



كلية التربية
المجلة التربوية



جامعة سوهاج

فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا لدى طلبة الجامعة المتعلمين وأثره على جودة الصداقة لديهم دراسة (تجريبية-كينيكية)

إعداد

د/ محمد شعبان أحمد محمد
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية - جامعة الفيوم

تاريخ قبول النشر: ٣٠ يونيو ٢٠٢٥ م

-

تاريخ استلام البحث: ١٩ يونيو ٢٠٢٥ م

المستخلص:

هدفت الدراسة التحقق من فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا لدى طلبة الجامعة المتعلمين، والتعرف على أثره على جودة الصداقة لديهم، وللتحقق هذا الهدف تم تطبيق أدوات الدراسة وهي: استبيان الجلوتوفوبيا (تعريب: الباحث) ومقياس جودة الصداقة (إعداد: الباحث) على عينة مكونة من (٢٠١) طالب وطالبة من المتعلمين بالمرحلة الجامعية بمحافظة الفيوم-بني سويف-القاهرة-الجيزة) وتراوح المتوسط العمري لتلك العينة ما بين (٢٠,٢ - ٢٢,٤) عام، وانحراف معياري (١,٠٣) سنة. أما عينة الدراسة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج العلاجي (إعداد: الباحث) عليهم فقد تكونت من (٢٤) طالب وطالبة بمتوسط عمري (٢٠,٠٣) سنة وانحراف معياري (١,٠١) سنة حيث تم تقسيمهم إلى: مجموعتين تجريبيتين (مجموعة ذكور - مجموعة أناث)، ومجموعتين ضابطين (مجموعة ذكور - مجموعة أناث). وخلصت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجي في خفض الجلوتوفوبيا لدى عينة الدراسة وتحسن جودة الصداقة لديهم. كما كشفت نتائج الدراسة الكلينية وجود فروق في ديناميات الشخصية لدى الحالة الطرفية (مرتفع الجلوتوفوبيا) قبل وبعد التعرض للبرنامج العلاجي.

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي التحليلي - الجلوتوفوبيا - جودة الصداقة -

المتعلمين - طلبة الجامعة.

The Effectiveness of Cognitive-Analytic Therapy in Reducing Glotophobia among Stuttering University Students and its Impact on their Friendship Quality (Experimental-Clinical Study)

Abstract:

The study aimed to verify the effectiveness of cognitive-analytic therapy in reducing glotophobia among stuttering university students, and to identify its impact on the quality of their friendship. To achieve this goal, the study tools were applied: the glotophobia questionnaire (translated by the researcher) and the friendship quality scale (prepared by the researcher) on a sample of (201) male and female stuttering university students in the governorates of (Fayoum - Beni Suef - Cairo - Giza). The average age of this sample ranged between (20.2-22.4) years, with a standard deviation of (1.03) years. As for the experimental study sample on which the treatment program was applied (prepared by the researcher), it consisted of (24) male and female students with an average age of (20.03) years and a standard deviation of (1.01) years. They were divided into: two experimental groups (a male group - a female group), and two control groups (a male group - a female group). The study results concluded that the treatment program was effective in reducing glotophobia among the study sample and improving the quality of their friendships. The results of the clinical study also revealed differences in personality dynamics among those in the extreme (high glotophobia) condition before and after exposure to the treatment program.

Keywords: Cognitive-Analytic Therapy, Glotophobia, Friendship Quality, Stutterers, University Students.

مقدمة الدراسة:

تُعد اللغة الوسيلة الأساسية في عملية التواصل التي تحدث بين الأفراد وبعضهم البعض، والتي تسهم في إرتقاء الجانب النفسي والاجتماعي للفرد من خلال قدرته على تكوين روابط اجتماعية مع من حوله؛ فمن خلال التواصل اللغوي يحدث الحوار والتفاعل بين الأفراد وبعضهم البعض ليعبر كل منهم عما يريده من الآخر. فعند تعطل وظيفة الكلام كلياً أو جزئياً يفقد الفرد القدرة على التعبير عن آرائه وأفكاره ومشاعره وكذلك تضعف قدرته على التعامل والتفاهم مع الآخرين ومن ثم تضطرب قدرته على التواصل معهم، ويصبح الحديث عديم المعنى أو يتغير معناه لمعاني خاطئة وتضطرب علاقته بمن حوله (ناريمان الرفاعي وآخرون، ٢٠١٠).

ويصنف التلعثم كأحد اضطرابات النطق والكلام والمؤثرة في عملية التواصل اللغوي لدى الفرد؛ حيث لا يستطيع الفرد المتلعثم أن يوضح مفاهيمه اللغوية للآخرين بشكل سليم مما يجعله غير قادر على التفاعل والتواصل بنجاح معهم، مما يؤثر على خصائصه النفسية والاجتماعية بل ومعايشته أفكار ومعتقدات معرفية قد تعوق تواصله مع الآخرين (إيمان فؤاد الكاشف وآخرون، ٢٠٢٢).

لاسيما لو أن المصاب بالتلعثم طالب بالمرحلة الجامعية تلك المرحلة التي تُعد من أهم وأخطر المراحل التعليمية التي يمر بها الفرد خلال رحلته التعليمية بل وحياته بصفة عامة؛ وذلك لما لها من حيوية وانطلاق وتكوين صداقات وانفتاح على ثقافات ومجتمعات أخرى. كما يحتاج خلاله هذه المرحلة الشعور بالتوافق مع المناخ الجامعي الجديدة، بالإضافة إلى احتياجه لبعض الإمكانيات النفسية التي تمكنه من التعامل مع معطيات الحياة التعليمية الجديدة، والتصدي للمشكلات التي قد يواجهها خلال تلك الحياة الجديدة والتي من بينها مشكلة التلعثم التي قد تعوقه عن التواصل مع زملائه بل وقد تجعله عرضة للكثير من الانتقادات بل عرضه للسخرية من بين زملائه ويتولد لديه بأن كل من ينظر له أو من يضحك حوله هو يضحك عليه فيزيد هذا الاحساس معه ليتطور إلى مشكلة أكبر وهي الجلوتوفوبيا Gelotophobia أو ما يعرف برهاب التعرض للسخرية من الآخرين.

وتعد الجلوتوفوبيا مفهوم حديث نسبياً يصف الخوف المرضي الشديد من تعرض الفرد للسخرية من الآخرين وأعتقاده أن كل أشكال الضحك التي يدركها في مواقف الحياة المختلفة

تحمل في مضمونه انتقاداً سلبي موجه لذاته؛ ومن ثم ينظر الفرد إلى الضحك كونها وسيلة للتقليل من شأنه والشعور بالسخرية (Platt et al, 2010 & Papousek et al, 2019). فالفرد الذي يعاني من الجلوتوفوبيا يشعر باستمرار بالخوف من التعرض لسخرية الآخرين والظهور بمظهر سخي ومضحك وتافه أمام الآخرين، ومن ثم يشعر بإنخفاض مستوي الرفاهي والأداء الأكاديمي، ويعايش مخاوف شديدة قد تؤثر على تفاعله الاجتماعي (Leader & Mannion, 2020 & Vagnoli et al, 2021).

أما عن الأسباب التي تسهم في ظهور الجلوتوفوبيا فيتفق كل من (Keates (2024) & Brauer et al (2019) & Ruch et al (2014) مع Canestrari et al (2023) & Lampert et al (2010) أن أنماط التعلق غير الآمنة منبئ بظهور الجلوتوفوبيا في المراحل العمرية المبكرة حتي المراهقة. في حين يتفق محمد مصطفى عبدالرازق & السيد يس التهامي محمد (٢٠٢٣) مع النابغة فتحي محمد & منصر صلاح فتحي (٢٠٢٠) علي أن الجلوتوفوبيا قد تنتج وتتطور لدى الفرد نتيجة التعرض لأساليب العقاب من قبل الوالدين واستخدام أساليب السخرية كأسلوب للتربية والانضباط فيتكون لدي الطفل صورة ذاتية سلبية تتميز بمشاعر عدم الكفاية التي تمنعه من المشاركة مع زملائه وعدم الاندماج مع العالم المحيط به. علاوة على دور علاقة الأقران في اختلال مفهوم الذات عند الفرد وخاصة في المراحل المبكرة لاسيما السخرية نتيجة وجود بعض المشكلات الكلامية، ومن ثم تعد الجلوتوفوبيا إحدى المشكلات الأكثر انتشاراً لدى الأفراد ذوي المشكلات الكلامية أو ذوي الاضطرابات الكلامية أو ذوي السمنة.

ويشير النابغة فتحي محمد & منصر صلاح فتحي (٢٠٢٠) خلال دراسته أنه من الممكن أن تظهر الجلوتوفوبيا لدى ذوي التلعثم كنتيجة للضغوط الناتجة عن صعوبة التواصل بطلاقة مع الآخرين، كالحديث أمام الأقران، أو صعوبة نطق بعض الكلمات في المواقف الأكاديمية لذا يتجنب المتلعثم تلك المواقف التي تثير لديهم معتقدات وأفكار بأنهم عرضة للسخرية، وعلى جانب آخر ربما تسهم معتقدات الفرد حول مواقف التواصل مع الآخرين والتحدث أمامهم في إثارة التلعثم لدي الفرد.

وهنا نجد أن الفرد الذي يعاني من التلعثم وترتفع لديه الجلوتوفوبيا ربما يفضل الابتعاد عن الآخرين وعدم التفاعل معهم الأمر الذي قد يؤثر سلباً على مقدرته على تكوين صداقات

سواء في البيئة الدراسية أو بيئة العمل مستقبلاً أو حتي خلال محيط البيئة الأسرية. ومن ثم نجد أن الجانب الآخر للدراسة الحالية تتطالعنا بمحور مهم وهو جودة الصداقة فالصداقة مفهوم يعكس بين طياته العديد من القيم الشخصية والاجتماعية التي تمكن الفرد من بناء وتكوين علاقات اجتماعية تشعره بذاته وكيانه الإنساني، الأمر الذي ينعكس مستوي التكيف والتفاعل الاجتماعي لديه ودوره الايجابي داخل الجماعة.

حيثُ يشير (Thien & Razzk (2012 أن الصداقة عالية الجودة تتميز بالعديد من السمات الايجابية والتي منها الشعور بالولاء وعدم التنافس والصراع، والسلوك الاجتماعي الذي يتسم بالدفء البين شخصي. هذا ويعد مفهوم جودة الصداقة Friendship Quality إحدى المفاهيم المهمة في علم النفس الذي يعكس مواصفات مهمة لتكوين الصداقات بين الأفراد وبعضهم البعض، بل ويعكس الجانب التفاعلي في حياة الفرد وبرهن السلوك الاجتماعي لديه؛ فقدرة الفرد على تكوين علاقات اجتماعية وخاص تكوين صداقات مع الآخرين تتمتع بالجودة والفاعلية توضح مدى قدرة هذا الفرد على توظيف المدخلات الاجتماعية والجوانب الشخصية في المواقف المختلفة.

وجدير بالذكر أن هناك العديد من الدراسات التي أكدت على دور الأقران والاصدقاء في تشكيل سلوكيات الطلاب وخاصة في المرحلة الجامعية التي بها يظهر مفهوم الصديق) كما هو دارج بين لغة طلاب الجامعة، ولعل من بين تلك الدراسات؛ دراسة (Berndt, 2002)، ودراسة (Bakalim & Tasdelen-Karckay (2016، ودراسة (Sigstad (2017، ودراسة مروة نشأت معوض (٢٠١٩). أما عن العلاقة بين الجلوتوفوبيا وجودة الصداقة فنجد أن الأفراد ذوي الجلوتوفوبيا يصعب عليهم تكوين علاقات اجتماعية بصفة عامة وتكوين صداقات تتسم بالجودة والفعالية على وجه التحديد؛ لاسيما شعور الافراد ذوي الجلوتوفوبيا يشعرون بحالة من تقدير الذات المنخفض والتوقعات السلبية من قبل الآخرين (Sulejmanov et al, 2024 & (Keates, 2024). لذلك تنتشر مشكلة الجلوتوفوبيا لدى الأفراد ذوي المشكلات الكلامية بصفة عامة وذوي مشكلة التلعثم على وجه التحديد ولها بالغ الأثر على سلوكهم الاجتماعي ومن ثم يؤثر على قدرتهم على تكوين صداقات أو العمل في مجموعات.

ومن ثم يجب خفض الجلوتوفوبيا لدى الفرد حتي يتحسن لدى الفرد مقدرته على التفاعل الاجتماعي والشعور بالخوف من التعامل مع الآخرين كما نجد أن الفرد الذي يعاني من

خواف التعرض للسخرية ويعاني من التلعثم نجده قد يشعر بأن وجوده بين جموع الناس وخاصة بين الأصدقاء قد يجعله محور التعرض للسخرية، والقدر على تكون صداقات والعمل مع الأقران.

وعلى صعيد آخر نجد أن هناك نتائج العديد من الدراسات التي تناولت الجلوتوفوبيا توصي بأهمية إعداد برامج تدخلية للحد من هذه المشكلة ذات الأثر على البناء النفسي للفرد ولعل من تلك الدراسات دراسة (Hiranandani et al (2014) ، ودراسة Brauer et al (2019) ، ودراسة (Canestrari et al (2023) ، ودراسة (Lau et al (2023) ، ودراسة (Barabadi et al (2023) ، ودراسة (Ruch & Stahlmann (2023) ودراسة Canestrari et al (2023) ، ودراسة أميره سعيد محمد & محمد رزق البحيري (٢٠٢٣) ، ودراسة (Sulejmanov et al (2023) ، ودراسة (Barabadi et al (2023) ، ودراسة (Sulejmanov et al (2024) ، ودراسة عبد الفتاح الخواجة (٢٠٢٤)؛ ومن هنا يبرز ضرورة إخضاع هؤلاء الأفراد لبرامج علاجية تهدف تحسن قدرتهم على مواجهة تلك المشكلة وتحسن قدرتهم على التعايش مع الواقع بفاعلي؛ ولعل العلاج المعرفي التحليلي واحد من المداخل العلاجية المناسبة لذلك.

حيث يقوم العلاج المعرفي التحليلي على فلسفة علاجية مؤداها أن تمثيل الذات والآخرين والعالم يتشكل اجتماعياً من خلال التفاعلات المتبادلة المبكرة مع الآخرين. فيتم استيعاب تلك التمثيلات على أنها "أدوار متبادلة" وأنماط إشكالية من التفاعل مع الآخرين، وإذا حدث إهمال أو سوء معاملة شديدين، فإن الأدوار المتبادلة يمكن أن تتفصل في حالات منفصلة ذاتيا (Calvert & Kellett, 2014 & Kirkland & Baron, 2015).

هذا وتكمن فلسفة العلاج المعرفي التحليلي في مساعدة العميل على تحديد وفهم ومراجعة المشكلات التي يواجهها الفرد في إدارة ذاته وأنماط العلاقات بين الشخصية والأفكار والمشاعر والاستجابات السلوكية التي تنتج عن هذه الأنماط، مع التركيز على إقامة علاقة علاجية ناجحة بين المعالج والعميل من أجل إعادة صياغة الأفكار والمعتقدات، فمن السمات الرئيسية في هذا المنحنى العلاجي هو التعاون الفعال بين المعالج والعميل من فهم مشترك للمشكلات التي تواجه العميل، ومحاولة إعادة صياغة المشكلات التي يواجهها العميل، كتابياً والتي تشكل الأساس لفهم المشكلات والمعاناة الداخلية والخارجية التي تواجه العميل،

ومساعدته على الاعتراف وتفتيح أنماط العلاقة المختلفة به (Chanen et al, 2014).

ولكن من واقع تناول الباحث لطبيعة مشكلة الجلوتوفوبيا نجد أن العلاج المعرفي التحليلي يعد واحد من المداخل العلاجية المناسبة لهذه المشكلة وذلك لكونه إحدى التدخلات العلاجية التي تجمع ما بين البحث في ماضي مشكلة العميل والتعامل مع البنية المعرفية التي تكونت نتيجة الرواسب الطفولية وتسببت في ظهور هذه المشكلة ومن ثم فإذا تمكن المعالج مع العميل من تغيير تلك المعارف الرسوبية استطاع مساعدة العميل على التخلص من مشكلته.

لذلك يُعد العلاج المعرفي التحليلي من أكثر التدخلات العلاجية ذات الفاعلية مع المشكلات المتعلقة بالفوبيا؛ ولعل من مبررات مناسبة هذا الأسلوب العلاجي في خفض الجلوتوفوبيا أن العلاج المعرفي التحليلي يسعى لتعديل معتقدات وأفكار المسترشد من خلال رصد أحداثه اليومية وأنعكاسات ذلك على سلوكياته وتوضيح العلاقة بين الاحداث والأفكار والمعتقدات التي ترسخت في بنائه المعرفي والعوامل الكامنة وراء اضطرابه. هذا ويتفق كل من (Clarke et al (2013) Chanen et al (2014) & Calvert & Kellet (2014) على أن الاحتفاظ بدفتر يومي لرصد الانفعالات والسلوكيات التي تصدر عن الفرد وأحداث التغيير في عمليات التفكير للعميل وذلك من خلال إعادة تشكيل سلوكه ومعارفه وانفعالاته والتي تؤدي إلي تعديل السلوك الصادر عنه عقب انتهاء عملية المعالجة. ومن ثم فإن تدريب الطالب المتعلم الذي يعاني من أفكار ومعتقدات وشعور بانفعالات تؤدي إلى الخوف من التعرض السخرية قد تؤدي به إلى حالة من العزلة والعزوف عن تكوين صداقات فعالة خلال مواقف الحياة المختلفة. ومن ثم فإن تعديل معارف الفرد بل تعديل بناءه المعرفي ومحاولة مواجهته بالعوامل والخبرات القيمة في مراحل مبكر كخبرات الطفولة وغير ذلك من الخبرات المفجرة للاضطراب ربما يسهم في خفض هذا المشكلة، والحد من العديد من المشكلات الناجمة عنه.

وبناءً عليه يحاول الباحث خلال هذه الدراسة الكشف عن فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا لدى المتعلمين من طلبة الجامعة والتعرف على أثر خفض الجلوتوفوبيا في تحسين جودة الصداقة لديهم.

مشكلة الدراسة:

استشعر الباحث مشكلة الدراسة من الواقع العملي له كعضو هيئة تدريس في مجال الصحة النفسية والإرشاد النفسي بالكلية؛ حيث يتردد عليه البعض من الطلاب يطلبون المشورة النفسية حول بعض المشكلات التي يعانون منها وذات مره دخل على الباحث بمكتبه طالب يعاني من التلعثم وقلق أثناء تفاعله وحديثه مع الآخرين بالمدرج وحتى أثناء في تجمعات مع زملائه وهذه المشكلة رغم أنها لم تظهر بصفه مستمرة إلا أنها خلفت لديه بعض المشكلات النفسية كنقص الثقة بالنفس، وأنه يتربص نظرات الآخرين ويدور بذهنه بصفة مستمرة ماذا يقولون عني بل يشعر أن كل من يضحك حوله فهو يضحك عليه وهذا جعله يرغب في العزلة وعدم الرغبة في تكوين صداقات بل كان يفكر في ترك الكلية والعزلة بالمنزل حتى الموت.

وبمطالعة الباحث لبعض الكتابات التي تناولت ذوي المشكلات الكلامية وخاصة فئة المتلعثمين ومشكلاتهم لاحظ الباحث أن تلك العينة يعانون من مشكلة تلازمهم حتى بعد التغلب على مشكلة التلعثم وعلاجها فهم يعانون من الخوف من السخرية من قبل الآخرين (الجلوتوفوبيا Gelotophobia)؛ حيث يشعر الفرد بحالة من الخوف المرضي من أن يكون هدفاً للسخرية أو أن يضحك الآخرين عليه بصفة عامة (Ruch et al, 2014) فتلك المشكلة تجعل الفرد يعتقد أن كل من يضحك حتى أثناء مروره في موقف غير مرتب له هو يضحك عليه .

أما عن خصائص المميّزة للأفراد ذوي الجلوتوفوبيا فنجد دراسة Proyer et al (2018) تؤكد أن الأفراد ذوي الجلوتوفوبيا يعانون من عدم الرضاء عن الحياة، في حين يؤكد كل من Brauer & Proyer (2018) أنهم يعانون من تجارب عاطفية فاشلة لذا يتميز البروفيل الوجداني لهم بالوجدانيات السالبة، في حين تؤكد نتائج دراسة Leader et al (2018) أن الأفراد ذوي الجلوتوفوبيا يزيد لديهم التشوهات المعرفية والمعتقدات اللاعقلانية حول ذواتهم والآخرين وخاصة بعض المعتقدات عن قدراتهم الاجتماعية والقدرة على تكوين صداقات مع الآخرين، أما دراسة النابغة فتحي محمد & منصر صلاح فتحي (٢٠٢٠) تشير إلى وجود علاقة بين الجلوتوفوبيا والتلعثم لدى عينة من المراهقين. هذا وقد

أظهرت بعض الدراسات التي تناولت الجلوتوفوبيا (رهاب التعرض للسخرية) أنها قد تؤثر على أداء الطالب الأكاديمي كما تسهم في سوء التكيف الاجتماعي والنفسي، كما أنهم يميلون إلى تجنب الآخرين كما أنهم يشعرون بالنقص ويقعون في مستوى عال من المراقبة الذاتية ويتبنون التحكم الذاتي بشكل مبالغ فيه كاستراتيجية غير تكيفية تجنبية (محمد مصطفى عبدالرازق & السيد يس التهامي محمد، ٢٠٢٣). كما يظهرون تفكيراً يقودهم إلى عدم القدرة على تقدير فوائد الضحك بشكل عام وتصوره بشكل سلبي في معظم المواقف وهذا يجعلهم أكثر انطوائية وعزلة ووحدة علاوة على محدودية قدرة من يعاني من تلك المشكلة على التفاعل الاجتماعي وتكوين صدقات (Blasco-Belled et al, 2022).

في حين يشير Barabadi et al (2021) أن الأفراد ذوي الجلوتوفوبيا يشعرون بتقدير ذات منخفض، أما دراسة (Blasco-Belled et al (2022) أن الأفراد ذوي الجلوتوفوبيا يسود لديهم الخوف من العمل في مجموعات وتخفض قدراتهم علي انجاز المهام الأكاديمية كما يصعب عليهم تكوين علاقتهم مع الآخرين بل يتجنبون المواقف الاجتماعية التي تتطلب منهم التعاون مع الآخرين، أما دراسة (Brauer et al (2022) فتشير أن الأفراد ذوي الجلوتوفوبيا ينتشر لديهم البعض من اضطرابات الشخصية وخاص اضطراب الشخصية التجنبية واضطراب الشخصية الحدية.

وهنا تبرز ضرورة التدخل العلاجي للحد من مخاطر تلك المشكلة وخاصة لدى عينة الدراسة من طلبة الجامعة المتعلمين، وبالبحث في بعض الدراسات التي حاولت تناول فعالية بعض المداخل العلاجية في خفض الجلوتوفوبيا، وجد الباحث على صعيد الدراسات العربية؛ دراسة أميره سعيد محمد & محمد رزق البحيري (٢٠٢٣) التي حاولت الكشف عن فعالية برنامج ارشادي لخفض الجلوتوفوبيا لدى عينة من المراهقين، ودراسة عبد الفتاح الخواجة (٢٠٢٤) والتي هدفت خفض مستوى رهاب التعرض للسخرية (الجلوتوفوبيا) لدى عينة من طلاب جامعة نزوى، حيث استخدمت تلك الدراسة مدخل العلاج المعرفي السلوكي، وأثبتت الدراسة فعالية هذا المدخل في خفض الجلوتوفوبيا.

أما عن بعض الدراسات الاجنبية التي تناولت بعض المداخل العلاجية دراسة (Hiranandani et al , 2014)، ودراسة (Brauer et al ,2019)، ودراسة (Flowers et al , 2021)، ودراسة (Volkmar et al , 2021) ودراسة

(Barabadi et al , 2023)، ودراسة (Canestrari et al , 2023)، ودراسة (Lau et al , 2023)، ودراسة (Barabadi et al , 2023)، ودراسة (Ruch & Stahlmann , 2023)، ودراسة (Canestrari et al , 2023)، ودراسة (Canestrari et al , 2023)، ودراسة (Sulejmanov et al , 2024) تؤصي بالتدخل العلاجي وخاصة المداخل العلاجية المعتمدة على تعديل البناء المعرفي أو المرتكز على الشخص أو التي تحاول مساعدة العميل على مواجهة المواقف الضاغطة المرتبطة بمشكلته.

ولكن استشر الباحث أن العلاج المعرفي التحليلي يعد من المداخل العلاجية المناسبة لتلك المشكلة، وخاصة أنه من المداخل العلاجية الأكثر فعالية مع علاج مشكلات الفوبيا؛ حيث تعتمد فلسفته العلاجية على محاولة تعديل المعارف والأفكار المرتبطة برواسب طفولية والتي تسهم في اضطراب البناء المعرفي للفرد ومحاولة تعديل هذه المعارف من خلال فنيات تتمتع بتعامل منطقي مع تلك المعارف المختلة حتي وأن كانت مرتبطة برواسب طفولية أو خبرات مبكرة ويتم ذلك بشكل تدريبي يجعل الفرد يشعر بالمكاسب العلاجية التي يكتسبها في شكل أقتناعات منطقية وليس في شكل تدريبات أفعل ولا تفعل.

وجدير بالذكر أن هناك العديد من الدراسات التي أكدت فعالية العلاج المعرفي التحليلي خفض بعض الاضطرابات النفسية ذات الصلة بمشكلة الجلوتوفوبيا ومن بين تلك الدراسات؛ دراسة (Lawson , 1999)، ودراسة (Livanos et al , 2008)، ودراسة (Protoogerou et al , 2008)، ودراسة (Jellema , 2000)، ودراسة (Daly , 2008)، ودراسة (Daly et al , 2010)، ودراسة (Kerr et al , 2012)، ودراسة (Hepple , 2012)، ودراسة (Kellett et al , 2013)، ودراسة (Clarke et al , 2013)، ودراسة (Kirkland & Baron , 2015)، ودراسة (Sacks et al , 2016)، ودراسة (Fawkes & Fretten (2016)، ودراسة (Johnson (2017)، ودراسة (Evans et al , 2017)، ودراسة (Kellett et al , 2018)، ودراسة (Einy., et al , 2018)، ودراسة (Kellett et al , 2019)، ودراسة (Einy , 2019)، ودراسة (Hallam et al , 2021)، ودراسة (Parry et al , 2021)، ودراسة (Wakefield et al , 2021)، ودراسة (Martin et al , 2021)، ودراسة (Balmain et al , 2021)، ودراسة (Simmonds-Buckley et al , 2022)، ودراسة (Kellett et al , 2022)، ودراسة

(Owen et al , 2023). ومن ثم تتلخص مشكلة الدراسة في محاولة الإجابة عن السؤال التالي:

- ما فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا (رهاب التعرض للسخرية) لدى طلبة الجامعة المتعلمين وأثره على جودة الصداقة لديهم ؟
ويتفرع من هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:
- هل يوجد فروق بين الذكور والإناث من عينة المجموعة التجريبية في الجلوتوفوبيا بعد تطبيق البرنامج؟
 - هل يوجد فروق بين الذكور والإناث من عينة المجموعة التجريبية في جودة الصداقة بعد تطبيق البرنامج؟
 - ما استمرارية أثر العلاج المعرفي التحليلي (بعد فترة المتابعة) في خفض الجلوتوفوبيا لدى عينة الدراسة؟
 - ما استمرارية أثر خفض الجلوتوفوبيا (بعد فترة المتابعة) في تحسن جودة الصداقة لدى عينة الدراسة؟
 - هل تختلف الديناميات الشخصية لحالة مرتفعي الجلوتوفوبيا قبل وبعد المشاركة في البرنامج العلاجي؟

أهداف الدراسة: سعت الدراسة للتحقيق من الأهداف التالية:

- الكشف عن فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا لدى عينة الدراسة.
- التحقق من أثر خفض الجلوتوفوبيا على جودة الصداقة لدى عينة الدراسة.
- تحديد الفروق بين الذكور والإناث من عينة المجموعة التجريبية في الجلوتوفوبيا بعد تطبيق البرنامج.
- تحديد الفروق بين الذكور والإناث من عينة المجموعة التجريبية في جودة الصداقة بعد تطبيق البرنامج.
- التحقق من استمرارية أثر العلاج المعرفي التحليلي (بعد فترة المتابعة شهر ونصف) في خفض الجلوتوفوبيا لدى عينة الدراسة.

- التحقق من استمرارية أثر خفض الجلوتوفوبيا (بعد فترة المتابعة شهر ونصف) في تحسين جودة الصداقة لدى عينة الدراسة
- تحديد الفروق في ديناميات الشخصية لحالة مرتفعي الجلوتوفوبيا قبل وبعد المشاركة في البرنامج العلاجي.

أهمية الدراسة:

- أ- أهمية الدراسة النظرية: تستمد الدراسة الحالية أهميتها النظرية من:
 - (١) محاولة إثراء التراث السيكولوجي بإطار نظري حول العلاج المعرفي التحليلي والجلوتوفوبيا لدى طلبة الجامعة المتعلمين، ومحاولة توظيف تلك المعلومات في تقديم برنامج علاجي لمشكلة الجلوتوفوبيا مما قد يساهم في توجيه أنظار المتخصصين في العلاج النفسي للإهتمام بإدراج الجلوتوفوبيا كإضطراب نفسي مهم خاصة لدى عينة الدراسة ويجب إعداد البرامج العلاجية لدى بعض الفئات العمرية والكلينيكي الأخرى.
 - (٢) أهمية المشكلة التي تتناولها؛ وهي مشكلة الجلوتوفوبيا لدى طلبة الجامعة المتعلمين وكذلك مشكلة انخفاض جود الصداقة لديهم.
 - (٣) الاقتراب من الواقع النفسي لطلبة الجامعة المتعلمين من خلال دراسة مشكلات تلك العينة؛ فهذه العينة تعاني العديد من المشكلات بسبب قصور قدرتهم على الحديث بطلاقة مما يتسبب لهم في الخوف من الحديث أمام الآخرين وانخفاض القدرة على تكوين صداقات مما يؤثر على مهاراتهم الاجتماعية.
 - (٤) تقديم برنامج علاجي قائم على نموذج علاجي حديث نسبياً وهو نموذج العلاج المعرفي التحليلي؛ حيث يوجد ندرة في الدراسات العربية التي تناولته وخاصة على عينة الدراسة، حيث يتميز هذا النموذج العلاجي العمل على مساعدة الفرد على التعايش مع المشكلة والبحث في مسبباتها.
 - (٥) قد تزودنا الدراسة ببعض المعلومات عن كيفية خفض الجلوتوفوبيا لدى عينة الدراسة، والتعرف على بعض المؤشرات النفسية والاجتماعي للجلوتوفوبيا؛ خاصة لدى عينة الدراسة من طلبة الجامعة المتعلمين.
- ب- الأهمية التطبيقية للدراسة: تستمد الدراسة أهميتها التطبيقية من:

(١) الأسهم في الحد من مخاطر الجلوتوفوبيا لدى عينة الدراسة من المتعلمين من طلبة الجامعة من خلال تقديم خطة علاجية تخضع للتجربة على عينة لها مواصفات وضوابط تجريبية.

(٢) إنتقاء بعض الفنيات التي تنتمي للعلاج المعرفي التحليلي والكشف عن مدى فعاليتها في خفض الجلوتوفوبيا لدى عينة الدراسة قد يسهم في بناء خطة وقائية مناظرة في ضوء تلك الفنيات للحد من هذه المشكلة.

(٣) الأسهم في تحديد معايير شخصية لمشكلة الجلوتوفوبيا لدى عينة الدراسة الحالية قد يسهم في الحد من التداخل بين تلك المشكلة وبعض المشكلات الأخرى كالخجل أو نقص التفاعل الاجتماعي أو قلق الكلام.

(٤) قد تفيد نتائج الدراسة في فتح المجال أمام الباحثين نحو خفض الجلوتوفوبيا لدى عينات أخرى، وذلك لكونه متغير مهم وله تأثير قوي في مستوى الطاقة النفسية ومستوى الثقة بالنفس والقدرة على مواجهة المواقف الضاغطة التي يمر بها الفرد الذي يعاني من تلك المشكلة في المواقف الاجتماعية؛ وخاص أن هذه الدراسة من المحاولات البحثية الأولى التي تهدف للتدخل العلاجي لدى لتلك المشكلة لدى طلبة الجامعة المتعلمين.

(٥) قد يصل الباحث من خلال نتائج تلك الدراسة إلى مجموعة من التوصيات التي ربما تفيد مقدمي برامج التدخل للمتعلمين من خلال لفت انتباههم إلى أهمية تقديم الخدمات الإرشادية لمضطرب التلعثم بجانب برامج التخاطب وحصر مشكلات هذه العينة حتي يكون التدخل التخاطبي أكثر فعالية.

(٦) يأتي الجانب الكلينيكي للدراسة؛ كدراسة متعمقة للكشف عن ديناميات الشخصية ومجالات التوافق لعينة الدراسة من طلبة الجامعة المتعلمين مرتفعي الجلوتوفوبيا مما يزيد من الفهم الدقيق لخصائص ذوي الجلوتوفوبيا وتحديد التغييرات الكلينيكي التي حدثت لدى عينة الدراسة كمكاسب علاجية.

مصطلحات الدراسة إجرائياً: تتضمن الدراسة بعض المصطلحات التي تم تحديدها إجرائياً كما يلي:

أ- العلاج المعرفي التحليلي (CAT) Cognitive Analytic Therapy

يُعرف بأنه مخطط علاجي يتم تنفيذه بشكل منظم ومحدد وفق خطة زمنية محددة يتم خلالها استخدام فنيات واستراتيجيات العلاج المعرفي التحليلي بهدف خفض مشكلة الجلوتوفوبيا لدى عينة الدراسة وتحسين جودة الصداقة لديهم، وذلك من خلال فهم ومراجعة مشكلة الجلوتوفوبيا التي يعاني منها العميل في البرنامج والتي تعوق مقدرتهم على إدارة ذاته، ومساعدة العميل على اكتشاف أنماط العلاقات البين شخصية والأفكار والمشاعر والاستجابات السلوكية، وكذلك مساعدته في حل المشكلات التي تواجهه وتطوير طرق جديدة للتكيف.

ب- الجلوتوفوبيا (رهاب التعرض للسخرية): Gelotophobia

يعرف (Ruch et al (2012) الجلوتوفوبيا بأنها خواف الفرد من أن يكون هدفاً لضحك الآخرين عليه أو السخرية منه، والظهور بمظهر سخيف ومضحك أمام الآخرين في المواقف الحياتية المختلفة، والخوف من التواصل اللفظي وغير اللفظي متجنباً المواقف الاجتماعية المختلفة.

وتقاس إجرائياً: بالدرجة التي يحصل عليها المشاركون بالدراسة على النسخة المختصرة

من استبيان الجلوتوفوبيا (The GELOPH<15> Questionnaire) (إعداد: Ruch; et al, 2012) (تعريب: الباحث).

ج- جودة الصداقة: Friendship Quality

تعرف جودة الصداقة إجرائياً بالدراسة الحالية: بأنها علاقة إنسانية بين فردين على الأقل تتسم بالمشاركة على المستوى الفكري أو الاجتماعي أو الوجداني والشعور بالانسجام في الأفكار والاتجاهات، والاحساس بالأمن النفسي والثقة المتبادلة والدعم والمساندة وخاصة المساندة الوجدانية في أغلب المواقف الحياتية التي يمر بها الفرد.

وتقاس إجرائياً: بالدرجة التي يحصل عليها المشارك بالدراسة على مقياس جودة

الصداقة لدى طلبة الجامعة المتعلمين (إعداد: الباحث).

د- طلبة الجامعة المتعلمون: Stuttering University Studens

يعرفون بأنهم عينة من طلبة الجامعة يتراوح أعمارهم ما بين (١٩-٢٣) سنة مشخصين بأنهم يعانون من التلعثم؛ لذا يجدون صعوبة في تدفق وطلاقة الكلام المسترسل أو إطالة لبعض مقاطع الكلمات أو وقفات في الكلمة أو اضطراب داخل الصوت الواحد مع عدم القدرة على تجاوز ذلك، وقد يصاحب هذه الحالة بعض الاستجابات والحركات اللاإرادي أو الانفعالية على وجه واطراف الفرد المصاب بهذه الحالة.

ويتم انتقايم بطريقة عمدية من مراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة أو مركز الإرشاد النفسي بكليات التربية والتأكد من تشخيصهم من التقارير والملفات الخاصة بالفرد بقياس شدة التلعثم من خلال اختبار شدة التلعثم لريلي (تعريب وتقنين: نهلة الرفاعي، ٢٠٠١) وأن درجة شدة التلعثم تتراوح ما بين البسيط والمتوسط.

محددات الدراسة: تتحدد الدراسة الحالية ببعض المحددات وهي:

أ- المحددات المنهجية: وتتمثل في المنهج المستخدم بالدراسة وهو المنهج التجريبي (تصميم المجموعتين)، والمنهج الكلييني.

ب- المحددات البشرية: وتتضمن عينة الدراسة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج عليها والمكونة من (٢٤) من طلبة الجامعة المتلعثمين ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٩-٢٢) سنة وترتفع درجاتهم على استبيان الجلوتوفوبيا (تعريب: الباحث) وتخفض درجاتهم على مقياس جودة الصداقة (إعداد: الباحث) ومن الطلاب المتلعثمين المترددين على مراكز الإرشاد النفسي بكليات التربية، أو مترددين على مراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة كما رأي الباحث أن تكون مشكلة التلعثم ذات منشئ نفسي وليست لأسباب عضوية كما رأي الباحث أنتقاء العينة دون وجود مشكلات في الجهاز الكلامي ولا يخضع لعلاج دوائي لهذه المشكلة فبعض المشكلات الكلامية ذات المنشئ العضوي أو إصابات دماغية وأن تكون شدة التلعثم بسيط أو متوسط.

