دورها في تزويد العميل بمزيد من المعلومات (من خلال إجراء حوار هادف ومناقشة فعالة) حول طبيعة مشكلته، وحول طبيعة الفنيات الإرشادية المستخدمة في علاج تلك المشكلة، وكيفية الإفادة منها، وصولاً إلى تحقيق السلوك السوي.

١٨- الواجب المنزلي **Homeworks**: وهو أسلوب ينطوي على مجموعة من المهام والأنشطة التي يُكَلَّف بها العميل، والتي سبق أن تدرب عليها داخل الجلسات الإرشادية، والتي توضح مدى استفادته من الجلسات، وبالتالي تنعكس على انتقال أثر التدريب لديه، وجعل المهارات والسلوكيات التي اكتسبها ذات فاعلية في حياته.

• ٣- طلاب الجامعة ذوو اضطراب قلق الكلام **University Students with Speech Anxiety Disorder:**

تُعد المرحلة الجامعية من أهم وأخطر المراحل التي يمر بها الطالب الجامعي في حياته؛ ففيها يتم بناء شخصيته العلمية، والمهنية، والإنسانية، والثقافية بدرجة كبيرة، فضلاً عن إعداده للاندماج بسوق العمل، والاعتماد على نفسه، وتحمل مسؤوليته تحملاً كاملاً، ولما تمر هذه المرحلة دون تعرض طلابها لبعض المشكلات النفسية التي قد تؤثر في مجالات مختلفة من حياتهم كالجانب التعليمي، والمهني، والأسري، والاجتماعي، وأوضحت عديد من الدراسات السيكولوجية التي تناولت طلاب الجامعة بالبحث والدراسة أن من أخطر المشكلات النفسية التي يعاني منها طلاب الجامعة قلق الكلام، وأن ثمة مستوى مرتفع من قلق الكلام لديهم، ومن أهم تلك الدراسات دراسة (AL-Naggar et al., 2013)، ودراسة سيد (٢٠١٣)، ودراسة (Lverach & Rapee, 2014)، ودراسة (Iqbal et al., 2017)، ودراسة (Dellah et al., 2020)، ودراسة (Jong et al., 2021)، ودراسة (Harahap & Rozimela,

(2022)، ودراسة (Badriyah & Novita, 2023)، ودراسة (Plandano et al., 2023)، الأمر الذي أدى إلى إعاقة الطالب الجامعي عن ممارسة حياته بشكل طبيعي، وعجزه عن القيام بأداء وظائفه الاجتماعية، والأسرية، والمهنية والأكاديمية بشكل جيد، مما نتج عن ذلك اضطراب حياته بشكل عام.

ويتصف طلاب الجامعة ذوو قلق الكلام بمجموعة من الخصائص التي تميزهم عن غيرهم، حيث يتصفون من الناحية المعرفية: بوجود مجموعة من الأفكار والاعتقادات السلبية عن الذات في مواقف الأداء أو المواقف التي تتطلب من الفرد التحدث أمام الآخرين (من قبيل: الكل يتحصني، الكل سيسخر مني، الكل سيقمني تقييماً سلبياً، أدائي سيء، أنا غير واثق من نفسي، أنا غير قادر على ترك انطباع جيد لدى الآخرين...)، وتحريف الواقع، وتوقع الأذى والضرر، بالإضافة إلى تفكير الفرد المستمر في مواقف الأداء المثيرة للقلق، وما يعتقده الآخرون عنه في تلك المواقف، وكذلك التفكير في الأخطاء التي قد تُرتكب في المواقف، وعدم قدرة الفرد على التركيز، وشرود ذهنه، وصعوبة تنظيم الأفكار وترتيبها أثناء الحديث، واضطراب الأفكار وتداخلها، وصعوبة استدعاء الكلمات المناسبة للموقف، وتدني مفهوم الذات، وانخفاض تقدير الذات. ومن الناحية النفسية: يتصف طلاب الجامعة ذوو قلق الكلام بالخوف الشديد، والتوتر، والخجل، وعدم الشعور بالأمن، والغضب، والعصبية، والضيق والانزعاج، عند التعرض لمواقف الأداء أو المواقف التي تتطلب من الفرد التحدث أمام الآخرين، بالإضافة إلى الارتباك، وانخفاض الثقة بالنفس، والتشاؤم، واليأس، والشعور بحالة من عدم الاتزان، وعدم الاطمئنان، وسوء التوافق النفسي.

ويتميز طلاب الجامعة ذوو قلق الكلام من الناحية السلوكية والاجتماعية بالتردد والهروب أو الانسحاب من مواقف الأداء أو المواقف التي تتطلب من الفرد التحدث أمام الآخرين، وقلة التحدث، والميل إلى الاستماع أكثر من الكلام، والتلعثم أثناء الحديث، وضعف التواصل البصري (عدم التواصل بالعين)، وطأطأة الرأس، وانخفاض الصوت أثناء الكلام مع وجود حشجة وارتعاد في الصوت، وصعوبة التحكم والتنويع في نبرات الصوت، وبطء في معدل سرعة التحدث، مما يؤثر على متابعة الآخرين لما يقول، أو سرعة في معدل سرعة التحدث، مما يؤثر على فهم الآخرين لما يقول، بالإضافة إلى انخفاض معدل الطلاقة اللغوية، واضطراب واضح في معدل انسيابية الكلام.

(المالغ، ١٩٩٣، ص ص ٢٤ - ٢٥؛ 8 - 7، Ayres & Hopf, 1993، حبيب،
Clark et al., 2003, PP.1058 - ١٠٢ - ١٠، ص ص ١٩٩٧، ص ٤٦؛ دبيس، ١٩٩٧،
Seim et 1060؛؛ Berman & Schneier, 2004, P. 2؛ الفرماوي، ٢٠٠٦، ص ١٥٩؛
؛ al., 2010, P. 85؛ شاهين وجرادات، ٢٠١٢، ١٢٦١؛ محمد والطنطاوي، ٢٠١٢، ص ١١٨؛
Homer et al., ؛ Bartholomay, 2015, P. 8؛ Johnson, 2012, PP. 17 - 18؛
؛ 2016, P. 79؛ الخواجة، ٢٠١٩، ص ١١٠؛ إسماعيل، ٢٠٢١، ص ص ٢٧٢ - ٢٧٣؛
عبيد، ٢٠٢٢، ص ١٤٤).

ويرى الباحث ضرورة مراعاة هذه الخصائص عند إعداد البرنامج العلاجي؛ لتقديم
خدمة علاجية مناسبة لهذه الفئة من طلاب الجامعة، تقوم على إكسابهم مزيداً من الثقة في
أنفسهم، وتعديل أفكارهم اللاعقلانية المرتبطة بمواقف الأداء، أو مواقف التحدث أمام الآخرين
إلى أفكار أكثر عقلانية، بالإضافة إلى تخفيف انفعالاتهم السلبية، مما ينعكس إيجاباً على
صحتهم النفسية، ومساعدتهم على ممارسة حياتهم بشكلٍ طبيعيٍّ، والقدرة على مواجهة مواقف
الأداء وعدم تجنبها، والتحدث فيها أمام الآخرين دون خوفٍ أو قلق.
دراسات وبحوث سابقة:

هدفت دراسة (Seim et al. (2010 إلى التحقق من فعالية العلاج بالتعرض
المستمر، والتعرض المتقطع في تخفيف قلق الكلام لدى عينة من طلاب جامعة كرمان
للعلوم الطبية بإيران، وتكونت العينة الدراسة من ستة طلاب (٢ ذكور، و ٤ إناث)، وأعمارهم
دون الثلاثين عاماً، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية قوامها ثلاثة طلاب (ذكر
واحد، و ٢ أنثى)، ومجموعة ضابطة قوامها (ذكر واحد و ٢ أنثى)، وتضمن البرنامج سلسلة
من التعريضات المتقطعة للمواقف المثيرة لقلق الكلام بفواصل زمنية قدرها (٣٠) ثانية بين كل
تعريض (حيث يتم تعريض العميل للمواقف المثيرة لقلقه مدة قدرها ٣٠ ثانية، ثم يستريح مدة
مماثلة ٣٠ ثانية بعد كل تعريض)، كما تضمن البرنامج سلسلة من التعريضات المستمرة بدون
فواصل زمنية، وكان تطبيق الجلسات فردياً وجماعياً، واستخدمت الدراسة مقياس اضطراب
القلق لـ (Dinardo & Barlow (1994، ومقياس قلق التحدث لـ (McCroskey (1982،
ومقياس تقدير مشاعر الفرد تجاه القلق والخوف من التحدث لـ (Spilberger & Vagg (1984)،
وأبانت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج بالتعرض المتقطع والمستمر في تخفيف
قلق الكلام لدى عينة الدراسة، وكان التعريض المتقطع فعالاً بنفس القدر الذي حققه التعريض
المستمر في تخفيف المظاهر المعرفية والانفعالية والسيولوجية والسلوكية لقلق الكلام لدى
عينة الدراسة.

في حين هدفت دراسة (Heuett & Heuett, 2011) إلى التحقق من فعالية العلاج بالتعرض للواقع الافتراضي في تخفيف قلق الكلام لدى عينة من طلاب الجامعة، قوامها (٤٠) طالبًا وطالبةً، وتراوحت أعمارهم من (١٨ - ٢٦) عامًا، بمتوسط عمري قدره (٢٠,١) عامًا، واستخدمت الدراسة عدة مقاييس لقياس قلق الكلام، حيث استخدمت مقياس قلق الاتصال كسمة (إعداد McCroskey, 1997)، ومقياس قلق الاتصال كحالة (إعداد Speilberger et al., 1970)، ومقياس الاستعداد للتواصل (إعداد McCroskey & Richmond, 1991)، ومقياس كفاءة الذات التواصلية المدركة (إعداد McCroskey & McCroskey, 1988)، وبرنامج العلاج بالتعرض للواقع الافتراضي (إعداد الباحثين)، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية (قوامها عشرون طالبًا وطالبةً)، ومجموعة ضابطة (قوامها عشرون طالبًا وطالبةً)، وكان التطبيق فرديًا وجماعيًا، وتراوحت مدة الجلسة الواحدة من (٤٥ - ٦٠) دقيقة، وأوضحت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج بالتعرض للواقع الافتراضي في تخفيف قلق الكلام لدى عينة الدراسة؛ حيث كانت هناك فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقاييس قلق الكلام (قلق الاتصال كسمة، وقلق الاتصال كحالة، والاستعداد للتواصل، وكفاءة الذات التواصلية) في اتجاه القياس البعدي، وكذلك كانت ثمة فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد عينة الدراسة التجريبية على مقاييس قلق الكلام في اتجاه القياس البعدي.

وأجرى (Niles et al., 2015) دراسة هدفت إلى التحقق من فعالية العلاج بالتعرض في تخفيف قلق الكلام أمام الجمهور، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) طالب وطالبة من طلاب الجامعة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية قوامها (٥٢) طالبًا وطالبةً، ومجموعة ضابطة قوامها (٥٠) طالبًا وطالبةً، وكان متوسط عمر عينة الدراسة هو: (٢٥) عامًا، واستخدمت الدراسة مقياس التقرير الذاتي (إعداد McCroskey, 1970)، ومقياس قلق الكلام أمام الجمهور (إعداد الباحثين)، وبرنامج العلاج بالتعرض (إعداد الباحثين)، وتضمن البرنامج مجموعة من الفنيات والأساليب، من أهمها: التحصين التدريجي، والغمر، والتعرض التخيلي، والتعرض المكتوب، والمحادثات الثنائية، والتعزيز الإيجابي، والتغذية الراجعة، والضبط المعرفي للذات، والحوار والمناقشة، والواجب المنزلي، وكان تطبيق الجلسات العلاجية فرديًا، وأشارت نتائج الدراسة إلى فعالية العلاج بالتعرض في تخفيف قلق الكلام أمام الجمهور لدى عينة الدراسة.

في حين أجرى (Bartholomay & Houlihan, 2018) دراسة هدفت إلى التعرف على فعالية العلاج بالتعرض جنبًا إلى جنب مع نمذجة الفيديو في تخفيف قلق الكلام لدى فتاة

بالغة تبلغ من العمر (١٩) عامًا، واستخدمت الدراسة مقياس قلق التفاعل الاجتماعي (إعداد (Mattick & Clarke, 1998)، ومقياس التقرير الذاتي (إعداد (Hook et al., 2008)، ومقياس وحدة الاضطراب الذاتي (Subjective Units of Discomfort Scale (SUDS) (إعداد (Shapiro, 1995)، وبرنامج العلاج بالتعرض ونمذجة الفيديو (إعداد الباحثين)، وتضمنت الدراسة سبع جلسات للعلاج بالتعرض وتبعها تسع جلسات للعلاج بنمذجة الفيديو، ومن أهم الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج: الاسترخاء، والتعزيز الإيجابي، والتعرض التخيلي، وإدارة الضغوط، وتقديم الذات، والنمذجة، ولعب الدور، وقلب الدور، والتغذية الراجعة، والحوار والمناقشة، والواجب المنزلي، وأكدت نتائج الدراسة أن العلاج بالتعرض مع نمذجة الفيديو فعال في تخفيف قلق الكلام لدى الحالة.

وقام (Scheurich et al., 2019) بدراسة هدفت إلى التعرف على فعالية العلاج بالتعرض في تخفيف اضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة من المتعلمين البالغين، وتخفيف الأعراض المعرفية والانفعالية والسلوكية المصاحبة للتلعثم لديهم، وتكونت عينة الدراسة من ستة مشاركين (٣ ذكور، و ٣ إناث) ممن يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي والتلعثم، وأعمارهم هي: (١٧، ١٩، ٣٠، ٣١، ٤٠، ٤٣) عامًا، واستخدمت الدراسة التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة (الطريقة قبلية - البعدية)، وكانت جلسات البرنامج كلها فردية، حيث خضع المشاركون لعشر جلسات مكثفة في عيادة علم النفس بجامعة كاليفورنيا (بواقع جلستين أسبوعيًا)، واستخدمت الدراسة مقياس اضطراب القلق الاجتماعي (إعداد (Beidel et al., 1989)، ومقياس شدة التأتأة (إعداد (Vanryckeghem & Brutten, 2018)، وبرنامج العلاج بالتعرض (إعداد الباحثين)، ومن أهم الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج: التحصين التدريجي، والغمر، والتعرض التخيلي، وتقديم الذات، والضبط المعرفي للذات، والاسترخاء، والتعزيز الإيجابي، والمحادثات الثنائية (الديالوج)، والواجب المنزلي، وأوضحت نتائج الدراسة أن العلاج بالتعرض فعال في تخفيف اضطراب القلق الاجتماعي، وتخفيف الأعراض المعرفية والانفعالية والسلوكية المصاحبة للتلعثم لدى عينة الدراسة.

في حين قام (Jong et al., 2021) بدراسة هدفت إلى التحقق من فعالية ثلاثة توجهات علاجية هي: العلاج بالتعرض، والعلاج بالتعرض جنبًا إلى جنب مع بعض الاستراتيجيات المعرفية (ضبط الذات، وحل المشكلات، وحديث الذات الإيجابي)، والعلاج بالتعرض جنبًا إلى جنب مع إستراتيجيات الاسترخاء (تمارين التنفس العميق، والاسترخاء العضلي، التخيل الموجه) في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى عينة من المراهقين، قوامها (٦٥) مراهقًا ومراهقة، وتراوحت

أعمارهم من (١٢ - ١٥) عامًا، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات تجريبية، المجموعة الأولى: قوامها (٢١ مراهقًا ومراهقة، ومتوسط عمرها ١٣ عامًا)، وتلقت المجموعة التجريبية الأولى جلسات مكثفة للعلاج بالتعريض فقط، بينما المجموعة الثانية: قوامها (٢٢ مراهقًا ومراهقة، ومتوسط عمرها ١٣,٣٢ عامًا)، وتلقت المجموعة التجريبية الثانية العلاج بالتعريض مع بعض الاستراتيجيات المعرفية، في حين إن المجموعة الثالثة: قوامها (٢٢ مراهقًا ومراهقة، ومتوسط عمرها ١٣,٠٥ عامًا)، وتلقت المجموعة التجريبية الثالثة العلاج بالتعريض مع بعض إستراتيجيات الاسترخاء، وتضمن البرنامج جلسات فردية، وأخرى جماعية، وتراوحت مدة الجلسة الواحدة من (٤٥ - ٦٠) دقيقة، واستخدمت الدراسة مقياس الأعراض المصاحبة لاضطراب قلق الكلام (إعداد Beidel et al., 1995)، ومقياس سلوك الكلام (إعداد Baske - Kirschbaum et al., 1997)، وثلاثة برامج علاجية (من إعداد الباحثين) هي: العلاج بالتعريض فقط، والعلاج بالتعريض مع بعض الإستراتيجيات المعرفية، والعلاج بالتعريض مع بعض إستراتيجيات الاسترخاء، ومن أهم الفنيات والأساليب المستخدمة في الدراسة: التحصين التدريجي، والغمر، والضبط المعرفي للذات، والمحادثات الثنائية، والتعريض التخيلي، وحديث الذات الإيجابي، وحل المشكلات، والتخيل الموجه (الإشارات الآمنة)، والتعزيز الإيجابي، والحوار والمناقشة، والواجب المنزلي، وكان تطبيق الجلسات العلاجية فرديًا وجماعيًا، وتمخضت نتائج الدراسة عن فعالية البرامج الثلاثة في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى عينة الدراسة، وكان العلاج بالتعريض فقط هو أكثر هذه البرامج الثلاثة فعالية في تخفيف اضطراب قلق الكلام.

