

أثر برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي في خفض القلق الاجتماعي

د. إبراهيم محمد الخليفي

كلية التربية - جامعة الكويت
دولة الكويت

عواطف عوض المطيري

وزارة التربية
دولة الكويت

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على أثر برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي في خفض القلق الاجتماعي لدى طالبات المرحلة الثانوية بدولة الكويت، ولتحقيق أهداف الدراسة اتبعت الباحثة المنهج شبه التجريبي، من خلال تصميم المجموعة الضابطة غير المتكافئة. تكونت عينة الدراسة من (٣١) طالبة، تم تشخيص حالتهن بالقلق الاجتماعي. قُسمت العينة إلى مجموعتين: ضابطة وتجريبية، دون القيام بالتعيين العشوائي للعينة، حيث تكونت المجموعة الضابطة من (١٥) طالبة، أما التجريبية فقد تكونت من (١٦) طالبة. وتم تطبيق البرنامج الإرشادي المكون من (١١) جلسة على المجموعة التجريبية، بواقع جلستين أسبوعياً، في حين تم حجبها عن المجموعة الضابطة، إضافة إلى تطبيق اختبار القلق الاجتماعي على المجموعتين قبل بدء البرنامج وبعده. أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي للقلق الاجتماعي لصالح المجموعة التجريبية، كما كشفت النتائج عن فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للقلق الاجتماعي لصالح القياس البعدي، الأمر الذي يعكس أثر البرنامج الإرشادي المستخدم في خفض درجة القلق الاجتماعي. وعليه؛ فإن الباحثة تقترح تبني هذا النوع من البرامج الإرشادية عند التعامل مع الطالبات المصابات بالقلق الاجتماعي.

مقدمة

الإنسان اجتماعي بطبعه، فُطر على العيش مع الجماعة والتفاعل مع الآخرين، فهي حاجة نفسية وخاصة متأصلة في ذاته، إلا أن البعض قد تتولد لديه استجابة انفعالية تؤثر في سير عملية التفاعل الاجتماعي، وربما تأخذ هذه

الاستجابة منحى سلبياً متمثلاً بما يُسمى بالقلق الاجتماعي Social Anxiety، الذي يشير إلى انعدام الراحة في المواقف الاجتماعية، وذلك بسبب الخوف من فعل بعض الأشياء المُحرّجة أو السخيفة، التي قد تترك انطباعاً سيئاً أو تُعرض الفرد للانتقاد من الآخرين. (American Psychiatric Association [APA], 2013).

يُعد القلق الاجتماعي الذي يسمى أيضاً بـ "الخواف الاجتماعي" Social Phobia ثالث أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في الولايات المتحدة، بعد اضطرابي الاكتئاب والمخاوف المحددة، وذلك بمعدلات تتراوح ما بين (٧-١٣٪) (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky & Wittchen, 2012). وخلال الثلاثين سنة الماضية ازدادت معدلات انتشار القلق الاجتماعي لدى الجمهور العام من (٢٪) إلى أكثر من (١٢٪) (Henderson, Gilbert & Zimbardo, 2014). وبالنسبة للمجتمعات العربية، فقد انتشر القلق الاجتماعي في مدينة الدار البيضاء بالمغرب بنسبة (٤,٣٪) (Kadri, Agoub, El Gnaoui, Berrada & Moussaoui, 2007)، وفي المجتمع اللبناني بنسبة (١,١٪) (Karam et al., 2006). أما في الكويت على وجه الخصوص، فقد كشفت نتائج دراسة البناء وعبد الخالق وصلاح (٢٠٠٦) عن انتشاره بين طلبة جامعة الكويت بنسبة (٣,١٨٪).

إنّ معدلات حدوث القلق الاجتماعي تزداد بشكل ملحوظ خلال فترة المراهقة؛ لتشكل بذلك أصعب الاضطرابات التي تواجه المراهقين خلال هذه الفترة، فقد كشفت دراسة (Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen & Marttunen, 2009) عن انتشار القلق الاجتماعي بين المراهقين بنسبة (٣,٢٪)، مؤثراً بذلك على ثلثي الأفراد خلال هذه المرحلة العمرية، مع اتفاق معظم الدراسات على شيوعه بين المراهقات الإناث بنسب تفوق الذكور (حمادنه، ٢٠١٣؛ الركييات، ٢٠١٥؛ Rosellini, Rutter, Bourgeois, Emmert-Aronson & Brown, 2013). ورغم ما أشار إليه بعض الباحثين حول إمكانية تشخيص القلق الاجتماعي في مرحلة الطفولة (Keller, 2003)، إلا أنه يبرز كحالة مرضية، وتظهر أعراضه بوضوح في منتصف مرحلة المراهقة، حيث إن متوسط بداية العمر الذي تظهر فيه أعراض القلق الاجتماعي، ويطلب خلالها الفرد العلاج، هي ما بين (١٥-١٧) عاماً (Kessler et al., 2012).

أسباب القلق الاجتماعي

تتعدد الدراسات التي أُجريت حول أسباب القلق الاجتماعي، إلا أن معظمها ركّز بشكلٍ رئيس على العوامل الوراثية والبيولوجية Genetic/ Biological Factors، والأحداث البيئية Environmental Factors، والنماذج المعرفية السلوكية Cognitive-behavioral Models.

١ - **العوامل الوراثية/ البيولوجية:** يُعتَقَد بوجود ركائز وراثية وبيولوجية للقلق الاجتماعي، فهو يُعد اضطراباً عائلياً؛ وذلك لانتشاره بمعدلات مرتفعة وسط أقارب الدرجة الأولى (Keller, 2003; Stein et al., 1998). وفي دراسة أُجريت على التوائم المتطابقة وغير المتطابقة، توصلت نتائجها إلى أن احتمالية ظهور القلق الاجتماعي لدى التوائم المتطابقة تصل إلى نسبة (٢٤,٤٪)، بينما تصل إلى نسبة (١٥,٣٪) لدى التوائم غير المتطابقة (Kendler, Neale, Kessler, 1992). Heath & Eaves,

وفي السياق ذاته، قد تتداخل العوامل البيولوجية للفرد لتشكل أحد الأسباب المؤدية للقلق الاجتماعي، فبلوغ الفتاة بعمر أصغر من قريناتها الإناث على سبيل المثال قد يجعلها أكثر عُرضة للقلق الاجتماعي، وربما يرجع السبب في ذلك لعدم استعداد الفتاة للتغيرات الجسدية المصاحبة للبلوغ المبكر، التي قد تدفعها للانعزال خشية المقارنة الاجتماعية أو عدم القبول من الأقران (Blumenthal et al., 2011).

٢ - **العوامل البيئية:** يُنظر إلى القلق الاجتماعي على أنه سلوك متعلم ومكتسب اشراطياً أو إجرائياً، وذلك من خلال الخبرات المؤلمة والصادمة التي يمرّ بها الفرد، فالإساءة العاطفية التي يتعرض لها الطفل في مرحلة الطفولة قد تؤدي لنمو القلق الاجتماعي في مرحلة المراهقة (Bishop, Rosenstein, Bakelaar & Seedat, 2014)، والأسلوب الاستبدادي الذي ينتهجه الوالدان في تربيتهما لأبنائهما قد يؤدي كذلك لظهور القلق الاجتماعي لدى الأبناء (Rana, Akhtar & Tahir, 2013). كما أن الإيذاء الذي يتعرض له المراهق من الأقران قد يساهم أيضاً في تطور القلق الاجتماعي واستمراره. (Tillfors, Persson, Willen & Burk, 2012).

واتساقاً مع نظرية التعلم الاجتماعي، يُعدّ النقص في امتلاك المهارات الاجتماعية سبباً لحدوث القلق الاجتماعي؛ فالآباء الذين يتصفون بالقلق قد يخلقون لأبنائهم بيئةً مجهولةً ومُرببةً، تمنعهم من اكتساب العديد من المهارات اللازمة لمواجهة المواقف الاجتماعية، التي قد تدفعهم للسلوك التجنّبي، وتعزّز لديهم القلق الاجتماعي (Volbrecht & Goldsmith, 2010).

ورغم ما أكدته الدراسات السابقة حول تأثير العوامل الوراثية والبيئية في ظهور القلق الاجتماعي؛ إلا أن بعض الباحثين يفضلون عدم المبالغة في تقدير أهمية تلك العوامل، لا سيما العوامل الوراثية والبيولوجية، مبرّرين أنهما لا يفسران لوحدهما - بشكل جوهري - عدداً كبيراً من حالات القلق الاجتماعي المُشخّص (Rapee & Spence, 2004).

٣ - النماذج المعرفية السلوكية: وفيما يتعلق بالنماذج المعرفية السلوكية المفسرة للقلق الاجتماعي؛ يرى المُنظّرون أن هناك ثلاثة نماذج تُعد الأكثر تأثيراً، وهي: نموذج "كلارك" و"ولز" Clark & Wells، ونموذج "رابي" و"هايمبرغ" Rapee & Heimberg، ونموذج "هوفمان" Hofmann.

