

تعديل التميزات المعرفية كمدخل لخفض اضطراب القلق الاجتماعي لدى المراهقين المتعلمين

إعداد

أ.د/ ولاء ربيع مصطفى على

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة بني سويف

مجلة العلوم المتقدمة
للصحة النفسية والتربية الخاصة

تصدر عن
وحدة النشر العلمي
كلية التربية
جامعة طنطا

مستخلص البحث

هدف البحث الحالي إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي قائم على تعديل التحيزات المعرفية في خفض اضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقين المتعلمين، وكذلك الكشف عن مدى استمرار فعالية هذا البرنامج علي المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة التي وصلت شهرين. تكونت عينة البحث الإجرائية من (٨) مراهقين، ممن تراوحت أعمارهم ما بين ١٣-١٦ سنة؛ بمتوسط عمري قدره (١٤.٩٤)، وانحراف معياري قدره (٠.٩٨٧)، واعتمد البحث على تطبيق مقياس القلق الاجتماعي social anxiety scale من إعداد الباحثة وقد تم استخدام المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة، وجاءت نتائج هذا البحث تؤكد علي فعالية الإرشاد القائم علي تعديل التحيزات المعرفية في خفض مستوي القلق الاجتماعي لدى المراهقين ذوي اضطراب التلعثم أعضاء المجموعة التجريبية، والاستفادة منه في تحسين مستوي الصحة النفسية لديهم من خلال التخلص من معاناتهم من القلق الاجتماعي

كلمات مفتاحية: التحيز المعرفي- اضطراب القلق الاجتماعي - المراهقين - التلعثم



مجلة العلوم المتقدمة
للصحة النفسية والتربية الخاصة

تصدر عن
وحدة النشر العلمي
كلية التربية
جامعة طنطا

Cognitive Biases Modification as approach to Reduce Social Anxiety Disorder in Adolescents with Stuttering

Abstract:

The present research aimed to investigate the effectiveness of a counseling program based on modifying cognitive biases and its impact on reducing social anxiety disorder in a sample of adolescents with Stuttering , as well as to detect the continuation of this program on the experimental group after the follow-up period of two months. The procedural research sample consisted of 16 adolescents aged 14-16 years with an average age of 14.94 and a standard deviation of 0.687. The research was based on the application of social anxiety scale prepared by the researcher.. The results of this research show the effectiveness of treatment based on modifying cognitive biases in reducing the level of social anxiety in adolescents with stuttering disorder members of the experimental group, and benefit from it in improving their mental health by eliminating their suffering from social anxiety.

Keywords: - Cognitive bias - Social anxiety disorder – Stuttering- Adolescents

مجلة العلوم المتقدمة
للصحة النفسية والتربية الخاصة

تصدر عن
وحدة النشر العلمي
كلية التربية
جامعة طنطا

أولاً: مقدمة:

تعد مرحلة المراهقة من أهم المراحل النمائية التي يمر بها الفرد، لأنها مرحلة انتقالية بين الطفولة والشباب، وهي فترة تحول من الطفولة بما تتميز به من اعتمادية وعدم النضج إلى الاستقلالية في الشباب. كما يحدث بها العديد من التغيرات التي تبرزها موجة من التحولات الجسمية والسيكولوجية، وهذه التحولات أحياناً تكون سبباً للاضطرابات بدرجة متفاوتة، حيث يواجه المراهق عدداً من الصراعات المرتبطة بتشكيل الهوية، وصورة الجسم، والدور الاجتماعي.

ويشير ريدر ومارجيف (1999) **Roeder & Margraf** ان المراهقين غالباً ما يشعرون بأنهم محط أنظار محيطهم بمستوى مبالغ فيه مما يعنونه أنفسهم لهذا المحيط، ويتصورون أن محيطهم ليس له من اهتمام آخر غير تقييمهم المستمر وبطبيعة الحال فإنهم يتصورون دائماً أن التقويم لا بد وأن يكون سلبياً. أما النتيجة فهي التضخيم المبالغ فيه للعواقب الذي يتمثل من خلال التطرف في طرح المتطلبات من الذات بحيث يتحول أدنى خطأ يرتكبه المعني إلى كارثة بالنسبة له تغرقه في الخجل وتعزز ميله لزيادة القلق الاجتماعي.

يعتبر التلعثم أحد اضطرابات النطق والكلام الشائعة المؤثرة في فاعلية عملية التواصل، حيث لا يستطيع الفرد المتلعثم أن يوضح مفاهيمه اللغوية جيداً" للآخرين بشكل لفظي سليم، مما يجعله غير قادر على التفاعل والتواصل بنجاح معهم، حيث يقلل ذلك التلعثم من فرص التواصل بين المتلعثم والآخرين المحيطين به، مما يؤدي إلي شعوره بالنقص، وعدم الثقة بالنفس، والانعزالية، والخوف من التحدث عموماً" في أي موقف سواء كان ذلك الموقف عادياً أو ضاعطاً، مما يشعره بالقلق وعدم الإحساس بالأمن، والخوف من رد الفعل السلبي للآخرين علي طريقة كلامه وهذا بدوره يتسبب في الانسحاب الاجتماعي من محيط التفاعلات الخارجية ويجعله لا يستطيع تحمل المسؤولية حيث يزعزع الخوف أركان شخصيته. ومثل هذه المشاعر المحبطة والتي تصاحب عملية الكلام تزداد في فترة المراهقة (حيث تتميز بالحساسية المفرطة) مما يؤدي إلى تفاقم المشكلة لديهم، فالحالة النفسية للمتلعثم لها التأثير الأكبر على تلعثمه.

لذلك مع نمو الاطفال المتلعثمين لمرحلة المراهقة و الشباب و النضج تزيد حدوث الجوانب السلبية المصاحبة لهذا الاضطراب و التي تؤدي الي حدوث الخجل و التجنب الاجتماعي (الشعور بالعزلة الاجتماعية) و يؤدي الي تقليل الفرص للنمو النفسي و التعليمي .

فالمرهقين الذين ينظرون إلى أنفسهم على أنهم غير فعالين اجتماعياً ينسحبون من المواقف الاجتماعية ويدركون كفاءاتهم المنخفضة بواسطة أقرانهم، ويميلون شعوراً منخفضاً بقيمة الذات ويظهر ذلك بوضوح لدى المراهقين

المتعلمين حيث يتعرضون لكثير من المشاغبات والانتقادات من أقرانهم في نفس المرحلة العمرية نتيجة لعدم طلاقهم في الكلام ، مما يؤثر على تقييمهم الإيجابي لذاتهم ويشعرهم بعدم الكفاءة الذاتية في التعامل مع المواقف المختلفة ، مما يسبب لهم الانسحاب الاجتماعي . فلا شك من أن المراهق الذي يقول لنفسه " أنا متلعثم " يتشكل مفهومه الذاتي بطريقة يشعر فيها ضمناً بأنه شخص منحرف عن المجتمع ، مما يؤثر على تفاعلاته في المواقف الاجتماعية ، وعلى تقييمه الذاتي لنفسه فيؤدي إلى تكوين شعور منخفض تجاه ذاته . (Green, T., 1999 ,)

(281)

ان المتلعثم يعيش حالة من التوتر المستمر نتيجة لمشاعر التهديد التي يعانيتها من توقع فشله، وما يخبره من إحباطات متكررة في المواقف الكلامية ولذلك فإنه يشعر بالقلق، والانسحاب، والخجل، والعدوان تجاه الذات والآخرين، والشعور بالنقص، وعدم الثقة، وعدم الأمان، والإحباط، حيث يقارن نفسه بغيره من المراهقين الذين يتحدثون بطلاقة مما ينعكس على نفسيته فيشعر بالإحباط وينخفض تقديره لذاته وتنخفض تبعاً لذلك فعاليته الذاتية. ولذلك يمثل التلعثم بالنسبة له مشكلة تستنفذ قدراً هائلاً من تفكيره وتستولي على اتجاهاته وتجعله فريسة للقلق والتوتر إزاء ما يعانیه، وهذه المشاعر تجعله غير متوحد توحداً كافياً في الموقف الكلامي، فهو دائماً مستغرق في نطاق مشكلته وما تفرضه عليه من مصاعب، ولذلك فإن قدرته على التفوه بالكلمات المعبرة عن أفكاره تقيد بها هذه المشاعر وتحد من انطلاقها.(ناريمان رفاعي، اشرف عبدالقادر، ٢٠١١، ٢٣٧).

احد أنواع القلق يسمى القلق الاجتماعي **Social Anxiety Disorder** ورغم أن هذا النوع متعارف عليه في الطب النفسي منذ فترة طويلة إلا أن كثرة الحديث عنه الآن تأتي في ظل اجتياح مواقع التواصل الاجتماعي على الإنترنت والهواتف الذكية وتعرض المراهقين بشكل خاص لهذا النوع من القلق حيث إنهم الأكثر استخداماً لوسائل التواصل الحديثة التي فتحت مجالات أكثر للوجود في محيط اجتماعي أكبر بمراحل من المدرسة أو النادي وهو الأمر الذي يمكن أن يضاعف من حجم المشكلة.

إن مرضى القلق الاجتماعي يركزون على أفكارهم السلبية الخاصة وليس على ردود فعل الآخرين. حيث ينتقون ويعالجون بسهولة المؤشرات التي تحمل في طياتها تهديداً اجتماعياً أكثر من المؤشرات المحايدة أو التي تمثل تهديداً جسمياً(116, 2000, Cottraux J& et al)

بينما ذكر طه عبد العظيم (٢٠٠٩، ١٥٦) أن الأفراد ذوي القلق الاجتماعي يُظهرون استثارة فسيولوجية مرتفعة في المواقف الاجتماعية، إلى جانب الخوف من التقييم السلبي من الآخرين، ونقص المهارات الاجتماعية، ويكون سلوك التجنب هو الاستراتيجية الملائمة لديهم في الموقف الاجتماعي المخيف، وأن السمة المميزة للقلق

الاجتماعي تتمثل في الخوف غير الواقعي من التقييم السلبي للسلوك من قبل الآخرين، والتشوه الإدراكي للمواقف الاجتماعية لدى الفرد المضطرب اجتماعياً، والذي غالباً ما يشعر أنه محط أنظار الآخرين بدرجة كبيرة، ويتصور أن الآخرين ليس لهم أي اهتمام سوى تقييمه وانتقاده والسخرية منه .

حيث يكتسب الطلبة في مرحلة المراهقة كما هائلا من المعلومات والمعارف من خلال المواقف والخبرات الحياتية واليومية التي يمرون بها فضلا عما تقدمه المؤسسات التعليمية المختلفة ، وهذا بدوره يولد مخزون معرفي يمكنهم من التعامل مع المحيط الخارجي في البيئة ، وهذه المعرفة المختزنة لا تكون خالية من السلبيات والعيوب مما يجعلهم أكثر عرضة للانحراف عن المسار الصحيح مما يؤدي إلى عدم قدرة الطلبة على اتخاذ القرارات والأحكام السليمة وبالتالي يؤدي إلى عائق فكري يدعى بالانحياز المعرفي عند اتخاذ قرارات خاطئة مسندة إلى الظن والاحتمالية.

وبالتالي يتكون لدى المراهق المتعلم نوع من التحيزات المعرفية والتي تؤدي في النهاية تجنب المواقف الاجتماعية المختلفة وزيادة القلق الاجتماعي لديه، فقد اشار (Simong & Vitouch, 2001, 68) إلى مصطلح التحيز المعرفي بأنه نمط من الانحراف في اتخاذ القرارات والأحكام، يحدث في بعض الحالات تشوها للإدراك الحسي أو إدراك حكم غير دقيق، أو تفسير غير منطقي. وتؤثر التحيزات المعرفية على طريقة تفكير وإدراك الفرد لاتخاذ القرار، حيث ينحاز الفرد لوجهه نظر معينة على وجهات نظر اخرى، وترجع هذه التحيزات إلى طريقة تخزين المعلومات في الذاكرة، حيث يتذكر الفرد الأحداث والمواقف السابقة، وقد يكون متحيزا نظرا لطريقة معالجة المعلومات والمواقف والخبرات السابقة، هذا بدوره يؤدي إلى التفكير بطريقة منحازة واتخاذ القرارات ضعيفة وسيئة، وتظهر الأمراض النفسية كنتيجة للأخطاء والتشويهات الإدراكية في تفسير الأحداث، و تتأثر تأثيرا كبيرا بالانحياز المعرفي في معالجة المعلومات والذاكرة. (Clarkin, 2005, 30)

ان التحيزات المعرفية ما هي الا نتاج سلبي لثلاث عمليات استدلالية هي التمثيل Representativeness ويقصد به نزعة الفرد إلى تخيل أن ما يراه هو ما يمكن أن يحدث، والتوافر أو الإتاحة Availability ويقصد به أن الفرد يتخيل ما سيحدث، فإنه يقوم بتذكر مواقف وأحداث سابقة، والتأسيس والتكيف Anchoring and Adjustment ، ويقصد به قيام الفرد بتحديد نقطة انطلاق مبدئية غير مؤكدة، من ثم تعديل موقفة بناء على ذلك (Yudkowsky, 2008,92).

يمكن القول بأن التحيزات المعرفية حظيت باهتمام العديد من الدراسات والبحوث العربية والأجنبية في تفسير أسباب حدوثها، وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية، وكيفية قياسها، فقد أظهرت نتائج هذا الدراسات ارتباط

التحيزات المعرفية باضطراب القلق الاجتماعي كما في دراسة Reid, S., Salmon, K., & Stevens, E., ودراسة Lovibond, P. (2016) ، ودراسة Boukhechba, M. et al (2018) ، ودراسة Eric, Y., Louise, S. (2019) ، ودراسة Behar, E., Jendrusina, A. (2018) ، ومما سبق فإن القلق الاجتماعي من المفاهيم التي ترتبط بالتفاعل بين الفرد والآخرين وهو جزء من عملية الاتصال، وعلى الرغم من ان ظاهرة القلق الاجتماعي **Social Anxiety** ليست جديدة، إلا أن السنوات الأخيرة شهدت نمواً متزايداً في الدراسات المنهجية لهذه الظاهرة، ويرجع ذلك إلى ازدياد وضوحها وتزايد حدة المتطلبات الاجتماعية، بالإضافة إلى ارتباط هذه المتطلبات بمواقف تقييم الفرد وكفاءته، ونظراً لما يعانيه المراهق المتلعثم من خوف وتجنب مواقف التفاعل الاجتماعي لما يرتبط في ذهنه بالتقييم السلبي من قبل الآخرين، وعليه فقد ظهرت الحاجة الى عمل بحث لتعديل التحيزات المعرفية واثرها على مستوى القلق الاجتماعي لدى المراهقين المتلعثمين.