وهدف دراسة Reeves et al. (2022) إلى إجراء تحليل بعدي (تحليل ميتا) لفعالية كل من: العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي، والعلاج بالتعريض في الواقع الحي الحقيقي في تخفيف قلق الكلام لدى البالغين، من خلال الاطلاع على إحدى عشرة (١١) دراسة تجريبية تناولت هذين العلاجين، وتضمنت تلك الدراسات خمس (٥) دراسات تناولت العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي في تخفيف قلق الكلام لدى البالغين، وست (٦) دراسات تناولت العلاج بالتعريض للواقع الحي في تخفيف قلق الكلام لدى البالغين، وكان عدد أفراد عينة الدراسة في الدراسات الإحدى عشرة (٥٠٨) مشارك ومشاركة من البالغين، واستخدمت تلك الدراسات مقاييس متنوعة لقياس قلق الكلام، وبرامج للعلاج بالتعريض للواقع الافتراضي، وبرامج للعلاج بالتعريض للواقع الحي الحقيقي، وكان التطبيق في بعض الدراسات فرديًا، وفي البعض الآخر كان فرديًا وجماعيًا، وبعض الدراسات استخدمت التصميم التجريبي ذي المجموعتين (التجريبية - الضابطة)، والبعض الآخر استخدم التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة (الطريقة القبلية - البعدية)، وأبانت نتائج

التحليل البعديّ (تحليل ميتا) عن فعالية كلا العلاجين: العلاج بالتعريض للواقع الافتراضيّ، والعلاج بالتعريض للواقع الحيّ، في تخفيف قلق الكلام لدى عينة الدراسة، وكان للعلاج بالتعريض للواقع الحيّ تفوق نسبيّ في تخفيف قلق الكلام لدى عينة الدراسة، لكنه غير جوهريّ (لا يرقى إلى مستوى الدلالة).

تعقيب على الدراسات والبحوث السابقة:

١- يتضح من العرض السابق للدراسات التي تناولت العلاج بالتعريض أن ثمة تشابه بينهن في الهدف، وهو التعرف على فعالية العلاج بالتعريض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة والبالغين.

٢- في حدود علم الباحث فإنه لا توجد دراسة عربية تناولت العلاج بالتعريض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة.

٣- استخدمت الدراسات السابقة مقاييس متنوعة لقياس اضطراب قلق الكلام وبرامج للعلاج بالتعريض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة، وأفاد الباحث من هذه الأدوات في بناء أدوات بحثه - مقياس اضطراب قلق الكلام، وبرنامج العلاج بالتعريض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة.

٤- كان تطبيق الجلسات العلاجية فردياً في بعض الدراسات السابقة كدراسة Niles et al. (2015)، ودراسة Bartholomay & Houlihan (2018)، ودراسة Scheurich et al. (2019)، وكان فردياً وجماعياً بعض الدراسات الأخرى كدراسة Seim et al. (2010)، ودراسة Heuett & Heuett (2011)، ودراسة Jong et al. (2021)، ودراسة Reeves et al. (2022)، وتراوحت مدة الجلسة الواحدة من (٤٥ - ٦٠) دقيقة.

٥- أكدت الدراسات السابقة أن الفنيات والأساليب الآتية: الاسترخاء، والتحصين التدريجيّ، والتعريض التخيليّ، وإدارة الضغوط، والتعريض المكتوب، والتخيل الموجه (الإشارات الآمنة)، والضبط المعرفيّ للذات، والغمر التخيليّ، وحديث الذات الإيجابيّ، والنمذجة، ولعب الدور، وقلب الدور، والتعزيز الإيجابيّ، والتغذية الراجعة، وتقديم الذات، والمحادثات الثنائية (الديالوج)، والحوار والمناقشة، والواجب المنزليّ، فعالة، ولها دور مهم في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة؛ ولذا فإن الباحث يستخدم هذه الفنيات والأساليب في البحث الحاليّ؛ لمساعدة طلاب الجامعة ذوي اضطراب قلق الكلام على التحدث بفاعلية وبطلاقة في المواقف التي تتطلب منه التحدث أمام الآخرين، دون خوفٍ ودون قلق.

٦- استخدمت بعض الدراسات السابقة التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة كدراسة Bartholomay & Houlihan (2018)، ودراسة Scheurich et al. (2019)، واستخدمت بعض الدراسات الأخرى التصميم التجريبي ذي المجموعتين (المجموعة التجريبية - الضابطة) كدراسة Seim et al. (2010)، ودراسة Heuett & Heuett (2011)، ودراسة Reeves et al. (2022)، بينما استخدمت دراسة Jong et al. (2021) التصميم التجريبي المختلط (ثلاث مجموعات تجريبية)، وسيعتمد الباحث في البحث الحالي على التصميم التجريبي ذي المجموعتين (المجموعة التجريبية - المجموعة الضابطة)، وأفاد الباحث من الدراسات والبحوث السابق الإشارة إليها في التأصيل النظري لمتغيرات البحث الحالي.

٧- أبانت نتائج الدراسات السابقة عن فعالية العلاج بالتعرض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة، وأفاد الباحث من نتائج الدراسات السابق الإشارة إليها في وضع فروض البحث الحالي، فضلاً عن مقارنة نتائج البحث الحالي بالنتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات والبحوث السابقة.
فروض البحث:

١- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب قلق الكلام بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة، وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية.

٢- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين: القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قلق الكلام، وذلك في اتجاه القياس البعدي.

٣- لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين: البعدي وما بعد المتابعة (بعد مضي ثلاثة أشهر كمتابعة) للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قلق الكلام.

ثامناً: الإجراءات المنهجية للبحث:

١- منهج البحث:

اتبع الباحث في البحث الحالي المنهج شبه التجريبي ذي التصميم بين المجموعتين (المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة)، واعتمد على التقييم البعدي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، والتقييم القبلي والبعدي، والتقييم البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية، وهو أنسب المناهج لهذا البحث؛ لأن الهدف الرئيس هو التحقق من فعالية العلاج بالتعرض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة.

٢- مجتمع البحث:

تضمن مجتمع البحث جميع طلاب الفرقة الأولى، والثانية، والثالثة، والرابعة، بكلية التربية - جامعة بنها - في العام الجامعي ٢٠٢٢ / ٢٠٢٣م، وعددهم (٨٣٦٧) طالب وطالبة، منهم (٤٣٥٢) طالب وطالبة بالشعب الأدبية، و(٤٠١٥) طالب وطالبة بالشعب العلمية.

٣- عينة البحث: تضمنت عينة البحث ما يأتي:

- **عينة الكفاءة السيكومترية:** تكونت عينة الكفاءة السيكومترية من (١٠٠) طالب وطالبة من طلاب كلية التربية - جامعة بنها - وتراوح أعمارهم من (١٩ - ٢٢) عامًا، وكان الهدف الرئيس من التطبيق على عينة الكفاءة السيكومترية هو التحقق من الكفاءة السيكومترية (الصدق - الثبات - الاتساق الداخلي) لمقياس اضطراب قلق الكلام، وتم استبعاد هذه العينة من العينة الأساسية للبحث.

- **عينة الدراسة الاستطلاعية:** تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (١٥٠) طالبًا وطالبة من طلاب كلية التربية - جامعة بنها - وتراوح أعمارهم من (١٩ - ٢٢) عامًا، وكان الهدف الرئيس من هذه الدراسة الاستطلاعية هو التعرف على أهم مظاهر قلق الكلام لدى طلاب الجامعة عندما يُطلب منهم التحدث أمام الآخرين، والإفادة منها في وضع مواقف مقياس قلق الكلام، وبلورة مشكلة البحث، وتم استبعاد هذه العينة من العينة الأساسية للبحث.

- **عينة التطبيق:** للوصول إلى عينة التطبيق (عينة البحث النهائية) تم تطبيق مقياس اضطراب قلق الكلام على عينة عشوائية قوامها (٥٠٠) طالب وطالبة من طلاب كلية التربية - جامعة بنها - وتراوح أعمارهم من (١٩ - ٢٢) عامًا، واختار الباحث الطلاب الذين حصلوا على أعلى الدرجات في الإرباعي الأعلى لمقياس اضطراب قلق الكلام، وكان عددهم (١٣٠) طالبًا وطالبة، واختار الباحث منهم (٢٠) طالبًا بشكلٍ عشوائيٍ ليُمثلوا عينة البحث، وبالتالي فإن عينة البحث النهائية تكونت من عشرين (٢٠) طالبًا وطالبة من طلاب الجامعة، ممن يعانون من قلق الكلام، وتراوح أعمارهم من (٢٠ - ٢٢) عامًا، بمتوسط عُمر (٢٠،٧٠٠) عامًا، وانحراف معياري قدره (٠،٧٣٢٧)، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية قوامها عشرة طلاب (٤ ذكور - ٦ إناث)، ومجموعة ضابطة قوامها عشرة طلاب (٤ ذكور - ٦ إناث). وقام الباحث بالتحقق من التجانس والتكافؤ بين المجموعتين (التجريبية - الضابطة) - قبل تطبيق البرنامج العلاجي - في كل من: العمر الزمني، ومستوى الذكاء، والدرجة الكلية على مقياس اضطراب قلق الكلام، ويتضح ذلك فيما يلي:

أولاً: تجانس مجموعتي البحث (التجريبية – الضابطة):

قام الباحث بالتحقق من تجانس مجموعتي البحث (قبل تطبيق البرنامج العلاجي) في: العمر الزمني، ومستوى الذكاء، والدرجة الكلية على مقياس اضطراب قلق الكلام (إعداد الباحث)، حيث قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوسيط ومعاملات الالتواء والتفرطح لمتغيرات البحث، والمتمثلة في العمر الزمني، ومستوى الذكاء، واضطراب قلق الكلام، ويتضح ذلك فيما يأتي:

(أ) تجانس مجموعتي البحث في متغير العمر الزمني:

للتحقق من تجانس مجموعتي البحث في متغير العمر الزمني تم حساب معامل الالتواء ومعامل التفرطح لأعمار الطلاب، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (١)

تجانس مجموعتي البحث في متغير العمر الزمني

المتغير	وحدة القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	الوسيط	معامل الالتواء	معامل التفرطح
العمر الزمني	السنة	٢٠.٧٠٠	٠.٧٣٢	٢١,٠٠٠	٠,٥٥٣	٠,٨٣٤-

يتضح من جدول (١) أن قيمة معامل الالتواء لمجموعتي البحث في متغير العمر الزمني = (٠,٥٥٣)، وأن هذه القيمة انحصرت بين (١±)، وهو ما يشير الى تماثل البيانات حول محور المنحنى، كما يتضح من الجدول أيضاً أن قيمة معامل التفرطح لمجموعتي البحث بلغت (-٠,٨٣٤)، وأن هذه القيمة انحصرت بين (٣±)، مما يعنى وقوع جميع البيانات تحت المنحنى الاعتدالي، ويؤكد على تجانس مجموعتي البحث في متغير العمر الزمني.

(ب) تجانس مجموعتي البحث في متغير الذكاء:

للتحقق من تجانس مجموعتي البحث في متغير الذكاء تم حساب معامل الالتواء ومعامل التفرطح لدرجات الطلاب في اختبار الذكاء، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (٢)

تجانس مجموعتي البحث في نتائج اختبار الذكاء

وحدة	المتوسط	الانحراف	الوسيط	معامل	معامل
------	---------	----------	--------	-------	-------

الاختبار	القياس	المعياري	الالتواء	التفرطح
اختبار الذكاء	درجة	١,٦٥١	١٢٢,٠٠٠	١,٢٣٩ - ٠,٢٥٤

يتضح من جدول (٢) أن قيمة معامل الالتواء لمجموعتي البحث في نتيجة متغير الذكاء بلغت (٠,٢٥٤)، وأن هذه القيمة انحصرت بين (١±)، وهو ما يشير الى تماثل البيانات حول محور المنحنى، كما يتضح من الجدول أن قيمة معامل التفرطح لمجموعتي البحث بلغت (-١,٢٣٩)، وأن هذه القيمة انحصرت بين (٣±)، مما يعنى وقوع جميع البيانات تحت المنحنى الاعتدالي، ويؤكد على تجانس مجموعتي البحث في نتيجة اختبار الذكاء.

(ج) تجانس مجموعتي البحث في الدرجة الكلية على مقياس اضطراب قلق الكلام:

للتحقق من تجانس مجموعتي البحث في الدرجة الكلية على مقياس اضطراب قلق الكلام، تم حساب معامل الالتواء ومعامل التفرطح لدرجات الطلاب على مقياس اضطراب قلق الكلام، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (٣)

تجانس مجموعتي البحث في نتائج مقياس اضطراب قلق الكلام

المتغير	وحدة القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	الوسيط	معامل الالتواء	معامل التفرطح
الدرجة الكلية على مقياس اضطراب قلق الكلام	درجة	٦٦,١٥٠	٣,١٥٠	٦٥,٥٠٠	٠,٠٤٩	١,٠٧٢ -

يتضح من جدول (٣) أن قيمة معامل الالتواء لمجموعتي البحث في نتيجة الدرجة الكلية على مقياس اضطراب قلق الكلام بلغت (٠,٠٤٩)، وأن هذه القيمة انحصرت بين (١±)، وهو ما يشير الى تماثل البيانات حول محور المنحنى، كما يتضح من الجدول أن قيمة معامل التفرطح لمجموعتي البحث بلغت (-١,٠٧٢)، وأن هذه القيمة انحصرت بين (٣±)، مما يعنى وقوع جميع البيانات تحت المنحنى الاعتدالي، ويؤكد على تجانس مجموعتي البحث في الدرجة الكلية على مقياس اضطراب قلق الكلام.

ثانياً: تكافؤ مجموعتي البحث (التجريبية - الضابطة):

قام الباحث بالتحقق من تكافؤ مجموعتي البحث (قبل تطبيق البرنامج العلاجي) في: العمر الزمني، ومستوى الذكاء، والدرجة الكلية على مقياس اضطراب قلق الكلام (إعداد الباحث)، ويتضح ذلك فيما يأتي:

(أ) تكافؤ مجموعتي البحث في متغير العمر الزمني:

للتحقق من تكافؤ مجموعتي البحث (التجريبية - الضابطة) في العمر الزمني قبل تطبيق البرنامج العلاجي؛ قام الباحث بالتحقق من دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية، ورتب درجات المجموعة الضابطة في العمر الزمني، وذلك باستخدام اختبار مان ويتي Mann Whitney Test، والجدول الآتي يوضح الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة في العمر الزمني:

جدول (٤)

قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة في العمر الزمني

المجموعات	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة	مستوى الدلالة
التجريبية	١٠	٢٠,٨٠٠	٠,٧٨٨	١١,٢٠	١١٢	- ٠,٥٧٦	٠,٥٦٥	غير دالة
الضابطة	١٠	٢٠,٦٠٠	٠,٦٩٩	٩,٨٠	٩٨			

يتضح من جدول (٤) عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة في العمر الزمني؛ حيث إن قيمة (Z) غير دالة إحصائياً، مما يدل على تكافؤ مجموعتي البحث في متغير العمر الزمني قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

(ب) تكافؤ مجموعتي البحث في متغير الذكاء:

قام الباحث بتطبيق مقياس وكسلر - بلقيو لذكاء الراشدين والمراهقين (تعريب وتطبيق إساعيل ومليكة، ١٩٩٦) على مجموعتي البحث (التجريبية - الضابطة)، وللتحقق من تكافؤهما في مستوى الذكاء، تم استخدام اختبار مان ويتي Mann Whitney Test للتحقق من دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين في مستوى الذكاء، والجدول الآتي يوضح الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة في مستوى الذكاء:

جدول (٥)

قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة في مستوى الذكاء

المجموعات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة	مستوى الدلالة
التجريبية	١٠	١٢٢,٢٠٠	١,٨٧٣	١١,٤٥	١١٤,٥٠	- ٠,٧٣٤	٠,٤٦٣	غير دالة
الضابطة	١٠	١٢١,٦٠٠	١,٤٢٩	٩,٥٥	٩٥,٥٠			

يتضح من جدول (٥) عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة في مستوى الذكاء؛ حيث إن قيمة (Z) غير دالة إحصائياً، مما يدل على تكافؤ مجموعتي البحث في مستوى الذكاء قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

(ج) تكافؤ مجموعتي البحث في الدرجة الكلية على مقياس اضطراب قلق الكلام:

للتحقق من تكافؤ مجموعتي البحث (التجريبية - الضابطة) في الدرجة الكلية على مقياس اضطراب قلق الكلام قبل تطبيق البرنامج العلاجي؛ قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتي Mann Whitney Test للتحقق من دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية، ورتب درجات المجموعة الضابطة في الدرجة الكلية على مقياس اضطراب قلق الكلام، والجدول الآتي يوضح الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية على مقياس اضطراب قلق الكلام:

جدول (٦)

قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية على مقياس اضطراب قلق الكلام

المجموعات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة	مستوى الدلالة
التجريبية	١٠	٦٦,٤٠٠	٣,٢٠٤	١١	١١٠	-	٠,٧٠٤	غير دالة
الضابطة	١٠	٦٥,٩٠٠	٣,٢٤٧	١٠	١٠٠	٠,٣٨٠		

يتضح من جدول (٦) عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة في الدرجة الكلية على مقياس اضطراب قلق الكلام؛ حيث إن قيمة (Z) غير دالة إحصائياً، مما يدل على تكافؤ مجموعتي البحث في درجة مقياس اضطراب قلق الكلام قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

٤- أدوات البحث:

استخدم الباحث في البحث الحالي مقياس وكسلر - بلقيو لذكاء الراشدين والمرافقين (تعريب وتطبيق إسماعيل ومليكة، ١٩٩٦)، واستمارة جمع البيانات والمعلومات (إعداد الباحث)، ومقياس اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة (إعداد الباحث)، وبرنامج العلاج بالتعريض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة (إعداد الباحث)، وفيما يلي توضيح لهذه الأدوات:

الأداة الأولى: مقياس وكسلر - بلفيو لنكاء الراشدين والمراهقين (تعريب وتطبيق إسماعيل ومليكة، ١٩٩٦). (أ) وصف المقياس:

يتكون المقياس من اثني عشر اختباراً، وينقسم إلى قسمين رئيسيين: قسم لفظي يتضمن ستة اختبارات هي: المعلومات العامة، وإعادة الأرقام، والمفردات، والاستدلال الحسابي، والفهم العام، والمتشابهات، وقسم عملي يتضمن ستة اختبارات هي: تكميل الصور، وترتيب الصور، ورسوم المكعبات، وتجميع الأشياء، ورموز الأرقام، وتحليل المكعبات (الشفرة). ويهدف هذا المقياس إلى قياس كل من الذكاء اللفظي والعملي، والذكاء العام، ويُطبق هذا المقياس بصورة فردية وفي جلسة واحدة تمتد عادةً من (٦٠ - ٩٠) دقيقة، مع مراعاة توفر كل الظروف الضرورية لتطبيق المقياس تطبيقاً جيداً من إضاءة، وتهوية، وهدوء، وخلو من الانزعاج أثناء تطبيق المقياس، ويُرتب الباحث اختبارات هذا المقياس حسب ظروف العمل، فمثلاً قد يكون من المناسب البدء باختبار المعلومات العامة مع الراشدين، أما مع الأقل سنّاً فيفضل الابتداء معه باختبار عملي، وقد يبدأ معه باختبار سهل نسبياً مثل رموز الأرقام (إسماعيل ومليكة، ١٩٩٦، ص ص ١٩-٢١).

