

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

"العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام"

"دراسة إكلينيكية"

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هي نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وإن هذه الرسالة ككل، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

DECLARATION

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:

اسم الطالب: **هدير عز الدين صلاح الإسي**

Signature:

التوقيع: **هدير الإسي**

Date:

التاريخ: 2014/11/11م



الجامعة الإسلامية - غزة
برنامج الدراسات العليا
كلية التربية
قسم علم النفس

"العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام"

"دراسة إكلينيكية"

إعداد الطالبة:

هدير عز الدين صالح الإسي

إشراف الأستاذ الدكتور:

سمير رمضان قوته

قُدم هذا البحث استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس من كلية التربية

في الجامعة الإسلامية بغزة.

1435 هـ _ 2014 م.



نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي و الدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحثة/ هدير عز الدين صالح الإسي لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية وموضوعها:

العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام - دراسة إكلينيكية

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم الثلاثاء 18 محرم 1436هـ، الموافق 2014/11/11م الساعة الثامنة والنصف صباحاً بمبنى طبية، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

.....

مشرفاً ورئيساً

أ.د. سمير رمضان قوته

.....

مناقشاً داخلياً

د. عاطف عثمان الأغا

.....

مناقشاً خارجياً

د. درداح حسن الشاعر

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحثة درجة الماجستير في كلية التربية/قسم الصحة النفسية المجتمعية.

واللجنة إذ تمنحها هذه الدرجة فإنها توصيها بتقوى الله ولزوم طاعته وأن تسخر علمها في خدمة دينها ووطنها.

والله ولي التوفيق،،،

مساعد نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

.....

أ.د. فؤاد علي العاجز



كن جميلاً

لإيليا أبو ماضي

أيهذا الشاكي وما بك داء
إن شر الجناة في الأرض
وترى الشوك في الورود
والذي نفسه بغير جمال
فتمتع بالصبح ما دمت فيه
وإذا ما أظل رأسك هم
أدركت كنهها طيور الروابي
تتغنى والصقر قد ملك الجو
تتغنى وعمرها بعض عام
فاطلب اللهو مثلما تطلب
وتعلم حب الطبيعة منها
وإذا ما وجدت في الأرض
وتوقع إذا السماء اكفهرت
كل من يجمع الهموم عليها
أيهذا الشاكي وما بك داء

من ديوان إيليا أبو ماضي



إلى من علموني أن الحياة
أمل طموح إصرار
إلى أمي نبع الحنان والعطاء
إلى إخوتي الأفاضل
إلى أخواتي العزيزات
إلى كل من يجب مساعدة الآخرين
إلى جميع المعالجين والأخصائيين النفسيين
وإلى كل من وقف بجاني مشاركاً وموجهاً وناصحاً
عرفاناً لهم بالفضل
وإهداء خاص إلى بلادي الحبيبة فلسطين
أهدي ثمرة جهدي المتواضع
إليك جميعاً أهدي هذا العمل

أسأل الله تعالى التوفيق والسداد وأن يتقبل عملي خالصاً لوجهه الكريم

الباحثة

شكراً وتقديراً

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، الحمد لله حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه، أن وفقني لإنجاز هذا العمل، وإتمام خطواته، فلا يسعني الآن وبعد هذا الإنجاز إلا أن أنسب الفضل لأهله، يسرني أن أتقدم بكل آيات المحبة والاحترام إلى والدتي الغالية، وجميع إخوتي وأخواتي على ما قدموه لي من دعم نفسي ومادي خلال فترة عملي بالرسالة.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى جامعتي الموقرة التي أتاحت لي الفرصة لإتمام دراستي العليا فيها. و أتوجه بالشكر الجزيل وعظيم الامتنان إلى أستاذي الفاضل، الأستاذ الدكتور: سمير رمضان قوته الذي تفضل بالإشراف على هذه الرسالة، ولم يدخر جهداً في تقويم هذا العمل، وتقديم النصح والمشورة وتذليل العقبات، فله مني كل الشكر والاحترام والتقدير.

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة الأفاضل، الدكتور: عاطف عثمان الأغا مناقشاً داخلياً، والدكتور: درراح حسن الشاعر مناقشاً خارجياً ، والذين سيكون لملاحظاتهم أثراً كبيراً في إثراء جودة هذه الرسالة.

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى جميع زملائي في العمل في عيادة الوسطى للصحة النفسية والمجتمعية كلٌ باسمه ولقبه، وأخص منهم بالذكر الدكتور عمر البحيصي لمساعدته لي في إنجاز هذه الرسالة، ومشاركته في المحاضرات التعليمية للمرضى.

كما وأخص بالذكر الأستاذ: شادي بريخ الأخصائي النفسي وماجستير الإرشاد النفسي، على دعمه الكبير ومساعدته المستمرة لي في جميع مراحل الرسالة من البداية حتى النهاية، وكذلك في المحاضرات التعليمية للمرضى.

كما أشكر الأستاذ: مهند حمدان تمرير وماجستير صحة نفسية، على مشاركته لي في تطبيق البرنامج وكذلك في المحاضرات التعليمية للمرضى.

كما و أشكر أعضاء لجنة التحكيم الذين شاركوا في تحكيم البرنامج العلاجي، والذين قدموا من وقتهم الكثير وهم:

د. مصطفى المصري، د. فضل أبو هين، د. أنور العبادسة، د. جميل الطهراوي، د. عايش سمور، د. جمال قنن، أ. نظمية أبو سنيده.

كما لا أنسى أن أتوجه بجزيل الشكر والعرفان للإحصائي أ. خليل مقداد على جهوده الكبيرة في انجاز هذا العمل المتواضع.

كما وأتوجه بالشكر الجزيل للمدقق اللغوي أ. ماهر محمد أبو معمر ماجستير في الإدارة التربوية على جهوده الكبيرة في تدقيق هذه الرسالة وإخراجها بالشكل المطلوب.

كما لا يفوتني توجيه الشكر لأفراد العينة "مرضى اضطراب القلق العام" الذين شاركوا طيلة جلسات البرنامج العلاجي.

كما و أشكر كل من ساهم في إتمام هذا العمل ولو بدعم نفسي ومعنوي في السر والعلن أو بنصيحة غالية أو كلمة طيبة أو دعاء في ظهر الغيب.

وأخيراً أعتذر لمن فاتني ذكره ولم أتمكن من شكره، سائلة المولى عز وجل أن لا يضيع لهم أجراً، وأن يجعله في ميزان حسناتهم، إنه سميع مجيب الدعاء.

ختاماً أدعو الله أن يتقبل عملي هذا خالصاً لوجهه الكريم.

الباحثة.

ملخص الدراسة باللغة العربية

عنوان الدراسة: العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام "دراسة إكلينيكية".

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب القلق العام لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمنطقة الوسطى، وكذلك مدى استمرار الفاعلية بعد فترة متابعة مدة شهر بعد انتهاء تطبيق الجلسات العلاجية.

وقد تكونت عينة الدراسة من (15) فرداً من المرضى المترددين على عيادة الوسطى (الزوايدة) للصحة النفسية والاجتماعية، والذين يعانون من اضطراب القلق العام، تم اختيارهم بطريقة قصدية حيث تم أخذ جميع المرضى المشخصين باضطراب القلق العام في العامين 2012 - 2013.

وقد استخدمت الباحثة مقياس تايلور للقلق الصريح للتعرف على درجة القلق لدى أفراد العينة، كما وقامت الباحثة بإعداد برنامج علاجي معرفي سلوكي، للتخفيف من أعراض القلق العام لدى أفراد العينة وقد قامت الباحثة بتحكيم البرنامج لدى عدد من الأطباء النفسيين والأخصائيين والمختصين.

كما استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي (ذو التصميم الواحد)، الذي يتضمن عينة تجريبية واحدة وتطبيق البرنامج عليها دون اللجوء إلى وجود مجموعة ضابطة إضافة إلى استخدامها المنهج الإكلينيكي، ومن ثم تطبيق البرنامج على عينة مرضى القلق العام الذين تم اختيارهم، وقد تضمن البرنامج 12 جلسة علاجية بواقع جلسة كل أسبوع، واستغرق البرنامج مدة ثلاث شهور ونصف، وقد تم تقييم البرنامج عدة مرات من خلال تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح أربع مرات (تطبيق قبل البدء بتنفيذ البرنامج، وتطبيق منتصف البرنامج بعد مضي 6 جلسات علاجية من تطبيق البرنامج، و تطبيق بعد الانتهاء من تطبيق الجلسات العلاجية، وتطبيق تتبعي بعد مضي شهر من انتهاء الجلسات العلاجية).

وللإجابة على تساؤلات الدراسة وفرضياتها استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية:

اختبار كاي سكوير، واختبار (ت) لعينين مستقلتين، ومعامل ارتباط بيرسون، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والوزن النسبي، واختبار ويلوكسون، وبعد استخراج النتائج تم تفسيرها ومناقشتها.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات متوسطات التطبيق القبلي والنصفي والبعدي والتتبعي في درجات اضطراب القلق العام.
- وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي والنصفي في درجات اضطراب القلق العام لدى أفراد العينة لصالح القياس النصفي.
- وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي والبعدي في درجات اضطراب القلق العام لدى أفراد العينة لصالح القياس البعدي.
- وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس النصفي والبعدي في درجات اضطراب القلق العام لدى أفراد العينة لصالح القياس البعدي.
- وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات البعدي والتتبعي في درجات اضطراب القلق العام لدى أفراد العينة لصالح القياس التتبعي.

Abstract

Study Title: Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder (Clinical Study).

This study aimed at identifying the effectiveness of cognitive behavioral therapy in reducing symptoms of generalized anxiety disorder in a sample of patients attending the psychological clinic at Central region, as well as the continuation of the extent of the continuation of effective follow-up after a period of one month after the end of the application of therapeutic sessions.

The study sample consists of 15 participants from patients attending a clinic (Zawayda) for community mental health, and those who suffer from generalized anxiety disorder were chosen deliberately, from all patients that diagnosed as generalized anxiety disorder, in the two years from 2012 to 2013.

The researcher used Taylor's scale of explicit concern to identify the degree of concern among members of the sample; the researcher prepared a program of cognitive behavioral therapy to relieve the symptoms of generalized anxiety among participant of the sample. The researcher has sent her program to control panel (a number of psychiatrists, psychologists and specialists).

The researcher has used the quasi-experimental (design one), which includes a sample of one experimental and the application program without resorting to the presence of a control group, clinical quasi, and then the program, applied on the sample (patients with generalized anxiety who have been selected.) The program includes 12 therapeutic session by one session each week and took the program for three and a half months; the program has been evaluated several times through the application of Taylor's scale four times (Before starting the implementation of the program, and the mid-program after 6 therapeutic sessions of implementation, and the application after the program completion of therapeutic sessions, and the application of Trace a month after the end therapeutic sessions).

To answer the study questions and hypotheses, the researcher used the following **Statistical Methods:** Chi-square test, and t-test for independent sample, Pearson

correlation coefficient, means, standard deviations, the percent weight and Wilkinson test. After extracting the results, they have been interpreted and discussed.

The study found the following results :

- There are significant statistical differences between the mean scores of before, in middle, after and following application.
- There are significant statistical differences between the scores of before and in middle test in degrees of generalized anxiety disorder among participants.
- There are significant statistical differences between the scores of pre and post test in degrees of generalized anxiety disorder among participants .
- There are significant statistical differences between the scores of in middle and after test in degrees of generalized anxiety disorder among participants.
- There are significant statistical differences between the post test scores and grades in the following test generalized anxiety disorder among participants.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	أبيات شعرية من قصيدة "كن جميلاً" لإيليا أبو ماضي.
ج	إهداء.
د	شكر وتقدير.
و	ملخص عربي.
ح	ملخص انجليزي.
ي	فهرس المحتويات.
س	قائمة الجداول.
ع	قائمة الأشكال.
ف	قائمة الملاحق.
1-10	الفصل الأول: خلفية الدراسة
2	مقدمة الدراسة.
6	مشكلة الدراسة وتساؤلاتها.
6	فروض الدراسة.
7	مببرات الدراسة.
7	أهداف الدراسة.
8	أهمية الدراسة.
9	مصطلحات الدراسة.
10	حدود الدراسة.
11 - 104	الفصل الثاني: الإطار النظري
12 - 45	المبحث الأول: العلاج المعرفي السلوكي
12	أولاً: الأصول النظرية للعلاج المعرفي السلوكي.
13	الاتجاه الأول: النظرية العقلانية الانفعالية لألبرت أليس.

19	نموذج العلاقات المتداخلة A.B.C لألبرت أليس.
21	الاتجاه الثاني: النظرية المعرفية عند أرون بيك.
21	طريقة العلاج المعرفي عند بيك.
22	الاتجاه الثالث: العلاج المعرفي السلوكي عند هيربرت ميكينبوم.
24	تطور النظرية المعرفية السلوكية.
26	تعقيب عام على الاتجاه المعرفية السلوكية
26	نقد الاتجاه المعرفي السلوكي.
27	ثانياً: العلاج المعرفي السلوكي.
28	تعريف العلاج المعرفي السلوكي.
29	الافتراضات الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي.
29	المبادئ العامة للعلاج المعرفي السلوكي.
30	أهداف العلاج المعرفي السلوكي.
31	خصائص العلاج المعرفي السلوكي
33	نموذج العام للعلاج المعرفي السلوكي.
33	استخدامات العلاج المعرفي السلوكي.
34	مزايا العلاج المعرفي السلوكي.
34	المواصفات الفنية للعلاج المعرفي السلوكي.
35	مواصفات المريض الذي يطبق عليه العلاج المعرفي السلوكي.
35	مواصفات المعالج الذي يستخدم العلاج المعرفي السلوكي.
35	الإجراءات والاحتياطات المستخدمة في المنحى المعرفي لتعديل السلوك.
36	الاعتبارات الواجب مراعاتها عند استخدام المنهج المعرفي السلوكي.
36	مراحل العلاج وفق النظرية المعرفية السلوكية.
38	الطرق والأساليب المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي.
40	الخطوات المتبعة في العلاج المعرفي السلوكي.

42	مكونات ومسار جلسة العلاج المعرفي السلوكي.
43	بعض الأساليب العلاجية المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي.
45	تطبيقات عملية لاستخدام العلاج المعرفي السلوكي.
45	الغنيات والتكتيكات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي.
47-78	المبحث الثاني: اضطراب القلق العام.
47	مقدمة.
48	تعريف القلق.
52	نسبة شيوع اضطراب القلق عالمياً.
53	الفرق بين الخوف والقلق.
53	القلق كحالة والقلق كسمة.
55	تصنيفات القلق حسب جماعة الطب العقلي الأمريكية.
56	محكات تشخيص القلق حسب الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع.
57	أنواع القلق.
59	أعراض القلق.
61	أسباب القلق.
65	النظريات المفسرة للقلق.
65	نظرية التحليل النفسي.
68	النظرية السلوكية.
69	النظرية الوجودية والإنسانية.
71	النظرية المعرفية للقلق.
73	القلق من منظور عقلائي انفعالي.
75	القلق من منظور إسلامي.
78	تعليق عام على النظريات.
79	علاج القلق.

83-104	المبحث الثالث: العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام
83	مقدمة
84	وظيفة الانشغال القلبي
84	مواصفات الانشغال القلبي
85	تقييم الأعراض والتشخيص لاضطراب القلق العام
87	العناصر الأساسية في نشوء الاضطراب
88	مراحل العملية العلاجية
91	الفتيات والاستراتيجيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام.
104	من النماذج والمواقف الإسلامية حول استخدام النبي للعلاج المعرفي السلوكي في حالة القلق.
107 - 138	الفصل الثالث: الدراسات السابقة.
108 - 130	أولاً: الدراسات العربية.
131 - 134	ثانياً: الدراسات الأجنبية.
134	تعليق عام على الدراسات السابقة.
139 - 157	الفصل الرابع: إجراءات الدراسة.
140	مقدمة.
140	تصميم الدراسة.
140	منهج الدراسة.
141	متغيرات الدراسة.
141	مجتمع الدراسة.
142	عينة الدراسة وشروطها.
142	الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة.
143	أدوات الدراسة.

144	أولاً: مقياس البيانات الشخصية.
144	ثانياً: مقياس تايلور للقلق الصريح.
144	وصف المقياس.
145	تصحيح المقياس.
145	ثالثاً: البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.
146	الملخص العام لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي.
148	ملخص الجلسات العلاجية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي.
152	مصادر البرنامج المعرفي السلوكي.
152	حدود ومدة البرنامج.
153	أهداف البرنامج.
153	أهمية البرنامج.
153	الأسس الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي.
154	المستفيدون من البرنامج.
154	الخدمات التي يقدمها البرنامج.
155	مراحل تطبيق البرنامج.
156	خطوات إجراء الدراسة
157	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.
158 - 171	الفصل الخامس: عرض وتفسير ومناقشة النتائج.
159	تساؤلات الدراسة.
161	فرضيات الدراسة.
161	الفرضية الأولى ومناقشتها.
163	الفرضية الثانية ومناقشتها.
165	الفرضية الثالثة ومناقشتها.
166	الفرضية الرابعة ومناقشتها.

169	التعليق العام على نتائج الدراسة.
170	التوصيات
171	المقترحات والصعوبات التي واجهت الباحثة خلال إجراء الدراسة.
173	المراجع العربية.
185	المراجع الأجنبية.
189	الملاحق.

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الجدول
55	تصنيفات القلق حسب جماعة الطب العقلي الأمريكية.	جدول 1
85	أعراض القلق وتصنيفاتها المختلفة.	جدول 2
93	آلية تعديل الأفكار.	جدول 3
94	آلية المراقبة الذاتية للأفكار والمشاعر والسلوك.	جدول 4
142	الخصائص الديموغرافية للعينة.	جدول 5
146	الملخص العام لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي.	جدول 6
148	ملخص الجلسات العلاجية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي.	جدول 7
159	يوضح مستوى اضطراب القلق العام.	جدول 8
161	يوضح المتوسطات الحسابية بين القياس القبلي والنصفي.	جدول 9
163	يوضح المتوسطات الحسابية بين القياس القبلي والبعدي.	جدول 10
165	يوضح المتوسطات الحسابية بين القياس النصفي والبعدي.	جدول 11
167	يوضح المتوسطات الحسابية بين القياس البعدي والتتبعي.	جدول 12

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الشكل
20	يوضح نموذج العلاقات المتداخلة A.B.C.	شكل 1
25	يوضح آلية تأثير الأفكار والمشاعر والسلوك.	شكل 2
33	يوضح النموذج العام للعلاج المعرفي السلوكي.	شكل 3
141	رسمه توضح متغيرات الدراسة.	شكل 4

قائمة الملاحق

الصفحة	العنوان	الملحق
189	مقياس القلق الصريح لتايلور بعد التقنين.	ملحق 1
191	قائمة المحكمين.	ملحق 2
192	تمارين الاسترخاء.	ملحق 3
199	جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.	ملحق 4
211	نموذج تعديل الأفكار ونموذج المتابعة الذاتية.	ملحق 5
212	نسخة من نموذج تسهيل مهمة الطالب.	ملحق 6

الفصل الأول

خلفية الدراسة

- المقدمة
- مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
- فروض الدراسة
- مبررات الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- حدود الدراسة

المقدمة:

الحياة مليئة بالسرور والكدر، بالخير والشر، بالفرح والحزن، بالطيب والخبيث، بالحلو والمر، بالصحة والمرض، وكل شخص يعيشها حسب ما يدركها ويراها، فهناك من الأشخاص لديه من وسائل التكيف ما يمكنه من فهمها و عيشها بسلام ودون مشاكل أو اضطرابات، وهناك من يسيء إدراكها، و لا يستطيع فهمها، ولا يمتلك من وسائل التكيف ما يمكنه من العيش بسلام فيعيش في تعب وكدر، و يقع فريسة سهلة للمعاناة والاضطرابات النفسية.

وفي الآونة الأخيرة انتشرت العديد من الأشكال والأعراض للمعاناة النفسية والتي وصفت بالمرض النفسي، وقد الريماوي المرض النفسي على أنه تغير في التفكير أو المزاج أو العواطف أو السلوك، على أن يكون هذا التغير شديداً، و أدى إلى عدم الارتياح والمعاناة النفسية لدى الشخص أو أثر على أدائه. (الريماوي وآخرون، 2006: 625).

كما عرف سمور المريض النفسي بأنه الشخص الذي يشكو من تغير أو يشتكي من حوله منه، بحيث أن تصرفاته إما تسيء إليهم أو تشكل تهديد لأمنهم ولذلك ترى عدة مفاهيم للمرض من الشاكي أو ممن حوله من المجتمع. (سمور، 2006: 56).

إذن فالمرض النفسي هو حالة نفسية تصيب تفكير الإنسان أو مشاعره أو حكمه على الأشياء، أو سلوكه، إلى حد يستدعي التدخل لرعاية هذا الإنسان ومعالجته في سبيل مصلحته الخاصة أو مصلحة الآخرين من حوله،

وتضم قائمة الاضطرابات النفسية العديد من الأشكال والحالات، فهناك الاضطرابات العصبائية والتي تظهر على شكل اضطراب انفعالي يؤدي الشخص ويجعل تصرفه غير مقبول في عدد من المواقف، ولكن لا يعطل عنده القدرة على التفكير ولا تنقطع الصلة بينه وبين المحيط حوله، وهناك الأمراض الذهانية التي تظهر على شكل خلل وظيفي شامل لمكونات الشخصية العقلية والانفعالية والسلوكية، تتميز الأمراض العصبائية عن الأمراض الذهانية بعدة خصائص أهمها:

- 1- عدم الاستبصار بالمرض والعجز عن الإحساس بوجود مشكلة .
- 2- فقدان الصلة بالواقع.
- 3- الاختلال في إدراك الزمان والمكان والأشخاص.

4- قد يكون خطراً على نفسه أو على غيره.

5- غير قادر على تحمل المسئوليات. (إبراهيم، 1988: 49).

و يعتبر القلق من أهم الاضطرابات العصبية التي تصيب الإنسان بالتعب والكدر والمعاناة، وقد يصيب أي شخص في أي مرحلة من مراحل حياته، بدليل قوله تعالى ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ﴾ (البلد/ آية:4). أي في تعب ومشقة، وهذه الآية تشير بوضوح إلى الحالة النفسية المصاحبة للإنسان في معظم أوقات حياته وتتمثل في شعوره بالضجر والملل والتعب والحزن والأسى.
(سرحان، 2001: 24).

كما ويعتبر القلق النفسي والتوتر مرض هذا العصر حتى سمي العصر الحالي بعصر القلق حيث تشير الإحصائيات في العالم أن 80% من الأمراض الحديثة ناتجة عن القلق النفسي، وأن 50% من الأفراد الذين يراجعون الأطباء هم يعانون بالدرجة الأولى من اضطرابات القلق العام وأن 25% من أفراد المجتمع يعانون من أحد أشكال القلق والتوتر. (الفيومي، 1985: 28).

وقد يكون الشعور بالقلق دافع للإنسان ومحفز له للإنجاز والإبداع والتفوق، وهذا القلق إيجابي ومطلوب في كثير من الأحيان حيث يظهر هذا النوع من القلق في مواقف محددة ويدفع للتفوق والنجاح، ومن ثم يزول تأثير القلق بانتهاء الموقف والحدث وهذا ما يسمى بالقلق كحالة، ولكن إذا استمر القلق بعد انتهاء الموقف وأصبح يظهر باستمرار وفي كل المواقف فهذا يدفع الشخص للشعور بالقلق والإحباط والدخول في صراعات متواصلة وكأنه في دائرة مفرغة لا يستطيع الخروج أو التخلص منها أو حلها، ويلزم الشخص طوال حياته حتى يصبح سمة من سمات شخصيته، وهذا ما يسمى بالقلق كسمة. (كفافي، 1990: 243 - 244).

ويترك القلق آثاراً سلبية فظيعة على شخصية الفرد وحياته بجميع مجالاتها الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية، وتؤثر على وظائفه الحيوية ودوره في المجتمع وعمله وطريقه تعامله مع الآخرين بل على طبيعة الشخص نفسه ومدى اهتمامه بذاته ومهاراته وقدراته ومواهبه، لذلك يعتبر هذا النوع من القلق بالقلق السلبي أو العصابي لما له من آثار سلبية على حياة الإنسان وأفكاره وانفعالاته ومشاعره وسلوكه وتصرفاته.

وقد عرفه **عكاشة** بأنه: "شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادةً ببعض الإحساسات الجسدية وخاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي

في نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في المعدة، أو السحبة في الصدر، أو ضيق التنفس، أو الإحساس بنبضات القلب، أو الصداع، أو كثرة الحركة". (عكاشة، 2003: 135-136).

كما عرف الباحثان **شيفر ومليمان Shiever and Meliman** القلق بأنه: "حالة من عدم الارتياح والهم، المتعلق بحوادث المستقبل، ويتضمن شعور بالضيق، وانشغال الفكر وترقب الشر، وعدم الارتياح حيال ألم ما، أو مشكلة وشيكة متوقعة الحدوث.

(شيفر، ومليمان، 1989: 114-116).

وقد تعددت أنواع القلق الموضوعي حسب الموضوع الذي نبعت منه فهناك قلق الاختبار الذي يصيب الطلبة فترة الاختبارات ويدفعهم للتفوق والنجاح والإبداع والإنجاز، وقلق الموت الذي يصيب بعض البشر في حال حدوث فقدان أو موت شخص عزيز أو قريب منه، وهناك القلق الذي يصيب بعض الأشخاص على الأبناء والزوجة والمستقبل ويسمى قلق المستقبل وكلها تؤثر سلباً على حياة الإنسان في فترة معينة من فترات حياتهم ومن ثم تزول بانتهاء الحدث أو الموقف.

(غانم، 2006: 77).

وحسب التصنيف الدولي الأمريكي للاضطرابات النفسية والعقلية فهناك العديد من أنواع اضطرابات القلق، والتي منها اضطراب كرب ما بعد الصدمة الذي يحدث بعد تعرض الشخص لموقف مفاجئ خارج عن توقعاته ويؤثر على قدرته في السيطرة والتحكم، وهناك المخاوف والتي منها اضطراب الهلع والذي يصيب الشخص بنوبة أشبه ما تكون بالنوبة القلبية، المخاوف المتعددة مثل "المرتفعات، الأماكن الواسعة والمفتوحة، الخوف من الماء ولون الدم"، و أيضاً هناك الخوف أو القلق الاجتماعي الذي يخاف فيه الشخص من مواجهه الآخرين أو التعامل معهم، وهناك اضطراب الضغط الحاد والذي يحدث نتيجة تراكم جبال من الهموم والضغوطات و الاحباطات والصراعات والمشاكل على كاهل الشخص فيفقد سيطرته على الأمور ولا يستطيع التحكم بها أو حلها، وهناك أيضاً اضطراب الوسواس القهري الذي يكون عبارة عن أفكار وأفعال قهرية تصيب الشخص وتلازمه وتتغص عليه حياته، وهناك اضطراب القلق العام الذي يصيب الشخص في جميع مراحل حياته وفي جميع المواقف التي يمر بها في حياته ويصعب عليه التخلص منها بمفرده لذا يتوجه لطلب المساعدة من المختصين.

(American Psychiatric Association, 1994: 435 – 436).

ونظراً لتعدد الاضطرابات النفسية والعقلية التي تصيب الناس وتوجههم لطلب المساعدة النفسية من المختصين فقد تعددت أنواع العلاج النفسي، فهناك العلاج الكيميائي والدوائي، والناس أكثر توجهاً لاستخدام التوجه الطبي لأنهم يرونه أسرع في التخلص من أعراض المرض، وهناك العلاج النفسي المتعدد، والذي منه العلاج التحليلي والعلاج السلوكي والعلاج المعرفي والعلاج المعرفي السلوكي الذي هو موضوع الدراسة الحالية.

وقد قام العديد من علماء النفس والباحثين في المجال النفسي بدراسة اضطرابات القلق المتنوعة بهدف مساعدة المرضى والتخفيف من معاناتهم، فهناك دراسات كانت حول العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق الاجتماعي، ودراسات حول اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ودراسات حول اضطراب الوسواس القهري، ودراسات حول قلق المستقبل وقلق الامتحان وقلق الكمبيوتر، وهناك دراسات قارنت بين فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وأنواع أخرى من العلاج النفسي مثل الاسترخاء وجميع هذه الدراسات أثبتت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الأعراض المرضية لدى المرضى.

ومن المعلوم أن العلاج المعرفي السلوكي حديث الاستخدام في العيادات النفسية، فهو يعتمد على تعديل أفكار الفرد ومشاعره وسلوكياته حتى يتغير مجرى حياته ويزول قلقه من خلال استخدام خطة علاجية متكاملة تبدأ بتحضير المريض وبناء الثقة والعلاقة العاجية الجيدة التي تسمح للمريض والمعالج بالعمل معاً من أجل حل المشكلة من خلال عدة مراحل تبدأ بالتعليم النفسي والتثقيف للمريض حول الاضطراب الذي يعاني منه وأسبابه وأعراضه وأساليب علاجه ومن ثم عن أسلوب العلاج المعرفي السلوكي وخطواته ومبادئه، مع التأكيد على أهمية أداء المهمات المنزلية وتطبيق الفنيات التي يتم تعلمها، حيث أن الفنيات التي يتم استخدامها متنوعة ومتعددة ومفيدة منها تقنيات معرفية تعمل على الأفكار مثل تقنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها وتعديلها وتقنية حل المشكلات، والحوار الذاتي وصرف الانتباه والمراقبة الذاتية والواجبات المنزلية، ومنها تقنيات انفعالية مثل التعريض والتخيل والاسترخاء، ومنها تقنيات سلوكية مثل تنظيم الوقت وجدولة الأنشطة اليومية والترفيهية .

والدراسة الحالية تقوم على دراسة مدى فاعلية برنامج في العلاج المعرفي السلوكي على مرضى اضطراب القلق العام.

مشكلة الدراسة والتساؤلات:

من خلال اطلاع الباحثة على الدراسات السابقة والأبحاث العلمية والكتب النفسية، وجدت أن معدل القلق حسب ما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية في تقريرها السنوي لعام (2005م) يعد من بين أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً على الرغم من التباين الثقافي في الإبلاغ عنه وتبلغ معدلات انتشاره عالمياً بين 5.7% و 17.7%. (منظمة الصحة العالمية، 2005: 20).

ومن خلال عمل الباحثة في العيادة النفسية بمحافظة الوسطى لاحظت ارتفاع نسبة الحالات التي تتردد على العيادة ويتم تشخيصها باضطراب القلق العام حيث بلغت نسبة عدد حالات القلق العام في عيادة الوسطى النفسية فقط حوالي (114) حالة، وهذا يستدعي ضرورة التدخل النفسي للتخفيف من معاناة هؤلاء الأشخاص، هذا بالإضافة إلى أن هناك العديد من الحالات التي تعاني من أعراض القلق العام ولكنها لا تتوجه لطلب المساعدة النفسية من المختصين خوفاً من نظرة المجتمع السلبية للمريض النفسي.

وتحدد مشكلة الدراسة بالتساؤل الرئيسي:

ما أثر فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي على مرضى اضطراب القلق العام؟

وتنبثق عنه التساؤلات الفرعية التالية:

- * ما مستوى اضطراب القلق العام لدى أفراد العينة؟
- * ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي بالنسبة لمرضى القلق العام؟
- * هل يمكن أن يستمر تأثير استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق النفسي بعد شهر من انتهاء تطبيق جلسات العلاج المعرفي السلوكي؟

فروض الدراسة:

في ضوء الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة تفترض الباحثة الفروض التالية لدراستها:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس النصفى في اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية في برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية في برنامج العلاج المعرفي السلوكي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس النصفى ودرجات القياس البعدي في اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية في برنامج العلاج المعرفي السلوكي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية في برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

مبررات الدراسة:

- عمل الباحثة في مجال العلاج النفسي.
- تنمية الوعي في مجتمعنا المحلي بأهمية العلاج النفسي والخدمات التي يمكن أن تقدم للمرضى.
- ندرة الدراسات التي تهتم بتقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي للقلق وخاصة في مجتمعنا المحلي.
- عدم وجود إطار علمي وأكاديمي وعملي واضح للعلاج المعرفي السلوكي بحيث يكون العلاج الأفضل والأنجع في حال تطبيقه في مجتمعنا.
- أنها باكورة الدراسات في المجتمع الفلسطيني التي عملت على تطوير برنامج علاجي في العلاج المعرفي السلوكي لمساعدة مرضى القلق العام.
- تفتح المجال أمام الباحثين والمختصين للعمل على تطوير برامج علاجية تساهم في التقليل والتخفيف من أعراض الاضطرابات النفسية.

أهداف الدراسة:

- تهدف هذه الدراسة إلى استقصاء مستوى القلق النفسي لدى أفراد عينة الدراسة.
- تهدف هذه الدراسة إلى معرفة تأثير العلاج المعرفي السلوكي على مرضى القلق النفسي العام في مركز الوسطى الحكومي للصحة النفسية والمجتمعية.
- تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى استمرارية تأثير العلاج المعرفي السلوكي بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق الجلسات العلاجية.

أهمية الدراسة:

تكمن الأهمية النظرية للدراسة في النقاط التالية:

- تبرز أهمية الدراسة من الناحية النظرية في أنها أول دراسة إكلينيكية في مجال العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام على مستوى العالم العربي.
- تعتبر من أوائل البرامج العلاجية في العلاج النفسي خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي لعينة من مرضى القلق العام وهذا أسلوب حديث في العلاج النفسي.
- تتوافق مع الظروف التي يمر بها الشعب الفلسطيني وما يعانيه من ممارسات الاحتلال الإسرائيلي من قتل وتدمير وتشريد وتهديد وهذا يمثل المعاناة النفسية لجميع فئات الشعب وبشكل يومي وما ينتج عن ذلك من مشكلات قد يكون من الصعب على الإنسان البالغ التوافق معها.
- تمثل هذه الدراسة إسهاماً لسد النقص في المكتبة العلمية الفلسطينية، وذلك نظراً لقلّة وجود دراسات وأبحاث علمية تناولت هذا الموضوع على المجتمع الفلسطيني في غزة على حد علم الباحثة.
- تعتبر هذه الدراسة من أوائل الدراسات التي تناولت موضوع العلاج المعرفي السلوكي على عينة من مرضى القلق العام في قطاع غزة على حد علم الباحثة.

*تكمن الأهمية التطبيقية للدراسة في:

- تفيد المعالجين والأخصائيين في إعداد خطة وبرنامج علاجي وتدريب للمرضى على مهارات وأساليب وفتيات علاجية مفيدة في الحياة وفي مواجهة الضغوط والتحديات.
- تعطي أهمية كبيرة للدراسة في أن فنيات العلاج المعرفي السلوكي يمكن استخدامها مع الأسوياء فضلاً عن استخدامها مع المرضى.
- هذه الدراسة تحتوي على مهارات واستراتيجيات تدريبية و محددة بخطوات عملية للتعامل مع حالة القلق.
- هذه الدراسة قد تتيح المجال أمام دراسات لاحقة تقترح طرق وأساليب جديدة يمكن استخدامها مع المرضى النفسيين.

- يمكن لهذه الدراسة أن تفتح المجال لاستحداث برامج ذات فعالية في مجال خفض القلق النفسي والتخفيف من المعاناة النفسية للعديد من الأمراض النفسية الأخرى.

مصطلحات الدراسة:

❖ العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavior Therapy)(C.B.T): يعرف

على أنه أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير المنتفع وإدراكاته لنفسه وبيئته. (إبراهيم، عبد الستار وآخرون، 1993: 16-25).

ويرى الشيخ بأن العلاج المعرفي السلوكي أنه من الممكن تعديل الاضطرابات من خلال تعديل أسلوب التفكير وأن أحداث الحياة السلبية تزيد توقعاتنا باليأس، حيث يحاول المعالج تعديل أفكار العميل وإقناعه أن يرى الحياة بطريقة أكثر تكيفاً ومساعدته على خلق سلوك توافقي مع ما يمر به من أحداث. (الشيخ، 2003: 90).

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه: وسيلة من وسائل العلاج النفسي الحديث التي يمكن استخدامها في تخفيف اضطرابات القلق ومساعدة المرضى على التكيف مع ظروف الحياة الصعبة والمعقدة من خلال استخدام أساليب وفتيات معرفية وسلوكية و انفعالية تتمثل في المراقبة الذاتية، والحوار الذاتي، صرف الانتباه، التخيل، التعريض، الواجبات المنزلية، تمارين الاسترخاء.

❖ اضطراب القلق العام "المرضي": وقد عرفه عبد الخالق بأنه خوف مزمن دون مبرر

موضوعي مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير. (عبد الخالق، 2001: 337).

وتعرفه الغباشي بأنه: حالة نفسية شعورية مؤلمة ناتجة عن إدراك الشخص للتهديد وتوقعه للخطر وإدراكه في نفس الوقت لعجزه عن مواجهة الخطر. (الغباشي، 2000: 145).

وتعرفه الباحثة إجرائياً: بأنه حالة من التحسس الذاتي يدركها الفرد على شكل شعور من الضيق

وعدم الارتياح مع توقع وشيك للضرر أو السوء، ويحدد بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس تايلور للقلق النفسي الذي استخدمته الباحثة في هذه الدراسة.

حدود الدراسة:

الحد الزمني:

تم تطبيق إجراءات الدراسة خلال عام 2013-2014م.

الحد المكاني:

تم تطبيق إجراءات الدراسة في عيادة الوسطى (الزوايدة) للصحة النفسية والمجتمعية.

الحد البشري:

حددت الدراسة بالعينة المستخدمة من المرضى كبار السن (من سن 18 فما فوق) المراجعين للعيادة النفسية بمنطقة الزوايدة في المحافظة الوسطى والذين يعانون من اضطراب القلق العام فقط، والبالغ عددهم 15 حالة منهم 10 رجال و5 نساء.

الفصل الثاني

الإطار النظري

- المبحث الأول: العلاج المعرفي السلوكي.
- المبحث الثاني: اضطراب القلق
- المبحث الثالث: العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام.

المبحث الأول:

العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy

مقدمة:

تعددت أنواع العلاج النفسي وتنوعت، فهناك العلاج النفسي والاجتماعي والدوائي، واختلفت طرقه باختلاف النظريات النفسية ومنها: العلاج النفسي التحليلي، العلاج النفسي الدينامي، العلاج النفسي التعبيري"العلاج بالاستبصار"،العلاج الجماعي والدرامي والأسري والزواجي،العلاج السلوكي،العلاج الإنساني، العلاج المعرفي،وأخيراً العلاج السلوكي المعرفي الذي هو موضوع هذه الرسالة.

وأفضل هذه الطرق في العلاج النفسي هو العلاج المعرفي السلوكي، الذي يعتمد على معرفة الفرد للمشكلة وتحديدها تحديداً دقيقاً ومعرفة الأسباب المؤدية إلى حدوثها، وأن أفكاره ومشاعره اتجاه موقف أو حدث معين تؤدي إلى تصرفه بطريقة معينة بناءً على ما لديه من اعتقادات واتجاهات وأفكار اتجاه موضوع أو حدث معين، وحينما يعرف الشخص أن أفكاره تؤثر على مشاعره وعواطفه وبالتالي سلوكياته وتصرفاته فإنه يصبح أكثر استبصاراً بحالته وما يدور في خلجات نفسه، وبالتالي يستعيد قدراته ويسيطر على نفسه ويتحكم بمشاعره وعواطفه و تتعدل سلوكياته وتصرفاته، وذلك يتم باستخدام العديد من الأساليب والتقنيات والفنيات والاستراتيجيات والتي تختص بتعديل الوظائف الخمسة الخاصة بالإنسان وهي الشخصية والاجتماعية والمهنية والروحية والترويحوية.

أولاً: الأصول النظرية للعلاج المعرفي السلوكي:

لقد ظهرت مجموعة من الطرق في إطار العلاج المعرفي السلوكي تقوم على أساس إعادة البنية المعرفية، وتقوم على افتراض أن الاضطرابات الانفعالية إنما تكون نتيجة لأنماط التفكير غير التكيفي، وتكون مهمة المعالج إعادة بناء هذه الجوانب المتصلة بعدم التكيف، ويندرج تحت هذه المجموعة طريقة أليس في العلاج العقلاني الانفعالي، وطريقة ميكنبوم في إرشاد الذات، وطريقة بيك في العلاج المعرفي.(الشناوي،عبد الرحمن، 1998: 213).

تعتبر النظرية المعرفية السلوكية طريقة متكاملة للعلاج والتعلم وهي تستند إلى أرضية نظرية إدراكية معرفية، انفعالية سلوكية، وهي تؤيد العلاج النفسي الإنساني والتعليمي وأحد الأسس التي تقوم عليها، هو أن مشاكل الإنسان تنتج من طريقة تفكيره ومعالجته للأحداث الخارجية ابتداءً من الفرضية القائلة: بأن عواطف الإنسان وانفعالاته ناتجة عن عقائده وما يؤمن به وعن تقييمه للأمر وتعريفه لها وفلسفته في تفسيرها وليس من الأحداث نفسها، فالمعالج يعلم المنتفع كيف يبذل الأفكار اللاعقلانية بأخرى عقلانية.

والجميل في هذه النظرية نظرتها للإنسان على أنه مخلوق فريد من حيث أنه يفكر ويعرف أنه يفكر، كما أنه توجد أفكار خاصة بمعنى مقدرته على رصد الأفكار ووزنها وتقييمها، وهو أيضاً فريد من حيث أنه يفكر بطريقة عقلانية وغير عقلانية في ذات الوقت، وبالطبع فإن العلاج يعتمد على تسيير التفكير العقلاني و وأد أي مقاومة التفكير غير العقلاني. لذا فهي تفترض أن الاضطراب النفسي ينشأ من الطلبات غير العقلانية التي يطلبها الإنسان ولا طاقة له بها، ولا تتفق مع منطق الواقع والحياة. (الزويد، 1998: 248).

تحتوي هذه النظرية على العديد من الاتجاهات ومنها:

الاتجاه الأول: النظرية العقلانية الانفعالية لألبرت أليس Albert Allis:

Rational-Emotive Theory

ترجع أصول النظرية العقلانية الانفعالية لألبرت أليس في أساسها إلى الفلاسفة اليونانيين والرومانيين منذ القدم وبالأخص للفيلسوف اليوناني ابيكتياس في القرن الميلادي الأول والذي يقول "أن مايصيب بالاضطراب ليست الأشياء ذاتها وإنما نظرتهم إلى هذه الأشياء". (الطيب، 1981: 122).

واستند ألبرت أليس في تطوير نظريته العلاج العقلاني الانفعالي إلى افتراض رئيسي هو أن الاضطرابات النفسية إنما هي نتاج للتفكير غير العقلاني الذي يتبناه الفرد لذا يعتقد أن السبيل للحد من المعاناة النفسية والإنسانية هو التخلص من أنماط التفكير الخاطئة وغير العقلانية، فهو يرى أن المشكلات النفسية لا تنجم عن الأحداث والظروف بحد ذاتها وإنما تفسير الإنسان وتقييمه لتلك الأحداث والظروف. (الطيب، 2001: 254).

الافتراضات الرئيسية لنظرية ألبرت أليس:

- 1- الإنسان عقلائي ولاعقلاني في آن واحد، فعندما يفكر ويتصرف بشكل عقلائي فإنه يكون فعالا ونشطا وسعيدا.
- 2- التفكير غير العقلاني متعلم منذ سن مبكرة لدى الطفل من الأسرة وثقافة المجتمع الذي يعيش فيه.
- 3- معتقدات الناس تؤثر في سلوكهم وهم عرضة للمشاعر السلبية كالقلق والاكتئاب بسبب أفكارهم اللامنطقية.
- 4- أن التفكير والعاطفة هما عمليتان لا يمكن فصلهما عن بعضهما البعض.
- 5- أن الأحداث الخارجية ليست هي المسؤولة بشكل مباشر عن اضطراباتنا النفسية ولكن طريقة تفكيرنا اتجاهها هي المسؤولة.
- 6- يميل الأشخاص إلى تقدير أعمالهم وسلوكهم على أنها جيدة ويقدرّون أنفسهم كأشخاص جيدين أو سيئين على أساس إنجازاتهم وتقدير ذاتهم، حيث يعتبر تقدير الذات أحد المصادر الرئيسية للاضطرابات العاطفية (العزة وعبد الهادي، 1999: 138-139).

- ويرى باتيرسون (Patterson, 1981: 137): أن العلاج العقلاني الانفعالي كان أكبر محاولة لإدخال المنطق في مجال الإرشاد والعلاج النفسي (كفافي، 1999: 317) وهذا يتم بالأساليب التالية:

- 1- يثبت المعالج للمنتفع أنه غير منطقي وثم يساعده على أن يفهم سبب كونه غير منطقي.
- 2- يوضح له العلاقة بين أفكاره غير المنطقية وبين ما يشعر به من تعاسة واضطراب.
- 3- أن يطلعه على أنه سيبقى في حالة اضطراب إذا استمر في التفكير بصورة غير منطقية أي أن تفكيره غير المنطقي الحالي هو المسئول عن حالته وليس تأثير استمرار الأحداث المبكرة.
- 4- أن يجعل المريض يغير تفكيره ويترك الأفكار الغير منطقية.
- 5- التعامل مع فلسفة المنتفع ومع نظرتة للحياة وبذلك يجنبه الوقوع ضحية للأفكار الخاطئة مرة ثانية. (سماره ونمر، 1999: 69-70).

ويُلخص عصفور الافتراضات الرئيسية عند ألبرت أليس فيما يلي:

أولاً: التفكير والانفعال ليس عمليتين متباينتين أو مختلفتين وإنما متداخلتين بصورة ذات دلالة وما الانفعال إلا نوع من الفكر يتسم بالحكم المسبق على الأمور والتقييم المتطرف لها.

ثانياً: الانفعال عملية عقلية واتجاهية فتقدير الإنسان للموقف ينطوي على حكم حسي وفكري وتأملي على أنه حسن وممتع وهذا يعبر عن الصورة المثالية للذات.

ثالثاً: الانفعالات الايجابية والسلبية غالباً ما ترتبط أو تتجم عن جمل تم إدخالها إلى البناء المعرفي للفرد في صورة مماثلة "هذا أحسن أو أسوأ بالنسبة لي". (عصفور، 1994: 12).

و تفترض هذه النظرية أن للأسلوب العقلاني ثلاثة تنويعات أساسية هي:

* يجب أن أكون بارعاً فيما أقوم به وإلا فإن الوضع لن يطاق.

* يجب أن يعاملني الناس بكياسة وإلا فإن الوضع لن يطاق.

* يجب أن تمنحني الحياة ما أريد وما أستحق وإلا فإن الوضع لن يطاق.

وتتفرع منها إحدى عشرة فكرة غير عقلانية تتسبب في حدوث الأمراض النفسية، كما أن تحديد الأفكار غير العقلانية ومجابهتها وتغييرها إلى عقلانية بديلة هو روح العلاج، وتتبع هذه الأفكار الغير عقلانية مواقف ذهنية تؤدي إلى الانهزام النفسي وعدم تحقيق الذات، وبالتالي مزيد من الاضطراب النفسي، ومن هذه المواقف لوم الذات ولوم الآخرين وتوقع الكوارث، ويعني به توقع الإنسان أسوأ النتائج من أي خطأ يقترفه غيره، ويكون هذا بمثابة كارثة وعدم التحمل، ويشير به إلى مواقف بعض الناس (يقول لنفسه ما حدث أمر سيئ جداً، ولن أستطيع تحمله).

وتتميز الفكرة العقلانية بكونها برجماتية عملية، ويمكن إثبات صحتها في الواقع، وتؤدي إلى مشاعر ايجابية مناسبة وصحية، وتساعد على تحقيق الذات وإنجاز الأهداف، أما الفكرة غير العقلانية فإنها دوجماتية، مطلقة، لا يمكن البرهنة على صحتها في الواقع، وتؤدي إلى مشاعر سلبية غير مناسبة وغير مرضية، وتسهم في انهزام الذات والتقهقر عن إنجاز الأهداف.

(الحلبي، اليحيا، 1995: 264-265).

وقد حدد أليس Allis إحدى عشرة فكرة اعتبرها غير عقلانية، وبلا معنى، ومطبوعة في الأذهان، وشائعة الاستعمال فيما بين الناس، وتؤدي حتماً إلى انتشار الأمراض النفسية، وأوردها

باتيرسون (Patterson, 1981: 117 - 128) ومنها ما يلي:

- الفكرة الأولى:

(من الضروري أن يكون الشخص محبوباً أو مقبولاً من كل فرد من أفراد المجتمع ومن كل المحيطين به).

وهذه الفكرة غير عقلانية وغير منطقية لأن هدفها لا يمكن تحقيقه وعندما يسعى الفرد لتحقيقه يكون الفرد عرضه للإحباط ويفقد استقلاليته ويصبح أقل شعوراً بالأننا.

- الفكرة الثانية:

(يجب أن يكون الفرد فعالاً ومنجزاً وعلى درجة عالية من الكفاءة والمنافسة وأن ينجز كل ما يطلب منه بشكل يتصف بالكمال حتى تكون له قيمة وأهمية).

ونظراً لصعوبة تحقيق ذلك فإن الفرد قد يكون عرضه للاضطراب والشعور بالعجز وما يترتب عليها من الأعراض النفسية، أما الشخص العاقل فهو الذي يجتهد في الوصول إلى الأفضل وليس من أجل أن يتفوق الآخرين، وإنما يشعر بالاستمتاع بذلك النشاط كغاية في حد ذاته وليس من أجل نتيجته.

- الفكرة الثالثة:

(بعض الناس سيئون وشريريون وعلى درجة عالية من الخسة والنذالة لذا يجب أن يلاموا أو يعاقبوا).

وبما أنه ليس هناك معيار مطلوب للصواب والخطأ، فإن هذه الفكرة غير عقلانية، والأعمال الخاطئة قد تعود إلى الجهل والاضطراب الانفعالي، وكل إنسان عرضة للخطأ والعقاب، لا يؤدي إلى تعديل السلوك، والشخص العادي والسوي لا يلوم نفسه ولا يلوم الآخرين، وإذا أبدوا له عيوبه، بل إنه يحاول أن يصحح سلوكه إذا كان خطأً.

- الفكرة الرابعة:

(من المصيبة الفادحة أن تأتي الأمور على غير ما يتمنى الفرد).

ويعتبر هذا النوع من التفكير هداماً وضاراً، إذ أن التعرض للإحباط أمراً عادياً ومتوقِعاً، ومن غير المنطقي أن يقابل الإحباط الشعور بالحزن الشديد والدائم لأسباب منها:

- أن الأشياء لا تختلف عما هي عليه في الواقع.

- أن الشعور بالهم والحزن لن يغير من الواقع.

- إذا كان من المستحيل فعل شيء إزاء موقف معين فالشيء الوحيد المعقول هو قبوله.
- أن الإحباط لا يؤدي إلى الاضطراب الانفعالي إلا إذا صور الإنسان الموقف بصورة تجعل الحصول على الرغبات مطلب أساسي لتحقيق السعادة.

- الفكرة الخامسة:

(تنشأ تعاسة الفرد من ظروف خارجية لا يستطيع السيطرة عليها أو التحكم فيه).

قد تشكل الأحداث والقوى الخارجية مصدر تهديد على الفرد وأمنه، إلا أن هذا التصور نفسي في طبيعته، فقد لا تكون الأشياء الخارجية مدمرة في حد ذاتها، ولكن تأثر الفرد بها أو اتجاهاته نحوها هو الذي يجعلها تبدو كذلك، إلا أنه يدرك أن من الممكن تغيير ردود أفعاله نحوها من خلال إعادة النظر فيها وتحديدها والتعبير عنها.

- الفكرة السادسة:

(الأشياء المخيفة أو الخطرة هي أسباب الهم الكبير والانشغال الدائم للفكر وينبغي أن يتوقعها الفرد دائماً، وإن يكون على أهبة الاستعداد لمواجهتها والتعامل معها، وهذا يستدعي الاهتمام الكبير ودوام التفكير بها، لأن احتمال حدوثها ممكن، لذا يجب أن تشغل تفكير الفرد بشكل دائم).

هذا الفرض غير صحيح لأن الهم والقلق وانشغال البال يؤديان إلى أضرار كثيرة منها:

- الحيلولة دون تقويم موضوعي لإمكانية وقوع الأحداث الخطرة.
- الحيلولة دون التعامل معها ومواجهتها بفاعلية في حال حدوثها.
- قد يؤدي إلى وقوعها بالفعل.
- قد يؤدي إلى المغالاة في النتائج.
- قد يؤدي إلى وقوعها إذا كان لابد منها.
- لا تحول دون وقوعها إذا كان لابد منها.
- يؤدي إلى تضخيم الأحداث، ويجعلها تبدو أكبر مما هي عليه في الحقيقة، والفرد السوي يدرك أن الأخطاء ممكنة الحدوث، ولا ينبغي توقعها بصورة تؤدي إلى القلق والهم والارتباك، لذلك يمنع حدوثها.

- الفكرة السابعة:

(من الأسهل أن تتجنب بعض الصعوبات أو المسئوليات بدلاً من مواجهتها).

هذه الفكرة خاطئة لأن تجنب الواجبات والمسئوليات أكثر صعوبة وإيلاًماً للنفس من إنجازاتها، فالهروب من المسئوليات يؤدي إلى ظهور مضاعفات أخرى ومشاعر بعدم الرضا وفقد الثقة بالنفس، وعلى العكس من ممارسة الفرد المسئوليات تجنب الفرد الألم وتشعره بتحقيق ذاته ولذة الإنجاز.

- الفكرة الثامنة:

(يجب أن يكون الشخص معتمداً على الآخرين، ويجب أن يوجد من هو أقوى منه لكي يعتمد عليه). (Allis, A. 1996: 69-88).

وهذا الفرض غير معقول لأنه يسلب الفرد إرادته وإمكانية القيام بأعماله ومسئولياته بنفسه والافتقار إلى الخبرة النافعة في الحياة، والأفراد يعتمدون على بعضهم البعض ولكن ليس لدرجة المبالغة والالتكالية.

- الفكرة التاسعة:

(الخبرات والأحداث الماضية تقرر السلوك الحاضر، ولا يمكن تجاهل الماضي أو محوه).

ويعكس هذا الفرض فإن ما كان يعتبر سلوكاً ضرورياً في الماضي في ظروف معينة ليس من الممكن أن يكون ضرورياً في الحاضر، والأساليب المتبعة في حلول المشكلات في الماضي ليس بالضرورة نافعة لحل المشكلات الحالية، والفرد السوي يمكنه تعديل الحاضر عن طريق إثارة بعض التساؤلات حول المعتقدات المؤلمة المكتسبة التي تضطره إلى أن يسلك على هذا النحو في الوقت الحاضر.

- الفكرة العاشرة:

(ينبغي أن ينزعج الفرد ويحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات).

هذا المعتقد خاطئ لأنه لا يجب أن تكون مشكلات الآخرين مصدر هم كبير لنا لأن تفسيرنا لهذه الأحداث هو الذي يؤثر فينا ويسبب لنا الهم والحزن، والإنسان السوي العاقل هو الذي يحدد متى يكون سلوك الآخرين مؤدياً له ثم يحاول مساعدتهم على التغيير، وإذا لم يكن من الممكن عمل شيء فإنه يتقبل الموقف ويعمل على تخفيفه بقدر المستطاع.

- الفكرة الحادية عشرة:

(هناك ثمة حل مثالي وصحيح دائماً لكل مشكلة، وهذا الحل لابد من إيجاده، وإلا فالنتيجة مفاجئة وخطيرة). (Patterson, 1986: 5-9).

هذا الاعتقاد غير مقبول للأسباب التالية:

- لا يوجد حل صحيح وكامل لأي مشكلة.
- المخاطر المتخيلة بسبب الفشل في التوصل إلى الحل الصحيح تعتبر غير واقعية ولكن الإصرار على وجود مثل هذا الحل قد يؤدي إلى القلق أو الخوف.
- الإصرار على الكمال قد يؤدي إلى حلول أضعف مما يمكن أن تكون، والعاقل هو من يحاول أن يجد حلولاً كثيرة ومتنوعة للمشكلة الواحدة ثم يختار أنسبها وأكثرها قابلية للتنفيذ معتقداً أنه لا يوجد حل كامل بصورة مطلقة. (Patterson, 1981: 187 - 188)

من خلال ما سبق فإن الباحثة تؤيد هذه النظرية في تفسير حدوث الأفكار العقلانية ومقابلها في حدوث الأفكار اللاعقلانية.

وقد أظهرت الأبحاث التجريبية مصداقية نظرية أليس من حيث وجود علاقة وثيقة بين الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية وبين أشكال متعددة من الاضطرابات النفسية، كالقلق والاكتئاب وتدني تقدير الذات و الفصام، كما يوجد تأكيد على وجود علاقة بين كل من الغضب والقلق والمعتقدات اللاعقلانية وخاصة فيما يرتبط بالاهتمام الزائد وتعظيم الأمور والتأكيد على الكمال وتجنب الصعوبات.