ثانياً: مشكلة البحث

من المعروف أن القلق واحد من أهم الاضطرابات النفسية التي تصيب المراهقين بل إنه يعتبر في الأغلب عرضاً مشتركاً مع معظم الأمراض النفسية الأخرى. وهناك نوع من القلق يسمى القلق الاجتماعي **Social Anxiety Disorder** ورغم أن هذا النوع متعارف عليه في الطب النفسي منذ فترة طويلة إلا أن كثرة الحديث عنه الآن تأتي في ظل اجتياح مواقع التواصل الاجتماعي على الإنترنت والهواتف الذكية وتعرض المراهقين بشكل خاص لهذا النوع من القلق حيث إنهم الأكثر استخداماً لوسائل التواصل الحديثة التي فتحت مجالات أكثر للوجود في محيط اجتماعي أكبر بمراحل من المدرسة أو النادي وهو الأمر الذي يمكن أن يضاعف من حجم المشكلة.

حيث يعد القلق الاجتماعي سلوكاً مرضياً حيث إنه يتمثل في شدة الخوف من عدم التقبل أو الخوف من التقييم، أو الحكم على الشخص من قبل الآخرين، أو الشعور بأنه أقل كفاءة عند وجوده في مكان معين، أو أن يبدو أقل ذكاءً وحضوراً من الآخرين أو الإحساس بأن حديثه ممل أو مظهره غير لائق، وبالتالي بوجود اضطراب التلعثم لدى المراهق تزداد حدة القلق الاجتماعي وهذا ما أكدته نتائج عدد من الدراسات

فقد تأثر علماء الأمراض النفسية بشكل كبير بنماذج معالجة المعلومات التي تقوم عليها الاضطرابات النفسية حيث أن التحيزات المعرفية تميز الأفراد القلقين. وبشكل أكثر تحديداً الأفراد القلقون يميلون الى تفسير المعلومات الغامضة بأنها تهديد. لقد بحثت غالبية هذه الأبحاث إلى حد بعيد الطبيعة الترابطية لهذه التحيزات المعرفية والقلق،

حيث يظهر أن مثل هذه التحيزات قد تلعب دوراً سببياً في تطور اضطرابات القلق الاجتماعي والبقاء عليه، كما ان زيادة الاهتمام بتعديل التحيزات المعرفية يخفض القلق الاجتماعي.

أظهرت نتائج دراسة (Ronald M., Quincy J. & Robyn L. (2017) انه قد يتأثر القلق الاجتماعي لدى المتعلمين بمجموعة من العوامل المترابطة ، بما في ذلك الخوف من التقييم السلبي ، والإدراك السلبي للتقييم الاجتماعي ، والتحيزات المعرفية ، والاهتمام الذي يركز على الذات ، وسلوكيات الأمان ، والمعالجة الاستباقية واللاحقة.

وقد اوضحت دراسة (McAllister, J(2015) العلاقة ما بين التلثم والقلق الاجتماعي، وقد تم تطوير نهج جديد لعلاج القلق الاجتماعي تعتمد على تعديل التحيزات المعرفية للأفكار السلبية ، على حقيقة أن الأشخاص القلقين اجتماعياً لديهم معالجة متحيزة تؤدي بهم إلى تركيز المزيد من الاهتمام على الإشارات السلبية من حولهم ، مثل رفض تعبيرات الوجه ، وبدرجة أقل على الإشارات الإيجابية. أظهرت النتائج انه من الممكن إعادة تعديل هذا التحيز باستخدام مهمة كمبيوتر بسيطة ، وعندما يحدث ذلك ، تنخفض مستويات القلق الاجتماعي لدى الأشخاص المتعلمين.

وتأسيساً على ما تقدم يمكن تحديد مشكلة البحث في التساؤل الرئيس التالي: ما فعالية برنامج ارشادي قائم على تعديل التحيزات المعرفية في خفض اضطراب القلق الاجتماعي لدى المراهقين المتعلمين؟. ويتفرع عن هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:

١- ما الفروق بين المراهقين المتعلمين اعضاء المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده على مقياس القلق الاجتماعي؟

٢- ما الفروق المراهقين المتعلمين اعضاء المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس القلق الاجتماعي؟

ثالثاً: أهداف البحث

يهدف البحث الحالي إلى:

١- التحقق من فعالية التدريب على تعديل التحيزات المعرفية لدى المراهقين المتعلمين لخفض القلق الاجتماعي لديهم .

٢- التعرف على مدى استمرارية أثر البرنامج القائم على تعديل التحيزات المعرفية في القلق الاجتماعي لدى المراهقين المتعلمين.

رابعاً: أهمية البحث

لهذا البحث أهمية من الناحيتين النظرية والتطبيقية:

(أ) الأهمية النظرية:

- تكمن أهمية هذا البحث في أهمية القضية التي تتصدى لدراساتها وهي استخدام برنامج ارشادي قائم على خفض التحيزات المعرفية لدى المراهقين المتعلمين.
- نقص الدراسات والبحوث وندرة في الدراسات العربية في هذه المتغيرات خاصة على المراهقين ذوي اضطراب التعلم. مما يفرض علينا ضرورة عمل دراسة لتغطي هذا النقص.

(ب) الأهمية التطبيقية:

- 1- تتمثل الأهمية التطبيقية لهذا البحث فيما سوف يسفر عنه من نتائج قد تفيد البحوث المستقبلية، وإلقاء الضوء على النقاط البحثية الجديرة بالبحث والدراسة.
- 2- تفيد هذه الدراسة الإباء والامهات والمعلمين والعاملين بالحقل التربوي حيث تزودهم بمجموعة من استراتيجيات وفنيات تدخل متكاملة يمكن أن تسهم في خفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين ذوي الاضطراب التعلم.
- 3- مساعدة هؤلاء المراهقين علي تحقيق أكبر قدر من التواصل الاجتماعي .
- 4- إعداد برنامج ارشادي قائم على تعديل التحيزات المعرفية في خفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين ذوي اضطراب التعلم

خامساً: مصطلحات البحث

يتضمن البحث الحالي المصطلحات التالية:

- التحيز المعرفي Cognitive Bias

يُعرف التحيز المعرفي إجرائياً في البحث الحالي بأنه "مجموعة من الأحكام اللاعقلانية التي يتخذها الفرد والمسندة إلى الآراء والتوقعات الذاتية الشخصية ذات الطابع المعرفي المغلق والمتحيز ذاتيا وغير قابل للتغيير منتجا تشوها في الإدراك الحسي".

- برنامج تعديل التحيزات المعرفية:

ويقصد بالبرنامج الإرشادي في البحث الحالي هو عملية منظمة ومخططة من خلال الإرشاد النفسي الذي يعتمد على تنفيذ أفكار العميل اللاعقلانية والمسندة إلى الآراء والتوقعات الذاتية الشخصية ذات الطابع المعرفي المغلق والمتحيز ذاتيا وغير قابل للتغيير منتجا تشوها في الإدراك الحسي، واستبدالها بأخرى أكثر عقلانية؛ تهدف إلى تدريب المراهقات أعضاء المجموعة التجريبية بغرض خفض القلق الاجتماعي مما يساعدهم على الوصول إلى الصحة النفسية.

ويقوم البرنامج على مجموعة من الأسس المرتبطة بالعلاج المعرفي السلوكي:

- 1- الفكر والانفعال توأمان مترابطان ومتداخلان، ويؤثر كل منهما في الآخر، والتفكير والانفعال والسلوك أضلاع مثلث واحد تصاحب بعضها بعضاً تأثيراً وتأثراً
- 2- الإنسان ما بين عقلائي وغير عقلائي، والسلوك العقلائي يؤدي إلى الصحة والسعادة.
- 3- الاضطراب النفسي والسلوك العصابي ينتج عن التفكير غير العقلائي، فالعصابي هو شخص أفكاره غير عقلانية، عاجز انفعالياً، سلوكه مدمر للذات.
- 4- ينشأ التفكير غير العقلائي من التعلم غير المنطقي من الوالدين والثقافة.
- 5- يتميز الإنسان بأنه يفكر دائماً، وأثناء التفكير يصاحبه الانفعال، فإذا كان التفكير غير عقلائي صاحبه انفعال مضطرب و يترجم في سلوك مضطرب.
- 6- تفكير الإنسان هو الذي يلون المدركات بجعلها حسنة أو رديئة، مطمئنة أو مهددة.
- 7- الأفكار السالبة أو الخادعة للنفس والتي تقوم على أساس غير عقلائي وغير منطقي يمكن دحضها وتعديلها إلى موجبة وإعادة تنظيمها عقلائياً ومنطقياً.

- اضطراب القلق الاجتماعي Social Anxiety Disorder

يُعرف القلق الاجتماعي إجرائياً في البحث الحالي بأنه تجنب المراهق المواقف التي يفترض فيها ان يتفاعل مع الآخرين ويكون معرضاً نتيجة ذلك الي نوع من أنواع التقييم من قبل الآخرين. ويقاس بمجموع الدرجات التي يحصل عليها الطالب في مقياس القلق الاجتماعي (إعداد الباحثة)

المراهقين المتعلمين: تعرفهم الباحثة اجرائياً

بانهم فئة من الافراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٣-١٦ عام ويعانون من أحد اضطرابات الكلام وهو اضطراب في إيقاع الكلام وطلاقته، اضطراب توقيت الكلام مما يحث التوقف اللإرادي عن الكلام أو تكرار للمقاطع والحروف، أو إطالة لأصوات الكلام، بالإضافة إلى المصاحبات الجسمية، كانفعالات الوجه وحركات الفم، والرأس والرقبة واليدين والرجلين وسرعة التنفس.

سادساً: الإطار النظري للبحث

يتناول هذ الجزء من البحث الإطار النظري وبعض البحوث والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع البحث، واشتمل البحث الحالي على ثلاثة محاور رئيسية، حيث تناول المحور الأول (التحيز المعرفي) ، والمحور الثاني (اضطراب القلق الاجتماعي) ، والمحور الثالث (العلاقة بين التحيز المعرفي واضطراب القلق الاجتماعي) ، وفيما يلي تفصيل بذلك.

المحور الأول: التحيز المعرفي Cognitive Bias

يعتبر التحيز المعرفي هو عملية تتألف من ثلاث عناصر (المنتج، المستهلك، وسيلة نقل التحيز) فالمنتج يقدم بإعادة تقديم وصيانة للأفكار للمتلقى، أما المستهلك فيقبل الأفكار بغياب للعقل النقدي والتحليلي والقيام بالترويج لها أما وسيلة النقل بالقول أو الفعل ابتغاء لتوسيع نطاق مدركات التحيز (West,2003, 302) ويعرف نصر محمد عارف (٢٠٠٣، ٣٨) التحيز المعرفي بأنه التمحور حول الذات والانغلاق فيها ورؤية الآخر من خلالها وقياسه عليها ، مما يعنى نفى الآخر نفياً كاملاً خارج نطاق العلم أو الوجود، ويشير **Gardenier et al. (2012,12)** التحيز المعرفي بأنه الابتعاد عن الوضوح في جمع المعلومات وتحليلها وتفسيرها وعرضها والتوصل إلى النتائج الخاطئة، كما يعرف **Wilke(2012, 246)** التحيز المعرفي بأنه خطأ منهجي في الحكم واتخاذ القرارات يكون شائعاً عند جميع البشر ، ويحدث بسبب حدود الإدراك المعرفي وعوامل الدافعية أو التكيف في البيئات الطبيعية، ويذكر كل من **Kahneman &Tversky (2015,163)** أن التحيز المعرفي هو حكم في اتخاذ القرارات غير السليمة الذى يحدث في بعض الحالات مسببا تشويها للإدراك الحسى وإبداء آراء غير دقيقة وتفسيرات غير عقلانية وبعيدة عن المنطق. ويعتبر التحيز المعرفي ليس عجز معرفياً إنما يعرف بأنه انخفاض في السرعة أو الأداء أثناء أداء المهمة العقلية **(Moritz , et al.(2015)** ، ويشير **Peng & et al.(2017)** إلى التحيز المعرفي بأنه عملية تحيز معالجة معلومات الفرد نحو المنبهات وعادة ما يكون ذلك موضع اهتمام لدى الفرد.

بينما يرى (Yudkowsky, E. (2018,98) التحيز المعرفي بأنه ما هو إلا نتاج سلبى لثلاث عمليات استدلالية هي التمثيل ويقصد به نزعة الفرد إلى تخيل أن ما يراه هو ما يمكن أن يحدث، والتوافر ويقصد به أن الفرد عندما يتخيل ما سيحدث فإنه يقوم بتذكر مواقف وأحداث سابقة، والتأسيس والتكيف ويقصد به قيام الفرد بتحديد نقطة انطلاق مبدئية غير مؤكده ومن ثم تعديل موقفه بناء على ذلك

ويتضح من التعريفات السابقة أن التحيز المعرفي يعتبر مفهوم لوصف الأداء العقلي الخاطئ في عملية التفكير أو التذكر والتقييم ومعالجة المعلومات وتغييرها مما ينتج عنه اثار واضحة تتمثل في اتخاذ قرارات غير سليمة وتشويه للمدركات الحسية وتفسيرات غير منطقية، كما أنه يحدث من خلال قناعة وتوقعات سابقة وأفكار راسخة في عقل الانسان يتمسك بها دون الاكتراث إلى أي معلومة جديدة أو مغايرة.

خصائص التحيزات المعرفية

يشير (Piatelli-Palmarini, M. (2001,231) إلى أن هناك عدة خصائص للتحيزات المعرفية هي:

- **موجه:** ويقصد بذلك أن التحيز المعرفي موجه نحو أنماط التفكير الإنساني بشكل عام وباتخاذ القرارات بشكل خاص، ويظهر تأثيره واضحا باتجاه شيء متوقع وليس عشوائي.
- **محدد:** أي يظهر في حالات معينة كأخطاء معالجة المعلومات ومشاكل الانتباه والإدراك والتذكر وأخطاء التفكير وغيرها.
- **عام:** ويقصد به أن التحيز المعرفي موجود عند مختلف فئات المجتمع وليس مقتصرًا على فئة عمرية معينة.
- **التلقائية:** وتعد السمة المميزة للتحيزات المعرفية أي أنها تظهر تلقائيا دون وعي وتشمل مجموعة واسعة من أنماط التفكير الإنساني .
- **ثابت:** أي أن معرفة الشخص بتحيزه لا يجعله يتراجع بصورة مباشرة عنه.
- **غير قابل للتعميم:** فالتحيز لحالة معينة غير كافي للتعميم على حالات أخرى.