(ب) صدق المقياس:

تم حساب صدق المحتوى لهذا المقياس، وثُبت أن جميع الاختبارات الاثني عشر المتضمنة في المقياس تتفق مع تعريف الذكاء، كما تمَّ حساب الصدق التلازمي (صدق المحك) باستخدام محك التحصيل الدراسي، وتراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٦٠، ٠,٥٠)، كما أشار دليل المقياس إلى أن معاملات الارتباط بين درجات الأفراد في هذا المقياس، ودرجاتهم في مقياس استانفورد- بينيه لمجموعات عمرية متجانسة، بلغت ٠,٧٣ مع درجة الذكاء الكلية، و ٠,٧١ للذكاء اللفظي، و ٠,٦٠ للذكاء الأدائي (العملي).

(ج) ثبات المقياس:

تمَّ استخدام طريقة التجزئة النصفية لكل اختبار فرعي في المقياس للقسمين: اللفظي والعملي، فيما عدا اختباري رموز الأرقام وإعادة الأرقام، حيث استُخدمت معهما طريقة الصور المتكافئة، وقد بلغ معامل الثبات للقسم اللفظي ٠,٩٦، وللقسم العملي ٠,٩٤، وللمقياس ككل ٠,٩٧، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية. كما تمَّ أيضاً حساب الثبات عن

طريق إعادة تطبيق المقياس على فئات عُمرية مختلفة، وكانت معاملات الثبات عالية جدًا أيضًا.

(إسماعيل ومليكة، ١٩٩٦، ص ص ١٩-٢١).

الأداة الثانية: استمارة جمع البيانات والمعلومات (إعداد الباحث).
وصف الاستمارة:

قام الباحث بإعداد استمارة جمع البيانات والمعلومات؛ للحصول على بيانات تفصيلية عن العميل، بهدف استكمال التشخيص والتحديد الدقيق لمشكلة العميل، وتتضمن الاستمارة عشرة بنود رئيسية هي: معلومات عامة عن العميل، ومعلومات عن الحالة الصحية للعميل، ومعلومات عن الأسرة، ومعلومات عن الطفولة وما حدث فيها من خبرات إيجابية وسلبية، ومعلومات عن سنوات الدراسة، ومعلومات عن الاعتقادات والانفعالات إزاء الخبرات السارة وغير السارة، ومعلومات عن النوم والأحلام والكوابيس، ومعلومات عن الأحداث الحالية التي تثير الارتياح لدى العميل، وكذا الأحداث التي تثير لديه الضيق والانزعاج (الأحداث الحالية الإيجابية والسلبية)، ومعلومات عن اعتقادات العميل بشأن المستقبل، ومعلومات عن الاضطراب النفسي (بداية ظهور الاضطراب لدى العميل، وأعراضه، وتأثيره على وظائفه اليومية). والاستمارة موضحة بالتفصيل في ملاحق البحث (ملحق ١).

الأداة الثالثة: مقياس اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة (إعداد الباحث).

قام الباحث ببناء وإعداد هذا المقياس من خلال اتباع الخطوات الآتية:

١- الاطلاع على مختلف الأطر النظرية والدراسات العربية والأجنبية التي تناولت بالبحث

اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة؛ للإفادة منها في بناء المقياس.

٢- الاطلاع على عدد من المقاييس العربية والأجنبية التي تناولت اضطراب قلق الكلام

لدى طلاب الجامعة؛ للإفادة منها في بناء المقياس، ومنها: مقياس الخوف من التحدث

أمام الآخرين لـ (Paul (1966، تعريب ديبس (١٩٩٦)، ومقياس قلق الكلام لـ Cho et

al. (2004)، ومقياس قلق الكلام لعبدالعزيز (٢٠١٢)، ومقياس قلق التحدث أمام

الآخرين لمقداد واليامي (٢٠١٢)، ومقياس قلق التحدث أمام الجمهور لـ Yaikhong

&Usaha(2012)، ومقياس الخوف من التحدث أمام الجمهور لـ Heeren et

al.(2013)، ومقياس قلق التحدث لـ (Bartholomay & Houlihan (2016)، ومقياس قلق التحدث لـ (Long et al. (2019)، ومقياس رهاب الكلام لأبي مصطفى (٢٠٢٠)، ومقياس قلق الكلام لـ (Gallego & McHugh (2022)، ومقياس قلق التحدث العام لـ (Rahman(2022)، ومقياس قلق التحدث أمام الجمهور لـ (Plandano et al. (2023).

٣- قام الباحث بإعداد الصورة الأولية لمقياس اضطراب قلق الكلام*، وصياغة المواقف الخاصة بالمقياس في صورة واضحة ومفهومة، ووضع الباحث لكل موقف أربعة بدائل اختيارية، بحيث تأخذ الاستجابة المعبرة عن وجود قلق الكلام بدرجة مرتفعة جداً أربع درجات، والاستجابة المعبرة عن وجود قلق الكلام بدرجة مرتفعة تأخذ ثلاث درجات، والاستجابة المعبرة عن وجود قلق الكلام بدرجة متوسطة تأخذ درجتين، بينما الاستجابة المعبرة عن غياب قلق الكلام تأخذ درجة واحدة، وقد بلغ عدد مواقف المقياس في صورته الأولية (٢٥) موقفاً.

٤- قام الباحث بالتحقق من الكفاءة السيكمترية (الصدق - الثبات - الاتساق الداخلي) لمقياس اضطراب قلق الكلام على النحو الآتي:

(أ) **صدق المقياس:** لحساب صدق المقياس تم استخدام صدق المحكمين، والصدق الظاهري، وصدق المفردات، والصدق الذاتي، وصدق المحك، وفيما يلي توضيح ذلك:

▪ **صدق المحكمين:**

تم عرض المقياس في صورته الأولية (٢٥ موقفاً) على اثني عشر محكماً من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس؛ للحكم على المقياس، وعلى مدى مناسبته لعينة البحث، ومدى صلاحية مواقف المقياس للتطبيق، والحكم على دقة الصياغة، واقتراح التعديلات اللازمة، وكانت نسبة اتفاق السادة المحكمين على مواقف مقياس اضطراب قلق الكلام لا تقل عن (٨٠%) في جميع المواقف، عدا خمسة مواقف كانت نسبة اتفاق السادة المحكمين عليها أقل من

* تعامل الباحث مع مقياس اضطراب قلق الكلام كدرجة كلية، فبالرغم من أن الاضطراب يتمحور في أربعة مظاهر رئيسة هي: المعرفي، والنفسي، والفسولوجي، والسلوكي والاجتماعي، إلا أن الباحث وجد أنه بعد صياغة المواقف الخاصة بكل بعد من أبعاد المقياس؛ أن ثمة تداخل بين هذه الأبعاد؛ إذ إن الموقف الواحد يتضمن هذه الجوانب مجتمعة معاً؛ ولذا رأى الباحث أن التعامل مع المقياس كدرجة كلية أفضل من تقسيمه إلى أبعاد متداخلة فيما بينها.

(٨٠%)؛ لذا قام الباحث باستبعادهنّ من المقياس ليصبح عدد مواقف المقياس بعد التحكيم (٢٠) موقفاً.

■ الصدق الظاهري:

قام الباحث بتطبيق مقياس اضطراب قلق الكلام على عينة حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس، والتي بلغ قوامها (١٠٠) طالب وطالبة من طلاب الجامعة، وتراوحت أعمارهم من (١٩ - ٢٢) عامًا، بمتوسط عمري قدره (٢٠,٠٣٠)، وانحراف معياري قدره (١,٤١٧)، واتضح للباحث أن التعليمات الخاصة بالمقياس واضحة ومحددة، وأن المواقف تتصف أيضًا بالوضوح التام وسهولة الفهم؛ مما يؤكد أن مقياس اضطراب قلق الكلام يتمتع بالصدق الظاهري.

■ صدق المفردات:

وتّم ذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل موقف من مواقف المقياس، والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة الموقف من الدرجة الكلية للمقياس، والجدول الآتي يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل موقف من مواقف مقياس اضطراب قلق الكلام، والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة الموقف من الدرجة الكلية للمقياس:

جدول (٧)

معاملات الارتباط بين درجة كل موقف من مواقف مقياس اضطراب قلق الكلام، والدرجة الكلية للمقياس (بعد حذف درجة الموقف من الدرجة الكلية للمقياس)

رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط
١	**٠,٦٩٩	١١	**٠,٧٣٨
٢	**٠,٧٧٢	١٢	**٠,٧٩٦
٣	**٠,٦٩١	١٣	**٠,٧٤٨
٤	**٠,٦٠١	١٤	**٠,٧٣٦
٥	**٠,٥٢٠	١٥	**٠,٧٢٦
٦	**٠,٥١٦	١٦	**٠,٦٠٧
٧	**٠,٦١٢	١٧	**٠,٧٢١
٨	**٠,٥١٣	١٨	**٠,٧٢٠

**٠,٧٠٧	١٩	**٠,٦٤١	٩
**٠,٥٦٦	٢٠	**٠,٦٦٥	١٠

** مفردات دالة عند مستوى (٠,٠١).

يتضح من جدول (٧) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل موقف من مواقف مقياس اضطراب قلق الكلام والدرجة الكلية للمقياس، بعد حذف درجة الموقف من الدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى (٠,٠١)، مما يدل على صدق مفردات المقياس.

▪ الصدق الذاتي:

ويحسب الصدق الذاتي بالجزر التربيعي لمعامل الثبات، وبالتالي فإن الصدق الذاتي للمقياس بعد حساب معامل الثبات (٠,٩٣٣) هو (٠,٩٦٥) وهي نسبة عالية تجعل المقياس صالحًا لقياس ما وضع لقياسه.

▪ صدق المحك:

قام الباحث بحساب الصدق بطريقة المحك، وذلك بتطبيق مقياس قلق الكلام لدى طلاب الجامعة (إعداد عبدالعزيز، ٢٠١٢)*، ومقياس اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة (إعداد الباحث) تلازمياً في جلسة واحدة على عينة الكفاءة السيكمترية، وحساب معامل الارتباط بين درجات الطلاب على مقياس اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة (إعداد الباحث)، ودرجاتهم على مقياس قلق الكلام (إعداد عبدالعزيز، ٢٠١٢)، وكانت قيمة معامل الارتباط قدرها (٠,٨٣١)، وهي قيمة دالة عند مستوى ٠,٠١؛ مما يدل على صدق مقياس اضطراب قلق الكلام.

* تكون المقياس في صورته النهائية من (٤٤) عبارة، ولكل عبارة ثلاثة بدائل اختيارية هي (دائمًا = ٣، وأحيانًا = ٢، وأبداً = ١).

(ب) ثبات المقياس: قام الباحث بحساب معامل الثبات على عينة الكفاءة السيكومترية التي بلغ عددها (١٠٠) طالب وطالبة من طلاب الجامعة، وقد استخدم الباحث طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية لكل من سبيرمان Spearman، وجتمان Guttman، وطريقة إعادة التطبيق، باستخدام برنامج (SPSS 18) على النحو الآتي:

▪ طريقة ألفا كرونباخ:

تم حساب معامل الثبات للمقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، باستخدام برنامج التحليل الإحصائي للبيانات (SPSS.18)، وتم الحصول على معامل ثبات (٠,٩٣٣) وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية، تجعلنا نطمئن إلى استخدامه كأداة للقياس في هذه الدراسة.

▪ طريقة التجزئة النصفية:

تعمل تلك الطريقة على حساب معامل الارتباط بين درجات نصف مقياس اضطراب قلق الكلام، حيث تم تجزئة المقياس إلى نصفين متكافئين، يتضمن القسم الأول درجات الأفراد في الأسئلة الفردية، ويتضمن القسم الثاني درجات الأفراد في الأسئلة الزوجية، ثم حساب معامل الارتباط بينهما، ويوضح الجدول الآتي الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

جدول (٨)
الثبات بطريقة التجزئة النصفية للمقياس

المفردات	العدد	معامل ألفا لكرونباخ	معامل الارتباط	معامل الثبات لسبيرمان براون	معامل الثبات لجتمان
الجزء الأول	١٠	٠,٨٨٢	٠,٩٠٠	٠,٩٤٨	٠,٩٤٧
الجزء الثاني	١٠	٠,٨٥٩			

يتضح من جدول (٨) أن معامل ثبات مقياس اضطراب قلق الكلام، يساوي (٠,٩٤٨)، وهو معامل ثبات يشير إلى أن المقياس على درجة عالية من الثبات، وهو يعطى درجة من الثقة عند استخدام مقياس اضطراب قلق الكلام، كأداة للقياس في البحث الحالي، وهذا يعد مؤشراً على أن مقياس اضطراب قلق الكلام، يمكن أن يعطى النتائج نفسها إذا ما أعيد تطبيقه على العينة وفي ظروف التطبيق نفسها.

▪ طريقة إعادة التطبيق:

وتقوم هذه الطريقة على أساس تطبيق المقياس على عينة الكفاءة السيكومترية مرتين متتاليتين، يكون الفاصل بينهما فترة كافية لا تساعد الفرد على تذكر مفردات المقياس، وبدل

الارتباط بين درجات التطبيق الأول ودرجات التطبيق الثاني على معامل استقرار (ثبات) الاختبار، وعليه قام الباحث بتطبيق المقياس المكون من (٢٠) موقفاً على عينة الكفاءة السيكومترية البالغ عددها (١٠٠) طالب وطالبة من طلاب الجامعة، وبعد مضي أسبوعين تم إعادة تطبيقه مرة أخرى على نفس العينة، ثم قام الباحث بتفريغ الدرجات، وباستخدام معامل الارتباط (بيرسون) بين نتائج التطبيقين ظهرت قيمة معامل الثبات (٠,٩٠٨) بين الدرجة الكلية لكلا التطبيقين، وهي قيمة مرتفعة ودالة عند مستوى دلالة (٠,٠٠١)، مما يشير إلى ثبات المقياس حسب طريقة إعادة التطبيق.

(ج) الاتساق الداخلي:

▪ الاتساق الداخلي للمفردات: وتمَّ ذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل موقف من مواقف المقياس، والدرجة الكلية للمقياس، والجدول الآتي يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل موقف من مواقف مقياس اضطراب قلق الكلام، والدرجة الكلية للمقياس:

جدول (٩)

معاملات الارتباط بين درجة كل موقف من مواقف مقياس اضطراب قلق الكلام، والدرجة الكلية للمقياس

معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة
**٠,٧٣٢	١١	**٠,٧٣٧	١
**٠,٧٩٤	١٢	**٠,٧٧٦	٢
**٠,٧٣٢	١٣	**٠,٧٠٥	٣
**٠,٧٢٠	١٤	**٠,٥٩٧	٤
**٠,٧١٣	١٥	**٠,٥١٦	٥
**٠,٦٢٠	١٦	**٠,٥٢٤	٦
**٠,٧٢٦	١٧	**٠,٦١٣	٧
**٠,٧٣١	١٨	**٠,٥١٠	٨
**٠,٦٩٨	١٩	**٠,٦٤٢	٩
**٠,٥٥٧	٢٠	**٠,٦٦٦	١٠

** مفردات دالة عند مستوى (٠,٠١).

يتضح من جدول (٩) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل موقف من مواقف مقياس اضطراب قلق الكلام والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى (٠,٠١)، مما يدل على وجود اتساق داخلي لمفردات المقياس.