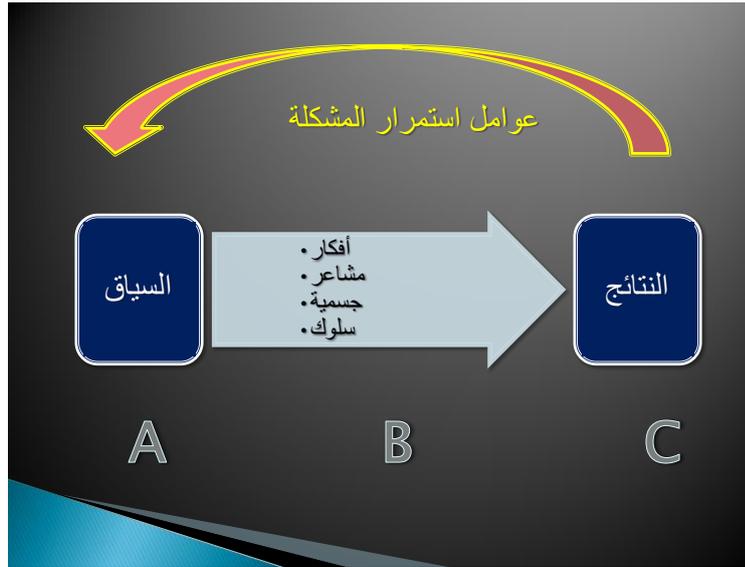
- وترى الباحثة أن نظرية أليس في العلاج النفسي تعد إطاراً كاملاً ذا أهمية للمعالج والمنفع في الوقت نفسه بحيث أنها تساعد المعالج على فهم مشكلة المنفع والوقوف على أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية، ومن ثم مساعدته على فهم هذه الأمور وتعديل أفكاره ومعتقداته التي تتسبب في اضطرابه الانفعالي وتغييرها للأفضل على نحو يحقق له قدرًا مناسباً من الصحة النفسية.

نموذج العلاقات المتداخلة "المشاعر و السلوك والتفكير" عند أليس Allis:

وضع أليس ما يعرف باختصار (A.B.C) حيث تمثل "A" (Activating Event) الفعل أو الحدث، "B" (Beliefs) وتمثل الأفكار والمعتقدات التي يستخدمها الفرد لوصف وتفسير الحدث، "C" (Consequences) وتمثل النتائج الانفعالية والتي يشعر بها الفرد نتيجة للحدث أو

الخبرة، ويرى أليس أن أناساً عديداً يفترضون أن الحدث السيئ يسبب النتائج، فإذا حدث وشعر الفرد بخبرة انفعالية كالحزن أو الخوف نتيجة لحدث معين، فإن الموقف هو السبب المباشر لهذا الانفعال، ويظهر في الشكل التالي:

A ----- B ----- C
 النتيجة ----- الأفكار غير العقلانية ----- الحدث



الشكل رقم (1) يوضح نموذج العلاقات المتداخلة "الأفكار، المشاعر، السلوك".

(Allis, A. 1999:5-18).

إجراءات الإرشاد العقلاني الانفعالي:

- تحديد أهداف الإرشاد العقلاني الانفعالي.
- تنفيذ العملية الإرشادية في النظرية العقلانية الانفعالية.
- استخدام أساليب الإرشاد العقلاني الانفعالي ومنها:
 - * استخدام الأسلوب التعبيري الانفعالي: حيث يطلب من المنتفع التعبير بوضوح عما يشعر به ويحتاجه فعلاً.
 - * استخدام أسلوب المساندة النفسية: يؤكد فيها المريض ثقته بذاته.
 - * أسلوب الاستبصار التأويلي: يستبصر فيها المريض بذاته من خلال الوصول لتفسير منطقي للأحداث والمواقف التي يمر بها والتي أدت به للوصول إلى الاضطراب النفسي.

وترى الباحثة أن المنهج الجديد في العلاج النفسي هو عبارة عن تطبيق لبعض وجهات النظر المختلفة (قديماً وحديثاً) بطريقة علمية ومنهجية في علاج الاضطرابات الانفعالية.

الاتجاه الثاني: النظرية المعرفية عند بيك:

Beck's Cognitive Therapy

يقوم العلاج المعرفي على الفكرة القائلة: بأن ما يفكر فيه الناس وما يقولونه حول أنفسهم واتجاهاتهم وإراداتهم ومثلهم إنما هي أمور هامة ذات صلة وثيقة بسلوكهم الصحيح، ولقد ظهر علاج بيك Beck المعرفي (1967 - 1976) كعلاج للاكتئاب، ولكنه الآن جزء هام من الاتجاهات المعرفية السلوكية لتفهم الضغوط. (Beck, A.T, 1993: 194-198).

وقد تبنى بيك فكرة أليس التي تنص على أن التفكير غير العقلاني هو السبب الرئيسي في نشوء الاضطرابات النفسية، لذا فالعلاج المعرفي عند بيك يقوم على مساعدة الفرد في التعرف على تفكيره الشخصي وأن يتعلم طرقاً أكثر واقعية لصياغة خبراته، وهذه الطريقة تعطي معنى للمنتفع لأنها تتيح له استخدام معرفته عن المفاهيم والتفسيرات الخاطئة في وقت مبكر.

(الشناوي، 1995: 149).

ويعتبر بيك العلاج المعرفي أسلوباً لتعديل السلوك لدى الفرد، من خلال عمليات التأثير على التفكير، حيث يؤدي تغيير الأفكار إلى تغيير السلوك، وهذا يشير إلى أن العلاج المعرفي عندما ركز على الدور السببي للتفكير، لم يهمل دور تغيير السلوك في تغيير الانفعالات والتفكير. (Green, 2005: 60 - 66).

طريقة العلاج المعرفي عند بيك:

- 1- تدريب الأفراد على رؤية العلاقة بين الأفكار والمشاعر.
 - 2- تدريب الأفراد على رؤية الأفكار بصورة نقدية.
 - 3- تدريب الأفراد على المراقبة الذاتية للأفكار والتخيلات السلبية وإخراجها إلى حيز التفكير.
 - 4- تدريب الأفراد على كيفية استبدال المعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية بمعتقدات إيجابية.
 - 5- تدريب الأفراد على القيام بالأعمال التي تم تدريبه عليها مسبقاً بدون المعالج.
- (عبد المعطي، 1998: 380).

وترى الباحثة أن فنيات العلاج المعرفي عند بيك تعتمد على اتجاه عقلائي وآخر تجريبي وثالث سلوكي، وذلك من خلال رصد عمليات التفكير غير السوية، وملئ الفراغ المعرفي، وإيجاد تباعد بين القواعد المعتمدة على (يجب - لا بد) وصولاً إلى رؤية الواقع بصورة إيجابية.

الاتجاه الثالث: العلاج المعرفي السلوكي عند ميكينبوم Mecinboum:

تعود أصول هذه النظرية إلى دونالد هيربرت ميكينبوم وهو أمريكي الأصل ولد في مدينة نيويورك عام (1940م)، وحصل على البكالوريوس من كلية المدينة عام (1962م)، وحصل على الماجستير من جامعة الينوى عام (1965م)، ثم درجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي عام (1966م)، وكتب مجموعة من المراجع حول الإرشاد والعلاج السلوكي المعرفي، واشتهر بطريقة التحصين ضد الضغوط. (الخفش، 2011: 354).

وتعتبر النظرية السلوكية المعرفية من أحدث المدارس في علم النفس بصفة عامة، وفي مجال العلاج النفسي وتفسير الأمراض بصفة خاصة، ويشير مصطلح السلوك المعرفي إلى السلوك الذي يعكس إدراكات الفرد وأفكاره وقناعاته وتخيلاته. (الخطيب والحديدي، 1996: 309). فالعلاج النفسي السلوكي المعاصر أيضاً يسلّم بأن الكثير من الاستجابات الوجدانية والاضطرابات النفسية والسلوكية تعتمد إلى حد بعيد على وجود معتقدات فكرية خاطئة يبينها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به، ومن هنا ابتكر المعالجون النفسيون مفاهيم وآراء مختلفة عن قيمة العوامل الذهنية والفكرية في الاضطراب.

وتتفاوت هذه المفاهيم فهي عند أدلر **Adler** تشير إلى أسلوب الحياة والاعتقاد الذي يتبناه الفرد، ويستخدم مفهوم الفلسفة الشخصية، أما ألبرت أليس فيستخدم مفهوم الدفع المتعقل، وبالرغم من هذه الاختلافات الظاهرة في المفاهيم فإن هذه المجموعة من الباحثين والمعالجين تتفق على أن الاضطرابات النفسية والعقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر بها العميل عن نفسه وعن العالم أو اتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين، وبالتالي العلاج النفسي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات العقلية قبل أن نتوقع أي تغيير حاسم في شخصية العميل أو في الأعراض التي دفعته لطلب العلاج، لهذا يلاحظ في العلاج النفسي "أن كل أشكال العلاج النفسي بما فيها المعرفي السلوكي" تعلم الناس أن يفكروا وأن يشعروا، وبالتالي أن يسلكوا بطريقة ملائمة ومختلفة"،

ومن ثم فإن نجاح العلاج النفسي أو نجاح الشخص في تغييره الإيجابي يجب أن يكون مصحوباً بتحسين في طريقة تفكيره والتغيير فيها.

وإذا كان المنحى المعرفي قد ظهر أساساً كأسلوب لعلاج الاكتئاب والقلق، فإنه قد اتسع الآن ليغطي معظم الأمراض، فالاضطرابات النفسية على وجه العموم تعتبر من وجهة نظر المعالج السلوكي المعرفي نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكر بها الشخص عن نفسه وعن عالمه، ومن الأفكار الأساسية في النموذج المعرفي للانفعالات أو الاضطرابات الانفعالية الفكرة التي تنادي: بأن المعنى الخاص لحادث ما هو الذي يحدد الاستجابة الانفعالية تجاهه، وبذلك فإن طبيعة الاستجابة الانفعالية أو الاضطراب الانفعالي لشخص ما تتوقف على ما إذا كان هذا الشخص يدرك الأحداث على أنها إضافة أو حدث أو تهديد أو اصطدام بالنسبة لمجاله الشخصي. (يوسف، 2001: 99 - 102).

ويرى (باتيرسون، 1995: 99-102) أن العلاج المعرفي هو علاج الطرق العامة للتفكير التي تنشأ وتتطور في الحياة السوية، وهي أكثر ملائمة لهؤلاء الذين لديهم القدرة على الاستبطان والانعكاس، و يستطيعون التفكير بكفاءة في جوانب مختلفة من حياتهم خارج نطاق المشكلة، وهي تنعكس على مساعدة المريض للتغلب على المدركات المشوشة والمضطربة، وخداع الذات والأحكام والقرارات غير الصحيحة، ونظراً لأن الاستجابات الانفعالية التي تجعل المريض يلجأ إلى العلاج ناتجة عن التفكير الخاطئ فإنها تزول بتصحيح التفكير.

ويساعد العلاج المعرفي المرضى على أن يستخدموا أسلوب حل المشكلات الذي يستخدمونه في مختلف شئون حياتهم، ويساعد المعالج المريض في التعرف على طبيعة تفكيره الملثوي، وأن يتعلم طرقاً أكثر واقعية لتشكيل خبراته، ومن شأن هذا المدخل أن يكون ذا معنى بالنسبة للمرضى بسبب تطبيقهم السابق لمعرفتهم عن تصحيح المفاهيم والتفسيرات الخاطئة.

ترى الباحثة أن التطور الأهم هو ما قدمه بيك في وضع الملامح الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي، من حيث تأثير الأفكار على الانفعالات والسلوكيات، كما أنه يهدف إلى إقناع العميل أن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف، كما ويهدف إلى تعديل إدراكات العميل المشوهة، ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملائمة للتفكير، وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية و انفعالية وسلوكية لدى العميل.

تطور النظرية:

بدأ ميكينبوم هذه النظرية أثناء تدريبه على مرضى الفصام في دراسة الدكتوراه في جامعة إينوى، وذلك بتدريبهم على تنمية نوع من الحديث الذاتي الصحي من خلال أساليب الإشراف الإجرائي، ومن ثم تدريب الأطفال المندفعين على سلوك التروي، ومن ذلك خلص إلى أن أسلوب التعليمات الذاتية له أهمية كبيرة في تغيير السلوك الذي يصدر عن الفرد، وهذا توافق مع علماء المسلمين أمثال الغزالي و ابن القيم، فقد أشار ابن القيم إلى الدور الذي تلعبه الخواطر في السلوك الظاهر، حيث يرى أن بداية الأعمال هي خواطر، والخواطر تؤدي إلى الفكرة ومن ثم الإرادة التي تؤدي إلى الجوارح التي تقوم بالتصرفات، والخواطر السيئة تؤدي إلى منع السلوك الذي ينتج عنها كما أن إحلال خواطر أفضل محلها يؤدي إلى سلوك أفضل.

تقوم النظرية على فرض مؤداه: أن "الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها، فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجه بتكوينات متنوعة مثل الاستجابة الفسيولوجية، وردود الفعل الوجدانية، والمعارف "الجوانب المعرفية" والتفاعلات الاجتماعية الخاصة بالعلاقات مع الآخرين ويعتبر الحديث الداخلي أو المحادثة أحد هذه الأنشطة أو التكوينات.

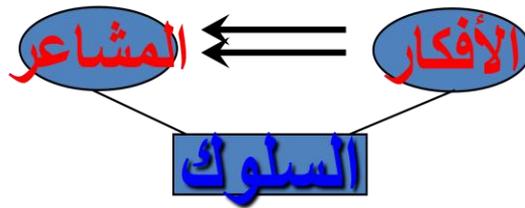
وتعتبر بنية الحديث الذاتي المعرفي داخل الفرد عن النسق المعرفي الذي يعطي الفرد من خلاله المعاني والتصورات التي تمهد لظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية، وهي الجانب التنظيمي من التفكير الذي يراقب ويوجه إستراتيجية وطريق اختيار الأفكار، وأي تغيير في هذه البنية يتطلب تعلم مهارات جديدة عن طريق التشرب حيث تندمج الأبنية الجديدة في القديمة، أو عن طريق الإحلال أو الإزاحة حيث تواصل الأبنية القديمة مع الجديدة، أو عن طريق التكامل حيث تستمر أجزاء من البناء القديم في الوجود في بنية جديدة أكثر شمولاً.

(الشناوي، 1995: 116).

ولقد وضع ألبرت أليس نظريته في العلاج العقلي العاطفي وركز على أهمية الحديث الداخلي في تعديل السلوك، واعتبر أن نتائج السلوك لا تكون حصيلة تفاعل مثير واستجابة بل أن هناك أفكاراً مسئولة عن حدوث النتائج، ثم جاء ميكينبوم ليؤكد على نفس الاتجاه حيث أشار بأن عملية التعلم لا يمكن أن تنحصر في مثير واستجابة كما ترى النظرية السلوكية، و أنه إذا أردنا

تغيير سلوك فرد ما، فلا بد أن يتضمن ذلك معتقداته ومشاعره وأفكاره، فالأفكار هي التي تدفع الفرد إلى العمل، والتركيز هنا يكون على مدى فهم الفرد كمسئول عن إحداث تغيير في سلوكياته، وهذا يعتبر أساس النظرية، وقد استنتج ميكينبوم أن التفكير والمعتقدات والمشاعر مع الحديث الإيجابي مع النفس وتوجيهات الفرد لنفسه لها دور كبير في عملية التعلم.
(العزة وعبدالهادي، 1999: 149).

وتتمثل فكرة هذه النظرية بالشكل التالي:



الشكل رقم (2) يوضح آلية تأثير الأفكار والمشاعر والسلوك.

(العزة، وعبدالهادي، 1999: 150).

وترى الباحثة أن ميكينبوم انطلق من الفرضية التي تقول: بأن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تلعب دوراً في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة، وأن الحديث الداخلي يخلق الدافعية عند الفرد ويساعده على تصنيف مهاراته وتوجيه تفكيره للقيام بالمهارة المطلوبة، ويرى ميكينبوم بأن تعديل السلوك يمر بطريق متسلسل في الحدوث يبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج، لذا فإن الاتجاه المعرفي عند ميكينبوم يركز على كيفية تقييم الفرد لسبب انفعاله، وإلى طريقة عزوه لسبب هذا الانفعال هل هو السبب أم الآخرون.

- تعقيب عام على الاتجاه المعرفي السلوكي:

المعالم الأساسية للنظرية المعرفية السلوكية تظهر من خلال ما يلي:

أولاً: من حيث الدافع للسلوك:

أرجع المنحى المعرفي سلوك الفرد إلى ما لديه من خبرات و معارف سابقة يفسر على أساسها ما يواجهه من مشاكل.

أما المنحى السلوكي المعرفي فقد عزى دوافع السلوك إلى تفاعل التأثيرات المعرفية الخارجية والداخلية.

ثانياً: من حيث الأساس النظري:

المنحى المعرفي أساسه النظري البحوث الإنسانية، دراسة الحالة، الأساليب التجريبية، ومن رواد هذا المجال بياجيه 1960 وأوسويل.

- أما النظرية المعرفية السلوكية من أهم مبادئها أن المكونات المعرفية للفرد هي المحور الرئيسي لشخصيته وهي التي تؤثر على مشاعره وسلوكه ومن مؤسسين هذه النظرية أليس، ميكينوم، بيك.

ثالثاً: من حيث مصدر السلوك:

فكان مصدر السلوك في المنحى المعرفي داخلي وخارجي وأن تفسير الواقع الخارجي بناء على تفسيرات لا منطقية داخلية.

اتفق المنحى المعرفي و المنحى المعرفي السلوكي في مصدر السلوك بأنه داخلي وخارجي ونتيجة تفسير غير منطقي للواقع الخارجي. (قطامي وآخرون، 1992: 108-120).

رابعاً: من حيث أساليب العلاج:

اتفق المنحى المعرفي والمنحى السلوكي المعرفي في أن تعديل السلوك يتم من خلال تعديل الأفكار والمشاعر والسلوك. (Patterson, 1981:150-151)

نقد الاتجاه المعرفي السلوكي:

- 1- لم يعطي العلاقة بين المعالج والمنقح الاهتمام الكافي.
- 2- المواجهة ليست طرفاً فعالة في تغيير الاتجاه المعرفي.
- 3- زاد من اهتمامه بالجانب المعرفي على حساب الجانب الانفعالي.

4- غير مناسبة للتعامل مع الأطفال وضعاف العقول.

كما أن أصحابها تفردوا بتفسيرهم للسلوك الإنساني والاضطرابات النفسية وأساليب معالجتها ويرجع ذلك إلى الافتراضات الأساسية التي بنيت عليها النظرية، وجميع هذه النظريات انبثقت من ثقافات غربية مادية ولا توجد أي نظرية تعكس ثقافة المجتمع الإسلامي حيث أن جميع النظريات النفسية أغفلت طبيعة العلاقة الروحية التي تربط الإنسان بخالقه، لذا يجب علينا كأخصائيين مسلمين التعامل مع هذه النظريات وفق ما يتناسب مع القيم والمبادئ الإسلامية اهتداءً بقوله تعالى: ﴿الَّذِينَ يَسْتَمِعُونَ الْقَوْلَ فَيَتَّبِعُونَ أَحْسَنَهُ أُولَئِكَ الَّذِينَ هَدَاهُمُ اللَّهُ وَأُولَئِكَ هُمْ أُولُوا الْأَلْبَابِ﴾ . (الزمر، آية:18).

ويخلص القرآن الكريم هذا المنهج الجديد من العلاج النفسي عن طريق التفكير القويم في قوله تعالى ﴿يُؤْتِي الْحِكْمَةَ مَنْ يَشَاءُ وَمَنْ يُؤْتَ الْحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا كَثِيرًا وَمَا يَذَّكَّرُ إِلَّا أُولُوا الْأَلْبَابِ﴾ (البقرة، آية:269). وهكذا يكون القرآن الكريم له السبق الأعظم منذ أكثر من أربعة عشر قرناً في علاج أمراض النفس البشرية، و في انتهاج الحكمة والتعقل في الأمور، والتي هي فطرة الله للإنسان على الأرض.

ثانياً: العلاج المعرفي السلوكي: Cognitive Behavior Therapy

ظهر العلاج المعرفي السلوكي في الثلث الأخير من القرن العشرين، ويهتم هذا النوع من العلاج النفسي بالجانب الوجداني للمريض وبالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية وانفعالية واجتماعية وبيئية لإحداث هذا التغيير المرغوب فيه، فكلما Cognitive مشتقة من Cognition، ولقد استخدمت بعض المصطلحات العربية كترجمة لهذا المصطلح على سبيل المثال "تعرف، ذهن". (المحارب، 2000: 1).

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي أحد نماذج العلاج المعرفي، والذي بني على فكرة عقلانية تعني بما يفكر فيه الناس وما يقولونه لأنفسهم وتصوراتهم، ويتكون من عدة مداخل أهمها العلاج المعرفي السلوكي. (Paula.s.Nurius., 1995: 519).

ويعد العلاج المعرفي السلوكي أكثر أنواع العلاج النفسي شيوعاً واستخداماً، وقد وصف بيك هذا الأسلوب في دراسته عن العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، حيث اعتمد على أفكار كيلي وبياجيه وغيرهم من المهتمين بالعلاج المعرفي السلوكي . (Payne. M ,2000 : 56)

ويقوم هذا المدخل على التدخل العلاجي الذي يستهدف تغيير الأفكار غير المنطقية والانفعالات غير المناسبة وأنماط السلوك اللاتوافقي لدى المنتفعين إلى أفكار عقلانية وسلوكيات توافقية. ويتناول هذا التغيير الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية، إذ يقوم التغيير المعرفي بإثارة التغيير السلوكي مما يعمل على تكوين منظور جديد لدى الفرد يتم تدعيمه من خلال ممارسة الفرد لأنماط سلوكية جديدة، ومن ثم يحدث توسيع لهذا المنظور ليشمل التغيير الانفعالي. (سليمان، حسين، عبد الحميد، هشام، 2005: 234).

تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

هو أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية، من خلال تعديل أسلوب تفكير المنتفع و ادراكاته لنفسه وبيئته. (إبراهيم، عبد الستار وآخرون، 1993: 342). وهو أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي، وهو علاج مباشر وتوجيهي، تستخدم فيه آليات وأدوات معينة ومهارات معرفية وسلوكية، لمساعدة المريض لتحديد أفكاره السلبية ومعتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي، وتحويلها لمعتقدات يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي.

ويرى الشيخ (2003): أن العلاج المعرفي السلوكي يمكنه تعديل الاضطرابات المتعددة من خلال تعديل أسلوب التفكير، و أن أحداث الحياة السلبية تزيد من القلق والتوتر والشعور بالتهديد وتوقع اليأس، ولذا يحاول المعالج تعديل أفكار المنتفع وإقناعه أن يرى الحياة بطريقة أكثر تكيفاً ومساعدته على خلق سلوك توافقي مع ما يمر به من أحداث. (الشيخ، 2003: 90).

و عرفه مليكه (1994: 174) بأنه: منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل.

و يعرفه ستيفن و بيك Beck, Steven (1995: 249) بأنه: تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية.

و يرى أيزنك Eysenck (2000: 720) أن: العلاج المعرفي السلوكي هو تطور للعلاج المعرفي في محاولته لتغيير السلوك من خلال تغيير محتوى التفكير وإعادة بناء القناعات من خلال الإجراءات المعرفية.

وترى الباحثة أن العلاج المعرفي السلوكي هو نوع من العلاج الذي يستخدم الطرق العلاجية القائمة على نظرية التعلم السلوكي من جهة وعلى طرق علاجية تعطي التفكير المعرفي مركزاً هاماً في علاج الاضطرابات الانفعالية والنفسية العصابية وخصوصاً القلق.

وبذلك يستخدم مصطلح العلاج المعرفي السلوكي ليشير بصفة عامة إلى العلاج النفسي الذي يتبنى الافتراضات الأساسية التالية:-

* الأنشطة المعرفية تؤثر في السلوك.

* الأنشطة المعرفية من الممكن مراقبتها وتغييرها.

* التغيير المرغوب للسلوك قد يتم من خلال التغيير المعرفي. (زيزي، إبراهيم، 2006: 121).

الافتراضات الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي:

أولاً: أفكار الفرد وصوره الذهنية و ادراكاته والأحداث الأخرى هي المؤشر الرئيس في السلوك، فالتركيز عليها يعتبر طريقة فاعلة في تغيير سلوكه.

ثانياً: الفرد مشارك فاعل في تعلمه، وهو ليس عضواً سلباً أو مستقبلاً أو سجلاً سلبياً لتأثيرات البيئة.

ثالثاً: البيئة المعرفية المستخدمة في التعامل مع السلوكيات غير التكيفية يمكن ملاحظتها وقياسها بالأساليب الموضوعية، ويجب أن تظهر بوضوح أثناء معالجة السلوك.

المبادئ العامة التي يقوم عليها العلاج المعرفي السلوكي:

* يعتمد في صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة ومنها تحديد الأفكار الحالية للمريض، والأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعرف على سلوكيات غير المرغوب بها.

* يتطلب وجود علاقة جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق في المعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض وكذلك الاحترام الصادق له.

* يشدد المعالج على أهمية التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.

- * يسعى المعالج لتحقيق أهداف معينة لحل مشكلات معينة.
- * يركز العلاج على الحاضر وعلى المواقف التي تثير القلق والاكتئاب لدى المريض، ومع ذلك يتطلب الأمر الرجوع للماضي. (عبد الله، 2000: 6).
- * العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف لجعل المريض معالماً نفسياً كما أنه يهتم كثيراً بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض (الانتكاس).
- * تتم الجلسات وفق أجندة (جدول عمل معين) يحاول المعالج تنفيذه قدر المستطاع.
- (المحارب، 2000: 38-39).
- * يعلمّ العلاج المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف على الآثار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها.
- * يستخدم فنيات ومهارات متعددة لإحداث تغيير في التفكير والمزاج والسلوك.
- * يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحاً مع المريض يناقش معه وجهة نظره حول المشكلة ويتعرف على أخطائه ويسمح للمريض بمعارضته ومناقشته.
- (الخش، 2011: 346-389).

أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

- * تعليم المريض كيف يلاحظ ذاته ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.
- * مساعدة المريض على أن يكون واعياً بما يفكر فيه.
- * مساعدة المريض على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
- * تعليم المريض كيف يقيم أفكاره وتخيلاته وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث المضطربة.
- * تعليم المريض تصحيح ما لديه من أفكار خاطئة وتشوهات معرفية.
- * تحسين المهارات الاجتماعية من خلال تعليم أساليب التعامل مع الآخرين.
- * تدريب المريض على استراتيجيات وفنيات معرفية وسلوكية متباينة.
- * تدريب المريض على توجيه التعليمات لذاته ومن ثم تعديل سلوكه.
- * إبداء التحكم وتقوية السيطرة على الذات.
- * مقاومة المرض وتقوية الهوية الذاتية. (عبد الله، 2000: 53).

خصائص العلاج المعرفي السلوكي:

يتميز العلاج المعرفي السلوكي بخصائص عملية محددة يتم وصفها بالتفصيل فيما يلي:

1-الصفات التفاعلية:

على المعالج أن يكون قادراً على التواصل اللفظي وغير اللفظي الذي يبين إخلاصه وتفتحه واهتمامه، ومن المهم أيضاً ألا يبدو المعالج كما لو أن لديه معلومات أو أسئلة مراوغة، ويجب أن يكون المعالج حريصاً على ألا يبدو ناقداً أو معترضاً على وجهات نظر المريض، كما أن السلوك المهني الواثق مهم في العلاج المعرفي، وعلى المعالج أن يشعر المريض بالثقة في مساعدته، ومثل هذه الثقة يمكن أن تساعد على إبطال مشاعر اليأس في المستقبل لدى المريض.

2- العائد المنتظم:

وهو إتاحة الفرصة للمعالج للتحقق المنتظم وتحديد ما إذا كان المريض فهم المعلومات أولاً، والعائد من الأمور المهمة في العلاج المعرفي السلوكي للمريض بشكل عام ومرضى القلق على وجه الخصوص، ويبدأ المعالج المعرفي في إعداد مكونات العائد في فترة مبكرة من العلاج. ويقوم المعالج في كل جلسة بتوفير ملخص قصير لما دار خلال الجلسة، ويطلب من المريض أن يستخلص النقاط الخاصة ويقوم بتدوينها.(بارلو، 2004: 593).

3- بناء الجلسات:

يتم التخطيط للجلسات العلاجية من خلال جدول أعمال يتم الاتفاق عليه بين المعالج والمنتفع، وهذا الجدول يسمح باستخدام أمثل للوقت، وهو يعمل بمثابة موجه للعميل، كما يمد المعالج والمنتفع بإطار عمل محدود وملائم لرصد التقدم بالعلاج، ويكون كما يلي:

1- فحص المزاج للمريض في بداية كل جلسة وفي نهايتها.

2- مراجعة موجزة للأسبوع الماضي بين الجلسات.

3- وضع جدول أعمال الجلسة الحالية.

4- مناقشة بنود جدول الأعمال.

5- طلب عائد حتى نهاية الجلسة.

6- تلخيص وإنهاء وتحديد موعد الجلسة القادمة.

ويتم تقييم التقدم العلاجي عن طريق طرح مهام ومسئوليات محددة للمعالج والمنتفع في مرحلة علاجية وثيقة الصلة بالموضوع ومتابعتها. (بالمر، 2008: 43).

4- رصد وتعديل التفكير غير المنطقي:

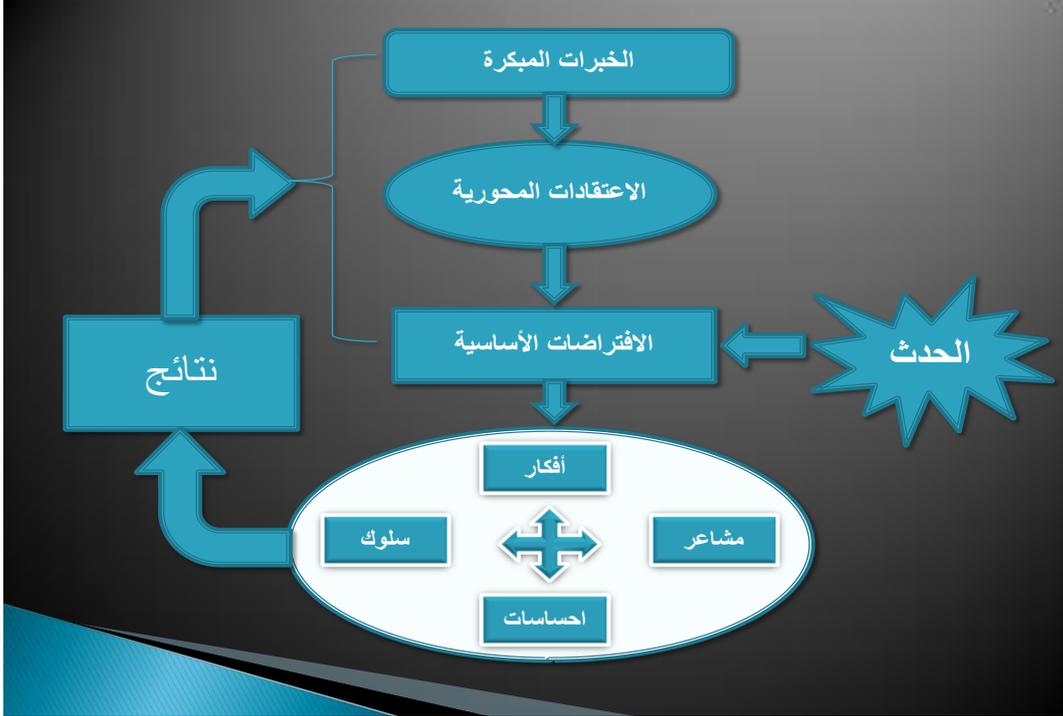
يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أن الاضطراب النفسي هو اختلال في التفكير يتضمن عمليات معرفية مختلة تؤدي إلى رؤية محرفة أو سلبية عن الذات والعالم والمستقبل، كما تؤدي إلى انفعالات غير سارة وصعوبات سلوكية، واعتماداً على هذا التصور يتم استخدام فنيات لفحص وتحدي الأفكار غير المساعدة، ويعلم المريض كيف يستخدم الأدلة والبراهين لفحص وتفنيده غير الواقعي، ويقوم المعالج في أثناء الجلسة بالعمل على فكرة معينة من الأفكار المختلة والتي يعاني منها المريض.

5- العلاج الموجه نحو الهدف:

عادة ما يتم تحديد الأهداف وتقديرها بشكل تعاوني بين المعالج والمريض، وتتبقى أهداف العلاج المعرفي السلوكي عن قائمة المشكلات محكمة الصياغة والبناء، فإذا افترض المعالج مثلاً أن قلق مريضه ناجم عن عجزه في استعداداته ومهاراته، فإن خطة علاجه لابد أن تتضمن بناء مهارات المواجهه والتعرف المباشر وعدم التجنب والهروب في هذا المجال، وإذا افترض المعالج أن قلق مريضه ناجم عن تنشيط اعتقاد أساسي لا تكفي مضمونه أنه عاجز عن أداء مهمة من المهام، فلا بد أن تتضمن خطته العلاجية إعادة البناء المعرفي لهذا المعتقد المشوه. (ليهى، 2006: 71).

وترى الباحثة أن التقنيات في العلاج المعرفي السلوكي لا يتم تطبيقها بصورة سلبية، بل تكون موجهة بعناية كاملة حيث تختلف المضامين العلاجية باختلاف محتوى مشكلات المريض.

النموذج العام للعلاج المعرفي السلوكي:



الشكل رقم (3) يوضح النموذج العام للعلاج المعرفي السلوكي

(Allis،Jem، etl.، 2004:17) .

استخدامات العلاج المعرفي السلوكي:

* الاكتئاب: أثبتت الدراسات أن (70-80%) من مرضي الاكتئاب يتحسنون على هذا العلاج لمدة لا تقل عن سنتين وهذا معدل يفوق استعمال مضادات الاكتئاب...
- يفضل تجنب هذا العلاج في حالات الاكتئاب المصاحبة للفصام الخرف الشديد أو الهوس الحاد.

* حالات العصاب: (القلق . الخوف . الهلع . الهستيريا . الوسواس القهري . الكرب).

* الاضطرابات السلوكية والانحرافات الاجتماعية.

* حالات البارانويا وبعض حالات الفصام المستقرة.

* الاضطرابات الجنسية والاضطرابات النفسجمية.

* علاج الإدمان والتدخين، واضطرابات الأكل.

* الاضطرابات النفسية عند الأطفال.

* بعض اضطرابات الشخصية خاصة الشخصية البينية. (مفتاح، عبد العزيز، 2001: 52).

مزايا العلاج المعرفي السلوكي:

- * يستخدم فنيات سهلة مبسطة مثل القدرة على الإقناع والاقتراح، بما يناسب عقل ومنطق المريض وثقافته.
- * يسعى للكشف عن الأفكار السلبية والمعتقدات اللاعقلانية التي تكمن وراء العصاب ومهاجمتها.
- * يسعى لتغيير فكرة المريض عن نفسه وفحص ما يقوله لنفسه داخلياً ويعدله ويحل محله الفكرة الصحيحة.
- * يتعرض للأسئلة والجمل الموجودة داخل المريض، ويمكنه من التخلص منها.
- * يعتبر أسلوباً مثالياً لتغيير المعتقدات غير العقلانية وغير المنطقية وإبدالها بأخرى عقلانية ومنطقية.
- * يحصن المريض ضد الأفكار غير العقلانية الأخرى التي يحتمل التعرض لها مستقبلاً، ويكسبه أفكاراً عقلانية ومهارات اجتماعية ونفسية جديدة.
- * ساهم العلاج المعرفي السلوكي من خلال اهتماماته بالأفكار والمشاعر في التقارب بين العلاج المعرفي السلوكي وبين العلاجات الدينامية. (حسين، 2006: 66-67).

المواصفات الفنية للعلاج المعرفي السلوكي:

- * المعالج له دور إيجابي فعال.
- * العلاج المعرفي السلوكي علاج نفسي قصير المدى، عدد جلساته حوالي 10 - 30 مرة أو مرتين أسبوعياً بحد أقصى 4 - 6 أشهر.
- * مدة الجلسة 60-90 دقيقة.
- * على المعالج أن يكون متفاهم وحنون وصادق مع نفسه ومع المريض، متفاعل مع المريض.
- من الممكن أن يطبق العلاج المعرفي السلوكي في العلاج النفسي الفردي والجماعي والزواجي والأسري وعلاج الأطفال. (المحارب، 2000: 38-39).

مواصفات المريض الذي يطبق عليه العلاج المعرفي السلوكي:

- أن يكون لديه عقلية متفتحة على تقبل المعلومات.
- أن يستطيع التعرف على مشاعره.
- أن يستطيع إدراك الأفكار السلبية الآلية.
- أن يستطيع الربط بين الأفكار والمشاعر والسلوك.
- أن يتقبل مسؤولية التغيير. (Deborah, etl, 2009: 208).

مواصفات المعالج الذي يستخدم العلاج المعرفي السلوكي:

- * أن يكون مستمعاً جيداً للمريض، وقادر على توجيه أسئلة هادفة له.
- * أن يكون قادر على الموازنة بين ما يريد أن يعرفه من المريض وبين ما يريد أن يقوله للمريض.
- * أن يجيد فن المواجهة أو التعاطف (Empathy).
- * أن يكون مرناً ومباشراً وغير سلبي.
- * أن يكون قادر على معرفة أزمة المريض بدون التدخل لعلاج الأزمة في كل جلسة.
- * أن يكون لديه مهارات توصيل المعلومة بما يتناسب مع النموذج المعرفي السلبي لدى المريض وبما يتناسب مع المستوى الثقافي للمريض.
- * أن يكون متديباً على مهارات وفنيات العلاج المعرفي السلوكي لمدة سنة على الأقل قبل ممارسته. (رضوان، 2001: 66-67).

الإجراءات والاحتياطات المستخدمة في المنحى المعرفي لتعديل السلوك:

- 1- تدريب المنتفع على دور معرفته بالمشكلة الحالية باستخدام المحاور والاكتشاف الذاتي.
- 2- تدريب المنتفع على استخدام أسلوب الملاحظة المنظمة من خلال الجمل الذاتية وتخيل السلوك ومراقبة الذات.
- 3- تدريب المنتفع على مهارات حل المشكلات (تحديدها، إبدال الحلول، التوقعات).
- 4- نمذجة الجمل الذاتية والتخيلات مصحوبة بالمهارات المعرفية.
- 5- إعادة نمذجة السلوك مصحوبة بالتقويم الذاتي ومهارات التركيز والانتباه.
- 6- الوظيفة البيئية. (Hughes, 1988: 213).

الاعتبارات الواجب مراعاتها عند استخدام المنهج المعرفي السلوكي:

- * الانتباه إلى العناصر المكونة للمشكلة.
- * التحدث إلى الذات بألفاظ وأبنية معرفية دقيقة.
- * مساعدة المنتفع على تخيل نتائج معالجة المشكلة أو التخلص من أعراضها.
- * مساعدة المنتفع على استحضار صورة ذهنية لشخص آخر يؤدي الأداء المستهدف وتخييل ما يحزره من نتائج إيجابية.
- * مساعدة المنتفع على التحدث عما يتحقق لديه إذا ما تخلص من الأعراض السلبية.
- * مساعدة المنتفع فيما يتوقع من نتائج ايجابية عند زوال الأسباب المؤدية إلى المشكلة.
- * مساعدة المنتفع على أن يبذل جهداً في الاهتمام بذاته بهدف معالجة المشكلة.
- * تزويد المنتفع بالتعليمات التي تساعد على توقع النتائج الإيجابية والتي تساهم في تهذيب الذات.
- * تأدية المنتفع بصوت مسموع ما يريد القيام به لمعالجة الأسباب المؤدية للمشكلة.
- * التحدث بصوت منخفض عما ينبغي أن يقوم به للتخلص من أسباب المشكلة بحديث ذاتي صامت.
- * تدعيم التعزيز الذاتي لتحقيقه وأدائه السلوك المستهدف. (32 : William,etl,2009).

مراحل العلاج وفق النظرية المعرفية السلوكية:

لقد تم وصف المراحل العلاجية بأنها تبدأ أولاً بمرحلة بناء العلاقة العلاجية مع المنتفع ومن ثم يتم الانتقال إلى مرحلة تقييم المشكلة ظروف حدوثها، وشدتها، السلوكيات السلبية المرافقة، ومدى وضوح المشكلة لدى المنتفع والمعالج، وبعد الانتهاء من هذه المرحلة يتم الدخول بمرحلة تطوير الأهداف الإرشادية والتي يناقش فيها المنتفع والمعالج المخرجات السلوكية التي يطمح تحقيقها، يليها مرحلة التأكد من استعداد المنتفع والتزامه لتحقيق هذه الأهداف، ومن ثم مرحلة جمع معلومات حول مقاييس الخط القاعدي للحالة، وأخيراً يتم الوصول للمرحلة الأخيرة التي تهدف إلى تطبيق المنتفع للاستراتيجيات العلاجية.

المرحلة الأولى:مراقبة الذات: (Self-observation)

يقول ميكينبوم بأن الفرد في فترة ما قبل العلاج يكون عنده حواراً داخلياً سلبياً مع ذاته،وكذلك تكون خيالاته وتصوراته سلبية أما أثناء عملية العلاج ومن خلال الاطلاع على أفكار المنتفع ومشاعره وانفعالاته الجسمية وسلوكياته الاجتماعية وتفسيرها تتكون عند المنتفع بناءات معرفية،الأمر الذي تختلف نظريته عما كانت عليه قبل العلاج، وعلى المنتفع أن يدرك أو يصبح واعياً بسلوكياته غير الملائمة من خلال الملاحظة الذاتية للأحداث السلبية وزيادة وعيه وانتباهه وتركيزه على أفكاره ومشاعره وردود الفعل الفسيولوجية والسلوكيات المتصلة بعلاقاته الشخصية، وهذه العملية تؤدي إلى أبنية معرفية جديدة من خلال إعادة التصور وتعريف المشكلة بطرق تعطي إحساس بالتفهم والضبط والأمل اللازمة لإجراءات التغيير وهذا يعطي معاني جديدة ومختلفة للأفكار والمشاعر والسلوكيات، والمهم أن التصورات على اختلافها فعالة في إحداث التغيير. (مفتاح،عبد العزيز، 2001: 58).

المرحلة الثانية:السلوكيات والأفكار غير المتكافئة:

Incompatible thoughts and behaviors

في هذه المرحلة تكون عملية المراقبة الذاتية عند المنتفع قد تكونت وأحدثت حواراً داخلياً عنده، أن ما يقوله الفرد لنفسه أي حديثه الداخلي الجديد لا يتناسب مع حديثة السابق المسئول عن سلوكياته القديمة، و هذا الحديث الجديد يؤثر في الأبنية المعرفية لدى المنتفع،الأمر الذي يجعل المنتفع يقوم بتنظيم خبراته حول المفهوم الجديد الذي اكتسبه وجعله أكثر تكيفاً، وهنا يستطيع المنتفع أن يتجنب السلوكيات غير المناسبة ويختار السلوكيات المناسبة وفقاً للأفكار الجديدة، يؤخذ هذا الوعي كمؤشر يولد حديثاً داخلياً معيناً، ويكون الحديث الذاتي الجديد نابع من التصورات والأفكار الجديدة. (العزة، وعبدالهادي، 1999: 151).

المرحلة الثالثة:المعرفة المرتبطة بالتغيير: Cognitive Concerning Change

تتعلق هذه المرحلة بتأدية المنتفع لمهام تكيفيه جديدة خلال الحياة اليومية، والتحدث معه مع ذاته حول نتائج هذه الأعمال، ويرى ميكينبوم بأنه ليس المهم أن يركز المنتفع على التدريب على المهارات كما يفعل العلاج السلوكي، بل التركيز على ما يقوله المنتفع لنفسه حول السلوكيات

المتغيرة التي تعلمها وعلى نتائجها التي سوف تؤثر على ثبات وتعميم عملية التغيير في السلوك وتغيير طبيعة الحديث الداخلي السابق الذي كان موجود لدى المنتفع قبل العلاج.

(Nurius ,2008:338)

الطرق والأساليب الفنية المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي:

أولاً: طريقة التقدير السلوكي المعرفي:

يتم تقدير المشكلات مع حالات الاضطرابات النفسية والعقلية من خلال طريقتين:

- مقارنة مجموعة مرضية مع مجموعة عادية ليس لديها اضطرابات.

- نتائج الاختبارات التي ترجع إلى مجموعة معيارية وتبحث عن اضطرابات معينة "معايير".

لكن العلاج المعرفي السلوكي يستخدم أسلوب الطريقة الوظيفية المعرفية والتي تشتمل على التحليل الوظيفي للسلوك وما يختص به من تفصيل للمقدمات والنتائج البيئية "المثيرات والمعززات" في علاقتها بالاستجابات، ويتطلب هذا تحديد دقيق لفئة السلوك ومعرفة تكرار الاستجابات في المواقف المختلفة، وترجيح وضبط للأحداث البيئية لإظهار العلاقات السببية، ويركز التحليل المعرفي الوظيفي على الدور الذي تقوم به الجوانب المعرفية بالنسبة لمخزون السلوك ويحتاج المنتفع للانخراط في الواجب والمهمة حتى يستكشف العوامل التي تؤدي ضعف الأداء.

ويشتمل تحليل المهام على تجزئة مكونات الواجب إلى استراتيجيات معرفية مطلوبة للقيام بتفهم طبيعة المهمة وبالتالي القدرة على أدائها بشكل جيد.

ويتم التطبيق الإكلينيكي لطريقة تقدير السلوكي المعرفي من خلال المقابلة الإكلينيكية والاختبارات السلوكية.

ثانياً: إدخال العوامل المعرفية في أساليب العلاج السلوكي:

من خلال عدة أساليب منها:

* اشراط التخلص من القلق: يتم فيها استبعاد مثير منفر يرتبط مع إدخال كلمات أو عبارات تطمينية أو مهدئة.

*التخلص المنظم والتدريجي من الحساسية: وصاحب هذا الأسلوب هو جوزيف ولبي حيث يرى أن التخلص المنظم من الحساسية بشكل تدريجي يزيل الخوف لأن الخوف لا يتوافق مع الاسترخاء.

*النمذجة"استخدام النماذج": وهذا النموذج لألبرت باندورا الذي يؤكد على أن المنتفع يحول المعلومات التي يحصل عليها من النموذج إلى تخيلات معرفية إدراكية ضمنية وإلى استجابات لفظية متكررة تستخدم فيما بعد كمؤشرات للسلوك الظاهر ويمكن للنمذجة الصريحة أن تيسر تغيير السلوك.

ثالثاً: طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط:

وتشتمل هذه الطريقة على ثلاث مراحل هي:

مرحلة التعليم: تزود المنتفع بإطار تصوري لفهم طبيعة ردود الفعل الصادرة عنه اتجاه الضغوط، وهذا يساعده على النظر للمشكلة بشكل أكثر منطقية.

بعد المقابلة التقييمية يتم إعداد إطار خاص بالقلق لدى المنتفع يشتمل على عنصرين هما(استنارة فسيولوجية عالية للقلق،مجموعة الأفكار الهروبية المولدة للقلق) وهذه تساعد المنتفع على ضبط الاستنارة الفسيولوجية وتغيير العبارات الذاتية التي تمت تحت ظروف الضغط. وتمر هذه الفترة بأربعة مراحل هي"الإعداد للضغط، مواجهة الضغط والتعامل معه، احتمال زيادة الضغط، تعزيز نفسه على أنه واجه الضغط".

مرحلة التكرار: يتم تزويد المنتفع بأساليب المواجهه المعرفية التي تساعد المنتفع على أن يصبح واعياً بالعبارات السلبية القاهرة للذات حيث يستطيع المنتفع أن يعد خطة للتعامل مع الضغط، ويسترخي مع أخذ نفس عميق،التوقف عند الخوف،الشعور بلذة النجاح.

مرحلة التدريب التطبيقي:وتشتمل التدريب في صور متعددة على مجموعة من الأساليب العلاجية والتي منها التدريب على الكلام والمناقشة و النمذجة وتعليمات للذات وعملية تكرار السلوك والتعزيز.(طه، فرج، 2004: 273-275).

رابعاً: أساليب إعادة البنية المعرفية:

*العمليات المعرفية باعتبارها أنظمة تفكير غير عقلاني، وهذا ما وصفه ألبرت أليس الذي يرى أن الأفكار الغير عقلانية تؤدي إلى الاضطراب السلوكي والانفعالي.

*العمليات المعرفية باعتبارها أنماط تفكير خاطئ، وهذا يظهر في نموذج بيك الذي يركز على أنماط التفكير المشوه الذي ينتاب المنتفع.

*الجوانب المعرفية كأدلة على القدرة على حل المشكلات ومهارات التعامل، وهذا ما اقترحه زوريلا وجولد فرايد في التركيز على التعرف على غياب مهارات تكيفيه معرفية معينة وعلى تعليم المنتفع على مهارات حل المشكلات.

ويتم باستخدام العديد من الأساليب المعرفية منها: المناقشة المنطقية، التوضيح، الحديث الذاتي، التشجيع، الإقناع، المواجهة. (كامل، 2001: 374-375).

الخطوات المتبعة في العلاج المعرفي السلوكي:

1- الارتباط: استكشاف توقعات المنتفع لمساعدته بطريقة غير متسرعة موحية بوجود وقت للاستمتاع.

2- حصر المشكلة وتحديد الخبرة أو الموقف المرتبط بالحالة النفسية: من خلال التعاون مع المريض يتم التعرف على الخبرة، أو الموقف المباشر الذي يرتبط حدوثه بالحالة الانفعالية السيئة التي يمر بها وتحديد المشكلات وفقاً لأولوياته.

3- تقييم المشكلة: يطلب من المنتفع وصف الحدث ومشاعره وأفكاره.

4- تعليم المبادئ الإدراكية: تطبيق العلاج وتوجيه الأفراد للتفكير في أفكارهم الذاتية من خلال: أ*تسجيل الحوارات الداخلية والتفسيرات الآلية للموقف: يتم تعليم المريض كيف يدرك الحوارات التي تدور في ذهنه وتفسيراته المختلفة للحدث. مثال: "توجيه انتقاد من رئيسك في العمل".

ب*تحديد التفسيرات السلبية: مما لا شك فيه أن من بين التفسيرات السابقة تفسيرات غير منطقية وتفتقد للدليل الموضوعي، وعليك أن تعيها وترصدها، كما أن عليك أن تتعرف أيضاً على التفسيرات العقلانية الإيجابية، وما ينجم عن الأولى وما تؤدي إليه الثانية.

ت*تسجيل المشاعر التي تمتلك الشخص نتيجة للتفسير غير المنطقي: يقوم المريض من خلال جداول معدة بتسجيل المشاعر والأحاسيس التي سيطرت عليه من جراء تفسيراته غير العقلانية للحادث أو الموقف.

ث*تسجيل النتائج السلوكية التي نتجت أو قد تنتج عن التفسير غير المنطقي: يقوم المريض بوضع النتائج السلوكية غير المرغوب فيها التي يمكن أن تحدث نتيجة لتفسيراته الخاطئة وقد تكون النتائج السلوكية غير المرغوب فيها: (العدوان ، أو إظهار الاحتقار لرئيسه، أو أرق، أو فقدان شهيته...الخ).

ج*تفنيد ودحض الفكرة السلبية وتفنيد ما فيها من خطأ: الاعتراض على الأفكار الخاطئة والسلبية من خلال تحديدها والتعرف على آثارها النفسية في السلوك والأفعال والمشاعر المرتبطة بها، وبالتالي يكون الطريق ممدد لاستبدالها بأفكار إيجابية منطقية وعقلانية ملائمة للموقف عن طريق مقاطعتها، دحضها وتفسيرها.

ح*تسجيل التفسيرات والأفكار العقلانية التي ظهرت بعد عملية التفنيد والدحض: تسجيل التعديل الذي طرأ على التفكير نتيجة لعملية الدحض والتفنيد بما في ذلك التفسير الجديد للموقف والاتجاهات نحو الذات والمواقف الخارجية.

خ*تسجيل المشاعر المصاحبة للتفسير العقلاني البناء: من المتوقع أن تتكون مشاعر إيجابية وانفعالات ملائمة مع حدوث تغيير في التفكير وهي من شأنها أن تساعد الفرد على التكيف الجيد مع الموقف أو القيام بمزيد من الجهد والنشاط لتعديل النتائج السلبية التي قد تكون مرتبطة بالموقف.

د*تسجيل النتائج السلوكية التي تنتج عن التفسير العقلاني: في هذه الخطوة يتم تسجيل النتائج السلوكية الجديدة التي تنتج عن التفسير العقلاني، ومن المفترض أن تكون النتائج السلوكية ذات جانب إيجابي وتحفز على النشاط والعمل الإيجابي لمعالجة المشكلة أو السيطرة على نتائجها السلبية بأقل قدر ممكن من المعاناة النفسية والاجتماعية.

5- تشجيع المنفع على مجادلة الذات.

6- إعداد وجبات من الأنشطة السلوكية.

7- تعليم المعالجة الذاتية للمحافظة على التحسن. (كولشيد، فيرونيكا، 2003: 65).

مكونات ومسار جلسة العلاج المعرفي السلوكي:

1- وضع جدول لما سيدور بالجلسة (الأجندة): بسؤال المريض "أي أخبارك، ومزاجك، وعامل أليه" ثم يوضح ما يود عمله اليوم ثم يشرح بعض الأمور مثل كون الوقت محدود ويجب أن نناقش أكثر الأمور أهمية ويعلق على الجلسة السابقة ويراجع الواجب المنزلي.

2- الأحداث السابقة بين الجلستين: تراجع الأحداث التي حدثت للمريض بين الجلسة السابقة والمشاكل التي اعترضت المريض خلال هذه الفترة وخلال قيامه بالواجب على أن تتم مراجعتها باختصار وبطريقة مقبولة مع إيجاد الحلول الملائمة.

3- المواضيع الأساسية للجلسة الحالية: يستغرق ذلك معظم وقت الجلسة وتستخدم الفنيات التي تساعد المريض على التعامل مع الأفكار السلبية وتختلف المواضيع التي تناقش من جلسة لأخرى، ويسأل المريض: هل في حاجة من الأسبوع الماضي تحب تتكلم عنها. أنت اليوم تريد أن تتحدث في ماذا. اختيار أهم مشكلة حالية للتحدث عنها، ويحدث أحياناً أن تضعف عزيمة المريض على القيام بالواجب المنزلي لذا من المهم مناقشة الصعوبات التي من الممكن أن تحدث مستقبلاً وكذلك الإجراءات التي يمكن اتخاذها للتغلب على هذه الصعوبات، وأيضاً من أهداف الواجب المنزلي المساعدة للتعرف على أفكار المريض السلبية. (المصري، 2011: 14).

يمكن تلخيص تركيب وبناء جلسة العلاج المعرفي السلوكي التي تستغرق حوالي ستين دقيقة بنظام (20-20-20):

العشرين دقيقة الأولى:

أ- يتم فيها وضع أجندة وجدول أعمال الجلسة .

ب- التركيز على فهم نوع مشكلة المريض (عاطفية/ اجتماعية/ أسرية/ سلوكية/ معرفية/ مهنية/ جسدية) .

ج- التركيز على أي مدى تسببت المشكلة في الإعاقة الوظيفية . مناقشة الواجب السابق.

العشرين دقيقة الثانية:

أ- يتم فيها مناقشة موضوع معين يطرحه المعالج حسب احتياج المريض.

ب- تدريبه على مهارة جديدة، تطبيقات عملية .

ج- التأكد من أن المريض استوعب ما قيل في الجلسة.

العشرين دقيقة الثالثة:

أ- يتم فيها الاستماع إلى المريض.

ب- استكشاف مدى استجابة المريض لتغيير الأفكار والسلوك السلبي.

ج- إعطاء الواجب المنزلي الجديد.

التعليق على مكونات ومسار الجلسة: آخر الجلسة يطلب المعالج من المريض التعليق على الجلسة ككل ويطلب منه تلخيص ما تعلمه، وكذلك رأيه في موضوع الجلسة، وعلى المعالج أن يرحب بأي ملاحظة يبديها المريض مهما كان نوعها لأن ذلك يساعد على التفاهم ويشعر المريض بالأمان. (الجوهي، 2003: 36).

الصعوبات التي تواجه المعالج أثناء الجلسة وكيفية التغلب عليها:

- 1- أحياناً يريد المريض تغيير الموضوع ← العمل على طمأنته.
 - 2- أحياناً نظام (20 - 20 - 20) لا يتوافق مع موضوع الجلسة ← المرونة حسب احتياج المريض.
 - 3- أحياناً المريض لا يفعل الواجب المنزلي ← مناقشته في الأسباب التي منعتة.
 - 4- تشتتت المريض في مواضيع كثيرة ← يجب توجيهه بطريقة مباشرة.
- (Deborah etl,2009 : 216-218).