ج- المحددات المكانية: تم التطبيق الدراسة على عينة من طلبة الجامعة المتلعثمون (مشخصين مسبقاً بأن لديهم تلعثم)، حيث تم تطبيق أدوات الدراسة على العينة الاستطلاعية بمحافظتي القاهرة والجيزة وتم التطبيق بشكل فردي، في حين تم تطبيق أدوات الدراسة على العينة الأساسية التي تم سحبت العينة التجريبية منها بمحافظتي الفيوم وبني سويف) ممن تم اختيارهم بالطريق العمدية من العينة الأساسية حيث تم

تطبيق جلسات برنامج العلاج المعرفي التحليلي عليهم وكان أسلوب الجلسات فردي وبعض الجلسات جماعية، وذلك بعد أخذ موافق المشاركين (وتوقيع التعاقد العلاجي/ الموافقة المستنيرة) بالمجموعة التجريبية على الالتزام بحضور جلسات البرنامج وعددها (٢١) جلسة بواقع جلستان أسبوعياً ومدة كل جلسة تتراوح ما بين (٩٠ - ١٢٠) دقيقة.

د- المحددات الزمنية: وتتمثل في الفترة الزمنية التي تم إجراء الدراسة خلالها وهي العامين الجامعيين (٢٠٢٣/٢٠٢٤ م ، ٢٠٢٤/٢٠٢٥ م).

هـ- المحددات الموضوعية: تتحدد الدراسة الحالية بالمتغيرات التي تدرسها هي: العلاج المعرفي التحليلي، الجلوتوفوبيا، جودة الصداقة، طلبة الجامعة المتعلمين.

الإطار المفاهيمي للدراسة:

تم تناول الإطار المفاهيمي لمتغيرات الدراسة في أربعة محاور أساسية يتضمن كل محور تناول الإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة ذات الصلة التي تناولت المتغير المتناول في هذا المحور. وفيما يلي عرض لكل محور من المحاور الأربعة على حده:

الأول: الجلوتوفوبيا (رهاب التعرض للسخرية): Gelotophobia

تعود الجذور التاريخية لمفهوم الجلوتوفوبيا Gelotophobia إلى أبحاث الطبيب النفسي الفرنسي Paul Hardenberg عام (١٩٠١م) وذلك ضمن سياق أبحاثه عن الخجل وصنفت آنذاك كونها شكل من أشكال الرهاب الاجتماعي (محمد مصطفى عبدالرازق & السيد يس التهامي، ٢٠٢٣). إلا أن Paul ميز الجلوتوفوبيا بوصفه أن الأفراد الذين يعانون من الجلوتوفوبيا يظهرون زملة مشاعر من الخوف والشعور بالخزي أثناء تواجد أشخاص آخرين في الموقف الاجتماعي، على الرغم من عدم ظهور تلك الزملة عندما يكونوا بمفردهم، بالإضافة إلى ظهور بعض الأعراض الفسيولوجية كالارتعاش أثناء الكلام وأحمرار الوجه واضطرابات في الكلام، ووجود قصور في الانتباه والتفكير والذاكرة (Canestrari et al, 2023 & Keates., 2024).

ولكن يعود الظهور الحقيقي لمفهوم الجلوتوفوبيا في المجالات البحثية إلى المعالج النفسي الألماني Michael Titze عام (١٩٩٥م)؛ حيث وصف Titze الجلوتوفوبيا بأنها حالة من الخواف المرضي من تعرض الفرد للسخرية من الآخرين، والتعامل بحساسية مفرطة

نحو المواقف الاجتماعية التي تتضمن ضحك من قبل الآخرين حتي أن لم يكن هذا الضحك موجه بالفعل إلى الفرد خلال هذا الموقف (Barabadi et al, 2023 & Lau et al, 2023).

أما عن تعريفات مفهوم الجلوتوفوبيا فيحظي التراث السيكلوجي بالعديد من التعريفات التي اشتقت أغلبها من تعريف Titze لهذا المفهوم ولكن بالبحث في أصل كلمة الجلوتوفوبيا نجد أن كلمة Gelotophobia كلمة يونانية مكونة من شقين وهما Gelos والتي تترجم بمعنى الضحك/السخرية، والشق الآخر هو Phobia والتي تترجم إلى الرهاب أو الخوف؛ لتترجم الكلمة بشقيها إلى "الرهاب/الخوف من الضحك/السخرية"، أو "الخوف من سخرية الآخرين" كما هو شائع بين جموع الدراسات والبحوث (Ruch et al, 2023 & Ruch et al, 2014).

لذلك يعرف (Titze (2009 & 2014) الجلوتوفوبيا بأنها خوف مرضي غير مبرر من أن يكون الفرد موضعاً للسخرية من الآخرين في مواقف الحياة المختلفة، بل والاعتقاد بأن كل أشكال ضحك الآخرين تحمل في مضمونها السخرية من ذات الفرد في الموقف المتواجد به الفرد. في حين يتفق كل من (Ruch et al (2014) و (Proyer et al (2014)، و (Kohlmann et al (2018) على أن الجلوتوفوبيا تعرف بأنها خوف شديد من أن يكون الفرد هدفاً للضحك عليه والسخرية منه من قبل الآخرين، وإظهار الحساسية المفرطة تجاه ضحك الآخرين. كما يتفق (Canestrari et al (2023) و Kahraman & hismanoglu (2023) على أن الجلوتوفوبيا تعكس التوقعات السلبية والحساسية المفرطة التي يظهرها الفرد ذوي مشكلة الجلوتوفوبيا تجاه المواقف الاجتماعية التي تتضمن ضحك الآخرين.

أما علي صعيد الدراسات العربية فنجد أن التعريف المتناول في بحث النابغة فتحي محمد & منصر صلاح فتحي (٢٠٢٠) والذي يعتبر من بكورة الابحاث العربية التي تناولت مفهوم الجلوتوفوبيا بالبيئة العربية، إلا أن الباحثان تبنى خلال تلك الدراسة تعريف Ruch & Proyer (2008) والذي يعرف الجلوتوفوبيا بأنها سمة شخصي تظهر خوفاً الفرد من ضحك الآخرين عليه، وبالتالي يشعر الفرد ذوي الجلوتوفوبيا بالقلق الدائم جراء التعامل مع الآخرين بشكل عام. في حين يعرف محمد مصطفى عبدالرازق & السيد يس التهامي (٢٠٢٣) مفهوم الجلوتوفوبيا بأنه خوف الفرد من أن يكون هدفاً للضحك والسخرية منه، فالفرد ذوي

الجلوتوفوبيا لا يفهم ماهية الضحك والسخرية الايجابية، كما لا يستطيع التمييز بينها وبين الضحك والسخرية السلبية، ويعتقد أن أي ضحك هو موجه له بطريقة سلبية ومآكرة وخبثة مما يؤدي إلى خوفه من التواجد والظهور أمام الآخرين.

بينما تعرف أسماء محمد السيد (٢٠٢٣) الجلوتوفوبيا بأنها حالة من التوتر يشعر بها الفرد بسبب الخوف المرضي غير العقلاني وغير المبرر من التعرض للسخرية والاستهزاء والتهكم والانتقاد والإحراج من الآخرين؛ وتتسم بظهور أعراض متعددة فسيولوجية ونفسية وسلوكية تؤثر بشكل سلبي على حياته اليومية وتفاعلاته الاجتماعية. أما أميره سعيد محمد & محمد رزق البحيري (٢٠٢٣) فتعرف الجلوتوفوبيا بأنها الشعور بالخوف من التواجد مع الآخرين سواء أصدقاء أو أفراد الأسرة أو حتي الغرباء حتي لا يسخرون منه أو من أي فعل يقوم به، وتفسير الفرد تلك الاستجابات بحساسية تجاه ضحك وإبتسامه الآخرين نحوه، وحساسية للنقد منهم وعدم تحكمه في مشاعره وإنفعالاته وشعوره بالذنب.

ويعرف عبد الفتاح الخواجة (٢٠٢٤) الجلوتوفوبيا بأنها خوف مرضي غير منطقي من تعرض الفرد للسخرية أو أن يكون هدفاً للسخرية بشكل غير إرادي، والتفسير السلبي لأي نوع من الضحك حتي الضحك الودي، فالأفراد ذوي الجلوتوفوبيا يشاهدون الضحك على أنه تهديد لهم ولكرامتهم ويعود سبب هذا التحيز إلى تجارب سلبية ومكررة في التعرض للضحك الساخر خلال عملية التنشئة الاجتماعية ويعتبر هذا المصطلح من افرضيات المرتبطة باضطراب القلق الاجتماعي وقد يكون جزء من تحليل الشخصية النفسية. في حين يعرف أحمد فخري هاني (٢٠٢٤) بأنه شعور الفرد بالقلق والخوف والحساسية تجاه ضحك أو ابتسامه الآخرين نحوه وشعوره بالشك عند سماع ضحك الآخرين، والإنسحاب الاجتماعي من التواجد مع الآخرين.

ولكن تبنى الباحث خلال الدراسة الحالية تعريف (Ruch et al (2012 للجلوتوفوبيا، والذي يعرفها بأنها خواف الفرد من أن يكون هدفاً لضحك الآخرين عليه أو السخرية منه، والظهور بمظهر سخي ومضحك وتافه أمام الآخرين في المواقف الحياتية المختلفة؛ ومن ثم نجد أن الجلوتوفوبيا تعكس معتقد الفرد حول ذاته والآخرين في المواقف الاجتماعية، حيث يقوده هذا الاعتقاد بأنه مستهدف للسخرية والضحك من قبل الآخرين مما يشعره بالقلق

والرغبة في الانسحاب الاجتماعي من أي موقف يشعر فيه بأن ضحك الآخرين موجه له مما يجعل الفرد يفسر أن كافة اشكال الضحك والدعابة بل والفكاهة تفسيراً سلبيًا.

أما عن معدلات انتشار الجلوتوفوبيا وخاصة بين طلبة الجامعة المتعلمون فنجد أن البيئة العربية تفتقر إلى بعض الدراسات المسحية التي تحدد معدلات انتشار الجلوتوفوبيا لدى طلاب الجامعة بصفة عامة ولدى طلبة الجامعة المتعلمون على وجه التحديد؛ ولكن يشير محمد مصطفى عبدالرازق & السيد يس التهامي محمد (٢٠٢٣) أن الدراسات والبحوث الاجنبية تؤكد أن الأطفال والمراهقين أكثر عرضة للإصابة بالجلوتوفوبيا بل تبلغ ذروتها الإصابة في نهاية مرحلة المراهقة ثم تبدأ في الانخفاض تدريجياً على التوالي حتى عمر الأربعين ثم يقل بصورة كبيرة بعد عمر الستين عاماً، في حين تشير بعض نتائج دراسة الناغبة فتحي محمد & منصر صلاح فتحي (٢٠٢٠) أن المراهقين من طلبة الجامعة من ذوي الاضطرابات الكلامية وخاصة المتعلمين أكثر عرضة للإصابة بالجلوتوفوبيا.

في حين تتفق نتائج دراسة (Brauer et al (2022) ، مع نتائج دراسة Leader et al (2018) على أن معدلات انتشار الجلوتوفوبيا ترتفع بين عينات ذوي الاضطرابات الكلامية وذوي اضطرابات الاكل وذوي متلازمة اسبرجر. أما عن بعض الدراسات التي تشير بعض نتائجها إلى نسب انتشار الجلوتوفوبيا، فنجد دراسة (Vagnoli et al (2021 تشير أن معدلات انتشار الجلوتوفوبيا بين مجتمع المراهقين بكل من روسيا وإيطاليا بلغت ١٢٪. في حين يتفق كل من (Samson et al (2010، و (Fuhr (2010، و (Fuhr et al (2015) أن معدلات انتشار الجلوتوفوبيا لا تتأثر بالنوع أو العمر الزمني أو الحالة الاجتماعية، ولكن لوحظ أن الجلوتوفوبيا أكثر انتشاراً بين المراهقين، في حين وجدت دراسة (Chlopicki et al (2010 ودراسة (Chen et al (2012 أن الفروق بين معدلات انتشار الجلوتوفوبيا بين الذكور والإناث كانت في اتجاه الذكور.

وجدير بالذكر أنه لتحديد المظاهر التشخيصية للجلوتوفوبيا؛ نجد أن الجلوتوفوبيا لم ترد في الأدلة التشخيصية كأضطراب محدد له محكات تشخيصية ولكن هناك بعض المؤشرات الدالة على كونها اضطراب فرعي لبعض الاضطرابات وخاصة الاضطرابات المعرفية، لذلك قد نجد بعض الدراسات التي تحاول تحديد تلك المظاهر التشخيصية؛ حيث يشير محمد مصطفى عبدالرازق & السيد يس التهامي محمد (٢٠٢٣) أن من محكات تشخيص الجلوتوفوبيا هي:

- ١- التجارب المؤلمة مع الضحك والسخرية في الماضي: مثل: خلال فترة البلوغ تجنب الاتصال بالزملاء حتي لا يتم التعرض للمضايقات.
- ٢- الخوف من فكاهاة وضحك الآخرين: مثل الاعتقاد بأن الآخرين يجدون متعة في وضعي في موقف محرج ومهين.
- ٣- الاحباط والحسد عند المقارنة مع روح الدعابة التي يتماع بها الآخرون: مثل الشعور بالدونية تجاه الأفراد سريعي البديهة والمرحين.
- ٤- الحساسية المفرطة تجاه السخرية المزعومة من قبل الآخرين: مثل الشعور بالريبة عندما يضحك الآخرونز
- ٥- خلل في التفاعل المتناغم للحركات الجسدية: مثل الشعور بأن عضلات الوجه تتشنج عند الابتسام في حالة وجود شخص ما.
- ٦- خلل في التعبير المناسب عند التواصل اللفظي وغير اللفظي: مثل الشعور بالخوف من التحدث في الأماكن العامة".
- ٧- الانسحاب الاجتماعي: مثل تجنب المشاركة في الأنشطة المضحكة لعدم الشعور بالمعاناة والضيق.

هذا ويتفق كل من (Brauer et al (2022)، و (Flowers (2021)، و Canestrari و et al (2019) على أن أعراض ومظاهر الجلوتوفوبيا قد تتماثل مع أعراض الفوبيا الاجتماعية مع وجود بعض العلامات التشخيصية المميزة للجلوتوفوبيا؛ لذلك تتمثل تلك الأعراض الأساسية في الآتي:

- المظاهر الفسيولوجية: التي تتمثل في إحمرار الوجه، تصبب العرق، الشعور بسخونة الأطراف، الشعور بجفاف الحلق، الارتعاش، تسارع ضربات القلب.
- المظاهر النفسية: والتي تتمثل في قصور في الانتباه والتفكير والتذكر، قصور المقدرة على الاستفادة من الخبرات الذاتية، قصور التنظيم الانفعالي والتعبير الانفعالي، ارتفاع مستوي الاعتقاد بالاضطهاد من قبل الآخرين، تدني تقدير الذات والشعور بالاحباط الاجتماعي.
- المظاهر السلوكية: ومن أبرزها قصور المهارات الاجتماعية، الشعور بالخجل والانطواء، ارتفاع درجة السلوك العدواني، قصور التواصل البصري مع الآخرين.

أما عن بعض المظاهر التي تميز الأفراد ذوي الجلوتوفوبيا فيشير Chen & Liu (2012) أن الأفراد ذوي الجلوتوفوبيا يتميزون باستجابات تعبيرية متجمدة تعكس عدم الارتياح للضحك والابتسامة في الموقف الاجتماعي الذي يعايشة الفرد، ولكن لا يجد الفرد ذوي الجلوتوفوبيا صعوبة في المواقف الاجتماعية التي قد يشعر بها الفرد ذوي القلق الاجتماعي.

كما تشير أسماء محمد السيد لطفي (٢٠٢٣) أن ما يميز ذوي الجلوتوفوبيا عن الأفراد ذوي الرهاب الاجتماعي هو تعبيرهم المتجمد فعادة ما تبدو تعبيرات الوجه لهم كالقناع الخشبي، ولكن تشترك الجلوتوفوبيا مع الرهاب الاجتماعي في الخوف من التقييم السلبي والإذلال والإحراج، والميل إلى تجنب المواقف الاجتماعية المثيرة للخوف من السخرية؛ علاوة على أن الرهاب الاجتماعي يتم التركيز خلاله على حالات فشل محرجة في المواقف الاجتماعية تجعل الفرد عرضة للتوبيخ، بينما الجلوتوفوبيا يتم التركيز فيها على الهوية الذاتية للفرد والافتناع المخزي بأن الذات تتضرر بشكل أساسي وبالتالي فهي سخيفة.

وجدير بالذكر أن هناك من ينظر إلى الجلوتوفوبيا والتنمر العلائقي على كونهم وجهان لعملة واحدة؛ ولكن يوجد ما يفرق بينهم وهو أن موقف التنمر وخاصة التنمر العلائقي يسعى فيه المتنمر دائما لإيذاء الضحية التي تعجز الدفاع عن نفسها في مشهد سلبي من المتفرجين على موقف التنمر، بينما في الجلوتوفوبيا قد يكون الفرد ذوي الجلوتوفوبيا هو من يفسر موقف الضحك والفكاهة المتضمن في الموقف الاجتماعي على كونه سخريه موجه له؛ كما أن الفرد ذوي الجلوتوفوبيا ليس ضحية لموقف السخرية المفسر من وجهة نظره بل قد يستطيع الاستجابة حتى لو الاستجابة العدوانية الموجهة نحو القائمين بالسخرية وهذا يغيب في موقف التنمر (Brauer et al, 2022).

هذا ويوجد تداخل بين البارنوية والجلوتوفوبيا وخاصة الخوف وعدم الثقة في نوايا الآخرين؛ حيث يشير محمد مصطفى عبدالرازق & السيد يس التهامي محمد (٢٠٢٣) أن الخوف والحساسية من سخريه الآخرين محك أساسي في تشخيص البارنويا وهي مكون أساسي في رهاب الجلوتوفوبيا، كما يشير (Vagnoli et al (2022) أن الشعور بهزاء الاضطهاد عنصر مشترك بين الجلوتوفوبيا والبارنويا وخاصة أن التفسير السلبي لمضمون الضحك والفكاهة الجماعية أمر محفز لنوبات البارنويا. كما يؤكد Blasco-Belled et al

(2022) أن الجلوتوفوبيا مؤثر قوي على النرجسية الكامنة؛ وهنا يبرز لنا فكرة النرجسية الكامنة لدى ذوي البارانويا وذوي الجلوتوفوبيا؛ فالفرد ذوي البرانوية يشعر بأنه غير مقبول اجتماعية ويمتلك تشوهات معرفية تعكس الفكر النرجسي والتفكير المشوه في تفسير نظرات وضحك الآخرين.

أما عن تفسير الجلوتوفوبيا في ضوء النظريات والنماذج المختلفة؛ فجدير بالذكر أن تفسير الظواهر النفسية في ضوء المدارس والنظريات المختلفة لعلم النفس أمر غاية في الأهمية ولكن محاولة تقديم تفسيرات لمشكلة الجلوتوفوبيا في ضوء الافتراضات والمفاهيم الأساسية التي قدمتها تلك المدارس سمن الأمور التي تحتاج إلى التأصيل النظري لمفاهيم كل نظرية ومدرسة للوصول إلى تفسير جوهري لمشكلة الجلوتوفوبيا يسهم في وضع افتراضات لجذور تلك المشكلة وخاصة أن الدراسة الراهنة دراسة علاجية تتبع منحي علاجي له جذور تحليلية.

فالجلوتوفوبيا كمشكلة لم يرد أن قدمت مدارس علم النفس بمختلف توجهاتهم النظرية تفسيراً صريحاً لهذه المشكلة وكيف تنشأ وما مألها؛ إلا أن الباحث حاول استخلاص بعض التفسيرات لمشكلة الجلوتوفوبيا في ضوء تفسيرات هذه المدرسة لظواهر تعد الجذور المفجرة لها. فتفسير الجلوتوفوبيا في ضوء مدرسة التحليل النفسي بمختلف توجهاتها يمكن استنتاجه من تفسير الفوبيا لديهم؛ فنجد أن تفسير هذه المدرسة لمشكلة الفوبيا من التفسيرات التي تتسم بالعمق لتحديد هذه المشكلة؛ فالفوبيا من وجهة نظر انصار التحليل النفسي هي مجموعة من المخاوف المبالغ فيها والتي تثير القلق من شئ معلوم وغير مثير للقلق، مثال الفوبيا من الظلام، أو الاماكن المغلقة أو الاماكن المفتوحة. حيث يري فرويد أن الفوبيا أو المخاوف المرضية تنشأ من رغبات غير مرغوب فيها حاول الطفل كبتها بهدف نسيانها وعندما تفشل الأنا في كبت هذه الرغبات تلج في الظهور وتدرک الأنا التهديد وتشعر بالخوف الزائد من ظهورها، ثم يسقط هذا الخوف على أي شئ مثل الحيوانات أو غيرها من أشكال الفوبيا وتصبح هذه الأشياء مصدر خوف شديد بالنسبة له ويسعي إلى اجتنابها أو الهروب منها؛ لذلك يؤكد فرويد أن الفوبيا هي وسيلة هروبية لحماية الشخص من الإفصاح عن رغباته المكبوتة أو الاعتراف بحقيقة مشاعره، لذلك نجد أن فرويد في تفسيره للفوبيا يعكس أنها طاقة ليبدوا معطلة وتتحول دون انقطاع إلى قلق موضوعي ومن ثم يصبح أقل

خطراً أو مثير خارجي بديلاً مما ترغب فيه (هالة إبراهيم الجرواني & نيلي محمد العطار، ٢٠١٤).

ومن ثم تعتبر الجلوتوفوبيا في ضوء تفسير نظرية التحليل النفسي للفوبيا هي تعبير عن مكبوتات تعرض لها الفرد في مراحل الطفول حول النقد وتفسير ضحك الآخرين على كونه رسالة رفض ونقد له في المواقف المختلفة التي مر بها، لاسيما أن خبرة التلثم خبرة طويلة المدى قد تكون تبدأ من مراحل طفولية مبكرة واستمرارها مع الفرد حتى المرحلة الجامعية قد يؤكد فكرة كبت النقد الموجه له. هذا وتشير هالة إبراهيم الجرواني & نيلي محمد العطار (٢٠١٤) في هذا الجانب أن التعرض لخبرة النقد والتي غالباً ما يدركها الطفل في السنوات المبكرة على أنها رفض له وخاصة أن الاطفال ذوي الحساسية المفرطة أو الخجولون قد يلومون أنفسهم على خطايا طفيفة او حتي لم يرتكبوها بالمرّة.

أما عن تفسير الجلوتوفوبيا في ضوء إفتراضات المدرسة السلوكية؛ فيشير Edwaeds et al (2010) أن أساليب المعاملة الوالدية غير السوية تسهم في إكتساب الطفل بعض العادات السلوكية الخاطئة حول مفهوم ذاته وخاصة خلال مرحلة الطفولة المبكرة. كما يشير Wu et al (2019) أن السيطرة الأبوية والحماية الزائدة ترتبط ارتباط وثيق بالرهاب والخوف من التعرض للسخرية. ويشير النابغة فتحي محمد & منصر صلاح فتحي (٢٠٢٠) أن تطور مشاعر الخزي التي تجعل الطفل يفشل في تكوين علاقات بين شخصية سليمة وقوية (مثل تفاعلات الرضاعة الطبيعية، والرعاية الوالدية) والتي تعد بمثابة صدمات في الطفولة، بل أن تكرار التجارب والخبرات الصادمة وخاصة استهداف الآخرين له أن يكون محور السخرية بل يطور الطفل اسلوب الارتباط الشرطي نتيجة شعوره بالقلق من التواجد مع الآخرين ويتكون لديه الخواف المرضي من السخرية، ويزيد لديه الرغبة في التجنب وعدم التعلق بإحد أو أي شئ في مواقف حياته وتتحول استجاباته السلوكيه إلى استجابات عدوانية هجومية في أغلب مواقف حياته.

هذا ويمكن تفسير الجلوتوفوبيا في ضوء الافتراضات الاساسية للمدرسة المعرفية والتي ترى أن الفرد يحدث له الاضطراب عندما يحدث لأفكار ومعتقدات الفرد اضطراب في بناءه المعرفي ومن ثم نجد أن الجلوتوفوبيا تعكس اضطراب معارف الفرد حول ذاته وحول علاقاته بالمحيطين حيث يضع الفرد ذوي الجلوتوفوبيا بعض الافكار والمعتقدات التي تجعله

يشعر بأن كل من يضح حوله يضحك عليه. فالمعتقدات المعرفية التي تترسخ لدى الفرد نتيجة أساليب المعاملة الوالدية والانماط الوالدية المستخدمة في تنشأته وخاصة القائمة على بناء معارف مشوهة حول الذات تسهم بشدة في ظهور الجلوتوفوبيا في مراحل عمرية تالية. لذلك يتبنى الباحث خلال هذه الدراسة المدخل القائم على البحث في العوامل التي تعود الي مراحل عمرية مبكرة وكذلك معالجة المعارف المعتقدات المشوهة التي تسهم في الاضطراب ويعرف هذا الاسلوب العلاجي بالعلاج المعرفي التحليلي (Wu et al, 2019).

لذلك نجد أن هناك العديد من وجهات النظر المختلفة حول مسببات الجلوتوفوبيا؛ حيث يؤكد (Kohlmann et al (2014) و (Kohlmann et al (2018) أن المظهر الجسمي لدى المراهق على وجه التحديد وخاصة المراهقين ذوي البدانة سبباً في التعرض للسخرية والاصابة بالجلوتوفوبيا. وجدير بالذكر أن الجلوتوفوبيا قد تنتج وتتطور لدى الفرد نتيجة التعرض لأساليب العقاب من قبل الوالدين واستخدام أساليب السخرية كأسلوب للتربية والانضباط فيتكون لدي الطفل صورة ذاتية سلبية تتميز بمشاعر عدم الكفاية التي تمنعه من المشاركة مع زملائه وعدم الاندماج مع العالم المحيط به (Brauer et al, 2022).

كما تشير دراسة (Wu et al (2019) أن التفاعل الأسري والسيطرة الأبوية المفرطة والحماية الزائدة والقلق على الابناء المفرط يسهم في التعرض للجلوتوفوبيا. هذا ويتقف مع ذلك النابغة فتحي محمد & منصر صلاح فتحي (٢٠٢٠) أن أسباب الجلوتوفوبيا في مرحل الطفولة المبكرة تنمو وتطور نتيجة فشل الطفل في تكوين علاقات بين شخصي وقوية وخاصة مع القائمين على الرعاية. في حين تعود أسباب الجلوتوفوبيا في مرحلة المراهقة والشباب إلى التجارب الصادمة والمتكررة التي يتعرض لها الفرد، أمام أسباب الجلوتوفوبيا في مرحلة البلوغ فتعود إلى التجارب الصادمة المكثفة التي يتعرض لها الفرد خلال الأحداث الجارية من حوله والتي تستهدف المحيطين بهذا الفرد من خلالها أن يسخروا منه وبالتالي يحاول هذا الشخص أن يسلك سلوك الهجوم أو ما يسمى بالعدوان الاستجابي التفاعلي.

أما عن المداخل العلاجية التي حاولت خفض الجلوتوفوبيا فلم يتمكن الباحث من الحصول على العديد من الدراسات التي تناولت علاج أو خفض الجلوتوفوبيا رغم أن هناك العديد من الدراسات الوصفية وخاصة الدراسات على الصعيد العربي توصي بضروة إجراء

دراسات تدخلية لخفض الجلوتوفوبيا وخاصة لدى طلبة الجامعة. إلا أن هناك بعض الدراسات التي تناولت فعالية البعض من المداخل العلاجية لخفض هذه المشكلة؛ حيث تشير نتائج دراسة أميرة سعيد محمد و محمد رزق البحيري (٢٠٢٣) إلى فعالية برنامج إرشادي في خفض الجلوتوفوبيا لدى عينة من المراهقين، حيث تناولت الدراسة بعض الفنيات الإرشادية القائمة على النظرية السلوكية حيث أسهمت الفنيات والاستراتيجيات المستخدمة خلال تلك الدراسة من خفض الجلوتوفوبيا مما يؤكد فعالية المدخل الإرشادي القائم على النظرية السلوكية في خفض الجلوتوفوبيا لدى المراهقين.

بينما كشفت نتائج دراسة عبدالفتاح الخوجة (٢٠٢٤) عن فعالية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى العلاج المعرفي السلوكي في خفض الجلوتوفوبيا لدى طلبة الجامعة، حيث تم الاعتماد على بعض الفنيات تتمثل في الحوار السقراطي، والاكتشاف الموجه، وتفنيد الأفكار اللاعقلانية والتعديل المعرفي للعميل. أما عن الدراسات الأجنبية التي تناولت فعالية بعض المداخل العلاجية في خفض الجلوتوفوبيا فنجد دراسة (Canestrari; et al (2023) تشير بعض نتائجها إلى فعالية التدريب على استراتيجيات المواجهة في خفض الجلوتوفوبيا. كما نجد دراسة (Flowers (2021) تشير إلى فعالية أنماط الإرشاد القائمة على الشخص في خفض الجلوتوفوبيا، في حين أكدت نتائج دراسة (Volkmar (2021) على فعالية العلاج الجماعي في خفض الجلوتوفوبيا، بينما تشير أحد نتائج دراسة (Ruch et al (2023) إلى فعالية نماذج العلاج التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا، وكذلك دور الدعم الاجتماعي في تخطي تلك المشكلة. لذلك يحاول الباحث خلال تلك الدراسة اختبار واحد من تلك النماذج العلاجية التي تجمع ما بين أهداف المدرسة المعرفية والمدرسة التحليلية وهو نموذج العلاج المعرفي التحليلي.

ثانياً: العلاج المعرفي التحليلي (CAT):

يعد العلاج المعرفي التحليلي واحد من النماذج العلاجية التي تنتمي لتيار العلاجات التكاملية والذي تم تأسيسه على يدي الطبيب Anthony Ryle وزميله Ian Kerr خلال الفترة (١٩٧٠م-١٩٨٠م)؛ حيث أسس هذا النموذج العلاجي على ضوء بعض الانتقادات الموجهة إلى طريقة العلاج المعرفي السلوكي والتي من بينها أن العلاج المعرفي السلوكي يركز

على حاضر العميل متجاهلاً ماضيه، ومن ثم يتعامل مع مسببات الاضطراب في الحاضر تاركاً جذور المشكلة المرتبطة بماضي العميل (Ryle et al, 1990 & Ryle et al, 1995).

وجدير بالذكر أن أغلب الدراسات التي تناولت تعريف العلاج المعرفي التحليلي (CAT) أعمدت على تعريف Ryle وزملائه لهذا النموذج العلاجي والذي يعد بمثابة التعريف الأكثر تناولنا في أغلب الدراسات التي تناولت دراسة هذا النموذج العلاجي؛ حيث يعرف العلاج المعرفي التحليلي (CAT) بأنه أسلوب علاجي تكاملي يتعامل مع جذور مشكلة العميل المرتبطة بخبرات الماضي لديه وتحليل العلاقة العلاجية وأنماط العلاقة المعتادة مما يسمح للعميل أن يعايش الخبرة ويستبصر ويعدل أفكاره ومعتقداته مما ينعكس بدوره على سلوكياته التي يمارسها في المواقف الحياتية المتشابهة (Ryle & Kellett, 2018 & Ryle et al, 1990).

ويعرف فضل إبراهيم عبدالصمد وآخرون (٢٠١٠) العلاج المعرفي التحليلي (CAT) بأنه نموذج تكاملي بين كل من النظرية (التحليلية، المعرفية، والسلوكية) يتميز بمحاولة الوصف التفصيلي لإعادة تشكيل (إعادة تكوين) مشكلة العميل ومشاركته النشطة في العلاج كما يركز على تحقيق العميل للأهداف، وكتابة الخطابات، والتخطيطات ويستخدم ملف العلاج النفسي له لمساعدته في تنمية فهم الذات فيما يتعلق بمشكلته.

ويعرفه حسام محمود ذكي وآخرون (٢٠١٩، ١٠٩-١١٠) بأنه أسلوب إرشادي وعلاجي حديث نسبياً يقوم على أساس إعادة صياغة (إعادة تكوين) مشكلة المسترشد، حيث يقوم المرشد بجمع كم هائل من المعلومات عن المسترشد، وعن مشكلته، وبناءً على هذا الكم من المعلومات يتم إعادة صياغة المشكلة، ويستخدم الملف الخاص بالعلاج النفسي من خلال إدراك أنماط المشكلات التي يعاني منها المسترشد لمساعدته في تنمية فهم الذات فيما يتعلق بمشكلته.

هذا ويشير كل من Mulder & Chanen (2013) و Chanen et al (2014)

، و Einy (2019) أن العلاج المعرفي التحليلي (CAT) منحي علاجي يركز على تحديد وفهم ومراجعة المشكلات التي تواجه العميل في إدارة ذاته وأنماط العلاقات البين شخصية والأفكار والمشاعر والاستجابات السلوكية التي تنتج عن هذه الأنماط، مع التركيز على إقامة علاقات علاجية ناجحة بين المعالج والعميل بهدف إعادة صياغة الأفكار والمعتقدات،

والوصول لفهم مشترك للمشكلات التي تواجه العميل، من خلال إعادة صياغة المشكلات التي يواجهها العميل كتابياً، ومساعدته على الاعتراف بأنماط العلاقات المختلة لديه.

كما يتفق كل من Calvert & Kellett (2014) & Kirkland & Baron (2015) على أن العلاج المعرفي التحليلي (CAT) أسلوب علاجي يساعد العميل على إعادة تشكيل تفاعلاته الاجتماعية المختلفة التي يمر بها في مواقف حياته بما ينعكس على ذاته والآخرين، كما يساعد العميل على استيعاب التمثيلات الاجتماعية المختلفة على أنها "أدوار متبادلة" وأنماط من التفاعل مع الآخرين، وإذا حدث إهمال أو سوء معاملة شديدين، فإن الأدوار المتبادلة يمكن أن تنفصل في حالات منفصلة ذاتياً.

في حين يعرفه صلاح الدين عبدالقادر & الزهراء مهني عراقي (٢٠٢٠) بأنه نهج علاجي يجمع بين نظرية التحليل النفسي وعلم النفس المعرفي في محاولة لتحديد وفهم ومراجعة المشكلات التي يواجهها العميل في إدارة الذات وأنماط العلاقات بين الشخصية والأفكار والمشاعر والاستجابات السلوكية التي تنتج عن هذه الأنماط بسبب فهم شعور وتفكير وتصرفات العميل قبل مساعدته في حل المشكلات التي تواجهه وتطوير طرق جديدة للتكيف.

هذا ويتفق كل من Parry et al (2021) & صلاح الدين عبد القادر & الزهراء مهني عراقي (٢٠٢٠) & Evans; et al (2017) & Chanen et & Hepple (2012) & Mulder et al (2013) & Pitceathly & Raynerp et al (2011) & Durham et al, 1994 & Llewelyn (2003) & et al (2011) العلاج التحليلي المعرفي (CAT) يتم من خلال ثلاث استراتيجيات رئيسية تساعد العميل في الاستبصار بمشكلته والتخطيط لحلها، وهذه الاستراتيجيات هي:

١- إعادة صياغة الرسالة: وتهدف مساعدة العميل على ملاحظة ومراقبة أفعاله، والتي تساهم فيما بعد في مساعدته على البدء في تغييرها، كما أن إعادة الصياغة تساعد العميل على بدء عملية التفكير من خلال توجيه الانتباه وإعادة النظر في الإجراءات المهمة في العلاقة العلاجية.

٢- إعادة صياغة المسار التخطيطي المتسلسل: ويتم خلال هذه الاستراتيجية وصف الحالة الذاتية في شكل تخطيط متسلسل تطوري يظهر أنماط الهزيمة النفسية والأحداث في حياة العميل من خلال الحوار.

٣- تبادل رسائل الوداع: تمثل هذه الاستراتيجية محاولة من قبل كل من المعالج والعميل للتفكير في ما تم تعلمه، والعمل بمثابة النقاط الأساسية التي يمكن للعميل أن يعود إليها في المستقبل، بالإضافة إلى أستعراض المعالج للإجراءات والأدوار المتبادلة الهامة، وتذكير العميل بأن هناك أنماط بديلة ممكنة تم استكشافها خلال مرحلة العلاج، وهنا نجد أن المعالج والعميل قد رسم معا رحلة العلاج مع الأخذ في الاعتبار الحفاظ على التغيير العلاجي في المستقبل.

هذا ويتفق كل من (Sacks et al (2016) ، و (Evans et al (2017) على أن العلاج المعرفي التحليلي (CAT) له ثلاثة مراحل أساسية؛ وهم:

- مرحلة إعادة الصياغة: وتركز هذه المرحلة على توضيح أنماط التفكير المشوهة التي تسبب الاضطراب للعميل، ومحاولة توضيح العلاقة بين الخبرات الطفولية المبكرة والسلوكيات التي يمارسها الفرد الآن، حتي يصل العميل إلى مرحلة وعي بأن الممارسات السلوكية التكيفية ما هي إلا ردود أفعال لأحداث في الماضي.
- مرحلة الإعراف: وخلال هذه المرحلة يشجع المعالج العميل على الاستبصار الذاتي ومساعدته في اكتشاف قدراته غير المستغلة، ومساعدته على فهم التغييرات التي سيمر بها حتي يتمكن من التخلص من اضطرابه.
- مرحلة التنقيح: وتركز هذه المرحلة على أكتساب العميل سلوكيات جديدة وأنماط تفكير تكيفية تلك التي تساعد في تخطي أزماته النفسية الناتجة عن شعوره بالاضطراب النفسي.