وتتفق النماذج الثلاثة في تركيزها على أهمية الإدراك المعرفي ودوره في تطور القلق الاجتماعي، حيث يرى "كلارك" و"ولز" (Clark & Wells, 1995) أن الأفراد المصابين بالقلق الاجتماعي يمتلكون ثلاثة أنواع من المعتقدات الذاتية المختلة وظيفياً، وهي المعايير العالية بإفراط للأداء الاجتماعي، والمعتقدات المشروطة بالتقييم الاجتماعي، والمعتقدات المشروطة حول الذات. ويوضح "كلارك" و"ولز" بأن الفرد القلق اجتماعياً عندما يواجه الموقف الاجتماعي المخيف - عادةً - ما يقوم بمراجعةٍ تفصيليةٍ للمواقف الاجتماعية السلبية السابقة، وبناءً عليها يتوقع مدى احتمالية الإخفاق الاجتماعي الذي سيتعرض له، ولا شك أن هذه الاجترارات السلبية قد تدفع الفرد إلى تجنب الموقف الاجتماعي برمته، أو اللجوء إلى السلوكيات الآمنة عند إدراك خطر الموقف الاجتماعي.

ويتفق "رابي" و"هايمبرغ" (Rapee & Heimberg, 1997) مع النموذج السابق، مع تركيزهما بشكل خاص حول القلق المرتبط بالتفاعل الاجتماعي، حيث يرى "رابي" و"هايمبرغ" أن الفرد القلق اجتماعياً عندما يتعرض للمواقف التي تتطلب على التفاعل الاجتماعي، يرجع إلى إخفاقاته السابقة، وبناءً عليها يبدأ بتكوين صورة ذهنية عن نفسه وعن الآخرين من حوله، ويصبح منشغلاً بهذا التصور الذهني، الذي غالباً ما ينحصر حول ما إذا كان أدائه الفعلي سيلتقي بالمعايير المتوقعة من الجمهور، وهل سيستطيع استيفاء تلك المعايير، ووفقاً لذلك يحدد مدى احتمالية نجاحه أو إخفاقه في الموقف الاجتماعي.

واقترح "هوفمان" (Hofmann, 2007) نموذجاً معرفياً حديثاً للقلق الاجتماعي، الذي يُعد مكملاً للنماذج السابقة، حيث ركز "هوفمان" في تفسيره للقلق الاجتماعي على تدني مفهوم فاعلية الذات المدركة، إضافةً إلى التصور المرتفع للمعايير الاجتماعية، فالفرد القلق اجتماعياً يعتقد أنه لا يملك المهارات اللازمة والقدرات التي تؤهله لتخطي المعايير الاجتماعية العالية، حتى وإن كان يملكها بالفعل، فهو يميل إلى انتقاد ذاته، ووصفها بالضعف وعدم الأهلية وافترار الكفاءة في العلاقات الاجتماعية، ولا شك أن هذه الإدراكات والتحييزات المعرفية السلبية قد تدفع الفرد لتجنب مواجهة الموقف الاجتماعي.

أعراض القلق الاجتماعي

إن القلق الاجتماعي كسمة - عادةً - ما يكون مزمناً وغير متقطع، وأعراضه بشكل عام لا تخفّ (APA, 2013). وتتمثل هذه الأعراض ما بين الانفعالية مثل: مشاعر الخوف، والقلق، والهلع في المواقف الاجتماعية، والشعور بالإحباط وعدم القدرة على التغيير إلى الأعراض السلوكية مثل: تجنب الاتصال البصري أو الحديث مع الآخرين، أو تجنب الموقف الاجتماعي برمّته، بالإضافة إلى الأعراض الفسيولوجية التي تظهر في علامات القلق التي يلاحظها الآخرون، كرعشة الأطراف، واحمرار الوجه، وقضم الأظافر، وزيادة إفراز العرق وضيقاً في التنفس، وكذلك الأعراض المعرفية التي تتضح في إدراك الشخص للموقف

الاجتماعي بطريقة سلبية، مع تركيزه على التقييم السلبي الذي قد يتلقاه من الآخرين (الحري، ٢٠١٣؛ Ollendick & Benoit, 2012; Iverach & Rapee, 2014).

الآثار والمشكلات الناجمة عن القلق الاجتماعي

يرتبط القلق الاجتماعي بالعديد من الاعتلالات الدالة في مختلف نواحي حياة الفرد، فهو يقيّد الخبرات الاجتماعية، ويخفض جودة الحياة، ويعيق العلاقات مع الأقران (Kessler, 2003)، وقد يتعدى الأمر كذلك إلى انخفاض مستوى التحصيل الدراسي وظهور العديد من الاضطرابات المصاحبة، حيث أجرى الركييات (٢٠١٥) دراسة على طلبة الصف العاشر بالأردن، كشفت نتائجها عن انخفاض مستوى التحصيل الدراسي لدى الطلبة المصابين بالقلق الاجتماعي مقارنة بأقرانهم. كما كشفت نتائج دراسة (Byers, Yaffe, Covinsky, 2010) ودراسة (Friedman & Bruce, 2010) ودراسة (Gallagher, Prinstein, Simon & Spirito, 2014) عن بروز العديد من الاضطرابات المصاحبة للقلق الاجتماعي لدى المراهقين، وفي مقدمتها الاكتئاب، والخاوف المحددة، واضطرابات القلق الأخرى، وخطر محاولة الانتحار.

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive Behavioral Therapy

بزغ العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) في منتصف الخمسينيات بواسطة "ألبرت ألس" Albert Ellis، وأثبت هذا النوع من العلاج فاعليته منذ نشأته، حتى استمر ليشكل المقاربة المعرفية السلوكية الرئيسة في حقل الإرشاد والعلاج النفسي (Dryden, 2012).

ويتبع العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي سبعة مبادئ رئيسة كما وضحتها (Diguseppe, Doyle, Dryden & Backx, 2014) هي: (١): عملية التفكير هي التي تحدد انفعالات البشر، أي نحن نشعر بما نفكر به. (٢): التفكير غير العقلاني هو المحدد الرئيس للاضطراب الانفعالي. (٣): تحليل الأفكار هي الطريقة الأكثر تأثيراً لتغيير الانفعالات المضطربة المختلة. (٤): معتقدات الفرد

تتشكل نتيجة التأثيرات البيولوجية والوراثية والبيئية. (٥): من المهم التمييز بين الانفعالات الصحية التي تقود للسلوك التكيفي والانفعالات غير الصحية التي تؤدي للسلوك غير التكيفي. (٦): تأثير الوقت الحاضر أهم من الماضي، فالوصول إلى المعتقدات غير العقلانية أهم من معرفة الكيفية التي اكتسبت بها. (٧): التعرف على الأفكار غير العقلانية، والإصرار على تحديثها يؤدي إلى الاقتناع بالأفكار العقلانية البديلة.

ويحصر "إليس" Ellis الأفكار غير العقلانية بأربعة معتقدات غير عقلانية جوهرية Irrational Beliefs، تحدد نظام التفكير المختل وهي: (١): المطالبات Demandingness التي تتشكل عندما تتحول تفضيلات الأشخاص أو آمانياتهم إلى مطالب تُعقد بشكل صارم، ويتضح ذلك عندما يستخدم الفرد كلمات مثل: "يجب" و"ينبغي". (٢): الكارثية Awfulizing، ويعكس هذا المعتقد سوء الفهم لدى الشخص، وذلك عندما يفسر الأحداث بشكل كارثي. (٣): انخفاض القدرة على تحمل الإحباط Low frustration tolerance، ويشير هذا المعتقد إلى عجز الفرد وعدم قدرته على التعامل مع الانزعاج الناجم من الأحداث النشطة. (٤): التقييم السلبي Global negative evaluation، ويُقصد به حكم الفرد على قيمة الذات والآخرين وفقاً للأحداث أو الخصائص السيئة (Ellis, 1994).

وعلى الرغم من تعدد الأفكار والمعتقدات غير العقلانية، إلا أنها تحمل خصائص مشتركة، فهي غير منطقية، وغير واقعية، وخاطئة، وتفسر بشكل كبير الاضطراب الانفعالي الذي يعاني منه الفرد، ولكي يستجيب الفرد للموقف ذاته بشكل صحي؛ لا بد أن تقابل هذه المعتقدات معتقدات أخرى، توصف بالعقلانية والمنطقية. ويصنف "دريدن" (Dryden, 2012) المعتقدات العقلانية Rational Beliefs إلى أربعة معتقدات تدعم الصحة النفسية، هي: (١): التفضيلات Full preferences. (٢): المعتقدات غير الكارثية Anti-awfulizing. (٣): القدرة العالية على تحمل الإحباط High frustration tolerance (٤): قبول الذات والآخرين

والحياة Acceptance. ويؤكد "ألس" (Ellis, 1994) أن التخلص من المعتقدات غير العقلانية المسببة للاضطراب الانفعالي، واكتساب المعتقدات العقلانية البديلة يتطلب استيعاب نموذج ABC.