بعض الأساليب العلاجية المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي:

1- إعادة البنية المعرفية:

يقوم على فكرة أن الناس يضطربون لأنهم يقبلون أفكاراً غير عقلانية، وما أن يتبنى الفرد هذه الأفكار فإن الأسرة من الممكن أن تتبنى مثل هذه الأفكار، ويمكن للمعالج أن يقوم بإعادة بنائها من خلال: (كفافي، علاء الدين، 1999: 310-312).

أ- تغيير الطريقة التي يفكر بها الفرد أو الأسرة ويحاول أن يوضح للأعضاء أن ما نقوله لأنفسنا يصبح ما نعتقده ويتحكم في تصرفاتنا وسلوكنا.

ب- فحص الأفكار غير العقلانية التي يمكن أن تكون عند الفرد أو الأسرة.

ج- تشجيع الفرد أو الأسرة على إشعارهم بأن التمسك بالأفكار غير العقلانية نتيجة مشاعرهم ويربط بين المظاهر السلوكية والانفعالية.

د- يحاول أن يتعرف الفرد أو الأسرة على التطبيقات السلوكية.

(كفافي، علاء الدين ، جهاد، 2006: 310-312).

2- النمذجة:

تعد تقنية أكثر فعالية للتعلم من مجرد الاعتماد على معاينة الاستجابات الخاطئة، إذ يمكن تعلم مهارة أو سلوكيات جديدة من خلال ملاحظة شخص آخر يقوم به، فمن خلال الملاحظة يمكن للمرء أن يتعلم استخدام السلوكيات التي تعد بالفعل جزءاً من مخزونه السلوكي من خلال "انتباه المنتفع للنموذج- تذكر المنتفع للمعلومات التي قدمها النموذج- يؤدي المنتفع السلوك المنمذج.

(تيموثي- ج- ترول، 2007: 646 - 647).

3- المشورة والنصح:

المشورة هي طلب المنتفع لرأي المعالج في أي أمر من أمور حياته، أما النصح فهو من المعالج بإبداء رأيه دون طلب من المنتفع. (طه، فرج، 2004: 43).

4- الواجبات المنزلية:

حيث يكلف المعالج المنتفع ببعض المهام المنزلية (كتدوين الأفكار - قراءة بعض الكتب.....).

(الشناوي، 1995: 116).

5- أسلوب الاسترخاء:

وهو أحد أساليب التشتيت الذهني للتغلب على القلق والغضب ويتم في مكان هادئ لمساعدة المنتفع على منع العقل من التفكير في المشكلات والبعد عن الضغوط. (طه، رامت، 2001: 34).

6- التدريب على مواجهه الضغوط:

وهي عملية تقوم على أساس مقاومة الضغوط عن طريق برنامج يعلم المعالج فيه المنتفع كيف يواجه مواقف متدرجة من الضغوط من خلال ثلاث مراحل هي:

أ- مرحلة التعلم: يزود فيها المعالج المنتفع بإطار تصوري لفهم طبيعة ردود الفعل تجاه الضغوط والنظر للمشكلة بشكل عقلائي.

ب- مرحلة التكرار: يتم فيها تزويد المنتفع بأساليب مواجهه الضغوط كالأسترخاء ووسائل مواجهه معرفية.

ج- مرحلة التطبيق: وتشتمل على المناقشة وتكرار السلوك والتعزيز.

(مفتاح، عبد العزيز، 2001: 63-64).

تطبيقات عملية لاستخدام العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي مليء بالفنيات والتقنيات العملية والمتسلسلة والتي تسير بخطوات عملية متسلسلة ومتقنة ومبنية على أساس علمي ومنطقي، كذلك هي تدريبات يسهل تعلمها وممارستها وهي مفيدة جداً لتخفيف العديد من الحالات النفسية التي قد تصيب الشخص سواء كانت بسيطة أم متوسطة أم شديدة، ومنها ما يلي:

- أسلوب التحدث إلى الذات.
- أسلوب التفكير الصامت.
- أسلوب تعزيز الذات.
- أسلوب تحديد العلاقات والمتعلقات.
- أسلوب حل المشكلات.

هناك في التراث الإسلامي من تكلم عن أهمية أحاديث الذات والخواطر في تكوين السلوك، فقد ذكر الغزالي موضوع حديث النفس في عدة مواطن في كتابه الشهير إحياء علوم الدين والذي يقول فيه ما يؤخذ على العبد من وساوس القلب وهمها وخواطرها، وهناك أربع أحوال للقلب قبل العمل بالجارحة الخاطر وهو حديث النفس ثم الميل ثم الاعتقاد ثم الهم. (محمد، عبد الله، 2000: 26).

الفنيات والتكتيكات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي:

أولاً: الفنيات المعرفية (فنيات صرف الانتباه):

- * التركيز على شيء معين: يدرّب المريض بالتركيز على شيء ما ويصفه لنفسه.
- * الوعي الحسي: يدرّب المريض على ملاحظته للبيئة المحيطة به أو ما يدور بداخل الجسم.
- * التمريبات العقلية: العد التنازلي أو ذكر الحيوانات، أو الأظعمة أو البلاد أو تذكر حدث معين.

*الذكريات والخيالات السارة: أذكر الأحداث السارة بأكبر قدر من الوضوح بينك وبين نفسك.

*ممارسات نشاط مركب: ممارسة النشاطات العقلية والجسدية معاً في وقت واحد.

(السيد، 2008: 150-151).

ثانياً: الفنيات السلوكية:

*جدول المشاعر وسجل الأفكار الخاطئة: يطلب من المريض تسجيل المشاعر والمواقف التي يمر

بها طوال اليوم وكذلك تقييم كل نشاط من حيث ارتياحه له وقدرته على التحكم فيه.

*جدول النشاطات الأسبوعية: وضع جدول للنشاطات اليومية بأفكار جديدة بهدف الحصول على

أكبر قدر من الراحة والشعور بالقدرة على التحكم.

*التدريب على التخلص من المشاعر السلبية.

*التعامل مع المواقف التي يخافها المريض تدريجياً: يتم بتجزئة العمل أو الموقف المرغوب

بصورة تجعل المريض قادراً على إنجازه. (حسين، حسين، 2006: 125).

ثالثاً: الفنيات السلوكية المعرفية:

يخصص معظم وقت الجلسات العلاجية والواجبات المنزلية لتدريب المريض على تحديد

أفكاره السلبية الآلية غير العقلانية وافتراضاته الخاطئة على تفحصها واختبارها، وفي هذه المرحلة

يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تخفيف التوتر عن طريق تعلم مهارات التعرف على الأفكار

والافتراضات غير الصحيحة ومن ثم يتيح إعادة صياغتها بالطريقة الصحيحة واستبدال السلوك

المرضي بالصحيح . (أبو فايد، 2010: 70).

وترى الباحثة أن العلاج المعرفي السلوكي يلتقي مع التعاليم الدينية بطريقة ملفتة للنظر، من

حيث نظرته للإنسان التي تقوم على قدرته على توجيه نفسه وإصلاحها، وذلك من خلال قدرته

على التعلم الذاتي وتوظيفه لذلك في تعديل سلوكه وأفكاره ونجد تصديق ذلك في كتاب الله تعالى

بقوله: ﴿لَهُ مُعَقَّبَاتٌ مِّنْ بَيْنِ يَدَيْهِ وَمِنْ خَلْفِهِ يَحْفَظُونَهُ مِنْ أَمْرِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا

بِأَنْفُسِهِمْ وَإِذَا أَرَادَ اللَّهُ بِقَوْمٍ سُوءًا فَلَا مَرَدَّ لَهُ وَمَا لَهُمْ مِنْ دُونِهِ مِنْ وَالٍ ﴿﴾ . (الرعد، آية: 11).

المبحث الثاني:

اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder

مقدمة:

مما لا شك فيه أن الإنسان في الماضي عانى من الجوع والمرض والعبودية والحروب والكوارث المختلفة، وهذا جعله معرضاً للقلق بشكل دائم كما نحن في العصر الحالي، إضافة إلى التعقيد الحضاري، والتغير الاجتماعي السريع الذي أدى إلى صعوبة التكيف، والتفكك العائلي، وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية، زيادة على ذلك إغراءات الحياة، وضعف القيم الدينية والخلقية التي تؤدي إلى مزيد من الصراع والقلق.

لذا يعد القلق أهم آفة في العصر الحالي، وهو حالة من التوتر الناتج عن الإحساس بتهديد خطر فعلي أو رمزي أو تخيلي، يصاحبه دائماً خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية. كما ويعتبر لب وصميم الصحة النفسية، إذ أنه أساس جميع الأمراض النفسية، وهو أساس جميع الإنجازات الإيجابية في الحياة، وهو إحدى القوى التي تعمل على البناء أو الهدم في حياة الفرد، وهو حقيقة من حقائق الوجود الإنساني، ويعد القاعدة الأساسية في جميع الاضطرابات العصبية والعقلية والانحرافات السلوكية، وهو القاسم المشترك فيما بينها جميعاً، وهو من أكثر فئات العصاب انتشاراً. (محمود، 2009: 269).

والقلق ظاهرة لا تقتصر على المرضى فقط بل هو عام في شرائح المجتمع، لا يفرق بين دولة عربية أو غربية، ويصيب الغني والفقير، والكبير والصغير، والقوي والضعيف، والرجال والنساء، والمتعلم وغير المتعلم، إنها الظاهرة الفردية والآفة العصرية، فالقلق هو شعور عام مبهم بالخوف والتوتر دون إدراك لمصدر الخوف (يونس، 2008: 107-108).

والقلق مفهوم أساسي في علم النفس الحديث، حيث اختلفت وجهات نظر علماء النفس له اختلافاً شديداً، وهذا يدل على أن القلق مفهوم شديد الثراء والخصوبة والتعقيد في آن واحد، بالإضافة إلى تعدد جنباته واتساعه ليشمل قطاعاً غير قليل من السلوك الإنساني.

(عبد الخالق، الصبوة، العنزي، 1995: 3).

خلاصة القول أن القلق خبرة معتادة في الحياة اليومية، وهو بمثابة إنذار داخلي بحدوث خطر وشيك، وتعد الدرجات المعتدلة من القلق مفيدة، بينما في اضطراب القلق يذعن الفرد لإنذارات

زائفة قوية ومتكررة تسبب حالة من التنبيه الزائد ينتج عنها عادة صعوبات ومشكلات نفسية، وهذا ما تقصده الدراسة الحالية. (Staner, 2003:249 – 258).

ومن المعروف أن أحد مصادر القلق هو توقع تهديد ما، سواء كان هذا التهديد معلوماً أو غامضاً، فمن البديهي أنه يرتبط بالأحداث المستقبلية ولا ينشأ من ماضي الفرد، إنما هو خوف من المستقبل وما يحمله من أحداث تهدد وجود الفرد أو سلامته أو راحته، فالقلق ينجم عن الخوف من أمور يتوقع حدوثها في المستقبل. (Barlow ,D.2000:1251).

تعريف القلق Anxiety في اللغة:

- ورد في معجم الوسيط (قلق-قلقاً): لم يستقر في مكان واحد على حال فهو قلق، وقلق قلقاً أي اضطرب وانزعج، وأقلق الهم فلاناً: أي أزعجه، والمقلق الشديد القلق، والقلق حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث (المعجم الوسيط، 1980: 756).

- ويعرف القلق في مختار الصحاح ولسان العرب بأنه: الانزعاج ويقال بات فلان قلقاً وأقلقه غيره، ويقال أقلقوا السيوف في الغمد أي حركوها في أغمادها قبل أن يحتاجوا لسلها ليسهل إخراجها عند الحاجة، والقلق لا يستقر في مكان واحد. (الرازي، 1939: 549).

تعريف القلق في علم النفس:

- يعرف محمد درويش القلق بأنه: إحساس بالتوتر وأحياناً يصاحب هذا الإحساس غضب شديد، وترجع أسباب القلق إلى البيئة المحيطة بالإنسان مثل عدم التوافق أو التكيف أو التأقلم مع ما يحيط بهذا الإنسان من ظروف. (درويش، 1998: 10).

- ويعرفه أحمد زكي بدوي في معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية بأنه: كارثة توشك أن تحدث، ولكنه يختلف عن الخوف في ديمومة التأثير و عدم التناسب الذي يعم كل الشخصية. (بدوي، 1997: 22).

- ويعرف البحيري القلق على أنه: عبارة عن مجموعة من أعراض وسلوكيات كالضيق والتأمل والعصبية والتوتر، بالإضافة إلى الأعراض الجسمية كارتجاج الأطراف، نوبات الرعب، مشاكل التشكك، والقلق الهائم و الدائم. (البحيري، 2005: 10).

وترى الباحثة بأن القلق ظاهرة اعتيادية يعيشها الإنسان، ويتميز بها عن سائر الكائنات الحية، حيث أنه مرافق لحرية الإنسان، واضطراره لاختيار مسالك وسبل لا تتفق ورغباته، رضوخاً لمطالب المجتمع، أو لعدم القدرة على تحقيق رغباته بسبب ما يعيق تحقيقها من الصعوبات التي تتزايد مع تزايد الضغوط الاجتماعية ومتطلبات العيش.

- ويعرفه **عثمان (2001)** بأنه: حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له كثيراً من الضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر ويبدو متشائم ومتوتر الأعصاب ومضطرب، كما أنه يفقد الثقة بنفسه ويبدو متردداً وعاجزاً عن البت في الأمور ويفقد القدرة على التركيز. (عثمان، 2001: 18).

- وقد عرف الباحثان **شيفر ومليمان Shiever and Meliman** القلق بأنه: حالة من عدم الارتياح والهم المتعلق بحوادث المستقبل ويتضمن شعور بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال ألم ما أو مشكلة وشيكة متوقعة الحدوث. (شيفر، ومليمان، 1989: 114-116)

- ويعرفه **رولان دورون وفرانسوار باور** في موسوعة علم النفس بأنه انفعال يتولد عن استباق معين لخطر منتشر من الصعب توقعه والسيطرة عليه، ويتوافق مع هذا الانفعال تغيرات فسيولوجية وهمونية مميزة له، كما ويرتبط غالباً بسلوك البقاء، أو الانسحاب، أو تصرفات التجنب. (رولان وفرانسوار، موسوعة علم النفس، 1997: 93).

- ويعرفه **عبد الخالق** بأنه: خوف غامض مزمن دون مبرر موضوعي، مجهول المصدر، مصحوب بالتوتر الداخلي وعدم القدرة على الاسترخاء والاستقرار مع توافر أعراض نفسية وجسمية متنوعة ودائمة إلى حد كبير، كصعوبة التركيز، والشعور بعدم الأمن. والاستغراق في أحلام اليقظة. (عبد الخالق، أحمد، 2000: 36 - 37).

- ويعرف **معجم علم النفس المعاصر** القلق بأنه: حالة انفعالية تنشأ في مواقف الخطر المتوقع من أحداث غير مرغوب فيها. (معجم علم النفس المعاصر، 1996: 22).

- وعرفه **عبد الخالق** على أنه: انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد أو هم مقيم وعدم راحة أو استقرار، وهو إحساس بالتوتر والشد والخوف الدائم لا مبرر له والاستجابة لمواقف الحياة العادية كما لو كانت ضرورات ملحة أو طوارئ. (عبد الخالق، 1992: 3).

ومن أهم أعراض القلق التي وردت في أدبيات علم النفس: لوم الذات والإحباط والاستجابات المتمركزة حول الذات لمواجهة التهديد من تلك المواقف. (على، شعيب، 1988: 98).

- وقد صاغت الجمعية الأمريكية للطب النفسي أكثر التعريفات شيوعاً للقلق بأنه: خوف أو توتر وضيق، ينبع من توقع خطر ما، يكون مصدره مجهولاً إلى درجة كبيرة، ويعد مصدره غير واضح، ويصاحبه عدد من التغيرات الفسيولوجية.

(American psychiatric Association, 1994: 435).

- كما ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الرابع للاضطرابات العقلية - DSM (VI) القلق بأنه: حالة مرضية تتصف بالرعب وبوجود عدد من الأعراض يشترط توفر ثلاثة منها على الأقل وهي "وجود صعوبة في التركيز، سرعة الانفعال، توتر العضلات وإجهادها، اضطراب النوم، كما تصاحبها أعراض عضوية تشير إلى النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي. (حجازي، 2002: 15).

كما ويعتبر القلق من معوقات السعادة وهو مرض هذا العصر ولا يكاد يوجد أحد لا يعاني منه لأن الله سبحانه وتعالى قدر أن يجعل الدنيا دار ابتلاء والآخرة دار جزاء، بالإضافة إلى أن الإنسان قلق بطبيعته بسبب الإحساس الموهوب والعقل الذكي، لذا فإن عصرنا تميز بتعقيداته الكثيرة، الأمر الذي ضاعف من انتشار القلق وتضخيمه. (الراشد، 2000: 9).

تعريف القلق العام:

يعرف سبيلرجر Spielperger القلق النفسي العام (G.A.D): على أنه توتر وانشغال البال لأحداث عديدة لأغلب اليوم، ويكون مصحوب بأعراض جسدية كآلام العضلات، والشعور بعدم الطمأنينة، وعدم الاستقرار، وضعف التركيز، والشعور بالإعياء، وهذه الأحاسيس كثيراً ما تؤثر على حياة الفرد الأسرية والاجتماعية والعملية، وغالباً ما يصيب الأعمار الأولى من الشباب، ولكنه يحدث لجميع الأعمار، وهذا النوع من القلق والمتعلق بالوضع الشخصي يؤثر في الكثير من الناس من وقت لآخر، وفي معظم الحالات يزول هذا القلق تلقائياً عند زوال الظروف التي نشأ بسببها.

(Spielperger, 1976: 3)

كما يعرفه بقيون (2007م) على أنه: التوتر وانشغال البال لأحداث عديدة لأغلب اليوم، ولمدة لا تقل عن 6 أشهر، ويكون مصحوب بأعراض جسدية كتوتر العضلات، والشعور بعدم الطمأنينة،

وعدم الاستقرار، وضعف التركيز، والشعور بالإعياء، وهذه الأحاسيس كثيراً ما تؤثر على حياة المريض الأسرية والاجتماعية والعملية. (بقيون، 2007: 71).

وتعرفه جودة بأنه: حالة انفعالية غير سارة، يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء لا يستطيع تحديده تحديداً واضحاً، وقد يكون مبعث هذا التهديد داخلياً أو خارجياً، وغالباً ما يصاحب القلق الحاد بعض التغيرات الفسيولوجية والسيكولوجية. (جودة، 2008: 107-108).

ويتميز القلق العام بأنه قلق حاد، غير واقعي، وتوقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول ظرفين على الأقل من ظروف الحياة، ويستمر هذا الاضطراب لمدة 6 أشهر أو أكثر، يكون الشخص قد عانى خلالها من القلق في أغلب الأيام، وقد يستمر مدى الحياة "مزمن".

(الحجاوي، عبد الكريم، 2004: 288).

مما سبق يتضح أن القلق العام يتميز بأنه شعور غامض وغير سار، ويتسم بالتوجس والخوف والتحفز، ويصاحبه عادة بعض الإحساسات البدنية والجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويتميز بدرجة عالية من الانتباه المرضي في وقت الراحة، وصعوبة التكيف في ظروف الضغط والشدة، وهذه المشكلة تتعلق بجميع الأفراد، وتعد مؤشر هام من مؤشرات الاضطراب النفسي وفقد التوازن الانفعالي خاصة إذا توافرت سماته التي تتمثل بالمدة والشدة والتكرار.

وترى الباحثة بأن درجة الشعور بالقلق وطبيعته تختلف باختلاف الظروف المهيأة له والعوامل والأسباب التي تساعد على نشوئه، إضافة إلى طبيعة الاستعدادات النفسية، والتي من شأنها أن تجعل بعض الأفراد يشعرون بمستوى مرتفع من القلق، في حين أن البعض الآخر يجعله دافعاً محفزاً وطريقاً للوصول إلى النجاح والتطور.

ما يمكن استخلاصه من تعريفات القلق:

- 1- شعور بعدم الارتياح النفسي والجسمي فهو حالة انفعالية غير سارة.
- 2- ينطوي على مزيج من مشاعر الخوف والتوتر والضييق والانزعاج.
- 3- تثار هذه الحالة عند التعرض لمثير مهدد غير واضح داخلي وخارجي.
- 4- تصاحب هذه الحالة بعض الاضطرابات في الناحية الجسمية والانفعالية والسلوكية والاجتماعية.

- 5- القلق يتوقف على تقدير الشخص لقوته بالنسبة لمقدار الخطر أو الصدمة.
 5- القلق غير إرادي بالدرجة الأولى وهو سمة للسلوك أو مظهر من مظاهره.
 6- القلق المستمر يؤدي لاضطراب في شخصية الإنسان.

و مما سبق يتضح أن مظاهر القلق تظهر بشكل مميز في عدة جوانب هي:

الجانب الفسيولوجي الجسدي: يعود إلى الاستثارة الظاهرة مثل ضربات القلب، التعرق، ضيق التنفس، آلام الصدر والدوار، الشعور بالتعب والإرهاق، الشعور بالوخز، وقد تظهر معاً أو متفرقة.
الجانب المعرفي: كالأفكار المقتحمة والمربكة والفجائية، أو الأفكار المرتجعة والمخيفة.
الجانب الاجتماعي: كالشعور بالوحدة، والعزلة، واضطراب العلاقات الاجتماعية.
الجانب الانفعالي: كالأحلام المزعجة وسرعة الغضب والعصبية والضيق والتبرم والحساسية الانفعالية والمخاوف المرضية. (عبود، صلاح الدين؛ عبود، مها، 2007: 192 - 193).
الجانب السلوكي: يأخذ صورة تجنب للمواقف والأحداث التي تسبب الكرب والتردد الواضح في التعامل مع البيئة. (Corsini, 1994: 1).

ويعتبر غراب أن القلق قد يكون إحساس داخلي ذاتي نستقبله في داخلنا، وقد لا يمكن تفسيره، وقد يكون في البداية إحساس داخلي إلا أن بعض التغيرات المصاحبة له تسبب ظهور علامات خارجية ملموسة هي مظاهر القلق التي يمكن ملاحظتها ولكنه يظل في نطاق العواطف الطبيعية طالما كان استجابة مناسبة لموقف محدد. (غراب، 2000: 21).

نسبة شيوع مرض القلق عالمياً:

يصيب مرض القلق نحو 5% من السكان عامة وفي أي وقت، وأغلب المصابين به من النساء حيث بلغت نسبتهن 80%، غالبيةهن من اللواتي لديهن قدرة على الإنجاب، وتعزى زيادة انتشار المرض في النساء مقارنة بالرجال ربما إلى تعرض النساء لألوان من الضغوط ينفرد بها مجتمعنا، ولقد ذهب بعض المراقبين إلى حد القول بأن زيادة انتشار حالات القلق بين النساء يرتبط ارتباطاً مباشراً بالضغوط التي تخلفها مكانة المرأة مقارنة بالرجال في حضارتنا، والقلق هو أكثر فئات العصاب شيوعاً، إذ بلغت نسبته 30 - 40% من بين الاضطرابات العصائية تبعاً للتصنيفات المبكرة. (الخالدي، 2009: 70 - 71).

وتبين في مسح وبائي حديث في الولايات المتحدة أن نسبة انتشار القلق كلها بين مجموع الشعب تصل إلى 8-14%، أما القلق العام فتصل نسبته بين مجموع الشعب حوالي 1-3%.
(عوض الله، 2008: 34).

وتشير نتائج الدراسات إلى أن انتشار القلق كأحد الاضطرابات النفسية والانفعالية بين الناس يعود إلى أن معظم الناس لا يسعون إلى العلاج النفسي ويعتبرون أن الأعراض التي تتابهم هي أعراض مرضية لأي مرض عضوي آخر أو لظروف حياتهم التعيسة.
كما وأشارت بعض الإحصائيات إلى أن القلق يصيب واحد من كل تسعة أفراد في المجتمع، وفي بعض الدراسات الحديثة التي أجريت حول هذا الاضطراب النفسي إلى أن القلق العصابي يصيب من 10-15% من الناس، وأن حدوثه يزداد في الفترات الانتقالية من العمر، كالانتقال من مرحلة الطفولة إلى المراهقة وعند الانتقال من الشيخوخة إلى التقاعد عن العمل، وعند انقطاع الطمث عند النساء. (إبراهيم، 2010: 147).

الفرق بين الخوف والقلق:

الخوف والقلق عادة ما يكونان وحدة ملتصقة ولكن الفرق في الناحية الفسيولوجية حيث أنه في حالة الخوف الشديد يصاحبها نقص في ضغط الدم، وضربات القلب وارتخاء في العضلات، وأحياناً يؤدي إلى الإغماء.

أما في حالة القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب، وتوتر العضلات مع تحفز، وعدم استقرار وكثرة الحركة.

أما من الناحية السيكولوجية فالخوف موضوعه وسببه معروف والتهديد خارجي والتعريف محدد والصراع غير موجود والمدة حادة، أما القلق سببه وموضوعه مجهول والتهديد داخلي والتعريف غامض والصراع موجود، المدة مزمنة. (غانم، 2002: 10).

القلق كحالة والقلق كسمة:

يمكن القول أن القلق قد يصيب أي شخص وفي أي مرحلة من مراحل حياته، ويكون القلق طبيعياً عندما يكون محفز ويدفع للإنجاز والإبداع ويزول بزوال الموقف المسبب له وهذا ما يسمى

بالقلق كحالة، حيث تسود لدى الشخص حالة من القلق والإرباك عند تعرضه لموقف مقلق مثيره معروف، وهدفه إيجابي وسببه وهدفه وموضوعه معروف ومنطقي وواقعي ويدفع للنجاح، فمثلاً الطالب المجتهد الذي تصيبه حالة من القلق في وقت الامتحانات فيصبح في حالة من الترقب والحذر واليقظة والاستمرار على المذاكرة، هذه الحالة تدفعه للنجاح والحصول على أعلى الدرجات، وحينما تنتهي الامتحانات تزول حالة القلق ويعود لوضعه الطبيعي، وهذا الأمر طبيعي جداً ويحدث مع معظم البشر "القلق كحالة".

لكن هناك حالة من القلق العام والمستمر تصيب الشخص باستمرار وبدون مثير أو سبب منطقي أو واقعي لها، غير محدد الموضوع والهدف غير واضح، حيث يعمم الشخص القلق على جميع المواقف التي تمر به في حياته، فيصبح شخص في حالة قلق دائم، سريع الاستفزاز والاستثارة، متوقع للشر والسوء دائماً، وهذا القلق ينغص عليه حياته ويحولها إلى جحيم، ولا يزول بزوال الموقف المسبب له، ويظهر في كل المواقف حتى يصبح سمة من السمات الشخصية المميزة للشخص القلق "القلق كسمة". (راتب، 1995: 44).

ويميز **Spielperger** بين نوعين من القلق هما القلق كحالة والقلق كسمة، ويعرف قلق كحالة بأنه: حالة انفعالية مؤقتة تنشط في مواقف الضغط والشدة، كما يدركها الفرد كمواقف مهددة لذاته وتتنخفض وتختفي هذه الحالة بزوال مصدر التهديد. ويعرف **عثمان** القلق كحالة على أنه قلق موقعي يعتمد على الظروف الضاغطة وتسبب الضغوط قلق الحالة. (عثمان، 2001: 99).

أما قلق كسمة فهو عند **Spielperger** عبارة عن استعداد ثابت نسبياً في الفرد نتيجة خبرة متعلمة من مواقف مؤلمة سابقة تتحدد بطريقة ما في الفروق الفردية للاستعداد للقلق، فيدرك الفرد مواقف معينة على أنها خطر ومن ثم يستجيب لها بالقلق. (Spielperger and vagg:1995).

ويعرف **عثمان** قلق كسمة بأنه استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية. (عثمان، 2001: 99).

تصنيفات القلق:

هناك العديد من أنواع القلق حسب الموضوع أو الموقف أو المثير المسبب له، حيث يظهر عند تعثر أي هدف يريد الشخص الوصول إليه، ومنها قلق الاختبار الذي يظهر في وقت الاختبارات، قلق الموت الذي يظهر عند وفاة شخص ما وقد يكون قريب أو غريب، قلق المستقبل الذي يظهر لدى الشخص في خوفه على مستقبله ومصيره، ومنها قلق الرزق، القلق على الأبناء والزوجة، قلق الولادة الذي يصيب السيدات عند الميلاد، وهذا دليل واضح على أن القلق الموضوعي واقعي ومنطقي، واضح الهدف، يظهر في موقف محدد، معروف السبب والمثير ونتيجته معروفة ويزول عند الوصول للهدف المنشود. (غانم، 2006: 77).

وحسب التصنيف الدولي الأمريكي للأمراض النفسية والعقلية فقد قسم اضطرابات القلق إلى عدة أنواع منها: اضطراب القلق العام غير محدد الموضوع والذي هو موضوع الدراسة الحالية، واضطراب الهلع، القلق الاجتماعي الذي يظهر في المواقف الاجتماعية ومواقف الاحتكاك والتعامل مع الآخرين، اضطراب الرهاب المحدد البسيط، اضطراب كرب ما بعد الصدمة الذي يظهر عند التعرض لمواقف صادمة مفاجئة خارجة عن نطاق قدرة الإنسان وسيطرته، اضطراب الضغط الحاد الذي يظهر نتيجة تعرض الشخص لمواقف ضاغطة متكررة ومتعددة، اضطراب الوسواس القهري الذي يظهر نتيجة أفكار وسواسية تؤدي إلى أفعال قهرية، اضطراب القلق بسبب حالة جسمية ويظهر عند تعرض الشخص نفسه أو شخص قريب منه لمرض مفاجئ، اضطراب القلق بتأثير مادة معينة، وهناك اضطراب القلق غير المصنف في مكان آخر.

جدول رقم (1) يوضح تصنيفات القلق حسب جماعة الطب العقلي الأمريكية.

الرمز	النوع
300.01	اضطراب الهلع غير المصحوب برهاب الأماكن المتسعة Panic Disorder Without Agoraphobia
300.21	اضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن المتسعة Panic Disorder With Agoraphobia
300.22	رهاب الأماكن المتسعة بدون تاريخ من الهلع Agoraphobia Without History of Panic
300.29	الرهاب المحدد Specific Phobia
300.23	الرهاب الاجتماعي Social Phobia
300.3	اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder

300.81	اضطراب كرب ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder
300.03	اضطراب الضغط الحاد Acute Stress Disorder
300.02	اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety Disorder
293.89	اضطراب القلق المرتبط بالوضع الصحي Anxiety Due to General Medical condition
-----	القلق المرتبط بتعاطي الأدوية Substance Induced Anxiety Disorder
300.00	القلق غير المحدد Anxiety Disorder Otherwise Specified

(American Psychiatric Association, 1994).

محكات تشخيص القلق المعمم حسب الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية كما يلي:

أ-القلق الزائد والخوف والتعب والتوجس لعدد من الأحداث والأنشطة، الانشغال موجود، مهيم، مزمن، يحدث ذلك لعدة أيام ولمدة لا تقل عن 6 أشهر.

ب-يجد الفرد صعوبة في السيطرة على خوفه وقلقه والانشغال.

ج-يصاحب الخوف والقلق ثلاثة أعراض أو أكثر من الأعراض الستة الآتية، على أن تظهر بعض الأعراض في معظم الأيام خلال الأشهر الستة الماضية:

1- شعور بعدم الراحة أو التقييد.

2- سرعة التعب.

3- صعوبة التركيز.

4-الاستثارة الوجدانية والحساسية المفرطة.

5-التوتر العضلي.

6-مشكلات النوم "صعوبة البدء بالنوم، أو الاستغراق بالنوم، أو النوم المتقطع.

د-إذا وجد اضطراب آخر على المحور الأول فإن القلق ليس مترتباً عليه، مثلاً ليس القلق خوف من حدوث نوبة هلع كما في "اضطراب الهلع" أو بسبب ارتباك أمام الناس كما في "اضطراب القلق الاجتماعي" أو الإحساس بتلوث كما في "اضطراب الوسواس القهري" أو الابتعاد عن الأهل والمنزل كما في "اضطراب قلق الانفصال" أو الوزن الزائد كما في "اضطراب الشهية العصبي" أو الإصابة بمرض خطير كما في "اضطراب التوهم المرضي".

هـ-القلق والخوف والأعراض الجسمية كلها تسبب ضيقاً ملحوظاً أو خلاً وظيفياً أو خلاً اجتماعياً.

و- هذه الأعراض ليس نتيجة تأثير مباشر لحالة نفسية أو مرضية جسمانية عامة ولا تحدث أثناء اضطراب المزاج أو اضطراب ذهاني أو اضطراب النمو.

(American Psychiatric Association, 1994: 435 – 436).

التجنب المعرفي عبارة عن خوف من الخوف أي يعرف أن هذا الموضوع لا يخيف ولكن يخاف من ظهور الأعراض التي يتوقعها ويعرفها، فيه نوع من التهديد والصور الخيالية، وفيه تحيز للأمور السلبية، وهذا هو المحرك الأساسي لعملية الانشغال:

تهديد -- إحساس -- انشغال -- حل للمشكلة -- وجود طمأنة -- تدخل التحيزات سلبية.

افرض مثلاً أنك عملت كذا وكل هذه الأمور لم تسير حسب ما رسمتها، سيؤدي إلى استمرار الانشغال والمخاوف، وفي هذا يكون تضخيم للنتيجة السلبية، وفيه تحيز زائد أو وجود ضغط معين في الوقت الآتي يعطي نوع من السيطرة وتقليل الخوف الحالي، لذلك يستمر لأنه تعزز، فتري المريض يقول (لأنني قلقتم لم يحدث ما أخاف منه) على المدى البعيد تكون العملية عبارة عن احباطات متكررة ومتعددة وأحداث فيها كثير من التهديد والخطر والاحباط من مشكلة أخرى، فتقوم بعمل ارتباط بين القلق والانشغال فيقول المريض (عشان صاحي وبأفكر في الشئ أكثر من مرة كان ما لاقيتني عندك اليوم)، لكن القلق الأساسي يكون بسبب احباطات في أحداث ومشاكل سابقة فشل في حلها (التحيز فيها نوع من التوقع للمستقبل).

أنواع القلق:

هناك خمسة أنواع للقلق تتمثل فيما يلي:

1- القلق الموضوعي:

وهو عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي يتوقعه الفرد أو يشعر به أو يراه مقدماً كما هو الحال في قلق التلميذ المتعلق بالتحصيل، أو قلق الفرد المتعلق بالنجاح في عمل جديد. (غالب، 2000: 121).

ويسمى بالقلق الواقعي، أو القلق الصحيح أو السوي، وهو أقرب إلى الخوف لأن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن الإنسان. (الأقصري، 2002: 21).

2-القلق العصابي:

هو القلق الذي يكون مصدره داخلي ذو أسباب لاشعورية ومجهولة بدون وجود مبرر لها.
(محمد، 1993: 288).

ويرى فرويد أن القلق العصابي يأخذ ثلاث أشكال هي:

- أ-القلق العام: لا يرتبط بموضوع معين، حيث يشعر الفرد بتهديد مستمر وتوقع الشر في أي وقت.
- ب-قلق المخاوف المرضية: وهذا النوع من القلق لا يتناسب مع المثير المسبب له، ومن أمثلة ذلك الخوف من أشياء وموضوعات أو أماكن لا تُخيف الأسوياء كرؤية الدم، أو بعض الحشرات، أو الأماكن المتسعة أو المرتفعة أو المزدحمة.
- ج-قلق الهوس: يتضح ذلك في صورة خوف من عودة الأعراض المرضية التي عاناها الشخص من قبل، وهذا القلق ناتج من توقع قدوم و حدوث النوبة، ويبدو في استجابة الذعر والهلع التي تظهر فجأة.(عثمان، 2008: 20).

3-القلق الخلقي:

مصدره يكون نتيجة حكم الأنا الأعلى بارتكاب ذنب، أو احتمال أن يكون نتيجة لإحباط أمر موجود بين مكونات الأنا الأعلى، وعادة ما ينشأ هذا القلق من الخوف من الوالدين وعقابهما لأن الأنا الأعلى يهدد الأنا إن فكر في ارتكاب فعل معين يتعارض مع معايير الدين ويظهر العقاب في صورة مشاعر الإثم والخجل.(الرفاعي، 1987: 123).

ويحدث نتيجة صراع داخل الشخص، وليس بين الشخص والعالم الخارجي، وبنشأ عن الصراع مع الذات العليا نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى للأنا.(منسي، 2001: 42).

4-القلق العام:

يعرف أحمد عكاشة القلق النفسي العام بأنه: شعور غامض غير سار مليء بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في المعدة والسحبة الصدرية، والضييق في التنفس، والشعور بنبضات القلب، والصداع أو كثرة الحركة. (عكاشة، 1998: 110).

5- القلق الثانوي:

القلق الثانوي هو القلق المصاحب للأعراض المرضية الشديدة كالهستيريا والفصام وغيرها من الأمراض النفسية والعقلية. (محمد، 1993: 388).

كما ويرى الراشد أن هناك ثلاث أنواع من القلق هي:

أ-القلق المطلوب: لا تظن أن كل قلق سيء، بل هناك قلق طبيعي، فالإنسان لابد أن يكون قلق من سقوطه من أعلى مبنى مرتفع، أو المشي في شارع تجوبه سيارات مسرعة، أو مخالفة المرور، فهذا قلق طبيعي لأنه نافع لنا ولغيرنا.

ب-القلق المقبول: يعتري جميع الناس، كالخوف من الحروب، أو القلق على صديق مسافر أو ولد مريض، فهذا مقبول ما لم يصل إلى حد التأثير المستمر على دورة الحياة.

ج-القلق المرفوض: وهو الهم على الحاضر والخوف الدائم من المستقبل، فهذا إذا طغى أصبح مرفوضاً، ومنه الوسواس المستمرة في عقل الإنسان. (الراشد، 2000: 10).

أعراض القلق العام:

*الأعراض الجسمية:

أ-الجهاز الدوري: آلام عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر.

سرعة ضربات القلب وإحساس بنبضات في كل مكان من الجسم.

ارتفاع ضغط الدم.

الشعور بالسخونة والحرارة وحرقان خصوصاً في الأطراف العلوية والسفلية.

ب-الجهاز الهضمي: صعوبة في البلع والشعور بغصة في الحلق.

سوء الهضم أو الانتفاخ وأحياناً الغثيان أو القيء.

الإسهال أو الإمساك.

ج-الجهاز التنفسي: سرعة التنفس.

ضيق التنفس والتنهيدات المتكررة.

سرعة التنفس تؤدي لطرد ثاني أكسيد الكربون مما يؤدي إلى التتميل في الأطراف وتقلص العضلات.

آلام في الصدر والإحساس بثقل في منطقة الصدر والرقبة والكتفين.

د-الجهاز العصبي: اتساع حدقة العين.

ارتجاج الأطراف خصوصاً الأيدي.

شعور بالدوار والدوخة.

الصداع أو الدوخة.

فقدان التوازن.

هـ-الجهاز البولي التناسلي: كثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة.

فقدان القدرة الجنسية.

اضطراب الطمث وانقطاعه أو الألم الشديد.

و-الجهاز العضلي: آلام عضلية متعددة بالساقين والذراعين والظهر وفوق الصدر.

ز-الجلد: حب الشباب، الأكزيما، الأرتكيريا، الصدفية، البهاق، سقوط الشعر.

*الأعراض النفسية:

1-الخوف و الرهاب: خوف غامض مجهول المصدر، والخوف من المستقبل، والخوف من أشياء

عادية لا تثير الخوف، والخوف من الموت، والخوف من المرض بأمراض خطيرة كالسرطان أو

الإيدز، والخوف من الجنون وفقدان العقل.

2-التوتر أو التهيج العصبي: الشعور بالتوتر الداخلي، عدم القدرة على الاسترخاء، والحساسية

الشديدة لأي ضوضاء أو صوت مرتفع مثلاً نراه يقفز من مكانه عند سماع صوت الهاتف أو

جرس الباب، أو يفقد أعصابه لأتفه الأسباب.

3-اضطراب الانتباه والتركيز: عدم الاستقرار نتيجة ضغط الأفكار المقلقة إلى جانب فقد الثقة

بالنفس، واضطراب التركيز الذي يؤدي إلى سرعة النسيان وتشتت الانتباه، وتجنب مواقف التنافس،

التردد وعدم الحسم مما يجنح به الضعف والوهن والخنوع.

4-فقدان أو ضعف الشهية للطعام: مع فقدان ملحوظ في الوزن، واضطراب النوم مع صعوبة الدخول فيه.

5-شرب الخمر أو تناول الأدوية المهدئة: والنمومة كمحاولة لتخفيف أعراض القلق مما يؤدي أحياناً إلى الإدمان.(حقيبة الاضطرابات النفسية،2007: 65 - 66).

أسباب القلق:

يمكن تقسيم أسباب القلق إلى ما يلي:

أسباب وراثية(الاستعداد الوراثي):

يقصد بالاستعداد الوراثي أن الفرد يرث الجينات المسؤولة عن الاضطراب الكيميائي الذي يحدث القلق، ويكون مسؤولاً عن طبيعة الأعراض وعن العوامل الكيميائية المسؤولة عن القلق والتي ربما تتمثل في زيادة استثارة الأعصاب الموجودة في المشبكات العصبية في النظام الأدريناليني والتي تشرف على إنتاج أمينات الكاتيكول مع زيادة نشاطات المستقبلات مع وجود نقص في الموصلات الكيميائية، ونتيجة هذا النقص تستثار أجزاء المخ بشكل زائد وينتج من هذه الزيادة أعراض القلق. (الأنصاري،1999: 317).

أسباب عادية وحضارية

تعود لظروف العصر والحضارة والتطور السريع في المجتمع، والتغيرات العديدة تثير القلق لدى الإنسان وتؤثر عليه بشكل مباشر أو غير مباشر.

أسباب تربوية:

تعود لأساليب التربية والتنشئة الاجتماعية الخاطئة"حماية زائدة، إهمال، اللوم، العقاب، التوبيخ، الحرمان، النبذ، الرفض"والتي لها تأثيرات عميقة الجذور، فالأسرة التي تعيش في حالة شجار ومنازعات دائمة تجعل القلق يعتري أبناءها نظراً للتهديد الذي يهدد كيان الأسرة ومستقبلها.

الشعور بالنقص:

يتولد من المقارنات التي يكتشفها الفرد بذاته أو التي ينميها المجتمع عنده من خلال توجيه جوانب القصور له أكثر من البناء.

الشعور بالذنب:

يشعر الأشخاص بالقلق عندما يعتقدون أنهم تصرفوا على نحو سيئ وأنهم سوف يتعرضون للعقاب فهم لم يتعلموا أنه من الطبيعي أن تكون لدى كل فرد أفكار سيئة.
(منصور، 1986: 103).

إحساس الإنسان بالخطأ يربي فيه الشعور بالذنب والندم الذي يرافقه عدم الغفران والتي تشعر الفرد بأنه إنسان شرير ومخطئ وسيئ، وهذا يشعره بالدونية والاحتقار والنقص وتوقع العقاب من الله أو من المجتمع، مما يزيد من حالة القلق والتوتر عنده.

الإحباط المستمر:

يرى شيفر ومليمان 1989 أن الإحباط المستمر والزائد يؤدي إلى مشاعر القلق ولا يتمكن الأشخاص في كثير من الأحيان من التعبير عن غضبهم وقد يكون الإحباط ناتجاً عن ارتفاع مستوى الأهداف أو تدني مستوى التقييم الذاتي ويؤدي الشعور المستمر بضعف الأداء إلى درجة عالية من القلق. (شيفر ومليمان، 1989: 114 - 116).

وأوضح السباعي وعبد الرحيم (1991) أن هناك اختلافات بين الأفراد بالنسبة للإحباط وقدرة الفرد على مواجهه ومقاومة الظروف الضاغطة تتمثل في:

- الاختلافات بين الأفراد في المورثات الحيوية: وهذه الاختلافات ينتج عنها تباين في القوة الجسدية ومعدل الذكاء الفطري ومعدل توازن الجهاز العصبي والغدد الصماء والوظائف الحيوية الداخلية.

- النوع الاجتماعي: لا يستجيب الرجل والمرأة إلى مؤثرات القلق بنفس القدر، ليس بسبب القوة أو الضعف، ولكن لأن التكوين العضوي لكل منهما يختلف عن الآخر فضلاً عن أثر المؤثرات الاجتماعية في تهيئة النوع الاجتماعي لاستجابات متباينة.

- **العمر:** من المعروف أن التأثيرات تختلف من مرحلة عمرية إلى أخرى، ففي الطفولة يتأثر الطفل بأسرته والجو العائلي، أما في المراهقة فيتأثر الفرد بجماعة الرفاق، أما في الشباب فيهتم الأفراد بإبراز الشخصية بالعلاقات الثنائية، أما في مرحلة النضج فيفكر الإنسان في تدعيم وضعه الاجتماعي والمهني والاقتصادي وتأمين المستقبل، بينما في خريف العمر فيتجه إلى الاهتمام بذويه وصلات الأرحام وصالح الأعمال.

- **أنماط الشخصية وسماتها الأساسية:** يعد التكوين النفسي للفرد وخصائص الشخصية التي يتميز بها من أهم العوامل المسببة للقلق، فبعض الناس بحكم تكوينهم النفسي لديهم استعداد للإصابة بالقلق أو الاكتئاب أو غيره من الاضطرابات النفسية عند التعرض لأي ضغط خارجي طفيف يمكن لغيره تحمله.

- **الحالة الصحية:** تتدنى الحالة النفسية والمعنوية للفرد في حالة المرض لأن المرض يضعف القدرات الدفاعية للجسم ويقيد حركته ويسبب له مناخاً سيئاً.

- **نوع ومستوى التعليم:** إن معدلات القلق تختلف بين المتعلمين، وليس السبب في محتوى التعليم و لكن بمدى ارتباطها بالمنهج الديني الإنساني والقيم الاجتماعية النبيلة والفهم السليم لطبيعة الحياة ودور الفرد فيها. (السباعي وعبد الرحيم، 1991: 32 - 35).

- **التجارب السابقة مع المؤثرات التي تسبب القلق النفسي:** التجارب السابقة تلعب دوراً هاماً وبارزاً في تكوين الخبرات السلبية التي تكون من مسببات القلق عند التعرض لمواقف مشابهة.

- **الخوف من المستقبل:** إن تمكن الخوف من المستقبل من الشخص يحول حياته إلى جحيم ويزيد من قلقه وتوتره.

- **عدم القدرة على التكيف:** عدم قدرة الفرد على التكيف مع المجتمع تفقده توازنه وينقلب إلى شخص معادي لمجتمعه الذي يتهمه بعدم التدين والانحلال، فانتقال الشخص من بيئة لأخرى ومن عمل لآخر يشعره بالاعتراب وعدم الراحة.

- **التشاؤم والتفاؤل:** الإسراف في التفاؤل يؤدي إلى الإهمال وعدم الاحتياط الكافي الذي يؤدي بطبيعته إلى القلق، والتشاؤم يلقي بظلاله على الإنسان فيترك بصمات قلق شديدة.

- **العداء والكراهية:** العداء يملأ نفس الإنسان بالحقد والكراهية ويدخله في إحساسات ومشاعر وصراعات ورغبة في الانتقام ويصيبه بالغيرة التي تشعل القلق إلى درجة عالية جداً.

- **الحيرة والتردد:** حيرة الفرد و تردده في مواجهة مواقف الحياة في اختيار ما يريد أو رفضه ما لا يريد، تزيد مشاعر القلق ويحترق في الاختيار بين أمور تافهة أو خطيرة.

- **عدم القدرة على الإشباع النفسي:** يحتاج الإنسان لمطالب نفسية أساسية تؤمن حياته وتعطيه الشعور بالاطمئنان في السلوك اليومي في الحياة، وخصوصاً حاجته للتقدير الذاتي الذي يعطيه إحساس بأهميته ويشعره بتقدير الآخرين له، وبالأمان والأمن والاستقرار، ويساعده على مواجهه ضغوطات الحياة، فإذا لم يستطيع الوصول لهذه المطالب شعر بتهديد أمنه وسلامته وتعكر صفو حياته وتكرها.

- **العجز عن مواجهه الأفعال والمواقف الصعبة:** هناك العديد من المواقف والصعوبات التي تواجه الإنسان تجعله يعجز عن اتخاذ القرار المناسب، ويشعر بالعجز والضعف ومن ثم الفشل الذي يثير مشاعر القلق في أعماق نفسه.

أسباب فسيولوجية:

كوجود بعض الأمراض الجسمية والعصبية كالالتهاب المراري وإرهاق الكبد والحساسية وغيرها من الأمراض الخطيرة التي تزيد التوتر وتشكل مصدر قوي للقلق عند الإنسان.

(حبيب، 1994: 13-20).

وترى الباحثة أنه من النادر أن تتخفف توترات الحاجة بسرعة، فهناك دائماً فترة فيما بين أول إحساس بنقص شئ أو طلب شئ أو تحقيق الأشياء المناسبة التي تحتاج إليها ومع التأخير يوجد عادة ارتفاع في مستوى التوتر الذي يحس به الشخص، فإذا ما زاد التوتر فوق مستوى معين فإن سلوك الفرد يعني أكثر من مجرد إشباع حاجة معينة، إذاً قد ينظر الإنسان إليه باعتباره فشل في مهمته وأنه ضعيف وهنا يعاني من تهديد مؤلم يفقده احترام الذات وضياح المكانة، بالإضافة لما سبق فإن للدين دور في مواجهة حالات الإحباط التي يتعرض لها الفرد في حياته، فالمسلم الذي يؤمن بالقضاء والقدر يستطيع مواجهة حالات الإحباط، وقد ذكر القرآن إلى ذلك بقوله تعالى:

"ما أصاب من مصيبةٍ إلا بإذنِ اللهِ ومن يُؤمنِ باللهِ يَهْدِي قَلْبَهُ وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ". (التغابن/آية:11).

النظريات المفسرة للقلق النفسي:

تعددت الاتجاهات والنظريات النفسية التي تحدثت في العديد من مجالات الحياة المختلفة والمتنوعة ومن بينها موضوع القلق، وقد ساهمت هذه النظريات بشكل كبير في فهم ما يعنيه اضطراب القلق وأسبابه وأنواعه وأعراضه و الأساليب المتنوعة في علاجه ومن أهم النظريات ما يلي:

نظرية التحليل النفسي:

ترى نظرية التحليل النفسي أن القلق الأول يظهر في مرحلة مبكرة من الطفولة، وأنه يعتبر الشخص عاجزاً نسبياً، نتيجة اعتماده بشكل كبير على الأشخاص الكبار والمهمين في حياته وخصوصاً الوالدين، ليس فقط في إشباع الحاجات المادية الأساسية و الحاجات النفسية المتمثلة في الحماية والتدعيم في المواقف الجديدة التي قد تظهر في حياته، والتي يشعر أنه لا يستطيع التعامل معها وحده، وهذا ما يؤدي إلى ظهور القلق والشعور بالتهديد. (عكاشة، 1998: 58).

يعتبر فرويد **Freud** رائد مدرسة التحليل النفسي ومن أوائل من تحدثوا عن القلق، ولم يشجع استخدام هذا المفهوم إلا في كتاباته، حيث وجه أنظار علماء النفس إلى مدى أهمية الدور الذي يلعبه القلق في حياة الإنسان.

ويُعرّف فرويد القلق العصابي على أنه: شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويأتي للفرد في نوبات متكررة. (فهيم، 1967: 71).

وينشأ من ضغط الغرائز والرغبات المكبوتة للتعبير عن نفسها، أي كميكانزم داخلي غير مدرك عندما تهدد ألهو (Id) بالتغلب على دفاعات الأنا (Ego) وإشباع الرغبات والغرائز بطريقة لا توافق المجتمع، لذا يقوم الأنا بكبتها، فالقلق إشارة إنذار تطلق للأنا لتحفيزها على العمل لكبت الرغبات، فتلجأ من جديد إلى استخدام وسائل دفاعية جديدة لكبتها، غير أن هذه الوسائل لا تؤدي إلا لراحة مؤقتة ومن ثم تعود حالة القلق أشد مما كانت عليه في السابق، ويرى فرويد أن القلق العصابي يمكن أن يظهر في صورة قلق ومخاوف محددة من موضوعات لا تثير القلق لدى الأشخاص العاديين كالخوف عند رؤية الدم أو الحشرات، وقد يظهر في صورة قلق مصاحب لاضطرابات أشد

كالهستيريا مثلاً، وقد يظهر في صورة قلق عام لا يرتبط بموضوع محدد يشعر فيه الفرد بحالة من الخوف العام غير المحدد، فالشخص المصاب بهذه الأعراض يشعر بقلق وخوف من توقع حدوث خطر وهذا يهدد حياته.

كما ويرى أن هناك عدة عوامل تلعب دوراً هاماً في إظهار القلق ومنها التغيرات التي تحدث في حياة الإنسان أثناء نموه وانتقاله من مرحلة لأخرى وأهمها صدمة الميلاد وعجز الفرد وعدم قدرته على إشباع حاجاته ومواجهة مشكلاته، لذا يعتبر القلق القاعدة المحورية والأساسية لكافة الأعصاب النفسية. (فرويد، 1983: 18).

وبالرغم من انفصال يونج **Yong** عن فرويد إلا أنه بقي متأثراً بفكره انطلاقاً من نظريته في اللاشعور الجمعي المؤكد لتأثيرات الخبرات اللاشعورية الموروثة من الأجيال السابقة كأساس لتكوين الشخصية وأيضاً كأساس للقلق، إلا أن شعور الفرد في موقف مهدد لكيانه قد يجعله ينسى كل خبراته الحضارية وحصيلته الثقافية ويرتد إلى بعض التصرفات اللامعقولة، فالإنسان في حياته العادية المنظمة لا يشعر بالخوف والقلق إلا إذا وقع تحت تأثير ظروف معينة قد تكون معروفة أو مجهولة بالنسبة له. (كفافي، 1999: 236).

ومع تبعية آدلر **Adler** لفرويد إلا أنه طور نظريته الخاصة، حيث ربط القلق بمشاعر العجز والنقص موضعاً أهمية العوامل الاجتماعية وخاصة الأسرية في تأكيد هذه المشاعر كالتدليل الزائد أو الإهمال والترتيب الميلادي يمكن أن يزيد مشاعر العجز وحدة القلق، لذا يرى أن القلق يتولد عن شعور الفرد بالنقص والعجز بين ما هو عليه من إمكانيات وما يحيط به من إمكانيات، والشعور بالعجز قد يكون جسمي أو معنوي أو مادي، ويعتبر أن وظيفة القلق هي تحذير الشخص من خطر وشيك. (زهران، 1995: 399).

أما هورني **Horney** والتي تنتمي إلى مدرسة الفرويديين الجدد فقد أكدت على أهمية القلق لأساسي وربطته بالحاجات الأساسية والتي ترتبط بشكل واضح بالحب والتقبل والتعاطف والاعتراف وخاصة من الوالدين، وأكدت على أن انعدام الدفئ العاطفي في الأسرة وشعوره بالنبذ والحرمان من الحب والحنان وسط عالم عدواني هو من أهم مصادر القلق، لذا فالقلق يحدث نتيجة التهديد الواقع على التنظيم الزائف الذي يكونه الشخص في محاولة التوافق مع الحياة وكحاجة يائسة لحماية نفسه ضد الظروف العادية.

وتعتبر أن الطبيعة الإنسانية قابلة للتغيير للأحسن طالما أنها تمتلك الصفات الإيجابية وما دام هناك الرغبة في تنمية الإمكانيات، لأن الفرد يصبح إنساناً وديعاً بعيداً عن التوتر والاضطراب في علاقته مع الآخرين، حيث أن الشخصية يمكن أن تتغير، وليس الطفل وحده هو المرن القابل للتغيير والتشكيل، بل جميعنا لدينا القدرة على القدرة على التغيير ما دمنا على قيد الحياة مدعمين بالخبرة والتجربة.(غنيم، 1975: 556).

أما فروم **Froum** فقد ربط بين القلق والحاجات الأساسية والمتمثلة عنده بالحاجة للانتماء والارتباط بالجزور والهوية، ويؤكد على أن هذه الحاجات هي جزء من طبيعة الإنسان ومهمة لتطوره وارتقاؤه، حيث أن إعاقة الظروف الاجتماعية السيئة والصراع الاجتماعي لإشباعها يؤدي إلى القلق ومن ثم الاضطرابات النفسية.