هذا ويشير عماد أحمد حسن وآخرون (٢٠١٩) أن العلاج المعرفي التحليلي (CAT) يعكس التدعيم المتبادل بين المناهج السلوكية والمعرفية والتحليلية بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوك العميل وأفكاره ورواسب الماضي الدفينه لديه التي تكمن وراء اضطرابه، ويتم ذلك من خلال إعادة التكوين وإعادة تشكيل سلوك ومعتقدات العميل وتدريبه على رصد افكاره وإعادة صياغتها والاحتفاظ بدفتر يوميات لتسجيل السلوكيات والانفعالات وكتابة خطاب وداع يذكر المعالج فيه العميل بكل المكتسبات العلاجية خلال رحلة العلاج.

ويتفق كل من (Ryle 2014) ، (Bennett et al 2006) ، (Bateman et al 2007) على أن العلاج المعرفي التحليلي يهدف مساعدة العميل على الاستبصار بمشكلته من خلال أسلوب تعاوني بين المعالج والعميل يتم فيه اكتشاف مجموعة الخبرات الطفولية والمعتقدات والأفكار اللاكيفية ومجموعة الممارسات السلوكية السلبية؛ وذلك من خلال إعادة صياغة المعلومات التي يقدمه العميل وتنقيحها وتقديمها في شكل تعاوني يسمح للعميل أن يتذكر بسهولة مجموعة الخبرات والذكريات الطفولية المرتبطة بمشكلته.

ويشير كل من (Ruppert 2013) وصلاح الدين عبد القادر & الزهراء مهني عراقي (٢٠٢٠) أن برنامج العلاج المعرفي التحليلي يتكون من (١٢) جلسة يبدأ بمرحلة التقييم والتي عادة ما تتراوح من جلستين إلى ثلاث جلسات مدة الجلسة من خمس وأربعين دقيقة إلى ساعة، حيث يتم تقديم ملف العلاج النفسي للعميل لإكماله وإعادة المناقشة خلال الجلسة الثانية، وبحلول الجلسة الرابعة تتم إعادة صياغة الرسالة من قبل المعالج ومشاركته مع العميل فعادةً ما تتبع إعادة الصياغة التخطيطية المتسلسلة ولكن قد تسبق هذه الجلسة أو حتى يتم تضمينها في جلسة إعادة صياغة الرسالة وتوفر إجراءات المشكلة المستهدفة المحددة التركيز المشترك ويساعد المعالج العميل على تطوير التفكير الذاتي من أجل تفهم معاناته، وبحلول الجلسة الثانية عشرة يجب أن يوجه المعالج انتباه العميل إلى النهاية ويشجع الاستكشاف والتعبير حول التأثير المحتمل كما يجب تقديم المتابعة عادة في حوالي شهرين إلى ثلاثة أشهر. وبالنسبة لبعض العملاء، الذين يحتاجون عادةً إلى أربع وعشرين جلسة والذين لديهم مشكلات معقدة حول النهايات قد يتم ترتيب عدة اجتماعات كمتابعة شهرية.

أما عن فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض بعض الاضطرابات النفسية لاسيما الجلوتوفوبيا أو بعض الاضطرابات قريبة الصلة بهذا الاضطراب كاضطرابات الشخصية، فنجد أن هناك العديد من الدراسات العربية والاجنبية التي كشفت عن فعالية هذا الأسلوب العلاجي ومن بين تلك الدراسات؛ دراسة (Lawson, 1999) ، دراسة (Jellema, 2000)، ودراسة (Welch, 2000)، ودراسة (Hellkamp, 2000)، ودراسة (Wildgoose et al, 2001) ، ودراسة (Chanen, et al, 2008) ، ودراسة (de Groot et al, 2008)، ودراسة (Dasoukis et al, 2008) ، ودراسة (Daly, 2008)، ودراسة (et al, 2008)

(Livanos)، ودراسة (Chanen et al, 2009)، ودراسة (Daly et al, 2010)، ودراسة (Kerr et al, 2012)، ودراسة (Kellett et al, 2013)، ودراسة (Mulder & Chanen, 2013)، ودراسة (Clarke et al, 2013)، ودراسة (Chanen et al, 2014)، ودراسة (Ryle et al, 2014)، ودراسة (Argryopoulos & Vlachos, 2015)، ودراسة (Fawkes & Fretten, 2016)، ودراسة (Johnson, 2017)، ودراسة (Kramer, 2017)، ودراسة (Einy et al, 2018)، ودراسة (Einy, 2019)، ودراسة (Kellett et al, 2019).

أما عن منطوق اختيار الباحث للعلاج المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا لدى المتعلمين من طلبة الجامعة فيعود إلى بعض المنطلقات يمكن إيجازها في الآتي :

- مشكلة الجلوتوفوبيا مشكلة ذات جذور طفولية وخاصة أن المتعلمين يفتقدوا إلى المقدرة على بناء علاقات اجتماعية ناجحة وكذلك يشعرون بتندي في الثقة بالنفس وكذلك القدرة على المثابرة في المواقف الحياتية المختلفة. كما أن الضغوط النفسية والاجتماعية قد تسهم في ظهور التلعثم أثناء الحديث، فتعرض الفرد للكثير من المواقف الاجتماعية الضاغطة قد يؤثر في استجابة الفرد الذي يعاني من التلعثم لخطة العلاج النفسي أو للتدريبات التي يتعرض لها للتخلص من التلعثم.
- العلاج المعرفي التحليلي نهج علاجي يساعد الاكتشاف وتحديد الاسباب وكذلك مواجهة التحديات لذلك يساعد اشترك الفرد الذي يعاني من الجلوتوفوبيا في اكتشاف الاسباب وتحديدها بدقها بل التخلي عن الأفكار المرتبطة بها وكذلك تدريبه على التعامل معها بكفاءة واكتساب مهارات اجتماعية جديدة ربما تسهم في استشفائه من التلعثم.

ثالثاً: جودة الصداقة: Friendship Quality

تعد الصداقة لغة الوجدان الراقى التي تبعد العلاقات الإنسانية عن الأنانية وحب الذات، كما تعد إحدى القيم الاجتماعية الراقية التي تعبر عن سلوك الفرد وقدرته على بناء علاقات اجتماعية سليمة مع الآخرين؛ وهذا يتيح له أثبات وجوده ضمن الجماعة التي ينتمي إليها ويحقق ما يسمى بالنجاح الاجتماعي.

ومفهوم الصداقة إحدى المفاهيم القديمة والتي تناولها العديد من الفلاسفة والمفكرين في كتاباتهم؛ حيث يعتبر أبْن المقفع وأبن مسكوية، وأبو حامد الغزالي وأبو حيان التوحيدي من أبرز المفكرين والفلاسفة التي ركزت كتاباتهم على تأصيل مفهوم الصداقة وأهميته ودوره في الحياة الاجتماعية (رنا أحمد الغبابشه & أحمد محمود الثوابيه، ٢٠٢٣)، كما أن أرسطو أكد على أن الصداقة نوع من العفة وميز بين نوعين من الصداقة؛ الصداقة الشرعية التي تقوم على حب الخير للآخرين، والصداقة النفعية القائمة على المنفعة (يشير نبيل الجندي، ٢٠٠٩).

كما أن التراث الشعبي أهتم بمفهوم الصداقة فلا تخلو الحكم والأمثال من المقولات التي تؤكد على الصداقة؛ والتي منها "الرفيق قبل الطريق"، "الصداقة كالصحة لا تعرف قيمتها إلا إذا خسرتها"، "شر البلاد بلاد لا صديق فيها" (حورية شرقي، ٢٠٢١). ويرى عصام محمد زيدان (٢٠٠١) أن الحاجة إلى الصداقة ليست قاصرة على مرحلة عمرية بعينها بل تستمر مع الفرد من الطفولة إلى الشيخوخة، إلا أنها تصل لذروتها في مرحلتها المراهقة والشباب؛ حيث تكون ذروة التفاعل مع الآخرين، كما أن الصداقة تسهم في إشعار الفرد بأهميته كأسان، كما تعد مصدراً من مصادر السعادة وتسهم في إشباع حاجة الفرد للشعور بالأمن النفسي وتقدير الذات (حورية شرقي، ٢٠٢١).

وجدير بالذكر أن مفهوم الصداقة مفهوم له جذور تاريخية قديمة؛ إلا أن مفهوم جودة الصداقة **Friendship Quality** مفهوم متناول حديثاً سواء بالبحوث الأجنبية أو العربية تعود جذوره إلى دراسات وبحوث هندي وستيفنوس (١٩٧٦م-١٩٨٧م) حول مفهوم الصداقة وجودتها والتأكيد على أن شكل ووظيفه وجودة الصداقة تؤثر في التفاعلات بين الأصدقاء. أما عن تعريف مفهوم جودة الصداقة فيحظي التراث السيكولوجي بالعديد من التعريفات لهذا المفهوم التي تتفق فيما بينها على أن جودة الصداقة مفهوم يستخدم لوصف طبيعة الصداقة وخصائص التفاعلات بين الأفراد (عادل عبد الفتاح، ٢٠١٩).

وتعكس جودة الصداقة خصائص وطبيعة التفاعلات الاجتماعية التي بين الافراد، ومن تلك التفاعلات السلوك الاجتماعي ودرجة المودة والألفة والولاء كما تسهم في حل النزاعات والصراعات وجعل الفرد أكثر فعالية في أداء المهام علاوة على انخفاض مستوي القلق الاجتماعي والشعور بالخجل (Berndt et al, 2013 & Redebaugh et al,)

(2015). كما يشير (Tipton et al (2013) أن جودة الصداقة لدى المراهقين تعكس مستوى مرتفع من الكفاءة الاجتماعية ومستوى مرتفع من تقدير الذات لديهم.

في حين يعرف أحمد سمير صديق (٢٠١٩) جودة الصداقة بأنها علاقة اجتماعية اختيارية ومستمرة بين الطالب الجامعي وأصدقائه المقربين إليه في السن والسلوك والأفكار والأخلاق والاهتمامات لمواجهة ضغوط الحياة اليومية وقدرته على المشاركة الانفعالية وتقديم الدعم والمساعدة فيما بينهم في شتى المواقف في علاقة تبادلية يسودها الاحترام والتقدير والود والخصوصية، والتغلب على الصعوبات التي قد تعترض هذه الصداقة أو تؤثر فيها.

ويضيف عادل عبد الفتاح (٢٠١٩) أن جودة الصداقة تُعرف بأنها علاقة اجتماعية بين شخصين أو أكثر يسودها الألفة والمودة والثقة المتبادلة والشعور بالأمن والتعاون وقدرة كل منهما على تقديم الدعم والمساعدة للأخري، والرغبة في صحبة بعضهما لقضاء معظم أوقات فراغهم معاً، وتجاوز الخلافات وحل الصراع بينهما، فبدخول الفرد سن المراهقة تصبح الصداقة مهمة للغاية للمراهق، حيث توفر له الدعم الاجتماعي والشعور بالألفة والحب.

هذا ويتفق (Ozyazici & Kanak (2020 مع (Masden et al (2015 أن الصداقة التي تتمتع بالجودة تسهم في تحسن مفهوم الذات وتسهم في انخفاض الشعور بالعزلة والاضطهاد كما تسهم في اكتساب مهارات اجتماعية جديدة وتعزز منظومة القيم لدى الفرد والشعور بالدعم الاجتماعي والمساندة الوجدانية. في حين يعرف بشاير حميد وأسماء فاروق (٢٠٢٤) جودة الصداقة بأنها علاقة إنسانية مشتركة بين طرفين تتسم بالاستقرار والثقة المتبادلة ويسودها شعور كل منهما بالألفة والتقارب والأمن والثقة والدعم والمساندة الوجدانية.

أما عن مكونات متغير جودة الصداقة فقد حدد (Lee (2010 ثلاث مكونات لجودة الصداقة تتمثل في:

- ١- التبادلية: وتعني أن الصديق يدرك مشاعر صديقه ويبادلها تلك المشاعر ويهتم به.
 - ٢- العاطفة: وتنعكس في الوقت الذي يقضيه الصديقين يجب أن يكون وقت ممتع.
 - ٣- الطوعية وعدم الإلزام: وتعكس أن علاقة الصداقة ليست إجبارية.
- كما حدد أحمد سمير صديق (٢٠١٩) أبعاد جودة الصداقة في الحميمية، والثقة والخصوبة والمساعدة والتوجيه، وحل النزاعات أو الصراعات. في حين يضيف بشاير حميد

وأسماء فاروق (٢٠٢٤) أن أبرز مكونات جودة الصداقة تتمثل في المشاركة والتفهم والأمن والدعم والمساندة.

هذا وقد أهتمت البعض من الدراسات والبحوث بتناول متغير جودة الصداقة لدى طلاب الجامعة وأهميتها في النمو النفسي السوي والتكيف مع المناخ الجامعي وخاصة أن المرحلة الجامعية قد تكون أولى المرحل التي يغترب فيها الطالب عن أسرته وعائلته، لذلك فإن شعور الطالب الجامعي بجودة الصداقة يساعده على التكيف الناجح مع الحياة الجامعية؛ كدراسة (Winsntt (2014)، Rodebaugh et al (2015)، ودراسة Thien & Razak (2013)، ودراسة عبدالمنعم عبدالله حسيب (٢٠١٣)، ودراسة (Bakalm et al (2016)، ودراسة نشوي كرم (٢٠١٦)، ودراسة (Sigstad (2017)، ودراسة عادل عبد الفتاح (٢٠١٩)، ودراسة أحمد سمير (٢٠١٩)، ودراسة حورية شرقي (٢٠٢١). وتتفق بعض الدراسة على أهمية الصداقة في حياة الأفراد بصفة عامة وحياة الطالب الجامعي وخاصة الطلاب ذوي المشكلات الكلامية ومن تلك الدراسات دراسة ناريمان الرفاعي وآخرون (٢٠١٠) والتي تؤكد على أن مشكلة التلعثم لدى المراهقين تزيد مع زيادة الانسحاب الاجتماعي، أما دراسة نائلة عبد الرزاق حسونة (٢٠١٦) والتي تشير أن دعائم الثقة بالنفس لدى المراهقين المتلعثمين تأتي تحسين مستوي جودة الصداقة لديهم وكذلك تحسين مستوي فاعلية الذات الاجتماعية لديهم. كما تؤكد نتائج دراسة أيمن فؤاد الكاشف وآخرون (٢٠٢٢) والتي تشير أحد نتائجها ضرورة تحسين جوانب التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل الاجتماعي لدى المراهقين المتلعثمين.

رابعاً: الجلوتوفوبيا لدى المتلعثمين من طلبة الجامعة:

تعتبر اللغة مصدر قوة الإنسان وتفردته ووسيلته للتفاهم مع من حوله والتعبير عن رأيه والتعبير عن مشاعره وعرض أفكاره، هذا ويعد التلعثم من أكثر اضطرابات النطق والكلام شيوعاً، ويتمثل في اضطرابات أو خلل في إيقاع الكلام ويتميز بالاعادة أو التكرار أو الإطالة في الأصوات والكلمات أو في المقاطع الصوتية بصورة لا إرادية. وعادة ما يكون ذلك مصحوباً بمجاهدة المتلعثم لإطاق سراح لسانه واضطراب نشاطه الحركي وتوتره العضلي ويبدو ذلك من خلال ارتجاف الشفتين، وارتعاش الفك ورموش العينين وجفونهما ورفع الاكتاف وتحريك الذراعين إضافة إلى اضطراب عملية التنفس وعدم انتظامها.

هذا وتشير ناريمان الرفاعي وآخرون (٢٠١١) أن تعريف (Rilay 1984) للتلعثم يصفه بأنه اضطراب كلامي تشنجي شائع بين الأطفال والأكبار على السواء وله العديد من المظاهر السلوكية التي تتمثل في التكرارات الصوتية وإطالة النطق والاحتباسات الصوتية التي غالباً ما تكون في بداية نطق المقاطع، أو الكلمات أو الجمل بالإضافة إلى المصاحبات الجسمية كإنفعالات الوجه وحركات الفم والرأس والرقبة واليدين والرجلين.

ويعرف التلعثم في قاموس علم النفس الصادر عن الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA dictionary بأنه اضطراب في طلاقة الكلام يتميز بالتكرار أو إطالة الأصوات أو المقاطع أو الكلم ويتميز بالتكرار أو إطالة الأصوات أو المقاطع أو الكلمات مع التردد الذي يعطل الكلام ويمكن أن تزيد حدته بسبب قلق الفرد ويصاحب عادة ببعض السلوكيات كارتجاف الشفاه أو زيادة ضربات القلب أو سرعة حركة الرموش، وعادة ما يتعافى الحالات الخفيفة بشكل تلقائي ولكن تستمر الحالات الأكثر حدة لحين التدخل العلاجي (Vanden Bos, 2015).

ويشير ممدوح محمود وآخرون (٢٠٢١) أن التلعثم اضطراب قد يعوق الفرد عن الكثير من الممارسات المهنية والاجتماعية وأن أبرز مظاهره التشخيصية الواردة في DSM-5 تتمثل في الآتي:

- تكرار الصوت والمقطع اللفظي.
- مدة الصوت (الأصوات الساكنة والمتحركة).
- تقطع الكلمات (مثل: الصمت داخل الكلمة).
- التوقف المسموع أو الصامت.
- الإطناب (هو اللجوء إلى نطق كلمة لدلية لتجنب الكلمات المسببة للتلعثم).
- نطق الكلمات بوجود قدر من التوتر الجسدي.
- تكرار كل أو جميع الكلمات والمقاطع.

يتفق (Runne 2014) مع (Ginsberg 2000) في أن المراهقين المتلعثمين أكثر عرضه للانتقاد من أقرانهم وكذلك السخرية مما يؤثر على مستوى فعالية الذات لديهم وخاصة فاعلية الذات الاجتماعية فتقل مشاركتهم في التفاعلات الاجتماعية وتتقلص علاقاتهم الاجتماعية، حيث يشعر المراهق المتلعثم أنه شخص مختلف عن المجتمع مما يؤثر على تفاعلاته في المواقف الاجتماعية بل ويغذي تفكيره دائماً بالكثير من العبارات السلبية التي

تؤثر على مفهومه لذاته فيشعر المتعلم بالدونية والرغبة في التجنب للكثير من المواقف الاجتماعية.

في حين أشارت نتائج دراسة (Craig et al (2009) إلى تأثير التلعثم على جودة الحياة وخاصة لدى عينة من البالغين المتعلمين، حيث يؤثر التلعثم على درجة ومستوي إمتلاك المشاعر الايجابية لديهم . كذلك أدوات ناريمان الرفاعي (٢٠١٠) أن المراهقين المتعلمين يفتقدوا إلى المقدرة على بناء علاقات اجتماعية ناجحة وكذلك يشعرون بتندي في الثقة بالنفس وكذلك القدرة على المثابرة في المواقف الحياتية المختلفة.

كما يشير يحي حسين القطوانة (٢٠١٣) أن رفع مستوي الثقة بالنفس وكذلك تحسن مفهوم الذات يسهم في تحسن بعض حالات التلعثم وخاصة لدى عينات من الأطفال. وجدير بالذكر أن الضغوط النفسية والاجتماعية قد تسهم في ظهور التلعثم أثناء الحديث؛ حيث يشير كل من نوال أحمد البدوي (٢٠١٢)، وحمد محمد ياسين وآخرون (٢٠١٩)، مصطفى السعيد جبريل & هند نبيل على (٢٠٢٠) أن تعرض الفرد للكثير من المواقف الاجتماعية الضاغطة قد يؤثر في استجابة الفرد الذي يعاني من التلعثم لخطة العلاج النفسي أو للتدريبات التي يتعرض لها للتخلص من التلعثم، كما أن هناك ارتباط دال بين شعور الفرد بالتوافق النفسي والاجتماعي ودرجة التلعثم لديه. كما يؤكد حسن عبدالفتاح الفنجري وآخرون (٢٠٢١) أن التلعثم عندما يستمر لفترة طويلة لدى الشخص يؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات الانفعالية، حيث يؤدي الشعور بالحرج والاحباط والغضب واليأس إلى انخفاض شعور الفرد بتقدير ذاته وكذلك شعوره بالعديد من الصعوبات والمشكلات الاجتماعية والانفعالية.

هذا ويشير النابغة فتحي محمد & منصر صلاح فتحي (٢٠٢٠) أن ذوي اضطراب التأتأة (التلعثم) يسود لهم العديد من المشكلات لعل من أبرزها القلق الاجتماعي والخوف من السخرية. فمطلق معاناة الأفراد ذوي الاضطرابات الكلامية وخاصة التلعثم من الجلوتوفوبيا يتمثل في كون الجلوتوفوبيا عامل نفسي مرتبط بانخفاض تقدير الذات لديهم نظراً لمعانتهم من تلك المشكلة وأن العلاقة بينهم علاقة تبادلية بمعنى لو أن ذوي التلعثم تخلصوا من فكرة الخوف من السخرية وارتفع لديهم مستوي تقدير الذات لانفض لديهم التلعثم مالم يرتبط بمشكلات عضوية في الجهاز الكلام.

لذا يريد الباحث أن ينوه أن درجة التلعثم التي يعاني منها المشاركون في الدراسة من البسيط إلى المتوسط وأن التلعثم لديهم غير مرتبط بمشكلات عضوية وكذلك أن المشكلة الأساسية في التلعثم تتمثل في كونهم يعانون من زملة نفسية تظهر التلعثم في المواقف الاجتماعية لاسيما معانتهم من الجلوتوفوبيا في العديد من المواقف الحياتية.

لهذا كان منطوق اختيار الباحث لمشكلة الجلوتوفوبيا لدى تلك العينة وهي أن معالجة الفرد وزيادة مستويات التوكيدية وكذلك مستويات الثقة بالنفس والتخلص من فكرة كونه محور الضحك والسخرية من الآخرين قد يسهم في شفاؤه من التلعثم في الكثير من الحالات التي ترتبط بنقص التوكيدية في المواقف الاجتماعية؛ وهذا ما يسهم به تكتيكيات العلاج المعرفي التحليلي وهو مساعدة العميل على التخلص من رواسب الطفولة والأفكار والمعتقدات المرتبطة بها وذلك تحديد واكتشاف المشكلة والمساهمة في حلها خطوة بخطوة واستبدال أنماط التفكير اللامنتظمة بأخرى منطقية وأكثر فاعلية في المواقف الحياتية المختلفة.

فروض الدراسة:

- تم صياغة فروض الدراسة في ضوء نتائج الدراسات السابقة التي تم تناولها خلال الإطار المفاهيمي للدراسة، وذلك على النحو التالي:
- ١) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الجلوتوفوبيا في اتجاه القياس البعدي.
 - ٢) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الصداقة في اتجاه القياس البعدي.
 - ٣) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (الذكور) المجموعة الضابطة (الذكور)، والمجموعة التجريبية (إناث) والمجموعة الضابطة (إناث) في القياس البعدي على استبيان الجلوتوفوبيا اتجاه المجموعة التجريبية.
 - ٤) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (الذكور) المجموعة الضابطة (الذكور)، والمجموعة التجريبية (إناث) والمجموعة الضابطة (إناث) في القياس البعدي على مقياس جودة الصداقة اتجاه المجموعة التجريبية.

- ٥) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة التجريبية (إناث) في القياس البعدي على استبيان الجلوتوفوبيا.
- ٦) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة التجريبية (إناث) في القياس البعدي على مقياس جودة الصداقة.
- ٧) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياسين البعدي والتتبعي (بعد فتر المتابعة شهر ونصف) على استبيان الجلوتوفوبيا.
- ٨) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياسين البعدي والتتبعي (بعد فتر المتابعة شهر ونصف) على مقياس جودة الصداقة.
- ٩) يوجد أختلاف في ديناميات الشخصية لحالة مرتفعي الجلوتوفوبيا قبل وبعد المشاركة بالبرنامج العلاجي.

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

أ- منهج الدراسة: تم استخدام المنهج التجريبي (تصميم المجموعتين) بالدراسة الحالية؛ وذلك بهدف التحقق من فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا لدى عينة من طلبة الجامعة المتعلمون والتحقق من تحسن مستوي جودة الصداقة لدى عينة الدراسة وذلك من خلال مقارنة نتائج المجموعتين التجريبتين في التطبيقين القبلي والبعدي، كما تم استخدام المنهج الكلينيكي للتحقق من الأختلاف في ديناميات الشخصية قبل وبعد المشاركة في البرنامج العلاجي لحالة حققت أعلي درجة على استبيان الجلوتوفوبيا وأقل درجة على مقياس جودة الصداقة.

ب- مجتمع الدراسة وعينتها:

يتمثل مجتمع الدراسة الراهنة في طلبة الجامعة المتعلمون بمختلف محافظات الجمهورية، ولكن تكونت عينة الدراسة من (٢٠١) طالب وطالبة ممن يعانون من التلعثم من بين طلبة الجامعة بمحافظات (الفيوم - بني سويف - القاهرة - الجيزة) والتي تمثل بمشاب مجتمع الدراسة الحالية حيث تم اختيارهم بالطريقة العمدية، وتم سحب عينة عشوائية من تلك العينة قوامها (١٠٣) طالب وطالبة تم استخدام نتائجهم في التحقق من الخصائص

السيكومترية لمقاييس الدراسة هذا وقد مثلت تلك العينة عينة الخصائص السيكومترية (العينة الاستطلاعية) وكان أفراد تلك العينة من محافظتي القاهرة والجيزة وتراوح المتوسط العمري لتلك العينة ما بين (٢٠,٢ - ٢٢,٤) سنة، وانحراف معياري (١,٠٣) سنة.

في حين تكون عينة الدراسة الاساسي من (٩٨) وكان أفراد هذه العينة من بين طلاب محافظتي (الفيوم - بني سويف) وتراوح العمر الزمني لهم ما بين (١٩,٨ - ٢٢,٥) سنة وأنحراف معياري (١,٠١) سنة، هذا وقد تم اختيار أفراد العينة التجريبية وفق المعايير التالية:

- أن يكون له ملف مثبت تشخيصه بالتلعثم وتحديد شدته؛ ورغم أن ذلك إلا أن الباحث كان إحدى خطوات إنضمام المشارك للمجموعة التجريبية للبحث تطبيق اختبار شدة التلعثم (تعريب: نهلة عبد العزيز الرفاعي، ٢٠٠١) على المشارك للتأكد من درجة وشدة التلعثم لديه، وقد تم الاعتماد على هذا الاختبار لكونه واحد من بين الاختبارات الأكثر استخداماً في تشخيص شدة التلعثم للكبار والأطفال بمراكز ووحدات التخاطب.

- وقوع درجة المشارك على استبيان الجلوتوفوبيا ضمن درجات الارباعي الأعلى وبدايته عند الدرجة (٤٩) فأعلى.

- وقوع درجة المشارك على مقياس جودة الصداقة ضمن درجات الارباعي الأدنى وبدايته عند الدرجة (٦٢) فأقل.

- خلو المشارك من أي عجز عضوي أو أمراض جسمية أو مزمنة أو أعاقه في الجهاز الكلامي.

- إلا يكون قد خضع لأي برامج إرشادية أو علاج نفسي، وأن يكون التدريبات التي حصل عليها فقط تدريبات لتحسين مستويات النطق والكلام فقط دون تدخل لتعديل معتقدات أو أفكار الفرد عن ذاته أو عن المشكلة؛ وذلك ليتأكد الباحث أن التغير الحادث يعود للبرنامج الحالي وليس لما تعرض له المشارك من برنامج سابق.

- استعداد المشارك للتعاون مع الباحث في كل مراحل البرنامج، وتوقيع المشارك على الموافقة المستنرة التي تؤكد موافقته على مشاركته في البرنامج ومشاركته مشاركة فعالة وبارادته. حيث تم مقابلة كل مشارك على حدى خلال جلسة فردية للتحقق من دافعيته للمشاركة في البرنامج ومدى تقبله للتحدث أمام باقي أفراد المجموعة وتوضيح الفائدة التي تعود عليه من الاشتراك في هذا البرنامج .

هذا وقد تم استخدام التصميم التجريبي (٢×٢) والذي يتضمن مجموعتين تجريبيتين (مجموعة من الذكور - مجموعة من الإناث)، ومجموعتين ضابطين (مجموعة من الذكور - مجموعة من الإناث). هذا وقد تم التكافؤ بين المجموعات الأربعة في كل من (العمر الزمني، ونسبة الذكاء، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، والدرجة الكلية على استبيان الجلوتوفوبيا، ومقياس جودة الصداقة، والدرجة الكلية على اختبار شدة التلعثم) وذلك باستخدام الاختبار الاحصائي Kruskal-Wallis Test كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (١)

نتائج التكافؤ بين أفراد المجموعات التجريبية والضابطة في بعض المتغيرات

المتغير	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	قيمة هـ	مستوى الدلالة
العمر الزمني	التجريبية ذكور	٦	١٢,٠٨	٠,٢٩٥	غير دالة
	التجريبية إناث	٦	١٢,٠٨		
	الضابطة ذكور	٦	١٣,٧٥		
	الضابطة إناث	٦	١٢,٠٨		
نسبة الذكاء	التجريبية ذكور	٦	١٣,١٧	٠,٣٢٢	غير دالة
	التجريبية إناث	٦	١٣,٣٣		
	الضابطة ذكور	٦	١١,٧٥		
	الضابطة إناث	٦	١١,٧٥		
المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي	التجريبية ذكور	٦	١٥,٤٢	٥,٦٠٤	غير دالة
	التجريبية إناث	٦	١٠,٥٠		
	الضابطة ذكور	٦	٨,٧٥		
	الضابطة إناث	٦	١٥,٣٣		
الدرجة الكلية على استبيان الجلوتوفوبيا	التجريبية ذكور	٦	١١	٣	غير دالة
	التجريبية إناث	٦	١٣		
	الضابطة ذكور	٦	١٣		
	الضابطة إناث	٦	١٣		
الدرجة الكلية على مقياس جودة الصداقة	التجريبية ذكور	٦	١٠,٣٣	١,٨٢٦	غير دالة
	التجريبية إناث	٦	١٣,٨٣		
	الضابطة ذكور	٦	١٤,٥٨		
	الضابطة إناث	٦	١١,٢٦		
الدرجة الكلية على اختبار شدة التلعثم	التجريبية ذكور	٦	١١,١٧	٠,٦٣٧	غير دالة
	التجريبية إناث	٦	١٣,٥٠		
	الضابطة ذكور	٦	١٣,٥٠		
	الضابطة إناث	٦	١١,٨٣		

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعتين التجريبيتين والمجموعتين الضابطين في كل من (العمر الزمني، ونسبة الذكاء، والمستوى

الاجتماعي والاقتصادي، الدرجة الكلية على استبيان الجلوتوفوبيا، الدرجة الكلية على مقياس جودة الصداقة، الدرجة الكلية على اختبار شدة التلعثم).

ج- الأدوات المستخدمة بالدراسة:

١- النسخة المختصرة من استبيان الجلوتوفوبيا (The GELOPH<15> questionnaire) (إعداد: Ruch, Hofmann, Platt & Proyer, 2012)

(تعريب: الباحث)

أ- وصف الاستبيان: يوصف هذا الاستبيان بأنه استبيان للتقييم الذاتي للخوف من السخرية وضحك الآخرين على الفرد، ويتكون من (١٥) عبارة يتم الاستجابة عليهم وفق تقدير ليكرت الرباعي (١=غير موافق بشدة، ٢=غير موافق، ٣=موافق، ٤=موافق بشدة) ويشير ارتفاع الدرجة على الاستبيان بأن الفرد المستجيب على الاستبيان يعاني من الجلوتوفوبيا.

ب- طريق تقدير الاستجابة على الاستبيان: يتم تقدير الاستجابة على عبارات الاستبيان وفق تقدير ليكرت الرباعي (١-٤) حيث تكون النهاية العظمي للاستبيان (٦٠) درجة، والنهاية الصغري للاستبيان (١٥) درجة، ويتم وصف المستجيب على الاستبيان بأنه يعاني من الجلوتوفوبيا كلما اقتربت درجة المشارك من (٦٠) درجة، في حين يوصف بأنه لا يعاني من الجلوتوفوبيا كلما اقتربت الدرجة من (١٥).

ج- خطوات ترجمة الاستبيان: مرت ترجمة الاستبيان بالخطوات التالية:

١- قام الباحث بترجمة عبارات الاستبيان وتعليمات الاستجابة وتقدير الاستجابة كل على الاستبيان.

٢- تم عرض الاستبيان بنسخته الاجنبية على بعض المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية من أعضاء هيئة التدريس بكليات التربية التي كانت الدرجة الجامعية الأولى لهم تخصص لغة إنجليزية ولديهم خبرة ترجمة في مجال علم النفس والصحة النفسية.

٣- التحقق من التقارب وأن أمكن التطابق بين ترجمة الباحث وترجمة المتخصصين في الخطوة السابقة، كما قام الباحث بعرض ما قام به من ترجمة لعبارات الاستبيان على اثنين من المتخصصين في اللغة الانجليزية لإجراء الترجمة العكسية من اللغة العربية إلى اللغة الانجليزية، وجاءت هذه الخطوة تعكس مقبولية الترجمة إلى حد كبير مع وجود بعض

المصطلحات التي تم ترجمتها من العربية الي اللغة الانجليزية مثل **paralyzed** يترجمها البعض بالشلل ولكن ببعض معاجم الطب النفسي والصحة النفسية تترجم إلى الشعر بارتجاف/رعشة.

٤- تم تطبيق النسخة المترجمة من الاستبيان على خمسة من أفراد عينة الدراسة بهدف التعرف على متوسط الفترة الزمنية للاستجابة على بنود الاستبيان والذي يبلغ (٨-١٣ دقيقة) .

٥- تم تطبيق الاستبيان على عينة الدراسة الاستطلاعية بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية للاستبيان على عينة الدراسة الحالية.

د- الخصائص السيكومترية للاستبيان: تم التحقق من الخصائص السيكومترية وفق الخطوات التالية :

١- صدق استبيان الجلوتوفوبيا: يعتبر هذا الاستبيان من أكثر أدوات تشخيص وقياس الجلوتوفوبيا أنتشاراً بين الدراسات الاجنبية، فقد تم ترجمته للعديد من اللغات ومن بينها دراسة (Ruch & Proyer, 2008) والتي تحقق خلاها من مناسبة النسخة الالمانية لهذا الاستبيان، ودراسة (Kazarian et al, 2009) التي تحققت من مناسبة النسخة العربية من الاستبيان، ودراسة (Ruch et al, 2008) التي تحققت من مناسبة النسخة الرومانية، ودراسة (Carretero-Dios et al, 2010) التي تحققت من مناسبة النسخة الاسبانية، في حين تحققت دراسة (Hrebickova et al, 2009) من مناسبة نسخة هذا الاستبيان لعينة من سولفاكيا ، وعينة من الجزائر، أما دراسة (Forabosco et al, 2009) فقد تحققت من مناسبة الاستبيان مع العينة الايطالية، أما دراسة (Platt et al, 2009) فقد تحققت من مناسبته النسخة الانجليزية من هذا الاستبيان؛ وقد كشفت نتائج تلك الدراسات أن أكثر الطرق المستخدمة في التحقق من مؤشرات الصدق لهذا الاستبيان طريقة التحليل العاملي التوكيد.

وعلى صعيد البحوث العربية تم استخدام هذا الاستبيان بالبيئة العربية من قبل كازريان وآخرون (Kazarian et al (2009 بتعريب هذه النسخة وتقنينها على عينة عربية (لبنانية) ولكن لغة وترجمة المقياس إلى اللغة العربية غير دقيقة، واستخدامات الباحثة الاتساق الداخلي كمؤشر للصدق وكذلك مؤشرات البناء العاملي التوكيد ومعامل الثبات ألفا

كرونباخ كؤشر للثبات للاستبيان وذلك من خلال تطبيق الاستبيان على عينة قوامها (١٩٨) طالب وطالبة بالجامعة الأمريكية ببيروت. في حين أعتمد النابغة فتحى محمد & منصر صلاح فتحى (٢٠٢٠)، والتي إجريت على عينة من المتعلمين والعاديين ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٩ - ٢٤) عام على النسخة المعربة من قبل (Kazarian et al (2009) خلال دراسته وقد أعتمد الباحثان على مؤشرات الصدق والثبات لمترجم الاستبيان.

