

كفاءة برنامج قائم على السيكودراما للحد من القلق الاجتماعي لدى عينة من ذوي أعراض الصمت الاختياري من أطفال الروضة^١

أ.د/ نرمين عبد الوهاب أحمد
أستاذ علم النفس الاكلينيكي
كلية الآداب - جامعة بني سويف

رانيا عرفة احسان محمد
معلم اول (أ) رياض أطفال

د/ إيمان محمد عبد الملك
مدرس علم النفس الإرشادي
كلية الآداب-جامعة بني سويف

الملخص:

هدف البحث الراهن إلى التحقق من كفاءة برنامج قائم على السيكودراما للحد من القلق الاجتماعي لدى عينة من ذوي أعراض الصمت الاختياري من أطفال الروضة، وتكونت عينة البحث من (٢٠) طفلاً (ذكور، إناث)، من أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري، بمدرسة جيل أكتوبر الابتدائية بمنطقة الهضبة بشرم الشيخ، محافظة جنوب سيناء، تم تقسيمهم إلى مجموعتين (١٠ تجريبية و ١٠ ضابطة)، وتراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٤-٦) سنوات، بمتوسط عمري قدره (٥,٦) سنوات، وانحراف معياري (٠,٨٨٥)، ومعامل الذكاء من (٩٠-١١٠) درجة، واشتملت أدوات الدراسة على: مقياس التباكم الانتقائي (موجه للمعلمين والآباء) إعداد: فاطمة الزهراء النجار (٢٠١٥)، مقياس القلق الاجتماعي لأطفال الروضة (إعداد: الباحثين)، والبرنامج التدريبي القائم على السيكودراما (إعداد الباحثين)، وأسفرت نتائج البحث عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس القلق الاجتماعي في اتجاه المجموعة التجريبية، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس القلق الاجتماعي في اتجاه القياس البعدي، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق الاجتماعي في القياسين البعدي والتتبعي.

الكلمات المفتاحية: السيكودراما، القلق الاجتماعي، الصمت الاختياري، أطفال الروضة.

^١ تم استلام البحث بتاريخ : ٢٠٢٥/٢/٢ وتم القبول النهائي بتاريخ : ٢٠٢٥/٢/١٧
المعرف الرقمي : 10.21608/BSHJO.2025.357335.1082

The Efficacy of a Psychodrama-Based Program to Reduce Social Anxiety in a Sample of Kindergarten Children with Selective Mutism symptoms

Abstract:

The current study aimed to verify the effectiveness of a psychodrama-based program to reduce social anxiety in a sample of kindergarten children with symptoms of selective mutism. The study sample consisted of (20) boys and girls from kindergarten with symptoms of selective mutism, at the October Generation Primary School in the Al-Hadaba area in Sharm El-Sheikh, South Sinai Governorate. They were divided into two groups: experimental and control, each of which included (10) children. Their ages ranged between (4-6) years, with an average age of (5.6) years and a standard deviation of (0.885), and an IQ of (90-110) degrees. The study tools included: the Selective Mutism Scale (directed to teachers and parents) prepared by: Fatima Al-Zahraa Al-Najjar (2015), the Social Anxiety Scale for Kindergarten Children (prepared by: the researcher), and the training program based on psychodrama (prepared by the researcher). The results of the study showed statistically significant differences between the average ranks of the scores of the experimental and control groups in The post-measurement on the social anxiety scale was in the direction of the experimental group. There were also statistically significant differences between the average ranks of the experimental group's scores in the pre- and post-measurements on the social anxiety scale in the direction of the post-measurement, and there were no statistically significant differences between the average ranks of the experimental group's scores on the social anxiety scale in the post- and follow-up measurements.

Keywords: Psychodrama, Social Anxiety, Selective Mutism symptoms.

مقدمة:

تعد مرحلة الطفولة المبكرة من أهم المراحل في حياة الفرد؛ ويرجع ذلك إلى أن أكثر خصائص الفرد وملامحه الشخصية تتشكل وتتكون في السنوات الأولى من العمر، ولاسيما الخصائص النفسية والعقلية واللغوية والخُلقية، وتكتمل الشخصية فيما بعد هذه السنوات من خلال برامج التربية والتعليم والعوامل التي يؤثر فيها الفرد ويتأثر بها، والتي تتوفر له خلال سنوات حياته اللاحقة.

وتتضح أهمية هذه المرحلة بكونها مرحلة النمو السريع، وتطوير واكتساب المعرفة والمهارات، ومرحلة تحديد قدرات الطفل التعليمية، والأساس لتشكيل مستقبله، كما أنها المرحلة الأولى لتشكيل هوية وشخصية الطفل، وبناء العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، وكيفية التفاعل معهم بشكل إيجابي، والبدء في تكوين صورة عن نفسه ومكانته في المجتمع، وإذا لم يحصل الطفل على الدعم الكافي والتوجيه المناسب خلال هذه المرحلة، فإنه قد يتعرض لبعض الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية، التي قد تؤثر بشكل كبير عليه وتعيق نموه السوي، من هذه الاضطرابات ما يعرف بـ "القلق الاجتماعي".

ووفقاً لما أشار إليه الدليل الإحصائي والتشخيصي American Psychiatric Association (2022, 230-231) في طبعته الخامسة المُعدلة (DSM-5^{TR}) إلى أن السمة الأساسية لاضطراب القلق الاجتماعي هي الخوف أو القلق الملحوظ أو الشديد من المواقف الاجتماعية، التي قد يتم فيها فحص الفرد من قبل الآخرين، ولكن عند يحدث الخوف أو القلق في بيئات الأقران، وليس فقط أثناء التفاعل مع البالغين، عندما يتعرض الفرد لمثل هذه المواقف الاجتماعية، فإنه يخشى أن يتم تقييمه بشكل سلبي، كما تظهر أعراض القلق، مثل: الاحمرار أو الارتعاش أو التعرق أو التعثر في الكلمات أو التحديق، والتي سيتم تقييمها بشكل سلبي من قبل الآخرين، ونتيجة للقلق الاجتماعي يمكن أن يكون التجنب واسع النطاق (على سبيل المثال: عدم الذهاب إلى الحفلات، أو رفض المدرسة) أو خفياً (على سبيل المثال: الإفراط في إعداد نص الخطاب، وتحويل الانتباه إلى الآخرين، والحد من التواصل البصري).

وفي هذا الصدد أشار سكينر (Skinner) إلى أن القلق الاجتماعي يمكن التحكم فيه بالهروب والتجنب، مثال ذلك الطفل الذي يغادر الغرفة حينما يوجه أحد له الكلام، فإنه يهرب أو يمتنع عن فعل شيء، أو حتى الامتناع عن الكلام (صمت اختياري)، ومن المظاهر السلوكية للقلق الاجتماعي التجنب الاجتماعي، خاصة المجموعات الصغيرة والحفلات، والتحدث إلى الغرباء وغيرها (Vanaken & Hermans, 2020). كما أن الأطفال ذوي الصمت الاختياري يعانون من قلق اجتماعي حاد أو رهاب اجتماعي، ويمكن أن يكون هذا الصمت استراتيجياً للتهرب يستخدمها بعض الأطفال ذوي اضطراب القلق الاجتماعي للحد من محتهم في المواقف الاجتماعية (Muris & Ollendick, 2021, 294).

ويعد الصمت الاختياري أحد اضطرابات الطفولة متعددة الأبعاد والنادرة في نفس الوقت، حيث يعتبر من الاضطرابات النفسية التي تعيق الطفل عن ممارسة حياته الطبيعية، والتكيف في المحيط الذي يعيش فيه، حيث يرفض الطفل الحديث مع أي شخص خارج نطاق الأسرة، بل أنه قد يتجنب الحديث مع بعض أفراد الأسرة ذاتها وأقرانه، ويميل إلى العزلة والانطواء داخل المجتمع المدرسي (Yeganeh et al., 2006).

وتعد السيكودراما أحد أساليب الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي، التي توجه المسترشد كبطل حول رحلة اكتشاف الذات، من خلال دراما المواقف الانفعالية، لتحفيز التعبير العاطفي والتفاعل الاجتماعي، يشترك فيها المسترشد أو المضطرب مع المحيطين به للمساعدة على الفهم والاستبصار بالمواقف، باستخدام فنيات السيكودراما لتمثيل دور المسترشد أو صاحب المشكلة، وتقليده حتى يتفهم حقيقة انفعالاته، وغالباً ما يركز العمل على حدث أو تجربة لدى العميل، سواء في الماضي، أو مستمرة، أو من المتوقع حدوثها (López-González et al., 2021, 1).

ويتميز الإرشاد أو العلاج بالسيكودراما بفعاليته في التعامل مع مشكلات التحكم في الغضب، والتعامل مع الصعوبات المتعلقة بها، وتقليل المواقف والسلوكيات العدوانية للأطفال والمراهقين (Karataş & Gökçakan, 2009, 357)، بالإضافة إلى اكتساب نظرة ثاقبة عن طريق وضوح الأفكار، وتعدد جوانب المشكلة التي تم تناولها، وحدث تنفيس انفعالي للمسترشد؛ مما يساعد على صحته النفسية (Diamond-Raab & Orrell-Valente, 2002, 346)، كما أنها تضيف الحيوية والتأثير على المجموعة الإرشادية أو العلاجية، كما أن فنياتها سهلة الاستخدام، وتعزز القدرة على الاتصال مع الآخرين، وتحقيق رؤية وفهم أعمق للمشكلة (Nicholas, 2017, 131). كما تساعد السيكودراما العميل أو المسترشد على التعامل مع المشكلات الاجتماعية والشخصية بشكل أكثر واقعية (Gershoni, 2009, 305)؛ لذلك تعد أنشطة السيكودراما بمثابة علاج مبتكر يجمع بين الجانب النفسي والفن المسرحي، الذي بدوره

يعد عاملاً أساسياً في الكشف عن نواح مهمة في مشكلات الأفراد وشخصياتهم ودوافعهم وحاجاتهم ومشاعرهم وصراعاتها؛ بما يفيد في عملية الإرشاد العلاج، ويفيد التمثيل النفسي المسرحي في التخلص من القلق والإحباط وحل الصراع في مواقف تشبه مواقف الحياة الواقعية، لذلك تتضح أهمية وضرورة إعداد برنامج قائم على السيودراما للحد من القلق الاجتماعي لدى عينة من ذوي أعراض الصمت الاختياري من أطفال الروضة، وهو ما ستحاول الدراسة الراهنة القيام به.

مشكلة البحث:

يعاني قطاع كبير من أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري من قصور في الجوانب الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين، حيث لوحظ أن أغلب حالات الأطفال الذين يتم تشخيصهم بأعراض الصمت الاختياري لديهم قلق اجتماعي، بالإضافة إلى الدراسات وأدبيات البحث من التراث السيكولوجي التي توضح وجود مشكلات مرتبطة بالقلق الاجتماعي مرتبطة بذوي أعراض الصمت الاختياري، كما في: فاطمة الزهراء النجار، ٢٠١٥؛ فاطمة محمد، ٢٠١٨؛ مروة عمار، ٢٠١٩؛ Chavira et al, 2007؛ Harwood & Bork, 2011؛ Muris & Milić, 2015؛ Kovac & Furr, 2018؛ Jwaifell et al., 2019؛ Young et al,؛ Yeganeh et al. 2006؛ Schwenck et al, 2019؛ Ollendick, 2021؛ 2012. كما أشارت الدراسات إلى فعالية استخدام السيودراما للحد من الاضطرابات النفسية ومنها القلق الاجتماعي كما في دراسة: براءة بني عمر، ٢٠١٨؛ ريماء عواد، ٢٠١٥؛ نجلاء روبي، ٢٠٢١؛ Akinsola & Udoka, 2013؛ Anari et al,؛ Al-Howaiash, 2016؛ Mojahed et al., 2021؛ Ilievová et al., 2015؛ Edmunds, 2019؛ 2009؛ Mousavi & Haghayegh, 2019؛ Sharma, 2017؛ Tarashoeva et al, 2017؛ لذلك كانت الحاجة إلى استخدام أنشطة السيودراما للتحقق من مدى تأثيرها في الحد من القلق الاجتماعي لدى عينة من ذوي أعراض الصمت الاختياري من أطفال الروضة، ومن ثم يحاول البحث الحالي التحقق من كفاءة برنامج قائم على السيودراما للحد من القلق الاجتماعي لدى عينة من ذوي أعراض الصمت الاختياري من أطفال الروضة.

مما سبق يمكن تحديد مشكلة البحث الحالي في محاولة الإجابة على السؤال الرئيس التالي:

■ ما كفاءة برنامج قائم على السيودراما للحد من القلق الاجتماعي لدى عينة من ذوي

أعراض الصمت الاختياري من أطفال الروضة؟

ويتفرع من هذا السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

- (١) هل توجد فروق دالة بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة (من أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري) في القياس البعدي للقلق الاجتماعي (الأبعاد والدرجة الكلية) في اتجاه المجموعة التجريبية؟
- (٢) هل توجد فروق دالة بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (من أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري) في القياسين القبلي والبعدي للقلق الاجتماعي (الأبعاد والدرجة الكلية) في اتجاه القياس البعدي؟
- (٣) هل توجد فروق دالة بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (من أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري) في القياسين البعدي والتبقي للقلق الاجتماعي (الأبعاد والدرجة الكلية)؟

أهداف البحث:

- (١) الحد من القلق الاجتماعي لدى عينة من ذوي أعراض الصمت الاختياري من أطفال الروضة من خلال برنامج قائم على السيودراما.

(٢) الكشف عن مدى استمرارية برنامج قائم على السيودراما للحد من القلق الاجتماعي لدى عينة من ذوي أعراض الصمت الاختياري من أطفال الروضة.

أهمية البحث:

يكتسب البحث أهمية كبيرة من الناحيتين النظرية والتطبيقية، نظرًا لارتباطه بمرحلة الطفولة المبكرة، وهي مرحلة حاسمة في تشكيل شخصية الطفل وتطوير مهاراته الاجتماعية والانفعالية. وتتمثل أهمية البحث فيما يلي:

الأهمية النظرية:

(١) تسليط الضوء على مرحلة الطفولة المبكرة التي تعد من أهم المراحل في تكوين شخصية الطفل، حيث يتأثر نموه النفسي والاجتماعي بسلوكياته وتفاعلاته مع الآخرين، مما يجعل دراسة القلق الاجتماعي وأعراض الصمت الاختياري لدى هذه الفئة أمرًا ضروريًا لفهم العوامل المؤثرة في نشأتها وطرق التدخل المناسبة.

(٢) إثراء المعرفة حول استخدام السيودراما كأحدى استراتيجيات التدخل للأطفال الذين يعانون من القلق الاجتماعي، مما يفتح المجال أمام الباحثين والمتخصصين لاستكشاف المزيد من التطبيقات الفعالة لهذا الأسلوب.

(٣) تعزيز الفهم حول العلاقة بين الصمت الاختياري والقلق الاجتماعي؛ إذ يوضح البحث كيفية ارتباط الصمت الاختياري بالقلق الاجتماعي لدى أطفال الروضة، مما يساعد في تطوير نماذج تفسيرية أكثر دقة لهذه الظاهرة.

الأهمية التطبيقية:

(١) إعداد برامج إرشادية وعلاجية قائمة على السيودراما، موجهة لأطفال الروضة الذين يعانون من أعراض الصمت الاختياري، بهدف تقليل مستوى القلق الاجتماعي لديهم من خلال أنشطة السيودراما.

(٢) تحسين مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال من خلال الأنشطة التفاعلية التي يوفرها البرنامج؛ مما يعزز ثقتهم بأنفسهم ويساعدهم في التغلب على مخاوفهم الاجتماعية.

(٣) تقديم حلول لمشكلة القلق الاجتماعي لدى أطفال الروضة؛ حيث يمثل القلق الاجتماعي والصمت الاختياري عائقًا أمام اندماج الأطفال في البيئة التعليمية والاجتماعية.

(٤) إفادة المربين والمعلمين وأولياء الأمور من خلال تقديم توصيات مستندة إلى نتائج البحث، يمكن تزويد المعلمين والمربين باستراتيجيات فعالة للتعامل مع الأطفال الذين يعانون من القلق الاجتماعي، مما يساهم في تحسين بيئة التعلم في رياض الأطفال.

مفاهيم البحث الإجرائية:

(١) القلق الاجتماعي: يُعرف القلق الاجتماعي إجرائياً في البحث الحالي على أنه: انفعال غير سار يدل على حالة من الخوف والتوتر تظهر لدى أطفال الروضة عند التعرض للمواقف الاجتماعية؛ مما قد يدفع الطفل إلى تجنب المواقف الاجتماعية، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري على مقياس القلق الاجتماعي.

(٢) السيودراما: تُعرف السيودراما إجرائياً بأنها: علاج نفسي جماعي يقوم على التمثيل المسرحي الارتجالي والأنشطة والقصص لبعض المشكلات (كالقلق الاجتماعي) واكسابهم نظرة أكثر وضوحاً وواقعية للمشكلة، وتعلم طرق جديدة للتعامل مع تلك المشكلة من خلال بعض الفنيات، وتتمثل في مجموعة من الإجراءات يقوم بها أطفال الروضة في أثناء

الجلسات التدريبية وتشمل الاستماع إلى القصص واختيار الأدوار المناسبة من قبل الأطفال وتمثيلها بحرية وتلقائية (عفوية)، وإجراء التغذية الراجعة لأطفال الروضة (عينة البحث) للحد من القلق الاجتماعي.

(٣) الصمت الاختياري: إحجام الطفل عن الحديث عمداً خلال مواقف اجتماعية معينة دون غيرها، بالرغم من سلامة أجهزة النطق والكلام، وعُرف الصمت الاختياري اجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها أطفال الروضة - عينة الدراسة الحالية - على مقياس الصمت الاختياري.

المفاهيم والأطر النظرية:

أولاً: القلق الاجتماعي^(١):

١- تعريف القلق الاجتماعي:

عرّف جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي (١٩٩٥، ٣٥٨٩) القلق الاجتماعي بأنه: "مشاعر خوف مرتبطة بمكانة الفرد الاجتماعية، ودوره وسلوكه في المجتمع"، أما Den (2000, 406) فقد أشار إلى أنه "اضطراب يتضمن الخوف أو القلق من التصرف بطريقة محرّجة أو مهينة عندما يكون الفرد تحت مراقبة الآخرين؛ مما يدفعه لتجنب المواقف الاجتماعية التي قد تحفز هذا النوع من الخوف". ورأى حامد زهران (٢٠٠٥، ٤٨٨) أنه "حالة من التوتر المستمر والمتواصل نتيجة لتوقع حدوث تهديد حقيقي أو رمزي، ويصاحبه شعور غامض بالخوف وأعراض نفسية وجسدية. لذلك يُعتبر القلق انفعالاً معقداً يتضمن الخوف والتوقع بالتهديد". وعرّف أيضاً (Matsumoto, 2009, 499) القلق الاجتماعي بأنه "خوف عام من الرفض الاجتماعي أو الفشل، والشعور بالوعي الذاتي عند التفكير في الأفكار السلبية في وجود الآخرين؛ مما يؤدي إلى تجنب التفاعلات الاجتماعية". وقدم (Ozturk & Mutlu, 2010, 1772) تعريفاً مفاده أن القلق الاجتماعي هو "الخوف المفرط من الإحراج أو الرفض من الآخرين، حيث يتجنب الأفراد المواقف الاجتماعية والحديث عن مشاعرهم خوفاً من العواقب السلبية". كذلك عرّفه إبراهيم الشافعي وأحمد متولي (٢٠١١، ٤٩) بأنه: "انفعال غير مريح، يصاحبه شعور بالتهديد المتوقع أو القلق المستمر، والذي يتميز بالشعور بالشك والخوف من الشر المحتمل، الذي لا يوجد له سبب موضوعي، إضافةً إلى اعتقادات سلبية غير مدعومة بأساس منطقي، ويشمل القلق الاجتماعي أربعة أبعاد: جسدية، وجدانية، معرفية، وسلوكية". أما جمعية علم النفس الأمريكية (APA American Psychological Association, 2015, 991) فأكدت أن القلق الاجتماعي هو "الخوف من المواقف الاجتماعية التي قد تسبب الإحراج مثل: مقابلة الغرباء، أو إجراء محادثات، أو المواعدة، أو التعرض للتقييم السلبي من قبل الآخرين، مثل: الخوف من أن يُنظر إلى الفرد على أنه ضعيف أو متوتر، ويتضمن القلق الاجتماعي الخوف من الوضع الاجتماعي ودور الفرد وسلوكه عندما يتسبب هذا القلق في معاناة كبيرة أو ضعف في الأداء". وأشارت ولاء عبد الفتاح وآخرون (٢٠٢٠، ٧) إلى القلق الاجتماعي باعتباره "حالة غير منطقية من التوتر والخوف المستمر من مواقف اجتماعية معينة، حيث يتعرض الفرد للتقييم الاجتماعي من الآخرين، أو يشعر بأنه مراقب؛ مما يدفعه لتجنب تلك المواقف خوفاً من الإهانة أو الإحراج، ويصاحبه ظهور أعراض نفسية وجسدية". ووفقاً لإيهاب الببلاوي وإسماعيل أحمد (٢٠٢١، ١٨٢) فإن القلق الاجتماعي هو "حالة من الخوف الواضح، والانسحاب من مواقف التواصل الاجتماعي والمشاركة المجتمعية الفعالة مع الآخرين؛ مما يدفع الفرد إلى العزلة والابتعاد عن أن يكون في موضع ملاحظة الآخرين". وأخيراً عرّف الدليل الإحصائي والتشخيصي (American Psychiatric Association, 2022, 230) في طبيعته الخامسة (DSM-5TR) القلق الاجتماعي على أنه: "الخوف أو القلق من مواقف اجتماعية

¹ Social anxiety

معينة، حيث يكون الفرد عرضة للتدقيق والمراقبة من الآخرين، مثل التفاعل مع الآخرين أو مقابلة الغرباء، أو التحدث في المناسبات العامة؛ مما يؤدي إلى معاناة الفرد من الارتباك أو الشعور بالخجل".