نموذج (ABC) لتشخيص الاضطرابات الانفعالية

يمثل نموذج (ABC) الركيزة الأساسية للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT)، الذي يُستند عليه في تشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها. فالرمز (A) يشير إلى الحدث النشط Activating event، بينما الرمز (B) للمعتقدات والأفكار Beliefs، والرمز (C) للنتائج الانفعالية والسلوكية Consequences. فعندما يقلق الفرد في موقف محدد، سواء أكان هذا الموقف موجوداً فعلياً أم في ذهن الشخص، فإن هذا الموقف يمثل الحدث النشط، الذي يُعتقد أنه الإشكالية أو الشيء المربك الذي سبب الانفعالات السلبية والسلوكيات غير الصحية، إلا أن هذا النموذج يوضح للفرد أن هذه الانفعالات والسلوكيات تتوسطها الأفكار والمعتقدات غير العقلانية للشخص، فالنتيجة سببها الأفكار، وليس الموقف ذاته (Ellis, 2002).

وبعد الكشف عن الأفكار والمعتقدات غير العقلانية من خلال النموذج السابق، تأتي الخطوة المهمة والمكملة للنموذج، وهي دحض تلك الأفكار Disputing، التي يرمز لها بالرمز (D)، أي تفنيد الأفكار غير العقلانية بواسطة الأساليب المنطقية، حتى يصل الفرد إلى فلسفة فعّالة وعملية Effect، تشمل نظاماً من المعتقدات والأفكار العقلانية الجديدة، التي يرمز لها بالرمز (E)، وعند النجاح في تحقيق ذلك، ستتولد لدى الفرد مجموعة من المشاعر الصحية الجديدة Feeling، التي يرمز لها بالرمز (F) (Dryden, 2012; Ellis, 1994).

وتتنوع الفنيات المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ما بين الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية، حيث تركز الفنيات المعرفية على التحليل المنطقي للأفكار والمعتقدات غير العقلانية، وذلك باستخدام نموذج ABC، والاستكشاف الموجه، وإعادة البناء المعرفي، بينما تهدف الفنيات

الانفعالية إلى جعل مشاعر الفرد أكثر واقعية، وذلك بتطبيق فنية التخيل العقلاني الانفعالي، ولعب الدور، ولعب الدور المقلوب، وأخيراً تشمل الفنيات السلوكية معظم فنيات العلاج السلوكي مثل: فنية الاسترخاء وخفض الحساسية المتدرج، والتعزيز والعقاب، إضافة إلى الواجبات المنزلية التي يُكلف بها العميل ليطبّقها في مواقف الحياة الحقيقية (Ellis, 2002).

فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض القلق الاجتماعي

يُفسّر القلق الاجتماعي بالتحيز والتشوّه في معالجة المواقف الاجتماعية وتفسيرها، فالأفراد القلقون غالباً ما تُسيطر عليهم الأفكار غير العقلانية والمعتقدات غير المنطقية، التي تقودهم - عادةً - إلى القلق أو الخوف أو تجنب الموقف الاجتماعي، فهم يميلون إلى انتقاد أنفسهم، ووصفها بعدم الكفاءة، إضافة إلى اعتقادهم بأن الآخرين سيقومونهم تقييماً سلبياً. (Kocijan & Harris, 2016; Ollendick & Beniot, 2012). ووفقاً لذلك؛ تُعدّ التدخلات التي تهدف لتغيير الأفكار المسيطرة على الأشخاص القلقين اجتماعياً هي الأنسب والأكثر كفاءةً، ويأتي في مقدمة هذه التدخلات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT)، الذي أصبح المنهجية المفضّلة في مجال الإرشاد النفسي المدرسي للمراهقين (Vernon & Bernard, 2006).

وقد أثبتت العديد من الدراسات التجريبية نجاح البرامج المعرفية السلوكية (Cognitive Behavior Therapy (CBT في خفض القلق الاجتماعي، مع استمرارية تأثيرها مقارنةً بغيرها من أنواع العلاجات الأخرى (Canton, Scott & Glue, 2012; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012)، حيث كشفت نتائج دراسة (Hullu et al., 2016) القائمة على الضبط العشوائي RCT، عن نجاح البرنامج المعرفي السلوكي الجمعي في خفض درجة القلق الاجتماعي لدى عينة مكونة من (٢٤٠) مراهقاً بهولندا، مع استمرار فاعلية البرنامج بعد مرور سنتين من التطبيق. وهذا النوع من البرامج أثبت نجاحه كذلك في خفض قلق الحديث أمام الآخرين لدى (٤٠) طالباً من الصفوف: الأول والثاني والثالث

الإعدادي بمملكة البحرين (مقداد واليامي، ٢٠١٢). بالإضافة إلى ذلك، انخفضت حدة القلق الاجتماعي لدى عينة من طالبات جامعة الملك فيصل بالمملكة العربية السعودية بعد تطبيق برنامج معرفي سلوكي، مع استمرارية أثر البرنامج بعد انتهاء التطبيق (زهران، ٢٠٠٩).

وعلى الرغم من تعدد الدراسات التي أثبتت فاعلية البرامج المعرفية السلوكية في خفض القلق الاجتماعي، إلا أن الدراسات التي طبقت بشكل خاص العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لألبرت ألس كانت محدودة، ومن بينها دراسة شاهين وجرادات (٢٠١٢) التي أثبتت نتائجها نجاح هذا النوع من العلاج في خفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين من طلبة الصف التاسع إلى الصف الحادي عشر بالأردن، ودراسة الأشقر (٢٠٠٤) التي أثبتت فاعلية هذا العلاج في خفض قلق التحدث أمام الأخريات لدى طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود؛ وبالنظر للدراسة الحالية فهي تحاول سد النقص في هذا المجال من خلال تقديم مداخلات متمثلة ببرنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لخفض درجة القلق الاجتماعي لدى مجتمع لم تسبق دراسته، وهن طالبات المرحلة الثانوية بدولة الكويت.

مشكلة الدراسة

يُعدّ القلق الاجتماعي من الاضطرابات النفسية المعيقة لطلبة المرحلة الثانوية، فهو يتعارض مع حياتهم الاجتماعية، ويدفعهم لتجنب المشاركة الفعالة في المجالات المختلفة، إضافةً لما يُسببه من التدهور الشديد والبطء في التحصيل الدراسي (Ranta, La Greca, Kaltiala-Heino & Marttunen, 2016). وتكمن المشكلة في أن أكثر من (٨٠٪) من الطلبة المصابين بالقلق الاجتماعي يبقون دون علاج (Merikangas et al., 2011). فالطالب نفسه قد لا يطلب المساعدة؛ خشية أن يتم وصمه من أقرانه بالشخص غير الطبيعي، والأسوأ من ذلك أن انعزال الطالب وانسحابه قد يتم تجاهله من قبل المعلمين، فهو لا يسبب لهم مشكلة مقارنة بغيره من الطلبة الذين يسببون الإرباك والفوضى، الأمر

الذي قد يؤدي إلى استمرار القلق وتفاقمه عبر المراحل العمرية المختلفة. لذا؛ تقتضي الحاجة إلى التخفيف من هذه المشكلة عن طريق تقديم البرامج الارشادية المناسبة للطلبة الذين يعانون من القلق الاجتماعي.

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- ١ - بناء برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لخفض درجة القلق الاجتماعي لدى طالبات المرحلة الثانوية.
- ٢ - التخفيف من الأفكار والمعتقدات غير العقلانية المرتبطة بالمواقف الاجتماعية لدى الطالبات.
- ٣ - إكساب الطالبات بعض المهارات السلوكية التي تساهم في تحقيق التواصل الجيد مع الآخرين.

فروض الدراسة

- ١ - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي للقلق الاجتماعي تعزى للبرنامج الإرشادي.
- ٢ - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للقلق الاجتماعي تعزى للبرنامج الإرشادي.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة الحالية في تسليط الضوء وخلق الوعي حول أهمية تطبيق البرامج الإرشادية على الطلبة الذين يعانون من القلق الاجتماعي، وذلك من خلال بيان مدى كفاءة الأسلوب الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية في خفض درجة القلق الاجتماعي لدى طالبات المرحلة الثانوية. كما تشكل الدراسة الحالية إضافة جديدة إلى رصيد الدراسات التي تبحث موضوع القلق

الاجتماعي، حيث اتضح ندرة الدراسات العربية التي اهتمت في قياس فاعلية برنامج ارشادي عقلاني انفعالي سلوكي في خفض القلق الاجتماعي.