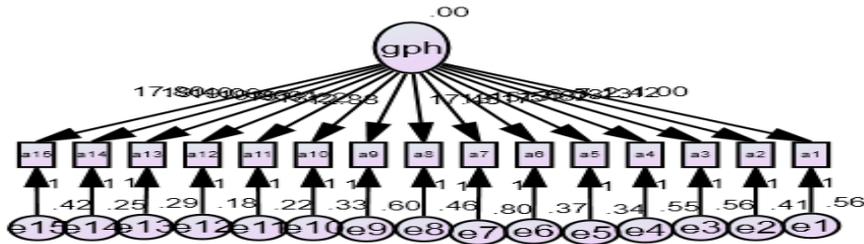
١- الصدق العاملي التوكيدي: تم استخدام الباحث التحليل العاملي التوكيدي للتأكد من مؤشرات الصدق للاستبيان وذلك من خلال التحقق من ملائمة ومطابقة نموذج البيانات على عينة الدراسة، وتم ذلك من خلال إجراء التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الأولى بطريقة أقصى احتمال بواسطة برنامج (Amos (V-25. والجدول التالي يوضح أدلة الملائمة النموذج المفترض للبيانات بالدراسة الحالية:

جدول (٢)

أدلة الملائمة والمطابقة للنموذج المقترح لاستبيان الجلوتوفوبيا

أدلة الملائمة						عدد العوامل	النموذج المفترض
RMSEA	GFI	CFI	TLI	IFI	CMIN/df		
٠,٠٦٠	٠,٨٦٨	٠,٩٤٣	٠,٩٢٣	٠,٩٣٦	١,٣٥٦	١	أحادي العامل

يتضح من الجدول السابق أن أدلة الملائمة والمطابقة للنموذج المقترح لاستبيان الجلوتوفوبيا حقق مؤشرات جودة حسن المطابقة حيث كانت قيم مؤشرات النموذج المقترح تعكس المطابقة التامة للنموذج المفترض للبيانات، فقد بلغت قيمة مؤشر (X^2) $CMIN/df = 1,356$ وهي قيمة أقل من (٢) وتعني مطابقة تامة، والشكل التالي يوضح الشكل التخطيطي للنموذج المقترح للاستبيان.



شكل (١)

الشكل التخطيطي لنموذج استبيان الجلوتوفوبيا

ب-الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية): تم استخدام اختبار (ت) لتحديد قيمة ودلالة الفروق بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى (٥١) والإرباعي الأدنى (٤٥) والمقارنة بين نتائج المجموعتين بهدف التحقق من القدرة التمييزية للاستبيان كمؤشر للصدق له، والجدول التالي يوضح نتائج المقارنة الطرفية بين مرتفعي ومنخفضي الجلوتوفوبيا:

جدول (٣)

الصدق التمييزي لمقياس الجلوتوفوبيا

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة (ت)	الانحراف المعياري (ع)	المتوسط الحسابي (م)	العدد (ن)	البيانات المجموعة
٠,٠١	٥٩	٢٠,٠٦	٢,٤١٤	٥٤,٧٠٤	٣٠	مرتفعي الجلوتوفوبيا
			٢,٠٥٥	٤٣,٠٣	٣١	منخفضي الجلوتوفوبيا

يتضح من الجدول السابق أن الاستبيان يتمتع بقوة تمييزية بين مرتفعي الجلوتوفوبيا ومنخفضي الجلوتوفوبيا عند مستوى دلالة ٠,٠١، مما يشير إلى أن الاستبيان يتمتع بصدق تمييزي مرضي.

ب- ثبات الاستبيان: تم التحقق من ثبات الاستبيان من خلال:

١- الثبات بألفا كرونباخ: تم حساب ثبات الاستبيان باستخدام معادلة ألفا كرونباخ، وقد تبين أن قيمة معامل الثبات بلغت (٠,٧٠٣) وهي قيمة مرضية. علاوة على أنه تم مراجعة نتائج قيمة ألفا بعد حذف كل مفردة من مفردات الاستبيان على حدة وقد تبين أن جميعها كانت ضعيفة مقارنة بقيمة ألفا الكلية مما يشير إلى ثبات مفردات الاستبيان.

٢- الثبات بالتجزئة النصفية: تم حساب معامل الارتباط بين جزئي المقياس ككل (أحد الجزئين تضمن المفردات ذات الأرقام الفردية، والأخر ذات الأرقام الزوجية)، وكان معامل الارتباط بين جزئي المقياس قبل التصحيح (٠,٦٣٨)، وبعد التصحيح بمعادلة سبيرمان Spearman كانت قيمة معامل الثبات في حالة عدم تساوي الجزئين (٠,٧١٦) وهو دال عند مستوى ٠,٠١، ومعامل التصحيح باستخدام معادلة جتمان Getman في حالة عدم التساوي (٠,٧١٦)، وجميعها تشير إلى معامل ثبات مرضي.

٢- مقياس جودة الصداقة المتعلمين من طلبة الجامعة (إعداد: الباحث):

أ- الهدف من إعداد المقياس: تم إعداد المقياس لتقدير درجة جودة الصداقة لدى عينة من طلبة الجامعة المتعلمين، وذلك في ضوء التعريف المستخلص من الإطار النظري لجودة الصداقة ومكونات هذا المتغير وخاصة لدى عينة الدراسة.

ب- مبررات إعداد المقياس: هناك بعض المبررات دفعت الباحث لإعداد هذا المقياس وتلك المبررات هي:

١- ندرة المقياس التي تناولت قياس جودة الصداقة لدى عينة الدراسة من طلبة الجامعة المتعلمين، حيث لاحظ الباحث أن أغلب المقاييس التي تناولت قياس جودة الصداقة إما مقاييس مترجمة وهي لا تتناسب مع الثقافة المصرية، أو تتناول المظاهر الايجابية والسلبية للصداقة وتهمل باقي المكونات لمفهوم جودة الصداقة. ومن المقاييس التي تمكن الباحث من الاطلاع عليها: مقياس *The Friendship Qualities Scal (Bukowski & Boivin, 1994)* ، ومقياس *Mastrocola & Flynn (2017)* ، ومقياس *Wilkinson (2006)* والذي استخدمه عبدالمنعم عبدالله حسيب (٢٠١٣) في دراسته، ومقياس *Adolescent Friendship Attachent Scale (2006)* ، ومقياس أحمد سمير (٢٠١٩)، ومقياس سامية محمد صابر (٢٠١١)، ومقياس *Levey et al (2007)* ، ومقياس عادل عبد الفتاح (٢٠١٩).

٢- تشعب المقاييس الاجنبية بمصطلحات وبعض المظاهر التي لا تتناسب مع الثقافة العربية وخاصة المصرية لعل من بينها إتاحة الصداقة بين الذكور والإناث، ثقافة حضور الحفلات والمعاشية في منزل واحد.

- ج- خطوات إعداد المقياس: مر إعداد المقياس بالخطوات التالية :
- ١- الإطلاع على بعض الأطر النظرية التي تناولت متغير جودة الصداقة من حيث التأصيل النظري وتحديد مكوناته وخاصة لدى عينات قريبة الصلة بعينة الدراسة الحالية من المتعلمين من طلبة الجامعة.
- ٢- الاستفادة من المقاييس التي تم الاطلاع عليها لقياس جودة الصداقة بالدراسات والبحوث السابقة من حيث معرفة جوانب القصور في تلك المقاييس، المكونات التي تناولتها لهذا المفهوم.
- ٣- تم عمل استبيان مفتوح يتضمن بعض الأسئلة حول مفهوم الصداقة ومعايير جودة الصداقة من وجهة نظر عينة الدراسة، وتم تطبيقه على عينة قوامها (٢٢) طالب وطالبة من بين افراد عينة الدراسة للتحقق من معرفتهم حول هذا المفهوم، وفي ضوء هذه الخطوة تم عمل تحليل مضمون لاستجابات هؤلاء الطلاب والخروج ببعض المكونات حول مفهوم جودة الصداقة وكذلك بعض الاستجابات التي يمكن الاستعانة بها في صياغة بعض عبارات المقياس.
- ٤- في ضوء ما سبق تم صياغة مجموعة من العبارات حول (٥) مكونات أساسية لهذا المفهوم، وكان عدد تلك العبارات (٦٠) عبارة مكونة للصورة الأولية للمقياس قبل التحكيم.
- ٥- تم عرض المقياس في صورته الأولية على عدد (١٠) من أساتذة علم النفس والصحة النفسية، وبناء على تلك الخطوة تم حذف عدد (٧) عبارات تم الاتفاق على حذفها وتم تعديل صياغة بعض العبارات لتكون أكثر إجرائية في القياس من بينها بعض العبارات التي قد تحمل نفس المضمون والعبارات التي تحمل بعض العبارات المركبة في القياس. وبناء على تلك الخطوة يصبح المقياس مكون من (٥٣) عبارة يتم الاستجابة عليهم وفق مقياس ليكرت الرباعي (١=غير موافق بشدة، ٢=غير موافق، ٣= موافق، ٤=موافق بشدة)؛ لتدل الدرجة العالية على ارتفاع درجة جودة الصداقة، والدرجة المنخفضة تدل على انخفاض جودة الصداقة.
- ٦- تم تطبيق المقياس بعد تحكيمة على عينة الدراسة الاستطلاعية بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس وذلك على النحو التالي:
- ٧- الخصائص السيكومترية للمقياس:

أ- الاتساق الداخلي للمقياس: تم إجراء الاتساق الداخلي للمقياس بهدف التحقق من تجانس عبارات المقياس ومعرف هل كافة العبارات تتكامل سوياً لبناء ظاهرة واحدة وهي جودة الصداقة، وكانت نتائج الاتساق الداخلي كما هي بالجدول التالي:

جدول (٤)

الاتساق الداخلي لعبارات مقياس جودة الصداقة

رقم العبار ة	قيمة معامل الارتباط						
١	**٠,٤٦٠	١٥	**٠,٦٠٦	٢٩	**٠,٤٩٣	٤٣	**٠,٥٣٢
٢	**٠,٥٨٥	١٦	٠,٠٨٩	٣٠	٠,٠٥١	٤٤	**٠,٥٩١
٣	**٠,٦٠٣	١٧	٠,٠٧٣	٣١	**٠,٤٢٥	٤٥	**٠,٥١٧
٤	٠,٠٢١	١٨	٠,٠٥٤	٣٢	**٠,٤٧٩	٤٦	**٠,٥٣٦
٥	٠,٠٣٦	١٩	**٠,٥٦٣	٣٣	٠,٢١,٠	٤٧	**٠,٥٦٤
٦	**٠,٥٧٧	٢٠	**٠,٦٤١	٣٤	*٠,٢٠٩	٤٨	٠,٠١
٧	**٠,٦٢٩	٢١	**٠,٥٣٩	٣٥	**٠,٥٩٧	٤٩	**٠,٤٦٥
٨	**٠,٣٨٨	٢٢	٠,٠٧	٣٦	**٠,٤٦٥	٥٠	٠,٠٣
٩	**٠,٥٠٧	٢٣	٠,٠١٢	٣٧	**٠,٥٨١	٥١	**٠,٦٠٣
١٠	٠,٠٦٣	٢٤	٠,٥٤٨	٣٨	٠,٠٣	٥٢	**٠,٥٣٩
١١	**٠,٤٥٨	٢٥	**٠,٣٩٦	٣٩	٠,٠٢	٥٣	**٠,٤٩٦
١٢	*٠,١٢٩	٢٦	**٠,٥٦٥	٤٠	**٠,٤٦٨		
١٣	**٠,٤٨٣	٢٧	**٠,٤٠٩	٤١	**٠,٥٧٥		
١٤	**٠,٤٢٧	٢٨	**٠,٣٢٩	٤٢	**٤٩٦,٠		

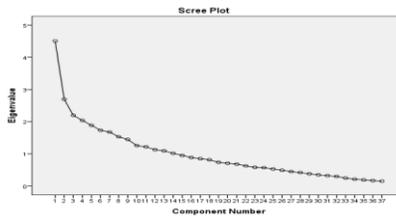
** معاملات الارتباط دالة عند ٠,٠١، * معاملات الارتباط دالة عند ٠,٠٥.

يتضح من الجدول السابق أن أغلب معاملات الارتباط دالة عند ٠,٠١، فيما عدى بعض العبارات معاملات الارتباط دالة عند ٠,٠٥، في حين لم تصل قيمة معاملات الارتباط لبعض العبارات إلى مستوى الدلالة وهذه العبارات هي (٤، ٥، ١٠، ١٦، ١٧، ١٨، ٣٠، ٢٢، ٢٣، ٣٣، ٣٨، ٣٩، ٤٨، ٥١) ومن ثم تم حذف تلك العبارات، ليصبح المقياس بعد هذه الخطوة مكون من (٣٩) عبارة.

٢- صدق المقياس: تم التحقق من صدق المقياس بالطرق التالية:

أ- الصدق العاملي الاستكشافي: تم إجراء التحليل العاملي لبنود المقياس وعددها (٣٩) بنداً، وذلك باستخدام طريقة المكونات الأساسية، والتدوير المتعامد بطريقة الفاريماكس باستخدام برنامج SPSS-V25 وتم إتباع الخطوات التالية لاستخلاص عوامل المقياس:

- تم التحقق من اختبار مدى كفاية العينة لإجراءات عملية التحليل العاملي والمعروف **Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy**. وكانت قيمته (٠,٥٣٦) دالة عند ٠,٠٠١، بينما كانت قيمة معامل اختبار النطاق (١٠,٢٩,٩١٨)، وهي قيمة داله عند مستوى دلالة ٠,٠١,٠ وهذا يشير إلى كفاية العينة لإجراء التحليل العاملي.
- تم مراجعة قيم معاملات الشيوخ لكل بند من بنود المقياس والتأكد أن كافة قيم معاملات الشيوخ تتجاوز ٠,٥. وكانت كافة قيم معاملات الشيوخ أعلى من أو تساوي ٠,٥ فيما عدى البندين (١٢) = ٢١٨,٠، والبند (٣٤) = ٣٨٥,٠، لذا تم حذف البندين وتم إعادة التحليل مرة أخرى. ثم تم مراجعة قيم معاملات الشيوخ بعد حذف البندين وإعادة التحليل، وكانت كافة قيم معاملات الشيوخ تتجاوز أو تساوي ٠,٥. ليصبح المقياس مكون من (٣٧) عبارة صالحة للتحليل العاملي.
- تم مراجعة قيم الخلايا القطرية خلال مصفوفة **Anti-image Correlation** والتأكد أن كافة قيم هذه الخلايا تتجاوز ٠,٥، وبالفعل كانت كافة قيم هذه الخلايا تتجاوز ٠,٥. بل تتراوح من ٧,٠ إلى ٩٣,٠.
- تم مراجعة مصفوفة العوامل قبل التدوير، وتبين أن عوامل المقياس قبل التدوير بلغت (١٤) عوامل فسرت ٦٨,٦٨٪ من قيم التباين بين درجات عينة التحليل.
- تم مراجعة منحنى التشعبات لعوامل المقياس **Scree Plot** وتحديد (٤) عوامل أظهرها هذا المنحنى وذلك كما هو موضح بالشكل التالي:



شكل (٢) Scree Plot لعوامل مقياس جودة الصداقة

- تم استخدام محك كايزر Kaiser Normalization ، والذي وضعه جوتمان Guttman، والذي يتطلب مراجعة الجذر الكامن للعوامل الناتجة علي أن تقبل العوامل التي يزيد جذرها الكامن عن الواحد الصحيح حيث تعد عوامل عامة؛ ومن ثم تقبل العوامل التي يتشعب عليها (٣) عبارات على الأقل بحيث لا يقل تشعب البند بالعامل عن (٠,٣٥)، وبناءً على ذلك فقد تم تدوير المحاور بطريقة الفاريمكس Varimax (على أربع عوامل وفق ما أظهره منحنى التشعبات بالخطوة السابقة) واختيرت نسبة (٠,٣٥) كحد ادني لدلالة المتغيرات علي العوامل أو العبارات وذلك علي المعايير التحكيمية التالية: محك التشعب الجوهري للبند بالعامل ≥ ٠.٣ ، أن محك جوهري العامل ≥ ٣ تشعبات جوهري للبند.

- تم مراجعة مصفوفة العوامل بعد التدوير للتأكد من أن عبارات المقياس متشعبة على عامل من عوامل المقياس وبمراجعة تلك الخطوة تبين أن هناك بعض العبارات لم تتشعب على أي عامل من العوامل الأربعة. وهذه العبارات هي (١٥، ٦، ٧، ٣٤، ١، ٢، ٢٢، ٩، ٢٧)، ومن ثم يصبح عدد بنود المقياس (٢٨) عبارة متشعبين على أربع عوامل فسروا (٣٠,٩١٤) من قيمة التباين الكلي العامل الأول مكون من (٩) بنود، والعامل الثاني (٧) بنود أما العامل الثالث فمكون من (٦) بنود، بينما العامل الرابع مكون من (٦) بنود. وقد استطاع الأربع عوامل تفسير (٣٠,٩١٤) من نسبة التباين المشترك بين درجات أفراد العينة، وهذا يشير إلى معامل صدق مرضي. والعوامل موضحة في جدول التالي:

جدول (٥)
عوامل مقياس جودة الصداقة بعد التدوير

العامل	نسبة التباين	الجذر الكامن	عدد المفردات
الأول	٩,٨٠٩	٣,٦٢٩	٩
الثاني	٧,٤٣٥	٢,٧٥١	٧
الثالث	٧,١٢٤	٢,٦٣٦	٦
الرابع	٦,٥١٦	٢,٤٢٢	٦
مجموع التباين للعوامل الأربعة	٣٠,٩١٤	٢٨ عبارة	

وفيما يلي توضيح لهذه العوامل:

العامل الأول: الشعور بالدفء البين شخصي بين الصديقين.

تشبع على هذا العامل (٩) عبارات حققت جميعها محك كايزر للتشبع على العامل، وحيث أن جميع العبارات التي تشبع بها هذا العامل تعبر عن التضامن والتقارب بين الصديقين والتي تعكس بعد الدفاء بين الشخصي لعلاقة الصداقة؛ لذلك يمكن تسمية هذا العامل الشعور بالدفء البين شخصي بين الصديقين.

جدول (٦)

التشبعات العاملية لمفردات العامل الأول لمقياس جودة الصداقة

رقم المفردة	مضمون المفردة	التشبعات
VAR00004	تشعرني مشاركة أصدقائي لي في مواقف حياتي المختلفة بالمتعة.	٠,٦٦١
VAR00012	يشعرني أصدقائي بحالة من الألفة والمودة معهم.	٠,٦٥١
VAR00011	تربطني بأصدقائي علاقة قوية جداً.	٠,٦١٢
VAR00014	وجودي بين أصدقائي يشعرني بالسعادة والفرح.	٠,٦٠١
VAR00010	يشعرني وجودي بين أصدقائي بأهميتي في الحياة.	٠,٥٢٣
VAR00013	يُعد وجود أصدقاء في حياتي أهمية كبيرة.	٠,٥٠٣
VAR00032	يؤثر أصدقائي في اتخاذ قرارات حياتي.	٠,٤٤٠
VAR00008	تغيب أصدقائي عني يجعلني أشعر بتغير في يومي.	٠,٣٨٨
VAR00020	يجب أن يكون للشخص العديد من الأصدقاء المقربين.	٠,٣٨٥

يعكس الجدول السابق أن هذا العامل عامل نقي حيث أن كافة مفردات هذا العامل ذات تشبعات موجبة عليه وقد تراوحت قيم التشبعات للمفردات ما بين (٠,٣٨٥) إلى (٠,٦٦١) كما أن هذا العامل استطاع تفسير نسبة (٩,٨١٪) من التباين المشترك لدرجات العينة وحصل على جذر كامن مقدراه (٣,٦٣) وهي معايير مرضية لقبول العامل.

العامل الثاني: الشعور بالأمن والثقة المتبادلة بين الأصدقاء:

تشبع هذا العامل بـ (٧) مفردات تعكس أغلبها وجوبية وجود الثقة المتبادلة بين الأصدقاء في مواقف الحياة المختلفة وأن الصديق هو بئر حفظ أسرار صديقة وأن ظهور الخيانة بين الأصدقاء قد يدمر تلك العلاقة الأزلية. وجددير بالذكر أن هذا العامل استطاع تفسير نسبة (٧,٤٣٥٪) من التباين المشترك لدرجات العينة وحصل على جذر كامن مقدراه (٢,٧٥١)، كما يتضح من الجدول أن هذا العامل أيضاً عامل نقي حيث تشبعت عليه كافة العبارات تشبعاً موجباً وجميعها يحقق محك كايزر لتشبع المفردة على العامل.

جدول (٧)

التشبعات العاملية لمفردات العامل الثاني لمقياس جودة الصداقة

رقم المفردة	مضمون المفردة	التشبعات
VAR00033	أشعر بالأمن عندما أكون بين أصدقائي.	٠,٦١٥
VAR00021	تتمتع علاقتي بأصدقائي بالثقة المتبادلة.	٠,٥٦٣
VAR00030	يزورني أصدقائي في منزلي وأزورهم بمنزلهم دون موعد سابق.	٠,٤٩٣
VAR00016	أقضي أوقات فراغي مع أصدقائي.	٠,٤٧٧
VAR00026	أحكي أسرارتي لأصدقائي دون خوف أو تحفظ.	٠,٤٣٠
VAR00024	عندما أقع في ضائقة مادية أطلب من أصدقائي المساعدة دون حرج.	٠,٤١٦
VAR00018	عندما أجلس أنا أصدقائي أقص ذكرياتي وأحداث حياتي دون تحفظ.	٠,٣٨١

العامل الثالث: التعاون في المواقف وحل النزاع والصراع:

تشبع هذا العامل بـ (٦) عبارات جميعها تعكس التعاون الذي يتم بين الاصدقاء وبعضهم البعض في المواقف الحياتية المختلفة، كما تعكس عبارات هذا البعد طبيعة تبادل الأفكار بين الاصدقاء في المواقف المختلفة. كما أن هذا العامل استطاع تفسير نسبة (٧,١٢٤٪) من التباين المشترك في درجات العينة وحصل على جذر كامن مقداره (٢,٦٣٦) وأن هذا العامل أيضاً عامل نقي حيث تشبعت عليه كافة العبارات تشبعاً موجباً وجميعها يحقق محك كايز لتشبع المفردة على العامل. والجدول التالي يوضح عبارات هذا العامل وقيم تشبعاتها.

جدول (٨)

التشبعات العاملية لمفردات العامل الثالث لمقياس جودة الصداقة

رقم المفردة	مضمون المفردة	التشبعات
VAR00019	عندما أقع في مشكلة ما يشاركني أصدقائي في حل هذه المشكلة.	٠,٦٧١
VAR00023	يتعاون معي أصدقائي في أداء مهامهم الأكاديمية بالكلية.	٠,٥٥٧
VAR00025	يسعى أصدقائي لحل أي صراعات بيننا بهدوء.	٠,٤٧١
VAR00017	أنتعاون مع أصدقائي للوصول لأفكار جيدة في مواقف حياتنا اليومية.	٠,٤٥٥
VAR00028	عندما ينشأ بيني وبين أصدقائي خلافات يتم تصفيته في نفس الوقت.	٠,٤٤٠
VAR00005	أصدقائي أول من ألجأ إليهم عندما أكون في مشكلة.	٠,٣٩٢

العامل الرابع: الاختيارية في تكوين الصداقات.

وقد تشبع هذا العامل بـ (٦) مفردات جميعها توضح عدم وجود الاجبارية في استمرار علاقة الصداقة، وكذلك بناء علاقة الصداقة بأقتناع واختياره دون وجود مصلحة أو منفعة. هذا وقد استطاع ذلك العامل تفسير نسبة (٦,٥١٦٪) من التباين المشترك في درجات العينة

وحصل على جذر كامن مقدراه (٢,٤٢٢)، ويتضح من الجدول التالي أن هذا العامل أيضاً عامل نقي حيث تشبعت عليه كافة العبارات تشبعاً موجباً وجميعها يحقق محك كايز لتشبع المفردة على العامل. والجدول التالي يوضح مفردات هذا العامل وقيما تشبعتها عليه:

جدول (٩)

التشبعات العاملية لمفردات العامل الرابع لمقياس جودة الصداقة

رقم المفردة	مضمون المفردة	التشبعات
VAR00037	يميل أصدقائي أن تكون علاقتنا علاقة أخوية.	٠,٦٨٣
VAR00029	يعتذر صديقي لي عندما يشعر أنه أضر بمشاعري.	٠,٦٤٨
VAR00031	جميل أن تتعاون مع أصدقائك لنجاح علاقة الصداقة.	٠,٤٧١
VAR00036	عند اختيار أصدقائي القاعدة الأساسية هي أن نكون متفقين في التفكير.	٠,٤٢٥
VAR00035	يحترم أصدقائي مشاعري وأنا كذلك.	٠,٣٩٨
VAR00003	أصدقائي غير مجبرين على السؤال عني وأنا كذلك.	٠,٣٦٩

٣- الصدق البنائي للمقياس (التحليل العاملية التوكيدي). (CFA)

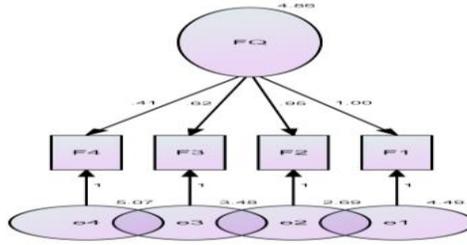
استخدم الباحث التحليل العاملية التوكيدي للتأكد من مؤشرات الصدق للمقياس والبنية العاملية له وذلك من خلال التحقق من ملائمة ومطابقة نموذج البيانات على عينة الدراسة للنموذج المفترض التي حصل عليها الباحث من إجراء التحليل العاملية الاستكشافي، وهل بارميترات (متغيرات) النموذج تحقق جودة حسن المطابقة أم لا، هذا وقد تم ذلك من خلال إجراء التحليل العاملية التوكيدي من الدرجة الأولى بطريقة أقصى احتمال بواسطة برنامج Amos (V-25). والجدول التالي يوضح أدلة الملائمة النموذج المفترض للبيانات بالدراسة الحالية:

جدول (١٠)

أدلة الملائمة والمطابقة للنموذج المقترح لمقياس جود الصداقة

أدلة الملائمة						عدد العوامل	النموذج المفترض
RMSEA	GFI	CFI	TLI	IFI	CMIN/df		
٠,٠٥٠	٠,٩٦٨	٠,٩٨١	٠,٩٧١	٠,٩٨٦	١,٠١٦	٤	رباعي العوامل

يتضح من الجدول السابق أن أدلة الملائمة والمطابقة للنموذج المقترح لاستبيان الجلوتوفوبيا حقق مؤشرات جودة حسن المطابقة حيث كانت قيم مؤشرات النموذج المقترح تعكس المطابقة التامة للنموذج المفترض للبيانات، فقد بلغت قيمة مؤشر (X^2) $CMIN/df = 1,016$ وهي قيمة أقل من (٢) وتعني مطابقة تامة، والشكل التالي يوضح الشكل التخطيطي للنموذج المقترح للاستبيان.



شكل (٣) النموذج المفترض لمقياس جودة الصداقة

ينتضح من الشكل السابق أن أبعاد المقياس ترتبط جميعها بعامل كامن واحد حيث تتراوح الأوزان الانحدارية المعيارية لها ما بين (١-٠,٤١)، وهذا يشير إلى درجة عالية من الصدق لنموذج المقياس، كما أن النسب الموضحة بالجدول السابق توضح مطابقة تامة لنموذج للبيانات المفترض.

٣- الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية):

تم حساب معامل الصدق باستخدام اختبار (ت) لاختبار دلالة الفروق بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى (٩٤) والإرباعي الأدنى (٦٢) والمقارنة بين نتائج المجموعتين، ويوضح الجدول الآتي نتائج هذه المقارنة:

جدول (١١)

صدق المقارنة الطرفية لمقياس جودة الصداقة

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة (ت)	الانحراف المعياري (ع)	المتوسط الحسابي (م)	العدد (ن)	البيانات المجموعة
٠,٠٠١	٦٢	١٤,٤٩٢	٣,١٥	٩٦,٢٧	٣٣	مرتفعي جودة الصداقة
			٥,٨٩	٧٩,٢٩	٣١	منخفضي جود الصداقة

ينتضح من النتائج الموضحة بالجدول السابق أن للمقياس قوة تمييزية بين مرتفعي جودة الصداقة ومنخفضي جودة الصداقة عند مستوى دلالة ٠,٠٠١، مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بمعامل صدق مرضي.

ب- ثبات المقياس:

١- الثبات بمعامل ألفا كرونباخ:

تم حساب الثبات بمعادلة كرونباخ والتي نطلق عليها أسم معامل ألفا كرونباخ Alpha، وقد تبين أن معامل ثبات ألفا للمقياس ككل (٠,٧٥٦) وهو معامل ثبات مرتفع. علاوة على أنه قد تم مراجعة نتائج قيمة ألفا بعد حذف العبارات كما هي موضحة بالجدول

التالي وقد تبين أن جميعها كانت ضعيفة مقارنة بقيمة ألفا الكلية مما يشير إلى ثبات مفردات المقياس، فحين تراوحت قيم معاملات ثبات الابعاد الفرعية ما بين (٠,٥٣٦ إلى ٠,٦٢٨).
٢- الثبات بالتجزئة النصفية:

تم حساب معامل الارتباط بين جزئي المقياس ككل (أحد الجزئين تضمن المفردات ذات الارقام الفردية، والأخر ذات الارقام الزوجية)، وكان معامل الارتباط بين جزئي المقياس قبل التصحيح (٠,٦٩٤)، وبعد التصحيح بمعادلة سبيرمان Spearman كانت قيمة معامل الثبات في حالة عدم تساوي الجزئين (٠,٧١٩) وهو دال عند مستوى ٠,٠١، ومعامل التصحيح باستخدام معادلة جتمان Getman في حالة عدم التساوي (٠,٧١٩)، وجميعها تشير إلى معامل ثبات مرتفع.

٣- مقياس المستوي الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد: عبد العزيز الشخص، ٢٠١٣).
يهدف المقياس إلى تحديد المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة التي ينتمي لها المشارك بالدراسة، فالمستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة يمثل إحدى العوامل البيئية ذات التأثير المهم في حياة الفرد؛ حيث يمتد تأثيرها في جميع جوانب شخصية الفرد؛ الجسمية، والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية. بل يؤثر المستوي الاجتماعي والاقتصادي على ما تقدمه الأسرة من خدمات والارتقاء بمهارات الفرد (عبد العزيز الشخص، ٢٠١٣).
هذا ويعد مقياس المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة واحد من المقاييس التي استخدمت في العديد من البحوث والدراسات العربية، حيث يتكون المقياس من ثلاث أبعاد وهم:

١- بعد الوظيفية أو المهنية (للجنسين): ويتضمن (تسعة مستويات).

٢- بعد مستوي التعليم (للجنسين): ويتضمن (ثمانية مستويات).

٣- بعد متوسط دخل الفرد في الشهر: ويتضمن سبع فئات (مستويات).

وقد تم استخدام المعادلة التنبؤية التالية في حساب المستوي الاجتماعي والاقتصادي:

$$(ص) = أ + ب١س١ + ب٢س٢ + ب٣س٣ + ب٤س٤ + ب٥س٥$$

حيث تشير (ص) إلى المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، و(أ) إلى القيمة الثابت العام والذي يبلغ ٠,٠٧٣، بينما تمثل (ب) قيم معاملات الانحدار وهي على التوالي (٠,٢٦٤، ٠,٢٨٤، ٠,١٠٢، ٠,١٦٠، ٠,١٢٥) وتمثل (س) متوسط دخل الفرد في الشهر، و(س) (٢)

درجة وظيفة رب الأسرة، (س٣) مستوى تعليم رب الأسرة (الأب)، (س٤) درجة وظيفة ربة الأسرة، (س٥) مستوى تعليم ربة الأسرة (الأم)، وبتطبيق المعادلة يمكن الحصول على سبع مستويات وهم: منخفض جداً، منخفض، دون المتوسط، متوسط، فوق المتوسط، مرتفع، مرتفع جداً.

٤- اختبار شدة التلعثم (تقنين وتعريب: نهلة عبد العزيز الرفاعي، ٢٠٠١):

أ- الهدف من الاختبار: تم إعداد اختبار شد التلعثم من قبل ريلي Rilay عام (١٩٨٦م) ويجمع الاختبار بين الشمولية والدقة والحساسية في قياس السلوك التخاطبي للمتلعثم؛ حيث يقيس الاختبار نسبة تكرار حدوث التلعثم وطول لحظة التلعثم والحركات والأصوات المصاحبة للتلعثم، وهذا يعطي فكرة كاملة عن التلعثم شكلاً وموضوعاً، ويتميز هذا الاختبار في كونه لا يعتمد على حكم المفحوص على نفسه فقط كما هو الحال في اختبارات التقرير الذاتي ولكن يعطي الاختبار درجات واضحة لكل سلوك تخاطبي من وجهة المتلعثم تتدرج ما بين (صفر) و(٤٥) درجة كلية في نهاية الاختبار، هذا بالإضافة إلى أنه سهل التطبيق ويصلح للكبار والصغار حيث أنه يحتوي على معايير للكبار وأخري للصغار من المتلعثمين.

ب- مكونات الاختبار: يتكون الاختبار من ورقة بها نموذج الاختبار والتصحيح والمواد المستخدمة وهي الصور والنصوص المكتوبة للقراءة. تحتوي الورقة على أربعة أجزاء: نسبة تكرار حدوث التلعثم ومتوسط أطوال ثلاث لحظات للتلعثم، والحركات والأصوات المصاحبة للتلعثم ثم جدول شدة التلعثم. كما توجد مربعات متابعة تكرار التلعثم خلف الورقة ومعها جدول شدة التلعثم، حيث تتكون الصور من: ثلاث صور للوصف وثلاث صور لقص متسلسلة.

ج- تصحيح الاختبار: يتم جمع درجات بنود الاختبار ويوضع المجموع في المربع الخاص به وهو رقم من (صفر) إلى (٤٥)، ويتم التصحيح وفق جدول شد التلعثم للصغار أو جدول شدة التلعثم للكبار حيث يتم تحويل المجموع الكلي إلى صفة شدة التلعثم أما بسيط جداً أو بسيط، متوسط الشد، شديد جداً. وجدول شدة التلعثم للكبار كما بالجدول التالي:

جدول (١٢)

جدول شدة التلغم للكبار وفق اختبار نهلة الرفاعي

شدة التلغم	المجموع الكلي
بسيط جداً	٢٠ - صفر
بسيط	٢٤ - ٢١
متوسط	٣١ - ٢٥
شديد	٣٥ - ٣٢
شديد جداً	٤٥ - ٣٦

د- الخصائص السيكومترية لمعد الاختبار: تم التحقق من مؤشرات الصدق لهذا الاختبار من خلال: صدق المحكمين والصدق الظاهري وصدق الاتساق الداخلي، وتم التحقق من ثبات الاختبار باستخدام طريقة إعادة تطبيق الاختبار على عينة قوامها (٥٢) مشارك بفاصل زمني ثلاث أسابيع، وبلغ معامل الثبات الكلي (٠,٩) وهو معامل ثبات عالي.

هـ- الخصائص السيكومترية للاختبار بالدراسة الحالية:

١- صدق المقياس : تم التحقق من مؤشرات الصدق لهذا الاختبار من خلال: الصدق التمييزي؛ حيث تم تطبيق الاختبار على عينة قوامها (٣٢) مشارك من افراد العينة وتم حساب أنتقاء (٥) ممن يعانون من التلغم بدرجة بسيطة جداً وعدد (٥) ممن يعانون من التلغم بدرجة شديدة جداً، وتم استخدام اختبار مان وتني لحساب قيمة الفروق متوسطي رتب العينتين وكانت نتائج الاختبار كما يلي:

جدول (١٣)

صدق المقارنة الطرفية لاختبار شدة التلغم

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيم U	قيمة Z	مستوي الدلالة
ذوي التلغم الشديد جداً	٥	٨	٤٠	٠٠٠	٣	٠,٠٥
ذوي التلغم البسيط جداً	٥	٣	١٥			

يتضح من الجدول السابق تمتع الاختبار بقدرة تمييزية بين مرتفعي ومنخفضي شدة

التلغم، وهذا يعد مؤشر على صدق الاختبار.

٢- ثبات الاختبار: تم التحقق من ثبات الاختبار باستخدام حساب قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ للدرجة الكلية على الاختبار، وجاءت قيمة معامل الثبات تساوي (٠,٧٢٦) وهي قيمة معامل ثبات مرضية.

٥- اختبار المصفوفات المتتابعة الملون Coloured Progressiv Matrics لقياس الذكاء (CPM) (جون رافن):

أ- تعريف بالاختبار ومكوناته: ظهر الاختبار لأول مرة عام ١٩٤٧م وتم تعديله عام ١٩٥٦م من قبل جون رافن Johe Raven. تميز هذا الاختبار بأنه لا يتأثر بالعوامل الحضارية والثقافية. يقوم هذا الاختبار على نظرية العاملين لسبيرمان، لذلك يتكون الاختبار من (٣) مجموعات وهم:

(١) المجموعة (A) والنجاح فيها يعتمد على قدرة الفرد على إكمال نمط مستمر وعند نهاية المجموعة يتغير هذا النمط من اتجاه واحد إلى اتجاهين نفس الوقت.

(٢) المجموع (AB) والنجاح فيها يعتمد على قدرة الفرد على إدراك الأشكال المنفصلة في نمط كلي على أساس الارتباط المكاني.

(٣) المجموعة (B) والنجاح فيها يعتمد على فهم الفرد للقاعدة التي تحكم التغيرات في الأشكال المرتبطة منطقياً أو مكانياً وهي تتطلب قدرة الفرد على التفكير المجرد.

وكل مجموعة من المجموعات السابقة تتكون من (١٢) مصفوفة وكل مصفوفة تحتوي بأسفلها على (٦) مصفوفات صغيرة بحيث يختار المفحوص مصفوفة واحدة لتكون هي المكملة للمصفوفة التي بالأعلى. والمجموعات الثلاثة السابقة وضعت في صورة مرتبة وهذا الترتيب ينمي خط منسق من التفكير والتدريب المقنن على طريقة العمل مما يجعل الفرصة متاحة لقياس النمو العقلي للأطفال حتي يصلوا إلى المرحلة التي يستخدموا فيها التفكير القياسي كطريقة للاستنتاج؛ وهي مرحلة النضج العقلي، والتي تبدأ في الانحدار في مرحلة الشيخوخة، وهذا ما يجعل متوسط الأداء لطفل عنده (٨) سنوات قريباً من أداء شخص في الـ (٨٠) من عمره.