وصاغ الباحثون تعريفاً للقلق الاجتماعي مفاده أنه: "حالة نفسية، تتمثل في شعور الفرد بالخوف والارتباك من المواقف الاجتماعية المختلفة، مصحوبة بعدد من الأعراض الفسيولوجية كسرعة ضربات القلب، وجفاف الحلق، والارتجاف عند مواجهة تلك المواقف؛ ما يدفعه إلى تجنب التفاعل مع الآخرين خوفاً من التقييم السلبي أو النقد".

مما سبق نلاحظ أن التعريفات تتفق فيما بينها على أن القلق الاجتماعي يتجسد في الشعور بالخوف أو التوتر في المواقف الاجتماعية، خاصةً عندما يكون الفرد تحت مراقبة الآخرين أو عرضة للتقييم السلبي، في حين أن هناك اختلافات في التفاصيل والحدود التي يرسمها كل تعريف، وذلك على النحو التالي:

▪ ركزت تعريفات مثل (Den Boer (2000) و (Matsumoto (2009)، على فكرة الخوف من التصرف بطريقة محرجة أو غير مقبولة اجتماعياً، وربطته بتجنب المواقف الاجتماعية، بينما ركز تعريف جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي (١٩٩٥) على البعد الاجتماعي، معتبرين القلق الاجتماعي مرتبطاً بمكانة الفرد الاجتماعية وسلوكه في المجتمع، أما حامد زهران (٢٠٠٥) وإبراهيم الشافعي وأحمد متولي (٢٠١١) فقد نظروا إليه كحالة انفعالية مركبة، تتضمن جوانب جسدية، وجدانية، ومعرفية، وسلوكية، مما يضيف بُعداً تكاملياً لفهم الاضطراب.

▪ ومن التعريفات ما يشير إلى أن القلق الاجتماعي مرتبط بسلوك التجنب، مثل تعريف (Ozturk & Mutlu (2010) وولاء عبد الفتاح وآخرون (٢٠٢٠)؛ حيث يرى الأفراد أن تجنب المواقف الاجتماعية هو الحل الأفضل للحد من الإحراج أو التقييم السلبي، ويتمشى ذلك مع تعريف (DSM-5-TR (2022)، الذي صنّف القلق الاجتماعي كاضطراب عندما يتسبب في ضعف الأداء أو معاناة ملحوظة.

▪ أما تعريف (Matsumoto (2009) فقد أكد على دور الأفكار السلبية والوعي الذاتي في توليد القلق الاجتماعي، حيث ينشغل الفرد بردود أفعال الآخرين أكثر من تركيزه على التفاعل ذاته، وهو ما أتفق مع تعريف (APA (2015)، الذي أكد على الخوف من التقييم السلبي كعامل رئيسي في القلق الاجتماعي.

٢- أسباب القلق الاجتماعي:

تتعدد الأسباب المؤدية إلى القلق الاجتماعي وتتداخل وفقاً لمجموعة متنوعة من العوامل، وفي هذا السياق أشار (Keskin et al. (2020, 3 إلى أن القلق الاجتماعي ينشأ نتيجة تطوير الفرد المصاب به لسلسلة من الافتراضات حول نفسه وعالمه الاجتماعي، وذلك استناداً إلى الخبرات المبكرة التي مر بها، وتتجسد هذه الافتراضات في ثلاث مجموعات رئيسية وهي:

- المعايير المبالغ فيها للأداء الاجتماعي: حيث يضع الفرد لنفسه توقعات مرتفعة وغير واقعية حول كيفية تصرفه في المواقف الاجتماعية، مثل الاعتقاد بأنه "يجب أن يبدو دائماً ذكياً، وأن يكون قادراً على التحدث بطلاقة أمام الآخرين".
- المعتقدات المشروطة المتعلقة بعواقب الأداء الاجتماعي: والتي تتمثل في الافتراضات التي يربطها الفرد بنتائج سلوكه أمام الآخرين، مثل التفكير بأن "إذا كنت هادئاً فسوف يعتقد الآخرون أنني شخص ممل".

• المعتقدات السلبية المشروطة عن الذات: والتي ترتبط بتصور الفرد لنفسه بشكل سلبي، مثل الاعتقاد بأنه "أنا شخص ممل".

هذه الافتراضات تقود الفرد المصاب بالقلق الاجتماعي إلى الاعتقاد بأنه معرض للإقصاء الاجتماعي أو التجاهل من قبل الآخرين؛ مما يجعله ينظر إلى أي موقف اجتماعي على أنه تهديد رئيسي، علاوة على ذلك، فإن قناعة الشخص بعدم قدرته على تحقيق الأداء الاجتماعي المطلوب تتداخل مع تفسيراته السلبية للتجارب الاجتماعية غير المؤكدة، مما يؤدي إلى استمرار حالة القلق الاجتماعي لديه.

وفي السياق ذاته أشار (Carnahan et al. 2019, 1) إلى أن القلق الاجتماعي ينشأ نتيجة الشعور بالقلق والخوف حيال الكيفية التي يبدو بها الفرد أمام الآخرين، بالإضافة إلى انعدام الشعور بالأمان والثقة بشأن قدرته على تقديم صورة إيجابية عن نفسه. ويتسم القلق الاجتماعي بشكل خاص بالخوف من التقييم السلبي نتيجة السلوك الذي قد يُعتبر غير مقبول من قبل الآخرين.

٣- مظاهر وأعراض القلق الاجتماعي:

أشار الدليل الإحصائي والتشخيصي (American Psychiatric Association 2022, 230-231) في طبعته الخامسة (DSM-5^{TR}) إلى أن السمة الأساسية لاضطراب القلق الاجتماعي هي الخوف أو القلق الملحوظ أو الشديد من المواقف الاجتماعية، التي قد يتم فيها فحص الفرد من قبل الآخرين، ولكن عند الأطفال يجب أن يحدث الخوف أو القلق في بيئات الأقران، وليس فقط أثناء التفاعل مع البالغين، عندما يتعرض الفرد لمثل هذه المواقف الاجتماعية، فإنه يخشى أن يتم تقييمه بشكل سلبي، كما تظهر أعراض القلق، مثل: الاحمرار أو الارتعاش أو التعرق أو التعثر في الكلمات أو التحديق، والتي سيتم تقييمها بشكل سلبي من قبل الآخرين، ونتيجة للقلق الاجتماعي يمكن أن يكون التجنب واسع النطاق (على سبيل المثال: عدم الذهاب إلى الحفلات، أو رفض المدرسة)، أو خفياً (على سبيل المثال: الإفراط في إعداد نص الخطاب، وتحويل الانتباه إلى الآخرين، والحد من التواصل البصري). يتداخل الخوف والقلق والتجنب بشكل كبير مع الروتين الطبيعي للفرد، أو الأداء المهني أو الأكاديمي، أو الأنشطة أو العلاقات الاجتماعية، كما يتسبب في ضائقة أو ضعف إكلينيكيًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة، على سبيل المثال: لن يتلقى الفرد الذي يخشى التحدث في الأماكن العامة تشخيصًا لاضطراب القلق الاجتماعي إذا لم تتم مواجهته بشكل روتيني في الوظيفة أو في العمل أو في الفصل، وإذا لم يكن الفرد يشعر بالضيق الشديد حيال ذلك.

٤- تشخيص القلق الاجتماعي:

أشار الدليل الإحصائي والتشخيصي (American Psychiatric Association 2022, 230-231) في طبعته الخامسة (DSM-5^{TR}) إلى محكات تشخيص اضطراب القلق الاجتماعي، والتي يمكن تحديدها فيما يلي:

- خوف أو قلق ملحوظ إزاء موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية، التي يتعرض الفرد خلالها للتدقيق والنظر من قبل الآخرين، وتشمل الأمثلة: مواقف التفاعل الاجتماعي (كإجراء محادثة، ومقابلة أناس غير مألوفين "غرباء")، كما يكون الفرد ملاحظاً من قبل الآخرين مثل (أثناء تناول الطعام أو الشرب)، وكذلك أمام الآخرين (كالتحدث أمام الآخرين). أما عند الأطفال يجب أن يحدث القلق أثناء تفاعل الطفل مع الأقران وليس فقط أثناء التفاعل مع البالغين.
- خوف الفرد نتيجة لتصرفه بطريقة معينة، أو ظهور أعراض القلق عليه التي سيتم تقييمها سلباً من قبل الآخرين (أي ستشعره بالإهانة أو الحرج، مما يؤدي إلى الرفض أو الإساءة من الآخرين).

- بالنسبة للأطفال قد يأتي التعبير عن القلق في صورة بكاء أو صراخ أو نوبات الغضب أو التجمد أو الانكماش عن المواقف الاجتماعية التي تجمع الطفل بأشخاص لا يعرفهم.
- يتم تجنب المواقف الاجتماعية أو تحملها مع خوف أو قلق شديد.
- يكون الخوف أو القلق غير متناسب مع التهديد الفعلي الذي يشكله الموقف الاجتماعي، والسياق الاجتماعي الثقافي.
- الخوف والقلق أو التجنب عادة ما يستمر لمدة (سنة) أشهر أو أكثر.
- الخوف والقلق أو التجنب يسبب ضيقاً أو ضعفاً إكلينيكياً أو تأثيراً سلبياً في المجالات الاجتماعية والمهنية أو في غيرها من مجالات الأداء المهمة.
- الخوف والقلق أو تجنب لا يعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لأي مادة (مثال: تعاطي المخدرات، الدواء)، أو حالة طبية أخرى.
- لا يفسر الخوف والقلق أو التجنب بشكل أفضل بواسطة أعراض اضطراب نفسي آخر مثل: (اضطراب الهلع، واضطراب تشوه الجسم، واضطراب طيف التوحد).
- في حالات طبية أخرى مثل: (مرض باركنسون أو السمنة المفرطة أو التشوه أو الإصابة)، فمن الواضح أن الخوف، والقلق، أو التجنب ليس له علاقة بشكل واضح بهذه الحالات أو أنه زائد وبطريقة مفرطة.

ثانياً: السيكدراما (الدراما النفسية)

١- تعريف السيكدراما

تعتبر السيكدراما أحد أبرز أساليب العلاج النفسي الجماعي التي أسسها "مورينو Moreno"، ويُطلق عليها أيضاً التمثيلية النفسية، أو العلاج بالمسرحيات النفسية، كما أنها أداة قوية في مجال الإرشاد النفسي، خاصة في سياقات التوجيه الشخصي والتطوير الذاتي، التي تهدف إلى مساعدة الأفراد على تطوير أنفسهم، وفهم تحدياتهم الشخصية بشكل أعمق، من خلال التفاعل الجماعي لاستكشاف المواقف الحياتية، واستحضار المشاعر، ومعالجة القضايا الشخصية، حيث يعتمد أسلوب السيكدراما على التصوير المسرحي، والتعبير اللفظي الحر، والتنفيس الانفعالي التلقائي، مما يساهم في تحقيق الاستبصار الذاتي ضمن سياق جماعي (حامد زهران، ٢٠٠٥، ٢٩٠).

يتكون مصطلح السيكدراما من كلمتين: "الدراما" المشتقة من الكلمة اليونانية *Dran*، التي تعني "يفعل" أو "الفعل"، وتشير إلى التمثيل الحركي، و"النفس" التي ترتبط بدراسة النفس البشرية من خلال علم النفس (جاكوب مورينو، ٢٠١٩، ١٣).

عرّف (Corey 2016, 207) السيكدراما "كنهج تكاملي يُتيح تطبيق فنيات وأساليب فعّالة في سياق مجموعة إرشادية أو علاجية، حيث يتم إعادة صياغة مواقف أو مشكلات حياتية عبر التمثيل المسرحي؛ مما يساهم في تعزيز الاستبصار، وتعلم أساليب جديدة للتعامل مع المشكلات الشخصية. كما يستخدم أسلوب السيكدراما تقنيات مخصصة لتكثيف المشاعر، وتنمية الوعي الذاتي، والقدرة على الاستبصار". ووفقاً لتعريف (Orkibi 2018, 15) تعتبر السيكدراما "نوع من العلاج النفسي الجماعي حيث يقوم المرضى أو أصحاب المشكلة بلعب الأدوار لتمثيل أنفسهم أو الأشخاص المهمين في حياتهم، بهدف الوصول إلى فهم أعمق، ونظرة ثاقبة للأحداث، وتحديد طبيعة المشكلة". كما تناولها (López-González et al. 2021, 1) كنوع من العلاج النفسي الجماعي العميق، يتم فيه التمثيل الارتجالي للأحداث من قبل المرضى كما لو كانت في الحاضر، بهدف تمكينهم من فهم حالتهم، وتعزيز قدرتهم على التعامل مع أفكارهم ومشاعرهم، وزيادة قدراتهم الشخصية".

مما سبق توضح التعريفات أن السيكودراما ليست مجرد تمثيل مسرحي بل هي أسلوب علاجي ديناميكي، يعتمد على إعادة تمثيل المواقف الحياتية داخل بيئة جماعية داعمة، مما يعزز الاستبصار العاطفي والمعرفي. تتقاطع التعريفات فيما بينها حول الدور الأساسي للسيكودراما في معالجة المشكلات الشخصية، حيث تؤكد على دور التعبير العاطفي التلقائي، وتنمية الوعي الذاتي، وإعادة صياغة الخبرات، كما تبرز أهمية البعد الجماعي للسيكودراما في تقديم الدعم النفسي، وتعزيز التكيف النفسي. فيمكن اعتبارها أداة فعالة في العلاج النفسي، خاصة للأفراد الذين يواجهون صعوبة في التعبير اللفظي التقليدي، مما يجعلها مناسبة لعلاج الاضطرابات النفسية المختلفة مثل القلق الاجتماعي والصدمات النفسية.

٢- عناصر السيكودراما

يتضمن العلاج بالسيكودراما خمسة عناصر أساسية:

أ- بطل الرواية (العميل): الشخصية المحورية التي تمثل الدور الرئيسي على خشبة المسرح، ويُطلب منه أن يكون نفسه، ويعبر عن عالمه الشخصي بشكل تلقائي من خلال التمثيل والتنفيذ الانفعالي (VandenBos, 2013, 468).

ب- المتخصص (المُرشد أو المعالج): الملاحظ والمساعد للبطل في تطوير المشهد، وتسهيل التعبير الحر عن المشاعر، مع تقديم تفسيرات مساعدة لتحقيق فهم جديد للمشكلة (جاكوب مورينو، ٢٠١٩، ٢٧).

ج- الشخصيات المساعدة (الأدوات المساعدة): يمثلون الأشخاص الموجودين في بيئة العميل الحقيقية مثل: الأسرة أو الأصدقاء، ويساعدون العميل في فهم ذاته وعلاقاته الاجتماعية ومشكلاته (عبد المطلب القريطي، ٢٠١٣، ١٠٧).

د- الجمهور (المشاهدون): الحاضرون الذين يشاهدون المشكلة وتفاعلاتها، حيث يعملون "كمراة خارجية"، ويعكسون ردود فعل المجتمع تجاه تصرفات العميل، مما يساعده في التعرف على ذاته ومشكلاته (Corey, 2016, 200).

هـ- المسرح: المكان الذي يتم فيه العلاج الدرامي، ويعد نموذجًا مصغرًا للعالم الخارجي، يفضل أن يكون دائريًا محاطًا بالجمهور، يمكن أن تتم الجلسات في أي مكان يتواجد فيه المرضى (أحمد أبو أسعد، ورياض الأزايدة، ٢٠١٥، ٤٥٦).

٣- خطوات السيكودراما

أشار كلٌّ من Lipman (2003, 8-11)، Corey (2016, 201-205)، هبة سليم (٢٠١٩، ١٥٨)، López-González et al. (2021, 2)، إلى خطوات العلاج السيكودرامي، والتي تتمثل في ثلاث خطوات أساسية وهي:

أ- مرحلة الإحماء: تهدف إلى تهيئة المجموعة من الناحيتين البدنية والنفسية لخلق جو من التلقائية، التي تُعرف بأنها "استجابة جديدة لمواقف قديمة، أو استجابة مناسبة لمواقف جديدة". تشمل الأنشطة تعزيز التفاعل الجماعي، تهدئة القلق، وتعزيز مشاعر الأمان، وتوفير فرصة للمعالج لمراقبة التفاعل بين الأعضاء.

ب- الحدث (الفعل): الخطوة الأساسية، حيث يتم تمثيل مشاهد درامية تعكس مواقف حياتية واقعية، سواء كانت من الماضي، أو التحديات الحالية، أو المستقبلية. تشمل هذه المرحلة استكشاف الأوجه المختلفة للمشكلة، إعادة دمج الأحداث بشكل جديد أكثر وعيًا، وبحث حلول للمشكلات.

ج- المشاركة: في هذه المرحلة يقوم المشاركون بمشاركة تأثير المشهد الدرامي على مشاعرهم وكيف تتماشى الدراما مع معاشيتهم الشخصية، كما يساهم البطل في إعادة بناء توازنه النفسي من خلال تنمية استجابات سلوكية فعالة للتعامل مع مواقف مشكلته، وتشمل أيضًا تبادل الخبرات والمشاعر بين أعضاء المجموعة.

٤- مزايا (فوائد) العلاج بالسيكودراما

تتمثل مزايا السيودراما في قدرتها على تعديل السلوك، وزيادة قدرة الأفراد على التعبير بحرية عن مشاعرهم السلبية وصراعاتهم؛ مما يعزز التوافق الاجتماعي والنفسي، ويسهم في زيادة استبصار المسترشدين (عمر نقرش، ٢٠١٤، ٢٦١). كما أكدت الدراسات على فعالية السيودراما في معالجة مشكلات مثل الغضب، والصعوبات النفسية لدى الأطفال والمراهقين (Karataş & Gökçakan, 2009, 357)، وتخفيف قلق الاختبارات لدى الطلاب، ويذكر Diamond-Raab & Orrell-Valente (2002, 346) أهم فوائد السيودراما والتي تتمثل في:

- فهم أفضل للمشاعر وتحويلها إلى شكل تمثيلي.
- اكتساب نظرة ثاقبة حول المشكلة.
- تعلم استراتيجيات التكيف وأدوار جديدة.
- حدوث تنفيس انفعالي يعزز الصحة النفسية.