٥- **تصحيح المقياس:** قام الباحث بتحديد مفتاح تصحيح المقياس على النحو الآتي:
لكل موقف أربعة بدائل اختيارية، بحيث تأخذ الاستجابة الدالة على طالب الجامعة الذي يتصف بالخوف الشديد من التحدث أمام الآخرين، ولديه أفكار واعتقادات غير منطقية عن الذات، وكذلك لديه عدم ثقة في ذاته، ولديه عدم اتزان انفعالي في المواقف التي يُطلب منه فيها التحدث إلى الآخرين، ويبدو عليه التوتر الشديد في تلك المواقف إذا اضطُر للتواجد فيها، ويضطُر رأسه في أثناء التحدث إلى الآخرين، ويتجنب المشاركة في أي حديث مع الآخرين، أو إبداء الرأي في موضوع ما، وينسحب من المواقف التي يتبين له فيها أنه سيقول كلمة أمام الآخرين، "أربع درجات"، في حين إن الاستجابة الدالة على طالب الجامعة الذي يتصف بالخوف من التحدث أمام الآخرين، ويحاول مرارًا وتكرارًا أن يتغلب على خوفه من التحدث أمام الآخرين، ولكن أفكاره غير المنطقية وتوتره الشديد، وخجله واحمرار وجهه، وارتعاش يديه وقدميه، وصعوبة تنفسه، وتسارع ضربات قلبه أثناء التحدث إلى الآخرين، تجعله لا يكمل حديثه إلى الآخرين، أو يقتصد في الكلام، ودائمًا ما يفكر في الاعتذار أو الانسحاب من المواقف التي يُطلب منه فيها أن يكون متحدًا إلى الآخرين (الجمهور)، تأخذ "ثلاث درجات"، بينما الاستجابة الدالة على طالب الجامعة الذي لديه مستوى متوسط من الخوف من التحدث إلى الآخرين، ولديه مستوى متوسط من الثقة في الذات، ويحاول التوافق مع الوضع الراهن، ويتبدى عليه بعض القلق، والقليل من التوتر في أثناء التحدث إلى الآخرين، ولا يتجنب المواقف التي يُطلب منه فيها أن يكون مخاطبًا للجمهور، لكنه يكون قلقًا بعض الشيء، تأخذ "درجتين"، في حين إن الاستجابة الدالة على غياب قلق الكلام، والتي فيها يتصف طالب الجامعة بدرجة عالية من الاتزان الانفعالي والثقة في الذات، وعدم الخوف من التحدث إلى الآخرين، حيث يتحدث بلباقة ودون خوفٍ أو قلق، ودون تردد، ويتواصل بصريًا، في المواقف التي يُطلب منه فيها أن يكون متحدًا إلى الجمهور، تأخذ "درجة واحدة".
٦- بناءً على ما سبق تكون النهاية الصغرى لدرجة طالب الجامعة على المقياس (٢٠) ، والنهاية العظمى (٨٠)، وعليه تم تحديد مرتفعي قلق الكلام، ممن يحصلون على الدرجات من (٦١ - ٨٠)، ومن يحصلون على الدرجة من (٤١ - ٦٠) لديهم مستوى

متوسط من قلق الكلام، ومن يحصلون على الدرجة من (٢٠ - ٤٠) فهم منخفضو قلق الكلام.

• الأداة الرابعة: برنامج العلاج بالتعريض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة (إعداد الباحث).

قام الباحث بإعداد برنامج العلاج بالتعريض لتخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة، والذي يتضمن - أي البرنامج العلاجي - مجموعة من الفنيات والأساليب التي تتكامل معاً لمساعدة طلاب الجامعة ذوي قلق الكلام على التخلص من هذا القلق، والتواصل بفاعلية ودون خوفٍ أو قلق، ودو تردد، في المواقف التي يُطلب منهم فيها أن يكونوا متحدثين إلى الجمهور.

وفيما يلي توضيحٌ للأساس النظري الذي بُني عليه البرنامج العلاجي:

(أ) الإطار النظري للبرنامج:

ينبثق العلاج بالتعريض من مجموعة من التوجهات النظرية، كالنظرية السلوكية، والنظرية المعرفية، ونظرية العملية الحيوية للانح، ونموذج العملية الانفعالية لفوا وكوداك، وفيما يلي توضيح ذلك:

- النظرية السلوكية **Behavioral Theory**: يمتد جذور العلاج بالتعريض إلى النظرية السلوكية، وظهر هذا العلاج في خمسينيات القرن الماضي (١٩٥٠) مرتبطاً بنظريات التعلم ومبادئه، وركز هذا العلاج على الأعراض المباشرة وتعديل سلوكيات الأفراد، وبعد جوزيف ولبي أول من لفت الانتباه إلى هذا النوع من العلاج في علاج السلوك المترتب على اضطرابات القلق، وأكد على أن استجابة الخوف تتمخض عن الاقتران الشرطي الخاطئ بين المثير الشرطي والمثير غير الشرطي، وأن فاعلية العلاج بالتعريض تكمن في قدرته على إحداث انطفاء للاستجابة الشرطية المرتبطة بالمثير الشرطي الذي يتم عن طريق الكف بالنقيض، وهذا يعني أن استجابة الخوف يقابلها استجابة مناقضة لها تتمثل في الاسترخاء، والذي يعد ذا أهمية في فك الارتباط بين المثير والاستجابة الخاصة به، ووصف ولبي العلاج بالتعريض من وجهة نظره بالتحصين التدريجي. (Wolpe, 1990, PP. 37 - 38).

وأوضحت تجارب Stamfl et al.(1967)، و Marks (1971)، و Foa et al. (1977) أن تسمية العلاج بالتعريض بالتحصين التدريجي ليست صحيحة؛ إذ إن التحصين

التدريجيّ ما هو إلا غمر في بيئة خيالية تبتعث بعض المثيرات المرهوبة لدى الفرد، وأن التحصين التدريجيّ والغمر ليسا سوى فئتين من فنيات العلاج بالتعريض، وأنهما من أهم الميكانيزمات الفاعلة الخاصة بانطفاء الاستجابة أو فك الارتباط الشرطيّ (McNally, 2007, PP. 750 – 751).

– **النظرية المعرفية Cognitive Theory**: يؤكد رواد النظرية المعرفية أن انفعالات وسلوكيات الأفراد تكون غالبًا مرتبطة بطريقة تفكيرهم، فهناك مواقف كثيرة تستثير القلق والغضب لدى الفرد؛ نظرًا للطريقة التي يدرك بها الفرد الموقف في ضوء ما لديه من أفكار واعتقادات في بنائه المعرفي، وهذه الاعتقادات التي كونها الفرد في بنائه المعرفي قد تكون غير منطقية، مما يساهم في حدوث القلق والاضطراب، وقد يظل الفرد معتبرًا تلك المعارف والاعتقادات هي الحقيقة المطلقة، ويظل محافظًا عليها، مما يزيد من قلقه واضطرابه. (Beck, 1995, PP. 14 -15; Clark & Beck, 2010, P. 31).

ويقوم العلاج بالتعريض في تدخله المعرفي على مساعدة العميل على فهم أفكاره واعتقاداته غير العقلانية، ومناقشته فيه من خلال المحادثات الثنائية، إلى أن يفتتح العميل باختلال تلك الأفكار وأنها السبب في حدوث الاضطراب، ومساعدته على وضع أفكار واعتقادات بديلة، وأكثر عقلانية، والتركيز على هذه الأفكار أثناء التعريض؛ لملء الفراغ الموجود في الذاكرة بأفكار واعتقادات إيجابية، مما يساعد في تحسين قدرة العميل على مواجهة المواقف المثيرة لقلقه دون خوف أو قلق، وكف استجابة التجنب والابتعاد عن تلك المواقف. (Forsyth et al., 2006, PP. 65 – 65).

– **نظرية العملية الحيوية لانج Lang's Bioinformation Theory**

أوضح (Lang 1977, P. 866) أن الخوف يتضمن مكونات معرفية وفسولوجية، وله – أي للخوف – ذاكرة انفعالية خاصة، يتم تخزينها على شبكة خاصة في الذاكرة بدلالات لفظية معينة، وتحتوي هذه الذاكرة على ثلاثة معلومات خاطئة، أولاهما: معلومات خاصة بالمثير أو بالموقف الذي يثير الانفعالات السلبية، وثانيهما: معلومات تختص بالاستجابات المعرفية والفسولوجية الخاصة بالفرد، وثالثهما: إشارات خاصة بدلالات لفظية نمائية داخل المخ، وعندما تحتوي الشبكة الانفعالية العاملة على هذه المعلومات الخاطئة عن بعض المثيرات، يتمخض عنها قلق غامر واكتئاب، يتطلب التدخل العلاجيّ.

ووفقاً لنظرية لانج فإن العلاج بالتعرض يتناول بالتغيير الشبكة الانفعالية العاملة للخوف لدى العميل، والتي لها علاقة مباشرة بالدلالات اللفظية للمعلومات المخزنة عن المثير واحتمالية استجابة الفرد عليها، حيث يتم تنشيط أو استثارة الأحداث والذكريات غير السارة في شبكة الذاكرة الانفعالية العاملة للعميل، ومناقشة العميل في المعلومات الخاطئة ودلالاتها اللفظية، مع التعريض المتكرر للمثيرات المرهوبة إلى أن يحدث انطفاء لاستجابة الخوف (Holmes et al., 2001, P. 95).

- نموذج العملية الانفعالية لفوا وكوزاك وKozak's Emotional Processing Model:

يقوم هذا النموذج على أساس أن الخوف يتم تمثيله في الذاكرة على أنه بنية معرفية كبرنامج للهروب من الخطر، وتتضمن هذه البنية تمثيلات للمثيرات المخيفة (مثل: الدب، والعناكب)، واستجابات الخوف (مثل تسارع ضربات القلب)، والمعنى المرتبط بها مع المثيرات (مثل: الدببة خطيرة)، والمعنى المرتبط بالاستجابات (مثل: سرعة ضربات القلب تعني أنني خائف)، وعندما تكون المثيرات المهددة طبيعية يكون الخوف طبيعياً، كالخوف من أشياء هي في الأصل تسبب الخوف، مثل: الخوف من الأسد، وهذا الخوف يتمخض عنه إجراءات يتخذها الفرد لمواجهة هذا التهديد، ويمكن اعتبار تلك الاستجابات الهروبية هي استجابات مناسبة، ويُنظر إليها على أنها رد فعل طبيعي وقابل للتكيف (Foa et al., 2009, P. 12).

ووفقاً لفوا وكوزاك (Foa et al., 2009, PP. 11 – 12) فإن بنية الخوف تكون مرضية عندما تكون الارتباطات بين عناصر المثيرات لا تمثل الواقع بشكلٍ دقيق، وعندما تكون الاستجابات الفسيولوجية واستجابات الهروب/ التجنب تثيرها مثيرات غير ضارة، وعندما تكون الاستجابات المفرطة ومبالغ فيها، وتتعارض مع استجابات السلوك التكيفي، وعندما ترتبط المثيرات غير الضارة وعناصر الاستجابة بمعنى التهديد بشكلٍ خاطئ.

وأوضح (Foa & Kozak (1986, PP. 22 – 23) في نموذجهما المقترح للعلاج بالتعرض، أن تخفيف الخوف لا يحدث بسبب ضعف الروابط بين مكونات شبكة الخوف في الذاكرة فحسب، ولكن يحدث أيضاً نتيجةً للتغيير الذي يطرأ على المعنى الخاص بتكوين بنية الخوف الرئيسية، والذي يحدث بفعل التعريضات المتكررة للمثيرات المرهوبة.

(ب) هدف البرنامج الإرشادي:

يهدف البرنامج الإرشادي إلى تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة؛ مما يساهم في إعادة الاتزان الانفعالي لديهم، وممارسة حياتهم بشكل طبيعي دون خوف أو قلق، ودون تردد.

(ج) مصادر بناء البرنامج:

اعتمد الباحث في بناء محتوى البرنامج العلاجي ومادته العلمية وفنياته وأساليبه العلاجية على مجموعة من المصادر هي:

- ١- الإطار النظري للبحث الحالي، وما اطلع عليه الباحث من الكتابات والأطر النظرية السيكولوجية، التي تناولت اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة.
- ٢- بعض الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت العلاج بالتعرض في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة، ومنها: (Seim et al., 2010)، و (Heuett & Heuett, 2011)، و (England et al., 2012)، و (Niles et al., 2015)، و (Scheurich, 2017)، و (Bartholomay & Houlihan, 2018)، و (Kahlon et al., 2019)، و (Scheurich et al., 2019)، و (Daniels et al., 2020)، و (Chorley, 2021)، و (Jong et al., 2021)، و (Kahlon 2022)، و (Reeves et al., 2022).

- ٣- بعض المقابلات التي أجراها الباحث مع طلاب الجامعة، بالإضافة إلى نتائج الدراسة الاستطلاعية التي طبقها الباحث على طلاب الجامعة.

(د) الأسس النفسية والتربوية التي يقوم عليها البرنامج العلاجي:

- يتضمن البرنامج العلاجي مجموعة من الأسس النفسية والتربوية تتضح فيما يأتي:
- ١- مراعاة اختيار المكان المناسب والتوقيت المناسب لكل من الباحث وأفراد العينة؛ لتنفيذ جلسات البرنامج العلاجي.
 - ٢- العمل على تقوية العلاقة بين الباحث والمشاركين في البرنامج العلاجي من خلال تهيئة جو يسوده الاحترام المتبادل، والألفة، والثقة.
 - ٣- مراعاة خصائص طلاب الجامعة ذوي قلق الكلام سواء أكانت معرفية، أو نفسية، أو فيسيولوجية، أو سلوكية واجتماعية.
 - ٤- الاستفادة من بعض الجلسات الجماعية التي يتضمنها البرنامج العلاجي في مساعدة ذوي قلق الكلام على التحسن في إطار جماعي.

(هـ) الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج:

يتضمن البرنامج الحالي مجموعة متنوعة من الفنيات والأساليب، هي: الاسترخاء، والتحصين التدريجي، والتعريض التخيلي، وإدارة الضغوط، والتعريض المكتوب، والتخيل الموجه (الإشارات الآمنة)، والضبط المعرفي للذات، والغمر التخيلي، وحديث الذات الإيجابي، والنمذجة، ولعب الدور، وقلب الدور، والتعزيز الإيجابي، والتغذية الراجعة، وتقديم الذات، والمحادثات الثنائية (الديالوج)، والحوار والمناقشة، والواجب المنزلي، وقد أشار الباحث إلى هذه الفنيات تفصيلاً في الإطار النظري للبحث الحالي.

(و) المحددات الإجرائية للبرنامج:

- المحدد البشري:

تم تطبيق البرنامج العلاجي على عينة الدراسة التجريبية، وقوامها ١٠ مراهقين (٤ ذكور، و٦ إناث)، تتراوح أعمارهم من (٢٠ - ٢٢) عاماً، بمتوسط عمري (٢٠,٨٠٠) عاماً، وانحراف معياري قدره (٠,٧٨٨)، واستخدم الباحث المنهج شبه التجريبي ذي التصميم بين المجموعتين (المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة)، واعتمد على التقييم البعدي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، والتقييم القبلي والبعدي، والتقييم البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية.

- المحدد المكاني:

تم تطبيق البرنامج العلاجي في إحدى قاعات كلية التربية - جامعة بني سويف.

- المحدد الزمني:

تم تطبيق البرنامج العلاجي في العام الجامعي ٢٠٢٢ / ٢٠٢٣م، واستغرق البرنامج ثلاثة أشهر ونصف تقريباً، بمجموع (٤٤) جلسة، منهم (٢٢) جلسة فردية، و(٢٢) جلسة جماعية، بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع لكل عميل، وتراوحت زمن الجلسة الواحدة من (٤٥ - ٦٠) دقيقة.

(ز) خطة الجلسات الإرشادية:

يقدم الباحث فيما يلي تصوراً موجزاً لجلسات البرنامج العلاجي متضمناً عنوان كل جلسة علاجية، ونوعها، ومدتها الزمنية، وأهدافها، والفنيات والأساليب المستخدمة فيها، ويتضح ذلك في الجدول الآتي:

جدول (١٠)

ملخص الجلسات التنفيذية للبرنامج العلاجي

محاور البرنامج	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الأهداف	الفنيات والأساليب المستخدمة
المحاور	(٤)	الأولى	جماعية - (٤٥)	التعارف وبناء الثقة	١- التعرف على العملاء المشاركين في البرنامج	الحوار والمناقشة -

محاور البرنامج	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الأهداف	الفنيات والأساليب المستخدمة
الأول: التمهيد للجلسات العلاجية	جلسات	الثانية	فردية (٤٥ - ٦٠) دقيقة	تاريخ العميل	١- جمع بيانات ومعلومات شاملة عن العميل من خلال تطبيق استمارة جمع البيانات والمعلومات. ٢- تحديد المواقف الأقل إرهَابًا والأكثر إرهَابًا لدى العميل.	تقديم الذات - التعزيز الإيجابي.
					١- إعطاء صورة توضيحية للعملاء لمفهوم اضطراب قلق الكلام. ٢- توضيح أهم مظاهر اضطراب قلق الكلام. ٣- تحديد أسباب قلق الكلام.	المحاضرة / الحوار والمناقشة - التعزيز الإيجابي - الواجب المنزلي.
المحاور الأول: التمهيد للجلسات العلاجية	(٤) جلسات	الرابعة	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة	تعريف البرنامج العلاجي	١- إعطاء صورة توضيحية للهدف من البرنامج العلاجي، ومحاوره، وجلساته، وأهميته في تخفيف اضطراب قلق الكلام. ٢- خلق مزيد من الألفة والمودة والقبول والثقة والمشاركة الفعالة بين العملاء والباحث، وكذلك يبين بعضهم البعض.	المحاضرة / الحوار والمناقشة - التعزيز الإيجابي - الواجب المنزلي.
					١- إعطاء صورة توضيحية للعملاء لمفهوم اضطراب قلق الكلام. ٢- توضيح أهم مظاهر اضطراب قلق الكلام. ٣- تحديد أسباب قلق الكلام.	المحاضرة / الحوار والمناقشة - التعزيز الإيجابي - الواجب المنزلي.