جوانب التحيزات المعرفية عند الأفراد

يشير (Kruglanski & Ajzen, 2000, 13) إلى أن التحيزات المعرفية لدى الفرد ترتبط بجانبين رئيسيين

هما:

- **دافعية الشعور:** ويقصد به أن دافعية الفرد تشكل معظم التحيزات المعرفية التلقائية التي يقع فيها الأفراد، وذلك يعنى أن الفرد يتحيز إلى ما يخدم احتياجاته ورغباته فهو يميل لا شعوريا إلى ما يشبع دوافعه النفسية.
- **ذات طابع معرفي موجه:** وفيه يقوم الفرد بتوجه انتباه وتركيزه على بعض أنواع المعلومات وفرضيات أخرى، والطابع المعرفي في التحيزات يشمل استخدام طرق تفكير خاطئة أو غير عقلانية في تفسير الأحداث والتنبؤ بها.

أنواع التحيزات المعرفية

- **التحيز التأكيدي:** ويوجد هذا النوع عند الأفراد الذين يحاولون البحث عن أدله لتثبيت قراراتهم ومعتقداتهم من خلال استخدام الجانب التفاضلي لسلوكهم (فهم يميلون للأفراد الذين يتفقون من آرائهم وأفكارهم وما يفضلونهم ، والابتعاد عن الأفراد المختلفين عنهم ، وهم بهذا يشعرون بالراحة مع من يتفق معهم بما يفضلونه (Statman, 2006, 3-4).
- **تحيز الانتباه :** وفيه ينتبه الأفراد إلى أحداث لم يكن منتهبين إليها سابقا بطريقة أكثر من قبل ، ولكن تم اقناع أنفسهم بكثرة حصول هذه الأحداث كثيرا بعد الانتباه لها.
- **تحيز الإدراك المتأخر:** وفيه يخفق الفرد في التنبؤ بالمواقف السابقة قبل حدوثها ووقوعها ، لذا فينتج تشويها في الذاكرة مما يؤدي إلى قرارات خاطئة مثل (عندما يقول أحدهم: لقد كنت أعرف ذلك طوال الوقت، فهو يميل إلى رؤية الأحداث الماضية وكأنها كانت متوقعة عندما حدثت Wilk and Mata . (2012,532).
- **التحيز الإيجابي:** هو اعتقاد الفرد بإيجابية المواقف التي يتعرض لها أكثر من المواقف السلبية، فهو انحياز متفائل للمواقف والأحداث .

- **التحيز السلبي:** ويظهر هذا النوع من التحيز عندما تكون صورة سلبية في اذهاننا عن الأشخاص بدل الصورة الإيجابية لهم، وفيه يميل الأفراد لإعطاء سمات سلبية أكثر من السمات الإيجابية في تكوين الانطباعات عن الآخرين.
- **تحيز الاتساق:** ويقصد به أفتاع أنفسنا بأن عملية اتخاذ القرار بشأن حدث ما كان صحيحا، وليس قرارا خاطئا وعدم تقديم التنازلات والاعتراف بأن القرار كان خاطئا، أي التضاد بين القرار الصائب وعدم الاعتراف (Carroll , Grace & Terry, 2002, 40).

المحور الثاني: اضطراب القلق الاجتماعي Social Anxiety Disorder

يعتبر القلق استجابة طبيعية للمواقف المليئة بالضغوط أو التي يتواجد بها تهديد غير واضح، وهي تبدو كإشارة تقول " احذر " قد يكون هناك خطر، وهذا شيء ايجابي لأنه قد يكون دافعا لبذل المزيد من الجهد أو سببا لتعديل سلوكياتنا الخاطئة أو حتى تغييرها ولكن هذا أحيانا يعطل طاقات الانسان على الإنتاج والعمل بشكل فعال. وإن ما ينطبق على القلق النفسي العام ينطبق على جميع أنواعه بما فيها القلق الاجتماعي فلا بأس في مستوى معين من القلق الاجتماعي، فالمجتمع بحاجة إلى أفراد يتصفون بالهدوء والتأمل والرؤية البعيدة والتقدير السديد للأمور، إلى أشخاص لا يطلقون العنان لأنسنتهم قبل أفكارهم، ولا يقحمون أنفسهم في شؤون الآخرين ويحرصون على عدم جرح مشاعرهم.

ومن هنا يمكن تعريف القلق الاجتماعي، فيذكر صموئيل حبيب (١٩٩٤، ٧٥) أنه يطلق كوصف لحالة الشخص حيال مواقف تواجهه، وهو اضطراب أو نوع من المخاوف غير المبررة تظهر عند قيام الشخص بالحديث، أو عمل شيء أمام مجموعة من الناس في المناسبات، أو في قاعات الدرس، أو في المواقف التي يشعر فيها الشخص أن الكل ينظر إليه، فيخاف ويظهر عليه الارتجاف، والخفقان، وضيق التنفس، وجفاف الحلق، والتعرق، وغيرها من الأعراض، كما عرفه محمد عبد الرحمن وهانم عبد المقصود (١٩٩٨) بأنه "القلق الناتج عن التوقع أو الحدوث الفعلي للتقييم الشخصي في المواقف الاجتماعية المتخيلة أو الحقيقية".

أنواع القلق الاجتماعي:

تشير حياة البناء وآخرون (٢٠٠٦، ٢٩٣) أن القلق الاجتماعي يصنف إلى نوعين أساسيين هما:

- **القلق الاجتماعي المعمم Generalized** وهو قلق يمتد إلى جميع جوانب التفاعلات الاجتماعية، وفيه تتسم الشخصية بالحساسية الزائدة والخوف من الرفض الاجتماعي وتقدير الذات المنخفض والانسحاب الاجتماعي والصمت وقلة الكلام.

• **القلق الاجتماعي غير المعمم Nongeneralized** وهو الذي يقتصر على موقف واحد من التفاعلات الاجتماعية، وبصفة خاصة موقف التحدث أمام الآخرين.

مكونات القلق الاجتماعي

يوجد أربع مكونات للقلق الاجتماعي وهي كما وضحتها (Baron R.A.,1989)

- **المكون الانفعالي:** (الاحساس بالتوتر- الرعب عند المواقف الاجتماعية).
- **المكون المعرفي:** (تدنى تأكيد الذات- الانشغال بالشعور بالذات - الخوف من التقييم السلبي- افكار غير واقعية عن الذات).
- **المكون السلوكي:** (عدم تكيف السلوك - عدم توافر المهارات الاجتماعية).
- **المكون الفسيولوجي:** ويقصد به معاناة الشخص من مجموعة مختلفة من الأعراض الجسدية المرتبطة بالمواقف الاجتماعية المرهقة بالنسبة له (كالشعور بالغثيان والأرق والإحساس بالغصة في الحلق والارتجاف والتعرق).

نظريات تفسير القلق الاجتماعي:

يوجد العديد من النظريات التي تُفسرُ القلق الاجتماعي وحيث تعددت وجهات النظر، سوف نستعرض أهمّ النظريات المعرفية التي فسرت القلق الاجتماعي.

• نظرية التحليل النفسي:

ويعتبر فرويد من أوائل الذين اهتموا بالقلق، حيثُ فسّر القلق بأنه استجابة انفعالية يمرُّ بها الشخص وتُصاحبه تغيرات في الأجهزة الداخلية مثل القلب والجهاز التنفسي وقد فسّر فرويد ان القلق إشارة تحذير لانا حتى يستخدم أساليب وقائية وحماية ضدّ ما يُهدّدها، ويكون سببها رغبات مكبوتة أو خبرات عنيفة أو نزعات جنسية كُبتت في اللاشعور، فتعمل الأنا بدفاع عن نفسها فيتراكم الشعور بالقلق وتسقط الأنا ضحيةً للانهايار العصبي. (عبد السلام عبد الغفار، ١٩٧٦، ١٥٤).

تنشأ المخاوف المرضية طبقاً لهذه النظرية من رغبات غير مرغوب فيها، كبتها الفرد لينساها، و عندما تفشل الأنا في كبت هذه الرغبات و تلج في الظهور ، تترك الأنا التهديد و تشعر بالخوف الزائد من ظهورها ثم تسقط هذا الخوف على أي شيء . و يرى فرويد أن القلق الاجتماعي صورة من صور النرجسية الشديدة و يؤكد المحللون النفسيون أن حدوث الرهاب الاجتماعي يكون مصاحباً لنمو الأنا الأعلى و اكتماله، فالطفل يبدأ كبت ما تعرض له من صراع إلا أن هذا لا يكفي فيلجأ إلى النقل أو الإزاحة و الترميز، بأن يحول موضوع الخوف

الأصلي إلى خوف بديل. كما تشير نظرية التحليل النفسي إلى وجود عمليات نفسية ذاتية وصراعات داخلية و عقد تساهم في زيادة الخوف المرتبط بالمواقف الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد، كذلك تفسر حالات الرهاب الاجتماعي أن الإنسان يسقط ضميره القاسي الشديد على الآخرين. ونظراً لشدة هذا الضمير وتعذيبه للإنسان فإن القلق الناتج عن ذلك كبير يصعب احتمالها، ولذلك فإنه يسقط على الآخرين كثيراً من محتويات ضميره هو و طريقته اللاذعة في انتقاد نفسه، فهو يعتبر أن الآخرين يتهايمون عليه أو يسخرون منه أو ينتقدونه عند مقابلتهم أو الحديث أمامهم و هذا يفسر أعراض القلق الاجتماعي. (سامية أبرييم، ٢٠٠٧، ٥١ - ٥٢)

• النظرية السلوكية:

تفترض هذه النظرية في تفسير القلق الاجتماعي أن المهارات المطلوبة موجودة بالفعل لدى الفرد، و لكنها تُمنع من الظهور في المواقف الاجتماعية بسبب استجابة القلق الشرطي. فالقلق هو سلوك يتعلمه الفرد كأى سلوك آخر، فيتم اكتساب القلق الاجتماعي كسلوك غير سوي عندما تتوافر بذور القلق إزاء موضوع أو موقف معين، فإن الشخص يستجيب بتجنب الموقف أو الموضوع المثير للقلق. فإذا وجد الشخص أن هذا التجنب (السلوك) قد أدى إلى تخفيف المخاوف من الموقف أو الموضوع، فإن ذلك يعني أن الفرد قد حصل على إثابة و هي تقليل حدة الشعور بالقلق من هذا الموقف، وبالتالي فإن سلوك التجنب (الابتعاد عن الموقف) يدعم لدى هذا الشخص، فيؤدي إلى مزيد من التجنب للحصول على مزيد من خفض القلق، و يدور في حلقة مغلقة لا يكاد يخرج منها (وردة بلحسيني، ٢٠١١، ٤٢ - ٤٧).

تُشيرُ إيمان بنجابي (٢٠٠٨) إلى أنَّ القلق الاجتماعي هو حدوث استجابة لدى الفرد بعد مروره بخبرات اجتماعية مؤلمة، ان نظرية التعلُّم بالملاحظة تحدد ان الفرد يكتسب السلوكيات السوية والغير سوية عن طريق ملاحظة الآخرين او بواسطة النمذجة، وبذلك تستطيع هذه النظرية العلاج عن طريق اكتساب سلوك جديد او الحد من السلوك الغير سوي .

• النظرية المعرفية:

تستند نظرية بك و إمري (١٩٨٥) إلى مفهوم المخطط **Scheme** في تفسير القلق الاجتماعي، حيث يعد البناء المعرفي الأساسي الذي يقود عملية معالجة البيانات. ويوضِّحُ إسماعيل علوي (٢٠٠٩، ٨٥) أنَّ عندما يقوم الانسان بعملية التقييم الذاتي للأحداث من حوله بواسطة العمليات الذهنية التي يستطيع من خلالها إدراك العالم الداخلي والخارجي، فإنه قد يصيبه خطأ، ينتج عنه توقعات مُشوَّهة عن نفسه أو الآخرين وهذه المعتقدات المُشوَّهة ينتج عنها الكثير من الاضطرابات النفسية والتوافقية، وسبب هذه المظاهر المشوَّهة هي القراءات

الخاطئة وسوء فهم والسلوكيات الصادرة عن الآخرين، وينتج عنه اشتراطات وتعلم مُشوّه، ومن ثم يسقطها الفرد على مواقف جديدة.

بذلك فإن مرضى القلق الاجتماعي يركزون بشدة على الكلمات التي تتصف بانها تهددهم اجتماعياً، و تحمل تعبيرات وجه تتصف بالسلبية، حيث يقع تركيزهم على جوانب الفشل، ولا يهتمون بالمواقف التي يتصرفون فيها بطريقة جيدة ، لان ما يشغلهم هو توقع الفشل (بيل، ٢٠١١، ٤٧).

واكد ليري وشلينكر نظريتهما المسماة تقديم الذات والتي فسرا من خلالها القلق الاجتماعي، معتبرين أنه مفهوم يصف مجموعة من الخبرات المعرفية والوجدانية التي تنتج عن توقع تقييم الآخر الفعلي أو المتخيل في المواقف الاجتماعية، ويرتبط به ردود أفعال متنوعة متضمنة الانسحاب(المادي أو المعرفي) ومشاعر الدونية والتمركز حول الذات ونقص في ضبط النفس.

ويظهر القلق الاجتماعي عندما يندفع الفرد لتشكيل انطباع مفضل لدى الآخرين، لكنه يشك في قدرته على ذلك، ويتوقع منهم ردود فعل تقييمية غير مرضية، حيث يرغب الفرد في حضور الآخر أن يقيم ذاته في أفضل صورة (أمين، جذاب، قوي...)، رد فعل الآخر يزود بتغذية راجعة حول إن كان الفرد أدى الانطباع المرغوب أم لا، ويعمل كميّار لتقييم مدى نجاحه في تحقيق هدف تقييم الذات(فاطمة الكتاني، ٢٠٠٤، ٣٠١).

ويؤكد هذا النموذج أن ثمة عوامل متعددة تعمل كمنشط لتوليد الشك لدى الفرد في قدرته على إعطاء صورة مرضية عن ذاته، جزء من هذه العوامل يتعلق بصفات الفرد، وصفات الطرف الآخر، وجزء يتعلق بصفات الموقف والظروف المحيطة به.

وهكذا فإن الفرد القلق اجتماعياً يميل إلى الانحياز السلبي في تحليله للمعلومات الاجتماعية، وبطريقة سيئة التكيف ومتناقضة، وبسبب انشغاله بذاته (فرط الانتباه للذات) في المواقف الاجتماعية، يضعف انتباهه للآخرين، وتقل قدرته على المشاركة بنجاح في التفاعل.(Véra L,Mirabel-sarron C ,2002,75)

نظرية العوامل الأسرية:

حيث يمكن للبيئة الأسرية أن تساهم في تشكيل مشاعر النقص و العدوانية عند الفرد من خلال مشكلات الأسرة و صعوباتها . كما تلعب الحماية الزائدة للطفل من قبل أهله دوراً أساسياً في نقص مهاراته الاجتماعية و مهارات التحكم بالذات و القلق و التعامل مع الإحباط . كما أن إطلاق الوصمات السلبية على الأطفال و المراهقين تسبب لهم نقصاً في تقدير الذات و مشاعر النقص المتنوعة ، كما أن الأوامر و النواهي الكثيرة و قواعد السلوك

الصارمة الجامدة تسبب قلقاً في فهمها و التقيد بها ، و غير ذلك من أمور تربوية و أسرية (هند رشدي، ٢٠١٥ ، ٣٠٢).