بالإضافة إلى ذلك أشار Blatner (1993, 256) إلى أن السيودراما تعتبر علاجًا ديناميكيًا فعالًا ومناسبًا للعديد من الفئات والاضطرابات، بينما أكد Nicholas (2017, 131) على أن تقنياتها سهلة الاستخدام، وتعزز التواصل، وفهم أعمق للمشكلات، ويذكر Gershoni (2009, 305) أن السيودراما تساعد الأفراد في التعامل مع مشكلاتهم الاجتماعية والشخصية بشكل واقعي، مما يجعلها مناسبة لعلاج العديد من الاضطرابات.

٥- فنيات العلاج بالسيودراما

تتعدد فنيات وأساليب السيودراما، حيث تسهم في تعزيز الوعي الذاتي، وتقديم أنماط تمثيلية تتيح للمسترشدين فهم مشاعرهم والتعبير عنها بشكل أكثر تحررًا. وفيما يلي عرض موجز لأهم هذه الفنيات:

- قلب الأدوار: يقوم المسترشد بتبادل دوره مع فرد آخر، مما يساعده على فهم مشاعر ودوافع الآخرين، وتحقيق الاستبصار حول أسباب الصراعات الشخصية (عبد المطلب القريطي، ٢٠١٣، ١٠٧).
- فنية المرأة: يتم فيها عكس تصرفات المسترشد من خلال شخصية مساعدة، مما يمكنه من رؤية نفسه كما يراه الآخرون، ما يسهم في تطوير تقييم ذاتي أكثر موضوعية (Corey, 2016, 207).
- الكرسي المساعد: يستخدم لتحفيز المشاعر أو تكوين الأفكار من خلال التفاعل مع كرسي فارغ يمثل شخصًا أو موقفًا معينًا (عبد الرحمن سليمان، ١٩٩٤، ٤١٩).
- لعب الدور: يؤدي المشاركون أدوارًا سلوكية لاستكشاف وجهات نظر متعددة حول قضية ما، مما يسهل التعبير عن المشاعر الداخلية. (Garfield, 2003, 20)
- الديالوج: يستخدم الحوار بين شخصين لاستكشاف الصراعات الداخلية، والتعبير عن المشكلات من خلال التفاعل اللفظي (عمر نقرش، ٢٠١٤، ٢٦٠).
- تقديم الذات: يُطلب من المسترشد التحدث عن نفسه، مما يسهم في تكوين صورة أوضح عن ديناميات الشخصية والعلاقات بين الأفراد (عبد المطلب القريطي، ٢٠١٣، ١٠٧).
- البديل: يتمثل في قيام "أنا مساعد" بتمثيل جزء من شخصية المسترشد يصعب عليه التعبير عنه بنفسه، مما يسهم في كشف الجوانب الخفية من سلوكه (Pio-Abreu & Villares-Oliveir, 2007, 129).

- مناخاة الذات أو الحوار الداخلي: يطلب من المسترشد التوقف خلال التمثيل للتعبير عن أفكاره بصوت عالٍ؛ مما يساعده على استبطان مشاعره والتواصل مع ذاته بعمق (Corey, 2016, 210).
- إسقاط المستقبل: يُتيح للمسترشد تمثيل تطلعاته المستقبلية ومخاوفه، مما يعزز وعيه بالأهداف والتغييرات المطلوبة لتحقيقها (Corey, 2016, 212).
- النمذجة السلوكية للدور: تعتمد على ملاحظة نموذج سلوكي معين، ثم التدرب عليه من خلال لعب الدور، مما يسهم في تعديل السلوك عبر التعلم بالملاحظة والتدعيم (عبد الفتاح نجله، ٢٠١٠، ٣٠).
- الإدراك الرمزي: يعتمد على استخدام الرموز لتمثيل المشاعر والمواقف غير القابلة للتجسيد الواقعي، مما يسهم في التعبير عن المشاعر المكبوتة بشكل غير مباشر (Pio-Abreu & Villares-Oliveir, 2007, 131).
- أسلوب التعويض: يتيح تمثيل الشخص الواحد بأساليب متعددة من قبل أكثر من فرد، مما يساعد على فحص استجابات المسترشد للمواقف المختلفة (عبد الفتاح نجله، ٢٠١٠، ٣٠).

ثالثاً: الصمت الاختياري^(١):

١- تعريف الصمت الاختياري:

عرّف (Yeganeh et al. (2006, 117) الصمت الاختياري على أنه "اضطراب نفسي، يرفض فيه الأطفال الكلام عندما يكونون في مواقف معينة، بينما يظهرون حديثاً طبيعياً في أماكن أخرى كالمنزل. وأشار (Young et al. (2012, 526 أنه "اضطراب يسبب الحجب المستمر عن الكلام، أو الفشل في التحدث في مواقف اجتماعية معينة من المتوقع التحدث فيها مثل المدرسة، مجموعة الأقران، على الرغم من التحدث في مواقف أخرى (المنزل على سبيل المثال)". كما أشارت فاطمة الزهراء النجار (٢٠١٥، ٤٤٨) إلى الصمت الاختياري بأنه "إحجام الطفل عن الحديث عمداً خلال مواقف اجتماعية معينة دون غيرها، بالرغم من سلامة أجهزة النطق والكلام" وهو التعريف الذي تبناه الباحثون، وعليه تم استخدام مقياس الصمت الاختياري لفاطمة الزهراء النجار.

كذلك عرّفه (Jwaifell et al. (2019, 34 بأنه "اضطراب في سلوك الطفل، ينتج عن فشله في التحدث في مواقف اجتماعية محددة، بالرغم من تحدّثه بطلاقة وبشكل طبيعي في مواقف أخرى. أما (Muris & Ollendick (2021, 294 فقد وصفه "كأحد اضطرابات القلق الواسعة، التي تمثل حالة نفسية تحدث أثناء الطفولة، وتتسم بالفشل الدائم في التحدث في سياقات اجتماعية محددة (كالمدرسة مثلاً)، بالرغم من التحدث في سياقات أخرى (كالمنزل على سبيل المثال)".

نلاحظ أن التعريفات السابقة تُجمع على أن الصمت الاختياري اضطراب نفسي، يرتبط بمواقف اجتماعية محددة، حيث يمتنع الطفل عن الكلام رغم قدرته الطبيعية على التحدث في بيئات أخرى. كما تشير إلى ارتباط الصمت الاختياري باضطرابات القلق، خصوصاً القلق الاجتماعي، مما يشير إلى طبيعته كاستجابة تجنبية لمواقف تتطلب تفاعلاً لفظياً. وتؤكد التصنيفات الحديثة كتعريف (Muris & Ollendick (2021، على كونه اضطراب قلق واسع النطاق، وليس مجرد سلوك انتقائي؛ مما يعني ضرورة التدخل العلاجي المبكر باستخدام استراتيجيات مثل التعرض التدريجي، وتعزيز الثقة الاجتماعية، لتقليل حدة الأعراض وتحسين التواصل لدى الطفل.

٢- أسباب الصمت الاختياري:

¹ Selective Mutism

- أشار فريد الخطيب (٢٠٠٦، ٤٥) إلى وجود مجموعة من العوامل التي تعد سبباً في ظهور حالة الصمت الاختياري لدى الطفل:
- سيطرة الأم وحماتها الزائدة على الطفل أو الانفصال عنه.
 - عدم شعور الطفل بالأمان والقدرة على التواصل بسبب معاشته خلافات شديدة داخل الأسرة، أو المدرسة.
 - سيطرة المعلم وكثرة الانتقادات.
 - الأزمات والصراعات النفسية سواء أكانت مفاجئة أو متراكمة.
 - اضطرابات الكلام كالتأتأة وما ينشأ عنها من سخرية الآخرين وانتقاداتهم.
 - حالات الخجل الشديد^(١) ، والقلق المزمن^(٢)، والتوتر، التي تقترن ببعض المواقف والخبرات السيئة عند الطفل، وتترجم إلى الخوف من المواقف الاجتماعية والمحيطين.
 - تشكل الوراثة دوراً كبيراً في ظهوره؛ فقد يكون أحد الوالدين أو كلاهما قد عانى من القلق الاجتماعي والهلع أو نوبات الذعر في مرحلة الطفولة.

أشار الدليل الإحصائي والتشخيصي (2022, American Psychiatric Association) 223 إلى بعض العوامل التي تساعد على ظهور الصمت الاختياري ومنها: العوامل الوراثية والفسولوجية، وذلك بسبب التداخل الكبير بين الصمت الاختياري واضطراب القلق الاجتماعي، فقد تكون هناك عوامل وراثية مشتركة بين هذه الحالات، بالإضافة إلى تاريخ الوالدين في الخجل والعزلة الاجتماعية والقلق الاجتماعي، بالإضافة إلى العوامل البيئية حيث يشكل سلوك الوالدين المحدود اجتماعياً، والإفراط في الحماية، أو الزيادة في التحكم؛ ما يدفع الطفل إلى الصمت الاختياري.

وأشار (Jwaifell et al. (2019, 35 إلى تعدد الأسباب الكامنة وراء الصمت الاختياري، فبعضها يتعلق بالوراثة، حيث اتضح أن هناك علاقة بين العامل الوراثي لطفل الروضة والصمت الاختياري، ومن الممكن أن يكون أحد الوالدين قد عانى أو يعاني من القلق الاجتماعي، أو الفصام، أو الانطوائية، أو الرهاب الاجتماعي، أو نوبات الخوف، خاصة في مرحلة الطفولة، أيضاً قد ينتج الصمت الاختياري عن استجابة لصدمة دخول المدرسة، أو اضطراب الأسرة، أو البيئة المتغيرة مثل الهجرة، والاختلافات اللغوية في العائلات ذات اللغة المزدوجة، أو رد الفعل على حدث مؤلم يؤدي إلى القلق المكبوت.

٣- أعراض الصمت الاختياري

أشار الدليل الإحصائي والتشخيصي (American Psychiatric Association, 2022, 222) إلى ارتباط اضطراب الصمت الاختياري بعدد من السمات النفسية، من أهمها الخجل المفرط، والخوف من التفاعل الاجتماعي، والعزلة الاجتماعية، والانسحاب، والسمات القهرية، والسلبية، ونوبات الغضب، أو السلوك المعارض المعتدل. وعلى الرغم من أن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يتمتعون عمومًا بمهارات لغوية طبيعية، فقد يكون هناك أحياناً اضطراب اجتماعي مرتبط. كما أشار (Young et al. (2012, 526 إلى أن الأطفال المصابين بالصمت الاختياري يعانون من القلق الاجتماعي، مما يجعل من الصعب عليهم التفاعل والتحدث في الأوساط الاجتماعية، كما يجدون صعوبة في تكوين صداقات حقيقية. بالإضافة إلى ذلك يواجهون الانسحاب الاجتماعي، حيث يكون عدم القدرة على الكلام ناتجاً عن القلق الشديد، أو كآلية لتجنب المواقف الاجتماعية، مما يؤدي إلى وصفهم بأنهم أقل فعالية اجتماعية.

¹ Excessive Shyness

² Chronic Anxiety

وذكر (Muris & Ollendick, 2021, 195) أن من أعراض الصمت الاختياري وجود أنواع متعددة من القلق، وأهمها القلق الاجتماعي، وانخفاض في مشاركة العواطف والنوايا، والمشكلات العدوانية المتكررة مع الأقران، وقلة الاهتمام بالأطفال الآخرين، كما يواجهون صعوبة في التعامل مع الآخرين بسبب جمود سلوكهم، حيث لا يبدوون الكلام أو لا يستجيبون عند التحدث إليهم من قبل الآخرين في مواقف محددة مثل المدرسة أو عند مقابلة أقران غير مألوفين. وأشارت عادة سويفي (٢٠١٦، ١٩٥) إلى أعراض الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة والمواقف الاجتماعية، ويمكن توضيحها كما يلي:

في الروضة: يظهر الصمت الاختياري لدى الطفل من خلال عدم قدرته على التحدث مع أقرانه في قاعة النشاط، وصعوبة الاستجابة لتعليمات المعلمة، وتنفيذ ما يُطلب منه، أو الرد على التساؤلات الموجهة إليه، مع تجنب المشاركة في الأنشطة الجماعية داخل أو خارج قاعة النشاط، كما يشعر الطفل بالقلق والخوف من الغرباء والحزن.

أما في المواقف الاجتماعية (خارج المنزل والروضة): فيتمثل الصمت الاختياري في تجنب الطفل للحديث مع من لا يعرفهم مثل البائعين والأطباء، والشعور بالخوف والخجل من الغرباء؛ مما يدفعه لتجنب الحديث معهم، كما لا يرغب في اللعب مع الجيران، أو الذهاب معهم إلى النادي، ويشعر بالانزعاج والضوضاء خارج المنزل.

٤- تشخيص الصمت الاختياري:

يذكر (Kovac & Furr, 2018, 1) أن معلمي الطفولة المبكرة يلعبون دورًا بارزًا في المساعدة على تحديد الأطفال ذوي الصمت الاختياري، وذلك لأن الأعراض لا تظهر عادة في البيئة المنزلية، لهذا السبب يُعد المعلم هو أول من يلاحظ بوضوح أعراض هذا الاضطراب، ويكون في وضع جيد لاكتشافه مبكرًا. ويشير الدليل الإحصائي والتشخيصي (American Psychiatric Association, 2022, 222) في طبعته الخامسة (DSM-5TR) إلى محكات تشخيص اضطراب الصمت الاختياري، والتي يمكن تحديدها فيما يلي:

- فشل مستمر في التحدث في مواقف اجتماعية محددة (مثل: في المدرسة)، على الرغم من القدرة على التحدث في مواقف اجتماعية أخرى.
- تعارض الاضطراب مع التحصيل الدراسي أو المهني أو التواصل الاجتماعي، حيث يؤثر الصمت الاختياري سلبًا على أداء الطفل في المجالات الاجتماعية والدراسية.
- مدة الاضطراب لا تقل عن شهر واحد، بحيث لا يقتصر الاضطراب على الشهر الأول من المدرسة أو التكيف الأولي مع بيئة جديدة.
- عدم القدرة على الكلام لا يُعزى إلى نقص المعرفة أو الراحة في اللغة المنطوقة المطلوبة في التفاعل الاجتماعي، مما يعني أن الطفل يعرف اللغة المطلوبة ولكنه يواجه صعوبة في استخدامها في المواقف الاجتماعية.
- لا يتم تفسير الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب تواصل آخر مثل اضطراب الطلاقة في الطفولة (الثأأة)، ولا يحدث في سياق اضطراب طيف التوحد أو الفصام أو اضطراب ذهاني آخر.

بحوث ودراسات السابقة:

المحور الأول: بحوث ودراسات اهتمت بتصميم برامج قائمة على السيودراما في تقليل أعراض القلق الاجتماعي

هدفت دراسة (Anari et al. (2009) إلى التحقق من فعالية العلاج بالسيكودراما في تقليل أعراض اضطراب القلق الاجتماعي المتمثلة في: (قلق الأداء، وتجنب الأداء، والقلق الاجتماعي، والاختبارات الفرعية للأداء الاجتماعي) لدى الأطفال. تكونت العينة من (٣٢) طفل (ذكور وإناث)، ممن حصلوا على أعلى الدرجات في مقياس القلق الاجتماعي، وتراوحت أعمارهم بين (١٠ - ١١) سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس لبيويتز للقلق الاجتماعي للأطفال والمراهقين، والبرنامج القائم على السيكودراما. أظهرت النتائج انخفاضاً ملحوظاً في أعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة، كما أثبت البرنامج فعاليته خلال فترة المتابعة. كذلك سعت دراسة (Akinsola & Udoka (2013) لفحص تأثير أساليب التربية الوالدية على القلق الاجتماعي لدى الأطفال والمراهقين، وتقييم فاعلية السيكودراما في إدارته، شملت الدراسة ٥٦٧ طفلاً ومرافقاً (٢٧٥ ذكراً و٢٩٢ أنثى)، تتراوح أعمارهم بين ٧-١٦ سنة، ممن سجلوا مستويات مرتفعة من القلق الاجتماعي وقلق الأداء، وباستخدام مقياس القلق الاجتماعي، ومقياس قلق الأداء، ومقاييس أساليب التربية الوالدية أظهرت النتائج أن أسلوب التربية المتساهل يسهم في زيادة القلق الاجتماعي وقلق الأداء مقارنةً بأساليب التربية الأخرى. كما أثبتت السيكودراما فعاليتها كإجراء تدخلي في خفض مستويات القلق الاجتماعي وقلق الأداء، خاصةً لدى المشاركين الذين تلقوا العلاج بمساعدة الوالدين. كما هدفت دراسة إيمان عبد الحميد (٢٠١٣) إلى التحقق من فاعلية استخدام أسلوب السيكودراما للتخفيف من حدة بعض المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف، وللتأكد من فعاليته اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي، حيث تم اختيار عينة من ١٠ أطفال مكفوفين مقيدتين في المركز النموذجي للمكفوفين بجسر السويس، واشتملت أدوات الدراسة على: مقياس ستانفورد بينيه الصورة الرابعة، مقياس المخاوف المرضية للطفل الكفيف، برنامج لخفض المخاوف المرضية للطفل الكفيف، أشارت النتائج إلى أن البرنامج السيكودرامي المستخدم في الدراسة أدى إلى خفض حدة المخاوف المرضية لدى أفراد العينة بالنسبة لنوع المخاوف المرضية، كما تبين استمرار تأثير وفعالية هذا البرنامج بعد انتهاء البرنامج وبعد فترة المتابعة. وأجرت (Ilievová et al. (2015) دراسة هدفت إلى تقييم فاعلية برنامج قائم على السيكودراما في تقليل الخوف والقلق المرتبط بالإجراءات التشخيصية والعلاجية لدى الأطفال المصابين بالسرطان في مرحلة ما قبل المدرسة، تكونت العينة من ٢٠ طفل، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين (تجريبية، ضابطة)، اعتمدت الدراسة على قياس معدل ضربات القلب، وضغط الدم، ومعدل التنفس كمؤشرات للقلق والخوف، قبل وبعد الخضوع للإجراءات الطبية، وأسفرت النتائج عن انخفاض ملحوظ في هذه المؤشرات لدى الأطفال في المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة؛ مما يشير إلى فاعلية البرنامج في الحد من القلق والخوف المرتبط بالإجراءات الطبية لدى مرضى الأورام من الأطفال.

وفي نفس الصدد أجرى (Al-Howaish (2016) دراسة على عينة مماثلة، هدفت إلى تقييم فاعلية برنامج علاجي قائم على السيكودراما في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى الأطفال المصابين بالسرطان. شملت العينة ١٨ طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم بين ٩: ١٢ سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية (٨ أطفال) وضابطة (١٠ أطفال). استخدمت الدراسة مقياس القلق للأطفال، مقياس الاكتئاب للأطفال، مقياس متاهات بورتوس للذكاء، وبرنامج علاجي قائم على السيكودراما. أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، إضافةً إلى فروق دالة بين القياسين القبلي والبعدي داخل المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية البرنامج

في تخفيف القلق والاكتئاب، كما لم تُظهر النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستويات القلق والاكتئاب بعد التطبيق.