محاور البرنامج	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الأهداف	الفنيات والأساليب المستخدمة
المحور الثاني: الجلسات العلاجية لتخفيف اضطراب قلق الكلام (التعريض التخيلي)	(٣٤) جلسة	الخامسة	فردية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	التدريب على الاسترخاء.	تدريب العميل على الاسترخاء للتخفيف من اضطراب قلق الكلام.	الاسترخاء - التعزيز الإيجابي - التغذية الراجعة - الواجب المنزلي.
		السادسة	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	التدريب على الاسترخاء.	التأكد من إتقان العملاء لفنية الاسترخاء للتخفيف من اضطراب قلق الكلام.	الاسترخاء - النمذجة - لعب الدور - قلب الدور - التعزيز الإيجابي - التغذية الراجعة - الواجب المنزلي.
	السابعة	فردية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	التخيل الموجه (الإشارات الأمانة).	١- تدريب العميل على خلق المكان الآمن، وتذكر مواقف اجتماعية سارة. ٢- تدريب العميل على تذكر مواقف اجتماعية غير سارة، والرجوع إلى المكان الآمن لتخفيف الانفعالات السلبية الناتجة عنها.	الاسترخاء - التخيل الموجه - التعزيز الإيجابي - التغذية الراجعة - الواجب المنزلي.	
الجلسات العلاجية لتخفيف اضطراب قلق الكلام (التعريض التخيلي)	(٣٤) جلسة	الثامنة	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	التخيل الموجه (الإشارات الأمانة)	١- التأكد من قدرة العملاء على خلق المكان الآمن، وتذكر المواقف الاجتماعية السارة. ٢- تقييم قدرة العملاء على تذكر مواقف اجتماعية غير سارة، والرجوع إلى المكان الآمن؛ لتخفيف الانفعالات السالبة الناتجة عنها.	الاسترخاء - التخيل الموجه - النمذجة - لعب الدور - قلب الدور - التعزيز الإيجابي - التغذية الراجعة - الواجب المنزلي.
		التاسعة	فردية	إدارة الضغوط	تدريب العميل على الحوار والمناقشة	الحوار والمناقشة

المحاور البرنامج	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الأهداف	الفنيات والأساليب المستخدمة
المحاور الثاني: الجلسات العلاجية لتخفيف اضطراب قلق الكلام (التعريض التخيلي)		العاشرة	جماعية - ٤٥) (٦٠ دقيقة	إدارة الضغوط	إدارة الضغوط المرتبطة بالمواقف المثيرة لقلق الكلام.	الإسترخاء - إدارة الضغوط - التعزيز الإيجابي - الواجب المنزلي.
					التأكد من قدرة العملاء على إدارة الضغوط المرتبطة بالمواقف المثيرة لقلق الكلام.	الحوار والمناقشة - الإسترخاء - إدارة الضغوط النمذجة - لعبة الدور - قلب الدور - التعزيز الإيجابي - الواجب المنزلي.
	(٣٤) جلسة	الحادية عشرة	جماعية - ٤٥) (٦٠ دقيقة.	مدرج التعريض.	مناقشة المواقف المثيرة لقلق الكلام (مواقف التعريض الأقل إرهاباً والأكثر إرهاباً لدى كل عميل.	الإسترخاء - التعزيز الإيجابي - الواجب المنزلي.
					١- تعريض العميل للمواقف المثيرة لقلق الكلام بدءاً بأقلها إرهاباً وصولاً إلى أعلاها إرهاباً. ٢- التعرف على: - الأفكار والاعتقادات السلبية المرتبطة بكل موقف من مواقف قلق الكلام. - الانفعالات السلبية المرتبطة بكل موقف من مواقف قلق الكلام.	الحوار والمناقشة - الإسترخاء- التحصين التدريجي- التعريض التخيلي - الغمر التخيلي - التخيل الموجه - إدارة الضغوط - التعزيز الإيجابي- الواجب المنزلي.

محاور البرنامج	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الأهداف	الفنيات والأساليب المستخدمة
المحور الثاني: الجلسات العلاجية لتخفيف اضطراب قلق الكلام (التعريض التخيلي)	(٣٤) جلسة	من السادسة عشرة إلى التاسعة عشرة	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	التحصين التدريجي	١- تعريض العملاء للمواقف المثيرة لقلق الكلام بدءًا بأقلها إرهابًا وصولاً إلى أعلاها إرهابًا، بمعاونة زملائهم. ٢- مناقشة: - الأفكار والاعتقادات السلبية المرتبطة بكل موقف من مواقف قلق الكلام لدى العملاء. - الانفعالات السلبية المرتبطة بكل موقف من مواقف قلق الكلام لدى العملاء.	الحوار والمناقشة - الاسترخاء- التحصين التدريجي- التعريض التخيلي - الغمر الموجه - إدارة الضغوط - النمذجة - لعب الدور - قلب الدور - التعزيز الإيجابي- الواجب المنزلي.
				التعريض المكتوب	تدريب العميل على الكتابة المتكررة لما يخطر في ذهنه من أفكار واعتقادات سلبية مرتبطة بالمواقف المثيرة لقلق الكلام.	الاسترخاء - التعريض التخيلي - المكتوب - تقديم الذات - التعزيز الإيجابي- الواجب المنزلي.
				التعريض المكتوب	تدريب العملاء على الكتابة المتكررة لما يخطر في ذهنه من أفكار واعتقادات سلبية مرتبطة بالمواقف المثيرة لقلق الكلام بمعاونة زملائهم .	الاسترخاء - التعريض التخيلي - المكتوب - تقديم الذات - النمذجة - لعب الدور - قلب الدور - التعزيز الإيجابي - الواجب المنزلي.
				تعديل الأفكار والاعتقادات والانفعالات السلبية المرتبطة بقلق الكلام لدى العميل بأفكار وانفعالات إيجابية من خلال المحادثات الثنائية (الديالوج).	الحوار والمناقشة- الاسترخاء - التعريض التخيلي - المحادثات الثنائية - تقديم الذات - التعزيز الإيجابي- الواجب المنزلي.	
المحور الثاني: الجلسات العلاجية	(٣٤) جلسة	الرابعة والعشرون	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة	تعديل الأفكار والاعتقادات والانفعالات السلبية المرتبطة بقلق الكلام لدى العملاء بأفكار	التأكد من تعديل الأفكار والاعتقادات والانفعالات السلبية المرتبطة بقلق الكلام لدى العملاء بأفكار	الحوار والمناقشة- الاسترخاء - التعريض التخيلي - المحادثات الثنائية - تقديم الذات - النمذجة- لعب الدور

محاو البرنامج	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الأهداف	الفنيات والأساليب المستخدمة	
لتخفيف اضطراب قلق الكلام (التعريض التخيلي)		الخامسة والعشرون	فردية (٤٥ - ٦٠) دقيقة	بمواقف قلق الكلام .	وانفعالات إيجابية.	قلب الدور - التعزيز الإيجابي- الواجب المنزلي.	
				الضبط المعرفي للذات	تدريب العميل على الضبط المعرفي للذات في المواقف المثيرة لقلق الكلام.	الحوار والمناقشة - الاسترخاء - التعريض التخيلي - الضبط المعرفي للذات - التعزيز الإيجابي- الواجب المنزلي.	
				جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة	التأكد من قدرة العملاء على الضبط المعرفي للذات في المواقف المثيرة لقلق الكلام بمعاونة زملائهم.	الحوار والمناقشة - الاسترخاء - التعريض التخيلي - الضبط المعرفي للذات - النمذجة لعب الدور - قلب الدور - التعزيز الإيجابي- الواجب المنزلي.	
				فردية (٤٥ - ٦٠) دقيقة	تدريب العميل على فنية حديث الذات الإيجابي؛ مما يساهم في زيادة تقدير الفرد لذاته، وتقليل الأفكار السلبية المرتبطة بالمواقف المثيرة لقلق الكلام لديه.	الحوار والمناقشة - الاسترخاء - التعريض التخيلي - حديث الذات الإيجابي - التعزيز الإيجابي- الواجب المنزلي.	
المحور الثاني: الجلسات العلاجية لتخفيف اضطراب قلق الكلام (التعريض التخيلي)	(٣٤) جلسة	من التاسعة والعشرين إلى الثانية والثلاثين	فردية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	حديث الذات الإيجابي	التأكد من إتقان العملاء لفنية حديث الذات الإيجابي؛ مما يساهم في زيادة تقديرهم لذواتهم، وتقليل الأفكار السلبية المرتبطة بالمواقف المثيرة لقلق الكلام لديهم.	الحوار والمناقشة - الاسترخاء - التعريض التخيلي - النمذجة - لعب الدور - قلب الدور - التعزيز الدور - الواجب المنزلي.	
				حديث الذات الإيجابي	تدريب العميل على مواجهة المواقف المثيرة لقلق الكلام دون خوف.	الحوار والمناقشة - الاسترخاء - التعريض التخيلي - النمذجة - لعب الدور - قلب الدور - التعزيز الإيجابي - الواجب المنزلي.	
				جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة	مواجهة المواقف المثيرة لقلق الكلام.	التأكد من قدرة العملاء على مواجهة المواقف المثيرة لقلق الكلام، وعدم الخوف منها.	الحوار والمناقشة - الاسترخاء - التعريض التخيلي - النمذجة - لعب الدور - قلب الدور - التعزيز الإيجابي - الواجب المنزلي.
				جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	مواجهة المواقف المثيرة لقلق الكلام.	التأكد من قدرة العملاء على مواجهة المواقف المثيرة لقلق الكلام، وعدم الخوف منها.	الحوار والمناقشة - الاسترخاء - التعريض التخيلي - النمذجة - لعب الدور - قلب الدور - التعزيز الإيجابي - الواجب المنزلي.

محاور البرنامج	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الأهداف	الفنيات والأساليب المستخدمة
		السابعة والثلاثون	فردية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	التواصل الفعال في المواقف المثيرة لقلق الكلام.	التأكد من قدرة العميل على التواصل بإيجابية، والتفاعل في المواقف المثيرة لقلق الكلام دون خوف أو تردد.	الحوار والمناقشة - التعزيز الإيجابي - الواجب المنزلي.
		الثامنة والثلاثون	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	التواصل الفعال في المواقف المثيرة لقلق الكلام.	التأكد من قدرة العملاء على التواصل بفاعلية في المواقف المثيرة لقلق الكلام دون خوف أو تردد.	الحوار والمناقشة - التعزيز الإيجابي - الواجب المنزلي.
المحور الثالث: الجلسات العلاجية لتخفيف اضطراب قلق الكلام (التعرض في الواقع الحي)	(٤) جلسات	من الجلسة التاسعة والثلاثين إلى الجلسة الثانية والأربعين	فردية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	التعرض في الواقع الحي.	تعريض العميل لجميع المواقف المثيرة لقلق الكلام لديه في الواقع الحي.	الحوار والمناقشة - التعرض الواقعي - التعزيز الإيجابي - الواجب المنزلي
المحور الرابع: الإنهاء والمتابعة.	جلستان	الثالثة والأربعون	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	التغذية الراجعة لما تم التدريب عليه في البرنامج.	ختم الجلسات العلاجية، وإجراء القياس البعدي لمقياس اضطراب قلق الكلام.	الحوار والمناقشة - تقديم الذات - التعزيز الإيجابي.
		الرابعة والأربعون	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	جلسة المتابعة.	تطبيق مقياس اضطراب قلق الكلام بعد مضي ثلاثة أشهر (كمتابعة).	التعزيز الإيجابي.

٥- الخُطوات الإجرائيَّة للبحث:

١- قام الباحث بإعداد أدوات الدراسة: استمارة جمع البيانات والمعلومات، ومقياس اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة، والتحقق من كفاءته السيكومترية (صدقه، وثباته، واتساقه الداخلي)، وبرنامج العلاج بالتعرض لتخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة.

- ٢- قام الباحثُ بتطبيق مقياس اضطراب قلق الكلام على عينة عشوائية قوامها (٥٠٠) طالب وطالبة من طلاب كلية التربية - جامعة بني سويف - لاختيار عينة البحث، وتراوح أعمارهم من (١٩ - ٢٢) عامًا.
- ٣- تم تحديد الطلاب الذين حصلوا على أعلى الدرجات في الإربعي الأعلى لمقياس اضطراب قلق الكلام، وكان عددهم (١٣٠) طالبًا وطالبةً، واختار الباحث منهم (٢٠) طالبًا بشكلٍ عشوائيٍّ ليمثلوا عينة البحث. وبالتالي فإن عينة البحث النهائية تكونت من عشرين (٢٠) طالبًا وطالبةً من طلاب الجامعة، ممن يعانون من قلق الكلام، وتراوح أعمارهم من (٢٠ - ٢٢) عامًا، بمتوسط عمري (٧٠٠,٢٠) عامًا، وانحراف معياري قدره (٧٣٢٧,٠).
- ٤- قام الباحث بتقسيم عينة البحث المختارة عشوائيًا* إلى مجموعتين: تجريبية (قوامها ١٠ طلاب: ٤ ذكور، و ٦ إناث)، وضابطة (قوامها ١٠ طلاب: ٤ ذكور، و ٦ إناث).
- ٥- راعي الباحث التجانس والتكافؤ بين المجموعتين: التجريبية، والضابطة قبل تطبيق البرنامج العلاجي في كلٍّ من: العمر الزمني، ومستوى الذكاء، ودرجاتهم على مقياس اضطراب قلق الكلام (إعداد الباحث).
- ٦- قام الباحث بإعداد سيناريو للمواقف الاجتماعية المثيرة لقلق الكلام لدى عينة البحث؛ لاستخدامه كإنموذج أثناء العلاج.**
- ٧- تم تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة التجريبية.

(*) قام الباحث باستخدام القرعة لتقسيم عينة البحث بشكلٍ عشوائيٍّ إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة، حيث تم ترقيم أفراد عينة البحث الذكور من (١ - ٨)، وأفراد عينة البحث الإناث من (١ - ١٢)، ووضع أرقام الذكور والإناث في صندوق خاص، ثمَّ تمَّ سحب الأرقام، بحيث كان أول سحب للأرقام من الذكور والإناث يمثل المجموعة التجريبية، وثاني سحب من الأرقام للذكور والإناث يمثل المجموعة الضابطة، وهكذا حتى تم استكمال أفراد المجموعة التجريبية (٤ ذكور، و ٦ إناث)، وأفراد المجموعة الضابطة (٤ ذكور، و ٦ إناث).

(**) قام الباحث بإعداد سيناريو لأربعة مواقف مثيرة لقلق الكلام، حصل عليها الباحث من خلال استمارة جمع البيانات والمعلومات التي أعدها الباحث، واختار الباحث أربعة مواقف مشتركة لدى عينة البحث، وهي: الإجابة عن سؤال ما أمام زملاء أثناء المحاضرة، وعندما يطلب منه إلقاء كلمة أمام الآخرين في مناسبة اجتماعية، وعندما يطلب منه التحدث عن نفسه أمام الآخرين في مقابلة شخصية، وعندما يطلب منه الغناء إبداء رأيه في موضوع ما أمام الآخرين. وقام الباحث باختيار أحد طلاب كلية التربية من خارج عينة البحث لتدريبه على السيناريو، واستمر تدريبه شهرًا، واستعان به الباحث في الجلسات العلاجية كإنموذج.

- ٨- تم إعادة تطبيق مقياس اضطراب قلق الكلام بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة (القياس البعدي) على مجموعتي الدراسة: التجريبية، والضابطة.
- ٩- تم إعادة تطبيق مقياس اضطراب قلق الكلام بعد مرور ثلاثة أشهر على تطبيق البرنامج العلاجي (فترة المتابعة) على أفراد المجموعة التجريبية.
- ١٠- تم استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة للوصول إلى نتائج البحث، ثم تفسير هذه النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة.
- ١١- على ضوء نتائج البحث والإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة تم الخروج ببعض التوصيات والبحوث المقترحة.

٦- الأساليب الإحصائية :

استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test لمعرفة دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين: القبلي والبعدي، والبعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قلق الكلام، واختبار مان ويتني Mann – Whitney Test لمعرفة دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب قلق الكلام.

تاسعاً: نتائج البحث ومناقشتها :

(أ) نتائج البحث:

نتيجة الفرض الأول:

ينص الفرض الأول للبحث على أنه: "يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب قلق الكلام بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة، وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث بالتحقق من دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية، ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب قلق الكلام بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وذلك باستخدام اختبار مان ويتني Mann Whitney Test، كما تم حساب معامل الارتباط الثنائي للرتب Rank biserial correlation (r_{rb}) لمعرفة حجم تأثير المتغير المستقل (البرنامج العلاجي) في المتغير التابع (اضطراب قلق

الكلام)، أو قوة العلاقة بين المتغيرين المستقل والتابع، والجدول الآتي يوضح الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب قلق الكلام بعد تطبيق البرنامج العلاجي:

جدول (١١)
قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة
على مقياس اضطراب قلق الكلام بعد تطبيق البرنامج العلاجي

مقياس اضطراب قلق الكلام	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة sig	مستوى الدلالة	حجم التأثير (r _{rb})	مستوى التأثير
الدرجة الكلية على المقياس	التجريبية	١٠	٣٦,٧٠٠	٢,٧٥٠	٥,٥٠	٥٥	٣,٧٨٢	٠,٠٠٠	دالة عند مستوى ٠,٠١	١	قوي جداً
	الضابطة	١٠	٦٥,٤٠٠	٤,٩٠٣	١٥,٥٠	١٥٥					

يتضح من جدول (١١) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب قلق الكلام بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة، وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية؛ مما يؤكد تحقق الفرض الأول للبحث.