وقد ركز **سوليفان Sullivan** على أهمية العلاقات الشخصية المتبادلة بدءاً من لحظة الميلاد، إلا أنه وسع مفهوم العلاقات الاجتماعية وأظهر أهمية نمو هذه العلاقات عبر مراحل النمو المختلفة من خلال ربطها بالخبرات المعرفية، ويرى أن القلق يبدأ مع بداية الحياة وينتج من العلاقات الشخصية المتبادلة مع الأم ففي المرحلة الأولى لا تسمح قدرات الطفل المعرفية بالتفريق بينه وبين أمه، ويستمر ارتباط القلق بطبيعة إدراك العلاقات الاجتماعية المتبادلة وفقاً لمستوى الخبرة المعرفية للفرد، وفي المرحلة الثانية على سبيل المثال يرتبط قلق الطفل بالنتائج السلبية للأحداث دون الارتباط بأسبابها، في حين أنه في المرحلة الثالثة يربط النتائج بالأسباب، ويرى أن القلق هو: حالة مؤلمة للغاية تنشأ من معاناة وعدم الاستحسان في العلاقات البيئشخصية، ويعتقد أن القلق حين يكون موجوداً لدى الأم فإنه ينعكس على وليدها.

ويذهب **سوليفان** إلى أن هدف الإنسان هو خفض حدة التوتر الذي يهدد أمنه، وتنشأ التوترات من مصدرين: توترات ناشئة عن حاجات عضوية، وتوترات تنشأ عن مشاعر القلق، وخفض التوترات الناشئة عن القلق يعتبر من العمليات الهامة في نظر سوليفان، والتي أطلق عليها "مبدأ القلق"، والقلق في نظر سوليفان هو أحد المحركات الأولية في حياة الفرد.

(عثمان، 2008: 22).

أما اريكسون **Erikson** فقد ربط الاضطرابات النفسية ومنها القلق والاكتئاب بالفشل في نمو الأنا نمواً طبيعياً حيث يفشل الفرد في حل أزمات النمو في مراحل العمر المختلفة وخاصة في المراحل الأولى.

واعتماداً على ما سبق فإنه يمكن القول بأن التحليلين يربطون ظهور الاضطرابات النفسية ومنها القلق بخبرات الفرد المؤلمة المعيقة للنمو السوي كنتيجة لسيطرة بعض الرغبات المكبوتة من جانب ولضعف نمو الأنا الفاعل القادر على التكيف في المقابل.

من خلال ما ورد في هذه النظرية حول القلق فإنها ترى أن الإنسان سيبقى طوال حياته بجميع مراحلها في حالة قلق مستمر بسبب الحالة المستمرة من الصراع الداخلي بين مكونات شخصيته الأساسية وبين المتطلبات الاجتماعية والبيئية من أجل الحفاظ على بقائه على قيد الحياة. وترى الباحثة أن نظرية التحليل النفسي لم تستند على أساس تجريبي.

النظرية السلوكية:

يركز السلوكيون على عملية التعلم، ويؤكدون على أن الإنسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما يتعلم السلوك السوي، ويركز الأوائل أمثال **واطسون Watson** على أن عمليات التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي والطبيعي، وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف أو القلق، ويصبح الخوف من المؤثر الشرطي دافعاً مكتسباً، وعن طريق مبدأ التعميم في تعلم الخوف والقلق يلاحظ أن المثيرات المشابهة تصبح أكثر إثارة للقلق والخوف. ولقد تأثر الكثير بفكرة الاشتراط الكلاسيكي حيث يرى كل من **شافز و دوركسي Shafees and Dorksi** بأن القلق المرضي هو استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك.

ولا تختلف نظرية **سكنر Skinner** عن مسار التفسير الاشتراطي الكلاسيكي حيث يرى أن السلوك إجمالاً بما فيه السلوك غير السوي والمرضي هو نتيجة لمرور الفرد بخبرات مثيرة للقلق عززت بدرجة كبيرة وجعلت منها مثير قوي ومستمر لمثل هذه الاضطرابات.

أما السلوكيون الجدد أمثال **دولارد وميلر Dolard and Miller** فقد رأوا أن القلق هو نتاج لتوقع الألم والذي يرتبط بمثيرات خارجية من جانب، والعمليات الداخلية من جانب آخر، وقد عرفا القلق

بأنه: حالة غير سارة يعمل الفرد على تجنبها، و يعتبر دافعاً مكتسباً، ويحدث نتيجة الصراع الذي يأخذ أشكال متعددة مثل "صراع إقدام-صراع إحجام-صراع إقدام-صراع إحجام" ،إلا أن هذا الصراع يُؤد حالة من عدم الاتزان تؤدي إلى القلق، ولا يكون هناك مفر من الصراع حتى يعود الشخص إلى حالة الاتزان مرة أخرى.(عثمان، 2008: 25).

وقد أكد باندورا **Bandora** في نظريته التعلم الاجتماعي على أهمية التفاعل المتبادل بين المثيرات وخاصة الاجتماعية منها والسلوك والعوامل الشخصية العقلية المعرفية والانفعالية الوجدانية، لذلك يرى أن ظهور القلق يرتبط بحدوث مثيرات غير مرغوبة شريطة أن يكون لدى الفرد استعداد نفسي لظهوره متمثلاً في المفهوم السالب للفرد عن قدراته وهذا يعمل كمعزز ذاتي للقلق. ترى الباحثة أن السلوكيين يعتقدون أن القلق ناتج عن عملية التعلم أي أن القلق هو: عبارة عن استجابة متعلمة ومشروطة لمثيرات معينة، ويكمن الخطأ في الجانب السلوكي بالتركيز على عملية التعلم وقوانينه وعدم إعطاء الجانب المعرفي حقه في التفسير.

النظرية الوجودية والإنسانية:

بدأ الحديث عن القلق مع بداية ظهور الفلسفة الوجودية، حيث يقول كيركيغارد **kearkigard** أحد مؤسسي هذه الفلسفة "إن الاختيار يجر المخاطرة والمخاطرة بطبعها تؤدي إلى القلق: قلق على الإمكانيات عامة وقلق من الوجه الذي اختاره الإنسان"، فهذا قلق من وهذا قلق على، وهذا شبيه بالدوار الذي يصيب الإنسان حينما ينظر في الهاوية.
(الفيومى، 1985: 28).

ولقد بقي القلق موضوعاً أساسياً لدى جميع الفلاسفة الوجوديين على اعتبار أنه جزء من الحياة، كما استمر هذا الاهتمام لدى علم النفس الوجودي من أمثال رولو مي **Rolo May** أحد رواد هذا الاتجاه بالولايات المتحدة. حيث يعتقد أن الاضطراب وسيلة غير سوية يسعى الفرد من خلالها للحفاظ على إحساسه بوجوده في ظروف يكون الإحساس بالوجود فيها بالشكل السوي معاقاً. ويرى أن القلق جزء من الوجود، والقلق ليس خوفاً من شئ موضوعي بل يعبر عن شعور غامض وخوف عام من مهددات الوجود، ويرى أن درجة القلق يمكن أن تتدرج من الدرجات المقبولة إلى الشديدة المعوقة للنمو، وقد يبذل الفرد مجهوداً كبيراً لتجاهلها أو كبتها لتحقيق

الاستقرار، إلا أن هذا لا يحقق له الاستقرار الفعلي، والذي لا يتحقق إلا بقبول المهددات المثيرة للقلق كجزء من الوجود، وهذا يساعد على قبولنا لحياتنا واستغلالها بفاعلية. ويعتقد أن فقدان القيم من أهم مشكلات الإنسان الناتجة عن سيطرة الحياة المادية التي أدت إلى اضطهاد وجودنا، حيث تدفع إلى فقدان الإحساس بالوجود بنماذج مختلفة (الوجود في العالم المادي، الوجود في العالم الاجتماعي، الوجود في العالم الذاتي)، مما يعني غلبة إحساسه بالوجود في أحدها على الآخر، فقد يهمل العالم المادي والاجتماعي ويتمركز حول ذاته، وهذا فقدان للإحساس بالوجود يؤدي بالفرد إلى الشعور بالعجز والذنب، ويرى **مي** أن الحل هو قبوله كجزء من الوجود واستغلاله كدافع لتحقيق التكامل بين نماذج الوجود، ويؤكد أن لأساليب المعاملة الوالدية أثرها في تكوين إحساس الفرد بوجوده، فالأساليب الخاطئة عامل مثير للقلق ولمشاعر الذنب العالية المعيقة للإحساس بالوجود أو لخلق التكامل بين جوانبه.

وتمثل المدرسة الإنسانية امتداداً لهذا الفكر الوجودي، لذا يرى الإنسانيون أن القلق هو: الخوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد وجوده أو إنسانيته، و لهذا فإنه من المثير الأساسي للقلق هو فشل الإنسان في تحقيق أهدافه وفشله في اختيار أسلوب حياته وخوفه من احتمال حدوث الفشل في أن يحيا الحياة التي يريدها. (عبد الغفار، 1976: 121).

ولعل أهم من يمثل هذا الفكر كل من **Maslow** و **Rogers**، حيث يعتقد **Maslow** أن الكائنات الحية تهتم بالنمو بدلاً من عملها على تجنب الاحباطات أو إعادة التوازن، وعلى هذا الاعتقاد وضع نظريته الشهيرة حول هرم الحاجات، إلا أن عدم تحقيق هذه الحاجات يمكن أن يؤدي إلى القلق، كما ويرى أن القلق هو: الخوف من المجهول وما يحمله المستقبل من أحداث تهدد وجود الإنسان وإنسانيته، وأنه دائماً يهدف إلى تحقيق حياة راقية ويشعر بالسعادة بالقدر الذي يحقق ذاته. (عبد الحميد، حميدان، 1988: 109).

كما ويرى **Rogers** أن الإنسان يشعر بالقلق حين يجد التعارض بين إمكانياته وطموحاته أو بين الذات الواقعية الممارسة وبين الذات المثالية، وباختصار فإن القابلية للقلق تحدث عندما يكون هناك تعارض بين ما يعيشه الفرد وبين مفهوم الذات عنده. (أبو العلا، 1990: 423).

ترى الباحثة أن القلق من وجهه نظر مدرسة التحليل النفسي والسلوكي يرجع إلى خبرات مؤلمة مر بها الفرد، فالماضي لدى المدرستين مصدر قلق الإنسان، لكن الاتجاه الإنساني يرى أن الخوف من المستقبل هو مصدر القلق.

النظرية المعرفية للقلق:

يركز أصحاب هذا الاتجاه على المعتقدات والتوقعات والتفسيرات والتحييزات المعرفية في نمو واستمرار القلق (Antony and Swinson, 1997:42)، كما ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الأفراد الذين استحوذ عليهم القلق بالإفلاس في مجال المفاهيم المتجددة والقابلية للتطور والتجديد وبدون المفاهيم التي تمكن من إصدار الحكم السليم على وقائع الحياة المعاشة، فإن المرء يعجز عن استباق الأحداث والتصدي للمشاكل بكفاءة، فالقلق يأتي نتيجة عدم وعي الفرد بأن مفاهيمه لم تعد قابلة للتطبيق أو ملائمة للعيش (جوردون وأميسلي وآخرون، 1993: 400)، و الأشخاص القلقون من وجهه النظر المعرفية لديهم تحيز في النظام المعرفي نتيجة ارتفاع حالة التجنب والحذر واليقظة كاستجابة قوية للإحساس بالتهديد، وبناءً عليه فإن متحييزات الانتباه وانحرافه والعمليات المعرفية يمكن أن تسهم في استمرار حالة القلق.

يعتبر جورج كيلي Grog Kelly من علماء النفس الذين أعطوا المعرفة الإنسانية وزناً في تفسير الشخصية في حالتها السواء والمرض، وهو أحد مؤسسي النظرية المعرفية، حيث يرى أن هناك مسلمات يمكن من خلالها تفسير القلق، إذ يشير إلى أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات وهذا يعني أنه يمكن تفسير القلق الذي ينتاب الفرد بأكثر من طريقة، وله مسلمة أخرى هي أن العمليات التي يقوم بها الفرد توجهه نفسياً بالطرق التي يتوقع فيها الأحداث، وباعتبار أن القلق ليس إلا عملية توقع وخوف من المستقبل، لذا فإنه يمكن القول بأن التوقع المعرفي هو مصدر القلق الحقيقي. (الخلف، 2001: 52).

وقد يعمم القلق من وجهه النظر المعرفية وهناك ما يسمى بالنموذج المعرفي للقلق الذي يفترض أن خبرات الأفراد تثير القلق وذلك بسبب أفكارهم عن أنفسهم وعن العالم حولهم وتجعلهم يميلون إلى تفسير كثير من المواقف على أنها مصدر تهديد لهم. (Hawton., 1996:56).

ويرى بيك Beck أن القلق انفعال يظهر مع تنشيط الخوف، ويعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقديم لخطر محتمل، و يرى أن أعراض القلق والمخاوف تبدو معقولة للمريض الذي تسود تفكيره موضوعات الخطر، والتي قد تعبر عن نفسها من خلال تكرار التفكير المتصل بها وانخفاض القدرة على التمعن والتفكير المتعقل فيها وتقييمها بموضوعية، وهذا يؤدي إلى إدراك أي مثير أو موقف كمهدد، فانتباه المريض يبدو مرتبط بتصور أو مفهوم الخطر مع انشغال البال الدائم بالمشكلات الخطيرة وبسبب تثبيت الانتباه على المفاهيم أو المثيرات المتصلة بالخطر فإنه يفقد كثيراً من القدرة على أن ينقل فكره إلى عمليات أخرى داخلية أو مثيرات أخرى خارجية، فموضوع الخطر مبالغ فيه مع الميل إلى تهويل المآسي والأخطار الافتراضية وجعلها مساوية للواقع.

(باتيرسون، 1990: 107-188).

أما أصحاب الاتجاه المعرفي الحديث يرون أن الاكتشاف السريع للمثير المهده الذي ليس له ضرر موضوعي يأتي بعد عمليات التجنب، أما المعرفية الكلاسيكية فتري أن الفرد يظهر التحيز من خلال نظمه المعرفية، ومن ثم يكون انتباه الفرد مثبت على المثيرات المهده ويتبع ذلك صعوبة في عدم الانصراف عنه، ويشير ذلك إلى أن القلق مرتبط بمتحيزات الرضا عن المثيرات المهده في كل من التوجه النهائي وثبات الانتباه، كما أن قابلية الفرد للقلق قد ترتبط بزيادة الانتباه الاختياري نحو المثيرات المهده. (Bardley. etal, 1998:737 – 753)

كما وتري هذه النظرية أن سبب القلق يعود إلى المغالاة في الشعور بالتهديد واعتباره مسبوقةً بأنماط من التفكير الخاطئ والتشوهات المعرفية، وبالتالي سوء التفسير للإحساسات الجسمية العادية ومثال ذلك زيادة ضربات القلب لدى الشخص وتفسيره لها على أنها أزمة قلبية، وهذا يزيد من إحساسه بالأعراض السلبية. (أبو سليمان، 2007: 8).

تري الباحثة أن الاتجاه المعرفي يركز على العمليات المعرفية والفكرية لدى الفرد وأن سلوكه مرتبط بقدراته العقلية، وهذا المنهج يجمع بين التعلم والجانب المعرفي مما يعطي هذا التفسير قوة في معرفة حدوث اضطراب القلق وتعتمد الباحثة على هذا المنهج في تفسير الاضطراب.

النظرية العقلانية الانفعالية:

يرى رواد المنظور المعرفي مثل **كيلي Kelly** - **بيك Beck** - **أليس Allis** أن القلق هو: اضطراب انفعالي يرتبط بالتكوين المعرفي للفرد الذي يشمل (ادراكاته، أفكاره، تفسيراته، تخيلاته) وهذا الاضطراب يستمر باستمرار تبني لأفكار ومعارف معينة.

ويفسر **بيك Beck** القلق بأنه: انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقدير لخطر محتمل، تبدو هذه المخاوف معقولة لدى المريض الذي يسود تفكيره موضوعات الخطر والتي قد تعبر عن نفسها فيما يلي:-

- تكرار التفكير المتصل بالخطر.
- انخفاض القدرة على إدراك المعنى.
- التفكير غير المتعلق في الأفكار المخيفة وعدم تقويمها بموضوعية.
- تعميم المثيرات المحدثة للقلق إلى الحد الذي يجعل أي موقف أو مثير قد يدرك على أنه مُهدّد، فانتباه الشخص للقلق قد يبدو أنه مرتبط بتصور أو مفهوم الخطر ويسبب تثبت أو توقف لانتباه الشخص للقلق على المفاهيم أو المثيرات المرتبطة بالخطر، فإنه يفقد كثيراً من القدرة على أن ينقل فكرة إلى عمليات أخرى داخلية أو خارجية، فموضوع أو مفهوم الخطر مبالغ فيه مع الميل إلى تهويل المآسي والأخطار الافتراضية وجعلها مساوية للأخطار الحقيقية.

كما يؤكد **كيلي Kelly** أن الاضطراب الانفعالي ينشأ من التوقعات اللامعقولة والتنبؤات الخاطئة على الأحداث وبصفة عامة عندما يكون هناك تحريف أو تشويه في مضمون وأهداف وتوقعات الفرد الشخصية أو في فلسفته. (Beck, A.T, 1976: 233).

كما أشار **كلارك Clark** وآخرون عام 1989م أن خبرات الطفولة المؤلمة والتي تتسم بالشعور بعدم الأمن والتهديد تجعل الفرد أن يكون صيغة سلبية إجمالية عن الذات تظهر في تركيز الفرد انتقائياً وتخيله وترديده للأفكار التي تتضمن توقع للمخاطر والتهديد مما يجعله يحرف كل الخبرات التي يمر بها في اتجاه التوقع المستمر للخطر.. (Clark D., 1995: 69-93)

ويذكر **وليام William** وآخرون عام 1997م أن المصابين بالقلق عادة ما يكون لديهم تصور عن أنفسهم بأنهم في حالة خطر دائم ويمرون بمخاطر مستمرة يكونون في حالة من

الاستغراق النفسي وانشغال البال الدائم بأسباب فزعهم وقلقهم الزائد و قد يتبنون مبررات وتفسيرات لقلقهم ومخاوفهم ولكنها غير دقيقة وخاطئة وقد تزيد من اضطرابهم الانفعالي من خلال الآتي:-

- 1- اهتمام الفرد بشكل مبالغ فيه بكل ما يواجهه من مواقف ومثيرات.
 - 2- شدة وقع الأحداث الضاغطة على الوظائف الإدراكية للفرد.
 - 3- زيادة ميل الفرد لتذكر الأحداث والمواقف المؤلمة والضاغطة.
- وبشكل أكثر تفصيلاً يذكر أليس أن الانفعالات غير الملائمة مثل القلق تقوم على أساس من الأفكار غير العقلانية، مما يؤدي إلى إعاقة التدخل في السلوك الواقعي.

(William, L.E., 1999:97-104)

ويوضح أليس Allis عام 1977م أن الأشخاص المصابين بالقلق يتبنون أفكاراً تخلو من العقلانية والمنطق وهذه الأفكار هي التي تسبب لهم مشاعر القلق حيث تتضمن هذه الأفكار تمسك الفرد بأهداف غير واقعية تتسم بالكمال والمثالية، كرغبة الفرد في أن يكون محبوباً من كل الناس، وأن يصل دائماً إلى حلول مثالية، وأن يكون كاملاً فيما ينجز والميل إلى جعل النتائج كارثية، وترديده لبعض الجمل مثل (من الفظيع أن أفشل في شيء ما، من المفروض أن، ينبغي، لا بد). (Allis, A.1980: 30 -25)

كما و يرى أليس أنه إذا استمر الفرد في التمسك بهذه الأفكار اللاعقلانية فقد يؤدي هذا إلى الشعور الدائم بالنقص وعدم الكفاية والخوف المستمر من الفشل حيث يعتقد الفرد بأن هناك أموراً خطيرة تثير الخوف وتبعث على الانزعاج وسوف تحدث له، ويؤكد أليس على أن توقع الفرد للكوارث والمخاطر وشعوره المستمر بالتهديد النفسي والجسمي والاجتماعي هو العرض الرئيسي لعصاب القلق، فالقلق يرتبط أساساً بالمبالغة في تقدير الأخطار الكامنة في المواقف المختلفة في المستقبل مما يجعله يشك في إمكانية مواجهته لهذه الأخطار و يجعله في حالة قلق باستمرار، و مثل هذه الأفكار تتسم بالتوقع المستمر للشر والخطر، والتي تميز محتوى التكوين المعرفي للشخص الذي يعاني من القلق، و تعمل كصيغة سلبية أو تشوه كل ما يرد للفرد في اتجاه التوقع المستمر للخطر، مما يجعله في حالة توجس دائم كما و يجعله مبالغاً في تقدير الأخطار، ويقلل من قدرته على مواجهتها مما ينعكس سلباً على نظريته لذاته وللموقف الذي يمر به حيث يركز

ويذكر المواقف المثيرة للقلق لذاته ولحاضره ومستقبله، ومن ثم يشعر أن مستقبله محفوف بالمخاطر.

ويؤكد أليس Allis (1989م) على أن العلاج العقلاني الانفعالي يعتبر ذا فاعلية في علاج اضطرابات القلق حيث أن هذا العلاج يصل مباشرة إلى الفلسفات الأساسية التي تقود الأفراد إلى الرعب والخوف والفرع وتجعلهم في حالة قلق مستمر. (Allis, A.,1992: 449 – 451)

النظرية الفسيولوجية للقلق:

يرى عكاشة (1992م) أن أعراض القلق تنشأ من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي، ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنورادرينالين في الدم من تنبيه الجهاز السمبثاوي فيرتفع ضغط الدم وتزيد ضربات القلب وتحفظ العينان ويتحرك السكر من الكبد وتزيد نسبته في الدم مع شحوب في الجلد وزيادة إفراز العرق وجفاف الحلق وأحياناً الأطراف ويعمق التنفس.

ويرى عكاشة أن لمرض القلق أصلاً بيولوجياً، له آثار فسيولوجية عند الفرد، فهناك اضطرابات كيميائية وحيوية تصاحب هذا المرض، كما يشير الباحثون إلى أن للقلق أصل وراثي، وكذلك له علاقة بعمل ونشاط النصفين الكرويين في المخ، كما أن هناك منطقة معينة في المخ ترتبط بالقلق. (عكاشة، 1992: 107).

القلق من منظور إسلامي:

القلق ظاهرة قديمة قدم آدم عليه السلام ولقد حدثنا القرآن الكريم عن حالة القلق التي شعر بها آدم وحواء عندما أكلا من الشجرة التي نهاهما الله عنها فقال تعالى: ﴿وَيَا آدَمُ اسْكُنْ أَنْتَ وَزَوْجُكَ الْجَنَّةَ فَكُلَا مِنْ حَيْثُ شِئْتُمَا وَلَا تَقْرَبَا هَذِهِ الشَّجَرَةَ فَتَكُونَا مِنَ الظَّالِمِينَ 19﴾، فَوَسْوَسَ لَهُمَا الشَّيْطَانُ لِيُبْدِيَ لَهُمَا مَا وُورِيَ عَنْهُمَا مِنْ سَوْءَاتِهِمَا وَقَالَ مَا نَهَاكُمَا رَبُّكُمَا عَنْ هَذِهِ الشَّجَرَةِ إِلَّا أَنْ تَكُونَا مَلَكَينِ أَوْ تَكُونَا مِنَ الْخَالِدِينَ 20، وَقَاسَمَهُمَا إِنِّي لَكُمَا لَلنَّاصِحِينَ 21، فذَلَّاهُمَا بِغُرُورٍ فَلَمَّا ذَاقَا

الشَّجَرَةَ بَدَتْ لَهَا سَوءُ أَثْمِهَا وَطَفِقَا يَخْصِفَانِ عَلَيْهِمَا مِنْ وَرَقِ الْجَنَّةِ وَآدَاهُمَا رَبُّهُمَا أَلَمْ أَنهَكُمَا عَنْ تِلْكَمَا الشَّجَرَةِ وَأَقَلَّ لَكُمَا إِنَّ الشَّيْطَانَ لَكُمَا عَدُوٌّ مُبِينٌ 22، قَالَ رَبَّنَا ظَلَمْنَا أَنفُسَنَا وَإِن لَّمْ تَغْفِرْ لَنَا وَتَرْحَمْنَا لَنَكُونَنَّ مِنَ الْخَاسِرِينَ ﴿23﴾ . (سورة الأعراف: الآية 19-23).

وفي هذه الآيات وصف دقيق لحالة القلق بمفهومه النفسي الحديث، وهو الشعور بالخوف الزائد من شر متوقع في المستقبل وإحساساً بالعجز عن مواجهة هذا الشر، فآدم عليه السلام عندما أكل من الشجرة وعصا أمر ربه، شعر بالذنب وانتابه خوف زائد من فقدان حب الله ومن المجهول الذي ينتظره بعد ذلك.

يقول تعالى: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ﴾ (سورة البلد: الآية 4)، ويقول تعالى: ﴿فَلْيَعْبُدُوا رَبَّ هَذَا الْبَيْتِ 3، الَّذِي أَطْعَمَهُمْ مِنْ جُوعٍ وَأَمَّنَّهُمْ مِنْ خَوْفٍ 4﴾ (سورة قريش: الآية 3-4).

بداية يمكن القول أن خلق الإنسان منذ آدم عليه السلام حتى يومنا هذا لم تكن إلا لغرض العبادة ﴿وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ﴾ (سورة الذاريات: الآية 56).

وهذه العبادة تتطلب من الإنسان الكثير من الجهد ومواجهة الصعاب، ولكن الإنسان يحاول جاهداً أن يلبي نداء ربه مما يجعله يكابد هذه الحياة ويعيش معتركها بين خوف وأمن وسعادة وقلق. وترى الباحثة أن هناك عدة أسباب للقلق من الناحية الدينية: ومنها على سبيل المثال الجهل والضلال الذي يعانیه كثير من الناس في الحياة الدنيا؛ لجهلهم بالسبب الحقيقي من وراء خلقهم، ومحاولة الكثير لإشباع حاجاتهم بشكل غير مناسب؛ ومواصلة السعي لإشباع الحاجات الجسدية بشكل مفرط على حساب الحاجات النفسية والروحية، ومن الأسباب أيضاً؛ الانحراف عن الطريق المستقيم الذي أراده الله لنا. وإذا ما أحست النفس الإنسانية في ذاتها بالتواء عن الطريق القويم فإن القلق يكون حليفاً لها؛ لأن القلق سمة إنسانية في حدود الحالات المقبولة، فكلما كانت النفس خيرة فإنها تدفع الشخص إلى النزوع للخير، أما إذا كانت تنزع إلى الشر والعدوان فإنها تدفعه إلى أن يسلك سلوكيات تتوافق مع ذلك.

ومن الملاحظ أن مصطلح القلق لم يرد في القرآن الكريم كما هو، وإنما ورد بعدة معاني وفي عدة مناسبات، ومنها الضيق النفسي، والخوف والجزع والهلع والرعب والفرع:

﴿إِنَّ الْإِنْسَانَ خُلِقَ هَلُوعًا 19 ، إِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ جَزُوعًا 20﴾ (سورة المعارج: الآية 19 - 20).

﴿سَوَاءٌ عَلَيْنَا أَجْرَعْنَا أَمْ صَبَرْنَا مَا لَنَا مِنْ مَّحِيصٍ﴾ (سورة إبراهيم: الآية 21).

﴿فَإِذَا قَامَ اللَّهُ لِبَاسِ الْجُوعِ وَالْخَوْفِ بِمَا كَانُوا يَصْنَعُونَ﴾ (سورة النحل: الآية 112).

﴿إِذْ دَخَلُوا عَلَى دَاوُدَ فَفَزِعَ مِنْهُمْ﴾ (سورة ص: الآية 22).

﴿فَمَنْ يُرِدِ اللَّهُ أَنْ يَهْدِيَهُ يَشْرَحْ صَدْرَهُ لِلْإِسْلَامِ وَمَنْ يُرِدْ أَنْ يُضِلَّهُ يَجْعَلْ صَدْرَهُ ضَيِّقًا حَرَجًا كَأَنَّمَا يَصَّعَّدُ فِي السَّمَاءِ كَذَلِكَ يَجْعَلُ اللَّهُ الرِّجْسَ عَلَى الَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ﴾ (سورة الأنعام: الآية 125).

﴿وَقَذَفَ فِي قُلُوبِهِمُ الرُّعْبَ فَرِيقًا تَقْتُلُونَ وَتَأْسِرُونَ فَرِيقًا﴾ (سورة الأحزاب: الآية 26).

وقد عرف الإمام الغزالي القلق بأنه: تألم القلب واحتراقه بسبب توقع مكروه في المستقبل، وقسم القلق إلى قسمين هما:

القلق العادي: ويشمل الخوف من الله والخوف من الأشياء الموضوعية كالحريق واللصوص والحيوانات المفترسة، ويعتبر هذا القلق صفة حميدة لتحقيق العمل الصالح وحفظ الحياة. **القلق المفرط:** وهو القلق الزائد المذموم الذي يخرج الإنسان إلى اليأس والقنوط ويمنعه من العمل ويسبب له الأمراض والضعف وزوال العقل. (رمضان، رجب، 1990: 35). كما يرى الغزالي أن القلق المفرط صفة لا يتصف بها المؤمن الحقيقي الذي أخلص العبادة لله وحده و أحسن العمل، فهو يتصف بالنفس المطمئنة التي تزداد إيماناً بالقرب من الله.

(الهوري والشناوي، 1987: 40).

ومن الدلائل الحقيقية على اهتمام الإسلام بموضوع القلق أن الرسول صلى الله عليه وسلم فرق بين الأزمات النفسية التي يمكن أن تهاجم الإنسان وتعرض حياته للخطر، فتصيبه بالهم والغم والكرب والحزن والأرق والقلق، وفرق كذلك بين الأزمات النفسية وبين الأمراض البدنية.

(الشرقاوي، 1983: 167).

وقد اهتم الإسلام بالصحة النفسية وتخفيف القلق لدى الفرد والمجتمع، كما أن الدين الإسلامي يعتبر مصدر لاستكمال النزعة الفطرية فهو يعين الفرد على تحقيق الصحة النفسية، فهو علاج حقيقي للأزمات النفسية لقوله تعالى ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾ (الرعد، آية: 28)، كما قال تعالى ﴿وَلَتَبْلُؤُنَّكُمْ أَمْرٌ مِنْ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ 155، الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ 156، أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِنْ رَبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ 157﴾ (البقرة، آية: 155-157).

ويرى ابن تيمية أن سعادة الإنسان وأمنه النفسي لا يتحققان إلا بعبادة الله ومحبته، لذا فهو يقول: "فالقلب لا يصلح، ولا يعلم، ولا يسكن، ولا يطمئن إلا بعبادة ربه وحبه والإنابة إليه، وبذلك يحصل الفرح والسرور واللذة والنعمة والسكون والطمأنينة". (ابن تيمية، 1977: 728). وذكر ابن القيم أن الطمأنينة مصدرها من الله سبحانه وتعالى، ولا يحصل عليها إلا بذكر الله تعالى لذا فهو قال: "فالطمأنينة إلى الله سبحانه وتعالى حقيقة ترد منه سبحانه على قلب عبده تجمعها عليه، وترد قلبه الشارد إليه حتى مكانته جالس بين يديه 0000؟". ولا يمكن حصول الطمأنينة الحقيقية إلا بالله وبذكره. (الجوزية، ابن القيم، 1968: 232).

كل ذلك يبين مدى السبق لديننا الحنيف في توضيح مفهوم القلق منذ أربعة عشر قرناً من الزمان قبل أن يأتي علماء العصر من الشرق أو الغرب ليوضحوا هذا المفهوم. ومهما اجتهد العلماء والباحثون في الدراسة والبحث، فلا يرقى ما يتوصلون إليه من مبادئ ونظم إلى منهج الإسلام في بناء شخصية المسلم، فهو الطريقة الأمثل لبناء الإنسان الصحيح عقلياً وجسدياً ونفسياً.

تعليق عام على النظريات:

من الطبيعي أن تختلف وجهات النظر حول تفسير القلق نظراً لكونه مفهوم شديد التعقيد والتركيب ويمكن حصر أهم وجهات النظر الحديثة فيما يلي:

- 1- القلق انفعال سلبي له عدة أعراض.
- 2- القلق استجابة انفعالية متعلمة على أساس من مبادئ التعلم الشرطي الكلاسيكي.

3- يرتبط القلق بالجانب البيولوجي للفرد، فله أساس مادي جسمي، كما يمكن تفسيره على ضوء تشريح المخ وعمل النصفين الكرويين، وله أعراض فسيولوجية.

4- للضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد دور في ظهور القلق واستمراره وتطوره.

5- تلعب المعتقدات والتوقعات والتفسيرات والتحييزات الخاصة بالفرد دوراً في نمو واستمرار القلق.

6- تميل التفسيرات الحديثة للجمع بين أكثر من وجهه نظر وصولاً إلى اتجاه شامل يفسر القلق بأنواعه وكافة مظاهره، وعلى الرغم من تعدد وجهات النظر حول القلق واختلافها أو اتفاقها، فإنه لا توجد وجهه نظر صحيحة أو خاطئة بل هي رؤى وتفسيرات تحمل الصواب والخطأ وقد بنى كل فريق رؤيته وفقاً لما يراه.

كما وترى الباحثة أن هذه التفسيرات في سبيلها للزيادة نظراً لما يتميز به موضوع القلق من تعقيد ولمحاولات العلماء والباحثين الجادة في دراستهم، نظراً لكونه من المشكلات الإنسانية العامة، وقد ترتب على هذه التفسيرات نمو متزايد ومضطرد في الاتجاه المكمل للتشخيص والعلاج، فأصبحوا يخلطون بين العلاج الطبي والنفسي وإن كان الاهتمام الأكبر بالعلاج الطبي نظراً لسرعة الاستجابة الفسيولوجية له من العلاجات الأخرى التي قد تتطلب وقتاً أكبر وصبراً من المعالج والمريض، ولمواجهه القلق والتخفيف من آثاره يجب زيادة الوعي العام وتبصير الناس بالاستراتيجيات الفعالة في مواجهه القلق وعلاجه من خلال مصادر ومؤسسات ومراكز علمية متخصصة.

علاج القلق:

العلاج النفسي:

يتبع العلاج النفسي المباشر والمقصود به التفسير والتشجيع والإيحاء والتوجيه والاستماع إلى صراعات المريض.

العلاج الكيميائي:

يستخدم في حالات القلق الشديد والمزمن، حيث يتم إعطاء المريض أدوية مهدئة ومنومة حتى يرتاح جسماً ومن ثم يتم البدء بالعلاج النفسي، ومن الأدوية التي يمكن إعطائها للمريض في

حالة التوتر الشديد والقلق مجموعة البنزوديازيبين مثل "الفاليوم والليبريم و أتيفان وزاناكس وترانكسين" وهي تعمل على مستقبلات الجابا مما يعطي إحساس بالهدوء والراحة والاسترخاء. وكذلك يعطى في حالات القلق مضادات الاكتئاب مثل "بارنيت وديرينيل وتوفرانيل وأنفرانيل وبروزاك ولسترال" وهي تعمل على زيادة نسبة الموصلات العصبية في المشتبكات العصبية. (عكاشة، 2003: 149).

العلاج التحليلي:

يعتمد على عمليات التفريغ النفسي طويل الأمد حيث يحتاج إلى وقت طويل وجهد كبير ومال وفير، لذا يستحسن استخدامه مع الحالات الشديدة والمزمنة التي يتطلب علاجها وقت ومال وإعادة تأهيل للمريض.

العلاج المعرفي السلوكي للقلق العام:

سيتم الحديث عن هذا النوع من العلاج في المبحث الثالث.

استراتيجيات للتخفيف من القلق:

تدريب الفرد على اكتساب الثقة بالنفس وتكوين مفهوم إيجابي عن الذات من خلال:

* معرفة كيف يدرك الفرد نفسه.

* ما يعتقد عن نفسه.

* كيف يقيم ويعزز نفسه.

أولاً: استراتيجيات العلاج السلوكي:

أ-التحصين التدريجي.

ب-العلاج بالغمر.

ج-التدريب على المهارات الاجتماعية.

د-الاسترخاء.

هـ-التأمل.

ثانياً: إستراتيجية اللعب وممارسة الرياضة والمشي.

نشاطات سارة تؤثر على الحالة المزاجية طوال اليوم:

*التفاعل الاجتماعي:

التواجد مع أناس سعداء.

التواجد مع الأصدقاء.

ملاحظة الناس بلطف.

أن تخبر بأنك محبوب.

رؤية أصدقاء قدامى.

جعل الناس يهتمون بما تقول.

أن تلاحظ أنك جذاب.

أن تدخل في مناقشة صريحة ومفتوحة.

التواجد مع من تحب.

*نشاطات ذاتية:

الضحك.

الاسترخاء.

التفكير في شئ إيجابي من المستقبل.

مشاهدة مناظر جميلة.

تنفس هواء نقي.

الوجود في جو هادئ وساكن.

الجلوس في الشمس.

ارتداء ملابس نظيفة.

الحصول على بعض وقت الفراغ.

النوم عميقاً ليلاً.

الاستماع إلى الموسيقى.

الشعور بوجود الله في حياتك.

الابتسام للآخرين

حدوث أحداث سارة لعائلتك وأسرتك وأصدقائك.

القراءة.

*الكفاءة الذاتية:

إنجاز مشروع معين بطريقتي.

التنظيم والتخطيط لشيء ما.

القيادة بمهارة.

قول شيء بوضوح.

التخطيط لرحلات أو لإجازات.

تعلم عمل شيء جديد.

أداء العمل بكفاءة.

أن يمتدحني الآخرون عندما أؤدي عملاً جيداً. (عثمان، فاروق، 2001: 142-161).

من خلال ما سبق من عرض لأنواع العلاج النفسي المتعددة فإن الباحثة تتفق مع عكاشة في عدم إتباع العلاج النفسي إلا مع الحالات الشديدة والمزمنة، وأن بعض الاضطرابات تعالج دوائياً، علماً بأن استخدام العلاج المعرفي السلوكي يجدي نفعاً دون اللجوء إلى تناول العقاقير والأدوية، لأنه من الممكن أن تحصل اعتمادية نفسية على العلاج فبدل من أن يتخلص من حالة القلق ممكن أن يدخل في حالة الإدمان على الأدوية، ومن خلال ذلك ترى الباحثة أن العلاج المعرفي السلوكي يركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة، حيث أن هدف العلاج المعرفي السلوكي يكمن في تعليم المريض أن يصحح ادراكاته المعرفية الخاطئة والمشوهة وتغييرها، لذا فالعلاج المعرفي السلوكي هو أفضل أنواع العلاج لحالة اضطراب القلق العام من وجهة نظر الباحثة، وبالإمكان استخدام أكثر من أسلوب علاجي بما يتناسب مع البناء النفسي والفكري مع التنويه إلى أهمية التركيز على العلاج الديني وخصوصاً الإيمان بالقضاء والقدر كوسيلة فعالة في التخفيف من الشعور بالقلق العام كونه مكون أساسي للثقافة في مجتمعنا الفلسطيني.

المبحث الثالث:

العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام

Cognitive Behavior Therapy For Generalized Anxiety Disorder

مقدمة:

الحياة البشرية مليئة بالأشياء المتعددة والمختلفة مثل: أحداث العمل، شؤون العالم، السياسات المختلفة، أخبار الاقتصاد، أو التقارير عن المرض والتي من شأنها أن تشكل مصدر قوي لإثارة القلق عند الفرد، كل حسب اهتماماته واعتقاداته، وهذه المعتقدات يطلق عليها ما وراء المعرفة (Meta cognition)، وهي التي تتحكم في التفكير وتراقبه وتقيمه، ويمكن تقسيم ما وراء المعرفة إلى ما وراء معرفة موجبة مثل "القلق بشأن بناء المستقبل، يعني أنني أستطيع تجنب حدوث الأشياء السلبية"، والمعتقدات ما وراء المعرفة السالبة مثل "القلق قد يضر بي" أو "أنا غير قادر على التحكم في قلبي"، والإفراط فيها يؤدي إلى الشعور بالقلق والشد العضلي والبحث عن سلوكيات الأمان مثل البحث عن إعادة الطمأنينة، والمظاهر الشخصية والفسولوجية والسلوكية لردود الفعل الانفعالية نحو القلق تعزز بعضها البعض، وتعزز أيضاً معتقدات ما وراء المعرفة بشأن القلق، والقلق نفسه، ونتيجة للاستدلال الانفعالي تصبح أنماط التفكير سالبة وتنتج وجدانيات سالبة.

(هوفمان، 2012: 147).

لذا فاضطراب القلق العام هو حالة من الانشغال و القلق المهيمنة و المزمنة، مصحوبة بأعراض جسدية و عقلية تسبب إزعاج هام و إعاقة وظيفية، والانشغال و القلق يتمحور حول أمور و مواضيع متعددة وعامة من الحياة و لا يدور حول أعراض اضطراب نفسي آخر، ولا توجد أعراض نوعية خاصة باضطراب القلق العام و يبدو على خط مستمر من القلق و الانشغال الطبيعي. (المصري، 2011: 95).

وانشغال القلق (worry) هو الصفة المميزة لهذا الاضطراب و يتمثل في سلسلة متتابعة من الصور و الأفكار المزعجة التي يصعب السيطرة عليها و يحاول الشخص من خلالها حل مشاكل غامضة و لكنها قد تحمل نتيجة سلبية، وهو توقع حدوث مشكلة في المستقبل ويحاول البحث عن حلول لها قبل حدوثها أصلاً، ويركز الانتباه على مصدر الخطر ويقوم بعمل تحفيز

ودافعية لكن يعطي الصورة التي يمكن أن تحدث بعد مصدر الخطر فمثلاً وجود الدخان يعطي صورة حريق.

وفي العلاج المعرفي السلوكي التقليدي للقلق العام يتم تدريب المريض على كيفية التعرف على الأفكار القلقية وعلى إيجاد بدائل فعالة لها، والقيام بتجارب سلوكية لتفحص هذه الأفكار ويستعان عادة بسجل الأفكار وبجدول الأنشطة لتحديد الأفكار وتطوير بدائل إيجابية لها، ويشجع المريض فيما بعد على تفحصها من خلال القيام ببعض المهام السلوكية، ولكن التطورات الحديثة في النموذج المعرفي للقلق أضافت بعداً جديداً للعلاج المعرفي السلوكي للقلق، فاضطراب القلق العام تبعاً للنموذج المعرفي الحديث يتصف بنشاط معرفي يدور حول الجانب المعرفي نفسه، وبشكل أقل حول التوجس أو الانشغال العقلي والفكري الدائم والمستمر، على اعتبار أن التوجس من أهم مكونات القلق العام، و من أمثلة التوجس في حالة القلق العام ما يلي:

(سوف أصاب بالجنون من كثرة توجسي)

(لا أستطيع التحكم في توجسي)

(التوجس سلوك غير طبيعي)

(التوجس يؤدي إلى حدوث الأشياء السيئة). (المحارب، 2000: 257).

وظيفة الانشغال القلبي أو التوجس:

التنبية: تركيز الانتباه على مؤشرات وجود خطر

التحفيز: اقتحام الوعي بصور و أفكار مرتبطة بالخطر

التحضير: يسمح بتوقع وضع مستقبلي و وضع حل عملي أو تحضير وجداني لنتيجة سلبية.

مواصفات انشغال القلق المرضي (Pathological worry):

مهيم (لا يختص بموضوع محدد و ينتقل من موضوع لآخر).

يستغرق وقت أكبر.

يصعب السيطرة عليه.

يركز على أمور صغيرة و مستقبلية.

يتحيز للنتائج السلبية.

لا يرتبط بتفعيل عصبي سمبثاوي عالي.
 الانشغال القلق المفرط و المزمن هو العلامة المميزة لاضطراب القلق العام.
 إستراتيجية تجنب معرفي ذات دفع ذاتي و غير تكيفيه.
 تضخم احتمال وقوع الخطر.
 تولد إحساس كاذب بالسيطرة و التحكم.
 تولد غزو خاطئ لعدم وقوع الخطر نتيجة عملية القلق.
 تجمع محاولات محبطة للإحساس بالأمان.(المصري، 2011: 96 – 97).

تقييم الأعراض والتشخيص لاضطراب القلق العام:

أولاً: الخوف و القلق:

الخوف هو حالة بدائية من التنبيه العصبي-الجسمي تتضمن تقييم معرفي للوضع الذي يهدد سلامة أو أمن الفرد.

القلق هو نظام استجابة معقد.

معرفية - وجدانية - سلوكية-جسمية.

ينشط ترقباً لأحداث منفرة غير متوقعة و لا يمكن السيطرة عليها قد تتسبب في أذى للفرد.

ابحث عن أعراض القلق وتصنيفاتها المختلفة:

جدول رقم (2) يوضح تصنيفات أعراض القلق المختلفة.

معرفية	وجدانية	سلوكية	جسمية

ثانياً: تحليل الوضع المؤدي للقلق:

* وصف المواقف و المواضيع المنشطة للقلق.

* تكرارها و مدة التعرض لها.

- * وصف العوامل المنشطة للقلق.
- * عوامل بيئية.
- * عوامل جسمية.
- * عوامل معرفية.
- * قياس شدة القلق.
- * مؤشرات تنشيط خاصة بالقلق.

ثالثاً: تقييم أفكار الخوف الأولية (التقييم الأولي للخطر):

- * ابحث عن الاستجابة المعرفية الأولية للخوف.
- * الأفكار التلقائية الأولية عن الموقف.
- * التوقعات عن القدرة على السيطرة.
- * صور و تخيلات عن النتائج.
- * استخدم أساليب لجمع المعلومات.
- * المتابعة الذاتية.
- * استثارة القلق في الجلسة.
- * التخيل و لعب الأدوار.

رابعاً: الاستجابة الجسمية العصبية:

- ابحث عن الأعراض الجسمية للقلق.
- صعوبة التنفس و الاختناق.
- ضيق الصدر و خفقان القلب.
- التهيج و الحركة الزائدة.
- الدوخة و الإغماء.
- الغثيان.
- تفسير المريض للأعراض الجسمية.
- دورها في استمرار حالة القلق.

العناصر الأساسية في نشوء الاضطراب:

1- عدم احتمال المجهول (Intolerance of Uncertainty):

هو سمة استعداد للقلق عند المريض ناتج عن مجموعة من الاعتقادات بشأن المجهول (عدم اليقين) وما يتبعه في حالة وجود غموض في موقف ما: ميل للتفسيرات السلبية الكارثية. الحاجة لمعلومات إضافية قبل اتخاذ القرار. عدم الثقة في القرار المتخذ. كل هذا يؤدي لتفعيل الانشغال القلبي عند المريض. (هوفمان، 2012: 146).

2- الاعتقاد بنوعية القلق (Positive Beliefs about Worry):

نتيجة للارتباط العاملي يحدث تعزيز للانشغال القلبي على النحو التالي:
تعزيز الانشغال ← عدم حدوث النتيجة السلبية ← الانشغال.
-الانشغال يقلل من احتمال النتائج السلبية (تعزيز سلبي).
-الانشغال يساعد في حل المشاكل (تعزيز إيجابي).

3 - التوجه السلبي للمشاكل (Negative Problem orientation):

وجد أن المرضى بالقلق لديهم توجه سلبي للمشاكل حتى وإن كانت مهاراتهم في حل المشاكل جيدة، وهذا التوجه السلبي يؤدي إلى تجنب المشاكل وتعزيز انشغال القلق.

4-التجنب المعرفي (Cognitive Avoidance):

مجموعة من الاستراتيجيات الضمنية و الظاهرة لتجنب الأفكار و المشاعر التي تحتوي على خطر أو تهديد لذا تجد المريض يقول (المشاكل راح تستمر ولا أستطيع حلها و بالتالي يحدث تجنب للمشكلة وحلها).

استراتيجيات ضمنية للتكيف

- عملية الانشغال القلق هي عملية لفظية تجنب المريض الوعي بالصور الحسية المرتبطة بالانفعال الوجداني و الجسمي للانشغال حتى يتجنب الخوف ويمكن يعمل توقف للدماغ كحيلة معرفية واسعة حتى لا يشعر بالخوف.

إذا خاف ممكن تحدث كارثة لا يستطيع السيطرة عليها، ومن ثم يحدث شئ غريب له، أما الخوف من خوف حدوث شئ ما فهو بمثابة أمان بالنسبة له، فترى المريض يقول:

(إذا فرح أو ضحك كثيراً فإنه يقول اللهم اجعله خير).

(إذا أتاه خبر مفاجئ يدخل في حالة ارتباك وذهول ولا يستطيع التصرف).

(إذا طرق بابه أو رن هاتفه فجأة فإنه يعتقد أن مصيبة ما قادمة فيقول خير يا طير).

استراتيجيات ظاهرة:

1- قمع الأفكار.

2- تبديل الأفكار.

3- الإلهاء.

4 - تجنب المواقف و الأحوال التي تؤدي للقلق.(المصري،2011: 102-106).

مراحل العملية العلاجية:

أولاً: التثقيف أو التعليم النفسي:

* **التعليم النفسي للمرضى:** عن اضطراب القلق العام وأسبابه وأنواعه وآثاره و أساليب علاجه.

* **التثقيف النفسي:** عن العلاج المعرفي السلوكي ويجب أن يكون لدى المريض علم بأن هناك

واجبات منزلية ومشاركة وقد تكون تجارب ممكن بنائها خلال العملية العلاجية.

* **التطبيع:** ويعني ذلك أن القلق أمر طبيعي وممكن أن يحدث مع أي شخص و في أي مرحلة من

مراحل حياته.

* **التثقيف:** عن دور الانشغال القلق في الأعراض. المريض يكون خائف فهو بحاجة للتطمين

والمساندة.

-الانشغال بمشاكل واقعية.

-الانشغال بمشاكل افتراضية.

استخدام المقاييس و أدوات المتابعة الذاتية.

ثانياً: تحمل المجهول و التعريض السلوكي:

- مساعدة المريض على اكتشاف العلاقة بين عدم تحمل المجهول و الانشغال بالقلق الزائد.
- التعرف على أنه لا يمكن تجنب الأحوال التي تحدث هذا الغموض أو عدم اليقين.
- التعرف على المظاهر المختلفة لعدم تحمل المجهول.
- البحث و التعرض للأحوال التي تحدث الغموض أو عدم اليقين.

على المريض أن يعرف بأن أي موقف يحتمل النجاح والفشل، وأن الغموض وتحمله شيء لا بد منه، ونحكي له عن عملية الانشغال ومن خلال الجدول السلوكي حيث نحدد المواقف التي يتجنبها والأمور التي يؤجلها ولا يستطيع أخذ قرار فيها، لأن هذا الغموض يزيد من حالة القلق والتجنب المعرفي لحل المشكلة.

ثالثاً: تقييم نفعية القلق:

- * توضيح وظيفة الانشغال في الأحوال العادية.
- * توضيح أن الهدف هو تقليل الانشغال لدرجة محتملة.
- * مساعدة المريض على اكتشاف الاعتقادات الإيجابية عن القلق.
- * إعادة تقييم الاعتقادات الايجابية عن القلق.
- * توضيح أن الانشغال القلبي هو محاولة عقيمة لحل المشاكل.
- * مشاكل واقعية يساعد على تجنبها.
- * مشاكل افتراضية يحاول حلها قبل أن تحدث.

رابعاً: تمرين حل المشاكل:

في حالة القلق بشأن مشاكل واقعية يعمل الانشغال القلق على تجنب المشاكل و يساهم في استمرارها.

مساعدة المريض على فهم دور التوجه السلبي نحو المشاكل في تجنبها و استمرارها.

تدريب المريض على طريقة حل المشاكل.

فمثلاً عندما يقول المريض (لأنني فعلت كذا ولأنني قلقتم لم يحدث ما أتوقع)، هذا يعني أن المريض ربط الانشغال بالنتيجة وهذا يجعل المريض يعتقد أن القلق إيجابي ويساعده ومفيد له لذلك يقول (لأنني صاحي ما صار معي شيء، ونحن نقول له هات نعمل تجربة، بكرة بدنا هذا يصير، فكر فيه من هان لبكرة، ونشوف هل هذا حيصير أم لا) وكذلك فيها حل المشكلات بشكل سريع لأن الحل جاهز ولكنه يتجنب تطبيقه.

تحديد المشكلة و صياغة الأهداف.

توليد بدائل مختلفة و متعددة للحل.

اختيار الحل المناسب.

تطبيق الحل المختار و تقييم النتائج.

ملاحظة: هذه الجزئية من العلاج لم يتم إدراجها ضمن البرنامج العلاجي وذلك لأنها بحاجة لوقت كبير لتعليمها للمرضى، كما أنه يمكن إجراء دراسة متكاملة حول فعالية أسلوب حل المشكلات مع حالات اضطراب القلق العام.

خامساً: التعريض المتخيل:

في حالة المشاكل الافتراضية يعمل الانشغال القلبي على تجنب التفكير أو الإحساس بالأثر الوجداني للخطر.

* تجنب داخلي للصور العقلية للخطر.

* تجنب خارجي للأحوال المولدة للغموض و عدم اليقين.

* مساعدة المريض على اكتشاف الصور أو الأحوال التي يتجنبها.

التعريض المتخيل لهذه الصور و المواقف و لمدة مناسبة حتى يتم انطفاء القلق المترتب عليها.

من المعروف أن المريض يتجنب مواقف الخوف لذلك بعض المشاكل المفترضة التي ستحدث ويحاول حلها في عقله حتى لو صارت، لذلك نطلب منه تخيل موقف فيه نوع من الخوف.

توجد عدة طرق للتعريض التخيلي منها:

-تحضير المريض، أي شرح له معنى التخيل "تري، تسمع، تحس" وذلك لخلق صورة داخلية عن الحدث، وتكون قادر أن تحتفظ بها وتشكل فيها "تغير، تزيد، تنقص".

-نقوم بعمل تمرين مع المريض حتى يفهم معنى التخيل ويفهم الطريقة نفسها، يستحضر الصورة ويركز فيها أكثر فأكثر وفيها "وقف، قلل الأهمية، استبدلها" "الإلهاء" واستراتيجيات تجنب معرفي.

-اطلب من المريض تخيل النتيجة السلبية مثلاً أقول له (تخيل ما أسوأ شئ ممكن يصير)، واطلب منه أن يصور الحدث حسياً ومعرفياً مثلاً ماذا سيحدث، ماذا ترى، ماذا تحس، يحتفظ بالصورة على المستوى الحسي ولا تخرج إلى المستوى المعرفي الذي يؤدي إلى التجنب المعرفي "ماذا سنتسمع، ماذا ستحس، ماذا ستري"

مثال تخيل تقنية المكان الآمن، منظر طبيعي، صوت الماء، صوت العصافير، الورد الملون، ماذا تشعر، هل تسمع الأصوات، ماذا تحس.

سادساً: الوقاية من الانتكاس:

* مراجعة المعلومات و المهارات المكتسبة خلال العملية العلاجية.

* تشجيع المريض على الاستمرار في ممارسة هذه المهارات في حياتهم و عند التعرض لضغوطات الحياة.

* مساعدة المريض على تقييم التقدم الذي أحرزه بطريقة موضوعية.

* مساعدة المريض و تشجيعه ليصبح معالجاً لنفسه. (المصري، 2011: 107-109).

الفنيات والاستراتيجيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام:

1- تقنية تحديد الأفكار التلقائية السلبية الخاطئة والعمل على تصحيحها وتعديلها:

The Technique of identifying automatic ideas and correcting them

يقصد بالأفكار التلقائية، تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحياناً بدون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير معقولة، وتكون السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، والأفكار التلقائية هذه دائماً ما تكون ذات صفة سلبية لحدث أو حالة معينة، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية.

وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، ولذلك يطلب من المريض أن يسجل الواجبات اليومية على ورقة ويدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به، وتعتبر هذه الواجبات اليومية جزء من العلاج.

ويرى بيك (2000، 189) أن الشخص قد يكون غير مدرك تماماً للأفكار التلقائية التي تؤثر كثيراً على أسلوب المريض وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته، غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكه لهذا الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق. (بيك، 2000: 189). وفي هذه الفنية يطلب المعالج من المريض أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له ضيقاً لا مبرر له، أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي. ونجد أن الأفكار التلقائية تزداد قوة وبروراً بزيادة شدة المرض، ففي الاضطرابات النفسية الشديدة تكون الأفكار واضحة كما هو في الحالات الشديدة من الاكتئاب والقلق البارانونيا. ففي القلق مثلاً نجد أن هواجس المريض تتعلق بالخطر. أما الأشخاص الذين يعانون من اضطراب خفيف في المشاعر والسلوك فقد تخفى عليه الأفكار التلقائية، وبالتالي لا تجذب انتباهه رغم فعلها في شعوره وسلوكه. وفي هذه الحالات يستطيع الشخص بشيء من التركيز أن يظهر هذه الأفكار بسهولة ويتعرف عليها. وتبدو هذه الظاهرة بوضوح في مرضى الاضطرابات النفسية الخفيفة. (الحلبي، اليحي، 1995: 271).