قامت أيضاً براءة بني عمر (٢٠١٨) بدراسة هدفت إلى تقييم أثر السيكودراما العلاجية في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب، وتحسين المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال اللاجئين السوريين في الأردن، قوامها ٢٠ طفلاً من الجنسين، تراوحت أعمارهم بين ٩: ١٢ سنة، تم اختيارهم بناءً على حصولهم على أعلى الدرجات في مقياسي الاكتئاب وقلق ما بعد الصدمة، وتوزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين (تجريبية، ضابطة). باستخدام قائمة الاكتئاب لدى الأطفال، وقائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة، ومقياس ماتسون للمهارات الاجتماعية، إلى جانب برنامج علاجي قائم على السيكودراما، أظهرت النتائج فاعلية البرنامج في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة، خاصةً في بُعد التجنب والأعراض النفسية الأخرى، بينما لم يكن فعالاً في الحد من إعادة معايشة الحدث الصادم والإثارة الانفعالية، كما ساهم في تحسين الجوانب الاجتماعية من الاكتئاب، لكنه لم يكن فعالاً في تقليل صعوبة الشعور بالبهجة أو المزاج الاكتئابي أو تقدير الذات السلبي، بالإضافة إلى تحسناً ملحوظاً في مستويات المهارات الاجتماعية لدى الأطفال في المجموعة التجريبية. كما قام (Mousavi & Haghayegh, 2019) بدراسة هدفت إلى التحقق من فعالية الدراما النفسية في خفض القلق الاجتماعي وتعزيز احترام الذات والصحة النفسية لدى الأطفال المصابين باضطراب القلق الاجتماعي، شملت العينة ٣٠ طفلاً، تم توزيعهم بالتساوي على مجموعتين: تجريبية وضابطة. استخدمت الدراسة مقياس القلق الاجتماعي، ومقياس احترام الذات والرفاهية، وبرنامج تدريبي قائم على السيكودراما. وأظهرت النتائج تأثيراً دالاً إحصائياً للدراما النفسية في تقليل القلق الاجتماعي، وتعزيز احترام الذات والصحة النفسية؛ مما يشير إلى إمكانية استخدامها كعلاج جماعي فعال للأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي. وهدفت دراسة منتصر سيد (٢٠١٩) إلى تقييم فاعلية برنامج قائم على السيكودراما في خفض قلق الانفصال لدى أطفال الروضة، إضافةً إلى اختبار مدى استمرارية تأثيره خلال فترة المتابعة. تكونت العينة من ٣٠ طفلاً وطفلة بمتوسط عمر ٥,٠١ سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة (١٥ طفلاً لكل مجموعة). استخدمت الدراسة مقياس قلق الانفصال وبرنامج تدريبي قائم على السيكودراما. أشارت النتائج إلى وجود فروقاً دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية البرنامج في تقليل قلق الانفصال، كما أظهرت ثبات الأثر العلاجي بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي داخل المجموعة التجريبية، مما يدل على استمرار تأثير البرنامج بمرور الوقت. كذلك هدفت دراسة (Edmunds, 2019) إلى التعرف على فعالية السيكودراما في خفض القلق الناتج عن الطلاق لدى عينة قوامها (٢٤) طفلة ممن سجلن درجات مرتفعة على مقياس القلق، واشتملت الأدوات على مقياس القلق، والبرنامج التدريبي القائم على السيكودراما، وأظهرت النتائج فعالية السيكودراما في خفض القلق الناتج عن الطلاق لدى عينة البحث.

كما سعت دراسة محمود يوسف (٢٠٢٠) إلى التعرف على مدي فاعلية برنامج قائم على السيكودراما في علاج أعراض المخاوف الاجتماعية لدى ١٦ طفلاً من الأطفال الأيتام في مؤسسات الرعاية الاجتماعية، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية (٨ أطفال) وضابطة (٨ أطفال)، استخدمت الدراسة مقياس المخاوف الاجتماعية وبرنامج علاجي قائم على السيكودراما. وأظهرت النتائج فاعلية البرنامج في خفض أعراض المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال الأيتام، مما يشير إلى أهميته كإجراء علاجي في مؤسسات الرعاية الاجتماعية. أما دراسة (Mojahed et al., 2021) فقد هدفت إلى تحديد آثار العلاج الجماعي القائم على السيكودراما في تقليل أعراض العدوان والقلق الاجتماعي واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى ٤٨ طفلاً في مستشفى في إيران، تم تقسيم العينة إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، كل منها تضم ٢٤

مشاركًا. تم تطبيق العلاج الجماعي باستخدام السيكودراما في جلسات مدتها ساعتين أسبوعياً لمدة ١٠ أسابيع على المجموعة التجريبية، واستخدمت الدراسة قائمة فحص سلوك الطفل ومقياس قلق الأطفال. أظهرت النتائج انخفاضاً ملحوظاً في أعراض القلق الاجتماعي، والعدوان، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في المجموعة التجريبية بعد تطبيق العلاج، في حين لم تظهر أي تغييرات ملحوظة في المجموعة الضابطة، كما استمر تأثير البرنامج في فترة المتابعة التي امتدت لمدة شهرين. وللتعرف على فاعلية برنامج قائم على اللعب والسيكودراما في خفض حدة المخاوف الاجتماعية لدى عينة مكونة من ٤٠ طفلاً في مرحلة رياض الأطفال تتراوح أعمارهم بين ٤: ٦ سنوات بمتوسط عمر ٥ سنوات، قامت نجلاء روبي (٢٠٢١) بتقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية (٢٠ طفلاً) وضابطة (٢٠ طفلاً)، معتمدة على مقياس المخاوف الاجتماعية للأطفال وبرنامج اللعب والسيكودراما. وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي القياسين البعديين للمجموعتين، حيث أظهرت المجموعة التجريبية تحسناً ملحوظاً في مستوى المخاوف الاجتماعية مقارنةً بالمجموعة الضابطة؛ مما يشير إلى فاعلية البرنامج في تقليل المخاوف الاجتماعية للأطفال.

تعقيب على المحور الأول:

- تعكس الدراسات السابقة اهتماماً بتوظيف السيكودراما كأداة فعالة في التعامل مع القلق الاجتماعي لدى الأطفال، حيث أظهرت نتائجها فاعلية البرامج القائمة على السيكودراما في تقليل أعراض القلق الاجتماعي بمختلف مظاهره.
- التنوع في الفئات المستهدفة: استهدفت الدراسات أطفالاً من خلفيات مختلفة، بما في ذلك الأطفال العاديين، والمكفوفين، والأيتام، واللاجئين، وأطفال مرضى السرطان؛ مما يعكس اتساع نطاق استخدام السيكودراما كأداة فعالة في سياقات متعددة.
- تعدد أدوات القياس: اعتمدت الدراسات على مقاييس نفسية متعددة، مثل مقياس القلق الاجتماعي، ومقياس قلق الأداء، وقائمة المخاوف المرضية، والمؤشرات الفسيولوجية، مما يعزز من موثوقية النتائج ويؤكد فاعلية السيكودراما في خفض القلق.
- استخدمت معظم الدراسات تصميمات شبه تجريبية مع مجموعات ضابطة وتجريبية، مما يضيف مصداقية على نتائجها، بالإضافة إلى تطبيق قياسات تتبعية للتحقق من استمرارية الأثر العلاجي للسيكودراما.
- أكدت النتائج على استمرارية تأثير السيكودراما بعد انتهاء البرنامج بفترة زمنية، مما يشير إلى أن هذا النوع من التدخلات يمكن أن يكون له أثر طويل المدى في تقليل القلق الاجتماعي والمخاوف المرتبطة، كما تسهم أيضاً في تحسين احترام الذات، والمهارات الاجتماعية، وخفض الاكتئاب، مما يجعلها أسلوباً علاجياً شاملاً.

المحور الثاني: بحوث ودراسات اهتمت بدراسة العلاقة بين متغيري القلق الاجتماعي والصمت الاختياري

أجرى (Yeganeh et al (2003) دراسة لاختبار فرضية ما إذا كان الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري يظهرون مستويات أعلى من القلق الاجتماعي مقارنةً بالأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي دون صمت اختياري، تكونت العينة من ٤٦ طفلاً،

مقسمين إلى مجموعتين متجانستين (٢٣ طفلاً يعانون من الصمت الاختياري والقلق الاجتماعي)، و(٢٣ طفلاً في مجموعة ضابطة يعانون من القلق الاجتماعي فقط). تم تقييم القلق الاجتماعي والجوانب ذات الصلة بالاضطرابات النفسية من خلال تقييمات من الأطباء والمراقبين، بالإضافة إلى تقارير ذاتية من أولياء الأمور حول القلق الاجتماعي وسلوك الأطفال باستخدام مقاييس متنوعة مثل مقياس السلوك للأطفال. أظهرت النتائج مستويات أعلى من القلق الاجتماعي لدى الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري مقارنةً بالأطفال الذين يعانون من القلق الاجتماعي فقط، كما سجل الأطفال المصابون بالصمت الاختياري درجات أعلى في بُعد الانحرافات السلوكية، مما يشير إلى وجود متلازمة سريرية أوسع لديهم مقارنةً بالأطفال المصابين بالقلق الاجتماعي فقط. وهدفت دراسة (Manassis et al (2003 إلى تطوير بروتوكول تقييم غير لفظي للأطفال المصابين بالصمت الاختياري، لتحسين فهم ملفهم السريري وقدراتهم اللغوية والتعليمية، مع مقارنة هذه القدرات مع أطفال يعانون من القلق الاجتماعي دون صمت اختياري، تكونت عينة الدراسة من ٢٣ طفلاً، ١٤ طفلاً مصاباً بالصمت الاختياري، و٩ أطفال مصابين بالقلق الاجتماعي، تضمنت الدراسة أدوات لقياس القلق الاجتماعي المعتمد، اختبارات معرفية وأكاديمية، بالإضافة إلى تقييمات اللغة والكلام. أظهرت النتائج أن مجموعتي الأطفال المصابين بالصمت الاختياري والقلق الاجتماعي كانتا متشابهتين في مستويات القلق والقدرة الأكاديمية، ومع ذلك أظهر الأطفال المصابون بالصمت الاختياري بعض العوائق اللغوية مقارنةً بالأطفال المصابين بالقلق الاجتماعي، كما تشير النتائج إلى إمكانية تقييم الأطفال المصابين بالصمت الاختياري باستخدام طرق غير لفظية، وأن اضطرابهم يتميز بالقلق وبعض العوائق الطفيفة في اللغة. كذلك سعت دراسة (Muris et al (2016 إلى تحليل العلاقة بين الصمت الاختياري ومستويات القلق الاجتماعي، باستخدام استبيانات لقياس الصمت الاختياري والقلق الاجتماعي لدى ٥٧ طفلاً، تتراوح أعمارهم بين ٣:٦ سنوات. أسفرت النتائج عن أن الأطفال الذين أظهروا مستويات أعلى من الصمت الاختياري كانوا يعانون من مستويات أعلى من القلق الاجتماعي، كما تبين أن الأطفال الذين لديهم مزاج أكثر انفعالاً أو انطوائياً استخدموا عدداً أقل من الكلمات في المهام المقررة، وأن القلق الاجتماعي له دور رئيسي في حدوث الصمت الاختياري، فكلما زادت مستويات القلق الاجتماعي، زادت مستويات الصمت الاختياري. وهدفت أيضاً دراسة (Gensthaler et al (2016 إلى مقارنة سلوكيات الأطفال والمراهقين المصابين بالصمت الاختياري مع الأطفال والمراهقين الذين يعانون من القلق الاجتماعي، ودراسة كيف يتداخل هذان الاضطرابان مع بعضهما البعض، لدى عينة مكونة من ٩٥ طفلاً ومراهقاً مصاباً بالصمت الاختياري، (٧٤ مصاباً بالقلق الاجتماعي)، (٤٦ مصاباً باضطرابات داخلية)، (١١٩ طفلاً ومراهقاً من ذوي التطور الطبيعي)، تتراوح أعمارهم ما بين ٣:١٨ عاماً، تم استخدام مقياس قائمة سلوك الطفل^١ لتقييم الأطفال، ومقياس تقرير الشباب الذاتي^٢ لتقييم المراهقين، كما أجريت مقابلة تشخيصية لدراسة التداخل بين الصمت الاختياري والقلق الاجتماعي، أسفرت النتائج عن اكتشاف القلق الاجتماعي في ٩٤% من الأطفال المصابين بالصمت الاختياري، وأظهر الأطفال المصابون بالصمت الاختياري سلوكيات نفسية مختلفة عن الأطفال المصابين بالقلق الاجتماعي، كما أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين المتغيرين، مع أنماط محددة من التداخل بينهما تختلف عن الاضطرابات الأخرى. كما هدفت دراسة (Milic et al (2020 إلى مقارنة الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري واضطراب القلق الاجتماعي مع الأطفال الذين لا يعانون من أي من هذه الحالات، لمعرفة الفروق والتشابهات بينهم في مستويات القلق والسلوك التجنبي. اشتملت الدراسة ٢٥ طفلاً مصاباً بالصمت

¹ CBCL

² YSR

الاختياري، ١٧ طفلاً مصاباً بالقلق الاجتماعي، و ١٥ طفلاً من مجموعة الضبط. تم استخدام المقابلات والاستبيانات لقياس مستويات القلق الاجتماعي والسلوك التجنبي، أظهرت النتائج أن الأطفال المصابين بالصمت الاختياري واضطراب القلق الاجتماعي كانوا أكثر قلقاً من الأطفال غير المصابين، ولم تكن هناك فروق واضحة بين المجموعتين في القلق الاجتماعي غير اللفظي أو القلق غير الاجتماعي، كما تبين أن كلا المجموعتين (الصمت الاختياري والقلق الاجتماعي) كان لديهما صعوبة أكبر في تكوين صداقات مقارنةً بالأطفال غير المصابين، ومع ذلك أظهر الأطفال المصابين بالصمت الاختياري درجات أعلى في السلوك التجنبي مقارنةً بالأطفال المصابين بالقلق الاجتماعي والأطفال غير المصابين، كما تشير النتائج إلى أن هناك علاقة ارتباطية دالة قوية بين الصمت الاختياري واضطراب القلق الاجتماعي، مع تشابه الأعراض بين الفئتين، ولكن قد يظهر الأطفال المصابين بالصمت الاختياري شدة أكبر في بعض الأعراض في سن مبكرة. واهتمت دراسة Muris & Ollendick, (2021) بفحص العلاقة بين الصمت الاختياري واضطراب القلق الاجتماعي واضطراب طيف التوحد لدى عينة من أطفال الروضة، مشيرين إلى أن الصمت الاختياري قد يتضمن - في بعض الحالات - مشكلات تتعلق بالتوحد بجانب القلق الاجتماعي، وأن الصمت الاختياري واضطراب القلق الاجتماعي واضطراب طيف التوحد هي حالات سريرية تشترك في سمات اجتماعية مشابهة. أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين الصمت الاختياري والقلق الاجتماعي، وبينه وبين أعراض طيف التوحد، هذه العلاقة قد تساعد في فهم كيفية تأثير السمات المرتبطة بالتوحد في التحديات الاجتماعية المرتبطة بالصمت الاختياري.

وفي نفس الصدد هدفت دراسة Poole et all (2021) إلى مقارنة مستويات القلق الاجتماعي بين الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري واضطراب القلق الاجتماعي معاً مقارنةً بالأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي فقط، عبر مجموعة من المقاييس السلوكية، النفسية الفسيولوجية، وتقارير الأطفال، الآباء، والمعلمين. تكونت العينة من ١٥٨ طفلاً، تم تصنيفهم إلى ثلاث مجموعات ١- (١٤٨ طفلاً يعانون من الصمت الاختياري والقلق الاجتماعي العالي)، ٢- (٤٨ طفلاً يعانون من القلق الاجتماعي العالي دون الصمت الاختياري)، ٣- (٦٢ طفلاً في مجموعة ضابطة). أظهرت النتائج أن مجموعتي (١، ٢) كانتا متشابهتين في سلوكيات القلق الاجتماعي غير اللفظية، استجابة الكورتيزول، وأعراض القلق الاجتماعي وفقاً لتقارير الآباء والأطفال، في حين أظهر الأطفال في مجموعة (١) مستويات أعلى من القلق الاجتماعي وفقاً لتقارير المعلمين وسلوكيات القلق الاجتماعي اللفظية مقارنةً بمجموعة (٢)، كما أظهرت المجموعة الضابطة استجابة كورتيزول أقل ومستويات قلق اجتماعي أقل. وحاولت دراسة Schwenck et all (2021) تحديد ما إذا كان الصمت الاختياري اضطراباً مستقلاً أو مجرد شكل متطرف من اضطراب القلق الاجتماعي، ومقارنة مستويات القلق بين الأطفال المصابين بالصمت الاختياري، وأولئك الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي، لدى عينة من ٥٢ طفلاً مصاباً بالصمت الاختياري، ١٨ طفلاً يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي، و ٤١ طفلاً من ذوي التطور الطبيعي. شارك الأطفال في تقييم ٢١ فيديو، تتضمن مواقف محايدة أو محرجة أو تتطلب التحدث، بهدف قياس مستويات القلق لديهم. أشارت النتائج إلى أن الصمت الاختياري هو اضطراب قلق مستقل، له نمط قلق خاص به، وليس مجرد شكل متطرف من اضطراب القلق الاجتماعي، كما أسفرت عن عدم وجود اختلاف عام في مستويات القلق بين الأطفال المصابين بالصمت الاختياري وأولئك المصابين بالقلق الاجتماعي، حيث تم تصنيف المواقف المحرجة بشكل مشابه من قبل المجموعتين، مع ذلك شعر

الأطفال المصابون بالصمت الاختياري بأن المواقف التي تتطلب التحدث تثير قلقًا أكبر مقارنةً بالأطفال في المجموعتين الأخرين، وكانت هذه المواقف أكثر إثارة للقلق لديهم. كما هدفت دراسة (Muris et al (2021) للكشف عن العلاقة بين الصمت الاختياري، والقلق الاجتماعي، والسمات التوحدية، والسلوك التجنبي، وفهم كيفية تأثير كل من هذه العوامل على السلوك الصامت لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، اشتملت العينة ١٧٢ طفلاً تتراوح أعمارهم بين ٣: ٦ سنوات، في مرحلة ما قبل المدرسة، تم جمع البيانات من خلال استبيانات الصمت الاختياري، والقلق الاجتماعي، والسمات التوحدية، والسلوك التجنبي عبر الإنترنت، تم تعيينها من قبل عائلات الأطفال. أسفرت النتائج عن وجود علاقات إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الصمت الاختياري وكل من القلق الاجتماعي، والسمات التوحدية، والسلوك التجنبي، كما كشفت تحليلات الانحدار أن القلق الاجتماعي والسمات التوحدية لهما تأثيراً كبيراً في تفسير تباين درجات الصمت الاختياري لدى الأطفال؛ مما يشير إلى أن القلق الاجتماعي يلعب دوراً رئيسياً في الصمت الاختياري لدى الأطفال.

تعقيب على المحور الثاني

- أكدت معظم الدراسات وجود ارتباط دال بين الصمت الاختياري واضطراب القلق الاجتماعي.
- تعددت الأدوات المستخدمة في القياس وجمع البيانات، مثل الاستبيانات، التقارير الذاتية من أولياء الأمور، المقاييس الفسيولوجية، التقييمات التشخيصية السريرية، والاختبارات غير اللفظية، مما عزز موثوقية النتائج وكشف عن أبعاد مختلفة للاضطرابين.
- تشير معظم النتائج إلى ضرورة التدخل المبكر لمعالجة الصمت الاختياري، ليس فقط من منظور القلق الاجتماعي، ولكن أيضاً لفهم التحديات اللغوية والمعرفية والسلوكية المصاحبة له.
- بعض الدراسات اعتمدت على عينات صغيرة نسبياً، كما هو الحال في دراسة (Manassis et al. (2003 التي اقتصرت على ٢٣ طفلاً، مما قد يؤثر على تعميم النتائج، ويلزم الحاجة إلى دراسات مستقبلية تستخدم عينات أكبر وأكثر تنوعاً من حيث الخلفيات الثقافية والاجتماعية.

فروض البحث:

- (١) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة (من أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري) في القياس البعدي للقلق الاجتماعي (الأبعاد والدرجة الكلية) في اتجاه المجموعة التجريبية.
- (٢) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (من أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري) في القياسين القبلي والبعدي للقلق الاجتماعي (الأبعاد والدرجة الكلية) في اتجاه القياس البعدي.
- (٣) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (من أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري) في القياسين البعدي والنتبعي للقلق الاجتماعي (الأبعاد والدرجة الكلية).

منهج البحث:

أولاً التصميم المنهجي:

اعتمد البحث الحالي على المنهج شبه التجريبي؛ للتحقق من كفاءة برنامج قائم على السيكودراما (متغير مستقل)، للحد من القلق الاجتماعي (متغير تابع) لدى عينة من ذوي أعراض الصمت الاختياري من أطفال الروضة، وتم استخدام التصميم التجريبي ذي المجموعتين المتكافئتين (التجريبية والضابطة)، للوقوف على أثر البرنامج (القياس البعدي) على متغيرات البحث، والتحقق من استمرارية كفاءة البرنامج بعد فترة المتابعة (القياس التتبعي للمجموعة التجريبية).