محكات تشخيص اضطراب القلق الاجتماعي:

يُحدّد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية ((APA, 2013, 202-203 مجموعة من المحكات التشخيصية التي يجب مراعاتها عند تشخيص القلق الاجتماعي وهي:

- خوف مستمر ومُلاحَظ في موقف واحد، أو مجموعة من مواقف الأداء، أو المواقف الاجتماعية، والتي من خلالها يكون الفرد محلّ إمعان وتدقيق للنظر فيه من الآخرين، خصوصاً إذا كان هؤلاء الآخرون غير مألوفين بالنسبة له.
- أن يكون التعريض للموقف الاجتماعي مخيفاً، ومن شأنه أن يثير القلق لدى الفرد، وقد يأخذ شكل نوبة هلع.
- أن يدرك الفرد أنّ خوفه مفرطاً فيه وغير معقول.
- أن يتجنّب الفرد مواقف الأداء أو المواقف الاجتماعية المخيفة، مع وجود ضيق وقلق وكرب نفسي شديد ومستمر.
- أن يكون الخوف أو القلق غير متنسق مع التهديد الفعلي الذي يمثله الوضع الاجتماعي الحالي، أو السياق الاجتماعي الثقافي.
- أن يكون الخوف والقلق والتجنّب مستمر لدى الفرد لمدة سنّة أشهر فأكثر.
- أن يتعارض التجنّب وتوقّع القلق والكدر في مواقف الأداء أو الموقف الاجتماعي مع الوظائف الأكاديمية والمهنيّة، ومع الأنشطة الاجتماعية، والعلاقة مع الآخرين، وأن يوجد كرب وضيق ملحوظ حول وجود هذا الخوف.
- يجب ألا يكون الخوف أو التجنّب ناتجاً عن التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للاستخدام الطبي، أو الاستخدام السيئ للعقاقير أو المخدرات.
- لا يُفسرُ الخوف أو القلق والتجنّب بشكل أفضل في حالة وجود أعراض لاضطرابات نفسية أخرى مثل: اضطراب الهلع، واضطراب تشوّه الجسم.
- في حالة وجود اضطراب نفسي آخر أو حالة طبيّة عامّة مثل: اللّججة في الكلام، أو الشّلل الرعاش، أو فقدان الشهية العصبي، أو البدانة، فإنّ الخوف أو الإحجام لا يكون قاصراً على تأثيره الاجتماعي.

المحور الثالث: العلاقة بين التحيز المعرفي واضطراب القلق الاجتماعي .

ويرتبط القلق الاجتماعي لدى المراهقين بالتحيزات المعرفية، حيث تؤكد نتائج الأبحاث التي أجريت على مدار عدة عقود العلاقة السببية بين التحيزات المعرفية من جهة وعدد من الاضطرابات النفسية مثل القلق وتأثيرهم على الصحة النفسية.

حيث أظهرت دراسة ناديا رتيب (٢٠٠٠) إلى الكشف عن العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية من ناحية، والقلق الاجتماعي من ناحية أخرى، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجة الأفكار اللاعقلانية تبعاً لمتغيرات الجنس، والتخصص، ووجود علاقة دالة إحصائية بين درجة الأفكار اللاعقلانية ودرجة القلق الاجتماعي لدى الذكور والإناث، ووجود علاقة دالة إحصائية بين درجة الأفكار اللاعقلانية من جهة، ودرجة القلق الاجتماعي من جهة أخرى تبعاً لمتغير الكلية (العلوم الاجتماعية، والإنسانية، والعلمية)، كما تبين وجود أثر دال إحصائياً للأفكار اللاعقلانية في درجة القلق الاجتماعي.

ويؤكد **Hirsh & et al. (2006)** في دراسته بأن الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي لديهم صورة ذاتية سلبية عن ذواتهم خلال مواقف الأداء والتفاعل الاجتماعي كما أنهم يظهرون تفسيرات متحيزة أقل إيجابية للمصادر الخارجية من المعلومات الاجتماعية، والتفسير السلبي للمواقف الاجتماعية الغامضة هو أكثر عرضة لتكوين الصورة الذاتية السلبية.

وللتحقق من قابلية تعديل التحيز المعرفي قامت **Waters & et al. (2008)** بدراسة فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي ، وتكونت العينة من مجموعتين الأولى تجريبية وتكونت من (١٩) طفلاً وطفلة يعانون من أعراض قلق متنوعة ، وأخرى ضابطة تتكون من (١٩) طفلاً وطفلة لا يعانون من أعراض القلق ، وأظهرت نتائج الدراسة انخفاض التحيز المعرفي ارتبط بتفسير المثيرات المتعلقة بالقلق لدى العينة التجريبية لتقترب من نتائج المجموعة الضابطة ، في حين لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للبرنامج في تخفيض التحيز المعرفي المرتبط بالانتباه لهذا المثير.

كما أظهرت نتائج دراسة حسن الحميدي (٢٠١٤) إلى تطور الأفكار اللاعقلانية وارتفاع مستوياتها من المراهقة المبكرة إلى المراهقة المتوسطة.

من كل ما ذكر نلاحظ علاقة القلق الاجتماعي بالتقييم السلبي والأفكار اللاعقلانية، كذلك التحيزات المعرفية المترابطة لدى المراهق والذي يمكن ان يتم تعديله من خلال البرامج القائمة على تعديل التحيزات المعرفية.

سابعاً: الدراسات والبحوث السابقة

دراسة **Rheingold, A. (2001)** تشير مجموعة كبيرة من الأبحاث إلى أن المراقبة فترة حرجة في تطور اضطراب القلق الاجتماعي. إن توضيح العمليات المعرفية لاضطراب القلق الاجتماعي لدى المراهقين ، قد يساعد في فهم أفضل لمسببات الاضطراب ، والعمل عليه ، وكذلك توفير التوجيه لجهود العلاج والوقاية. وتهدف هذه الدراسة الاختلافات المعرفية ، وتحديدًا تقديرات التحيزات المعرفية ، من الأحداث الاجتماعية السلبية وغير الاجتماعية بين المراهقين الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي والمراهقين دون اضطراب القلق الاجتماعي. تشير النتائج إلى أن المراهقين الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي لديهم في الواقع تحيزات محددة للحكم في المواقف الاجتماعية السلبية. بالغ المراهقون ذوي القلق الاجتماعي في تقدير رد الفعل تجاه الأحداث الاجتماعية السلبية مقارنةً بالمراهقين غير القلقين .

كما هدفت دراسة **Blood, G.& et al.(2007)** إلي تحديد مستويات القلق لدى المراهقين المتعلمين حيث يمكن أن تؤثر المستويات المرتفعة من القلق سلبيًا على حياة الأطفال والمراهقين. طبقت الدراسة على عينة من ٣٦ من المراهقين الذين يعانون من تلثم و ٣٦ من المراهقين الذين لا يعانون من تلثم وتم تطبيق مقياسي القلق وتقدير الذات. وظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجمالي **T-scores** لمقياس القلق المعدل للمجموعتين،. لم يتم العثور على فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس تقدير الذات، مع ٨٦ ٪ من المراهقين الذين لديهم تلثم و ٩٧ ٪ من المراهقين الذين ليس لديهم تلثم في المعدل الطبيعي / الإيجابي. أظهر المراهقون المتعلمون مستويات أعلى بكثير من القلق عن المراهقين الذين لا يعانون من تلثم. لم يتم العثور على فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات على الأصول ، والطبقة الاجتماعية والاقتصادية ، والجنس ومستويات القلق.

وقد اوضحت دراسة **McAllister, J.2015** العلاقة ما بين التلثم والقلق الاجتماعي، وتوصي بطرق العلاج مثل العلاج السلوكي المعرفي والعلاج بالتركيب الشخصي لمعالجة هذه المشكلات النفسية والاجتماعية. وقد تم تطوير نهج جديد لعلاج القلق الاجتماعي تعتمد على تعديل التحيزات المعرفية للأفكار السلبية ، على حقيقة أن الأشخاص القلقين اجتماعيًا لديهم معالجة متحيزة تؤدي بهم إلى تركيز المزيد من الاهتمام على الإشارات السلبية من حولهم ، مثل رفض تعبيرات الوجه ، وبدرجة أقل على الإشارات الإيجابية. أظهرت العديد من الدراسات أنه من الممكن إعادة تدريب هذا التحيز باستخدام مهمة كمبيوتر بسيطة ، وعندما يحدث ذلك ، تنخفض مستويات القلق الاجتماعي لدى الأشخاص.

كما هدفت دراسة **McAllister, J.& et al. 2017** الى تعديل التحيزات المعرفية لدى عينة من البالغين المتعلمين وقد تم التطبيق على عينة من البالغين عددهم (31) والذي تم استخدام برنامج محوسب قائم على تعديل التحيزات المعرفية لديهم، من خلال عرض عدد من الايكونات التي تعبر عن التحيزات الشائعة والتي تسبب القلق الاجتماعي وقد أظهرت نتائج الدراسة بجوى البرنامج، وتم التوصية بأضافة بعض التعديلات علي النموذج المقترح.

كما هدفت دراسة **Boukhechba, M.& et al. (2018)** إلى معرفة ما إذا كان يمكن استخدام البيانات الفسيولوجية لتتبع التغييرات التي تحدث عند تعديل التحيزات المعرفية **CBM** القائم على الهاتف الذكي للقلق الاجتماعي. في تجربة مفتوحة مدتها 3 أسابيع، جمعت دراسة تجريبية شملت 20 مشاركاً من ذوي القلق الاجتماعي الشديد وكانت التقارير الذاتية للمشاركين توضح معدل ضربات القلب وبيانات مقياس التسارع باستخدام هاتف ذكي وساعة ذكية قبل وبعد وأثناء تدخل **CBM**. ركزت الدراسة على العلاقة بين التسارع ومعدل ضربات القلب لتتبع التغيير بعد التدخل. تقدم النتائج أدلة أولية على صلاحية استخدام البيانات الفسيولوجية لتحديد التغير في القلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة.

وقامت دراسة **Stevens, E, Behar, E., Jendrusina, A. (2018)** باستخدام طريقة العلاج المعرفي السلوكي القائم على تعديل التحيزات المعرفية (**CBM-I**) كطريقة علاج واعدة لاضطرابات القلق الاجتماعي، حيث ان مدى تأثير هذه الطريقة **CBM-I** على القلق الاجتماعي. حيث تم التحقق من هذه الدراسة باستخدام اثنين من مكونات العلاج المدعومة تجريبيا لاضطرابات القلق، العلاج المعرفي القائم على تعديل التحيز المعرفي، والعلاج التخيلي (**IE**) والاسترخاء، وزيادة آثار **CBM-I** وزيادة مدى تعميم آثار طريقة تعديل التحيزات المعرفية **CBM-I** إلى النتائج السلوكية والعاطفية. وتم انتقاء عينة عشوائية تتضمن 111 طالباً جامعياً يعانون من قلق اجتماعي للخضوع لـ **IE**، أو الاسترخاء، أو التفكير المحايد قبل تعديل التحيزات المعرفية **CBM-I**، ثم قمنا بقياس التحيزات المعرفية الخاصة بهم، وكذلك وقت التحدث والقلق والتقييمات الذاتية للأداء أثناء مهمة الكلام. أشارت النتائج إلى أن الأفراد الذين تلقوا طريقة العلاج التخيلي **IE** قبل تعديل التحيز المعرفي **CBM-I** كانوا أكثر تكيفاً وقل قلقاً وقل تجنب للمهام الاجتماعية خلال مهمة الكلام مقارنة بالأفراد الذين شاركوا في الاسترخاء أو التفكير المحايد. هذه النتائج تشير إلى أن الجمع بين **CBM-I** مع المكونات المساعدة التي تستهدف آليات السلوكية، بدلا من المعرفية، يمكن أن يسهل نقل آثار تعديل التحيزات المعرفية **CBM-I** إلى الحد من تجنب مواقف القلق الاجتماعي.

اما دراسة **Rodgers, N. H. (2019)** بدراسة العلاقة بين التحيز المعرفي لدى المراهقين وتطور القلق الاجتماعي لديهم حيث يزداد القلق الاجتماعي لدى المراهقين المتعلمين، يهدف البحث الى دراسة العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالمراهقين المتعلمين وعلاقتها بالقلق الاجتماعي، وقد تم تطبيق الدراسة على عدد (102) مراهق في عمر من (13-19) سنة، مستخدماً مقياس التقرير الذاتي للقلق الاجتماعي، ومهام التحيز المحوسب، وقد أظهرت النتائج مستويات من القلق الاجتماعي لدى العينة الا ان الاناث اعلى من الذكور في مستوى القلق الاجتماعي، وقد اظهر المشاركون من ذوي القلق الاجتماعي المرتفع مستوى اعلى من التحيزات السلبية في تفسير المواقف الاجتماعية المختلفة اعلى من المشاركون من ذوي القلق الاجتماعي المنخفض. كما اظهر المشاركون من ذوي القلق الاجتماعي الأقل تفسيرات ايجابية للمواقف الاجتماعية المعروضة.

هدفت دراسة Rawdon C, et al.(2019) إلى التعرف على تأثير التدريب على التعرف على المشاعر على أعراض القلق الاجتماعي لدى المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين (15 و 18) عامًا. اشتملت الدراسة على جلسة فحص، حددت المشاركين الذين سجلوا نتائج أعلى من مقياس القلق الاجتماعي تم اختيارهم بصورة عشوائية تهدف إلى ملاحظة تعبيرات السعادة والقلق والضيق في تعبيرات الوجه، واستكمال تدابير التقرير الذاتي للقلق الاجتماعي، والخوف من التقييم السلبي، والاضطرابات المرتبطة بالقلق، وأعراض الاكتئاب. وأظهرت مجموعة التدخل تغييرات ملحوظة في مستوى القلق الاجتماعي، مقارنة مع تلك الموجودة في المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا التدريب.