وتبرز الأهمية التطبيقية للدراسة، أن نتائجها قد توجّه أنظار العاملين في المجال النفسي حول أهمية السعي والمبادرة لاكتشاف الطلبة الذين يعانون من القلق الاجتماعي؛ حتى يتم تقديم العلاج اللازم لهم قبل أن تتفاقم المشكلة، وقد تفتح المجال كذلك لبناء برامج إرشادية أخرى تساهم في خفض درجة القلق الاجتماعي لدى الطلبة، أو تطبيق البرنامج الحالي في مختلف المؤسسات التربوية، ومع فئات لم تشملها الدراسة الحالية.

مصطلحات الدراسة

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive Behavior Therapy (REBT): هو العلاج القائم على افتراض أن المشكلات النفسية تحدث نتيجة وجود الأفكار غير العقلانية وغير المنطقية حول الأحداث والمواقف، والتي في ضوءها يتم تفسير الانفعالات والسلوكيات السلبية غير الصحية (Ellis, 1994).

القلق الاجتماعي (Social Anxiety (SA): هو الخوف أو القلق الشديد والملاحظ من موقف اجتماعي واحد أو أكثر، ويكون فيها الفرد عُرضةً لاحتمالية تفحص أو تقييم الآخرين له، مثل المواقف التي تنطوي على التفاعلات الاجتماعية، أو المواقف التي تتطلب الأداء أمام الآخرين (APA, 2013: 202).

ويُعرف القلق الاجتماعي إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد في المقياسين المستخدمين في الدراسة الحالية، وهو مقياس الخُواف الاجتماعي ومقياس قلق التفاعل الاجتماعي لـ "ماتك" و"كلارك" (Mattick & Clarke, 1998)، إضافةً إلى المقابلة التشخيصية.

الإرشاد الجمعي Group Counseling: هو عملية اجتماعية تفاعلية وتبادلية، ينتظم فيها مجموعة من الأفراد الذين يعانون من صعوبات أو مشكلات نفسية أو اجتماعية أو سلوكية معينة، ويحملون هموماً وأهدافاً مشتركة، ويحاولون مع المرشد تجاوز ما يعانون منه (الرشيدي والسهل، ٢٠٠٠: ٢٠٤).

منهج الدراسة

اتبعت الباحثة المنهجية شبه التجريبية Quasi-Experimental، من خلال تطبيق أحد تصميماتها، وهو تصميم المجموعة الضابطة غير المتكافئة Nonequivalent (Pretest and Posttest) Control-Group Design، القائم على مجموعتين: (ضابطة - تجريبية)، دون القيام بالتعيين العشوائي لأفراد العينة على المجموعتين، مع تعريض المجموعتين للاختبار القبلي والبعدي، واقتصار المعالجة على المجموعة التجريبية (Creswell, 2014)؛ وذلك بهدف معرفة أثر المتغير المستقل وهو البرنامج الإرشادي على المتغير التابع وهو القلق الاجتماعي.

أدوات الدراسة

مقياس الخوف الاجتماعي ومقياس قلق التفاعل الاجتماعي Social Phobia
Scale and Social Interaction Anxiety Scale (SIAS):

أعد المقياسين كلٌّ من "ماتك" Mattick و"كلارك" Clarke، ونُقل إلى اللغة العربية بواسطة البناء (٢٠٠٦). وقد صُمم مقياس الخوف الاجتماعي لقياس قلق الأداء Performance Anxiety عند الأشخاص المصابين بالقلق الاجتماعي، أي تقدير مخاوف الفرد أثناء أداء الأنشطة اليومية (مثل: تناول الطعام، الكتابة)، ويخشى خلالها من تفحص الآخرين له أو ملاحظة الأعراض المرتبطة بالقلق الاجتماعي (مثل: الارتعاش، واحمرار الوجه)، بينما يصف مقياس قلق التفاعل الاجتماعي الأعراض المعرفية والوجدانية والسلوكية للفرد حيال المواقف التي تتطلب التفاعل مع الآخرين (مثل: التحدث مع الغرباء أو إلقاء محاضرة) التي يخشى خلالها من العجز عن التعبير، أو عدم معرفة ما يقول، فالمقياس يعكس قلق التفاعل Interaction Anxiety عند الأشخاص المصابين بالقلق الاجتماعي. ويطبق المقياسان معاً لقياس القلق الاجتماعي المتمثل في بعدين أو عنصرين، وهما قلق الأداء وقلق التفاعل (Mattick & Clarke, 1998).

يتكون كل مقياس من (٢٠) بنداً للتقرير الذاتي، ويُجاب على بنودهما وفق مقياسٍ للشدة خماسي البدائل، يتراوح بين "لا" (وتمثله الدرجة صفر)

متدرجاً إلى "كثيراً جداً" (وتمثله الدرجة ٤)، ويصحح كل مقياس على حدة، وذلك بجمع درجات البنود، لتتراوح الدرجة النهائية بين (٠-٨٠)، مع الأخذ بعين الاعتبار وجود ثلاثة بنود معكوسة في مقياس قلق التفاعل الاجتماعي، صيغت بطريقة إيجابية، وهي البنود رقم: (٥، ٩، ١١). ويتمتع المقياسان في صيغتهما الأصلية بخصائص سيكومترية جيدة، حيث تراوحت معاملات ثبات المقياسين بين (٠,٨٦-٠,٩٤)، وذلك على عينات اكلينيكية ومجتمعية وطلابية. وبحساب الصدق التلازمي للمقياسين مع العديد من المقاييس التي تقيس القلق الاجتماعي، اتضح وجود معامل ارتباط دال بين مقياس الخوف الاجتماعي ومقاييس القلق الاجتماعي، يتراوح بين (٠,٦٤-٠,٧٥)، ومعامل ارتباط دال بين مقياس قلق التفاعل الاجتماعي ومقاييس القلق الاجتماعي، يتراوح بين (٠,٨١-٠,٦٦) (Orsillo, 2001). (انظر: ٢٠٠٨، ٨١).

وبإجراء التحليل العاملي الاستكشافي للمقياسين، اتضح تشعب البنود في عاملين، وهما قلق الأداء وقلق التفاعل (Safren, Turk, Heimberg, 1998)، وبإجراء التحليل العاملي التوكيدي على عينة كبيرة الحجم، حصل نموذج العاملین two-factor model (قلق الأداء وقلق التفاعل) على معامل ملائمة جيدة (Osman et al., 1998) Fit Index.

الخصائص السيكومترية للمقياسين

الصدق: تم عرض المقياسين على خمسة محكمين من ذوي الاختصاص في قسم علم النفس بكلية التربية وكلية العلوم الاجتماعية في جامعة الكويت؛ للتحقق من صدق المحتوى Content validity، حيث طُلب من المحكمين تقدير مدى تمثيل البنود للمفهوم موضع القياس، وفق مقياسٍ متدرجٍ من (١-١٠)، واعتمد المتوسط (٧) وأعلى كدرجة للاستبقاء على البند أو حذفه، ولم يتم حذف أي بند من البنود؛ وذلك لأن متوسط تقديرات المحكمين على كل بند لم يقل عن المتوسط (٧)، والجدولان المرقومان (١) و(٢) يوضحان ذلك. وبناءً على ملاحظات المحكمين تم تعديل الصياغة اللغوية للبند رقم (٢) و(١٩) في مقياس

الخوف الاجتماعي، وتعديل البند رقم (١٤) في مقياس قلق التفاعل الاجتماعي، لعدم ملاءمته للبيئة الكويتية وللمرحلة العمرية للطالبات، والجدول رقم (٣) يوضح ذلك.

جدول رقم (١)

المتوسط الحسابي لتقديرات المحكمين على بنود مقياس الخوف الاجتماعي

المتوسط الحسابي	البند
٨,٢	١. أشعر بالقلق عندما أضطر إلى الكتابة أمام الآخرين.
٩	٢. أصاب بالإحراج عند استخدام المرافق العامة.
٧	٣. ينحصر انتباهي في المواقف الاجتماعية حول ماذا أقول ومن يسمعي من الآخرين.
٨,٦	٤. أصبح عصبياً إذا نظر الناس في وجهي وأنا أمشي في الشارع.
١٠	٥. أخاف من احمرار وجهي عندما أكون مع الآخرين.
٩	٦. أصاب بالإحراج إذا اضطررت إلى دخول غرفة يوجد فيها أناس جالسون.
٨,٦	٧. يقلقني أن أصاب بالارتعاش والارتجاف عندما يراقبني الآخرون.
٩,٢	٨. أشعر بالتوتر إذا اضطررت إلى الجلوس في مواجهة الركاب الآخرين في الباص أو القطار.
٨	٩. أصاب بالرجب من أن الآخرين قد يرونني في حالة إغماء أو مرض.
٨,٢	١٠. أجد صعوبة في تناول أي شراب إذا كنت بين مجموعة من الناس.
٩	١١. أشعر بالإحراج إذا أكلت أمام شخص غريب في مطعم.
٨,٦	١٢. يقلقني أن ينظر الناس إلى سلوكي (تصرفاتي) بشيء من الغرابة.
٨,٢	١٣. أشعر بالتوتر إذا اضطررت إلى حمل طبق الطعام والتنقل به عبر كافيتريا مزدحمة.
١٠	١٤. أخشى أن يلاحظ الآخرون فقدان سيطرتي على نفسي.
٩	١٥. أخشى أن أفعل شيئاً يجذب انتباه الناس إليّ.
٩,٧٥	١٦. أشعر بالتوتر إذا نظر الناس إليّ في المصعد.
٩,٥	١٧. أشعر أن الآخرين يراقبونني عندما أكون منتظراً في الطابور.
٩,٧٥	١٨. أشعر بالتوتر عندما أحدث أمام الناس.
٧,٢	١٩. أشعر بالقلق عندما أفقد توازني أمام الآخرين.
٩,٥	٢٠. أشعر بالتوتر والضيق عندما يراقبني الناس.