ثانياً عينة البحث:

(١) **عينة الخصائص القياسية:** تكونت عينة حساب الخصائص القياسية من (٣٠) طفلاً من أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري، تراوحت أعمارهم الزمنية بين (٤: ٦) سنوات، بمتوسط حسابي (٥,٧) سنوات، وانحراف معياري (٠,٩٦١)، من المتحقيين بعدد من المدارس بمدينة شرم الشيخ، محافظة جنوب سيناء، بهدف التحقق من الخصائص القياسية لأدوات البحث.

(٢) **عينة البحث الأساسية:** تكونت عينة البحث في صورتها النهائية من (٢٠) طفلاً من أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري، بمدرسة جيل أكتوبر الابتدائية بمنطقة الهضبة بشرم الشيخ، محافظة جنوب سيناء، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية واشتملت على ١٠ أطفال (٥ ذكور، ٥ إناث)، والمجموعة الضابطة واشتملت على ١٠ أطفال (٦ ذكور، ٤ إناث)، تراوحت أعمارهم ما بين (٤: ٦) عامًا، بمتوسط حسابي (٥,٦) عامًا، وانحراف معياري (٠,٨٨٥)، ومعامل الذكاء من (٩٠: ١١٠).

- خطوات اختيار عينة البحث:

تم اختيار عينة البحث الأساسية من ٣٣ طفلاً (ذكور وإناث) في مرحلة الروضة، استناداً إلى ملاحظات المعلمات. ثم تم تطبيق مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة لتحديد معامل الذكاء (٩٠-١١٠)، مما أسفر عن استبعاد ٤ أطفال تجاوزوا هذا النطاق. كما تم استبعاد ٣ أطفال بناءً على مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، حيث تجاوز مستواهم المحدد (فوق المتوسط). بالإضافة إلى ذلك تم استبعاد ٤ أطفال لم تظهر لديهم أعراض الصمت الاختياري، وطفلين لديهما مستوى منخفض من القلق الاجتماعي، وتم التحقق من أن جميع الأطفال لا يعانون من أي مشكلات سمعية أو بصرية أو حركية. بعد عملية الفرز تكونت العينة النهائية من ٢٠ طفلاً، قُسموا بالتساوي إلى مجموعتين متكافئتين من حيث العمر، مستوى الذكاء، المستوى الاجتماعي الاقتصادي، أعراض الصمت الاختياري، ومستوى القلق الاجتماعي. تضمنت المجموعة التجريبية ١٠ أطفال، والمجموعة الضابطة ١٠ أطفال.

- التحقق من تكافؤ مجموعتي الدراسة:

تم التحقق من تكافؤ المجموعتين (التجريبية، الضابطة) قبل تطبيق البرنامج التدريبي وذلك من حيث: العمر الزمني، ومعامل الذكاء، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، وأعراض الصمت الاختياري، ومستوى القلق الاجتماعي، وذلك باستخدام اختبار مان-ويتني Mann-Whitney U Test ، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (١) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيية والضابطة في المتغيرات الخاصة بالتكافؤ (ن = ٢ = ١٠)

المتغير	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
العمر الزمني	التجريبية	١٠	٥,٥٠	٩,٥٠	٩٥,٠٠	٤٠,٠٠	٩٥,٠٠	٠,٧٦١	غير دالة
	الضابطة	١٠	٥,٧٠	١١,٥٠	١١٥,٥٠				
معامل الذكاء	التجريبية	١٠	٩٧,٢٠	٩,٢٥	٩٢,٥٠	٣٧,٥٠	٩٢,٥٠	٠,٩٦٩	غير دالة
	الضابطة	١٠	٩٨,٨٠	١١,٧٥	١١٧,٥٠				
المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة	التجريبية	١٠	٥٣,٤٠	١١,٠٠	١١٠,٠٠	٤٥,٠٠	١٠٠,٠٠	٠,٣٨٨	غير دالة
	الضابطة	١٠	٥٢,٨٠	١٠,٠٠	١٠٠,٠٠				
التباكم الانتقائي	التجريبية	١٠	٤٩,٧٠	١٠,٩٥	١٠٩,٥٠	٤٣,٥٠	١٠٠,٥٠	٠,٣٤١	غير دالة
	الضابطة	١٠	٤٨,٩٠	١٠,٠٥	١٠٠,٥٠				
الخوف من المواقف الاجتماعية	التجريبية	١٠	٢٦,٣٠	٩,٩٠	٩٩,٠٠	٤٤,٠٠	٩٩,٠٠	٠,٤٥٩	غير دالة
	الضابطة	١٠	٢٧,٠٠	١١,١٠	١١١,٠٠				
تجنب التفاعلات الاجتماعية	التجريبية	١٠	٣٠,١٠	١١,١٥	١١١,٥٠	٤٣,٥٠	٩٨,٥٠	٠,٤٩٥	غير دالة
	الضابطة	١٠	٢٩,٥٠	٩,٨٥	٩٨,٥٠				
الأعراض الفسيولوجية للقلق الاجتماعي	التجريبية	١٠	٢٦,٧٠	٩,٧٥	٩٧,٥٠	٤٢,٥٠	٩٧,٥٠	٠,٥٧٥	غير دالة
	الضابطة	١٠	٢٧,١٠	١١,٢٥	١١٢,٥٠				
الدرجة الكلية	التجريبية	١٠	٨٣,١٠	١٠,٢٥	١٠٢,٥٠	٤٧,٥٠	١٠٢,٥٠	٠,١٩٠	غير دالة
	الضابطة	١٠	٨٣,٦٠	١٠,٧٥	١٠٧,٥٠				

* قيمة Z الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) تساوي ١,٩٦

يتضح من الجدول السابق أن جميع الفروق بين متوسطات المجموعتين (التجريبية، الضابطة) غير دالة إحصائياً، وهذا يعني أنه لا توجد فروق بين المجموعتين في المتغيرات المحددة والخاصة بالعمر الزمني، ومعامل الذكاء، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، وأعراض الصمت الاختياري، ومستوى القلق الاجتماعي، ويرجع ذلك لعدم دلالة قيمة (Z)؛ حيث إنها أقل من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، وبذلك يتحقق تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في هذه المتغيرات قبل التطبيق التجريبي.

ثالثاً أدوات البحث:
أدوات ضبط العينة وتمثلت فيما يلي:

١. مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء "الصورة الخامسة": ترجمة وتقنين: محمد طه، وعبد الموجود عبد السميع، وإشراف: محمود أبو النيل (٢٠١١)
- هدف المقياس: يقيس الذكاء من خلال خمسة عوامل رئيسية (الاستدلال السائل، المعرفة، الاستدلال الكمي، المعالجة البصرية - المكانية، والذاكرة العاملة)، موزعة على المجالين اللفظي وغير اللفظي.
 - وصف المقياس: يتكون من ١٠ اختبارات فرعية موزعة على المجالين اللفظي وغير اللفظي، وتشمل اختبارات مصغرة متفاوتة الصعوبة. يُطبق فردياً لقياس الذكاء والقدرات المعرفية، ويُناسب الفئات العمرية من ٢ إلى ٨٥ سنة. تتراوح مدة تطبيقه ما بين ١٥: ٧٥ دقيقة حسب نوع المقياس، حيث يستغرق التطبيق الكلي من ٤٥: ٧٥ دقيقة، والبطارية المختصرة من ١٥: ٢٠ دقيقة، والمجالين اللفظي وغير اللفظي حوالي ٣٠ دقيقة لكل منهما، يوفر عدة مقاييس فرعية:
 - أ- نسبة ذكاء البطارية المختصرة: تتضمن اختبار سلاسل الموضوعات/ المصفوفات واختبار المفردات، وتُستخدم في التقييمات النيوروسيكولوجية.
 - ب- نسبة الذكاء غير اللفظية: تُستخدم مع الأفراد ذوي الإعاقات السمعية، اضطرابات التواصل، الذاتية، صعوبات التعلم، وإصابات المخ.
 - ج- نسبة الذكاء اللفظية: تكمل المقياس غير اللفظي وتقيس نفس العوامل المعرفية.
 - د- نسبة الذكاء الكلية: ناتج جمع المجالين اللفظي وغير اللفظي.
٢. مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة إعداد عبد العزيز الشخص (٢٠١٣)
- وصف المقياس: يهدف المقياس إلى تحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة. يتكون من خمسة أبعاد: متوسط دخل الفرد الشهري، وظيفة رب الأسرة، مستوى تعليمه، وظيفة ربة الأسرة، ومستوى تعليمها.
 - طريقة استخدام المقياس: يتم اشتقاق المستوى باستخدام معادلة تنبؤية للتنبؤ بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي لكل حالة على حدة، وذلك عن طريق وضع الدرجات التي تعبر عن قيم المتغيرات (س١، س٢، س٣، س٤، س٥)، وضرب كل منهما في قيمة الثابت المقابل لها، وجمع الناتج على الثابت العام، وبذلك يمكن الحصول على الدرجات الخام المعبرة عن المستويات الاجتماعية الاقتصادية لأفراد العينة، ويمكن استخدام الدرجة مباشرة لمجانسة المجموعات أو تحويلها إلى مستويات لتحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي، وبذلك تكون أدنى درجة (٥) وأعلى درجة (٤١)، وحتى يمكن فهم الدرجات بصورة أفضل سيتم ضرب النتائج ص مرة أخرى $\times 10$ ، وعلى ذلك تصبح الدرجات المحددة للمستوى الاجتماعي الاقتصادي تمثل متصل من ١٠ إلى ٧٧، وفقاً للمستويات السبعة التالية: منخفض جداً، منخفض، دون المتوسط، متوسط، فوق المتوسط، مرتفع، مرتفع جداً. وقد تم استخدام مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة في التأكد من تكافؤ العينة التجريبية والضابطة.
 - الخصائص القياسية للمقياس: قام مُعد المقياس بحساب مصفوفة الارتباط البينية للمتغيرات الخمسة المستقلة والمتغير التابع، وكانت دالة عند (٠,٠٠٠١) وكذلك دلالة معامل الإنحدار دال عند (٠,٠٠٠١)، وحساب درجة إسهام كل متغير مستقل في التنبؤ بالمتغير التابع، وكان (٩٧٪) من تباين المتغير المستقل (المستوى الاجتماعي الاقتصادي) يرجع إلى المتغيرات المستقلة، ويعد ذلك مؤشراً على صلاحية استخدام المقياس.

أدوات البحث

١. مقياس القلق الاجتماعي لأطفال الروضة إعداد الباحثين:

خطوات إعداد المقياس:

- إعداد الصورة الأولية للمقياس: لإعداد الصورة الأولية للمقياس تم اتباع ما يلي:
 - الاطلاع على عدد من الكتابات النظرية "أدبيات البحث" المتمثلة في الإطار النظري للبحث الحالي، وما تتضمنه من تعريفات تناولت القلق الاجتماعي ومظاهره وأعراضه، وأهم أبعاده، والأسباب المؤدية إلى القلق الاجتماعي، وتشخيص القلق الاجتماعي، ومنها: Den Boer, 2000؛ Kashdan, 2002؛ سهير أحمد (٢٠٠٣)؛ Merikangas et al., 2003؛ فائقة بدر (٢٠٠٥)؛ حامد زهران (٢٠٠٥)؛ Ozturk & Mutlu, 2010؛ Matsumoto, 2009؛ إبراهيم الشافعي وأحمد متولي، ٢٠١١؛ Hulme et al., 2012؛ الدليل الإحصائي والتشخيصي الطبعة الخامسة (DSM-5) American Psychiatric Association, 2013؛ لمياء بيومي وسليمان يوسف، ٢٠١٣؛ محمود كاظم محمود (٢٠١٣)؛ Cohen et al., 2015؛ لطفي الشربيني (٢٠١٥)؛ McEvoy et al., 2018؛ Carnahan et al., 2019؛ Emmelkamp et al., 2020؛ إبراهيم أحمد والسيد أحمد، ٢٠٢١.
- الاطلاع على بعض الدراسات والبحوث العربية والأجنبية التي اهتمت بالقلق الاجتماعي وأبعاده لدى أطفال الروضة.
- الاطلاع على عدد من الأدوات والاختبارات والمقاييس التي تم تصميمها لقياس القلق الاجتماعي باختلاف أبعاده؛ حتى يمكن الاسترشاد بها في إعداد المقياس الحالي، ومن أهم هذه المقاييس والأدوات (مقياس القلق للمراهقين إعداد/ مجدي محمد الدسوقي (١٩٩٧)، مقياس القلق الاجتماعي إعداد/ (La Greca & Lopez, 1998)، مقياس القلق الاجتماعي للمراهقين إعداد/ (Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000)، مقياس القلق الاجتماعي إعداد (Flanagan, 2005)، قائمة القلق الاجتماعي إعداد (Maley, 2006)، مقياس اضطراب القلق الاجتماعي إعداد (Landell, 2010)، مقياس قلق التفاعل الاجتماعي إعداد (Wilson, 2010)، مقياس القلق الاجتماعي إعداد/ (Campbell, 2010)، مقياس القلق الاجتماعي إعداد علاء علي حجازي (٢٠١٣)، مقياس القلق الاجتماعي إعداد خديجة محمد عبد المالك (٢٠١٣)، مقياس القلق الاجتماعي إعداد رانيا جمال عبد الوهاب (٢٠١٨)، مقياس القلق الاجتماعي للمراهقين والراشدين (الصورتان أ، ب) إعداد Liebowitz وترجمة وتعريب وتقنين إبراهيم الشافعي (٢٠١٨)، ومقياس الخوف الاجتماعي إعداد/ فاطمة إبراهيم محمد (٢٠١٩).
- صياغة مفردات المقياس في صورته الأولية للعرض على السادة المحكمين، وتتضمن الصورة الأولية (٣٦) مفردة موزعة على (٣) أبعاد:
 - البعد الأول الخوف من المواقف الاجتماعية: يشير إلى مدى الخوف نتيجة التفكير في التعرض لمواقف اجتماعية يواجه فيها الآخرين، وتوقع الفرد ارتكاب أخطاء أو الظهور بشكل سيئ؛ مما يسبب ذلك الخوف من تقييم الآخرين السلبي، والنقد الجارح، ونظراتهم إلى الفرد، ويشمل (١١) مفردة.
 - البعد الثاني تجنب التفاعلات الاجتماعية: يشير إلى مدى خوف وارتباك الفرد نتيجة تفاعله مع فرد أو مجموعة من الناس، مما يتطلب التعامل معهم والتحدث والنقاش والتواصل وتبادل الأفكار، ويشمل (١٤) مفردة.

- البعد الثالث الأعراض الفسيولوجية للقلق الاجتماعي: يشير إلى التغيرات الفسيولوجية الجسمية التي تحدث نتيجة التعرض لموقف اجتماعي باعث للقلق، وتتمثل أهم أعراضه في تسارع ضربات القلب، جفاف الحلق، الدوار، ارتجاف (رعشة) الأطراف، ارتفاع ضغط الدم، زيادة سرعة التنفس، آلام المعدة، الصداع ... وغيرها، ويشمل (١١) مفردة.

• تم عرض المقياس في صورته الأولية على (١٠) من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية والتربية الخاصة لتحديد مدى مناسبة العبارات لقياس القلق الاجتماعي لدى أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري، وتم إجراء التعديلات المقترحة للسادة المحكمين، حيث تم حذف العبارة (١١) من البعد الثاني تجنب التفاعلات الاجتماعية، وتعديل وإعادة صياغة بعض العبارات، وتراوحت نسب الاتفاق بين السادة المحكمين على مدى صلاحية العبارات بين (٨٠ : ١٠٠٪)، وأصبح المقياس مكون من (٣٥) عبارة لقياس القلق الاجتماعي لدى أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري.

الخصائص القياسية لمقياس القلق الاجتماعي الاتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، ثم حساب الارتباط بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس، ويتضح ذلك فيما يلي:

جدول (٢) معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من عبارات مقياس القلق الاجتماعي والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه (ن=٣٠)

البُعد	م	معامل الارتباط	البُعد	م	معامل الارتباط	البُعد	م	معامل الارتباط
(١) الخوف من المواقف الاجتماعية	١	٠,٧١٠ **	(٢) تجنب التفاعلات الاجتماعية	١٢	٠,٨٠٢ **	(٣) الأعراض الفسيولوجية للقلق الاجتماعي	٢٥	٠,٧٠٢ **
	٢	٠,٧٥٤ **		١٣	٠,٦٢٠ **		٢٦	٠,٦٢٠ **
	٣	٠,٥١٧ **		١٤	٠,٨٠٢ **		٢٧	٠,٨٢٧ **
	٤	٠,٧٨٢ **		١٥	٠,٦٥٤ **		٢٨	٠,٧٢٧ **
	٥	٠,٨١٢ **		١٦	٠,٧٨١ **		٢٩	٠,٧٨٤ **
	٦	٠,٧٤٤ **		١٧	٠,٧٦٢ **		٣٠	٠,٦٦٩ **
	٧	٠,٦٧٥ **		١٨	٠,٥٦٦ **		٣١	٠,٧٢٧ **
	٨	٠,٧٨١ **		١٩	٠,٨٢٦ **		٣٢	٠,٥٤٩ **
	٩	٠,٦١١ **		٢٠	٠,٧١١ **		٣٣	٠,٦٥٧ **
	١٠	٠,٧٦٥ **		٢١	٠,٨١٨ **		٣٤	٠,٨٠٩ **

** ٠,٧٥٨	٣٥	** ٠,٧٤٨	٢٢	٠,٧٩٧	١١
		** ٠,٧٧١	٢٣	**	
		** ٠,٧١٤	٢٤		

** دال عند مستوى (٠,٠١) * دال عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من جدول (٢) أنه توجد علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين درجة كل مفردة من مفردات مقياس القلق الاجتماعي لأطفال الروضة، والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة، مما يدل على أن هناك اتساق بين مفردات مقياس القلق الاجتماعي لأطفال الروضة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة، وقد تحققت في معدلات اتساق موجبة ودالة احصائياً عند مستوى (٠,٠١)، مما يؤكد الاتساق الداخلي للمقياس.

جدول (٣) معاملات ارتباط الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس القلق الاجتماعي (ن=٣٠)

الأبعاد	الخوف من المواقف الاجتماعية	تجنب التفاعلات الاجتماعية	الأعراض الفسيولوجية للقلق الاجتماعي	الكلية
الخوف من المواقف الاجتماعية	-			
تجنب التفاعلات الاجتماعية	** ٠,٨١١	-		
الأعراض الفسيولوجية للقلق الاجتماعي	** ٠,٧٧١	** ٠,٧٢٦	-	
الدرجة الكلية	** ٠,٨٦٥	** ٠,٨٣٠	** ٠,٨١٠	-

** دال عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من جدول (٣) أنه توجد علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين درجة كل بُعد من الأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية لمقياس القلق الاجتماعي؛ مما يدل على أن هناك اتساق بين أبعاد مقياس القلق الاجتماعي لأطفال الروضة والمقياس ككل.

حساب الصدق:

• صدق التمييز بين المجموعات المتضادة:

تم استخدام صدق التمييز بين المجموعات المتضادة لمعرفة قدرة المقياس على التمييز في الصفة التي يقيسها (القلق الاجتماعي)، وتم حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات أطفال الروضة ذوي الصمت الاختياري (ن=٣٠)، وأطفال الروضة العاديين (ن=٣٠)، على مقياس القلق الاجتماعي لأطفال الروضة.