كما هدفت دراسة Eric, Y., Louise, S. (2019) إلى تحديد الفعالية النسبية للتدخلات العلاجية المعتمدة على تعديل التحيز المعرفي باستخدام الطرق الثلاثة للتعديل المعرفي **CBM-A**، و **CBM-I**، و **CBM**، مجتمعة للحد من أعراض القلق الاجتماعي والتخفيف من ضعف القلق استجابة لمهمة الإجهاد الاجتماعي. تم تخصيص المشاركين (N = 116) بشكل عشوائي لتلقي الثلاثة تدخلات العلاجية القائمة على تعديل التحيزات المعرفية بالثلاث طرق مجتمعة، أظهرت النتائج أن **CBM-I** قلل من تحيز التفسير السلبي وأعراض القلق الاجتماعي. علاوة على ذلك قام **CBM-I** بتحسين أداء الكلام في مهمة ضغط اجتماعي. ومع ذلك فإن إجراءات **CBM-A** لا تعدل التحيزات الموضوعية أو ضعف القلق. هذه النتائج تدعم فعالية هذا النوع **CBM-I** لخفض القلق الاجتماعي. ومع ذلك لم يثبت فعالية **CBM-A** في العلاج.

دراسة **ولاء ربيع، ونرمين عبده (2019)**. والتي هدفت إلى التنبؤ بالقلق الاجتماعي لدى المراهقين في ضوء ابعاد التحيز المعرفي والدرجة الكلية، كذلك الكشف عن الفروق بين المراهقين الذكور والإناث في متغيري التحيز

المعرفي والقلق الاجتماعي وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠) مراهق قمست إلى عدد (٥٨) من الذكور، وعدد (٦٢) من الإناث تتراوح أعمارهم (١٤-١٧) عاماً بمتوسط (15.33) وبانحراف معياري قدره (0.8347) ، وتم استخدام الأدوات التالية: مقياس التحيز المعرفي، ومقياس القلق الاجتماعي من اعداد الباحثان ويندرج البحث الحالي تحت المنهج الوصفي، وقد جاءت نتائج الدراسة لتؤكد على ما يلي: توجد علاقة ارتباطية موجبة بين القلق الاجتماعي والتحيز المعرفي لدى المراهقين ، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المراهقين الذكور والإناث في كلاً من التحيز المعرفي، والقلق الاجتماعي، كما أظهرت النتائج انه يمكن التنبؤ بالقلق الاجتماعي لدى المراهقين في ضوء الدرجة الكلية للتحيزات المعرفية كذلك ابعاده (الأفكار اللاعقلانية- تشوه الإدراك الحسي- العجز النفسي)، ولم يسهم بعد التوقعات الذاتية في التنبؤ بالقلق الاجتماعي لدى المراهقين عينة الدراسة. **تعقيب على الدراسات والبحوث السابقة:**

من عرض الدراسات السابقة ما يلي:

- ندرة الدراسات العربية التي تناولت عينة الدراسة المراهقين المتعلمين.
- لا توجد دراسة عربية - في حدود علم الباحثة- اهتمت ببحث متغيرات الدراسة (التحيزات المعرفية، القلق الاجتماعي) لدى عينة الدراسة المراهقين المتعلمين.
- حاجة الأدبيات النفسية في الوطن العربي لدراسات التدخل التي تهدف إلى تقديم الدعم النفسي للمراهقين.
- متغير القلق الاجتماعي من المتغيرات التي على درجة كبيرة من الأهمية؛ حيث انه له علاقة عكسية على صحة الفرد النفسية وتمتعه بجودة حياته وتوافقه مع المواقف التي تمر به في حياته.
- وتختلف الدراسة الحالية عن تلك الدراسات، في أنها جاءت للتعرف على مدى فعالية برنامج قائم على تعديل التحيزات المعرفية، الأمر الذي لم تتناوله أي من الدراسات السابقة. كما استفادت الباحثة من الأدب النظري ومن تلك الدراسات في تصميم البرنامج العلاجي، وتحديد متغيرات الدراسة، فضلاً عن الاستفادة منها في تفسير النتائج.
- وعليه تحاول الدراسة الحالية بحث فعالية التدخل العلاجي الذي يجمع بين التفكير والانفعال في خفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين.

أوجه الاستفادة من الدراسات والبحوث السابقة في البحث الحالي:

- تحديد الإطار النظري الخاص بمتغيرات الدراسة (التحيز المعرفي- اضطراب القلق الاجتماعي) وكيفية صياغة محتوى المادة العلمية الخاصة بهما.
- تصميم وإعداد مقياس القلق الاجتماعي إعداد (الباحثة).
- تفسير ومناقشة النتائج.

ثامناً: فروض البحث

- 1- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المراهقين المتعلمين اعضاء المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج على مقياس القلق الاجتماعي لصالح التطبيق البعدي.
- 2- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المراهقين المتعلمين أعضاء المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي على مقياس القلق الاجتماعي.

تاسعاً: منهجية البحث وإجراءاته:

تضمنت الدراسة الحالية العديد من الإجراءات التي تستهدف التحقق من صحة ما افترضته يمكن عرضها على النحو التالي:

(أ) منهج الدراسة والتصميم التجريبي :

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج التجريبي بتصميم شبه التجريبي **Quasi – Experimental** ، ذو المجموعة الواحدة يمكن تحديد المتغيرات الأساسية للدراسة على النحو التالي:

- **متغير مستقل (تجريبي)** البرنامج الإرشادي المستخدم لتعديل التحيزات المعرفية لدى عينة من المراهقين المتعلمين.

- **متغير تابع** : اضطراب القلق الاجتماعي كحالة.

(ب) - إجراءات الدراسة وخطواتها :

- 1 - اختيار عينة البحث:

قامت الباحثة بإجراء دراسة سابقة بدراسة أبعاد التحيز المعرفي المسهمة في التنبؤ بالقلق الاجتماعي لدى المراهقين لقياس مستوى القلق الاجتماعي وعلاقته بالتحيزات المعرفية، والتي أظهرت وجود علاقة ارتباطية

إيجابية بين القلق الاجتماعي والتحيز المعرفي لدى المراهقين ، وقد قامت الباحثة بملاحظة ارتفاع مستوى القلق الاجتماعي لدى المراهقين المتعلمين مما دفعها الى عمل هذا البحث على المراهقين المتعلمين ممن اظهروا مستوى مرتفع من القلق الاجتماعي، وقد قامت الباحثة بتطبيق مقياس القلق الاجتماعي (إعداد ولاء ربيع، نرمين عبده ٢٠١٩) وذلك للتعرف على :

- مستوى القلق الاجتماعي لدى عينة البحث من ٢٠ مراهقين من ذوي اضطراب الطلاقة اللغوية من المترددين على عيادة التخاطب بمستشفى بني سويف وتم تشخيصهم بهذا الإضطراب .
- اختيار الأطفال الحاصلين على اعلى الدرجات على مقياس القلق الاجتماعي ليكونوا العينة النهائية ، والتي قوامها ٨ مراهقين متعلمين أعضاء المجموعة التجريبية.

٢ - القياس القبلي :

قامت الباحثة بتطبيق مقياس القلق الاجتماعي على المراهقين المتعلمين أعضاء المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج التدريبي .

٣ - تطبيق البرنامج التدريبي :

تم تطبيق البرنامج الارشادي الذي يقوم على خفض التحيزات المعرفية لأعضاء المجموعة التجريبية على مدى شهر تقريباً خلال العام الدراسي ٢٠٢٠ م.

٤ - القياس البعدي :

تم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي على مجموعة الدراسة التجريبية عقب انتهاء تطبيق البرنامج ، وذلك لمقارنة نتائج القياس البعدي بالقياس القبلي للتعرف على مدى تأثير البرنامج التدريبي .

٥ - القياس التبعي :

تم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج ، وذلك لمعرفة مدى استمرار فعالية البرنامج التدريبي المستخدم ، وحتى نتأكد أنه لم تحدث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج حيث تمت المقارنة بين نتائج القياس التبعي ونتائج القياس البعدي للمجموعة التجريبية .

٦ - تحليل البيانات وتلخيصها :

تم تحليل البيانات وتلخيصها من خلال الأساليب الإحصائية المناسبة ، واستخلاص النتائج ، ومناقشتها ، ثم صياغة توصيات الدراسة في ضوء النتائج .

٧- الأساليب الإحصائية المستخدمة :

قامت الباحثة بمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية بالاعتماد على حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية والمعروفة اختصاراً بـ **SPSS/PC** وهي :

- اختبار ويلكوسون وقيمة **Z** واختبار مان ويتني لاختبار دلالة الفروق لعينتين مرتبطتين ، وذلك أثناء اختبار صحة بعض الفروض .

أولاً: عينة الدراسة

تم تطبيق إجراءات الدراسة الحالية علي عينه من المراهقين من ذوي اضطراب الطلاقة اللغوية (المتلعثمين) وقد تم لتحديد المراهقين المتلعثمين من وحدة التخاطب بمستشفى بني سويف العام بمدينة بني سويف ، وقد تم إنتقاء أفراد العينة كما يلي:

تم اختيار عينة من المراهقين المتلعثمين من المترددين على عيادة التخاطب وعددهم ٢٠ مراهق ومراقة من ذوي اضطراب التلعثم ، وقد تراوحت أعمارهم الزمنية بين (١٣-١٦) سنة ، كما أنهم في المدى المتوسط للذكاء تم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي وانتقاء الحاصلين على اعلى الدرجات على مقياس القلق الاجتماعي وعددهم ٨ أعضاء المجموعة التجريبية.

- **المجموعة التجريبية** : وتتكون من ٨ مراهقين متلعثمين تم تطبيق البرنامج التدريبي عليهم .

* وقد اتسمت عينة الدراسة الراهنة بمجموعة من السمات وهي :

أ- تراوحت الأعمار الزمنية بين ١٣-١٦ سنة .

ب- تراوحت نسبة ذكائهم بين ١٠٠ - ١١٥ .

ج- لديهم ارتفاع في القلق الاجتماعي (اعلى من المتوسط على مقياس القلق الاجتماعي)

أدوات البحث :

اقتصرت البحث على استخدام الأدوات التالية:

١- مقياس اضطراب القلق الاجتماعي: إعداد: الباحثة.

٢- البرنامج العلاجي: لخفض القلق الاجتماعي من خلال فنيات تعديل التحيزات المعرفية: إعداد الباحثة

١- مقياس اضطراب القلق الاجتماعي للمراهقين: (إعداد/ ولاء ربيع مصطفى، نرmin عبده)

- وصف المقياس

تعرف الباحثة القلق الاجتماعي اجرائياً على أنه تجنب المراهق المواقف التي يفترض فيها ان يتفاعل فيها مع الآخرين ويكون معرضاً نتيجة ذلك الي نوع من أنواع التقييم من قبل الآخرين. ويقاس في البحث الحالي بالدرجة التي تحصل عليها الطالبة في مقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين.

ويتكون مقياس اضطراب القلق الاجتماعي من (٣٠) عبارة موزعة على (٣) أبعاد رئيسية كالآتي:

- **البعد السلوكي:** وهو سلوك تجنب المواقف الاجتماعية المختلفة، كعدم تلبية الدعوات الاجتماعية والتقليل من الاتصالات الاجتماعية. ويتضمن (١٠) عبارات.

- **البعد المعرفي:** ويتمثل في افكار تقييميه للذات، وتوقع نتائج سيئة والانشغال بالمواقف الاجتماعية الصعبة والمثيرة للقلق والقلق الدائم من ارتكاب الأخطاء. ويتضمن (١٠) عبارات.

- **البعد الفسيولوجي:** ويتضح من معاناة الشخص من مجموعة مختلفة من الاعراض الجسدية المرتبطة بالمواقف الاجتماعية كالشعور بالغثيان والارتجاف والتعرق. ويتضمن (١٠) عبارات.

د. طريقة تطبيق المقياس وتصحيحه

قامت الباحثة بوضع ثلاثة اختيارات أمام كل مفردة للأبعاد الثلاثة للمقياس تتمثل في الاختيارات (دائماً - أحياناً - نادراً)، ويقوم الطالب بوضع علامة (√) أمام العبارة في الخانة التي تعبر بدقة عن سلوكه واستجاباته، وتأخذ المفردة السالبة الدرجات (٣-٢-١) على الترتيب، بينما تأخذ المفردة الموجبة الدرجات (١-٢-٣) على الترتيب، وبذلك تصبح الدرجة الصغرى للمقياس ككل (٣٠) درجة والدرجة العظمى (٩٠) درجة، وتدل الدرجة المرتفعة على تمتع الفرد بدرجة مرتفعة القلق الاجتماعي، وتدل الدرجة المنخفضة على انخفاض القلق الاجتماعي.

هـ. الكفاءة السيكومترية للمقياس:

للتأكد من كفاءة وصلاحيه المقياس لقياس القلق الاجتماعي، قامت الباحثة بتطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (١٥٠) طالباً وطالبة من طلاب المرحلة الإعدادية والثانوية ببني سويف ممن تتراوح أعمارهم الزمنية (١٣ - ١٧) عاماً، ثم حساب صدق المقياس وثباته واتساقه الداخلي من خلال درجات تلك العينة علي عبارات المقياس، وذلك كما يلي:

- صدق المقياس: Validity of the Scale

للتأكد من صدق المقياس الحالي قامت الباحثة بالاعتماد علي بعض الطرق الوصفية والإحصائية، وهي كالتالي:

أ- صدق المحك الخارجي: تم حساب الصدق المحك للدرجة الكلية للمقياس بحساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة على هذا المقياس ودرجاتهم على الدرجة الكلية لاختبار القلق الاجتماعي إعداد/ امانى عبد المقصود (٢٠٠٨)، ووجد أن معامل الارتباط (٠.٧٧) وهو دال إحصائياً عند (٠.٠١).

٢- ثبات المقياس:

تم حساب ثبات الدرجة الكلية للمقياس ودرجات مقاييسه الفرعية ومفرداته باستخدام الطرق الآتية:

- معادلة ألفا كرونباخ: تم حساب معامل ثبات ألفا للمقياس ككل، كما بالجدول.
- التطبيق وإعادة التطبيق: تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة التطبيق وإعادة التطبيق كما بالجدول التالي:

جدول (١) يوضح معاملات الثبات لمقياس القلق الاجتماعي

الابعاد	ألفا كرونباخ	التطبيق وإعادة التطبيق
البعد السلوكي	٠.٧٠٤	٠.٦٤٧
البعد المعرفي	٠.٥٨٢	٠.٨٤
البعد الفسيولوجي	٠.٦٥٤٢	٠.٧٦
الدرجة الكلية	٠.٧٤٢	٠.٨١

٣- الاتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلي لكل مفردة مع الدرجة للمقياس

جدول (٢) الاتساق الداخلي للمفردة مع الدرجة الكلية للمقياس ككل

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠.٧٤١	١٦	٠.٧٩
٢	٠.٥٩٢	١٧	٠.٧١
٣	٠.٧٤٠	١٨	٠.٦١
٤	٠.٥٩	١٩	٠.٦٨
٥	٠.٧٧٣	٢٠	٠.٧٧٢
٦	٠.٧٨١	٢١	٠.٦٩٢

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
٠.٥٩٤	٢٢	٠.٦٢٠	٧
٠.٨٢١	٢٣	٠.٤٨٢	٨
٠.٧٤١	٢٤	٠.٨١٥	٩
٠.٧٢٥	٢٥	٠.٥٩٤	١٠
٠.٦٥٢	٢٦	٠.٦٩٢	١١
٠.٧٤١	٢٧	٠.٦٨٣	١٢
٠.٦٢٨	٢٨	٠.٥٧٢	١٣
٠.٧٤١	٢٩	٠.٧٨٥	١٤
٠.٥٦٧	٣٠	٠.٧٤٢	١٥

يتضح من خلال القيم السابقة الاتساق الداخلي لعبارات المقياس وجميعها دال عند (٠.٠١) مما يعني أن المقياس يتمتع بالتماسك الداخلي.