وقام الباحث بحساب حجم الأثر عن طريق حساب معامل الارتباط الثنائي للرتب Rank biserial correlation (r_{rb}) لمعرفة حجم تأثير المتغير المستقل (البرنامج العلاجي) في المتغير التابع (اضطراب قلق الكلام)، أو قوة العلاقة بين المتغيرين المستقل والتابع، والذي يتم حسابه من المعادلة الآتية:

$$r_{rb} = \frac{2(MR_1 - MR_2)}{(n_1 + n_2)}$$

حيث: r_{rb} = قوة العلاقة عند استخدام اختبار مان - ويتني (معامل الارتباط الثنائي للرتب)، و MR₁ = متوسط رتب المجموعة الأولى (المجموعة التجريبية)، و MR₂ = متوسط رتب المجموعة الثانية (المجموعة الضابطة)، و n₁ = عدد أفراد المجموعة الأولى

(المجموعة التجريبية)، و $n=2$ عدد أفراد المجموعة الثانية (المجموعة الضابطة)، ويتم تفسير (r_{rb}) كما يلي:

- إذا كان: $(r_{rb}) > 0,4$ فيدل علي علاقة ضعيفة أو حجم تأثير ضعيف.
 - إذا كان: $(r_{rb}) \geq 0,4$ ، $0,7 > (r_{rb})$ فيدل علي علاقة متوسطة أو حجم تأثير متوسط.
 - إذا كان: $(r_{rb}) \geq 0,7$ ، $0,9 > (r_{rb})$ فيدل علي علاقة قوية أو حجم تأثير قوي.
 - إذا كان $(r_{rb}) \leq 0,9$ فيدل علي علاقة قوية جداً أو حجم تأثير قوي جداً.
- (حسن، ٢٠١١، ص ٢٨٠)

نتيجة الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني للبحث على أنه: " يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين: القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قلق الكلام، وذلك في اتجاه القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث بالتحقق من دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين: القبلي، والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قلق الكلام، وذلك باستخدام اختبار ويلكوكسون Welcoxon Test، كما تم حساب معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb}) Matched- Pairs Rank biserial correlation لمعرفة حجم تأثير البرنامج (أو قوة العلاقة بين المتغيرين المستقل والتابع)، والجدول الآتي يوضح الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين: القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قلق الكلام:

جدول (١٢)

قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين: القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قلق الكلام

مستوى التأثير	حجم التأثير (r_{prb})	مستوى الدلالة	الدلالة sig	قيمة "Z"	مجموع الرتب	متوسط الرتب	توزيع الرتب وعددها	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	نوع القياس	مقياس اضطراب قلق الكلام
قوي جداً	١	دالة عند مستوى ٠,٠١	٠,٠٠٥	٢,٨١٢	٥٥	٥,٥٠	السالبة	٣,٢٤٧	٦٥,٩٠٠	١٠	القبلي	الدرجة الكلية
					صفر	صفر	الموجبة	٢,٧٥٠	٣٦,٧٠٠	١٠	البعدي	

يتضح من جدول (١٢) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطي رتب درجات القياسين: القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قلق الكلام، وذلك في اتجاه القياس البعدي، مما يُشير إلى تحقق الفرض الثاني للبحث.

وقام الباحث بحساب حجم الأثر عن طريق حساب معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (Matched- Pairs Rank biserial correlation) (r_{prb}) لمعرفة حجم تأثير البرنامج (أو قوة العلاقة بين المتغيرين المستقل والتابع)، والذي يتم حسابه من المعادلة التالية:

$$r_{prb} = \frac{4(T1)}{n(n+1)} - 1$$

حيث: r_{prb} = حجم التأثير أو قوة العلاقة (معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة)، و $T1$ = مجموع الرتب ذات الإشارة الموجبة، و n = عدد أزواج الدرجات، ويتم تفسير (r_{prb}) كما يأتي:

- إذا كان: $(r_{prb}) > ٠,٤$ ، فيدل علي علاقة ضعيفة أو حجم تأثير ضعيف.
- إذا كان: $(r_{prb}) \geq ٠,٤$ ، $(r_{prb}) > ٠,٧$ ، فيدل علي علاقة متوسطة أو حجم تأثير متوسط.
- إذا كان: $(r_{prb}) \geq ٠,٧$ ، $(r_{prb}) > ٠,٩$ ، فيدل علي علاقة قوية أو حجم تأثير قوي.
- إذا كان $(r_{prb}) \leq ٠,٩$ ، فيدل علي علاقة قوية جداً أو حجم تأثير قوي جداً.

(عزت حسن، ٢٨٠، ٢٠١١)

نتيجة الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث للبحث على أنه: " لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين: البعدي وما بعد المتابعة (بعد مضي ثلاثة أشهر كمتابعة) للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قلق الكلام".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث بالتحقق من دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين: البعدي، وما بعد المتابعة للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قلق الكلام، وذلك باستخدام اختبار ويلكوكسون Welcoxon Test، والجدول الآتي يوضح الفرق

بين متوسطي رتب درجات القياسين: البعدي وما بعد المتابعة للمجموعة التجريبية على
مقياس اضطراب قلق الكلام:

جدول (١٣)

قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين: البعدي
وما بعد المتابعة للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قلق الكلام

مستوى الدلالة	الدلالة Sig	قيمة "z"	مجموع الرتب	متوسط الرتب	توزيع الرتب وعددتها	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	نوع القياس	مقياس اضطراب قلق الكلام
غير دالة	٠,٥٣٣	-	٣٣,٥	٦,٧٠	٥ السالبة	٢,٧٥٠	٣٦,٧٠	١٠	البعدي	الدرجة الكلية
		٠,٦٢ ٤	٢١,٥	٤,٣٠	٥ الموجبة	٣,٣٣٩	٣٦,٤٠	١٠	المتبع	

يتضح من جدول (١٣) عدم وجود فرق دال إحصائياً عند أي من مستويات الدلالة بين
متوسطي رتب درجات القياسين: البعدي وما بعد المتابعة للمجموعة التجريبية على مقياس
اضطراب قلق الكلام، مما يُشير إلى تحقق الفرض الثالث للبحث.
(ب) مناقشة نتائج البحث:

أكدت نتائج البحث الحالي فعالية البرنامج العلاجي في تخفيف اضطراب قلق الكلام
لدى طلاب الجامعة، كما أكدت نتائج البحث أيضاً استمرارية فعالية البرنامج العلاجي في
تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة إلى ما بعد فترة المتابعة (ثلاثة أشهر).
وتتفق نتائج البحث الحالي مع نتائج دراسة كل من: (Seim et al., 2010)،
(Niles et al., 2015)، و(England et al., 2012)، و(Heuett & Heuett, 2011)،
(Scheurich, 2017)، و(Bartholomay & Houlihan, 2018)، و(Kahlon et al.,
2019)، و(Scheurich et al., 2019)، و(Daniels et al., 2020)، و(Chorley,
2021)، و(Jong et al., 2021)، و(Kahlon 2022)، و(Reeves et al., 2022).

ويُفسر الباحث ما توصل إليه من نتائج إلى الدور المهم الذي أسهم به البرنامج العلاجيّ في تعديل كل مظاهر قلق الكلام (المعرفية، والنفسية، والسيولوجية، والسلوكية والاجتماعية) لدى أفراد عينة البحث، حيث تضمن البرنامج العلاجيّ مجموعةً من الفنيات والأساليب التي تكاملت معًا لمساعدة أفراد عينة البحث على التحدث بكفاءة وبفاعلية أمام الآخرين، دون خوفٍ ودون تردد، حيث أسهمت فنية التعزيز الإيجابي في إكساب العميل مزيداً من الثقة في النفس، مما انعكس إيجاباً على ضبط انفعالاته وتحسين أدائه، وساعدت فنية الاسترخاء العميل على التخلص من التوترات الجسمية والعقلية المرتبطة بمشكلته (اضطراب قلق الكلام)، وتيسير عمل الجلسات العلاجية.

وأسهمت فنية المحادثات الثنائية (الديالوج) في استبصار العميل بمشكلته، وأن مشكلته الرئيسية تتمحور حول أفكاره واعتقاداته السلبية، والتي يتمخض عنها الكدر والضيق والانزعاج، الأمر الذي يؤدي به إلى تجنب مواقف التحدث أمام الآخرين، ومن خلال تلك الفنية تم مساعدة العميل على وضع أفكار إيجابية بديلة لتحل محل الأفكار السلبية، والتركيز على تلك الأفكار الإيجابية أثناء التعريض للمواقف المثيرة لقلق الكلام لديه؛ مما كان لذلك أثرٌ واضح في تعديل الأفكار السلبية لدى العميل.

وأسهمت فنية حديث الذات الإيجابي في ارتفاع مستوى تقدير العميل لذاته، وتقليل الأفكار السلبية في المواقف المثيرة لقلق الكلام لديه، وكان لفنية التعريض التخيليّ للمواقف المثيرة لقلق الكلام لدى العميل دورٌ مهم في تنشيط ذاكرة العميل، والتعرف على الأفكار والاعتقادات السلبية المرتبطة بمواقف قلق الكلام؛ مما سهل عملية معالجة تلك الأفكار والاعتقادات السلبية.

وأسهمت فنية الغمر التخيليّ في تخفيف القلق والتوتر الناتج عن التعرض للمواقف المثيرة لقلق الكلام لدى العميل، وكان لفنية التعريض المكتوب دورٌ مهم في انطفاء استجابة الخوف المرتبطة بالمواقف المثيرة لقلق الكلام لدى العميل، فالكتابة المتكررة لما يخطر في ذهن العميل من أفكار واعتقادات سلبية، وانفعالات غير سارة ومشاعر دفيئة لا يرغب في تذكرها العميل، والمرتبطة بالمواقف المثيرة لقلقه وخوفه؛ يؤدي بالضرورة إلى إحداث دمج بين الجانب المعرفي والانفعاليّ لدى العميل؛ مما يؤدي إلى تغير في بنية الخوف لديه، واعتياده على تلك المواقف، ومن ثم انطفاء استجابة الخوف لديه، ومواجهة المواقف المقلقة بفاعلية،

وهذا ما أكده كلٌّ من (Francis & Pennebaker (1992, P. 281) و Pennebaker (1997, PP. 162 – 163).

وكان لفنية التخيل الموجه (الإشارات الآمنة) دورٌ مهم في تخفيف القلق والتوتر الناتج عن التعريض للمواقف المثيرة لقلق الكلام لدى العميل، حيث كان العميل يلجأ للمكان الآمن أثناء عملية التعريض عندما يشعر بقلق أو توتر أو عدم اتزان، مما ساعد العميل على التحكم في انفعالاته السلبية وارتفاع مستوى قدرته على ضبط ذاته، وأسهمت فنية إدارة الضغوط في إكساب العميل مزيداً من الثقة في الذات، والقدرة على التحكم في الضغوط التي تثيرها مواقف قلق الكلام، وفي هذا الصدد أكد (Himle & Hofmann (2006, PP. 303 – 304) أن فنية إدارة الضغوط تساعد العميل في التحكم في الضغوط التي يشعر بها إزاء تعرضه للمثيرات والمواقف الضاغطة التي تثير الرهبة لديه، ومحاولة التخلّص منها من خلال التعريض المتكرّر لتلك المثيرات الضاغطة، بدءاً بأقلها إثارةً (إرهاباً)، منتهياً إلى أكثرها إثارةً أو إرهاباً (التسلسل الهرمي)، مما يعطي الفرد الثقة في نفسه، ويعزز لديه القدرة على التحكم في تلك الضغوط .

وكان لفنية الضبط المعرفي للذات دورٌ مهم في مساعدة العميل على التصرف بإيجابية وبعقلانية في المواقف المثيرة لقلق الكلام لديه، ومساعدته أيضاً على المبادأة والمواجهة لتلك المواقف دون خوف ودون تردد، وعدم الانسحاب من تلك المواقف أو تجنبها. وأسهمت فنية التحصين التدريجي في كف استجابة القلق (التي تثيرها مواقف قلق الكلام) لدى العميل، وفي هذا الصدد فقد أكد (Wolpe (1968, PP.236 – 237) أن تعريض العميل للمواقف المثيرة للقلق بطريقة متدرجة (التسلسل الهرمي) بدءاً بأقلها إثارةً (إرهاباً) منتهياً بأكثرها إثارةً (إرهاباً)، وهو في حالة استرخاء يعمل على كف استجابة القلق التي تثيرها هذه المواقف.

وكان لتقسيم جلسات البرنامج العلاجي إلى جلسة فردية يعقبها جلسة جماعية، دورٌ مهم في تشجيع العميل على التفاعل مع زملائه في الجلسة العلاجية دون خوفٍ أو قلق، وذلك من خلال إعطائه الفرصة ليشرح لزملائه في الجلسة الجماعية ما تدرب عليه في الجلسة الفردية، ويقوم زملاؤه بالتفاعل معه وتعديل أخطائه، مما انعكس إيجاباً على تفاعلاته مع الآخرين في البيئة، إضافةً إلى ذلك فقد أفاد الباحث منها أيضاً في التعرف على انفعالات العميل في الجلسة الفردية، وانفعالاته في الجلسة الجماعية.

وكان لتقسيم البرنامج العلاجيّ إلى مرحلتين: مرحلة التعريض التخيليّ، ومرحلة التعريض في الواقع الحيّ، مع البدء بالتعريض التخيليّ أولاً، يليه التعريض في الواقع الحيّ؛ دورٌ مهم في انطفاء استجابة الخوف تماماً لدى العميل من المواقف المثيرة لقلق الكلام، وزيادة قدرته على التواصل والتفاعل بإيجابية في تلك المواقف، وزيادة ثقته في ذاته.

ويرى الباحث أيضاً أن ثمة مجموعة من الأسباب الأخرى ساهمت في تحقيق هذه النتيجة، وهي: مراعاة اختيار المكان المناسب والتوقيت المناسب لأطراف العملية العلاجية (الباحث - أفراد العينة) لتنفيذ جلسات البرنامج العلاجيّ، والعمل على تقوية العلاقة بين الباحث وأفراد عينة البحث المشاركين في البرنامج العلاجيّ، من خلال: تهيئة جوٍّ يسوده الاحترام المتبادل، والألفة، والثقة؛ لتكون العلاقة العلاجية قويّة، مما يخدم نجاح البرنامج، ومراعاة خصائص طلاب الجامعة ذوي قلق الكلام، سواء أكانت معرفية، أو نفسية، أو فسيولوجية، أو سلوكية واجتماعية، والإفادة من الجلسات الجماعيّة التي تضمنها البرنامج العلاجيّ في مساعدة ذوي قلق الكلام على التحسن في إطار جماعيّ.

وكان للتمثيل المسرحيّ دور مهم في البرنامج العلاجيّ في مساعدة العملاء على الاستبصار بمشكلاتهم، والسعي نحو حلها، فمن خلال فنيتي لعب الدور، وقلب الدور، كان العميل يرى نفسه من خلال الآخر، كما لو كان ينظر إلى نفسه من خلال المرأة، مما ساعده على فهم مشكلته، والعمل على حلها.

بالإضافة لما سبق فإن البرنامج العلاجيّ من خلال جلساته العلاجية أتاح لأفراد عينة البحث معيشة خبرتهم المقلقة والمرتبطة بقلق الكلام، من خلال التعريض التخيليّ لها في جو يسوده الألفة والمودة والثقة، مع استخدام فنيات مثل: الاسترخاء، وإدارة الضغوط، والتعريض، والتحصين التدريجيّ، مما ساعد على تحرر العميل من الخبرات الانفعالية السلبية المرتبطة بقلق الكلام، وزيادة تقديره لذاته، وزيادة قدرته على إدارة الانفعالات والتحكم فيها بفاعليّة ونجاح. كما أتاح البرنامج العلاجيّ أيضاً لأفراد عينة البحث التعرض للمواقف المثيرة لقلقهم في الواقع الحيّ؛ مما جعلهم يألفون تلك المواقف المقلقة، ويتفاعلون فيها، وأصبحت لديهم القدرة على التحدث في تلك المواقف أمام الآخرين بلباقة وبنّقة كبيرة في الذات.

ولاحظ الباحث على أفراد عينة البحث قبل البدء في البرنامج العلاجيّ القلق والتوتر الشديد، وطأطأة الرأس، واحمرار الوجه، وفي بداية الجلسات العلاجية كانت هذه المظاهر

موجودة، لكنها كانت أكثر بروزاً في الجلسات الجماعية، وكان تقديمهم لذواتهم في الجلسات الأولى يعبر عن وجود تقدير سلبي للذات، وأفكار واعتقادات غير منطقية عن الذات، ومع التقدم في الجلسات العلاجية بدأت هذه الأعراض تقل شيئاً فشيئاً، وبدأ تقديمهم لذواتهم يعبر عن وجود تغيير في وجهة نظرهم عن ذواتهم، ومع انتهاء الجلسات العلاجية اختفت كل المظاهر المعرفية والنفسية والسلوكية والاجتماعية السلبية لدى أفراد عينة البحث، وأصبحوا قادرين على التواصل بالعين، والتحدث بكفاءة ولباقة، وأظهر تقديمهم لذواتهم وجود ثقة كبيرة لديهم في أنفسهم، ووجود أفكار واعتقادات إيجابية عن الذات.