جدول (٤) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم اختبار (ت) ودالاتها بين أطفال الروضة ذوي الصمت الاختياري وأطفال الروضة العاديين على مقياس القلق الاجتماعي لأطفال الروضة

الأبعاد	أطفال الروضة ذوي الصمت الاختياري		أطفال الروضة العاديين		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الخوف من المواقف الاجتماعية	٢٤,٣٧	٢,١٤	١٧,١٦	٢,٥٤	٧,٢٤٥	٠,٠١
تجنب التفاعلات الاجتماعية	٢٦,١٧	٢,٧٧	١٦,٧٦	٢,٦٤	٩,٢٩٧	٠,٠١
الأعراض الفسيولوجية للقلق الاجتماعي	٢٠,٨٩	١,٦٩	١٥,٤٢	١,٢٢	٦,٣٤٦	٠,٠١
الدرجة الكلية	٧١,٤٣	٦,٣٧	٤٩,٣٤	٤,٤٦	١٤,٦١٨	٠,٠١

يتضح من جدول (٤) وجود فروق بين أطفال الروضة ذوي الصمت الاختياري وأطفال الروضة العاديين على مقياس القلق الاجتماعي لأطفال الروضة، حيث جاءت قيمة (ت) دالة احصائياً عند مستوى (٠,٠١) في اتجاه أطفال الروضة ذوي الصمت الاختياري، مما يعني تمتع المقياس وأبعاده بصدق تمييزي قوي.

حساب الثبات:

(١) طريقة معامل ألفا كرونباخ: تم حساب معاملات الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ، لأبعاد المقياس (مع حذف درجة المفردة)، كما يتضح في الجدول التالي.

جدول (٥) حساب معاملات ألفا لمقياس القلق الاجتماعي لأطفال الروضة (ن=٣٠)

الأعراض الفسيولوجية للقلق الاجتماعي معامل ألفا للبعد = ٠,٧٦٢		تجنب التفاعلات الاجتماعية معامل ألفا للبعد = ٠,٧٨٨		الخوف من المواقف الاجتماعية معامل ألفا للبعد = ٠,٨٠٩	
معامل ألفا (مع حذف المفردة)	رقم المفردة	معامل ألفا (مع حذف المفردة)	رقم المفردة	معامل ألفا (مع حذف المفردة)	رقم المفردة
٠,٧١٢	٢٥	٠,٧٠٢	١٢	٠,٧٨٠	١
٠,٦٩٩	٢٦	٠,٧٨٨	١٣	٠,٧٥٤	٢
٠,٧٥٥	٢٧	٠,٧٤٩	١٤	٠,٧١٧	٣
٠,٧٦٧	٢٨	٠,٧٧٥	١٥	٠,٧٨٢	٤
٠,٧٠٩	٢٩	٠,٧٨١	١٦	٠,٧٧٨	٥
٠,٧٢٨	٣٠	٠,٧٦٨	١٧	٠,٧٩٤	٦
٠,٧١٩	٣١	٠,٧٧٧	١٨	٠,٧٧٥	٧
٠,٧٢٢	٣٢	٠,٧٦٥	١٩	٠,٧٨١	٨
٠,٧٣٢	٣٣	٠,٧٧٣	٢٠	٠,٨٠٠	٩
٠,٧٤٣	٣٤	٠,٧٦٦	٢١	٠,٧٦١	١٠
٠,٧١٠	٣٥	٠,٧١٣	٢٢	٠,٧٢٢	١١
		٠,٧٥٥	٢٣		
		٠,٧٠٣	٢٤		

يتضح من جدول (٥) أن جميع معامل ألفا لكرونباخ لكل بعد فرعي (مع حذف درجة المفردة) أقل من أو تساوي معامل ألفا العام للبعد الفرعي الذي تنتمي إليه المفردة، أي أن تدخل المفردة لا يؤدي إلى انخفاض معامل ثبات البعد الفرعي الذي تنتمي إليه المفردة، وأن استبعادها يؤدي إلى خفض المعامل، وهذا يعني ثبات جميع المفردات وثبات المقياس ككل، مما يؤكد ثبات المقياس وصلاحيته للاستخدام.

(٢) طريقة التجزئة النصفية: تم حساب معاملات الثبات باستخدام التجزئة النصفية وكانت النتائج كالتالي:

جدول (٦) معاملات الثبات لمقياس القلق الاجتماعي لأطفال الروضة باستخدام التجزئة النصفية

م	أبعاد المقياس	معامل الثبات بطريقة (جتمان)
١	الخوف من المواقف الاجتماعية	٠,٧٨٧
٢	تجنب التفاعلات الاجتماعية	٠,٧٧٠

٠,٨١٢	الأعراض الفسيولوجية للقلق الاجتماعي	٣
٠,٨٦٠	الدرجة الكلية	

من الجدول السابق يتضح أن جميع معاملات الثبات مرتفعة نسبياً، وهذا يعني ثبات جميع الأبعاد وثبات المقياس ككل، مما يؤكد صلاحيته للاستخدام في الدراسة الحالية.

- المقياس في صورته النهائية:

يتكون المقياس في صورته النهائية من ٣٥ مفردة موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية: (البعد الأول الخوف من المواقف الاجتماعية: ١١ مفردة ويمثله العبارات (من ١ إلى ١١)، البعد الثاني تجنب التفاعلات الاجتماعية: ١٣ مفردة ويمثله العبارات (من ١٢ إلى ٢٤)، البعد الثالث الأعراض الفسيولوجية للقلق الاجتماعي: ١١ مفردة ويمثله العبارات (من ٢٥ إلى ٣٥). تم تحديد أسلوب الاستجابة على المفردات باستخدام ثلاثة بدائل هي (كثيراً = ٣، أحياناً = ٢، نادراً = ١)، جميع عبارات المقياس تم صياغتها بصيغة سالبة، بحيث تشير الدرجة المرتفعة إلى زيادة القلق الاجتماعي لدى الطفل، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاضه.

٢. مقياس التباكم الانتقائي (موجه للمعلمين والآباء) إعداد فاطمة الزهراء النجار (٢٠١٥)

- الهدف من المقياس: تشخيص أعراض الصمت الاختياري أو التباكم لدى الأطفال.
- وصف المقياس: يتكون المقياس من (٢٠) عبارة، تتناول الأعراض المرتبطة باضطراب الصمت الاختياري السلوكية والعضوية المختلفة التي تنتاب الطفل، ويلاحظها المعلمون والآباء، ويُجاب على فقرات المقياس وفقاً لمستويات ثلاثة وهي: (دائماً - أحياناً - أبداً)، يمنح الطفل وفقاً لاستجابته (٣ - ٢ - ١) درجة بالترتيب.

- حساب الصدق:

أ- صدق المحكمين: للتحقق من صدق المقياس تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين من أساتذة علم النفس والتربية الخاصة وبعض الأطباء النفسيين بالعيادات النفسية، حيث أجمع الأساتذة على صلاحية المقياس للتطبيق بمعامل اتفاق يصل نحو (٩٠٪)، وتم تعديل بعض بنود المقياس وفقاً لآراء السادة المحكمين.

ب- صدق المحتوى: استعانت مُعدة المقياس بالعديد من الدراسات السابقة والتراث النفسي للتعرف على العلامات المرضية المصاحبة للاضطراب، والتي تناولها مقياس التباكم الانتقائي وصياغة بنود المقياس.

- حساب الثبات:

قامت مُعدة المقياس بالتحقق من الثبات بطريقة التجزئة النصفية، من خلال حساب معاملات الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها الأطفال المترددين على العيادات النفسية بمركز النخبة الطبي العيادات النفسية، ويعانون من اضطراب التباكم، تم حساب معامل الارتباط بين درجات العبارات الفردية ودرجات العبارات الزوجية للمقياس، حيث تراوحت درجات معامل الارتباط بين (٧٧ - ٨٥) وهي قيم دالة إحصائياً؛ مما يؤكد أن المقياس يحظى بثبات مقبول.

الخصائص القياسية لمقياس التباكم الانتقائي في الدراسة الحالية:

الاتساق الداخلي: تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس:

جدول (٧) معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من عبارات مقياس التباكم الانتقائي والدرجة الكلية للمقياس (ن=٣٠)

م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
١	** ٠,٧١١	٦	** ٠,٧١٠	١١	** ٠,٨٠٢	١٦	** ٠,٨٠٢
٢	** ٠,٧٤٦	٧	** ٠,٧٥٤	١٢	** ٠,٦٢٠	١٧	** ٠,٧٢٠
٣	** ٠,٥٦٢	٨	** ٠,٥١٧	١٣	** ٠,٧٦٧	١٨	** ٠,٨٠٢
٤	** ٠,٧٨٢	٩	** ٠,٧٨٢	١٤	** ٠,٧٠٥	١٩	** ٠,٦٥٤
٥	** ٠,٥٤٩	١٠	** ٠,٧٤٤	١٥	** ٠,٧٠٠	٢٠	** ٠,٧٦٢

** دال عند مستوى (٠,٠١) * دال عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من جدول (٧) أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجة كل مفردة من مفردات مقياس التباكم الانتقائي لأطفال الروضة، والدرجة الكلية للمقياس، مما يدل على أن هناك اتساق بين مفردات مقياس التباكم الانتقائي، وقد تحققت في معدلات اتساق موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، مما يؤكد الاتساق الداخلي للمقياس.

حساب الصدق:

• **صدق التمييز بين المجموعات المتضادة:** لمعرفة قدرة المقياس على التمييز في الصفة التي يقسيها (الصمت الاختياري)، تم حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات أطفال الروضة ذوي الصمت الاختياري (ن=٣٠)، وأطفال الروضة العاديين (ن=٣٠)، على مقياس التباكم الانتقائي.

جدول (٨) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم اختبار (ت) ودلالاتها بين أطفال الروضة ذوي الصمت الاختياري وأطفال الروضة العاديين على مقياس التباكم الانتقائي

الأبعاد	أطفال الروضة ذوي الصمت الاختياري		أطفال الروضة العاديين		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الدرجة الكلية لمقياس التباكم الانتقائي	٤٨,٦٦	٥,٣٧	٢٧,٠٠	٣,٤٦	١٠,٦١٨	٠,٠١

يتضح من جدول (٨) وجود فروق بين أطفال الروضة ذوي الصمت الاختياري وأطفال الروضة العاديين على مقياس التباكم الانتقائي؛ حيث جاءت قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) في اتجاه أطفال الروضة ذوي الصمت الاختياري، مما يعني تمتع المقياس وأبعاده بصدق تمييزي قوي.

حساب الثبات:

تم حساب الثبات للمقياس بواسطة إعادة تطبيق المقياس Test-Retest على عينة البحث القياسية، والتي اشتملت (٣٠) طفلاً وطفلة من أطفال الروضة، بفواصل زمني قدره (١٥) يوماً من التطبيق الأول، ثم حساب معاملات الارتباط بين درجات التطبيقين الأول والثاني وبلغ (٠,٨٩٢)؛ مما يدل على تمتع المقياس بدرجة ثبات مرتفعة.

٣. **البرنامج التدريبي القائم على السيودراما لدى أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري (إعداد الباحثين)**

أهداف البرنامج:

- الهدف العام للبرنامج: يهدف البرنامج إلى الحد من القلق الاجتماعي لدى أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٤-٦) سنوات، من خلال التدريب على بعض فنيات وممارسات وأنشطة السيكدوراما.
- الأهداف الخاصة للبرنامج: وتشمل زيادة قدرة الأطفال على الثقة بالنفس، وترتيب الأفكار، ومواجهة المواقف التي تثير القلق، واكتساب القدرة على مواجهة المواقف الاجتماعية بهدوء، بالإضافة إلى القدرة على ضبط النفس والضبط الانفعالي والاجتماعي.

إعداد وبناء البرنامج:

- (١) الاطلاع على الأدبيات والبحوث والدراسات السابقة التي تناولت برامج التدريب على السيكدوراما.
- (٢) الرجوع إلى أسس ومبادئ السيكدوراما، وفنيات وأساليب التدريب عليها.
- (٣) تم الاعتماد في إعداد وبناء البرنامج التدريبي القائم على السيكدوراما على بعض فنيات السيكدوراما بهدف الحد من القلق الاجتماعي لدى أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري. وقد اعتمدت جلسات البرنامج الحالي على عدد من فنيات واستراتيجيات السيكدوراما ومنها: (قلب الأدوار، فنية المرأة، فنية إدراك الذات، فنية الكرسي الخالي، فنية لعب الدور، فنية الدكان السحري، فنية الديالوج، فنية تقديم الذات، فنية البديل، فنية البديل المتعدد، الحوار الداخلي، إسقاط المستقبل، والإدراك الرمزي).

صدق البرنامج:

للتأكد من صدق البرنامج تم عرضه في صورته الأولية على عدد (١١) من السادة الأساتذة المحكمين(*) بمختلف التخصصات في علم النفس، لإبداء الرأي حول مدى ملاءمة أنشطة البرنامج، وفي محتوى جلسات البرنامج، ومناسبتها في ضوء الهدف منها، وتمثلها للغرض المقصود، ومدى شموليته للمهارات المطلوب تنميتها، وملاءمة أساليب التعليم والتعلم، واقترح بعض المحكمين استبعاد وتعديل بعض النقاط بالبرنامج، وهي التي تم الاتفاق على استبعادها بنسبة (٨٠)، وقام الباحثين بمراجعتها وإجرائها، وبهذا أصبح البرنامج صالحاً وجاهزاً للتطبيق.

المدة الزمنية ومحتوى جلسات البرنامج

يتضمن البرنامج الحالي (١٨) جلسة، منها جلسة تمهيدية، وجلسة للمراجعة مع نهاية البرنامج، وقد تم تطبيقه في الفترة ما بين (٤ أكتوبر: ١١ نوفمبر)، وذلك على مدار ٦ أسابيع، بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع الواحد، بحيث تتراوح المدة الزمنية للجلسة الواحدة (٤٥) دقيقة، ويوضح جدول (٩) عرض مختصر للبرنامج التدريبي يشمل جلساته، وأهدافه، والفنيات والاستراتيجيات المستخدمة:

جدول (٩) مخطط جلسات البرنامج التدريبي القائم على السيكدوراما

- أ.د/ أحمد فكري بهنساوي/ أستاذ علم النفس - كلية التربية - جامعة بني سويف.
- أ.م.د/ أسماء محمد خليفة/ أستاذ علم النفس الطفل المساعد - التربية للطفولة المبكرة - جامعة بني سويف.
- أ.د/ رمضان علي حسن/ أستاذ علم النفس التربوي - كلية علوم ذوي الاحتياجات الخاصة - جامعة بني سويف.
- أ.د/ سحر حسن إبراهيم/ أستاذ علم النفس الإكلينيكي - كلية الآداب - جامعة بني سويف.
- د/ سميرة عبده/ مدرس علم النفس - كلية الآداب - جامعة بني سويف.
- أ.د/ طه محمد مبروك/ أستاذ علم النفس - كلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة بني سويف.
- أ.د/ عبد الفتاح رجب على مطر/ أستاذ الصحة النفسية والتربية الخاصة - كلية التربية - جامعتي الطائف والأزهر.
- د/ كمالة يحيى/ مدرس علم النفس - كلية الآداب - جامعة بني سويف.
- أ.د/ محمد حسين سعيد/ أستاذ علم النفس - كلية التربية - جامعة بني سويف.
- أ.م.د/ منى كمال أمين/ أستاذ الاعاقة العقلية المساعد - كلية علوم ذوي الاحتياجات الخاصة - جامعة بني سويف.
- أ.د/ هيبه ممدوح محمود/ أستاذ علم النفس - كلية التربية - جامعة بني سويف.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفيئات المستخدمة	الزمن
١	تعارف وتمهيد (المدربة وأولياء الأمور)	- التعارف بين المدربة وأولياء الأمور (الأمهات). - تحديد مواعيد الجلسات والاتفاق عليها، وملئ استمارة المعززات المفضلة لدى الطفل. - إعطاء لمحة عن أهمية البرنامج التدريبي القائم على السيودراما. - التعرف على القلق الاجتماعي من حيث المفهوم، والأسباب، وأهم الخصائص. - التعرف على أهمية استخدام السيودراما ودورها في الحد من القلق الاجتماعي لدى أطفال الروضة.	الحوار والمناقشة، المحاضرة	(٤٥) دقيقة
٢	تعارف المدربة والأطفال	- ترحيب المدربة بالأطفال واستقبالهم من خلال حفلة صغيرة. - التعارف بين المدربة والأطفال. - بناء علاقة يسودها الألفة والتواد.	التعزيز (المادي والمعنوي) - النمذجة - الحث	(٤٥) دقيقة
٣	التعريف بالبرنامج وطبيعة القلق الاجتماعي	- أن يتعرف الطفل بشكل مبسط على السيودراما. - أن يتعرف الطفل على القلق الاجتماعي بشكل مبسط. - أن يشترك الطفل في بعض مواقف السيودراما.	التعزيز (المادي والمعنوي) - النمذجة - الحث	(٤٥) دقيقة
٤	التعرف على أسباب المخاوف (القلق)	- أن يذكر الطفل بعض المواقف التي أثارته مخاوفه. - أن يعرف الطفل خطوات اكتساب الثقة بالنفس. - أن يعرف الطفل صفاته الذاتية.	التعزيز - الصندوق المسحور - التنفيس الانفعالي	(٤٥) دقيقة
٥	ترتيب الأفكار والقدرة على التركيز	- أن يذكر الطفل بعض المواقف التي تعرض لها وتشبثت تفكيره. - أن يتدرب الطفل على ترتيب الأفكار. - أن يتدرب الطفل مواجهة المواقف.	التعزيز - المناقشة والحوار - لعب الأدوار - قلب الدور	(٤٥) دقيقة
٦	العمل الجماعي (فريق العمل)	- أن يشترك الطفل مع زملائه كفريق عمل في إنجاز مشروع محدد. - أن يتعاون الطفل في أداء عمل مشترك. - أن يتخيل الطفل مواقف تجمعه مع الآخرين لإنجاز العديد من الأعمال.	التعزيز - فنية الديالوج - إدراك الذات - الدكان السحري	(٤٥) دقيقة
٧	التغلب على الأفكار غير العقلانية	- أن يتعرف الطفل سبب القلق والخوف أفكار غير عقلانية. - أن يذكر الطفل بعض الأفكار غير العقلانية التي تسبب له القلق/الخوف. - أن يمارس الطفل الاسترخاء العضلي والعقلي.	التعزيز - تقديم الذات - إدراك الذات - المناجاة الذات	(٤٥) دقيقة
٨	خفض الحساسية التدريجي	- أن يكتسب الطفل القدرة على مواجهة المواقف الاجتماعية بهدوء. - أن يكتسب الطفل مهارة ضبط النفس (التصرف اللائق اجتماعياً). - أن يذكر الطفل المواقف التي تعرض لها وتتعلق بالحساسية الزائدة.	التعزيز - الحوار والمناقشة - لعب الدور - الكرسي الخالي	(٤٥) دقيقة
٩	الخوف والتوتر من الآخرين	- أن يتعرف الطفل على أسباب الخوف والتوتر من الآخرين.	التعزيز - الحوار والمناقشة - لعب	(٤٥) دقيقة

		- أن يذكر الطفل بعض المواقف التي تعرض فيها للقلق من الآخرين. - أن يكتسب الطفل القدرة على ضبط النفس.		
١٠	العزلة (الانطواء) والشعور بالنقص	- أن يتعرف الطفل على العزلة والشعور بالنقص. - أن يذكر الطفل بعض المواقف التي سببت له (العزلة، الشعور بالنقص). - أن يكتسب الطفل الاعتزاز بذاته وتقديرها.	التعزيز - الحوار والمناقشة - لعب الدور - قلب الدور	(٤٥) دقيقة
١١	تعزيز الثقة بالنفس والتحرر من القلق	- أن يتعرف الطفل على أهمية الثقة بالنفس. - أن يتخيل الطفل بعض المواقف التي يجتمع بها مع الآخرين. - أن يكتسب الطفل الثقة بذاته وقدراته.	مناجاة الذات - الحوار والمناقشة - لعب الدور - قلب الدور	(٤٥) دقيقة
١٢	التدريب على مهارة الضبط الانفعالي والاجتماعي	- أن يتعرف الطفل على مهارة الضبط الانفعالي والاجتماعي. - أن يكتسب الطفل مهارة الضبط الانفعالي والاجتماعي وفقاً لما يناسب الموقف. - أن يستخدم الطفل مهارة الضبط الانفعالي والاجتماعي في مواقف السيودراما التي يتم تمثيلها.	الحوار والمناقشة - لعب الدور - إسقاط المستقبل	(٤٥) دقيقة
١٣-١٤	التدريب على مهارات التواصل الاجتماعي	- أن يتعرف الطفل على مهارات التواصل الاجتماعي. - أن يكتسب الطفل بعض مهارات التواصل الاجتماعي. - أن يستخدم الطفل بعض مهارات التواصل الاجتماعي في مواقف السيودراما التي يتم تمثيلها.	الحوار والمناقشة - لعب الدور - الإدراك الرمزي	(٤٥) دقيقة
١٥-١٦	التفكير الإيجابي (التغلب على القلق والمخاوف)	- أن يتعرف الطفل على مهارات التفكير الإيجابي. - أن يحدد الطفل كيفية التغلب على القلق والمخاوف الاجتماعية. - أن يستخدم الطفل بعض مهارات التفكير الإيجابي في مواقف السيودراما التي يتم تمثيلها. - استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية.	الحوار والمناقشة - لعب الدور - الإدراك الرمزي	(٤٥) دقيقة
١٧-١٨	مراجعة ما تم التدريب عليه وختام البرنامج	- تقديم تغذية راجعة على المهارات التي تم التدريب عليها. - توجيه الشكر للأطفال على مشاركتهم الإيجابية في البرنامج التدريبي. - الاحتفال بالأطفال ومشاركتهم الفعالة بالبرنامج.	التعزيز - التغذية الراجعة	(٤٥) دقيقة

رابعاً: إجراءات البحث:

تم إجراء البحث وفقاً للخطوات التالية:

- مراجعة الإطار النظري والبحوث والدراسات السابقة، وتحديد الفروض، وطرائق جمع البيانات المناسبة.
- إعداد وتجهيز أدوات البحث وتطبيقها على عينة التقنين التي بلغت (٣٠) طفلاً وطفلة من أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري للتحقق من خصائصها السيكومترية.
- تحديد عينة البحث الأساسية المكونة من (٢٠) طفلاً وطفلة من أطفال الروضة، وتقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية واشتملت على عدد (١٠) أطفال (٥ ذكور، ٥ إناث)، وضابطة واشتملت على (١٠) أطفال (٦ ذكور، ٤ إناث).
- إجراء قياس قبلي لمتغير القلق الاجتماعي لدى كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.
- تطبيق البرنامج القائم على السيودراما على المجموعة التجريبية.