يتم تحديد وتعديل المعارف اللاتكيفية، عن طريق طلب المعالج من المنتفع الانخراط في القلق النشط وذلك من خلال الآتي:

- 1- يحدد المعالج والمنتفع أحد القضايا التي تقلق المنتفع بشكل متكرر.
- 2- يطلب المعالج من المنتفع أن يغمض عينيه ويقلق بشأن هذا الموضوع بأسلوبه المعتاد لمدة دقيقة.
- 3- يسأل المعالج المنتفع أن يصف بالتفصيل الأفكار والتصورات وتدفق الائتلافات التي حدثت أثناء فترة القلق.
- 4- يطلب المعالج من المنتفع أن يكرر القلق لمدة دقيقة، وأن يعبر لفظياً عن الأنشطة المعرفية.
- 5- يطلب المعالج من المنتفع أن ينتبه إلى المحتوى المعين كل مرة يبدأ فيها القلق، ويشجع المنتفع على تحديد مثيرات القلق.

والهدف من هذا النشاط هو تحديد المعارف السالبة المعينة التي تصاحب القلق، ويمكن عمل ذلك من خلال أسئلة مثل "ماذا توقعت أن يحدث؟، بماذا أخبرت نفسك؟"، وفي الخطوة الأخيرة يتم تصويب الأفكار اللاتكيفية وتستبدل باستخدام طرائق متعددة منها: التعرف على المعارف اللاتكيفية والمفاهيم المغلوطة بسبب الخطأ المعرفي الذي يتعلق بسوء تقدير الاحتمالية "سوء تقدير حدث غير محتمل وغير مرغوب فيه"، والتفكير الكارثي "وضع الأمور في غير نصابها الحقيقي"، ومناقشة هذه الأفكار والمفاهيم من خلال الحوار السقراطي بين المنتفع والمعالج "مناقشة الأدلة بشكل نقدي من خلال الحوار الذي يكشف سوء تقدير الاحتمالية للموقف المقلق".

ويتم التعديل من خلال تدريب المنتفعين على سجل التعامل مع الأفكار الآلية (لتعديل الأفكار وتصحيحها). بالجدول التالي:

جدول رقم (3) يوضح آلية تعديل الأفكار

المشاعر بعد	الفكرة البديلة	الأدلة		الأفكار الآلية		المشاعر		الموقف	
		مع	ضد						

إعداد د. مصطفى المصري

العلاج المعرفي السلوكي - نماذج

مما سبق ترى الباحثة أن هذه الفنية تفيد كل من المعالج والمريض في التعرف على الأفكار السلبية التي تؤدي إلى التوتر، ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية، ومن ثم تفيد المعالج في اختيار الأسلوب المناسب للعلاج.

2- تقنية المراقبة الذاتية: The Technique of self Monitoring

يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في فكرة أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المريض. ويحرص المعالج على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن خلال عملية التقييم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعداد صياغة لمشكلة المريض والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية، وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى

انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته.

ويطلب المعالج من المريض تعبئة هذه الاستمارة بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والخوف، والأعراض الجسدية والأفكار التي صاحبته. ومن الممكن أيضاً أن يقوم بتقييم قلقه بمقياس من (صفر - 100) ليصف كيف يواجه الموقف، ونضع هذه المعلومات أساساً لتسجيل مدى تكرار نوبات التوتر أو أي أعراض جسدية أخرى، ويساعد المعالج على معرفة مصادر ومظاهر القلق لدى المريض كما تساعد مراقبة الذات المريض على رؤية متابعه بشكل مختلف فتشجعه على المحاولة، وأن يكون موضوعياً مع نفسه مما يساعده على تحديد مشكلته بأسلوب سلوكي معرفي متعلم، ومن ثم تستخدم المعلومات من قوائم مراقبة الذات في الجلسة التالية كأساس للنقاش. وتعد هذه الوسيلة وسيلة مقبولة تماماً، فتتزايد السلوكيات المرغوب فيها وتتناقص السلوكيات غير المقبولة عندما يتم مراقبتها. (المحارب، 2000: 118).

وتتم المراقبة الذاتية من خلال الجدول التالي: سجل الأفكار اليومي Daily Thought Record التعليمات خلال الأسبوع القادم الرجاء التوقف والتفكير عندما تشعر ببعض المشاعر، رجاءً سجل الموقف المزعج مباشرة (الموقف، متى يحدث، أين يحدث، مع من يحدث، ماذا يحدث) و المشاعر المزعجة التي أحسست بها ودرجة شدتها من (0-10) وما هي الأفكار التي دارت في عقلك خلال الموقف ودرجة اقتناعك بصحتها من (0-10) يفضل التسجيل أثناء الموقف نفسه أو بعده مباشرة في أقرب وقت لضمان الدقة، وهذا الجدول يساعدك على مراقبة ذاتك والتعرف على طبيعة ما يحدث معك.

نموذج متابعة للأفكار والمشاعر والسلوك (A.B.C)

جدول رقم (4) يوضح آلية المراقبة الذاتية للأفكار والمشاعر والسلوك.

الموقف أو الحدث	المشاعر	الأفكار	السلوك

إعداد د. مصطفى المصري

العلاج المعرفي السلوكي - نماذج

مما سبق ترى الباحثة أن هذه الفنية تساعد المعالج والمريض على تحديد قوائم المشكلات بشكل موضوعي، وأن يتعرف على الأعراض الجسدية والآثار النفسية، ومن ثم تساعد المعالج في التقييم وإيجاد الأسلوب الأمثل في العلاج، وتعطي المريض تغذية راجعة عما يحدث معه مما يعطيه تعزيز إيجابي نحو العلاج.

3-تقنية صرف الانتباه:

تستخدم فنية صرف الانتباه في العلاج المعرفي السلوكي لأهداف محددة وقصيرة الأمد، وذلك بأن يطلب من المريض الذي يعاني من القلق، مثلاً صرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها لأن التركيز على هذه الأعراض يجعله يزداد سوءاً، وفنية صرف الانتباه بعض الجوانب السلبية التي قد تؤثر على سير العملية العلاجية على المدى البعيد عندما يستخدمها المريض كأسلوب لتجنب الأعراض.

ويستطيع المعالج استخدام فنية صرف الانتباه في بداية العلاج لكي يجعل المريض يدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، وهذه خطوة مهمة جداً في العلاج، وقد تستخدم في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض عندما يكون المريض في وضع لا يسمح بتحدي الأفكار التلقائية.

ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للمريض.

ومن هذه الأساليب ما يلي:

- 1-التركيز على شيء معين: يدرّب المنتفع على التركيز على شيء ما يصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة التالية"أين هو بالضبط، ما حجمه، كم يوجد منه".
- 2-الوعي الحسي: يدرّب المنتفع على ملاحظة البيئة المحيطة ككل باستخدام الحواس مستعيناً بالأسئلة التالية"ما الذي تراه بالضبط إذا نظرت حولك، ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك"
- 3-التمرينات العقلية: يشمل ذلك مثلاً على العد إلى الخلف من 100 ي طرح 7 كل مرة، أو التفكير بأسماء حيوانات تبدأ بحرف معين، أو تذكر حادثة بالتفصيل.
- 4-الذكريات والخيالات السارة: تذكر الحوادث السارة بأكبر قدر من الوضوح مثلاً رحلة سعيدة أو تخيل ما الذي سيفعله لو كسب شيء غير متوقع.(المحارب، 2000: 208- 211).

مما سبق ترى الباحثة أن فنية صرف الانتباه تفيد في خفض القلق والتوتر بعدة طرق من شأنها أن تصرف انتباه الفرد عن الأعراض التي يشعر بها نتيجة للأفكار التي تدور في ذهنه، مما يؤدي به إلى تغيير محتوى تفكيره في أمور أخرى تجعله أكثر هدوءاً وأقل توتراً.

4-تقنية التعريض: Exposure Technique

القلق هو تعبير غير طبيعي عن الرغبة التكيفية الطبية والارتقائية لإعداد الشخص للمستقبل وتجنب الأحداث السالبة من الوقوع، وهو أيضاً نشاط غير سار إلا أنه باق لأن التوتر الذي يصاحبه يصادق على القلق نفسه من خلال الاستدلال الوجداني، بالإضافة إلى أن سلوكيات الأمان هي استراتيجيات تجنب تحصن القلق من التحريف ومن ثم تحفظه وتبقيه، لأن المريض غير قادر على فحص ما إذا كانت النتيجة المقلقة سوف تحدث بالفعل أم لا.

والتعرض للقلق وتقبل القلق استراتيجيات تستهدف العمليات التي تبقى على القلق، فالتعرض للقلق يشجع المريض على تخيل سيناريو الحالة الأسوأ التي يتم تجنبها بالقلق، ويمكن استكشاف هذه السيناريوهات بشكل فعال من خلال استخدام النصوص المكتوبة التصويرية.

ومن المحتمل أن هذا التدريب يستميل مشاعر سالبة، فالميل الطبيعي يتمثل في كبح الوجدان السالب أو استخدام استراتيجيات أخرى للحد من الخبرة السالبة، ومن المفيد تقديم النقبل كمدخل مختلف للتعامل مع الانفعالات السالبة. (الحجار، 2000م: 55).

كما أنه مكون رئيسي في العلاج المعرفي السلوكي وكذلك في العلاج السلوكي لاضطرابات القلق، وهو يتضمن تعريض الفرد للموقف أو المواقف التي تسبب له القلق، فقد وجد الباحثون في هذا المجال، أن التعريض المستمر على المثيرات التي تسبب القلق ينتج عنه تشتت استجابة القلق لدى الفرد الذي يعاني من القلق، فالتعريض له عدة أشكال يتخذها منها: التعريض التخيلي والتعريض المتدرج، والتعريض في الحي (الواقع) وهذا النوع من التعريض يكون بدون تدرج، ولا بد من توفر شروط لهذا النوع من التعريض من أهمها موافقة المريض، كما يوجد أنواع أخرى من التعريض منها التعريض بمساعدة المعالج للموقف الذي يسبب القلق بطريقه مباشرة.

الهدف من هذه الفنية التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفاؤها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية ومواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق من ناحية أخرى وتختلف طريقة التعرض باختلاف مكان المواجهة وأسلوب المواجهة. (سعافن، 2003: 141-142).

مما سبق ترى الباحثة أن فنية التعريض من الفنيات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي وخاصة في حالات القلق، حيث تعد من أفضل الوسائل نجاحاً لهذا المرض. فإذا لم يتعرض الشخص للموقف المزعج فإنه سيتجنبه ومن ثم سيعزز هذا السلوك الخاطئ ويبقى في دوامة الاضطراب. فالتعرض يكون في البداية مزعجاً لدى الشخص ولكن سرعان ما يتحول إلى إطفاء للسلوك المزعج ويشعر بالراحة.

5- تقنية التخيل: Imagine Technique

لقد بدأت تظهر هذه الطريقة في المجال العيادي في بداية الستينيات من هذا القرن وكان أول من وصفها توماس ستامفل (Thomas Stampfl, 1961). واعتمد ستامفل في تطويره لهذا الإجراء نظرية العاملين لمورو (Mowrer, 1939) والتي تقوم هذه الفنية على افتراضين أساسيين هما: يُكتسب القلق وفق قوانين الاشتراط الكلاسيكي.

يولد القلق السلوك التجنبي والذي يتعزز بدوره عن طريق تقليل مستوى القلق، ويرى (مورو) أن المثيرات التي تقترن بالألم أو الحرمان تحدث ردود فعل انفعالية سلبية وهذه الانفعالات بدورها تؤدي إلى استجابات تجنبيه دفاعية وتعزز الاستجابات الدفاعية التي تؤدي إلى إزالة أو إيقاف المثير الشرطي الذي يبعث على الخوف أو القلق بنجاح.

وأشار بيك Beck إلى أن فنية التخيل تستخدم في علاج اضطرابات القلق لتوضيح العلاقة بين التفكير والعواطف، فيطلب المعالج من المريض أن يتخيل مشهداً أو منظرًا غير سار ويلاحظ استجاباته، فإذا أظهر المريض استجابات انفعالية وعاطفية سالبة عندئذ يبحث عن محتوى أفكاره. ثم يطلب المعالج من المريض أن يتخيل مشهداً سار يوصف مشاعره حتى يستطيع المريض أن يدرك عن طريق التغيير في محتوى أفكاره التي أثرت في مشاعره، وبالتالي يمكن أن يغير مشاعره إذا غير أفكاره.

وتعتبر فنية التخيل من أفضل الفنيات المساعدة في العلاج المعرفي، فيطلب المعالج من المريض أن يغلق عينيه ويخبره عن التخيلات التي تأتي بخياله تلقائياً أو تخيل صورة موقف معين يرى المعالج أن له علاقة باضطرابه وذلك بالاستعانة بالمعارف التي سبق جمعها عن المريض.

وتسمى هذه الفنية في بعض الأحيان إعادة التخيل أو التصور.

وهناك تخيل مشهد آمن مطمئن مثل الشاطئ، البحر، الغابة، القطار، وتتم من خلال ما يلي:

- خذ وضع مريح لك إما الجلوس أو الاستلقاء، واسترخي مع الحرص على أخذ الوقت الكافي للوصول إلى الاسترخاء الكامل لجميع أجزاء الجسم.

- اطلب من عقلك أن يعرض صورة المشهد المطمئن حتى تبدو لك الصورة وكأنها حية.

- لاحظ الأشياء من حولك في هذا المشهد وانظر إلى الألوان والأشكال والأصوات، واسأل نفسك عن الأصوات التي تتراعى إلى سمعك والروائح الموجودة في الهواء، ماذا ستفعل، ما الأحاسيس الجسدية التي تشعر بها، حاول أن تلاحظ كل شئ في المشهد والتمتع به.

(معوض، 1996: 106).

مما سبق ترى الباحثة أن فنية التخيل تساعد في تعلم وإدراك أن تغيير الأفكار السلبية التي تؤدي إلى مشاعر سلبية، تؤدي إلى تغيير هذه المشاعر نتيجة تغيير محتوى الأفكار و إبدالها بأخرى ايجابية.

6-تقنية الواجبات المنزلية: Homework Technique

تلعب الواجبات المنزلية دورًا هامًا في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي، حيث إنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختتم بها المعالج المعرفي كل جلسة علاجية، وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والمريض، يزدادان أو ينقصان، وذلك يؤثر في طريقة أداء المريض في كل خطوات أو مهام البرنامج العلاجي، ويستطيع المعالج تقوية العلاقة العلاجية بتكليف المريض بعمل واجبات منزلية، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثاً.

وتستخدم الواجبات المنزلية لتحسين إدراك الأفكار الأوتوماتيكية التلقائية السلبية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالية، كما أنها تساعد على تقدم العلاج المعرفي سريعاً، وتعطى فرصة للمريض لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية لمعرفة أفكاره المختلفة واتجاهاته غير العقلانية ومحاولة تعديلها، كما و تعتبر جزء متمم لنتائج العلاج. وتأخذ عدة أشكال فيطلب المعالج من المريض تسجيل الأفكار الأوتوماتيكية، والاتجاهات المختلفة وظيفياً، أو إجراء تجربة سلوكية أو معرفية لها أهداف محددة ومتعلقة بمشكلته، ويجب أن يلاحظ المعالج أن للواجبات المنزلية دوراً

هامًا في زيادة فعالية العلاج المعرفي وتكوين الألفة والتعاون بينه وبين المريض إذ اهتم ببعض النقاط التالية:

- * إعطاء واجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بمشكلة المريض.
 - * تفسير وتوضيح الأساس المنطقي لكل واجب منزلي.
 - * توضيح كيفية إجرائها، والتأكد من استيعاب المريض لهذه الإجراءات.
 - * مراجعتها في بداية كل جلسة.
 - * تحديد زمن محدد في نهاية كل جلسة لتقرير تلك الواجبات المنزلية.
 - * فحص الأسباب الكامنة وراء عدم إتمام الواجبات المنزلية عند بعض المرضى.
- في حين قد يؤثر الواجب المنزلي بشكل حرج على فعالية العلاج المعرفي وذلك لعدم قدرة المعالج على شرح فلسفة وأهمية الواجب المنزلي، وسوء فهم بعض المرضى له. ويعتبر بعض المرضى أن الواجب المنزلي اختبار للكفاءة الشخصية، والمهارة الشخصية. كما يجب على المعالج أن يوجه نظرهم إلى أن كل ذلك أفكار محرفة وتسهم في إعاقة العلاج ويحاول فحصها وتصحيحها. (معوض، 1996: 117-118).

ترى الباحثة أن الواجبات المنزلية تستخدم لتعريف المريض بارتباط الأفكار الآلية وعلاقتها برودها الانفعالية، كما أنها تؤكد للمعالج فهم المريض لتقنيات العلاج، وتعطي فرصة للمريض لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية لمعرفة أفكاره المختلفة واتجاهاته غير العقلانية ومحاولة تعديلها.

7- تقنية الحوار الذاتي: Monologue Technique

ويكون الحوار الذاتي عن الأفكار الأساسية في النظرية المعرفية أن الإنسان يسلك بحسب ما يفكر، وفي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص لتعديل مستوى أفكارهم التي تثير القلق والاكتئاب وعدم الثقة. إن الحوار مع النفس عند أي نشاط معين من شأنه أن ينبه الفرد إلى تأثير أفكاره السلبية على سلوكه، وحديث المرء مع نفسه وما يحويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه هو السبب في تفاعله المضطرب، ولهذا يعتمد المعالج المعرفي السلوكي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث والعمل على تعديله

كخطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه، خاصة المواقف التي تستثير القلق.
(عوض، 2001: 112).

وظيفة الحوارات الذاتية المطمئنة:

- التأكيد على أن لديك خطة للسيطرة على هذا الموقف.
- طمأنة المنتفع بأنه لا داعي للقلق، وان لديك المهارات اللازمة للسيطرة على الموقف.
- التأكيد على أن الخوف والتوتر والقلق ليس له أساس من الصحة وأن أسوأ ما يمكن أن يحدث هو.
- الحد من التوقعات البعيدة غير المنطقية وتوقع الأفضل مثل سأنجح في ذلك، يجب أن أخول الأمر هكذا.
- توجيه نفسك نحو إيقاف الأفكار الكارثية التي تنغص حياتك ومواجهه التحديات والصعوبات.
- ومن الحوارات الذاتية المطمئنة (عبارات السيطرة) التي يمكن للمنتفع استخدامها ما يلي:
 - * أنا أتوقع حدوث أخطاء و زلات.
 - * استرخ، تنفس بعمق ولا بأس من ارتكاب بعض الأخطاء، سأكون راضياً عن مجهودي الطيب.
 - * أنا أستطيع القيام بذلك، و لا بأس ببعض التوتر فقط واصل التنفس.
 - * هذا الشعور غير مريح أو غير سار، ولكن يمكن أن أتحملة.
 - * بإمكانني أن أكون قلقاً وأظل قادراً على التعامل مع هذا الموقف.
 - * بإمكانني معالجة هذه الأعراض والأحاسيس.
 - * هذه فرصة لكي أتعلم السيطرة على أعصابي ومخاوفي.
 - * سوف ينتهي كل ما أشعر به بعد قليل.
 - * سوف أجتاز ذلك، ولا يجب أن أدعه ينال مني.
 - * أستحق أن أشعر بأنني على ما يرام.
 - * بإمكانني أن أستغرق كل ما يلزمني من الوقت لكي أبتعد عن الموقف وأسترخي.
 - * لقد نجوت من ذلك، وسوف أنجو منه هذه المرة أيضاً.
 - * بإمكانني أن أفعل ما علي فعله بالرغم من مشاعر القلق.
 - * هذا القلق لن يؤذيني إنه مجرد شعور بعدم الارتياح.

- * هذه مجرد ردود فعل ناتجة من استجابات المواجهه والانسحاب ولن تضرنني في شئ.
- * هذه مجرد شعور و أوهام وليست أفكار حقيقة ولن أجعلها تؤثر علي..
- * لست بحاجة إلى هذه الأفكار المؤلمة بإمكانني اختيار التفكير بشكل مختلف.
- * هذا ليس خطير.
- * ماذا يمكن أن يحدث بعد ذلك،ماذا أتوقع، ما أسوأ ما يمكن أن يحدث.

(الغدیان،2010: 140 - 154).

ترى الباحثة أن المعالج المعرفي السلوكي يحاول تحديد مضمون الحديث الذاتي والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه خاصة المواقف التي تثير القلق والاكتئاب.

8 - تقنية التدريب على الاسترخاء: Relaxation

لاشك أن الضغوط النفسية تعتبر آفة العصر وأنها تزداد يوماً بعد يوم مما يجعلها تمثل حجر الزاوية في نشوء الاضطرابات النفسية، وبصفة خاصة مع ازدياد التقنية ومطالب الحياة وكذلك تشابك ظروف الحياة في عالمنا المعاصر. ولهذا فان الاسترخاء يعتبر أمر مطلوب في حد ذاته في مواجهة الضغوط النفسية وما ينشأ من قلق أو مخاوف وتشتت وتزاحم في الأفكار، بل وما ينتج عن هذه الضغوط من اضطرابات نفسية (فسيولوجية) مثل قرحة المعدة وأمراض القلب بل أن بعض العلماء يُرجع مرض السرطان إلى هذه الضغوط ولهذا يحتاج المعالج أن يستخدم أسلوب الاسترخاء مع مرضاه في مرحله مبكرة جداً من العمل معهم لأنه يعمل على تهدئة الفرد.

هناك العديد من طرق الاسترخاء ومنها:

التنفس البطني:

- استلق في مكان هادئ و أغلق عينيك، ركز للحظة على الأحاسيس التي تسري في جسمك خاصة في المناطق التي تشعر فيها بالشد.
- ضع إحدى يديك على صدرك والأخرى على بطنك أسف الخصر مباشرة، وأثناء الشهيق تخيل أنك ترسل الهواء إلى جميع أجزاء جسمك، ولاحظ أن يدك التي على صدرك تظل ساكنة إلى حد ما، أما التي على بطنك ترتفع وتنخفض مع كل نفس.
- استمر بالتنفس بهدوء شهيقاً وزفيراً، ودع تنفسك يحدد سرعته بنفسه (الغدیان،2010: 75).

ومن أكثر طرق الاسترخاء شيوعاً هي برامج العلاج التي طورها عالم النفس الأمريكي **جاكوبسون Jacobsen**، وهو من أوائل العلماء الذين بحثوا في تدريبات الاسترخاء وتطبيقاتها في مجال العلاج النفسي، وقد توصل إلى أن حالة الاسترخاء خبرة مضادة لحالة القلق والانفعالات الحادة، وتقوم الفكرة الأساسية لفنية الاسترخاء على أن الجسم في حالة القلق والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي والتوتر النفسي، وتكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان في حالة القلق. وإذا تم إيقاف أو تحويل حالة التوتر والشد العضلي لجسم الإنسان إلى حالة من الاسترخاء، فإن التوتر النفسي لا يمكن أن يستمر على نفس الوضع، إنما يتحول إلى حالة من الاسترخاء مما يخفض درجة القلق عند الإنسان. وبذلك لا يكون الإنسان متوتراً جسدياً ومسترخياً نفسياً في آن واحد، أو بمعنى آخر نستطيع أن نؤكد بوجود علاقة تلازمية قوية بين التوتر العضلي والتوتر النفسي لدى الإنسان، فإذا زال التوتر العضلي فإن التوتر النفسي يزول، ويعزز هذا المبدأ العلمي قول الرسول صلى الله عليه وسلم عن الغضب (إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس، فإن ذهب عنه الغضب، وإلا فليضطجع). [رواه أبو داود]، فتحول الإنسان الغاضب "المتوتر" من وضع الوقوف إلى وضع الجلوس يعني تحول عضلاته نسبياً من حالة الشد إلى حالة الاسترخاء، وبالتالي خفض حالة الغضب عنده.

فالإنسان المتوتر أكثر عرضة للقيام بسلوكيات غير مرغوبة بل قد تسبب له مشاعر سلبية مثل القلق، فالاسترخاء عامل عضلي نفسي يعمل على خفض التوتر، لأن الخبرة الذاتية لأي حالة من الحالات الوجدانية لها ارتباط بعملية تقلص العضلات التي ترافقها بشدة. بمعنى آخر إن هناك علاقة بين درجة التوتر العضلي وبين إدراك الفرد لحالته الانفعالية، فإذا زال التوتر العضلي فإن الإنسان تزول عنه حالة التوتر النفسي الوجداني، فعملية الاسترخاء تساعد على إطلاق التوتر والقلق، مما ينتج عنه توافق أفضل مع الموقف الذي سبب القلق، كما أن إطلاق التوتر العضلي يحسن قدرة الإنسان على الاستماع لما يقوله الآخرون والتفكير بشكل أفضل ومن ثم التفاعل مع الحدث بطريقة إيجابية.

وتدريبات التأمل لها فائدة كبيرة في العديد من الاضطرابات، خصوصاً إذا كانت المشكلة مرتبطة بالتفكير التأملي في أحداث الماضي "كالقلق الاجتماعي، أو قلق المستقبل، أو الوسواس القهري، أو اضطراب القلق العام"، فهي تساعد الفرد في التركيز على اللحظة الحالية وتشجع الوعي

اللاحكمي من أجل المقاومة المباشرة للانفعال المسبق بأحداث الماضي أو المستقبل، ومن الممكن أن استراتيجيات التأمل التي تركز على الصور تفيد في كسب خطوة نحو الأفكار والتصورات والدوافع المرغوب فيها، وربما تعلم المنتفع أن يتحرر من الخبرات الداخلية الخاصة بموضوع قلقه، على سبيل المثال قد يطلب المعالج من المنتفع أن يحول فكرة مقلقة إلى ورقة شجر تطفو فوق خليج صغير، ثم يشاهد الورقة وهي تطفو بعيداً، أو يحولها إلى سحابة في السماء، ويشاهد الرياح وهي تحمل السحابة بعيداً.

هذه الإستراتيجية من الممكن أن تعلم المنتفع أن "أنا لست أفكاري"، والفكرة والقلق نتاج عقلي وليست حقيقية، سوف أزع القلق يمر، سوف أصبح على ما يرام، لكن الأمر في ذلك يعتمد على الشخص والمشكلة.

أمثلة على استراتيجيات الاسترخاء والتأمل:

- تدريبات التأمل والتفكير.
 - تدريبات تركز على التنفس.
 - تدريبات تركز على الحس.
 - تدريبات تركز على التصور.
 - تدريبات اليوجا التي تركز على التنفس من الممكن أن تكون مفيدة في الحد من الإثارة الذاتية المفرطة لدى بعض اضطراب القلق العام. (هوفمان، 2012: 156).
- ملاحظة: جميع الاستراتيجيات والتقنيات التي وردت في هذا المبحث تم إدراجها ضمن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

من النماذج والمواقف الإسلامية حول استخدام النبي صلى الله عليه وسلم

للعلاج المعرفي السلوكي في حالة اضطراب القلق العام.

وقد وجد القلق منذ بدء الخليقة وقد ورد في القرآن الكريم في عدة مواضع أذكر منها على سبيل المثال قصة خلق أبينا آدم و أمنا حواء عليهما السلام عندما كانا في الجنة ووسوس لهما الشيطان ليخرجهما من الجنة وهذه الآيات توضح آلية حدوث الموقف والشعور والأفكار التي وردت لديهم وتصرفهم وكيف تم علاجها والعودة إلى الراحة والهدوء النفسي ﴿قَالَ رَبَّنَا ظَلَمْنَا أَنفُسَنَا وَإِن لَّمْ تَغْفِرْ لَنَا وَتَرْحَمْنَا لَنَكُونَنَّ مِنَ الْخَاسِرِينَ 23﴾، قَالَ اهْبِطُوا بَعْضُكُمْ لِبَعْضٍ عَدُوٌّ وَلَكُمْ فِي الْأَرْضِ مُسْتَقَرٌّ وَمَتَاعٌ إِلَىٰ حِينٍ 24﴾، قَالَ فِيهَا تَحْيَوْنَ وَفِيهَا تَمُوتُونَ وَمِنْهَا تُخْرَجُونَ 25﴾، يَا بَنِي آدَمَ قَدْ أَنْزَلْنَا عَلَيْكُمْ لِبَاسًا يُؤَارِي سَوْآتِكُمْ وَرِيشًا وَلِبَاسُ التَّقْوَىٰ ذَٰلِكَ خَيْرٌ ذَٰلِكَ مِنْ آيَاتِ اللَّهِ لَعَلَّهُمْ يَذَّكَّرُونَ 26﴾، يَا بَنِي آدَمَ لَا يَفْتِنَنَّكُمُ الشَّيْطَانُ كَمَا أَخْرَجَ أَبَوَيْكُم مِّنَ الْجَنَّةِ يَنْزِعُ عَنْهُمَا لِبَاسَهُمَا لِيُرِيَهُمَا سَوْآتِهِمَا إِنَّهُ يَرَاكُمْ هُوَ وَقَبِيلُهُ مِنْ حَيْثُ لَا تَرَوُهُمْ إِنَّا جَعَلْنَا الشَّيَاطِينَ أَوْلِيَاءَ لِلَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ 27﴾. (الأعراف: آية/19 - 27).

موضوع العلاج المعرفي السلوكي موجود منذ قديم الزمان وقد استخدمه رسول الله صلى الله عليه وسلم في سنته المشرفة وخير دليل على ذلك هذه القصة التي وردت في كتب السيرة النبوية"روى أبو أمامه أن غلاما شابا أتى النبي صلى الله عليه وسلم فقال له: يا نبي الله أتأذن لي بالزنا؟ فصاح الناس به، فقال صلى الله عليه وسلم"ادن"قدنا حتى جلس بين يديه. فقال النبي صلى الله عليه وسلم"أتحبه لأمك؟"قال لا... جعلني الله فداك. قال صلى الله عليه وسلم"كذلك الناس لا يحبونه لأمهاتهم"،أتحبه لابنتك؟"قال لا... جعلني الله فداك قال"كذلك الناس لا يحبونه لبناتهم"،أتحبه لأختك؟"قال لا... جعلني الله فداك. فوضع النبي صلى الله عليه وسلم يده على صدره وقال:"اللهم طهر قلبه، واغفر ذنبه، وحسن فرجه"فلم يكن شئ أبغض إليه منه"(يعني الزنا). (رواه أحمد).

وهذا الحديث الشريف يشتمل على نموذج كامل للإرشاد ويتبين منه:

* أن الشاب وجد الحرية في أن يخاطب الرسول صلى الله عليه وسلم، لعلمه أنه بالمؤمنين رؤوف رحيم وأنه المرشد والمعلم لهم في أمور دنياهم.

*أنه عندما صاح الناس به، دعاه الرسول صلى الله عليه وسلم ليندو منه، وهذا الاقتراب هو الذي يتحقق من خلال العلاقة الإرشادية، وجهاً لوجه والتي تصبح بذلك علاقة مع السائل نفسه رغم وجود الآخرين في نفس المجلس.

*إن الرسول لم ينتقد الشاب أو يغضب منه أو يعنفه، حيث طلب رخصة ليأتي كبيرة من الكبائر، وإنما بدأ صلى الله عليه وسلم بما علمه الله وأتاه من الحكمة في عملية تعليمية عظيمة من خلال رحلة عقلية عميقة.

*في هذه الرحلة العقلية يوجه الرسول سؤالاً وينتظر من الشاب الإجابة عليه.

ويبدأ السؤال بعبارة أتعبه؟ وهذه الصياغة للسؤال توجه الشاب نحو استحضار صورة عقلية فيها الحدث والانفعال والمشاعر: أتعبه لأمك؟ ومن أعز الناس على الإنسان أمه؟ وتأتي الإجابة ربما بصورة فورية لكنها بناءً على ما تربت عليه النفوس في ظل الإسلام، بل وتقرره الفطرة السليمة "لا جعلني الله فداك". وهذه العبارة في مجملها تدل على ما أفعم به الشاب حين تخيل ولو برهة قصيرة أن يحدث هذا لأمه. ولا يتركه الرسول لهذا الاستتكار وإنما يكمل له الصورة "كذلك الناس لا يحبونه لأمهاتهم" فإذا كنت أنت يا من تطلب هذه الرخصة تأبى حدوثه لأمك وتتفر على هذه الصورة فما بالنا بأولئك الذين يرفضون مجرد التفكير فيه وجانب من النساء هن أمهات الآخرين.

وتستمر هذه المخاطبة العقلية "أتعبه لابنتك؟ والابنة جزء من المرء.. وتأتي الإجابة من الشاب: لا.. جعلني الله فداك- ويعقب الرسول صلى الله عليه وسلم ليدله على مبعث هذا السؤال "كذلك الناس لا يحبونه لبناتهم" بمعنى أنك بهذا توقع أذىً كبيراً على البنات، وتتصل المخاطبة "أتعبه لأختك؟" وتأتي الإجابة كسابققتها لا.. جعلني الله فداك.. ونفس الرفض المصحوب بالانزعاج لمجرد تخيل أن يحدث هذا لواحدة من محارمه وفي رواية أخرى تسأل عن العمه والخالة أيضاً.

*ولم يتوقف الرسول عند حدود هذه الإجابات التي طمأنته إلى أن الشاب قد محا هذا الخاطر من نفسه وعدل عن طلبه واستنكره في طي إجاباته استنكاراً يدل على أنه أنكر على نفسه الإقدام على هذا الطلب، وإنما يواصل عطاؤه وهديه فيضع يده الشريفة على صدر هذا الشاب موضع قلبه ويدعو له "اللهم طهر قلبه، واغفر ذنبه، وحصن فرجه".. وهذه الكلمات الطيبات والدعوات

الصالحات هي ما يختم به الهادي البشير هذا الموقف الذي حضره كثيرون وتعلموا من هذه المخاطبة الكريمة وهذه الردود وهم يعيشون نفس الرحلة العقلية ويتوقعون تلك الإجابة من الشاب ويصلون في أنفسهم إلى نفس الاستنكار، وتبدو لهم كما بدت حكمة الشارع جل وعلا في تحريم الزنا.

*لم يقل الرسول انتهى النقاش أو لعك عرفتم حمق طلبك، إنما أعطاه لمسة حانية لمست شغاف قلبه بيده الشريفة وهو يدعو له بطهارة القلب ومغفرة الذنب وتحصين الفرج.

وهذا النموذج من السنة النبوية يعطينا أسس العلاقة بما فيها من التقبل والمعرفة بطبيعة المنتفع وتقريبه ومواجهته ثم العمل مع مشكلته من المستوى التي تنطلق منه، والمستوى في هذا الموقف مستوى عقلي، خاطر نزع من الشيطان ليسول لهذا الشاب أن يأتي ليطلب الرخصة في أمر عظيم ولكنه لم يرتكبه لأن الشرع يمنعه فهو بداخله جانب من الإيمان، ولأن هذا خاطر أو فكرة طارئة فإن الرسول قد خاطبه من مستوى هذا الخاطر وجعله يتصور ولو برهه قصيرة أن يحدث هذا، لم يقل له ماذا تكون مشاعرك وإنما كان السؤال حاسماً "أتحبه؟"، وهذا السؤال يحمل في داخله عدداً من الجوانب تتفاعل مع بعضها البعض جانب إدراكي وجانب صورة مشاعر ولمن؟ لواحدة ممن يطالب المرء أن يدافع عنهن بدمه، كذلك تلمس بداية العلاقة هي تقريب "ادن" وختام الموقف أو العلاقة المرتبطة به بدعاء كريم. (الشناوي، 1995: 490 - 492).

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

- أولاً: الدراسات العربية.
- ثانياً: الدراسات الأجنبية.
- ثالثاً: تعقيب عام على الدراسات.

مقدمة:

شهد العلاج المعرفي السلوكي جملة من التطورات الحديثة، حيث تم إدخال عدد من الاستراتيجيات والفتيات العلاجية، وزاد كم الاضطرابات التي أمكنه التعامل معها، فقد ضم على سبيل المثال لا الحصر مشكلات الأطفال، وكبار السن، والاضطرابات الذهانية، والتخلف العقلي، والآلام المزمنة والأرق، واضطرابات الشخصية والإدمان، واضطرابات القلق بجميع أشكالها. ويتسم هذا المنهج العلاجي بأنه يتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي، حيث يتناول المكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية، إضافة لاستخدامه استراتيجيات المواجهة التي تسهم في منع حدوث الانتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي، وهذا ما جعل الأسلوب العلاجي المعرفي السلوكي أقل أساليب العلاج النفسي فيما يتعلق بحدوث الانتكاسة. وهناك العديد من الدراسات العلاجية الحديثة التي أجريت خلال السنوات الماضية، وذلك لكل اضطراب على حدة، وسوف يتم خلال هذا الفصل التطرق للعديد من هذه الدراسات التي تخص اضطرابات القلق بجميع أشكالها المتنوعة.

دراسات عن العلاج المعرفي السلوكي الخاصة باضطرابات القلق بجميع أشكاله: أولاً: الدراسات العربية:

1. دراسة الزهراني (2013م):

عنوان الدراسة: "فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تخفيض درجة الوحدة النفسية وزيادة درجة الأمن النفسي لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة جدة".
هدفت هذه الدراسة إلى إعداد برنامج إرشادي معرفي سلوكي ومعرفة مدى فعاليته في تخفيف درجة الوحدة النفسية وزيادة درجة الأمن النفسي لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية.
وقد تكونت عينة الدراسة من 456 طالب تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية الطبقية ومن ثم تم اختيار عينة قصدية منهم وتتكون من الطلبة الذين حصلوا على درجات مرتفعة في مقياسي الوحدة النفسية والطمأنينة النفسية والبالغ عددهم 20 طالباً تم تقسيمهم إلى مجموعتين "ضابطة 10، تجريبية 10" وتم تطبيق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي على أفراد العينة التجريبية فقط.

وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في درجة الإحساس بالوحدة النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح المجموعة التجريبية مما يشير إلى فاعلية البرنامج في تخفيض درجة الوحدة النفسية لدى عينة المجموعة التجريبية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في درجة الأمن النفسي لدى عينة الدراسة لصالح المجموعة التجريبية مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في زيادة درجة الأمن النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

2. دراسة الخياط والسليحات(2012م):

عنوان الدراسة: "فاعلية برنامج تدريبي سلوكي معرفي في خفض الضغوط النفسية لدى طلبة كلية الأميرة رحمة الجامعية".

هدفت هذه الدراسة إلى التأكد من فاعلية برنامج في العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية وتحسين التحصيل الدراسي لدى عينة من طلبة كلية الأميرة رحمة الجامعية في البلقاء. وتكونت عينة الدراسة من 40 طالباً تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين تجريبية ضابطة وتجريبية بالتساوي بمعدل 20 طالب لكل مجموعة تم تطبيق مقياس للضغوط النفسية عليهم تطبيق قبلي ومن ثم تم تطبيق البرنامج التدريبي على أفراد المجموعة التجريبية فقط وباستخدام الإجراءات الإحصائية وتحليل التباين المشترك.

وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة فيما يتعلق بمتغير الضغط النفسي لصالح المجموعة التجريبية، وهذا يعني أن البرنامج المعرفي السلوكي فعال في التخفيف من حدة الضغط النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية.
- وقد أوصت الدراسة بإجراء المزيد من الدراسات حول العوامل المؤثرة في التحصيل الدراسي بعد تدريب الطلبة على أسلوب حل المشكلات وخفض الضغط النفسي.

3. دراسة محمد (2012 م):

عنوان الدراسة: "فاعلية برنامج علاجي فردي معرفي سلوكي لاضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة من المرضى في مدينة عمان".

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فعالية برنامج علاجي فردي معرفي سلوكي في التخفيف من أعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة من المرضى في مدينة عمان. وقد تكونت عينة الدراسة من 9 مراجعين للعيادة الاستشارية في قسم العلاج النفسي التابع لوزارة الصحة، 7 منهم ذكور و 2 إناث ممن حصلوا على درجات ما بين متوسطة إلى شديدة على اختبار لبيوترز للقلق الاجتماعي المقنن على البيئة الأردنية، وأكمل 7 منهم البرنامج العلاجي للنهاية، واستخدمت الباحثة تصميم الاختبار القبلي والبعدي للمجموعة الواحدة، وقد تم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس القلق كسمة وكحالة قبل تطبيق البرنامج كقياس قبلي، ثم تلقى أفراد العينة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بشكل فردي والذي تكون من 16 جلسة أسبوعية تراوحت مدة كل منها 50-90 دقيقة وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج تم إجراء القياس البعدي وذلك بتطبيق المقاييس نفسها مرة أخرى.

وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

- تدني المتوسطات البعدية مقارنة مع المتوسطات القبليّة، وأظهر اختبار "ت" فروق دالة على الدرجة الكلية لمقياس القلق الاجتماعي ومقياس بيك ومقياس القلق كسمة وكحالة لدى أفراد العينة.
- وأخيراً فإن الدراسة قد خلصت إلى نتيجة مفادها أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المستخدم في هذه الدراسة كان فعالاً في خفض أعراض اضطراب القلق الاجتماعي لدى أفراد العينة، كما أنه كان فعالاً في خفض درجة الاكتئاب ومستوى القلق.

4. دراسة أحمد (2012م):

عنوان الدراسة: "فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض العصاب القهري لدى عينة من الطلاب ذوي صعوبات التعلم".

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض العصاب القهري لدى عينة من الطلاب ذوي صعوبات التعلم.

وقد بلغت عينة الدراسة 20 طالباً من ذوي صعوبات التعلم، والذين يعانون من أعراض العصاب القهري، وقد استخدم الباحث كل من المنهج التجريبي، واختبار بندر جشطلت البصري الحركي، وقائمة مودزلي للعصاب القهري، واختبار تشخيص صعوبات التعلم، وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي، ومقياس وكسلر بليفو لذكاء الراشدين.

وقد أسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج أبرزها:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة في قائمة مودزلي للعصاب القهري بعد تطبيق البرنامج وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في قائمة مودزلي للعصاب القهري وذلك في اتجاه القياس البعدي.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في قائمة مودزلي للعصاب القهري بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي مباشرة وبعد مضي شهرين كمتابعة.

5. دراسة حجازي (2012م):

عنوان الدراسة: "فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي لخفض مستوى القلق لدى طلاب الثانوية العامة".

هدفت الدراسة للتحقق من فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى القلق لدى طلاب الثانوية العامة بمحافظة شمال سيناء.

وقد تكونت عينة الدراسة من 15 طالب وطالبة من المرحلة الثانوية العامة "عام"، منهم 7ذكور من مدرسة الثانوية العسكرية ومدرسة عماد الدين، و 8 إناث من مدرسة العريش ومدرسة الألفي بضاحية السلام، وقد بلغ متوسط العمر الزمني لأفراد العينة 15,4 سنة، وقد تكونت أدوات الدراسة من مقياس القلق من إعداد محمد جعفر الليل 1995م، ومقياس الأفكار اللاعقلانية كمحك اختيار من إعداد معتز سيد عبد الله ومحمد السيد عبد الرحمن 2002م، والبرنامج العلاجي من إعداد الباحثة واستمارة تقييم الجلسات من إعداد الباحثة 2011م، كما استخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي المعتمد على تصميم المجموعة الواحدة "قبلي وبعدي".

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- ارتفاع مستوى القلق لدى أفراد عينة الدراسة مما أثر على مستوى أدائهم الأكاديمي.
- ارتباط القلق بأفكار ومعتقدات لاعتقالية بحاجة إلى تبديل وتعديل.
- بعد تطبيق البرنامج انخفض مستوى القلق لدى أفراد العينة، وهذا يشير إلى فاعلية البرنامج في خفض مستوى القلق لدى أفراد العينة.
- انخفاض مستوى القلق كان لصالح الإناث أكثر من الذكور ويرجع ذلك إلى طبيعة الذكور في التمرد والاستقلالية، وكذلك طبيعة الإناث في تقبل الحوار والمناقشة.

6. دراسة أبو قورة، ومحمد(2012م):

عنوان الدراسة: "فاعلية برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي في تخفيض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طالبات المرحلة الإعدادية".

هدفت هذه الدراسة إلى تطوير برنامج إرشادي سلوكي معرفي واستقصاء مدى فاعليته في تخفيض الفوبيا الاجتماعية لدى طالبات الصف التاسع والعاشر في مدارس الكلية العلمية الإسلامية. وقد بلغت عينة الدراسة 12 طالبة من طالبات الصف التاسع والعاشر في مدارس الكلية العلمية الإسلامية، واللاتي حصلن على الربيع الأعلى على مقياس الفوبيا الاجتماعية، وقد خضعن لبرنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي مكون من 11 جلسة موزعة على 6 أسابيع بواقع جلسيتين أسبوعياً، مدة كل جلسة تتراوح من 60-90 دقيقة وبمتوسط 75 دقيقة، تم فيها تطبيق استراتيجيات تدريبية سلوكية معرفية مثل إعطاء التعليمات، لعب الأدوار، النمذجة، التغذية الراجعة، الاسترخاء، بالإضافة إلى التعاطف واستبدال الأفكار اللاعقلانية بأخرى عقلانية".

وقد أظهرت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في تخفيض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة الدراسة واستمرار هذه الفاعلية طوال فترة المتابعة والتي بلغت 3 أسابيع.

7. دراسة بليمهوب(2011م):

عنوان الدراسة: "العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق المعمم-دراسة حالة".

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة وتقصي مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة أعراض اضطراب القلق المعمم.

وقد قامت الباحثة بتطبيق بعض فنيات وأساليب العلاج المعرفي السلوكي الخاصة باضطراب القلق المعم على حالة واحدة فقط، حيث تم دراستها دراسة مفصلة ومتعمقة، واستخدمت الدراسة المنهج النوعي والمتمثل في منهج دراسة الحالة.

واشتملت الدراسة على تقييم نفسي معرفي سلوكي شامل للحالة محط الدراسة، ومن ثم استخدام بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي والتي تتضمن الفنيات والأساليب التالية: "تقنية مراقبة الذات، تقنية الاسترخاء، مهارة تأكيد الذات، إعادة البناء المعرفي، التدريب على مهارة حل المشكلات، التدريب على كيفية اتخاذ القرار.

وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

بعد 4 أشهر من تطبيق مهارات العلاج المعرفي السلوكي تحسنت الحالة بشكل ملحوظ، حيث أصبحت أكثر فهماً للقلق الذي ينتابها مما جعلها أكثر تحكماً فيه من خلال المهارات التي تعلمتها في الجلسات العلاجية النفسية والتمثلة في مناقشة الأفكار السلبية بمنطق وعقلانية وواقعية والبحث عن بدائل إيجابية، واستخدام مهارة تأكيد الذات في المواقف التي تشعر فيها بهضم حقوقها أو استغلالها، واستخدام مهارة حل المشكلات حين تواجهها أي مشكلة في المستقبل، فمن مميزات العلاج المعرفي السلوكي المعرفي استقلالية العميل لأنه بإمكانه تعميم استخدام المهارات التي تعلمها دون الرجوع إلى المعالج.

8. دراسة الربيعي(2011م):

عنوان الدراسة: "فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لعلاج اضطراب الخجل الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية في مدينة الرياض".

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى الخجل الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية.

وقد استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي حيث تم تطبيق مقياس الخجل للشناوي(1992) تطبيق قبلي على عينة قصديه من طلبة الصف الأول الثانوي بلغ عددهم 200 طالب منتظمون في 6 شعب دراسية، تم اختيار أعلى 60 درجة على المقياس لتكون عينة الدراسة، وبعد ذلك تم تطبيق

البرنامج الإرشادي عليهم لمدة شهر ونصف، ثم متابعتهم بعد ذلك لمدة أسبوع، وقد تضمن البرنامج 12 جلسة إرشادية وجلسة للمتابعة تم فيها تطبيق القياس البعدي.

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- أن الخجل الاجتماعي ينتشر بين طلاب المرحلة الثانوية وأنهم يعانون منه بنسب متفاوتة على أبعاد مقياس الخجل للشناوي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طلاب عينة الدراسة للقراءات القبلية والبعديّة نحو حالة الشعور الشخصي بعدم الارتياح ولصالح درجات القياس البعدي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طلاب عينة الدراسة للقراءات القبلية والبعديّة نحو حالة الهروب من المواقف الاجتماعية ولصالح درجات القياس البعدي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طلاب عينة الدراسة للقراءات القبلية والبعديّة نحو صعوبة التعبير عن الذات ولصالح القياس البعدي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طلاب عينة الدراسة للقراءات القبلية والبعديّة نحو الدرجة الكلية لمقياس الخجل ولصالح القياس البعدي مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في تخفيض الخجل الاجتماعي لدى عينة الدراسة.

9. دراسة وردة(2011م):

عنوان الدراسة: "أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة-دراسة تجريبية".

هدفت هذه الدراسة للكشف عن الرهاب الاجتماعي وفحص أثر البرنامج المعرفي السلوكي المعد في هذه الدراسة لعلاج الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعة.

تكونت عينة الدراسة من 429 طالب من طلبة علم النفس كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة ورقلة، واستخرج منهم 20 طالب ممن توفرت فيهم الخصائص المطلوبة، تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين "10 ضابطة، و10 تجريبية" تم تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة التجريبية، ومن ثم تم أخذ القياسات البعديّة والتتبعية على مقياس الرهاب الاجتماعي.

واستخدمت الدراسة مقياس الرهاب الاجتماعي والمقابلة التشخيصية المقننة من إعداد الباحثة، واستمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة من إعداد عبد الكريم قريشي، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي واستمارة تقويم البرنامج من إعداد الباحثة.

وكانت نتائج الدراسة كالتالي:

- انخفاض نسبة ذوي الرهاب الاجتماعي المرتفع بين أفراد العينة مقارنة بالمتوسط والمنخفض.
- وجود فروق بين متوسط درجات الرهاب الاجتماعي لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس والفئة العمرية من 19-20 سنة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي لصالح القياس البعدي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الرهاب الاجتماعي.

10. دراسة دبابش (2011م):

عنوان الدراسة: "فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي"مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقدير الذات".

هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء مدى فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض القلق الاجتماعي من خلال قياس القلق الاجتماعي وتشخيصه لدى عينة من طلبة الصف الحادي عشر الثانوي وأثره على تقدير الذات، وذلك من خلال تصميم وتطبيق البرنامج الإرشادي على عينة الدراسة الحالية، ثم التحقق من الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي والفروق بين المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي والكشف عن مدى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض القلق الاجتماعي وأثره على تقدير الذات.

وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها 24 طالب من طلبة مدرسة خالد الحسن الثانوية بمحافظة خان يونس، حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين هما "تجريبية وعددها 12 طالب، وضابطة

وعددهم 12 من الذين يعانون من القلق الاجتماعي، وتم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي و مقياس تقدير الذات على أفراد العينة تطبيق قبلي، ومن ثم تطبيق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي الذي هو من إعداد الباحثة على أفراد العينة التجريبية فقط، وتطبيق نفس المقاييس تطبيق بعدي على المجموعتين، وباستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة تم معالجة البيانات، والخروج بالنتائج والتوصيات.

وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس القلق الاجتماعي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق الاجتماعي في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القلق الاجتماعي في القياس البعدي والتتبعي.
- توجد فاعلية للبرنامج الإرشادي في خفض القلق الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية.
- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس تقدير الذات في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس تقدير الذات في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

11. دراسة المنكوش (2011م):

عنوان الدراسة: "فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض حدة الأحداث الضاغطة لدى عينة من طلاب الجامعة الإسلامية".

هدفت الدراسة للكشف عن مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض حدة الأحداث الضاغطة لدى الشباب الجامعي في محافظات قطاع غزة، ولتحقيق الهدف قام الباحث باختيار عينة للدراسة تكونت من 20 طالب من طلاب الجامعة الإسلامية بغزة، ممن حصلوا على أعلى نسبة في استبانة الضغوط التي وزعها الباحث عليهم، وقسمهم إلى مجموعتين (الأولى ضابطة

وعددهم 10 طلاب، والثانية تجريبية وعددهم 10 طلاب)، واستخدم الباحث استبانة الأحداث الضاغطة وبرنامج إرشادي سلوكي معرفي وكلاهما من إعداد الباحث. وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي والبعدي في خفض حدة الأحداث الضاغطة لدى طلاب المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات طلاب المجموعة التجريبية والضابطة بالنسبة للأحداث الضاغطة الكلية في القياس البعدي والفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي والنتبعي في الأحداث الضاغطة الكلية لطلاب المجموعة التجريبية.

مما سبق يتبين أن البرنامج المعرفي السلوكي كان فعالاً في التخفيف من حدة أعراض اضطراب القلق الاجتماعي، واستمرار الفعالية خلال فترة المتابعة.

12. دراسة الغامدي (2010م):

عنوان الدراسة: "فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف".

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق العام لدى عينة من المرضى المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الطائف للصحة النفسية وقد تكونت عينة الدراسة من 20 مريض تم تقسيمهم إلى مجموعتين "10 ضابطة، و10 تجريبية" واستخدم الباحث مقياس مستشفى الصحة النفسية للقلق من إعداد فهد الدليم وآخرون، والبرنامج العلاجي من إعداد الباحث، واستمارة دراسة الحالة. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود فروق دالة إحصائية بين درجات القلق للقياس القبلي والبعدي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القلق للقياس البعدي والنتبعي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي "التجريبية".

13. دراسة عبد العال(2010م):

عنوان الدراسة: "العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفي السلوكي ومستوى قلق المستقبل لدى طلاب الجامعة بالمعادي".

هدفت الدراسة إلى توظيف مفاهيم المدخل المعرفي السلوكي بطريقة تكاملية انتقائية في وضع برنامج للتدخل المهني لتقليل درجة قلق المستقبل لدى الشباب الجامعي، وكذلك إلى التحقق من أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في تقليل مستوى قلق المستقبل لدى عينة من الشباب الجامعي.

وتكونت عينة الدراسة من 22 شاب "ذكور" جامعي ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس القلق، تم تقسيمهم إلى مجموعتين "11 ضابطة، 11 تجريبية" تم تطبيق برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي عليهم".

وقد استخدم الباحث مقياس قلق المستقبل من إعداد شقير 2005م.

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين "الضابطة والتجريبية" قبل إجراء التدخل المهني وهذا يتيح الفرصة للمقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة والوقوف على أثر استخدام الأساليب العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي في تقليل قلق المستقبل لدى الشباب الجامعي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل لصالح القياس البعدي وهذا يدل على أن التغير الذي حدث على المجموعة التجريبية يرجع إلى التدخل المهني باستخدام الأساليب العلاجية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي، وهذا يشير إلى فعالية التدخل المهني بالعلاج المعرفي السلوكي في تقليل مستوى قلق المستقبل مع المجموعة التجريبية دون الضابطة من الشباب الجامعي.

14. دراسة مقدادي (2008م):

عنوان الدراسة: "فعالية برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت".

هدفت هذه الدراسة إلى فحص أثر برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت.

وتكونت عينة الدراسة من 20 طالباً من الذين حصلوا على أعلى الدرجات في مقياس الوسواس القهري، تم تقسيمهم إلى مجموعتين "الأولى ضابطة وعدد أفرادها 10 منهم 7 ذكور و3 إناث، والثانية تجريبية وعددهم 10 منهم 4 ذكور و6 إناث" تلقى أفراد المجموعة التجريبية البرنامج الإرشادي بينما لم يتلقى أفراد المجموعة الضابطة أية تدريبات أو برامج.

تكون البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي من 12 جلسة مدة كل منها ساعة وبمعدل جلستين في الأسبوع ولمدة 6 أسابيع.

تم تطبيق مقياس الوسواس تطبيق بعدي بعد مرور 7 أسابيع على القياس القبلي وباستخدام الإجراءات الإحصائية وتحليل التغيرات لمعرفة الفروق بين المتوسطات القبلية والبعديّة. وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

- وجود فروق دالة إحصائية على جميع أبعاد مقياس الوسواس القهري بين المجموعتين الضابطة والتجريبية ولصالح المجموعة التجريبية وهذا يثبت فعالية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض الوسواس القهري.

15- دراسة حنور (2007م):

عنوان الدراسة: "فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة".

هدفت الدراسة إلى تخفيف اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب كلية التربية وذلك من خلال اختبار مدى فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي ومدى استمرار فعالية هذا البرنامج على المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة.

وقد تمثلت عينة الدراسة التجريبية في 10 طلاب من الفرقة الثانية والثالثة بكلية التربية في جامعة كفر الشيخ يتراوح أعمارهم بين "18-22 سنة" تم تقسيمهم إلى مجموعتين "5 ضابطة، و 5 تجريبية" تم تطبيق البرنامج العلاجي عليها.

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب وطالبات الجامعة.

- فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في تعديل الأفكار السلبية وغير العقلانية الخاصة باضطراب الوسواس القهري.

- استمرار فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة اضطراب الوسواس القهري لدى المجموعة التجريبية خلال فترة المتابعة والتي تصل إلى 3 شهور.

16. دراسة عبد الرحيم (2007م):

عنوان الدراسة: "فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف قلق المستقبل لدى عينة من المراهقين ذوي كف البصر".