جدول رقم (٢)

المتوسط الحسابي لتقديرات المحكمين على بنود مقياس قلق التفاعل الاجتماعي

المتوسط الحسابي	البند
٨,٨	١. أصبح عصبياً عندما أتكلم مع شخص ذي سلطة (مثل المدرس أو المدير...إلخ).
٨,٤	٢. أواجه صعوبة في التواصل بالعين مع الآخرين.
٩	٣. أشعر بالتوتر إذا طُلب مني التحدث عن نفسي أو عن مشاعري في حضور الآخرين.
٨,٦	٤. أجد صعوبة في الاختلاط بزملائي.
٨,٦	٥. من السهل عليّ أن أقيم علاقات صداقة مع من هم في سني.
٩	٦. أشعر بالتوتر عندما ألتقي في الطريق بشخص أعرفه.
٩	٧. أشعر بعدم الراحة عندما أختلط اجتماعياً بالآخرين.
٩,٢٥	٨. أشعر بالتوتر عندما انفرد مع أي شخص.
٩,٦	٩. أشعر بالراحة عند الالتقاء بالناس في الحفلات وغيرها.
٩,٢	١٠. أجد صعوبة في التحدث مع الآخرين.
٨,٨	١١. من السهل عليّ إيجاد موضوع للتحدث به مع الآخرين.
٨,٥	١٢. أشعر بالقلق عند التعبير عن نفسي خشية أن أفترق إلى اللباقة اللغوية.
٨,٧٥	١٣. من الصعوبة أن أخالف آراء الآخرين.
٩,٥	١٤. أضطرب عند التحدث مع الزملاء والأصدقاء الجدد.
٩,٧٥	١٥. أضطرب من عدم معرفتي لما أقوله في المواقف الاجتماعية.
٩,٥	١٦. أصبح عصبياً عند الاختلاط بأشخاص لا أعرفهم جيداً.
٨,٧٥	١٧. أخشى أن أقول شيئاً محرّجاً عندما أتكلم.
٩,٢٥	١٨. أخشى أن يتجاهلني الآخرون.
٩,٢٥	١٩. أتوتر عندما أختلط مع مجموعة من الناس.
٩,٥	٢٠. أتردد في إلقاء التحية على شخص أعرفه معرفة بسيطة.

جدول رقم (٣)

البندان (٣) و(١٩) في مقياس الخوف الاجتماعي والبند (١٤) في مقياس قلق التفاعل الاجتماعي قبل التعديل وبعده

بعد التعديل	قبل التعديل
٣. ينحصر انتباهي في المواقف الاجتماعية حول وعلى من يسمعي من الآخرين. ماذا أقول وحول من يسمعي من الآخرين.	٣. أركز في المواقف الاجتماعية على حديثي
١٤. أضطرب عند التحدث مع الزملاء والأصدقاء الجدد.	١٤. أجد صعوبة في التحدث مع أي شخص جذاب من الجنس الآخر.
١٩. يقلقني أن أكون بحالة غير طبيعية أمام الآخرين.	١٩. يقلقني أن يهتز رأسي أو يتمايل أمام الآخرين.

وقد تمّ التحقق كذلك من الصدق التلازمي Concurrent Validity، حيث قامت الباحثة بتطبيق المقياسين مع مقياس التجنب الاجتماعي والضيق Social Avoidance and Distress Scale (SADS) الذي أعدّه "واطسون" Watson و"فريد" Friend لقياس أعراض القلق التفاعلي، ونقله إلى اللغة العربية (Alansari, 1993) (في: الأنصاري، ٢٠٠٢)، على عينة استطلاعية مكونة من (٨٠) طالبة من طالبات المرحلة الثانوية، من خارج عينة الدراسة، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات الطالبات في المقياسين مع درجاتهن في المحك، وكانت (٠,٧٦) بين مقياس الخوف الاجتماعي والمحك، و(٠,٧٤) بين مقياس قلق التفاعل الاجتماعي والمحك، وكلتا القيمتين دالة عند مستوى (٠,٠١).

الثبات: تم حساب ثبات درجة المقياسين باستخدام طريقة إعادة التطبيق retest-Test، بفاصل زمني قدره أربعة أسابيع، على العينة الاستطلاعية المكونة من (٨٠) طالبة، وكان معامل الثبات بين التطبيقين لمقياس الخوف الاجتماعي (٠,٨٠)، ولمقياس قلق التفاعل الاجتماعي (٠,٧٨)، وكلتا القيمتين دالة عند مستوى (٠,٠١). كما تمّ التحقق من الاتساق الداخلي للمقياسين بطريقة ألفا كرونباك، حيث بلغت قيمة معامل ألفا لمقياس الخوف الاجتماعي (٠,٩٣) ولمقياس قلق التفاعل الاجتماعي (٠,٨٧)، والجدولان المرقومان (٤) و(٥) يوضحان معامل الارتباط المصحح بين كل بند والدرجة الكلية.

جدول رقم (٤)

معامل الارتباط المصحح بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الخوف الاجتماعي

البند	معامل الارتباط المصحح	البند	معامل الارتباط المصحح
١	,٥٤٥	١١	,٥٧٦
٢	,٢٥٤	١٢	,٥٦٣
٣	,٦٤٤	١٣	,٦١٣
٤	,٥٣١	١٤	,٥٥١
٥	,٥٤٧	١٥	,٦٧٩
٦	,٦٦٩	١٦	,٦٥٧
٧	,٧٠٦	١٧	,٦٢١
٨	,٧١٢	١٨	,٧١٤
٩	,٤٣٧	١٩	,٦٤٣
١٠	,٥٧٨	٢٠	,٧٤٢

جدول رقم (٥)

معامل الارتباط المصحح بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس قلق التفاعل الاجتماعي

البند	معامل الارتباط المصحح	البند	معامل الارتباط المصحح
١	,٢٠٤	١١	,٢٣٢
٢	,٤١٣	١٢	,٦٢٥
٣	,٦١٩	١٣	,٥١١
٤	,٤٢٥	١٤	,٦٤٩
٥	,٤٥٥	١٥	,٣٣٣
٦	,٤٦٢	١٦	,٤٤٣
٧	,٤٣١	١٧	,٥٨٧
٨	,٤٥٩	١٨	,٦٤٦
٩	,٢٤٤	١٩	,٦١٥
١٠	,٤٦٥	٢٠	,٤٩١

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة الحالية من (٣١) طالبة، شخّصت الباحثة حالتها بالقلق الاجتماعي، وتمّ اختيارهنّ من مجتمع الطالبات المصابات بالقلق الاجتماعي في المرحلة الثانوية بمنطقة العاصمة التعليمية للفصل الدراسي الثاني (٢٠١٥ / ٢٠١٦). واختيرت العينة من أربع مدارس، بواقع مدرستين للمجموعة الضابطة، ومدرستين للمجموعة التجريبية. وتكونت المجموعة الضابطة من (١٥) طالبة، مقابل (١٦) طالبة للمجموعة التجريبية، وتتراوح أعمار الطالبات بين (١٤-١٩) عاماً، بمتوسط حسابي (١٦,٨٧) وانحراف معياري (١,٣٨). والجدول رقم (٦) يوضح عينة الدراسة.