وعلى ذلك نكون قد تأكدنا من صدق وثبات واتساق الاختبار بعدة طرق مما يجعل استخدامها مناسباً للمراهقين

٢- برنامج تعديل التحيزات المعرفية : إعداد الباحثة

تعريف البرنامج الإرشادي:

ويقصد بالبرنامج الإرشادي في البحث الحالي هو عملية منظمة ومخططة من خلال الإرشاد النفسي الذي يعتمد على تنفيذ أفكار العميل اللاعقلانية والمسندة إلى الآراء والتوقعات الذاتية الشخصية ذات الطابع المعرفي المغلق والمتحيز ذاتيا وغير قابل للتغيير منتجا تشوها في الإدراك الحسي، واستبدالها بأخرى أكثر عقلانية؛ تهدف إلى تدريب المراهقين أعضاء المجموعة التجريبية بغرض خفض القلق الاجتماعي مما يساعدهم على الوصول إلى الصحة النفسية.

أهداف البرنامج الإرشادي:

يهدف البرنامج المستخدم في البحث الحالي إلى تحقيق عدة أهداف، وتنقسم إلي الهدف العام والأهداف الإجرائية.

١- الهدف العام:

يهدف البرنامج الإرشادي الحالي إلى تدريب المراهقين على تعديل التحيزات المعرفية الناتجة عن الأفكار السلبية واللاعقلانية الراسخة في أذهانهم من خلال ضبط الانتباه وإرشادهم بهدف خفض القلق الاجتماعي لديهم ومشاركتهن بفاعلية في المواقف الاجتماعية المختلفة.

٢- الأهداف الإجرائية:

- بنهاية البرنامج الإرشادي يتوقع أن يحقق البرنامج الأهداف الإجرائية التالية:
- أن يحدد المراهقين التحيزات المعرفية والأفكار السلبية تجاه المواقف الاجتماعية المختلفة.
 - أن يتعرف المراهقين أعضاء المجموعة التجريبية على فنيات تعديل التحيزات المعرفية.
 - أن يتدرب المراهقين على بعض فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي.
 - أن يوظف المراهقين بعض فنيات العلاج في التخلص من الأفكار التحيزية و اللاعقلانية والسلبية تجاه المواقف الاجتماعية التي تسبب القلق الاجتماعي.

أهمية البرنامج:

تتضح أهمية البرنامج الحالي في أنه يتعامل مع فئة هامة وهي المراهقين، شباب الغد، أمهات المستقبل وهي فئة بحاجة إلى مزيد من البحث والدراسة بهدف تحديد أوجه المساعدة بما يحقق لهم حياة اجتماعية ونفسية أفضل، كما يسهم البحث الحالي في خفض القلق الاجتماعي لدى العينة التجريبية.

خطوات إعداد وتنفيذ البرنامج التدريبي:

أولاً: إعداد محتوى البرنامج:

تؤثر التحيزات المعرفية بشكل مباشر في كثير من الاضطرابات النفسية كمصدر لهذه الاضطرابات، أو غير المباشر كمتغير وسيط، إلا أن عددا من الدراسات أكدت أنها متعلمة، وبالتالي أنها قابلة للتعديل، من خلال طرق وبرامج العلاج النفسي المختلفة التي تستند إلى التدريب ما وراء المعرفي، والتدريب على مهارات التعلم الاجتماعي، وتعديل نظرية العقل، والعلاج المعرفي السلوكي، فقد اشتقت الباحثة الإطار العام للبرنامج العلاجي لتعديل التحيزات المعرفية، ومادته العلمية وفنيات العلاجية بعد الاطلاع على أساليب وفنيات العلاج المعرفي السلوكي لكل من " بيك" ، " أليس" بالإضافة إلى الدراسات والبحوث التجريبية التي أجريت في مجال العلاج المعرفي السلوكي .

ثانياً: الفنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي:

١ - الحوار والمناقشة Dialogue & Discussion :

تعمل المناقشة على الفض المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع، مما يساعد الفرد على اكتشاف جوانب الخطأ في الأفكار السابقة، كما تمكنه تعلم طرقاً جديدة تؤدي إلى تنمية القدرة على حل المشكلات لدية، واكتشاف الطرق البديلة لتحقيق أهداف أكثر واقعية، مما يساعد الفرد على التعديل من سلوكه الاجتماعي والنفسي. وهي من الفنيات المباشرة التي تهدف إلى تبصير الفرد ببعض المعتقدات الخاطئة وتفنيدها عن طريق الحوار المنطقي، ولهذا أكد إيليس، كما يقول محمد محروس الشناوي (١٩٩٤) على إن الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي يجب أن يتضمن عملية إعادة تربية، وضرورة التحاور مع الفرد بكل الطرق المنطقية الممكنة، حتى يمكنه استبدال فكرة بفكرة، وحتى يتبين له الجانب الخاطيء من معتقداته.

٢ - ضبط الانتباه : لتحويل التركيز عن المثيرات السلبية، التدريب على تفسير المثيرات والمواقف؛ بحيث يبتعد الفرد عن البدء بالتفسير السلبي والمواقف المثيرات التي تسبب له القلق الاجتماعي .

٣ - الحوار السقراطي: Socratic Dialogue

ويمثل أحد فنيات العلاج المعرفي ويتضمن مساعدة المريض في التوصل إلى الاستنتاج المنطقي القائم على الأسئلة المطروحة أثناء الجلسات العلاجية والتي تركز على توضيح وتحديد وتعريف المشكلات، تحديد الأفكار الكامنة وراء المشكلات، فحص معاني الأحداث لدي المريض ، وتقييم النتائج التي يمكن أن تنتج عن الاحتفاظ بالأفكار والسلوكيات سيئة التكيف.

تساعد هذه الفنية في تحديد وتعديل أفكار اللاتكيفية حيث يعتبر المعالج والعميل باحثين مشتركين في محاولة استكشاف التفسيرات التي يمكن أن تساهم في حل مشكلة العميل أو تسببها(سيد عبد العظيم محمد وآخرون، ٢٠١٠، ٢٠٤)، وذلك من خلال توجيه الأسئلة من جانب المعالج للعميل ، وتتعلق تلك الأسئلة عادة بالجوانب واللامنطقية والمختلة وظيفياً وغير المتسقة إمبيريقياً من اعتقادات العميل واللامنطقية. وتعمل مثل هذه الأسئلة على حث العميل على التفكير بنفسه وليس مجرد قبول وجهة نظر المعالج(عادل عبد الله محمد، ٢٠٠١، ١٣٩).

٤ - إعادة البناء المعرفي Cognitive Reconstruction :

تعتمد هذه الفنية على أن المعتقدات و تفسير الأحداث الخارجية هي المسؤولة عن مشاعر الأفراد وأن الاضطراب ينشأ نتيجة المعتقدات والأفكار غير العقلانية وليس الأحداث الخارجية فقط ويحاول كل من " إيليس (1978) Ellis " في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي و" ميكينوم (1985) Meichinbaum " في التدريب التحصيني ضد

الضغط "ولازاروس (1976) Lazaurs" في العلاج نو النموذج المتعدد واستخدام إعادة البناء المعرفي في خفض الضغوط، وتهدف هذه الفنية إلى إحلال مشاعر ايجابية محل المشاعر السلبية ومهمة المعالج هي أن يعمل مع الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات أو الذين تنقل كاهلهم مشاعر القلق الشديد أن يوضح لهم.

٥- الحوار الداخلي Internal dialogue:

تعمل هذه الفنية على إتاحة الفرصة للعميل بتسجيل معتقداته وأفكاره السلبية و اللاعقلانية، وتقييمه لذاته على استمارة الأفكار الخاطئة من إعداد الباحثة، مما يساعده على دحض هذه الأفكار، ويسجل تفنيده لها. ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في إعادة البناء العقلاني للعميل، وتعديل بعض الأفكار اللاعقلانية لديه، وتشجيع العميل على التفكير بنفسه كأحد الأسباب الهامة للتخلص من الأفكار اللاعقلانية إزاء بعض المواقف والأحداث.

٦- لعب الدور Role playing:

وتعمل هذه الفنية على التدريب في مواجهه المواقف والأحداث المسببة للقلق الاجتماعي التي تتولد في الفرد عن طريق الأشخاص الآخرين أثناء العلاقات المباشرة معهم، مما يؤدي إلى كف السلوك الانسحابي. وتساعد المراهقات على الانخراط في المواقف الاجتماعية المختلفة.

٧- فنية العمود الثلاثي Triple Column Technique:

تعتمد هذه الفنية علي تحديد الأخطاء في التفكير مثل التعميم الزائد،.... وهي عبارة عن ثلاثة أعمدة يصف فيهم العميل حالته أثناء تعرضه لمثيرات تهديديه كالتالي:-

العمود الأول: يصف الموقف المسبب للاضطرابات والقلق.

العمود الثاني: يصف الأفكار الأوتوماتيكية.

العمود الثالث: يصف أنواع الأخطاء الموجودة في الأفكار.

ويمكن إضافة عمود آخر للبدائل، وتستخدم هذه الفنية أثناء الجلسات أو كواجب منزلي(سيد عبد العظيم محمد وآخرون، ٢٠١٠، ٢٠٧).

إيقاف الأفكار: تعتمد مهارة إيقاف التفكير على مبدأ " الكف بالتبادل" حيث أن الشخص لا يمكن أن يكون قلقا ومطمئنا في وقت واحد، أي أنه لا يمكن أن يشعر بشعورين متناقضين في نفس الوقت، ولهذا فنحن نعلمه أن يسترخى عندما يواجه تهديد نفسي معين. هذا الاسترخاء يكف قلقه أو تخوفه الذي اعتاد أن يواجه به مثل هذه لتهديدات، ونفس الآخر ينطبق هنا على مجالات التفكير. فالشخص لا يمكن أن يفكر في فكرتين في وقت واحد،

أي فكرته المرضية وتركيزه على صوت المعالج. وهو يهتف " توقف" وبالطبع يمكن استخدام هذا الأسلوب ذاتياً باستبدال أوامر المعالج بأوامر من الذات(عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٤، ٧٤).
وتفيد عملية إيقاف التفكير أو عملية الإيقاف المعتمد للأفكار غير المرغوبة في تخفيف مشاعر الذنب، حيث أن التخلص من الأفكار غير المرغوبة يساعد على تخفيف مشاعر الذنب، حيث أن هناك كثير من الأفكار غير المرغوبة التي ينتج عنها مشاعر الذنب، كذلك التدريب على مهارة إيقاف التفكير تمكن الفرد من القدرة على التحكم في اختيار الأفكار الايجابية والتخلص من الأفكار السلبية والمزعجة مما يساعد على زيادة فعالية الاسترخاء العضلي العصبي والعقلي.

٨- **فنية التعريض:** ويرى جمال الخطيب (٢٠١١) أن عمليّات التعريض المباشر للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعي تُمثّل قلب العلاج المعرفي السلوكي، ذلك أنّها تحدث على ثلاثة صُعد: قبل التّدخلات المعرفيّة وأثناءها وبعدها، ويتمّ تصميم وبناء الواجب المنزلي الذي يتعيّن على الفرد إجراؤه بعد الجلسات بشكلٍ أساسي، انطلاقاً من الموقف الذي تمّ تطويره خلال تعليم الفرد جلسات التعريض

٩- الاسترخاء العضلي Muscle Relaxation:

اثبت العديد من الدراسات في مجال العلاج السلوكي كفاءة هذه الفنية في تقدم العلاج، وتتفاوت إجراءات الاسترخاء العضلي، فبعض التدريبات قد يستغرق نصف ساعة في البداية وبعضها الآخر قد يستغرق بضع دقائق بحسب خبرة الشخص، وبخاصة في ممارسة التدريبات، وكان الباحث يؤكد للأعضاء على المداومة على إجراء تمارين الاسترخاء، ضمن الواجب المنزلي، إضافة إلى ممارسة الباحث مع بداية كل جلسة بعد أن تم تدريب الأعضاء عليها في الجلسة.

وقد اشتمل البرنامج على(١٦) جلسة لخفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين عن طريق تعديل التحيزات المعرفية المرتبطة بالقلق الاجتماعي، محتوى التفكير والأسلوب المعرفي لديهم، وبالتالي تعديل الأفكار الخاصة بالمواقف الاجتماعية المختلفة، وتراوح زمن الجلسة الواحدة من(ساعة- ساعة ونصف) وذلك حسب موضوع الجلسة وظروف العينة، وتم تطبيق البرنامج على جلسات جماعية وفردية، فالجلسات الخاصة بالتدريب على المهارات والوعي الانتقائي وإيقاف التفكير تم تطبيقها بصورة فردية وذلك بما يتناسب مع طبيعة هذه المهارات حيث إنها مهارات عقلية ويصعب التدريب عليها بشكل جماعي، بالإضافة لعدم الحاجة للأنشطة والتفاعل الاجتماعي للتدريب عليها أما باقي الجلسات يتم تطبيقها بصورة جماعية. وتم تطبيق البرنامج على أربع مراحل

هي:

- أ- بداية البرنامج: تم فيها تحقيق قدر من الألفة والتماسك بين المعالج وأعضاء الجماعة العلاجية وبين الأعضاء بعضهم البعض كذلك رفع الروح المعنوية بين أعضاء الجماعة، وزيادة وعيهم بأهمية دورهم وتوعيتهم بالقلق الاجتماعي ومصادره ومسبباته، وكيفية التخلص منه عن طريق بعض الفنيات العلاجية المعرفية والسلوكية التي تساعدهم على التخلص من القلق الاجتماعي التي يعانون منها.
- ب- مرحلة تطبيق البرنامج: وتم من خلالها تدريب أعضاء المجموعة التجريبية على بعض الفنيات العلاجية المعرفية والسلوكية التي تساعدهم على التخلص من القلق الاجتماعي.
- ج- مرحلة تقييم البرنامج: وتم فيه معرفة الانجازات التي حققتها البرنامج ومدى فاعليته في تخفيف القلق الاجتماعي لدى المراهقين أعضاء المجموعة التجريبية، وذلك من خلال تطبيق القياس البعدي ومقارنة الدرجات التي حصل عليها أعضاء المجموعة التجريبية في القياس القبلي.
- د- مرحلة المتابعة: وفي هذه المرحلة تم التأكد من مدى استمرارية فاعلية تعديل التحيزات المعرفية في خفض حدة القلق الاجتماعي لدى الطالبات المراهقين، وذلك من خلال تطبيق القياس التتبعي ومقارنته بالبعدي بعد شهر من الانتهاء من تطبيق البرنامج.