هدفت هذه الدراسة إلى إعداد مقياس لقلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر، وتحويله من صورة مبصر إلى طريقة برايل. كما يهدف إلى إعداد برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف حدة قلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر بالمرحلة الثانوية، والتحقق من مدى فاعليته. وقد بلغت عينة البحث 10 مراهقين ممن لديهم كف بصر من الجنسين (6ذكور، 4إناث)، قسمت إلى مجموعتين متساويتين (3ذكور، 2إناث) إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، تراوحت أعمارهم الزمنية بين (15 و 19 عاماً). وقد تم اختيار العينة من طلاب مدرسة النور للمكفوفين ببني سويف، وذلك بناءً على مجموعة من المعايير، فجميعهم من المكفوفين ولادياً، ومن المقيمين إقامة داخلية بمدرسة النور للمكفوفين، ومن الحاصلين على درجات مرتفعة في مقياس قلق المستقبل للمكفوفين. وقد تم إجراء المجانسة بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى قلق المستقبل في القياس القبلي، وفي العمر الزمني.

وقد اشتملت أدوات البحث على مقياس قلق المستقبل للمراهقين العميان بطريقة برايل من إعداد الباحث والذي تكون في صورته النهائية من 26 عبارة تقيس ثلاثة أبعاد لقلق المستقبل لدى المراهقين العميان وهي: قلق الدراسة الجامعية، وقلق العمل والمهنة، وقلق الزواج وتكوين أسرة. كما اشتملت الأدوات على برنامج علاجي معرفي سلوكي من إعداد الباحث تم تطبيقه على ثلاثة مراحل (التهيئة، التدخل الأساسي، التقويم والإنهاء)، بإجمالي جلسات 12 جلسة.

و قد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

أن البرنامج العلاج المعرفي السلوكي كان فعالاً في التخفيف من حدة قلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر، وذلك باستثناء البعد الخاص بقلق الزواج وتكوين أسرة، فقد كانت فاعليته ضعيفة، حيث كانت الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة غير دالة، رغم أن الفروق بين القياسين الأول والثاني للمجموعة التجريبية كانت دالة في هذا البعد. ويمكن تفسير هذا التحسن في إطار أن الأفكار الأوتوماتيكية تنطوي على تيمه theme واحدة، وإن اختلف منطقتها في الظروف المختلفة. وقد توصل الباحث والمجموعة التجريبية إلى أن الأفكار الأوتوماتيكية السلبية المرتبطة بقلق المستقبل لديهم تتمثل في تيمه رئيسة وهي تيمه الرفض. فسيكون هناك رفض في الجامعة من زملاءه وأساتذته، وفي العمل سيرفض من المجتمع في صورة عدم توفير فرصة عمل، ومن زملائه في حالة حصوله على فرصة عمل، والرفض في الزواج، من الفتاة أو الفتى نفسه، وفي حالة الموافقة، سيأتي الرفض من أسرته أو أسرتها، والفكرة التي تقف وراء هذه التيمه هي: "سيتم رفضي لأنني كفيف". وقد لعب الوعي بهذه التيمه دوراً في دحض معظم الأفكار المرتبطة بها. كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية على المقياس للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي.

17. دراسة عبد الوهاب (2006م):

عنوان الدراسة: "فاعلية برنامج معرفي سلوكي جماعي للتغلب على القلق الاجتماعي لدى عينة من طالبات الجامعة السعوديات".

هدفت الدراسة إلى تقنين مقياس للقلق الاجتماعي يصلح للمراهقين والشباب من الجنسين، كما هدفت إلى إعداد وتطبيق برنامج معرفي سلوكي جماعي للتغلب على القلق الاجتماعي لدى عينة من طالبات الجامعة بالمملكة العربية السعودية والتحقق من فاعلية هذا البرنامج في التخفيف من القلق الاجتماعي لأفراد العينة.

وتكونت عينة الدراسة من 300 طالبة من طالبات الفرقة الثالثة بكلية التربية للأقسام الأدبية، طبق عليهن مقياس القلق الاجتماعي، وقد تم اختيار مجموعة مكونة من 64 طالبة ممن تراوحت أعمارهن الزمنية ما بين 18-22 سنة، وحصلوا على درجة أعلى من 19 على مقياس القلق

الاجتماعي حيث تعتبر هذه الدرجة هي الحد الفاصل بين الحالات المرضية والحالات غير المرضية، وقد روعي عند اختيار هذه العينة أن جميع أفرادها لا يعانون أي اضطرابات سوى اضطراب القلق الاجتماعي من اختبار التشخيص النفسي لحامد زهران 1977م، وقدمت تقسيم العينة إلى مجموعتين (الأولى ضابطة وعددهم 32 طالبة، والثانية تجريبية وعددهم 32 طالبة)، مع مراعاة تجانس أفراد عينة الدراسة من حيث اضطراب القلق الاجتماعي، وذلك للتأكد من عدم وجود فروق بين المجموعتين قبل تطبيق البرنامج، وتم استخدام مقياس القلق الاجتماعي من إعداد كاترين كونور وآخرين 2000م وتم تقنيه من قبل الباحثة.

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن التالي:

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات كل من طالبات المجموعتين الضابطة والتجريبية من حيث القلق الاجتماعي وذلك على المقياس المستخدم لقياس القلق الاجتماعي في القياس البعدي.

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات طالبات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس البعدي.

- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومقياس درجات نفس المجموعة في القياس التبعي من حيث الشعور بالقلق، مما يعني أن البرنامج لا زال تأثيره مستمراً مما يؤكد على فاعليته في خفض الشعور بالقلق الاجتماعي لدى طالبات المجموعة التجريبية.

18. دراسة المقطري (2005م):

عنوان الدراسة: "فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق لدى الشباب الجامعي".

هدفت الدراسة إلى تكوين رؤية واضحة عن اضطراب القلق المعمم والتفسيرات النظرية له والكشف عن مدى نجاح العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب القلق المعمم ومعرفة ما إذا كان هناك تفاوت بين الشباب الجامعي في الاستفادة من البرنامج.

وتكونت عينة الدراسة من 200 طالب منهم 85 طالب و 115 طالبة من الفرقة الثالثة من شعب (اللغة العربية، علم النفس، التاريخ) من كلية التربية في جامعة أسيوط والذين أظهروا مستوى عالي على مقياس القلق المعمم والقلق كحالة وتم تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي على أفراد العينة.

وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية في مقياس القلق المعمم والقلق كحالة.
- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات القلق في المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس القلق المعمم والقلق كسمة بين الذكور والإناث.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس القلق المعمم والقلق كسمة لصالح القياس النصفى.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج على مقياس القلق العام والقلق كسمة لصالح التتبعي.
- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات القلق لدى الذكور في المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي بعد شهر من انتهاء البرنامج على مقياس القلق المعمم والقلق كسمة.
- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات القلق لدى الإناث في القياس البعدي والتتبعي بعد شهر من انتهاء البرنامج على مقياس القلق المعمم والقلق كسمة.

19. دراسة الغامدي (2005م):

عنوان الدراسة: "فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة كل من اضطراب القلق المعمم والرهاب الاجتماعي لدى المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف".

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة كل من اضطراب القلق المعمم و الرهاب الاجتماعي لدى المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف.

وقد تكونت عينة الدراسة من 40 فرد من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف، تتراوح أعمارهم ما بين 18-45 سنة، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين "الأولى ضابطة وتتكون من 20 فرد منهم 10 مرضى قلق معمم و10 مرضى رهاب اجتماعي، والثانية تجريبية وتتكون من 20 فرد منهم 10 قلق معمم و10 رهاب اجتماعي" ويتناولون العلاج الكيميائي وقد تم تطبيق مقياسي القلق المعمم والرهاب الاجتماعي على أفراد المجموعتين تطبيق قبلي، ومن ثم تم تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي على أفراد المجموعة التجريبية فقط، وتم استخدام المعالجات الإحصائية المناسبة لمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها.

وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية، وهذا يعني أن للعلاج المعرفي السلوكي فعالية كبيرة في التخفيف من حدة القلق المعمم والرهاب الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية التي خضعت لأسلوب العلاج المعرفي السلوكي.

20. دراسة مجاهد (2005م):

عنوان الدراسة: "فاعلية برنامج إرشادي (معرفي سلوكي) لخفض القلق لدى عينة من الأطفال اللقطاء المقيمين بالمؤسسة الإيوائية".

هدفت هذه الدراسة إلى خفض مستوى القلق لدى من الأطفال اللقطاء (مرحلة الطفولة المتأخرة من سن 10-11 سنة) والمقيمين بالمؤسسة الإيوائية بمحافظة الإسماعيلية، وذلك من خلال برنامج إرشادي معرفي سلوكي، والتحقق من مدى فاعلية هذا البرنامج في تخفيف القلق لدى أفراد العينة، وكذلك هدفت إلى بناء مقياس لقلق الأطفال في الطفولة المتأخرة.

وقد بلغت عينة الدراسة العشوائية 40 طفل وطفلة 27 ذكر، 13 أنثى من المقيمين بالمؤسسة الإيوائية بمحافظة الإسماعيلية تتراوح أعمارهم بين 10-11 سنة، تم اختيار 20 طفل وتقسيمهم إلى مجموعتين "الأولى ضابطة وتتكون من 10 أطفال منهم 5 ذكور و5 إناث، والثانية تجريبية وتتكون من 10 أطفال منهم 5 ذكور و5 إناث" ممن حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس القلق العام، وقد تمت المجانسة بين المجموعتين، وقد استخدمت الدراسة مقياس القلق العام لدى الأطفال اللقطاء في مرحلة الطفولة المتأخرة من سن 10-11 من إعداد الباحثة.

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الذكور والإناث في المجموعة الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية وهذا يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي الذي تم تطبيقه في تخفيف القلق لدى الأطفال عينة الدراسة.

- وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الذكور والإناث بين المجموعة الضابطة والتجريبية في التطبيق البعدي "المتابعة" لصالح التطبيق البعدي وهذا يشير إلى استمرار التحسن بعد فترة من المتابعة وهذا يدل على مدى نجاح البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف القلق لدى أفراد العينة.

21. دراسة حسين (2004م):

عنوان الدراسة: "فاعلية الإرشاد الأسري (السلوكي المعرفي) في خفض حدة القلق الاجتماعي لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية".

هدفت الدراسة للتعرف على طبيعة وواقع القلق الاجتماعي والأبعاد المكونة لمظاهره لدى أطفال المرحلة الابتدائية، وكذلك هدفت لمعرفة مدى فاعلية برنامج الإرشاد الأسري السلوكي المعرفي المستخدم في الدراسة الحالية في تخفيف حدة القلق الاجتماعي لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية عينة الدراسة.

اشتملت العينة التجريبية للدراسة على 222 طفلاً من أطفال المرحلة الابتدائية بمتوسط عمر زمني (8-11) سنة، وقد تم اختيار أفراد العينة من مدارس محافظة أسوان ومراكزها لتمثيل ومعرفة المستويات البيئية والثقافية المختلفة، وقد تم اختيار 7 حالات تمثل كل حالة أسرة مقصودة أي لديهم أطفال يظهر عليهم اضطراب القلق الاجتماعي بمستويات مرتفعة.

وقد استخدم الباحث مقياس اضطراب القلق الاجتماعي، والبرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي، وتقارير المتابعة من إعداد الباحث، واستمارة المقابلة الشخصية من إعداد صلاح مخيمر. واشتمل البرنامج على 12 جلسة تضم 3 مراحل وهي مرحلة التدخل الإرشادي الأولي، ومرحلة تطبيق البرنامج بعد 4 أسابيع، ومرحلة التدخل الإرشادي الثانية بالأساليب بعد مرور 8 أسابيع، ومرحلة التقييم النهائي للبرنامج بعد مرور 12 أسبوع.

وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المجموعة الإرشادية قبل التطبيق الأولي، وبعد فترة 4 أسابيع من تطبيق البرنامج في الأبعاد المكونة لمظاهر اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المجموعة الإرشادية بعد فترة 4 أسابيع وفترة 8 أسابيع من تطبيق التدخل الإرشادي في الأبعاد المكونة لمظاهر اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المجموعة الإرشادية بعد فترة 8 أسابيع من تطبيق البرنامج وفترة 12 أسبوع من التطبيق النهائي للبرنامج في الأبعاد المكونة لمظاهر القلق الاجتماعي لدى الأطفال.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المجموعة الإرشادية قبل التطبيق وبعد مرور 12 أسبوع في الأبعاد المكونة لمظاهر القلق الاجتماعي لدى الأطفال.

22. دراسة شمسان (2004م):

عنوان الدراسة: "أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في علاج مرضى الرهاب الاجتماعي -دراسة نفسية تجريبية".

هدفت الدراسة للكشف عن الرهاب الاجتماعي وفق متغيرات العمر والجنس، والفرق بين الجنسين، وبناء برنامج علاجي والتعرف على أثر هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لعلاج هذا الاضطراب.

وقد تكونت العينة العلاجية من 20 طالبة تم اختيارهن من بين 44 طالبة من نوات الدرجات المرتفعة على مقياس الرهاب الاجتماعي وقد تم توزيعهن على مجموعتين (الأولى تجريبية وعددهم 10 طالبات، والثانية ضابطة وتضم 10 طالبات)، وقد روعي التجانس في بعض الخصائص لدى تلك المجموعتين، وقد استخدمت الباحثة مقياس الرهاب الاجتماعي والبرنامج العلاجي واستمارة التقويم للبرنامج العلاجي.

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود فروق بين الذكور والإناث في مجال السلوك الأدائي أو الملاحظ بالنسبة لمقياس الرهاب الاجتماعي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط درجات الرهاب الاجتماعي "الدرجة الكلية" في القياس القبلي قبل تطبيق البرنامج.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة في متوسط درجات الرهاب الاجتماعي قبل تطبيق البرنامج وبعده "القياس القبلي والبعدي".
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطي درجات الرهاب الاجتماعي بين المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي مما يشير إلى فعالية البرنامج في التخفيف من حدة أعراض اضطراب الرهاب الاجتماعي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطي درجات الرهاب الاجتماعي بين المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده "القياس البعدي والقبلي" لصالح القياس البعدي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي.

23. دراسة عزب (2003م):

عنوان الدراسة: "فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لاضطرابات الهلع".

هدفت الدراسة إلى تقديم برنامج علاجي معرفي سلوكي لاضطرابات الهلع باستخدام أساليب معرفية وسلوكية.

وقد بلغت عينة الدراسة 10 طلاب من جامعة عين شمس تتراوح أعمارهم بين 20 - 24 سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين (5 ضابطة، و5 تجريبية)، وجميعهم تم تشخيصهم إكلينيكيًا على أنهم مصابين باضطرابات هلع، وهم جميعاً من مستوى اقتصادي واجتماعي متوسط، واستخدم الباحث استمارة جمع البيانات الأولية، ومقياس اضطراب الهلع ومقياس تايلور للقلق.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على المقياس المستخدم وهذه الفروق لصالح نتائج القياس بعد تطبيق البرنامج، مما يشير إلى أن البرنامج العلاجي كان فعالاً في التخفيف من اضطرابات الهلع.

24. دراسة رزق (2003م):

عنوان الدراسة: "فاعلية برنامج المواجهة ومنع الاستجابة في علاج اضطراب الوسواس القهري" العلاج السلوكي المعرفي".

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج المواجهة ومنع الاستجابة في علاج اضطراب الوسواس القهري على ثلاث مراحل بعد الانتهاء من تطبيقه مباشرة وبعد استخدام برنامجين مساعدين إحداهما منع الانتكاسة "سلوكي"، والآخر ترابطي "معرفي" وأيضاً بعد 4 شهور متابعة لكل من البرنامجين.

وقد بلغت عينة الدراسة 15 حالة (13 رجل، و امرأتين) مشخصين إكلينيكياً بأن لديهم اضطراب الوسواس القهري، تم توزيعهم إلى مجموعتين (الأولى منع الانتكاسة وعددهم 7 حالات، والثانية مجموعة العلاج الترابطي وعددهم 6 حالات)، قيمت شدة الاضطراب بمقابلة شبه بنائية، ومقياس الوسواس القهري، كما قيست الحالة الانفعالية بمقياس القلق لسبيلبرجر، ومقياس الاكتئاب لبيك. تم تطبيق هذه الأدوات 4 مرات قبل تنفيذ البرنامج السلوكي المعرفي المركز "المواجهه ومنع الانتكاسة" وبعده، وبعد الانتهاء من البرنامجين المساعدين تمت متابعة الحالات لمدة 4 شهور. وقد أسفرت النتائج عن التالي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين حالة الأفراد قبل العلاج بالبرنامج السلوكي المعرفي المركز وحالتهم بعده في مقاييس شدة العرض والحالة الانفعالية "الدرجة الكلية للمقابلة ومقياس الوسواس القهري ومقياس القلق ومقياس الاكتئاب" حيث انخفضت درجات الأفراد على المقاييس بعد العلاج ببرنامجي المواجهة ومنع الاستجابة مما يعني أن حالتهم قد تحسنت.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي العلاج ببرنامجي منع الانتكاسة والعلاج الترابطي فور الانتهاء من برنامج العلاج السلوكي المعرفي في مقاييس شدة العرض والحالة الانفعالية.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي العلاج ببرنامجي منع الانتكاسة والعلاج الترابطي في مقاييس شدة العرض والحالة الانفعالية وكانت الفروق دالة لصالح برنامج منع الانتكاسة.

- احتفظت مجموعتي العلاج المواجهة ومنع الانتكاسة بالتحسن في العلاج بعد 4 شهور من المتابعة، مما يبرهن على فاعلية برنامج المواجهة ومنع الاستجابة في علاج اضطراب الوسواس القهري.

25. دراسة العطية (2002م):

عنوان الدراسة: "فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق لدى عينة من أطفال دولة قطر".

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض بعض اضطرابات القلق لدى عينة من الأطفال بدولة قطر.

تكونت عينة الدراسة من 746 طفلة من بعض مدارس الدوحة بدولة قطر ممن تراوحت أعمارهن ما بين 9 - 12 سنة وقد تم اختيار 40 طفلة ممن حصلن على درجات مرتفعة على مقياس اضطرابات القلق المستخدم في الدراسة، جرى تقسيمهن إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية بالتساوي "20 ضابطة، 20 تجريبية"، وقد تمت المجانسة بين أطفال المجموعتين من حيث العمر ونسبة الذكاء ومستوى التحصيل والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة واضطرابات القلق وتم تطبيق استمارة البيانات الأولية واختبار رسم الرجل ومقياس اضطرابات القلق للأطفال من إعداد الباحثة و اختبار الكات الاسقاطي ومن ثم تم تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية فقط، وباستخدام معامل الثبات وألفا كرونباخ واختبار ويلكي و مان و ويتني.

وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياس القبلي مقارنة بمتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس القلق، بينما لم يتضح وجود فروق بين المتوسطات في المجموعة الضابطة في القياس البعدي مقارنة بمتوسطات درجاتهم في القياس القبلي على مقياس القلق.

- في حين وجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة في القياس التبعي على مقياس القلق لصالح المجموعة التجريبية، واستمرار هذا التأثير بعد تطبيق البرنامج بشهر.

- وهذا يدل على أن البرنامج الإرشادي العلاجي المعرفي السلوكي فعال في التخفيف من أعراض القلق لدى أفراد العينة. و في خفض ضغوط العمل لدى أفراد العينة.

26.دراسة عامر (2002م):

عنوان الدراسة: "فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض قلق الكمبيوتر لدى عينة من طلاب كلية التربية".

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في خفض قلق الكمبيوتر لدى عينة من طلاب كلية التربية.

وقد اشتملت عينة الدراسة السيكومترية على 413 طالب وطالبة من طلاب كلية التربية بالفرقتين الأولى والثالثة (جميع الشعب) وبلغت العينة الإكلينيكية 18 طالب وطالبة قسمت على مجموعتين ضابطة وتجريبية.

واشتملت أدوات البحث على مقياس قلق الكمبيوتر (Henssental, 1987)، ومقياس الاتجاهات نحو الكمبيوتر (Charlton Birkett, 1995)، وجهاز الداتاجراف للقياس الفسيولوجي والمعايير التشخيصية لقلق الكمبيوتر (من إعداد الباحث)، واختبار كوريس لرسم الكمبيوتر، و برنامجاً علاجياً قائماً على فنيتي التخلص المنظم من الحساسية وإعادة ترتيب البنية المعرفية من إعداد الباحث.

وقد أظهرت النتائج ارتباطاً سلبياً بين قلق الكمبيوتر والاتجاه نحو الكمبيوتر، كما أن الإناث أظهرن قلقاً أعلى اتجاه الكمبيوتر من الذكور، وأظهرت الخبرة تأثيراً في قلق الكمبيوتر، كما أثبتت الدراسة فعالية كل من فنيتي التخلص المنظم من الحساسية وإعادة ترتيب البنية المعرفية في خفض قلق الكمبيوتر لدى عينة الدراسة.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

1- دراسة لندن وآخرين Linden ، M.et.al (2005م):

عنوان الدراسة: "فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق"

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق.

وتكونت عينة الدراسة من 72 مريضاً ممن يعانون من اضطراب القلق، تم تقسيمهم إلى مجموعتين (الأول 36 مريض تم تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي عليهم في 25 جلسة علاجية، والثانية ضابطة وعددهم 36 مريضاً لم يتلقوا العلاج)، وقد استخدمت الدراسة مقياس هاملتون للقلق.

وقد أسفرت النتائج عن تحسن ملحوظ على أفراد المجموعة التجريبية بعد انتهاء العلاج مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما أوضحت استمرار هذا التحسن خلال فترة المتابعة والتي بلغت ثمانية أشهر.

2- دراسة أرنتز A،Arntz (2003م):

عنوان الدراسة: "فاعلية كل من العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء في

علاج مرضى اضطراب القلق".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية كل من العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء في علاج مرضى اضطراب القلق.

وقد تكونت عينة الدراسة من 45 مريضاً من المراجعين في العيادات النفسية تم تقسيمهم إلى مجموعتين "الأولى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، والثانية مجموعة الاسترخاء"، وقد تضمن البرنامج العلاجي 12 جلسة بواقع جلسة أسبوعياً.

وقد أظهرت نتائج الدراسة حدوث تحسن ملحوظ لأفراد المجموعتين بعد العلاج، كما أوضحت نتائج هذه الدراسة تحسن خلال فترة المتابعة، وأن فنية التدريب على الاسترخاء أظهرت تحسناً أفضل من العلاج المعرفي السلوكي خلال فترة المتابعة والتي استمرت ستة أشهر، وهذه النتائج تؤكد على أن طريقتي الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي فاعلتان في خفض مستوى اضطراب القلق.

3- دراسة ستانلي ميلندا وآخرين Stanley ,Melinda, et.al (2003م):

عنوان الدراسة: "فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق لدى كبار السن".

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق لدى كبار السن.

وقد تكونت عينة الدراسة من 12 مريض من المرضى المقيمين بدار الرعاية الاجتماعية ويعانون من اضطراب القلق، وقد تراوحت أعمارهم ما بين 62-79 سنة.

وأوضحت نتائج الدراسة تحسناً دالاً في خفض حدة القلق والاكتئاب لدى هؤلاء المرضى بعد تطبيق البرنامج العلاجي عليهم.

4- دراسة باريت وآخرون Barrett.et.al (2001م):

عنوان الدراسة: "فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الأسري في خفض القلق لدى الأطفال".

هدفت الدراسة إلى تقييم التأثيرات طويلة المدى للعلاج المعرفي السلوكي والعلاج الأسري معاً لخفض القلق لدى الأطفال.

وتكونت عينة الدراسة من 52 من المشاركين في العلاج في عام 1996م ممن تراوحت أعمارهم الزمنية من 13-21 سنة ومضى على انتهائهم من العلاج من 5 سنوات إلى سبع سنوات، حيث مثل حوالي 23 منهم مجموعة القلق الزائد، و18 مثلت مجموعة قلق الانفعال، و11 مجموعة المخاوف المرضية، وقد مثل 31 مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بواقع 17 ذكور و14 إناث ومجموعة العلاج المعرفي السلوكي العلاج الأسري 21 طفل بواقع 11 ذكور و10 إناث.

وقد استخدم الباحثون قائمة اضطرابات القلق لسيلفرمان ونيل (1988 م)، ومقياس القلق الظاهر للأطفال ليرنولدز وريتشموند (1985 م)، وقائمة مسح المخاوف المعدلة للأطفال لأوليندك (1983، واستمارة الاكتئاب لكوفكس (1992م)، وقائمة سلوك الطفل لاكنباح وأولدبرك (1991م).

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- استمرار تأثيرات العلاج لمدة من 5 إلى 7 سنوات حيث ظهر أن 85,7% من أفراد العينة لم تظهر لديهم أي أعراض قلق.
- كما اتضح عدم وجود فروق بين مجموعتي العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الأسري معاً خلال فترة المتابعة.

5- دراسة بزاوز وآخرين (2001م):

عنوان الدراسة: "العلاج المعرفي السلوكي والتغذية المرتدة في علاج اضطراب القلق - دراسة مقارنة".

هدفت الدراسة إلى مقارنة العلاج المعرفي السلوكي والتغذية المرتدة في علاج مرضى اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من 30 مريضاً من الأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب القلق، وتراوحت أعمارهم ما بين (22 - 40) سنة، أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فكانت مقياس هاملتون للقلق، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس قوة السيطرة، ودراسة الحالة، وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسناً ملحوظاً لصالح أفراد العينة التي تلقت البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بينما الأفراد الذين تلقوا برنامج التغذية المرتدة لم تكن درجة التحسن دالة لديهم.

6- دراسة روبرت وآخرون Robert, L, et.al (2000م):

عنوان الدراسة: "فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق".

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب القلق. وقد تكونت عينة الدراسة من 26 مريضاً من الذين يعانون من اضطراب القلق وتم تقسيمهم إلى مجموعتين (الأولى تجريبية وعددهم 14 مريض، والثانية ضابطة وعددهم 12 مريض). وأظهرت نتائج الدراسة تحسناً ملحوظاً بعد انتهاء البرنامج العلاجي، كما أوضحت تحسناً لستة من المرضى خلال فترة المتابعة فيما لم يتمكن الباحث من متابعة 20 مريضاً.

7- دراسة أوست وآخرين (Oest, et, al 2000م):

عنوان الدراسة: "التدريب على الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق-دراسة مقارنة".

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين التدريب على الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي في اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من 33 مريضاً من المرضى المراجعين للعيادات الخارجية، وتتراوح أعمارهم ما بين (20-60) سنة، وهؤلاء المرضى تم تشخيصهم باضطراب القلق حسب الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية وإحصاءها الثالث المعدل سنة (1987م)، وقد قسمت العينة إلى مجموعتين (الأولى مجموعة التدريب على الاسترخاء، وتلقت هذه المجموعة برنامج علاجي "التدريب على الاسترخاء" ويتضمن 12 جلسة علاجية، والثانية مجموعة العلاج المعرفي السلوكي وتلقت استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي وتضمن 12 جلسة علاجية"، مع فترة متابعة لكلا البرنامجين استمرت مدة سنة، أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فهي مقياس التقدير الذاتي للقلق.

وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسناً ملحوظاً لكلا البرنامجين العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء، ولا يوجد بينهما اختلاف في درجة التحسن.

ثالثاً: التعليق على الدراسات السابقة

من خلال البحث في هذا الموضوع وجدت الباحثة عدد من الدراسات الأجنبية التي تناولت اضطرابات القلق، ولم تجد الباحثة حسب علمها دراسات عربية قامت بتطبيق العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطراب القلق العام، على الرغم من النجاح الذي حققه هذا الأسلوب العلاجي مع الاضطرابات النفسية بصفة عامة ومع اضطراب القلق بصفة خاصة في المجتمعات الغربية، وكذلك وجدت الباحثة بعضاً من الدراسات العربية التي استخدمت أساليب أخرى غير أسلوب العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب القلق وأنواع أخرى من اضطرابات القلق مثل الوسواس القهري، قلق الامتحان، القلق الاجتماعي، قلق المستقبل، والمخاوف المرضية، وقليل من الدراسات التي تناولت القلق العام، أما الدراسات الأجنبية فقد وجدت الباحثة بعض الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة القلق.

مما سبق يتضح أن غالبية الدراسات السابقة قد اتفقت على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة اضطراب القلق، بينما رأى بعض الباحثين أن العلاج المعرفي السلوكي لا يتميز عن غيره من الأساليب العلاجية الأخرى من حيث الفاعلية. وترى الباحثة أن بعض الدراسات السابقة زاوجت بين العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء وأساليب علاجية أخرى، بينما دراسات أخرى فصلت بينهما، حيث جعلت العلاج المعرفي السلوكي برنامجاً مستقلاً لعلاج القلق والاسترخاء برنامجاً آخر. ومن خلال هذه الدراسة والدراسات السابقة يتضح مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة القلق للمرضى المراجعين للعيادات النفسية، فالعلاج المعرفي السلوكي يركز على إعادة البناء المعرفي والأطر التخطيطية لإكساب المريض البصيرة وكيفية التفكير وتغيير الأفكار السلبية، فالنموذج المعرفي السلوكي لا يتعامل مع الأعراض فقط وإنما يتعامل مع الأفكار الأكثر عمومية، ومع نظرة المريض للحياة، وبذلك يعد المريض لتجنب الوقوع في الاضطراب الانفعالي بسبب أفكاره الخاطئة، وبالتالي يكون قادر على التعامل مع الصعوبات التي تواجهه مستقبلاً نتيجة لعوامل داخلية أو خارجية، فكما يرى علماء المدرسة المعرفية السلوكية بأن العلاج المعرفي السلوكي يحدث تغييرات معرفية وانفعالية وسلوكية تجعل الفرد أقل اضطراباً في الوقت الحاضر وأقل قابلية للاضطراب في المستقبل.

موضوع الدراسة:

هناك دراسات اتفقت مع موضوع الدراسة وهناك دراسات أخرى اختلفت مع موضوع الدراسة. العديد من الدراسات درست القلق في الاتجاه الإيجابي، والقليل من الدراسات درسته على أنه اضطراب نفسي ويحتاج إلى تدخل علاجي كما هو الحال في الدراسة الحالية، وجميع الدراسات السابقة تناولت موضوع العلاج المعرفي السلوكي ولكن اختلفت في نوع الاضطراب، فدراسة الزهراني(2013)، تناولت العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الوحدة النفسية وزيادة درجة الأمن النفسي، ودراسة الخياط والسليحات(2012)، ودراسة المنكوش(2011)، تناولت دراسة العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة الضغوط النفسية، وكذلك دراسات أخرى تناولت العلاج المعرفي السلوكي للقلق الاجتماعي ومنها دراسة محمد(2012)، ودراسة حجازي(2012)، ودراسة أبو قورة ومحمد(2012)، ودراسة الربيعي(2011)، ودراسة وردة(2011)، ودراسة دبابش(2011)، ودراسة

عبد الوهاب (2006)، ودراسة حسين (2004)، ودراسة شمسان (2004)، ودراسات أخرى تناولت قلق المستقبل كما ورد في دراسة عبد العال (2010)، ودراسة عبد الرحيم (2007)، وهناك دراسة عامر (2002)، والتي درست العلاج المعرفي السلوكي لقلق الكمبيوتر، ودراسات أخرى تناولت العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري كما في دراسة مقدادي (2008)، ودراسة حنور (2007)، ودراسة رزق (2003).

وهناك أيضاً دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق والقلق العام أو المعمم ومنها: دراسة حجازي (2012)، ودراسة بليمهوب (2011)، ودراسة الغامدي (2010)، ودراسة المقطري (2005)، ودراسة مجاهد (2005)، ودراسة لندن وآخرين (2005)، ودراسة آرتينز (2003)، ودراسة ميلندا ستانلي وآخرين (2003)، ودراسة العطية (2002)، ودراسة باريت وآخرين (2001)، ودراسة بزاوز وآخرين (2001)، ودراسة روبرت وآخرين (2000)، ودراسة أوست وآخرين (2000).

الفروض:

جاءت الفروض في الدراسات السابقة متنوعة بين صفرية غير موجهة، وبديلة موجهة، ولقد توافقت فروض الدراسة الحالية مع الفروض في الدراسات السابقة.

العينة:

اختلفت عينة الدراسة من حيث نسبة حجم العينة إلى مجتمعها الأصلي، وهناك دراسات اعتمدت على المجتمع الأصلي كله كعينة لصغر حجمه أو لضرورته حسب طبيعة الدراسة، واختلفت الفئة المستهدفة فكانت بعض العينات أطفال وبعضها كبار السن، وبعضها رجال وبعضها نساء، فهناك دراسات أخذت الأطفال كعينة لها ومنها:

"دراسة مجاهد (2005)، ودراسة حسين (2004)، ودراسة العطية (2002)".

وهناك دراسات أخذت الطلبة كعينة لها ومنها:

"دراسة الزهراني (2013)، ودراسة الخياط والسليحات (2012)، ودراسة أحمد (2012)، ودراسة حجازي (2012)، ودراسة أبو قورة ومحمد (2012)، ودراسة الربيعي (2011)، ودراسة وردة (2011)، ودراسة دبابش (2011)، ودراسة المنكوش (2011)، ودراسة عبد العال (2010)، ودراسة مقدادي (2008)، ودراسة حنور (2007)، ودراسة عبد الوهاب (2006)، ودراسة

المقطري (2005)، و دراسة شمسان (2004)، و دراسة عزب (2003)، و دراسة عامر (2002).

وهناك دراسات توافقت مع الدراسة الحالية في اتخاذ مرضى القلق كعينة للدراسة ومنها:
"دراسة محمد (2012)، و دراسة بليمهوب (2011)، و دراسة الغامدي (2010)، و دراسة الغامدي (2005)، و دراسة لندن وآخرون (2005)، و دراسة ارتينز وآخرون (2003)، و دراسة ميلندا ستانلي وآخرون (2003)، و دراسة رزق (2003)، و دراسة باريت وآخرون (2001)، و دراسة بزاوز وآخرون (2001)، و دراسة روبرت وآخرون (2000)، و دراسة أوست وآخرون (2000).

الأدوات والمقاييس:

منها ما قام الباحثون بإعدادها أو تعريبها مع البيئة التي أجريت فيها الدراسة، ومنهم من استخدم مقاييس وأدوات من إعداد باحثين آخرين لملائمتها لطبيعة دراساتهم أو لكونها قننت في نفس بيئة الدراسة، ولكن الدراسة الحالية اعتمدت على مقياس من إعداد باحثين آخرين.

منهج الدراسة:

هناك العديد من الدراسات استخدمت المنهج التجريبي ذو التصميمين الذي يتضمن تقسيم العينة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، ومنها الدراسات التالية:
"دراسة الزهراني (2013)، و دراسة الخياط والسليحات (2012)، و دراسة أحمد (2012)، و دراسة وردة (2011)، و دراسة دبابش (2011)، و دراسة المنكوش (2011)، و دراسة الغامدي (2010)، و دراسة عبد العال (2010)، و دراسة مقدادي (2008)، و دراسة حنور (2007)، و دراسة عبد الوهاب (2006)، و دراسة الغامدي (2005)، و دراسة مجاهد (2005)، و دراسة شمسان (2004)، و دراسة عزب (2003)، و دراسة عامر (2002).

وهناك دراسات استخدمت المنهج شبه التجريبي ذو التصميم الواحد والذي يتضمن مجموعة تجريبية واحدة فقط، ومنها الدراسات التالية:

"دراسة محمد (2012)، و دراسة حجازي (2012)، و دراسة أبو قورة ومحمد (2012)، و دراسة الربيعي (2011)، و دراسة عبد الرحيم (2007)، و دراسة المقطري (2005)، و دراسة لندن وآخرون (2005)، و دراسة حسين (2004)، و دراسة ميلندا وستانلي وآخرون (2003)، و دراسة

آرتينز وآخرون (2003)، و دراسة رزق (2003)، و دراسة باريت وآخرون (2001)، و دراسة بزاوز وآخرون (2001)، و دراسة روبرت وآخرون (2000)، و دراسة أوست وآخرون (2000). وهناك دراسة استخدمت منهج دراسة الحالة ومنها: " دراسة بليمهوب (2011)".

الأساليب الإحصائية:

تنوعت الأساليب الإحصائية في هذه الدراسات طبقاً لتنوع الهدف منها، ومن أكثر الأساليب الإحصائية شيوعاً في هذه الدراسات حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط وتحليل التباين واختبار "ت" لعينة واحدة أو لعينتين، وبعضها استخدم التحليل العاملي.

وبالرغم من قلة الدراسات إلا أن الباحثة استفادت من الدراسات السابقة في:

صياغة أهداف الدراسة.

صياغة أسئلة الدراسة وفروضها.

استخدام الأساليب الإحصائية في تلك الدراسات ومناسبتها للدراسة الحالية.

استخدام أدوات الدراسة.

أهم ما تتميز به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

* أنها أول دراسة إكلينيكية على مستوى الوطن العربي في مجال العلاج المعرفي السلوكي

لاضطراب القلق العام.

* أنها استخدمت برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من حدة مستوى القلق لدى مرضى

اضطراب القلق العام والمتردددين على العيادات النفسية ويتلقون العلاج النفسي والدوائي.

* ندرة الدراسات التي اهتمت بدراسة العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة مستوى القلق لدى

المرضى على مستوى الوطن العربي.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

منهج الدراسة.

متغيرات الدراسة.

مجتمع الدراسة.

عينة الدراسة.

أدوات الدراسة.

مقياس القلق الصريح لجانيت تايلور.

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

الأساليب الإحصائية.

مقدمة:

تعرض الباحثة في هذا الفصل الخطوات والإجراءات المتبعة في الجانب الميداني في هذه الدراسة من حيث منهجية الدراسة، ومجتمع الدراسة الأصلي، والعينة التي طبقت عليها الدراسة، والأدوات التي استخدمتها الباحثة بدراستها، والمعالجات الإحصائية التي استخدمتها في تحليل البيانات لاختبار صدق وثبات الأدوات والتوصل إلى النتائج النهائية للدراسة، وضمن الخطوات الاستدلالية التي تزودنا بها من برنامج الدراسات العليا وحسب آليات وخطوات البحث العلمي الصحيح والمتفق عليه، للوصول إلى نتائج دقيقة، يمكن لنا أن نقدمها إلي الآخرين مبسطة وذات بناء علمي وعليه اتبعت الباحثة الخطوات التالية:

تصميم الدراسة:

بعد انتهاء الباحثة من الفصول الثلاثة الأولى والتي اهتمت بمقدمة الرسالة ومراجعة النظريات والأبحاث المتعلقة بالبحث والإطار المفاهيمي للرسالة، تم تحديد متغيرات الدراسة وفهم اتجاهها العلمي بشكل أكثر دقة، ومن خلال ذلك تمكنت الباحثة من اختيار وتحديد المقاييس التي طبقتها بالدراسة، وذلك وفق مجموعة من الإجراءات التي سنتناولها لاحقاً بهذا الفصل.

المنهج:

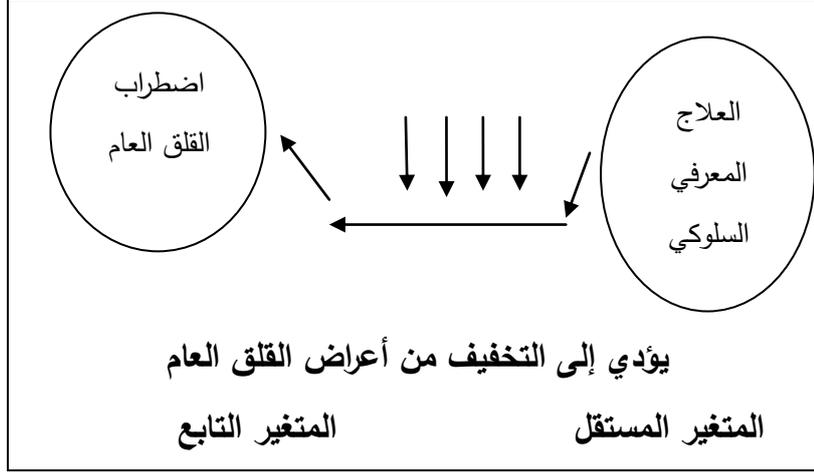
استخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الكمي "شبه التجريبي ذو التصميم الواحد" لمجموعة تجريبية واحدة دون الحاجة إلى مجموعة ضابطة، حيث القياس القبلي والنسفي والبعدى والتتبعي، كونه يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كيفياً أو كميّاً. (عبيدات وآخرون، 2004: 191).

إضافة إلى استخدامها المنهج الإكلينيكي والذي يعرفه زهران على أنه: طريقة نفسية أو أكثر تستخدم لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صيغة معرفية أو انفعالية أو سلوكية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، بحيث يقوم المعالج وهو شخص مؤهل علمياً وعملياً وفنياً بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكاناته على خير وجه.

(زهران، طارق عبد السلام، 1978: 26)

متغيرات الدراسة:

سوف تقوم الباحثة في هذا الشكل بتوضيح تصورها لمتغيرات الدراسة، حيث كما تبين في الشكل فإن العلاج المعرفي السلوكي هو المتغير المستقل في حين اضطراب القلق العام هو المتغير التابع.



الشكل رقم (4) يمثل تصور الباحثة لمتغيرات الدراسة.

المتغير المستقل Independent Variable:

ويتمثل في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي والذي تسعى الدراسة لمعرفة تأثيره على اضطراب القلق العام لدى المرضى المراجعين للعيادة النفسية بمنطقة الزوايدة في المحافظة الوسطى، وفاعليته في خفض مستوى اضطراب القلق العام لديهم كمتغير تابع.

المتغير التابع Dependent Variable:

ويتمثل في التغيرات السلوكية والنفسية الناتجة لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب القلق العام بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المستخدم في هذه الدراسة.

المجتمع الأصلي للدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع حالات اضطرابات القلق العام في عيادة الوسطى للصحة النفسية الحكومية والبالغ عددهم "114" حالة حتى نهاية عام 2013 م.

العينة:

تتكون عينة الدراسة الحالية من 15 حالة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمنطقة الزوايدة بمحافظة الوسطى والذين يعانون من اضطراب القلق العام وفقاً للدليل التشخيصي الطبي والنفسي للأمراض النفسية والعقلية الأمريكي الرابع، تم اختيارهم بشكل قصدي كعينة إكلينيكية للدراسة، حيث تم أخذ جميع حالات اضطراب القلق العام المترددين على العيادة في الفترة ما بين عامي 2012 م و2013 م، منهم 10 رجال و5 نساء.

شروط العينة:

- 1- أن يكون جميع أفراد العينة لهم ملفات متابعة نفسية في عيادة الوسطى.
 - 2- أن يكون جميعهم مشخصين اضطراب قلق عام أو معمم.
 - 3- أن يكون جميعهم مطيعين في العلاج ويقومون بأداء الواجبات المنزلية.
 - 4- أن يكون جميعهم من سكان منطقة الوسطى.
 - 5- أن يكون جميعهم ملتزمين بتناول العلاج الدوائي إضافة للعلاج النفسي.
 - 6- أن يكون جميعهم فوق سن 18 سنة.
 - 7- أن لا يعانون من أي اضطرابات عقلية وقدراتهم العقلية تكون متوسطة.
- وللتعرف على الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة، الموضحة من خلال التالي:

جدول رقم (5) يوضح توزيع أفراد العينة تبعاً للمتغيرات الديموغرافية

المتغيرات	N	%
النوع أو الجنس		
ذكر	10	66.7
أنثى	5	33.3
الحالة الاجتماعية		
أعزب	4	26.7
متزوج	11	73.3
المؤهل العلمي		

ابتدائي	3	20.0
اعدادي	2	13.3
ثانوي	9	60.0
جامعي	1	6.7
مستوى الدخل الشهري		
اقل من 1000	8	53.3
2000	7	46.7
الالتزام الدوائي		
ملتزم	5	33.3
غير ملتزم	6	40.0
ملتزم جزئي	4	26.7

أظهرت النتائج بأن 66.7% من مرضى القلق العام في العينة ذكور، بينما 33.3% من المرضى إناث، أما بخصوص الحالة الاجتماعية، فقد لوحظ بان 26.7% من المرضى غير متزوجين، بينما 73.3% متزوجين، و لوحظ بان 20% حاصلين على الشهادة الابتدائية، و 13.3% حاصلين على الشهادة الإعدادية، و 60% حاصلين على شهادة الثانوية العامة، و 6.7% حاصلين على الشهادة الجامعية، أما بخصوص مستوى الدخل الشهري، فقد لوحظ بان 53.3% من المرضى مستوى دخلهم الشهري أقل من 1000 شيكل، و 46.7% مستوى دخلهم الشهري 2000 شيكل، بخصوص الالتزام بالدواء فقد لوحظ بان 33.3% من المرضى ملتزمين بالدواء، و 40% غير ملتزمين، و 26.7% ملتزمين بشكل جزئي.

الملاحظ من الجدول عدم تجانس العينة من حيث العمر الزمني والمستوى التعليمي، فقد وجدت فجوة كبيرة بين أفراد العينة.

الأدوات:

* مقياس تايلور للقلق.

* برنامج العلاج المعرفي السلوكي والذي يتكون من 12 جلسة بمعدل جلستين كل أسبوع، تتراوح مدة كل جلسة ما بين 60-90 دقيقة، والذي هو من إعداد الباحثة.

أولاً: مقياس البيانات الشخصية:

اشتملت الاستمارة علي عدد من البيانات الديموغرافية، والاجتماعية والاقتصادية، تمثلت في مكان العمر، نوع الجنس، الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي، مستوى الدخل الشهري، العمر عند ظهور المرض، مدى الالتزام بالدواء، التاريخ المرضي، هذه الاستمارة احتوت علي عدة أسئلة يتم الإجابة بوضع إشارة صح في الخانة المناسبة. من خلال الاستمارة يتم التعرف علي البيانات الأساسية المطلوبة والتي نحتاجها بهذه الدراسة كما ذكرت سابقاً بالترتيب.

ثانياً: مقياس تايلور للقلق من إعداد (Taylor J, 1953)

قام تايلور (1953) بإعداد قائمة القلق (MAS)، والتي تستخدم لتقدير حدة القلق عند الراشدين ، وفي هذه الدراسة تم استخدام النسخة العربية والتي تتكون من 50 فقرة، ويتم الاستجابة عليها (بنعم وتصحح بدرجة واحدة) أو (لا وتصحح صفر)، ويتم جمع درجات المفحوص على جميع الفقرات لتقدير مستوى القلق لديه، وتقدر الدرجات من (0 - 26 درجة تعني لا يوجد قلق)، (27 - 32 تعني قلق خفيف)، (33 - 40 درجة تعني قلق شديد)، (41 درجة وفوق تعني قلق شديد جداً). وتم تقدير الاتساق الداخلي باستخدام معامل كرونباخ ألفا وكانت قيمة ألفا تساوي (0.86)، وكانت قيمة معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية تساوي (0.79). وتم استخدام هذا المقياس في البيئة الفلسطينية في دراسة العنف ضد المرأة. (ثابت و آخرون، 2006) ويعتبر الأداة الرئيسية في القياس لهذه الدراسة، حيث تم الاعتماد عليه في القياس القبلي والمنتصف والبعدى والتتبعي.

وصف المقياس:

يتكون المقياس في الأصل من 50 فقرة، تم حذف 6 فقرات، لذا يصبح العدد 44 عبارة، والعبارات المحذوفة هي "17-19-25-27-40-46"، أمام كلاً منها خياران: (نعم أو لا). وعلى المفحوص أن يحدد مدى انطباق كل عبارة عليه، وذلك بوضع علامة (صح) أمام العبارة التي يختارها وتتناسب مع حالة القلق العام التي يعاني منها أو لم يعاني منها.

تصحيح المقياس:

يتم تصحيح المقياس بوضع درجة علي كل سؤال يتم الإجابة عليه بنعم و صفر يجاب بلا وتتراوح الدرجات علي هذا المقياس بين صفر و 44 درجة والصفر لأولئك الذين لم يعانون.

ثالثاً: البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

يعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة من الأدوات الأساسية التي تم استخدامها لتحقيق أهداف الدراسة، وهو برنامج علاجي يشتمل على العديد من الأساليب والفنيات المنتقاة بما يتناسب مع الجلسات النفسية ومع طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه المريض، لذا فهو أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير المريض وإدراكاته لنفسه وبيئته.

ولقد قامت الباحثة بإعداد برنامج ووضع تصور للعلاج المعرفي السلوكي لتخفيف اضطراب الفلق، لدى عينة من المرضى كبار السن وتتراوح أعمارهم ما بين 18-45 سنة، وذلك لاستخدامه كأداة في هذه الدراسة.

وقد اعتمدت الباحثة على الإطار النظري الإكلينيكي للنظرية المعرفية السلوكية وبعض البرامج العلاجية التي أُجريت في مجال العلاج المعرفي السلوكي، لبناء هذا البرنامج، ولهذا يمكن القول بأن العلاج المعرفي السلوكي، والذي تتبناه الباحثة في بحثها الحالي من العلاجات النفسية الحديثة نسبياً، والذي يركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة. ويستند هذا النمط العلاجي على التشغيل المعرفي للمعلومات والذي يرى أنه خلال فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر تشويهاً، وتصبح أحكامه مطلقة، ويسيطر عليها التعميم الزائد. كما أن هذا العلاج يتسم بالفاعلية والتنظيم والتحديد بوقت معين، وتشير الدراسات الأجنبية والعربية إلى أن العلاج المعرفي السلوكي وسيلة فعالة في علاج كثير من الاضطرابات النفسية أو السلوكية، وبالنظر إلى النتائج الإيجابية للدراسات السابقة عربياً وأجانبياً ومنها دراسة الزهراني(2011)، ودراسة محمد(2012)، ودراسة بليمهوب(2011)، ودراستي الغامدي(2010,2005)، ودراسة المقطري(2005)، ودراسة العطية(2002)، ودراسة لندن وآخرون(2005)، ودراسة آرئينز(2003)، ودراسة ميلندا وستانلي وآخرون(2003)، بالإضافة

للعديد من الدراسات الأخرى، وتفترض الباحثة أن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يكون فعالاً في علاج اضطراب القلق.

الملخص العام للبرنامج:

جدول رقم (6) يوضح الملخص العام لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي.

علاجي، معرفي، سلوكي.	نوع البرنامج
مرضى اضطراب القلق العام أو المعمم في منطقة الوسطى (كبار السن فوق سن 18).	المستفيدون من البرنامج
خفض درجة القلق العام لدى عينة من مرضى اضطراب القلق العام المراجعين للعيادة النفسية بمنطقة الوسطى.	الهدف العام
<ul style="list-style-type: none"> - بيان فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطراب القلق لدى المرضى المشاركين في هذا البرنامج العلاجي. - تدريب المرضى على رؤية العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك ومراقبة ذاتهم. - تدريب المرضى على كيفية استبدال المعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية بمعتقدات إيجابية باستخدام إعادة البناء المعرفي. - تدريب المريض على تقنيات ومهارات تساعد في التغلب على قلقه. 	الأهداف الخاصة
<ul style="list-style-type: none"> - تحديد الأفكار السلبية والعمل على تصحيحها. - المراقبة الذاتية. - التعريض. - التخيل. - الواجبات المنزلية. - فنية صرف الانتباه. - الحوار الذاتي. - الاسترخاء. 	الأساليب والفنيات

- فنية ABC.	
- الوقاية من الانتكاسة.	
لوحات بيضاء، أقلام فلوماستر، برشورات ونشرات، ورق A4، أقلام جاف.	الأدوات
ثلاث شهور.	مدة البرنامج
12 جلسة.	عدد الجلسات
60-90 دقيقة.	مدة الجلسة
- الباحثة. - مشاركة فريق عيادة الوسطى للصحة النفسية: - الطبيب النفسي. - الأخصائي النفسي.	جهة التنفيذ
عيادة الوسطى للصحة النفسية والمجتمعية.	مكان التنفيذ
من تاريخ 2014/3/20م وحتى 2014/7/5م.	الإطار الزمني
تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح أربع مرات قبلي وفي منتصف تطبيق البرنامج وبعدي وتتبعي".	أساليب التقويم
عقد الحلف العلاجي (الاتفاق على الخطة العلاجية ويكون شفوي أو مكتوب). جدول المراقبة الذاتية و تسجيل الأفكار والمشاعر والسلوك. جدول تعديل الأفكار. عقد منع الانتكاسة.	النماذج المستخدمة

ملخص الجلسات العلاجية:

يحتوي هذا البرنامج على 12 جلسة علاجية موضحة في الجدول التالي الذي يوضح توزيع الجلسات العلاجية وأهدافها والفنيات المستخدمة فيها والوقت الذي تستغرقه كل جلسة على حده. جدول رقم (7) يوضح ملخص الجلسات العلاجية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي.

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة في الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الأولى:	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف بين المنتفعين. - عرض محتوى برنامج العلاجى وفائدته بالنسبة للمنتفعين. - عقد الحلف العلاجى بطريق شفهي. - تطبيق مقياس القلق تطبيق قبلي 	الحوار والمناقشة	90-60 دقيقة
الجلسة الثانية:	<ul style="list-style-type: none"> - هدفها أن يكون لدى المنتفعين معلومات حول اضطراب القلق وأعراضه وأسبابه وأنواعه وآثاره وأساليب علاجه. - شرح فنية مراقبة الذات والهدف منها وآلية حدوثها ومدى أهميتها. - إنهاء الجلسة بملخص عام لما دار خلال الجلسة مع التركيز على الواجب المنزلي. - الخروج بقائمة جماعية بعنوان أعراض القلق للتأكد من فهم المنتفعين لما تم عرضه خلال الجلسة. 	<ul style="list-style-type: none"> - محاضرة اضطراب القلق (د.عمر البحيصي). الحوار والمناقشة - الواجب المنزلي: مراقبة الذات لما يدور داخلها من أعراض في مواقف القلق. 	90-60 دقيقة
الجلسة الثالثة:	<ul style="list-style-type: none"> - أن يكون لدى المنتفعين معلومات حول آليات التدخل الديني في موضوع القلق 	<ul style="list-style-type: none"> - محاضرة العلاج النفسى الديني للقلق (أ.شادي بريخ). 	90-60 دقيقة

	<ul style="list-style-type: none"> - شرح فنية الاسترخاء وتدريب المريض عليها ومراجعة الواجب المنزلي - الخروج بقائمة جماعية حول الأساليب الدينية في علاج القلق. 		
	<ul style="list-style-type: none"> - المناقشة، الاسترخاء. - الواجب المنزلي: مراقبة الذات. - وممارسة بعض الأساليب الدينية التي تم التعرف عليها عند الشعور بأعراض القلق. 		
90-60 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - محاضرة العلاج المعرفي السلوكي (أ.مهند حمدان). - الواجب المنزلي: تذكر أساليب العلاج المعرفي السلوكي ومحاولة تطبيق ما تم فهمه. - صرف الانتباه. - التدريب على الاسترخاء - الحوار الذاتي. 	<ul style="list-style-type: none"> - أن يكون لدى المنتفعين معلومات حول العلاج المعرفي السلوكي وأهدافه ومبادئه وفنياته. - مراجعة الواجب المنزلي. - ممارسة التدريب على الاسترخاء. - الخروج بقائمة جماعية حول أساليب العلاج المعرفي السلوكي. 	الجلسة الرابعة
90-60 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - الواجب المنزلي: ممارسة ما تعلمه المنتفع خلال الجلسة من فنيات. - الاسترخاء وصرف الانتباه. - التدريب على الاسترخاء. 	<ul style="list-style-type: none"> - أن يكون لدى المنتفعين معلومات حول التدريب على الاسترخاء - التعرف على آليات صرف الانتباه - مراجعة الواجب المنزلي - الخروج بورقة جماعية يتم فيها تعداد خطوات تدريب الاسترخاء 	الجلسة الخامسة
90-60 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - المناقشة، صرف الانتباه، الحوار الذاتي، التدريب على الاسترخاء، الواجب المنزلي: 	<ul style="list-style-type: none"> - تدريب على الاسترخاء. - التركيز على ما يدور داخل العقل من حوارات ذاتية مع التركيز على العبارات 	الجلسة السادسة

	<p>التركيز على الحوار الذاتي مع عمل قائمة ببعض العبارات التي تتردد على عقل المنتفع في حالة القلق</p>	<p>التي تتردد داخله في حالة القلق. - مراجعة الواجب المنزلي - الخروج بقائمة جماعية حول العبارات التي تكون لدى المنتفع في حالة القلق.</p>	
90-60 دقيقة	<p>الواجب المنزلي: تطبيق فنية ABC والتعريض سرف الانتباه ممارسة الاسترخاء التعريض فنية ABC.</p>	<p>- تدريب المريض على كيفية مواجهه القلق والخوف والتوتر من خلال فنية ABC، وكيفية استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية. - التعرف على فنية التعريض</p>	الجلسة السابعة
90-60 دقيقة	<p>الواجب المنزلي ممارسة فنية التخيل وآلية تعديل الأفكار سرف الانتباه ممارسة الاسترخاء التخيل فنية ABC. فنية تعديل الأفكار.</p>	<p>- تدريب المريض على كيفية مواجهه القلق والخوف والتوتر، وكيفية استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية من خلال تعديل الأفكار - استخدام فنية التخيل</p>	الجلسة الثامنة
90-60 دقيقة	<p>الواجب المنزلي سرف الانتباه ممارسة الاسترخاء التعريض التخيل فنية تعديل الأفكار.</p>	<p>- تدريب المريض على كيفية مواجهه القلق والخوف والتوتر، وكيفية استبدال الأفكار السلبية بأفكار ايجابية</p>	الجلسة التاسعة
90-60 دقيقة	<p>الواجب المنزلي سرف الانتباه ممارسة الاسترخاء التعريض التخيل فنية تعديل الأفكار.</p>	<p>- تدريب المريض على كيفية مواجهه القلق والخوف والتوتر، وكيفية استبدال الأفكار السلبية بأفكار ايجابية</p>	الجلسة التاسعة
90-60 دقيقة	<p>الواجب المنزلي الحوار الذاتي</p>	<p>- تدريب المريض على الاسترخاء - تحديد الأفكار السلبية و إحلال أفكار</p>	الجلسة العاشرة

	التعريض	ايجابية محلها	
	ممارسة تمارين الاسترخاء		
90-60 دقيقة	الحوار والمناقشة الواجب المنزلي الحوار الذاتي فنية تعديل الأفكار. التعريض ممارسة تمارين الاسترخاء فنية تعديل الأفكار.	- متابعة المريض في أدائه لتمارين الاسترخاء - تعديل الأفكار السلبية و إحلال أفكار ايجابية محلها	الجلسة الحادية عشرة
90-60 دقيقة	الحوار والمناقشة التلخيص الوقاية من الانتكاسة	- عمل وقاية من الانتكاسة حيث تعريف المريض ما سيقوم بفعله حال شعوره بأعراض قلق أو في حال مواجهته مشكلة معينة لا يستطيع حلها - مراجعة وتلخيص ما دار خلال الجلسات السابقة - تطبيق مقياس القلق تطبيق بعدي	الجلسة الثانية عشرة
	<p>لقد تم تقسيم وقت الجلسات على نظام (20-20-20) وتم توزيعها كالتالي: 20 دقيقة افتتاحية لوضع أجندة والتركيز على المشكلة من جميع النواحي ومناقشة الواجب المنزلي السابق. 20 دقيقة عمل تم فيها تدريب المريض على مهارات جديدة. 20 دقيقة خاتمة تم فيها الاستماع للمريض واستكشاف مدى استجابته لتغيير الأفكار والسلوك وتلخيص ما دار خلال الجلسة وإعطاء الواجب المنزلي الجديد وإنهاء الجلسة بتحديد موعد الجلسة القادمة، ويتم تقييم كل جلسة من خلال الحصول على رأي كل مريض على حدة ومدى الراحة والاستفادة التي حصل عليها و أسلوب المعالج والفنيات التي تم استخدامها خلال الجلسة.</p>		ملاحظة

مصادر إعداد البرنامج:

قامت الباحثة بالخطوات التالية في سبيل إعداد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

- الاطلاع على الأدبيات السيكولوجية والأصول النظرية للنظرية المعرفية السلوكية والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة.
- الاطلاع على البرامج العلاجية المعرفية السلوكية التي صممت في خفض مستوى اضطراب القلق.
- التعرف على خصائص العينة ومدى حاجتهم لهذا البرنامج.
- تحديد أهداف البرنامج وصياغتها.
- تحديد المهارات التي سيتم تدريب أفراد العينة عليها.
- صياغة محتوى البرنامج في عدد من الجلسات تحتوي على أهم المعلومات والمهارات التي ينبغي تزويد أفراد المجموعة بها والفنيات المستخدمة في هذه الجلسات.
- تحديد بعض الإجراءات والأساليب التي سيتبعها أفراد العينة أثناء تطبيق البرنامج.