جدول رقم (٦)

عينة الدراسة

المجموعة الضابطة ن=(١٥)		المجموعة التجريبية ن=(١٦)		المتغيرات
فاطمة بنت الوليد (٨) طالبات	الدوحة (٧) طالبات	لطيفة الشمالي (٩) طالبات	منيرة الصباح (٧) طالبات	العمر الزمني
١٥	١٦	١٧	١٨	١٤
١	١	٣	٢	١٩
١	—	٢	—	—
٢	٢	—	—	١
١	٢	٣	—	٣
٢	٤	—	—	١
فاطمة بنت الوليد (٨) طالبات	الدوحة (٧) طالبات	لطيفة الشمالي (٩) طالبات	منيرة الصباح (٧) طالبات	الصف الدراسي
٣	٣	٢	٢	العاشر
٣	١	٢	٢	الحادي عشر أدبي
١	١	٢	١	الحادي عشر علمي
١	١	١	٢	الثاني عشر أدبي
—	١	٢	—	الثاني عشر علمي

تابع/ جدول رقم (٦)

عينة الدراسة

المتغيرات	المجموعة الضابطة ن= (١٥)	المجموعة التجريبية ن= (١٦)
العمر الزمني	فاطمة بنت الوليد (٨) طالبات	لطيفة الشمالي (٩) طالبات
الجنسية	فاطمة بنت الوليد (٨) طالبات	لطيفة الشمالي (٩) طالبات
كويتي غير كويتي	٨ -	٧ -

إجراءات الدراسة

١ - توجهت الباحثة بعد الحصول على الإذن الرسمي إلى مدارس المرحلة الثانوية للبنات بمنطقة العاصمة التعليمية، وذلك لحصر أعداد الطالبات اللاتي يُعانين من القلق الاجتماعي، وتبين عدم وجود هذه الحالات أو وجودها بعدد قليل لا يُذكر.

٢ - فضلت الباحثة أن تطبق أداة الدراسة على جميع مدارس المرحلة الثانوية للبنات بمنطقة العاصمة التعليمية، البالغ عددها (١٤) مدرسة، عن طريق اختيار تسعة فصول من كل مدرسة بطريقة عشوائية، وذلك لاحتمالية وجود طالبات يُعانين من القلق الاجتماعي ولكن لم يطلبن المساعدة، وكذلك لتحديد المدارس التي تتواجد فيها الحالات بعدد أكبر.

٣ - تكونت العينة المبدئية من (١٢٤٩) طالبة في المرحلة الثانوية بمنطقة العاصمة التعليمية.

٤ - تم تحديد الطالبات اللاتي يقعن ضمن انحرافين معياريين عن المتوسط في المقياسين (المتوسط + ٢ × الانحراف المعياري)؛ وذلك لإبراز الحالات الشديدة من القلق الاجتماعي. ووفقاً للمعادلة، اعتمدت الدرجة (٤٩) وما فوقها لمقياس الخوف الاجتماعي، والدرجة (٤٣) وما فوقها لمقياس

قلق التفاعل الاجتماعي، لتشكل هذه الدرجات المعيار الأول لتشخيص الطالبات بالقلق الاجتماعي.

٥ - فضّلت الباحثة أن تطبق الدراسة على أربع مدارس، مدرستين للمجموعة الضابطة، ومدرستين للمجموعة التجريبية، وذلك لقلة عدد الحالات في كل مدرسة، مع صعوبة خروجهن من المدرسة. وتم اختيار المدارس التي تتواجد فيها الحالات بعدد أكبر، وهي: منيرة الصباح (٩) طالبات، الدوحة (٧) طالبات، لطيفة الشمالي (١١) طالبة، فاطمة بنت الوليد (٩) طالبات.

٦ - تحددت المجموعة الضابطة والتجريبية عن طريق التوزيع العشوائي للمدارس الأربعة، وكانت نتيجتها، مدرسة فاطمة بنت الوليد ومدرسة الدوحة للمجموعة الضابطة، بينما مدرسة لطيفة الشمالي ومدرسة منيرة الصباح للمجموعة التجريبية.

٧ - تم إجراء المقابلة التشخيصية مع (٣٦) طالبة؛ للتحقق من التقائهنّ بالمحكات التشخيصية للقلق الاجتماعي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM5؛ لتشكل بذلك المعيار الثاني لتشخيص الطالبات المشاركات في الدراسة. وبعد إجراء المقابلة تمّ استبعاد (٣) طالبات، طالبتين من مدرسة لطيفة الشمالي، وطالبة من مدرسة فاطمة بنت الوليد، لم تتحقق فيهن المحكات التشخيصية للقلق الاجتماعي، ليصل عدد الطالبات إلى (٣٣) طالبة.

٨ - تمّت مناقشة طالبات المجموعة التجريبية حول موضوع الدراسة والبرنامج الإرشادي، فأبدت (١٦) طالبة الموافقة على المشاركة من أصل (١٨) طالبة، أما طالبات المجموعة الضابطة فقد تمت مناقشتهم حول موضوع الدراسة وعُرض عليهن المشاركة فقط ضمن المجموعة الضابطة، فوافقن على ذلك، ليبلغ العدد النهائي للعينة (٣١) طالبة، بواقع (١٥) طالبة في المجموعة الضابطة و(١٦) طالبة في المجموعة التجريبية.

٩ - وُزعت على طالبات المجموعة التجريبية استمارة موافقة الطالبة وولي أمرها على المشاركة في البرنامج.

١٠ - تمّ التحقق من تكافؤ المجموعة الضابطة والتجريبية في متغير العمر الزمني والقلق الاجتماعي قبل تطبيق البرنامج، باستخدام اختبار Mann-Whitney U، والذي كانت نتيجته عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في المتغيرين. والجدولان المرقومان (٧) و(٨) يوضحان ذلك.

جدول رقم (٧)

متوسط الرتب، ومجموع الرتب، وقيمة "Z" لكل من المجموعة الضابطة والتجريبية في متغير العمر الزمني

العمر الزمني	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Mann-Whitney	قيمة "Z"	الدلالة الإحصائية
المجموعة الضابطة	١٥	١٤,٥٧	٢١٨,٥٠	٩٨,٥٠٠	٠,٨٧٨	غير دالة
المجموعة التجريبية	١٦	١٧,٣٤	٢٧٧,٥٠			

جدول رقم (٨)

متوسط الرتب، ومجموع الرتب، وقيمة "Z" لكل من المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس القبلي للقلق الاجتماعي

القلق الاجتماعي	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Mann-Whitney	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
قلق الأداء	الضابطة	١٥	١٦,٩٠	٢٥٣,٥٠	١٠٦,٥٠٠	٠,٥٣٨	غير دالة
	التجريبية	١٦	١٥,١٦	٢٤٢,٥٠			
قلق التفاعل	الضابطة	١٥	١٥,٩٣	٢٣٩,٠٠	١١٩,٠٠٠	٠,٠٤٠	غير دالة
	التجريبية	١٦	١٦,٠٦	٢٥٧,٠٠			

١١ - قُدم البرنامج الإرشادي - الذي صُمم من قبل الباحثة، وحُكّم من قبل ثلاثة أساتذة متخصصين بالإرشاد النفسي في جامعة الكويت - للمجموعة التجريبية فقط، من تاريخ ٢٠١٦/٣/٢١ - ٢٠١٦/٥/٣، بينما

بقيت المجموعة الضابطة دون أية مداخل، وبعد انتهاء جلسات البرنامج، طبقت الباحثة أداة الدراسة على جميع أفراد العينة في المجموعتين.

نتائج الدراسة

الفرض الأول: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي للقلق الاجتماعي تعزى للبرنامج الإرشادي.

تم استخدام اختبار Mann-Whitney U لحساب الفروق بين متوسطي رتب المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي للقلق الاجتماعي. ويوضح ذلك الجدول رقم (٩).

جدول رقم (٩)

متوسط الرتب، ومجموع الرتب، وقيمة "Z" لكل من المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي للقلق الاجتماعي.

القلق الاجتماعي	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Mann-Whitney	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
قلق الأداء	الضابطة	١٥	٢٢,٤٣	٣٣٦,٥٠	٢٣,٥٠٠	٣,٨٢٢	٠,٠٠٠
	التجريبية	١٦	٩,٩٧	١٥٩,٥٠			
قلق التفاعل	الضابطة	١٥	٢٠,٨٠	٣١٢,٠٠	٤٨,٠٠٠	٢,٨٥١	٠,٠٠٤
	التجريبية	١٦	١١,٥٠	١٨٤,٠٠			

❖ دالة عند مستوى ٠,٠٠١

يتضح من الجدول رقم (٩) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي للقلق الاجتماعي، لصالح المجموعة التجريبية، حيث بلغت قيمة "Z" (٣,٨٢٢) في قلق الأداء، و(٢,٨٥١) في قلق التفاعل، وكلتا القيمتين دالة عند مستوى (٠,٠٠١)، وعليه تم رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل، وهذا يدل على تحسن

درجات المجموعة التجريبية في مواقف الأداء الاجتماعي ومواقف التفاعل الاجتماعي بعد تقديم البرنامج الإرشادي.

الفرض الثاني: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للقلق الاجتماعي تعزى للبرنامج الإرشادي.