عاشراً: عرض النتائج ومناقشتها

فيما يلي عرض لنتائج البحث ومناقشتها وتفسيرها

(1) نتائج الفرض الأول وتفسيرها:

والذي ينص على أنه: " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج على مقياس القلق الاجتماعي لصالح التطبيق البعدي".
وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة بتطبيق مقياس القلق الاجتماعي على المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعد تطبيقه مباشرة، ثم قامت الباحثة باستخدام اختبار " ويلكوكسن" Wilcoxon للأزواج المتماثلة المرتبة ذات الإشارة، وذلك لحساب دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي. ويبين الجدول التالي نتيجة تطبيق هذا الإجراء.

جدول (٣) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده على مقياس القلق الاجتماعي .

نوع القياس	اتجاه الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
البعد السلوكي	الرتب السالبة	٨	4.5	36	٢.٥٥-	0.01
	الرتب الموجبة	٠	0	0		
	الرتب المحايدة	٠				
البعد المعرفي	الرتب السالبة	8	4.5	36	٢.٥٢٦-	0.01
	الرتب الموجبة	0	0	0		
	الرتب المحايدة	0				
البعد الفسيولوجي	الرتب السالبة	8	4.5	36	-٢.٥٢٩٨	0.01
	الرتب الموجبة	٠	0	0		
	الرتب المحايدة	٠				
الدرجة الكلية للقلق الاجتماعي	الرتب السالبة	8	4.5	36	٢.٥٣٦-	0.01
	الرتب الموجبة	0	٠	٠		
	الرتب المحايدة	٠				

- يتضح من الجدول السابق رقم (٣) ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس القلق الاجتماعي، ولكون اتجاه الفرق يميل دائماً نحو المتوسط الأعلى، فإن اتجاه الفروق يكون لصالح القياس البعدي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على الدرجة الكلية للقائمة لصالح القياس البعدي.
- وقد أوضح التراث النظري والدراسات السابقة وجود التحيزات المعرفية لدى المراهقين ولكنها ترتبط أكثر بالاضطرابات النفسية كالقلق الاجتماعي لا أنه يعتبر جزء من التحيز المعرفي، كما تتمثل

التحيزات المعرفية في معالجة المعلومات بشكل سلبي وتلعب دورا بارزا في استمرار القلق الاجتماعي، وتزيد التحيزات المعرفية من تكرار الأفكار السلبية وبالتالي تؤثر سلبا في الاعراض المصاحبة لاضطراب القلق الاجتماعي. ، ودراسة **Boukhechba,M.& et al 2018** ، ودراسة **Stevens,E, Behar,E., Jendrusina ,A** (٢٠١٨) التي أشارت إلى أن استخدام طريقة التحيز المعرفي للطلبة المراهقين تساعد في خفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي .

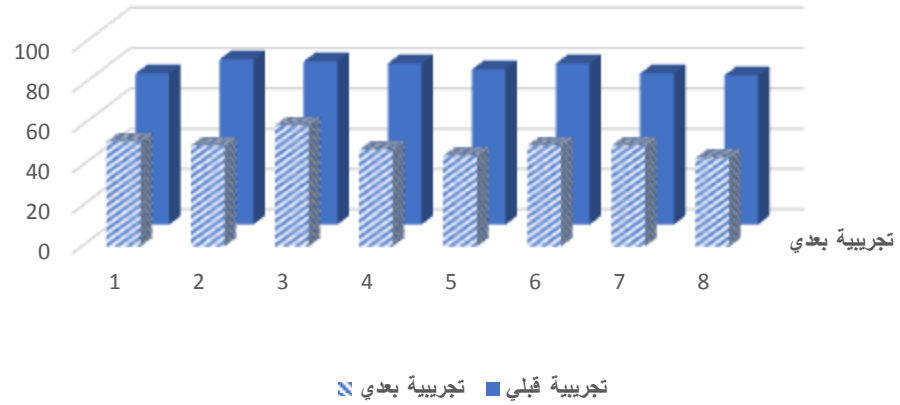
- وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة **Hupper, Foa, & Mathews, (2003)** التي أكدت أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي لديهم صورة سلبية عن ذواتهم خلال مواقف الأداء كما أظهروا تفسيرات تحيزية سلبية للمصادر الخارجية للمعلومات ، ودراسة **(Kindt ., 2002)** التي أوضحت أن اضطراب القلق الاجتماعي جزء من التحيز المعرفي ، كما أشارت نتائجها أن التحيز المعرفي له دور كبير في زيادة القلق والرهاب الاجتماعي.

- وقد أوضح التراث النظري والدراسات السابقة وجود التحيزات المعرفية لدى المراهقين ولكنها ترتبط أكثر بالاضطرابات النفسية كالقلق الاجتماعي لا نه يعتبر جزء من التحيز المعرفي، كما تتمثل التحيزات المعرفية في معالجة المعلومات بشكل سلبي وتلعب دورا بارزا في استمرار القلق الاجتماعي، وتزيد التحيزات المعرفية من تكرار الأفكار السلبية وبالتالي تؤثر سلبا في الاعراض المصاحبة لاضطراب القلق الاجتماعي. ، ودراسة **Boukhechba,M.& et al 2018** ، ودراسة **Stevens,E, Behar,E., Jendrusina ,A** (٢٠١٨) التي أشارت إلى أن استخدام طريقة التحيز المعرفي للطلبة المراهقين تساعد في خفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي أوضحت ان العلاج القائم على خفض التحيزات المعرفية يخفض من القلق الاجتماعي كدراسة .

Blood, G.& et al.(2007) , McAllister,J.& et al. 2017, McAllister,.2015
Boukhechba,M.& et al.(2018), Stevens, E, Behar,E., Jendrusina,A.(2018),
Rodgers, N. H. (2019), Eric,2019.

- ويوضح الشكل التالي متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس (القبلي- البعدي) على مقياس القلق الاجتماعي.

الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للعيينة التجريبية



شكل (١) متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس (القبلي- البعدي)

على مقياس القلق الاجتماعي

- يتضح من تحليل نتائج الفرض الأول وجود تباين جوهري حقيقي بين درجات المراهقين اعضاء المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي - البعدي)، وأن اتجاه الدلالة لصالح القياس (البعدي)، حيث جاء متوسط القياس (البعدي) أعلى من متوسط القياس (القبلي) على متغير القلق الاجتماعي كما قيس بمقياس (القلق الاجتماعي)، مما يثبت صحة الفرض الأول ويدل على فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية والذي يجمع بين فنيات تعديل التحيزات المعرفية المتمثلة في الأفكار السلبية واللاعقلانية ، والحوار والمناقشة ولعب الأدوار وإعادة البناء المعرفي.
- وترجع الباحثة السبب في تحسن أداء المجموعة التجريبية وانخفاض حدة القلق الاجتماعي لديها إلى تعدد الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي (تعديل الأفكار التحيزية - إعادة البناء المعرفي- لعب الأدوار- الحوار والمناقشة...إلخ.) مصحوبة بالواجبات المنزلية مع استخدام التعزيز الإيجابي (المادي - المعنوي). وتعتمد كل هذه الفنيات على تعليم المراهقين المتعلمين وتدريبهن على كيفية تعديل الأفكار التحيزية واللاعقلانية مما يخفّض من القلق الاجتماعي.
- كما تشير الباحثة إلى أن استخدام فنيات إعادة البناء المعرفي ولعب الدور والنمذجة والحوار والمناقشة والإفصاح الداخلي، وفي مناخ نفسي يتسم بالدعم والمساندة أدى إلى الاندماج الاجتماعي للمراهقين

والتفاعل والتعاون مع بعضهم البعض أثناء تنفيذ أنشطة وتدريبات البرنامج، وقد اعتمدت الباحثة على هذه الفنيات- إضافة إلى تأكيد الدراسات السابقة على فعاليتها في خفض حدة القلق الاجتماعي وتحسن مستوى قدرتهم على المواجهة الاجتماعية لمختلف المواقف الحياتية.

- كما يمكن القول إن تعديل التحيزات المعرفية لدى المراهقين قد خفض القلق الاجتماعي لديهم وقد يرجع هذا التعديل في جزء منه إلى حجم العينة التجريبية وكونها مناسبة لإيجاد التفاعل المستمر بين أفرادها أثناء جلسات البرنامج، وإمكانية قيام كل فرد فيها بلعب الدور وعكسه مرة ثانية، إلى جانب إتاحة الفرصة للإفصاح الداخلي للتخلص من التوتر والقلق المصاحب، وأصبح لكل منهن دور إيجابي في جلسات البرنامج مما زاد من تقبلهم لأنفسهم وإقبالهم على التعبير عن انفعالاتهم ومشاعرهم.

(٢) نتائج الفرض الثاني وتفسيرها:

والذي ينص على أنه: " لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي على مقياس القلق الاجتماعي".

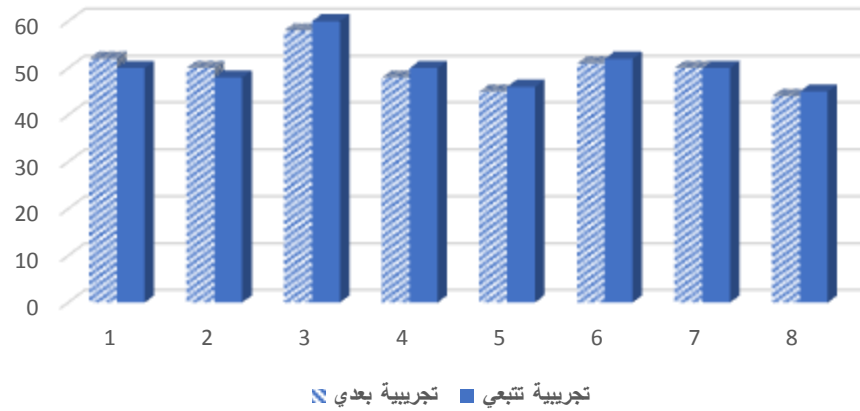
وللتحقق من هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون **Wilcoxon Test** اللابارامترى ، ويوضح الجدول (١٠) نتائج ذلك الإجراء:

جدول (٤) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي للقلق الاجتماعي

نوع القياس	اتجاه الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوي الدلالة
البعد السلوكي	الرتب السالبة	3	2	6	-١.٧٣٢	غير دالة
	الرتب الموجبة	0	0	0		
	الرتب المحايدة	5				
البعد المعرفي	الرتب السالبة	2	2	4	-٠.٥٧٧٦	غير دالة
	الرتب الموجبة	1	2	2		
	الرتب المحايدة	5				
البعد الفسيولوجي	الرتب السالبة	2	2.25	4.50	-٠.٨١٦	غير دالة
	الرتب الموجبة	1	1.5	1.50		
	الرتب المحايدة	5				
الدرجة الكلية للقلق الاجتماعي	الرتب السالبة	4	4.63	18.50	-٠.٧٨٠٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	3	3.17	9.50		
	الرتب المحايدة	1				

- يتضح من الجدول السابق رقم (٤) ما يلي:
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين (البعدي- التتبعي) بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس القلق الاجتماعي للمراهقات.
- وتشير هذه النتيجة إلى تحقق صحة الفرض الرابع فيما يتعلق باستمرار فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية لدى المجموعة التجريبية في الاحتفاظ بمستواها واستمرار التحسن في خفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين بالمجموعة التجريبية .
- ويوضح الشكل التالي متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس (القبلي- البعدي) على الدرجة الكلية لمقياس القلق الاجتماعي.

الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للعينة التجريبية على
مقياس القلق الاجتماعي



شكل (2) متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس (البعدي- التتبعي)
على الدرجة الكلية لمقياس القلق الاجتماعي لدى المراهقين المتعلمين

- يتضح من تحليل نتائج الفرض الرابع عدم وجود تباين جوهري حقيقي بين درجات المراهقين اعضاء المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي- التتبعي)، على متغير القلق الاجتماعي كما قيس بمقياس (القلق الاجتماعي)، مما يثبت صحة الفرض الرابع ويؤكد على استمرارية فعالية البرنامج العلاجي المستخدم.

- ويمكن عزو هذه النتيجة والتي تشير إلى احتفاظ المراهقين أعضاء المجموعة التجريبية بما تحقق لديهم من تحسن لديهم من خفض القلق الاجتماعي لديهم واستمرارية تأثير برنامج البحث بعد انتهاء التطبيق ولفترات متباعدة، إلى ما تضمنه البرنامج من فنيات وأنشطة متنوعة ساعدت في إكساب المراهقين أعضاء المجموعة التجريبية آليات فعالة في اكتشاف وفحص جوانب الخطأ في معتقداتهم العقلية، والعمل في مهام ساعدتهم على تعديل هذه الأفكار التحيزية والمعتقدات السلبية مما ساعدهم على الرضا عن ذاتهم وعن الآخرين والتقليل من وطأة القلق الاجتماعي والمساعدة في مواجهه المواقف الاجتماعية المختلفة.

استخلاصات الدراسة:

من خلال العرض السابق لنتائج البحث يمكن استخلاص ما يلي:

(1) فعالية البرنامج العلاجي الذي تم تطبيقه على المراهقين القائم على تعديل التحيزات المعرفية و الأفكار اللاعقلانية في خفض حدة القلق الاجتماعي لديهم.

(2) ان النتائج التي توصلت إليها الدراسة تتأزر مع نتائج الدراسات السابقة الاجنبية لتؤكد على صحة النموذج العلاجي والإستراتيجيات الإرشادية المستخدمة في البحث الحالي في تحقيق أهدافه بخفض حدة القلق الاجتماعي، وتحسين مستوى الممارسات الاجتماعية المختلفة.

التوصيات:

في ضوء اجراءات البحث الحالي والدراسات السابقة، وما توصلت إليه الباحثة من نتائج وتفسيرها، وما لمستته من صعوبات واجهتها أثناء التطبيق، فإنه تقترح بعض التوصيات الآتية:

1. ضرورة تجنب الانغلاق الذاتي والتشوهات للمدركات في الأحكام والتشجيع على اتخاذ قرارات واعية ناتجة عن خبره تراكمية.