ب- تعليمات التطبيق وإجراءات تصحيح الاستجابة: يتم طرح التعليمات الموجودة في كتيب التعليمات على المفحوص ويقوم المفحوص بفتح كتاب الاختبار الاستجابية على المطلوب في استمارة الاستجابة الخاصة بالمفحوص. مع التوضيح للمفحوص أنه يمكن التوقف عن الأداء على مفردات الاختبار حينما يتعثر المفحوص عن الاستجابة على الاشكال المعروضه عليه شريطة الا يكون قبل الشكل (A5) لذلك من الممكن اعتبار الشكل (A1) يستخدم للشرح للمفحوص. ويتم تصحيح الاستجابة بإعطاء درج واحدة للإجابة الصحيحة

وصفر للسؤال على السؤال الذي لم يجيب عنه المفحوص، يتم تجميع الدرجات الصحيحة التي حصل عليها المفحوص لمعرفة الدرجة الكلية للمفحوص في هذا الاختبار. ثم تحول الدرجات الخام إلى درجة مئوية تحت السن المناسب للمفحوص ثم يتم الكشف في مصفوفة المستوي العقلي ونسبة الذكاء للمقابل المئيني تحت عمر المفحوص.

٦- استمارة المقابلة الشخصية: (إعداد: صلاح مخيمر، ١٩٧٨).

صمم صلاح مخيمر هذه الاستمارة لجمع معطيات الحالة؛ لذلك تشتمل هذه الاستمارة على بيانات عن سنوات الطفولة، ومعطيات عن الأب والأم وأسلوب تربية الحالة ونمط الشخصية في مرحلة الطفولة، والاتجاه نحو العمل والدراسة، وموقف الشخص من العاهات والاضطرابات وفلسفته في الحياة وعاداته والاحلام وموقفه من الحياة الجنسية.

هذا وقد استخدمت تلك الاستمارة في العديد من الدراسات والبحوث العربية نظراً لتمتعها بخصوصية المعلومات التي يمكن الحصول عليها من مقابلة الحالة وطرح الأسئلة التي تتضمنها الاستمارة على الحالة. وجدير بالذكر ان تطبيق تلك الاستمارة يستغرق في أغلب الدراسات جلستين وللحالة حرية الاختيار في الاجابة على أسئلة الاستمارة.

٧- اختبار تفهم الموضوع للراشدين (TAT): (تأليف: بيلاك ليوبولد، ترجمة وتقديم: محمد أحمد خطاب، ٢٠١٦).

يهدف هذا الاختبار إلى دراسة دينامية الشخصية كما تتبدى في العلاقات بين الأشخاص وفي إدراك التفسير الهادف للبيئة، وهو يتكون من مجموعة من البطاقات عددها (٣٠) بطاقة مرقمة من (١-٢٠) بالإضافة إلى البطاقة البيضاء، ويطبق الاختبار بعرض كل صورة من الصور المكونة للاختبار بحيث يطلب من المفحوص كتابة قصة أو سرد قصة على ما يراه ويدركه بالصورة التي تعرض عليه.

ويتكون الاختبار من مجموعة صور للإناث الأقل من (١٤) سنة وتحمل الرمز (G)، ومجموعة من الصور للإناث الأكبر من (١٤) سنة وتحمل الرمز (F)، ومجموعة من الصور العامة وتحمل هذه الصور أرقام دون رموز وتطبق على الذكور والإناث الأكبر والأقل من (١٤) سنة، في حين يوجد مجموعة من الصور للذكور الأقل من (١٤) سنة وتحمل الرمز (B)، ومجموعة من الصور للذكور الأكبر من (١٤) سنة وتحمل الرمز (M)، أما الصور التي تحمل الرمز (MF) فهي للإناث والذكور الأكبر من (١٤) سنة، أما الصور التي

تحمل الرمز (BM) فهي صور تتطبق على الذكور فقط أكبر وأقل من (١٤) سنة، بينما الصور التي تحمل الرمز (GF) تطبق على الإناث فقط أكبر وأقل من (١٤) سنة.

وجدير بالذكر أن فلسفة الاختبار تقوم على اسقاط ما لدي الفرد في مجال اللاشعور وذلك من خلال تقديم مثير مبهم يؤدي إدراكه إلى كشف ما يخبه الفرد ويكبته في اللاشعور. لذلك يحاول الباحث استخدام هذا الاختبار للكشف عن التغيير الدينامي الحادث في شخصية الحالة الكلينية قبل وبعد تطبيق البرنامج بهدف التحقق من كفاءة البرنامج كإجراء سريري وكذلك التحقق من أن التغيير الحادث في شخصية الحالة الطرفية ليس وليد الصدفة أو مجرد الارتقاء النفسي وخاصة أن نموذج العلاج المستخدم يحاول لمس مجال اللاشعور عند المشاركين في البرنامج وذلك لكونه نهج علاجي يعتمد على أسس التحليل النفسي كأحد أسس بنائه.

٨- برنامج العلاج المعرفي التحليلي لخفض الجلوتوفوبيا لدي المتعلمين من طلبة الجامعة (إعداد: الباحث):

أ- مبررات إعداد البرنامج العلاجي:

يسعى الفرد بشكل مستمر إلى تحقق التوافق النفسي على المستوى الشخصي والمستوي الاجتماعي حتى يستطيع أن يعيش حياة هادئة بدون مشكلات أو صراعات نفسية. ولكن شعور الفرد كونه هدفاً للتعرض للسخرية أو أنه مستهدف للضحك بهدف السخرية من قبل الآخرين وخاصة طلبة الجامعة المتعلمين ينعكس بلا شك على سلوكياتهم ومشاعرهم وانفعالاتهم ومن ثم علاقتهم بالآخرين وقدرتهم على تكوين صداقات تتسم بالجودة والفاعلية وهذا يحد من تفاعل الطالب مع الآخرين بل قد يصل الأمر أن يكون تفاعله واحتكاكه معهم احتكاكات تتسم بالعدوانية. وهنا تبرز أهمية تصميم البرامج الإرشادية والعلاجية لتلك الفئة لخفض المشكلات النفسية والاجتماعية ذات الأثر الكبير في توافق كلية الجامعة المتعلمين مع ذاتهم والآخرين، مما ينعكس على قدرته الاجتماعية وقدرته على المشاركة الإيجابية في شتى مناحي الحياة.

وجدير بالذكر أن هناك بعض الدراسات التي تناولت الخوف من التعرض للسخرية وخاصة الدراسات التي تناولت تلك المشكلة لدى عينة من المتعلمين أو ذوي المشكلات الكلامية قد أوصت بضرورة إعداد برامج إرشادية وعلاجية لخفض هذه المشكلة لما يترتب

عليها من آثار في بناء شخصية الفرد الذي يعاني منها؛ ولعل من أبرز تلك الدراسات، دراسة (2014) Hiranandani et al ، ودراسة (2019) Brauer et al ، ودراسة (2023) Canestrari et al ، ودراسة (2023) Lau et al ، ودراسة (2023) Barabadi et al ، ودراسة (2023) Canestrari et al ، ودراسة (2023) Ruch & Stahlmann ، ودراسة (2023) Canestrari et al ، ودراسة أميره سعيد محمد & محمد رزق البحيري (٢٠٢٣)، ودراسة (2023) Canestrari et al ، ودراسة (2023) Barabadi et al ، ودراسة (2024) Sulejmanov et al ، ودراسة عبد الفتاح الخواجة (٢٠٢٤)، أحمد فخري هاني (٢٠٢٤)، محمد أحمد سيد (٢٠٢٥) .

علاوة على الإطلاع على الكتابات الخاصة بالعلاج المعرفي التحليلي وخاصة كتابات ريل (1990, 1992, 2000, 2003, 2007) Ryle ، علاوة على بعض الدراسات والبحوث التي تحققت من فعالية هذا النموذج العلاجي في خفض بعض الاضطراب لاسيما اضطرابات أو مشكلات قريبة الصلة من مشكلة الجلوتوفوبيا.

ب- الهدف العام للبرنامج:

يهدف البرنامج إلي خفض المستوي المرتفع من الجلوتوفوبيا لدى المشاركين بالبرنامج من طلبة الجامعة المتعلمين؛ وذلك من خلال تعرضهم لبريتوكول علاجي مخطط ومنظم ومحدد بفترة زمنية يقدم في شكل جلسات يطلب من المشارك خلالها تنفيذ بعض التدريبات والانشطة التي تساعده في مواجهة مشكلته والتغلب على الصعوبات التي تحد من تفاعله مع الآخرين، وتحسين مهاراته في مواجهة مخاوفه من التعامل مع الآخرين، وتعديل اتجاهاته نحو المواقف الاجتماعية التي يسود علي تفكيره خلال تواجده بيها الخوف من التعرض للسخرية ومن ثم يوجد هدف آخر للبرنامج العلاجي يتمثل في تحسين جودة الصداقة لدى هذه الفئة الطلابية وذلك توقعاً على غرار إنخفاض شعور الفرد بالجلوتوفوبيا واحكامه عن التفاعل والتعامل مع الآخرين. وينبثق من ذلك مجموعة من الأهداف الاجرائية مدرجة بكل جلسة من جلسات البرنامج (ملحق الجلسات التفصيلية للبرنامج).

ج- الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

للعلاج المعرفي التحليلي مجموعة من الأسس التي تجعله نموذج علاجي منفرد عن باقي النماذج العلاجية التكاملية، وتتمثل تلك الأسس في :

- ١) السعي وراء تحقيق الأهداف وكيف يتم مراجعتها أو عدم مراجعتها؛ ويتم ذلك من خلال إتباع مجموعة من العمليات العقلية.
 - ٢) تختلف الممارسات المعرفية في العلاج المعرفي التحليلي عن أي نموذج آخري من حيث الاستكشاف والتركيز على المشاعر والكشف عن العلاقة بين المشكلات والأحداث التحولية والانتقالية في حياة العميل.
 - ٣) -تحديد ثلاثة أنماط من الإجراءات الهائطة التي تحدث وهم المصائد، والأزمات، والعقبات والمشكلات، فتلك الانماط المسؤلة عن اضطراب العميل فإذا تم تحديدهم بدقة تمكن العميل من الاستشفاء من المشكلة أو الاضطراب.
 - ٤) المصادر الأساسية للتكيف النفسي هي الأبنية المعرفية التي تقوم بتشكيل المعاني والأفعال الموجهة لأهداف العميل في مواقف الحياة المختلفة.
 - ٥) إعادة الصياغة (التكوين) لمشكلات العميل خطوة مهمة تتم في إطار تحديد الأفكار والعتقادات والسلوكيات غير المرغوبة والتي تعود لعوامل طفولية تعد بمثابة عوامل مرسبة للاضطراب.
 - ٦) يجب على المعالج الممارس للعلاج المعرفي التحليلي أن يتحلى بالصبر والمقدرة على النقاش والاستماع الجيد وطرح وجهات النظر بشكل انعكاسي في إطار تعاوني بما يساعد العميل على الاعتراف بالممارسات الخاطئة.
 - ٧) ملف العلاج خطوة مهمة لا بد أن يقوم المعالج الممارس للعلاج المعرفي التحليلي بتدريب العميل عليه وإعطائه للعميل وتدريبه على كيفية استخدامه أثناء مواجهة الأزمات المستقبلية.
- في حين يوجد مجموعة من الأسس النفسية والاجتماعية والتربوية والفلسفية التي راعها الباحث عند بناء البرنامج وتتمثل في الآتي:
- ١- الأسس النفسية: وتمثلت في خفض التأثيرات السلبية لمشكلة الجلوتوفوبيا على المشاركين بالمجموعة التجريبية، وتدعيم النظرة الإيجابية للذات لديهم، ومراعاة الفروق الفردية بينهم، فمعظم المشكلات التي يعاني منها الفرد سببها طريقته في التفكير، وأنه يجب أن يكون مدركاً تماماً لما يفعله، ويعي تماماً للنتائج المترتبة على سلوكه، وأن سلوك الفرد يمكن تعديله وتغييره إلى الأفضل من خلال تغيير الأفكار

السلبية لديه، وإعادة بنائه المعرفي، وكذلك من خلال اكتشاف الأسباب التي كانت في الماضي ومواجهتها.

٢- الأسس الاجتماعية: وتمثلت في تنمية القدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية لدى أعضاء المجموعة التجريبية، وتطوير مهاراتهم على التواصل مع الآخرين، وتحقيق الاندماج في العلاقات الاجتماعية لديهم، من أجل تبني سلوكيات وأنشطة اجتماعية بديلة تجعلهم أكثر توكيدية في المواقف الاجتماعية المختلفة مما ينعكس على شعورهم بالخوف من سخرية وضحك الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة.

٣- الأسس التربوية: وتمثلت في التأكيد تدريب المشاركين على مهارات جديدة تجعلهم أكثر فعالية في الحياة، وغرس القيم التي تتفق مع ثقافة المجتمع، والتعبير عن وجهة النظر بحرية أثناء المناقشات الجماعية أثناء أنشطة البرنامج المختلفة بهدف تعليمهم مهارات الأفصاح عن الذات والمقيدة على تقدير ذاته، وتشجيع المشاركة في الأنشطة المختلفة، ورفع الوعي بالذات مما يجعل الفرد أكثر فهماً لذاته، وأقل تأنيباً لها، وأن كل فرد بحاجة إلى تحديد أهدافه في الحياة، بالإضافة إلى ضرورة وعي الفرد بمشكلاته، وحرصه على العمل على مواجهتها.

٤- الأسس الفلسفية: وتمثلت في أن الإنسان كائن اجتماعي بطبعه، وأن الأفكار والسلوكيات مرتبطان ومتداخلان ويؤثر كل منهما في الآخر، وأنه ينبغي دحض الأفكار السلبية المتعلقة بالخوف من ضحك الآخرين في المواقف المختلفة واستبدالها بأفكار إيجابية، وكذلك تعليم المشاركين فلسفة جديدة في الحياة تتمثل في المشاركة الإيجابية والمواجهة للمواقف الضاغطة التي يمر بها. وجدير بالذكر أن البرنامج المستخدم بالدراسة الحالية أعتمد على فلسفة ريل في التغير العلاجي من خلال إعادة صياغة المشكلة، ورفع وعي العميل ببعض السلوكيات السلبية التي يمارسها في مواجهة مشكلته.

د- مصادر بناء البرنامج:

تم بناء هذا البرنامج في ضوء الاطلاع على الأطر النظرية العربية والأجنبية المتعلقة بالجلوتوفوبيا، وكذلك البرامج العلاجية والإرشادية الخاصة بالعلاج المعرفي التحليلي وفقاً لنموذج Anthony Ryle وكيف يمكن إعادة صياغة مشكلة العميل وتحديد جوانب مشكلته

وجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن العميل ومشكلته، بالإضافة إلى الأدبيات المتعلقة بمبادئ وأسس هذا النموذج العلاجي.

حيث اعتمد البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية على نموذج Anthony Ryle، وهو يعد أحد النماذج العلاجية الحديثة المهمة، والذي يقوم على فكرة أساسية تتمثل في الوصف التفصيلي لإعادة صياغة مشكلة العميل واكتشاف طرق التفكير والسلوكيات التي كان يتعامل بها مع مشكلته، علاوة على مساعدة العميل على تنمية مفهوم ذات أكثر تقديراً تجاه مشكلته، وكتابة الخطاب النثري وعمل التخطيطات التي تسهم في إقامة علاقة تعاونية وتنمية الشعور بالمسؤولية الشخصية للشعور بالتغيرات العلاجية الذي حدث له. وهذا يتم من خلال تعديل بعض الأفكار والمعتقدات المعرفية لدى العميل؛ كالإدراك، والقناعات، والتخيل، والتفكير، والحديث الذاتي، ومساعدته على التصرف بوعي، مما ينعكس على سلوكياته الحياتية. ويتم ذلك من خلال ثلاث مراحل أساسية وهم: ١- مرحلة إعادة الصياغة للمشكلة، ٢- مرحلة التدخل النشط، ٣- مرحلة الانتهاء والوداع.

هـ- الفنيات المستخدمة في البرنامج:

اعتمد البرنامج على استخدام العديد من الفنيات الخاصة بالعلاج المعرفي التحليلي وهي: الاحتفاظ بدفتر يوميات لتسجيل الانفعالات والسلوك، إعادة الصياغة (التكوين)، إعادة التكوين التخطيطي التتابع، خطاب الوداع. بالإضافة إلى بعض الأساليب والفنيات المساعدة وتتمثل في: التنقيف النفسي (المناقشة-المحاضرة- النمذجة)، التعزيز، الاسترخاء.

و- مدة تطبيق البرنامج وعدد جلساته:

اشتمل البرنامج على (٢١) جلسة علاجية بالإضافة إلى جلسة المتابعة، تم تطبيقها بواقع جلستين أسبوعياً بشكل فردي في أغلبها، وتتراوح مدة تنفيذ كل جلسة ما بين (٦٠) إلى (١٢٠) دقيقة، واستغرق تنفيذ البرنامج مدة (١١) أسبوعاً تقريباً.

ز- تقويم البرنامج: تم تقويم البرنامج من خلال المراحل التالية:

١- المرحلة الأولى (التقويم البنائي): ويتمثل في التقويم المصاحب لعملية تطبيق

البرنامج والذي يضمن مراحل التطور العلاجي ونمو المكاسب بالبرنامج وتقدمه في تحقيق أهدافه خلال الجلسات وذلك من خلال التقويم الذي يعقب كل جلسة، بالإضافة إلى متابعة تنفيذ أعضاء المجموعة التجريبية للواجبات المنزلية التي يتم

تكليفهم بها في نهاية كل جلسة، وملاحظة مدى التقييم الإيجابي لأفراد المجموعة التجريبية لأنفسهم أثناء الجلسات، والمشاركة الإيجابية من جانبهم في تنفيذ أنشطة البرنامج.

٢- المرحلة الثانية (التقويم النهائي): ويتمثل في تقويم البرنامج المستخدم في الدراسة بعد الانتهاء من تطبيقه للتعرف على فعاليته في خفض أعراض الجلوتوفوبيا لدى أعضاء المجموعة التجريبية، وذلك من خلال مقارنة درجاتهم على مقياس الجلوتوفوبيا في القياسين القبلي والبعدي، وكذلك مقياس جودة الصداقة ، وكذلك مقياس شدة التلعثم قبل وبعد البرنامج.

٣- المرحلة الثالثة (التقويم التبعي): ويتمثل في تطبيق مقياس الجلوتوفوبيا على أعضاء المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة وقدرها شهر من انتهاء البرنامج للتعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج وكذلك مقياس جودة الصداقة ، ومقياس شدة التلعثم.

ح- محتوى جلسات البرنامج:

يوضح الجدول التالي ملخصاً لمحتوى جلسات البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية:

جدول (١٤)

ملخص محتوى جلسات برنامج العلاجي المعرفي التحليلي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف العام للجلسة	الأساليب المستخدمة	الانشطة المتضمنة بالجلسة	الفنيات والاستراتيجيات العلاجية المستخدمة	أسلوب تطبيق الجلسة	المدة الزمنية المقترحة	الواجب المنزلي
٢-١	الجلسة التمهيدية	-تعريف المشارك سبب اختياره للاشتراك في البرنامج . -توقيع عقد الاتفاق والموافقة المستنيرة للمشاركة في البرنامج. -تهيئة المشارك بالبرنامج للالتحاق	الحوار والمناقشة	قطار التوقعات	فنية: الاحتفاظ بدفتر اليوميات لتسجيل الانفعالات والسلوك - فنية التعزيز.	فردى	٦٠ دقيقة	دون دفتر يومياتك بعض ملاحظات عن سلوكك وانفعالات قبل وبعد حضور الجلسة.

						بالبرنامج والمشاركة الفعالة في الجلسات. - تطبيق أدوات الدراسة (مقاييس الدراسة- استمارة المقابلة الكلينيكية- التطبيق القبلي لمعارف المشارك حول آليات البرنامج).		
دون خلال دفتر يومياتك بعض ملاحظات عن سلوكك أثناء تواجدك بالمجموعة العلاجية وانفعالاتك قبل وبعد حضور الجلسة.	٩٠ دقيقة	جماعي	فنية: الاحتفاظ بدفتر اليوميات لتسجيل الانفعالات والسلوك	فكر- زواج- شارك.	الحوار والمناقشة	- تعارف المشاركين بالمجموعة العلاجية وبعضهم البعض. - شرح الأدوار التي يقوم بها كل من الباحث والمشاركين. - تحديد توقعات المشاركين حول ما يقدم بجلسات البرنامج. - الاتفاق على القواعد المنظمة لسير جلسات البرنامج (توقيت تطبيق الجلسات- مكان التطبيق- المشاركة الفعالة- الموافقة على المناقشات الجماعية لبعض جوانب المشكلة- القبول غير المشروط-...).	تعارف وتوقعات	٣
واجب الجلسة (٤): قم بكتابة خطاب موجّه نحو	٦٠ دقيقة لكل جلسة	جماعي	فنية : إعادة الصياغة (التكوين) لمشكلة العميل.	نشاط فني رسم شجرة الصفات يحدد	الحوار والمناقشة	- مناقشة الواجب المنزلي. - رفع وعي المشاركين بماهية	صياغة الحالة في ضوء نموذج CAT	٤ ٥ ٦

<p>ذاتك تشرح خلاله مشكلتك وكيف تطورت. واجب الجلسة (٥): حدد بعض الصعوبات التي تواجهك في تكوين صداقات خلال مواقف الحياة المختلفة. واجب الجلسة (٦): حدد الأفكار التي ترد إلى تفكير المشارك حول مواقف الأخرين أثناء مواقف الحياة اليومية.</p>				<p>المشارك خلال كل ورقة من أوراق الشجرة نقاط القوة والضعف والأوراق التي تسقط ماهية الصفات التي تلاشت بسبب العديد من المواقف الحياتية. نشاط كتابي: كشف الذات من خلال مناقشة الخطاب</p>		<p>لجلوتوفوبيا. - تحديد المشاركين لأسباب الجلوتوفوبيا ومخاطرها. - يكتشف المشاركون أهمية مواجهة هذه المشكلة. - يحدد المشاركون ماهية الصداقة وأهميتها. - يحدد المشاركون العلاقة الجلوتوفوبيا وعدم تكوين صداقات.</p>		
<p>حدد مجموعة الدوافع التي تجعل تشعر بالخوف من السخرية.</p>	<p>٦٠ دقيقة</p>	<p>فردى</p>	<p>فنية إعادة التكوين التخطيطي التتابعي فنية الدحض والاقناع.</p>	<p>فكر ماذا لو</p>	<p>المناقشة والحوار العصف الذهني أسلوب المعرض النمذجة</p>	<p>-مناقشة الواجب المنزلي. -تحديد دوافع الخوف المرضى من مواقف الفكاهة في الحياة اليومية (تحديد الشركاء). - تدريب المشارك على حصر الأفكار والمعتقدات المرتبطة بمواقف الضحك والسخرية (القياس الحدي/</p>	<p>التدريب على إعادة التكوين التخطيطي التتابعي</p>	<p>٧</p>
<p>حدد مجموعة الأفكار والمعتقدات ذات الرواسب الطفولية التي ترتبط بخوفك من مواقف</p>	<p>٦٠ دقيقة</p>	<p>فردى</p>						<p>٨</p>

الضحك من قبل الآخرين.						المأزق) -تعرف التوقعات المرتبطة بضحك الآخرين في مواقف الفكاهة الجماعية (تحديد العقبات غير المتوقعة). - مناقشة المشاركين الخبرات المرتبطة بالتجارب المؤلمة لمواقف الضحك والسخرية.		٩
ما مجموعة العقبات / الإعاقات التي تجعلك ترفض وجود صداقات في حياتك.	٦٠ دقيقة	فردى						١٠
عمل جدول لحصر الأفكار والمواقف التي يحدث فيها التجنب من مواقف الضحك الآخرين	١٠٠ دقيقة	جماعى	فنية: الاحتفاظ بدفتر اليوميات لتسجيل الانفعالات والسلوك فنية التخيل الانفعالى		المحاضرة المناقشة	- مناقشة الواجب المنزلى. - تعرف كيف تنشأ الحساسية المفرطة للمواقف الاجتماعية. - تحديد مواقف التجنب الاجتماعي خلال أحداث الحياة اليومية. - تدريب المشارك على خفض الحساسية المفرطة تجاه مواقف السخرية المزعومة من الآخرين. - مناقشة المشارك في أفكاره ومعتقداته البديلة أثناء عملية المواجهة لمواقف الضحك من قبل الآخرين. - يذكر المشارك المواقف الجديدة التي استخدم فيها		١١
	٩٠ دقيقة	جماعى						١٢
تكرار التدريبات التي تمت خلال الجلسة	٦٠ دقيقة	فردى	نشاط مسرحى حول مواقف الضحك والسخرية		النمذجة العصف الذهنى		مواجهة المخاوف	١٣
	٦٠ دقيقة	فردى	فنية تدريبات المواجهة فنية التحصين ضد التوتر	تعالى نتخيل ماذا لو				١٤

						فكرة المواجهة.		
تكرار تدريبات الاسترخاء	٧٠ دقيقة	فردى		التدريب على الاسترخاء الذهني في مواقف الانفعال		- مراجعة الواجبات المنزلية. تدريب المشاركين على الاسترخاء الذهني في مواقف الشعور بالسخرية. - تدريب المشاركين على الاسترخاء العضلي عند الشعور بخلل التفاعل المتناغم للحركات الجسد		١٥
تكرار تدريبات الاسترخاء	٧٠ دقيقة	فردى	فنية الاسترخاء فنية التخيل الانفعالي	التدريب على الاسترخاء العضلي في مواقف الانفعال	العصف الذهني	- تدريب المشاركين على الاسترخاء العضلي عند الشعور بخلل التفاعل المتناغم للحركات الجسد	التدريب على الاسترخاء في مواقف الاجتماعية الضاغطة	١٦
حدد موقف تشعر فيه بالسخرية من ضحك الآخرين وحدد كيف تتصرف بعد هذه الجلسة	٩٠ دقيقة	جماعى				- مراجعة الواجبات المنزلية. - تدريب المشاركين على مواجهة الخلل التعبير المناسب في مواقف التواصل اللفظي وغير اللفظي. - تدريب المشاركين على مواجهة التفاعل المتناغم لحركات الحسد في		١٧
حدد الاحاسيس الجسدية التي تشعر بيها عند التعرض لموقف تشعر فيه بسخرية الآخرين.	١٠٠ دقيقة	جماعى	فنية الاحاديث الذاتية الايجابية فنية المراقبة الذاتية فنية خطاب الوداع		النمذجة العصف الذهني	- تدريب المشاركين على مواجهة التفاعل المتناغم لحركات الحسد في	التواصل الفعال في المواقف الاجتماعية	١٨

						بالسخرية من الآخرين.		
مقومات نجاح علاقات الصداقة في المناخ الجامعي	١٢٠ دقيقة	جماعي		- كيف تكسب صديق - كيف تحول الاعداء إلى أصدقاء	العصف الذهني الحوار والمناقشة	مراجعة الواجبات المنزلية. - توضيح مفهوم الصداقة ودوره في الدعم الاجتماعي. - تعرف المشاركين بمقومات العلاقات الاجتماعية الناجحة. - التدريب على المساندة الاجتماعية للآخرين في المواقف الحياتية.	رحلة مع صديق	١٩
أكتب مقال تعبر فيه لصديقك عن طموحك وأمالك في تكوين صداقة ناجحة	١٢٠ دقيقة	جماعي	قصة كفاح ايد في ايد نكمل الطريق	المناقشة والحوار	تحديد مفهوم النجاح. تحديد مقومات النجاح الشخصي. - دور الأخرى في حياة الفرد. - تحديد أهمية جودة الصداقة وبناء جسور الصداقة.		مقومات نجاح الصداقة	٢٠
أكتب المكاسب التي حققتها من البرنامج خلال خطاب الوداع	٩٠ دقيقة	جماعي	فنية خطاب الوداع فنية التغذية الراجعة المكتوبة	نقاش مفتوح حول المكاسب	المناقشة والحوار	أنتهاء البرنامج والتطبيق البعدي لمقاييس الدراسة توزيع دليل العلاج المعرفي التحليلي للوقاية من الانتكاسة	أنهاء البرنامج التطبيق البعدي	٢١
الاستمرار في ممارسة ما تم اكتسابه من مهارات أثناء جلسات	٩٠ دقيقة	جماعي	فنية خطاب الوداع التغذية الراجعة المكتوبة	نقاش مفتوح حول المكاسب العلاجية	المناقشة والحوار	التطبيق التتبعي لمقاييس الدراسة مساعدة أعضاء المجموعة على التجربة على إثارة الدوافع	المتابعة والوقاية من الانتكاسة	٢٢

البرنامج.						الإيجابية لمقاومة الانتكاسة والعودة إلى مشكلة الجلوتوفوبيا، من خلال التدريب على مواجهة أعراض الانتكاسة.		
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

ط- توقيت ومكان تطبيق الجلسات : نظراً لعدم أحتواء الكلية على معمل خاص بتطبيق الجلسات لذلك تم الاتفاق مع أفراد المجموعة العلاجية أن يتم التطبيق بمكتب الباحث (الدور الثاني بمبنى أعضاء هيئة التدريس) وتم الاتفاق على أن يتم التواجد الساعة ٩ صباحاً وتكون أقصى مدة للجلسة هي ساعتين. أما عن جلسات الاسترخاء والجلسات الفردية فيتم الاتفاق بشكل شخصي مع المشارك بالتوقيت المناسب له وكان أغلب المشاركين يفضلون الصباح من (٨) أو ٩ صباحاً بحيث يكون ليس هناك تواجد من الزملاء من أعضاء هيئة التدريس. وهذا وقد تم إبلاغ إدارة الكلية بحضور بعض الطلاب من كليات أخرى للسماح لهم بالدخول من بوابة الأمن في التوقيت المبكر كما تم الاستعانة بتواجد أحد الموظفين بالدور للتهيئة الغرفة في الصباح الباكر من حيث النظافة وإعداد كراسي لتواجد الطلاب المشاركين بهدف محاولة ضبط البيئة الفيزيائية لعملية التطبيق وكذلك منع ترك أحد من طلاب الكلية أو الزملاء أثناء سير الجلسة).

ك- الأدوات والوسائل التي تم استخدامها بالبرنامج : تم استخدام بعض الأدوات أثناء جلسات البرنامج تمثلت في نوت بوك، أقلام جاب، أقلام فليب شارت، استاند، أقلام بك بورد، بعض الملصقات، كذلك بعض المعززات التي كانت تستخدم في كسر الجليد في أنشطة البرنامج.

ل- تم تحكيم البرنامج من أربعة من أساتذة الصحة النفسية ممن لهم خبرة بالعلاج النفسي علاوة على حضور الباحث لدورة تدريبية عن العلاج المعرفية (المهارات: والتطبيق) وكذلك ورشة عمل عن التدخلات العلاجية القائمة على التحليل النفسي وكذلك مشاهدة الباحث لبعض ورش العمل والجلسات العلاجية التدريبية للعلاج المعرفي التحليلي عبر

موقع يوتيوب وتم ذلك قبل تطبيق البرنامج بهدف اثراء مهارات الباحث في التعامل مع المشاركين بالبرنامج وتحقيق فعالية قسوى من جلسات البرنامج.

خطوات السير في الدراسة: أتبعت الدراسة الحالية الخطوات التالية:

- الشعور بالمشكلة من الواقع العملي للباحث.
- الإطلاع على الدراسات والبحوث السابقة المرتبطة بالمشكلة الدراسة التي تمكن الباحث من مطالعتها.
- بلورة مشكلة الدراسة وصياغة عنوان الدراسة في الشكل النهائي.
- إعداد الإطار المفاهيمي لمتغيرات الدراسة وصياغة فروض الدراسة في ضوء نتائج الدراسات السابقة التي تمكن الباحث من الحصول عليها لمتغيرات الدراسة.
- تجهيز المقاييس المستخدمة بالدراسة التحقق من الخصائص السيكومترية لها وإعداد البرنامج العلاجي المقترح وتحكيمة.
- تطبيق الأدوات المستخدمة بالدراسة وإنشاء عينة الدراسة التجريبية ومقابلتهم تمهيداً للمشاركة في البرنامج العلاجي المقترح.
- تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث).
- التطبيق البعدي لمقاييس الدراسة على العينة التجريبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.
- تطبيق الدراسة الكلينية على الحالة الفردية للتحقق من الفرض الكلينيكي بالدراسة.
- معالجة البيانات أحصائياً والتحقق من فروض الدراسة باستخدام الاختبارات الاحصائية المناسبة. حيث تم استخدام الاختبارات الاحصائية التالية في الدراسة الحالية:
 - النسب المئوية والمتوسطات والانحرافات المعيارية لوصف عينة الدراسة.
 - معامل الارتباط الخطي لبيرسون للتحقق من الاتساق الداخلي لأداة الدراسة.
 - التحليل العاملي الاستكشافي والتحليل العاملي التوكيدي للتحقق من صدق أداة الدراسة.
- اختبار "ت" لمجموعات المستقلة للتحقق من صدق أداة الدراسة بطريقة صدق المقارنة الطرفية.

- معامل ثبات ألفا كرونباخ (واستخدام معادلة جتمان ومعادلة سبرمان في تصحيح قيم معاملات الثبات) لحساب ثبات أداة الدراسة.
- اختبار أختبار كروسكال ولس للعينات المستقلة لمجانسة أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات (المستوي الاجتماعي والاقتصادي، العمر الزمني، درجة الذكاء، الجلوتوفوبيا، جودة الصداقة، درجة التلثم) قبل تطبيق البرنامج العلاجي.
- اختبار مان ويتني Man-Whitney للمجموعات المستقلة للتحقق من دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة المناظرة لها في التطبيق البعدي في (الجلوتوفوبيا، جودة الصداقة).
- اختبار ويلكوكسن Wilcoxon للمجموعات المرتبطة للتحقق من دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي والقياسين البعدي والتبعي للمجموعة التجريبية في (الجلوتوفوبيا، جودة الصداقة).
- وجدير بالذكر أنه تم استخدام برنامج SPSS-25 وبرنامج AMOS-25 في التحليلات الاحصائية.

- تم مناقشة نتائج فروض الدراسة وتفسير في ضوء الإطار المفاهيمي لمتغيرات الدراسة.
- تم صياغة التوصيات والبحوث المقترحة في ضوء ما اسفرت عنه نتائج الدراسة.
- إخراج الدراسة في شكلها النهائي وارسالها للمجلة تمهيداً للنشر.

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها :

فيما يلي عرض النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية من خلال عرض فروض الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة للتحقق من هذه الفروض:

أ- نتائج فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا وتحسين جودة الصداقة لدى عينة الدراسة:

١- نتائج الفرض الأول وينص أنه " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبيتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الجلوتوفوبيا في إتجاه القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسن Wilcoxon Signed Ranks Test للمجموعات المرتبطة للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعتين

التجربيتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الجلوتوفوبيا. وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١٥)

نتائج اختبار ويلكوكسن للمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجربيتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياسين القبلي والبعدي لاستبيان الجلوتوفوبيا

المتغيرات	المجموع التجريبية	القياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الخوف من التعرض للسخرية (الجلوتوفوبيا)	ذكور	البعدي - القبلي	الموجبة	٠	٠		٢,٣٣-	٠,٠٥ (دالة)
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				
الخوف من التعرض للسخرية (الجلوتوفوبيا)	إناث	البعدي - القبلي	الموجبة	٠	٠		٢,٢٧-	٠,٠٥ (دالة)
			السالبة	٦	٣,٥	٢١		
			المتعادلة	٠				

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية (ذكور) في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الجلوتوفوبيا في اتجاه القياس القبلي (إحصائياً) واتجاه القياس البعدي (تجريبياً)، (حيث أن المتغير التابع يعبر عن اضطراب فإن ما يحدثه المتغير المستقل في هذا المتغير هو خفض مستواه في التطبيق البعدي؛ لذا يقصد الباحث في اتجاه القياس القبلي من الناحية الإحصائية ولكن من الناحية التجريبية العلاجية أثر المتغير المستقل في خفض مستوي الجلوتوفوبيا لدي عينة الدراسة ومن ثم يكون اتجاه التأثير في اتجاه القياس البعدي من حيث التحسن) حيث بلغت قيمة (Z) (-٢,٣٣) حيث تشير الإشارة السالبة هنا إلى أن القياس تم (البعدي - القبلي) وأن متوسط رتب الدرجات في القياس القبلي كان أعلى من متوسط رتب درجات القياس البعدي ومن لذلك تشير الإشارة السالبة إلى اتجاه الفروق إحصائياً للقياس القبلي.

كما يتضح من البيانات بالجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (إناث) في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الجلوتوفوبيا في اتجاه القياس القبلي (إحصائياً) حيث بلغت قيمة (Z) (-٢,٢٧) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٥)؛ ومن ثم فقد تحقق الفرض الأول.