استخدمت الباحثة اختبار Wilcoxon، وذلك لحساب الفروق بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي للقلق الاجتماعي، والجدول رقم (١٠) يوضح ذلك.

جدول رقم (١٠)

متوسط الرتب، ومجموع الرتب، وقيمة "Z" في القياس القبلي والبعدي
للمجموعة التجريبية في القلق الاجتماعي (ن=١٦)

القلق الاجتماعي	متوسط الرتب	مجموع الرتب	الإشارات (اتجاه فروق الرتب)	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
قلق الأداء	٨,٥٠	١٣٦,٠٠	١٦- ٠+ ١٦=	٣,٥٢٧	٠,٠٠٠ *
قلق التفاعل	٨,٥٠	١٣٦,٠٠	١٦- ٠+ ١٦=	٣,٥٣٢	٠,٠٠٠ *

❖ دالة عند مستوى ٠,٠٠١

بالنظر إلى الجدول رقم (١٠) يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي، لصالح القياس البعدي، حيث بلغت قيمة "Z" (٣,٥٢٧) في قلق الأداء، و(٣,٥٣٢) في قلق التفاعل، وكلتا القيمتين دالة عند مستوى (٠,٠٠١)، ووفقاً لذلك تم رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل، والذي يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض درجة القلق الاجتماعي.

المناقشة والمقترحات

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن أثر برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي في خفض القلق الاجتماعي لدى طالبات المرحلة الثانوية، وكشفت النتائج عن فاعلية البرنامج وأثره في خفض درجة القلق الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية، بينما بقيت المجموعة الضابطة التي لم تتلق البرنامج على نفس المستوى من القلق الاجتماعي. ويمكن تفسير ذلك إلى تلقي طالبات المجموعة التجريبية لبرنامج علمي تطبيقي مكثف، قائم على التفكير المنطقي، الذي يُعدُّ جوهر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي. فتعديل نظام تفكير الطالبات شكل المحور الرئيس للبرنامج، والذي تمَّ التركيز عليه في أكثر من جلسة، حيث تمَّت مناقشة معظم الأفكار التي تدور في أذهان الطالبات أثناء تعرضهن للمواقف الاجتماعية، وكانت معظمها غير عقلانية، وغير منطقية، وغير واقعية، مما يتفق مع نتائج دراسة كلٍّ من (Kocijan & Harris, 2016; Ollendick & Benoit, 2012)، التي أشارت إلى وجود علاقة بين الأفكار غير العقلانية والقلق الاجتماعي.

وقد اشتمل البرنامج على العديد من الأساليب التي ساهمت في إعادة البناء المعرفي للطالبات كأسلوب الاستكشاف الموجّه، والتحليل المنطقي والجدل المباشر، والمناقشة الجماعية، التي كان لها الدور الفعّال في اكتشاف وتفنيد العديد من الأفكار غير العقلانية التي كانت تُردُّ إلى أذهان الطالبات أثناء المواقف الاجتماعية، كالتقييم السلبي من الآخرين، والتعرض للنقد والتجريح، حيث اتضح للطالبات أنّ القلق الذي كان ينتابهن أثناء المواقف الاجتماعية ليس له أساسٌ واقعيٌّ، وإنما سبب وجوده يرجع لوجود هذه الأفكار. وبالتالي يمكن القول إنّ تعديل نظام التفكير، هو العامل المؤثر بالدرجة الأولى في انخفاض درجة القلق الاجتماعي لدى طالبات المجموعة التجريبية، باعتبار أنّ التغيير الذي يحدث للسلوك والمشاعر إنما هو تلقائي لتعديل هذه الأفكار.

بالإضافة إلى ذلك، اشتمل البرنامج على بعض الفنيات التي ساهمت في

التخفيف من أعراض القلق الاجتماعي، فالواجبات المنزلية على سبيل المثال منحت الطالبات تجربة عملية وواقعية لممارسة ما تمّ تعلّمه في الجلسة على أرض الواقع، سواءً في البيئة المدرسية التي تزخر بالمواقف الاجتماعية أو خارجها، وأسلوب تأكيد الذات كذلك أدى إلى زيادة ثقة الطالبات بأنفسهنّ أثناء المواقف الاجتماعية، ومنحهنّ القدرة على التعبير عن مشاعرهن الحقيقية، كما أن تدريب الطالبات على مهارة الإسترخاء، وربطها بالمواقف الاجتماعية التي تُثير القلق لديهن، ساهم في التخفيف من حدة الأعراض الفسيولوجية التي كانت تظهر لدى الطالبات في معظم الموقف الاجتماعي كالارتعاش واحمرار الوجه وتصبّب العرق.

وافقت بذلك نتائج الدراسة الحالية مع دراسة كلٍّ من (الأشقر، ٢٠٠٤؛ شاهين وجردات، ٢٠١٢)، التي أكدت فاعلية البرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض القلق الاجتماعي، وكذلك مع دراسة (زهرا، ٢٠٠٩؛ اليامي، ٢٠١٢؛ Canton, 2012; Hullu et al., 2016) التي أثبتت تفوّق البرامج المعرفية السلوكية في التخفيف من القلق الاجتماعي.

ورغم ما توصلت إليه الدراسة من نتائج إلا أنها اشتملت على بعض الحدود، وفي مقدمتها صغر حجم العينة واقتصارها على طالبات المرحلة الثانوية في منطقة العاصمة التعليمية بدولة الكويت، وهذا بدوره يحدّ من قوة تحليل النتائج، ويتطلب توخي الحذر عند تعميمها، لذا تقترح الباحثة إعادة إجراء الدراسة الحالية على عينات أكبر حجماً وأكثر تنوعاً، بحيث تشمل الطلبة الذكور والإناث من مختلف المناطق التعليمية. كما أن القياس التتبعي الذي يكشف مدى استمرارية أثر البرنامج على المجموعة التجريبية لم يُطبق، وذلك بسبب بدء الإجازة الصيفية، وتخرج بعض الطالبات المشاركات من المرحلة الثانوية، ونتيجةً لذلك تقترح الباحثة إجراء دراسة تتبعية Follow-up study تتحقق من درجة استمرارية أثر البرنامج الحالي، إضافةً إلى إجراء دراسة تقييمية حول أكثر الفنيات والتقنيات فاعلية في خفض درجة القلق الاجتماعي.

وفي الختام، تعتقد الباحثة أن الدراسة الحالية أسهمت في تزويدنا بدليلٍ تجريبيٍّ حول فاعلية هذا النوع من العلاج لدى مجتمع لم تسبق دراسته، وهنَّ طالبات المرحلة الثانوية بدولة الكويت، وهي بذلك تُعدُّ مُكملة للدراسات التي أثبتت تفوق البرامج المعرفية السلوكية في التخفيف من القلق الاجتماعي. وتقترح الدراسة - بناءً على هذه النتائج - تبني هذا النوع من البرامج الإرشادية عند التعامل مع الطالبات المصابات بالقلق الاجتماعي، حيث قد يساهم ذلك في تحقيق الصحة النفسية لهنَّ والتوافق السليم، كما توصي العاملين في المجال النفسي المدرسي ببذل الجهد والسعي لاكتشاف الطلبة الذين يعانون من القلق الاجتماعي حتى يتمَّ تقديم العلاج المناسب لهم.

The Effectiveness of a Counseling Program Based on REBT in Reducing Social Anxiety

Awatif A. Al-Mutairi

M.O.E
State of Kuwait

Dr. Ibrahim M. Al-Khulaifi

College of Education - Kuwait University
State of Kuwait

Abstract

The purpose of this study is to investigate the effectiveness of a counseling program in reducing social anxiety among secondary school female students in Kuwait. In this quasi-experimental study, a nonequivalent (Pretest and Posttest) control-group design was employed. The sample consisted of (31) female students diagnosed with SA. The sample was divided into two groups, without random assignment. The control group consisted of (15) female students while the experimental group consisted of (16) female students. Pre and posttest were applied to both groups using the two scales. The counseling program consisted of (11) sessions completed in five weeks. Results showed significant differences between the two groups in SA in the posttest. In addition, results indicated significantly lower mean social anxiety scores for the experimental group after completing the program. The Study concluded that REBT was effective in reducing SA among secondary school female students.