وفيما يخص استمرارية فعالية البرنامج العلاجي في تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة، يرى الباحث أن السبب في ذلك يرجع إلى استمرار أفراد عينة البحث في تطبيق الفنيات والأساليب العلاجية التي تدربوا عليها من خلال البرنامج العلاجي بشكلٍ دوريٍّ إلى ما بعد فترة المتابعة (ثلاثة أشهر)، فضلاً عن ذلك فإن البرنامج العلاجي ساهم بدورٍ كبير في تغيير النظرة السلبية لدى العملاء عن أنفسهم، وإكسابهم مزيداً من الثقة بالنفس، حيث ساهم في تعديل كل مظاهر اضطراب قلق الكلام (المعرفية، والنفسية، والفسايولوجية، والسلوكية والاجتماعية)، مما جعل العملاء يستمرون في التفكير بشكلٍ إيجابيٍّ في أي موقفٍ مثيرٍ لقلق الكلام لديهم.

كما أن حرص أفراد عينة البحث على التواصل مع الباحث بشكلٍ دائمٍ إلى ما بعد فترة المتابعة، سواء عن طريق الهاتف، أو عن طريق الواتس أب؛ وحرص الباحث الدائم على متابعتهم إلى ما بعد فترة المتابعة؛ لتقديم المساعدة اللازمة لهم، ومساعدتهم على تطبيق الفنيات والأساليب العلاجية دون انقطاع، وتذليل ما يواجههم من صعوبات، والتعرف على كافة التطورات والملاحظات؛ ساهم بشكلٍ كبير في استمرار فعالية البرنامج العلاجي في تخفيف اضطراب قلق الكلام لديهم.

كما أن استخدام أسلوب الواجبات المنزلية ساهم بدورٍ كبير في استمرار فعالية البرنامج العلاجي؛ حيث كان له دورٌ مهم في انتقال أثر التدريب لدى أفراد عينة البحث من الجلسات العلاجية إلى حياتهم، وجعل المهارات والسلوكيات التي اكتسبوها من خلال البرنامج العلاجي ذات فاعلية في حياتهم.

عاشراً: توصيات البحث:

- الاهتمام بالبرامج العلاجية التي تعمل على تخفيف اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة؛ لمساعدة هذه الفئة المهمة من فئات المجتمع على ممارسة حياتهم بشكلٍ طبيعيٍّ دون خوفٍ ودون قلقٍ أو تردد.
 - التدخل المبكر للتصدي لاضطراب قلق الكلام، من خلال توعية الآباء والمعلمين والمربين بالأساليب التربوية السوية في تربية الأبناء، فما يعايشه الفرد في طفولته الباكرة من تجارب وخبرات سلبية سواء داخل نطاق أسرته، أو في بيئته، أو في مدرسته، قد يكون لها أثرٌ كبير في ظهور اضطراب قلق الكلام لديه.
 - التوسع في عقد ندوات ومحاضرات ومؤتمرات علمية حول أحدث التوجهات الإرشادية والعلاجية في التخفيف من اضطراب قلق الكلام.
 - الاهتمام بالمشكلات النفسية لدى طلاب الجامعة، والسعي قُدماً نحو علاجها، من خلال البرامج الإرشادية والعلاجية.
 - حث الطلاب على التواصل والتفاعل وإبداء الرأي في المواقف الاجتماعية المختلفة داخل الجامعة وخارجها، كالمشاركة في النقاشات الجماعية داخل المحاضرة، والمشاركة بإبداء الرأي ووجهة النظر في أثناء حضور الندوات والمؤتمرات، والتحدث أمام الآخرين في المناسبات الاجتماعية
 - التوسع في إنشاء عيادات نفسية متخصصة؛ لعلاج المشكلات والاضطرابات النفسية لدى أفراد المجتمع.
- حادي عشر: بحوث مقترحة :
- ١- فعالية العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي في تخفيف بعض اضطرابات القلق لدى طلاب الجامعة.
 - ٢- فعالية التدريب على التعريض المكتوب في تخفيف بعض المشكلات النفسية لدى فئات عمرية مختلفة.
 - ٣- فعالية التدريب على الاسترخاء العضلي والتحصين التدريجي في تخفيف بعض المشكلات النفسية لدى فئات عمرية مختلفة.
 - ٤- فعالية العلاج بالتعريض للواقع الحي في تخفيف بعض المشكلات النفسية لدى طلاب الجامعة.
 - ٥- العوامل الدينامية الكامنة وراء اضطراب قلق الكلام لدى طلاب الجامعة: دراسة كLINيكية.
 - ٦- فعالية برنامج إرشادي انتقائي في تخفيف الأعراض المصاحبة لاضطراب قلق الكلام لدى فئات عمرية مختلفة.

٧- قلق الكلام وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة: دراسة سيكومترية
كلينيكية.

٨- فعالية العلاج بالتعرض السرديّ Narrative Exposure في تخفيف بعض المشكلات
النفسية لدى طلاب الجامعة.

المراجع:

- إبراهيم، إبراهيم الشافعي، والقرني، مهدي علي. (٢٠١٠). رهاب الكلام لدى طلاب الجامعة
السعوديين وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية: دراسة تنبؤية مقارنة. مجلة العلوم
الاجتماعية، ٣٨(٣)، ٩٥ - ١٣٧.

- أبو مصطفي، أسماء محمد. (٢٠٢٠). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي لخفض رهاب الكلام وأثره
على تنمية الثقة بالنفس لدى حالات اضطرابات النطق في محافظات غزة. رسالة
ماجستير، كلية التربية، جامعة الأقصى بغزة.

- إسماعيل، إبراهيم السيد. (٢٠٢١). كفاءة التمثيل المعرفي للمعلومات واستراتيجيات تنظيم
الانفعال المعرفية وعلاقتها بقلق التحدث أمام الآخرين لدى طالبات كلية التربية. مجلة
البحث العلمي في التربية، كلية البنات للأدب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس،
٢٢(٣)، ٢٦١ - ٣٢٠.

- إسماعيل، محمد عماد الدين، ومليكة، لويس كامل. (١٩٩٦). مقياس وكسلر- بلفيو لنكاء
الراشدين والمراهقين، دليل المقياس (ط٦). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

- أيوب، علاء الدين عبد الحميد. (٢٠٠٨). استخدام تكنولوجيا الواقع الافتراضي في تحسين
المهارات الحياتية اليومية لدى الأطفال التوحدين. الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في
العالم العربي: التوحد واقع ومستقبل، جدة، في الفترة من ١٠ - ١٢ نوفمبر، ٤٠ - ١.

- الخواجة، عبدالفتاح محمد. (٢٠١٩). فاعلية برنامجين إرشاديين في خفض مستوى الخوف من
التحدث أمام الجمهور لدى عينة من طلبة جامعة نزوى. المجلة الدولية للدراسات
التربوية والنفسية، ٦(١)، ١١٠ - ١٢٨.

- الفرماوي، حمدي علي. (٢٠٠٦). نيوروسيكولوجيا معالجة اللغة واضطرابات التخاطب
(موجهات تشخيصية وعلاجية وأسرية). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- القطان، سامية عباس. (١٩٨٠). كيف تقوم بالدراسة الكلينيكية (ج١). القاهرة: مكتبة الأنجلو
المصرية.

- المالح، حسان عدنان. (١٩٩٣). الخوف الاجتماعي. المملكة العربية السعودية، جدة: دار المنارة للنشر
والتوزيع.

- المحارب، ناصر إبراهيم. (٢٠٠٠). المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي. الرياض: دار
الزهراء.

- بلحسيني، وردة رشيد. (٢٠١٣). التدخل السلوكي وإستراتيجية التعرض ET في علاج القلق الاجتماعي. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قصدي مرياح، ورقلة، (١٠)، ٧١-٨٦.
- حبيب، مجدي عبدالكريم. (١٩٩٦). الخجل لدى عينة من المراهقين: دراسة تحليلية تنبؤية باستخدام بطارية اختبار الخجل الموقفي. المجلة المصرية للتقويم التربوي، ٤(١)، ١-٥٢.
- دبيس، سعيد عبدالله. (١٩٩٧). الخوف من التحدث أمام الآخرين وعلاقته بتقدير الذات وبعض المتغيرات الديموجرافية: دراسة استطلاعية على عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمدينة الرياض. مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، ٣(٢١)، ٩٩ - ١٢١.
- رجبية، عبدالحميد عبدالعظيم. (٢٠١٥). رهاب الكلام وعلاقته بالثقة بالنفس وبعض أبعاد الشخصية لدى طلاب الجامعة: دراسة سيكومترية كينينكية. مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، (٥٨)، ٨٥ - ١٣٥.
- زهران، حامد عبدالسلام. (٢٠٠٥). التوجيه والإرشاد النفسي (ط٤). القاهرة: عالم الكتب.
- سيد، وليد محمد. (٢٠١٣). فاعلية برنامج علاجي قائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين بكلية التربية جامعة أسيوط في ضوء النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أسيوط.
- شاهين، فرنسيس إبراهيم، وجرادات، عبدالكريم محمد. (٢٠١٢). مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي. مجلة جامعة النجاح للأبحاث، ٢٦(٦)، ١٢٥٩ - ١٢٩٢.
- عبدالحميد، سعيد كمال. (٢٠١٨). فاعلية برنامج تدريبي قائم على الاسترخاء والفعالية الذاتية في خفض قلق التحدث أمام الآخرين لدى طلاب المرحلة الثانوية. مجلة جامعة الملك خالد للعلوم التربوية، ٥(١)، ١٠٨ - ١٣٨.
- عبدالحميد، عزت حسن. (٢٠١١). الإحصاء النفسي والتربوي: تطبيقات باستخدام برنامج SPSS18 . القاهرة: دار الفكر العربي.
- عبدالرحمن، حمدي شاکر. (١٩٩٨). التوجيه والإرشاد الطلابي للمرشدين والمعلمين. حائل: دار الأندلس للنشر والتوزيع.
- عبدالرحمن، حمدي شاکر، وأحمد، هويدا علام. (٢٠٠٦). الصحة النفسية والعلاج النفسي للمرشدين والمعلمين والمتعلمين (ط٣). حائل: دار الأندلس للنشر والتوزيع.
- عبدالرحمن، محمد السيد. (٢٠١٥). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عبدالستار إبراهيم، وعبدالعزيز الدخيل، ورضوى إبراهيم. (٢٠٠٣). العلاج السلوكي للطفل والمراهق (ط٢). الرياض: دار العلوم للطباعة والنشر.

- عبدالعزيز، أحمد سعيد. (٢٠١٢). قلق الكلام والتنظيم الذاتي لدى عينة من طلاب الجامعة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بنها.
- عبيد، سالم حميد. (٢٠٢٢). قلق التحدث وعلاقته بالتفاعل الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الإعدادية. مجلة كلية التربية للعلوم الإنسانية، جامعة الأنبار، ٢(١)، ١٣٧ - ١٧٠.
- عطية، أشرف محمد. (٢٠١٠). فعالية استخدام العلاج بالتعرض للواقع الافتراضي في التخفيف من الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلاب الجامعة. الأعمال الكاملة للمؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس، القاهرة: رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين، ١٠٢٣ - ١٠٧٧.
- عكاشة، أحمد محمود. (٢٠٠٣). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عيد، يوسف محمد. (٢٠١٧). قلق الكلام والأمن النفسي والمهارات الاجتماعية لدى طلاب قسم التربية الخاصة بجامعة الملك خالد. مجلة التربية الخاصة، كلية علوم الإعاقة والتأهيل، جامعة الزقازيق، ٥(١٩)، ٣٤ - ٦٦.
- فغموس، طارق، وبوخاري، سهام. (٢٠٢٠). فعالية تقنية التعرض ومنع الاستجابة في التخفيف من أعراض اضطراب الوسواس القهري. مجلة دراسات نفسية، مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية، ١١(١)، ١١٤ - ١٦٤.
- كفاقي، علاء الدين أحمد. (١٩٩٧). الصحة النفسية (ط٤). القاهرة: دار هجر للطباعة والنشر.
- ليهي، روبرت ل. (٢٠٠٦). تدخلات العلاج المعرفي. (ترجمة يوسف، جمعة سيد، والصبوة، محمد نجيب). في: ليهي، روبرت (محرر). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، (٢٧ - ٤١). القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع.
- محمد، السيد يسن، والطنطاوي، محمود محمد. (٢٠١٢). القلق الاجتماعي وعلاقته بالللجة لدى الأطفال والمراهقين في ضوء بعض المتغيرات. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٢٢(٧٦)، ١٠٩ - ١٧٣.
- محمد، القذافي خلف. (٢٠١٥). فاعلية برنامج قائم على التفكير الإيجابي في مقرر التدريس المصغر لتنمية مهارات الحوار وخفض قلق التحدث لدى طلاب كلية التربية بالوادي الجديد. المجلة العلمية لكلية التربية، جامعة الوادي الجديد، (١٩)، ٢٩٧ - ٣٨٨.
- محمد، عبدالستار إبراهيم. (٢٠١١). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه ومبادئه تطبيقه (ط٥). القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- مخيمر، سمير كامل، أبو عبيد، دعاء شعبان، والعبسي، سمير إبراهيم. (٢٠١٥). الذكاء الاجتماعي وتوكيد الذات وعلاقتها بقلق التحدث لدى طلبة التربية العملية في كلية مجتمع الأقصى. مجلة جامعة فلسطين للأبحاث والدراسات، ١(٨)، ٣٤٦ - ٣٧٦.

- مخيمر، صلاح الدين حسني. (١٩٨١). *المفاهيم - المفاتيح في علم النفس*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- مخيمر، صلاح الدين حسني. (١٩٩٦). *المدخل إلى الصحة النفسية (ط٤)*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- مقداد، محمد إبراهيم، واليامي، صالح. (٢٠١٢). أثر برنامج إرشاد جمعي سلوكي معرفي في خفض قلق التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طلاب المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين. *مجلة دراسات نفسية، مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية، الجزائر*، (٧)، ٤٥ - ١٣٩.
- مهني، راند عبدالقوي، سري، هبة إسماعيل، وسليمان، سناء محمد. (٢٠١٧). برنامج تدريبي لتخفيف الإشمئزاز لدى طالبات الجامعة من ذوات المخاوف النوعية باستخدام العلاج بالتعرض. *مجلة البحث العلمي في التربية، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس*، (١٨)٦، ٩٩ - ١١٨.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. (2011). *Exposure Therapy for Anxiety: Principles and Practice*. New York: The Guilford Press.
- AL- Naggar, R., Bobryshev, Y., & AL Absi, M. (2013). Perfectionism and Social Anxiety among University Students in Malaysia. *Journal of Psychiatry*, 14(1), 1-8.
- Alfano, C. A., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2008). Negative Self-Imagery Among Adolescents with Social Phobia: A Test of an Adult Model of the Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 327 - 336. <https://doi.org/10.1080/15374410801955870>
- Ayres, J., & Hopf, T. (1993). *Coping with Speech Anxiety* (Second Edition). United States of America: Library of Congress Cataloging.
- Badriyah, I. N., & Novita, D. (2023). Students' Anxiety in English Speaking Class at A Private Junior High School in East Java, Indonesia. *International Journal of Social Sciences and Humanities*, 2(1), 84 - 93. <https://doi.org/10.32528/issn.v2i1.130>
- Bandelow, B., Torrente, A., & Ruther, E. (2004). *The Role of Environment Factors in the Etiology of Social Anxiety Disorder*. In Bandelow, B., Stein, D. (Eds.), *Social Anxiety Disorder* (117 - 125). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. United States of America: A Paramount Communications Company.