ولقياس حجم التأثير الذي أحدثه البرنامج العلاجي (العلاج المعرفي التحليلي) في أفراد المجموعة العلاجية باعتباره المتغير المستقل في المتغير التابع والمتمثل في الجلوتوفوبيا، تم حساب قيمة معامل الارتباط الثنائي لترتيب الأزواج المرتبطة من خلال المعادلة التالية: $r = (4(T1)/n(n+1)) - 1$ (عزت عبد الحميد، ٢٠١١، ٢٧٩-٢٨٠)

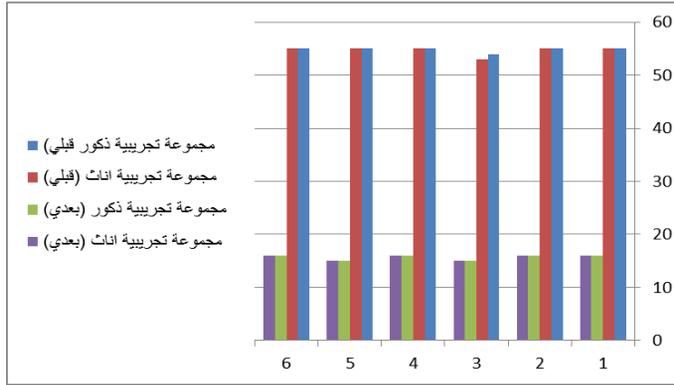
- (T1) تشير إلى: مجموع الرتب الموجبة.

- (T2) تشير إلى : مجموع الرتب السالبة.

- (n) تشير إلى : عدد أفراد المجموعة التجريبية.

ومن ثم بالنظر للنتائج الموضحة بالجدول السابق نجد أن مجموع رتب الفروق الموجبة (١T) تساوي (صفر)، ومجموع رتب الفروق السالبة (٢T) تساوي (٢١) وبأخذ قيمة (T) الصغرى وهي (١T) ومقارنتها بالقيمة الحرجة الجدولية عند (n) (عدد الأزواج بعد استبعاد الأزواج التي لها فروق متعادلة إن وجدت) = ٦ ومستوى دلالة ٠,٠٥ وقيمتها (٦)؛ نجد أن (T) المحسوبة أقل من (T) الجدولية، وقيمة (Z) للدرجة الكلية للمقياس تساوي (-٢,٣٣) لمجموعة الذكور، وتساوي (-٢,٢٧) لمجموعة الإناث وهي قيمة دالة عند مستوى ٠,٠٥.

بالتعويض في المعادلة السابقة نجد أن قيمة (r) = (-١)، ومن ثم نجد أن البرنامج العلاجي أحدث تغييراً في أفراد المجموعة التجريبية فأدى إلى خفض الجلوتوفوبيا لدى عينة الدراسة؛ والإشارة السالبة تشير أن جميع الفروق في الدرجات كانت ذات إشارة سالبة حيث كانت درجات الأفراد في المقياس القبلي مرتفعة على استبيان الجلوتوفوبيا وانخفضت تلك الدرجات في المقياس البعدي بعد تعرضهم للبرنامج العلاجي؛ ومن ثم تشير هذه القيمة إلى وجود تأثير فعال للمتغير المستقل (البرنامج العلاجي) على المتغير التابع (الجلوتوفوبيا) حيث انخفضت درجات المجموعة التجريبية بعد البرنامج عما كانت عليه من قبل انخفاض ملحوظ. ويوضح الشكل التالي تمثيلاً بيانياً لدرجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياسين القبلي والبعدي على استبيان الجلوتوفوبيا:



شكل (٤)

رسم بياني يوضح الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور- مجموعة الإناث) على استبيان الجلوتوفوبيا

الفرض الثاني وينص أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (مجموعة الذكور-مجموعة الإناث) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الصداقة في إتجاه القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسن Wilcoxon Signed Ranks Test للمجموعات المرتبطة للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور-مجموعة الإناث) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الصداقة. وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١٦)

نتائج اختبار ويلكوكسن للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور-مجموعة الإناث) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الصداقة

المتغيرات	المجموع التجريبية	القياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
جودة الصداقة	ذكور	البعدي- القبلي	الموجبة	٦	٣,٥	٢١	٢,٤٤٩	٠,٠١ (دالة)
			السالبة	٠	٠	٠		
			المتعادلة	٠	٠	٠		
	إناث	البعدي- القبلي	الموجبة	٦	٣,٥	٢١	٢,٢٠٧	٠,٠٥ (دالة)
			السالبة	٠	٠	٠		
			المتعادلة	٠	٠	٠		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية (ذكور) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الصداقة في إتجاه القياس البعدي حيث بلغت قيمة (Z) (٢,٤٤٩)، كما يتضح

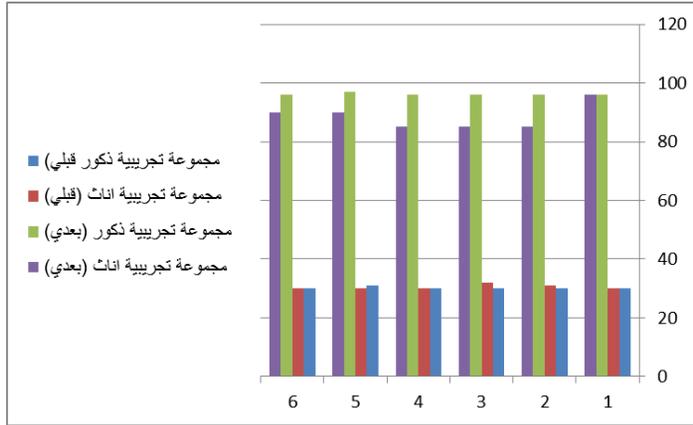
من البيانات بالجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (إناث) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مؤشرات جودة الصداقة في اتجاه القياس القبلي (إحصائياً) حيث بلغت قيمة (Z) (٢,٢٠٧) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٥) ومن ثم فقد تحقق الفرض الثاني.

ولقياس فعالية البرنامج (الأثر غير المباشر للبرنامج في تحسين جودة الصداقة) تم حساب قيمة حجم التأثير الذي أحدثه البرنامج العلاجي (العلاج المعرفي التحليلي) في أفراد المجموعة العلاجية باعتباره المتغير المستقل في المتغير التابع والمتمثل في جودة الصداقة، وذلك بحساب قيمة معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة من خلال المعادلة التالية:

$$r = (4(T1)/n(n+1)) - 1$$

وبالنظر للنتائج الموضحة بالجدول السابق نجد أن مجموع رتب الفروق الموجبة (١T) تساوي (٢١)، ومجموع رتب الفروق السالبة (٢T) تساوي (صفر) وبأخذ قيمة (T) الصغرى وهي (١T) ومقارنتها بالقيمة الحرجة الجدولية عند (ن) (عدد الأزواج بعد استبعاد الأزواج التي لها فروق متعادلة إن وجدت) = ٦ ومستوى دلالة ٠,٠١ وقيمتها (٦)؛ نجد أن (T) المحسوبة أقل من (T) الجدولية، وقيمة (Z) للدرجة الكلية للمقياس تساوي (٢,٤٤٩) لمجموعة الذكور، وتساوي (٢,٢٠٧) لمجموعة الإناث وهي قيمة دالة عند مستوى ٠,٠٥ .

بالتعويض في المعادلة السابقة وفق معاملات الدرجة الكلية على المقياس نجد أن قيمة (r) = (١)، ومن ثم نجد أن البرنامج العلاجي أحدث تغييراً في أفراد المجموعة التجريبية فأدى إلى تحسين جودة الصداقة لدى عينة الدراسة؛ ومن ثم تشير هذه القيمة إلى وجود تأثير فعال للمتغير المستقل (البرنامج العلاجي) على المتغير التابع جود الصداقة حيث تحسنت درجات المجموعة التجريبية بعد المشاركة في البرنامج عما كانت عليه من قبل. ويوضح الشكل التالي تمثيلاً بيانياً لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الصداقة:



شكل (٥)

رسم بياني يوضح الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) على مقياس جودة الصداقة

الفرض الثالث وينص أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (الذكور) المجموعة الضابطة (الذكور)، والمجموعة التجريبية (إناث) والمجموعة الضابطة (إناث) في القياس البعدي على استبيان الجلوتوفوبيا إتجاه المجموعة التجريبية. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney Test للمجموعات المستقلة للمقارنة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور)، والمجموعة التجريبية (إناث) والمجموعة الضابطة (ذكور)، والمجموعة الضابطة (إناث) في القياس البعدي على استبيان الجلوتوفوبيا. وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١٧)

نتائج اختبار مان ويتني للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور- مجموعة الإناث) والمجموعتين الضابطتين (مجموعة الذكور- مجموعة الإناث) في القياس البعدي لاستبيان الجلوتوفوبيا

المتغيرات	المجموعه	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (W)	قيمة Z	مستوى الدلالة
الخواف من التعرض للسخرية (الجلوتوفوبيا)	تجريبية (ذكور)	٦	٣,٥	٢١	٠,٠٠٠	٢١	٣,١٤٦-	٠,٠٠٥ (دالة)
	ضابطة (ذكور)	٦	٩,٥	٥٧				
	تجريبية (إناث)	٦	٣,٥	٢١	٠,٠٠٠	٢١	٣-	٠,٠٠٥ (دالة)
	ضابطة (إناث)	٦	٩,٥	٥٧				

يتضح من الجدول السابق وجود فروق داله إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة الضابطة (ذكور)، والمجموعة التجريبية (إناث)، والمجموعة الضابطة (إناث) لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، حيث تظهر النتائج مدى إنخفاض متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية على استبيان الجلوتوفوبيا وذلك بعد مشاركة المجموعة التجريبية في البرنامج العلاجي. وللتحقق من حجم التأثير الذي أحدثه البرنامج العلاجي في المتغير التابع (الخواف من التعرض للسخرية) يمكن اتباع المعادلة التالية : $r=2(MR1-MR2)/(n1+n2)$.

وبالتعويض في متغيرات المعادلة السابقة، يمكن الحصول على قيمة حجم التأثير = (١-)، ويمثل حجم التأثير هذا تأثير قوي للبرنامج العلاجي المستخدم في خفض الجلوتوفوبيا لدى المجموعتين التجريبتين. والرسم البياني التالي يوضح الفرق بين متوسط رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على استبيان الجلوتوفوبيا.



شكل (٦)

رسم بياني يوضح الفروق بين المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور- مجموعة الإناث) والمجموعتين الضابقتين (مجموعة الذكور- مجموعة الإناث) في القياس البعدي لاستبيان الجلوتوفوبيا

الفرض الرابع ونصه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (الذكور) المجموعة الضابطة (الذكور)، والمجموعة التجريبية (إناث) والمجموعة الضابطة (إناث) في القياس البعدي على مقياس جودة الصداقة إتجاه المجموعة التجريبية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney Test للمجموعات المستقلة للمقارنة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور)، والمجموعة التجريبية (إناث) والمجموعة الضابطة (ذكور)، والمجموعة الضابطة (إناث) في القياس البعدي على مقياس جودة الصداقة والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار:

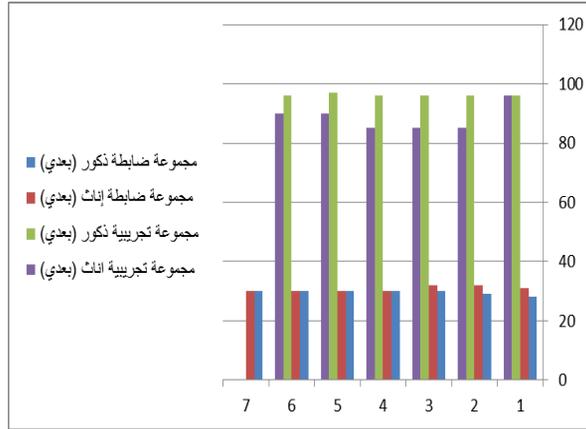
جدول (١٨)

نتائج اختبار مان ويتني للمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور- مجموعة الإناث) والمجموعتين الضابطتين (مجموعة الذكور-مجموعة الإناث) في القياس البعدي لمقياس جودة الصداقة

المتغيرات	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (W)	قيمة Z	مستوى الدلالة
جودة الصداقة	تجريبية (ذكور)	٦	٩,٥	٥٧	٠,٠٠٠	٢١	٣,٠٤٧	٠,٠٠٥ (دالة)
	ضابطة (ذكور)	٦	٣,٥	٢١				
	تجريبية (إناث)	٦	٩,٥	٥٧	٠,٠٠٠	٢١	٣,٠١٧	٠,٠٠٥ (دالة)
	ضابطة (إناث)	٦	٣,٥	٢١				

يتضح من الجدول السابق وجود فروق داله إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة الضابطة (ذكور)، والمجموعة التجريبية (إناث)، والمجموعة الضابطة (إناث) لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، حيث تظهر النتائج مدى ارتفاع متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس مؤشرات جودة الصداقة وذلك بعد مشاركة المجموعة التجريبية في البرنامج العلاجي. وللتحقق من حجم التأثير الذي أحدثه البرنامج العلاجي في المتغير التابع (جودة الصداقة) يمكن إتباع المعادلة التالية: $r=2(MR1-MR2)/(n1+n2)$.

وبالتعويض في متغيرات المعادلة السابقة، يمكن الحصول على قيمة حجم التأثير = (١)، ويمثل حجم التأثير هذا التأثير غير المباشر للبرنامج العلاجي المستخدم في خفض الجلوتوفوبيا والذي على غرار هذا الانخفاض حدث تحسن في جودة الصداقة لدى المجموعتين التجريبتين. والرسم البياني التالي يوضح الفرق بين متوسط رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس جودة الصداقة:



شكل (٧)

رسم بياني يوضح الفروق بين المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور- مجموعة الإناث) والمجموعتين الضابطتين (مجموعة الذكور- مجموعة الإناث) في القياس البعدي لمقياس جودة الصداقة

مناقشة وتفسير نتائج فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا وتحسين جودة الصداقة لدى عينة الدراسة:

كشفت نتائج الفرض الأول والفرض الثاني والفرض الثالث والفرض الرابع عن فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا وتحسن مستوى جودة الصداقة لدى عينة الدراسة من طلبة الجامعة المتعلمون. ولمناقشة تلك الفروض من حيث الاتفاق والاختلاف مع نتائج الدراسات والبحوث السابقة لم يتمكن الباحث من الوصول إلى دراسة تناولت نفس متغيرات الدراسة الحالية؛ إلا أن الباحث من استقراء الإطار النظرية والاطلاع على نتائج بعض الدراسات والبحوث السابقة تمكن من استخلاص بعض نتائج الدراسات التي ربما تتفق مع أهداف الدراسة الحالية.

وفي هذا الجانب نجد أن نتائج الدراسة الراهنة تتفق مع نتائج دراسة Melchia et al (2015) والتي أكدت على فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض إحمرار الوجه كاستجابة فسيولوجية مصاحبة للقلق الاجتماعي لدى عينة من طلاب الجامعة. ودراسة Baran (2011) التي كشفت نتائجها عن فعالية العلاج المعرفي التحليلي في وقاية المراهقين من القلق الاجتماعي. وكذلك دراسة Bayrins & yalsaa (2010) والتي كشفت نتائجها عن فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض الاضطرابات المعرفية لدى عينات كLINIكية. كما تتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتائج بعض الدراسات التي تناولت القلق

الاجتماعي واضطرابات الشخصية الخاصة بالجوانب الاجتماعية كالخوف الاجتماعي، ومن تلك الدراسات دراسة Frank (2000)، ودراسة Ryle (2004)، ودراسة HIL & Satyn (2004)، ودراسة Naismith & Grant (2008)، ودراسة Dily et al (2009)، ودراسة مصطفى خليل (٢٠١٣) والتي تحقق خلالها من فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض الاليكسيثيميا. وكذلك دراسة حسن الفنجري، والزهراء مهني (٢٠٢٠) التي كشفت نتائجها من فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض فقدان الاستمتاع بالحياة، ونتائج دراسة ناصر محمد شعبان (٢٠٢٤) التي كشفت نتائج دراسته فعالية العلاج المعرفي التحليلي من خفض أعراض اضطراب الشخصية التجنبية لدى طلبة الجامعة.

أما عن تفسير نتائج فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا وتحسين مستوى جودة الصداقة لدى عينة الدراسة الحالية في ضوء ما تضمنه البرنامج العلاجية من استراتيجيات علاجية وتدريبية وأنشطة هدفت مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على ضبط سلوكهم الحالي واستبدال بعض الأفكار اللاتكيفية بأفكار أخرى أكثر تكيفا مع طبيعة المشكلة الحالية، يتم من خلالها رفع استبصار المشارك بالبرنامج بأبعاد مشكلته ومكوناتها وتبصيرهم بالآثار السلبية المترتبة على مشكلة الجلوتوفوبيا، والتي تعوق الفرد عن ممارسة أنشطة حياته اليومية. كما ساهمت فنية الاحتفاظ بدفتر يوميات لتسجيل الأنفعالات والسلوك؛ فهذه الفنية تساعد العميل على عرض الانفعالات والأفكار والسلوكيات غير المرغوب فيها بشكل كتابي وهذا يساعد المشارك في التحكم في تلك الأفكار وكذلك الانفعالات والسلوكيات المرتبطة بمشكلته. كما أن تدريب المشاركين بالبرنامج على مثل هذه الفنية يساعدهم في تعلم الملاحظة والمراقبة الذاتية وكذلك الضبط الذاتي السلوكي والذي يساعد المشاركين بالمجموعة التجريبية على التخلص من الخوف المفرط من مواقف الضحك والفكاهة التي يشعرون منها بالسخرية والتي قد تسهم في ظهور التلعثم بدرجة أكثر من مواقف الحياة العادية.

ويشير حسام محمود ذكي وآخرون (٢٠١٩، ١٢٨) أن الاحتفاظ بدفتر يوميات بهذه الطريقة التعليمية يعطي للمشارك ببرنامج العلاج المعرفي التحليلي فرصة لتعلم طرقاً أفضل في التعامل العناصر المكونة لمشكلته، حيث يكتب العميل خلال الدفتر اليومي التخطيطات اليومية ويوقع عليها في كل جلسة إمعانا للتنفيذ، كما يسمح اقتناع الدفتر اليومي

ببمعالج المراجعة لمعرفة الانجازات اليومية التي حققها العميل خلال رحلة العلاج وهذا يسمح ايضاً بمراجعة الانشطة اليومية للعميل.

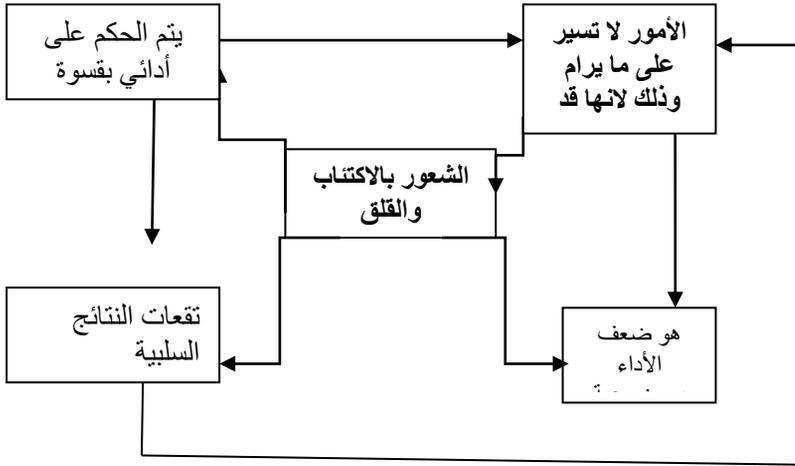
وجدير بالذكر أن برنامج العلاج المعرفي التحليلي سمح للمشاركين في الدراسة أن يتمكنوا من إعادة صياغة مكونات مشكلتهم من خلال التدريب على كتابة الخطاب النثري الذي يسمح بالمراقبة الذاتية من خلال سرد المواقف الاجتماعية التي يشعر فيها العميل بالخوف المبالغ فيه من مواقف الضحك وتفسيرها بشكل يجعله يشعر بالسخرية. علاوة على تدريب العميل على ترتيب عناصر المشكلة بشكل هادف من خلال تدريب ترتيب المشكلات المستهدف يسمح للمشارك تحديد بعض الاعراض التي تظهر عليه ولا يذكرها ويتجاهلها بشكل متعمد لذلك ربما يتضمن ترتيب المشكلات المستهدفة بعض الاشياء كعدم التمتع ابدًا بأي شيء، أو الإفراط في إنتقاد الذات (حسام محمود ذكي وآخرون، ٢٠١٩، ١٢٩).

كما أن إتباع أسلوب مراقبة الفرد لذاته لمعرفة مجموعة الأفكار والانفعالات والسلوكيات وتحديد المواقف التي تحدث فيها، وتعديل سلوك الخوف المرضي من ضحك الآخرين خوفاً من السخرية عن طريق المبادعة بين الافكار المبالغ فيها وطبيعة سلوكيات الآخرين، وتطوير مهارات مكنت أفراد المجموعة التجريبية من رفض الإفراط في التفكير الكارثي، وبناء نظام تعزيز داخلي للمكافأة بهدف تقليل التفكير بشكل مرضي في المواقف الاجتماعية التي يشعر فيها الفرد بالسخرية من قبل الآخرين واستبداله بأنشطة اجتماعية مفيدة تسمح بتكوين صداقات وكذلك تحسين مهارات التعامل الاجتماعي مع مواقف الشعور بالسخرية. فضلاً عن تحديد الظروف الاجتماعية والانفعالية والبيئية التي تعمل على خفض الشعور بالقلق والتوتر نتيجة التفكير في فقد الهاتف المحمول من خلال مراقبة الذات، وتعلم مهارات تكيف جديدة، ومحاولة تعلم طرق لتجنب العودة إلى المبالغة في الخوف من مواقف الضحك والفكاهة من قبل الآخرين وتفسيرها كونها مواقف سخرية وأهانة له.

وربما تعود أيضاً هذه النتائج إلى طبيعة نموذج العلاج المعرفي التحليلي وفلسفته في التدخل العلاجي، حيث تقوم فلسفته في العلاج على مساعدة العميل على تحديد وتوضيح أهدافه وطرق حل مشكلته ومساعدته للتقدم نحو تحقيق أهدافه وهذا يساعد العميل في تغيير التركيبة العقلية المكونة لظهور المشكلة لبناء معرفي جديد يجعل العميل قادر على التغيير والتغلب على المشكلة (Ryle, 2004, 2007). لذلك نجد أن مساعدة العميل على

اكتساب القدرة على تعديل الأفكار السلبية المتعلقة بمشكلة الجلوتوفوبيا ورفض تكوين صداقات إلى أفكار إيجابية، خاصة وأن معايشة الفرد لهذه الأفكار السلبية، وممارسته لخطوات التعديل المعرفي السلوكي قد تساعده في تحسين قدرته على التعامل مع الموقف من جميع جوانبه، وتنظيم أفكاره، مما يزيد من قدرته على توليد الأفكار، وتنوع الحلول والتعبير عنها بطرق واقعية، وموضوعية.

كما أن العمليات المعرفية تؤدي دوراً حاسماً في تعديل السلوك المعرفي، وحيث إن العمليات المعرفية تتوسط العلاقة بين المثبرات والاستجابات، فإن الفرد عندما يتعرض لمثير يعطي تفسيراً له، والاستجابة التي تصدر عنه تعتمد بالضرورة على معنى المثير والتفسير الذي يعطيه الفرد، ومن هذا المنطلق اعتمدت الدراسة الحالية على تعديل البناء المعرفي لأفراد المجموعة التجريبية، أو تغيير أنماط تفكيرهم من خلال التركيز على كيفية إدراكهم للمثبرات البيئية وتفسيرهم لها، من خلال تحديد عدد من الأفكار غير المنطقية، وتحديد البدائل المنطقية التي تقابل هذه الأفكار، والعمل على تطويرها وممارستها من خلال عملية إعادة البناء المعرفي. ولكن يتميز التعديل المعرفي بنموذج العلاج المعرفي التحليلي عن باقي استراتيجيات التعديل المعرفي في نماذج علاجية أخرى، ففي العلاج المعرفي التحليلي يتم استخدام فنية إعادة التكوين التخطيطي التتابعي وفي هذه الفنية يتدرب العميل على تحديد الشرك Traps وهي مجموعة الأشياء التي لا يستطيع العميل الهروب منها، وقد حدد Ryle (1994, 2000, 2004, 2007) et al أن الشرك أو المصائد هي عبارة عن افتراضات سلبية تحدث أفعالاً وتنشأ وتعزز هذه الافتراضات نتيجة الممارسات السلوكية للفرد، ومن أشكال تلك الافتراضات شرك الرضا المطلق، وشرك التفكير الاكتنابي ويعد هذا الشرك من أكثر الاعتقادات المسهمة في ظهور مشكلة الجلوتوفوبيا وكذلك رفض تكوين صداقات ذات جودة وفاعلية. ويشير فضل إبراهيم وآخرون (٢٠٠٩) أن شرك الاكتناب يدفع العميل للتصرف بإمكانيات تجعل احتمالية الفشل والهزيمة متواجده ومحتمله. ويشير حسام محمود ذكي وآخرون (٢٠١٩، ١٣٢) أن شرك التفكير التكتنابي يسير وفق هذا المخطط ويسهم في ظهور العديد من أشكال الفوبيا :



(حسام محمود ذكي وآخرون، ٢٠١٩، ١٣٢)

علاوة على اكتساب المشاركين بالبرنامج العديد من المهارات من بينها "القياس الحدي" وتحديد العقبات؛ ويعتبر القياس الحدي أو الاختيارات الخاطئة والبدائل المحددة واحدة من التدريبات التي تم تدريب المشاركين عليها خلال تنفيذ فينة إعادة التكوين التكويني التخطيطي التتابعي، وكان من أكثر التفاعلات حول تحديد مآزق الخوف من عدوان الآخرين؛ حيث يجعل هذا المآذق الآخر في حالة من الاحتراق الذاتي وضحية سهلة لاستغلال الآخرين أو يجعله يتجنب التعامل مع الآخرين في العديد من المواقف الحياتية، وكان من بين استجابات أحد المشاركين أن استخدام استراتيجية أفعل كما لو تعلم منها أن التفكير الكارثي يؤدي إلى سلوكيات كارسية فلو افترض أن الآخرين يسخرون منه فهذا يجعله يتجنب التفاعل مع الآخرين أو تكوين صداقات ولكن لو افترض أن الضحك الموجه في الموقف ضحك عادي ليس هادف للسخرية لكان هذا موقف يجعله يشعر بالثقة بالنفس وكذلك يشعر بحالة من الارياحية وكذلك حالة من عدم الغضب في كثير من المواقف الاجتماعية ومن ثم كان ينعكس ذلك على موقف الشعر بالتلعثم.

كذلك تدريب المشاركين بالبرنامج على خيارات حول العلاقات مع الآخرين؛ فمثل هذا المآذق يجعل الفرد يشعر بحالة من الارتباك وكذلك الشعور بحالة من عدم الاندماج مما يجعله

يشعر برفض تكوين الصداقات وكذلك رفض الشعور بحالة من الدعم الاجتماعي من قبل الآخرين، فاختيارات كيف ترتبط بالآخرين نجد الفرد يتصرف مع الآخرين وكأنه أما أن يندمج مع شخص ما أو يسبب له ألم ما أو يحتقر الآخرين أو يشعر أنهم يحتقرنه، وكان الرسم التخطيطي لمأذق خيارات كيف ترتبط بالآخرين كما يلي :

وقد تعود هذه النتائج كذلك إلى المهارات الاجتماعية والمهارات المعرفية التي تم تدريب المشاركين بالمجموعة التجريبية عليها أثناء جلسات البرنامج العلاجي، ومن أهمها مهارة الحديث الذاتي الإيجابي ومهارة المواجهة الفعالة وكذلك كتاب الخطاب النثري، مما ساهم في تغيير أفكار أفراد المجموعة التجريبية حول كفاءتهم في التعامل مع مواقف سبق وأن شكلت صعوبات لديهم، خاصة وأن الاستعداد والتهيؤ للتعامل مع المواقف الضاغطة يشكل أساساً مهماً لعملية التعليم الذاتي، مما يساعد الفرد في التعامل مع السلوكيات غير التكيفية. ولا يمكن إغفال دور الواجبات التي تم تكليف أفراد المجموعة التجريبية بها في نهاية كل جلسة، والتي كانت تركز على توظيف المهارات التي اكتسبها أفراد المجموعة التجريبية في حياتهم اليومية، وجعلتهم يدركون الآثار السلبية للنوموفوبيا على حياتهم الاجتماعية والشخصية. كما ساهمت هذه الواجبات في تنمية مهارات الإحساس بالمسئولية لدى أفراد المجموعة التجريبية تجاه أنفسهم ومجتمعهم، وجعلتهم يدركون أهمية تعديل أفكارهم وسلوكياتهم، وما لهذا التعديل من انعكاس إيجابي على المظاهر المختلفة لحياتهم؛ فالواجبات المنزلية تؤكد على التحسنات السلوكية للتعامل التي حققها أثناء تواجده بالجلسة.

هذا ويمكن تفسير تلك النتيجة أيضاً في ضوء خصائص أفراد العينة، حيث تم التركيز أثناء جلسات البرنامج على توفير حرية التعبير عن الرأي وإطلاق العنان للتفكير، وتعبير أفراد المجموعة التجريبية عن أفكارهم وتخيلاتهم للمواقف، وآثارها السلبية والإيجابية، مع التأكيد على ضرورة احترام الفروق بين الطلبة في هذه الأفكار وتنوعها، وضرورة الانفتاح على الخبرات الجديدة، والتي ساهمت في تحقيق قدر مناسب من المرونة الفكرية لدى الطلبة المشاركين في البرنامج الإرشادي. بالإضافة إلى أن توفير مناخ نفسي آمن أثناء تنفيذ جلسات البرنامج يشعر من خلاله أفراد المجموعة التجريبية بالطمأنينة النفسية، جعلهم يستفيدون من الأساليب والأنشطة الإرشادية التي كان هدفها مساعدتهم في التغلب مشكلة الجلوتوفوبيا، وجعلهم يتحدثون بحرية عن مشكلاتهم أمام أقرانهم ممن يعانون من نفس

المشكلة، وشجعهم على الحديث بدون تردد أو خوف، وساعدهم على تقييم سلوكهم، واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعديل هذا السلوك.

ب- نتائج الفروق بين عينة الدراسة التجريبية من الذكور وعينة الدراسة التجريبية من الإناث في فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا وتحسين جودة الصداقة لديهم :

-الفرض الخامس وينص أنه " لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة التجريبية (إناث) في القياس البعدي على استبيان الجلوتوفوبيا.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney Test للمجموعات المستقلة للمقارنة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة التجريبية (إناث) في القياس البعدي على استبيان الجلوتوفوبيا وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١٩)

نتائج اختبار مان ويتني للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة التجريبية (إناث) في القياس البعدي لاستبيان الجلوتوفوبيا

المتغيرات	المجموعات	عدد العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	مستوى الدلالة
الخوف من التعرض للسخرية (الجلوتوفوبيا)	ذكور	٦	٧,٢٥	٤٣,٥	١٣,٥	٣٤,٥	٠,٨٠٢	غير دالة
	إناث	٦	٥,٧٥	٣٤,٥				

ينتضح من الجدول السابق تحقق الفرض الخامس أنه لا يوجد فروق داله إحصائية بين متوسطي رتب درجات عينة المجموعة التجريبية من (ذكور) ، وعينة المجموعة التجريبية من (الإناث) في القياس البعدي على استبيان الجلوتوفوبيا.



شكل (٨)

رسم بياني يوضح الفروق بين المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة التجريبية (إناث) في القياس البعدي لاستبيان الجلوتوفوبيا

الفرض السادس وينص أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة التجريبية (إناث) في القياس البعدي على مقياس جودة الصداقة".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney Test للمجموعات المستقلة للمقارنة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة التجريبية (إناث) في القياس البعدي على مقياس جودة الصداقة والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار:

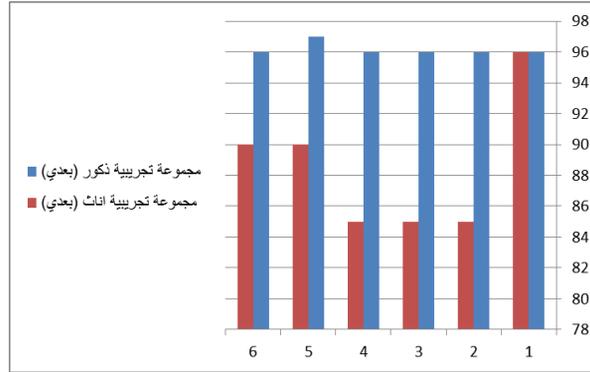
جدول (٢٠)

نتائج اختبار مان ويتني للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة التجريبية (إناث) في القياس البعدي لمقياس جودة الصداقة

المتغيرات	المجموعات	عدد العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	مستوى الدلالة
جودة الصداقة	ذكور	٦	٩,٠٨	٥٤,٥	٢,٥	٢٣,٥	٢,٦٧٦	٠,٠٠٥ (دالة)
	إناث	٦	٣,٩٢	٢٣,٥				

يتضح من الجدول السابق أنه يوجد فروق دال بين الذكور والإناث في القياس البعدي بين المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة التجريبية (إناث) ، حيث بلغت قيمة (Z) ٢,٦٧٦ وهي قسمة دالة عند ٠,٠٠٥ ، ومن ثم يتم رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل أنه توجد فروق داله إحصائية بين متوسطي رتب درجات عينة المجموعة التجريبية

من (ذكور) ، وعينة المجموعة التجريبية من (الإناث) في القياس البعدي على مقياس جودة الصداقة لصالح عينة الذكور، والرسم البياني التالي يوضح ذلك:



شكل (٩)

رسم بياني يوضح الفروق بين المجموعة التجريبية (ذكور) والمجموعة التجريبية (إناث) في القياس البعدي لمقياس جودة الصداقة

مناقشة وتفسير نتائج الفروق بين عينة الدراسة التجريبية من (الذكور) وعينة الدراسة التجريبية من (الإناث) في فعالية العلاج المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا وتحسين جودة الصداقة لديهم :

كشفت نتائج الفرض الخامس والفرض السادس عن وجود فروق دالة في التحسن العلاجي بين المجموعة التجريبية من (الذكور) والمجموعة التجريبية من (الإناث) لصالح مجموعة (الذكور) ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء طبيعة مشكلة الجلوتوفوبيا وكذلك طبيعة متغير الصداقة لدى عينة الذكور واختلافه عن مفهوم الصداقة لدى الإناث.

وجدير بالذكر أن تحسن عينة الذكور كان أعلى إلى حد ما من عينة الإناث لمجموعة من الأسباب لعل من أهمها أن الطبيعة الخاصة للذكور وخاصة الطبيعة المعرفية أكثر من كون الطبيعة العاطفية تغلب إلى حد ما على الإناث وأن أهداف العلاج المعرفي التحليلي تركز على تغير منظومة الأهداف والطموح واستبدال مجموعة الأهداف المختلفة بأخري أهداف أكثر واقعية وسعي نحو الإنجاز. فتحول منظومة الهدف لدى عينة الذكور من ذوي التلعثم هذا أمر واقعي فمشكلة التلعثم لدى الذكور مشكلة معرقة لأهداف الانجاز الحياتية وهذا يعوق الطالب عن الطالبة عن مسارات حياته المختلفة، فشعور الذكور

المتعلمون بالجلوتوفيا منطقي أن يكون أعلى من شعور الإناث وخاصة أن طبيعة المجتمع التي تنتقد المشكلات الكلامية لدى الذكور عن الإناث.

لذلك نجد أن برنامج العلاج المعرفي التحليلي ساعد عينة الذكور في تحسين استراتيجيات المواجهة للمشكلة من خلال إعادة صياغة المشكلة ومساعدتهم على ضرورة مواجهة المشكلة مما جعل الذكور أكثر تقبلاً لذلك، كما أن أنشطة الجلسات بمختلف أشكالها ساعدت المجموعتين أن يكونوا أكثر تركيزاً على أسباب الفشل ومواجهة تلك الأسباب بشي من الواقعية والمصادقية وكان مجموعة الذكور أكثر تفاعلاً في ذلك.

كما يتوقع الباحث أن تحسن الذكور بدرجة أكثر من الإناث رغم أن الفروق ليست كبيرة؛ قد يعود لكون مجموعة الذكور كانت أكثر تفاعلاً وإيجابية في التعامل مع الباحث وخاصة أن تناول العديد من الأسباب ذات الخبرات الطفولية ربما كان الإناث أكثر حرجاً وأكثر تحفظاً نظراً للمرجعية الاجتماعية لدى مجموعة الإناث وكذلك حفظاً على صورة الذات الاجتماعية أمام الآخرين، كما أن حياء مجموعة الإناث ربما جعلهم لا يذكور العديد من الأسباب التي تكمن وراء شعورهم بالجلوتوفيا عن الذكور.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أنشطة الجلسات التي تم تدريب المجموعتين عليهم لاسيما أن أنشطة العلاج المعرفي التحليلي حيث عملت تلك الأنشطة على صرف انتباه وتفكير أعضاء المجموعتين عن الخوف من السخرية والتعامل مع مشكلة التلعثم على كونها مشكلة عادية لا داعي أن يسود لديهم الخوف من سخرية الآخرين من ورائها علاوة على ممارسة بعض الأنشطة التي تثير دافعيتهم وتجعلهم أكثر اندماجاً في مواقف الحياة واندماجاً مع الآخرين وكذلك الأنشطة الجماعية جعلتهم لا يشعرون بالحساسية المفرطة من التجمعات التي قد يكون بها مواقف فكاهية كما ساهمت الأنشطة وكذلك الواجبات في بناء جسور من الصداقات بينهم وبعضهم البعض ، وكذلك كان هناك اقتراحات لأن يحدث أنشطة ترفيهية خارج نطاق الجلسات كزيارة الاصدقاء أو الاتصال بمن يتغيب عن الجلسة وبناء جو من اللفة والمودة والبهجة وكذلك تنظيم التجمعات داخل حفلة الختام والوداع ولكن لوحظ أن الذكور كانوا أكثر اندماجاً من الإناث في مثل هذه الأنشطة.