المراجع

- ١ - الأشقر، هيفاء (٢٠٠٤). أثر برنامج علاجي عقلاني انفعالي سلوكي جمعي في خفض قلق التحدث أمام الأخريات لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.
- ٢ - الأنصاري، بدر (٢٠٠٢). المرجع في مقاييس الشخصية: تقنين على المجتمع الكويتي. الكويت: دار الكتاب الحديث.
- ٣ - البناء، حياة وعبد الخالق، أحمد ومراد، صلاح (٢٠٠٦). القلق الاجتماعي وعلاقته بالتفكير السلبي التلقائي لدى طلاب من جامعة الكويت. دراسات نفسية، ٢(١٦)، ٢٩١-٣١١.
- ٤ - الحريري، أحمد (٢٠١٣). اضطراب الخوف الاجتماعي لدى طلاب السنة الأولى في المرحلة الجامعية: دراسة مسحية على طلاب جامعة الملك سعود. مجلة كلية التربية، جامعة الإسماعيلية، ٢٥(١)، ٢٨-١.
- ٥ - حمادنه، برهان (٢٠١٣). مستوى الخوف الاجتماعي لدى الطلبة الموهوبين في مدارس الملك عبد الله الثاني للتميز في الأردن. المجلة الدولية التربوية المتخصصة، ٧(٢)، ٧٠٩-٧٢١.
- ٦ - الرشدي، بشير صالح والسهل، راشد علي (٢٠٠٠). مقدمة في الإرشاد النفسي. الكويت: مكتبة الفلاح.
- ٧ - الركيبات، أمجد (٢٠١٥). درجة الخوف الاجتماعي وعلاقتهما بمستوى التحصيل الدراسي والجنس لدى طلبة الصف العاشر الأساسي في الأردن. المجلة التربوية الدولية المتخصصة، الأردن، ٢(٤)، ١-١٢.
- ٨ - زهران، سناء (٢٠٠٩). فعالية برنامج إرشادي لخفض حدة الخوف الاجتماعي لدى طالبات جامعة الملك فيصل. مجلة كلية التربية، عين شمس، ٣٣(٤)، ٩-٥١.

- ٩ - شاهين، فرنسيس وجرادات، عبد الكريم (٢٠١٢). مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الخواف الاجتماعي. *مجلة جامعة النجاح للأبحاث*، ٢٦(٦)، ١٢٥٩-١٢٩٢.
- ١٠ - مقداد، محمد واليامي، صالح (٢٠١٢). أثر برنامج إرشاد جمعي سلوكي معرفي في خفض قلق التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طلاب المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين. *دراسات نفسية*، ٧، ٤٥-٧٢.
- 11 - American Psychiatric Association (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 12 - Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S., & Seedat, S. (2014). An analysis of early developmental trauma in social anxiety and posttraumatic stress disorder. **Annals of General Psychiatry**, 13(1), 1.
- 13 - Blumenthal, H., Leen-Feldner, E. W., Babson, K. A., Gahr, J. L., Trainor, C. D., & Frala, J. L. (2011). Elevated social anxiety among early maturing girls. **Developmental Psychology**, 47(4), 1133-1140. doi: 10.1037/a0024008.
- 14 - Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B., & Bruce, M. L. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. **Archives of General Psychiatry**, 67(5), 489-496.
- 15 - Canton, J., Scott, K. M., & Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, 8, 203-215.
- 16 - Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg., M. R. Liebowitz., D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), **Social phobia: diagnosis, assessment and treatment**, 69-93. New York: The Guilford Press.
- 17 - Creswell, J. W. (2014). **Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches** (4th ed.). Los Angeles: Sage Publications.
- 18 - DiGiuseppe, R. A., Doyle, K. A., Dryden, W., & Backx, W. (2014).

- A Practitioner's Guide to Rational-emotive Behavior Therapy** (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- 19 - Dryden, W. (2012). The "ABCs" of REBT I: A preliminary study of errors and confusions in counselling and psychotherapy textbooks. **Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**, 30(3), 133-172.
 - 20 - Ellis, A. (2002). Rational emotive behavior therapy (REBT) and its application to group therapy. In W. Dryden & M. Neenan (Eds.), **Rational Emotive Behaviour Group Therapy**, (30-54). London, England: Whurr Publishers.
 - 21 - Ellis, A. (1994). **Reason and emotion in psychotherapy: a comprehensive method of treating human disturbances**. New York: Carol Publishing Group.
 - 22 - Gallagher, M., Prinstein, M. J., Simon, V., & Spirito, A. (2014). Social anxiety symptoms and suicidal ideation in a clinical sample of early adolescents: Examining loneliness and social support as longitudinal mediators. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 42(6), 871-883. doi:10.1007/s10802-013-9844-7.
 - 23 - Henderson, L., Gilbert, P., & Zimbardo, P. (2014). Shyness, social anxiety, and social phobia. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), **Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives** (3rd ed.). (95-115). New York: Elsevier.
 - 24 - Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety: A comprehensive model and its treatment implications. **Cognitive Behavior and Therapy**, 36, 193-209.
 - 25 - Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. **Cognitive Therapy and Research**, 36(5), 427-440.
 - 26 - Hullu, E., Sportel, B. E., Nauta, M. H., & de Jong, B. (2016). Cognitive bias modification and CBT as early interventions for adolescent social and test anxiety: two-year follow-up of a randomized controlled trial. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 55, 81-89.
 - 27 - Iverach, L., & Rapee, R. M. (2014). Social anxiety and stuttering:

- Current status and future directions. **Journal of Fluency Disorders**, 40, 69-82. doi: 10.1016/j.jfludis-2013.08.003.
- 28 - Kadri, N., Agoub, M., El Gnaoui, S., Berrada, S. & Moussaoui, D. (2007). Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco. **Annals of General Psychiatry**, 6, 1-6.
- 29 - Karam, G., Mneimneh, Z., Aimee, N., Fayyad, J., Soumana, C. & Kessler, C. (2006). Prevalence and treatment of mental disorder in Lebanon: a national epidemiological survey. **World Health Organization**, 367, 1000-1006.
- 30 - Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety: A clinical perspective. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 108(Suppl1417), 85-94.
- 31 - Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. **Archives of General Psychiatry**, 49(4), 273-281.
- 32 - Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 108(Suppl. 417): 19-27.
- 33 - Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. (2012). Twelve-month and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, 21(3), 169-184.
- 34 - Kocijan, L., & Harris, L. M. (2016). Fear of positive evaluation and social anxiety. **Behaviour Change**, 33(1), 15-26.
- 35 - Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. **Behaviour Research and Therapy**, 36, 455-470.
- 36 - Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Case, B., & Olfson, M. (2011). Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: result from the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement(NCS-A). **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 50, 32-45.

- 37 - Ollendick, T. H., & Benoit, K. E. (2012). A parent-child interactional model of social anxiety in youth. **Clinical Child and Family Psychology Review**, 15(1), 81-91.
- 38 - Orsillo, S. M., (2001). Measures for social phobia. In M. M. Antony, S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), **Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety** (165-195). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- 39 - Osman, A., Gutierrez, P. M., Barrios, F. X., Kopper, B. A., & Chiros, C. E. (1998). The social phobia and social interaction anxiety scales: evaluation of psychometric properties. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 20(3), 249-264.
- 40 - Rana, S. A., Akhtar, S., & Tahir, M. A. (2013). Parenting styles and social anxiety among adolescents. **New Horizons**, 2(7), 21-34.
- 41 - Ranta, K., KaltialaHeino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2009). Social phobia in Finnish general adolescent population: prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use. **Depression and anxiety**, 26(6), 528-536.
- 42 - Ranta, K., La Greca, A., Kaltiala-Heino, R., & Marttunen, M. (2016). Social phobia and educational and interpersonal impairments in adolescence: A prospective study. **Child Psychiatry Hum Dev**, 47, 665-677. doi: 10.1007/s10578-015-0600-9.
- 43 - Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. **Behaviour Research and Therapy**, 35(8), 741-756.
- 44 - Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. **Clinical Psychology Review**, 24(7), 737-767. doi: 10.1016/j.cpr.2004.06.004.
- 45 - Rosellini, A. J., Rutter, L. A., Bourgeois, M. L., Emmert-Aronson, B. O., & Brown, T. A. (2013). The relevance of age of onset to the psychopathology of social phobia. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 35(3), 356-365.
- 46 - Safren, S. A., Turk, C. L., & Heimberg, R. G. (1998). Factor structure

- of the social interaction anxiety scale and social phobia scale. **Behaviour Research and Therapy**, 36(4), 443-453.
- 47 - Stein, M. B., Chartier, M. J., Hazen, A. L., Kozak, M. V., Tancer, M. E., Lander, S., ... & Walker, J. R. (1998). A direct-interview family study of generalized social phobia. **American Journal of Psychiatry**, 155(1), 90-97.
- 48 - Tillfors, M., Persson, S., Willen, M., & Burk, W. (2012). Prospective links between social anxiety and adolescent peer relations. **Journal of Adolescence**, 35, 1255-1263.
- 49 - Vernon, A., & Bernard, M. E. (2006). Applications of REBT in schools: Prevention, promotion, intervention. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), **Rational Emotive Behavioral Approaches to Childhood Disorders: Theory, Practice and Research**, (415-460). New York: Springer.
- 50 - Volbrecht, M. M., & Goldsmith, H. (2010). Early temperamental and family predictors of shyness and anxiety. **Developmental Psychology**, 46(5), 1192-1205. doi: 10.1037/a0020616.