- إجراء قياس بعدي من خلال إعادة تطبيق مقياس القلق الاجتماعي عقب الإنتهاء من جلسات البرنامج على أطفال مجموعتي البحث (التجريبية والضابطة).
- إجراء القياس التبعي بعد مرور شهر تقريباً من انتهاء جلسات البرنامج، بتطبيق مقياس القلق الاجتماعي على مجموعتي البحث (التجريبية والضابطة) لمعرفة مدى استمرار أثر البرنامج.
- تم اختبار صحة فروض البحث، واستخلاص النتائج، ومناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وتقديم التوصيات والمقترحات لبحوث ودراسات لاحقة.

خامساً: الأسلوب الإحصائي المستخدم:

تم الاستعانة بالأسلوب الإحصائي الذي يتناسب مع طبيعة هدف البحث وتساؤلاته؛ حيث تم استخدام اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطات رتب الأزواج المترابطة، واختبار مان- ويتني للكشف عن الدلالة الإحصائية للبارامترية بين مجموعتين مستقلتين.

نتائج البحث وتفسيرها

١. نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة (من أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري) في القياس البعدي للقلق الاجتماعي (الأبعاد والدرجة الكلية) في اتجاه المجموعة التجريبية".

وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام معادلة "مان- ويتني" (Mann-Whitney(U)، لمجموعتين مستقلتين من البيانات، وحساب حجم ومستوى التأثير بمعادلة "معامل الارتباط الثنائي للرتب"، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (١٠) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة

في القياس البعدي للقلق الاجتماعي لأطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري

مستوى التأثير	حجم التأثير	الدلالة	قيمة Z	قيمة U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	التطبيق البعدي	المجموعة	القياس البعدي للقلق الاجتماعي
قوي جداً	١,٠٠	٠,٠١	٣,٧٩٨	٠,٠٠٠	٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	١٣,٨٠	التجريبية	الخوف من المواقف الاجتماعية
					١٥٥,٠٠	١٥,٥٠	١٠	٢٦,٦٠	الضابطة	
قوي جداً	١,٠٠	٠,٠١	٣,٨٠١	٠,٠٠٠	٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	١٥,٨٠	التجريبية	تجنب التفاعلات الاجتماعية
					١٥٥,٠٠	١٥,٥٠	١٠	٢٨,٥٠	الضابطة	
قوي جداً	١,٠٠	٠,٠١	٣,٨١٠	٠,٠٠٠	٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	١٤,٣٠	التجريبية	الأعراض الفسيولوجية للقلق الاجتماعي
					١٥٥,٠٠	١٥,٥٠	١٠	٢٧,٢٠	الضابطة	
قوي جداً	١,٠٠	٠,٠١	٣,٧٩٥	٠,٠٠٠	٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	٤٣,٩٠	التجريبية	الدرجة الكلية
					١٥٥,٠٠	١٥,٥٠	١٠	٨٢,٣٠	الضابطة	

يتضح من جدول (١٠) أن:

جميع الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للقلق الاجتماعي لأطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري (الأبعاد والدرجة الكلية) دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) في اتجاه المجموعة التجريبية. ومستوى التأثير قوي جداً لجميع الفروق.

٢. نتائج الفرض الثاني

ينص الفرض الثاني على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (من أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري) في القياسين القبلي والبعدي للقلق الاجتماعي (الأبعاد والدرجة الكلية) في اتجاه القياس البعدي". وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام معادلة "ويلكوكسون" Wilcoxon لمجموعتين مرتبطتين من البيانات، وحساب حجم ومستوى التأثير بمعادلة "معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة"، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (١١) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للقلق الاجتماعي لأطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري

مستوى التأثير	حجم التأثير	الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	نوع الرتب	المتوسط	القياس	القياس القبلي/البعدي للقلق الاجتماعي
قوي جداً	١,٠٠	٠,٠٠١	٢,٨١٤	صفر ٥٥,٠٠	صفر ٥,٥٠	صفر ١٠ صفر	سالبة موجبة محايدة	٢٦,٣٠	القبلي	الخوف من المواقف الاجتماعية
								١٣,٨٠	البعدي	
قوي جداً	١,٠٠	٠,٠٠١	٢,٨١٢	صفر ٥٥,٠٠	صفر ٥,٥٠	صفر ١٠ صفر	سالبة موجبة محايدة	٣٠,١٠	القبلي	تجنب التفاعلات الاجتماعية
								١٥,٨٠	البعدي	
قوي جداً	١,٠٠	٠,٠٠١	٢,٨٢٠	صفر ٥٥,٠٠	صفر ٥,٥٠	صفر ١٠ صفر	سالبة موجبة محايدة	٢٦,٧٠	القبلي	الأعراض الفسيولوجية للقلق الاجتماعي
								١٤,٣٠	البعدي	
قوي جداً	١,٠٠	٠,٠٠١	٢,٨٠٥	صفر ٥٥,٠٠	صفر ٥,٥٠	صفر ١٠ صفر	سالبة موجبة محايدة	٨٣,١٠	القبلي	الدرجة الكلية
								٤٣,٩٠	البعدي	

يتضح من جدول (١١) أن:

جميع الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للقلق الاجتماعي لأطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري (الأبعاد والدرجة الكلية) دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) في اتجاه القياس البعدي، ومستوى التأثير قوي جداً لجميع الفروق.

٣) نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (من أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري) في القياسين البعدي والتتبعي للقلق الاجتماعي (الأبعاد والدرجة الكلية)". وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام معادلة "ويلكوكسون" Wilcoxon لمجموعتين مرتبطتين من البيانات، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (١٢) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للقلق الاجتماعي لأطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري

الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	نوع الرتب	التطبيق البعدي / التتبعي	القياس البعدي/التتبعي للقلق الاجتماعي
غير دالة ٠,١٥٧	١,٤١٤	صفر ٣,٠٠	صفر ١,٥٠	صفر ٢ ٨	سالبة موجبة محايدة	١٣,٨٠	البعدي
						١٤,٠٠	التتبعي

تجنب التفاعلات الاجتماعية	البعدي	١٥,٨٠	سالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٠٠	غير دالة ٠,٣١٧
	التتبعي	١٥,٧٠	موجبة محايدة	٩	صفر	صفر	١,٠٠٠	
الأعراض الفسيولوجية للقلق الاجتماعي	البعدي	١٤,٣٠	سالبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠	٠,٥٧٧	غير دالة ٠,٥٦٤
	التتبعي	١٤,٤٠	موجبة محايدة	٢ ٧	٢,٠٠	٤,٠٠	٠,٥٧٧	
الدرجة الكلية	البعدي	٤٣,٩٠	سالبة	١	٥,٠٠	٥,٠٠	٠,٧٠٧	غير دالة ٠,٤٨٠
	التتبعي	٤٤,١٠	موجبة محايدة	٤ ٥	٢,٥٠	١٠,٠٠	٠,٧٠٧	

يتضح من جدول (١٢) أن:

الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للقلق الاجتماعي لأطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري لكل من الأبعاد (الخوف من المواقف الاجتماعية، تجنب التفاعلات الاجتماعية، الأعراض الفسيولوجية للقلق الاجتماعي)، والدرجة الكلية للقلق الاجتماعي غير دالة احصائياً، وهذه النتائج تعني أن درجات (ورتب درجات) القياس التتبعي لم تختلف عن درجات (ورتب درجات) القياس البعدي، في أبعاد المقياس والدرجة الكلية للقلق الاجتماعي، مما يدل على استمرار الأثر الإيجابي للبرنامج المستخدم بعد فترة من نهايته.

مناقشة النتائج:

أسفرت نتائج البحث الحالي عن كفاءة البرنامج التدريبي القائم على السيودراما في الحد من القلق الاجتماعي لدى عينة من أطفال الروضة الذين يعانون من أعراض الصمت الاختياري، فقد أظهرت النتائج انخفاضاً ملحوظاً في أبعاد القلق الاجتماعي والدرجة الكلية بعد تطبيق البرنامج التدريبي على أفراد المجموعة التجريبية؛ وبهذا تحقق الفرض الأول الذي ينص على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للقلق الاجتماعي (الأبعاد والدرجة الكلية) لصالح المجموعة التجريبية". ويرجع هذا التأثير إلى استخدام البرنامج التدريبي المستند إلى السيودراما، والذي يعتمد على المزج بين الدراما وعلم النفس من خلال أساليب تعبيرية مثل التمثيل ولغة الجسد، مما يجعله ملائماً للأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري، إذ يساعدهم على التعبير عن مشكلاتهم بطريقة غير مباشرة.

إن اعتماد السيودراما كأسلوب إرشادي وتعليمي وتربوي يسهم في تعزيز الاستبصار الذاتي لدى الأطفال؛ مما يساعدهم على تعديل سلوكهم. وقد أدى تطبيق البرنامج إلى انخفاض مستويات القلق الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة، مما يؤكد دور البرنامج التدريبي. وتتوافق هذه النتائج مع أبحاث سابقة تناولت استخدام السيودراما في خفض القلق الاجتماعي، مثل دراسة: Anari et al., 2009 ؛ Akinsola & Udoka, 2013 ؛ Sharma, 2017 ؛ Al-Howash, 2016 ؛ Iievová et al., 2015 ؛ ريماء عواد، ٢٠١٥ ؛ Tarashoeva et al., 2017 ؛ براءة بني عمر، ٢٠١٨ ؛ Mousavi & Haghayegh, 2019 ؛ منتصر سيد، ٢٠١٩ ؛ Edmunds, 2019 ؛ محمود يوسف، ٢٠٢٠ ؛ Mojahed et al., 2021 ؛ نجلاء روبي، ٢٠٢١.

يُجرى تحقق الفرض الأول إلى التدريب على أنشطة البرنامج القائم على السيكدوراما، والذي ساعد الأطفال في الحد من القلق الاجتماعي بأبعاده المختلفة، مثل (الخوف من المواقف الاجتماعية، وتجنب التفاعلات الاجتماعية، والأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق الاجتماعي)؛ حيث أثبتت السيكدوراما فعاليتها كوسيلة تحفيزية لوضع أهداف إيجابية، وتحقيقها من خلال تعديل الأفكار السلبية، وتعزيز السلوكيات السوية، كما أنها ساعدت الأطفال في التعبير عن مشاعرهم وصراعاتهم الداخلية، مما عزز الشعور بالتضامن داخل المجموعة الإرشادية، وبالتالي قلل من القلق الاجتماعي لديهم. علاوة على ذلك، لعبت الفنيات المستخدمة في البرنامج التدريبي دوراً مهماً في تحقيق هذه النتائج، إذ تم تصميم الأنشطة بحيث تراعي خصائص الأطفال المشاركين. تم التأكد من وضوح الأنشطة وسهولة تنفيذها، مع التدرج من الأنشطة البسيطة إلى الأكثر تعقيداً، وضمان انتقال الأطفال من مرحلة إلى أخرى بعد إتقان المهارات المطلوبة، كما تم التنوع في استخدام الفنيات لضمان ملاءمتها للأطفال.

كما يرجع تحقق الفرض الثاني - الذي نص على: " وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للقلق الاجتماعي (الأبعاد والدرجة الكلية) في اتجاه القياس البعدي" - إلى التركيز أثناء استخدام أنشطة وفنيات السيكدوراما وتوظيفها في الحد من القلق الاجتماعي لدى أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري. وهذا يتفق مع دراسة Anari et al. (2009) التي أشارت إلى فعالية العلاج بالسيكدوراما في تقليل أعراض اضطراب القلق الاجتماعي المتمثلة في: (قلق الأداء، وتجنب الأداء، والقلق الاجتماعي، والاختبارات الفرعية للأداء الاجتماعي) لدى الأطفال. بينما أشارت نتائج دراسة (Akinsola & Udoka (2013 إلى فعالية استخدام السيكدوراما (الدراما النفسية) في توظيف تأثير الوالدين على الحد من القلق الاجتماعي لدى الأطفال، كما أظهرت نتائج (Ilievová et al. (2015 فعالية العلاج بالدراما في تقليل الخوف والقلق المرتبط بالإجراءات التشخيصية والعلاجية لدى أطفال ما قبل المدرسة أو الروضة. كما أشارت نتائج دراسة (AI-Howaish (2016 إلى فاعلية برنامج علاجي قائم على السيكدوراما في تخفيض القلق والاكتئاب لدى الأطفال. كما أسفرت نتائج دراسة (Sharma (2017 عن فعالية تأثير العلاج بالسيكدوراما على مستوى الاكتئاب والقلق لدى الأحداث الجانحين. كما أشارت نتائج دراسة (Tarashoeva et al. (2017 إلى فعالية استخدام السيكدوراما للمرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق لدى الأطفال والبالغين. كما أظهرت نتائج دراسة براءة بني عمر (٢٠١٨) إلى التحقق من أثر السيكدوراما العلاجية في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب وتحسين المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال اللاجئين السوريين في الأردن. كما أظهرت نتائج دراسة هبه عباس (٢٠١٨) فعالية برنامج قائم على السيكدوراما في خفض حدة الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم. بينما أظهرت نتائج دراسة (Mousavi & Haghayegh (2019 فعالية الدراما النفسية في خفض القلق الاجتماعي واحترام الذات والصحة النفسية لدى الطلاب الذين تم تشخيصهم باضطراب القلق الاجتماعي.

كما أشارت نتائج دراسة منتصر سيد (٢٠١٩) إلى فعالية برنامج قائم على السيكدوراما لخفض قلق الانفصال لدى أطفال الروضة واختبار مدى استمرارية تأثير البرنامج خلال فترة المتابعة. وأسفرت نتائج دراسة (Edmunds (2019 عن فعالية السيكدوراما في خفض القلق الناتج عن الطلاق لدى عينة من الأطفال. كما أظهرت نتائج دراسة محمود يوسف (٢٠٢٠) فعالية برنامج قائم على السيكدوراما لعلاج أعراض المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال الأيتام بمؤسسات الرعاية الاجتماعية. بينما أظهرت نتائج دراسة (Mojahed et al. (2021 إيجابية آثار العلاج الجماعي القائم على السيكدوراما في تقليل أعراض العدوان، والقلق الاجتماعي، واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال. كما أظهرت نتائج دراسة نجلاء روبي

(٢٠٢١) إلى فاعلية برنامج قائم على اللعب والسيكودراما في خفض حدة المخاوف الاجتماعية للأطفال في عمر السادسة.

وترجع نتيجة الفرض الثاني إلى فاعلية البرنامج التدريبي القائم على السيكودراما في الحد من القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي أعراض الصمت الاختياري في مرحلة الروضة، حيث تم تنفيذ البرنامج عبر ثلاث مراحل متكاملة. بدأت المرحلة التمهيديّة بتهيئة الأطفال نفسيًا من خلال بناء علاقة قائمة على المودة والألفة، مما ساهم في تعزيز شعورهم بالأمان والثقة داخل بيئة التدريب. تلا ذلك المرحلة التدريبية، التي تضمنت مجموعة من الجلسات الهادفة إلى تقليل القلق الاجتماعي، حيث شملت التعرف على مصادر المخاوف الاجتماعية، وتنمية القدرة على ترتيب الأفكار وتعزيز التركيز، والعمل الجماعي ضمن فرق تدريبية، بالإضافة إلى التغلب على الأفكار غير العقلانية المرتبطة بالتفاعل الاجتماعي، وتطبيق أساليب خفض الحساسية التدريجي تجاه المواقف المثيرة للقلق، ومعالجة مشاعر الخوف والتوتر، والعزلة والانطواء والشعور بالنقص، مع تعزيز الثقة بالنفس واستراتيجيات التحرر من القلق، والتدريب على مهارات الضبط الانفعالي والتكيف الاجتماعي، وتنمية مهارات التواصل الاجتماعي الفعال، وتبني التفكير الإيجابي في مواجهة القلق والمخاوف الاجتماعية. أما المرحلة الختامية، فقد خصّصت لمراجعة وتقييم مدى تحقيق أهداف البرنامج، وتعزيز ما تم اكتسابه من مهارات، وتقديم الدعم التعزيزي للأطفال من خلال التشجيع وتوزيع الهدايا، مما ساهم في ترسيخ الأثر الإيجابي للبرنامج على سلوكهم الاجتماعي. يعكس هذا التسلسل المنهجي لبرنامج السيكودراما دوره الفاعل في التخفيف من القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الصمت الاختياري، من خلال بيئة تدريبية تفاعلية قائمة على التفاعل الوجداني والمعرفي في سياق آمن وداعم.

ويتفق ذلك مع نتائج دراسة: Anari et al., 2009 ؛ Akinsola & Udoka, 2013 ؛ Tarashoeva et ؛ Sharma, 2017 ؛ Al-Howaish, 2016 ؛ Ilievová et al., 2015 ؛ al., 2017 ؛ براءة بني عمر، ٢٠١٨ ؛ Edmunds, ؛ Mousavi & Haghayegh, 2019 ؛ ٢٠١٨ ؛ 2019 ؛ محمود يوسف، ٢٠٢٠ ؛ Mojahed et al., 2021 ؛ نجلاء روبي، ٢٠٢١ ، التي أشارت إلى فعالية استخدام فنيات السيكودراما في الحد من القلق الاجتماعي وما يتضمنه من مهارات إيجابية.

تحققت نتائج الفرض الثالث الذي يتمثل في استمرار فعالية البرنامج التدريبي القائم على السيكودراما في الحد من القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي أعراض الصمت الاختياري بعد مرور شهر من انتهاء تطبيقه، ويعكس الأثر العميق والمستدام للتدخل، فقد استمر الأطفال في المجموعة التجريبية في استخدام الفنيات والأنشطة التي تم تدريبهم عليها، مما يؤكد أن تأثير البرنامج لم يكن وقتيًا، بل امتد ليشمل الجوانب الانفعالية والمعرفية لديهم، وساهم انتظام الأطفال في حضور الجلسات - إلى جانب علاقة الود والألفة التي نشأت لديهم - في تعزيز إقبالهم واندماجهم في الأنشطة العلاجية، كما أدى التقييم المرحلي للبرنامج إلى التأكد من مدى اكتساب الأطفال لمهارات التواصل الاجتماعي والتفكير الإيجابي، وهي مهارات أساسية للتغلب على القلق والمخاوف الاجتماعية. وقد انعكست هذه العوامل مجتمعة على تحسين المهارات الإيجابية للأطفال، حيث أسهمت فنيات السيكودراما في تعزيز قدرتهم على التعامل مع المواقف الاجتماعية بثقة وتكيف، مما أدى إلى استمرار الأثر العلاجي بعد انتهاء البرنامج.