علاوة على أن طبيعة ومبادئ العلاج المعرفي التحليلي تساعد على اكتساب مهارات اجتماعية تسمح بتكوين صداقات جديدة ومواجهة أسباب المشكلة وإعادة صياغتها وكذلك

وتفعيل العلاقات مع الآخرين وتعميقها والسعي للتفكير بشكل جماعي وليس فردي وكذلك التغلب على مسببات التفكير الكارثي بفحص العلاقات المسببة لذلك.

ج- نتائج استمرارية فعالية البرنامج العلاج المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا وتحسين جودة الصداقة لدى عينة الدراسة:

- الفرض السابع ونصه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياسين البعدي والتتبعي (بعد فتر المتابعة شهر ونصف) على استبيان الجلوتوفوبيا.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسن Wilcoxon Signed Ranks Test للمجموعات المرتبطة للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الجلوتوفوبيا. والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

جدول (٢١)

نتائج اختبار ويلكوكسن للمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياسين البعدي والتتبعي لاستبيان الجلوتوفوبيا

المتغير المقاس	المجموعات	القياس	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الخوف من التعرض للسخرية (الجلوتوفوبيا)	ذكور	البعدي-التتبعي	الموجبة	٠	٠	١,٥	١,٤١٤	غير دالة
			السالبة	٢				
			المتعادلة	٤				
	إناث	البعدي-التتبعي	الموجبة	٠	٠	١	١-	غير دالة
			السالبة	١				
			المتعادلة	٥				

يتضح من الجدول السابق تحقق الفرض السابع أنه لا يوجد فروق داله إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على استبيان الجلوتوفوبيا، والشكل البياني التالي يوضح نتيجة الفرض السابع:



شكل (١٠)

رسم بياني يوضح الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) على استبيان الجلوتوفوبيا

الفرض الثامن ونصه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياسين البعدي والتتبعي (بعد فترة المتابعة شهر ونصف) على مقياس جودة الصداقة".

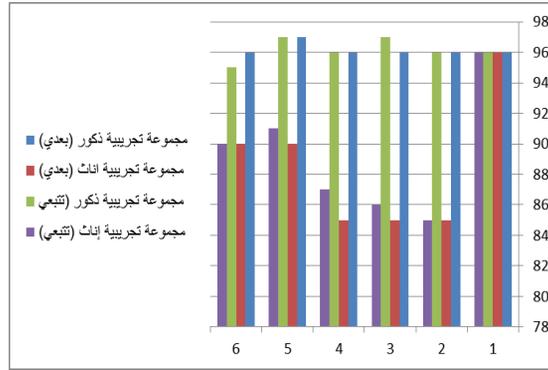
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسن Wilcoxon Signed Ranks Test للمجموعات المرتبطة للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس جودة الصداقة. والجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

جدول (٢٢)

نتائج اختبار ويلكوكسن للمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور - مجموعة الإناث) في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الصداقة

المتغيرات	المجموع التجريبية	القياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
جودة الصداقة	ذكور	البعدي - التتبعي	الموجبة	٣	٢	٦	١,٦٣٣	غير دالة
			السالبة	٠				
			المتعادلة	٣				
	إناث	البعدي - التتبعي	الموجبة	١	١,٥	١,٥	٠	غير دالة
			السالبة	١	١,٥	١,٥		
			المتعادلة	٤				

يتضح من الجدول السابق تحقق الفرض السابع أنه لا يوجد فروق داله إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس جودة الصداقة، والشكل البياني التالي:



شكل (١١)

رسم بياني يوضح الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعتين التجريبتين (مجموعة الذكور- مجموعة الإناث) على مقياس جودة الصداقة

مناقشة وتفسير نتائج استمرارية فعالية البرنامج العلاجي المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا وتحسين جودة الصداقة لدى عينة الدراسة:

كشفت نتائج التطبيق استمرارية فعالية البرنامج العلاجي في خفض الجلوتوفوبيا وتحسين مهارات الصداقة لدى عينة الدراسة، ويمكن تفسير استمرارية فعالية البرنامج العلاجي المعرفي التحليلي في خفض الجلوتوفوبيا وتحسين جودة الصداقة لدى عينة الدراسة لدى عينة الدراسة بعد فترة المتابعة في ضوء ما يلي:

قد ترجع هذه النتائج إلى طبيعة وفلسفة العلاج المعرفي التحليلي في التغيير العلاجي، والذي يعتبر أن العملية العلاجية لا تقتصر دورها على مناقشة الأسباب واكتشافها وكذلك تعديل السلوك فقط، بل يجب أن يبقى تأثيرها ممتداً نظراً لما تحدثه من تغيير في البنية المعرفية لدى الفرد من خلال مساعدته في تغيير نمط تفكيره، وإكسابه طريقة منطقية للتفكير يستطيع من خلالها أن ينظم أمور حياته ويتغلب على ما قد يواجهه من مشكلات والبحث في جذور مشكلة العملية ذات الماضي الطفولي واكتشافه أنماط التفكير اللاتكيفية التي سببت له المشكلة، ومن ثم يستمر الفرد في الاحتفاظ بالمكاسب العلاجية التي اكتسبها العميل من الاشتراك في البرنامج والانتظام في حضور جلسات البرنامج حتى بعد انتهاء الجلسات.

هذا فضلاً عن أن هذا النموذج العلاجي يهتم بتنمية بعض المفاهيم الايجابية كالوعي بالذات ومساعدة العميل على استبدال بعض انماط التفكير الكارثي باساليب آخري أكثر مرونة تساعد العميل على الاقدام على مواقف الحياة بتفاؤل والمرونة في التفكير والقدرة على التحكم في الانفعالات والمشاعر، كما أن من بين المكاسب العلاجية التي اكتسبها أفراد المجموعة العلاجية أكتساب القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين بشكل فعال وأكثر ايجابية وليس بشكل كما في السابق يغلب عليه التجنب والخوف.

وجدير بالذكر أن البرامج العلاجية والتدريبية التي تقدم للأعضاء نماذج سلوكية معرفية وكذلك تحاول أكتشاف الاسباب ذات الرواسب الطفولية تعد ذات أثر مستمر نظراً لأن دورها لا يقتصر فقط على تعديل السلوك أثناء تقديم الجلسات العلاجية؛ بل يستمر تأثيرها بعد ذلك حيث إنها توفر للأعضاء ما يشيبه إطاراً مرجعياً يمكن الاستعانة به حينما يواجه الفرد مشكلات في حياته اليومية بعد الانتهاء من جلسات البرنامج ولعل ملف العلاج الذي يتميز به هذا النموذج العلاجي وكذلك كتيب الأنشطة والممارسات العلاجية من أكثر الأنشطة التي تساعد العميل على ذلك، مما يساعد في استمرار أثر هذه البرامج بعد انتهاء الجلسات.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما اكتسبه المشاركون بالبرنامج من مهارات وسلوكيات مناسبة للتعامل مع المواقف التي يشعرون فيها بحالة من السخرية من قبل الآخرين لاسيما الشعور بالاسترخاء وعدم التمادي في إظهار التأثير أمام الآخرين من مواقف الضحك ذا مضمون سخريّة، وجدير بالذكر أن مناقشة بعض الحالات في تلك المكاسب أكدوا أن التدريب على المهارات الاجتماعية الجديدة أثرت في تعاملهم مع الآخرين بطريقة مناسبة بعد انتهاء فترة تطبيق البرنامج العلاج وهذا ما اسهم في تحسين مهارات الصداقة لديهم، كما أسهم تعديل ما لديهم من أفكار خاطئة بشأن المواقف الاجتماعية التي بها مواقف الفكاهة والضحك والتعامل بمهارات حياتية عادية وطبيعية دون تعزيز للآخرين أنه يشعر بحالة من الضغط النفسي أو حالة من الشعور بالسخرية، حيث أسهم استبدال الأفكار المرتبطة بالذات والآخرين بأفكار آخري بديلة وأفكار أكثر تكيفاً أسهم في اندماج المشاركين في المواقف الاجتماعية المختلفة.

بالإضافة إلى حرص المشاركين بالبرنامج على تطبيق ما تعلموه أثناء الجلسات في حياتهم اليومية بعد أنتهاء البرنامج وأثناء الجلسات، حيث استمروا في ممارسة المهارات التي

تم تدريبهم عليها؛ مما ساعد في استمرار أثر البرنامج حتي بعد انتهاء جلسات البرنامج. فضلاً عن احتواء البرنامج على عدة أنشطة تعد بمثابة تدريبات عملية تمثل محاكاة لبعض المواقف التي قد يواجهها الفرد من مواقف في حياته المختلفة وخاصة المواقف الاجتماعية المرتبطة بالفكاهة والضحك، وتدريب المشاركين بالبرنامج على كيفية الاستعانة بنتائجها في التغلب على ما قد يواجههم من مشكلات مستقبلاً.

بالإضافة إلى أن التثيق السيكولوجية الذي حصل عليها المشاركين بالبرنامج من خلال ما تضمنته جلسات البرنامج من محاضرات ومناقشات جماعية وعروض عملية، وما حدث بينهم من تفاعل إيجابي أدى إلى تنمية قدرتهم على التصرف في المواقف المختلفة، وزاد من قدرتهم على التفكير الإيجابي، ونمى قدرتهم على التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة التي يشعرون فيها بالسخرية وتحد من قدرتهم على تكوين صداقات تتمتع بالجودة والكفاءة.

هذا فضلاً عن أن البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية تضمن على التدريب على استراتيجية مواجهة الضغوط والتوتر والاكتئاب، حيث تمنح هذه الاستراتيجية المشارك في البرنامج العديد من المهارات اللازمة للتكيف مع المواقف الاجتماعية المستقبلية والتعامل معها بكفاءة وخاصة عند الشعور بالسخرية من ضحك الآخرين.

د- نتائج الدراسة الكلينية:

الفرض التاسع ونصه " يوجد أختلاف في ديناميات الشخصية لحالة مرتفعي الجلوتوفوبيا قبل وبعد المشاركة بالبرنامج العلاجي " .

للتحقق من صحة هذا الافتراض تم تطبيق بعض بطاقات اختبار تفهم الموضوع للراشدين (TAT) على حالة واحدة وكانت الحالة الأعلى في الجلوتوفوبيا والأكثر تحسناً بعد المشاركة في البرنامج:

١- استجابة الحالة على استمارة المقابلة الشخصية (إعداد: صلاح مخيمر، ١٩٧٨):

تم تطبيق استمارة المقابلة الشخصية على الحالة بهدف جمع معلومات كافية عن الحالة تسمح تفعيلاً لمبدأ خصوصية المعلومات كأحد المبادئ المهمة في منهج البحث الكينيكي؛ وكذلك تحقيقاً لمبدأ إلتقاء الوقائع الذي ظهر من التكامل بين المعلومات التي تم الحصول عليها من تلك المقابلة وما تم إسقاطه خلال القصص التي تم الحصول عليها.

وأظهرت الحالة (أ) تعاون كبير في الاستجابة على بنود الاستمارة فيما عدا بعض البنود الخاصة بالحالة بالارتباط بالطرف الآخر، وفيما يلي عرض لمخلص استجابة الحالة على أسئلة الاستمارة:

الحالة (أ) طالب بالفرقة الرابعة زراعة يبلغ من العمر (٢١) عام وخمسة أشهر، ترتيبه بين الأبناء الأول ويليهِ ولد وبنْت، يعمل والده دكتور صيدلي وعمره (٤٩) سنة، ووالدته تعمل دكتورة بيطرية عمرها (٤٢) سنة وتتمتع بقدر كبير من المرونة والالتزان الانفعالي فهي دائما لا تغضبي ولا تتنرفز ودائما تلجاء الي دِعمي وخاصة حينما تشعر أنني بحالة نفسية غير مستقرة يذكر الحالة (أ) أن طموحة كان ليس حقوق كان نفسه يدخل كلية علمية من كليات القمة ولكنه يتوقع أنه سوف يحقق حلمة من خلال كلية الزراعة لأنها كلية مهمة جدا (تعكس هذه الاستجابة معاناة الحالة لصراع قوية يتمثل في محاول تحقيق الذات واحباطه في تحقيق ذاته). يذكر الحالة (أ) أن المعاناة الحقيقية في علاقته مع الأب تتمثل في نظرتة لأبناء جيله أنهم جيل مستهتر وجيل غير مسؤل.

أما عن الحالة الاقتصادية للأسرة فقد كشفت نتائج اختبار المستوي الاجتماعي والاقتصادي أن المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة مرتفع إلى حد ما ويوجد للأسرة دخل مستقر من عمل الأب وعمل الأم وكذلك بعض الادخارات (شهادات إِدخار)، يعيش المفحوص مع والديه وأخوته في منزل مكون من ثلاث طوابق الأول جراج واستقبال والثاني شقة مستقلة والطابق الآخر شقة مستقلة.

أما عن طفولته فيتذكر الحالة (أ) أن طفولته كانت هادئة وكما كان يقال أنه كان طفل مدلل وليس كثير البكاء، ولكن أوقات كان يبيري الوالد أن أسلوب معاملة الأم معي سيكون عواقبه أنني أكون غير مسؤل وهذا ما يجعل المفحوص دائما يري والده أكثر صعوبة من الأم ولكن الأب حنين بردوا وكثيرا ما كان يدِعمي وخاصة منذ بداية ظهور مشكلة التلعثم. أما عن علاقته بأخوته فاخته هي من المحبين له جدا وكذلك علاقته مع أخوته كويسة جدا إلا أنه أوقات يشعر بنوع من التفرقة من المعاملة وخاصة لدى الأخر الأصغر، ولكن بمجمل الحديث يعتبر الجو الأسري متشبع بالدفاء والرعاية الأسرية ولكن نادراً مع يجتمع الاب والأم نظراً لأنشغالهم في العمل فالاجتماع غالباً ما يكون في المواقف الاجتماعية ذي الاحتفالات بعيد الميلاد أو عيد جواز بابا وماما أو بعض المواقف الحياتية.

يذكر المفحوص أنه لم يصاب بأمراض مزمنة في مرحلة الطفولة وكان يحب الحفاظ على ألعابه جداً و يحتفظ ببعض مقتنياته وألعابه وكل ملابسه إلى الآن أما عند السؤال عن المجال التعليمي، لوحظ أن الحالة (أ) يعاني من صراع قوي عند النقاش حول المستوي التعليمي لأنه كما ذكر أنه تعرض لتنمر والسخرية كثيراً في مراحل المدرسة المختلفة وهذا ما جعله كثير التغيب في أغلب المراحل التعليمية، حيث يتذكر أنه التحق بالمدرسة في سن مبكر ولكنه ما يتذكره أنه ليس له أصدقاء لكن كان أغلب أصدقائه يسخرون منه بسبب التأته في الكلام ولكنه له صديق واحد ولكن ليس صديق مقرب بل كان مجرد زملاء، كان لدي مخاوف من من الذهاب إلى المدرسة ولكنه كان لا يحب الذهاب إلى المدرسة كثيراً إذا ارغم على ذلك، فيتذكر أنه في أحد الصفوف الدراسية بالمرحلة الابتدائية كانت المعلمة كثيرة العقاب له لأنه ضرب أحد الأطفال معه في الفصل علشان سخر منه. ولكن وحدة بوحدة تحسنت درجاتي في المدرسة في المرحلة الإعدادية كان لي ترتيب على المدرسة وفي الثانوية ضاع مني دخول كلية من كليات القمة بسبب عدم انتظامي ورغبتي في التعلم وخاصة في الثانوية العامة أما في الجامعة فأنا عندي اصرار أني أحق حلمي في التفوق وحلم بابا وماما علشان أفرحهم.

أما عن حالته الصحية فيتمتع بحاله صحية جيدة يذكر الحالة (أ) أنه يعشق لعبة الشطرنج ويحب الرياضة الذهنية (لعبة الشطرنج) أكثر من الرياضة البدنية كما أنه يحب رياضة القوة (الكارتية)، ولكن أوقات بسبب حالة التلعثم يشعر ببعض المشكلات مثل الصداع الشديد نتيجة الغضب أو الخوف المرضي من التجمعات وما يترتب عليه من آثار فيسيولوجية كألم في المعدة وكذلك ألم في الرأس وكذلك الشعور بحالة من الغضب الكبير من بعض الأشخاص الي ممكن يضحكوا على كلامي.

وفيما يتعلق بالحقل الجنسي والعلاقة الجنس الآخر فلا توجد تجارب جنسية في حياته وكل علاقاته بالجنس الآخر مقتصره على المصلحة أثناء الدراسة والتعامل الدراسي كما أنه يتجنب الدخول في علاقات مع الجنس الآخر تجنباً للشعور بالخوف من أن يتم السخرية منه وخاصة أن الإناث الآن يحبون الولد (الوسيم ، الي مغدهوش أي مشكلة). ولكن كل معلوماته عن الجنس الآخر يحصل عليها من خلال الانترنت وبعض الحديث مع بعض الاصدقاء المقربين الي بيتكلموا عن المعلومات الجنسية. بسؤال الحالة (أ) عن متي أدرك وجود فارق بين الجنسين فأجاب أنه عندما في نهاية المرحلة الابتدائية وبداية المرحلة

الإعدادية، كما يؤمن الحالة (أ) أن الزواج أمر مهم وضروري في الحياة ولكن في آخر أهتماماته لأنه يرغب في تحقيق ذاته ويرى أن الزواج به العديد من المشكلات التي قد تعوق الفرد عن تحقيق تلك الاهداف فمشكلاته الحياة الزوجية هي التي تجعل من الزواج أمر صعب.

هذا وقد تم سؤال المفحوص عن بعض الهوايات التي يمارسها وكذلك العادات التي يعتاد ممارستها فنذكر أنه يحب لعبة الشطرنج جداا لكونها تساعده في التفكير والتخطيط والتفكير بمكر ودهاء وكذلك يحب لعبة التنس الطولة ولكنه غالباً ما يلعب هذه الالعاب في الاجازات الصيفية، كما أنه يمارس الشعائر الدينية بشكل مستمر من صلاة وصوم وذكاة، ويدخن في بعض الاوقات ولكن ليس باستمرار.

أما عن فلسفته في الحياة فهي فلسفة "أنفع الناس ولا تضر الناس" وينتقد فلسفه النفعية والتي أصبحت فلسفه المجتمع وأن الخيانة والغر صفة سائدة في المجتمع. أما عن طبيعة نوم الحالة (أ) والأحلام التي تعتاد أن تانتابه فيذكر المفحوص أن نومه متقطع بل يعاني من صعوبة في النوم ويعاني من بعض الكوابيس المتعلقة ببعض المخاوف لديه ومنها الخوف من الرسوب والخوف من الخروج للعمل، كما أوقات كثيرة يقوم مفزوع من النوم يشعر وكأن أحد أصدقائه ينتقم منه ولكن لا يعرف السبب، ودايما يشعر بأن الفرد ممكن يكون محور الضحك والتلفظ من الآخرين.

بسؤال الحالة (أ) عن المشكلات والاضطرابات النفسية التي يعاني منها فيؤكد الحالة أنه يعاني من القلق والاكتئاب في العديد من الأوقات وخاصة أنه لما يمر بموقف اجتماعي يشعر فيه بالسخرية أو الاستهزاء من زملائه، ولكن أوقات كثير القلق يسبب له بعض المشكلات الجسدية في المعدة والقولون، وخاصة أنه يشعر بحالة من القلق المعمم في الكثير من المواقف الاجتماعية.

- استجابة الحالة على اختبار (TAT) قبل الاشتراك في البرنامج:

- البطاقة (1):

- عنوان القصة: "دموع في عيون طيبة".

"سعيد ولد طموح يحب الموسيقى ولكنه يعاني من مشكلة وهي أنه يخاف يعزف أمام حد وخاصة جمهور كبير... (صمت)... بس هو نفسه يتغلب على مشكلته ويحاول يكون

عازف مشهور، بس باباه ومامته ببساعده بس مش في كل الوقت أوقات ببساعده
أوقات ببخلوه، بس هو حاسس... (صمت)... انه في يوم من الأيام هيكون عازف قوي
وبصته على الكمانجة والنوته ببفكر أداي يطور في النوته ويخليها لحن عظيم".

-البطاقة (3BM):

-عنوان القصة" خوف واحباط".

" سعيد حاسس بخوف من الناس ومش عايز حد يشوف الخوف ده في عيونه
علشان كده هو لافِت وشه عن الناس الي حوليه شايف انه لو بص للحائط او انه يكون
لوحده افضل من أن الي حوليه... (صمت ولحظة دموع) يسخروا منه أو يهنونه علشان حاجة
هو ملوش ذنب فيها.. (صمت).. يعني ايه عنده مشكله مش بيعرف يتكلم كويس هو كان
نفسه يكون بيتكلم كويس بس هو زعلان من اصحابه وزمايله كان نفسه يكونوا كويسين معاه
لانه هو راجل معاهم وفي اي وقت بيحتاجوه بيلاقوه بس هما يبحبوا... (تنهد وصمت ودموع)
بيضحكوا عليه بس هو بردوا مش هيكون ذيهم وبكره هيتعالج وأن شاء الله يكون كويس
ويقدر يدير وشه ويواجه العالم كله".

-البطاقة (6BM):

-عنوان القصة" حكمة الأم".

"ده سعيد بيتكلم هو وامه.. أمه زعلانه منه علشان مش بيخرج من اوضته ومش بيتعامل مع
اخوته.. ومش بيخرج مع اصحابه وبتقله تعالي انصحك نصيحه... (صمت طويل وتنهيده)..
لازم تعرف ان الهروب من المشكلة مش هيحل المشكلة وأنتك لازم تواجه مشكلتك وتعرف
اذاي تحلها أبني مش ضعيف علشان مش يواجه مشكلته وانك لو فضلت قافل اوضتك طوال
حياتك مشكلتك مش هتتحل بالعكس مشكلتك هتفضل ذي مهية وكمان ممكن تزيد.. (دموع،
صمت طويل).. بس هو هيسمع كلام مامته علشان هو يبحبها ويبحب نصيحتها وكمان هي
عايزة مصلحته وهيشوف حل لمشكلته".

-البطاقة (7BM):

-عنوان القصة"تعليمات وتوجيهات".

"دكتور فخري ده دكتور عظيم بس مشكلته انه بيحب الأوامر وشايف أن كل الناس مهملين ومش منضبتين..(صمت مع ضحكة ضحلة).. مشكلة الدكتور فخري أنه فاهم أن أهم حاجة الفلوس وأنه يوفر لولادة بيت ومصاريف كويسه ومش مهم أنه يقعد معاهم أو أنه يحضن سعيد ابنه ويطببطب عليه ويخفف عليه كثير من مواقف الاحباط في حياته شايف أن ده اهم حاجة بس سعيد بيحب باباه فخري بس بيحب مامته أكثر لأنها دايمًا بتكون معاه وقت ما بيحتاجها أكثر من فخري بس فعلا فخري لو يبطل تكون لغته لغة أوامر يمكن هتكون الحياة أفضل.

-البطاقة (8BM):

-عنوان القصة "الانتقام هو الحل".

"سعيد فعلا ولد كويس مش بيكره حد بس الي حويله... (صمت طويل).. دايمًا بيستفزه بيخلوه فعلا ممكن يغضب ويبكون عايز يضربهم وهو عنده المقدرة على كده بس هو مش بيحب العنف... (صمت وتنهد).. بس واضح أنه علشان الناس تحترمة وتهايه لازم ينتقم منه فالانتقام فعلا حل لكل مشكلاته (الباحث: انتقام اذي؟).. ممكن سعيد يضربهم أو يجيب اصدقائه ويكسروهم ويضربوهم ويخلوهم يتلموا بعيد عنه وبعيد عن الضحك عليه".

-البطاقة (12BM):

-عنوان القصة "الهروب من البشر".

" سعيد طالب بعد كل المواقف الي بتحصل معاه زهق من البشر والناس فقرر انه يسافر مكان بعيد عن البشر... يعيش لوحدة ياكل من الطبيعية ومن البحر سمك... هو بيعشق الوحدة لانه بيخاف من وجود بشر حوله تجنبًا لآذاهم لان فعلا فيه بشر كلهم أذي ووجوده مؤذي حتي نفسيًا، بس هو خايف أن بابا وماما يزعلوا انه يبعد عنهم بس ياريت يعرفوا انه نفسه في كده علشان نفسيته تتحسن".

-البطاقة (16):

الحالة: حضرتك عايزني اتخيل مشهد او موقف حقيقي

الباحث: نعم

-عنوان القصة "دموع وأحزان".

"مرة من المرات سعيد كان داخل المدرج في الكلية ويسأل بنت أحنا عندنا دكتور مين... (صمت طويل وتغير تعبيرات الوجه).. ضحكت البنت ضحكة سخرية لدرجة كان نفسي اضربها بالكف على بقها وكما كل الي واقفين ضحكوا مش عارف بيضحوا على ايه يمكن على اسلوبى في الكلام بس كان ضحك مؤلم أووووووووي بعدها خد بعضه وارج البيت قفل باب حجرته عليه وفضل يعيط أووووي لان مشكلته هو ملوش ذنب فيها بس إلى الآن بيتوعد أنه هيخلي البنت دي مضحكة الكلية أن شاء الله.

-استجابة الحالة على أختبار (TAT) بعد المشاركة في البرنامج:

- البطاقة (1):

- عنوان القصة: "طموح وأحلام".

"أحمد طالب بالمرحلة الثانوية بيحلم أنه يكون عازف مشهور ولكن للاسف قبل الحفلة اتكسرت عصاة الكمانجة..، بس ولده لما شافه زعلان طبطب عليه وقالة متزعلش هجبك غيرها، فقعد يتخيل أنه هيكتب نوته موسيقية بيها الحان عظيمة...صمت.. وأن الحفلة هتكون فيها جماهير ومعجبين كثير لأنه عاش بيحلم باليوم الي يسمع فيه تصفيق الجمهور ونظرات المعجبين...صمت.. بس هو خايف أنه مينجحش بس هيحاول".

-البطاقة (3BM):

-عنوان القصة" المشاعر الخفية".

"أحمد طالب جامعي بيخاف من التجمعات بس الحمدلله بيقدر يتعامل دلوقتي بس مازال جواه شعور بالخزي والغدر من الناس الي حوليه وده مخليه مش حابب يبصلهم ممكن يكون خايف أنهم يرجعوا تاني يضحكوا على كلامه بس هو بقي كويس... (صمت).. يمكن اول وحدة هيعرفها أنه بقي كويس هتكون مرينا لانه كان نفسه يعترفها بجنبه ولكن كان

خائف بس هو خلاص اتحسن وبقي يقدر يعيش ويخرج معاها ويعترف لها بحبه وميخفش من التجمعات الي كان بيخاف منها.

-البطاقة (6BM):

-عنوان القصة" أم مثالية".

"الدكتورة هيام ست عظيمة بتحافظ على بتها وولادها وهي واقفه مع ابنها بتنصحه أنه... ميخفش لان الخوف ضيع منه كثير ... وأن الحياة محتاجة المغامرة ومحتاجة الشجاعة والاقدام... كمان محتاجة أن الواحد يفرح الناس الي بيحبهم وخاصة امه العظيمة، فعلا هي ام مثالية، أحمد وعد أمه بالتغيير وفعلا اتغيير وراح يدور على حل مشكلته وشاف حد يساعده ويحاول يعرفه أذاي يكون جريئ في تعاملاته مع الناس وكان بيحكي لأمه خطوة بخطوة وفي كل مرة كانت بتشجعه وتديله دافعه قوية.

-البطاقة (7BM):

-عنوان القصة"فجوة أبوية".

"أحمد ولد مدلل جدد في علته... (صمت).. بس المشكلة أن أبوه دايم شايفه أنه تافه ومش متحمل المسؤولية يمكن أحمد غظان في كثير من المواقف بس كان نفسه بياه يفهمه براحة بدون تعليمات وأوامر يفهمه أن الحياة محتاجة أنه يكون أكثر احساساً بالمسؤولية وأكثر شعوراً بمواقف الحياة وأكثر مواجهة للزمات الي ممكن يقبلها... (دموع صمت).. بس فعلا مكش نذب أحمد أن محدش علما اذاي يواجهه مشاكله واذاي يواجهه الأزمات كانت مامته بتحل كل المشاكل والأزمات بسهولة من غير ميعرف بس ده خله خواف جبان خائف من كل حاجة بس خلاص يمكن يحاول يقلل الفجوة الي بينه وبين باباه ويعيش حياة هادية.

-البطاقة (8BM):

-عنوان القصة " احلام وكوابيس".

"أحمد ولد طموح بس دايمًا بيشفوف في احلامه أنه بيقتل حد وصحبه يحي بيصاعده يمكن هم يستاهلوا القتل علشان الي عملوه معاه بس ..(صمت) أحمد مش بيحب العنف والقتل مش بيحب الدم وخاصة أن فعلا قتل النفس حرام..(صمت ونظره ووضع القلم في فمه) بس تعرف أنهم يستاهلوا علشان فعلا كانوا بيكون سبب عياطه بسبب الاستهزاء منه وانهم كانوا السبب في فشل قصة حبه الوحيدة بس المسامح كريم وربنا ينتقم منهم".

-البطاقة (12BM):

-عنوان القصة "جمال الطبيعية".

" أحمد بيحب الرسم في طبيعة هادئة وبيحب يقعد مع نفسه كثير، فلما سمع عن إعلان عن السفر لجزيرة جميلة ذي الي في الصورة قرر أنه يروح يرسم لوحه...(صمت).. بس محتار يرسم للطبيعة ولا يرسم لوحه لحبته هيام بس بيتمني لو كانت تكونمعاه ويرسلها لوحه وتبقي الماء والخضرة والهج الحسن (يضحك المفحوص ... صمت) بس يخسارة كان نفسه تصبر عليه لما مشكلته تتحسن ويكون قادر على مواجهة مشكلته كان هيكونوا اجمل قصة حب بس خلاص ربنا يسعدها ويسعده.

-البطاقة (16):

الباحث: عايز تتأمل اللوحة دي وتتخيل موقف أو حدث مازال عالق بذهنك إلى الآن

الحالة: اي موقف حتي لو تافه

الباحث: المهم تعرف تكتب عليه قصة ذي الي كنا بنكتبها

-عنوان القصة " وماذا بعد؟".

" في يوم من الايام بعد الرجوع من الكلية كان أحمد حابب يروح كافيه يشرب قهوة ويقعد كده مع نفسه ويشوف ياتري لو كان فعلا راح عالج مشكلته من زمان كان ايه حصل فسأل نفسه سؤال ماذا بعد؟؟ ماذا بعد كل الخوف الي عاشه؟ ، ماذا بعد كل الوحدة الي عاشها؟، لماذا بعد؟....

بس اكتشف انه كان غطان أووووي كان لازم يواجهه مشكلته وضعفه، ويتعامل مع الآخرين ويوقف كل واحد عند حدوده وكمان يكون قوي في ردود أفعاله ميكونش طيب لان الناس

بتيجي على الطيب أوي بس مازالت الفرصة امامه علشان يعيش الحياة بتفكير مختلف وطريقة مختلفة".

في ضوء تأويل أستجابات الحالة (أ) والقصص التي كتبت) وفي ضوء حسابات أزمنة التوقف والرجع والزمن الكلي للاستجابة على كل بطاقة، تم التأويل باستخدام طريقة بلاك لتفسير وتأويل البطاقات، حيثُ خلص الباحث إلى النتائج التالية التي تعد بمثابة دلالات كينيكية على التغير الجوهري في ديناميات شخصية الحالة قبل وبعد المشاركة في البرنامج العلاجي:

- إدراك الحالة أنها تعاني من نقص في الأمن النفسي رغم وجود دعم أسري ولكن ليس بالدرجة التي كان يتوقعها المفحوص وهذا ما عبر عنه أثناء الجلسات في كونه يخشى التفاعل مع الآخرين لأن شعوره الدائم أنهم يسخرون منه جعله يكون روابط غير أمنة منذ مرحلة الطفولة وقد تم التعامل معها خلال جلسات البرنامج.

- أقتار الحالة إلى الشعور بالحب والتقبل والاهتمام من التقبل والاهتمام من المحيطين به وشعوره بالفشل وخيبة الأم ومن ثم فالحالة كانت فاقدة الشغف كما أقر وكذلك يتنابه الاحساسا بنقص تقدير الذات ولكن حاول الباحث خلال جلسات البرنامج أن يقدم له بعض التدريبات التوكيدية وكذلك الشعور بتقدير الذات والتفاعل الاجتماعي الامن وأسهم ذلك في بناء مجموعة من الأفكار الايجابية التي أسهمت في تحسين مفهوم الذات.

- إدراك الحالة لعدم المقدرة على مواجهة المشكلات الاجتماعية والمقدرة على التفاعل الاجتماعي ونقص التواصل الاجتماعي تجنباً للوقوع فريسة للسخرية، وهذا ما جعل الباحث سعي إلى تدريب المشاركين بالبرنامج على مجموعة من المهارات الاجتماعية كالمناقشة والمحادثة حتي يتمكن من التفاعل الاجتماعي ومواجهة الأفكار المرتبطة بالخوف من السخرية.

- هذا وقد كشفت الدراسة الكينيكية الاتفاق بين الدراسة الكينيكية والدراسات التجريبية كشف نتائج الدراسة الكينيكية عن وجود مجموعة من العوامل الأسرية والشخصية مسؤولة عن تحسن الحالة المرتفعة والأكثر تحسناً بالبرنامج فقد وجدا الباحث أن الأسرة

والأصدقاء لهم تأثير على إدراك مشكلة التلغم وتدعيم الحالة في مواقف الشعور بالسخرية وذلك من خلال التعليقات والنقد من كل من الوالدين والأسرة والأصدقاء وما لها من تأثير كبير علي تدني تقدير الذات وعدم الرضا عن صورة الجسم لديهم. كما أظهرت الدراسة وجود تدني لتقدير الذات لدى الحالة وتحسنت بعد الاشتراك في البرنامج، علاوة على وجود نوبات اكتئاب تظهر من خلال النظرة السلبية للأمور التي تحدث حولها وميلها إلي الحزن والبكاء والعزلة، وقصور في الكفاءة الاجتماعية المتمثلة في عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين والخوف من تقييم الآخرين لهم كما يميلو إلي الانعزال والانطواء وعدم القدرة على التواجد في المواقف الاجتماعية ووجود قلق اجتماعي.

توصيات ومقترحات الدراسة :

في ضوء ما تم التوصل إليه من نتائج في الدراسة الحالية تم صياغة التوصيات التالية:

- نشر الوعي بين مختلف فئات المجتمع بالمخاطر مشكلة الجلوتوفوبيا وتأثيرها على مكونات الشخصية والمقدرة على تكوين علاقات اجتماعية فعالة.
- إتاحة الفرصة أمام طلبة الجامعة المتعلمين للمزيد من المشاركة في الأنشطة الطلابية بأنماطها المختلفة، مما قد يساعدهم في التخلص من مشكلة الجلوتوفوبيا وزيادة فعاليتهم الاجتماعية وخاصة أن الطالب الجامعي يحتاج أن يكون أكثر قدرة على تكوين علاقات اجتماعية وكذلك مقدرته على التفاعل الاجتماعي أثناء أداءه لأعماله المستقبلية.
- ضرورة تضافر جهود كافة مؤسسات وهيئات المجتمع من أجل حماية الطلاب الجامعين المتعلمين من مخاطر الشعور بالسخرية والشعور بالضحك غير البرئ ممن حوله.
- إتاحة الفرصة أمام طلبة الجامعة المتعلمين لقضاء أوقات فراغهم في أنشطة متنوعة مفيدة بدلاً الوحدة والتدريب على دوائر الاصدقاء لتكوين صدقات فعالة تتمتع بالجودة والمشاركة الايجابية.
- الاهتمام بإقامة الندوات والمحاضرات واللقاءات مع طلبة الجامعة، والتي تتيح لهم فهم أكثر عمقاً ورؤية أكثر وضوحاً لأنفسهم ومشكلاتهم، مما يساعدهم على رؤية أنفسهم بطريقة أكثر إيجابية.

- توجيه المزيد من الاهتمام نحو تفعيل دور مراكز الإرشاد النفسي داخل الجامعات؛ نظراً لحاجة الطلبة الماسة إلى التوجيه والإرشاد في هذه المرحلة، ومن أجل المساعدة في حل المشكلات النفسية والاجتماعية لديهم.
- حث الطلبة المتعلمين على ضرورة الاستفادة من أوقات فراغهم في القيام بأنشطة اجتماعية مفيدة لهم أو لغيرهم تعزز من مهاراتهم الاجتماعية وكذلك تقلل من الحساسية الاجتماعية بينهم وبين الآخرين.