2. ضرورة الكشف عن الاضطرابات النفسية بصفة عامة واضطراب القلق الاجتماعي بصفة خاصة لدى فئة المراهقين بمدارس المرحلة الإعدادية والثانوية لتكون نقطة البداية لتقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية للوالدين والمدرسين في مجال التعرف الباكر على مثل هذه المشكلات، وتقديم الإرشادات والاستشارات النفسية لضبط النفس والسيطرة على المشكلات.

٣. ضرورة توفير ظروف مناخية تعليمية ومناهج غنية معرفيا وتتوافق مع الواقع لتنمية وتطوير المعلومات والقدرة على اتخاذ القرار.

٤. تبصير الأبناء بالنواتج والعواقب السالبة التي يمكن أن تترتب على الأحكام والأفكار اللاعقلانية، وأن نغير ما بداخلهم من سلبيات، وأن نغرس في نفوس أبنائنا المراهقين قيم أصيلة عن طريق التعليم، والتدريب، ووسائل الإعلام، والأسرة والمجتمع والحفاظ على المبادئ وصولاً إلى درجة مناسبة من الصحة النفسية.

٥. تدريب الطلاب في فترة المراهقة على المناقشات الجماعية الحرة، والحوار الصريح، لتصريف ما قد يصادفون أو يتعرضون له من مشكلات نفسية وانفعالية تجعلهم أكثر قدرة على مواجهة الإدراك الحسي المشوش الأفكار اللاعقلاني المدمرة للذات.

بحوث ودراسات مقترحة:

١. تصميم وبناء برامج تدريبية للخفض من التحيزات المعرفية لدى المراهقين والشباب من طلاب الجامعة.
٢. إجراء نموذج للعلاقات السببية بين التحيز المعرفي ومجموعة من المتغيرات المرتبطة لدى المراهقين.
٣. إجراء دراسة ارتباطية بين التحيز المعرفي وعلاقته ببعض متغيرات النفسية المختلفة.
٤. تصميم وبناء برامج تدريبية للخفض من القلق الاجتماعي لدى عينات مختلفة لديهن المشكلة.
٥. إجراء دراسة طولية تتبعية للأفكار التحيزية اللاعقلانية لدى عينة من الأطفال عبر المراحل العمرية المختلفة ومدى تطور هذه الأفكار.

مجلة العلوم المتقدمة
للصحة النفسية والتربية الخاصة

تصدر عن
وحدة النشر العلمي
كلية التربية
جامعة طنطا

قائمة المراجع

- أحمدغزو، وقاسم سمور (٢٠١٦). فاعلية برنامجين إرشاديين في خفض اضطراب الرُّهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة السنة الأولى في جامعة اليرموك. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، ١٢(١)، ٥٩-٦٩.
- إسماعيل علوي (٢٠٠٩). *العلاج النفسي المعرفي*. إربد: عالم الكتب الحديث.
- امانى عبد المقصود (٢٠٠٨). *مقياس القلق الاجتماعي للمراهقين والراشدين*. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- إيمان بنجابي (٢٠٠٨). *الرُّهاب الاجتماعي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى المراهقات السعوديات*، رسالة دكتوراة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- بيل، آرثر (٢٠١١). *الفوبيا*. ترجمة عبد الحكيم الخزامي. مصر الجديدة: الدار الأكاديمية للعلوم.
- جمال الخطيب (٢٠١١). *تعديل السلوك الإنساني*. عمان، دار الفكر.
- حسن عبد الله الحميدي (٢٠١٤). *تطور الأفكار اللاعقلانية بمرحلتى المراهقة المبكرة والمتوسطة لدى المراهقين الكويتيين*. *مجلة العلوم الاجتماعية: جامعة الكويت - مجلس النشر العلمي*، ٤٢، ٤٢، ٤٩ - ٨٢.
- حلمي الفيل (٢٠١٩). *متغيرات تربوية حديثة على البيئة العربية (تأصيل، وتوطين)*. القاهرة: مكتبة الانجلو.
- حياة البناء، أحمد عبد الخالق، صلاح مراد (٢٠٠٦). *القلق الاجتماعي وعلاقته بالتفكير السلبي التلقائي لدى طلاب من جامعة الكويت*. *مجلة الدراسات النفسية، جامعة الكويت*، ١٦ (٢)، ٢٩١-٣١٢.
- زينب سيد عثمان (٢٠١٤). *القلق الاجتماعي وعلاقته بقوة الانا وتقدير الذات والسلوك التوكيدي والسمات السوية واللاسوية لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا*. *مجلة كلية الآداب، جامعة سوهاج*، ٢(٣٧)، ١٣٥-٢٠٠.
- سامر جميل رضوان (٢٠٠٨). *دراسة ميدانية لتقنين مقياس للقلق الاجتماعي على عينات سورية*، رسالة دكتوراه، جامعة دمشق.

- سامية أبرييم (٢٠٠٧). الرهاب الاجتماعي و علاقته بإدمان المخدرات ،رسالة ماجستير(غير منشورة) ، الجزائر ، جامعة محمد خيضر.
 - سيد عبد العظيم ، وفضل إبراهيم، ومحمد عبد التواب(٢٠١٠). فنيات العلاج النفسي وتطبيقاتها. القاهرة: دار الفكر العربي.
 - صموئيل حبيب(١٩٩٤). القلق. القاهرة: دار الثقافة للنشر.
 - طه عبد العظيم (٢٠٠٩). استراتيجيات إدارة الخجل والقلق الاجتماعي. عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع.
 - عادل عبدالله محمد (٢٠٠١). العلاج المعرفي السلوكي "أسس وتطبيقات". القاهرة: دار الرشد.
 - عبد الستار إبراهيم(١٩٩٤).العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه و ميادين تطبيقه. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
 - عبد السلام عبد الغفار. (١٩٧٦). مُقدِّمة في الصِّحة النَّفسِيَّة. القاهرة: دار النَّهضة العربيَّة.
 - فاطمة الكتاني (٢٠٠٤).القلق الاجتماعي والعدوانية لدى الأطفال. بيروت، دار وحي القلم.
 - محمد عبد الرحمن وهانم عبد المقصود (١٩٩٨).المهارات الاجتماعية والسلوك التوكيدي، والقلق الاجتماعي، وعلاقتها بالتوجه نحو مساعدة الاخرين لدى طالبات الجامعة. في محمد السيد عبدالرحمن، دراسات في الصحة النفسية، القاهرة، دار قباء.
 - منال محمود محمد (٢٠١٨). التحيز المعرفي والامتنان كمنبئات بالصمود الأكاديمي لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية. مجلة التربية، كلية التربية، جامعة الأزهر، ٢(١٨٠)، ٦٤٨-٧٠٨.
 - ناديا رتيب (٢٠٠٠). العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والقلق الاجتماعي لدى عينة من طلبة السنة الثالثة في جامعة دمشق. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا.
 - ناريمان محمد رفاعي، و أشرف أحمد عبدالقادر. (٢٠١١). برنامج تدريبي لخفض حدة التلعثم لدى عينة من المراهقين المتلعثمين. مجلة كلية التربية: جامعة بنها - كلية التربية، ٢٢، ٨٥ ، ٢٣٦.
- 266-**
- نصر محمد عارف (٢٠٠٣). التنمية من منظور متحدد التحيز للعولمة ما بعد الحداثة. القاهرة: مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية.
 - هند رشدي (٢٠١٥). المشاكل النفسية. القاهرة: دار الخلود.

- وردة بلحسيني (٢٠١١). أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه، الجزائر، جامعة قسدي مرباح.

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition). London: New School Library.
- Baron R.A., (1989) Personality and organizational conflict: Effects of the type a behavior pattern and self-monitoring, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 44(2) , 281-296.
- Blood, G., Blood,I. Maloney,K. , Meyer,C. and Constance Dean Qualls(2007). Anxiety levels in adolescents who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 40, (6), 452-469.
- Boukhechba,M. , Gong,J., Kowsari,K., Ameko,M.K., Fua,K. Chow,P.I., Huang,Y. Teachman, B.A., and Barnes,L.E. (2018). Physiological changes over the course of cognitive bias modification for so'cial anxiety. *IEEE EMBS International Conference on Biomedical and Health Informatics, BHI*, 422-425.
- Boukhechba,M. , Gong,J., Kowsari,K., Ameko,M.K., Fua,K. Chow,P.I., Huang,Y. Teachman, B.A., and Barnes,L.E. (2018). Physiological changes over the course of cognitive bias modification for social anxiety. *IEEE EMBS International Conference on Biomedical and Health Informatics, BHI*, 422-425.
- Carroll,P. , Grace ,J. & Terry ,M. (2002) : exploring the causes of comparative of timism ‘*PsychologicaBelgica* , 4-24
- Clarkin John F ‘(2005). Major theories of Personality Disorder ‘Edition 2 ‘ New York MAmerica.
- Cottraux J, Note I, Albuissou E, Yao SN, Note B, Mollard E,(2000). Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*.69,137-46.



- Eric, Y. S., Louise, S. (2019). Cognitive Bias Modification for Social Anxiety: The Differential Impact of Modifying Attentional and/or Interpretation Bias. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 4(43), 781-791.
- Eric, Y. S., Louise, S. (2019). Cognitive Bias Modification for Social Anxiety: The Differential Impact of Modifying Attentional and/or Interpretation Bias. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 4(43), 781-791.
- Everaert, J., Grahek, I., Van den Bergh, N., Buelens, J., Duyck, W., & Koster, E. (2016). Mapping the interplay among cognitive biases, emotion regulation, and depressive symptoms. *Cognition and Emotion*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/doi:10.1080/02699931.2016.1144561>.
- Gardenier, J. & Resnik, D. (2012): The misuse of statistics, concepts, tools and a research agenda. <http://dx.doi.org>.
- Green, T. (1999). The relationship of self-conception to perceived stuttering severity in children and adults who stutter. *Journal of Fluency Disorder*, 24, 281-292.
- Hirsh, C., Clark, D., & Mathews, A. (2006). Imagery and Interpretation in Social Phobia: Support for the Combined Cognitive Biases Hypothesis. *Behavior Therapy*, 37(3), 223-236.
- Huppert, J., Foa, E., & Mathews, A. (2003). Interpretation Bias in Anxiety: A Dimensional Perspective. *Journal of Cognitive Therapy and Research*.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (2015). Judgment under uncertainty; Heuristics and Biases. *Journal of the American Statistical Association*, 62(3), 151-175.
- Kindt, M., & Merel, E. (2002). Cognitive Bias for pictorial and linguistic threat in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22(2), 38-101.

- Kruglanski, A., Ajzen, I. (2000). Bias And Error In Human Judgment. *European Journal of Social Psychology*, 13(1), 1-44.
- McAllister J, Gascoine S, Carroll A, Humby K, Kingston M, Shepstone L, Risebro H, Mackintosh B, Thompson TD, Hodgekins J - *BMJ Open* - October 22, 2017; 7 (10); e015601
- McAllister, J. (2015). Stuttering, Social Anxiety, and Cognitive Bias. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, (193), 286.
- Moritz, S., Mayer-Stassfurth, H., Endlich, L., Andreou, C., Ramdani, N., Petermann, F., & Balzan, R. (2015). The Benefits of Doubt: Cognitive Bias Correction Reduces Hasty Decision Making in Schizophrenia. *Cognitive Therapy & Research*, 39(5), 627–635. <https://doi.org/10.1007/s10608-015>.
- Peng, L., Cao, H., Yu, Y., & Li, M. (2017). Resilience and cognitive bias in Chinese male medical freshmen. *Frontiers in Psychiatry*, 8. 640-664. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00158>.
- Piatelli-Palmarini, M. (2001). *Inevitable Illusions: How Mistakes Of Reason Rule Our Minds*. New York.
- Rawdon C, Murphy D, Motyer G, Munafò MR, Penton-Voak I, Fitzgerald A. (2019) An investigation of emotion recognition training to reduce symptoms of social anxiety in adolescence. *Psychiatry Res*, (263), 257-267.
- Reid, S., Salmon, K., & Lovibond, P. (2016). Cognitive biases in childhood anxiety, depression, and aggression: Are they pervasive or specific? *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 531-549. doi: 10.1007/s10608-006-9077-y.
- Rheingold, A. A. (2001). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder (Order No. 3029674). Available from ProQuest Dissertations & Theses

- Global. (304776632). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/304776632?accountid=178282>.
- Rodgers, N. H. (2019). Cognitive bias and stuttering in adolescence (Order No. 13886969). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (2299156145). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2299156145?accountid=178282>
 - Roeder, B. & Maragraff, J. (1999). Kognitive Verzerrung bei sozial aengstlichen Personen. In Margraf, J. & Rudolf, K. (Hrsg). *Soziale Kompetenz Soziale Phobie.Hohengehren. Germany*. Schneider Verlag.
 - Ronald M., Quincy J. J. and Robyn L. (2017). Maintenance of Social Anxiety in Stuttering: A Cognitive-Behavioral Model. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26,2,540-556.
 - Statman,M. Pool.,d. (2006):cognitive Biases series. formelolumbia university.
 - Stevens,E, Behar,E., Jendrusina,A(2018). Enhancing the Efficacy of Cognitive Bias Modification for Social Anxiety, *Behavior Therapy*, 6(49) , 995-1007.
 - Stevens,E, Behar,E., Jendrusina,A(2018). Enhancing the Efficacy of Cognitive Bias Modification for Social Anxiety, *Behavior Therapy*, 6(49) , 995-1007.
 - Véra L. et Mirabel-sarron C.,(2002).*Psychothérapie des phobies* , Dunold, Paris.
 - Waters, A., Wharton, T., Zimmer-Gimbeck, M., & Craske, M. (2008). Threat-based cognitive biases in anxious children: Comparison with non-anxious children before and after cognitive behavioural treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 358–374. doi: 10.1016/j.brat.2008.01.002
 - West,c. (2003) : A genealogy of modern Racism , Reprinted in from modernism to postmodernism : An Anthology , Lawrence Cahoon (ed) , 2nd ed. Malden MA : Blackwell Publishers.

- Wilke A. & Mata R. , (2012). cognitive Bias. Clarkson university postda M ،Ny ،USA ،University of Basel ،Basel ،Switzerland ،Elsevier Inc.
- Yudkowsky, E. (2008). Cognitive biases potentially affecting judgement of global risks. In N. Bostrom & M. Cirkovic (Eds.), Global catastrophic risks. Oxford: Oxford University Press, 91-119.
- Yudkowsky, E. (2018). Cognitive biases potentially affecting judgement of global risks. In N. Bostrom & M. Cirkovic (Eds.), Global catastrophic risks (91-119). Oxford: Oxford University Press.



مجلة العلوم المتقدمة
للصحة النفسية والتربية الخاصة

تصدر عن
وحدة النشر العلمي
كلية التربية
جامعة طنطا