وتتفق نتائج الدراسات حول استمرار تأثير استخدام فنيات السيكودراما خلال فترة التتبع (شهر) مع نتائج الدراسات السابقة ومنها دراسة: Anari et al., 2009 ؛ Akinsola & ؛ Udoka, 2013 ؛ Ilievová et al., 2015 ؛ Al-Howaish, 2016 ؛ Sharma, 2017 ؛

Mousavi & Haghayegh, ٢٠١٨ ؛ براءة بني عمر، Tarashoeva et al., 2017
2019 ؛ منتصر سيد، ٢٠١٩ ؛ Edmunds, 2019 ؛ محمود يوسف، ٢٠٢٠ ؛ Mojahed et
al., 2021 ؛ نجلاء روبي، ٢٠٢١.

وتتجلى أهمية استمرار فعالية البرنامج التدريبي القائم على السيكدوراما خلال فترة التتبع من خلال التقارب الملحوظ بين درجات الأطفال في القياسين البعدي والتتبعي، مما يعكس استمرارية التحسن في خفض القلق الاجتماعي، ويعزى هذا التحسن إلى استمرار أفراد المجموعة التجريبية في تطبيق الأنشطة المستندة إلى فنيات السيكدوراما، مما يؤكد فعالية هذا المدخل التدريبي في الحد من القلق الاجتماعي لدى أطفال الروضة ذوي أعراض الصمت الاختياري.

وبناءً على ذلك، تتضح كفاءة البرنامج التدريبي في تحقيق أهدافه، حيث أسهم بشكل ملموس في الحد من القلق الاجتماعي لدى العينة المستهدفة، مما يدعم نتائجه ويعزز من إمكانيات توظيف السيكدوراما كإطار فعال في التدخلات النفسية للأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري.

خاتمة وتوصيات

- (١) يوصى بتعميم البرنامج القائم على السيكدوراما في رياض الأطفال، خصوصاً للأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق الاجتماعي والصمت الاختياري.
- (٢) ضرورة دمج الأنشطة التمثيلية والسيكدوراما ضمن الأنشطة التعليمية اليومية في رياض الأطفال لتعزيز التفاعل الاجتماعي.
- (٣) يوصى بتدريب المعلمين والأخصائيين النفسيين على استخدام تقنيات السيكدوراما كأداة إرشادية وعلاجية للأطفال الذين يعانون من القلق الاجتماعي والصمت الاختياري.
- (٤) ضرورة إشراك الأسرة في البرنامج من خلال جلسات توعية وتدريبية حول كيفية دعم الأطفال خارج البيئة التعليمية.
- (٥) توظيف التكنولوجيا من خلال استخدام الوسائط الرقمية والتطبيقات التفاعلية المبنية على الدراما لدعم الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري في بيئات مختلفة.

بحوث مقترحة

- (١) فعالية السيكدوراما وأساليب العلاج باللعب في خفض القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الصمت الاختياري.
- (٢) الفروق الفردية في استجابة الأطفال ذوي الصمت الاختياري للبرامج العلاجية: دور الجنس، العمر، والعوامل الأسرية.
- (٣) تحليل دور البيئة الصفية في تعزيز أو تثبيط فاعلية البرامج القائمة على الدراما للأطفال المصابين بالقلق الاجتماعي والصمت الاختياري.
- (٤) مدى تأثير مشاركة الأقران في الأنشطة الدرامية على تحسين التفاعل الاجتماعي للأطفال المصابين بالصمت الاختياري.

المراجع:

إبراهيم الشافعي إبراهيم وأحمد أحمد متولي (٢٠١١). القلق الاجتماعي وعلاقته بكل من الرهاب الاجتماعي والخلج لدى طلاب الجامعة دراسة عاملية. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ٢١ (٧١)، ٤١-٧١.

إبراهيم سيد أحمد، والسيد الشبراوي أحمد (٢٠٢١). التشوهات المعرفية لدى طلاب الجامعة وعلاقتها بكل من القلق الاجتماعي وإدمان الانترنت. *مجلة التربية*. كلية التربية بالقاهرة. جامعة الأزهر، (١٨٩)، ١، ١-٤٨.

أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، ورياض عبد اللطيف الأزايذة (٢٠١٥). *الأساليب الحديثة في الإرشاد النفسي والتربوي*. الجزء الثاني. عمان: مركز دبيونو لتعليم التفكير.

- إيمان سعيد عبد الحميد (٢٠١٣). فاعلية استخدام السيودراما للتخفيف من حدة بعض المخاوف المرضية لطفل الروضة الكفيف. *مجلة الطفولة والتربية*، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة، (١٦)، ٥٨٩-٦٤٤.
- إيهاب عبد العزيز البيلوي، وإسماعيل أحمد إسماعيل (٢٠٢١). القلق الاجتماعي لدى الأطفال المتلعثمين. *مجلة التربية الخاصة*. كلية علوم الإعاقة والتأهيل، جامعة الزقازيق، (٣٦)، ١٧٧-٢١٤.
- براءة محمد بني عمر (٢٠١٨). أثر السيودراما العلاجية في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة والاكنتاب وتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال اللاجئين. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الهاشمية.
- جابر عبد الحميد جابر، وعلاء الدين كفاقي (١٩٩٥). *معجم علم النفس والطب النفسي*. انجليزي - عربي. (الجزء السادس). القاهرة: دار النهضة العربية.
- جاكوب ليفي مورينو (٢٠١٩). *السيودراما*. ترجمة: محمد أحمد محمود خطاب. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥). *الصحة النفسية والعلاج النفسي* (ط ٤). القاهرة: عالم الكتب.
- ريما أحمد عواد (٢٠١٥). فاعلية السيودراما لخفض مستوى الخجل في مرحلة الطفولة المتأخرة. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس.
- سهير كامل أحمد (٢٠٠٣). *الصحة النفسية والتوافق النفسي* (ط ٢). الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- عبد الفتاح نجله (٢٠١٠). *الدراما علاج نفسي فعال للأطفال*. القاهرة: عالم الكتب.
- عبد المطلب أمين القريظي (٢٠١٣). *إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسره*. القاهرة: عالم الكتب.
- عمر محمد نقرش (٢٠١٤). فاعلية المسرح العلاجي في مناهضة العنف المجتمعي. *مجلة الجامعة الإسلامية للبحوث الإنسانية، الجامعة الإسلامية بغزة*، ٢٢ (١)، ٢٤٧-٢٦٩.
- غادة كامل سويقي (٢٠١٦). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى أطفال الروضة ذوي التباكم. *دراسات عربية في التربية وعلم النفس*، رابطة التربويين العرب، (٧١)، ١٨٥-٢٥٤.
- فاطمة الزهراء محمد النجار (٢٠١٥). فاعلية برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة أعراض الصمت الاختياري "دراسة حالة لطفلة بالمرحلة الابتدائية". *مجلة كلية التربية*، جامعة الأزهر، (١٦٢)، ٤٣٣-٤٨٢.
- فاطمة سيد محمد (٢٠١٨). فاعلية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ٢٨ (٩٩)، ٣٧١-٤٢٤.
- فائقة محمد بدر (٢٠٠٥). مفهوم الذات وعلاقته بالقلق الاجتماعي والتحصيل الدراسي لدى طالبات المرحلة المتوسطة بالمملكة العربية السعودية. *مجلة كلية التربية، كلية التربية، جامعة طنطا*، (٣٤)، ٢٢٨-٢٥٨.
- فريد مصطفى الخطيب (٢٠٠٦). الصمت الاختياري. *رسالة المعلم، وزارة التربية والتعليم*، ٤٤ (٢)، ٤٤-٤٩.
- لطفى الشربيني (٢٠١٥). *الدليل إلى فهم وعلاج القلق*. دسوق، كفر الشيخ: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- لمياء عبد الحميد بيومي، وسليمان عبد الواحد يوسف (٢٠١٣). فاعلية برنامج تدريبي قائم على السيودراما في خفض اضطراب قصور الانتباه وعلاقته بمستوى القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم. *مجلة دراسات تربوية ونفسية، كلية التربية، جامعة الزقازيق*، (٧٨)، ١٣٣-١٦٩.
- محمود السيد يوسف (٢٠٢٠). فاعلية السيودراما في علاج أعراض المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال الأيتام بمؤسسات الرعاية الاجتماعية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية النوعية، جامعة بنها.
- محمود كاظم محمود (٢٠١٣). *الصحة النفسية مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- مروة محمود عمار (٢٠١٩). الصمت الاختياري وتوهم المرض وعلاقتها بالحرمان العاطفي المدرك لدى تلاميذ المرحلة الاعدادية: دراسة سيكومترية-كلينيكية. *مجلة كلية التربية، جامعة طنطا*، ٧٤ (٢)، ٨٣٩-٩١١.
- منتصر عادل سيد (٢٠١٩). فاعلية برنامج قائم على السيودراما لخفض قلق الانفصال لدى أطفال الروضة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ.

نجلاء محمد روبي (٢٠٢١). فاعلية برنامج قائم على اللعب والسيكودراما في خفض حدة المخاوف الاجتماعية للأطفال من (٤ - ٦) سنوات. *مجلة بحوث ودراسات الطفولة، كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة بني سويف، ٣ (٥)، ١-٦٢.*

هبة خالد سليم (٢٠١٩). *الدراما السيكودراما: السيوسو دراما وتطبيقاتها في العملية التعليمية*. عمان: دار آمنة للنشر والتوزيع.

ولاء حفني عبد الفتاح ومحمد السيد عبد الرحمن وصفاء أحمد عجاية (٢٠٢٠). الإفصاح عن الذات وعلاقته بالقلق الاجتماعي لدى المراهقين ضعاف السمع. *المجلة العربية لعلوم الإعاقة والموهبة، ٤ (١٠)، ١-٣٤.*

Akinsola, E. F., & Udoka, P. A. (2013). Parental influence on social anxiety in children and adolescents: Its assessment and management using psychodrama. *Psychology, 4*(03), 246.

Al-Howaish, F. K. (2016). Effectiveness of a Therapeutic Program Based on Psychodrama in Reducing the Level of Anxiety and Depression for Children with Cancer. *Journal of Educational & Psychological Sciences, 17*(01), 566-599.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.)*. DSM-5^{TR}. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychological Association (2015). *APA Dictionary of Psychology*. (2nd Ed.). Washington, DC: Published by American Psychological Association.

Anari, A., Ddadsetan, P., & Sedghpour, B. S. (2009). The effectiveness of drama therapy on decreasing of the symptoms of social anxiety disorder in children. *European Psychiatry, 24*(S1), 1-1.

Blatner, A. (1993). Psychodrama: Inspiration and Technique. *International Journal of Group Psychotherapy, 43*(2), 256-257, From: <https://doi.org/10.1080/00207284.1994.11491223>.

Carnahan, N. D., Carter, M. M., & Herr, N. R. (2019). Perpetuating factors of social anxiety: a serial mediation model. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 48*(3), 1-11. [doi:10.1017/S1352465819000638](https://doi.org/10.1017/S1352465819000638)

Carnahan, N. D., Carter, M. M., & Herr, N. R. (2019). Perpetuating factors of social anxiety: a serial mediation model. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 48*(3), 1-11. [doi:10.1017/S1352465819000638](https://doi.org/10.1017/S1352465819000638)

Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(11), 1464-1472.

Cohen, J. N., Potter, C. M., Drabick, D. A., Blanco, C., Schneier, F. R., Liebowitz, M. R., & Heimberg, R. G. (2015). Clinical presentation and pharmacotherapy response in social anxiety disorder: The effect of etiological beliefs. *Psychiatry research, 228*(1), 65-71.

Corey, G. (2016). *Theory and practice of group counseling*. (9th Ed.). Boston: Cengage Learning.

- Den Boer, J. A. (2000). Social anxiety disorder/social phobia: epidemiology, diagnosis, neurobiology, and treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 405-415.
- Diamond-Raab, L., & Orrell-Valente, J. K. (2002). Art therapy, psychodrama, and verbal therapy: An integrative model of group therapy in the treatment of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 11(2), 343-364.
- Edmunds, K. M.(2019). The Effect of Psychodrama on the Reduction of Anxiety in Disabled children of Divorce. *Harvard Research & Innovation College*, March, 54-64. From: <http://www.harvardcollege.education/>
- Emmelkamp, P. M., Meyerbröker, K., & Morina, N. (2020). Virtual reality therapy in social anxiety disorder. *Current psychiatry reports*, 22(7). 1-9.
- Garfield, S. (2003). Transference in Analytic Psychodrama. In Gershoni, J. (Ed.). *Psychodrama in the 21st century: Clinical and educational applications*. (pp. 15-30). New York: Springer Publishing Company.
- Gensthaler, A., Maichrowitz, V., Kaess, M., Ligges, M., Freitag, C. M., & Schwenck, C. (2016). Selective mutism: The fraternal twin of childhood social phobia. *Psychopathology*, 49(2), 95-107.
- Gershoni, J. (2009). Bringing psychodrama to the main stage of group psychotherapy. *Group*, 33(4), 297-308.
- Harwood, D., & Bork, P. L. (2011). Meeting Educators Where They Are: Professional Development to Address Selective Mutism. *Canadian Journal of Education*, 34(3), 136-152.
- Hulme, N., Hirsch, C., & Stopa, L. (2012). Images of the self and self-esteem: do positive self-images improve self-esteem in social anxiety?. *Cognitive behaviour therapy*, 41(2), 163-173.
- Ilievová, L., Žitný, P., & Karabová, Z. (2015). The effectiveness of drama therapy on preparation for diagnostic and therapeutic procedures in children suffering from cancer. *Journal of Health Sciences*, 5(2), 53-58.
- Jwaifell, M., Almohtadi, R., & Aldarabah, I. T. (2019). Effectiveness of Cartoon Drawings in Reducing Selective Silence (Selective Mutism) Severity of a Sample of Kindergarten Children. *International Education Studies*, 12(9), 34-41.
- Karataş, Z., & Gökçakan, D. Z. (2009). The effect of group-based psychodrama therapy on decreasing the level of aggression in adolescents. *Turk Psikiyatri Derg*, 20(4), 357-366.
- Kashdan, T. B. (2002). Social anxiety dimensions, neuroticism, and the contours of positive psychological functioning. *Cognitive therapy and Research*, 26 (6), 789-810.
- Keskin, S., Sahin, M., Uluc, S., & Yurdugul, H. (2020). Online learners' interactions and social anxiety: The social anxiety scale for e-learning environments

-
- (SASE). *Interactive Learning Environments*, 1-13.
<https://doi.org/10.1080/10494820.2020.1769681>
- Kovac, L. M., & Furr, J. M. (2018). What teachers should know about selective mutism in early childhood. *Early Childhood Education Journal*, 1-8. From: <https://doi.org/10.1007/s10643-018-0905-y>
- Lipman, L. (2003). The Triadic System: Sociometry, Psychodrama, and Group Psychotherapy. In Gershoni, J. (Ed.). *Psychodrama in the 21st century: Clinical and educational applications*. (pp. 3-14). New York: Springer Publishing Company.
- López-González, M. A., Morales-Landazábal, P., & Topa, G. (2021). Psychodrama group therapy for social issues: a systematic review of controlled clinical trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 1-22.
- Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L., & McInnes, A. (2003). Characterizing selective mutism: is it more than social anxiety?. *Depression and Anxiety*, 18(3), 153-161.
- Matsumoto, D. (2009). *The Cambridge Dictionary of Psychology*. Cambridge University Press.
- McEvoy, P. M., Saulsman, L. M., & Rapee, R. M. (2018). *Imagery-enhanced CBT for social anxiety disorder*. New York: Guilford Publications.
- Merikangas, K. R., Lieb, R., Wittchen, H. U., & Avenevoli, S. (2003). Family and high-risk studies of social anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 108 (Suppl. 417), 28-37.
- Milić, M. I. (2015). *The nature of the anxiety in children with selective mutism*. (Doctoral dissertation) .Macquarie University, Nsw, Australia.
- Milic, M. I., Carl, T., & Rapee, R. M. (2020). Similarities and differences between young children with selective mutism and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 133, 103696.
- Mojahed, A., Zaheri, Y., & Moqaddam, M. F. (2021). Effectiveness of group psychodrama on aggression and social anxiety of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized clinical trial. *The Arts in Psychotherapy*, 73, 101756.
- Mousavi, H., & Haghayegh, S. A. (2019). Efficacy of Psychodrama on Social Anxiety, Self-esteem and Psychological Well-being of University Students that met Diagnosis of Social Anxiety Disorder. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 20(3), 22-30.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021). Selective mutism and its relations to social anxiety disorder and autism spectrum disorder. *Clinical child and family psychology review*, 24(2), 294-325.
- Muris, P., Hendriks, E., & Bot, S. (2016). Children of few words: Relations among selective mutism, behavioral inhibition, and (social) anxiety symptoms in 3-to 6-year-olds. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 94-101.

- Muris, P., Monait, N., Weijsters, L., & Ollendick, T. H. (2021). Symptoms of selective mutism in non-clinical 3-to 6-year-old children: relations with social anxiety, autistic features, and behavioral inhibition. *Frontiers in psychology*, *12*, 669907.
- Nicholas, M. W. (2017). The use of psychodrama and sociometry techniques in psychodynamic and other process groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, *67*(sup1), S131-S140.
- Orkibi, H. (2018). The user-friendliness of drama: Implications for drama therapy and psychodrama admission and training. *The Arts in Psychotherapy*, *59*, 1-40. From: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.04.004>
- Ozturk, A., & Mutlu, T. (2010). The relationship between attachment style, subjective well-being, happiness and social anxiety among university students'. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *9*, 1772-1776.
- Pio-Abreu, J. L., & Villares-Oliveir, C. (2007). How does psychodrama work? How theory is embedded in the psychodramatic method. In Baim, C., Burmeister, J., & Maciel, M. (Eds.). *Psychodrama: advances in theory and practice*. (pp. 127-137). New York: Routledge.
- Poole, K. L., Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Schmidt, L. A. (2021). Distinguishing selective mutism and social anxiety in children: a multi-method study. *European child & adolescent psychiatry*, *30*, 1059-1069.
- Schwenck, C., Gensthaler, A., & Vogel, F. (2019). Anxiety levels in children with selective mutism and social anxiety disorder. *Current Psychology*, *40*(12), 1-8. From: <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00546-w>
- Schwenck, C., Gensthaler, A., & Vogel, F. (2021). Anxiety levels in children with selective mutism and social anxiety disorder. *Current Psychology*, *40*(12), 6006-6013.
- Sharma, N. (2017). Effect of psychodrama therapy on depression and anxiety of juvenile delinquents. *The International Journal of Indian Psychology*, *5*, 38-47.
- Tarashoeva, G., Marinova-Djambazova, P., & Kojuharov, H. (2017). Effectiveness of psychodrama therapy in patients with panic disorders: Final results. *International Journal of Psychotherapy*, *21*(2), 55-66.
- Vanaken, L., & Hermans, D. (2020). How am I going to tell you this? The relations between social anxiety and narrative coherence. *Memory*, *28*(10), 1191-1203.
- VandenBos, G. R. (2013). *APA dictionary of clinical psychology*. American Psychological Association.
- Yeganeh, R., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2006). Selective mutism: more than social anxiety?. *Depression and anxiety*, *23*(3), 117-123.
- Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina, A. A., & Silverman, W. K. (2003). Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(9), 1069-1075.

Young, B. J., Bunnell, B. E., & Beidel, D. C. (2012). Evaluation of children with selective mutism and social phobia: A comparison of psychological and psychophysiological arousal. *Behavior Modification*, 36(4), 525-544.