بحوث ودراسات مقترحة في ضوء نتائج الدراسة:

- بناءً على نتائج الدراسة الحالية يوصي الباحث بإجراء الدراسات التالية:
- إجراء دراسات عن فعالية المناحي العلاجية الأخرى في خفض الجلوتوفوبيا لدى طلبة الجامعة.
- إجراء دراسات عن فعالية نموذج ميكنوم في خفض الجلوتوفوبيا لدى شرائح عمرية مختلفة، ومقارنة النتائج التي يتم التوصل إليها مع نتائج الدراسة الحالية.
- إجراء دراسات عن المتغيرات المنبئة بالجلوتوفوبيا لدى طلبة الجامعة ذوي المشكلات الكلامية.
- إجراء دراسات عن البناء السيكودينامي لطلبة الجامعة مرتفعي الجلوتوفوبيا.
- إجراء دراسات عن بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المنبئة بالجلوتوفوبيا لدى شرائح عمرية مختلفة.
- إجراء دراسات على العلاج المعرفي التحليلي في خفض بعض الاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة.

المراجع

- أحمد سمير صديق (٢٠١٩). الذكاء الأخلاقي كمنبئ بجودة الصداقة لدى طلبة جامعة المنيا. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، ٢٠(٢)، ٦١٥-٢٨١.
- أحمد فخري هاني (٢٠٢٤). الجلوتوفوبيا كمعدل للعلاقة بين قلق المستقبل والرضا عن الحياة لدى عينة من المراهقين من الجنسين. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ١٢٤(١)، ٧٦-١.
- أسماء محمد السيد لطفي (٢٠٢٣). رهاب السخرية (الجلوتوفوبيا وعلاقته بأنماط التعلق ومعتقدات التحكم في المظهر لدى المراهقين "بحث وصفي كلينيكي". *مجلة كلية التربية - جامعة الأزهر*، ٣٢، ٦١٧ - ٧٥٠.
- أميره سعيد محمد & محمد رزق البحيري (٢٠٢٣). فاعلية برنامج إرشادي لخفض الجلوتوفوبيا لدى عينة من المراهقين. *مجلة دراسات الطفولة*، ٢٦ (١٠١)، ١٧-٢٣.
- إيمان فؤاد الكاشف، سها أحمد رفعت & مصطفى بركات عبدالمنعم (٢٠٢٢). التلثم وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى المراهقين المتعلمين والعاديين. *مجلة التربية الخاصة*، ٣٩، ٢٧٧-٣٠٤.
- بشاي حميد العمري & أسماء فاروق محمود (٢٠٢٤). جودة الصداقة وعلاقتها بكفاءة الذات المدركة لدى المراهقين. *مجلة الإرشاد النفسي*، ٧٨(٣)، ١٢٣-١٧٢.
- حسن عبدالفتاح الفنجري، لوبني عبداللطيف الجبوشي & منال صبحي حسن (٢٠٢١). الخوف الاجتماعي وعلاقته بمفهوم الذات لدى الاطفال ما قبل المدرسة المتعلمين. *المجلة العلمية للدراسات والبحوث التربوية والنوعية - جامعة بنها - كلية التربية النوعية*، ١٨، ٣٢٨-٣٤٨.
- حمدي محمد ياسين، سارة مصطفى محمد & وفاء مسعود محمد (٢٠١٩). التلثم محدد للكفاءة الذاتية لدى عينة المتعلمين الراشدين. *مجلة البحث العلمي في التربية - جامعة عين شمس*، ٢٠(٣)، ٣٨٠-٣٥٩.
- رانيا الصاوي عبده (٢٠٢٢). فعالية برنامج إرشادي معرفي تحليلي لخفض الضغوط المهنية لدى المرأة العاملة بكلية التربية جامعة ٦ أكتوبر. *مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية*، ١٦ (١١)، ١٩٦-٢٤٣.
- صلاح الدين عبد القادر & الزهراء مهني عراقي (٢٠٢٠). خفض الأنهيدونيا لدى أمهات الأطفال الاوتيزم باستخدام العلاج التحليل المعرفي. *المجلة العلمية للدراسات والبحوث التربوية والنوعية*، ١١، ١٩٩-٢٢٣.

عادل عبد الفتاح محمد (٢٠١٩). أساليب الفكاهة وعلاقتها بجودة الصداقة لدى طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية ببنها، ١٢٠ (١)، ٤٢-٨٨.

عبد الفتاح الخواجة (٢٠٢٤). خفض مستوي رهاب التعرض للسخرية (الجلوتوفوبيا) لدى عينة من طلاب جامعة نزوى. المجلة الدولية للعلوم التربوية والآداب، ٣(٦)، ١٠-٢٩.

عزت عبدالحميد محمد (٢٠١١). الإحصاء النفسي والتربوي تطبيقات باستخدام برنامج SPSS 18. القاهرة، دار الفكر العربي.

عصام محمد زيدان (٢٠٠١). دوافع إقامة/ قطع الصداقة بين الشباب في ضوء بعض المتغيرات" دراسة امبريقية". مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، (٤٥)، ٢٤٢-٢٨١.

عماد أحمد حسن، محمد عبدالراضي صديق & عبد الله محمد عبد الظاهر (٢٠١٩). أثر برنامج علاجي معرفي تحليلي في خفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم. مجلة كلية التربية أسيوط، ٣٥(٩)، ٦٥٧-٦٨٤.

محمد أحمد سيد خليل (٢٠٢٥). رهاب السخرية (الجلوتوفوبيا) وعلاقته بالانفعالات الأكاديمية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية "دراسة تنبؤية". مجلة الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس، ٨٢(٢)، ١٩٩-٢٧٠.

محمد مصطفى عبدالرازق & السيد يس التهامي محمد (٢٠٢٣). رهاب الخوف من السخرية "رهاب الجلوتوفوبيا Gelotophobia": خلفية نظرية وتوجهات مستقبلية. مجلة الإرشاد النفسي، ٧٣، ٥٩-١٢٣.

مصطفى السعيد جبريل & هند نبيل على (٢٠٢٠). فاعلية برنامج إرشادي قائم على بعض فنيات علم النفس الايجابي لخفض القلق الاجتماعي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية المتعلمين. مجلة بحوث التربية النوعية، ٥٩، ٣٧٧-٣٩٧.

معصم أكرم عريق & عبدالكريم محمد جرادات (٢٠٢٢). نوعية الصداقة والضغط النفسي لدى طلبة جامعة اليرموك. المجلة الدولية للبحوث النفسية والتربوية، ٤(١)، ٤٧٣-٤٩٣.

ممدوح محمود محمد، محمد عبدالنور & سيد أحمد محمد الوكيل (٢٠٢١). الخصائص السيكومترية لمقياس مؤشرات جودة الحياة لدى المراهقين المتعلمين. مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، ١٤(١٦)، ٢١-٤٨.

النابعة فتحي محمد & منصر صلاح فتحي (٢٠٢٠). الخوف من السخرية والشفقة بالذات كمنبئات بالزهاب الاجتماعي لدى عينة من ذوي اضطراب التأتأة والعاديين. مجلة الآداب والعلوم الإنسانية، ٩٠ (٢)، ٦٣٩-٦٨٣.

ناريان محمد رفاعي & أشرف أحمد عبدالقادر & إيمان جمعة فهمي محمد. (٢٠١٠). دراسة لمستوى فعالية الذات المدركة لدى عينة من المراهقين المتعلمين. *مجلة كلية التربية - جامعة بنها*، ٢١(٨٤)، ٣٠٤-٣٢٤.

نائلة عبد الرزاق حسونة. (٢٠١٦). أثر برنامج تدريبي في تنمية فاعلية الذات المدركة لدى عينة من المراهقين المتعلمين في القصيم. *العلوم التربوية*، ٢٤ (٣)، ٢٩٥-٣٢٥.

نبيل الجندي (٢٠٠٩). بعض المتنبئات النفسية بجودة الصداقة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية. *مجلة جامعة الخليل للبحوث*، ٤(١)، ١-٢٤.

هالة إبراهيم الجرواني & نيلي محمد العطار (٢٠١٤). مخاوف الأطفال "التشخيص والعلاج". المكتب الجامعي الحديث، مصر.

هنري موراي، ترجمة محمد خطاب (٢٠١٦). اختبار تفهم الموضوع للراشدين (TAT). القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

يحي حسن القطاونة (٢٠١٣). فاعلية برنامج تدريبي في علاج التلعثم وأثره في مستوى الثقة بالنفس لدى الأطفال المتعلمين. *مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية*، ٢(٧)، ٢٣٥-٢٧٢.

Argryopoulos, K., & Vlachos, I. (2015). Cognitive analytic therapy (CAT) in borderline personality disorder—a case report. *European Psychiatry*, 30, 16-24.

Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard review of psychiatry*, 14(5), 249-256.

Bakalim, O., & Taşdelen-Karçay, A. (2016). Friendship Quality and Psychological Well-Being: The Mediating Role of Perceived Social Support. *International Online Journal of Educational Sciences*, 8(4), 211-219.

Balmain, N., Melia, Y., Dent, H., & Smith, K. (2021). A systematic review of service user's experience of cognitive analytic therapy (CAT). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 36-63.

Barabadi, E., Brauer, K., Proyer, R. T., & Tabar, M. R. (2023). Examining the role of gelotophobia for willingness to communicate and second language achievement using self-and teacher ratings. *Current Psychology*, 42(6), 5095-5109.

Barnicot, K., & Crawford, M. (2019). Dialectical behavior therapy v. Mentalization-based therapy for borderline personality

- disorder. **Psychological medicine**, 49(12), 2060-2068.
- Bateman, A. W., Ryle, A., Fonagy, P., & Kerr, I. B. (2007). Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. **International Review of Psychiatry**, 19(1), 51-62.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). A randomized controlled trial of a Mentalization-based intervention (MBT-FACTS) for families of people with borderline personality disorder. **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**, 10(1), 70-78.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). Mentalization-based treatment for borderline and antisocial personality disorder. **In Contemporary Psychodynamic Psychotherapy** (pp. 133-148). Academic Press.
- Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). A Mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. **Current opinion in psychology**, 21, 44-49.
- Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T., & Fonagy, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. **BMC psychiatry**, 16(1), 304.
- Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: A task analysis. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 79(3), 395-418.
- Berndt, T. J. (2002). Friendship quality and social development. *Current directions in psychological science*, 11(1), 7-10.
- Blasco-Belled, A., Rogoza, R., & Alsinet, C. (2022). Vulnerable narcissism is related to the fear of being laughed at and to the joy of laughing at others. **Personality and Individual Differences**, 190, 111536.
- Brauer, K., & Proyer, R. T. (2018). To love and laugh: Testing actor-, partner-, and similarity effects of dispositions towards ridicule and being laughed at on relationship satisfaction. **Journal of Research in Personality**, 76, 165-176.
- Brauer, K., Sendatzki, R., & Proyer, R. T. (2021). Testing the associations between dispositions toward ridicule and being laughed at and romantic jealousy in couples: An APIM analysis. **Journal of Personality**, 89(5), 883-898.

- Brauer, K., Sendatzki, R., & Proyer, R. T. (2022). Localizing gelotophobia, gelotophilia, and katagelasticism in domains and facets of maladaptive personality traits: A multi-study report using self-and informant ratings. **Journal of Research in Personality**, 98, 104224.
- Calvert, R & Kellet, S. (2014). Cognitive analytic therapy: A review of the outcome evidence base for treatment. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 87, 253–277.
- Canestrari, C., Arroyo, G. D. M., Carrieri, A., Muzi, M., & Fermani, A. (2023). Parental attachment and cyberbullying victims: the mediation effect of gelotophobia. **Current Psychology**, 42(19), 16401-16412.
- Canestrari, C., Arroyo, G. D. M., Carrieri, A., Muzi, M., & Fermani, A. (2021). Parental attachment and cyberbullying victims: The mediation effect of gelotophobia. **Current Psychology**, 1-12.
- Canestrari, C., Carrieri, A., Del Moral, G., Fermani, A., & Muzi, M. (2019). Do coping strategies and the degree of satisfaction with one's social life and parental attachment modulate gelotophobia, gelotophilia and katagelasticism? A study on young Italian adults. **Current Psychology**, 1-12.
- Canestrari, C., Carrieri, A., Del Moral, G., Fermani, A., & Muzi, M. (2023). Do coping strategies and the degree of satisfaction with one's social life and parental attachment modulate gelotophobia, gelotophilia and katagelasticism? A study on young Italian adults. **Current Psychology**, 42(19), 16247-16258.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., ... & Clarkson, V. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry**, 193(6), 477-484.
- Chanen, A. M., McCutcheon, L., & Kerr, I. B. (2014). HYPE: a cognitive analytic therapy-based prevention and early intervention programme for borderline personality disorder. **In Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents** (pp. 361-383). New York, NY: Springer New York.
- Chanen, A. M., McCutcheon, L., & Kerr, I. B. (2014). HYPE: a cognitive analytic therapy-based prevention and early intervention programme for borderline personality disorder. **In Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents** (pp. 361-383). Springer, New York, NY.

- Chen, G. & Liu, Y. (2012). Gelotophobia and thinking styles in Sternberg's theory. **Psychological Reports**, *110*(1), 25-34. doi: 10.2466/04.09.20.PR0.110.1.25-34.
- Chlopicki, W., Radomska, A., Proyer, R. & Ruch, W. (2010). The assessment of the fear of being laughed at in poland: Translation and first evaluation of the polish GELOPH<15>. **Polish Psychological Bulletin**, *41*(4): 172-181. DOI:10.2478/v10059-010-0022-2.
- Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., & Gunderson, J. G. (2016). Evidence-based treatments for borderline personality disorder: implementation, integration, and stepped care. **Harvard Review of Psychiatry**, *24*(5), 342-356.
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What works in the treatment of borderline personality disorder. **Current behavioral neuroscience reports**, *4*(1), 21-30.
- Clarke, S., Thomas, P., & James, K. (2013). Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry**, *202*(2), 129-134.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. **American journal of psychiatry**, *164*(6), 922-928.
- Cortello, C. M. (2019). The Joke's on Me: The Relation Between Self-Defeating Humor, Gelotophilia, and Gelotophobia. Intuition: **The BYU Undergraduate Journal of Psychology**, *14*(1), 4-12.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. **Jama psychiatry**, *74*(4), 319-328.
- Daly, A. M. (2008). **Rupture resolution in cognitive analytic therapy for adolescents at risk of borderline personality disorder** (Doctoral dissertation, Oxford University).
- Daly, A. M., Llewelyn, S., McDougall, E., & Chanen, A. M. (2010). Rupture resolution in cognitive analytic therapy for adolescents with borderline personality disorder. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, *83*(3), 273-288.
- Dammann, G., Riemenschneider, A., Walter, M., Sollberger, D., Kuchenhoff, J., Gundel, H., ... & Gremaud-Heitz, D. J. (2016). Impact of interpersonal problems in borderline personality disorder inpatients on treatment outcome and psychopathology. **Psychopathology**, *49*(3), 172-

180.

- Dasoukis, J., Garyfallos, G., Bozikas, V., Katsigiannopoulos, K., Voikli, M., Pandoularis, J., ... & Adamopoulou, A. (2008). Evaluation of Cognitive-Analytic Therapy (CAT) outcome in patients with Borderline Personality Disorder. **Annals of General Psychiatry**, 7(1), S108.
- Durham, R. C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treiving, L. R., & Fenton, G. W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder. **The British Journal of Psychiatry**, 165(3), 315-323.
- Einy, S. (2019). Comparison of the Effectiveness of Mentalization Based Therapy and Cognitive-Analytical Therapy on Ego Strength and Defense Mechanisms of People with Borderline Personality Disorder. **The Horizon of Medical Sciences**, 25(4), 1-7.
- Einy, S., Basharpour, S., Atadokht, A., Narimani, M., & Sadeghi Movahhed, F. (2018). Effectiveness Of Cognitive-Analytical Therapy On Ego-Strength And Object Relations Of Persons With Borderline Personality Disorder. **The Journal of Urmia University of Medical Sciences**, 29(1), 1-11.
- Evans, M., Kellett, S., Heyland, S., Hall, J., & Majid, S. (2017). Cognitive analytic therapy for bipolar disorder: A pilot randomized controlled trial. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, 24(1), 22-35.
- Fawkes, L., & Fretten, V. (2016). The use of the CAT model in the supervision of CAT therapists working with borderline personality disorder. **In Cognitive Analytic Supervision** (pp. 103-114). Routledge.
- Fitzpatrick, S., Wagner, A. C., & Monson, C. M. (2019). Optimizing borderline personality disorder treatment by incorporating significant others: A review and synthesis. **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**.
- Flowers, T. A. (2021). Can the empathic underpinning of counseling psychologists detect Gelotophobia responses to expressions of joy above non-counseling psychologists and psychology others?.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 1-3.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. **Development and psychopathology**, 21(4), 1355-1381.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Bateman, A. (2017). Treating borderline personality disorder with psychotherapy: where do we go from here?. **JAMA**

- psychiatry, 74(4), 316-317.
- Freeman, D., Evans, N., & Lister, R. (2012). Gut feelings, deliberative thought, and paranoid ideation: A study of experiential and rational reasoning. **Psychiatry research**, 197(1-2), 119-122.
- Fuhr, M. (2010). The applicability of the GELOPH<15> in children and adolescents: First evaluation in a large sample of Danish pupils. **Psychological Test and Assessment Modeling**, 52(1), 60-76.
- Fuhr, M., Platt, T., & Proyer, R. T. (2015). Testing the relations of gelotophobia with humour as a coping strategy, self-ascribed loneliness, reflectivity, attractiveness, self-acceptance, and life expectations. **The European Journal of Humour Research**, 3(1), 84-97. <https://doi.org/10.7592/EJHR2015.3.1.fuhr>
- Hallam, C., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Greenhill, B., & Jones, A. (2021). The acceptability, effectiveness, and durability of cognitive analytic therapy: Systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 8-35.
- Hamill, M., Reid, M & Reynolds, S. (2008). Letters in cognitive analytic therapy: The patient's experience. **Psychotherapy Research**, 18(5), 573-583.
- Havranek, M. M., Volkart, F., Bolliger, B., Roos, S., Buschner, M., Mansour, R., ... & Ruch, W. (2017). The fear of being laughed at as additional diagnostic criterion in social anxiety disorder and avoidant personality disorder?. **PLoS One**, 12(11), e0188024 Hofmann, J., Ruch, W., Proyer, R. T., Platt, T., & Gander, F. (2017).
- Hellkamp, D. T. (2000). Review of Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method [Review of the book *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method*, by A. Ryle]. **Journal of Psychotherapy Integration**, 10(1), 109-113. <https://doi.org/10.1023/A:1009478629706>
- Hepple, J. (2012). Cognitive-Analytic Therapy In A Group: Reflections On A Dialogic Approach. **British Journal of Psychotherapy**, 28 (4), 474-495.
- Jellema, A. (2000). Insecure attachment states: Their relationship to borderline and narcissistic personality disorders and treatment process in cognitive analytic therapy. **Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice**, 7(2), 138-154.
- Johnson, R. (2017). **Cognitive Analytic Therapy (CAT) for Borderline Personality Disorder: Is CAT effective, and what influences the delivery of this therapy?** (Doctoral dissertation, University of

- Sheffield).
- Kahraman, d. A., & hişmanoglu, d. M. (2023). Validating a questionnaire on gelotophobia: fear of negative evaluation of ell students. **Post-pandemic trends in language studies**, 32, 112-119.
- Katsakou, C., Pistrang, N., Barnicot, K., White, H., & Priebe, S. (2019). Processes of recovery through routine or specialist treatment for borderline personality disorder (BPD): a qualitative study. **Journal of Mental Health**, 28(6), 604-612.
- Kazarian, S S; Ruch, Willibald; Proyer, Rene T (2009). Gelotophobia in the Lebanon: The Arabic Version of a Questionnaire for the Subjective Assessment of the Fear of Being Laughed at. **The Arab Journal of Psychiatry**, 20(1): 42-56.
- Keates, N. (2024). Reframing Autistic People Using a Narrative Review of Gelotophobia, Gelotophilia and Katagelasticism [**Conference Poster**].
- Kellett, S., Alhadef, L., Gaskell, C., & Simmonds-Buckley, M. (2022). Effectiveness of cognitive analytic therapy for bipolar affective disorder: A co-produced single subject cumulative treatment design with extended follow-up (A1/B/A2/C-FU). **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 95(3), 621-638.
- Kellett, S., Bennett, D., Ryle, T., & Thake, A. (2013). Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. **Clinical psychology & psychotherapy**, 20(3), 216-225.
- Kellett, S., Stockton, C., Marshall, H., Hall, J & Jennings, C. (2018). Efficacy of narrative reformulation during cognitive analytic therapy for depression: Randomized dismantling trial. **Journal of Affective Disorders**, 239, 37-47.
- Kerr, I. B., Bennett, D., & Mirapeix, C. (2012). Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder. **Clinical Topics in Personality Disorder**, 286.
- Kirkland, J & Baron, E. (2015). Using a cognitive analytic approach to formulate a complex sexual and violent offender to inform multi-agency working: developing a shared understanding. **Journal of Sexual Aggression**, 21 (3), 394-405.
- Kohlmann, C. W., Eschenbeck, H., Heim-Dreger, U., Hock, M., Platt, T., & Ruch, W. (2018). Fear of being laughed at in children and adolescents: Exploring the importance of overweight, underweight, and teasing. **Frontiers in Psychology**, 9, 1447.
- Kohlmann, C., Platt, T. & Ruch, W. (2014, August 26-30). **Overweight and the experience of teasing and ridicule: Associations with the fear of**

- being-laughed at in children and adolescents** [Poster Presentation]. The 28th Conference of the European Health Psychology Society (EHPS), Innsbruck, Austria.
- Kohlmann, C-W., Eschenbeck, H., Heim-Dreger, U., Hock, M., Platt, T. & Ruch, W. (2018). Fear of Being Laughed at in Children and Adolescents: Exploring the Importance of Overweight, Underweight, and Teasing. **Frontiers Psychology**, 9: 1447. doi: 10.3389/fpsyg.2018.0144.
- Kramer, U., Stulz, N., Berthoud, L., Caspar, F., Marquet, P., Kolly, S., ... & Despland, J. N. (2017). The shorter the better? A follow-up analysis of 10-session psychiatric treatment including the motive-oriented therapeutic relationship for borderline personality disorder. **Psychotherapy research**, 27(3), 362-370.
- Lau, C., Chiesi, F., Fermani, A., Muzi, M., del Moral Arroyo, G., Bruno, F., ... & Canestrari, C. (2023). Measuring gelotophobia, gelotophilia, and katagelasticism in Italy and Canada using PhoPhiKat-30: A multidimensional item response theory and differential item functioning analysis. **European Journal of Psychological Assessment**.
- Lawson, C. (1999). Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder: The Model and the Method. **The British Journal of Clinical Psychology**, 38(1), 103. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1996.tb01856.x>
- Leader, G., & Mannion, A.(2020). Gelotophobia in Autism Spectrum Disorder (In) Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders (2nd ed).Publisher: Springer.
- Leader, G., Grennan, S., Chen, J. L., & Mannion, A. (2018). An investigation of gelotophobia in individuals with a diagnosis of high-functioning autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 48(12), 4155-4166.
- Levy, K. N., McMMain, S., Bateman, A., & Clouthier, T. (2018). Treatment of Borderline Personality Disorder. **Psychiatric Clinics**, 41(4), 711-728.
- Linehan, M. M. (2018). **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder**. Guilford Publications.
- Liu, C. H., Chiu, F. C., Chen, H. C., & Lin, C. Y. (2014). Helpful but insufficient: Incremental theory on challenge-confronting tendencies for students who fear being laughed at. **Motivation and Emotion**, 38(3), 367-377.
- Livanos, A., Adamopoulou, A., Katsigiannopoulos, K., Bozikas, V., Voikli, M., Pandoularis, J., ... & Garyfallos, G. (2008). Anhedonia in patients

- with borderline personality disorder: the efficacy of cognitive-analytic therapy (CAT). **Annals of General Psychiatry**, 7(1), S155.
- Llewelyn , S. (2003). Cognitive Analytic Therapy: time and process. **Psychodynamic Practice** , 501-520.
- Martin, E., Byrne, G., Connon, G., & Power, L. (2021). An exploration of group cognitive analytic therapy for anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 79-95.
- Masden, C. A., Leung, O. N., Shore, B. M., Schneider, B. H., & Udvari, S. J. (2015). Social-Perspective Coordination and gifted adolescents' friendship quality. **High Ability Studies**, 26(1), 3-38
- Mastrocola, S. S. & Flynn, D. P. (2017). Peer emotional support perceived self-efficacy, and mental health morbidities among student-veterans at a public university. **The Journal of Continuing Higher Education**, 65(3), 187-198.
- Mulder, R., & Chanen, A. M. (2013). Effectiveness of cognitive analytic therapy for personality disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 202(2), 89-90.
- Mulder,R & Chanen,A. (2013). Effectiveness of cognitive analytic therapy for personality disorders. **The British Journal of Psychiatry**, 202,89-90.
- Murray, A., Mannion, A., Chen, J. L., & Leader, G. (2022). Gaming disorder in adults with autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 52(6), 2762-2769.
- Owen, K., Laphan, A., Gee, B., & Lince, K. (2023). Evaluating cognitive analytic therapy within a primary care psychological therapy service. **British Journal of Clinical Psychology**, 62(3), 663-673.
- Ozyazici, K., & Kanak, M. (2020). The relationship between social ostracism and friendship quality and false identity in secondary school students. **Research in Pedagogy**, 10(2), 476-489.
- Papousek, I., Ruch, W., Freudenthaler, H., Kogler, E., Lang, B., Schultze, G. (2019). Gelotophobia, emotion-related skills and responses to the affective states of others. **Personality and Individual Differences**, 57, 58-63.
- Parry, G., Bennett, D., Roth, A. D., & Kellett, S. (2021). Developing a competence framework for cognitive analytic therapy. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 94, 151-170.
- Phillipsen, L. C. (1999). Associations between age, gender, and group acceptance and three components of friendship quality. **The Journal of Early Adolescence**, 19(4), 438-464.

- Pitceathly, C., Tolosa, I., Kerr, I. B., & Grassi, L. (2011). Cognitive analytic therapy in psychooncology. **Handbook of psychotherapy in cancer care**, 27-38.
- Platt, T. & Forabosco, G. (2011). Gelotophobia: The fear of being laughed at. In P. Gremigni (Ed.), **Humor and health promotion**, 1-24. Nova Science Publishers, Inc.
- Platt, T. (2021). Extreme gelotophobia: Affective and physical responses to ridicule and teasing. **Current Psychology**, 40: 6076–6084. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00510-8>.
- Platt, T., & Forabosco, G. (2012). Gelotophobia: The fear of being laughed at. In P. Gremigni (Ed.), **Humor and health promotion**, 229–252. Nova Biomedical Books.
- Platt, T., & Ruch, W. (2009) The emotions of gelotophobes: shameful, fearful, and joyless? **Humor: International Journal of Humor Research**, 22(1-2), 91-110.
- Platt, T., Proyer, R. T., Hofmann, J., & Ventis, W. L. (2016). Gelotophobia in practice and the implications of ignoring it. **The European Journal of Humour Research**, 4(2), 46-56.
- Platt, T., Ruch, W. & Proyer, R. (2010). A lifetime of fear of being laughed at: An aged perspective. **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie**, 43(1), 36-41.
- Porres-Marín, J., Carretero-Dios, H., & Eid, M. (2022). The fear of being laughed at, social anxiety, and paranoid ideation: A multilevel confirmatory factor analysis of multitrait– multimethod data. **Assessment**, 29(6), 1285-1300.
- Protogerou, C., Garyfallos, G., Katsigiannopoulos, K., Bozikas, V., Voikli, M., Georgiadou, O., ... & Adamopoulou, A. (2008). Evaluation of cognitive-analytic therapy (CAT) outcome in patients with obsessive-compulsive personality disorder. **Annals of General Psychiatry**, 7(1), S109. doi:10.1186/1744-859X-7-S1-S109.
- Proyer RT, Ruch W, Chen GH. (2012). Gelotophobia: Life satisfaction and happiness across cultures. **HUMOR**, 25(1), 23-40.
- Proyer, R. T., Estoppey, S., & Ruch, W. (2012). An initial study on how families deal with ridicule and being laughed at: Parenting styles and parent–child relations with respect to gelotophobia, gelotophilia, and katagelasticism. **Journal of Adult Development**, 19(4), 228-237.
- Proyer, R. T., Neukom, M., Platt, T., & Ruch, W. (2012). Assessing gelotophobia, gelotophilia, and katagelasticism in children: An initial study on how six to nine-year-olds deal with laughter and ridicule and how this relates to bullying and victimization. **Child Indicators Research**, 5(2), 297-316.

- Proyer, R. T., Ruch, W., Ali, N. S., Al-Olimat, H. S., Amemiya, T., Adal, T. A., ... & Yeun, E. J. (2009). Breaking ground in cross-cultural research on the fear of being laughed at (gelotophobia): A multi-national study involving 73, countries. **Humor**, 22(1-2), 253-279.
- Proyer, R. T., Wellenzohn, S., & Ruch, W. (2014). Character and dealing with laughter: The relation of self-and peer-reported strengths of character with gelotophobia, gelotophilia, and katagelasticism. **The Journal of psychology**, 148(1), 113-132.
- Proyer, Rene T; Ruch, Willibald; Chen, G H (2012). Gelotophobia: life satisfaction and happiness across cultures. **Humor**, 25(1): 23-40.
- Rayner, K., Thompson, A. R., & Walsh, S. (2011). Clients' experience of the process of change in cognitive analytic therapy. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 84(3), 299-313.
- Richardson, G. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. Wiley Periodicals, **Inc. Journal of Clinical Psychiatry**, 58(3), 307-321.
- Rose, G. M., & Tadi, P. (2021). **Social anxiety disorder**. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
- Ruch, W. (2004). **Gelotophobia: A useful new concept?** IPSR Colloquium Series, Department of Psychology, University of California at Berkeley, Berkeley, USA.
- Ruch, W. (2009). Fearing humor? Gelotophobia: The fear of being laughed at: Introduction and overview [Editorial]. **Humor: International Journal of Humor Research**, 22(1-2), 1-25. <https://doi.org/10.1515/HUMR.2009.001>.
- Ruch, W., & Proyer, R. T. (2008). The fear of being laughed at: Individual and group differences in gelotophobia. *Humor* Ruch, W., & Proyer, R. T. (2008b). Who is gelotophobic? Assessment criteria for the fear of being laughed at. **Swiss Journal of Psychology/Schweizerische Zeitschrift für Psychologie/Revue Suisse de Psychologie**, 67(1), 19-27.
- Ruch, W., & Proyer, R. T. (2009). Extending the study of gelotophobia: On gelotophiles and katagelasticists. **Humor: International Journal of Humor Research**, 22, 183-212.
- Ruch, W., & Stahlmann, A. G. (2020). Toward a dynamic model of Gelotophobia: Social support, workplace bullying and stress are connected with diverging trajectories of life and job satisfaction among Gelotophobes. **Current Psychology**, 1-13.
- Ruch, W., & Stahlmann, A. G. (2023). Toward a dynamic model of Gelotophobia: Social support, workplace bullying and stress are connected with diverging trajectories of life and job satisfaction among Gelotophobes. **Current psychology**, 42(19), 16368-16380.

- Ruch, W., Harzer, C., & Proyer, R. T. (2013). Beyond being timid, witty, and cynical: Big five personality characteristics of gelotophobes, gelotophiles, and katagelasticians. **International Studies in Humour**, 2, 24-42.
- Ruch, W., Hofmann, J., Platt, T., & Proyer, R. (2014). The state-of-the art in gelotophobia research: A review and some theoretical extensions. **Humor**, 27(1), 23-45.
- Ruch, W., Platt, T., Bruntsch, R., & Ďurka, R. (2017). Evaluation of a picture-based test for the assessment of gelotophobia. **Frontiers in Psychology**, 8, 20-43.
- Ruocco, A. C., Rodrigo, A. H., McMain, S. F., Page-Gould, E., Ayaz, H., & Links, P. S. (2016). Predicting treatment outcomes from prefrontal cortex activation for self-harming patients with borderline personality disorder: a preliminary study. **Frontiers in human neuroscience**, 10, 220.
- Ryle, A. (2004). The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. **Journal of personality Disorders**, 18(1), 3-35.
- Ryle, A. E. (1995). **Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice**. John Wiley & Sons.
- Ryle, A., & Kerr, I. B. (2003). **Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice**. John Wiley & Sons.
- Ryle, A., & Kerr, I. B. (2020). **Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice of a relational approach to mental health**. John Wiley & Sons.
- Ryle, A., Kellett, S., Hepple, J., & Calvert, R. (2014). Cognitive analytic therapy at 30. **Advances in psychiatric treatment**, 20(4), 258-268.
- Ryle, A., Leighton, T., & Pollock, P. (1997). **Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method**. John Wiley & Sons Inc.
- Ryle, A., Poynton, A. M., & Brockman, B. J. (1990). *Cognitive-analytic therapy: Active participation in change: A new integration in brief psychotherapy*. John Wiley & Sons.
- Ryle, A., & Kellett, S. (2018). Cognitive analytic therapy. In Livesley, J & Larstone, R. (2018). **Handbook of personality disorders; theory, research and treatment** (2nd edition). Guilford Press.
- Sacks, M., Jagielska-Hall, D & Jeffery, S. (2016). Cognitive analytic therapy for high-risk sexual behaviour. **Sexual and Relationship Therapy**, 31 (1), 20-31.

- Samson, A., Thibault, P., Proyer, R. & Ruch, W. (2010). The subjective assessment of the fear of being laughed at (gelotophobia): French adaptation of the GELOPH<15> questionnaire. **Revue europeenne de psychologie appliquée**, 60, 247–253.
- Sandhu, S., Stephen, K., & Hardy, G. (2017). The development of a change model of “exits” during cognitive analytic therapy for the treatment of depression. **Clin Psychol Psychother**, 24, 1263-1272.
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., & Wilner, J. G. (2016). Transdiagnostic treatment of borderline personality disorder and comorbid disorders: A clinical replication series. **Journal of personality disorders**, 30(1), 35-51.
- Sauer-Zavala, S., Wilner, J. G., Cassiello-Robbins, C., Saraff, P., & Pagan, D. (2019). Isolating the effect of opposite action in borderline personality disorder: A laboratory-based alternating treatment design. **Behaviour research and therapy**, 117, 79-86.
- Sicorello, M., Neubauer, A. B., Stoffel, M., Köhler, F., Voss, A., & Ditzen, B. (2021). Congress of the World Association for Stress Related and Anxiety Disorders, held on 20–22 September 2021 in Vienna, Austria. **J Neural Transm**, 128, 1767-1812.
- Sigstad, H. (2017). Qualities in friendship—Within an outside perspective—Definitions expressed by adolescents with mild intellectual disabilities. **Journal of intellectual disabilities**, 21(1), 20-39.
- Simmonds-Buckley, M., Osivwemu, E. O., Kellett, S., & Taylor, C. (2022). The acceptability of cognitive analytic therapy (CAT): Meta-analysis and benchmarking of treatment refusal and treatment dropout rates. **Clinical Psychology Review**, 96, 102187.
- Smits, M. L., Feenstra, D. J., Eeren, H. V., Bales, D. L., Laurensen, E. M., Blankers, M., ... & Luyten, P. (2019). Day hospital versus intensive outpatient mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: multicentre randomised clinical trial. **The British Journal of Psychiatry**, 1-6.
- Summerscale, K. (2022). *The Book of Phobias and Manias: A History of Obsession*. Penguin.
- Tipton, L. A., Christensen, L. & Blacher, J. (2013). Friendship quality in adolescents with and without an intellectual disability. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, 26(6), 522–532.
- Titze, M. (2014). Shame and gelotophobia: notes and comments on important human feelings. **Dialoghi Adleriani**, 1(2), 7-22

- Torres-Marín, J., Moya-Garófano, A., & Carretero-Dios, H. (2020). Assessing individual differences in the way people deal with ridicule and being laughed at: The Spanish form of the PhoPhiKat-45. **Current Psychology**, 1-17.
- Tusiani-Eng, P., & Yeomans, F. (2018). Borderline personality disorder: barriers to borderline personality disorder treatment and opportunities for advocacy. **Psychiatric Clinics**, 41(4), 695-709.
- Vagnoli, L., Brauer, K., Addarii, F., Ruch, W., & Marangi, V. (2022). Fear of Being Laughed at in Italian HealthCare Workers. Testing associations with humor styles and coping humor. **Current Psychology**, 28(2), 1-11.
- Vagnoli, L., Stefanenko, E., Graziani, D., Duradoni, M., & Ivanova, A. (2021). Measuring the fear of being laughed at in Italian and Russian adolescents. **Current Psychology**, 1-17.
- VandenBos, G. (Ed.). (2015). **APA dictionary of psychology (2nd ed.)**. Washington, DC: American Psychological Association.
- Volkmar, F. R. (2021). Group Therapy. In **Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders** (pp. 2281-2282). Cham: Springer International Publishing.
- Wakefield, S., Delgadillo, J., Kellett, S., White, S., & Hepple, J. (2021). The effectiveness of brief cognitive analytic therapy for anxiety and depression: A quasi-experimental case—Control study. **British Journal of Clinical Psychology**, 60(2), 194-211.
- Welch, L. (2000). Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder: The Model and the Method by Anthony Ryle. **Published by John Wiley. British Journal of Psychotherapy**, 17(2), 250-252
- Wildgoose, A., Clarke, S., & Waller, G. (2001). Treating personality fragmentation and dissociation in borderline personality disorder: a pilot study of the impact of cognitive analytic therapy. **British Journal of Medical Psychology**, 74(1), 47-55.
- Wu, C., Huang, Y., Wang, P. & Chen, H. (2019). Parent-child attachment as a mediator of the relationship between parenting style and Gelotophobia among adolescents. **International Journal of Psychology**, 54(4), 548-556.