حدود البرنامج:

يحدد البرنامج العلاجي بالعينة التي تم اختيارها من مرضى اضطراب القلق العام المتردد على العيادة النفسية الحكومية في المحافظة الوسطى، ابتداءً من تاريخ 2014/3/20 موحتن تاريخ 2014/7/5م.

مدة البرنامج:

يستغرق البرنامج العلاجي مدة 12 جلسة، تتراوح مدة كل جلسة ما بين 60-90 دقيقة، وبواقع جلسة كل أسبوع، وسوف يطبق هذا البرنامج بطريقة جماعية، حيث سيتم تطبيق جلسات البرنامج في ثلاث شهور ونصف، وسيتم عمل قياس قبلي و في منتصف البرنامج، وبعد ذلك سيتم تطبيق القياس البعدي وبعد مضي شهر على إنهاء البرنامج سيتم عمل قياس تتبعي لمعرفة مدى استمرار فعالية البرنامج.

أهداف البرنامج:

الهدف العام من البرنامج العلاجي هو خفض درجة القلق العام لدى عينة من مرضى اضطراب القلق العام المراجعين للعيادة النفسية بمنطقة الوسطى.

أما الأهداف الفرعية تشمل ما يلي:

- 1- بيان فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطراب القلق لدى المرضى المشاركين في هذا البرنامج العلاجي.
- 2- تدريب المرضى على رؤية العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك ومراقبة ذواتهم.
- 3- تدريب المرضى على كيفية استبدال المعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية بمعتقدات إيجابية باستخدام إعادة البناء المعرفي.
- 4- تدريب المرضى على تقنيات ومهارات تساعد في التغلب على قلقهم.

أهمية البرنامج:

تتضح أهمية البرنامج الحالي من خلال الأساليب والفنيات التي يقوم عليها البرنامج، وذلك باعتبارها فعالة في علاج الاضطرابات النفسية وخصوصاً اضطراب القلق العام لدى كبار السن، وتكمن أهمية البرنامج في وضوح النظرية المعرفية السلوكية حيث تشتمل على الجانب المعرفي والجانب السلوكي والجانب الانفعالي، ولم تقتصر على جانب واحد، كما تتضح أهمية البرنامج في قصر الفترة الزمنية مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى.

الأسس والمبادئ الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي:

- 1- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي في صياغة مشكلة المريض على عدة عوامل متعددة ومنها تحديد الأفكار الحالية للمريض والتي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعرف على السلوكيات غير المرغوب بها.
- 2- يتطلب وجود علاقة جيدة بين المعالج والمنتفع تجعل المريض يثق بالمعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض وكذلك الاحترام الصادق.
- 3- يشدد المعالج على أهمية التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.

- 4- يسعى المعالج لتحقيق أهداف معينة لحل مشكلة معينة.
- 5- يركز العلاج على الحاضر وعلى المواقف التي تثير القلق لدى المريض ومع ذلك قد يتطلب الأمر الرجوع للماضي. (عبد الله، 2000: 6).
- 6- العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف لجعل المريض معالماً نفسياً، كما أنه يهتم كثيراً بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع الانتكاسة وعدم عودة المرض.
- 7- تتم الجلسات وفق أجندة (جدول عمل معين يحاول المعالج تنفيذه بالشراكة مع المريض قدر المستطاع). (المحارب، 2000: 38-39).
- 8- يُعَلِّمُ العلاج المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف على الآثار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يُقَوِّمها ويستجيب لها ويُعَدِّلها.
- 9- يستخدم مهارات وفتيات متعددة لإحداث تغيير في التفكير والمزاج والسلوك.
- 10- يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحاً مع المريض، يناقش معه وجهه نظره حول المشكلة، ويتعرف على أخطائه ويسمح للمريض بمعارضته ومناقشته.
- (الخفش، 2011: 346-389).

المستفيدون من البرنامج:

أعدت الباحثة هذا البرنامج للمرضى كبار السن (فوق سن 18)، ذكوراً وإناثاً، المترددين على العيادة النفسية والذين يعانون من اضطراب القلق العام فقط، وفقاً للدليل التشخيصي الأمريكي الرابع، وسوف يتم استثناء الأطفال والمعاقين عقلياً والذين يعانون من قدرات عقلية ضعيفة لأنهم ليس لديهم قدرة على استيعاب هذا النوع من العلاج وليس لديهم قدرة على التعبير.

الخدمات التي يقدمها البرنامج:

يقدم هذا البرنامج عند تطبيقه وبعد تطبيقه خدمات علاجية وخدمات وقائية:

- 1 - الخدمات العلاجية: وتتمثل هذه الخدمات في مساعدة مرضى عينة الدراسة على خفض أعراض القلق العام لديهم، وذلك من خلال تعديل الأفكار الخاطئة وإبدالها بأفكار صحيحة وأكثر إيجابية.

- 2 - **الخدمات الوقائية:** يقدم هذا البرنامج العلاجي خدمات وقائية هامة لأفراد عينة الدراسة، وهو العمل على أن يكتسب المريض بعض الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تمكنه من مواجهة مخاطر القلق في المستقبل القريب والتغلب عليه، مثل ممارسة الاسترخاء والتدريب على التخيل والتعريض، والحوار الذاتي وصرف انتباه المريض عن القلق، وغيرها من الفنيات الأخرى.
- 3 - **خدمات المتابعة:** تقوم الباحثة بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي بدراسة تتبعية لمرضى اضطراب القلق العام حتى يمكن التعرف على مدى الاستفادة من العلاج وعدم حدوث انتكاسة.

مراحل تطبيق البرنامج العلاجي:

يمر البرنامج العلاجي بأربع مراحل تم اختيارها على أساس مراحل العلاج السلوكي وهي:

***المرحلة الأولى:** مرحلة البدء وبناء العلاقة والتعليم النفسي: وهي التي سيتم من خلالها التعارف، والتمهيد، وتبادل المعلومات الشخصية بين الباحث والمريض، وتقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه، وعن اضطراب القلق العام وأعراضه وأسبابه وآلية علاجه، مما يساعد المرضى على فهم العمليات التي تتم في الشعور بالضغط النفسي أو القلق والتوتر، فغالباً لا يدرك المرضى أن لهم دوراً في تعقيد مشكلاتهم، وبمجرد إدراك هذا الدور يبدأ المرضى في التغيير نحو الإيجابية، فإن معرفة ما يحدث لهؤلاء المرضى يخفف من إحساسهم بالقلق والتوتر. وذلك في الجلسة الأولى والثانية والثالثة.

***المرحلة الثانية:** التدريب والتطبيق والممارسة للمهارات السلوكية والمعرفية: وهي المرحلة السلوكية وهدفها تقديم تلك الإجراءات وممارستها بعد تقديم المفهوم النظري لها، وذلك من خلال الجلسات، بالإضافة إلى المرحلة المعرفية والتي هدفت إلى تقديم خطة للتغلب على اضطراب القلق من خلال تقديم المفاهيم النظرية والمهارات المعرفية للتحكم في القلق، حيث سيتم تعليم المرضى مهارات معرفية وسلوكية لمواجهة القلق، بحيث يتم تدريب المرضى على بعض المهارات اللازمة للتحكم في اضطراب القلق العام ووضع بعض المهام السلوكية المنزلية، حيث يتم تحديد التوقعات في مرحلة مبكرة، وهي أن الباحث يقوم بتقديم التدريب والتوجيه، وأن المريض هو مسئول عن تطبيق تلك المعلومات، بالإضافة إلى ممارسة مهارات المساعدة الذاتية، وذلك في الجلسات من 4 إلى 10.

* المرحلة الثالثة: التقييم للبرنامج والوقاية من الانتكاسة والإنهاء: وهذه المرحلة وهدفها تلخيص أهداف البرنامج وتهيئة المرضى لإنهاء البرنامج العلاجي وتفعيل خطة جماعية للوقاية من الانتكاسة وذلك في الجلسات من 11 إلى 12.

تقييم البرنامج من خلال عمل قياس قبلي وقياس في منتصف البرنامج وقياس بعد إنهاء البرنامج وقياس تتبعي بعد شهر من إنهاء البرنامج.

خطوات إجراء الدراسة:

- * جمع الأدبيات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة من إطار نظري ودراسات سابقة وتصنيفها في الدراسة مع التعليق عليها.
- * إعداد أدوات الدراسة والتأكد من مناسبتها لعينة الدراسة وذلك من خلال التأكد من صدقها وثباتها لعينة الدراسة.
- * استخراج قرار تسهيل مهمة باحث من الدراسات العليا بالجامعة وتوقيعها من وحدة الطب النفسي بوزارة الصحة.
- * تطبيق مقياس تايلور للقلق على عينة الدراسة تطبيق قبلي، قبل البدء بالبرنامج.
- * تطبيق جلسات العلاج المعرفي السلوكي والتي بلغت 12 جلسة على عينة الدراسة في مدة لا تتجاوز ثلاث شهور ونصف.
- * تطبيق مقياس القلق على عينة الدراسة تطبيق بعد مضي 6 جلسات (منتصف البرنامج) من تطبيق البرنامج للتعرف على مدى التحسن الذي طرأ على العينة بعد تطبيق عدد من الجلسات العلاجية.
- * تطبيق مقياس القلق على عينة الدراسة تطبيق بعدي للتعرف على مدى تأثير العلاج المعرفي السلوكي على المرضى بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.
- * تطبيق مقياس القلق على العينة للمرة الثالثة بعد شهر من انتهاء البرنامج، للتعرف على مدى استمرار التحسن لدى أفراد العينة.
- * جمع وتبويب بيانات الدراسة ومعالجتها إحصائياً باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS للإجابة على تساؤلات الدراسة والخروج بالنتائج النهائية للدراسة والتحقق من فروضها.
- * مناقشة وتفسير النتائج وتقديم التوصيات والبحوث المقترحة والتي ترتبط بنتائج الدراسة.

الأساليب الإحصائية:

من أجل الإجابة على أسئلة الدراسة وفرضيتها قامت الباحثة باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

1. اختبار كا² سكوير "لمعرفة الفروق بين العينتين بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية، لمعرفة تجانس العينتين.
2. اختبار "ت" العينتين مستقلتين ، لكشف الفروق بين المجموعتين بالنسبة للمتغيرات التابعة.
3. معامل ارتباط بيرسون لمعرفة صدق الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية لمقاييس الدراسة.
4. المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري والوزن النسبي.
5. اختبار ويلوكسون Wilcoxon Test وذلك بهدف معرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في مقياس الدراسة.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة

عرض وتفسير ومناقشة النتائج

مقدمة:

في هذا الفصل ستعرض الباحثة أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة وستقوم بتفسير النتائج والتعليق عليها.

تساؤلات الدراسة:

التساؤل الأول: ما مستوى اضطراب القلق العام لدى مرضى القلق في مراحل تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟

للتعرف على مستوى اضطراب القلق العام لدى مرضى القلق قبل تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي وخلال منتصف تطبيق البرنامج وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج وفي المرحلة التتبعية للتطبيق بعد شهر من تطبيق البرنامج، قامت الباحثة بحساب التكرار والنسبة المئوية لدرجة التصنيف لمقياس تايلور، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (رقم 8) يوضح مستوى اضطراب القلق العام في مراحل تطبيق البرنامج لدى مرضى القلق العام.

القياس التتبعي		القياس البعدي		القياس النصفي		القياس القبلي		مستوى القلق العام
%	N	%	N	%	N	%	N	
100	15	100	15	0	0	0	0	لا يوجد قلق
				80	12	6.7	1	يوجد قلق خفيف
				20	3	93.3	14	يوجد قلق شديد
								يوجد قلق شديد جداً
100	15	100	15	100	15	100	15	المجموع

تبين من خلال الجدول التالي مايلي:

التطبيق القبلي: أظهرت النتائج أن 6.7% من مرضى القلق العام في العينة يوجد لديهم قلق خفيف، بينما 93.3% يعانون من اضطراب القلق العام بدرجة شديدة.

التطبيق النصفي: أظهرت النتائج أن 80% من أفراد العينة التجريبية يعانون من قلق خفيف، بينما 20% يعانون من اضطراب القلق بدرجة شديدة.

التطبيق البعدي: ظهر بأن جميع أفراد العينة التجريبية وبنسبة 100% لا يوجد لديهم أي أعراض اضطراب قلق عام

التطبيق التبعي: ظهر بأن جميع أفراد العينة التجريبية وبنسبة 100% لا يوجد لديهم أي أعراض اضطراب قلق عام.

معظم الدراسات قامت بعمل تطبيق قبلي وبعدي فقط وهي الدراسات التالية:

"دراسة الزهراني (2013)، و دراسة الخياط والسليحات (2012)، و دراسة محمد (2012)، و دراسة حجازي (2012)، و دراسة الربيعي (2011)، و دراسة عبد العال (2010)، و دراسة مقداي (2008)، و دراسة الغامدي (2005)، و دراسة مجاهد (2005)، و دراسة حسين (2004)، و دراسة ميلندا ستانلي وآخرون (2003)، و دراسة عزب (2003)، و دراسة عامر (2002)، و دراسة بزاوز وآخرون (2001)، و دراسة أوست وآخرون (2000)".

في حين عدد آخر من الدراسات قامت بعمل تطبيق قبلي وبعدي وتتبعي وهي:

"دراسة أحمد (2012)، و دراسة أبو قورة ومحمد (2012)، و دراسة وردة (2011)، و دراسة دبابش (2011)، و دراسة المنكوش (2011)، و دراسة الغامدي (2010)، و دراسة حنور (2007)، و دراسة عبد الرحيم (2007)، و دراسة عبد الوهاب (2006)، و دراسة المقطري (2005)، ودراسة لندن وآخرون (2005)، و دراسة شمسان (2004)، آرئينز وآخرون (2003)، و دراسة رزق (2003)، و دراسة العطية (2002)، باريت وآخرون (2001)، و دراسة أوست وآخرون (2000).

والملاحظ أنه لا توجد ولا دراسة قامت بعمل تطبيق في منتصف البرنامج سوى الدراسة الحالية، وهذا ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بتفردا بالتطبيق النصفي، حيث تم عمل تطبيق قبلي "قياس لمستوى القلق بعد مضي 6 جلسات من تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وكذلك ارتفاع نسبة القلق لدى أفراد العينة، فجميع المرضى لديهم قلق مرتفع ويعانون من أعراض شديدة ولهم ملفات نفسية داخل العيادة وهم بحاجة للالتزام الدوائي إضافة إلى جلسات العلاج النفسي المعرفي السلوكي.

فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى: تنص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس النصفى في درجات اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية في برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

للتحقق من الفرضية الأولى قامت الباحثة بإيجاد اختبار ولكوكسون (Wilcoxon on T-statistic) اللامعلمي لأن حجم العينة صغيرة والبيانات غير طبيعية ولدراسة وسطي مجتمعين في حالة العينات المرتبطة، وذلك لكشف الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس النصفى في اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تم إخضاعها لبرنامج المعرفي السلوكي، ثم قامت الباحثة بحساب حجم التأثير مربع إيتا، والنتائج الخاصة بذلك موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (رقم 9) يوضح المتوسط الحسابي لدرجات القياس القبلي والقياس النصفى في اضطراب القلق العام، وقيمة اختبار ولكوكسون (Wilcoxon on T-statistic) وقيمة إيتا لقياس حجم التأثير أفراد المجموعة التجريبية - برنامج المعرفي السلوكي.

المقارنات	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة Z	مستوى الدلالة	حجم الأثر	نسبة الفاعلية %
القياس القبلي	35.9	2.5	-3.44**	.001	6.3	13.6%
القياس النصفى	30.9	1.9				

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

حجم التأثير: d أكبر من 0.8: حجم تأثير كبير d (0.5-0.7) حجم تأثير متوسط d من 0.2 - 0.4: حجم تأثير ضعيف.

يتضح من الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس النصفى في درجات اضطراب القلق العام لدى المرضى في العينة، الفروق كانت لصالح القياس النصفى، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات اضطراب القلق العام، وهذا يدل على أن درجات اضطراب القلق العام انخفضت عند أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق نصف جلسات البرنامج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم

تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبيراً لأن قيمة d أكبر من 0.8 ، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض حدة اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية، فقد بلغت نسبة التغير 13.6% عند أفراد المجموعة التجريبية في أعراض القلق العام بعد تطبيق نصف البرنامج. وهذا يعطي مؤشر على أن جلسات البرنامج لها دلالة واضحة في خفض اضطراب القلق العام.

والملاحظ أنه لا توجد و لا دراسة قامت بعمل تطبيق في منتصف البرنامج سوى الدراسة الحالية، وهذا ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بتفردتها بالتطبيق النصفي، حيث تم عمل تطبيق قبلي "قياس لمستوى القلق" بعد مضي 6 جلسات من تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

وقد وجدت الباحثة فروقاً جوهرية ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي ومنتصف البرنامج، وتعزي الباحثة هذه النتيجة إلى استخدام جميع مراحل واستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي بطريقة منظمة ومضبوطة، وكذلك التمهيد الجيد الذي قامت به قبل البدء بتطبيق البرنامج حيث تجهيز المكان الذي سيتم فيه تطبيق الجلسات فقد كان المكان عبارة عن غرفة محاضرات مجهزة لاستقبال المرضى، كذلك الاستقبال الجيد الذي حظي به المرضى في اللقاءات الأولى قبل تطبيق البرنامج وجسر الثقة الذي تم بناؤه بين المعالجة والمرضى، فقد كان المرضى على علم بالمعالجة والأخصائيين الموجودين في العيادة من خلال استقبال الحالات في الجلسة الأولى وجمع المعلومات منهم وتقييمهم وتشخيصهم وفتح ملفات لهم ومن ثم عرضهم على الطبيب لوصف العلاج المناسب لهم، وأيضاً توفر السرية في المكان وهذا ما جعل المرضى يشعرون بالأمان والثقة، بالإضافة إلى الجلسات التعليمية الأولى للمرضى والتي قدمت لهم معلومات كبيرة لم يكونوا على دراية بها، حيث تم سؤالهم عن ماهية الأعراض التي يعانون منها وهل يعرفون ما يحدث معهم وما الذي يعانون منه، فكانت إجاباتهم جميعاً بأنهم لا يعرفون ما يحدث معهم وما يعانون منه، هذا ما ساعد في حدوث هذا التطور الكبير بين القياس القبلي والمنتصف البرنامج.

الفرضية الثانية: تنص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية في برنامج المعرفي السلوكي.

للتحقق من الفرضية الثانية قامت الباحثة بإيجاد اختبار ولكوكسون (Wilcox on T-statistic) للامعلمي لأن حجم العينة صغيرة والبيانات غير طبيعية ولدراسة وسطي مجتمعين في حالة العينات المرتبطة، وذلك لكشف الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تم إخضاعها لبرنامج المعرفي السلوكي، ثم قامت الباحثة بحساب حجم التأثير مربع إيتا، والنتائج الخاصة بذلك موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (رقم 10) يوضح المتوسط الحسابي لدرجات القياس القبلي والقياس البعدي في اضطراب القلق العام، وقيمة اختبار ولكوكسون (Wilcox on T-statistic) وقيمة إيتا لقياس حجم التأثير أفراد المجموعة التجريبية - برنامج المعرفي السلوكي.

المقارنات	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة Z	مستوى دلالة	حجم الأثر مربع إيتا	نسبة الفاعلية %
القياس القبلي	35.9	2.5	-3.43	** .001	20.2	39.2
القياس البعدي	21.8	2.0				

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

حجم التأثير: d أكبر من 0.8: حجم تأثير كبير d (0.5-0.7) حجم تأثير متوسط d من 0.2 - 0.4: حجم تأثير ضعيف.

يتضح من الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات اضطراب القلق العام لدى المرضى في العينة، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات اضطراب القلق العام، وهذا يدل على أن درجات اضطراب القلق العام انخفضت عند أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية التي خضعت

للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبيراً لأن قيمة d أكبر من 0.8 ، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض حدة اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية، فقد بلغت نسبة التغير 39.2% عند أفراد المجموعة التجريبية في أعراض القلق العام بعد تطبيق البرنامج. وهذا يعطي مؤشر على أن جلسات البرنامج لها دلالة واضحة في خفض اضطراب القلق العام.

هناك العديد من الدراسات قامت بعمل تطبيق قبلي وبعدي فقط وهي الدراسات التالية:

"دراسة الزهراني (2013)، و دراسة الخياط والسليحات (2012)، و دراسة محمد(2012)، و دراسة حجازي (2012)، و دراسة الربيعي (2011)، و دراسة عبد العال (2010)، و دراسة مقدادي (2008)، و دراسة الغامدي (2005)، و دراسة مجاهد (2005)، و دراسة حسين (2004)، و دراسة ميلندا ستانلي وآخرون (2003)، و دراسة عزب (2003)، و دراسة عامر (2002)، و دراسة بزاوز وآخرون (2001)، و دراسة أوست وآخرون (2000).

وقد توافقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي حيث انخفض مستوى القلق في المرحلة الأولى من تطبيق الجلسات وتعزي الباحثة هذا التحسن الملحوظ وبدرجة كبيرة لدى أفراد العينة في المرحلة الأولى من التطبيق إلى أن البرنامج يسير في خطوات متسلسلة ومتراصة ويستخدم فنيات وتقنيات إيجابية وذات فعالية كبيرة، حيث أن الجلسات الثلاثة الأولى "جلسات التعليم النفسي التي بعنوان: اضطراب القلق العام، العلاج النفسي الديني، العلاج النفسي للقلق والعلاج المعرفي السلوكي"، تضمنت معلومات كبيرة حول اضطراب القلق العام وأعراضه وأنواعه وأسباب حدوثه وتصنيفاته وآليات علاجه، وهذا ما لم يكن متوفراً لدى أفراد العينة، وقد تبين أن أفراد العينة يجهلون بطبيعة الأعراض التي تظهر عندهم ولا يعرفون سبب معاناتهم أو ماهيتها، بالإضافة إلى المهارات والأنشطة والفنيات التي تم تعليمها للمرضى خلال المرحلة التدريبية والتي لها أثراً كبيراً في تغيير الحالة الانفعالية للمرضى بشكل كبير، وهذه التدريبات يمكن تعلمها وتطبيقها في أي مكان مادام تعلمها حيث أنها مرتبطة بخطوات عملية محددة تمكن أي شخص من ممارستها، وأيضاً هذه التمارين كان يطلب من المرضى ممارستها عدة مرات كواجب منزلي خلال الجلسات العلاجية، بالإضافة إلى التزام معظم المرضى

بتناول العلاج الدوائي بالتوازي مع العلاج النفسي، وهذا أدى إلى وجود هذه الدرجة من الفعالية والتقدم في الحالة المزاجية للمرضى.

الفرضية الثالثة: تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس النصفي ودرجات القياس البعدي في درجات اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية في برنامج المعرفي السلوكي.

للتحقق من الفرضية الثالثة قامت الباحثة بإيجاد اختبار ولكوكسون (Wilcoxon on T-statistic) للامعلمي لأن حجم العينة صغيرة والبيانات غير طبيعية ولدراسة وسطي مجتمعين في حالة العينات المرتبطة، وذلك لكشف الفروق بين درجات القياس النصفي ودرجات القياس البعدي في اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تم إخضاعها لبرنامج المعرفي السلوكي، ثم قامت الباحثة بحساب حجم التأثير مربع إيتا، والنتائج الخاصة بذلك موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (رقم 11) يوضح المتوسط الحسابي لدرجات القياس النصفي والقياس البعدي في اضطراب القلق العام، وقيمة اختبار ولكوكسون (Wilcoxon on T-statistic) وقيمة إيتا لقياس حجم التأثير أفراد المجموعة التجريبية - برنامج المعرفي السلوكي.

المقارنات	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة Z	مستوى الدلالة	حجم الأثر مربع إيتا	نسبة الفاعلية %
القياس النصفي	30.9	1.9	-3.434	**0.001	10	29.4
القياس البعدي	21.8	2.0				

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

حجم التأثير: d أكبر من 0.8: حجم تأثير كبير d (0.5-0.7) حجم تأثير متوسط d من 0.2 - 0.4: حجم تأثير ضعيف.

يتضح من الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس النصفي ودرجات القياس البعدي في درجات اضطراب القلق العام لدى المرضى في العينة، الفروق كانت لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات اضطراب القلق العام، وهذا يدل على أن درجات اضطراب القلق العام انخفضت عند أفراد

المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبيراً لأن قيمة d أكبر من 0.8 ، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض حدة اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية، فقد بلغت نسبة التغير 29.4% عند أفراد المجموعة التجريبية في أعراض القلق العام بعد تطبيق البرنامج. وهذا يعطي مؤشراً هاماً على أن جلسات البرنامج لها دلالة واضحة في خفض اضطراب القلق العام.

وتعزي الباحثة هذا الفرق بين القياس النصفي والبعدي إلى المهارات والأنشطة والفنيات التي تم تعليمها للمرضى خلال المرحلة التدريبية والتي لها فعالية كبيرة في تغيير الحالة الانفعالية للمرضى، وهذه التدريبات يمكن تطبيقها في أي مكان مادام تعلمها سهل ويسير بخطوات محددة ومتسلسلة، حيث أنها مرتبطة بخطوات عملية محددة تمكن أي شخص من ممارستها، وأيضاً هذه التمارين كان يطلب من المرضى ممارستها عدة مرات كواجب منزلي خلال الجلسات العلاجية، كذلك التزام أفراد العينة بحضور الجلسات العلاجية، و الإجراءات التي استخدمتها الباحثة خلال تطبيق البرنامج متسلسلة وسهلة وواضحة، بالإضافة إلى التزام معظم المرضى بتناول العلاج الدوائي بالتوازي مع العلاج النفسي، وهذا أدى إلى وجود هذه الدرجة من الفعالية والتقدم في الحالة المزاجية للمرضى.

الفرضية الرابعة: تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في درجات اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية في برنامج المعرفي السلوكي.

للتحقق من الفرضية الرابعة قامت الباحثة بإيجاد اختبار ولكوكسون (Wilcox on T-statistic) اللامعلمي لأن حجم العينة صغيرة والبيانات غير طبيعية ولدراسة وسطي مجتمعين في حالة العينات المرتبطة، وذلك لكشف الفروق بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تم إخضاعها لبرنامج المعرفي السلوكي، ثم قامت الباحثة بحساب حجم التأثير مربع إيتا، والنتائج الخاصة بذلك موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (رقم 12) يوضح المتوسط الحسابي لدرجات القياس البعدي والقياس التتبعي في اضطراب القلق العام، وقيمة اختبار ولوكسون (Wilcoxon on T-statistic) وقيمة إيتا لقياس حجم التأثير أفراد المجموعة التجريبية - برنامج المعرفي السلوكي.

المقارنات	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة Z	مستوى الدلالة	حجم الأثر مربع إيتا	نسبة الفاعلية %
القياس البعدي	21.8	2.0	-3.415	**.001	6.4	32.5
القياس التتبعي	14.7	1.8				

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

حجم التأثير: d أكبر من 0.8: حجم تأثير كبير d (0.5-0.7) حجم تأثير متوسط d من 0.2 - 0.4: حجم تأثير ضعيف.

يتضح من الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في درجات اضطراب القلق العام لدى المرضى في العينة، الفروق كانت لصالح القياس التتبعي، بالاتجاه الإيجابي حيث استمرارية انخفاض مستوى القلق بالرغم من انتهاء البرنامج العلاجي وانتهاء تطبيق الجلسات العلاجية، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات اضطراب القلق العام، وهذا يدل على أن درجات اضطراب القلق العام انخفضت عند أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي، وفيما يتعلق بحجم تأثير برنامج العلاج المعرفي السلوكي على خفض اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبيراً لأن قيمة d أكبر من 0.8 ، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض حدة اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة التجريبية، فقد بلغت نسبة التغير 32.5% عند أفراد المجموعة التجريبية في أعراض القلق العام بعد تطبيق البرنامج. وهذا يعطي مؤشراً هاماً على أن جلسات البرنامج لها دلالة واضحة في خفض اضطراب القلق العام.

هناك العديد من الدراسات قامت بعمل قياس تتبعي وهي:

"دراسة أحمد (2012)، و دراسة أبو قورة ومحمد (2012)، و دراسة وردة (2011)، و دراسة دبابش (2011)، و دراسة المنكوش (2011)، و دراسة الغامدي (2010)، و دراسة حنور

(2007)، ودراسة عبد الرحيم (2007)، ودراسة عبد الوهاب (2006)، ودراسة المقطري (2005)، ودراسة لندن وآخرون (2005)، ودراسة شمسان (2004)، ودراسة آرتينز وآخرون (2003)، ودراسة رزق (2003)، ودراسة العطية (2002)، ودراسة باريت وآخرون (2001)، ودراسة أوست وآخرون (2000)".

وقد اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في عدم وجود فروق بين القياس البعدي والتتبعي والدراسات هي:

"دراسة أحمد (2012)، ودراسة وردة (2011)، ودراسة دبابش (2011)، ودراسة الغامدي (2010)، ودراسة عبد الرحيم (2007)، ودراسة عبد الوهاب (2006)، ودراسة حسين (2004)، ودراسة شمسان (2004)".

واتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في وجود فروق بين القياس البعدي والتتبعي ومنها:

"دراسة المنكوش (2011)، ودراسة حنور (2007)، ودراسة المقطري (2005)، ودراسة آرتينز وآخرون (2003)، ودراسة رزق (2003)، ودراسة العطية (2002)، ودراسة باريت وآخرون (2001)، ودراسة روبرت وآخرون (2000)".

حيث وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتتبعي في الاتجاه الإيجابي مما يعني استمرار فعالية البرنامج والجلسات العلاجية حتى بعد انتهاء البرنامج وفترة المتابعة والتي بلغت شهر، وتعزي الباحثة هذا الاستمرار في التحسن بدرجة كبيرة لدى أفراد العينة إلى التزام معظم المرضى بالعلاج الدوائي إلى جانب حضور جلسات العلاج النفسي المعرفي السلوكي، وأيضاً إلى المتابعة الدورية في العيادة بمعدل جلسة متابعة كل أسبوعين وخاصة بعد انتهاء البرنامج لمعرفة مدى استمرار المرضى في متابعة تطبيق الفنيات والمهارات التي تعلموها بعد انتهاء البرنامج ومعالجة الصعوبات التي تواجههم.

التعليق العام على نتائج الدراسة

تناولت الدراسة الحالية مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة اضطراب القلق العام لدى عينة من المرضى المراجعين للعيادة النفسية بمنطقة الوسطى.

وقد اتضح من خلال نتائج الدراسة الحالية مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق لدى أفراد العينة، وترى الباحثة أن التحسن الذي طرأ على أفراد العينة يرجع إلى جدوى وفاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة والذي احتوى على فنيات مختلفة، وعملية، وتسير بخطوات محددة ومتسلسلة ومنطقية من أجل تخفيف القلق، وكذلك توافق الظروف الرمانية والمكانية والفيزيقية خلال تطبيق البرنامج العلاجي، أيضاً سلامة الخطوات والإجراءات والفنيات المستخدمة.

وقد جاءت نتائج الدراسة الحالية متسقة مع ما جاء في التراث النفسي من الدراسات السابقة، فقد اتضح أن غالبية الدراسات السابقة اتفقت على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة اضطراب القلق، لذا تؤكد الباحثة على أهمية التدخل العلاجي بأسلوب العلاج المعرفي السلوكي لما له من دور كبير في تصحيح وتعديل الأفكار الخاطئة التي تنشأ لدى الشخص نتيجة سوء تفسيره للمواقف التي يمر بها مما ينعكس سلباً على تفكيره ومشاعره وسلوكه، والعلاج المعرفي السلوكي بفنياته المتعددة قادر على إعادة الشخص إلى سابق عهده حيث التفكير السليم والهدوء الانفعالي والسلوك القويم، لما له من قدرة على إحداث تغيرات معرفية وانفعالية وسلوكية تجعل الفرد أقل اضطراباً في الوقت الحاضر، وأقل قابلية للاضطراب في المستقبل، كما يجعله أكثر قدرة على تقبل واقعه ومواجهة الصعوبات والتحديات التي من الممكن أن تواجهه في المستقبل، وقد ساعد البرنامج العلاجي في تغيير البنية المعرفية للمرضى حيث أصبحت العمليات المعرفية والأفكار والتحليلات والمعاني والحصيلة اللفظية واللغوية أكثر كفاءة وأصبح المرضى أكثر قدرة على التعبير اللفظي عما يجول في خواطرهم، كما أنهم أصبحوا أكثر قدرة على تفسير المواقف التي تمر عليهم بطريقة أفضل مما قلل لديهم الشعور بالقلق والانشغال الفكري وكذلك قلل من شعورهم بالتهديد وعدم الأمن وتوقع حدوث الخطر والسوء، كما أنه أثر على الحالة الانفعالية للمرضى بحيث أنهم أصبحوا أكثر قدرة على ضبط انفعالاتهم والتحكم فيها، فالبرنامج العلاجي قادر على أن يعيد المنظومة الانفعالية من حيث الاتزان والمسئولية والتحكم في الأحاسيس والمشاعر غير السوية وذلك من خلال الفنيات

التي تعلموها والتي تختص بتنظيم الانفعالات والتحكم بالمشاعر مما جعلهم أكثر قدرة على ضبط انفعالاتهم وجعلها تحت السيطرة وكذلك أصبحوا أكثر هدوءاً واستقراراً من السابق.

التوصيات:

في ضوء النتائج السابقة وفي ضوء حدود الدراسة والعينة فإن الباحثة توصي بما يلي:

1. العمل على توفير الخدمات النفسية وتطويرها و تعميمها في صورها العلاجية والتشخيصية والوقائية بهدف مساعدة المرضى على التخلص مما يواجهونه من اضطرابات نفسية تعيق مستوى الصحة النفسية والتوافق السليم لديهم.
2. ضرورة إعداد برامج عن أساليب الإرشاد والعلاج النفسي المختلفة ومن ضمنها برامج عن فنيات العلاج المعرفي السلوكي وذلك من أجل إعداد وتدريب الأخصائيين والعاملين في العيادات النفسية والباحثين عليها، بحيث تتضمن هذه البرامج مفاهيم أساسية عن طبيعة كل برنامج مع نماذج وأمثلة حية توضح سير البرامج النفسية الأخرى في المجتمعات العربية وفي فلسطين وغزة بشكل خاص.
3. ضرورة وجود مراكز للعلاج النفسي بصفة عامة والعلاج المعرفي السلوكي بصفة خاصة حتى يكون المريض مهياً نفسياً للعلاج النفسي حيث أن الفكرة السائدة لدى بعض المجتمعات العربية أن الفرد الذي يراجع العيادات النفسية والمستشفيات هو مريض عقلي ونفسي وهذا ما يسمى بالوصمة الاجتماعية.
4. ضرورة إعداد برامج تلفزيونية عبر وسائل الإعلام المتعددة لإرشاد الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات النفسية بمراجعة مراكز العلاج النفسي أو العيادات النفسية والبعد عن المشعوذين والدجالين.
5. توصي الباحثة ذوي المرضى والأشخاص المحيطين بهم بضرورة الاهتمام بالمريض وتهيئة الجو المناسب وإبعاده عن الصراع النفسي والمثيرات المسببة لآلامه وانفعالاته.

المقترحات:

في ضوء النتائج وفي ضوء مدى استفادة الباحثة ورؤيتها المستقبلية يمكن لها أن تضع عدة مقترحات بحثية:

- 1- إجراء دراسة بعنوان "مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الديني في خفض مستوى القلق" دراسة مقارنة.
- 2- إجراء دراسة بعنوان "مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة أعراض الفصام".
- 3- إجراء دراسة بعنوان "مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في التخفيف من حدة أعراض الاضطرابات الذهانية".
- 4- إجراء دراسات تتبعه لفترات طويلة (سنة أو أكثر) لحالات الاضطرابات النفسية بجميع أشكالها لمعرفة مدى استمرار فعالية العلاجات النفسية المختلفة بما فيها العلاج المعرفي السلوكي على المدى البعيد.
- 5- إجراء دراسة بعنوان "فاعلية أسلوب حل المشكلات بالطريقة المعرفية السلوكية مع الاضطرابات النفسية العصابية عموماً واضطراب القلق العام خصوصاً".
- 6- إجراء دراسة مماثلة بعنوان "العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام" باستخدام منهج دراسة الحالة.
- 7- العمل على تطوير المقاييس والاختبارات النفسية لتناسب مع البيئة العربية والإسلامية وتكون أكثر صدقاً في قياس ما وضعت لقياسه.
- 8- بناء مقاييس جديدة للاضطرابات النفسية.

الصعوبات التي واجهت الباحثة خلال إجراء الدراسة:

- 1- ندرة المراجع الحديثة المتعلقة بالموضوع.
- 2- انقطاع التيار الكهربائي بشكل مستمر.
- 3- الاتصال على أفراد المجموعة قبل كل جلسة لتذكيرهم بموعد الجلسة.

4- وجود صعوبة لدى أفراد العينة في التعبير عن مشاعرهم وبرروا ذلك بأن هذا شيء جديد عليهم.

5- وجود صعوبة في استخدام المقياس المناسب.

6- عدم تجانس أفراد العينة من حيث العمر الزمني والمستوى التعليمي.

المصادر والمراجع:

- أولاً: المصادر:

القرآن الكريم.

-ثانياً:المراجع العربية:

- إبراهيم، علا عبد الباقي (2010م): الخوف والقلق والتعرف على أوجه التشابه والاختلاف بينهما وعلاجهما وإجراءات الوقاية منهما، عالم الكتاب، ط1، القاهرة.

- إبراهيم، عبد الستار وآخرون (1993م): علم النفس الإكلينيكي، دار المريخ للنشر، السعودية.

- إبراهيم، عبد الستار (1988م): "موجتان من التطور لحركة العلاج السلوكي"، مجلة علم النفس، العدد 26، السنة السابعة، مصر.

- ابن تيمية، أحمد بن عبد الحليم الحراني (1977م): الكلم الطيب، تحقيق محمد ناصر الدين الألباني، المكتب الإسلامي، ط3، بيروت: لبنان.

- أبو العلا، مدحت الطاف عباس (1990م): دراسة تجريبية لخفض مستوى القلق لدى أطفال المرحلة الابتدائية باستخدام الرسم، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة حلوان، مصر.

- أبو سليمان، بهجت (2007م): أثر الاسترخاء والتدريب على حل المشكلات في خفض القلق وتحسين الكفاءة الذاتية لدى عينة من طلبة الصف العاشر القلقين، رسالة دكتوراه غير منشورة، عمان، الجامعة الأردنية.

- أبو فايد، ريم (2010م): فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة: فلسطين.

- أبو قورة، هديل و محمد، محمد (2012م): فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تخفيض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طالبات المرحلة الإعدادية، مجلة الطفولة والتربية، كلية رياض الأطفال، جامعة الإسكندرية، مجلد 10، العدد (10)، الجزء الأول، ص 83-149، مصر.

- أحمد، سليمان (2012م): فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض العصاب القهري لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم، رسالة دكتوراه، مستخلصات أطروحات الماجستير والدكتوراه، مجلة كلية التربية - جامعة بنها، مجلد 22، عدد 85، مصر.

- الأقصري، يوسف (2002م): كيف تتخلصين من الخوف والقلق من المستقبل، ط1، دار الطائف للنشر والتوزيع، القاهرة.
- الأنصاري، بدر محمد (1999م): الفروق بين مدخني السجائر وغير مدخنيها من طلبة جامعة الكويت في بعض سمات الشخصية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الكويت، الكويت.
- البحيري، عبد الرقيب أحمد (2005م): قائمة الأعراض المعدلة، كراسة التعليمات، مركز الإرشاد النفسي والتربوي، أسيوط: مصر.
- الجوزية، ابن القيم ومحمد بن أبي بكر (1968م): الجواب الكافي لمن سأل عن الدواء الشافي، تصحيح وتعليق محمود عبد الوهاب فايد، ط1، مكتبة محمد علي صبيح، القاهرة: مصر.
- الجوهي، عبدالله (2003م)، الحقيبة التدريبية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي-
<http://www.tge.gov.sa/vb/showthread.php?t=20954>
- الحجار، محمد (2000م): تجربتي مع العلاج السلوكي المعرفي على المجتمع السوري، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، العدد "44"، المجلد "11"، ص55، طرابلس: لبنان.
- الحجاوي، عبد الكريم (2004م): موسوعة الطب النفسي، دار أسامة للنشر، عمان: الأردن.
- الحلبي، قتيبه؛ يحيى، فهد (1995م): العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي، الشركة الإعلامية للتوزيع والنشر، الرياض: المملكة العربية السعودية.
- الخالدي، عطا الله فؤاد (2009م): الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق، دار الصفاء، ص70-71، عمان: الأردن.
- الخطيب، جمال (2001م): تعديل السلوك الإنساني، ط4، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت.
- الخطيب، جمال، الحديدي، علي (1996م): تعديل السلوك، منشورات جامعة القدس المفتوحة، الطبعة الأولى، فلسطين.
- الخفش، سامح وديع (2011م): النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي، دار الفكر للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الأردن.

- الخلف، سعد إبراهيم (2001م): القلق لدى المراهقين في المدينة والقرية، دراسة مقارنة على عينة من مراهقين مدينة الرياض الإدارية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة.
- الخياط، ماجد، والسليحات، ملوح (2012م): فاعلية برنامج تدريبي سلوكي معرفي في خفض الضغوط النفسية لدى طلبة كلية الأميرة رحمة الجامعية، مجلة الجامعة الإسلامية، المجلد 20، العدد 2، يونيو 2012، ص 1-22، قطاع غزة: فلسطين.
- الرازي، أبو بكر (1939م): مختار الصحاح، وزارة المعارف العمومية، ط5، القاهرة، مصر.
- الراشد، صلاح (2000م): كن مطمئناً تغلب على القلق، مكتبة المنار الإسلامية، ط2، الكويت.
- الربيعي، سليمان (2011م): فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لعلاج الخجل الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية في مدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض: السعودية.
- الرفاعي، نعيم (1987م): الصحة النفسية، مطابع جامعة دمشق، ط7، دمشق: سوريا.
- الريماوي، محمد وآخرون (2006م): علم النفس العام، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط2، عمان.
- الزهراني، بالخير (2013م): فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تخفيض درجة الوحدة النفسية وزيادة درجة الأمن النفسي لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة جدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- الزيود، نادر فهمي (1998م): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الفكر، ط 1، عمان: الأردن.
- السباعي، زهير أحمد، عبد الرحيم، شيخ إدريس (1991م): القلق وكيف تتخلص منه، دار القلم، بيروت: لبنان.
- السيد عبيد، ماجدة (2008م): الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، دار صفاء للنشر والتوزيع، شارع السلطان، عمان: الأردن.
- الشراوي، مصطفى (1983م): علم الصحة النفسية، دار النهضة العربية، بيروت: لبنان.

- الشناوي، محمد محروس (1995م): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي، دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- الشناوي، محمد محروس؛ والسيد محمد، عبد الرحمن (1998م): العلاج السلوكي الحديث، أسسه وتطبيقاته، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة: مصر.
- الشيخ، عبد السلام أحمددي (2003م): علم النفس الإكلينيكي، دار الحضارة للطباعة والنشر، القاهرة: مصر.
- الطيب، زكريا (1981م): تيارات جديدة في العلاج النفسي، دار النهضة المصرية ، القاهرة: مصر.
- العزة، سعيد؛ عبد الهادي، جودت (1999م): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان: الأردن.
- العطية، أسماء (2002م): فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطراب القلق لدى عينة من الأطفال في دولة قطر، مجلة مركز البحوث التربوية والنفسية، جامعة قطر، السنة 11، العدد 21، يناير 2002م، ص 221-228، قطر.
- الغامدي، حامد (2005م): فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة كل من اضطراب القلق المعمم و الرهاب الاجتماعي لدى المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف، رسالة دكتوراه منشورة، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، العدد 2 ،، جامعة عين شمس، مصر.
- الغامدي، حامد (2010م): فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف، مجلة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، المجلد الثاني، العدد الأول، ص 12-51، السعودية.
- الغباشي، سهير فهيم (2000م): القلق والاكتئاب والشعور بالعجز عن مواجهه لدى مرضى الشريان التاجي بالقلب، مجلة دراسات نفسية، المجلد العاشر، العدد الأول، القاهرة: مصر.
- الغديان، سليمان (2010م): الأفكار والمشاعر والسيطرة على حالاتك المزاجية وعلى حياتك- دليل عملي لتقنيات العلاج السلوكي المعرفي، تأليف د.ماثيو ماكاي، د. فارثا ديفيز، د. باتريك فانينج، ط1، مكتبة جرير، السعودية، الرياض.

- الفيومي، محمد (1985م): القلق الإنساني، مصادره، تياراته، التدين كعلاج له، دار الفكر العربي، ط3، القاهرة.
- المحارب، ناصر (2000م): المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، دار الزهراء، الرياض: المملكة العربية السعودية.
- المصري، مصطفى (2011م): الملف الشامل للدبلوم العالي للعلاج النفسي، الجامعة الإسلامية، قطاع غزة، فلسطين.
- المعجم الوسيط (1980م): مجمع اللغة العربية، دار المعارف، ط2، ص756، القاهرة: مصر.
- المقطري، حسين (2005م): فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق لدى الشباب الجامعي، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة أسيوط، مصر.
- المنكوش، بلال (2011م): فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض حدة الأحداث الضاغطة لدى عينة من طلاب الجامعة الإسلامية بغزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، قطاع غزة: فلسطين.
- الهواري، ماهر؛ الشناوي، محمد (1987م): مقياس الاتجاه نحو الاختبارات، رسالة الخليج العربي، العدد22، ص40، السعودية.
- باتيرسون، ترجمة سيد عبد الحميد مرسي (1995 م): الإرشاد والعلاج النفسي بين النظرية والتطبيق، الطبعة الأولى، مكتبة وهبة للطباعة والنشر، القاهرة - مصر.
- باتيرسون، س.ه (1990م): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة حامد الفقي، دار القلم، ط1، ص107-188، الكويت.
- بارلو، ديفيد (2004م): مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية، ترجمة صفوت فرج، الأنجلو المصرية، القاهرة.
- بالمر، س، كورين، ب، رودل، ب (2008م): العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ترجمة محمود مصطفى، دار إيتراك، القاهرة.
- بدوي، أحمد (1997م): معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت: لبنان.

- بزاوز، وآخرين (2001م): العلاج المعرفي السلوكي والتغذية المرتدة في علاج اضطراب القلق - دراسة مقارنة، مجلة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، المجلد الثاني، العدد الأول، 2010، السعودية.
- بقيون، سمير (2007م): الطب النفسي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان: الأردن.
- بليمهوب، كلتوم (2011م): العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق المعمم - دراسة حالة. جامعة الجزائر2، قسم علم النفس، دراسات نفسية العدد "5"، مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية، ص147-157، الجزائر.
- بيك، أرون (2000م): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، دار الآفاق العربية، القاهرة: مصر.
- تيموثي.ج.ترول (2007م). علم النفس الإكلينيكي. ترجمة: فوزي شاكر طعيمة، وحنان لطفي زين الدين، دار الشروق، عمان: الأردن.
- جودة، آمال (2008م): الصحة النفسية، مكتبة ومطبعة كلية التربية، جامعة عين شمس، ص107-108، مصر.
- جوردون، أميسلي، و آخرون (1993م): اتجاهات علم النفس المعاصر. ترجمة عبد الله أحمد، منشورات جامعة قار يونس، ص 400، بنغازي، ليبيا.
- حبيب، صموئيل (1994م): القلق حالة وجدانية تبني وتهدم، كتب سيكولوجية، العدد152، دار الثقافة، ط1، القاهرة: مصر.
- حجازي، عائشة علي (2002م): فروق أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية لدى الأطفال "6-12" سنة والمصابين ببعض الأمراض النفسية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود، ص15، السعودية.
- حجازي، هايدي (2012م): فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي لخفض مستوى القلق لدى طلاب الثانوية العامة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية بالعريش، جامعة قناة السويس، مصر.
- حسين، خيرى (2004م): فاعلية برنامج الإرشاد الأسري السلوكي المعرفي في خفض حدة القلق الاجتماعي لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية، جامعة جنوب الوادي، مجلة كلية التربية العدد"18"، أسوان، قسم علم النفس، ص2-42، مصر.

- حسين، سلامة عبد العظيم، حسين طه عبد العظيم (2006م): إستراتيجية إدارة الضغوط التربوية والنفسية. دار الفكر للنشر والتوزيع، مصر.
- حقيبة الاضطرابات النفسية (2007م): دبلوم التوجيه والإرشاد الأسري، مركز التنمية الأسرية بالإحساء، ص 65-66، السعودية.
- حنور، قطب (2007م): فعالية العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة كفر الشيخ، مصر.
- دبابش، علي (2011م): فعالية برنامج إرشادي مقترح في العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف القلق الاجتماعي لدى طلاب المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، قطاع غزة: فلسطين.
- درويش، محمد (1998م): معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، الشركة المصرية العالمية للنشر، لونغ مان ، القاهرة، مصر.
- راتب، أسامه كامل (1995م): علم نفس الرياضة، دار الفكر العربي، القاهرة: مصر.
- رزق، السعيد (2003م): فاعلية برنامج المواجهة ومنع الاستجابة في علاج اضطراب الوسواس القهري (العلاج المعرفي السلوكي)، مجلة الجامعة، عدد 119، كلية التربية، جامعة الأزهر، مصر.
- رضوان، سامر (2001م): العلاج النفسي: متى يكون مفيداً، الأعراض، الطرق، ضبط الجودة، قسم الدراسات التربوية، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.
- رمضان، رجب (1990م): الإسلام في مواجهه القلق، مجلة القافلة، العدد 4، المجلد 39، السعودية.
- رولان دورون وفرانسوار باور (1997م): موسوعة علم النفس، تعريب فؤاد شاهين، منشورات عويدات، المجلد الأول، ط1، ص93، بيروت: لبنان.
- زهران، حامد عبد السلام (1995م): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتاب، ط2، القاهرة: مصر.
- زهران، طارق عبد السلام (1978م): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، مصر.

- زيزي، إبراهيم (2006م): العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب أسسه النظرية وتطبيقاته العملية، دار الغريب للطباعة والنشر، القاهرة: مصر.
- سرحان، وليد (2001م): الاكتئاب النفسي، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان: الأردن.
- سغان، محمد (2003م): اضطراب الوسواس والأفعال القهرية الخلقية النظرية والتشخيص والعلاج"، مكتبة زهراء الشروق، القاهرة: مصر.
- سليمان، حسين، عبد الحميد، هشام (2005م): الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد و الأسرة، مجلة المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، ط1، ص234، لبنان.
- سماره، عزيزة، نمر، عصام (1999م): محاضرات في التوجيه والإرشاد، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، ط3، ص69-70، عمان: الأردن.
- سمور، عايش (2006م): الأمراض النفسية أسباب وتشخيص وعلاج ، دار المقداد للطباعة: غزة.
- شمسان، رضية (2004م): أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في علاج مرضى الرهاب الاجتماعي- دراسة نفسية تجريبية، رسالة دكتوراه غير منشورة، نيابة الدراسات العليا والبحث العلمي، صنعاء: اليمن.
- شيفر ومليمان (1989م): مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها، ترجمة نسيمه داوود وآخرون، أبحاث منشورة، الجامعة الأردنية: عمان.
- طه، رامز (2001م): العلاج الذاتي بالقرآن، دار الكتب والوثائق القومية، القاهرة: مصر.
- طه، فرج، وآخرون (2004م): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار سعاد الصباح، مصر.
- عامر، محمود محمد إمام (2002م): مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في خفض قلق الكمبيوتر لدى عينة من طلاب كلية التربية، رسالة دكتوراه منشورة، قسم علم النفس، جامعة أسيوط، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية، المجلد الأول، العدد الثاني، مصر.
- عبد الحميد، حميدان (1988م): بعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية المرتبطة بالاتجاه الديني. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة المنصورة، مصر.