-
- Bartholomay, E. M. (2015). Treating Public Speaking Anxiety: A Comparison of Exposure and Video Self-Modeling. *Msc. Dissertation*, Minnesota State University.
 - Bartholomay, E. M., & Houlihan, D. (2016). Public Speaking Anxiety Scale: Preliminary Psychometric Data and Scale Validation. *Journal of Personality and Individual Differences*, 94, 211 – 215. [https://doi.org/ 10.1016/j.paid.2016.01.026](https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.026)
 - Bartholomay, E. M., & Houlihan, D. (2018). Treating Public Speaking Anxiety: A Comparison of Exposure and Video Self-Modeling. *International Journal of Psychological Studies*, 10(4), 1 – 10. [https://doi.org/ 10.5539/ijps.v10n4p1](https://doi.org/10.5539/ijps.v10n4p1)
 - Beck, A. T. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
 - Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (Second Edition). New York: Guilford Press.
 - Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). *Shy Children, Phobic Adults: Nature and Treatment of Social Anxiety Disorder* (Second Edition). Washington: American Psychological Association.
 - Berman, R. M., & Schneier, F. R. (2004). *Symptomatology and Diagnosis of Social Anxiety Disorder*. In Bandelow, B., & Stein, D.(Eds.), *Social Anxiety Disorder* (1 – 16). New York: Marcel Dekker, Inc.
 - Botella, C., Hofmann, S., & Moscovitch, D. A. (2004). A Self-Applied Internet Based Intervention for Fear of Public Speaking. *Journal of Clinical Psychology*, 60(8), 821-830. [https://doi.org/ 10.1002/jclp.20040](https://doi.org/10.1002/jclp.20040)
 - Brady, A., Raines, D. (2009). Dynamic Hierarchies: A Control System Paradigm for Exposure Therapy. *Journal of The Cognitive Behaviour Therapist*, 2, 51 – 62. [https://doi.org/ 10.1017/S1754470X0800010X](https://doi.org/10.1017/S1754470X0800010X)
 - Cahill, S., Foa, E., & Hembree, E. (2006). Dissemination of Exposure Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19 (5), 597 – 610. [https://doi.org/ 10.1002/jts.20173](https://doi.org/10.1002/jts.20173)
 - Cho, Y., Smits, A. J., & Telch, M. J. (2004). The Speech Anxiety Thoughts Inventory: Scale Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 42(1), 13 – 25. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00067-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00067-6)
 - Chorley, S. K. (2021). Variations on Exposure Therapy: Best Practices for Managing Public Speaking Anxiety in the Online
-

- Communication Classroom. *Journal of Communication Pedagogy*, 4, 103 – 109. <https://doi.org/10.31446/JCP.2021.1.09>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: Guilford Press.
 - Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennel, M., Grey, N., Waddington, L., & Wild, J. (2006). Cognitive Therapy Versus Exposure and Applied Relaxation in Social Phobia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 568–578. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.568>
 - Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennel, M., Campbell, H., Flowers, T., Davenport, C., & Louis, B. (2003). Cognitive Therapy Versus Fluoxetine in Generalized Social Phobia: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1058 – 1067. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1058>
 - Craske, M., Kircanski, K., & Zelikowsky, M. (2008). Optimizing Inhibitory Learning During Exposure Therapy. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 46(1), 5 – 27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
 - Daniels, M. M., Palaoag, T., & Daniels, M. (2020). Efficacy of Virtual Reality in Reducing Fear of Public Speaking: A Systematic Review. *International Conference on Information Technology and Digital Applications, IOP Publishing*, 1 – 7. <https://doi.org/10.1088/1757-899X/803/1/012003>
 - Deacon, B. J. (2006). The Effect of Pharmacotherapy on the Effectiveness of Exposure Therapy. In Richard, D. S., & Lauterbach, D. (Eds.), *Handbook of Exposure Therapies*, (311 – 334). New York: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012587421-2/50012-0>
 - Dellah, N., Zabidin, N., Nordin, N., Amanah ,F., & Atan, M. (2020). Glossophobia: Evaluating University Students' Speaking Anxiety in English Oral Presentations. *Journal of Ilmi*, (10), 116- 126.
 - England, E. L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Rabin, S. J., Juarascio, A., & Goldstein, S. P. (2012). Acceptance-Based Exposure Therapy for Public Speaking Anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1 – 2), 66 -72. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.07.001>
 - Fitzgerald, D., Posse S., Moore, G., Tancer, M., Nathan, P., & Phan, K. (2004). Neural Correlates of Internally-Generated Disgust Via Autobiographical Recall: A Functional Magnetic

- Resonance Imaging Investigation. *Neuroscience Letters*, 370(2-3), 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2004.08.007>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Journal of Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.99.1.20>
 - Foa, E. B., Chrestman, K. R., & Schechtman, E. G. (2009). *Prolonged Exposure Therapy for Adolescents With PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences*. New York: Oxford University Press.
 - Forsyth, J. P., Barrios, V., & Acheson, D. T. (2006). *Exposure Therapy and Cognitive of Interventions for the Anxiety Disorders; Overview and Newer Third Generation Perspectives*. In Richard, D. S., & Lauterbach, D. (Eds.), *Handbook of Exposure Therapies*, (61 – 108). New York: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012587421-2/50012-0>
 - Francis, M. E., & Pennebaker, J.W. (1992). Putting Stress into Words: The Impact of Writing on Physiological, Absentee, and Self-Reported Emotional Well-Being Measures. *American Journal of Health Promotion*, 6(4), 280 – 287. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-6.4.280>
 - Freud, S. S. (1953). *Thoughts for Times on War and Death*. The Standard Edition for the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press.
 - Gallego, A., & McHugh, L.(2022). Measuring Public Speaking Anxiety: Self-Report, Behavioral, and Physiological. *Journal of Behavior Modification*, 46(4) 782– 798. <https://doi.org/10.1177/0145445521994308>
 - Glashouwer, K. A., Vroling, M. S., de Jong, P. J., Lange, W. G., & de Keijser, J. (2013). Low Implicit Self-Esteem and Dysfunctional Automatic Associations in Social Anxiety Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 262-270. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.11.005>
 - Glassman, L. H. (2014). The Effects of A Brief Acceptance-Based Behavioral Therapy Versus Traditional Cognitive-Behavioral Therapy for Public Speaking Anxiety: Differential Effects on Performance and Verbal Working Memory. *Ph. D. Dissertation*, Philadelphia, Drexel University.
 - Harahap, Y., Rozimela, Y. (2022). The Level of Students' Anxiety in Speech at Universitas Muslim Nusantara Al- Washliyah

- Medan. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 624, 67th TEFLIN International Virtual Conference & the 9th ICOELT, 233- 237. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.220201.042>
- Heeren, A., Ceschi, G., Valentiner, D., Dethier, V., & Philippot, P. (2013). Assessing Public Speaking Fear with the Short Form of the Personal Report of Confidence as a Speaker Scale: Confirmatory Factor Analyses Among a French-Speaking Community Sample. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 609 – 618. <https://doi.org/10.2147/NDT.S43097>
 - Hembree, E., Foa, E., Dorfan, N., Street, G., Kowalski, J., & Tu, X. (2003). Do Patients Drop Out Prematurely from Exposure Therapy for PTSD?. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (6), 555 – 562. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000004078.93012.7d>
 - Herbelin, B. (2005). Virtual Reality Exposure Therapy for Social Phobia. *Ph. D. Dissertation*, University of Louis Pasteur.
 - Heuett, B. L., & Heuett, K. B. (2011). Virtual Reality Therapy: A Means of Reducing Public Speaking Anxiety. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(16), 1 - 6.
 - Himle, J., & Hofmann, J. (2006). *Exposure Therapy for Hypochondriasis*. In Richard, D., & Lauterbach, D (Eds.), *Handbook of Exposure Therapies*, (299 – 309). New York: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012587421-2/50012-0>
 - Hirai, M., Vernon, L., & Cochran, H. (2006). *Exposure Therapy for Phobias*. In Richard, D. S., & Lauterbach, D. (Eds.), *Handbook of Exposure Therapies*, (247 – 270). New York: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012587421-2/50012-0>
 - Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence – Based and Disorder – Specific Treatment Techniques*. New York: Taylor & Francis Group.
 - Holmes, Y. B., Hayes, S. C., Holmes, D. B., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post - Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York: Guilford Press. [https://doi.org/10.1016/s0065-2407\(02\)80063-5](https://doi.org/10.1016/s0065-2407(02)80063-5)
 - Homer, S. R., Deeprose, C., & Andrade, J. (2016). Negative Mental Imagery in Public Speaking Anxiety: Forming Cognitive Resistance by Taxing Visuospatial Working Memory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 77-82. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.05.004>

-
- Iqbal, A., Bhatti, M., Parveen, S., & Javai, Z. (2017). Effects of Speech Anxiety on Students' Performance at Secondary Level. *Journal of Education and Information Management*, XI(3), 107-120.
 - Johnson, K. H. (2012). The Effect of A High School Speech Course on Public Speaking Anxiety for Students in A College-Level Public Speaking Class. *Ph. D. Dissertation*, Trevecca Nazarene University.
 - Jong, R. D., Lommen, M. J., immerman, M. E., Hout, W. J., Kuijpers, R. C., Jong, P. J., & Nauta, M. H. (2021). Treating Speech Anxiety in Youth: A Randomized Controlled Microtrial Testing the Efficacy of Exposure Only Versus Exposure Combined With Anxiety Management Strategies. *Journal of Behavior Therapy*, 52(6), 1377–1394. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.03.010>
 - Joseph, A. G. (2009). Effects of Acceptance Versus Cognitive Restructuring on Public Speaking Anxiety in College Students. *Ph. D. Dissertation*, New York, Hofstra University.
 - Juster, H. R., Heimberg, R. G., Frost, R. O., Holt, C. S., Mattia, J. I. & Faccenda, K. (1996). Social phobia and Perfectionism. *Journal of Personality and Individual Differences*, 21(3), 403 - 410. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(96\)00075-X](https://doi.org/10.1016/0191-8869(96)00075-X)
 - Kahlon, S. (2022). Virtual Reality Exposure Therapy for Adolescents with Public speaking Anxiety. *Ph. D. Dissertation*, University of Bergen, Norway.
 - Kahlon, S., Lindner, P., & Nordgreen, T. (2019). Virtual Reality Exposure Therapy for Adolescents with Fear of Public Speaking: A Non-Randomized Feasibility and Pilot Study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(47), 1 – 11. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0307-y>
 - Kearney, C. A. (2005). *Social Anxiety and Social Phobia in Youth: Characteristics, Assessment, and Psychological Treatment*. The United States of America: Springer Science & Business Media, Inc.
 - Lang, P. J. (1977). Imagery in Therapy: An Information Processing Analysis. *Journal of Behavior Therapy*, 8(5), 862 – 886. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80157-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80157-3)
 - Lang, T., & Lang, S. H. (2012). *Exposure In Vivo with and Without Presence of a Therapist: Does It Matter?* In Neudeck, P., & Wittchen, H. U. (Eds.), *Exposure Therapy: Rethinking the Model – Refining the Method* (261 – 274). New York: Library of Congress.
-

-
- Leverach, L., & Rapee, R. (2014). Social Anxiety Disorder and Stuttering: Current Status and Future Directions. *Journal of Fluency Disorders*, (40), 69- 82. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.003>
 - Long, K. L., Yih, Y. J., & Lin, S. S. (2019). Undergraduates' Speaking Anxiety in English as Second Language (ESL) Classrooms. *International Journal of Service Management and Sustainability*, 4(1), 25 – 39. <https://doi.org/10.24191/ijms.v4i1.8180>
 - McCarthy, J. M., & Goffin, R. D. (2005). Selection Test Anxiety: Exploring Tension and Fear of Failure Across the Sexes in Simulated Selection Scenarios. *International Journal of Selection Assessment*, 13(4), 282 – 295. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2389.2005.00325.x>
 - McCroskey, J. M., & Richmond, V. P. (1990). Willingness to Communicate: A Cognitive View. In Booth-Butterfield, M. (Eds.), *Communication, Cognition, and Anxiety. Journal of Social Behavior and Personality*, 5(2), 19-37.
 - McNally, R. J. (2007). Mechanism of Exposure Therapy: How Neuroscience can Improve Psychological Treatment for Anxiety Disorder Disorders. *Journal of Clinical Psychology Review*, 27(6), 750 – 759. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.003>
 - Menninger, W. W. (2005). Co Morbidity in Social Phobia: Implications for Cognitive Behavioral Treatment. *Rear of Humiliation Integrated Treatment of Social Phobia and Co Morbid Conditions, Jason Aronson INC*, 41 – 54.
 - Miike, T., Tomoda, A., Jhodoi, T., Iwatani, N., & Mabe, H. (2004). Learning and Memorization Impairment in Childhood Chronic Fatigue Syndrome Manifesting as School Phobia in Japan. *Journal of Brain Development*, 26(7), 442 – 447. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2003.10.004>
 - Milosevic, I. (2006). Safety Behavior does not Interfere with Exposure Therapy: The Case of Specific Phobia. *Msc Dissertation, Concordia University, Montreal Quebec, Canada*.
 - Morgan, H., & Raffle, C. (1999). Does Reducing Safety Behaviours Improve Treatment Response in Patients with Social Phobia?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(4), 503 – 510. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.1999.00599.x>
 - Niles, A. N., Craske, M. G., Lieberman, M. D., & Hur, C. (2015). Affect Labeling Enhances Exposure Effectiveness for Public Speaking Anxiety. *Journal of Behaviour Research and*
-

- Therapy*, 68, 27 – 36. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.004>
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1990). *School Phobia and Separation Anxiety*. In Leitenberg, H (Eds.), *Handbook of Social and Evaluation Anxiety*, (179-214). New York: Plenum Press.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing About Emotional Experiences as a Therapeutic Process. *Journal of Psychological Science*, 8(3), 162 – 166. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x>
- Philips, G. M. (1984). *Reticence: A Perspective on Social Withdrawal*. In Daly, J. A., & McCrosky, J. C.(Eds.), *Avoiding Communication: Shyness, Reticence, and Communication Apprehension*, (51 -66). Sage, Beverly Hills.
- Plandano, R. G., Otaga, J. M., Saavedra, M. M., Sumampong, A. J., Tirol, G. O., & Ederio, N. T. (2023). Public Speaking Anxiety among College Students at St. Paul University Surigao. *International Journal of Current Science Research and Review*, 6(2), 1443 – 1447. <https://doi.org/10.47191/ijcsrr/V6-i2-63>.
- Pull, C. B. (2012). Current status of knowledge on public-speaking anxiety. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(1), 32–38. <http://doi.org/10.1097/yco.0b013e32834e06d>
- Rachman, S. (1983). The Modification of Agoraphobic Avoidance Behaviour: Some Fresh Possibilities. *Behaviour Research and Therapy*, 21(5), 567–574. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90048-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90048-7)
- Rahman, B. I. (2022). An Exploration on Students' Public Speaking Anxiety: Stifin Perspective. *Journal of Language and Language Teaching (LLT)*, 25(1), 149 – 159. <https://doi.org/10.24071/llt.v25i1.4502>
- Raja, F. U. (2017). Anxiety Level in Students of Public Speaking: Causes and Remedies. *Journal of Education and Educational Development*, 4(1), 94-110. <https://doi.org/10.22555/joeeed.v4i1.1001>
- Reeves, R., Curran, D., Gleeson, A., & Hanna, D. (2022). A Meta-Analysis of the Efficacy of Virtual Reality and In Vivo Exposure Therapy as Psychological Interventions for Public Speaking Anxiety. *Journal of Behavior Modification*, 46(4), 937–965. <https://doi.org/10.1177/0145445521991102>
- Ressler, K. J., Davis, M., & Rothbaum, B. O. (2006). *Pharmacological Enhancement of Learning in Exposure Therapy*. In Richard, D. S., & Lauterbach, D. (Eds.), *Handbook of Exposure*

- Therapies*, (335 – 334). New York: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012587421-2/50012-0>
- Ritter, V., Ertel, C., Beil, K., Steffens, M. C., & Stangier, U.(2013). In the Presence of Social Threat: Implicit and Explicit Self-Esteem in Social Anxiety Disorder. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 37 (6), 1101-1109. <http://doi.org/10.1007/s10608-013-9553-0>
 - Ross, D. B. (1992). *Speech Anxiety Student Workbook*. The College of Lake Cuntry: Grayslake, Illinois.
 - Scheurich, J. (2017). Using Exposure Therapy to Treat People Who Stutter: A Multiple Baseline Design. *Msc. Dissertation*, University of Central Florida Orlando, Florida. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.12.001>
 - Scheurich, J. A., Beidel, D. C., & Vanryckeghem, M. (2019). Exposure Therapy for Social anxiety Disorder in People who Stutter: An Exploratory Multiple Baseline Design. *Journal of Fluency Disorders*, 59, 21 – 32. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.12.001>
 - Seim, R. W., Waller, S. A., & Spates, C. R. (2010). A Preliminary Investigation of Continuous and Intermittent Exposures in the Treatment of Public Speaking Anxiety. *International Journal of Behavioral Consultation & Therapy*, 6(2), 84 – 94.
 - Shannon, J. L.(2012). *The Shyness & Social Anxiety Workbook for Teens: CBT and ACT Skills to help You build Social Confidence*. Canada: New Harbinger Publications, Inc.
 - Silverman, W. K., & Kurtines, W. M. (1996). *Transfer of Control: A Psychosocial Intervention Model for Internalizing Disorders in youth*. In Hibbs, E.D., & Jensen, P. S. (Eds.), *Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Disorders: Empirically Based Strategies for Clinical Practice* (63–81). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10196-003>
 - Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. New York: Appleton – Century – Crofts.
 - Tadjouri, A. (2016). An Exploration into Speaking Anxiety and Its Effects in the EFL Classrooms: The Case of Second Year Licence Students at Abu Bekr Belkaid University of Tlemcen. *Msc. Dissertation*, Abou Bekr Belkaid, University of Tlemcen.
 - Tillfors, M., Furmark, T., Marteinsdottir, I., & Fredrikson, M. (2002). Cerebral Blood Flow During Anticipation of Public Speaking in Social Phobia: A PET study. *Journal of*

Biological Psychiatry,52(11), 1113 – 1119. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01396-3](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01396-3)

- White, K. S., & Barlow, D. H. (2002). *Panic Disorder and Agoraphobia*. In Barlow, D. H. (Eds.), *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (Second Edition), (328 – 379). New York: The Guilford Press.
- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. *A Pavlovian Journal of Research & Therapy*, 3 (4), 234 - 240. <https://doi.org/10.1007/BF03000093>
- Wolpe, J. (1990). *The Practice of Behavior Therapy*(Fourth Edition). New York: Pergamon.
- Yaikhong, K., & Usaha, S. (2012). A Measure of EFL Public Speaking Class Anxiety: Scale Development and Preliminary Validation and Reliability. *Journal of English Language Teaching*, 5(12), 23 – 35. <https://doi.org/10.5539/elt.v5n12p23>