- عبد الخالق، أحمد (1992م): قائمة القلق- الحالة والسمة- دليل التعليمات، تأليف سبيلبيرجر، ط2، دار الثقافة للنشر، الإسكندرية: مصر.
- عبد الخالق، أحمد (2000م): الدراسات التطورية للقلق، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: مصر.
- عبد الخالق، أحمد محمد (2001م): أصول الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: مصر.
- عبد الخالق، أحمد محمد؛ الصبوة، محمد نجيب؛ العنزي، فريح عويد (1995م)، القلق لدى الكويتيين بعد العدوان العراقي، مكتب الإنماء الاجتماعي، الديوان الأميري، الكويت.
- عبد الرحيم، محمد (2007م): فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف حدة قلق المستقبل لدى عينة من المراهقين ذوي كف البصر، مجلة كلية التربية بجامعة بني سويف، العدد التاسع، الجزء الثاني، ص ص347- 409 ، مصر.
- عبد العال، أيمن (2010م): العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفي السلوكي ومستوى قلق المستقبل لدى طلاب الجامعة، دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ص2117- 2148، المعادي، مصر.
- عبد الغفار، عبد السلام (1976م): مقدمة في الصحة النفسية، دار النهضة العربية، القاهرة: مصر.
- عبد الله، عادل (2000م): العلاج المعرفي السلوكي- أسس وتطبيقات، دار الرشاد، القاهرة: مصر.
- عبد المعطي، مصطفى حسين (1998م): موسوعة علم النفس العيادي-علم النفس الإكلينيكي، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، القاهرة: مصر.
- عبد الوهاب، أماني (2006م): فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتغلب على القلق الاجتماعي لدى عينة من طالبات الجامعة السعوديات، جامعة المنوفية، مجلة كلية التربية، العدد(30)، الجزء الثاني.

- عبود، صلاح الدين، عبود، مها (2007م): القلق وعلاقته بالإصابة في الرأس لدى الأطفال، مجلة علم النفس، العدد 73-74، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص 190-209، القاهرة: مصر.
- عبيدات، ذوقان وآخرون (2004): البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه، دار الفكر التربوي، ط1، عمان.
- عثمان، فاروق (2008 م): القلق وإدارة الضغوط، ط3، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- عثمان، فاروق السيد (2001م): القلق وإدارة الضغوط، سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة: مصر.
- عزب، حسام(2003م): فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لاضطرابات الهلع، المؤتمر السنوي الحادي عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، مصر.
- عصفور، وصفي (1994م): المنحى العقلاني والمعرفي في التوجيه والإرشاد. GC.31، معهد التربية، الأنروا، اليونسكو، ص12، عمان: الأردن.
- عكاشة، أحمد (1992م): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة: مصر.
- عكاشة، أحمد (1998م): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- عكاشة، أحمد (2003 م): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- علي، محمود شعيب (1988م): قائمة قلق الاختبار لدى طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بالمملكة العربية السعودية، العدد 25، رسالة الخليج العربي، السعودية.
- عوض الله، يوسف (2008م): التدخين وعلاقته بمستوى القلق وبعض سمات الشخصية للأطباء المدخنين في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، قطاع غزة: فلسطين.
- عوض، رتيبة (2001م): ضغوط المراهقين ومهارات مواجهه والتشخيص والعلاج، مكتبة النهضة العربية، القاهرة: مصر.
- غالب، مصطفى (2000م): في سبيل موسوعات نفسية، مكتبة الهلال، بيروت: لبنان.
- غانم، محمد (2006م): الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة: مصر.

- غانم، محمد حسن (2002م): **كيف تتعامل مع القلق النفسي**، كتب عربية، القاهرة: مصر.
- غراب، هشام (2000م): **القلق وعلاقته في بعض المتغيرات لدى طلبة الثانوية العامة لمدارس محافظات غزة**، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
- غنيم، سيد محمد (1975م): **سيكولوجية الشخصية "محدداتها، قياسها، نظرياتها**، دار النهضة العربية، القاهرة: مصر.
- فرويد، سيجموند (1983م): **الكف، العرض، القلق**، ترجمة محمد عثمان نجاتي، دار الشروق، ط4، القاهرة: مصر.
- فهمي، مصطفى (1967م): **الصحة النفسية في الأسرة والمدرسة والمجتمع**، دار الثقافة للنشر، ط2، القاهرة: مصر.
- قطامي، نايفة وآخرون (1992م): **التفكير الإبداعي**، منشورات جامعة القدس المفتوحة، ط1، فلسطين.
- كامل، عبد الوهاب (2001م): **التعلم العلاجي**، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة: مصر.
- كفاي، علاء الدين (1990م): **الصحة النفسية**، دار الفكر العربي، ط3، القاهرة: مصر.
- كفاي، علاء الدين (1999م): **الإرشاد والعلاج النفسي الأسري "المنظور النسقي الاتصالي"** الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة: مصر.
- كفاي، علاء الدين؛ علاء الدين، جهاد (2006م): **موسوعة علم النفس التأهيلي**، دار الفكر العربي، المجلد 4، ط1، القاهرة: مصر.
- كولشيد، فيرونیکا (2003م): **مقدمة في ممارسة الخدمة الاجتماعية**، ترجمة: هدى منصور، سعيد عبد العزيز عويضة، مكتبة الرشيد، الرياض: السعودية.
- ليهي، روبرت (2006 م): **العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية**، ترجمة جمعة يوسف، محمد الصبوة، دار إيتراك، القاهرة.
- مجاهد، فاطمة (2005م): **فاعلية برنامج إرشادي (معرفي سلوكي) لخفض القلق لدى عينة من الأطفال اللقطاء بمحافظة الإسماعيلية المقيمين بالمؤسسة الإيوائية، مؤتمر تكنولوجيا التربية في مجتمع المعرفة من 3-4/5/2005م، ص511-587، الإسماعيلية: مصر.**

- محمد، عادل عبد الله (2000م): العلاج المعرفي السلوكي_ أسس وتطبيقات، دار الرشد، القاهرة، مصر.
- محمد، محمد محمود (1993م)، علم النفس المعاصر في ضوء الإسلام، دار الشروق، ط2، جدة: السعودية.
- محمد، منى (2012م): فعالية برنامج علاجي فردي معرفي سلوكي لاضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة من المرضى في مدينة عمان، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان: الأردن.
- محمود، ماجدة حسين (2009م): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي، دراسات نفسية، العدد19، المجلد2، مصر.
- معجم علم النفس المعاصر (1996م): تأليف بترو فسكي، باروسفسكي، ترجمة حمدي عبد الجواد وعبد السلام رضوان، دار العالم الجديد، القاهرة - مصر.
- معوض، محمد (1996م): أثر كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج النفسي الديني في تخفيض قلق المستقبل لدى عينة من طلاب الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة المنيا، مصر.
- مفتاح، عبد العزيز (2001م): علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة، دار قباء للطباعة والنشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة: مصر.
- مقدادي، يوسف (2008م): فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت، رسالة ماجستير منشورة، مجلة جامعة أم القرى، المجلد 2، العدد2، ص262-324، السعودية.
- مليكه، لويس (1994م): العلاج السلوكي وتعديل السلوك. مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- منسي، حسن (2001م): الصحة النفسية، دار الكندي للنشر والتوزيع، ط2، الأردن.
- منصور، عبد الحميد أحمد (1986م): الإدمان - أسبابه، ومظاهره، والوقاية والعلاج، سلسلة كتب مركز أبحاث مكافحة الجريمة، الكتاب الخامس، وزارة الداخلية، المملكة العربية السعودية.
- منظمة الصحة العالمية (2005م): التقرير المختصر للوقاية من الاضطرابات النفسية: التدخلات الفعالة والخيارات السياسية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، القاهرة: مصر.

- هوفمان، سي جي (2012م): **العلاج المعرفي السلوكي المعاصر - الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية**، ترجمة د. مراد علي عيسى، دار الفجر للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة: مصر.
- وردة، بلحسيني (2011م): **أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة - دراسة تجريبية**، رسالة دكتوراه غير منشوره، كلية العلوم و الدراسات الإنسانية، جامعة قاصدي مرباح بورقله، الجزائر.
- يوسف، سيد جمعة (2001م): **النظريات الحديثة في تفسير الأمراض**، دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع، بدون طبعة، القاهرة: مصر.
- يونس، آمال (2008م): **الفوبيا وطرق علاجه وتعريف الخوف**، مقال في موقع إسلام اون لاين.

المراجع الأجنبية:

- Albert, E. (1999): Rational Emotive Therapy and Cognitive Behavior Therapy for elderly people, *Journal of Rational Emotive and Cognitive therapy*, 11, 5-18.
- Alec .Grant, Jem .Mills, Ronan .Mulhern, Nigel short (2004): **Cognitive Behavioral Therapy in Mental Health Care** .Sage Publication Ltd, London, Thousand oaks', New Delhi, First published.
- American psychiatric Association, (1994): **Diagnostic and statistical manual of mental disorder"4th, edition"**. Washington: Author.
- Antony, M. and Swinson, R.P. (1997): **Anxiety Disorder Future Direction for Research and Treatment**, From Internet <http://www.Clark,Ins>
- Arntz,A (2003):Cognitive Therapy Versus Applied Relaxation as Treatment of G.A.D. *Behavior Research and Therapy* vol(41),(6),PP:633-646.

- Bardley, B.P. et al. (1998): Attention al bias for threatening facial expression in anxiety manipulation of stimulus duration, *cognition and emotion*.12 (6), PP: 737-753.
- Barlow, D.H, (2000): Unraveling the Mysteries of Anxiety and its Disorders from the perspective of emotion theory, *American Psychologist*, vol (55), pp: 1251.
- Barrett•P.M.et al.(2001): Cognitive Behavioral Treatment of Anxiety Disorders in Children Long-term (6years) follow up , *Journal of Counseling and clinical Psychology*.
- Beck, A.T (1976): **Cognitive Therapy and The Emotional Disorder**• *New York: International Universities Press*.
- Beck, A.T (1993): Cognitive Therapy: Past, Present, and Future, *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 61,194,198.
- Clark, D. (1995): **Cognitive Therapy in the Treatment of Anxiety Disorders** .JN, *Clinical Neurpharmacology* vol 18.
- Corsini,R,(1994): **Encyclopedia of psychology**. *New York: john Wiley and sons, vol, 2nd Ed*.
- Deborah. Dobson, Keithis .Dobsin (2009): **Evidence Based Practice of Cognitive Behavioral Therapy**. *The Guilford Press, New York, London*.
- Allis, A. (1980): **Discomfort Anxiety: Anew Cognitive Behavioral Construct rational living**. Vol, 16 (1) Part, 2, P: 25-30.
- Allis, A. (1992): First-order and Second-order change in Rational-Emotive Therapy: A Reply to lyddon. *Journal of Counseling and Development, January/February, 70, P: 449-451*.
- Allis, A. (1996): The Humanism of Rational Emotive Behavior Therapy and other cognitive Behavior Therapies. *Journal of Humanistic Education and Development. 35, 2, Dec, P: 69-88*.

- Eysenck, H. (2000): Cognitive Therapy. *American Psychologist, Vol''46''*, Pp:368-375.
- Green, A. (2005): **Symptom Reduction in Intensive Cognitive Behavioral Treatment of Obsessive Compulsive Disorder**. The Role of Change in Beliefs about the Appraisals of Intrusive Thoughts. *DAI-B66-06, P3409. Rosalind Franklin University of Medicine and Sciences PhD.*
- Hawton, k. Salkovskis, m. Kirk, j and Clark, m (1996): **Cognitive behavior theory psychiatric problems, practical guide**, oxford medical publication.
- Hughes, Jan N. (1988): **Cognitive Behavior Therapy**. Pergamon Press N.Y.
- Linden, M, Zubruggel, D, Baer, T, Franke, u, Schlattmann, (2005): Efficacy of Cognitive Behavior Therapy in G.A.D. *Psychotherapy and Psychosomatic, vol(74), (1), PP:36-42.*
- Nurius, s. parla (2008): **Cognitive therapy in Encyclopedia of social work**, 20th Ed, vol (1), N.A.S.W press.
- Oest, Lars, Goeran, Breithitz, w, Elisabethil, H.C (2000): Applied Relaxation vs. Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of G.A.D. *Behavior Rend therapy research and therapy, vol38 (18), PP: 777-790.*
- Patterson, C.H (1981): **Theories of counseling & psychotherapy**. Ed. Houghton Mifflin Boston. 4th.
- Patterson, C.H. (1986): **"Theories of counseling and Psychotherapy"**. 4th.ed. Harper and Row, London, Washington.
- Paula. S. Nurius (1995): **cognition and social cognitive therapy in Encyclopedias of social work**. 19th. National Association of social workers.
- Payne .M. (2002): **Modern social work theory**. London, MC Milan Educational TD.

- Robert, Laducer, Dugas, Michel, J, Festoon, Mark, Hleger, Elianc, Gagnon, Fabien, Thibdea u, Nicole (2000): Efficacy of A cognitive Behavioral Treatment for G.A.D: Evaluation A controlled clinical Trial. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, vol (68), (6), PP: 957-964.*
- Spielperger, C.D (1976): **The nature and measurement of Anxiety.** In Spielperger, C.D and Diaz-Guerrer (Eds), *cross cultural research anxiety, Washington, hemisphere, Wiley.*
- Spielperger, C.D and vagg, p and"EDS"(1995): **Test Anxiety theory assessment and treatment.** *Washington DC: Taylor and Francis.*
- Staner, l. (2003): **Sleep and Anxiety Disorders-Dialogues in Clinical Neuroscience,5,(3),P.249-258.**
- Stanley, Melinda, A, Hopko, Derek, R, Diefenback, Gretchen, J, Bourland, Stacey, L, Robdriguez, Hector, Wagener, Paula(2003): **Cognitive Behavior Therapy for Late, Life G.A.D.**
- Steven D Beck A(1995): **Hand Book of Psychotherapy and Behavior Change .**Thone waily, sons inc New York.
- Thabet A, et al. (2006): **Effect of Domestic Violence on Palestinian Women Mental Health ,Pilot study, Gaza.**
- William. T. o. Donohue, Jane .E. Fisher (2009): **General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy.** *John Wiley and Sons, Inc, Canada.*
- William, L.E. (1999): **Perceived Trauma: Its Etiology and Treatment, Adolescence .Vol, 26(101), p: 97-104.**

قائمة الملاحق

الملحق الأول: مقياس القلق بعد التقنين

م	الفقرة	نعم	لا
1-	نومي مضطرب ومتقطع.		
2-	يمر علي أيام لا أستطيع فيها النوم أبداً بسبب القلق.		
3-	أعتقد بأنني أكثر عصبية من الآخرين.		
4-	لدي مخاوف من أشياء أكثر من أصدقائي.		
5-	ما يبتابني كابوس أثناء النوم.		
6-	ما أشعر بمغص في المعدة.		
7-	ألاحظ أن يداي ترتعشان عند ممارستي لأي عمل.		
8-	يحدث معي إسهال.		
9-	التفكير في المال والعمل يسبب لي قلقاً شديداً.		
10-	أشعر بالغثيان.		
11-	يتملكني الشعور بالخجل في كثير من المواقف.		
12-	دائماً أشعر بالجوع.		
13-	أنا غير واثق من نفسي.		
14-	أتعب بسرعة.		
15-	أصبح متوتراً وعصبياً عندما أنتظر أحد.		
16-	أشعر بالتوتر لدرجة أنني لا أستطيع النوم.		
17-	تمر علي ساعات أبقى قلقاً بشكل فظيع.		
18-	أجد صعوبة في الانتباه عند ممارستي لعمل ما.		
19-	أشعر بأنني قلق على شخص أو حاجة ما.		
20-	أشعر بالخوف من المشاكل.		
21-	أتمنى أن أصبح سعيداً مثل الآخرين.		

		أجد نفسي قلقاً على حاجة ما.	-22
		أشعر بالتوتر والملل وعدم القدرة على التحمل.	-23
		أشعر أن حياتي مملة ومتعبة.	-24
		أخاف أن يحدث لي شيء سيئ.	-25
		أخجل من نفسي بدرجة غير عادية.	-26
		أشعر أن قلبي يخفق بقوة وبضيق في الصدر.	-27
		أبكي بسهولة.	-28
		ساعات أخاف من أشياء أو أشخاص على الرغم أنني أعرف أنهم لا يمكن أن يؤذونني.	-29
		أجد نفسي مهموماً بشيء ما.	-30
		ساعات كثيرة أشعر بصداغ.	-31
		أشغل نفسي بأشياء تافهة طوال الوقت.	-32
		لا أستطيع التركيز والانتباه في شيء واحد.	-33
		أرتبك بسهولة عند ممارستي لعمل ما.	-34
		أعتقد أنه لا يوجد مني فائدة.	-35
		كثيراً ما أرتبك وأعرق وهذا شيء يضايقني جداً.	-36
		يحمر وجهي بدرجة كبيرة عندما أتحدث مع الآخرين.	-37
		أنا حساس أكثر مقارنة بالآخرين.	-38
		أشعر أن المشاكل والصعوبات تتجمع علي لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها.	-39
		حينما أمارس عملاً ما أمارسه وأنا متوتر ومتضايق.	-40
		أنا دائماً أحلم بأشياء أفضل أن لا أخبرها لأحد.	-41
		ليس لدي ثقة في نفسي.	-42
		قليلاً ما يحدث معي حالات إمساك تضايقني.	-43
		أشعر بالحرج أو الخجل أغلب الأوقات	-44

الملحق الثاني:

قائمة محكمي البرنامج العلاجي.

الرقم	أسماء المحكمين	المسمى الوظيفي
-1	أ.د. فضل أبو هين.	أستاذ دكتور بقسم علم النفس بجامعة الأقصى.
-2	د. أنور العبادسة.	أستاذ علم النفس المساعد بالجامعة الإسلامية.
-3	د. عمر البحيصي.	طبيب نفسي ورئيس قسم الصحة النفسية بمنطقة الوسطى بوزارة الصحة.
-4	د. جميل الطهراوي.	أستاذ علم النفس المساعد بالجامعة الإسلامية.
-5	د. مصطفى المصري.	استشاري وطبيب نفسي.
-6	د. عايش سمور.	طبيب نفسي ومدير عام الوحدة النفسية بوزارة الصحة
-7	د. جمال قنن.	طبيب نفسي في برنامج غزة للصحة النفسية.
-8	أ. شادي بريخ	أخصائي نفسي وماجستير في الإرشاد نفسي بجامعة الأقصى.
-9	أ. نظمية أبو سنيدة	حكيمة وماجستير صحة نفسية جامعة القدس أبو ديس.

الملحق الثالث:

تمارين الاسترخاء:

التمرين الأول: تدريبات التنفس:

- خذ نفساً عميقاً (شهيقياً) وأحبسه لمدة ثانية واحدة. الشهيق الكامل يؤدي إلى الشعور بالتوتر.
- أطلق النفس (التنفس) تدريجياً (الزفير) أثناء العد تنازلياً من ثلاثة إلى واحد (3، 2، 1)، الزفير يؤدي إلى الشعور بالاسترخاء أو إزالة حالة التوتر.
- حاول أن تستمتع بحالة الاسترخاء التي تكون عليها بعد إطلاق النفس.
- كرر العملية السابقة ثلاث مرات.

التمرين الثاني: تدريبات الذراعين:

- استرخ إلى أقصى درجة ممكنة ثم أغمض عينيك (لحظة صمت) وجه كل انتباهك إلى ذراعك اليمين أولاً، كل انتباهك الآن وتركيزك على ذراعك اليمين، الذراع اليمين بشكل خاص.
- اقبض كفك اليمين بشدة مع شد ذراعك إلى أقصى درجة (لحظة صمت) لاحظ أن عضلات يدك اليمى وعضلات مقدمة الذراع اليمى تنقبض وتتوتر.
- ركز على هذا التوتر الشديد الناتج عن هذا النشاط.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان.
- افتح يدك اليمى وأرخها تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد) حتى تصل إلى حالة استرخاء تام.
- لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء، واستمتع بحالة الاسترخاء التي تعيشها حالياً لفترة من الوقت (عشر ثوان صمت)
- كرر هذا التمرين ثلاث مرات حتى تتمكن من ضبط هذه العضلات بشكل جيد.
- لنتجه الآن لليد اليسرى.
- أغلق الآن يدك اليسرى بشدة مع شد ذراعك إلى أقصى درجة ولاحظ أن عضلات يدك اليسرى وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر.
- ركز على التوتر والشد الناتج عن هذا النشاط.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان.

- افتح يدك اليسرى وأرخها تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد) حتى تصل إلى حالة استرخاء تام.
- لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء، استمتع بحالة الاسترخاء التي تعيشها حالياً لفترة من الوقت.
- كرر هذا التمرين ثلاث مرات حتى تتمكن من ضبط هذه العضلات بشكل جيد.
- الآن دعنا نتجه إلى راحة اليدين:
- اثن راحتيك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد.
- لاحظ هذا التوتر.
- الآن استرخ وعد بمعصمك إلى وضعه الطبيعي المريح.
- لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء.
- كرر هذا التدريب مرة أخرى.
- الآن اترك يديك مسترخيتين تماماً، وانتقل إلى عضلة الذراع اليمنى.
- اثن كوعك الأيمن لتشد عضلة الذراع الأمامية اليمنى وعضلات الساعد الأيمن.
- شد العضلات بقوة أكبر وركز على الإحساس بالشد.
- افرد ذراعك الأيمن وأرخه تماماً.
- لاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من استرخاء تشعر به الآن.
- كرر هذا التمرين مرة أخرى.
- ننتقل بعدها للذراع الأيسر:
- اثن كوعك الأيسر لتشد عضلة الذراع الأمامية اليسرى وعضلات الساعد الأيسر.
- شد العضلات بقوة أكبر وركز على التوتر والشد.
- افرد ذراعك الأيسر وأرخه تماماً.
- لاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من استرخاء تشعر به الآن.
- الآن اترك العضلات على سجيتها أكثر فأكثر لمدة عشرة ثوان.

التمرين الثالث: تدريبات الرجلين

- استرخ إلى أقصى درجة ممكنة.
- أفرد ساقيك وأبعدهما بقدر ما تستطيع، افردهما حتى تلاحظ التوتر المستشار في منطقة الفخذ.
- الآن استرخ ودع ساقيك يسترخيان.
- لاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه الآن من وضع مريح.
- اجذب قدمك اليمنى باتجاهك إلى أقصى درجة ممكنة، مع شد كامل لرجلك كلما أمكن.
- حافظ على وضع الشد هذا لمدة عشر ثوان حتى تشعر بالتوتر والإجهاد.
- أرخ عضلات رجلك اليمنى تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد) حتى تصل إلى حالة استرخاء كامل.

- لاحظ كيف تشعر وعضلات رجلك في حالة استرخاء تام بعد عملية الشد التي قمت بها. هل يوجد فرق؟

- استمتع بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.
- كرر نفس التمرين مع رجلك اليسرى بحيث تبدأ بالآتي:
- اجذب قدمك اليسرى باتجاهك إلى أقصى درجة ممكنة، مع شد كامل لرجلك اليسرى كلما أمكن.
- حافظ على وضع الشد هذا لمدة عشر ثوان حتى تشعر بالتوتر والإجهاد.
- أرخ عضلات رجلك اليسرى تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد) حتى تصل إلى حالة استرخاء كامل.

- لاحظ كيف تشعر وعضلات رجلك في حالة استرخاء تام بعد عملية الشد التي قمت بها. هل يوجد فرق؟

- استمتع بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.

التمرين الرابع: عضلات الكتفين:

- الآن دعنا نتحول إلى منطقة أخرى أي الكتفين:
- ارفع كتفك إلى أقصى نقطة تستطيعها باتجاه الأذنين.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان مع التركيز على حالة الشد العضلي والتوتر في هذه المنطقة.

- ارخ عضلات الكتفين تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء في منطقة الكتفين. وهل يوجد فرق؟
- استمتع بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.
- كرر ذلك مرة ثانية.

التمرين الخامس: عضلات الوجه

عضلات الجبهة:

- الآن أرجو أن تعطي اهتماماً خاصاً للجبهة.
- حاول أن تشد عضلات جبهتك عن طريق النظر إلى أعلى بأقصى ما تستطيع.
- حاول أن تتعرف على مكان الشد في هذه الأثناء. هل تشعر بالتوتر في منطقة الجبهة؟
- ارخ عضلات جبهتك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشرة ثواني.

عضلات العينين:

- أغلق عينيك بإحكام شديد حتى تشعر بوجود توتر يحيط بالعضلات المحيطة بالعينين.
- حاول أن تركز اهتمامك على منطقة العينين، هل تشعر بالتوتر في منطقة العينين؟
- افتح عينيك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء في منطقة العينين. هل يوجد فرق؟
- استمتع بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.

عضلات الفكين:

- أطبق فكك بإحكام كما لو أنك تعض على شيء بقوة.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان. هل تشعر بالتوتر في منطقة الفكين؟
- أرخ عضلات فكك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء في منطقة الفكين. هل يوجد فرق؟
- استمتع بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.

التمرين السادس: عضلة الرقبة

- ادفع برأسك إلى الخلف بشدة كما لو أنك تريد أن تشاهد شيئاً خلفك بشكل مقلوب مع المحافظة على استقامة الظهر.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الرقبة؟
- ارجع إلى الوضع العادي تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتى الشد والاسترخاء في منطقة الرقبة، هل يوجد فرق؟
- كرر الحركة السابقة للرقبة في الاتجاهات الأخرى (أمام، يمين، يسار).
- بعد استكمال دفع الرقبة بالاتجاهات الأربعة وشعورك بالتوتر، حاول الآن الاستمتاع بحالة الاسترخاء.

التمرين السابع: عضلات الصدر

- حاول أن تطبق كتفك بقوة إلى الأمام كأنك تريد أن يتلامسا في منتصف الصدر.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الصدر؟
- ارجع إلى الوضع العادي تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتى الشد والاسترخاء في منطقة الصدر، هل يوجد فرق؟
- استمتع بحالة الاسترخاء التي تشعر بها الآن.

التمرين الثامن: عضلات الظهر

- حاول أن تجذب كوعيك إلى الخلف بقوة كأنك تريد أن يتلامسا وراء ظهرك.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان. هل تشعر بالتوتر في منطقة الظهر؟
- ارجع إلى الوضع العادي تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من عشرة إلى واحد).
- حاول أن تقوس ظهرك إلى الأمام كما لو أنك تريد أن تلتصق رأسك ببطنك.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الظهر؟
- لاحظ الفرق بين حالتى الشد والتوتر، هل يوجد فرق؟
- استمتع بحالة الاسترخاء التي تشعر بها الآن.
- خذ نفساً عميقاً (شهيقاً) وامسكه لمدة خمس ثوان ولاحظ حالة التوتر التي تعيشها الآن. إن التوتر سوف ينتشر في معظم الأعضاء التي مارست فيها تدريبات الاسترخاء.

- أطلق النفس تدريجياً (زفير) واسترخ مع الاستقرار في تنفسك العادي.

التمرين التاسع: عضلات البطن

تعتبر عضلات البطن من العضلات التي يواجه فيها بعض المعالجين إجهاداً مضاعفاً خاصة عند كبار السن، والنساء الذين تكون عندهم عضلات البطن في حالة ترهلات كبيرة حيث يكون من الصعب عليهم ضغط عضلات المعدة Stomach Muscles وشد منطقة البطن، ولتمرين هذه العضلات يوجه المعالج إلى المريض التعليمات الآتية:

- حاول أن تشد بطنك إلى الداخل بقوة.
- حافظ على الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة البطن؟
- ارخ عضلات بطنك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من عشرة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتى الشد والاسترخاء، هل يوجد فرق؟
- استمتع بحالة الاسترخاء التي تعيشها الآن.
- خذ نفساً عميقاً (شهيقاً) وامسكه لمدة عشر ثوان ولاحظ حالة التوتر التي تعيشها الآن. إن التوتر سوف ينتشر في معظم أنحاء جسدك التي حصلت على تدريبات الاسترخاء.
- أطلق النفس الآن (زفير) تدريجياً وحاول أن تستمر في تنفسك العادي.

التمرين العاشر: عضلات الرجلين.

- مد ساقك الأيمن مع أصابع القدم بقدر ما تستطيع من قوة حتى تشعر بالتوتر والإجهاد في منطقة الساق والفخذ.
- ارخ عضلات ساقك الأيمن مع أصابع القدم تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتى الشد والاسترخاء.
- اجذب قدمك اليمنى باتجاهك بقدر ما تستطيع.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الرجل اليمنى؟
- ارخ عضلات الرجل اليمنى تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتى الشد والاسترخاء، هل يوجد فرق؟
- كرر نفس التدريب مع رجلك اليسرى.
- كرر نفس التدريب للرجلين مع بعض.

- استمتع بحالة الاسترخاء التي تحصل عليها بعد الانتهاء من تكرار التدريب. وأخيراً بعد أن قمت بإجراء تدريبات الاسترخاء على جميع عضلات الجسم، حاول أن تجري جميع التدريبات الآن مع التركيز على الفرق بين حالي الشد والاسترخاء بعد الانتهاء من كل تمرين. كذلك حاول أن تستمتع بحالة الاسترخاء التي تكون عليها بعد الانتهاء من التمرينات، قد تواجهك بعض الصعوبات مع بعض العضلات، فهذا الأمر معتاد، ويجب ألا يقلقك، بل حاول تكرار التمرين حتى تشعر بالفرق بين الحالتين وتستمتع به، إنه من المهم أن تصل إلى هذه المرحلة وإلا لن تحصل على نتائج إيجابية من تدريباتك على الاسترخاء.(الغديان،2010: 74- 82).

الملحق الرابع

جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

الجلسة الأولى:

أهداف الجلسة:

- 1 - إقامة علاقة بين الباحث "المعالج" والمريض.
- 2 - تعريف المريض بالبرنامج وتقديم معلومات حول البرنامج.
- 3 - تقديم شرح عن العلاج المعرفي السلوكي وأهميته.

زمن الجلسة: (60 - 90 دقيقة)

محتوى الجلسة:

في هذه الجلسة التمهيدية سوف تقوم الباحثة (المعالج) باستقبال المرضى استقبالاً طيباً بحيث تقيم علاقة جيدة معهم؛ لأن هذه العلاقة تهدف إلى الألفة والتقبل والثقة المتبادلة بين المعالج والمريض ويكون هذا التقبل غير مشروط، ومن ثم ستقدم الباحثة نفسها للمرضى مع بعض الحديث الودي العام عن الأحداث الراهنة، ويكون الحديث الودي في حدود الخمس دقائق.

- بعد ذلك تطمئن المعالجة المرضى بأن جميع المعلومات تكون في سرية تامة ولا يحق لأي شخص الاطلاع على هذه المعلومات.

- تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح.

- ستوضح الباحثة للمرضى مدة البرنامج وعدد جلساته ومدة كل جلسة، وأن اللقاء سوف يكون بواقع جلسة في الأسبوع، ومدة كل جلسة تتراوح ما بين (60-90) دقيقة، وسوف تؤكد المعالجة على ضرورة الالتزام بمواعيد الجلسات والتعاون في أداء الواجبات المنزلية وأهميتها في العلاج.

- سوف تقوم الباحثة (المعالج) بشرح المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي للمرضى، حيث ستوضح أن العلاج المعرفي السلوكي له أهمية كبيرة لمساعدته والتغلب على القلق. فالأفكار التي تظهر بصورة تلقائية تنطبع بذهنه وقد لا يشعر بها إلا إذا ركز انتباهه عليها، ويكون ذلك من خلال التدريب. وكان الشرح باللغة العامية بعيداً عن المصطلحات النفسية.

- أخيراً ستختتم الجلسة بملخص عام حول ما دار خلال الجلسة مع التركيز على أهمية الالتزام بالحضور والمشاركة، وأيضاً عمل القياس القبلي حيث سيتم تطبيق مقياس تايلور للقلق على المرضى، ومن ثم أخذ رأي المرضى حول ما دار في الجلسة وتوقعاتهم من العلاج.

الجلسة الثانية:

أهداف الجلسة:

- 1 - تعريف المريض على طبيعة القلق وأنواعه وأسبابه وأعراضه.
- 2 - تعريف المريض بالآثار النفسية المصاحبة من جراء هذا الاضطراب.
- 3 - تحديد المشكلة بدقة.

الفنيات المستخدمة:

- 1 - محاضرة بعنوان اضطراب القلق، أسبابه، أعراضه، وآثاره، وأساليب علاجه، مع الدكتور عمر البحيصي.
- 2 - المناقشة والحوار.
- 3 - مراقبة الذات وهو الواجب المنزلي.

زمن الجلسة: (60 - 90 دقيقة)

محتوى الجلسة:

في بداية الجلسة تتحقق الباحثة من ردود فعل المريض تجاه الجلسة السابقة، وإذا كان هناك تساؤلات أو قضايا يرغب المريض مناقشتها، ثم القيام بتدريب المرضى على أسلوب التنفس البطني وهو أحد أساليب الاسترخاء، ومن ثم ترك المجال مع الدكتور عمر لإعطاء المحاضرة التي بعنوان اضطراب القلق، ومن ثم معاودة النقاش بين المرضى والباحثة حول الأعراض التي يعانون منها، وما هي المواقف المسببة لظهور هذه الأعراض، وما هي الأفكار التلقائية التي تحدث بعد الموقف وما هو التصرف الذي قام به لمواجهة تلك المواقف، ستوضح الباحثة للمرضى بأن هذه المواقف قد تمر ببعض الأشخاص ولكن كل شخص قد يختلف عن الآخر في تصرفه وفي تفكيره، وأن هذه الأفكار التي قد يبالغ فيها الإنسان هي السبب في الانفعال غير الصحيح وبالتالي تسبب القلق والضيق والتوتر لدى الإنسان.

وفي نهاية الجلسة ستختتم بتلخيص ما دار فيها من أقوال المريض وإضفاء تفسيراته التي تساعد على استيعاب مشكلته وما يجب أن يفعله حتى يتخلص منها أو من آثارها، وفي النهاية سيتم الخروج بقائمة لأعراض اضطراب القلق العام وآثاره السلبية المتعددة. ثم يتم تكليف المريض بواجب منزلي (وهو أن يراقب المرضى ذواتهم فيما يخص أعراض القلق وآثاره).

الجلسة الثالثة:

أهداف الجلسة:

- 1 - أن يعرف المريض أهمية العلاج النفسي الديني في التخفيف من أعراض القلق وذلك من خلال محاضرة تثقيفية للأخصائي النفسي أ.شادي بريخ.
- 2 - تدريب المريض على تمارين الاسترخاء.
- 3 - مراجعة الواجب المنزلي.

الفنيات المستخدمة:

- 1 - المحاضرة والمناقشة.
- 2 - الاسترخاء.
- 3 - الواجب المنزلي والذي يشمل على فنية مراقبة الذات.

زمن الجلسة: (60-90 دقيقة)

محتوى الجلسة:

في بداية الجلسة ستتحقق الباحثة من ردود فعل المريض تجاه الجلسة السابقة. وذكر الملاحظات أو الاستفسارات التي لديه. بعد ذلك سيتم مناقشة الواجب المنزلي الذي تم الاتفاق عليه، وسيدور النقاش حول المواقف التي تم تسجيلها وما هي ردود الانفعال تجاه تلك المواقف وما هي الأعراض المصاحبة لتلك المواقف. وما هو التصرف الذي قام به لمواجهة تلك المواقف، ثم ترك المجال للأخصائي النفسي أ.شادي بريخ لإعطاء المرضى محاضرة حول العلاج النفسي الديني لاضطراب القلق، ومن ثمنقاش الباحثة مع المرضى حول مصدر المواقف التي سببت القلق والتوتر، والأعراض الجسدية والأفكار التي صاحبته وكيف كانت مواجهة تلك المواقف، بعد ذلك سيتم شرح فنية

الاسترخاء بطريقة مبسطة، حيث ستقوم الباحثة بتدريب المرضى على التدريبات من الأول حتى الخامس من تدريبات الاسترخاء العضلي وذلك لمدة نصف ساعة من الجلسة. وفي نهاية هذه الجلسة يتم تلخيص ما دار فيها وتم تكليف المريض بواجبات منزلية اشتملت على سجل مراقبة الذات، وممارسة الاسترخاء بالمنزل وأن يسجل أي ملاحظة على ممارسة الاسترخاء.

الجلسة الرابعة:

أهداف الجلسة:

- 1 - مراجعة الواجبات المنزلية.
- 2 - ممارسة التدريب على الاسترخاء.
- 3- محاضرة بعنوان العلاج المعرفي السلوكي مع الحكيم النفسي أ.مهنا حمدان
- 3 - شرح فنية التخيل.

الفنيات المستخدمة:

- 1 - المحاضرة المبسطة.
- 2 - مراجعة الواجب المنزلي.
- 3 - الحوار والمناقشة.
- 4 - ممارسة التدريب على الاسترخاء.
- 5 - فنية التخيل.

زمن الجلسة: (60-90 دقيقة)

محتوى الجلسة:

في بداية الجلسة ستتحقق المعالجة من رأي المرضى حول الجلسات السابقة، وهل لديهم أسئلة أو استفسار حول ما دار بتلك الجلسات يلي ذلك مناقشة الواجب المنزلي والتأكد من مدى استفادته من ممارسة لتمارين الاسترخاء وهل واجه صعوبات في أداء تمارين الاسترخاء وهل شعرت بالراحة أثناء أو بعد ممارسة الاسترخاء وسيتم مناقشة المريض بشكل مفصل عن مدى استفادته من ممارسة تمارين الاسترخاء، يلي ذلك مناقشة الواجب المنزلي الثاني وهو سجل مراقبة الذات بحيث يتم مناقشة شكوى المريض وأعراض هذه الشكوى وما هي الفكرة أو الأفكار التي كانت ملازمة للمريض، وما هي الأساليب التي اتخذتها لمقاومة هذه الأفكار أم أنك سلمت الأمر لهذه الأفكار

وأصبحت في ضيق وحزن وتوتر، وبعد ذلك ستقوم الباحثة بتدريب المريض على بقية تمارين الاسترخاء والتي شملت التمرين الخامس حتى التمرين العاشر وكانت تشمل هذه التمارين عضلات الجبهة وعضلات الفكين وعضلات الصدر وعضلات الظهر وعضلات البطن وعضلات الرجلين. كما ستوضح الباحثة علاقة هذه التمارين العضلية بالقلق، وأن الشخص القلق يشعر أن بعض عضلات جسمه مشدودة وتؤلمه، فكثير ما يشكو مريض القلق من الصداع وسرعة ضربات القلب وآلام مختلفة في جسمه وأن هذه التمارين تخفف هذا الألم، وهو أحد الخطوات الهامة في التغلب على القلق والخوف. فعن طريق تعلم كيفية الاسترخاء يمكنك إيقاف قلقك. فالممارسة على تمارين الاسترخاء يومياً يساعد على التخلص من القلق الجسدي والانفعالي ومن الأفضل أن تمارس الاسترخاء في الأوقات الهادئة نفسياً وذلك لمدة نصف ساعة.

ومن ثم سيتم ترك المجال للحكيم مهند حمدان للحديث حول العلاج المعرفي السلوكي أهدافه، ومبادئه، وفنياته. وفي نهاية هذه الجلسة ستقوم الباحثة بتلخيص ما دار فيها وإعطاء المريض مجال للاستفسار والحوار واختتمت الجلسة بواجب منزلي وهو تكليف المريض بممارسة الاسترخاء والتخيل.

الجلسة الخامسة:

أهداف الجلسة:

- 1 - تدريب المريض على الاسترخاء.
- 2 - مراجعة الواجب المنزلي.
- 3 - شرح فنية الحوار الذاتي.
- 4 - شرح فنية صرف الانتباه.

الفنيات المستخدمة:

- 1 - الواجب المنزلي.
- 2 - الحوار الذاتي (الحوار مع النفس).
- 3 - صرف الانتباه.
- 4 - التدريب على الاسترخاء.

زمن الجلسة: (60-90 دقيقة)

محتوى الجلسة:

ستبدأ الباحثة بمناقشة الواجب المنزلي التي كلفت بها المرضى في الجلسة السابقة، وبعد ذلك سيتم تدريب المريض على تمرينات الاسترخاء، والتركيز على أهميته في التخلص من الانفعالات والمشاعر السلبية، والهدف من ممارسة الاسترخاء في كل جلسة هي مساعدة المريض في التخلص من القلق والتوتر، حتى يقوم المريض بدوره على أكمل وجه، فبعض المرضى يدخل جلسة العلاج النفسي وهو متوتر وقلق، ولكن الباحثة ستقوم بطمأنة المرضى وأنهم سوف يكون إن شاء الله في تحسن، كما ستطمئن المرضى بأن جميع المعلومات التي سوف يتم الحديث عنها ستكون في حالة سرية تامة ولا يحق لأي شخص الاطلاع عليها إلا بعد موافقته إذا استدعى الأمر ذلك، وهذا التأكيد يدفع المرضى للحديث عن ما يجول بداخله، ومن ثم ستقدم الباحثة شرح لفنية التخيل للمرضى، بعد ذلك سيطلب منه أن يتخيل موقفاً واقعياً والإبقاء عليه حتى يتعود عليه المريض، وبالتالي فإن هذا التخيل يؤدي إلى إضعاف القلق، وستطلب الباحثة من المريض موقف أو مشهد يصف أحد المواقف التي مرت عليه، وأن يكون هذا التخيل بصورة بطيئة، ثم توضح الباحثة أهمية التخيل وأنه يساعد كثيراً في مواجهة المشكلات.

بعد ذلك ستقوم بشرح فنية صرف الانتباه وما هو دور هذه الفنية في إيقاف كثرة الأفكار التي تراود المريض ومتى تستخدم هذه الفنية، فالمريض الذي يعاني من بعض الأعراض يطلب منه الباحث عدم التركيز على هذه الأعراض لأنها تجعله يزداد سوءاً، فلا بد من صرف انتباه المريض عن تلك الأعراض، وأن لديه القدرة على التحكم في الأعراض التي يشكو منها، ويعطي المريض مثال على ذلك عندما يعاني المريض من بعض الأعراض وهو يتحدث مع شخص ما في هذه الحالة بإمكان المريض طرد الأفكار السلبية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه، أو التركيز على المحادثة بدلاً من الأفكار المتعلقة بتقويمه لنفسه، وهناك طريقة أخرى ممكن أن يطلبها المعالج من المريض عندما يكون قلقاً خلال الجلسة أن يصف بصوت مسموع محتويات الغرفة، ثم ستوضح الباحثة للمرضى أن فنية صرف الانتباه تخفف من حدة القلق كما ستوضح بأن هناك طريقة أخرى لصرف الانتباه يمكن للمريض استخدامها وهي التمرينات الحسابية كأن يطرح أو يجمع، أو التفكير في أسماء الأشخاص الذين تبدأ أسماؤهم بحرف "الخاء". كما بإمكان المريض

أن يستخدم الحوادث السارة كرحلة سعيدة. فبعد الانتهاء من شرح هذه الفنية ستتطرق الباحثة لشرح فنية الحوار الذاتي، فحديث المرء مع نفسه وما يحويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه هو السبب في تفاعله المضطرب.

وأخيراً ستختتم هذه الجلسة بتلخيص ما دار فيها وبواجب منزلي ويكون بسجل الأفكار البديلة، حيث يقوم المرضى بتسجيل الأفكار السلبية ثم يحاولون إيجاد أفكار إيجابية بدلاً من الأفكار السلبية، كذلك تم الطلب من المرضى ممارسة فنية الاسترخاء بالمنزل، وخاصة عندما يشعر بالقلق والتوتر والإرهاق.

الجلسة السادسة:

أهداف الجلسة:

- 1 - مناقشة الواجب المنزلي.
- 2 - التدريب على الاسترخاء.

الفنيات المستخدمة:

1 - المناقشة والحوار.

2 - صرف الانتباه.

3 - التخيل.

4 - التدريب على الاسترخاء.

5 - الواجبات المنزلية.

زمن الجلسة: (60-90 دقيقة)

محتوى الجلسة:

في بداية الجلسة ستتحقق الباحثة من رأي المريض حول الجلسات السابقة وهل يوجد لديه أسئلة أو استفسار عن تلك الجلسات أو له رأي يمكن أن يقترحه، ثم بعد ذلك مناقشة ومراجعة الواجب المنزلي والتأكد من مدى نجاحه. ثم ستركز الباحثة على مدى استفادة المريض من الفنيات العلاجية التي تم شرحها له وخاصة فنية الاسترخاء وفنية صرف الانتباه. ستطلب الباحثة من المرضى عند تسجيل ردود الفعل تجاه هذا الموقف، وما هي الإجراءات التي اتخذها لتجنب هذه المواقف حيث أعطى المرضى نموذج لتسجيل الأفكار التلقائية السلبية و الأفكار البديلة، وستطلب

الباحثة من المرضى تخيل أحد المواقف التي سببت لهم القلق وهم في حالة من الاسترخاء وأن يركزوا انتباههم على هذه الصور الذهنية حتى ينخفض التوتر والقلق لديه، فالأساليب التخيلية أساليب تستخدم في دحض الأفكار، ويتخيل المريض إنه يقوم بالموقف الذي يخشاه. كما تتطلب الباحثة من المرضى عند تخيل بعض المواقف أن يستخدم فنية صرف الانتباه ويقطع التخيل لذلك الموقف، وأن يشغل نفسه بموقف آخر، كأن يتخيل موقف سار وأكثر إيجابية، وكانت الباحثة تقوم بالشرح وتوضيح ما تسببه هذه الأفكار من معاناة وضيق، وعلى سبيل المثال كان أحد المرضى خائف من المستقبل، خائف من فقد وظيفته وأنه سوف يصاب بمرض وهذا المرض يجعله يغيب عنه حتى يفصل من الوظيفة، وإذا فصل من الوظيفة كيف يستطيع إعاشة أولاده عندما يكبرون، هل بالإمكان الحصول على وظيفة، المريض لديه أفكار حول المستقبل وخائف من هذه الأفكار المسيطرة عليه، فالباحثة تستخدم معهم فنيات متعددة منها فنية الجدل وفنية تسجيل الأفكار السلبية وبالتالي مناقشتها وغيرها من الفنيات الأخرى، وفي بعض الجلسات سيطلب منه توقيف هذه الأفكار والتفكير في موضوع آخر وأن يركز انتباهه حول الموضوع الآخر مثل أن يجري عملية حسابية، أو يقوم بعملية البحث عن الأسماء التي تبدأ بحرف "الميم" مثلاً، أو التركيز على شيء ما ويصفه بالتفصيل باستخدام الأسئلة والإجابة عليها. بعد ذلك تم تدريب المريض على الاسترخاء، وسيتم تطبيق مقياس القلق في منتصف البرنامج أي خلال هذه الجلسة لمعرفة مدى التطور الحاصل لدى المرضى.

الجلسات 7، 8، 9:

أهداف الجلسة:

تدريب المريض على مواجهة القلق والخوف والتوتر، واستبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية. وعدم المبالغة في تقدير الاحتمالات المترتبة على حدوث مثير أو موقف أو حدث.

الفنيات المستخدمة:

- 1 - الواجبات المنزلية.
- 2 - التدريب على الاسترخاء.
- 3 - التدريب على بعض الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه.
- 4 - تدريب المريض على تعريف أساليب التفكير الخاطئ غير الفعال.

6 - التخيل.

7-فنية A.B.C.

8-تعديل الأفكار.

زمن الجلسة: (60-90 دقيقة)

محتوى الجلسات:

في بداية الجلسة سيتم مراجعة ما دار بالجلسة السابقة، وإذا كان هناك أي ملاحظة للمرضى على الجلسات السابقة يتم مناقشتها، يلي ذلك ممارسة تدريبات الاسترخاء على أن يتم من خلال التوجيهات التي تصدر عن المعالج ، ويتبع ممارسة الاسترخاء بحيث يوضح المعالج للمريض الفرق بين التوتر والاسترخاء، وتفضل الباحثة تقديم ممارسة الاسترخاء قبل مراجعة الواجب المنزلي حتى يكون المريض في حالة هدوء واستقرار وبذلك تكون مناقشة الواجب المنزلي أكثر إيجابية، بحيث يكون النقاش حول الأفكار التلقائية، وهل هذه الأفكار كانت عبارة عن صور ذهنية أو غيرها، وأن يصف تلك الأفكار بشيء من التفصيل، وأن يوضح أيضاً ردة فعله تجاه هذه الأفكار. وخلال هذه المناقشة تطلب الباحثة من المرضى تخيل الموقف الذي حدث لهم، حيث يتم وصف ذلك الموقف باختصار حتى يتم معالجة تلك الأفكار السلبية، وإيجاد بدلاً منها أفكاراً إيجابية، فدور الباحثة توجيه ومساعدة المرضى في إيجاد الحلول البديلة المناسبة، فعملية التخيل تقلل من أهمية الأفكار السلبية أو المواقف المسببة للقلق، وأحياناً استخدمت الباحثة طريقة أخرى من طرق التخيل وهو تهويل الأمر بحيث يبقى المريض لمدة أطول في حالة القلق، فمثلاً يتخيل أسوأ النتائج المترتبة على وقوع حدث ما سبب له الانزعاج أو القلق، ثم تطلب الباحثة من المرضى أن يقدروا شدته فعلى سبيل المثال طلب من المريض أنه فقد شخص عزيز عليه ما هو الموقف الذي سيتخذه حيال هذا الموقف، ثم تطلب الباحثة إعطاء أسوأ الاحتمالات، كما ستطلب منهم إعطاء احتمالات أكثر إيجابية، لهذا الموقف، ثم ستقوم الباحثة بعد تفسير المريض لهذين الأسلوبين بالتأكيد على أن لديهم القدرة الكافية لمواجهة مثل هذه المواقف أو الحوادث، والتوافق معها. فالإنسان لديه القدرة في التوافق مع كل ما يحيط به من أحداث ومواقف، وأن لا يسلم نفسه للأفكار السلبية التي تحدث له خلال هذه المواقف، وعليه مقاومة تلك الأفكار الخاطئة. فخلال هذه الجلسة ستستعين الباحثة بفنيات متعددة ومتداخلة مع بعض المرضى، مثل فنية صرف الانتباه التي تجعل المريض يقوم

بتفكير آخر حيث سيتم مناقشة هذه الأفكار من خلال شرح فنية A.B.C وتوضيح آلية تأثير الأفكار والمشاعر والسلوك وكذلك سيتم شرح آلية تعديل الأفكار من خلال الأفكار البديلة وأثرها في تغيير الأفكار والمشاعر والسلوك.

وفي نهاية الجلسة ستطلب الباحثة من المرضى أن يقوموا بتلخيص الجلسة وما حدث خلالها، وستختتم الجلسة بالواجب المنزلي (سجل الأفكار البديلة) كما طلبت من المرضى ممارسة فنية الاسترخاء، وخاصة عندما يشعر بالتوتر والقلق، وعليه ممارسة التدريبات باستمرار حتى يشعر بالهدوء والراحة.

الجلسات 10، 11:

أهداف الجلسات:

- 1 - تدريب المريض على تمارين الاسترخاء.
- 2 - تحديد الأفكار السلبية وإحلال أفكار إيجابية محلها (تعديل الأفكار).

الفنيات المستخدمة:

- 1 - الواجب المنزلي.
- 2 - الحوار الذاتي.
- 3 - اختبار الدليل.
- 4 - الحوار والمناقشة.
- 5 - ممارسة تمارين الاسترخاء.

زمن الجلسة: (60-90 دقيقة)

محتوى الجلسات:

في بداية الجلسة ستتحقق الباحثة من ردود فعل المرضى تجاه الجلسات السابقة، وذكر الملاحظات أو الاستفسارات التي لديه، بعد ذلك مراجعة ما دار بالجلسة السابقة بحيث يقوم المرضى بتلخيص الجلسة وما حدث خلالها، ثم مراجعة الواجب المنزلي، و ستطلب الباحثة من المرضى ذكر بعض المواقف التي حدثت وتم تسجيلها بدون الرجوع إلى سجل المراقبة، ويذكروا المواقف التي تسبب لهم القلق والتوتر، وتساءلهم عن وجهة نظره في هذه المواقف، ولتحديد الأفكار الهدامة للذات تسأل الباحثة المرضى ما هو الدليل على صحة هذه الأفكار؟ وهل هذا الدليل لصالح هذه الأفكار أو أنه

ضدها، ومن هنا يستطيع المرضى تحديد الأفكار التلقائية الخاطئة، وبالتالي إمكانية استبدالها بأفكار صحيحة وعقلانية، ويطلب من المريض مقارنة التفسير البديل (الذي يمثل التفسير المنطقي) بالتفسير الخاطئ، بحيث يتم توضيح أن تفسيره الأول محرماً ويقوم على استنتاج خاطئ. كما ستطلب الباحثة من المرضى عند حدوث مواقف القلق والتوتر وحدثت هذه الأفكار الخاطئة أن يقوموا بعمل حوار ما بينهم وبين أنفسهم حول هذه الأفكار التي تراودهم، هل واقعية ومنطقية، أم هي خاطئة، وأن يحاولوا استخدام الدليل خلال هذا الحوار الذاتي الذي يجري داخلهم. فالباحثة ستوضح للمرضى أن التغيرات الانفعالية والسلوكية هي التي تجعل كل فرد يستطيع أن يحيا حياة سوية أو غير سوية وذلك عن طريق تفكيره واعتقاده ونظريته وتقييمه للأحداث والمواقف المسببة للتوتر والقلق، وليست المواقف والأحداث في حد ذاتها. يلي ذلك ممارسة المريض تمارين الاسترخاء.

وفي نهاية الجلسة يتم تلخيص ما دار فيها وفتح المجال للمرضى لإلقاء الأسئلة أو الاستفسارات حول هذه الجلسة. ومن ثم تكليفهم بواجب منزلي يتمثل في سجل تعديل الأفكار وممارسة تمارين الاسترخاء.

الجلسة الثانية عشر:

أهداف الجلسة:

- 1- الوقاية من الانتكاسة
- 2 - التعرف على رأي المريض في الجلسات ومدى استفادته من البرنامج العلاجي.
- 3 - تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح تطبيقاً عملياً.

الفنيات والتقنيات:

التلخيص.

زمن الجلسة: (60-90 دقيقة)

محتوى الجلسة:

وهذه الجلسة الختامية أو اللقاء الأخير بين الباحثة والمرضى تقوم الباحثة بتقديم ملخص عن الجلسات السابقة، وما هي الفنيات التي تم شرحها وكيفية الاستفادة منها مستقبلاً، والاستفسار من المريض هل يوجد لديه أسئلة أو ملاحظات، وفي حالة شعوره بأي مشكلة عليه محاولة التواصل

مع المعالج، ومحاولة التصرف إلى حين وصوله للمعالج كما ستوصي الباحثة المريض بممارسة تدريبات الاسترخاء والأساليب العلاجية الأخرى وأنها مفيدة في تخفيف القلق، وبعد ذلك سيتم تطبيق مقياس تايلور للقلق، وأخيراً ستطلب الباحثة من المرضى مراجعة العيادة بعد شهر من الآن (انتهاء البرنامج العلاجي). من أجل الاطمئنان على صحته وتطبيق مقياس تايلور للقلق.

الملحق الخامس

سجل الأفكار اليومي Daily Thought Record

التعليمات خلال الأسبوع القادم الرجاء التوقف والتفكير عندما تشعر ببعض المشاعر، رجاءاً سجل الموقف المزعج مباشرة (الموقف، متى يحدث، أين يحدث، مع من يحدث، ماذا يحدث) و المشاعر المزعجة التي شعرت بها ودرجة شدتها من (0-10) وما هي الأفكار التي دارت في عقلك خلال الموقف ودرجة اقتناعك بصحتها من (0-10) يفضل التسجيل أثناء الموقف نفسه أو بعده مباشرة في أقرب وقت لضمان الدقة، وهذا الجدول يساعدك على مراقبة ذاتك والتعرف على طبيعة ما يحدث معك.

نموذج متابعة للأفكار والمشاعر والسلوك (A.B.C)

الموقف أو الحدث	المشاعر	الأفكار	السلوك

العلاج المعرفي السلوكي - نماذج إعداد د. مصطفى المصري

سجل التعامل مع الأفكار الآلية (لتعديل الأفكار وتصحيحها)

الموقف	المشاعر	الأفكار الآلية		الأدلة		الفكرة البديلة		المشاعر بعد
		مع	ضد	مع	ضد	مع	ضد	

العلاج المعرفي السلوكي - نماذج إعداد د. مصطفى المصري

الملحق السادس

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



هاتف داخلي

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

ج س غ/35
الرقم..... Ref
2014/03/22
التاريخ..... Date.....

الأخت الدكتورة/ خضرة العمصي حفظه الله،
مدير وحدة الطب النفسي - وزارة الصحة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع/ تسهيل مهمة طالبة ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالبة/ هدير عز الدين صالح الاسي، برقم جامعي 220120595 المسجلة في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص الصحة النفسية والمجتمعة ، وذلك بهدف تطبيق أدوات دراستها والحصول على المعلومات التي تساعد في إعدادها والتي بعنوان

العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام "دراسة إكلينيكية"

والله ولي التوفيق،،،

مساعد نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. فؤاد علي العاجز



الأخت الدكتورة/ خضرة العمصي
سنة تسهيل

صورة إلى:-

Islamic University–Gaza
High Studies Deanery
Faculty of Education
Psychology Department
Mental Health



**"The Cognitive Behavior Therapy for Generalized
Anxiety Disorder"
(Clinical Study)**

Presented By
Hadieer I. Alessi

Supervised by
Dr.Sameer.R.Quta

**Submitted in partial fulfillments for the Master Degree in
faculty of education..Psychology Department**

1435 /2014